

要望・意見書等／1

●日本介護福祉士会ケアマネジメント研究会が発表した「新たな高齢者介護システムの確立について」(案)

1995(平成7)年10月5日

本研究会の目的は、職能団体として新介護システムにおける介護福祉のあり方について検討すること、並びにケアプラン、ケアマネジメントに関して介護福祉士の立場からその理解を深めていくことである。先ず、公的介護保険として議論されているものが、どのような形で国民に提供されていくのかということ把握するため、新介護システムについて検討した。

新介護システムに対する期待

我が国においては介護福祉士は、昭和62年に介護に関する専門資格制度が単なる介護士としてではなく、『介護福祉士』として看護の領域とは切り離された形で成立した。それは『介護』というものが生活援助を基盤とする福祉の領域においてこそ必要であるとする厚生省をはじめとした関係各位の了解によるものであったと考えている。

そうした意味で私たちは、平成6年に厚生省から出された『21世紀福祉ビジョン』以来、少子・高齢社会の最重要課題として政策的にクローズアップしてきた「公的介護保険制度」についても、生活援助の視点を基盤としたものとして制度化されうるのだろうと期待しているところである。また、公的介護保険をめぐる議論の中で打ち出されている『在宅福祉重視』ということを実現しようと思えば、高齢者の生活基盤を支える家事援助をきちんと組み込んだうえで『介護』の整理をしなければ、多くの高齢者、あるいは高齢者を抱える家族が直面する「介護不安」という問題に答える新たな介護システムを構築していくことは不可能であると考えている。

老人保健福祉審議会の「新たな高齢者介護システムの確立について」中間報告は、今後の新しい介護システムに関する考え方の大枠を提案したものである。具体的な制度設計については引き続き審議会で検討されるのであろうが、介護福祉士の職能団体として、高齢者の自立支援のため介護という理念を尊重して、慎重なる審議が展開されることを切に望むものである。21世紀の我が国のあり方と高齢者像をにらみ、自立に向けた介護として、どのようなサービスを、どのようなシステムで動かして

いきたいと考えているのか、私たち介護専門職である介護福祉士にも早く明らかにされることを期待し、要望していきたい。

高齢者ケア支援体制に関する基礎調査表試案から

この度、高齢者ケア支援体制に関する基礎調査研究モデル地域研究会議から高齢者ケア支援体制に関する基礎調査表が配布された。

本研究会においても関係者に配布し、短期間ではあったが、試案に基づいて特別養護老人ホーム入居者821ケースならびに在宅の要介護高齢者265ケースを対象として検討した。概要は以下のとおりであった。

試案では「排泄の後始末」「移動能力」「寝返り」といったものが大きなポイントとなっているが、こうした能力と重度痴呆の方の要介護度のランク付は全くといってよいほどリンクしていなかった。

痴呆性老人の場合、移動能力があるからこそ介護者の肉体的・心理的介護負担が大きいうケースが少なくない。また、コミュニケーション能力については、聴力や視力があるなしということ以前に意志疎通を図ることが困難な場合が多い。しかし、この試案では、こうしたことについての配慮が全く見受けられなかった。

「痴呆」の方の場合、問題の所在と要介護度が直線的な対応をしていないため、試案による単純分類は難しいと思われる。介護者の精神的・肉体的介護負担度は、「在宅」でも「施設」でも、非痴呆の方より痴呆の方への援助の場合の方が圧倒的に多いのが介護業務に携わる者の実感である。

また、在宅の要介護高齢者の場合、その援助対象は高齢者と高齢者を取り巻く家族であることが一般的であり、援助場面も生活環境の整えられた施設とは全く異なった状況である。援助の実態から考えると、家族関係や住環境などが介護を行ううえで大きく影響する。

例えば、エレベーターのない5階に暮らすデイサービス利用者の送迎は、それだけでも重労働となる。また、半身マヒで脳梗塞による後遺症で徐々に痴呆状態がすすみ、食事もコココーラとインスタントラーメンで済ませ、部屋の中はゴミの山でゴキブリやネズミの巣になっているような劣悪な環境に暮らす高齢者の場合、先ず、生活環境を整えることから介護は始まる。そして、それは自立に向けた介護のプロセスとしては必須のものなのである。

要望・意見書等／2

このようなケースは決してまれではない。在宅の場合、身体的機能だけでは要介護度は測れないこととなる。さらに、痴呆が少しでもあれば介護者の負担度が急速に増大することとなる。家族・家庭への支援といった視点、生活環境をどう整えるのかといった視点が加わらないと介護過程と自立支援の具体的なプロセスが明らかにならない。したがって、在宅へ適用される時に試案のあり方がどのようなものか注目しているところである。

介護福祉士としてみた基礎調査表試案の問題点

研究会においては、「痴呆」と「非痴呆」の要介護高齢者では問題の所在が異なっているにもかかわらず、この試案では身体的要介護度のみを重視したものとなっているという批判が強く出された。在宅でも施設でも、介護実態として排泄や移動が要介護状態の高齢者よりも、排泄や移動が自立し行動が錯乱している高齢者の方への介護負担度が大きいと感じられるのが一般的なのではないかと思われる。

例えば、移動の場合などでも、痴呆がなくても、常に転倒の危険があるにも関わらず自立歩行している人よりも、車椅子に乗って安定している人の方が介護者にとって介護負担度はずっと低い。施設における入居者の痴呆の状態を持つ者の割合は、超高齢化によってその比率は高まっている。会員の属するA施設においてはすでに7割になっている。事態はこのようなことであるから、痴呆においての非妥当性をレアケースとしてみるわけにはいかないのである。

私たち介護福祉士にとって介護の現場には、いわば大きく分けて「手を出してすむ介護」と「積極的な支えをする介護」の両方が存在すると考えられる。「手を出してすむ介護」とは、歩行が困難だから、あるいは転倒の可能性があるから車椅子を利用する、あるいは失禁するからおむつにするという介護者中心の発想に基づくものである。

それに対し、「積極的に支える介護」とは、高齢者の持てる能力の維持、向上に留意しながら利用者の立場に立って行う介護であり、「自立に向けた介護」である。介護従事者がその部分に力を入れるかどうかで『自立支援』につながるかどうか問われていると考える。これまで、福祉現場では「寝たきりを作らない」ということから真剣になって離床に取り組んできたという実績がある。それは、「手をだしてすむ介護」のあり方を見直し、

利用者の自己決定をできる限り尊重し、自立を支えていくという「積極的な支えをする介護」を目指していく取り組みでもあった。

私たち介護福祉士は、いわばこうした積極的介護を担う専門職として資格制度化されたものと理解しているし、事実、介護福祉士の存在によって、特別養護老人ホームなどの福祉現場では利用者のQOL（生活と生命の質）が確実に上がってきていると感じている。介護サービスは栃本氏がいうように積極的介護と保護的介護や機能的介護、権威的介護と異なるものであることは、介護福祉の業務を行う人たちが一番よく知るところである。

ところが、試案による分類では、こうした積極的介護による生活改善のあり方をどのように伸ばしていくのかといった視点が全く感じられない。例えば、施設では「声がけ」と「誘導」による排泄に力を入れることが一般的である。積極的な「声がけ」と「誘導」により生活改善が進み、自力排泄が可能となる要介護高齢者も少なくない。しかし、そうした介護の実態には目を向けず、手を出す介護が多ければ多いほど、要介護度が高いと単純に考えているようにさえ思われた。

この試案による考え方では痴呆性老人や介護環境のよくない在宅の高齢者の場合、実際に介護する側にとっては、提供するサービス量の割に介護負担度が低いと判断されることになると思われる。実際のサービス量に比して要介護度の判定が低くなるとは施設利用もままならないことになりかねないし、在宅の介護環境のよくない高齢者にはサービスが届きにくくなる心配もある。さらに、施設に入っても寝たきりの方が介護費用が高くなる、というものになったのでは、介護保険制度になったために福祉現場でサービス水準が極端に落ちたという事態も招きかねないのではないかと憂慮している。

介護福祉士のめざす介護について幅広い議論を

介護とはボデイケアを中心としたADLを少しでも改善されていくことと捉えがちであるが、介護福祉士として理解しているのは、そのようなボデイケアを中心とした狭い意味の介護だけでなく、IADLの改善も含まれたものであり、全人格的な視点から生活を支えるサービスである。

今後、独居老人や老夫婦のみの世帯が急増してくる中で最大の問題は、在宅高齢者の家から家事の担い手が消えてしまうことである。こうした状況の中、在宅で要

要望・意見書等／3

介護状態の高齢者にとって入浴、排泄、食事の介助といった狭い意味での介護や週数回の食事サービスの提供だけでは、「高齢者介護・自立支援システム研究会」報告で述べている「自らが望む環境で、人生を尊厳をもって過ごすことができるよう」な生活を維持していくことは不可能なことは明白であろう。「人生の尊厳」ということを考えれば、在宅であっても掃除、洗濯といった清潔な生活環境を整える家事援助は、入浴、移動、排泄の介助といった狭い意味での介護と同じ程度の意味を持ったものである。そして、先に述べたように家事援助は具体的な介護過程の中で、精神的な自立を支える積極的介護の中でこそ位置付けられ、初めて意味を持つのである。その人がその人らしく暮らすことのできる長寿社会、国民の望む高齢者の自立を支える介護システムを築いていくためには、介護の概念を出来る限り幅広く捉えなければ、私たち介護福祉士のめざす介護とはほど遠いものになってしまうであろう。

21世紀を見据えた豊かな高齢者介護を築いていくためにも、介護サービスを実践している一人ひとりの介護福祉士がその目指すべき介護のあり方について、利用者の視点を忘れることなく、幅広い議論を重ねていくことが必要であると思う。少なくとも言えることは、介護福祉士として、身体介護のみを介護と呼ぶのではなく、広い生活援助を含めた介護でなければ、高齢者の自立に向けた介護につながらないということである。

●厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会ケアプラン専門委員会で表明した意見書

1996(平成8)年10月

1. 介護支援専門員に求められる資質について

介護支援専門員に求められる資質は、①高齢者のニーズを把握したうえで、適切かつ効果的なケアプランの作成ができること、そのためには高齢者のニーズについての知識と介護サービスについての知識をもっていること、②高齢者のケアニーズをふまえた最適な介護サービスを組み合わせ、それらのサービスを有効かつ効果的に調達できる能力があること、③定期的に評価を行い、必要に応じてケアプランを修正する等のサービス管理をしていく能力があること、を鑑みれば、実際に高齢者のケアに関わる保健、医療、福祉の各専門職が介護支援専門員となることが望ましい。

なかでも、利用者が一番近い介護福祉士は、利用者の要介護状態と共にニーズを的確に把握し、自立に向けた真のニーズをとらえ、ケアプランを作成することができる。また、ケアプランの修正についても、利用者の要介護状態の変化を常に観察し、より早く、的確に把握することができる。したがって、基本的には高齢者のケアに関わる度合いが強い専門職ほど介護支援専門員に適しているといえる。

なお、介護支援専門員に求められる資質の基礎は①②③の前提として、介護福祉士等の条件を満たしていることが必要である。また、①②③を形式上満たすとしても、介護の実態などについて一定の研修を課すべきである。さらに、資質については④として、利用者のアドボカシー(代弁機能)を持ったものであることを付け加えるべきである。

2. 「介護支援専門員養成対象者」について

介護支援専門員の円滑な運営のため、相当数の介護支援専門員の養成が必要であることについては異論はないが、基本的には既に介護支援専門員としての専門性をもっている保健、医療、福祉の専門職を養成対象者とすべきである。また、現に「訪問介護」には介護福祉士等が予定され、「訪問看護」については看護婦等が予定されており、それらのものを基礎とすべきことは当然のことである。

従来、福祉サービスにおいては、従事する者について

要望・意見書等／4

は任用資格の準用はあったが、国家資格としてこれを行うものではなかった。しかし、1987年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定され、現在、社会福祉士、介護福祉士は順調に育ってきており、今後は社会福祉事業にも活用が図られつつある。平成5年には「福祉人材確保指針」が策定され、資格制度の任用がうたわれている。介護保険法の施行は平成12年に予定されており、その意味では平成12年を出発点として資格取得者の任用については検討すべきである。

仮に保健、医療、福祉の専門職以外を対象とする場合は時限的制限、ないし、医療ソーシャルワーカー等職種の制限を設けるべきである。そうしなければ、介護支援専門員の資格要件がなしくずしとなり、営利企業が参入した場合、介護の質の担保が不十分となる。これは資格制度創設の経緯からみて不適切である。

介護保険法の施行時点において、専門資格制度をケアマネージャーの要件と課すことは高齢者のケアの質をも維持するためにも欠かせない。介護基盤の整備にはハードにおいてもソフトにおいても、量だけでなく、質の保障も確保しなければ、国民が納得できる介護保険制度の運用が望めないのはご承知のとおりである。

3. 「ケアプラン作成の基本的考え方」について

ケアマネージャーが立案するケアプランは包括的なものとし、具体的に実施する介護サービス計画はそれぞれの援助者・介護者が立案することが望ましい。なぜならば、要介護者の状態は日々変化するもので一定のものではない。ケアプランは決して早期退院プログラムでもない。アセスメント、プランの見直しを迅速に行うためには、利用者が一番近い援助者が介護計画を修正していくことで、より利用者のニーズに沿ったケアを的確に提供できるからである。ケアプラン作成にあたっては必ず、それぞれの援助者がカンファレンスの一員となってそれぞれの専門的立場からケア計画作成に加わるべきで、ケアマネージャーはそれを尊重すべきである。

4. 「ケアプラン作成マニュアル」について

アセスメントについては、現在検討されているアセスメント表を参考とする程度としアセスメントについての基本的な考え方を学習する。今後は、現在検討されているものや、今後考えられるアセスメントを各職能団体等で検証し、実際に利用者側に立ったニーズの把握が出来る

るアセスメントシート、ケアプラン作成の手順が導入されるべきである。また、この経緯についてはしかるべき手続きを踏むべきであるし、世間に対して公表されるべきである。このことを含めて、現在行われている作業は当面のマニュアルとすべきである。

要望・意見書等／5

●第5回高齢者ケアサービス支援体制整備検討委員会における「自立支援アセスメントの趣旨説明」

1997(平成9)年3月26日

先のケアプラン専門委員会で発表された、MDS—HC方式、3団体ケアプラン策定研究会方式、日本訪問看護振興財団方式が、かなり詳細に検討され、また、非常に多くの実験データや諸団体での検証により、非常に客観的評価の高いアセスメントが出来たことは喜ばしいことである。

本日、ここに提出した日本介護福祉士会の「自立支援アセスメント」は、介護の現場から積み上げた視点で作成されたものであり、必ずしも、先に提出された3方式のアセスメントにとって代わるものではない。

先日、介護対策本部事務局に「ケアプラン作成について」の修正文として提案したものは、補助的手段ということで、「これら以外の方式についても、介護支援専門員としての対象となる各専門領域において作られた様々な手法が補助的に活用されるべきである」ということを申し上げたが、残念ながら、それは本文に採用されなかった。

私たちは、この自立支援アセスメントが他のアセスメントの補助的な手段として活用されることが、要介護者にとって、必要なケアプランにつながるものと確信している。

自立支援アセスメントの特徴

私たちの自立支援アセスメントの特徴は、高齢者自身の生活のリズムを尊重し、本人の意欲や希望を重視したものであり、ケアプランにおいては利用者の自発性や向上心を高め、本人の意欲に対応したサービスが提供できるようになっている。

それにより効率的で効果的なサービスが行われ、結果的に、介護量やサービスの軽減につながることになる。

これは経験に裏付けられたことである。

本来、介護保険における自立に向けたケアプランには、本人の意欲や希望を欠かすことが出来ない。利用者の意欲や能力をアセスメントの主要な要素として取り入れたとき、はじめて目指す目標に到達することが出来る。

私たちの自立支援アセスメントはまさに、この部分に着目したものであり、これは他に類例がないものであり、介護保険の円滑な実施のためには欠かすことが出来ない

アセスメントであると私どもは考えている。

また、要介護者の意志や状態は常に変化するものであり、常に要介護者の身近にいて介護を行っている者が、要介護者の状態や意欲、家族との問題を観察をすることが出来るのであり、このアセスメントを介護保険制度下で、介護を行う者が使用することで、ケアプランの見直しが迅速に出来、必要があれば、他の専門職にも適切に変化を伝えることが出来るのである。

このアセスメントを補助的な手段として活用することで、結果的にうまくサービスをコーディネートすることができ、有効なものになる。特に、現場をよく知っているものなら必ず、理解されると確信している。

生活全般からとらえる在宅介護

私たちは、在宅介護の基本となることは、本人の意欲とともに生活全般からとらえたものでなければならないと考えている。これが、在宅サービスに従事していた者の結論である。

なぜなら、在宅においての介護ニーズは独立して存在するのではなく、家族との関係や家事機能、住まいや経済的な問題など、生活を脅かすさまざまな不安とともに存在しているからである。その意味で、高齢者の生活を支えていくには、やはり、生活全体をとらえて介護サービスを提供していく必要がある。

したがって、生活全体を支える介護は、医療や看護・保健・福祉等の暮らしにかかわるそれぞれの分野の連携と総合的な評価によって、実現可能となる。

だからこそ、生活全体を把握し、アセスメントすることが重要であり、それが結果的に介護保険給付が効果的で効率的な援助となるものと考えている。

現場の介護実践から生まれたアセスメント

そこで、私たちは高齢者の暮らしを支え、生活を整える長期にわたる生活支援の為のアセスメントとして、生活7領域から組み立てる「生活援助を基礎とした自立支援アセスメント」をたてた。この自立支援アセスメントは現場の介護福祉士の介護実践から生まれたものである。したがって、在宅においてはサービスを提供する際に必要と思われる事項、および他の専門職との連携や他職種との調整上のフォーマットになるものと考えている。

なお、効果的、効率的なケア、省力化したケアは、高

要望・意見書等／6

高齢者自身が自分の生活のリズムをもち、また、意欲や希望、そして、それに合わせ提供されるケアサービスによって可能となる。

つまり、在宅ケアにおいては、専門職の立場から必要と考えられる援助を提供した場合であっても、利用者の意志に添わないものであれば、効果的なサービスとならないのである。

高齢者がもつ望みや、生活の基盤としてどこに住むのか、何を生活の目標としているのか、何が日常生活を営むのに困難と感じているのかといった意見が反映され、利用者の持つ意欲と能力をアセスメントの主要な要素として取り入れたとき、はじめて目指す目標に到達することができるのである。

高齢者の居宅における介護サービスは、利用者主体の生活をトータルに捉えた総合的なサービスの展開が望まれる。利用者個々の生活意欲を支援する援助は、利用者の自発性と向上心を高め、生活の質の向上につながるとともに、少ない資源で効果的な介護を可能とする。

これまでの私たち介護福祉士の介護実践から、第1に、生活全般から問題を発見した場合、第2に、利用者とともに問題解決の方法を考え実行した場合に、適切な援助が行えることがわかった。自立支援アセスメントは、「利用者側の生活をしていく上での困難性」を軸として、さらに各専門職に求められる関わりを明らかにしようとしたものである。

これは、高齢者のできないことや、心身機能の低下のみをチェックした障害ランクの客観性からだけで、高齢者の状態像を把握するのではなく、個々の高齢者のケースに合わせて、また、意欲もみながら、自立支援のチームアプローチを進めようとするものである。

これを補助的に活用することによって、先の3つのアセスメントが円滑に進むと考える。

また、利用者をケアの対象としてみるのではなく、自分の生活を自分でできまわす主体ととらえ、利用者からみた生活障害を記述し、その要因を分析するなかから、各専門職のチームアプローチを考えるアセスメントフレームになっている。

から生活の状況をトータルに把握できるようになっている。

この分類方式は、生活の全体をとらえるために、単純に家事と介護の分類をせず、また、援助者の側からみたニーズと問題を記述するのではなく、本人の考え方や要望、そして、それと異なる家族からみた問題をそれぞれ区別して分析しようとするものである。

さらに、各項目別に「現状・状態・本人の対処」「本人の望み・意欲・関心」「本人が行う際の困難度」「連携が必要な関連機関」「援助者が援助を組み立てる際の困難性」を順序立てて、記載するものである。この順序こそがきわめて重要であると考えている。

そして、先に述べたようにMDS—HC方式、3団体ケアプラン策定研究会方式、日本訪問看護振興財団方式のいずれが主として使われた場合においても、この自立支援アセスメントは、ニーズの的確な把握のために必要なアセスメントであり、自立に向けたケアプランを作成する際に、必要不可欠なものである。

生活全体を7領域43項目に分類

生活全体をとらえるために、「自立支援アセスメント」は暮らしを構成する「衣、食、住、体の健康、心の健康、家族関係、社会関係」の7領域に分類し、さらに43項目

要望・意見書等／7

●行政改革委員会規制緩和小委員会主催「医療関係資格制度に係わる規制緩和」「社会福祉士及び介護福祉士の受験資格要件の緩和」についての公開ディスカッションでの意見陳述

1997(平成9)年9月11日

医療関係資格制度に係る規制緩和について

対人援助を行ううえで一般教養科目はむしろ、重要視されなければならない。それは義務教育や高等学校教育におけるものとは異なるものである。したがって、大学等における一般教養科目については履修を免除することは必要である。

“看護の業務と看護補助者としての介護福祉士の業務”と表現されているのは介護福祉士制度の正しい理解とはいえない。

介護福祉士は看護の補助者ではなく、急性期の医療を中心とした看護ではなく、慢性期にある人や高齢者や障害者に対して日常生活における自立に目を向けた介護を行うのが介護福祉士である。したがって補助者としての位置づけではない。

一方、これから慢性期の方々が増加する比重は、急性期の医療・看護から、慢性期の医療・看護・介護へ移ると考えられる。したがって慢性期の介護が重要となる。重なりあう部分については今後、検討が必要な課題である。

介護福祉教育と看護教育はそれぞれ異なる目的をもって教育方法が行われており、そういう意味で、介護福祉士資格取得のためのカリキュラムを評価できないとする意見は当然である。

介護福祉士の受験資格要件の規制緩和について

今後、増大する障害高齢者への介護、障害者(児)の自立を支援するためにも多くの人が介護の専門資格を取得することが望ましい。

さらに、これからの介護ニーズは単に量的に増大するのみならず、利用者の意識の変化に伴い、生活の質の向上を保障する介護サービス、自立に向けた積極的な介護サービス、寝かせきりにしない介護、限られた財源のなかで効果的な介護サービスを提供していくことが必要である。

したがって、介護サービスは量的にも大きく変化しなければならない。

これらの増大、多様化する介護ニーズに応えるためにも、幅広い介護経験者が介護福祉士となる道が必要であり、規制緩和については賛成である。

一方、今後、介護が従来の弱者に対する社会福祉からサービスとして位置づけられていくことから、サービス供給事業者も様々になると予想される。営利を目的とした民間事業者の増加も考えられる。したがって、そのような多様な供給者が提供するサービスの質を担保し、保障するためにも介護福祉士制度は重要となっている。

また、サービス利用者が要援護や自己決定能力を欠く場合があるため、利用者の権利擁護や代弁機能などが重要。そのためには専門職業倫理に基礎づけられたサービスを提供する専門職が多くの職域において存在することは望ましい。社会福祉の規制緩和の方向の中で、むしろこの資格制度は重要となると認識している。

このことを前提として、今回の医療現場における療養上の世話の経験を受験資格要件の実務期間として認めることについては、現行の病院における介護の実態や病院等の医療施設における指揮系統からいって不適切。介護の実務経験の中身、および日常おこなわれるOJTのあり方を正しく把握した上で、実務経験とすべきか検討すべきである。

ただし、医療現場の介護の実態を変化させる、ないし指揮系統をあらためることによって受験資格の道を開くことは可能であり、より積極的な対応を求める。

介護の実務経験と医療における急性期の医学的処置のなかで行われる療養上の世話としての経験とは中身が異なり同一とはいえない。まして、医師の指示の下で行われる診療上の補助や看護の下での療養上の看護補助、介護補助、さらに医療的管理下における看護計画と自立に向けた生活を支える介護計画とは自ら異なる要素が存在する。現状の医療現場では、介護専門職に必要な日常生活における自立に向けた介護のための教育訓練が十分行われるか疑問である。

したがって、医療現場における実務経験を介護福祉士の受験資格とする場合には、介護福祉士の適切な介護指導が行われること、および介護「福祉」の意味を十分理解した指導者のもとで実務経験を積んだ場合に限って認められるべき。これらの条件を欠いて医療現場における実務経験を介護福祉士の受験資格要件のなかに加えることを認めることは、これから必要とされる介護サービスの質を決して向上させることとはならない。また、自立

要望・意見書等／8

に向けた介護や利用者本位のサービスの提供、慢性疾患や障害者の生活の質の改善にはつながらない。

施設、在宅を問わず、また医療現場においても介護の質を保障するためにも、私たち介護福祉士の考える積極的介護が行われる体制作りをお願いしたい。

●福祉サービスの質に関する検討会に提案した「サービス評価事業」の検討についての意見

1999(平成11)年2月5日

1. サービスの質の評価の基本的考え方

サービスの評価は利用者の選択基準となるように、満足度も含めて利用者の視点からサービスの評価が行われることが望ましい。

また、サービス提供者が継続的にサービスの質の向上に努めること、サービス内容について積極的に情報を公表することなど、自らが行うサービスに責任をもつことが必要である。

2. サービスの質の内容の評価について

○サービスの質の評価の視点や方法は多様であり、それぞれの視点を統合すればよりよい評価基準が得られるとはいえないと考える。また、評価の対象も多様であり、質の評価について全てを一元化することは困難といえる。

○サービスの質の評価は利用者、提供者、行政等それぞれの立場や専門性により異なる。また、質の評価は個別性があるものでなければならない。さらに、それぞれの専門性により評価のウエイトづけは異なるといえる。

したがって、各評価対象事業者は各専門職団体、消費者団体、民間団体等の多様な評価を受けることが望ましい。多様な評価があることによって利用者(消費者)は選択肢が広がる。

○第三者機関の評価内容については主に構造としての質(最低基準等)、プロセスとしての質(例えば、マンパワーについて言うならば、専門職の確保、研修体制の整備、福利厚生の実等)についてを評価し、サービスの内容、提供手法などについては細かく規定せず、その部分については各評価団体等がそれぞれの視点で評価することが望ましい。

3. 第三者評価の実施体制、評価結果の活用方法について

○第三者評価機関の役割は各種評価団体の「協議会」であることが望ましい。そして、そのような形の第三者評価機関は、事業者がどの程度多様なサービスの評価を受け入れているかを調査し、公表するなどの役割や

要望・意見書等／9

情報開示のガイドラインを設けたりすることに力点をおくべきである。また、評価基準を開示したり、それぞれの機関における質の評価基準についても公開すべきである。

- 評価結果については、公表を義務付け、情報を開示することで利用者が適切にサービスを選択出来るようにするとともに、サービス提供者の改善につながるものでなければならない。また、評価結果の公表については施設、公的機関、インターネット等で利用者(市民)がいつでもどこでも自由に情報を引き出せるようにすることも必要である。

●医療保険福祉審議会介護給付費部会に提出した「介護報酬に関する要望書」

1999(平成11)年5月11日

訪問介護等の介護報酬の設定にあたってはつぎの視点にたつて、ご審議いただきますようお願いいたします。

- 訪問介護(ホームヘルプサービス)は、保険給付の中で最も高い頻度で長時間行われるサービスであり、生活の継続を重視する介護保険において中核的な役割を果たすと同時に、要介護者とその家族にとって、最も身近に行われる重要なサービスです。

したがって、それにふさわしい報酬額が設定されることを望みます。

- 法律及び省令において、訪問介護の従事者は、国家資格である介護福祉士(教育年限3000時間以上)から、ホームヘルパー養成研修を終了した三級ヘルパー(研修時間50時間)まで幅広く認められているところです。

これは、膨大な数の要介護者等に幅広く介護サービスを提供していくためには欠かせないものであると理解しています。

ただし、そのために介護サービスの質が相対的に低下するようなことは避けなければならない、専門性に裏付けられたサービスの質の確保が重要であることは言うまでもありません。要介護者等とその家族の介護サービスに対する期待と必要性は、単なるお世話のみではなく専門的な介護やそれを支える専門的な生活援助も含まれているのです。介護保険の最大の目標である自立援助を達成するためには、専門的な介護サービスが適切に行われることが質の確保にとって最も大切なことと考えております。

- 介護福祉士は、介護サービスの質を向上させるために国家資格化されたものです。介護福祉士の専門性は、介護サービスに対する国民の信頼へとつながるものであり、より多くの介護福祉士が訪問介護に従事することが介護保険制度に対する国民、被保険者の信頼をサービス提供者側から保障する有効な手段でもあります。

- こうした介護福祉士のサービスに対する評価が、適切になされなければ、専門職としての質の高いサービス提供のために日夜研鑽を積んでいる多くの介護福祉士の意欲を低下させるばかりでなく、介護保険における中核的専門職となるはずの介護福祉士の資格取得を目

要望・意見書等／10

指す人々をも減少させることになりかねません。このことはしいては訪問介護の質を低下させることになることが懸念されます。

- このため、訪問介護等の報酬設定にあたっては、国家資格としての介護福祉士の行うサービスを明確に評価し、介護福祉士の専門性を助長するとともに訪問介護の質向上にインセンティブの働く仕組みとしていただくよう要望いたします。

(参考一)

類似のものとして、看護婦と准看護婦は現在、個別の診療報酬体系となっている。

(参考二)

ドイツの介護保険制度においても、各州により、訪問介護の報酬は、老人介護士等の専門家とその他の者に区別して設定されている。

●厚生大臣に提出した「介護報酬における介護福祉士の評価についての要望書」

1999(平成11)年5月13日

介護福祉士制度の充実を図るため、厚生行政を推進していただき心から感謝申し上げます。ご承知のとおり、介護福祉士制度は昭和62年に創設されました。すでに介護福祉士資格取得者は13万人を超え、従来の福祉分野のみならず、保健・医療領域や民間シルバービジネスの分野においても介護の専門職としてその専門性を発揮しております。また、来年4月から導入される介護保険制度において、介護従事者の中核的役割を果たすことを期待されております。

今後、国家資格としての介護福祉士がその業務に誇りと熱意をもって従事することができるよう、介護福祉専門職の育成を図るとともに、多くの介護サービス従事者が資格取得を目指し、希望をもってその業務に従事することができるような環境づくりを国ならびに厚生省として、築いていただきたく、つぎのことについてご検討くださるようお願い申し上げます。

- 日本介護福祉士会は、職能団体として、介護福祉士全体の質の向上と介護サービスの標準化を図るために、責任ある研修システムを体系化しているところです。すべての介護福祉士が、そのプログラムへの参加が得られるような支援体制を確保していただきますようお願いいたします。
- 福祉職俸給表における介護福祉士等の専門職の評価を、正当かつ明確に位置付けていただきますようお願いいたします。
- 介護福祉士の職能団体の育成と発展のために、今後ともご協力とご支援をお願いします。
- 国家資格としての介護福祉士の専門性は、すべての介護サービスに対する国民の信頼へとつながるものであり、ひいては、介護保険制度に対する国民、被保険者の信頼をサービス提供者側から保障する数少ない道であると考えています。5月から、医療保険福祉審議会介護給付費部会で、本格的に検討されている訪問介護等の介護報酬の設定にあたっては、国家資格としての介護福祉士の行うサービスを明確に評価し、介護福祉士の専門性を助長するとともに、訪問介護の質向上にインセンティブの働く仕組みとしていただきますようお願いいたします。

要望・意見書等／11

- 経団連が1999年5月11日に発表した「わが国産業の競争力強化に向けた第一次提言—供給構造改革・雇用対策・土地流動化対策を中心に—」にある「ホームヘルパー養成研修事業の簡素化」「介護福祉士の養成年限の短縮」に対する3団体の意見

1999(平成11)年5月19日

士という名に値する高度の専門性が求められる。また、介護保険制度のもとでは、より専門性が求められ、3年制への移行さえ検討されているところである。その修業年限を短縮することは、これと逆行するものであり、介護福祉士の粗製濫造につながり、ひいては、介護の専門性に対する社会的信頼を失うことになりかねない。

ホームヘルパー養成研修事業の簡素化等について

日本介護福祉士会会長 田中雅子
全国ホームヘルパー協議会会長 松原良子
日本ホームヘルパー協会会長 因 利恵

このたび、経済団体連合会では、雇用対策として、「ホームヘルパー養成研修事業の簡素化」や「介護福祉士の修業年限の短縮」を提言した。

雇用対策の重要性は、十分に認識するものである。しかしながら、ホームヘルプサービスは寝たきり等の高齢者などの利用者に頻繁、かつ、深い関わりをもって行われるものであり、このサービス従事者の教育研修をおろそかにすることは、直ちに利用者の生活の質を著しく低下させるものである。こうした提言の内容は、良質な介護サービスの提供を望む国民的視点からみても、また、介護の専門職の立場からみても、大きな問題を有している。

したがって、下記の理由により、強く反対する。

記

- 1 ホームヘルパーの3級課程における50時間の研修は、ホームヘルプサービスの質を保障し、利用者本位の介護サービスを提供する上で、最低限必要なものである。

したがって、その緩和は、介護保険制度の重要な柱となるホームヘルプサービスの質の確保に重大な支障を引き起こすおそれが高い。

また、ホームヘルパー養成研修の修了者は、平成3年度から平成8年度までの累計で、延べ29万人を超え、更に急速に増加している。したがって、仮にホームヘルパー養成研修事業を簡素化しても、新規雇用に直接結びつくものではない。

- 2 介護福祉士については、国家資格としての介護福祉

要望・意見書等／12

●第6回全国研究大会で発表した「介護福祉士の生涯教育体系」の提案

1999(平成11)年11月12日

1. 介護福祉士教育のあり方に関する基本的な考え方 —介護福祉士の資質向上と専門性の確立のために—

(1) 基本的な考え方について

近年、介護福祉士資格取得者は、介護福祉士養成施設及び4年制大学等を含めた入学定員の増加や受験要件の緩和によって従来の福祉分野のみならず医療分野からも国家試験による有資格者が増えるなど、その数はますます増加の一途をたどっている。

実務経験年数や年齢構成が幅広い中で、介護福祉士の資質の一定水準確保のためには、臨床教育における指導者の強化、ならびに実習施設における実習担当指導者の資質の向上等、高いレベルの教育を目指していくことが介護福祉士制度の今後の発展のために欠かせないと考えられる。

社会福祉基礎構造改革「中間まとめ」においては人材養成・確保について、介護福祉士の質の確保・向上を図るため、卒後継続教育の充実等の取り組みについて職能団体にその責務が求められている。したがって、生涯研修の体系的な教育プログラムの開発により、生涯学習活動の機会を提供し、自発的な学習の継続を促進する必要がある。

(2) 介護福祉士の使命について

公的介護保険制度導入を目前にして、介護を取り巻く環境は急速にしかも大きな変革の時にある。

介護福祉専門職としての基礎教育においては、科学的思考を基盤とした介護実践力と豊かな人間性を兼ね備えた人材の育成が要求される。さらに、保健・医療・福祉全般にわたる幅広い知識・技術を習得し、チームケアの一員としての責務を果たすための能力を備えた人材の育成が求められる。

私たち介護福祉士は、利用者の最も身近にいる専門職として、生活障害の解決を図ることを目標に利用者の生命・生活にかかわる職種との連携を図りながら、「利用者の望む生活」の実現を目指している。人の持つ可能性に着目し、利用者自身が主体的に生きる力、自分らしく生きる力を支援することを使命としている。排泄・食事・入浴等という具体的な介護行為、基本的な生活リズ

ムや環境の整備、疾病等に関する予防的対処などを通して、利用者自身がエンパワーメントしていくことを目指すものである。

(3) 期待される介護福祉士像

- 感性豊かな人間性と幅広い教養を身につけ、意志疎通をうまく行って介護を必要とする人との信頼関係を築くことができること
- 要介護者等の状況を的確に判断し、それに応じた介護を計画的に実施し、その結果を自ら評価できること
- 介護を必要とする人の生命や人権などを尊重し、自立支援の観点から介護できること
- 他の保健・医療・福祉従事者等と連携し、協働して介護できること
- 資質の向上を図るために自己研鑽をはかる自己学習者であるとともに後進の育成に努める教育者であること

2. 職能団体としての生涯学習体系

—生涯学習システムの構築の目的—

日本介護福祉士会は平成6年2月12日、介護福祉士資格制度が発足して6年の歳月が経過した後、当初から全国的な職能団体として設立した。

近年、毎年4万人以上の有資格者が誕生するなかで、これからの社会福祉を支える専門職として、多様な年齢構成、経験を踏まえながらいかに資質を高めて行くかが課題といえる。

今までは、資格の取得ということに力点が置かれ、その中身を充実させることについては必ずしも十分とは言えなかった。また、多くの養成施設の卒業生が社会に巣立っている。

しかしこれからは、どのような専門的知識、経験を有しているか、と共にサービス管理の責任及び組織や事業の管理、後輩の指導能力等のあるなしが強く求められる時代になるといえる。

本会の基本目的は「介護福祉士として自らの専門知識・技術及び論理的自覚を持って最善の介護サービスの提供に努める」ことにあり、「介護福祉士の職業倫理、及び専門性の確立、介護福祉士に関する専門的教育、及び研究の推進、並びに介護に関する知識の普及を図り、介護福祉士の資質及び社会的地位向上に資するとともに、国民の福祉の増進に寄与すること」である。そのため、介護の実践をあらゆる側面から見て専門性を高

要望・意見書等／13

めて行くことが必要である。

今後、日本介護福祉士会は本会会員に対して、適切な学習機会とさまざまな情報を提供し、会員一人ひとりが自発的に学習を継続することができる生涯学習システムを整備するものである。

生涯学習システムの枠組みは、新人教育プログラムから生涯学習基礎プログラム、実習指導者認定学習プログラム、教員養成プログラム、専門領域研究プログラム等に分けられる。

3. 学習プログラムの開発及び認定制度の確立

(1) プログラム開発の意義について

介護福祉士にとって生涯学習の意義は、専門職としての成長を目指し、継続的な学習態度を身につけることである。専門性の確立については、求められる知識や技術を習得したうえで、その専門性を発揮する場と業務に対する責任の持ち方を明確にしなければならないと考える。

(2) 認定制度の確立について

介護福祉士として、社会のニーズへの素早い対応と的確な介護サービスを提供できる能力を常に具備しておくことが介護福祉士養成に求められている。

それぞれのプログラムの履修記録とともに、実習指導担当者認定、養成施設等教員認定、現任研修講師認定等の制度を確立するとともに、専門介護福祉士の認定制度も必要と考える。

4. 生涯学習システムの目標及びプログラムの内容(案)

(1) 新人教育プログラム——資格取得後3年以内の者

介護福祉士の基本的態度や会員としての意識を高め、倫理観を育てる。さらに将来的展望も視野に入れ、国民の福祉の向上・普及等の活動に対する理解を深める。

〔目標〕

- ①本会の組織、及び機構等の理解
- ②介護福祉士としての職業倫理、介護福祉士法等の理解
- ③地域社会における役割等を認識し、介護福祉士としての立場を理解
- ④話し方、聞き方の基本の習得、及び報告・連絡・相談に関する技法の習熟
- ⑤人間尊重、自立支援に関する基礎知識と技術の習得

〔内容〕

- ①本会の会則、組織、将来展望等
- ②介護福祉士に求められる職業倫理
- ③介護福祉士法等、その他の関連法規
- ④地域社会における役割等の認識
- ⑤介護福祉士としての基本的態度
- ⑥人権に対する理解、福祉専門職としての援助にかかわる理念、基礎的な事項、知識・スキルの確認

(2) 生涯学習プログラム——3～5年の者

介護福祉士の専門領域を明確化し、その領域における個々の専門性を高める。あわせて管理や調整能力の視点を養う。

〔目標〕

- ①最新の福祉の動向及び制度の理解
- ②介護福祉士専門職としての知識・技術の習熟
- ③生活支援と専門職種間の連携、調整の技法
- ④事例研究等の記録法や方法論
- ⑤関連する学会・研究会への参加及び発表

〔内容〕

- ①福祉・保健・医療制度
- ②健康維持・疾病予防等に関する介護の知識
- ③社会資源の活用及び支援ネットワークの理解
- ④ケアマネジメント技法の習熟及び他職種との連携
- ⑤介護実践事例研究及び成果の発表
- ⑥研究論文発表等

(3) 実習指導者認定プログラム——5年以上の者で2つのプログラム修了者

実践と理論を統合し、「介護福祉」という視点から専門職としての教育理念・技術の統一を図り、教育的視点を持ち、論理的思考力と科学的な分析・説明力を有した実習指導者の育成を目指す。さらに実習指導の機会を通じて、介護福祉士の中核となる指導者としての資質の向上を目指す。

〔目標〕

- ①実習指導者等としての基本姿勢とその技法の習熟
- ②職場におけるコミュニケーションの意義と役割の認識
- ③新たな目標や実行計画の立案、業務の研究開発
- ④サービスの運営管理に関する技法の習得
- ⑤介護福祉に関する研究法の修得

要望・意見書等／14

⑥後継者育成の意義及び指導者としての自己開発

⑦福祉用具、介護機器導入による生活環境の改善

〔内容〕

①実践・臨床における適切な指導、助言、評価の方法

②ケース事例作成と分析法

③施設・在宅における管理運営技法の修得

④専門職の機能と役割及び連携と協働

⑤自己の専門性及び問題解決能力に対する自己評価

⑥職場研修・組織管理の推進

⑦福祉用具・介護機器に関する工夫及び活用の方法

①介護福祉学基礎研究部門

②専門介護福祉研究部門

③教育系介護福祉研究部門

④サービス管理系介護福祉研究部門

⑤生活支援に関する研究部門

⑥各種学会等へ所属

⑦研究論文発表

（4）介護福祉士養成施設等教員養成研修プログラム

——5年以上の者

専任教員配置基準の中で教育者としての資質を備えた人材を確保するために、介護福祉士としての介護科目担当教員の力量の向上を図る。また、各種講座等の講師の要件とする。

〔目標〕

①教授法

②実践事例研究の進め方

③専門科目の知識・技術の指導

④教育現場実習

〔内容〕

①科学方法論、その他統計処理法等

②教育内容と教材

③シラバス作成の技法

④事例研究——研究姿勢の確立

⑤介護概論・介護技術・形態別介護技術等

⑥リカレント教育の推進——非常勤講師派遣等

（5）専門領域・学術的研究グループ

——会員登録後5年以上の者

介護福祉に関する研究・教育・臨床を通して個々の専門領域における研究を進める。

専門介護福祉士として認定する。後輩の育成に、また介護福祉学の発展を職能団体として支援する。講習会・研究会等の講師資格の条件とする。

〔目標〕

①介護福祉学の構築

②専門領域の研究開発推進

③専門介護福祉士の養成

〔内容〕

要望・意見書等／15

●都道府県会長会での「外国人介護労働者の受け入れに関する決議」

2000(平成12)年12月3日

私たちは介護保険制度をはじめとする介護福祉全般の円滑な運営のため、利用者本位の介護サービスの質をより一層向上させなければならない。

よって社団法人日本介護福祉士会は次の通り決議する。

- 一、介護業務の専門性の向上に努める。
- 二、国家資格である介護福祉士の資質向上を目指す。
- 三、外国人労働者を安価な介護労働力として受け入れることに反対する。

右決議する。

平成十二年十二月三日

社団法人日本介護福祉士会

●厚生大臣に提出した「外国人介護労働者の受け入れに関する要望書」

2000(平成12)年12月13日

大臣には、平素より社団法人日本介護福祉士会へ深い御理解を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、昨今、外国人介護労働者を受け入れるべきだとの意見が見受けられます。私たち国家資格を持つ全国二十二万人の介護福祉士は、介護の向上を図る観点から、これまでも自己研鑽に励んで参りました。

私たち介護福祉士の職場を脅かす安価な介護労働力としての外国人介護労働者の受け入れについては断固反対であり、日本介護福祉士会として平成十二年十二月三日に別添のとおり決議をいたしましたので、御理解を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

○介護には十分な意思疎通、専門知識と技術が必要

利用される方一人ひとりに合った介護サービスを提供するには、地域の文化、生活習慣などを踏まえ、利用者の切実な要望や意見をくみ取る意思疎通が必要不可欠です。

また、介護保険制度の下で、利用者の要望に応えるために、これまで以上に専門的知識や高度な介護技術に基づく介護サービスの向上が強く求められています。

このため、介護福祉士においては、充実した教育課程に基づき、一層の自己研鑽に全力で取り組んでいるところです。

○介護分野の労働力は充足

現在、我が国には三百万人を超える失業者がおり、就職を希望する人が求人数を大幅に上回る状況にあり、介護分野においても同様です。

しかも、政府は、介護分野を国内の新規雇用創出の重要な分野と位置づけているところです。

○介護分野の雇用環境悪化と介護サービスの低下

安価な労働力として外国人介護労働者を受け入れることは、我々の雇用環境に深刻な影響を与え、介護サービスの低下につながりかねません。

平成十二年十二月十三日

社団法人日本介護福祉士会

会長 田中雅子

厚生大臣 坂口 力殿

要望・意見書等／16

●社会保障審議会介護給付費分科会へ提出した意見 「より良い介護保険制度の発展に資するために」

2002(平成14)年10月18日

これからの介護報酬の設計そのものを含む介護保険制度のあり方について

介護保険制度施行後、私たち介護福祉士は、介護サービスの現場で、ホームヘルパー、施設の介護職員、サービス提供責任者、ケアマネジャーとして日々利用者にもっとも近い専門職として介護保険制度の一翼を担ってきた。

今般の介護報酬改定について、日本介護福祉士会では社会保障審議会介護給付費分科会において、常々介護報酬の見直しが単に収支の観点から行われたり、事業経営の視点からのみ議論されることに対し、介護サービスの質の維持と向上の観点に立った介護報酬の見直しが必要であることを提起してきた。

これからの介護報酬の設計そのものを含む介護保険制度のあり方について、介護を実践し介護業務に熟知している介護福祉士として、サービスの質を保障し、利用者本位のサービスを提供するという観点に立って以下の提案を行う。

今後、介護保険法附則第2項に定められた施行後5年を経た見直しが予定されており、日本介護福祉士会は、引き続き介護報酬の設計そのものを含む介護保険制度の見直しを介護福祉専門職の立場から、また介護の現場を知り、利用者にもっとも近い専門職の立場から提言を行っていく。

1 これからの介護保険制度の見直しの基本的なあり方

介護報酬の設定にあたって、介護サービスの現場の実際をつぶさに捉えたいうで抜本的な見直しを行うべきである。また、あるべき介護の理想を実現するような制度設計が図られるべきである。

時間を基準とした介護報酬の設定を改めるべきである。また、サービス提供にあたっての基準を時間に求めたり、介護報酬の設定を時間に求める考え方を改めるべきである。

介護労働をディーセント・ワークにしなければ、これからの日本の介護の質は低下する。介護労働がディーセント・ワークとなるよう、適切な介護報酬額が確保されるべきである。

介護報酬を検討するにあたっては、サービスの質に着目した試行プロジェクトを実施し、そのデータに基づきサービスの質とリンクした介護報酬のあり方を検討すべきである。

居宅や施設において、日常の生活場面で人間の尊厳が守られることを目的とした介護が実現するよう、必要な介護報酬の見直しを行うべきである。

2 介護報酬の適切な水準について

【水準を考えるにあたっての前提】

介護の工夫や専門性が評価される仕組みが望まれる。利用者の自立を図り、自立に向けた介護が実現するような介護へのインセンティブが働く報酬上の工夫が求められる。

◎常勤ヘルパーが一定数、一定の割合で配置されないと訪問介護現場における介護サービスの質は保てない。これは身体介護、生活支援を問わない事である。常勤ヘルパーが雇用できる介護報酬の水準とすべきである。

◎介護保険制度導入後、非常勤ヘルパーや登録ヘルパーが増加している。そのため、事業所における管理者の役割が重要となっている。

サービス提供責任者に課せられた業務は多く、訪問介護サービスにおける熟練度の低下に伴う管理業務に重要性が増大しているにもかかわらず、現行の介護報酬に管理部門の職員雇用にかかる経費が反映されていない。

したがって、これを含めた訪問介護サービス費に改めるべきである。

◎サービス水準を維持するための研修費を介護報酬に算定すべきである。

◎身体介護の介護報酬は下げるべきではない。

◎以下の加算を行うべきである。

痴呆ケア 緊急時介護 困難ケース 感染症対応
同行訪問

◎居宅における介護専門職による生活リハビリを介護報酬に反映すべきである。

◎施設等サービスについて

グループホーム、ユニットケア等の介護職員には痴呆高齢者に関する専門的な資質を備えた人材の配置が必要である。

それにより、サービスの質に対する安心や信頼を得

要望・意見書等／17

ることができる。

施設サービス従事者には在宅サービス従事者のように一定の要件を設けていないが、介護サービスの質の確保を図るために、介護福祉士等の国家資格職を配置すべきである。

医療職とのチームケアが求められる介護療養型施設の介護職員の配置基準にあたっては、介護福祉士等の国家資格をもつ専門職を配置し、適切な介護報酬額にすべきである。

介護福祉士の資格を介護報酬に反映すべきである。

るべきである。

◎入所・入院中の利用者が退所・退院後にスムーズに在宅へ移行できるような算定システムとすべきである。

◎施設の介護職員には介護福祉士等の専門職を配置すべきである。

◎介護福祉士の資格を介護報酬に反映すべきである。

◎サービス提供責任者については一定の資質を有することが望ましい。また、サービスの質を担保するためにも、サービス提供責任者の配置基準については、これまでの基準を遵守しなければならない。

3 介護保険制度の組み立て・運用について

【組み立て・運用を考えるにあたっての前提】

組み立て・運用の改善にあたっては真に在宅での生活が継続できるように見直しが必要である。

介護保険法第2条第4項「第1項の介護給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るように配慮されなければならない。」が可能となるようなものにならなければならない。

◎訪問介護の類型は、一本化すべきである。

在宅サービスはあくまでも一連のものである。利用者の生活を支えるうえで、身体介護と家事援助は一体的に行われている。パッケージとしてサービスを提供することでサービス内容を利用者によりわかりやすく説明でき、かつ利用しやすい在宅サービスとなる。従って、自立支援や在宅シフトを定着させるためには一本化しなければならない。

(なお、訪問介護の2類型案では、「自立生活支援のための見守りの援助」が生活支援となっている。このような「自立生活支援のための見守りの援助」(「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(平成12年3月17日老計第10号)に示されている7例)には、自立支援の指導や助言も含まれており、専門性を有するものであることから、適切に介護報酬上、評価されるべきである。)

◎在宅介護を可能とするために、居宅サービスが利用者にとって真に使いやすいものとなるよう柔軟に介護報酬の運用を図るべきである。

◎居宅療養管理指導に介護福祉士による利用者・家族に対する介護指導及び支援業務を加えるべきである。

◎自立生活支援のための見守り援助を報酬上、位置付け

要望・意見書等／18

●厚生労働省の「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」へ3団体連名で提出した「痰の吸引」についての意見書

2003(平成15)年2月10日

在宅のALS患者に対する「痰の吸引」の療養支援の検討に対する意見

社団法人日本介護福祉士会

全国社会福祉協議会全国ホームヘルパー協議会

日本ホームヘルパー協会

○ホームヘルプサービスの事業の中で、近年、ALS患者の方をはじめ医療機器や訪問看護など、医療的な支援を受けながら在宅で暮らす利用者にサービスを提供することが多くなっています。こうした利用者の方が、在宅で暮らすうえで欠かせない「痰の吸引」など医療的な処置は、利用者や家族の方の大きな負担となっており、こうした処置をホームヘルパーが行うことへの要望がたいへん切実なものになっていることを、私たち自身も十分受け止めています。しかし、医療従事者ではない私たちがこうした業務ができないことをご説明し、訪問看護やかかりつけ医などと連携をしながら、できるだけ利用者や家族のニーズに応えるサービス提供に努めているところです。

○この度、全国のALS患者の方々の要望に応え、国として、家族にとって介護負担の高い「痰の吸引」の行為などへの支援について検討をすることに対しては、私たちとしても大きな期待と関心を払っているところです。

○私たちホームヘルパーは、こうしたALS患者の方が、住み慣れた地域の中で暮らし続けたいという願いを受け止め、できる限りの支援を行いたいと感じていますが、一人ひとりのホームヘルパーの経験や介護技術のレベルは様々であり、一律に「痰の吸引」を担うことについてはニーズや期待の高さを感じながらも大きな不安はぬぐえません。

○限定的であったとしてもホームヘルパーが医療行為を行うことは、大きなリスクがあります。このリスクは、ホームヘルパーだけでなく、当然利用者の生命にも関わるリスクです。こうしたリスクを十分に念頭におき、慎重な検討をお願いします。

○私たちホームヘルパーは、地域の医療機関や訪問看護

に携わる医療従事者と協力し、ALS患者やご家族の方が安心してサービスが利用できる条件づくりが必要であると考え、下記のような意見を集約いたしました。ぜひとも、よい方向性が導かれることを期待いたします。

記

- 1 在宅で医療的な支援をうけながら暮らす方々に対して、訪問看護をはじめとする地域での医療的な支援体制を確立することが大きな課題であり、早急に充実させてください。
- 2 ALS患者の方の「痰の吸引」をホームヘルパーが担うにあたっては、利用者及びホームヘルパーのリスクを十分に踏まえ、法的整備や業務の範囲、担当するホームヘルパーの要件を明確にし、ホームヘルプサービス事業の一環としてサービス提供ができるよう、十分な条件整備を図ってください。
 - ①ALS患者の方への「痰の吸引」をホームヘルパーが業務として行うことについて法的な整備をしてください。
 - ②実施にあたっては訪問看護との業務の分担を明確にし、必ず訪問看護が定期的に利用されており、常に連携可能な中で提供することを条件づけてください。
 - ③担当するホームヘルパーは、一定の水準が必要です。介護福祉士の資格を有し、かつ介護職としての一定の経験を有することを要件とすることが必要です。また、ホームヘルプ事業に従事する看護師や准看護師の有資格者を活用することも考えられます。さらに、実際の業務にあたっては、専門的な研修及び利用者やご家族と一緒にかかりつけ医や看護師から具体的な実施方法を習得できる体制の整備を図ってください。
 - ④医師や訪問看護、あるいは利用者や家族からホームヘルパー個人が請け負って業務を行うような方法ではなく、ホームヘルプサービス事業所として業務を行う仕組みとしてください。
 - ・ホームヘルプサービス事業者と医師や訪問看護などの医療機関との連携体制を明確にし、それぞれの責任の所在を明らかにすること。
 - ・担当するヘルパーの管理・教育、事故対応、賠償

要望・意見書等／19

保険への加入など事業者の責務を明確にし、ホームヘルプサービス事業者が必要な業務体制を整備することを義務づけること。

- ・こうした仕組みづくりに対して国、自治体等が必要な支援を行うこと。