

介護保険制度の見直しについて

平成16年3月9日

委員 山 本 文 男

被保険者	介護保険者	居宅介護支援事業者	居宅サービス提供事業者	国保連	問題点	改正案
<pre> graph TD A[要介護認定申請] --> B[受理] B --> C[訪問調査実施] C --> D[訪問調査票] D --> E[一次判定] E --> F[主治医意見書] F --> G[認定審査会] G --> H[二次判定] H --> I[審査結果] I --> J[審査結果通知書受理] J --> K[居宅サービス計画(ケアプラン)作成依頼届出書] K --> L[居宅サービス計画(ケアプラン)作成依頼] L --> M[居宅サービス計画(ケアプラン)作成] M --> N[①要介護認定申請] </pre> <p>The flowchart illustrates the process from application to service plan creation:</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 要介護認定申請 (Application for Long-term Care Certification) ② 受理 (Received) ③ 訪問調査実施 (Home Visit Survey Implementation) ④ 訪問調査票 (Home Visit Survey Form) ⑤ 一次判定 (Initial Judgment) ⑥ 主治医意見書 (Medical Opinion Letter from Primary Doctor) ⑦ 認定審査会 (Certification Review Meeting) ⑧ 二次判定 (Secondary Judgment) ⑨ 審査結果 (Review Result) ⑩ 審査結果通知書受理 (Receipt of Review Result Notification) ⑪ 居宅サービス計画(ケアプラン)作成依頼届出書 (Application for Home Service Plan (Care Plan) Preparation) ⑫ 居宅サービス計画(ケアプラン)作成依頼 (Request for Home Service Plan (Care Plan) Preparation) ⑬ 居宅サービス計画(ケアプラン)作成 (Preparation of Home Service Plan (Care Plan)) ⑭ ①要介護認定申請 (Application for Long-term Care Certification) 				<ul style="list-style-type: none"> ①・代行・代理申請が多い (広域連合約8割) ・事業者の掘り起こしによりサービスの利用を必要に拡大 ②・調査員が市町村職員の場合、正確な調査ができないことがある ・委託調査の場合、調査の質が落ちる傾向にある ③・事業者が認定を受けやすくするよう誘導している ④・障害の自立度や痴呆の状態について訪問調査票と主治医意見書の見解が大きく異なる ⑤・認定申請事務に多大な経費がかかる ・審査会の開催が夜間が多く経費の割高と職員負担が大 ・認定審査会委員の確保が困難になりつつある(特に医師) ⑥・多くのケアマネジャーがサービス事業者に関係しており当該事業者のサービスを中心としたケアプランを作成している ・ケアマネジャーを評価する制度がない 	<ul style="list-style-type: none"> ・代行・代理申請を行える者の範囲を原則として親族、民生委員施設長にする ・本人の意志を確認しないで申請を行われた場合、代行申請を行った者に罰則規定を設ける(代行申請の禁止など) ・調査員が専門的な立場から正確な調査を実施できるため、資格制度を設ける ・調査の専門性とその平準化を図るために都道府県単位の調査機関を設置し、訪問調査を委託する場合は、この調査機関に限ることとする ・原則として訪問調査時に事業者の立会をさせない ・調査項目の見直しを行い、一次判定で医師の意見が重視されるようにする 認定審査の平準化、審査会委員の確保や大幅な経費節減を図る認定は原則として一次判定結果を活用し、認定有効期間も大幅に延長する 保険者単位で行っている認定審査会を都道府県単位に集中化し、専門化・センター化を進める ・ケアプランが不適切な場合、保険者が修正を勧告できるなど権限の強化 ・都道府県単位に第三者評価を設け、ケアマネジャーの独立性を確保を図る 	

被保険者	介護保険者	居宅介護支援事業者	居宅サービス提供事業者	国保連	問題点	改正案
				<p>⑦・軽度の要介護者が介護サービスの利用により重度化する傾向がある(自立阻害) ・軽度の要介護者が施設入所する傾向がある</p> <p>⑧・住宅改修や福祉用具購入事業者の指定制度なし ・住宅改修や福祉用具の事業者とのトラブルが多い ・ホームヘルパーの労働環境が悪く社会的地位が低い ・常勤のヘルパーが少ない ・ヘルパー資格取得後、技能チェックがない ・ヘルパーの専門性がないため24時間ヘルプなどのサービス利用が進まない</p> <p>安定的な介護保険運営を図る ・介護給付費の増加により保険財政が圧迫されている ・第1号被保険者保険料の高騰を押さえる</p> <p>保険者機能の強化 ・保険者として申請から給付までに関与する権限が弱い ・保険者として事業者の立入り調査権がない ・ケアプランが特定の事業者のサービスに偏ったものになっていても、指導する権限が活用できない ・グループホームなど給付費を増大させる事業者の指定に保険者が関与できない</p> <p>事業者への第三者評価制度の創設 ・サービス事業者を利用者は適切な選択がし難い ・不適切な給付を行っている事業者を利用者に周知できない</p>	<ul style="list-style-type: none"> 軽度の要介護者が利用できる介護サービスを原則として介護予防や自立支援等のメニューに限定する 例:要支援は原則として訪問介護は利用できないようにする 要支援の福祉用具利用を限定する 要介護度2以下は施設入所ができないようにする 住宅改修や福祉用具購入の事業者を指定事業者とする 居宅介護を推進するため、施設の介護報酬単価を引き下げ、ホームヘルパーの実収入が増加するよう制度を見直す 例:ヘルパー最低賃金の設定など 運営基準の常勤換算方式を改正し、常勤化を促進する 事後研修を義務づけ、技能チェックを行うなど研修体制を充実させる 身体介護を行えるのは1級のヘルパーに限定するなど、専門的なサービスが提供されるようにする <ul style="list-style-type: none"> 都道府県単位での運営を目指した介護保険の広域化の推進 被保険者の拡大 20歳から39歳までを第3号被保険者とし、保険料は第2号被保険者の1/2とする 利用者負担割合の引き上げ ホテルコストは全額利用者負担とする ただし、70歳以上については、医療保険の負担割合と整合性が取れるように調整を行い、併せて低所得者へ対策を充実させる 保険者の事業者への立入り調査権限の創設 ケアプランが不適切な場合、保険者が修正勧告できるなどの権限を活用できるようにする 都道府県の事業者指定に対し、保険者の意見が反映できるように事業者指定における関与の強化 <ul style="list-style-type: none"> 都道府県単位でのサービス事業者を評価する制度を設け、住民に対し情報提供を行う 	