

東京都介護支援専門員研究協議会(CMAT)会員の平成 24 年度制度

改正に関する利用者の実態と意識調査報告ⁱ(速報)

24 年度調査研究員会では、『平成 24 年報酬改定・制度改正の影響に関する調査』を会員向けに実施し、202 名の回答を得た。その結果、サービス提供時間の設定は、必ずしも利用者主体ではない実態や、介護支援専門員の公平性の担保ができていない状況が示唆された。3 月末にその詳細が明らかにされた改正による現場の混乱を最小限にするべく、利用者や家族の不満を受け止めながら、4 月 1 日から移行させるという過酷な介護支援専門員の業務実態が浮かび上がった。また加算の算定状況から居宅介護支援の報酬については事実上の減額改定であることが示された。

I. 背景および目的

平成 12 年の介護保険制度施行後、介護支援専門員は 3 年毎の制度改正に対応しつつ、介護保険法の主旨に則り高齢者一人一人の自立した生活を支える一翼を担ってきた。平成 24 年 4 月の介護保険制度改正においては、地域包括ケアシステムの実現を目的とした医療と介護の多職種連携に向けた具体的な取り組みのほか、訪問介護や通所介護の時間区分を含む大幅な変更も併せて行われた。

今回の多岐にわたる改正が、果たして高齢者の自立生活に資するものとなり得たかを、高齢者の代弁者としての役割・機能を果たすべく検証し、より実用的かつ効果的な制度の実現に寄与することを目的とし、このアンケートを実施した。

II. 方法

調査は、無記名自記式のアンケート方式で実施した。

平成 25 年 1 月中旬に、1488 名の会員向けに広報誌と一緒にアンケートを郵送し、1 月下旬に郵送で回収した。質問項目は、全員に対しては、「介護予防ケアマネジメントについての件数制限の廃止」について、「法改正に関する保険者の説明」と、「利用者の理解度」などについて、であった。

居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対しての質問項目は、「生活援助」について、「通所介護の提供時間変更」について、「入院時情報連携加算」について、「退院・退所加算」について、「緊急時等居宅カンファレンス加算」について、「看取り」について、「支援困難ケースの依頼・委託」についてであった。(資料 1 参照)

調査の結果、202 票（回収率 13.6%）の回答を得た。

Ⅲ. 結果および考察

1) 回答者と回答者が所属する事業所の基本情報について

- (1) 年齢 50代が32.7%と最も多く、50歳以上が6割を超えていた。
- (2) 性別 女性が78.7%であった
- (3) 基礎資格 介護福祉士が最も多く55%を占めていた。
- (4) 業務年数 5年から10年が41.1% 10年以上が40.1%であった。
- (5) 勤務形態 常勤が81.2%であった。
- (6) 管理者 管理者が48.4%、管理者以外が51%であった。
- (7) 主任介護支援専門員 44.1%が主任介護支援専門員であった。
- (8) 活動している市町村 諸島部を除き都内ほぼ全域で活動している会員からの回答を得た。
- (9) 担当件数 居宅介護支援では21～30件が35.4%、31～40件が39.6%であった。介護予防マネジメントでは1～10件が65.1%であった。施設などの介護支援専門員は、31～40件が29.4% 11～20件が17.6%であった。
- (10) 事業所 法人の種類では、全国1～19拠点の営利法人が32.2%、社会福祉法人(社協以外)が20.8%、全国20～99拠点の営利法人が10.4%、医療法人9.9%であった。
特定事業所ではない居宅支援事業所が42.1%を占め、特定事業所加算Ⅰに該当する事業所が5.0%、特定事業所加算Ⅱに該当する事業所が25.2%、地域包括支援センターが10.4%であった。併設がない事業所が10.9%、併設がある事業所のうち、訪問介護を併設しているのは54.0%、通所介護は38.6%であった

2) 生活援助について

- (1) 87.7%が「利用時間の変更した」と答え、26.5%は「すべてのケースで利用時間を変更」し、14.8%は「事業所によって変更するケースがなかった」と答えている(図1)。このことは、介護支援専門員の公平性の担保ができていないことを示唆している。「その他」はもともと生活援助3がケアプランに位置付けられていなかったと答えている。
- (2) 生活援助の利用時間や回数に変更になったケースではどのような影響があったかについては、「提供回数を増やしたことで利用者の費用負担が増えた」と答えた割合が43.2%、「支援内容の一部を利用者や家族が行うことになった」が42.0%あり、「支援内容を減らさずに時間の短縮ができた」の36.4%を上回った。支援内容の一部(掃除、買物、調理)に介護保険外サービスを導入したのも19.8%となり、これによっても利用者の費用負担が増えたことになった。「サービス提供時間および提供回数の変更について、利用者および家族の理解を得ることに苦心した」と答えた割合が51.2%と半数を超えていた(図2)。「支援内容を減らさずに時間の

短縮ができた」と36.4%が答えていることは、それまでのアセスメントが不十分であったことを示しているとも考えられるが、「ヘルパーがすごく忙しくなった。」「ヘルパーにゆとりがなくなった。」「ケアの質の低下」「利用者も慌ただしく落ち着きがなくなった。」「不足した部分を利用者本人があきらめ、我慢している。」という、帳票には表れにくい弊害が生じている。

図 1 生活援助3の利用時間の変更について (単一回答)

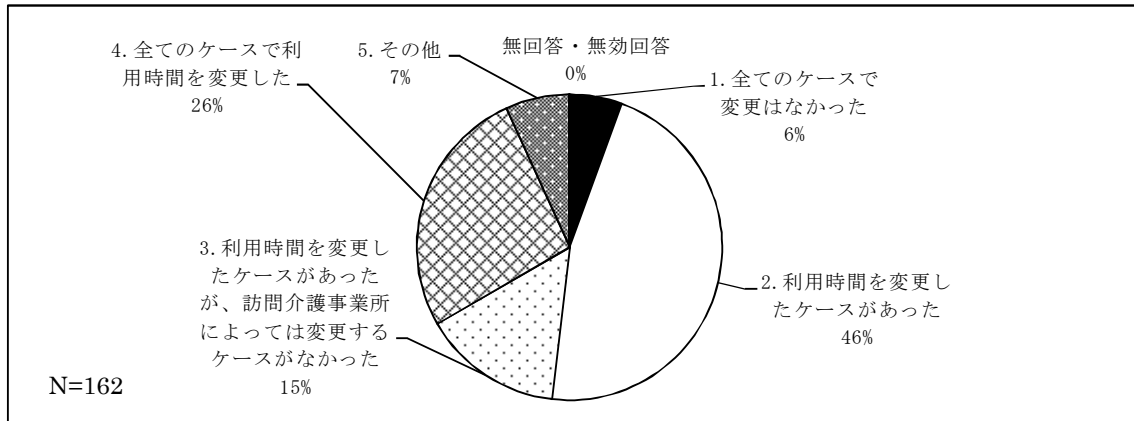
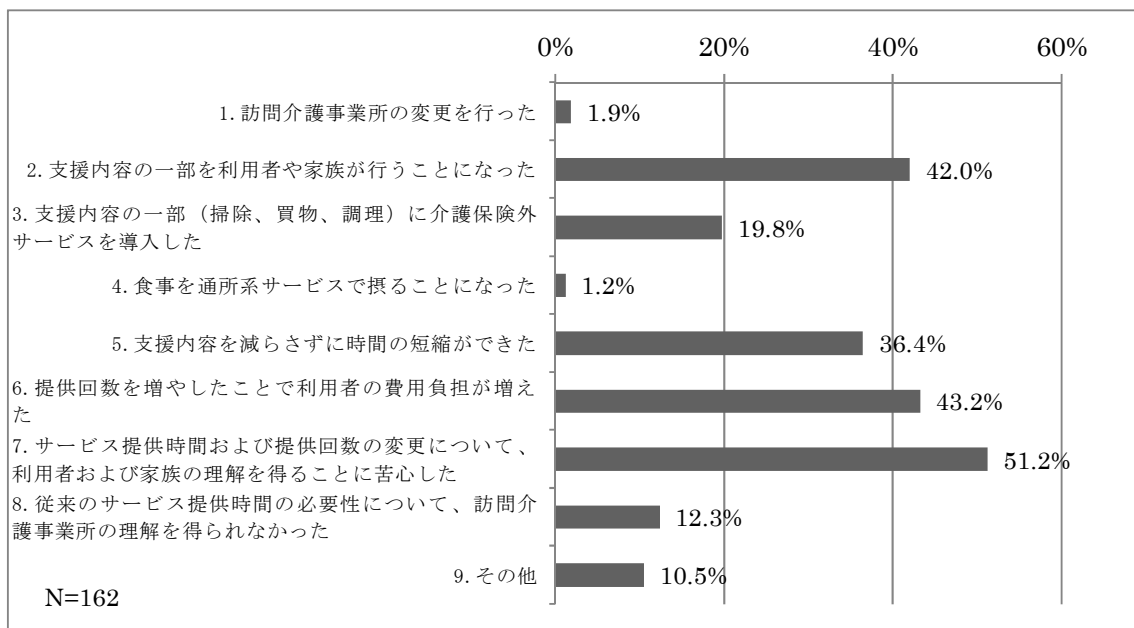


図 2 生活援助の利用時間の変更による影響(複数回答)



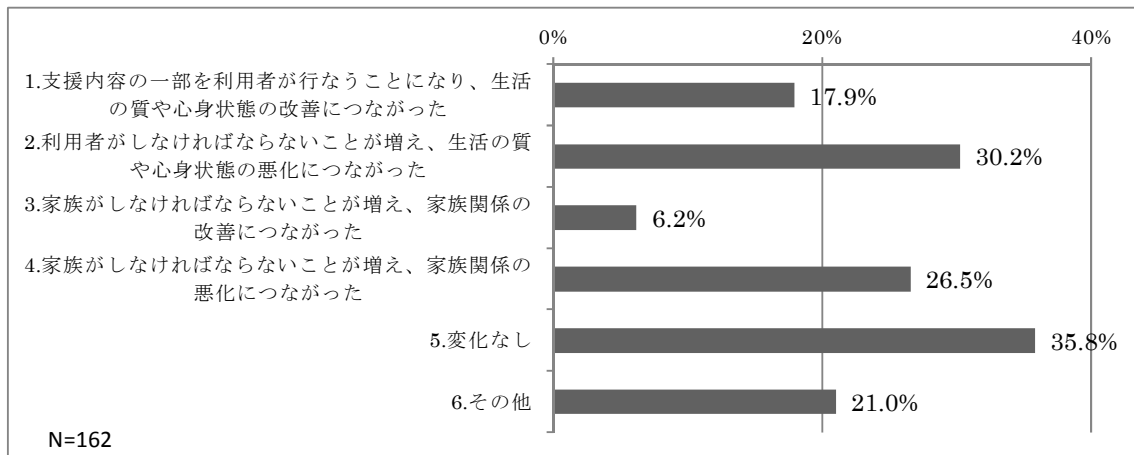
(3) また「訪問介護事業所の変更を行った」のは1.9%のみであることから、提供時間のニーズによって事業者を選択する自由がない現状を示している。また利用者には、単にサービス提供時間だけではなく、「長い月日をかけてようやく信頼関係が構築された事業所を継続して利用したい」というニーズがあり、多少の不便よりこちらを優先させている状況が読み取れる。

(4) 介護支援専門員の視点から、今回の「生活援助」の時間区分変更により、利用者の生活に生じた変化については、「変化なし」が35.8%と最も多かった。しかしながら、ヘルパーが大変忙しくなり、利用者とのコミュニケーションの減少やケアの質

の低下や経済的負担の増加などが「その他」として挙げられていた。利用者が行うことにより生活の質や心身状態の「改善につながった」のは17.9%であったのに対し「悪化につながった」のが30.2%という結果になった。

家族がしなければならないことが増えたことによる家族関係は「改善につながった」が6.2%であったのに対して、「悪化につながった」が26.5%と圧倒的に多かった(図3)。また家族関係だけではなく、家族の体調の悪化も「その他」として複数挙げられていた。

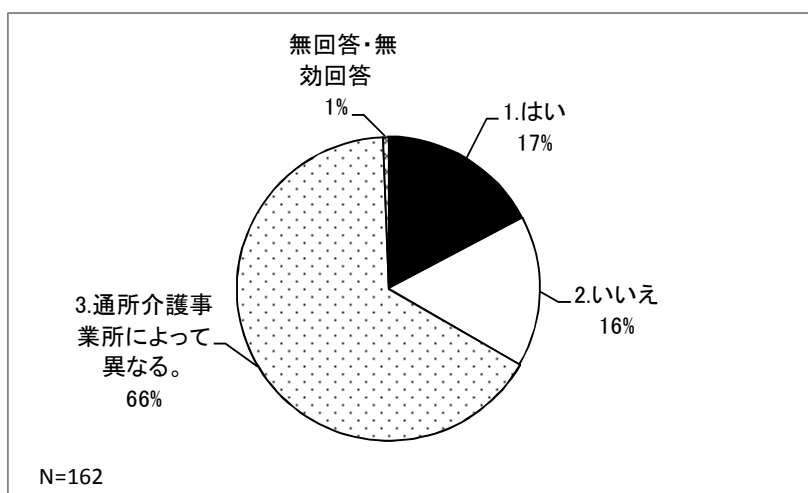
図3 生活援助の時間区分変更による利用者等の変化(複数回答)



3) 通所介護の提供時間変更について

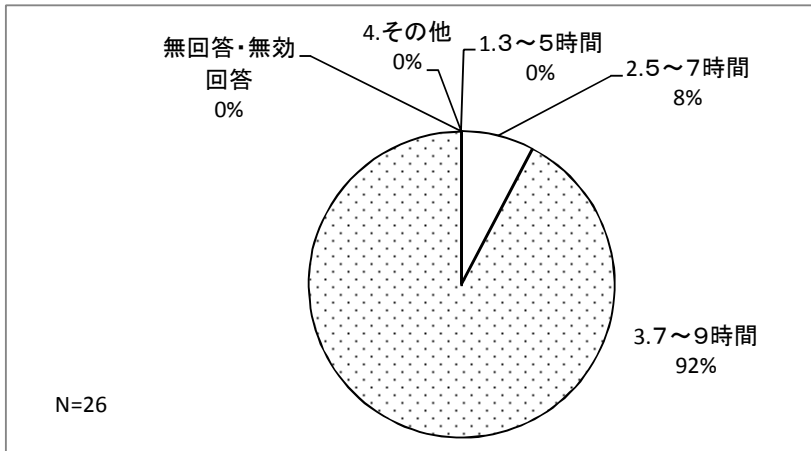
(1) 調査の時点で担当している利用者が「3～5」「5～7」「7～9」時間等、利用時間が選ぶことができるかどうかについては、「できている」と答えたのはわずかに17.3%であった。利用者本位である割合は2割に満たなかった。「できていない」と答えたのは16.0%であったが、「通所介護事業所によって異なる」と答えた割合は66.0%であり、主体が利用者ではなく、事業者本位になっていることが明らかになった(図4)。通所介護事業所の安定的な経営のためには、今回の報酬改定では「7～9」を提供せざるを得ない実態があり、当然予測されることであった。

図4 利用者が通所介護の利用時間を選べているかどうか(単一回答)



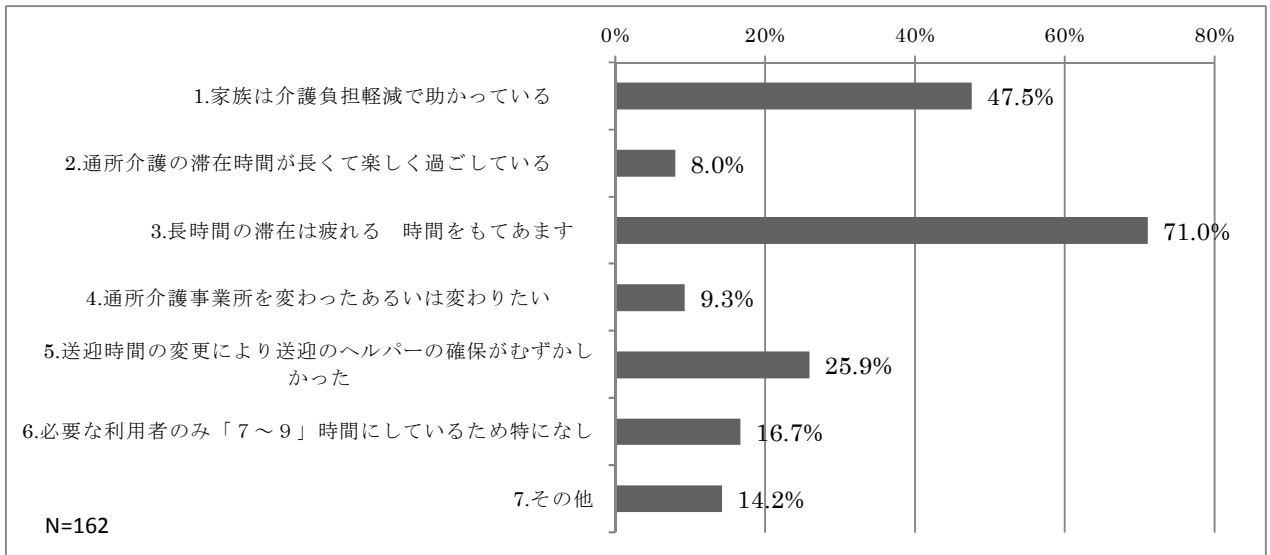
(2) 利用時間を選ぶことができていないと答えた26名について、一番多い時間帯を訊いたところ、92.3%が「7～9」時間であった。(図5)

図5 通所介護の利用時間を選べていない場合の時間区分(単一回答)



(3) 「7～9」時間という提供時間を利用者は「長時間の滞在は疲れる 時間をもてあます」と71.0%の介護支援専門員が答えており、「通所介護の滞在時間が長くて楽しく過ごしている」と答えていたのは8%であった。「必要な利用者のみ『7～9』時間にしているため特になし」と答えたのは16.7%であり、利用者にとってこの時間帯が適切とは言えないのに「7～9」時間に変更している介護支援専門員が多くいることがわかった(図6)。必要な場合に休息が取れる環境の整備や、楽しめるサービスメニューがあるかどうかも事業者選択の要因とするべきであろう。

図6 「7～9」の通所介護の利用者のご意見(複数回答)



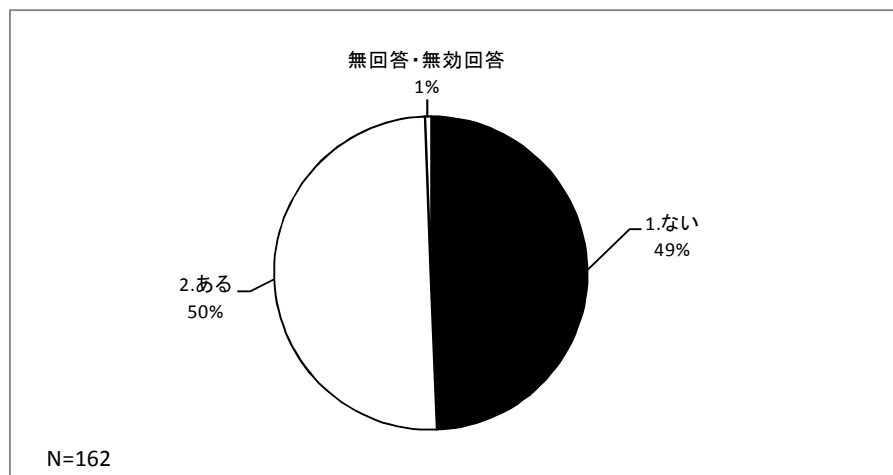
「家族は介護負担軽減で助かっている」と47.5%が回答していることから、介護者のレスパイト目的としての「改正」は効果的であったと言える。ただ、本来サービス提供時間は、平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vo1.2)において「各利用者の通所サービスの所要時間は、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ

て作成される通所サービス計画に位置づけられた内容によって個別に決まる」と示されている。前述のように、現状では、事業者の諸事情により、利用者がサービス提供時間を選択できる環境にあるとは言い難い。よって、今後は保険者が事業者に対し、適正化に向けた情報発信を適宜行う等の保険者機能の遂行が求められよう。一方で、介護支援専門員は利用者本位のサービス提供を実現するために、事業者に対してモニタリング結果を基に、柔軟な提供時間の設定が可能になるよう提案していくことが今後求められる姿勢であろう。

4) 入院時情報連携加算／退院・退所加算／緊急時等居宅カンファレンス加算について

- (1) 入院時情報連携加算を算定したことが「ある」のは50.0%であり(図7)、そのうち90.1%が「病院または診療所を訪問している」と答え、38.3%が訪問以外の方法でも連携をとったと答えている。2009年の当委員会の行った調査では、改正前の医療連携加算は、1255事業所のうち201事業所が算定し、その割合は16%と低かった。算定の規定が不明瞭であり、算定しにくかったことから医療連携加算は請求留保(該当するケースでありながら請求をしなかった)の割合が63.9%で、その理由として「情報の提供を行わなかった」「病院からの情報提供を求められなかった」などが挙げられていた。

図7 入院時情報連携加算の算定(単一回答)



- (2) 今回の退院・退所加算を算定したと答えたのは76%であった(図8)が、そのうち約半数は算定件数が2件以下と答えた。2009年の調査では、退院退所加算を算定した事業所の割合はIとIIを合わせて、26.0%であった。退院退所加算も請求留保の割合が30.9%と高く、「病院から情報がもらえなかった」などが理由に挙げられていた。
- (3) 今回の改正では医療側にも加算が追加され、入院時には「介護支援連携指導料初回指導300点」、退院時には「退院調整加算1(急性期)340点~50点」「退院調整加算2(慢性期)800点~200点」「地域連携計画加算300点加算」「介護支援連携指導料2回目300点」「退院時共同指導料2 2000点~300点」「退院前訪問指導料(OT・PT)555点」「診療情報提供料250点」等介護保険報酬改定と連動する報酬の仕組み作りがなさ

れたことも、介護支援専門員にとって病院などと連携しやすくなった一因になっていると考えられる（資料2参照）。このことは医療との連携について、「退院・退所の調整が滞りなく行われた」と50.6%が回答し、「平成24年以前と比べると、病院及び病院関係者との対応が取りやすくなった」と40.1%が回答していることから伺える（図9）。

図8 退院・退所加算の算定（単一回答）

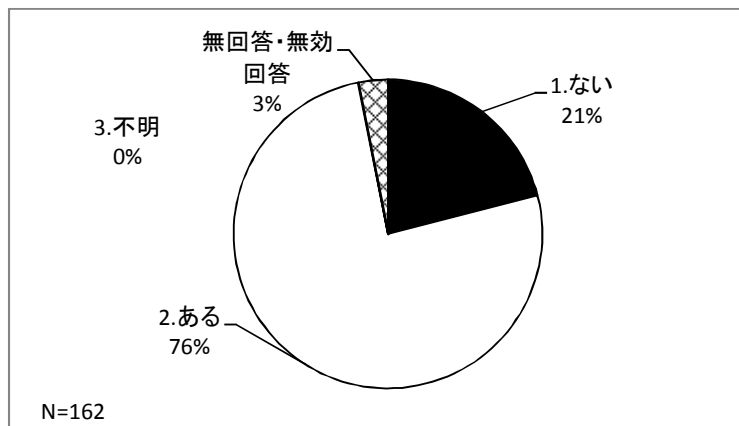
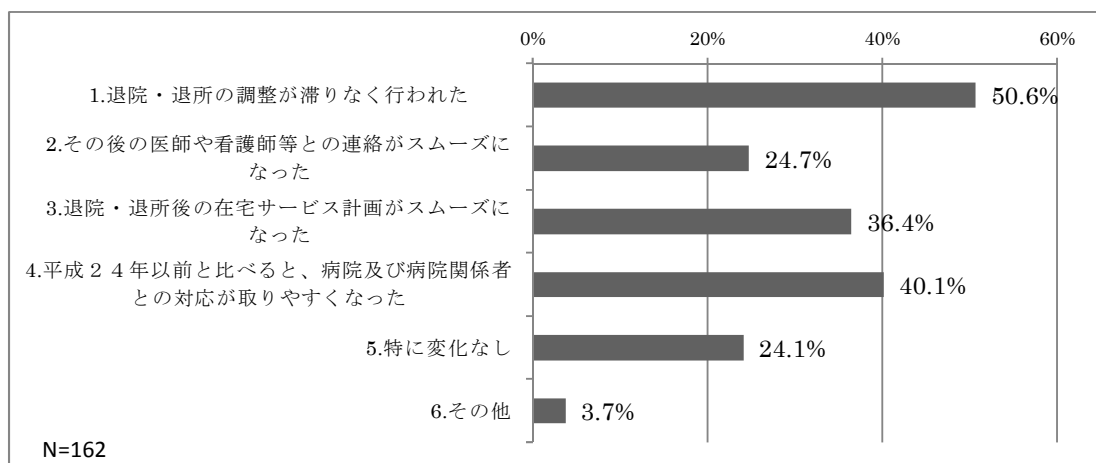


図9 改正後の医療連携について（複数回答）



退院退所のあった1件に何回算定したかについては、1回と答えたのは95%であり、2回算定したのは29%、3回算定したのは14%であった。

(4) 緊急時等居宅カンファレンス加算については6.8%しか算定をしていなかった。

退院退所加算（3回）や緊急時等居宅カンファレンス加算は、介護支援専門員の努力によってのみ算定できるものではない。相手あって算定できる構造、複雑な算定要件から、算定率は伸びないとの国の当初からの想定に基づくものであり、平成24年改正における居宅介護支援の報酬改定は実質的な減額報酬改定であったと考えることができる。

5) 新しいサービスについて

(1) 生活機能向上連携加算は6.2%がケアプランに位置付けたことがあると答えたが、80.9%がケースはなかった答え、サービスがないなどの理由で導入できなかったのは2.5%であった。都内では訪問リハビリテーション事業者が少なく、訪問看護

事業所からの理学療法士の訪問を受けている利用者が多い現状から、算定されにくい加算である。

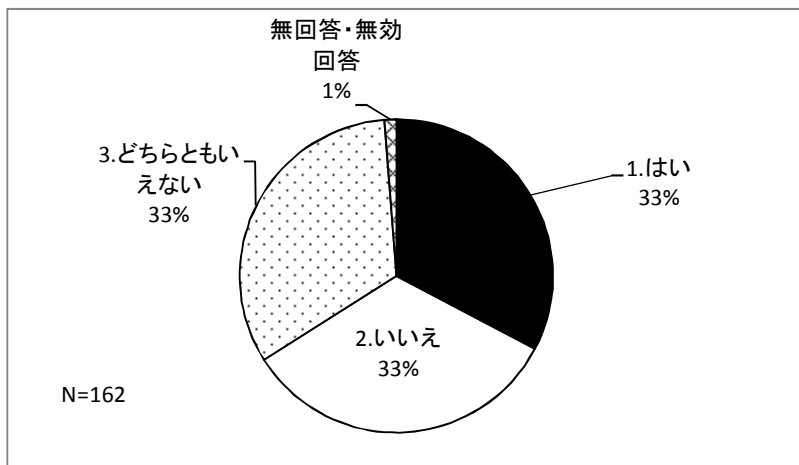
- (2) 定期巡回型・随時対応型訪問介護看護については、8.6%がケアプランに位置付けたことがあると答えたが、79.6%がケースはなかった答え、サービスがないなどの理由で導入できなかったのは5.6%であった。
- (3) 介護職による痰の吸引については、6.8%がケアプランに位置付けたことがあると答えたが、78.6%がケースはなかった答え、サービスがないなどの理由で導入できなかったのは4.3%であった。

以上3つのサービスとも導入できなかったことと保険者には偏りは無かった。

6) 看取りについて

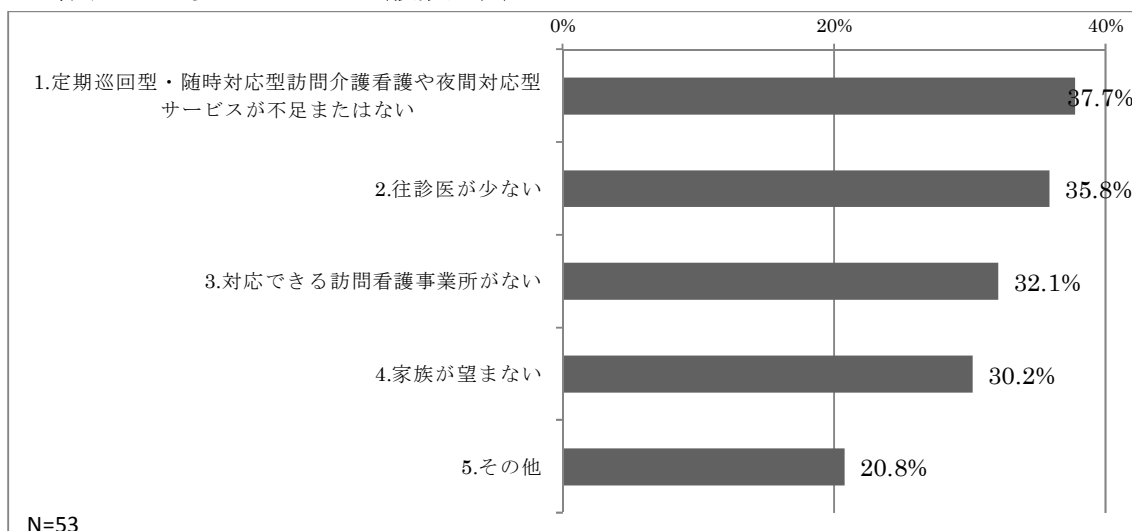
- (1) 介護支援専門員として在宅で看取ることへの「不安がある」と答えたのは32.7%であり、「不安がない」「どちらともいえない」と答えたのもほぼ同数であった(図10)。

図10 ケアマネジャーとして在宅での看取りについて



- (2) 「不安がある」理由として、定期巡回型・随時対応型訪問介護看護や往診医や対応できる訪問看護事業所など医療系のサービスの不足をそれぞれ37.7%、35.8%、32.1%が挙げている。家族が望まないことも30.2%がその理由に挙げている(図11)。

図 11 看取りに不安がある理由（複数回答）



7) 地域包括支援センターからの支援困難ケースの依頼・委託について

地域包括支援センターから支援困難ケースを頼まれたことがあると答えたのは64.2%であった(図 12)が、依頼された件数は、1件が25%、2件が33%であった(図 13)。

支援困難ケースについて、地域包括支援センターと共通の認識を持つことができていると答えたのは51.2%で、連携して取り組むことができていると答えたのは44.4%、地域包括支援センターから十分な情報提供があったと答えたのは27.2%にとどまった(図 14)。支援困難の定義もあいまいであり、特定事業所加算Ⅱを算定する際、問題が生じる可能性があり、地域包括支援センターが困難ケースの情報を十分伝えないまま依頼している実態が明らかになった。

図 12 地域包括支援センターからの支援困難ケースの依頼

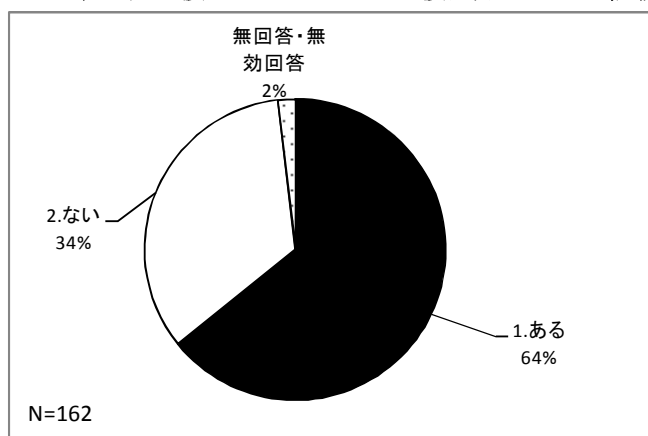


図 13 依頼や委託のあった支援困難ケースの件数

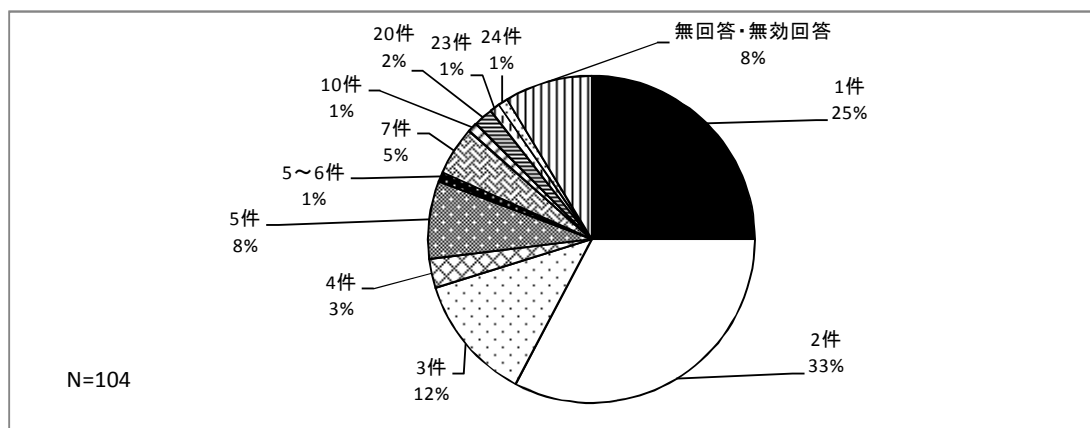
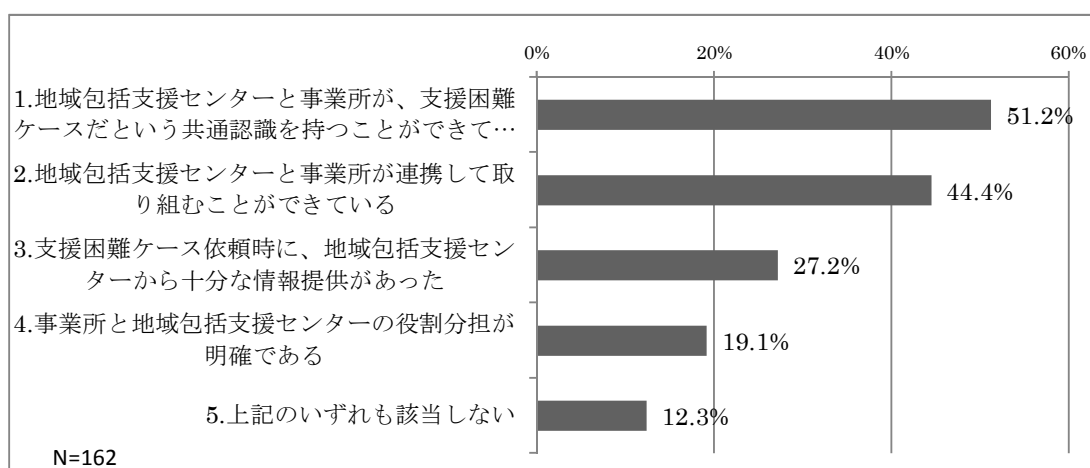


図 14 依頼された支援困難ケースについて(複数回答)



8) 介護予防ケアマネジメントについて

地域包括支援センターからの委託があった「介護予防のプランを都合により断ることができている」と答えたのは46.3%であり、「介護予防プランを組むことについて、事業所は積極的である」と答えた割合が24.1%であった(図15)。事業所が主体的に介護予防ケアプランを受け入れている状況が見て取れた。

また、介護支援専門員一人8件枠の廃止については、「報酬が要介護1～5と同条件になるなら担当すべき」が44.1%と最も多く、「ケアマネジメントの根本の目的を、ケアマネジャーも含めて再検討するべき」38.6%、「報酬にかかわらず居宅のケアマネジャーが一連の流れとして担当すべき」16.3%と、介護支援専門員が担当するべきという意見が多数を占めた。介護支援専門員以外が担当するべきという意見については、「介護保険から切り離し、介護予防・日常生活支援総合事業など地域の社会資源を開発し支援していくべき」が36.6%、「地域包括支援センターが担当するべき」は26.7%、「利用者の自己作成を推進するべき」11.9%と続いた(図16)。要支援者について一連の流れとして介護支援専門員が担当するべきと考えている回答者にとっては、手間がそれほど変わらないにも関わらず現在の報酬の低く抑えられて

いることが問題となっており、介護予防を介護保険と切り離して考えるならば地域包括支援センター等が主体となって新しいシステムを構築していくべきであり、現状はその点が曖昧であり次のステップに進めないでいることを感じさせる結果となった。

図 15 介護予防ケアマネジメントとの委託についての事業所の対応(複数回答)

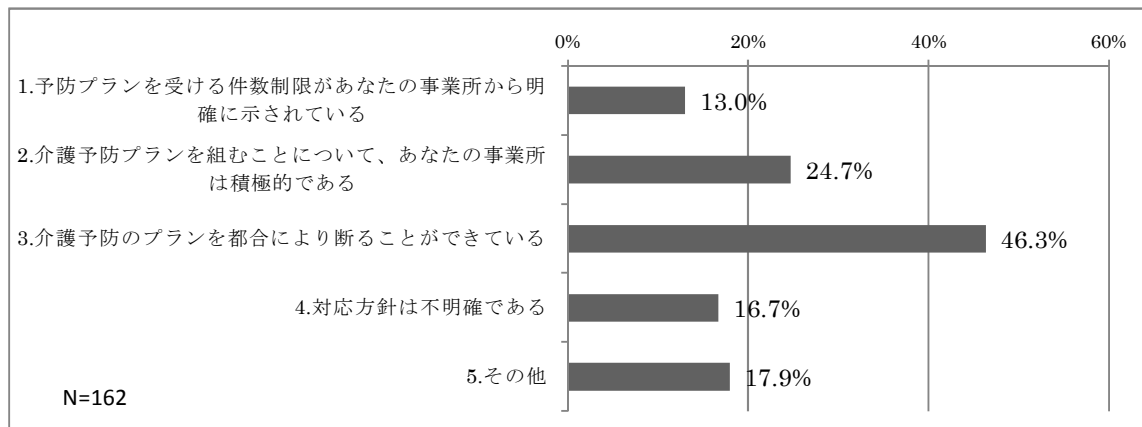
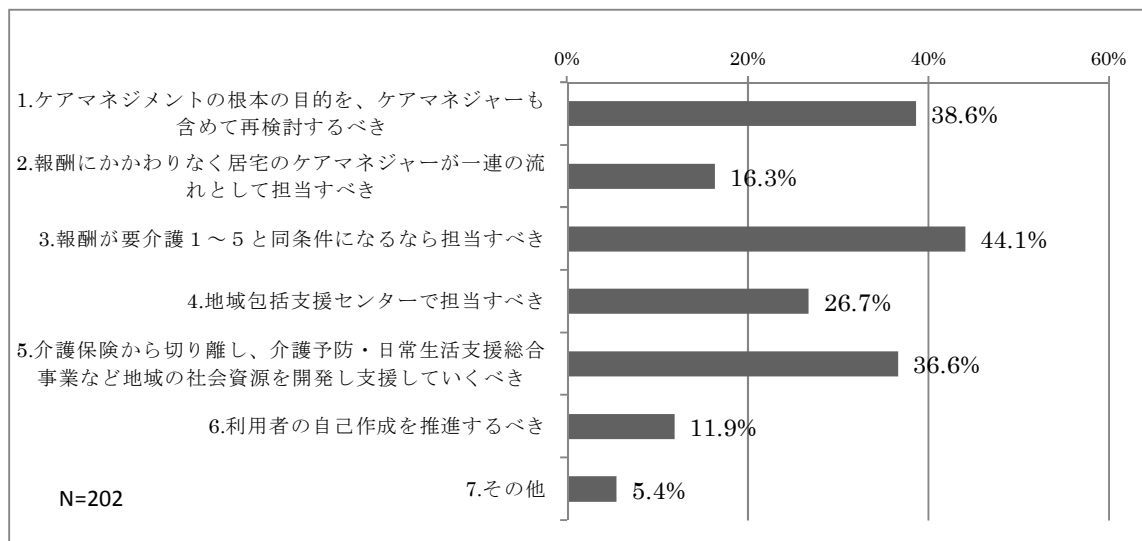


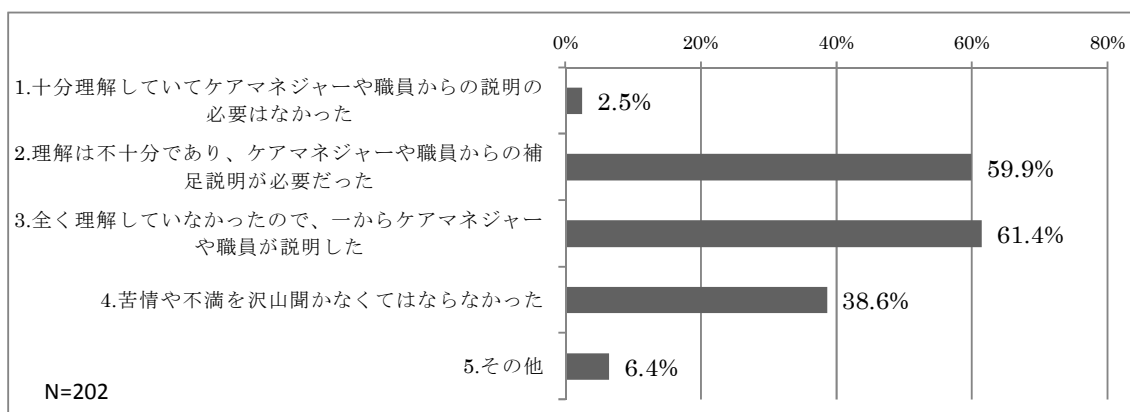
図 16 介護予防ケアマネジメントについて(複数回答)



9) 報酬改定や制度改正に関する利用者の理解度について

(1) 利用者の改正についての理解度については、「十分理解していてケアマネジャーや職員からの説明の必要はなかった」と答えたのはわずかに2.5%であり、「理解は不十分であり、ケアマネジャーや職員からの補足説明が必要だった」は59.9%、「全く理解していなかったので、^{いち}からケアマネジャーや職員が説明した」が61.4%であった。またその際「苦情や不満を沢山聞かなくてはならなかった」と答えたのは38.6%であった(図17)。

図 17 改正に対する利用者の理解度(複数回答)



(2) 今回の報酬や制度改正について、保険者から市民や利用者向けに説明が「あった」と答えたのは24.8%で、「なかった」37.1%、「わからない」37.6%を下回っていた(図18)。

保険者から市民や利用者向けに説明が「あった」という回答者に具体的な方法を尋ねたところ、78.0%は「区市町村の広報などに記事を掲載」と答えており(図19)、これが高齢者の目に触れていたかどうかは疑問である。また「住民や対象者向けにパンフレットやチラシを作成」と26.0%が答えていた(図19)が、作成したという回答があった足立区、荒川区、大田区、国分寺市、新宿区、杉並区、墨田区、立川市、西東京市、東村山市、町田市の同じ市区町村の他の介護支援専門員には認識されていないことから、一般市民にも広く渡っていたとは言い難い。

「老人会などで保険者が説明」したのは国分寺市と八王子市、「地域包括支援センターが住民向け説明会を実施」したのは荒川区、府中市、練馬区と各一人が答えていたが、やはり同じ市区町村の他の介護支援専門員には認識されていなかった。

図 18 保険者の改正についての市民への説明(単一回答)

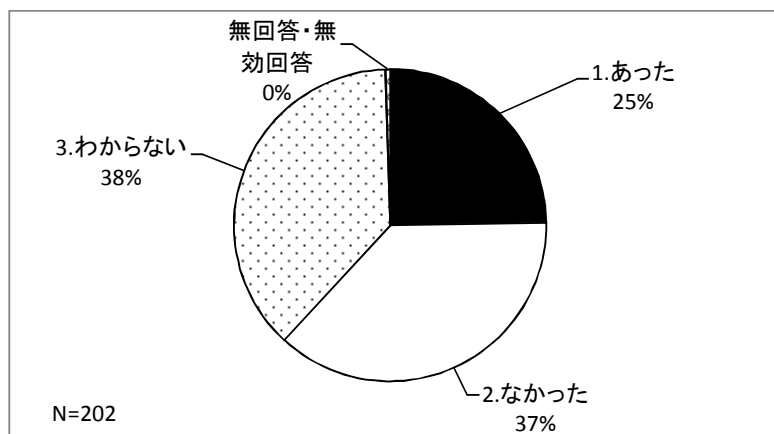
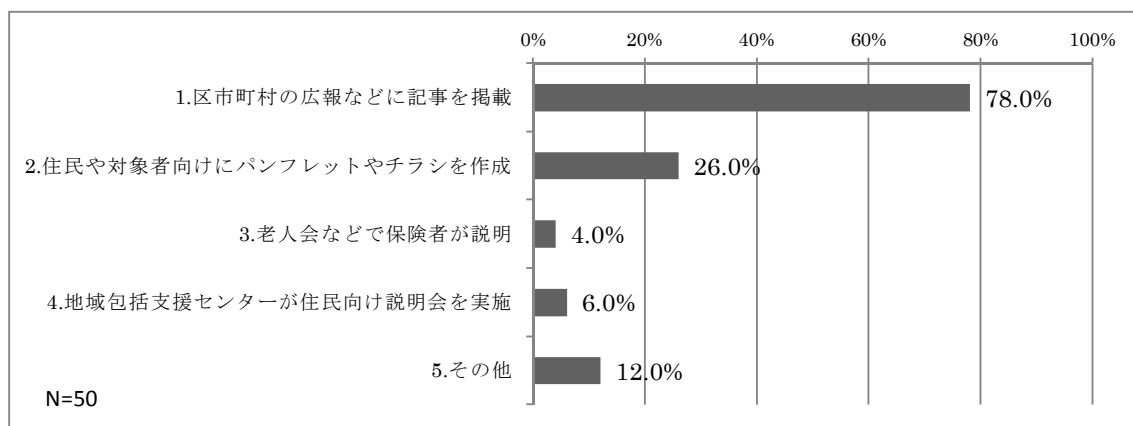


図 19 保険者の説明方法(複数回答)



3年毎に行われる改正は4月1日から施行と決まっているにも関わらず、その詳細が明らかになるのはいつも3月末であり、今回Q&Aが示されたのは3月30日と4月に入ってからであった。保険者でさえ準備が間に合わない状況下で、介護支援専門員は4月1日からのケアプランを利用者に提示し、同意を得なくてはならず、保険者によっては利用者全員の担当者会議を開くことも要求されていた。今回の改正について、利用者に説明し、その不満を受け止めながら、業務を遂行しなくてはならない3年に一回の春の苦行を当然のことと厚生労働省の担当者は考えているのであろうか。介護支援専門員はともかくとしても、今回のようにサービス提供時間の変化について、説明を受け理解し納得する十分な時間も機会も与えられなかった、利用者や家族の混乱は大変大きかった。

他の法律が施行前に十分な期間をもって公布されているのに比べ、なぜ介護保険法だけは直前になるのか、交通標識の準備ができないうちに道路交通法の改正が施工されれば、事故が起こるように、介護の現場でも多くの事故が起きる危険性があった。それを未然に防ぐために奔走したのは介護現場の介護支援専門員やサービス提供事業者等であったことは評価されなくてはならない。

10) 指導・監査・返還について

実地指導や監査があったと答えたのは10.4%であった。指導や監査はケアプランに関してが殆どであり、医療系プラン(訪問看護等)や困難ケース、加算項目などもあった。また、(自主返還も含む)返還があったのは3.5%であったが、「営利法人の全ての介護サービス事業所に対し指導監査を実施」することが、平成19年6月の経済財政改革の基本方針で閣議決定されていることから鑑みて、今後、指導・監査・自主返還も含む返還は増加することが予測される。その理由として「介護支援専門員の質が低下している」のではなく、指導監査の内容が年々より精緻になっていることが要因の一つであると考えられる。

i 平成24年度調査研究委員会メンバー(五十音順):石山麗子(委員長), 江頭智子 栗原直美 笹原恭子, 武智禎史 立野麻衣子