

社会保障審議会 第9回介護保険部会議事録

- 1 日時及び場所：平成16年2月23日（月） 17時から19時
厚生労働省省議室
- 2 出席委員：貝塚、上田、青井、市川、漆原、大村、小川、木村、見坊、下村、田近、永島、秦、花井、山崎、喜多、京極、矢野、山本の各委員
潮谷、中田の各委員は欠席
- 3 議題：サービスの質
要介護認定

○山崎総務課長より開会の挨拶

○渡辺企画官より資料3、資料4に沿って説明

○木村委員より「平成15年度全国介護支援専門員実態調査結果報告（中間報告要旨）」について説明

（山本委員）

要介護認定の代理申請がサービス事業者であるのは感心しない。どうしても代理申請を行う場合は、在宅では家族、施設では施設長がやるべきで、それ以外は認めるべきでない。

実際に要介護認定の申請をしてみたが、要介護度3になるのはとても簡単だ。75歳を超えていれば「はい」と「いいえ」だけ言って、懇意の医師に意見書を書いてもらえばよい。

要介護度4で家で生活している人がいる。かなり痴呆が進んでおり、パーキンソンも重症で動くのもやっとだ。それでも在宅で頑張っており、これが本当の介護だと思った。一方、要介護度1、2の人が施設に入って悠々としている。

最近では医師の委員選任が非常に困難になってきていることもあり、要介護認定は1次判定で十分だと思う。医師の意見書を1次判定の際に提出させ、これを調査員が調査したものと照合していけばよい。要支援と要介護度1のグループを3年間にわたって調べたが、一次判定と二次判定とでは、約70%は変化がない、変化がある場合も大幅に要介護度が変わるものではない。この調査資料はいつでも提示できる。

訪問調査員は、ケアマネージャーと同じような資格を持たせることが必要だと思う。また、調査員が市町村に直属するのではなくて、訪問調査の専門的な機関をつくり、そこへ市町村が委託をするようなシステムも検討すべき。医師の意見書と調査員の調査結果とが合致しない場合が多く、どうしても医師の意見書に基づき認定することになっているが、これはやはり調査員の資格の問題だと思う。

入り口から出口まで保険者が関与するところがない。ケアマネは多忙でケアマネジメントが適正でないこともたくさんあると思われる。適正でないとしても、我々保険者は一言も言えない。保険者が勧告できるように考えていただきたい。

先ほど説明があったサービスの第三者評価は当然やるべき。

福祉用具については、最近は要介護度1、要支援の人たちの中に電動車いすを貸してくれという人が非常に多い。要支援、要介護度1の人に福祉用具を容易に貸すと、かえって自立を喪失させて要介護度が上がっていくと思われる。軽度の人には介護予防を重点的に行うべき。軽度の人介護福祉用具を貸してください、などというのはやめるべきであり、かえって衰弱を助長していると思う。

ヘルパーの給与は費用全体の3～4割であり、登録のヘルパーと常勤ヘルパーの給与差が大きい。ヘルパーの給与水準を決めるべきだと思う。ヘルパーの数がどんどん増えている。身体介護は1級にさせ、2級に家事にさせる、3級はそろそろなくしてもいいんじゃないか。それくらいヘルパーがたくさんいる。

ホテルコストは絶対取るべき。これだけは間違えないようにしていただきたい。

(木村委員)

認定調査員の資格化については、私はやり方だと思う。市町村の常勤の保健師、社会福祉の資格を持っている人に研修させて調査員にするという方法が1つ。ケアマネージャーを市町村に非常勤で雇い入れ、独立させた形で調査員をやらせている事例もある。こういったことを組み合わせれば、新たな資格化は必要ないのではないかな。

(小川委員)

木村委員はケアマネの担当件数として30件という件数を指定しているが、これまでより減った分の受け皿をどうするのか。

在宅介護支援センターの在り方をもう一度基本的に見直していただきたい。

在宅のケアマネから施設のケアマネへの連携が不可決だと思う。施設ケアマネは組織的にどういう位置付けにすればいいか、ということがまだ介護保健3施設では整理されていない。

ケアマネジメントリーダーの質が確保できていない。何らかのシステムづくりで質を高めていくことが必要である。

(下村委員)

山本委員の意見に概ね賛成であり、具体的に山本委員がおっしゃっているとおりのが実行できるか検討すべき。木村委員や小川委員の意見も分かるが、不十分なケアプランや十分な能力を持っていないケアマネージャーを前提にどうするかを考えざるを得ない。このような視点で考えると、山本委員の意見の方が実行性があるのではないかな。ただ、予防の部分は、もう少し中身をつめる必要がある。

(貝塚部会長)

山本委員の発言は重要なので、皆さんに次回にでもお配りさせていただく。

(市川委員)

ケアマネジメントの公正・中立がよく言われているが、その前に要介護認定の公正・中立が必要だと思う。だから、訪問調査は委託はしないほうがいい。委託されてできないな

がらもやっているのが現状。

ヘルパーの賃金が安いと言われているが、間接経費等を考えると、介護報酬で3000円もらっていても給与で1300円出すだけでも大変なのが現状である。

(秦委員)

介護保険は見捨てられていた障害を持つお年寄りに光を当てたが基本理念がだんだん現実と妥協してゆがめられてきたような気がする。

外出支援は、地域社会の一員としてさまざまな活動に参加し、自分の生活を楽しむことを積極的に支援するものだが、病院の送り迎えと介助ということに限定されつつあるのでちょっと心配だ。これについては、厚生労働省と国交省が一緒になって今パブリックコメントを出している。

第三者評価は、事務局の報告のとおり地域によって偏りが大きい。グループホームは急激に伸び、その中にはグループホームの趣旨から外れたものが非常に多いので、グループホームに第三者評価を義務づけるのはよいことだ。第三者評価の結果については是非、皆にわかるように出してほしい。

主治医の意見書はケアを地域化するために非常に大事であると言っていたが、最近は形骸化している。実際に80%の意見書は勤務医が書いている。外来で50人から60人も見ている勤務医が、ただ形だけ主治医の意見書を書いている。そういう不満があちこちから出てきている。学識者を集めて主治医の意見書についての検討会をつくってほしい。

(矢野委員)

ケアマネジメントについて、在宅介護支援センターと居宅介護支援事業所の業務が重複しているとの説明があったが、もし重複しているのなら統合廃止なども含めて見直したらいいのではないか。

第三者評価は実行すべき。グループホームの評価項目を見ると、高齢者の生活の自立に役立っているかという視点の項目が少ないが、このような視点が大事だと思う。結果を公表することでサービスの質を担保することができる。客観的情報の開示は、グループホームだけではなく幅広くやるべき。国保連などで取り組んでいることがあるので、そのような仕組みや経験も活用していけばよい。

介護相談員については、ビジネスをやっている立場からいえば、本当はサービスを提供する人がクレームを受けるべき。よほど事業所、施設に相談しにくいのかと思う。事業所でクレーム対応をしっかりとやっていく必要があるのではないか。

事業者の指導・監督については、本来、自己規制でやるべきだと思うが、事後規制の強化は必要だと思っている。

医療サービスとの連携や効率化を進めるために、社会保障制度の横断的な統一番号のようなものがあっていいのではないか。その際、医療情報との整合性が重要となり、レセプトの電子化が進むことにつながっていくと思っている。

要介護状態の改善ができてきている市町村の事例についてベンチマークを作成して情報を共有化し、他の自治体で活用するような取り組みが必要なのではないか。

要介護認定の代行率と認定率の地域別格差の分析を事務局で進めていただき、認定率に

格差が生じている理由を報告してもらいたい。

介護輸送で厚労省と国交省がいろいろ取り組んでいるようだが一度話を聞かせてほしい。

(大村委員)

さまざまな形で代行申請が濫用されているようだが、代行申請が制度上、認められていることにはそれなりの理由もあったのではないかと。自分で申請をすることが困難である人たちが少なからずいる。一般の市民の立場からすると申請は敷居が高いのではないかと。最後は本人の意思を明確に示す必要はあるが、そこに至るまでさまざまなサポートをすることは必要だと思う。事前の説明等々を含めて、一体どういうふうにして介護サービスのための契約が締結されるのか、あるいは契約内容としてどういうことが定められているのかについて考えることも検討していただけないかと思う。

事業者の側で苦情の受け皿をつくっていただくことはまず第一次的に必要なことと思うが、第三者のところに苦情を持っていきたいという要望も多々あると思う。そのときに利用者は、一体どこへ持って行くのが本来の筋なのかがよくわからない。周知していただきたい。

DVの場合は被害者が差し当たり駆け込むようなところが確保されており、児童については通報先として児童相談所等々の機関がある。高齢者の虐待についても、将来法律をつくる必要があるのかもしれないが、差し当たりどこに虐待に関する通報ないし本人からの苦情を持ち込むのかを明確にすることが必要。

(貝塚部会長)

そもそも窓口が介護保険はどこにあるのかが必ずしもはっきりしない。中立的な立場で苦情を聞くということがどうしても必要になってきている。

(中村局長)

苦情等について、現在制度として想定していることを整理して、次回提出させていただく。基本的な問題点としては、措置から契約にということで介護保険はスタートしたので、従来は行政が皆いわば仕切っており代行も何もなかった。介護保険では、行政が後ろに下がるということが現象的には現れたわけだが、逆に困難事例等についてサポート機能が弱くなっているのではないかとということが問題になっている。苦情の問題、権利擁護の問題について、現行はこうなっているということを御説明申し上げたい。

(山崎委員)

介護保険は医療の世界から見ると大変近代的な仕組みだ。質の確保について苦情処理、国保連の介入、給付管理、給付適正化のシステムだとか近代的なものが幾つかあるが、実はそれが機能していないことに問題がある感じがする。保険者がもう少しその辺りに目配りをするということも大事だし、既に法律に書き込まれている仕組みを機能させていくことがサービスの質の確保にとって大事だと思う。アメリカなどのナーシングホームを見ると、ナーシングホームのロビーに、あなたが不利益を被ったらここに電話してくださいというフリーダイアルのポスターが張ってある。ああいったことは権利擁護で大事ではない

かと思っており、現在ある仕組みをどう機能させるかということの知恵の一つだと思う。

第三者評価については、きちんとケアマネジメントして適切なサービスを給付することも可能だが、ケアサービスそのものが標準化されていないので、そこまでっていない。そもそも標準化されていないサービスをどう評価するのか。東京都は第三者評を民間事業者が高額でやっているが、中には第三者評価をやっていると思えないものがある。例えば、施設でも感染率とか褥創の発生率とか、身体拘束率とか、転倒の負傷率とか、目に見えるアウトカムでも一つの質の評価はできるわけで、サービスの標準化の検討においてガイドラインを作ってはどうか。第三者評価のガイドラインをもっと考えた方がいい。先行研究がたくさんあるので活用して欲しい。

ケアマネジメントについては、要介護認定とケアプランの作成との連携が鍵ではないかと思う。審査会は必要な意見を述べるとか、付記したりといったことをほとんどやっておらず、役割を果たしてない。審査会のデータや訪問調査のデータがちゃんとケアマネージャーのところに行かないと適正なケアプランにならない。現在は、医師の意見書を見せてくださいと言っても、手続きが面倒だったり、有料だったり、見せていただけなかったりすることがある。私は仕組みを変えるだけでも質は上がるのではないかと思っている。

基幹型の在介センターはケアマネージャーを支援する機関なんだろうか。業務はそれだけではないので、再考して整理することが必要ではないか。むしろ介護予防こそ市町村の保健師等が在介センター等で今まで頑張ってきているので、介護保険サービスとリンクさせたらいいのではないか。

(花井委員)

公正・中立なケアマネジメントを行うためには、ケアマネはできる限り独立であった方がいい。木村委員は自立が併設を前提としたことをおっしゃっているのか、お聞かせ願いたい。ケアマネの資格の更新制の導入を検討したらいいのではないか。更新時の研修を義務づけるなど定期的に質を向上させていくような仕組みが必要ではないか。

ケアマネの報酬単位を前回一本化し、加算、減算の要求を付け加えたわけだが、現場で働いている方にあまりいい評価ではない。労働投入時間等を見ると、本当に一本化でいいのかどうかという気がする。

高齢者の虐待を防止する法的規制を考えるべきではないか。せめて介護従事者に対して通報義務を課す必要があるんじゃないか。

施設における権利擁護について、金銭管理が相当問題だという話を聞くので、是非ほかの課題と一緒にこれを検討していただきたい。

ヘルパーの資格修了者が200万人を突破した、一方で、実働者が26万4,000人であり、この乖離は何なのか。この問題はサービスの質の向上と一体だと思っている。そろそろ今の2級を中心としたものを1級を中心としていくよう考えていくべきではないか。そして、3級についてはそろそろ給付対象から外すべきではないか。施設長の資格要件は、もっと厳しくすべきであるし、管理者への研修も義務づけるべきだと考える。

訪問介護員資質向上等推進事業の予算が減ってきているが、実態がわかれば、次回で結構なので教えていただきたい。

事業者の指導・監督の問題だが、更新制を事業者指定に導入すべきである。指定が取り

消された場合、指定されない期間を設定するべきだ。ある県で取り消されたけれども別の県では指定ができる、ということも可能なのでそれも禁止すべき。極めて悪質な事業者や、不正を繰り返す事業者については、全国的に審査する機関、医療で言う医道審議会的なものを検討したほうがよいのではないか。

国保連の介護給付適正化システムについて。医療情報と介護情報を突き合わせる際、老人医療の年齢には至っていない被用者保険の被扶養者のレセプトは、医療保険の保険者にあるのではないかと思うが、そこはどうなのか。

(藤木介護保険課長)

国保連の新しい給付システムの中で、医療と介護の突き合わせを行うが、医療とはあくまで同じ市町村が実施している老人医療と突き合わせができるということであり、その対象になっていないところまで踏み込むものではない。

(木村委員)

ケアマネの独立については、併設している事業所そのものがほとんど赤字の場合、関連しているグループのオーナーからかなりバイアスがかかる。しかし、一人当りの件数を減らして、報酬を上げて経営的に採算がとれていけば、併設型でも、機能的には結果的に独立する。

ただし、独立しても、事業所を立ち上げるときに資本が関連グループから全部出ていたら、結果的には併設事業所と同じである。役割が、経済的にも機能的にも独立することが必要なのではないか。それを「自立」と表現している。

(見坊委員)

利用者が事業所に対して意見を言いにくい実態があるし、言っても無駄であったというケースも多く聞いている。利用者としては何か中立の機関が欲しい。そこで、在宅介護支援センターをよみがえらせてもらいたい。既に8千数百か所、当初1万か所を目標にして、まさに在宅介護の支援センターとして計画的に配置されてきたはず。介護保険との関係についてはあいまいになっている。ケアマネのケアプランをスーパーバイズする、あるいは相談センターとして在宅介護支援センターを活用したい。是非検討いただきたい。

資格の問題だが、東北の町に行って実態を伺ったが、ケアマネジャーの資格を持っている人はかなりいるが就業したがないという。また、専門資格制度を持たない在宅介護サービスには将来性はないと言われた。だから、小さな自治体では、優秀な職員やケアマネジャーを獲得したくてもできない。

施設の現場やヘルパーの実態を見ると、はたして専門の資格制度と言えるのかどうか疑問がある。様々な有資格者を責任を持って管理指導する施設長は、同時に100人、200人の高齢者の全生活に責任を負っているが、その施設長の資格はどうなっているのか。施設長を始め施設における職員の資格制度を明確化していただきたい。ホームヘルパーの資格について先ほどの町の関係者は、「住民の方が勉強している、ヘルパーの級は問題にしている住民が増えてきた」と言っていた。家族を介護したり、いろいろ勉強していれば、あの程度の研修でいいのだろうかという疑問を持つのは当然だ。

不正事件が発生している。ケアマネージャーも介在したり、やむを得ずそうになっていることがあったりするが、更新制度等で是非対応していただきたい。そして、原因、事情を明らかにして、発表していただきたいと思う。

国保連の適正化対策については是非進めていただきたい。同時に、利用者本人、被保険者自らが点検できるような制度にしていただきたい。自分の受けたサービスはどの程度、何時どうであったのか、また、税金と保険料、貴重な財源がどのように支払われたか、介護保険ではそれがわからない。保険者もチェックのしようがない。

第三者評価についてだが、第三者に評価してもらう前に、なぜ自分たちの自己点検で内部評価をし、自己規制をやり、自主管理をしないのだろうか。責任は全部行政の方に求めて、行政が規制を強めると「規制緩和」という御旗を振りかざすという実態がある。まず内部の規制、内部における人事の徹底といったことから始まって、それを自ら明らかにする。行政がそのような取組みを促すようにしてもよいのではないか。第三者評価は進めていただきたいが、自己評価、自己開示なしに第三者がその施設に入ろうと思っても入れない。効果は上がらない。

(小川委員)

介護相談員がどのように機能しているかを評価するのはまだ早いと思っている。介護相談員が施設に入って、介護保険制度の広報をしているというふう実感している。

市民オンブズマンは、相談機能は確立してきたが、解決のシステムが非常に弱い。そこで、在宅介護支援センターがもっと解決能力を高めることが必要だと思っている。

ケアマネと在介士の兼務が一番多い、ケアマネも忙しい中で、在介士に求められている仕事ができない。選任か兼任かということはとても大きな問題だと思っている。ケアマネジメントの質を担保する意味で、十分な仕事ができなかったら何らかのペナルティを課さなければいけないのではないか。

(京極委員)

要支援者には本来、介護予防を提供すべき。介護サービスをたくさん支給するのはおかしい。市町村の保健事業を使ったり、介護保険を使う人も1種類自分に合ったものを使う程度にする。基本的にはケアプランは必要ないわけで、きちんとケアプランをつくるのは要介護者のみと徹底したらどうか。

当初は、ケアマネージャーを介護支援センターにおいたらどうかという意見もあった。しかし、それでは細かいことまで行政措置が貫徹してしまうおそれがあり、個人が介護支援専門員として相談に乗るということになった。しかし、ケアプランを事後的にチェックする機関はどこか必要であり、それを基幹型にやっていただくのは仕事が適正配分化されてよい。見坊委員の意見に賛成である。

施設長の資格については昭和26年から主事資格だが、シルバーサービスの振興の際あまり行政は規制しないがいいといった議論もあり、社会福祉士くらいは持ってほしいということではないかと思う。そこはあいまいにされているような向きがあり、医療の世界と比べて福祉の世界が非常に遅れているのは、トップに立つ人の資格がはっきりしていないことではないかと思う。老健局は先駆的なことを今までずっとやっていたので、突破口を開

いてほしいと思っている。

(青井委員)

ケアマネジメントが大切だということは明らかで、その際に中立性が重要ではないかと考えている。

個人的な体験からも、必ずしも医療関係者が甘い主治医意見書を書いていないということとを弁護させていただきたい。

指定取り消しのケースは、かなり深くケアマネージャーが関与していると思うが、連座制がないことに一つの要因があると考えます。連座制にすればもう少ししっかりしたケアマネジメントができるのではないかと。

ケアカンファレンスを開く際に医療従事者が忙しくて来ないから開けないと言われるが、居宅療養管理指導の際、利用者のお宅に伺ったときに時間を合わせてケアカンファレンスを開くことをやっている地域もあり、医師としてはそこでモニタリングができると思っていますので、是非そのことも考慮していただきたい。

※ 上田部会長代理、麦谷老人保健課長より、高齢者リハビリテーション研究会の報告書について説明

※ 貝塚部会長より閉会の宣言。