

提言・私たちが期待する介護保険

認知症があっても安心して暮らせる社会に向けて

2007年11月1日

(社)認知症の人と家族の会

はじめに

認知症の人と家族の会は、1980年の結成以来、認知症の人と家族が安心して暮らせる社会の実現を願って活動してきました。人としての尊厳が守られ、基本的人権が保障された生活を送ることは、乳幼児から高齢者まで、介護を要する人もそうでない人も、国民が共通に願うことです。その願いを実現するために、2009年の介護保険制度改定をひかえ、次のように提言します。

基本的な考え方

- 1 認知症があっても一人暮らしでも希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度へ
自宅や地域で暮らし続けたいと願う人が、見守られ、必要なサービスを受けられる在宅により重きを置いた制度に改定すること。施設にあっても、自宅と同じように過ごせ、一人ひとりが大切にされるケアと生活環境が保障されること
- 2 早期から終末期まで、切れ目ない支援体制を整備すること
認知症の早期発見・診断、初期の相談・家族への支援から終末期のケア・看取りまで、医療・保健、福祉が緊密に連携して切れ目のない支援が行われる体制を確立すること
- 3 認知症があっても“笑顔”で生きられる支援体制を整備すること
認知症の人や家族が地域・社会に受け入れられ、笑顔で暮らせるよう、仕事の継続や社会参加を支援する施策、市町村の実情にあった施策、地域の資源づくりなどを積極的にすすめること
- 4 介護に従事する人材の育成と確保のために待遇改善を図ること
介護に従事する人材を育成、確保して介護の社会化を実現するために、介護従事者の生活が保障され、安心して仕事に取り組めるよう待遇改善を図ること
- 5 暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度へ
年金など自分の収入で生活が成り立ち、また介護保険サービスなど暮らしに必要なサービスが利用できる社会保障制度を確立すること

具体的な改善提案

- 1 在宅で要介護4、5の人が支給限度額を超えて利用する場合は、全額自己負担ではなく介護給付を認める
- 2 必要な訪問介護の利用は同居家族の有無にかかわらず認める
- 3 認知症があると認められる場合には「要介護1」以上になる認定システムに改善する
- 4 若年期の認知症の人が仕事を続けられるよう支援する制度をつくり、採用する事業体へは補助金を支給する
- 5 若年期の認知症の人を受け入れる高齢者の通所介護にも加算を認める
- 6 地域包括支援センターは設置趣旨に則り、地域のコーディネート機関として充実させ、介護保険給付実務から外す
- 7 介護支援専門員が中立、公平を保つことができ、質を高め、専門性が発揮できる体制とする
- 8 介護従事者の賃金、労働条件の改善を図るために、必要な対策を講じる
- 9 介護保険給付による介護予防はやめ、別事業とする
- 10 受け皿の準備のないまま療養病床廃止を先行させることはしない
- 11 認知症の人の一般病院入院時に、ホームヘルパーの付き添いを認めるなど対応の改善を図る
- 12 地域の家族の会など当事者組織の活動への支援を強化する

2007年12月10日

社会保障審議会委員

社会保障審議会介護給付費分科会委員

沖藤典子

社会保障審議会介護給付費分科会の議論の進め方についての意見

社会保障審議会介護給付費分科会では現在、「療養病床から転換した介護老人保健施設」に関する議論が行なわれ、「介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム」の報告も予定されています。

療養病床利用者のほか在宅でも医療必要度の高い利用者が今後、増え続けているなか、高齢者が安心して介護サービス、医療サービスを利用できるしくみがさらに求められます。

利用者市民の立場から、今後の議論の進め方について、次のように意見を申し上げます。

I 「療養病床から転換した介護老人保健施設」について

1. 医療系施設サービスの利用制限について

療養病床、老人保健施設ともに、入所期間が実質的に3ヵ月に制限されているという訴えが多く寄せられています。老人保健施設の平均入所期間は約8ヵ月とのこと。「第2特養」といわれるほど長期入所者もあり、制度では規定されていないにもかかわらず、なぜ、現場では利用者、介護者に「3ヵ月ルール」が説明されているのでしょうか。制度と運用の乖離についての実態把握とともに、高齢者の必要性和希望に添った利用を実現するため、「3ヵ月ルール」問題について議論する必要があると考えます。

2. 医療ニーズの高い利用者について

現行の療養病床、老人保健施設では、在宅酸素、経管栄養、気管切開などのケースが受け入れられない場合が多いという課題があります。短期入所療養介護においても、医療ニーズの高い利用者が断られ、納得する説明がないという相談事例もあります。医療必要度が高いがゆえに、医療系施設サービスを利用できない状況の解決のために、今後の議論を深める必要があると考えます。

3. 従来型老人保健施設との連携について

老人保健施設は在宅復帰を支える中間施設という位置にあると認識していますが、「療養病床から転換した介護老人保健施設」と、従来の老人保健施設との連携および利用者の選択基準について、具体的な方向性を示す必要があると考えます。

Ⅱ 在宅復帰した利用者および在宅生活を維持する利用者へのサービス提供について

1. 訪問介護サービスの現状について

①「同居家族」がいることを理由とする「生活援助」の利用制限

介護給付費適正化運動により実施されている訪問介護の「生活援助」は、保険者である市区町村が「同居家族」がいると判断した場合、一律に制限が行なわれている相談事例が多くあります。90代の夫が80代の妻を介護する高齢世帯、要介護5の親を乳幼児のいる40代が介護する二世帯同居など、「生活援助」が打ち切りとなったという訴えが寄せられています。

厚生労働省は「市区町村の適切な判断」にもとづくとの見解を示しています。しかし、保険者により温度差はありますが、行き過ぎた「適正化」により利用者、介護者が苦境にたたされる事態について、良識ある指導が必要と考えます。

②「通院介助」の適正化による利用制限

ホームヘルパーの「通院介助」ですが、医療機関内では医療保険にもとづくサービスが提供されるとの理由で、ホームヘルパーの医療機関内での介助が認められていません。しかし、「院内介助は行わない」と医療機関から断られ、通院回数を減らす、あきらめる、あるいは高い自費利用を依頼しているなどの事例が寄せられています。介護サービスと医療サービスの連携の観点から、利用者が通院をあきらめる事態を回避する意見をまとめることが必要と考えます。

③ホームヘルパーの「同行介助」についての制限

ホームヘルパーは利用者の買い物への同行は認められていますが、散歩などの「同行介助」は認められていません。不正防止は当然のことですが、外出、散歩などにより太陽や風を感じることは、「閉じこもり予防」の効果からも重要なサービスと位置づけることができます。介護予防の視点からも、散歩などの「同行介助」を認めるよう再考を求めたいと考えます。

④訪問介護の提供時間について

訪問介護サービスでは19分ルール（サービス提供時間が20分を超えてはじめて介護報酬上評価される）が適用されていますが、現実的な判断として、15分以上は対象とすべきだと考えます。評価の対象としない場合には、せめて移動時間の給与保障が必要と考えます。

⑤訪問介護をめぐる過度の規制について

上記のほか、介護給付費適正化、指導強化により、「ケアプランにないサービスが実施記録にあると不正とみなす」という指導マニュアルを出す保険者もあります。なかには、ホームヘルパーが利用者宅を訪問した時に、利用者が倒れていて救急車を呼んだり、搬送に同乗した場合、あるいは利用者がすでに死亡していて親族などに連絡した場合は、具体的なサービスが提供されていないため、介護報酬上評価しないと明記しているケースもあります。事業者が過度の指導や介護報酬の全額返還におびえることなく、適切なケアプランのもとに利用者の暮らしを安定的に支えるためにも、訪問介護への過度の制限を緩和する必要があると考えます。

Ⅲ 「介護と医療の連携」について

1.在宅における「介護と医療の連携」

介護サービスと医療サービスはどちらも利用者、介護者にとって必要なものです。現在、在宅療養支援診療所は全国1万カ所といわれていますが、看取りまで行うところはまだ500カ所不足ともいわれています。また、訪問診療、訪問看護のサービスは、医療保険と介護保険に提供が分かれています。利用者の費用負担の問題もあり、特に低所得者層において医療保険を利用しない傾向があるといわれています。在宅で安心して最期を迎えることができるように、在宅療養環境をどのように整備するべきか、「介護と医療の連携」の具体的なあり方を議論する必要があると考えます。

2.居住系施設における「介護と医療の連携」

認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）、特定入居者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス、高齢者専用賃貸住宅など）において、ターミナルケアを推進する方向性が出ていますが、事業者指定時に連携医療機関を記入するだけでなく、「介護と医療の連携」が具体的に機能する態勢を議論する必要があると考えます。

Ⅳ 低所得者への配慮について

居住費・食費の利用者負担が増えたことにより、低所得の高齢者が施設サービス、ショートステイ、通所サービスなどを「利用控え」する状況が出ています。低所得者には負担軽減のための補足給付がありますが、認知症高齢者グループホームや特定施設（有料老人ホーム）など居住系サービスや地域密着型サービスは補足給付の対象ではありません。このため、低所得の高齢者ほど在宅生活を選ばざるを得ないという傾向が強まっています。しかし、十分な介護サービス、医療サービスが提供されなければ、在宅生活を維持することはできません。低所得者への配慮について再考が必要と考えます。

Ⅴ 介護者への支援について

改正介護保険法が施行されて1年半が過ぎました。医療機関への入院や施設サービスの選択をしなかった場合、同居家族ほか介護者の負担が軽減されていないという報告が多くあります。ショートステイや通所サービスには、「レスパイトケア」の機能をあわせもつとされていますが、介護者の高齢者虐待やうつ病など精神疾患の発症前に、適切な予防策を講じることが切実に求められています。在宅介護者の負担軽減のあり方について、方向性を示す必要があると考えます。

以上