

問題意識として持っているところである。ただ、今回の施設給付の見直しというのは、在宅との負担の均衡が1つのポイントであるとともに、実際に負担できる方については負担してもらいが、一方で負担できない方については、ある程度の負担の上限を考えていく必要がある。問題は、負担能力の把握の問題で、これをどう把握するかという事務的な問題を考えて、今の世帯非課税という仕組み自体も、それしかなかったということで導入している。これは保険料も同じ仕組みであって、政府全体でそういった仕組みをどうするか、きちんとやっていく必要があると思っている。

(古都振興課長)

池田委員が言われた食事の短時間サービスの話は、今日の意見も踏まえて整理していきたいと思う。

(花井委員)

介護予防訪問介護のところ、身体介護と生活援助の区分を一本化するというのが、既に打ち出されているが、現場からモラルハザードが起きるのではないかと懸念が出されているので、介護給付費請求明細書にサービスの内容を記載する方法を、今後検討してほしい。

通院等乗降介助について、要介護1の多くが要支援2になることが予定されるが、そこについて報酬上の評価は行わないとすることが考えられるという点については再考をお願いしたい。

今回の改定では残す方向で考えてほしいと思う。

(田中(滋)委員)

ケアマネジメント関連で、地域包括支援センターが出てきているが、地域包括支援センターは、今度の介護保険改革の目玉と思っているので、来年4月に拙速で予防給付の管理だけ行うところがたくさんできて、特にうれしくはない。

地域包括支援センターについては、もう今から準備が始まるようだが、機能をきちんと果たしているかどうかのモニターを見える形にして、よいものにしていく努力をお願いしたい。

(大森分科会長)

今の点は都道府県の担当者の意識にもよるが、市町村のうち6～7割ぐらいが4月に間に合わなければいけないと考えているみたいなので、田中(滋)委員の指摘を県から市町村にもきちんと伝えてもらいたいと思う。そうしないと、拙速になる可能性が十分出てきているので、必ずしも4月でなくてもいいし、条件が整うことが大事だということを、国は都道府県に通知して、市町村に伝えるということは大事なことになるのではないかと考えている。

(山崎総務課長)

地域包括支援センターはいろんな役割を期待されているが、これまで介護予防一辺倒で、介護予防のためということを強調し過ぎたとか、受け止められ過ぎて面がある。介護予防も大事であるが、基本的には本当に包括的、継続的マネジメントの関係もあって、今ちょうどマニュアルもつくっていて、その点を強調しようということにしている。

1つの市町村がやると隣の市町村も置かなければならないという気持ちになると思う。一方で、2年間の猶予措置を置いたのは、体制をつくってこれを今後のかなめにしたいという気持ちがあるので、この点は全国会議等で周知徹底を図っていきたい。

(矢野委員)

認知症高齢者グループホームについて、空き室利用の考え方が提案されているのは結構なことだが、同様の考え方を地域密着型特定施設入居者生活介護にも導入したらいいのではないかと考えている。

(喜多委員)

地域包括支援センターについて市町村の6～7割と言われているが、前々回に従前の居宅支援センターと、今後の介護予防に伴う地域包括支援センターの違いを示してほしいと言ったが、まだ出されていない。

今、市町村は混乱していると思う。これまで様々なところから出ている部分が一環していない。やはり今までとの違いはどうだということを、しっかりと認識するべきである。

(大森分科会長)

これまでいろいろ議論をしてきたが、そろそろ分科会としての審議報告のとりまとめに入らなければいけないので、次回は事務局に対して、たたき台を準備するよう指示をしたい。その上で議論いただくという進め方にさせていただいてよろしいか。

(「異議なし」と声あり)

それでは、事務局の方でたたき台の準備に入ってくださいとすることとする。

○ 大森分科会長より閉会の宣言

社会保障審議会 第37回介護給付費分科会議事録

- 1 日時及び場所：平成17年12月13日（火） 午前9時から12時  
厚生労働省専用15会議室
- 2 出席委員：井形、池田、石井、井部、漆原（代理：山田参考人）、大森、沖藤、神田（代理：今井参考人）、喜多、木下、木村、見坊、田中（滋）、田中（雅）、対馬、永島、野中、花井、村川、矢田（代理：森田参考人）、矢野（代理：遠藤参考人）、横山の各委員
- 3 議題
  - (1) 平成18年度介護報酬改定に関する審議報告（案）
  - (2) その他

○渡辺認知症対策推進室長より「平成18年度介護報酬改定に関する審議報告案」朗読。

（野中委員）

保険料の負担をできる限り抑制する方向で適正な水準にするということは制度の持続性を高めるといえる面ではわかるが、1ページの下の保険料を負担する者の視点だけでなくサービスを利用する者の視点も踏まえないと、介護保険制度とは保険料を払う人だけのための制度になってしまうと思う。

介護保険サービスが保険料を払ってもやはり期待すべきものであり、持続してほしいという者には、やむなくサービスを受ける事になったときにどういうサービスが受けられるかということは大事であるし、サービスを受けている者の視点が欠けていると思うので配慮してほしい。

実際のところ、在宅で生活している場合はさまざまなサービスを受けて、自らの生活がある程度見えているが、施設に入所者はそういうものが見えない。だから、退所ができないと思う。サービスがその人の生活をつくる視点がなければ、社会的入院は改善できないし、保険料を負担するとともにやはりサービスを受ける者の視点が、この報酬改定の審議では大事と思っている。

（対馬委員）

今の指摘はわかるが、これは「基本的な考え方」が（1）から（5）まであって、（1）は主として制度の持続性や効率性かつ適正なサービス提供を主体に書いているわけで、（5）の「サービスの質の向上」のところでは利用者にとって最適なサービスとか、利用者の視点に立ったサービスとあるので、各々の項目立てがそうなっているのではないかとと思う。

（野中委員）

保険を払ってどういう生活が見えるかということは、サービス利用者となった時にどう

いう生活かということが見えなければ、保険というものが評価されないもので、ただ単に保険料の高さだけで判断するものではないと思う。

（喜多委員）

「中重度者への支援強化」のところに「難病やがん末期の患者の在宅介護ニーズの対応など」と書いてあるが、難病やがん末期というのは医療ではないかと考えている。患者の在宅ニーズの対応とは具体的にどんなことを指すのか説明してほしい。

（三浦老人保健課長）

今までの報酬の議論の中で難病やがん末期の患者については在宅サービスの中で訪問系サービスは十分に利用できるが、通所系サービスを利用し、家族等のレスパイトも含めて、適切なサービスが利用できる仕組みをもっとつくってもらえないかという議論を踏まえて、今回の報酬の見直しの中では特に通所系サービスの中で、看護体制を厚くしたサービスを評価するなど、専門的なサービスを追加してはどうかということを書き加えている。

なお、医療と介護という仕分けで言えば、特に看護系サービスについては要介護認定を受けている者については介護保険、要介護認定を受けていない者については医療保険という仕分けをしているので、そういう仕分けの中で両者が役割分担をしながらサービスを提供していくものと考えている。

（喜多委員）

難病というのはいろいろあるからそれでいいが、がん末期の患者が介護に匹敵するのということになると、これはいろいろ議論があると思う。もう少し具体的に、がん末期に必要な介護についてわかるように説明してほしい。

（三浦老人保健課長）

がん末期の生活実態あるいはニーズを把握すると、看護系サービスはもちろん、ヘルパーによる生活支援、ベッドの貸与等のサービスが介護保険から利用できれば在宅で最期を迎えることができるという声もあり、がん末期に特定するならば、訪問介護あるいは福祉用具貸与等が中心的なものになるのではないかと考えている。

（喜多委員）

それならば別にがん末期と言わなくても福祉用具が借りられる範囲で貸したらいいし、ヘルパーの派遣も基準に合っていればしたらいいわけで、特にがん末期という限定をすることについて、今の答えははっきりしていない。

（三浦老人保健課長）

この件については、福祉系サービスも看護系サービスも含めて複合的なサービスニーズがあることが趣旨であり、そのために介護保険からサービスが利用できるような仕組みに対応してはどうかという意味であり、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つような者への対

応ということで考えている。

(喜多委員)

それであれば難病などの患者の在宅介護ニーズの対応としたらいいわけで、なぜがん末期を別に出しているのか。

障害者の支援費問題のところで急がん末期という言葉が出てきて介護保険の中に入れようという経過があった。介護というのははもともと特定の病気のためのものではなく、人生の最後の方でいろいろな障害が出てくる中で介護をするということで介護保険ができたわけだから、いつの間にか特定のものを当てはめてしまって、気が付いたときにはどんどん広がっているということについて危機感を覚えている。

(横山委員)

前回報告があった平成 17 年度の介護報酬の改定等の 10 月度の影響の問題について、特養は介護事業経営実態調査では▲13.6%、これは多床室、個室、ユニット型を含めた収益の平均であるが、前回示された 10 月度の影響は▲3.3%となっているが、これにはユニット型の収益は入っているのか教えてほしい。

(三浦老人保健課長)

前回資料で 10 月報酬改定の影響に関する調査結果を示したところだが、横山委員から指摘のとおり、介護老人福祉施設、その中でもユニット型を除けば▲3.3%ということである。

(横山委員)

10 月度の調査はなぜユニットが入っていないのか。

(三浦老人保健課長)

17 年 3 月を調査時点とする介護事業経営実態調査ではユニットケアの施設数が 15 施設含まれていたが、今回の 10 月調査は緊急調査ということもあって、回答いただけた施設数が非常に少なかったため、その分を加えるとかえって混乱を来すのではないかとことから含めていない。

(横山委員)

それでは、▲3.3%というのは現状を正しく示していないという理解でよいか。

(三浦老人保健課長)

ユニットケアを含まない介護老人福祉施設についてはこのような数字であったということである。

なお、前回ユニットケア施設についての収入の変化についての統計を別途示しており、それをもとにモデル的に計算するならば▲7.8%の収入減があったということで、その両方をみるのが適切ではないかと考えている。

(遠藤参考人)

基本的な考え方の(1)の中に「保険財政」という言葉があるが、国・地方などの政府財政というニュアンスもこの中に含まれているという理解でいいのか。含まれていないのであれば、含まれていることを明確にした上で、介護報酬を適正な水準とすることが必要であり、ある程度の引下げという方向性を打ち出していくべきであると考えている。

2 ページ(4)にある「施設から在宅へという流れの中で」というワンフレーズは、介護保険制度全体として今後とも続けていくべき考え方であることから、そのことが明確になるようにすべきである。

(三浦老人保健課長)

介護保険財政は公費 50%、保険料 50%ということで、その公費の部分については国、都道府県、市町村によって支えられているので、「保険財政」は狭義の意味での介護保険財政、広義に見ればそれを支えている関係者の負担も含まれると考えている。

(沖藤委員)

全体的に今回の基本的な考え方の中心として 2 ページの「サービスの質の向上」があると思う。それは結局、利用者の満足というものにどこまでアプローチできるのかということになると思う。

ところが、支援団体などが電話相談などをしたときに、ケアマネジャーが変わったことによって以前のケアプランよりもサービス量を減らされたという話があり、それは適切なケアマネジメントの結果ということらしいのだが、利用者の気持ちや家族の声がケアマネジメントに反映されていないのではないかと。サービスの質の向上等をうたい、適切なケアマネジメントをうたっていることが本当にサービスの質の向上になるのか。サービスの質の向上の目的は利用者の満足だということを文言化してほしいと思う。

また施設の利用者負担が増えていて、在宅に戻りたいと思ってもケアマネジャーは在宅は無理だと言う。こうした日常生活の満足感まで踏み込んでくると、果たしてサービスの質の向上というのはどの程度まで考えればいいのか。

抽象的であるが、利用者の満足という言葉を入れて、制度全体がそこに向かって改正されたのだということを確認してほしいと思う。

(池田委員)

利用者の満足度というものはいろいろな市町村が調査しているが、これは異常に高い。分析してみると、それは期待値がないからだと思う。

適切なケアマネジメントが欠けているというのが課題にあるが、一番危惧するのはケアマネジャーがニーズとウォンツを取り違えているところにあると思う。満足度というウォンツに対応しており、ケアマネジメントの本質から外れてしまうおそれがある。ケアマネジャーは利用者のニーズをどこまで的確にとらえてプランをつくるか、そこに本質があると思う。

その説得の過程で利用者や家族と合意するというプロセスは重要なわけで、それを経てサービスが生きるという意味では、沖藤委員の意見はわかるが、利用者の満足度という形で書くとその辺で少しゆがんでしまうので、むしろそのニーズとウォンツをはっきり見定めたケアマネジメントという具体的な書き方をした方がよいのではないかと思う。

(沖藤委員)

池田委員の意見はよくわかるので、例えば利用者とかケアマネジャーとかきちんとした合意形成の下とか、利用者の声を反映する部分を文言化してほしいと思う。

(永島委員)

(4)で「認知症ケアの確立」という文言を入れたことは大変いいと思っている。

予防給付に該当せず要介護1に残った部分というのは、認知症の部分だと理解しているが、それでよいか確認したい。

認知症ケアというのは普通の身体状況の低下と違って、かえって軽度の方が介護は大変だという実感がある。要介護4、5になってしまうと身体的な低下で、認知症であってもなくてもケアの質は変わらなくなってくると思う。そうすると、ケアマネジメントの部分で認知症のケアがきちんとケアマネジャーに理解されて、それにふさわしいケアマネジメントができていくのかということも考えてほしい。

(三浦老人保健課長)

要介護認定のモデル事業などで示している考え方としては、引き続き要介護1に残る者のイメージとしては、ある程度の認知症が認められ、それによってさまざまな症状があるという者、そして心身の状態が不安定という者が対象になると考えている。モデル事業などを踏まえると、要介護1に残る者で認知症が占める割合は大きいものと考えている。

(野中委員)

「施設から在宅へという流れ」は絶対につくらなければいけないと思っているが、国民にとってそれが実感として理解できるかは疑問に思っている。この問題点は是非今後の中で検討してもらいたい。

(花井委員)

「サービスの質の向上」という観点から非常に重要な点として雇用環境、労働条件の改善があるので、施設、訪問系サービスに関わる介護職員の雇用環境、労働条件の改善という文言を入れてほしい。

(野中委員)

4ページの介護予防サービスで、「事業所評価については、要介護度の維持・改善を指標として、試行的に導入する」とあるが、やはりモデル事業等で何を指標とした方がいいのかという検証が本当は必要だと思う。この試行的とは何を意図しているのか教えてほしい。

(三浦老人保健課長)

事業者評価については検証も含めて対応していく必要があると考えており、資料1ページに「今回の改定は制度改正に伴う新たなサービス内容も含まれていることから、実施後のデータ等を集積する仕組みを工夫し、事後の評価・分析ができるようにすることが必要である」としているところである。

この試行的という意味について、今回の報酬の枠組みの中に入れていないことには試行的事業というものはできにくいと考えており、本体の報酬の中には入れるもののその内容については十分評価し、今後の報酬改定の中で更に検討していくということと考えている。

(野中委員)

医療と介護というのはよくするためにやるわけで、そういう部分をいわゆる成功報酬で評価するのはなじまないと考えている。

(対馬委員)

ケアマネジメントの質の確保ということで、標準担当件数を引き下げるとあるが、介護予防や地域密着型のケアマネジメントは標準担当件数の中に入るのか教えてほしい。

それから、定額的な報酬とするにはケアマネジメントが大変重要であり、ケアマネジメントが予防や地域密着型の場合に、メインではなく付随的ということになると、この介護予防や地域密着型は期待感が強いだけにどうかということがあるので、そこは単価がどうかというより実施に当たって工夫をお願いしたいと思う。

(古都振興課長)

ケアマネジメントの標準担当件数は、要介護者の件数を考えている。新予防給付については基本的に地域包括支援センターで担当することになり、地域包括支援センターが自らやるか、あるいはケアプランの作成等について委託ができる形になっているので、そのときに過剰な負担にならない委託契約をするようなガイドラインという形で、ケアマネジメントの質を落とさないようにしたいと思っている。

(対馬委員)

地域包括支援センターでやることは理解しているが、それが結果的に委託されてやるというケースも随分あると思うが、その辺りはどう考えているのか。

(古都振興課長)

委託をされたときに、例えば1人当たり20も30も渡すとか、そういうことがないように適正な規模という形でガイドラインを別途示したいと思っている。

(木村委員)

現状のケアマネジャーの業務が非常に多いので、要介護者の担当件数を減らして、ケア

マネジメントのプロセスをきちんとできるようにしてほしいと要望してきたところである。新予防給付の委託の件数をきちんと示さないと、委託がどんどんされてしまったら標準担当件数を減らした意味がなくなってしまう。これは利用者一人あたりの投入時間の問題等、データを取らなければわからないが、5あたりで止めるべきではないかと思う。

ガイドラインもゆるゆるではなくて、上限をきちんと決めた形で出してほしい。

(喜多委員)

まず「報酬上の評価を行う」という表現は、官庁用語でわかりにくいから、上げるのか、下げるのかははっきりするよう3年前にも申し入れていたのに今回も同じ事になっている。

特に、5ページの質の高いケアマネジメントを実施している事業所について「評価を行う」というのは、普通サービスから言えば当たり前のことで、悪いところを減算するのが正しいのではないかと意見していたはずだが、それはどうなのか教えてほしい。

訪問介護の「3級ヘルパーについては減算率を拡大」はいいが、「3年後に介護報酬における評価は行わない」とある。本当に3級ヘルパーは介護保険で評価しないということなのか。市民の3級ヘルパーの講習に対する熱意は非常に高く、家族の介護をするときにどうしようかという知識を得ようと熱心に受ける場合があるので、介護保険のPRという意味で何らかの目標を持たせる必要があるのではないか。

更に、一部の市からの意見もあってボランティアに対して金券等を発行するというをやりにかけた経過があるが、そういうものを将来認めていくというのであればもちろん3級ヘルパーを認めておく必要があるのではないかと思う。3年後に介護報酬における評価は行わないという表現は何と変えてほしいと思う。

「介護福祉士又は1級ヘルパーとする」とあるが、資格を持っていたから果たしてその人は立派なのか。一定の社会的経験を得て、そして十分に事情を知った人が責任に当たることはいいが、学校を出た介護福祉士がすぐに役に立つとは思えないので、この表現はもう少し変えた方がいいと思う。

特定施設入居者生活介護で「高齢者専用賃貸住宅のうち」云々とあって「適用拡大」とあり、それによりサービスできる場所が拡大するのはいいことだが、保険者の知らない間にそうした施設がどんどんできていくことに恐れをおぼえている。高齢者の専用賃貸住宅の後に「一定の居住水準等を満たす」と書いているが、大阪では空き部屋のアパートなどへホームレスを入れて住民登録をして生活保護を受けるといったことがあり、賃貸になればそれが可能になるので、その辺の歯止めをしておく必要があって、ここで安易に適用拡大という言葉は使うべきではないと思っている。

介護保険施設のところで、「医療保険との介護保険機能分担の明確化」とあるが、分離はできないと思っている。そう言うおきながら介護老人福祉施設のところでは「多職種協働のチームによるターミナルケアについて、報酬上の評価を行う。」とあり、報酬上加算するという役所用語だと思いが、それでいいのかと思っている。

確かに介護では役に立たず、医療だけでも難儀だということはあると思う。医療では末期的症状になった場合はホスピスという施設があるが、介護保険の中でそれをこれからやるようとしているのか。この辺はもう少し明確に方向づけする必要があると思う。

最後に介護老人福祉施設のところに「計画的な定期利用」とあるが、意味がよくわからないので解説してほしい。

(三浦老人保健課長)

「評価を行う」という表現については、特段に加算を行うのか、減算を行うのかと決め付けて書いているものではないが、加算を一般的に行う場合については通常、決められているサービスよりも更にレベルの高いことをやっているところについては奨励的な意味も含めて加算を行うことが原則で、減算を行うことになると基準を満たしていないとか、あるいは改善の必要があるということを示すために減算を行うというのが一般的な使い方ではないかと考えている。

(古都振興課長)

3級ヘルパーというのは、例えば家族とか、ボランティアとか、幅広い意味での介護に対する関心や知識の習得等に非常に効果があると思っている。

ただ、だんだん利用者の状態も複雑あるいは専門性が高くなっていくという中においては、もう少し高い技能を持った人の活用が介護保険として高いサービス提供を保証するという意味では適切ではないか。そういう意味で、今後は3級ヘルパーは介護保険の対象というより市民の理解あるいは技能の向上、幅広い意味で違う役割を持っていくのではないかと考えている。

(大森分科会長)

この文章だけで読むとサービス提供責任者になるためには単に介護福祉士ということだが、この提供責任者たる人についてのイメージが明確ではないものだから、単に介護福祉士で学校を終わった人がなれるのかという疑問が起きている。だから、サービス提供責任者はどういう人になるかということについて別途きちんと考えられているということが必要なのではないか。

(古都振興課長)

サービス提供責任者については今後更に要件を詰めていくということで、今のような一定の経験値等も今後きちんと評価すべきではないかと考えている。

(川尻計画課長)

「計画的な定期利用」については、いわゆるホームシェアリングと言って、特別養護老人ホームの1つの部屋を複数の人が交互に利用するという形で、特別養護老人ホームに入ったら入りきりということではなくて、在宅を支援する新しい特別養護老人ホームの使い方を全国3か所でモデル事業としてやっていたものを、今回の報酬改定で位置付けてはどうかということである。

(森田参考人)

特定施設入居者生活介護で外部サービス利用型もできるが、市町村にとって特養、老健、療養型といった3施設、あるいは介護専用型の特定施設については一定の計画どおりの整備が制度的にも担保されているが、介護専用型でない特定施設については、事業者の意向によってたくさん整備をすることが可能で、市町村間の住所地特例はないので、地域によってかなり整備が偏在するということも考えられる。

現に神戸市でも、元気なうちから入れるような有料老人ホームの整備というのは非常にたくさん計画されていて、そうした特定施設によって保険料財政が圧迫されている実態もある。今回の第3期計画でも3年間で100億円近い有料老人ホームへの給付が見込まれていて、こういった介護専用型でない特定施設についても何らかの対応が要るのではないかと。必要なニーズを制限するというのは問題があるが、地域的な偏りについて何らかの対応ができないものか検討してほしい。

要支援者（要支援1、2）に係る支給限度額についてはいつごろ公表されるのかということ、「適正化の観点から設定する」とあるが、要介護1の何割かは要支援2になり、影響も出てくるかと思う。この適正化の観点について説明してほしい。

（三浦老人保健課長）

支給限度額については介護報酬の設定と同時に示すことになると考えている。

支給限度額の基本的な考え方としては、標準的なサービスモデルなど、そしてまたそれぞれのサービスの報酬などを参考としつつ支給限度額が決まってくるので、今回、軽度者についての支給限度額をどのように見直すかについては、全体の枠組みの中で考えていく必要がある。

（古都振興課長）

外部サービス利用型について要望があるが、もともとは住まいで住まいの延長であるという形態上の課題もある一方で、保険財政をどう見込むかという課題もあるので、また検討していきたいと思っている。

（池田委員）

ケアマネジャーの担当件数について、介護保険のケアプランをやって、プラス基準で示された介護予防のケアプランをやるということになると思うので、それは結構厳しくつくっていかなければいけないと思う。例えば、件数が仮に35件であれば、その35件の中に2つのケアプランが収まるようにするとか、もちろん予防プランの場合は軽いから2件で保険の1件にする等、そここのところは気を使わないと、結果的に現状は変わらないという感じがする。

担当件数を減らして介護報酬を引き上げることによってケアマネジャーの中身が改善されるということは希望的観測にすぎないわけで、必要条件であるかもしれないが、十分条件ではない。

ケアマネジメントの在り方についてさまざまな調査研究があるが、標準的なケアマネジメントの手順ができていない。これは福祉研究者に頼るのではなくて、実際に現場の優秀

なケアマネジャーを選抜して現状を分析するとともに、福祉にとらわれないで学識経験者を入れてケアマネジメントの改革を図っていかなければいけないのではないかと。

7. ページの「特定施設入居者生活介護については、軽度者と重度者の報酬水準のバランスを見直す」とあるが、ここは非常に重要であり、そもそも要支援者に特定施設で給付を出すことが納得できないが、特定施設の給付額は在宅の支給限度額を超えており、これは是正しなければいけないと思う。

例えば有料老人ホームにあつては現在人員基準があつて、すぐに下げられないという業界の問題はあると思うが、新設する特定施設、あるいは従来そういった方たちと民事上の契約を結んでいるから有料老人ホームも簡単に切れないが、それは限定的にやらなければいけないだろう。

将来的には要支援に関しては特定施設への給付をなくすべきだと思うし、仮に当面は軽度、重度の報酬水準のバランスの是正ということであっても、3年間の経過措置であるということを明確にすべきではないかと思う。これがそのまま続くと思われてはかたくないし、また新設と従来からある有料老人ホームは区別して取り扱うのかどうか考えなければいけないと思う。

介護老人保健施設のところで「認知症高齢者に対する早期リハビリテーションの評価」とあるが、これは理解できない。個別の取り組みを見れば前認知症、要するに認知症になるか、ならないかという辺りで幾つか望ましいケアが行われているという実態は知っており、これがその周辺症状を緩和するという意味であれば、それは認知症のケアの中核なのでリハビリではないと考えている。認知症へのリハビリというのは少なくとも現在までの科学的治験では確認されていないから、ないものは評価できないと思う。

すると、適切な認知症ケアへの評価とすべきだが、それは特養、療養型にも広がるのでこの記述はいかがなものかと感じている。

最後に10月の介護報酬に関連した課題として、補足給付の在り方の見直しを付け加えられないだろうか。年金収入だけのものはほとんど全員補足給付の対象になり、預貯金が幾らあつても動産、不動産は全く考慮されないし、遺族年金は非課税なので対象外になる。こういうふうになれば、絶対にモラルハザードが起きると思う。

一方、施設に長期滞在する場合は、その施設住所に住民登録をするので、世帯分離は違法ではない。そうすると、現状の補足給付制度ではモラルハザードを阻止することができないという状況になる。資産把握の困難さというものは十分に承知しているが、動産あるいは不動産も含めた資産に関する一定の基準を設けて補足給付を自己申告制にするという範囲の限定が必要で、偽りの申告については補足給付の返済を明記しておけばいいことになるし、見直し方法はいろいろ精査する必要があるから、補足給付の在り方については10月実施以降の状況を検討し、制度の見直しを含めて適切な対策を講じるなどの記述が必要なのではないか。

修文できないとするならば、少なくともそういった問題について厚労省としても考えていることを議事録に残しておく必要があるのではないかと。

（三浦老人保健課長）

認知症の早期リハビリテーションの関係については、特に作業療法など、リハビリテーションの作業の中で認知症の早期の状態の方にアプローチし、適切なリハビリテーションとしての作業療法を行うことによって状態が改善するという実証は既に幾つか行われていると認識しており、その成果を踏まえて今回導入してはどうかと考えている。

補足給付については、前回でも総務課長から話したとおりの問題意識を持っているということである。

(池田委員)

補足給付の件については、その問題意識を持っていればそれでいい。

あと、作業療法の中で認知症ケアが行われて効果がある事例も知っているが、それをリハビリと言うとかなり誤解を与えてしまうのではないか。それは、リハビリの中で行われている認知症ケアであり、認知症リハビリと言うとあたかも独立した認知症リハビリというものが存在するような幻想を与えてしまうので、何かいい表現方法がないだろうか。

(山田参考人)

認知症に対する早期リハビリテーションについては、これまで漆原委員が発言しているとおりの、老人保健施設サービスの中で認知症の方に対してどういうサービスを提供すればいいかという中にある非常に大きい問題と思っている。

また在宅生活の維持、認知機能の低下を遅らせる、日常生活機能の低下を防ぐという意味でリハビリテーションの対象者を限定して、短期集中的に専門職が関わるということではまさにリハビリテーションであると思っている。

今回の介護報酬改定もそうだが、介護保険法の改正に関してもさまざまな意見の中で今後、身体障害モデルから認知症モデルへ転換していかなければならない。あるいは、認知症モデルに対してどういうリハビリテーションを提供して在宅生活の維持あるいは在宅復帰につなぐかが大きな課題である。

今回、協会の中で研究班を組織し認知症に対する問題に取り組んだ中で一定の成果があったので、認知症高齢者に対する早期リハビリテーションについては今回取り組ませてほしいと考えている。

(池田委員)

リハビリテーションは大きく考えれば復権という意味まで持っているが、機能訓練というのが一般国民の理解だと思う。

そうすると、専門家が関わってリハビリ的な手法をとるから認知症リハビリというのは、はっきり言ってリハビリではなく、それは一般的に認知症ケアと呼ばれるものだと思う。老健施設がそういう形で取り組むことは大切であり、この給付を外せと言っているのではない。あたかも機能訓練をすれば認知症の回復が起きるとか、あるいは顕著な進捗を遅らせることができるとか、そんな科学的治験はないので、表現上の問題としてこの問題は少し考え直した方がいいのではないかとと思う。

(山田参考人)

まさにリハビリテーションの考え方の問題であり、機能訓練イコールリハビリテーションがすべてとは考えていない。リハビリテーションの中に機能訓練もあるが、生活機能の維持回復という場合の生活機能というのはもっと大きい意味を指しており、それがリハビリテーションであると考えている。活動と参加のレベルまで持っていけないと本来のリハビリテーションの目的は達していないと思うので、認知症においても一定の専門職種では、もちろんリハビリテーションなので医師の関与も指示も必要で、漫然と提供するわけではなく短期集中的に一定の成果を目標として提供する。これはまさにリハビリテーションそのものだし、その結果として在宅生活の維持あるいは日常生活機能の維持回復を図るということであれば、それはリハビリテーションという言葉を使っていいと思っている。

(村川委員)

認知症の早期リハビリについては、英国や米国の経験でも作業療法あるいは音楽療法等いろいろ評価があるし、また国内的にも2001年の作業療法ジャーナル等でも実績は明らかになっている。

ただし、高齢者認知症の前段階のいわゆるMC Iと呼ばれる状態の方に、これは物忘れ外来というか、医療で対応すべき側面なり、それとの関連でのリハビリもあるが、通所リハビリの中で介護予防という視点からこれに取り組んでいくというのは今回の制度改革全体から見て促進すべき新しい取り組みなので、積極的に位置付けメリハリをつけるべきではないかと考えている。

この早期リハの早期というのは2つの側面があると思うが、事務局から説明してもらった方がいいと思う。

(三浦老人保健課長)

この早期は、早期の認知症といういわばまだ認知症の程度が余り重くない方を対象にするという意味と、山田参考人が説明する早期集中的な対応をするという両方の側面を持っていると考えている。

(山田参考人)

早期というのは、村川委員が説明したMC Iも対象になるが、生活機能回復が見込まれるという早期の認知症という対象者に対しての早期と、それからできるだけ早期に対象者を発見し、早期のリハビリテーション的手法を投入することによって効果を期待するという意味で、早期リハビリテーションというのはこの両方の意味を持って書いてあるものと理解している。

(永島委員)

リハビリという言葉がいいかは分からないが、グループワークで〇〇療法(音楽、回想、絵画)などをしていると、余り重くなっていない人たちで、普通の社会参加ができなくなっている人たちに有効な例をみている。例えば、老人クラブなどで健康な人たちと同じ活

動は無理だというような段階の人が、グループワークでとても生き生きとしてきていることがある。

更に、そういうところに家族と一緒に入ると、家族もお互いに同じ状況の人たちと話し合える時間ができるし、一对一の単独リハビリ療法をやるよりは、もっと社会参加的な意味でのリハビリ効果があるのではないかと感じている。

それと、民間でこういうことをやるのは、経済的負担が大きいのので、介護保険の中で自己負担を減らしてもらえらというは大変助かることだと思う。

認知症のケアの質の評価というものがどうもはっきりしていない。ケアマネジメントにおいても、大体ケアマネジャーが皆、認知症ということを理解してケアマネジメントができていとは思えない。その質の評価というものは認知症の人のケアそのものの、例えばデイサービスとか、ショートとか、そういうところでも行われるべきもので、そこをケアマネジャーが取り入れてやっていくことが必要なのではないかとと思う。

ショートステイとかグループホームなどは暴力行為や大声など、ケアで困難な時には退去してもらうという契約書を書かされる問題が現実にある。そういうところについて減算の対応は考えられないのか。ショートステイに1週間や2週間の契約で入っても大きな声でうるさいし危ないからと、1日か2日で退去してくれというのはたくさんあるので、何か考えてほしい。

#### (池田委員)

作業療法が認知症ケアに役に立つケースがあるということは承知しているが、それは作業療法だけではなく、演技療法や音楽療法、最近では回想法がいいと言われている。そういうものを全部リハビリとしてしまうと、リハビリの概念が拡散してしまうから、むしろきちんと作業療法ならば作業療法という形で記述するか、さまざまな効果のある認知症ケアを評価していくとするならば表現には気をつけるべきである。そういう効果のあるケアを分析して、それを全国に広げて標準化していくということをこの5年間何もやってこなかったと思う。

それから、認知症ケアについて悪いケアはわかるが、いいケアというのはなかなかわからないので、加算や減算という形で評価する対象ではないと思っている。少なくとも認知症ケアの一定の標準的モデルを示して、それで下支えをしていくという必要はあるのではないかと考えている。

#### (山田参考人)

永島委員の発言にあったグループワークその他で効果があるということについては、そのとおりであり、私たちが考えている認知症リハビリテーションにはもちろんその部分も入っているが、その前段として一定時間の一对一の個別リハビリテーションプラス小集団のグループリハビリテーションというものを考えている。

個別リハビリテーションを評価手法を使って評価しながら進めていき、一定期間で効果がない場合は認知症のケアへ移行していくことを想定している。そういう意味では、想定した期間をきちんとやってみて、効果があれば継続していくということで、グループワー

クを漫然と続けていくということとは少しニュアンスが違う。リハビリテーションと言う以上は専門職がきちんと評価、計画をしながらプロセスを重視したサービス提供に努めていくということを提案し、要望してきたということを理解してほしい。

#### (野中委員)

リハビリの定義について混乱があるのは事実であるが、手段ではなく目的という部分が大事だと思うし、広い意味でリハビリを考えていかなければいけない、資料ではそういう面でリハビリという言葉を使っていると認識している。

ただ、そういう広い意味としてリハビリを使うのであれば、それは介護老人保健施設だけのものではないので、すべての施設において取り組むことを前提として考えるべきであり、ここに特別に書くことが池田委員の疑問になっていると思う。

介護保険施設のことにに関して、特に在宅復帰支援機能という部分に関しては、介護老人保健施設で試行的退所を入れたことは評価するが、介護老人福祉施設においても同じ面で試行的外泊という視点の中で在宅復帰とか在宅生活への接点というものに取り組むべきであり、そのためにはケアマネジメントの充実あるいは個別ケアというものがなければできないから、その部分をどう評価するか考えるべきである。

介護療養型医療施設に関しては、医療保険の中にも療養型施設があるので、医療保険との関係を適切に調節していかなければ課題が多いと思う。確かに調査してみれば在宅でも生活できる人が入っているということはわかるし、本来あるべき姿の施設にすべきことは賛成であるが、それは他の施設入所者にもあると思うし、そういう社会的入院者の行き場所をきちんと設定しないで、あるいは在宅でも生活できるというイメージが抱けない中で、これから出なければならぬ者の不利益に対して厚生労働省がどう考えているのか明確にしてほしい。

それから参酌標準の問題について、具体的にどう考えているのか。例えば、参酌標準に余裕があるとしても、療養病床が優先的に転換できる保証がなければ実際に入所している利用者がやむなく退所しなければならないことはおかしいと思う。介護サービスは利用者がきちんと選択できる状況になって本来できる部分なので、そういう中で介護保険施設というものを考えてほしい。特に医療との関係では診療報酬とどう調整するのか明確にしてほしい。

#### (三浦老人保健課長)

介護療養型医療施設について移行を図るという大きな方針はあるが、これをすべての施設について行うということではなくて、一定の期限を定めて、その期限の中で緩やかに移行を図ることが必要であり、そのための時間も必要ではないかと考えている。

現に介護療養型医療施設に入っている者の中には施設の間で移動をする、また在宅に復帰する者も出てくるという中で、それぞれの施設や利用者が、野中委員の発言で言うところの不利益を受けないように適切に調整することは必要だと考えている。

そのために9ページに「当分科会としては、医療保険との機能分担も含めた療養病床全体の在り方について、厚生労働省としての基本的な考え方を早急に示す」という記載を



していると考えている。

それから認知症の早期リハビリテーションについて、リハビリテーションとは単なる機能訓練ではなく、医師の指示に基づく厳密な意味でのリハビリテーションを考えていて、そういう中で確実に効果が上がることを実証しながら進めていくべきものと考えている。

(木下委員)

介護療養型について転換という言葉が出てきていて、老健、特養と機能が重複している部分は転換可能な部分はあると思うが、介護療養型医療施設の平均要介護度 4.27、特養が 3.75、老健が 3.18 となっている。要介護認定はそれぞれ必要な時間数によって分かれていて、これは時間数をはっきり出ているから、どれだけの人数がいるということが検証されないと、転換先で利用者に迷惑をかけることになるおそれがある。

それから、医療と介護の機能分担ということで「厚生労働省としての基本的な考え方を早急に示すことを強く要請する」とあるが、今は示せていないという解釈になると思う。だから、そこができて介護だけで転換していいのかどうか。

医療区分の 1 というものを前回の資料で出していたが、例えば喀痰吸引 7 回という者が医療区分 1 になっている。7 回というのはほぼ 3 時間毎に吸引が必要で、当然夜間も必要になる。喀痰吸引は医療行為であり、刺激による出血、嘔吐、嘔吐に伴う誤嚥、それに伴う誤嚥性肺炎と非常に危険な状態があるので、例えば老健、特養に転換したとして医師、看護師がいなかった状態で対応できるかという安全性の問題について、十分に検討されているか疑問である。

11 月 15 日の新聞記事に、日本介護福祉学会で八戸大学の講師が医療行為とみなされないで解禁された爪切り、座薬、浣腸、血圧測定、外用薬の塗布、検温、点眼、服薬管理等について研修を行い、研修前と研修後でできると答えた割合を報告している。爪切りを例に取ると研修前は 82%であったが、研修後は 45%に減っており研修をやっかえて危険性がわかったということが報告されている。実際に介護の現場で研修をやらなければならないということも認識する必要がある。

有効回答率が非常に少ない調査を元にいろいろなことが語られているが、現場のことを本当に知っているのかどうか。数字だけで政策が行われているのではないか。特に認知症や夜間ケアの問題について現場を知っているのか。事務局は夜間を含めた現場の研修をやってから政策を立てるべきである。それを知らないから、介護療養型医療施設に要介護度 4、5 の者が多いのは介護報酬が高いからではないかという不謹慎な発言が行われるのではないか。グループホームを含めた現状を見た上で政策を立てるべきである。

在宅の訪問介護や訪問看護に 24 時間体制の必要性が訴えられているが、24 時間体制を組むのがいかに大変かということも現場を知らないと、ただそういう制度をつくったからやればいいということではないので、その辺も含めて検討が必要である。医療と介護の関係、あるいは重度者をどうするかということを決めずして介護療養型医療施設の転換を進めるということには反対である。

(大森分科会長)

移行していくプロセスの中で今のような指摘を十分検討し、深めていくという趣旨ならばよいのか。

(木下委員)

現状では、そのことが全く議論されていなくて解決されていないし、医療と介護の省内の合意ができていない段階で転換を一気に進めることに疑問を感じている。

(大森分科会長)

先ほど説明があったように、ソフトランディング以外にはやり方がないと思うので、今のような意見も十分踏まえていくことになるものと思っている。

(井部委員)

訪問看護については、6 ページに「医療保険と介護保険の機能分担の明確化などの観点」から「短時間訪問の評価、緊急時訪問看護加算、ターミナルケア加算、特別管理加算の見直し」とあるが、後半のそれぞれの項目が具体的にどのように影響を受けるのか説明してほしい。

(三浦老人保健課長)

見直しを行う内容としては短時間訪問、緊急時訪問看護、ターミナルケア加算、特別管理加算だが、その観点としてここでは代表的に 3 つが例示されている。どれがどれにということではなく、24 時間という要素はどれでも関係するし、在宅ターミナルケアという点ではもちろんターミナルケア加算が重点にはなと思うが、それ以外にも緊急時の訪問とか、特別管理加算は重度者に対する加算ということであるので、そういうところとも関係するので、総合的に見た場合にこれらの報酬の見直しが必要ではないかと考えている。

(井部委員)

この医療保険と介護保険の機能分担を明確化するとどうなるのか教えてほしい。

(三浦老人保健課長)

2 つの側面があり、機能分担することによってその両者が全く違うものになるということもあるし、機能分担を明確化した上で同じようなことをやっていくということも場合によってはあると考えていて、例えば短時間訪問の評価については、これは介護保険として夜間の看護という観点から見直しを行ってはどうかということで、特別管理加算については医療保険で見直しを行う中で介護保険についても同様に足をそろえる必要があるのではないかと見直しを行っている。

(休憩)

(大森分科会長)