

定期巡回・随時対応型訪問サービス スタートアップセミナー 抄録

1. 日時・場所

平成 25 年 10 月 30 日（水）13 時 00 分～
とやま自遊館ホール

2. 講師・パネリスト

【講師】

- ・厚生労働省老健局振興課 課長補佐 稲葉 好晴 氏
- ・三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)
経済・社会政策部 社会政策グループ長 岩名 礼介 氏

【パネリスト】

コーディネーター

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)

経済・社会政策部 社会政策グループ長 岩名 礼介 氏

パネリスト

(福)射水万葉会 天正寺サポートセンター 次長 宮垣 早苗 氏

(福)小田原福祉会 理事長 時田 純 氏

オブザーバー

厚生労働省老健局振興課 課長補佐 稲葉 好晴 氏

3. 参加状況

参加者数：120 名

4. 概要

(1) あいさつ 富山県厚生部高齢福祉課長 長岡 丈道

(2) 講演「定期巡回・随時対応サービスについて」

講師 厚生労働省老健局振興課 課長補佐 稲葉 好晴 氏

この制度は皆さんご承知のとおり、24 年 4 月から始まっていますが、開始早々から仕組み上も難しく、国が思っているほど進んでいないとの批判も頂戴しています。

ただ、この事業はこれからの地域にとって非常に大切であり、各地域において、いろいろな形はあると思いますが、ぜひこういう仕組みを作って、サービスの一つの類型として皆さま方にも実際に事業に関わっていただきたいと思っています。



①介護保険制度を取り巻く状況

介護保険制度を取り巻く状況には、大きく分けて 4 つのポイントがあります。

1点目は、高齢化であり、高齢者の絶対数が増えることです。12年後の2025年には全人口の3,657万人(30.3%)の方が65歳を超えます。今年9月には、既に3,000万人を超え24%です。そして、2025年には3割が65歳以上の高齢者になります。当然、その中で、75歳以上の方も18.1%、2,000万人を超える状況となるのが明らかになっています。

2点目に、認知症の高齢者数が増えます。平均余命が延びて、長生きになれば、かなり多くの方が認知症の症状を有して、発症していく状況となります。昨年出た認知症患者の推計では、認知症の高齢者の日常生活自立度がⅡ以上の方、いわゆる介護認定を受けている方は、2010年で280万人で、2025年には470万人になります。さらに、認知症の有病者数の推計では、65歳以上の約15%(450万人前後)が認知症を有しています。MCIという認知症でもなく正常でもない、中間的な人についても、全国で約13%(380万人)いるのではないかと推定されています。それだけ、ある面では認知症の予備軍的な人がいます。そういう中で、今後の認知症対策は非常に重要になってきています。

3点目として、高齢者の世帯が増えていることです。世帯主が65歳以上の単身世帯や夫婦のみの世帯、あるいは老老介護、親一人子一人。親御さんも元気で生活されているうちは、息子さんも娘さんも働いているので問題ないと思いますが、ある日、病気になって介護が必要な状態になったときに誰が支えるのかというと、同居家族がお一人しかいない。そうするとその方の生計維持はどうするか。働くことが非常に困難になるケースも多くあります。同居している家族が少なくなっているので、同居世帯ではなかなか家族介護者が得られません。外部サービスを使わなければ、介護の継続が難しくなってきます。そういった意味で、世帯構成の変化も非常に大きな問題です。

4点目として、高齢化の急激な伸び率です。大都市近郊の高齢化率は今はまだ低いですが、これから急激に伸びます。片や、山形県は既に高齢化していますが、今後は、高齢化が進んだ後に少子化が進行しますので、人口の減少という問題が起きてきます。それぞれの地域における違った課題、この人口構造の変化は大きな課題であり、介護保険の基本的な一番の課題です。

75歳以上の高齢者数は、2025年に団塊世代が75歳に到達するまで、急激に伸びます。その後、伸びはとどまりますが、85歳以上の数が2030年ぐらいからずっと横ばいが続く状況です。一方、保険料を負担する40歳以上、2号の被保険者数は、既にピークに近付いており、これからどんどん減っていく状況です。こういった人口構造の問題もあります。

介護保険が始まった2000年の介護保険の給付費用は3.6兆円だったものが、2013年の予算ベースでは9.4兆円という非常に大きな額となっています。2025年にある「改革シナリオ」を簡単に言うと、今、社会保障の見直しが行われている中で、介護保険はさらに基盤を強化しなければいけません。医療は医療としての制度の見直しが行われます。そうしたものを踏まえて、まだまだ高齢者が増えていく中で、介護保険はかなり膨らんでいき、10年ちょっとで21兆円程度まで増える見通しとなっています。そのとき、今のベースで単純に考えると、第1号の保険料が平均8,200円になります。これはあくまでも推計値ではありますが、現状からこの程度に膨らむのではないかという見通しを立てています。

2012年の介護サービス利用者数は452万人であり、2013年ベースで約460万人が利用されています。これが1.5倍ぐらいに増えて、663万人が利用されることになってしまうとすれば、この方々を支えていく基盤作りを早急に行わなければいけません。2025年を目指して、どう体制を作っていくかが直近の非常に大きな課題です。

介護を希望されている本人と家族の両方へのアンケートの結果では、本人、家族とも、基本的

には介護サービスを使う、あるいは、家族が在宅で介護して、家で暮らしたい、家で暮らし続けさせたいという方が、7割以上です。特に、ご家族の希望では8割の方が、在宅で介護を続けたいというお答えをいただいています。それが現実だと思います。そうした中で、介護保険状況は非常に厳しいが、われわれは、2025年の当面の目標に向かって体制を整えていかなければいけません。

②地域包括ケアシステムの構築

地域包括ケアシステムが叫ばれて久しくなってきました。8月に、社会保障審議会の介護保険部会が開始されました。社会保障制度改革国民会議の報告を8月21日に受け、その後、引き続いて、具体的な制度の見直しの議論が始まっています。その中で、地域包括ケアシステムの構築をうたっていますが、この中で、2025年を見据えてどう計画を作っていくか。その先行部分として、平成24年4月の法律改正の中で、地域包括ケアという概念に係る規定が、介護保険法に盛り込まれました。そして、今回の主テーマである24時間対応の定期巡回・随時対応サービス、あるいは複合型サービス、小規模多機能の事業所と訪問看護、医療の機能を兼ね備えた新しい仕組み、また、認知症についての5カ年計画、オレンジプランという形で取り組みを進めています。

介護保険はご承知のとおり1期3年ではありますが、3年を近視眼的に見るのではなく、やはり2025年を見据えて、どういった機能がその地域に必要なかを考えていただきたい。外形的な箱や形にはとらわれることなく、中身にどういう機能が必要なかを、各地域で考えていただきたい。そのためには当然、介護保険の計画の策定、あるいは基盤整備が必要になるので、そこに重点を置いていただきたいです。

③定期巡回・随時対応サービスの概要

このサービスについての報酬、あるいは仕組みなどを説明させていただきます。基本的には、地域密着型のサービスなので、市町村が事業所を指定します。対象者は、要介護者のみ（要支援は含まない）であり、身体介護を中心とした、1日複数回のサービスを行います。決して、生活援助をしてはいけないということではないので、そこは誤解のないようにしていただきたい。

定期巡回は、一体型事業所と連携型事業所という二つの類型を定義しており、一体型では、訪問介護、福祉の部分と、訪問看護、医療の部分の一つの事業所が提供しています。連携型では、訪問介護と、別の訪問看護の事業所が業務提携あるいは連携することによって、一体的にサービスを提供します。

報酬については、一体型の場合は、介護と看護を利用される方と、介護だけ利用される方に分かれています。連携型の場合は、連携する側の訪問看護事業所が算定できる別の加算があります。

この事業の注意すべきポイントとして、1番目、これは、出来高払いではなく包括払いになっているので、重複する内容のものは、当然、サービスとして併用して提供できません。併用できないサービスは、訪問介護、訪問看護（連携型利用時を除く）、夜間対応型訪問介護です。

2番目に、通所系サービス、ショートステイ利用時です。昼間はデイサービス、あるいは時にはショートステイを使う利用者さんがいますので、当然、その部分は使えますが、サービス間の調整ということで、報酬を減額する仕組みがあります。

もう一つ、大事なポイントとして、人員・設備基準があります。看護職員は、一体型の場合には、事業所自らが配置しなければなりません。連携されている場合は、連携先に配置されます。基本的には、支障のない限りはという前提はありますが、兼務が可能になっています。オペレー

ターについても同様で、利用者の処遇に支障のない範囲で、他の事業所、あるいは同一の事業所の他の職種、単純に言えば、訪問介護の職員として兼務も可能です。

平成18年から、定期巡回の前身的な扱いで、夜間対応の訪問介護もありますが、これについては、オペレーションセンターなど、設備基準もかなり重いものがありましたので、そこは見直しをして、かなり基準を軽く、あまり重厚な設備等を要せず事業展開ができるような仕組みとなっています。

このサービスで特徴的なものとして1番目に、サービス計画があります。これは共同マネジメントと言われており、基本的には介護サービスを使う場合は、ケアマネのケアプランに基づいて使われますが、これは同じです。まずは、入り口でケアプランを作っていただき、定期巡回を使います。短時間で毎日接するわけなので、利用者さんの状況を常に把握できます。そうしたことから、定期巡回の中には、計画作成責任者がケアプランの日ごとのサービス提供時間を変更できます。そして、その状況は、当然、ケアマネと連携を密にさせていただいて、状況報告等をしていただくわけですが、そうした中で、自分たちで日々の個別の計画を作ります。看護師のアセスメントが入ってきますので、非常に状態像が分かりやすい。ケアマネ、訪問介護の職員、看護師などが、頻繁に情報を密にやり取りすることによって、支援をしていく仕組みです。これは、利用者にとっても職員にとっても非常に効果がある仕組みではないかと思います。

2番目のポイントとして、地域包括ケアの推進を図る、地域との連携です。介護だけではなく、地域で暮らすためには医療も必要です。その他、福祉サービス、生活支援と、地域の事業もいろいろあると思いますが、そういったものとの連携も深める部分と、やはり、サービスの質の確保があります。包括報酬になりますので、言葉が悪いですが、やらなくても報酬は入ってきます。ただ、逆に言えば、必要以上に何回も大変ご苦労されているケースもあろうかと思いますが、そういったこともあり、介護・医療連携推進会議というものを定期的を開催することを義務付けています。地域との情報交換、その事業所において、地域における取り組みを周知していくためにも、こういった場を活用してほしい。

もう一つ、最近よく言われるのは、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）等の集合住宅と一体になった事業所もかなり増えています。もともと地域の在宅生活を支えていくための仕組みなので、同じ建物の中だけでやってもらっては、正直言って困ります。その地域の中にある住宅の一つとして、提供していただくのは何ら問題はないですが、それと併せて、それ以外の一般住宅地にあるお住まいの地域へのサービス提供も必ずするということも、運営基準の中でうたっています。

3番目のポイントとして、他事業所との連携があります。今までの介護保険のサービスでは、1つの事業所ごとに指定の事業がありました。このサービスについては、一部を委託し、集約化することが可能です。1つ目は、地域の別の訪問介護の事業所に人手の足りないときに定期巡回を委託する、あるいは夜間対応のできる事業所に、夜間訪問を委託することも可能になっています。2つ目に、定期巡回の事業所間で、夜間・深夜・早朝における随時の対応をすることです。随時の対応とは、訪問のことではなく、オペレーターが電話を受けて取り次ぐ部分です。その部分については、他の事業所等、夜間は利用者も非常に少なくなりますので、集約化することによって、1カ所で受け入れることが可能となります。ただ、業務の範囲内については、事業所間の契約、あるいは市町村長の定める範囲内で行うとされていますので、事業を立ち上げる際には、所在の市町村の担当部署に確認をしていただき、事業展開の方法を考えていただきたいです。

④定期巡回・随時対応サービスの現状と課題

出掛ける前に9月末の集計ができましたので、口頭で申し上げます。保険者数は、8月末は161名ですが、9月末は166名で、事業所数は、325カ所から335カ所に増えています。利用者数は、3,928名から4,261名となっています。スタート当初はぼちぼちという感じでしたが、ようやく事業所数も利用者も増えてきている状況です。

今後の論点として、1つは、今回、富山県ではこういった形でセミナーを開いていただきました。こういった自治体の取り組みは非常に効果があります。事業者も、やりたいが、どうしたらいいのかわからない、事業の中身がよくわからないところがあれば、都道府県を問わず、市町村にも、こういった取り組みをしていただきたいです。国の方からも、こういった取り組みが広がっていくよう支援をしていきたいと思っています。

2つ目としては、始まって間もない事業ですが、やはり、訪問看護事業所との連携が非常に厳しい。人材の確保も難しいところもあるので、そのあたりは、次の見直しに向けて何かできないのか、これから具体的に検討をしていきたいと考えています。

3つ目は、この定期巡回と併せて、短時間のサービスということで、身体介護20分未満の報酬区分が、24年の報酬改定で設けられました。ただ、これは事業所の要件、あるいはサービスの提供に関して限定があります。そうした部分は、暫定的な扱いになっているものを、今後、定期巡回までいかななくても、地域で在宅支援の仕組みとして有効ではないかとの声もありますので、これの恒久的な取り扱いについても検討を要請していきます。

埼玉県の事例では、正確なサービスの実態を伝えることの重要性、それから、地域で支える側として支援していただいている地域包括の職員やケアマネージャーへ具体的にこのサービスを使ってどういうことが行われ、どういう人に有効なのかを、しっかり知っていただくことが第一だということです。埼玉県では、県内の全市町村に、この仕組みを設けるために、モデル事例から始まって、こういった取り組みをしていただいています。

横浜市の事例も、課題は同じです。ケアマネの連絡会で制度説明したり、市の利用者のデータがどういった状況にあるのか提示したり、あるいは事業者を直接訪問します。行政でしっかり支えていくということで、このような取り組みをしています。横浜市は全部で18区ありますが、昨年10月から全区で事業が始まり、今年10月には、さらに9区で、かなり事業所が追加される予定と聞いています。

そうした取り組みも、各自治体に参考にさせていただきながら、この事業の普及に努めていただきたいです。または、地域密着の事業であるから市町村にお任せということではなく、都道府県による取り組みにもかなり期待しています。皆さま方も、関係者に情報収集するなり、地域の資源として、この取り組みをぜひ検討していただきたいと思っています。

(3) 演題「定期巡回・随時対応サービスの実態と地域包括ケアシステム」

講師 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)

経済・社会政策部 社会政策グループ長 岩名 礼介 氏

このサービスのことは皆さんご存じだと思いますが、介護保険が始まる前から存在したサービスです。その灯が消えないようにずっと情熱を傾けていただいていたのは、今日来ていただいている24時間在宅ケア研究会の理事長の時田先生です。

最近面白いことに、訪問看護事業所を持っていないけれど、定期巡回に参入してきたところもあります。すごくうまくいっています。参入してまだ半年ぐらいですが、もう黒字ラインに乗

ると言っていました。もともと老健と小規模多機能を持っていたところに、定期巡回に参加しました。「戸惑わなかったか」と聞くと、面白い答えが返ってきました。その事業所は「多分、訪問介護事業所がこれに参加するよりも、私たちの方が簡単だったと思う」というのです。なぜかと聞くと、「全部包括払いなので、仕組みが一緒なのだ」とおっしゃっていました。つまり、出来高払いを包括に変えるというのは、イメージのチェンジが結構大変です。何分やったら幾らという発想なので「これ終わったら、あと10分どうしたらいいかな」ということは、包括払いでは考えません。終わったらさっさと帰ってしまうし、どんどんマネジメントして、経営を考えながら、シフトも柔軟にどんどん変えていきます。だから、老健も小規模多機能も包括なので全然戸惑わなかったと言っていました。

①定期巡回・随時対応サービスの実態

さて、今日紹介するのは、ほぼ1年前の状況に基づいた調査であることはご了承ください。その後いろいろな事業者さんとお話ししましたが、大筋で状況は変わっていないと思うので、参考にしていただければと思います。

皆さんが一番気になるのは、どういう人が使っているのか、どれぐらい行っているのかといった、もう少し具体的なところだと思いますので、そこをお話しします。まず利用者像について説明します。

このサービスが始まる時は、中重度の人が中心だと言われていましたが、現実はそうになっていません。意外にも軽度者にも効果があるという声が非常に多いです。ただ、やはり軽度の方に提供する場合と、中重度の方の場合では、少し意味合いが違うと思います。



要介護度別の利用者数は、大体半分以上が要介護2以下です。要介護2と3で区切るのがいいのかどうか分からないが、見ているとどうも要介護2までのグループ、あるいは要介護1～2の途中ぐらいまでの方と、それ以上の重い方では、やはり意味合いが少し違うのだろうという気はしています。このことについては、後ほど、具体的に説明します。

利用者の世帯類型を見ると、地域提供型は約40%が単身者であり、定期巡回は単身や老老の世帯には大きな助けになっているのではないのでしょうか。単身の在宅生活継続は難しいと言われるますが、実は要介護1～2の方が単身世帯のかなりを占めています。逆に言うと、単身にいる人のほとんどは要介護1、2、3ぐらいまでで、5で単身の方は現状では少数です。逆に同居の世帯の中には、当然4～5の方もたくさん含まれています。

サービスが発展していけば、地域包括では有名ですが、和光市さんなどは要介護4、5でも在宅でいられるところを目指すと言っています。あそこの状況を見ていると、私にはそれが夢みtainな話だとは思えません。定期巡回がしっかり機能して、食事サービスがしっかり入って、bed to bedの移送サービスも入ってという、在宅をどうやって支えるかをよく考えてプランニングされていると思います。

どれぐらい訪問しているかは、皆さんご関心のあるところだと思いますが、振興課で調査されたものでも平均3回ぐらいです。おおむね集合住宅の方が訪問回数が多いのは、移動時間が短いためであると想像が付きまます。地域の普通の一般世帯に提供しているところでも、2～4回ぐらいというのが一つのゾーンです。しかし、このサービスの優れているところは、訪問すべき回数

をあらかじめ固定していないということです。お一人お一人のニーズに合わせて、回数の多い方もいますし、少ない方もいます。

もう一つは、訪問時間の長さが固定化されていないということです。要介護5の方は、少し長めに行っているかもしれません。もっと言うと、今週の水曜日のこの時間帯には30分いたが、次の週の同じ時間の訪問のときは20分かもしれません。それが定額制の優れているところで、必要なケアが終わったら帰る。ちょっと大変なことになっていたら少し時間が掛かる。それを現場が決められるというのが非常に強いです。それではシフトが組みにくいのではないかとはいいますが、皆さん、施設をイメージしてください。施設は別にシーツ交換する時間が1分でもずれたら文句が出るということはありません。汚してしまったところがあれば時間が掛かって、次が少し遅れる。それを上手に調整する全体のマネジメントが定額制の優れているところでもあります。

訪問回数に関しては、軽度者の場合で多いのは、水分補給、服薬の確認、食事を取ったかどうかの確認などで、例えば、日中、家族の方が働きに出ている間だけ2回行くというケースもあります。身体介護が直接行われているというよりは、どちらかという生活のリズムをきちっと取っていただくということについて効果が出ているということで、いろいろな事例の報告が挙がってきています。

事業者さんから出てくる声で、やはりなるほどなと思うのは、ご飯も食べずに、食べていたとしてもすぐ偏ったものしか食べていないとか、傷んだものを食べてしまったとか、あるいはお薬を全然飲んでいない、残薬だらけというような方が、いかに在宅にたくさんいるかということです。逆に言うと、今まで発生していた、例えば、看護師さんに来てもらわなければいけない、体調が優れない、ADLがどんどん落ちていくということが、実は、そうした不規則な生活に原因があって、きちんとご飯を食べて、薬をきちんと飲んでもらうだけで病状が安定して、生活が安定し、在宅での自信が付く方もいるわけです。だからとてもシンプルなことなのですが、要介護1～2の方には、それはそれで意味があって、中には安定して、自分でできるようになり、これでサービスが終わってしまう方もいるそうです。そういう人ばかりなら夢のような話で、もちろんそうはなりません、これはやはり改善を目指したサービスだということも言えると思います。

一方で、要介護3、4、5の方はどうかというと、やはりトイレの問題がメインになります。調査を分析しても、排泄介助関係の量が圧倒的に多くなってきます。もう一つ大切なことは、トイレに行けるようになる人が出てくるという話です。ベッド上でオムツ交換だったのが、定期的にトイレの時間に来てくれるのだったら、トイレに誘導してトイレでしようという形ができるわけです。お年寄りも、トイレでの排泄介助を通じて、オムツよりはトイレの方が気持ちいいことを思い出します。生活に張りが出るということが実感できるようになってくると、自分でトイレに行く方々も出てくるという話もエピソードとして挙がってきています。

もう一つは随時対応です。これは皆さん非常に気になる場所だと思います。普通の一般居宅に提供している事業者さんのコールの回数を見ると、1カ月に大体7回です。つまりほとんど鳴らないということです。4日に1回ぐらい鳴るというイメージです。それもこれは訪問しているのではなく、コールが鳴った回数です。実際に訪問したのは1カ月に1.7回です。一人の利用者さんから実際にコールがあって、行く。それも事業所から行っているとは限らず、定期巡回というのは常に巡回していますので、オペレーターと連絡を取って、その途中からぱっと経路を変えて寄ってみるというふうに対応することもあります。

つまり、コールが鳴っても4回に1回ぐらいしか対応していないというのが去年のデータです。これは事業所さんによって多少違います。コールの回数は、端末の種類によっても多少違います。テレビモニターが付いていたり、とても簡単にぱっと押すとすぐにつながるものと、携帯電話を使っているところでは回数はやはり違います。でも皆さんいろいろ工夫されていて、携帯電話に

紐がついていて、引っ張ると簡単に事業所つながるものなど今はいろいろありますが、そういうものを借りて端末にしているところもあります。

コール回数は集合住宅の方が少し多く、倍ぐらいあります。面白いのは、集合住宅はコールが鳴るとほぼ必ず訪問しているという点です。93.4%、月16回鳴って15回訪問しているという感じですが。集合住宅なので距離もほとんどないので、はっきり言って電話でごちゃごちゃしゃべっているより行った方が早いというのも実際あるからです。

先ほど稲葉補佐が言ったように、定期訪問をしなくても定額制なのでお金は入りますが、もらいっぱなしでそのまま報酬を頂けるかという点、そんなうまい話はなく、定期巡回と随時対応が組み合わさっているわけで、定期巡回に行くことがメインなわけです。先ほどのスライドを見ると分かりますが、定期巡回は1日平均3回だとすれば、デイやショートの日はあるにせよ、普通に計算したらその家には月90回程度は訪問しています。それに対して随時では1.7回しか行っていません。100対1とは言いませんが、50対1ぐらいの割合でしか随時は発生していないのです。

これはなぜかという点、定期巡回にきちんと行っているからです。逆に言うと、定期巡回をサボればサボるほど随時対応のコールは鳴ります。しかし、今日もあと2時間もすれば来るなど、認知症の方にもだんだん分かっていただいて、その安心感がヘルパーが不在にしている間の2時間の気持ちの安定にもつながってくるわけです。コールしてもあと30分で行くということになれば、それで落ち着く方もいます。もちろんそういうわけにいかない方もいて、ひっくり返って動けなくなったとか、夜中にトイレに行こうと思って転んだとか、いろいろあると思いますが、大事なのはこのサービスは決して随時が独立しているサービスではないということです。

このサービスが始まる時に、多くの自治体や事業者から、随時がばんばん鳴ってとてもシフトなんか組めなくなると言われました。それは随時だけを考えたらそうですが、相手がコールしてきそうな時間、つまり対象者へのアセスメントがきちんとできていて、生活のリズムが把握できていれば、定期巡回で先手を打って入っていくだけの話です。

モデル事業時代のデータを見ると、随時対応の回数は、サービス利用段階から徐々に減っていきます。なぜ減っていくのでしょうか。もちろん安心感もありますが、毎日入っているので1回1回がアセスメントであり、様子が変わったと分かれば、すぐ看護師にも連絡が行くし、情報共有されます。アセスメントをしっかりしていけば、特定の時間帯に頻繁に随時のコールが鳴るとなれば、そこに定期的な訪問を組み込んだらいいだけです。定期巡回と随時対応は、値段が違うわけでも何でも無いというところが包括のいいところですね。いつも夕方になるとこの人はコールしてくるな。ではその時間帯の少し前に訪問を入れたらいいとってシフトの入れ方を変えれば随時コールはなくなります。時間をかけて最適解を探っていくことが、定期巡回サービスをやっている職員さんにとっては、腕の見せどころですし、それができると何十回も鳴るということは起こりません。逆に言うと随時コールがわんわん鳴る事業所は、時間が合っているかなど、よく考えた方がいいのかもしれない。

いろいろな方にお話を聞きますと、1カ月ぐらいはサービスを入れながら試行錯誤して、ちょっと時間帯を変えようかとかいうことがあるとお聞きします。計画策定責任者の方だけが考えるわけではなくて、自然にこの辺がいいのではないかとということがヘルパーの中からも出てきますし、全員ケアマネジメントになっていくのだと思います。関わっている人たちは、全員で情報を共有していますので、そういう意味ではICTの活用、最近はタブレット型のものを使ってやっているところもあります。機器もすごく安くなってきていますし、ソフトも安くなっています。専用のソフトをインストールするのではなく、アプリでできるようなサービスも最近出てきていますので、初期投資もほとんど掛からなくなってきました。

広島県にある事業所ですが、補助金を一銭ももらわないで普通にスタートしたと言っていました。必要だったのはタブレットだけで、それも普通に使っている携帯でよく、専用端末でなくて

もできると言っていました、そういうことでイメージの転換をしていただきたい。このサービスは「定期巡回・随時対応」と2大看板のように書いてあるが、比率は9対1以下で、ほとんど定期巡回サービスです。随時対応は定期巡回がちょっと不具合を起こすときに発生する、うまくはまらないときだけ出てくると考えていただければと思います。

②サービス利用の効果は？

利用効果を上げた事業者アンケートを採ったときにいただいたエピソードがあります。私はこの話がすごく好きなのですが、要介護3で利用を開始して、日中3回排泄介助で訪問。奥様を亡くされた後ということもあって、生きる意欲がなく、何もしたくないし、何もしてほしくないという状況でした。オムツ交換はベッド上でした。もともとは歩けましたが、引きこもってどんどんADLが落ちてきて、寝たきり一直線みたいな状態になったわけです。それで定期巡回サービスが入って、毎日訪問し、訪問した時だけでもトイレに連れていく。そうすると「あんたらが大変だと思って、さっき一人で歩いておいた」という日が続いて、今ではほぼ自立し、トイレも自分で行っています。今は定期巡回は要らないということで、普通の訪問介護に切り替えられている事例です。

定期巡回は、何も永遠に使う必要はなく、介護保険のサービス自体が、本来は自立支援なので、要らなくなったらやめていい。トイレに行けるようになったら、自分で行けばいいわけです。このエピソードが素晴らしいと思うのは、ADLの改善だけではなく、本人の意欲が改善しているということで、非常に素晴らしいケースだと思います。

去年の調査では100ケースぐらいが事業所から寄せられましたが、大きく効果は二つに分けられそうです。共通して出てくるのがトイレに行けるようになったとか、あるいはそれは無理でも、以前よりも移乗が自分でできるようになったとか、ADLの改善を指摘されるケースがとても多いです。つまり、週1回のリハビリをするよりも、毎日トイレに行くことの方が大事だったかもしれないという話です。もちろんリハビリはリハビリで意味がありますが、やはり日々の生活での改善機会がないのにリハビリをやっても効果はやはり小さいのではないのかということです。

それともう一つ共通して出てくるのは意欲面です。いろいろな表現があります。意欲、自信、安心感、全部同じです。つまり、これなら在宅生活を何とかやっていけるかもしれないという安心感が出てくれば、在宅限界点はその段階で自然にかなり上がっています。もちろんご本人のADLが下がったままではなかなか難しい側面はありますが、しかし、意欲のない在宅というのは、介護者も本人も本当につらいと思います。外部からヘルパーが複数回来ることによってそこを感じられるようになったというのが、非常に大きい効果だと思っています。

類似のケースは本当にたくさんあります。トイレに行く前にトイレの前で簡単な屈伸運動をするように看護師さんが介護ヘルパーさんにぽつと言った。せつかくトイレに連れていくのなら、トイレの前でちょっと屈伸運動させていたら、その方はやがて自分でトイレに行くようになったそうです。これも介護と看護が一体でやっていることのメリットでもあります。中にはOT（作業療法士）、PT（理学療法士）が事業所の中にいるケースもありますし、何の職種だから幾らという制度ではありません。これは包括なので、別に看護師だけでやりたかったら看護師だけでやってもいいです。看護師だけというところはあまり見たことはありませんが、看護師さんが少し多めにいらっしゃる事業所は実際にあります。看護師がオムツ交換に行ってもいいのです。とにかく定額の中でその事業所としてベストのサービスを提供できる体制をどうやって作るかを、自分たちで考えながらやるというところがこのサービスの非常に大きな部分だと思います。

去年の調査では介護サービス事業所の定期巡回サービスに対するイメージについても把握しました。例えば、定期巡回が始まったころは、「人口の少ない地方では成立しないサービス」とよく

言われていました。しかしどうでしょうか。確かに大都市で増えているのは事実です。東京も多いですし、モデル事業を1カ所もやっていなかった広島県にはもう10カ所ぐらいできていますし、名古屋もかなりの数を持っています。横浜も持っています。東京は本当に数が増えました。射水市は大会社と言える地域ではないと思いますし、時田先生の小田原の事業所に私もお邪魔しましたが、都会という感じではありません。私の知っている範囲で、人口1万人でもやっているところがあります。北海道の夕張市も定期巡回をやっています。工夫なのです。東京だからできるのだろうというのは違うと思います。

モデル事業のときに調査しましたが、東京だから移動時間が短いと皆さん思われると思いますが、これには少し誤解があります。例えば、東京は駐車禁止が多くて車を止めるところがほとんどありません。密集地域では自転車で回っている事業者もあります。そうでなくても高層マンションだと下から上がってだけで3～4分かかります。事業者が競合していたりすると、利用者が分散して住んでいたりとか、いろいろな条件があって、単純に地方だから、都会だからとはなりません。地方都市でもある程度人が集住しているエリアであれば、効果的に回ることは可能です。これは事業者、地域によって全然違うということです。

実際に参入された事業者の持っているイメージと、参入しないで外側から見ていらっしゃる事業者のイメージで違ったのは、夜間・深夜の対応が中心だと思っているということです。24時間という言葉をつけると、それはどうなのと云ってくださる方も結構います。24時間というとコンビニっぽいので、コンビニというと昼間のイメージがありません。24時間やっているのだから昼間も入っているにもかかわらず、どうも夜中のイメージがあるみたいですが、基本的に要介護者は夜は寝ています。

何で起きているのかと問えば、結局、日中にきちんとケアができていなかったといったことが背景にあります。例えば、寝る前にきちんとトイレに行っていなかったり、ナイトケアが不十分だから夜中に起きていろいろ大変なことが起こっています。もちろん要介護5の方や、体位交換の方もいますので、夜中のケアもゼロではありません。モデル事業の時代のデータではありますが、夜の11時ぐらいから、朝の7時ぐらいまではほとんどサービス提供はありません。ゼロだとは言いませんが、やはり圧倒的に多いのは朝と夕方です。また、日勤帯は必ず定期巡回の業務が発生していますので、常勤職員を雇用することもできるようになります。現在の訪問介護事業所は、登録型のヘルパーがたくさんいます。ヘルパーが常勤化するためには、業務が一定程度安定的に供給されることが条件です。そうなってくると日中帯にしっかり業務があることが大事です。ただ、朝と夕方というのは、登録型ヘルパーにしても実は人が集まりにくい時間という調査結果が出ています。だから、ここをどうやってアレンジするかは、事業者の頭のひねりどころだと思います。

しかし大事なのは、本サービスを夜間、深夜の対応が中心だと思っていない事業所が「あまり思わない」「思わない」を合わせて95%あるということです。それに対して一般の方々には夜中心だろうと思っていた方が7割いるという、この認識のギャップがあれば、それはさすがに腰が引けると思います。夜中のケアに人は必要です。それは施設でも一緒です。特養でも夜中に職員がゼロになっているわけではありませんが、昼間よりは少ないです。

これもよく出る話ですが、シフトを組んで何回も行くので、来る職員の方は毎回違うわけです。同じ方が四六時中来るわけではありません。当然、お休みの日もあります。もちろん定期巡回は、土日関係ありません。要介護者に土曜日でも日曜日もなく、365日のサービスなので、一人一人のヘルパーは代わっていきます。そうすると、コミュニケーションがうまく取れないのではないかとするのは、ニュアンスとしては何となく分かるのですが、訪問介護で2時間滞在しているのと

は違います。しゃべっている暇なんかないと言ったら語弊がありますが、世間話をしに行っているわけではないので、オムツの交換をして、水分をきちんと取ってもらって、お薬をきちんと飲んでいるか確認して、食事をきちんと食べたか記録して、看護師や他の職員と共有するということを全部やっていけば、そんなにゆっくり話している暇はありません。お茶を飲んで二人で向き合いながら 20 分しゃべっているというようなことはあり得ないわけです。しかし、必ずしもコミュニケーションが取れないわけではない。むしろ朝昼晩の情報を全員が共有していることによって、「朝はおなかの調子が悪かったですか」みたいな話ができることの方がよっぽどコミュニケーションが取れているわけです。人が代わっても、情報量が変わらない仕組みを持つことが、定期巡回の一つの大事なポイントだと思います。情報共有をどうやってやるかです。

あまり複雑なシステムを持つと、システムメンテナンスにお金が掛かるので、なるべくシンプルにした方がいいと思いますが、これはいろいろな事業者が工夫されています。オペレーションシステムまで全部一体化したシステムを開発して、それを使っているところもあれば、先ほどご紹介したようにタブレットにアプリを入れてそれでやっているところもあります。それは工夫だと思います。

訪問時間が短くなったからといって、生活の実態が把握しにくいということもない。逆です。短時間で小刻みに見るからこそ、その人たちの生活がかなり細かく分かるようになって情報も持てます。ケアマネジャーがようやく力を発揮できる絶好のチャンスです。その人が朝から晩までどういう生活をしているのか、ケアマネジャー自身が訪問しなくても膨大な情報量を得ることができるのですから。莫大な情報が定期巡回の事業所には蓄積されていきます。それを基に、他のサービスをどうやって組み合わせれば最適なケアができるか。つまりそれは単にサービスのニーズに合わせて出すというだけではなく、在宅でどうやって生活継続するかというところに初めて向き合えるということです。今までの週 3～4 回のホームヘルプで在宅を支えるというのは、言ってみれば家族に背負ってくれと言っているのとほぼ一緒なので、それを脱出できる絶好のチャンスなのです。そこで初めてケアマネジャーの手腕が問われるのだと思います。

ケアマネジャーと連携する機会が増えたと回答した事業所は 70% を超えています。今までがどうだったかにもよりますので、今までも緊密だったところは「変わらない」と答えるかもしれませんが、「増えた」と答えたところがこれだけあります。やはり従来の週数回の訪問介護と、1 日何回か入って毎日来るといふ、その違いが非常に強く表れているのではないのでしょうか。

軽度の利用者には不向きというイメージですが、水分補給や夏場には熱中症などが心配な方がたくさんいます。例えば、エアコンの温度の確認をするために 14 時ぐらいの訪問は、とても有効だとお聞きしています。モデル事業のときに聞いた話で、実際にあった事業者ですが、毎年熱中症の方が出ていて看護師も結構大変だったそうですが、モデル事業をやった年は一人も出なかったということで、それだけでもやったかいがあったと言っていました。これは季節の変動ももちろんありますが、軽度の方は軽度の方で、生活を安定させ、そして自立にもう一回戻る。不可逆的な疾病に由来するものではなく、廃用症候群で要介護状態になっている方であれば、改善のチャンスは必ずあるはずで、それを生かすための基盤作りとして定期巡回が機能する。状態が良くなれば、また出来高に切り替えてもいいでしょう。いろいろな使い方があるサービスです。事業者によって、主張される強調ポイントはスタンスによって多少違いますが「看取りができる」と皆さん結構言います。

もう一言言えば、医者と看護師の負担が軽くなるということはすごく重要だと思います。つまり、日ごろの状態がずっと把握されているので、看護師が訪問した際もご本人や家族にいろいろ聞く必要はありません。定期巡回では、週 1 回の訪問看護で「今週 1 週間どうでした」と聞く看

看護師はもういません。毎日情報が入っているわけなので、先回りして看護もできますし、様子が変わってきたと思えば、看護師がそのことを聞いて、医者に相談する場合もあるでしょう。そのことによって日中の間に対応を取りますので、夜中は動かなくていいという話もあります。看護師も夜中にばんばん呼び出されるのではないかというイメージを持たれているようですが、定期巡回がしっかり機能していれば、ゼロになるということではないですが、むしろ夜は安心できるとすら言えるかもしれません。

看取りもありますし、もう一つは病院から戻ってきたときの最初の1～2カ月を集中的に見ることで、生活にうまくソフトランディングするということです。やはり医療介護連携を考えたときに、看護と介護が一緒にいることはとても自然なことなのです。

滋賀県の守山市の定期巡回の事業者は、最初、看護と介護の一体的提供というサービスが出てきたときに、ぴんとこなかったとおっしゃいました。なぜかという、その事業所は、このサービスができる前から看護と介護は同じ屋根の下でずっと連携してきたので、必ずセットで入れていました。ただ、問題は出来高なので、入る時間などがやはり固定的で、融通が利かないのが嫌だったのですが、これが入ったらいつでも好きなときに行けます。おかしいと思ったら看護師がずっと行く。そこで医療処置をするという意味ではなくて、様子がおかしいのを見に行くだけでも、一番喜んでいるのは実は介護職員で、安心だといいます。何かあっても看護職員というバックアップがいる。後ろで支えてくれる看護師がいるだけで、介護士は1日中その方の生活を見るということに対してとても充足感を感じていますし、やりがいも出てくるというようなことを、皆さんお話しになります。

医療と介護の連携を曲解してしまうと、多分、訪看ニーズがない人には不向きという発想になってしまいます。医療と介護の連携は言われて久しいですが、決して訪問看護指示書のある人の話ではないです。皆さん、そこは共通認識で、分かっているかと思うのですが、いかに健康なときにも看護師の存在がどれぐらい力になっているかということです。簡単に言うと、日ごろはヘルパーがしっかり毎日を見ていく。何かあったときや変化があったとき、家族が不安であろうが職員が不安であろうが、ちょっと不安なときは看護師に相談できる。こういう関係性がとてもうまく機能しています。連携型であれば指示書には報酬が別にありますし、そういうことはもちろん大事なのですが、訪問看護ニーズがない、指示書が出ていない人にも看護師がいる意味があるということです。これをぜひ共有していただければと思います。

③「定期巡回・随時対応サービス」の参入障壁は？

去年の調査では、ビジネスとして参入するときに、どういうことを参入障壁と感じたかという調査をしました。深夜・夜間体制が大変ではないかとみんな思っています。「障壁となる」「やや障壁」と答えた事業所は、参入していない事業所だと95%です。しかし、参入した事業所の半分ぐらいは、夜間は大変だと言っていますが、そこまでではありません。背景には、もともと24時間体制の事業所も参入されていますので、夜間対応型の事業所もありますので、別にそれほど変わらないのではないかと事業所も多いということはあると思います。

随時対応が大変ではないかといいます。そうでもないし、随時の発生予測が難しい、それが参入障壁ではないかと皆さん思っていますが、実際の事業所はそうでもないと答えています。体制整備面は確かに少しハードルがあります。これは質問が悪くて、夜間と随時の人員を確保するのが大変ではないかと聞いてしまっているのですが、多分、日中も大変なのです。利用者の数が増えますし、訪問回数が増えるので、結局、全体の職員の数を少し増員しなければいけません。ところが、そこまでやってくださる職員がなかなかいないとか、確保が難しいという声が、いろい

るな事業者から出てきています。ここは工夫が必要です。ただ、共通して光が見えるなど思うのは、職員がやりがいを感じていると、このサービスを行っている事業者が皆言います。やはり一人の人の生活と、エンド・オブ・ライフまで全部見るというのは、在宅の今まで一番苦手としてきたことで、そこができるという充実感がヘルパーにあるというのは、離職率を下げるという意味でも、非常に意味のある声ではないかと思っています。

あとは看護事業との連携が難しいなどいろいろあります。連携先の事業所は一つとは限りません。つまり訪問介護事業所があって、連携先の訪看が3～4カ所に分かれていることもあります。定額制なのでやはりある程度の人数がいるということが、安定につながっているわけです。利用者が一人だとやはりなかなか難しい。連携先の訪看には、2～3人しか利用者がいない場合もありますので、そうすると経営的にもちょっと難しいと感じられる訪看があるのは事実だと思います。そういう声は実際にあります。ただ、実際に連携してみるとそれほど難しくありません。なぜかという情報がたくさんあるからです。情報がないと連携は難しい。

ケアマネージャーへの周知が重要だというのは面白い結果です。つまり、参入する前の人たちは、ケアマネージャーとの連携はそれほど必要ないと思っていたのですが、参入事業者が参入前に考えていた障壁で、ケアマネージャーとの連携は38.5%でしたが、参入後あらためて障壁は何かといたら53.8%がケアマネージャーへの周知や理解が大事だと、入ってからみんな思っています。このサービスは通常の介護保険のサービスと同じように、ケアプランの中に位置付けられるわけですので、入り口でケアマネがこのサービスを理解していないと、利用者に関連した情報が伝わります。だから、ケアマネージャーにしっかり理解してもらう必要があります。

これも大体どの事業所も同じことを言うのですが、1回使って良さが分かると、そのケアマネージャーは大体リピーターになるということです。実感して、「ああ、これいいわ」と分かるのでやめられなくなるそうです。まだ苦戦している地域はたくさんありますが、いったん軌道に乗ると、使いたい使いたいとがんがん来る事業所もあります。このサービスの本質が見えてくれば、こんないいサービスはないです。そこは、ケアマネにどれぐらい理解していただけるかが鍵だと思います。

④定期巡回・随時対応サービスと在宅限界点

介護保険が始まる前はどのような世界だったかということ、家族介護が中心で、家族がみんな疲弊して在宅介護をギブアップする。これではいけないとできてきたのが介護保険でした。介護保険ができてもう13年たちます。どのような社会ができたかということ、レスパイト中心社会と書いていいぐらい、ショートステイの利用はどんどん伸びていますが、本当にデイサービスとショートステイで在宅が限界までいけるのでしょうか。私にはとても信じられません。

次にやるべきことは、もうワンレベル脱皮して、やはりベストミックス型だと思います。私は、ショートステイやデイサービスが駄目だと言っているのではありません。あれがなければ介護者の方はヘトヘトです。だけど、もっとベストミックスがあるのではないのでしょうか。訪問をしっかりしなければ、小規模多機能も一緒です。小規模多機能もデイとショートだけに偏っている事業者を正直言って知っています。訪問にほとんど行っていないところもあると聞いています。しかし、本当に必要なのは、最後に在宅にいられるという感覚を持つには、在宅に訪問系のサービスが入らなければ、やはり無理だと思います。

イメージとして、要介護3以上はトイレの問題が欠かせません。レスパイト中心ケアの一番怖いところは、たとえばデイサービス利用で自宅にいない時間帯の日中はいいのですが、帰ってく

ると、要介護1、2の人はそれほど大変でなくても、要介護3くらいになって排泄のケアのある人は言うまでもなく帰ってきてから次の日家を出るまで排泄のケアがあるわけです。それを家族が支えられなくなり、皆さん限界を迎えているわけです。

ショートステイの利用が要介護3で増えるのはよく知られていることです。これは当たり前ですが、つまりきつくなるということです。在宅限界というのは、要介護3のところにもまだあります。

ただ、ショートステイ利用者のうち、月15日以上利用している人が実は結構います。私は、この方は居宅ではなく、施設の待合室にいますと言っているのですが、これで在宅限界点が引き上げられるとはちょっと思えません。それもショートの長期利用は、要介護3になると急激に増えるということです。

一般的にデイサービスの利用自体は、要介護度が上がれば下がってきます。移動能力が低下してくるといろいろあるのですが、面白いのは、月20日以上利用している人の率が、要介護3でやはりショートと同じように急激に増えるということです。つまり、要介護3で在宅内での生活が限界を迎えているのです。

デイを月20日以上というのは、ほとんどデイで働いているみたいなものです。月～金で行っているのと一緒に、高齢者の方もお疲れになります。これで在宅の限界点を引き上げるというのは、やはり本当の意味での在宅限界点の引き上げだとは思えません。ショートもデイも大事ですが、いいバランスを目指していこうと思ったら、今足りないのはやはり訪問系のサービスではないのかということです。そして、家族が重介護だと思っている身体介護の部分をいかに拾い上げて、軽くしてあげるかにより、メンタルな部分などにもご家族の方に参加していただく。こういうことも非常に重要だろうと思います。

現在、介護保険のサービス利用のパターンに関して、すべての要介護度区分で共通している特徴は、通所介護単品の利用が一番多い利用パターンであるということです。居宅の要介護3以上でみると、通所+ショートステイの利用が要介護3以上の利用者の8%、通所のみが12%なので、つまり、訪問介護が1位ではないのです。20%は在宅外で提供されるサービスだけで何とかしようとしています。デイサービスがレスパイト機能しかないと言っているわけではないですが、月20回行くというのは、それがずっと継続しているということです。やはりハビリティだとはやはりちょっと思えません。

定期巡回サービスはやはりすごく小さい事業所では実施が難しいです。職員の兼務などをうまく使って、夜間体制を作ったり、コストを下げながらオペレーターをうまくやったりしているので、ある程度経営ということが重要になります。したがって、どのように人を配置し、どのように経営するかという、まさに経営者の手腕の見せどころに来ていると思います。そして小規模の事業者も、うまく連携しながら、提携するとかして、定期巡回といろいろな関わり方ができるはずです。こういうことを進めていくと、その組織の中の経営能力が高まり、そして組織が少し大きくなってくれば、マネジメントポストみたいなものが生まれてきて、職員の昇進の可能性も出てきます。介護職員の処遇改善というのは、非常に重要なテーマだと私も思います。組織が10人では、いつまでたっても若い人は下っ端です。それで給料を上げろと言っても、それは無理だと思います。やはり経営を効率化・高度化していくことが、とても重要だということに、最後に少し触れておきたいと思います。

(4) パネルディスカッション「定期巡回・随時対応サービスの効果と事業運営の実際」

コーディネーター

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)

経済・社会政策部社会政策グループ長 岩名 礼介 氏

パネリスト

(福)射水万葉会 天正寺サポートセンター 次長 宮垣 早苗 氏

(福)小田原福社会 理事長 時田 純 氏

オブザーバー

厚生労働省老健局振興課 課長補佐 稲葉 好晴 氏

①発表1「定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業を実際に行ってみて」

(福)射水万葉会 天正寺サポートセンター 次長 宮垣 早苗 氏

本日は、平成24年4月より定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを実際に行ってみて、事例を基に、どのような人にどのような介護を行っているかを、現場からご報告します。

射水万葉会天正寺サポートセンターの概要をお伝えします。私たちの事業所があるのは、富山市天正寺草島線の経堂交差点付近で富山市の中心部からは外れていますが、非常に車が渋滞する地域にあります。ここを拠点に、地域密着型サービスとして半径5km圏内の在宅生活を希望される要介護者の方へのサービス提供を行っています。



人員配置は従来の訪問介護とは違い、サービス提供するヘルパーを派遣するという形ではなく、オペレーターと随時ヘルパー、定期巡回ヘルパーを24時間、365日、施設と同じように3交代で配置し、ヘルパーと利用者のマッチングを考えないような方法でサービス提供を行っています。私たちの事業所は、訪問看護は連携型としています。

私たちの事業所での定期訪問の内容について、平成25年8月のデータを基に説明します。まず、定期訪問は、1カ月の訪問回数が1,874回になっています。1日平均一人2.5回です。主な介護は、1,424件が排泄介助、391件が安否確認、うち、92件が服薬確認を併せています。54件が食事の介助で、5件が入浴介助でした。

随時訪問について、総コールは99回、誤報が1件あります。98回のコールのうち37件が排泄について、3件が転倒の介助、8件が体調不良の訴え、4件がコールのみで対応しています。46件がその他となっていますが、これは、生活のパターンが決まるまでの随時対応として、8月のみ対応している随時訪問です。

随時訪問は、平均1日3回になっていますが、これは46回がこの月のみの対応でしたので、大体1日1~1.5回の随時訪問があるということになっています。

事例①

まずは訪問介護を利用されていた一般的なケースの方です。要介護4、女性。定期巡回が提供されるまでは、このようなケアプランになっていました。1日1時間の訪問介護サービスが2回

入っています。食事3回について、2回の訪問で調理をし、ベッドサイドに置いて好きなときに食べていただくという形を取っていたそうです。このケアプランの中で、私たちが定期巡回でいけるなと思ったのは、知人が21時30分から21時59分まで話し相手のために、ケアプランの中に位置付けてあります。ここを知ったときに、定期巡回でも十分やらせていただけるのではないかと、この滞在の長いような時間ではありましたが、サービスを受けました。

サービス依頼時の課題として、4つの項目がありました。この課題を解決するために、ケアプランの中の目標を、具体的に訪問の目標として計画を練っていきました。

定期巡回は、介護と看護が一体的にまたは連携しあってとありますが、その一つに訪問看護でのアセスメントがあります。このアセスメントを基に、安心を病状の悪化予防、体調の安定に目標を設定しました。

定期巡回を利用すると、先ほどのお話にもあったように、訪問介護が利用できないため、在宅での3食の調理、また掃除、買い物等、全ての援助はヘルパーにより行われなければならないことになってきました。このことを訪問看護のアセスメントモニタリングで身体的なこと、病状のことを知り、介護のアセスメントモニタリングで生活のことをまとめ、本人、ケアマネージャーと何度も話し合い、ケアプランを変更していきました。

こちらでは、食事は訪問介護では調理されていましたが、配食と別居のお孫さんや友人にお願いしています。そして、足りない部分のみ当事業所で調理を行っています。掃除や買い物は、先ほどの知人の方々が有償ボランティアとして引き受けてくださいました。病状安定のために配食を1日1食利用するのは、訪問看護からのアドバイスです。また、友人やお孫さん、有償ボランティア、地域の中で生活していくような働き掛けも、アセスメントからケアマネージャーと、この方のサービスの中で実現していくことができました。

そして一番大きな成果として、随時訪問の回数の推移ですが、これらは全て排便のケアです。食事の時間が一定せず、1日2回の調理で、また1日2回の訪問のみで、排便の介助を受けておられたため、排便の時間も一定せず、1日に1回はサービス開始当初は随時訪問がありました。食事の時間が一定し、配食で体調が安定するに従い、随時訪問が減少し、現在は月1～2回のコールのみとなっています。

この方の利用効果として、巡回訪問で決まった時間に3食取ることにより、生活のリズムができました。柔軟な時間対応や計画変更により清潔が確保できました。報告により、より一層のケアマネージャーとの連携で友人や有償ボランティアにケアプランの中に入れていただくことができました。介護と看護を一体的にということから、安全の確保、これは訪問看護のアセスメントで、側臥位で一人で食事を取っても問題ないことが確認できたことから、安全の確保が確実にできています。また、体調の把握を看護のアセスメントにすることによって、より一層の本人の安心を得ることができました。

事例②

認知症の方です。世間の一般的な認知症の方と同じように、要介護1で、生活上のことはほとんどご自分ではできますが、時間が分からなくなり、一人での独居生活ができなくなっている方です。

この方に定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用いただき、1日3回の服薬確認と安否確認のための訪問をしました。その結果、先ほどからのお話にもあったように、生活の把握ができました。食事を作れるにもかかわらず食べていなかったり、ある日は食べ過ぎていたり、またご自分で入浴をしていると言っておられたにもかかわらず入浴ができなかったことなど、生活を知ることによりデイサービスの利用につなげることもできました。また、配食の利用も始めました。自分のできることを声掛け、また時間を伝えることによって、できることが増え、一層

の自立支援が可能になっていきました。またこの方は胃がんだったが、訪問看護のアセスメントにより、病状の把握ができ、適格に医療につなげていくことができました。そのアセスメントの中で、延命せず自宅でできるだけ生活したいという本人のご希望があり、受診や入院の時期についても、訪問看護に関わっていただけられました。私たち介護の報告により、それを利用して訪問看護がアセスメントを取り、病状が悪くなってからは訪問看護に入り、最後は医療の訪問看護に入らせていただきました。また、認知症で地域との関わりを作ることができなかつた方ですが、複数回のヘルパーの訪問により、一人暮らしの方でも地域へ溶け込んでいただくようなバックアップができました。

事例③

最後に、看取りのケースです。要介護5で「自宅で最期を」と退院してこられたケースです。医療の訪問看護と連携して看取らせていただきました。私たちが定期巡回・随時対応型訪問介護看護の中で、介護するものが看取りで一体何ができるかを考えたとき、できることは排泄介助と体位交換と水分補給でした。

声掛けがありますが、私たちは医療的な声掛けはできませんが、「痛い」と言われれば、「痛いのですね」と。「今何時？」と言われれば、「〇時です」と。また報告により看護へ、医療へつなげ、安心して本人、家族ともに最期を迎えるような支援をさせていただきました。

まとめとして、ここ半年余り、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と関わらせていただき、高齢であり、病気や障害があっても住み慣れた家、慣れ親しんだ地域で過ごし、死を迎えるまで自分らしい生活をしたいという思いに答えるため、この新しいサービス事業、定期巡回・随時対応型訪問介護看護をもっと地域へ提供していくために、今後の課題として今考えているのは、まず看護との連携、ケアマネジャーとの連携が必要だと思います。連携先の訪問看護ステーションからは、先ほどの説明にあった定額での報酬ではどうなのかと言われてはいますが、この部分は私たちにはどうすることもできませんが、連携によってできることは確実に埋めてきました。そして、連携先の訪問看護事業所からは、もっと訪問看護を利用させていただくことにより、体調の安定や重篤化の予防、または心身機能の維持・向上ができる人がいると。介護と看護の連携により、より一層の自立支援も可能になってくるケースがあるのではないかと考えています。このサービス事業だけではなく、本人の力、地域の力を活用し、看護と介護が連携していけることで、また、随時や効果的な定期訪問のためにも事業所が増え、このサービスを多くの人に利用させていただけるように取り組んでいくことが、今後の課題だと考えています。

(岩名) 事例を交えて全体的にお話を頂きました。知人、友人、住民の方をうまく巻き込んだというのは、本当に地域包括ケアシステムの、近未来ではいけないのですが、すぐ近くのをうまく描いていただけたのではないかと思います。

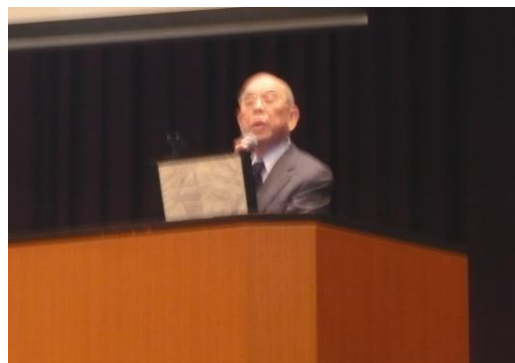
②発表2「要介護高齢者を地域で支える～市民を介護で困らせない～」

(福)小田原福祉会 理事長 時田 純氏

私は36年前に社会福祉法人を立ち上げ、特養を中心に仕事を始めました。実は、仕事を始めて半年ほどですぐ分かったことがあります。これが本当の老人福祉なのかと。施設を造ったために、お年寄りの捨て場を作ってしまった。そういう事例に実は出会ったのです。入所させたお年寄り、母親を置いてご家族はアメリカに行ってしまいました。そして、当時は認知症が出てきた頃でしたが、そのおばあさんが毎日玄関に出てくるのです。そして、入り口の方を向いてずっと過ごす

のです。家族が来てくれないと。それを毎日見て私は実につらい思いをしました。この施設がなかったら、そんなつらい思いをさせることはなかったのだろうと。そして、いろいろ調べてみると、お年寄りご自身が特養に入りたいという人は一人もいないと思います。なにも住み慣れたところを離れて、家族から離れて暮らしたいとはお年寄りは誰も思いません。そういう意味で、在宅が中心なのです。そのためには在宅で暮らせるサービスを作らなくてはならない。家族が苦労しないで、むしろ喜んで親孝行ができる社会を作らなければ駄目だ。この政策は間違っていると私は思いました。

しかし実際は、当時も待機者が随分といました。今も全く同じです。むしろ介護保険があって親子関係が希薄になってきたのではないのでしょうか。目の前で介護を受ける年寄りがうとうしいという社会ができてしまった。それが通所の利用実態ではないのでしょうか。とにかく家にいてくれるのがうとうしい。こんな社会をなぜ作ってしまったのかということ、今でもつくづく思っています。



確かに、介護の負担は軽減しましたが、その美しい親子関係が、むしろ大変希薄になってきたと感じています。皆さんはさわやか福祉財団の理事長である堀田力先生をご存じでしょうか。東北の震災復興で、この定期巡回型訪問介護を一生懸命啓蒙しておられます。定期巡回が切り札で、これがきちんと機能すれば家で暮らせる究極のサービスだとおっしゃっています。堀田先生は、それぞれの自治体へ出向いては、一生懸命地域包括ケアの仕組み作り、そしてそのベースになるのは、定期巡回型訪問介護なのだということを、切々と説いておられます。本当に頭が下がると私は思っています。

私の法人の活動については、いわゆる地域でその地域のお年寄りを支えていくという仕組みです。施設を造るのではなく、地域で支えるのだということです。それぞれの拠点がその地域を点でなくて面で支えることになれば、まさにこれは地域包括ケアの仕組みです。だから、富山市なら富山市全体に網を掛けて、一遍に地域包括ケアシステムができるわけではありません。さまざまなサービスをその地域ごとに提供する仕組みを作っていく。その暁に、地域包括ケアのシステムができあがっていくのだろうと思っています。

施設サービスというのはまさに24時間、介護をします。このような大きな格差は埋めようがないです。実はこれを埋めていくものが定期巡回なのです。ただ、もう一つどうしても必要なのは、特養と同じような水準のサービスを提供したいと思うと、この定期巡回だけでは3度の食事が無いのです。

今、農水省と厚労省で検討会議をお持ちいただいて、食事サービスの在り方検討会というものが進んでいます。農水省の場合は食材業者の人たちのための介護食を具体的にどのように提供したらいいかの検討をしています。実は平成4年に厚労省で、いわゆる配食サービスの補助制度ができました。例えば、週4日以上で1回の配食が40食以上という自治体に対して、補助金を出す仕組みを作ったのですが、実はこれは、毎日型というのができないのです。私どもの配食サービスは昼夜2食365日の配食をしています。私はこの配食のサービスをぜひここで並行的に提供する仕組みがほしいと思っています。配食サービスはこの補助制度を利用すると、最も有効な見守りの仕組みなのです。食事を届けて昼夜2食なので、それがきちんと食べられているかどうか。あるいは、冷蔵庫の中にしまわれていて腐敗していないかとか、そういうところまで実は見守りをやっていくわけなのですが、このサービスこそ最も安い経済的効果の高い在宅サービスだと思っています。

定期巡回についてももう少し申し上げますと、介護保険の目的は自立支援です。しかし、自立し

ているか、立ち上がらせているかという点、ほとんど実例はありません。例えばこれまでの訪問介護は、全国平均1日0.6回です。排泄は普通5～6回あるのではないのでしょうか。要介護で寝たきりの方や障害があり臥床状態の長い人たちは0.6回の訪問で排泄はどうしているのでしょうか。当然、そこには第一に家族の負担があるでしょう。本人は不潔な状態でいられるのでしょうか。

今の訪問介護というのは、こんなことさえ難しいのです。本当に在宅で助けたいと思ったら、少なくとも1日3回や5回はサービスの提供がなければ暮らせないのではないのでしょうか。本来、定期巡回をやるのは当たり前です。できれば終わりまで、看取りまで含めて、在宅で暮らし続けるという自立支援のサービスの仕組みを国が初めて作りました。今までのサービスの一つ類型として増えたのではなく、コンセプトが全く転換したのです。

これまでの訪問介護はどうでしょうか。あれはやってはいけない、これはやってはいけないと、いけない方を数えた方が多いぐらい制約がたくさんあるサービスでしたが、この定期巡回はどうでしょうか。ケアプランに時間も中身も要らないのです。それをやるのは現場なのだから。しかも相手は病人で、容態が毎日変わっています。もともとケアプランをほとんど毎日変えていく人はいますか。できるわけありません。もともとできる仕組みになっていないのです。ようやく自立支援の本当のサービスができました。だから、行政はそこまで言わないが、訪問介護の利用者は、定期巡回に切り替えた方が本来はいいのです。

訪問介護というのは、在宅で暮らせるだけきちんとサービスを提供しなかったら、訪問介護ではなく単なる点のサービスですので、介護事業者も頭を切り替えてもらわないといけません。自分の都合でサービスを提供しているようでは、本当の在宅事業者ではありません。相手本位、利用者本位で営業時間を変えてください。

皆さまが一番ご心配になるのは経営のところだと思いますが、おやりになってみてください。あまり大きい声で言えませんが、私たち事業所の例を申し上げますと、夜間対応と定期巡回のない時代、通常の旧来型訪問介護、予防の介護、障害の訪問介護、自費負担の訪問介護があり、そこに2つ加わったので今は訪問介護には6つあります。だから、今までの4つのサービスのときは、人件費率87%でした。人件費を払うために事業をやっているようです。われわれのような社会福祉法人ならそれでもいいのですが、ただそのときに自立支援は全くなかったのです。立ち上がった人は一人もいないのですから。

しかし、この定期巡回をやって、立ち上がるという姿を初めて見ました。癌末期で臥床、寝たきりの87歳のおじいさんです。頻回に訪問して、特に排泄の自立から初めたら、ちゃんと本気になって来てくれるのです。「俺もやってみるよ」と自分で歩いてつかまりながら、トイレに行かれたのです。そして、排泄の自立ができて、今度は「うちの風呂に自分で入りたい」とおっしゃって、目標ができて立ち上がりました。私は、初めて見ました。ああ、介護保険のこれが醍醐味だなと思いました。そのサービスが初めて作られて、涙が出るほどうれしかったです。今まで見たことがありませんでした。

実は、この夜間対応と定期巡回を入れた6色の訪問介護をやって、人件費率78%でやってきました。経営効率が見事に高まって、今は黒字です。事業者であれば、ぜひやってみてください。

③ディスカッション

(岩名) では、具体的な事業のイメージについて、少しお話をお聞きします。

基本的には併給できるサービスとできないサービスがあります。提供できるサービスとして代表的なものは、デイサービスのショートステイや、福祉用具などがあるのですが、要介護2とか3ぐらいの方、あるいは4ぐらいの方で5も含めて、この定期巡回を使った場合、もちろんショートとデイを利用した場合、定期巡回の報酬に減算がありますが、ベッドや車いすなどの福祉用具を借りるとなると、区分支給限度額を超えてしまうのではないかというご質問があります。

宮垣さん、多分このあたりの最前線にいらっしゃるの、そういうご要望の利用者ももちろんあると思います。要介護4ぐらいの方であればベッド、車いすという話があると思いますが、具体的にはどのような状況になっていますか。

(宮垣) 定期巡回と通所、またはショートを使うことによって限度額オーバーになるという方は時々います。そういう方は、ケアマネージャーと相談して必要なサービスは必要なだけ使っていただきます。限度額オーバーになることが本当に悪いことなのかということをご説明していただいて、ご理解いただいて、限度額をオーバーになってもなおかつ定期巡回・随時対応型訪問介護サービスが必要であると理解してもらえよう努力はしています。

(岩名) 出た分は、自費ということですか。

(宮垣) 自費です。

(岩名) それは、ご家族に理解していただくということですか。

(宮垣) 理解していただくように努めています。

(岩名) 今、公財政の問題ももちろんあってあまり大盤振る舞いできない状況があります。時田先生、平成7年頃に定期巡回をいろいろ試行錯誤されていた頃、コストはすごく高かったです。今は効率化も進んでいると思うのですが、やはり出る部分があるのは、ある程度は仕方がないとお考えになられますか。

(時田) 私どもが24時間の訪問介護を始めたのは非常に古く、平成3年に行政受託があって、そして神奈川県で初めて平成8年から24時間の訪問介護を始めました。年中無休が私どものコンセプトで、休みはありません。夜中も訪問します。実際には、当時も今もそうですが、夜中はありません。夜は寝ているのだから。

そうすると、どのぐらい初期の時代に掛かっていたか。一番掛かっていたのは、要介護5のおばあさんで76万円も訪問介護で掛かっています。だから、当時自治体はそういう負担をしていたのです。

今の超過の問題について、これは保険者が負担をすればできる話なのだと思います。保険者は上乗せできますので、そういう人たちはレアのケースです。特に訪問入浴を利用したら絶対にオーバーします。しかし、必要性があり、そのように利用せざるを得ないので、そこはやはり保険者がきちんと上乗せすればいいと思います。

(岩名) 自費でお願いをするということ。それと、保険者の方で、例えば市町村特別給付で新たに設定するという手ももちろんあるわけですが、横出し、上乗せという手もあるわけですが、これを言うと、「いや、そんな簡単に言うけれど」と皆さん絶対に感じると思います。それはよく分かるのですが、例えば和光市の取り組みなども見ている改めて思いますが、単純に「もっと保険料を払ってほしい、もっと自己負担を」では、誰も払ってくれないと思います。多分、お二方ともおっしゃっているのは、それ以前に定期巡回サービスで実現している在宅生活の継続という素晴らしい実態があるということが前提だということです。つまり、この定期巡回を外したらもう



施設に行くしかないというような状況に追い込まれている方々にとっては、自費を多少払ってでも、払えるのだったらこれを継続した方がいいのだという判断ができるほど定期巡回サービスで成果が出ているという実感があるということだと思います。

そして、時田理事長がおっしゃったことは、和光市は食事と移送ともう一つぐらいに特別給付を出していますが、それをやっても、施設に入れるよりも絶対に安いという確信があるのだと思います。それが結局、市町村特別給付を認める、先生もおっしゃったとおり全員必要なわけではないし、今宮垣さんにご説明いただいた、飛び出してしまう方がいらっしゃるの看護と併用の方で、訪問看護もあって、さらにベッドもあってという形で入れていくとそういうことになるのですが、いろいろ工夫をしたりお風呂はデイサービスでうまくやっていただいたり、ということを組み合わせてやっていらっしゃるのだと思います。

どちらのやり方が正しいということは地域によってそれぞれ違うと思いますが、稲葉さんに「区分支給限度額が上がるか」というそんな質問をしても仕方が無い気がするのですが、ここの支給限度額とサービスのケアプランの在り方というのは、一つの課題ではあると思います。いかがでしょうか。

(稲葉) おっしゃるように、この問題というのはかなり早くから言われています。いわゆる在宅系で初めてのサービスで小規模多機能が包括払いに始まって、今回この定期巡回も包括払いという形になっています。私たちもこの定期巡回だけで在宅での生活、限界点を引き上げるとは到底思っていないくて、他のサービスあるいは市町村の自治体でやられている生活支援的なサービス、いろいろなものを組み合わせて成り立つと思っています。その中で確かに介護サービスと入浴などもあるが、ここの限度額は非常に課題ではあることは間違いありません。ただ、限度額を引き上げるということは、相対的に全ての人に対して給付の幅が広がる可能性がありますので、そこは慎重に考えなければいけません。

今の段階での比較的軽度、要介護度が低い人はかなり限度額に近い部分があって、中等度になると逆にまだまだ限度額での余裕はあるという状況もあります。次の報酬改定のときにも、間違いなくここは課題になると思いますが、今後介護保険というのはまだまだ費用もかなり伸びます。そうした中でどこまで皆さま方にご理解いただいて保険料を負担していただけるのか。それとも、自助の一つとしていわゆる今の超過分のようなところを自己負担していただけるのかということころを、よく話しながら考えていきたいと思っています。重要な一つのポイントであることは間違いないと認識しています。

(岩名) もう一つ、生活支援の問題です。当然、定期巡回だけで在宅は支えられるというのは幻想であるのだと思うのですが、いろいろなものを組み合わせて在宅を支えます。そして、やはりご飯、洗濯、買い物の問題があります。こういうものは具体的にお一人お一人家庭環境が違うので、ご家族がやるケースもあるでしょうし、でもお一人暮らしだったらどうするかという問題もありますが、具体的な実例があればご説明いただきたいです。

(宮垣) 生活援助の部分は、私たちの事業所の中でもいつも問題になっています。先ほどの事例1で申し上げたように、地域や家族、また友人たちやこの方の支援の中に入ってくくださるケースを見つけていくのが、この私たちの日々の訪問の中の、先ほど岩名さんが言われたアセスメントの部分だと思っています。絶対に誰も手伝ってくれないという場合は、訪問介護が使えないのだからやらせてはいただいています。

ただ、一人で生活している方はなかなかなくて、どこかでどなたかがその人の何かしらの支援をしていることを、今まで私たちがやって来た中ではアセスメントの中で見つけてきました。

調理にしても、掃除にしても、洗濯にしても、一つ一つの支援を滞在型にしてしまうと、そこでヘルパーと利用者のマッチングなども出てきたり、一つ一つの援助が趣味嗜好に走ったりするので、そこは手順に沿って一つの行為を分解して、定期訪問を複数回の訪問の中に分けて入れ込んでいます。

(岩名) 他の事業者のお話であったのは、ヘルパーが長く滞在すると利用者側のヘルパーに対する「好き嫌い」が出やすいですが、このサービスは嫌いになる前にヘルパーが帰ってしまうという、なかなか名言だと思います。やるべきケアをきちんとやって生活を支えれば、あとは好きにその方がコミュニケーションをいろいろな形で取られます。近隣のご友人の方を探すというアセスメントというのは、私はとても新鮮というか、それはそうだなと思うのですが、まさに残存機能というか、要介護者の方も、いろいろな社会資源をお持ちなわけで、それを活用してやっていくというのは非常に重要なポイントだと思います。

洗濯に関してよく言われるのは、3回の訪問で、最初に行って洗濯機を回して、2回目で干して、3回目に取り込んで片付けるということです。もうこれは定期巡回では常識の範囲内に入っているような気がします。やはりあともう一つは食事の問題です。農水省、厚労省も去年から力を入れていて、私たちもいろいろ関わらせていただいた食事の問題。時田先生、レジュメの後ろから3枚目に食事の写真がありますが、これはどこで作っているのですか。どういう仕組みになっているのか簡単にご説明いただけますでしょうか。

(時田) 食事の毎日型というのが、実は命を支えるベースです。やはり食のない在宅はできません。そういう意味では、恐らく在宅支援の第一の優先順位なのだろうと思います。しかし、国民会議の報告の中にもこの問題が入っていません。皆さんは普通にご飯を食べているから、食事というのは黙って付いてくると思っていただけなのですが、そうはいかない。このところを制度的にどうしてもご検討いただかなければいけない。しかも年寄りになればなるほど、嚥下障害が出てきます。特に、認知症には合併していくし、脳卒中の合併症として嚥下障害が出てきてしまうので、これはどうしても家族なりに任せておけるかということ、在宅の食事をぜひ見てください。見ただけで食べたくないから。ごちゃ混ぜで、ごちゃごちゃで。

食というのは、まず目で見て食べます。そして、「ああ食べてみたい」という食欲を引き出してあげないと、在宅で療養しているお年寄りというのは食欲がないのです。カロリーを使っているのだから食欲なんか出てくるわけではない。どうしても食欲を引き出すという食事でない、本当の配食サービスにはなりません。だから、配食というのは、まさに個別食なのです。コンビニの弁当を持って行って食べなさいというものではありません。やはり、作る人の食べさせてあげたいという思いなのです。

東京の杉並あたりで、もう訪問も配食も30年続けているグループがあります。この人たちには本当に頭が下がります。ボランティアで、利益など上がっていませんが、それだけ歴史的に続いているというのは、どうしても食べさせてあげなければいけない人がそこにいるからです。だから、むしろ何とかしてあげなければという気持ちを今度は相手が引き出してくるわけです。やはり食の問題というのはこの相互作用なのです。

私どもも、実は配食サービスを作る前に、最初は無料で食を提供した時代がありました。食ぐらいただまらうというのは、やはり人間としてどうしても恥ずかしいという気持ちがあるのです。だから、わずかでもいいから、200円でも300円でもいいからご負担していただくということで配食サービスが始まりました。だから、せっかく国の補助制度があるわけなので、それをもう少し発展させて制度的に盛り込んでいただくと、これは完璧になるのではないかなと思っています。

(岩名) これは施設で作ったものを、施設の厨房を活用されているということですか。

(時田) 法人のフードセンターがあるので、そこから提供します。ある病院の医院長は、「先生のところだけは退院させられるのだよ。とにかく飯があるから」と言っています。だから、実は食事がないだけで入院している患者さんがたくさんいます。こんなもったいないことはない。医療費を使っているのですから。

(岩名) 「食」抜きの在宅限界点の向上というのにはあり得ないでしょう。ガソリンのない車を走らせるというような話ですので、これは絶対に何とかするべきだと思いますが、生活支援は定期巡回の中で全部やるのはなかなか難しくなっているのは事実だと思います。自費をうまく組み合わせる、あるいはボランティアを組み合わせる。あるいは最近一人分の温める、湯煎するだけで温かいものが食べられる商品などをスーパーやコンビニが提供しています。

定期巡回の事業者だと、ドラッグストアやスーパーと提携しているところも最近出てきました。定期巡回というのは、毎日訪問するという意味では、いろいろなものを持って訪問できるという可能性は、私は相当ビジネス的にもあると思いますが、皆さんが気にされるのは、包括なのでその中で全部やらなくてはいけないのではないかという発想がどうしても抜けきらない。これは多分、出来高払いの時代の残りなのだと思うのですが、この制度では、生活支援をどこまでやるかということは別に規定であるわけではないです。それぞれの地域や利用者の環境に合わせて、そこを考えるのがまた共同ケアマネジメントの考え方で、民間の事業者とうまく連携して共同で提携するような形というのは、やっていいという理解でよろしいでしょうか。

(稲葉) 混合介護のような話になると思うのですが、介護保険のまさに保険外のサービスです。これは医療保険の場合は禁止されていて、自由診療と保険診療と併用はできません。介護保険の場合は、禁止はしていません。ただ、現実問題として、これは地域によって保険外の指導が全く違って、介護保険の事業所が何かプラスアルファとして、自費のサービスを商品開発して提供するというのがかなり進んでいる地域もありますし、介護報酬を得て事業運営をしているその基準に基づいて職員を配置しているから一切駄目だと言われているところもあり、全国的に格差があります。

地域包括ケアということで生活援助という部分には、当然こうしたサービスは必要になってくるので、保険の中だけのサービスという話では当然ないし、民間のサービスを地域の事業に使っていただいて、都市部であればコンビニなどの配食サービス、商品を配送するサービス、地域で言えば生協などがしていると思います。そうした取り組みをどんどん地域の中で増やしていく。

この制度の見直しの議論の中では、今、地域によってこういった特定の事業者がサービスできないようなところも、もう少しやりやすいような仕組みを何か考えていかなければいけません。今も決して法律上禁止されているということではないですが、現状からすると、事業者が新しいことにチャレンジしようとする場合には、やはり地域の所在する保険者にきちんと確認していただいた上で、事業を検討していただけたらと思います。

(岩名) 地域によって違うというのは、本当にいろいろなお聞きします。自由度の高いサービスとしての価値というのは、非常に事業者、参入されている皆さんに高く評価していただいているのではないかと思います。

最後に一つお聞きしたいのですが、定額制なので、その枠だったらやってほしいことは何でも頼めばやってくれるのかと言う利用者がたまにいるという話を聞きますが、どのようにそこを説

明され、どういう方針で取り組まれていますか。

(宮垣) このサービスは何でもやってもらえるのではないかとやはりよく言われます。しかし、介護保険制度の中である以上、大前提が自立支援なので、その方の尊厳と自立を守るところを、自立の向上をするところを前提にサービスの提供をさせていただくことを徹底しています。

(時田) 私の今までの経験では、そういう例はありません。実はモデル事業検討会の中では、そのことは出ています。モラルハザードというのは事業者に対してよく言われたのですが、やはり利用する側の方もモラルハザードだと思います。そういう意味では、お互いに節度のある制度の使い方をやはり守っていくことが、サービスの継続性に非常に重要なポイントだと思っています。

(岩名) これは法令・省令を見ていただくと分かるのですが、最初のところに、利用者の ADL の維持・改善を目標として具体的に立てよ、とはっきり書いてあります。それを改善するためのサービスであって、何かしてほしいからしてあげるというサービスだとは位置付けていません。

例えば、排泄。自分でトイレに行けるようになるために必要なことをこのサービスで提供するのだという目標と手段の関係が、やはりはっきりしているというのが非常に特徴だと思います。ケアプランは本来そうあるべきなのだと思いますが、そういう意味では、何でもサービスではありません。

山梨県のある事業者が犬の散歩をお願いされたそうです。事業者は「犬の散歩に自分に行けるようにするのが私たちの仕事なので、犬の散歩には行かない」ということを答えました。私たちは犬の散歩のためには仕事をしない。犬の散歩に行けるようにぜひ頑張してほしい。そういうやり方というのは、このサービスの本質をとともうまく説明しているのではないかと思います。

今日は、時田先生がずばりと「これに関わっている以上、みんなやろうよ」というメッセージを強く出していただきました。自治体に躊躇があったり、懐疑的であったりすると事業者も乗りにくいのではないかと思います。ぜひ、自治体の方がいらっしゃれば、後押しをしていただきたいです。

本日はありがとうございました。