

平成 22 年 11 月 19 日

社会保障審議会介護保険部会
部会長 山崎 泰彦 殿

介護保険制度の見直しに関する意見

社会保障審議会介護保険部会委員

木 村 隆 次

(一般社団法人 日本介護支援専門員協会会長)

介護保険制度をよりよい制度に見直すために、これまで介護保険部会において議論が行われてきましたが、制度の理念である利用者の自立支援をいかに堅持しつつ、制度を進化させるかよりも、ペイアズユーゴー原則にどう当てはめていくかという財源論が第一優先になっている感は否めません。ペイアズユーゴー原則を、そのまま社会保障制度に当てはめることは馴染まないとは思いますが、この原則は閣議決定されたものです。

したがって、これをクリアするための対案がないまま、これ以上議論を進めても制度の根幹を揺るがす利用者負担が導入されるのみです。

そこで、介護保険制度は社会保険方式であるという原則に立ち返り、財源捻出に関しては保険料でカバーしていくべきだと考えます。

1. 居宅介護支援費の利用者負担導入について

利用者負担導入は、たとえ定額であっても断固反対いたします。

居宅介護支援費の利用者負担導入に関する厚生労働省の試算によると、居宅介護支援月 1,000 円、介護予防支援月 500 円導入の場合、居宅介護支援費の国庫負担総額は約 90 億円が見込まれています。これを第 1 号保険料に置き換えると月々 20 円程度に相当します。

日本の介護保険制度には、「自立支援」の理念があり、それを行うためにケアマネジメントが導入されています。このケアマネジメントは、要介護者・要支援者の誰もが公平に受けることができるように、利用者負担は 0 割（負担なし）で、この費用は保険で全額を賄う 10 割給付の仕組みで運営されています。居宅介護支援費の利用者負担導入が、必要な介護サービス抑制につながることを防ぐため、居宅介護支援費は社会全体で支えるという意味で、第 1 号被保険者、第 2 号被保険者（総報酬割）が保険料で広く薄く負担をすることを提案いたします。

2. 介護予防支援（予防給付ケアプラン）について

地域包括支援センターの三職種が、本来の業務である総合相談・支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、介護予防ケアマネジメント業務をしっかりと行うことができるために、人員を強化することと、運営費を増額する必要があります。

三職種の負担感を軽減する策として、指定介護予防支援事業者（地域包括支援センターの二枚看板）のケアマネジメント（予防給付ケアプラン作成）は三職種の業務からはずし、指定介護予防支援事業者のケアマネジャーのみが行うことができるよう、配置基準の変更をお願いいたします。

3. 施設に勤務するケアマネジャーについて

入院患者・入所者の暮らしを支えるケアマネジメントを実践するケアマネジャーが、「入院入所・退院退所調整およびケアプラン作成担当者」として働ける環境を整えるようお願いいたします。支援相談員、生活相談員との役割の明確化が必要です。

以上

居宅介護支援費の利用者負担導入に反対

日本の介護保険制度には、「自立支援」の理念があり、それを行うためにケアマネジメントが導入されている。このケアマネジメントは、要介護者・要支援者の誰もが公平に受けることができるように、利用者負担は0割（負担なし）で、この費用は保険で全額を賄う10割給付の仕組みで運営されている。

利用者は、毎月、1000円の負担増

介護に支出できる家計費には限りがある。

ケアマネジャー契約 有

(例)

- ・ デイサービス（6時間以上8時間未満） 約 1 回
- ・ 訪問介護の生活援助（30分以上1時間未満） 約 5 回
- ・ 訪問介護の身体介護（30分以上1時間未満） 約 3 回

それぞれに相当。
必要なサービスを削らざるを得ないことも考えられる。

ケアマネジャー契約 無

- ・ 自分でケアプランを作成
- ・ 毎月、市役所・区役所で
ケアプランチェック
独居・認知症・重度者は作成
できず

市町村の業務負担激増

〔ケアプランの相談やチェック、
給付管理や請求事務を行う。〕

介護事業者（訪問介護等）
がケアプラン作成を代行する
場合は、抱え込みのリスクも
想定されるが、これに対する
規制はない。
居宅介護支援以外は、サー
ビス担当者会議開催の義務
もなく、チームアセスメント
が図りにくい。
**ケアマネジメントプロセスが崩
壊する。**

**必要な時、必要なサービス利用ができず、
重度化へスピードアップ**

**介護給付費増大に
つながる**