

「介護報酬に関する意見（意見公募）」

- 氏名又は名称・代表者の氏名

佐藤清一

- 個人の場合：

1. 介護サービス利用者本人 2. 利用者の家族
3. 介護事業サービス関係者（JA） 4. その他

- 団体の場合：事業又は活動の内容

- 意見内容

サービス提供責任者の設置基準について

現行のサービス提供責任者の設置基準は、ヘルパー人員またはサービス提供時間基準を満たす必要があるが、サービス提供責任者の業務実態から現行の設置基準に加え、利用者数基準を設けてほしい。

サービス提供責任者には、アセスメント・訪問介護計画作成、ヘルパー派遣調整、家族との連絡、苦情処理、モニタリング、カンファレンス、ヘルパー資質向上のための指導、他機関との連絡・調整など幅広い業務を行う中で、訪問介護サービス品質の標準化、維持・向上をはかる重要な役割を担っている。

このため一定の基準に従い、サービス提供責任者を設置することはサービス品質の担保のために必要なことではあるが、現行の設置基準については業務実態およびサービス利用実態に合わない状況がみられている。

サービス提供責任者の設置基準は、ヘルパーの人員基準とサービス提供時間基準があるが、県内のJAでは、家事援助比率が高い（56.6% 13年12月）こともあり、特定の時間帯に利用が集中すること等から非常勤ヘルパーが多いため、ほとんどの事業所が時間基準の適用をうけている。

時間基準では「月450時間程度に1名の配置」を義務づけているが、利用者1人当たり月平均利用時間18.5時間（13年12月）から算出すると、月24人の利用者に1名の設置基準となる。これをケアマネジャーの利用者制限である50人程度と比較すると、半分以下の利用者数の設置基準となっている。

サービス提供責任者の業務負担量は、毎日のサービス管理上、時間数よりも契約者数の方が相関が強いという実態もあり、時間基準以外の指標が必要である。

品質を担保する上で、一定基準での配置は必要ではあるが、サービスの質は利用者の重要な選択基準であり、最終的に事業者が利用者確保の形で事業責任を負い、事業者の裁量に一任されるべきものである。

以上を踏まえ、現行の基準に加え、利用者数基準を設けるよう指定基準の運用を改善すべきである。

「介護報酬に関する意見（意見公募）」

氏名 佐藤 まり子	1、介護サービス利用者本人 2、利用者の家族 ② 介護事業サービス関係者（主任、） 4、その他
意見内容	
① 要支援、要介護 1、2 の場合で独居で生活している場合	
通院や家事他、生活全体の援助とほりため単位数が不足とほり	
不十分は援助とほり、病状悪化や、ADLの低下につはかりす、	
そのため この部分の単位数アップが必要とす。	
② 家事援助である調理ですが、糖尿病 透析者、などは	
食事が病状に大きく関係します。食事は、生命を維持する最も大切	
なものです。家事援助は、仕事の内容からしても重労働です。	
それが低報酬では働くメンバーも少なく、事業所として	
経営に成り立ちませんので報酬の引き上げを希望します。	

介護法集の見直しについて、思うところを述べさせていただきます。拙い意見ではありますが、よろしくお願いたします。

クローバーケアセンター千葉

伊藤ツヅ子 庄司正子・津山まゆ子

行政によってはケアマネの教育に非常に力をいれているところもあるが、千葉市のように「ケアマネは各自で学習するように」とはっきり言われるような行政の中で働いていると、新しい情報を学習するためにはやむなく他の行政で行っている研修に自費で出かけていくことになる。しかし他の行政ではあたりまえのように行われているケアマネへの支援態勢が千葉市には全くあてはまらないこともあり失望してしまう。また、遠くまで研修に出かけていかなければならないにもかかわらず研修のほとんどは夜間の開催となっているので体力的にもきつく、業務にも影響がある。その分ケアプランにかけられる時間も削られ、業務が滞るばかりか、煩雑にもなっていく。そんな中で50名ものクライアントをもつことは、業務をしっかりこなそうと思えば思うほど非常に困難であることを実感せざるを得ない。

それにひきかえ、現状の給付管理の金額では、事務所の居宅介護支援部門の採算としては大赤字であり、他部門の収益でその赤字を埋めているところがほとんどである。営利目的の事業所の場合は特に、ケアマネ業務の大変さを雇用主に理解してもらえず収益の少なさを指摘されてしまうこともあり、ケアマネは肩身の狭い思いをしている。そのため、事業所のために少しでも収益を上げようとして、無理をしても50名以上のクライアントを持たざるを得ない状況に立たされている。ちなみに当事業所の場合、ケアマネ2名に対し、要支援：14名・要介護1：26名、要介護2：24名、要介護3：16名、要介護4：15名、要介護5：17名、計112名（給付管理のある人のみ）、居宅介護支援費の総額は858,400円となっている。ケアマネ2名の給与、雇用に係る諸経費、業務に使用する夥しい紙代、通信費、諸経費等含めると完全に赤字である。

たとえば、入院中の人が退院するにあたってケアプランの依頼があった場合は、まず病院を訪問し、医師や看護婦の話を聞き、自宅で受け入れの準備をととのえるためのケアプランをたてる。しかし、ようやく退院の運びになっても、容態が急変して退院が延期になったり、亡くなったり、あるいはやはり在宅では困難と判断されて老健入所となってしまったりすると、苦労してたてたケアプランは全く無駄になってしまう。このようなケースがたいへん多い。

退院前のケアプランは、クライアントが自宅にいないため、「自宅で起こりうる問題を想定して」つくらなければならないので普通のプランよりも時間がかかる場合がほとんどである。各方面へのサービスの依頼、往診してくれる医者の確保など、サポート体制の確保も難しい。各方面への連絡に費やす時間、交通費、通信費、労力等を鑑みると、そこまでしたのにケアプラン料が全く入らないというのは、ただ働きをさせられている感があり、意欲をそがれてしまう。

住宅改修を行うにも、当然ながらきちんとしたアセスメントは必要である。しかし、「他のサービスはいらないから住宅改修だけやりたいので意見書だけ書いてほしい」というクライアントの場合、訪問や相談、業者への依頼などで多くの時間や交通費をかけても、収益になるのはたったの2000円である。「他で受けてもらえないから」と言われるので仕方なく引き受けているが、同じような書式を司法書士が書くと、何万円単位の手数料をとることができる場合もあるというのに、これではあまりにも理不尽ではないかと思ってしまう。

また、本人や家人とよく相談を行った上で立てたケアプランでも、場合によっては様々な都合で次々と変更されることがある。（並みの頻度ではなく、1ヶ月のうちに3回4回と変更されることもある）また、介護認定を受けている高齢者は、体調の変化が予測できず、その場に即したプランの変更を行う場合が非常に多い。その都度プランの修正を行うが、それにかかる通信費や時間も莫大なものになっている。

初回訪問について介護保険を理解できされていない高齢者があまりにも多く、その都度、介護保険のしくみや目的からケアマネの役割、サービスの種類、その他諸々の説明を行わなければならない。その後アセスメントを行い、契約を交わし、いざケアプランの相談となると、結局サービスは不要と告げられてしまうことも多々ある。また、長期入院しているクライアントであっても、ことあるごとにケアマネに相談が来るので対応しなければならぬ。当然ケアプラン料は全く入らないが、契約書を交わしているため、体調の変化や何か変わったことがあれば必ず電話相談が来るので、結局無料で相談に乗らざるを得ない。（どういうわけか、そのような場合は相談時間も長く、結局半日を費やしてしまうこともざらである）

以上のように、多大な手間と時間をかけてアセスメントを行ったにもかかわらずサービスの依頼が全くない、あるいは長期入院のため給付管理をもらえないケースもあるので、クライアント総数はどうしても「給付管理をもらえる人を50名」としたい現状がある。

しかし、ケアマネに対する教育・支援態勢が整っていない千葉市では、ケアマネ業務のほとんど全てが手探り状態であり、ケアマネ各自が相談窓口もなく困難ケースを抱えて孤立している。業務の明確な区切りもなく、千葉市では福祉事務所も保健所（保健婦）も、民生委員でさえも、それまで各機関で行っていた業務を「介護保険ができたからこれはケアマネの仕事」と言って、介護認定を受けた人の訪問は行ってくねなかったりする。独居老人や老老介護の世帯が大変多い中、若く元気な介護者がいればお任せできる介護保険手続以外の用事もやむなく引き受けることもある。それはばかりか、万が一ミスがあった場合にその責任は自ら取ることを余儀なくされているのでストレスも大きく、事業所内での収益に関するプレッシャーと相俟って、体調を崩しリタイヤするケアマネが続出している。また、業務の過酷さと責任の重さに、最初からケアマネ業務を敬遠する人も少なくない。

介護保険が浸透していくに従い、この状況も多くの人が知るところとなっている。多くのケアマネ試験合格者が出ているにもかかわらず、実際に業務につく人が少ない理由もその点にあるのではないかと。

ぜひ一日も早く、給付管理の金額を見直してもらいたい。具体的には、ケアプラン作成を請け負った段階で、給付管理がなくても初期加算のように収入が入る方法を考えてほしい。また、直接給付管理につながらない業務を行った場合も、相談料のような形で収入を得られるようにしてほしい。24時間対応可能な体制をとっている事業所であれば、営業時間外の対応をしたときは緊急時加算のようなものがあったてもよいのではないかとと思う。

また、業務としての一線をつくり、全てをケアマネの肩に負わせるような働き方をしなくともすむようにしてもらいたい。安心して本来の

A

2月14日北海道新聞紙上にて介護報酬改定への意見書と
読みました。是非よりしく依頼致しす。

私もヘルパーとして昨年切き、一昨年秋に退職し、同時に
87才の母を引き取り看る身であります。

母は白内障と膝の手術を受けたり、要介護1で、今の節
週1回のデューティを受けたりす。

毎月了了マネーケアの方が見えたりあり、ほかほか新しく
ヘルパーにはお人にかかるといふと聞かすにたりす。

先には介護保険あり、住みはれに家族で住みはれに
環境で在宅福祉にと大変嬉しい言葉に聞いたりありす。
もと母の終末、又お葬の老後も在宅で福祉を受けたいと
思っています。

又若い方も高校卒業後介護専門学校を卒業し、お葬の
職場にも入ってくる様になり、ケースの方、お葬もこれからの
在宅福祉はゆるいと思ったりありす。

一方主婦の方も研修を受け、パートとして職場に
入ってきた、経験が実務経験の後介護福祉士の国家資格
をとって更に切とうと意欲を持っていて、介護保険に
関わってからは、各職場の経営は思ったり厳しい経済状態
で特に在宅ではお葬部分が多いもので、お葬段々
余裕のない状況にたっています。

先般時代からめて高齢者が多くは、お葬にたりすし
重度の障害者も在宅にたりすにたりす。

お葬にたりす精神で勤められるお葬にたりすはありせん。
特に施設より在宅福祉の方、お葬部分が多い、

介護報酬単価の安さ、経営が大変と思われす。

先づは履き事にたたりは、お葬にたりすお葬にたりす、
お葬部分の大切は調理し、短時間で洗濯、掃除と
厳しいお葬にたりすにたりす。とうお葬部分の
単価を引上げたい。

元々ヘルニア一さんか余秘を持て切り易い様に、又今付
 車を使用しての活動に、一軒いくらと言ふごはし。
 車を使つての活動にもある程度の辛当をうけて上げて
 戴さばと思ひます。
 非常勤取組であることも重介護で腰痛でいれくたは、場合
 強らかの保障がたいと、やめしよう結果になります。
 今後母の終末を正堂で肩を付きたいと思つて居ります
 ので、とうそ希望に燃えて資格をと、ヘルニア一さんか
 在宅福祉の現場に入つてきてくれませう様に。
 大さむ力添えをよろしく願ひ致します。
 かし。

元札幌市財団法人在宅福祉サービス協会勤務

白鳥邦子