

平成 15 年 12 月 22 日提出の意見書に関する補足

平成 16 年 3 月 24 日

社会保障審議会 介護保険部会委員 市川明壽
(有限責任中間法人 日本在宅介護協会 専務理事)

平成 15 年 12 月 22 日に、提出させていただいた意見書に関し、その後の当部会の審議等を踏まえ、補足及び提案したく、ここに提出いたします。

1. 制度見直し改正に向けた基本姿勢について

介護保険制度は、利用者本位の実現形態として、利用者にサービスの選択権を与え、利用者と業者間との契約によって保険給付がなされるという市場機能を導入した点において画期的であると評価されました。サービスの供給形態が「措置」から「契約」に変われば、利用者の求めるニーズは市場に現われ、市場が決めることとなります。そして、この仕組みは、市場において形成される利用者の意思（選択の結果）を尊重する利用者主権の理念に由来しているものであり、それは、介護保険制度の基本理念ともなっているものです。

持続可能な制度の在り方が議論されていますが、「契約による給付」という制度の基本構造を形骸化させるような変更は、制度改正の範囲を逸脱するものであり、制度の理念までも変容させるものです。その意味で、市場における「サービス量の規制」や「サービスの選択規制」を強化するような政策は採るべきではありません。介護市場の現状は、様々な問題を抱えています。これらの問題の見直しは、市場を育成し、健全に発展させてゆくことを基本方針として実施すべきであります。

我々民間事業者は、利用者が事業者やサービスを選択する力をつけ、事業者がそのニーズに応えるために企業努力をしながら、お互いに競争し、全体として質が向上していくという市場原理の仕組みが適正に働くことで、真に利用者中心の市場になることを望んでいます。この基本姿勢を前提として、以下分野別に補足意見及び提案をおこないます。

2. 分野別意見

① 生活援助サービス

第 8 回部会における議論の中で、軽度要介護者に対する生活援助サービスは自立支援につながらないのではないかと、という議論がおこなわれました。しかし、生活援助は要介護高齢者の自信や自尊心を保ち、精神面において生活意欲を支えるという機能をもっているということを見過ごしてはなりません。

例えば、その日に食べたい物をヘルパーに調理してもらうために、メニュー

や味付け、調理方法について注文をすることが、食欲を増し、食の楽しみにつながる可能性があります。さらに、過去に調理が得意だった高齢者であれば、自分ではできなくなっても若いヘルパーに調理の仕方を細かく指導することが自信を取り戻すきっかけになったといった事例も報告されています。

配食サービスは効率的なサービスであり、介護保険給付の対象とする事には賛成ですが、食の確保を全て配食サービスで賄うというのは、生活援助がもつ自立支援機能を奪ってしまうことにつながります。

また、掃除や洗濯といったサービスは、清潔を維持する事によって、やはり精神面での自立支援効果があることも見過ごすべきではありません。

自立支援とは、要介護高齢者に対する日常生活の支援であり、単に身体機能だけの自立支援ではないはずです。日常生活を送る上で、メリハリをもって、清潔を維持し、可能な限り快適さを追及する上で、生活援助の適切な組み合わせが、極めて有効な場合があることを踏まえ、一律に給付対象から除外するような改訂はおこなうべきではないと考えます。

尚、日本在宅介護協会では、ヘルパー業務の質的向上をおこなうために、業務を標準化するとともに、知識やスキルの基準を策定していますので、参考のために添付いたします。

② 介護予防

介護保険における介護給付は、前述の日常生活全般に対する支援という事も含め、全て自立支援機能をもつべきだと認識しています。議論が進む中で、要支援や要介護1~2といった軽度の要介護高齢者に対する給付額が増加している点や、要介護度が悪化していることにのみ焦点が当てられ、介護保険給付の前提が軽視される傾向があるのではないかと危惧しています。介護予防重点推進本部を設置する等介護予防を強調し、転倒防止教室などの教育啓発的サービスを給付対象にすることは検討に値しますが、介護給付と介護予防を別建ての給付として提供することは、介護保険給付本来の目的を見失う事につながります。軽度要介護者への給付についても、一律に制限することには反対です。

さらに、介護予防の効果を上げるためには、給付のためのインフラを整備していくべきだと考えます。例えば、訪問リハビリテーションは、訪問介護や訪問看護、あるいは通所介護と比較すると、給付額が極端に少なく、また伸びも僅かです。これは、訪問リハビリテーション事業への参入が規制され、民間事業者が参入できないことに起因していると思われます。制度としてはあってもインフラの整備がなされなければ、実効性を期待することはできません。このことを踏まえ、訪問介護、訪問看護と同様、訪問リハビリテーション事業にも民間参入可能な制度に改訂することを提案します。

③ 介護の質と民間事業者

第9回部会において、指定取り消し件数のデータが示され、営利法人の出現

率が他の事業者区分と比較して高いという指摘がなされました。我々民間事業者は、この事実を真摯に受け止め、さらに規定遵守、サービスの質の向上に努めていく必要性を痛感しています。

しかしながら、このことが営利法人イコール悪質あるいは、質が低いという意見を助長し、規定強化のための論拠とされることがないように求めます。

まず、現在、介護保険事業での指定件数は、総計で23万件を越えています。指定取り消し事業者は、その中で極めて少数(121事業者)であることを冷静に理解すべきです。

また、特に営利事業者の場合は、介護保険導入に合わせて、それまで介護事業とは無関係の業界からの参入が急増したことに起因している部分もあると思われる、今後も継続して厳正に監査と指導をおこなうと共に、適正な競争原理が機能する制度を維持することで、改善が見込めるものと考えます。

各種データを極端に解釈し、短絡的な判断によって規制強化の動きが加速することがないように、また、常に介護業界全体の発展、公民を問わず事業者の育成、国民に対する制度理解の啓発といった、今後の高齢者社会に対応できる総合的な視点に立った議論が、今後も引き続きおこなわれるべきだと考えます。

④ 第三者評価

介護保険制度において、事業者の選定はあくまで利用者の選択によることを基本とすべきであると考えます。第三者評価はそのための指標として導入されるべきです。

そのためには、第三者評価の評価項目が利用者にとっての利益という観点で作成される事が必要であり、基本的にはサービスの質と直接的に結びつくものになっていることが求められます。調査項目が行政監査の延長線上のような内容で作成されれば、明らかな規制強化であり、利用者の利益にもつながりません。そのため、第三者評価の導入にあたっては利用者代表を含む各界の意見を盛り込んで作成すると共に、一定の試行期間を設けて効果の検証をおこなう等慎重な導入方法をとるべきです。

さらに、第三者評価が効果的に機能するために、実施のための費用は、事業者の事業継続を阻害しないレベルに留めることが必要です。規模が小さい事業者が、実施費用が高額なために第三者評価を受けられず、評価の対象とされないならば、実質的な参入規制であり、このような事態にならないよう導入は慎重におこなうべきと考えます。

※ 添付資料

- 12月22日提出意見書
- 在宅介護サービス業産業雇用高度化推進事業第2年度事業報告書(案)
より抜粋の「ホームヘルパー介護スキル・介護基準」及び「ホームヘルパー行動能力基準」

介護保険制度の見直しに関する意見書

平成15年12月22日

社会保障審議会 介護保険部会委員 市川 明壽
(有限責任中間法人 日本在宅介護協会 専務理事)

我が国の高齢者社会を支えるためには、介護保険制度を安定的に継続することが極めて重要です。介護保険制度が導入され、民間参入が可能となったことにより、介護の社会的インフラが急速に整備されたことは周知の通りです。

介護保険制度が、今後も増大を続ける介護需要と同等かそれ以上のサービス供給力を確保するためには、民間事業を中心とする供給基盤の整備が重要であり、一段の民間事業促進政策を推進すべきです。制度の見直しにあたっては、民間事業者の参入や事業の拡大を困難にするような事前規制を強化すべきではないと考えます。

「持続可能な介護保険制度」にとって保険財政や保険料・利用者負担の問題状況は、大変厳しいものがありますが、制度運営の効率性を追求し、社会的コストを削減することもまた制度の維持にとって基本的なファクターとなるものです。このような観点からは、公的サービス供給機関の役割を明確にし、徒に民間事業者と競争するのではなく、民にできることは民に委ねることが有効であり、さらなる規制緩和と運営姿勢の改善が求められます。

介護におけるサービスの質は、より効果的なサービスの開発、評価の基準、質を測る尺度等について、さらに専門的な研究を重ねてゆくことが必要であると考えますが、市場の側から捉える多様な視点が重要です。サービスの質の確保は、安全性への配慮を前提として、利用者の選択に委ねることを大原則とすべきです。従って、サービスの質を確保するための規制は、安心、安全性を確保するための技術的、客観的な基準等、最小限の規制に止め、市場の自主的なサービス創造を減殺するような規制は行うべきでないと考えます。

また、介護の質の向上は、介護の現場で働く介護事業従事者の資質と技能に負うところが大きく、人材の確保とその育成が極めて重要な課題となっています。しかし、労働・処遇環境のインフラ整備等、民間介護の産業基盤は未だに脆弱であり、産業育成の観点からの支援政策が望まれます。

以上のような観点から、介護保険制度の見直しに関し、以下の通り意見を述べます。

記

1 制度全体

- (1) 要支援者への予防給付は、制度的に要介護状態への防止という、他に例のない予防機能を持つものであり、廃止すべきではない。但し、その予防効果については、引き続き研究を要し、明らかに効果が認められないものに関してのみ、給付の制限を行うべきである。
- (2) 本来、介護サービスの評価は利用者に委ねらねるものである。従って第三者評価は、評価尺度の研究、評価機関の公平性が保たれ、事業者にとって事業の継続に支障がないコスト設定が可能であれば、利用者の選択をより助けるための情報提供を主として考えるべきである。
- (3) 需要の拡大に対応し、サービスの質と量を確保するための具体的な制度検討、新たな施策が必要である。
- (4) 家族介護に対する現金給付は、介護保険制度の意義に反しており、導入すべきではない。
- (5) 在宅と施設の給付について、その均衡を図るべきである。
- (6) 支援費制度の事務処理は全国統一化し、システム対応を図るべきである。
- (7) 公的又はそれに準ずる事業者が税法上の特典を受けながら民間事業者と同じ事業を行い、民業を圧迫するのは不公平であり、かつ、時代の潮流に逆らうものである。

2 訪問介護

- (1) サービス提供責任者の配置数に関する基準規制は、効率的な運営努力を阻害する要因となっており、配置数規制は緩和するべきである。
- (2) 介護保険をケアワーカー(家政婦)等の利用と併用することには制限があるが、併用可能を原則とし、併用の制限は限定的に行うべきである。

3 訪問入浴

特定施設等においても、訪問入浴を利用できるよう介護保険適用の範囲を拡大する。

4 グループホーム等

- (1) 特定施設やグループホームにおいて、設備等の環境整備に付加価値を付けるのはサービスのバリエーションであり、利用者にとって便宜な選択肢である。従って規制は行うべきではない。
- (2) 特定施設やグループホームにおいても、ターミナルケアを可能とするため、訪問診療や訪問看護等の医療系サービスの適用を認めるべきである。

(3) 特定施設とグループホームにおいても住所地特例を適用すべきである。

5 福祉用具、住宅改修

(1) 利用効果と安全性への配慮を条件に、介護保険適用対象用具の範囲を拡大すべきである。

(例) ・ 浴槽用滑り止めマット ・ 食事用自助具

(2) 利用者の便宜に配慮し、貸与、購入、住宅改修の区分けを見直し、弾力的な適用を図るべきである。

(例) ・ じょく創予防具及び車イス用マットは、その用途に配慮し、レンタルから購入に変更する。
・ 昇降便座は高額なため、購入からレンタルに変更する。(便座部分のみ付け替えが可能)
・ 屋外用段差解消機等の高額、且、取り付け工事が必要なものについては、レンタルと住宅改修の併用適用を可能とする。

(3) 施設、特定施設、グループホーム等においても福祉用具レンタルの適用を可能とすべきである。

(4) 住宅改修の給付限度額を増額し、実態に合ったものとする。

6 居宅介護支援

(1) 「公正中立」の概念と、その運営を表面的に捉え、ケアプランに他事業者のサービスを含めることで公正中立を担保するといった形式的な規則は行うべきでない。ケアプランは利用者の自立支援ニーズに合致し、利用者選択に委ねられることこそ重要である。

(2) 「サービスの4種類以上加算」は合理性がない。

業務量は、新規プランを作成する場合と継続的にプランを作成する場合とでは、明らかに新規の負担が大きい。「4種類以上加算」に代えて「新規加算」を創設すべきである。

(3) 「月一回以上の訪問面接義務」は廃止すべきである。

訪問面接の必要回数は、利用者個々の状況によって異なる。一律に月一回以上の義務づけは、介護支援専門員の自主性を阻害し、減算回避のための表面的な訪問にとどまる危険性がある。

7 配食サービス

現在、自治体独自で実施されている配食サービスを介護保険の適用対象とする。但し、食材は実費負担とし、訪問介護における調理との関係において、利用者負担の公平さに配慮する。

以上。