

2015（平成 27）年 6 月 11 日

厚生労働省老健局
高齢者支援課長 辺見 聡 様

特定非営利活動法人 U ビジョン研究所
理事長 本間郁子

平成 27 年度の介護報酬改正に伴い、特養ホームの 50 人定員規模では、これまでの介護報酬においてもメリットが少なかった上に、報酬を引き下げられたことで大きな赤字が見込まれる中、多くの加算を取得することで赤字を軽減、回避できることが分かり、安心が見えてきた施設も多くあると思います。

加算が増えたことや単位の見直しが行われたことに関して一定評価はできるものの、加算の要件を満たすためには多くの時間を必要とする事務手続き及び体制整備、職員の実践記録が欠かせません。加算の取得数が多ければ多いほどマンパワーは不足し、職員の事務量は増えていきます。そのため、職員の疲弊は高まり、本来すべき支援である「利用者の尊厳を守る」「生活の質の向上を図る」ための環境を作っていくには程遠い現状となっています。

さらに、利用者や家族にとっても加算の数の多さ（各施設で平均約 34 の加算）と数字の細かさ複雑さは、職員が説明を尽くしても理解しにくい状況を作っています。

介護保険制度は利用者の自己決定権を尊重した制度として創設されたサービスであるが、改正のたびに分かりにくく複雑化していく実態に利用する当事者が置き去りにされていく方向に向っていることを危惧しています。

下記の意見書は、現状に即しない現行の加算内容を見直すと共に、利用者や家族の理解を得やすくし、職員の事務量も軽減できるように提案しています。

また、施設サービス計画書の書式に関しても、重度化し高齢化している入居者の実情にあっておらず、実効性のある計画書とはいえません。項目内容は居宅サービスを基に作成されているため、不必要な内容が多々見受けられます。施設サービス計画書は契約に基づくものであり、個別ケアを実現し、施設サービスを社会に理解してもらい重要なものです。

実情にあった内容の検討をすることでサービスの質の向上が図れるよう、意見書を提出いたします。

1.加算の要件の見直し

◆栄養ケアマネジメント加算

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ないため、施設側に十分理解されているとはいえません。加算を取るために単に要件を満たしているだけではないかと思われます。

栄養士は配置基準に明記されており、栄養士が専門職として入居者一人ひとりの栄養状態を考えバランスの取れた献立を作ることは当然のことで、生活の場の目的として、栄養管理だけではなく身体状態やその人の嗜好を尊重しQOLを高めていくための視点を重視した内容にすることが利用者にとって重要です。

毎日、毎食の摂取量の把握や月1回の体重測定は管理的で病院化した傾向を示しており、柔軟性に欠けます。数量管理が必要な人は医師の指示に従って把握することで生活の場としての役割は十分果たせるのではないかと考えます。

利用者の立場に立ち、サービスの質の向上を図るための要件に変えていただきたいと思えます。今後増えていくターミナルにおいては、食べられなくなること、飲めなくなることは当然であり、体重が減少していくことは自然の摂理と言えます。したがって、BMIを把握する必要性はないと思われます。そのようなデータは医師の要請があれば測定することにして、利用者の状態に合った内容に見直していただきたいと思えます。

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、ミキサー食など）を柔軟に変えて提供できる体制にある場合において、取得できるよう要件の見直しをお願いします。

◆看取り介護加算

今回の加算単位の見直しで、大幅に引きあげられたことはサービスの質の向上に寄与するものと思われます。ただ、加算の算定が日数で単位が異なるなど複雑で、利用者や家族、そして施設にとっても分かりにくい状況があります。また、算定料金を3段階に分ける根拠も理解できているとは言い難く、労力がかかっています。

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われます。

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。

看取り介護加算が取得できる30日間は統一単位で算定できるようにしてください。単位は680単位/日（30日で利用者料金20,400円）に統一できるように見直しをお願いします。

（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、さらなる見直しをお願いします。）

2. 施設サービス計画書の見直し

現在の施設サービス計画書は居宅サービス計画に基づく内容となっており、入居者の実情にあった項目、内容ではありません。今回の介護保険改正に対応できる内容にし、さらに、100人対してケアマネジャー1人の配置で可能なものに見直す必要があります。

◆施設サービス計画書作成プロセスと期間の見直し

1. 入居時に暫定ケアプランを作成します。
2. 1ヶ月目（1ヶ月～1ヵ月半まで）に施設サービス計画書を作成します。
3. 6ヵ月目に施設サービス計画書の見直しをします。
4. その後（6ヶ月以降）は、心身状態の変化（身体状態なら基本情報の一部介助に2つ以上変更があった場合、精神（心理）状態の対応に要する回数3回以上か合計時間が15分以上かかる場合に、計画書の見直しを行います。

◆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、個人のニーズ把握に不足やもれがでてくる可能性に加え画一的な側面からしか情報を収集しようとするなど欠点があるため、個人の状態や状況に適した柔軟な書式作成ができるようにしていただきたいと思います。

※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」は差別用語に受け取られ、内容も「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人間の尊厳の視点から見直すべきです。
6. **認知症老人の日常生活自立度** ⇒ 認知症老人という表現の見直しが必要です。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もあり、明確に判断できるものばかりではありません。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の用語として適しません。理由として、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、2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、居宅における内容であるため、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ないと思います。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るため、どれだけ食べたかを把握し、食べることができ

る身体的機能能力について医師や看護師と話し合う機会を作る方が利用者本位の対応だと思います。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も生活の場においては必要ではないかと思えます。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外れるのではないかと思います。認知症の場合、問題行動と捉えると差別用語に聞こえます。周辺症状というように項目の名称を見直してください。

◆施設サービス計画書の書式の見直し

第1表 入居1ヶ月の書式と6ヶ月以降の書式を変える必要があります。居宅サービス計画に基づいているため、不的確であり無駄な項目と思われる。

第2表 生活のニーズ（課題）、長期目標・期間、短期目標・期間の項目は見直す必要があります。今後、要介護度5が大半を占める可能性があり、いつ最期を迎えるかわから考えられます。

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と、個別支援が分かりやすくなります。

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。

第4表 日課表 ざっくりとした時間の中でその日の入居者の気分や体調にも合わせられるように必要なサービスとその人の生活の流れを書きます。『ユニットリーダー研修で24時間シートが義務のように』研修で指導されているが、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。記録に要する時間は増大しています。義務付けた研修でセンターが開発したものを研修項目に入れることについて検討

を要します。)

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)

※ 特定非営利活動法人 U ビジョン研究所は、現在、公益財団法人認定申請中です。