



全老健第22-316号
平成22年10月28日

社会保障審議会 介護保険部会
部会長 山崎 泰彦 殿

社団法人 全国老人保健施設協会
会長 川合 秀隆
(社会保障審議会介護保険部会 委員)



介護保険財源の確保とサービス提供体制の再構築へ向けた意見書

これまでの当部会における議論を踏まえ、以下の2項目を提言いたします。

I. 介護保険財源の確保とサービス提供体制の再構築

- (1) 介護保険制度を持続可能なものとするために、幅広い財源確保策を講じること
 - ① 社会保障分野における「Pay as you go 原則」適用の是非
 - ② 補足給付に代表される保険事故の整理
 - ③ 介護保険被保険者・受給者範囲の見直し論の詳細な検討
 - ④ 消費税導入に際しての詳細な検討
- (2) 人材確保・処遇改善のために「現場の自由裁量権」の必要性
- (3) 専門職の人員配置の評価
- (4) 「住まい」と「施設」、それぞれの機能と地域性を考慮した整備
- (5) ショートステイやリハビリテーションサービスの整備
- (6) 要介護度の維持・改善など「維持する機能」「よくする機能」の評価

II. 介護保険と医療保険の医療給付の範囲見直し

【概略説明】

I. 介護保険財源の確保とサービス提供体制の再構築

(1) 介護保険制度を持続可能なものとするために、幅広い財源確保策を講じること

社会保障制度（医療・介護・福祉）の危機的な状況を打破するため、思い切った制度設計の見直しと財源確保策が必要です。社会保障分野を成長産業として位置づけ、同時に、憲法第25条の精神に則り、「Pay as you go 原則」がこれからのわが国の社会保障制度の充実に絶対的に必要なものか否か、より詳細な議論がなされるべきと考えます。

雇用の不安定性・相対的貧困率の上昇等による社会保障制度の空洞化を防ぎ、持続可能な制度とするために、高額所得者への負担の在り方、正規・非正規雇用者間に格差を生んでいる労働市場の二重性にも着目した事業所負担の在り方等、消費税にとどまらない幅広い財源確保策を講じる必要があります。

また、介護保険については、保険給付の対象となる“介護保険事故”の定義を整理し、低所得者対策である補足給付等の財源は必要に応じて見直すべきです。

さらに、財源論としての介護保険被保険者・受給者範囲の見直しを検討するにあたっては、要介護認定と医療区分のより詳細な議論が必要と考えます。

(2) 人材確保・処遇改善のために「現場の自由裁量権」の必要性

介護人材確保と処遇改善にあたっては、現行の「介護職員処遇改善交付金」のような職種限定の制度を改め、その原資を基本報酬に組み込むべきです。介護の現場は多職種協働であり、また、地域によって有資格者の偏在も顕著なことから、一律の処遇改善策は馴染まず、事業主体が現場の事情に応じて柔軟に対応することが可能となるようにすべきです。

「現場の自由裁量権」については、処遇改善にとどまらず、要介護高齢者支援の先進的な取り組みや、地域事情に応じた適切なサービス提供が可能となるよう、現場での自由裁量権を拡大する必要性を強く感じております。

(3) 専門職の人員配置の評価

多職種協働の介護保険施設においては、専門職の人員配置を高く評価するべきと考えます。

BPSDを有する認知症高齢者や嚥下機能の低下した高齢者の増加という現状から、介護保険施設サービスは、医師・看護職・リハ職・訓練された介護職等の多職種協働が不可欠です。専門職の人員配置を評価することによって、在宅生活

支援機能、適切な看取り機能が現行制度より実現可能となります。

また、介護療養病床再編にあっては、急性期から在宅療養までのより詳細な将来予想のもとでデジタル化するべきであります。

(4) 「住まい」と「施設」、それぞれの機能と地域性を考慮した整備

住まいの充実のために介護保険財源とは別個に住宅政策を推進する必要性を感じます。住まいへの医療サービスと介護保険サービスの提供、地域包括ネットワーク構築の強化を通して、在宅生活（住まいや居場所）の支援、特に基礎的医療系訪問サービスの充実を図る必要があります。

また、特別養護老人ホームの「終の棲家」的機能は、これからのわが国における社会保障制度上必要不可欠です。住宅政策の一環として、その整備も十分に検討すべきと考えます。

(5) ショートステイやリハビリテーションサービスの整備

在宅要介護高齢者の多様なニーズに対応するために、ショートステイやリハビリテーションサービスの整備が必要です。

介護保険サービスにあっても高齢者の予期せぬ障害発生や環境因子の変動に応じた緊急対応が不可欠です。地域における緊急対応の受け皿整備として、緊急（短期）入所、緊急訪問サービス充実への具体策が求められております。特に現場では、各種専門職の配置されたショートステイを重点的に整備し、充実させる必要性を感じております。

居宅サービスにおける区分支給限度基準額について、利用者の負担を軽減し、利用制限を克服するためには、訪問系サービスにおいて、医療系のサービスを分離することが必要です。

また、通所サービスについても、リハビリテーション機能を有しない通所サービスと通所リハビリテーションとを区分すべきです。（認知症）短期集中リハビリテーションは医療分野として扱い、医療と介護のシームレスなリハビリテーション体制の構築が可能になれば、ご本人・ご家族のご希望により近づくと考えます。

さらに、需要の高まっている小規模事業所の経営の安定、スタッフの研修体制の強化のためには、複合型事業所等の展開により安定的経営を担保すべきです。

(6) 要介護度の維持・改善など「維持する機能」「よくする機能」の評価

要介護度の改善に対して評価する仕組みを強く要望します。医療やリハビリテーション、介護の持つ“よくする機能”を評価し、介護予防事業の推進と、医療

資源の有効活用を図る視点が重要です。

そもそも、医療とは“よくする機能”です。胃瘻や経管栄養はご本人の意向か否かの検討も必要であり、それらからの離脱もより重要です。しかし、その継続は医療機能の限界を示した姿かもしれません。医療機能としての基礎疾患の管理・摂食嚥下機能の維持・口腔ケア・栄養改善等を評価できるような医療区分の見直し、24時間目の離せない認知症のBPSDに対する評価が可能になるような要介護認定の見直しが求められております。

当部会でも議論されたように、「要介護認定の見直し」を検討する、新たな議論の場が必要です。そこにおいては、医療区分や要介護認定において利用者の時系列的変動を把握できるような指標の開発に取り組むべきと強く主張いたします。

※ 社団法人全国老人保健施設協会として、ケアの標準化・向上のためにR4システムの構築、時系列的利用者の状態像変化の把握のための指標開発（コーディング研究班）、各種人材育成のための各種研修事業に取り組んでいることを付言いたします。

II. 介護保険と医療保険の医療給付の範囲見直し

介護保険と医療保険の医療給付の範囲を見直し、介護保険において、日常の医療行為や、不測の事態等に際し、必要な医療を適切に提供することができるようにすべきと考えます。

在宅にいても施設にいても国民が等しく医療を受けられるよう、介護老人保健施設や介護療養病床等において、介護保険で包括・包括外とされている医療の範囲を見直し、適切な医療が提供されるよう、介護保険からの包括・包括外給付の在り方を見直す必要があると考えます。

高齢者の予測困難な病態像の変化や事故の発生に対して、地域の医療機関との不断のネットワーク構築は不可欠です。しかし、一方で、医師が常勤で配置され、看護職も相応に配置された介護老人保健施設の医療機能を活用することによって、医療費の削減の可能性があることにも着目すべきです。介護保険によって包括外とされている緊急時施設療養費は、むしろ医療提供を制限する側面もあり、利用者への医療提供に寄与しているとは言い難く、包括外給付の枠の拡大により、“いつでもどこでも必要な医療を適切に提供することができる”ようにすることを要望いたします。

当、全国老人保健施設協会は、以前から介護老人保健施設における医療行為の「手枷・足枷」的制約には強く異議を唱えて来たことから、今回この意見書を提出するものです。

※ 詳細については、「介護老人保健施設の医療に関する意見書」をご覧ください。