

様

2010年4月26日
NPO法人 神奈川県介護支援専門員協会
理事長 阿部充宏

提言書

2012年（平成24年）の介護保険制度改正について、以下を提言します。

2000年（平成12年）より「介護保険制度の要」として、市民の暮らしと自立を支える専門職として介護支援専門員は支援してきました。結果、市民（要介護者）からの評価は高く、市民の暮らしには不可欠な専門職となりました。2012年（平成24年）の介護保険制度改正とあわせ、2025年に高齢化のピークを迎えるにあたり、制度施行からの10年間の実績と市民の代弁機能を担う専門職（神奈川県内の会員1300名強）の総意として以下を提言します。

1) 介護支援専門員が職業人として自立できる報酬設定を強く求めます。

居宅介護支援事業所の収入は、介護保険制度施行より10年にわたり赤字経営であることが当たり前となっています。今までの介護報酬改定においても上方修正もされていますが、それでもなお赤字経営が7割以上とも言われています。介護保険制度の要と位置付けられ、公正中立を旨として活動する介護支援専門員が、職業人として自立できる報酬設定及び国家資格化を強く要望します。

2) 標準担当件数の上限（現行は35件）を条件付きで撤廃してください。

現在、常勤専従の介護支援専門員が担当できる利用者件数は35件を標準担当件数としており、40件からは報酬を減額するという逡減制が適用されています。当会においては、2005年の介護保険制度改正時に厚労省や社会保障審議会介護保険部会等へ「質の担保を図るために標準担当件数は40件」という提言をしました。その時期のケアマネジメントは、制度施行5年目という中で、煩雑な業務実態が散見されたからです。しかし、その後2006年に地域包括支援センターの創設されたこと、また、ケアマネジメントの法制度（加算や減算）の整備。そして、介護保険制度施行から10年のケアマネジメントの実績蓄積の結果、35件の標準担当件数要件は、条件付きで撤廃してください。

3) 介護保険制度におけるサービス決定については、「当事者選択」を徹底してください。

- ① 「要支援者」のケアマネジメントは居宅介護支援事業所が担当する。
- ② 施設介護支援専門員を見直し、施設入所者のケアマネジメントは当事者（要介護者）の選択とする。

2006年の介護保険制度改正において、要支援者は「保険者（市町村）」がケアマネジメントを行うこととなりました。しかし、ケアマネジメントの支援内容（国が定める支援基準）が2006年以前よりも「簡素」になったため、予防ケアの効果と暮らしのマネジメントが充分ではありません。また、地域包括支援センターが予防ケアマネジメントに追われ本来の役割を十分に果たせないという状況が散見されます。

介護保険制度の基本理念は「当事者が選択できる」ことです。しかし、施設サービスを利用（入居）すると、当事者の意思に関係なく介護支援専門員が変更されます。施設介護支援専門員、要支援者についても「当事者選択」を基本とすることは、人権という観点からも不可欠です。実施にあたっては、施設入居者にケアマネジメントの視点は重要であるため、相談員は介護支援専門員の有資格者と要件を変更してください。（経過措置は不要）

4) 家庭の状況等により区分支給限度基準額以上のサービス提供を認めてください。

現在の要介護認定（7段階）においては、家庭状況等は勘案されません。しかし、実際の暮らしにおいては、介護者の状況や世帯状況、経済状況により「暮らし」には大きな違いがあります。在宅で生活を続けていくためには、必要に応じて区分支給限度基準額以上の支給を行うことが「自宅での生活を継続する」ためには不可欠です。

5) 居宅介護支援事業者の「監査指導」を市町村へ変更してください。

現在は、都道府県が居宅介護支援事業者の許認可及び監査指導を担当しています。しかし、定期的な監査（実地指導）ができず、この10年間で1度も行政監査がない事業所も存在しています。より、公正中立な支援が行われているかを監査（実地指導）する役割は、より身近な保険者（市町村）で実施することが不可欠です。

6) ケアマネジメントの「セカンドオピニオン」を制度化してください。

医療機関においては、市民（当事者）の自由意志に基づくセカンドオピニオンが一般化されているが、ケアマネジメントにおけるセカンドオピニオンは現在皆無です。市民の意思に基づくセカンドオピニオンを制度化し、市民にとって、より自由度と選択性を柔軟に実施することが求められます。また、そのことで1人介護支援専門員等（介護支援専門員が事業所に1人）の少数従業者数の事業所に対しての質の担保ともなり得ます。

7) 施設入所の判定では「居宅介護支援専門員の意見」を重視してください。

現在、施設サービスでは施設内に設置された「入居判定委員会」で入居の可否判断や優先順位が決定されていますが、透明性があるとは言えません。居宅生活を支援する介護支援専門員は、自宅での暮らしの継続と同時に限界を専門的視点から検討しています。施設入居の判断において居宅の介護支援専門員の意見を重視するよう制度として明文化することで、自宅での生活の限界を超えた市民（要介護者）の施設への優先入居を可能としてください。その結果、介護うつ、介護虐待や放置等も軽減の一助になると考えます。

8) 低所得者等への対策を拡充してください。

現在の経済状況等の影響により年金受給者の生活は非情に厳しい生活状況です。その結果、自立に必要なサービスを使わない（利用を控える）ことが散見されています。制度は、利用者の自立を約束していますが、現在のままでは自立を保障された制度ではなくなります。低所得者対策を更に拡充することで、市民の暮らしのセーフティネットを構築することが急務です。

9) 24時間365日体制をもつ居宅介護支援事業者は、地域包括支援センターのブランチとして位置づけてください(24時間365日 地域包括ケアシステム構築)

2006年から地域包括支援センターは保険者(市区町村)により設置運営されています。しかし、土日祝日休み、夜間対応なしが多数であり、市民の暮らしの中で起きる「不測の事態」に対応できていない側面があります。地域包括ケアシステムの構築のためには、24時間365日体制での相談体制が必要です。24時間365日体制を有する居宅介護支援事業者を必要に応じて地域包括支援センターのブランチと位置づけ、介護保険と介護保険外のコーディネーターの役割を追加してください。そして、パーソナルサポーター等との連携を強めていくことで、市民の暮らしに中にある複数の課題について機動力をもって対応することが可能となります。

10) ケアマネジメントの質を更に高めるため、また、受益者負担割合の公平性を担保するため利用者負担額の見直しを検討してください。(現行は、利用者負担0割)

介護保険制度施行より10年が経過し、更にケアマネジメントの質を高める必要があります。その為の一つの方法として、当事者(要介護者)の負担額を見直すことで介護支援専門員との相互緊張関係が今まで以上に形成され、当事者の選ぶ権利がより明確になります。但し、ケアマネジメント(介護支援サービス)については、区分支給限度基準額の対象外とし、低所得者への負担額への配慮をしてください。