

変わる介護保険 自治体の課題 第15回

自己作成ケアプランはわがままでない 実施者たちがケアマネ団体に抗議



ジャーナリスト（元日本経済新聞社編集委員） 浅川 澄一

「自己作成のケアプランは、決して『ワガママプラン』ではなく、費用も増えない。指摘は事実誤認があり間違いです」——。介護支援専門員（ケアマネジャー）の全国団体、日本介護支援専門員協会（柴口里則会長）が抗議を受けた。抗議したのは、ケアプランの自己作成を勧める市民団体の全国マイケアプラン・ネットワーク（島村八重子代表）である。介護保険の根幹、ケアプランのあり方を問う問題提起。ケアプランは誰が作り、誰のためのものかを考え直したい。

利用者負担ないためケアマネ頼み

ケアプランとは、どの事業所から何の介護サービスをいつ受けるかを記した文書。1カ月分をまとめて前月に作成する。その作成者がケアマネジャーだ。

介護サービス利用希望者が、市区町村などのアドバイスで近隣のケアマネジャーを紹介されて契約を交わし、作成を依頼することが多い。費用は、要介護1と2の場合は月に約1万円で、要介護3～5は同約1万3000円だが、ほかの介護サービスと違い利用者の1割負担はない。

ケアマネジャーでなく、利用者本人や同居家族も作成できる。「自己作成」「セルフケアプラン」「マイケアプラン」と呼ばれる。

自己作成では、ケアマネジャー経由でなく自分で介護事業者を選び、サービスの日時も直接交渉する。嫌だと思えば、ケアマネジャーに気兼ねせずに事業者を変えられる。「メディカル・マネジャー」不在の受診体制と同じだ。

日本介護支援専門員協会が抗議されたのは、同協会が4月26日に「居宅介護支援費の利用者負担導入論についての意見表明」として、財務省の制度変更案に反対した声明文についてだ。

社会保障費の増大に懸念を抱く財務省は、介護保険費用の抑制策をかねてから検討していた。4月11日に開いた財政制度等審議会・財政制度分科会で、ケアプラン作成に利用者負担を設ける必要性を強調した。

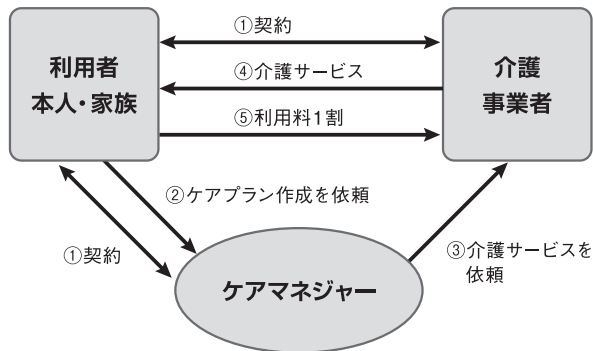
「利用者負担がないことで利用者側からケアマネジャーの業務の質についてのチェックが働きにくい構造になっている」とその根拠を説く。財務省は以前から同様の提案をしてきた。社会保障審議会の部会でも検討されたが、2018年度からの第7期の制度改革では退けられた。

同協会は声明文の中で「利用者負担が導入された場合、利用者・家族が作成するセルフケアプランが増えると予測されます。その場合、必ずしも自立支援型ケアプランになるとは限らず、過度にサービスに依存するケースも生じ得ます」「その結果、給付額が増大することを危惧します」と、「セルフケアプラン（自己作成）」の拡大を予測し、財務省案を批判した。

利用者が負担を避けるためにセルフケアプランに走るという指摘や、さらにセルフケアプランは「過度にサービスに依存」とすると断じるのは首を傾げてしまう。

マイケアプラン・ネットワークが「自己作成者の実態を踏まえていない」「自己作成を否定しているだけではなく、自己作成をしている利用者、

図 介護サービスの利用法



(注) ケアプランの「自己作成」では、ケアマネジャーを通さずに利用者が介護事業者へ直接、介護サービスを依頼する

家族を信頼していない」と抗議したのは当然のことだろう。「同協会は、自己作成者を『ワガママ放題』と言わんばかり」とも非難した。

介護保険の理念は「自己選択」

同ネットワークは「介護保険の本来の理念は利用者の『自己選択』にあり、私たちは自己作成という手段も含めて、その在り方を真剣に考え、実践してきました」として、ケアマネジャーと一緒にケアプラン作りも勧めてきたと主張した。

抗議文の中で、自己作成者の1人は「訪問サービスを受ける場合、他人に家に入っていただくという気遣いに加え、都合や時間を合わせることに注意と配慮を欠かしませんでした。限度額まで保険を使ったことは一度もなく、安易に人に頼ろうなどと思ったことはありません」と記す。「過剰なサービス提供」や「ワガママ放題」ではないことを裏付ける。

同協会は、自己作成になると「サービス担当者会議開催やモニタリング等の機能がなくなる」と指摘したが、「サービス担当者会議を開いているし、地域包括支援センターからの助言もある」と反論している。

そもそもケアマネジャーはなぜ存在しているのか。要介護認定者が介護サービスを選ぶ際に、必要なケアや地域の介護事業者の状況について相談相手になり手を貸す。本人の自己決定を手助けし、心地よい生活を継続してもらうのが究極の目的だ。

利用者の依存心が強いと代理人に近い存在になりがちだ。

ケアマネジャーは、自身の所属する事業所グループの介護サービスを意図的にケアプランに組み込むことが少なくない。収入増を目論む経営者の指導に抗えないからだ。この「囲い込み」を排除する減算措置（特定事業所集中減算）まで制度として設けられている。

ケアプランの自己作成実践者は極めて少ない。全国で1000人にも満たない。在宅サービスの利用者の0.1%に達していない。市町村の多くは「ケアプラン作りは難しく、素人は手を出さないで」「ケアマネに頼んでも無料だから」と事実上の門前払いをしている。費用の請求業務など給付管理が自治体の業務となり、手間を避けようと及び腰だ。厚生労働省も「自己作成」そのものを自治体や事業者きちんと説明してこなかった。

厳しい状況の中で実践者の意識は高く、自身の生活を振り返ってよりふさわしいサービスや事業者を厳選していると言えるだろう。

社会的な支援が必要な人々へのさまざまな「共助」「互助」の仕組みが浸透するとともに、当事者の「思い」が重視されつつある。がんを含め多くの疾病にはそれぞれ患者団体が活動し、障害者団体が国の審議会に参加している。

意思表示が難しいと言われていた認知症の人たちも「日本認知症ワーキンググループ(JDWG)」を4年前に立ち上げ、当事者ならではの発信を始めた。英国スコットランドで世界初の認知症の人たちの当事者グループが旗揚げされたのは16年前。そのスローガンは「私たち抜きに私たちのことを決めないで」だ。

1982年にデンマークで打ち出された高齢者ケアの三原則が国際的に受け入れられており、その第一番は「自己決定権の尊重」である。自己決定の考えが今や認知症の人を含めて、あらゆる要支援者に広がってきた。介護保険も、施行6年後に「本人の尊厳の保持」を組み入れた。介護サービスを選択するのは本人自身であることを忘れてはなるまい。

G