

2008年7月17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の意見書

NPO事業者のヒアリングから

介護保険制度は介護が必要な人たちにサービスを提供しており、そのためには介護サービス現場で働く介護職員への「適切な措置」を講ずることが急務です。第51回社会保障審議会介護給付費分科会では、利用者の幸せを守るためにも、待遇改善は待ったなしと考え、基本報酬の引き上げとともに、介護報酬に人件費比率を設定することを、意見書で提案させていただきました。

その後、首都圏を中心にNPO事業者のみなさんに、次期改定への要望や課題をヒアリングいたしました。利用者にとって、地域の介護サービス事業者の運営状況を知ることは重要なことです。その結果、多くの事業者が介護保険事業継続に大きな危機感を抱いていると痛感しました。

NPO事業者の多くは、介護保険前から地域に密着した活動を地道に行っており、“介護のある暮らし”を支えてきました。しかし、市民活動からスタートしたNPOは経営基盤が弱いため、介護報酬のマイナス改定が経営を直撃し、閉鎖を余儀なくされる事業所がすでに出始めているとのことです。

地域の介護を長年支えてきたNPO事業者、あるいは中小規模の事業者が撤退することは、利用者の「選ぶ権利」を狭め、“介護難民”を生むのではないかと危惧されます。また、NPO事業者にも運営改善の努力が必要であり、そのための支援策も必要と考えます。

今回、分科会での今後の議論を実りあるものにするため、ヒアリング内容をまとめた文書を提出させていただきます。サービス提供の現場では今深刻な課題が浮かび上がっており、利用者・市民はもとより、委員のみなさんと実りある意見交換をさせていただきたいと願っています。

I. 介護報酬の見直しについて

利用者と密接な関係を作っているNPOや有限会社など中・小規模事業者は、社会福祉法人のように資産はなく、全国展開の事業者のようなスケールメリットも得られません。地道な活動を続けている中・小規模事業者が廃業に追い込まれないよう、介護報酬を検討することを提案いたします。また、介護報酬の地域係数については、大都市とくに首都圏における人件費や物価水準を反映していないとの指摘があり、介護給付費分科会において、地域ごとの格差を分析して補正を行う必要があるとの意見が寄せられています。介護報酬上の都市部の現状について、関係者から意見聴取をしたうえで、検討することを提案いたします。

Ⅱ.介護人材確保について

介護職員の離職や新規入職者減による介護人材不足を理由に、介護保険サービスの必要者たちがサービスを利用できない事態も起きています。また、新設の特別養護老人ホームやショートステイでは、人材不足によりサービス開始ができないとも報告されています。「保険料あって、サービスなし」が懸念されます。「介護の社会化」は介護職が支えています。早急な改善策を講じることを提案いたします。

Ⅲ.ケアマネジメント（介護予防支援、居宅介護支援）について

利用者にとって、介護保険利用の入り口になり、“介護のある暮らし”の伴走者になるのがケアマネジャーです。公平性、中立性の確保のためには、独立型の事業所が望ましいと考えられます。しかし現状では他の居宅サービスに依存しないと、経営が成り立たない状況にあります。このような現状を改善するために、以下の点について論議することを提案いたします。

1. ケアマネジメントの独立性について

これまでケアマネジャーは、同一法人内の他のサービスをケアプランに入れる「利用者囲い込み」が求められていると言われてきました。独立型事業所の運営が可能な介護報酬の検討が必要と考えます。

2. 継続的ケアマネジメントについて

介護予防創設により、認定が「要介護」と「要支援」の間を繰り返し行き来するケースが多く出現しています。そのたびにケアマネジメントの担当が、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所に替わります。高齢者との信頼関係を築くには時間がかかり、意欲を引き出すケアプランも信頼関係から生まれます。また、予防給付と介護給付の変更ごとに、契約などの事務作業が膨大になりました。継続的なケアマネジメントが実現できるよう検討を求めます。

3. 介護報酬の逡減制について

居宅介護支援では逡減制の適用件数があり、ケアマネジャーの担当件数が1件でも超えると、事業所全体が減額されるしくみになっています。入院など高齢者の心身の状態変化に対応するためには、担当件数の増減にゆとりが必要であり、利用者が安心して入退院できるよう、検討が必要と考えます。

Ⅳ.訪問介護について

訪問介護は介護サービスの中で最も多くの利用があるサービスです。また、介護保険サービスを利用する入り口ともなっています。多くの高齢要介護者は、「住み慣れた我が家で人生を全うしたい」と願い、訪問介護はその希望を叶えるために必要不可欠な援助です。

加齢とともにまずできなくなるのが身の回りの家事です。けれども多少の手助けがあれば、在

宅生活を続けることは可能です。それにもかかわらず、改定のたびに生活援助の利用抑制が進み、“家族同居”はもちろん、近居でさえ「生活援助」の利用を制限する保険者もあります。また、制度開始以来認められてきた「通院介助」や「散歩」なども制限を受け、要介護高齢者の在宅生活を困難にしています。独居、高齢者世帯が増加する中、訪問介護は要介護高齢者の命綱です。以下の点について論議することを提案いたします。

1. 介護現場の裁量について

訪問介護の現場は要介護高齢者の自宅です。ホームヘルパーはケアプランに沿いながらも、その時々利用者の心身の変化を見極めながらケアを提供することが求められています。しかし、昨今は保険者や都道府県の指導により、「ケアプランにないサービスには、介護報酬を認めない」といった、非現実的な規制が強まっています。訪問介護においては、ホームヘルパーの訪問時に緊急事態が起きる、あらかじめ決められたプラン以外のケアが必要になるなど、イレギュラーなサービスが必要になるのは当然のことです。

利用者個々のケースに応じて、担当ホームヘルパーが当該訪問介護事業所のサービス提供責任者と連絡を取り、後でケアマネジャーに事後承認を得ることも認める方向での検討が必要と考えます。

2. 1.5時間以上の報酬設定

前回の介護報酬改定により、「生活援助」ではサービス提供時間が1.5時間を超えると報酬上の評価がなくなり、「身体介護」では「生活援助」と同一単価となりました。認知症利用者への「身体介護」でも、1.5時間を超えるサービス提供は「生活援助」と同一単価です。とくに専門性が求められる認知症ケアでは、「身体介護」が適用されていますが、提供時間が長くなるほど介護報酬が下がるしくみです。これでは、デイサービスなどを利用できず、訪問介護を必要とする認知症高齢者に、十分なケアが提供できないことも懸念されます。

さらに、「生活援助」では1.5時間以上の支援が必要な場合であっても、1.5時間以上の報酬上の評価がないため、1回で済んだサービスを2回に分けて行うなど回数が増えるケースもあります。これは利用者にとっても理解しづらく、また利用しにくい状況になっています。1.5時間という報酬上の制限により、訪問介護事業所が経営困難に陥る事態について、再考する必要があると考えます。

V. 認知症高齢者グループホームについて

介護保険法施行とともに、認知症高齢者グループホームは「認知症介護の切り札」としてスタートしました。その生みの親は、介護保険前から小規模認知症ケアを独自に切り開いてきた全国各地のNPOです。

介護保険法がスタートして9年目になりますが、利用者の加齢と重度化が進んでいます。多くの事業所が夜勤者1名の上に、医療との連携体制が充分取れない現状のなか、認知症高齢者グループホームでの看取りはストレスが高く、離職の一因となっています。このような現実を踏まえ、「認知症小規模ケア」の良さが発揮できるよう、以下の点について論議することを提案いたします。

1. 人員配置基準について

認知症の利用者が暮らすグループホームでは、夜勤職員は1名（2ユニット18人の場合もあり）で、職員の負担は過重なものがあります。人員配置基準について見直しを検討することが必要と考えます。

2. 福祉用具レンタル・購入の利用について

グループホームは居宅サービスに位置づけられていますが、利用者には介護保険の福祉用具レンタル・購入が認められていません。福祉用具は介護負担の軽減にも欠かせないものであり、利用者の全額自己負担は過重です。福祉用具レンタル・購入をグループホーム利用者にも認める必要があると考えます。

VI. 小規模多機能型居宅介護について

介護保険法改正で、地域密着型サービスのひとつとして、小規模多機能型居宅介護が新設されました。認知症高齢者グループホームと同じように、介護保険前からNPOが中心となって実践してきた「宅老所」の流れを汲むサービスです。「訪問」、「通い」、「泊まり」を1ヶ所で提供する小規模多機能型居宅介護は、複数事業者や細切れのサービス提供では対応が難しい認知症高齢者などの、暮らしにあわせた理想的なサービスともいえます。

しかし、創設2年を経過した現在、全国に約1600事業所と参入が進みません。理由として考えられるのは、介護報酬の低さと人材不足です。参入事業所の多くが赤字に悩み、すでに休廃止に追い込まれたところさえあります。また、中重度に厚い介護報酬が設定されていますが、「通い」を中心に組み立てられたサービスは、軽度といわれる認知症の高齢者にこそ必要なものです。東京都の調査では、要介護1・2と要介護3の間で利用形態にほとんど差はなく、現行の介護報酬の設定が実態と合わないことが明らかになっています。

認知症高齢者の増加が予測されるなか、在宅での暮らしを支える小規模多機能型居宅介護の充実のために、以下の点について論議することを提案いたします。

1. 人員配置基準について

現行の人員配置基準では、「通い」3人に対して介護職1名プラス「訪問」要員1名となっています。しかし、「訪問」を希望する利用者数に対して1名の「訪問」要員では、独居や高齢者世帯の場合、家事支援など時間のかかるサービスを保証することは困難です。「訪問」要員を増やすよう、人員配置基準を見直すことが必要と考えます。

2. 職員教育体制について

「訪問」、「通い」、「泊まり」を1ヶ所で提供する小規模多機能型居宅介護は、居宅サービスの中でも介護職員に高度な力量が求められます。「訪問」、「通い」、「泊まり」をトータルに利用者へ提供し、認知症高齢者の生活を支えるためには、職員教育体制の充実が必要です。職員教育は全てのサービスで必要なものですが、とくに小規模多機能型居宅介護の職員教育の検討が必要と考えます。

以上