



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!

あと2回の審議で、介護保険法改正の基本骨格を取りまとめる方針 厚労省「社会保障審議会介護保険部会」(第34回)が開催(2010年10月7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」(部会長: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34回目の会合を開き、厚労省はこれまでの個別具体的な議論で出された意見を整理した資料を提示し、取りまとめの方向性等について議論が行われました。制度の拡充を求める意見と財源論から枠内での選択と集中を求める意見に分かれていましたが、大澤総務課長は、「11月までに取りまとめる方針の変更はしていない」と改めて強調し、あと2回の審議を経て11月には介護保険法改正の基本骨格が取りまとめられる予定です。

軽度者の切り捨てや生活援助を保険から外すことは絶対に許されない

取りまとめの方向性について、制度の拡充を求める意見では、「200万人を超える認知症の方と家族が人間らしく安心して暮らしていける改定になって欲しい。憲法25条に乗っ取って制度改正をすべき。介護保険部会では地域ケア研究会報告書に沿って議論がされているが、軽度者の切り捨てや生活援助を保険から外すことは絶対に許されない(勝田登志子氏・認知症の人と家族の会福代表理事)」と、憲法25条を基本に据えた取りまとめを望む意見や、「できる限り実現可能な内容とすべきであるが、財政的側面や政治情勢を考えると課題が山積している。本部会の議論の段階では、例えば、おカネがないからサービスを抑制するといった実行性のみの議論ではなく、介護現場はこれだけのサービスが必要であるといった提言的なスタンスも重要である。その意味では、どうしても各論で結論に至らない場合には、両論併記的なまとめ方もありうる(結城康博氏・淑徳大学総合福祉学部准教授)」と、サービス抑制の論理ではない取りまとめの必要性も指摘されました。



逆に、「財政運営戦略の決定は重たいもので、制度を拡充したいのであれば、お金をどこから持ってくるのかを併せて考えないといけない。また、(第5期)介護保険料は平均5,000円になると資産しているが、総報酬制に移行する等、高所得者からより多く取り、低所得者は上がらないようにするといった方策もある(土居丈郎氏・慶應義塾大学経済学部教授)」、「今回は、政治で財政原則の枠がかけられた。子供手当に莫大な金を取られたばかりか消費税論議も封殺され、財源の確保ができないのが現実。介護保険制度を器として考え、その中に何を盛めるのか、サービスを入れるのかといった器を土台に考えないといけない。方向性としては、やれなかったことは次回の改正にまわし、照準をしばったまとめとすべき(岩村正彦氏・東京大学大学院法学政治学研究科教授)」、「社会保障全体を通じて安定財源を確保し、制度の拡充をすべき。医療と同じように自己負担3割を介護でも検討すべきで、総報酬制はその後のこと。年金、医療、子育ても含めて各制度をまとめてどうしていくのか検討が必要。成長戦略の雇用対策に逆行している(藤原忠彦氏・全国町村会長・長野県上川村長)」と、ペイ・アズ・ユー・ゴー原則に乗っ取り、財源の枠内で選択と集中による取りまとめの必要性や、財源の確保については、介護保険料の総報酬割りや、自己負担3割を提案する意見も出されました。

前回の改正から5年が経過し、良かったこと、悪かったこと、できなかったことを整理すべき

保険料負担の引き上げの考えに対し、「取りやすいところからとろうという考えは、2号被保険者からは理解は得られない。保険料の総報酬制は国庫負担の肩代わりをさせられるもので反対である。利用者が求めているものを調べて重点化すべき（小林剛氏・全国健康保険協会）、「財政ありきの議論は取るべきではないが、公費と保険料は分けて考えるべき。多くの費用負担者の保険料の水準がどうあるべきかを、両論で議論すべき。また、給付と負担のバランスを考えると選択と集中を考えるべき（天神敏門氏・健康保険組合連合会常務理事）」と、保険料負担の引き上げによる財源の確保ではなく、枠内での選択と集中による必要性が強調されました。



その他、大枠の方向性として、「前回の改正から5年が経過し、良かったこと、悪かったこと、できなかったことを整理すべき（木村隆次氏・日本介護支援専門員協会会長）」、「大きな議論をしている中で、政治的にお泊まりデイ等が入ってきて、このことで、財源が必要であるから、別のところを削ることになる。今何をすべきかと将来的にどうしていくのかを分けて検討すべき（柘田和平氏・全国老人福祉施設協議会介護保険委員会委員長）」と、前回改定から5年間の総括と、将来展望を見越した検討の必要性や、「見学してきたジュネーブのナーシングホームでは、寝たきりがおらず日本と生死観が違う。現在の痰の吸引や胃瘻を議論しないといけないのは日本だけ。また、北欧では夫婦間の介護はあるが、家族介護はなく、北欧をモデルとすることには無理があり、日本としてどうするのか考えるべき（葛原茂樹氏・鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療福祉学科特認教授）」と、家族介護が前提ではない北欧は参考にはならないといった意見も出されました。

日本看護協会が提案する、看護機能強化型の小規模多機能居宅介護に異論が相次ぐ



日本看護協会の齊藤参考人は、医療ニーズの高い人々に24時間の在宅療養支援を行うため、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を一体的に提供できるような、訪問看護・訪問介護・通所・宿泊・相談の多面的な機能を備えたあらたなタイプの創設を提案しましたが、異論が相次ぎました。

意見では、「制度が複雑化し簡素化への流れの中で、新たに類型を作ることは逆行している。経営者の視点から現実的に、研修体制、労務管理等、大きな規模の事業所でないと困難。これ以上、小規模の類型を作ってどうするのか。理想論ではなく現実論を考えるべき（川合秀治氏・全国老人保健施設協会会長）」、「看護と介護の連携ではなく、医療と介護の連携が必要なのだ。医療機能が必要なら、本来、診療所や病院等の医療機関に併設すべきで、そうでないと対応は困難。提案では質の担保や安全性は確保できない。新たな類型ではなく、有床診療所の空床をショートステイでの対応を拡充する等、解決策は他にもある（三上裕司氏・日本医師会常任理事）」、「小規模多機能居宅介護は、単独では経営的にも大変。特養、老健、病院等の本体に併設するようにすべき。特養のショートステイ機能を拡充するといった方策もある（柘田和平氏・全国老人福祉施設協議会介護保険委員会委員長）」と、新たなタイプの創設ではない設置基準の見直し等による対応の必要性が指摘されました。

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