２０１４年6月２４日

新しい地域支援事業・ガイドライン設定にあたっての「生協の意見」

—介護予防を重視し地域を支える事業の拡充によって在宅生活の安心を—

日本生活協同組合連合会
日本医療福祉生活協同組合連合会

はじめに

予防重視型システムをさらに強化することが必要です。

介護保険における予防給付は、生活機能が低下した状態にある方や、その可能性の高い方などに、適切なサービスを提供することで「状態の維持・改善・重度化防止」が期待されています。残存機能を見極め、本人の意欲を引き出す等、自立支援型の介護予防サービスを提供することで、在宅でも安心して生活でき、ＱＯＬを高めることができます。

特に認知症の方への介護サービスの提供は、専門的スキルと知識を持った介護職が対応することで、状態の進行を遅らせ、より長期の在宅生活が可能となり、また、状態の変化が起きた時も迅速な対応が可能となります。その他、医療との連携により早期診断・適切な対応・治療をすすめることにつながります。

新しい地域支援事業でも予防重視型システムを強化し、自立支援型の介護予防サービスを重視することで、要介護に至る人々を減少させることが重要です。このことは、今後の医療・介護保険にかかる総費用全体の伸びを抑えることにつながります。したがって、新しい地域支援事業の予防に対する施策には財源を厚く投入するべきと考えます。

市町村はサービスの低下や格差が広がらないよう地域支援事業を適正に組み立てるべきです。

２０１５年介護保険制度の改定では、予防給付の訪問介護と通所介護は市区町村が実施主体となる新しい地域支援事業へ移行されることとなりますが、以下の３点が危惧されます。

① 要介護認定（要支援１・２：現状 150 万人）を受けてもサービスが受けられない。
② 市町村ごとで、サービス内容、利用量、利用料金などに格差が生じる。
③ サービス利用の手控えにより、利用者の状態悪化がすすむ。

提供できるサービスが後退するようなことがあれば、利用者の状態悪化を招き、多くの方が要介護状態に移行する可能性があります。結果として財政を更に圧迫することにつながりかねません。

一方、生活支援サービスは全国的には不足した状況にあります。今回の制度改定を契機に地域資源を充実させていくことが必要です。

保険者は必要な財源を確保し、要介護認定を受けた方がサービスを受けられることを保障し、市町村ごとのサービスの格差を極力小さくし、サービス提供によって利用者の状態悪化を防ぐことで、誰もが安心して暮らし続けられる地域社会を支える新しい地域支援事業を目指すべきです。

Ⅰ．新しい地域支援事業実施にあたっての意見

１．市町村は、新しい地域支援事業を開始するにあたり、要支援者の訪問介護・通所介護の利用実態や、地域の生活支援サービス（見守り・配食・家事サービスなど）の状況について、詳細に把握・公表したうえで、事業計画を策定することを求めます。

２．市町村は、事業開始に際し、地域住民、利用者、事業者・関係団体等に対し事業内容について説明を行う責任を果たすことを求めます。

・新しい地域支援事業は、予防給付から移行される訪問介護・通所介護と、生活支援サービスの拡充などを市町村の責任と権限のもとに組み立てられるものであり、地域住民、利用者、事業者・関係団体等への説明と理解・協力があって初めて成り立ちます。特にサービスを受ける高齢者に対しては、丁寧な情報提供が必要です。

３．地域包括支援センターの体制・財政強化を求めます。

・地域包括支援センターは、今回の制度改定において、医療介護連携、認知症初期支援チーム、地域ケア会議への対応など機能の追加・強化が求められています。一方、現状の地域包括支援センターは、地域間の力量格差が大きく全国平均でも１センターあたり５人強の人員しか配置されていません。新たな機能を担いながらサービス及びケアマネジメントの質を担保し、連絡調整機能を強化するための財源確保と体制強化が必要です。

４．生活支援サービスコーディネーター（仮称）や協議体が適切に配置・運営できるよう国や都道府県が支援計画を示すことを求めます。

・現在想定されているコーディネーターは、地域資源の創造など極めて高い能力が求められており、エリアごとの複数配置や必要な財源の投入、研修開催等、国や都道府県による支援が不可欠です。

Ⅱ．ガイドライン設定にあたっての意見

１．事業概要について

（１）予防重視型システムを確立し、専門職によるサービス提供の確保を求めます。

・在宅生活の安心を確保するために、認知症や精神的疾患の状態変化に合わせたサービスや、残存機能の見極め・意欲の引き出し等の自立支援型の介護予防サービスを提供するためには、専門職によるサービス提供が不可欠となります。

（２）要支援と要介護を行き来するような方や、予防給付（訪問介護と通所介護を除く）と生活支援サービスを併用する方に対して、必要なサービスが提供されることを求めます。

・要支援と要介護を行き来するような方に対しては、ケアプランの作成主体が変わる際に本人に必要なサービスが切れ目なく提供されることが必要です。2006 年介護保険制度改定時に予防給付が創設された時も、要支援と認定されたことで受けられるサービスが減ったことがきっかけとなり、転倒したり、引きこもったりするなど状態像が悪化するケースがみられました。

２．「介護予防・生活支援サービス」について

（１）実施主体

①市町村単独で実施できない場合は、広域連合等での実施を可能にすることと合わせて都道府県の支援の役割を明確にすることを求めます。

・地域資源に乏しく市町村単位での検討・推進が難しいと考えられる地域に対し、都道府県が支援すべきです。また、広域連合等による事業実施も可能とすべきです。

（２）事業対象者及び利用手続き

①要介護認定を受けることが保障されることを求めます。

・認知症の早期発見のためにも、利用者は原則として要介護認定（医師の意見書等）が受けられるよう保障すべきです。安易にチェックリストの判定に流れないような仕組みが必要であり、運用方法については慎重な検討を求めます。

②チェックリストで判定する場合、専門的サービスの要否を判断できる仕組みを求めます。

・チェックリストで判定する場合は、専門的力量を持った職員が居宅に訪問して対面で実施することを求めます。

・チェックリストは、全国一律に運用されるよう、最低基準を設けることが必要です。また、認知症の早期発見につながるような項目の追加も必要です。

③サービスが必要な方へのアウトリーチの仕組みを強化することを求めます。

・市町村は申請を待つだけでなく、地域への訪問活動などを通じて事業対象者の発見

に努力することが必要です。このことは、孤立化の防止につながります。

④ 介護の方についても生活支援サービスを利用できるよう求めます。

・生活支援サービスは、利用者本人ができないことを補うサービスです（食事を作れない場合に配食を利用するなど）。要介護認定を受けた方についても、安心して在宅生活をおくるためには、生活支援サービスの併用が必要です。

（３）事業の実施方法

①介護保険の趣旨（自己決定）に基づき、利用者が生活支援サービスの提供者を選べるようにすることを求めます。

・生活支援サービスにおいても、利用者本人が自己決定に基づきサービス提供者を選択できるようにすべきです。

②市町村の実施事務の軽減化のために、事業者のみなし指定や審査・支払の簡素化（国保連の活用）などの措置を講じることを求めます。

③利用者からの苦情等の申し立て先や、事故等があった時の責任主体を明確にすることを求めます。

・何かあった時のサービス提供の責任主体がどこになるのか不明確です。利用者が安心して利用できる制度になるよう意見を汲み取ってフィードバックする仕組みが必要です。

（４） 事業費の単価

①専門的サービスについては、現状の予防給付の報酬を維持することを求めます。

・サービスの質（事業の継続・質の高い人材確保）の担保や、介護職員の処遇改善のために、専門的サービスについては最低でも現状の予防給付の報酬を維持すべきです。

②介護予防支援事業（ケアマネジメント）の報酬単価は、現状より引き上げることを求めます。

・地域の中の多様な担い手による多様なサービスが充足していない現状では、より高いコーディネート能力が求められており、これまで以上に個別事例に対応したマネジメント能力が必要となります。したがって報酬単価は現状より上げることが必要と考えます。

③事業費の単価については、ガイドラインで下限の水準を明確化することを求めます。

・事業の継続性を担保し、市町村ごとに極端な差異が生じないよう、下限の水準を設定することが必要です。

（５）利用料

①利用者の過度な負担を防ぎ、住んでいる市町村によって利用者や地域住民の不利益にならない料金設定を求めます。

・生活支援サービスの種類ごとに利用料の考え方を示すことが必要です。

・利用料は、下限だけでなく利用者の過度な負担を防ぎ、市町村ごとに極端なバラつきが発生しないために、上限の設定も必要です。

②利用者や地域住民にとって不利益にならないように、既に市町村の独自財政で実施しているサービスが後退しないよう求めます。

・お食事会や配食サービスなどについて、既に市町村の独自財源を補助しているものがあります。新しい制度によって、利用者負担増や助成額の減少や、これによるサービスレベル（質と量）が後退しないようにすべきです。

（6）事業所

①現行の介護保険指定事業者は、みなし指定によってサービスを実施できることを求めます。

・円滑に新しい地域支援事業への移行がすすむよう、現状の介護保険指定事業者はみなし指定によってサービスを実施できることを求めます。

②利用者が安心してサービスを利用できるようサービス提供者の選定基準を明確にすることを求めます。

・事業所の新規指定や委託の選定基準をガイドラインに具体的に明記すべきです。

・地域の様々な組織や団体が事業の担い手として想定されることを踏まえ、確実に良質なサービスが提供できる事業所の選定基準を設ける必要があります。需要に供給がおいつかないからといって、一定の質を担保できない事業所が選ばれるようなことは避けるべきです。

（7）限度額管理

①利用できるサービスを十分受けられない事態を避けるために、利用者負担分を除いた給付金額による限度額管理と予算確保を求めます。

・新たな生活支援サービスは、市町村がそれぞれサービス単価と利用者負担金額が決定できる仕組みとしています。利用できるサービスを十分受けられない事態を避けるために、利用者負担分を除いた給付額での限度額管理と予算確保を求めます。

（8）ガイドライン

①国は、全国の市町村の実施状況を把握し、当面はガイドラインを毎年見直すことを求めます。

・事業開始後は、市町村任せにするのではなく、国は定期的に市町村の実施状況を把握し、当面は実態に基づきガイドラインの見直し・検討をすすめるべきです。

（9）事業費の上限

①介護予防サービスを重視し、要介護に至る人たちを増加させないために、新しい地

域支援事業には今まで以上に財源を投入していくことを求めます。

・自立支援型の介護予防サービスを重視することによって、要介護に至る人々を減少させ今後の医療・介護保険にかかる総費用全体の伸びを抑えることが何よりも重要です。その為に、新しい地域支援事業には今まで以上に財源を投入すべきです。

（１０）定期的な評価

①国や都道府県による市町村の新しい地域支援事業を評価する仕組みや、住民側からの第三者評価も加えることを求めます。

・国や都道府県には、市町村の事業計画、実施状況を把握し評価する責任があります。さらに、市町村が費用の抑制のみに走らず事業の質を担保するよう、第三者評価の仕組みも必要です。

・評価は定期的（3年ごと）ではなく、毎年行い公表すべきです。

３．「一般介護予防事業」について

（１）一般介護予防事業をさらに効果的にすることを求めます。

・ＩＣＦの国際生活機能分類の考え方に基づき、「心身機能」「活動」「参加」をバランスよく提供するためには、自立支援に資する取り組みを、ＯＴ・ＰＴなどのリハビリテーションの専門職に限らず、介護職も対応すべきです。またリハビリテーションは、認知症の方へも有用であることから、要支援者１・２の認知症の方に対しても、自立を促すリハビリテーションが行われることを求めます。

（２）事業の維持・継続（事業者・人員確保できる単価の設定等）のために必要な財源を確保することを求めます。

・低い単価の設定によって取り組める事業者がいないという事態にならないよう、必要な財源を確保すべきです。

４．事業移行について

（１）適切な事業実施のために、移行猶予期間を保障することを求めます。

・全国の市町村で適切な事業実施が進むためには、移行期間を有用に活用することが必要です。平成２７年４月からの事業実施が不可能な場合は、あらかじめ条例を制定し平成２９年４月まで事業の開始を猶予することが可能としていますが、市町村によっては体制が不十分なため、条例制定作業に労力がさけず、事業開始の準備が整わないまま事業実施に踏み切るところが出てくることも想定されます。条例制定を必須とせず、サービス準備のために移行期間が使われることを求めます。

・３年間で移行できない市町村に対し予防給付を残す等の特例措置を設けるべきです。

以上