

社会保障審議会 介護保険部会（第68回） 平成28年11月16日	栃本委員 提出資料
--	--------------

平成28年11月15日

社会保障審議会介護保険部会における意見の提出

2016年2月17日におこなわれた第55回介護保険部会より部会で意見を述べる機会を得られたことに対して事務局及び遠藤部会長に深く感謝を申し上げます。また事務局におかれましては丁寧に意見を掬っていただいた点、資料用意などありがたく感じています。いくつかの点において部会で言い尽くせていない点がありますので意見を提出いたします。

1. 介護保険制度における制度・政策についての議論を行う場であるから、喫緊のことについて議論するとともに構想を持って議論がなされるべきである。介護給付費分科会との連続性はもちろん重要であるものの、介護給付費分科会は介護報酬およびそれによる経営や介護保険制度の円滑かつ現場における経営やサービスのマネジメント等具体の場面が設定されており介護保険制度にとって極めて重要であるが介護保険部会も制度政策というシステムの設計からすると両輪ともいえる。介護給付費分科会は3年に一度の報酬改定やそれによる経営分析、報酬に関連してのサービスの仔細な検討が行われる。一方、近視眼的な議論のみでは将来の介護保険制度の安定的かつ発展的な展開は望めない。現実論とともにそもそものあり方について議論が十分行えていない。少なくとも2月の第一回で示された資料を顧みるならば2025年を目途にあり方を考えるべきである。たとえば、2025年への工程表を見定めたくえでの自己負担や介護納付金、負担と給付のバランス、保険者機能の強化、認定審査会の保険者機能や審査判定のケアマネジメントやケアマネジャーの業務への活用等、25年を目指して準備しておく事柄等、財務省等の指摘を受けるまでもなく審議会で自らを律し、主体的に議論すべきである。

2. 一方、きめ細かな分析的議論も不十分である。

高齢者のすべてが貧困状態にあるわけではない。社会保障審議会の生活保護基準部会の委員を兼ねているが、第何十分位で、現実介護保険の利用者負担が上がると一般の消費生活に影響をもたらすのか？印象論が多く、緻密な議論が不足している。また利用控えが起きるとの論があるが、実証されているのか。16年にわたる認定審査会での経験では自己負担を理由とする利用控えはほとんど見受けられない。自治体やかかりつけ医、地域包括ケアセンター、民生委員、かかりつけ医等の医師の患者へのアドバイスや尽力、さらには友人・知人の勧めによって、要介護認定の申請につながっていることを審査の際の概況調査部分において記載されている例が多い（それらは関係者の尽力と日頃の取り組みのお陰といえる）。また、仮に自己負担の変更や利用者の利用控えがあった場合

に、家族・利用者の経済状況を考慮しつつ利用を勧める等の支援や、利用しないことによる身体や介護負担の負荷について説得、助言をおこない態度変容を持たすことこそが介護支援専門員に求められる役割・責務といえる。

預貯金を切り崩してとの議論があるが、全消調査による、例えば第1十分位やそれ以外のところであっても日常生活において通常の収入（年金・給与等フローの所得）を超えた支出がある場合にはストックを活用することは当然のことである。年金の支給額が必ずしも最低生活の足りうる水準となっていない場合があるのが現実であり、種々工夫をしながら高齢者の多くは生活を維持している。低所得者、生活困窮者等に対する確固とした不利益とならない対応をするという前提のもとで自己負担は実質的にも1割、2割となるべきである。その際、高額介護サービス費は極めて重要な仕組みであり、上記の低所得者層に対する適切な対応とともに、預貯金等ストックを有する高齢者で支払い可能な層については妥当な額を検討すべきである。

3. 現金給付の議論が取り上げられたことは上記1に関係するが、検討すべき事柄をすべて取り上げるために従来看過されてきた事案を取り上げたということでは画期的といえる。それ以外にも、広範に議論を進めるために各回の資料を準備し、課題・現状と論点を提示しており毎回事務局の作業に感謝している。しかしながら、2巡しても議論が深められたとは言えない事柄もある。現金給付については、表層的な意見にとどまり、介護保険発足時における様々な条件下にあつて当時整理された事柄や政策誘導上行われた事柄を、16年経過したにも関わらず当時の意見を踏襲し、「介護の社会化」に反するというような議論しかできていない。諸外国に目を転じれば、現金給付や現金給付の現物化は、柔軟なサービス展開と介護サービス総費用に対する軽減策やいたずらに市場化、営利化する介護サービスにあつて歯止めになるとともに、アンペイドワークやシャドールワークなど主として従来女性が市場経済を支えるものとしておこなっていた行為を評価するというものであり、ジェンダー政策である。年金制度等に反映させるとともに、近年議論されている一億総活躍社会や介護離職を伴わない地域におけるシェアバリューに資するにもかかわらず、そのような議論の展開はできていない。ドイツに見るように、介護保険が年金制度や社会扶助制度に連動し、かつ2重労働市場の形成との当初のドイツ経済学者の指摘があつたが、現物サービスと現金給付の活用による市場を通さない介護力を確保しており、すべてを現物サービスとするよりも総給付費を下げる効果をもたらすとともに、EUにおけるトレンド（Sigrid Lietner: Varianten von Familialismus Eine historisch vergleichende Analyse der Kinderbetreuungs und Altenpflegepolitiken in konntinentaleuropäischen Wohlfahrtsstaaten(Sozialpolitische Schriften Band91.2013)においても家族やロー・インカム・マーケットにおける価値の共有(making Share Value)を重視している。

「現時点で導入することは適当ではない」ものであつたということと適当ではない

という合意・結論付けとは別である。少数意見もあることが無視されるべきではない。また、2で記したように議論が表層的であり分析的な議論となっていない。かつ現金給付が新たな給付増となるといった間違っただけの見解による議論が行われている。「現時点で導入することは適当ではない」との結論付けを安易に行うことは今後の議論や介護給付費分科会における既成事実となろう。白地の新しい絵を描くことは難しいが、専門的議論が不足していることとともに、現状の思考の単なる延長では、政策のイノベーションは行えない。社会政策は社会政治でもあり、行政や制度の継続性や実務的にもさまざまな問題点がありすぎることは十分承知しているが、常に発展的に考え明晰さをもって議論すべきだと考える。

改革力が問われている。

4. 第二号被保険者、医療保険による介護納付金について、今回の検討では医療保険で既に行われているような大きな改正が検討されている。医療と介護という保険事故に関する違い以外にも吟味すべき事柄がある。介護納付金についての総報酬割導入については保険料負担の公平を図るための措置としては適切と考えるが、同時に負担と受益の観点から応分の給付に対するコントロール機能が確保されるべきである。また医療保険にあつては被保険者と被扶養者の医療保険の適用であるが、介護保険においては被扶養者概念ではなく第二号被保険者該当の無業の妻に対しての一個の独立した被保険者として位置づけられ、被保険者による保険料負担が行われている。これらについての議論が行われていない。また、2025年及びそれ以降の介護保険による介護サービス給付総額の見込みや保険料負担、第一号被保険者と第二号被保険者の割合の変化を考えると、第二号被保険者の負担、利用者の自己負担、第一号被保険者の保険料の設定等、三者の負担の分かち合いが必要である。誰もが負担を回避したいと考えることはやむを得ないと言えるが、これからの人口減少、現役世代や若い世代の行く末を考えた場合、過度な負担を強いるべきではなく、高齢世代がエゴイズムを排して、後世の負担をできる限り軽減するような取り組みが必要である。事実、良識ある高齢世代市民は負担が必要と考えている。

5. 利用者の自己負担のうち、ケアマネジメントにかかる費用については保険給付であるにもかかわらず利用者負担が課せられていない。

また、介護保険給付となっていることについての利用者および家族の理解は低い。介護支援専門員については、サービス提供事業者から独立した第三者的な公平性が担保されていない現状にある中、適切な給付やサービスの利用についての意見や医療・看護・リハビリに加え予後についても知識を有し、利用者および家族に対して助言が行えているとは言えない立場にあつて、もっぱら利用者や家族に対して独自の立場を確保するために自己負担を求めないということは許容しがたい。介護保険導入時の利用促進やサー

ビスにつなげることの担保としてケアマネジメントの利用者負担が課されなかったという当初の事情とは状況が異なることを認識すべきである。唯一介護支援サービスのみ自己負担を課さないという妥当性の根拠は今日弱く、利用者教育の観点からも自己負担とすべきである。現実論から矛を収めるべきではない。

6. 医療と介護の連携にあたって、看護の役割は極めて重要である。また地域包括ケアシステムにおいて病院等におけるソーシャルワーカーの役割は極めて重要である。にもかかわらず、MSW等のソーシャルワーカーや社会福祉士についての言及が審議会ではあまり見られず、もっぱら介護支援専門員が取り上げられることが多い。介護保険部会ではそれが常識かもしれない。これは介護福祉士についても同様であるが、地域包括ケアや地域ケア会議においてリハビリマネジメントと同様に、関係職種連携についての記述や介護福祉士、ソーシャルワーカーへの言及が加えられるべきである。
7. 軽度の要介護者についての給付の制限については、議論のあるところであるが、少なくとも要支援1については、医療保険者（第二号被保険者）の保険料負担を今後さらに求める状況の中で、自ら自立的に生活し、健康寿命を伸ばすよう意識の改革と介護保険制度を超えた取り組みが行われるべきであり、介護保険制度導入に際して従来の老人福祉における奨励補助的なサービスを引き継ぐことは制度発足時においては円滑な移行や認定審査会における却下数の低減のためには必要であったとしても、今日、それを介護保険制度において行う根拠は低い。これは老人福祉における施策を否定するものではなく、また介護予防やリフレ対策を否定するものではないが、それらを論拠として、要支援1に対してたとえ移し替えが行われたとしても、給付を続けることはその介護給付費の総額におけるボリュームが少ないからといって放置されるべきではない。政策技術としては敬意を表するが国民に対する教育、サービス利用者としての消費者態度の形成という点で問題がある。後付けで作られた介護予防はその後、本筋とされたがすべてを介護保険で行うことの妥当性について吟味を行うべきである。あまりにフルスペックとなりすぎた介護保険制度について今後の保険外サービスの展開なども視野に入れて吟味すべきである。介護保険とは言いながら総介護サービス費の半分が税金による財源となっており市町村保険者機能をリジットに働かせることが弱く、当事者性も実施主体としてはあるものの分散している。また財源確保の苦勞を市町村保険者が辛苦しているとは言えない中であって給付の厳格化や適切なケアプランのチェック、実際には軽度化しているにもかかわらずサービス事業者やそこに属する介護支援専門員が区分変更申請を行っていないがそれらのチェックもままならないのが保険者たるかなりの市町村の現状である。介護保険制度及びその給付については様々なスペクトラムから議論が行われることとなり、たとえば負担問題について焦点化されず、議論が拡散するのはやむを得ない側面があるが、ロジカル

に精緻に議論すべきである。

8. 認知症の高齢者およびその家族への支援に関する議論を踏まえてさらに一歩進んで、ホームヘルプサービスの現状の身体介護と生活支援という二つのカテゴリーに加えて、認知症対応のヘルパー的な一定の専門人材が居宅に時間的にゆとりを持った形で派遣されるべきである。これは認知症の高齢者ケアの家族負担の大きさから在宅介護の限界が早期に訪れる現状を解消する道でもある。「認とも」や認知症カフェ、認知症初期集中支援チーム、そして認知症に対する社会的な啓もうは必要であり、800万人を超える認知症サポーターが地域にいらっしやることでいずれ意義が高まるであろうし、有用であることは論を待たないが、それだけでは認知症の高齢者を家庭が介護する場合の具体的な助けとはならないし、実際にはボランティアが家を訪れ認知症高齢者とコミュニケーションを行ったり非薬物療法によるケアを行えるわけではない。認知症サポーターは認知症の親等と家庭で生活を共にする、ないし親もとに通う家族介護者にとってサポートサービスとはなっておらず現状では無縁な存在である。今後認知症ケアは介護保険制度の大きな柱であるから検討すべきだと考える。
9. すでに審議会ですべたように、小規模多機能型居宅介護などの特性を生かすためには、また認知症ケアをある程度一貫しておこなうためには3サービスプラスケアマネジメントの一体化は必須である。大森委員会に置いて今日の先見性をもって論じたところであるし、エビデンスも老健事業によって明らかである。他方、「居宅のケアマネジャーが兼務できるようにしてほしいとの要望があった」ことをもって介護給付費分科会に検討の基礎としてあげることには反対である。小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護については2025年に向け今後の地域包括ケアシステムにおいて極めて大きな柱となる。ケアマネジメントを内包化する方が交渉コストは下がり、迅速かつ柔軟なサービス提供が行え、二度手間を避けることができる。介護支援専門員のためではなくあくまでサービス利用者にとってより便利で有効なサービス提供が行われるべきであり、利用者のための仕組みを考えることこそ重要である。
10. 介護サービスの新たなビジネスモデルに資するような運用について。市町村協議制や都道府県による居宅サービス事業の指定への居宅サービスの関与の仕組みの創設等が議論されているが、介護サービスの事業について漫然とした経営やサービスでなく新たなサービスマネジメントモデルやビジネスモデル、そしてより効率的、効果的、かつ事業経営基盤の強化とともに優良事業者が拡大していくような民間の技術革新力が発揮できるような配慮を行うことが望ましい。一方、そうでない事業者は市場から撤退するような淘汰がおこなわれるような報酬等の設定が必要である。規制のか

けかたについては限定された市場、すなわち疑似市場ではあるが、できる限り市場における効率・効果・経済性、創意工夫や技術革新力の利点が発揮できるような規制のかけ方を配慮いただきたい。

- 1 1. 福祉用具、住宅改修について、わが国の科学技術力をもってすればさらに「スマート化」が行える余地が多い。それらは研究開発にゆだねられることではあるが、それらの成果を摂取して、認知症ケアを含めて様々な人工知能の活用そのほかの技術が廉価で、汎用化されることが望ましい。介護保険制度の導入によってそれまでの措置時代と異なり障害者への福祉具そのほかを含めて大変な進歩が図られたことは介護保険制度の貢献である。福祉用具や住宅改修は「人を介しない」「人の手を借りない」リハビリ、リハビリットである。介護保険制度としての給付は限定的であるべきであるが、リハビリマネジメントの中で位置づけ専門家による連携が一層はかられるべきであるし、福祉用具専門相談員は個別サービス計画のみならずアセスメント等も行うべきである。また、介護保険の保険給付に満たない軽微・簡単な用具や居室の工夫など取り組むべき事柄は多い。お金をかけずとも障害を有しつつも居宅において生活することができるように関係する専門家は一層の取り組みを行うべきである。
- 1 2. 訪問リハは、訪問看護とともに全体の介護サービス給付の割合からすると大きいとは言えないが、退院後、また自宅において医療や医療的な世話が必要な高齢者にとって、また日常の居住空間や家族のいるなかでのリハや支援のもつ有用性はそのあとの「持ち」という観点からも重要である。また退院後速やかな、かつ家族介護者や本人に負担をかけないでのオーダーメイドの対応が可能である。今後、意見書を集約する際には配慮をお願いしたい。
- 1 3. 資産の活用について審議会でも指摘したが、議論の根拠となっている調査研究は地域密着の地方銀行や信金、信用組合などについての視野を欠いているものであり、全国展開の銀行におけるビジネスとして、またマーケットという観点と資産活用に向けたシステム化にかかるコストや業務の負担についての検討が多く、そもそも課題や困難な中であってそれをブレイクスルーしようという発想や観点からの研究報告ではない。困難な中であつてもこうすれば可能となるという視点がそもそも政策研究には重要である。受託したシンクタンクや構成員を見れば一目瞭然であるし、調査報告書を全文読んだものとしてあまりに審議会における資料とするには不足しているところがあり、それを根拠に難しいというのは知的怠惰といえる。高齢者は生活保護世帯の世帯類型では過半数を超えるほどになっており高齢者の貧困問題は深刻となる。一方、年齢別の金融資産等の分布をみるならば、土地家屋・金融資産の多くは高齢者が保有している実態がある。また首都圏以外の地方都市においても資産を有する高齢

者は多く、フローとしての収入や年金は一定額であってもストックを有する者は多い。現役世代の収入と支出や社会保険料そのほかの負担を考えるならば高齢者も金融資産の活用等を通じて介護サービスを受けるべきである。フローだけの議論は適切ではなく、また俗にいわれる OECD の相対的貧困率についても言及される場合があるが、いずれもフローの比較であるし、高齢人口の割合が高いことの寄与について言及していない。今後の要介護者総数の増加を考え、現役世代の負担を考えるならばできる限り早い時期に、資産も活用しながら安心の生活を構築するという常識を形成すべきである（ドイツの例が頻回に取り上げられたがドイツの高齢者は富裕層や民間介護保険への加入というコントラクトアウト適用の被用者等を除いて、高齢期においてそれほどの金融資産は持ちえない。したがって部分保険である介護保険にあって、保険給付以外の部分は個人の支払いもあるが多くは社会扶助から充当されているのである）。

なお、リバースモーゲージにあって重要なのは資産を担保にお金を借りるということであり、実際に資産処分に至るわけではない（低所得者・低資産価値しか有しない方にあるはそもそも金融機関は担保とはせずスキームからはずれる）。現実には土地家屋の処分という形をとらず負債となったものを被保険者以外が支払い、資産は保全するということがおこなわれ、遺族・血縁者が資産処分して分割贈与とする。地域地域における地域金融機関にて、これらについてそれぞれ顧客サービスや顧客のニーズに対応した取り組みが行われていった場合、すべてが金融機関によって資産の処分が行われるわけではない。

14. 介護人材について審議会では議論が行われている。介護福祉士の位置づけ、介護福祉士が行うべき中核的業務をそれ以外の「できること」「おこなえること」との区別を図り、いわゆる家政業務や家事援助的なサービスについては介護福祉士以外がヘルパーも含めておこなうべきであり、指導的な役割は現在検討されている新たなカリキュラムによる介護福祉士や今般進められている認定介護福祉士といった継続教育と専門性と実践力が担保されたものが指導し、家事援助等は一定の研修はおこなうとして誰でもが取り組むことができることとすべきである。当然に、このようなサービスについて、要支援や生活上必要不可欠な被保険者もいることからそれらについては引き続き介護保険から給付することは当然としつつ「あれば便利」といったレベルについては自己負担なり保険外サービスによって需要を満たすべきである。なお、介護人材については社会・援護局においてそのあり方、また介護福祉士の養成カリキュラムについても検討がおこなわれているが、老健局での議論は、現に介護人材によってサービスを維持している関係者による現実的かつ差し迫った認識による議論である。したがって、介護人材についての検討についてはドイツなどの改革や介護従事者への教育等のあり方を参考とするなど、職業としての介護（Pflege als Beruf）として確立する（Peter Zängl Hrsg.:Zukunft der Pflege (Springer VS).2015) ための方策等、諸

外国における人材確保や職業化の方策等、場当たりではない専門的な議論が求められる。

15. 保険者機能に関する議論で述べたが、市町村の認定審査会を単に要介護要支援の非該当・該当の審査判定をおこなうだけにとどめず、有効期間を36か月も可とする方向性のもとで、合理化を図られることは大切であるが、それとともに審査判定にかかわる医師をはじめとする地域の専門家による合議により認定にかかる相当の情報を得て、また利用実態を見ながら判定をするわけであるから、その議論を活かしてサービスの利用や懸念、ケアプランに対する注文といったPDCAサイクルの中に位置づけ、保険者機能の強化としても取り組むべきである。また有効期間を延ばすことにより従来、少なくとも要支援や要介護状態の地域住民について認定審査会でチェックが入っていたが、それが行われなくなることになりかねないため地域包括支援センターや、特に認定期間の有効期間が大幅に伸びた際には介護支援専門員の適切なかかわりと、軽度への変更やそのほか区分変更申請等適切に利用者に対応することが求められる。

上智大学総合人間科学部 栃本一三郎