

2008年10月30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

介護報酬改定について 住み慣れた我が家で人生を全うするために

はじめに：

これまで利用者市民の立場から意見書を提出してきましたが、介護給付費分科会における議論のなかで、認定ランクが軽度・中度といわれる人たちを支える在宅サービスについての議論が少ないことに危惧を抱いています。施設介護サービス利用者の課題はもちろんですが、介護保険サービス利用者の7割を占める居宅サービスのあり方について、重度化しないようにと支援を求める軽度の在宅利用者、認知症の在宅利用者についての議論はさらに重要と考えます。

今回は、在宅の利用者、在宅介護者の立場から、訪問介護については前回の意見書に新たなヒアリングにもとづいて加えた意見を、そして地域密着型サービスで新設され、在宅認知症ケアの「切り札」とも呼ばれる小規模多機能型居宅介護について、あわせて意見を提出させていただきます。

訪問介護について：

1. 利用者の暮らしを支える訪問介護の充実を

介護保険法施行前から、「生活援助」における掃除、洗濯、買い物、調理、手続き代行は5大サービスと言われ、もっとも利用されてきたサービスです。

しかしながら「生活援助」の利用制限によって、さまざまな問題が起こっています。掃除の制限により、家の中がほこりまみれで喘息を起こすケース、洗濯の制限により不潔な状態で暮らすケース、買い物の制限により食材や日用品が入手できず、“買い物難民”と呼ばれるケースなどなどです。昨夏の猛暑では熱中症で900人を超える死者がでましたが、60歳以上が7割を占めたとのこと、早朝に訪問した訪問介護員が衰弱した利用者を発見し、一命を取り留めたケースもありました。

制度設計時には家族介護が前提とされていました。しかし、現在、“65歳以上の高齢者のいる世帯”のうち3世代世帯は20.5%で、1980(昭和55)年の50.1%から半減、2000(平成12)年の制度創設からも5%減少し、家族介護力が大きく低下しています。利用者の暮らしそのものには脆弱性、危険性があり、ひとり暮らしや老老世帯、“親と未婚の子のみの世帯”などの利用者にとって「生活援助」は欠かすことのできないサービスです。

2006(平成18)年度の介護報酬改定、介護給付適正化計画、指導・監査の強化のなかで、厚生労働省は再三、「一律機械的にサービスに対する保険給付の支給の可否について決定する

ことがないよう」との事務連絡文を出しています。それにもかかわらず、「生活援助」を過度に抑制する保険者がまだ多いのが現状です。「生活援助」の制限によって、老老介護の崩壊や施設入居待機者の加速、働き手である訪問介護員の離職などの社会的損失が懸念されます。

介護給付費分科会において、在宅サービスのなかでも訪問介護は必須のサービスとして、改めて評価を検討し、特に“同居家族”など家族形態による、「生活援助の制限を認めない」との見解をまとめることを提案します。

2. 介護予防訪問介護の、必要に応じた利用を認める必要があります

介護報酬の改定により、介護予防訪問介護に定額制が導入されました。その結果、利用者にとっては、認定ランクに応じた支給限度額の範囲内であるにもかかわらず、介護報酬の範囲でしかサービスが利用できないという二重構造が生じています。サービス提供事業所においては、やむを得ない状況に対応するため、介護報酬の採算を超えて、“持ち出し”でサービスを提供するケースも出ています。

介護予防訪問介護の制約により、「支給限度額があまっているのに、必要なサービスがなぜ利用できないのか」という声が多くあります。また、介護予防支援では介護予防訪問介護などに加えて、市区町村の独自サービス、非営利有償サービスを組み込むことが推奨されていますが、「非営利有償サービスではスタッフが限られ、希望する時間に訪問してもらうことができない」といった声が寄せられています。

介護予防訪問介護の定額制の課題について分析するとともに、事業者が必要な利用者に必要なサービスを届けることができるよう、報酬上の評価を再検討することを提案します。

3. 「生活援助」の提供時間に応じた評価が必要です

介護報酬の改定により、訪問介護の「生活援助」の提供時間が1.5時間を超えた部分について報酬上の評価がなくなり、「身体介護」では生活支援単価となりました。認知症の利用者へのサービス提供であっても、1.5時間を超えると生活援助と同等単価になります。事業者にとって訪問介護員の人件費が確保できない、あるいは持ち出しになるなど、大きな打撃となっています。専門性が求められるサービスであるにもかかわらず、なぜこのような評価となるのでしょうか。提供時間が長時間になると単価が下がることへの、合理的な理由が不明です。「生活援助」が2時間必要な場合には、1回で済んだサービスを2回に分け、むしろ提供回数が増えるという奇妙な事態も招き、利用者の不信感をも招いています。

「生活援助」のサービス提供時間に応じた評価を、再検討することを提案します。

4. 介護現場の裁量を認める必要があります

高齢期の心身の状況は日々異なり、不安定なものです。訪問介護員は訪問時に、利用者の心身の変化を見極めながらケアを提供しています。しかし、「ケアプランにないサービスは介護報酬を認めない」という一律の指導により、規制が強まっています。一方、訪問介護員の訪問時に緊急事態が起り、事前プラン以外のサービス提供が必要になるのは日常的状況です。

利用者の心身の変化に対応したサービス提供を保障するために、担当訪問介護員が訪問介護事業所のサービス提供責任者と連絡を取り、後にケアマネジャーに事後承認を得るなど柔軟なサービス提供を認めることを提案します。

5. 「通院等乗降介助」の再検討が必要です

通院では、医療機関に支援があることを前提にしており、訪問介護員による「通院等乗降介助」、「院内介助」が認められておりません。

しかし、支援機能のある医療機関は少なく、通院を断られるだけでなく、ケアマネジャーとの連携もないまま、一方的に医療機関が訪問介護員に支援を要求するケースもあります。高齢夫婦世帯、高齢ひとり暮らし世帯では、家族などの付き添いも頼むことができません。また、「通院等乗降介助」、「院内介助」には利用者の病状などの把握が必要で、ボランティアによる代替には限界があります。だからといって、ホームヘルパーの待機時間を自費で賄うことは、低所得層はもちろんのこと利用者には経済的負担が大きく、通院そのものが制限されています。

介護予防訪問介護では、定額制の報酬、包括的サービスになるとともに、「乗降介助」が除外されましたが、電話相談では支援がないことによる窮状が寄せられています。要支援1・2の要支援認定者であっても、「乗降介助」の提供が必要となる場合があると考えます。

「院内介助」については医療機関との連携がない場合には、訪問介護のメニューに位置づける必要があると考えます。

要支援認定者、要介護認定者に対する「通院等乗降介助」、「院内介助」のあり方について、再検討することを提案します。

6. 「散歩」を認めることが必要です

前回の報酬改定以降、訪問介護における「散歩」の付き添いに対する制限が厳しくなっています。しかし、介護保険における最大の理念は、支援を必要とする人たちが、心身ともに健やかな“日常生活”を営むことができるようになることです。

家族や周囲の人に遠慮して、散歩などのささやかな外出を依頼することができない利用者がいます。老老介護やひとり暮らし高齢者では、付き添いがなければ散歩そのものが困難です。

介護予防事業では「閉じこもり予防・支援」がメニューになっていますが、外出の機会が少ない利用者にとっては、廃用症状を防ぐためにも「散歩」は必要なメニューであると考えます。

訪問介護において、利用者の日常生活におけるADLを高め、QOLを高めるためにも、「居宅」内のみならず、訪問介護員による「散歩」の付き添いを認めることを提案します。

7. 認知症の利用者に対するサービス提供に評価が必要です

現在、多くの高齢者は「認知症になったら、我が家にいられない」と危機感を抱いています。居宅サービスには、地域密着型サービスにおける認知症対応型通所介護や小規模多機能型居宅介護が用意されていますが、事業者数、サービス提供量ともに不足しています。

そして、利用の最も多い訪問介護では、現行の「生活援助」、「身体介護」のメニューだけでは認知症ケアが不十分であり、サービスの充実は急務と考えます。また、訪問介護員が提供する認知症ケアについて、教育方法の確立も必要と考えます。

訪問介護における認知症ケアに対する、報酬上の評価を検討することを提案します。

8. サービス提供責任者の業務に対する評価が必要です

訪問介護におけるサービス提供責任者の役割は大きいものですが、介護報酬上の評価がないため、他の訪問介護員と同じく現場でのサービス提供も兼務しなければならないという、厳し

い労働環境にあります。

入れ替わりの激しい訪問介護員の管理者、指導者としての役割に見合う、介護報酬上の評価を検討することを提案します。

9. 特別な日時に対する評価が必要です

訪問介護では「身体介護」、「生活援助」とともに1年365日、サービスを提供する必要があり、多くの事業所そして訪問介護員は、スケジュール調整も含めて、途切れることのないサービス提供に努めています。しかし、朝・晩、土曜日や日曜日、お盆や連休、年末年始などには十分なサービスが提供されていない現状があります。

訪問介護は利用者にとって命綱であり、欠かすことのできないサービスです。

特別な日時であっても訪問介護員を安定的に確保するために、介護報酬上の評価を検討することを提案します。

10. ホームヘルパーの待遇改善について

高齢化が進むなか、訪問介護員などの介護サービス従事者は、今後6年間で約40万人から約60万人のさらなる確保が必要と言われていています。しかし、賃金が低いため離職に歯止めがかからず、人員基準を満たすことができないなどの理由で、訪問介護事業所の廃業が相次いでいます。また、応募してくる人なら誰でも採用せざるを得ないなど、「質を問う採用ができない」という事業所からの訴えもあります。

今後、質のいい訪問介護員を確保していくためには、常勤雇用を少なくとも4割以上確保できるようにするとともに、登録ヘルパーやパートであっても移動時間、待機時間、業務報告作成時間などを労働時間として認定し、賃金を払えるような介護報酬上の評価を検討することを提案します。

また、質の向上のために、介護福祉士を目指す訪問介護員養成研修修了者への支援策を早急に提示することが大切です。経済的にも時間的にも負担が大きくなると、介護福祉士を断念せざるを得ない人も多くなり、離職が促進され、人材不足に拍車がかかります。

さらに、訪問介護においても対応難度の高い利用者の増加が予想されています。施設介護では認定ランクに応じた介護報酬上の評価がありますが、訪問介護は一律の評価となっています。

専門職として命と生活を守り、神経をすり減らして働いている訪問介護員のために、重度加算の設定を検討することを提案します。

今後、訪問介護員も介護福祉士の国家資格になります。“国家”の名に恥じぬ待遇改善を希望します。

小規模多機能型居宅介護について：

小規模多機能型居宅介護は、介護保険法改正で創設された地域密着型サービスのメニューのひとつであり、『通い』を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時『訪問』や『泊まり』を組み合わせてサービスを提供することで、在宅の生活継続を支援する」と謳われ、認知症ケアの理想モデルとも言われています。

この実践が各地で行われるなら、在宅の要介護者、介護者にとって大変、有用なサービスです。

しかし、介護給付費分科会におけるヒアリングでも示されたように、サービス創設から2年半を経た現在、小規模多機能型居宅介護事業所は全国約1700カ所にとどまり、第55回分科会の資料によると、小規模多機能型居宅介護事業所（介護予防も含めて）の収支差率は-8.0%です。

また、要介護高齢者の生活は、同じ要介護度であっても、都市部と農山漁村、人口密集地域と過疎地で大きく異なります。保険者である市区町村に指定権限のある「地域密着型サービス」の利点を生かし、それぞれの自治体が地域特性を生かしたサービスを構築できるよう、自治体の裁量権を広げ、地域の実情に即した小規模多機能型居宅介護が全国各地に生まれるような報酬上の評価が必要と考えます。

「在宅の生活継続を支援する」サービスを定着させるために、以下のことを提案させていただきます。

1. 小規模多機能型居宅介護事業の報酬設定の見直しを

小規模多機能型居宅介護事業所が増えないのは、「通い」、「泊まり」、「訪問」、そしてケアマネジメントとトータル・ケアを提供するにもかかわらず、介護報酬の低すぎるのが原因です。特に利用者数、利用頻度とも多い要介護1、2の介護報酬の低いことが、経営を困難にしています。

また、「通い」を15名に限定していることは、利用制限ではないかとの疑問が呈されています。

トータル・ケアを1カ所で、しかも家庭的雰囲気の中かで提供するサービスにふさわしい事業として、介護報酬の改善および利用のしやすさを増す定員改善を提案します。

2. 計画作成に新たな評価を

小規模多機能型居宅介護の計画作成担当者は、登録定員25名までのケアプランの作成支援をしますが、介護報酬上の評価がありません。居宅介護支援事業所のケアマネジャーの担当件数上限は35件ですが、小規模多機能型居宅介護では介護職員との兼務や併設グループホームとの兼務も認められたうえで計画を作成している現状です。小規模多機能型居宅介護の計画作成を評価し、計画作成に要する時間を勘案した人員配置を設定することを提案します。

なお、当然のことながら、この評価については、居宅介護支援と同じく支給限度額の枠外とし、利用者負担が発生しないことが重要です。

3. 地域のケアマネジャーとの連携に評価を

小規模多機能型居宅介護の利用者にとって、それまでの居宅サービス担当ケアマネジャーから離れてしまうことは、地域との関わりを切られることになり、大変不安を覚えることです。小規

模多機能型居宅介護は定額報酬で、「通い」、「泊まり」、「訪問」を1カ所で提供するサービスであり、「囲い込み」にしないためにも、居宅介護支援専門員との連携加算を設定することを提案します。

4. 適切なサービス選択につなげるための評価を

小規模多機能型居宅介護では、利用者が増えるまでに時間がかかるといわれています。小規模多機能型居宅介護を紹介するケアマネジャーからは、数が少ないゆえに選択の余地が無く、利用者に適したサービスなのか判断がつかないという意見も聞きます。

利用者にとって適切なサービスかどうかを見極めるためにも、一定期間の「お試し」利用ができるよう報酬上の評価を検討することを提案します。

5. 医療系サービスとの連携

- ① 小規模多機能型居宅介護の利用者には、医療ニーズが高く、小規模多機能型居宅介護事業所での在宅診療や訪問看護が必要なケースがあります。

ひとり暮らしや日中独居の利用者の場合、病状説明や指示を受ける家族がいない自宅より、小規模多機能型居宅介護事業所での医療系サービスサービス提供に合理性があります。また、小規模多機能型居宅介護事業所には正看護師の配置が義務づけられていますが、併設施設がある事業所でなければ雇用が難しい状況にあります。

認知症対応型共同生活介護と同じく、医療連携加算による訪問看護事業所との契約でも可とすることを提案します。

- ② また、小規模多機能型居宅介護利用者は、現在の支給限度額の範囲では、在宅における訪問看護など医療系サービスを十分に利用できない状況にあります。在宅生活を続けるため、小規模多機能型居宅介護利用者の医療系サービス、特に訪問看護が利用できるようなしくみを検討することを提案します。

以上