

厚生労働大臣
田村 憲久 様

特定非営利法人
東京都介護支援専門員研究協議会
理事長 小島 操

令和 3 年度介護報酬改定に関する要望書

現在、社会保障審議会（介護給付費分科会）において、令和 3 年度介護報酬改定に向けて「地域包括ケアシステムの推進」「自立支援・重度化防止の推進」「介護人材の確保・介護現場の革新」「制度の安定性・持続可能性の確保」の観点から、様々な検討が行われています。

「居宅介護支援」については、受給者数、費用額は年々増加しているものの請求事業所は横ばい、そして介護支援専門員を志す人の数は、近年大きく減少しています。これは、介護支援専門員には、医療と介護の連携、地域における多様な資源の活用など多様な役割が期待されているにも関わらず、その報酬（収支差率▲0.1%と赤字）並びに評価がそれに見合っていないと介護現場で判断されている現状を表しています。介護支援専門員がその期待される役割をしっかりと果たし、利用者や地域の資源として活動する為には、それを可能とする環境の整備が不可欠です。以下の事項についてご検討ならびにご配慮をお願い申し上げます。

重点要望

1. 居宅介護支援費の増額
2. 介護予防支援の報酬上の評価
3. 給付実績に結びつかないケアマネジメントの評価
4. 特定事業所加算 I（重度要介護者等対応要件基準）の緩和
5. 運営基準に関するローカルルールの排除、是正

1. 居宅介護支援費の増額（居宅介護支援費〔I〕について介護度に関わりなく、103単位の報酬増を求めます。）

居宅介護支援の収支差率はこれまで赤字で推移しています。公正中立なケアマネジメントを確保し、質の高い介護支援専門員が安心して継続的に力を発揮する為の環境整備の観点より、居宅介護支援費の報酬増額を求めます。

令和元年度介護事業経営概況調査結果においても居宅介護支援については、延べ利用者1人あたり収入が支出を下回る状況が続いており、収支差率も未だマイナスの状況にあります。また、介護支援専門員実務研修受講試験の受験者数は近年激減の状況が続いています。社会保障審議会介護保険部会においても「適切なケアマネジメントを実現するため、ケアマネジャーの処遇の改善等を通じた質の高いケアマネジャーの安定的な確保や、事務負担軽減等を通じたケアマネジャーが力を発揮できる環境の整備を図ることが必要である。」と論じられています。介護支援専門員の役割と働きに対する正当な対価として、介護支援専門員を生業として東京で生活が出来る介護報酬にするよう処遇の改善を求めます。

介護報酬は、法で「事業所が所在する地域等も考慮した、サービス提供に要する平均的な費用の額を勘案して設定すること」（介護保険法第41条第4項等）とされています。介護保険事業状況報告（暫定）令和2年6月分によれば東京都内の居宅サービス受給者の比率は、要介護1～2が59.4%、要介護3～5が40.6%です。平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査によれば、介護支援専門員1人（常勤換算）あたりの利用者数は、27.1人となっています。これらから算出すると都内の介護支援専門員は、平均して要介護1～2を16人、要介護3～5を11人程度担当していることとなります。これを都内1級地で算出すると365千円程度の報酬となります。人員基準に定める35人の利用者を担当するとした場合でも、その報酬額は472千円程度となります。一方で、国税庁が発表する平成30年分民間給与実態統計調査では、東京都の平均給与額は5,129千円／年額となっています。また、令和元年度介護事業概況調査結果によれば、平成30年度決算の状況で居宅介護支援の収入に対する給与費の割合は、83.4%となっています。これを基に算出すると、都内の介護支援専門員が平均給与額相当の賃金を得るためには、事業所が介護支援専門員1人当たり、月に513千円程度の介護報酬を得る必要があります。

当会は、如何なる規模の事業所であれ人員基準の35人を担当した際には、東京都の平均給与額に達する程度の報酬が得られるよう、居宅介護支援費（I）について介護度に関わりなく、103単位の報酬増を求めます。これはいわば介護支援専門員の報酬ベースアップを求めるものです。

2. 介護予防支援の報酬上の評価（介護予防支援に要介護1相当の報酬を求めます。）

地域包括支援センターの機能や体制の強化を図る為には、業務負担が大きいとされる介護予防ケアマネジメント業務について、外部委託を行いやすい環境を整備することが不可欠です。受託する居宅介護支援事業所が、その負荷に見合う対価を得られるよう介護予防支援費の報酬増額を求めます。

平成30年度老人保健健康増進等補助金「地域包括支援センターの業務実態に関する調査研究事業」結果によれば、地域包括支援センターの6割弱は、法定労働時間を超えて稼働しているという状況があります。その業務時間中、最も多くの時間を割いているのが介護予防支援に関わる業務です。1週間の総業務時間のおよそ3割程度を介護予防支援の為に使っています。地域包括支援センターの機能や体制の強化を図る為には、介護予防支援に関わる業務負担を軽減する必要があります。その為には、外部への委託を行ない易い環境の整備が必要であり、受託する側の居宅介護支援事業所が受託し易い環境を整えることが不可欠です。

平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査の調査結果によれば、介護予防支援の利用者に直近1ヶ月の介護支援専門員の訪問頻度を問うたところ、「数回以上顔を見にきて話をしている」が29.6%、「会って話をしている（1回程度）」が58.3%と合わせて9割近くの利用者が、1か月以内に介護支援専門員の訪問を受けていると回答しています。これは、介護支援専門員自らが利用者の状態を判断し、利用者の重度化を防ぐ為に居宅介護支援と同等の支援が重要であると考え、行動している現状を表している数字です。これらの介護支援専門員の働きに対し、その報酬は、要介護1の半分にも満たない報酬設定（431単位）となっています。そのため、居宅介護支援事業所としては地域包括支援センターに協力したいと考えているものの、経営を圧迫することになるため、積極的に受託できないという現状を生んでいます。それを裏付けるように同調査では、介護予防支援特有の困難な点や負担が大きい点として、実に76%の居宅介護支援事業所が「業務負担に対して報酬が少ない」と回答しています。

そもそも、要介護認定の際、要介護1と要支援2は、介護の手間に於いては同様であると判断されています。また、支援初月に行う一連の業務においても要介護と要支援の差はありません。平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査のタイムスタディ調査結果では、介護予防支援初回の利用者1人1月あたりの労働投入時間は4.5時間程度となっていますが、この数字の根拠となっているサンプル数は、僅か9件です。当会が都内事業所に独自に行った調査では、一連のプロセスを行えば、都内では初回1件当たり6時間～8時間/月を要するという結果となりました。前出平成27年度調査で介護支援専門員が「要介護1・2」の担当利用者1人/月あたりに要する時間は6時間前後となっていますが、それに相当、或いは上回る時間を要しているのが現在の介護予防支援の実情です。

平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査の調査結果によれば「担当している利用者のうち、ケアプランにインフォーマル・サポート（近隣住民、民生委員、ボランティア等）を位置づけているケース数」を問う問いに4件または5件以上と回答した介護支援専門員の比率は、介護予防支援が居宅介護支援を上回っています。「介護保険給付以外にケアプランに位置づけているサービスや支援活動の種類」に於いても、行政保健師の訪問、配食サービス、軽度生活援助サービス、民生委員による訪問、緊急通報システム、友愛訪問、日常生活自立支援事業、ボランティアによるサロン活動、定期的な安否確認など介護予防支援の方が居宅介護支援より使用率が高いという結果も出ています。これらの結果は、介護サービスを利用していなくても、介護支援専門員が初月のみでなく日々利用者に対応し、毎月の訪問を行い、モニタリングを行い、利用者に必要な支援調整を行っているという現状を浮き彫りにしている数字だと言えます。

この介護支援専門員の働きに対し、介護予防支援の報酬は実態に適っていないと言わざるを得ません。当会は、これらの実態に即した報酬体系を求めます。

具体には、居宅介護支援費〔要介護1・2〕相当となるよう介護予防支援に対し、初月1,057単位/月＋初回加算300単位（要望1の内容が反映された際は＋103単位）、翌月以降1,057単位/月の報酬を求めます。また、介護予防支援には入院時情報連携加算も退院・退所加算もありません。上記で述べた通り負荷は同様に掛かっています。これらの負荷に対し、予防支援においても評価が為されるよう要望します。

3. 給付実績に結びつかないケアマネジメントの評価

医療や介護に加え、インフォーマルサービスも含めた多様な生活支援が包括的に提供される居宅サービス計画の作成が求められています。それを推進する観点より、また、地域共生社会の実現の観点から医療・介護・生活にまたがる諸課題を解決するために行う複合化・複雑化した生活課題への制度を超えた多様で継続的な伴走支援が求められています。そこで、必ずしも給付実績に結びつかないケアマネジメントについて、継続的、横断的な相談支援機能が評価されるシステムを構築するために、報酬ないし地域支援事業（包括的支援事業、介護予防・日常生活支援総合事業）での評価がなされることを求めます。

地域包括支援センターは過大な業務量、不十分な体制等が課題とされ、機能強化、業務や体制の在り方が検討されています。また、地域共生社会の実現に向けての検討では、従来のタテワリの制度では複合化・複雑化した生活課題への対応が困難であることから、制度を超えた「断らない相談支援」、「多様で継続的な出口支援」、「地域における伴走体制の確保」が必要とされています。一方、介護支援専門員には単に居宅サービスの紹介、調整だけでなく、いわゆるソーシャルワーク的機能が期待され、実際に担っています。しかし、介護保険サー

ビス以外のインフォーマルサービスや関連領域の社会資源のみで支援するケアプランを作成した場合や退院支援の援助を行ったが実際に退院できなかったケースなど給付管理が伴わない相談支援は介護報酬において評価されず、一部ではそのことがプラン作成に影響し得る実態があることを示すデータもあります。

以上から、居宅介護支援事業所が担っている相談支援機能に着目し、地域の総合相談窓口機能として、あるいは継続的な出口支援機能として、介護支援専門員が給付管理を伴わないケースでも支援できるよう給付実績に結びつかないケアマネジメントについて、継続的、横断的な相談支援機能が評価されるシステムを構築するために、報酬ないし地域支援事業（包括的支援事業、介護予防・日常生活支援総合事業）での評価がなされることを求めます。

なお、これまでも、このような相談支援への評価への要望はありましたが、保険給付である居宅介護支援では評価が難しいため、実現できませんでした。そこで、居宅介護支援事業所を地域包括支援センターの（報酬を伴う）支援機関として位置付けるなど地域支援事業で評価することとし、地域包括支援センターの負担軽減も叶えることを合わせて要望します。

4. 特定事業所加算Ⅰ（重度要介護者等対応要件基準）の緩和

特定事業所加算Ⅰの算定要件に「要介護3～5の利用者割合が百分の40以上であること」があるため、要介護度の軽減・重度化防止を目指している事業所は加算取得が難しくなっています。「自立支援・重度化防止」を推進する観点から、特定事業所加算Ⅰの重度要介護者等対応要件基準を緩和し、利用者の要介護度改善に向けた努力が評価される仕組みへの転換を求めます。

特定事業所加算Ⅰの取得率は、3%程度で推移する状況が続いています。この数字は、特定事業所加算Ⅰの取得が安定的な事業所運営を脅かすリスクとなり得るという現状を表しています。本会の特定事業所加算算定事業者等へのヒアリングにおいて、特定事業所加算Ⅰ取得の際のネックは「要介護3～5の利用者割合が百分の40以上であること」という要件にあることが判りました。この要件は「自立支援・重度化防止」を推進する観点とは相容れないものであり、担当利用者の要介護度の改善が事業所にとってはディスインセンティブになりかねないという状況を生み出しています。このように利用者の介護度が改善されることがそのまま減算のリスクに繋がるような現状は正しくなく、むしろ、利用者の介護度改善は評価されるべきものです。

私たちは、利用者の介護度改善を本人、家族、介護支援専門員、事業所が揃って真っすぐ喜べる環境が望ましいと考えます。要介護3～5の利用者割合について、「要件基準を緩和する」「状態変化に対する猶予期間を設ける」「一定期間内の平均値を以て判断する」など居宅介護支援事業所の減算リスクを低減させる仕組みへの転換を求めます。

5. 運営基準に関するローカルルールの排除、是正

居宅介護支援事業所の指定権限が市町村に移管されましたが、以前から指摘されている通り、区市町村の運営基準の解釈の違いが見受けられます。運営基準に関するローカルルールの解釈を厚生労働省が把握し、解釈による指導等が行われている保険者が認められた場合には厚生労働省が調整する仕組みを導入するなど、その排除、是正を求めます。

例えば、ケアプランの軽微な変更の解釈の違いで運営基準減算と見做されるケースがあるなど、その保険者の解釈により、事業所運営が立ち行かなくなる、特定事業所加算取得のハードルになるなど介護支援専門員の雇用に関わる重大な結果が生じています。これは利用者にとっても居宅介護支援事業者にとっても公正な状態とは言えず、不利益となり得ることです。運営基準に関するローカルルールの解釈の実態を厚生労働省が把握し、解釈による指導等が行われている保険者が認められた場合には厚生労働省によりその状況の早期是正が為される仕組みを導入するなど、運営基準に関するローカルルールの排除、是正を求めます。

以上