

介護報酬改定等についての要望書

平成 23 年 11 月 16 日

宅老所・グループホーム全国ネットワーク

代表世話人 惣 万 佳代子

2011年11月16日

厚生労働大臣 小宮山 洋子殿

2012年介護報酬改定等についての要望書

宅老所・グループホーム全国ネットワーク

代表世話人 惣万 佳代子

2012年の介護報酬改定に向け、介護報酬に関する議論のほかにも、地域包括ケアをはじめとする、地域を基盤として介護を提供する仕組みづくり等が議論されていますが、従来、小地域において柔軟な介護を提供してきた宅老所の実践に鑑み、私たちは以下のことを要望いたします。

1 「地域での暮らしを支援する」ことの徹底

地域包括ケアの議論にあたっては、利用者主体の原則に基づき、「地域での暮らしを支援する」ことの意味を、介護事業者のみならず、自治体まで含めて周知徹底してほしい。また、制度サービスだけでは地域生活支援が実現できない事実を共有し、宅老所などの小規模事業所が先駆的に取り組んできた、制度外支援との組み合わせによる柔軟な暮らしの支援も含めた、真に包括的な議論を行っていただきたい。

2 通所介護(小規模型)、認知症対応型通所介護の介護報酬の確保

家庭的な個別ケアで、利用者一人ひとりの生活を支えるために、小規模な通所介護の実践を行っている小規模デイサービス、及び認知症対応型デイサービスについて、そのことが支えられるような報酬の確保をお願いしたい。また、個別の加算を積み上げるのではなく、現実の人員配置に見合うような、報酬単価の見直しを強く求めます。

3 認知症介護を医療にゆだねない

良い医療は、より良い生活を支える上で必要不可欠のものであるが、医療の中にある生活は、本来の地域での生活ではない。精神科病院への認知症の方の入院を促しかねない数値目標設定や、宿泊つきデイサービスへの有床診療所の活用などの施策を実施することで、認知症の方を必要以上に医療の領域につなぎとめる可能性が高いことから、これらの施策を実施しないことを強く求めます。

要望趣旨

1 地域包括ケアの議論への危惧

「高齢者の尊厳、個別性の尊重を基本に、出来る限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を支援することを目指す」とされる地域包括ケアの議論が進んでいます。

宅老所などの実践者は、以前から「住み慣れた地域でその人らしく暮らし続ける」ことを合言葉に、地域で支える仕組みを一人ひとりにあわせるかたちで作り出してきました。

実際、これら宅老所などの実践が、認知症ケアや地域ケア、ターミナルケアなど、さまざまな場面で新しいケアを生み出し、日本型グループホームやユニットケア、さらには小規模多機能型居宅介護のモデルとなってきました。それらの新しいケア実践は、目の前の一人ひとりの人が必要とすることを制度のあるなしにかかわらず行なうという、宅老所の原点から生まれたものです。

ですから、地域包括ケアが目指そうとする理念については、大いに賛同いたします。

しかし、現状の議論を見る限り、サービスメニューやシステムの議論に終始し、ケアのあり方や柔軟な支援のあり方については言及されておらず、「在宅を基本とした生活の継続を支援する」ための議論としては不完全と言わざるをえません。地域包括ケアをめぐる最近の議論では、24 時間地域巡回型訪問サービスや小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービス、高齢者の住まい法など、制度やシステム、サービスメニューについて重点的に議論されています。これらの施策が必要であることには異論はありませんが、その推進にあたってはまず、「そもそも地域で暮らし続けるということはどういうことなのか」を共通認識として持ち、制度外の支援のあり方まで含めた、真に包括的な議論がなされる必要があると考えます。

2 宅老所などの実践の存続を脅かしかねない小規模ケアへの報酬単価の切り下げ

今次の介護報酬改定に当たっては、小規模通所介護を含む通所介護の報酬切り下げが噂されています。

宅老所など、小規模で柔軟なケアを提供している事業所では、多くが小規模のデイサービスや認知症対応型デイサービス、小規模多機能型居宅介護、グループホームを運営の根幹としており、しかも柔軟なケアを提供するため、スタッフを加配しているところがほとんどであり、財政基盤も脆弱な事業所が多いのが現状です。そのため、通所介護の介護報酬切り下げは、日本のケアのあり方にとって重要な要素となっている、宅老所などの小規模ケア実践の存続を脅かすものです。

こうした事情を考慮して、前回の介護報酬改定では、小規模デイサービスの介護報酬への配慮が行なわれ、また、処遇の困難な事例への配慮として、重度の利用については報酬の引き上げがおこなわれたことを鑑み、今次の改定においても、小規模事業所を含む介護報酬の切り下げは行なわないよう要請いたします。

また、介護報酬のあり方についても、行きすぎた加算主義が現実のケアよりも書類作りや事務作業を優先せざるを得ない状況を招いており、その見直しを強く求めます。

3 地方分権推進にあたって危惧されること

更に危惧されるのは、地方分権推進との兼ね合いです。地方分権そのものも重要なことと認識していますが、その推進にはかなりの混乱が予想されます。これまでも、理解の乏しい自治体においては、既定の制度やサービスメニューがあるのだからと、宅老所などのような、制度外サービスを提供する実践を排除する事態も起こっています。今次の地方分権も含む地域包括ケアの推進という大きな流れのなかでそのようなことが起これば、自治体によっては、宅老所など、市民の側からの意欲ある取り組みが消滅しかねず、地域包括ケアの礎を失い、日本型の福祉に大きな負の影響を与えます。

宅老所などの実践は、新しい実践を生み出し続けています。富山の民間デイケア「このゆびと一まれ」から始まったとされる地域共生ケアの試みは、それに共感する人たちによって全国に広がり、縦割りであった福祉制度をも変えてきています。長野県をはじめ、自治体によっては、宅老所や共生ケアなどを都道府県レベルの独自の施策として住民と協働で展開している事例も増えてきています。

一方では、若者の世代が宅老所などの実践をはじめている動きが、各方面から大きな注目と共感を集めています。その理由は、若者たちが一人ひとりの高齢者などの人生や生き難さに丸ごと向き合おうとし始めているからであると考えられます。

地域包括ケアが、住民による互助や地域からのケアの創出を重要な構成要素であるとするならば、国においては、宅老所や共生ケアなどの実践、地域サロンなど住民からの試みを育成する施策を充実させ、その意義を十分自治体にアナウンスするべきだと考えます。

4 認知症の方の精神科病院への入院や宿泊付きデイサービスに見られる理念崩壊の危機

さらに、介護保険制度を中心とした制度やシステムが「上手く機能しなかった」、というだけではすまない改革がすすめられようとしています。

平成 23 年 9 月 27 日に行なわれた厚生労働省精神保険福祉担当者会議では、『第 22 回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第2R:認知症と精神科医療)とりまとめ概要(案)④認知症を考慮した目標値』として、次のような数値目標が提案されました。

「平成 32 年度までに、精神科病院に入院した認知症患者のうち、50%が退院するまでの期間を、入院から2ヶ月目とする(現在の6ヶ月目から大幅に短縮)」

一見改善であるかのようなこの数値目標は、認知症の方の精神科病院への入院が増え続けていることを容認し、さらに、より軽度の方が短期の入院をする方向に作用することは想像に難くありません。数値目標を設定するのであれば、認知症の方の精神科病院への入院を減らす目標値も同時に設定するべきと考えます。先の東日本大震災においても、避難所から軽度の認知症の方が精神科病院に入院させられ、家族や馴染みの人、馴染みの地域から引き剥がされて行く例が多数ありました。

認知症の方のケアは、より生活の場や地域での馴染みの方々の関係を重視する方向で発展してきました。そのことは、「認知症の人と家族の会」が掲げる「認知症の人が笑顔で暮らせるまちづくり」というスローガンに象徴されています。宅老所などの実践者も、より馴染みの人や住み慣れた地域とのつながりを深めながら、共に暮らせる地域づくりへと実践を発展させています。

精神科病院への入院を促しかねない数値目標は、こうした流れに全く逆行するものです。認知症ケアでは一旦使わないこととされた、「問題行動」という概念がBPSDという横文字で復活していることも、宅老所などが試行錯誤しながら積み上げてきた、これまでの実践や認知症への理解を無にするものと言わざるをえません。

同様のことはデイサービスでの宿泊をめぐる議論の中でも起きていて、有床診療所での宿泊を進める案が浮上しています。そもそも、デイサービスでの宿泊は、ショートステイでの当事者の方のリロケーションダメージが問題とされ、より馴染みの環境や馴染みのスタッフが関わるデイサービスでの宿泊の方がよいのではないかという議論が先行しており、宅老所などや認知症対応型デイサービス、小規模デイサービスでの実施が想定されていました。

それが、2010年の宿泊付きデイサービスの制度化案では、ショートステイの不足を補うため、設備とスタッフさえ揃えば大規模デイサービスでも実施できるものとなり、多くの団体や実践者が懸念を示した経緯があります。そこへ、有床診療所の空きベッド利用の案が浮上してきています。馴染みの関係や生活から離れていく施策が地域包括ケアの理念に沿うものとは到底考えられないことです。

これらの施策が、医療業界の経営上の要請から進められようとしているのは容易に想像できます。振り返れば、介護保険創設以降、医療と介護の割合見直しのもとで、医療業界の福祉や介護への参入を認める制度改正が繰り返されてきました。

医療は生活ではありません。良い医療は、より良い生活を支える上で必要不可欠のものですが、医療の中にある生活は本来の地域での生活ではありません。

住み慣れた地域で、馴染みの人との関係の中で暮らせる社会をつくろうという理念のもとで、このような施策が進められるのであれば、そもそもの理念が崩壊し、制度やシステムへの信頼が崩壊するものと危惧しています。

宅老所・グループホーム全国ネットワーク
事務局
〒981-0932 宮城県仙台市青葉区木町16番30号1階
TEL : 022-727-8730 FAX : 022-727-8737
E-mail : takurousyo_net@clc-japan.com
[http : //www.clc-japan.com/takurousyo_net/](http://www.clc-japan.com/takurousyo_net/)