

介護報酬改定について 利用者・市民の立場からの意見書

はじめに：制度のあり方について

2006年度の改正介護保険法施行以降、当初から複雑だった制度が細目にわたって変更になり、専門職にも十分な周知ができず、行政担当者も説明責任を果たせない状況となっています。

このため、高齢利用者や介護者は制度の正しい理解に近づくことができず、納得がいかないままサービスの利用控えをし、その影響で家族の介護負担が増えるという事態を招いています。

安定的な介護保険財政の維持は大切なことですが、介護保険特別会計全国計が2000年度以降、毎年度1000億円前後の黒字会計で推移するなか、利用者の生活実態を直視することなく進行するサービス適正化は、制度に対する被保険者の不信感を増大させています。

2009年度の介護報酬改定は、「走りながら考える」といわれてきた介護保険制度の、まさに正念場であると考えます。家族を中心とする介護者を“介護地獄”から解放し、高齢利用者の生活を支える「介護の社会化」という制度設立の理念にふたたび立ち戻り、人生最晩年の命を寿ぐ制度をさらに充実させるために、介護給付費分科会委員のみなさまと議論を深めていきたいと切望しております。

1.介護報酬の見直しについて

2007（平成19）年介護事業経営概況調査の暫定仮集計では、居宅介護支援（予防サービスを含む）の事業収益に対する収支差の率が前年度－12.9%から－15.8%に悪化しています。訪問介護（予防サービスを含む）では、収入に対する給与費比率が前年度84.1%から82.8%に減少しています。

介護報酬の見直しの検討にあたっては、事業収益に対する収支差の率、収入に対する給与費比率が低下しているサービスについて、課題分析を含めて優先的に検討することを提案いたします。

2.加算の設定について

前回の介護報酬改定では、各サービスに多くの加算がつけられました。しかし、入浴や機能訓練など具体的なサービス加算のほか、特定事業所加算など利用者に理解を求めることが難しい設定もあります。現在の介護保険サービス利用者は、75歳以上の人たちが8割になります。そのうち80歳代、90歳代、100歳代が半数を占めます。事業者を選ぶ時に、加算を取得している事業所かどうか、利用者にはわからないケースも多くあります。また、加算を取得していること自体が、質の良いサービスの提供を保障しているかどうかを判断する材料ともなりえない側面もあります。高齢当事者の“選ぶ権利”を保障するためにも、介護給付費分科会において、改めて加算を設定する原則を確認し、加算をつける条件について共通認識を得ることを提案いたします。

3.居宅介護支援と介護予防支援について

3-1

2006年の介護保険法改正後、認定更新ごとに、要支援1・2の要支援認定と要介護1の要介護認定の間を繰り返し移動する利用者が出ています。周知のように、要支援認定と要介護認定ではケアマネジメントを含めてサービス内容が異なります。これまでも、心身の状況が変わりやすい利用者にとって、認定更新や区分変更の手続きはストレスが大きいと指摘されてきました。改正により、ケアプラン作成支援担当者の変更が繰り返されることは、高齢当事者の新たな負担ともなっています。とくに認知症の利用者の場合には、周辺症状を悪化させているとの報告もあります。高齢者にとって使いやすいケアプラン作成支援となるよう、要支援認定と要介護認定を行き来する利用者などに「利用者主体」の介護保険制度の基本理念を実現できるよう、要介護認定から要支援認定に変更になった場合には、ケアマネジャーによる居宅介護支援を継続的に利用できる見直しを提案いたします。

3-2

要支援1・2の要支援認定を受けた高齢者は、地域包括支援センターの指定介護予防支援事業所による介護予防支援を利用することが原則になっています。しかし、地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）の介護予防ケアプラン担当者は、3カ月に1回程度の訪問、さらにはサービス提供事業所から状況報告を得るだけでもよいとされています。したがって利用者の入退院の対応への義務はなく、ペナルティも課されていません。状態変化の激しいケースや進行性の疾患であっても、要支援認定者であればこの程度の状態把握でよいとされていることには、危険性すら感じます。また、入院後状態変化があると区分変更を申請中のまま退院となった時、予防給付か介護給付かの判断がつかず、サービス調整のないままに在宅に戻る高齢者も出ています。加えて、地域包括支援センターは、介護予防支援事業所の業務である介護予防ケアプラン作成支援に追われ、本来的な地域支援事業にまで手がまわらないという声も聞きます。そして、診療報酬改定により、早期退院促進強化を行う医療機関が増えているという情報もあります。利用者

が安心して相談でき、退院後の生活が安定するよう、介護予防支援のあり方について見直すことを提案いたします。

4.介護予防サービスの定額報酬について

4-1

介護保険法改正と前回の介護報酬により、要支援1・2の要支援認定を受けた人たちは、介護予防訪問介護、介護予防通所介護の対象となり、それらのサービスの報酬は月単位の定額制になりました。介護給付費実態調査月報（2008<平成20>年3月審査分）では、要支援認定利用者が75万9,400人（前年同月比13万8,700人増）、要介護認定利用者が290万3,300人（前年同月比3万1,000人減）というデータが示されています。2005年の介護保険法改正案の国会審議では、「必要な人には必要なサービスを提供する」という大臣答弁がありました。しかし、多くは事業者の都合により、利用回数が実質的に制限されています。2006年、2007年に開設されたNPOによる電話相談では、利用限度額が充分に残っているにも関わらず必要なサービスの提供回数が削減されたという声が多数寄せられました。また、利用回数の少ない利用者にとっては定額支払いが負担となり、利用を断念するケースもあると聞いています。介護予防訪問介護、介護予防通所介護における定額制の導入は、選択型サービスの基本に反する事態を招いています。また、個々人の暮らしは、標準化できない部分が多くあります。認定ランク別に設定された利用限度額の範囲内で必要なサービスを選択できるよう、定額報酬を見直すことを提案いたします。

4-2

要支援1・2の要支援認定者の介護予防訪問介護では、介護報酬が包括設定されているため、日常生活支援以外に通院介助を必要とする利用者が多いにもかかわらず、限られた時間内で通院介助を提供する事業所が少ないため、通院介助が利用できないという声があります。また、介護保険外の通院介助の利用では、負担に耐えきれないとの訴えも寄せられています。通院等乗降介助を必要とする要支援認定者がいることへの対策、あるいは通院等乗降介助を利用できるよう条件を見直すことを提案いたします。

5.訪問介護について

5-1

介護保険法改正、前回の介護報酬改定により訪問介護の「生活援助」は、利用者への制限が強まっていますが、株式会社コムスンの事件などにより行政指導が厳しくなるなか、同居家族がいることを理由に制限される例が多くなっています。利用者のなかにはケアマネジャーや保険者から「国が決めたことだから」と説明を受けたとの事例も寄せられています。このため、厚生労働省は昨年末、「同居家族がいることを理由に、一律機械的に生活援助を利用できないと判断しないようにされたい」との事務連絡を出しましたが、必要と判断して提供されたサービスなのに

行政から介護報酬の返還あるいは自主返還を求められた事業所の事例も寄せられています。「生活援助」を必要とする利用者や介護者が安心してサービスを利用することができるよう、「生活援助」の利用条件を再確認することを提案いたします。

5-2

介護保険法施行当初、厚生労働省から出された『訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について』（2000年3月17日、老計第10号）は、訪問介護計画及び居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する際の“参考”として活用することが求められていますが、介護保険法改正以降の電話相談では、ホームヘルパーによる「散歩」の同行が認められなくなったとの訴えが多く寄せられています。心身の衰えにより閉じこもりがちな高齢者の健康回復やリフレッシュのために必要とされてきた「散歩」にこそ、介護予防の効果があると考えます。しかし、運営適正化の流れのなかで、前述の文書に参考事例として掲載されていないことを理由に一律にカットされています。訪問介護については、「散歩」はもちろんのこと、利用者ひとりひとりの身体状況や生活実態などに合わせたサービス提供が基本であることを再度、確認し、明文化することを提案いたします。

6.院内介助と退院計画について

6-1

訪問介護の「通院等乗降介助」では、「院内介助」がないため、通院できない」という切実な訴えがあります。一般的には、“院内介助”は介護報酬の対象でなく、医療機関が対応するものとされていますが、『訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について』では「場合により」提供が認められるとされています。しかし、現実には介護保険、医療保険双方から「院内介助は行わない」と拒絶されているケースもあります。また、「通院等乗降介助」では、1回の利用で複数の医療機関に通院することが禁止されているため、医療を必要とする利用者が複数回の外出で疲労を余儀なくされているケースもあります。しかも、通院乗降介助の際のホームヘルパー交通費は自己負担です。

これらの矛盾と非合理性を解消するため、訪問介護における通院等乗降介助と院内介助を統合して「受診支援」（仮称）を新設し、合理的な介護報酬を設定することを提案いたします。

6-2

入院中の利用者にケアマネジャーが相談支援や退院計画作成などを提供する場合、必ずしも給付管理につながらないケースがあります。しかし、利用者への継続的なサービス提供と、安定的な在宅復帰のために、居宅介護支援は必要不可欠のものと考えます。居宅介護支援に一定の基準を設け、介護報酬を算定することを提案いたします。

7.福祉用具レンタルについて

前回の介護報酬改定では、電動ベッド、電動車いすを中心に要支援1・2、要介護1の利用者への福祉用具レンタル利用品目に制限が加えられました。NPOの電話相談では、必要であるにもかかわらず、なぜ利用できなくなるのかという訴えが相次ぎました。訪問調査項目にもとづく利用品目の制限は、合理的とはいえないのではないのでしょうか。訪問調査項目による利用制限を廃止し、保険者、ケアマネジャー、サービス担当者会議など現場の判断によるサービス提供に切り替えることを提案いたします。

8.地域密着型サービスの利用への柔軟な対応を

2006年改正において、保険者である市区町村が指定する地域密着型サービスが新設されました。事業所指定が都道府県から市区町村に移行したことに伴い、保険者である市区町村に住民票がない認定者は、保険者が異なるという理由で、希望する近隣の事業者を選べないという事態が発生しています。このため、全国の保険者が地域密着型サービスを充実させるために、介護報酬を再検討する必要があると考えます。しかし、現状では、とくに認知症通所介護や小規模多機能型居宅介護などは十分な事業所数とは言えません。また、遠隔地に住む高齢者が冬期のみ子世帯と同居するといったケースもありますが、このような短期滞在でも、サービスの利用にあたって住民票の移動を求める保険者もあると聞きます。現実の課題を解決するために、当面、隣接市区町村指定の事業所の利用希望や短期滞在のケースについては、保険者や地域包括支援センター、ケアマネジャーなどの判断にもとづき、住民票の移動がなくてもサービスの利用の適否を判断することができるなど、課題を解決するしくみを作ることを提案いたします。

9.居住費・食費の自己負担軽減のための低所得者対策について

2005年10月から改正介護保険法が前倒し実施され、介護保険3施設の居住費・食費は全額利用者の自己負担に変更され、同時に低所得者対策が実施されています。しかしながら、在宅サービスに位置づけられる認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、特定施設においては、従来から居住費・食費の自己負担があるにもかかわらず、低所得者対策は設けられていません。本来的な低所得者対策は、介護保険財政ではなく福祉政策として在宅高齢者すべてを見渡した検討が必要と考えます。しかし、在宅生活が限界になっても、居住費・食費を負担できないことを理由に、施設サービスや居住系サービスを最初からあきらめる人たちが今後、増え続けることが予想されます。とくに低所得層の利用者の選ぶ権利を保障するために、居住系サービスにおける低所得者対策を新設することを提案いたします。

10.介護人材確保について

2008年5月20日の「介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案に対する付帯決議」に則り、速やかに「適切な措置を講ずること」を望みます。介護職員が確保できないことを理由にサービス利用が制限されたり、断られる利用者が出ています。このままでは、「保険あってサービスなし」に逆戻りする恐れがあります。介護職員の安定雇用と幸せな労働生活は、利用者の幸せを守るものです。待遇改善は待たなしの問題と考えます。基本報酬の引き上げとともに、介護報酬に人件費比率を設定することを提案いたします。

なお、ホームヘルパーについては、移動、待機、書類・報告書の作成、研修時間、ミーティングなど直接サービス以外の賃金支払いについて、介護報酬上、配慮することを提案いたします。また、サービス提供責任者の責務について介護報酬上の評価がありません。訪問介護サービスの要であるサービス提供責任者の業務への評価を検討することをあわせて提案いたします。

その他 要介護認定における一次判定 23 項目の削除予定について

介護報酬改定と直接関わるものではありませんが、要介護認定調査検討会においては、来年度に予定されている要介護認定の改定にあたり、一次判定項目 23 項目を削除候補とし、一次判定ロジックも変更して今夏、第二次モデル事業を実施する予定と聞いています。従来、施設サービスを利用する高齢者を対象にした実態調査をもとに設定された一次判定項目には、在宅介護者の“介護の手間”が勘案されず、実生活の手間のかかり方との間に乖離があると指摘されてきました。とくに今回の削除候補項目では、認知症関連の項目が多数含まれ、要介護度が軽度化するのではないかと危惧されています。一次判定項目から削除されることにより、認定調査員の“特記事項”への記載がなくなることも予想されています。ケアプラン作成支援にも影響がでると思われます。要介護認定の改定にあたっては、誰もが納得できる慎重なモデル事業の実施と十分な検討を強く求めます。

最後に

訪問介護の「生活援助」が給付制限されている現在、「介護保険栄えて、生活崩壊す」の危機感が高まっています。

高齢期の国民生活を守り、介護の重度化を防ぐには、介護保険サービスのなかでも暮らしを支える分野の充実が必須と考えます。

介護保険制度が創設されて8年が過ぎました。介護保険サービスの質の確立ができる環境を整備することが急務です。

2009年度介護報酬改定の議論が、国民の目線に立つものであることを心から願い、介護報酬改定の議論が、国民の理解と周知徹底をはかることができる内容となることを期待いたします。