

介護保険部会における主な議論 (未定稿)

○ 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日及び5月15日の介護保険部会における主な議論を整理したもの。

※6月6日の介護保険部会での議論も追加予定

■ 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。

○ 10%の増税のときのお金を使うかというだけなら維持しかできない。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。

■ 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見

■ 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・連携が完成できているとは言えないという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ではないか。

○ 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ところは評価すべき。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。
- 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。

【医療法人制度等の在り方】

【人材の確保】

- 人材の確保について、介護報酬改正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。
- ただ適正化するのではなく、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。
- 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。
- 訪問看護の人材確保は深刻な問題である。事業者任せにするのではなく、国として対応すべき。

○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。

【医療関連データの収集・分析等】

■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である。
- ・ 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。

■個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるために必要な見直し、人生の最終段階を穏やかに過ごすための環境整備

■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り組みは、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という点についてはその通りだと思う。

○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である。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。

(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点が来ている。

○要介護度、その重要性に応じた自己負担も検討する必要性がある。

○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いふ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。

○利用者負担の検討が避けられないのなら、一定以上の所得とはどれくらいの所得の人を指すのか明らかにして議論をするべき。

(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ではないか。

- 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。また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。ただし地域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。
- 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。
- 軽度者は、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たらよい。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、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るべき。
- 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、財源からの議論ではなく、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。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。

(補足給付に関する議論)

- 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。
- 補足給付については低所得者対策なので、少なくとも第一段階については、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、社会保険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、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、世代間不公平の緩和という改革の流れに逆行している。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。
- 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。

■その他

○認知症施策については、世界の潮流に沿った改革の取り組み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している。

○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。

○30代の若年性認知症の方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2号被保険者の保険料を取る形がある。

○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。

○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。