

ii) 介護保険施設類型の再編

どの施設に入所するかによって医療や介護のサービスが規定されるのではなく、利用者の状態像に応じて必要なサービスが提供されるよう、施設の在り方を見直すことが適当であり、施設を一元化して最終的には住宅として位置づけ、必要なサービスを外部からも提供する仕組みとすべきであると考えられる。しかしながら、すでに80万人が入所する既存の施設をどう位置づけるか、既存の施設の建て替え時にどのような機能を付与するよう政策誘導すべきか、新規の建設についてはどう対応するか、というフェーズに分けて改革を徐々に進めることも必要である。まずは次期事業計画期間を目的として以下を実施してはどうか。

- ・ 地域内の在宅サービスの充実強化により、在宅生活を高齢者が選択することを可能にする。
- ・ 施設の類型によらず、実際に果たしている機能に着目して評価することを選択できる仕組みを導入する。
- ・ 利用者の尊厳の確保や自立支援の観点から個室ユニットを原則とすることを改めて基本方針として打ち出す。その上で、建て替え時に個室ユニット化・サテライト化を推進する。また、在宅サービスを展開する拠点となることを支援する。
- ・ 介護老人福祉施設としての特別養護老人ホームの設置主体の制約を見直し、医療法人にも介護老人福祉施設の設置を認める。
- ・ 介護療養病床の廃止を踏まえ、どの施設に入所していても必要な医療が受けられ、施設類型によって医療サービスが制限されることのないよう、利用者の医療ニーズに応じて外部からの確に医療サービスが提供されるようにする。

また、施設やグループホーム、高齢者住宅について防災体制を強化する。施設等の職員のみならず、地域住民も参加して防災訓練を行うなど地域連携を図ることが重要である。

iii) 高齢者住宅

- 高齢者の終の棲家としてのニーズを施設、特に特別養護老人ホームが代替している現状にかんがみ、諸外国に比して整備が遅れている高齢者住宅の整備と上記 i) の在宅拠点整備を国土交通省と連携強化して計画的に整備する。その際、地方の空き家（高齢者の持ち家）や都会の賃貸アパートなど既存の資源を活用した整備を進める。
- なお、ここでいう高齢者住宅とは、高齢者が必要なサービスを外部から受けながら住み続けるための配慮がされたバリアフリーの住宅を指し、高齢者だけが集住したのではなく、現役世代も住める住宅が求められている。
- こうした高齢者住宅の整備を進めることは、重装備の施設から転換して、多様なサービスの組み合わせが可能になることに加え、利用権方式の施設に比べて賃貸借

契約による住宅は入居者の地位が安定している点にも大きな利点がある。

- さらに、現在施設に限定されている補足給付を公費による別制度として、対象をグループホームや一定の高齢者専用賃貸住宅にも拡大して居住費に関する所得保障の仕組みを再編拡充すべきではないか。ただし、補足給付に替わる公費による制度の財源確保の見込みなく補足給付を廃止するべきではない。また、仮に、現行の補足給付を維持する場合でも、資産要件などを導入してより公平な制度にすべきとの意見もあった。

iv) 認知症支援

- 効果的に認知症を有する者の支援を実現するには、早期の発見と治療が重要な意味をもつことから、より簡便に認知症を発見するための指標を開発するとともに、早期発見のメリットや病院受診の基準など、家族が的確に対応するためのガイドラインを作成して認知症の正しい理解の普及啓発を図る。また、早期発見と治療、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、「地域ケアパス」（原因疾患・状態及び地域のサービス資源の整備状況に応じたケアの提供スケジュール）を作成し、これを地域内の専門職が共有すべきではないか。
- 早期発見後の的確な診断や治療、家族への相談・支援が行えるよう、認知症医療の中核となるべき「認知症疾患医療センター」の2次医療圏レベルでの整備促進とともに、「認知症サポート医」や「認知症に関する研修を受けたかかりつけ医」が生活圏域で十分に確保され、これらの情報が適切に住民に提供されるよう、地域包括支援センターにおける認知症連携担当者の配置などにより認知症医療との連携のための仕組みをつくる。
- 質的にも量的にも不足している認知症対応に関する研修を一層充実し、認知症を有する者に関わるすべての専門職が参加できるように研修機会を提供すべきである。また、認知症を有する者に身体疾患が生じた場合に適切な医療が提供されるよう、一般病棟における医療職種への認知症対応に関する研修を行うとともに、これを実現するための医療サービスの基盤整備も推進する。
- 現在、重度の認知症を有する者が、必ずしも認知症専門の治療病床ではない精神病床に長期間、入院せざるを得ない状況になっており、重度の認知症を有する者の適切な受け入れ施設の在り方について、早急に検討すべきである。
- BPSDを生じて入院した後、軽快して退院可能となったものの直接自宅に戻ることが難しい場合、小規模多機能サービス等を活用して、はじめは泊まり機能によって地域に受け入れ、徐々に訪問・通いサービスにシフトさせるなど、在宅生活に

円滑に移行するようなケアの成功例を収集して広く国民に情報提供していくことも重要である。

- 認知症を有する者の在宅生活を支える在宅サービス体系のあり方について現行のサービスにとらわれずに、声かけ・誘導・生活援助を含め検討していくべきである。
- 若年性の認知症を有する者への支援について、社会参加や就労支援の観点から、若年性認知症に適したデイサービスメニューを提供する事業所を評価すべきではないか。障害者施策との連携を図ることも必要である。
- 認知症を有する者の今後著しい増加が見込まれるなか、成年後見制度の後見人や社会福祉協議会の日常生活支援員等の対応者数の確保が困難になるという指摘がある。将来的に新たなマンパワーとして、市民後見人等の育成と自治体の登録管理体制から事業構築が必要ではないか。
- 認知症を有する者の居所選択権や、医療行為に関する同意権などについて、成年後見制度では後見人に付与されていない。本人の意思を付度する仕組みを検討することが必要である。
- 介護保険事業計画において、認知症を有する者の人数の把握、サポート体制の目標量（認知症サポーター、認知症サポート医など）についても盛り込むことを促進すべきではないか。
- 認知症や一人暮らしの高齢者が地域で継続して生活できるようにするため、
 - ・ 認知症や虐待ケースの早期発見・早期対応
 - ・ 退院後の24時間対応在宅医療・看護・介護
 - ・ 権利擁護である民法の成年後見制度や社会福祉協議会が行う日常生活自立支援事業
 - ・ 多様な生活支援を地域でシステム化できるよう、今後高齢者が急増する首都圏などで自治体、医療機関、介護関係事業者、流通関係などの民間事業者、地域の自治会やNPOなどの連携協議会のような場をモデル的に設置してはどうか。

③地域包括支援センターの機能強化

（包括的・継続的ケアマネジメント業務）

- 医療との連携など関係機関が広範囲にわたり、個々の介護支援専門員によるケアマネジメントでは効果的な支援が実現出来ないケースについては、介護サービス担当者、医療関係者、本人、家族、民生委員などを招集した地域ケア会議の開催等を

通じて、管轄の地域包括支援センターが総合的な支援を行うことの意義は大きい。このため、関係機関を招集して地域ケア会議を開催するなど、地域包括支援センターが包括的なケアマネジメントを行えるよう、地域包括支援センターの権限の明確化を図るべきである。

- 地域包括支援センターは、上記の地域ケア会議の開催等を通じて、介護支援専門員への自立支援型ケアマネジメントにかかるOJTを実施するなど、介護支援専門員への支援・指導をより積極的に行うべきである。また、地域包括支援センターに、介護支援専門員に対する評価機能も持たせるべきではないか。
- 「住民による学びのネットワーク」づくりについて、地域包括支援センターもその支援を行うべきである。
- なお、地域包括支援センターは、地域課題を把握し必要なサービスの導入に結びつける調整能力を発揮することも期待されることから、基幹的なセンターは市町村が直接運営することが望ましい。

(総合相談・支援)

- 高齢者が24時間安心して住める地域社会は子供や障害者を含めてすべての人が安心して住める地域であり、介護や医療のみならず、生活支援や権利擁護、障害施策、子育て支援などの幅広い施策を組み合わせ提供する視点が重要である。地域包括支援センターは、介護保険の財源が投入された介護保険法上の制度ではあるが、市町村によっては職員を加配して機能強化したり、介護のみならず障害や子育てを含めた総合窓口として職員の能力向上につなげているところも出てきており、こうした先進的な取組み事例を収集して市町村に情報提供してはどうか。
- 地域包括支援センターは地域にあった住民主体の活動を支援する拠点としても期待される。定年退職後の高齢者が介護を支える側として様々な活動に参画できるような情報提供、意識の醸成を図るべきである。

(介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務)

- 一方、上記に述べた地域包括支援センターの本来的機能を十分発揮できるよう、特定高齢者や要支援者に対するケアプラン作成業務は、地域の実情に応じて柔軟に業務委託できるようにすべきである。

(ITの活用)

- 地域包括支援センターが日常生活圏域で発生する様々な課題に適切に対応していくためには、圏域内の高齢者に関わる様々な情報を、地域包括支援センターが総合的に把握しておくことが必要である。このため、ITを活用して、圏域内の高齢者に関する情報を集積し、地域包括支援センターが活用できるような取組みを推進すべきである。また、地域包括支援センターと圏域内の各種機関との緊密な連携を実現するため、ITを活用した情報連携を推進すべきではないか。

(市町村の評価)

- 地域包括支援センターがその機能を十分に発揮するため、責任主体である市町村(保険者)が運営方針を明確化すべきである。あわせて、市町村(保険者)の地域包括支援センターへの支援体制についての評価手法を開発するとともに、その結果を住民に情報公表すべきではないか。

(地域包括支援センター機能の評価)

- 各地域包括支援センターが果たしている機能について客観的に評価するための総合相談・支援事業や包括的・継続的支援事業等の遂行に当たっての「連携尺度」など評価の具体的な手法を開発すべきではないか。

(2) 地域包括ケアを支える人材に関する検討部会における提言

①良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担の見直し

i) 介護福祉士制度について

- 2025年に向けては、医療・介護人材の役割分担の総合的な見直しが必要であるが、現状では、

- ・ 居宅における医療的ケアへのニーズに対応できていないことが、要介護高齢者が居宅で安心して生活する際の障壁になっていること
- ・ 特別養護老人ホーム等においては、入所者の重度化が進み、医療的ケアに対するニーズが高まっていること

等を勘案し、まずは、看護職員と連携しながら、要介護者に対する基礎的な医療的ケアについて、介護職が行えるようにしていくことを検討する必要がある。

- このため、まずは、「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」における検討を踏まえて、看護職員と連携しながら、特別養護老人ホームにおいて介護職員が口腔内吸引等を実施できるようにする。
- さらに、例えば教育課程の充実など、介護についての国家資格を有する介護福祉士が要介護者に対する基礎的な医療的ケアを実施するとした場合の条件について

検討していくべきである¹⁷。

- ・ 介護福祉士が要介護者に対する基礎的な医療的ケアを実施するとした場合の教育課程の在り方については、
 - # 増大する医療的ケアのニーズに対応できるようにする
 - # 訪問介護員からのキャリアアップを行いやすくする等の観点を踏まえて検討することが必要である。
- ・ このため、「介護福祉士の教育課程の中で、医療に関する基礎的な教育も実施し、国家資格を取得した後は、要介護者に対する基礎的な医療的ケアの実施が可能となる」仕組みを構築していくべきである。
- ・ また、その場合には、実務経験ルートにおける教育の在り方や、既に介護福祉士の資格を取得している者の扱いについても検討していくべきである。

○ 介護職員については、人材確保の観点から、現場のニーズに応じながら、キャリア開発に資するような資格制度を構築すべきである。具体的には、介護福祉士による基礎的な医療的ケアの実施の検討のほか、「より専門性を有した介護福祉士」の創設や、看護職員と介護福祉士の有資格者がもう一方の資格をとりやすくすることなどを検討してはどうか。

○ あわせて、以下の取組みについても進める必要がある。

- ・ 介護福祉士による機能訓練等の実施を推進するとともに、認知症ケアの実施に当たっての介護福祉士の専門的知識及び技術の向上を図る。
- ・ 施設長・管理者といった組織の責任者や、ユニットリーダー等の介護現場のリーダー等、介護職員の指導等を行う各種リーダーの養成を図る。
- ・ 教育制度においても医療と介護の連携を推進するため、医療職（看護職員等）と介護職（介護福祉士等）が共同で教育・研修を受ける仕組みを設ける。
- ・ 介護福祉士の業務範囲の見直しとともに、看護職員については、例えば一定範囲内の薬剤選択・量の調節・処方の実施など、在宅医療をより積極的に提供できる方策を検討する。

ii) 訪問介護員等の見直し

○ 訪問介護員等に関する研修については、今後、介護職員基礎研修（500時間）・

¹⁷ 現行の法律では、医行為の実施は、医師・看護師・准看護師等の職種に限定して認められており、原則として、介護福祉士等の介護職は医行為を実施できない。

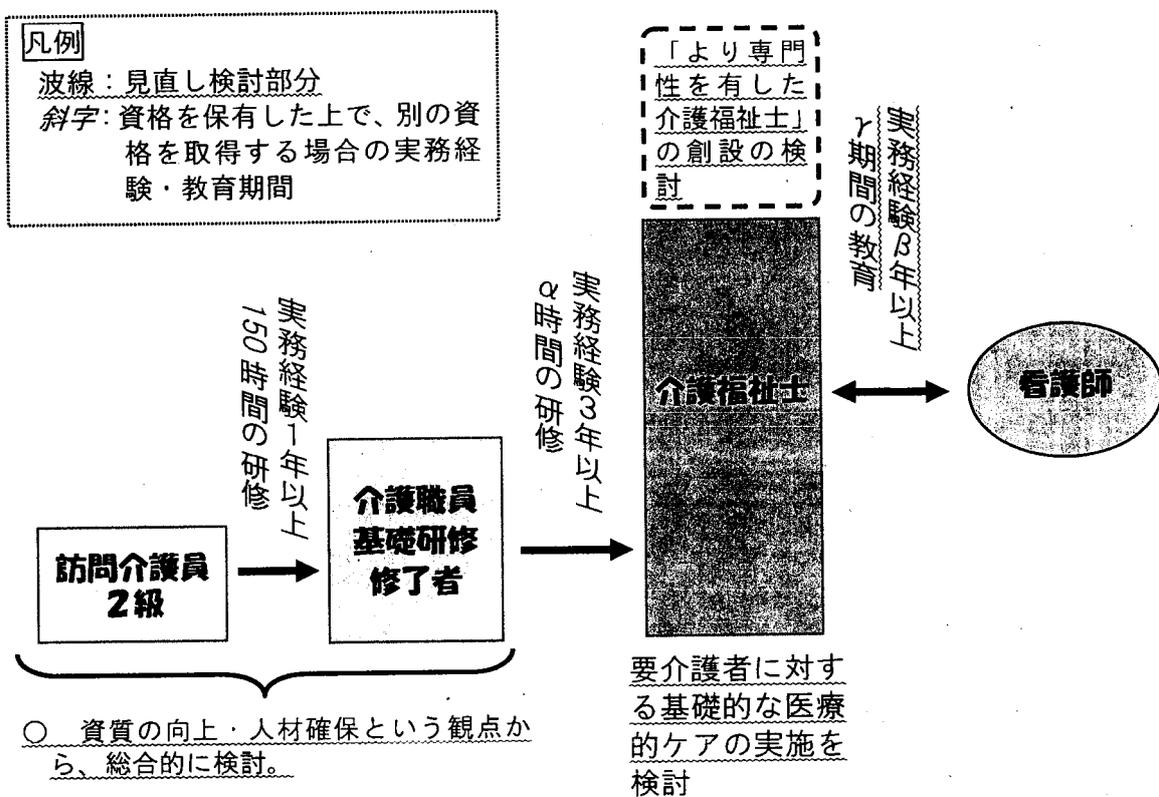
なお、「医行為」については、「当該行為を行うに当たり、医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為」（平成17年7月26日付け厚生労働省医政局長通知）と解釈されており、この解釈に従って、長年の議論を経て、個別の行為が医行為であるかが判断されている。

したがって、現在、医行為とされている行為を介護福祉士が実施できるようにしようとする場合、法律の見直しが必要になるものと考えられる。

訪問介護員2級課程(130時間)に集約される。介護福祉士制度の見直しの動向、訪問介護員等に今後期待すべき役割を勘案しながら、資質の向上・介護人材の確保という観点から、介護職員基礎研修や訪問介護員2級課程の在り方について、検討が必要である。

- 訪問介護の中で実施している生活援助については、地域支援事業を活用して、自治体における地域の実情に応じた柔軟な取組みを推進することによって対応することが考えられる。これにより、人材の裾野の拡大も図れるのではないか。

【資格制度見直し後のイメージ（訪問介護員2級から入職する場合のイメージ）】



iii) ケアマネジメント・地域包括支援センターに関わる人材の資質向上¹⁸

- 介護支援専門員の資質の向上¹⁹を図るため、医療・リハビリテーションに関する知識、他制度との連携方策、自立支援型のケアマネジメントの習得という観点から、介護支援専門員に係る現行の試験・研修についての見直しを行うべきではないか。また、介護支援専門員関連の研修の充実という観点から、研修内容や講師の資質の向上が必要ではないか。

¹⁸ 地域包括ケアを支える人材に関する検討部会では、サービスの提供に関わる人材を中心に検討を行っており、介護支援専門員等については、別途十分な議論・検討が必要である。

¹⁹ 介護支援専門員1人当たりの利用者数は大幅に減少しており、現段階では、介護支援専門員は不足していないものと考えられる。

- 地域包括支援センターによるネットワーク構築機能や介護支援専門員支援機能の強化という観点から、地域包括支援センターの3職種（社会福祉士・主任介護支援専門員・保健師）に対する研修を充実すべきではないか。

iv) 行政職員の在り方

- 地域の中で最適なケアシステムを構築することについて、自治体職員が果たすべき役割が大きくなっており、地域住民の個性に応じたきめ細かなニーズの把握、計画策定、地域包括ケアシステムをコーディネートする能力を向上させることが必要である。また、政策担当者の専門的知識及び技術の向上の観点から、人事の在り方の見直しも必要ではないか。

②事業者による雇用管理・組織経営等の改善

i) 労働法規の遵守の徹底

- 雇用管理の改善を図るため、事業者による労働法規の遵守を徹底すべきである。介護事業者の中には、望ましい雇用管理の在り方や遵守すべき労働法規の内容を十分に理解していない事業者・労働者が多いことから、介護事業者・介護労働者に対して、適切な雇用管理の在り方や労働法規の内容を周知すべきである。
- こうした取組みを進めた上で、労働法規に違反して罰則を受けている事業者については介護保険法の指定を行わない等の措置を講じることを検討してはどうか。なお、検討に当たっては、介護保険法やその他の社会保険各法における指定拒否関連の規定との整合性を踏まえることが必要である。

ii) 雇用管理の取組みの公表

介護事業者の希望に応じて、その介護事業者の雇用管理関連のデータ（例えば、離職率、賃金、勤務時間、人材育成の取組み、腰痛対策等の労働環境整備など）を公表することを検討すべきではないか。こうした取組みにより、介護業界での就業者や就業希望者が事業者ごとの雇用管理の取組みを知ることができるようになり、雇用管理の取組みが進んだ事業者への就職希望が高まるとともに、事業者同士が相互に雇用管理の取組みを知ることができるようになり、結果として、雇用管理の改善につながる事が期待できる。なお、雇用管理関連情報の公表に当たっては、現行の介護サービス情報公表制度の仕組みを活用してはどうか。

iii) キャリアアップに資する取組みの推進

- 平成21年度第1次補正予算で実施されている「介護職員処遇改善交付金」につ

いては、介護職員への処遇改善計画の周知を求められるとともに、平成22年度以降の支給要件の1つとして、職務・能力・経験等と賃金が結びついたキャリアパスの設定が求められている。また、同じく平成21年度第1次補正予算で実施されている「現任介護職員の研修支援」については、現任介護職員が研修を受講する場合の代替雇用に係る費用が支弁され、介護職員のための研修機会の確保の支援と、介護職員のキャリアアップの促進につながることを期待される。

- これらの取組みは、平成23年度までの時限措置であるが、平成24年度以降も、その成果等を踏まえつつ、事業者によるキャリアアップの取組みを強化する施策や、介護業務を継続しながら教育・研修を受けられる施策を講じるべきである。
- また、キャリアアップの仕組みの構築によって、職員の定着・能力開発が図られ、サービスの質が向上し、利用者からも高い評価を受けるといような、キャリアアップの好事例の普及を図るべきである。

iv) 組織経営の安定化・効率化の推進

- 介護人材の確保・定着促進を図るためには、介護事業者内での教育の充実や、介護事業者における適正な雇用管理の実施を図っていくことが重要であるが、そのためには、介護事業者の規模の拡大、他の介護サービスや他業種との組合せによる事業実施の推進等を通じて、介護事業者による組織経営の安定化・効率化を図ることが必要である²⁰。
- そのため、以下のような施策を検討すべきである。
 - ・ 組織経営の安定化・効率化の推進という目標を勘案しつつ、指定基準を設定する。また、介護報酬についても、必要な工夫を行う。
 - ・ 複数のサービスをパッケージ化して提供する複合型事業所を創設する。これにより、規模の拡大に基づく組織経営の安定化・効率化が図られ、処遇改善や人材育成の取組みの充実が期待される。

v) 事業者による人材の発掘の推進

- 介護事業者による専門職・専門職以外の者の発掘を推進すべきではないか。

③介護労働市場全体の労働環境整備

i) 介護労働市場への参入支援

- 平成21年度第1次補正予算で実施されている「緊急人材育成就職支援基金事

²⁰ 組織経営の安定化・効率化の観点からは、一定の事業者規模を有することが重要であり、事業所規模は小さくても構わないと考えられる。

業」では、介護分野等について、非正規離職者、長期失業者などに対する職業訓練が拡充されている。また、緊急雇用対策（2009年10月）においては、施設等で働きながら介護福祉士や訪問介護員2級の資格を取得することを支援する『「働きながら資格をとる」介護雇用プログラム』（給与・研修費用の相当額を事業主に支給）が創設された。

- これらは、平成22年度又は平成23年度までの時限措置であるが、期限以降も、これらの取組みの成果等を踏まえつつ、介護労働市場への参入を支援する施策を講じるべきである。

ii) 定着へのインセンティブの付与

- 介護労働への定着に対するインセンティブを付与するため、人材の能力向上につながら、キャリア開発に資するような教育・研修体系の整備が必要である。そのためには、現場の経験（好事例・課題・ニーズ等）を吸い上げて研修素材やカリキュラムを作成していく仕組みとすべきではないか。
- 併せて、転職・復職等を行う場合でも従前の経験を活用できるよう、介護職員のキャリアを登録し、そのキャリアを各種事業者に対して証明できる仕組みを導入してはどうか。
- さらに、定着へのインセンティブ付与のための施策の実施に当たっては、人材を巡る状況が地域ごとに大きく異なっていること、人材育成が地域のサービス提供体制構築に大きな影響を与えていること等を勘案し、国が果たすべき役割の整理とともに、都道府県・市町村が協力して、こうした施策を実施できる仕組みの構築を検討すべきである。なお、国の役割としては、都道府県や市町村においてリーダーとなり得る者に対する研修の実施等が考えられる。
- 平成21年度第1次補正予算で実施している「現任介護職員等の研修支援」及び「介護職員処遇改善交付金」については、平成23年度までの時限措置であり、その後の対応を検討する必要がある。

iii) 労働環境の整備

- 女性労働者が多いという介護労働市場の特性に鑑み、育児休業・介護休業等の取得、妊娠期間中の配慮、育児休業後の職場復帰支援、事業所内保育の実施、短時間勤務・短時間正社員制度の活用、ワークシェアリングの実施等の推進を図っていくべきである。

- 労働環境の整備という観点から、夜勤の業務負担に着目した雇用管理、福祉用具の積極的活用などの肉体的負担軽減、腰痛防止対策等の推進を図るべきである。また、介護人材の負担軽減という観点から、ITの積極的な活用等を図るべきではないか。
- 介護職員に対して、限られた時間や範囲だけで働くのではなく、より積極的に働きたいという意欲を高めるような職場作りの検討や事例の普及などを図るべきである。

iv) サービスの質の評価

- 平成21年度の介護報酬改定において、介護従事者の人材確保・処遇改善を基本的な視点の一つとして、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価（「サービス提供体制強化加算」等）が行われた。
- その改定にあたり、社会保障審議会介護給付費分科会において、質の高いサービスを提供する事業所への適切な評価を行うことにより、処遇改善を推進することとされ、サービスの質の評価を行うための指標について、早急に検討することとされた。
- 介護サービスの質の評価については、介護従事者の専門性のみならず、介護の多面性に配慮した評価を目指すことが必要である。併せて、各事業者による、従業員がやりがいを感じる取組みなどについても、介護サービスの質の一側面として捉え、評価を行うことを検討すべきである。
- また、以下の観点も踏まえた上で、サービスの質の評価を行うべきではないか。
 - ・ サービスの質の評価に当たっては、介護保険の理念→事業所が達成すべき具体的な目標→目標を達成するためのサービス等というように、理念や目標と関連づけながら、評価を行っていくことが必要ではないか。
 - ・ 現行の「構造（ストラクチャー）」ベースの指標の整理を図るべきではないか。
 - ・ 「良質なサービス」の定義付けが必要ではないか。自立支援型のサービスを評価することとしてはどうか。
 - ・ サービスの評価とともに、ケアプラン（ケアマネジメント）の評価を行うべきではないか。
 - ・ サービスの質の評価のためには、「構造（ストラクチャー）」、「経過（プロセス）」、「成果（アウトカム）」をバランス良く評価することが必要ではないか。
 - ・ 要介護高齢者の経年的な変化をたどると、維持群・悪化群・改善群が存在することが明らかになった。この3群について実施されてきたサービスの評価を適切に行うことを通じて、「構造（ストラクチャー）」、「経過（プロセス）」、「成果（アウトカム）」の3指標の作成を検討すべきではないか。

(3) 持続可能な介護保険制度とするために

平成 12 年に国民の共同連帯の仕組みである介護保険制度が創設されて以来、10 年が経過した。この間、介護保険の給付は倍以上に増加し、民間や NPO など多様な事業者が参入する市場に成長した。今後 10 年から 15 年間で日本はこれまで世界が経験したことのない超高齢社会を迎える。要介護リスクの高い 75 歳以上人口が倍増し医療・介護ニーズが爆発的に増加する中で、現状のサービス水準を維持した場合でも、保険料は現在の 2 倍近くに引き上げを要するものと予測される。サービスの充実は重要であるが、財源も同時に確保しなければならない。2025 年に介護保険制度が持続可能であるための給付と負担のあり方、財源としての公費、保険料、利用料の配分のあり方を提示しなければ現役世代を含めた国民の合意は得られないだろう。また、保険の原則として給付の充実には負担増が当然に伴うことを我々国民が理解するとともに、保険で給付されるサービスは「負担する価値のあるサービス」、「尊厳を確保するためのサービス」であるべきとの認識を共有すべきではないか。

本研究では、サービス提供体制及び人材確保の観点のみならず、制度の持続可能性確保の観点からも以下のとおり検討を行った。財源構成の見直しや被保険者範囲、負担と給付の在り方については、今後、広く国民的な議論を行うことが必要であり、国民各層の合意が得られるよう期待するものである。

①財源構成の見直し

- 国民の共同連帯の制度である介護保険制度については、原則として公費割合は現状維持とすべきであり、公費割合の増大は介護保険が景気等の変動による予算制約を受けやすくなることも意味することから、安易に公費割合の引上げを議論すべきではないとの意見が出された。
- 仮に公費負担を拡充する際は、まずは低所得者への保険料や利用者負担の軽減対策分として投入すべきではないかとの意見があった。
- 一方、介護保険は医療保険と異なり、8 割の高齢者がサービスを利用しない中で保険料を負担してもらうため、許容される保険料水準には限界がある。したがって現在の保険料と公費 1 対 1 の財源構成を見直し、公費割合の引上げを検討すべきとの意見があった。

②被保険者範囲

- 普遍的で持続可能な介護保険制度の確立に向けて、被保険者範囲について、特定疾病の見直しと合わせて年齢引き下げを検討すべきではないかとの意見も出された。一方年齢引き下げを実現するためには、若い世代が高齢期になった場合でも介護保険制度が持続可能であることを示さなければ若い世代の理解は得られないとの意見もあったところであり、国民的な合意を得ていく必要がある。

③保険料及び利用者負担

- 介護保険料は公費を投入して低所得者の保険料を軽減している医療保険と比して低所得者の負担が重くなる傾向があり、高齢者が所得等に応じて無理なく負担できる保険料設定とすべきではないかとの意見があった。
- 利用者負担についても、所得段階別の負担を導入すべきとの意見があった一方で、社会保険の理念から応能負担の導入には反対との意見もあった。
- また、保険料や利用者負担、補足給付などの低所得者への配慮は保険制度ではなく「公助」として行われるべきであり、低所得者の定義もフロー所得、ストック、持ち家と借家などの観点から再定義する必要があるとの意見もあった。資産などの把握に努め、より公平な制度の実現を目指すべきではないか。

④調整交付金

- 保険財政に好影響を及ぼす、例えば、保険者の介護予防の取組みを客観的に評価して調整交付金に反映させる仕組みを検討すべきではないか。

⑤保険給付の重点化

- 2025年には要介護リスクの高い75歳以上人口が増加することで、第一号被保険者に占める認定者の割合も急増するため、現行の給付水準を維持した場合でも保険料が約2倍になることが想定される。保険給付の対象について優先順位を考えることが不可避であるとの考えから、要支援1・2または要介護1程度の軽度者については保険給付の対象外とすべきとの意見や、少なくとも保険給付はリハビリテーションサービス等の予防的なサービスや認知症を有する者へのサービスに限定し、軽度者の家事援助については地域支援事業として見守りや配食などの生活支援サービスと一体的に再編すべきとの意見があった。あるいは、仮に軽度者の現行の保険給付を維持する場合にも利用者負担割合(1割)を引き上げること検討すべきとの意見もあった。
- 一方、今後急増する独居高齢者、高齢夫婦世帯や認知症を有する者については、生活支援サービスが在宅生活の継続に不可欠なものであり、特に今後都市部では自治会などの互助機能が脆弱化することもあり、保険給付から外すべきではないとの意見もあった。また、給付の重点化は、介護保険サービスの受給者割合をさらに低下させることになり、高齢者の保険料負担への意欲に影響を与えかねないことにも留意すべきとの意見もあった。

(4) 終わりに

本研究会は、平成 20 年度地域包括ケア研究会報告書における論点整理を踏まえ、地域包括ケアシステムを実現するための改革の方向性を提言すべく、検討を進めてきた。地域包括ケアシステムを実現するためには、来る平成 24 年度の診療報酬・介護報酬同時改定を含め、介護保険関連制度全体の見直しに着手することが必要である。その際には本報告書の提言内容が活用されるよう要望する。また、地域包括ケアシステムの実現のためには、制度見直しや報酬改定のみならず、国民、地域、行政（国・自治体）、医療・介護事業者、企業、大学・研究機関等あらゆる関係機関が主体的に学習、参加し、連携していくネットワークの構築が重要であり、今後、国レベル及び自治体レベルで産官学のネットワークが促進されることを期待したい。