

より良い介護保険制度の発展に資するために

介護保険制度見直しにあたって

平成16年7月20日

社団法人日本介護福祉士会

## 【制度改善にむけての基本的な考え方】

住み慣れた地域において、利用者一人ひとりの視点に立ったサービスが提供され、利用者が安心して生活できるよう実情に合わせた制度設計が図られるべきである。

介護保険制度の基本理念である、「利用者本位」、「自立支援」、「利用者による選択（自己決定）」が真に実現されるために、利用できるサービスに制限を加えることはあってはならない。利用できるサービスに制限を加えることは、基本理念の否定であり、むしろ、利用者のサービスの利用の拡大、より適切な利用に向けたさまざまな改善をはかることによって「適切な利用」が利用者の側からおこなえるようにしていくことが大切である。

これから、地域で利用者の生活を支えるということが最も重要であるとするならば、地域の実情に即したサービスが受けられるよう、保険給付の内容については、市町村保険者の選択の幅を広げるべきである。

時間を基準とした介護報酬の設定やサービス提供のあり方を改善し、柔軟性を持たせるべきである。

介護保険制度の基本は、可能な限り住み慣れた在宅で生活する事を基本にしている。その一方で、新しい高齢期の住まい方や施設そのものの「在宅化」が求められる。施設・在宅を問わず、負担能力の違いによって施設・在宅のどちらかをえらぶことを強いられることがないよう制度運用が図られるべきである。施設、在宅を問わず生活の質、介護の質に違いがあってはならない。

介護サービスの質を担保することがなによりも大切である。介護現場における就労実態の大きな変化のなかで現場において質を支えるとともに、基幹的業務や介護従事者の日常的な指導に当たれる人材を配置するために介護福祉士等の専門資格取得者が一定数施設および在宅サービスの分野で配置されることが必要である。また、そのための人材確保と人材育成のシステムが求められ、制度の改善にあたっては質の確保という観点からの検討がなされるべきである。今回の「制度見直しの考え方（案）」にはその視点が欠落している。

いたずらに、「自立」を強調するのではなく、高齢者や障害者が要介護状態や痴呆状態になったとしても人間の誇りと尊厳が傷つけられることなく安心して生活していくことを制度の目標とすべきであり、その視点からサービスやそれを支える

仕組みを改善するということではなければならない。「自立」の強調がそれをなし得ない者に対して、強者と弱者の分類となってはならない。

## 【給付の重点化・効率化に対する提案】

### 1) 要支援・軽度の要介護者への給付に対する提案

要支援、要介護1の軽度の要介護者については介護予防やリハビリテーションの重要性を重視し、現行の給付のあり方を改め、新たに予防給付に編成するとあるが、反対である。

要支援、要介護1のサービスの増加が課題とされるが、要支援、要介護1の軽度の要介護状態にあるものに対するサービスは重度化の予防のためだけではない。

生活の継続性を維持し、生活機能改善のための介護でありサービスの提供である。要支援、要介護1の状態にあってもその人らしい生活が従来と変わることなく行えることこそ重要である。もとより、介護の重度化や廃用性症候群の防止、脳血管障害等の早期改善のために適切なリハビリテーションは重要である。その上で、リハビリテーションは一時的に行っても十分な効果は得られないし、日常生活のなかで生活機能を改善する介護を継続的に行う事がまた逆にリハビリテーションの効果を高める。

従来との生活との継続性、そして身体機能の衰えの中にあっても尊厳ある生活を実現することこそが結果的に生きがいある生を実現する。

「制度見直しの基本的考え方(案)」では、介護保険制度の本来のあり方からして、軽度者に対するサービスは利用者の要介護度の維持や改善につながることを期待されるが、実態としては軽度者の改善は低く、予防効果を示していないと指摘している。そして、要支援、要介護1の状態像に対して、リハビリテーションを含め予防給付という考え方により給付を再編成するとある。しかしながら、要支援、要介護1の軽介護者に対してこのような給付に再編することは人間の尊厳を実現することにはならないであろう。

### 2) 在宅サービスの充実・強化に対する提案

訪問介護の類型は一本化するべきである。

在宅での生活が困難である理由は、在宅サービスの利用の不便さにある。利用者にとってより使いやすい介護サービスであってこそ、在宅化が促進される。その点、サービスはあくまで「一連」のものである。

利用者の生活を支える上で、「身体介護」と「生活援助」は一体的に行われなければならない。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よりわかりやすく説明でき、かつ利用しやすい在宅サービスとなる。また、国は在宅のサービスモデルを、『家族同居』モデルから『家族同居プラス独居』モデルへ移行させると論じているが、かりに「家族同居モデル」とともに「独居モデル」に対応したケアサービスを実現するとしたら、「身体介護」と「生活援助」は一体化・一本化する必要がある。

なお、介護保険導入の際の議論として、家族介護の手を借りずに在宅での生活を可能とするという議論があった。したがって、『制度見直しの基本的考え方(案)』の20ページにある当初、在宅のサービスモデルを『家族同居』モデルとする見解そのものが間違いであるとする。

### 3) 施設入所・ケアの在り方に対する提案

これからの施設が従来の施設と在宅の2元論を超えて『在宅化』をめざすのであれば、入所サービスを受ける利用者にも本来在宅での生活の上で実現すべき医療サービスが提供されるはずである。そしてそれはいわゆる病院モデルではない『在宅化』した「生活の質」を高めたケアを実現するのであれば、看護や介護を含めた専門職が適切に配置されるような施設を整備する必要がある。それにより、過誤・事故のない施設運営をはかることが求められる。

また、かりに施設と在宅との2元論を超えて新しい『在宅化』すすめるならば、施設・在宅間においても柔軟な施設利用と運用を図るべきである。

## 【新たなサービス体系の確立に対する提案】

### 1) 痴呆ケアについての対応についての提案

痴呆ケアについては施設の類型やサービス体系の整備をうたっている。そして生活圏域単位のサービス基盤の整備をすすめるとしている。しかしながら、求められているのは痴呆ケアに対する現場の臨床に基礎づけられたソフトの開発であり、柔軟な痴呆ケアへの取り組みの促進である。その意味で画一的な小規模/多機能型サービスや個室ユニットケアにとどまらず多様なサービスの提供のあり方を認めるとともに、むしろ痴呆ケアを特別視しないで新たなサービス体系に溶け込ませていくことが求められる。

その意味で、『制度見直しの基本的考え方(案)』の25ページにある痴呆ケアの費用増大という認識とともに、そのような増大に対する対応として、軽度者については給付を効率化し痴呆ケアへの重点的な資源投入という問題設定自体に賛成することはできない。

## 2) ケアマネジメントに関する提案

居宅介護支援費について、4種類以上の居宅サービスを定めたケアプランを作成した場合の加算制度は、その趣旨からいってケアマネジメントの機能を強化するものであったが、実際にはそのような形で成果が上がっているとはいえない。このような形での給付の適正化、ケアマネジメント機能の強化を図る手法は政策的にとられるべきではない。

中立・公平を確保するため、また専門性を高めるためにも、介護支援専門員は原則として専任とすべきである。そのための報酬上の対応が必要である。

## 3) サービス提供者の位置付けに関する提案

サービスを提供する事業所において、在宅・施設に限らず「人員」に関して質の担保として運営基準に「介護福祉士」の配置を明記することと、サービスの提供を出来る行為を介護福祉士と、ホームヘルパー1・2級を明確に区分すべきである。

いたずらに地域での包括ケアといった標語をもちだすのではなく、現行の制約の中での不公平感や、地域間の格差の是正に取り組み、不公平感を解消すべきである。

小規模多機能施設は、在宅サービスのひとつとして位置付け、施設の責任者はケアマネジャーの有資格者とし、他の在宅サービスを相乗利用できるようにして住み慣れた地域で暮らし続けることを支援する施設とすべきである。その際、OT,PT,STをはじめさまざまな専門資格者を配置することが必要である。

## 【サービスの質の確保・向上に対する提案】

### 1) ケアマネジメントの在り方に対する提案

居宅介護支援事業所を独立させる

ケアマネジメントの実施にあたり、介護支援専門員が中立・公平性を確保し、いわゆる困り込みを起こさない為に、独立型の居宅介護支援事業所の促進をはかるべきである。

そのためには居宅介護支援事業所が、単独運営可能な額に介護報酬を見直すべきである。

#### 介護支援専門員の専門性を確立する

適切な介護保険サービス提供の要である介護支援専門員の専門性を確立するために、介護支援専門員の他職種、他事業所との兼務は望ましくない。又職種の性格上、利用者家族との調整のために夜間や休日出勤が多く事務量も多い。そのため介護支援専門員についてはより専門性を高め、従来の介護支援専門員は初級のケアマネジャーとして位置付けるべきである。

#### ケアマネジメントの質の確保

介護支援専門員の実務研修・現任研修のあり方を検討すると共に、フォローアップ研修を義務付ける。また、アセスメントや目標設定・ケアプラン作成・サービス担当者会議・モニタリングが充分行われるよう、担当ケース数の適正化を図るべきである。

#### 在宅介護支援センターの充実

増加する独居生活者を支えるために、地域ネットワーク作りが必要であり、在宅介護支援センターの位置付けを抜本的にみなおし、地域ケアを行う拠点とすべきである。その機能を充実させると共に、専門性の高い職員を配置するべきである。

### 2) サービス評価・権利擁護に対する提案

サービスの質を担保するうえで情報開示の標準化を早急に行うよう体制を整備するとともに、事業者が自ら提供するサービスについて自己評価をおこなうことを義務付けるべきである。さらに第三者評価やオンブズマン制度等を加えて柔軟なサービス評価を地域でおこなえるような仕組みの構築を全国画一化することなく、地域単位でおこなえるよう支援すべきである。なお、痴呆性グループホームについてはすでに外部評価が始まっているが課題が多く、早急に情報開示の標準化のスキームや福祉サービスの第三者評価のスキームにあわせて改善をはかるべきである。

### 3) 人材育成に対する提案

要介護及び要支援の方々の尊厳ある生活の確保と保障するためには、居宅ならびに施設双方において人権に配慮したサービスを徹底することが必要である。サービス提供にあたって、一定の国家資格を有する者がサービス提供するという原則を確立すべきである。

地域において重度の在宅サービス利用者が増加傾向にある。実際に在宅での生活を可能とするためにはいわゆる医療行為の範囲をある程度介護福祉士等に行わせることが必要となる。「介護福祉士」に一定の研修を課した上で、事業所の判断で一定の軽微な医療行為が行えるよう対策を講じなければ実際の在宅化は促進されない。

居宅における訪問介護の要である「サービス提供責任者」においては、国家資格保有後、1年以上の訪問介護実務経験を有した者に限定すべきである。

## 【公正・効率的な要介護認定に対する提案】

(認定審査会に対する提案)

かかりつけ医のみならず、専門医の意見書等も反映される審査システムを検討すべきである。

介護認定審査会においてサービス内容について意見を付すことができるとされているが、あまり反映されていない。ケアプランの策定に当たって、より認定審査会における議論が反映するよう、認定審査会の審査プロセスを見直すとともに、意見を付す事について審査会に周知徹底すべきである。またケアプランの策定にあたって審査会意見を活用することを策定の条件とすべきである。

## 【その他】

サービス提供管理者や施設長について一定の資質を有するものに限定することが必要である。医療・保健・福祉・介護分野の国家資格取得者を最低条件とするとともに効率的、効果的なサービスの提供をはかるためのマネジメント等について一定の研修ないし資格を取得したものがその職につくべきである。