

介護保険制度改正に向けた提言

平成22年10月5日

特定非営利活動法人

東京都介護支援専門員研究協議会

介護保険制度が開始されてから10年目を迎え、制度は都民の生活に不可欠なものとして定着したといえます。しかし、一方で介護の現場では、サービス種別によっては供給量が不足しており、また、サービスはあっても必要な時に必要なだけ使えないなど制度と介護ニーズとのミスマッチも顕著となっています。

要介護高齢者の8割以上を占める75歳以上高齢者数は2050年頃まで増加すると予測され、特に都市部での高齢化の進展が著しいといわれています。まさにこれから介護問題の正念場を迎えようとしています。

今こそ、今後の高齢化のピークを見据えて制度を現場の視点から見つめ直し、都民が安心して高齢期を迎えられるよう、要介護高齢者の尊厳を守り、介護する家族もその人らしい生活が送れるような制度に改善していく必要があると考えます。

我々介護支援専門員は、ケアマネジメントに基づき適切なサービス提供をすることにより介護を要する高齢者の自立を支援するという大切な役割を担っています。これからも自己研鑽に努め、ケアマネジメントの向上に貢献していきます。

このような認識のもと、平成24年度の制度改正に向けて、東京都の介護支援専門員の職能団体として、ケアマネジメントの向上と、都民が安心して利用できる制度への改善を目指して、以下のとおり提言します。

第1 ケアマネジメントの向上について

要介護高齢者に適切なサービスを提供して支援するためには、ケアマネジメントの向上が不可欠です。そのためには、次の対応が必要と考えます。

1 ケアマネジメントの向上

(1) 研修の充実

ア 養成研修(実務研修)にインターンシップを導入

介護支援専門員の養成研修(実務研修)については、研修期間が7日間で実施されていますが、ケアマネジメントの実務を習得するためには、質量ともに不十分であり、新人の介護支援専門員はケアマネジメントを習得しないまま就業しているのが実態です。

実務研修で一定レベルのケアマネジメントの習得ができるよう、一定期間特定事業所などで主任介護支援専門員の指導のもとに行う実習をカリキュラムに含めるなどの大幅な充実を図るべきです。

イ 地域特性に応じたカリキュラム編成

現任研修については、多くの介護支援専門員が業務遂行のために力量アップを望み現任研修に期待していますが、その内容は、全般的に講義が多く必ずしも実践に生かされるものとはなっていません。また内容的にも現場で求められているものとのミスマッチがあります。

現任研修をより地域の実情に応じた実践的で現場にマッチした内容とし、スキルアップのため、年に1度は受講するようにすべきです。そのためにも現行の全国画一的なカリキュラム内容につ

いて、国は標準を示すにとどめ、より現場の声を反映しやすい都道府県の裁量を拡大するなどより弾力的なものとするべきです。

(2) 主任介護支援専門員の質の向上

現行制度では、5年の実務経験を経て主任介護支援専門員研修を修了すれば主任介護支援専門員となりますが、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の役割は明確化されておらず、主任介護支援専門員が活かされていない実態があります。また、主任介護支援専門員研修後のフォローもありません。

居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の役割の明確化を図るとともに、主任介護支援専門員の質の向上を図るため、フォローアップ研修を制度化すべきです。

(3) 施設におけるケアマネジメントの向上

施設(介護保険3施設)におけるケアマネジメントは、利用者の個別援助を推進する上で重要であるにもかかわらず、施設介護支援専門員(計画担当介護支援専門員)が兼務であるなどの制約により、必ずしも十分活かされていない実態があります。

施設における個別援助を推進するため、施設介護支援専門員を専任とし、適切なケアマネジメントが実施される施設に対し報酬の加算措置を講ずべきです。

(加算要件案)

- ・専任の施設介護支援専門員の配置
- ・適切なケアマネジメントの実施(質の担保のための受け持ち件数の上限の引き下げ、ケアマネジメントプロセスの実施、入所・退所指導、家族支援、地域住民との連携等の実施)

2 介護支援専門員の判断の尊重

同居家族のある場合の生活支援、外出支援、院内介助など給付の範囲が不明確で、さらに、保険者により解釈が異なることもあり、適切な利用者支援ができない状態となっています。

これらについては、自立支援の観点から介護支援専門員がアセスメントに基づき作成するケアプランについては、専門職としての判断を尊重すべきです。

3 介護報酬について

(1) 介護報酬の引き上げ

介護支援専門員の報酬は、求められる業務の専門性、業務の範囲、業務の量に比して、極めて低額です。今、介護支援専門員に求められている、医療との連携、地域の社会資源の開発など幅広いケアマネジメントを担っていくためにも、またケアマネジメントの公平性、中立性を保っていくためにも、介護報酬の引き上げが必要です。

当会の試算(居宅介護支援事業の単独運営が可能な報酬単価への引き上げ)では、全国ベースで約14%程度の引き上げ(要介護3から5の場合で、13,000円⇒15,000円)が必要です。

さらに、家賃や人件費等の運営コストの高い大都市東京においては、地域別単価の是正(当会の試算では全国の1.18倍程度)が必要です。

(2)介護保険サービスが入らないケアプランの評価

介護保険サービス以外のインフォーマルサービスや関連領域の社会資源のみで支援するケアプランを作成した場合、通常のケアマネジメントと同等の業務を行ったにもかかわらず、報酬上評価されません。退院支援の援助を行ったが実際に退院できなかった場合も同様です、これらについても必要な業務として評価し、報酬の対象とすべきです。

第2 在宅生活の継続支援のために

制度発足後、在宅サービスの供給総量は大幅に拡大しました。しかし、サービス種別で見ると、量的に不足しているものや、サービスはあってもニーズに適合していないものがあります。これらが在宅生活の継続が途切れる大きな要因になっているものと考えます。

要介護の状態になっても(一人暮らし、老老介護、認認介護を含めて)、24時間安心して地域での生活が継続できるよう、次の改善が必要です。

1 在宅サービスの充実

(1)ショートステイの大幅な増床

特別養護老人ホームでの実施が中心のため、ベッド数自体が不足しており、常時定期的利用の予約で一杯になり、家族の疾病など緊急のニーズに対応できない状況です。

家族の介護負担の軽減、緊急時の対応のためにショートステイの大幅な増床が必要です。

単独施設の増設など多様な形態でショートステイの大幅な拡大を図るとともに、地域の実情に応じた緊急対応の仕組みを作り、家族の疾病時等の緊急時の利用ができるようにすべきです。

また、デイサービス施設を活用した宿泊の制度化にあたっては、利用者の安全とサービス水準の確保の観点から適切な基準を設定すべきです。

(2)ニーズにあったデイサービス利用時間帯の実現

デイサービスの実施数、利用者数は着実に増加していますが、利用時間帯をみると、介護者の就労や個別のニーズに十分対応できていません。

デイサービスの時間延長、土日祝日や夜間利用の拡大など利用者のニーズにあったサービス提供の充実を図るべきです。

(3)認知症高齢者の見守りなどホームヘルプサービスの新形態の創設

ホームヘルプサービスは身体介護と生活援助の2種に区分されていますが、提供時間、提供回数に制約があり、必要な支援が実施できない状況です。

サービスの24時間365日支援の充実に加え、服薬確認、安否確認などのための5分、10分の短時間サービス、認知症利用者の不穏時の見守りのためのサービスなど、利用者のニーズに応じた訪問介護サービスの充実を図るべきです。

(4)医療的ニーズの高い要介護高齢者も利用できるサービスの充実

経管栄養や吸引などの医療的対応が必要な要介護高齢者は、ショートステイ、デイサービスなどのサービス利用ができない場合が多くあります。

介護負担が大きいこれら高齢者の受け入れ拡大を進めるとともに、難病やがん末期の方が利用できる通所療養介護の拡大を図る必要があります。

(5) 地域の見守り体制の構築

在宅生活の継続のためには、地域の見守りなどの支援が不可欠です。

声かけなどによりひとり暮らし高齢者などを孤立させないよう、地域住民の協力、近所の見守り体制づくりを推進すべきです。介護支援専門員も見守り体制づくりに積極的に参画していきます。

(6) 安心して在宅で看取るための支援

最期まで、あるいは最期は在宅で亡くなりたいという希望に応えるためには、医療、看護サービスが不可欠です。また地域に看取る体制のあることが在宅生活継続の支えになるものと考えます。

このためには地域の訪問診療、訪問看護の充実が必要です。介護支援専門員も医療と連携をとりながら、利用者、家族の支援に取り組んでいきます。

2 家族支援の充実

現状は家族に多大な介護負担をもたらしています。在宅支援のためには、介護する家族を支援する視点が不可欠です。同居家族がレスパイト及び就労の継続ができる支援として、前述のショートステイの充実などのほか、次の対応が必要と考えます。

(1) 特別養護老人ホームのベッドシェアの普及

家族のレスパイト等のためのショートステイが不足している状況で、家族の状況に応じて、限りある特別養護老人ホームのベッドを数人でシェアし、在宅生活と施設入所を繰り返せる仕組みを作ることも必要です。一部地域で実践されているベッドシェアの取り組みを普及拡大すべきです。

(2) 介護と就労の両立支援

現在のサービス提供は、介護と就労の両立支援の視点に欠け、介護のための離職を余儀なくされる状況です。

デイサービスの利用時間帯の拡大のほか、就労のため日中独居になる世帯に対するホームヘルプサービスの提供のあり方など、介護と就労の両立を支援する視点に立ったサービス提供の確立が必要です。

(3) 介護者の集いの場の確保

家族同士の介護の悩みの共有やお互いに相談できることが家族の支えになりますが、これに対応する介護者教室や介護者の集いなどは、平日の日中に行なわれていることが多く、利用しづらい状況があります。また、このような取り組みが十分周知されていません。

就労又は育児等を行なっている家族も含め、多様な家族が参加できるよう開催日時を設定するとともに、十分な周知を図る必要があります。介護支援専門員も周知に努め、家族の参加を支援していきます。

第3 施設サービスの充実について

1 施設の整備

都内の特別養護老人ホーム入所待機者数は約3万8千人に達し、必要な時にすぐ入居できる状況にありません。一方在宅サービスの整備状況はいまだ脆弱です。今後も要介護高齢者の増加が続くことを考えると、在宅サービスの整備と併せて、特別養護老人ホームを中心とする施設の整備は引き続き重要であり、以下の取り組みが必要です。

- ・特別養護老人ホームの整備、特に用地確保の困難な都市部の整備促進
- ・特別養護老人ホーム入所待機者の多い地域における介護型有料老人ホームの総量規制撤廃による増床
- ・医療ニーズの高い要介護高齢者の受け皿として介護療養型医療施設の存続
- ・老人保健施設は、本来の中間施設としての機能を再認識し、リハビリの機能を強化

2 施設入居者の医療ニーズへの対応

施設入居者の重度化に伴い、医療依存度の高い方の入居が増え、介護職員が担うべき医療行為が拡大する傾向にあり、本来の生活施設としての役割をどう果たすかの検討を行う必要があります。

特別養護老人ホームにおける医療対応の充実を図るため、対象となる医療行為を明確にした上で、適切なケアの実践への評価を検討すべきです。

第4 認知症高齢者の支援

認知症高齢者の在宅生活には、行動障害に対する見守りや服薬などの生活管理が必要ですが、多くの場合同居家族にその介護負担がかかっています。また、認知症で独居の方、「認認介護」の場合など、手厚い支援を要するケースも多いと言えます。認知症高齢者、特に行動障害や周辺症状が著しい方は、介護サービスが利用できなかったり、入院を拒まれる実態もあります。認知症高齢者を生活者として捉え、在宅生活を支援するために次の取り組みが必要です。

1 見守りサービスの創設

ホームヘルプサービスに、認知症高齢者が不穏になる時間帯などに必要時間数見守りが行なわれるサービス形態を設け家族の負担軽減を図るべきです。(2(1)ウの再掲示)

2 認知症高齢者が利用できるサービスの拡大

グループホームなど認知症高齢者のためのサービスはもとより、一般の介護サービスや医療機関でも認知症高齢者が利用できるよう体制の整備を図るべきです。

3 若年性認知症高齢者の利用できるサービスの開発

現在、受け皿のない若年性認知症高齢者の身体機能やニーズにあったケアの提供体制を開発・整備すべきです。

第5 地域包括支援センターの本来機能の発揮のために

介護支援専門員が地域包括支援センターの主任介護支援専門員に期待する役割の一つに、困難ケースへの協力や情報提供など、現場で働く介護支援専門員の支援があります。しかし、主任介護支援専門員も予防プランの作成に追われる状況にあること、介護プランの作成を行っていないこと、必ずしも経験豊かな職員が配属されていないことなどから、十分役割が果たされてはいない現状といえます。

地域包括支援センターから介護予防の業務を外し、地域の要介護高齢者の実態把握、ネットワークの形成など本来の役割、期待される役割に専念できるようにすべきです。

第6 介護保険の制度、運営について

1 軽度者は引き続き制度の対象とすべき

要支援1.2及び要介護1の軽度者を保険給付の対象外とする考えがあるが、軽度者も支援や介護を必要として保険給付を受けている現状があります。必要なサービスを受けることで重度化を防ぎ、その人らしい生活がなりたっています。

これら軽度者は引き続き制度の対象とすべきと考えます。とりわけ認知症高齢者やガンの末期状態の方など、医療系サービスを必要とする軽度者を保険給付の適用外とすべきではありません。

2 要介護認定について

(1) 認定調査の質の向上

現状では、認定調査員のレベル、対象者の認知症の度合、立ち会いの有無等により認定結果に差が出る場合が見受けられ、利用者の不利益となる場合があります。

調査員研修の充実などにより調査の質を高めるべきです。また、調査の正確性を保つためには、認知症で独居の方の調査の場合に介護支援専門員の立会いを認めるなどの、調査時の環境設定を見直すことも必要です。

(2) 認定区分の簡素化

現行の、要支援1から要介護5までの7段階の認定区分は、複雑であり、各段階の差が不明確で利用者に理解されにくいものといえます。

認定の段階を軽度、中度、重度の3段階程度に簡素化し、利用者にもわかりやすくすべきです。

3 難解な介護報酬の改善

外出支援、独居の範囲など給付の対象となるのか不明確なものが多く、また、独居高齢者加算、認知症加算など加算の種類も多いことが、報酬を複雑なものにしています。事業者の負担を軽減し、利用者にも理解のできる簡素、明快な介護報酬とすべきです。

4 介護人材の確保と定着

介護職員の人手不足で欠員補充や新規採用が困難な状況が続いており、今後の介護サービスの供給拡大の障害となる恐れがあります。全産業に比べ給与が低く、賃金上昇率も低い状況にあります。

全産業平均並みの賃金が得られるよう介護報酬の引き上げを図るなど、待遇改善や職場環境の整備を行い、介護職が将来展望を持てる職業として確立することで、介護人材の確保と定着を図るべきです。

5 介護支援専門員証の記載事項から介護支援専門員個人の住所の削除を

介護支援専門員証には介護支援専門員個人の住所の記載が定められていますが、そもそも介護支援は利用者と事業者の契約に基づくものであり、対外的に個人の住所を公表する意味はありません。むしろ、介護支援専門員個人に不利益をもたらしています。介護支援専門員の個人情報保護の観点から、介護支援専門員証の介護支援専門員個人の住所の記載を廃止すべきです。