社保審－介護給付費分科会	
第56回　(H20. 10. 9)	沖藤委員資料

社会保障審議会介護給付費分科会御中

2008年10月9日
社会保障審議会委員
社会保障審議会介護給付費分科会委員
沖藤典子

介護報酬改定について
住み慣れた我が家で人生を全うするために

はじめに：

9月の介護給付費分科会では、2回にわたり事業者団体からのヒアリングが行われ、各サービスの現状を聞くことができました。今後の審議にとってたいへん有意義なものでした。

しかし、居宅サービス事業者からのヒアリングが、福祉用具のみであったことはたいへん残念です。介護保険サービス利用者の多くは、１日でも長く我が家で暮らしたいと願い、居宅サービスを利用しながら、在宅生活を維持しています。

これまで利用者市民の立場から、４回意見書を提出させていただきましたが、介護給付費分科会における議論が重度要介護者、施設での要介護者に重点化されるのではないかと、大変危惧の念を抱いています。重度あるいは施設サービス利用者の課題はもちろんですが、介護保険サービス利用者の７割を占める居宅サービスのあり方について、重度化しないよう支援を求める軽度の在宅利用者、そして認知症の在宅利用者についての議論も重要と考えます。

今回は、訪問介護サービスの利用者、在宅介護者の立場から、利用者とともに働く訪問介護員（ホームヘルパー、介護福祉士）、サービス提供事業者の課題について、意見を提出させていただきます。

1.家族形態による「生活援助」の制限について、見解をまとめる必要があります

訪問介護サービスは多くの高齢者が最初に出会う介護保険サービスであり、もっとも需要の高いサービスです。身の回りの家事ができなくなる軽度の段階で、週数時間の「生活援助」の提供により、心身の状態を維持することができるケースは多くみられます。また、いわゆる老老介護世帯、複数世帯同居の働く介護者にとっても、「生活援助」により在宅介護が維持されている例が数多くあります。

しかし、前回の介護報酬改定、介護給付適正化計画、指導・監査の強化のなかで、「生活援助」を過度に抑制する保険者もあり、老老介護の崩壊や施設入居の加速、働く介護者の早期退職といった社会的損失などが懸念されます。厚生労働省からは再三、「一律機械的な制限を行わないように」という事務連絡文が出されていますが、いまだに制限を撤回しない保険者もあります。

介護給付費分科会において、“同居家族”など家族形態による「生活援助」の制限は行わないよう、見解をまとめることを提案します。

2.「生活援助」は維持されることを確認する必要があります

今年５月、財務省財政制度等審議会は、要支援１～要介護２までを軽度者とし、「生活援助」

のみを利用する軽度者を介護保険の対象外とした場合などの“機械的試算”を公表しました。これは介護保険法第一条、第二条に反するものと考えます。まず財源ありきで、高齢者の生活実態を無視した意見を認めることはできません。核家族化の進行により、近年では一人の介護者が自分の両親のみならず、配偶者の両親などの介護をする“多重介護”、一人の介護を終えたらまたすぐに次の介護という“連続介護”も増えています。電話相談などでは、保険者による「生活援助」の制限への苦情とともに、上記の“機械的試算”などに対する不安の広がりがうかがえます。

介護給付費分科会において、訪問介護の「生活援助」は在宅の高齢者、介護者を支える重要なサービスであり、今後も維持することを確認するよう提案します。

3.介護現場の裁量を認める必要があります

高齢期の心身の状況は日々異なり、不安定なものです。訪問介護員は訪問時に、利用者の心身の変化を見極めながらケアを提供しています。しかし、「ケアプランにないサービスは介護報酬を認めない」といった一律の指導により、あらかじめ決められたサービス以外は提供できないという規制が強まっています。訪問介護員の訪問時に緊急事態が起きる、事前プラン以外のサービス提供が必要になるのは日常的な状況です。

利用者の心身の変化に対応したサービス提供を保障するために、担当訪問介護員が訪問介護事業所のサービス提供責任者と連絡を取り、後にケアマネジャーに事後承認を得るなど柔軟なサービス提供を認めることを提案します。

4.「通院等乗降介助」の再検討が必要です

訪問介護の「通院等乗降介助」では、医療機関の支援を前提に、訪問介護員の院内介助は認められていません。しかし、医療機関の支援は非常に少ないうえ、断れられるだけでなく、訪問介護員が診察室への移動、透析時間の待機まで要求されるケースもあります。高齢夫婦世帯、高齢ひとり暮らし世帯では、家族などの付き添いも頼むことができません。院内介助がないため、受診、通院をあきらめ、重篤な事態を招くことも懸念されています。また、院内介助者には利用者の病状などの把握が必要で、ボランティアによる代替には限界があります。そして、自費によるホームヘルパーへの依頼は、年金生活者である利用者の経済的負担を増大させています。

介護予防訪問介護では、定額制の報酬、包括的サービスになるとともに、「通院等乗降介助」が除外されました。しかし、電話相談では通院支援がないことによる窮状が寄せられています。要支援１・２の要支援認定者であっても必要に応じて「通院等乗降介助」を提供する必要があると考えます。

要支援認定者、要介護認定者に対する「通院等乗降介助」のあり方について、特に中重度者については「身体介護」としての評価の必要性も含めて、再検討することを提案します。

5.「散歩」の復活が必要です

前回の報酬改定により、訪問介護における「単なる散歩」の付き添いには、介護報酬上の評価がなくなりました。しかし、介護保険における最大の願いは、高齢の支援を必要とする人たちに心身ともに健やかに暮らしてもらうことです。家族に遠慮して、散歩などのささやかな外出を依頼することができない利用者もいます。また、老老介護やひとり暮らしで、散歩そのものが困難な利用者もいます。介護予防事業では「閉じこもり予防・支援」がメニューになっていますが、

訪問介護においても、利用者の「閉じこもり予防・支援」のために、訪問介護員による「散歩」の付き添いを復活させることを提案します。

6.「生活援助」の提供時間に応じた評価が必要です

前回の改定により、「生活援助」の提供時間が 1.5 時間を超えた部分について報酬上の評価がなくなり、身体介護では生活支援単価となりました。認知症の利用者へのサービス提供であっても、1.5 時間を超えると、専門性を求められるサービス提供であるにもかかわらず、生活援助と同等単価になります。事業者にとって訪問介護員の人件費が確保できない、あるいは持ち出しになるなど、大きな打撃となっています。また、提供時間が長時間になると単価が下がることへの、合理的な理由が不明です。「生活援助」が２時間必要な場合には、１回で済んだサービスを２回に分け、むしろ提供回数が増えるという奇妙な事態も招き、利用者の不信感をも招いています。

「生活援助」のサービス提供時間に応じた評価を再検討することを提案します。

7.認知症の利用者に対するサービス提供に評価が必要です

現在、多くの高齢者が「認知症になったら、我が家にいられない」と危機感を抱いています。居宅サービスには、地域密着型サービスにおける認知症対応型通所介護や小規模多機能型居宅介護が用意されていますが、事業者数、サービス提供量ともに不足しています。

そして、利用の最も多い訪問介護では、現行の「生活援助」、「身体介護」のメニューでは不十分な認知症ケアの充実は急務と考えます。また、訪問介護員が提供する認知症ケアについて、教育方法の確立も必要と考えます。

訪問介護における認知症ケアに対する、報酬上の評価を検討することを提案します。

8.予防訪問介護の評価の再検討が必要です

予防訪問介護では定額制が導入され、利用者の必要に応じてサービスが提供されると説明されました。しかし、現実には事業所の採算が取れる範囲内でしかサービスが提供されず、利用限度額の範囲内であるにもかかわらず、サービスが「減らされた」と訴えるケースが多くなっています。また、採算を超えたサービス提供があっても、事業所にとっては持ち出しのサービスとなっています。

介護予防訪問が必要な人に適切なサービスを提供するために、定額制とその内容について再検討することを提案します。

9.サービス提供責任者の業務に対する評価が必要です

訪問介護におけるサービス提供責任者の役割は大きいものですが、介護報酬上の評価がないため、他の訪問介護員と同じく現場でのサービス提供も兼務しなければならないという厳しい労働環境にあります。

入れ替わりの激しい訪問介護員の管理者、指導者としての役割に見合う介護報酬上の評価を検討することを提案します。

以上