

わしいケアをやっていく。

こういうことを特養でも看護体制を強化しながら実現したいということを考えている。

(野中委員)

あの加算を算定している施設というふうに入っているのなら、そこでもう看護師に関しては算定しているわけで、それ以外に何が必要なのか。今までの説明は理解したいし、現場のヘルパーたちが看取りについて怖いとか言われる気持ちも十分わかる。

でも、本来、看取りをしようとしたら施設がそれに対して覚悟することであって、そのことに対して体制まで加算するなどという話は、ある面では甘えである。日ごろのケアがどう充実するかが特養での看取りの加算のはずだ。そのことをもっと本当に真剣に考えて、日ごろの看取りをもっと支援することが大事であり、このことを理解しようと思っても、今まで看取りをした経験のある人間にとっては何かおかしいと思うし、実際に今の説明では明確にどういう体制をとったらいいのか明確ではない。

(川尻計画課長)

158 ページの下から看取り介護加算の具体的な内容について書いているが、医師が一般的に認められている医学的治験に基づき回復の見込みがないと診断した以降の加算であるということ。入所者またはその家族との同意を得て看取り介護に関する計画が策定されていること。医師、看護師、介護職員が協働して随時本人または家族への説明を行い、同意を得ながら看取り介護が行われていること。

看取り介護加算Ⅱの方は、ロの③というところで、介護保険施設または医療機関に入院、入所または入院した後も当該入所者の家族指導や、施設、医療機関に対する情報提供を退所後も行うことを要件にして加算を提案している。

(野中委員)

実際にⅡの想定があったら、例えば今までやった経験の中でどういう体制で取り組んで、それに対してどう評価してほしいかということはどう調査をしてその根拠があったかを答えてくれないと納得がいかない。

現場が例えば特養で看取りをするときに、最後にいろいろな原因で病院に移ったとか、在宅に移ったという部分ではないときに、どういうことをやってどういう配置をしたことに対して評価するのか確認したい。

(川尻計画課長)

現場の対応はいろいろなやり方があると思うが、今、御説明したような体制を組み、実際に看取り介護をやっていくという形になると、当然夜間も含めて職員体制を厚くする必要があると思う。

それから、それぞれの看取り介護加算の対象者について責任者を決めて、家族との頻繁な連絡も取っていく。あるいは、医療についても外にいる主治医とも連絡を取ってい

く。こういうことが必要になると思うので、そういうものを何とか評価したらどうかということでご提案した。

具体的なやり方については、御了承いただいたら、できるだけ指摘された意向を踏まえた看取り介護を実現すべく調査、指導をしていきたい。

(野中委員)

看取りをしてはいけないと言っているのではなくて、特養に入所した方がそこで安心して死んでいくことは本当に大事なことだと思うし、それを実現するためには何が大切かということは十分よくわかっている。現場で働いている人たちがそのことがあって不安に感じることも十分わかる。

でも、本当にそれが解決になるのかというと、それは理解できない。むしろこのことに対してもしあったら算定するためにどういう配置、どういう人を置いたのか。そのことを明確にレポートしなければ、最期まで看取らなくてもいいということ表現するように思えてならない。入所者が安心して最後まで住み続けることを実現するために、きちんと実行してほしい。

(大森分科会長)

野中委員の、実施を厳正にするという意見については記録してほしい。

(木村委員)

12 ページの③「特定事業所集中減算の創設」ということで、理念はわかるが、もう少し具体的にどういうケースの場合で 90% 以上の場合は減算であるかということの説明してほしい。

(古都振興課長)

例えば一定の関係のある事業所であってもなくても複数の事業所が地域にあるにもかかわらず、そこに 1 か所集中をしているということで考えている。

ただ、山間僻地辺りではもう 2 か所くらいしか在宅サービスがない。こうなってくると必ずしも集中とは言えないわけなので、そういうところを外したい。しかし、もう 5 か所も 10 か所も事業所があるのに、なぜかそこだけ 9 割というようなことをやっている場合は、本来複数の事業所を提示して、そしてそこから選択することが適切な運用だと指導をしているので、それが 9 割ともなれば明らかにならないだろうと考えている。

(木村委員)

例えばの話だが、居宅支援事業所があって、そこと系列でない訪問介護事業所がたまたま 9 割以上を超えていたらそれも該当するという意味でよいか。

(古都振興課長)

その通りである。

(石井委員)

35 ページに「感染症対策の徹底」とあり、これは従前の部会でも発言した件に関するが、見直し案の 235 ページに「感染症対策体制の徹底」として4項目ある。まず4つのうちの1つは感染症対策のための委員会を月に1回程度定期的開催するということと、それから施設において指針を整備をするということ、それから、職員に対する研修を定期的実施するということが挙げられている。

第三者評価で特養、老健に行っているが、よくできている施設はこれくらいのことは既にやっている。感染症の委員会もつくったり、マニュアルもつくっていたり、研修をやっているところもある。それでも起こるのが感染症である。だから、運営に関する基準のところでももう少しきちんとした対策、例えば検診が義務付けられるとか、もう少し厳密な運営が出てくるかと思って期待したのだが、これくらいの運営基準で本当に感染症が防げると考えているのか。

(三浦老人保健課長)

感染症対策体制の徹底については、基準としてはこういう書きぶりをしているが、更にもその内容、詳細については通知等で、もう少し具体的な内容について示すことができないか検討していきたい。

いずれにしろ、感染症をゼロにするということがなかなか難しいこともあるが、ゼロに向けて取り組むことが何よりも大事であり、そういう点で基準上明確に盛り込んで、それぞれの施設が努力していくということを提案している。

(永島委員)

31 ページ「認知症ケアの見直し」というところで「①認知症短期集中リハビリテーション実施加算」というものがある。在宅復帰に向けた生活機能の回復を目的として実施される短期集中的な個別リハビリテーションと書いてあるが、このイメージがよくわからない。

また、どうしてこれが老健だけなのか教えてほしい。

(三浦老人保健課長)

認知症短期集中リハビリテーションは、リハビリテーションについて一番体制が充実している、あるいはそれを特徴としているということもあって、老人保健施設で評価してはどうかということである。

具体的に何をを行うのかということだが、164 ページにある「軽度の認知症であると医師が判断した者であって」というところだが、厚生労働大臣が定める施設基準に適合する施設において、医師または医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による集中的なリハビリテーションとは、あくまでも医師の指示を受けたリハビリテーシ

ョンとして行うということであり、内容としては例えば作業療法等を通じて、その方の集中力等を維持する形でリハビリテーションを行っていく等、あくまでも専門性を重視したいと考えている。

(永島委員)

例えばどのくらい回復したか等の評価はあるのか。

(三浦老人保健課長)

これについては内容をもう少し明確にしながら、かつその成果が現れるようにフォローアップしていきたいと考えている。

(永島委員)

軽度というので、私は生活機能というものがどうもよくわからなかった。今後もう少し中身をわかるように示してほしいと思う。

(石井委員)

軽度の認知症というのはまだらだということで、認知障害が出たり出なかったり、認知障害がその日の状態でちよつとずつひどかったりという程度だと思う。

医師の判断したというのは専門の医師が判断するのか。また、作業療法等で認知症のリハビリになるとはとても思えない。

(三浦老人保健課長)

医師については、専門性を重視する観点から精神科の医師や、認知症についてトレーニングを受けた医師など、一定の資質を持つ医師にお願いしたいと思っている。そういう医師が専門性を活かしてリハビリテーションの内容を指示することになると認識している。

(永島委員)

精神科の医師ということで私たちがいつも思っているのは、医学的な診断以外に生活機能の回復というのは専門医でもなかなか理解されていないので、研修等ももちろんしていく必要があると考える。

生活機能の回復を目的にすると言ったら、食べる、眠る、排泄するというのが3大介護と言われているが、そういうリハビリとは違うのか。

(三浦老人保健課長)

軽度の認知症の方が対象であり、まだらの認知障害であるのではないかと質問があったが、これについては例えば長谷川式のスケールで一定のレベルの者を対象者にしていくということも必要ではないかと考えている。

日常生活の回復ということだが、その医師の資質にもゆだねられるところがないとは言わないが、現在考えているリハビリテーションの内容は、まさに日常生活に密着したリハビリテーション、例えば日常生活の動作をどうするのか。あるいは、さまざまな行動を起こすときに必要になるいろいろな手続きについて記憶訓練を行う。あるいは、今どこにいるのかわからなくなる見当識についての訓練を行うなど、日常生活を行うのに必要なリハビリテーションを認知症の短期集中リハビリテーションとして提供することを考えている。

(石井委員)

その内容であればリハビリではなく認知症ケアではないのか。

(三浦老人保健課長)

あくまでも専門性を持つ、例えば精神科医、神経内科医などが診断し、個別の内容をリハビリテーションの職員に対して指示を行った上で実施ということなので、医学的な判断に基づくものであることから、これは単なる機能訓練ではなくて、リハビリテーションとして位置付けたいと考えている。

(見坊委員)

28 ページで、先ほども感染症管理体制で質問があったが、「サービスの質の確保」についてである。三施設共通の問題だが、非常に重要だと思っている。「介護事故に対する安全管理体制の強化」、「身体拘束廃止に向けた取組みの強化」、いずれも非常に重要性を増していると思うが、特に身体拘束については先般、新聞報道などがあったように、意外に介護事故について多くの事故が発生しているように思う。

厚生労働省としては介護事故の発生について調査あるいは報告を求めて、全体の傾向、内容の分類、それからそれぞれによって随分対応が違うと思う。ただ安全管理体制を強化すればいいと簡単に言える問題ではなくて、かなり具体性を持って取り組まないと、これは難しい問題だと思うが、実際に調査等実施しているのか教えてほしい。

(三浦老人保健課長)

介護事故については現在まだ基準に入っていないので、明確に把握することが困難な面もあった。

これは基準上明確にすることによってさまざまな実態がより明らかになってくるのではないかと考えていて、今後実態が明らかになれば適宜報告したいと考えている。

(沖藤委員)

10 ページの「居宅介護支援」に関わる部分で、注②では委託について書かれていて、これは介護支援専門員 1 人当たりにつき 8 人を限度とする旨、基準上明確化しているが、この 8 人というのはどういう意味を持つのか。

かなりの要支援者が出現することが予想されているが、8 人で間に合うのか。それともあまり委託はしないでほしいということなのか。

(古都振興課長)

今回、介護支援専門員については標準担当件数を 50 件から 35 件に減らしたい。これは、この審議会でも 30 から 40 くらいという話だった。また、その際、介護予防の受託件数については委員からも幾つか提案があり、一定のキャップをはめたらどうか、あるいは 2 分の 1 で考えたらどうかという、業務が簡素化されているのでそれを評価したらどうかということであった。

そこで、業務量も簡素化するので 2 分の 1 程度で考えたらどうか。その上で、居宅介護支援費 I の取扱件数が 40 件未満ということになっているので、39 件まではこの新しい単価を適用することになる。言ってみれば 8 人を 2 分の 1 で割ると 4 人で、35 件プラス 4 人で 39 件ということ、これとの整合性を図っているということになる。

実際に介護予防支援事業は聞いていると地域包括支援センターで実施をされるというところもあるし、地域包括支援センターでの努力、実際に担われる部分と、それから外部のケアマネジャーで利用される部分と、総合的にやることになるので、その辺も勘案して 8 人ということ整理している。

(沖藤委員)

140 万人くらいの要支援者がいる中で、こういう報酬単価でケアマネジャーがやる気を失って仕事を辞めることや、待機させられて、待っている間に状態悪化は起こらないのか。

(古都振興課長)

ケアマネジャーの仕事自体は、例えば軽度も重度の方もいる。それで、軽度の方つまり介護予防の方については地域包括支援センターが責任を持ってやる。介護給付本体の方はそれぞれのケアマネジメント事務所がやるという整理があり、地域包括支援センターがまず第一義的にやって、手が回らない部分を居宅介護支援事業所のケアマネジャーに委託するというになっているので、それらに合わせてできるのではないかと考えている。

それから、一度に 140 万が移るわけではないので、これから徐々に要支援認定をして、その中で毎月少しずつ新しい体系に移っていく。そういう意味ではある程度計画的に徐々にやっていけるのではないかと考えている。

その上で安全を見込んで半年間はこの人数は加えないということにしているので、徐々に地域包括支援センターが受け入れて移行していけると思っている。

(山本委員)

6 ページにオペレーションセンターをつくれと書いており、それで、2 番目にそれ以

外のことと書いてある。これは、その本部をつくらなくてもいいという意味なのかどうか。

2点目は12ページで、400単位で介護予防ケアマネジメントができるのか。

3点目は、21ページの短期集中リハビリテーションで、これは3か月を超えた場合にも80単位を加算するという事になっているが、3か月を超えてもやはり短期なのか。

それから、同じく22ページに日帰り利用とあるが、これは時間さえ余れば午前中はこちらに行って午後はこちらに行くということで、自分自身が勝手に決めて行ってもいいという意味なのか。若しくは何か制限は設けるのか。

24ページの外部サービス利用型特定施設入居者生活介護について、今後の施設は皆これになってしまう。これからはそれぞれの市町村がこれを認可することになるが、市町村はその内容を知らない。これから規制しないで自分のところの手を外すからいいかということでごうしたのか。

(川尻計画課長)

夜間対応型訪問介護の2番目のケースについては、オペレーションセンターを置くということではない。利用者が小規模な場合を想定しているが、定期巡回をしているホームヘルパーが携帯電話等により利用者からの連絡を受けることを考えている。

(古都振興課長)

介護予防支援費については、地域包括支援センターが介護予防のケアマネジメント事業所になるという2枚看板になるが、実際にケアマネジャーの業務にはケアマネジメント的な業務でない部分がいりいろいろ含まれている。

例えば、相談業務やケアプランの作成後の給付管理業務等はできるだけ簡素化してもいいのではないかと。一定程度自立された方なので、そういう業務全体を見直す中で、更に報酬の改定率が在宅でマイナス1%、軽度者はマイナス5%というようなことも総合的に勘案してかなり簡素化した業務にするので、この単価で十分やれるのではないかと。思う。

それから外部利用型特定施設入居者生活介護費の創設については、実際にはただのアパートを建てて老人下宿のような劣悪なものもあるので、できるだけきちんとしたケアをして欲しいということもあり、制度として法律上設けたものである。

だから有料老人ホームや軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅といった一定の行政の関わりのあるところが対象になると思う。

先の法改正では、すべて要介護者である介護専用の特定施設については都道府県が指定に関わるということにした。今回、都道府県が三位一体改革の関連で施設整備を管理するという事になって、介護施設給付費等についての持ち合いを変える。そういう関連で、そうなれば管理すべき部分が増えるだろうということも要望で12月の当給付費分科会でも紹介したところである。

従来指定拒否の対象になっていなかった部分についても今後は含めて考えていくとい

うことなので、介護専用型の特定施設以外の部分もきちんと市町村と相談しながら、県が地域の事情を考えて指定をしていくという仕組みになるので、地域のビジョンと整合性を取ってやっていけるのではないかと考えている。

(三浦老人保健課長)

短期集中リハビリテーションについては、現在、個別リハビリテーション加算ということで1年以内、1年を超える部分という形で提供されているものを、1か月、3か月というところに大きなピークを持っていくということであり、短期集中というものを強調したということでこういう名称を使ったものである。

それから、22ページの短期入所の日帰り利用については、他のサービスを更に使うということについて一定の制約を設けておきたいと考えている。

(山本委員)

夜間対応型訪問介護の携帯があるからいいという話ではなく、オペレーションセンターが要るのかどうか聞いている、先ほどのでは説明になっていない。

(川尻計画課長)

2番目については、オペレーションセンターを置く必要はない。

(山本委員)

介護予防支援については、これだけしかやらないという基準を決めるのならばいい。短期集中リハビリテーション実施加算の3か月を超えたものは何と言うのか。

(三浦老人保健課長)

短期を強調したいという意味で短期集中というものを名称として使っているが、今でも1年を超えて加算を認めているので、引き続き残る部分もある。

(山本委員)

わからない表現は余り使わない方がいい。それともわざと使っているのか。

(三浦老人保健課長)

この趣旨は退院・退所直後の評価を厚くし、そして結果的に長く続くもの、例えば3か月を超えるものについては評価を落としていくことをねらったもので、短期集中ということ強調したいがゆえに、名称として短期集中リハビリテーションとしている。

(山本委員)

外部サービス利用型で県と市町村が協議をするとの説明であったが、これはきちんと基準をつくるのか。

(古都振興課長)

意見をもらって、それでやるという形で運営をする。これからまず指定拒否に入るという形で制度化をすることになる。

(松井参考人)

ユニット型個室と多床室については、新たな報酬の案が示されているが、従来型個室については今回一切改正を行わないのか。行わないのだとしたら、今回示されているものとの関係はどうなるのか。

(三浦老人保健課長)

ユニット型個室と多床室について対応しているのので、従来型個室については対応していない。従来の単位数を基本として提案している。

ユニット型個室については従来から一定の居室にかかる費用を徴収してきた。そして、更に10月の報酬改定で新たに追加された室料が出てきている。それを踏まえて利用者負担部分を勘案して、報酬上手当てをする必要があるのではないかということから、今回ユニット型個室と多床室との関係で対応を行っている。

(松井参考人)

従来型個室については、現状のままであるとの説明だが、具体的に26ページの特養についてみると、ユニット型個室と多床室の間にはあまり差がない。この改正案どおりになったら、それぞれがどのような関係となるのか、例を挙げて示していただきたい。

(三浦老人保健課長)

例えばユニット型の個室、要介護5では、929単位、多床室では921単位で、従来型個室については859単位となっている。

(野中委員)

先日も特養がやっていけないという新聞報道がされて、今回こうやって多床室とユニット、個室との違いについて変更したことは分かるが、本当にこれで施設がやっていくという判断をしたのか。

実際に現場でもそういうことが起きているということで、どういう基準でこれを算定したのか教えてほしい。

(三浦老人保健課長)

それぞれの施設類型別に10月以降の経営状況に関する緊急調査の結果を示したことがあるが、その中でユニット型個室についての一定の収益減があったので、それに合う

形で調整を行っている。

(資料配布)

(午後4時36分休憩)

(午後4時45分再開)

(答申案朗読)

(大森分科会長)

答申については、このように取りまとめたいと考えているが、諮問の内容等を含み意見を承りたい。

(野中委員)

グループホームの火事等があり、当直を導入することになったが、この報酬でグループホームの職員が当直体制をとることが可能なのか。現場を見ていると、1人で10人前後を見ていくのは本当につらいことである。

それから身体拘束の減算については、確かに理由を記載するという事は重要であるが、本当に身体拘束を現場でやらざるを得ない、あるいは職員がそれをやっているということに気が付かないで安全を守らなければならないという部分もある。そうすると、もっと人員がいればという議論になる。

身体拘束というのは、社会的な入院も身体拘束であると思うので、現場の職員だけではなく、皆が身体拘束という意味を考えないと、現場の職員は苦勞すると思う。

この減算については理解しているが、この給付費が本当に適切かどうかという調査検討は今後も続けてほしい。

認知症のリハビリについては、理学療法士等の資格者がそれをする話ではない。最終的には施設においてケアマネジメントをきちんとプランをつくって、その過程の中で進めていくことになると考えているが、実際の施設サービス計画作成が全くできていないということが問題にあるので、ケアマネジメントの意義について、多職種協働を含めた中で検討してほしい。

先ほど看取りについても、特養の現場の職員たちが少ない人数でつらい思いをしてやっている。もっといい職場でなければ、最終的には利用者が尊厳を持って人生を終わることはできないと思うので、今後介護給付費やケアマネジメントの在り方に対して記載をする等をお願いしたい。

(井部委員)

この答申の内容で4点については今後の検討を進めなければならない内容だと思うが、実際に基本的な視点に盛り込まれている新たなサービスや感染の管理、それから安全管理といったところでサービスそのものの質の向上をどうするかという視点をもっと入れたらいいのではないかと。特に、サービスを提供する側の確保として、介護職員、看護職

員あるいは看護師や介護福祉士といった介護サービスあるいは看護サービスを提供する職員の確保と、それから資質の向上のための方策について支援するという内容を答申の中に入れた方が、サービスの現実的な質の向上に貢献するのではないかと考えている。

(対馬委員)

1点目のサービス利用実態などについて今後、調査・分析を適切に行うことは非常に重要なことだと思う。

今回は介護予防という新しい考え方が出てきて、それに対して保険でやっていくということだから、費用対効果で言うところといった施策、制度をつくって本当に効果があったのかどうか。そういった観点は非常に重要だと思っていることを議事録にもとどめてほしい。

(池田委員)

介護報酬の見直しについて、全体として良質なケアの確保に向けてインセンティブを付けるというめり張りをつけたという形はかなり評価している。

その中で、2の訪問介護に関わることで、将来的に「機能別再編に向けて」という文章は問題ないし、生活援助について1時間以上は291単位ということで、言ってしまうと90分以上やっても同じという縛りがついたのはいいと思うが、身体介護の方が402単位プラス83単位プラス83単位と、永遠に続く形が残ってしまっている。90分以上続く身体介護というのは基本的に想定できないと思うし、もし想定できるものがあれば教えてほしいが、危惧するのは家事援助で長くやってきた部分が、この身体介護プラス83単位に押し寄せてくると、機能別再編も何もなくなってしまうので、ここの部分は保険者の責任でもあるが、きちんとしたチェック機能が必要なのではないかと。

それからケアマネジャーの問題について、基本的な見直しが行われた居宅介護支援では、かなり大きな引き上げになっている。これは良質なケアマネジメント開発のためのインセンティブであるということ十分理解したいが、特定事業所加算の算定要件で1つだけ気になるのは、主任介護支援専門員である管理者の配置で、当分の間介護支援専門員として3年以上の経験を有し一定の研修等を修了した者を当てるところである。主任介護支援専門員というのは一体どういう形で認められていくのかというプロセスが見えないということも不安を持ってしまう背景だと思うが、少なくともケアマネジャーとして3年以上の経験を有し一定の研修等を修了した者が主任介護支援専門員の該当者とはとても思えない。

ここはもっと細かい基準が出ると思うが、特定事業所加算が付くところの管理者のケアマネジャーについては、かなり厳格な評価の上に認めていってほしい。そうでないと、玉石混交のケアマネジャーの構造がこの特定事業所加算に持ち込まれると、将来的にケアマネジメントが崩壊してしまうおそれがある。

ケアマネジャーの介護報酬はかなり大きく上がっているのだから、これに合わせた形でケアマネジメントの改善がなされないときは、ケアマネジャーは3年後に覚悟しておかな

ければいけないと思う。

最後に「特定施設等の居住系サービス」について、特定施設の介護報酬を見ると、要支援が214、要支援2が494で、これを1か月に換算するとそれぞれ6万4,000円、14万8,000円となり、これは支給限度額を超えている。特定施設というのは基本的には有料老人ホームで、最近かなりチープなものも出ているが、基本的には富裕層が利用するサービスであり、その富裕層が利用するサービスの要支援にこれだけの金額が付くというのは、どう考えてもバランスを欠いていると思う。

特定施設は介護保険以前からの民間の契約に基づくサービスとして提供されていたから、いきなり取り上げるのは無理であるが、永遠に続いていいわけではないので、これは付記の3の読み方に関わるが、特定施設等の居住系サービスというのは支給限度額のバランスや介護保険施設の将来像を踏まえ、今後その在り方について検討を進めると書いてあるので、この認識の仕方は、今回の要支援1、2に関する特定施設の給付というのは経過的なものであり、一般的に介護報酬見直しが3年後にくるということとは別に、次の段階では特定施設に入所者が新しく入るから、それを踏まえてここのところは基本的に見直すという理解でよろしいか。

次回以降の改定の意見として、例えばグループホーム、有料老人ホーム、居住系のサービスについては、少なくとも要支援については介護報酬は付けるべきではない。むしろ外部の在宅サービスを使うという形で整理したほうがいいと思っている。

(村川委員)

答申としてはかなりまとまってきたと思うが、制度改革の具体的な第一歩として介護報酬体系をめり張りある形で整理したと思っている。

付記事項の1点目のところで、既存サービスの質の向上という観点と、新たな介護予防関連サービスの効果測定という観点が含まれているということは明らかにする必要があると思う。介護保険施設の将来像ということを目下から明後日にしてしまうのではなくて、できれば3年後、特に特定施設の関係、それから医療施設の関係などについては、やはり年次を明確にする形で方向性を求めるべきと思う。

全体としては40歳以上の国民が保険料を負担し、また利用者の費用負担があるというバランスの中の構造ということなので、そうした大きな枠組みを踏み外さないという点では介護報酬の体系全体としてまとまってきたと見ている。

(沖藤委員)

見直しに関して情報量が増えているからいろいろ細かな単位も入ってきて、頭の中でまとまっていかない。それで、何となく混乱があるという気がする。家庭の中にある介護者が質問するとしたら、ケアマネジャー、それから市役所に質問すると思う。

その場合、本当にわかりやすく丁寧に説明してくれるのだろうか。国保連の苦情処理委員会というものもあると聞いているが、うわさによると必ずしも親切とは言えないらしい。ケアマネジャーも忙しくて余り丁寧に答えてくれない、市役所の人にもよくわか

らないと言われてしまったがどうしようという相談も受けるので、これからは相談体制についてきちんと位置付けてほしい。

最後に、厚生労働省が責任を持って国民にわかりやすく説明していく。説明責任がいまひとつ明確に見えてこないのが、このように情報が多様になってきた場合の国民への情報提供の在り方というものも考えてほしい。

(大森分科会長)

第1点目は読んでみてすごいと思ったが、今後地域で暮らす方はワンストップ相談支援サービスがきちんと行われる体制を市町村レベルでつくっていくことになっている。それが地域包括支援センターになっていて、これは充実させなければいけないことになっていて、厚労省が既に業務マニュアルを書いている、理念から始まって、どういう機能をどういうふうにしてほしいかということを書き過ぎるほどのことを書いてある。

この分科会でも地域包括支援センターについて議論が出て、できるだけ早目に市町村の現場の方にその情報を提示してほしいと言っているから、今のことは重要である。これだけの大きな改定になって直ちに理解することは大変だが、何よりも現場で、今回こう変わって、あなたのニーズについてはこういう対応になるということを言える人がいないといけない。地域包括支援センターに対する厚労省の方の情報提供の現状について説明してほしい。

(古都振興課長)

新年度から職員になる方は1万5,000人くらいが見込まれているが、この方には3月までに業務マニュアルを十分まづ理解をしてもらうようにしたい。そして、それ以外にも情報を提供する仕組みをつくっていききたいので、少なくともこの1万数千人の方についてはきちんと説明できるようにしていきたいと思っている。

(田中(雅)委員)

介護というのは人づくりというか、人を育てることはとても重要な要素だと思っている。資料2の27ページにあるように、今、介護自体は小規模化あるいはユニット化ということでケアするのは当然の方向だが、この中にユニットリーダーを配置するとある。

そのユニットリーダーの要件を満たした人はどんな人かというのは不明確であり、選ばれ方というのはさまざまであろうと思っている。これまでも訪問介護においては介護福祉士の割合ということで今回30%という基準になったが、施設ではそれはないし、一方では介護福祉士の割合も高いというのが現実と思う。今後介護福祉士については、特に18年度以降、介護福祉士の資格を持っている者はキャリアアップに努めるということが検討されている。

次の改定までには新たに検討されている介護福祉士のキャリアアップシステムについて、事業者、あるいは当事者も参画する形をつくらない限り、現場や当事者の自主的な動きに任せていたら人材は育たないので、今後体制づくりについても検討してほしいと

思う。

(木下委員)

介護というのは医療や看護の保障があって初めてうまくいくものだし、質の保証が一番大事で、今後もそういう点には十分配慮してほしいということで、先日も老人保健施設の100人に1人という医師配置は年間の2割しかカバーしていないということを説明したが、介護療養型医療施設は100人に3人だから3倍の6割ということになるが、病院ということで365日24時間保障されているという違いがあるということは認識してほしいと思う。

肺炎について前回質問したが、一般に肺炎の症状と言えば熱、せき、たんが出ると思われると思うが、高齢者の場合はほとんど症状が出ない。何となく元気がない。御飯が食べられない等が肺炎の症状ということがよくあり、そういうことが見逃されないような体制を組んでいかないといけない。単に老衰で亡くなりましたということで済まないような体制の確保が必要である。

あとは個室ユニットケアについてだが、先日もテレビで個室が寂しいから布団を持って別のところに行っているという番組があったが、個室ユニットケアの効果の検証、費用対効果等は検証していくべきだと考えている。

(永島委員)

この諮問の、更に検討を進め適切な対応、というのは宿題だと考えていいか。

骨子の「基本的な視点」の中に認知症ケアの確立というものが入っているにもかかわらず、今後10年間で100万人も認知症が増えると言われていたにもかかわらず、2000年の介護保険の創設から一般の介護と一緒にされている。認知症ケアは別のケアとして考えなければいけないのではないかと考えている。

今までの議論を踏まえて、認知症のことを追記することを要望したいと思う。

(木村委員)

今回の改定に当たって、介護支援専門員が配置されているということで見ると介護保険施設、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、グループホーム、地域包括支援センター等にすべて介護支援専門員資格者が、中には、主任介護支援専門員ということで勤務することになった。またそれぞれの介護支援専門員が連携するよう基準等にも細かく規定された。先ほど「現場が覚悟してもらわなければいけない」と言われたので、お答えする。はっきりその覚悟をするために日本全体の一人ひとりの介護支援専門員が支え合っていく協会をつくり、徹底的に現場を支援していきたいと考えている。それを実現できれば、野中委員が言われたようにケアマネジメント、特に多職種協働がきちんと動き、高齢者がどの場所においても、どの要介護状態にあっても、しっかり尊厳ある人生を支えると確信している。

その中で、市長会代表、町村会代表の方がいるのでお願いがある。地域包括支援セン

ターの役割を今の時点でできっちり勉強をするように、担当の行政の方をお願いしたい。いろいろなところに行ってみると、地域包括支援センターは介護予防プランセンター的な説明が多いが、ワンストップサービスの高齢者の相談窓口という機能から、介護支援専門員の支援の機能があるわけだから、それをきちんと発揮してもらうように行政市区町村をお願いしたい。

それから、責任主体は市区町村だと理解しているので、協会としてもしっかりお手伝いしたい。そこで問題は、介護予防の報酬が4,000円ということであるが、介護予防ケアマネジメントのツール開発等に関わってきて、現場のケアマネジャーからいろいろな意見を聞いており、はっきり言って、一連の介護予防支援のケアマネジメントのプロセスに当たっては時間等を考慮すると、ほとんど介護給付のマネジメントと変わらないと認識している。先ほど山本委員から質問があったが、給付管理そのものは地域包括支援センターがやるわけだが、そこに委託を受けた事業所の介護支援専門員が提出する給付管理をするための提出資料が、当初考えていたよりも枚数があるように聞いている。そうなると実質として給付管理をやる感じになる。つまり、介護支援専門員が負担になる給付管理用ペーパーを出して、その入力をセンターがやるということになるのではないかと危惧している。

本当に委託を受けた介護支援専門員がその給付管理に関してはとてもシンプルなものでセンターに報告し、それをセンターが責任を持って給付費管理をしてほしいと思っている。

それから、福祉用具貸与について、6か月の経過措置をもって今回決める基準のものを外していくということだが、半年後だからと言って半年後に何の説明もなく急にベッドを持っていくのではなくて、説明をきちんと入れながら、利用者の動揺がないように進めるように行政からの指導もお願いしたい。

いろいろな場面でのつなぎのところをきちんとやる介護支援専門員ということで、責任があると思っているので、今後とも関係団体、関係機関にご支援をお願いしたい。

(横山委員)

介護療養型の今後がこれから議論されるということで、入所者の行く先として老健や有料老人ホーム等と言われているが、特養もその中の一つに入れてほしい。現在、療養型には医療サービスの必要度が特養入所と同じくらいの人がかかり入所しているというデータもある。これは調査でも明らかのように、社会的入院と同様であり、それが保険料の引上げの一因となっていると思われる。

今回、特養の重度化対応や、看取りが報酬で評価されることになって、医療との連携はますます重要になると特養の経営者も思っている。こうした流れの中で、介護療養型の入所者の行く先に生活重視型の施設が入ってくるのは当然のことだと考えている。現在は施設種別で利用者の行き先を分けている感じがするが、本来ならば利用者像によって利用すべきサービスが決まるというのは当然のことだと思う。

現在の三施設では、その利用者像に特段の相違は見当たらないとも思う。特養も含め

た三施設の在り方について、機能の再編あるいは設置主体の在り方についても早急に抜本的な見直しに取り組むべきだと考えている。

(漆原委員)

今回の全体の制度改定からこれまでの議論の中では、「介護」という言葉がいかにも専門性のあるケアという言葉に発展してきたことを感じる。全体の流れの中で地域づくりあるいは地域のケアのシステムのつくり方が少しずつ見えてきたような期待さえ持てるような感じになってきているし、この評価の全体からすればいわゆる目標管理型指向型とか、プロセス管理も機能に応じて専門性が大分評価されるようになってきたと評価している。

ただ、施設ケアだけを考えると、10月の居住費、食費の自己負担化により4～5%のマイナス改定だったことが考慮されなかったのは残念である。

それから、介護保険施設の将来像の問題だが、これはほかの社会保障制度の問題、高齢者の医療制度の問題等いろいろな大きな議論がされていることなので端的に結果が出るものとは思わないが、個々の利用者から見れば状態像は同じであってもそのニーズや課題は全く違ったものなので、機能、あるいは利用者のニーズに応じた施設がどうあるべきかを、この後も時間をかけて継続的に行える場をつくってほしいと思う。

この報酬改定の議論は、事業者の経営実態調査が元になってその評価の参考にされるということになっているが、事業者にしてみるとこの3年の間にどう対応するかということ以上に、特に施設の将来像などを考えた場合には、もっと長期的にいろいろな在り方を考えたり、投資をしたりということが行われているので、実態調査を余り参考にされると将来に向けての準備がしづらくなるので、その辺も考えてほしいと思う。

(松井参考人)

三施設の在り方が本当に現状のままでもいいのか。やはり根本的に見直していただきたい。制度発足時に決められた役割が果たされているかどうかについて十分検証して、それに合わせた形での介護報酬を付けていかななくてはいけないと思う。

また、今回、ユニット型個室と多床室についてのゆがみが多少解消されたことについては理解するが、従来型個室等についての取扱いは入所者からするとわかりにくい仕組みになっていると思う。将来に向けて、本来あるべき姿はどのようなものかということ踏まえて考えていただきたい。

その際の視点として、この分科会でも確認されてきていると思うが、ユニット型個室を重視していく考え方に向けた報酬の在り方はどのようなものかということ前提を考えてほしい。

(森田参考人)

地域包括支援センターの立上げとこれからの見通しだが、行政からの委託料というのは地域支援事業交付金でもって給付費の1.5%以内ということで一定の制約がある。また、

ケアマネジメントは国から出されたルールに基づいて今、研修をしているところだが、かなりの分量がある。

それから、ケアマネジャーに委託ということについて、その委託料はこの400点の中からということになってしまい、なかなか受けてくれないのではないかと心配もある。

そういう中でこれから市町村も頑張っていくが、半年間の猶予を過ぎてからいろいろ問題が増えてくるのではないかと懸念しているので、地域包括支援センターの運営状況については実施状況をよく見ながら、弾力的に対応してほしいと思っている。

(喜多委員)

先ほど木村委員が、市町村頑張れ、地域包括支援センターについて現場が少しおかしめという意味の指摘があったが、それは実態だと思う。何度もこの分科会で、現場の担当者がわかるような仕組みを早く出してほしいと言ってきたが、よくわからない内容だったため、現場が混乱していることは事実である。

それから、地域包括支援センターの財源なのだが、一般財源から入れるにしても一定の交付金の額というのは決まっている。

一昨日、私のところの市の予算の査定をやっていたが、とてもあの額では不足してはどうしようもない。今その財源をどうするか考えているのも現状であり、本当に理屈だけで地域包括支援センターをつくっていきけるか自信がない。

しかし、市民の期待にこたえていかなければならないのは、地方自治体から代表で出ている者の責務であると思うので、頑張っていきたいと思うが、やはり現場が楽に動けるためにはできるだけ早く決めてほしい。この分科会は介護報酬の基準等の見直しであるが、制度に関わる議論が当初ずっと出てきて、それが長引いたということも混乱の原因の一つだと思う。

最後に、「記」の上に「適切な対応を行うものとする」と書いてある。この「適切な対応」というのは1から4までのことを考えて検討を進めたり、在り方を調査したりした結果、適切な対応というものは改めることにやぶさかでないという気持ちも入っているのか確認したい。

(大森分科会長)

そういう気持ちを入れている。市町村の現場が実際に担うので、できるだけ早目に現場が動きやすい体制をどうやったらつくれるかということを含めて文章を書いている。

(山本委員)

こういうところは改正した方がいいという部分は制度の面ではかなりある。今回は報酬だけなのでそこまでいかなかったが、制度と報酬は表裏一体のものなので、一緒に検討の方がよかったのではないかなと思う。

それでも報酬の議論でも十分皆で検討していったことには心から敬意を表したいと思

う。

制度そのものにまだ未熟なところがたくさんあるので、次の機会には制度と報酬は表裏一体のものであるから同時に審議をするべきという認識をしてほしいと思う。

例えば、ケアマネジャーの在り方については現在のままでいいのかということ随分議論してきた。調査員あるいは審査会はこれでいいのか等、入り口から出口まで随分と議論したつもりである。

ところが、今回はそれが一切議論されていないから、できれば次の早い機会に、5年とか3年に一度ではなくて、ずっと続けて検討していくことが望ましいと思う。改正によって、より質の高い、皆から喜ばれる介護保険制度を実施することができると思う。

(花井委員)

今回の介護給付費分科会において報酬体系の見直しは、在宅重視ということが強調されていた。在宅重視であれば訪問介護の介護報酬を下げるべきではないと意見を述べてきた。全体はマイナス改定の中で現状維持だったということについては評価したい。

その上で、訪問介護については報酬体系の機能別再編に向けて行為内容の調査研究を行うという項目がある。これは調査研究だけではなくて、その後の具体化につなげるところまでやってほしいということと、その機能別再編は一体何のために行うのかということを明らかにしてほしいと思う。

機能別再編を行うのであれば、それがヘルパーの専門性を高めるものにつながってほしいということと、そのことが労働条件に反映できるものであってほしいと考えているので、そこまで含んだ調査研究としてお願いしたい。

それから、介護保険施設の将来像については、三施設は今年の10月から居住費と食費を徴収するようになり、自己負担の在り方が特定施設等と変わらなくなってきている。補足給付という違いはあるが、介護保険で給付する施設というのは何なのか、また現在の三施設のそれぞれの性格の違い等も踏まえた将来像についての検討をお願いしたい。

(大森分科会長)

いろいろ意見が出たが、基本的に言うところ「記」の1番のところで「今回の改定後のサービスの利用実態等について、」の後に、先ほどの意見のうち、質の向上、これは提供者の質のことも当然含んでいるし、認知症のことも出たが、これは今回の改定の基本的な視点の中に入っている。しかし、そのことを改めて強調する意味では「利用実態等について、」の後に、「この度の改定の基本的な視点を踏まえ」とする。その「踏まえ」の基本的な視点の中には認知症についても質の向上についても含まれているので、そのことを含んでいるという趣旨で、「この度の改定の基本的視点を踏まえ」という文章を入れるということで、これで答申をしてよろしいか。

それ以外の意見については十分議論が出され認識されているし、今後この分科会としてぎりぎりまで検討できることは検討することになると考えている。そういうことを含めて、この度はこれで収めさせてほしい。