

平成 29 年 5 月 8 日

厚生労働省
老健局 高齢者支援課
課長 佐藤 守孝 様

公益財団法人 Uビジョン研究所
理事長 本間 郁子

公益財団法人Uビジョン研究所（2008年4月設立、2016年12月公益財団法人認定）は発足以来、安心して安全に暮らすことができる施設を市民の目線で評価し、サービスの質を保障するシステムとして日本で初めて「認証」制度を創設し実践しております（現在、全国で5施設が認証取得：3年間保証、4施設が取得予定）

施設を運営・サービスの質の側面から評価すると共に、事故対応、家族対応、コンプライアンスにおける相談などに積極的なアドバイスを行う支援なども行っています。

高齢者施設の現場が時代のニーズに対応するよう変ることは当然市民から求められていることで、認証施設はこのような努力を積み重ねています。介護保険制度が創設されて17年が経過しましたが、国の施策はいまだ人間の尊厳を守るサービスの質の確保に係る評価や具体的な虐待防止に係る対策は職員教育を強調するにとどまっており、高齢者が安心して安全に暮らせる施設の確保の方法はいまだ確立しておりません。

現在、施設は重度化対応施設としての役割があり、その役割を果たすために、サービスの質を確保・向上させるために大きな課題となっているのが人材確保と職員教育の長期化です。

すでに施設運営を休止するところや開設しても一部のユニットのみ運営、人件費・経営が悪化し閉鎖する社会福祉法人も出てきています。そのような状況は、今後加速していくものと思われ、人材不足の現状を踏まえた現行制度の見直しは必要不可欠であり、急務であると考え、下記のとおり意見書を提出いたします。

意見書

1. 施設の虐待防止対策の強化を図る

高齢者虐待防止法が平成 18 年 4 月に施行されて、11 年経過しました。厚労省は、平成 19 年度から毎年「高齢者虐待防止法に基づく対応状況などに関する調査結果」を公表しており、年々施設における虐待は増加しています。

結果に対する対策は教育研修のみで、それも任意です。基本的人権に係る重要な問題で、調査からも通報・相談の件数と虐待と認められた内容との差が大きく、その背景にある問題点についての分析はほとんどありません。

教育の義務化を図ると共に施設で実践できているかどうかの確認方法などについてもっと言及すべきことです。

国民の税金と介護保険料や利用者の利用料金を原資として運営する責務の果たし方として、施設の自助努力に任せるのではなく、重度化した入居者や家族、市民の安心と安全を確保し、納得できる具体的な方針を示してください。

有効で実効性のある（市民の目線）施設評価や認証のシステムを官民連携の基に導入できるよう構築することが求められています。

ここに、公益財団法人Uビジョン研究所の認証制度と施設評価の社会的役割について提案（別紙）すると共に導入の提案をします。

2. ユニットリーダー研修義務の廃止

ユニットケアは平成 15 年 4 月に省令・通知により運営基準が明示され、同時に管理者研修、ユニットリーダー研修が義務づけられました。

現在、個室・ユニット型施設は全体の 37.3%です。（平成 26 年度介護サービス施設・事業所調査。厚労省は平成 37 年度までに 70%を実現する方針を明らかにしています）

その基準で大きな課題となっているのが、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」の第 47 条 2 項にある「ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置すること」に関して、「勤務体制の確保等」の解釈通知で、ユニットリーダー研修を受講した者を 2 名以上配置する、となっています。減算などの対象にはならないが指導監査などにおいては指導対象となる

内容です。

ユニットリーダー研修義務は、人材確保が厳しくなっている中、施設の大きな負担（費用と研修日数、内容）になっていることは、Uビジョン研究所の調査（2012年に実施）で明らかであり、厚労省に数回、見直しの要望書を提出してきました。

厚労省においても平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金で三菱総研研究所は「平成 25 年度ユニットケアに係る研修のあり方に関する研究」を行っていますが、特に見直しに反映されていません。

研修効果に関して現場では特に評価されていないと考えます。人材確保の対策にも大きくつながっていくため、「管理者研修、ユニットリーダー研修及びユニットリーダー研修を受講した者を 2 名以上配置することについて」の基準の撤廃を求めます。

主な撤廃理由

(1) 従来型施設においてもユニット型に近い設備、運営を有する施設が増えてきています。プライバシーを守るために、従来型施設においてもベッドとの間の仕切りを「カーテン」から「壁」に改装し、より個室化を図る施設もあります。

利用者にとって、人間らしい暮らしのあり方は、ユニット型に特化したものではなく、従来型にも同じことが求められています。建築基準法に適用された施設だけがユニットケアをしているわけではありません。

(2) 人材確保が非常に困難な状況に直面しており、職員を長い期間研修と実習に出すことと、それに伴う費用は大きな負担となっています。

(3) 居室定員の国基準が「4 人以下」から「1 人」に改正されたことに伴い、施設の設備、仕様は大きく見直され少人数でケアをするユニット型に変わりました。

したがって、「設え」にこだわった研修の役割はすでに終わっているものと思われます。さらに、従来型施設もさまざまな工夫と創意によりユニット型施設に近い設備を有するところが多くなってきたことに鑑み義務の廃止を求めます。

(4) 建物の類型にかかわらず、施設内の役職者研修の内容を充実させることでユニットリーダー研修の代替が可能です。

(5) 施設職員の離職率は高く、特に女性の多い職場で出産や育児休暇を取得する職員の増加、子育て中、介護中（宿泊研修や実習が困難）の職員が増えていくなかで、義務化による拘束がそのような職員の支援（スキルアップ、意欲など）の低下につながる可能性があります。

さらに、施設職員はここ数年より高校卒業の採用が増えてきており、任せられる職員の育成にかかる時間が非常に長くなってきています。指導に当たる職員の不足がサービスの質の低下と事故の発生の増加につながっていると考えられ、ユニットリーダー研修以前の課題解決に取り組める体制を最優先で検討されるべきです。

(6) アンケート調査から施設実習で学ぶことが大きかったという意見が多数あることから、職員が実習を通して学ぶ機会を増やしサービスの質の向上に役立てることは重要だと思われます。そのために、実習を受け入れる施設が実習内容を公開し、施設間相互の都合に合わせて実習期間や内容の日程調整を可能にするなどの柔軟な仕組みが重要だと思います。

3. 業務文書量の削減

業務文書の削減はA I を活用して効率化と生産性を高めるとして、国は検討していますが、それだけではサービスの質を高める事にはつながりません。まず、内容の改善を図った上で、A I の活用をさらに高める必要があります。そのプロセスない限り、効率化は流れ作業になる可能性が高くなります。人間を核にしたあり方が明示されておらず、作業化していくことに危機感を覚えます。

① 施設サービス計画書における書式の見直し

現行の施設サービス計画書は、居宅のケアプランを基にしたソフト会社から導入したものを活用している施設がほとんどで、施設の内容にあったものではなく、必要のない項目あるなど利用者や家族にとって分かりにくい内容である上に利用者の**重度化とターミナルケア（看取り介護）**に対応する書式ではなくなってきました。利用者の状態と書式のズレを是正するために下記の見直しが必要です。

◆施設サービス計画書を見直す要件と期間

最低6ヵ月に1回あるいは心身状態の変化（身体状態なら基本情報ので一部介助に2つ以上変更があった場合、精神（心理）状態の対応に変化があった場合、その変化の数が3回以上か対応に要する時間が15分以上かかる場合に、計画書の見直しを行います。

また、ターミナルケア（看取り介護）の場合に施設サービス計画書を見直し、具体的な計画書は変化に対応できるもので作成します。

◆アセスメント情報の見直し

アセスメント情報には、課題分析標準 23 項目が入居時に必要とされていますが、入居して数年経ってもなお同じ内容が使われています。入居してから 6 ヶ月後の施設サービス計画の見直しを義務化し、アセスメント情報の内容は、画一的な情報ではなく個人のニーズに基づいた柔軟な内容（項目）に変えることができるようにする。

さらに、項目には差別用語と受け止められる不適切な表現が散見されるため、下記に示す内容を検証する必要があります。

※下記の番号はアセスメント番号に順じて示しているため、通し番号ではありません。

現在の基本情報に関する項目の見直し

1. 基本情報（受付・利用者等基本情報）⇒ 家族のいない人や家族が高齢化しているため、家族情報の確認を定期的に行います。

4. 現在、利用しているサービス状況 ⇒ 削除

5. 障害老人の日常生活自立度 ⇒ 「障害老人」は「人間の尊厳を守る」理念から見ると不適切な表現です。
内容には「准寝たきり：ランク A」「寝たきり：ランク B」と説明があり、寝たきりという表現も見直すべきです。

6. 認知症老人の日常生活自立度 ⇒ 「認知症老人」という表現は不適切です。脳の病変によるものと加齢によるものがあり両方が複合的に認知症の症状を現している場合があります、明確に判断できるものばかりではありません。病名で人を呼ぶでしょうか。「がん老人」「糖尿病老人」と呼んでいいのでしょうか。
さらに、自立度のランクの判断基準は居宅の基準となっており、施設におけるランクを作成する必要があります。

7. 主訴 ⇒ 主訴という表現は生活の場における用語として適しません。利用者の中には認知症の症状をもつ人が 95%いるとも言われ、その上、ターミ

ナル期の人が多く占めているなかで、「主訴」という利用者の強い訴えは何かという言葉に対して責任が持てる状態ではないため、意見や要望でいいと思います。また、主訴という言葉は訴訟の場合に使われることが多く普通の生活に馴染まない表現です。

現在の課題分析(アセスメント)に関する項目の見直し

10.健康状態 ⇒現在の状態を介護職員、看護職員など他職種と確認し、3つ以上変化があったときに見直します。

11. ADL ⇒介助に15分以上、あるいは同じ内容で5回以上介助が求められる場合、あるいは3種類の項目に変化が見られた場合に見直します。

12. IADL ⇒主な内容として項目に記載されている調理、掃除、買い物、金銭管理、服薬状況などは、重度化していることを勘案し、さらに居宅における内容を基にしているため、すべてを見直す必要があります。

15.社会との関わり ⇒削除

19. 食事摂取 ⇒栄養は栄養士がいて、栄養バランスに配慮したメニューを作成しているため、改めて栄養状態の把握は必要ありません。食事回数や量は長年の食習慣など人によって異なり、高齢・重度の状態によっても必要量は異なります。どれだけ食べたかを把握する必要がある場合とは、本人の身体状態などを配慮して、医師や看護師と話し合う機会を作る方で十分な対応だと思います。あまりにも管理的で生活の場における本人の自由を尊重しているとは思えません。特にターミナル期には食べられなくなるのは自然の摂理であるという視点が生活の場においては必要です。そのため、変化があった場合のみ把握できるようにします。

20. 問題行動 ⇒問題行動という表現や捉え方が人間の尊厳という視点から適切ではありません。周辺症状というように名称を見直す必要があります。

◆施設サービス計画書の一連の書式の見直し

第1表 内容が居宅サービス計画に基づいているため、不的確で必要のない項目があるためすべてにおいて見直しが必要です。

第2表 生活のニーズ（課題）、長期目標・期間、短期目標・期間の項目は必要ありません。入居者は重度化しターミナル期を迎えている人がほとんどであるため、ターミナル期に長期目標や短期目標は必要のない項目です。

生活支援の側面（例：身体的側面、精神的側面、居住環境面、家族の関わり、地域〈社会〉への参加）、リスク、褥そう、リハビリ、食事・・・を基本項目とし、個別のサービス提供に合わせて項目が作成できるようにすることによって、個別支援が分かりやすくなるように見直す必要があります。

第3表 週間計画表は別紙で作成するのではなく、第2表の中に作成する方が利用者や家族、職員は理解しやすくなります。すでに週間計画表と日課表のいずれか作成すればいいとする自治体もあります。

第4表 日課表 ざっくりとした生活リズムを把握できるようにすることが目的であり、『義務化しているユニットリーダー研修で、24時間シートの研修内容があります。これは施設で書かなければならない義務のようにプログラムに盛り込まれている』が、24時間シートがなくても計画書にある日課表で十分です。（現場の記録を見るとユニット型施設の記録は24時間シートに細かく行動が記入するようになっており、日中は10人、夜間は、20人分の「部屋から出てきた」「部屋に戻った」など一挙一動の様子が記入されている状況です。それによって記録に要する時間は増大していることが確認できます。

第5表 月間表が必要です。月に1回のレクリエーション、クラブ活動、居酒屋、理・美容院利用や通院などが入るように作成するとその人の生活が見えやすくなります。

※ターミナル期における施設サービス計画についても参考例を明示した方が施設格差を是正することができます。（参考：Uビジョン研究所発行：ターミナルケア実践ハンドブック）

② 加算の要件の見直しは業務文書量の削減に効果

加算制度は介護保険制度を複雑化し、施設によって利用料が異なることについて市民に理解されているとは思いません。加算が増えることに伴い事業

所の事務量（事務と現場の実践記録）は増大し、人材確保が厳しい状況で制度の見直しは急務です。さらに、10%の加算料を支払う利用者にとって、加算によって何が良くなったのか、加算の効果についての検証もないまま増え続けていることや介護保険制度の何を実現するために加算があるのかということが事業所においても理解できていないと思います。

現行制度を見直すことは必然であり、目的は加算制度を廃止することを求めます。

◆栄養ケアマネジメント加算の見直し

栄養ケアマネジメントの必要性が特養ホームの入居者の疾病や高齢化・重度化に対し、どれだけの意義と効果を期待されて創設されたかが明確ではなく、入居者や事業所に十分理解されているとはいえません。生活の場の食事は数量的な管理で評価されるべきではありませんし、全身状態の機能低下によって「食べられなくなる」「食べたくない」の自己判断が尊重されるべきです。

栄養士は配置されるよう基準で明記されており、専門職として入居者一人ひとりの栄養状態に配慮しバランスの取れた献立を作ることは責務です。増加しているターミナル期において、「食べられなくなること、飲めなくなること」は自然の摂理であり、体重が減少していくことを受け入れていくことは重要です。

したがって、基本的にBMIを把握する必要性はないと思われます。

現行の栄養ケアマネジメントの加算単位1日／14単位は、嚥下機能や身体状態、精神状態に応じて食事形態（普通食、ソフト食、やわらか食など）を柔軟に変えて提供できる体制であれば、取得できるよう要件の見直しを求めます。

管理栄養士配置の要件廃止を求めます。特養ホームは生活の場であり、栄養管理が求められているのではなく、管理栄養士の有資格者だからターミナル期に寄り添える食事を提供できるとは限りません。生活の場にふさわしい要件に見直してください。

◆看取り介護加算

加算単位の見直しが前回の介護報酬で見直され、大幅に引きあげられたことは評価できるが、算定方法が日数で単位が異なるなど複雑で、利用者や家族、そして事業所にとって分かりにくい。また、算定料金を3段階に分ける根拠は

何か理解できません。

看取り介護は人間の最期のステージであり、本人や家族にとってどの時間、段階においても同じように大切であることは言うまでもありません。3つの段階に料金を区切る必要はないと思います。

また、職員にとって看取り介護はこれまでの介護の評価につながるもので、悔いのない関わりができるよう、全職員がチームとなって体制を整えていくことや医師との連携、夜間の看護師との連携強化など、緊張した時間が最低1ヶ月くらいかかります。また、夜勤者が一人で20人～25人を看なければならぬ状況の中で、その間の精神的負担などが評価できるようにする必要があります。

さらに、正看護師の要件を廃止し准看護師だけでも認める。准看護師としての経験が5年以上あれば生活の場でのターミナルケアにおいては信頼に値する経験だと思います。重度化対象になってからオンコールも行い、夜間帯の看取りにも協力している現状は正看護師がいるからできている内容ではありません。緊急や急変においても対応のプロセスが明確にされ、手順通り行うことを義務づけることで現在のニーズに対応できると考えます。

看取り介護加算が取得できる30日間は統一単位、680単位/日（30日で利用者料金20,400円）に見直すことを求めます。

人材不足に加え、介護職員の看取りの不安や負担を軽減するために役職者が夜間帯（亡くなる時間帯は夜間帯に多い）に出勤して協力する施設も増えており、協力体制の整備に伴う、深夜勤務の手当ても必要になってきており、加算を30日で680単位に見直す。

要件の看護師の配置を経験数の要件を満たせば准看護師の配置でも加算が取得できるようにする。医師との連携ができていれば可能だと思われます。

※看取り介護は職員の身体的、精神的負担が多く、職員数が最も少ない夜間帯に亡くなることも多くあり、680単位/日は適切な対価だと思われます。利用者や家族にとっても20,400円の利用料に対して不満があるとは思えないため、さらなる見直しを求めます。

◆安全対策委員会の役割の見直し

平成 18 年 4 月から安全対策委員会の設置が義務づけられ、月 1 回の委員会開催に加え、事故報告を家族（法定代理人や身元引受人など）に報告することになっています。利用者が重度化し、ずり落ちや擦り傷、軽微な表皮剥離、小さな内出血、外傷のない転倒や転落なども増えてきています。

報告する必要がある事故の内容を明確にすることで、生活相談員の役割や時間軽減に大きく影響します。軽微な事故の報告はしなくて良いとする解釈通知を出していただきたいと思います。

施設は事故に対して敏感になり、基本的人権である「自由」を妨げ、管理が強化されてしまいます。

報告義務がある事故：病院に搬送された場合。裂傷や打撲などで施設内での手当てに 5 日以上かかっている場合。転倒・転落によって介護職員・看護職員・生活相談員・ケアマネジャーの話し合いで報告した方が良いと判断した場合（または、ケガの大小に関わらず家族の強い要望で報告してほしいと希望している場合も含む）。内出血で大きさ、形状、部位がいつもと違っていた場合。

ただし、気がついた小さい事故なども含め記録には残しておくこと。人間の暮らすところでゼロリスクはないこと、また、すべてが施設の責任ではないこと、マンパワーの限界から事故に対する考え方や家族の理解と協力を得ていく必要があります。

◆処遇改善加算の複雑化する算定の見直し

処遇改善加算は介護職員の給与を引き上げることを目的としているのにも関わらず、加算の要件を満たすことができない施設は倒産か休止に追い込まれることになる仕組みでもあります。さらに施設格差を拡大する加算です。

この加算は I—V まで細かく分けられ、複雑である上にキャリアパス要件が基に構築されています。キャリアパスは介護の現場でなぜ必要なのでしょうか。

加算 V は要件を満たさなくても取得できる。ということは加算の目的に合っているとは言えません。

介護は現場力が高く評価されるべきであり、役職を求めることが目標ではありません。さらに、定着率が高ければリーダーや主任など役職になる機会はその人が辞めない限りポストはありません。また、施設長資格は国家資格でもなく、研修の修了証書程度で施設長になる要件は明記されていません。

これでキャリアパス構築と言いがたい内容であることは明白です。

それよりも夜勤手当の一定水準を決めることやお正月に働く職員の特別手当での支給など、同姓介助を実現するためにも女性が働き続けられる職場環境の整備が急務と考えます。再検討を求めます。