



「介護報酬に関する意見」

○団体の名称

社団法人 静岡県柔道整復師会

○団体の代表者の氏名

会 長 星野知行

○団体の概要（目的、組織構成、事業又は活動の内容）

デーサービス等における機能訓練指導員の派遣事業

○意見内容

デーサービスにて27点、特別養護老人ホームでは12点の報酬を再評価し点数を上げて頂きたい。

介護報酬に関する意見（事業者団体とヒアリング）

【団体名・代表者】

「全国介護タクシー連絡研究会」

会長 木原圭介

【概 要】

「介護タクシーを考える会」を前身に2002年2月15日設立。

全国の介護タクシー事業者など30者で構成。今年中に100者の参加を予定。

【目 的】

研究会は介護タクシーの普及により、高齢者や身障者などの移動制約者の方々が自由に外出のできる地域社会とサービスの実現を目指し、介護移送の確立と普及を目的としています。

【意 見】

介護タクシーへの介護保険適用については、「移送は介護サービス外」の適用方針から、移送前後の乗降時の介助のみを身体介護サービスとみなして適用されております。

このことにより要介護者のサービスの利用抑制が行われています。

しかしながら要介護者のニーズは一般的な身体介護サービスと同時に、「移動」自体にも根強いニーズがあります。ドア・ツー・ドアからベッド・ツー・ベッドの連続性を実現した介護タクシーは福音的なサービスとして利用者の支持を得ています。

介護タクシーのサービスの特徴は、ヘルパー2級以上の介護技術を備えたドライバーが、介護の必要な要介護者へのヘルパー業務を兼業することが特徴です。

このことにより、介護サービスと、要介護者の生活空間を拡大する外出支援サービスに連続性を持たせることができるようになりました。

ヘルパードライバーの一人二役について厚生労働省は「運転者は運転中においては運転に専念すべきであり、安全性の観点から兼務は不可」との見解を示していますが、ヘルパードライバーは運転と同時に要介護者の状態に注意を払

っており、異変があれば即座に車を停車させ介助行為を行っております。安全性については、これまで数十万回に及ぶ介護タクシーの移送実績が実証しています。

ヘルパーがドライバーを兼業するシステムの有用性が認められれば、移動時を身体介護の見守り状態とすることで、「ヘルパードライバーが運転している場合でもヘルパーを同乗させ移動時の見守り介助とする」ふたつのサービスを効率的にひとつにまとめることが可能になります。

さらに付言すれば、介護分野で散見されるヘルパーによる「白タク行為」の解消にも重要な問題提起となる点です。ヘルパードライバー（二種免許・二級ヘルパー資格・安全管理・保険加入）による移送を介護サービスに組み込むことができれば、旅客輸送資格を持たない者による自家移送の問題も解決します。

介護保険でタクシーが安易に利用されることを懸念される向きがありますが、ケアプランの仕組みから無制限な利用はあり得ないことであり、ケアマネジャーが要介護者のニーズに的確に対応することができれば、利用者が本音で求めている新しい福祉サービスが創出できるものと考えます。

「ヘルパードライバーによる移動を保険給付対象とする」ことで、少しでも多くの要介護の方が自宅から外に出て、元気で生き甲斐のある生活をおくれることを願っています。

介護保険のテーマとされる「要介護状態の軽減、悪化の防止、予防」における外出の効果はいうまでもなく、「被保険者の選択に基づくサービスの提供」とする見地から介護移送の問題を審議していただきたく提言します。

以上

介護報酬に関する意見（事業者団体ヒアリング）No1

○団体の名称

全国厚生農業協同組合連合会

○団体の代表者の氏名

代表理事長 武 下 静 夫

○団体の概要

・目的

全国厚生農業協同組合連合会の会員の行う保健医療・福祉事業及び生活文化事業の発達を促進し、組合員の厚生及び文化の改善を図り、経済的社会的地位の向上に寄与することを目的としている。

・組織構成

全国の36都道府県郡厚生農業協同組合連合会を会員としている。

・事業の内容

- (1) 保健医療・福祉事業に関する組織及び経営の指導
- (2) 保健医療・福祉事業に関する教育及び情報の提供
- (3) 保健医療・福祉事業に関する調査研究及び出版物の刊行
- (4) 農村の健康管理及び環境衛生の改善に関する施設
- (5) 保健医療技術者の養成及び教育
- (6) 職業安定法第33条による保健医療技術者の無料職業紹介
- (7) 保健医療施設及び保健医療研究機関の設置
- (8) 保健医療資材及び医薬品の供給
- (9) 会員のためにする団体協約の締結
- (10) 前各号の事業に附帯する事業

○意見内容

介護報酬についての是正要望

(1) 特別地域加算の見直しと移動距離加算の新設

離島等一定の地域に所在する事業所は、サービス確保の観点から特別地域加算の対象となっているが、これら地域以外の中山間地域あるいは過疎地域においても、豪雪地域や利用者が少ない地域がある。

これらの地域においても、厚生連としてのサービス提供が求められていることから、より実態に見合った特別地域加算の見直しと、事業所と利用者宅間、及び利用者宅から利用者宅への移動距離を勘案した報酬を新設していただきたい。

(2) 居宅介護支援費に係る介護報酬の引き上げ

居宅介護支援（ケアプラン作成）業務は煩雑であるにも拘らず、介護支援専門員（ケアマネジャー）1人について50名のケアプラン作成が標準とされている。

しかし、中山間地域あるいは過疎地域においては、サービス提供機関と利用者宅間の移動距離が長く時間がかかることから、50名のケアプランを作成することは困難であるため、実態に見合った介護報酬の引き上げ及び地域差の配慮をしていただきたい。

介護報酬に関する意見（事業者団体ヒアリング）No2

（3）訪問看護費に係る介護報酬の引き上げ

特別管理加算料を算定できる特別な管理を必要とする利用者は、一般利用者よりも医学的管理の必要である厚生労働大臣が定める状態の方であり、他の利用者より人手を要するため、報酬増額（倍増）をしていただきたい。

（4）通所リハビリテーション費に係る介護報酬の引き上げ

老人デイケア（1）の要従事者数は、施設基準上利用者20人に対してPT・OTあるいは看護婦等2名となっているが、介護保険法施行後は介護度の高い者が利用すると1日10人～12人の受け入れが限度であることから、適切なサービス提供のための報酬増額をしていただきたい。

（5）通所リハビリテーション費利用者送迎加算に係る介護報酬の引き上げ

現在、ベッドからの車椅子移乗を含む送迎サービスが多く、その内容として、エレベータのないマンション、20段階のある家、雨が降るとぬかるんで車椅子の使用が不可能となる道、車が入れないほど狭い道、パーキンソン等で移動に時間のかかる方（時には玄関から車まで20分）等単純に公共のバスのようには計画的に運行できず、人員と時間を多く要するため、報酬増額をしていただきたい。

（6）ターミナルケア加算に係る算定要件の見直し

ターミナルケア対象の患者であっても、ある程度状態が安定している場合、毎日訪問看護を行うとは限らず、死亡前24時間以内にターミナルケアを行っていないケースもある。亡くなるまで同じケアを行っているので、24時間以内の条件を撤廃していただきたい。

（7）入所前後（関連機関・施設、訪問指導）加算の新設

入所が確定する前後において、各関連機関及び施設等への確認依頼の業務に専門性をもたせ、入所後のサービス充実に結びつける必要があるため、介護報酬の新設をしていただきたい。

（8）訪問リハビリテーションステーション制度の新設

在宅の介護サービス利用者から訪問リハビリテーションに対する需要が急増していることから、現在、病院業務と兼任である理学療法士・作業療法士の専任化を図るため、訪問リハビリテーションステーションとして独立させ、需要に応える制度を設けていただきたい。

（9）施設入所時における福祉用具の購入・レンタル

福祉用具の購入やレンタルは、利用者が施設サービスを使っている場合には利用できないが、退院時の使用訓練や器具に慣れるためのリハビリテーション訓練に必要となるので、施設サービス中に購入やレンタルができるようにしていただきたい。

（10）オムツ費用に係る算定要件の見直し

現行は、オムツの費用は実費徴収できなく、利用者により使用頻度に差があるため、保険給付に含めず、別途、実費徴収ができるようにしていただきたい。

「介護報酬に関する意見（事業者団体ヒアリング）」

- 団体の名称 全日本民主医療機関連合会（略称：全日本民医連）
- 代表者氏名 会長／肥田 泰（事務局長／長瀬文雄）
- 団体の概要（URL <http://www.min-iren.co.jp/>）

- * 「いつでも、どこでも、だれでも」安心して良い医療と福祉を受けられることをめざして、1953年に結成された医療機関・介護保険事業所の連合体。本年1月現在の加盟施設は、病院154、診療所481、保険薬局245、歯科診療所69、訪問看護ステーション398、看護学校7等、計1507を数える（全ての都道府県に存立する）。職員は4万5千人。
- * 介護保険サービスの提供事業所（2000年1月）は、訪問看護597、訪問介護147、訪問リハ157、訪問入浴6、通所介護33、通所リハ283、短期入所生活介護3、同療養介護70、居宅療養管理517、痴呆対応型共同生活介護2、特定施設入所者介護1、福祉用具貸与16。介護老人福祉施設7、介護老人保健施設32、介護療養型医療施設28（病院のみ）。居宅介護支援事業801（支援専門員試験合格者5784名）。
- * 昨年、在宅サービス利用者を対象に、利用状況や要望に関する調査を実施。2万2千件の有効回答を得た。

○意見内容

介護保険をよりよい制度として運用していくうえで、介護報酬の見直しと改善が不可欠であると考え。2003年度からの介護報酬見直しに際して、全ての事業、サービスにわたって、利用者への必要なケアの提供、質の向上、安定的な事業経営の実現、事業所従事者の確保・労働条件の改善をはかるにふさわしい、報酬単価の引き上げと報酬体系の見直しを要求する。

併せて、報酬単価の引き上げにともなう支給限度基準額の拡大（または撤廃）と、利用料（1割相当額）負担への対応策を講じることが同時に必要であると考え。

1. 介護報酬の引き上げ、報酬体系の見直しについて

以下の事業、サービスについて、特段の見直し・改善を要すると考える。

(1) 居宅介護支援事業

① 居宅介護支援費を大幅に引き上げること

介護支援専門員は、膨大な実務、連絡調整に忙殺され、アセスメントや相談援助など本来の業務に十分な時間を割けられないのが実態である。なかでも給付管理業務は、限度額管理や種々の加算設定のため膨大・複雑なものとなっており、介護支援専門員に過重な負担をもたらしている。そうした実状に比して、現行の介護報酬はあまりにも低い。一人50件担当しても人件費はカバーできず、「常勤・専従」の配置は困難であり、質の向上を担保しうる水準にはほど遠いものである。連絡調整など苦勞して計画を作成しても、利用に至らなければ無報酬となり事実上「タダ働き」となる。

介護支援専門員が、他の業務を兼務せずに、アセスメントや相談援助、介護サービス計画作成に専念でき、質の向上をはかり、かつ介護支援専門員一人あたり30件程度の居宅介護支援費で事業所が運営できるよう、実状に即した居宅介護支援費の大幅な引き上げを求める。サービス利用には至らない相談援助、計画管理等についても報酬上の評価を求める。

② 居宅介護支援費の体系を見直すこと

現行の居宅介護支援費は介護度に従って3種に区分されているが、要支援であっても実際の業務上は殆ど差はない。引き上げと合わせて、介護支援費区分の廃止を求める。給付管理業務については、実務内容を簡素化した上で、別途事務費として報酬上評価すべきであると考え。居宅介護住宅改修、福祉用具購入に係る介護支援専門員の「支給申請書類作成業務」は、介護報酬上の位置づけと引き上げを求める。

(2) 訪問介護

① 現行の3区分を廃止し一本化したうえで、訪問介護全般の報酬を引き上げること

家事援助は単なる家事の代行ではなく、利用者の生活そのものを支援する、経験と高度な専門性を要するサービスであり、それに見合った十分な報酬上の評価が必要と考える。また、家事援助サービスを身体介護と区分することは、サービス提供上も妥当ではない。あえて複合型という折衷型単価を設定したこと自体が、身体介護と家事援助とを区分することの矛盾・不合理性を示していると考え。

現状では、単独の事業として採算性を確保するためには、「常勤」ヘルパーを減らし、いわゆる「直行直

帰型」の非正規雇用ヘルパーが大勢を占める配置をとらざるを得ない。このことは事業運営・人事管理を複雑にするともに、研修会等によるヘルパーの力量アップを困難にしている。低い報酬単価は、ヘルパーの確保、給与や処遇条件の改善を困難にしている。報酬には交通費を包摂しているとされているが、実態に見合うものではなく、会議の参加、記録、連絡等の関係業務については報酬上評価されていない。安定的な事業運営と、個々のヘルパーが自らの仕事に誇りとやりがいをもって事業に臨めるよう、介護報酬の抜本的な引き上げを求めるものである。

②提供時間で細分化された報酬体系を見直すこと。現行の家事援助における「不適切事例」という給付範囲の機械的な制限はとりやめること

介護報酬が提供時間で細分化されているため、ヘルパーが時間に追われ、利用者の個別性に応じた生活支援、対話を通じた精神的なケア、突発的な事態への対応等を困難にしてお見直しを求める。併せて、24時間にわたって必要なケアを提供できるよう加算（夜間・早朝・深夜）の引き上げ、休日加算の新設を求める。

家事援助において、生活改善の動機づけやサービスを拒む高齢者への初期の働きかけとして、「不適切事例」に列挙されているサービスが有効な場合が多数存在する。一律に給付の対象外とするのではなく、利用者の要求や生活実態にもとづいた柔軟な対応、現場スタッフの裁量権を認めるべきと考える。

(3)訪問看護

緊急時訪問看護加算を利用料の算定からの除外を求める。

今後、医療依存度の高い在宅介護サービス利用者の増大が予測される。急性増悪時の特別訪問看護指示書による訪問看護の14日間上限等、医療保険での訪問看護の適用について制限の緩和・対象の拡大を求める。

(4)短期入所サービス

訪問通所系サービスとの「一本化」による限度額管理への変更に伴い、総利用単位数が減り、実質的に給付の削減となっている実態がある。併せて、サービス自体が圧倒的に不足しており、希望しても利用できない、緊急時の利用が困難等の事態が頻発している。介護者を支援するサービスでもあり、必要時にいつでも利用できるよう、利用枠の拡大、サービスの量的整備をはかる必要がある。介護報酬上の対応を求めたい。

(5)居宅療養管理指導

介護保険への移行にともない、必要な指導であっても、利用料の負担増を理由に利用者側が断る事態が生じている。居宅療養管理指導に対する利用料の徴収を廃止すべきと考える。

(6)痴呆対応型共同生活介護

現行の介護報酬額が低く、事業体として採算性の確保が困難となっている。サービスの質の向上、事業経営の安定化、夜勤体制を含めた人員配置等を十分はかることができるよう、介護報酬の引き上げを求める。併せて、入所者が訪問看護をはじめとする介護保険の在宅サービスを利用することを認めるべきと考える。

(7)介護保険施設

施設入所者へのケアの充実、職員の労働条件の改善のために、増員に対する加算、人員基準自体の見直しとそれに照応した介護報酬の引き上げを求める。特に下記の点につき、格別の検討を願いたい。

①介護老人福祉施設

入所者の入院中に施設に支払われる報酬を、現行の6日間から3カ月間に拡大し、入所者の在籍保障を行うことを要望する。入所者に新たな負担増を強い、経済的な理由から施設入所ができない事態を生み出す、介護老人福祉施設へのホテルコスト導入はとりやめることを求める。

②介護老人保健施設

入所者の高齢化・介護の重度化にともなう医療依存度の高まり、医療水準の向上、入所者・家族の医療への期待などにより入所者の受診・往診の機会が増加している。しかし、入所者の受診・往診時の医療保険給付の範囲は著しく制限されており、眼科、耳鼻科、婦人科等施設内で対応できない領域も存在する。受診・往診時に提供される医療について医療保険の適用を求める。

2. 支給限度基準額について

報酬単価引き上げに伴い、支給限度基準額の拡大（もしくは撤廃）を求める。

3. 利用者の費用負担について

制度設計上、報酬単価の引き上げ、支給限度基準額の拡大が利用料、保険料の引き上げに連動するものとなっている。費用負担増によるサービス利用の自己抑制を回避するため、利用料（1割相当額）の算定範囲の見直し、低所得層に向けた利用者負担の軽減・緩和措置を併せて求めるものである。

「介護報酬に関する意見（事業者団体ヒアリング）」

- 名称 東京都グループホーム連絡会
- 代表者 林田 俊夫
- 概要

〈目的〉 東京都内の痴呆対応型共同生活介護事業者間の連絡、交流を図り都内のグループホームの質の確保と会員相互の交流を図る。

〈組織構成〉 東京都内で「痴呆対応型共同生活介護事業」を行う事業者、またその事業を行おうとしている者、及びその事業に賛同する者により構成された団体。

〈活動内容〉 年1回の総会

- 毎月1回の定例会 会員相互の交流会
- 研究事業 会員事業者のサービス点検
第3者評価表の作成 等
- 会報の発行
- 他団体との交流
- 各種研修会への講師派遣

○ 意見内容

1. 人員配置についての要望

夜勤体制を基準の中に組み込める報酬体系を

（現状）現在の痴呆対応型共同生活介護における人員配置基準は、高齢者の日常生活時間を基に3対1とされているが、深夜及び早朝の高齢者の入眠時においては夜勤でも宿直体制でもどちらでも良いとされている。しかし、痴呆性高齢者の夜間時間は、不安な時間の一つでありトイレ誘導や、外出など不慮の出来事が起こらないように常時見守りを必要とする。労働基準法によれば、宿直であるならば高齢者への直接介護は労働に当たり宿直と認められない事となる。従ってどうしても夜勤体制をとる必要が生じてくる。しかし、現在の介護報酬では3対1の日勤体制を維持することが精一杯であり、これ以上の人員配置はとても難しい。

（要望）3対1の人員配置のなかで深夜早朝においても適切な介護を行える夜勤体制を基本とし、労働基準法を遵守する事ができるように、非常勤職員1名の加配ができるような介護報酬にして頂きたい。

（試算）7時間労働の非常勤職員の労働賃金を基本として考える。

単価 1000 円（時給） 365日必要

年間 2,555,000 円が必要な原資となる。

月間にとすると 212,900 円となり 9人のユニットでは

一人当たり 23,655 円となり

介護報酬単位に換算すると 2,206 単位となる。

1ヶ月1人当たり、2,206 単位の増額を願いたい。

2. 施設利用についての要望

利用者が入院しても、退院の時に心配しなくて良いような「外泊時施設利用費」の創設を。

(現状) 痴呆対応型共同生活介護利用者が健康上の理由で病院や診療所への入院となったり、また家族との交流などで外泊したときにその日数が減算される。

(要望) 痴呆対応型共同生活介護利用者が外泊したときの、施設利用費の新設を

(理由) 介護福祉施設でも介護老人保険施設もともに「外泊時施設利用費」が6日間確保されている。これと同じように痴呆対応型共同生活介護事業においても利用者が入院や外泊時に最低でも6日間の「外泊時施設利用料」があることによって、事業の健全な運営が確保されることとなる。病气入院では医療保険を利用することとなり介護保険とは異なる制度なので介護保険への大きな支出の圧迫とはならないと考える。

(試算) すでに介護保険施設で認められている外泊時単位の考えを用いて、1月に6日を限度として入院や、在宅等への外泊時に所定単位数に変えて1日当たり介護福祉施設と同様の320単位を算定していただきたい。

3. その他の事柄についての要望

① 「訪問看護」で医療面での安心を

痴呆対応型共同生活介護で暮らす利用者は、痴呆という疾患を持っている。痴呆が原因で自分の体の不調を訴えられない者もいる。また「痴呆対応型共同生活介護」は、生活介護であるために医療面での人員配置は必置とされてはいないし、そのスタッフの配置が生活の質の担保になりうるとは限らない。「痴呆対応型共同生活介護」事業の内部で医療面のカバーを行うのではなくて、地域の医療のサポートを得ることを考えて「訪問看護」が受けられるようにしていただきたい。

② 痴呆対応型共同生活介護に「福祉用具貸与」を

痴呆対応型共同生活介護は、居宅ではない在宅といわれている。そこでは、その人らしい生活を営むことを大前提に、その人の持てる能力を発揮しながら共同生活を行う。その人らしい生活が保障されるわけであるから今まで使っていた家具を持ち込んでも良いだろうし、また必要なら福祉機器を使うことが生じてくる。家庭で療養生活を行っている介護高齢者には、福祉機器の貸与が行われるが、第2の在宅といわれる痴呆対応型共同生活介護では「福祉用具貸与」が行われない。痴呆対応型共同生活介護への転居となったとき今まで利用していた福祉機器を継続して利用することができなくなり、新たに購入しなければならないことも発生する。

是非、痴呆対応型共同生活介護利用者にも「福祉用具貸与」が受けられるようにしていただきたい。

介護報酬に関する意見（事業者団体ヒアリング）

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会
会長 堀田 力

○団体の概要

都内の社会福祉事業その他の社会福祉を目的とする事業の健全な発達及び社会福祉に関する活動の活性化により地域福祉を推進し、福祉のニーズを持つ人をはじめとする住民の福祉の向上を図ることを目的としている。社会福祉施設・団体をはじめ、ボランティア、企業等公私の福祉関係者がひろく参集し、活動を展開している。今回の意見は、本会の会員である介護保険事業者等における調査や研究協議をふまえて提出するものである。

○意見内容

利用者本位の介護保険の実現のために、本来あるべき介護サービスの質や、その質を担保するために制度およびサービス提供のあり方がどうあるべきかを見据え、以下の点について意見を提出する。

意見1 居宅介護支援費における要介護度による区分を撤廃し一律とすること。その際、介護支援専門員に求められる業務を勘案して居宅介護支援費の水準を引き上げること。また、給付管理業務等にかかる事務経費を確保できる水準とすること

（理由）

- ① 居宅介護支援における業務量は、要介護度とは必ずしも連動しない。要介護度の高いケースが必ずしも対応が困難なケースとは限らず、むしろ要介護度が低くとも、家族間の調整や高齢者世帯への説明等に膨大な労力と時間を要することが多々ある
※本会が都内の居宅介護支援事業者に対して平成13年6月に行ったアンケートでは、対応困難なケースとして「家族関係に問題を抱えている」「ひとり暮らしで身寄りがない」「判断能力が衰えている」ケース等が多くあげられた
- ② ケアマネジメントに求められる専門性には、要介護度による違いはない。介護支援専門員の役割は、プラン作成時のサービスの組み合わせとその後の変更だけではない。意欲や判断能力が衰えていたり、サービス利用に抵抗があったりと利用者の状況は様々だが、要介護度に係わらず、本人の希望を丁寧に引き出し、サービス利用のイメージをわかりやすく伝えて選択を支援することや、継続的にサービスの利用状況と生活状況を見守り、変化を早めに捉えること等が何よりも重要であり、高い専門性が求められる理由でもある
- ③ 現在の報酬は介護支援専門員に求められる専門性に応じた水準とは言いがたい上、複雑な給付管理業務はそのコストが報酬に適切に反映されておらず、介護支援専門員の本来業務を圧迫している

以上のことから、「ケアマネジメント」に対する対価として、一律の介護報酬とすることと水準の引き上げを提案する。これにより、何よりも介護支援専門員自身の、単なるサービスの組み合わせにとどまらない本来のケアマネジメント業務を担うという意識改革が進むと思われる。

意見2 訪問介護におけるサービス内容による類型を撤廃し、ひとつのサービスとすること。あわせて訪問介護費の区分も廃止すること

（理由）

- ① 訪問介護は身体動作の介助や家事の支援を一体的に行う中で、本人の生活意欲を高め自立を支援する生活支援のサービスであり、「介護」と「家事」に分けられるものではない。介護や家事を手段にして、身体状況の安定や精神的な落ち着き・充足を確保し、生活への意欲や希望を引き出し、要介護状態の悪化を防ぐとともに、自立をサポートするという総合的なサービスなのである

② 加えて、サービスの類型が分かれていることに派生して、「家事援助」と「身体介護」の報酬単価の差があまりにも大きいことや、名称の与えるイメージ等がサービス提供現場の認識にも波及し、本来の訪問介護のあり方をゆがめている大きな原因にもなっている

こうした状況を解消するために、現在のサービス内容による類型の廃止を提案する。同時に、良質なサービス提供と、専門職の安定した確保・養成が可能となるような水準の報酬を求めたい。

それにより期待される効果は次のとおりである。

- 規定されたサービス類型に囚われずに済むことで、本来の利用者本位の訪問介護を行いやすくなる
- 報酬に関連した事業者による利用者の逆選択を防ぐことができる
- 介護報酬請求事務の簡素化を図ることができる

意見3 通所介護の特別入浴加算を大幅に増額すること

(理由)

① 通所介護の入浴には、生きがい・交流を目的に多人数で一斉に入る入浴と、個別・専門的なケアによる入浴と、2類型ある。後者については、特に重介護の利用者に関して、個別対応により、専門の設備や医療職を含む専門職を活用して、一定のニーズに的確に対応している。地域の他の社会資源では対応が難しく、通所介護が果たすべき役割として今後ともその重要性は高い

② 通所介護の特別入浴は、訪問入浴介護と比較しても、その利用者層(要介護度)、個別対応の度合い、専門の設備の整備状況、対応する職員体制について大きな差がない。双方ともほぼ共通した利用対象者層に、個々の生活条件を踏まえて個別的に入浴を提供するサービスである。しかるに、介護給付費において通所介護の入浴加算と訪問入浴との隔たりは著しく、整合性に欠ける

③ 特別入浴加算の増額により、①の役割を果たしやすくなるとともに、通所介護事業全体のサービスの質や運営の改善にも効果が期待できる

①及び②に関しては、平成13年8月に実施した「デイサービスセンター利用者の入浴に関する満足度調査」の結果から、数値データによって一定の立証ができた(都内各区市町村のデイサービスセンター一計61ヶ所を通じて利用者1,414人から回答を得たもの)。

なお、③の、加算の増額によって見込まれる運営上の効果は次の点である。

○ 重介護の利用者への個別専門的な入浴サービスの実施にあたっては、通所介護においても訪問入浴と同じく、介護職員2名及び看護職員1名の計3名がほぼ専従しており、さらに、個別送迎の体制や専門の設備も整備している。そうした体制の安定的な確保ができるので、通所介護全体のサービスが、安全性はもちろん、質・量の向上を図ることが可能になり、利用者や住民が利用しやすくなる

○ 体力上の理由等により長時間の滞在が不可能な利用者について、2～3時間の短時間枠を積極的に活用して、適切な対応をとりやすくなる

意見4 介護老人福祉施設の介護報酬は施設規模に係わらず健全経営可能な報酬単価とし、さらに大都市・周辺地域加算、小規模加算および高層(施設)加算を設定すること

(理由)

① 大都市および周辺地域においては物価や人件費の単価が高いため、施設規模にかかわらず現行の介護報酬だけで収支のバランスを保つのは総じて困難な状況にある

※なお、大規模施設においては、そのスケールメリットを見込んで介護報酬を現行単価より低く設定することが検討されている旨仄聞するが、大都市および周辺地域では大規模施設の占める割合が高く(定員100名以上の施設が占める割合:全国11%、都17%)、多くの施設が影響を受ける。

② 小規模施設については設備や人員等の基本支出の占める割合が高く、特に経営が厳しい

③ 都心部においては土地の取得が難しく、高層の建物が多いため。高層の施設では、各階ごとに職員を配置させるため、他の同規模の施設と比べて人員配置を厚くせざるを得ない

「介護報酬に関する意見書(事業者団体ヒアリング)」

○ 名 称 東京都老人保健施設連絡協議会

○ 代表者氏名 会長 中 村 尚 道

○ 団体概要

目 的 東京都内の介護老人保健施設(以下「老健施設」という。)が相互に連携を保ち、地区医師会と協力して適正な運営を図って、社会の福祉増進に寄与することを目的とする。

組織構成 東京都内における老健施設の代表者又は施設の管理者及び老健施設がある地域の地区医師会を代表する者を持って構成する。

- 事 業
1. 老健施設に関する調査及び研究に関する事項
 2. 老健施設の管理運営の適正化と、その質的向上を図るための研究に関する事項
 3. 老健施設の地域社会における活動と普及に関する事項
 4. 全国老人保健施設協会(以下「全老健」という。)、関連団体等との連携と調整に関する事項
 5. その他この会の目的を達成するために必要な事項

○ 意 見

老健施設の基本理念、機能と役割をより効率的に提供するために、また利用者、介護者の混乱を防ぐために以下のような意見を提案します。

1. 老健施設の提供する通常入所と短期入所とのサービスを同一単位にするとともに、在宅復帰促進のインセンティブについて。

- ① 老健施設の特長であり、また、介護保険法の基本理念でもある住み慣れた町で安心して老後を送るための重要なシステムの「老健施設の在宅支援機能」を遺憾なく発揮し、サービスを円滑に提供するためには、現行の通常入所サービスと短期入所サービス間の不整合性を改める必要があると考えます。

老健施設は、利用者の在宅支援、在宅復帰を目標に運営されております。

従って、老健施設利用は短期入所であっても、あるいは、一定期間の通常入所であっても、利用者にとって入所の意味は全く同じ(在宅復帰)であり、サービスの内容も同じであります。

しかし、現行では、介護報酬額に差があるのみならず、短期入所の食事代とオムツ代が利用者負担であるのに対し、通常入所の場合は介護報酬の中に含まれるという、分かりにくい制度になっています。