

社会保障審議会介護保険部会

部会長 山崎 泰彦 様

介護保険制度改定への五つの危惧

介護保険部会まとめにあたっての意見表明

2010.10.28

勝田登志子（認知症の人と家族の会）

2010年5月31日から10回にわたって行われてきた本部会はあと数回をもって終結しようとしています。

この部会において私は、「家族の会」の「介護保険制度改正への提言」を示して、
1 要介護認定の廃止 2 サービス内容の決定は新サービス担当者会議に委ねる
3 情報公表制度の廃止 4 自己負担の1割堅持 5 公費負担率を6割に 6 利用者に
作業報酬支払いを認める、ことを求めて発言してきました。また、その他の事項についても利用者・家族の立場から意見を述べてきました。

部会での審議の一方で厚生労働省は次期改定への方向などを示しているものもあり、その中では介護サービス情報の公表制度については事業者負担の廃止や義務制を緩和するとしており、これは「家族の会」の提言に答えるものです。

しかし、制度全体については、厚生労働省が次期改定でどのような内容を行おうとしているのかは不明な状態です。

「家族の会」は、これまでの議論の経過および厚生労働省が「参考にする」と述べている地域包括ケア研究会報告の内容にかんがみ、次期改定にあたって次の五つの危惧を感じています。この危惧を表明いたしますので、委員各位および厚生労働省が真摯に受けとめていただき、この危惧が杞憂に終わるように努めていただくようお願いいたします。

第1の危惧 軽度者の切り捨て

認知症と診断された人が要支援等の軽度扱いされる要介護認定の問題。

軽度者を介護保険からはずすことがあってはならない。「重度者への重点化」「給付範囲の見直し」の論もあるが、認知症の場合、早期発見・早期診断者は、現在の要介護認定では認知症自立度がⅡ以上であっても審査会では審査されず要支援・介護度1となっているケースがある。身体的には元気で認知症の症状が激しい時こそ介護が大変ということがあり、また軽度のうちからサービスを使うことによって重度化を遅らせることも可能になる。

第2の危惧 生活支援を地域（自助、互助）に任せて制度の枠が狭まる

巡回型訪問介護だけでは認知症の在宅介護を支えることにはならない。

個人の努力や町内会での支えあいを前提にしてはならない。今後のあり方として、自助、互助、共助、公助という、個人の努力や自治会で支え合うことを前提にしたシステムが論じられているが、地域の実態からはずれた絵に書いた餅のような話である。昼間に家にいるのは要援護者か、病弱の方である。高齢化や生活苦で自治会活動・地域そのものが衰退している。そこをあてにして、公的介護保険の枠を狭めないこと。

在宅介護を支えるにはホームヘルプはきわめて重要であり、同居家族がいることで生活援助を受けられない現実を早急になくすべきである。都会と地方では違う地域の実情にあった柔軟な在宅支援を可能にすることこそ必要ではないのか。「二十四時間地域巡回型訪問サービス」、「通所介護事業所の宿泊サービス」などレスパイトケアもそうした観点で論議を更に深める必要がある。

なじみの関係が認知症ケアには有効なケアといわれながら、事業者の大型化が望ましいとの意向があり、生活の場面では外部大型事業所からの日替わりの人材が派遣される可能性もでてきている。認知症ケアはなじみの関係が有効なケアであり地域の実情に適合した柔軟なサービス提供を試みている小規模事業所の育成・支援こそ地域経済の活性化の視点からも必要ではないか。

第3の危惧 1割負担の引き上げ

重度者への重点化を言うのなら、むしろ限度額をはずすこと。

軽度者への負担割合の増額には反対である。介護度で負担割合が変化するのは所得でみず、介護で判断され軽度者いじめのようなものである。現在の1割負担を堅持すべきであり、むしろ、在宅で介護の重度化により支給限度基準額を超えてサービス利用をする人は全額自己負担を余儀なくされており、在宅重視を考えれば、廃止を含め区分支給限度基準額の検討こそ必要である。

また。介護保険制度に、国が先ほど決定した、「負担を伴う新しい施策を導入するには別の事業で同規模の支出を削らなければいけない」という考えを適応してはならない。枠が決められた中でのパイの取り合いでは国民のもとめる安心の福祉の実現はできない。国がまず、国民が願っている安心して暮らせる社会保障の充実を1番の重点課題とし、財源も含め国民が納得できる内容を示すことこそ急務である。「家族の会」は「応分の負担」という考えをすでに提言している。

第4の危惧 認知症ケアの質が向上しない

認知症ケアはコンピュータによる標準化ではマネジメントできない。

国が2015年の介護は認知症ケアと宣言したが、“一般病棟入院時に本人対応のため家族に付き添いを要求する”“ショート利用中に家族に本人の対応を連絡する”“心ない言葉の暴力で傷つく本人や家族”などなど「認知症ケア」はいまだ確立されていない。認知症ケアの本質は「個別」であり、単なる研修や資格の問題ではない、認知症を正しく理解し、認知症の人との関係づくりができ、介護家族の置かれている状況に応じた適切な対応・支援ができる介護・看護・医療職が求められている。在宅重視を言うならば、施設における認知症ケアはもちろんのこと、認知症のケアマネジメントがしっかりとできる介護支援専門員のあり方など本腰を入れた「認知症ケア」に取り組むべきである。

また、介護人材が流動的で定着しない現状ではとても質の向上までは届かない。安心して働き続けられない低賃金、人材確保が困難で人手不足の現場では、認知症のその人らしさを見つめるケアは難しく認知症ケアの担保はされない。

第5の危惧 住み慣れた自宅・地域で暮らせない

在宅の概念が形骸化され変化している。

高齢者の住まいは国際的に比較しても不足との現状認識は理解できる。今後さまざまな住居のあり方が検討されることには賛成である。しかし、施設を、「ケアが組み合わされた集合住宅」と位置づけ、医療・看護サービスは外部事業所からの外づけとし、施設に入所していても在宅という考え方は受け入れがたい。特老事業参加先や多床室施設増設ではなく、42万人に及ぶ特養待機者の解消、特に要介護度4・5の6万7千人が早急に入所できる対策が優先され、療養病床を含め施設類型それぞれの役割を明確にし適正な人員配置を検討すること。所得差でユニット個室に入所できない現状の打開。望めば在宅で暮らし続けられる在宅重視の制度設計こそ必要である。

終わりに、家族の会では暮らしと介護保険のアンケート調査中だが、別紙の通り沢山の意見が寄せられている。“町中に男女共用の介護トイレの設置”、“遠距離介護者への料金補助をすべての交通機関で実施”など介護保険制度以外の声もある。介護の問題は暮らしを支えることでもある。上記の5つの危惧には、いずれも支給限度基準額、要介護認定が絡んでいる、私たちのこの度の提言は10年を経た介護保険制度を更に持続発展させるために、もう一度根本的に見直して見る必要があるのではないかというメッセージでもある。これまでの論議で、拙速にまとめてしまうことに上記の5つの危惧とともに、大きな危惧を感じざるをえない。

介護保険、医療についての家族の声

公益社団法人認知症の人と家族の会

認知症の人と家族の会は2010年8月～10月、会員及び支部やホームページを通じて会員外も対象とした「暮らしと介護保険に関するアンケート調査」を実施した。

回収数は1,400通を超え、現在集計作業を進めているところである。

回答内容から、認知症の人と家族が安心して生活するためのサービスや支援策、介護保険の費用や財源、認知症ケアの「質」、医療制度や医療費などについて、自由に記述された意見から一部抜粋して紹介する。

I 安心して生活するためのサービス、支援策について

I-1 家族支援

入院時付き添い

- ・ 入院時の家族の付き添いは困難。「簡易ロボット」を貸してほしい、と思うほど家族の介護は負担が大きい。
- ・ 認知症の入院時にホームヘルパーの付き添いを認める。93歳の高齢と認知症がひどいので、息子さん1人で付添を条件に入院。トイレや食事（コンビニ）に行く間も無く3日付添い。
- ・ 付き添いサービスを介護保険内でまかなえるようにしてほしい。
- ・ 一般病棟で付き添いと通院サービスを。
- ・ 入院時には身内の付添いが条件と聞くと本当に不安。自分がもし急に具合が悪くなった時の通院。
- ・ 病院内の院内介助、待ち時間の対応を介護保険で。
- ・ 入院中も家族の付添い要望され82歳で体力的にまいった。

訪問介護

- ・ ヘルパーの時間を1.5時間から3時間に。

- ・ 夜間の在宅での付き添いヘルパー。
- ・ 夜の対応が大変な場合に対応してくれるヘルパーの対応。
- ・ 「必要な訪問介護の利用は、同居家族の有無にかかわらず認める」を強く要望する。
- ・ 同居でも介護する人が病気の時は、生活支援を。
- ・ 24時間対応のヘルパー。
- ・ 介護者のための話相手ヘルパーさん。
- ・ 介護者、私が緊急入院する場合の対応について。
- ・ 通院や外出にヘルパーの同行が必要。
- ・ 家族外出時の見守りサービス。
- ・ 認知症であれば上限なく徘徊の付き添いも認めるようにする。
- ・ 散歩の付添いサービス。

相談ケア

- ・ 24時間対応の介護者の困りごと相談サービスがあればありがたい。
- ・ 相談支援職のレベルアップ。相談にのった人が、その相談者(当人)や家族、周囲の問題点を見つけ出せる精度をあげて、適切な助言していただける人材として育成していく機関を作ること
- ・ 認知症ケア専門士が在宅におもむく巡回相談の実施が必要。
- ・ 介護者の駆け込み寺みたいな「なんでも相談センター」がほしい。
- ・ 地方では独居高齢者が多く現実の本人の姿を正しく把握していない。支援センター、民生委員などの身近なアドバイスが必要。
- ・ 介護する人が不安なく介護ができるように精神的なケアを充実して欲しい。
- ・ 死にたくなったり虐待しそうな時のための介護119。
- ・ 介護する者へのカウンセリングなどの支援を介護保険で使えたらよいと思う。
- ・ 認知症の本人より介護家族のケアが必要な気がする。
- ・ 気軽に相談できる制度。心のサポートをしてくれる人が必要不可欠だと思う。
- ・ すべての都道府県に認知症コールセンターが出来たらありがたい。

介護休暇

- ・ 介護する家族への給付制度。正社員でなくても介護休みが保障されること。
- ・ 家族が長い休憩をとって新鮮な家庭生活ができる仕組み。本人が悪くならない程度で。
- ・ 介護家族への休暇制度を設け有給とする。

就労・経済

- ・ 認知症の老人の主介護者が在宅介護でも仕事を続けられるサービス提供を求める。
- ・ 在宅介護している家族への経済的支援。
- ・ 介護者が仕事と介護を両立できるような、職場関係者の意識改革が必要と思う。
- ・ ベビーシッターのように訪問して見守る制度を安価で長時間利用できればよい。
- ・ 「子守」のような制度がほしい。
- ・ 働く人にも、利用する家族にも、本人にも良いシステムがほしい。
- ・ 遠距離介護費用への援助を。経済的に追い詰められれば、介護放棄、虐待へと進んでいくと思う。
- ・ 車が必要なので交通費や自動車税の減額。
- ・ 家族介護への報酬をつける。月10万程度。

徘徊対応

- ・ 徘徊迷子検索サービス。民間のサービスがあるが1時間10,00円と高額なので、金銭的に負担の少ない内容にてもらいたい。

- ・ 徘徊しても居場所がわかるGPS器のサービスを介護保険で。
- ・ タクシー会社運営の「あんしんネット」は便利だが、月 5000 円の負担。このようなことにこそ保険適用を。
- ・ 認知症患者に対応できる見守り支援員をおく。
- ・ 「認知症 110 番」の旗が玄関や車のステッカーにあると困った方が声をかけやすいのでは。
- ・ 地域住民の方々との温かい支えや励ましも介護者にとって癒される。地域の人たちの関わりは本人に対しては余計にうれしい。
- ・ 一人暮らしの認知症の人の在宅サポートの充実を。
- ・ 交番の 24 時間開所。コンビニとの連携も視野に。

介護タクシー

- ・ タクシー業者に介護シート付きの車を多くすることを要望。運転手にヘルパー資格を。
- ・ 介護タクシーまたは、車椅子用レンタカーが格安で利用できたらと思う。
- ・ タクシー代が保険適用できないか。

勉強・地区会

- ・ 介護者の正しい認知症理解へのサポートづくり。
- ・ 介護家族に対する介護の講習制度や認知症勉強会を増やすこと。
- ・ 夜や土日に受けられる介護講座。
- ・ 各地域ごとに認知症の人と家族が親睦などはかれる会合ができれば。
- ・ 杉山 Dr の 9 大法則・1 原則などをDVD・ビデオで手に入るネットワークづくり。

在宅サポート

- ・ 24 時間在宅支援可能なシステム。都会と田舎の格差が無いサービス。
- ・ 24 時間訪問診療・訪問看護体制の整備。
- ・ 両親二人とも認知症の場合のケースに対応したサービスの充実。
- ・ 病院での身体拘束の原則禁止を義務化して欲しい。
- ・ 在宅末期に家族負担を軽減するサービスの充実を。
- ・ 介護する家族の健康管理について、定期的に検査（無料）をしてほしい。
- ・ 困ったときに、いつでも介護を替わってもらえるようになると助かる。
- ・ 発症時の診察をもっと気軽に、他の検診とかねて受けやすくする。
- ・ 在宅介護での緊急時対応、認知症本人の健康診断が容易に受けられるように。
- ・ 初期の介護は本当に過酷。介護者へのサポートが絶対に必要。
- ・ 老ろう介護には町内、班単位の支援体制が必要。
- ・ その県だけの認知専門のサービス一覧表みたいなものがあると助かると思います。
- ・ 受診科目にかかわらず、認知症の人でも安心してかかれる病院の一覧があれば助かる。
- ・ 公的機関へのサポーター配置の義務化。
- ・ ターミナルケアの制度化。
- ・ 転院になる時の支援。

I-2 施設等整備

デイサービス

- ・ 長時間預かってくれるデイサービス（7時～19時など）があれば働きながら介護することができる。
- ・ 夜や朝に通えるデイサービス。
- ・ デイサービスでのお泊り。お泊りデイ。
- ・ 重度の人と軽度の人と一緒にでは本人のプライドを考えると問題あり。軽度の人ばかり

- のためのデイサービスの拡充を。
- ・ デイケアだけでなく、デイサービスも税金控除の対象にしてもらいたい。
- ・ 一時的に病院へ行く1,2時間預かってくれるサービスが欲しい。

ナイトケア

- ・ ナイトデイとか夜緊急に助けに来ていただける制度があればよいのだと思います。
- ・ デイサービスで一度帰ってからナイトデイにいけること。
- ・ ナイトデイ、夜間のサービスを増やして。

ショートステイ

- ・ 身近な所に安心して泊まれるショートの機能を持った事業所を増やして欲しい。
- ・ 必要な時に使えるショートステイ。
- ・ 緊急時のショートステイ。今は2ヶ月前でないと予約がとれない。
- ・ 軽負担で利用できる緊急時のショートステイを。
- ・ 基本は在宅でいつでもショートやロングステイが利用できるよう介護療養病床を活用させて。
- ・ 医療面充実のショート利用（インシュリンの人の受け入れが厳しいので）
- ・ ショートステイの夜間人員配置を充実してほしい。

若年対応

- ・ 若年に関する施設職員の理解が低い。若年に対応できる施設が増えればよいと思う。
- ・ 若年期の方たちが利用できるデイサービス、作業所などを早急に検討。
- ・ 若年認知の人が通えるデイサービス等が少なすぎる。介護保険の中で単なる見守りや趣味のようなことも含めてもらいたい。
- ・ 若年性認知症の専門施設の充実を。
- ・ 若年でも高齢でも働きたい人に賃金を得られる就労場所を。
- ・ 若年に対する専門のケア、サービス、相談などがあればよい。
- ・ 働く意欲のある人に職場・仕事を。

小規模多機能型

- ・ 小規模多機能型施設が他市町村の住民でも利用できるように見直しをもとめます。
- ・ 小規模多機能型サービスの促進と補助金を希望します。
- ・ 小規模多機能とグループホームを合体させたような施設があればいい。
- ・ 介護者に万一の事態が発生した時。多機能型が地域に1ヶ所。(必ずベッドが空けてある)

グループホーム

- ・ 家族が徒歩で通える範囲で宅老所など小さなホームを。近距離なら家族も介護に参加できる。
- ・ 「グループホーム」の充実と、入所費用の軽減。
- ・ ユニットのこだわらず収容人数を増やすべき。

特養

- ・ 施設を増やして欲しい。特に特養。
- ・ 終末まで特養で生活できるように希望する。
- ・ 保育園同様「待機老人」への対応が心配。

その他施設

- ・ ケアハウスをもっと。
- ・ 前頭側頭型認知症の人を、いざという時に受け入れてもらえる施設を増やして。
- ・ 「一時預かり所」というべき場所が身近な範囲でほしい。
- ・ 一人暮らしの人が、昼間は自宅で過ごし、夜は安心して泊まれる施設。
- ・ 在宅介護を確実にを行うためのサービス（いつでも使えるデイサービスに併用のショート）24時間のサービス対応。
- ・ 山間地域での冬季だけ宿泊できるサービスを。
- ・ 介護者が認知症状で暴力を受けた時、緊急避難的に施設やシェルターを利用できる制度。
- ・ どんな人でも受け入れてくれる公的な施設。
- ・ 「個室・ベット」の施設が多いが4床の寝たきり部屋など費用のかからない施設の普及を。生活に合わせた普通の場所が居心地がよい、公的施設を望む。
- ・ ハード、ソフト面での施設の充実を切望する。
- ・ 集団住宅の工夫。

公衆トイレ

- ・ 公衆介護トイレ。トイレに一番困るので判りやすく清潔なトイレがあると助かります。
- ・ 公衆トイレなど、ハンディキャップを持つ人に優しい街づくりを。
- ・ 駅やデパート等のトイレが一番の問題です。
- ・ 公衆介護トイレの数を増やして欲しい。
- ・ 公共施設に大人がオムツ交換できるようなベッドとオムツ等の置き場の設置。
- ・ 共用トイレが必要。外出時、認知症の妻のトイレ利用の際男女別だと困る。
- ・ 車椅子印の駐車場が少ない。予約制であったり、歩行器では×だったり、介護用トイレが1階のみで各階にない場合が多い。
- ・ 安心して入れる飲食店や公衆介護トイレの整備を。

医療施設

- ・ 認知症の人のための内・外・耳・眼・歯科他全般を受診できる病院が必要。
- ・ 精神病院でなく認知症専門の総合病院ができるとよい。その場で付添いサービスがあればよい。
- ・ 認知症の人専門のリハビリ（進行を遅らせるように）。

地域包括支援センター

- ・ 包括支援センターに認知症専門スタッフを配置し、定期的な訪問を。

支援

- ・ 認知症や精神疾患の在宅介護者への支援を公的サービスとして認めてほしい。
- ・ 要支援は事業所で内容にばらつきあり。理解も違う。内容の見直しで随分に違うのでは。

I-3 経済面

自己負担

- ・ 介護度が高いほど自己負担を軽くするように。事業所には介護度が高い人には高い収入が入るように。
- ・ この1割負担でなく、別の負担制度はないものか検討すべき課題。
- ・ 若年期認知症の経済的な家族の負担を、勤務先での給与補償で補ってほしい。
- ・ 若年認知症の親をもつ子どもの支援。
- ・ 介護費用は国民年金(月7万)を基本に高額所得者からは高額を。

支給限度額

- ・ 限度額を上げて頂きたい。
- ・ 支給限度額を超えた場合全額自己負担を 50%ぐらいに。
- ・ グループホームの利用料を税金控除の対象に加え、限度額基準のアップを希望します。
- ・ 利用度の緩和が出来れば限度額を超えると全額自己負担で支払っている、何とか介護給付を見直してほしい。
- ・ 訪問看護は点数が高く要介護 5 では限度額でまかなえない。改善を。
- ・ 介護保険の上限をなくす。
- ・ 支給限度額超過部分への介護給付。

優遇制度

- ・ 介護家族の地方税、配偶者控除、扶養控除等、税制の優遇制度がほしい。
- ・ 全国どこでも要介護 4, 5 の人にオムツ代支給してもらえるよう統一してもらいたい。遠距離介護している人には JR の割引切符を発行。
- ・ 奨学金制度について在宅介護者に対する優遇制度を。
- ・ 身体障害者が受けられる割引制度が同じように受けられればいいと思う。

I-4 保険制度

医療と介護の連携

- ・ 入院していても介護保険を使ったサービスを受けることができるようにしてほしい。
- ・ 入院中もせめて 6 ヶ月間は介護保険を重複して受けられる制度の改正。
- ・ 老人保健施設に入所している時も必要な医療が受けられる様にして欲しい。
- ・ 特養でも、医師の指示のもと、医療行為ができるといい。
- ・ 介護従事者による医療行為の実施とその研修制度の確立。
- ・ 独居認知症者の診察時の立会いを介護保険で。
- ・ 介護保険と医療保険の併用ができないので負担がおおきい。
- ・ 行政、福祉施設、医療機関、家族と地域が一体となって支えていく仕組みが必要。
- ・ 病院・施設・事業諸間での連携が必要。

デイサービス

- ・ デイサービスへの送迎に「乗り合いタクシー」の保険適用を。
- ・ デイサービスを希望するだけ利用できるようにしてほしい。
- ・ 必要なサービスは上限なく十分に使えるように。

成年後見制度

- ・ 成年後見制度の手続き簡素化・費用の低額化を。
- ・ 成年後見制度をもっと使いやすく。
- ・ 後見人の手続で、行く前に手続の説明など相談員の方が入ると介護中でもスムーズにできる。

制度全般

- ・ 「地域」という規制をはずしたほうがよい。
- ・ 特定事業所集中減算は撤廃する。
- ・ 要介護 1 以上も超過額の介護給付が必要。同居家族の有無は現在より緩和する。独立型居宅介護支援事業所には独立加算。サービス利用なしの認定者への支援のための報酬。
- ・ 要介護 4,5 の人の限度額は不要。必要なだけのサービスで安心の利用を。
- ・ プライバシーの保護を重視するあまり行政に法的権限がなく立ち入っていけない。も

- っと独居老人の把握や家庭内虐待などに踏み込んでいける制度を作ってほしい。
- ・ ケアマネが必要になってから探すのではなく、健康なうちから地域行政の担当がいるとよい。包括は専任で各公民館エリアに最低 1 人は担当がいてすべて分かる自治会長を支援できる体制。
 - ・ 自分が住んでいる地域にある施設とサービスを介護者や本人が選べるものに。
 - ・ 要介護 5 であれば必ず特養利用ができるように。
 - ・ とにかく調べなければ分からない仕組みが多すぎ。一括して医療と介護の手続を相談できる人がどこにもいなかったことが大変だった。
 - ・ 認定調査員の質の向上。
 - ・ ケアの質が評価され、かつ加算がつくような制度の新設を望みます。
 - ・ 「介護予防」は無駄。
 - ・ ケアマネジャーの記録の簡素化。
 - ・ オンブズマンを取り入れる。
 - ・ 主治医意見書を書いてもらえないために認定が受けられないケースも多い。
 - ・ 医療・介護制度で年齢制限をもうけるべきではない。

I-5 その他

- ・ 市町村に申請に行くときまだ早いと言われた。
- ・ 在宅の方にもっと給付を認めてもいい。
- ・ 市町村間の格差をなくしてほしい。
- ・ 地域の家族会に気楽に参加できるように行政に適切な指導をお願いしたい。
- ・ 各市町村単位に家族の会を作り、運営は介護保険の公費で賄う。
- ・ 養成施設へ認知症の人の出演による授業。
- ・ 要介護認定を受けていない方はどのような生活をしているかをチェックする機関。
- ・ 認知症の中期から終末期について取り上げを。
- ・ 商店街に椅子の設置・買い物がしやすくなる・映画や演芸を楽しめる・など、商店・町内利用での利便を

II 介護保険の費用や財源について

II-1 財源

- ・ 国の無駄遣いを徹底的にカットして介護や医療などの社会福祉財源にまわしていただきたい。
- ・ 高速料金・子ども手当のばらまきをするなら、高齢者に回して。
- ・ 過剰に制度を利用している部分もあるのではないかと。自治体の一般財源でまかなえる部分は移行し、より大変な人が必要なサービスを受けられるように。
- ・ 消費税を上げ、使途を介護・福祉に限定する。
- ・ 子ども達にもっと手厚い補償を。子ども達に負担をかけたくないので、これ以上の公的負担はやめてほしい。
- ・ 宗教や教育に対して税金が課せられていないので、今後介護保険のためにそれらかも財源を。
- ・ 財源は国市町村等が全体の負担を 70%位に。40 歳以上の負担も 5,000 円が限度。
- ・ 消費税を 10% に上げ財源を確保することも止む得ない。生活必需品への課税は 5% → 3% に引き下げたら。
- ・ 国にお金がない以上、国民が負担するしかない。土木工事より医療・福祉に就ける方に回して定職者を増やし、無駄な支払いで税金カットを。
- ・ 基本的に税金で行うべき。老いは誰にでも平等におとずれる事だから。
- ・ 貯金をいっぱい持っている方から、貯金税を頂いて介護保険の財源にしては。

- ・ 介護に特化した消費税が必要。
- ・ 私たち自身も自助努力し、また、厚労省も頑張って無駄を省き、健全な財源の確保に努めて。
- ・ 財源の問題が一番の関心事です、将来に向けて公費負担を高めていきたい。
- ・ 国民ひとりひとりの財源負担が増えることは一定幅であれば仕方のないことかな。
- ・ 介護保険に限定されるなら、消費税が上がってもいい、国に財源はないと思う。
- ・ 仕組みや運用を実態に即したシンプルなものにして、その部分の費用を節約する。
- ・ 認定制度を廃止しその分の財政でサービスの質が向上すればよい。
- ・ ムダをすべてなくして介護保険の財源に。

II-2 費用

- ・ 介護保険なんでも誰でも1割負担というのはどうかと思う。
- ・ 源泉額に応じた費用負担も一案か。
- ・ 介護保険料の負担が所得の高い人と低い人との差があまりないように思います。
- ・ 保険料はきちんと年金から引かれるのに、利用したいときには、入所や、通所の利用を断られることがあります。「保険あって 給付なし」
- ・ 保険料が変額な割には施設入所入用費などが負担が多いので先々不安。
- ・ 介護保険料は20歳から支払う。
- ・ 費用が毎年変動しないように。
- ・ 介護保険料は収入の多い人は多く納める。税金の1割は介護保険にまわる。
- ・ 措置時代は低所得者の負担は軽かった。介護費用の1割負担は堅持してほしい。
- ・ 有料老人ホームでは車椅子、ベッドを買うにも全額負担、在宅では1割で、どうしてと思った。
- ・ 要介護度が重くなると費用負担がおもくなるのをなんとかしてほしい。
- ・ 全室個室の施設のため、毎月の支払いが13万～14万円かかりとても大変です。
- ・ 親を介護するには応分の負担は当然だと思う。無理な家庭にはもっと軽くするべき。
- ・ 国民の生活が第一。高福祉・応分の負担で素晴らしい社会になるよう祈っている。
- ・ 主介護者の高齢化に伴い息子が辞職すべきかどうか悩んでいる。経済的に非常に厳しい。
- ・ 介護保険施設でのボランティアの時間を貯蓄し、自分の利用時に使えるシステム。
- ・ 若年の方の家族への生活費の援助。
- ・ よくわからないので、わかるようにしてほしい。
- ・ いろんな加算で報酬調整をするのはやめてほしい。小学生でもわかるようなシンプルでわかりやすく、誰でもが使ってみようと思う仕組みに。
- ・ 介護保険などの制度は結局、お金のある人が使いやすいようになっている。
- ・ 「予防事業」を介護給付でまかなうのはもったいない。
- ・ 詳細な試算が大切。ただ言うだけでは利己的な要求と取られる。
- ・ 寄付行為に対する見直しも必要と思います。
- ・ 胃瘻口よりの栄養摂取の費用を出して。

II-3 年金

- ・ 年金が少ないのでこれから先の心配はあります。
- ・ 私達世代は年金が減らされ遅らされ、子供達は経済的にも仕事も厳しいので、私達の介護は難しいのでは。
- ・ 高齢では働くことも出来ない。どんなに多くのサービスを利用しても年金でまかなえるように。
- ・ 17～18万円／月、二人共に入所で35万円の出費。年金では賄えず資産の食い潰し。

Ⅲ 認知症ケアの「質」について

Ⅲ-1 労働環境

- ・ 介護従事者の賃金を増やすことは質を良くするためにも絶対必要だと考えます。
- ・ 施設職員の方が誇りを持って働き経済的にも安心できる賃金体制にも予算を回すべき。
- ・ 介護職の地位や労働環境を向上させて欲しい。
- ・ 福祉に対する認識、地位の低さが問題。国家試験をとってやっている仕事にしては賃金が安い。プライドが持てない。施設スタッフの待遇をアップし人員の確保を。
- ・ 施設職員への労働環境をよくする。
- ・ ワーカーの教育のみの向上だけではなく、働く環境をよくすることで質が上がる。「長」となる人の資質の向上が根本的に問われる。
- ・ スタッフの不足を感じる。労働条件を整えること。
- ・ 報酬を上げ人員を増やすとモラルも向上する。
- ・ 介護者本人の意識の問題。待遇を改善していただき真に働きがいのある職場、やりがいがある仕事に成長していただきたい。
- ・ 介護にあたる人数が増えるとよい。賃金が低いと人の入れ替わりも激しくやる気も起こらない。
- ・ 少ない人数、安い賃金で精一杯やってくれている。基準人数の増員、賃金を上げて。
- ・ 質を維持するには、介護従事者が安心して生活できるよう経済的な保障を。
- ・ 介護従事者の待遇改善に「思いやり予算」が必要。

Ⅲ-2 研修

- ・ 認知症介護ヘルパーへの研修義務化と報酬 UP。
- ・ 施設のスタッフも研修の必要はあるが、介護者自身が辛い中でも学ぶ姿勢をもち「質」を高めることが大切。
- ・ 専門職の質の向上のためには国の支援で人手を増やし、交代で学ぶ機会を増やす。
- ・ 事業所側としては許す限りの人手の確保と研修の機会を設けています。
- ・ して欲しいこと、されたくないことなどを話し合っただけで対処したら。
- ・ 事業所のレベル、職員個々のレベルを上げてほしい。
- ・ どのサービスを利用しても同じ質であることが理想と思います。
- ・ ケアの事業所によりサービスの質はかなり違っている。
- ・ ケアマネさんを選ぶ時点で、その方によって利用にばらつきがある。ケアマネさんが良心的でない方ばかりでないことを知り心痛む時がある。
- ・ その人の人間性。教育機関および、事業者のトップがきちんとした理念を現場に浸透させる努力を。
- ・ 介護家族の勉強会や中学生、高校生、大学生等に介護施設への経験実習を義務付ける。
- ・ 認知症の専門家への研修制度、質的向上の制度をシステム化すること。
- ・ 認知症をよく知り、理解し対応上手なスタッフを育てる。
- ・ 低学年のうちから教育の場でも取り上げる。
- ・ すべてのサービス業に認知症の研修を義務付け。
- ・ 地域全体に認知症を知ってもらおう勉強会や施設見学を。コーディネートしてくれる人や団体の育成。
- ・ 介護の専門職の質の向上に、これまで以上に力を注いでほしいです。
- ・ 介護の専門職、訪問看護師のケアに対する姿勢に差がありすぎる。
- ・ 施設の質に違いがある、必要な人員の確保ができず、職員個人の努力に依存。
- ・ 家族の認知症理解が必要。
- ・ 介護職が認知症の記憶障害の特性からくる人間関係障害への関わり方を理解してない。

III-3 ケア対応

- ・ 認知症の人をひとりの人間としてみて欲しい。
- ・ 認知症の病気を理解できていない人が多いように思います。
- ・ レビー認知に対応できるヘルパーが少ない。職員の対応ですべて変わる。
- ・ 行動障害が激しい時の対応が適切に行われていない。
- ・ 認知症に対する深い理解と高い志が必要。
- ・ 知識はあるが現場での介護では実践されていない。
- ・ 一人ひとりにあったケアが望まれるが、それには介護職員の増員が必要。
- ・ 質を高めるにはどうしても人手が必要。マニュアルでなく本当に本人のために考えてくれる制度に。
- ・ 介護施設経営者はもう少し利用者を深く理解した人道的態度が必要である。
- ・ おだやかな顔や笑顔の時間ができるだけ多いこと。それがケアの質を高める気がします。
- ・ 若年性認知症の場合、能力を維持するケアや工夫が必要だと考える。
- ・ 「子ども扱い」のケアが多い。人間の尊厳が保たれるケアであってほしい。
- ・ デイなどでの歌や手芸はレベルが低い。能力を伸ばせるケアがほしい。幼児あつかいは残念。
- ・ 利用料が高いほど行き届いたケアができている。やはり金だと感じた。
- ・ 専門職の人は認知症本人のみにケアをすることだけを考えている人が多いが、本人と家族はセットでケアをしていく必要がある。
- ・ あくまで本人の人権を尊重してケアに当たっていただくこと。
- ・ 問題行動もあるがやさしい心や思いやりはとともある。本人のことをやさしく見守って。
- ・ 介助者の視点に立った介護があまりにも当たり前に行われている。質の良い介護を次につなげておくことが自分の使命。
- ・ 一人ひとりが深い人生観、死生観を持つことが必要。
- ・ ケアの質は低い、認知症が取り上げられ底辺は広がりましたがケアの質の向上を。
- ・ グループホームの調査員をしているが、事業所のケアの質は確実に上がっている。
- ・ 家族は感情的にも、医療知識的、経済的にも限界がありケアに集中できない。普段から他人が関われる生活そこから、みんなで支えることで在宅なども心の余裕のケアに。
- ・ 馬鹿にしたような言葉、態度があり本人を傷つけているかも感じていない。デイで子ども扱いしている。
- ・ 認知症の人とその家族の尊厳が保たれているとは思えない。
- ・ スタッフの人や見守り、声かけと本当に忙しい中よくしてくれる。施設のどこでも看取れるように。「もういいよ」になったら自宅での最期が迎えられるよう施設や病院を超えた判断をさせて。
- ・ ケアの評価がわかるように(例：タクシーの優良マークやミシュランガイド★★★★星。)
- ・ 介護という職務についてのベテランが育たないことであり、技術の蓄積とか伝習が行われないことに直結します。これは入所する者にとっても不幸なことです。
- ・ キズに薬を塗るなど、ヘルパーに頼むと「医療行為だからダメ」と言われる。
- ・ 認知症の人の尊厳守るためには在宅介護のキーパーソンにも給付を考えてほしい。
- ・ ショートステイ利用時に、持参した薬の間違いがあり、不信感を持ち利用をやめた。
- ・ 認知症と呼ばないで。

IV 医療制度や医療費について

IV-1 研修

- ・ 一般の内科医に認知症の研修の義務づけを。

- ・ 認知症教育を必須科目にすべき。医師が認知症に理解不足で大きな不安。
- ・ 一般医師に認知症の知識を教育し直し、専門医に直ぐに受診出来るようにしてほしい。
- ・ 専門医の増員。
- ・ 私の近隣では相談ができる認知症専門医は見当たらない。
- ・ 町中に一番多い内科医にもっと認知症に対応してもらえる体制づくり。
- ・ 認知症をよく知らない医者に看ていただくとき等多いに不満。
- ・ 早期に診断できるように医師の質。専門医の人数確保。
- ・ 適確な診断と対応できる医師、病院の充実。
- ・ 医療職（医師、看護師など）に認知症研修しもっと理解を深める。
- ・ Dr が専門家としてもっと頑張ってもらいたい、早期に的確な治療をするべき。
- ・ 認知症の専門医が受診できるように、かかりつけ医にも理解を広めてほしい。
- ・ 認知症認定医であってもデイサービスの内容がわかっていない Dr があります。一般クリニックの医師に認知症研修を義務化。介護保険制度、地域包括の役割などの理解を。
- ・ 認定に関わる医師は最低認知症のことを正しく理解してほしい。
- ・ 一般病院のナースの知識不足。
- ・ もっと原因、型、予測される今後の経過などを家族、本人にきちんと説明した上でアリセプト処方に踏み切ってもらいたい。
- ・ 医師の数を増やしてほしい。
- ・ 終末期医療に関しては日本はまだ未熟。医師と患者サイドがしっかりと話し合える余裕が必要。
- ・ 適切な診断（医師のスキルアップ）。薬漬けにしないで。
- ・ 医師の認知症への正しい教育。
- ・ 病院側の認知症への理解。

IV-2 後期高齢者制度

- ・ 後期高齢者医療制度の即刻廃止。
- ・ 後期高齢者の検査は患者が望むように実施し国の経費を増やして。消費税は食費を除いて。
- ・ 後期高齢者への高度医療、過度の検査や手術を認めている日本の医療は問題。
- ・ 収入のない人にとっては今の後期高齢者医療保険は不利。
- ・ 介護家族の医療費は後期高齢者と同等にほしい。

IV-3 医療機関

- ・ 認知症専門病院があればいい。
- ・ 「国立認知症センター」など認知症専門医療機関の開設を。
- ・ 全国どこでも、誰でも病気になった時安心して診てもらえる医療の充実。
- ・ 認知症の人が安心して入院できるような医療と介護を併せ持ったような病院。
- ・ 退院後の居場所確保が大変で老健めぐりをしている人も物のような扱いで、本人も3～6ヶ月で移動するのは大変で慣れないと思う。
- ・ 病院と療養型施設が同じ場所にあるなら、「エレベーター方式」で3ヶ月後移動させてほしい。
- ・ 認知症の専門医が少ない。開業医でも認知症の診断をしてくれるように。

IV-4 身体拘束

- ・ 病院内での拘束が眼につく。家族にとってもあれほど辛いものはない。
- ・ 入院時ベッドに拘束されたため、足が弱り歩けなくなりオムツをされ認知症が進行。

IV-5 入院

- ・ 認知症を理由に入院時の差別（入院が難しい）入院する場合は全面的に家族の付き添いを要求される。
- ・ 入院中の病院についてはいろいろと問題点があるが受け入れ困難のため止むを得ない。
- ・ 病院も認知症老人が入院できる体制を作って欲しいです。
- ・ 精神科は他の患者と一緒にため待ち時間も長く、本人も行きたがらない。
- ・ まるめの病棟では必要な薬が高価だと使えない。
- ・ 病院が認知症患者の受け入れを嫌がる。
- ・ 療養病床の存続。過剰な延命治療はしない。

IV-6 通院

- ・ 病院の待ち時間が長い。
- ・ 診療時間 10 分、毎回「がんばってください」だけでさみしい思いだ。「行って良かった、先生に会えてほっとした」という思いがしたい。
- ・ 認知症の通院や入院は大変です。専門医は混んでいる、病院側も対策を立ててほしい。
- ・ 専門医を増やして、短時間で受診できるように。
- ・ 精神病院でのケアについて知らされていないことが多い気がする。
- ・ 治らない病気と思って事務的治療のみで非常に不快。家族にも治療方針の説明を。
- ・ 胃瘻は必要なことだろうか。誰もがそれぞれの価値観の中で満足し安心することなどない。
- ・ 認知症＝アリセプトという対応しかされません。もっと突っ込んだ対応をしてほしい。
- ・ 認知症の方に限らず内服薬の投与が多すぎる、主治医から 15 種類の処方の方がある。
- ・ リハビリの利用期間の延長を。
- ・ 往診の充実を。
- ・ 病院の待合所に車椅子で待てる場所を確保して。
- ・ 点滴に通い、夜は眠ってくれず、今現在夫も、私も心療内科に通っていますが、夜の眠りがなかなか落付かず、私も眠剤にたよっています。助けて。
- ・ 専門医以外は外来だけでは認知症状がわからない。認定審査で認知症のために出来ないことが理解できない委員がいる。ケアマネの問題もある。
- ・ 認知症の人が精神的なケアを受けながら身体的治療を受けられる医療サービスを。
- ・ 訪問歯科診療など認知症の人が身軽に受けられるように。
- ・ 初診からの往診を。
- ・ 短期集中リハビリは退院、退所後でない対象にならない。1 回の点数が高すぎる。
- ・ 高額医療制度や薬剤、リハビリに関する優遇制度がさらに充実すればよい。

IV-7 新薬

- ・ 認知症の薬を一刻も早く提供して。社会的問題となっている認知症に照準を合わせて国策として取り組んでほしい。
- ・ 認知症にならないための予防薬となったときになおる薬。
- ・ 海外で一般に使用されている薬剤を、早く保険適用されることを切望します。

IV-8 費用

- ・ 認知症に障害者認定をし、医療費負担の軽減を。
- ・ 若年期の医療費は無料に。家族負担も軽く。
- ・ 病気になった時にお金の心配をしないでよいような医療制度に。
- ・ 若年認知症で医療費の自己負担を何とかしてほしい。
- ・ 医療費の 1 割負担の堅持を望む。
- ・ 救急病院でかなりの費用がかかった。

- ・ 差額ベッドも保険が効くように。

IV-9 地域医療

- ・ 在宅療養支援診療所制度をもっと充実し在宅でも安心していけるよう。
- ・ 「自立支援医療受給証」でどこの病院で使ってもいいようにしてほしい。
- ・ 地域医療の情報提供をお願いします。
- ・ 地域で頑張っている医師の疲れが心配。診察に時間のかかる認知症はお金にならない。

介護保険ホットライン2010 報告書

2010.06.23~25

どうしたらいいのだろう？

概要版

1. 東京、大阪、富山で、ボランティア・スタッフ延べ185人とともに 市民電話相談を同時開設しました

介護保険ホットライン企画委員会（東京） 開設日 2010年6月23~25日

高齢社会をよくする女性の会・大阪 開設日 2010年6月24~26日

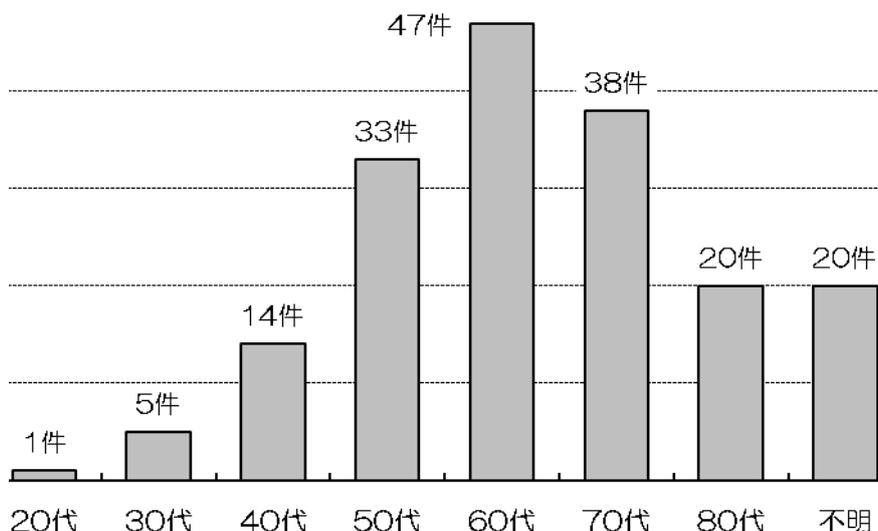
一般社団法人認知症の人と家族の会富山県支部 開設日 2010年6月23~25日

2. 1都1道2府22県から、合計178件の相談を受けつけました

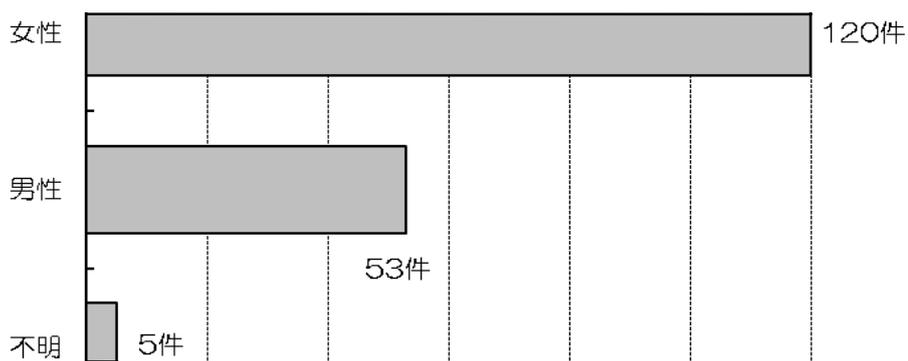
3. 相談時間は、合計56時間56分になりました

4. 相談を寄せた人たちは…

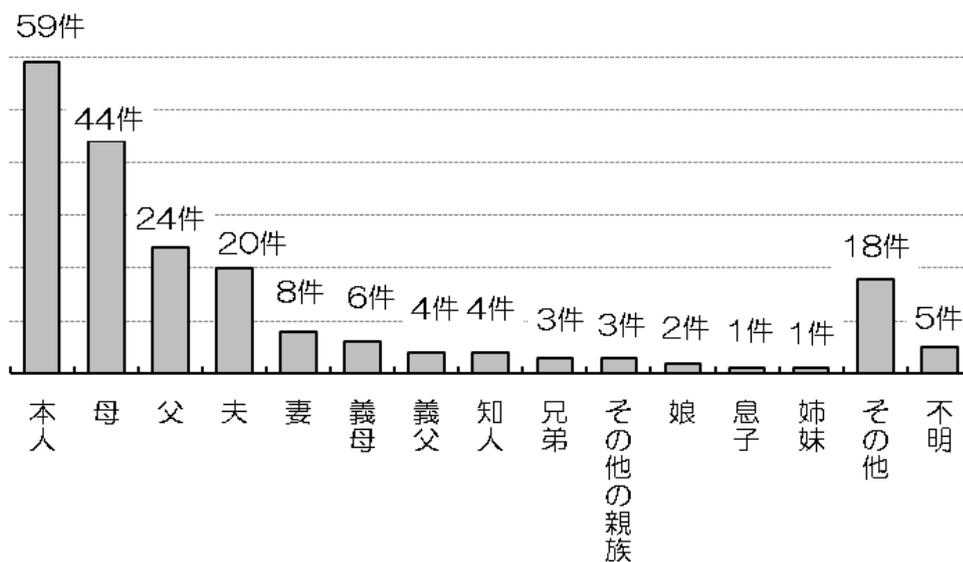
4-1 50代以上が約8割、70代以上も3割超



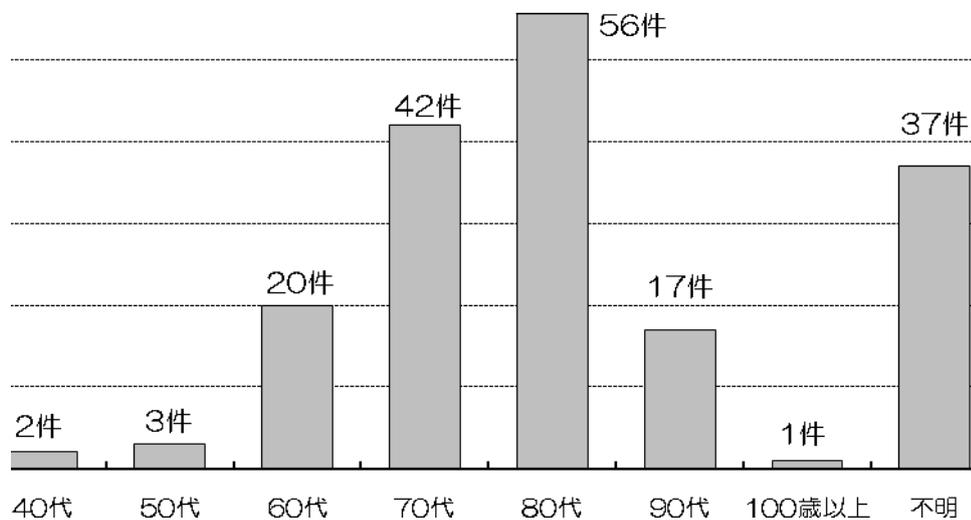
4-2 女性が約7割



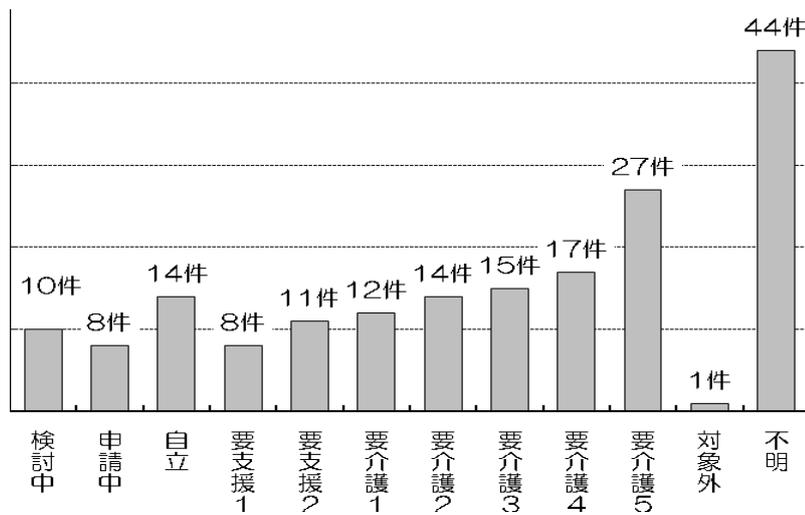
4-3 介護が必要な人は、本人が約3割、実母が約2割



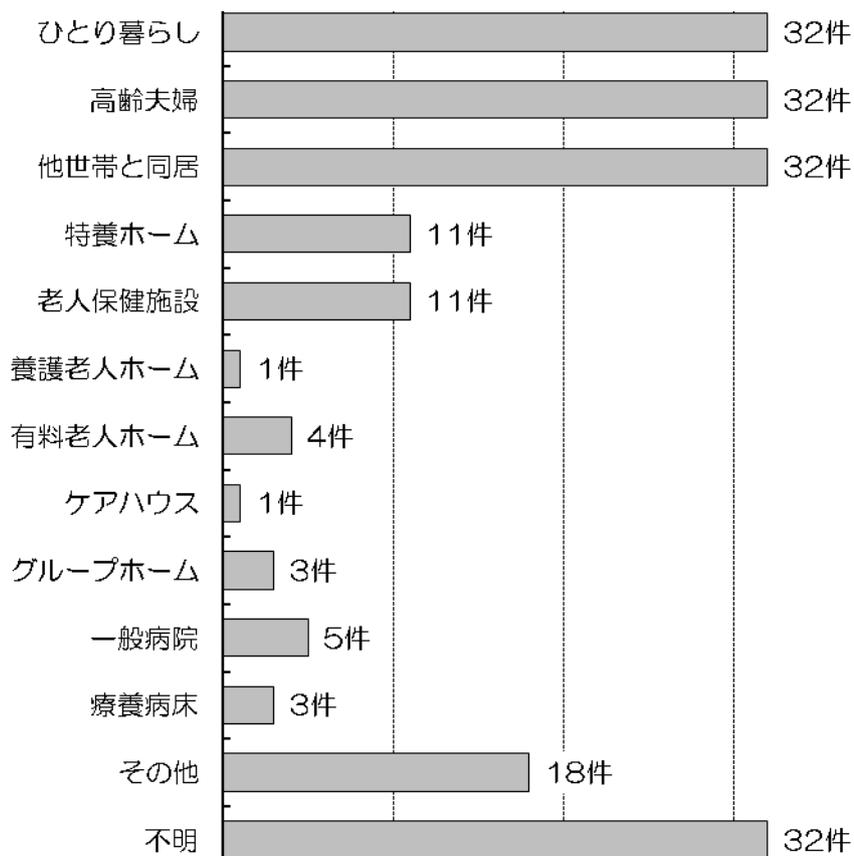
4-4 介護が必要な人の年代は、80代がトップ



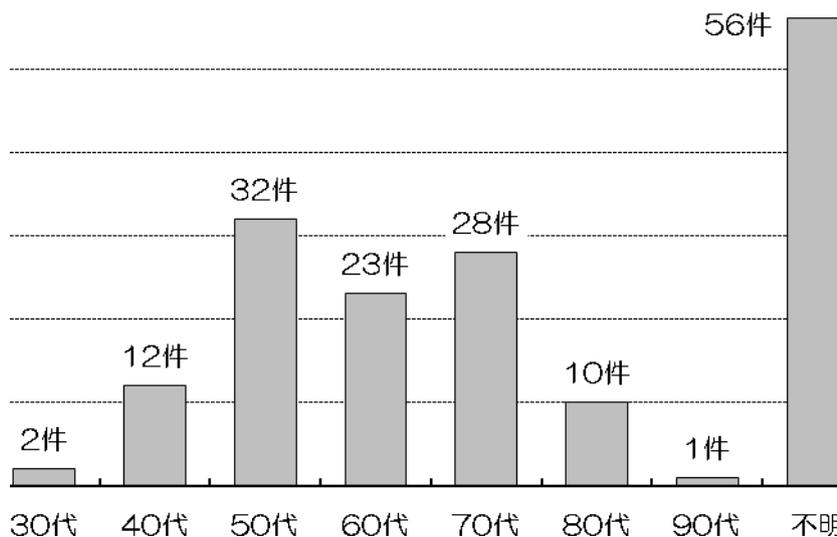
4-5 介護が必要な人の認定ランクは、要介護5がトップ



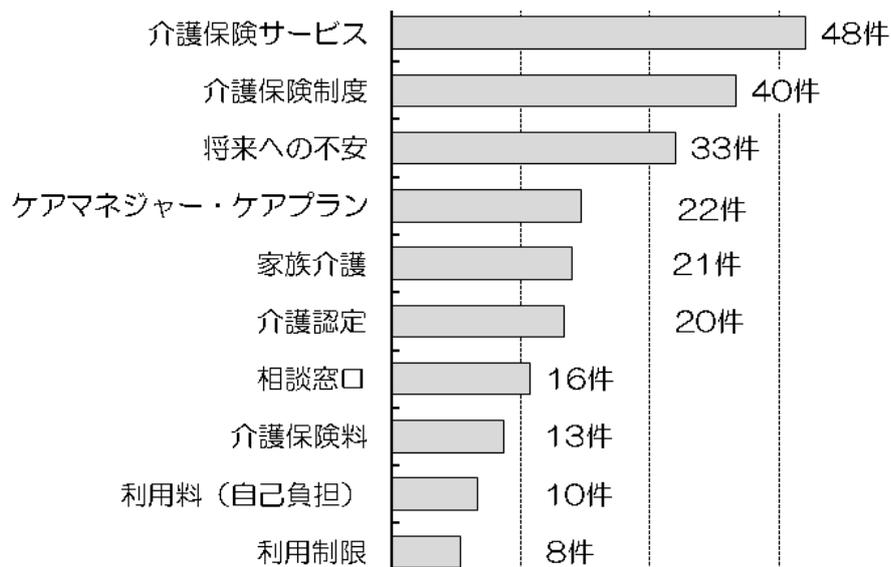
4-6 介護が必要な人の住まい方は、自宅が半数以上



4-7 介護している人の中心は 50 代から 70 代で、80 代の介護者も 6.1%に



11. 寄せられた相談は介護保険サービス、介護保険制度、そして将来への不安



4-8 利用している介護保険サービスは、ホームヘルプ・サービス、デイサービスが多い

4-9 相談スタッフが感じた相談の性格は、不満、苦情、悩み

4-10 ホットラインの前に他機関に相談している人は約 3 割

Ⅱ 相談内容からみる介護保険ホットライン 2010（概要）

1. サービスを利用するには？

1-1 利用できるのだろうか？

- 介護保険を使うには、どうしたらいいのか？（70代）
- 手伝ってもらえると助かるのだが…（70代）
- ひとり暮らしで倒れた時には、どうやって利用するのか？（70代）
- 付き添いを頼めますか？（80代）
- 将来、利用できるのか不安だ（60代）
- 介護保険は頼りになるのだろうか？（年代不明）

1-2 どこに相談したらいいだろう？

- 頼れる人がいない（70代）
- 将来が不安だ（80代）
- 何も知らないので、教えてほしい（年代不明）
- どのようにすればいいのか、わからない（80代）
- どんなサービスがあるのか知りたい（80代）
- いつになったら利用できるのか？（年代不明）
- 情報がない（40代）

1-3 利用しない

- 介護保険は利用したくない（60代）
- 国民年金だけでは、利用できない（50代）
- 1割の利用料すら払えない（年代不明）

2. 介護認定（要支援認定・要介護認定）

2-1 介護認定の申し込み

- 申請のことを知らなかった（80代）
- 本人が拒否している（年代不明）
- 前倒しで利用できることを教えてくれなかった（年代不明）

2-2 訪問調査

- 内部疾患の調査項目がない（年代不明）
- 調査員は複数で（年代不明）

2-3 主治医意見書

- 「通院していないと書けない」と言われた（年代不明）

2-4 認定通知

- 結果が出ない（60代）

- 時間がかかりすぎる (60代)
- 相談していいのだろうか? (60代)

2-5 認定ランク

- 認定ランクが変わるときは、理由を明記すべき (60代)
- 「これ以上軽くなったら退所です」 (60代)
- 要支援になり、サービスが利用できなくなった (70代)
- 非該当になった (40代)
- 不安で、生きていても仕方がない (年代不明)
- 「要支援くらいかも」と言われた (年代不明)
- 要支援認定と要介護認定の一本化を (年代不明)
- 必ず軽くなるのではないか? (20代)

2-6 区分変更申請

- 「すぐに更新だから、しなくていい」と言われた (60代)
- 区分変更も緊急時には償還払いでサービスを (年代不明)

2-7 市区町村の対応

- 「お金がないし、(認定ランクは) 上がりません」と言われた (70代)

3.介護保険料

3-1 年金からの天引き (特別徴収)

- 年金から引かれるのは本当か? (年代不明)
- 「生活する前に保険料を払え」ということだ (60代)
- 納得できない (70代)
- 泥棒にあっているような気がする (年代不明)
- 負担ばかりが増える (年代不明)
- 掛け金の返金はあるのだろうか? (70代)

3-2 払っているのだろうか?

- 払っているのかどうか不安だ (50代)

3-3 負担段階

- 年収 80 万円で区分する理由がわからない (60代)
- 収入は変わらないのに、高くなった理由は? (年代不明)
- 所得に応じた定率制に (年代不明)

3-4 未払い

- ペナルティは3倍 (50代)

3-5 特別会計

- 特別会計のプール金は還元されないのか? (年代不明)

4.利用料

4-1 払えない

- とてもサービスは利用できない（年代不明）
- このままでは死ぬしかない（年代不明）
- 利用料が払えないので、家族手当を支給してもらいたい（70代）

4-2 貸付金

- 貸付金を借りることはできないだろうか？（70代）

4-3 利用限度額

- 超過分は全額負担ではなく、5割負担や3割負担に（年代不明）

4-4 事業所加算

- 特定事業所加算でサービスがグレードアップするのか？（年代不明）

5.ケアプラン、ケアマネジャー

5-1 ケアプラン

- ケアプランを理解できない（80代）

5-2 ケアマネジャー

- 「あなたは要介護3のレベルではない」と言われた（60代）
- 「介護保険を使えば、楽になりますよ」と言われた（60代）
- 「ケアプランはとても難しいのですよ！」と言われた（年代不明）
- 「もっとひどい認知症の人もある」と言われた（年代不明）

5-3 居宅介護支援事業所

- プライバシーをのぞかれるだけ（年代不明）
- 希望していないことを勧める（60代）
- 独立型事業所がいい（60代）
- サービス提供事業所はケアプランに口をはさむことができない（年代不明）
- 人格を傷つけるような言葉（年代不明）
- ケアプランを立てない（60代）

5-4 地域包括支援センター

- ケアマネジャーは半年に1回しか来ない（60代）
- 要支援認定のケアプラン料を引きあげてほしい（80代）

5-5 ケアマネジャーから

- 視覚障害者は「散歩」が利用できるか？（年代不明）
- スキルアップしたい（40代）

6.介護予防

- もっとわかりやすくできないか？（20代）
- 「まだまだ元気じゃないか」と言い放たれた（年代不明）

7. ホームヘルプ・サービス（介護予防訪問介護／訪問介護）

7-1 生活援助

- 本当に利用できないのだろうか？（年代不明）
- 杓子定規にしないで（50代）
- 掃除は本人の動線部分のみ（70代）
- 役所は「ケアマネジャーさんとよく話し合ってください」と言うばかり（70代）
- 「1時間にしてほしい」と言われた（80代）
- 買い物同行を、雨の日は外出できないという理由で断られた（年代不明）
- 手紙の代筆をお願いしたい（80代）

7-2 身体介護

- 夏は毎日入浴したい（60代）

7-3 通院等乗降介助

- 「お連れするのは玄関まで」（60代）
- 細切れのサービスを改善できないのだろうか？（70代）
- 付き添いの家族を同乗させてほしい（70代）
- 病院内は保険適用にならない（年代不明）

7-4 24時間サービス

- 24時間利用できるようにしてもらいたい（50代）
- 早朝、夜間はなかなか来てもらえない（50代）

7-5 同性介助

- 「年を取ったら、男も女もない！」と言われた（年代不明）

7-6 医療的ケア

- インスリン注射をしてもらえない（50代）

7-7 ホームヘルパー

- 「ポータブルトイレが一番」と言われた（60代）
- 介護家族を追い込まないで（60代）
- ホームヘルパーの質をもっとあげて（50代）
- ホームヘルパーが育たないのは、利用者や家族の責任でもある（70代）
- ホームヘルパーの賃金を上げるには、どうしたらいいのか？（80代）

7-8 ホームヘルパーから

- 移動時間も介護報酬の対象に（30代）

8.訪問入浴（介護予防訪問入浴介護／訪問入浴介護）

- 事業所の都合でたびたび中止（40代）

9.訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション／訪問リハビリテーション）

- 「訪問リハビリと訪問介護はセットで」と言われた（60代）
- 通所リハビリか、訪問リハビリか（80代）

10.居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導／居宅療養管理指導）

- 東京と他の地域で料金が違う（60代）

11.デイサービス（介護予防通所介護／通所介護）

- 月1回ならやめてほしいと言われた（年代不明）
- 有名企業も小企業も同じなのか？（30代）
- マッサージで圧迫骨折（70代）
- 利用者間のトラブル（年代不明）

12.ショートステイ

（介護予防短期入所生活介護／短期入所生活介護、
介護予防短期入所療養介護／短期入所療養介護）

- 受け入れ先がない（70代）
- 「緊急時だけにしてほしい」と言われている（30代）
- 「空き状況にあわせて入院を考えろ」とまで言われた（年代不明）
- 利用実績を作るため、デイサービスも利用（年代不明）
- 「嫌なら別の場所へどうぞ」と言われた（50代）
- 事業者と地域包括支援センターが同じ法人（60代）
- まとめた日数を利用できない（年代不明）
- 「15日以上は利用できない」と言われた（年代不明）
- スタッフに中年男性が増えた（年代不明）
- 近隣に利用を非難される（60代）

13.福祉用具

福祉用具レンタル（介護予防福祉用具レンタル／福祉用具レンタル）、福祉用具購入

- どうして金額が違うのか？（50代）
- 施設に持ち込めないのは不便（20代）

14.小規模多機能型居宅介護（介護予防小規模多機能型居宅介護／小規模多機能型居宅介護）

- 利用限度額をすぐを超えてしまう（70代）

15.グループホーム（介護予防認知症対応型共同生活介護／認知症対応型共同生活介護）

- 遠方にあり、頻繁に行くことはできない（50代）
- 通院に付き添ってもらえるのか？（50代）
- 市町村で現実に合わせてもっと柔軟な対応を（30代）
- 低所得者対策はないのか？（年代不明）

16.有料老人ホーム（介護予防特定施設入居者生活介護／特定施設入居者生活介護）

- 「不足分はマンションを売り払ってください」と言われた（年代不明）
- 貯金がどんどん減っている（80代）
- 断られたらと思うと、片付けを頼めない（80代）
- 協力病院（60代）

17.高齢者専用賃貸住宅

（外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護／外部サービス利用型特定施設入居者生活介護）

- 「高齢者ビジネス」だった（年代不明）

18.特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）

18-1 待機

- なかなか入所できない（40代）
- 必要な時に利用できないのは、契約不履行では？（70代）
- 安心して入居できる施設を（80代）

18-2 施設探し

- 施設探しには限界がある（70代）
- 胃ろうがあっても入居できるところはあるだろうか？（40代）

18-3 施設の対応

- 対応が悪くて、うつ気味（年代不明）
- 能力不足なのか？（年代不明）
- いろいろと不安が多い（60代）
- 薬はやめてほしいとお願いしたが…（年代不明）
- 注射で対応すると連絡が入る（年代不明）

18-4 新型特養

- ユニット型施設の見直し予定はないのか？（20代）
- 自分のときには新型特養は利用できない（年代不明）

18-5 介護事故

- 謝罪の言葉がほしい（50代）

19.老人保健施設（介護老人保健施設）

19-1 入居を断られた

- 胃ろうを理由に断られた（70代）

19-2 通院するなら退所

- 「通院するなら一度、退所しなければならない」と言われた（年代不明）
- 医療保険を使うと退所なのか？（40代）
- 「通院は退所してから行って下さい」と言われた（30代）
- 医療機関を受診するにはどうしたらいい？（年代不明）
- 介護保険と医療保険が同時に使えない（50代）
- 法律に抜け道がある（30代）

19-3 医療費の全額自己負担

- 医療費の全額自己負担は厳しい（50代）

19-4 入居期間

- ずっと居られるわけではない（年代不明）
- 転々とするようになるのだろうか？（40代）
- 「そろそろ3ヵ月になるので」と言われた（60代）
- 認知症の進行で、退所を言われるのが不安（60代）
- 施設のルールに従わなければならない（50代）

20.療養病床（介護療養施設）

20-1 負担額

- 経済的にもうぎりぎり！（70代）

20-2 医療保険

- 医療保険と介護保険のどちらがいいのか？（60代）
- 介護保険と医療保険の両方は使えないのか？（60代）

20-3 転換廃止

- なくなるというのは本当なのか？（70代）

20-4 部屋タイプ

- 部屋タイプに迷っている（30代）

20-5 退去勧告

- 長期化を理由に退院を求められている (60代)

21.介護保険外サービス

21-1 紙おむつ

- 紙おむつを安く買える制度はあるか? (60代)
- 独居者はおむつの支給がない (年代不明)
- 紙おむつのサービスはやっているだろうか? (年代不明)

21-2 移送サービス

- 移送サービスを介護保険で利用できるようにしてもらいたい (60代)

21-3 生活支援サービス

- 頼む気持ちになれない (年代不明)
- 自治体の独自サービスは高い (年代不明)

22.介護タクシー

- 介護タクシーについて教えてほしい (70代)
- 介護タクシーの基本料金を全国一律に (年代不明)
- 必要な支援を提供してもらいたい (70代)

23.認知症

23-1 サービスを断られる

- 大声を出すので、断られてしまう (70代)
- このままでは殺人沙汰になる (50代)

23-2 どうしたらいい?

- ぼけてきたのではないか? (60代)
- わけが分からない状態 (70代)
- 医師は「しかたがない」と言うだけ (50代)
- 物忘れが激しくなっている (年代不明)
- 親族は関わりたがらない (50代)
- ついイライラしてしまう (年代不明)
- 海に飛び込みたい (年代不明)

23-3 成年後見制度

- 成年後見人とはなにか? (70代)

23-4 診断

- 認知症を調べてくれるところは? (70代)

23-5 後悔

- もっと早く気づけばよかった (50代)

24.家族介護

24-1 介護者支援はないのか？

- 男の介護は難しい (60代)
- 除雪のための支援はないだろうか？ (50代)
- 介護家族の支援策を (年代不明)

24-2 介護疲労

- 罪を犯す人の気持ちがわかる (50代)
- 身体が重く、鎧を着ているよう… (50代)
- 家事がつらい (70代)
- とても疲れている (60代)
- 早く施設に入ってもらいたい (60代)
- 公正証書遺言 (70代)
- 多重介護への非協力 (60代)

24-3 介護態勢

- 自宅の環境整備ができない

24-4 サービスの拒否

- 介護する父親が意見を聞き入れない (60代)

24-5 将来の不安

- 自分が倒れたら、どうなるのだろうか？ (70代)
- この先いつまで続くかわからない (年代不明)

25.介護労働

- 将来性を知りたい (50代)
- 給料は本当に上がるのか？ (20代)
- 介護職員への要求が多すぎる (20代)

26.地域福祉

- 「見守り」という言葉をやめてほしい (年代不明)
- 民生委員は評判が悪い (60代)
- 地域福祉権利擁護事業は利用できない (年代不明)

27.補装具

- 補装具を作るには… (70代)

28.医療保険

28-1 入院

- 薬を減らしてもらいたい（年代不明）
- 治療費が払えない（40代）
- 退院を迫られている（50代）

28-2 胃ろう

- 胃ろう拒否で大きな精神的苦痛（30代）

28-3 在宅診療

- かかりつけ医に在宅診療を頼んだが、返事がない（70代）

28-4 高額療養費制度

- 世帯分離したら、高額療養費制度が受けられない（年代不明）

29.生活保護

29-1 受給できない

- 月2万円の年金（60代）
- 「働けるうちは働いたらどうだ」と言われた（60代）
- 「自給自足でやれないわけがない」と相手にしてくれない（50代）
- 「自宅も車もあるので無理」と言われた（60代）
- 月収9万円では却下されるのだろうか？（年代不明）

29-2 受給条件

- 生活保護を勧められたが…（80代）

29-3 返済

- 過払分の分割返済（60代）

30.介護保険制度

30-1 わかりづらい

- 「介護の社会化」と言いながら、家族介護に依存（年代不明）
- 80歳の老人に「ショートステイ」はわからない（60代）
- 手続きが煩雑すぎる（50代）

30-2 利用しづらい

- 医療保険と同じように使えるようにしてほしい（60代）

30-3 制度に不満

- 制度はでたらめ（60代）
- 透析があると通所・施設サービスは利用できない（50代）
- 在宅では看られない制度（60代）

- 特別会計は黒字だ（年代不明）

30-4 制度に不安

- 軽い人が利用できないのは困るし、人手不足も心配だ（年代不明）
- 国の保険だけでは不安（年代不明）
- 経済的に不安（40代）

30-5 制度への要望

- 寝たきりで動けない人に重点を（70代）
- 利用者は高齢者ばかりではない（年代不明）
- なくしてもらいたい（年代不明）

30-6 契約書

- 「この情報は、必要に応じて関係者に提供する」とはなにか？（60代）

30-7 「介護サービスの情報公表」制度

- インターネットはできない（年代不明）
- 法人単位で調査を（60代）

30-8 情報提供

- 税制控除など経済面の情報提供を（60代）
- もっと相談窓口を作るべきできないか？（年代不明）

30-9 経済的負担

- 妻の施設利用にお金がかかるから…（50代）

30-10 未利用の場合

- 在宅介護の経費を認めてもらいたい（80代）

30-11 事業者から

- 僻地対策も入れてもらいたい（30代）
- 介護予防サービスの追加で余分な支出（60代）
- 介護サービス事業には「介護事業法人」を（60代）

介護保険ホットライン企画委員会

NPO法人介護者サポートネットワークセンター・アラジン

NPO法人暮らしネット・えん

NPO法人サポートハウス年輪

高齢者介護情報誌『Better Care』編集部

全国マイケアプラン・ネットワーク

東京ボランティア・市民活動センター

市民福祉情報オフィス・ハスカップ

〒160-0022 東京都新宿区新宿 2-15-24 ヒカリビル5F 『Better Care』編集部気付

TEL:090-5786-8700（市民福祉情報オフィス・ハスカップ） FAX:03-3303-4739



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。



全老健第22-317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
(社会保障審議会介護保険部会 委員)



介護老人保健施設の医療に関する意見書

介護老人保健施設の介護報酬には、「入院治療の必要のない範囲の医療」、言い換えれば、「外来レベル(実地指導等)」と表現される「日常的な医学的対応(処置、投薬等の医学管理)」の費用が包括されています。「介護老人保健施設は常勤医師が配置されるので、比較的安定している病状に対する医療については施設で対応できる(老企第59号)」で表現されるように、「入所者の病状が著しく変化し、入院による治療が必要とされる時は、速やかに協力病院等に入院(転院)させることが原則」とされてきました。

療養型病床群の再編・急性期医療構造の変革と急速な高齢化の進展と医薬品をはじめとする医療技術の進歩によって、介護老人保健施設の果たすべき役割が、時代の要請に答えられなくなってきています。

介護老人保健施設の役割とは、医療職である医師、看護職、リハビリテーション職と介護職・介護支援専門員という多職種協働によって、変動しやすい高齢者の病態・障害への急性増悪への対処、慢性期医療、回復期・維持期のリハビリテーションの提供、認知症の利用者へのケアと医療の提供です。これらの積み重ねによって、在宅生活を支援し在宅復帰を実現し、看取り医療を提供しています。

地域に応じた多様で多機能な介護老人保健施設こそ今後の地域包括ケアの中核施設です。単なる住まいではなく、リハビリテーションや医療機能を内在した中間施設の機能性を高めることこそが時代の要請です。地域のニーズに応じた多様な介護老人保健施設の機能の発揮のために、介護老人保健施設で行われる医療行為に対する給付の拡大を要望します。

【重点要望事項】

1. 中間施設としての機能発揮のための基本サービス費の適切な評価が必要です
「住まい」と異なる施設類型である介護老人保健施設の多職種協働における医療機能を評価し、医療職の人員配置、開設主体や有利子負債等に基づく基本サービス費の設定
2. 医療環境、時代の変容に応じた包括外給付の制約の見直しが必要です
 - イ. 不測の事態(感染症のまん延、新たな重大疾患の発症や急性増悪等)に対応可能となる制度整備、24時間医療・看護が可能となるような体制整備
 - ロ. 高齢者の有する多重な慢性疾患群への適切な治療と管理への評価
 - ハ. 感染症対策のための検査、薬剤の血中濃度の測定、栄養マネジメントやリハビリテーション計画のための検査や処置等の包括外給付の拡大
- ニ. 認知症治療とその身体合併症診療の実施などに対する適切な評価

【意見書についての解説】

1. 中間施設としての機能発揮のための基本サービス費の適切な評価

「住まい」と異なる施設類型である介護老人保健施設の多職種協働における医療機能を評価し、開設主体や有利子負債、医療職の人員配置等に基づく基本サービス費の設定が必要です。

[解説]

療養型病床群の再編が進行する一方で、医療技術の進歩は目覚しく、介護老人保健施設における医療の包括給付構造は、時代の変容に対応できなくなっています。

中間施設である介護老人保健施設には、医師や看護職、リハビリテーション職といった医療職の配置基準が設定され、特定施設や介護老人福祉施設といった「住まい」とは明確に異なる施設類型となっています。この医療職が内在化され多職種協働のチームケアを築いてきた機能こそ介護老人保健施設の真髄です。介護療養病床、介護療養型老人保健施設とは、医師や看護職との人員配置における濃淡であり、それぞれの濃淡に応じた基本サービス費を設定し、介護保険施設として一元化することが必要です。

基本サービス費において、医療職を含めた人員配置や有利子負債の多寡、寄付金や補助金の有無、減価償却費、多職種協働による医療機能の評価等を積み重ね、根拠に基づいた算定構造を明らかにし、適切な基本サービス費として設定するよう要望します。

2. 医療環境、時代の変容に応じた包括外給付の制約の見直し

イ. 不測の事態（感染症のまん延、新たな重大疾患の発症や急性増悪等）に対応が可能となる制度整備

- 1) インフルエンザ等感染症対策の包括外給付の導入
- 2) 夜間・早朝（20時～7時）において行った医師による緊急時診療の評価
- 3) 24時間の看護師常駐に関する評価
- 4) 上記を前提とした不測の事態に対応するための制度的対応
- 5) 老健施設の医療体制では対応しきれない不測の事態での他科受診・同科受診（セカンド・オピニオンを含む）・転院に関する医療の連続性を担保する仕組みの構築

[解説]

今年も、新型インフルエンザ(A/H1N1)や季節性インフルエンザの流行も懸念されています。介護老人保健施設においては、医療行為が介護保険給付からの包括払いとなっています。このため、インフルエンザや各種感染症への診療や感染防止対策等の適切な体制を構築し実行しても、その請求手段が存在しません。

介護老人保健施設内で利用者の不測の事態に対応する仕組みとしては、「緊急時治療管理料」と特定治療が設定されてきただけです。これらの結果、介護老人保健施設から医療機関への退所率は45.3%前後となっています。要介護高齢者がこの“医療機関”に日常的に転院する仕組みは、利用者・介護者の身体的・経済的負担感の増大を招き、医療経済的に考えても決し

て望ましいものではありません。

介護老人保健施設の常勤医師は1名であり、突発的な夜間の診療や対診等に関する評価の設定はありません。さらに「介護老人保健施設における24時間の看護師常駐は、法規上設定されていない。」として看護機能も制度的に重要視されてきたとは言い難いものです。

しかし、介護老人保健施設は、制度創設以来、益々多様化する利用者のニーズに対応してきました。介護老人保健施設において、医学的管理上の不測の事態(感染症のまん延、新たな重大疾患の発症や急性増悪等)に24時間365日適切に対応し、施設内において治癒可能な疾患は治癒させることによって、医療入院(転院)による費用を抑えることをめざした制度整備が必要です。

一方で、介護老人保健施設の医療機能で対応しきれない不測の事態に対しては、他科受診やセカンドオピニオンとしての同科受診等が確実に可能となる必要があります。

「具体的事項」

- 1) 集団感染防御治療の包括外評価 : インフルエンザ(新型、季節性)ノロウイルス等
インフルエンザにとどまらず、種々の感染症対策への包括外給付が可能になる必要があります。
- 2) 新たな重大疾患の発症や急性増悪等については以下の各疾患群への対応が必要であり、疾患群ごとの包括評価や加算の在り方についての検討が必要です。
 - イ) 急性(嚥下性)肺炎治療
 - ロ) 急性呼吸不全または慢性呼吸不全の急性増悪治療
 - ハ) 急性心不全(心筋梗塞を含む)・慢性心不全の急性増悪治療
 - ニ) 消化器疾患(異食・拒食・嚥下困難・出血・通過障害等)治療
 - ホ) 尿路感染症 急性腎盂炎、急性腎炎治療
 - ヘ) 脳出血・脳梗塞等緊急治療
 - ト) 骨折等治療管理
 - チ) その他、意識障害、一時的で重篤な代謝障害、薬物中毒(重篤なもの)等治療
 - リ) 緊急時検査の評価

ロ. 高齢者の有する多重な慢性疾患群への適切な治療と管理への評価

医療費の伸びの大部分が、高齢化ではなく、医療技術の進歩によるものであることは、世界の医療経済学の常識といわれています。進行性の病態や激しい症状等を抑え、生活機能や要介護状態を改善、あるいは、進行を予防、安定化する等の効果が確認されながら、包括給付になじみにくい薬剤等が広く使われる時代になりました。さらに、これらの効果については、主治医や調剤薬局、さらにマスコミ等を通じて、利用者が理解し、その使用を強く求めている現実があります。

具体的には、パーキンソン病治療薬、認知症治療薬、抗悪性腫瘍薬や免疫抑制薬、経口等の麻薬、関節リウマチ治療薬、抗うつ剤、肝不全や腎不全に対する経口薬、そして、インシュリン製剤(カートリッジ式)、前立腺癌のホルモン療法治療薬等です。疾患群に応じた適切な治療が可能になるよう包括外給付の制約の緩和が必要です。

「具体的な要望事項」

進行性の病態や激しい症状等を抑える効能が一般に認められ、入所者の ADL 等を改善(維持)に効果を示す可能性が高いものを対象とする必要があります。

- 1) 難病関係の薬剤:パーキンソン病、脊髄小脳変性症治療薬
- 2) カートリッジ式インシュリン製剤
- 3) 慢性閉塞性肺疾患にかかわる吸入薬・貼付剤
- 4) 抗悪性腫瘍薬、免疫抑制薬
- 5) 疼痛コントロールのための医療用麻薬
- 6) 関節リウマチ薬
- 7) 肝不全の分岐鎖アミノ酸内服薬
- 8) 抗うつ薬のSSRI SNRI
- 9) 腎不全の内服界面活性剤、カリウム吸収薬
- 10) 慢性動脈閉塞症等に対するプロスタグランジン製剤
- 11) 緑内障の点眼薬
- 12) その他:褥瘡治療のドレッシング製剤

ハ. 感染症対策のための検査、薬剤の血中濃度の測定、栄養マネジメントやリハビリテーション計画のための検査や処置等の包括外給付の拡大

全ての介護老人保健施設が医療機能を強化するというものではなく、リハビリテーション機能の強化や認知症の処遇改善を行ったり、地域のニーズに応じた多様なサービスを提供したり、多様なサービスを発揮できる施設として存在することを可能にすることが重要です。

利用者の安全の確保と根拠に基づく各種(安全確保のためのリスク対応、感染症、栄養、リハビリテーション等)マネジメント計画のための各種検査の包括外給付と、実際に提供可能である処置等への包括給付の調整が必要です。

「具体的な要望事項」

- 1) 治療薬物モニタリングを要する薬剤の血中濃度測定
- 2) インフルエンザ診断:流行初期等で、特に鑑別を有する場合
- 3) 糖尿病におけるHbA1cの測定
- 4) 心不全におけるBNPの測定
- 5) 細菌培養同定・感受性検査(抗酸菌を含む)
- 6) 悪性腫瘍の確定診断と指標となるマーカーの特定の元での腫瘍マーカーの測定

*その他:処置等の包括給付の調整

- 7) 喀痰吸引:1日6回以上に対する評価の新設
- 8) 創傷処理:筋肉臓器に達しない5cm以上を包括外へ
- 9) デブリードマンを包括外へ
- 10) 「在宅自己注射指導管理料」の算定

ニ. 認知症治療とその身体合併症診療の実施などに対する適切な評価

[具体的要望事項]

- 1) 有用性が一般に認知されている認知症治療薬の包括外給付の拡大
- 2) 行動障害やせん妄等が顕在化している期間への対応
- 3) ソフトとしてのユニットケア、少人数処遇に対する人員配置への評価
- 4) 認知症高齢者の合併症発症時の身体管理と治療

[解説]

認知症の医療とリハビリテーション、ケアについての真摯な議論が必要です。とりわけ、周辺症状・行動障害への安全・安心を提供するためには、環境因子としての人員配置の加配や、医師、看護・リハビリテーションスタッフ、介護職の資質の向上と連携こそが重要です。個室化の推進は必要であっても、ソフトとしてのユニットケアという少人数処遇への検証が必要です。少人数処遇の有用性を環境因子だけでなく、処遇の質として再評価することが必要です。

認知症そのものに対する医療は、ワクチン開発も含めて新薬の登場も期待されており、利用者への認知症治療に対する包括外給付の制約の緩和が必要です。

また、認知症高齢者の合併症治療は、認知症高齢者に病識が欠けているために、相当の困難性を伴うものであり、医療機関においての受け入れが困難な事例も少なからずみられます。適切な身体合併症治療を行うための、人員配置の手厚さへの評価と具体的診療行為への評価が必要です。

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 様

民間介護事業推進委員会
代表委員 北村 俊幸

介護保険制度の見直しに関する提言

介護保険制度の施行から 10 年が経過しましたが、今後さらに都市部を中心として急速な高齢化の進展が見込まれており、急速に増大する介護サービス需要量に的確に対応していかなければなりません。したがって、この度の社会保障審議会介護保険部会での審議については、介護保険制度の施行後 10 年間の検証を踏まえ、これをさらに充実させていくことはもとより、将来にわたって良質な介護サービスが安定的に提供されるとともに、持続可能性の高い仕組みとしていく必要があります。

介護保険制度の創設以来、脈々と流れる基本的な理念は、国民が高齢期を迎え、たとえ介護の必要な状態になっても「住み慣れた地域で安心して暮らし続けること」であり、この実現のためにも、在宅における 24 時間シームレスな医療・介護サービスの提供体制の充実強化が不可欠であります。これは、本年 3 月に取り纏められた「地域包括ケア研究会」報告書において示された方向性とも合致します。特に、特別養護老人ホームの待機者が 42 万人と推計される中であって、今後、在宅においても中・重度の要介護者が増加することは避けられないことから、医療・介護の連携、リハビリテーションやレスパイトケアの充実強化も含め、在宅での生活を継続できる地域包括ケアシステムの構築は急務であり、今回の制度見直しに当たっては、在宅サービスの充実強化を最重要課題として取り組まなければならないと考えます。

さらには、こうした介護保険制度の充実強化に当たっては、介護・医療分野の従事者の処遇改善を図り、キャリアアップも含め、意欲をもって働き続けられる環境を整えていかなければなりません。今後の介護需要の増大に対応するためにも介護従事者の確保は急務であり、政府において本年 6 月に策定された「新成長戦略」においても「雇用」を基軸とした経済成長を目指すこととされ、介護・医療分野など潜在的な需要が大きい分野において雇用の拡大を図る環境を整えていくことが示されております。

こうした中、民間介護事業推進委員会では、前述の基本的な方針を前提としつつ、今回の介護保険制度の見直しに関して、以下の重点項目について提言致します。

1. 介護職員処遇改善交付金の対象を介護従事者全体に拡大し、平成24年度の報酬改定においては、交付金により図られた処遇改善の水準が維持向上できるよう介護報酬に反映すべきである。また、こうした介護従事者の処遇改善については、今後の高齢化の進展に伴う介護需要の増大に的確に対応していくためにも、継続的に検討される必要がある。

2. 前回の介護報酬改正により設けられた様々な加算要件については、制度が複雑になるとともに、利用者、事業者の双方からもわかりにくいものとなっている。また、事業者側が質を向上させ加算を受ければ利用者の負担が増加することから、事業者として加算が取りにくいといった問題も生じている。このため、サービスの質を高める事業者側の努力と利用者負担の在り方について見直しを図る必要がある。
これについては、現在、厚生労働省において介護サービスの質の評価の在り方について別途検討が進められていることから、この審議結果も踏まえつつ、利用者・事業者ともにわかりやすく、利用しやすい質の評価指標を設けるべきである。

3. 在宅サービスの中で最も多く利用されている訪問介護サービスにおいて、生活援助サービスは、介護保険の基本理念である利用者の尊厳と自立支援の観点からも重要なサービスである。また、近年、高齢者等の日常生活支援における評価指標として用いられる IADL (Instrumental Activities of Daily Living) においても、生活援助サービスの重要性が指摘されていることから、生活援助サービスは、訪問介護サービスとして、身体介護サービスとともに一体的に提供されるべきである。

4. 「特定入所者介護サービス費 (補足給付)」は、平成17年10月から、介護保険の施設サービスなどの居住費 (部屋代・光熱費) と食費 (食材料費・調理に関わる費用) について、低所得者への配慮として導入されたものであり、時限的なものであったと認識している。そのことからすれば、この仕組みを介護保険制度の中で継続すべきか、所得補償的に公費負担化すべきか、税控除等の対応とすべきかといった方法論も含めて、さらに議論が必要であると考えます。
その上で、いずれの方策をとる場合においても、施設利用者に対してはこうした低所得者対策が講じられているのに対して、在宅サービスの利用者への低所得者対策が十分でないことは制度の公平性の観点からも問題である。このため、今後さらに在宅サービスを充実強化していくためにも、補足給付の在り方を見直すこと、高額介護サービス費や高額医療合算介護サービス費等の負担限度額や負担上限額等を見直すこと、及び重度の要介護者であってやむなく区分支給限度額上限額を超えて利用せざるを得ない方の負担軽減策を講じるなど、在宅サービス利用者に対する低所得者対策を同様に充実強化させるべきである。

5. 都道府県や区市町村（保険者）が行う指定基準の運用解釈や行政指導監督については、その内容において著しい差異が生じるいわゆる「ローカルルール」によって事業者側が混乱するケースが見られる。これについては、自治事務であるからといって放置せず、マニュアルの策定や担当者の研修等により一定の標準化を図るべきである。

また、事業者にとってその指導監督の内容に不服がある場合の申し立てを受け付け調停を行う第三者機関を創設するなど事業者が不当な行政指導を受けることのないような体制構築が求められる。

6. 現行の「地域区分」「地域係数」の制度は、実態から乖離しているケースも見られ経営環境と従事者の処遇に影響が大きいことから、今後の介護保険制度見直しや介護報酬改定に当たって、地域間格差の是正のために検証を行うとともに見直しを図るべきである。

以上

【参考】

「民間介護事業推進委員会」について

民間介護事業推進委員会は、民間の主体性に基づいた活動として、営利、非営利の枠を越えて民間介護事業者の中央団体が参集し、介護保険制度の下での事業環境の整備及びこれを支援する方策等について意見集約及び共同した取組を推進協議する場として設立されました。

(構成団体)

- 社会福祉法人 全国社会福祉協議会
- J A高齢者福祉ネットワーク
- 一般社団法人 日本在宅介護協会
- 日本生活協同組合連合会
- 一般社団法人 「民間事業者の質を高める」- 全国介護事業者協議会
- 特定非営利活動法人 市民福祉団体全国協議会
- 社団法人 シルバーサービス振興会

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

居宅介護支援費の利用者負担導入について

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)

利用者負担導入に断固反対の立場で、改めて意見を申し上げます。

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る。このケアマネジメントは、全ての要介護者・要支援者が公平に受けることができるように、保険者が 10 割を負担することによって利用者負担は導入されずにと理解している。ケアマネジメントは、各種のサービスを自立支援に役立つように導くための業務であり、他の保険給付サービスとは全く別の性格のものである。安易に利用者負担を導入することは、この自立支援の理念を著しく損なうものであり、介護保険制度の魂を抜くに等しい。

利用者の目線が厳しくなることで、ケアマネジャーが淘汰される、質が向上するという意見も一部に聞くが、そのことを財源論と同じ土俵で考えるべきではない。

1. 居宅介護支援（ケアマネジメント）の利用抑制およびサービス利用抑制につながる

ケアマネジャーは、市町村、サービス事業者・施設等と公正中立に連絡調整を行うことができるが、利用者負担が導入された場合、ケアマネジャーを利用しなくなり、適切なサービス利用ができなくなる。また、自立支援を抜きにした単に生活を楽しむサービス利用のみに流れ、いたずらに介護給付費の増大につながる。

仮に財源の視点でみた場合、利用者負担（一割）が導入された場合に見込める財源と、ケアマネジメントの利用抑制により必要なサービスが提供されずに重度化した結果かかる費用、また、生活を楽しむサービス費用等を試算し比較すれば、功罪は明らかである。

2. セルフケアプランの増加、サービス事業者によるケアプラン作成代行による弊害

専門職のアセスメントにより、介護保険サービス、介護保険外サービスとして相応しいものは何か、利用者の理解を促した上でサービスを選択して頂くこともケアマネジャーの重要な役割の一つである。セルフケアプランを否定するものではないが、多くの高

齢者や認知症の人、困難事例に該当する人等が真に必要なサービスを受けられなくなるケースも考えられる。

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。何より、ケアマネジメントプロセスが崩壊することを危惧する。

3. ケアプランの内容への影響

自己負担をすることにより、誤った権利意識が発生する可能性も否定できず、自立支援に資さないサービス導入につながるおそれがある。また、利用者主体が損なわれ、家族本位のサービスに流れる可能性もある。

4. 居宅介護支援事業所の経営への影響

現行の居宅介護支援費の報酬体系（基本単位と加算）の仕組みでは、利用者負担導入により経営が困難になる。利用者に対して、例えば認知症加算や独居加算に対する負担の説明をどう行うのか。訪問介護では利用者負担が上昇するのを避けるため、要件を満たしているのに特定事業所加算を算定しない事業所がある状況も考えれば、加算取得を放棄する事業所の出現もあり得る。利用料の安い事業所を利用者が選択することは、あるべき姿に導く制度の趣旨に逆行するのではないか。

5. 保険者への影響

セルフケアプランについては、保険者が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必要がある。これに対応し得る体制が整備されるのか、行政窓口における混乱を来すことは想像するに難くない。この業務は、一つの課または部を置くに相当する量であり、実態的には、行政が直営の居宅介護支援事業所を持つことと変わらない。

利用者にとって、ケアマネジャーはかけがえのない支援者である。災害時の安否確認や熱中症に対する対応を見るまでもなく、ケアマネジャーによるケアマネジメントの仕組みがあったことで、利用者の暮らしと命を支え、いざという時に安心できる連携体制が構築されていたことは、制度の大きな功績と言える。

また、ケアマネジャーによるケアマネジメントを通して、行政が国民に対して行うべき介護保険制度に関する啓発ができていることもご理解いただきたい。

以上

「給付・負担の見直し等に関わる論点」について

平成 22 年 10 月 28 日
社会保障審議会介護保険部会
委員 齊藤 秀樹
(全国老人クラブ連合会)

●利用者負担について

- ・ 高所得者に限らず、制度を支えるうえで負担能力に応じた負担は当然であるが、利用抑制につながるサービスへの応能負担の強化は反対である。
- ・ 居宅介護支援、介護予防支援への利用者負担の導入は、制度への信頼や介護支援専門員と利用者の良好な関係を損なう恐れがあり反対である。また多様な意見がある場合でも、メリット・デメリットについて慎重な検討が必要であり拙速に判断すべき事項ではない。

●制度を後退させない取りまとめを期待

- ・ 医療、介護の社会保障政策に Pay as you go 原則を導入することは、制度の理念を歪め、国民の信頼と支持を失うことになる。
- ・ 介護保険部会が、制度維持のための財源探しを理由に、利用者負担の強化や軽度者に対する給付制限、生活援助外しなど、制度を後退させる方向の取りまとめを行うべきではない。

●政治主導で安心できる社会保障を

- ・ 国民が現政権を選択したのは、政治主導による強い指導力であり、介護保険財政の収支の辻褃合わせを期待したものではない。
- ・ 公約に掲げる「強い社会保障」の前に、せめて「安心できる社会保障」を政治主導で早急にお示しいただきたい。
- ・ 自立支援、介護の社会化、利用者本位など、制度発足の理念に立ち返り、国民に恒久的財源の必要性を説き、介護需要増大時代に対応した公費導入の引上げなど、政治主導で道筋をつけることを最優先していただきたい。

介護保険部会における論点整理について（リハビリテーション関連）

平成22年10月28日 社会保障審議会介護保険部会 委員 齊藤正身

部会で提示した論点	関連する意見／提言	今回の意見
訪問リハビリテーションは十分に提供されているか。	訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる体制の整備が必要。	本会では「不足」「不十分」は十分認識されたと思うので、 <u>さらなる拡充が必要</u> であり、具体的な対策が求められる。
適切に通所リハビリテーションを提供するためには、通所介護と通所リハビリテーションの再編を図る必要があるのではないか。		ソーシャル及びレスパイトケアを共通評価にした場合、専門的なリハビリテーションの提供や医学的管理を適正に評価するべきではないか。
現行制度では、介護保険施設類型によって、医療サービス等が規定され、外部からのサービス提供に制約があるが、入居者の状態像の変化に合わせて、柔軟に医療サービス等を提供できるようにすべきとの指摘があるが、どう考えるか。	どの施設においても入居者の個々の状態に着目して訪問看護などの医療系サービスが提供できる仕組みや薬剤管理の仕組みを検討すべきではないか。	第30回介護保険部会で、 <u>特養や通所介護等に訪問や通所のリハビリテーションサービスを提供する既存サービスの有効活用</u> を提案したが、左記意見は、これも包含していると判断したい。
訪問看護やリハビリテーションについて上限の算定から外すべきではないかとの指摘や、医療保険と介護保険の給付対象の整理を見直すべきとの指摘があるが、これについてどう考えるのか	介護保険は区分支給限度基準額があるため、介護とリハビリとの選択にケアマネが悩んでいる。 リハビリは区分支給限度基準額から外すか、医療保険から提供できるようにすべき。	リハビリテーションには、評価・指導が中心の <u>継続提供</u> と、レベル低下時に対応する <u>短期集中提供</u> がある。 短期集中提供の場合は、通所・訪問・短期入所ともに「支給限度額外」あるいは医療保険の「特別指示書」ではどうか。
ケアマネジャーの在り方	自立支援に向けた目標指向型であるとともに、リハビリの重要性を理解し、医療と介護との適切なマッチングを行うことのできるケアマネジャーが必要。	認知症やリハビリテーション、そして医療的なニーズに応えられるケアマネジャーの育成が求められているため、研修においても必須の分野と位置づけるべき。

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

社会保障審議会 介護保険部会
委員 田中 雅子
(社団法人日本介護福祉士会名誉会長)

介護保険制度見直しにあたっての提言書

私たち日本介護福祉士会は、介護現場で利用者に最も近い専門職の立場から、介護サービスの質の維持と向上の観点に立って、介護保険制度のより良い発展のために提言します。

記

1 制度改善にむけての基本的な考え方

(1) 介護保険法第2条4項に「第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」と規定されているように、この原則は必ず守られるべきである。

また居宅や施設などの日常生活の場面において、人間の尊厳が守られるような介護が実現するよう制度の見直しを行うべきである。(注1)

(2) 平成19年に告示された『「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」第3 人材確保の方策 1 労働環境の整備の推進等 (1) 労働環境の改善 ②介護報酬等の設定』に示されているように、人材確保のために適切な介護報酬の設定をすること、並びにキャリアと能力に見合う給与体系の構築の観点から、介護福祉士や社会福祉士等の専門性の高い人材を配置した場合の介護報酬等による評価の在り方について検討を行うことが必要である。(注2)

(3) 社会福祉士及び介護福祉士法等の一部改正法の附帯決議として決定されているように、介護福祉士の社会的評価に見合う処遇の確保を図るため、制度・介護報酬の見直しなど介護保険事業の充実等に努めるべきである。(注3)

2 提言の具体的内容

(1) 施設介護に関する提案

○ 介護労働を魅力あるものにし、適切な介護サービスの提供という観点やより安全かつゆとりあるサービスにするためには、人員配置基準の見直しが必要である。

介護施設では2対1にすべきであり、グループホームやその他の居宅系サービスでも実態を踏まえたものに見直すべきである。

○ 施設サービスのみならず、グループホームや小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービス、特定施設等の居住系サービスにおいて、サービス利用者に対する介護福祉士等の配置を定めた基準介護の仕組みを導入すべきである。

なお重度化に対応する等、施設における人員配置基準を加配した場合については、介護報酬上に適切に評価することが必要である。

○ 施設における利用者の個別ケアの推進及びサービス管理を適切に行う介護支援専門員を新たに配置し、介護報酬上で評価すべきである。

(2) 在宅介護に関する提案

○ 特別養護老人ホームへの入所待機者が42万人に上るなど、利用者及び家族の施設サービス志向の増加の背景には、重度化した場合の不安と在宅サービス利用の不便さが挙げられる。したがって、軽度の利用者に対して生活援助を行うことで重度化を予防し、不安を軽減することが必要である。

また訪問介護が利用者にとって利用しやすい介護サービスであるためには、身体介護、生活援助のサービスを一体的に行い、パッケージとしてサービスを提供すべきである。

その際、訪問介護の類型を「生活支援」として一本化し、利用の促進を図るべきである。

(3) 医療ニーズを有する利用者の対応に関する提案

○ 地域包括ケアにおける24時間対応のサービスを充実していくためには、医療と介護の連携が大切であり、医療ニーズの高い要介護者に対応するためには、介護福祉士がたんの吸引等の基礎的な医療的ケアができるように「社会福祉士及び介護福祉士法」を改正すべきで

ある。

なお、法改正にあたっては、教育・訓練、責任体制、報酬等が考慮されるべきである。

(4) 介護人材の確保と処遇改善に関する提案

○ 介護保険制度を持続可能にするためには、介護分野で働く者が、安心して、意欲と誇り、やりがいを持って働くことができる雇用環境の整備が重要である。

賃金の向上やキャリアアップの仕組みを導入するなどにより、介護労働の環境を改善して、介護という仕事が名実とも高齢化を支える働き甲斐のある職業にすることが必要であり、介護労働がディーセント・ワーク（価値ある労働）となるよう、適切な制度の仕組みと介護報酬額が確保されるべきである。

○ 基本的な考え方で示してあるように、介護報酬改定にあたっては、いかにして安定的に人材を確保し、専門職として処遇を行い、その能力を高めていくかという観点を考慮して検討することが必要であり、キャリア・能力・資格に見合う賃金制度の構築など介護従事者個人の努力が評価される仕組みを構築すべきである。

○ 介護人材の定着および資質向上のためには、チームリーダーの養成が不可欠であり、日本介護福祉士会などが行っているチームリーダー養成のためのファーストステップ研修修了者の配置を運営基準に明記し、介護報酬上で評価すべきである。

またキャリアアップの仕組みに応じたより専門性の高い介護福祉士の認定資格についても介護報酬で評価すべきである。

○ 介護現場における就労実態は大きく変化している。そのような中で、現場においてサービスの質を支えるとともに、基幹的業務や介護従事者の日常的な指導に当たることができる人材を配置するために、施設および在宅サービスの分野で、介護福祉士が一定数配置されることが必要であり、運営基準等に「介護福祉士」の配置を明記すべきである。

○ 平成21年度の介護報酬改定では、介護労働者の処遇を改善するためにも、一定の措置を講じることとされていたが、実際には今回の介護報酬改定が必ずしも介護労働者の処遇改善につながったといえない。

介護報酬の改定が単に事業者を潤すだけにならないようにすることが重要である。報酬の改定が確実に介護労働者の処遇の向上につながるような仕組みの検討と、介護労働者の処遇の向上にどの程度つながったかを検証する仕組みを検討すべきである。

○ 介護報酬の一定割合を人件費と設定し、その分は確実に介護従事者に賃金と支払われることを義務付けることも検討すべきであり、人件費率については情報の公表で義務付けすべ

きである。

○ 多様な働き方を促進させるためには、常勤職員の待遇改善と合わせて、非常勤職員の待遇改善も視野に入れた見直しをすべきである。

○ より良い介護サービス提供のためには、介護従事者の労働環境の整備が必要であり、労働関係法規の遵守を徹底すべきである。

(注1) 介護保険法第2条第4項「第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」

(注2) 「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」第3 人材確保の方策

1 労働環境の整備の推進等 (1) 労働環境の改善 ②介護報酬等の設定「ア 給与、物価等の経済動向や地域間の給与の格差等を勘案しつつ、従事者の給与等の水準や事業収入の従事者の給与等への分配状況を含め、経営実態や従事者の労働実態を把握すること等を通じて、国民の負担している保険料等の水準にも留意しながら、適切な水準の介護報酬等を設定すること。」
「イ キャリアと能力に見合う給与体系の構築等の観点から、介護福祉士や社会福祉士等の専門性の高い人材を配置した場合の介護報酬等による評価の在り方について検討を行うこと。」

(注3) 社会福祉士及び介護福祉士法等の一部改正法の附帯決議

(参議院) 第二項 「介護労働の魅力を高めるため、雇用管理や労働条件の改善の促進、生涯を通じた能力開発及びキャリアアップの支援、潜在マンパワーの就業促進等の実効性ある介護労働力確保対策を総合的に推進すること。」

(衆議院) 第三項 「福祉・介護労働の魅力を高めるため、『社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針』に基づく施策として、介護福祉士の雇用管理や労働条件の改善の促進、生涯を通じた能力開発及びキャリアアップの支援、潜在マンパワーの就業促進等の実効性ある福祉・介護労働力確保対策を総合的に推進すること」

2010年10月28日

社会保障審議会介護保険部会

淑徳大学准教授

結城 康博

介護保険制度の見直しに向けた給付と負担について

このことについて本審議会において意見を申しあげたい。

1. 報告書のスタンス

①現場の問題から検証

社会保障審議会介護保険部会においては、まずは介護現場で何が問題になっており、何をなすべきかを議論して、そこから給付のあり方を考えていくべきである。その過程では介護保険10年の総括を十分に議論すべきであり、現場の問題点を積み上げて給付の方向性を決めていくべきである。そのため、民主党政権が打ち出している「ペイ・アズ・ユー・ゴー原則」を前提に議論を進めていくと、本質的な給付の在り方を論じることは難しいと考える（自然増は除く）。

②報告書の方向性

今回の本審議会では、現場で何が問題になっており、どのような給付が望ましいかを提言的にまとめるべきである。しかし、政治的・財政的制約も無視できないため、新たな財源確保が難しい状況も考慮しつつ、両論併記的な報告書にまとめるべきである。

2. 財源論について

①保険料の引き上げ

地方政治のインセンティブと、高齢者の年金も引き上げられる見通しがないため、公費+保険料の引き上げで給付を増やすには限界がある。また、東京といった大都市では高所得層といった65歳以上の被保険者がいるものの、大部分の自治体では高所得層が少ないため、新たな保険料引き上げによる財源確保は限定的と予想される。なお、今後、資産を絡めた保険料徴収の議論は考えていくべきである。

②公費負担を5割から6割に引き上げるべき

そのため、政治決断によって新たな財源を確保し、公費負担割合を6割近くまで引き上げるべきである。なお、その際の財源における議論の場は、「政府税制調査会」「税と社会保障の抜本改革調査会（民主党）」「国会」であり、この部会で本格的に議論するものではない。なお、個人的には消費税引き上げによる福祉目的税化は有力な財源と考える。

③第2号被保険者の負担（加入者の総報酬制）

第2号被保険者において負担と給付を考えた場合、極めて給付が少ないため現行制度では、加入者の総報酬制を導入して負担を求めることは難しいと考える。

④調整交付金について

調整交付金については、自治体（保険者）の財政格差等（被保険者の所得格差等）を是正するものであるため、現行制度を維持していくべきである。

⑤地域支援事業の全額公費負担化

地域支援事業の全額公費負担化は、新たな財源確保が難しいので現実的ではない。

むしろ、40歳～64歳未満が活用できるサービスメニューを増やして、地域支援事業の財源構成の再構築を考えていくべきである。

⑥財政安定化基金や介護保険特別会計の検証

「財政安定化基金」「介護保険特別会計」において、詳細に検証・分析して活用できる余剰金や基金があれば、法律改正等によって給付に充てるべきである（たとえ時限的の額であっても）。また、保険料を引き下げるといった保険者スタンスについても、適切なのか否かを議論すべきである。

3. 利用者負担について（高所得者）

高所得者に新たな負担を求めるとしても、介護は医療と違って先が見えず、ケースによっては何年もサービスを利用しなければならない。例えば、現行の1割負担から2割負担にすると、利用者にとっては倍の負担となる。そうなると、高所得者でもかなり介護生活が苦しくなるため引き上げは好ましくない。しかも、高い保険料を支払っていることも考慮すべきである。

4. ケアマネジメントの利用者負担導入

介護保険サービスは、かなり複雑化しており需給間で「情報の非対称性」が生じている。そのため、利用者の代弁者機能も考えて自己負担は導入すべきではない。

5. 補足給付について

補足給付を介護保険から切り離しても、代替財源が確保できる見通しはないため、当面は現行制度を維持すべきである。しかし、世帯分離や資産を含めた議論は考えていくべきである。

6. 多床室の必要な室料

多床室においては住環境の質の面から限界があり、新たに必要な室料を利用者に求めることは避けるべきである（たとえ一定の所得層であっても）。

7. 軽度者に対する給付について

軽度者の自己負担を引き上げることは、実質的には給付の抑制であり、サービスを利用できなくなる高齢者が増えるため、絶対に認められない。しかも、軽度者の生活援助サービスの給付を縮小することも、全く介護現場と乖離した議論である。これらのサービス抑制が実施されると、一部の軽度者が重度化する可能性も予測されるため、かえって重度者を増やす可能性が懸念される。

ただし、軽度者の一部には過剰なサービスが導入されているケースも否定できないため、より一層のケアマネジメントやサービス担当者会議の機能強化が求められる。

8. 被保険者範囲の拡大

負担と給付（障害者における介護サービスの整合性）を考慮して、被保険者範囲を40歳未満に拡大することは難しいと考える。

以上

財政安定化基金貸付状況(平成21年度)

都道府県名	全保険者数	貸付保険者数	貸付金額 (百万円)	保険者数に占める貸付 保険者割合(%)
北海道	156	2	33	1.3%
青森県	40	1	10	2.5%
岩手県	24	0	0	0.0%
宮城県	35	0	0	0.0%
秋田県	22	0	0	0.0%
山形県	35	0	0	0.0%
福島県	59	0	0	0.0%
茨城県	44	0	0	0.0%
栃木県	27	0	0	0.0%
群馬県	35	0	0	0.0%
埼玉県	62	0	0	0.0%
千葉県	54	0	0	0.0%
東京都	62	0	0	0.0%
神奈川県	33	0	0	0.0%
新潟県	30	1	260	3.3%
富山県	9	0	0	0.0%
石川県	19	1	50	5.3%
福井県	16	0	0	0.0%
山梨県	27	0	0	0.0%
長野県	63	0	0	0.0%
岐阜県	36	0	0	0.0%
静岡県	35	0	0	0.0%
愛知県	54	0	0	0.0%
三重県	25	0	0	0.0%
滋賀県	19	0	0	0.0%
京都府	26	1	3	3.8%
大阪府	41	0	0	0.0%
兵庫県	41	0	0	0.0%
奈良県	39	0	0	0.0%
和歌山県	30	2	29	6.7%
鳥取県	17	0	0	0.0%
島根県	13	0	0	0.0%
岡山県	27	0	0	0.0%
広島県	23	0	0	0.0%
山口県	19	1	7	5.3%
徳島県	23	0	0	0.0%
香川県	17	0	0	0.0%
愛媛県	20	0	0	0.0%
高知県	30	0	0	0.0%
福岡県	28	0	0	0.0%
佐賀県	7	0	0	0.0%
長崎県	19	0	0	0.0%
熊本県	45	0	0	0.0%
大分県	18	0	0	0.0%
宮崎県	26	0	0	0.0%
鹿児島県	43	0	0	0.0%
沖縄県	14	0	0	0.0%
合計	1,587	9	392	0.6%
各年度末現在の保険者数に占める貸付保険者の割合(%)				0.6%

※ 各都道府県の全保険者数は、平成22年3月末現在の数値である。

※ 各数値については、それぞれ都道府県毎に百万円未満を四捨五入しているため、
において一致しない場合があり得る。

都道府県別財政安定化基金貸付・交付等の状況(平成21年度末現在)

(単位:百万円)

都道府県名	貸付金額	交付金額	貸付・交付 金額合計 (A)	既償還金額 (B)	21年度末現在 基金実支出額 (C)=(A)-(B)	21年度末現在 基金積立総額 (D)	21年度末現在 基金積立残額 (E)=(D)-(C)
北海道	2,471	463	2,934	2,325	609	14,938	14,329
青森県	4,299	127	4,425	4,022	403	4,387	3,984
岩手県	329	7	336	329	7	4,113	4,106
宮城県	344	0	344	207	138	3,746	3,608
秋田県	638	81	720	638	81	3,891	3,810
山形県	779	1	780	779	1	3,320	3,319
福島県	745	16	762	719	43	4,971	4,928
茨城県	409	25	434	409	25	3,719	3,694
栃木県	149	12	161	149	12	3,457	3,445
群馬県	256	24	280	205	75	4,628	4,553
埼玉県	401	25	427	397	30	8,585	8,555
千葉県	418	46	464	418	46	10,432	10,386
東京都	1,670	237	1,906	1,649	257	23,626	23,369
神奈川県	322	37	358	316	42	12,884	12,842
新潟県	3,929	33	3,962	3,083	879	5,872	4,993
富山県	1,697	85	1,782	1,495	287	3,520	3,233
石川県	1,412	17	1,428	1,353	75	2,126	2,051
福井県	4	1	4	4	1	2,542	2,541
山梨県	604	16	620	564	56	2,135	2,080
長野県	2,948	33	2,982	2,927	55	5,977	5,922
岐阜県	503	15	518	503	15	4,936	4,922
静岡県	138	0	138	138	0	7,376	7,376
愛知県	1,808	729	2,537	1,808	729	13,234	12,505
三重県	910	7	917	910	7	4,717	4,710
滋賀県	282	0	282	282	0	2,311	2,311
京都府	3,484	389	3,873	3,471	402	6,553	6,151
大阪府	7,091	437	7,529	7,027	502	19,654	19,152
兵庫県	3,597	506	4,104	3,575	529	12,780	12,251
奈良県	147	11	159	147	11	3,227	3,216
和歌山県	1,521	289	1,810	1,429	381	3,245	2,864
鳥取県	1,139	28	1,167	1,123	44	1,972	1,929
島根県	379	0	379	369	11	1,973	1,962
岡山県	900	17	917	891	26	6,030	6,004
広島県	2,727	24	2,751	2,701	50	5,253	5,202
山口県	1,923	43	1,966	1,831	135	4,968	4,834
徳島県	2,139	41	2,180	1,974	206	2,974	2,768
香川県	201	6	207	190	17	2,589	2,572
愛媛県	1,509	86	1,595	1,474	121	3,785	3,665
高知県	1,749	31	1,780	1,749	31	2,643	2,612
福岡県	9,916	718	10,634	9,845	789	13,252	12,463
佐賀県	826	0	826	826	0	2,172	2,172
長崎県	4,268	144	4,413	4,230	183	4,795	4,612
熊本県	2,712	157	2,869	2,611	258	5,701	5,443
大分県	183	2	184	183	2	4,096	4,094
宮崎県	899	11	910	886	24	3,229	3,205
鹿児島県	1,776	59	1,835	1,655	181	6,232	6,052
沖縄県	5,478	197	5,676	5,309	367	6,301	5,935
合計	82,032	5,233	87,265	79,124	8,141	284,871	276,730

※ 各数値については、それぞれ都道府県毎に百万円未満を四捨五入しているため、合計において一致しない場合があります。

※ 「21年度末現在基金積立総額」には、国・都道府県・市町村の拠出により基金に繰り入れた額のみを計上しており、基金運用収益を含んでいない。

介護保険特別会計経理状況

平成20年度の保険者における介護保険特別会計（介護保険事業勘定）について、歳入合計7兆2,351億円、歳出合計7兆469億円、差引残額1,882億円となっている。（11表）

この差引残額のうち、国庫支出金精算額等を精算した後では1,054億円となる。

また、平成20年度末現在で介護給付費準備基金の保有額は4,050億円（1,534保険者）となっている。

介護保険特別会計経理状況（保険事業勘定・全国計）

（単位：百万円）

歳 入		歳 出	
科 目	決 算 額	科 目	決 算 額
保険料	1,357,895	総務費	209,218
分担金及び負担金	3,738	保険給付費	6,428,574
使用料及び手数料	600	地域支援事業費	152,603
国庫支出金	1,608,031	財政安定化基金拠出金	4,049
介護給付費負担金(再掲)	1,164,710	相互財政安定化事業負担金	0
調整交付金(再掲)	321,444	保健福祉事業費	485
地域支援事業交付金(再掲)	58,374	基金積立金	159,703
支払基金交付金	2,028,036	公債費	18,572
介護給付費交付金(再掲)	2,002,891	予備費	19
地域支援事業支援交付金(再掲)	25,145	諸支出金	73,644
都道府県支出金	993,546	/	
都道府県負担金(再掲)	964,786		
地域支援事業交付金(再掲)	28,405		
相互財政安定化事業交付金	0		
財産収入	1,283		
寄附金	4		
繰入金	1,067,167		
一般会計繰入金12.5%(再掲)	801,998		
総務費に係る一般会計繰入金(再掲)	207,142		
介護給付費準備基金繰入金(再掲)	19,779		
地域支援事業繰入金(再掲)	28,571		
繰越金	166,741		
市町村債	862		
諸収入	7,149		
合 計	7,235,052		

歳入歳出差引残額(A)	188,183		
国庫支出金精算額等(B)	82,824	介護給付費準備基金(年度末現在)	404,965
国庫支出金精算額等差引額(A-B)	105,360		

※数値は百万円未満四捨五入のため、合計が一致しない場合がある。

（出典：平成20年度介護保険事業状況報告年報）

第4期計画期間における第1号保険料について

第4期（平成21～23年度）第1号保険料

〔第3期〕 4,090円	→	〔第4期〕 4,160円	(+1.7%)
-----------------	---	-----------------	---------

※ 第1期は2,911円、第2期は3,293円

（参考1）第3期と第4期の第1号被保険者数の状況

	保険者数
第3期から保険料基準額を引き上げた保険者	902
第3期から保険料基準額を据え置いた保険者	323
第3期から保険料基準額を引き下げた保険者	403
合計	1,628

- ※1 本資料における保険料額は、保険者ごとの保険料基準額を平均したものである（月額・加重平均）。
- ※2 保険料を経過的に複数設定している保険者については、加重平均により1保険者につき1保険料として計上している。
- ※3 保険料を段階的に引き上げている保険者については、3年平均額を第4期基準額として計上している。

（厚生労働省報道発表資料より抜粋）

平成 22 年 10 月 26 日

社会保障審議会 介護保険部会長
山崎 泰彦 様

『介護保険制度見直しに関する意見書』

全国社会福祉施設経営者協議会
会長 高岡 國士

現在、社会福祉法人が経営する社会福祉施設を利用されている方は、全国で 220 万人を超えています。利用されているのは、さまざまな理由から生活上の困難を有する人たちであり、健康で文化的な生活を維持していく上で社会福祉施設が最後の砦となっています。社会・経済ともに困難な時代にあつて、本会では、いまこそ社会福祉法人が原点に立ち返った取り組みを推し進めていく時期にあるとの認識をもって、さまざまな事業を行っています。

今般、関係審議会において検討が進んでいる介護保険制度の見直しに関し、高齢者の自立と尊厳ある生活を支えるという介護保険制度創設の理念の実現に向けて社会福祉法人経営者の立場から利用者等の視点をも踏まえて、以下のとおり意見を取りまとめましたので、検討結果の集約に向けてご高配をお願いいたします。

1. 低所得者対応の一層の推進

全国社会福祉施設経営者協議会では、現在、介護保険事業を実施している会員法人において低所得者に対する社会福祉法人減免の100%実施に向けた取り組みを推進しています。

このような取り組みは、社会福祉法人にあって本来果たすべき役割であり、義務化によらず担うべき事業であるものと考えます。

さらに、今般、社会保障審議会介護給付費分科会においても、生活保護受給者のユニット型特養への入所について検討が進められておりますが、本会としては従前の減免に加え、さらなる取り組みを積極的に推進するためにも以下について配慮を求めるものです。

《社会福祉法人の取り組みとして》

- 全国社会福祉施設経営者協議会は、社会福祉法人減免の100%実施を目指す。

その上で、社会福祉法人による減免の取り組みの拡充を図るため、現在の市町村関与の下で行う社会福祉法人減免に加え、地域や、生活保護受給者を含む低所得者等の入所希望者の状況に即して、法人が独自に減免することを認めていただきたい。

《制度の対応として》

- 夫婦の一方が介護施設へ入所した場合、在宅生活を継続する配偶者の生活を維持できる入所者の食費・居住費負担額の算定方法を導入していただきたい。なお、制度的対応に加えて、社会福祉法人独自の減免を可能としていただきたい。
- 適正な利用者負担のためにも、社会的公正に欠ける世帯分離等による負担の不公平感を解消する措置をとっていただきたい（入所前に入所者家族が扶養控除等の税制上の恩恵を得ていなかった場合は、別途配慮が必要。）。

2. これからの施設整備等について

今後、利用者が住み慣れた地域での生活を可能な限り継続しうるよう、例えば、バリアフリー等の配慮がなされ、かつ、低廉な家賃で入居できる高齢者用住宅の拡充等の多様なサービスの整備が必要となります。また、在宅での介護を担う家族等のレスパイト機能の充実を図るためには、新しい施策の導入ではなく、ショートステイの充実や小規模多機能居宅介護の一層の普及促進が基本であると考えます。

さらに、本会としてはこれからの施設整備にあたって居室面積を引き下げることが生活環境の改善を重ねてきたこれまでの流れに逆行するものであり、利用者の生活の質の向上並びに尊厳の確保という観点からも引き続き個室整備を原則としていくべきと考えます。

なお、ユニット型特養の整備に関しては次のように考えています。

- 利用者の安全・安心の確保を前提にしつつ、居室面積の引き下げではなく、現行の「1ユニット10名以内」から「1ユニット15名以内」とするなど、処遇の実態に応じた施設整備の効率化と共同生活室の有効活用を行う等の柔軟な対応をはかられたい。

なお、特養における内部留保は、施設整備費補助のあり方が変わっていく中で、事業を継続するための大規模修繕や老朽改築等、将来の施設整備のための資金が主です。今後も社会福祉法人が、安定的・継続的に介護保険施設として将来的にサービス供給を続けるための資金については、表層的な議論ではなく、慎重な実態把握とそれに基づいた分析、検証を望みます。

3. 特養における医療提供体制の充実

入所者の重度化や医療を必要とする方が増加するなか、特養における医療機能について、現行制度では高齢者医療の平等性を確保することはできません。入所している高齢者の生活を支える医療を確保するためにも、施設において「非常勤配置医師または常勤配置医師」だけでなく、「外部医療機関の利用」を認め、『3つの選択』が可能となるような見直しが必要です。

また、常勤医の処方箋発行や、在宅療養支援診療所としての診療報酬算定範囲ならびに、夜間の訪問看護ステーションとの連携についての検討も必要です。

なお、現在検討が進められている介護職員による医行為（たんの吸引、経管栄養等）の実施については、以下の点に配慮を求めます。

- 介護職員、利用者ともに安心できる環境整備、業務経験をふまえた研修の実施。
- 看護職員の業務負担が過重とならないような実施体制の構築。

4. 介護職員の確保・育成、処遇改善

これからの社会福祉法人経営においては、介護職員に限らず、全職員の質の向上とそれを可能とする法人全体としての人事管理や処遇改善が一層重要になります。法人経営者はこれまで以上に経営改善に努め、創意工夫のもとで働きがいのある職場づくりを目指していかなければならないと考えています。

本会では昨年度、独自にキャリアパスガイドラインを策定し、全国の会員法人における職員の育成・処遇向上に向けた取り組みを進めています。しかしながら、法人の自己努力だけでは対応が困難な面もあることから、介護報酬のあり方、制度的支援策の充実といった以下の点についてご検討ください。

- 職員配置の実態に即した、人員配置基準および報酬の創設が必要である。また、中期的には、定員ではなく、入所者のケアの必要時間数を基準とする人員配置の考えにシフトを検討。
- 介護人材の確保ならびに処遇改善のための制度的支援として、介護職員処遇改善交付金につづく恒久的な対応が必要。また、給付においては、事務手続きの簡素化をはかるとともに、法人内の統一的な人事管理や処遇改善の観点から、介護職員に限らない処遇改善のための制度が必要。
- 小規模事業者が多い実情や職員の流動性が高い業界の特性に鑑み、介護職員のキャリアパス構築に向けて国による一層の支援が必要。

5. 特養の設置主体について

安定的かつ継続的なサービス提供を利用者へ保障する観点から、特別養護老人ホームの設置主体は、現行制度の枠組みを維持すべきです。

- 社会福祉法人は、「社会福祉事業」を行うことを目的に設立された特別の法人類型であり、民間事業者でありながら、利用者の安心かつ安定した生活を守るためにさまざまなルール（規制）のもとで経営している。
- 社会福祉事業、社会福祉法人制度に対する十分な検証を経ず、特養の運営主体規制を見直して株式会社等の参入を可能とすべきとの議論が活発化している。利用者の生活を守るために設けられているルールを不必要な「規制」と位置づけ、イコールドフットイングのもとにそれらを廃止することは、社会福祉制度の根幹を揺るがすものであり、ひいては利用者の安心した生活基盤の崩壊につながることを懸念している。

平成22年10月25日

社会保障審議会介護保険部会
部会長 山崎 泰彦 殿

全国地域包括・在宅介護支援センター協議会
会長 林 芳



要望書

現在、介護保険部会で進められている介護保険制度見直しの中核に「地域包括ケア」が位置付けられていることから、地域包括支援センターは一層その責任が大きくなるものと思慮されるが、全国の3,575か所の地域包括支援センターおよび在宅介護支援センターを会員とする本協議会としては、下記の要望を行うことで、「地域包括ケア」の推進に貢献をしたいと考えている。ついては、本要望が実現すべく、貴部会でご審議いただきたい。

記

1 地域包括支援センターは要支援・要介護者に必要なサービスをおおむね30分程度で対応できるために、中学校区を生活圏域に設置することを検討されているが、介護保険サービスだけでなくインフォーマルケアも活用して利用者を支援していくには、理念的には住民が所属感を有している小学校区を生活圏域とすることが適切であると考え。現実的対応として、中学校区に設置される地域包括支援センターの整備を急ぐとともに、小学校区単位の地域包括支援活動の展開を図ることが望ましい。本来のあるべき姿を構想して、地域包括支援センターの改正を行っていただきたい。

段階的には、既にサブセンター等やランチで活動しており、実績のある在宅介護支援センター等については、新たな地域包括支援センターとして位置付けていただくことを要望する。

2 基幹の地域包括支援センター設置が議論されているが、過去に在宅介護支援センターが基幹型と地域型に分離され、地域型在宅介護支援センターが従来の2人体制から1人体制になったことで、在宅介護支援センターの弱体化を招いていった反省を踏まえ、基幹の地域包括支援センター設置には慎重な検討が必要である。地域包括支援センターの設置者である市町村が「政策作成機能」を期待するのであれば、市町村内に住民参加による協議会を作り、その協議会が地域包括支援センターを支援していけば事足りるものと認識している。なお、地域包括支援センターの専門職人材の資質向上を図るためには、市町村直営では人事異動等により継続的配置が難しく、運営に際しては社会福祉法人等の民間法人の活用等の工夫が必要である。

ても、1次予防対象者である健康な高齢者が利用できることが大切であり、同時に、要支援者にも予防プログラムを活用することが適切な場合には、活用できる方法を検討されることを要望する。

6 認知症の高齢者等、判断能力が低下している高齢者を権利侵害から守る仕組みとして、成年後見制度等があるが、十分機能していない。地域包括支援センターでは、このような高齢者の相談を受け止める体制の充実や専門性の強化が図られる必要がある。

以上、6点についてご審議頂き、介護保険法の改正やその後の地域包括支援センターの運営に反映して頂きたい。

なお、全国地域包括・在宅介護支援センター協議会は、全国で唯一の地域包括支援センターおよび在宅介護支援センターを代表する組織であり、今後は介護保険制度や介護報酬を検討する審議会等に参加する機会を与えて頂くことを要望する。