

社会保障審議会 第15回介護給付費分科会議事録

1 日時及び場所

平成14年10月28日(月) 14時から16時半
霞ヶ関東京會館ゴールドスタールーム

2 出席委員

西尾、井形、青柳、喜多、木下、木村、京極、見坊、笹森、下村、田中(滋)、田中(雅)、中村、橋本、堀江、村上、山口、山崎、山本の各委員
塚本、三宅、高見澤、高梨の各参考人
新井、澄田、樋口、矢野の各委員は欠席

3 議題

- (1) 介護事業経営実態調査の結果について(報告)
- (2) 介護報酬について(訪問介護、居宅介護支援 等)
- (3) その他

○ 資料1に沿って、平成14年介護事業経営実態調査結果について、資料2に沿って、制度等に関して介護給付費分科会で指摘のあった事項について、資料3に沿って、介護保険施行後のサービスの課題と介護報酬の見直しの方向について、資料4に沿って、報酬単位の見直し(訪問介護、居宅介護支援 等)に沿って、福本企画官より説明。

(村上委員)

制度論を一通り終わらせるべき。それと、どれが法律事項でどれが基準事項なのかの整理がなされていない。

(西尾分科会長)

その点について事務局の意見は。

(松田総務課長)

事務局としては、資料2でいただいた制度に関するご意見を整理している。「1. 制度体系のあり方」についてはほとんど全てが法律に係る事項となっている。

「2. 要介護認定」、「3. 居宅サービス関係」、「4. 施設サービス関係」につ

いては検討の結果、あるいは内容によって法律事項に及ぶ場合とならない場合が考えられ、一概になかなか言えない。法律以外で運用できるものについては順次対応したい。

(西尾分科会長)

どれが法律事項でどれが基準事項なのかを項目ごとに明快に分けることが難しかったということ。

(山崎委員)

まず制度について。1つは在宅重視の観点で資料3の論点だけでは足りない気がする。給付費の状況を見ても居宅サービス利用者は7割を占めているのに、3割の施設利用者で6割のサービス費を占め、居宅サービス費は4割にすぎない。利用者本位と言うことを考えると負担と給付、在宅と施設間のアンバランスといったものを基本的に見直しをしなければ、在宅にインセンティブがわからないのではないか。

2つめは、在宅または施設における医療と介護の充実について。特に、現在訪問看護サービス等は伸び悩んでおり、ステーション数も最近減少している。また、10月の老人保健法改正等によって、訪問看護、在宅診療等の利用抑制がすでに出ていたり、利用上限額、定額制の撤廃により利用料が2、3倍になったため、在宅の医療の利用が抑制されたりしている。医療と介護の整合性を図るためにもこれらのことも考えるべき。また、医療専門職による医療ニーズ、サービスが充実できる議論を先決すべきで無資格者が行ってよいということではないだろう。

実態調査については、訪問看護ステーションの収支率は現場の実感と異なる。また調査のサンプル数も少なく、これが本当にそうなのかという乖離感を持っている。

デイケア、ショートステイ等については、医療が未整備であり、充実させるべき。

施設関係については人員配置の見直し、特に夜間の看護職員の配置が進んでいない。福祉施設におけるターミナルケアや、感染症対策も重要であり、早急に手厚くしていただきたい。

報酬については、ケアマネは専任で行えるよう報酬単価を上げるべき。また現行の利用人数50人という設定は下げるべきであり、質ということでは、研修の義務づけ、担当者会議、ケアプランの数などで加算・減算といった方法もあるのではないか。

最後に訪問介護のネーミングについて、生活支援は家事援助のままの方が分かりやすい。再検討をお願いしたい。

介護タクシーについては通院のみの利用でよいのかという議論も残っている。

(木村委員)

前回の資料で、将来65歳以上人口が10%伸び、要介護者も16%伸びる。これらを全て介護保険に持っていかないように市町村の第3次老人保健福祉計画の意味を十分承知してもらいたい。また、概算要求の中に今までの介護予防・生活支援事業もあるわけで、保険者である市町村に事業計画の意味を十分承知してもらいたい。

施設の待機者が多いが、施設を1つ作ることで保険料が上がるということを市町村、地域住民に周知徹底すべき。

ケアマネについては、ケアマネジメントリーダーの配置先や役割が不明確。リーダーの意味合いも保険者に伝わっていない。青森県八戸市では八戸市役所に基幹型の在宅介護支援センターを置き、リーダーを配置し、うまくいっている例を聞く。中立的なところにリーダーを配置し、ケアマネのサポートをしていくことが必要。

ケアマネのケアプランの作成については、月に利用者と一度も会わないような人や、アセスメント表がないものについては、報酬を減額どころかはっきりカットが良い。その代わりに、例えばケアプランにおいて4種類を越える場合や、自立支援に向かっているものについては加算すれば良いのではないか。

通所リハについて、個別リハ加算を行うことについては前々から賛成。医療機関、または、入所・入院施設などは、リハビリ関係のプランを立てる方々にデータ等の情報を伝えたこと、また、それにもとづいて個別リハを実行したことに対して加算すべき。

(笹森委員)

これまで発言のなかった痴呆介護について。まず、痴呆介護研究センターで研修を受ける人は福祉の、特に施設従事者の方が中心。痴呆介護は在宅のほうが断然多いわけで、この研修を在宅にどう還元するかが重要。考えていただきたい。

また、痴呆介護研究センターに関連するが、訪問看護に痴呆の対応の助言指導が含まれていることになっているが、実績が伴っていない。同時に訪問看護は身体専門という意識が一般的となっていて、痴呆の対応の仕方について家族が指導を受けるという気持ちがない。看護など医療系の人も研修に参加させ痴呆研修を行っていただきたい。

グループホームの第3者評価ができたが、これからグループホームを設立する方々がその評価項目を参考にしていると聞いており、期待できるのではないか。また、グループホームについては問い合わせが多く、終の住処か、通過する住まいなのか、ということまで聞かれる。私は後者だと考えるが、グループホームが限界となったときの受け皿はどうするのか、現在は家族が苦勞してその受け皿を探しているところである。また、特養の待機が何年かかかるため、その間グループホームを利用したいといった声も聞く。グループホーム本来の良さがどうなっていくのかという懸念がある。第3者評価とともにその面も含めて充実させていただきたい。

(木下委員)

介護保険のサービスは利用者視点で行われるべきものであり、利用者のニーズを踏まえた上で、効率よく提供されるシステムを確立すべき。

質の確保の問題に今後取り組む必要があると思うが、医療と介護は切り離せないものであり、効率良く両者を提供できるようにすべき。その上で、人員配置等の検討がされるべきであり、それに見合った報酬設定をしてほしい。

ケアプランはアセスメントし、問題点、ニーズをつかんだ後に実際にプランを立

てているはずのもの。それらが実施できていないものは利用者には有害である。木村委員も発言されたが、減額でなく、費用を払うこと自体がおかしいという言い方もできる。なお、個別リハについては賛成。

(田中(滋)委員)

制度について3点。

1点目は予防について。ひきこもり防止のような支え合いサービス、要支援者に対する家事援助、要介護者も含めたパワーリハビリや口腔ケアといったものがあるが、予防を介護保険内のどこに位置づけるのかを制度的に考える必要がある。

2点目は特定施設について。介護保険は地域全体でのケアが重要。在宅、施設という2分にこだわる必要はない。将来的には在宅と施設の間に現在の特定施設が入るような第3のカテゴリーを明示的に作るべき。

3点目はケアマネについて。現在の受験資格の要件を緩和しても良いのではないか。試験できちんと選び、研修を充実させれば良いのではないか。

(村上委員)

制度論に発言させていただきたい。

1つめは、給付対象年齢を拡大し、20歳にすべき。次の改正時に是非考えていただきたい。来年からは是非やっていただきたいのは特定疾病について。

2つめは、低所得者対策の拡充を図っていただきたい。低所得者対策をきちんと行わないと保険制度が崩壊していく。連合としてはそれがきちんと行われな場合、税法式への転換も言わざるを得ない。

3つめは、事業所と都道府県との関係であるが、事業所の指定に当たっては保険者に関与させるべき。

4つめは、保険料率の上限の法定化を行うべき。

5つめは、現在在宅なのか施設なのか不明であるグループホームの法的な位置づけを明確に行ってほしい。

6つめは、介護療養型医療施設は経過措置を設けてなくすべきである。

7つめは、サービス提供責任者のきちんとした人員基準を追加していただきたい。

8つめは、成年後見制度を法の精神にのっとり使い勝手を良くしてほしい。

9つめは、第三者評価を介護保険制度全体に充実させてほしい。

最後に、医療と介護は利用されない方が良いものであり、予防の強化策を求めたい。

(高梨参考人)

実態調査の結果について。

まず訪問介護についてトータルとしては-2%となっているが、経営主体別に見ると様々であり、地方公共団体は-24.7%、社協は-12.0%となっており、両者はコスト意識が働いていないのだと思う。そこで、地方公共団体と社協を除いた訪問介護の収益がどうなっているのか教えてほしい。また特養についても地方公共団体、

一部事務組合を除く、社会福祉法人だけの集計結果を提示していただきたい。

最後に進め方について、個々の報酬見直しについての議論は重要。しかし、全体的にどうするかという観点を見失ってはいけない。

(山本委員)

制度を考えながら報酬見直しを行っていただきたい。

現在市町村合併が促進されているが、平成15年になると現在の倍以上に合併が進む。私のところの広域連合では、市町村合併により広域連合への入退が激しくなることが予想され、今後の見通しが立たない。入退する市町村においてもシステム改修のための負担がかかり、市町村合併と広域連合と介護保険の関係がこれから2、3年は難しくなるのではないか。

それから地域間格差については非常に顕著になってきている。特に、過疎地域において、要介護認定者数の伸び率が高くなっている。私たちの広域連合ではこのような高い伸び率の地域を低い伸び率の地域が負担するような形になっており、今後少し問題になると思う。援助、支援を考えてほしい。そこで、不必要な費用を削減していただきたい。例えば、要介護認定であるが夜間行われることで人件費が高くなる問題がある。この要介護認定に10億円の余分な費用がかかっている。認定の有効期間を一生涯とし、容態が急変した場合に認定を再申請して新たに認定を受けるといったやり方にしてほしい。老人はそれほど容態がいつも変わるものではなく、病気でない人たちを介護していくのが介護保険の趣旨。

医療保険の方は一元化をやろうということで大臣も私案を出しているが、介護保険も一元化をやっていくことが必要ではないか。

低所得者対策をどうするという事は今まで当分科会で聞いたことがない。少し考えていただきたいと思う。

住宅改修については限度額の範囲内ならば認定を受けた人は誰でもやって良いというものではないと思う。ある要介護度以上の方が可能となるような基準を設ける検討をしてほしい。

認定の申請の代行については、サービス業者が認定申請の代行をやるのは良いことではなく、国はそのためのマニュアルを作ることが望ましい。

4月より保険料が上がる地域があるわけだが、そのことに対してどう被保険者に納得させるかが課題。費用を抑える、公正・公平な支出をするということを考えていく必要がある。

(喜多委員)

まず本日の説明について2点。

1点目は、訪問介護の見直し案について。介護保険制度創設時は時間がなかったということもあり、報酬単価についてはほぼ実質的に事務局にお任せした。これまでもすでに13回にわたって議論されているにもかかわらず、まだ〇〇単位という記述となっている。これからもこのように進めるのか。

2点目は、3級ヘルパーについてだが、すでに100分の90という記述がここだけ