

社会保障審議会 第11回介護給付費分科会議事録

1 日時及び場所

平成14年6月7日(金) 10時から12時
東海大学校友会館 阿蘇の間(霞ヶ関ビル33階)

2 出席委員

西尾、井形、青柳、喜多、木下、木村、京極、見坊、笹森、下村、田中(雅)、中村、橋本、樋口、堀江、村上、山口、山崎、山本の各委員
新井、三宅、高梨の各参考人
岡、澄田、田中(滋)、矢野の各委員は欠席

3 議題

介護報酬について(通所介護、通所リハビリテーション、痴呆対応型共同生活介護等)

- 資料1に沿って、通所介護・通所リハビリテーション、短期入所生活介護・短期入所療養介護、居宅療養管理指導、痴呆対応型共同生活介護の報酬体系の見直し案等について、福本企画官より説明。

(山本委員)

今後の審議会の予定について、広域連合の議会は1月であり、それまでに15年度の介護報酬ができれば明らかになっていた方がよい。できれば年内に終わらないか。

(小林総務課長)

審議会の大体の予定は、7月に骨格の取りまとめ、この4月に実施した経営実態調査を基にして9月から12月にかけて集中的に報酬単価を議論し、年明け早々ぐらいに報酬単価の諮問答申の手続という審議スケジュールになる。

(山本委員)

審議会は少しまとめると1か月くらいは短縮できるのではないか。

介護療養型医療施設の人員配置の看護6:1と介護3:1について、実績から見て、当然に本年度いっぱいまで予定通り廃止することが必要。また、介護4:1で介護保険の方は実績から見て十分やれる。

デイケアのリハビリについて、あくまで全体の枠の中で考えるべきで、後に非常に費用が高くなり、報酬が高くなるという結果になるので、十分に配慮されたい。

居宅療養管理指導の報酬について、薬剤師のような医療関係者が指導するので、全額を医療保険で負担すべき。医療と介護というのは歴然と分かれており、役割分担しているため、あくまでも医療保険として処理すべきである。

療養型病床群も同じで、医療保険の適用とするのがすっきりする。

グループホームの夜勤と宿直は同じようなものなのか、あくまで夜勤は夜勤、宿直は宿直なのか、分からない。とにかく夜遅くに職員の人がいれば事足りるのか。最初から夜勤、夜の勤務体制があつて、24時間体制を前提に考えなければならないにも関わらず、昼間だけを考えて夜は別に勤務していると言っている。しかし、その点は矛盾しており、24時間体制で報酬を考えることが必要である。

(福本企画官)

夜勤と宿直は労働基準法の整理であり、宿直は、実態として夜にあまり重度な労働はしない、軽微な労働だけで仮眠もある程度できるという場合に宿直とし、労働基準監督署から許可をもらう。夜間勤務をすることは原則は夜勤になる。

夜勤の場合、すべてを労働時間としてカウントするので、ローテーションを組んで週40時間ならば40時間の中で夜勤の時間帯も含めて考えなければならない、それだけ余分に人を配置する必要があるが、宿直の場合、宿直の時間帯が労働時間の中に入らない。

今の制度として宿直を原則とするのは、夜間の勤務として労働基準法の宿直に該当する程度の勤務を考えていたが、現実には、資料にあるようにこれだけのケアをしているために夜勤になり、労働基準法上も夜勤体制でローテーションを組んで人を余分に置いている。現に入っている入所者にも差があるので、事業所にも宿直と夜勤の差がある。

(山本委員)

宿直は、本来は仕事をしなくて、何か事故が起こったときにその要件が発生するわけで、そういうグループホームではお年寄りの介助をする必要はなく、宿直をしてはならない。夜勤の人がいるときは宿直は要らない。これはダブって勤務しているのか。

(福本企画官)

夜勤の場合は夜勤ということで別に宿直はいない。夜勤の体制でやっているか、宿直の体制でやっているかどちらかである。

(山本委員)

宿直に介護報酬を出すのは適当でない。事実上、24時間体制でなければならないので、夜勤、宿直を抜きにして、24時間体制の介護報酬を決めるのが適切である。

看護協会から意見があるが、グループホームへの訪問看護について、保険者の立場から、今でも保険料で頭が痛く、また財政上の負担を多くすることになる。グループホームは出発したばかりで、実態を十分に調査した上で、やる必要があるならば次の18年度に検討するというので、今回は宿題として残すべきである。まだ実績のないものに対して予測の上でつく成ことは、保険者として、合理性が生じてからやってほしい。

(下村委員)

労働基準法は変わっていない。夜勤の実態が出てきたが、グループホームが当初考えていた性格と違ってきた。性格を変えたいという話か。そもそも24時間サービスを前提とせず、もう少し軽い人を中心に考えていたが、実態として、もう少し夜勤を必要とするものに変わってきたと言う。そうすると、施設体系の変更のような話に結び付くがどうか。今の説明は不十分で、実態が変わってきたというだけではすまない。

今回の改定で何をやるのか。介護保険は5年以内の見直しになっているから、常識的には17年が見直しの年になる。施設体系などの見直しは、本来はそこでやる。今は保険料の問題なども絡んでくるが、収入が大幅に増えることは当然に期待できない状況であるから、本格的な改定を今回の改定の中に取り上げるのかどうか、基本点をはっきりすべき。保険料の問題がはっきりしないと、個別にいろいろな問題を取り上げても議論しにくい。

市町村の集計が終われば保険料もある程度は見当がつくという説明もあったが、それなら12月までに中身を決めることも不可能でない。政府予算が確定するまでできないという12月に決めることはできないので1月以降になる。

体系の変更に及ぶことまでむやみに持ち込むのはできない。ユニットケア、療養型の関係なども問題にしたが、全体としての位置付けははっきりしない。そういう基本的な改定についての基本的な考え方を明らかにしないまま、個別施設について議論しにくい。ひとつひとつは全く根拠がないものはないが、今の段階は必要最小限な手直し、出っ張るところは抑え、足りないところは多少継ぎ足す、メンテナンスのような改定をやるのが本当である。

(福本企画官)

この審議会が議論している話は、基本的に報酬の話と認識している。介護報酬の改定の話であり、あくまでも報酬に関わるというように認識している。逆に、制度そのものに関わる話は、法律議論あるいは制度論を待って、報酬も考えていくのが基本的認識である。

グループホームに関して、すべてを夜勤にするのではなく、夜勤と宿直が現にあることに着目し、ベースとしては人員基準上あるいは施設基準上の最低基準として宿直となっており、ベースとしては宿直とした上で、現実に夜勤体制のところはそれなりの必要のある人が入っており、そこに着目して、報酬上、加算体系を設けることが必要である。

(下村委員)

相手がだれであろうと、夜勤をやれば夜勤の料金を払うということはどうか。そういうサービスが必要な人が入って、それに対して必要なサービスが提供された場合に払うならば、それは施設の性格を変えようとしている。そもそも24時間サービスの施設として構成されていなかったが、実態の利用が変わってきたのか、はっきりさせるべき。夜勤をやっていないところに払わないのは当たり前。夜勤をやれば払うなら、夜勤体制は全部払われることになるので、グループホームを夜勤体制に全部切り替えることに等しい。

(中村委員)

最近、医療機関や老健で、通所リハを廃止して通所介護の指定を受けている事例がある。それをみると、通所介護と通所リハビリテーションを一本化していくべき。

8時間以上10時間までの延長のサービス提供は評価すべき。

今回の改正ポイントは低所得者対応にあるが、グループホームの場合は減免措置はない。特養とデイ、ヘルパー、ショートが社福の減免対象だが、低所得者にとって費用負担が多く、減免措置の対象に追加すべき。

利用者負担の問題について、ショートステイの場合に支給限度額があるため、上限を超えた部分は全額自己負担である。こういう部分も施設入所者との不公平感があるので考えるべき。

グループホームについて、多分、今回の介護報酬の改定によりグループホームへのシフトが進むが、例の住所地特例は早急に考えないと市町村にアンバランスが生じる。

居宅療養管理指導について、かなり指定を受けているが、実質は機能していない事業所がある。その場合、介護保険の指定は必要ないという申し出がないと取り消されない。一度、制度として洗ってほしい。

(橋本委員)

通所介護と通所リハビリテーションについて、制度的には一本化していくのが適当。ただ、もう少しいろいろなことを調整していく方がいい。今日のデータは、通所介護の方がどちらかと言うと集団活動をやっており、通所リハの方が個別的な活動を実施している比率が高い。しかし、通所リハが個別的ということは、スタッフは大勢いるわけではないため、個別的な対応をしている間、ほかの人たちは何をしているのか。集団活動も個別活動も必要だ。

通所サービスの提供時間別の割合は、通所介護の方が日常生活上の世話は本当は主体的で、その比重が重いはずだが、通所リハの方が長時間サービスをやっている。通所リハと通所介護はそう差がない。幼保一元化の議論と同じではないか。複雑にする必要がない。延長について、働きながら介護をするなら、長時間のサービスは必要。

将来的に通所介護について、少し多様なタイプを考えるのはどうか。介護保険になって通所介護の質の問題に関するデータがなかなか見られないが、そう変わっていない。通所介護は女性が多く利用するが、男はあまり利用していない。男も社会的な孤立感を解消するために通うところが必要であり、利用に限定が付き、突飛な発想かもしれないが、カルチャーセンターをデイサービスとして活用することはどうか。都市型だが、あり得るか。設備と人員配置の基準を少し緩和しなければいけないが、将来的に検討したい。

通所介護について定員を超えてはならないという規定があるが、全国の老協のデイサービス分科会が調査をした今年の3月の報告書は、通所介護の定員に対する利用率は平均して66%、痴呆の人の利用率が59%。1日も定員をオーバーしてはならないなら、定員の設定を高くせざるを得ない。ショートステイが利用しやすくなったために通所介護の利用が低下しており、これについて今やるべき。

痴呆対応型の共同生活介護について、当初の予想と違っていた。もともと中軽度の人を対象にすることは長くなれば絶対無理だ。平均すると要介護度2を少し超えている程度だが、痴呆のお世話は大変難しく、ショートステイが非常に苦情が多いのも痴呆の人がよく利用するからで、痴呆のケアで見守りが大切なのは、単に身体機能が低下している人の見守りと違い、生活そのもの、できるだけ自立的な能力を維持していこうと見守りながら安

全や適切な日常生活をサポートすることが重要で、やってみて違っていたなら変えざるを得ない。

(山口委員)

通所リハと通所介護の違いは有資格者であるリハスタッフがいるかである。集団的な機能訓練は通所介護も通所リハビリもやっており、介護職員等でやれるという体制になっており、その点は両者共通している。しかし、リハスタッフ、PT、OT等が必ずいて、リハビリテーションを提供するという点は通所リハビリの特徴であり、集団リハから個別リハへという今の医療の流れから、通所リハビリテーションにも個別リハを導入するという発想は必要。けっして制度自体の改正にならない。

通所リハは3類型化されており、1つにすることはわかりやすくなる点に賛成。

その延長について、実際には2、3時間の利用はあまりない。6時間前後が多いという実態から、これを更に延長し、サービスが利用しやすい体制をつくることは必要。

ショートステイについて、規模別が一つの考え方としてあるが、現時点では、調査結果を見ても整合性がない、不必要である。規模によらず同一の報酬単価を設定する案に賛成。

グループホームについて、制度自体の改正につながらない。現行制度は夜間に勤務するスタッフがいる。ただ、宿直体制なのか、それとも24時間体制なのかの違いがある。夜間にスタッフがいるということは同じで、3年目に入り、夜勤体制が増えてきたのは、それだけ介護が充実してきている。この夜勤を、今後、政策誘導としても充実強化していく必要がある。夜勤を報酬評価をすることは賛成。

(青柳委員)

今日、介護報酬に関係する重点項目として資料を提出した。過日、日本医師会としての提言を提出した後、看護協会、老人保健施設協会、介護療養型医療施設連絡協議会、デイケア連絡協議会で項目をつめて作成した。

平成12年10月に事務局は施設の概況調査をしており、そのデータを基に3つの介護保険施設の入所入院者1人に対して常勤換算で職員従事者数を計算すると、特養は入所者1人に対して職員が2.5、老健は1人に対して2.1、療養病床は1人に対して1.2である。職員が入院入所者にどう充実したケアを提供するか、ニーズに対応する形でそれぞれの施設が施設なりに対応をとっている。これをどういう理由で必要ない、そんなに要らないと議論するのか。もちろん財源面は十分に考慮しているが、現場でどのように従業員が仕事しているのか、日中、夜勤も含めて、現場を視察して把握されたい。

グループホームについて、訪問看護婦の算定を可能にしてほしい。今日の資料の中でグループホームの要介護者、要介護度別の入所者の実態がある。当初の予想に不確定要素があったが、要介護度4、5という人が実際に入所している。当初の考え方で、宿直体制も含めて介護サービスのメニュー、人員配置がいいのかどうか。初回の介護報酬を設定する過程でどういう議論が行われたのか。

通所リハビリテーションと通所介護について、基本部分、共通部分はある。制度的にいずれ考えるしても、介護報酬上は基本部分は統一していい。個別のリハビリテーションはそれなりの評価をする体系に基本的に賛成。

医師による居宅療養管理指導に関して事務局提案はないが、主治医意見書を書きながら、実際に全く情報を得ない。いくつかの設定、あるいは算定しやすい内容に見直すべきで、それは1か月に1回ではなくて、1か月に2回、そして初回と2回目は差を付け、トータルとしては1か月という単価はキープするということで構わない。そういう算定しやすい仕組みを事務局として知恵を絞るべき。

診療報酬に変更があったから、即ち介護報酬にも反映させようとしても、可能な部分と可能でない部分がある。事務局として都合のいい部分だけが調整という項目に入り、都合の悪いのは医療保険と介護保険の違いを認めたままである。よって、介護報酬を設定する場で、最終的に右から左へという形で移行するということはいかがか。特に、今回、診療報酬改定の中でペナルティらしき、罰則らしき、あるいは減算という形の診療報酬改定がいくつか行われておりますが、否定したい。

(山崎委員)

グループホームの夜勤を評価するのは、介護保険前に当直でなく夜勤でないかと発言しており、実態を見て夜勤を評価するというのはよいが、問題がないわけではない。現行は当直という人員基準なので、夜勤が現場の努力で進むと、日勤、21時から翌朝7時までの間を除いた部分が、8人が入所してしようと勤務者が1人になるような、質の低下を伴うような勤務形態も予測される。夜勤の評価は人員基準に関係し、グループホームに関してのあり方、性格づけを含めて、今後も更に検討が必要。

在宅の痴呆の人が訪問看護が受け、グループホームに入ると受けられないのも、クオリティを落とすので、現行の運用の中でも訪問看護が行ける仕組みは多分つけられるし、保険料に響くほどの大きな額を使っていないので、今回検討すべき。

東京都のグループホームが16ユニット、171人を調査したら、痴呆老人の日常生活の自立度4、かなり重度の痴呆だが、要介護度と必ずしもリンクしていない。重度の痴呆4という人の要介護度が2から5までばらついて判定される。逆に、要介護度4、5と判定された人の中でも、痴呆の自立度1から4まで、軽度から重度までばらついている。しかも、2年たって、痴呆の人は2歳加齢し、いかにいいケアをしてもそれなりに進行するので、当初入った人がADLが落ちたり、問題行動が起きたり、いろいろ状態が落ちている。今の人員基準や外部サービスを使えない状態でQOLが確保できるのか。こういう声も現場から出ているので、微調整の中でもできることをきっちり配分すべき。

(下村委員)

3年後に介護報酬の改定は当然にやらなければならないが、今回の改定で、介護報酬のどういう点を見直して、どういう問題点が出ているのか、がよく分からない。各施設ごとに1つか2つぐらいずつ問題が出て議論しているが、そういう問題点はどうやってピックアップしたのか。介護保険の本格的見直しは5年以内で、多分、それはまた別にやる。

夜勤について、労働基準法を引合いに出すからおかしい。予想と違ったなら、かなり本質的な性格は変わるという側面がある。そういう見直しは今回やるものとは違う。

各施設ごとにいろいろな問題が出ているが、全体的に介護報酬を見直した上でどうしても今の時点でやる必要があるものが、いかなる基準、考え方で出ているのか。夜勤に明確

に反対というわけではなく、その問題がどういう性質かをまずはっきりさせたい。

(京極委員)

痴呆性のグループホームについて、現実の動きは夜勤が実際に大きな問題になっているし、もともと在宅か施設か白黒に分けられないグレーゾーンの領域だった。介護保険の発足当初ははっきりしなかったのもう少し夜間の体制についてやっているところに評価してよい。また、グループホームから療養型病床群のようなかえってコストの高いところに行くより、住み慣れたところで生活しているお年寄りにプラスであり基本的に賛成。

(堀江委員)

論議の基本スタンスについて、サービスを提供する事業者等ができる範囲で効率的なサービス提供の努力をして、その上で最終的にどう報酬単価を見直すかという議論につなげるべき。利用者の立場だけだと保険財政はどうなるのか。保険財政を最終的に見通さない報酬単価の議論は空論である。

現場の状況を承知せずに机上論をするのは正確でなく、現場確認をしながら、理想的な介護保険の運営のあり方を考えるべき。秋に詳細な実態調査も出るので、そういうデータを基に、あるいは、個別の議論で課題になった事項についても、事務局で具体的なケーススタディができる材料を提供されたい。

通所介護、通所リハビリテーションは、実態上は共通のサービスが多いから、報酬単価を1つにして、個別のリハビリに加算するという考え方自体は尊重するが、介護報酬の現行の単価がそれぞれ異なる。措置時代を引き継いだということなので、当然に報酬単価の根拠の見直しが必要になる。施設の運営状況、通所介護または通所リハビリテーションは黒字の事業所が多い。既存施設を使って、例えば、入浴サービスやリハビリにしても提供できる施設が通所介護、通所リハビリテーションの事業所として指定されるから当然である。よって、措置時代をそのまま移行するのでなく、根拠を見直すべき。そうすれば、黒字発生のメカニズムも見直される。

時間延長について、6時間から8時間が実態上は確かに多いが、6時間から8時間の通所介護、通所リハビリテーションは適切な時間設定なのか。どういう根拠で6時間から8時間が一番多かったのか。本当に必要な通所介護サービスやリハビリテーションはもっと短いはず。その余の時間はいろいろな性格づけができるが、今回の提案は逆に時間を延長する。時間延長により利用者の利便性が向上するならば結構だが、それは制度内なのか、それとも自己負担の問題なのか、分けした議論が必要。

グループホームについて、入居金とか保証金とか、入居者に対して相当額を契約時に徴収している。それを基にしてその後のサービスの報酬単価が決まっているのか、共同生活介護の報酬の見直しをもっと厳密に行われるべきで、トータルの事業者からの費用徴収等も含めて、この点は規制がかなり緩い現状なので、その実態を前提に改定されたい。例えば訪問看護が必要という意見について、看護婦配置済みの事業所もあり、また、基本的な議論を整理した上で訪問看護の必要性などを個別に論ずべき。実態をもっと明らかにして問題点を整理されたい。