

介護保険部会におけるこれまでの議論の整理

下線部が第15回部会での発言内容

論点	意見の内容
<p>0. 制度見直し全般</p>	<p>社会保障全体を見ると、給付と負担の関係では、介護保険は健全に進んでいるという印象を持つ。確かに市町村間の格差や保険料の上昇はあったが、全体として収まりは良い方である。しかし、このままで将来も維持できるかが課題である。</p> <p>介護保険制度を給付と負担のバランスが確保された持続可能な制度にするには、被保険者範囲の拡大や財源の負担割合も含め、抜本的な見直しも視野に入れるべき。</p> <p>負担と給付の両面からシミュレーションをして全般的に見直す必要があり、また、国がどのように財政負担をしていくのかも考える必要がある。</p> <p>これから3年間は、このままで大丈夫なのか、そうでないのかをよく考えるべき。それによって見直しの方向が変わってくる。</p> <p>持続可能な形でうまく運営していくという、制度の持続可能性の追求が最も重要。</p> <p>介護保険は高齢者の介護サービスの基本的な部分を保障する制度であり、それを超える部分は利用者の選択の下、自己負担でサービスを補うという制度の性格づけを確認しておく必要がある。</p> <p>省庁の枠を超えた施策として、これからの少子高齢化社会の中でどのように暮らしていくかというグランドデザインがある程度なくてはならない。</p> <p>サービス体系の組み替え等スピードを上げて検討を行わないと、財政の理論で押し切られて財源を削られてしまう。</p> <p>町村レベルの弱い財源力では、今後新たな財政負担に応じることができない。</p> <p>病気や障害を抱えていてもこの国には、住み続けることができるんだ。更には住み慣れた地域で住み続けることができるんだということをもう少しアピールすべき。</p>

介護保険は介護を社会化するという理念の下にスタートしたわけで、家族をあてにしない制度をモデルとして考えてほしい。

I. 保険者の在り方

保険者の規模

保険者の在り方を規模のみで議論するのは問題がある。住民に最も身近な団体である市町村が規模の大小を問わず責任を持っていたからこそ、介護保険はうまく機能し国民の評価も得ている。地方自治の発展にとっても大きな意味のある介護保険制度においては市町村を保険者とした原則論を踏まえて議論することが必要。

サービスの提供体制、住民の生活圏を考慮した地域保健の考え方でスタートした制度創設当初の考え方は尊重すべき。

運営主体については、都道府県・広域連合・国に移行すべきとの意見もあるが、その一方で、介護保険が始まったことで、それと連動しながら、市町村の高齢者福祉が全般的にレベルアップしたという認識が非常に高い。

住民から遠いところにあることから、保険者は都道府県よりも住民に最も近い市町村が望ましく、地方分権の流れにも適うものである。

保健福祉サービスと介護保険を全く違うところで行うのは利用者を混乱させるだけであり、市町村が総合相談窓口として機能するためにも保険者であることが必要。

小さな市町村は保険のリスク分散ができず保険料の負担が非常に高くなっている。現行の市町村単位の保険者の在り方を見直し、国・都道府県を含め保険者の在り方について検討すべき。

保険者の規模が保険料を決めるのではなく、給付費の変動の幅が保険財政の安定性を左右するものである。

都道府県単位を基本とした保険者の広域化を推進するべき。

保険者の広域化を進めていくことが必要。

広域連合の編成は、間接費用の削減などスケールメリットがあり、適正な規模であればそれだけのメリットがある。

保険者の規模は大きいほどよいかどうかは一概には言えない。

規模の問題は財政調整等の組み合わせで様々な答えが出てくるが、保険料負担の問題は広域化といった規模の問題だけでは解決しない。

市町村合併、広域連合化が進められている状況を見ると、保険者の適正な規模については議論すべき問題。

国民健康保険で行われている都道府県単位の保険者の統合の議論との関係はどうなるのか。

市町村によっては財政力のかなり弱いところがあり、第2期計画においても財政安定化基金からの借入れで問題が先送りにされているところがある。今後、幾つかの市町村は保険を維持できなくなる状態が考えられる中で、交付税等での財政支援はすべきではないが、対応策として、保険者の規模の拡大は不可避。

市町村は保険者にならないという選択肢があってもよいのではないか。医療保険者も参入できるような新しい保険者の在り方を長期的には考えることが必要。

保険者になるかどうかを自由化するという点については、公的保険制度における継続性の重要性という観点から見て問題ではないか。

保険者の機能・権限

保険者として利用者と事業者の間に立ち、保険運営をコントロールする機能を確立することが重要。

施行後3年が経過して保険料の格差が広がった。高齢者は今後どう費用負担が増加するのか不安を持っている。サービス提供者間の競争原理により質が上がり、価格は下がると期待していたが、実際はそうっていない。保険者が計画性をもって給付をコントロールする必要があるのではないか。

事業者の指定権限の在り方など保険者の権限について検討すべき。

都道府県事務である事業者指定について市町村の関与を強めることが必要。

事業者指定に関する保険者の関与の強化よりもさらに強い効果のある手段が必要ではないか。

事業所の立入調査権など、保険者が都道府県と同程度の調査・指導権限が確保できるよう制度改正を行うべき。

介護サービスの評価や事業者指導の権限は保険者に移譲すべき。

ケアマネジメントが適正でない場合、保険者が勧告できるようにすべき。

介護保険では、一般的に報酬請求がケアプランに適合していれば、そのまま支払われているのが現状であり、不正請求の事例は内部告発があって発覚したのがほとんどではないか。今後の見直しの中で、不正のチェックを制度的に担保できる方法を作れるかどうかは大きな問題と考える。

保険者が給付をチェックする仕組みが必要。また、被保険者証のカード化ができるようにすべき。

保険者が効率化を推進できるようなインセンティブやチェック機能が働く仕組みとするべきではないか。

保険者には地域性に合わせた取り組みができるよう裁量を確保することも重要だ。

介護報酬の設定についても保険者の裁量が拡大しているが、市町村が創意工夫を凝らして独自のサービスを設けるとは、地方分権という観点からとても重要。

医療保険者、保険者等で構成する運営調整機関で給付費の抑制方策等について検討するような仕組みをつくるべき。

II. 被保険者の範囲

障害者施策の議論と介護保険制度の見直しの議論とをリンクして行うべき。すぐにできるとは思わないが将来的には考えていかざるを得ない。

被保険者の範囲の拡大については、給付対象の拡大とセットで議論するべき。

附則2条の被保険者の範囲拡大は、今後の重要な問題。障害者を入れるかどうかを含め早急に検討に着手すべき。また、保険料を納める対象年齢をどうするかという問題は、実態をしっかりと見極め、本当に納めることができるかという観点も含めて、対象年齢の拡大を考えていくことが必要。

第2号被保険者の対象年齢を現行の40歳から30歳とし、第1号被保険者の負担割合を軽減すべき。

財政的な動機のまま議論を進めるのは問題であり、きちんとした議論が必要。

給付の在り方を見直さずに安易に被保険者範囲を広げるべきではない。年金、医療、介護とも現役世代から高齢世代への所得再配分の傾向が強まる中、一方で、高齢者は各種の税制優遇を受けてお

り、若年・高齢世代間には資産格差もあることを考えるべき。

生活保護を受給している第1号被保険者を介護保険の対象外とし、介護給付費を全額生活保護の介護扶助費から支給することとすべき。

被保険者範囲を拡大することには極めて慎重であるべき。

介護保険はまだ安定しておらず、現在の介護保険の問題をどうするか考えてから障害者の問題を検討すればいい。

制度の安定性の視点からの議論が必要。

被保険者の範囲を拡大と、高齢者介護以外のサービスがどれだけ介護保険に入ってくるのかは関連性がある。

現行の介護保険制度に障害者を取り込むと地域保険になじまないのではないか。

障害者を介護保険に取り込めば、民間に開放された介護サービスの対象となることで、障害者への差別がなくなっていくのではないか

障害者の支援費制度を公的な社会保険にすることができるのか。もしできるのであれば障害者の方も保険料をある程度負担すべき。

被保険者の年齢と障害者について本部会で何らかの結論を出さないといけない。

年齢や障害別に制度を作るのはいかがなものかと思っており、障害者の支援費制度と介護保険制度は一元化すべき。

障害者を介護保険に取り込むと、地方自治体は負担が増えて財政的に負担し得ない。

障害者との統合については、支援費の一般財源化等の問題があり本部会のキャパシティーを超えているのではないか。

若年層を被保険者に加えることについては、保険給付を受ける可能性が極めて低いままで納得して若年層に保険料を負担してもらえるのか。応分の負担、世代間扶養といったことを含めて考えていかなければいけない。

検討課題は多くあるが、介護保険制度は、障害者、高齢者を問わずに介護が必要となった時には自らの選択によりサービスを利用できるという仕組みにしていくべき。

被保険者・受給者の対象年齢引き下げに「消極的な意見」として記載されている内容であっても、
具体的検討を進めていけば解決する問題が多い。

障害者と高齢者では、施策の目的・ニーズが違う。介護保険制度の中で一体的、効果的に障害者施策が行えるか疑問。

障害者のケアマネジメント等についてもっと具体的な検討を行う必要がある。

介護保険のケアマネジャーは、現在でも65歳以上の障害者のマネジメントを行っているはず。

積極的意見、消極的意見の二分ではなく、慎重論が多数ではないか。

尊厳を持って生きるのは、高齢者だけのニーズでない。誰もが障害者になるわけじゃないから別の制度というのはおかしい。支援費制度の下で、サービスがなくて利用できない多数の人達のことを考えるべき。

Ⅲ. 保険給付の内容・水準 (利用者負担を含む)

給付費の水準

給付増は制度当初からある程度分かっていたことであるが、保険者である市町村が抱える問題点を整理し、対策を講じるべきである。このままでは、いわゆる第2の国保になるおそれがある。

医療費は昔から西高東低だが、介護保険もその傾向が見てとれる。医療の需要が多いところが介護の需要も多いといえるのかどうか検証が必要。このままの伸びでいったら経済が良くなっても負担がついていけないのではないかと。どういうサービスが必要なのか議論が必要。

介護保険の給付を基本的な部分に絞るとともに、利用者が追加的費用を支払うことで付加価値の高い保険外サービスを利用できる仕組みも必要。

すべてのニーズを公的保険でカバーすることは、到底困難。

介護保険で介護サービスのどこまでの範囲を担うべきか議論が必要。

何でもかんでも介護保険でやればいいというのではなく、必要で専門性があるサービスに重点化することが必要。市町村は、自分たちでやっている配食や生きがい支援事業など独自の福祉サービスをきちんとPRすべき。

高齢者も、9割は他の人が払っている保険料であることを問題意識として持たないといけないし、1割負担で結構だと思わせてはいけない。貴重な財源を大事に使うべき。

利用者に保険者の財政状況が分かるように工夫すべき。

健康な老人を増やしていくことは、給付費増の抑制など介護保険の問題と連動している介護予防の手法の検討や高齢者を地域全体で支えるため、保険・医療・福祉・生涯学習等も含めた仕組みづくりを考えるべき。

給付の伸びを抑制するかどうかについては、自然増も念頭に置くべき。給付の増加は大変な問題であるが、適正化のために安易に抑制することはサービスの質を落とすおそれもある。訪問看護、リハビリテーションなど量的整備が必要なサービスもあり、安易な抑制は避けるべき。

給付は保険料水準と密接に関わるものであり、給付の議論は財政負担の可能性を考えながら議論すべき。

施設入所者の重点化については、地域や家族の状況を考慮すべき。

利用者負担割合は、医療保険とのバランスをとるべき。

利用者負担割合の引き上げは、一律ではなく、施設・在宅で分ける、サービス毎も検討とすべき。

利用者負担割合の引き上げをするなら、高額介護サービス費の上限も見直されるべき。

要支援・要介護1に対する給付のあり方
(介護予防・リハビリテーションを含む)

要支援と要介護1・2が大変伸びており、これをどう考えていくかが大きな課題。

要支援・要介護1が非常に増えている一方、1人当たりの給付費は下がっている。本当に必要な人が要支援になっているのが重要。

地域独自のサービスを展開する場合には、市町村が独自の財源を確保すべき。

地域密着型サービスの基準や報酬の設定は、現在のサービスの地域差が固定するものでないよう
すべき。

市町村の担当者との勉強会の中でも、要支援者に対する介護サービスは本当に介護保険の中で対応しなければならないのかという疑問が出てきており、要支援者に対するサービスは、ボランティア、NPO等の繋がりも含めて、制度の枠内で考えるべきか枠外で考えるべきかを掘り下げて議論すべき。

要支援の廃止を含めた認定区分の簡素化を行うべき。

要支援を介護保険から外すということは時期尚早。要支援の取扱、介護予防の在り方を検証していくべき。

要介護度の軽い人の利用が増えているが、保険外のサービスの環境整備を進めていくことにより、介護保険の入り口にいる人について、介護保険を使わないという関係を作ることが可能になるかもしれない。

要支援には、予防給付としてリハビリテーションが行われているはずだが、データを見ると効果を示していないと言わざるを得ない。正しい方法論に立ってリハビリテーションを行うシステムを作れば改善するはずであり、介護給付も軽減できる。

要支援・要介護1・2の問題を議論するときには、在宅介護支援センターや市町村の独自事業などの在り方を整理することが必要。

リハビリテーション、介護予防のため、施設入所、居宅を問わず、いかに継続的にリハビリテーションが提供されるかという地域リハビリテーションの視点での提供体制の構築が必要。

通所リハなど介護保険から提供されるサービスと、市町村の地域支え合い事業との間に切れ目がある。連続して提供できるようにするのが望ましい。

要支援・要介護1の改善率が低いのは大きな問題である。

予防給付については、要介護にならないようフォローするというにもかかわらず、現実には要支援者の48.9%が2年後には重度化しているデータを見ても、介護保険のサービスが本当によりよい形のサービスメニューとして提供されているかを検証する必要がある。

介護費用の伸びを抑制する予防システムをするには、ケアの内容と要介護度の改善の関係などのデータに基づいた効果のある適正なケアを確保すべき。

新規施設入所は重度の要介護者に限るなど給付の重点化が必要

介護保険で提供されるサービスは、要介護度の悪化防止が非常に重要であり、それを実現することが保険者の責任である。市町村が保険者としてどれだけサービスを給付し、その成果がどうであったか、どうしたら質を高められるかを議論すべき。

介護保険のサービスは要介護状態の改善を目的とするものであり、要支援状態なのに車いすや移動リフトを提供することは、あってはならない。軽度の人には介護予防を重点的に行うべき。

軽度の方は、立ち上がりや下肢の機能から落ちていく。家事援助がこんなに使われていたのでは、介護予防にならない。むしろ通所や社会性を拡大するサービスが必要。

筋力トレーニングは賛成だが、実施が難しいので、補助金制度を作ってボーナスペナルティー方式で取り組むべき。

介護予防は高齢者の体力に見合った運動や日常の努力が重要。現在の事業者に期待しても無理だ、介護予防の専門家にまかせるべき。

パワーリハビリは、機械さえ備えればサービスが提供できると安易に考えられては困る筋力トレーニングはリハビリテーションとしての位置づけを明確にしていきたい。

介護予防は重要だが、本人の自助努力という視点も忘れてはいけない。

要支援の部分は市町村の独自事業にお任せしてやっていただければどうか。

ボランティアや老人クラブの活動といった市町村におけるいろいろな取り組みを含めて介護予防サービスと見るべきではないか。

介護予防については、体力や筋肉や栄養といったことよりも、コミュニティの中で生活していくということをもう少し強調してほしい。

介護予防は民間サービスと地域の取り組みを活用することが重要。

市町村負担は、地域支え合い事業だと1/4で、介護保険は1/8だ。要介護認定に漏れた人だけ、地域支え合い事業のサービスを使わせるという構図になっているので検討する必要がある。