

(矢野委員)

範囲拡大の問題につきましては、一貫して極めて慎重に対処すべきと申し上げてきました。やはり、これまでの議論を振り返っても、両論併記という形ではなく慎重論が多数ではないかと思います。もちろんこういう意見もあったと書くのはいいと思いますが、慎重であるべきとまとめるべきだと思います。

それから、今後の論議ということが書いてあります。議論いいと思いますが、単に国民負担だけという観点ではなくて、制度の安全性からの幅広い視点での論議が必要だと思います。

現在の制度は、それなりに定着してきている状況にある。今これを変える状況にはないと思う。こういう状況の中で20歳代や30歳代の世代に広げることについては到底理解が得られないのではないか。制度の安定性という観点から言ってもそうだと思います。

障害者福祉施策との統合の問題につきましては、若年障害者には多様なニーズがあるわけで、これが介護保険制度の枠組みの中で機能できるか、はなはだ疑問に思っております。まず今、行われている支援費制度の中で改善することが最初ではないかと思います。

(秦委員)

利用者の中の立場から考えてみると、あるいは障害者の立場から考え直してみると、厚生労働省は基本的にはもっと蛮勇を振るってこの問題に取り組んでほしい。こういう人たちが我々の仲間であるということははっきりしていますから、介護保険の中に組み入れて、彼らの存在を引き上げて高齢、老化に伴う障害に限らず障害そのものが普遍的であるということをもう一度考え直してやってほしいと思います。

(花井委員)

積極的立場から意見を述べさせていただきたいと思います。この議論というのは、介護保険ができたときに今後の検討課題として法律に明記されていることだと認識してまいりました。ですから、何らかのまとまった意見を出すということを願っていたのですが、積極的、消極的となったのは残念だという気持ちでおりますが、現実ですから、皆で議論していくという方向については賛成したいと思います。

幾つか疑問点を述べたいと思います。例えば、ケアマネの問題も今、既に65歳以上の障害者が、ケアマネジメントを受けてケアプランを持って介護保険のサービスを受けている。ですから、そこがどうなっているのか議論されなかったという意味では議論不足、資料不足だったのかなとは思いますが、現実にはそういうことが行われている。

それから、40歳以上の方は保険料を払っていて15疾病以外は何もない。もしこの制度をこのまま続けていくとすれば、40歳以上の障害者は保険料を取ってはいけないのではないか、そのことをどう考えるのか。

それから、今の障害者の施策がそのままでいいのか。精神障害が何もない状況でいいのかということも、考えていかなければいけないと思っております。ただ、たくさん課題がありますから、その意味で拙速に実施するのではなく、慎重に障害者の意見を聞いて施策を進めるべきだと思います。その意味で慎重という言葉を使いたいと思います。

それから、介護保険と障害者支援費の統合という言葉が使われますが、今まで高齢化に伴うものしかサービス給付されなかったものを、介護が必要になったすべての人に給付するという意味で、介護保険を普遍的な制度にしていくかどうかは今回の見直しの論議だと思っております。

(小川委員)

私は、積極的にというふうに意見したものです。そもそも介護保険も尊厳を持ってその人らしくどう生きるかということがベースにあり、高齢者の問題だけではないと思います。だれもが障害にならないから障害者の問題は別という話ではない。現実的には地域の中で、ともにどのように暮らすかという地域ケアの視点で見なければいけないのではないかと。

介護保険が始まってサービス基盤が整備されてきたことは事実です。そして、ニーズが掘り起こされた。それに比べて、サービスがなくて使えない人たちがいることが埋もれていると思います。地域の中でともに暮らすという観点から、もっと積極的な意見で書いてほしいと言いました。障害者問題もこの委員会にまとめの意見では積極的な意見もしっかり書き込んでいただきたいし、そのデータは提供していただきたいと思っています。

(中田委員)

私は、介護保険制度と支援費制度は一本化するという立場です。財政の問題で議論をされている面が強いわけですが、やはり障害者福祉をどう高めていくかも大事な視点でして、今の縦割りによる弊害という視点も議論していただきたいと思っております。

年齢差だとか障害別に制度をつくることによる弊害もあるわけですから、年齢とか障害別によって起こる生活支援は異なる制度でやるべきではないと思います。国民が様々なライフステージに直面する生活課題というのは、やはり包括的あるいは総合的な制度設計された形の中で実効的に対応すべきと思っており、一本化の方向で御検討いただきたい。

もちろん時期の問題はあります。障害者のケアマネジメント体制は全くできていない。それから、応納負担から応益負担になることによる低所得者対策だとか、様々な難問は山積しているわけですから、検討期間を十分設けて、よりよいものにしていただきたい。

(見坊委員)

現に65歳以上の高齢者には障害者が非常に多くおられるわけです。支援費制度と介護保険は重複しては受けられませんが、両方のサービスを受けるということを現実に行っておりますので、更にいい方向にお願いしたいと言ってきたわけです。40歳以上の障害者の方

は、大体支援費制度の対象でしょう。しかし、その中には精神障害者、そのほか漏れている谷間の方がおられるわけです。20歳に年齢を下げてはどうかということも大きな問題がありますが、まず40歳以上のところを一体どう考えるのかということが1つある。

老人保健福祉審議会は障害者問題も検討したわけですが、年齢の範囲で議論になったので、障害者福祉の立場で論じたわけではなかったのですが、最終の報告ではっきりしなかった。しかし、介護保険制度の諮問案の中で、厚生省ははっきりと障害者プランに則して引き続き充実を図るものとするという書き方で諮問をされたわけです。これに対して審議会の答申は、その通りになってませんで、障害者福祉の充実を図りながら慎重に検討すべきということで、諮問された厚生省の事務当局案と審議会の意見とには若干違いがある。

今回の審議として出された内容は、事務局としては非常に苦心をしておられると思います。これは障害者サービスをこの介護保険においてどう位置付けられるのかできないのか、ストレートに出すことなしに被保険者受給者の範囲の中においてこれを論じようとしているので、非常に無理があります。しかし、出し方としてはこういう問題提起しかできないのかなと思っているわけであります。居住の問題がある、教育の問題がある、リハビリテーションの問題がある。これは高齢者の介護の問題で我々が論じているよりもっと深い幅の広いものがあります。その中で、介護保険制度という表現も障害者の方になじむのかということになりますから、障害者団体の中でも意見が積極、消極、あるいは慎重と分かれているという状況です。

そういう中、財政の視点だけでは論じてはならないとは思っておりますが、財政抜きにこれは解決しないだろう。あらゆる福祉の課題を解決しようというときに、やはり財政の問題が大きく立ちだかっております。これをどう突破するかということがありますので、その点で介護保険制度は一つのフロンティア的な役割を果たしているのだらうと思います。

その中で、障害者の問題を、統合という言い方は問題がありますが、解決の方向が見出せないだろうかと思っておりますし、高齢者の立場として、門戸を閉ざすべきではないと思います。現在の介護保険制度をどういうふうにドッキングできるかということはかなり慎重に議論をして、障害者の方々が不安を抱かないような形で、できるならばドッキングするという方向であろう。しかし、介護保険制度だけでは障害者の福祉は解決しないことは明らかで、事務当局はどういう展望を持っているのか示していただき、議論できるような材料を提供をしていただきたい。

ここで議論するのもしるることながら、障害者部会が積極的に何らかの方向づけをしなければ、門戸を広げましても、いろいろな問題が発生すると思うわけです。

(野中委員)

確かなにさまざまな意見はあるとは思いますが、この制度を支える方と受ける方はいつも表裏一体だと思います。そういう面で、持続可能な制度として考えるということは必要だと思いますし、見直しに対しても賛成ということとはできないけれども、日本医師会とし

ては評価しているということを御理解いただきたいと思います。

(中村老健局長)

被保険者受給者の範囲については、障害部会との審議の関係もございまして、当初からの政策課題である。また、7月13日に障害者部会の方で障害者ケアについては介護保険制度の仕組みを活用することは現実的な選択肢の一つとして広く国民の間で議論をしてほしいという見解が取りまとめられました。これまでの経緯と問題の所在と、本日の御議論でも積極、消去分かれておるわけでございますが、審議状況をまずお取りまとめいただいて、広く国民の方の議論をするということの材料にこの部分をしていただいた方がよいのではないかと判断で報告書案を取りまとめたわけでございます。

(貝塚部会長)

それでは、後半の部分ですが、制度見直しの具体的内容に移ります。

○渡辺企画官より資料4に沿って説明。

(矢野委員)

最初に、市町村事業の位置付けについて申し上げます。要支援あるいは要介護状態になる前の状態を対象にして、市町村が公費で行っている事業を保険制度内の事業として位置付け直すことについては、市町村の独自財源ならばよいが、介護保険の財源を使うことには公平性などの観点から慎重であるべきだと思っております。介護予防システムが介護費用の抑制に効果を発揮するには時間が必要で、効果の検証を経ない段階では、現行の軽度者を対象とした取り組みを検討すべきだと思います。一貫性や連続性の観点からしますと、市町村が支援体制を整備すればよいので、市町村事業の基盤整備を保険財源で行うということは筋違いだと思います。

次は、「施設給付の範囲」の見直しです。在宅と施設の間に見られる利用者負担の不均衡は早急に是正する必要があり、低所得者への配慮をした上で原則自己負担とすべきである。これは、2001年12月10日の介護給付費分科会で出された資料を新しくして水準を具体化してほしいと思っております。なお、減価償却費などの計上もれないようにすべきである。

次に、「給付率(利用者負担割合)の見直しについて」です。受益者のコスト意識涵養などの観点から、自己負担割合の引上げを検討すべきである。利用者負担割合を一律に変えるのではなくて、在宅サービスの内容によって幅を持たせるということなど検討の余地を残す記述に修正する必要があると思っております。

次に、福祉用具のところでございます。要介護状態の改善を阻害することのないように、福祉用具の対象者を制限する必要があるのではないかと。

次が、「地域密着型サービス」の内容です。この基準や報酬の設定に当たりましては、地域の特性に十分配慮という言葉がございますけれども、現在の地域差が固定する懸念はないのか、負担の在り方はどうするかといったことについて具体的にお示しを願いたい。

次に、「特定施設入所者生活介護」の対象拡大とあります。これを拡大した場合に住所地特例の対象にする必要性が高まるのではないかと思います。

次に、「地域包括支援センター（仮称）の整備」です。財源や財政見直しをまず明らかにしていただきたい。文章の中に、今後の在宅介護支援センターの再編や統廃合も視野に入れつつとありますが、もっとはっきりした方向性を示す表現でお願いいたします。

それから、「2号被保険者との関与の在り方」というところです。2号保険料については法定制にすべきだと思っております。そして、2号保険料の納付金の市町村への配分に当たりましては、保険者努力を促すために一定以上の納付金については低減させるといったような工夫も検討に値するのではないかと思います。

それから、「調整交付金等の在り方」ですが、公費の配分についても保険者努力を促すために一定額以上は配分額を低減させるといった工夫もあっていいのではと思います。

最後になりましたが、「制度運営の見直し」でございます。認定率や要介護度の改善については市町村ごとに格差があるわけでありまして、実績が上がった地域を見習うといったようなトップランナー方式の考え方を取り入れてはどうかと思います。

（上田部会長代理）

予防重視型システムに関して書かれている論旨に関しては、基本線としては非常によくまとめられていると思います。

ただ、「総合的な介護予防システムの確立」の図は、後になって一人歩きをしていく可能性がありますので、できれば直していただきたい。といいますのは、この給付サービス体系の流れは要介護認定を必ず通らなければならないような図になっておりまして、要介護認定を受けて非該当になった場合に市町村事業の方に入っていく。もちろんこういうことはあり得るし、これも重要なのでありますが、報告書本文にもあるようにもっと早くからこの市町村事業の対象者というものは存在するわけでありまして。

今までの老人保健事業でも相談や健診を行っておりました。今後そういう場をうまく利用すれば、生活機能の低下が始まった最初の段階でも見つけることができるわけです。老人保健事業や介護予防事業は再編強化していく方向ですから、やはりその中で相談事業や健診事業を通して市町村事業にいくという線を是非加えていただきたいと思います。

（漆原委員）

新しい予防給付の問題であります。まず第1ですが、今の図であります、要支援要介護のところから支援まで流れていて、新予防給付の方のグループの方で予防給付を受けるということはわかるんですが、その1以外の下のところのものはそこで介護給付を受ける

ということだと思いますけれども、サービスのメニューあるいは量を見直すということであるならば、なかなか図は書きづらいかと思いますが、ここの扱いについて一定の方向性を教えていただきたい。

それから、新予防給付に関してでございますが、市町村事業あるいは介護保険制度の連携、連続性については非常によく書かれて説明されていると思います。しかし、重点的に介護の予防給付が提供された後のサービスの提供あるいはマネジメントについての記載が余りないように思います。例えば、予防給付が提供されて余り効果的でなかったケースについては、その後どのように扱われるのか。また、非常に効果が有効であったということであったとしても、当然、退行していくわけですが、その後、それを維持するためにサービスが用意されるのか。あるいは、介護予防マネジメントと、それから介護保険の制度の中にあるマネジメントの連続性あるいは有効性ですね。その辺がちょっとわかりづらい。

それから、これらの予防給付は要支援要介護1の方についてとても有効であることがわかるわけですが、例えば身体障害でなくて痴呆のケースについては、圧倒的にこの群が多いわけでありまして。そういった面に着目したサービスの種類というものがどんな量あるいはどんなメニューとしてお考えなのか、一定の範囲では示していただきたいと思います。

また、やはり在宅支援、あるいは予防、介護予防といった観点から短期間入所して短期集中的なリハビリテーションを受けるとか、痴呆の問題構造の消失を待つとか、そういった施設ケアの在り方も一理あるのではないかと考えています。

それから、医療と介護をめぐる課題がありますが、在宅から施設介護、居住系サービス、その辺に関しての医療の連続性を考えるということですね。もちろん特別養護老人ホームあるいは特定施設などに入ったときに、主治医の方がどういうふうにフォローしていくかは非常に重要であります。ただ、ほかの施設ケア、施設の中においてもやはり在宅に戻り何かする場合の連続性というものが大事でありますし、昨今非常にその専門性の高い医療を望む御本人あるいは家族の方が増えております。この際ですので、もう一度この医療と介護というものを見直すに際して同時に見直していただければ幸いです。

(山本委員)

最初に介護予防のところですけども、この介護予防というのは非常に大事ですからこれは大いに賛成です。その場合に、要支援者まで入れることです。本人たちの努力によって、リハビリなどを一生懸命やると元気になると思っています。

それから、もう一つはグループホームの住所特例が慎重にすべきであるというのは少し間違っているのではないのでしょうか。実態を見てみると大きな施設をつくっており、何で住居であって施設でないのかということです。しかも、その地域の人是一人も入っていない。そのようなグループホームについては、住所特例を設けるべきだと思います。

それから、グループホームなどの指定を市町村でやれというのは無理です。私が申し上

げるのは中核市以上、人口 30 万以上の市ならば独自の指定などの権限を与えて、それ以下の市町村には何の権限も与えないとおかしくなりますから、広域化でやれということにさせていただくことが一番望ましいと私は思います。調査権はいいですが、施設などの指定あるいはいろいろな制度をつくる場合の許可権を与えるということだけはやめてほしい。

それから、地域のサービスというところが書かれていますけれども、これは現行制度でできることを何でそんなに分類をして複雑化をするのかがわかりません。

それから、ケアマネジャーの独立はそれで結構だと思います。ただし、事業所に勤めているケアマネジャーが片方で連合をつくって独立するという二重的なやり方はやめてください。そういうことをやられたら困るのは保険者です。

(木村委員)

まず、「総合的な介護予防システムの確立」の図でございますが、財源のところは、むしろ市長会、町村長会の委員の方に聞きたいんですけども、今までは一般財源がないということでこのところをやってこられなかった。そこをやることによって介護保険料が上がるのではないかとありましたけれども、最終的には税の公的な負担が半分入っていますのでどちらが先かという話だと思うんです。ここははっきりこの財源の中できっちり見て、むしろ精度を高くした方がいいのではないかと思います。

それからもう一つですが、新予防給付と、介護給付とが分かれてしまっています。確かに新予防給付で要介護認定を受けたときに、その該当するものということで行くわけですが、このところのアセスメントから介護予防マネジメントのプロセスがありますが、その中身がやはりモデル事業の内容等をもっと吟味して、全部保健師がやるというのはどうなのか、メニュー、プログラムをモデル事業で検証してから、だれがマネジメントをするかということを決めないといけないと思います。それから、新予防給付の方にいってしまっても、要支援者の中にも状態像に応じては生活支援のバックアップをしなければいけない人たちもあるわけでございますので、その辺のプログラムがどうなっているか考えなければ、やはり現場がまた混乱してしまうということになると思います。

いずれにしても、そのモデル事業できっちり検証してもらって、そのデータを出してもらいまして、どの新予防給付のマネジメントをだれがどのプログラムやマネジメントをするかということ、それから仮に切ったとしても新予防給付と介護給付のところの連続性をどういうふうな仕組みで担保するかということをより具体的にここで決めてやらなければ、また透き間ができてしまって現場が混乱すると思いますので、今日早急に答えを出すというよりももう少しモデル事業の検証をしながらやった方がいいと感じています。

(小川委員)

まず、「「廃用症候群モデル」への対応」というところで家事代行の話が出ています。私は家事代行に関しての議論はいろいろあると思うんですが、家事を行う能力があるのに家