

介護保険部会におけるこれまでの議論の整理

下線部が第10回部会での発言内容

論点	意見の内容
<p>0. 制度見直し全般</p>	<p>社会保障全体を見ると、給付と負担の関係では、介護保険は健全に進んでいるという印象を持つ。確かに市町村間の格差や保険料の上昇はあったが、全体として収まりは良い方である。しかし、このままで将来も維持できるかが課題である。</p> <p>介護保険制度を給付と負担のバランスが確保された持続可能な制度にするには、被保険者範囲の拡大や財源の負担割合も含め、抜本的な見直しも視野に入れるべき。</p> <p>負担と給付の両面からシミュレーションをして全般的に見直す必要があり、また、国がどのように財政負担をしていくのかも考える必要がある。</p> <p>これから3年間は、このままで大丈夫なのか、そうでないのかをよく考えるべき。それによって見直しの方向が変わってくる。</p> <p>持続可能な形でうまく運営していくという、制度の持続可能性の追求が最も重要。</p> <p>介護保険は高齢者の介護サービスの基本的な部分を保障する制度であり、それを超える部分は利用者の選択の下、自己負担でサービスを補うという制度の性格づけを確認しておく必要がある。</p>
<p>I. 保険者の在り方</p> <p> 保険者の規模</p>	<p>保険者の在り方を規模のみで議論するのは問題がある。住民に最も身近な団体である市町村が規模の大小を問わず責任を持っていたからこそ、介護保険はうまく機能し国民の評価も得ている。地方自治の発展にとっても大きな意味のある介護保険制度においては、市町村を保険者とした原則論を踏まえて議論することが必要。</p> <p>サービスの提供体制、住民の生活圏を考慮した地域保健の考え方でスタートした制度創設当初の考</p>

え方は尊重すべき。

運営主体については、都道府県・広域連合・国に移行すべきとの意見もあるが、その一方で、介護保険が始まったことで、それと連動しながら、市町村の高齢者福祉が全般的にレベルアップしたという認識が非常に高い。

住民から遠いところにあることから、保険者は都道府県よりも住民に最も近い市町村が望ましく、地方分権の流れにも適うものである。

保健福祉サービスと介護保険を全く違うところで行うのは利用者を混乱させるだけであり、市町村が総合相談窓口として機能するためにも保険者であることが必要。

小さな市町村は保険のリスク分散ができず保険料の負担が非常に高くなっている。現行の市町村単位の保険者の在り方を見直し、国・都道府県を含め保険者の在り方について検討すべき。

保険者の規模が保険料を決めるのではなく、給付費の変動の幅が保険財政の安定性を左右するものである。

都道府県単位を基本とした保険者の広域化を推進すべき。

保険者の広域化を進めていくことが必要。

広域連合の編成は、間接費用の削減などスケールメリットがあり、適正な規模であれば、それだけのメリットがある。

保険者の規模は大きいほどよいかどうかは一概には言えない。

規模の問題は財政調整等の組み合わせで様々な答えが出てくるが、保険料負担の問題は広域化といった規模の問題だけでは解決しない。

市町村合併、広域連合化が進められている状況を見ると、保険者の適正な規模については議論すべき問題。

国民健康保険で行われている都道府県単位の保険者の統合の議論との関係はどうなるのか。

市町村によっては財政力のかなり弱いところがあり、第2期計画においても財政安定化基金からの借入れで問題が先送りにされているところがある。今後、幾つかの市町村は保険を維持できなくな

	<p>る状態が考えられる中で、交付税等での財政支援はすべきではないが、対応策として、保険者の規模の拡大は不可避。</p> <p>市町村は保険者にならないという選択肢があってよいのではないか。医療保険者も参入できるような新しい保険者の在り方を長期的には考えることが必要。</p> <p>保険者になるかどうかを自由化するということについては、公的保険制度における継続性の重要性という観点から見て問題ではないか。</p>
<p>保険者の機能・権限</p>	<p>保険者として利用者と事業者の間に立ち、保険運営をコントロールする機能を確立することが重要。</p> <p>施行後3年が経過して保険料の格差が広がった。高齢者は今後どう費用負担が増加するのか不安を持っている。サービス提供者間の競争原理により質が上がり、価格は下がると期待していたが、実際はそうになっていない。保険者が計画性をもって給付をコントロールする必要があるのではないか。</p> <p>事業者の指定権限の在り方など保険者の権限について検討すべき。</p> <p>都道府県事務である事業者指定について市町村の関与を強めることが必要。</p> <p>事業者指定に関する保険者の関与の強化よりもさらに強い効果のある手段が必要ではないか。</p> <p>事業所の立入調査権など、保険者が都道府県と同程度の調査・指導権限が確保できるよう制度改正を行うべき。</p> <p>介護サービスの評価や事業者指導の権限は保険者に移譲すべき。</p> <p>ケアマネジメントが適正でない場合、保険者が勧告できるようにすべき。</p> <p>介護保険では、一般的に報酬請求がケアプランに適合していれば、そのまま支払われているのが現状であり、不正請求の事例は内部告発があって発覚したのがほとんどではないか。今後の見直しの中で、不正のチェックを制度的に担保できる方法を作れるかどうかは大きな問題と考える。</p> <p>保険者が給付をチェックする仕組みが必要。また、被保険者証のカード化ができるようにすべき。</p> <p>保険者が効率化を推進できるようなインセンティブやチェック機能が働く仕組みとするべきではないか。</p>

<p>II. 被保険者の範囲</p>	<p>障害者施策の議論と介護保険制度の見直しの議論とをリンクして行うべき。すぐにできるとは思わないが将来的には考えていかざるを得ない。</p> <p>被保険者の範囲の拡大については、給付対象の拡大とセットで議論するべき。</p> <p>附則2条の被保険者の範囲拡大は、今後の重要な問題。障害者を入れるかどうかを含め早急に検討に着手すべき。また、保険料を納める対象年齢をどうするかという問題は、実態をしっかりと見極め、本当に納めることができるかという観点も含めて、対象年齢の拡大を考えていくことが必要。</p> <p>第2号被保険者の対象年齢を現行の40歳から30歳とし、第1号被保険者の負担割合を軽減すべき。</p> <p>財政的な動機のまま議論を進めるのは問題であり、きちんとした議論が必要。</p> <p>給付の在り方を見直さずに安易に被保険者範囲を広げるべきではない。年金、医療、介護とも現役世代から高齢世代への所得再配分の傾向が強まる中、一方で、高齢者は各種の税制優遇を受けており、若年・高齢世代間には資産格差もあることを考えるべき。</p> <p>生活保護を受給している第1号被保険者を介護保険の対象外とし、介護給付費を全額生活保護の介護扶助費から支給することとすべき。</p>
---------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>III. 保険給付の内容・水準 (利用者負担を含む)</p>	
<p>給付費の水準</p>	<p>給付増は制度当初からある程度分かっていたことであるが、保険者である市町村が抱える問題点を整理し、対策を講じるべきである。このままでは、いわゆる第2の国保になるおそれがある。</p> <p>医療費は昔から西高東低だが、介護保険もその傾向が見てとれる。医療の需要が多いところが介護の需要も多いといえるのかどうか検証が必要。このままの伸びでいったら経済が良くなっても負担がついていけないのではないか。どのようなサービスが必要なのか議論が必要。</p> <p>介護保険の給付を基本的な部分に絞るとともに、利用者が追加的費用を支払うことで付加価値の高い保険外サービスを利用できる仕組みも必要。</p> <p>介護保険で介護サービスのどこまでの範囲を担うべきか議論が必要。</p>

何でもかんでも介護保険でやればいいというのではなく、必要で専門性があるサービスに重点化することが必要。市町村は、自分たちでやっている配食や生きがい支援事業など独自の福祉サービスをきちんとPRすべき。

高齢者も、9割は他の人が払っている保険料であることを問題意識として持たないといけないし、1割負担で結構だと思わせてはいけない。貴重な財源を大事に使うべき。

利用者に保険者の財政状況が分かるように工夫すべき。

健康な老人を増やしていくことは、給付費増の抑制など介護保険の問題と連動している。介護予防の手法の検討や高齢者を地域全体で支えるため、保険・医療・福祉・生涯学習等も含めた仕組みづくりを考えるべき。

給付の伸びを抑制するかどうかについては、自然増も念頭に置くべき。給付の増加は大変な問題であるが、適正化のために安易に抑制することはサービスの質を落とすおそれもある。訪問看護、リハビリテーションなど量的整備が必要なサービスもあり、安易な抑制は避けるべき。

給付は保険料水準と密接に関わるものであり、給付の議論は財政負担の可能性を考えながら議論すべき。

**要支援・要介護1に対する給付のあり方
(介護予防・リハビリテーションを含む)**

要支援と要介護1・2が大変伸びており、これをどう考えていくかが大きな課題。

要支援・要介護1が非常に増えている一方、1人当たりの給付費は下がっている。本当に必要な人が要支援になっているのが重要。

市町村の担当者との勉強会の中でも、要支援者に対する介護サービスは本当に介護保険の中で対応しなければならないのかという疑問が出てきており、要支援者に対するサービスは、ボランティア、NPO等の繋がりも含めて、制度の枠内で考えるべきか枠外で考えるべきかを掘り下げて議論すべき。

要支援の廃止を含めた認定区分の簡素化を行うべき。

要支援を介護保険から外すということは時期尚早。要支援の取扱、介護予防の在り方を検証していくべき。

要介護度の軽い人の利用が増えているが、保険外のサービスの環境整備を進めていくことにより、

介護保険の入り口にいる人について、介護保険を使わないという関係を作ることが可能になるかもしれない。

要支援には、予防給付としてリハビリテーションが行われているはずだが、データを見ると効果を示していないと言わざるを得ない。正しい方法論に立ってリハビリテーションを行うシステムを作れば改善するはずであり、介護給付も軽減できる。

要支援・要介護1・2の問題を議論するときには、在宅介護支援センターや市町村の独自事業などの在り方を整理することが必要。

リハビリテーション、介護予防のため、施設入所、居宅を問わず、いかに継続的にリハビリテーションが提供されるかという地域リハビリテーションの視点での提供体制の構築が必要。

通所リハなど介護保険から提供されるサービスと、市町村の地域支え合い事業との間に切れ目がある。連続して提供できるようにするのが望ましい。

要支援・要介護1の改善率が低いのは大きな問題である。

予防給付については、要介護にならないようフォローするというにもかかわらず、現実には要支援者の48.9%が2年後には重度化しているデータを見ても、介護保険のサービスが本当によりよい形のサービスメニューとして提供されているかを検証する必要がある。

介護保険で提供されるサービスは、要介護度の悪化防止が非常に重要であり、それを実現することが保険者の責任である。市町村が保険者としてどれだけサービスを給付し、その成果がどうか、どうしたら質を高められるかを議論すべき。

介護保険のサービスは要介護状態の改善を目的とするものであり、要支援状態なのに車いすや移動リフトを提供することは、あってはならない。軽度の人には介護予防を重点的に行うべき。

軽度の人には、立ち上がりや下肢の機能から落ちていく。家事援助がこんなに使われていたのでは、介護予防にならない。むしろ通所や社会性を拡大するサービスが必要。

筋力トレーニングは賛成だが、実施が難しいので、補助金制度を作ってボーナスペナルティー方式で取り組むべき。

介護予防は高齢者の体力に見合った運動や日常の努力が重要。現在の事業者に期待しても無理だ、介護予防の専門家にまかせるべき。

介護予防は重要だが、本人の自助努力という視点も忘れてはいけない。

要支援の部分は市町村の独自事業にお任せしてやっていただいているかどうか。

市町村負担は、地域支え合い事業だと1/4で、介護保険は1/8だ。要介護認定に漏れた人だけ、地域支え合い事業のサービスを使わせるという構図になっているので検討する必要がある。

要介護度が軽いときでも、家族構成などいろいろ困る場合もあるので、必要なときに必要な人に必要なサービスを提供する、ということが保障されないといけない。

家事援助は、どこまでが客観性のある必要なサービスであるかが分からない。客観性のあるサービス体系や報酬体系が必要。

予防については、客観的な評価基準がないので、やるのであれば評価と組み合わせたやり方を考えていくべきである。

要介護度の改善ができていない自治体の取り組みを、他の自治体で生かせるような仕組みが必要。

在宅と施設のあり方

施設介護から在宅介護へという流れが生まれているのかどうか、検証する必要がある。

現在の仕組みで持続可能性を確保するためには、利用者負担をどのように引き上げていくかを考えるべき。ホテルコスト負担の問題については、かなりコンセンサスができてきたのではないかと。

在宅と施設との間に不公平感があり、施設にはいると相当お金が余るという現実がある。適切な負担を行うためには、基礎年金以上に年金をもらっている人が施設に入った場合などはホテルコストを払うべきではないか。ただし、低所得者には配慮すべき。

ホテルコストの徴収に反対ではないが、あらゆる角度から精査して設定することが重要。

食費と居住費は自己負担するなど利用者負担の見直しを行い、在宅との公平を図ることが必要。

施設サービスを受ける人は要介護度が高いので費用がかかるのは当たり前である。施設サービスを受ける人は立場が弱い人なので、負担を増やすことは慎重に考えるべき。

食費、ホテルコストの問題を議論するに際しては、低所得者の利用状況について精査することが必要。

ホテルコストの問題は年金給付の水準と関連することに留意すべき。

在宅介護を推進するため、施設と在宅の給付と負担のバランスを是正すべき。また、家族介護の評価の在り方について検討すべき。

在宅と施設のバランスは何度も議論になっており、生活に関わる費用は施設サービスでも負担いただくという議論は、おおむね賛同できる。

施設と在宅について、利用者負担額を含めた保険給付の均衡を図るべき。在宅で介護を行っている家族全てに現金給付を行えるよう支援対策を充実するべき。

現金給付を入れなかったからこそサービス利用が進んできたことを考えても、今回の見直しで家族介護に対する現金給付を行うべきではない。痴呆性高齢者を抱えて介護している家族などについては、現金給付でない形での支援の在り方を考えるべき。

介護に係る費用については、介護・生活・医療に係る費用として再構築し、それぞれ介護給付、自己負担、医療保険とすることはどうか。

施設だけ報酬で丸めて請求されているのは消費者として理解しにくいし、丸めて払うのが適切かどうかとも考えなければいけない。

低所得者の定義を明確にし、抜本的・総合的な低所得者対策を制度上構築すべき。

保険料・利用料の減免を国の負担で行う制度を創設すべき。

非課税法人である社会福祉法人の利用者負担軽減施策は機能していない。社会福祉法人に利用者負担軽減を義務づけるとともに、1%控除の仕組みを廃止し、市町村の助成を義務づけ、国は軽減の基準を示すべき。

特養に入居するのに居住費が問題になるが、大抵のお年寄りには、住宅を自分で持っているのだから、リバースモーゲージも含めて家屋、資産で払えるようにすることが必要。

利用料負担を利用者の死後に回収できる仕組みを採用できないか。

資産の問題は社会保障全体に関わってくる。資産を加味して考えると保険料の徴収が複雑になり難しくなる。

払える高齢者と払えない高齢者とをきちんと線引きして、払える高齢者からは1割以上の負担を求めべきではないか。

一号被保険者の4分の3は市町村民税非課税の低所得者として取り扱う現行制度は問題があるのではないか。

施設サービスの利用者を要介護度が重度のものに限るべき。

老健施設は、他の施設サービスと異なった立場で運営してきた経緯があり、一律に施設入所を重度の人に限定するという流れは再考いただきたい。

在宅と施設の給付の範囲と水準については、支給限度額も含めて検証すべき。

支給限度額の在り方について検討すべき。

現行制度では要介護1でも本人が望めば施設入所が可能。同じ介護度であれば、施設・在宅ともに給付も同じにすべき。

限度額を超えてサービスを利用するときに、経済的なゆとりがあって必要なサービスを買っているのか、苦勞しながら自己負担で自宅で介護しているのか、検証が必要。

短期入所は短期間の施設利用という観点で整理する方が、利用者にとっても施設にとっても利用しやすいのではないか。

特養の施設整備を個室ユニットを基本とするのは、実態とあわないのではないか。個別ケアの取組は、緊急時の対応や職員の勤務条件など条件整備を十分踏まえるべき。

サービス体系
(痴呆ケアを含む)

在宅サービスについては、もっと多様性のあるサービスを考えていく必要がある。施設か在宅かの二者択一的な論議ではなく、例えば、通う・泊まる・訪問を受ける・住むを一体的に提供する小規模多機能ホームを介護保険に明確に位置付けていく工夫が必要。

施設志向が加速していることに鑑みても24時間365日ケア体制をきちんと議論すべき。

在宅の給付をどこまで伸ばしていくのか、目標が不明確だ。

特定施設、グループホーム、そしてユニットケアは多くのニーズがあり、増やしていく必要がある

が、そのときに今の仕組みがついていけるのかが大きな問題である。

グループホームは実質的に施設であるにもかかわらず住所地特例の対象外。指定も容易なので都市周辺部で急増しており、将来の保険料増加の大きな要因となる恐れがある。
グループホームの急増を抑制するため、指定基準を厳しくするなどの対応を取るべき。

将来的には要介護者の7割以上が痴呆を持つということからも、痴呆のケアの研究開発は非常に重要。痴呆の療養病床が、療養病床としてひとくくりにされているため、地域によっては痴呆の療養病床に転換しようとしても参入できないという問題がある。痴呆について専門的な在宅・施設サービスが必要。

痴呆ケアについては、予防を含め医療と介護の連携が不可欠。

痴呆対応のケアをスタンダードにしていくという方向であれば、現行の要介護の認定方法を根本から変えなくてはならないのではないか。

現在の痴呆ケアは介護する側・家族の側の視点が強い。痴呆性高齢者本人の感じ方まで取り入れたケアを考えなければならない。

痴呆については、介護予防・要支援程度のところで何らかの効果的支援が必要。痴呆の介護予防は、身体介護の介護予防とは別立てて考える必要がある。

老人性痴呆疾患センターの機能やグループホームにおける重度の要介護者（4・5）のケアの在り方を議論する必要がある。

痴呆ケアはグループホームだけでなく、施設も在宅も含めた視点での議論が必要。医療保険適用の療養病床では身体拘束が見られるところもある。

初期痴呆の相談窓口が明確でない。医師・保健師がいる市町村保健センターの活用ができないか。あるいは、痴呆の程度に応じてどこに相談すれば良いか明確にすることが必要。

痴呆の高齢者を支える家族の在り方について、何らかの対策をとる必要があるのではないか。

痴呆ケアでは、パニックなど急な変化で家族である介護者がギブアップしてしまう。在宅で介護が続けられるよう、緊急時に対応できるショートステイが必要。

介護保険施設の機能の明確化、養護老人ホームの在り方について検討すべき。

	<p>施設類型について機能別に類型化し、再整理することが必要。</p> <p>給付の対象とするものではないが、在宅復帰支援の観点から食事の提供、配食の在り方について検討すべき。</p> <p>移動サービスや配食サービスなど、いわゆる介護保険外のサービスがかなり求められている。</p> <p>介護予防や社会参加の観点から外出支援は重要である。</p> <p>要介護者の健康の維持にとって、食は重要であり、口腔管理を重視すべき。</p> <p>おむつ外しの活動がある中、人間の尊厳に関わるものとして、排せつケアを重視すべき。</p> <p>生活援助は掃除にしても調理にしても、利用者は何もしていない。配食サービスに変えて空いた時間を身体介護に使えるかどうか。これくらいやらないと重度化を止められない。</p>
<p>医療等との連携</p>	<p>介護予防、医療保険、介護保険の3つが連続的に個人に対してサービス提供できるような仕組みに変えていくべき。</p> <p>施設でのターミナルケアを進めるため、医師が日頃から施設と連携し、緊急時には応援で対応することを義務付けるべき。</p> <p>特養における看取りは入所者の多くが望んでおり、施設における緩和ケア、終末期医療は大きな課題。</p> <p>ターミナルケアを特養で行う場合の医療との連携や体制確保の在り方など条件整備を進めるべき。</p> <p>施設でも在宅でも、医療ニーズが大変高まっている。介護と医療の連携についてのルールづくりが必要。重度化した時にスポットで医師も看護師も投入できるような仕組みにでもしていけない限り、重度化は免れない。訪問看護が24時間利用できる仕組みが報酬的にも必要。</p> <p>グループホームでの終末介護を望む声がある。訪問看護の活用など検討して欲しい。</p> <p>通所介護が集団リクリエーション中心と指摘されるが、施設にOT・PTを配置して個別リハビリをしても評価されないので、運営基準や報酬評価を見直して欲しい。</p>

	<p>特養に医療施設から入ってくる人も増えているが、どういう人が医療から介護に行けばいいのかという、全体としてのサービス体系とそれに応じた報酬体系を考えていくべき。</p> <p>高齢者を地域全体で支えるために保健・医療・福祉・生涯学習等を含めた地域資源を活用した仕組みづくりを考えるべき。</p> <p>要介護度の改善と医療系サービスの組み合わせの関連の検討が必要。医療ニーズのある利用者への看護と介護の連携、業務の在り方を検討すべき。</p> <p>構造設備面での経過措置の対象となっている療養型医療施設の病床の実態を検証することと合わせ、サービスの質の観点からその在り方について検討すべき。経過措置を期限を切って撤廃することも検討すべき。</p> <p>基準該当サービスに訪問看護を認めるなど訪問看護サービスの基盤促進を図ること、グループホームへの訪問看護の提供を可能にすることが必要。また、訪問看護ステーションでの預かりケア（レスパイトケアなど）をモデル的に行うことはできないか。</p> <p>A L S 患者の痰の吸引が一部認められることとなったが、ホームヘルパーが行いうる医療行為の範囲について検討すべき。</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>IV. サービスの質の確保</p>	
<p>ケアマネジメント</p>	<p>ケアマネジャーが自分の作ったケアプランの質を検証できる能力を付与すること、第三者機関によってきちんと評価される仕組みが必要。</p> <p>要介護度が軽度であるか重度であるかによって具体的にどのような機能から落ちるかが検証されているのだから、ケアマネジメントとケアプランを科学的なエビデンスに基づいて検証する仕組みにすべき。</p> <p>介護サービスに必要な時間によって要介護度を定める仕組みは、軽い人でも丁寧な介護サービスを提供すれば要介護度が上がってしまうのではないか。医学的な診断より確かでないし、業者も利用者も等級を上げる誘惑がある。それを防ぐ仕組みを議論すべき。</p> <p>身近にいるホームヘルパーから見るとケアプランが合っていない実態も見られる。ケアプランにヘルパーの意見を盛り込むことやケア後の状況を書けるよう検討して欲しい。</p>