

介護報酬に関する意見（意見公募）

介護保険市民オンブズマン・文京 代表者 天野マキ（東洋大教授）

（活動内容）介護保険市民オンブズマン・文京は市民の手で作られたボランティア組織です。介護保険に関する相談、苦情を行政や事業者へ伝え、改善を働きかけます。市民で介護や福祉についての学習・交流を行い、行政に対して介護保障に関する提案を行います。

（意見）

介護報酬に関する見直しと介護保険制度の改善について、以下の要望を致します。

- 1) 居宅介護サービス計画の報酬引上げを行うこと。
- 2) ホームヘルプサービスの家事援助、身体介護、折衷型の区分を一本化し適正な報酬への引上げを行うこと。
- 3) 訪問介護の移動時間や待機時間及び事務処理・連絡時間を介護報酬に反映させること。
ホームヘルパーの社会保険加入等の労働条件引上げを行うこと。
- 4) 在宅介護サービスの改善、支給限度額の引き上げを行うこと。
- 5) 以上の改善の財源は介護保険法第5条に基づき国庫負担の大幅な拡大で行うこと。
- 6) 要介護認定の簡素化と要介護度の単純化、認定期間の弾力的運用を行うこと。
- 7) 苦情解決機関の自治体への設置を法で定めること

（理由）

1) 居宅介護サービス計画の報酬は、経営はおろか人件費も払えない状況です。厚生労働省はケアマネージャー1人当たりの担当介護者を50人と想定していますが、7200円（要介護1、2）×50人＝36万円（月額）は、十分な報酬ではありません。現状は、経営上1人のケアマネが100人近くを担当する事例もあり、過労で倒れる人も多く、相談業務の時間が取れず、私生活も犠牲にして連絡や介護報酬請求事務に追われています。

2) 家事援助、身体介護、折衷型の区分は現場に混乱を招いています。ホームヘルパーのサービスは区分できるものではなく、実際のサービスと報酬は一致していません。雇用状況は、非常勤雇用が主力のため、資格があると逆に採用職種が無いという状況も発生しています。しかも、パート職員の教育期間が取れない、勤続年数が短く実務経験が浅い、利用者の重度化に対応できない等、介護の質にかかわる問題が発生しています。介護施設でも非常勤職員が多くなり、利用者の命を守る夜勤の重労働を担える職員も不足しています。

3) 日本介護クラフトユニオン賃金調査では、拘束時間全体を労働時間とみなして時給を

計算した場合、時給は762円で一昨年のパート労働者の平均（男性1,026円、女性889円）を下回り、回答者527人中の94%は女性労働者で、時給で働くヘルパーは398人と発表しています。パート、非常勤雇用、低賃金、未払い労働時間は、介護保険で拡大しました。

4) 支給限度額を超えて保険外で利用している方にアンケートを行った目黒区では、その理由として約6割の方が「支給限度額内のサービスだけでは在宅生活を続けられない」、2割が「介護を必要とする時間が増え、さらにサービスが必要となった」と答え、更に対象者の約5割が自己負担は「かなり負担」「やや負担」と答えています。足立区の介護保険アンケートの満足度調査では、支給限度額に対して限度額を超えた利用者は7%で、その約30%が介護保険に「とても不満」「不満」と答えています。

5) 国の負担を拡大すべきです。市町村民税世帯・本人非課税者総数は、全国高齢者の約76%と国は説明していますが、これらの低所得者への負担を拡大すべきではありません。第2期介護保険事業計画についても、支給限度額に比べて相当低いサービス利用率の改善、家族介護等を理由とする未利用や未申請の対応、低所得者への負担軽減、介護サービスの基盤整備とメニューの改善等、憲法25条に基づいて検証され、反映されるべきです。

6) 矛盾だらけのコンピュータ第一次判定は、現在でも新たな欠陥が指摘されています。第二次判定で変更率が40%以上にもなる自治体もあり、無用の長物となっています。コンピュータ第一次判定を廃止し、ケアマネジャーのケアプランに基づくサービスを提供すれば、中間経費を大幅に軽減でき、その経費が直接的な介護サービスに充てられます。

8) 法23条では市町村が保険給付に関して事業者から「文書その他物件の提出」などが定められているだけですが、抜本的に市町村の指定・勧告・指導・苦情解決能力を高めるべきです。現在、権利擁護事業として「地域福祉権利擁護事業」「契約適正審査会」「苦情解決の窓口設置」「第三者評価」が行われていますが、介護保険法でそれらの事業の公的責任が明確にされ、公的な実効ある体制と財源の手当てが必要です。

「介護報酬に関する意見（意見公募）」

- 介護保障を考える市民の会 呼びかけ人代表 永井よし子
- 介護保険制度発足以前から保険者たる地方自治体と被保険者である一般市民の立場から、あまりにも政省令に依拠して内容や方向の見えない同制度に疑問を持ち、発言や提言をするために定例学習会やシンポジウムを開催、既に3回にわたって市民からの提言を公表してきました。

○ 意見内容

保険制度は「給付と負担」という関係が基本です。介護保険制度でも質量共に高い給付サービスを受けようとすれば高い保険料負担という選択をせざるを得ません。サービス提供側が質の高い安定したサービスの提供を考えても、介護報酬を上げれば保険料・利用料の負担増につながります。また、高い保険料を支払っても、全国一律に定められている介護度別の支給上限額や利用料の1割負担によって受けられるサービスの量は限定され、必要なサービスの量は保障されません。このように介護保険制度は、Ⅰ 給付サービスの質（介護報酬）とⅡ 給付サービスの量（介護度別上限額）とⅢ 保険料負担という三要素が三すくみのジレンマの関係になっていて、国民にとっていずれにウエイトを置いても自らに負担が撥ね返ってくる厳しい制度です。今回の介護報酬の改定にあたっては、この三すくみのジレンマを少しでも解消し、バランスのとれた制度にするために適切な改訂が期待されます。

そのために、市民の立場から以下の要望をいたします。

1. 介護報酬の対象とする「介護」の概念を明確にして、介護報酬の対象は介護に限定し、医療は医療保険、生活は自己負担又は福祉で対応するべきである。
 - 1) 訪問介護の身体と家事の区別を廃止し、家事援助の必要性は家族等の要因も大きいので、必要な人には生活支援という福祉施策で対応する。
 - 2) 要支援のレベルは介護予防・生活支援という福祉施策で対応し、要介護のみを介護保険の対象とする。
2. 介護は対人関係が基本の労働集約的な仕事で、介護の質の保障はその人材の確保にかかっている。介護報酬は介護員等の人件費に還元させることを基本として、公務員、教員ベースに準拠する就労保障によって雇用の促進、確保を図る。職業として誇りを持って働ける給与水準や就労保障がない限り、良き人材の確保、定着、専門性の向上はあり得ない。サービスの質の確保が被保険者や要介護の方々に安心を与え、制度の信頼性につながる。
3. 要介護認定はサービスの給付を制限するための認定（行政処分）であり、必要な介護を保障するものではない。手続きの煩雑さや認定への不満を解消し、審査会や認定ソフト等への中間経費の無駄を省いて、保険証一枚でいつでもどこでもだれもが生活に必要なサービスを直ぐに利用できるようにする。まずケアプランを作成してのサービス提供を第1とし、給付については上限額のみを設定しておき、審査会では要介護状態の分類やランク付けは止めて、ケアプランの適正をチェックする。

【意見公募様式】

平成 14 年 2 月 27 日

「介護報酬に関する意見」

医療法人社団 汐咲会

介護老人保健施設 しおさきヴィラ 理事長 井野隆弘

○ 活動内容：老人保健施設 100床 通所 60人

意見内容：増大する介護報酬をどうすれば止められるか（その一つ）

（理由） 2020年に高齢者に仲間入りする世代より提案です。

50歳から平均年齢までの各所得者層ごとの生涯消費コストを今の平均的生活を維持すると仮定し、生涯生活費用シュミレーションを創らせてください。その中には介護保険料・医療保険料と同時に、年金（低減するものとしてシュミレート）と、民間保険を併用し、葬儀料も加味したものを創ってください。（業者に作らせればいい）

幾通りもの解りやすい表ができれば、自分の生涯設計が立てられます。更には、全体の介護に要する費用も算出できるでしょう。（多分不足が出ることを恐れて出されていないのかもしれませんが）出ないと余計不安が増します。このほうがずっと費用を余計遣うことになると思います。年金が預金に回る社会は変えなければならない。それには、将来情報を提示して、国民に選んでもらえるようなシステムをつくり、国民にアピールしてほしいと考えます。

【意見公募様式】

「介護報酬に関する意見」

○

医療法人社団 汐咲会

介護老人保健施設 しおさきヴィラ 事務局長 井野節子

○ 活動内容：老人保健施設 100床 通所 60人

○ 意見内容：入所当初より、介護度が改善したものにつき、成功報酬を新設してほしい

(理由) 当所は、老人保健施設からスタートしたため、入所者の満足度を高め、自立を促して、自力で生活できるようなケアをめざしてきました。その結果、寝たきりが歩けるまでになった例や、オムツがとれた例などのケースが沢山あります。よって、介護認定が軽くなります。しかし、現状の介護保険では、軽くなると、収入が減額されるため、職員を教育している者にとっては、矛盾をどうすることもできません。(教育効果がない) また、介護職員のケア満足度は大変悪いものとなります。できるだけ手をかけて、入所者ご本人にも家族にもよるこばれるにもかかわらず、社会からは収入を削られる現状(介護度低下による収入減)ですから。私は介護職員のモチベーションが上がらなければ、要介護者の満足度も上がらないし、その結果、リハビリテーションの効果は半減し、重度ばかりの集団になると考えています。逆の良いサイクルで回転させることが重要です。介護度が低くなるということは、社会的費用がそれだけ少なくなることです。しからば、その努力に対し、なんらかの成功報酬があるのが、経済の原理ではありますまいか。

介護度が○から、×になれば、△円と言うように、成功報酬の基準を作って、実施していただくことを強く希望します。教育するものにとっても、介護する者にとってもやりがい生まれます。成功報酬を新設することにより、職員にやる気が出てきて、新しい改善も出てくることでしょう。介護度を下げる努力が全国的になれば、社会的費用は大きく削減されるでしょう。

寝かせきりにしているほうが、報酬が大きくて楽というような矛盾を存在させ続けることは、介護保険理想の根幹を揺るがすゆゆしき問題だと考えます。

○ ちなみに、私は、当施設などを使い、介護度と満足度の調査、最終的に少ない費用で満足度をあげることにより、社会的な費用を削減させ、かつ、高齢者ケアの社会的安心感を上げる研究をしたいと考えています。成功すれば、採用していただきたいと考えます。

【意見公募様式】

平成 14 年 2 月 27 日

「介護報酬に関する意見」

○

医療法人社団 汐咲会

介護老人保健施設 しおさきヴィラ 婦長 中水三知子

○ 活動内容：老人保健施設 100床 通所 60人

意見内容：在宅で重介護度の家族を看る人に何らかの褒賞を！

(理由) 在宅で介護度4とか5を看るのは大変ですが、そのような家族は存在します。

3でも実際大変ですが。

在宅を受け入れるには、さまざまな理由はありましようが、在宅は社会的コストを下げています。(多分 capital cost の差以上に) 在宅を促進するために、在宅に対する報酬を上げるといふ経済的インセンテイヴと同時に、在宅で介護をする家族のための何らかの恩典(お金でなくてよい)を考えてあげたい。業者だけが潤うだけではなく、それを受け入れ見守る家族に対しエールを送るのが必要と思います。在宅を薦めても家族が受け入れなければ我々にはどうすることもできないのです。

【意見公募様式】

平成14年2月27日

「介護報酬に関する意見」

医療法人社団 汐咲会

介護老人保健施設 しおさきヴィラ 看護部長 三原美代子

○ 活動内容：老人保健施設 100床 通所 60人

○ 意見内容：第三者評価の導入に際してはユーザー満足度を組み込むこと
第三者評価をする団体は、必ず follow としての教育が出来ること

(理由) 最近第三者評価は大流行です。私の介護老人保健施設も姫路市の第三者評価を受け、高い成績を納めましたが、改善のために他の施設から問い合わせがあります。答えないということではなく、評価をするなら、その機関に評価スタンダードがあるはずで、出来ていない施設に悪い点数をつけたなら、どうすればいいのか改善のためのアドバイスがあるのが当然と考えます。(アメリカ JCAHO は医療機関を評価しますが、ケア施設も評価するようです。そこでは必ず follow があり、6ヶ月後に再チャレンジの機会が与えられ、その施設が合格するまで指導があるそうです。勿論費用は施設持ちだそうですが・・・)

評価する方法についてですが、ユーザーの評価を行わなければ意味が薄れるのではないのでしょうか？

ユーザーは個別です。個別対応が大切だと思います。全体評価というのでは、医療監視・立ち入り検査と同じで、個々に状況や生活習慣が違う要介護者本人の生活の評価をするのは無理です。立ち入り検査では、ユーザー満足度から捕らえる視点が欠けています。サービス業と考えれば、個別満足度と個別対応が基本でしょう。安易な評価ではなく、フェアで、しっかりした評価体制を創ってください。馴れ合いではなく、妥協ではなく、最高を目指した評価にすべきです。

「介護報酬に関する意見（意見公募）」

- 団体の名称 神奈川県老人ホーム協会
- 団体の代表者氏名 阿部 好知（あべ よしとも）
- 団体の事業又は活動の内容
本会は神奈川県下における各種老人ホームが会員となり福祉施設の社会的使命とする老人施設福祉の増進と地域福祉の発展を図ることを目的に各種事業を展開している。

○ 意見内容

I 介護福祉老人施設

1 看護職の確保等について

これまで、福祉の現場に看護職等の医療系職員が就職する事を前提として養成されていないこともあり、看護職の確保が都道府県によっては著しく困難な状況がある。また、当初確保した看護職の急な退職等により、即時に指定基準を満たすことができず、介護報酬の返還事例なども生じている。

そのため、人員基準の抜本的見直しあるいは、人員基準遵守を前提として、ペナルティである減算の水準を緩和されることを要望する。

2 新型特養の見直しについて

新型特養整備に際し、法人負担が70名定員では従来の2～3倍に成る計算もあり、その後の運営も含め、多大な不安が生じている。

国は個室化・ユニット化を推進する計画の中で、平成14年度以降に新たに整備される「新型特養」の国庫補助対象施設に限り、国の補助金が「従来型特養」より減額されるかわりに、利用者にホテルコストを負担していただく、また、介護報酬単価を増額するとの政策を打ち出している。しかしその詳細は現時点で未定であり、特に個室・ユニットケアに伴う職員配置増の必要性については、言及されていないと記憶する。現在、介護報酬単価は職員配置3:1が最高基準となっているが、ユニットケアによる小規模処遇には介護職員の増員は不可欠な問題であり、現行の基準を上回る職員配置基準の設定が必要であると考え（たとえば2:1、2.5:1）。

このように、施設利用者の重度化が進む中、完全個室化を進めることは、利用者の処遇や運営上のリスクが大きいと言わざるを得ない面もあると考えるので、内容について再考することを要望する。

また、実施する場合にあつては、既存施設を部分的に個室化・ユニットケア化するに際しての介護報酬の優遇、ホテルコストの導入等についてもあわせて要望する。

3 小規模特養への対応について

用地の有効利用を図るためにも、100人定員の老人ホームが最も適切であり、待機者解消にも有効である。

また、規模別介護報酬を設定すると首都圏では小規模老人ホームしか期待されず、入所希望者のニーズにも沿えないことも考えられる事から、報酬の改訂に先立ち、小規模特養のあり方について検討されたい。

4 入院時の報酬算定の適用拡大について

入所者が、病院又は診療所に入院した場合にあっては、1月に6日を限度として1日につき320単位を算定することができる。

しかしながら、例えば、検査入院であっても1~2週間の入院を要し、また、治療となれば1ヶ月以上かかることとなり、その後の再入所までベッドを確保しておくこととなる。国においては、入院中の空きベッドをショートに活用することにより、報酬面の低下を補うことを許しているが、新設施設にあっては、ショートのベッド数も多く、入院中の空きベッドの活用は現実には困難である。

以上のことから、施設の入所契約を継続している場合で、施設に戻ることを前提としている入院については、現行の、6日を限度とする1日320単位の報酬算定を1ヶ月程度に延長することを要望する。

II 短期入所生活介護

1 痴呆に係る加算の設定

通所系のサービス利用には別枠の単位が設定されているにもかかわらず、短期入所では一般も痴呆も同一単位である。個々の痴呆の症状ごとに細心の注意を払ったケアが必要であり、職員の増員も必要となってくるため、痴呆に係る加算を設定されるよう要望する。

2 基本食事サービス費の設定

短期入所においても、施設入所と同様の食事を提供することから、基本食事サービス費として食事に要する費用を統一的な扱いとされるよう要望する。

III 通所介護

1 送迎加算の増額

送迎加算については、短期入所では184単位、通所介護では44単位と大きな較差となっている。しかしながら、現状としては、両サービスとも同様の内容で送迎を行っているため、通所介護の送迎加算を短期入所と同一とされるよう要望する。

IV 居宅介護支援

1 報酬単位の引き上げ

介護保険制度の根幹を支えるケアマネジャーについては、アセスメントから給付管理業務は言うに及ばず、サービスの説明や確認、相談等の業務が行うなど、その業務は多岐に亘っている。

また、事業所の立場としては、安定的なサービス提供のためには事業運営を継続できる報酬を得ることが必要であることから、いきおい、担当件数の増加により対応せざるを得ない状況も生じている。

これらの状況を改善するため、現行、低廉となっている介護報酬を引き上げるよう要望する。

2 初回加算の設定

初めてのケアプラン作成には、アセスメントや各サービス事業者の調整まで、更新の場合に比べると大きな労力を要する現状があるため、初回作成に係る加算を新設するよう要望する。

3 要介護度別報酬の廃止

介護度にかかわらず、ケアプラン作成にかかる労力は同様であり、また、要介護度が低くても、家庭訪問・面接・連絡調整等多くの時間を要するため、区分を一本化することを要望する。

V 訪問介護

1 報酬単価の引き上げ

訪問介護の単価については、所要時間が30分以上1時間未満と比較すると、家事援助が153単位、複合型が278単位、身体介護が402単位と、家事援助の単価が極めて低くなっている。

また、3区分に分けられていることにより、被保険者にも分かりづらいものとなっており、サービス提供事業者も調整に困難を伴う状況もある。

したがって、3区分を一本化することを要望するが、できない場合にあっては、家事援助に単価を引き上げることを要望する。