

社会保障審議会 第13回介護保険部会議事録

- 1 日時及び場所：平成16年5月14日（月） 15時から17時
東条インペリアルパレス5F
- 2 出席委員：貝塚、上田、野中、市川、漆原、小川、喜多、木村、京極、見坊、潮谷、
田近、中田、永島、秦、花井、矢野、山崎、山本の各委員
大村委員は欠席
- 3 議題：その他の論点

○渡辺企画官より資料に沿って説明。

○上田部会長代理より提出資料に沿って説明、以下補足説明。

（上田部会長代理）

介護予防の在り方について、高齢者リハビリテーション研究会においてもいろいろと議論したので補足的に意見を申し上げたい。

従来は要支援者に限られていたものを軽度の要介護者にまで広げるという新たな予防給付は必要であるし、それによって内容を再構築し、その中で在宅介護支援センターの役割を重視するということは基本路線としては我々の研究会での議論と一致する。

ただ、資料にあくまでも一つの例として御調町の例が載っているが、介護予防という言葉が非常に多義的に使われているので誤解を招く恐れがある。この御調町の例で見ると、要介護認定申請者に対して介護予防のアセスメントを行いプログラムを行うことが主な流れになっており、自立高齢者等は介護予防アセスメントの対象にはほとんど考えられていないのは問題ではないか。要介護認定を待って対応するということも必要だと思うが、要介護認定を申請する前からの予防が重要で、本来なら一般医療や在宅介護支援センターや行政が危険性の高い人を早期に発見して、早くから手を打つことが大事。

○漆原委員より提出資料に沿って説明、以下補足説明。

（漆原委員）

我々は介護老人保健施設で提供する在宅サービスから施設サービスまですべてを一体的な在宅ケア支援のためのサービスに位置付けた上で、現行のサービスを少し見直していただければと思っている。介護保険法施行後、今までサービスを提供してきた事業者として、更に効果的なサービスを提供するためにこれらの提案をさせていただく。

○潮谷委員より提出資料について説明、以下補足説明。

（潮谷委員）

介護保険については制度の安定的運営と持続可能性の確保が大前提だ、見直しに当たってはこの点を十分配慮することが大事だと思う。

それから、社会保障制度全般にわたるバランス、制度全体から見た世代間・世代内の公平性の確保に配慮するとともに、本部会あるいは地方の意見を十分に尊重して見直し案への反映を図られたい。これは全国知事会から本部会に対して介護保険制度の見直しについ

ての要望だ。

それから、これは知事会の中で出てきた話ではないが、痴呆という言葉について、厚生労働省内では恐らく検討が進められていると思う。私案だが、老人性脳機能低下症候群、あるいは老人性脳機能低下機能障害というような使い方が適当ではないか。何となく最近、厚生労働省内の使い方の中で廃用症候群とか、引っ掛かる言葉が出てきているので、提案させていただきたい。

○永島委員より提出資料に沿って説明、以下補足説明。

(永島委員)

前回から、要支援や要介護1など、軽度の方についてのサービスメニューの見直しがずっと論議されていたが、痴呆の人について同じ議論がされるということに少し不安を感じていたので、今回意見書を提出させていただく。

痴呆介護の中で、初期には介護者は痴呆の人の状態について戸惑いを感じ、痴呆を介護者自身も否定する感情を持っていて、少し本人の症状が進むとそれに巻き込まれて混乱、怒り、拒絶というような時期があると言われている。この時期に一番ストレスがたまり、先の見通しのなさとか、家族や親戚とのトラブル等をきっかけに追い詰められて虐待が行われているという実態が出ている。

このような深刻な事態を避けるために、初期にこそ十分なサービスを利用することができるよう、特に配慮をお願いしたい。痴呆が進むに従って介護はだんだんあきらめや割り切りが段階を通過して、本人の体が非常に弱り寝たきりになると、初めて優しくなって受け入れる時期に至るとされている。

参考までに、このアンケート調査においては、介護期間は3年から6年の人が42%、7年から10年が28%、10年以上が16%で、最も長い人で21年という方がいた。厚労省で高齢者虐待の調査をまとめられて社会的な問題となっているが、このような家族介護者支援の充実を図ることによって、介護される人と介護する人をトータルで見て支援するという考え方に基づく外部支援メニューをつくっていただきたいと望んでいる。

(木村委員)

申請代行の範囲を限定してはどうかという意見があるが、申請代行は介護サービスを必要な方に結びつけるという意味で重要であり、申請代行の範囲は現行のままにすべき。むしろ認定調査の委託を廃止認定調査の質、認定審査会の精度を上げていくということではないか。

資料の「介護予防サービスをめぐる具体的な論点」で、イメージがわからないので確認したい。自立者に対する介護予防は別途考えるとして、要支援、要介護度1の給付は介護保険から出す、ということなのか確認したい。

ケアマネジメントは資料を見ると、市町村が主体的にということだが、在宅介護支援センターの相談員がやるのか、それとも介護支援専門員をそこに所属させてやるのかとか、イメージがわからない。

お答えをお聞きして、全国の介護支援専門員の意見を集約して我々の考え方を出したいので教えていただきたい。

(山崎総務課長)

事務局としては今回の資料として論点を示しており、みなさまの御意見をお聞きした上でまとめたいと思っている。是非ご意見をいただきたいというのが今回の趣旨だ。

(見坊委員)

我々は、要介護認定を受けた会員の方々ができるだけ自立するように、地域の中で支えていきたいと思っている。介護予防とは、介護保険のお世話にならないようにしようということ。

最近新聞そのほかテレビでも取り上げられて、筋力トレーニングは非常に目に立ってきた。我々としては、地域で誰もができるスポーツの普及等を通じて、体力向上が一番大事だと考えている。体力のうちの一つが筋力である。筋力トレーニングについては、リハビリテーションの専門家が診断し、きちんとしたプログラムに従って3か月間行くと効果があることは発表されている。しかし、一般のスポーツジム等で似たようなことをやっており、中にはそれによって逆に障害が重くなったという事例も出てきている。

前にも申し上げたが筋力プログラム、筋力トレーニングはリハビリテーションとしての位置付けを明確にしていきたい。

(京極委員)

虚弱という概念があるが、介護保険ができて虚弱の中のある部分は要支援ということになり、ある部分は介護保険の対象から外れた。

通常、介護予防というのは予防給付を受ける者だけを言うのではなく、それ以外の虚弱で要支援の判定も受けていない人たちの介護予防は非常に重要であり、川崎市などは要支援にならないためのプランを組んだりしている。それは保険でやっているわけではなく、今まで福祉や保健サービスの中でやっているもので、市町村の取り組みとしてはとても重要だ。市町村のいろいろな取り組み、ボランティアや老人クラブの活動を含めて介護予防サービスと見るべきではないかと思っている。

(山崎総務課長)

今回の提出資料では、介護予防サービスの対象者を少し狭い感じで書いているが、介護予防の対象者は自立の方、いわば予備群も含めた介護予防サービスの広い概念だと考えている。

(秦委員)

要支援と要介護度1だけではなく、虚弱老人も含めて介護予防をやっていかないといけない。介護が必要になってくる段階ではためだ。やはり生活する意欲を失っていく段階を大事にしていかなければいけない。

コミュニティ参加によって意欲が増していくと思う。体力とか筋力とか栄養とかというよりも、総合的にコミュニティの中で生活していくということをもう少し強調してほしい。

「痴呆」という言葉については、早急に見直して新しい言葉を普及させてほしい。

(矢野委員)

介護保険の制度の見直しをする場合、医療、年金というように、社会保障全体の中でどうあるべきかということについていつも考えておく必要がある。

介護予防についてはその基本的な考え方として示された点は非常に大事だと思う。取り分け民間サービスと地域の活用で、多様なニーズへのきめ細かな対応が可能になるだろう。高齢者が生き生きと暮らせるためには、生きがいや、健康づくりといった地域での取り組みを活用していくことが大事。

保険給付の対象となるサービスは、要介護状態となることの防止・軽減に役立つものと考えたらいいのではないかと。また、保険給付を限定して介護保険サービスに付加して保険外のサービスを利用した場合には、費用の特別徴収ができるような仕組みもあっていいのではないかと。

介護サービス体系についてだが、地域独自のサービスを提供する場合にも財政責任と運営責任を一致させることが重要。そういう意味では市町村独自のサービスについてどうやって財源を確保するのかという課題があるわけだが、財源確保の御努力を市町村にお願いしたい。

第三者評価を効果あるものにするためには、利用者にわかりやすく、事業主の負担も軽い簡単な仕組みが必要だ。在宅サービスだけではなく施設についても情報開示を進めることで、施設サービスの標準化も促進されるだろう。行政が介入するよりも、情報開示や第三者評価によって質の問題が論議されていくことが長い目で見てサービスの向上につながるだろうと思っている。

多様な主体が介護サービスを提供して利用者が選択するという制度の趣旨を考えると、構造改革特区以外でも施設サービスへの株式会社の参入といったようなことも検討課題としてはどうだろうか。

(小川委員)

施設と医療との関係が欠けていると思う。

社会参加の支援がクローズアップされてきており、施設か在宅かではなくて、介護サービスか社会参加かという視点が重要。そういう意味で、在宅介護支援センターが今地域で求められている機能としては社会参加の問題がとても大きいと思っている。就労の問題、住宅の問題、虐待の問題等があるが、こういった問題の相談機能をどこが果たしていくかということで、今日の資料にある総合相談支援というのは対象が非常に広がってくると思っている。そのような対象業務の拡大も考慮する必要があると思う。

サービス体系についてかなり整理されて資料が出ていると思うし、地方分権もかなり進んだと評価している。ただ、保険者に聞いてみると、国がこう言うから、国がこう決めたからということがとても多い。保険者には自分たちの地域性に合わせた取り組みができる裁量を確保することも重要だ。

住宅問題については、高齢者の場合は住宅よりも施設のイメージをずっと引きずってきて、やっと「住まい」の考え方が作られてきたと思う。安心を担保するのにある種の規制をかけてきたが、果たして今までの規制は本当に必要だったのかということも考えていた

だきたい。例えば、特別養護老人ホームの廊下の幅、機械浴の設備等については徐々に整理されてきているが、今後住まいの規制を考えるとどこまで国の関与が必要なのかも考えていきたい。

介護さえ付いていれば安心というわけではない。私が神奈川の地元で活動をしている中で感じるのは地域との一体感だ。安心を確保するには、地域コミュニティの中で生活することが重要かと思う。また、家族が家族でいられる距離をつくるという点においても、在宅介護支援センターが大きな役割を担っている。

情報の標準化については、私は今回の評価は介護保険にお任せではなく自分たちの責任でサービスをつくり、そして運営していくことが国民全体に突き付けられたものだと思え、市民が参加して評価するシステムを市町村あるいは都道府県でつくっていくべきではないかと思っている。

(田近委員)

今日はいろいろな論点があったが、正直スピード感がない。介護保険の第1期が終わり、給付はものすごく伸びている。そして、平成15年度の初年度から財政安定化基金から借入れている保険者が170もあるというような状況だ。やはり財政的にこういうふうになると、総量としての介護保険の公費負担を減らさなければいけないのではないかと。減らすとすると、要支援と要介護度1が金食い虫だから、ここを減らせばいいじゃないかという議論になっていってしまう。

それはここにいる人はだれも賛成しないし、本末転倒だと思う。一体膨れ上がっていく財政をどうするのか。財布の中のお金を考えなくていいのなら、それはいろいろな夢も語れるが一番危険なのは結局そのような議論で時間を使って、非常に重要である介護予防といった部分が財政の議論で押し切られてしまう。単にこれを財政的につじつまを合わせるためにカットだということになったら実もふたもない。

ケアマネジメントも重要で、筋力トレーニング、栄養プログラム等々と組み合わせていく中で予防給付をつくることができるのか、あるいは市町村が独自のサービスができるのではないかと、ということが書いてある。それはいいことなのだが、要支援、要介護度1の人に対する予防のメニューをどう組み替えていくのかを本当は早くやらないといけない。金はないわけでそこで押し流されてしまう。いろいろな利害関係があって、皆がいがみ合っているうちに結局は予算の論理で押し切られてしまう。

我々がやらなければいけないのは要支援、要介護度1の人に対する予防をどういう形で組み替えていくのか。その意味で、介護サービス体系の見直しというのは非常に興味深い。この辺を核として要支援、要介護度1の人に対するメニューを変え、それが結果的には給付費の増大に歯止めをかけることができるという議論をしないと、我々は結局財政の理論に流されてしまうという危険を感じる。

(山本委員)

どうしても介護が必要な人とリハビリでちゃんと元気になる人を区分すればいいと思う。リハビリをやることによって介護へ入ってこない人がいるということは当然言えると思う。

我々の調査では要支援と要介護度1の人は3年間ほとんど要介護度が変わらない。この

3年間分をまとめて調査した結果そのような結果が出ている。前回も言ったが、要支援は廃止すべきだ。

給付の適正化と私どもは常に申し上げており、今の財政状況では市町村にあれもやれこれもやれと言っても到底受けることはできない。今年の私どもの予算編成も苦渋の編成をした。特に町村レベルの弱い財源力ではこれから新たな需要に応ずることはほとんどできない。したがって、今度の計画を立てる場合には適正化をまず考えて、新しくどうしてもやらなければならないものを限定してほしい。

市町村合併が行われているが合併しようとする市町村長が私のところに来て、いろいろ話をすると一番問題になるのは介護保険料だ。広域連合についても、広域連合に残った方が介護保険料が安くなるか、あるいは脱退した方がいいのかということが議論の対象になっていて、介護保険の保険料が高くなるなら脱退して独自でやろうという考えが非常に多い。あまり保険料が高くないような方法で新しい案は考えるべきだ。財政状況が好転する可能性は今のところ全くないと思うので、今度出される案については十分市町村が耐えられる財政力の範囲内の適正化の案を考えてほしい。

(山崎委員)

介護予防については新たな予防給付を設立するという事なのか、それともどこまで保険給付でみるのかという問題提起をしているのか。市町村にはヘルス事業が別枠であり、主にそれは保険者や市町村の保健師等が行っている。ヘルス事業の介護予防と、この資料にある介護保険の予防給付の連続性や仕切りはどうするのか、もう少し明らかにしていただきたい。

ケアマネジメントについては、介護予防のケアマネジメントと、給付サービスのケアマネジメントと、障害者のケアマネジメントがそれぞれ分立するのはいかがなものだろう。やはり予防から重度化まで連続的な視点できっちりケアマネジメントができるように、一本化や質の向上といった議論を是非次回はしていただきたい。

介護サービス体系の見直しにあたっては、ゴールドプラン21も含めて基盤整備がどこまでできているのかという検証を一度やっていただきたい。特に基準該当サービスで、多様なサービス事業者を既に包含しており、それらとの関連で基盤整備がうまくいっていない訪問看護サービスなども、基準該当やその他ということで少し拡充をしていただけるのか。また、ポストゴールドプラン21についても検討の状況をお示しいただきたい。

財政制度等審議会の「17年度の予算編成の基本方針」が発表されているが、給付費の総額について中期的な数値目標を設定するということや、介護保険で利用料の負担を3割に上げるといったことが提言されているが、本部会として財政審に何らかの態度表明をする必要はないのだろうか。

(花井委員)

介護予防についてだが、対象者を要支援・要介護度1に相当する者とする事自体はいいと思うが、もし介護予防を受けたくない、従来どおりのホームヘルプのサービスでいいんだというように本人が主張した場合どうなるのか。介護予防もちろん大切だが、生活支援が必要な方もいると思う。