

制度等に関連する内容についての意見

平成14年10月18日

社会保障審議会介護給付費分科会

委員 青柳 俊

介護保険制度運用に関して

平成14年10月18日
日本医師会

日本医師会として、既に第6回に「介護報酬改定等に関して」、第11回に「介護報酬改定 重点項目」を資料として提出しており、その中で制度運用に関する意見も提示しているので、その主要点につき、説明する。

1. 制度見直しの時期と報酬改定の時期について

介護報酬改定（原則3年ごと）	平成15年4月
制度見直し（制度施行後5年）	平成17年4月
診療報酬改定（原則2年ごと）	平成14年4月

- 1) それぞれの関連性が強く、報酬改定と制度見直しを同時期に実施すべきである。
- 2) 制度見直しを審議する部会の設置が必要である。

2. 要介護認定

- 1) 要介護認定7段階を3段階程度に削減すべきである。
簡素化し、各介護度の違いを認定基準・介護報酬とも明確にすることにより、理解が容易となり、事務費の節減と効率化に役立つと考える。
- 2) 認定審査会の委員に負荷がかかるため、認定審査方法の改善を図るべきである。
- 3) 一次判定の限界を補完する意味で二次判定の方法論を確立すべきである。
- 4) 主治医意見書記入医師に自動的に認定結果が報告されるシステムに改善すべきである。

3. サービス提供について

- 1) 在宅復帰の促進
制度本来の理念に基づき、在宅サービス重視を根本的に推進し、支援すべきである。
- 2) 介護保険施設の位置付け
 - ①実態に即した三施設の機能分化の検討が必要である。
 - ②三施設のバランスある整備が必要である。
 - ③施設類似サービス（グループホーム、ケアハウス、老人ホーム等）の位置付けを明確化し（施設サービスなのか在宅サービスなのか）、医療へのアクセスを確保する必要がある。

4. 利用者負担について

在宅サービスと施設サービスの給付内容の整理及び在宅サービス受給者(要介護4以上)と施設サービス受給者の利用者負担額の整合を図るとともに、在宅サービス受給者の利用者負担率の軽減を図るべきである。更に、在宅患者における医療保険と介護保険の自己負担の高額化に対して、見直し等を考慮すべきである。

5. 介護保険と医療保険の整合性

1) かかりつけ医と施設間の連携を支援する。

施設サービス(短期入所サービス含む)受給者においても、かかりつけ医との連携は不可欠であり、連携を支援する必要がある。

2) 施設入所(院)者が、必要があり他の医療機関を受診した場合、受診先の医療機関での請求を可能にする。若しくは、施設サービス費に包括される医療行為の範囲を見直すべきである。

平成14年10月18日

社会保障審議会
介護給付費分科会
会長 西尾 勝 殿

介護給付費分科会
委員 守口市長 喜多 洋三

介護保険制度については、関係者の懸命な努力により制度の安定化が図られつつあるが、依然として課題は山積している。また、現在、第2期介護保険事業計画の策定のための作業を進めているところであるが、高齢化の進展、介護サービス基盤整備の充実、制度の普及などにより、給付が増加し、厚生労働省の調査（6月値）によると、同計画期間における1号保険料は、平均10%以上増加することが明らかになっている。

今後、このような状況が推移した場合、保険料・公費負担など保険財政のあり方に関する抜本的議論は避けては通れないと考えるが、今回は保険者の立場から従来より主張している同制度の安定的運営に必要な、次の事項について意見を提出する。

1 保険財政について

- (1) 国が負担する25%のうち、5%に相当する部分は調整交付金として、後期高齢者の比率が高い市町村などに重点的に配分されているが、5%を下回る市町村においては、本来、公費50%、保険料50%の原則が崩れ、1号保険料に転嫁されており、このため、現在17%となっている1号被保険者の負担割合を押し上げ、保険料上昇の要因になっている。調整交付金の財源は、国が負担する25%と別枠で財政の調整を行うべきである。
- (2) 都道府県に設けられた財政安定化基金により、介護サービス量の見込み違いによる赤字への貸付や保険料の収納不足への補填が行われているが、この基金の財源の3分の1は1号被保険者の保険料で賄われている。高齢者を支援するこの基金の財源として、支援を受けるべき高齢者から保険料としてその額を徴収するのは矛盾していると考えており、同基金の原資は、国と都道府県の負担とすべきである。

2 保険料のあり方について

(1) 第2期介護保険事業計画期間における1号保険料の6月値の状況を見ても給付の増加により保険料は高額化し、今後このまま推移すると保険料支払が困難な者が増加することが見込まれる。このようなことから少なくとも、介護報酬の見直しによって保険料の引上げとなるような事態は容認できないものとする。

(2) 所得段階別保険料における第2段階該当者の中に、負担が困難な者が存在する。また、世帯の負担能力を考慮したため、税控除等の仕組みにより、収入と保険料区分の関係で一部に「逆転現象」が生じている。

現行の所得段階別保険料には、このような問題が生じているので、是正すべきである。

(3) 保険料の徴収にあたり、遺族年金や障害年金、月額1万5千円未満の年金は、特別徴収の対象外（普通徴収）となっている。全国市長会の調査によると、普通徴収の徴収率は約9割となっており、徴収率を上げると観点からも、全ての年金から特別徴収を可能とすべきである。

3 低所得者対策について

国が実施している低所得者対策は、制度として十分ではない。その結果、やむをえず各保険者は、独自の減免や国の3原則遵守の中での措置を実施しているが、かえって混乱を生じさせている状況にある。

本来、低所得者対策は国の責任において統一かつ総合的な対策を講じるべきである。

より良い介護保険制度の発展に資するために

平成14年10月18日

社団法人 日本介護福祉士会

これからの介護報酬の設計そのものを含む 介護保険制度のあり方について

介護保険制度施行後、私たち介護福祉士は、介護サービスの現場で、ホームヘルパー、施設の介護職員、サービス提供責任者、ケアマネジャーとして日々利用者にもっとも近い専門職として介護保険制度の一翼を担ってきた。

今般の介護報酬改定について、日本介護福祉士会では社会保障審議会介護給付費分科会において、常々介護報酬の見直しが単に収支の観点から行われたり、事業経営の視点からのみ議論されることに対し、介護サービスの質の維持と向上の観点に立った介護報酬の見直しが必要であることを提起してきた。

これからの介護報酬の設計そのものを含む介護保険制度のあり方について、介護を実践し介護業務に熟知している介護福祉士として、サービスの質を保証し、利用者本位のサービスを提供するという観点に立って以下の提案を行う。

今後、介護保険法附則第2条に定められた施行後5年を経た見直しが予定されており、日本介護福祉士会は、引き続き介護報酬の設計そのものを含む介護保険制度の見直しを介護福祉専門職の立場から、また介護の現場を知り、利用者にもっとも近い専門職の立場から提言を行っていく。

平成14年10月18日

1 これからの介護保険制度の見直しの基本的なあり方

介護報酬の設定にあたって、介護サービスの現場の実情をつぶさに捉えたうえで抜本的な見直しを行なうべきである。また、あるべき介護の理想を実現するような制度設計が図られるべきである。

時間を基準とした介護報酬の設定を改めるべきである。また、サービス提供にあたっての基準を時間に求めたり、介護報酬の設定を時間に求める考え方を改めるべきである。

介護労働をディーセント・ワークにしなければ、これからの日本の介護の質は低下する。介護労働がディーセント・ワークとなるよう、適切な介護報酬額が確保されるべきである。

介護報酬を検討するにあたっては、サービスの質に着目した試行プロジェクトを実施し、そのデータに基づきサービスの質とリンクした介護報酬のあり方を検討すべきである。

居宅や施設において、日常の生活場面で人間の尊厳が守られることを目的とした介護が実現するよう、必要な介護報酬の見直しを行なうべきである。

2 介護報酬の適切な水準について

【水準を考えるにあたっての前提】

介護の工夫や専門性が評価される仕組みが望まれる。利用者の自立を図り、自立に向けた介護が実現するような介護へのインセンティブが働く報酬上の工夫が求められる。

◎常勤ヘルパーが一定数、一定の割合で配置されないと訪問介護現場における介護サービスの質は保てない。これは身体介護、生活支援を問わない事である。常勤ヘルパーが雇用できる介護報酬の水準とすべきである。

◎介護保険制度導入後、非常勤ヘルパーや登録ヘルパーが増加している。そのため、事業所における管理者の役割が重要となっている。

サービス提供責任者に課せられた業務は多く、訪問介護サービスにおける熟練度の低下に伴う管理業務に重要性が増大しているにもかかわらず、現行の介護報酬に管理部門の職員雇用にかかる経費が反映されていない。

したがって、これを含めた訪問介護サービス費に改めるべきである。

◎サービス水準を維持するための研修費を介護報酬に算定すべきである。

◎身体介護の介護報酬は下げるべきではない。

◎以下の加算を行なうべきである。

痴呆ケア

緊急時介護

困難ケース

感染症対応

同行訪問

◎居宅における介護専門職による生活リハビリを介護報酬に反映すべきである。

◎施設等サービスについて

グループホーム、ユニットケア等の介護職員には痴呆高齢者に関する専門的な資質を備えた人材の配置が必要である。

それにより、サービスの質に対する安心や信頼を得ることができる。

施設サービス従事者には在宅サービス従事者のように一定の要件を設けていないが、介護サービスの質の確保を図るために、介護福祉士等の国家資格職を配置すべきである。

医療職とのチームケアが求められる介護療養型施設の介護職員の配置基準にあたっては、介護福祉士等の国家資格をもつ専門職を配置し、適切な介護報酬額にすべきである。

介護福祉士の資格を介護報酬に反映すべきである。

3 介護保険制度の組み立て・運用について

【組み立て・運用を考えるにあたっての前提】

組み立て・運用の改善にあたっては真に在宅での生活が継続できるように見直しがなされるべきである。

介護保険法第2条第4項「第1項の介護給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るように配慮されなければならない。」が可能となるようなものにしなければならない。

◎訪問介護の類型は、一本化すべきである。

在宅サービスはあくまでも一連のものである。利用者の生活を支えるうえで、身体介護と家事援助は一体的に行なわれている。パッケージとしてサービスを提供することでサービス内容を利用者に関わりやすく説明でき、かつ利用しやすい在宅サービスとなる。従って、自立支援や在宅シフトを定着させるためには一本化しなければならない。

(なお、訪問介護の2類型案では、「自立生活支援のための見守りの援助」が生活支援となっている。このような「自立生活支援のための見守りの援助」(「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(平成12年3月17日老計第10号)に示されている7例)には、自立支援の指導や助言も含まれており、専門性を有するものであることから、適切に介護報酬上、評価されるべきである。)

◎在宅介護を可能とするために、居宅サービスが利用者にとって真に使いやすいものとなるよう柔軟に介護報酬の運用を図るべきである。

◎居宅療養管理指導に介護福祉士による利用者・家族に対する介護指導及び支援業務を加えるべきである。

◎自立生活支援のための見守り援助を報酬上、位置付けるべきである。

◎入所・入院中の利用者が退所・退院後にスムーズに在宅へ移行できるような算定システムとすべきである。

◎施設の介護職員には介護福祉士等の専門職を配置すべきである。

◎介護福祉士の資格を介護報酬に反映すべきである。

◎サービス提供責任者については一定の資質を有することが望ましい。また、サービスの質を担保するためにも、サービス提供責任者の配置基準については、これまでの基準を遵守しなければならない。