

社会保障審議会 第22回介護給付費分科会議事録

- 1 日時及び場所：平成17年3月18日（金） 午前10時から12時
東京會館本館ゴールドルーム
- 2 出席委員：浅野、井形、大森、沖藤、漆原、喜多、木下、木村、京極、見坊、笹森、
田中（滋）、田中（雅）、野中、橋本、花井、矢野（代理：遠藤参考人）、山
崎、山本、横山の各委員
浅野、喜多、山本の各委員は欠席
- 3 議題：介護保険制度見直しについて

- 大森分科会長、井形分科会長代理より挨拶。
- 渡辺企画官より資料1、資料1-2に沿って説明。
- 三浦老人保健課長より資料2、資料3に沿って説明。

（横山委員）

今回の改正は給付費の抑制を大きな目的として行われるということだが、一方で、介護予防、地域密着型、老人保健事業、地域支援事業といったものが介護保険の財源の中で行われることになるようだ。果たして本当に、介護保険制度全体の給付費、保険料の抑制につながっていくのかお伺いしたい。介護保険部会で審議されたとのことだが、当分科会としても、サービス体系についてももう一度議論できればと思う。

特に地域密着型サービスの地域密着型介護老人福祉施設は、資料によると30床未満と書いてある。現状でも小規模特養と言われる30床の特養が整備をされてきたことがある。当然、50床の特養に比べて介護報酬は高く設定されているわけだが、新たに地域密着型として、いわゆる個室ユニットで29床以下の特養をつくるということが果たして給付費の抑制につながっていくのかどうか疑問だ。

先般、石川県のグループホームで事件があったが、非常に小規模の施設の従業員、あるいは職員の労働環境の劣悪さからあのような事件につながったと理解している。小規模化、ケアを個別化するということがどのように結び付いているのかということについても考えなければならないと思う。

ルール上は3年に1回介護報酬の改定を行うことになっていると思うが、そのルールに沿わないで、本年10月から利用者に居住費、食費、光熱費等の負担をしてもらうということは、非常に遺憾だと考えている。社会保障費の自然増分2,200億円の縮減のために介護保険施設、ショートステイ、デイサービスといったサービスの利用者が犠牲になったと思うが、この点について医療サービスとの整合性といったようなことについて考えを伺いたい。

介護予防に関してはワーキンググループを作って検討するということが、十分給付費分科会で議論して、ワーキンググループを設置することを御検討いただきたい。そして、ワーキンググループが開催された折には、その都度この分科会に報告していただく

ようお願いしたい。

(大森分科会長)

サービスの在り方そのものについて本分科会で検討すべきだということか。

(横山委員)

そうではなくて、介護給付費の抑制を目的とする今回の改正案が、軽度者の方々を給付体系の中にどのように位置づけていくのかを議論してもらいたいということ。

(山崎総務課長)

御指摘は全般にわたっていると受け止めている。介護保険法の改正法案は大枠を決めるものだ。持続可能性という観点から、ある面、厳しい内容も入っているわけだが、それが実際にどのような形で現実するかは、まさにこの分科会で御議論いただくことだ。我々も、お話をお伺いしながら、介護報酬や基準を制定していきたい。

分科会の審議に資するためにワーキンググループを設置するので、十分連携して進めていきたいと考えている。

(京極委員)

予防重視で法律も改正されるのは大変結構なことだと思うが、旧来の老人保健事業で行われる健康増進等と地域支援事業との住み分けはどう考えたらいいのか。

(三浦老人保健課長)

今回、地域支援事業を創設するが、新たな要支援、要介護者を生まないように十分な対応をしていこうという考えだ。

老人保健事業は、御案内のとおり施行後20年余りが経っており、その内容について見直すべきという御意見を介護保険部会からいただいており、それを踏まえて、専門家の御意見を伺いながら御議論していただいていた。結論としては、今後の老健事業は、介護予防に重点化していくべきだという御意見をいただいた。そういう意味では、介護予防に資するものについて、地域支援事業に移していくことになると考えている。

(大森分科会長)

介護保険が始まった後、介護予防に関する仕事をしてきた市町村の職員は、何となく隅に置かれたような印象がある。こういった方々について、今回の見直しで制度全体の仕組みの中に入ってがんばって頂きたいということもあり、市町村レベルの職員の方々をきちんと位置づけるという趣旨も一部入っていると私も聞いている。

(田中(滋)委員)

地域包括支援センターは、介護保険以外のサービスも視野に入れるとか、多職種で働くとか、それを運営協議会によってサポートするとか、大変いい試みだと思うのでうまくいくことを望んでいる。この資料のとおり実現したら大変素晴らしいと思うのだが、

実行可能性についてどのようにお考えなのか。

措置的なサービス機関になってしまうと困る。地域包括支援センターの職員の連携のあり方、研修、支援をどのぐらい考えているのか。

(香取振興課長)

地域包括支援センターについては、御指摘のとおり、実効ある形にしていくことが非常に重要であると考えている。

市町村側の体制が十分整わないとできないということと、無理に形だけ作ると行政権限が先行するような形で作られるので、ある意味で措置的で統制的なものになってしまうという可能性もあり、できるだけ市町村のスピードに合わせて作れるようにということで2年間経過措置を置いた。平成18年4月に間に合わなくても、時間をかけて作れるように考えている。それ以外にも、平成17年度予算の中で地域包括支援センター職員の研修や、どういう業務をどういうふうにこなしていくかという具体の基準よりはもう少し詳しいマニュアルのようなものもできるだけ早目に検討してお示しして、市町村が早目に準備に入れるようにしたい。

人員体制については、一応3職種を考えているが、こういったこともできるだけ市町村の実態に応じて実効的に動くような形で詳細なルールを決めていきたい。

(大森分科会長)

今の回答だとちょっと不安だ。今日は市長会、町村会の代表者は来ていないが、ちょうど介護保険制度が導入されたときに、いくつかの首長さんが人事配置について頑張った。今回の改正においても相当大事な仕組みができるので、そこへきちんと人を配置することが重要だということを市町村長さんにまずご認識いただかなければいけないと思っている。ご出席できなかった2人の首長さんにも議事録を通じて伝わるようにして欲しい。そのぐらい重要な問題だと思っている。

(田中(滋)委員)

行政権限の場になるのではなくて地域包括ケア実現のためのツールとしてうまく生きるように、我々研究者ももちろん応援しなければいけない。頑張っていたきたい。

(沖藤委員)

つい10年ぐらい前まで、日本人は医療好きの福祉嫌いだと言われてきた。福祉の世話になんかなるか人々は言い続けてきて、そこに介護という言葉が現れたことによって非常に人々の心が開いた。更に介護保険というシステムができたことによって福祉嫌いから、むしろ介護好きになってしまった。そこに今回の改正の趣旨があると思う。

なぜ人々が介護保険に心を開いたかということ、安心の道筋がついたということだと思う。措置制度の下、こういう状況になったらどこへ行ったらいいんだろうと不安を抱えていた人たちが、ケアマネージャーと繋がることで、常に軽度の状態から重度になったときまでの安心の道筋がついたということが、介護保険を人気にしたのではないかと思う。

介護予防に関しては、反論する人はいないと思う。皆それはいいと言うが、不安を感じている人が非常にたくさんいる。具体的に地域包括支援センターと言われて、イメージ図を見ても、なお私はイメージが湧かない。システムがなかなか理解できない。

現在、住民に対してどの程度の説明をしているのか。また、どういう形で説明しようとしているのか。介護保険導入のときは地域単位で集会を重ねて、自治会なども動いてやった。今回のこの改正について、どの程度市町村や老人会、自治会、女性のさまざまな会と連携を取って住民への説明を行っているのかお聞きしたい。

(山崎総務課長)

今回の改正は法律改正を伴うので、国会で御議論頂いている。確かに介護保険制度を作るときもいろいろな議論をしたわけだが、やはり政府として、まずは国会で御審議いただくことが基本になる。基本的には法律を審議していただいて国会の御意思が決まってからだと思う。市町村とは既にこれまで法案作成段階から会議を何度も重ねているが、確かにおっしゃるような必ずしも十分細部まで伝わっているかはわからない。6月、7月以降になると思うが、法案を成立させていただいた後には総出で説明していこうと思っている。

特に予防については、サービスを利用される方、提供される方、市町村で考え方そのものをだんだんつくり上げていくような作業は当然必要だと思っている。法律改正で済むようなものとは思っていないし、地域包括支援センターはまさに地域づくりの中でやっていかないとできないと思っている。これから夏にかけてとそれ以降が我々も本番だと思っている。

(野中委員)

在宅と施設のバランスという観点から居住費と食費の保険外の件が提案されている。本来、施設に入られる方々が在宅か施設かを自ら選択されている状況であれば私はまだ理解できるが、現在の状況の中で必ずしも在宅か施設を好んで選んでいるわけではない。いろいろな環境によってやむなくそれを選択しなければならない。そんな中で居住費、食費を保険外とし負担させるということは、本当の社会保障なのかどうか。もっと検討していただきたいと思う。

保険料の第4段階の方々に対して特に負担が多くなっている。老人保健施設あるいは介護療養型施設入所の約6割から7割の方が第4段階の方だ。その方々に、これだけの負担を一挙に課すということが社会保障として適切なのかどうかは引き続き検討すべきと考える。また、それが今年の10月から施行というのはどうも理解できない。

(山崎委員)

介護予防について、新しいサービスとして給付の対象にしていくとのことで、その報酬その他については当分科会の審議事項だということだが、スクリーニングのツールの問題や、介護認定審査会の問題といった具体的な部分は多分ほかの検討会、研究会で進められているのだろう。それらについてきちんと当分科会に途中経過なりを御報告していただけるのか。

それから、支給限度額については、この分科会で審議する事項なのかどうか。

地域密着型サービスの介護報酬は、市町村が弾力的な基準で決められるということであれば、全国統一のサービスと地域密着型の報酬なり基準なりの枠組みを当分科会で作るのかどうかといったことについてもお教えいただきたい。

また、平成18年4月に地域包括支援センターを作る市町村は新予防給付を即スタートするのだろうが、平成20年3月に地域包括支援センターを作る市町村は新予防給付をいつスタートさせるのか。平成18年4月の報酬改定でどこからどこまで動いていくのか、その辺のイメージをお示しいただきたい。

医療と介護の機能分担と連携強化については、法改正ではなく介護報酬の改定において必要な対応を行うと提示されており、介護予防の新予防給付も大事だが、特に重度者の更なる重度化を予防するという意味での医療と介護の連携が非常に重要だということだが、この約5年間で現場で新たな課題として発生してきたことだ。特にこの5年間、急性期医療の現場では平均在院日数が大変短縮しており、在宅の施設も医療ニーズの高い方が予想を超えて増えている。それに対して、今の支給限度額では特に要介護5などは対応できない。それから、訪問看護等も24時間のサービスをしようと思っても、なかなか今の報酬の仕組みでは使い勝手がよくない。重度者に対応した医療型多機能サービスだとか、居住系サービスが小規模になればなるほど外部サービスをきちんと使ってチームケアをするというのがあるべき姿ではないかと思う。外部の専門的な医療サービスを使う場合の報酬の在り方についても、この分科会で方向付けをしていただきたい。

(三浦老人保健課長)

スクリーニングを行う審査会での審査の方法、要介護状態区分の在り方について分科会に示すべきではないかということだが、これらについては、研究班を設置して専門家の皆様方に御議論いただいている。この研究班での成果物については、まとめ次第この分科会に御報告させていただきたいと思っている。

地域密着型サービスと当分科会との関係については、指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準は厚生労働大臣が定めることにしており、それを定める際にはあらかじめ社会保障審議会の意見を聞かなければならないということになっていることから、全体の枠組みはこの分科会で御議論いただくべきものと考えている。

(香取振興課長)

地域包括支援センターと新予防給付との関係だが、法律案では新予防給付を施行する時期は条例で定めることができるとなっており、新予防給付をスタートさせることについて、2年間の経過措置を設けている。

新予防給付のマネジメントは地域包括支援センターで行うということになっているため、地域包括支援センターの設置が新予防給付施行の前提になっている。したがって、地域包括支援センターを平成18年4月から2年間のうちに作っていただき、その時点から新予防給付がスタートするというのが法律案の内容だ。

したがって、地域包括支援センターを作った市町村から、新予防給付がスタートし、当分科会で御議論いただいた新予防給付の報酬体系や基準が施行される。それ以外の市

町村は新予防給付は施行されないので、現行の制度が続くことになる。2年間は市町村によって新予防給付が動いているところと、そうでないところがあることになる。

(大森分科会長)

そうすると、我々委員の役割は、新予防給付の介護報酬について検討し、新予防給付以外の介護報酬についても検討するということになるのか。

(香取振興課長)

基本的にはそうなる。例えば、新予防給付がスタートしていない市町村では既存の要介護認定の基準に従って認定がされるので、新予防給付に係る認定は行わず、既存のサービス体系の報酬にしたがって給付がなされることになる。

細かく言うといろいろあるので、また整理して御説明するが、既存の制度のまま走るところと新予防給付に移行しているところが2年間は並存するという形になる。

小規模サービスにおける、外部の医療サービスの適用等々の話だが、サービスのメニュー立てだとか基本的なスキームは法律政省令で規定されるので、そういった部分は制度論になるが、外部サービスをどのぐらい導入するかとか、それと報酬の関係がどうかというのは報酬や基準に関わることになり、当然当分科会で御議論いただいて決めるということになると思う。

(笹森委員)

市町村が実施する地域支援事業は、要支援、要介護になるおそれのある者が対象とのことだが、例として挙げられているのが転倒、骨折、栄養指導ということで、ある意味では身体面の例だ。

認知症については、痴呆予防教室といったことが随分一人歩きしたところがあった。そうすると、予防の範疇に痴呆が入るのではないかという声が聞こえてきたりしたが、痴呆は予防の対象に入らないということでよいのか。もし入らないとすれば、スクリーニングで要介護1と要支援2に分かれるところで対応されるのだろうと思っている。

地域密着型サービスについては認知症に配慮した支援というようなことが載っているので、こういうところは非常に評価できるし、すばらしいと思うのだが、予防の対象に認知症は入らないのかどうか確認したい。

(三浦老人保健課長)

老人保健事業を見直して地域支援事業にどのように再編していくかについて、専門家の方々に御議論いただいた際に、認知症については地域支援事業で対応していったらどうかというような御提案をいただいている。現在、どのようにすれば認知症のおそれのある方々に対応できるのか、専門家の先生方に検討していただいているところだ。

一般的には認知症の状態がかなり進んでいて、そのために予防を行うということについてご理解いただいたり、あるいは意欲を持っていただくということが難しいという方については、介護給付を受けていただくという枠組みを考えているが、一方で、例えば軽度の方でまだ御理解いただけるような状態にある方々については、この予防給付の中

でも日常生活に対応したいろいろなサービスは御利用いただけるものと考えている。グループホームを予防給付の対象として残しているのは、予防給付で対応すべき認知症の方もおられるという認識を持っているということ。

(漆原委員)

医療と介護の機能分担や連携というのは制度的にもう少し整理をされるべきであって、いつも介護報酬、診療報酬等のお金の話で機能連携を成し遂げるとするのは残念かなという感じがしている。

居住費、食費が保険給付の対象外になったということだが、この低所得者対策の部分が少し不十分ではないかと思っている。保険料の段階で第1段階から新第3段階に該当する者は世帯非課税ということになっているわけだが、そもそも保険料段階については、根拠になる年金収入が世帯単位で考えられている、一方、保険料や給付は個人単位になっている。

保険料の第4段階については、世帯収入が267万円あったとしても、例えば世帯のだけか1人がサービスを利用したら、その世帯の生活費はどうなるのかという心配がある。そういった意味で、少し低所得者対策が不十分かと思うし、現在の日本の世帯の考え方というのは非常にあいまいだと伺っている。世帯分離をすることによって随分状況が変わってくるということなら、時の流れに逆行しているように感じる。

住所を移して入る施設、居住系のサービス、あるいは保健医療施設について、不公平感が相当生まれてくることを心配する。一部負担の在り方や介護報酬で何らかの対応がなされるのかどうかはわからないが。

(山崎総務課長)

御指摘の点は、今回の制度改正というよりも元々介護保険制度にある問題で、世帯で考えるのか個人で考えるのかということだと思う。介護保険制度は、個人を単位としてできているが、その所得を把握する作業について、税の情報以外に更に追加的な所得調査はできない。そうすると、結局世帯非課税という一つの区切りを使わざるを得ない。そこに矛盾が発生している部分もある。我々も全部個人的な完全所得把握ができれば一番よいと思うが、税との問題があり、様々な対応をしているが、税の枠を乗り越えることは難しい。

世帯の分離という話だが、基本的にこれをどうするかというのは様々な考え方や判断もあるし、特別養護老人ホームの場合は、現行の取扱いだと概ね1年以上離れていると世帯分離できるし、医療機関でも医師の判断によって概ね1年以上離れていると世帯分離できる状態にあるので、我々はそれほど不公平だとは感じていない。これは住所地の問題なので、総務省にも関係する部分だが、長期にわたる入院もしくは入所の場合は、基本的には世帯を分けていくというのが今の取扱いになっている。

医療と介護の関係で我々の説明が悪かったかもしれないが、制度改正ではなく今回介護報酬でやると言っているのは、法律改正はサービスの大きな枠組みの話で、医療と介護の問題はサービスの内実の話になり、サービスの内実を定める報酬と基準はこの分科会で審議していただきたいということ。もう一つは、この問題は一方で医療保険の診療

報酬と非常に関係があるので、こういう場でお願いしたいという趣旨であって、決してお金で何とかしようということではなく、そういう分け方だということだ。医療と介護の連携は今回我々は大変大きなテーマだと思っているので、そこはしっかりやっていきたいと思う。よろしくお願いしたい。

(漆原委員)

世帯と個人については、現行の考え方で今はやむを得ないということだが、新第3段階の人たち、4段階になったばかりの人たちというのが救われる方法がもう少しあってもいいのではないかと感じている。

(木下委員)

施設と在宅の負担の公平性ということで説明されているが、どうしても施設でなければ介護できないという方々もいると思うので、そういった方々の説明がちょっと理解しづらいところがある。それから、本年10月から一気に負担が増えることは利用者にはかなり負担になるので、段階的实施ということが可能なのか疑問がある。

1年経てば病院でも老健でも世帯分離できるという話だったが、もともと介護保険ができるだけ在宅で生活するという趣旨をしている一方で、世代分離をしてしまうと、今度は在宅に帰るチャンスがなくなってしまうということにもなるかもしれないので、整合性について疑問を感じた。

(田中(雅)委員)

介護報酬の改定は、前回は収支の面から議論された。しかし、我々は、以前から言っているように、介護報酬の改定においては、質の確保という観点からも是非議論していただきたいと切に願っている。介護現場においては就労実態が大きく変化している。例えば、介護福祉士は既に40万人の方々が資格を取っているし、今なお資格を目指す方々も増えているというのが現状だが、40万人の介護福祉士のうち実際に現場で働いている方が6割程度であるという実態で、ある意味では非常に残念な事態になっている。

労働環境の実態もあるかと思うが、本当に大事なことは質の向上という観点であり、良質な介護労働力を確保するというではないかと思う。効率的で良質な介護労働力を確保するというは、結果としては効果的なサービスの提供に結び付くと思っているので、是非、質の確保という観点からも介護報酬の改定をしていただきたいと願っている。

(橋本委員)

認定審査会に関することだが、予防給付の対象なのか介護給付の対象なのかという分かれ道の部分が認定審査会としては大変重要な仕事だと思う。

その方法については今、研究会をつくって御議論なさっているということであるので、その結果を期待したいと思うが、今まで発表になった資料を拝見していると、認定審査会の委員の中に生活機能が判断できる委員を含めることが望ましいというようなニュアンスの表現があったように思う。認定審査会のメンバーがどのような人で構成されるか

というのは大変気になるところだ。どういうふうになっているかをお尋ねしたい。

それから、予防を大切にしていこうという考え方に反対する人は全くいないが、そのためのサービスをどう提供していくか。新予防給付に関しても、介護が必要にならないように、重度にならないようにするためには、サービスを継続的に利用できるということは極めて重要だと思うが、どうお考えなのか。ただ、今回の制度改正の趣旨、背景を考えると、継続的な利用は多分難しいだろうと思っている。そうだとすれば、地域で支え合ってサービスが提供されていく。皆で支え合って地域でしっかりと守り合っていくことが非常に重要になってくるはずであって、このことについて触れていく必要があるだろう。

予防給付の対象者のマネジメントは地域包括支援センターで行うとのことで、おそらく保健師が中心になってやっていくのだろうと思うが、本当にできるのか。業務量が多くなると思うので心配だ。

(三浦老人保健課長)

認定審査会のメンバー構成だが、現状は保健、医療、福祉の専門家の方々によって構成するというのが原則になっている。特に生活機能の専門家というのが世の中におられるわけではないので、保健、医療、福祉の専門家の方々に、生活機能に着目して審査をしていただきたいということ。

新予防給付を含めて予防的なサービスについて継続的に利用できることが重要だという御指摘だが、我々もそのとおりだと思っている。新予防給付についても、ケアマネジメントを通じてプランを作り、サービスの提供、利用によって当初の目標が実現できているのかどうか評価を行い、必要に応じて例えばサービスの内容を変更していくことになるので、状態により適合したサービスが継続的に利用できるという仕組みは重要だ。

そのために、例えば予防的なサービスの効果によって、要支援状態から非該当の状態になった場合でも、地域の中で支えていくということは極めて重要であり、地域支援事業などを利用していただきながら、再び要介護者になることを防いでいくことができる仕組みにしていきたい。

(香取振興課長)

地域包括支援センター設置の趣旨だが、御説明したように、自立の状態から要支援までについて連続的なマネジメントができるようにということと、軽度者の場合には介護保険のサービスだけではなく、それ以外のさまざまな地域資源を活用して支えていこうということ。その意味から、介護保険を超えた地域全体でのマネジメントという視点が必要である。

逆に言えば、それを現在では、全部ケアマネジャーや介護保険のサービスで抱え込もう、あるいはやり切ろうとしているところにさまざまな問題が生じていると認識しており、そういう意味では地域全体でマネジメントができるという意味において地域包括支援センターが公正、中立な立場からマネジメントするという視点が必要だろう。

個々のマネジメントの場面でもそういった介護保険を超える部分が出てくるので、そこをサポートするため、ケアマネジャーの支援という意味で地域包括支援センターがサ

ポートするということもある。地域包括支援センターにはケアマネに関してスーパーバイズできる主任ケアマネを配置することを考えている。予防についてのマネジメントについては、そういう観点で制度上は地域包括支援センターが行うということにしている。また、地域包括支援センターが行うマネジメントの事務の一部を現場のケアマネジャーさんに委託できるようにしようと思っている。簡単に言うと、予防の部分についてはいわば介護保険を超えた部分のマネジメントも一体的に行うという視点が必要だろうということで、そういう意味で言うと地域包括支援センターの保健師、スーパーバイザーとしてのケアマネジャー、現場のケアマネジャーとの一種の共同作業という形で、軽度者に対するマネジメントが行われるということ。

(橋本委員)

認定審査会の機能について、要介護認定だけだったらよいが、どういうサービスを使った方が適当かという意見まで述べるのだとすれば、それは認定というよりもニーズを判断していることになるので非常に重要になってくる。

認定審査会の委員の方について、生活機能についての判断について期待されているようなことができるだろうかと聞いてみたが、無理だと言っていた。

予防給付の対象なのか、介護給付の対象なのか、その判断をしていく作業が的確に行われることを願っている。

(三浦老人保健課長)

予防給付の認定については、生活機能や要介護状態の回復の可能性の有無を勘案して、回復の可能性が高い方については予防給付の対象者になると考えている。

例えば個別の要支援者について利用することが適当なサービスを認定審査会が決めていくということではなくて、基本的には利用するサービスについては、今の介護給付のケアマネジメントと同様、利用者の意向も踏まえながら、最終的にマネジメントにおいて決めていくということなので、基本的には認定審査会が筋トレを強要するというようなことはないと考えている。

新しい予防給付対象者のスクリーニングについては、認定審査会にとっては新しい業務になるので、市町村でモデル事業を行い、改善すべきことは改善していきたいと考えている。

(山崎総務課長)

補足だが、我々が出している文章で「生活機能を評価できる人」という表現はなかったと思う。評価項目を加えて、そういう観点で評価をお願いしたいという趣旨で、新たな人を置くことを考えているわけではない。

現行制度においても、認定審査会はサービス提供について意見を言えることになっている。これは制度創設当初に、要介護認定だけではなく、例えば医療系サービスが必要だとかいった意見は審査会からもはっきり出すようにすべきとの議論があった。介護予防についても、個別サービスについてまでは意見を述べることはないかもしれないが、予防的なものを重視すべきかどうかといった大きな方針については、現行制度において

も審査会に求められている一つの機能ではないかと思う。

(遠藤参考人)

介護保険制度改革に伴い、予防給付などを取り入れて給付を抑制するという方向性が出されたことは結構である。2010年代になると、医療給付、介護給付ともに急増すると思っており、今回の介護給付費分科会の議論は非常に重要な意味を持っていると思う。

したがって、介護保険部会との共通テーマとして、制度の持続可能性を担保する方向性での議論を、当分科会でも続けていきたいと思う。経済との整合性を確保するという点を重視していく必要がある。

前回の改定で、施設から在宅へという方向性で見直しが行われたと認識しており、今回も引き続き同じ視点は重要だろうと思う。医療保険においても在宅への流れというようなことを確保していくことも非常に重要である。

食費、居住費について意見が出たが、我々としては年金給付と重複している部分があり、社会保障全体としての改革の一環という観点からは、やはりこの改革は避けて通れない。政府の方針については内容的にはまだ少しどうかという点は幾つかあるが、基本的には賛成したい。

これは要望だが、要支援2の人数がどれくらいになるかということも含め、検討の内容を是非この分科会にも御報告をお願いしたいと思う。その人数次第によっては、今後の給付の伸び等に影響してくると思うので、是非御検討をお願いしたい。もし今何かお手元にそのようなものがあれば、お示し頂きたい。

(三浦老人保健課長)

認定審査会の審査基準等については、今まさに検討していただいているところだが、基本的な考え方について専門家の委員会で中間取りまとめが行われている。その報告によると、認知症の高齢者の自立度を一つの指標にして考えると、現在の要支援、要介護1の中で、例えば自立度Ⅱを一つの指標にすると、Ⅱ以上の方は現在2割程度おられるというような数字が示されている。

ただ、それをそのまま今回の選定の基準に使うかどうかということなどについては、現在検討いただいているところだ。

(見坊委員)

第2期ももう半ばを過ぎて、第3期は目前だ。約5年間経って、ようやく高齢者の間でも介護保険の姿が見えてきたという状況ではないかと思う。これからが制度が定着するか否かの瀬戸際になっていくのではないか。保険料を例にとっても市町村間で格差がある。北海道の鶴居村が一番高く、第5段階の人は月に約9,000円を負担しており、一番低い山梨県の秋山村の第1段階の人は1,000円未満の負担である。現在、市町村合併でどのようになっているのわからないが、これが第3期には多分、高い場合は1万円を軽く突破していくことになると思う。

そういう状況なので、この介護保険財政を効率的に、合理的に、しかも公正に運営するという事は非常に重要だと思っている。今の介護保険の方向性は間違っていないと

思うのだが、これから被保険者の範囲の拡大については、附則の中で含みのある表現で規定されているが、その方向で是非進めなければならないと思う。方向性はいいのだが、実際にそれが可能かということはいろいろと議論があると思うが、この点は各市町村の実態に合った、そして地域の高齢者も納得できるような介護保険制度の運営を是非お願いしたいと思っている。

最近の新聞報道は、介護保険に関わる不正事件等、いろいろな問題が大きく取り上げられている。それによって、非常に貴重な財源が無駄に使われているというような印象を受ける。確信犯的であり、いかに事後規制を強化しても防ぐことはできないだろう。県を変えて同じ事業者がやっているというようなこともある。

いろいろな問題があるが、事後規制ではなくて、事後の処罰であるべきで、場合によってはきちんと取り消す。そして関係者は二度と指定を受けられないぐらいのものであるべきだと思う。被害を受けてから規制するのは問題があり、むしろ事前のチェックといった点についてもう少しきちんとやっていただきたいと思う。

それから、規制緩和ということで、だれでも自由に参入できるという仕組みになっているわけだが、そうであるならば、指定を受ける方々の自己規制、自己管理、をはっきりしなければいけないのではないか。官に規制の緩和を求めるのであれば、自分たちで質のよいサービス提供を実現するという一方で、専門の組織がそれぞれもつときちんとした人事規定と自己管理、自主規制を明確にして、利用者に、自分たちのところはこのような形でサービスを行うということを示していただきたい。それにより初めて、選択の自由も成果を上げるのだろうと思っている。

(木村委員)

介護支援専門員が法の中にきちんと位置づけられたことは、とてもよいことだと思うが、その所属する事業所の経営実態が今回ポイントだと思う。

公正中立にきちんとやっていくためには、やはり自立した事業所の運営が必要だ。それが、併設なのか、構造的独立なのかということは賛否両論あると思うが、問題なのは機能的、経済的に独立し、また構造的にも独立していなければだめだと思う。

経営実態調査については、調査項目が決まって動かせないのであればしかたないのだが、我々が見ると、ほとんど母体施設が併設事業所の家賃や光熱費を全部負担している。なので、その部分が、完全に独立して経営したきにどれぐらいの経費になるのかという分析の仕方をしていただきたいと思う。

また、現在、独立型と言われているところも、よく収支を見ていくと、どこからかお金が入って何とか経営しているというような状況も現場からは聞こえてくる。せっかくこれだけの調査をするわけなので、どこかの研究班というのではなく、この場でその実態を明らかにして、本当にこの制度をきちんと運営していくために介護支援専門員の機能を発揮できる環境づくりをお願いしたいと思う。

(花井委員)

要介護認定、1人当たりの給付額に相当大きな地域差が出ており、それがますます拡大しているのではないかとと思っている。地域密着型サービスで、市町村が独自に上限の

範囲内で報酬を決めるということになっているが、そういう市町村、あるいは県ごとの格差をどう見ていくのかということが、介護報酬に大きな影響を与えると思うので、是非その辺の資料を提出していただきたい。

介護報酬の単価を検討するに当たっては、やはり施設もまだまだ問題があり、例えば身体拘束の問題だとか、金銭管理の問題だとか、本当に入っている利用者の人権が確保されているのかどうかとか、まだまだ私どもの調査でも危うい実態が見えている。9割近くが認知症の方だと言われているので、その辺のことも合わせて判断材料として提出していただけたらと思う。

働いている人の雇用、労働条件がどうなのかということもサービスの質に大きく影響すると思うので、その辺の実態調査も是非ともお願いしたい。

医療と介護の連携強化ということが強調されているが、今回は6年に1度の介護報酬と診療報酬の同時改定である、中医協でも診療報酬の見直しが夏以降に行われるかと思うが、共通するサービスや、医療と介護の関連する報酬の在り方はどこか検討する場があるのかどうかということを最後に質問したい。

(山崎総務課長)

最後の御質問については、現在中医協の在り方を含めて検討していると聞いているし、我々も今回、介護報酬、診療報酬の同時改定の初めての作業なので、両者の連携も考える必要があるとは思っているが、どういうスケジュールでどういうやり方があるかというのは少し考えながら、御相談しながら進めていきたいと思っている。今の段階では、まだ具体的なイメージを持っていない。

(井形分科会長代理)

制度創設時に、予防給付が介護保険に取り入れられたことは高い評価を受け、予防に給付が開始されたというのは大きな出来事だったが、私が強調したいのは、利用者からそっぽを向かれたら、何にもならないということ。要支援ができたときもこれでサービスが受けられると喜んだ。今度の場合は、若干、新しい訓練が義務として課せられるというイメージがある。例えば筋力トレーニングなどはオリンピック選手が汗を流して厳しいトレーナーが控えているというイメージになる。だから、例えば、にこにこ体操とか、行ってみようかなと思うようなことをやらないといけない。

理論的には正しいことをやっているが、肝心の利用者に行きたくないと言われたのでは元も子もない。したがって、いろいろな用語もこれから提案していこうと思うが、行きたいなというムードをつくるよう努力していただきたいと思う。

○大森分科会長より閉会の宣言。