

〈研究ノート〉

## 在宅介護の質の向上について

—ケアマネジャーに対する面接調査から—

### On the Quality of Home Care in the Social Insurance for Elderly Care

塩 田 咲 子

#### I 本稿の目的と政策的背景

介護保険制度の主たる目的の一つは、自宅での介護を促進することにあった。しかし、2000年4月の介護保険制度の開始以降、予想以上に、特別養護老人ホームや老人保健施設への入所申し込みが急増した。要介護者本人や家族の多くが自宅での介護を望んでいるにもかかわらず、このような事態となった背景には、自宅での介護が、利用者や家族にとって多様な問題があるからと考えられる。

筆者は、2003年、こうした問題について、①施設と在宅における介護料金の負担、②居宅サービスが不十分で在宅介護に不安がある、③利用者が望む居宅サービスか、という3点に絞って検討した<sup>(1)</sup>。

このうち、①については、04年12月、厚生労働省と財務省の合意で、05年10月より、施設における入所者に食費・居住費の全額負担を求める方向で是正された<sup>(2)</sup>。また②については、03年6月の高齢者介護研究会報告書『2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて』が提言した「在宅で365日・24時間の安心を得られるケア体制」を担いうるものとして、06年4月以降の新事業として地域密着型サービス(小規模多機能型サービス、夜間対応型訪問介護など)が位置づけられた<sup>(3)</sup>。また③に関連する政策については、04年2月に、第9回社会保障審議会介護保険部会における「サービスの質」の議論などを経て、06年度には事業所の情報開示や事業所規制の見直し、ケアマネジャー資格の更新制導入、などが決定された。これらは、いずれも2005年6月29日に公布された「介護保険法等の一部を改正する法律」(06年4月1日施行)(以下、改正介護保険法)に明記されている。

以上のような在宅介護の充実にかかわる政策動向の中で、③の厚生労働省の「サービスの質」についての論点や政策方向は、本稿の目的である「在宅ケアの質の向上」と密接に関連するので、ここでやや詳しく検討しておきたい。第9回の介護保険部会で厚生労働省の事務局から提出された「サービスの質関連資料」<sup>(4)</sup>は、大きく四点から構成されている。I ケアマネジメント、II 第三者

評価・権利擁護、Ⅲ人材育成、Ⅳ事業者指導・監督等である。これらについて、主要な論点が挙げられており、今後の政策方向を示唆するものと考えられる。以下に論点を要約してみる。

Iのケアマネジメントについては、まず、ケアマネジメント業務の在り方として、アセスメント、モニタリング、ケアカンファレンス、あるいはサービス担当者会議などの重要なプロセスが十分に実施されていないこと。特に、自立支援に即したケアプランが作成されておらず、軽度者については要介護度が悪化傾向にある。ケアマネジメントが不十分な理由として、「多忙」が上げられるが、この要因として担当件数が多いことのほかに、援助困難事例の存在があって、ここには介護以外の要因もあるので、ケアマネジャー以外の専門家の支援も必要ではないか。また、施設・在宅を通じた継続的なケアの確保の観点から、施設におけるケアマネジメントの充実が必要であり、ケアマネジメントの大半はサービス事業所や施設と併設されていることから、所属するサービスをつける傾向をどうするか。さらにはケアマネジャーの資質向上については、研修などの強化や資格要件などの改善策を上げている。

Ⅱの第三者評価・権利擁護については、グループホーム以外のサービスについても第三者評価を導入することや、高齢者虐待、痴呆性高齢者の増加を踏まえ、権利擁護の仕組みを強化することがあげられている。なお、第三者評価に役立てるため、「介護保険サービスの質の評価に関する調査研究委員会」（社団法人・シルバーサービス振興会）を設置しているが、この調査での評価対象は、訪問介護・訪問入浴介護、福祉用具貸与、通所介護、特定施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設であって、医療系のサービスは入っていない。

Ⅲの人材育成については、在宅・施設、いずれの介護職員についても、教育・研修の体系化や技術向上のしくみ、資格等の要件化などを進めること、認知症ケアの充実や施設長に対する研修等についても充実強化が必要である、と指摘している。

Ⅳ 事業者指導・監督等については、劣悪なサービスを厳しく排除する仕組みが必要であるとし、現行の事業者指定・指導監督の仕組みは他の制度と比較しても不正行為にたいする抑止力が小さいので見直すべきで、そのためには、指導・監督権限は都道府県知事が有しているものの、保険者の関与を強化することが必要だとしている。

以上のように、「サービスの質」を向上させるに必要な事項が、すでに厚生労働省サイドでも議論されてきていることを踏まえ、本稿では、在宅サービスのケアの質を向上させてゆくには、どのような対応や政策が必要なのかを、在宅介護の現場から考察し政府の議論を検討するものである。その方法として、まず、在宅介護の現場でキーパーソンとも位置づけられるケアマネジャーを訪問し、詳細なヒアリングを行うこととした。調査対象者については、介護保険制度の全体に習熟し、介護に実践的に携わってきた経験を持ち、問題の所在を抽出できるという観点から、介護保険制度の開始期より首都圏でケアマネジメントに従事している介護系のケアマネジャー5名にお願いした。調査時期は、2005年9－10月である。

## II ヒアリング調査の要約

ここでは、調査項目のうちサービスの質の向上に直接関連する項目、すなわち、ケアマネジャーの①業務遂行、②研修、および③在宅介護の困難事例、④在宅介護の限界事例、⑤各種在宅介護サービスの質の向上についての意見、⑥在宅介護を最後まで安心して受けられるための自由意見の6項目について、5名の回答を簡潔に記述する<sup>(5)</sup>。

Aさん 58歳 所属一訪問介護事業所 兼任 介護福祉士・ヘルパー1級

### <ケアマネジャーの業務遂行>

ケアプラン作成に当たって訪問時間をもっと取りたいが、ヘルパー業務が忙しい。サービス担当者会議は、医療系の時間の都合がつきにくく開くのが難しいので、担当者に電話やファックスで必要のつど連絡を取る。訪問看護のほうは、これで連絡し合えるが、医師による居宅医療管理指導の内容が報告されない場合がある。

### <ケアマネジャーの研修>

社会福祉協議会、市、県などの主催で年数回あるが、申し込んでも受けられないときがある。ケアの質向上に役立つのは、こうした折に知り合ったケアマネ数人での自主的な勉強会。公的研修に望むのは、ケアの質を向上することでどのような経過で改善していったかなど、多様な事例を使つてのモニタリングやアセスメントの方法。

### <在宅介護が限界となった事例>

一人暮らしで認知症が進み寝たきりとなり、飲食を受け付けなくなった。24時間介護ができず床ずれも生じてきたので、施設にお願いした。

### <各種在宅介護サービスの質の向上を図るには>

訪問介護サービス：ヘルパーの力量に差がある。介護に対する理念や姿勢、観察力、主体的に取り組めるか、など。ただ、近年のヘルパーの資格研修では、以前と違って、こうした力量よりも、ヘルパーがしてはいけないこととか、判断は看護や医療系に任せることなどが重視されているようで気になる。また、待遇面で、専門職としての誇りがもてなくなっているのではないか。

訪問看護サービス：対処療法になりがちなので、予防的見地からの指導をしてほしい。

訪問入浴介護サービス：特にない。できれば、状態について報告してほしい

訪問リハビリ・サービス：業者も人数も少ないので利用しづらい。

デイサービス：個々人に応じたプログラムにしてほしい。認知症の場合、放置されることがあって問題。

デイケアサービス：人数に対して、職員が少ないようで、リハビリが個々人にできていると思えないところが多い。

居宅療養管理指導：指導がきちんと伝えられないことがある。介護をよく知らない訪問医がい

た。終末期医療や予防的見地からの指導もほしい。  
ショートステイ：取りにくい状況。特に新規、2ヶ月前からでも取れるとは限らない。緊急の場合は無理。何度も何度も繰り返し申し込む状況。

<困難事例>

家族が要介護の親を抱え込んで、自分流のやり方を通そうとして、病院に行くことや点滴などを拒む。こうした家族を説得したり支援するのは、ケアマネには大変重荷。

<在宅で安心して最後までサービスを受けられるには 自由意見>

利用者さんの中には、介護認定に疑問が生じるケースがあるので、主治医の意見公開をしてほしい。意見がわかっているならば、ケアプランも立てやすい。介護予防は、介護保険からはずしていいのではないかと。財源やサービス供給面で、本当に介護で困っている人に十分な介護サービスが提供できなくなるのではないかと危惧している。看護・医療と介護の連携をもっとスムーズに。ヘルパーと看護との間に上下関係ができては困る。住宅改修は、行政がやったほうが不正も見つけやすいし効率的ではないか。

Bさん 62歳 所属—訪問介護事業・育児支援など（NPO） 介護福祉士・ヘルパー 1級

<ケアマネジャーの業務遂行>

ケアプランの作成にあたっては、残存機能を生かして自立支援を心がけているが、医師の意見書をあらかじめ見ておくと、もっとスムーズにできると思う。サービス担当者会議は、大きな変化があった場合に利用者さん宅で家族とともにする。これない人もいるので、利用者宅にあるノートに書いてもらって、各自引き継ぐことにしている。最近、ヘルパーの技能に疑問も出てきている。たとえば、ケアプランの通りやってほしいと思っても、ヘルパーが利用者さんの要求を優先して、自立支援にならない場合がある。

<ケアマネジャーの研修>

認知症の対応技術についての研修を充実してほしい。

<各種在宅介護サービスの質の向上を図るには>

訪問介護サービス：ヘルパーの力量を高めることが重要。利用者のいわれるままでなく、自立援助と残存能力の把握をきちんとできる能力を持って、できること、できないことを利用者に説明できるくらいに。認知症の対応をもっと勉強してほしい。しかし、ヘルパーの待遇が問題で、それだけの専門性を身につけて見合うのかが問われているのではないか。

訪問入浴介護サービス：特に問題はない。料金がもう少し安いと利用しやすいのだが。

訪問看護サービス：ヘルパー抜きでも看護サービスができる看護師さんが少ない。たとえば、入浴介助にしても、単位も高いので看護師さん一人でやってほしい。また、後片付けなど、ヘルパーさん任せの人もいる。看護と介護の対等な連携は、言うほど簡単ではない。  
訪問リハビリ：利用しようと思っても、提供するところが少ないので、必要とあれば、ヘルパー

のケアの中でやってもらわざるを得ないことがある。こうした意味でも、ヘルパーの担う範囲をもっと拡大してもらいたい。

デイサービス：集団的なものでは意味がなくなってきているので、個々人に応じた楽しみを見つけて対応することがのぞまれる。

デイケアサービス：デイサービスとあまり変わらないことが多い。個々人にあったケアプログラムを作るぐらいの姿勢でリハビリをしっかりとやってほしい。

居宅療養管理指導：訪問してくれる医者がまだまだ足りない。薬をもらいに通院しなければならないケースが多いのだが、通院が大変なだけに。

ショートステイ：2-3ヶ月前に連絡とって確保しているが、なかなか取りにくい。特に緊急が取れないのは困る。地域単位ででもいいから、緊急用ベッドがほしい。

#### <困難事例>

認知症の場合、家族がいても、その家族の認知症にたいする誤解や認識不足があって、場合によっては、症状をより深刻にしてしまう。家族への啓蒙をしてくれるところがあるとかかなり助かる。精神疾患のある一人暮らし男性の場合、体調の悪化で24時間の見守りが必要になったにもかかわらず、本人は病院に入ることを拒む。また、近くに暮らす実娘は本人に任すということで、結局、決定できる人がいなくなる。成人後見制度がもっと使いやすいといいのだが。ケアマネが決定するには重過ぎる。

#### <在宅介護が限界となったケース>

老老介護のケースで、介護していた夫が心臓病で入院したので、妻を施設に入れるべく努力したが、周辺に空きのある施設がないため病院にはいった。その結果、妻のほうが進めなくなった。病院だと、ケアが行き届かなくなるので、施設入所の保障がほしい。

#### <在宅で安心して最後までサービスを受けられるには 自由意見>

在宅だと、結局は、24時間365日の介護サービスが受けられなくなる。一人になっても施設と同じように、24時間、365日、サービスを受けられる安心が得られるシステムが必要。しかし近年、ショートで入所しても、ケアサービスを提供しているというよりは、預かってあげているという雰囲気になってきている施設も出てきている。介護保険は、利用者が選択できるといっているが、事態は逆だ。本来、指定事業所は利用を断ってはいけないのだが、実際には、断られる利用者も出てきている。施設の数が少ないからだ。自治体や保険者が、事業所をきちんとチェックして、サービスの質を維持し向上させてほしい。

ヘルパーの力量を制度的に向上させる仕組みがほしい。現行だと、離職の度合いが高い登録型ヘルパーがふえて、常時、質のいいケアを確保してゆくのが困難になっている。資格獲得後の研修が結局は、事業所任せになっているのも気にかかる。訪問事業所の多くは、研修に力を入れていない。小さな事業所にはその余裕がない。技能向上をヘルパー個人に任せるのは、その待遇からして無理がある。そのため、利用者宅で、先輩ヘルパーについて訓練を重ねている

のが現状である。これでは、利用者さんには迷惑である。せめて、ヘルパーの能力向上については、自治体が責任を持ってやるなど、介護の人材育成の見地から、何らかの対策が緊急に必要だと考える。

Cさん 58歳 所属—訪問介護・福祉用具取り扱い（株式会社）専任 介護福祉士

<ケアマネジャーの業務遂行>

プランの確認上、サービス担当者会議は必ず最初にやる。どうしてもできないときには、出席できない担当者と個別に会う。日常的にファックスでやり取りするが、医療情報が入りにくい。

<ケアマネジャー研修>

権利擁護に関する講義は役に立つ。研修には出たいが、会社が費用を一部出してくれるのは限られている。全国的な研修などにも出るが、すべて費用など自分もちだ。

<各種在宅介護サービスの質の向上を図るには>

訪問介護サービス：介護力の高いヘルパーが高齢化していて、若いヘルパーの中には能力に疑問のある人も出てきている。利用者のニーズにこたえられるヘルパーが少なくなってきている。誰が入っても同等のサービスを提供できるには、かなりヘルパーの技能研修が必要だが、対処している事業所は少ない。

訪問入浴介護サービス：特に問題はない。

訪問看護サービス：ヘルパーに対して対等な関係を持ってもらいたい。両者の関係がスムーズに行かないと、プランも立てにくいので。

訪問リハビリ・サービス：人材がいないので、あまり利用できない。

デイサービス：食事代がアップするので、負担が大変な人も出る。量の多寡で代金が違うとか、お弁当持参など選択できるといい。最近、事業所が増えてきて、地域によっては、サービス競争が始まっているようで好ましい。

デイケアサービス：ほとんどデイサービスと似たようなサービス内容だ。もう少し、個人対応でリハビリに力を入れてほしい。認知症の人の場合は、マンツーマンでやってほしい。ボランティアをうまく活用できている事業所もある。

居宅療養管理指導：利用者にはアドバイスするだけでなく、家族やケアマネにもそれを共有できるように工夫してほしい。たとえば、ノートに書きおくとか。

ショートステイ：感染性にかかわる検査要求が、1年ごとというのは負担。介護認定のたびに出される主治医意見書があればいいようにはならないのか。

<困難事例>

在宅を続けるのは可能だったが、家族がどうしても施設利用を望んだので、本人の同意を得て手続きし入所した。しかし、その後、本人が退所を望んできたので家族にもその旨説得した

が、受け入れられず、結局退所できないままている。

<在宅介護が無理となったケース>

利用者はアルツハイマーで徘徊などがあったものの、在宅であれば落ち着いて暮らせると判断でき、息子のほうも在宅を望んでいたが、家族、とりわけ介護役だった「嫁」のほうが強く主張して施設に入所せざるを得なかった。在宅サービスがもっと充実して、お嫁さんの心身の負担を軽くすることができれば、在宅が可能だったので残念だ。

<在宅で安心して最後までサービスを受けられるには 自由意見>

在宅で可能でも、だんだん施設に向いていってしまうのはなぜか。やはり夜間のサービスが在宅には事実上、利用できないからだ。夜間のサービスを、たとえば、国や自治体の責任で安く提供できる体制があれば、最後まで在宅をつづけられる利用者はとても多いと思う。

Dさん 58歳 所属一訪問介護事業所（有限会社） 介護福祉士 ヘルパー 1級

<ケアマネジャーの業務遂行>

ケアプランの作成に当たって、本人の希望を優先的に聞いて、これまでの生活を継続できるよう心がけているが、家族のほうは、負担になるようなプランを好まない場合が多い。家族への理解説得に時間がかかるケースが少なくない。サービス担当者会議は月1回開くようにしているが、必要に応じて各担当者から個別に聞くことが多い。プランの効果を挙げるには、ヘルパーのケア技能が重要だが、近年、資格を取ってヘルパーになっている人の中には、与えられた時間内に、サービスをきちんと利用者が満足いくようにできない場合が出てきているので頭が痛い。

<ケアマネジャーの研修>

書類の作成に関する研修だけでなく、面接手法についてもいい研修を受けたい。また、地域に介護保険以外で利用できるサービスについての情報や、顔合わせなども研修に組み込んでくれば、もっといいプランができると思う。

<各種在宅介護サービスの質の向上を図るには>

訪問介護サービス：心でケアできるヘルパーが少なくなっている。排泄介護を好まないヘルパーさえ出てきている。待遇面が問題だとは思いますが、定着率がよくないので新人に技能を教えることが多く、ケアマネ業務に専念できない。

訪問入浴介護サービス：特に問題なく、利用者には好評だが、利用料が少し高い。

訪問リハビリ・サービス：利用したいが、いない。ヘルパーができるリハビリもあると思うので、ヘルパーの担当範囲を広げてほしい。

デイサービス：自分で動けるとか、意思のはっきりしている人には好評だが、そうでなければ、車椅子に長くほっとかれたり、預かっているだけ、というところもあって、サービス内容の格差が大きい。

デイケアサービス：専門家がきちんとケアしているところもあるが、デイサービスとかわらないところもある。

居宅療養管理指導：訪問医には、医療的観察だけでなく、利用者さんの性格や生活全体を見て対応してほしい。介護は治療でなく、あくまでも、その人らしく生きてゆけるよう支援することだから。

ショートステイ：2ヶ月前からでないともまず取れないのは問題だと思う。利用者さんの認知症が重かったり問題行動の内容によっては、断られることさえある。

#### <困難事例>

家族が、本人のいるところでヘルパーさんに不満を言ったりすると、本人がヘルパーを信頼しなくなることが多いので、事業所やケアマネに言ってほしい。一度こじれると、ケアプランを立てるのが大変になる。

#### <在宅介護が限界になった事例>

家族の負担が、身体的なものであれば金銭的に介護保険を超えてもサービスを増やして対応できるが、精神的な負担が限界を越えると難しい。本人よりは家族のほうが、施設を希望するようになってしまう。在宅介護には、介護者に対する精神的な支援も必要だと思う。

#### <在宅で安心して最後までサービスを受けられるには 自由意見>

一人でも在宅が可能になるシステムを作るしかないのでは。24時間、見守ってあげられる方法や、何かあったときには緊急態勢が取れる。地域ごとに病院や介護事業所・訪問看護などが連携すれば、可能ではないか。どうしても在宅が困難になったときには入所できる保障があれば、早くから施設に申し込んだり、本人が望んでいない段階で施設に入ることがなくなるのでは。最近では、入所を断られるケースや、自治体が運営している施設であるにもかかわらず、縁故で入所するケースがあるのは残念。

Eさん 50歳 所属・特別養護老人ホーム（福祉法人） 介護福祉士 ヘルパー1級

#### <ケアマネジャーの業務遂行>

所属する老人ホームは医療法人が創ったこともあって、在宅に関連するサービスは、すべてそろっているので、担当者会議を開くのは簡単である。在宅サービスに関する相談が多いので、利用者側の介護保険についての知識がもっと広まってほしい。

#### <ケアマネジャーの研修>

医師との連携が大切なので、地域の医師会も積極的に研修に参加してほしい。

#### <各種在宅サービスの質の向上を図るには>

訪問介護サービス：ヘルパー教育のレベルが落ちてきているのではないか。以前のように自治体が責任を持って質の高い研修をすべきだ。

訪問入浴サービス：特にない。

訪問看護サービス：同じ医療法人が担当しているので、比較的良好連携が取れている

訪問リハビリ：地域にあるリハビリテーションセンターで指導を受けた訪問看護師がやっているが、利用者は、家に来るヘルパーにしてもらいたいとっている。

デイサービス：特に問題はない。スタッフの人数がふえればもっとよくなるのだが。

デイケア：特に問題はないが、リハビリ専門員がいればとは思っている。

居宅療養管理指導：同じ医療法人なので、訪問看護婦からの連絡で利用者の状態が把握されており、医師との連携もスムーズだ。

ショートステイ：法人としては、6床しかないので急な場合には、近くの有料老人ホームにお願いしたりしている。地域で緊急用のベッドがあればいいのだが。

#### <困難事例>

本人より、家族のほうが自分たちの都合を優先して、本来のケアが実現できない場合。

#### <在宅介護が限界となったケース>

認知症になってきた父を、働いている独身の息子が、だんだん面倒を見なくなって放置するようになった。所属する老人ホームには空きがなく、何とか入所させてくれるところを探すのが、家族の事情がわかると断られる。そこで、在宅サービスをもっとたくさん入れようと思っても、息子が利用料を負担しないので、それもできなかった。介護保険前なら、措置で入所できたのにと考えると残念だ。

#### <在宅で安心して最後までサービスを受けられるには 自由意見>

サービスを目いっぱい使うのがいいことでもない。本人がしたいようにしてあげる、という原点に戻って、サービスを選択することが家族に求められている。デイやショートステイも、本人がいやだといっているのに利用する例もあるし、延命治療について本人にとってどうなのか、考えてほしいケースも多々ある。ケアマネジャーが、家族の意向に反してまでのプランは立てにくいだけに。

### Ⅲ 考察と提言

以上の調査結果から、前述した厚生労働省が取り組んでいるⅠ～Ⅳにわたる「サービスの質」について、同調する点、および追加すべき点について以下にまとめたい。

Ⅰのケアマネジャーの業務の遂行やケアマネジメント技能の向上についての対策については異論はなかった。しかし、調査からは、向上のための時間や回数などは増やしてほしいものの、その時間を確保することや研修内容、あるいは研修費用など配慮すべき点が出された。また、かかりつけ医の意見書を見ることができれば、より早く適切なプラン作りができるのではないか、という意見も出されている。業務の遂行において、時間のみならず精神的にも負担になっている困難事例に対しては、介護している家族やケアマネジャーを支援する何らかの方策が必要といえる。

Ⅱの第三者評価・権利擁護についても、ケアマネジャーのいずれもが、その重要性を認識してい

る。しかし、サービスの質の評価において、厚生労働省の議論では、訪問看護や居宅療養管理指導など医療系のサービスについての第三者評価がないので、追加すべきであろう。また、在宅介護の困難事例に挙げられた中には、一人暮らしで認知症になった場合があげられており、権利擁護の仕組みを利用しやすくすることは緊急の課題でもある。

Ⅲの人材育成については、訪問介護員（ヘルパー）の技能の向上がとりわけ重要であるとの認識が、どのケアマネジャーからもあったが、収入の確保や雇用の安定など待遇面からすれば、労働の質の向上へのモチベーションをもてない現状こそが問題ではないか、という指摘があった。たしかに06年度より、事業所でのヘルパーの研修が強化されるが、費用や時間についての問題が残されたままでは、ヘルパーの負担ばかり大きくなってゆくのではないかと危惧する。今回の調査で、介護保険が始まって以降に資格を取ったヘルパーに関して、技能面での不安や定着率の低さを指摘するケアマネジャーが少なくなかった点も考えれば、今後、在宅介護の質に大きな影響を与える訪問介護員の技能の向上や定着を可能にし得る雇用政策が必要だと考える。

また、調査では、訪問看護や居宅療養管理指導についての要望も少なくなかった。介護や終末期医療に対して熱心に取り組む訪問医がまだまだ少ないこと、また医療と介護との対等で信頼できる連携が不十分な現状であれば、利用者が望む「最後まで在宅で」を実現することはできない。医療関係者の研修や人材育成も重要である。

Ⅳの事業者指導・監督等については、業者の不正行為の抑止や劣悪な業者の排除が不十分なので、自治体など公的機関が責任を持って対処すべきではないかという意見が少なくなかった。たしかに、利用者が選択できるほどサービス提供が潤沢ではない現状では、市場や競争原理の中で、悪質な業者が淘汰されにくい。調査では、困難ケースだと事業所によってはサービスを拒否するところもあるとのことであった。これらサービス事業者への対応として、改正介護保険法では指定の取り消し要件の追加や6年ごとの指定更新制が導入されたものの、介護保険が契約にもとづく以上、サービスの拒否という事態はなくなる可能性はある。

さらに「安心な在宅介護」には、「1日24時間、365日、在宅でも安心」が不可欠であることは、本調査でも確認できた。06年4月より展開される地域密着型サービスはもとより、行政が責任を持つ地域包括支援センターが、これを保障しうるサービスとして期待されていることも強調しておきたい。

以上、本稿では、紙幅の関係から、ヒアリング調査を在宅介護サービスの質の向上の点から簡潔に記述し、厚生労働省が取り組んでいる「介護保険のサービスの質の向上」について検討したにとどまった。調査結果については、最後まで在宅で安心できる介護についての諸条件を知る上でさらに詳細に検討すべき事項もあるが、後日の課題としたい。

（しおた さきこ・高崎経済大学地域政策学部教授）

## 在宅介護の質の向上について

### 注

- 1) 塩田咲子「介護保険における在宅介護の課題」『地域政策研究』高崎経済大学、第6巻第3号、2004年2月
- 2) 介護保険の改革は原則として06年4月実施であるが、施設の食住費だけ半年先行させた大きい理由は、在宅との公平性以上に、05年度の介護保険給付を約1300億円減らして将来の保険料上昇を和らげるのが狙いだと、報じられている（日本経済新聞 04年12月17日）。
- 3) 地域密着型サービスは、在宅と施設を連携する、いわば24時間365日のケアを可能にし得る市町村単位で提供されるサービスとして期待されるものの、では具体的にどのように運営されてゆくのかは、筆者の調査時点では明確になっていない。
- 4) 第9回社会保障審議会介護保険部会の「サービスの質関連資料」については<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/02/s0223-8d.html>、改正介護保険法の概要と情報については<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/09/s0921-11n.html> および<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index.html>を参照。
- 5) 本稿の資料となった「在宅介護の質の向上に関するケアマネジャーの面接調査」の全体については、今後の調査とあわせて取りまとめる。なお、調査および本稿は、本学の特別研究奨励金を受けての成果であることを付記しておく。

### 参考文献

- 萩原清子『在宅介護と高齢者福祉のゆくえ』白桃書房、2000年
- 宮田和明・近藤勝則・樋口京子編『在宅高齢者の終末期ケア－全国訪問看護ステーション調査に学ぶ』中央法規、2004年
- 山崎麻耶「21世紀の高齢者『ケア』を問うー：看護・介護・ケアマネジメントの視点から」『老年社会科学』23巻3号：2001年 pp 325－330.
- 山口道宏「取材ノート 在宅主義の裏側でー『ウチにいたい』『ウチにいるしか』の周辺」『大原社会問題研究所雑誌』No.477,1998年8月 pp41-54

