

## 介護保険「改正」 7つの疑問

介護保険制度への国民の信頼を高め、高齢者が住み慣れた地域で尊厳をもって暮らしつづけられるよう、利用しやすい制度にするために「7つの疑問」をとりまとめました。

第一の疑問	……	1 頁
第二の疑問	……	5 頁
第三の疑問	……	8 頁
第四の疑問	……	12 頁
第五の疑問	……	14 頁
第六の疑問	……	15 頁
第七の疑問	……	17 頁

2005年4月

全国保険医団体連合会

## 第一の疑問 年金水準を超える居住費・食費負担は妥当か

法律案は、本年10月から居住費と食費を介護サービス費から除外します。

### 疑問① 年間35万円もの負担増加は尋常な措置ではないのではないか。

厚生労働省によると、居住費・食費を自己負担化した場合に、平年度ベースで介護3施設の給付費を2,600億円削減できるとしています。介護3施設入所・入院者(約75万人)一人当たり直すと、1年間で34万7千円(消費税)もの負担増となってしまいます。

1号被保険者の4割を占める第4段階(年金収入266万円超の住民税本人非課税者)は、低所得者対策の対象とならず、モデルケースでも月3万円以上の負担増加となります(資料①)。しかも、費用は施設との契約で決まるため、負担額に上限がありません。

### 疑問② 年金額の水準を無視していないか。

低所得者(住民税世帯非課税以下)については、「負担限度額」を設定して軽減を図るとしています(資料①)。

しかし、1号被保険者の2割弱を占める「第2段階」(国民年金の満額受給＝年間約80万円以下の層)の負担額は月3万7千円と示されていますが、国民年金の受給者数のピークは月額3万円～4万円であり、公的年金の水準を超える負担を強いる過酷なものです。満額受給者でも月6万7千円程度です。

厚生労働省は、今回の措置は介護と年金の重複給付を是正するためと説明していますが、年金額の水準を無視する「改正」ではないでしょうか。また、社会福祉としての介護施設を、すべて「ケア付・賃貸住宅」に変えてしまっているのでしょうか。なお、入所者の所得状況は資料②の通りです。

### 疑問③ 税制「改正」で負担増に追い打ちがかからないか。

公的年金控除額の引き下げ(140万円→120万円)、老年者控除(50万円)の廃止等の税制「改正」により、平成18年度(平成17年度分)より住民税世帯非課税が課税世帯に「格上げ」となる例が多発します(資料③)。その結果、居住費・食費の軽減を受ける低所得者層は大幅に減少し、さらに定率減税の縮小・廃止が追い打ちをかけます。

少なくとも、本年9月時点で負担軽減措置の対象者となるべき者については、税制「改正」の有無によらず、継続して対象とすべきではないでしょうか。

資料① 居住費・食費の自己負担（特養の例）

厚生労働省資料

（単位 万円／月）

〔 現 行 〕 ⇒ 〔 見 直 し 後 〕

改正後の 保険料段階	利用者 負担計	1割 負担	居住費	食費	利用者 負担計	1割 負担	保険外に		利用者負担の上限を設けず
							居住費	食費	
第1段階 例) 生活保護 受給者等	2.5 (4.5-5.5)	1.5	— (2.0-3.0)	1.0	2.5 (5.0)	1.5	0 (2.5)	1.0	
第2段階 例) 年金80万 円以下の者	4.0 (7.0-8.0)	2.5	— (3.0-4.0)	1.5	3.7 (5.2)	1.5	1.0 (2.5)	1.2	
第3段階 例) 年金80万 円超266万円 以下の者	4.0 (7.0-8.0)	2.5	— (3.0-4.0)	1.5	5.5 (9.5)	2.5	1.0 (5.0)	2.0	
第4段階- 例) 年金266 万円超の 者	5.6 (9.7-10.7)	3.0 (3.1)	— (4.0-5.0)	2.6			利用者と施設の 契約により設定		
					(参考)標準的なケース				
					8.7 (13.4)	2.9 (2.6)	1.0 (6.0)	4.8	

注1) 表中の ( ) 内は、ユニット型の個室の場合

注2) 要介護5・甲地のケース

注3) 改正後の1割負担については現行の介護報酬を基に機械的に試算したものである。

注4) 「例」には、収入が年金のみで他に課税されるべき収入がないケースを記載。

<保団連注>

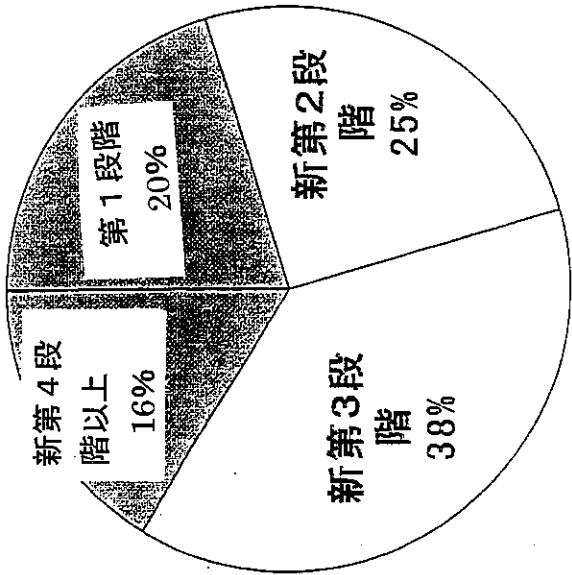
※改正後の「第4段階」(現・第3段階)は住民税本人非課税者であり、1号被保険者の39%を占める。

※ショートステイ、デイサービス、デイケア等の食費・滞在費も自己負担化。

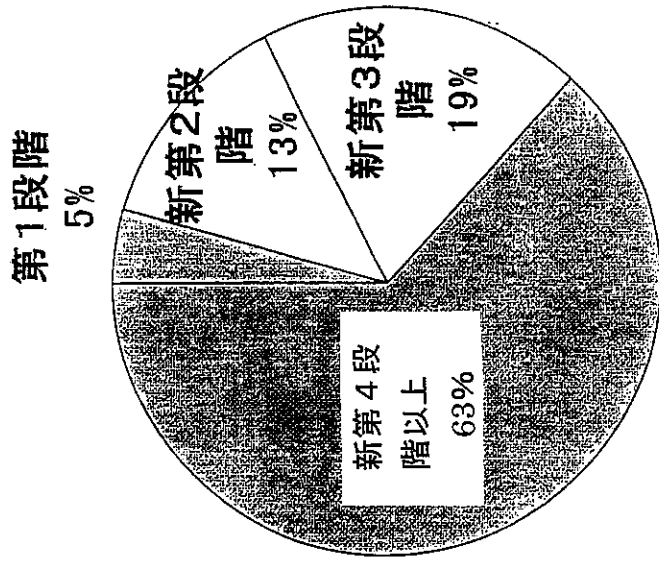
# 〔介護保険施設〕 保険料段階別入所（院）者割合

資料②

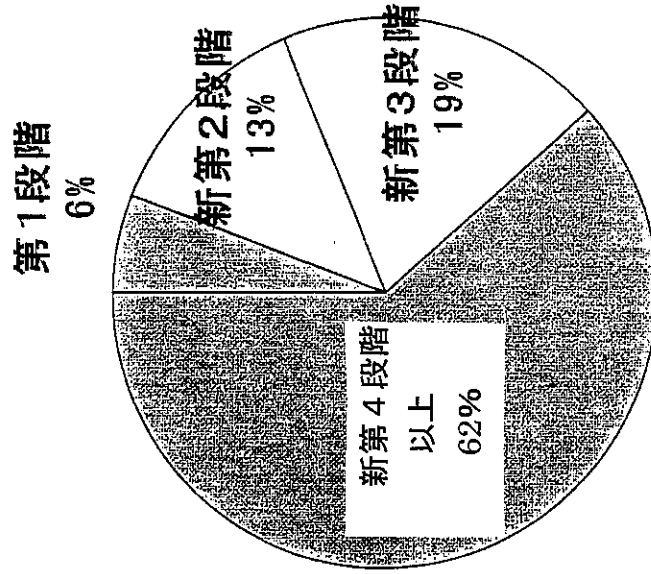
特 養



老 健



療 養 型



出典)「介護サービス施設・事業所調査結果」等に基づき  
厚生労働省老健局において試算 (サンプル調査)

資料③ 税制「改正」と課税所得の変化

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(市府民税×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

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、課税対象に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(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。

## 第二の疑問 介護予防サービスで自立支援に向けた効果があるか

厚生労働省は、現行の介護サービスが「軽度者の状態の改善・悪化防止に必ずしもつながっていないとの指摘がある」として新・予防給付（法律案では「介護予防サービス」）を創設する理由としました。

新・予防給付のための介護予防マネジメントは、市町村が責任主体となる地域包括支援センターで行うとのこと。

### 疑問① 現行の介護サービスが「状態の改善・悪化防止につながっていない」というのは本当か。

厚生労働省自身がまとめた「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の重度化率が最も低く（18%台）、維持及び改善率は最も高い（82%程度）との結果が出ています。要支援の場合は、自立と認定されれば数から除外されるため「改善」のデータがなく、要介護5には「重度化」のデータがないため、比較はできません。（資料①）

この結果については、「介護予防の実績は現状でも十分上がっている」（岡本祐三・国際高齢者医療研究所所長）との見解も示されています。

予防重視の名目で、軽度要介護者を「介護給付」から除外する根拠がそもそもあるのか、大いに疑問です。

### 疑問② 新・予防給付は、軽度者の状態の改善などに奏功するのか。

厚生労働省は、軽度者を「介護給付」から除外すること等によって将来の介護給付費を約2割削減できるとの試算を示しています。新・予防給付の報酬及び区分支給限度額がかなり低額に設定されるのではないかと、その結果、廃用症候群や施設入所がむしろ増加するのではないかと、大いに不安です。

また、新・予防給付の効果もはっきりしていないのではないのでしょうか。

充実してほしい介護サービスのトップは、「訪問介護」です。（資料②）

### 疑問③ 地域包括支援センターで対応できるのか。

新・予防給付の対象は約160万人（要支援の全部・要介護1の約7割）、地域包括支援センターの設置は全国5,000か所と見込まれています。1センター当たり320人も介護予防マネジメントが保障できるのでしょうか。

地域包括支援センターはこのほか、地域支援事業の介護予防マネジメントも担当します。

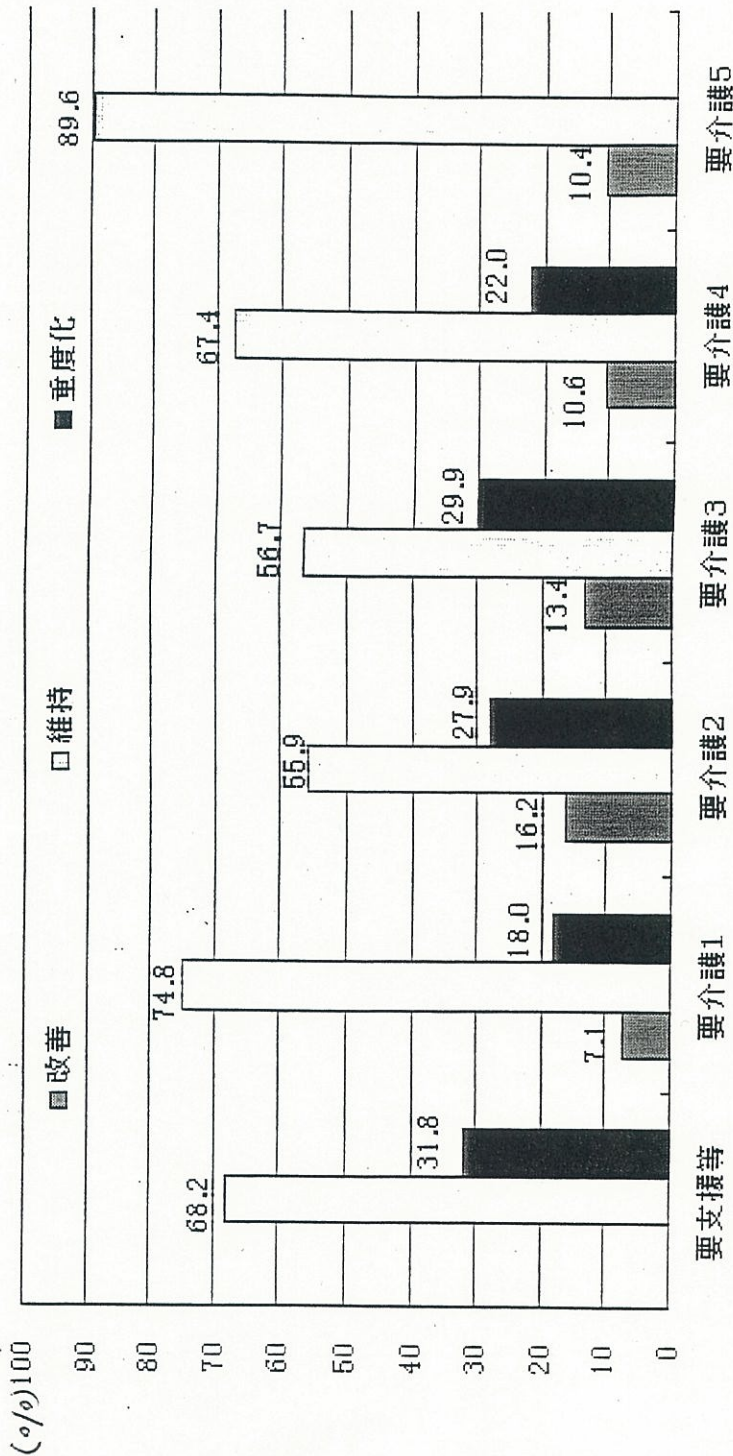
# 年間継続受給者数の要介護状態区分の変化別割合

厚生労働省「介護給付費実態調査報告」(2003年度分)

資料①

## コメント

- 要介護1の「重度化」の割合は18.0%と最も低く、一方、「維持」・「改善」の割合は81.9%に達している。
- 岡本祐三・国際高齢者医療研究所長 談  
「2003年度に入って制度が定着し、ケアマネジメントも成熟しつつある。介護予防の実績は現状でも十分上がっているといいたい。」(「シルバード」新報 2005年1月1日付)



- 注① 要支援等の「改善」のデータ、要介護5の「重度化」のデータがないため、要支援等及び要介護5については、他の区分のデータとは比較できない。
- 注② 要支援等に「改善」のデータがないのは、状態の改善(自立判定)などによる認定除外のため。改善による認定除外数を加えれば、「改善」「維持」の割合は高くなる。
- 注③ 仮に要介護6という区分があれば、要介護5にも「重度化」のデータが得られ、「維持」の割合は低下する。

## 資料② とくに充実させてほしい介護サービス

読売新聞 2005年1月28日

- ◆介護保険制度で利用できるサービスのうち、あなたが、今後、とくに充実させてほしいと思うものがあるれば、次の中から、いくつでもあげてください。
- |                                    |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| ・ホームヘルパーの訪問介護                      | 44.3            |
| ・医師や看護師の訪問                         | 42.8            |
| ・訪問入浴サービス                          | 25.6            |
| ・高齢者のための住宅改修費の補助や福祉用具の貸与           | 26.6            |
| ・介護施設への短期入所（ショートステイ）や日帰り利用（デイサービス） | 31.1            |
| ・寝たきりの人を対象とする特別養護老人ホームへの入所         | 34.7            |
| ・リハビリを集中的に受けられる老人保健施設への入所          | 28.1            |
| ・介護体制が整った病院への入院                    | 35.9            |
| ・その他 0.4                           | ・とくにない、答えない 9.5 |



### 第三の疑問 老人健診も介護保険に吸収してよいのか

法律案には、「地域支援事業」を創設し、次の三事業を再編して盛り込むとして、いずれもわが国の高齢者の保健・福祉施策の柱として公費で実施されている事業です。

①老人保健法に基づく保健事業（国庫負担3分1）

②介護予防・地域支え合い事業（同2分1）

③在宅介護支援センター運営事業（同2分1）

法律案では、これらの事業を資料①のように再編して介護保険に吸収し、介護給付費の3%を上限として「地域支援事業」に当て、市町村事業として実施します。平成18年度の事業費は2,000億円と見積もられ、うち1,000億円を保険料から新たに調達します。

#### 疑問① 地域支援事業を保険制度で実施することは適切か。

介護予防事業、介護費用適正化事業、総合相談・支援事業、成年後見制度利用支援事業、高齢者虐待防止事業、介護家族支援事業などは、保険制度で実施するのがふさわしいのか、という疑問です。

#### 疑問② 「三位一体改革」の中で、市町村は事業費を確保できるのか。

介護給付費の3%を上限に地域支援事業の費用に当てるとしてはいますが、「三位一体改革」のもとで、市町村は確実に費用を確保できるのでしょうか。

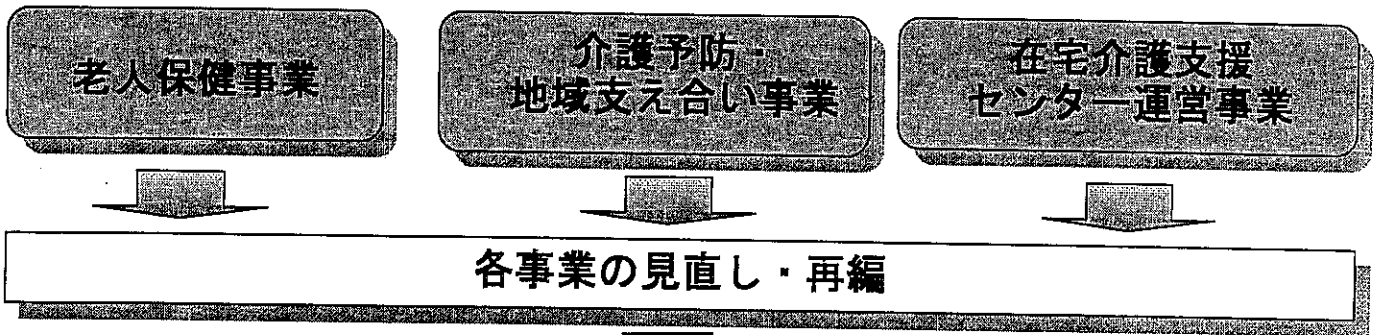
#### 疑問③ 老人健診の受診率がさらに落ち込むのではないか。

厚生労働省は、「65歳以上の老人保健事業のどの事業を地域支援事業に移すか、現在、検討している」（2005年3月25日 老人保健課）とのことです。老人健診など老人保健6事業（資料②）は、高齢者保健の柱をなす事業ですが、法律案では、「市町村は、利用料を徴収してもよい」としています。

仮に、老人健診や歯周疾患検診などが地域保健事業に吸収された場合、有料化で住民が受診を手控えたり、受診率の向上が介護保険料値上げに直結するため市町村側が事業を手控えるなど、受診率（老人健診受診率：44.8%（平成15年度））の落ち込みが危惧され、高齢者の健康保持・増進、疾病の早期発見・早期治療に対する新たな障害になるのではないのでしょうか。

また、介護保険料滞納者は排除されてしまうのではないかと、という心配も出てきます。

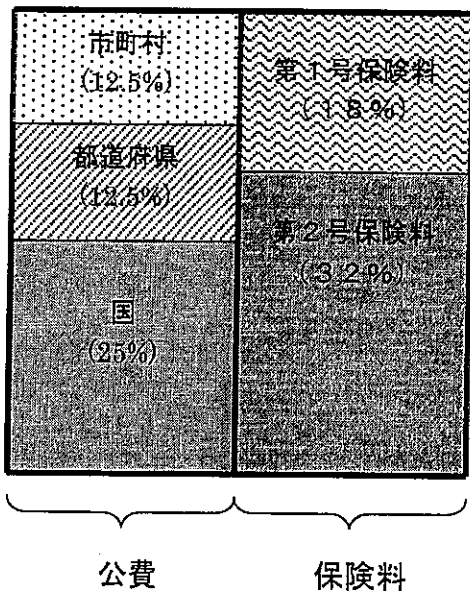
# 地域支援事業（仮称）のイメージ



## 地域支援事業（仮称）の創設

- 現行の介護保険法に基づく保健福祉事業の中に、現行の老人保健事業、介護予防・地域支え合い事業及び在宅介護支援センター事業を再編した地域支援事業（仮称）を創設。
- 地域支援事業（仮称）は、市町村実施を原則とする。
- 市町村は給付費の3%を上限として地域支援事業計画を策定。

【地域支援事業（仮称）の財源構成】



※総事業費規模：給付費の3%  
 （平成18年度事業費ベースでは約2,000億円程度）

# 資料② 老人保健法に基づく保健事業（6事業）

厚生省老人保健課作成

種 類 等	対 象 者	内 容	実施主体	
健康手帳の交付 (13条)	・老人保健法の医療の受給資格がある者 ・健康診査の受診者、要介護者等で希望する者	○医療受給者証及び医療の記録並びに医療の記録の補足 ○健康診査、健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導の記録 ○生活習慣行動等の把握 ○生活習慣病の予防及び老後における健康の保持と適切な医療のための知識等については市町村が創意工夫し作成	市町村（特別区を含む）	
健康教育 (14条)	・個別健康教育 ・集団健康教育 ・介護家族健康教育	・基本健康診査の結果「要指導」の者等 ・40歳以上の者 ・必要に応じ、その家族等 ・40歳以上の者のうち、家族の介護を担う者等	○個人の生活習慣を具体的に把握しながら、継続的に個別に健康教育を行う ・高血圧個別健康教育 ・高脂血症個別健康教育 ・糖尿病個別健康教育 ・喫煙者個別健康教育 ○健康教室、講演会等により、以下の健康教育を行う ・歯周疾患健康教育 ・骨粗鬆症（転倒予防）健康教育 ・病態別健康教育 ・薬健康教育 ・一般健康教育 ○介護を行う者に発生しやすい健康上の問題に関する一般的な知識や留意事項	同上（市町村保健センター、医療機関等で実施）
健康相談 (15条)	・重点健康相談 ・総合健康相談 ・介護家族健康相談	・40歳以上の者 ・必要に応じ、その家族等	○幅広く相談できる窓口を開設し、以下の健康相談を行う ・高血圧健康相談・高脂血症健康相談・糖尿病健康相談・歯周疾患健康相談・骨粗鬆症健康相談・病態別健康相談 ○対象者の心身の健康に関する一般的事項に関する指通、助言 ○家族等の介護を行う者の心身の健康に関する指導、助言	同上（市町村保健センター等で実施）
健 康 診 査 (16条)	基本健康診査 (年1回)	・40歳以上の者	○必須項目 ・問診・身体計測（身長、体重等）・理学的検査（視診、打聴診、腹部触診等）・血圧測定・検尿（糖、蛋白、潜血）・循環器検査（血液化学検査）血清総コレステロール、HDLコレステロール、中性脂肪・肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP）・腎機能検査（血清クレアチニン）・血糖検査 ○選択項目〔医師の判断に基づき実施〕・心電図検査・眼底検査・貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）・ヘモグロビンA <sub>1c</sub> 検査 ○基本健康診査の検査項目に準ずる ○基本健康診査の検査項目に準ずる	同上（市町村保健センター、保健所、検診車、医療機関等で実施）
	訪問基本健康診査 ・介護家族訪問健康診査	・40歳以上の寝たきり者等 ・40歳以上で家族等の介護を担う者	○検診項目 ・問診 ・歯周組織検査	
	歯周疾患検診（年1回）	・40歳及び50歳の者	○検診項目 ・問診 ・骨量測定	
	骨粗鬆症検診（年1回）	・40歳及び50歳の女性		
健康度評価 ・生活習慣病の予防に関する健康度評価 ・介護を要する状態等の予防に関する健康度評価 ・生活習慣行動の改善指導	・40歳以上の者	○生活習慣行動質問票及び社会・生活環境等質問表の配布 ○質問票の回答結果及び基本健康診査の結果等並びに問診等の方法による食生活、運動、休養等に関する個人の生活習慣を把握、評価し、当該対象者にふさわしい保健サービスを提供するための計画を策定 ○個人に即した具体的な生活習慣改善方法の提示	市町村（特別区を含む）	
肝炎ウイルス検診 (2002年度より5年間の緊急対策)	節目検診（5歳刻み） 「40、45、50、55、60、65、70歳で老人保健法に基づく基本健康診査の受診者」 節目外検診 「上記節目検診以外の対象者のうち、過去に肝機能異常を指摘されたことのある者、広範な外科的処置を受けたことのある者又は妊娠・分娩時に多量に出血したことのある者であって定期的に肝機能検査を受けていない者、及び、基本健康診査においてALT（GPT）値により要指導とされた者」	○C型肝炎ウイルス検査 ・HCV抗体検査 ・HCV抗原検査（必要な者のみ） ・HCV核酸増幅検査（必要な者のみ） ○HBs抗原検査（必要な者のみ） (注) 節目検診については基本健康診査とあわせて実施	市町村保健センター 保健所 検診車 医療機関等	
受診指導	・基本健康診査の結果「要医療」等と判定された者	○医療機関への受診指導	同上	
機能訓練 (18条)	[A型（基本型）] ・40歳以上の者で・疾病、外傷その他の原因による身体又は精神機能の障害又は低下に対する訓練を行う必要がある者	○市町村保健センター等適当と認められる施設で実施 ・転倒予防、失禁予防、体力増進等を目的とした体操 ・習字、絵画、陶芸、皮細工等の手工芸 ・レクリエーション及びスポーツ、交流会・懇談会等	同上（市町村保健センター、老人福祉センター、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等で実施）	

種 類 等	対 象 者	内 容	実施主体
機 能 訓 練 (18条)	(B型(地域参加型)) ・虚弱老人(寝たきり判定基準の ランクJに相当する者)	○集会場、公民館等の身近な施設や公園等の屋外で実施 ・スポーツや絵画・工芸等の創作を主体とした活動 ・交流会、懇談会及び地域の諸行事への参加等を主体とした活動	同上(公民館、集会 場、体育館、公園等 の地域住民の身近な 場所で実施)
訪 問 指 導 (19条)	・40歳以上の者であって、その心 身の状況、その置かれている 環境等に照らして療養上の保 健指導が必要であると認めら れる者	○家庭における療養方法等に関する指導 ○介護を要する状態になることの予防に関する指導 ○家庭における機能訓練方法、住宅改造、福祉用具の使用 に関する指導 ○家族介護を担う者の健康管理に関する指導 ○生活習慣病の予防に関する指導 ○関係諸制度の活用方法等に関する指導 ○痴呆に対する正しい知識等に関する指導	同上(対象者の居宅 で実施)

※健康診査、機能訓練、訪問指導は、都道府県が市町村に代わって実施することができる。

※肝炎ウイルス検診の実施には受診者本人の同意が必要である。

#### 第四の疑問 地域密着型サービスの「指定」に関する規定は妥当か

法律案で新たに区分される地域密着型サービス（資料①）は、昨年までに示された厚生労働省資料によると、次のように説明されています。

現行の介護サービスを、「全国的に共通する『一般的なサービス』と、サービス利用が主として市町村の圏域内にとどまる『地域密着型サービス』に二区分する」とし、地域密着型サービスとは、「要介護者等の住み慣れた地域での生活を24時間体制で支えるという観点から、要介護者の日常生活圏内にサービス提供の拠点が確保されるべきサービス」であると定義しています。

##### 疑問① 施設整備、サービス水準の格差が一層拡大するのではないか。

法律案では、地域密着型サービスのうち、①認知症対応型共同生活介護、②特定施設入居者生活介護（定員30人未満）、③介護老人福祉施設入所者生活介護（定員30人未満）については、市町村長が「日常生活圏域を勘案したサービス圏域」ごとに定めた必要定員総数を超える場合には、「市町村長は指定をしないことができる」との総量規制を定めています。

総量を規制する指定拒否権限を市町村長に与えることによって、財政力等の事情を理由とした施設整備の格差が拡大するのではないのでしょうか。

また、すべての地域密着型サービスの報酬について、市町村長は「厚生労働大臣が定めるサービス費の額の範囲内で、サービス費の額を定めることができる」としています。施設の人員・運営基準についても、「厚生労働大臣が定める基準に代えて、独自の基準を定めることができる」としています。

今後、保険者規模による保険料、サービス内容などの水準の格差が従来にも増して拡大するのではないかと、疑問です。

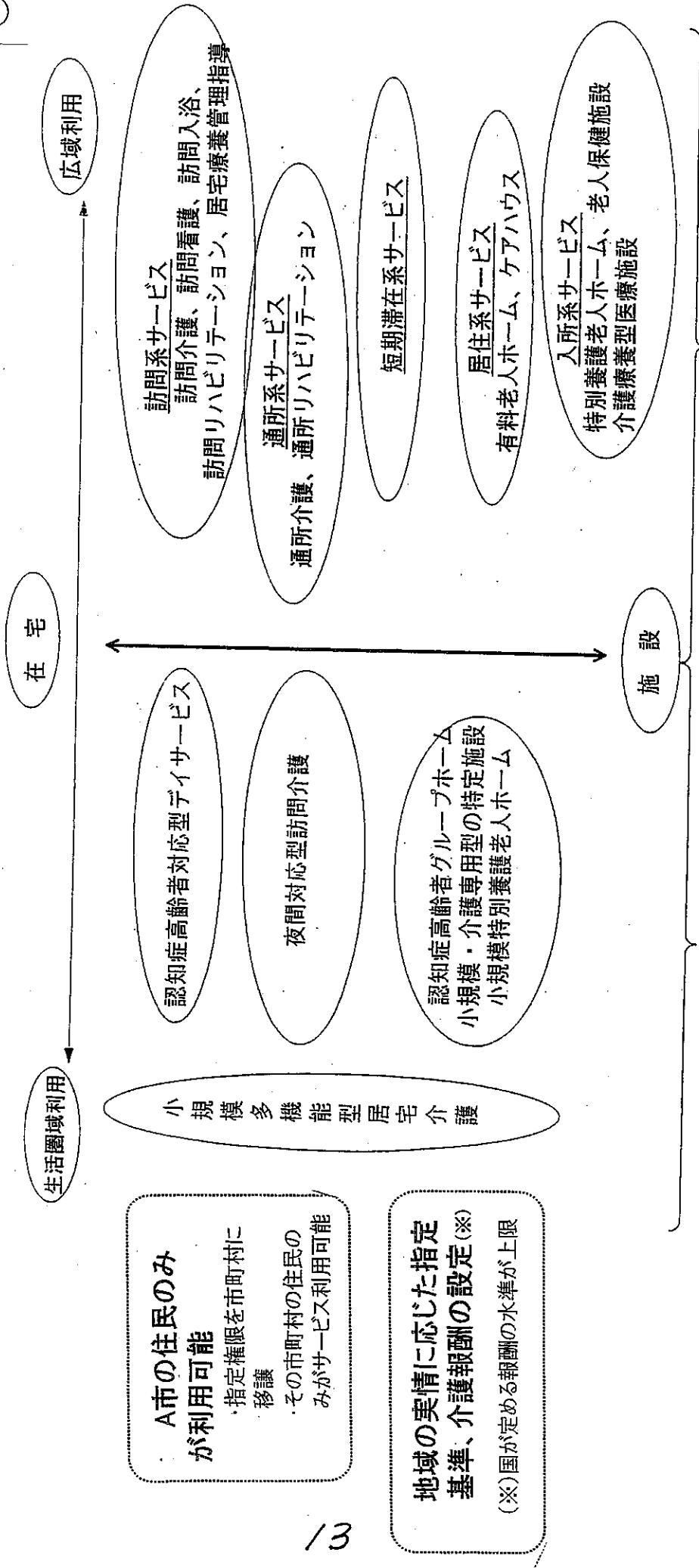
##### 疑問② 他市町村の利用者は保険給付しないとの規定は行き過ぎではないか。

法律案では、事業者または施設の指定の効力は、当該市町村の被保険者のみに及ぶと定め、他市町村からの利用は原則として保険給付外としています。

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）等の入所者は、首都圏では5割が地元外とのデータもあります（「シルバー新報」2005年3月11日）。認知症高齢者（現在160万人以上）が2015年には250万人になると予想されている中、こうした規制を設けるのは行き過ぎではないのでしょうか。

# 新たなサービス体系の確立 (地域密着型サービスの創設)

資料①



**A市の住民のみが利用可能**  
 ・指定権限を市町村に移譲  
 ・その市町村の住民のみがサービス利用可能

**地域の実情に応じた指定基準、介護報酬の設定(※)**  
 (※)国が定める報酬の水準が上限

地域密着型サービス

(事業者指定・指導監督等)

市町村長

都道府県知事

一般的なサービス

## 第五の疑問 ヘルパーの労働は介護報酬で手当すべきではないか

2004年8月27日、厚生労働省労働基準局長通知「訪問介護労働者の法定労働条件の確保について」（基発第0827001号）が出されました。

通知では、「介護保険法に基づく訪問介護の業務に従事する訪問介護員等については、一般的には使用者の指揮監督の下にあること等から、労働基準法第9条の労働者に該当するものと考えられる」と明示し、訪問介護労働者の多数を占めている「非定型的パートタイムヘルパー」（短時間労働者であって、月、週、または日の所定労働時間が、一定期間ごとに作成される勤務表により、非定型的に特定される労働者）への法令の適用について、以下のように詳しく示しました。

例：移動時間、業務報告等の作成時間、待機時間、使用者の明示的な指示に基づく研修等は労働時間とすること。

休業手当や労災保険等の適用も受ける、など。

### 疑問① 移動時間等を労働時間とするならば、訪問介護の報酬で手当をすべきではないか。

訪問介護事業所の認可・指定基準は、「正規職員」の配置（人件費補助方式）ではなく、「常勤換算方式」（事業費単価方式）であるために、いわゆる「直行・直帰型」の「登録ヘルパー」が多数を占めています。

その「登録型ヘルパー」（上記通知で「非定型的パートタイムヘルパー」）について、訪問介護のための移動時間・記録時間・会議時間等は労働時間であると認めたのが上記通知です。

厚生労働省は、上記の通知が出た後でも、「介護報酬はサービスへの対価となっており、移動時間等について報酬設定をすることはできない」「介護報酬と賃金とは別な問題だ」（2005年3月9日 自治労連への回答）と言い、移動時間を含めた賃金を払うかどうかは事業所の問題だとしています。

介護報酬での手当がなくて、移動時間等を含めた賃金をどこから生み出したらよいか大いに疑問です。

法律案にある「訪問介護サービス費」「介護予防訪問介護サービス費」の規定に、「移動時間、業務報告等の作成時間、待機時間」等を盛り込むべきではないでしょうか。

## 第六の疑問 営利法人の参入は見直すべきではないか

疑問① 営利法人の参入は制限すべきではないか。制度への不信を広げるのではないか

法律案の目玉に、介護保険事業所の規制強化があります。厚生労働省の「事業者の指定取消状況」によると、取消件数は年々増加しており、そのうち営利法人が事業者数において63%を占めています。(資料①)

介護サービスは、利用者に対して継続的に提供されることが必要ですが、営利法人においては、継続的なサービス提供が保障されないことを示しています。

このように、営利法人の実態は、制度への不信・不安を広げているのではないのでしょうか。

しかし法律案では、新たに「居住系サービス」の区分を設け、有料老人ホームやケアハウス以外の「住まい」も保険給付(=特定施設入所者生活介護)の対象に加え、これらの整備を営利法人などに委ねる方向です。

介護サービスを提供する事業者は、原則として配当を禁止した非営利法人又はNPO法人格を持つ団体などに制限をすべきではないのでしょうか。



## 事業者の指定取消状況(平成16年7月末現在)

- 事業者及び事業所の指定取消件数は、年々増加している。  
 ○ 法人種別ごとにみると、営利法人とNPO法人において、サービス別にみると訪問介護、居宅介護支援及び介護療養型医療施設において、指定取消の出現率が高い。

### 【事業者数】

	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	合計
営利法人	3事業者	9事業者	30事業者	47事業者	13事業者	102事業者
特定非営利活動法人	—	3事業者	3事業者	7事業者	1事業者	14事業者
医療法人	3事業者	3事業者	4事業者	7事業者	3事業者	20事業者
社会福祉法人	—	4事業者	5事業者	7事業者	1事業者	17事業者
地方公共団体	—	—	—	1事業所	1事業者	2事業者
その他(個人5、企業組合1)	1事業者	1事業者	2事業者	3事業者	1事業者	8事業者
合計	7事業者	20事業者	44事業者	72事業者	20事業者	162事業者

※ 複数年度で取り消しを受けている事業者がいるため、合計において一致しない。

### 【事業所数】

	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	合計
訪問介護	3事業所	9事業所	32事業所	42事業所	7事業所	93事業所
訪問入浴介護	—	1事業所	1事業所	1事業所	—	3事業所
訪問看護	—	—	4事業所	5事業所	1事業所	10事業所
訪問リハビリ	—	—	2事業所	—	—	2事業所
居宅療養管理指導	—	—	3事業所	2事業所	1事業所	6事業所
通所介護	—	—	9事業所	8事業所	—	17事業所
通所リハビリ	2事業所	2事業所	2事業所	1事業所	—	7事業所
短期入所生活介護	—	—	1事業所	1事業所	—	2事業所
短期入所療養介護	—	—	—	1事業所	—	1事業所
グループホーム	—	2事業所	—	5事業所	1事業所	8事業所
特定施設	—	—	—	—	2事業所	2事業所
福祉用具貸与	—	—	5事業所	7事業所	3事業所	15事業所
居宅介護支援	—	15事業所	29事業所	25事業所	6事業所	75事業所
介護療養型医療施設	2施設	1施設	2施設	7施設	3施設	15施設
合計	5事業所 2施設	29事業所 1施設	88事業所 2施設	98事業所 7施設	21事業所 3施設	241事業所 15施設

## 第七の疑問 口腔機能向上の内容、歯科医療関係者の関わりは

介護保険法「改正」案の目玉のひとつに、「予防重視型システムへの転換」があげられ、新たなサービスとして、運動機能の向上、栄養改善と並んで口腔機能向上がメニューに位置付けられている。

### 疑問① 口腔機能向上の内容は

三浦厚労省老人保健課長は「口腔機能低下防止が目玉中の目玉」と位置付け、口腔機能低下予防について「歯の維持だけではなく、嚥下や咀嚼など広く生活機能の維持に関わるものであり、口腔機能の向上の効果については、大いに期待している」としました（1/28 国保・地域包括ケア研修会）。しかし、位置付けの割には一向に具体的なイメージが示されておらず、このままでは従前の「歯、口腔清掃」の水準にとどまりかねないのではないのでしょうか。

### 疑問② 主治の歯科医師意見書が要件とされず、どうして保健師等に「口腔機能向上」のプランニングができるのか

口腔機能向上を含めた介護予防プランの作成は、地域包括支援センターに配置される保健師・経験のある看護師等が、主治医の意見書や認定調査票をもとに行うと厚労省は説明します。しかし、主治の歯科医師の意見書は要件とされていません。また調査票も歯や口腔に関する調査項目は不十分です。その上保健師・看護師の口腔に関する研修時間は、養成時も資格取得後の生涯研修等でも、歯科衛生士に比べて極端に少ないのが実態です。こうした下で、適切な口腔機能向上に向けた介護予防プランが作成できるのか、大いに疑問です。

### 疑問③ 歯科医療関係者はどう関わるのか

三浦医療課長も提起する「歯の維持だけではなく、嚥下や咀嚼」を含む口腔機能の向上となれば、歯科医療関係者の関与が欠かせません。金子芳洋日本摂食・嚥下リハビリテーション学会理事長は、「歯科医師や歯科衛生士による専門的な口腔ケアが最善である。あるいはその患者に必要なそのような口腔ケアの実施を十分に訓練された介護者が実施し、それを専門家である歯科医師や歯科衛生士が定期的にチェックする体制が要求される」（「はじめよう 介護予防プラクティス 第1回要介護高齢者の口腔、摂食・嚥下の重要性」(『G P net 05年 April』)と指摘しています。しかし、介護保険法「改正」案の新予防給付に関わる条文には、歯科医師や歯科衛生士の関与が全く不明です。