

社会保障審議会 介護保険部会（第53回）	勝田委員 提出資料
平成25年11月27日	

第53回社会保障審議会介護保険部会（11月27日）

勝田 登志子

意見

8月28日の介護保険部会以来、認知症の当事者団体として、認知症の本人、介護家族の声を発言してきました。残念ながら「介護保険制度の見直しに関する意見（素案）」は、当事者の声はほとんど反映されていなく、今後の介護保険制度や認知症施策に不安を隠せません。憲法25条にいう「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」2項では「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」としています。

素案2Pには「今回の制度の見直しは、地域包括ケアシステムの構築と介護保険制度の持続可能性の確保」の2点を基本的な考え方としています。素案では効率化・重点化を最大のものとして「要支援1・2の9割を占める訪問介護と通所介護を介護給付から市町村事業へ丸投げ」や「特別養護老人ホームへの入所を要介護3以上に限定」など、社会保障の向上や増進とは真逆の方向にあります。

私達はこの間、当事者の声を聞いてほしいと、6月2日の総会アピールや10月12日の全国支部代表者会議アピールなどを部会や関係団体に提出してきました。特に認知症施策については、65歳以上の15%が認知症であり、13%が軽度認知障害とされている現在、参考資料の119Pでは、2025年を見据えた第5期計画の中でも、地域包括ケアシステムを構築させる取り組みのスタートとして「認知症支援策の充実」を掲げていますが、地域包括ケアシステムの目玉であり、在宅介護を支える「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の利用は166保険者で4,261人です。第5期介護保険事業計画の実施見込み25年度の目標12,000人の3割にすぎません。

今回の要支援1・2のうち、訪問介護と通所介護を市町村事業に移行することには反対です。地域支援事業の対象となる「軽度認知障害」は400万人であり、5年間放置すれば半数が認知症になると言われています。

市町村事業では、多様な主体による多様なサービスを受けることが出来るとされていますが、このサービスは軽度認知障害の人達には有効なサービスではありません。初期集中支援チームによる対応とありますが、早期診断を担う医療機関数は29年度までで500箇所の目標であり、認知症地域支援推進員も29年度末で700人です。これで400万人の対応ができるのでしょうか、ますます認知症の人が増えることを懸念します。

80Pの地域包括ケアシステムの中核となる「地域包括支援センターの機能強化」では、周知率は3割弱であり、市町村の評価は30.2%となっています。センターの4分の1は業務量が過大と認識しており、8Pでは現在の業務に加えて「在宅医療・介護の推進」「認知症施策の推進」「地域ケア会議の推進」「生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化」「全ての市町村における総合事業の実施」を行うとされていますが、今回の改正の大半が地域包括支援センターにゆだねられるといっても過言ではありませんし、これでは職員を倍にしても十分な対応は出来ないと思います。何よりも国家戦略とした「認知症施策推進5か年計画」の大

半も集中しています。私達の期待するオレンジプランもこれでは埋没してしまう懸念があります。

特別養護老人ホームを「在宅での生活が困難な中・重度の要介護者を支える施設」と見直すとはありますが、要介護 1・2 でも、また要支援認定者でも「在宅での生活が困難な人」は存在します。また、要介護 3 以上に限定してもさまざまな特例を設け、「概ね意見の一致が見られた」とありますが、「特養待機者」を減らすことはできるかも知れませんが、在宅介護をする家族は「いざとなったら特養が利用できる」と心の拠りどころにしている人たちがたくさんいます。要介護 3 以上に限定することは、在宅で精いっぱい介護している家族介護者を落胆、失望させるという影響が懸念されることを強く訴えます。

質問

質問 1：4P 認知症施策の推進

「認知症初期集中支援チーム」や「認知症地域支援推進員」が重要とは言うが、これらの事業が単独に予算化されず、地域支援事業の中に組み込まれてしまい、他の事業に力を入れてしまえば、上記事業の予算は必然的に縮小されてしまうのではないかと、自治体任せでは認知症諸施策が進まないのではないかと、これは国が率先してやるべきと考えますがどうでしょうか

質問 2：5P 地域ケア会議の推進

「包括的支援事業の一環として、地域ケア会議を実施することを介護保険法に位置づける」とありますが、地域ケア会議の法制化について部会では十分な議論が行なわれていません。介護保険は被保険者がケアプランを作成するのが原則で、ケアマネジャー、地域包括支援センターの担当者、家族などの介護者が作成を支援する制度です。その原則があるからこそ、自己作成（マイケアプラン）が認められていると理解します。利用者本人や介護家族が参加することができない地域ケア会議で、個別ケアプランが組上に挙げられ、「適切なケアマネジメント」という理由でケアプランの変更を利用者に求めるという義務化に反対です。誰が「適切ケアマネジメント」であるかを判断するのか、判断されたケアプランに本人や家族は異議を申し出ることができるのか

質問 3：6P 生活支援サービスの充実・強化

高齢者支援を目的とする 60 歳以上の住民グループの活動は 5.9%、高齢者見守りネットワークを形成している地方自治体は 36.8% に留まっている。市町村が中心になって生活支援サービスの強化をはかるとされるが、その具体的な活動はどのようになされるのか、このような状態の中で要支援 1・2 の介護サービスを受けている 150 万人の人たちの介護が責任をもって担えるのか、事故が起きた時、誰が責任をとるのか明らかにされたい。

質問 4：8P 地域包括支援センターの機能強化

現在の業務に加え「在宅医療・介護の推進」「認知症施策の推進」「地域ケア会議の推進」「生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化」「全ての市町村における総合事業の実施」を行うとされているが、今回の改正の大半が地域包括支援センターにゆだねら

れるといっても過言ではない、職員数を今の何倍に予定しているのか

質問 5 : 10 P 支援事業の報酬単価

市町村による単価設定を可能とするだけでなく、訪問介護・通所介護については現在の報酬以下の単価を設定する、と明記されている。これでは質の低下、意欲の低下を招くことは避けられないとおもうが事務方の考えはいかが

質問 6 : 10 P 利用者個人の限度額管理を実施し、利用者が給付と事業を併用する場合には、給付と事業の総額で管理をおこなうことを可能とすることとあるが、誰がどのように管理するのか

質問 7 : 10 P 「介護予防・生活支援サービス事業の利用の場合は、基本チェックリストで利用可能とする」のは、認定を受けてはじめてサービスを利用する権利（受給権）を得るという制度の基本に反すると考えますがいかがでしょうか。

質問 8 : 11 P 「総合事業の移行による住民主体のサービス利用の拡充」の「住民主体のサービス利用」とはなにか、「高齢者が認定を受けなくても地域で暮らせる社会」とはなにか、説明をお願いします。

質問 9 : 12 P 「地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し」

「予防給付の見直し全般については、概ね意見の一致を見た」とあるが、要支援認定者の訪問介護と通所介護のみを地域支援事業の「介護予防・生活支援サービス事業」に移行することには反対です。11 P の「すべての市町村が要支援認定者のサービス提供を効率的に行い、総費用額の伸びを低減させることを目標として努力すること」という目標の設定がされていますが「削減ありき」の見直しについては、逆に症状の悪化が懸念され、費用が増大すると思いますかどのように考えるか

質問 10 : 14 P 小規模多機能型居宅介護支援事業所の役割

「地域住民に対する支援を積極的に行うことができるよう」とあるが、「地域住民に対する支援」の具体例をお示しください。

質問 11 : 26 P 「一定以上所得者の利用者負担の見直し」

高齢者世代内の相対的に所得の高い人に更なる負担を求めるべきであるとしていますが、一般の人が考える「所得の高い人」と事務局案の「一定以上の所得のある人」とには乖離があると思うがいかがでしょうか。

質問 12 : 27 P 「補足給付の見直し（資産等の勘案）」

「世帯分離をしても配偶者の所得を勘案する仕組みとし、配偶者が住民税課税者である場合は補足給付の対象外とすることが適当である」とありますが、介護保険利用の中心世代である 80 代、90 代の夫婦の場合、ひとりが施設を利用し、残るひとりが認知症やがん、リウ

マチなどさまざまな原因で在宅サービスを利用しているケースもあります。このような場合についての試算などが示されないまま、「補足給付の厳格化」を提案するのはいかなものか。