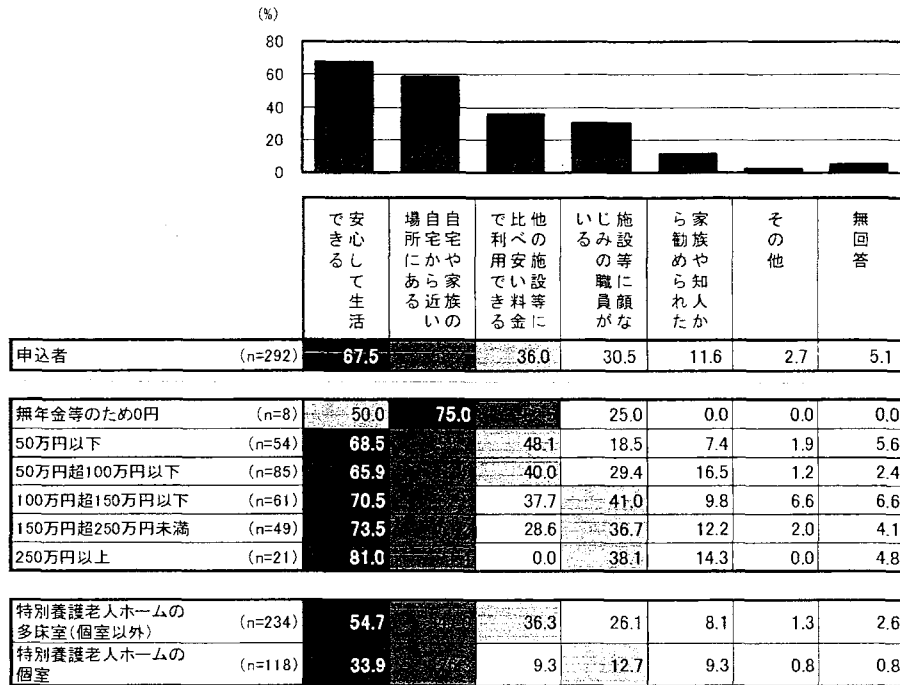


入所希望理由 (N=292/単位%) * 複数回答



<ヒアリング、アンケート自由コメントより>

- ・「老人が老人を介護する場合、待機期間中の介護が長引けば体力、精神力が続かない」
- ・「待機期間がどれだけかかるかわからなくて不安だ」
- ・「入所待ちに時間がかからぬよう、施設を増やしてほしい」
- ・「新設施設がユニット型中心なのは困る。料金の安い部屋を残してほしい」

総括・提言

- 居宅サービス利用者では、重度化すると家族が同居せざるを得ないケースが多い。
- これは、施設入所におけるケアは24時間365日の生活援助(家事)・介護・医療などのパッケージメニューであるのに対し、居宅サービスでは個々のサービスを選んで組み合わせる形となるため、家族の介護負担を背景として成り立っているものと考えられる。居宅での生活を制度的に促していくとすれば、本当にこうしたパッケージメニューを地域で提供できるのか否かが問われるだろう。
- 施設入所を希望して入所申し込みを済ませている居宅サービス利用者においては、特別養護老人ホームの多床室を申し込んでいるものが約8割である。最も希望する施設も特別養護老人ホーム多床室で約6割を占めた。さらに、特別養護老人ホーム申込者で多床室と個室の申込者のそれぞれの特徴をみると、所得との間に相関関係が見られる。
- 前述したとおり、実際の高齢者の所得レベルは高くなく、現実的な経済状況からユニット型個室を希望しない利用者も多いと言える。
- 申込者においては、新設施設ではユニット型が中心になっていることから、利用料支払いを懸念する声もあった。また、入所待機にあまりにも時間がかかることを懸念する声もある。こうしたことから、利用者(家族)は従来型多床室の充実を求めているようにうかがえた。
- これらのことから、所得レベルに応じた多様な施設類型が求められ、ユニット型や多床室がバランスよく整備されることが望ましいのではないと思われる。

要介護認定システム廃止・簡略化論についての意見

介護給付費分科会委員(龍谷大学教授) 池田 省三

最近、介護保険の要介護認定制度について、その廃止や簡略化を求める論議が見られ、介護保険部会でも一部の委員が主張されているようである。しかし、認定の廃止は介護保険制度を崩壊させ、簡略化も利用者に多大な支障を与えるものである。

認定の廃止・簡略化は、介護給付費にも重大な影響を与えることから、当分科会委員として、以下に意見を述べる。

これまで、介護保険が円滑に運営できたのは、公正なサービス配分が行われてきたことによっている。かつての「社会福祉の措置」の時代は、受給者、サービスの種類と量、負担額までもが、市町村の裁量によって決定されていた。しかし、介護保険施行以降は、「どれだけの介護の手間がかかるか」を科学的に判定し、それによってサービス利用を保障することとなった。だからこそ、介護保険は国民から納得され、支持されてきた。

社会保険は保険事故を明確に定義して、これに該当する場合、給付を行う仕組みであり、要介護認定は保険事故の定義に当たる。したがって、その廃止・簡略化は介護保険制度を根底から覆す。

また、介護保険施行直後の調査では、認定システムは国民の4分の3の支持を受けており(資料1)、現在も、認定廃止を主張する者が代表する組織でさえ、認定廃止を求める会員は少ない(資料2)。現行の認定は国民に信頼されているのである。

認定が要支援1～要介護5までの7ランクに区分されていることに対して、3段階程度に整理すべきとの意見も見られる。たしかに、独、仏、韓等では3～4の区分となっている。しかし、これらの国は日本の要支援、要介護1等は給付対象としておらず、ほぼ日本の要介護3～5に該当する者を対象としている。つまり、日本の要介護区分とほとんど変わらないものなのである。要支援のような介護以前の虚弱高齢者、要介護1のような軽度要介護高齢者にサービスを保障しているのは、北欧を除いて日本ぐらいであるということをもっと考えるべきであろう。

現行の7区分を3段階にすると、利用者に大きな不利益を与える。要介護度が改善された場合、利用サービスの大幅な減少につながり、継続的なサービス利用が阻まれることとなる。のみならず、給付水準を一部引き下げる恐れも強い。(資料4)

要介護度を松竹梅の3段階にし、ケアマネジャーを中心に認定をまかせ、それぞれ20万、30万、40万円まで使えるようにせよ、という恐るべき主張もみられる。ただでさえ、多忙なケアマネジャーに認定の社会的責任を負わせ、それで公正な認定が担保されるのだろうか。本人・家族らの強い要求に対して、何の権限も持たないケアマネジャーに説得の義務を持たせることができるのだろうか。際限のないサービス要求を認めれば、介護保険財政の破綻は必至である。

認定によってサービス利用が制限されているという指摘もある。しかし、これは全く現実を見ていない論議である。要介護度別に見た在宅サービスの平均利用額は、いずれも支給限度額の半分程度であり、かりに1ランク低く認定されたとしても、利用に支障のないケースが大部分を占めている。利用額の分布を見ても、支給限度額前後まで利用している受給者はきわめて少ない。(資料5) もちろん、このような利用状況が望ましいものであるかは、論議のあるところである。しかし、認定システムがサービス利用を制限しているというのは、全く根拠のない主張であることは自明である。

認定システムは、国際的に高い評価を得ており、科学的かつ中立・普遍的な制度とされている(資料6)。また、介護サービス保障にあたって、いずれの国も認定ないし基準を策定している(資料7)

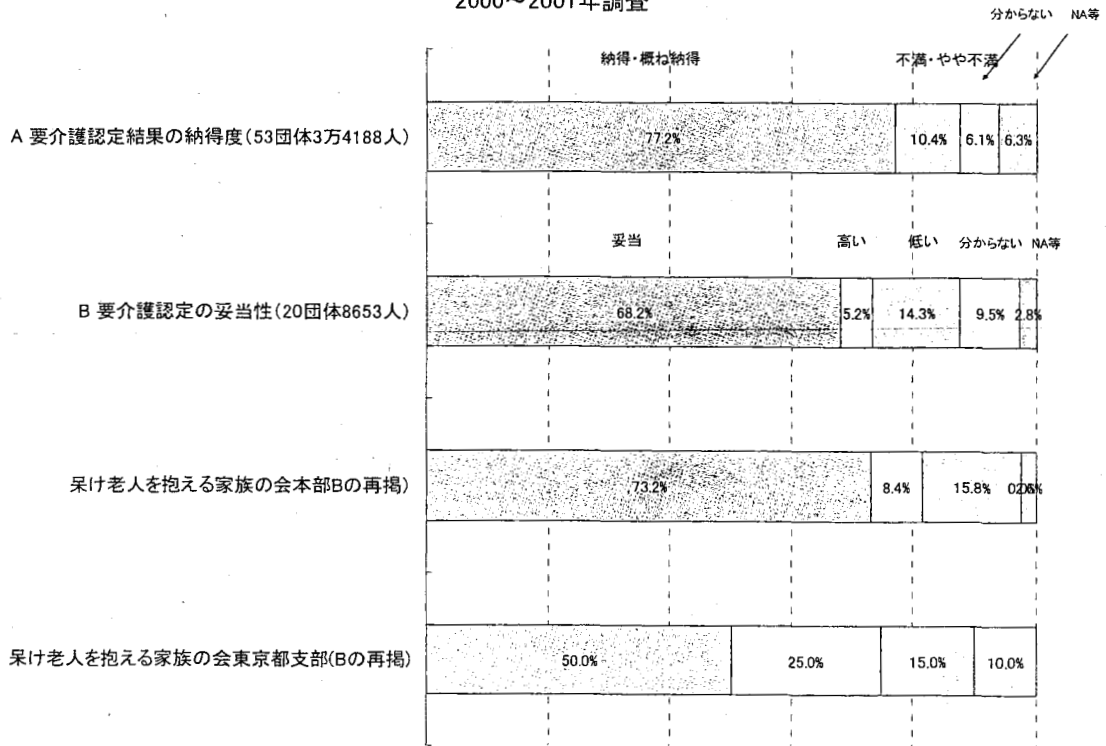
要介護認定2009年版の実施における厚生労働省の失態(「介護を必要としない=自立」等の記述、批判への迎合的な「経過措置」の実施等)により、認定システムに不信感が広がった。政権交代により、これまでの行政の在り方を検証抜きで否定するという風潮とも重なり合って、このような論議が登場していることは、深刻に憂慮すべき事態である。

認定廃止・簡略化は、社会的公正さを欠き、財源の見通しも考えない無責任な論議である。介護保険の崩壊に繋がる自殺行為として、明確に否定されなければならないものと考ええる。

以上、この意見は介護保険部会にもお伝え願いたい。

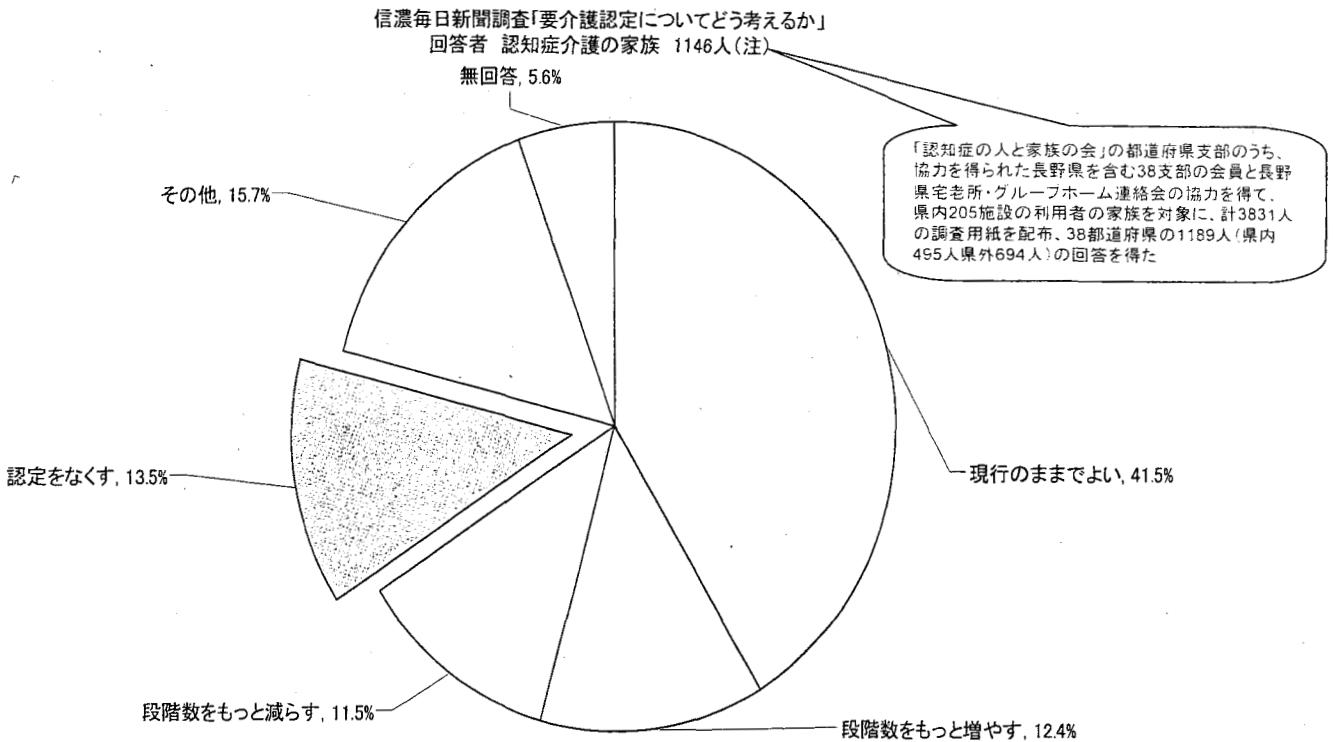
介護保険施行直後の要介護認定は、認知症家族も含め75%が納得

要介護認定結果の納得度・妥当性
2000～2001年調査



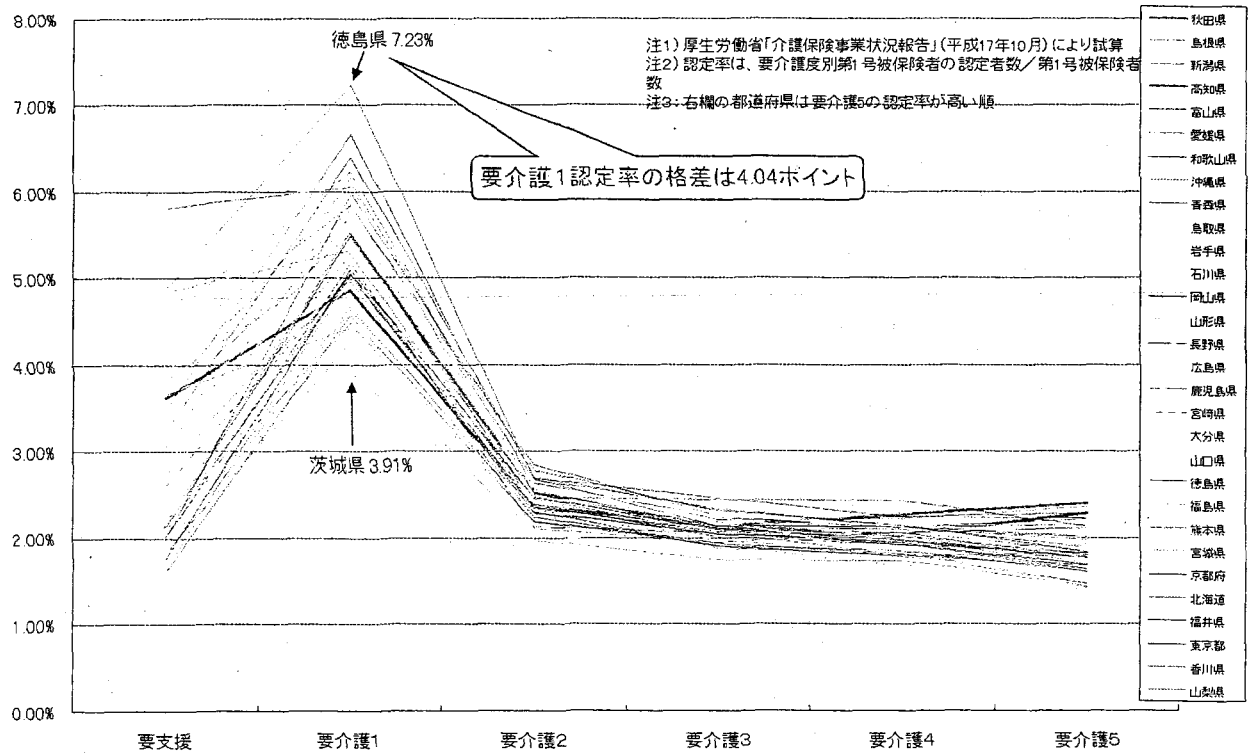
市町村・関係団体の調査による。AとBの総計すると、納得・概ね納得、妥当・高いは75.4%を占める。

現在は、認定システムについて認知症家族の半数近くは現行を支持



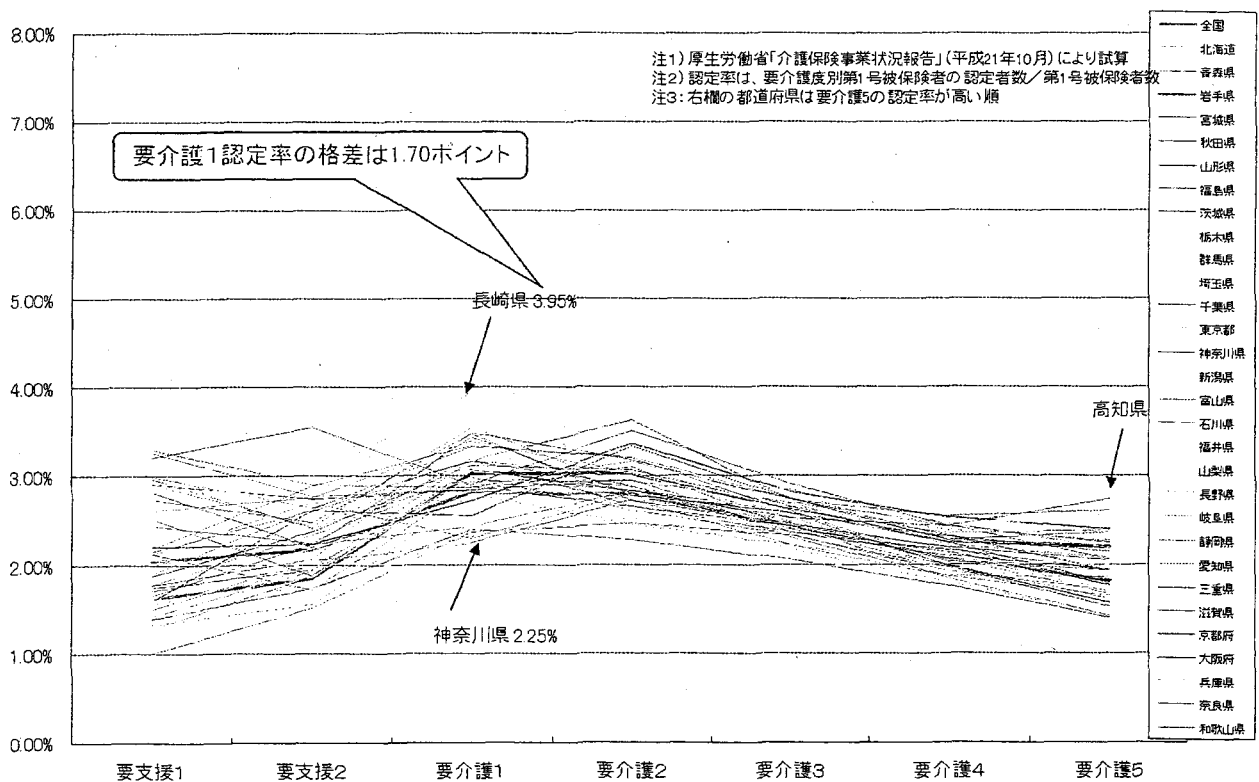
2005年改正前は軽度の認定率格差が大きい

都道府県別・要介護度別 第1号被保険者の認定率 平成17年10月

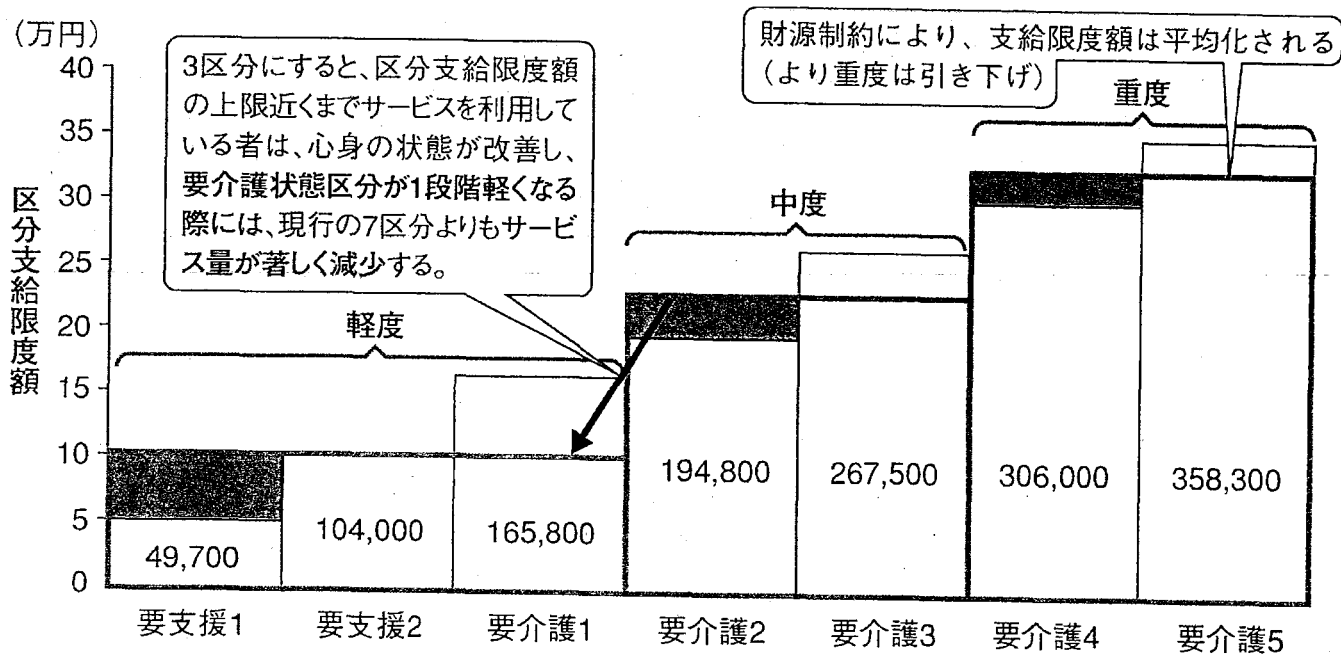


2005年改正後は認定率のばらつきが大幅に改善

都道府県別・要介護度別 第1号被保険者の認定率 平成21年10月

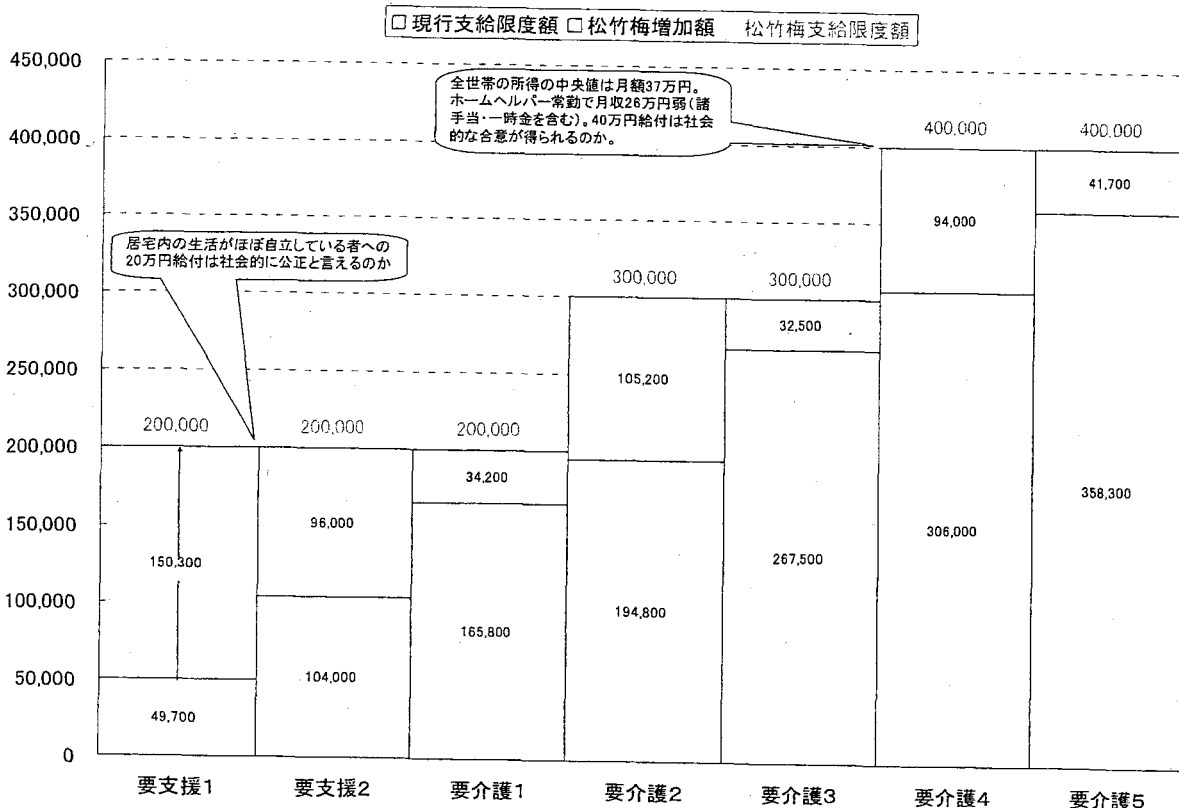


要介護度の簡略化は利用者に大きな不利益を生じさせる



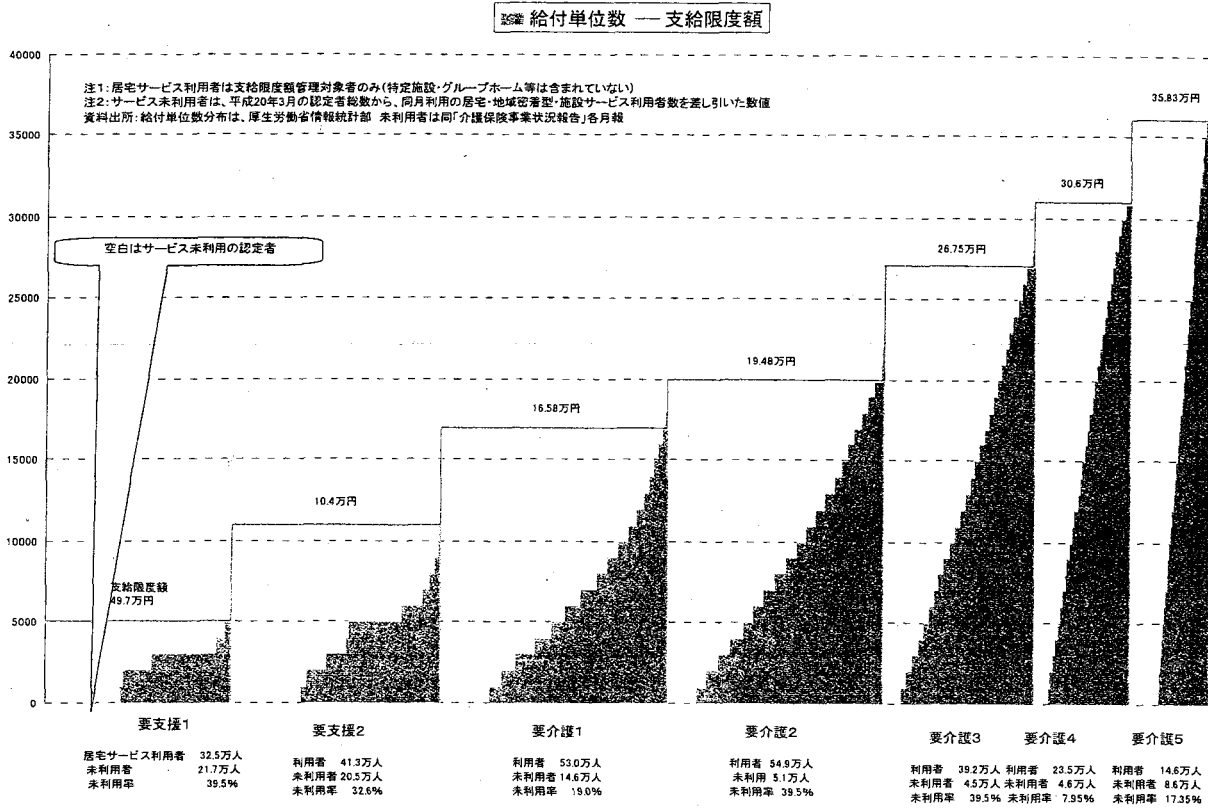
支給限度額の水準は社会的な合意が必要

「松竹梅」認定方式の在宅サービス利用限度額



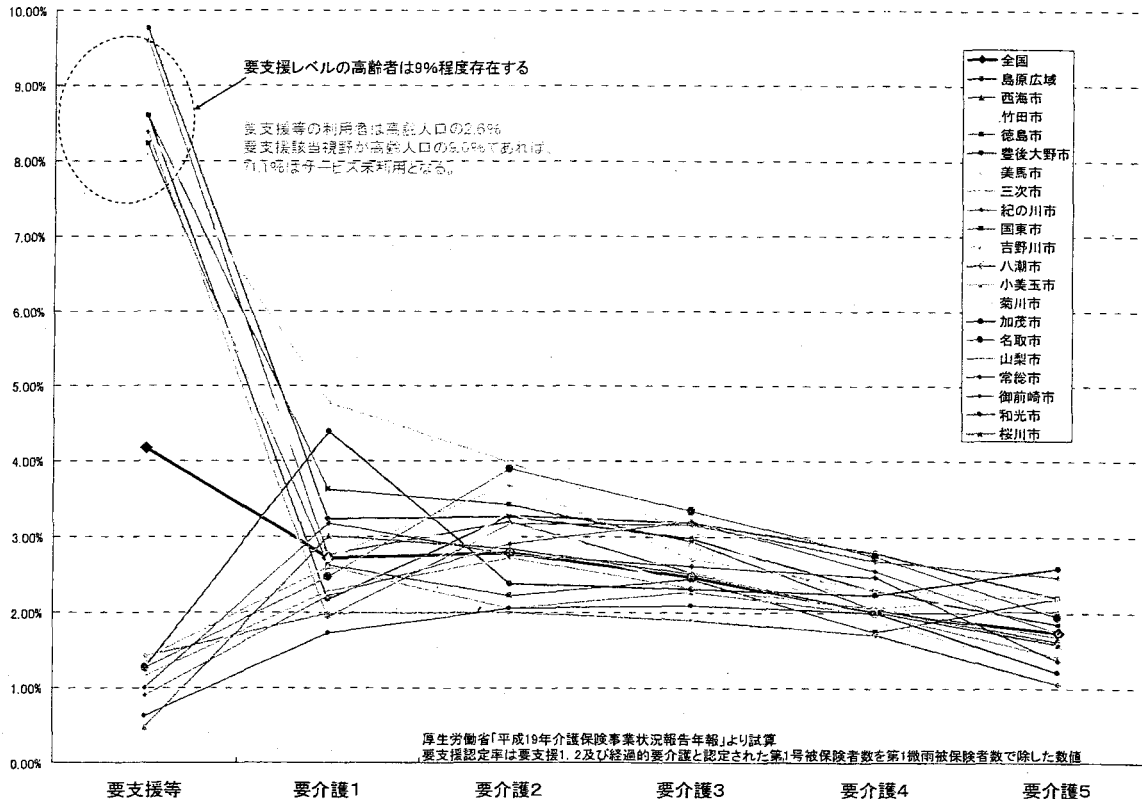
認定による在宅サービス利用額の制約は見られない

在宅の認定者におけるサービス給付単位数の分布 平成20年4月審査分



要支援レベルの高齢者は9%程度存在し、うち7割強はサービス不要？

第1号被保険者の要支援認定率の上位10市と下位10市



わが国の要介護認定に関する諸外国からの評価(1)

アメリカ研究者における指摘

- オランダやフィンランド、イギリスの様な政府のサービス給付においては、専門職種による総合的なアセスメントによる主観的な評価が通常であるが、これらは個人のニーズや環境への適用に対して責任を負うものであるが、普遍的なプログラムという文脈においては政治的に受け入れられない傾向がある。それに対して、日本の介護保険の様な客観的評価は、サービス提供の機会を平等にするものとして評価。
 - Kassener and Jacksonによると、ADLよりIADLにケアはより必要だということであるが、こうした状態を評価するにはより複雑なアセスメントが必要になるが、日本の介護保険はこれを実現している一つの例として評価。
- (Mark Merlis. Long-Term Care Financing: Models and Issues Prepared for the National Academy of Social Insurance Study Panel on Long-Term Care 2004.)

イギリス研究者における指摘

- 日本のニーズアセスメントに使われている方法は、アセスメント項目に身体と精神の項目がバランスよく入っていること、あるいはコンピューターの使用等、特に洗練されていて、いろんなところで取り入れられる可能性があるとして評価。
 - また、日本の認定方法はニーズベースの全国統一のアセスメントに基づいて成り立っており、この点において、日本はこのようなアプローチの導入に成功している数少ない国の一つであるとして評価。
- (Martin Karlsson. International Comparison of Long-Term Care Arrangements. 26 April 2004, Les Mayhew, Robert Plumb, Ben Rickayzen)

わが国の要介護認定に関する諸外国からの評価(2)

ドイツ研究者における指摘

- ドイツでは、連邦保健省に設置された検討委員会において、要介護認定の見直しに関する検討が進められてきた。その背景には、ドイツでは、具体的な日常生活活動(排泄、入浴、食事、衣服の着脱、就寝・起床など)に関する援助の必要性だけが要介護認定の基礎となってきたことがある。このため、例えば、認知症高齢者の場合に必要となる一般的な付添・見守りの必要性などが要介護認定においては考慮されないなどの問題点が指摘されている。
 - 2007年から2008年にかけて行われたビーレフェルト大学(シェーファー教授)を中心とする研究班による調査研究では、ドイツでの検討に役立てるため、諸外国の要介護認定システム、特に日本とイギリス(FACE)に関する詳細な調査が実施され、その中で、日本の専門家との意見交換も実施された。
 - 2008年3月にまとめられた同研究班の報告書には、このミーティングは要介護の審査に関する基本問題の解決にとって示唆に富むものであった旨の記述があり、ADL等の身体的な要素以外を客観的な手法によって把握する日本の要介護認定について一定の評価を行っている。
- (Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten – Überarbeitete, korrigierte Fassung – Bielefeld, 23. März 2007)

オーストラリアの報告書における指摘

- 日本の介護保険制度における要介護認定によって、要介護度を定め、その区分ごとに上限支給額を決めるといふ枠組みは、結果的に早期の介入を促進し、またさらなる悪化を防ぐ方法であり、高齢者の健康な自立を促進させているものとして評価。
- (Mr Chikara Sakaguchi・Bronwyn Bishop A comparison of aged care in Australia and Japan. Commonwealth of Australia 2001)

わが国の要介護認定に関する諸外国からの評価(3)

スウェーデン研究者における指摘

- 日本における要介護認定制度は、必要性に応じて提供する介護の平等性を保ち、すべての人に対して同等の保障を確約できるものであり、中でも、全国で一律の精巧で様式化されたシステムを使って、患者の介護の必要性を判断することが際立っているところであると評価。
- 日本の介護保険制度は、少なくとも一見した限りでは、患者にとって安心のでき、法律的にも平等な必要介護等級の判定システムを持っているようだと評価。(Mårten Lagergren & Noriko Kurube, Socialstyrelsen. Insatser i äldreomsorgen i förhållande till behov – en jämförelse mellan Japan och Sverige)

韓国研究者における指摘

- 日本の要介護認定が高齢者の状態像をそのまま評価するのではなく、介護サービスの必要性に変換し、その程度を評価している点に高い独自性がある点を評価。(安 ソヒ. 老人長期療養保険制度の導入による問題点及び改善方案に関する研究. 牧園大学 産業情報大学院. 社会福祉学 2007, 22-23)。
- 韓国の長期療養保険制度が保険給付対象者が1~3等級と狭いことに言及したうえで、この判定方法についても日本の認定方法と比較すると、韓国の制度は主観的要素が強い項目が多い点が問題点であるとの指摘があり、また、介護予防という軽度要介護高齢者を含む日本の介護保険制度の給付対象の広さとともに、予防給付の判定においても客観的な評価が用いられていることを評価。(ソウン ドク. 日本介護予防事業の実態と示唆. 保健福祉フォーラム, 第131号, 97-109, 2008, 107-108)

資料7

諸外国の介護保障システムも要介護度の区分が一般的

	日本	イギリス	ドイツ	フランス	フィンランド
プログラム	公的介護保険	①国民保健サービス(中央) ②社会的サービス(地方) ③社会保障給付(社会手当)	公的介護保険	①自律手当(APA) ②社会扶助	①社会サービス ②保健サービス ③親族介護支援
財源(税、保険料)	保険料50%、一般税50%	一般税	保険料	一般税	一般税
認定機関	市町村の介護認定審査会の判定(1時判定はコンピュータ)	地方自治体。社会サービス部によるコード評価レベルの決定	疾病金庫が州レベルで設置するMDKの判定(を受けて、保険者=介護金庫が要介護の有無・要介護度を決定)。	県	自治体が召集するSASグループ(地域の社会・保健医療サービス関係者の会議体:ヘルスセンター医師、在宅サービス代表者、行政代表者、ナーシングホーム代表者等)
認定の区分数	7段階		3段階 (日本の要介護1-2は除外)	4段階	6段階
認定方法	1次判定:保険者(市町村)による要介護認定。訪問調査による74項目の調査結果のPC処理により判定。 2次判定:専門委員で構成する介護認定審査会において主治医の意見書等を加味して最終判定。	従来、各地方自治体の裁量で独自の利用基準設定。国が利用基準とアクセスに関するガイドライン「ケアへの公平な利用」を示した4段階の要介護度にもとづき、自治体が必要度レベルを決定。介護者も独自にアセスメントを受けることができる。		要介護調査:医療福祉チーム(最低、医師1名・福祉職員1名) AGGIR(自立喪失度判定尺度17項目)でGIR1(最重度)~GIR6(非該当)に分類。GIR5(排泄・食事準備・家事の部分的援助が必要)およびGIR6(非該当)はAPAの対象外。	自治体から派遣される訪問看護師等によるRAVAインデックス(13項目)を用いた訪問調査を実施。SASによるサービス認定。
認定区分別の給付上限(ドイツ、フランスは在宅ケアの場合)	要介護5: 358,300yen 要介護4: 306,000yen 要介護3: 267,500yen 要介護2: 194,800yen 要介護1: 165,800yen 要支援2: 104,000yen 要支援1: 49,700yen		(最重度) 1916EUR 要介護Ⅲ: 1470EUR 要介護Ⅱ: 980EUR 要介護Ⅰ: 420EUR	GIR1: 1202EUR GIR2: 1031EUR GIR3: 773EUR GIR4: 515EUR	必要度とケアタイプとの対応関係が標準化。 「要全ケア(ヘルスセンター付属病床)」 「要強化型ケア(ナーシングホームケア)」 「要監視下ケア(強化型ケア)」 「要監視下ケア(強化型在宅ケア)」 「要ケア(在宅)」 「要随時ケア(在宅・独立)」
認定の特徴	・要支援~要介護2等のドイツと比較し軽度者が保険給付対象者に含まれる。 ・認知症も認定対象に含めて対応。 ・給付額が他国に比べ全体的に寛大。	2004年からシングル・アセスメントプロセスが導入され、社会サービス部と地方保健当局が協働してアセスメント、ケアプラン作成、サービス提供・見直しをする取り組みが進行。	身体的要介護状況の認定。認知症の判定基準への反映は(財源悪化の懸念等から)困難とし、認知症高齢者の介護家族への従来給付+特別給付(年間460EUR)で対応。認知症等をふまえたコース定義にもとづくアセスメントツールを、新たに開発中。	判定ツールの信頼性やアセスメントプロセスの妥当性に関する議論が出てきている。(AGGIR判定の記載方法のガイドラインが2008年に改訂)。現在、新たな判定尺度(ケベック州で利用されているSMAFツール)が試行実験的に実施中。	RAVAが心理面・精神面の状況把握に弱いという問題が指摘され、認知症発見に有効なRAIの使用も普及しつつある。

出典)OECD(2005)、石井(2008)、増田編(2008)、山田(2002)、笹谷(2008、2009)、松本(2009)、日独仏3カ国シンポジウム資料(2009.2)。

認定区分※ドイツは2008年4月(在宅)、フランスは2007年12月(在宅)、日本は2008年時点。 - 8 -

「雑居部屋特養」の新設を許さない緊急集会へのメッセージ

2010年6月27日

NPO 法人高齢社会をよくする女性の会

理事長 樋口 恵子

日本国憲法前文には、国政の「福利は国民が享受する」とあります。憲法十一条には「基本的人権」がうたわれ、二十五条には「健康にして文化的な生活」の権利が定められています。そして介護保険法第一条には「尊厳を保持する介護」の文言が加わりました。

ああ、それなのに、特別養護老人ホームに雑居部屋へ逆戻りの動きがあるとは何ごとでしょう。

私たち高齢社会をよくする女性の会は四半世紀以上前の設立当初から「ついの住みかは個室が当然」と主張し、個室に固執しつづけてきました。それは憲法の前文、各条項の規定からみても、雑居部屋では基本的人権は満たされないし「健康で文化的な最低限度の生活」とは思えないからです。これは地方自治の問題である以前に、憲法に定められた日本国民の権利だと私たちは考えます。

基本的人権や健康で文化的最低限度の生活の中に、人間らしくプライバシーを保って眠ったり、排泄したりすることも当然含まれます。堂々といびきをかくいびき権、堂々としかしプライバシーを保って排泄する排泄権、人知れずおならを放つおなら権、みんな私たちが生きものである限り自然の営みであり、人間である限り尊厳を持ってこれらの行為を営めるよう保障されるべきものと考えます。

このような人間の尊厳を押しつぶすような雑居部屋は、あえて言えば日本国憲法違反ではないでしょうか。

人生の最後の季節を人間として最低限の尊厳と文化的生活が保障されるよう、雑居部屋に反対し 個室化をすすめる運動を皆様とごいっしょにすすめたいと存じます。

高齢者ケアの後退をもたらす 「雑居部屋特養」の新設を許さない緊急集会アピール

「長生きするものだねえ～。4人部屋のときは、つらくて早くお迎えが来てほしかった。長生きしていることが恨めしかった。でも、今は、一人部屋で朝、ラジオも気兼ねしないで聴けるし、好きなことができる。4人部屋のままで死んでしまった人は、惜しかったねえ」

介護保険法は、第一条で「要介護者の尊厳の保持」を規定しています。この条文にてらすと、要介護者はどのような状況にあっても、人としての尊厳の原則にそってあらゆる介護サービスが提供されるべきです。

心身が虚弱な高齢者が長い年月暮らす場として相部屋はふさわしくないこと、とりわけ認知症になった高齢者には過酷な環境であることが1990年代に入り明らかになりました。国は、介護保険制度の理念にもとづき、2002年、「個室ユニットケア」を制度化し、特養の新設はこれに限定するという方針を貫いてきました。将来的には個室ユニット特養の割合を7割にまであげるといふ政策方針をたてました。このことは、「全室個室ユニット特養」が標準であり、その根拠は「高齢者の尊厳の保持」を規定した介護保険法にあるという解釈で一貫したものでした。

ところが、昨年来、いくつかの地方自治体から、個室と雑居部屋を混在させた特養の新設を認め、ユニット部分にユニット型の介護報酬を適用するよう、厚生労働省に対する要望が相次いでいます。理由として「個室ユニット型は居住費・食費などの自己負担が重く、低所得高齢者等の利用が困難だから多床室が必要である」ということが挙げられています。

「低所得者には低所得者向け雑居部屋でよいのだ」というダブルスタンダードが、地方分権の名のもとに行われることを見過ごすことはできません。低所得者に低所得者独特の低位の基準をあてはめるのは、19世紀に猛威をふるった救貧思想の再現にほかなりません。一部の自治体の都合で時計の針を逆行させることは許されません。

高齢者や障害者が日常生活を送る場が、プライバシーが守られるよう個室が基本であるべきことは、個人を尊重する憲法を持つ国として当然です。生活施設の居室が「1人」か「2人以上」かは、単なる人数の違いではなく、もっと本質的な違いなのです。

特養をはじめとする高齢者介護施設は単なる箱ではありません。高齢者の尊厳と自立を支援するための場です。施設水準が低下するとすれば、高齢者介護に携わる介護従事者のモラルを低めることにもつながることは各種の高齢者現場の調査をみても明らかです。

「地域主権一括法」では、特養の居室定員は自治体が条例で定めることができるものとされ、国の示した基準は単なる「参酌標準」の扱いになろうとしています。これはきわめて危険です。

私たちは、介護保険法で規定されている「個人の尊厳」を脅かし、「負の遺産」を残すことになる昨今の動向に強い危機感を抱きました。今こそ市民と現場から声を上げなければという思いで、本日の緊急集会を開催しました。国や自治体は、特養の全室個室ユニット化の流れを後戻りさせないため、以下の措置を講ずるべきです。

■国がなすべきこと■

- 通常国会で継続審議になった地域主権一括法で「参酌すべき基準」となっている特養の「居室定員」を「従うべき基準」と修正し、全室個室ユニットを特養のナショナルミニマムとして再確認すべきである。
- 現在の省令・通知では、「2003年以前に設置された一部ユニット特養」にのみユニット部分の報酬上乘せが認められている。これに対して、いくつかの地方自治体が、「今後建設する一部ユニット型特養」にも、ユニット部分の報酬を認めるよう国に要請している。これは「負の遺産」を30年にわたって残すものであり断じて認められない。現行の取扱を堅持すべきである。また、いくつかの自治体が、一部ユニット型特養に、誤って個室ユニット報酬を支給していたが、これは明らかに法令違反であり、報酬が返還されなければ介護保険制度の根幹が揺らぐ。厚労省は、一部の自治体に対し報酬の返還をするよう求めるべきである。
- 個室ユニットの特養に入居する際に、その居住費等自己負担額の高さが問題となっているが、補足給付のあり方を再検討し、横浜市が実施しているような、居住費への公費補助の新設など、低所得者も個室ユニット特養に入居できるような制度改革を検討すべきである。

■都道府県がなすべきこと■

- 都道府県は、低所得者でも個室ユニット型特養に入居できるよう、独自の施策を検討するとともに、国に対し、制度改革を要請すべきである。

■国と地方自治体が協働してなすべきこと■

- 特養待機者の問題は、雑居特養の増設では解消できない。国と地方自治体は、要介護者ができるだけ自宅で暮らすことができるよう、在宅福祉、医療資源の拡充に努めるとともに、要介護者が介護サービスを利用しながら安心して暮らすことができる高齢者住宅の整備を促進するための施策を積極的に進めるべきである

2010年6月27日

特養をよくする特養の会

特養ホームを良くする市民の会

「雑居部屋特養」の新設を許さない緊急集会 参加者一同