

介護保険・障害者福祉の制限や負担増などの改悪に反対し、改善を求める署名

衆議院議長 殿
参議院議長 殿

年 月 日

〔請願主旨〕

介護保険制度の見直し時期を迎え、政府は第162通常国会に「見直し」法案を提出しました。今でも「利用料が高すぎて必要なサービスが利用できない」「生活を圧迫する重い保険料」「30万人を超える特養ホーム待機者」など、改善すべき問題は山積みしています。

しかし、政府の「見直し」法案は、国の負担を減らすために、介護サービスの利用を制限する、部屋代・食事を全額利用者負担にする、保険料を引き上げる、老人健診を介護保険制度に吸収するなど、国民の負担を増やし、高齢者・家族の不安をかきたてるものです。

同時に政府は、「障害者自立支援給付法案」を今国会に提出し、障害者の福祉制度の応益負担化や食費などの自己負担化を計画しています。

私たちは、国の責任で高齢者・障害者が安心して利用できるよう、国庫負担を増額して介護保険制度・障害者福祉制度を改善することを強く求めます。



国庫負担を大幅に増額し、下記の事項を実施すること

1. 保険料の減免制度をつくること、低所得者の利用料を3%とすること
2. 特養ホームなど、介護施設の部屋代・食費や通所サービス利用者の食費の全額自己負担化をやめること
3. 要支援、要介護1の方のヘルパー利用など従来の介護サービス利用を十分保障すること
4. 介護予防や老人健診などを介護保険化する計画をやめ、高齢者保健福祉施策として拡充すること
5. ヘルパーなど介護労働者の労働条件を国の責任で改善すること
6. 施設や居宅サービスの基盤整備を国と自治体の責任ですすめること
7. 障害者福祉サービスに応益負担や食費等の自己負担を導入しないこと。公費負担医療の1割負担化を行わないこと。

請願事項

氏 名	住 所

※この署名はコピーしてお使いください。

これでいいのか 介護保険

利用制限! 負担増!

contents

- 介護保険の大改悪——そのねらい……………1・2
- 軽度要介護者の介護サービスが……………3・4
制限される
- 施設利用 居住費・食費……………5・6
自己負担化と利用制限
- 保険料が5～6,000円に……………7・8
引き上げられます
- 高齢者の健診や福祉も「介護保険化」……………9・10
- 地域密着型サービスを新たに区分……………10
- 利用者に寄り添う介護がしたいが現実とは……………11・12
- 障害者支援費制度の「統合」は……………13・14
先送り、しかし…!
- ほんとにないの? 社会保障の財源……………15・16
- 誰もが安心できる介護保障をめざして……………17・18



だれもが安心できる 介護保障・障害者福祉を

発行：2005年3月1日刷

全国保険医団体連合会(保団連) 〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-5-5 新宿農協会館6階
TEL 03-3375-5121 FAX 03-3375-1862

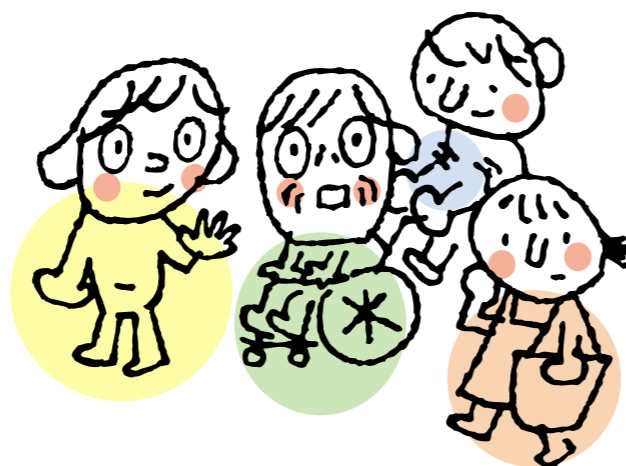
保 団 連

全国保険医団体連合会(保団連)
〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-5-5 新宿農協会館6階
TEL 03-3375-5121 FAX 03-3375-1862

取り扱い団体

介護保険の大改悪 — そのねらい

今でさえ「負担が重くて利用できない」、「いつまで待てば利用できるの（特養の待機者は全国で34万人以上）」の悲痛な声があるのに、政府・厚生労働省は、介護保険の大改悪法案を通常国会に提出しました。施設入所者の負担増は今年10月から、在宅サービスの制限は来年4月から実施の予定です。また、障害者の福祉サービスにも1割程度の自己負担を実施しようとしています。



とんでもない介護保険大改悪の中身を見てください。

政府の「見直しの視点」 **本音は** サービスの抑制と負担増

〈政府は今回の介護保険の見直しにあたって、3つの視点をかかげました。〉

- ① 制度の「持続可能性」をはかるため、「給付の効率化・重点化」を思い切ってすすめる
- ② 「予防重視型システム」へ転換する
- ③ 「社会保障の総合化」として、社会保障制度全体を効率的・効果的な体系へ見直す

〈具体的には以下のようなことをすすめようとしています。〉

- ① 軽度要介護者へのサービスが制限、または切り捨てられます。 → P 3 - 4
- ② 施設入所者の居住費や食費が全額自己負担になります。 → P 5 - 6
- ③ 保険料が5～6,000円に引き上げられます。 → P 7 - 8
- ④ 老人健診や福祉事業まで介護保険に吸収。 → P 9 - 10
- ⑤ 地域密着型サービスで基盤整備を自治体に丸なげします。 → P 10

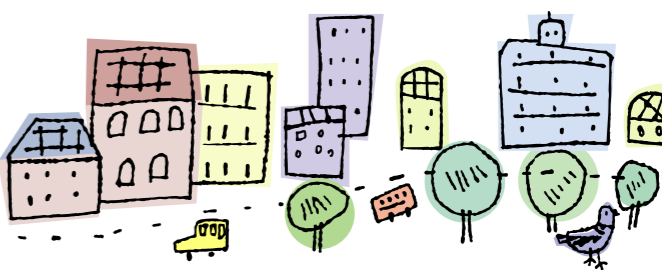
厚生労働省は今回の「見直し」にあたって、「保険給付の抑制」に最大の眼目をおいています。そこから軽度要介護者へのサービスの切り捨て、施設入所者へ

の居住費・食費の全額自己負担化などがすすめられようとしているのです。

介護保険は、給付されない部分（上限を超えた分など）を本人が自由に「買って」付け足せる制度（混合介護）です。切り捨てられたホームヘルプサービスなどは、本当に必要なら自分で「買え」というのが、今回の改悪のねらいのようです。

こうした「買う」対象に介護予防、老人健診や健康相談などの高齢者福祉・公衆衛生を組み込んでしまおうという計画も明らかになっています。「負担なければ給付なし」という保険制度の悪い面を高齢者福祉全体に広げようというものです。お金のあなして差別が生じるのでは、社会保障制度とはいえません。

3番目の「見直しの視点」では、「社会保障の総合化」のけん引役を介護保険が果たすといっています。小泉内閣がすすめる「構造改革」の一環として、高齢者福祉の「構造」を変えてしまう計画なのです。



では、「構造改革」がめざしているものは何でしょう。一言で言えば、「弱肉強食の社会づくり」です。この10年ぐらいの間に、社会保障制度にかぎらず、賃金体系など社会のあらゆるしくみが、「改革」されてきました。私たちの中にも「勝ち組。負け組」といった価値観が入り込んでいます。それは、お互いに人間として、命を大切にできない思想です。社会保障もそうした思想でつくり変えようというのが「総合化」という「改革」であり、介護保険にそのさきがけ役をさせようという計画なのです。

エッ!
老々介護
心中

77歳と76歳、施設入所で離ればなれ 一時帰宅中に…… 東京・大田の団地

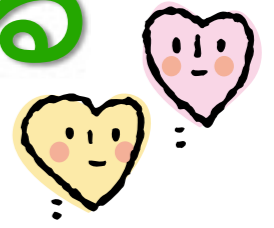
「ずっと一緒にいたかった」——足の不自由な夫、妻の介護限界

「東京都大田区の都営住宅で6月、死後1週間と見られるお年より夫婦の遺体が発見された。夫(77)は、入所していた特別養護老人ホームから一時帰宅中だった。自宅で暮らす妻(76)と夫婦離ればなれの生活を送っていた。室内には便箋に『ずっと一緒にいたかった』と書かれた夫婦連名の遺書が残されていた。警視庁蒲田署は、睡眠薬などを服用した心中とみている。介護保険制度が始まって5年。介護サービスが充実しているはずの大都会で、悲劇は起きた。以下、略」
昨年8月31日付けの「毎日新聞」の記事です。

この悲劇には、介護保険制度の矛盾が現れています。介護保険は、要介護状態になっても自宅(在宅)ですごせるようにというのが目的ですが、この夫婦は在宅に居られませんでした。利用料の負担が大きな原因と考えられます。また、特養にも夫婦二人で入れませんでした。



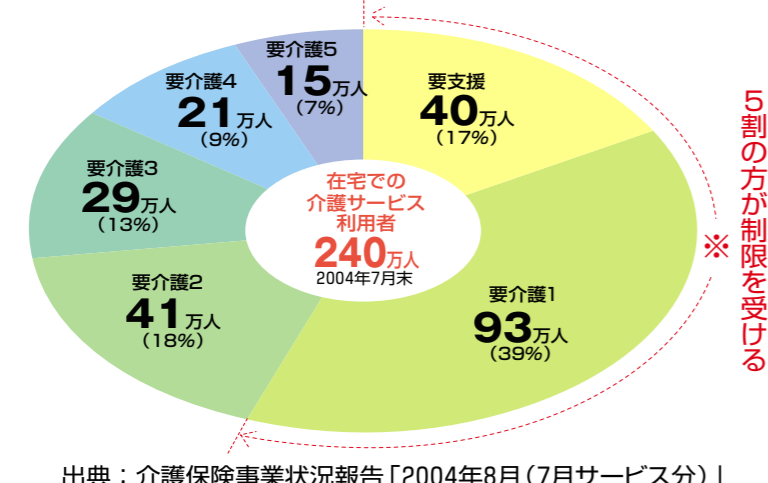
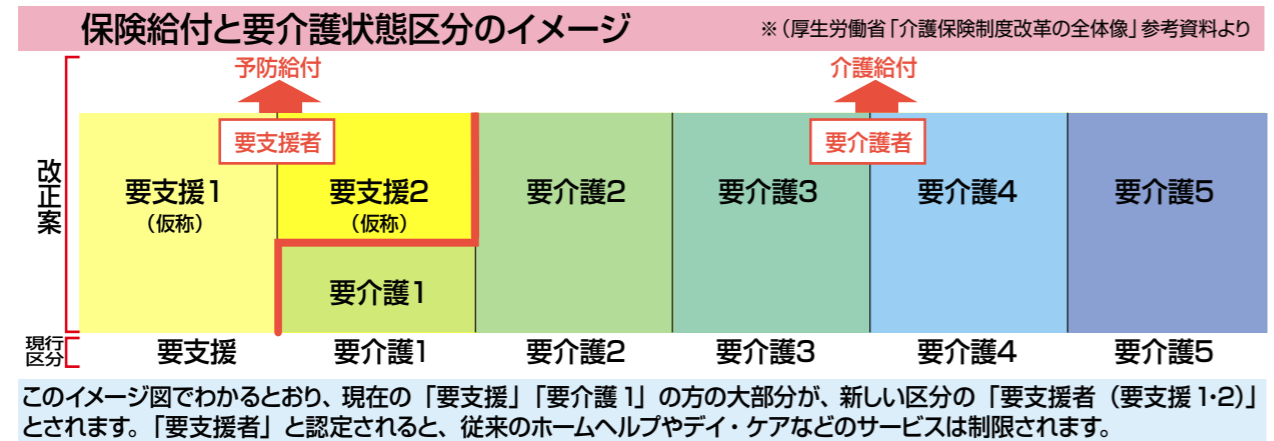
軽度要介護者の介護サービスが制限される



予防給付の創設

厚労省は、軽度要介護者（要支援、要介護1の利用者）のホームヘルパーやデイサービスの利用を制限しようとしています。介護保険で、軽度の要介護者が少しでも暮らしやすいように援助するホームヘルパーやデイサービスなどの利用が広がりました。居宅サービス利用者の5～6割が要支援、要介護1の利用者です。独居、老々世帯、痴呆性高齢者が多くをしめ、居宅サービスを利用することによって在宅生活を維持できている方が大半です。ところが厚労省は財政対策（費用の削減）を優先して、軽度者は「予防給付」だけしか受けさせず、ホームヘルパー等の利用を制限しようとしているのです。

在宅の方の多くが従来のヘルパーサービスを使えなくなります。



創設される 予防給付の内容

要介護認定の後に、「介護給付」または「予防給付」のいずれかに選別されます。「予防給付」を受けることが適当だと判断された者は、「予防給付」しか受けられず、施設への入所などはできません。

「予防給付」には、次の内容が予定されています。

- ① 介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）
- ② 介護予防訪問入浴介護
- ③ 介護予防訪問看護
- ④ 介護予防訪問通所介護（デイケア）
- ⑤ 介護予防訪問リハビリテーション
- ⑥ 介護予防通所リハビリテーション（デイサービス）
- ⑦ 介護予防短期入所生活介護・介護予防短期入所療養介護（ショートステイ）
- ⑧ 介護予防福祉用具貸与・特定介護予防福祉用具販売
- ⑨ 介護予防居宅療養管理指導
- ⑩ 介護予防特定施設入所者生活介護（有料老人ホーム等）
- ⑪ 介護予防認知症対応型通所介護
- ⑫ 介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- ⑬ 介護予防小規模多機能型居宅介護

※運動機能向上、栄養改善、口腔機能の向上の新規メニューは、地域包括支援センターの保健師がマネジメントし、デイサービスや居宅療養管理指導で実施する方向。

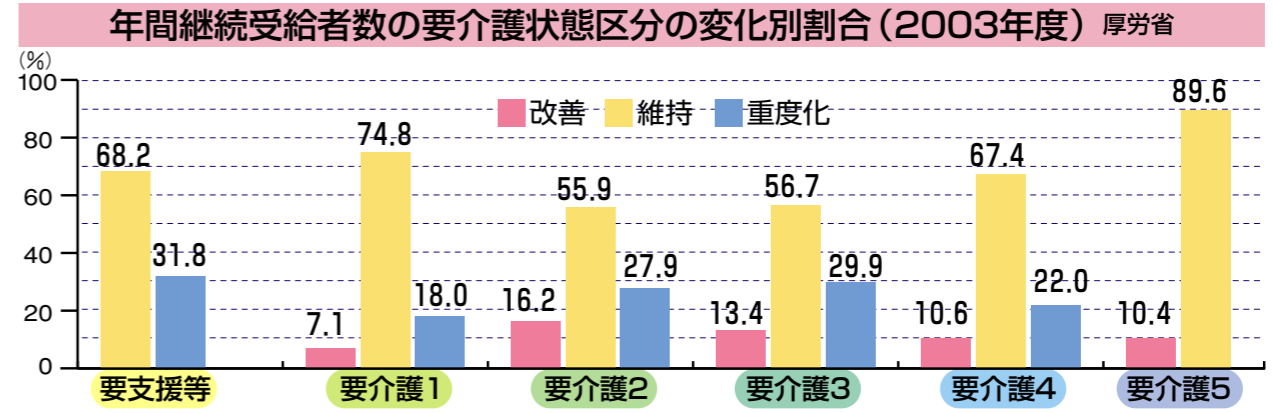
介護予防・自立支援は、後退が危惧される

「予防給付」の再編は、もともと軽度者への給付削減を狙ったものであり、厚生労働省は、その報酬を「介護給付」の3分の1程度に抑制する意向を示唆しています。低額な報酬のもとでは、ホームヘルプサービスなどの時間や回数は著しく制限を受ける可能性が大きく、介護予防や自立支援がむしろ後退するのではないか、おおいに不安です。

「軽度介護者が改善していない」のウソ

厚労省は、「予防重視型」に切り替える理由として、軽度の要介護者の介護度が改善していないことをあげています。「家事援助サービスが、介護者の自立しようという意欲をさまたげている」などともいっています。しかし、厚生労働省がまとめた「介護給付費実態調査報告」（2003年度分）では、他の介護度の者に比べ、要介護1の維持及び改善率は最も高く（82%程度）、重度化率は逆に最も低い（18%）との結果が出ています。（下図）

軽度者ほど現行の「介護給付」サービスによる予防効果が高いのです。 ※グラフで「要支援等」は、「改善」のデータが示されていません。これは、状態が改善すると認定から除外されるため、除外された数を加えれば「改善」「維持」の割合はもっと高くなります。



施設利用 居住費・食費 自己負担化と利用制限

2005年10月実施をねらう



居住費・食費を自己負担化 (年35万円も負担増) 保険料第3段階以上は青天井に

厚生労働省は、2005年10月から居住費・食費の全額自己負担化を狙っています。「終の棲家」ではない「老健」「介護療養型」まで「居住費」を負担することに。住民税課税世帯（現・保険料第3段階）の方は、自己負担する額に上限はなく、施設との契約できまります。

厚生労働省の資料によると、入所者1人当たり、年間34万7千円もの負担増になります。

対象施設		介護老人福祉施設(特養)			特養の場合のアップ額
		介護老人保健施設(老健)			
		介護療養型医療施設			
個人負担となる額(月)	住民税課税世帯(現・保険料第3段階)以上の方	右の金額はモデルにすぎず、施設と利用者の契約で料金を決める。(料金の上限なし)	個室	食費	3万4千円
			居住費	(6万円) + (4万8千円)	
	住民税世帯非課税(現・保険料第2段階)の方	年金収入80万円超266万円以下の方	個室	(5万円) + (2万円)	2万円
			大部屋	(1万円) + (2万円)	1万5千円
	生活保護受給者等(現・保険料第1段階)の方	年金収入80万円以下でそれ以外に所得がない方	個室	(2万5千円) + (1万2千円)	-2万円
			大部屋	(1万円) + (1万2千円)	-3千円
	その他	ショートステイ利用、通所介護、通所リハビリテーション等の食費も自己負担化	個室	(2万5千円) + (1万円)	
			大部屋	(0円) + (1万円)	

このほかに1割の利用料負担、雑費がかかります。
厚生労働省は、「本人の手元に年金が1万円ほど残るように設定した」と、ひどい説明をしています。

施設入所は要介護2以上に制限

介護保険3施設(特養・老健・介護療養型)、居住系サービス(介護付有料老人ホーム、痴呆性高齢者グループホームなど)への入所を1割程度減らすことを前提に、厚生労働省は、次のように入所を制限することを考えています。(表参照)

- 介護3施設、居住系施設入所を要介護度「2」以上の者に制限
- 介護3施設は、要介護度「4」と「5」の者が7割以上入所してなければならない。
- 個室の割合を大幅に増やす(個室では居住費も増えます)

介護施設整備計画の見直し

	平成16年度	平成26年度
施設・居住系の入所者の割合 (要介護2以上の全ての者に対する比率)	41%	37%以下 (平成16年度よりも1割引き下げ)
重度者への重点化 (施設入所者に対する要介護4,5の割合)	59%	70%以上
個室化の推進	●3施設の個室割合 12% ●特養個室割合 15%	50%以上 70%以上

34万人もの待機者がいるのに特養ホームは増やさない

厚生労働省は、「この見直しにより、今後の施設整備はゆっくりとすすむ」と説明しています。
特養ホームの入所待機者は、この5年間でふえつづけ、2004年には34万人を超えました。ところが国は、特養ホーム建設費の補助金を昨年から3分の2に削減しました。このため自治体では整備計画のメドが立たなくなる事態になっています。
介護保険見直しで、特養ホームなどの整備は一層おくれることになり、入所待機者の増大に拍車がかかってしまいます。

病院でも自己負担

介護保険で実施しようとしている居住費や食費の自己負担化を、医療機関の入院にも導入しようという計画があります。

保険料が5~6,000円 に引き上げられます

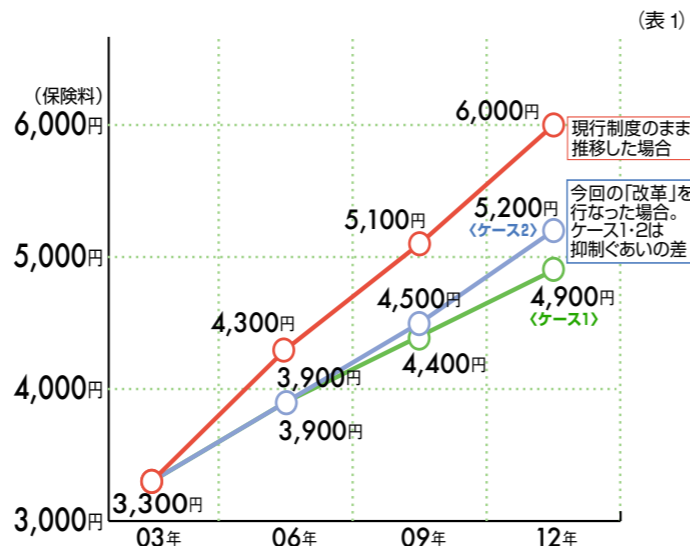
● 2006年は4,300円、2009年は5,100円と試算

厚生労働省は、人口の高齢化や介護サービス利用者の増加により、介護保険料が大幅に増加するとの試算をしています。(表1)

しかし、国庫負担を増やして保険料の軽減を図ることや、市町村間の保険料格差(約3.3倍)の解消の方向は何ら示されていません。

保険料(全国平均)	2004年 3,300円 (100%)
	2006年 4,300円 (130%)
	2009年 5,100円 (155%)

保険料の引き上げの要因には、老人保健事業、介護予防地域支え合い事業など公費で実施している高齢者の保健・福祉事業を、法「改正」で介護保険に吸収することも一因です。



● 保険料軽減措置はごくわずか

「改正」法では、保険料の減免規定を新設することについては、何も示されていません。

若干の改善点は、現・保険料第二段階を2つに区分し、年金収入が年80万円以下で他に収入のない者については、保険料基準額の「0.5」(従来は「0.75」)とします。(表2)

● 定率制の導入は禁止

厚生労働省は、低所得者への保険料軽減効果を高めるために、保険料段階区分を増やすことは認めています。

しかし、保険料の定率制の導入は、高額所得者に過度の負担を強いる可能性があるなどの理由から行うべきでないとしています。

保険料段階の新区分

現行		見直し後		(参考) 対象者見込数	保険料
第1段階	生活保護受給者等	第1段階	同左	約2%	基準額×0.5倍
第2段階	市町村民税・世帯非課税	第2段階	市町村民税・世帯非課税高齢者本人/年金収入が80万円以下であって、年金以外に所得がない者	約34%	
		第3段階	市町村民税・世帯非課税であって、第2段階に該当しないもの	新第2段階は、旧第2段階の約5割	0.75倍
第3段階	市町村民税・本人非課税	第4段階	同左	約39%	1.00倍
第4段階	市町村民税・本人課税(本人の合計所得金額が一定額(注)未満)	第5段階	同左	約13%	1.25倍
第5段階	市町村民税・本人課税(本人の合計所得金額が一定額以上)	第6段階	同左	約12%	1.5倍

注：200万円

● 特別徴収の範囲の拡大

介護保険料を天引きする特別徴収の対象に、遺族年金、障害年金を新たに追加しています。

● 老年者控除の廃止で、大幅保険料アップも

2004年以降の税制改革で「配偶者特別控除」「老年者控除」が廃止となり、公的年金控除額が120万円に引き下げられました。このため、市町村民税が非課税だった方(世帯)の中で、課税対象となってしまう方は介護保険料や国保の保険料が大幅アップとなります(表3 京都市の例)。

さらに、定率減税縮小・廃止が行われるならば、課税所得が増え、保険料アップにつながります。

国保料も介護保険料も大幅アップ 65歳、年金生活・妻と2人暮らしのケース

	今まで	2005年から
年金収入	2,560,000円	2,560,000円
公的年金控除額	1,400,000円	1,200,000円
①差し引き所得	1,160,000円	1,360,000円
配偶者控除	380,000円	380,000円
配偶者特別控除	380,000円	0円
老年者控除	500,000円	0円
基礎控除	380,000円	380,000円
②控除合計	1,640,000円	760,000円
①-②	-480,000円	600,000円
③課税所得	0円	600,000円
所得税	0円	60,000円
市町村民税	0円	35,000円
国保料	95,200円	329,350円
所得割(市町村民税×6.69)	0円	234,150円
均等割(35,500円×2人)	71,000円	71,000円
平等割(24,200円×1世帯)	24,200円	24,200円
介護保険料	69,600円	104,382円

(表3)

● 20歳までの範囲拡大は09年までに準備

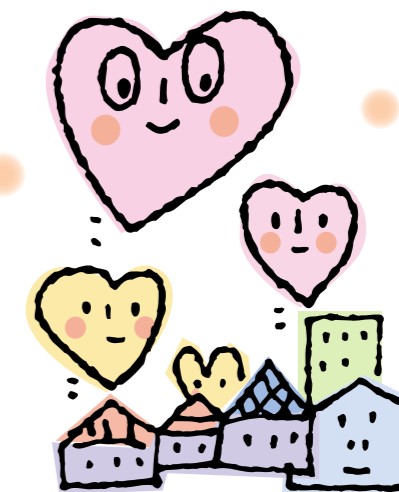
厚労省では、今回の見直しで介護保険の被保険者の範囲を40歳から20歳までに引き下げる計画でした。このために、障害者支援費制度との統合も検討してきました。

しかし、市町村や障害者団体、労働団体など多くの国民から反対が相次ぎ、2006年スタートをやめて、2009年までに準備を進める方向です。さらに財源として、2007年に「消費税の大幅引き上げ」も検討しています。

年金しか収入がないのに、また保険料引き上げかい!

さいわい丈夫で、介護の世話にはなっていないが、年金から介護保険料が天引きされるのは納得いかない。税金控除がなくなり、国保も介護も保険料アップは許されん。全くひどい「怪誤保険」だ。
(東京Aさん 68歳)

高齢者の健診や福祉も「介護保険化」



地域支援事業の創設

高齢者の施策は、介護保険事業だけではありません。各市町村は、老人保健法にもとづく保健事業、在宅介護支援センター運営事業、介護予防・地域支え合い事業の三つの事業を現在も行っていきます。今回の見直しではこれらの事業を介護保険に組み込む計画です。

介護保険の中に「地域支援事業」を創設するというのがその計画です。

市町村で行っている三事業は公費で実施されていますが、これを介護保険に組み込んで、財源に介護保険料をつぎ込む計画です。国の負担額はおよそ300億円以上減少、一方、介護保険料から新たに1000億円を負担します。

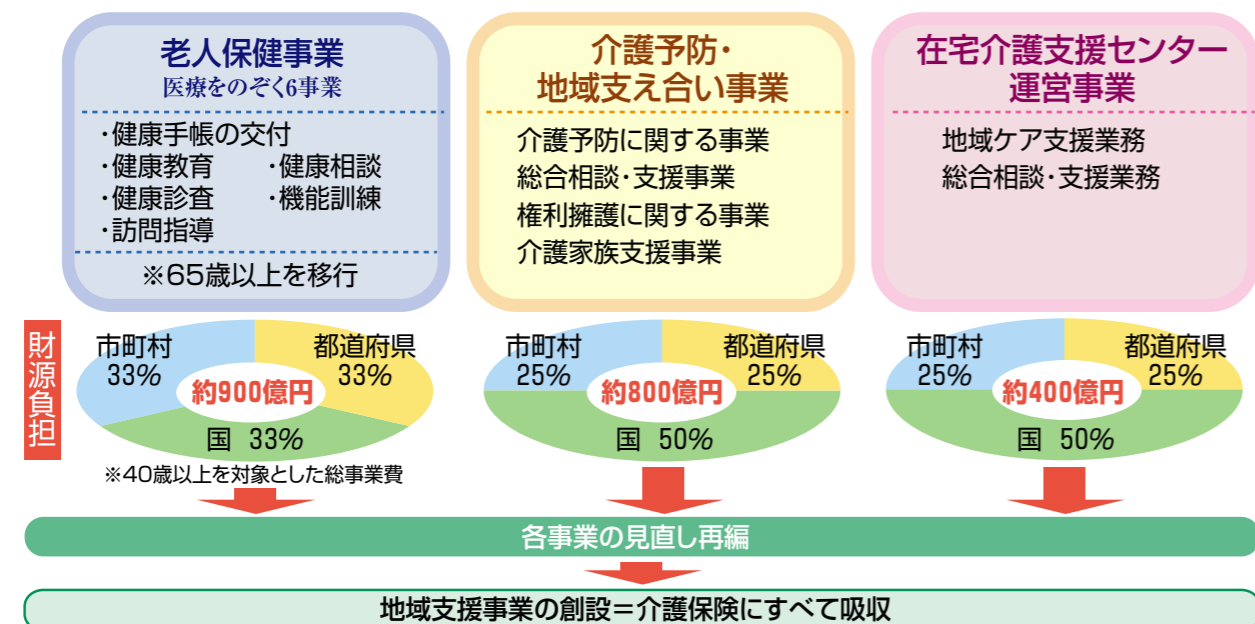
65歳以上については、「老人6事業(下図)」をそっくり介護保険に吸入してしまいます。老人健診や成年後見人制度利用支援事業など、どれをみても保険制度になじまないものばかりです。

保険料滞納者は老人健診も受けられなくなります。

● 3つの市町村事業を介護保険「地域支援事業」に再編

国庫支出減は300億円強、国民負担に転嫁

(全国介護保険担当課長会議資料04.11.10「地域支援事業(仮称)のイメージ案」をもとに作成)



介護保険になんでもかんでも投げ込むのは問題です。

老人健診も1割負担に?

● 地域支援事業の問題点

高齢者の健診や福祉事業が「地域支援事業」として介護保険に吸収されると、次のような問題点が生じます。

- 介護保険制度は利用者と事業者の契約が原則なので、高齢者の保健や福祉に対する国・市町村の責任が大幅に後退します。
- 老人健診、福祉事業などが1割負担となる可能性があります。
- 老人健診の受診率や福祉事業の利用が増加すると介護保険料値上げに直結するため、市町村が事業を手控える恐れがあります。その結果、老人健診の受診率(4割程度)がさらに低下しかねません。
- 介護保険料滞納者は老人健診や福祉事業の利用を制限されてしまいます。

地域密着型サービスを新たに区分

介護サービスを全国に共通する「一般的サービス」と、サービスの利用が市町村の圏域内にとどまる「地域密着型サービス」とに新たに区分します。

● 施設整備やサービス水準の格差が一層拡大

地域密着型サービスを行う事業所は市町村長が指定し、介護報酬の水準や事業所の基準も市町村長が定めてよいというものです。また、地域密着型サービスは、その町に住む被保険者しか介護保険がききません(他の町の方は、全額自費です)。

その結果、市町村の財政力などによって、施設整備やサービスの水準の格差が一層拡大する可能性があります。

● 地域密着型に区分されるサービス

痴呆性高齢者(認知症と改称)のグループホームなどは、地域密着型に区分されます。

- ① 夜間対応型訪問介護
- ② 認知症対応型通所介護
- ③ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
- ④ 小規模多機能型居宅介護
- ⑤ 地域密着型特定施設入所者生活介護(定員30人未満の有料老人ホームなど)
- ⑥ 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護(定員30人未満の特養)

利用者に寄り添う介護がしたいが現実にはヘルパーやケアマネなど介護労働者の現状と問題点

介護保険制度の改革の中で「サービスの質の向上」も上げています。しかし、その中身は情報開示や事業者規制の見直しなどが中心で、人材育成については「研修の充実」を強調しています。研修の重要性を否定するわけではありませんが、いま介護の現場に必要なのは、「一人一人に寄り添って介護したい。」「尊厳ある人生を送らせてあげたい」と願う介護労働者の思いに応えて、専門性を発揮するために職員を増員したり、処遇を安定させることです。

在宅介護の柱といわれるヘルパーは

「嬉しいと思う反面、辛いと思うことも多いけれど何故だかこの仕事は好き。でも経済面や事故などの不安が強い、精神面での負担がかなりあり、ゆとりの気持ちが必要なヘルパーの仕事は何十年と続けるのは難しいと思う」「人間の生活の自立を支援するという大切な仕事だと思うが、賃金が不安定で、移動時間、次の利用者までの空き時間、研修時間などの賃金の保障がなく、ヘルパーの生活の自立が困難である。」

これは在宅介護の柱といわれるヘルパーの生の声です。その圧倒的多数がいわゆる「登録型」といわれる「直行直帰」型の労働で、「自由な時間に仕事ができる」といううたい文句とは裏腹に、実際に利用者宅にいる時間だけが労働時間で、移動や空き時間、記録をつける時間が賃金の対象になっていないことが多いのも特徴です。



ヘルパーも労働者性がある！

2004年8月厚生労働省は「訪問介護労働者（ヘルパー）の法定労働条件の確保について」という通達を出しました。（下記参照）これは、私達が粘り強くヘルパーの大変な労働実態を訴えてきた成果であり、「ヘルパーも労働者である」ことを認めた当たり前ですが画

期的な中身です。この通達を生かすためには実態に見合わない介護報酬を引き上げる必要があります。しかし、国はそのことはせず、その責任を事業所まかせにしています。

通達の主な内容

- 登録ヘルパー、パートヘルパーもすべて労働基準法が適用される。
- 採用時に労働条件の明示と周知が必要。
- 移動時間、業務報告書作成時間、待機時間、研修時間などは労働時間であり、賃金を支払わなくてはならない。
- 年次有給休暇を付与しなくてはならない。

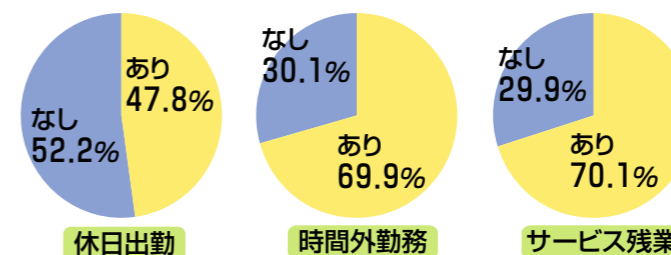
介護保険のキーパーソンといわれるケアマネは…。

「作成する書類が多すぎる。事務仕事を減らさないと、利用者を訪問する時間がとれない」「あまりに多い事務処理と記録。サービスの調整にとっても時間がとられる。昼食もとらず、毎日終われない。本当にもうやめたい!」

どこに、その一番の問題があるのでしょうか？それは、実態に見合わない低い介護報酬の問題にありま

す。また、国は2003年の介護報酬の改定の中で、ケアマネについては、毎月利用者に訪問することを義務付けて、それをしないと減額する制度改正を行いました。「一人当たり50ケースを持たないと採算が取れない」といわれるケアマネ。もうこれ以上この実態を放置していたら介護保険はそのキーパーソンから崩壊する可能性があります。

こんなに大変な実態



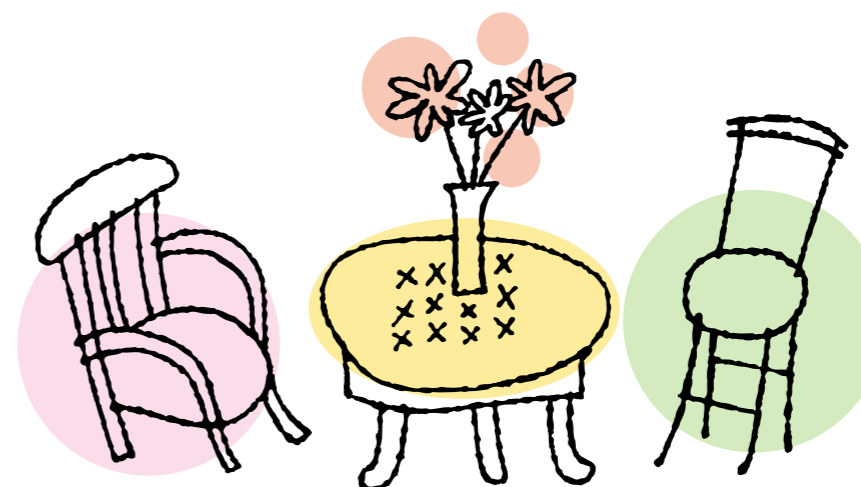
出所：「介護支援専門員（ケアマネ）の業務実態と意識に関する調査研究報告書」2004年3月

介護労働者には退職金の必要なし！

— 介護の専門性を否定する退職金手当の改悪 —

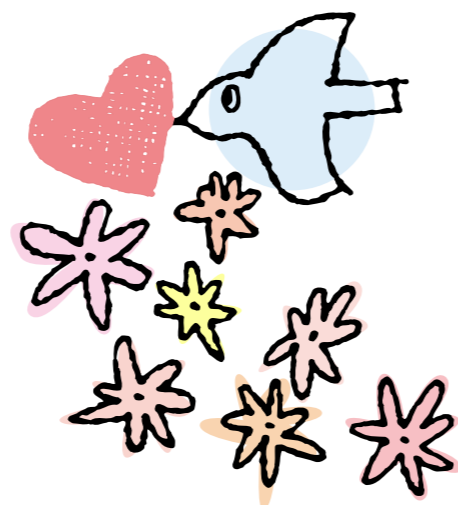
現在、特別養護老人ホームで働いている介護労働者は、わずかばかりではありますが、退職したときに「退職金」が支払われます。ところが、2006年4月以降に働きはじめる介護労働者にはその退職金が支払われない事態になります。国が退職金制度への助成を

削減しようとしているのです。また、現在の労働者の退職金も現行に比べて1割の給付金削減を考えるなど、国の考えは介護労働者の専門性と継続性を否定するものです。



障害者支援費制度の「統合」は先送り、しかし…! 「改革のグランドデザイン案」は「介護保険化」の第一歩

介護保険制度の見直しに伴い、障害者支援費制度の「統合」が急浮上しましたが、障害者・家族の反対や全国の自治体からの反発もあって、次期改正まで先送りされました。しかし、「統合」を前提とした「改革のグランドデザイン案」が提案されており、関係者の大きな不安と怒りになっています。



● 「支援費制度は失敗」、財源不足を介護保険で…

2003年4月にスタートした支援費制度。しかし、制度発足の1年目に128億円、2年目の今年度は250億円もの財源不足が大きな問題になっています。厚生労働省は「支援費制度は失敗」とし、継続的・安定的に制度運営するには介護保険への「統合」しかないと決めつけました。多くの障害者は、拙速で「財政削減先」にありきの「統合」に反対しました。



● 応益負担(定率負担)の導入で大幅な利用者負担増

「統合」を前提とした「改革」で最も問題になっていることは、「応益負担」(定率負担)の導入であり、従来無料あるいは低料金で福祉・医療のサービスを利用していた障害者が大幅な負担増を強いられることとなります。食費等の全額自己負担も問題です。これが強行されれば、サービス利用を断念するといった問題が心配され、結果的に親・家族の負担を増やし、障害者の自立への道を大きく阻むことになりかねません。

● 介護保険への「統合」を前提とした「改革のグランドデザイン案」

現在提案されている「改革のグランドデザイン案」は、「障害者自立支援給付法」という新たな法律を制定し、これまでの障害者施策を大きく変質させようとしています。この新法は、サービスの給付体系や報酬体系をはじめ、認定の方法・負担のあり方など、介護保険の仕組みに応じた、いつでも「統合」できる内容になっています。



● 介護保険の改悪に反対することが重要!

支援費制度の「統合」は先送りになりましたが、次期改正の際に強行される心配があります。それだけに、今回提案されている「改革のグランドデザイン案」を障害者の生活実態と願いにそったものに改善させるとともに、介護保険制度の本体をよりよいものにするこ

とが重要です。現在提案されている介護保険見直し案は、すでに被保険者になっている多くの障害者にとっても、今後障害者施策の「統合」問題が残されていることから反対し、制度改善を求めていかなければなりません。

来年度予算—障害者福祉・医療制度改革による影響

● 障害者福祉サービスへの応益負担、実費負担(食費等)の導入

2006年1月～2月(2ヵ月分)の国予算削減額
施設 33億円+居宅10億円=43億円

● 障害者医療費の公費負担

2005年10月～2006年2月(5ヵ月分)の国予算削減額
精神通院12億円+更生医療・育成医療26億円=38億円

● 応益負担(定率負担)導入に伴う利用料負担のモデル試算

● 在宅でホームヘルプ利用

	身体障害	知的障害	精神障害	障害児
月平均利用額	8.4万円	3.0万円	2.4万円	3.9万円
利用者負担	生活保護	0円	0円	0円
	その他	8.4万円	3.0万円	2.4万円

● 通所施設利用でホームヘルプを利用する知的障害者

	食費	定率負担(応益負担)	経過措置期間の負担
生活保護	0.5万円	0円	0.5万円
低所得1	0.5万円	1.5万円	2.0万円
低所得2	0.5万円	1.8万円	2.3万円
一般	14,300円	1.8万円	32,300円

● 通所施設利用でグループホームで生活する知的障害者

	食費	定率負担(応益負担)	グループホーム経費	経過措置期間の負担
生活保護	0.5万円	0円	4.5万円	5.0万円
低所得1	0.5万円	1.5万円	4.5万円	6.5万円
低所得2	0.5万円	21,500円	4.5万円	7.1万円
一般	14,300円	21,500円	4.5万円	80,800円

● 入所施設利用者

	食費	定率負担(応益負担)	経過措置期間の負担
生活保護	0円	0円	0円
低所得1	2.2万円	1.5万円	3.7万円
低所得2	3.8万円	24,600円	62,600円
一般	5.8万円	33,800円	91,800円

これ以上の負担は耐えられない! 応益負担には絶対に反対です

私は肢体障害者で手帳1級の車椅子利用者です。現在、週3回のホームヘルプをはじめ、補装具・日常生活用具など、使えるサービスは全部利用して生活しています。収入は基礎年金1級と手当制度のみでギリギリの生活です。正直、今の低額の利用料負担もきついです。それが応益になって、収入に関係なく、サービスを使えば使う

ほど利用料を取られたら生活できません。払えないなら使うなということは死ねと言われることです。でも人並みに生活したいと思い利用するサービスがなぜ「益」なのかわかりません。障害がなかったら使いません。本当に社会保障って何って聞きたいです。

(東京：肢体障害：53歳女性)

ほんとにないの？ 社会 保障の財源



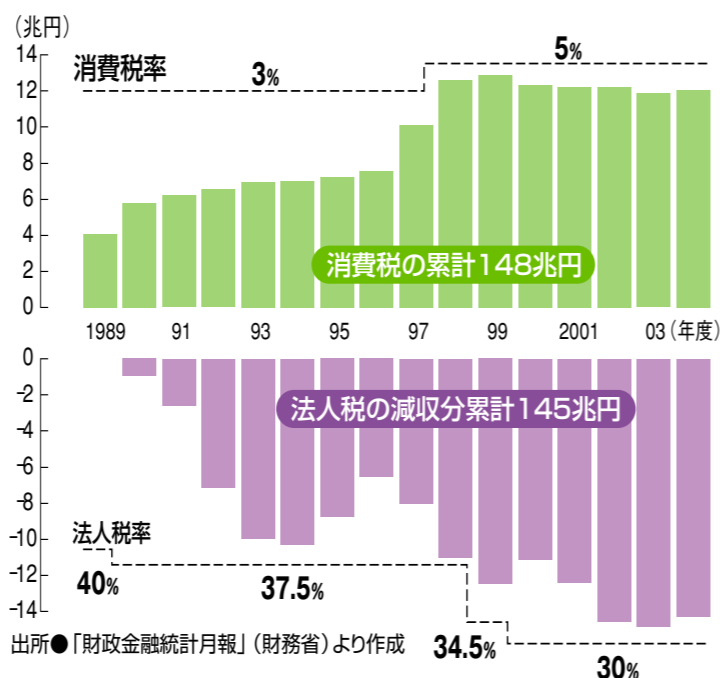
政府は、「将来の高齢化社会に向けて社会保障を充実させるために」と消費税を導入しました。

しかし、消費税の収入分はそっくり法人税減税に充てられてしまい、社会保障には使われませんでした。(図)

このことを隠したまま政府や財界は、「少子高齢社会では国民の負担増がないと社会保障は維持できない」と合唱し、消費税の10%、15%への引き上げを狙っています。

大切なのは消費税引き上げではなく、税金の使い方です。

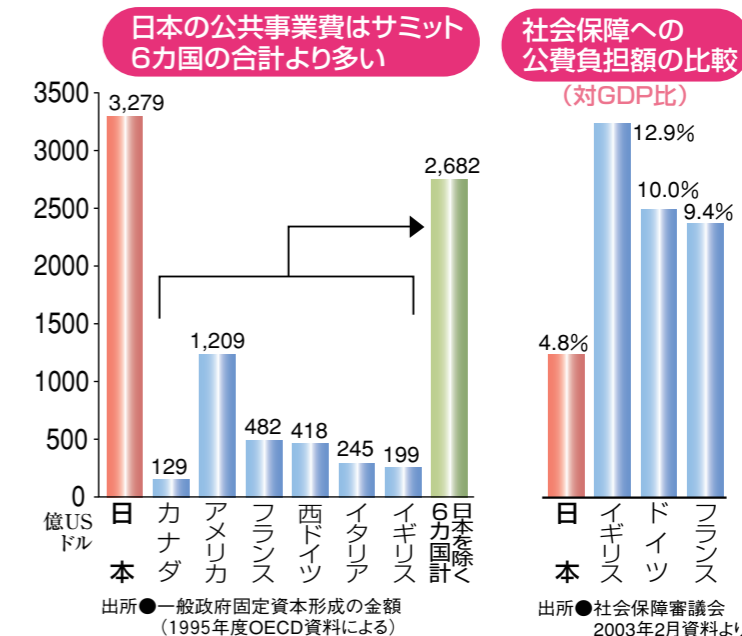
法人税減税の穴埋めに消えた消費税収



まず、税金の使い道を見直すべきです

財務省が出した2005年度予算案では、新幹線整備(3線同時着工 706億円)、関西国際空港新滑走路造成(200億円)など、大型公共事業を「聖域」として守り、8兆3千億円もの税金を注ぎ込みます。

財源はあるのです。にもかかわらず社会保障予算は、高齢化に伴う「自然増加費用」まで抑制しています。



「改革」は、財界の要望

財界の代表も参加する財政制度審議会の建議書「平成17年度予算編成の基本的考え方」(2004年5月17日)では、介護保険の改革について、「保護救済型」から「自立支援型」へ切り替えとし、「介護保険自己負担金2~3割への引き上げ、ホテルコスト・食費等を公的給付から除外、軽度の給付の見直し、一定額までの免責制度を導入」などと主張しています。

また、財界を代表する日本経団連は、「介護保険制度の改革についての意見」(2004年4月20日)で、「施設入所者の食費および居住費の自己負担化、利用料の適正化(引き上げ)」「特別徴収の拡大、株式会社の参入」などを要望しています。

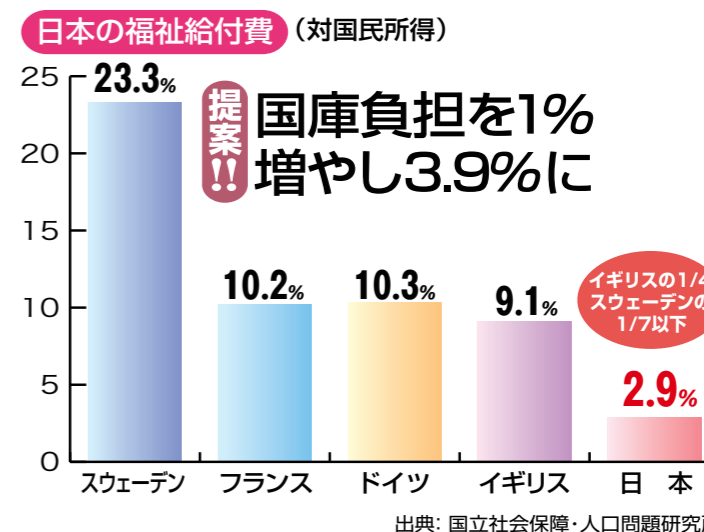
今回の「改革」は、こうした要望を反映したものとなっています。



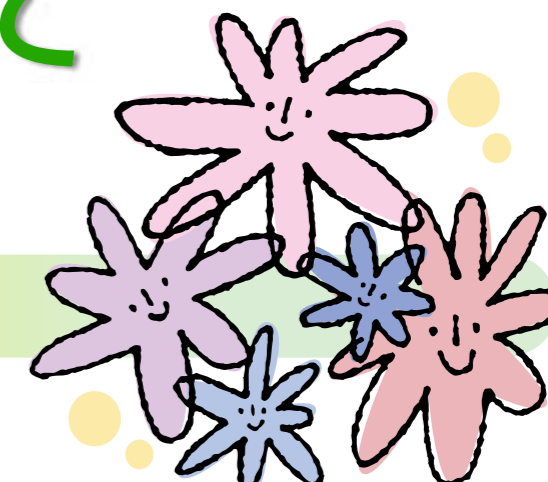
国庫負担(対国民所得比)を1%増やし 介護にあてれば介護費用の6割に

福祉(介護)に使う費用のうち、国庫負担額は国民所得比で3%程度です。他の先進諸国に比べ、日本の福祉はまさに「冬」です。(図)

日本の国民所得は約360兆円です。国民所得比で国庫負担を1%(3兆6千億円)増やし、これを介護にあてれば、介護保険費用(約6兆円)の6割をまかなうことができます。



誰もが安心できる介護 保障をめざして



介護保険の改善のための提言と要求

見直して必要なこと

● 払える保険料にすること

65歳以上の高齢者の75%が住民税非課税世帯です。こうした方々が負担可能な保険料にすることです。

2000年までの福祉制度は国が半分負担していました。現在は四分の一しか負担していません。ですから、国や地方の福祉への財政負担を増やして、介護保険を本当に安定的な制度に組み直すことが必要です。当面、非課税者の保険料負担を軽減することや、高齢者の保険料を「支払い能力・収入」に応じたものに見直すことです。



● 高い利用料を見直すこと

在宅の福祉サービスは多くの方が無料でした。現在でも高齢者は税と保険料を負担していますから、介護保険の利用料は、支払い能力に応じた減免(無料、3%、6%、8%など)が必要です。

まして、施設入所者の大幅な負担増には反対です。

● 認定の仕組みを見直すこと

高齢者の生活実態を基に、必要な介護サービスが受けられるようにすることが必要です。当面、現在の6段階の認定基準(要支援・要介護1~5)を3段階区分にすること、区分支給限度を引き上げて保険で利用できる範囲を広げ、家族の介護負担を軽減することが求められます。

● サービス整備を急ぐこと

特養ホームの待機者34万人など、介護保険制度スタート後もサービスの整備の遅れが指摘されています。国や自治体の責任で、在宅と施設の必要な基盤サービスの整備を行うことです。

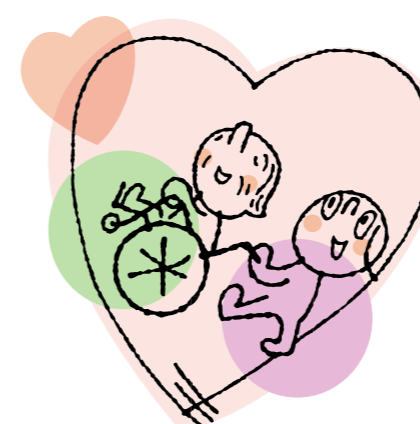
● 介護予防は別立て

介護予防は、介護保険とは別立てとし、保健福祉施策として必要な高齢者が利用できるようにすることです。

● 障害者支援費制度の改善・充実をはかること

障害者支援費制度と介護保険の統合が考えられています。これは、安上がりな障害者介護制度づくりと、介護保険料を払う被保険者の拡大(対象年齢を40歳以上から20~30歳以上へ引き下げる)による財政確保がねらいです。

まず、障害者支援費制度を充実すること、介護保険制度を国民・高齢者の求めるものに改善することこそ必要です。



● 介護労働者が元気に働ける制度に

ケアマネジャーやヘルパーさん、ケアワーカーさんたちが、必要な専門性を確立し、高齢者に十分なケアを提供できるように、働く条件を改善すること、そのための介護報酬を抜本的に改善することが求められます。また、施設の人員基準を見直し、安心の介護を提供できるようにすることです。

● 地域の高齢者福祉は国と自治体の責任で

高齢者の生活と健康をまもるための施策をおこなうことは、自治体の大事な仕事です。

高齢者が住み慣れた地域でいきいきと暮らしていけるためには、高齢者福祉を「介護保険まかせ、事業者まかせ」にするのではなく、国の財政支援や自治体の責任を明確にして、介護・医療・福祉・公衆衛生の連携をつよめるとりくみをすすめるべきです。

介護保険改悪許すな 署名にご協力ください

- 学習会やシンポジウムを開いて、話し合いましょう。
- 介護利用料の減免などを自治体、議員に働きかけましょう。
- 改悪許すなの声をひろげましょう。
- 署名、はがき、ファックス、メールなど目に見える抗議行動を起こしましょう。