

2014.8.6

2015年度報酬改定に向けて ~重度訪問介護の報酬単価について~

全国自立生活センター協議会 代表 平下耕三



現状

重度訪問介護の報酬単価は、身体介護の半分以下の低水準

重度訪問介護の報酬単価は8時間以上を連続して提供する長時間のサービスを想定

医療的ケアに関する報酬強化

課題

- 安定的な経営が困難なため、サービス提供する事業所がわずか。
- 報酬単価が低いため、賃金も低く人材確保が困難。
- 今働いてるヘルパーは過重労働かつ高い離職率の悪循環

- 本来の制度趣旨をまげて、低い単価設定を使い予算を削るために短時間のサービス提供に重度訪問介護を支給決定する市町村が存在
- 1回1~2時間のサービスでは人材確保も難しく、採算もとれない。

- 医療的ケアを提供するためには個別のOJTが必要。
- 新人はベテランヘルパーとの2人体制で研修を受けるなど研修コストがかかる。

改善策

利用者が必要なサービス提供を安定して受けられるように重度訪問介護の基本的な報酬単価水準の引き上げが必要！

1回あたりの提供時間が8時間未満の場合、短時間であればあるほど時間あたりの報酬単価が高くなるしくみが必要！

医療的ケア利用者への加算UPまたは対象となる区分6の30%加算！

2015年度障害福祉サービス等報酬改定に関するヒアリング意見

全国自立生活センター協議会
代表 平下耕三

本年、国連の障害者権利条約を日本も批准し発効していることから、今後は常に条約の履行を念頭に置いて、関連事項を見直していくことが望まれる。とりわけ、障害者総合支援法は、本条約の第19条「自立した生活及び地域社会への包容」をしっかりと鑑み、障害福祉サービスの報酬については、第19条の(b)「地域社会における生活及び地域社会への包容を支援し、並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会支援サービス（個別の支援を含む。）を障害者が利用する機会を有すること。」の観点から、問題点の改善策を以下のように提案し要望します。

1. 重度訪問介護の報酬単価水準の引き上げを！

重度訪問介護の報酬単価は前回の見直しで若干は上がったものの、依然として身体介護の半分以下という非常に低い水準となっている。都道府県の指定を受けているにもかかわらず、報酬単価が低く採算がとれないという理由から重度訪問介護のサービスを提供していない事業所が都市部においても地方においても存在し、なかなか普及していかない。そのため、支給決定を受けても実際にサービス提供をする事業所を見つけることができず、十分なサービスを受けられない状況がある。

重度訪問介護のサービスを提供している事業所についても、報酬単価が低いために人材確保は困難を極め、現任のヘルパーの労働環境の悪化から離職率が高くなりさらに人材難となる悪循環が継続している。サービス提供を続けている事業所も各種加算や処遇改善加算によってどうにか維持しているのが現状である。

よって、

- (1) 来年度の報酬改定においては重度訪問介護の基本的な報酬単価水準を引き上げ、利用者が必要なサービス提供を安定して受けられるようにすること。
- (2) 今年4月に、消費税が8%となり、実質的な賃金低下となっている中、来年にはさらなる増税が行われる予定となっている。来年度報酬改定においては、消費税増税分の賃金低下を補填し人材確保ができる水準とすること。

2. 重度訪問介護の短時間利用の報酬単価新設を！

重度訪問介護の報酬単価は8時間以上を連続して提供する長時間のサービスを想定して

いるため、身体介護などと比べ低い単価設定になっている。この低い単価設定を利用して短時間のサービス提供に重度訪問介護を支給決定する市町村が存在する。これは単に自治体の支出抑制を最優先とした悪しき事例であるが、その一方で、重度訪問介護の持つシームレスなサービス提供の利用ニーズは多く、障害支援区分5、6の重度障害者でも、連続して8時間以上の利用ではなく、1日8時間程度利用者も多い。この場合、その多くは朝晩4時間ずつ、あるいは朝昼晩それぞれ2～3時間程度に分けた短時間利用である場合が少なくない。短時間とはいえ重度障害者にとって必要なシームレスなニーズに応えるのに、身体介護、家事援助、移動支援等に切り分ける対応は実態にそぐわず、場合によっては社会参加を著しく阻害する社会的障壁となりかねない。しかし単に重度訪問介護の短時間利用を認めるだけでは報酬があまりにも低く、1回1～2時間のサービスでは人材確保も難しく、採算もとれない水準である。

この状況を改善するため、重度訪問介護の1回あたりの提供時間が8時間未満の場合、時間数に反比例する形で時間あたりの報酬単価を上げていくしくみ（短時間であればあるほど時間あたりの報酬単価が高くなるしくみ）を導入すること。

3. 医療的ケアを評価した報酬体系を！

2012年4月より医療的ケアが制度化され、吸引と胃ろうの医療的ケアは一定の研修を終えたヘルパーによって行われることとなった。これは本来医療従事者が行うものとされながらも、一向に24時間体制による訪問看護事業者は増えず、家族介護の限界とヘルパーによる支援の実態から制度化されたものだが、担い手不足の現状は相変わらずで、かねてから医療的ケアを手掛けていた一部の事業所への依存と負担増の解消にはつながっていない。訪問看護が1回の訪問で約8,000円の報酬が出るにもかかわらず24時間対応できていない現状に比べ、同様のケアを1日に何度実施して、24時間対応のヘルパーには、1日1,000円の加算のみという格差が続いている。しかも、実際には個別性の高い重度障害者へのサービス提供には制度上の医療ケア研修以外に、さらなる個別研修が必要であり、経験を積んだヘルパーと組んで研修を受けながらサービス提供を行うなど新人ヘルパーへの研修コストのほとんどは事業所の自己負担で実施しているのが現状である。

医療的ケアを必要とする重度障害者へのサービス提供を充実させていくために

- (1) 医療的ケア利用者への加算を大幅に増額するか、あるいは医療的ケアの必要な人への報酬を20%加算とすること。（現在、障害支援区分6で医療的ケアが必要な状態の人の多くは15%加算対象者だが、それを30%加算にする）
- (2) 併せて、医療ケア研修の現地研修における訪問看護事業所への報酬を設けるか、もしくは受講生への補助をする仕組みを構築すること。（現地研修の最終確認は医療者であることとされている為、訪問看護事業所に依頼することになるのが現実的だが、これに対する報酬設定はない。その為現行の制度では受講生自身の負担とされているが、業務命令で受講する為、介護事業所が負担せざるを得ないのが実態であり、これも医療的ケアの出来る人材がなかなか増えない原因になっていると考えられる。）

4. 現場の実態に則した報酬改定を！

事業所は事業を継続していくため収支がマイナスにならないように報酬に見合った賃金を設定するなどして経営をしている。そのため経営実態調査では収支が均衡しているもしくはプラスの結果が多く出ることとなり、これが報酬単価の設定基準や報酬引き下げの根拠に使われる。実際は多くの経営努力や低賃金での労働を背景にこの結果が出ているのである。福祉サービスにかかる報酬改定は経営実態調査に根拠をおくのではなく、障害者の地域生活を保障していくためのサービスとして、安定した事業運営が可能な報酬水準を考慮し現場の実態に則した改定をすべきである。

5. 介護福祉士について

資格を取得するには、主に二つの方法があり、最も多いのが、実務経験を経るルートである。居宅介護事業所などで3年以上の職務を経験してから国家試験を受験する道で、2012年度の資格取得者約9万8000人のうち約8万3000人（約85%）がこのルートだった。二つ目は、専門学校や大学など国指定の養成校を卒業すれば、国家試験を受けずに資格が与えられるルートで、2012年度は約1万1000人がこのルートで取得している。こうした取得の方法が、07年の法改正で、要件を厳しくする方向で見直され、新たに資格を取りたい場合、一定の教育課程を終え、国家試験に合格することが義務付けられた。

そして本年成立した医療・介護一体法案により、実務経験ルートでの取得には6か月以上の「実務者研修（450時間）」の受講が必要となり、養成校ルートでは国家試験が課されることとなった。しかし事業者などからは「ハードルを上げれば志す人が減り、人材難が悪化する」「資格取得を目指す職員が研修で長期に休むのは困る」「本人も事業所も、時間的、費用的負担が大きい」といった声が上がっており、今もなお問題の解消の目途は立っていない。

以上のことから、

- (1) 実務者研修にかかる費用を補てんする仕組みを作ること。
- (2) 実務経験による免除事項を増やすこと。
- (3) 問題解消の目途が立つまで、施行を延期し、事業者等からのヒアリングを行い更なる見直しを行うこと。
- (4) 資格取得要件のハードルを上げ、そこに報酬を付けるのではなく、OJTを評価し、ベテランになるにしたがって昇給する希望の持てる報酬体系とすること。

6. 相談支援は、単独で事業が成り立つ報酬体系を！

計画相談や地域相談支援は個別給付となったものの、その報酬はきわめて低く抑えられている。今後地域生活を支えていく大きな要となる相談支援について、事業が単独で成り立ち充実拡大していくための報酬単価を設定していくこと。

- (1) 計画相談については、個別のケースを勘案して、サービス利用等計画を作成するため何度も利用者のもとへ通う必要があるなどのケースについて加算を設けること。
- (2) サービス等利用計画作成の完全実施に向けてセルフケアプランのニーズも高まっ

ており、相談支援事業者はセルフケアプランを作成する支援も多く行っている。相談支援事業者がセルフケアプラン作成支援にかかる経費を補助するなど財政的な支援策を講じること。

7. 国庫負担基準について

国庫負担基準が市町村の支給決定基準と連動し、実質的な支給上限になっているケースが多く見受けられる。平成24年度から国庫負担基準を超過している市町村について、超過分の100%を市町村が負担するのではなく、国50%+都道府県25%+市町村25%にする基金事業が恒久化されたことは評価できるが、長時間介助を必要とする重度障害者の地域自立生活を可能にし且つ地域間格差の是正のために、国庫負担基準の大幅な引き上げを行うこと。

また、介護保険対象者の国庫負担基準額が著しく低く抑えられていることにより、65歳になった時点でサービスが著しく下がる問題が全国で頻発している。介護保険利用者の国庫負担基準を従前のサービスが保証されるように拡充すること。

8. 精神科病棟転換型居住系施設構想の撤回について

精神科病院の社会的入院患者の早期解消対策を打たねばならないことは、周知の事実であるが、その解決策として検討されている「病棟転換型居住系施設」は、当事者のためではなく、病院経営を優先させた対策であり、真の地域移行の実態が伴わない、いわば見せかけの政策であると言わざるを得ない。「病棟転換型居住系施設」構想をモデル事業も含めて撤回し、真の地域移行に向けた地域社会基盤整備のための予算を設けること。

以上