

介護保険法改正案 確認を求める事項

1. 予防給付

(家事援助)

(問) 新予防給付では、家事援助が一律にカットされるのではないか。
また新要支援1・2のサービス限度額は、現行の要支援・要介護1の水準を大幅に下回らないようにすべきではないか。

(答)

新予防給付においても、家事援助を一律にカットすることはない。適切なケアマネジメントに基づいて提供される家事援助は認められる。具体的には、自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、それについて、同居家族による支えや地域の支え合い・支援サービスや他の福祉施策などの代替サービスが利用できないケースについては、ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供される。

新予防給付は、軽度者の既存サービスのうち、一部の不適正なケースの適正化を目指すものであり、原則として、現在提供されている適正なサービス、すなわち適正なケアマネジメントに基づいて独居や要介護者同士の夫婦の利用者が行うことができない家事をホームヘルパーが行う家事援助は、今まで通り利用できるものとする。

新予防給付におけるケアマネジメントにおいては、当該サービスによる心身の状況の変化等について、加齢に伴う機能の変化も含め、適切なアセスメントを行うものとし、その中で必要とされるサービスについては新予防給付導入後も引き続き相当するサービスを受けられることとする。

新たなサービス限度額の設定に当たっては、国会でのご議論を踏まえ、現行の要支援と要介護1の限度額水準の違いを勘案しつつ、費用の効率化など財政的な観点と必要なサービス内容の確保の観点から、適切な水準とすべきものと考えている。具体的な水準については、今後給付費分科会における報酬の議論

を踏まえ検討してまいりたいが、その場合こうした国会でのご議論は同分科会にも報告させていただくこととしたい。

(筋力向上トレーニング)

(問) 筋トレは強制されるのか。また、マシンや資格など、筋トレをめぐる新たなビジネスで、介護給付費が膨らむのではないか。さらに、筋トレを行う場合には、利用者に対して、事故等について十分なインフォームドコンセントを行うべきではないか。

(答)

新予防給付のサービスにおいても、利用者の選択が基本であり、強制されることはない。マシンの利用や有酸素運動等を含む筋力向上を中心とするプランを本人が望まない場合は、それらのプログラムを含まないプランが適切なケアマネジメントに基づいて提供されるものとする。

筋力向上トレーニングを受けられない、受けたくない利用者が介護予防通所介護を利用できるように、介護予防通所介護で提供されるサービスとして、現行の通所介護と同様に筋力向上プログラムが含まれないサービスも提供されるものとする。

マシンに費用については個別に介護報酬の対象とはしない。また、新たな資格制度を創設することはしない。

筋力向上のためのメニューを導入する前に、マシンを用いた筋力向上トレーニングの実施方法や効果を持続させるための方策等について、市町村におけるモデル事業や試行の結果を踏まえ、慎重に検討する。

なお、他のサービスと同様、筋力向上トレーニングの利用者に対しても事前に十分な説明を行い、同意に基づくサービス提供を行っていく。

(問) 介護予防通所介護の指定に当たっては、筋力向上トレーニングマシンの設置を条件とするのか。

(答)

筋力向上トレーニングマシンの設置を介護予防通所介護の指定要件とすることは考えていない。

(介護予防サービスの提供期間)

(問) 介護予防の各サービス（訪問入浴介護、通所介護等）において、「厚生労働省令に定める期間にわたり」とあるが、その意味は何か。サービス提供を停止する口実、きっかけに使われることはないのか。

(答)

当該規定は、生活機能の維持または向上を行うためには、個々の利用者の状態像に応じた適切なサービスを提供されているかどうかを定期的に評価し、必要に応じプランの見直しを行うことが必要であることから設けたものである。

当該サービス期間が終了しても、引き続き当該サービスが必要な場合には、当然に新たな提供期間が設定されて引き続きサービスを提供すべきものであり、その趣旨は保険者等に徹底していくこととしたい。

2. 施設給付について

(居住費、食費)

(問) 施設入所者の居住費・食費を保険外にする場合、第3段階（年金80万円超266万円以下）のうち所得の低い層は負担額が重く、そのために手元金が少額になり、また、残された配偶者の在宅生活が困難になることも生じる。さらには、個室には入れなくなるのではないか。

また、税制改正（高齢者の非課税限度額の見直し）に伴い、18年度以降は従来非課税であった世帯が課税となり、保険料だけでなく、利用料が急増するのではないか。

こうしたケースについて、施設入所が困難とならないように配慮すべきではないか。

(答)

低所得者（第1～3段階）については、入所者の負担が過重とならないよう、負担上限額を設定して補足給付を行うこととしている。

こうした仕組みに併せて、（1）新3段階のうち所得の低い層や、18年度から税制改正により利用料が急増する層については、現行の社会福祉法人による入所者負担軽減措置の運用を拡充することにより、きめ細かな対応を行う。

（2）利用料のみならず、保険料についても、税制改正の趣旨を踏まえ、激変緩和措置を講じていく（3）保険外負担については、改正後の実態を把握しつつ、必要があれば適切な是正を行っていく。

なお、社会福祉法人による減免措置の拡充については、収入要件を150万円に引き上げる方向で検討する。

(問) 保険料段階が新4段階以上であっても、高齢夫婦2人暮らしで一方が個室・ユニットに入った場合には、残された配偶者が在宅で生活が困難となる場合がある。こうした場合への対応をどうするのか。

(答)

ご指摘のケースで、残された配偶者の収入、資産が一定額以下となるような場合には、当該世帯は新3段階とみなして、「特定入所者介護サービス費」を適

用する方向で、運用面での対応を図りたい。

(高額介護サービス費)

(問) ホテルコスト導入が10月からとされているが、利用者負担の軽減を図るため、新第2段階についての高額介護サービス費の上限の引き下げも早急に行うべきではないか。

(答)

高額介護サービス費の上限の見直しについては、施設サービス、在宅サービスとともに、10月から施行することとしたい。

(医療療養病床の居住費用)

(問) 療養病床のうち介護保険適用の病床は、居住費・食費が保険外となるが、医療保険適用の病床については、どのような対応を考えているのか。

(答)

医療保険適用の療養病床の居住費・食費のあり方については、平成18年の医療保険制度改革の中で検討していきたい。

(介護療養病床における施設・設備基準の経過措置)

(問) 介護療養病床については、病床面積や食堂などの施設・設備基準について経過措置が講じられているが、入所者の療養環境の改善を図る観点から、廃止すべきではないか。

(答)

介護療養病床の施設・設備の経過措置については、昨年7月の介護保険部会報告においてその見直しの必要性が指摘されており、この指摘も踏まえ、一病室当たりの病床数を四床以下とする原則を徹底するなど、療養環境の改善に向けた介護報酬の水準の在り方を含め、具体的措置について平成18年4月の介護報酬改定に向けた議論の中で検討したい。

3. その他

(末期がん)

(問) 特定疾病に末期がんを追加するに当たっては、小児がん以外は全て、対象に入れるべきではないか。

(答)

専門家のご意見を踏まえつつ、ご指摘の方向で検討して参りたい。

(介護事業者の情報開示)

(問) 介護事業者の情報開示において、介護現場における労働条件なども開示の対象とすべきではないか。

(答)

介護事業者の情報開示にあたっては、労働条件などのうち介護サービスの質に直接関係するような事項、例えば従業員に対する健康診断の実施、夜間を含む労働時間、勤務体制、従業員1人当たり担当利用者数などについては、情報公表の対象とする方向で検討したい。

(社会福祉施設職員等退職手当共済制度)

(問) 退職手当共済制度を見直す場合においても、人材確保の観点から、新規職員を含め適切な退職手当が確保されるようにすべきではないか。

(答)

人材確保の観点から、退職手当共済制度への加入継続努力を促すと共に、公的助成の廃止の対象となった新規加入職員について、中小企業退職金制度に加入する選択肢も可能となるよう、必要な措置を講ずる。

なお、個々の職員に対して、どのような退職金が支給されるかについても適切に情報提供がなされるよう関係者に周知してまいりたい。

(2 号被保険者等の給付への関与)

(問) 2 号被保険者や医療保険者が給付・サービスに関与できるようにすべきではないか。

(答)

介護保険制度について、2号被保険者や医療保険者の代表が制度運営により関与していく観点から、自治体における介護保険事業計画等の策定への参画を進めていきたい。

(被保険者・受給者の範囲の拡大)

(問) これまでの審議において、附則第2条に規定する検討において、18年度末までに結論を得るよう新たな場を設けて行うことが答弁されている。

新たな議論の場は、どのようなイメージであるのか。

いつから議論に着手をするのか。

議論の経過について、国会はどのように関与をしていくことになるのか。

(答)

これまでに議論を重ねてきた社保審・介護保険部会とは異なる構成となると考えているが、その場合、できる限り幅広く国民各層を代表する者の参画を求める事としたい。なお、範囲の拡大が議論の課題として含まれており、拡大の検討対象となる者を代表する者の参加も検討したい。

18年度末までには結論を得られるために、法律の成立後できるだけ速やかに人選に着手し、議論を開始したい。

また、議論の状況次第であるが、来年度夏までには、議論の中間報告を行うように努めたい。

(認知症、高齢期うつ対策)

(問) 認知症、高齢期うつが、介護度を上げる主要因であるという理解は一致しているが、本法案においてはその対策が打ち出されていない

うつや認知症の適切な把握を行わずにサービス提供を行えば、介護度の悪化は避けられない。保険財政の健全化、制度の持続可能性を高めるためには、認知症や高齢期うつ対策の取り組みを順次進める必要があると考えるが、どうか。

(答)

心身の状態の把握は、介護予防を行う上での前提となる。

ケアマネジメントやケアカンファレンスに携わる者がうつや認知症の知識を持つことは当然のことながら、介護サービスに従事する者にも、うつや認知症の知識を得るために研修を行い、早急に体制の整備を行いたい。

また、認知症やうつに関する介護予防の手法についても研究を行い、エビデンスを備えた介護予防策を取りまとめたい。

(地域支援事業)

(問) 地域支援事業の創設により、従来老人保健事業で行ってきたヘルス事業のうち65歳以上の者に対する介護予防のための事業については、介護保険の中に含まれることになった。地域支援事業については、制度実施後も不斷の見直しが必要と考えるがどうか。また、ヘルス事業には生活習慣病予防もあることから65歳を境にして分断されるものではなく、65歳未満の者に対する施策との連携が必要と考えるが、どうか。

(答)

地域支援事業については審議の過程において示された財源や事業内容をめぐるご意見を尊重して取り組むとともに、その実施状況を見ながらその有効性や効率性を確認して不断の見直しを行ってまいりたい。また、65歳を区切りとして、事業の連續性が失われることがないよう、高齢期においても健康な生活が

できるように健康な心身を維持する観点で、有機的な事業連携を図りたい。

(地域包括支援センター)

(問) 地域包括支援センターの運営協議会には、利用者や被保険者の意見が反映されるよう、これらの参加を必須とすべきではないか。

(答)

運営協議会の構成団体としては、サービス利用者や被保険者（1号、2号）の代表を入れるよう、自治体に周知して参りたい。

また地域包括支援センターにおいて行われる地域支援事業については、保険料を充当する事業の範囲が過度に拡大しないように、その上限及び事業内容を政令で定めると共に、各保険者において、事業実績の公表を行うこととしたい。

(問) 地域包括支援センターの運営については、しっかりした体制をとるべきではないか。

(答)

地域包括支援センターの運営については、公正・中立を確保する観点から市町村の責任を明らかにするとともに、設置に当たっては、職員体制が確保され、地域に根ざした活動を行っている在宅介護支援センターについては、その活用を図ってまいりたい。

(医療との連携)

(問) 訪問看護ステーションを活用した多機能サービスについても、介護保険制度において実施すべきではないか。

(答)

難病など、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者への対応などの観点から、日中、訪問看護ステーションで要介護者をお預かりする試みも行われているが、医療と介護の連携等で検討すべき課題は多いと考えている。

社会保障審議会介護保険部会の意見書において、医療型多機能サービスについて「一つの方向性として考えられる」とされていることもあり、今後、新たなサービス形態として検討を進めてまいりたい。

(問) 在宅の中重度者への支援を強化すべきではないか。

(答)

小規模多機能サービスなどの地域密着型サービスの充実、訪問看護ステーションや地域に密着した医療機関を活用した医療と介護の連携強化を図ることにより、在宅の中重度者への支援の強化をはかることといたしたい。

(問) グループホーム入居者の健康管理体制について整備を図るべきではないか。

(答)

グループホーム入居者に係る健康管理体制については、医療との連携の強化や外部の訪問看護サービスの活用等も含め、介護報酬の見直しの中で検討して参りたい。

(政省令)

(問) 今後の政省令の制定に当たっては、今回確認させていただいた答弁を踏まえることを、確認していただきたい。

(答)

ご答弁させていただいた内容を踏まえ、政省令の策定作業を進めてまいりたい。