

23 / 4 / 13 第72回社会保障審議会介護給付費分科会議事録（抄）

未定稿版

1 日時及び場所 平成23年4月13日（水）

午前9時00分から午前12時00分。

グランドアーク半蔵門（4階 富士東の間）

2 出席委員：池田、石川、井部、大島、大森、勝田、木村、久保田、高智、木間、小林、齊藤、佐藤、篠原、武久、田中（滋）、田中（雅）、中田、馬袋、福田（和田参考人）、藤原、三上、村川、矢田（土井参考人）、山田（敬称略）

○大森分科会長 では、引き続きまして、今日は本論は皆様方の御意見をちょうだいすることになっているんですけども、これから私の時計であと1時間10分ございませので、私どもの介護報酬改定に向けまして、いろいろ基本的な視点とか、ものの考え方をどうすべきであるか、具体的な御提案がございませしょうから、まずフリーディスカッションをさせていただくということでございませ。

それに先立ちまして、今後大体どんなふうなスケジュールであるかということをおあらかじめ念頭においた方が、御発言していただきやすいのではないかとお思いますので、事務方の方から粗々のスケジュールをお願ひしませう。

○宇都宮老人保健課長 はい。まず来年の平成24年度介護報酬改定におきましては、対応すべき課題が非常に多うございませして、また、6年に一度の診療報酬との同時改定ということございませ。そのため通常よりも議論の時間を十分に確保させていただきたいというようにお考えてございませ。そのため本日から改定に向けた議論を開始させていただきたいというふうにお考えてございませ。

大まかなスケジュール感についてございませけれども、まず夏ごろまでに本日配布させていただきませした基本的な視点に沿いませして御議論を深めていただくとともに、またこの分科会の委員として参加されていませない事業者の方々についても、いろいろ御意見を表明したいというお話もございませ。そういった団体につきませしてのヒアリングというものも実施させていただければというふうにお思います。

その上で秋ごろには、介護事業経営実態調査の結果が取りませとませますので、その結果も踏まえませして、個別の点数設定の議論を進めることになるとお思います。

また、通常であれば年末の予算編成過程において、改定率がセットされるということになると思われますので、その改定率が固まり次第、最終的な取りまとめの議論をしていただきまして、1月ごろには審議報告を取りまとめていただきたいというふうに考えてございます。以上でございます。

○大森分科会長 というような粗々のスケジュール感でございます。それを念頭に置いていただきまして御発言をいただきます。すべての人に回しますので、お1人2分程度。それで、たくさんのおっしゃりたいと思うんですけれども、また次の機会もございますので、本日は、まずこれぞ、これを自分は最も言いたいということを1つ程度に限って御発言いただければと思っています。恐縮でございます。また、次回にもこういう機会を設けますので、お願いいたします。

席が一応あいうえお順になっているんですけれども。後ろの方からやりたいものですから、山田さんからずっと回って最後まで行きたい。最後に、大島先生からも御発言いただければと思っています。

○田中（滋）委員 その前に質問を1つ。方針についてのあり方を皆さん言うのは当然ですけど、その前に確認で、どうなっているか知っておきたいのですが。

処遇改善交付金が報酬に入るかどうかは、どこか外で決まるのだと思いますけれども、その見通しによって、他の費目をどうするかとか、支給限度額の話とか、働く人たちの安心感とか、いろいろと響くと思います。処遇改善交付金は報酬に入る、入らないは、どこかで議論をされているのでしょうか。

○古川介護保険計画課長 処遇改善交付金の取扱いについては、現時点ではまだその方向性は見えておりません。政治的判断もございましょうし、一方予算との絡みもあるということでもありますので、現時点でどういう方向でどういうふうに決まっていくかは明らかではありませんけれども、当然、先ほど申し上げたとおりの日程で、介護報酬のあり方を議論していくということは念頭におかなければいけないということでもあります。これからいろいろなところでも議論がされていくでしょうが、それに間に合うという意味で、私どもとしても必要な判断をしていけるようお願いをしていきたいと思っています。

○田中（滋）委員 ということは現時点では入れるべきだとか入れるべきではないに関する意見も、この皆さんの発言の中では、あり得ていいわけですね。

○古川介護保険計画課長 皆様の御意見としてはよろしいと思います。

例えば民主党介護保険制度ワーキングチームにおいても、従来の交付金を継続す

べきだという御意見もありますし、介護保険の中に組み入れるという御意見もございますので、まだ方向としては見えていないというところです。引き続き、御議論をいただければと思います。

○木村委員 先ほど老人保健課長さんから、1月に審議報告をまとめるという話が出たんですが、私は過去3回体験していて、前回は前々回も12月の大体御用納めの前あたりに告示内容が決まって、その2週間ぐらい前に審議報告書は取りまとまっていたと思うんです。何を申し上げたいかというところ、コンピューター等のシステムの問題とかで前倒してやらないといけないということです。それで、過去そういう改定をやってきたと思います。

今伺うと1月というので1か月後ろに押した形で行って大丈夫なのかなという、少し懸念があります。

○宇都宮老人保健課長 前々回はこのようなスケジュールになってございました。実は前回は改定率が出たのが例外的に非常に早く、たしか10月末だったんです。ということでむしろ前回は通常に比べてかなり早かったということだと思います。

○木村委員 でも1月の前の方に倒してもらった方がいいと思います。準備とかいろいろあると思いますから。

○大森分科会長 政府の方で予算編成過程でいつ改定率をどうするかお決めくださるということになっていきますので、私どもとしては、どんどん議論をしていくということ以外にはないのかなと思っています。それでは、山田さんからお願いします。

○山田委員 ありがとうございます。初めて出まして最初というので、ちょっとどこまで話していいかわかりませんが。

まず、介護職員処遇改善交付金の話が出ましたので、1点だけ。これは私の要望でございますが、是非これは基本報酬に組み込んで、職種によって、いろんなニーズの違い、地域によって違いもございますので、全体の処遇を改善するという形で使わせるような方策を考えていただきたいというのが要望でございます。

もう一つ、今回の介護報酬改定に臨みまして、やはり同時改定ということと2025年を目指した地域包括ケアシステムの考え方が打ち出されましたので、私たち老人保健施設といたしましては、2025年の介護保険施設のあり方をきちんと提示させていただいて、そして、今回の介護報酬改定の要望をさせていただきたい。

重点事項といたしましては、維持期のリハビリテーション、これをどういう形で

我々が担っていくのかという問題と認知症の問題。それからやはり在宅支援。この3点が非常に大きい課題だと考えております。

もう一つはせっきくの同時改定でありますし、長年懸案事項となっておりました介護保険施設、特に老人保健施設における医療のあり方、どこまでが医療保険で給付されて、どこまでが介護保険かというその辺の問題、中身の問題も当然ありますが、そういう大きい枠組みの問題もこれから要望させていただければと思っています。以上です。

○土井参考人 矢田市長の代理で参っております。2点ほど申し上げたいと思います。

1点目は、先ほど来出ています、この分科会での審議の日程でございますけれども、本市といたしまして保険者といたしまして、24年度からの3か年計画を、今年度市独自でも審議会を設けまして、そこで議論をしてまいる予定でございます。国の方針もできるだけ早い段階で大筋をお示しいただけたらというのが1点でございます。

もう一点は矢田市長が常々申しておるところでございますが、介護職員の処遇改善に関してでございます。介護職員の処遇改善の交付金等、いろいろ改善がなされているわけでございますが、市長が申してございますのは、介護職員の処遇改善に当たって経営者といいますか、管理者側の意識においても少し変えていただく必要があるのではないか。と申しますのは、給与の配分でございますけれども、施設長、管理者側に施設によっては法人によっては手厚いといいますか、ちょっとバランスが施設者側に重きを置かれている部分がなきにしもあらずということで、措置の時代でございましたら、ある程度施設長等についてもその水準というのはお示しがなされていたわけですが、現行ではある程度はそれは、法人内部での給与規程に基づいてなされるということでございます。

法人あるいは施設によってもばらつきがございますので、今後はある程度給与水準について、ガイドライン等お示しいただくようなことも御検討いただけないかなということでございます。以上でございます。

○村川委員 手短に3点ほど申し上げたいと思います。まず一つは、先ほど前半で御審議がありましたような東日本大震災への対応を、この介護保険制度としても明確にするということが大事でございます。災害救助等の事柄から先ほども御紹介がありました、全壊、半壊、被災を受けた施設事業者に対する支援を位置付けていただく。

あるいはまた今度の高齢者住まい法との関係で、復興期においては介護サービス付住宅等を是非大きく位置付けていただくということがありますが、この介護保険

の仕組みとしては、例えば調整交付金、これは各保険者が大変大きな関心を持って望んでおられると思いますが、第5期におきましてはやはり被災地域の市町村支援という観点から少し新しい配分ということも考えられてよいのではないかと。社会連帯という観点から、何か工夫をしていただくということがひとつあるという気がしています。

2つ目には、前の期から継続してやはり引き続き介護人材の確保、介護従事者の待遇改善ということを大きな柱として、第5期においても強力に推進していただく必要があるというふうに思います。制度の本来から言えば、介護報酬に織り込むというやり方も考えられますし、先ほど田中委員からもございましたが、どうするか。しかし、保険料を高上がりにならないためには、特別交付金という仕方もあるわけですね。その両方をにらんでよい選択の方向、進め方ということ位置付けるべきではないかという気がしております。

3つ目でありますけれども今日いただいた資料2-2介護保険制度を取り巻く状況、特に人口動向、今後の高齢者の人口の推移等から考えますと、東京を初め一都三県、あるいは政令指定都市など大都市における高齢者人口、それへの介護サービス対応ということからいたしますと、やはり介護報酬の中で地域区分の工夫、それから先ほどの2点目とも関連いたしますが、介護人材確保の観点から、引き続き、人件費比率を高める運営指導の方向ということが確保されるべきと考えています。以上です。

○三上委員 処遇改善交付金を報酬の中に入れるかどうかについては、今、お2人から意見がありました。いろいろな考え方があろうかと思いますが、もしも介護報酬の中に入れるということであれば、改定率の別枠にさせていただかないと、非常に複雑なことになる。逆に2,000億円以上のものがプラス改定というふうにとらえられますと、非常に問題ではないかと思っておりますので、御配慮をいただきたいと思っております。

また、改定率につきまして前回は、ここでの議論を待たずに頭越しに出てきた経緯がございますので、今後はこういうことがないようにお願いしたいと思います。

もう一つ介護事業実態調査ですけれども、実調についても、本来改定における影響を見るには定点での調査が必要だということで、是非そちらの方も調査の方法について工夫をしていただきたいと思います。

次回は同時改定ということがございますが、介護施設における医療の提供のあり方について、外付けがいいのかどうかということも含めて、十分議論をしていきたいと思っております。

それと、改定をするかどうかという問題ですが、震災の影響もあり、非常に混乱した状況の中で既定のスケジュールに沿って改定をするのがいいのかどうかにつ

いても、ここで御議論ができればというふうに思っております。以上です。

○藤原委員 自治体は事業者でもあるので、サービスと負担という関係をしっかり考えなければいけない。制度改正する場合には、必ず利益と不利益というものが発生しますが、最小限の不利益ということをまず大前提にしなければいけないと思います。

もう一つは、いろいろな保険制度が改正される場合には、制度間で混乱が生じないような方法を考えていかなければいけないとともに、住民に理解を求めるうえでも、なるべく早い段階で概要を示すなど御配慮をお願いしたいと思います。

○和田参考人 福田知事の代理として参りましたのでよろしくお願いいたします。

介護給付費のあり方の議論につきましては、今後知事会として各都道府県の意見を集約させていただきながら、それを随時発言させていただきたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

本日2点ほど申し上げたいと思います。まず1点目ですけれども、先ほど来、お話があります処遇改善交付金の次の施策の方向性についてできるだけ早期に結論といいますか、方向性をお示しいただければ、というのが1点であります。各都道府県においてはおおむね9月ごろをめどに、次年度の予算編成作業に入るということもございますので、そのポスト交付金の施策がどういったものになるのか。これによりましてかなり予算編成作業に影響を及ぼすということもございますので、早期の方針決定をお願いしたいというのが、1点でございます。

もう一点は、介護給付費の支給要件等につきまして、可能な限りシンプルなものとしていただきたいというのが2点目でございます。日々の介護事業者とのやり取り等においては、介護事業者の職員を初め、あるいは各都道府県の職員も介護給付費の支給に係る省令、解釈通知の理解に相当の時間と労力を要しているというのも事実でございます。勿論サービスの規模の違い、あるいは各種の評価要素を盛り込む必要性等から、一定のケース分けが必要になることは十分承知しているところでございますけれども、貴重な人的資源を本来の介護におけるケアの向上に傾注できますよう、基準、省令等の表現につきましては、極力わかりやすいものにしていただければと思います。以上2点よろしくお願いいたします。

○馬袋委員 私の方から3点を御報告したいと思います。

1点は震災でもそうですが、やはり求められているのは、地域の中で包括してサービスが提供できる体制というのが、非常に重要なんだということ、そしてチームでいかにマネジメントしていける体制をつくるかということが重要だと感じました。ので、地域包括ケアサービスの中心となる医療、介護、生活を含めた連携をす

るチームケアのマネジメントを評価するというところについて検討していただきたい。

2番目は24時間365日、中・重度になっても、在宅ケアで在宅で生活ができるということを推進するということと、当然そこに必要な人材の確保育成というところについても検討していきたいと思っています。

3番目は処遇改善交付金との関係ですけれども、処遇改善交付金については、現在、交付金を全額職員に支給していますので、給与となっています。今後の改定については、当然それは支給されているという前提で改定のことを検討していく。その検討については、職員の処遇改善はもとより、事業者が継続的に事業運営をして雇用の安定と拡大、そしてしっかりと安心して働けるという体制が確保できる改定ということを是非望んでいきたいと思います。よろしく願いいたします。以上3点です。

○中田委員 2点申し上げます。まず、第1点は介護職員の質の問題もありますけれども、量をどう確保するかという観点で是非御議論をいただきたいと思います。どんな資料が出て、今後の介護職員が必要な数というのはすごい量が出ているんですけども、それに対応できるような介護報酬というものをきちんと議論をしていただきたい。特に介護職員処遇改善交付金については、今現在は交付金ですけれども、これが介護報酬に入るかどうかわかりませんが、これらについては今おっしゃったように、もう既に支給されているものでございますので、この辺はきちんと守るということをお願いしたいということでございます。

もう一点は、先般、大森座長さんからのペーパーにもあるんですけども、平成18年改定、平成21年改定の検討というのがございます。新たな介護サービスもこのときにできてまいりました。それからまた今後24時間のサービス、あるいは複合型というような、新たなサービスが今検討されてございますけれども、この介護保険制度は11年目ですよ。そろそろ限られた介護財源ということから考えると、費用対効果という視点で議論をした方がいいのではないかと、私は思います。是非その辺をお願いしたいということです。以上です。

○田中（雅）委員 私からは3点。1つは、これまでもお話がありましたように、介護職員処遇改善交付金につきましては、私どもはこれまでも介護報酬への組み込みをお願いしてまいりました。それはなぜかと申しますと、現在のように、事業所によってはそもそもの基本給の中に組み込んでいるというところもあります。圧倒的多数は一時金もしくは何らかの手当という形に変わっております。現在ありますように、24年3月までの措置でありますならば、結果としてはそれは一時金ということになりますから、必ずしも生活保障につながってこないという問題がありま

す。そういう意味において、是非報酬に組み込むという形の議論を進めていただきたいということ。

合わせてこれまでのような報酬の議論とは少し違う形での議論も進めていく必要があると思います。つまり、これまでのように単なる人件費としてとらえ、そして単なる人件費というのは、どちらかというところ、労使間の話し合いによって決めるものだという考えをするならば、介護職員処遇改善交付金がせつかく報酬の中に含まれたとしても、実際のところ、事業所においてはアンバランスを生じてしまいます。それはひいては、これまで議論されてきた介護職員の定着にはつながらないのではないかという懸念もしております。そういう意味で、必ず介護職員が、サービス従事者に定着できるような形での議論を進めていっていただきたいと思っております。

2点目は資料2-1にありますように、配慮すべき点の中における平成18年度改正及び平成21年改正の検証というところで、資料2-2の8ページにございます。私どもはこれまで訪問介護におけるサービス提供者の人員配置の基準の問題、あるいは訪問介護の報酬体系の機能別再編について、これまで議論してきましたが、確実な結果が得られておりません。まだ、検討中ということですが、これらにつきましては、対応方針ということに書いてありますように、そのための研究事業が厚生労働省の老人保健健康増進等事業の研究が進められております。その結果についても、もう出ているところかと思っておりますので、願いますのは、この分科会の中で、こういった研究が進められた結果について、早目に資料提出いただいて、実際の報酬の議論につなげていただきたいと思っております。

3つ目でございますが、これも資料2-1にございますように、やはり質の高いサービスを確保するために、そういった提供者の努力を促すようなインセンティブを付与することということで、このことは大森座長からもお話があった基本的な視点でございます。例えば要介護認定におきましても、現実的にはこういった要介護認定を維持するというのも、ある意味ではサービスを提供した結果とも言えます。今後はサービスの提供によって、維持すること、あるいは改善したこと、そういったことに対するきちんとした評価といったものを検討すべきではないかというふうに思います。以上3点です。

○田中（滋）委員 先ほど馬袋委員が言われたことに私も賛成です。

地域包括ケアを推進するためには地域包括ケアシステムを実現しなくてはなりません。システムなしに推進することもできるかもしれないけれども、大変なコストがかかります。きちんとまずシステムをつくれるようにすべきです。

地域包括ケアシステムとは、個別のサービスの整備だけではできません。ある製品をつくるのに部品がたくさんあればいいとは言えない。部品の合計が製品になる



わけではありません。部品を組み合わせたり、調整したり、部品が連動するようにする。その工夫がなければ製品はでき上がりません。組み合わせたり、調整したり連動されたりするところにはコストもかかります。時間もかかりますし、組み合わせを間違えるリスクもあります。だから連動させていくところのマネジメント力、コーディネート力、あるいはパッケージ化する、モジュール化する視点、地域包括ケアのサービスの費目一個一個にコストに対応した費用を払うだけでなく、もう一つ上の概念でパッケージ、モジュール、コーディネーション、あるいはマネジメント、この視点を入れていかないと、このシステムはでき上がらないことを主張したいと思います。

おまけですけれども、定期巡回随時対応型訪問介護看護は、絶対によくはない名前です。地域包括ケアシステムのコアになるのは、このサービスです。多くのお年寄りは介護支援専門員さんとは呼ばなくて、ケアマネさんという4文字で日本語になっています。同じく定期巡回・随時対応型訪問介護看護についても、法律用語は構いませんけれども、是非これは募集でもして、いい名前をつくりたいですね。以上でございます。

○大森分科会長 今のことは私もそう思っていて、まず、私どものメンバーから簡明でわかりやすい言い方をとりたい。いかにもこんな長いものは、普及しませんので、ですから皆さん方もお考えくださって、いろいろお知恵を出していただければと思っています。では次に参りましょうか。

○武久委員 それでは、3点お願いしたいと思います。一応これは介護保険改正法が、この間出たということですから、法律改正を伴わない、この給付費分科会での話に限定されることだろうと思うんですけれども、これから超高齢化社会がすぐ到来してくるわけですから、重度の医療を必要とする要介護者、医療を必要とする医療介護者の急増に対して、ちょっと3点お願いしたいと思います。

まず一点目は前の分科会でも出ましたように、利用者本位ということになっておりますので、これが行き過ぎて余りにも利用者の好き勝手にできるということではないのかということ。自助公助といいながら、自助の部分の意識が非常に薄れて、公助を受けるのが当然だと。こういう国民の意識がこの介護保険の財政を野放図に拡大させる危険性を持っているのではないかと思います。

もう一つは支給限度額いっぱいヘルパーの訪問介護だけを頼んでいるような場合もあります。医療系のケアマネジャーが非常に少なくなっていることもありますが、ケアマネジャーさんというのは、御用聞きケアマネジャーとかこの間言いましたけれども、これは非常に気の毒な状況にあります。利用者の言うとおりにしないと、ケアマネジャーを断られる。こういうプライオリティが全くないような立場

にケアマネジャーが置かれているということは、改善の余地があるのではないか。また、この法律の範囲内で行うとしたら、今現在、介護認定時に堺では要介護者に対してのケアプランに意見を付すことができるという項目があります。

ただし、この意見を伏したときにそれを順守する義務なり罰則なりがあるのかどうかということをお聞きしたいんですけれども、利用者がいろいろなケアプランを勝手にやってもいいということ自身が費用対効果の面で、先ほどだれがおっしゃいましたけれども、ここをある程度検証していかないといけない。これを介護報酬で誘導できないかということをお願いしたいと思います。

もう一つは、介護療養型医療施設の問題ですけれども、一応6年間延長ということになりましたが、介護療養型医療施設でも、重度医療が必要な要介護者が非常に増えています。このために介護療養型医療施設は収容型施設ではなしに、治療機関であるということから考えまして、急性期病院なり在宅から初期に入院した方には、初期加算というものを付けていただいて、また在宅復帰率の高いところには、それなりの加算を付けていただく。また、重度医療を必要とする人には、重度加算というようなものを考えていただく方が、介護療養型医療施設を有効に利用するという意味で、非常に役に立つのではないかとこのように思います。

3番目はEPAですけれども、インドネシアやフィリピンからたくさんの方の看護師の方や介護福祉士の方が来られていますけれども、これらは非常に劣悪な環境というわけではないんですけれども、なかなか受験をしても受からないという状況に置かれております。また、事業所におきましては法定人員に一切入れられないというおかしなことがあります。実際にマンパワーとして働いている以上、私は2分の1ぐらいは法定人員に入れてもいいのではないかと。そうしないと、せっかく外交的に東南アジアと連携して介護職員の不足を補おうという大きな趣旨があるにもかかわらず、その結果としては非常にまずいことになるのではないかと。事業所に対する負担も課題になっておりますので、これは老健も多分老施協も同じ意見だと思いますから、このところの以上3点をお願いしたいと思います。

○篠原委員 ありがとうございます。

私どもも今回介護サービスの支援を必要とするような人たちが、必要なサービスを安定的に受けるような、そういう3点の立場ということで毎回申し上げておりますけれども、介護サービスを利用する立場、担い手である労働者の立場、そして介護保険の被保険者の立場という3点から、本日は2点につきまして申し述べたいというふうに思っています。

皆様方から御意見がありましたように、今回は6年に1回の介護報酬と診療報酬の同時改定というふうなことを控えているということです。今までもお話があったように、超高齢化というのは待ったなしの状況でありますし、介護の社会化という

理念をしっかりと持って議論に参加していきたいというふうに思っています。

高齢者介護は重度になればなるほど、やはり医療と介護のケアミックスが必要だというふうに言われていますし、医療と介護の連携効率を利用者、当事者、介護者の視点も踏まえた議論ということに臨んでいきたいというふうに思っております。これが1点目でございます。

2点目では、本日の資料2-1の中にも考慮すべき点というふうなことで、重点化を図るべきという項目が挙げてございます。今回要支援及び軽度の要介護者に対するサービスというのは、認知症の患者の方も含めた日常生活の安全確保と支援、また重度化の防止ということなど重要な役割を果たしているというふうに、私どもは認識をしております。今もいろいろお話がございましたけれども、重度者に重点化するという意見もあるというふうにもお聞きしておりますけれども、支援やサービスを利用して暮らしているような方々の生活に支障を来たすようなことがあってはならないというふうに思っています。

今回示された給付の重度化が安易な軽度者へのサービスの切捨てにならないような慎重な議論を進めていきたいというふうに思っています。以上です。

○佐藤委員 歯科医師は在宅における居宅療養管理指導、施設診におきましては口腔機能の管理加算、それから通所においては口腔機能向上という、そういうサービスを担っているわけです。一方で食べることを含めた生活を支える医療というものを強く志向しております。したがって、地域包括ケアに関しては、その一員としても、システムの中としても是非これに参加しながら推進を進めていただきたい、いきたいというふうに思っています。

その上で基本的な視点の中に3つ目に質の高いサービスということがあります。これを是非議論をお願いしたい。つまり、質の高いサービスとは何かということが、まずしっかり議論されていきませんと、給付の重点化、それがエビデンスなのかというふうな、続けての議論になっていくというふうに思っています。ですから、その質の高いサービスということの議論を是非お願いしたいと思っています。以上です。

○斎藤委員 3点ほど申し上げたいと思います。今回ダブル改定ということで、非常に大事な時期であります。この分科会としては介護人材の確保というのは、先ほど来のお話のように、重要な課題であるという認識をいたしておりますが、一方で医療と介護の連携を考えますときに、深刻な医師不足でありますとか医療機関の縮小、閉鎖と。いわば地域医療の崩壊という言葉をしばしば耳にするわけです。

これから24時間地域包括ケアをし、地域でそういう体制を整えていくためには、介護人材と同時に医療人材の不足感が非常に強いものがございますので、この分科

会としての案件ではございませんけれど、併せて医療人材等の確保についても、しめるべき審議会の方に強く申し入れをしていただければと思います。これはとりもなおさず在宅限界を高める、また在宅復帰を進める、そういう受け皿というものをしっかりとつくるということが大事な点ではないかと思えます。

2つ目は、篠原委員からもお話がありました効率化、重点化。今回の、大森先生のメモにもございますが、これは各論のところでは議論をさせていただきたいというふうに思っています。安易な進め方はすべきではないという考え方です。

3つ目には、制度が充実していくのは大変結構なことですが、一方で複雑化するという問題をはらんでおります。利用者からいたしますと、理解の限界を超えていくという状況になりつつあるのではないかというふうに思っています。

充実ということと併せて、介護報酬の体系は複雑化するということになりますから、これはできるだけ今回は避けていくということが重要ではないかというふうに思っております。

これから実態がどうかということで経営実態調査をやるわけですが、前回体験いたしましたことは、回答率の低さに愕然とするという思いをいたしました。物事を考えるときに、その基礎となる資料が、安定性に欠くものの中で議論をするということは、大事な財源を使うに当たっては、慚愧に耐えない思いがいたします。関係者の方々には、更なる御尽力をいただきまして、統計的な数値として問題がないような有効回答を、是非お願いしたいということ、最後に要望として申し上げたいと思えます。

○小林委員 手短かに何点か申し上げたいと思えます。

まず第1点は医療と介護の連携に係る議論についてです。診療報酬の場合は、社会保障審議会が改定の基本方針を定め、改定率を内閣が定め、中医協で具体的な点数を定めております。介護報酬の場合は、医療と異なる手続きになっておりますが、各論に入る前に基本的な方向性を共有していくことが大事であろうかと考えています。

中医協では、医療と介護の連携に係る議題についての議論は、既に今年の1月からスタートしております。介護給付費分科会でも、これにスケジュール感を合わせて議論できるようにお願いしたいと思っております。介護保険の側から見て、同時改定に向けて医療保険に対してどのような課題があるかについて事務局に是非整理をお願いしたいと思えます。

次に介護報酬でカバーする範囲についてです。2月7日のメモの2行目に「住まい」とあります。個々人の生活を支えていく上で、住まいの問題は大きなウエイトを占めており、極めて大事な観点であります。ただ、低所得者に対する配慮は当然必要だと思えますが、本来税財源で実施すべきものについては、介護報酬では抑制

的に考えるべきであり、これは保険料を負担していただいております現役世代の方々にも介護保険制度に共感し、支持をいただく上でのポイントになると思いますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

次に地域において在宅医療と介護を支える体制の整備強化についてです。メモの配慮すべき点に給付の重点化を図ることとありますが、これに関して、処遇改善については引き続き配慮することが必要であると考えています。

また、居宅での医療、介護を支えるためのサービス、在宅の看取りまでを意識した一連のサービスの提供を考える上で、実際に医療と介護の両面にわたって利用者に関係施設等の調整の中核として、訪問看護ステーションの果たす役割は非常に大きいと考えております。この部分を強化するのに有効と思われる策を御検討いただけたらと思ひます。

最後に、これから限られた時間の中で効率的に議論を積み重ねていくに当たり、全体のスケジュール感を示していただひいて、各回の議論に臨みたいと考えております。先ほど、粗々のスケジュールが示されましたが、より具体的なスケジュールを提示いただひようお願ひしたいと思ひます。以上です。

○木間委員 介護予防・日常生活支援総合事業の訪問介護による介護予防に関して申し上げます。

予防の推進はとても重要なことです。介護度の改善、生活自立を達成し、介護保険給付の低減を実現した和光市の取組みはよく知られているところであります。これは地域保健研究会による「訪問介護による介護予防サービス提供プログラム」を実施した結果であります。

22年度は、北九州市において、介護予防訪問介護の利用者に、生活援助と生活機能向上サービスを一体的に提供し、本人は、セルフケアプログラムを実践するというモデル事業が実施されました。生活機能向上につきましては、ヘルパーさんを研修した上で3か月間ではありますが、週1回、1回30分提供しています。

この事業は、21年度に北九州市において地域保健研究会が、介護予防訪問介護の利用者を2年間追跡調査し、家事遂行能力の変化、介護度の変化とその要因などを分析しておりますが、それらを踏まえて実施されたものです。この2年間で介護度が変わった人については、その要因を調べています。その要因を国際生活機能分類モデルに当てはめると、疾病と生活機能との間の悪循環が見えてきました。この悪循環をどのようにして断ち切るかではありますが、介護度が改善した人の改善要因からとらえています。改善した要因の1つは支援プラン、サービスメニューを前向きに実施したことでありました。

和光市、北九州市、その他石川県等々の自治体で長年実証研究をなさってこられた地域保健研究会の田中甲子先生は、日常生活動作の困難を援助すると同時に、困

難からの脱却スキルの手を差し伸べるシステムの重要性を指摘されておられます。財源論から安価なサービスに移すということはあってはならないことです。介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる制度を創設するに当たっては、こうした実証分析の結果をもとに慎重になさるべきだと思います。以上です。

○高智委員 私の方から、2月7日に大森座長から御提出いただいておりますメモの中の基本的な視点の最後のポツですが、地域間、サービス間のバランス公平性に配慮すること。配慮すべき点の第1番目、給付の重点化を図ること。これについて御意見を申し上げます。

今申し上げました2つの要素は相互に深い連関性を持っているものと思っています。一体的に広げることでもできる要素だと思っています。まず、基本的な考え方でございますが、地域間、サービス間のバランス公平性に配慮につきましては、介護給付の公平化につながる考え方を多分に盛り込んでおられますので、基本的には賛成でございます。

給付の重点化を図ることにつきましても、これは居住性、在宅、あるいは先ほど住まいの御意見もございましたけれども、国土交通省との連携も密にさせていただく方向で深い議論をお願いしたいと思います。

現在、介護保険は我が国におきまして最後の社会保険ということになっておりますけれども、その体力は介護保険を含めまして、社会保険全体が非常に体力を落としているというふうに認識しております。

一番大きな要素といたしましては、まだほかにもあるかもしれませんが、最近、震災のニュースに隠れて余り出てきませんが、生活保護受給者の増大、急増でございます。これは、満月全体を社会保険とみなすならば、月の弧がどんどん欠けていく状況、これが加速しております。社会保険を運営するのは、運営の財源としては勿論社会保険料が主体となっていくべきでございますけれども、併せまして保険料、そしてポケットマネー、家庭から出ているわけでこの3つの要素しかないわけでございますので、その配分につきましても重大な関心を持っております。特に重度の要介護者に対する配分について配慮するとともに、軽度の方、要支援2、要介護度1、2の方がどんどん増えております。急速に増えておりますので、その方たちの健康寿命をいかにして延ばすか。そういうことで学際的な御支援も必要だと思っています。老年医学から始めたのでは遅いかと思いますので、若年期、壮年期からの医療、今日の資料にも入っておりますけれども、「生活不活発病」に注意しましょうと。まさにこの辺が一番大事なところだと思っています。

もう一つ最後に申し上げますと、切れ目のない医療介護サービスの提供ということで、本日のような場で申し上げることではないかもしれませんが、診療報

酬と介護報酬の整合性、あるいは、一貫性というところにも着目して深い御議論をお願いできればと思っております。以上でございます。

○久保田委員 2点申し上げます。まず第一に、人口構成が変化していく中で、現在の保険料水準とか国の財政状況等を考えますと、今後この介護保険の持続可能性を確保していくというためには、どうしても中度あるいは重度者への対応等、必要不可欠なサービスに給付を重点化せざるを得ないのではないかとという点です。その一環としまして、今般の改正法案では新しいサービスが盛り込まれておりますけれども、そういった新しいサービスも活用しながら、サービス提供体制を効率化するという視点が必要なのではないかと考えております。

他方、効率化しながらも質の高いサービスを提供するということが非常に重要でございます。質の高いサービスの確保に向けて、事業者の努力を促すメリ張りのある評価というのが必要であろうというふうに考えています。

前回の改定で質の評価に関する指標の検討というのが積み残しの課題だったわけですが、これまでの検討成果など、また御報告いただければと思っております。以上です。

○木村委員 必要な人に必要なサービスが入るためのケアマネジメントということで3点。退院前後の切れ目のないサービス等によるリハビリテーション、訪問看護、薬剤管理、口腔機能、栄養改善等のきちんと入っていく仕組み。それには暫定プランのあり方を、もう一回検討する必要があると思います。

もう一点、医療保険から出る財源、介護保険から出る財源で老人保健施設等の中での薬剤費等々の考え方、これを整理。

2つ目、施設ケアマネジャーの評価。

3つ目、新しいサービスのケアマネジメントのあり方ということで、24時間対応定期循環随時対応サービス、複合型サービスであります小規模多機能型と訪問看護の合わせたもの。これらのケアマネジメントは非常に複雑、または24時間対応ということが非常に、いろんな角度から検証してやらないといけないというふうに思いますので、新しいサービスのケアマネジメントのあり方も、ここでやってほしいと思います。

最後に要望です。中医協で医療介護連携等の例えば介護支援連携指導料等々の調査を今、設計し行うということを知っていますので、それらの状況も随時ここに出していただきたいと思っております。以上です。

○勝田委員 本日資料として、認知症の人も家族も安心して暮らせるための要望書を提出しております。私たちは昨年8月から11月まで会員及び会員外にも向けて、

アンケートを行い寄せられた意見をまとめました。

2009年に提言、私たちが期待する介護保険に合わせたもので、今回要望書をつくっております。解説も横についておりますので、お目通しいただきたいと思っております。特に私たちとしては重度化、効率化ということの中で現在の認知症が軽度のときこそ、しっかりした手当をすることで重度化を防ぐという観点を絶対見失わないでほしいと思っております。

今回の改定は医療、介護予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく有機的かつ一体的に提供する地域包括ケアシステムということでございます。私たちはこの地域包括ケアシステムが認知症の人に配慮した内容ということ。また、大森座長の事前メモにも認知症にふさわしいサービスを提供することというふうに取り上げていただいておりますことを心強く思っております。今後この要望書に基づいて私は発言していきたいと思っております。

また、今後の配慮すべき点としてエビデンスに基づいた説得力のある議論とあります。私たちは32年間、全国で地道な活動を続けてきました。継続こそがエビデンスだと思っております。またこの間、10年ごとの大きな認知症にかかわる実態調査を行っておりますが、この実態調査では家族の形の変化、介護家族の変化など大きく様変わりをしています。この変化に対応する介護保険システムであってほしいと思っておりますし、何よりも介護保険が認知症の人と家族にとって安心できる制度にすること。この観点から今後発言をしてまいりたいと思っております。よろしく願いいたします。

○井部委員 3点申し上げたいと思っております。

1つは、複合型サービスの推進であります。医療必要度の高い在宅要介護者が必要なサービスをフレキシブルに使い分けながら、最後まで在宅で暮らせる仕組みを整えるという意味において、例えば訪問看護を基盤とした小規模多機能型居宅介護など、介護保険部会でも提案されました複合型サービスが、安全かつ実効性のある仕組みとして実現できるように、検討すべきだと思っております。

2つ目は、訪問看護が必要な人に適切に提供できる仕組みであります。2月の給付費分科会で示されました調査結果で、訪問看護やリハビリなどの医療系サービスの利用が少ないということや、医療処置や疾患があるにもかかわらず、訪問看護が入っていないというケアプランの妥当性についての検討がなされました。これに伴いまして、ケアプラン作成の段階で、妥当かどうかという、あるいは必要性が見極められる仕組みが必要であると思っております。

平成21年度の改定で新設されました、看護職員による居宅療養管理指導という、こういうサービスを活用してケアマネジャーと訪問看護師が連携協働してケアプランを立案できるような制度を見直すべきだと考えます。



もう一点は、ケアプランの段階で医療系サービスが適切に導入できていないということを差し引いても、現状の区分支給限度基準額では、例えば要介護度が軽くでもインスリン注射などの医療処置を日常的に利用する利用者は、必要回数を入れますと、支給限度額を超えるといったような問題があります。支給限度額を超えた分の訪問看護に係る給付についての取扱いについて、検討する必要があると思います。

3点目は特養の夜間体制であります。今後は特別養護老人ホームはついの住みかという位置付けが高まりますと、緊急時の対応や看取りが安全にできる体制がより一層求められます。特別養護老人ホームは看護職員の夜間配置が進んでおりませんが、ほとんどが、オンコール体制になります。緊急対応や看取りが安全にできますような夜間体制、あるいは医療提供体制についても検討していく必要があると思います。

○石川委員 まず、私は介護給付分科会に3年ほど参加させていただきましたけれども、合計20年の市長任期、この26日で終わるということになります。次からは後任の方が、参加するという事によろしくお願ひしたいと思ひます。私としては最後の機会ということでございますが、手短に4点御指摘させていただきたいと思ひます。

まず、今回の介護報酬改定につきましては、地域での在宅介護を重視した地域包括支援システムを実現するためのものでありまして、こういった視点で是非議論をしていく必要があると思ひております。具体的には、24時間対応の定期巡回随時訪問対応サービスなどの新しいサービスの介護報酬水準をどのような程度にしているのか。この辺については十分な議論を期待したいと思ひております。

2点目は、介護保険給付費は税と保険料で構成されております。これを負担する市民や高齢者の意向を十分に踏まえる必要があります。特に保険料水準の配慮を重ねてお願ひしたいと思ひます。政策的に引き上げるようなことがあるならば、国の責任において説明責任を果たすことを是非考えていただきたいと思ひます。介護報酬の使われ方の透明性を確保するためには、例えば、管理者を含む介護従事者の給与公表制度の導入なども、以前から主張しておりますけれども、図る必要があるというふうに思ひておりまして、これらの議論も期待したいと思ひます。

3点目は、これまで施設サービス等の地域偏在問題。財政調整交付金問題、福祉用具の問題の是正などを指摘してきたところでございますが、運営基準や介護報酬だけでは、介護保険を地域で円滑に運営することができないことは明らかであります。是非国は、保険者機能を重視する姿勢を持って、今般の介護報酬改定を進めていただきたいと思ひます。

最後に、今回の大震災による被災者に対する対応については、特別な対応につい

での議論を是非進めていただきたいと思いますとともに、今回はマグニチュード9ということで、まだ余震も続いておりますけれども、1854年安政年間54年から55年にかけてマグニチュード8.4~6.9ぐらいの地震が1年間で4回くらい起こっております。これで、大災害になっています。今回の地震は阪神・淡路のように、これで収束すると考えるのは早計で、まだまだ数年続く可能性が大いにあるということをして是非警鐘していく必要があるのかなというふうに思っております。これは私の後任者あるいはまた市長としての後任者にも是非伝えていきたいと思っております。以上でございます。

○大森分科会長 市長さん、どうもありがとうございました。

○池田委員 基本的には僕は問題は1点に絞られると思います。それは何かというと、今回の東日本大震災、超ド級の津波、そして空前の原発事故、これはただ事ではありません。しかも、終わっていません。恐らくこれからの日本というのは、敗戦に匹敵するようなレベルで社会構造そのものを見直さなきゃならない時期に入ったと思います。そのときに何をこれからつくっていくのかという視点を、今から持たないと問題ではないかなと思っているわけです。

そういった意味で、本当にリアリズムに立ち、かつ理想を追いかけというのが私は介護保険のずっと伝統だったと思います。これをもう一回復活させなければなりません。例えば震災復興に少なくとも何十兆円かかるのは間違いありません。本年の補正予算で10兆円程度ということが語られています。じゃ介護保険の保険給付は幾らなんでしょうか。7.3兆円です。間もなく8兆円に達します。それくらいでかい財源を、私たちは考えているんだということをまじめに考えなければいけないということです。

はっきり言って、例えば処遇改善交付金についても、介護報酬に組み入れるとすれば、その財源はどこから出るんですか。保険料から半分出さざるを得ないし、半分は公費で出さないといけない。この震災復興の中でその公費はどこから出るんですか。税金を上げては足りません。国債を出しても足りないということなんです。

そうするとみんなが自分たちで負担し、自分たちで支え合うというのが、社会保険の本質です。それを忘れるなということ。それが一番重要でしょう。つまり簡単に言えば、要らないサービスは要らないんです。そして必要なサービスは絶対に必要なんです。そこをどううまく仕分けしていくか。これが私は今回の介護報酬改定の最大の課題だと思います。

具体的な問題を一つだけ話させていただきますと、極めて重点的に取り組まなければならないのは認知症サービスです。認知症は介護保険の施行によって、ある意味非常に社会的に認知され、大きな役割を介護保険を果たしました。でも実はサー

ビスが全くついていないということなんです。このサービスは何から始まるかというのと、いろいろとこれから議論はありますけれども、一体これは医療保険のサービスなのか、介護保険のサービスなのか、よくわけがわからないところがある。BPSDの緩和、解消というのは極めて重要ですけども、今、老健施設の認知症リハビリがあるだけであって、実はどこか行方不明になっているんです。ましてや基本原因疾病の分析と中核症状、周辺症状の分析によるケア方針の確立というのは、ほんの一部しかされていない。

そうすると、認知症ケアサービスをどうつくるか。しかもそれは政策誘導的にどう育てあげるかというのが極めて重要であります。

同時に、先ほど生活保護の問題が指摘されましたけれども、生活保護の半分は医療扶助です。その医療扶助の半分以上は、慢性期医療の人たちであってしかも高齢者です。しかも、その次、皆さん、おわかりになりますよね。認知症です。そういうふうにと考えると、役割分担というのが物すごく必要であって、これはもう一つ、今度の法改正の中に入っているのも非常に期待しているんですけども、市民後見人制度が出ていますね。つまり、成年後見人制度というのは、認知症に対し残念ながらほとんど役に立っていない。それが市町村町の申し立てという制度を使うことによって、うまく転がしている。これを介護報酬とどう組み合わせるかというのは、ケアマネジャーの報酬の問題にかかってくるかもしれませんけれども、そういうことをトータルに考えて、実は一回まじめに認知症だけで議論をするという、そういう場も必要なのではないかと思います。以上です。

○大島分科会長代理 介護保険ができて10年以上経った時点での、医療保険と介護保険の同時改定を迎えるわけです。10年という蓄積は質的な意味でも非常に大きく、高度になったというか、レベルが高くなったというか。要するに何が言いたいかというと、質的にも非常に要求度が高くなってきているということです。

量的な意味では勿論高齢者が急速に増えているということが、その背景にあります。しかも、後期というと怒られますけれども、75才以上の高齢者が急速に増えてきているという社会的な背景があって、量的にも質的にも介護保険に対する要求度というのが高くなってきています。にもかかわらず、今、池田先生のお話にもありましたけれども、東北の震災を持ち出すまでもなく、いろいろなところでお金が必要でしょうがない。

介護保険に一体どういう財源を持つてくることができると考えると、これだけ需要が高まっているにもかかわらず、その需要に十分こたえるだけのものが用意できるのかと、心配でならないのは、皆さんもよくわかっていることと思います。

この会議の中で、これから一体何が起こるのかと考えますと、立場が違えばサービスの必要性、あるいは重要性というのは随分違って来るわけですけども、必要

性に順番をつけざるを得ないというようなことが、恐らく目に見えて出てくる。ということは、どこかが我慢をせざるを得ないというような展開が、これからは出てくるだろう。これが一つです。

もう一つは、医療と介護の連携の問題について、多くの方がお話しされましたけれども、私は医療の方の立場ですが、医療も非常に大きな転換期に来ていると思います。一言で言えば、単に治すだけの医療から、治すだけではなく生活を支えていくという医療に、変化をしなければならない時期に来ている。その中で医療と介護の連携がどうあるべきか。どういうあり方が適切なのかということが、もっと重要でようになってくるだろう。先ほども中医協で医療と介護について治しが進んでいるというお話がありましたけれども、医療側から見た医療・介護の連携のあり方と、介護側から見た医療・介護の連携のあり方というのは、相当に温度差がありますので、介護側から見たときの医療・介護の連携のあり方とは一体何なのかということをきちんと整理してすり合わせをしていくということが必要だろうと思います。

ということで、これからの会議は相当タフな会議になるだろうと想像しています。私は分科会長代理ということで、こんなタフな会議を会長に倒れられたのでは、とてもお引き受けするのはたまりませんので、何とか大森会長が倒れられないように、少しでもお手伝いできればと考えて参加をさせていただきたいと思っています。以上です。

○大森分科会長 ありがとうございます。倒れないように努力いたします。ありがとうございます。別に今日で終わるわけではありませんで、御意見がございましたように、できるだけ私どもとしては、医療報酬の方の議論も進んでいますので、それと歩調を合わせながら前へ前へと議論を進めさせていただくと同時に、少しいろいろ御意見が出そうなテーマについては、なるべく早目にお出しして皆さん方の御意見をちょうだいすると同時に、今日のように御意見が出てきていますので、少しずつ事務局側に論点みたいなもの、御意見の分布みたいなものも整理していただいて、逐次それを皆様方に御提示して議論を進めるというふうにさせていただきます。

次回については、できれば4月にもう一回恐縮ですけれども、開かせていただくようなお手配をお願いできればと。それでは事務局にお願いしましょう。

○宇都宮老人保健課長 次回の日程につきましては、決まり次第、また連絡させていただきますので、よろしく願いいたします。

○大森分科会長 以上でございます。ありがとうございます。引き続きお願いいたします。