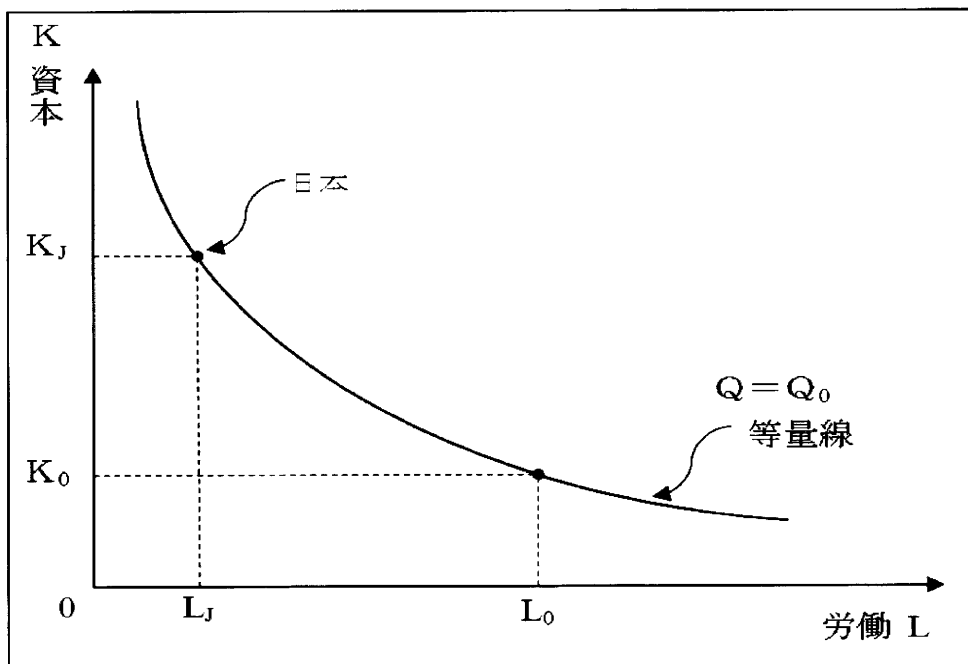


<図1-5>等量線と日本の位置に関する概念図



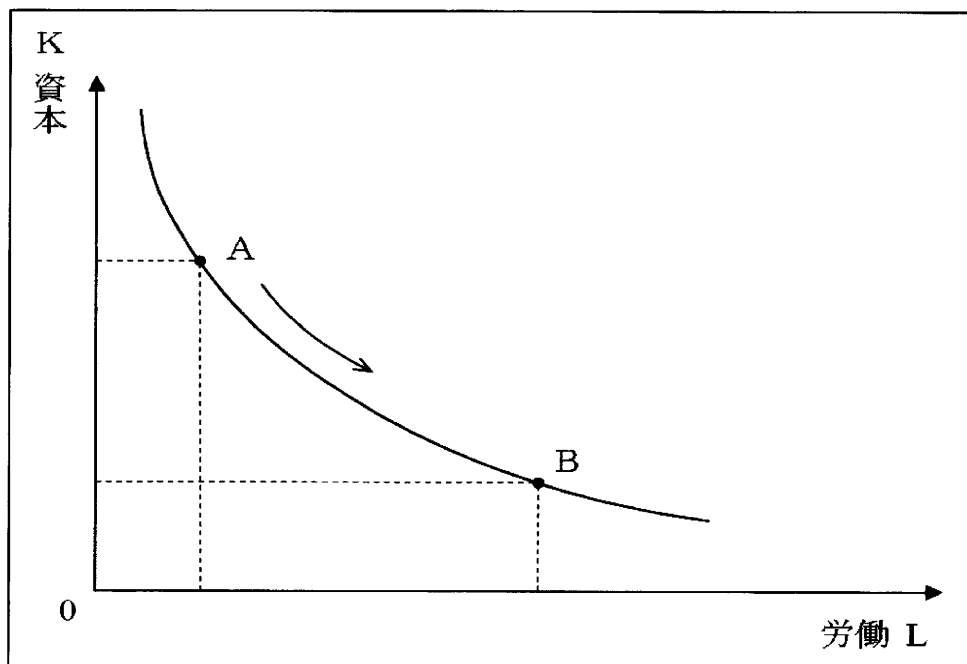
(2) 医療提供政策における3つの基本的な政策選択肢

以上のような等量線概念を用いて、近年におけるわが国の医療提供政策に関する3つの基本的な政策選択肢について検討してみよう。

①小泉構造改革

まず、第1は、いわゆる「小泉構造改革」である。今世紀初頭、小泉純一郎元首相の下で、「聖域なき構造改革」が重要な政策スローガンとして掲げられ、医療制度についても、2006年の健康保険法や医療法の改正を通じて、さまざまな「構造改革」が実施に移された。これを特に医療提供体制の改革の側面から捉えてみると、図1-6のように表すことができる。図1-6においては、同じ等量線の上で、日本の位置をAからBへ、すなわち、資本集約的な医療サービスの提供から、より労働集約的な医療サービスの提供へと移行させようとしたものと考えることができる。

<図1-6> 「小泉構造改革」の概念図



まず、医療費については、厳しい抑制策がとられ、2006年の診療報酬改定は、「史上最大のマイナス改定」と呼ばれるように、診療報酬本体 $\Delta 1.36\%$ 、薬価等まで含めたトータルでは $\Delta 3.16\%$ という大幅なマイナス改定が実施された。その結果、2006年度の国民医療費は対前年度伸び率 $\Delta 0.0\%$ と、ほとんど前年と同じ水準にコントロールされている。このことは、図1-6において同じ等量線上の移動(A \rightarrow B)として表されている。

次に、「医療資本」については、積極的な病床削減政策がとられた。急性期病床については、在院日数の短縮を通じた病床削減が、また慢性期病床については、介護保険適用療養病床の(2012年における)廃止を含む療養病床の削減及び居住系サービス等への転換が打ち出されている。また、「医療労働」については、病床当りの人員配置をより手厚いものにしていこうという基本的な方向がとられている。代表的な政策として、2006年の診療報酬改定におけるいわゆる「7対1看護」の導入を挙げることができる。こうした資本の削減及び労働の拡充は、図1-6において、日本の位置をAからBの方向へ移動させるものである。

こうした「小泉構造改革」は、理論的には十分ありうる政策選択肢であると考えられる。医療費を厳しくコントロールしつつ、医療サービスの提供のあり方を変えていこうというのが、その基本的なメッセージであり、特に近年のような低成長経済の下では、1つの有力な政策選択であることは間違いない。しかしながら、こうした政策の実施については、大きな摩擦を伴

うことが容易に想像される。そして実際に2006年の医療制度構造改革は、医療現場に大きな摩擦と混乱をもたらした。こうした改革に伴う「痛み」をどのように考えるか、また、それにどのように対処するか、ということが、この政策選択肢についての最大の課題であろう。

②社会保障国民会議最終報告（医療・介護費用シミュレーション）

次に、「社会保障国民会議の最終報告」（2008年11月）においては、医療・介護政策の基本的な考え方として、「「選択と集中」の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化、医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築等を図る」といったことが述べられている。これ自体は、従来の医療・介護政策の基本的な方向性を踏襲したものであり、特段目新しいものではない。「社会保障国民会議の最終報告」における新機軸は、むしろその医療・介護費用将来推計（シミュレーション）にあるものと思われる。

このシミュレーションでは、将来の医療・介護サービス提供体制のあり方を「改革シナリオ」という形で展望しつつ、それぞれのシナリオについての費用を推計している。その際、「選択と集中」を進め、機能分化を推進する（たとえば、在院日数を短縮し、病床数を削減する）「改革シナリオ」は、従来であれば、それらを通じて「医療費適正化」ないしは医療費のコントロールを図るという政策目標と密接にリンクしていた（注6）。ところが、このシミュレーションにおいては、むしろそれとは逆の方向が示されていることに留意する必要がある。つまり、「選択と集中」や機能分化を進めるシナリオの方が、そうでない場合に比べ、医療・介護費用はより多くかかる可能性が高い、ということが示されているのである。

このことを表1-5で見てもよい。たとえば、表1-5の改革シナリオB3においては、2025年における「一般急性」病床については、平均在院日数9日、病床数49万床が想定されている。平均在院日数9日というのは、現在の一般病床の平均在院日数（18日台）の1/2の水準であり、表1-6に示したように、現在の欧米諸国並み（5.5日～7.6日）とまでは行かないが、かなりそれに近づいた状態であるといえる。また、病床数もそれに伴い、大幅な削減が見込まれている。従来であれば、こうした在院日数の短縮、病床数の削減を通じて医療費適正化を図る、というラインであったのが、ここではむしろこのB3シナリオが最も医療・介護費用がかかるシナリオであるということになっている。

なぜ、こうした「効率化・重点化」シナリオの方が費用がかかるのか、と言え、そこには少なくとも次の2つの要因が考えられる。1つは、在院日数が半減した急性期病床というのは、現在のような手薄な人員配置ではありえない、ということである。確かに病床数は削減されるが、病床当りの人員配置は現在を大幅に上回ったものとならざるを得ない。表1-3に示した諸外国の事例のように、病床当りでは現在の数倍の医療スタッフを集中的に投入した形での医

療サービスの提供が行われることが想定される。また、そうでなければ、9日というような平均在院日数は達成しがたいであろう。第2に、これだけ在院日数が短くなると、従来「入院」していた多くの患者が退院して、地域に出て行くことになる。これらの患者は（高齢患者の場合は特に）、退院後も一定の医療・介護ニーズを有しており、その「受け皿」が問題となる。表1-5においては、そのことは「在宅医療・在宅介護の推進等（施設から在宅・地域へ）」として、居住系・在宅介護利用者の増加、さらには医療・介護従事者数の増加という形で示されている。つまり、在院日数の短縮及び病床数の削減のためには、それを支える病院及び地域の医

<表1-5> 社会保障国民会議最終報告・各改革シナリオの概要

		2025年		
		B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	急性期医療の職員58%増、 単価約1.5倍 (増加率や倍率は、現状及びAシナリオの一般病床対比でみた場合)	急性期医療の職員100%増 単価約1.8倍	高度急性 116%増/約2.1倍 一般急性 80%増/約1.6倍
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	居住系・在宅介護利用者 約37万人/日増加 (増加数は、Aシナリオの居住系・在宅介護利用者数に対する数)	居住系・在宅介護利用者 約43万人/日増加	(同左)
	認知症への対応	グループホーム、小規模多機能施設の充実 約95万人/日 (Aシナリオでは25+数万人/日)	(同左)	(同左)
	医療・介護従事者数の増加	全体で2007年の1.6~1.7 倍程度 (Aシナリオでは、2007年に対して1.4~1.5倍程度)	1.7~1.8倍程度	(同左)
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大、訪問診療の拡充等各種サービスの充実 各医療機関や介護サービス等の機能分化・強化、在宅医療・在宅介護の推進等のため、各サービス間の連携強化 など		
効 率 化 ・ 重 点 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	急性期: 平均在院日数12日 病床数80万床 亜急性期・回復期等: 75日 52万床 (Aシナリオの一般病床では、	急性期: 平均在院日数10日 病床数67万床 亜急性期・回復期等: 60日 44万床	高度急性: 16日/26万床 一般急性: 9日/49万床 亜急性期・回復期等: 60日/40万床
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	入院・介護施設入所者 約38万人/日減少 (減少数は、Aシナリオの入院・介護施設利用者数に対する数)	入院・介護施設入所者 約50万人/日減少	入院・介護施設入所者 約49万人/日減少
	予防(生活習慣病・介護)	生活習慣病予防により外来患者数約32万人/日減少 (対Aシナリオ)	(同左)	(同左)
	医薬品・医療機器に関する効率化等	伸び率として、2012年まで △0.3%、その後△0.1%程度 (伸び率ケース①の場合)	(同左)	(同左)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	病院医師の業務量△10%	病院医師の業務量△20%	(同左)

(出典) 社会保障国民会議ホームページ

<表1-6>G-7諸国の急性期病床の平均在院日数（2008年）

国名	平均在院日数
日本	18.8日
カナダ	7.5*
フランス	5.2
ドイツ	7.6
イタリア	6.7*
イギリス	7.1
アメリカ	5.5

*は2007年データ。日本は一般病床がとられている

(出典) OECD, OECD Health Data 2010

療・介護マンパワーの増加が必要であり、そのことは全体の医療・介護費用を増大させる可能性が高い、ということの意味しているのである。

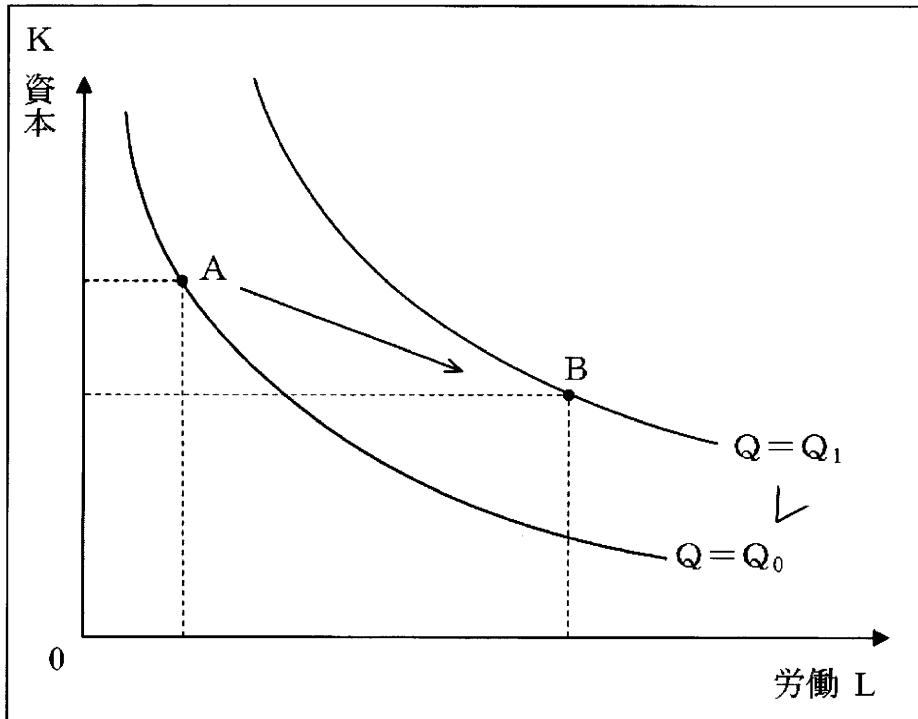
こうしたシナリオは、先進諸国における急性期医療の現状及び医療・介護費用の状況を勘案すれば、妥当性が高いものであると考えられる。特に、急性期医療の確立が、それとまさに裏腹の関係で、居住系サービスを中心とした在宅医療、在宅介護の大幅な拡充と「対」になっているということに留意する必要がある。

こうした社会保障国民会議・最終報告の「改革シナリオ」を、等量線を使った概念図で示すと、図1-7のようになる。図1-7においては、小泉構造改革と同様に、現在の資本集約的な医療提供体制のポジション（A点）から、より労働集約的なポジション（B点）への移行が図られている。ただし、小泉構造改革とは異なり、その移行が同時に等量線のシフト（ Q_0 から Q_1 へ）を伴っているという点に留意する必要がある。すなわち、この移行は、同時に医療（介護）費用の増大を伴っている（ $Q_0 < Q_1$ ）のである。

こうした社会保障国民会議・最終報告において示された「改革シナリオ」は、「小泉構造改革」に比べると、より摩擦の少ない、現実的な政策選択肢であるといえる。全体の医療・介護費用の増大を容認する中で、医療提供体制の効率化・重点化を図っていくというシナリオは、十分実現可能な改革の方向であろう。問題は、こうした医療・介護費用増大の財源をどのようにしてまかなっていくのか、という点にある。社会保障国民会議は、この点については、明らかに消費税増税によって対応することを提言しており、議論としては一貫性があるといえる。ただし、財源としての消費税増税の妥当性及び実現可能性、さらには、保険料等も含めた財源のあ

り方については、さまざまな議論がありうるであろう（注7）。

<図1-7> 社会保障国民会議最終報告・改革シナリオの概念図



③ 民主党を中心とした現政権における医療政策

2009年9月に歴史的な政権交代が実現し、民主党を中心とする新政権が発足した。新政権は、戦後ほぼ一貫して政権の座にあった自民党を中心とする前政権の政策をさまざまな局面において変更しようとしているが、医療政策については、表1-7に示したような事項が重点施策として、マニフェストその他に掲げられている。

これを見ると、全体として、医療費を増大させる方向が打ち出されており、新政権下初の改定となった2010年4月の診療報酬改定においては、10年ぶりにトータルの改定率がプラス(+0.19%)に転じた(注8)。また、表1-7に掲げられた項目のいくつか(③、④、⑤等)については、当該診療報酬改定の中でも取り上げられており、全体として労働投入をこれまで以上に比べ手厚くしていく方向が打ち出されている。一方、病床数については、⑩に見られるように、「小泉構造改革」にブレーキをかける内容となっており、あまり積極的に病床数削減や病床転換を図ろうとする姿勢は見られない(注9)。

<表 1 - 7>新政権の医療政策における主要事項

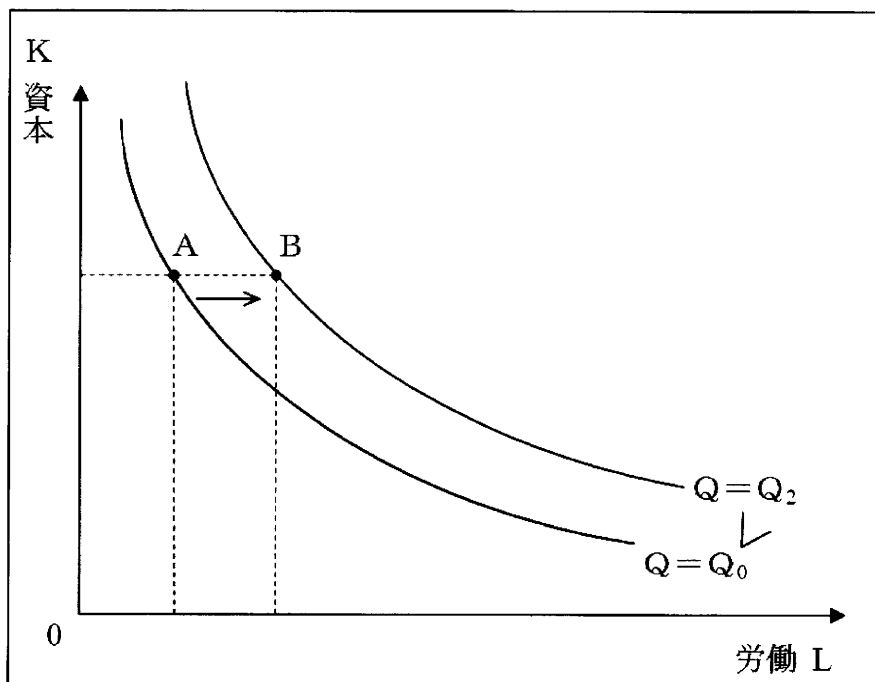
政①医療費の先進国並みの確保 (対 GDP 比)
②後期高齢者医療制度の廃止
民③医療従事者等の増員 (医師養成数 1.5 倍等)
民④医療従事者増員に対する診療報酬増額 (入院)
民⑤救急、産科、小児、外科等の医療提供体制の再建 (医療計画の見直し)
民⑥無過失補償制度の拡大、公的制度化
民⑦国立大学付属病院等の再建 (病院運営交付金の回復)
⑧速やかなインフルエンザ対策
民⑨がん、肝炎等についての患者負担の軽減
民⑩当面、療養病床削減計画を凍結

<注>政：連立政権政策合意のみ 民：民主党マニフェストのみ 無印：双方共通

こうした新政権における医療政策の基本的方向性について、等量線を使って概念図で示すと、図 1 - 8 のようになる。すなわち、医療費の増大をある程度容認する (ただし、前述の社会保障国民会議・最終報告ほどではない) ことから、図 1 - 8 において、等量線は Q_0 から Q_2 へと上方シフトしている ($Q_0 < Q_2$)。また、労働投入を手厚くすることから、B 点は A 点よりも右側に移動している (労働投入 L の拡大)。その一方で、病床等医療資本については現状を積極的に変えるという意識が乏しいように見えることから、結果的に A 点から B 点への移動は、図 1 - 8 に示したように、「平行移動」となっている。

こうした現政権における医療政策の問題点は、何よりも、こうした政策によって、現在のわが国の医療・介護が当面する諸課題のうち、何をどのように変えようとしているのか、そのゴールが明確に見えてこないという点にある。たとえば、仮に図 1 - 8 において A 点から B 点へ移行したとして、そのことが医療・介護サービスを受ける国民の側から見て、どういったプラスがもたらされるのか、何が効率化され、何がよくなるのか、といった点が全く明らかではない。居住系サービスとの関係も、基本的に既存の病床を温存する中では、必ずしもその拡充を目指しているとも思えない。今後一段と進む少子・高齢化の中で、中長期的な医療・介護提供体制のあり方について、明確なビジョンを示す必要があるものと思われる。

<図1-8> 民主党を中心とする新政権の医療政策の概念図



5. 結論

本研究においては、「居住系サービス」をめぐる諸問題について、さまざまな観点から検討を加え、一定の政策提言を行うことを目的としている。3年間を予定している研究期間の1年目である本年においては、第2章以下に示されているような基礎的な調査研究及びデータ収集等を行った。

近年のわが国の医療・介護政策は、長期的な方向としては、社会保障国民会議の最終報告が示しているように、「選択と集中」や「重点化」、「効率化」、さらには「機能分化と連携」を進める方向にあるものと思われる。このことは、一方で本格的な急性期・高密度医療の確立を意味するとともに、他方では「居住系サービス」を含む在宅医療・在宅介護の大幅な拡充を意味しており、両者は密接不可分の関係にある。全体として、すでに欧米先進諸国がたどってきた道を、わが国も遅まきながら追求しようとしているといえる。

しかしながら、短期的には、当面、特に療養病床の取り扱いをめぐる、政策的な動揺及び混乱が見られる。このことは、上述したような長期的な改革の基本的方向には逆行する一種の「揺り戻し」であると考えられる。医療・介護サービス提供体制の改革は、財源政策の問題以

上に直接的な利害関係者が多く、コンセンサスの形成が困難な問題であるといえる。実際のサービス提供者に対して、その事業転換や事業廃止を求めることには大きな抵抗や摩擦が伴うのは当然である。しかしながら、この問題に関する究極的なステーク・ホルダーは、あくまでもサービスを受ける国民であることを忘れてはならない。どのようなサービス提供を国民は望んでいるのか、そのためにはどのような提供体制を構築する必要があるのかが、第1の関心事項でなければならない。本研究においては、こうしたサービスを受ける国民の立場に立って、内外の調査研究成果等を踏まえつつ、世界一の少子・高齢社会であるわが国にふさわしい医療・介護サービス提供体制のあり方に関して、特にその一翼を担う重要な存在であると考えられる「居住系サービス」のあり方を展望することを目指している。

その際、基本的な発想としては、**Aging in Place**（その人にふさわしい適切な場所での老後の暮らし）ということが重要であろう。病院への「入院」や施設への「入所」といった **institutionalization** が必要な場合があったとしても、それはあくまでも「例外」と考えるべきであって、「原則」は、やはり広い意味での「居宅」、「在宅」での暮らしであり、「終の棲家」であるべきだろう。「居住系サービス」は、北欧諸国や米国における **Assisted Living Services** 等がそうであるように、居宅、在宅の一環として、**service house**（虚弱な高齢者（**the frail elderly**）に対してハウジングと必要な種々のサービスを同時に提供する住宅）であることが求められる（注10）。次年度以降の調査研究を通じて、日本型の **service house** のあり方について、さらに具体的なイメージと政策の方向性を探っていくこととしたい。

<注>

（注1）「社会的入院」をめぐる諸問題については、印南（2009）を参照。

（注2）以下の記述は、基本的に尾形（2009）に基づき、データ及び記述の更新を行ったものである。

（注3）たとえば、Folland, Goodman, Stano（2010）P317を参照。

（注4）近年、マスコミ等で大きく取り上げられてきた、いわゆる「医療崩壊」現象の主要な背景として、こうした極端に労働節約的な医療サービスの提供が限界に来ていることがあるものと思われる。「医療崩壊」については、小松（2007）を参照。

（注5）医療生産関数及び等量線分析については、Folland, Goodman, Stano（2010）等を参照。

（注6）たとえば、2006年の医療制度構造改革によって導入された「医療費適正化計画」においては、在院日数の短縮が、「医療費適正化」に当たっての重要な目標とされている。

（注7）筆者自身は、医療費増大の財源としては、むしろ保険料の引上げを考えるべきである

という意見である。その理由としては、第1に、消費税は（その引き上げ幅にもよるが）、優先順位としては、年金（基礎年金）や福祉、子ども手当等の財源に充当される可能性が高いという現実的な判断があること、そして第2に、わが国の国民医療費総額に占める保険料のシェアは、ここ数年50%を割り込んでおり（平成20年度で48.8%）、国際的に見てまだそれほど高い水準ではなく、引上げの余地が十分あると考えられること、が挙げられる。ただし、保険料を引き上げるに当たっては、その前提として、低所得者の急激な負担増を抑えるため、国民医療費の37%以上を占めている公費の傾斜配分を強めることが必要であると考えている。

（注8）ただし、表1-7中、①については、今日のような「デフレ経済」の下ではあまり意味のある目標とは思われない。医療費総額は、近年、自然体では（すなわち診療報酬改定や制度改正がなければ）、年率で3%程度伸びる傾向がある。GDPがマイナスないしはゼロ成長の場合、何をしなくても数年後にはOECD平均並みの対GDP比医療費（9%前後）が容易に実現されることになる。

（注9）その後、介護保険法改正（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称））が検討される中で、「介護療養病床の廃止期限の猶予」（民主党介護保険制度改革WT提言では「廃止を3年間延長」とされている）が取り上げられている（全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料（2011年2月22日））。

（注10）service house という概念については、Zimmerman, Sloane, Eckert（2001）P57を参照。

<参考文献>

印南一路（2009）『「社会的入院」の研究』東洋経済新報社

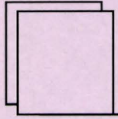
尾形裕也（2009）「医療サービス提供のあり方の改革」 田近栄治・尾形裕也編著『次世代型医療制度改革』ミネルヴァ書房 P51～P78所収

小松秀樹（2007）『医療の限界』新潮新書

Folland, Goodman, Stano（2010）, *The Economics of Health and Health Care*, sixth edition, Prentice-Hall

OECD（2001）*OECD Economic Surveys : Japan 2001*, OECD, Paris

Sheryl Zimmerman, Philip D. Sloane, J. Kevin Eckert ed.（2001）, *Assisted Living : Needs, Practices, and Policies in Residential Care for the Elderly*, The Johns Hopkins University Press



2. 「居住系サービス」に関する政策の動向

2. 「居住系サービス」に関する政策の動向

1. 目的

「居住系サービス」については、すでに政府の各種審議会等の場において、近年一定の議論の蓄積がある。本研究を進めていく上で、それらは研究の前提となるべきものである。本章においては、国の審議会、研究会等で扱われた、高齢者を対象とした、施設、居住系サービスに関する議論の内容を収集・整理し、居住系サービスに関する政策動向について検討するための基礎資料を作成した。

2. 方法

- ◆ 高齢者向け施設、居住系サービスに関してどのような議論が展開されてきたかについて、文献（会議）ごとのアブストラクトを作成した。
- ◆ 検索対象は、厚生労働省、国土交通省、内閣府のホームページ上の審議会データベースに掲載されている情報をもとに整理を行った。
- ◆ 収集した情報の中には、障害者を対象とした居住系サービスの記述も含まれていたが、今後の検討材料として、高齢者以外を対象とした検討についても整理の対象とした。

調査対象審議会	所 管
社会保障国民会議	内閣府
社会保障審議会 医療部会	厚生労働省
社会保障審議会 介護保険部会	
社会保障審議会障害者部会	
安心と希望の介護ビジョン	
安心生活創造事業推進検討会	
全国厚生関係部局長会議	
高齢者居住安定化モデル事業	
高齢者等居住安定化緊急促進事業	
あんしん賃貸支援事業	
平成 22 年度高齢者等居住安定化推進事業	
住生活基本計画（全国計画）（平成 18 年 9 月閣議決定）	
高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成 13 年法律第 26 号）	
高齢者の居住の安定確保に関する法律等の一部を改正する法律（平成 23 年 2 月閣議決定）	
社会資本整備審議会 高齢者が安心して暮らし続けることができる住宅政策の在り方	

3. 結果

(1) 要 旨

開催 年月日	会議名・論点
平成 10 年 1 月 21 日	<p>「全国厚生関係部局長会議」</p> <p>◆高齢者向け民間サービスの健全育成等について</p> <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者の生活福祉に係る多様かつ高度な要望に応えるためには民間サービスの発展が不可欠。 ・ 民間事業者の委託の推進、過疎地域等在宅保健福祉サービス推進試行的事業の実施、都市部等住民参加型在宅保健福祉サービス推進試行的事業の実施。 ・ 有料老人ホームに対しては届出制、指導指針、政策融資等により健全育成を図る。 ・ 居住機能と生活サービス提供機能の組合せによる、高齢者向けケア付き居住施設が供給されるようになっている。そのため、情報開示を進めることを目指す。
平成 10 年 6 月 19 日	<p>「有料老人ホーム等のあり方に関する検討会」</p> <p>◆ 類似施設を含めた有料老人ホームに対する今後の施策のあり方について</p> <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 平成 10 年度から高齢者向け優良賃貸住宅制度を創設。供給主体の判断により、食事提供や介護サービス等を組み合わせることができる。 ・ 住宅（公共住宅で生活援助員による援助が提供されるシルバーハウジング）と有料老人ホームとの差が小さくなってきており、機能や役割の違い、体系が分かりにくくなっている。 ・ 有料老人ホームと高齢者住宅施策の連携、役割分担を明確にしておくことが求められている(法整備も含め体系化が必要)。
平成 10 年 7 月 13 日	<p>「医療保険福祉審議会 第 12 回老人保健福祉部会」</p> <p>◆ 居宅サービス費等の支給限度額管理等について</p> <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 有料老人ホームの許可届出をしていない高齢者の集合住宅がある。介簡易宿泊所の許可だけで営業している施設が多数みうけられる。
平成 11 年 1 月 14 日	<p>「医療保険福祉審議会 老人保健福祉部会・介護給付費部会」</p> <p>◆ 介護保険施設等の運営に関する基準等について</p> <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1984 年にイギリスで居住施設の設置・運営基準が公布されたとき、個人の選択、自由について記述されていた。苦情処理、地域との連携で住民参画が活かされればよい。サービスの質に関しては、利用者の意思の尊重を明記して欲しい。 ・ 療養型医療施設は、生活の場への復帰という方針がなく、介護保険が社会的入院の増大の反省のもとに創設されたことが活かされていない。
平成 14 年 10 月 28 日	<p>「第 15 会 社会保障審議会 介護給付費分科会」</p> <p>◆ 介護報酬について（訪問介護、居宅介護支援等）</p> <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険は、在宅と施設の二分にこだわる必要はない。将来的には、在宅と施設の間に現在の特設施設が入るような第三のカテゴリを作るべきではないか。 ・ グループホームは、在宅か施設か位置づけが不明確である。

開催 年月日	会議名・論点
平成 14 年 12 月 10 日	<p>「社会保障審議会 第 8 回介護保険給付費分科会」</p> <p>◆ 事業者団体ヒアリング</p> <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ グループホームは、実態として終の棲家となっているのではないか。 ・ 今後、生活（支援）中心のグループホームと、介護（支援）中心のグループホームに分かれていくのではないか。一度入所した高齢者は、他に移って病状が悪化することを最も懸念している。慣れたところに住み続けられることが宝である。 ・ アパートに高齢者を詰め込み、在宅とする宅老所まがいの事業所に対する規制が必要である。
平成 15 年 7 月 7 日	<p>「社会保障審議会 第 2 回介護保険部会」</p> <p>◆ 介護保険制度の運営状況の検証</p> <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護度の軽い高齢者は、通う、泊まる、訪問を受ける、住むといったものを一体的に提供する、小規模多機能ホームを制度に位置づけるべき。 ・ 在宅重視の中には、施設入所者も在宅サービスによってケアできるようにすべきという考えがあった。施設から在宅への流れが起きないなら理由を検証すべき。 ・ 住宅施策に対する公的資金の導入方針について論ずるべきである。
平成 17 年 1 月 20 日	<p>「全国厚生労働関係部局長会議」</p> <p>◆ 平成 17 年度の高齢者保健福祉施策の展開について</p> <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険制度の新たなサービス体系として、居住系サービスの充実に取組む。そのために、介護を受けながら住み続けることができるケア付き居住施設の充実を図り、入居者保護の観点から有料老人ホームを見直す。
平成 17 年 2 月 21 日	<p>「第六次看護職員需給見直しに関する検討会」</p> <p>◆ 需給見通しの策定方針</p> <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療が進んでおり、看護職員の療養生活支援の専門家としての役割が重要。高齢者については居住系サービスの充実を図るべきであり、ケア付き住宅施設は介護サービスの外部利用も可能にするなど様々な形態を認めるべきであろう。
平成 18 年 1 月 26 日	<p>「社会保障審議会 第 39 回 介護給付費分科会」</p> <p>◆ 平成 18 年度介護報酬等の見直しに係る諮問</p> <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外部利用型特定施設入居者生活介護費の創設は、劣悪な環境でケアがなされないよう、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅といった一定以上の施設が対象となっている。 ・ グループホーム、有料老人ホーム、居住系のサービスについては、要支援には介護報酬をつけるべきではない。外部の在宅サービスを利用するという形にすべきであろう。 ・ 現在は、介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設の三施設の利用者像には大きな違いがない。三施設のあり方について、機能再編も含めて検討すべきである。

開催 年月日	会議名・論点
平成 18 年 1 月 20 日	<p>「社会保障審議会 第 22 回 医療部会」</p> <p>◆ 療養病床の再編に伴う医療法施行規則の見直しについて</p> <p>〔論 点〕</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護給付費分科会では、介護施設は将来的に在宅復帰機能もしくは生活重視の形の施設を中心に考えていくべきと議論されている。療養病床は、現状このような状況になく、一度基本的なところから検討し直すべきではないか。
平成 18 年 2 月 9 日	<p>「社会保障審議会 第 30 回 障害者部会」</p> <p>◆ 障害者自立支援法の施行準備状況について</p> <p>〔論 点〕</p> <ul style="list-style-type: none"> 障害者自立支援法の移行時支援措置に関する課題として、①サービスの質と責任関係が不明確（外部からのホームヘルプが認められている）、②多数の長期間入所・入院者が存在（グループホームと他サービスがばらばらに提供、グループホームの整備が不十分、③住居を単位とする小規模な事業運営（4人といった小規模単位でも運営できることを前提）。
平成 18 年 6 月 7 日	<p>「中央社会保険医療協議会 第 83 回 診療報酬基本問題小委員会」</p> <p>◆ 「自宅以外の多様な住居の場」における在宅医療の推進について</p> <p>〔論 点〕</p> <ul style="list-style-type: none"> 「自宅以外の多様な住居の場」における在宅医療の確保の観点から以下について早急に、検討する必要がある。①在宅時医学総合管理料を特定施設に在宅療養支援診療所の医師が訪問する場合は、末期の悪性腫瘍の患者以外でも算定できる取扱いとする。②外部サービス利用型特定施設（H18年4月新設）は、在宅時医学総合管理料、在宅患者訪問診療料が算定できる取扱いとする。③在宅時医学総合管理料と在宅末期医療総合診療料は、算定対象とする患者が入所する施設と特別の関係にある保険医療機関は算定できなかったが、在宅療養支援診療所は算定できることとする。（療養病床の再編の過程において、同一の主体が、医療機関と有料老人ホーム等を開設することも想定。）また、療養病床を有料老人ホームに転換する病院は、在宅療養支援診療所と同様の医療体制を有する場合にも、在宅時医学総合管理料について算定可能として取り扱う。 中長期的に検討すべきものとしては、①病院が在宅医療の中心的な役割を担うことも考えられることから、病院の届出を行うことも検討、②在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料は、医師または看護師が配置されている施設に入所している患者には算定できないことになっているが、常時対応困難な場合もあり在り方を検討すべき、③在宅末期医療総合診療料は、在宅療養支援診療所以外でも算定可能とすべき。
平成 18 年 9 月 19 日	<p>「住生活安定向上背景推進会議」（安心住宅空間創出プロジェクト）</p> <p>◆ 高齢者における安心住空間とは</p> <p>〔論 点〕</p> <ul style="list-style-type: none"> 自宅や地域に住み続けたい高齢者の希望に応え、高齢者にとって安心な住環境を整備するためには、住居・見守り・食事・医療・介護の5つの「安心」を確保。 他世代との「交流」を通じて新たなコミュニティ形成を目指すことが必要。 都市部の大規模な公的賃貸住宅団地（公営住宅、都市再生機構等の団地）のストックを活用。

開催 年月日	会議名・論点
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公的賃貸住宅団地を活用した安心住空間創出のための枠組みづくり。介護対応住戸や高齢者向け賃貸住宅、グループホーム等への住み替え支援、民間事業者等によるグループホーム、小規模多機能施設等の設置、民間事業者等による高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム等の設置など。
平成 18 年 12 月 15 日	<p>「社会保障審議会 介護給付費分科会」</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 我が国における高齢者住まい等の状況について ◆ 諸外国の施設・住まい等の状況について <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日本は高齢者の住宅施策が遅れているにも関わらず、介護保険事業計画の策定に際して、参酌標準によって、居住系サービスの供給量を制限してしまっている。 ・ 自宅でのターミナルケアは家族の負担等が課題となる。 ・ 療養病床と介護老人保健施設を一緒にするには、機能や人員配置に違いがあるため、根本的に医療の部分の見直しや考え方の変更が必要。 ・ オランダ、イスラエル、ドイツ、ルクセンブルクなど介護保険制度を導入している国の状況も参考にすべきである。 ・ 療養病床の転換を進めるにあたり、在宅療養支援診療所の設置、医師数、24 時間対応等の整備も検討すべきである。
平成 19 年 9 月 28 日	<p>「社会保障審議会 介護給付費分科会」</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 介護施設の在り方について、これまでの議論のまとめ <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設機能は、住まい・食事・介護・医療・見守りに分解できる。これらの機能をどのように確保していくべきか。 ・ 住まいの名称に関わらず、介護サービス、医療サービスの使いやすさは差がないようにすべきである。 ・ 施設であっても、地域ケアの一環として、必要に応じて外部サービスを導入することにはどうか。 ・ 特別養護老人ホームとはケア付き住宅なのか、低所得者のための福祉施設なのかなど、施設ごとの位置付けを踏まえた検討が必要である。 ・ 我が国の住宅政策の方向性の変化をにらみつつ、見守り機能を含めて高齢者の多様な住まいの在り方について考えていく必要がある。 ・ 高齢者の住まいの将来像に合わせたケアシステムを検討すべきである。 ・ リバースモーゲージ、持ち家賃貸などによる住み替え支援など、住宅ストックを活用した高齢者の住まい方を誘導する仕組みを考えるべきである。 ・ これからは「自己完結型」のケアではなく、様々な地域資源を組み合わせる利用する「地域内完結型」のケアに向かうべきである。 ・ 高齢者の生活の場である介護施設等において、ターミナル・ケアの在り方や最後の療養の場所について議論すべきである。 ・ 在宅療養を支えるため、病院・診療所や訪問看護系サービスが広く対応できる仕組みが必要である。 ・ 特別養護老人ホーム等における医療処置の必要性が高い方へのケアはどのようにすべきか。 ・ 介護職の医療行為の在り方や介護施設の職員配置の在り方について検討すべきで

開催 年月日	会議名・論点
	<p>ある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 住まい、施設であっても、医療サービスの利用において同じように地域医療を活用できるように制度変更していくべきである。 ・ 介護施設においてもサービス構造に応じて効率的、重層的保険給付体系としていくべきである。
平成 19 年 10 月 26 日	<p>「中央社会保険医療協議会 第 104 回診療報酬基本問題小委員会」</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 後期高齢者医療について ◆ 在宅医療等について <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 居住系施設を含む様々な施設等を利用している高齢者に、医療を外からどのように提供していくかが問題である。 ・ 高齢者が多く生活する施設の往診は手間がかからないので、適正な評価をすべき。 ・ 終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインについての評価が必要ではないか。 ・ 高齢者が多く生活する施設とは、①高齢者専用賃貸住宅、②グループホーム、③特定施設の 3 つの類型を想定している。介護保険施設はこの外にある。
平成 20 年 5 月 9 日	<p>「第 3 回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 精神保健医療体制について ◆ 精神疾患に関する理解の深化について <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神病床と居住施設の国際比較をすると、日本は病床がほとんどを占めている。 ・ 介護付き有料老人ホームは、行動障害が重くなると多くが精神科病院に行く。どのぐらいの行動障害になったら病院がいいのか、福祉施設の方でケアした方がいいのか。特養や有料老人ホーム、老健、グループホーム等の高齢者福祉施設、居宅系のサービスの実力、ケア技術の向上というのも一方で考えなければいけない。
平成 20 年 9 月 17 日	<p>「安心と希望の介護ビジョン」</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 安心と希望の介護ビジョンについて（有識者からのヒアリング） <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 集約型の施設に入った場合、それまで暮らしてきた人生が継続できない、住宅とは呼べないお粗末な環境がある。 ・ 自分のつくりあげたものが自分の人生である。その中にいかに粘り強く残るかということと、移った場合に速やかにもとの生活に戻る保障を作らなければならないことを表している。 ・ 小規模多機能型とセットで地域をみる仕組みを提供している。 ・ 在宅で一人暮らしをする際の不安解消方策は重要である。 ・ 特別養護老人ホームと小規模多機能型居宅介護が一括して地域単位ごとに提供できることが必要。（他のサービスは不要となる。）米国サンフランシスコでスタートした高齢者包括ケアプログラム（ペース）に非常に近いものである。 ・ 2015 年の高齢者介護に打ち出された方針の中で、特に大都市の近郊部の中間所得層を対象に「新しい住まい」が整備される必要がある。（先進諸国と比べても手薄い。）65 歳以上人口の 5%、世帯数でいうと約 100 万世帯分が必要である。（120 万

開催 年月日	会議名・論点
	<p>人から 150 万人分が手がついていない状況。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「高齢者住宅」を位置づけることが必要である。第 1 に、大都市近郊郊外に居住している高齢者リタイア世帯は、早めの引越しをして生活の便利なところに住み替えるという提案。第 2 に、1990 年代に市町村単位で人里離れたところに介護施設を設置したがそれを町中に戻すことが必要である。これが高齢者住宅の存在意義である。 ・ 高齢者住宅としてどういうものを考えてくのか。第 1 にアパートメント型のプライバシーが守られてサービスも利用できる「シニア・ハイツ」タイプ。第 2 に、女性の独居をターゲットにした、おしゃやれでコミュニケーションがとりやすい「シニア・リビング」。第 3 に、「シニア・ホーム」である。これらが継続して提供されることが重要。また新しいビジネスモデルを作ることも必要。 <p>「安心と希望の介護ビジョン」(平成 20 年 11 月 20 日)</p> <p>○地域の特性に応じた高齢者住宅等の整備～高齢者に対応した新しい街づくり～ 地域ごとの高齢化の度合いや地域住民のニーズなど、地域特性に応じた高齢者の住まいや終の棲家としての施設整備。</p> <p>※ 公的賃貸住宅のケア付き住宅化(生活支援サービスや介護サービスの付いた住宅)や、既存住宅のバリアフリー化の推進、社会インフラの整備、「早めの住み替え」を促す高齢者住宅やケア付き住宅の整備などを地域特性に応じて計画的に整備。その際、福祉政策と住宅政策との緊密な連携、ケアの質の確保という視点が必要。</p> <p>※ さらに、「高齢化がある程度進んでいる地方部」と「今後高齢化が急速に進む都市部」という視点だけではなく、都市部の中でも、「医療機関や商業施設等の社会的インフラが充実している街中」、「社会的インフラがある程度整っている大規模団地」、「街中から一步離れた新興住宅街」という視点を加えることが必要。</p> <p>○高齢者のみの「集住」とならず、地域に常に開かれた場として、多世代交流機能を持つ小規模の住宅や施設の整備</p>
平成 20 年 9 月 24 日	<p>「社会保障審議会 第 39 回障害者部会」</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域移行の促進 ◆ 「住まい」の場の確保 ◆ 地域生活に必要な「暮らし」の支援 <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 社会に受け皿のない自立困難な高齢者や障害のある方、特に要介護の受刑者の方々は、再犯率が非常に高く、再犯期間が非常に短い。再犯の原因は社会に受け皿がないことなので、地域移行が円滑に進むような施策で再犯を防げる。 ・ どういう事業を推進したら地域での生活支援が可能になるのかという対処療法よりも、相談支援機能の充実が大事であり、それがケアマネジメントを担える体制が必要。また地域への啓発も必要。今の自立支援法のサービス体系の中では、地域の関連するサービスの質と量が圧倒的に足りない。地域生活に必要な様々な支援をどう強化していくか考えるべき。地域移行を、人の援助など管理された生活からの解放と考え、その援助を段々少なくして本人主体の生活を描いていくという方向に進めていけば、将来性が見える。 ・ 地域移行では、当事者がどのような地域での生活を望むかとい自己決定権と選択権が重要で、それを保障するシステムが必要。

開催 年月日	会議名・論点
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が地域移行をためらう大きな理由は、地域生活を支える人材がきちんと確保されていないこと。
平成 20 年 11 月 27 日	<p>「社会保障審議会 第 46 回 障害者部会」</p> <p>◆ これまでの議論の整理</p> <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ グループホームやケアホームなど、空きがあったところと単独型という話も出ているが、居住部分で、地域生活支援事業に位置づけてある福祉ホームも空きがあった場合には使えるようにすべきではないか。
平成 20 年 12 月 26 日	<p>「社会保障審議会 第 63 回 介護給付費分科会」</p> <p>◆ 平成 21 年度介護報酬改定に関する委員の主な意見</p> <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行の人員配置基準の見直しの際には、グループホームや小規模多機能、特定施設等の居宅系サービスを含めて新たに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はないか。 ・ 平成 20 年介護事業経営実態調査結果によれば、介護報酬における地域区分の人件費比率については、訪問系サービスは 80%、通所・居住・施設系サービスは 60% とすべきではないか。 ・ 居宅療養管理指導について、高専賃の入居者も対象となっているのにほとんど利用されていないので、総量規制を図りながらも、利用が促進されるようにすべきではないか。
平成 22 年 3 月	<p>「地域包括ケア研究会」</p> <p>◆ 地域包括ケア研究会報告について</p> <p>【論 点】</p> <p>○2025 年に実現を目指すべき地域包括ケアのあり方：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域住民は、住居の種類（従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅（持ち家、賃貸））にかかわらず、おおむね 30 分以内（日常生活圏域）に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを 24 時間 365 日利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能。 ・ 高齢者が施設のケア体制に合わせて移動（例えば、入院→療養病床に転院→介護老人保健施設→自宅復帰→認知症になりグループホーム→重度化し特別養護老人ホーム等へ移動。）するのではなく、高齢期においても住み続けることが可能な住宅が整備され、その時々の高齢者の状態の変化に応じて必要かつ適切なケアを効率的に組み合わせるサービスが外付けで提供。利用者の状態の変化に応じた「住まい」と「ケア」の柔軟な組み合わせ。 ・ 持ち家へ居住困難な高齢者の持ち家の賃貸のため、住み替えの情報提供、相談、マッチング事業の実施。低所得者への家賃助成の実施。 ・ 病院と住まいの中間施設として位置づけられるリハビリテーションスタッフが重点配置された施設が整備。 ・ 従来型の介護保険施設である「ケアが組み合わせられた集合住宅」では、基本的な見守りと生活支援サービスが提供され、医療・介護・介護サービスは原則外部事業所から外付けで提供。家族がいない重症者は本人が希望すれば優先的に入居。

開催 年月日	会議名・論点
	<ul style="list-style-type: none"> ・ かつての大規模施設は建て替え時に日常生活圏域における小規模な拠点としてサテライト化が進行。サテライト型拠点施設は民家の改築などコストを抑えて整備。 <p>○地域包括ケアシステムに関する検討部会における提言</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供にあたっては、在宅サービスが優先であって、施設サービスは補完的なものという原則に立つべき。「在宅」は現役世代から住み続けている自宅に限定されるものではなく、介護が必要になっても住み続けることができる集合住宅などへの住み替えも含む広義の意味。 ・ 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、居住費に関する所得保障の仕組みを再編拡充すべき。
平成 22 年 5 月 31 日	<p>「社会保障審議会 第 25 回 介護保険部会」</p> <p>◆ 介護保険制度の現状について</p> <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢期にも住み続けることのできる住宅として、国交省所管の高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備ということが課題となり、持ち家のバリアフリーの推進も進めていかなければならない。
平成 22 年 7 月 5 日	<p>「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」</p> <p>◆ 現状と課題</p> <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特別養護老人ホームや障害者支援施設が医療的ケアを必要とする方を受け入れざるを得ない状況であるが、施設で今後もそういう形で受け入れていくのか、拡大していくのかどうかという政策的な方向性を明確にすべき。多くの人が在宅で生活できることを望んでおり、選択肢を拡げる方向を目指しているが、施設で生活するというをやむを得ず選ばれた方がこの施設でいいのかどうかも含めてしっかりと議論するべき。
平成 22 年 7 月 30 日	<p>「社会保障審議会 第 28 回 介護保険部会」</p> <p>◆ 今後の介護保険施設の機能や在り方</p> <p>◆ 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</p> <p>【論 点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設類型によって医療サービス等が規定されており、外部からの提供に制約がある中で、入居者の状態像の変化に合わせて、柔軟に医療サービスを提供できるようにすべきではないか。高齢者の住まいについて、国際的に比較して不足している中で、どのように供給を促進するか。サービスの付いた高齢者住宅において、医療、介護サービスをどのようにパッケージ化していくべきか。未届けの有料老人ホームがまだ相当あるが、入居者の保護をどう図っていくか。有料老人ホームと生活支援サービス付き高齢者専用住宅の整合性、わかりやすさをどう図っていくか。 ・ 施設の類型というのは、医療サービスあるいは介護サービスの内付けのサービスの濃淡によって類型化されていて、それに応じて必要な人が必要な施設に入っているはず。ところが、それぞれの施設の入所者が重度化しているということは、基本的には入所者と施設の類型がマッチしていないのではないか。基