



STOP! 介護崩壊 介護ウェーブ2010 推進ニュース

— 介護ウェーブの “Big Wave” をおこそう! —

方針「今後の介護ウェーブの取り組みについて」を具体化し介護改善要求の声を国会に届けよう!

介護保険法の見直しに向けて具体的な課題の議論が始まる - 施設・住まいについて議論 -

厚労省「社会保障審議会介護保険部会」(第28回)が開催(2010年7月30日)



介護保険法の見直しに向けて、厚労省の「社会保障審議会介護保険部会」(部長: 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授・山崎泰彦氏)は、第28回目の会合を開き、個別具体的な課題として、①今後の介護保険施設の機能や在り方、②有料老人ホーム及び生活支援付き高齢者専用賃貸住宅の在り方、③低所得者への配慮(補足給付)の在り方、④療養病床の再編について、議論が行われました。

次回(8月23日)は、①在宅サービスの在り方(訪問看護等医療系サービスを含む)、②要支援者等に対する生活援助等のサービスの在り方、③地域支援事業の在り

方(介護予防事業の見直し、地域包括支援センターの機能強化)、④家族介護者への支援の在り方について、議論が行われる予定です。

今後、介護保険部会は1~2ヶ月に1回のテンポで開催され、11月を目処に介護保険法改定に向けた取りまとめを行う方針です。

老健の特養化の実態は、特養待機者の問題だけではない

老健の特養化によって在宅復帰機能が十分に果たされなくなっているという厚労省の評価に対し、川合秀治氏(全国老人保健施設協会会長)は、「高齢化が進み、独居・老々世帯が増加している中で、リハビリ機能を果たしていても、地域コミュニティーができていない状況が、在宅復帰につながらず、特養待機者の問題だけではない。さらに、病院から重度者が老健にたくさんきている状況もある」と、在宅復帰の場所がなく退所ができない状況や、病院からの重度者の入所が多くなっているため、平均在所日数が増加している状況等を示し、厚労省の評価に反論しました。

施設ケアマネジャー「兼務の業務が忙しく本来の業務ができない」

特養整備や待機者問題等については、「特養の利用者の重度化が進み、生活の場の提供の機能が果たせなくなっている。また、ユニット型個室は、施設整備の公的負担が減らされ利用者負担に転嫁されている。社会保障として果たしているのか。従来の多床室をどうしていくのかを考えることが必要(橋本正明氏・立教大学教授)」、「三重県の特養のユニット型個室の整備は、2010年5月現在で27.3%となっており、4年後の70%目標にはほど遠い状況。地方の実情に応じた整備が必要(青木参考人・全国知事会)」、「介護基盤の緊急整備の16万床は、平成21年度実績で2.7万人分しかなく、本当にできるのか疑問。特養待機者については、42万人のうち、厚労省は6.7万人、老施協は20万人分の整備が必要としていることが一人歩きしている。ポイントが見えない中で議論をしており、なんらかの整理が必要(斉藤秀樹氏・全国老人クラブ連合会理事・事務局長)」、「入所者の重度化は、入所時からなのか、入所してからなのか。入所時からであれば、ケアマネジメントが適切な選択をせず、ミスマッチを起こしているのではないか(三上裕司氏・日本

医師会常任理事)」、「施設ケアマネジャーは入所者100人対して1人の配置基準で、入退所に関わるようにと規定がされているが、居宅介護支援専門員協会の調査では、『兼務の業務が忙しく本来の業務ができない』等の回答が多い傾向になっている(木村隆次氏・日本介護支援専門員協会会長)」等の現状や意見が出されました。

有料老人ホームは、内服薬10種類以上服薬している割合が非常に高い

特養、老健、有料老人ホームの医療の状況については、「医療ニーズは、痰の吸引、胃瘻だけではない。また、有料老人ホームは、内服薬10種類以上服薬している割合が非常に高くなっており、果たして高齢者にとってよいことなのか疑問

(川合秀治氏・全国老人保健施設協会会長)」、「服薬管理について、特養は薬剤師の配置基準がなく、外付けでも内付けでも本当に必要な薬の管理が必要。有料老人ホームが、内服薬10種類以上服薬している割合が非常に高く、具体的な状況の調査が必要。必ず身体にいろいろな影響が出てくる(木村隆次氏・日本介護支援専門員協会会長)」、「特養の嘱託医については、特養の医師と介護職員の関わりは皆無である。また、医師は、専門性を有している人が担っているとは限らず、研修が必要ではないか(斉藤正身氏・医療法人真正会理事長)」等、特に多剤併用の実態から何らかの対策の必要性が示されました。

その他、「施設の職員配置基準3対1は、なぜ変えられないのか。ユニット型は、重度化、認知症の増加で目が行き届きにくく過重労働になっている(河原四良氏・UIゼンセン同盟日本介護クラフトユニオン会長)」「高専賃は、介護サービス事業者が入居者の抱え込みを行っており、本来は、住んでいる人が自由に選択できるようにすることが必要(木村隆次氏・日本介護支援専門員協会会長)」等の意見が出されました。



補足給付を介護保険から外した場合、財源の確保が必要 見直しは困難

補足給付について、対象者の金融資産、不動産資産を審査対象とすべきという意見が出され、自治体の意見として、青木参考人(全国知事会)は、「市内にある資産は掌握できるが、市外になると難しい」と見解を述べ、厚労省の担当官も「金融、不動産等の資産を、完璧に把握するのは厳しい。生活保護行政でもやりきれていない」と、行政側として現行のシステムでは対応が困難である考えを示しました。これに対し、川合秀治氏(全国老人保健施設協会会長)は、「老健は医療保険と介護保険の二つの物を見なさいとスタートした。クラウド方式を採用し窓口を一つの課でやっている自治体もある。介護保険者番号を活用する等、理論的には可能である」と、改定を求めました。

また、補足給付を別財源にすることが可能かどうかの質問に対し、厚労省の担当官は、「補足給付を介護保険から外した場合、財源の確保が必要で、さらに概算基準要求のルールから考えた場合、新たな財源の確保は厳しい所である」と、財源の確保の問題からの困難性を示しました。

その他、各委員からは、「調査では、収入が低いほど多床室、高いほど個室という傾向になっており、補足給付がなくなると大変なことになる。また、補足給付を生活保護にした場合、特養に入れない人が多くなる可能性がある(栢田和平氏・全国老人福祉施設協議会介護保険委員会委員長)」、「ファーストベストとして、ユニット型個室の整備を推進し個別ケアを推進する原則は堅持しつつ、補足給付または生活保護等に基づいた財源措置を講じて生活保護受給者もユニット型個室を利用可能にすることと、介護士配置基準を多床室基準より手厚いものとする。セカンドベストとして、緊急措置として、保険者等の判断に基づいて、多床室を認め、合築も可能にする等の対応がよいのではないかと。また、現在の補足給付は、所得が対象だが資産も入れて考えていくべき(結城康博氏・淑徳大学総合福祉学部准教授)」、「高齢者にとって住ま

いという視点で見ていくことが必要。低所得者対策を介護保険財源でやるのはおかしい。介護保険の外で住まいに対する措置をとるべき。横浜市のように自治の独自施策による軽減は、体力のある自治体はできるが、ない自治体はできない問題がある。高齢者の住まい保障の観点で考えるべき。失業者の住宅対策を参考に高齢者の住宅支援の検討が必要（吉田昌哉氏・日本労働組合総連合会生活福祉局次長）、「矛盾した制度として、昔から指摘してきた。また、ホテルコストを介護保険給付から外したため、収入が課税対象となった（三上裕司氏・日本医師会常任理事）」、「グループホームには経済的にゆとりのある人しか入れない。本当に必要な人が入れるようにしてほしいと、グループホームの職員の話があった。グループホームも補足給付の対象にすべき（河原四良氏・UIゼンセン同盟日本介護クラフトユニオン会長）」、「グループホームは生活保護受給者は入れるが、特養の個室ユニットに入れられないのはおかしい（橋本正明氏・立教大学教授）」、「補足給付を別制度にするのであれば、ワンストップサービスにすることが必要（栢田和平氏・全国老人福祉施設協議会介護保険委員会委員長）」等、補足給付を介護保険財源で行う現制度の変更を求める意見が相次ぎました。

療養病床の再編問題は、調査結果を踏まえ別途日を改め議論へ



厚労省は、介護療養型医療施設の転換が進まない中で、転換の促進をすすめたい思惑から、新たな施設類型「転換型特養」を新設し、医療法人にも設置を認めることを提案しました。しかし、各委員からは、「転換型老健と同様に転換型特養は、利用者の介護量、状態象は同じで、医師、看護師の配置の違いだけで、報酬が低くなって名前が変わっただけ。どこからこんな発想が出てくるのか疑問（三上裕司氏・日本医師会常任理事）」、「転換型特養は、転換型老健の時も議論になったが、ますます制度が複雑になる。介護保険 3 施設も、利用者が類似傾向になってきているのに、立ち止まって考えるべき（斉藤

正身氏・医療法人真正会理事）」、「特養は老人福祉法の施設なので、民間参入については分けた議論が必要（結城康博氏・淑徳大学総合福祉学部准教授）」、「いろんな類型を作って、あっちに行ったりこっちに行ったりと、入っている人を出したりできない。今の制度は、介護保険の中で医療がやられているのが実態で、病院が施設になっただけ」等、転換型特養の新設及び民間参入の厚労省の提案に対し批判が相次ぎました。

その他、「医療でやられている後始末を介護にではなく、医療の在り方も含めて検討すべき（井部俊子氏・日本看護協会副会長）」、「療養病床は、費用の問題でほとんど転換はすすんでいない。利用者はいつどうなるのか不安でいる（勝田登志子氏・認知症のひとと家族の会副代表理事）」、「日本全体で、DPC 病院等の病院全体の受け皿がどれだけ必要なのか、全体像を把握して必要な整備数を出すべき。また、特養の民間参入については、民間は赤字になっても人を切らずにやっていく覚悟はあるのか（川合秀治氏・全国老人保健施設協会会長）」等の意見が出されました。

現在、厚労省では療養病床の実態調査を行っており、調査結果を踏まえ別途、介護保険部会で議論を行う予定です。

療養病床の再編を巡っては、介護療養病床は2011年度末までに廃止をし、医療療養病床についても22万床（当初は15万床）まで削減する再編計画を、2006年に自民党・公明党政権が決定しました。昨年の総選挙で、民主党を中心とする政権に変わり、長妻厚労大臣は国会の答弁で、「今年の夏頃までに調査結果を取りまとめ、その結果を踏まえて議論をして、猶予ということも含めて今後の方針を決定していく」と考えを示しましたが、調査結果によっては廃止の方針は変えずに推進していく可能性があります。

お問い合わせは、「介護ウェブ推進本部」事務局：山平・名波まで

TEL 03-5842-6451 / FAX 03-5842-6460 / E-mail min-kaigo@min-iren.gr.jp