

**介護保険制度に関する抜本的な改善要求(新提言)**  
…真の「介護の社会化」を目指して…

2010年8月  
全国保険医団体連合会

**【目次】**

**1 はじめに**

**2 介護をめぐる現状と問題点**

- (1) その人らしい高齢期を認めない「在宅誘導」
- (2) 多くの高齢者は、保険料負担に耐えられない
- (3) 介護報酬引き上げが保険料引き上げに連動
- (4) 区分支給限度額と利用料負担が必要な介護を制限する
- (5) 行政責任の放棄と営利企業参入
- (6) 介護保険給付範囲の問題
- (7) 基盤整備の遅れ
- (8) 在宅での老人独居、老人のみの世帯、重度認知症の増加と生活・介護の深刻化
- (9) 介護報酬全体の低さ

**3 地域包括ケアと制度の持続可能性-介護保険法「改正」をめぐる動きと高齢者・介護者の権利保障**

- (1) 投げかけられた2つの課題-地域包括ケアと「持続可能性」
- (2) 地域包括ケアシステム構想と「医療と介護」の連携
- (3) 地域における高齢者の療養を保障する責任主体をどこに求めるか
- (4) 地域の実態は甘くはない

**4 2012年介護保険法改定に関する要求**

- (1) 介護保険法の目的の改正
- (2) 介護保険給付範囲の見直しと介護予防の徹底
- (3) 介護保険制度の改善
- (4) 介護保険給付・サービス提供に係る改善
- (5) 介護サービス基盤整備
- (6) 介護報酬に係る改善
- (7) 自治体に対する要求（現行法下で実施可能な要求）

**5 補論(将来めざすべき、あるべき介護保障)**

- (はじめに)
- (1) 総論
  - (2) 具体的な介護保障制度

## 1 はじめに

2010年は、介護保険制度が発足（2000年4月）して10年目にあたり、6年に1回の介護保険法改定（2011年法案提出、2012年4月施行）に向けた本格的な論議が開始される。

この時期に、介護をめぐる現状と介護保険制度の問題点を改めて整理し、介護を必要とする人が必要な介護サービスを受けられる制度とすることを前提とした「介護保険制度に関する抜本的な改善要求」を保団連としてまとめ、その実現を政府等に迫ることとした。

介護保険制度は、それまで低所得者を中心に福祉制度として実施してきた介護サービスを、「介護の社会化」をスローガンとしてより広範な人々に提供するとともに、ケアマネジャー、訪問介護員等の専門職を誕生させ、介護福祉士の活躍の場を広げたという積極面があった一方、「受益者負担と営利化」、「国庫負担・企業負担の抑制」を柱とした社会保障構造改革の先兵としての役割を担い、低所得者からも保険料と利用料負担を徴収した結果、「高すぎる保険料のため、滞納せざるをえない」「利用料負担が払えず、サービスを断念する」など、最も介護を必要とする人々に介護サービスが提供されないという問題が発生している。また、営利企業参入による事業運営を前提として自治体が介護事業から撤退したため、経営効率の悪い過疎地等では介護サービスの整備が進んでいない。

さらに、介護報酬の抑制と労働者派遣法の改悪等によって介護現場で働く人々は低賃金と過酷な労働条件のもとに置かれ、制度を支える介護従事者がいないという深刻な問題が発生している。区分支給限度額による利用抑制や医療保険給付の一部が介護保険給付に包含されて受療が制限されるなど、「保険あって介護なし」といわれる事態を生み出している。

介護保険制度創設によって、「介護は個人や家族の問題ではなく、社会問題として放置できない国民的課題であり、社会的介入（介護の社会化）が必要」との国民的な合意が得られるという成果があったが、「介護を必要とする人が、いつでも、どこでも、必要な介護を受けることができる」という意味での「真の介護の社会化」の実現は遠い。

介護保険制度の目的の一つには、在宅で介護する家族を支援し、その負担を軽減することがあったが、その効果も不十分である。

「真の介護の社会化」は、十分な財源と人員が確保され、利用者の立場に立った制度によって実現するものであり、市場化・営利化で達成できるものではない。高齢や障害のために生活に支障が生じても変わることなく普通の生活がおくれるように、社会保障こそ国の根幹であるとする政府の出現が待たれる。

介護を受ける必要がある多くは高齢者であり、全ての国民が安心できる老後保障としての介護保障制度が求められている。これは国民の当然の権利であり、今、介護をめぐる起きているさまざまな困難を早急に解決する必要がある。

政府は、2011年の介護保険法改正に向けた本格的な検討を本年度より始めることとしており、地方分権・地方主権の名のもとで国の負担の一層の縮小と利用範囲の縮小や負担の強化も検討されている。こうしたことから、まず现阶段の問題点を明らかにし、実行ある解決に向けて議論し提言を行うことは緊急の課題である。

以上のことから、本提言では、①介護をめぐる現状と問題点を整理し、②2012年介護保険制度改定（2011年法案提出）に関する要求をまとめるとともに、③将来めざすべき、あ

るべき介護保障制度についても明らかにした。

なお、介護改善の取り組みは、要求をまとめることが到達点ではなく、出発点である。介護保険と医療保険のあるべき姿を常に議論しながら、本提言を出発点として、医師・歯科医師の団体として介護改善の大きな運動に参加していき、介護改善だけでなく、医療保険改善の運動につなげていくものである。

また、介護保険制度だけでは介護をめぐる問題は解決しない。医療制度・福祉制度の充実は当然だが、交通や住環境（道路や公園の整備を含む）、家族・地域住民や行政の理解と支援が必要であり、住みやすい街づくり、住みやすい国づくりが必要である。

## 2 介護をめぐる現状と問題点

### (1) その人らしい高齢期を認めない「在宅誘導」

2010年3月分介護保険事業状況報告（暫定）によると、65歳以上の被保険者（28,916,435人）に対する要支援1～要介護5の認定を受けた人（4,697,577人）の割合は16.24%に達している。

介護保険を利用するには申請が必要なため、実際には介護が必要だが申請がしない・できない人もおり、実際の要介護者・要支援者の割合はさらに高いと考えられる。また、期間や程度に差があるものの、国民誰もが要介護状態になる可能性がある。

一方、介護・看病疲れが主な原因と推定される自殺が平成20年だけで273人（平成21年版自殺対策白書）に達し、介護・看護疲れによる刑法犯犯罪も104人（平成20年の犯罪情勢）に達している。また、「平成20年度高齢者虐待防止法に基づく対応状況などに関する調査」では、養護者（高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等）による虐待が14,889件に達している。

言うまでもなく、介護保険制度は社会保障の一環である。社会保障サービスは、必要な時、必要な人に適切に提供される仕組みとして確立される必要があり、それは、国と自治体の責任と協力によって行われるべきものである。

しかし、上記のような悲劇的事態が示すものは、介護保険制度が高齢者とその家族の暮らし全体を支える機能を持ち合わせた制度ではない、という事実である。介護の社会化と言いながら、相変わらず「介護は家族の仕事」「親を子が見る美風」といった前近代的な状態が改善されていないのではないか。さらに重大なことは、介護保険制度の仕組みそのものが、こうした悲劇を助長しているのではないか、という点である。

この間、政府・厚生労働省は、医療も介護も「施設から在宅へ」をスローガンに入院医

|                 |      |            |
|-----------------|------|------------|
| 第一号被保険者数（65歳以上） |      | 28,916,435 |
| 要支援認定者          | 要支援1 | 591,282    |
|                 | 要支援2 | 630,838    |
| 要介護認定者          | 要介護1 | 825,131    |
|                 | 要介護2 | 815,818    |
|                 | 要介護3 | 688,536    |
|                 | 要介護4 | 607,631    |
|                 | 要介護5 | 538,341    |
| 合計              |      | 4697577    |

| 擁護者による虐待を受けた又は受けたと判断された事例数                         |         |        |
|--|---------|--------|
| 平成18年度   | 平成19年度  | 平成20年度 |
| 12,569件  | 13,273件 | 14,889 |
| 各年「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査」より |         |        |

療や入所介護を制限してきた。しかし、在宅での医療や介護を支える基盤は現状では不十分であり、こうした状況下で社会保障費削減のために在宅化一辺倒の施策を進めてきた結果が、介護をめぐる「虐待」、「自殺」、「犯罪」を生み出す大きな要因となっていることは否めない。

厚生労働省が2008年3月に実施した「終末期医療に関する調査」結果によると、死期が迫っている場合の療養の場所として一般国民の63.3%は自宅で療養することを望んでいるが、必要があれば入院を希望する人が52.4%であり、最後まで自宅で療養したいと思う一般国民は10.9%に過ぎなかった。また、自宅での療養が可能と回答した一般国民は6.2%しかなく、在宅医療や介護の体制不足、急変時の対応への不安、家族の負担、居住環境などが否定要因としてあげられている。

| 死期が迫っている場合の療養の場所（一般国民）        |       |
|-------------------------------|-------|
| なるべく早く今まで通った医療機関に入院したい        | 8.8%  |
| なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい            | 18.4% |
| 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい | 23.0% |
| 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい    | 29.4% |
| 自宅で最後まで療養したい                  | 10.9% |
| 専門的医療機関で積極的に治療を受けたい           | 2.5%  |
| 老人ホームに入所したい                   | 1.0%  |
| その他                           | 0.6%  |
| わからない                         | 4.4%  |
| 無回答                           | 0.90% |

終末期医療に関する調査（2010年3月）より

| 自宅で最後まで療養できると思いますか（一般国民） |       |       |      |
|--------------------------|-------|-------|------|
| 実現可能                     | 実現困難  | わからない | 無回答  |
| 19.3%                    | 54.6% | 24.2% | 1.9% |

終末期医療に関する調査（2010年3月）より

要介護者が自ら望む環境の中で人生を全うしたいと願うことは当然であり、在宅医療・在宅介護を重視することは当然であるが、同時に、要介護者を取り巻く環境や身体状況から見れば病院や施設介護の方がよりふさわしい事例も多い。

「施設から在宅へ」ではなく、「在宅でも施設でもその人らしさを大切にしたい療養ができる環境」こそが、求められる政策の基本姿勢であるべきだ。要介護者がおかれている環境や身体状況を総合的に判断して、在宅、通所、施設のいずれかを、本人・家族が選択でき、そのいずれにおいても必要な医療と介護が十分に受けられる体制をつくること。ここが目標であると同時に、個々のケースの課題を解決する上での出発点でもある。

介護が必要となった場合は、本人だけでなく家族にも大きな負担がかかるなど、ほとんど全ての国民にとって避けることができないものであり、人間が生存する上で欠かすことのできない人生の課題の一つである。

したがって必要な介護を公的に受けられるようにすることは、国際人権規約第6条に規定し、日本国憲法第25条に規定する生存権を実現するものであり、その実現には国が責任を持つ必要がある。

|              |  |
|--------------|--|
| 日本国憲法第25条第1項 | すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。                                  |
| 国際人権規約第6条1項  | 人は全て、生まれながらにして生きる権利を有する。この権利は法によって守られるべきである。誰もこの権利をみだりに奪ってはならない。 |

## (2) 多くの高齢者は、保険料負担に耐えられない

介護保険では、全ての被保険者から介護保険料が徴収される。これは後期高齢者医療制度と同様である。市町村の施策によって減額されることはあっても、免除されることはない。

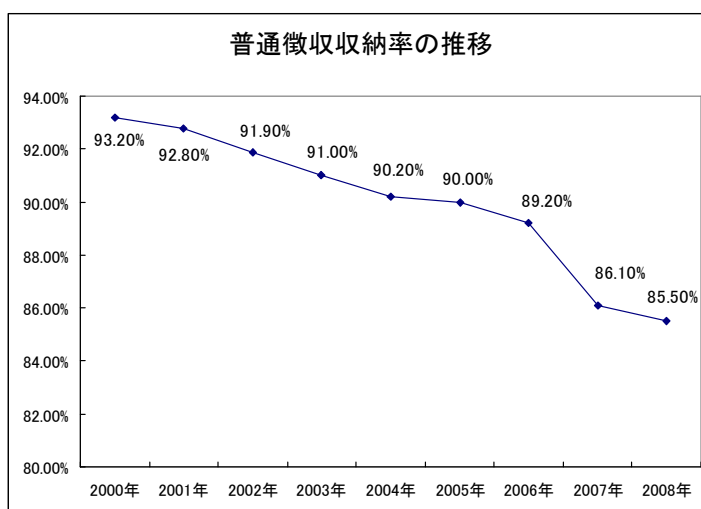
制度発足以来、保険料は上昇の一途を辿っている。平均保険料（基準額）は全国ベースで、第1期(2000年～2002年)に2911円、第2期(2003年～2005年)に3800円、第3期(2006年～2008年)に4412円、第4期(2009年～2011年)4357円と引き上げられてきた。

| 介護保険1号被保険者平均保険料推移（全国平均） |       |             |
|-------------------------|-------|-------------|
| 第1期保険料                  | 2911円 | 2000年～2002年 |
| 第2期保険料                  | 3800円 | 2003年～2005年 |
| 第3期保険料                  | 4412円 | 2006年～2008年 |
| 第4期保険料                  | 4357円 | 2009年～2011年 |

1号被保険者の保険料の基準額対象者は「世帯のだれかに住民税が課税されているが、本人は住民税非課税の場合等」である。ここから平均で年5万円近い介護保険料が65歳以上の世帯員全員から徴収され、医療保険が国保なら平均で1世帯当り年14万程度が国保料として徴収され、75歳以上の後期高齢者の場合は、1人当り年6万円が後期高齢者保険料として徴収される。

制度発足時には5段階とされた所得段階別保険料は、所得が低いほど負担率が高く、高いほど負担率が低い逆進性の強い体系であるとして、被保険者からの批判が相次いでいる。2006年の制度見直しでは、自治体毎に保険料設定を多段階化することが認められるようになったが、被保険者の所得を正確に反映した保険料には程遠く、国民健康保険や後期高齢者医療制度以上に、逆進性の高い保険料となっている。

低所得層の負担の重さを示すのが収納率の推移である。保険料が年金天引きである場合、その収納率は100%であることは言うまでもない。しかし、65歳以上の普通徴収者（年金の受給年額が18万円未満（年金から天引きされない者））の収納率（収納額の割合）は、2000年で93.2%、2008年度には85.5%にまで低下している。保険料滞納者に対しては、過酷な罰則が準備されているのは国民健康保険と同じである。保険料を特別な事由もなく滞納した場合



には、①1年以上滞納で償還払い、②1年6ヶ月以上滞納で滞納保険料分が保険給付から相殺、③2年以上滞納で窓口負担が3割となり高額介護サービス費が給付されなくなる。

保険料も含め、介護保険法上の利用者負担を軽減すれば生活保護受給に該当しない場合は、より低い負担基準が適用される制度として「境界層措置」（施行令第39条）がある。これにより、保険料滞納があっても給付額の減額が行われず、施設入所時の食事代標準負担額の減額、保険料段階引き下げ、高額介護サービス費の上限額引き下げ等を受けることが出来る。しかし、措置を受けるためには前提として生活保護申請をし、要否判定を受けね

ばならず、資産調査等のミーンズテストを受けることになる。そのため、大変使いにくい制度となっている上、結果として保険料が免除されるわけでもない。払いたくても払えない人からは、最初から保険料を徴収しない仕組みにすべきである。

第2号被保険者については、医療保険に合わせて徴収される。

健保組合や協会健保等、健康保険加入者である場合は、標準報酬月額に一定の料率を乗じて保険料が設定されており、基本的には応能保険料的な仕組みとなっている。しかし国保加入者の場合は、国保と同様に所得割、資産割、均等割、平等割で保険料が設定され、低所得者にとっては負担が重い設定方法となっている。

### (3) 給付サービス量や介護報酬引き上げが保険料引き上げに連動し、保険者の「給付抑制策」を誘発する財政構造

介護保険料が引き上がり続けるのは、法定化された財政構造に根本的な問題がある。

介護保険は、原則的に3年間の保険料で3年分の給付を賄う仕組みとなっている。その財政の仕組みは、9割の保険給付分に対して65歳以上の保

| 介護保険の財源        |         |     |      |       |          |       |
|----------------|---------|-----|------|-------|----------|-------|
| 保険給付（9割）       |         |     |      |       | 窓口負担（1割） |       |
| 保険給付（9割）に対する割合 |         |     |      |       |          |       |
| 保険料合計          |         | 50% | 公費合計 |       | 50%      |       |
| 内訳             | 65歳以上   | 20% | 内訳   | 居宅    | 施設       |       |
|                | 40歳～64歳 | 30% |      | 国     | 25.0%    | 20.0% |
|                |         |     |      | 都道府県  | 12.5%    | 17.5% |
|                |         |     | 市町村  | 12.5% | 12.5%    |       |

険料20%、40歳以上65歳未満の保険料30%、市町村12.5%、都道府県（居宅12.5%、施設17.5%）、国（居宅25%、施設20%）、調整交付5%となっている。

1号被保険者の保険料基準額は、市町村で必要とする総介護サービス量のうち、65歳以上の保険料で負担するとされた費用分を、市町村内に住む65歳以上の総数で割って算出したものであり、市町村によって保険料額が大きく異なる。

市町村国保も原則としてこうした考え方によって運営されているため、国保料の額は市町村によって異なるが、国保の場合には不足分について一般会計からの繰り入れが行われ、国保財政安定化事業により、国からも繰り入れに対する助成がなされている。しかし、介護保険制度では繰り入れ自体が認められていない。つまり、先の財政構造が「法定化」されてしまっているのである。このため、供給が増えたり、介護報酬が引き上げられると、保険料が直接それにリンクして引き上がるため、各保険者は「いかに給付を抑えるか」という給付抑制策に苦心せざるをえないことになる。具体的には、訪問介護サービスの「院内介助問題」「散歩問題」「同居家族がいる場合の生活援助の制限」等をめぐって問題となったいわゆる「不適切事例のローカルルール」問題に代表されるような、都道府県「介護給付費適正化事業」の下で進められる保険者による相次ぐ給付制限事例がそれである。

また、この仕組みでは、施設サービスの充実が介護保険財政に多大な影響を与えるため、施設基盤整備を市町村に躊躇させる根本原因にもなっている。

### (4) 区分支給限度額と利用料負担が必要な介護を制限する

居宅系サービスでは、要介護認定の結果（要支援1・2、要介護1～5の7区分）に沿

って1カ月に利用できる介護保険の給付額に制限(区分支給限度額)が設けられており、利用できるサービスの量が抑制され、必要な介護が受けられない実態がある。

介護保険制度創設当時、医療保険が原則出来高払いであり、「青天井の給付」であることを「反面教師」に、「要介護認定」制度が導入されたことは疑いの余地がない。給付抑制策が制度自体に盛り込まれているという点で、国にとって極めて好都合な仕組みとなった。

給付上限を超えたサービスは自費で購入することができることとされ、その部分を狙って民間営利産業がビジネスチャンスを拡大している。その一方で低所得者は、給付上限を超えたサービスを利用することは困難で、保険料・利用料等のため介護保険給付すら受けられない場合も少なくない。

そして何よりも、認定調査項目・第1次判定ソフト等は、制度上完全に国の胸先三寸に任されており、国が財政的都合からいくらかでも給付をコントロール出来る便利な装置である。2009年4月の認定基準の変更によって要介護度が大きく引き下げられたことはこの仕組みの本質的な狙いを示す最も象徴的な事実である。

また、要介護認定の役割は制度利用の入口で受給者を分別することにもある。介護保険サービスを受けるためには、あらかじめ要介護認定が必要だが、申請から認定まで(1カ月)の間はサービス利用が困難である(暫定介護サービスとして全額費用負担を行って後日償還払いを受けることは可能だが、結果として認定されなければ全額自費となってしまう)。

また、要介護認定基準そのものが妥当であるかどうかとも問われる。

要介護認定は、介護の必要な度合いを標準的に指し示すことを目的として、施設サービスにおける介護にかかる時間を前提として作られたものであり、居宅での介護へ適用すること自体無理がある。

特に居宅介護の場合は、その世帯状況や、家族構成等によって介護の手間は異なることから、要介護認定はせいぜい「目安」程度の意味しかない。その「目安」程度に基づいて、受けられる介護サービス量が左右されているので、必要な介護が必要な人に届けられているはずがない。

また、要介護認定者に対する居宅(介護予防)サービス、地域密着型(介護予防)サービス、施設サービス利用者の合計割合は、82.64%であり、また、区分支給限度額に対する平均利用額の割合は平均で50~55%程度と想定される。(いずれも2009年8月サービス分)

この背景には、要介護認定とケアプラン作成料を除き、介護給付に対する定率1割という過酷な利用者負担の重さがあることは想像に難くない。医療保険の1割~3割の患者自己負担もあり、高額医療・高額介護合算制度が導入された(2008年4月)とは言え、病气療養中の利用者負担はさらに重いものとなっている。

なお、福祉用具貸与の必要性は、要介護度よりも家屋構造や介護者の有無などによる。したがって、区分支給限度額の枠の中で給付に制限を設けるべきではない。

| 区分支給限度額(通常地域) |            |
|---------------|------------|
| 要支援1          | 47,900円/月  |
| 要支援2          | 104,000円/月 |
| 要介護1          | 165,800円/月 |
| 要介護2          | 194,800円/月 |
| 要介護3          | 267,500円/月 |
| 要介護4          | 306,000円/月 |
| 要介護5          | 358,300円/月 |

## (5) 行政責任の放棄と営利企業参入

介護保険制度は在宅サービスの中心を担う主体として、措置制度を担った社会福祉法人

や医療法人に限定せず、営利法人も含めた「民間事業者」と位置づけた。

制度発足間もない2001年時点では、営利法人の通所介護事業所数に占める割合は8.8%、社会福祉法人の占める割合は75.6%だった。しかし、20年には、営利法人が40.6%、社会福祉法人が41.3%となっている。同様に訪問介護では営利法人が13年に34%、社会福祉法人は42%だったものが、20年には営利法人が55.1%、社会福祉法人が26.5%になった。13年と20年を比較すると、事業所総数は訪問介護で1.8倍、通所介護で2.4倍である。うち、営利法人の開設・経営する事業所は訪問介護で3.3倍、通所介護では11.3倍にもなった。一方、社会福祉士法人は全体の増加率を下回り、訪問介護で1.1倍、通所介護で1.3倍である（厚生労働省介護サービス施設・事業者調査）。

このように、介護保険施行により居宅サービスの総量は拡大したが、その多くは営利法人の事業拡大に負うところが大きい。市町村直営や、制度発足前から老人福祉事業を担ってきた社会福祉法人など、従来の公的セクターによる事業所も増えてはいるが、それを上回る勢いで営利法人が参入してきたことがわかる。

| サービス種別       | 事業所数     |       | 設置主体別に見た事業所の割合 |       |        |       |       |       |          |       |       |       |      |
|--------------|----------|-------|----------------|-------|--------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|-------|------|
|              |          |       | 地方公共団体         |       | 社会福祉法人 |       | 医療法人  |       | 営利法人(会社) |       | その他   |       |      |
|              | 2001年    | 2008年 | 2001年          | 2008年 | 2001年  | 2008年 | 2001年 | 2008年 | 2001年    | 2008年 | 2001年 | 2008年 |      |
| 訪問介護         | 11644    | 20885 | 2              | 0.6   | 42     | 26.5  | 10.7  | 7.2   | 34       | 55.1  | 11.3  | 10.6  |      |
| 訪問入浴介護       | 2457     | 2013  | 2              | 0.8   | 66.3   | 53.8  | 2.6   | 2.0   | 26.1     | 40.5  | 3     | 2.9   |      |
| 訪問看護ステーション   | 4825     | 5434  | 5.2            | 3.8   | 10.3   | 9.0   | 52.2  | 41.7  | 7        | 22.5  | 25.3  | 23.0  |      |
| 通所介護         | 9138     | 22366 | 4.7            | 1.3   | 75.6   | 41.3  | 5.6   | 8.1   | 8.8      | 40.6  | 5.3   | 8.7   |      |
| 通所リハビリテーション  | 5441     | 6426  | 3.4            | 3.3   | 8      | 8.9   | 71.8  | 76.3  | 0.1      | 0.1   | 16.7  | 11.4  |      |
| 内訳           | 介護老人保健施設 | 2743  | 3438           | 5.4   | 4.3    | 15.7  | 15.5  | 73.1  | 73.9     | ・     | ・     | 5.8   | 6.3  |
|              | 医療施設     | 2698  | 2988           | 1.3   | 2.1    | 0.1   | 1.4   | 70.6  | 79.0     | 0.1   | 0.2   | 27.9  | 17.3 |
| 短期入所生活介護     | 4887     | 7347  | 6.8            | 3.5   | 91.9   | 84.9  | 0.5   | 2.9   | 0.5      | 7.7   | 0.3   | 1.0   |      |
| 短期入所療養介護     | 5057     | 5242  | 5.2            | 4.7   | 8.5    | 10.6  | 73.1  | 76.6  | 0.1      | -     | 13.1  | 8.1   |      |
| 内訳           | 介護老人保健施設 | 2726  | 3469           | 5.4   | 4.3    | 15.6  | 15.4  | 73.1  | 74.3     | ・     | ・     | 5.9   | 6.0  |
|              | 医療施設     | 2331  | 1773           | 5     | 5.5    | 0.2   | 1.4   | 73    | 81.1     | 0.2   | -     | 21.6  | 12.0 |
| 認知症対応型共同生活介護 | 1273     | 9292  | 0.7            | 0.2   | 36.7   | 22.6  | 29.5  | 18.0  | 26.1     | 53.1  | 7     | 6.1   |      |
| 福祉用具貸与       | 3839     | 4974  | 0.3            | 0.1   | 6.3    | 3.5   | 2.5   | 2.0   | 85.4     | 89.6  | 5.5   | 4.8   |      |
| 居宅介護支援       | 19890    | 28121 | 6.1            | 1.6   | 37.4   | 30.7  | 25.6  | 19.9  | 19.5     | 37.2  | 11.4  | 10.6  |      |

国は、営利企業の参入を促進することで民間（企業）における効率性と創意工夫に富んだ事業運営を図ることができると主張した。しかし、営利法人は、本来的に利潤を生みだし、株主に配当することを目的にした経営体である。原理的には経営効率が優先され、利用者を選別することも厭わない存在であり、言い換えれば必ずしも、利用者本位のサービスを提供する事業者にはなり得ない。実際、事業展開が難しい郡部地域では介護サービス整備の遅れが指摘されている。

介護保障の担い手にふさわしい事業体とは何かを、原点に返り検討すべきである。

また、2006年のコムスンによる不正請求が露呈して以降、国は都道府県・市町村に対し、従来から実施してきた介護給付費適正化事業を強化することや全営利法人への指導・監査強化策を進めてきた。しかし、もともと営利法人を参入させたのは国自身である。どのように事業者監視を強化しても、それは根本的な解決にならない。



介護保険制度施行時、今後、行政はレフェリーになるという言葉が語られた。しかし、国・地方自治体の役割は、高齢者の介護保障に対する「実施責任」であるべきことをあらためて指摘しておきたい。

## (6) 介護保険給付範囲の問題

介護保険の給付範囲は次の4種類に大別される。

|                        |  |
|------------------------|--|
| ①福祉事業として行っていた介護サービス    | 訪問介護、訪問入浴介護、通所介護等                          |
| ②医療保険として給付されていたサービスの一部 | 居宅療養管理指導、訪問リハビリ、訪問看護、介護療養型医療施設等            |
| ③自治体が行っていた介護予防の一部      | 介護予防事業、包括的支援事業等、介護の予防に対する事業（要支援者への予防給付を除く） |
| ④新たな介護サービス             | ケアプラン、地域密着型サービス等                           |

### 1) 介護予防の観点から

現在、介護保険では要支援1・2に対する介護サービスを「介護予防給付」と位置づけているが、これは、要介護度が低い者への介護サービスを削減するための造語である。要支援1・2に対する介護予防給付という言葉は廃止し、「介護給付」として位置づけなおす必要がある。

一方、要支援・要介護認定がされていない方を含めて、健康な高齢期の実現に向け、出来る限り要介護状態にならないよう予防することや、要介護状態になった場合にも、それ以上のQOLの低下を招かないようリハビリテーションを中心とした援助を行い、要介護状態を重度化させないことが大切であることは言うまでもない。

この点では、介護予防事業は重視されるべきである。

しかし、介護保険制度では介護予防事業にかかる費用自体が財政に組み込まれている。これは、「保険者の努力が報われる仕組み」等と理由をつけ、予防事業が保険財政支出の抑制策に矮小化されたことを意味する。この手法は「医療費適正化路線」の下、2006年の特定健康診査・特定保健指導として、医療分野にも持ち込まれた。

そもそも、予防は保険給付で行うべきものではない。

かつて、公衆衛生行政の一環として、保健所が中心となり、健康教室や高齢者のいる家庭への保健師訪問等が行われていた。地域保健法成立以降、保健所の解体が進み、介護保険制度における地域包括支援センターの設立と介護予防事業の丸投げにより、地方自治体の公衆衛生行政としての介護予防は壊滅してしまった。

地方自治体の公衆衛生行政の再確立を視野に、財源を全額公費とした、新たな予防事業を立ち上げなおすことが必要となっている。

### 2) 「医療は医療保険」での原則から

2006年の診療報酬改定において医療保険のリハビリテーションに日数制限が導入され、日数制限を超えた「維持期」リハビリテーションは、原則として介護保険で対応すべきとされた。その後の反対運動で医療保険からの給付も認められることになったものの、原則は撤回されず、2012年改定では介護保険給付に特化させる危険性もある。

そもそも維持期を含めてリハビリは、医師が指示する OT・PT・ST 等の専門職種による医療行為であり、患者の病態に応じて医療保険から給付されるべきである。また、介護保険のリハビリは、区分支給限度額の枠内でケアプランに組み込まれて初めて実施可能で、医師が必要と認めても、実施できない場合が少なくない。介護保険にリハビリを移すことは、患者に必要な医療を提供するという健康保険法の現物給付原則に反するものである。必要なりハビリは医療保険で提供し、リハビリの算定日数制限は撤廃すべきである。

また、通所リハビリや訪問リハビリだけでなく、医療関係職種による居宅療養管理指導、訪問看護、介護療養型医療施設利用など医療系サービスについては、医師・歯科医師の指示に基づいて医療保険から給付すべきである。

### 3) 行政責任強化の再認識が必要

以上のことから、介護サービスとして給付すべきものは、現段階では①と④であろう（現在要支援者に対して実施している予防給付を含む）。

また、本来ケアプランは、利用者の心身の状況だけでなく家屋や家庭などの状況を把握した上で、介護保険だけでなく医療保険や福祉制度、ボランティアなどを含めた提供体制を総合的に勘案してプランニングを行うべきものである。

そのためには行政が責任を持って費用負担を行うべきであり、居宅介護支援については介護保険給付対象から外し、ケアマネジャーを自治体職員に準じて公費で処遇するべきである。

また、ケアマネジャーの更新研修は、国と自治体が責任を持って無料実施すべきである。

介護予防やケアマネジメントを公衆衛生行政として全額公費負担で自治体の責任で実施するとともに、医療系サービスを医療保険に戻して必要な医療が提供されれば、介護を必要とする人の数を減らすことが可能であり、介護保険給付財源は大幅に削減することができる。

そうすれば、この財源を介護保険サービスの質・量の向上に向けることも可能である。

### 4) 介護サービス充実の願いを受け止めて

介護保険給付の範囲をめぐっては、2005年10月には介護保険施設の居住費・食費の保険給付外しが実施され、2006年4月からは要介護1の7割（推計90万人）が要支援に区分され、区分支給限度額が6180単位も減額された（要介護1の16580単位⇒要支援2の10400単位へ）。また、要支援1についても6150単位から4970単位に減額するなどサービスの制限を行った。

| 要介護認定区分の変更(2005年6月全国課長会議資料より作成) |                   |                    |         |           |           |           |           |
|---------------------------------|-------------------|--------------------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 2006年4月改定前                      | 要支援               | 要介護1               |         | 要介護2      | 要介護3      | 要介護4      | 要介護5      |
|                                 | 64万人              | 130万人              |         | 60万人      | 50万人      | 49万人      | 47万人      |
| 区分支給限度額                         | 6150単位            | 16580単位            |         | 19480単位   | 26750単位   | 30600単位   | 35830単位   |
|                                 | ↓<br>変更なし         | ↓<br>分離            | ↓<br>分離 | ↓<br>変更なし | ↓<br>変更なし | ↓<br>変更なし | ↓<br>変更なし |
| 2006年4月以降                       | 要支援1              | 要支援2               | 要介護1    | 要介護2      | 要介護3      | 要介護4      | 要介護5      |
|                                 | 64万人              | 90万人               | 40万人    | 60万人      | 50万人      | 49万人      | 47万人      |
| 区分支給限度額                         | 4970単位<br>(▲1180) | 10400単位<br>(▲6180) | 16580単位 | 19480単位   | 26750単位   | 30600単位   | 35830単位   |

この影響について厚生労働省は当時 7000 億円の削減を見込んでおり、この改定による影響は非常に大きい。要支援・要介護1の給付が削減されたことで、自立を支える介護時間がとれなくなり、要介護度が重くなる状況も生まれている。

さらに、2006年に自公政権は、医療保険の療養病床を、2012年までに15万床に削減するとともに介護保険の療養病床13万床を全廃する法案を通常国会に提出。患者、国民、医療担当者の声を無視し、十分な審議もしないまま、強行採決した。

総選挙後に民主党は療養病床削減計画の凍結の考えを示したが、削減計画の撤回には至っていない。

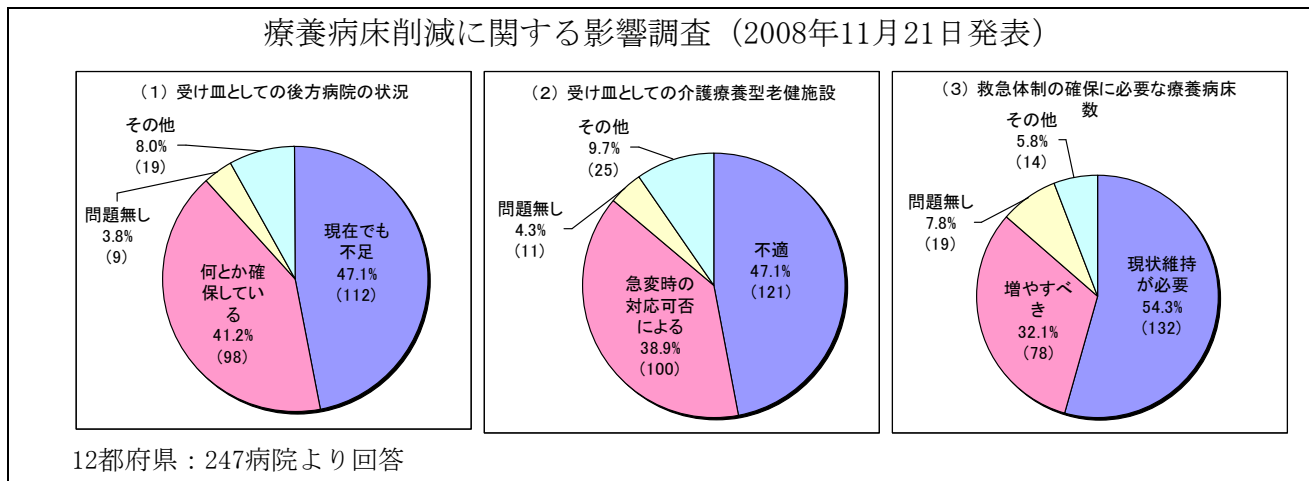
厚生労働省は、介護療養病床の転換先として介護療養型老人保健施設などを示しているが、介護療養型老人保健施設は夜間の医師や看護職員の配置が手薄になるなど、現在の介護療養病床のように必要な医療を提供することは困難になってしまう。

一方、医療療養病床は介護療養病床と比べて医療必要度が非常に高く、多くの看護要員を配置しなければならないことから、転換は困難である。

介護療養病床の廃止が決まってから2年以上経過しているが「日中・夜間とも自宅では介護できる人がいない」など、こうした人たちにどう対処していくかについては十分な対策がなされていない。

このまま介護療養病床が廃止されれば、どこにも行き場のない、いわゆる「医療難民」「介護難民」が各地で多数出ることとは明白である。

2008年10～11月に保団連が急性期病院に対して実施した「療養病床削減に関する影響調査」によると、①後方病院は現在でも不足、②介護療養型老人保健施設は受け皿として不十分、③療養病床の維持・増加が必要、であることが明らかとなっている。



また、居住費・食費の保険給付外しによって、負担増のために入所をあきらめる人も少なくない。

こうしたことから、介護サービスはその対象も範囲も広げるべきである。ところが、2009年12月4日に規制改革会議がまとめた「更なる規制改革の推進に向けて」では、ア) 要支援者の介護保険給付の切捨て、イ) 窓口負担の引き上げ、ウ) 保険給付範囲の見直しを掲げている。

これは、「介護の社会化」という介護保険制度発足の理念を大幅に後退させることとなり、要介護（支援）者及び家族の負担を大きく拡大することになる。

サービスの利用を求める人を、きちんと受け止められる政策への転換が求められる。

## 5)医療サイドから高齢者・介護家族を支えるために

医療から要介護者を支えるためには、①介護保険給付から除外した医療系サービスは、医療上の必要に応じて医療保険で給付する、②施設入所者の医療に対する医療保険算定上の制限を廃止する、③口腔領域における医療保険給付をさらに広げ、「噛める、話せる、笑える」老後を医療保険で提供できるようにするとともに、施設職員に対する口腔領域における指導を公費で保障すべきである。

なお、介護保険給付の範囲をめぐって、障害者自立支援法と統合させる動きもあるが、保険料負担や利用料負担を前提とした介護保険制度下では、障害者自立支援法との統合を行うべきではない。障害者に対するサービスは全額公費で実施すべきである。

## (7) 基盤整備の遅れ

厚生労働省が2009年12月22日に発表した特別養護老人ホームの入所待機者数は全国で約42万1千人であり、2006年調査(約38万5千人)と比べて待機者が増加しており、特養ホームの整備が需要に追いついていない現状が裏付けられた。

待機場所は、在宅(約19万9千人)、病院や診療所(約5万4千人)、介護老人保健施設(約7万2千人)、グループホーム(約1万3千人)、介護療養病床(約1万1千人)であり、特養ホームの整備の遅れが病院や診療所、そして介護力の少ない在宅に要介護者を滞留させる原因となっている。

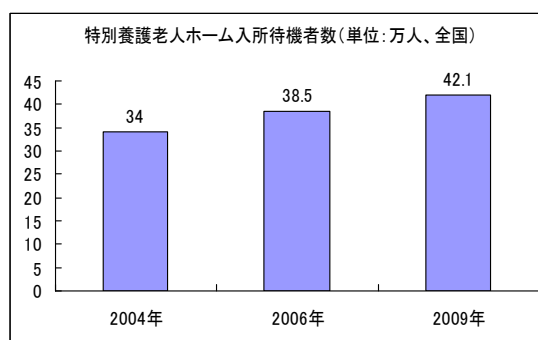
また、昨今、2009年3月の「たまゆら」火災を契機に、無届施設をめぐる状況が問題になっている。無届施設は平成21年4月末時点で446カ所確認されている(厚生労働省老健局高齢者支援課発表)。1部屋に複数の高齢者が居住、居室面積が狭く、生活スペースが確保できない、廊下のせまき、人員も不足していることから拘束等の行動制限が慢性化している等、人権問題が指摘されている。

さらに、これとは別に、通称「寝たきり専用賃貸住宅」が増加している。これらの「住宅」では、重度の要介護者を入居させ、「住宅」が指定する医師や介護支援専門員を利用させ、訪問看護・介護等のサービスを限度一杯まで受けることを条件としている。

問題は、特定施設の指定を受けないことで自治体等の監督を免れていることで、介護の質や利用者の人権の遵守の保障がなく、事業から撤退するような場合には行き先の保障がないことなどである。

こうした状況を生み出す背景には、要介護状態となった場合に、自宅で医療や介護サービスをうけることが困難な人々が多いにもかかわらず、在宅サービスの充実はおざなりに施設サービスを削減するとともに、施設費などを利用者に負担させる「高齢者専用賃貸住宅」や「有料老人ホーム」への肩代わりを営利化の推進とあわせて進めてきたことがあげられる。こうした無届施設には多くの高齢者が入所しており、施設基盤不足の受け皿になっている。

国の責任による、施設整備が今ほど急がれている時はない。まず、不足している「特別



「介護老人ホーム」の整備を早急に進めることが必要である。

特に、2000年には2269億円の予算を計上していた「介護サービス基盤整備」が年々減額され、2009年度予算では407億円にまで削減された。介護崩壊を救えとの国民的な運動の結果、2009年5月に成立した補正予算では、緊急整備特別対策事業として2011年度までの3年間で約3000億円が追加されたが、これでも年平均ではわずか1000億円であり、介護保険制度発足当初からみても大幅な引き下げである。

「介護の社会化」を本気で実現するのなら、まず基盤整備が重要であり、そのためには、国の本格的な予算投入が重要である。

### (8) 在宅での老人独居、老人のみの世帯、重度認知症の増加と生活・介護の深刻化

国立社会保障・人口問題研究所が2008年3月に推計した「日本の世帯数の将来推計」によると、高齢世帯（世帯主が65歳以上）は2005年の1,354万6千世帯(27.6%)から、2030年には1,903万1千世帯(39%)へ増加し、うち、高齢者単独世帯は2005年の386万5千世帯(7.9%)が2030年には717万3千世帯(14.7%)となり、75歳以上の単独世帯も2005年の196万7千世帯(4.0%)から428万6千世帯(8.8%)へと増加すると推計している。

一方、平成20年版国民生活基礎調査によると、2008年現在で65歳以上のみの世帯数は、923万7千世帯(65歳以上単独435万2千、65歳以上の夫婦のみ458万2千、その他30万3千)にのぼり、人口では1,439万7千人余りとなる。なお、1世帯あたりの平均所得金額は、高齢者世帯(65歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう)では298.9万円となっている。

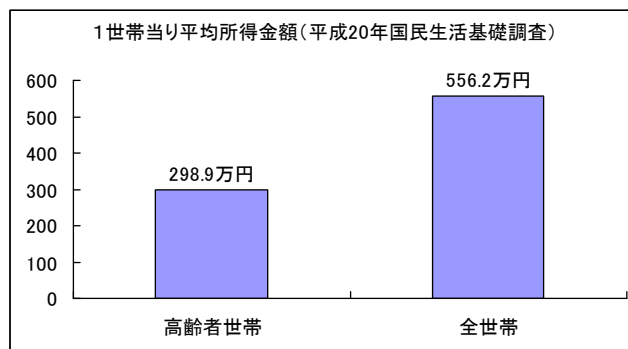
また、2009年5月21日に開催された第17回「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の資料2によると、「認知症患者の日常生活自立度Ⅱ以上」の高齢者は、2002年の149万人から、2040年のピーク時には385万人に達するとされている。(Ⅲ以上については2002年79万人、2040年212万人)

こうしたことから、独居老人や老人のみの世帯の増加、認知症の増加に対応した対策が重要である。

認知症患者の治療や日常生活訓練等は医療保険で給付すべきであるが、介護保険におい

世帯主65歳以上・75歳以上の世帯の家族類型別世帯数推計  
(2005～2030年) (単位1000世帯)

| 年次            | 一般世帯   |       |       |       |       |        |       |
|---------------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|
|               | 総数     | 単独    | 核家族世帯 |       |       |        | その他   |
|               |        |       | 総数    | 夫婦のみ  | 夫婦と子  | ひとり親と子 |       |
| 世帯主65歳以上      |        |       |       |       |       |        |       |
| 2005年         | 13,546 | 3,865 | 7,580 | 4,648 | 1,918 | 1,014  | 2,100 |
| 2030年         | 19,031 | 7,173 | 9,482 | 5,685 | 2,233 | 1,564  | 2,376 |
| 世帯主75歳以上 (再掲) |        |       |       |       |       |        |       |
| 2005年         | 5,539  | 1,967 | 2,660 | 1,707 | 482   | 471    | 912   |
| 2030年         | 11,097 | 4,286 | 5,420 | 3,374 | 1,074 | 972    | 1,391 |



ても認知症患者への介護を充実する必要がある。

| 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者の推計人数 |          |       |       |       |       |       |       |
|----------------------------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                            |          | 2002年 | 2015年 | 2020年 | 2030年 | 2040年 | 2045年 |
| 日常生活自立度Ⅱ以上                 | 人口       | 149万人 | 250万人 | 289万人 | 353万人 | 385万人 | 378万人 |
|                            | 65歳以上人口比 | 6.3%  | 7.6%  | 8.4%  | 10.2% | 10.6% | 10.4% |
| 日常生活自立度Ⅲ以上                 | 人口       | 79万人  | 135万人 | 157万人 | 192万人 | 212万人 | 208万人 |
|                            | 65歳以上人口比 | 3.4%  | 4.1%  | 4.5%  | 5.5%  | 5.8%  | 5.7%  |

第17回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料  
2002年9月末についての推計

### (9) 介護報酬全体の低さ

制度発足当時から介護報酬は低く設定されている。

これに加えて、介護報酬改定は、2003年(▲2.3%)、2006年(2005年10月を含め、▲2.4%)、2009年+3%であり、制度発足当時よりも低下している。

これらの結果、介護事業所では、厳しい労働条件におかれた介護従事者等の離職が深刻化し、かつてない人手不足と経営難が介護現場を直撃している。

ホームヘルパーの8割がパートである。この理由は、短時間での就労希望もあるが、正職では雇えない介護報酬の低さにある。正規の職員が雇用できるだけの報酬引き上げが必要である。

介護報酬の再引き上げを求める現場からの声が大きく広がる中で、2009年10月より介護職員1人当たり平均月15,000円程度を介護報酬に加えて介護サービス提供事業者に交付する「介護職員処遇改善交付金」が創設された。

しかし、介護保険の対象である介護職員だけが交付の対象で、その他の職員の給与引き上げに使用することもできないため、「同じ病院で、介護療養病床の介護職員の給与は引き上げられるが、医療療養病床の介護職員の給与は引き上げられない」、「同じ事業所でも看護職員やリハビリスタッフ、事務職員の引き上げには使えない」ために申請できない事業所も多く、厚生労働省が発表した2009年10月30日現在での交付金申請状況では、72%の事業所しか申請しておらず、その理由は、①対象の制約(26%)、②事務作業が煩雑(17%)、③H24以後の取扱いが不明(14%)、④追加費用負担の発生(10%)等となっており、制度の欠陥が露呈している。

2009年3月下旬には当時野党だった民主党、共産党、社民党、国民新党が介護報酬を7%加算する特別措置法案を国会に提出した。残念ながらこの法案は成立しなかったものの、2009年7月に発表した衆議院選挙に向けた民主党マニフェストでも「良質な介護サービスの確保のため、事業者に対する介護報酬を7%加算し、介護労働者の賃金を月4万円程度引き上げます」としている。

介護職員の給与や労働条件の改善は喫緊の課題であり、介護サービス事業者が、職員の給与や労働条件の改善を行えるよう政府の責任で介護報酬を引き上げるべきである。

なお、報酬引き上げにかかる費用を被保険者に負担させることは実態として困難である。これらにかかる費用は、社会保障の理念に逆行する消費税引き上げではなく、諸外国と比べて負担割合の低い社会保障に対する企業負担を引き上げるなど、企業への適正課税と国の支出の見直しで捻出すべきである。

### 3 地域包括ケアと制度の持続可能性-介護保険法「改正」をめぐる動きと高齢者・介護者の権利保障

介護保険法改正に向けた社会保障審議会介護保険部会の議論がスタートした。部会は11月中には結論を得、年明けの通常国会に「介護保険法改正法案」を提出する見通しである。5月31日の同部会では、厚生労働省は制度見直しについて、「地域包括ケアの実現」と「制度の持続可能性」を論点に掲げた。

#### (1) 制度の持続可能性をめぐる

厚生労働省の宮島老人健局長は「5期に向けては、高齢化が進み、給付費が制度発足時の2倍になる中で、持続可能な介護保険制度の実現が大きな課題」と述べ、「そのため、持続可能な制度を構築するための財政や負担のあり方、地域の実情に応じたシステムを確立するための保険者機能や自治体の役割強化、良質で効率的な給付のあり方など、介護保険法の見直しを行うべき事項について」の議論を求めた。

「持続可能な制度」という言葉は、2005年の制度見直しの際にも用いられ、要介護認定で「軽度」判定を受けた人たちへのサービス提供の抑制が行われた。

5年を経た今も、「持続可能性確保」は、厚生労働省のメインテーマであり続けている。特にこの間、政府は介護崩壊が叫ばれる中、介護報酬引き上げや、「介護職員処遇改善交付金」、「介護拠点等の緊急整備」等を実施してきた。介護報酬引き上げが保険料の引き上げにつながらないように保険料軽減策も実施されている。

しかし、今やこれらの財源確保が難しく、今後大幅な保険料の増額が避けられない事態となっていることを受け、「どのように保険財政を維持させるか」が、より重要な論点に位置づけられている。

部会では、委員から「需要が急激に伸びていく。これまで以上に住民の負担と給付のあり方を考えていかないといけない」とし、給付抑制策の一例として、生活支援型サービスを互助・共助で賄うことが出来ないかと述べ、「給付範囲の見直し」が提起された。また、経済同友会が要支援1・2と「比較的軽度な要介護1」の利用者へのサービスを保険の対象外にするよう提言。併せて、利用料負担も現在の1割から2割へ引き上げるべきと打ち出している。

こうした中で7月26日に開催された「介護保険部会」に、厚生労働省から11月の意見取りまとめまでの検討スケジュール案が示された。

示された検討事項では、①軽度者の介護保険対象除外や軽度者の生活援助の給付外し、②補足給付（居住費・食費の補填）の廃止や給付制限、③保険料徴収年齢の引き下げ、④利用者負担の拡大、⑤特養ホーム等への営利企業の参入、⑥高齢者専用賃貸住宅での医療・介護サービスのパッケージ化、⑦医療、看護、リハビリテーションとの連携、⑧精神病床長期入院認知症者への対応などが示されており、給付削減と負担の拡大が検討されようとしている。

しかし、こうした方向では要介護者やその家族に耐え切れない負担を増大させ、引いては企業や国家を疲弊させていく。介護の現場では、介護給付の拡充と負担軽減こそが求め

られている。財源から介護保険給付を論じるのではなく、給付の必要性から財源を生み出すことが重要である。

医療や介護は、雇用と経済成長の大きな柱であるが、それは社会保障制度の上に立脚しなければならない。特に低所得者が多く、独居や老人のみの世帯が今後も増大することが予想されるもとでは、家族介護を前提とせず利用者の費用負担を軽減した制度の構築が不可欠である。医療や介護分野への資源の投入が他の産業を押し上げる効果が高いことは政府の資料でも裏付けられている。

介護保険制度の改善にあたっては、国庫と企業負担の拡充による財源捻出こそ求められる。

また、施設・サービスの人員・設備・基準を都道府県等の条例に委任することを定めた「地域主権改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律案」が国会で継続審議となっているが、法案成立後にそれぞれの基準について国として定める内容を介護給付費分科会で審議する必要があるとされている。

厚生労働省は、①「人員配置基準」「居室面積基準」「人権に直結する運営基準」は国の基準に従う、②「居室定員、廊下幅、汚物処理室、事務室、サービスステーション」などの基準や運営基準については、都道府県又は市町村が国の基準を下回る基準を定めることができる、③国の基準を下回る施設・サービスについては、水準に応じた介護報酬等を設定する方針であり、これが実施されれば、全国一律の介護保険制度の解体につながりかねない。当然介護報酬、保険料、利用料等に格差が生じてくる。本来は、全国どこでも同じサービスが提供されるべきである。

そもそも介護保険は、保険料やサービス基盤において自治体間格差が大きい。第4期保険料基準額（2009年～2011年）では、福島県楡枝岐村・岐阜県七宗村の2,265円から青森県十和田市の5,770円まで2.5倍の格差がある。また、サービス基盤についても大きな格差がある。

こうした格差について、保険者規模が小さいことが原因であり都道府県に統合すべきとの意見がある。しかし、都道府県段階での統合は、国保や後期高齢者医療制度に見られるように、サービスの大幅な低下をもたらし、行政サービスを低下させることになる危険性が高い。自治体間格差の増大の原因は、介護に対する国の責任と財源が不十分なことにあり、抜本的に国庫負担の拡充をはかるとともに、介護保険料不足については市町村一般財源を投入し、その分を国や都道府県が補填する制度をつくるべきである。

なお、介護保険部会での検討事項の中には、介護療養病床廃止の見直しや介護保険施設における医療サービスの提供、区分支給限度額の引き上げや看護・リハビリテーションの上限外し、ケアマネジャーの質の向上、中立性、独立性の確保、情報公開制度の手数料廃止など、私たちが要望している内容も多く含まれており、要介護者と家族、そして介護労働者の立場からよりよい介護制度構築のための論議がされることを期待するものである。

## **(2)「持続可能性確保」の下での地域包括ケア研究会報告**

### **1)地域包括ケア研究会報告の打ち出した内容**

厚生労働省は地域包括ケアについて、①医療との連携強化、②介護サービスの充実強化、



③見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など、④高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住宅の整備の「4つの視点」を示し、その「取り組みが包括的、継続的に行われることが必須」とした。尚、①については「24時間対応の在宅医療」、「訪問看護やリハビリテーションの充実強化」が特記されている。

6月21日の介護保険部会には、「地域包括ケア研究会報告書」が提出され、同研究会の一員である田中滋・慶応義塾大学教授から説明を受けた。

報告書の「基本認識」は、地域包括ケアを「概ね30分以内に」、「医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」と定義。その上で、「自助」(セルフケア)、「互助」(住民主体のサービス、ボランティア等)、「共助」(介護保険・医療保険サービス)、「公助」が「有機的に連動して提供されるようなシステム構築」の必要性を指摘し、「地域包括ケア体制」の2025年までの実現を提起した。

さらに、それを踏まえた当面の方向が提言され、市町村が策定する第5期介護保険事業計画へ「日常生活圏域ごとのサービス量」を盛り込むこと、具体的なサービスの在り方として、24時間短時間巡回型の訪問看護・介護サービス導入、それに対応する在宅療養支援診療所の日常生活圏域内での確保等を打ち出している。ちなみに、この報告書でも軽度者の保険給付除外が提起されている。

さらに、厚生労働省は6月24日に日常生活圏域ニーズ調査モデル事業全国担当者会議を行い、事業計画見直しの具体的な手順についての説明を行っている。

## **2)地域包括ケア体制構築を根拠にした医療と介護の「制度的見直し」**

2011年の通常国会には、介護保険制度見直しと同時に、後期高齢者医療制度廃止後の新制度が法案として提出される。その翌年の2012年には介護報酬・診療報酬の同時改定が行われる。

そうした状況を踏まえれば、地域包括ケアシステム推進を根拠に、医療と介護それぞれの保険制度見直しが行われる可能性がある。

「医療と介護の連携」を進めるために、①医療保険と介護保険それぞれの給付範囲、②高齢者医療・介護保険の対象年齢の統一、③公費負担の在り方、若年世代の負担の在り方(被保険者の対象範囲の拡大)の見直し、④本人負担割合の統一等が、見直しの論点にあげられる可能性があるのではないかと。

## **(3) 地域における高齢者の療養を保障する責任主体をどこに求めるか**

しかし、地域で実際に高齢者のケアを担う我々医療者が危惧するのは、制度見直しもさることながら、国の構想する地域包括ケア体制を真に高齢者の人権と健康、そして生命を守るものになり得るのか、ということである。

確かに、医療や介護の垣根を超え、地域ぐるみで高齢者の在宅生活支援を行うこと、それが、高齢者の日常生活スタイルに寄り沿った密度で行われることは、大切なことである。また、地域の支え合いやボランティア活動も社会資源として捉える視点も、否定はしない。

しかし、今回の介護保険制度見直しの中で検討されようとしている地域包括ケア体制に

ついて、我々には憂慮することがいくつかある。

第1に、国が高齢期の生活における、医療・福祉の保障を誰の責任で行うべきと考えるのかということである。「地域包括ケア体制」の構築が必要なものであるとしても、医療機関や介護サービス提供主体、あるいは地域住民の支え合いだけに、その実現に向けた努力を求めることはできない。本来中心的な役割を果たすべき福祉事務所や保健所の機能が抜本的に拡充され、そこが責任主体となって地域連携は構築されるべきである。

実際に、介護保険法施行前には、地方自治体を中心となり、医療機関や社会福祉法人が連携し、地域の高齢者や障害のある人たち、あるいは子どもたちの問題も含めた「ケア体制」を構築する努力が進められていたのではなかったか。

介護保険制度実施によって、地方自治体の相談機能、見守り機能は壊滅的に低下した。福祉事務所のケースワーカーが削減され、保健所も地域保健法施行により、統合や廃止が相次ぎ、その機能低下も甚だしい。つまり、地域福祉の核となるべき地方自治体の責任が後退した中で、今日の高齢期における様々な問題は生じているのである。

地域包括ケア体制を論じるのであれば、国・地方自治体に課せられた福祉の実施責任の再構築から出発しなければならないし、そのための財源も、必ず被保険者に負担を転嫁する保険財政からではなく、公的に支出されなければならない。こうした視点を介護保険部会が持つ必要がある。

第2に、介護保険制度改正のもう一つの柱である「制度の持続可能性」確保を念頭に置けば、意図しようとしまいと、「地域包括ケアシステム」が、財政抑制のための体制づくりに矮小化してしまう危険性である。

先に述べたような、私たちの求める国・地方自治体の福祉実施責任を前提においた政策は、国が考える財政事情からの「持続可能性」確保策とは矛盾せざるを得ない。本来相容れない2つの課題を同時に検討することに疑問を感じる。

#### **(4) 地域の実態は甘くはない**

いずれにせよ、具体的な議論は始まったばかりにかかわらず、法案提出までの期間は短い。

日々、筆舌に尽くしがたい在宅生活の困難を抱えた高齢者に対し、そのケア体制を支えているのは我々医療者であり、介護事業者である。地域に広がる現実には、介護保険や医療保険の修正で何とかなるほど甘い実態ではない。その意味で、地域包括ケア体制の確立が介護保険制度見直しという小さな枠組みを前提に検討されていることには憤りすら覚える。

今後、介護保険部会で十分な論議がなされるのかを、我々は注視し、今回の提言も含め、引き続き必要な意見表明を行いたい。

### **4 2012年介護保険法改定に関する要求**

高齢社会の進行のもとで、介護に対する国民の要求はますます切実なものとなっているが、低所得者を中心として保険料負担、利用料負担によって必要な介護が受けられない状況も広がっている。また、2009年12月22日に発表した特別養護老人ホームの入所待機者数は全国で約42万1千人であるなど、基盤整備も不十分である。

高齢者は、これまで懸命に働き、日本の発展に寄与してきた。そもそも高齢者が人間の尊厳にふさわしい生活を送るためには、日本国憲法の理念に立って、①公的年金による十分な所得保障、②行き届いた保健・医療・介護サービス、③安全で快適な居住と地域の環境の確保等3本柱の総合的な施策が不可欠である。

私たちは、介護を私的な問題とするのではなく、憲法25条に基づく国民の生存権を保障するものとして公的に国が責任を持って解決すべきであると考えている。

こうした立場にたって、下記事項の実現を求める。

## (1) 介護保険法の目的の改正

**介護保険法第1条から、「国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け」との文言を削除し、「国が費用及び制度の構築と運営に責任を持って介護保険制度を設け」に変更する。**

**理由** 最大の問題は、第一条(目的)で、国民の共同連帯の理念に基づいた制度設計にあることから、第一条において、国が責任を持つことを明記する。

## (2) 介護保険給付範囲の見直しと介護予防の徹底

① 介護保険給付対象となっている医療系介護報酬(訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設における介護部分を除くサービス)は、医療保険に戻して医療保険で必要なサービスが請けられるよう、給付制限をなくすこと。少なくとも、区分支給限度額の対象から医療系サービスを外すこと。

**理由** 医療は医学的な必要に応じて提供されるべきであり、区分支給限度額で給付が制限される介護保険サービスの対象にすべきではない。介護状態にさせないためにも、介護状態を重くさせないためにも、リハビリをはじめとした医療提供が十分に行われることが非常に重要である。こうしたことから、医療関係職種による居宅療養管理指導、訪問リハビリ、訪問看護、介護療養型医療施設など医療系サービスについては、医師・歯科医師が必要性を認めて医療保険から給付すべきである。その際、医療上、医師が必要と判断した指示内容で訪問看護や訪問リハビリ等が実施できるよう、医療保険での病名・日数制限等の制約を廃止すべきである。少なくとも区分支給限度額の枠から除外し、医学的な必要に応じて医療系サービスが提供できるようにすべきである。

② 医療系サービスを区分支給限度額の対象から外しても、区分支給限度額を引き下げないこと。

**理由** 必要な介護サービスを提供するためには、医療系サービスを区分支給限度額の枠から除外した上で区分支給限度額は引き下げないことが必要。

③ 介護保険給付対象となっている介護予防事業、包括的支援事業等、介護の予防に対する事業は公衆衛生行政の一環として自治体が全額公費負担で実施し、そのための費用については国が責任を持つこと。

**理由** 介護対策として重要なことは、要介護状態にならないよう予防するとともに、要介護状態になった場合になるべく、通常の生活ができるよう援助を行うとともに、要介護度を重くさせない施策が必要である。

この点では、介護予防(要支援者への予防給付は介護サービスそのものであり、要支援1・2に対する介護サービスとは別)を重視することが重要である。しかし、介護予防の一部が介護保険財源を利用して行われており、介護予防への市町村の独自の努力が評価されていない。

そもそも、予防は保険給付にはなじまないものであり、公衆衛生行政の一環として全額を公費として、予防活動の質・量を大幅に増やす必要がある。

- ④ ケアマネジャーを自治体職員に準じて公費で処遇し、自治体の責任で費用負担を行うこと。ケアマネジャーの更新研修は、国と自治体が責任を持って無料で実施し、ケアマネジャーの業務に差し支えないように、休日や夜間でも受講できる等の配慮を行うこと。

**理由** 本来ケアプランは、利用者の心身の状況だけでなく家屋や家庭などの状況を把握した上で、介護保険だけでなく医療保険や福祉制度、ボランティアなどを含めた提供体制を総合的に勘案してプランニングを行うべきものであり、そのためには行政が責任を持って費用負担を行うべきであり、居宅介護支援については介護保険給付対象から外し、ケアマネジャーを自治体職員に準じて公費で処遇すべきである。

### (3) 介護保険制度の改善

- ① 介護保険の財源は、国庫負担（現行調整交付金を含んで 25%）・自治体負担（都道府県 12.5%、市町村負担 12.5%）を大きく引き上げること。なお、消費税引き上げによらないこと。

**理由** 1世帯あたりの平均所得金額は、その他世帯637.2万円に対して、高齢者世帯（65歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう）では298.9万円であり、現在のような高額な保険料・利用料負担に耐えられない。また、消費税は社会保障の理念に逆行するものであり、国庫負担・自治体負担の引き上げで対応すべきである。

- ② 保険料について

ア 逆累進性をあらためて応能負担の原則を徹底して収入に対する定率負担とし保険料額の上限を廃止すること。

イ 支払えない人から保険料を徴収しないこと。当面は、「普通徴収者」並びに医療保険料や介護保険料を支払うことによって生活保護に該当する世帯については、保険料を免除すること。

ウ 保険料滞納者に対する保険給付の差し止め措置を廃止すること。

エ 介護保険料不足について市町村一般財源を投入できるようにすること。また、国・都道府県が市町村の一般会計からの繰り出し分を補填する制度を作ること。

**理由** 介護保険料の問題は低所得者に特に重く設定されている保険料の仕組みである。低所得者については保険料を免除し、保険料全体も収入に対する定率負担とすべきである。また、介護保険料の不足については、市町村一般財源を投入できるようにすべきである。

- ③ 利用料について

ア ケアプラン（利用料なし）を除き、利用料は当面3%負担とすること。

イ 生活保護の被保護者など現在高額介護サービス費が15,000円に設定されている対象者については、利用料相当額を福祉事業より給付し、窓口負担をなくすこと。

ウ その他低所得者対策を充実し、利用料減免措置を拡充すること。

エ 利用料負担の拡大を行わないこと。

**理由** 1割負担のために、要介護5の場合で区分支給限度額までサービスを利用すれば、月に

35,830円の負担が必要となる。低所得者にとってこの負担は非常に重く、サービスが必要でも利用者負担のためにサービス提供を差し控えてしまう。こうしたことを改善するため、低所得者への利用料負担を減免すること。また、ケアプラン（利用料なし）を除く利用料を少なくとも、訪問介護において経過措置（介護保険施行前のホームヘルプサービス利用者等）として設けられていた国の特別対策（3%負担）を踏まえ、当面3%に引き下げるべきである。

- ④ 障害者に関しては完全な公費負担で実施すべきであるため、介護保険制度下では、障害者自立支援法との統合を行わないこと。

**理由** 障害者に対するサービスは全額公費で実施すべきであり、保険料負担や利用料負担を前提としている介護保険に統合すべきではない。

- ⑤ 現状の介護保険制度下では、保険者の広域連合化、都道府県単位化を行わないこと。このためにも、国や都道府県の負担を増やして財政基盤を確立すること。

**理由** 要介護認定に関わる調査、認定、保険料の徴収や滞納管理などを複数の自治体で一括して行う「広域連合」化や都道府県単位化は、国保や後期高齢者医療制度に見られるように、住民の声が届かずサービスの大幅な低下をもたらし、きめ細かな行政サービスを行うべき行政責任の放棄になる危険性が高い。同時に、国や都道府県の負担を増やして財政基盤を確立する必要がある。

#### (4) 介護保険給付・サービス提供に係る改善

- ① 軽度者の保険給付外しを行わないこと。

**理由** 軽度者への十分な介護の提供こそが介護度の重症化を予防するものであり、軽度者の保険給付外しは絶対に行わないこと。

- ② 要介護認定を簡素化し、区分支給限度額を引き上げること。施設介護は、全ての介護度において利用できるようにすること。

- ア) 現行の要支援1、2と要介護1対象者⇒新要介護Aとし、現行の要介護1の区分支給限度額より引き上げること。
- イ) 現行の要介護2、3対象者 ⇒新要介護Bとし、現行の要介護3の区分支給限度額より引き上げること。
- ウ) 現行の要介護4、5対象者 ⇒新要介護Cとし、現行の要介護5の区分支給限度額より引き上げること。

**理由** 本来は、要介護認定による区分支給限度額の設定は不要と考えるが、少なくとも現行の7段階にわたる区分支給限度額区分は不要であり、3段階程度に簡素化し、区分支給限度額の枠内で必要な範囲の介護サービスを選択できるようにすべきである。

- ③ 認知症の方が認知症の方を介護する「認認介護」や、利用者の居宅において特に介護がさらに必要である状況（介護者の状況、介護環境）が区分支給限度額に反映できるようにすること。

**理由** 要介護認定は、介護の度合いを標準的に指し示すことを目的として施設サービスにおける介護にかかる時間を前提に構築されたものであり、居宅における介護にかかる時間を前提には作られていない。これを反映させる仕組みが必要である。

- ④ 認定者の割合について、自治体に指導や誘導を行わないこと。介護認定審査委員会

の意見を軽視するような改悪を行わないこと。

**理由** 認定者割合を誘導することは、制度をゆがめるものである。また、コンピュータ判定で足りない部分を審査委員会で補足しているのであり、審査委員の意見を軽視するような改悪は行ってはならない。

- ⑤ 訪問調査の基本調査項目を見直し、「2-7 口腔清潔」の評価軸を介助の方法ではなく能力とし、口腔内の観察により評価する。また第2群「生活機能」の項目に、新たに能力を評価軸とする「咀嚼」を追加し、残存歯、義歯の状態を観察して評価すること。

**理由** 口腔管理は、要介護者にとって特に重要であるが、歯科受診をしていない要介護者が少なくない。このため、訪問調査の基本調査項目において口腔管理の内容を充実すべきである。

- ⑥ 主治医意見書とは別に主治の歯科医師の意見書を新設し、要介護認定及び介護サービス提供に活かすこと。少なくとも主治医意見書を変更し、訪問歯科診療のチェック欄とは別に、「口腔ケア意見書の必要性（仮称）」欄を設ける。口腔ケア意見書の必要性にチェックがあった場合には、歯科医師を受診又はかかりつけの歯科医師から口腔ケアに関する主治の歯科医意見書（仮称）を提出する。なお、これに係る費用は、主治医意見書と同様に公費とすること。

**理由** 口腔管理は、要介護者にとって特に重要である。主治医意見書とは別に、口腔の状況に関して主治の歯科医師の意見書を位置づける必要がある。少なくとも現行の主治医意見書に「訪問歯科診療」の必要性のチェック欄とは別に「口腔ケア意見書の必要性（仮称）」欄を設け、介護に活かせるようにすべきである。

- ⑦ 介護保険施設（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）において、口腔機能維持管理加算を算定するにあたって施設が受ける歯科医師又は歯科衛生士による技術的助言及び指導に関する費用を公費負担として認めること。具体的には、主治医意見書と同様に自治体に請求し、10割給付とする。なお、口腔機能維持管理加算は、従来どおり施設が介護保険請求を行うこと。

**理由** 現在、施設介護において口腔機能向上加算を算定するにあたって施設が受ける歯科医師又は歯科衛生士による技術的助言及び指導に関する費用は、介護報酬では支払われず、サービス提供事業所が口腔機能向上加算を介護保険に請求した上で歯科医療機関と合議で対応することになっている。これでは、歯科医療機関の果たす役割が正に評価されていない。このような助言や指導は、主治医意見書と同様に10割を自治体に請求できるようにすべきである。

- ⑧ 通所介護、認知症通所介護、通所リハにおける口腔機能向上加算や介護保険施設（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）における経口移行加算について評価を引き上げること。

**理由** 口腔機能向上加算や経口移行加算は、要介護者にとって重要であるが、これを実施するためには歯科医師や歯科衛生士を含めた多職種による取り組みが重要である。しかし、報酬が低いことから全ての施設や事業所で取り組んでいるとはいえない。評価を引き上げ、口腔管理の向上を目指す必要がある。

- ⑨ ショートステイや福祉用具貸与は、区分支給限度額と別に利用できるようにすること。

**理由** 家族介護の負担の軽減を考えれば、ショートステイは、区分支給限度額とはわけて利用できるようにすべきである。また、福祉用具貸与については、の必要性は、要介護度よりも家屋構造や介護者の有無などによる。したがって、区分支給限度額の枠の中で給付に制限を設けるべきではない。

## (5) 介護サービス基盤整備

- ① 特別養護老人ホーム待機者を5年間以内にゼロにするよう、緊急に国が特別予算措置を講じ、自治体の責任で特別養護老人ホームを設置すること。特別養護老人ホームに歯科医師を配置することとし、配置のための経費を支払えるよう、報酬を引き上げること。また、特別養護老人ホームの配置医師も含めて、施設において医療・歯科医療を提供した場合は、給付制限を設けず当該費用を在宅医療として医療保険に請求できるようにすること。

**理由** 厚生労働省が2009年12月22日に発表した特別養護老人ホームの入所待機者数は全国で約42万1千人であり、2006年調査（約38万5千人）と比べて待機者が増加しており、特養ホームの整備が需要に追い付いていない現状が裏付けられた。待機場所は、在宅（約19万9千人）、病院や診療所（約5万4千人）、介護老人保健施設（約7万2千人）、グループホーム（約1万3千人）、介護療養病床（約1万1千人）であり、特養ホームの整備の遅れが病院や診療所、そして介護力の少ない在宅に要介護者を滞留させる原因となっている。こうしたことから緊急に国が特別予算措置を講じ、自治体の責任で特別養護老人ホームを設置すること。また、要介護者の口腔管理を充実するため、特別養護老人ホームに歯科医師を配置できるように、報酬を引き上げる必要がある。なお、配置医師・歯科医師は通常の健康管理を行うことが目的であり、治療については、配置医師・配置歯科医師であるか否かを問わず、医療保険に請求できるようにすべきである。

- ② 2012年3月に予定されている介護療養病床の廃止をただちに撤回すること。

**理由** 厚生労働省は、介護療養病床の転換先として介護療養型老人保健施設などを示しているが、介護療養型老人保健施設は夜間の医師や看護職員の配置が手薄になるなど、現在の介護療養病床のように必要な医療を提供することは困難になってしまう。介護療養病床の廃止が決まってから2年以上経過しているが「日中・夜間とも自宅では介護できる人がいない」など、こうした人たちにどう対処していくかについては十分な対策がなされていない。このまま介護療養病床が廃止されれば、どこにも行き場のない、いわゆる「医療難民」「介護難民」が各地で多数出るとは明白である。一方、2008年10～11月に保団連が急性期病院に対して実施した「療養病床削減に関する影響調査」によると、①後方病院は現在でも不足、②介護療養型老人保健施設は受け皿として不十分、③療養病床の維持・増加が必要、であることが明らかとなっている。介護療養病床の廃止をただちに撤回すべきである。

- ③ 介護サービス基盤整備予算をまず2000年度程度に戻し、基盤整備・マンパワー確保を一層推進すること。介護保険施設の早急な整備を進めること。

**理由** 2000年には2269億円の予算を計上していた「介護サービス基盤整備」が年々減額され、2009年度予算では407億円にまで削減された。介護崩壊を救えとの国民的な運動の結果、2009年5月に成立した補正予算では、緊急整備特別対策事業として2011年度までの3年間で約3000億円が追加されたが、これでも年平均ではわずか1千億円であり、介護保険制度発足当初からみても大幅な引き下げである。基盤整備に対する予算をまず2000年度程度に戻すべきである。なお、特別養護老人ホーム待機者を5年以内にゼロにするための予算は、これとは別に措置すべきである。

- ④ 非営利によるサービス提供を原則とし、必要に応じて自治体がサービス事業者とな

ること。特に、辺地（特別地域加算、中山間地域等小規模事業所加算、中山間地域等サービス提供加算の地域）については自治体が積極的に事業者となり、その運営費については別途国が助成すること。

**理由** 営利企業による事業運営を前提として自治体が介護事業から撤退した結果、経営効率の悪い辺地では介護サービスの整備が進んでいない。また、介護保険発足当初は、営利企業の参入を促進することで民間（企業）における効率性と創意工夫に富んだ事業運営を図ることができると主張されていたが、そのモデルとされていたコムスは不正請求により事業を廃止し、そのしわ寄せが利用者と自治体を襲っている。そもそも、介護事業は、介護の専門職による継続的なサービスを提供する労働集約型事業であり、その収入の大部分は介護給付費で賄われる。介護事業においても効率性や創意工夫が重要なことは言うまでもないが、効率性や創意工夫の追求は営利企業の独断場ではない。営利企業は利益優先の経営が求められており、さらに、介護保険サービス提供を通じて利用者の個人情報が多量に多くの営利企業に流れている。非営利であれば、それらの個人情報を儲けの対象にすることはありえないが、営利企業では個人情報の二次利用の可能性が高い。こうしたことから、非営利によるサービス提供を原則とすべきであり、特に辺地等については、自治体が事業者となり、その運営費については、国が別途助成すべきである。

- ⑤ 介護を担う人材を確保するとともに、教育・研修制度を国と自治体の責任で充実させること。

**理由** 介護の社会化とは、介護基盤の公的整備があつてはじめて成り立つものである。教育・研修制度についても、民間まかせではなく、国と自治体の責任で充実させるべきである。

- ⑥ 介護サービス情報の調査及び公表に係る費用の事業者負担を廃止すること。

**理由** 介護サービス情報の調査や公表は、行政サービスの一環として行うものであり、事業者負担は廃止すべきである。

- ⑦ 介護・福祉事業に携わる職員について、公務員の医療職給与表に準じた給与等を保障して常勤化できるよう、介護報酬を大幅に引き上げること。また、介護職員の給与や労働条件の改善ができるよう「介護職員処遇改善交付金」を次のように改善し、廃止すること。交付対象を全ての職員に広げること。

- ・ 交付金の額を引き上げ、使用範囲を全ての職員に広げること。
- ・ 実績報告を不要とすること。
- ・ キャリアパス要件を導入しないこと。

**理由** 介護職員の給与や労働条件の改善は、まだまだ不十分である。その理由は、介護報酬の引き上げが不十分であること。また、介護職員処遇改善交付金については、介護保険の対象である介護職員だけが交付の対象で、その他の職員の給与引き上げに使用することもできないため、「同じ事業所でも看護職員やリハビリスタッフ、事務職員の引き上げには使えない」ために申請できない事業所も多いことなどがある。介護報酬の引き上げと、介護職員処遇改善交付金の改善を行うべきである。

## (6) 介護報酬に係る改善



## 2012年介護報酬改定に対する基本要

### (はじめに)

制度発足当時から介護報酬は低く設定されていた。

これに加えて介護報酬改定は、2003年にマイナス2.3%、2006年には、2005年10月改定分を含めてマイナス2.4%の改定が行われた。介護崩壊がマスコミでも大きく取り上げられる中で、2009年にはプラス3%の改定が実施されたものの、制度発足当時よりも介護報酬の水準は低下している。

これらの結果、要支援者・要介護者は、必要な介護の受給抑制を余儀なくされ、介護事業所では、厳しい労働条件におかれた介護従事者等の離職が深刻化し、かつてない人手不足と経営難が介護現場を直撃している。

介護報酬の再引き上げを求める現場からの声が大きく広がる中で、「介護職員処遇改善交付金」が創設されたが、これでは不十分である。

介護職員の給与や労働条件の改善は喫緊の課題であり、介護サービス事業者が、職員の給与や労働条件の改善を行えるような手立てをとるのは、政府の責任である。

介護従事者等の処遇改善や介護事業所の逼迫した経営状況の打開、国民が必要な介護を安心して受けられる公的介護保障制度を確立するためには、介護報酬の引き上げが緊急の課題である。2012年介護報酬改定に際して、以下の通り、強く求めるものである。

なお、報酬引き上げにかかる費用を被保険者に負担させることは実態として困難である。これらにかかる費用は、社会保障の理念に逆行する消費税引き上げではなく、諸外国と比べて負担割合の低い社会保障に対する企業負担を引き上げるなど、企業への適正課税と国の税金の見直しで捻出すべきである。

### [ I ] 全般的事項

**[ I - 1 ] 維持期リハビリテーション等を医療保険給付対象から介護保険給付にしないこと。現在介護保険で給付されているサービスのうち、医療系サービスは医療保険給付に戻すこと。少なくとも医療系サービスは、区分支給限度額から外すこと。なお、当面医療保険のリハビリテーションと介護保険のリハビリテーション等の併施を認めること。**

**要求理由**：そもそも維持期を含めてリハビリは、医師が指示するOT・PT・ST等の専門職種による医療行為であり、患者の病態に応じて医療保険から給付されるべきである。また、介護保険のリハビリは、原則として区分支給限度額の枠内で、ケアプランに基づき実施するものであり、必要性があっても、実施できない場合が少なくない。介護保険にリハビリをもっていくことは、患者に必要な医療を提供するという健康保険法の現物給付原則に反するものである。必要なりハビリは医療保険で給付することとし、リハビリの算定日数上限は撤廃すべきである。また、要介護者に対する十分な医療を確保するために、介護保険給付サービスのうち、医療系サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設における介護部分を除くサービス）は医療保険給付に戻すべきである。その際、医療上、医師が必要と判断した指示内容で訪問看護や訪問リハビリ等が実施できるよう、医療保険での病名・日数制限等の制約を廃止すること。少なくとも医療の必要性に応じてサービス提供ができるよう、医療系介護報酬は区分支給限度額から外すべきである。

**[ I-2] 介護・福祉事業に携わる職員について、公務員の医療職給与表に準じた給与等を保障して常勤化できるよう、介護報酬を大幅に引き上げること。引き上げにあたっては、介護サービス全般の改善が行えるよう、基礎的なサービス全般を引き上げること。**

**要求理由**：制度発足当時から介護報酬は低く設定されていた。これに加えて介護報酬改定は2003年にマイナス2.3%、2006年には、2005年10月改定分を含めてマイナス2.4%の改定が行われた。介護崩壊がマスコミでも大きく取り上げられる中で2009年にはプラス3%の改定が実施されたものの、制度発足当時よりも介護報酬の水準は低下している。これらの結果、要支援者・要介護者は、必要な介護の受給抑制を余儀なくされ、介護事業所では、厳しい労働条件におかれた介護従事者等の離職が深刻化し、かつてない人手不足と経営難が介護現場を直撃している。介護報酬の再引き上げを求める現場からの声が大きく広がる中で、2009年10月に「介護職員処遇改善交付金」が創設されたが、全く不十分である。こうした状況を改善するためには、介護・福祉事業に携わる職員について、公務員の医療職給与表に準じた給与等を保障して常勤化できるよう、介護報酬を大幅に引き上げる必要がある。なお、2009年改定では、夜間業務負担、キャリア、地域差等には一定の評価を行ったが、通常のサービスは据え置かれ、居宅療養管理指導や介護療養型医療施設、通所介護、認知症対応型共同生活介護等については実質的に報酬が引き下げられてしまい、介護サービス全般の引き上げにはつながらなかった。これでは、介護崩壊をくい止めることはできない。基礎的な介護サービスを引き上げ、底上げを図るべきである。

**[ I-3] 介護給付範囲の削減計画をやめ、介護保険施設の居住費・食費を保険給付に戻すこと。**

**要求理由**：2005年10月からの居住費・食費の保険給付外しによって窓口負担が拡大された。低所得者に対する「補足給付」が新設されたものの、市町村住民税非課税世帯でも年金額80万円以下で月6,000円の負担増となり、年金額80万超266万円以下では月に14,100円の負担増となっており、費用負担の必要な施設入所ができない状況が広がっている。これらの結果、特に低所得者が入所し続けられない状況がひろがっており居住費・食費を保険給付に戻すべきである。なお、介護保険施設の居住費・食費を保険給付に戻すことにかかる費用は、介護報酬引き上げ枠とは別に手当てすること。また、経済財政諮問会議は2009年12月4日の提言で介護給付範囲の縮小を掲げているが、こうした計画は絶対にやめること。

**[ I-4] 必要に応じて医療保険と介護保険の給付が受けられるようにするために、診療報酬の算定方法(厚生労働大臣告示第59号・平成20年3月5日：平成22年3月5日一部改正・厚生労働省告示第69号)の第6号の規定を削除し、医療保険と介護保険の給付調整(要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額が算定できる場合〔厚生労働大臣告示第128号・平成20年3月27日：平成22年3月26日一部改正・厚生労働省告示第103号])を廃止すること。**

**要求理由**：必要に応じて、医療保険給付と介護保険給付が受けられるようにすべきである。少なくとも、医療保険と介護保険に同種のサービスがある場合は、医療保険給付を優先すること。

**[ I-5] 介護療養型医療施設の廃止と医療療養病床の削減をやめ、医療保険給付とすること。**

**要求理由**：介護療養型医療施設全廃・医療療養病床削減の根拠となった「医療区分1の全部と医療区分2の3割を療養病床の対象から除外する」という厚生労働省の考えは、療養病床入院患者の実態を見ておらず、介護療養型医療施設が廃止されれば、医療を必要とする要介護者が医療スタッフの少ない施設などに移らざるを得なくなる。また、転換先として示されている介護療養型老人保健施設は夜間の医師や看護職員の配置が手薄になるなど、必要な医療や看護が受けられなくなる。こうしたことから、まず、介護療養型医療施設の廃止と医療療養病床の削減をやめ、原則として医療保険から給付するべきである。

## (7) 自治体に対する要求(現行法下で実施可能な要求)

- ① 介護予防事業、事業者研修等については、介護保険の範囲外で公費により拡充すること。
- ② 保険料
  - ・ 応能負担割合を増やし、負担能力に応じて支払えるよう保険料負担の多段階化を行うこと。
  - ・ 低所得者に対する保険料減免制度を創設すること(2007年4月時点で1670保険者のうち保険料減免は551)。
  - ・ 介護保険財政の黒字については、保険料引き下げに充てること。
  - ・ 65歳以上の人で介護保険料や高額介護サービスの自己負担限度額、居住費・食費を払うと生活保護が必要になる「境界層該当者」に対する保険料・利用料減免を簡素化し、人権に配慮した取り扱いにすること。
- ③ 利用料
  - ・ 高額介護サービス費、福祉用具購入、住宅改修等について受領委任方式を導入すること。(厚生労働省が2007年8月2日付で発表した受領委任方式実施市町村数によ

|              |                   |             |
|--------------|-------------------|-------------|
| 受領委任方式採用市町村数 |                   | 449 (26.0%) |
| 内訳(重複あり)     | 高額介護サービス費(施設)     | 158         |
|              | 福祉用具購入            | 283         |
|              | 住宅改修              | 362         |
|              | その他(特例居宅介護サービス費等) | 32          |

ると、次の通り)

- ・ 利用料減免制度を導入すること。

## 5 補論(将来めざすべき、あるべき介護保障)

### (はじめに)

本提言は、原則として2012年の介護保険制度改定に向けた保団連の要求をまとめたものであり、「4 2012年介護保険法改定に関する要求」が具体的な内容である。

同時に、将来あるべき介護保障とは何かを示すことにより、現在の介護保険制度の問題点がどこにあるかをより一層明確化することが必要と考え、補論を作成した。補論は、直ちに実現すべき「4 2012年介護保険法改定に関する要求」ものとは分けて、今後、介護保障制度に対する会内外での論議を進めていくための試案としての性格を持つものである。

### (1) 総論

あるべき介護保障とは、いつでも、どこでも、介護を必要とする人が十分な介護を受けられるものであり、これこそ「真の介護の社会化」である。

真の介護の社会化は、健康で文化的な生活を営むことができる所得保障や、安心して住

み生活できる居住環境が整っていることが必要であり、十分な財源と人員の確保があり、利用者の立場に立った制度と行政の構築によって実現するものであり、こうした制度は、市場化・営利化で達成できるものではなく、費用にもサービス提供体制の構築にも行政が責任を持つ福祉制度下においてこそ可能である。

こうした、十分な財源と人員の確保は、社会保障こそ国の根幹であるとする政府の出現が必要であり、これを実現させるためには実践と国民的合意の積み重ねが必要である。

国民の健康を守るためには、保健・医療・介護・福祉の諸制度が十分に確立され、総合的に提供される必要がある。

要介護（支援）者の多くは、収入が少なく、病気にかかり治療中の人も多い。医療保険についても保険料と一部負担金がかかるため、介護保険料を支払うだけで精一杯で利用料負担が支払えずに介護サービスを利用できないでいる人も少なくない。こうした状況を改善し、必要な介護が受けられるようにするためには、下記を前提にした全額公費負担による介護サービスの確立が必要である。

- ① 費用の心配がなくこれらのサービスが受けられる。
- ② 必要なときに必要なサービスが十分に受けられる。
- ③ 非営利によるサービス提供の原則を堅持して、公共性・公益性を貫く。
- ④ 質のよい介護が提供できるよう、介護労働者の労働条件を改善し介護報酬の底上げを行う。
- ⑤ 介護を担う人材を確保とともに、教育・研修制度を充実させる。
- ⑥ 各種制度が連携を持ち、利用者にとって効果的に提供されるようにする。
- ⑦ 医療費抑制を目的とした医療機関の再編・淘汰、ベッド数削減、医師数の抑制などをやめ、提供体制の確保に国や自治体が責任を持つ。

## (2) 具体的な介護保障制度

- ① 国民の健康を守るためには、保健・医療・介護・福祉の諸制度が十分に確立され、総合的に提供される必要があるが、それは、現在一部で実施されているように医療を介護給付の中に包括することではなく、下記の事項が求められている。
  - ア) 医療・歯科医療は、医学・歯科医学的な必要性に応じて提供されるべきものであり、医師や歯科医師の管理の下にない介護給付の中に医療を組み込むべきではない。このことを前提に、保健・医療・介護・福祉が、お互いに連携し補完しあうこと。
  - イ) 介護保険給付対象となっている介護予防事業、包括的支援事業等、介護の予防に対する事業は公衆衛生行政の一環として自治体が全額公費負担で実施し、そのための費用については国が責任を持つこと。
- ② 介護保険の保険料・利用料を廃止する。
  - ア) 介護に要する費用の財源は全額公費負担とする。
  - イ) 財源は、大衆課税による捻出ではなく、国と大企業の応分の負担によって捻出する。
- ③ 要介護認定と区分支給限度額を廃止する。

- ア) 介護が必要な人が十分な介護が利用できるよう、区分支給限度額を廃止する。
- イ) 要介護認定は廃止し、ケアマネジャーや医師など現場の専門家の判断で適切な介護を提供する。
- ④ 介護サービスの対象者について年齢制限を廃止する。
- ⑤ 介護を担う人材を確保とともに、教育・研修制度を充実させる。
- ⑥ 基盤整備・マンパワー確保を一層推進する。
  - ア) 介護保険施設の早急な整備を進める。
  - イ) 非営利によるサービス提供を原則とし、必要に応じて自治体がサービス事業者となる。
- ⑦ 保健、医療、福祉、年金、住宅政策など、介護者が住みやすい社会の仕組みを総合的につくる。
- ⑧ 必要な介護が公的に提供されることから、現金給付はしない。