

平成 24 年度介護保険制度改定に関する提言書

あきしま地域福祉ネットワーク
会 長 菅 朋 江

1. はじめに

当会は、東京都昭島市にて保健・福祉・医療のネットワーク且つ介護保険事業者連絡会として活動している団体です。

平成 14 年に発足以来、これまでいつまでも安心して暮らし続けられるまちづくりを念頭に地域の高齢者福祉の質の向上、連携体制の構築に奮闘してまいりました。

そのような立場、経験を基にこの度、審議されている介護保険制度改定について会員間の意見を確認、集約し、以下の点について提言をします。

2. 基本方針

私たちはこの度議論をされている「地域包括ケアシステム」を中心とした介護保険制度改定に関しては実現可能な議論がなされているとはとても思えないと感じている。本来、「地域包括ケア」とは多くの国民に望まれるであろうものであり、住み慣れた地域で暮らし続けていける方策であるはずのものと考えられる。しかし、現時点で実現不可能と思われる点としては「地域包括ケアシステム」の定義として自助、互助、共助、公助の4つの柱で要介護者及び介護に携わる国民を支えることとし、基本的に介護保険制度は補足的に位置づけられ、地域による支えを中心とし審議されていることが挙げられる。なぜならば、この審議はシステムの中心となる地域や国民の合意形成が得られる形式で行われているとは思えないにもかかわらず体系のみの変化を検討しており、制度の空洞化を招く恐れがあるからである。そしてそのことが顕著に表れている点としては大きく分けて4つ、①「軽度認定者を対象外にし地域支援事業及びインフォーマルサービスで支えていくこと」②「通所・訪問・泊りのサービスをパッケージ化（包括報酬）にし、一極集中すること」③「24時間巡回型訪問介護サービスに移行し、滞在型訪問介護サービス、生活援助を除外すること」④「施設の外部サービス利用選択制を導入し、将来的に解体し、ケアが受けられる集合住宅にしていくこと」ということが挙げられる。

本来、この制度が国民皆保険として導入され、措置から契約になった経緯として個別の生活体系に沿った支援ができるように考えられたはずであるが、選択肢は改正毎に狭まっていることもあり、これ以上の制度解体は許されるものではないと考える。

私たちは今までの制度運営に対する明確な総括もされず、地域や国民の合意形成がなされる議論によって具体的内容が決まらない状況では抜本的な制度改正は行うべきではないということを提言する。その上で具体的な提言内容は以下に述べる。

3. 具体的な提言内容

1) 軽度認定者を介護保険給付から除外するべきではない。

軽度認定者を介護保険給付の対象から外し地域支援事業やインフォーマルサービスで担うことで、サービスの安定供給はなされないことが懸念される。地域力の低下や格差がある実状で現状のサービス量と質を担保することができなければ在宅生活の継続が困難な方が増加する可能性がある。

私たち介護従事者が多くの方々に携わる中で軽度認定者が介護保険制度の趣旨を意識して状態の維持改善に取り組む姿を目の当たりにしている。軽度認定を受けている高齢者の方々が本来有るべき個別性を重視しながら日々努力し、笑顔で暮らし続けていく為にも従来通り介護保険を利用しながら生活していけるよう望む。

2) 通所・訪問・泊まりをパッケージ化（包括報酬）し、一極集中することはデメリットが多く導入を見送るべきである。

介護保険法では『第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行なわれなければならない』（第2条 3）とされており、被保険者の自由意志と選択権は守られるべきである。現在のサービスについては利用者選択制が国民の中に根付いており、多くのサービス提供事業者はそれぞれが連携しながらサービスを展開していくことにメリットを感じ提供しているところである。だが、逆説的ではあるがパッケージ化による報酬減、サービス提供範囲の不明確化等々の理由によりサービス提供に関しては、時間や回数等について事業所（施設）が制限を掛けざるを得ない状況となり、被保険者不在の画一的な計画しか策定できなくなる危険性をはらんでいる。それにより、ケアマネジメントの必要性や介護支援専門員の独自性も失われるものとする。

複合型事業所の創設に関しては、既存の大規模事業所への一極集中が予想され小規模事業所の事業継続困難（経営困難）が懸念される場所である。介護従事者においては、パッケージ化による報酬減に付随して処遇の悪化、離職者増（介護人材の確保・定着促進に逆行）、さらには小規模事業所の淘汰により失業率の増加を招くことは明白である。

3) 24時間短時間巡回型サービスでは多様化している個々の日常生活の連続を支えることは困難と考える。個々の状況に合わせて滞在型も含めて訪問介護が自己選択できるよう介護保険制度から「生活援助」を外すべきではない。若しくは「身体介護」「生活援助」の枠組みを撤廃すべきである。

その人らしく生き続けることを保障するために訪問介護の【生活援助】は在宅の生活の質を高め利用者の意欲を向上させ、重度化を予防することが期待できるサービスである。生活を支えているのは生活援助であり、入所希望に対する歯止めともなっている。

介護保険制度から生活援助を外す根拠として訪問介護に占める生活援助のシェアが高

いことが挙げられているが、裏返せば多くの人が生活援助により生活が支えられているということの証であると言える。つまり単なる家事代行ではなく「対人援助」サービスとして生活崩壊を防ぎ重度化を食い止めて日常生活の継続を支援しているのである。

介護保険創設時、高らかに「介護の社会化」を謳いあげ、介護不安を解消し安心に変える役割を担ってきたはずである。介護保険から生活援助を外すと言うことは介護労働をまた家族に引き戻し、労働条件の悪化・小規模事業所の運営を阻害する恐れが大きいといえる。また、核家族化が進み、独居や老老介護も増えてきている社会状況で家族の介護力は衰退していると言わざるを得ない状況にあることも考慮し検討すべきである。

そのようなことを踏まえて考えてみると果たして認知症の症状がみられる方々が短時間のサービス提供で落ち着いた生活を送っていけるだろうか。症状に悩み苦しんで過ごしている方々やその方の介護に携わっているご家族にとっては単なるサービスの提供だけではなく、時間をかけ、心を込めて会話し、ゆっくり寄り添い安心を生み出す対応を行っていくことが何よりも必要なケアだと感じている。よって24時間短時間巡回型サービスだけを進めていくのではなく、従来の滞在型サービスを残しておくべきである。若しくは身体介護、生活援助という分類化をせず、適切なアセスメントによって表出した課題に基づき必要な支援を適正な時間数算定できるシステム作りをしていくべきである。

4) 従来の「多様な施設サービス」のシステムは変更せず、「在宅サービス」の充実を図ることで多くの方々が安心して生活できる社会を構築していくべきである。

施設サービスは利用者においては終の棲家として、その家族においては、介護を継続していく上で、最後の砦として大変重要な役割を担っている。実際に施設サービスがあるからこそ、ぎりぎりまで在宅での介護が続けられるものである。

また、現在多数の職員を抱えるような施設であっても医療的ニーズの高い利用者の受け入れは容易な状況ではなく、これを軽装備の多様な住宅に既存の施設を再編して介護していくことは極めて困難である。

現代でさえ医師不足、介護者不足といった問題の解決の糸口が見えずにその方法を模索しているにもかかわらず、将来的に「医療・介護のサービスを組み合わせながら、24時間365日体制のケアシステムを地域単位で実現していく」という取り組みが多くの地域で実現不可能であることは明白である。にもかかわらず、在宅の概念を変化させて現状の課題を置き去りにし、サービスそのもののビジョンが明確に浮かび上がってこないものに対して、国民の合意形成を図っていくといった方針は到底容認できるものではない。

5) 時限的な交付金や複雑な加算は廃止して本体報酬に組み込んでいくこと、公務員並みの標準給与体系化を明確にすることで従事者に報酬が分配されるシステムを構築すべきである。

前回の介護報酬改定において、介護の人材離れが大きな課題になっていたにも関わらず、改定後、一年半の結果で課題が改善されているのかを判断する事は時期尚早である。また、判断結果として交付金による処遇改善がなされていないこと及び諸加算の算定率が低いので廃止するとの方向で検討されているようだが、本当に介護従事者の処遇改善を検討しているのであれば、従事者に報酬が分配されるシステム作りや評価方法の見直しを行い、介護従事者の処遇改善策、及び適切な評価方法を今後も検討すべきである。

介護分野への人材離れが喫緊の課題であることは現状でも変化がないはずであり、今後も処遇改善に取り組んでいくことを念頭に考えるとすれば、加算等の複雑なシステムは止め、本体報酬へ組み込み、従事者に分配されるシステムを構築、(事業者へ) 推奨し、人材を安定させることが公的介護保険を本当の意味で持続可能な制度にしていくものだと考える。

6) 本来通所は通うところであり、宿泊機能の追加はショートステイの資源が足りない一部地域での反応である。お泊まりデイの創設は白紙に戻し、地域の実状にあったショートステイの拡充を図るべきである。

まず、単純な考えとして通所(デイ)とは通う場所であることを捻じ曲げていることに疑問を感じる。その点も踏まえて考えると本来、ショートステイに対するニーズに資源が追いついていない地域があるだけの問題であり、全国的にどの程度ニーズがあるかリサーチもせずに概算要求が通る事自体、違和感を覚えるところである。一貫して財源が限られている事から「選択と集中」が必要として給付抑制ありきの制度設計を検討しているにも関わらず、お泊りデイに限り新たに創設する事が審議会での議論に反してまでも行なわれることはあってはならないことであり、再度審議が必要なのではないか。現実論としては、地域によりショートステイの拡充を図ることで十分対応が可能と考えられる。

7) 現状の審議方法では実状にそぐわない制度設計になっているように思われる。国民の合意形成がとれる形式での審議により制度設計をする方策を検討すべきである。

現在行なわれている審議会は要介護者等や福祉従事者の意見があまり反映されておらず、国民感情とは乖離しているのではないかと思われる。審議会においても意見の集約に留まり、審議によって方向性が見出されているとは考え難い。実状に沿った審議がなされる為にもそれぞれの団体の既得権獲得の場ではなく、介護に携わる国民の意見をより反映出来るよう審議会委員、厚生労働省担当官にも理解をして頂き、現状の形態での審議が困難なのであれば、他の方策を検討することから始めるべきである。

8)「介護給付」「予防給付」の分類を撤廃し、すべて「介護給付」に戻すべきである。

介護予防の観点は重要であり、国を挙げて進めていく課題であることは間違いない。しかし、現状の制度では運用上の混乱を生むことが多く、利用者及び介護従事者が本来の意味で介護予防に取り組んでいく姿勢に悪影響を及ぼしていると考えられる。システム自体をシンプルにし、介護予防に対して取り組みやすくしていくことが急務ではないか。具体的には保険給付により介護予防が必要な方々は要介護と要支援を行き来し易い状態である為、利用者が混乱を招いている。また、サービスや関連事務が煩雑になるだけではないかとも思われる。ただし、1)の項目でも述べている通り分類を廃止することは、予防給付（軽度認定）の廃止と同等の意味ではない。