

国民にとってよりよい介護保険制度の実現を目指す立場から

社団法人全国老人保健施設協会

はじめに、

介護老人保健施設は、

「利用者の自立した生活を営むことを支援し、家庭復帰をめざします。

また、施設は明るい雰囲気を持ち、地域や家庭との結びつきをめざします。」

をその運営の理念として掲げ、

4つの役割と機能、つまり、

- ① 総合的ケアサービス施設
- ② 家庭復帰施設
- ③ 在宅ケア支援施設
- ④ 地域に開かれた施設

を運営の中心におき、昭和62年のモデル7施設による試行以来、地域に根付きながら、国民の評価を受け10数年で全国に2600施設約24万床（平成12年10月介護サービス施設・事業所調査の概況より）の施設までに成長した。

介護保険制度開始の基本理念と我々介護老人保健施設が創設以来基本的な運営の柱としてきたその理念、役割・機能は同じである。介護保険制度開始後も、最も介護保険制度に近い施設として運営した実績を基本に、在宅と施設両方に軸足を置いた唯一の施設として、介護保険開始後、全体的に施設へのニーズが高まる中、あくまでも介護保険の理念である在宅重視をその運営の中心におき、介護保険の中心的施設としてゆるぎなき運営を行っている。

さて、我々は介護保険制度開始直前、数回にわたり、当時の老人保健福祉局長に対し制度開始後予想される問題点について改善方の要望を行った。その後、実際に介護保険制度に移行し運営した現状ではそのいくつかは現実の問題点として現れている。今回の介護報酬の改定に当たっては、そのような問題点について、介護保険制度の基本的視点から再度検討を行うとともに、介護老人保健施設の理念、役割と機能を評価した介護報酬になることが望まれる。

1) 老健の理念、役割・機能のあり方から見た今後のサービスの方向性について

施設サービス：

一般的に要介護者等は、程度の差はあれ何らかの医療ニーズを有している。介護老人保健施設においては、医療と介護を総合的・一体的に利用者のニーズに合わせて提供すると共に、利用者の自立を促し在宅復帰を目指すための維持期リハビリ（生活リハビリ）を中心とした施設であり、あくまでも在宅支援施設として位置づける。尚、現状において、その利用の実態は、在宅支援の後方基地としての機能が高まり、必ずしも、病院から家庭への中間施設的作用のみとは限らない。

また、その持っている医療機能に関しては、今後の施設における医療のあり方の面からの検討を待つ必要があるが、現実には、現在の基準等や一般的な老人保健施設における設備、専門職種の配置の面からみてその機能に限りがあり、あくまでも利用者の健康管理や総合診療科的なより適切な医療を受けるための機能がその求められている範囲と考える。

ただ、介護保険施設3類型の中で、より生活リハビリを中心とした利用者の自立を促すためのサービスの提供が期待されていることから考えれば、提供されるサービスにおいてはリハビリテーションが、これからより重要になってくると思われる。

通所リハビリテーション：

在宅支援の一環としてのリハビリテーション提供施設としての通所サービスであることに鑑みれば、訪問リハビリや他の在宅支援サービスとの連携の基地を目指すことは大変重要であり、通所介護と異なり通所リハビリテーションのみでその期待された役割を完全に果たすことは難しいといわざるを得ない。これからのあり方として、より在宅支援としての役割とリハビリテーションの専門性を明確にしていくことが重要であり、そのことによって、介護保険制度の重要な柱である、在宅を中心とした自立した生活が確保されることが考えられる。

短期入所療養介護：

介護老人保健施設における短期入所は、あくまでも医療的要素を有する利用者のための在宅支援のサービスであることは間違いないが、その利用の実態から見れば、在宅生活を維持し、介護にあたる家族等の負担の軽減のためのレスパイトケアが主たる利用目的であると思われる。また利用者の感覚からすれば、施設サービスの短期的利用という思いが実態である。そのような意味での位置づけと今後の方向性について、介護保険での在宅介護の重視の視点から、このサービスの持つ重要性を考えると、更なる検討が必要であると考えられる。

2)介護保険制度施行後運営の実態としてその理念から乖離するものとして次のような課題が浮かび上がっている。

課題①「施設入所者の長期化、在宅復帰率の低下」

今もなお、退所者の40%以上が在宅に復帰しているという実績はあるが、我々の制度開始後の実態調査においても、現実には、介護保険制度開始後入所が長期化し、在宅復帰率が低下しているのは事実である。その長期化、在宅復帰率の低下の原因究明のために行った当協会加盟施設における入所期間が1年を越える利用者の在宅復帰を阻害している要因についてのアンケート調査によれば、その要因について

介護の重度化（特に痴呆）
介護に当たる家族の精神的・肉体的負担感
一人暮らし、高齢者のみの世帯
本人・家族の安心感
住環境の問題（階段、借家など）
施設の割安感
等があげられる。

課題②「短期入所利用に関する課題」

短期入所療養介護においては、療養病床、介護老人保健施設の有する病床の範囲でより効率的に利用できるようになったことや、介護保険開始後一時減少傾向にあった利用量も総体として回復傾向にあることは評価するが、実際の利用にあたって、要支援や要介護度の低いグループに於いて、介護報酬と限度額の関係から、介護負担の軽減や緊急的な利用がしづらいという在宅ケア支援の面からの課題が現場にある。また、短期的な施設サービスではないかという利用者の現場の感覚との制度の乖離などが指摘される。

課題③「通所サービスにおける通所リハの専門性の確立」

更に現場では通所サービスにおける通所リハビリテーションの専門性が不明瞭という指摘があり、通所サービスにおける通所リハの専門性の確立が求められる。具体的には個別リハビリの導入や在宅の現場での訪問リハビリの一体的提供の検討が必要である。

課題④「施設で提供すべき医療の整理」

昭和63年老人保健施設の創設以来、施設における医療の内容は基本的に変わっておらず、急速に進歩した医療の実態や国民の医療に対する一般的な期待から乖離しており現場で多くの矛盾を抱えて運用されている。施設で提供すべき医療の範囲を明確にし、医療保険との整合性の検討や介護報酬上の整理が必要である。

3) 最後に、今後の改善の方向性について

1. 在宅復帰を促進し、在宅での自立した生活の支援機能の強化
2. 在宅支援としての居宅サービスにおけるリハビリテーションのより効果的運用
3. 在宅支援としての短期入所サービスのより利用者のニーズに応えた運用
4. 施設で提供すべき医療の範囲の検討と医療提供システムの整理
5. 在宅の受け皿としての施設整備の促進（グループホーム、ケアハウス、生活支援ハウス等との併設）

〔別紙〕

「特例転換型老人保健施設」についての意見

社団法人全国老人保健施設協会

総論的には、療養病床からの転換であろうが、新規開設等であろうが、老人保健施設が国民から期待されている役割、機能を十分理解し、その運営の理念に賛同して開設されることがきわめて重要であると考えます。

ただ今回の特例転換型老人保健施設においては、あくまでも施設基準等で一定期間の特例を認めるものであり、質の確保の観点から以下の項目について確認と要望を行ってほしい。

- 1) 特例の期間の厳守
- 2) 転換計画の承認に当たっては、その実効性に最大の配慮を行うこと。
- 3) 3年目を目途に、転換計画の実行状況、運営の実態等を検証し、不適切な場合は、その時点で承認を取り消すこと。
- 4) あくまでも、都道府県介護保険事業支援計画の範囲で当該圏域の実情に応じた段階的な整備を行うこと。

社会保障審議会 第4回介護給付費分科会議事録

1 日時及び場所

平成14年1月23日(水) 14時から16時

霞が関東京會館ゴールドスタールーム

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(滋)、田中(雅)、中村、橋本、樋口、堀江、村上、矢野、山口、山崎、山本の各委員、新井参考人

岡委員、澄田委員は欠席

3 議題

(1) 介護報酬について(介護療養型医療施設、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導)

(2) その他(介護報酬に関する事業者団体ヒアリング及び意見公募の実施について、介護事業経営実態調査の実施について)

○ 資料1に沿って、介護療養型医療施設、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導の報酬体系を考える視点等について、福本企画官より説明。

○ 「介護療養型医療施設の現状と課題」について、木下委員より説明。

(青柳委員)

資料1の10ページの「介護療養型医療施設の指定について(意向調査)」のようなきめの細かい調査が政策判断の上で必要だが、時期的には少し遅いと言わざるを得ない。

意向調査の結果で介護保険に対する先行き不安や様子見が多いということは、医療提供側にとって国の政策の首尾一貫性がなかったということ。

木下委員から要望があった看護職員3:1の人員配置については、経過措置を外さないといろいろ問題も起こってくるので、木下委員の意見を支持する。

施設での介護事故の発生状況や身体拘束に関係する苦情・クレームについて、データがあれば次回にでも出していただきたい。必要と思うので、なければ調査を実施してほしい。

おむつ代は経営的にはマイナーではなく、「おむつ代の評価に係る問題点」に計算を載せているが、おむつ代で大幅な赤字が出ている。包括から外して個人対応と

して、適切なコストを反映すべき。診療報酬改定でも、おむつ代を包括化するような改定はされないはずなので、医療と介護の整合性の観点も必要。

(橋本委員)

おむつ代は利用者にとっても本当にマイナーではなく、お年寄りの立場からすると受け入れがたい。東京のある地域では介護療養型の自己負担が月20万円を超えるところもあって、標準的な厚生年金の人では払えないが、おむつ代を包括から外すと、家族に対する過重な負担に拍車をかけることになる。

介護保険が始まって間もなくの新聞の投書欄に、おむつ代が包括化されたことによって、なるべくおむつ代を使わないように努力するようになり、おむつ外しが進んだと老健施設の介護職の方が書いていたが、これは大変結構なことであり、逆行することはやめたい。

(中村委員)

次の改定では利用者本位・利用者に分かりやすいことが必要。医療療養型より介護療養型へ医療ニーズの高い人が入院している実態が多くあり、医療・介護ニーズに応じての入所がなされていない。また、介護療養型は保険料額に大きく影響する。一度医療療養型と介護療養型の機能の整理整頓が必要。医療的管理が必要な長期療養患者は医療保険に収斂していくべき。

おむつ代や人員配置については、3施設の整合性を踏まえて議論すべき。

(山本委員)

療養病床は医療であって介護ではないから、介護保険からは外すべき。療養病床に入院している患者は、治療のために入院したのであって、初めから介護を受けるために入院した人はいないので、入院治療の必要がなくなれば、家に帰るか介護施設に入所するかどちらかにすることが本来の姿である。医療改革にあわせて介護も一斉に改革すべきであり、医療と介護が同居してはならない。

医療と介護の人員配置は当然違っているべきだが、介護施設より療養型の方が介護職員の配置が多いのは適切ではなく、見直しが必要。人員配置を間違えると、人件費が半分以上になってしまうこともある。それではいけない。

おむつが必要な人が介護を受けるのは当然であり、給付の一部としておむつ代をみるのも当然。おむつ代を包括から外すとすれば、一体どういう人が介護の対象になるかを考え直す必要がある。一人一人が自覚してなるべく迷惑をかけないようにしようとしているのだから、包括範囲内で継続することが必要。

医療と介護の療養型を比べると、介護の方が報酬が高いケースがあるが、老人医療についてかなり厳しく見直されるようであるから、療養病床を介護から外した上で、介護費用についても見直すべき。

(矢野委員)

手厚い人員配置は保険財政負担や保険料負担の増大につながるため、慎重に対応

すべき。経過措置は法令通り平成15年3月をもって終了とし、その後の状況を見ながら、必要があれば改めて検討すれば良い。

資料1の8ページには介護療養病床の入院患者の多くが福祉施設や在宅で対応できるというデータが載っており、社会的入院は依然として解消されていない。医療の必要性の比較的低い入院患者への対応については、医療療養病床から介護療養病床や転換特例適用型老健施設への移行を促進して、基盤整備に積極的に取り組むべき。中医協では6か月を超える長期入院患者の入院基本料の特定療養費化が検討されているが、あわせて医療と介護の役割を明確化することによって社会的入院の解消を図るべきであり、安易な介護報酬の引き上げによってその解決を図るべきではない。

(井形委員)

医療が手放した人を福祉が受けるというシステムは利用者にとって不幸であり、医療と介護の接点である療養病床、老健、そして特養と上手く移行することが望ましい。

どういう状態の人がどういうタイプの施設に入るかを整理・明記し、それぞれの人が必要な施設に入るようにすべき。

高齢者の医療保険と介護保険の一体化は、利用者の立場からすると非常にリーズナブル。

介護から見た批判と医療から見た批判を上手く融和させることが我々の知恵。

(山口委員)

医療療養型と介護療養型は確かに混在しており、整合性を図ることが必要。

利用者の状態像によって居場所が決まるのがリーズナブルであるが、現在は全国的にはサービスが揃っていないので、状態像に応じた適切なサービスを提供することは難しく、結果として混在型になっている。医療と介護についても一度根幹から議論し直す必要がある。状態像が余り変わらないのに、介護療養型に移ると一部負担等が違ふというのは、利用者の理解を得にくい。

人員配置基準はケアの質の担保の意味では、できるだけ配慮すべきであるが、療養型だけでなく他の施設との整合性も考えて議論すべき。

(喜多委員)

住民の立場から見ると、介護療養型と医療療養型の違いは一番分かりづらい。

当初から市長会は、生まれてから死ぬまで1枚の保険証でやるべきと主張しているが、それが一番分かりやすい。制度を分断するから分かりにくい議論が出てくる。

医療と介護の境界については、分離した方がリーズナブルというお金の問題もあるが、それよりも、明快に説明できて誰もがよく理解できることが必要。

(青柳委員)

金銭的インセンティブからおむつ外しに取り組むのは本来のやり方ではなく、ケ

アの提供側はその方にとってベストのケアを目指すべき。また、おむつ代を包括化すると、おむつを使っていない方からも毎月8,600円を徴収することになるが、これを当然と考えるのか。説明したときに納得してもらえるのか、考えなければいけない。

カナダのオタワで、1階が外来・デイケア、2階がホスピス、3階が老健施設、4階が療養病床という機能をもつ複合老人施設を見学してきた。このようなバランスのとれた施設があれば、利用者の状態像に沿った形で上手く分けができると思うが、現在は、バランスよくサービスが整備されている地域は極めて少ない。

医療のない介護はないというのが基本的な考え方。看護サービスや専門的なりハビリが医療ではないとは言えないように、医療と介護に大きな境目ができるという考え方がそもそもおかしい。

(下村委員)

介護保険ができたときには、かなりの療養病床を介護保険に転換しようとしたが、それを抑制したために社会的入院が解消されずにいるので、まずは抑制策を緩和し、少なくとも当初予定していたベッド数まで転換を速やかに行うべき。

医療保険の長期入院患者の特定療養費化にあわせて、介護施設への転換を抑制している枠を緩和して、介護の方で円滑に受け入れる措置が必要。

要介護の方で医療が必要ないという方は全くいないので、一定の範囲の医療は介護保険から介護サービスと一体的に給付するというのが現在の制度の考え方。医療の必要度、医療内容・種類による医療保険と介護保険の区分の基準は一応存在しており、今の考え方を基本に関係を整理していくべき。

物価、人件費が下がっている現在の経済情勢で、保険料引き上げはほとんど不可能であり、保険財政に多少の余裕があれば一定の拡充の余地はあるかもしれないが、給付の引き上げは難しい。

医療療養型にも介護療養型にも退院できる人がかなり入っているわけだから、在宅サービスだけでずっとやっていけるとは思わないが、まずは在宅サービスの充実に重点を置くべき。

(樋口委員)

医療と介護の切り分けが曖昧なままスタートした。高齢者であれば誰でも必ず医療的ケアが必要であるが、だからといって医療保険と介護保険が一緒にいいかというと、とんでもないと言わざるを得ない。介護保険は、高齢者の生活者としての自立を支援するシステムであり、その原点を絶対に忘れないようにしてほしい。

利用者に分かりやすいことが大事で、どういう状態なら、どの施設に入って、どういうケアをして、それには費用がいくらかかるか、保険外負担や家族の手のかかり具合はどうか、などを各施設または行政が示すべき。

- 「訪問看護ステーションの基準を緩和し、訪問看護の充実を」について、山崎委員より説明。

(京極委員)

介護保険スタート時には詰めが足りなかったもので、今回の見直しでは訪問看護に係る要望はなるべく実現した方がいい。

介護保険における訪問看護が進むと、全体としては社会的入院を減らす大きな誘因となるので基本的に賛成だが、医療保険の方が利用者負担が軽く、介護保険で使うと負担が厳しくなるので、この辺りは詰めが必要。

おむつは基本的な介護そのものであり、一種の福祉用具であるので、在宅においても本来は福祉用具サービスの一つとして支給限度額の中で給付すれば、施設や病院に入らなくてすむ方も出てくるはずで、利用者にとって非常にプラスではないか。

(笹森委員)

訪問看護は身体面のみというイメージが強く、家族の会でも利用は少ないが、訪問看護に含まれる痴呆の方の在宅ケアの助言指導の役割は非常に大きい。これから新しく痴呆の方の介護に関わる方にとって、どこに相談していいかわからないという悩みは非常に大きいので、在宅における痴呆ケアの助言指導を介護保険の在宅サービスの加算の対象としてもっと位置づけてほしい。

(田中(滋)委員)

在宅における医療事故については、今のところ、利用者の方がおとなしいためか、事実上ヘルパーが医療行為を行っていてもあまり問題となっていないが、早めに手を打つべきであり、在宅における医療管理や訪問看護を充実させることが必要。

訪問看護について一人一法人の基準該当サービスを認める方向は、質の管理の観点からしても難しいので、サテライトと本部の関係について運営上やや緩やかなものを認め、ネットワーク化を図ることが必要。

利用料の差でサービスを選ぶことはできるだけ防ぎたいので、医療保険と介護保険の訪問看護の利用料についてもきちんと整理しなければならない。

(田中(雅)委員)

訪問介護サービスの中でヘルパーが一番悩むのが、家族からの要望もある軽い褥瘡の手当等の医療行為であるが、訪問看護ステーションが身近にないことが問題。基準該当サービスがいいのか、サテライト型が増えるべきなのかという議論もあるが、いずれにしても利用者の医療ニーズに量的に対応できるように早急に改善していただきたい。

(山口委員)

在宅シフトが進まず施設に利用者が集中しているのは、在宅ケアの受け皿の基盤整備が不十分であるため。例えば、訪問看護における痴呆対応がもう少し必要。訪問リハの活用や、住宅改修や福祉用具の支給限度額の拡充により、身体障害を重度化させないようにする介護予防の発想を在宅ケアの中に入れ込むことも必要。訪問

介護という福祉サービスと訪問看護・訪問リハという医療サービスの連携をとることによって、効率的にサービスを提供できるのではないか。

グループホーム、ケアハウス、生活支援ハウスなどのケア付き住宅がまだ非常に少ないが、老健施設などではこういったケア付き住宅をもっているかどうかで在宅に帰れるかが決まる場合もあるので、なお一層の政策誘導をお願いしたい。

(堀江委員)

保険者の財政状況を踏まえ、各サービスの望ましい運営の実態をしっかりとみるべき。例えば、訪問看護ステーションが全然ない町村が約6割とのことであるが、その要因が基準上の制約であれば、介護保険制度の望ましい運営と乖離するので、実態に即して見直すべき。資料1の8ページの介護療養型医療施設の入院患者の実態のデータについても、あれだけのサンプル数で判断できるのか。もっと全体的な実態把握が必要であり、その上で望ましいものであれば、要介護度別の入院基準なども行うべき。

おむつは介護そのものかもしれないが、要介護度に応じておむつの使用ニーズは違うはずであり、もっと的確に実情を把握すべき。医療保険ではおむつは完全に自己負担であるが、介護保険ではなぜ給付費の中に算入するのか、理論的な整合性がないのではないか。理論的な観点をもっと議論できるようなデータが必要。

給付費を上げるべきとの議論が多いが、そういう面では、介護事業経営実態調査の方法論を充実させていただきたい。

- 「平成13年度 介護保険への医師の関与度実態調査」について、青柳委員より説明。

(青柳委員)

ケアマネジメントの質に問題があるという指摘については、報酬が安い等の問題も一部にはあるが、それだけでは全て説明できない。厚生労働省はハード面での調査以外の機能面に着目した調査は十分していない。ケアマネジメントに関しても、ケアカンファレンスの開催日数だけではなく、連携の仕組みを調査していただかないと、質の向上を目指すという本分科会の役割は果たせない。

(見坊委員)

おむつ、排泄、身体拘束の問題は、要介護者の人格や生きがいに関わる重要な問題であり、おむつ代という費用の問題とは別に議論していただきたい。

在宅における医療と介護を利用者が選択・活用しながら自立するためには、訪問看護や訪問医療にもっと全力を挙げていただきたい。

(橋本委員)

1日780円の食事の利用者負担額がまかない材料費であると理解されており、例えば東京の特養では、従来は1日900円～950円のまかない材料費が含まれていたの

を、一斉に780円に下げ始めたと聞いている。特養以外の介護保険施設でも同様に食事が悪くなっているが、780円はまかない材料費のことなのか、確認させていただきたい。

(貝谷課長)

780円は、低所得者の方を除いて、全国の状況から見て標準的に負担していただく額として設定したものであり、それで全てをまかなわなければいけないという規制をかけたものではない。

(橋本委員)

必ずしもまかない材料費は780円の範囲内だと言っているわけではない、ということを経事録に残してほしい。

(堤局長)

医療保険でも同じ取扱であり、全国的な食材料費の平均をベースに780円を設定しているが、それぞれの施設がその範囲内でしか食材料費を使ってはいけないという規制をしているわけではない。

(木下委員)

医療と介護を明確に分けることはできず、医療の必要度の比重の問題である。要介護度が低い方は在宅でも生活しやすいので、介護療養型医療施設には、要介護度が高く、より医療度の高い方が入るというスタンスを今後も続けていきたい。

- 資料2、3に沿って、介護報酬に関する事業者団体ヒアリング及び意見公募の実施、平成14年介護事業経営実態調査(案)の概要について、福本企画官より説明。

(西尾分科会長)

資料2の事業者団体ヒアリングについて、ヒアリングを行う事業者団体は分科会長が選定することとされているが、委員の皆様が是非ヒアリングした方がいいという分野、事業団体等あれば参考にしたいので、ご意見をいただきたい。

(京極委員)

ヒアリング団体の選定について、社会福祉法人の中でも大規模法人とそうでないところ、生協、農協など幅広く選定する場合でも、なるべく典型的に整理していただきたい。

実質的に施設の役割をしている怪しげな宅老所等についても工夫して調査してほしい。

(青柳委員)

第2ラウンドの議論の優先順位を今から考えておいていただきたい。

中医協の実態調査は実際の診療報酬改定に直接影響したことがあまりないので、今回の経営実態調査は介護報酬に反映できるようにお願いしたい。

(西尾分科会長)

事業者団体ヒアリングは原案通り実施するということでよろしいか。

(各委員)

異議なし。

(外口老人保健課長)

第5回は、2月13日(水)の10時からで、議題は、介護報酬の各論として、介護老人保健施設、短期入所生活介護、短期入所療養介護、その他を予定している。

今後の予定としては、3月の第6回では、グループホーム、福祉用具、住宅改修、特定施設入所者生活介護を予定している。

事業者団体ヒアリングについては、4月に2回に分けて実施することを考えており、ヒアリングと意見公募の具体的な要領を数日中にホームページ等を通じて公表する。

(西尾分科会長)

本日はこれをもって閉会とする。