

## 要 望 書

介護サービス事業の普及につきましては、平素より格別のご配慮を賜り厚く御礼申し上げます。

当協議会は、平成十四年九月二十七日、当初「民間事業者の質を高める研究会」として発足し、平成十六年五月十五日に『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会に名称を変更いたしました。

その後、会員数も五百社を超える事業者団体に成長し、今後も会員拡大が見込まれており、社会的観点から法人格を取得し、平成十七年六月十日付で有限責任中間法人『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会として生まれ変わりました。

当協議会は、「訪問介護」、「訪問入浴」事業等を中心に営んでいる民間企業（株式会社・有限会社等）五百一社の会員を有する会であります。「協議会」の目的としまして

- 一、介護事業経営者としての理念を構築するための支援事業
- 一、介護サービスの質を向上させるためのさまざまな研修会、セミナー等の開催
- 一、経営安定化のための経営相談業務
- 一、高齢者介護にかかわる情報の共有化のための会報の発行
- 一、高齢者が在宅でより快適に暮らすための国への要望
- 一、前各号に掲げる事業に附帯する、または関連する一切の業務

としております。

さて、当協議会が今最も関心を持っているのは、「介護報酬の見直し」であります。現在、社会保障審議会介護給付費分科会でこのことが審議されております。

社会保障審議会介護給付費分科会が審議を進めているなか、当協議会として、サービスの質を向上させるために「介護報酬の見直し」に対する要望書を別紙のとおりまとめましたので、ご検討くださいますようお願いいたします。

尚、当協議会の会員で特定施設を経営している会員がおり、その会員からも特定施設の報酬について要望が出されておりますので併せてご検討ください。

一、訪問介護及び予防訪問介護の報酬体系のあり方

ドイツでは介護保険制度がスタートした当初から、訪問介護の介護報酬の体系にモジュール方式を導入しました。この方式は、訪問介護サービスを何種類かの行為別カテゴリーに分け、そのカテゴリーごとに報酬を設定し、提供したサービス行為の組み合わせによって報酬を決めるというもので、現在の我が国の報酬のような、基本的には時間単位で設定される出来高払いの報酬体系とは異なるものです。

国（厚生労働省）は、今回の介護報酬の見直しにおいて、訪問介護の報酬体系について、「身体介護型」「生活援助型」という区分を行為別・機能別に再編し、基準報酬について機能に応じた見直しを検討する（平成十六年九月三十日社会保障審議会介護保険部会報告）とし、訪問介護にかかる基本的な報酬の体系を、現在の出来高払いから定額払いを基本とする体系へと変更することを検討しています。

このような見直しの方向については、当協議会としては、訪問介護サービスの専門性と質の向上を推進するものとして一定の理解をするものでありますが、以下に述べるような点でさらに検討が必要な課題もあり、少なくとも介護給付については、十八年度からの全面的な導入については慎重な対応が必要と考えます。

(一) 十八年四月まで既に一年を切っている今、既存の出来高払い制と全く違う報酬体系に一気に変更することは事業者ばかりではなく出来高払い制が根付いた利用者にとっても大きな混乱を招く恐れが大きいこと。

(二) 生活援助中心の軽度者（新予防給付対象者）と身体介護中心の中重度者（介護給付対象者）とではサービス提供の実態に様々な相違があり、同一に論じることはできないこと。新予防給付対象者については、介護保険法改正法案の採決に際しての参議院厚生労働委員会での付帯決議にあるように、「自立支援の観点から、時間単位だけでなく例えば、月単位やプログラム単位の包括的な設定を導入するなど、柔軟性ある仕組みとすること」が望ましいと考えられますが、この場合には、ケアプラン（または訪問介護サービス計画）上、明確な目標を設定することを義務付け、一定期間後にその成果を評価して、達成度に応じた成功報酬を導入するなど、サービスの質の向上に資する見直しを併せ行うことが望ましいと考えます。

(三) 訪問介護サービスの内容の決定に関するサービス提供責任者とケアマネジャーの関係など、行為別・機能別定額制への移行に伴う課題が十分に整理されていないこと。

具体的には、サービスをその行為ごとに細分化することにした場合には、サービス内容の決定をケアマネジャー（予防給付であれば包括支援センターの保健師等）が行うこととなると予想されます。しかし本来は、訪問介護における

サービス内容・曜日・時間の決定はサービス提供責任者が行うものであるにも関わらず、現状ではその多くをケアマネジャーが担っているのが実情であります。ケアマネジャーに関しては、その業務範囲や「介護」についての熟知度等課題が山積みしております。定額払い方式によってケアマネジャーがサービス内容の決定にあたることは、利用者さんへの自立を支援する適正なサービス提供に支障をきたすと考えます。

従って訪問介護サービス・予防訪問介護サービスの内容については訪問介護事業所のサービス提供責任者が決定することとし、爾後に評価を行うことでその内容をチェックできるような仕組みを構築した上での導入を図るべきと考えます。

## 二 ケアプランの作成件数と報酬

ケアマネジャーが利用者のニーズ把握とアセスメントにより自立支援に向けたケアプランを作成し、かつ居宅支援事業所としての業務を十二分にこなすには、一人当りの作成件数五十件はあまりにも多く、経験上から鑑み三十五件が適当であると考えます。

しかし、現行のケアプランの作成費ではケアマネジャーの人件費さえもまかなえていません。居宅支援事業所が例え他の居宅サービス事業所に併設をしている場合にも、単独での自立経営が成立するのと同等のケアマネジャーの人件費及び必要経費の負担が可能な報酬設定をお願いいたします。

また、今回の制度改正では、「地域包括ケア」「長期継続ケアマネジメント」といった考え方が導入され、他職種協働・施設在宅連携の重要性が謳われております。

ケアマネジャーについては、主任ケアマネジャーの創設・現任研修の義務化など、質の向上に向けての新たな取り組みもなされるところであり、介護報酬の設定に当たっても、他職種協働や施設在宅連携、主治医との連携・制度外の関係機関への情報提供など、マネジメントの質の向上に努力するマネジャーに対しては適切な評価がなされるよう、加算制度の創設をお願いいたします。

## 三 通所介護の報酬

通所介護の役割は、従来の利用者本人の生きがいと家族の介護負担の軽減から介護予防の拠点へと変貌していくと予想されます。指定要件にも関わりますが、介護予防の各種サービスを実施する場合の設備投資とサービスのコストに見合う報酬設定をお願いいたします。

また、通所系サービスについても、『現行の通所介護、通所リハビリテーションについては、通所系サービスとして一元化を図るとともに、例えば「リハビリテーション中心型」「認知症対応型」「日常生活活動中心型」など機能別に類型化し、基準・報酬の設定について機能に応じた見直しを行う（平成十六年九月三十日 社会保障審議会介護保険部会報告）』とされているところであり、今後、

少なくとも予防通所介護については、訪問介護同様、機能に応じた定額報酬・プログラム単位・月単位の包括報酬の設定などの検討が進められるものと考えられますが、介護予防拠点としての通所サービスの機能役割を十分評価し、自立支援に資する個別プログラムに基づくサービス提供を行う事業者については、その取り組みを適切に評価するべきと考えます。

#### 四 訪問介護の報酬

介護保険における民間活用により多くの民間事業者が参入しました。これにより利用者がサービスを受ける際、事業者を選べるようになりました。まさに国が予測した通りでありました。しかしながら、民間事業者の提供するサービスの質については厳しい指摘があります。これを改善するために今回の報酬見直しに当たっては、次のことについて検討頂きますようお願いいたします。

##### ・サービス提供責任者の重要性

指定要件のなかで利用者さんの人数とサービス時間に対するサービス提供責任者の必要人数は定められています。サービス提供責任者が具体的に何をやるのが明確になっておりません。我々は、利用者さんを把握し訪問介護計画書を作成し、サービスにあたるヘルパーと共に理解しケアマネジメントをもって良質のサービスを実践させるのが、サービス提供責任者の役割であると考えます。サービスの質向上にサービス提供責任者の職務と力量が大きく影響しています。訪問介護事業所の規模の拡大に伴いサービス提供責任者の必要数が増えていくことにより、上昇傾向にあるサービス提供者の人員費と確保に要する経費を含め総体のコストが増加いたします。売上の増加が収支の改善に比例しているとはいえません。訪問介護の報酬改定にあたってはサービス提供責任者の職務に似合う人件費と雇用に関わるコストを反映頂きますようお願いいたします。

##### ・研修費コストの導入

サービスの質を向上・維持するには詰まるところ、ヘルパーの教育しかありません。しかし、自社における適切かつ継続的教育に関わるコストは収支に大きな影響をもたらします。よって、特に小規模な事業者にとってはヘルパー教育の実施が困難な状況にあります。ヘルパーの質の均一化のためにも研修費コストの反映をお願いいたします。

##### ・雇用環境改善努力への支援

現状、サービス提供責任者以外でサービスの多くを担っているのは登録型ヘルパーです。この登録型ヘルパーは自宅から利用者宅へ直行直帰するのが慣例となってきました。こうした雇用環境が出来たのは雇用主側の都合だけではなく、働くヘルパー側のニーズにもマッチングしたからであります。

しかしながら、今後より良いサービスを提供するためにはこの直行直帰型の勤務を見直し、稼働日には会社へ出勤し、利用者に関する入念な打合せや情報

の確認、そしてサービス提供責任者から介護技術や知識の指導を随時、適切に受けることが不可欠であります。ヘルパーの現行の雇用環境を改善し、日本の在宅介護の質を上げるためには、訪問介護の基本報酬を是非とも引き上げて頂くようお願いいたします。これと併せて利用者のカンファレンスを定期的に行うことがヘルパーのスキルアップにつながります。この点に尽きましても配慮願います。

#### ・地域密着型サービスの報酬

市町村が独自に地域密着型サービスの各報酬を設定することは困難なので、国が定めた報酬の上限をそのまま設定することを要望いたします。

### 五 巡回型の報酬

新介護給付の導入により、今後サービスを提供する対象者は中・重度になります。かつ、ますます増加するであろう中・重度、そして認知症の方をいかにして在宅で支えることができるかが、高齢者が安心して暮らせる日本になり得るかの鍵でもあります。世界の福祉先進国をみても中・重度そして認知症の方を在宅で支える切り札は巡回型の訪問介護です。日本におけるこの巡回型介護を開発したのは民間事業者であります。この巡回型訪問介護を現在担っている多くはこれまた民間事業者であり、それも特定の業者に限られています。滞在型の訪問介護と違い巡回型でサービスを提供するには複雑で多岐にわたる特別なノウハウが要求されます。このノウハウが取得されない限り、当然採算は見込めません。しかし、その取得にハウツーはなく、各事業者の地道な努力の積み重ねを必要とします。この期間、事業者は大幅な赤字を覚悟せざるを得ません。巡回型の訪問介護を全国に普及させ、サービスの質を上げるためには、こうした巡回介護型サービスの特性をご理解いただき、次の理由により現行の基準報酬引き上げと加算を要望いたします。

・巡回型の勤務体制は二交替・三交替の交替制となるため、登録型ヘルパーでは対応が難しく、常勤ヘルパーの確保が必要となりコスト高になるため。

・巡回時において短時間で必要な介護ニーズを満たすためには高度な技術と知識が求められており、常勤社員の配置とともにスキルアップのための研修費などを含めコスト高になるため。

・巡回型は重度の利用者が多く、入院・入所等でのキャンセルが頻繁にあります。かつ、入院した利用者については短期間で在宅に戻られます。よってこの間に他の利用者のサービスを開始することができずにキャンセルとなった時間帯を埋めることなく空白の営業時間が多く出ざるを得ないためオペレーションが重要になります。サービスをするヘルパー以外にこのオペレーションを行う人材の配置が必要となり、この人件費分が必要となるため。

## 六 訪問介護における医療行為の加算

平成十七年七月二十六日に出された通知（医師法第十七条、歯科医師法第十七条及び保健師助産師看護師法第三十一条）の解釈により一定の条件の基、医療機関以外においても限定的ではあるが医療行為の一部認められことになりました。

今回の介護報酬の見直しに当っては、ヘルパーに対しこの通知に対する正しい理解をさせるためと定められた医療行為が正確に行われ、かつ利用者に変化があった時の徹底をするために定期的な研修を行わなければなりません。よってヘルパーがこの限定的な医療行為をする場合には、加算いただくようお願いいたします。

## 七 訪問入浴介護における医療（看護）行為の加算

訪問入浴介護では従事者として看護師等が配置されておりますが、その看護師等に対し介護支援専門員・訪問看護ステーションの看護師等より、利用者への医療行為について依頼をされることが多くなっております。また入浴後の褥瘡消毒処置など医療行為を必然的に行うことにもなります。本来、訪問入浴介護での看護師等の主な役割は入浴についての可否判断とサービス提供中の安全確保であります。医師以外から医療行為を求められることが増えてきております。また、そのような行為をお断りすることができないのが実情です。

そういった医療ニーズに対応するために医師の指示に基づき看護師の医療行為と現状をお認めいただき、それに伴い介護報酬上でも看護加算を新たに設定していただくよう検討を要望いたします。

## 八 特定施設入居者生活介護の報酬

特定施設利用者のうち約三分の一の方は現在の「要介護一」に区分されております。

特定施設においては、従来から、機能訓練・栄養管理・口腔ケアといった介護予防サービスが日常的に行われ重度化を食い止める取り組みを重視してまいりました。その結果、介護度が軽くなるなど一定の成果が見られております。

スクリーニングによって「要介護一」の方の大半が「要支援二」となった場合に、万一現行よりも介護報酬が減額となれば、従来どおりのサービス提供が困難となることは明らかであります。

また、「要支援・要介護一」レベルの利用者が決して安価とはいえないホテルコストをわざわざ負担して特定施設に入居する理由は、やはり独居の不安であります。これらの利用者の自立支援、個別ケアのための必要なことは、

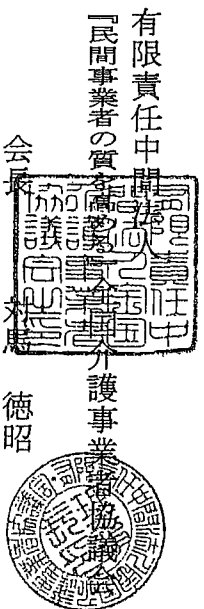
- 一、日常生活の中で随時寄り添い、話し相手になるといった「メンタルケア」
- 一、「アクティビティ・機能訓練・社会参加への支援」

- 一、「買い物・通院や散歩の付き添い」
- 一、「移動・排泄・入浴時の見守り」・「食材の調達・調理・配下膳」
- 一、「服薬管理ほか日常健康管理」及び「特変時の対応」

等、多岐にわたり、そのコストは重度の利用者に対するものとなんら変わりがありません。

これらの実情をご覧察いただき、適正な介護報酬の設定をご検討いただくよう要望いたします。

平成十七年八月八日



副会長 安藤 幸男

理事長 石原 美智子

副理事長 馬袋 秀男

厚生労働省 老健局

局長 中村 秀一 殿