

## 「介護報酬に関する意見（意見公募）」

### ○ 名称・代表者の氏名

株式会社 ライフサポート 太田 克己

### ○ 事業又は活動の内容

- ・ ケアプラン作成 ・ 訪問介護 ・ 訪問入浴 ・ 福祉用具貸与
- ・ 福祉用具販売 ・ 介護タクシー ・ 住宅改修

### ○ 意見内容

#### 1. ケアプラン作成報酬について

- ① ケアマネージャーの賃金がだせる報酬を設定すべきと考えます。
- ② ケアプラン作成に要する時間は、平均6時間/1件かかります。  
従ってケアマネージャーの作成能力は月間30件程度が限界です。
- ③ このような状況では、ケアマネージャーの資質の向上、良質なケアマネジメントの提供が困難になってきております。

#### 2. 訪問介護報酬について

- ① 現在の介護報酬は、家事援助、身体介護、複合介護に分かれていますが一本化すべきと考えます。
- ② 家事と身体介護に介護技術の差はありません。特に家事の調理は利用者のニーズにあった調理が必要であるので、身体介護より技術が難しい面があります。
- ③ また報酬については、限りなく訪問看護の報酬と同一レベルに置くべきであると思います。  
訪問介護時のホームヘルパーの労働時間を、移動時間も入れた時間賃金となるため、事業としての継続は困難になってきております。
- ④ ホームヘルパーの労働環境の安定と、社会的地位の向上、良質な介護労働者の確保、介護労働者の不足解消、質の良いサービスの提供のためにぜひとも必要であります。

## 「介護報酬に関する意見」

○齊藤淳

○3. 介護事業サービス関係者(青森県：社会福祉法人楽晴会理事・三沢老人ホーム園長)

○介護老人福祉施設の経営・居宅サービスの経営

○意見内容

### 【施設サービスに偏向しているという見方の根拠はかなり希薄！】

厚生労働省の見解では在宅サービスの利用がすすまず、施設に流れているという。

施設は、5万円前後、在宅だと割増払ってもそこまでできない。

しかし国の資料との関連がとても不明とも思える。

たとえば施設にばかり流れ、在宅の利用が伸びていないように言うが、実際には全体で252万人の介護認定者のうち、施設は61万人認定され、在宅は133万人認定されている。

予算は確かに在宅が8割丁度、施設は88%の消化だが、施設は計画の9割充足しつつあり、在宅サービスの整備がこれからののがわかる。

一言で言うと、少し在宅サービスの整備は遅れているという程度と考えてもよいのではなかろうか。

こういう展開の中で、施設サービスへ大きく傾注しているかのように情報を流すのは何ゆえか。つまり施設悪玉論を掲げてなにかを意図したいのかとかんぐられる。

在宅サービスの予算が思うほど使われないのは、

- ① 当初ショートステイをとっても利用しづらい方法にしてしまって利用が激変した
- ② ホームヘルパーを普通にやって伸ばせるような単価ではなく二の足を踏む
- ③ 居宅介護支援サービスの単価を全く安い単価にしている

このことについて、下記にもあるように制度側が自ら利用できるサービスを少なくし、狭くしておいて、一つの種類しか計画にのせていないなどと言う。たとえば軽い人でも自殺未遂後の危機介入だったり、アセスメントが高度だったり、面接の極意や、住宅改修など大変なのに、そういうことは一切考慮にされず、実際に関わっていない人の言としか言えない。

- ④ 在宅に必要で潤滑油でもある送迎サービス。配食サービス。伝統のある通所の入浴サービスなどのメニューなどを自ら少なく決定した。社会保険の性格上、横だしなどというものは無責任である。こういうサービスがないと、要支援の人はこまる。また介護までいかななくても見守りが必要な人は沢山いる。見守りの制度は

ない。

- ⑤ 訪問看護の一割負担が、旧制度の250円から激変し、割高になり、利用の歯止めとなった。
- ⑥ 訪問看護のリハビリと、訪問リハビリの区別も未だに放置しているため、伸ばせない。

というところであろう。したがって施設の問題とは別に議論しないと解決はない。

#### 【適正な市場原理といていたが？】

もうひとつの問題として、国の施策では、地方で一生懸命にケアマネジメントを展開してきた我々の頭越しに、基幹型在宅介護支援センターを作ろうとした。これはまるで旧手法である。失礼ながら二三年で異動する市町村職員に対し、我々のように研究しながらケアマネジメントに取り組んできたその一生懸命の現場の上を、行政や市町村社会福祉協議会が、措置権のように指導しようとする体制作りである。そういうことをしてもいい結果はでない。

むしろ今までのように自由に研究させるようにすべきである。

こういう措置制度的な展開は、やがて共通のアセスメントやプランで統一させたり、地区割りを強行したり、結局は利用者をその基幹型でコントロールしようという結果になりやすく、研究も後退するばかりか、選択権とは全く異なった方向へと流れる問題になってくる。

介護保険が選択権を確立し、市場原理での適正なサービスの供給にしたことを忘却しているような議論が多い。

例えば施設規模の議論も、そういうのはほっといて市場で判断させてもいいわけである。小規模がいいサービスだという実証的なデータがあるわけでもないのに、どうして規模で報酬を換える必要があるのか。痴呆性にグループホームがいいというのも幻想である。雪国では冬の間、狭いグループホームに閉ざされ、広い特養で自由に徘徊していたおばあさんがストレスフルになった。単に狭くて目が届くという管理面の効果はあっても、痴呆症にいいという根拠にはならない。

そういうはっきりしない根拠に基づき大規模施設のネガティブ・キャンペーンをされるのは迷惑である。個室がいいのはわかるが、個室じゃなくてほっとしているという高齢者の言葉を、まだ介護される体験をしたことのない人々で本当に理解できるのだろうか。

また、意思能力のなくなった寝たきり状態の私が、個室に入れられて、それで家族

が4万円近く私のふところから部屋代だけ負担するというのも少しどうかとも思う。  
個室がいいのは元気なうちの話であって老人ホームには意思能力のない状態で何年も暮らす人もいれば、MRSAの方も、どうやら皆様の議論には、重度の高齢者が特別養護老人ホームにいないかのような議論でたんに個室個室といているようで、はなはだ不満が残る。

多くの議論を期待します。

なお送付遅れましたが、急変のお年よりもありますので、そういうことがあります。

## 介護保険の問題点と改善点

リハビリ介護研究所

### A、要介護認定

#### 1、訪問調査における調査員の判断やその判断基準

機能障害や介護の状況は全く変わらないのに、認定調査のたびごとに、調査員による判断が異なり、要介護度が変わることがある。調査員により判断が異なることがないよう、調査員の研修と明確な判断基準を設けてあるはずであるが、実際にはこのような問題が起こっている。客観的で全国一律の判断基準というものには限界があると思えない。

#### 2、痴呆の方の要介護認定

訪問調査における基本調査項目及び一次判定システムが、痴呆の評価が低いため、介護度が低くなり、必要な介護サービスの利用が出来ないことがある。

⇒痴呆の方の生活実態が反映されるよう一次判定システムを改善する。

#### 3、介護状況を考慮した要介護認定

認定において生活や介護の状況が考慮されていない。家族介護が困難な状況にあり、または一人暮らしのために、不十分で危険ながらも自分でするしかなく「自立」となり、そのために介護度が低くなる。介護状況ごとに認定システムを設定し「家族介護が困難」または「一人暮らし」の状況であれば、逆に要介護度を高めるようにすべき。

#### 4、要介護認定審査会の問題

要介護認定審査会の適正な実施により一次判定の不合理的を修正することになっているはずだが、事前の資料配布や検討の為に十分な時間がないために、要介護認定審査会における不合理的を修正できていない。事前の資料配布や検討の為に十分な時間をもてるように審査会を行うべきではあるが、実際には人材や時間や財源の不足からそうできないのが現状である。

#### 5、不服審査の問題

不服審査は煩雑な手続きと長期の審査期間を要し、早急な変更は困難。日々サービスの提供が必要な状況では困難。そうでなくとも、不安を抱えての生活はストレスの負担が大きい。

⇒不服審査も変更申請と同様に、手続きを簡単にし1ヶ月以内と期限を限定するべき

#### 6、「介護保険優先」の問題（限定された認定調査・基本調査項目）

認定調査は、生活の不自由度や介護度（能力障害）を調査し、それをもとに介護度を認定する。疾病などの身体状況や機能障害は参考でしかない。介護者や本人の楽しみや人間関係等の生活状況（社会的不利）は考慮しないこととなっている。例えば、機能障害は重度であっても、本人が頑張っ立していれば介護度は低い。

疾病などの身体状況に基づいて提供される「医療や保健」、機能障害に基づいて認定される身体障害等級による「障害者福祉」、生活状況に基づいて提供される「福祉等」の制度があるが、生活の不

自由度や介護度という限定された認定調査による介護度による「介護保険」が優先され、「医療や保健」や「福祉」のサービスが制限されていることは問題。

⇒介護保険を優先させるのであれば、身体状況や機能障害や生活状況を基本調査項目に入れ、生活実態が反映できる調査項目とするべき。しかし、それは調査を煩雑にし調査員の能力を越え困難。

⇒現在の限定された認定調査であれば、それによる介護保険も「限定して利用」するべき。つまり、認定調査に反映が不十分な身体状況や機能障害や生活状況（家族や楽しみ等）については、それぞれの評価により医療や保健や福祉のサービスを制限されることなく、選択して利用できるようにするべき。

## 7、介護度により限度額を設定することの非合理性と限界

① 限度額に対して利用率が概ね40%であるが、利用者を個別に見るとサービスを必要としない人はあまり利用せず、必要とする人は限度額を超えて利用することになる。介護サービスの利用は介護度に応じてではなく、生活や介護の状況に応じて行うことになる。介護度に応じた限度額を設けることによって介護保険を有効に活用することができなくなっている。

② 要介護認定のために、調査申請・訪問調査・かかりつけ医の意見書・認定審査会の開催等、複雑な認定基準や介護度や認定手続きを行わなければならない。複雑な認定基準や介護度や認定手続きは、そのための時間と人員と経費等で市町村の負担が大きい。さらには、適切な介護度の認定はやはり難しい。また、居宅介護支援事業所のケアマネジメントは、認定手続きや介護度により業務が煩雑となり、肝心のケアマネジメントに時間がさけないのが現状。

⇒介護度ごとの「限度額」を廃止し、サービス利用の目安として「基準額」と改めるべき。必要があれば行政等と協議を行い理由を明確にし基準額を越して利用することができるようにするべき。

介護サービス利用の適正については、介護支援専門員が適切なケアマネジメントにより実施するべきであり、そのためには、介護支援専門員が公正中立にケアマネジメントができるように介護サービス事業所に属さず独立していることが不可欠

## B、公正中立なケアマネジメントと介護報酬

### 1、ケアマネージャーの業務について

1) 「膨大な量の業務」と介護支援専門員の「能力と経験と学習」を要求される。しかし、一人あたり兼任でも50人までが適当とされているので（実際には80～100ケースも）、介護サービスの業務をしながら、さらに50人のケアマネジメントを強要されている場合もある。睡眠の時間を削りながら、手続きと給付管理をこなすのが精一杯で、とてもケアマネジメントまで出来ていないのが現状で適切な業務と学習は困難。

さらに、現在の介護報酬は低額で、50ケースでも一月33～40万円の介護報酬。これでは、介護サービス事業所の併設、それも兼任でないで経営は困難で給料も安い。

⇒限度人数を50人としているが、それは専任でなければ意味がない。兼任を容認している以上実質的には意味をなさない。

⇒業務の量を軽減し質の向上を；介護支援専門員は専任であっても50人という人数は困難。ケアマネジメントに加え給付管理もしなければならず、ケース検討会や学習や研修などの必要もあり、業務の量が軽減されない状況では適切な介護支援サービスや質の向上を期待するのは困難。現在問題があまり起こっていないのは、介護支援専門員の犠牲的な努力と倫理観に支えられている。

併設型の居宅介護支援事業所では30人、独立型の居宅介護支援事業所では25人を限度とし、それで経営が成り立つような介護報酬でなくてはならない。

2) 介護報酬の支払いは、給付管理票を要する毎月のサービスを利用する場合に限られることからすると、手続きと給付管理さえしておけばよいということなのだろうか。

⇒介護支援サービス料と給付管理料は別々に；介護支援サービスと給付管理はそれぞれ別のことであり、「介護支援サービス料」と「給付管理料」はそれぞれ別に設定すべき。現在の介護支援サービスへの介護報酬は給付管理をしている人にしか出ないので「給付管理料」と見るのが妥当。よってこの他に介護支援サービス料として報酬を設定すべきであり、合わせた報酬額が現在の2倍程度と考えるのが妥当では。

ケアプランの介護報酬 6000円、給付管理の介護報酬 6000円

3) サービス担当者会議について

以上のような多忙な業務の中でサービス担当者会議を持つために資料を作成し連絡調整を行いその時間を確保することは、大変困難であり、サービス事業所の担当者を集めることも困難。

⇒業務に余裕がなければならぬし、サービス担当者会議を保障する介護報酬が設定されるべき

サービス担当者会議の介護報酬 居宅介護支援事業所は5000円、介護サービス事業所は3000円

4) ケースワークとケアコーディネーション

介護支援サービスそのものが、とても重要なサービス、生活相談（ケースワーク）にのることにより利用者の信頼関係を得る中でストレスの解消や精神的な安定をもたらすことができる。さらには奥に潜む生活のニーズを引き出し、それに対して医療や福祉や保健や介護保険その他ボランティアや住民主体の活動など様々なサービスを提供し、連絡や調整等を図っていく（ケアコーディネーション）。そのなかでネットワークを形成し社会資源を開発し制度を改善していくことも重要な役割。

しかし、実際には「営業」や「手続きと給付管理」に追われる。適切な情報が不十分な状況での安易な「利用者の決定の尊重」は介護支援専門員の業務の怠慢であり責任逃れ、適切な介護支援サービスを阻害するものとなる。

⇒ケースワークとケアコーディネートの介護報酬 5000円

※居宅介護支援事業所の介護報酬—1700円

ケアプランの介護報酬 6000円、給付管理の介護報酬 6000円

ケースワークとケアコーディネートの介護報酬 5000円

サービス担当者会議の介護報酬 居宅介護支援事業所は5000円、介護サービス事業所は3000円

2、資格に応じた介護報酬であるべき；介護支援専門員の資格は、医療や介護の資格を持ち、さらに5年の実務経験を要し、さらに試験を受けて合格し、さらに研修を受講して初めて与えられる資格。  
⇒最低限でも月1回の訪問と事務や連絡調整等の作業を必要とすることから考えると、少なくとも訪問看護2回分相当の介護報酬であるべきだと考える。

## 2、ケアマネージャーが介護サービス事業者に属していることについて

より良い介護サービスが選択される事によって、介護サービス事業所が競争して介護サービスが良くなる。経営面では、悪くなった方が介護度が上がり事業所の収入が増えることを考えれば、介護サービスは低くする恐れがある。だからこそ、利用者が介護サービスを選択する事が重要。そして、そのための情報提供や助言を公正中立な立場で行うのがケアマネージャーの役割のはずである。

そのケアマネージャーが介護サービス事業所に属していれば、公正中立な選択の援助は困難であり、競争も成り立たなくなる。そうなると、介護サービスの劣悪化が懸念される。

介護サービス利用後には、それが適切に提供されたか、不正や改善すべき点はないかなどをチェックし、必要であれば指導等を行うのもケアマネージャーの役割のはずである。そのケアマネージャーが介護サービス事業所に属していたのでは、不正や改善すべき点のチェックは出来ず指導も出来ない。

これらの問題は、介護保険の主旨である、介護サービスの選択による質の向上や不正や改善すべき点のチェックや指導を困難とするものである。介護保険を適切に運用するのであれば、ケアマネージャーが介護サービス事業者に属しておらず独立していることが不可欠。そうでなければ、介護保険の趣旨は根底から崩れるものと思われる。

⇒居宅介護支援事業所は、介護サービス事業に属さない独立型のみとするべき。それが困難であれば、独立型居宅介護支援事業所の介護報酬を併設型居宅介護支援事業所の介護報酬よりも高く2割り増しとするべき。

## 3、ケアマネージャーが作成したケアプランをチェックする仕組みについて

ケアプランが、併設のサービス事業所への利益誘導（営業）となっているのが現状で、利用サービスは、属する事業所のサービスに偏ることが多い。

⇒特定の事業所に偏らず適切な役割分担による介護サービスと回数になっているかを、行政が公的にチェックをする仕組みを作る必要がある。給付管理提出データをチェックすればわかることであるが、調査を早急に実施し実態を明らかにするべき。

## 4、居宅介護支援事業所やケアプランを選択する仕組みについて

認定後に居宅介護支援事業所を選択することになっているが、そのための情報が不足している。名称や住所のみの情報が多く、これでは選択は困難であり、利用している介護サービス事業所併設の居宅介護支援事業所に依頼することになる。これでは、競争による質の向上は望めない。

⇒居宅介護支援事業所の理念や特色などケアマネジメントに有用な情報を情報リストやパンフレットにより提供し、選択を支援する仕組みをつくるべき。



## C、介護サービスの提供と介護報酬

### 1、サービスの提供内容やその質について、チェックする仕組みを作ることにについて

サービスの提供内容やその質が悪く、本人が不満を持っていたとしても、その不満を訴えて改善を求めることは困難なことが多い。ケアマネージャーがいても、サービス事業者と兼任だったり専任でもそこに属していれば、やはり訴えにくく我慢して利用することになる。

⇒独立したケアマネージャーであれば、第三者として相談や不満も言いやすく、チェック機能を果たすことも出来る。サービス評価は、オンブズマンや第三者評価などの制度も検討されているが、知らない人に相談や不満を言うには勇気がいるし、問題点を聞き出せたにしても下手に公表したり介入すると逆に名誉毀損等の訴訟に及ぶ危険もある。やはり、「独立した」ケアマネージャーによる評価と利用者による「利用しての経験」での内部情報によりチェックし選択を支援するのが最も良いと考える。

### 2、福祉系サービスと医療系サービスの選択について、何らかの基準設定の必要性について

現状では、役割分担により選択基準を設定して選択を支援することはまれであり、ケアマネージャーが医療系事業所と福祉系事業所のどちらに属するかによってサービスの選択もどちらの系列になるか決まっている。

⇒ケアマネージャーがどちらの系列にも属しておらず介護サービス事業所から独立していること。そのうえで、ニーズが「医療・機能訓練」なのか、「生活・楽しみ」なのかを選択基準としてで医療系と福祉系を選択する必要がある。

### 3、訪問介護の介護報酬の見直しの必要性について。

身体介護に比べて家事援助の報酬が低すぎ、経営的に困難なのはもちろんのこと、家事の専門性や難しさの軽視がはなはだしい。これは女性を中心とした家事労働に対する蔑視や差別の現われであろう。また複合は、判断が曖昧であり難しい。身体介護も、訪問看護に比べて安く、価値が過小評価されているといえよう。

⇒家事は利用者との関係の上に成り立つものであり、対話（話し相手・相談）や見守りとあわせて行われるべきものであり、複合と考えた方が良いだろう。身体介護ももう少し価値を評価され報酬を上げるべき。

※「身体」500点、「複合」400点、「家事」300点にすべき。

### 4、訪問介護の家事援助での2人体制が認められていない。

家事援助は利用者がその場にいることが条件であり、家事の支持等も必要である。利用者が、束縛される時間を最小限にするために、2人同時に家事援助を行うようにすることがなぜ認められないのか。（熊本市の指導による）

⇒2人同時に家事援助が提供されることを認めるべき。

### 5、住宅改修費の見直しについて。

#### 1) 支給範囲の見直しについて

改正通達により幾分拡大されたが、それでも支給範囲に該当せず改修できない為に不自由し転倒の

危険にさらされている。

例) 浴槽の取り替え、シャワー、玄関の腰掛け(市販の椅子では不適當)、トイレの高上げ、他  
⇒必要性を判断する権限はケアマネージャーの判断に依拠すべきである。日本の家屋は木造で特殊なものも多くカタログ的な処理ができないような改修もあることを酌んで頂きたい。

また、浴槽やシャワーは、身体障害者福祉において給付対象であり、玄関の腰掛けやトイレの高上げは福祉の住宅改造の適応となる。このような福祉制度も、介護保険優先ではなく、選択し利用できるようにすべき。

## 2) 支給限度額の見直しについて

対象工事とされている和式便器から洋式便器の取替えで、標準的に25万円~30万円かかり、これに便器から立つための手すり等を含めると、限度額としては最低でも35万円が必要。

## 3) 償還払いに対する委任払いについて

償還払いでは、はじめに全額を用意することができず実施できないこともあり、転倒の元にもなっている。

⇒行政による委任払いとし、はじめから1割のみの支払いでよいようにする。

## 6、福祉用具レンタルや購入の見直しについて

### 1) 用具の種目ごとの規定(サイズや利用方法)が限定されていることについて

一律の画一的な規定により、一人一人の障害や生活習慣に対応できず不適切な場合がある。

⇒基準として示す程度にし、最終的な選択は、理由書によりケアマネージャーの判断にゆだねるべき。

- ① 浴槽台のサイズや方法；高さは浴槽の高さに合わせる必要があり、規定するべきではない。
- ② 入浴踏み台の利用；前後バランスが悪い利用者では踏み台にたつてまたいだほうが良い利用者おり、腰掛けて出入りする方法にのみ限定するべきではない。
- ③ 滑り止めマットを対象に；浴槽内で滑らないようにすし、滑っての転倒や崩水を予防するのに非常に重要。滑らないために1割での購入できるようにすべき。

### 2) 通院介護を必要とする場合、「公共の交通機関を利用して行う。」との国の基本的考えと実態(サービス事業者の営業車を使用)との乖離について。

通院に介助を要する人が公共の交通機関を利用することは、ほとんどの場合困難であり、国の認識は間違っていると思われる。しかし、タクシーでは経済的に困難であり、結局外出を控え、どうしても必要な通院にタクシーを利用することが多い。また、通所サービスを利用する際、半日の利用の場合には送迎が困難であり、あわせて医療サービスを受けるときには送迎が利用できない。

⇒a) 外出支援サービス；市町村が行う介護予防事業として、外出や送迎が困難な通所サービスにこれを利用できることが最も良いが、熊本市は未実施。

b) 訪問介助；外出(通院)介助として事業所の移送サービス車を利用し行えるように認知すべき。この際、乗車料を徴収しなければ、ヘルパーが二種免許を所持する必要はないと考える。