

社会保障審議会 第14回介護保険部会議事録

- 1 日時及び場所：平成16年6月28日（月） 15時から17時
厚生労働省省議室
- 2 出席委員：貝塚、上田、大村、野中、市川、漆原、小川、喜多、木村、京極、見坊、潮谷、田近、対馬、中田、永島、秦、花井、矢野、山崎の各委員
- 3 議題：取りまとめに向けての議論

○渡辺企画官より資料に沿って説明。

○上田部会長代理より提出資料について説明。以下補足説明。

（上田部会長代理）

現在、介護予防を必要とする人々に対するサービスは、老人保健事業や介護予防・地域支え合い事業等によって実施されているが、サービス間の分断あるいは介護保険サービスとの分離などの問題があり、十分な効果を上げていない。

生活機能の低下を早期に発見して、集中的に「水際作戦」をおこなって回復させることがもっとも効果的な介護予防である。

公費によって行われる介護予防サービスを将来的にいつまでも実施していくことについては、実施主体である自治体の財源の確保の問題や、いろいろな課題が多いと思われる。そのため今後の介護予防としては総合的、そして連続的なサービスの提供という視点が大事であり、介護保険の中での事業として位置付けることを検討すべきではないか。それによって制度としての一貫性、それから連携が可能になる。今後の制度の在り方として十分検討する必要があると思う。

保険制度の在り方から見て予防的なサービスを組み込むことが適切であるかどうかという問題の整理や、介護保険の財政への影響等については、当然のことながら十分検討する必要があるだろうと思っている。

○木村委員より提出資料について説明。以下補足説明。

（木村委員）

我々全国介護支援専門員連絡協議会が2003年の末に介護支援専門員の実態調査を行い、6月13日に総会を開いて意見を集約し、7つの提言をさせていただいた。

要点をいくつか申し上げる。「ケアマネジメントの質の向上」については、利用者の個別ニーズに対応した質の高いケアプランが策定できるような担当者数を設定していただきたい。また、介護支援専門員の専任化も考えなければいけない。

「ケアマネジメントのプロセス評価」については、現状ではプロセスと報酬の結び付きがほとんどない。施設からの連続性を考えると、退院・退所時のカンファレンスに出た場合の入退院加算や初期加算や、サービス担当者会議を開いた場合等々、業務の専門性や困難性を評価した加算を創設していただきたい。もう一つ、事務処理の問題がある。多くの

種類の書類作成や記録が求められており、繁雑な事務処理に辟易している現状があるので、帳票等を標準化し事務処理を簡素化することをお願いしたい。

「ケアマネジメントの公平・中立の確保」については、経済的自立のできる介護報酬の設定、教育の徹底やマニュアル作成、社会的自立のための条件整備が必要。今現場の介護支援専門員の多くは、「もう仕事を辞めたい」と思っていることが調査の中で見えてきた。専門性に立脚した裁量権の拡大や、将来に夢を持てる専門職としての確立、社会的認知の向上等、介護支援専門員を取り巻く環境を整備していただきたい。

「ケアマネジメントサポートシステムの構築」については、保険者が介護保険制度のシステムに参加して欲しいという声が現場から多く聞かれる。要介護認定調査をしっかりとやらせていただきたい。介護支援専門員をサポートする部署をはっきり作っていただき、介護サービス利用支援体制の強化、支援困難事例への対応、サービス担当者会議の関係の支援、自立支援のための制度ということを地域住民に徹底的に普及啓発することを、我々と一緒に一生懸命やっていただきたい。また、ケアマネジメント業務を理解していない都道府県、市町村職員による指導監査を受けているようなので、専門スタッフによる指導監査を行うべきである。

「医療との連携システムの確立」については、主治医の意見書をしっかりと使っていきたいと考えているので、主治医の先生方には意見書をしっかりと書いていただいて我々に情報提供いただきたい。そして、主治医が医療情報を介護支援専門員に提供した場合やサービス担当者会議に出席した場合の加算など連携が進むシステムづくりをお願いしたい。

「軽度者に対する介護給付・介護予防のあり方」については、介護予防の定義、論点を明確にするとともに、軽度者についても、適切なアセスメントを実施し、そこから導かれる利用者のニーズに適切に対応できるシステムづくりをお願いしたい。ケアマネージャーとしては、要支援、要介護1を手放すということではなく、あくまでも要支援から要介護5まで連続的にしっかりケアマネジメントをやってまいりたい。

「介護支援専門員の質の向上」については、実務研修の在り方、現任研修の内容、プログラムにおける施設介護支援専門員の専門研修等が必要。研修講師の人材養成については、市町村や都道府県の役割が非常に大きいので役割分担を明確にして連携を図っていただきたい。

(野中委員)

介護保険の目的は、自立支援あるいは社会参加である。その点では特に在宅サービスの基盤整備が重要と考える。その中でケアマネジメントの徹底が日本医師会としても必要と痛感している。また、介護予防等を実現するためにもケアマネジメントは大事であり、また痴呆性高齢者に対してもケアマネジメントの中身が特に大事なので、是非今後徹底していただきたい。本日の資料の「制度見直しの基本的な考え方」は評価できる。

現場からは、リハビリも含め必要な医療が必要なときに提供できないという苦情が多い。計画的な医療の提供、突発的な医療ニーズ等に対する見直しを是非お考えいただきたい。

重要なことは、たとえ障害、病気を抱えても、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。といことをアピールをすることが大事

と思うし、そのためにも医療を含めたケアマネジメントの徹底が大事だろうと思う。

支援費制度と介護保険制度は、医療の視点から見ると支援費制度は「出来高払い」、介護保険制度は「包括払い」。我々医療を提供する人間としては、でき高払いの方がさまざまな個人の症例に合った適切な医療が提供できると思う。

このような視点から、支援費制度のサービスを受けている方々は包括払いになると、サービスが限定されるという不安を感じられるのではないか。適切なケアマネジメントがあれば、出来高払いであろうが包括払いであろうが、サービスの内容の質は上がると思うので、この点でもケアマネジメントが重要と思うし、ケアマネージャーに限らず介護保険に関わるさまざまな人たちが連携して患者さんの自立、社会参加を実現することに対する理解が重要と思う。

本日の資料の「制度見直しの基本的な考え方」については評価できる。

(秦委員)

今回の見直しで、自立支援のために介護保険があるということが具体化された。その証拠が介護予防だと思う。

要介護4でも5でも、地域の中で生きていけるケアという観点で見直していかないといけない。そういう意味では、小規模多機能施設を地域の中にどんどん作っていかないといけないだろう。グループホームの入居者は地域外の人が非常に多い。

(潮谷委員)

今回提出された「制度見直しの基本的な考え方」については、賛同する。何点か気になったことを申し上げる。

ケアマネジメントは介護保険制度の理念である自立支援、利用者本位、そして総合的かつ効率的なサービス提供を担保するために制度化されたシステムなので、これが十分にシステムとして機能するために、ケアプランを客観的にチェックするという仕組みが今後必要になってくるのではないか。ケアマネジメントにおいて当然行われなければならないアセスメント、自立に向けた目標の設定、モニタリング等が行われていないようなプランについては、報酬の面で減額されてもいいのではないか。

逆に、現在報酬上の対象にはなっていないが、インフォーマルサービスとの調整等に対しては、介護予防という点で大変有効性を持つと思うので評価する考え方も必要ではないか。

それから、在宅と施設の負担の均衡についても今回資料で明確にされているが、ホテルコストの徴収を行う際に、まずは施設入所者の所得状況がどれくらいの負担に耐えられるかといったベーシックな部分での実態調査等をきちんとやっていかないと、低所得者対策を講じていく際にも問題になってくるのではないか。

市町村長の権限についてだが、介護サービスの事業所については、今後痴呆老人等々が増えていく中で地域密着型や小規模多機能サービスが出てくると思うが、市町村においてこういった施設を適切に指定したり、指導監督したりできるように考えていくことが重要ではないか。

新たな介護予防サービス体系を導入するにあたっては、まず市町村あるいは社会福祉協

議会、ボランティア、NPO等による地域の支え合い活動が積極的に取り組まれることが不可欠だと考えているので、新たな介護予防サービスがこれらの取り組みとどのように連携していくのかについても検討していく必要があるのではないかと。

介護予防という言葉について要介護認定を受けている人たちに対しての介護予防、それから、いろいろな領域の中でも介護予防という使われ方がしている。介護予防について用語の概念整理をきちんとしなければいけない。

それから、今回地域福祉との連動ということが在宅でも施設でも言われているが、社会福祉法において社会福祉協議会の役割が地域福祉の推進役として位置付けられている。しかし、介護保険においてはサービス事業者の一つとしか認知されていないような気がする。社会福祉協議会、特に高齢者の権利擁護という点は今後非常に大事な視点になってくると思うので社会福祉協議会の役割について介護保険制度の中でももう少し明確に位置付けていくことも考えていく必要がある。

それからもう一つ、養護老人ホームの位置付けが全然論議に出てこなかった。将来像が全く見えない状況の中にあるので、この点も介護保険制度の中で論じていくということが大事ではないかと思う。

(喜多委員)

資料2「制度見直しの基本的な考え方」の副題には「本審議会はどのような視点から、介護保険制度の見直しを検討したか」とあり、これをまとめるについて、13回にわたる本部会の議論の集約がなされたと思う。相反する意見があったが、事務局はその相反する意見をまとめることはしなかったもので、起伏がないようなまとめ方になっているのではないかと。だからこの資料がおかしいということはないが、今後これを主体に議論されるということであれば少し意見を申し上げておきたい。

制度設立当初から言われているように、不安だと思えば改める、いいと思えばどんどん進める、つまり「走りながら考える」ということでスタートしたが、法律に5年ごとに見直すと書いてあるので、5年経たないと見直しをしないとやっている。これはおかしいのではないかと。

介護予防という言葉が表に出てきたと思うが、介護予防は要介護状態の人の予防なのか、それとも要介護状態になる前の予防なのか。これも制度設立当時からできるだけ介護が必要な状態にならないようにするために、いろいろなことをやっていく必要があると言われていたのに、今なぜこんなことが急に浮かび上がっているのか。介護予防は反対ではないが、論点に大きく挙がっていることが不思議だ。

「社会保障の総合化」の牽引役」とあるが、このような言葉を初めて聞いた。介護保険が社会保障の牽引役にいつからなったのか。医療保険と介護保険は一本化したらどうだろうかということをお初めから私は申し上げていたにもかかわらず、いつの間に介護保険が総合化の牽引役になったのか。

年度途中からの1号保険料徴収開始、1年後の全額調整は大きな混乱なく実施された、とあるが本当にこう思っているのか。すごく混乱して市町村は大変な思いをした。この文章については非常に問題があると思っている。

市町村の「保険者機能」の強化について、は保険者変更論が出ては困るからこんなこと

をお書きになったのだろうが、この13回の議論の中で保険者を変えてくれという意見は、私も山本委員も申し上げたことはない。

市町村の保険者機能の強化ということで、市町村を中心にと書いてある。当時の厚生省は市町村でやれ、それを都道府県と国とで重層的に支えると言ってきた。どう重層的に支えてくれたのか度々私は本部会でお尋ねしたが、明快な回答はない。介護保険事務費交付金は今年是一般財源化されてしまった。これで重層的に支えているのか。医療保険の形態からみても、市町村に保険者をやらせることは非常に無理があると思う。隣の市町村と同じ給付内容であるにもかかわらず保険料が違う。こんなばかな保険制度はない。

その他いろいろな地域保険者と被保険者の双方による効率的な仕組み等が書いてあるが、本当にそうなのか。

「高齢者の多数は厚生年金受給者」で、「年金を中心に安定的な収入は確保される一方」と書いてあるが本当にそうなのか。

「制度見直しの基本的な考え方」についてはこれはこれとして認めるが、今後議論するときには「これまでの議論の整理」をもう少し整理してほしい。

(大村委員)

消費者の利益という観点から意見させていただく。今日もさまざまな委員の方からケアマネージャーの自立、中立性を保つべきだという御意見が述べられた。基本的に賛成だ。ケアを受ける人間を消費者ととらえた場合、その利益を代表しつつ事業者に従属しているのは利益相反の関係に立つのでこれでは公正な利益の擁護は非常に困難だと思う。自立性を高めるための制度的な保障をすることを長期的には是非お考えいただきたい。

専門家の責任はさまざまな局面で厳しく追及されるような時代になってきている。今後はケアマネージャーに対する訴訟も起こることが予想されるが、自立性、それから専門性を持った職業人であるということが前提になると思う。そのような前提なしに責任を追及することは非常に困難だし、ケアマネージャーも困惑されると思うので、制度的な基盤を整えるということを是非考えていただきたい。

繰り返し申し上げていることであるが、さまざまなクレームをどこかで一括して受け止めることが必要。以上、消費者の利益について申し上げた。

家族の役割についても一言申し上げたい。今日の「制度見直しにおける基本的な考え方」に、モデルの転換ということで3つの視点が示されていた。「家族同居」モデルは「家族同居+独居」モデルへ転換が求められているという説明があった。実態として独居はこれからどんどん進んでいく。むしろ「独居+家族支援」というモデルがこの先にあってもいいのではないかないかと思っている。

在宅で介護するには家族へさまざまな負担があるので、施設に入りたいと考えざるを得ないと思う。そもそも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ものと思っているが、家族をあてにしない制度をモデルとして考えてほしい。

今日の資料では「地域」という言葉がさまざまな文脈で使われている。在宅でも施設でもないという意味で、自分が住み慣れたところで老後を送るということを指している場合もあるが、それ以外にコミュニティーのようなものが想定されている場合もあるようだ。あるいは、家族でも行政でもないさまざまな担い手を含めて地域という言葉が使われている

るようにも思われる。このあたりの言葉の整理をしていくことも必要ではないかと思う。

(京極委員)

要介護認定について、本部会では若干議論があったがこのまとめにはない。痴呆の問題が入ってくると、ただ要介護度を決めるだけではなく、ケアマネージャーが要介護度を知った上で何か指針になるようなものを提示していかないといけないのではないかと。秘密保持の問題はあるから、ある程度ケアマネージャーが決まってからの話だと思うが、それからケアマネージャーがどういうことをやるかというときに、要支援などが果たして必要かどうかということもあるがそれと関係してくる。

苦情処理について。介護保険の苦情処理は県の国保連合会がやるということになったわけだが、社会福祉協議会等その他いろいろな苦情処理がある。だから、関連機関と連携しながら苦情処理を進めていくということをもう少し法的にも明記していいのではないかと。

(矢野委員)

介護保険の見直しにおいて制度の持続可能性の維持が基本になっており、これは大変重要なこと。「制度見直しの基本的考え方」で、制度の持続可能性が謳われ、給付の効率化、重点化と負担の公平・公正や納得性の確保を書き込んだことについては賛成したい。

社会保障の総合化というのは実に重要なポイントであり、実はこの総合化には2つの意味があると思っている。1つは税制、財政を含めた社会制度との一体改革という意味での総合化で、もう一つは年金、医療といった他の社会制度との一体的な改革ということ。もちろん制度間の重複を取り除くとか、重点化する順位付けといったようなことに対する配慮が必要であり、今後の非常に大きな課題になってくるだろうと思っている。

「フロントランナー」という言葉や「牽引役」という言葉が出ているが、介護保険制度は社会保障制度としては一番後発の制度だが、このような意気込みを示されたことについては心から同意する。介護保険制度が持っている、民間の活用、ケアマネジメント、保険事務の電子化、支給の限度額の設定、あるいは包括化、年金からの保険料徴収、といった新しい取り組みを他の社会保障制度にも応用しようということであればまさにフロントランナーだと思う。介護、年金、医療などの総合的な検討に当たり、政府部内での、特に厚生労働省内部での局間の調整について牽引役となっていただきたい。

社会的入院の是正という非常に重要な点に触れており、もう一度定義をはっきりさせて実態を把握する統計資料を示していただきたい。その上で介護保険制度の効果を明らかにする努力をすべき。

「地域」を基盤としたシステムとして、あらゆる人の支援ニーズを年齢等により断絶されることなく社会連帯で対応するとある。考え方は大変高邁な理想に基づいたものであり、総論として反対するということはあるかもしれないが、すべてのニーズを公的な保険でカバーするということは実際問題として到底無理。民間による保険外サービスとか、地域の支え合いとか、いろいろな自助努力を組み合わせ、あるべき社会保障制度を考えていくという意味なら、検討のスタートラインとして是認できる。

利用者負担の不均衡の是正のためには、データに基づく公平な比較が求められる。グループホームや介護施設における食費、居住費等の実態調査に早期に取り組むべきである。

また、第2号被保険者の保険料は給付費の見込み額が大きくなれば自動的に上がる仕組みになっており、保険者と被保険者双方による効率的、効果的なガバナンスが働く仕組みとはなっていない。したがって、2号保険料の決定プロセスを法定化するという見直しとともに、介護給付費納付金の保険者に対する配分について、介護給付費の適正化へのインセンティブが働く仕組みとすることが必要である。

それから、今後新たに求められるサービスのモデルの一つとして、予防という概念が導入されようとしているが、これについては何人かの委員からも御指摘があったが、概念の定義範囲をはっきりさせる必要があると思う。特に、要支援、要介護1との関係でどういう位置付けにするのかということがはっきりしないと前には進めないだろうと思う。介護費用の急激な伸びを抑制するような介護予防システムをつくり上げるには、ケアの内容と要介護度の改善の関係などを把握してデータに基づいた効果のある適正なケアを確立することが前提となると思う。

これは社会保障全体にも関わるが、基本理念である自立支援のためには、まずは自助努力が大切であることを忘れてはならない。負担についても、その観点を重視した構成とすべきだと思う。

被保険者、受給者の範囲の問題だが、やはり高齢者介護と障害者施策はその理念、目的が異なっておりニーズも違う。支援費制度は発足わずか1年であり、支援費制度内の効率化がまず必要なことを考えれば、制度の統合、組み入れには極めて慎重であるべきだと思う。障害者部会の中でも意見が分かれていると聞いているので、そのような前提で議論を進めるべきだと思う。

(小川委員)

介護分野の雇用が増えたとのことだが、雇用の条件が問題だ。福祉の現場の労働条件は必ずしもよくなっていない。確かに雇用は創出されているが、現状の労働条件でサービスの質がどこまで本当に確立されていくかという問題がある。正規雇用をパート化あるいはアルバイト化していて、社会保障費を払わないで事業者が労働者を雇用しているという状況が増えてきているように思う。

労働者のスキルの問題だが、介護福祉士や社会福祉士といったいろいろな資格がある。介護予防や地域福祉の包括的ケアにおいても、現状の資格保有者のスキルをもう一步進めて、研修で権利擁護の事業、介護予防の機能訓練の事業にも専門家として参加できるようにしてはどうか。

NPOや企業が参入したことによって社会、福祉制度の中にどのような変化があり、雇用の創出にどう表れてきたのかということはもう少し踏み込んで書いていただきたいと思います。

規制緩和の問題で、特別擁護老人ホームは社会福祉法人でないと設置、運営できないわけだが、今後生活協同組合だとか、株式会社だとかいろいろな業種、いろいろな事業体が参入することによって牽制力が生じる、それによって質のチェックがかけやすくなるということもあると思う。規制緩和という意味では在宅介護支援センターの運営が社会福祉法人だけではなくてNPOや株式会社、あるいは医療法人でも可能なのかということも踏み込んで、もっと在宅介護支援センターをつくっていかないと、地域ケアシステムというのは機能しないのではないかと思います。