

内閣総理大臣 安倍 晋三 様  
厚生労働大臣 塩崎 恭久 様

## 2015 年介護報酬改定に向けた保団連要求

2014 年 11 月 12 日  
全国保険医団体連合会  
会長 住江 憲勇

### 前略

国民医療・福祉の確保に対するご尽力に敬意を表します。

さて、介護報酬は、社会保障として国民が受ける介護の質と量を規定するものであり、医学・医療の新たな知見や介護技術の進歩を介護報酬にしっかりと反映させ、介護担当者の労働条件を改善するために、必要な介護報酬の引き上げを図ることが必要です。

介護保険制度発足当初から介護報酬は低く抑えられており、さらに介護報酬改定は、2003 年にマイナス 2.3%、2005 年 10 月改定と 2006 年 4 月改定をあわせてマイナス 2.4%の改定が行われてきました。

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%の改定が実施されましたが、2012 年改定では「介護報酬の 2%に相当する介護職員処遇改善交付金を介護報酬内化した上で、介護報酬を 1.2%引き上げる」こととされ実質マイナス改定であり、制度発足当時よりも現在の介護報酬の水準は低下しています。

これらの結果、8 月 11 日に介護労働安定センターが発表した「2013 年度介護労働実態調査」では、介護人材不足の理由について、「採用が困難」を挙げる介護事業所が 7 割近くにのぼっているように、介護サービス提供事業所では、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ます。

厚生労働省は、現在 150 万人の介護職員について、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年には最大約 250 万人必要と推計していますが、介護職員確保のためには処遇改善に関する早急な対策が不可欠です。

介護保険制度についても、度重なる制度改定によりサービスの範囲が大幅に縮小され、介護サービスの市場化・営利化が進み、介護保険料が大幅に引き上がる一方、真にサービスを要とする人が必要最低限の介護保険サービスさえ受けられない状況が広がっています。

ところが政府は、医療・介護総合法を十分な議論もなく、6 月 18 日に強行成立させ、2015 年 4 月から、①要支援者の訪問介護、通所介護の市町村事業化、②特養入所の要介護 3 以上への限定を実施するとともに、2015 年 8 月からは、③所得による利用料引き上げ、④施設の居住費・食費への資産要件導入やペナルティの創設を予定しています。

政府は、要介護者や国民の負担を重くする一方で、介護の市場化・営利化を一層推し進めようとしています。国の責務は、要介護状態となってもすべての国民が健康で文化的な生活を送ることができるような介護環境を整備することです。

なお、10 月 8 日に財務省・財政制度審議会は、介護サービス全体の平均収支差 8%程度であると推計した厚労省「平成 26 年度介護事業経営実態調査」と中小企業の水準（2～3%）を比較して、介護報酬の 6%引き下げを提言しました。

しかし、2009 年から 2012 年の 3 年間で中小企業数は大企業による搾取や不十分な中小企業対策のために 420 万社から 385 万社に大幅に減少しています。中小企業の水準に引き下げるとは、一定割合の介護事業者の倒産を前提とすることになります。さらに、介護事業所は公的介護保険収入がほとんどですので、倒産リスクはさらに高くなります。

目を向けるべきは、中小企業の厳しい経営状況であり、中小企業をさらに倒産の危機に

追いやる消費税増税や TPP 参加を止めるべきではないでしょうか。

なお、介護職員の賃金は全産業平均に比べて月 9 万円も低く、高い離職率ですので、本来なら収支差を賃上げに使うべきですが、度重なる介護保険制度の改悪、介護報酬の引き下げの中で、介護事業の将来に対する不安・不振で賃上げができずにいるのが現実です。介護福祉士養成校では定員割れが続き、志望しない大きな理由は「給与が低く生活できない」ことです

仮に、「6%引き下げ」が強行されれば、地域の介護は崩壊し、介護保険制度のそのものが破綻しかねません。介護職員の処遇改善は、喫緊の課題です。

こうしたことから、私達は要支援者・要介護者が必要な介護を受けることができるよう、2015 年介護報酬改定において介護報酬を大幅に引き上げ、下記の改定を行うことを求めるとともに、医療・介護総合法による介護保険制度改悪に改めて反対し、介護保険料や利用者負担の軽減を求めます。

なお、介護リスクを低下させるためには、必要な医療が提供できることが不可欠です。現在検討されている入院時食事療養をはじめとした患者負担拡大、国保の運営移管など都道府県による医療費削減システム、患者申出療養の創設を中止するよう要求します。

また、全国保険医団体連合会では、2012 年 4 月施行の介護保険法改正に向けて、2010 年 8 月に「介護保険制度に関する抜本的な改善要求（新提言）」を決定し、要求の実現を求めましたが、要求内容はほとんど実現されていません。

このため、新提言のうち「2012 年介護保険法改定に関する要求」を添付しますので、介護報酬改定と合わせて実現を図っていただけますよう、求めます。

## **[ I ] 介護報酬改定に対する要求**

### **[ I -1 ] 医療系サービスを医療保険給付に戻すこと。**

**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医療系サービスは医療保険給付に戻すこと。また医療保険給付に戻すまでは医療系サービスを区分支給限度額から外すこと。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。必要なリ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、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は、区分支給限度基準額の枠内で実施され、必要な医療が受けられない。歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師が行う居宅療養管理指導も、行っている行為は全く同じにもかかわらず、請求先を変更するというで、無用な事務的ミスなどが起きている。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。また、医療保険給付に戻すまでは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 ] 医療系サービスを介護保険より給付とする場合は、次の改定を行うこと。**

## (1) 居宅療養管理指導について

- ① 同一建物居住者に対する医師・歯科医師による居宅療養管理指導の減額を止めること。少なくとも、1回につき503単位も現行報酬を維持すること。

**要求理由** 医師・歯科医師による居宅療養管理指導は、「居宅療養上の指導や他の事業所との連携」を評価するものであって、訪問診療に係る費用は医療保険で評価している。従って、「同一建物居住者」に対する医師・歯科医師による居宅療養管理指導を減額する根拠はない。

- ② 歯科医師や歯科衛生士が施設の介護職員に技術的な指導、助言を行った場合の費用を評価すること。

**要求理由** 施設における口腔機能の維持管理の評価が行われているが、当該施設の職員に歯科医師や歯科衛生士等が技術的な指導や助言を行っても、その評価は明確でない。口腔機能の維持管理は重要であり、しっかりとした評価を行うべきである。

- ③ 薬剤師が行う居宅療養管理指導の算定日数制限について、月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者は週2回かつ月8回）とすること。

**要求理由** 2014年診療報酬改定において在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定日数制限が月4回になった。要介護者に対する訪問薬剤指導は介護保険給付が優先し、例外がない。従って、診療報酬における評価と同じとすべきである。

## (2) 訪問看護について

- ① 長時間の訪問看護の単位数を2012年改定前に戻すこと。

**要求理由** 2012年改定で長時間の訪問看護が引き下げられたが、評価が低すぎる。少なくとも元に戻すべきである。

### [ I-3 ] 介護・福祉事業に携わる職員について、公務員に準じた給与等の水準を基本とし、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、2012年は介護報酬の2%に相当する介護職員処遇改善交付金を介護報酬内科した上で介護報酬を1.2%引き上げた。従って、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。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、公務員に準じた給与等を保障して、介護報酬を大幅に引き上げる必要がある。

### [ I-4 ] 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ですること。

### [ I-5 ] 医療保険給付を優先することを原則とし、医療保険と介護保険の給付調整を廃止すること。

**要求理由** 介護保険優先の給付調整は、必要な医療提供を阻害している。また、介護保険制度発足以降、医師が行うべき治療を看護職員へ、看護職員が行うべき看護が介護職員へ、介護職員が行うべき介護が無資格者へと移されているが、専門家が対処していれば可能だった病状や要介護状態の緩和ができなくなったり、疾病の重篤化や要介護状態の悪化をもたらすこともある。短期的な費用削減の視点ではなく、要支援者・要介護者いかに必要な医療や介護を提供するかを視点にすべきである。

**[ I-6] 配置医師の置かれた現状に見合った適切な報酬が支払われるよう施設サービス費を引き上げること。**

**要求理由** 配置医師は施設との契約書にもとづき「健康管理及び療養上の指導」を行うが、施設入所者の重症化や施設での看取りも多くなっている中で、それに見合った配置医師報酬が支払われていないという実態がある。「健康管理及び療養上の指導」等にかかわる費用を介護報酬で評価しているというのであれば、施設サービス費の引き上げが必要不可欠である。

**[ I-7] 特別養護老人ホーム等施設入所者に対する医療の算定制限を止めること。**

**要求理由** 施設入所者に対する医療における診療報酬上の取扱いの中でも、とりわけ「特別養護老人ホーム等入所者への医療」に関しては、様々な算定制限が不当に存在する。配置医師だから算定できない点数、配置医師であるか否かを問わず特養等入所者だから算定できない点数、配置医師とみなされたから算定できない点数など、必要があって医師が行う医療行為が診療報酬で評価されないという裁量権にもかかわる問題であり、しいては、入所者が必要な医療を受けられないこととなる。

**[ I-8] 介護療養型医療施設の廃止をやめ、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をやめ、原則として医療保険から給付するべきである。

**※ II-7より移動**

**[ I-9] 介護報酬改定に伴うコンピュータソフトの更新や報酬改定に関する講習会・書籍購入等の費用を公費で助成すること。**

**要求理由** 介護報酬改定の実施に伴って、コンピュータソフトの更新や点数改定内容に習熟するために開催される講習会への出席、書籍購入等、多くの費用がかかっている。これらの費用は公的医療保険や公的介護保険サービスを提供するために必要不可欠であり、その費用については公費で助成すべきである。

**[ I-10] 告示・通知の発出から実施まで、十分な周知期間を設けること。**

**要求理由** 改定を行うに当たっては周知期間を十分とることが必要である。告示・通知を示してはじめて新報酬に対する疑義が生まれる。従って告示・通知の発出から実施まで、十分な周知期間を設けるべきである。

**II 介護報酬改定とともに実施すべき介護保険制度の改善要求**

**[ II-1] 所得による利用者負担割合引き上げを行わないこと。**

**要求理由** 一定以上所得者の2割負担化について厚労省は、年金収入359万円（可処分所得3

07万円)の夫婦をモデル世帯とし、支出を引いても「手元に60万円残る」から負担可能だと説明した。しかし、この数字は間違っており、「モデル世帯では35万円足りない」との指摘が国会で行われた結果、田村厚生労働大臣がこの論拠を全面撤回している。2割負担化の論拠は崩れており、2割負担化は中止すべきだ。なお、医療や介護が必要となる状態は、本人にとっても家族にとっても経済的、身体的負担が増大するものであり、本来は窓口負担がないことが望ましい。そもそも所得に応じた負担は税金や保険料において行われるものである。

**〔Ⅱ-2〕 要支援者に対する訪問介護、通所介護の市町村事業化(強制)を止め、2017年4月以降も要支援者に対する全国一律の訪問介護、通所介護を行うこと。**

**要求理由** 市町村事業化は、全国一律のサービス提供を廃止し、市町村の財源や資源に応じたサービス水準と報酬にするものである。しかし、これは介護サービスに対する国の責任を放棄し、歯止めのない介護サービスの低下を生み出すこととなり、断固反対である。少なくとも強制は止め、2017年4月以降も要支援者に対する全国一律の訪問介護、通所介護を行うこと。

**〔Ⅱ-3〕 特養入所者の要介護3以上への限定を止めること。**

**要求理由** 特別養護入所者を要介護3以上に限定する理由は、政府がやるべき特別養護老人ホームの整備を十分に行って来なかったことが原因である。対象を限定することで整備目標を下げるのは、要介護者やその家族の願いを足蹴にするものであり、絶対に許されない。

**〔Ⅱ-4〕 施設の居住費・食費への資産要件導入やペナルティの創設を止め、介護保険給付に戻すこと。**

**要求理由** そもそも居住費・食費は、入所に不可欠なものであり、保険給付に戻すべきである。  
○ 国庫負担を増やし、保険料・利用料減免制度を国の制度として実施するなど、負担の軽減と給付の拡大をすすめること。

**〔Ⅱ-5〕 国庫負担を増やして、払える介護保険料への引き下げ、及び利用料減免を国の責任で実施すること。**

**要求理由** 2012～2014年度の1号被保険者の介護保険料は、全国平均で4972円、保険料の最も高い新潟県関川村の保険料は6680円である。介護保険料以外に後期高齢者医療保険等の保険料も支払わなくてはならず、とても負担しきれものではない。国庫負担を増やして、払える介護保険料への引き下げ、及び利用料減免を国の責任で実施することが必要である。

**〔Ⅱ-6〕 公聴会を地方ブロック毎に行うなど多くの住民、患者、サービス提供担当者など、関係者の意見が改定に反映されるようにすること。**

**要求理由** 公聴会を地方ブロックで開くなどより多くの国民が参加できるようにすること。

**〔Ⅱ-7〕 現在書面による請求が可能となっている介護サービスは、特段の届出を求めず、平成30年以降も書面による請求を認めること。居宅療養管理指導は、平成30年度以降新たにサービス提供を開始する場合であっても書面による請求を可能とすること。**

**要求理由** 居宅療養管理指導は、月に数人程度を管理している医療機関が少なくない。介護報酬も少ない中で、伝送又は電子媒体での請求が義務づけられれば、平成30年度以降新たに居宅療養管理指導を行う医療機関が大幅に減ってしまう。介護サービス提供にあたって居宅療養管理指導は不可欠であり、居宅療養管理指導については条件を付けず、書面による請求を可能とすること。

**〔Ⅱ-8〕 65歳以上の住民に対する「日常生活圏域ニーズ調査」の全数実施を区市町村が**

**実施できるよう、国が調査費用等を助成すること。なお、調査は営利企業に委託せず、直接自治体の実施すること。**

**要求理由** “地域包括ケア”は、自治体ごとに地域の実情に応じたケアを構築することが求められる。住民一人ひとりの実態を把握することが真の地域包括ケアの実現に向けた最初の一步である。少なくとも、自治体が「サンプル調査」でなく「全数調査」「全数把握」を実施できるように財政的な手当を行うべきである。なお、これらの調査を営利企業に委託して実施することは、個人情報保護の観点から問題があり、直接自治体の実施すべきである。

**[Ⅱ 9] 障害者に対しては、65歳以降も介護保険サービスの利用を優先とはせず、障害者福祉制度のサービスを継続して利用できるよう、さらに必要に応じて両制度を併用できるようにすること。**

**要求理由** 障害者団体が2014年9月に調査したところによると、障害福祉サービスを受給していた者のうち、65歳に到達すると介護保険サービスに移行するように迫られ、患者負担の増加により必要な訪問支援・日中活動支援等が受けられなくなる事例が多数報告された。障害者自立支援法の違憲訴訟の結果、2010年1月に厚生労働省が取り交わした「基本合意」の内容を速やかに履行し、介護保険優先原則を廃止するとともに、障害の特性を配慮した制度整備を行うこと。

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(介護保険法改定に関する要求部分抜粋)…

2010年8月  
全国保険医団体連合会

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ます。

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段階にわけた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年以内にはゼロにするよう、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、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、そ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年以内には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ン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。