

社会保障審議会 介護保険部会（第51回）	勝田委員 提出資料
平成25年10月30日	

第51回社会保障審議会介護保険部会（2013年10月30日）

勝田 登志子

〔意見と質問〕

意見 1.（全国支部代表者会議アピール添付）

公益社団法人認知症の人と家族の会は10月12日に全国支部代表者会議を開催し、別紙のようなアピールを採択しました。私たちは今回提案の要支援1.2を介護給付から地域支援事業への移行については撤回すべきと考えます。その理由はアピールにあるイ、早期発見・早期対応の認知症ケアの原則に反する。ロ、厚生労働省の認知症施策（オレンジプラン）の初期対応重視の方向性と矛盾する。ハ、利用の抑制によって重度化が速まり、保険財政の負担を増大させる。ニ、増税と負担増・給付抑制の二重負担は生活への負担をあおる。ホ、生活への不安は、消費の抑制を招き、経済活動を停滞させるからです。

意見 2.

65歳以上の国民の15%が認知症であり、軽度認知障害の人は同じく13%といわれています。昨年、厚生労働省は認知症施策5ヵ年計画（オレンジプラン）を発表し、今年度から具体的に動きだし、喜んでいますが、ところが今回、このオレンジプランも含む計画が地域支援事業にゆだねられようとしています。国際的にも国家戦略として取り組みが進められていますが、このオレンジプランをしっかりと根付かせるためには国が責任をもって施策をすすめ財政的にも保証すべきと考えます。

意見 3.

9月21日は世界アルツハイマーデーでした。家族の会では47都道府県で認知症の啓発リーフレットを179箇所、2538人が参加して27万部を配布しました。全国での啓発講演会には1万人を超える方々が参加しました。また京都タワーをオレンジ色にライトアップするなどをしました。認知症を正しく理解してもらうことは認知症の人や介護家族を支援することにつながります。国をあげてこの運動をひろめることは介護予防にもつながります。介護施策に啓発活動を盛り込んで下さい。

意見 4.

「医療・介護連携・認知症施策・地域ケア会議・生活支援・介護予防の充実・強化」（15ページ）では、地域ケア会議について「制度化による強化」とあります。第42回部会では「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理」が参考資料として提出され、「多職種協働による個別ケースの支援内容の検討を通じ、自立支援に資するケアマネジメント支援」と報告されています。市区町村が開催する地域ケア会議で、利用者・家族の参加を認めず、それ以外の専門職の「多職種協働」で個別のケアプランをチェックし、「自立支援に資するケアマネジメント」でない場合には利用者・家族にケアプランの変更を求めることとなります。制度施行以来、ケアプランを決めるのは利用者と考えてきましたが、地域ケア会議の「制度化による強化」では、ケアプランを決めるのは市区町村（保険者）ということになります。要支援認定者・要介護認定者すべてのケアプランを作る権利を損ない、新たな措置制度になりかねません。利用者・家族の参加と発言の保障、議事録の公開を条件とすることを求めます。

意見 5

認知症で自立度 2 以上の場合は要介護度 1 とするとされていますが、実態としては要支援になるケースが多くあります。事務方はどの程度把握されているのでしょうか、今後、要支援と要介護が繰り返されるケースが出てきた場合、介護給付と地域支援事業を行き来しますが、認知症の場合、切れ目のない、継続性のあるケアが初期では特に必要と考えますが、ケアプラン作成など一貫性のあるサービスが提供されることが必要と考えます。認知症で自立度 2 以上の場合は要介護度 1 になるよう徹底下さい。

意見 6

「特別養護老人ホームの重点化」では利用者を要介護 3 以上に限定するとしています。見直しの提案では、すでに特別養護老人ホームを利用している要支援 1・2 の人たちには利用を認めるほか、今回の提案では、要介護 3～5 の利用者で軽くなった場合も利用を認める、要介護 3 以上で利用中に認定ランクが軽くなった場合は利用を認めるとしています。この対応策は、現行でも複雑でわかりづらい制度をさらに複雑化させ、利用者や介護家族のみならず、現場で働く人たち、制度運営に責任を持つ市区町村の担当者をも巻き込んで複雑にするものです。介護保険制度は認定を受けた人にサービスを利用する権利、受給権を認めるものです。すでに要支援認定者は特別養護老人ホームの利用ができないとの制限があるうえ、さらに要介護 1・2 の要介護認定者の受給権とともに、サービスを選ぶ権利、選択権を取りあげる見直しに反対します。

【事務局への質問】

* 不安や懸念があり多くの質問になりました。次回でもいいのでペーパーで答えてください。

要支援認定者の「要支援事業」への移行について

質問 1.

介護保険サービスの利用では骨折や転倒など「介護事故」が避けられない面がありますが、指定事業所には重要事項説明書による損害賠償の規定があり、事故責任の有無に関わらず市区町村に事故報告書を出す義務を負っています。「要支援者の生活支援・介護予防サービスの全体イメージ」(6 ページ)では、「地域資源」による「要支援事業」の内容が説明されていますが、「多様な担い手」が遭遇する「介護事故」にはどのような対応をするのか、あるいは義務規定を検討しているのか説明してください。

質問 2.

介護保険のサービス(予防給付・介護給付)では利用時のトラブルについて都道府県の国民健康保険団体連合会に「苦情解決機関」が設置されています。「地域資源」による「要支援事業」では、利用時のトラブル・苦情の解決機関はどこになるのか説明してください。

質問 3.

「介護予防給付の地域支援事業への移行(案)」(1 ページ)では、要支援認定者の予防給付から地域支援事業への移行について、「地域の実情に合わせて、一定程度時間をかけて行う」とあります。「予防給付から地域支援事業への移行スケジュールについて(イメージ)」(3 ページ)では、

「平成 29（2017）年度末をもって、全国で予防給付が終了」とありますが、「一定程度時間」というのは 2018（平成 30）年 3 月までという意味なのか説明してください。

質問 4.

「予防給付から移行する要支援事業（案）」（2 ページ）では、「事業費の単価」について「上限単価等全国的なルールのもと」とありますが、「全国一律の基準・規制を緩和」しても、上限単価は国が定めるといえるのでしょうか。また、「上限単価等」はどこで決定されるのでしょうか。説明をお願いします。

質問 5.

「予防給付から地域支援事業への移行による費用の効率化（イメージ）」（32 ページ）では、「新しい総合事業（要支援事業＋新しい介護予防事業）」により 2015（平成 27）年度「保険料・公費の抑制」が図られるというグラフが示されています。また、「事業費の上限の設定の見直しについて（イメージ）」では、「要支援事業」の費用について「給付見込み額の伸び（約 5～6%）」に連動するのではなく、「後期高齢者の伸び（約 3～4%程度）を基本に効率化」とあります。第 44 回部会では要支援認定者を「要支援事業」に移しても「財源構成は変わらない」という説明がありました。また、必要な費用は要支援認定者の伸び率で算定するものと考えますが、なぜ「給付見込み額の伸び率」から「後期高齢者の伸び率」に変更するのか、説明をお願いします。

質問 6.

「市町村の事務負担の軽減等について」（29 ページ）では「介護認定の有効期間の延長について検討」とありますが、その理由と具体的な延長期間についてご説明ください。

質問 7.

参考資料「介護予防サービスの利用者の特徴」（41 ページ）では、特に介護予防訪問介護利用者の独居率の高さが目立ちます。また、この資料は介護予防訪問介護で 233 人、介護予防通所介護で 182 人という回答者です。介護予防訪問介護の利用者約 60 万人、介護予防通所介護の利用者約 61 万人と比べて、あまりにも回答者数が少ないと思います。このデータを出した理由を説明してください。

介護予防事業について

質問 8.

「これからの介護予防について」（17 ページ）に「リハビリテーション専門職等を活かした自立支援」とあり、「新しい介護予防事業のイメージ」（19 ページ）には「（新）地域リハビリテーション活動支援事業」とあります。新事業の具体的内容、専門職の種類、すべての市区町村での実施が可能なのかどうかご説明をお願いします。

質問 9.

「新しい介護予防事業のイメージ」（19 ページ）では「基本チェックリストの配布を任意化」とありますが、これまで二次予防事業では基本チェックリストの配布と二次予防事業対象者の把握

に多くの労力が費やされてきました。「任意化」の具体的内容についてご説明をお願いします。

質問 10.

「高齢者リハビリテーションのイメージ」(22 ページ)では「脳卒中モデル」と「虚弱高齢者」、「閉じこもり」という対象者例が示されています。介護予防事業を構想した時には、今回「機能回復訓練に偏っている」と反省されている「筋力トレーニング」のほか、「栄養指導」「口腔ケア」「認知症予防・支援」「閉じこもり予防・支援」「うつ予防・支援」のメニューが示されていました。「介護予防の取組」(24 ページ)では 5 保険者の事例が紹介されていますが、介護保険は約 1600 保険者によって運営されています。特に特別区・政令指定都市・中核市など人口の多い保険者の事例がないことが気になります。事業開始以来、各メニューの実施保険者数、参加者数、実施効果の検証について調査結果があれば、概要を示してください。

質問 11.

9 月 18 日の第 48 回部会では、要介護 1・2 で特別養護老人ホームを希望しても利用できない人には「高齢者ハウス (仮称)」で住宅対策として対応するという提案がありました。今回の第 51 回資料 2 の 8 ページ「要介護 1・2 であっても特養への入所が必要と考えられる要因」では、常時見守り・介護が必要な認知症の人、知的障害・精神障害を伴う人、家族のサポートが期待できない人、家族などによる虐待にあっている人が要介護 1・2 であっても特別養護老人ホームが必要であることが示されています。まだ存在しない「高齢者ハウス (仮称)」では、このような人たちに対応することが可能なのか、NPO などが運営するという説明もありましたが、具体的な構想をお示してください。

質問 12.

資料 3 では「小規模型通所介護の地域密着型サービスへの移行スケジュール」が示されています。『介護給付費実態調査月報 2013 年 8 月』では、介護報酬を請求しているデイサービスは全国に 8623 事業所あり、そのうち小規模は 1979 事業所と報告され、デイサービス全体の 23%、約 4 分の 1 を占めています。現在、小規模事業所の利用者は何人になるのか提示してください。また、現行の小規模事業所がすべて都道府県から市区町村の指定に移行するという理解でいいのでしょうか？ 市区町村の判断によっては指定を受けることができない場合もあるのかどうか、確認をお願いします。

安心を保障する 介護保険・社会保障制度を目指し 行動しよう

2013 年度 支部代表者会議アピール

2013 年 10 月 12 日 鳥取県米子市にて
認知症の人と家族の会 参加者一同

本日、私たちは、全ての都道府県から 192 名の会員が参加して、支部代表者会議を開催しました。

10 月 1 日、政府は消費税の 8%への引き上げを来年 4 月 1 日から実施すると発表しました。消費税増税と負担増・給付抑制の二重の負担という「道理に合わない」ことが現実のものとなりつつあります。この動きは私たちが望む方向と真っ向から対立するものです。

6 月 1 日の総会で、私たちは「増税の一方で負担引き上げ・給付抑制は道理にも合わないー予算の使い道に知恵を絞ろう」とするアピールを採択し、この動きに強く抗議する意思を表明しました。しかし、8 月 6 日の「社会保障制度改革国民会議」報告は、予算の使い道には踏み込まず、「公助」の後退、「自助」への転化の考え方のもとに、負担増・給付抑制を積極的に打ち出しました。その方向に沿って、厚生労働省から負担増・給付抑制の具体案が社会保障審議会に示されました。

その中で、私たちが特に容認できない提案は、①要支援の人を介護保険の給付対象からはずし、市町村の支援事業に委ねる。②一定以上（被保険者の 5 人に 1 人が対象になる年金収入 280 万円以上）の所得がある人の利用料を 2 割に引き上げる、というものです。

私たちは次の理由から、これらの提案を撤回すべきであると考えています。

- イ 早期発見・早期対応の認知症ケアの原則に反する
- ロ 厚生労働省の認知症施策（オレンジプラン）の初期対応重視の方向性と矛盾する
- ハ 利用の抑制によって重度化が速まり、保険財政の負担を増大させる
- ニ 増税と負担増・給付抑制の二重負担は生活への不安をあおる
- ホ 生活への不安は、消費の抑制を招き、経済活動を停滞させる

軽度認知障害の人が 400 万人と発表され社会に大きな衝撃を与えました。「要支援外し」はこの人たちを、全国一律のサービスから市町村任せにしようとするもので、サービスが向上する保障はどこにもありません。

私たちは、負担増・給付抑制をやめ、さらに歩を進めて、社会保障を充実させ生活への不安をなくして、心の余裕と健全な消費を生み出し、経済活動を活性化させるーそのような、誰もが老いても病んでも、安心して暮らせる社会の実現を願っています。そのために、予算に占める社会保障費の割合を大幅に引き上げるよう強く訴えます。

今よりずっと貧しかった戦後間もなく、先人たちは、知恵を絞り、大変な努力をして国民皆保険・皆年金の制度を実現しました。その困難の大きさを考えれば、今の困難を乗り越える知恵もきっとあるはずです。一人でも多くの方が、私たちの主張に賛同していただき、それぞれの立場で声を挙げ、行動してくださるよう心から訴えます。

以 上



朝日新聞（社会面）

2013年 9月22日（日）



オレンジ色に染まった京都タワー



タワーをバックにJR京都駅前でリーフレット配布