

新請願署名 解説資料

★ 秋の国会に向けて、新たな請願署名に取り組みましょう

今回の「改正」には、「情報公表制度の見直し」「認知症支援の強化」など、利用者の要求や介護現場の実態を一定ふまえた内容も盛り込まれています。しかし、利用料などの費用負担、要介護認定制度や支給限度額をはじめ、「保険あって介護なし」という深刻な状態をつくり出している介護保険制度の根本的な問題にふみこむものではなく、そればかりか「予防給付の切り下げ」など、「給付の重点化・効率化」のいっそうの推進によって、利用者・家族、介護現場に新たな困難を強いる「改正」となりました。

現在、来年4月からの「改正」法全面施行に向けた準備が政府のなかで進められています。介護報酬については介護給付費分科会（審議会）で検討が積み重ねられており、改定率は、国会での次年度予算編成のなかで12月に決定されると説明されています。

こうした国の動きをふまえ、「改正」法施行、介護報酬改定に対して、以下の内容を国に請願します。

- 1 要支援1・2のサービスの切り下げにつながる新たな制度を実施しないでください
- 2 低所得者の費用負担を減らしてください。国の負担で介護保険料の上昇を抑える対策を実施してください。施設の部屋代や食事代に対する負担軽減制度の見直しなど、利用者に新たな負担をもたらす施策は実施しないでください
- 3 在宅や施設で安心して医療を受けられるよう看護師を大幅に増員し、介護現場への看護師の配置を増やしてください。介護職の医療行為をなくす的的实施・拡大しないでください
- 4 介護報酬を大幅に引き上げ、実効ある処遇改善策を実施してください。区分支給限度額を引き上げるとともに、介護報酬の引き上げが利用者負担につながらないしくみをつくってください
- 5 介護療養病床の廃止方針を撤回してください。特別養護老人ホームをはじめ、必要な高齢者施設の整備を国が責任をもって進めてください

この資料は、各請願項目を解説したものです。学習を深め、新しい請願署名を地域に大きく広げていきましょう。

1 要支援1・2のサービスに切り下げにつながる新たな制度を実施しないでください

○ 今回の「改正」で、新たに「介護予防・日常生活支援総合事業」（総合事業）が制度化されました。新しいサービスメニューが増えることにはなりますが、その本質は、要支援1・2の一定部分を予防給付から「総合事業」（＝地域支援事業）に移し替えることによって、介護給付費の抑制を可能にする点にあります。

○ 第1に、「総合事業」として提供される訪問・通所サービスが、現行の予防給付を切り下げた

ものになることは間違いありません。質を担保する全国一律の基準は設けないとされ、担い手としてボランティアなど非専門職をふくめているからです。財政措置についても、地域支援事業の財源枠（介護給付費3%内）が引き上げられるかどうかは不透明なままです。

第2に、利用者の選択権も侵害されることとなります。要支援者が総合事業への移行を拒否して予防給付の利用を継続できるかという疑問に、政府は「適切なマネジメントで判断する」と答弁しています。要はマネジメントを担当する地域包括支援センターが「説得」にあたるということです。

第3に、総合事業を実施するかどうか、実施した場合のサービス内容や自己負担額をどうするか判断は、すべて市町村の裁量に委ねられます。利用者にとっては、全国一律の制度であるにもかかわらず、状態像が同じでも住んでいる市町村によって受けられるサービスが大きく異なることとなります。

○ 総合事業の導入は、今後の本格的な軽度介護の切り捨ての地ならしにすぎないという点もみっておかなくてはなりません。次期「改正」では、予防給付を本体給付から完全に切り離す方向も示唆されています。軽度介護の切り捨てが、ヘルパーの生活援助の保険はずしとセットで推進されようとしていることは重大です。

○ 市町村に対して、総合事業を実施させない働きかけが必要です。国に対しては、総合事業そのものの実施を凍結することを求めます。

2 低所得者の費用負担を減らしてください。国の負担で介護保険料の上昇を抑える対策を実施してください。施設の部屋代や食事代に対する負担軽減制度の見直しなど、利用者に新たな負担をもたらす施策は実施しないでください

○ 低所得層を中心に、「重い費用負担のために、必要なサービスの利用を手控えざるを得ない」という事態が後をたちません。「低所得層ほど要介護の出現率が高い」という調査結果は、所得が低い人ほど介護が必要になり、介護保険サービスの利用がそれだけ必要になることを示すものですが、実際は利用料などの負担ができないため、所得が低い人ほど必要なサービスを利用できていないのが現状です。現在の介護保険は、もっとも介護サービスを必要とする人が、もっともサービスを利用できないという構造的な矛盾をもった制度です。低所得者の利用負担を大幅に軽減・免除することがどうしても必要です。

○ 65歳以上高齢者の介護保険料は、次期5000円を超えると見込まれており、夫婦二人で月1万円以上の負担となります。高齢者の介護保険料に負担は限界です。

国は、都道府県の財政安定化基金や市町村の介護給付費準備期期を取り崩して上昇の抑制をはかるとしていますが、自治体の対応に任せるだけではなく、国も一定の責任を果たすことが必要です。介護保険料の上昇部分に国費を投入し、保険料の負担軽減をはかる対策を実施することを求めます。2009年、国は介護報酬引き上げ（3%）に伴う保険料の上昇分に対して国費を投入し負担を軽減する「特別対策」を実施しました。それに準じた対応を求めます。

○ 政府は、法案提出の段階で、「ケアプランの有料化」「一定所得以上の高齢者の利用料2割化」

「要支援者の利用料2割化」などの負担増を取り下げました。これ以上の負担増を許さない利用者の声と民医連の介護ウェブなど介護改善を求める運動が背景にあったことは間違いありません。しかし、低所得の施設入所者に対する居住費・食費の負担軽減制度である「補足給付」の支給要件の厳格化（世帯分離前の収入で認定することにより対象者を絞り込む）や、多床室での居住費の徴収（月5000円程度）など、法律を「改正」しなくても実施できる負担増メニューがまだ残されています。実施を許してはなりません。

3 在宅や施設で安心して医療を受けられるよう看護師を大幅に増員し、介護現場への看護師の配置を増やしてください。介護職の医療行為をなくずし的に実施・拡大しないでください

○ 「社会福祉士法及び介護福祉士法」の「改正」によって、これまで「当面やむをえない措置」として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「痰の吸引等」を「業務」として位置づけ、その実施対象の在宅や他の施設への拡大がはかられました。介護現場からは、今回の「改正」をめぐる経過や内容に対する疑問とあわせ、このまま実施に移されることに対する強い不安・危惧が表明されています。

○ 試行事業を通して、今回「業務化」化された行為の中に、「気管カニューレ」内の吸引など介護職員が実施するにはリスクが高い行為がふくまれていることが明らかになりました。また、今後は、法律をいちいち「改正」しなくても、省令によって対象となる医療行為の範囲を広げることが可能となり（厚労大臣のハンコでOK!）、介護職員等による医療行為の際限ない拡大に大きく道を開いたことは重大です。

○ そもそも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るべきです。国が本来取り組むべきことはそのための環境整備であり、介護職員等に「痰の吸引等」を委ねることはありません。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を求めます。これこそが医療を必要とする施設、在宅の利用者・家族の願いに真に沿った方向です。

○ しかし一方、現場では、医療職による対応が困難なため、痰の吸引等を介護職員が対応せざるを得ない実態があります。介護職員は、制度の現実と利用者・家族の切実な要求との板ばさみに苦悩しながら対応している現状です。

介護職員等による「痰の吸引等」は、必要な条件整備が講じられるまでの過渡的かつ「やむを得ない」限定的な措置として位置づけるとともに、これ以上対象行為を拡大しないことを求めます。同時に、介護職員が対応する場合、気管カニューレ内の吸引などリスクの高い行為は対象行為から削除するとともに、試行事業の徹底的な検証に基づき、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を求めます。

4 介護報酬を大幅に引き上げ、実効ある処遇改善策を実施してください。区分支給限度額を引き上げるとともに、介護報酬の引き上げが利用者負担につながらないしくみをつくってください

○ 今後のたたかいの焦点は介護報酬と処遇改善です。前回の改定では、世論と運動を背景に初めてプラス改定を勝ち取りました。しかしわずか3%の引き上げとなり、抜本的な処遇改善の実現には至っていません。加算偏重ではない、基本報酬部分の大幅な底上げを求めます。「定期巡回型訪問介護看護」などの新サービスが地域に必要な事業として成り立つような報酬水準・体系を求めます。

○ 支給限度額の引き上げ、報酬改定が利用者負担の増大につながらない対応（例えば、所金体制に対する加算などについて、現行の居宅療養管理指導のように利用料の算定基礎にふくめないなど）も必要です。

5 介護療養病床の廃止方針を撤回してください。特別養護老人ホームをはじめ、必要な高齢者施設の整備を国が責任をもって進めてください

○ 今回の「改正」で、2012年3月末までとされていた介護療養病床の廃止期限を6年間延長するとともに、今後は新規開設を認めないとしました。

期限延長を余儀なくされたのは、国の機械的な削減・廃止方針自体にそもそも無理があるからです。各都道府県が06年度までにとりまとめた「地域ケア体制整備構想」では、東京都は逆に増床計画を策定しています。

6年の間に実施される2度の介護報酬改定、介護保険事業（支援）計画の見直しを通して、早期に削減・廃止していく方向に誘導されていくと考えられます。

本来、介護療養病床は、胃ろうなどの医療的な処置を多く必要とする要介護者のための入所施設であり、転換・廃止によって入所困難例が増加することが考えられます。引き続き、介護療養病床の存続を求めていきます。

○ 待機者42万人という絶対的な不足状況にある特養などの基盤整備が急がれます。施設建設等への国補助金の大幅増、総量規制方針の撤回、都道府県に付け替えた施設給付費の負担割合を元に戻すなど、実効ある対策を求めます。

最近、特養待機者をめぐって、「本当に入所が必要なのは待機者全体の1割」という調査結果（医療経済研究機構調査）が報じられており、約42万人とされている待機者数（厚労省調査）にあてはめると、施設入居が必要な待機者は約4万人足らずと説明されています。しかし、この調査はあくまでも施設側からみた判断であり、本人や家族の実情を反映したものではありません。さらに、医療的な処置が必要だったり、入居費用が工面できずに申し込み自体ができないなど、「待機者にすらなれない」ケースは最初から除外されており、今後の特養整備の削減をねらった恣意的な調査結果といえるでしょう。

