

社会保障審議会 介護保険部会（第 63 回）	大西委員
平成 28 年 9 月 7 日	提出資料

第 63 回社会保障審議会介護保険部会の議題について

平成 28 年 9 月 7 日
全国市長会介護保険対策特別委員会
委員長 高松市長 大西秀人

本日の介護保険部会の議題について、本会介護保険対策特別委員会委員市への意見照会の結果を踏まえ、以下のとおり意見を提出いたします。

1 介護人材の確保（生産性向上・業務効率化等）

（論点 2）

- 書類等については、国において必要最小限の範囲に統一し、事業者・保険者双方の事務の簡素化・効率化を強力に推進していただきたい。また、そうした事務処理等の見直しに必要となる財源については、国の責任において所要額を確保していただきたい。
- 介護現場における ICT 化を進めるには、ICT の有効性を証明していくとともに、介護保険指定事業者への実地指導や監査等における紙ベースの書類を軽減させていくなど、行政がペーパーレス化を推奨する取組が必要である。

（論点 3）

- 手順・基準の明確化及び人材育成の取組については、国で標準的な手順・基準を明確に示すことが望ましく、各施設や事業所が独自に 1 から作成することや、作成を義務付けることにより事務負担が増加することは望ましくない。
- 人材育成については、積極的に取り組んでいる事業所を評価するため、介護報酬への加算や、直接事業者支援できる方法等を検討する必要がある。

2 保険者の業務簡素化（要介護認定等）

（論点 1）

- 被保険者の状態が変わった場合、制度上、有効期間に関係なく区分変更申請を行うことができるため、36 か月に延長しても特段の問題は発生しないと考えられる。
更新認定有効期間を最大 36 か月延長することができることとされた場合、事務職員の負担軽減だけでなく、被保険者や介護支援専門員等、更新手続き支援を行う者の負担軽減を図ることもできる。
有効期間の延長に当たっては、原則の有効期間にどのような意味があるのか、また、どのような考え方に基づいて設定されたものなのかを考慮した上で、どのような状態像の人が延長できるのか、根拠を明確化する必要がある。

- 更新認定において、24 か月時点で要介護度が不変である者の割合は6割であり、4割は変化ありとなっている。初めての更新や2回目の更新では状態が安定し改善することも多く、更新申請の有効期間を36か月に延長することを可能とするのは、寝たきり等状態の改善が見込まれない重度の者に限定する等、慎重に検討する必要がある。

(論点2)

- 認定審査会では、一次判定では読み取れない、認定調査票、主治医意見書の特記事項(申請者固有の介護状態)も重要視される。実態研究でこうした特記事項の記載内容も含め、状態が安定しているかどうかを確認する要件が示されるのであれば、状態安定者について二次判定の手続きを簡素化することは、事務負担軽減を図る上で効果的と考える。
- 現状の二次判定の位置付け(一次判定での統計的な推定になじまない固有の介護の手間を反映させる)を考えると、数年にわたり一次判定が要介護5であって、主治医が回復の見込みがないと判断する場合に二次判定を省略できるという程度に留まるのではないか。

3 認知症施策の推進

①認知症施策全般を巡る動向

(論点1-2)

- 法整備に当たっては、市町村保険者が取り組みやすくする方法の検討など、実効性を高める議論が優先されるべきである。

②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

(論点2-1)

- 介護保険事業(支援)計画等に盛り込むことは必要である。
都道府県による支援としては、先進市町村の取組の横展開が多く行われているが、都道府県自らが具体的に支援する取組を強化することが望ましい。
例えば、認知症に関する医療・介護の提供に関しては、専門的な医療機関が限られている地域があること等から広域的な対応・連携が必要なことが多く、都道府県のより積極的な支援が必要である。
- 計画に位置付けるに当たっては、身近な存在であるかかりつけ医が認知症に対する対応力を高めるための研修や、認知症サポート医の更なる養成、認知症疾患医療センターの整備等、認知症への早期かつ適切な対応のための医療面の地盤作りにおいて、国、都道府県が積極的に取り組んでいただき、全国どこの区市町村においても体制が整備できることが必須である。

(論点2-2)

- 未設置の市町村も多くある中では、設置をしやすくするための方法の議論や、市町村に対する支援が望まれる。

- 認知症初期集中支援チームが有効であることは理解するが、現行の仕組みはあまりにもマンパワー等社会資源・財源がかかりすぎではないか。国は、現在の仕組みを検証したうえで、さらなる効率的な手法等の開発に精力的に取り組まれない。
- 現状では、早期対応よりも困難事例への対応が多く、限られた人員での対応に時間と労力がかかり、またタイムリーな支援ができないことも多い。ぜひ困難事例にも対応できる機能をもったチームとなるようにしていくとよい。また専門医による訪問診療が必要な場合も多く、医療との連携も進むような体制が必要である。
- 初期の認知症だけでなく、支援困難事例への対応も含まれる。特に、支援困難事例においては、専門職のチーム員が、その特性を活かして支援するとともに、かかりつけ医をはじめ、多職種と連携を図る必要がある。また、チームをより効果的・継続的に機能させるためには、サポート医を始めとする人材の確保が不可欠である。

④認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

(論点 4-1)

- 市町村においては、体制の整備として、市民後見人の育成と後見実施機関の設置が求められている。これらの経費の一部に地域医療介護総合確保基金を利用できるが、十分とは言えず、市町村の財政負担は大きいものがある。特に後見実施機関の設置、運営には多くの経費を要するため、体制整備等の推進にあたっては、市町村財政負担への支援拡大を検討願いたい。
また、体制整備の推進にあたり、司法側（管轄の家庭裁判所）との連携についても、さらなる強化が必要である。
- 成年後見制度利用促進には、診断書を作成する医師の理解と制度に関する教育が重要である。
- 成年後見制度の需要は増えているが、専門職が少ない、受け皿がないなどの問題や制度利用に関する費用の問題がある。国や県単位で、市民後見人の養成や担い手の確保、経済的負担の軽減を図るような取組が必要である。

⑤若年性認知症施策の強化と認知症の人やその家族の視点の重視

(論点 5-1)

- (介護を必要としないレベルの) 若年性認知症については、介護や障害者自立支援といった既存の制度では本人の社会生活を支援する適切なサポートが難しい面があるため、都道府県のコーディネーターが中心となって支援体制が強化されることが望ましい。