

## 主要論点に関するこれまでの主な意見

－第11回(3/24) 部会提出資料「これまでの議論の整理(案)」の論点に沿って再整理したもの－

### 1. 給付の在り方

#### (1) 給付の重点化・効率化

##### (要支援・軽度の要介護者への給付)

- 要支援には予防給付が行われているが、本当に必要な人によりよい形のサービスメニューが提供されているのか検証する必要がある。
- 軽度の人には介護予防を重点的に行うべき。
- 予防については、客観的な評価基準がないので、やるのであれば評価と組み合わせたやり方を考えていくべき。
- 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。本人の自助努力という視点も忘れてはならない。
- 介護保険から提供されるサービスと市町村の介護予防・地域支え合い事業との間に切れ目があり、連続的に提供できるようにするのが望ましい。
- 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。介護予防の在り方を検証していくべき。
- 痴呆の有無にかかわらず、軽度の要介護者を一律にあらたな予防給付の対象と位置づけることは適当でない。

##### (在宅サービスの充実)

- 在宅サービスについては、もっと多様性のあるサービスを考えていく必要がある。
- 施設か在宅かの二者択一的な論議ではなく、小規模多機能的なサービスを明確に位置付けていく工夫が必要。
- 施設志向が加速していることに鑑みても24時間365日ケア体制をきちんと議論すべき。

## (施設入所・ケアの在り方)

- 施設サービスの利用者を要介護度が重度の者に限るべき。
- 一律に施設入所を重度の人に限定するという流れは再考すべき。
- 同じ介護度であれば、施設・在宅ともに給付も同じにすべき。
- 短期入所は短期間の施設利用という観点で整理する方が、利用者にとっても施設にとっても利用しやすいのではないか。
- 全室個室の施設では自己決定を最大限尊重するユニットケアの重要性を実感している。
- 介護保険施設の機能の明確化、養護老人ホームの在り方について検討すべき。

## (医療との連携)

- 施設でも在宅でも医療ニーズが大変高まっており、介護と医療の連携についてのルールづくりが必要。
- ターミナルケアを特養で行う場合の医療との連携や体制確保の在り方など条件整備を進めるべき。
- グループホームでのターミナルケアを望む声があり、訪問看護の活用など検討すべき。
- 医療との連携は必要だが、医療と介護を分けて考え生活の質を高めることも考えなければならない。
- 主治医、ケアマネージャー等が高齢者を継続して見ていく仕組みが必要。
- 療養病床の構造設備面での経過措置について期限を切って撤廃することを検討すべき。

## (2) 新たなサービス体系の確立

### (痴呆ケアへの対応)

- 痴呆の高齢者を支える家族に対して支援・相談体制を整備することが必要ではないか。
- 初期痴呆の相談窓口が明確でない。痴呆の程度に応じてどこに相談すれば良いか明確にすることが必要。
- 痴呆ケアについては、予防を含め医療と介護の連携が不可欠。

### (多様な「住まい方」)

- 特定施設、グループホーム等は多くのニーズがあり、増やしていく必要があるが、そのときに今の仕組みがついていけるのかどうか大きな問題。

### (ケアマネジメント)

- ケアマネージャーの独立性・中立性が確保されるよう制度改正を行うべき。
- ケアマネージャーの力量不足や質の問題だけでなく、求められている仕事の量と質が限界に達している。
- ケアマネジメントの質を高めるには、業務範囲の明確化、ケアマネージャーの担当人数上限の見直し、報酬のアップが必要。
- ケアマネジメントとケアプランを科学的なエビデンスに基づいて検証する仕組みにすべき。
- ケアマネージャー資格の更新制の導入を検討すべき。
- ケアマネージャーは連座制にすべき。
- 軽度者については基本的にはケアプランは必要ないのではないかと。むしろきちんとしたケアプランをつくるのは要介護者に重点化してはどうか。

### (第三者評価・権利擁護)

- 第三者評価の結果を公表することでサービスの質の担保ができる。また、客観的情報の開示はグループホームだけでなく、幅広いサービスについて行うべき。
- 成年後見制度、地域権利擁護事業等の検証も必要。
- 高齢者虐待に対する救済措置の在り方を検討すべき。少なくとも介護従事者には通報義務を課す必要があるのではないかと。

## (人材育成)

- ヘルパーの質の向上、労働環境の改善について検討すべき。3級ヘルパーについては保険給付対象から外すべきではないか。
- 介護職員の勤務形態と資格について議論すべき。
- 施設長・施設職員の資格制について検討すべき。

## (公正・効率的な要介護認定)

- 1次判定の精度が上げ、2次判定は非常に難しいケース等に限定すれば、認定に係る事務も軽減できるのではないか。
- 要介護認定の公正・中立性が必要。訪問調査は委託しない方がよい。
- 代行申請が悪用されることのないよう規制を設けるべき。
- 訪問調査の専門的な機関をつくり、市町村が委託するようなシステムも検討すべき。
- 1次判定の精度を高め、初回判定と更新時判定で方法を変える、かかりつけ医意見書はポイントを押さえたものに絞るといのように、重点化するところ、簡略化するところを分けて対応していくことが必要ではないか。

## 2. 負担の在り方

### (1) 将来を見通した負担水準

- 財政検証は将来の予測を念頭に置くべき。高齢者にとっては、保険料がどうなるかという問題は非常に切実。
- 1号・2号被保険者の負担の将来見通しの中で、バランスある給付と負担の将来像を描けないと制度が持続しない。

## **(2) 保険料・調整交付金等の在り方**

- 所得段階や被保険者世帯の実態に応じた保険料設定が可能となるよう見直しすべき。
- 遺族年金、障害基礎年金等全ての年金を特別徴収の対象とすべき。
- 生活保護受給者は、介護保険の被保険者から外すか、保険料の減免を止めるかすべき。
- 生活保護受給者を介護保険から排除するのは反対。
- 2号保険料の上限の設定を検討課題とすべき。
- 2号保険料は条例で定める1号保険料と異なり、決定プロセスが明確ではなく問題があるのではないか。
- 2号保険料は国民健康保険料と同時に徴収することから市町村にとって徴収率の低下などが懸念される。
- 調整交付金を別枠にし、国の介護給付費負担金を25%定率とすべき。
- 調整交付金は財政が厳しい市町村には有効に機能しておりうまくいっているという印象。

## **(3) 利用者負担の不均衡是正**

- 食費と居住費は自己負担するなど利用者負担の見直しを行い、在宅と施設の公平を図るべき。
- 生活に関わる費用は施設サービスでも負担いただくという議論は概ね賛同できる。
- 介護に係る費用については、介護・生活・医療に係る費用として再構築し、介護給付、自己負担、医療保険とすることはどうか。
- 基礎年金以上に年金をもらっている人が施設に入った場合などはホテルコストを払うべきではないか。
- ホテルコストについては、低所得者への配慮は十分に行うべき。
- 低所得者の定義を明確にし、抜本的・総合的な低所得者対策を構築すべき。
- 1号被保険者の4分の3は市町村民税非課税の低所得者として取り扱う現行制度は問題があるのではないか。
- 社会福祉法人に利用者負担軽減を義務づけるとともに、市町村の助成を義務づけ、国は軽減の基準を示すべき。
- 利用者負担を利用者の死後に回収できる仕組みを採用できないか。
- 払える高齢者からは1割以上の負担を求めるべきではないか。

### 3. 制度運営の在り方

#### (1) 基本的な考え方

- 保険者は住民に最も近い市町村が望ましく、地方分権の流れにもかなうものである。
- サービスの提供体制、住民の生活圏を考慮した地域保険の考え方は尊重すべき。
- 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。
- 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、適正な規模であれば、メリットがある。

#### (2) 保険者の在り方

##### (事業者指定・指導監督)

- 事業者の指導監督について、更新制や取り消し履歴がある事業者に対して、指定しない期間を設けることも考えるべき。
- 不正請求を審査する全国的な機関の設置について検討すべき。

##### (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。
- 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。
- 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。

#### 4. その他の課題

##### (現金給付)

- 在宅で介護を行っている家族に現金給付を行えるようにすべき。
- 現金給付を入れなかったからこそサービス利用が進んできたことを考えても、家族介護に対する現金給付を行うべきではない。痴呆性高齢者を抱えて介護している家族などに現金でない形での支援の在り方を考えるべき。

##### (配食・移送等)

- 給付の対象とするものではないが、在宅復帰支援の観点から食事の提供、配食の在り方について検討すべき。
- 高齢者・障害者の自立のため介護移送は重要。