

「介護署名2018」請願項目解説資料

2018・9 医療介護福祉部／介護・福祉委員会事務局

★ 各項目ごとの請願の主旨は以下の通りです。

1 生活援助や総合事業等など、必要なときに必要なサービスを受けられるよう、制度の抜本的な見直しを行うこと

今年10月から、一定回数（「厚労大臣が定める回数」）を超える生活援助を利用する場合、ケアプランを市町村に届け出ることが義務づけられました。地域ケア会議で検証し、不適切な利用と判断された場合は、プランの是正を求めるというもので「厚生労働大臣が定める回数」（月あたり）

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
27回	34回	43回	38回	31回

一律の利用回数の設定は、認知症でひとり暮らしの場合など、1日複数回の生活援助を必要とする利用者に重大な困難をもたらすものです。また、上限回数がサービスの必要性の判断とは全く関係のない機械的な統計処理（いわゆる2SD基準＝「平均利用回数+標準偏差の2倍」）によって設定されること、さらに毎年の見直しによって平均利用回数が下がり、それに対応して「厚労大臣が定める回数」が徐々に引き下げられていくしきみがつくられることも問題です。

同時に、現在でも多忙なケアマネジャーに新たな業務負担や、「不適切とされて利用者に迷惑がかかるないか」「ケアプラン点検や自身の評価につながらないのか」など過度な精神的負担を強いることになり、最初から上限を超えないケアプランを作成する「自肅」も横行しかねません。様々なローカルルールが出てくることも危惧されます。

総合事業について、様々な問題が各地で噴出しています。

特に、「基準緩和サービス」に矛盾が集中しています。低い単価設定や人手不足によって、大手をふくめて事業所の撤退が相次いでいます。担い手の養成が低調のため通常の職員体制で対応せざるを得ず、低い単価のために経営に困難を来たしているなどの事態が生じています。また、「従前（予防給付）相当サービス」に独自基準を設けて利用を制限する自治体もあり、介護の取り上げによる利用者に困難が生じています。さらに一部の自治体では、介護サービスから健康教室・ボランティアへの強制的な移行によって、深刻な健康被害・人権侵害が生じていることが報告されています。

生活援助の利用や総合事業のあり方に対する抜本的な見直しをはじめ、要介護度にかかわらず、必要なサービスが適切に保障される制度となるよう改善を求めます。

2 介護保険料、利用料や施設入所費など負担の軽減を図ること

第7期の介護保険料（第1号介護保険料）の全国平均（基準額）は5,869円となりました。制度スタート時が2,911円だったので2倍に引き上がったことになります。2025年には全国平均8,165円と推計されていますが、第7期の段階ですでに9,000円を超えた保険者（市町村）があります。介護保険料の滞納により、「保険給付の償還払い化」や「保険給付の減額」（利用料1・2割負担の場合は7割給付、利用料3割の場合は6割給付）などの制裁措置を受けている高齢者は10,715人にのぼっています（2017年4月）。

第7期介護保険料(基準額平均)

＜都道府県＞

1	沖縄県	6,854
2	大阪府	6,636
3	青森県	6,588
4	和歌山県	6,538
5	鳥取県	6,433

＜市町村＞

1	福島・葛尾村	9,800
2	福島・双葉町	8,976
3	東京・青ヶ島村	8,700
4	福島・大熊町	8,500
5	秋田・五城目町	8,400
5	福島・浪江町	8,400

利用料の負担が困難でサービスを利用を減らしたり断念する利用者はあとをたちません。今年8月から「現役並み所得者」を対象に新たに3割負担が導入されましたが、家屋の処分をして一時的に所得が上がったため1割負担から一挙に3割負担となり、1年間3倍の利用料負担を強いられることになるケースなどが報告されています。前回の「改正」で2割負担が導入された際は、利用サービスに変化がなく、ケアプラン上は影響が生じていないように見えても、利用料を捻出するため、食費などの生活費を削っているなどの事例が報告されていました。

2014年の法「改正」で、「補足給付」(施設入所者等を対象とする居住費・食費の負担軽減制度)が改悪されたため、施設からの退所を余儀なくされたり、中には費用の工面ができず、入所の申し込みをできない事例も報告されています。

経済事情にかかわらず必要なサービスが利用できるよう、大幅な負担軽減を重ねて求めます。

3 介護従事者の賃金・労働条件を大幅に改善するとともに、実効性のある確保対策を講じること

昨年2017年介護報酬臨時改定で処遇改善加算の拡充が図られたものの、今年の改定では目立った対策は講じられませんでした。全産業平均と月10万円の給与差を埋めるにはほど遠い状態です。

処遇改善加算については、算定の対象となる職員の限定、手続きの煩雑さ、利用料への反映といった問題が改善されないまま推移しています。処遇改善は、利用料の引き上げに直結する介護報酬ではなく一般財源で対応し、対象の拡大などの改善を図るべきだと考えます。

介護事業所では、担い手不足が慢性化・深刻化の一途をたどっています。施設を全室オープンできない、新規利用者を受けられないなどの事態も広がっており、地域の介護需要に応えきれない状況が生じています。介護福祉士の養成校では定員割れが続いている、養成課程の縮小や廃校を余儀なくされた学校もあります。

介護労働安定センター「2017年度介護労働実態調査」(回答8782事業所)では、職員が不足していると回答した事業所が約3分の2(66.6%)で過去最高となり、特に訪問介護では82.4%の事業所が不足を訴えています。また福祉医療機構が特養を対象にした調査(回答628施設)では、64%の特養が「職員不足」と回答し、このうち12.4%が「利用者の受け入れを制限している」と答えています。

第7期介護保険事業計画の集計では、2025年度はすべての都道府県で職員の需要数が供給数を上回ることが見込まれており、全国で33.7万人の「供給不足」が予測されています。

第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数(都道府県別)

	2016年度	2020年度			2025年度				
		① 需要見込み	② 供給見込み	不足数(②-①)	① 需要見込み	② 供給見込み	不足数(②-①)		
				%			%		
合計	1,898,760	2,160,494	2,034,133	▲126,361	▲5.8	2,446,562	2,109,956	▲336,606	▲13.8

処遇改善、担い手確保は、一刻も早く有効な手立てを講じるべき課題です。

4 ケアプランの有料化や生活援助の保険はずしなど、サービスの削減や負担増につながる制度見直しを行わないこと

6月に閣議決定された「骨太方針2018」では、次期制度見直しの検討課題として、ケアプラン作成(ケアプランの有料化)、老健施設など施設多床室での室料徴収、軽度者の生活援助などの見直し(地域支援事業=総合事業への移行)などを挙げています。給付削減を前面に掲げ、さらなるサービスの利用抑制や利用者負担の引き上げを実施する方向です。

特にケアプランの作成については、介護報酬上一人当たり平均月約1万4千円であることから、定率負担で月約1,400円(利用料1割の場合)という案などが既に報じられています(6月1日、共同通信配信)。仮に実施されれば、ケアプラン作成のためにサービス利用を減らしたり、ケアプランの料金を工面できず制度の入口で排除されてしまう事態が生じかねません。また、現状でも多忙なケアマネジャーの業務に利用料請求に関わる新たな実務が加わることになります。

政府は、一連の制度の見直しの検討を来年2019年初頭から開始し、年内に結論を出して、2020年の通常国会に「改正」法案を上程することを想定しています。

ケアプランの有料化をはじめ、さらなる制度改悪の検討を許さない声を今から大きく広げていくことが必要です。

5 介護保険財政に対する国の負担割合を大幅に引き上げること。消費税によらない財源を国の責任で確保すること

現在の介護保険は、高齢化に伴って介護給付費が増えれば、それに応じて介護保険料が引き上がる仕組みになっています。

しかし、今後このまま介護給付費が増え続ければ、やがて「増大する介護給付費に見合う介護保険料を設定することや保険料の支払いが困難になる」という、保険制度の存続を左右する事態をまねくことになりますかねません。

それを避けようとすれば、高齢者の介護保険料をさらに引き上げたり、介護サービスを削っていくことが必要になりますが、すでにどちらも限界です。

右図は介護保険の財源構成です。必要な介護給付費を確保し、同時に高齢者の介護保険料(第1号保険料)の負担を軽減していくためには、保険財政の中の国庫負担金の割合(右図の定率20%部分)の大幅な引き上げが不可欠です。全国市長会など自治体関係団体も強く要望しています。

そのために必要な財源は、低所得者ほど負担が重くなる消費税ではなく、負担能力に見合った法人税、所得税を徴収することでもかなうべきです。

