

- この資料は、平成25年4月22日の第10回社会保障制度改革国民会議提出資料「これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理(医療・介護分野)(案)」の項目に沿って、同年4月25日、5月15日及び6月6日の介護保険部会における主な議論を整理したもの。

■ 基本的な考え方

- 持続可能な抜本的な改正とともに、地域の実情に合わせて、財源と事務権限においてある程度包括的に市町村が動けるような制度が求められる。
- 消費税10%への増税時のことだけであれば維持しかできない。いまの対応だけでなく将来の展望やプランも描いて欲しい。

■ 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等

【医療・介護の提供体制の在り方】

- 2015年の段階では、必ずしも十分な機能分化・連携が完成していないことが想定されるので、基金を設けて補助金で誘導するという意見が出てくるのだろう。2015年の段階でまだ不十分な連携・機能分化しかできていないということであれば、その段階で介護報酬を手厚く配分することはできないと考えるべき。
- 地方自治体が動かないと実を伴わないのだから、基金をつくって、補助金でいろいろ誘導するという議論があることは評価すべき。更に踏み込んで、地方自治体の人材をどういうふう育成するか、財源をどうするかといったことを踏まえて実効性の伴った制度設計が求められる。

【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】

- 在宅医療・介護の連携の推進について、退院した高齢者が地域や自宅に帰った時の医療から介護への橋渡し役として地域包括支援センターが中心となるべき。それぞれの地域に応じた連携体制を地域で判断して制度設計できるようにして欲しい。

い。

- 在宅の連携については、訪問看護が要になるので、看護師の確保が重要。
- 医療・介護の連携については、医師会でも在宅医療、急性期病院からの後方支援、前方支援に真剣に取り組むこととしている。横の連携が必要な時代が来るだろうと考えている。
- 地域包括ケアの実現のためには、地域包括支援センターの役割が大きい。医政局が実施している在宅医療連携拠点事業も併せて、局横断的に取り組んでほしい。

【医療法人制度等の在り方】

(社会福祉法人について)

- 今回の特養の内部留保調査によりその実態がクリアになった意義は大きいですが、特養が終の棲家として経営が安定していることは重要であり、社会的に納得のいく内部留保の定義を明確にすべき。
- 財務諸表の公表や社会福祉法人減免の実施は、公益性の高い社会福祉法人が、その期待に応えて、自主的、主体的に実施すべき。

【人材の確保】

- 人材の確保について、介護報酬改定による処遇改善やキャリアパスという観点から本当に定着が進んだのか検証すべき。
- 人材の確保については、キャリアパス等の確立が必要。
- 介護人材の確保は重要であり、給与のアップと魅力ある職場であることが大きな課題。社会福祉法人を含め介護事業所は零細なところが多いが、この点を効率化することが必要。
- これから12年で必要となる100万人分の介護を担う人材をどのように確保するのか考える必要がある。情報公表制度において、職員の保有資格、キャリア段位の状況、経験年数、賃金等に関する情報の公表を検討すべき。

- 人材確保について議論する際は、新たな人材育成に加え、今いる人材の定着ということも考えてほしい。
- 介護人材については、採用、定着のほか、復帰の観点からの取組が必要。また、経営者や管理者への研修、教育も重要。
- 介護職員の確保は中山間地ではさらに大きな課題。人材確保への継続的な取組のためには、国や都道府県のフォローが必要。
- 訪問看護の人材確保は深刻な問題。事業者任せにするのではなく、国として対応すべき。在宅・介護領域の看護職員の確保について、医政局と老健局が連携して対策を講じるべき。また、介護保険事業計画で必要数や確保策を明確にすべき。
- 社会保障制度の下で働く人たちが意欲を持って働けると感じられるような議論のまとめ方をしてほしい。例えば介護従事者は社会の財産という位置づけをして発信してほしい。
- 介護労働者の腰痛の防止や時間短縮などの負担軽減の観点から、介護ロボットの導入を進めるべき。

■医療保険における療養の範囲の適正化等

- 医療保険に関する基本的な意見(※)については介護保険制度改正に際しても共有していくべき内容と考えている。

(※)

- ・ 現世代の負担増・給付抑制によって、将来世代の負担増・給付減を緩和する視点が不可欠。
- ・ 中高所得層高齢者の本人負担の引き上げ、給付範囲の見直し・効率化を図るべき。
- ・ 際限ない高齢者向け給付の増大は現役世代の生活設計を破綻させるため、「年齢別」から「経済力別」へ負担の原則を転換すべき。

■介護サービスの効率化及び重点化

(総論に関する議論)

- 日本の長期債務残高が対 GNP 比で既に2倍となっている今、日本の財政健全化

と社会保障とを両立させ、その持続性を担保できる社会保障制度のあり方を検討するのが大前提。

○介護予防、重度化予防、在宅への移行といった取組は、その成果を得るまで相当の時間が見込まれるが、短期的に実行が可能な改革、すなわち給付サービスの適正化や自己負担のあり方について、ぜひ早期に明確な結論を得るべき。

○応能負担の視点から費用負担を見直すとともに、給付の適正化・重点化についても踏み込んだ具体的な議論が必要。

○在宅限界点を高めるべき。

○保険料の引き上げについては限界があり、消費税に過度に期待するようなこともできないので、制度安定のために在宅サービスへの転換等必要な重点化を進めるべき。市町村間の財政力の違いでサービスに違いが出ないようにする方法を考えるべき。

(地域包括ケアシステムの構築に関する議論)

○地域包括ケアの推進のためには、総合相談支援や認知症施策、地域ケア会議を含め、地域包括支援センターの体制整備が重要で、職員の問題と財源の確保が必要。また、地域ケア会議への医療職の参加推進のためにも、会議の質的向上が重要。

○定期巡回・随時対応型サービスや小規模多機能型居宅介護、複合型サービスは、認知症や重度者でも安心して暮らせるためのサービスであり普及すべき。計画通りに増えていないが、これらを増やしていくことが必要。介護保険事業計画に盛り込まなくても市町村は指定できることを周知すべき。

○サービス付き高齢者向け住宅は介護サービスとの関連も強いため、住所地特例の適用について検討すべき。また、サービス内容が不適切な事業者も見られることから、実態についてしっかり把握すべき。

○訪問看護師の労働負担への配慮、サービスの継続性や安全性の担保の観点から、訪問看護ステーションの人員規模の拡大が必要。

○都市部の高齢者を地方で受け入れることは、これまでの地域包括ケアの方向性と食い違うのではないか。介護が必要であっても、在宅介護サービスを受けて住み慣

れた地域で住み続けられるようにすべきであり、施設サービスはセーフティネットとして機能すべき。

- 都市部では在宅サービスの組み合わせで対応できる可能性があるが、地方では様々なサービスを展開できる特養等の施設の機能を活用することが必要。
- ケアマネジメントには公正さが重要であり、居宅介護支援事業所が他の事業所から独立して活動できることが重要。「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」の整理に沿い、具体的に取り組むことが必要。

(利用者負担の在り方に関する議論)

- 高齢者を一律に弱者として捉えず、その所得に応じて利用者負担の見直しも考えなければいけない時期が来ている。保険料は現役世代にも重い負担となっており、医療保険の負担も厳しい状況の中、一定所得のある高齢者には応分の負担をお願いすべき。
- 要介護度に応じた自己負担も検討することが必要。
- 利用者負担を医療保険と同様に考えるのは、利用期間が長期間にわたると介護の特色上無理がある。高齢者が負担能力に応じて相応の負担をしなければならないということについては理解できるし、所得の再分配機能の強化という側面から利用料で負担をするという考え方もあるが、原則論としては保険料で負担すべき。
- 自己負担割合を引き上げずに保険料だけ上げるということはそれ相当の保険料の確保が必要。特に第2号被保険者の納得が得られるのか考える必要がある。
- 一定以上の所得については、例えば、介護保険料の第5・6段階や、高齢者の平均的な所得などを勘案することが考えられる。
- 「一定以上」がどのくらいを指すのかは、介護保険部会で議論していくべき内容。その結論が出ないまま、応分の負担を求めるときで議論すべきではない。
- 利用者自身がケアプランの内容に問題意識を持ってもらうためにも、ケアプラン作成に自己負担を求めることが必要。

○ケアマネジメントへ利用者負担を導入するよりも、地域ケア会議などを活用して自立支援に向けたケアマネジメントを実現する方が効果的。

(軽度者への給付の見直し・生活支援に関する議論)

○要支援1、2への給付を介護保険の対象から除外する可能性も含めて検討する必要がある。地域の自由な活動を展開するという観点から、各自治体独自事業への移行を進めるべき。

○軽度の方の給付について、必要なものは残せば良いが、実際に効果がない、いわば要介護度改善に資していないようなものは抑えていく方向をきっちり出すべき。

○軽度の高齢者に対して、見守り、配食等の生活支援を介護保険の対象から地域支援事業に移行させていくことが重要であり、これにより各自治体がいろいろ独自の取組を展開することが出来る。そのための制度設計と財源措置が必要。

○フォーマルなサービスだけでなく、インフォーマルなサービスも組み合わせながら、自治体単位でやれることがあれば取り組むべき。住民の力をかりる、住民の力を生かす取組についても考えるべき。たとえば高齢者が集まるカフェの事例もある。

○在宅政策を進めていく中で生活援助は極めて重要。ただし、資源に地域格差があるためサービス格差が生じないよう丁寧な議論が必要。

○生活支援・介護予防を事業化し、市町村が基盤整備を進めることによって、地域格差を解消することができるのであれば、その方向性は理解が得られる。

○生活支援を市町村が担うにあたってはコーディネーターの配置など事業環境基盤を当然整えてほしい。

○軽度者には、生活支援サービスが一番多く求められているので予防給付と事業の双方から選べるとよい。介護予防・日常生活支援総合事業では、利用者の意向を尊重することになっており、予防給付を事業化すると利用者の選択権という点から懸念がある。

○予防給付の事業化により、負担だけがあつて給付が受けられないということになると、納付インセンティブへの影響を懸念する。

- 軽度者の給付を市町村にゆだねることになり地域格差が広がってしまう。必要なサービスであるかどうかを決めるにあたってはケアマネジメントが重要。給付除外ありきではなく保険給付を前提に慎重に議論すべき。
- 軽度者の給付見直しの議論がなされているが、認知症の初期への対応は、地域のボランティアやNPOではなく、専門職によるケアで重度化を防ぐことが重要。要支援1、2の中にも認知症の人が含まれている可能性は決して低くないことを認識する必要がある。
- 予防給付を切り離すかどうかという議論ではなく、元気な高齢者がどれだけ元気なままで過ごしてもらうかが介護保険制度の持続可能性の上では重要。
- 軽度の高齢者を介護給付範囲から外すという考え方については少し疑問を感じる。軽度の高齢者の自立した生活を支えるのが介護だと考えているので、軽度の人たちを自立支援で支えることによって、将来の重度化を防ぐ効果があるのではないか。予防給付は、利用者とヘルパーが共同作業をする生活リハビリの観点から理解して欲しい。
- 重度化予防に効果があるということの意味について、改善だけではなく健康状態を現状維持することも含めるべき。
- 生活支援・介護予防については、給付サービスの適正化のために、財源から議論するのではなく、サービスが自立支援のためになっているかという点から検討が必要。予防給付は一定の効果が出ているのではないか。平成21年の介護予防継続的評価分析等検討会の結果や、市町村介護予防強化推進事業など、予防給付の効果についてデータを示した上で十分に検証することが必要。
- 予防給付の事業への移行の議論は軽度者の状態像、認定状況を踏まえて行うべき。要介護認定には地域間のばらつきから、現行の要介護認定システムの妥当性・公正性に課題がある中で、給付の見直しには慎重な議論が必要。
- 要支援1、2の認定のばらつきには理由があるはずであり、実態を把握した上で地域支援事業に移していけばよいのではないか。また、ばらつきを均質化するより、地域差を踏まえ、地域の特性を生かすために事業とした方がよいのではないか。
- インフォーマルサービスの活用は重要だが、ボランティアが事故を個人補償することがないよう、考慮して進めるべき。

○地域支援事業には2号保険料が充当されているが、2号保険料は全国均質なものに充当すべきもの。市町村の創意工夫で事業ができる地域支援事業はそれに見合った財源構成とすべき。

(通所介護に関する議論)

○通所介護における個別機能訓練の考え方については整理が必要。通所介護には、社会性の維持・回復、介護負担の軽減の役割が求められる。通所リハも含めた通所系サービスは、個々の対象者に合った専門的なサービスであること、社会参加に向けたアプローチであることが必要。

○通所介護は、すべての事業所が要介護度の維持、改善に資するサービスを提供することが期待されており、サービスの質の担保が必要。

○通所介護事業所数が増えることよりも、小規模事業所が増加していることが課題。

○「お泊まり付きデイサービス」には一部劣悪な事業所が見受けられるなど、介護保険制度が擬似的市場原理に基づくために利益追求型の経営を可能にしている面もある。

(介護施設に関する議論)

○介護施設については、典型的な説明と実態が乖離している。現状追認ではなく、役割分担を徹底することが重要。

○住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるため、地域包括ケアシステムの構築を進める観点から、ユニットケア化、介護療養病床の廃止の方針は確実に実施すべき。

○新設特養については、個室化を推進しつつ、可能な限りプライバシー保持に配慮した上で、自治体の裁量に基づいて多床室の増設も考えていくべき。

○介護療養病床の転換は進めるべきだが、医療療養病床への転換が多く、当初の目的を果たせているのか疑問。

- 介護療養病床が重要な役割を果たしている地域もある。地域性を考慮せず廃止してよいのか疑問。
- 社会福祉法人は公共性の高いサービスを提供すべきという観点から、特養の入所に要介護度や経済的事情の要件を設けることで、福祉施策に特化することが期待される。
- 特養入所に経済的要件を設けることは措置制度へ逆戻りになる。
- ケアハウスや養護老人ホームは定員割れしているところもあり、その原因を分析した上で、有効活用を図るべき。養護老人ホームは、措置控えのほかに、「所得が低いからといって集団生活を送りたくない」という意識があるのではないか。
- 特養での医療ニーズや看取りへの対応のため、看護師を多く配置している施設への評価や、施設への訪問看護を活用した看取りの実施など、看護提供体制を強化すべき。
- 老健施設が地域で求められる役割を果たすため、訪問サービスを展開することが必要。
- 老健施設には常勤医師が配置されており、医療的ケア、看取りの面でも活用してほしい。

(補足給付に関する議論)

- 補足給付が本当に必要とされている人々のみに給付されるよう、補足給付受給者の収入や資産をしっかりと把握することが必要。
- 補足給付における資産勘案については賛同できるが、資産の捕捉を実際に行う市町村の事務負担が大きくなりすぎないよう現実に妥当するような制度が求められる。
- 福祉的な対応を介護保険制度内で行っている補足給付には意味がある。課税所得だけで判断せず、資産や所得の把握が可能となれば、より公平な仕組みになる。
- 補足給付について、遺族年金が勘案されていないことには不公平感があるため、

検討すべき。

- 補足給付については低所得者対策なので、少なくとも第1段階については、本来福祉財源で賄っていくべき。

■低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大の抑制

- 高額所得者に所得や資産に応じた自己負担の増額という選択肢はやむを得ないとしても、低所得者への対策については不可欠。
- 第1号被保険者の低所得者保険料軽減強化を別枠公費で行うことについて、社会保障と税の一体改革の中の1300億円を確保して確実に行うべき。
- 介護納付金の総報酬割については、医療保険の議論も並行してあるので、社会保険全体で優先順位を考えて議論すべき。
- 第2号被保険者も、親の介護保険サービスの利用という観点から間接的に恩恵を受けており、介護保険を全被保険者で支えるという観点から、総報酬割を導入すべき。
- 介護納付金の総報酬割について、国庫による補助部分を被用者保険につけかえるというものであり、給付を受けることのない現役世代に負担を強いることになり、世代間不公平の緩和という改革の流れに逆行。被用者保険間の財政力の違いは確かにあるが、その調整は現行どおり国庫によるべき。

■その他

(認知症について)

- 認知症施策については、世界の潮流に沿った改革の取組の方向性が昨年来出されており、最終的な国民会議の報告書に「将来に向けての一定の認知症対策の推進」について記載されることを期待。
- 認知症の国家戦略は、フランスを始め諸外国で示されている。「認知症施策推進

5か年計画」が絵に描いた餅にならないよう、具体的なアクションプラン、国家戦略にすべき。

- 地域で認知症の人を支えるには医療の役割が重要。かかりつけ医の活用を十分に図るべき。
- 認知症ケアの人材確保のため、介護保険事業計画への認知症介護指導者養成研修の養成目標の記載など、受講促進を図るべき。
- 認知症施策は国民的課題であり、認知症サポーターについては、事業者団体でも養成する取組を行うなど、積極的に協力すべき。
- 若年性認知症は、介護保険だけでは対応しきれず、様々な制度での支援が必要。
- 30代の若年性認知症の人が制度のすき間に落ち込まないようにするべき。介護サービスを使えるようにするやり方として保険事故として若年性認知症を特定して、20歳から広く薄く第2号被保険者の保険料を取る形がある。

(その他)

- 被保険者範囲についても制度発足以来のテーマであり、検討するべき。
- 胃ろうの在り方についても議論すべき。