

○田近委員

16回議論をして重要な点も議論したと思いますが、もう報告書自身はまとめるというのですが、2点懸念として感じることを申し上げたいと思います。

この報告書を何版か見てきて、第1点は最も基本的な問題は「持続可能性」をより高めることに尽きる。それで、介護保険制度は現在だけではなく将来にわたって我が国の高齢者やその家族が生涯の生活設計を行う上で重要な柱として安定的に機能し続けなければいけない。

2004年度になると介護保険費用は6兆円を超える。そして、財政安定化基金から借金をしているところもある。将来展望としては、財政可能性の視点からの懸念も高まっている。

そうすると、この懸念は報告書を読むとどこで解決はできないとしてもその出口があるのだろう。それは、ある意味で予防ということと地域密着ということが2つの基軸であるわけですから、そういうものを通じていくとこの懸念というものがどういう形で引き受けられて、解くという言葉も語弊がありますけれども、それに真正面から答えた。やはり大上段かどうか、持続可能性が尽きると言っているわけですから、やはり報告書として尽きてもらいたいというのが第1点です。

第2点は、「地方分権の「試金石」」という言葉です。ここで書いてあるのは、「介護保険制度は、住民に最も身近な自治体である市町村が保険者となって制度運営は財政責任を担い、市町村ごとに給付と負担が連動する地方分権的な仕組みとして設計された。このため、地方分権の「試金石」だと、表現の善しあしは別として、これと「市町村ごとに」という2つの言葉ですが、市町村ごとに給付と負担が連動する仕組みで運営していけるのか。現実的な判断として市町村ごとということがあり得るのか。これだけ高齢化して社会保障の問題が大きな問題になってきた。国を挙げていくときに、この部会の報告書としても持続性ということに関して、もう少し正面から取り上げてよかったというのが私の考えです。

○永島委員

「痴呆症状の悪化や閉じこもりの予防」と「痴呆症状の悪化」というところを加えていただいたんですが、再度「悪化」ではなくて「進行」と御検討いただきたい。

なぜかという、痴呆は進むかもしれないけれども、悪いか悪くないかというのは本人の問題ではないような気がするので、こういうふうにしていただけたらと思います。

審議会全体を通してケアマネージングとか、非常に大きな問題であったと思いますし、これからますます問題になってきたと思います。こういうことは大変いいことだと思うので、真に有効な制度になるように本当に祈りたい。そのキーマンになるのはケアマネージャーであり、ケアプランということが、ますます重要になってくるので、このことを皆が理解するような取り上げ方を問題にしていきたいと思っております。

介護というのは医療みたいに治すものではなくて、その過程でどういうケアが必要な

かだと思うのです。特に痴呆の人を含めて、自分自身の年を取って死んでいくまでの間の要介護状態について、どういうことが起こってくるのかということが実は余り皆がわかっていないで、要介護になったときに漠然とした不安を皆、持っていると思うんです。

それで、どういうことが起こるかという不安に対して自分の意思を明確にしておくようなことが介護予防の中でされるのは難しいかと思いますが、一般的な社会の中でそういうことがあったら、今度は介護を受ける立場になったときに、今みたいなはっきり言ってケアマネージャー任せのケアプランではなくて、もう少し自分自身の意思が表されるようなことができるのではないかと思っております。

○見坊委員

全体は大変御苦心になって、最後のまとめに入っておるわけです。2、3これからの運用上の問題、その中で是非御検討いただきたいことを希望として発言させていただきます。

サービスは、誠に急速な拡大をしました。到底人材を補給することは難しいという状況でどんどん拡大したという実態があります。最初にゴールドプラン段階で厚生省が言われましたのは、いつでもだれでもどこでも受けられるサービスにしよう。そのことが介護保険によって加速されました。グループホームにおいては50倍の急増である。ケアマネージャーも30万人が合格者、しかし実働は何分の1でありましょう。

そこで質の問題が出てきて、事後規制ルールの確立に至っております。規制緩和の中におきまして、高齢者は大変戸惑っておる。情報が十分ないままにサービス事業者を選択せよと言われても選択のしようがない。高齢者全体としては、どの事業者にお願いしても最低限度担保される質のサービスを受けたいと言っております。場合によってはいつでもだれでも自由に参加できる事業者では困るのです。

特に在宅サービスは対一のサービスでありまして、そこにはほかの専門職員はいないんです。実際に指導するのは一体だれかという問題があります。そのことは十分に御理解になっておられると思しますので、この点については、ある一定の基準によりまして、事業者の質と体制をある程度市町村、あるいは都道府県におきまして把握して、受理して、そしてサービス提供をやっていただきたいと思っております。今後の量的な拡大がサービス提供事業者の拡大によって行われるというような実態は是非、慎重に御検討いただきたい。これが第1点であります。

第2点として、グループホームの問題です。これは50倍の規模にまでなった。そして、住所地特例の問題が出てきた。住み慣れた地域において在宅サービスをというのが基本であって、それが市町村を異にして、共同生活をするようなグループホームに移らなくてはならない。しかも、痴呆がかった人が非常に多い。果たしてそれでよろしいのでしょうか。

この点におきまして、是非、県なり市町村なり、もっと積極的に関与していただきたい。安心してグループホームの共同生活の中に入れるようにしていただきたい。

第3に、「看護と介護の連携」とありまして、非常に重要であると思っております。「看護

と介護の連携」、共同して高齢者が医療と看護を安心して受けられるようにするということは大事なのですが、この看護と介護の職員の対等な協調関係を保つには、現状は介護従事者の専門性の向上抜きにしては論じられないのではないかと考えております。看護と介護とが対等な関係におきましてしっかりと連携して目的を果たしていただきたいと考えております。

第4には、介護報酬支払通知書や介護保険の運用に関する情報提供の問題で、是非これを進めていただきたい。保険料の徴収はきちんとルートができています。したがって、このルートを通じて情報提供をすることはできるはずと考えております。そうした点で、被保険者自身が自ら点検をし、チェックできるような体制をつくっていただくお願いしたいと考えております。

最後に、契約書の問題であります。ここで触れなくていただかなくて結構ですが、運用上この契約書はどの程度役に立っているのか。医療保険にはないのですが、介護保険だけは非常にやかましくこの点が言われてますので、果たして実態はどうなっているのか御検討いただきたい。

○喜多委員

総論から申し上げますと、集約がされていない、よく理解ができない記述がたくさんある。そして、余り議論をしていなかったものが大きく取り上げられて、極めて根本的な問題でもっと議論しなければならないことが議論をされていないという反省もあります。

一昨日、管内の事業者の代表者の方が来られて、要支援と介護度1がどうも統合されるようだ。家事介護等のヘルパーさんの仕事はどうなるんですかという質問を受けたんですが、明快に答えることができませんでした。多分1つになってしまうだろうと考えていますが、どうもその議論は十分にされていませんから、どうなるかということがわからないから答えられない。その辺のめり張りがいいのではなかろうかと考えております。

介護予防という新しい言葉も出てきました。しかし、これだけでも何回か相当の議論をすべきで、介護予防は賛成だという感覚の中で議論というか、意見が終わってしまっていて、内容がどこまでいくのか。介護保険でそれを全部見るのか。それとも、先ほどから出ていますように市町村が見るのか、その費用はだれが持つのかということがあります。

先ほど法律の付則にあるから、国の約束だとおっしゃいましたが、私は走りながら考える、そして、改めるということ、重層的に国と府県は市町村を支えるということが当初の約束だったと考えています。

しかし、その約束はほとんど果たされておりませんし、三位一体の関係もありますが、事務費の半分が今年是一般財源化されてしまう。これで介護保険を更に続けるのかと言いたいわけです。そういう意味からも、持続可能性のある財政体質というものをもっと議論する必要があったのではなかろうかと考えております。

しかし、今日集約されるとおっしゃっています。これをまとめられることについて特に

異議は申し立てませんが、決して全面的に賛成できるものではないという意見の表明だけをさせていただきます。

○山本委員

まず1点目に、障害者の問題については、最初に反対だと申し上げたが、介護だけをにらんでこう言うから反対と言ったのであって、障害者をどうしていくんだということについての議論をしていくようにしてほしいと思います。私ども町村会としては時期尚早であると申し上げておきましたけれども、議論をすることは決して反対ではありません。

次に今、財政難であることはわかり切っておりますが、当初から25%の外数として5%の調整金を出すべきではないかということをお願いしてまいりましたが、どういう関係か、一言も触れていただけないんです。その点はお答えを願いたいと思います。

次に、住所地特例です。この住所地特例がどうしてもできないならば、施設をつくった当該市町村の人が入所することにするんだという制限を設けるべきだと思います。そうしますと住所地特例は要りませんので、そういう制限を設けていただければと思います。

それからもう一つ大事なことは、今回はグループホームについては市町村が許認可権を持つようになると書かれておりますが、これで県と市町村がうまくいくのでしょうか。都道府県と市町村との間がうまくいくような調整方法について御検討願いたいと思います。

それから、私どもが一番懸念をしておりますのは、私どもが施設の調査権がないということです。この調査権がないということは私どもが給付の適正化を求めることができません。この調査権についてもう少し考えてほしいと思います。

これを基礎にして本格的な各論をこういうふうに行っていくんだという改正案をつくるのかどうかと、どういうスケジュールで最終的に結論を出していくのかということも合わせて教えてください。

○藤木介護保険課長

調整交付金の件ですが、町村会、市長会の方から御要望を重ね重ねいただいております。それで、調整交付金によって結果的には被保険者の保険料水準に影響を与えるわけですので、これについては「より被保険者の納得が得られるようその在り方を是正していくことが必要である」とコメントを付けさせていただいております。こういう形で部会として御意見を集約させていただくのはどうかと御提案させていただいております。

○山崎総務課長

全般にわたっての制度設計というのは、最終的には年末の段階でこれを踏まえて法律等にしていく形になります。ただし、内容によっては法律ではなくてむしろ省令とか基準の内容がございまして、この内容を全部精査して、法的にどうなるのか検討した上でやっていく形になります。財政面については一方でいろいろな予算的な問題もございまして

で、地方財政等の動き等も踏まえながら総合的に考えていく必要があるテーマではないかと思っております。

○花井委員

3点に絞って述べたいと思います。1つ目が、介護職の医療行為の問題が全然報告書の中に組み入れられておりません。さまざまな経過があったことは伺っていますが、ヘルパーとか施設の介護職員が医療行為の問題で、利用者と事業者の間で大変悩んでいると聞いております。是非今後の検討課題にさせていただきたいと要望しておきたいと思います。

2つ目ですが、今回の改革は大変抜本的な改革ではないかと感じているわけですが、それだけに施策を進めていくときに相当慎重にしなければ誤解ですとか、さまざまな問題が起こってくるのではないかと思っております。ヘルパーの訪問介護が週に1回入るだけで生活を維持できている方もたくさんいらっしゃいますので、その辺は是非とも慎重に進めていただきたいと思いますと考えております。

3つ目ですが、先ほど負担を安易に企業に転嫁すべきでないというところに従業員という言葉を加えてほしいという御意見がありました。これについては、介護保険法創設のときから、介護保険の側に立ったときに、普遍的な保険制度に変えていくべきだ。だから、そこは拡大すべきと主張してまいりました。そのためには当然負担が伴うということを含め、機関として決定してきた経過から言いますと、従業員という言葉を入れてほしいということに対しては、逆に是非とも入れないでほしいと述べておきたいと思っております。

○秦委員

これまでの審議を見ていると、厚生労働省は委員の発言の気に入ったところは大きく取り上げて、気に入らないところは無視されているというか、余り触れられていないという感じもします。一般の人は介護サービスの適用を下げってしまうのではと思っておりますが、そういうことはないことをはっきりさせてください。

グループホームのことが心配です。実際には5倍に増えて5,100件を超えました。だけど、実際に新しくできたグループホームを見てみるとかぎがかかっていたり、本来はグループホームとは言えないようなおかしい現象が起こっています。

また、お金が払えないのでがらがらのグループホームが多いということ。その地域ではお金が払えないのでほかの給料の高いというか、報酬の高いところから来ている人たちが非常に多い。そういう実態をよく調べてほしいということです。

最後になりますけれども、痴呆老人という言葉は便利ですが、実際に地域に住んでいると言葉だけで差別されて、最近では偏見と差別の対象になりますので、痴呆という言葉を安易に使わないでほしいと思っております。

○市川委員

介護予防についてですが、もう少し論議していただきたいと思うのは、77ページの図ですが、事業者とか働く側のホームヘルパーに関しては本当に危機感を感じるというのか、自分たちの働く場がなくなるのではないかという問題ですね。それと、この図面でいきますと本当に市町村が全部やるというようなイメージになると、介護保険の始まる前の措置の時代に戻ってしまうのではないかというようなことが出てきております。また、2級が私たちは廃止されてしまうのではないかというような危機感は非常に大きく出ております。

それから、生活援助の中に「家事代行」が急に出てきて一人歩きしているようなイメージになっておまして、ケアマネージャーの部分ではこういうプランというのは基本的にはないはずだと思っております。ここら辺を少し解説していただきたいと思っております。

○上田部会長代理

この報告書は非常によくまとまっていると思いますし、新しい考え方や新しい事業の内容を打ち出していて、その方向には非常に賛成です。ただ、これからはいかにこの新しい施策なり、考え方の中身を実現していくかという技術の問題が出てくるだろうと思います。介護予防などはその一番大きな問題ですが、これについては十分論議されておりますので、痴呆ケアについて、これは非常に深い意味をこれからますます持ってくるようになるものだと思いますので、ちょっと申し上げたいと思います。

痴呆ケアの在り方として、「本人の不安や環境変化への対応の困難さに配慮し、なじみの人間関係や環境の下で、高齢者が自分自身のペースでゆったりと安心して過ごすことができるよう、個々人の生活そのものを組み立てていくケアが必要となる」。これはそのとおりで重要なことですが、これは痴呆を持つ高齢者だけが必要としているケアではないということが非常に大事です。身体ケアを必要とする高齢者も全く同様のケアを必要としています。それが高齢者介護研究会報告書の「これからの高齢者介護は痴呆性高齢者に対応したケアが標準」としたことの意味です。この身体ケアプラス痴呆ケアモデルになるということは、痴呆性高齢者だけではなくてすべての介護を受けている高齢者に必要なことだと思うんです。

○貝塚部会長

どうもありがとうございました。それでは、御了承いただいた方針で取りまとめをいたします。なお、本部会の報告につきましては社会保障審議会の本審議会にて私が報告することになるかと存じます。

それから、「被保険者・受給者の範囲」については9月以降、この問題に絞って審議を継続したいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思っております。

○中村老健局長

ひと区切り、第1部、第2部についてはまとめていただきました。昨年5月からずっと

御審議いただきまして、本当にありがとうございました。

私ども、ここの部分につきまして、年末に向けまして制度化の作業を続けてまいりたいと思いますが、その過程におきましてもまた御意見を賜りたいと思いますので、どうぞよろしく願いをいたします。