

2027年度 介護保険制度・介護報酬改定にむけた提言書

はじめに

1. 2割負担の在り方、富裕層への負担増と中間層以下の負担軽減
2. 事業所の合併・大規模化だけでなく、小規模事業所も点在することでの高齢者福祉の担保できる制度への転換
 - 1) 訪問介護事業所開設の人員基準・常勤換算 2.5 人以上の規定の撤廃の必要性について
 - 2) 訪問介護事業所の出張所（サテライト）の複数設置について
 - 3) 介護予防・日常生活総合事業（総合事業）を対応する事業所への支援について
3. 処遇改善加算を廃止し、基本報酬のアップについて
4. 看取り期の在宅支援に向けて医療系訪問サービスだけでなく、生活を支える訪問介護への支援強化
5. 「生活援助」「生活援助中心型サービス」の報酬見直しと区分支給限度額の改定について
6. 要介護 1・2 の総合事業への移行反対さらには総合事業の廃止について
7. 自治体ごとのローカルルールの整理・事務作業の軽減
8. ケアマネジメントへの利用者負担設置の反対

総論

2025 年 9 月 29 日
福祉クラブ生活協同組合

福祉クラブ生協家事介護W. Co 連絡会議
2027 年度の介護保険制度・介護報酬改定に向けた提言

2025 年 9 月 29 日
福祉クラブ生活協同組合
家事介護 W.Co 連絡会議

横浜市 11	いずみ（港北区）、絆（神奈川区）、ゆいまある（保土ヶ谷区）、 エプロン・みどり（緑区）、ここあ（青葉区）、はあと（都筑区）、 いこい（栄区）、りぼん（金沢区）、おひさま（磯子区）、 ぴいす（港南区）、ゆかり（戸塚区）
川崎市 5	あやとり（幸区）、ほほえみ（高津区）、さんさん（宮前区）、 栞（多摩区）、にじ（麻生区）
相模原市	あいわ（南区）
鎌倉市	であい
藤沢市	えんじょい
逗子市／葉山町	よつ葉
厚木市	みんなの手

はじめに

福祉クラブ生活協同組合は 1989 年に福祉専門生協として設立し、神奈川県下で活動展開しています。誰もが住みなれた地域で育んできた人間関係を維持しながら、高齢になっても障がいを持ってその人らしく安心して暮らし続けるために、地域のたすけあいのしくみ（在宅福祉システム）づくりを進めてきました。その運営は一般的な雇用形態ではなく、W.C o（ワーカーズコレクティブ）という、自ら出資し運営する非営利・協同の組織で活動展開をしています。

そもそも協同組合は、組合員どうしのたすけあいを理念に掲げ「お互いさまのたすけあい」「たすけあいは順番で」という思いを持ち、サービスを必要とする組合員を元気な組合員が支えるしくみです。同じ組合員の立場という対等で平等な関係の中で、誰もが替り合えるように運営をしています。日常生活において自分が利用したいと願うサービスを、顔の見える同じ地域の組合員が、生活者の視点、利用者の立場にたって担っているからこそ安心したケア利用につながっています。

福祉クラブ生活協同組合ではこのような協同組合の基本理念・精神に基づいて、設立当初より組合員や地域のニーズを基にして必要な様々なたすけあいの仕組み作りに取り組み、その実践から、非営利・協同の事業者として、制度開始の 2000 年から参入しています。組合員の選択の幅を広げること、公的福祉の領域へ W.C o という非営利の運動と事業を広げること、制度の当事者である市民の側に立って制度をつくりかえることを目的に、介護保険事業の運営を進めてきました。協同組合における非営利の介護保険事業は、営利を目的とした民間による介護保険事業に対する牽制機能の役割も持っていると考えています。介護を必要とする人は、その人の生活の質を確保できる十分なサービスの必要性が求められます。しかし、今回の介護保険制度改正・報酬改定においては、医療と介護の発展バランスを崩すだけでなく、これまで以上に重度特化型、在宅支援の要となる訪問系サービスの衰退を招く内容と言わざるを得ません。全国民は 40 歳には介護保険料を納めていますが、実際に利用できる年齢に達したとき、重度化しなければ訪問利用も施設入所もできないなど、制度はあっても利用できない介護難民が増えることを強く危惧します。

2000 年に“家族介護”から“社会介護”へ大きく転換することが出来た介護保険制度を再び“家族介護”の時代に戻すのではなく、本人の意思で選択できる仕組みと、安心して依頼できる事業者の体制が必要です。

利用者一人ひとりのニーズが多種多様にわたっている中で、当然、介護保険制度や自治体独自の受託事業だけですべてのニーズを満たすことは困難と思います。しかし、介護保険で対応できる範囲、自治体受託事業で対応できる範囲が限られるとしても、その範囲の中で心豊かに暮らし続けるために、これまで神奈川県下で在宅福祉を支えてきた当生協の実践を踏まえて利用する側に立って制度改定していくことを要望するために、本提言書を提出いたします。

1. 2割負担の在り方、富裕層への負担増と中間層以下の負担軽減

富裕層から年金生活者まで所得水準の差が大きく広がっています。所得水準と生活実態をふまえた負担の再検証を要望します。

2割負担の対象者を増やすことは、年金という固定的な収入しかない人たちが、物価高騰で生活が厳しくなっているところで、さらに利用料負担が増えればサービスを減らさざるを得なくなる人、あるいはあきらめる人を増やすことになります。

一方、資本主義経済の下で多くの富を手に入れている超高所得者と低所得者の差は大きくかけ離れている状況です。所得格差が拡大し続けている現在、負担の在り方の見直しが必要です。「だれもが在宅で安心して暮らせる」制度であることが重要です。

さらに、昨今では退職金の支給の在り方も変わってきており、企業型確定拠出年金として毎年の収入として課税対象になる世帯も増えています。これにより裕福なわけではないのにギリギリ3割負担になっている方もでてきています。昨今の物価高騰は賃金上昇という名目やアメリカとの金利政策の差による円安の中で今後も継続していくことは容易に想像できます。それ故に、生活が厳しくなり、様々な料金の支払いにも影響がでてくる世帯が増えています。高齢者の介護保険利用は一度利用が始まれば継続的な利用になり、その支出は毎月の家計を圧迫することになり、結果、利用控えもできてきています。デフレ脱却が家計に与える影響は大きく中間層以下の利用料金の負担軽減も必要です。保険料の負担の在り方の見直しと共に、高所得者の負担分を低所得者の軽減に繋げるだけでなく、税金などの公費を投入することも要望します。

2. 事業所の合併・大規模化だけでなく、小規模事業所も点在することでの高齢者福祉を担保できる制度への転換

大規模事業所だけで高齢者・障がい者の介護・支援を担保するのではなく、小規模事業所が地域に点在することで、連携しながら介護・支援していける社会の必要性から、統合・合併で大規模化するのではなく、小規模事業所が継続できる制度へ改定していくことを要望します。

自宅で最期を迎える高齢者は 2040 年には約 35 万人に増加すると見込まれており、要介護高齢者の在宅生活を支えている事業所の大半は小規模事業所が占めている為、将来は介護の需要と供給のアンバランスが顕著になり、介護難民の激増する社会が予想されています。また、2024 年度の改定により介護保険事業所の休廃止が増えており、特に訪問介護事業所の休廃止は 500 ヶ所を超えており、その大半が小規模事業所です。経営安定しているのはサ高住などの高齢者施設と併設し同一建物内の移動でワークができる事業所や、生活援助を受け入れず（短時間の）身体介護だけを受け入れている大規模事業所のみです。訪問介護事業所が減少した場合は住み慣れた地域での暮らしの継続が困難となり、施設入所という選択をせざるをえなくなります。地域に根差した小規模訪問介護事業所の場合は利用者のニーズに柔軟で細やかな対応ができ、利用者に対して顔馴染みのヘルパーが対応することによる利用者や家族の安心感につながっています。また、近隣から派遣されるヘルパーが緊急時の要請に短時間で応えられること等もあります。小規模事業所は住み慣れた地域で安心して暮らす高齢者等の生活を下支えする大切な役目を担っています。

小規模事業所が休廃業している大きな要因の一つに人材不足に依る経営の悪化があげられます。訪問介護事業所が単体で安定的に事業を持続していくうえで、事業高 350 万円が目安とされる利用者 100 人以上を抱えることができていない事業所は全体の 3.8%にとどまっています。2024 年の介護保険改定は、今現在、介護保険事業に関わっている方の失望を招くと共に、世間でも介護保険事業所、特に訪問介護事業所を避ける風潮に繋がっています。国の姿勢としても訪問介護事業所が必要というメッセージを発信する意味でも、訪問介護事業所が継続できる仕組み、特に、地域密着できる小規模訪問介護事業所が継続できる仕組みをつくることを要望します。

1) 訪問介護事業所開設の人員基準・常勤換算 2.5 人以上について

小規模訪問介護事業所にとっては、常勤換算 2.5 人以上の規定が経営状態の悪化を招いている一つの要因です。慢性的な人手不足、新規利用者の受け入れの困難性、労働環境の悪化、物価高騰による経費の増加、2024 年度介護報酬改定による基本報酬の減額と利益率の低下、さらに離職率の高さ等、経営悪化につながってはいる要因はいくつかありますが、常勤換算 2.5 人以上の規定により職員の給料は嵩むが収入は上がらないという小規模訪問介護事業所の経営状態の悪化の大きな要因になっています。常勤換算 2.5 は高齢者利用ニーズに対して断らずに受入れできる体制確保基準であることは理解できますが、現実として身体介護以外を受け入れない事業者・事業所が増える中では、地域福祉を支える・支援を必要とする高齢者を支える意思のある国民・市民が参加できる事業所を増やしていくことが必要です。また、常勤換算 2.5 に含められる時間数として介護予防・日常生活支援総合事業の従前相当サービスは含められるが、基準緩和型サービスについては保険権者によっては含めてはならないという指導があり、他事業所で断られるニーズをうければ受けるほど、常勤換算 2.5 が難しくなる課題もあります。身近に参加できる事業所を点在し易くするためにも、常勤換算 2.5 人以上の撤廃、若しくは緩和を求めます。

2) 訪問介護事業所の出張所（サテライト）の複数設置について

訪問介護員は往々にして自宅から利用者宅へ直行し自宅へ帰る直行直帰のワークが多くなります。そのため、訪問介護員同士またサービス提供責任者や管理者と訪問介護員が対面でコミュニケーションを取る機会が必然的に減少することで、孤立化しやすい特徴があります。ICT 化で事務所に行かなくても状況報告や実績報告、サービス提供責任者との連絡が取れる事により効率化が進むことは大切ですが、人は人と触れ合うことでケアの向上の気づきや遣り甲斐を高めることができ、また、それを仲間どうしで共有することで、切磋琢磨にも繋がります。その為にも訪問介護員が身近に集まれる場所を設けることが大切になってきます。訪問介護員が集う場として小規模事業所を地域に点在させていくことだけでなく、出張所（サテライト）を点在させることでも可能と考えられます。2024 年度の介護保険改定では業務に支障がなければ管理者が同一施設外の事業所の管理者を兼ねられるようになったことを受け、訪問介護事業所が複数のサテライトを運営できる制度へ改定していく事を要望します。

3) 介護予防・日常生活総合事業（総合事業）を対応する事業所への支援について

介護予防・日常生活創造事業（総合事業）は、高齢者自身の能力を最大限に生かし「要支援から要介護状態になることを予防する」為の仕組みとして作られた事業です。しかし、総合事業は収入が少ない（単位数が低い）ために大手を筆頭にニーズを引き受けない事業所が増えている傾向にあります。その結果、サービスを受けられない利用者が増え、誰も関わらないうちに重度化が進行していくことが懸念されています。さらに、経営重視する事業所が引き受けない総合事業は、往々にして地域に密着している小規模事業所が引き受ける傾向にあります。地域・市民が見える関係にあるからこそ断る事ができず引き受けていますが、それ故に経営圧迫に繋がり、休・廃業に繋がっていることはすでに社会問題になっています。全事業者・事業所で高齢者を支えていくために、訪問介護の報酬を下げて総合事業の基本報酬を高めていくか、もしくは、訪問介護と総合事業の受入れ比率などを基に総合事業を多く担う事業所への支援策（補助など）の設置を要望します。

3. 処遇改善加算を廃止し、基本報酬のアップについて

訪問介護事業所の全体収入を処遇改善加算などの加算で担保するのではなく、基本報酬で担保していく事を要望します。

今回の改定で基本報酬引き下げの根拠とされているのは、介護事業経営実態調査で訪問介護の収支差率が+7.8%と、全サービス平均差率（+2.4%）を大きく上回っているという事によります。しかし、この調査の中には、サービス付き高齢者向け住宅など高齢者住宅や訪問看護などが併設していることで事業効率を高めている大規模な訪問介護事業所も含まれています。単独の訪問介護事業所にとっては公平なものとは言い難い内容となっています。

また、処遇改善加算を1本化することで事務処理の軽減と、加算率がアップしていることで基本報酬引き下げ分をカバーしているという根拠ですが、加算取得には必ず付随する事務作業の負担がありますし、処遇改善加算を取得している事業所でも収支差が悪化している結果となっています。そもそも処遇改善加算は事業所継続のための運営費に充てることは出来ず、今後とも継続していく物価高騰や賃金アップに付随する経費負担が増えていく中では、基本報酬引き下げ分をカバーしているとは言い難い状況です。

地域に点在する利用者宅を毎日一軒一軒訪問し必要なサービスを提供し、きめ細やかな対応をする事業所が安定して事業を継続できるようにするためにも、訪問介護事業所で働くすべての従業員の処遇を処遇改善加算で担保する政策ではなく、そもそもの基本報酬の引き上げることと事務作業の増加を防ぎながら担保できる制度とすることを要望します。

4. 看取り期の在宅支援に向けて医療系訪問サービスだけでなく、生活を支える訪問介護への支援強化が必要です

今回の介護保険改正においては看取り期の在宅支援に向けては医療系訪問だけが支援の強化が謳われ訪問介護は顧みられていません。看取りへの訪問介護のかかわりの評価を特定事業所加算（Ⅰ・Ⅲ）で行うのではなく、緊急時訪問介護加算のように対応した事業所への評価とする加算の新設と区分支給限度額対象外にしていくことを要望します。

人生の最終段階をどう過ごしたいか本人の意思を尊重することがまず大切です。看取り期に医療従事者と家族の連携はもちろん必要です。それに加えて食事や排泄、清潔の保持などの日常生活のサポートをする介護職もなくてはならない存在です。精神的なサポートは家族のみならず、本人に関わる多職種全ての役割だと思います。

在宅での看取り介護は老衰のケースが多数ですが、その場合、医師、看護職と介護職との連携体制を整備しながら、本人・家族をサポートすることが重要です。介護職の役割は利用者本人の意思を尊重しつつ、日頃の日常的な介護ケア（食事・排せつ・清潔保持等）・安楽な体位支援や話しかけ等の心身状態のケア・水分補給・口腔ケア・訪問時の状態・経過観察と記録の作成・看取りに関するカンファレンス・家族への適時対応等、多岐に及びます。

今後、2040 年まで続く高齢者の増加に伴い多死社会を迎えますが、人生の最期をどこどのように迎えるかは、これからの大きな課題です。「地域包括ケアシステム」を推進していく中で、在宅療養の体制整備等を進めることが重要ではないでしょうか。豊かな看取りの時間を、本人・家族を中心に、そこに携わる専門職一人ひとりがケアチームとして日常的にしっかり情報を共有し連携していくことが大切と考えます。その為にも最期の看取りだけでなく、看取り期における訪問介護サービスの重要性を理解していただき、医療系同様の評価を希望します。

事例

実際に在宅で看取りまで行った経験では、家族とのコミュニケーション（詳細な記録のやり取り）、頻回での身体介助、訪問看護との連携、ヘルパー間の情報共有、緊急時の連絡の周知、などの結果として穏やかに最期を迎えられたケースがあります。ヘルパーとして少しでも役に立てたことが嬉しいと思えました。訪問看護の方が「こんなに幸せな最後を迎えられて良かったです。在宅での看取りは本当に少ないのですよ」と話されました。

5. 「生活援助」「生活援助中心型サービス」の報酬見直しと区分支給限度額の改定について

介護保険の基本理念である自立した生活を支えていくためにも、「生活援助」の報酬を高めていく事で「身体介護」と「生活援助」の差を縮小することを要望します。また、様々なサービスを利用しながらも生活を支える「生活援助」をケアプランに組み込めるように区分支給限度額の上限改定を要望します。

人は人生の中で育まれた人との繋がりを大切に、様々な思い出がある我が家で暮らし続けたいと願います。その為にも在宅を支えるケアとして「身体介護」だけではなく、調理・掃除・洗濯などのケアを通して利用者の身体及び精神状況把握を行う「生活援助」が大切と考えています。しかし、現在の介護報酬では「身体介護」と「生活援助」の差が大きくなっており、軽度者ケアを切り離し、重度に特化したケアを行う事業所や、「生活援助」を行わない事業所が増えているだけでなく、前述した通り総合事業に対応する事業所、特に基準緩和サービスに参入する事業所自体少ない状況にあります。これは単に利用者ニーズに対応できなくなっているだけではなく、介護認定が低い段階で早期の利用者の変化に気づかず、かえって重度化して介護保険を利用する状況を生み出しており、介護保険で目指している「利用者の重度化防止」に逆行するものになっていると言えます。

利用者が在宅で自立した生活を送る上では、「生活援助」が必要不可欠であり、利用者の些細な変化を見逃さずにキャッチすることが必要なことから、「身体介護」以上の経験やスキルも求められることもあります。そのためにも「生活援助」の報酬を下げるのではなく高めていく事で、様々なスキル・経験・知識を持った訪問介護員がかかわれる制度としていく事を要望します。

合わせて、ケアプランに 24 時間の訪問看護や介護のサービスなどを組み入れ、様々な加算がつくと「生活援助」は介護保険から切り離される課題も出てきています。在宅生活がスムーズに暮らしていくこと、高齢者の QOL の向上の観点からも必要な「生活援助」がケアプランに組み込めるように区分支給限度額の上限を高めてことを要望します。

6. 要介護 1・2 の総合事業への移行反対さらには総合事業の廃止について

要介護 1・2 を総合事業へ移行させるのは、介護難民を増やす危険と共に、重度化促進に繋がってしまう危険があるため反対するとともに、利用者を振り分ける構造となる総合事業の廃止を求めます。

2015 年度介護保険改定において訪問介護と通所介護の要支援者を介護給付事業から総合事業へ振り分け、各自治体が権限を持って地域の実情に合わせたサービス展開が行われてきました。当時の国の指針として総合事業は介護給付の 90%程度に設定とすることが通達され、自治体によっては財源不足から介護給付の 70%近くまで差をつけたところもあります。これにより、現状でも総合事業の受入れを断っている、または、総合事業を行わない事業所が多々あります。その状況が改善されない中で、更に要介護 1・2 の高齢者を総合事業に移行させるのは、まさに、高齢者に介護保険の利用をさせない政策と言えます。

また、「要介護 1・2 は軽度者」という一律的な捉え方があるかと思いますが、要介護 1・2 の方でも軽度の認知症を発症している方や、介護認定時にいつもと違う環境による一時的な身体・判断の能力の向上などにより認定結果が低くなったことで、適切な介護を受けられないケースもあります。特に軽度の認知症の方では詐欺被害も多くあり、訪問介護員等の定期的な訪問により未然に防げた事例もあります。軽度・重度にかかわらず第三者が訪問することの意義は大きいと考えています。

一方で派遣する訪問介護員については、軽度者の介護・支援は専門性がない人材で対応し、重度者は資格者・経験者により対応していく方向で論議されています。しかし、要支援や事業対象者の高齢者に接する人材も知識・経験があることで早期に異変に気付くことができ、また、重度化を防ぐ日常の支援も行うことができます。介護は一人の人間の人生に寄り添う大切なケアです。誰もが日本に生まれそして死を迎えられることに喜びを感じられるような制度となるために、財源を理由とした切り分けではなく、保険料と税金が個々人に適切に支払われ、そして享受できるようにそもそも総合事業を撤廃していくことも合わせて要望します。

7. 自治体ごとのサービスの提供の差およびローカルルールが多い総合事業の整理 と事務作業の軽減

都道府県から各市へ権限移譲した総合事業について、地域ごとの利用者・事業者の不公平の是正、および、一定の事務作業の統一性と書類作成負担の軽減を要望します。

2015 年の制度改正において総合事業が設計されました。総合事業において地域の事情に応じて各自治体で設計していく主旨は賛同できますが、実態は隣接する地域で大きな地域差がないエリアで同一サービスを提供していても、報酬や基準緩和型サービスなどの指定基準が異なることで利用者及び事業者の公平性に欠けています。先に提言した通り総合事業を廃止することが必要ではありますが、直ぐに対応できない段階においては、早急な是正が必要であると感じています。

また、自治体ごとに指定更新、変更届、加算算定の書式が異なっており、さらに、訪問介護事業の指定権者の神奈川県庁と総合事業指定権者の市庁間の情報共有されていない、または、制度に関する見解の違いがあり、対応や事務手続きの煩雑化が大きな課題です。近年、厚労省から書式の一本化や書類の種類や手続きの簡素化などにより事業所への負担軽減策が打ち出されていることは賛同しますが、その効果は限定的と言えます。訪問介護事業所が限られた人員で適切にケアを行っていくためにも、ケアに直結しない間接業務の負担、手続き負担の軽減を希望します。

8. ケアマネジメントへの利用者負担設置の反対

介護保険ケアプラン作成に伴う利用者負担設置について、客観的なケアプラン作成できる環境を守るために反対します。

介護保険制度は措置・施しではなく、高齢者の尊厳を守り、自己決定により暮らし続けること、さらに、社会で高齢者を支える制度として始まりました。そのため利用する方の意志・ニーズをくみ取り、必要なケアプランをサービス提供側に繋ぐとともに、客観的な見地から利用者の潜在能力を維持または高めていくケアプラン作成が重要になります。客観的な見地とは利用者からも、サービス提供側からも影響または強要されないことで保たれます。

ケアプランの有料化になると少なからず利用者の意向が強くなり、反って過剰なケアプラン組立に繋がることで身体能力の低下や介護給付の増加に陥る危険性があります。もう一方ではケアマネに相談するとお金がかかるという懸念から介護保険利用控えにつながったり、逆にセルフプランが急増する危険も予測されます。適切なケアプランで適切な介護サービスを提供することで高齢者の ADL さらには QOL の維持・向上に繋げていける仕組みの継続を要望します。

総論

2024 年度の介護保険制度・介護報酬改定は医療・障がい福祉と合わせてトリプル改定が行われましたが、その改定内容は余りにもバランスを欠く内容と言わざるを得ません。特に訪問介護事業の基本報酬切り下げは、国の訪問介護事業への軽視または切捨てと捉えられてしかるべきものであり、私達がこれまで自負心を持って行ってきた在宅で住み続けたい、自尊心を持って生活していきたいという高齢者ニーズを最前線で支えてきた活動に対しての大いなる裏切りと言えます。

また、重度特化型として「身体介護」「生活援助」を切り分ける政策は介護保険料を払っても利用できない制度への加速であり、年金制度と同じく若い世代を中心に日本の社会保障制度への不信感にも繋がっています。

介護保険制度ができたことで、家族は罪悪感なく、また、親戚縁者との係わりが少ない高齢者は気軽に他者の力を借りられるようになりました。さらに、本人の希望に沿って在宅で暮らし続け時には看取ることができ、高額になりがちな自費では支援を受けられない方が公的資金・保険料により低料金で支援を受けられることが可能になり、それが介護者の遣り甲斐にも繋がるなど、その功績は世界に誇れる制度と言えます。

当法人では、地域のたすけあいのしくみづくりとして、1989 年から自費サービスを開始し、2000 年に介護保険制度に参入して以降も、利用者の状況に合わせて「身体介護」「生活援助」と共に自費サービスも含めながらトータルの提供し、利用者の在宅支援をサポートしてきました。

現在の介護保険制度は「財政制度等審議会」を起点に財政課題の切り口からしか論議されていないように見受けられ、ケアを受ける高齢者等やサービスを提供する事業者等の当事者が置き去りにされている状況を危惧しています。日本を支えてきた高齢者がいつまでも心豊かに自立した生活が営めるために、それを支援する介護保険事業所が地域に点在し、そして「身体介護」「生活援助」でトータルの支援できる制度を構築していく事を望みます。