

2004年6月28日

第14回社会保障審議会介護保険部会提出資料

介護保険制度改革についての意見

社会保障審議会介護保険部会委員

日本医学ジャーナリスト協会副会長 秦 洋一

## 「自立支援の意義を深めよう」

介護保険は施行されてから4年が過ぎ、2005年の見直しが迫っています。これまでの利用者の評価では、制度の設置、運営のあり方について過半数が「ほぼ満足」と答えています。当部会では細部について、様々な角度から転倒して来ました。

私は、今回の改訂で打ち出されている一番大切な論点は、リハビリを中心とする「介護予防（要介護予防？）」だと思います。それは当初から理念とされてきた「自立支援」を具体化するものだと考えるからです。

これについてはまだ十分に浸透していない感があります。具体的な実践の中で、厚生労働省内部、都道府県、市町村、そして何よりも利用者が身に付けていかなければならないでしょう。

このほか時間の関係で、消化し切れなかったかなり多くの課題がまだ積み残されています。利用者の現状をつかむために、二つの市民団体の要望をお読みください。

秦 洋一

# 介護保険部会の「まとめの作業」の参考資料

## 「介護保険の市民の見直し案」概要

社会保障審議会介護保険部会では、5年目の介護保険の見直しに向けての議論がすすめられていますが、メール・マガジン「市民福祉情報」を配信する市民福祉情報オフィス・ハスカップでは、第一号被保険者、第二号被保険者、あるいは介護保険の利用当事者である高齢者と介護家族の視点による議論が少ないことを課題と考え、2004年6月5日、全国から100人を超える呼びかけ人の賛同を得て、ワークショップ「介護保険の市民の見直し案をつくろう！」を開催しました。

介護保険制度をめぐる市民の視点と課題、そして見直し案は実に多岐にわたる結果となりましたが、このなかから中心的課題と見直し案をまとめましたので、介護保険部会の「まとめの作業」の参考資料として提出いたします。  
(市民福祉情報オフィス・ハスカップ)

## I. サービスのありかた

### 1. 介護保険サービスの見直しの基本的視点

- 利用者本位の理念の実体化をすすめる
- 家族介護をになう介護者・家族の負担を軽減する
- ちほう症の人たちへの対策を早急に整備する
- 介護保険制度への継続的市民参画を実現する

### 2. 利用者本位のサービス提供と利用をすすめる

#### 要支援・軽度の要介護者へのサービス

- 要介護状態が悪化することを防ぎ自立した日常生活を維持することは多くの高齢者、介護者・家族の願いだが、介護保険法の理念にもとづき利用者、介護者・家族にわかりやすい説明と同意を得ることを前提に、新たな選択肢として介護予防のためのサービスを提供する。
- 利用者が積極的に参加できる介護予防サービスとして、多様なメニューを検討するとともに、介護予防サービス利用に消極的な当事者、介護者・家族が非難されたり、サービスを利用してなお重度化する利用者、介護者・家族を傷つける事態が起きないように、慎重に設計し、関係者を指導する。
- 現行の介護予防事業が自立した日常生活を継続可能とするかどうかの検証は不足しているので、一時的な成功例に頼るのではなく、介護予防事業の推進と併行して実態調査などにもとづく短期・中期検証を行い、そのつど合理的な改善をはかる。

## 利用者本位の在宅サービスの実現

### ○ホームヘルプ・サービス

- ・ホームヘルパーが専門職の自覚を持つよう養成講座の内容を充実させる、豊富な研修メニュー予算を確保し、事業所内のミーティング、・事業所間のカンファレンスの義務づけなどを検討する。
- ・利用者に適切なサービスが提供できるように、ホームヘルパーの登録制を廃止する、あるいは事業所の登録ヘルパー数に上限を設定する、直行直帰にならないよう時間給以外にも給与保障する、ホームヘルパーで生活できる報酬体系、常勤職員としての地位確立など雇用条件を安定させる。
- ・家族ができる医療行為は、ホームヘルパーにもできるように医療行為の範囲を見直す。

### ○デイサービス・ショートステイ

- ・在宅と同じような生活時間を過ごすことができ、利用者が楽しめるプログラムを用意し、積極的に利用できるサービス内容に改善する。
- ・緊急時にも利用できるサービス量を確保し、利用状況や空きベッド情報のオンライン化をはかる。
- ・利用者の精神的安定のためにデイサービス+ショートステイのように地域密着型専用施設とする。

### ○住宅改修

- ・実施した住宅改修が有効、適切であったかをチェックする評価システムをつくる。
- ・20万円の限度額が有効なのかどうか、利用回数の見直しもふくめて検証する。
- ・住宅改修に関するテレフォンサービスを開設する、利用者に対する講習会の開催など、利用者が具体的内容を理解するためのサービスを行なう。
- ・ケアマネジャーと住宅改修の専門家が計画段階から密接なネットワークをつくる、あるいは理由書作成担当を中立的専門職にゆだね、利用者の暮らしにあった住宅改修を行なう。

## 利用者本位の施設サービスの実現

○施設規模の縮小、職員の増員、看とりもふくめ「選択の時代」の施設のありかたを検討する。

○現行の入所基準で本当に困っている人が入居できているのかを検証し、要介護度が低くても施設サービスが必要な人を視野に入れた基準の再検討を行なう。

○介護職の質の向上、職員の人権を考え、特に夜間の増員を前提に人員配置の見直しを行なう。

○医療者、看護職を24時間勤務体制にするなどターミナル・ケアも提供できる施設サービスの実現。

○主治医（ホームドクター）が施設に往診できるしくみをつくる。

○地域にひらかれた施設運営を義務づけるほか、家族が訪問しやすいよう宿泊スペースを

確保する。

### 3.新たなサービス体系の確立

#### 在宅サービス

- 移送サービス、配食サービスを介護保険の指定サービスにする。
- 在宅介護を支援する制度をうたいながら、施設希望が増大する傾向に歯止めをかけるため、24時間365日利用できる在宅サービスを再設計する。
- 介護者の病気や葬儀などの緊急時に、ケアプランになくても、ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイが利用できる対応システムをつくる。
- 施設から在宅に戻ることが希望する利用者の地域生活を支えるサービスとはなにか、家族の介護力も考慮しながら、実証的なしくみの検討を行なう。

#### 介護者・家族の支援

- 介護者、同居家族の精神的・身体的レスパイト（一時休息）や緊急対応の宿泊施設を整備する。
- 児童虐待防止法、DV防止法と同様に高齢者虐待防止のため関係者の通報義務、行政の介入・緊急保護システムをつくり、被害者、加害者のサポート・システムを構築する。

#### ちほう症の人たちへ対策

- 現行のホームヘルプ、デイサービス、ショートステイは身体障害の人たちを対象とする在宅サービスで、急増するグループホームをはじめ施設サービスも行動障害をもつちほう性高齢者には退去勧告する現状をふまえ、ちほう症の人と介護者・家族を支援するサービス体系の早急な整備を行なう。

#### 医療と福祉の連携

- 介護職と看護職の役割を整理し、合同研修会・学習会などの実施、関係者によるケア・カンファレンス開催の義務づけ、など必要な利用者に必要な支援ができる連携のしくみを検討する。

#### 利用者教育

- 高齢者がどのような生活を希望するのか、家族や知人にどのような支援を求めるのか、利用可能な公的サービスにはどのようなものがあるのか、などを考えることをうながすしくみをつくる。
- 教育行政と連携し、学校教育、生涯教育で介護保険の理解にとりくむ。
- 市民団体と協働し、小地域単位で介護保険について学びあい、個々の課題を共有する機会をつくる。

### 4.サービスの質の確保・向上

#### 未申請者、未利用者を減らす

- 保険者が未申請者をチェックし、介護保険サービス利用をすすめるしくみをつくる。

- 利用者の体験談などを掲載したパンフレット、事業所と契約前に、希望者に「おためし利用」制度を設けて利用促進キャンペーンを行なうなど、わかりやすい情報提供を行い、制度理解をうながす。

#### 相談機能、苦情解決機能の充実

- 市民活動団体との協力関係で苦情受付や内部告発の窓口を一本化し、問題解決、相談内容から課題を抽出して制度改善につなげるシステムを作る。
- サービス利用の煩雑な諸手続きを簡略化し、契約書や重要事項説明書などの文章をわかりやすい表現に変え、活字も大きくするなどのモデル様式を厚生労働省が作成し、高齢者が納得して契約できるしくみに改善し、契約時には利用者本人の同意・署名を徹底する。
- 利用者や介護者・家族のたらいまわしを避けるため、申請から事業者の選択、苦情対応、認定更新など一般業務を行なう総合相談センター「介護保険支援センター」（仮称）を設置する。死亡したときの利用料などの精算も一カ所ででき、社会保険事務所も入ったセンターとする。また、センターまで来ることができない利用者のために訪問スタッフを派遣する。
- 市区町村に介護家族専門のカウンセリングルームを開設し、中学校区に最低ひとり相談員を設置し、近隣を気にする利用者には他地域の相談員が対応する。
- 利用者、介護者・家族どうしのたすけあい（ピア・カウンセリング）を支援するしくみをつくる。

#### ケアマネジメントのありかた

- ケアプランはケアマネジャーの助言を得る以外に利用者が自己作成できること、利用者または利用者の委任を受けた介護者に選択権があることを広報し、情報提供、学習会などの支援をする。また、自治体の介護保険担当者、ケアマネジャーに自己作成者を支援するための研修を行なう。
- サービス担当者会議に関係者の参加を義務づけ、利用者、介護者・家族の積極的参加をうながす。
- ケアマネジャーが所属事業所の不必要なサービスまで押しつけないよう、ちほう性高齢者を含め利用者に余裕をもって関わるができるよう、担当件数の上限を定める、独立事業所を開設できる報酬を保障する、ケアマネジャーを国家資格にする、などの具体的施策をすすめる。
- 高齢者の立場にたつケアマネジメントが実現できるよう、また利用者の「自己決定・自己責任」を支援するため、権利擁護を理解し、カウンセリング、アドバイスができるケアマネジャー研修を義務化し、スーパーバイザー・システムを導入する。
- ケアマネジャーが介護保険外サービスや介護家族慰労のための情報提供、相談対応など「居宅介護支援」ができる研修メニューを用意する。

## サービス評価

- サービス評価は、指導監査結果とサービス提供事業者の自己評価の情報公開を前提に、民間にゆだね、利用者・市民から公募して評価委員会を作り、評価基準や評価方法の策定から参画し、評価機関に調査員や評価者として参加するしくみをつくる。評価手法には、事業者の自己評価、利用者調査、職員調査、近隣の評価などを加えた多面的な設計を行い、利用者、介護者・家族が「選ぶ」ことができるよう、随時検証と改善をはかる。

## 権利擁護

- 保険者が市民活動団体の協力を得て福祉オンブズマン機能を設置することを義務づけ、利用者や介護者・家族の声を聞き、サービス提供事業所に改善勧告、事後検証できる権利を持たせる。
- 成年後見制度、地域権利擁護事業を広め、在宅・施設を問わず、生前契約、リビングウィルなど本人の意思を確かめるしくみをつくり、サービス契約は必ず本人と行なう。
- 成年後見制度の申立から開始までの時間を短縮し、契約料の補助や相談窓口を広報するなど、利用者の制度理解と利用をすすめる。
- 利用者の権利について、行政職員やサービス提供事業者、介護スタッフ、市民に啓発活動を行なう。

## 5.公正な要介護認定

### 訪問調査

- ていねいな訪問調査を行なうため、訪問調査員を増員し、高齢者の病状やちほう症状の理解、障害への認識など専門性の向上のための研修を実施するシステムをつくる。
- 長期化、重度化する在宅介護の継続のため、介護者・家族の負担を考慮する調査項目をつくる。

### かかりつけ医の意見書

- 高齢当事者、介護家族とかかりつけ医のコミュニケーションを促進し、意見書の透明性を確保する。

### ちほう症の認定

- ちほう症の要介護認定にばらつきがあり、家族介護の現状が勘案されていないため、ちほう症の高齢者がひとり暮らしすることができることを前提とした判定基準を再検討する。

### アフターケア

- 要介護認定で自立とされた高齢者の申請動機やニーズに対応したアフターケアのしくみをつくる。
- 要介護認定の判定結果について、高齢者、介護者・家族が納得できる透明性の高い情報開示を行ない、判定結果の問い合わせや意見申立について利用しやすいしくみに改善する。

## II.制度運営のありかた

### 1.保険者

#### 事業者指定・指導監督

- 施行4年が経過した介護保険制度だが、新たに第一号被保険者となった高齢者、介護者・家族には制度情報が十分に届いていない。また、施行当初に比べて保険者の広報、相談支援の態勢が後退しているので、情報提供、苦情解決のしくみを再検討する。
- 現状の介護保険事業計画策定委員会を徹底的に見直し、事業計画策定委員の半数は市民とし、公募システム、市民参画を定着させる。
- 補助金行政、通達行政を改め、保険者が制度設計や施設設置基準、事業者指定の権限を持つ。

### 2.低所得者

- 経済的理由でサービス利用を控え、要介護度が重度化している人への具体的対策を早急にたてる。
- 低所得、無収入の人たちの施設サービス利用には、ホテルコストへの補助システムをつくる。



特定非営利活動法人

特養ホームを良くする市民の会

理事長 本間 郁子

## 特養ホームの介護保険見直しに関する要望書

—人生最期の中で尊厳あるケアの実現を—

私ども、特定非営利活動法人 特養ホームを良くする市民の会(1998年10月設立、会員数309名、正会員26名、施設会員19)は、2003年度4月から9月までの間、7回にわたり、介護保険見直しに関する検討会を行いました。さらに、その後引き続き、市民の立場に立った調査研究を行ってまいりました。その結果を下記の通りにまとめましたので、検討していただけますようお願い申し上げます。

### 1. サービスの質の確保を

入居者の重度化(重度障害、痴呆症の増加)、高齢化に伴って、自ら要望や不満・苦情を訴えることができない要介護度の高い高齢者の人権を守る観点から、次のような取り組みが必要と考える。

(1) 情報開示の義務付けの徹底を図ること。

- ・利用者の選択に役立つ
- ・運営の透明性と安全確保に役立つ
- ・サービスの実態が適正に行われているかの情報の収集に役立つ

(2) 行政の行なう指導検査・監査結果を施設内に掲示し、市民へ公開することを義務付けること。

(3) 第三者評価を全施設に義務づけ、内容の全情報の開示を義務付けること。指摘された改善事項に関し、数回にわたっても改善されない場合は、罰則などの措置をとること。

(4) 高齢者虐待防止法を早急に制定すること。

### 2. 2:1以上へ職員配置の増員を

介護保険導入時に職員(介護・看護職員)の配置基準は、4.1:1から3:1以上へ改善されたことは評価できる。しかし、介護保険導入後、特養ホームの入居者は急速に重度化、高齢化、医療的ケアの必要な人が増加し、個別ケアが余儀なく求められている現状にある。介護者の負担は、措置制度の時期に比べてかなり大きくなってきていることは否めない。入居者が人生最後の場で、安心して安全に尊厳あるケアを受けるためには、ゆとりある職員体制が必要不可欠であると考え、職員数を2:1以上へ引き上げることを強く要望する。

2：1以上の改善によって、

(1) 夜勤体制が15：1へ改善される

現行制度では夜勤の入居者に対する職員数は25：1であり、ターミナルケア、痴呆ケアを行なう職員の不安と負担が軽減できる。

(2) 個別ケアを実現するために

「2015年の高齢者介護研究会」の報告に、人間として尊厳あるケアの確立が明記されている。ターミナルケア、重度痴呆ケアは、その人の状態や行動、表情を観察し、何を求めているのか、気づくことが重要となる。そのための、十分な見守りの時間を確保するために必要最低限の数である。

(3) 専門職として質の高いケアを

ターミナルケアや重度痴呆ケアは、高度な専門職としての知識、技術が求められる。さまざまな研修・教育に積極的に参加する機会を得るためには、現場に負担がかからない人員配置を得るために必要である。

### 3. 施設長の資格制度の確立と介護職員の有資格者配置を

特養ホームを良くする市民の会は、これまで施設長の資格要件の見直しに関する要望書を数回にわたり提出してきた。介護保険導入後、施設長の裁量権は増し、ますます責任が大きくなっている。今後、職員が高度な専門職が求められていくなかで、施設長は社会福祉法人としての使命感をもち、指導力を発揮していかなければならない責務がある。

(1) 施設長の国家資格制度の導入を図ること。

(2) 施設長養成機関の創設を図ること。

(3) 介護職の有資格者配置を図ること。

(高度な専門職が求められてきていることは特養ホームを良くする市民の会の調査でも明確であり、介護職員は最低でもヘルパー2級程度の資格が必要である)

### 4. 全施設を原則個室へ

全室個室・ユニット化が進み、ますます既存の施設との格差が大きくなった。既存の施設のなかでも全室個室の施設と8人部屋の施設の差は歴然として存在する。

「2015年高齢者介護研究会」の報告で、人間として尊厳あるケアの確立をテーマにしているが、人間の尊厳を守る上で、居住環境の果す役割は大きい。8人部屋～6人部屋の撤廃と4人部屋の個室へ向けて取組む具体的なビジョンが必要である。

(1) 憲法25条、憲法13条、社会福祉法、老人福祉法を遵守し実現する。

(2) 生活保護を受けている人も、小規模単位生活施設の利用を可能にすること。

低所得者に対する減免措置と年金で賄える費用負担の設定を図ること。リバースモゲージの活用ができること。

## 5. 介護報酬は一律へ

特養ホームに入居後は、要介護度の区分を止め、介護報酬を一律にする。要介護度の判定が1以上の人は、利用者が施設を選ぶことができると介護保険法では定められているが、現実には、施設側の経営面、2002年8月の入居基準の改正、2003年介護報酬の改正で、要介護度3以下は入居しにくい状況となった。それに伴って、入居者はますます重度化、高齢化の傾向にある一方、出来るだけ自立した生活が維持できるよう「おむつはずし」や「嚥下機能訓練」など、リハビリによる要介護度の改善に努力を惜しまない施設も数多くある。職員の努力によって症状が改善されたことによって介護報酬の減額につながる現行制度は、職員の意欲をも減退させるものである。したがって、サービスの提供が要介護度によるものではなく、ケアプランに即した個別ケアが実現できるよう見直しを行なうこと。

(1) 個別ケアによる利用者本位のサービスが提供できるようにすること。

「利用者本位のサービス」とは、要介護度によって提供するサービスの内容が決まるのではなく、その人にとって必要なサービスは何かによって、サービスの内容が決められることである。

(2) 特養ホームに、要介護度の区分によるサービスの内容の基準はないため、利用者やその家族が、どの程度サービスを求めているのか分からない状況がある。また、それを明確にすることは困難である。

## 6. 安心できる医療体制の充実を

入居者の安心感に最も必要なことの1つに医療機関との連携がある。必要なとき、必要な医療がすぐに受けられることは、人間の尊厳を守るという観点からも重要なことである。特養ホームではターミナルケアを行なうところが増加してきており、多くの入居者や家族が最期まで特養ホームで暮らすことを望んでいる。(特養ホームを良くする市民の会調べ) さらに、重度の痴呆症が増え、夜の徘徊や不穏な状態になる人も多く、職員数も少ない中で、ケガや事故が背中合わせの介護であることは否めない。常に、いつ急変してもおかしくない状況のなかで、安心できる医療機関との連携を構築すること。

(1) 特養ホームで安心して受けられるターミナルケアを

(2) 職員が安心してケアできる医療体制を

(3) かかりつけ医の導入を

(4) 介護職の医療行為の検討を

以上

■意見書に関する検討会を開催…7回（2003年6月～10月）

検討会メンバー

牧瀬洋光（元特養ホーム施設長、ケアマネジャー、社会福祉士、評価者）

中尾元信（元特養ホーム事務長、施設コンサルタント、評価者）

本間郁子（特養ホームを良くする市民の会理事長、Uビジョン研究所代表、評価者）

副島芳枝（特養ホーム家族連絡会代表、評価者）

於保郁子（特養ホームを良くする市民の会事務局長、ミニデイ代表、評価者）

萩尾映子（現、特養ホーム介護係長）

■特養ホームを良くする市民の会の理事及び運営委員

理事 9名    正会員 26名    運営委員会 10名