

## 介護報酬に関する意見(意見公募)

団体名 社団法人 全国病院理学療法協会 会長 龍沢 良忠

### 団体の事業、活動内容

昭和 23 年、医療施設で理学療法に従事しているマッサージ師等を中心にして組織され 38 年に厚生省より法人格を取得した学術団体。47 都道府県に支部組織をもち、全国学会、地方学会、研修会を開催している。

### 意見内容

私たちの意見は、医療機関で理学療法に従事しているマッサージ師等(運動療法機能訓練技能講習会受講者)のマンパワーを介護保険制度の中で活用していただきたいと言う事です。

日本の医療機関において理学療法は誰が行なっていますかと聞くと一部の医療関係者を除き、多くの人たちが「理学療法士」だと答えると思います。しかし、その答えは、半分正しくて半分誤っています。

日本の医療機関では、二万人の理学療法士と一万人のマッサージ師が理学療法に従事し、日本のリハビリテーションを支えています。(特に理学療法上の不足している地域では)

介護保険制度の中では、理学療法に従事しているマッサージ師等のマンパワーの活用が適切に行なわれず、一部の介護老人福祉施設や通所介護の機能訓練を担当するものとして一定の位置付けが行なわれているのみで介護報酬の評価は低いものになっています。

昭和 63 年に「あんまマッサージ指圧師、はり師、きゆう師法」が改正され、養成課程のカリキュラムの中にリハビリテーション科目等を取り入れました。既得、免許所持者に対しては、法令に基づき厚生大臣指定講習会が実施され資質の向上に努めてきました。

平成四年からは、厚生省、日本医師会等の指導後援のもとに医療機関で 5 年以上理学療法に従事しているマッサージ師等に対して「運動療法機能訓練技能講習会」を実施し理学療法従事者としての資質の向上を図ってきました。それらの評価として、厚生労働省では、

「運動療法機能訓練技能講習会」を受講したものに対しては、医療保険・診療報酬点数・理学療法施設基準の中で一定のマンパワーとして評価を行なっています。

しかし、医療機関で患者のリハビリ、機能訓練を行なっても、その患者が老人保健施設に移ったり在宅に戻った場合は介護保険制度の人員基準の中に位置付けられていないため、老人保健施設のリハビリ、訪問リハビリ、通所リハビリに従事できないなどの不合理があります。例を上げれば、小規模の通所リハビリでは、医療機関の理学療法に一年間従事した看護婦は、通所リハビリの機能訓練人員配置基準に位置付けられていますが、マッサージ師等は何年従事していても人員配置基準に位置付けられていません。

ぜひ、マッサージ師等の資格を有し運動療法機能訓練技能講習会受講した者を介護保険制度の通所、訪問リハビリ、老人保健施設の人員配置に組み入れて活用して下さい。

## 「介護報酬に関する意見（意見公募）」

- 団体の名称 全国ホームヘルパー協議会
- 団体の代表者の氏名 村田 みちる
- 活動・団体の内容：①ホームヘルパーのスキルアップをはかるための研修会の開催、②ホームヘルパーの介護技術向上のための研修課題の検討、③研究誌・情報紙・活動に関する資料の発行等
- 意見内容

### 1 介護報酬及び人員に関する指定基準等に関する意見

#### (1) 現行の「身体介護」と「家事援助」の介護報酬上の価格差の是正と報酬水準の改善が必要です。

現行の「身体介護」と「家事援助」の報酬額の価格差は、約2.5倍です。そのため、利用者やケアマネジャーが、サービス内容ではなく価格差に着目して身体介護とすべきところ家事援助を選択したり、身体介護では給付限度額を超えてしまうために家事援助を適用することが少なくありません。家事援助の報酬額は、ホームヘルパーを雇用し必要なコストを負担するには、不十分な額です。報酬水準の改善が必要です。

#### (2) 「要支援」者への訪問介護は、要介護状態に陥らないためのサービスであり、介護予防・生活支援事業と連携して提供することが必要です。

「要支援」の高齢者には、介護保険制度における給付サービスよりも、むしろ生活意欲の向上やいきがづくりのための様々なサービスの組み合わせが必要で、そのためには介護予防に主眼をおいた介護予防プランが必要です。介護予防・生活支援事業等の一般施策との関係も含めて介護予防プランについて体系的に整理、検討する必要があると考えます。

#### (3) サービスの質を確保するために人員に関する指定基準等の見直し

- ① 訪問介護員の要件を見なおし、原則として介護福祉士または現行の養成研修1級及び2級修了者としてください。また、現任ヘルパーの研修の更なる充実が必要です。
- ② 訪問介護計画の作成やサービス内容の管理等について責任をもっているサービス提供責任者の役割は重要です。少なくともサービス提供責任者の配置基準は現状維持とすること。その要件は介護福祉士またはホームヘルパー1級に限ることが必要です。

### 2 介護保険制度全体に関する意見

#### (1) 訪問介護事業のサービスの名称として「家事援助」はふさわしくありません。訪問介護は、高齢者の日常生活の自立や介護予防を目的にした専門性をもった業務であり、例えば「日常生活介護」などふさわしい名称にすべきです。

訪問介護は、要介護者や要支援者の日常生活の自立支援や状態の悪化を防ぐために、居宅サービス計画に示された援助目標を踏まえ、訪問介護計画を作成して提供される専門性をもった業務です。しかし家事援助という名称は、利用者に家事の代行をもらって提供されるものとの印象を与えています。例えば「日常生活介護」など訪問介護の本来の目的にふさわしい名称としてください。

#### (2) 訪問介護員の適正な労働条件を確保し、さらに魅力ある職種としていくことが必要です。

訪問介護事業は非常勤ホームヘルパー主体の職場環境になっている実態を踏まえ、ホームヘルパーの適正な労働条件を確保し、さらにホームヘルパーが魅力的な職種となるような事業者への指導や支援策を充実させることが求められます。

#### (3) 離島・山間部、豪雪地域等の移動時間の実態を把握し、地域特性への配慮を検討してください。

離島・山間部、豪雪地域では、移動に時間がかかるために、事業全体が非効率にならざるをえなくなっている実態を把握し、地域特性を十分に配慮することが必要です。

## 介護報酬に関する意見（意見公募）

全国老人福祉問題研究会 会長 小川政亮

**活動内容** 高齢者福祉問題の研究

**意見内容**（紙数の関係で、施設介護に限定して意見を述べる）

### 1 施設規模に応じた介護報酬の設定について

- ①施設不足が著しく、長期に入所待機しなければならない現状のなかで、利用者が負担の低い施設を選択している余地はほとんどなく、結果として負担を強制されることにもなりかねない。
- ②そもそも施設の大規模化を推進してきたのは行政である。ヨーロッパ諸国を例にとるまでもなく、国際的には、大規模施設は否定される方向にある。行政が生活の場としてふさわしい適正な小規模施設を基本に、各地域におけるニーズを踏まえた具体的な施設整備計画を明確にして、推進することが先決である。
- ③特別養護老人ホームが、生活の場を提供する公的なサービスである以上、市場の競争原理という乱立と寡占を生じさせる不安定なシステムを導入することは、経済的にも非効率であり、結果的に利用者にとって不利益をもたらす可能性がある。

### 2 要介護度3以上を特養の入所対象とすることについて

- ①介護と生活の場を必要としている高齢者のニーズ評価は、身体機能や痴呆の有無だけでなく、本人の生活、意欲、介護者、住宅や近隣関係などの生活環境、経済力など高齢者を取り巻く様々な要素を総合的に把握して行うべきであって、コンピューター分析によって高齢者の心身機能も含めたニーズを把握できるとする認識は非科学的である。要介護度3以上の認定を入所対象の基準として確定するほど、要介護認定の精度、合理性、信頼性は高くないことをまずもって確認する必要がある。
- ②身体機能面にのみ注目している要介護認定システムは、要介護者の「生活」をみていない。しかも動作等が「できる」「できない」という0か1かの極めて単純な調査方法に基づいた結果である。厚生労働省は、サービス整備が不十分な現状で、要介護1、2レベルを特別養護老人ホームの対象から除外し、居宅サービスや特別養護老人ホーム以外の施設サービスで対応できる自信があるのか。
- ③現行要介護認定制度により認定を受けた利用者が、実際にサービス利用している割合、居宅サービスでの給付限度額に対する給付額の割合は、きわめて低い。また利用者の多くは、1種類のサービスしか利用していないのが実態である。高額な自己負担ができないため、このような低水準の利用状況にとどまっているにしても、莫大な予算と時間をかけて「要介護認定」「ケアマネジメント」を行う必要は無駄遣いである。保険制度であることを装う必要はなく、即刻中止するべきである。
- ④極めて非効率な要介護認定やケアマネジメントにかかる莫大な予算や人材を、実際の介護サービス提供に振り向けるべきである。例えば、痴呆症の妻が夫の死に1ヶ月気づかなかつた西東京市で起きた事件や、最近、頻発する餓死、介護殺人などの悲惨な介護をめぐる事件を未然に防ぐ上で、「利用者本位」と銘打ちながら介護保険制度が機能していない問題を至急、見直し、介護保険制度の構造改革をすべきである。
- ⑤厚生労働省は、特養利用者は、居宅生活者に比べて優遇されている、居宅に比べ特養などの施設サービスはコストが高いと主張するが、しかし、居宅の場合、本来居宅サービスのコストを、家族に負担させているからである。介護保険は自立支援が目的であるならば、要介護4、5のレベルでも家族の負担なしに保険による居宅サービス提供で、最低限の生活が成り立つだけの体制にすることが求められる。相変わらずの家族負担を前提にしたコスト論は、厚生労働省が再三説明してきた介護保険の意義とも矛盾する。

### 3 全室個室化、ユニットケアおよびホテルコスト徴収について

- ①厚生労働省は特別養護老人ホームを「生活の場」だとしているが、だとすれば、個室は当然であり、日本国民の健康で文化的な生活の水準として、贅沢でも何でもない。欧米では、高齢者の個室は40㎡前後の広さを保障されている。13㎡、洗面設備付き程度の個室で、介護保険制度の1割負担以外に費用を徴収するという発想そのものが時代錯誤である。
- ②生活の場でありながら、不十分な建物設備をつくることは、10年20年後に禍根を残す。今日、低額のビジネスホテルでもバストイレ付である。生活の場というかぎり、ミニキッチン程度までは必置である。
- ③自立支援とは、身体的な自立のみならず社会的、経済的自立も含んでいなければならない、家族の経済力に高齢者を依存させる制度は、自立支援の制度とは言い難い。したがって、多くの高齢者が自力では支払不能と予測される高額な費用の徴収は、行うべきではない。また、「ホテルコスト」などという外来語を使って問題をあいまいにすること許されない。どのような性質のものか明らかにすべきである。

「介護報酬に関する意見（意見公募）」

○名称 全日本自治団体労働組合（自治労） 健康福祉局長 徳茂万知子

○活動内容 訪問介護員をはじめ、地方自治体及び地域の公共サービスに従事する労働者で構成する労働組合

○意見内容

自治労は2000年4月、介護保険実施1年を経過した時点で課題・問題点を把握するための実態調査（介護保険実施状況地域調査）を行った。2000年2月26日から4月12日にかけて、7自治体及び14事業者からヒヤリングを行い、併せて、対象事業所所属のホームヘルパー、ケアマネージャーからもヒヤリングを行った。

調査結果から、①在宅の介護基盤整備がまだ不十分であること。②認定の遅れは主治医の意見書の遅れが影響している。③在宅より施設への志向が高まっている。④家事援助の報酬が低すぎるため、現行の介護報酬では介護職を職業として選択することは困難。⑤事業者も事業の先行きに不安を感じている。ことが判明したが、特に介護報酬に関する内容について若干紹介する。

「日ごろ行っているサービスの内容と比較して、介護報酬金額が足りているか」を事業者に聞いたところ、回答のあった13事業者のうち、訪問介護、居宅介護支援に就いては「見合っている」との回答は1事業者のみであり、12事業者と1自治体は「低い」と回答している。ケアマネージャー11人の回答では10人が家事援助が「やや低いまたは低い」と回答、1人は「わかり」と回答しており、「見合っている」との回答はなかった。ホームヘルパーへのヒヤリングにおいても10人中9人が家事援助が「低い」と回答、身体介護や複合と比較して明らかに低すぎると受け止めている状況が明確になった。

全事業所の雇用形態別職員数の比率を見ると、「非常勤、パート、登録」で78.3%をしめている。月給制の訪問介護員は7.7%に過ぎず、日給制29.3%、時給制61.7%と9割以上が不安定な雇用となっていることが伺われる。この点は家事援助の報酬単価が低いこととの因果関係、介護職を職業として選択することは困難と感ずることとの相関関係が伺える。昨年11月30日と12月1日に開催したヘルパーの全国会議の席でも同様の訴えが数多く披瀝された。（詳細は調査報告書に譲る）

上述の調査結果を踏まえ、当面する介護報酬基準改定に当っては、次の5点を要望する。

- ①介護サービス提供者の視点からの議論が不可欠。
- ②訪問介護報酬三類型について現場の認識に基づく正当な報酬単価の検証が必要。特に家事援助の抜本的改善が必要である。
- ③報酬単価の積算に当っては、準備・移動・記録整理・ケースカンファレンスの時間を反映させる必要がある。
- ④総介護報酬に占める人件費比率が適正なものとなるよう、下限を設けるなどの設計上の工夫が必要である。
- ⑤身体介護と家事援助の単価の差（2.6倍）が身体介護の利用を抑制していないか、家事援助サービスに含まれる「居宅・自立支援」の真髄を介護報酬に適正に反映しているか検証を求める。

なお、施設志向から在宅介護の充実へ向かって介護保険制度が成熟し、深刻な家族介護や社会的入院が解消されるよう、自治労は今後も努力する所存です。以上。

# 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：社会福祉法人創和会 ケアセンター成瀬

団体の代表者：理事長 西嶋公子 施設長 金田由美子

団体の概要：高齢者在宅サービスセンター

## 意見内容

通所介護における、特別入浴加算の増額について提案致します。

（提案理由）

ケアプランの中で、訪問入浴を利用するか、施設入浴を利用するかは、身体機能から分かれていると思われがちですが、現状では身体機能よりも、介護者（本人を含む場合もある）の考え方や、住環境がその決め手になっている場合が大半を占めています。つまり、考え方というのは、外出を含む生活の変化など、通所介護の持つ要素を必要とするか、しないかの違いであり、住環境とは、訪問入浴の設備がその家に持ち込めるかどうかの問題にほかありません。

通所介護の利用は、その利用対象者の要介護度によって利用目的が様々に異なります。

要支援から介護1～3程度の方々は、介護予防を目的とする趣味活動にも参加できますし、季節の行事を楽しむこともできます。しかし、要介護度4～5の方々の通所介護の利用目的には、入浴を一番に希望される方が圧倒的に多くなっているのが現状です。通所介護の利用時に入浴サービスを受けられることが、利用者本人にとって、また介護者にとって、どれ程大きな重要性を持つかは、以前東社協が行った『デイサービスセンター利用者の入浴に関する満足度調査』の結果からも、明らかとなっています。

在宅生活で介護を受けている対象者は、症状が重度になる程生活圏が狭くなります。通所介護を利用することにより、それは唯一社会との接点となり、それを利用することによる身体的・精神的な影響は、在宅生活だけの『閉じこもり状態』とは全く違った効果を生んでおります。そういう方々が、通所介護を受けることの必要性は、介護保険導入前から介護現場で認識されておりました。また、そのような重介護の対象者を介護している家族にとっては、対象者の通所介護利用により、介護から解放される時間を得て、介護疲労を癒すひとときが持てることとなります。ですから、かなり重介護が必要な方も通所介護を利用される必要があり、また身体機能から見れば、訪問入浴の方が適当であろうと思われる方が、施設入浴を受けているのが現状です。酸素ボンベ持参の方も、胃ろうの方もいます。

重介護を必要とされる方の、通所介護および入浴サービスの利用に伴っては、次のような配慮が必要となります。

まず、送迎の個別化が要求される場合があります。通常は数人の方が乗り合う形での送迎となりますが、ベッドから車椅子への移乗に介助を要する場合もあり、乗り込みに時間がかかったり、褥瘡や車酔いなどの為、長時間の送迎に耐えられない場合には単独送迎となります。センター到着後も、専用のベッドが必要であり、食事介助や排泄介助（オムツ交換）も必要となります。尚且つ入浴の際は看護職員と介護職員が3名程で介助を行い、入浴後に褥瘡の処置や、バルンカテーテルの接続などが必要な場合があります。もちろん入浴前後のバイタルチェックは欠かせません。

このような状態の方も、通所介護の利用はご本人にも介護者にも必要であり、その時に入浴サービスが