

介護報酬に関する意見（事業者団体とヒアリング）

【団体名・代表者】

「全国介護タクシー連絡研究会」

会長 木原圭介

【概 要】

「介護タクシーを考える会」を前身に 2002 年 2 月 15 日設立。
全国の介護タクシー事業者など 30 者で構成。今年中に 100 者の参加を予定。

【目 的】

研究会は介護タクシーの普及により、高齢者や身障者などの移動制約者の方々が自由に外出のできる地域社会とサービスの実現を目指し、介護移送の確立と普及を目的としています。

【意 見】

介護タクシーへの介護保険適用については、「移送は介護サービス外」の適用方針から、移送前後の乗降時の介助のみを身体介護サービスとみなして適用されております。

このことにより要介護者のサービスの利用抑制が行われています。

しかしながら要介護者のニーズは一般的な身体介護サービスと同時に、「移動」自体にも根強いニーズがあります。ドア・ツー・ドアからベッド・ツー・ベッドの連続性を実現した介護タクシーは福音的なサービスとして利用者の支持を得ています。

介護タクシーのサービスの特徴は、ヘルパー 2 級以上の介護技術を備えたドライバーが、介護の必要な要介護者へのヘルパー業務を兼業することが特徴です。

このことにより、介護サービスと、要介護者の生活空間を拡大する外出支援サービスに連続性を持たせることができるようになりました。

ヘルパードライバーの一人二役について厚生労働省は「運転者は運転中においては運転に専念すべきであり、安全性の観点から兼務は不可」との見解を示していますが、ヘルパードライバーは運転と同時に要介護者の状態に注意を払

っており、異変があれば即座に車を停車させ介助行為を行っております。安全性については、これまで数十万回に及ぶ介護タクシーの移送実績が実証しています。

ヘルパーがドライバーを兼業するシステムの有用性が認められれば、移動時を身体介護の見守り状態とすることで、「ヘルパードライバーが運転している場合でもヘルパーを同乗させ移動時の見守り介助とする」ふたつのサービスを効率的にひとつにまとめることが可能になります。

さらに付言すれば、介護分野で散見されるヘルパーによる「白タク行為」の解消にも重要な問題提起となる点です。ヘルパードライバー（二種免許・二級ヘルパー資格・安全管理・保険加入）による移送を介護サービスに組み込むことができれば、旅客輸送資格を持たない者による自家移送の問題も解決します。

介護保険でタクシーが安易に利用されることを懸念される向きがありますが、ケアプランの仕組みから無制限な利用はあり得ないことであり、ケアマネジャーが要介護者のニーズに的確に対応することができれば、利用者が本音で求めている新しい福祉サービスが創出できるものと考えます。

「ヘルパードライバーによる移動を保険給付対象とする」ことで、少しでも多くの要介護の方が自宅から外に出て、元気で生き甲斐のある生活をおくれることを願っています。

介護保険のテーマとされる「要介護状態の軽減、悪化の防止、予防」における外出の効果はいうまでもなく、「被保険者の選択に基づくサービスの提供」とする見地から介護移送の問題を審議していただきたく提言します。

以上

介護報酬に関する意見（事業者団体ヒアリング）No1

○団体の名称

全国厚生農業協同組合連合会

○団体の代表者の氏名

代表理事長 武下 静夫

○団体の概要

・目的

全国厚生農業協同組合連合会の会員の行う保健医療・福祉事業及び生活文化事業の発達を促進し、組合員の厚生及び文化の改善を図り、経済的社会的地位の向上に寄与することを目的としている。

・組織構成

全国の36都道府県郡厚生農業協同組合連合会を会員としている。

・事業の内容

- (1) 保健医療・福祉事業に関する組織及び経営の指導
- (2) 保健医療・福祉事業に関する教育及び情報の提供
- (3) 保健医療・福祉事業に関する調査研究及び出版物の刊行
- (4) 農村の健康管理及び環境衛生の改善に関する施設
- (5) 保健医療技術者の養成及び教育
- (6) 職業安定法第33条による保健医療技術者の無料職業紹介
- (7) 保健医療施設及び保健医療研究機関の設置
- (8) 保健医療資材及び医薬品の供給
- (9) 会員のためにする団体協約の締結
- (10) 前各号の事業に附帯する事業

○意見内容

介護報酬についての是正要望

(1) 特別地域加算の見直しと移動距離加算の新設

離島等一定の地域に所在する事業所は、サービス確保の観点から特別地域加算の対象となっているが、これら地域以外の中山間地域あるいは過疎地域においても、豪雪地域や利用者が少ない地域がある。

これらの地域においても、厚生連としてのサービス提供が求められていることから、より実態に見合った特別地域加算の見直しと、事業所と利用者宅間、及び利用者宅から利用者宅への移動距離を勘案した報酬を新設していただきたい。

(2) 居宅介護支援費に係る介護報酬の引き上げ

居宅介護支援（ケアプラン作成）業務は煩雑であるにも拘らず、介護支援専門員（ケアマネジャー）1人について50名のケアプラン作成が標準とされている。

しかし、中山間地域あるいは過疎地域においては、サービス提供機関と利用者宅間の移動距離が長く時間がかかることから、50名のケアプランを作成することは困難であるため、実態に見合った介護報酬の引き上げ及び地域差の配慮をしていただきたい。

介護報酬に関する意見（事業者団体ヒアリング）No2

（3）訪問看護費に係る介護報酬の引き上げ

特別管理加算料を算定できる特別な管理を必要とする利用者は、一般利用者よりも医学的管理の必要である厚生労働大臣が定める状態の方であり、他の利用者より人手を要するため、報酬増額（倍増）をしていただきたい。

（4）通所リハビリテーション費に係る介護報酬の引き上げ

老人デイケア（1）の要従事者数は、施設基準上利用者20人に対してPT・OTあるいは看護婦等2名となっているが、介護保険法施行後は介護度の高い者が利用すると1日10人～12人の受け入れが限度であることから、適切なサービス提供のための報酬増額をしていただきたい。

（5）通所リハビリテーション費利用者送迎加算に係る介護報酬の引き上げ

現在、ベッドからの車椅子移乗を含む送迎サービスが多く、その内容として、エレベータのないマンション、20段階のある家、雨が降るとぬかるんで車椅子の使用が不可能となる道、車が入れないほど狭い道、パーキンソン等で移動に時間のかかる方（時には玄関から車まで20分）等単純に公共のバスのようには計画的に運行できず、人員と時間を多く要するため、報酬増額をしていただきたい。

（6）ターミナルケア加算に係る算定要件の見直し

ターミナルケア対象の患者であっても、ある程度状態が安定している場合、毎日訪問看護を行うとは限らず、死亡前24時間以内にターミナルケアを行っていないケースもある。亡くなるまで同じケアを行っているので、24時間以内の条件を撤廃していただきたい。

（7）入所前後（関連機関・施設、訪問指導）加算の新設

入所が確定する前後において、各関連機関及び施設等への確認依頼の業務に専門性をもたせ、入所後のサービス充実に結びつける必要があるため、介護報酬の新設をしていただきたい。

（8）訪問リハビリテーションステーション制度の新設

在宅の介護サービス利用者から訪問リハビリテーションに対する需要が急増していることから、現在、病院業務と兼任である理学療法士・作業療法士の専任化を図るため、訪問リハビリテーションステーションとして独立させ、需要に応える制度を設けていただきたい。

（9）施設入所時における福祉用具の購入・レンタル

福祉用具の購入やレンタルは、利用者が施設サービスを使っている場合には利用できないが、退院時の使用訓練や器具に慣れるためのリハビリテーション訓練に必要となるので、施設サービス中に購入やレンタルができるようにしていただきたい。

（10）オムツ費用に係る算定要件の見直し

現行は、オムツの費用は実費徴収できなく、利用者により使用頻度に差があるため、保険給付に含めず、別途、実費徴収ができるようにしていただきたい。

「介護報酬に関する意見（事業者団体ヒアリング）」

○団体の名称 全日本民主医療機関連合会（略称：全日本民医連）

○代表者氏名 会長／肥田 泰（事務局長／長瀬文雄）

○団体の概要（URL <http://www.min-iren.co.jp/>）

*「いつでも、どこでも、だれでも」安心して良い医療と福祉を受けられることをめざして、1953年に結成された医療機関・介護保険事業所の連合体。本年1月現在の加盟施設は、病院154、診療所481、保険薬局245、歯科診療所69、訪問看護ステーション398、看護学校7等、計1507を数える（全ての都道府県に存立する）。職員は4万5千人。

*介護保険サービスの提供事業所（2000年1月）は、訪問看護597、訪問介護147、訪問リハ157、訪問入浴6、通所介護33、通所リハ283、短期入所生活介護3、同療養介護70、居宅療養管理517、痴呆対応型共同生活介護2、特定施設入所者介護1、福祉用具貸与16、介護老人福祉施設7、介護老人保健施設32、介護療養型医療施設28（病院のみ）。居宅介護支援事業801（支援専門員試験合格者5784名）。

*昨年、在宅サービス利用者を対象に、利用状況や要望に関する調査を実施。2万2千件の有効回答を得た。

○意見内容

介護保険をよりよい制度として運用していくうえで、介護報酬の見直しと改善が不可欠であると考える。

2003年度からの介護報酬見直しに際して、全ての事業、サービスにわたって、利用者への必要なケアの提供、質の向上、安定的な事業経営の実現、事業所従事者の確保・労働条件の改善をはかるにふさわしい、報酬単価の引き上げと報酬体系の見直しを要求する。

併せて、報酬単価の引き上げにともなう支給限度基準額の拡大（または撤廃）と、利用料（1割相当額）負担への対応策を講じることが同時に必要であると考える。

1. 介護報酬の引き上げ、報酬体系の見直しについて

以下の事業、サービスについて、特段の見直し・改善を要すると考える。

(1) 居宅介護支援事業

① 居宅介護支援費を大幅に引き上げること

介護支援専門員は、膨大な実務、連絡調整に忙殺され、アセスメントや相談援助など本来の業務に十分な時間を割けられないのが実態である。なかでも給付管理業務は、限度額管理や種々の加算設定のため膨大・複雑なものとなっており、介護支援専門員に過重な負担をもたらしている。そうした実状に比して、現行の介護報酬はあまりにも低い。一人50件担当しても人件費はカバーできず、「常勤・専従」の配置は困難であり、質の向上を担保しうる水準にはほど遠いものである。連絡調整など苦勞して計画を作成しても、利用に至らなければ無報酬となり事実上「タダ働き」となる。

介護支援専門員が、他の業務を兼務せずに、アセスメントや相談援助、介護サービス計画作成に専念でき、質の向上をはかり、かつ介護支援専門員一人あたり30件程度の居宅介護支援費で事業所が運営できるよう、実状に即した居宅介護支援費の大幅な引き上げを求める。サービス利用には至らない相談援助、計画管理等についても報酬上の評価を求める。

② 居宅介護支援費の体系を見直すこと

現行の居宅介護支援費は介護度に従って3種に区分されているが、要支援であっても実際の業務上は殆ど差はない。引き上げと合わせて、介護支援費区分の廃止を求める。給付管理業務については、実務内容を簡素化した上で、別途事務費として報酬上評価すべきであると考える。居宅介護住宅改修、福祉用具購入に係る介護支援専門員の「支給申請書類作成業務」は、介護報酬上の位置づけと引き上げを求める。

(2) 訪問介護

① 現行の3区分を廃止し一本化したうえで、訪問介護全般の報酬を引き上げること

家事援助は単なる家事の代行ではなく、利用者の生活そのものを支援する、経験と高度な専門性を要するサービスであり、それに見合った十分な報酬上の評価が必要と考える。また、家事援助サービスを身体介護と区分することは、サービス提供上も妥当ではない。あえて複合型という折衷型単価を設定したこと自体が、身体介護と家事援助とを区分することの矛盾・不合理性を示していると考える。

現状では、単独の事業として採算性を確保するためには、「常勤」ヘルパーを減らし、いわゆる「直行直