

D、社会保険方式の見直し（保険料を税とすることについて）について

社会保険方式の導入により保険料や利用料で利用者の負担は確実に増えることとなった。社会保険方式のメリットとされている「介護サービスを選択する権利を保障し、それにより介護の質を高める」ことが実施出来ないのであれば、社会保険方式は見直し、所得税による財源確保を目指すべき。

「介護報酬に関する意見（意見公募）」

○氏名又は名称・代表者の氏名
リビングデイサービス 施設長 小坂直樹

○団体の場合：事業又は活動の内容
老人デイサービスセンター（通所介護）

○意見内容

介護保険が実施されてから約2年間の、老人デイサービスセンター（通所介護）の現場での活動を通し、介護報酬に関して改善を望む事項のうち、3つを以下に記す。

1. 1円単位の自己負担額を改める（デイサービスで日払いができるように）

介護保険施行前はデイサービスの1日の利用料はキリのよい金額であったが、現在デイサービスの1日あたりの自己負担額は1円単位で設定されている。

デイサービスで、その日ごとに支払を行うには利用者が1円玉を用意するか、事業者が釣り銭を用意せねばならず、各々の負担が大きく困難である。

要介護認定調査には“金銭の管理”の項目がある。外出や買い物の機会に限られる高齢者にとって、週に数回デイサービスの代金を自分で用意して支払う作業を行うことは、現実には即した日常生活訓練となる。国が、わずかの報酬額の設定にこだわり、デイサービスにおける生活リハビリの機会を奪うことは愚かである。

通所介護の基本単位は100単位（自己負担100円）ごととし、食事送迎などの加算は50単位（自己負担50円）とすることを望む。

2. 併設通所介護と単独通所介護のサービスコード区分をなくす

併設型と単独型の通所介護事業所では、利用者の受けるサービスには基本的に差がないにも関わらず、単独型の単位数が高いために、併設型よりも月当たりの利用可能回数が少なくなるのはおかしい。併設通所介護と単独通所介護のサービスコード区分はなくすべきである。サービスコードの簡素化はケアマネージャーの事務負担の軽減にもつながる。

3. 介護報酬請求のためのネットワークの整備

現在、WAM NET（社会福祉・医療事業団）は、インターネット上でセキュリティーを確保しつつ、事業者が自ら記入した空き状況の一覧等の情報公開し、全国規模でサービス利用者と提供者が情報を共有できる仕組みを作っている。

これを見習い、ホームページ上で介護報酬の請求ができるシステムを構築すべきである。

現在は、それぞれの事業者が介護給付費請求用のソフトウェアを購入し、伝送で請求を行うことを基本としている。しかし、依然として紙で請求を行う事業者は多い。

WAM NETのようにホームページを利用して請求作業ができれば、ソフトウェアの購入やメンテナンスの負担も減り、伝送の請求率も上がると思われる。

また、請求のための環境がインターネット上で統一されれば、ソフトウェアごとに操作を覚える必要もなくなり、事業者がお互いに教えあうこともできる。

さらには、環境が統一されることにより、現在は郵送やファックスを利用している

サービス提供票や利用実績のやりとりなど、請求作業に付随するケアマネージャーとサービス提供事業者との連絡も、インターネットを通して互に行うことができるようになり、より事務作業の軽減ができる。

また、これらケアプランの作成から請求までの一連の流れを、インターネット上で簡素化し、公開することによって、現在は非常に難しい本人のケアプランの作成も、もっと容易にできるようになると思われる。

インターネットを利用した事務手続きの簡素化は、事務作業に追われるケアマネージャーと事業者の現状を解決し、一般市民にも開かれた介護保険のシステム作りにも貢献する。

早急にインターネットを利用したネットワーク環境の整備を行うべきである。

以上

介護報酬に関する意見（意見公募）

○名称 介護老人保健施設ナーシングホームかたくり

代表者名 施設長 谷菽美智子

○事業又は活動の内容

介護老人保健施設（入所、短期入所、通所リハビリテーション）

訪問介護

居宅介護支援事業

○意見内容

現在の経営状況やサービスの質の確保など、介護報酬に関わって問題だと感じておられることをお書き下さい。

1. サービス事業所は生活困難者だからと言って見捨てることはできません。保険料未納者・滞納者に対する保険給付差し止めはサービス事業所いじめ、低所得者の人権無視です。（未回収未収金になっていきます）
2. 利用者のためにより良いサービスを提供したいが、国が示す人員配置では安全確保すら難しく感じる時もあります。必要な人員確保をすれば赤字になってしまいます。業務内容としては心のケアを重視しながら処遇することが求められ、人間的に優れた職員の配置が必要にもかかわらず、労働条件は低く、「職員の福祉に対する熱い思い」に頼った職員報酬になっているのが現状です。介護老人保健施設の人員基準の引き上げとそれに見合った介護報酬の引き上げを希望します。
3. 訪問介護の派遣時の移動時間について、都市部と地方では移動時間に大きな開きがあり、その違いが事業運営に与える影響は大きいと感じています。1日8時間労働の職員でも、移動時間を考慮すると実際の派遣時間は6時間が精一杯であり、その中で運営していかなければなりません。そのあたりの実情を反映させた介護報酬の検討を希望します。
4. 居宅介護支援費は1か月、要支援が6500円、介護度5でも8400円となっています。それは、訪問介護の身体介護の2時間相当の報酬と同じです。求められている業務内容からすると不均衡を感じると同時に、1人50件の目安が出されていますが50件では経費（ほとんどが人件費）を考えると事業運営がなりたたないのが現状です。

厚生労働省に対して、介護報酬改善のために要求したい内容をお書き下さい。

1. すべての事業での介護報酬の引き上げ
2. ケアマネージャーがケアプラン作成に、利用者や家族、サービス事業所と十分調整ができる時間の保障、居宅介護支援費の引き上げ
3. 低所得者の介護保険料の引き下げ又は減免措置の拡大
4. 低所得者の利用料の引き下げ又は減免措置の拡大
5. 支給限度額の引き上げ
6. 介護老人保健施設入所者に対する医療行為への医療保険適用
7. 訪問介護の介護報酬の引き上げ

以上です。

「介護報酬に関する意見（意見公募）」

○名称・代表者の氏名

特定非営利活動法人ワーカーズ・コレクティブ笑顔
代表 笹尾清美

○事業または活動の内容

訪問介護事業および居宅介護支援事業
ならびに介護保険制度を適用しない訪問家事介護サービス事業

○意見内容

- ①訪問介護事業において、現行のサービスの3種類の分け方がケアマネージャーの判断基準により差が生じている。
②いずれのサービスもそれぞれの利用者にとっては必要なサービスである。
①、②から、どのようなサービスにたいしても同額の介護報酬でよいと考えます。
- 介護報酬に差を付ける場合として以下を提案します。
ヘルパー1級の研修内容をさらに充実させ、必要性が高い医療行為ができるようにした場合。
8. 居宅支援介護給付費について
給付管理の出来ない月も被保険者や家族の相談をうける必要があり、ケアプランを立て給付請求できる月よりも時間や経費がかかることがあります。
(例：サービス導入時・退院から自宅へ戻るときなど)
また、年間に10～15パーセント前後の依頼者が給付管理できずに対応しています。(ターミナル時・入所入院等の相談・入所入院中の家族支援)
現行の給付費では、事業所が独立採算することが困難なため、営利主体の事業所では自社の他のサービスの強要をしたり、給付費を請求できない利用者はあまり対応しないなど、懸念される傾向が見られます。人件費削減のため一人のケアマネジャーが75人以上の担当をしている事業所もあります。
給付費を適正にすることで、高齢者がADLを維持できるように在宅介護を本来の意味で支える、居宅支援事業運営ができればと願っています。

4. 意見公募（個人）

（95名）

目 次
(五十音順)

安宅温	255
穴澤よう子	257
油井香織	258
天宮陽子	259
栗津小枝	261
五十嵐愛子	262
井口幸久	263
池田美代子	265
石川恵美子	266
石井郁子	267
井田ヨネ	268
伊藤八重子	269
井上周一	270
猪子恭治	271
岩田梢	273
岩村緑	274
上野ヨシエ	275
歌川和代	276
梅澤祐子	277
おおい圭子	281
岡田清美	282
岡本恵子	284
小川久子	285
小川包子	286
小椋久子	287
小長谷康子	288
柏木三津子	289
加藤孝	290
神まゆみ	291
菅野信子	292
菊池みつる	293
菊池泰子	294

岸上真寿美	295
岸田孝史	296
北川和秀	297
木村功	298
木村建一	299
国弘実	300
栗原和子	301
小西包子	302
坂下光男	303
坂谷玲子	304
櫻井和代	305
佐々木時枝	306
佐藤清一	307
佐藤まり子	308
庄司正子	309
白鳥邦子	310
関根洋子	312
曾根良二	313
高田友子	314
高松孝子	315
竹田照	316
竹村陽子	317
田崎豊子	318
立花玲子	319
田中英子	320
種子佳邦	321
佃康雄	323
常通佳子	324
富樫玲子	325
中村松子	329
西岡政美	330
西和子	331
西田喜代美	332
野口啓一	333
野元久美子	334
橋本由紀子	335

島山美代子	336
塙敏子	337
馬場	338
原田玲子	339
久田友俊	340
福田淑江	341
藤居昭子	344
藤沢	346
星幸恵	347
細野昇	349
洞口和子	350
宮原幸代	351
三輪道子	352
村上美晴	353
村上泰子	354
村松明代	355
本橋眞紀子	356
森美紗子	357
諸橋成子	358
山田知江子	359
山本瑞香	360
横谷美智子	361
横山秀利	362
吉岡千代	363
吉永栄子	364
米口大作	365
渡辺順子	368

安宅 温 (あたか はる)
被保険者・作家・日本ペンクラブ会員

「介護報酬に関する意見 (意見公募)」

移送介護は生活の必需品

昨年(2001年)12月に「走れ介護タクシー」という本をミネルヴァ書房から上梓したが、そのための取材でさまざまな介護タクシー利用者の声を聞いた。その中の一人の声をここにご紹介したい。「掃除・洗濯は這ってでも自分でできる。でも外出だけはできない、このサービスを待ち望んでいた」この声を聞いたとき、移送介護の優れた手段として現われた介護タクシーの必要性が痛いほど伝わってきた。

取材で会った40人ほどの介護タクシー利用者中の半数ほどが独居の方たちだった。その方たちは言う。「今までは家の中とせいぜい施設のデイサービスに行くことだけが、私の社会の全てだった。介護タクシーに乗ることで少しだけ社会が広がった」。

また「介護タクシーのお陰でしっかりリハビリに通えて、介護度が下がった。その結果他の介護サービスを利用する率も少なくてすむようになった」。こう言われる方のなんと多かったことか。

他人の助けを借りて生活するよりも、自分の残存能力を引き出す努力を促し、介護サービスの利用を減らすことができれば、本人も楽になるし、介護保険の利用総額も減る。これこそ介護保険制度の目指すところではなかったのか。

取材を進めるほどに、介護タクシーがいかに介護保険制度の根本理念である、自立支援のための優れたサービスであるかを知らされた。

一例としてKさんの例をお話したい。Kさんは糖尿病からの中年での失明に加えて、透析を受けるようになっていた。Kさんは写真現像やクリーニングの受け渡しなどを自宅一部で家業にしている。この仕事なら弱いKさんにも可能であった。しかし、3年ほど前から透析を受けるために隔日に通院することになった。高齢失明で一人歩きができないKさんには奥様の付き添いが必要である。しばらくは「失明の上にこれ以上家内に迷惑をかけられない」と、透析を拒否していた。しかし、昏睡状態に陥って入院したKさんは、奥様の強い勧めで透析を始めた。週に3回、店を閉めて奥様が付き添ってタクシーで病院へ行く。奥様は病院の待合室で終わるのを4・5時間待って、病院から出る昼食を介助して食べさせてタクシーで帰る。これでは、週に3回店を休んだ上に、往復のタクシー代が必要になる。これが死ぬまで続くのである。困り果てていたKさん夫婦は介護タクシーのことを知った。

介護タクシーは介護保険から30分の身体介護料の報酬を受けて、自己負担は片道210円で済むという。安い上にタクシーへの乗降介護も、病院内の食事介助もしてくれる。これで、奥様は安心して店を守れるし、家事もできる。貯金を食いつぶしていたタクシー代も、往復420円の負担で済むから、何とか持ち出しをしないでやりくりできるようになった。Kさんは言う「お陰でもう少し長生きしても許されるかなって思うようになりましたね」。

このような方々から介護タクシーを奪ってしまったら、数多くの悲劇が起こるだろうと思うと、どうあっても介護タクシーは存続させなければならない。そう思い、心からそう願う。

厚生労働省はこの介護タクシーに規制緩和ならぬ、規制強化をしてきた。あまりにも人

気が高く、需要が増える介護タクシーのサービスに、介護保険料を多く使われることを恐れての規制強化であろう。

いわく、介護タクシーを利用するなら他の介護サービスも利用しなければならない。いわく、要介護者の二人以上の同乗は禁ず、いわく、家族の付き添いは禁ず、いわく、買い物はごく限られたもの以外は禁ず、いわく、入退院時は禁ず、いわく、親戚の法事に行くことは禁ず、いわく、いわく、と禁止事項ばかりである。まったく実情に合っていない。

しかし、考えて欲しい。何の為に介護度ごとの利用上限枠が定められているのかを。上限枠内であればどのサービスをどんな割合で使うかは利用者の自由であるはずだ。仮に介護度1の人が上限枠全てを介護タクシーに使ったとしてみて欲しい。介護度1の居宅上限枠は165,800円であるから、往復4,200円で割ると39.4で、一ヶ月に40回外出しなければ使い切れない。まさか年中無休で外出する高齢者もいないだろう。それほど心配しなくても上限枠の数パーセントだけ介護タクシーを利用すれば事足りるということだ。

もともと、介護保険制度が自立支援を謳い文句にしているならば、本人が自由意志で行きたい所へ出掛けることによって、生きる意欲が出ることを支援するべきであろう。

現行法では介護タクシーは介護サービスのメニューに入っていないので、訪問介護のひとつとして報酬単価もサービス内容も決められている。このことによって各種の矛盾が生じる。

その結果として、たとえば、厚生労働省は介護タクシーが走っている間は運転手は運転に専念しているから、介護しているとはみなされない、としている。乗降時の介護のみが介護だというなら、しかも乗車時、降車時を一連の介護と言うなら、その一連をつなぐ走行時はヘルパーでもある運転手はいったい何をしているというのだろうか。まさか、左のドアから乗って、右のドアから降りることの為にこの介護サービスが存在するのではないであろう。介護タクシーの一義的目的は、ある地点から他の地点へ移動することである。その移動の為に乗降という動作が起こってくるのである。車社会では、二種の免許を持ち、ヘルパー二級の資格を持った運転手による介護タクシーは非常に安心な安全な移送手段だといえよう。

私が取材した介護タクシー運転手さんたちは、異口同音に言う、「運転中がもっとも介護運転としての注意をしていますね。急ブレーキを踏んだだけで骨折する人も多いですから」。

また、訪問身体介護で捉えるために、乗降時にしか介護保険は適応されないから、短距離も長距離も同じ報酬しか得られないことになる。

移送自体を介護のサービスメニューに加えてしまえば、移送時間と乗降時間を介護保険対象として報酬も考えることができる。そうなったとき、今ある理不尽な規制は不要になるはずである。通院に使おうが、買い物に使おうが、友人に会いに行こうが、利用者が介護タクシーを拘束した時間で料金も決まる。乗降時に時間がかかる人も、そうでない人も遠慮無く使える。

移送介護を根幹から見直し、走行時は介護でないとか、付き添いは同乗してはならないとか、買い物に利用してはならないとか、利用目的などを制限するようなことはしないで欲しい。心丈夫で心自由な介護保険で無ければならない。

介護サービスを選択する権利、それが無いのであれば、介護保険制度の根幹的理念が否定されることになる。