

平成 17 年 9 月 29 日

介護給付についての意見書

NPO 法人市民福祉団体全国協議会

介護保険法の基本は、当事者が介護のあり方を自己決定できることであり、その生活・人生を尊重し、出来る限り自立した生活を支援することである。その前提として要介護状態にならないように、また、要介護状態になってもその状態を悪化させないための制度的な保障をすることであります。

介護給付については、

- ① 介護保険法の主旨がいかされること。
- ② 事業者から良質のサービスが持続的に提供できるシステムと報酬が確保されること。

この2つの観点が反映されていなければならない。

当協議会には NPO 法人として介護事業にたずさわる 800 団体が結集している。その特徴は、いずれの団体もが介護保険制度によるサービス以外の「外」サービス・たすけあいサービス、ボランティア活動に取りくんでいることである。今回の改正においては、介護サービス内外の介護予防に力点が移されることになっており、私たちは各地域において懸命にこの役割を果たす所存であるが、基本は介護保険制度であることを確認しておきたい。介護保険制度が正常に機能しないでは、介護予防の現場も混乱するだけであり、結果として当事者である要介護者を不幸に陥れるだけである。

以上の立場から意見を述べる。

(1) 介護予防制度について

今回の介護保険法の改正のポイントになっている介護予防制度については、次の点を明確にする必要がある。

① 要介護認定について

要介護認定において、介護サービスか予防給付の選択については、要介護本人の意見を尊重すること。このために担当していたケアマネジャーの見解を参考にすること。当事者の自立を支えるために「家事援助」ではなく、「生活支援」が不可欠な場合が多いことにかんがみ、要介護1の該当者を予防給付のみのサービスにする（要支援2）にすることには慎重を期すこと。

② 予防給付について（地域包括支援センターのあり方）

介護予防事業として提供される「介護予防サービス」と包括的支援事業として

提供される「介護予防マネジメント事業」には体系性がなければならない。また、地域社会に存在するボランティア活動、NPO 活動によるインフォーマルサービスの活用が不可欠である。このために次の対処をすること。

- a) 自治体は、既存の在宅介護支援センターへの地域包括支援センター機能の丸投げによって責任放棄をしないこと。
- b) このために地域包括支援センターの運営協議会は、自治体単位に1箇所の設置だけではなく、地域包括支援センター単位にもうけること。
- c) それぞれの運営協議会に当該地区のボランティア団体・NPO 代表の参加を義務付けること。

③介護報酬の請求方式について

新予防給付の介護報酬の請求事務を地域包括支援センターに対しておこなうことは従来のシステムをかえって煩雑化させ、余計な費用を発生させるだけである。この部分は実際にはケアマネジャーによってなされるわけだから国保連への一括請求とし、地域包括支援センターへはそれをチェックするだけのシステムにするべきである。

支援事業者は低単価に苦しんでおり、その事業所の多くが赤字である。システムを複雑化させることによるコスト増は避けるべきである。

④地域包括支援センターの選定について

事業の実施にあたり、その委託先の選定については公平かつ公正な競争原理の下におこなわれることが当然であり、かつ、その評価をたえずおこない、サービスの劣化を防止すべきである。

また、委託先に社会福祉協議会が選定される事例が多い。この場合、社協が指定事業者を兼務していることが多く、要介護者の一方的な囲い込みがおこなわれ、公正な競争の保持を不可能にする。一般的に民間事業者が育ってきているのであるから社協は行政の一部機関の扱いをうけており、介護保険事業から手を引くべきである。

(2) 介護報酬について

①介護報酬の基本的な考え方

介護報酬のあり方は、介護保険制度維持するためにきわめて重要な要素である。この決定の基本は、良質のサービスを提供できるように人材の確保ができること、そして、その管理が十分にできるように配慮されなければならない。これは類似産業との賃金（たとえば、看護師）との関連性についても配慮しなければならない。

この観点からいえば、現行の介護報酬のあり方はきわめて廉価であり不当で

あることを強く主張する。このような状態が続くならば、介護保険事業者の撤退が続くことになり、制度の維持そのものができなくなる可能性がある。

一部の悪徳事業者の存在は指導・監督と市場の成熟により排除すべきものであって、介護報酬を低くおさえて市場から追放しようとするのは間違いである。

②介護事業分野における不平等の是正

介護報酬は、医療、施設事業者に甘く、訪問介護、支援事業者に厳しくなっており、きわめて不平等である。限られた資源は平等に配分するよう是正すべきである。(別紙参照)

③支払い方式の変更について

従来の時間単位から包括支払い(月単位の定額払い)への変更は、サービス内容に緻密さを欠く状況が発生し不適切な事例の温床となりやすいので認めがたい。

④現状の介護報酬の矛盾点の是正

a) 医療と介護の差別

介護において医療行為の一部をサービスとして拡大し、また、入浴サービスのように同一作業でありながら看護師とヘルパーの報酬の差が2倍も異なるのは論理的な根拠がない。

b) 医療への指導をせずに、介護に負担をかぶせる差別

院内介助は医療サービスの対象でありながら、実状は対応しない病院がほとんどである。実際には患者を放置できないにもかかわらず介護報酬の対象にされていない場合が多い。病院に院内サービスができていない場合には介護サービスとして扱うべきである。

c) 訪問介護の移動時間については、現行の介護報酬に加算すべきである。

d) 訪問介護の土、日、休祭日の介護報酬については加算すべきである。

⑤予防給付のデイサービス中心型の矛盾

予防給付の現在考えられているシステムでは、つぎの問題点が浮上する。

*①回復の可能性のない人が選別される・・・90歳以上・疾患の多い人

*②通所では在宅の生活が見えない、そこを重視すると身体機能のみをみて生活が問われないため、生活実態と乖離する。

*③通所の専門職が福祉機器を適合させ、評価すると通所を利用しない人は機器が利用できなくなる・・・サービスの選択性の喪失

*④訪問介護が通所の目標の在宅での実施の視点で、介護度の軽減・介護保険からの離脱を目標にすると生活のQOLや自分でできないことが保険でフォローされないことになり、生活の継続性が危機になる。

<付記>

今回の介護保険法改定により、「介護保険の枠外」となるサービスの増加が急務になってくる。この部分を、地域社会における助けあいやNPO、ボランティアが肩代わりするための支援策については、本来は介護保険制度以外に予算を組むべき課題である。

以上

平成16年介護事業経営概況調査の概要

I 調査の概要

1. 調査の目的

介護保険法では、介護報酬は各々のサービスの平均費用の額を勘案して設定することとしていることから、各々の介護サービスについての費用等についての実態を明らかにし、介護報酬設定のための基礎資料を得ることを目的とする。

2. 調査対象

- (1) 介護保険施設
- (2) 指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業者

3. 抽出方法

調査対象となる施設・事業所を、地域区分、経営主体別に層化し、1/2～1/20を無作為に抽出して客体を選定した。

4. 調査の期日

平成16年10月1日 (平成16年9月の収支状況を調査)

II 結果の概要

介護保険施設及び居宅サービス事業所の損益

		補助金を含まないベース		補助金を含むベース	
		損益 (千円)	比率 (%)	損益 (千円)	比率 (%)
介護 保険 施設	介護老人福祉施設	1,995	8.4%	2,481	10.2%
	介護老人保健施設	3,657	10.6%		
	介護療養型医療施設 (病院)	6,692	8.1%		
	(再掲) 介護保険適用病床のみ	1,263	3.0%		
居宅 サ ー ビ ス 事 業 所	訪問介護	-43	-1.3%	57	1.6%
	訪問入浴介護	-7	-0.4%	24	1.5%
	訪問看護ステーション	227	10.4%		
	通所介護	375	7.9%	431	9.0%
	通所リハビリテーション	1,001	16.5%		
	短期入所生活介護	339	7.1%	391	8.2%
	認知症対応型共同生活介護	414	8.7%	440	9.2%
	有料老人ホーム (施設全体)	2,663	9.1%		
	居宅介護支援	-137	-15.9%	-113	-12.9%

※1施設 (事業所) 1月あたりの損益である。
 ※介護老人福祉施設には、空床利用の短期入所生活介護の損益を含む。
 ※介護老人保健施設及び介護療養型医療施設 (病院) には、短期入所療養介護の損益を含む。
 ※介護療養型医療施設 (病院) は、療養病床60%以上の介護療養型医療施設を対象として調査を実施した。
 ※訪問看護ステーションの数字は、介護保険適用部分の損益である。
 ※通所リハビリテーションの数字は、老人保健施設併設の損益である。
 ※短期入所生活介護には、介護老人福祉施設の空床利用分の収支を含まない。
 ※比率は、収益に対する損益の割合である。