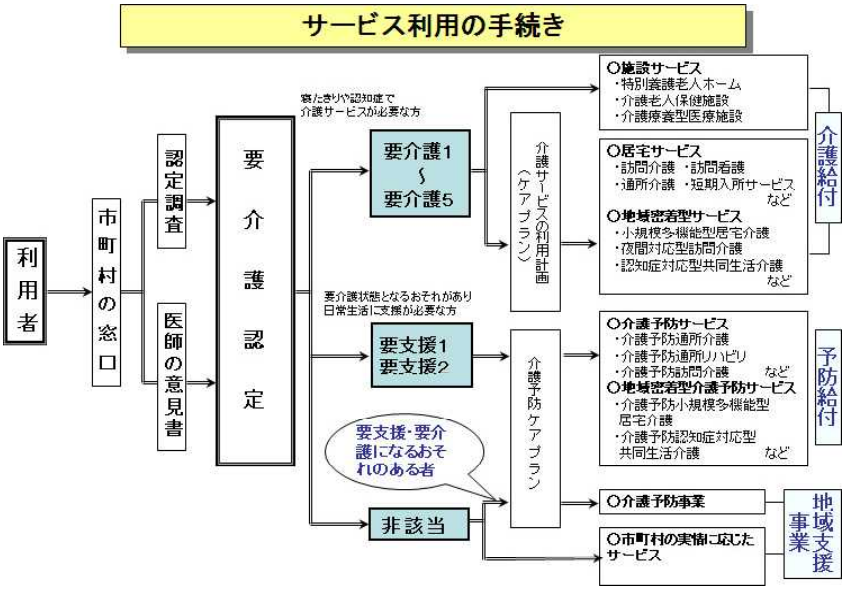
０ 制度解説編

０－１ 介護保険を利用するためにはどのような手続きが必要ですか

右の図は、介護保険の利用に至るまでの流れを示したものです。

ご覧のように、介護保険では、サービスの利用までに、「申請」から始まり、「認定調査」→「要介護認定」→「ケアプラン（予防プラン）の作成」と、何段階もの手続きを経なければなりません。

医療保険とはずいぶん異なったしくみであり、介護保険制度の大きな特徴となっています。



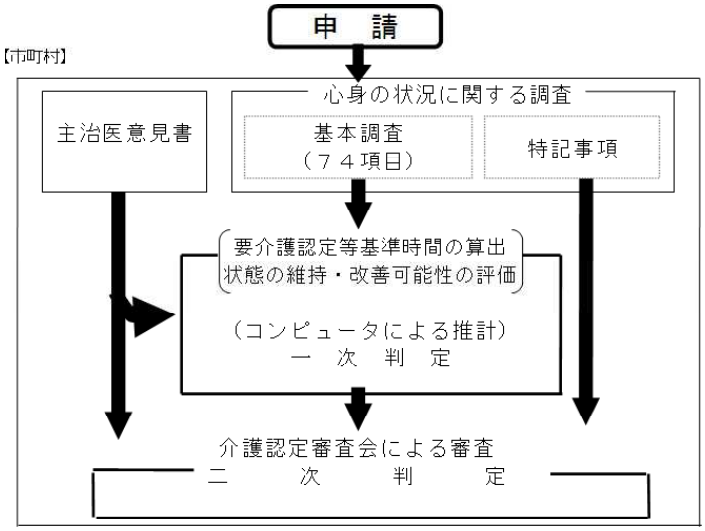
① 申請

介護保険利用の手続きは、現在住んでいる市町村の介護保険窓口に申請することから始まります。申請は、ケアマネジャーが代行することも可能です。

（ただし、40～64歳の場合は、あらかじめ厚労省が定めた「特定疾患」（アルツアイマー、脳血管疾患など）に該当する場合のみが対象となります）。

② 認定調査（訪問調査）

申請後しばらくして、市町村の「認定調査」が行われます。「認定調査」では、市町村から委託された訪問調査員が、自宅まで出向き、「一人で食事に行けるか」「一人でトイレに行けるか」など、74項目にわたる細かな聞き取り調査を行います。



③ 要介護認定

（一次判定）

「認定調査」の結果や、「主治医意見書」（かかりつけ医が意見書を書くことになっています）に基づき、コンピュータを使って「一次判定」が行われます。

（二次判定）

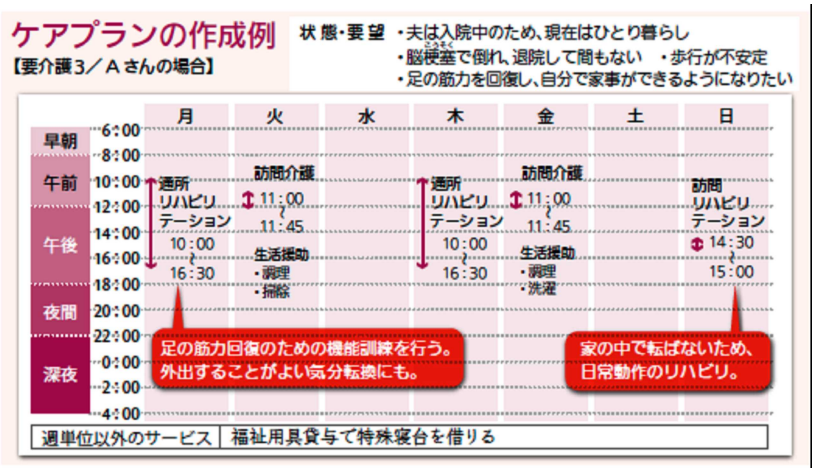
続いて、「二次判定」が行われます。医療や福祉の専門家数名による会議（介護認定審査会）で、「一次判定」の結果や「認定調査」での特記事項（訪問調査員が記入します）、「主治医意見書」などを参考に、7種類の要介護度の判定（要支援1、2、要介護1、2、3、4、5）を行います。要支援1、2は予防サービス、要介護1～5は介護サービスの対象となります。7種類のいずれかの要介護度に該当しなければ「非該当」となり、介護保険の利用は必要ないと判断されます。

要介護度は、申請の日から1カ月内に市町村から通知されます。要介護認定の有効期間は初回の場合は6カ月ですが、状態の安定している場合は、更新時に最長2年まで延長することが可能です。

要支援1	日常生活上の基本動作については、ほぼ自分で行うことが可能であるが、日常生活動作の介助や現在の状態の悪化防止により要介護状態となることを予防するため、手段的日常生活動作について何らかの支援を要する状態。 （日常生活はほぼ自分で行えるが、今後、要介護状態になることを予防するため、少し支援が必要）
要支援2	要支援1の状態から、手段的日常生活を行う能力がわずかに低下し、何らかの支援が必要となる状態。 （日常生活に少し支援が必要だが、介護サービスを利用すれば、機能の維持、改善が見込める。）
要介護1	要支援2の状態から、手段的日常生活を行う能力が一部低下し、部分的な介護が必要となる状態。 （立ち上がりや歩行がやや不安定。日常生活はおおむね自立しているが、排泄や入浴などに一部介助が必要。）
要介護2	要介護1の状態に加え、日常生活動作についても部分的な介護が必要となる状態。 （立ち上がりや歩行が自力では困難。排泄や入浴にも一部または全介助が必要。）
要介護3	要介護2の状態と比較して、日常生活動作および手段的生活動作の両方の観点からも著しく低下し、ほぼ全面的な介護が必要となる状態。 （立ち上がりや歩行が自力ではできない。排泄・入浴・衣服の着脱などにも全面的な介助が必要。）
要介護4	要介護3の状態に加え、さらに動作能力が低下し、介護なしには日常生活を営むことが困難となる状態。 （日常生活の全般で能力の低下が見られ、排泄・入浴・衣服の着脱に全面的な介助、食事に一部介助が必要。介護なしでは日常生活が困難。）
要介護5	要介護4の状態よりさらに動作能力が低下しており、介護なしには日常生活を行うことがほぼ不可能な状態。 （生活全般にわたり、全面的な介助が必要。意志の伝達が困難。介護なしでは日常生活が不可能。）

④ ケアプランの作成

要介護１～５の場合、介護サービスを利用するためには、「居宅介護支援事業所」のケアマネジャーと契約し、ケアプランを作成することが必要です。ケアマネジャーと相談して、介護サービス事業所と契約を結び、必要なサービスをプランに組み込むことになります。



要支援１、２の場合は、予防サービスの対象となり、予防プランの作成が必要です。地域包括支援センターか、もしくは地域包括支援センターから委託を受けた「居宅介護支援事業所」（ケアマネジャー）が作成します。

⑤ 区分支給限度額

介護保険では、要介護度ごとにあらかじめ保険給付の上限が決められており、。右の表のように月額が設定されています（「区分支給限度額」と呼びます）。

この上限額以上にサービスを利用した場合、オーバーした部分は保険の対象から外れ、全額自己負担（10割負担）になります。

医療保険とは異なる、介護保険の大きな特徴です。

サービスの利用限度額(1か月)

要介護度	利用限度額(1か月)	自己負担(1割)
要支援 1	4万9,700円	4,970円
要支援 2	10万4,000円	1万　400円
要介護 1	16万5,800円	1万6,580円
要介護 2	19万4,800円	1万9,480円
要介護 3	26万7,500円	2万6,750円
要介護 4	30万6,000円	3万　600円
要介護 5	35万8,300円	3万5,830円

⑥ 利用できるサービスの種類

介護保険で制度化されているサービスは、下表の通りです。

要支援1、2を対象とする「予防サービス」（予防給付におけるサービス）、要介護1～5を対象とする「介護サービス」（介護給付におけるサービス）に大きく区分されます。

「予防サービス」には、特養などの施設サービスはふくまれていません。

「地域密着型サービス」は、市町村が管轄するサービスです。2006年度に制度化され、2012年度からは新たに「定期巡回・随時対応型訪問介護・看護」と「複合型サービス」が加えられました。

	予防給付におけるサービス	介護給付におけるサービス
都道府県が指定・監督を行うサービス	◎介護予防サービス 介護予防訪問介護 介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所介護 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防福祉用具貸与 特定介護予防福祉用具販売	◎居宅サービス 訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与 特定福祉用具販売 ◎居宅介護支援 ◎施設サービス 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設
市町村が指定・監督を行うサービス	◎介護予防支援 ◎地域密着型介護予防サービス 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症対応型共同生活介護	◎地域密着型サービス　・定期巡回随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護　・複合型サービス 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
その他	◎住宅改修	◎住宅改修

⑦ 利用にともなう費用負担

利用するサービスに応じて、費用負担が必要になります。

第1に、「利用料」です。それぞれのサービスの給付額の1割分（定率負担）を利用料として事業所に支払います。ケアマネジャーが作成するケアプランについては費用はかかりません。

第2に、「食費・居住費」です。これは全額自己負担になります。内容は、通所サービス（デイサービス、デ

イケア）の食費、施設に入所した場合の食費・居住費、ショートステイを利用した場合の食費・居住費（滞在費）であり、定率1割の「利用料」とは別に支払いが必要です。

3つめは、保険給付の上限（区分支給限度額）を超えた場合に発生する自己負担（10割負担）分です。

居住費・食費の水準額(1日あたり)

施設の種類	居住費				食費
	従来型個室	多床室	ユニット型個室	ユニット型準個室	
介護老人福祉施設	1,150円	320円	1,970円	1,640円	1,380円
介護老人保健施設・介護療養型医療施設	1,640円	320円	1,970円	1,640円	

⑧ 介護保険料

介護保険は“保険制度”（「第5番目の社会保険」と言われています）ですから、介護保険料を支払うことが前提となります。

65歳以上の高齢者については、全員、介護保険料の支払いが義務づけられます。保険料は3年ごとに見直され、市町村によって異なります。2012年度から向こう3年間（第5期）は、全国平均で4927円（月額）となりました。都道府県別の平均額をみると、最高額は沖縄県の5880円です。

40歳～64歳の場合は、所属している医療保険によって異なります。それぞれが属する健康保険や国民健康保険で決められており、これらの医療保険分と合わせて納付します。

０－２　介護保険を利用するうえで、どのような問題がありますか

介護保険を利用するには、以上のような何段階もの手続きを経なければなりません。こうしたしくみが介護保険を利用しにくくする「ハードル」となっています。

● 申請が大前提

第1に、制度の“入り口”で、「申請主義」を採用している点です。

申請をしなければ、利用したいと思っても制度は一歩も動きません。一人暮らしや認知症など、申請することがそのものが困難な高齢者も少なくありません。そうした人たちが最初から制度から排除されてしまう危険性があります。

● 状態とかけ離れた要介護認定

第2に、要介護認定です。

要介護度が正確に判定されず、実際の状態よりも判定結果が低く出てしまう問題があります。これまで何度かシステムの見直しが行われましたが改善されていません。

軽度に判定されてしまうと、「区分支給限度額」が下がり、保険の範囲内で受けられるサービスが大きく制限されることになります。また、要介護１以上の利用者が要支援１、2に変更されると、介護サービスから予防サービスに移され、訪問介護などの回数や時間が減らされてしまいます。特養などの施設にも入所できなくなってしまいます。「非該当」と判定されれば、介護保険のサービスは利用できません。

とくに、認知症や一人暮らし、状態が変わりやすい疾患の場合に認定の矛盾が集中しています。認知症の要介護度が低く判定されるのは、認定のしくみそのものが身体的な機能のみを判定する内容になっており、認知症高齢者に必要な見守りや精神的なサポートが判定に反映されないことによります。また、コンピュータ判定（一次判定）を重視しているため、ひとりひとりの個別性の判断が困難なシステムになっているという問題もあります。

● 区分支給限度額内では十分な介護を受けられない

第3は、あらかじめ保険給付の上限が決められている問題です。

区分支給限度額の範囲内で、果たして十分なサービスが受けられるのでしょうか。もっとも重度である要介護5の場合を考えてみます。区分支給限度額は約36万円です。たとえば、30分～1時間未満の「身体介護」が1回約4000円（介護報酬）ですから、朝・昼・夕の3度の食事毎に利用すると1日1万2000円、それを1カ月30日利用するとそれだけで限度額に達してしまいます。つまり、1日3時間は介護保険でカバーできますが、残りの21時間は家族の支援がないと在宅生活を維持できないということです。

「介護の社会化」を掲げて創設された介護保険ですが、あくまでも家族介護を前提に設計されていることを示しています。区分支給限度額を超えてサービスを利用すれば、オーバーした分は全額自己負担となってしまいます。そもそも設定されている給付の水準が、十分な介護を保障するものとは到底いえません。

● 制度のしくみ・運用による介護の「取り上げ」

第4に、制度のしくみや運用によって、様ざまな利用制限がある点です。

ひとつは、要支援1、2が対象となる予防サービスの問題です。予防サービスは、保険給付の範囲（区分支給限度額）を狭め、訪問介護の回数や時間に大きな制約が加えた別枠のサービス体系として2006年度から制度化されました。今で要介護1以上だった利用者が、状態が変わっていないにもかかわらず要介護認定の更新で要支援1、2に下がり、予防サービスに移されることによってサービスが減り、日常の生活が立ちゆかなくなるケースが多数生じています。

ふたつめは、軽度者に対する「福祉用具貸与」の利用制限です。要支援1、2、及び要介護1について、電動ベッドや車いすの利用が2006年度から制限され、事実上の「貸しはがし」が実施されました。

3点目は、市町村による法令基準の独自解釈（ローカルルール）による利用制限です。典型的なのは、同居家族がいる場合の生活援助（訪問介護）の利用制限です。家族が同居しているといっても、昼間は仕事で不在のため「日中独居」となっていたり、病気や障害があって介護を十分できない状態だったりなど、生活援助の利用が必要な利用者・家族はたくさんいます。こうした個別の事情を考えずに、一律・機械的に利用を制

限する事態が横行しています。ヘルパーのよる散歩介助や通院介助などでも同様の問題が起こっています。

● 深刻な施設の絶対的不足

第5に、特養などの施設が圧倒的に不足している問題です。

特養については、特養待機者が42万人を超えていると報告されており、要介護4、5で家族の介護を受けながら在宅で特養の空きを待っている利用者が7万人に達しています（厚労省調査）。

本人の状態悪化、介護者の高齢化や病気などにより、在宅生活を続けていくことに困難が生じているにも関わらず、施設を申し込んでいるが所できる見込みがない、ショートステイで家族の介護負担を軽減したいが空きがないなど、今後の介護や生活の方向を見いだせない深刻な事態が起こっています。とりわけ、家族による日常的な支援が得られない、あっても脆弱な一人暮らし、費用負担の上で対応の選択肢が限定される低所得層においてより深刻化しています。

● 利用を遠ざける費用負担

第6に、費用負担の問題です。

医療保険では窓口負担が困難で医療を受けられない状況が深刻化していますが、介護保険でも、利用料の支払いが困難で、必要なサービスを利用できないケースがあとをたちません。ケアマネジャーに5000円渡して、「これでプランを作ってくれ」と依頼する利用者もいます。医療では、病気と貧困に相関関係があると言われていますが、介護でも、経済状況と要介護状態（介護が必要になること）とは密接な関係があり、「所得が低い人ほど要介護状態になりやすい」という調査結果が報告されています。低所得層ほど介護保険サービスの利用の度合いが高くなることを意味しますが、重い利用料負担が足かせになり、必要なサービスを利用できないのが実態です。介護保険の費用負担のしくみは、「最も介護サービスを必要とする人に、最もサービスが届いていない」という本末転倒の事態をつくりだしています。

2005年10月から実施に移された施設等での居住費・食費の徴収も深刻な問題を引き起こしています。食費を支払えずにデイサービスの回数を減らす、居住費の支払いが困難になり施設からの退所を余儀なくされるなどの事態が生じています。必要な入居費用を工面できないため施設を申し込むことができず、「待機者にすらなれない」事態も生じています。

65歳以上の介護保険料は、後期高齢者医療制度の保険料と同様、高齢者が増加したり、給付費が増大すると、介護保険料が引き上がるしくみをとっています。6段階区分を基本として設定されていますが、所得が低い高齢者ほど負担が重い逆進制になっています（自治体によって区分を細かくして逆進制を緩和する対策をとっていますが根本的な解決にはなっていません）。また、年金収入が月額1万5000円以上あれば、生活実態にかかわらず、年金から強制的に天引きされます。さらに保険料を滞納した場合は、償還払い（＝いったん10割分の支払いを求め、後日9割分を払い戻す）にきりかえたり、利用料負担を3割にする（＝給付を7割に減額）などの制裁措置が設けられています。

今年の4月から向こう3年間の介護保険料が見直され、全国平均で4927円と5000円近くになりました。これ以上保険料を引き上げるのは限界にきています。

介護保険がスタートして12年経ちましたが、当初高く掲げられた「介護の社会化」の理念とは裏腹に介護をめぐる様ざまな困難が広がっています。「介護心中・介護殺人」と称される痛ましい事件はあとをたちません。

利用料などの負担ができず必要なサービスを利用できない低所得層の実態は深刻です。さらに、費用の支払いはある程度可能でも、要介護認定や区分支給限度額などの制度のしくみや、特養をはじめとする基盤整備の遅れから必要な介護を受けられない問題も噴出し続けています。

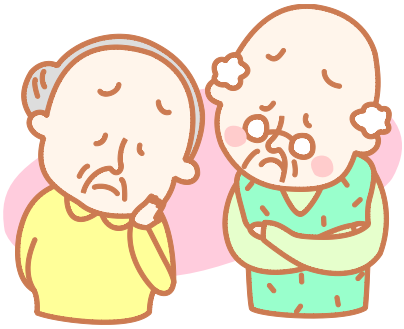
まさに「保険あって介護なし」といってよいでしょう。こうした事態がいっそう深刻化しているのが介護保険の現実です。

Ⅰ　実態編

Ⅰ－１　いま、介護保険の利用者や家族をめぐってどんなことが起こっていますか。

介護保険がスタートして丸１２年が経過しました。認定者数、利用者数、事業所数は右肩上がりに増え続けています。今まで個人や家族に押し込められてきた介護問題が国民的な課題として受けとめられるようになったことは、介護保険制度がつくりだした大きな変化といえるでしょう。

しかし、他方で、介護をめぐる困難が広がり、深刻化している現実があります。



第１に、利用料や施設での居住費・食費など利用に伴う費用の負担が重く、必要なサービスを利用できない問題です。年金収入の少ない低所得層に様ざまな困難が生じています。施設の入所費用が工面できず「待機者にすらなれない」実態もあります。

第２に、制度の様ざまなしくみのために、必要なサービスが制限されている問題です。実際の状態とかけ離れた要介護認定、保険給付の上限をあらかじめ決めている区分支給限度額、利用日数・回数が大きく制約された予防サービス、軽度者を対象にした福祉用具の利用制限などが必要なサービス利用を困難にし、日常生活に様ざまな支障が生じています。

第３に、市町村による独自の法令基準の解釈（ローカルルールと呼ばれています）によって、サービスの利用が制限されている実態です。同居家族が居る場合、個別の事情にかかわらず一律に生活援助（訪問介護）を制限するなどの対応が横行しています。

第４に、特養をはじめとする施設整備の遅れのために、「行き場」のない事態が深刻化している問題です。特養待機者は４２万人に達しており、要介護４、５で在宅で介護を受けながら待機している利用者は７万人いると報告されています。在宅での家族介護の負担が限界になっていてもすぐには施設に入れず、２～３年待ちが常態化する中で、このままでは、本人・家族が「共倒れ」になりかねない深刻な事態が広がっています。

介護保険は、「介護の社会化」の理念を高く掲げてスタートしました。しかし、実態は「保険あって介護なし」とも言うべき事態が広がっているのが現実です。

★参考資料　全日本民医連「介護１０００事例調査」（２００９年）、「介護保険１０年検証事例調査」（２０１０年）

Ⅰ－２　介護現場の実態はどうなっていますか。この間、政府は、現場の要望に応えて処遇改善策を進めてきましたが十分なものだったでしょうか。

困難を抱えているのは利用者だけではありません。介護の担い手である介護事業所、介護従事者の実態も深刻です。全産業者平均の６～７割にとどまる給与水準、高止まり状態の離職率、慢性的な現場の人手不足など、厳しい状況が続いています。

● 一般労働者の男女比・平均年齢・勤続年数及び平均賃金 ●

	男　性				女　性			
	構成比	平均年齢	勤続年数	給与額※（千円）	構成比	平均年齢	勤続年数	給与額※（千円）
全産業	68.8	41.8	13.5	372.7	31.2	39.1	8.8	238.6
福祉施設	29.2	33.2	4.9	227.1	70.8	37.2	5.3	206.4
ホームヘルパー	15.2	37.6	3.9	230.6	84.8	44.7	4.5	197.0

この背景にあるのが低く固定化された介護報酬です。初めての改定となった２００３年改定は２．３％の大幅なマイナス改定となりました。２００６年改定はそこからさらに２．４％の引き下げが実施されました。処遇改善を求める運動の広がりの中で、２００９年改定で初めてのプラス改定を実現させました。しかし、３％では「焼け石に水」であり、介護保険創設時の水準を回復させるものではなく、さらに加算中心の改定となったことから、加算の算定が難しい小規模事業所の経営困難に拍車がかかり、介護事業所は二極化する傾向を強めています。

2009年度から介護職員処遇改善が始まりました。これも運動によって実現させた成果ですが、対象職種を限定するなど不十分な内容にとどまりました。政府はこの交付金を今年3月末で廃止し、介護報酬に加算として組み込みましたが（2012年介護報酬改定－後述）、3年間で廃止する方針です。

★参考資料　介護報酬改定関係資料（2003 ～ 2009 改定に対する会長声明など）　～※リンク

Ⅰ－3 なぜ、このような困難な事態がつくりだされてきたのでしょうか。

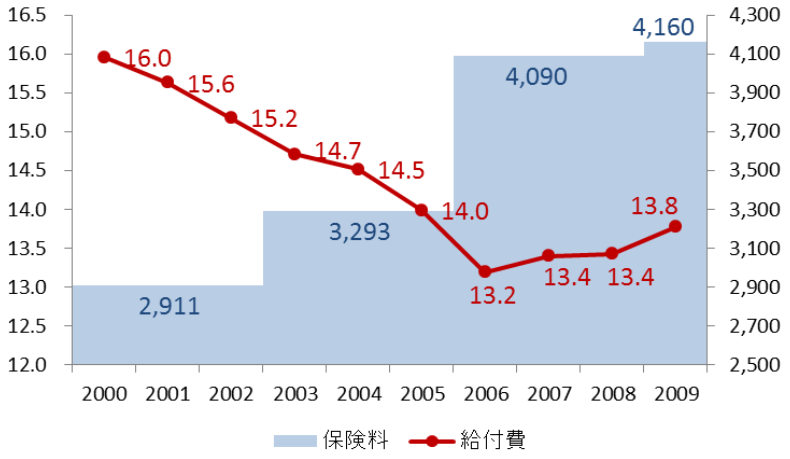
第１に、介護保険制度が最初から備えていた「構造的欠陥」の問題です。

介護保険は、「介護の社会化」を求める国民の世論を背景にしながらも、政府が本格的に推進しようとしていた社会保障構造改革の「牽引車」と位置づけられ、高齢者・国民からみれば「構造的（致命的）な欠陥」ともいうべきしくみが最初から組み込まれました。このしくみとは、現金給付（サービス費支給）方式と利用者・事業者の直接契約方式（※解説）、認定制度や支給限度額という給付の査定・制限システム、国庫負担の削減（従来の5割から2割へ）、在宅事業に対する営利企業の参入容認などです。介護保険は、「第5番目の社会保険」と言われながら、医療保険とは「似て非なる」制度として設計されました。

第２に、こうした「構造的欠陥」が、社会保障構造改革路線のもとで、制度施行後いっそう増幅・拡大してきた点です。

2000年の制度施行後まもなく発足した小泉内閣は、「聖域なき構造改革」を真正面に掲げ、社会保障費全体の大幅な削減を断行しました。介護保険については徹底的な給付抑制と負担増がはかられました。介護報酬の連続引き下げ、「予防重視」の名による軽度者からの介護の取り上げ、施設の居住費・食事の自己負担化、軽度者に対する福祉用具の利用制限、認定制度の見直しによる軽度判定の促進、特養をはじめとする施設整備の抑制など、相次ぐ制度改定を通して、介護保険制度がそもそも備えていた「構造的欠陥」が、是正されるどころか逆にいっそう拡大・強化されてきました。2009年、「介護保険制度の抜本改革」を掲げた民主党政権が誕生しましたが、基盤整備や処遇改善などはじめとする個々の介護政策は、自公政権末期時代の政策の域を何ら超えるものではありませんでした。そればかりか野田政権は「社会保障・税一体改革」を掲げ、介護制度のさらなる改悪を打ち出しています（後述）。

図　一人あたり給付費の推移



※解説　「現金給付（サービス費支給）方式と利用者・事業者の直接契約方式」とは？

介護保険は、現物給付の医療保険と異なり、現金（サービス費）を利用者に直接支払う方式として設計されました。このことは、介護報酬表において、例えば、「訪問介護」ではなく「訪問介護費」と表現されていることにも示されています。利用者はこのサービス費を使って、直接サービス事業所と契約を結び、サービスを利用することになります。ただし、実際は、利用者にサービス費を直接支払うのは煩雑になるため、事業者が利用者に代わって「介護報酬」という形でサービス費（9割分）を受け取るしくみを採っています（代理受領）。

「支給限度額」という保険給付の上限設定は、こうした方式（サービス費＝現金の支給）ゆえに可能となります。現物のサービスでは切り分けができませんが、サービス費（現金）であれば自在に線引きができるから

です。このことで、介護保険においては、保険内のサービスと保険外サービスとの併用（「混合介護」）が可能になります。現物が給付される医療では、保険内と保険外との併用、すなわち「混合診療」は認められていません。

国や自治体は、介護サービスという現物を保障する責任がなくなり、利用者が事業所が契約できるよう「調整」する責任のみを負うことになります。介護保障に対する公的責任を大幅に縮小させるしくみといえるでしょう。同じ社会保険でありながら医療保険とは「似て非なるもの」といわれるゆえんです。現在焦点になっている「子ども・子育て新システム」は、介護保険のこうしたしくみをモデルに制度化されようとしています。

Ⅱ　介護保険法２０１１年「改正」編

Ⅱ－１　昨年、介護保険法の「改正」が実施されました。現在の制度が抱える様々な問題はどう扱われたのでしょうか。

2011年6月、介護保険法が「改正」されました（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律）。

しかし、高い介護保険料と応益負担の利用料、実際の状態と判定結果の違いが指摘されている要介護認定、保険給付の上限設定（区分支給限度額）、日数や回数が制限される予防給付、特養をはじめとする基盤整備の遅れなど、「保険あって介護なし」の事態を深刻化させている制度の根本問題にはメスが入れられませんでした。

介護職員の処遇改善に対する十分な施策は示されていません。「介護職員処遇改善交付金」にかえて「介護職員処遇改善加算」が新設されましたが、抜本的な改善とは到底いえず、依然として離職率は高く、介護現場では人手不足状態が続いています。介護福祉士養成校の定員割れが続くなか、介護の担い手を確保する対策は依然として不十分なままです。

介護保険財政の見直しも見送られました。介護給付費と保険料が連動するしくみのため、国や自治体の公費負担割合の大幅な引き上げにより、高齢者の保険料負担を圧縮しない限り、「給付の増大に対応した保険料の引き上げ」が続くことになります。これまで、都道府県財政安定化基金や市町村介護給付費準備基金を取り崩して介護保険料の引き上げを押さえてきましたが、一時しのぎの対策でしかありません。

Ⅱ－２　昨年の「改正」は、どのようなものだったのでしょうか。

「改正」法は、日本の高齢化がピークとなる2025年に向けて、「地域包括ケアシステムの実現」を前面に掲げました。「改正」の柱として、(1) 医療と介護の連携の強化等、(2) 介護人材の確保と養成、(3) 高齢者の住まいの整備等、(4) 認知症対策の推進、(5) 保険者による主体的な取り組みの強化、(6) 保険料の上昇の緩和の6点を挙げています。

この中には、「情報公表制度の見直し」や「認知症支援の強化」など、利用者の要求や介護現場の実態に対応する内容や、今後の高齢化に向けた様ざまな課題も含まれていますが、全体として、現行制度の様ざまな困難の根本的改善をめざすものではなく、逆に「給付の重点化・効率化」の推進によって、利用者と介護現場に新たな困難をもたらす「改正」法といえます。

Ⅱ－３　創設された24時間訪問サービス（定期巡回随時対応型訪問介護看護）はどのようなものですか。事業は広がっていますか。地域に必要なサービスとして機能するしくみになっていますか。

「定期巡回随時対応型訪問介護看護」は、要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、定期的に訪問するサービスと随時対応するサービスを組み合わせて、「訪問介護」と「訪問看護」を一体的で密接な連携を保ちながら提供するサービスです。定期巡回サービスは、1回15分程度の訪問を1日に複数回実施することで日常の生活をささえるサービスとされています。随時対応サービスでは、利用者から事業所の24時間対応のオペレーターへの通報により、電話等による対応・訪問などが随時行われます。これまで対応が難しかった「短時間での見守り」や「夜間の安否確認」等が可能になります。

各自治体は、「第5期介護保険事業計画」（※解説）にもりこみ、日常生活圏域（中学校区程度）ごとに設置することになります。2012年度中に189の保険者で実施される予定となっていますが、4月末での同サービスの指定事業所は27保険者にとどまり、事業所数は34事業所でした。全国訪問看護事業協会がおこなったアンケート調査では、24時間訪問サービスを実施している、または実施の意向がある事業所は、全体の13．6%にとどまっています。この新サービスがすべての地域で機能するにはほど遠い状況といえます。

このサービスを利用すると、既存の訪問介護サービスは利用できません。1つの事業者が一定のエリア内（日常生活圏域）を独占し、後から参入できないことなどの問題点も指摘されています。また、介護報酬が月ごとの定額であることから、この範囲内で必要な訪問サービスを十分受けられるのか不安視されています。支給限度額との関係での問題もあります。訪問介護と訪問看護を行う「一体型」の事業所の場合、このサービスを利用すると要介護2で支給限度額の7割、要介護4では8割を占めることになります。支給限度額を超えないよう、通所系サービスや短期入所などの利用を減らしたり、もしくは限度額を超えて多額の自己負担が発生する事態も生じることになります。

（※解説） 介護保険事業計画

円滑な介護保険事業の運営のために、各市区町村が介護保険事業計画を、都道府県が介護保険事業支援計画を3年ごとに作成しています。計画には、特別養護老人ホームや居宅サービスの数量含まれ、介護保険料が設定されます。

市区町村の計画策定にあたって「策定委員会」等を設置し、委員の公募や会議の公開など住民参加のシステムを持たせているところもあります。

Ⅱ－4　創設された複合型サービスとはどのようなものですか。全国でどのくらい実施されていますか

「複合型サービス」は、居宅サービスや地域密着型サービスのうち、介護サービスと医療系サービスの2種類以上を組み合わせるサービスで（組合せは厚生労働省が定める）、昨年の法「改正」では、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の組み合わせが新サービスとなりました。

小規模多機能型居宅介護は、通い（通所介護）を中心に、訪問（訪問介護）、泊まり（短期入所）の各サービスを提供するサービスで、これに訪問看護を加えることで医療管理の必要な利用者への対応も可能となります。

複合型サービスについては、第5期介護保険事業計画で実施を見込んでいるのは全国で109市区町村にとどまっています。

Ⅱ－5　介護療養型医療施設（介護療養病床）は廃止されることになったのですか。

2006年の医療制度改革で、政府は、約12万床あった介護療養病床を2012年3月までに廃止することを決め、交付金を支給するなどして老人保健施設など介護施設への転換をすすめてきました。

しかし、一律の廃止方針によって各地で様ざまな矛盾が生じたため、2011年の法「改正」では、廃止・転換期限を6年間延長し、2018年3月末までとしました。今後、新規の介護療養病床の設置は認められないことになりました。

Ⅱ－６　特養の待機者が42万人いるそうですが、必要な時にすぐに入所できるのですか

２００９年に公表された厚生労省の資料によると、特養待機者は約42万人と報告されています（図）。このうち、要介護4、5の重度で在宅で入所を待っている申込者が16％（6．7万人）を占めています。特養は絶対的に不足しており、在宅での家族介護が困難になっても、2～3年の待機が常態化しています。

今後の特養増床計画は、各自治体が作成している介護保険事業計画によると、入所希望者がすぐに入所可能なものとはなっていません。国は、今後いっそう「施設から在宅へ」の流れを推進させる方針であり、多くの国民が要望する施設の整備には消極的です。

特別養護老人ホームの入所申込者の状況

2009年12月22日　公表された厚生労働省資料より作成

	要介護1～3	要介護4～5	計
全　体	24．3万人 57.6%	17．9万人 42.4%	42．1万人 100%
うち在宅の方	13．1万人 31.2%	6．7万人 16.0%	19．9万人 47.2%
在宅ではない方	11．1万人 26.4%	11．1万人 26.4%	22．3万人 52.8%

Ⅱ－7　「サービス付き高齢者向け住宅」とはどのようなものですか。低所得者でも入所できますか

「サービス付き高齢者向け住宅」は、「高齢者住まい法」改正（2010年10月施行）によって制度化された新しい高齢者賃貸住宅です。2012年7月現在、全国で、1，791施設、57，376戸が登録されています。

基準として、（1）居室の床面積は25㎡以上（浴室・キッチン等が共用の場合は18㎡以上）、（2）キッチンや水洗トイレなどを設置、（3）バリアフリー構造、（4）常駐する介護の専門家による安否確認、生活相談サービスの提供、（5）長期入院などを理由に事業者から一方的に解約出来ない等居住の安定がはかられている、（6）入居者の支払いは敷金、家賃、サービス対価のみで、権利金や更新料は徴収しない、などが設けられています。

★参考（サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム
http://www.satsuki-jutaku.jp/system.html ）

この制度によって、これまでの「高齢者専用賃貸住宅」（高専賃）、「高齢者円滑入居賃貸住宅」（高円賃）などは廃止され、「サービス付き高齢者向け住宅」に一本化されました。

厚労省は、入居対象は厚生年金程度の収入がある人と説明しています。また、建設費の助成制度や税金の融通措置が設けられているため、大手の建設会社などの参入が相次いでいます。

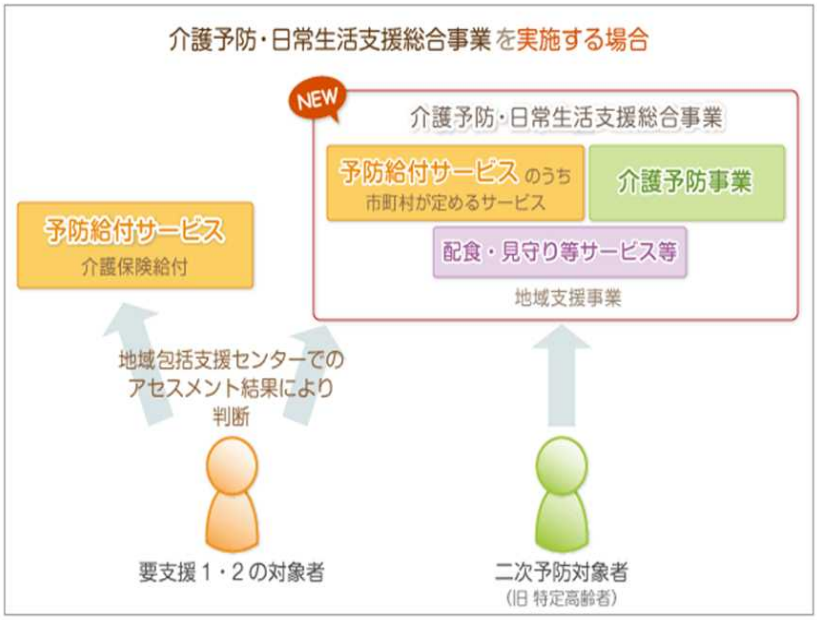
制度が想定している内容では、家賃などが高額にならざるを得ず、生活保護受給者をはじめ、低所得者が利用するのは困難です。一方で、家賃補助のある「高齢者向け優良賃貸住宅」（高優賃）の制度が廃止されるなど、低所得者の住まいに関わる施策は大幅に後退しています。

Ⅱ－８　「介護予防･日常生活支援総合事業」では、今までのどおりの介護予防サービスを利用できますか。今年度から実施する市町村はありますか

「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下「総合事業」）は、昨年の法「改正」で創設されたサービスです。

要支援者（介護認定で要支援1・2）・介護予防事業対象者（非該当で要介護状態になるおそれのある人）が対象で、それぞれの状態像や意向に合わせて、「予防給付のうち市町村が定めるサービス」、「見守り」や「配食」等を含めた、生活を支えるためのサービスを総合的に提供すると説明されています。この「総合事業」そのものを実施するかどうかは、それぞれの市町村ごとに決めることになります（図）。

「総合事業」を実施した場合、ひとりひとりの要支援者、介護予防対象者が「総合事業」の対象になるかどうかを判断するのは、市区町村・地域包括支援センターです。要支援者の方が「総合事業」の対象になると、これまで受けていた訪問介護や通所介護などの予防給付サービスが、「市町村が定めるサービス」に限定されます。例えば、食事について、訪問介護で提供されていた調理の援助ではなく、「配食」サービスに切り替わることもあります。国は「総合事業」のサービスの質に関する基準は設けないとしており、無資格のボランティアによる対応も可能としています。



「総合事業」は、コストを抑えた「安上がり」のサービスとして設定されています。市町村が、要支援者の予防給付サービスを低額なサービスにきりかえることで、介護保険費用を抑制することが可能なしくみです。

「総合事業」の導入にあたっては慎重な自治体が多く、厚生労働省の集計では、2012年度中に実施を予定しているのは28自治体にとどまっています。

Ⅱ－9　たんの吸引などの医療行為を介護職員が実施することが法律上認められました。今までとどのような違いがありますか。実施にあたってどのような問題がありますか。

今回の「社会福祉士法及び介護福祉士法」の「改正」は、これまで特別養護老人ホーム、在宅のALS患者に限定していた介護職員等による「たんの吸引等」の医療行為を、「業務」として位置づけ、その実施対象を在宅や他の施設に拡大するものです。

介護職員等の医療行為は、「たんの吸引その他の日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの」とされ、今回は「たんの吸引」（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）と「経管栄養」が対象となっています。今後は法の「改正」を要せずに、省令によって対象となる行為を拡げることが可能となるため、介護職員等による医療行為に際限ない拡大に道を開くことになりました。「たんの吸引等」を実施出来るのは、介護福祉士（2015年4月1日以降、それ以前は一定の研修により可）と、一定の研修を修了した介護職員で、事業所は都道府県に実施登録機関の手続きが必要とされています。

基本は、医療行為は専門的な訓練を受けた医療職が行うことが原則であり、国はそのための環境整備を行うべきです。介護職員等に「痰の吸引等」を委ねるのではなく、看護師の大幅な増員、介護・福祉現場での医療職の配置基準の改善、その配置を可能とする報酬の引き上げが必要です。

しかし、一方では、介護職員が「たんの吸引等」に対応せざるを得ない実態や利用者・家族の切実な要求があることも現実です。介護職員による「たんの吸引等」は、必要な条件整備がおこなわれるまでの過渡的で「やむを得ない」限定的な措置として位置づけ、国は責任をもってその実施のための整備を行うことが必要です。対象となる行為をこれ以上拡大すべきでないことは言うまでもありません。

当面、以下の点の改善が必要です。

第1に、気管カニューレ内の吸引などリスクの高い行為は除外するとともに、試行事業の検証に基づき、安全確保など必要な環境整備を国の責任で十分に行うこと。

第2に、実施する介護職員への対応として、個々の介護職員の意思を尊重すること、研修受講の保障および研修中の経済的保障を行うこと、事故が発生した場合の実施者の保護制度を確立すること

第3に、実施登録機関の安全管理上、人員配置基準の見直しを行うこと。

さらに重大なのは、今回の法「改正」で一定範囲の医療行為を「介護」の定義に取り込んだ点です。「社会福祉士法及び介護福祉士法」で定められている「心身の状況に応じた介護」に、カッコ書きで（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるものを含む）と加えられました。これは、介護の本質の変更を意味するものであり、「介護の定義」は元にもどすべきです。

Ⅱ－１０　「改正」された介護保険のもとで、新たなサービスや施設の整備などそれぞれの市町村で今後どのように進められていくのでしょうか

市区町村は、国の基本指針に即して3年を1期とする介護保険事業計画を作成します。

この計画には、介護給付と地域支援事業（※解説）で行われる給付等について、介護サービスごとに見込み量や確保の方策が盛り込まれ、整備が推進されます。この計画策定にあたり有識者や事業関係者、一般市民の参加による「策定委員会」を設置します。この事業計画に基づいて、自治体ごとの介護保険料が決定されます。

２０１２年から3年間にわたる「第5期介護保険事業計画」の策定あたって、国は「地域包括ケアの実現」を目標にすえ、地域の高齢者の課題を具体的に把握し（日常生活圏域ニーズ調査）、介護保険事業の整備計画だけではなく、在宅医療や高齢者の住まいについても計画化するよう指針を示しています。

以下の資料は、全国の第5期介護保険事業計画で見込まれたサービス量を厚生労働省が集計したものです。

第5期介護保険事業計画におけるサービス料の見込み（厚生労働省集計）

	2011年度（実績）	2014年度 サービス量見込み（暫定集計）	
在宅介護	314 万人／日	362 万人／日	※3（15%増）
うちホームヘルプ	130 万人／日	148 万人／日	（14%増）
うちデイサービス	205 万人／日	234 万人／日	（14%増）
うちショートステイ	38 万人／日	43 万人／日	（13%増）
うち訪問看護	30 万人／日	34 万人／日	（13%増）
うち小規模多機能	6 万人／日	9 万人／日	（50%増）
うち定期巡回・随時対応型サービス	－ 万人／日	2 万人／日	―
うち複合型サービス	－ 万人／日	1 万人／日	―
居住系サービス	32 万人／日	41 万人／日	（28%増）
特定施設	16 万人／日	21 万人／日	（31%増）
認知症高齢者ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ	16 万人／日	20 万人／日	（25%増）
介護施設	89 万人／日	100 万人／日	（12%増）
特養	47 万人／日	56 万人／日	（19%増）
老健（＋介護療養）	42 万人／日	44 万人／日	（5%増）

※解説：地域支援事業

地域包括支援センターのおこなう包括的支援事業や、要介護認定で非該当となった方、特定高齢者等を対象としたの介護予防事業等で、財源は介護保険財政から充当されますが十分な額ではありません。

Ⅲ　介護報酬２０１２改定編

Ⅲ－１　今回の改定は、１．２%のプラス改定と聞きました。本当にそうですか。

今回の介護報酬改定率を、在宅＋１．０%、施設＋０．２%とし、＋１．２%であると厚生労働省は説明しています。「介護職員処遇改善交付金」が廃止され、今改定で介護報酬に加算（「介護職員処遇改善加算」）として組み込まれましたが、「交付金」相当分を介護報酬に置き換えると2%程度となるため、＋１．２は見せかけの数字で、実質０．８%の引き下げとなり、「プラス改定」にはなりません。

今回の改定では、地域区分の見直し（5区分から7区分へ）と、それに連動させた報酬単価が見直しがおこなわれました。人件費や土地代の高い都市部に報酬を重点配分することに異論はありませんが、今回の改定で報酬単価が引き下げとなった、札幌市、小田原市、岡山市などの事業所では大幅な減収となっています。

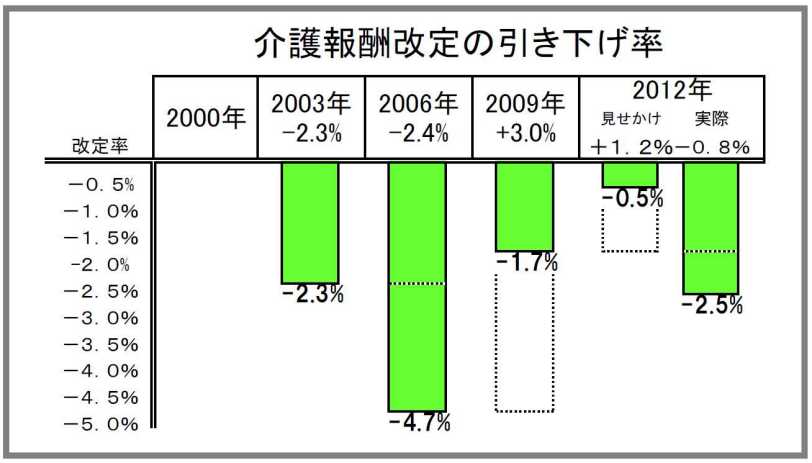
介護報酬は、2000年の制度開始から、2009年までに3回の改定が行われ、合計で１．７%のマイナス状態となっていました（図）。

改定時期	改定の概要	改定率
2003年 平成15年	○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援（ケアマネジメント）の確率 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化	▲ ２．３%
2005年 平成17年 10月施行	○ 居住費（滞在費）に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費（滞在費）及び食費に関連する運営基準の見直し	▲ ２．４%
2006年 平成18年	○ 中重度者への支援強化 ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化	
2008年 平成20年　5月施行	○ 療養病床の一層の転換促進を図るため、介護老人保健施設等の基準の見直し	
2009年 平成21年	○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証	＋３．０%

今回の改定を＋１．２%のプラスだと解しても、０．５%のマイナスとなっており、介護保険開始時の水準に届かないことに変わりはありません。

実質０．８%のマイナス分を加えると２．５%ものマイナスになります。

介護事業所は、今回の実質マイナスの改定によりますます厳しい運営を迫られています。



Ⅲ－２ 新設された処遇改善加算は、従来の介護職員処遇改善交付金と変わらないと聞きましたが本当ですか。

今回の改定で、「介護職員処遇改善交付金」（交付金）を廃止し、介護報酬の中に「介護職員処遇改善加算」（加算）を新設しました。「加算」では、対象とするサービスから訪問看護や居宅介護支援（ケアマネジャー）、福祉用具貸与事業などを除外するとともに、キャリアパス要件を設けるなど、「交付金」制度の様ざまな問題点がそのまま引き継がれています。そればかりか、キャリアパス要件の適合状況に応じた3段階の加算率を設け、10％、20％の減額をおこなう仕組みを設けました。処遇改善に係わる費用を全体的に圧縮するしくみになっています。

「交付金」を「加算」に移行させた最大の目的は、国庫負担の削減です。「交付金」における国の負担は1900億円でしたが、介護保険財政に移すと500億円に減らすことが可能になります。

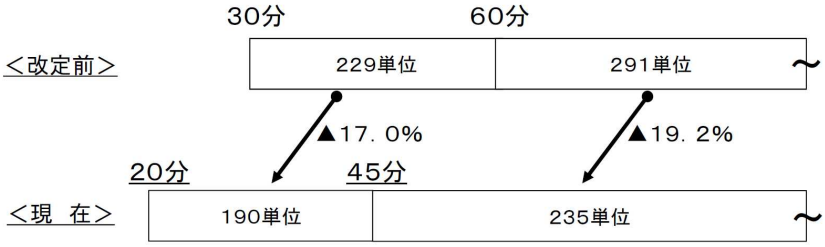
さらに、この「加算」は、「処遇改善交付金から介護報酬への円滑な移行のための特例的かつ経過的取り扱い」とされ、2014年までの時限措置とされています。2015年度以降は、基本サービス費の中で「適切に評価する」として、加算の廃止・基本報酬に包括化していく方向が示されています。処遇改善に対する国の責任を縮小させていく方向です。

また、この「加算」は利用料に反映されるため、利用者から「職員の処遇改善のための費用をどうして負担しなければならないのか」との声が多数寄せられています。介護職員の処遇改善と利用者負担に係わって、新たな対立構造をもちこむものとなっています。

Ⅲ－３　ヘルパーの生活援助の時間枠が短縮されました。国は「必要と判断されれば、今までの時間どおりの生活援助を利用することは可能」と説明していますが、本当にそうですか

生活援助を中心とする訪問介護は、これまでの「30分以上60分未満」「60分以上」という時間区分が、「20分」「45分」の時間軸を基本に、「20分以上45分未満」と「45分以上」に再編され、同時に、介護報酬が2割近く（17．0％、19．2％）も引き下げられました。

図　生活援助の時間区分と介護報酬



※ 1単位：10円～11．26円（市町村によって異なる）

利用者は、生活援助の時間が短縮されることで、掃除や洗濯、買い物などの家事に支障を来し、日常生活に様ざまな困難が生じています。無理を押して自らおこなうことで利用者本人の状態が悪化したり、家族の介護負担が増えている事例もされています。

厚労省は、今回の生活援助の時間枠の変更について、「適切なアセスメントとマネジメントに基づくサービスの見直し」であり、「介護報酬上の時間区分を変えただけで、従来通りのサービスの提供が可能」と説明してはいますが、「従来通りのサービスを提供」することにより、事業所の介護報酬（収益）が大幅に減ることについてはいっさい言及していません。今回の見直しは、「時間を短縮するのか、それとも収益を減らすのか」の選択を利用者と事業所に強要するものであり、新たな分断をもちこむものです。

この間、川崎市などいくつかの自治体で、生活援助の機械的な時間短縮を認めない趣旨の通知が出されています。サービスの切り下げを許さない運動の成果でもありますが、利用者・事業所双方に関わる根本的な矛盾は解決されていません。

今回の見直しを撤回し、生活援助を介護保険で適切におこなえるよう、制度改善が必要です。

Ⅲ－４　デイサービスの時間区分が見直されましたが、利用者や介護現場にどのような影響がでていますか

今回の改定で、これまでの「3時間以上4時間未満」、「4時間以上6時間未満」、「6時間以上8時間未満」の時間区分が、「3時間以上5時間未満」、「5時間以上7時間未満」「7時間以上9時間未満」の区分に再編され、それに併せて介護報酬も大きく見直されました。

利用者と事業所にもっとも大きな影響をもたらしているのが、利用者の8割が利用している「6時間以上8時間未満」への対応です。

図のように、「5時間以上7時間未満」と「7時間以上9時間未満」のいずれかに変更しなければならなくなり、各事業所では、ひとりひとりの利用者についてたいへん苦労しながら対応しています。

改定前	3時間以上－4時間未満	4時間以上－6時間未満	6時間以上～8時間未満	
改定後	3時間以上～5時間未満		5時間以上～7時間未満	7時間以上～9時間未満

改定前

6時間以上－8時間未満

要介護1	677単位
要介護2	789単位
要介護3	901単位
要介護4	1013単位
要介護5	1125単位

1.9～5.6%アップ

8.8～11.1%ダウン

改定後

7時間以上－9時間未満

要介護1	690単位	+13単位
要介護2	811単位	+22単位
要介護3	937単位	+36単位
要介護4	1063単位	+50単位
要介護5	1188単位	+63単位

5時間以上－7時間未満

要介護1	602単位	−75単位
要介護2	708単位	−81単位
要介護3	814単位	−87単位
要介護4	920単位	−93単位
要介護5	1026単位	−99単位

【通常規模のデイサービス】

「7時間以上9時間未満」に変更すると、介護報酬は増えますが（＋１．９％～５．６％）、その分利用者の利用料負担も引き上がります。また、時間の延長にともない、職員の残業が増えて人件費がアップし、介護報酬（収益）が上がっても必ずも収支の改善につながらない事態も生じています。また、時間の延長は、介護負担の軽減につながると家族からは歓迎されていますが、利用者本人からは長時間の滞在で疲れてしまうなどの声が出されているとの報告もあります。

一方、「5時間以上7時間未満」の時間枠に変更すると、介護報酬が下がり、事業所にとっては1割前後（▲８．８％～１１．１％）の大幅な減収となります。

今改定は、デイサービスの利用時間を12時間まで延長可能にするなど、家族支援の拡充につながる見直しも実施されました。しかし、改定の本質は、最も利益率が高い事業（厚労省「介護経営実態調査」）であることを理由に、デイサービス総体の報酬を「適正化」した点にあります。

Ⅲ－５　施設の基本報酬が大幅に下げられましたが、どのような影響がありますか。今後の施設のあり方について、国はどう考えているのですか。

今回の改定で、介護保険施設（特養、老健施設、介護療養型医療施設）の基本報酬（施設サービス費）が大幅に引き下げられました。診療報酬で言えば「入院基本料」に相当する報酬であり、施設の経営を非常に厳しいものにしています。新たに加算を算定しても基本報酬の減少をカバーできないとの報告も寄せられています。

特に、「ユニット型個室、従来型個室、多床室の順となるように報酬水準を適正化する」として、低所得者の入所が多い「多床室」の報酬が大きく引き下げられたことが特徴です。なかでも特養については今年の４月以降に開設した多床室については報酬が別建てに設定され、より引き下げられています。

さらに要介護度別にみると、要介護１、２の報酬引き下げ幅が大きくなっています。

今回の改定は、低所得者、軽度者を施設入所から閉め出すものといえるでしょう。

他方で、在宅復帰機能を強化した老健施設については、新たな施設サービス費が設定されたり、加算が引き上げられました。

2012年介護報酬改定
「特別養護老人ホーム」（単位／日）

		第4期	第5期	差	率
多床室	要介護1	651	630	−21	−3.2%
	要介護2	722	699	−23	−3.2%
	要介護3	792	770	−22	−2.8%
	要介護4	863	839	−24	−2.8%
	要介護5	933	907	−26	−2.8%
従来型個室	要介護1	589	577	−12	−2.0%
	要介護2	660	647	−13	−2.0%
	要介護3	730	719	−11	−1.5%
	要介護4	801	789	−12	−1.5%
	要介護5	871	858	−13	−1.5%

今回の報酬改定審議が行われた介護給付費分科会の審議報告では、「介護保険施設については、介護保険施設の重点化や在宅への移行を促進する観点から見直しを行う」ことを明確に打ち出しています。今改定はその流れの一環です。

なお、厚労省は、今回の基本報酬の引き下げについて、特養・老健施設等の介護保険施設の収支差率（＝利益率）が９％以上となっている（厚労省「介護事業経営実態調査」）ことが根拠だと説明しています。しかし、この調査結果は、各施設の個別事情（規模や開設年度など）を勘案しない「平均値」にすぎず、個々の施設の実態とは開きがあることから、この調査結果を前提に介護報酬改定を検討することに対して、審議会（介護給付費分科会）の委員からも異議が出されています。

Ⅳ　地域包括ケア編

Ⅳ－１　政府の「地域包括ケア」構想とはどのようなものですか。どう考えたら良いのでしょ　うか

厚生労働省は、「地域包括ケア」を以下のように定義しています。
「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療や介護、予防のみならず、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。
その際、地域包括ケア圏域は、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として具体的には、中学校区を基本とする。」

厚生労働省のすすめる「地域包括ケア」には、二つの側面があります。一方の側面では高齢者のおかれている現状や要求が反映されています。身近な地域でケア体制が組織され、医療や介護の一体的な提供（保健・医療・福祉の統合）や住まいの整備など、今後の高齢化のすすむ社会に向けた重要な課題が盛り込まれています。もう一方は、「自助」「互助」が強調され「自己責任」「市場化」の理念を土台としています。社会保障の充実を求める高齢者・国民の要求を逆手にとり、国にとって「スリム」で「効率的」なサービス提供体制、医療・介護の「新たな公費抑制システム」をすすめるために設計されていることは重大な問題点です。

Ⅳ－２　地域包括支援センターは「地域包括ケアの中核的マネジメント機関」とされ、様ざまな役割・機能が求められていますが、現状はどうなっていますか。

地域包括支援センターは、2011年3月末時点で、全市町村において4，145ヶ所、ブランチ等出先機関を含めると7，083ヶ所が機能しています。そのうち民医連のセンターはサブセンター･ブランチ等を含め75ヶ所です。

センターは、総合相談業務や包括的･継続的マネジメント業務を通じて地域包括ケアを支えるサービスのコーディネート機関として位置づけられていますが、総合相談･介護予防活動･ケアマネジャー支援などの本来の業務を十分に取り組むことが出来ない状況があり、その理由が介護予防支援（予防ケアマネジメント）業務であることは厚生労省の実態調査においても報告されています。また、委託料が低額なため、民医連の地域包括支援センターの73％が赤字であり、増額を求め自治体に対する働きかけが必要です

今後、各自治体によって地域包括支援センターの強化が図られますが、民医連の地域包括支援センターは、予防給付切り下げの仕組みを制度化した介護予防･日常生活支援総合事事業をはじめ「自助」「互助」に重心を置いた政府の「地域包括ケア」構想のもとにおいても、生活と人権を守る地域の砦としての役割の発揮、機能強化めざし奮闘しています。

Ⅳ－３　ケアマネジャーは、「地域包括ケア」においてどう位置づけられていますか。ケアマネジャーの在り方について見直しが開始されたと聞きましたが、どのような内容ですか

「地域包括ケアの実現」のために、介護・医療・生活支援・住まいの確保などに関する様々な制度の活用や多職種との連携を図るための「包括的マネジメント」が求められています。家族の援助や近隣の援助も含めた、多様なサービスのコーディネートによって支えるのがケアマネジャーであり、「地域包括ケアシステムの支え手」と位置づけれています。

しかし、介護給付費分科会の審議では、ケアマネジャーによるケアマネジメントの現状をアセスメントやケアカンファランスが十分に行われておらず、ケアマネジメントがその効果を発揮していない、ケアマネジメントが利用者・家族の意向を尊重するだけの内容にとどまる「保護型介護」となっているが、「自立支援型介護」「予防型介護」のケアプランとなるべきであるとの指摘が行われてきました。

２０１２年３月から開催されている「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」において、介護給付費分科会の議論を踏まえて“ケアマネジャーの養成･研修課程や資格の在り方に関する検討”が行われ２０１２年秋には中間的な議論の整理が行われる予定です。（**随時更新予定**）

ケアマネジャーは、「介護保険制度の要」として位置づけられ、要介護者の立場に立って、高齢者自身の生活を営むためにサービスを自己決定･自己選択することを援助しています。同時にサービス調整役･責任者としての役割とともに、給付管理業務として費用抑制の役割を担わされています。また、記録や保管資料等は法的整備のために細かい実務が求められ忙しさが増しています。

その中でも、民医連のケアマネジャーは、利用者の人権を護る立場にしっかりと立ち「たたかうケアマネジャー」として「生活と労働を捉える」アセスメントの実践めざして奮闘しています。

Ⅴ　「一体改革」と介護制度改革編

Ⅴ－１　政府が進めようとしている「社会保障・税一体改革」とはどのようなものですか？

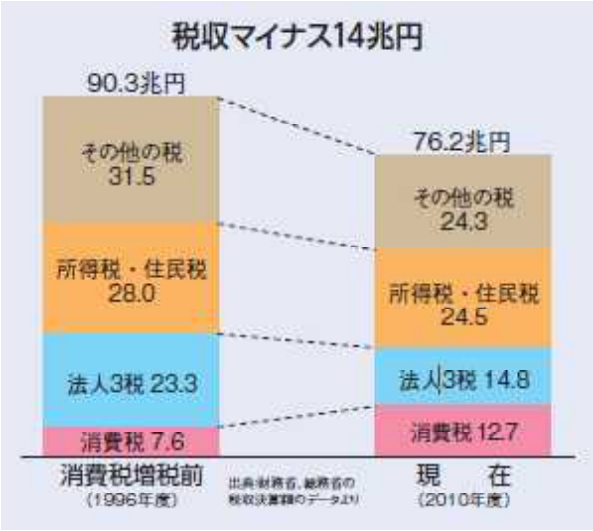
消費税増税と社会保障制度全分野にわたる改悪を一体的に進めるものです。

消費税については、社会保障を支えるための財源の確保のために、段階的（2014 年 4 月に 8 %、2015 年 10 月に 10 %）にあげることがうちだされています。2012 年 6 月 26 日衆議院強行採決で通過、2012 年 8 月 10 日参議院で可決成立。増税実施は景気回復を前提とし、2013 年秋ごろに閣議決定で正式に決まります。（「＊景気条項」V-4 参照」）

政府は、第 1 に、今までの年金・医療・介護だけでは、社会保障として国民の中に公平感がないとし、「子ども・子育て新システム」の子育て支援も加えました。給付・負担の両面で国民全員が当事者であれば、広く全国民から徴収できる消費税を主要な財源とするのは、増税をするにも国民の納得が得やすいと述べています。

第 2 に、日本は 2025 年に団塊の世代が一斉に老齢期に入り、高齢者を支えるための制度と財政が必要になると言われています。しかし、いま、少子化や長引く不況により非正規雇用が増えて社会保障を支える社会経済情勢も変化し、税収は少なくなっています。今後は、3 人で高齢者 1 人を支える「騎馬戦」型から、1 人が 1 人を支える「肩車」型の社会になるため、備えが必要とも言われています。

これらの政府の言い分は国民に「消費税増税はしかたがない」と思わせるものですが、責任を持って社会保障を支えるという国の役割（公助）は脇に置いて、自助・互助ばかりを強調しているのが実態です。今でさえ生活保護費受給者に「嫉妬してしまう」ほど低賃金の国民に 10 %の消費税増税は大きな負担です。企業経営者からも、先行き不安のための買い控えが続いているいま、「何もこの時期に！」との批判の声がたくさん出ています。病院や事業所経営も消費税がアップすることで大きな負担がかかり、私たちの賃金にも影響が出てくることが予想されます。ジャーナリストの斎藤貴男氏も「増税すれば、失業率は 2 桁。税金控除の関係から、雇用も正規から非正規への転換がいっそう進む」とその著書に書いています。そもそも国民の生活を支える社会保障の財源に、いっそうの困難を国民におしつけ、貧困を加速させる消費税をあてることそのものが本末転倒と言わざるをえません。また、政府は今後は「肩車」型社会になると説明していますが、実際は、現役世代は高齢者だけでなく、子どもも同時に支えています。少子化も含めて考えると、現在も 2025 年も 2 人で 1 人を支える状態に変わりはないのが実態です。



そもそも、この「社会保障・税一体改革」は 2003 年の小泉構造改革から続いている流れです。財界からの要求で、消費税が 5 %にひきあげられた 1996 年度には法人税は 23.3 兆円でしたが、2010 年度には 14.8 兆円まで下がっています。反対に、消費税は 1996 年度に 7.6 兆円、2010 年度には 12.7 兆円にアップしています。大企業が払う分を私たちが消費税で負担する格好となっています。世界では「国の財政赤字を改善するためには、富裕層（大企業）にもっと増税を！」と富裕層自らが国に訴えています。日本とは大違いです。大企業はその社会的責任を果たさずに財界はまだまだ、法人税の引き下げを要望し、庶民に負担をおしつけ、その減った分を消費税 10 %でまかなおうとしています。

庶民にとって、“百害あって一利なし”これが、「社会保障・税一体改革」です。

Ｖ－２　消費税を引き上げて社会保障に使うと説明されていますが本当ですか？

増税された消費税は、全部が社会保障に回るわけではありません。 10 %に引き上げられた際に見込まれる 13 兆 5 千億円の増収分が大型公共事業に回されることが明らかになりました。民主・自民・公明の 3 党合意で盛り込んだ付則にそのことが明記されています。そもそも、社会保障のためと導入された消費税ですが、2002 年の小泉構造内閣の時から、社会保障費は毎年 2200 億円（初年度 3000 億円）も削られ、これまでに合計 12 兆 4 千億円も減らされています。

増税をしなくても、財源はあります。1989 年に導入された消費税収はこれまでに 224 兆円になりました。逆に法人税は 208 兆円も下がっています。法人税を元に戻せば、消費税に変わることができます。多くの国民が反対の声をあげている原発の推進予算は 4200 億円。軍事費もたくさんあります。在日米軍への思いやり予算 1800 億円、ヘリ空母 1200 億円、 F35 戦闘機 600 億円、墜落で話題のオスプレイは 70 億円。自分が投票していない政党へもお金がまわる政党助成金は 320 億円。不要であったり、急いで作る必要のない大型公共事業予算は国と地方あわせて 2 兆円近く。これらの費用を社会保障へまわしていけば、消費税を増税しなくても充分に間に合います。

Ｖ－３　「一体改革」の中で、介護制度はどのように見直されようとしていますか？

介護制度は 2 つの柱で改革を進めようとされています。

第 1 に、介護保険制度の改革です。給付の「効率化・重点化」として、軽度の介護や施設を縮小し、切り捨てる方向が打ち出されています。今回の改定で制度化された「介護予防・日常生活総合事業」は、要支援 1・ 2 を介護保険の対象から外していく布石ともいえるでしょう。あわせて負担増も計画されており、ケアプランの有料化、自己負担の 2 割引き上げもねらわれています。

第 2 に 2025 年に向けた介護・医療提供体制づくりです。国にとって、「効率的」で「安上がり」な体制づくりをすすめようというものです。

「入院から在宅へ」の考えを基本とした「病院・病床機能の再編」とその受け皿としての「地域包括ケアの実現」が改革の車の両輪とされています。今回の改定で、定期巡回・随時訪問介護看護や複合型サービスなどの新事業が導入され、病院から在宅へのシフトが太く位置づけられています。介護療養病床の廃止もその一環です。新たな「住まい」（サービス付き高齢者向け住宅）が制度化されましたが、低所得者のための「住まい」の保障はなく、問題は解決されません。

また、「医療から介護へ」の流れとして、介護職による喀痰吸引などの医療行為が解禁され、医療の担い手を介護職へ押しつけることも始まっています。看取りや肺炎などの軽度医療も施設で行えば加算がつくように点数誘導がされています。介護は医療の下請けではありません。介護と医療はその視点・目的が違います。利用者の方の“生活を整え、彩りをそえる”私たち介護現場・従事者のやりがいにも大きく関わる問題です。

さらに、介護の現場には大手企業が参入し始め、生活を支える介護が市場化されようとしています。

国が保障する制度（公助・共助）は縮小し、高齢者を支えることを止め、自分たちで支え合うこと（自助、互助）を押しつけてきています。

Ｖ－４　消費税増税を止めることは、もう出来ないのですか？

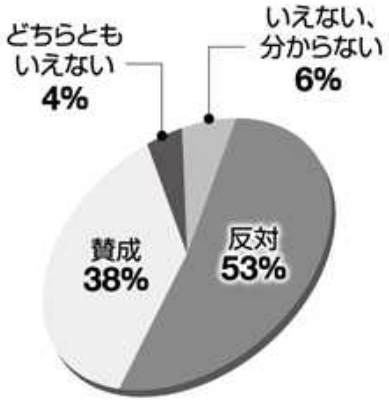
止める道筋は、いくつもあります。

今回成立した消費税増税法には「景気条項」という付則があります。税率引き上げの条件として「経済成長率で名目 3 %、実質 2 %を目指す」となっていて、この条件に達しなければ、増税に待ったをかけることができます。そして、この数字は過去 10 年間で一度も達成できていません。

また、増税の最終的判断は 2013 年秋ごろに閣議決定で決まる予定です。その前には必ず選挙が行われます。増税反対の議員が多数になれば、増税をしない判断をさせることができます。私たちの声を聞く国会を作ることが大切になります。

今回の消費税増税をめぐるたたかいも、衆議院では 7 つの野党が共同して内閣不信任決議案を提出しました。そして自民党も不信任案提出を言い出さざるをえなくなりました。

最後は民自公の密室談合で決まってしまいましたが、廃案へあと一歩のところまで追い詰めたのです。消費税増税で、利用者の方や私たちの生活に大きな負担がのしかかります。「増税 NO 」の声を引き続き、あげていきましょう。



「日経」世論調査（12月23日～25日実施）

Ⅵ　介護保険制度の「緊急改善を求めます」

Ⅵ－１　いま、何が全体の運動の焦点になっていますか。

最大の焦点は、「社会保障・税一体改革」です。

改革の目的は何よりも消費税の増税にあり、介護、医療をはじめ社会保障制度全般にわたる大改悪が「一体的に」打ち出されています。

６月２２日、消費税増税と「社会保障制度改革推進法」、および今後の社会保障改革の皮切りとなる年金改革、子ども子育てシステムの各法案が、衆院で可決されました。審議の場は参議院に移っており、介護保険のさらなる改悪を許さないためにも、この法案そのものを廃案にしなければなりません。

「社会保障・税一体改革」阻止、消費税増税に頼らない社会保障制度の拡充・改善を求める声で国会を包囲していきましょう。介護ウェーブをこの大きな運動の一環としてしっかり位置づけて取り組んでいきましょう。

Ⅵ－２　介護保険が施行されて１２年、見直しのたびに制度がどんどん悪くなっていると感じますが。

確かにこの12年、政府・厚労省の手により介護保険制度の改悪か重ねられてきました。しかし、私たちは、政府の思惑どおり制度改悪をそのまま許してきたわけではありません。多彩な運動を通して、改悪をはね返し、改善を実現させてきました。

最近では、介護報酬2009年改定での初めての引き上げを実現させたことがあげられるでしょう。介護現場の厳しい実態を告発してきた私たちの運動が政権与党を動かし、「政治判断」をかちとる重要な成果でした。同年秋から実施された一般財源による介護職員処遇改善交付金制度もふくめ、介護現場の声がなければ、おそらく実現には至らなかったと考えられます。

さらに、同じ年に実施された要介護認定制度の見直しでは、理不尽な「認定調査基準」（たとえ寝たきり状態であっても、口から食べられなければ食事介助の手間が生じないので「自立」、髪の毛がなければ整髪の必要がないので「自立」と判定等）に対して、実施後わずか半年の時点で全面的な修正を実現させました。おそらくこれだけ短期間での大規模な修正は、厚労省自身も「経験」がなかったことだと思います。事例にもとづき、問題点を告発してきた成果といえるでしょう。

また、自治体段階では、介護保険料や利用料の軽減策、生活援助の利用制限をはじめとするローカルルールの是正、特養などの施設整備など、地域の実情の即した様ざまな具体的な成果を生み出しています。

民医連の「介護ウェーブ」は、こうした介護改善を求める運動の中で大きな役割を果たしてきました。利用者の具体的な実態・事例や、介護現場や地域の要求に基づく粘り強い運動は、まさに民医連ならではの取り組みといえるでしょう。

Ⅵ－３　介護保険制度について、どのような改善が求められていますか。

第1に、現状の困難を一刻も早く打開するための緊急改善です。

（1） 利用者や介護保険料など低所得者の費用負担の軽減をはかること、（2）生活援助や軽度介護の削減をとりやめ、内容を拡充すること、（3）支給限度額を引き上げること、（4）特養など施設の緊急整備を行うこと、介護療養病床廃止方針は撤回すること、（5）「医療行為」法制化に伴う研修保障、および介護・福祉現場への医療職の増員配置、（6）介護報酬を再改定し基本報酬の大幅に底上げすること、報酬引き上げが利用料に反映しないしくみをつくること、（7）実効ある処遇改善策を講じること、（8）介護保険財政における公費負担割合を引き上げること－を早急に実施すべき課題として要求します。

第2に、介護保険制度の抜本改善です。

上記の緊急改善にとどまらない、制度に対する総合的な検証、それに基づく抜本改善を求めます。その際、2つの原則－「必要充足」原則（給付は「負担」に応じてではなく「必要」に応じて）、「応能負担」（負担は「給付」に応じてではなく「負担能力」に応じて）原則－を貫いた制度そのものの再設計が必要です。具体的には、利用料負担や現行認定システム、支給限度額の廃止、給付体系の見直しと現物給付化などがあげられます。「名ばかり社会保険」ではなく、必要な人に必要な介護が保障される制度への抜本的なつくりかえを強く求めます。

こうした抜本改善をつみかさねながら、介護保険をふくめた介護保障制度のあり方について国民的な議論を進めていきます。

第3に、あるべき地域包括ケアの実現です。

私たちが地域包括ケアに求めるのは、国が言う「自助」や「自立」を基本とした、「入院から在宅へ」、「医療から介護へ」を基調とする提供体制でも、「施設から在宅へ」、「軽度から重度へ」を掲げる給付の重点化でもありません。住み慣れた地域で、「入院も、在宅も」、「医療も、介護も」、「施設も、在宅も」、「軽度も、重度も」、経済的事情に関係なく保障される体系です。そして、現場で介護や医療を担うすべての職員がその専門性を発揮し、生き生きと働き続けられる環境づくりです。「住まいの重視」も強調されています。居住権保障の課題として、低所得者を対象とする住まいに対する公的保障も必要です。そのためには、財政責任もふくめた公的責任の抜本的な強化が不可欠です。すべての自治体、地域で、憲法25条を土台にすえた地域包括ケアを実現させなくてはなりません。