

社会保障審議会介護保険部会
部会長 貝塚 啓明 様

2004年4月26日
委員 小川 泰子

意見書

2003年5月27日から始まった介護保険制度見直しの会議も本日で12回目となり、取りまとめに向けて審議も大詰めになってきました。この間の審議内容からこの制度が施行されて経過した4年の中で得られた成果をさらに高め、さらには現場に起こっている制度の問題点を改善出来るように権利擁護の視点で利用者主体に議論し、提言内容に反映できるように、以下の点を意見させていただきます。

1. 介護保険制度改正への不安を広げる情報問題と審議会運営について

- 1) 2004年1月の各新聞等による「軽度利用者の切捨て」報道は、1月26日青井委員が強く意見されましたが、その後も部会での審議内容を越えるような報道がなされることに関係者の責任ある情報提供を願います。
- 2) また、今回当部会委員の逮捕問題は、他委員会の問題として片付けることはできないと考えます。国の法・制度を審議する委員会等がどこに向かってその責任を果たそうとするのか、市民の代表者として、各委員がそれぞれ所属する団体の情報を持って課題解決にあたることを忘れず、省庁主導の形骸化した審議会にならぬよう、また団体の既得権益の奪い合いの場にならぬよう、国民一人一人の生き方問題として、これまでの社会構造の枠組みにこだわることなく議論することを再確認するものです。

この制度の基本にある「介護の社会化」「利用者主権」「地方分権」を裏切ることなく制度改正にむけて審議することです。

2. 被保険者の範囲について

- 1) 介護保険制度を以下の点で評価されるものと考えます。
 - ① 措置から契約になったことによる権利擁護意識
 - ② 福祉サービスに対するコスト意識
 - ③ 市場化されたことにより進んだ情報公開
 - ④ ケアマネジメントに対する意識の向上
- 2) 生き方問題として福祉を広義に捉えることと縦型システムの弊害
福祉は障害・高齢・児童をそれぞれ種別され、関係省庁では厚生労働の問題とされ

ています。しかし人が人として生きるための法制度を考えるとときには、縦割りでは無理・ムダがあります。

厚生労働省の枠を超え、国土交通省、財務省、総務庁との協議も積極的にはかり、厚生労働省内では、高齢福祉と障害福祉の協働で利用者主体の制度設計をはかることを願うものです。

- 3) そこで、「走りながら作っている介護保険」は1)のような視点から「福祉の社会化」が進んだことと評価し、私は障害福祉において始まった支援費制度が介護保険と制度統合されることを積極的に検討することを望みます。

もちろん課題はたくさんあることも理解していますが、介護保険制度の問題や課題と共通する事項も多くあり、何よりも利用者主権で契約し、さらにケアマネジメントすることでその人らしさを尊重するサービスの提供の仕方が実行されることは、サービスや財源の公平性・納得性を高めることでもあると考えます。

3. 介護予防について

- 1) 介護保険の財源問題の都合から介護予防論が出てきたような誤解を招く議論があります。私は介護保険は「払う責任と使わない幸せ」を提起した、措置福祉システムからの脱却論として捉えています。

- 2) 介護予防が機器によるリハビリ論が中心になりがちですが、「社会参加」の視点を大切にするサービスの充実が重要と考えます。

- 3) 住まい方、食事問題、そして外出する自由として移動サービスはそうした視点から欠かせない問題です。介護保険のサービスとして出来ること、都道府県、市町村で整備すること、また省庁を超えて取り組みを積極的にはかることを強く望みます。

- 4) また、予防介護等の議論で懸念されるのが、「介護の社会化」の後退です。

家族による家庭内介護の限界はますます高まっています。しかし、在宅サービスも24時間365日体制が整備されていない中、予防介護という議論の中で家族介護への依存が高まることを懸念いたします。「家族が家族でいられる距離づくり」は福祉サービスの重要な視点と考えます。決して介護の社会化を後退させず、家族介護による家庭崩壊をこれ以上ふやすことがないように十分配慮すべきです。

4. 在宅か施設かではなく、住まい方・生き方問題としてサービス整備を考える

- 1) 本日添付しました生活クラブ事業連合生活協同組合連合会より提出されました

「介護保険制度改定にむけての意見書」は、生活者の視点で制度改正にむけて出されたものです。大変論点が整理されていますが、この意見書で特に重視したいテーマが「4. 施設から住まいにむけた政策推進」と「7. 地域住民によるたすけあいの仕組み援助」です。

- 2) この2つのテーマこそ、介護保険内だとか介護保険外の問題ではなく、地域に住み

暮らし続ける視点で、さらに福祉を広い意味で捉えた仕組みづくりの意見と考えます。

- 3) 特養ホーム、グループホーム、小規模多機能といった狭い議論ではなく、住宅政策として、公団住宅等今ある社会資源を活用することも含め、急ぎ議論することです。高齢になっても、障害があっても地域に暮らし続けることが出来る住環境整備に国土交通省との積極的連携を期待します。
- 4) さらに地域に安心して暮らし続けるには、地域の支えあいの仕組みは不可欠です。その仕組みは市民主体であることはもちろんですが、その安定性、継続性からシステムとしての構築をはかり、新たな公共サービスとして機能することが重要です。そのために国、都道府県、市町村行政が果たす役割・責任を積極的に検討すべきと考えます。

5. 福祉人材育成と新たな専門性を考える

- 1) 最後に、介護保険により浮き彫りになってきたことの一つに「福祉の専門性とはなにか」という点があります。これまで高齢福祉では福祉職に求められたことは「身体介護技術」がでした。しかし、この4年で見えてきたものは「身体介護技術」だけではなく人として生き方・死に方全体を支援するという専門性が求められています。
- 2) また、ユニットケア、あるいは小規模多機能とハードの議論はされていても、そこにあるソフトとしての福祉従事者たちの専門性は十分に議論されているとはいえません。そのためユニットケアに取り組み、潰れていった介護職も多くいます。
- 4) もはや身体介護技術ではなく、求められているのは人間関係性と生活文化技術だと実感します。
- 5) しかし、福祉専門学校等の教育内容がそのように変化しているのか、介護現場の管理者たちがそのように発想展開が求められていることに認識があるのか疑問です。介護保険制度の見直しとともに、福祉の専門性の議論も深め、福祉教育内容の見直しを求めます。

以上

2004年4月13日

社会保障審議会介護保険部会御中

生活クラブ事業連合生活協同組合連合会

会長 河野栄次



介護保険制度改定に向けての意見書

2005年度制度改定に向けての検討材料として以下のとおり、当連合会としての意見を提出させていただきます。利用者の立場に立って介護保険制度がさらに発展し、国民が安心して老いを迎えられる社会づくりをするため、私たちは生活協同組合の視点で議論を進めてまいりました。どうぞ、今後の議論の材料にお加えいただきますようお願い申し上げます。

1、介護保険加入者権利の擁護

①契約制度の認識強化

介護保険導入後、「措置」から「契約」に移行しましたが、利用者が事業者と対等の立場に立って、サービスの選択、権利の行使が十分にできる環境は整っていません。未だに措置時代の「お世話になる」「お世話してあげる」意識が広く存在しています。その対策として加入者、事業者に対し介護保険制度の理念を徹底し、利用者の権利を確保するための宣伝活動がさらに必要と考えます。

②サービス量の拡大と事業者の健全な競争

要介護者数、要介護者本人・家族が必要とする期待サービス量に対しての供給は不足しており、「自由な選択」は実態として保障されていません。サービスの総供給量を増やすことによって利用者の選択の自由を推進することが必要です。また、社会福祉法人と、NPO、企業、協同組合等、他法人との条件格差を是正し、事業者の健全な競争のもとにサービスレベルを向上させることが必要です。

③成年後見制度の普及と介護保険

介護保険制度における利用者の権利擁護のためには成年後見制度が活用されることが重要です。介護保険制度の認知度・活用度に比較すると成年後見制度の認知度・活用度は大きな落差があります。利用者、家族、事業者それぞれが成年後見制度の存在を認識し、権利擁護のために活用が進むような政策が求められます。

2、ケアマネジメントの確立

①ケアプラン報酬の見直しと事業自立の原則

居宅介護支援事業者のほとんどは介護サービス事業者の中に組み込まれています。この

ことにより、ケアプラン作成時には利用者本人の選択以前に、当該事業者サービスメニューを優先したケアプランを組み立てられるのが現実です。(いわゆる囲い込み)

利用者本人(家族)の意思を十分に聞き取り、本人に最適のケアプランを作成することが求められます。また、ケアマネジャーが該当エリア内の事業者の特徴、サービス内容を熟知し、公平、公正に連携をはかることが必要です。したがって、居宅介護支援事業は自立できることが必要です。

しかし、現在の報酬単価では事業自立は困難です。利用者のニーズを十分反映したケアプラン作成を考えると標準担当件数は30件~40件程度で、居宅介護支援事業のみで事業成立するよう報酬単価の引き上げ、制度改革を求めます。

②居宅介護支援事業所と在宅介護支援センターの連携

ケアプラン作成は市場に任せるのではなく、公的なものと捉える視点も必要です。在宅介護支援センターは公的なものとして存在し、その役割はケアプラン作成にもつながっていきます。居宅介護支援事業所は常に利用者側に寄り添い、事業者側ではなく、利用者個人の側に立って最適のプランを作成しなくてはなりません。事業独立した上で、在宅介護支援センターとの深い連携をとるしくみづくりが必要ですし、介護保険適用の上でもそのような扱いが必要と考えます。

③サービス調整会議開催の徹底

サービス調整会議は定期的開催することが原則となっていますが、実態の開催状況は不十分です。ケアマネジャーが会議を主催し、福祉・医療関係者が一堂に会し、利用者、家族の希望を踏まえたうえでの調整を十分に行わなくてはなりません。会議の位置づけを高め、医療関係者も含めた開催を義務づけることを明確化してください。

3、訪問介護サービス「生活援助」重視

連続した時間の中でのケアサービスは、身体介護と生活援助を明確に切り分けておこなうことが困難です。また、生活援助は利用者のこれまでの生活のあり方を詳細に把握し、その家庭の特徴に合わせる必要があります。したがって、豊富な生活経験や、家事に関する高度な技能も求められます。生活援助は利用者が重介護にならないようにサポートするため、重要な役割を果たしており、今後の介護保険制度運営の観点でも大きな意味を持ちます。訪問介護サービスにおいて「身体介護」と「生活援助」が同等に取り扱われるよう求めます。

4、「施設」から「住まい」に向けた政策推進

①特別養護老人ホーム

「施設」である特別養護老人ホームは個室、ユニットケアを導入することによって多少なりとも「住まい」に近づきました。今後、さらに既存施設の個室化、ユニット化を、速度を上げて進めるべきと考えます。

②グループホーム・有料老人ホーム建設の促進

グループホームについては総量規制の検討がされていますが、要介護者の大半を占める痴呆性高齢者のニーズに応え切れる量はまだまだ確保されていません。殊に、大都市部においては政策的に大量のグループホームを設置することが必要です。グループホームは2ユニットまでの制限が設けられましたが、ユニット数を制限することに意味を持つのではなく、ユニットごとに独立したケアが保障されるかどうかに関心があると判断します。この観点から、事業者が積極的に都市部に開設し、安定的な経営ができるような配慮が必要です。また、「施設」ではなく「住まい」を増やしていくために有料老人ホームの設置もさらに必要になります。設置主体を広げたことによるケアの質の低下が懸念されていますが、供給を豊富にした上で適正な競争のもと、質を向上させることが必要です。

③都市型高齢者住居の確保

小規模多機能サービス拠点を全国的に広げていく方針に期待を持つと同時に、大都市部においては地価の問題等から進捗に課題を持たざるを得ないと考えます。

元気な高齢者が入居できる高齢者優良賃貸住宅にデイサービスセンター、ショートステイセンターを併設する等、各制度を併用しながら住み慣れた地域において、ひとつの拠点で暮らし続けられるしくみづくりを積極的に推進すべきと考えます。

5、ショートステイの機能充実

ショートステイは在宅支援の機能と位置づけられていますが、実態はほとんどが入居施設である特別養護老人ホームに「融合」されています。そこに住み続けている人の中に、普段関わりの無い人が入ることによって、入居者もショートステイ利用者も混乱することが多く、そのことに対する十分なケアを行うことは極めて困難なことです。ショートステイは在宅サービスの一環として特別養護老人ホームの機能と明確に切り離し、デイサービスセンター等との併設が望ましいと考えます。

現状では特別養護老人ホームに併設することで、成り立ちうる介護報酬となっていますが、前記の考え方を踏まえ、ショートステイだけでも事業自立できるような報酬単価を設定することが必要です。

6、要支援・要介護1は介護保険制度の枠組み維持

財政の問題から絶対数の多い要支援・要介護1を枠組みからはずすことが議論の遡上に上っていますが、この件については現状を維持するべきです。認定者の数自体は多くても、施設入居者が少ないこと、サービス利用時間が少ないことから介護保険給付比率は低い状態です。したがって、この部分の給付が減っても財政への影響度は大きくありません。むしろ、枠組みからはずすことによって介護サービス供給がなくなり、介護度が高まるまでの期間が短くなってしまふ危険性が憂慮されます。そうなると、介護度の高い利用者が急増することによって逆に財政を悪化させる結果となってしまいます。要支援、要介護1の

対象者がその介護度で維持し続けていることを積極的に評価してください。

7、地域住民によるたすけあいの仕組み援助

地域住民によるボランティア活動や非営利のNPO法人、ワーカーズコレクティブ、生協、農協などの福祉活動は介護保険制度導入前から長年に渡って地域に浸透してきました。高齢者、障害者のケアは介護保険制度のみで完結できるわけではなく、全生活における部分的な支えに過ぎません。心のケアや、日常生活のちょっとしたケアができることによって、要介護状態になるまでの速度が遅くなったり、要介護状態になった後の介護度を上げないことに大きな効果が出ると考えます。このことは介護保険財政にも間接的に大きな影響をもたらします。地域住民の身近な組織が介護保険の枠組みでも参入し、継続的な活動を続けることができるようにすることが必要です。そして、介護保険の枠外でも国や地方自治体がそのような組織をサポートする制度はさらに充実することが必要です。

以上

生活クラブ事業連合生活協同組合連合会

1968年世田谷区で牛乳の共同購入を始めた住民組織が生活クラブ生協を設立。その後、首都圏をはじめ、北海道から愛知県まで16の都道県に組織が広がった。各県の生活クラブ生協（神奈川県福祉クラブ生協含む）の連合組織。組合員数は26万世帯。国内自給を基本政策とし、産地直送の安全な材を共同購入している。供給高は750億円。

80年代前半から組合員が主体になって、たすけあいワーカーズ、NPO法人等で福祉活動を広げてきた。生活クラブ生協自体も介護保険の事業者となりながら、社会福祉法人等、福祉関係団体を多数設立。生活クラブグループ関連団体福祉事業2003年度実績は、利用者約30,000人、事業高70億円、事業所数400箇所となっている。