

## 介護保険制度改革への連合の対応方針

### 目 次

1. 見直しの基本的視点
2. サービスについて
  - (1) ケアマネジメント
    - ①マネジメントのあり方
    - ②事業所のあり方
  - (2) 在宅サービス
    - ①在宅支援体制の充実
    - ②在宅介護支援センターの機能の再編・強化
    - ③ホームヘルパーの医療行為
    - ④グループホーム
    - ⑤福祉用具貸与・購入、住宅改修
  - (3) 施設サービス
  - (4) サービスについての横断的課題
    - ①介護予防のあり方
    - ②生活圏域単位のサービス基盤
    - ③痴呆ケアの標準化
    - ④第三者評価
    - ⑤家族に対する支援策
    - ⑥劣悪な事業者を排除する仕組み
    - ⑦新しいゴールドプラン
3. 被保険者・利用者について
  - (1) 被保険者の範囲
  - (2) 負担のあり方
    - ①サービス利用料（1割負担）
    - ②施設入所者の居住費
    - ③第2号被保険者の保険料
    - ④第1号被保険者の保険料
4. 労働条件・人材育成と質の確保
5. 保険者・保険運営のあり方
  - (1) 保険者規模
  - (2) 保険者の権能・権限
  - (3) 住所地特例
6. 要介護認定のあり方
7. 権利擁護

## 1. 見直しの基本的視点

介護保険法施行後初の制度見直しは、介護保険制度への信頼を確実なものとし、制度を社会に定着させるものでなければならない。そのため、介護保険制度創設の理念・目的を再確認し、法施行時に残された課題、制度実施後の新たな課題に対応することが必要である。

連合は、以下の基本的視点にたった、介護保険法の見直しを求める。

- 介護保険制度は、普遍性、権利性、公平性、選択制、社会連帯、地方分権の理念を実現するシステムであること。
- 適正な負担で、だれもが、身近で、いつでも、必要なサービスが円滑に利用できるものであること。
- 人としての尊厳の保持、介護の社会化、自立支援、在宅重視、利用者本位、保健医療・福祉施策の総合化、市町村中心の地域に根ざした制度運営が実現するものであること。
- 要介護状態になることの予防と健康づくりを重視すること。
- 今回の制度改革を、社会保障制度全般の改革の一環として位置づけること。

項目	現状と課題	改革の方向性
<p>2. サービスについて (1) ケアマネジメント ①マネジメントのあり方</p>	<p>ケアマネジャーは、利用者の状態像を分析し、介護保険の枠をこえた地域の保健・医療・福祉資源（施設、人材、ネットワークなど）まで含めて必要なサービスをコーディネートし、自立支援を具現化する「制度の要」としての活躍が期待された。しかし、ケアマネジメントの実態を分析した結果、ケア担当者会議などの必要不可欠な手続きが十分行われていないことが明らかになった。また、軽度者のプランでは、1種類のサービスしか定めない「単品プラン」の割合が高く、要支援・要介護状態の改善に効果を上げていないと指摘されている。</p> <p>ケアマネジャーが多忙で業務が十分行えないという意見が多いが、その要因として、担当ケース数が多すぎる、給付管理事務が過大である、処遇困難事例では介護サービスにとどまらないソーシャルワーク的業務に時間が割かれる、などの点があげられている。</p> <p>また、施設入所・退所時に、施設・在宅間で継続的なサ</p>	<p>ケアマネジャーの業務は、あくまで介護保険およびその周辺サービスをコーディネートするということを明確にする。その上で、ケアマネジャーの負担を過重にしているソーシャルワーク的業務を、在宅介護支援センターや市町村が担うこととし、連携・連絡体制を確立することで、本来業務に集中できる環境をつくる。</p> <p>また、サービス全体のマネジメント、とくに施設・在宅の間の継続性をより緊密にするため、マネジメントの連携の強化策を講じる。</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
①マネジメントのあり方 (つづき)	<p>サービスを提供する必要がある、その間でのマネジメントの連続性と連携が課題である。</p>	
②事業所のあり方	<p>利用者本位の見地からは、ケアマネジメントの中立・公正が保たれなければならないが、93.1%のケアマネジメント事業所は、サービス事業所や施設に併設され、併設事業所のサービスをプランに定めようとする傾向が強い。全てのサービスにおいて、「併設事業所あり」の場合の利用率は、「併設なし」の場合の利用率を上回るという結果がでており、公正・中立性を保てるケアマネジメント機関のあり方の見直しが課題となっている。また、一定規模以上の事業所でないと、事務職員を配置し、ケアマネジャーがマネジメント業務に専念できる環境をつくりにくい実情が明らかになっている。</p>	<p>ケアマネジメントの公正・中立をまもるため、すべての居宅介護支援事業所（ケアマネジメント事業所）はサービス事業所から独立すべきである。</p> <p>ケアマネジャーが担うケース数を減らし、事務職員を配置して事業が運営可能な水準まで報酬を引き上げ、独立可能な条件を整える。さらに資本系列の独立など「独立」の定義を規定し、独立型事業所と併設型に取扱上の格差を設けるなど、独立への誘因を高めることで、サービス事業者の系列関係による利用者の囲い込みを防ぎ、ケアマネジメントの公正・中立を守る。</p>
<p>(2)在宅サービス</p> <p>①在宅支援体制の充実</p>	<p>厚生労働省は『2015年の高齢者介護』で、在宅で365日・24時間の介護の安心を提供するため、利用者の生活圏域の中で完結した「小規模・多機能サービス拠点」を整備することや、要介護状態になっても、ハード・ソフト両面で安心できる「住まい」を用意する必要があると指摘している。</p> <p>在宅重視の理念を達成するためには、在宅生活の復帰・継続を可能にする支援体制が必要であり、その条件には、①家族・介護者の協力、②サービスの増加・十分なサービスの利用、③24時間対応、④在宅医療・医療機関との連</p>	<p>地域の中で、生活やケアの継続性を維持するという考え方と、その具体的方策として、在宅で365日・24時間の介護の安心を提供するため、利用者の生活圏域の中で完結し、なじみのスタッフがサービスを行う「小規模・多機能サービス拠点」の整備、多様な「住まい」の選択肢の用意、医療との連携強化の方向性は、利用者本位、在宅重視などの制度の理念を現実化する試みであり、積極的に推進すべきである。なお、「小規模・多機能サー</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
①在宅支援体制の充実 (つづき)	<p>携、⑤家族の負担軽減、などがあげられる（医療経済研究機構と長寿社会開発センターの調査研究）。</p> <p>しかし、在宅の24時間365日の介護を中心的に支える訪問介護では、深夜加算を算定している事業所は1割程度にすぎず、その要因分析が必要である。</p>	<p>ビス拠点」の整備にあたっては、とくに夜間の訪問介護が低い割合にとどまっている要因分析を行う必要がある。</p>
②在宅介護支援センターの機能の再編・強化	<p>在宅介護支援センターは、老人福祉に関する情報提供・相談・指導等の実施機関で、市町村行政の代替機能を担うものである。老人福祉法に基づいて1990年からスタートしたが、介護保険施行後は、介護サービス利用が市町村を介さない申請主義になったため、重要な位置づけと役割を担いながらも、併設しているケアマネジメント事業所が前面に出て、本体の在介センターの機能が十分に発揮できていないという課題が指摘されている（在介センターは、基幹型と地域型に分かれるが、地域型の9割がケアマネジメント事業所を併設している）。</p> <p>「これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方について－中間報告－」（全国在宅介護支援センター協議会、2003年7月）では、在介センターの課題として、ケアマネジメント事業所への指導・支援、介護予防のサービスコーディネート、要援護高齢者の発見と支援・保護、などがあげられており、介護保険制度改革とあわせていっそうの機能充実が必要となっている。</p>	<p>介護保険施行後は、高齢者福祉の中心を介護保険制度が担い、その他の高齢者福祉施策は縮小傾向にあるが、在宅介護支援センターは、介護保険制度だけでは担えない幅広い施策の実施主体として機能することが重要である。民間事業者に委託する場合は、老人福祉に関する情報提供・相談・指導等の実施機関として設置された当初の目的が損なわれないよう、事業の独立性を確保しながら、相談援助、ケア予防、ニーズ発見、権利擁護、苦情解決などの機能強化に向けた抜本的な拡充が必要である。社会的入院の問題についても、これらの在宅支援体制の充実によって、その解消をはかる。</p>
③ホームヘルパーの医療行為	<p>介護職員が医療行為を行うことは医師法等違反となり、日常行為に近い点眼、外用薬（軟膏・湿布等）の塗布、つめ切り等も「医療行為」の範囲とされている。しかし、利用者および家族からは、ヘルパーがこれらの「医療行為」</p>	<p>医療行為は医師・看護師等の医療職が行うべきものであるが、「医療行為」に分類されている、血圧測定、つめ切り、点眼、湿布貼りなどについては、ヘルパーや施設職員など</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
③ホームヘルパーの医療行為（つづき）	<p>を行うことへの要望が強く、現実的に行為を行っているという事例も多数報告されている。</p> <p>ヘルパー等によるALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の喀痰吸引は、一定の条件下で認められたが、その他の「医療行為」をだれがどこまで行えるのか不明確であり、明確化する必要がある。</p>	<p>の介護職が行えるようにする。</p> <p>介護職が行える「医療行為」の範囲は、検討のうえ限定し、研修を義務づけ、医師の責任・指示の下で行う。それにより、不明確なままになっている「医療行為」の範囲・内容を整理するとともに、介護職が担える範囲を明確化する。</p>
④グループホーム	<p>事業者と対等に対峙することが困難な痴呆性高齢者を対象として、限られた空間内でサービスを提供するグループホームは、とりわけ利用者の人権に配慮したサービス水準と運営の透明性の確保が必要である。</p> <p>特定施設・グループホームの入居者には、訪問看護等のニーズが多いという指摘があるが、施設型サービスのため、内部ですべてのサービスを完結させることとされており、介護保険の訪問看護が利用できない。医療保険からの給付も急性増悪の場合に限定され、末期ガンや難病などの一部例外をのぞき行われていない（訪問看護給付は介護保険が優先）。</p> <p>また、グループホームの意識調査では、4割強がターミナルケアに積極的な考えを示しており（医療経済研究機構調査）、各施設内で提供できる医療の範囲をどう考えるか、とりわけ施設内での終末期医療をどう方向づけるかを整理する必要がある。</p>	<p>サービス水準の維持・向上および運営の透明性の確保のため、グループホームで行う外部評価の結果をすべて公開する。</p> <p>また、グループホーム・特定施設においても、訪問看護や福祉用具を利用できるようにする。</p>
⑤福祉用具貸与・購入、住宅改修	<p>居宅サービス利用者の3人に1人が福祉用具貸与を受けている。給付費も制度創設当初は4億円程度であったが、最近では、100億円を超えるまでの急激な伸びを見せている。</p>	<p>福祉用具・住宅改修の給付が適正かどうかを、理学療法士や作業療法士など(*)、ケアマネジャー以外の専門家や在宅介護支援センタ</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
<p>⑤福祉用具貸与・購入、住宅改修（つづき）</p>	<p>しかし、福祉用具の利用者の要介護度と貸与される品目との関係を検証すると、歩ける者に車いすや移動用リフトを、起きあがれる者に電動ベッドや体位転換器を貸与するなどの実態があることが明らかになった。こうした、自立促進ではなく利益追求を目的とする福祉用具の利用は、かえって高齢者の身体機能を低下させるため、給付を適正化し、福祉用具の利用が各利用者の状態像に適合した給付を担保する必要性が指摘されている。</p> <p>福祉用具購入の給付費は約1億円から約9億円、住宅改修は約2億円から約35億円に伸びているが、両方とも給付の仕組みが購入後・改修後の審査による償還払いであり、事前に用具の適切性・必要性を制度的に担保できない。うえ、住宅改修は原状復帰が難しく、制度見直しが求められている。</p> <p><b>* 理学療法士 (physical therapist PT)</b>  厚生労働大臣の免許を受け、医師の指示の下で、身体に障害のある者に対して、主としてその基本動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行わせたり、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加え、身体や精神に障害のある者の速やかな社会復帰を促進する「理学療法」を行うことを業とする者。</p> <p><b>* 作業療法士 (occupational therapist OT)</b>  厚生労働大臣の免許を受け、医師の指示の下で、身体は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせる「作業療法」を行う事を業とする者。</p>	<p>一が事前に関与するようにする。</p> <p>介護保険対象の福祉用具販売事業者と住宅改修事業についても、すべて事業者指定の対象とし、介護保険給付は指定事業者に限定する。あわせて、利用者負担のあり方は、全額支払後の償還払い方式ではなく1割負担のみですむように改める。</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
(3)施設サービス	<p>介護保険は要介護状態でもできる限り居宅で生活することをめざしているが、利用者の利用動向、保険給付額・割合には依然として施設偏重傾向が見られる。</p> <p>しかし、入所希望者調査では、早期入所が必要なのは21%のみだが、予約的申込は31%にのぼり、入所申込を最終決定するのは大半が家族であり本人の希望に基づくものではない。</p> <p>入所希望の理由は、①過重な家族負担、②専門的介護が受けられることや緊急時の安心感、③在宅サービスの金銭的負担感、在宅介護サービスの脆弱さ、住宅構造の問題などによる在宅介護の困難さなどがあげられている。</p> <p>また、3施設それぞれ異なった役割分担と位置づけがなされているが、入所者の状態像には大きな違いがなく、ターミナルケアへの関与のありかたも含めて、3施設の機能分担が課題となっている。</p> <p>特養では「個室・ユニットケア」などの個別ケアの取り組みや、「サテライトケア」（施設の自適・物的資源を地域で生活する高齢者に提供する）、「逆デイサービス」（施設入所者を地域内でケアする）などの、施設の地域展開の取り組みが始まってはいるが、大規模・相部屋・集团的画一ケアを改善し、居住・療養環境を向上させることが、施設サービス共通の課題となっている。</p> <p>介護療養型医療施設については、制度創設時、2000年3月までに介護療養型医療施設の届け出をすれば、談話室、浴室、食堂のいずれかがなくても指定を受けられ、改善義務もないとされていたが、療養環境の観点からは重大な問題である。</p> <p>なお、重度者に係る報酬単位を高くした報酬改定や、必</p>	<p>介護保険の理念の「利用者本位」に照らしても、家族の意向ではなく、あくまで利用者の意思に基づいてサービスを提供する必要がある、利用者が希望するかぎり、在宅生活への復帰又は継続ができるように、在宅支援体制を整備しなければならない。</p> <p>施設は必要最低限に限定すべきであり、そのサービスも高齢者の尊厳の保持をかかげた「高齢者介護研究会」報告などの考え方に則り、ソフト面の人材育成とあわせ、全施設で「個室・ユニットケア」化などをすすめるなど、ハード面の充実によって居住・療養環境の向上をはかる。なお、「個室・ユニットケア」への転換を促進するため、改築に対しては十分な財政支援を行う。</p> <p>「施設入所対象者の重点化をはかる」として、入所対象者の要介護度を一律に引き上げようとするについて、入所の必要性・緊急性は単に要介護度のみで判断できるものではなく、必要な人に必要なサービスを提供できなくなる可能性があるため、現行通り、要介護者全てを入所対象としつつ、入所順位を総合的に判定する方法を維持すべきである。</p> <p>介護保険法施行直前に導入された、介護療養型医療施設の設備基準に係る経過措置は、直ちに廃止すべきである。</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
(3)施設サービス(つづき)	<p>要性の高い者の優先入所の実施で、施設入所者の重度へのシフトが進んでいるが、厚生労働省も、施設機能の重度化への対応の観点から、ターミナルケアへの対応も視野に入れつつ、研修体制の充実による職員の専門性と質の向上、ケアの提供体制の強化などの取り組みを進めるとともに、将来的に施設入所者対象者の要介護度を引き上げることを示唆している。</p>	
<p>(4) サービスについての横断的課題 ①介護予防のあり方</p>	<p>要支援者への給付は、わが国の介護保険制度の設計で参考にされたドイツの介護保険にはない、「介護予防」の役割を期待された保険給付である。要支援、要介護1の「軽度者」は急増しているが、この利用者層へのサービス給付後の状態変化を検証すると、状態が悪化する者も多く、介護予防・介護給付が効果を発揮できていないことが指摘されており、より介護予防を重視したものにすべきとの指摘が多い。</p> <p>介護予防の手法については、「要介護原因」を「死亡原因」と比較すると、原因疾病には相違が見られ、年齢や性別によっても異なるため、それぞれの特性を踏まえたプログラム作成が求められる。</p> <p>厚生労働省は、介護予防の「基本的な考え方」として、①明確な目標設定（悪化予防の目標設定と結果のフォローアップ）、②個別的な対応（個々人の状態分析と個別介護予防プログラムの策定・管理）、③多様なサービスの提供、④民間サービス・地域の社会資源の活用、の4項目を示し、これに基づいた取り組みを進めるとしている。</p>	<p>軽度者に対する給付について、真に介護予防・状態改善に効果を発揮するように、給付の内容を再編することが必要である。</p> <p>しかし、従来から軽度者に対して提供されてきたサービス（とくに生活援助など）については、一律に廃止するなどの機械的な再編ではなく、サービスの効果等を検証しながら見直しをおこなうべきである。</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
②生活圏域単位のサービス基盤	<p>厚生労働省は、生活圏域の中で多様なサービスを利用できる体制の整備が必要であり、現在の全国共通的・画一的なサービス以外にも、市町村が独自性を活かし、生活圏域において地域に密着したサービスを整備・展開できる方向性を重視すべきと提起している。</p>	<p>市町村が地域性などに配慮しつつ、よりきめ細かなサービス提供基盤を整備することは、サービスのいっそうの効果発揮を期待できるものであるが、市町村間でサービス基盤と利用の選択範囲にさらに格差が生じる可能性もあるため、十分検討する必要がある。</p> <p>詳細については、具体的な見直し案が示された後で、検討をおこなう。</p>
③痴呆ケアの標準化	<p>介護保険のサービスは、身体機能の障害に対するケアを重視したサービス体系を中心に実施してきた。しかし要介護認定データ集計から、要介護者の約半分、施設入所者の約8割が痴呆状態にあることが明らかになり、今後も痴呆性高齢者の増加が見込まれている。したがって、今後の高齢者介護は、「痴呆ケア」を介護サービスの標準とし、住み慣れた地域、なじみの人間関係、小規模な居住空間、家庭的雰囲気、という特性を備えたケアを提供することが中心的な課題となる。</p> <p>痴呆ケアの担い手の養成も課題で、現在は痴呆介護の研究・研修センターが全国に3か所設置され、研究・専門職員養成を行うほか、グループホームの管理者研修が義務づけられているが、研修を受ける者はまだ少なく、担い手の要請・研修が今後の課題である。</p>	<p>痴呆性高齢者は、転院などで生活の場が変わることによる悪影響（リロケーションダメージ）を受けやすく、環境変化への適応が困難なため、サービス提供は、生活の継続性が維持できる日常生活圏域を基本とする。また痴呆性高齢者へのケアは集団処遇は適さないといわれていることから、グループホームや「小規模・多機能サービス拠点」を中心にサービスを提供する。</p> <p>痴呆ケアを標準とする以上、すべての事業者・介護労働者に対して、痴呆に関する研修を徹底させることを定め、内容や方法を明らかにすべきである。</p> <p>さらに、介護保険の範囲外でも、地域で高齢者の情報を共有化するとともに、「はいかいSOSネットワーク」等の構築を推進し、痴呆性高齢者を地域全体で支える体制をつくる。</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
④第三者評価	<p>グループホームでは外部評価が導入されているが、第三者評価をその他のサービスすべてに拡大する必要があるという指摘が多い。厚生労働省も第三者評価制度の調査研究を実施しており、制度導入を進める方針である。</p>	<p>介護サービスに対する第三者評価の義務化と結果公表を行うことを定めた「利用者による介護サービス（事業者）の適切な選択に資する情報開示の標準化について（中間報告）」は、基本的な制度の枠組みに問題はないが、対象をすべての介護保険サービスの全事業者に拡大すべきである。また、今後の検討課題としてあげられている、調査員の養成体制、調査実施主体への評価・指導、情報開示の標準化の方法などについては、詳細な内容が明らかになった段階で再検討を行う。</p>
⑤家族に対する支援策	<p>介護保険は介護の社会化をめざしてきたが、実際には家族介護を前提とした施策にとどまっていると指摘されている。</p> <p>連合総研の調査では、介護者の3人に1人が「要介護者に憎しみを感じる」、全体の2人に1人が「虐待をしたことがある」と回答した。家族の看護・介護を理由に離職した者も12.7万人と、制度導入時の11万人より増加している。</p> <p>介護に関する家族からの相談は、「心身疲労」、「介護方法」、「人間関係のトラブル」等が多い（国際長寿センター「介護支え合い相談」事業集計）。内閣府の「高齢者介護に関する世論調査」でも、「在宅家族介護者への支援の充実」（46.3%）、「介護問題の相談窓口・体制の整備」（36.9%）などに強い要望が見られるなど、家族介護者への支援が緊急の課題となっている。</p> <p>家族支援策のひとつとして、「介護相談員派遣等事業」</p>	<p>相談窓口・相談体制の整備や介護相談員派遣等事業を充実し、家族介護者への支援を強化する。</p> <p>家族介護者に対する現金給付は、①家族介護（特に女性）を固定する、②悪い状態が継続する方が現金を受けられ、かえって自立を阻害する、③介護を家族のみにゆだねることになり、介護が密室化し質も向上しないばかりでなく、虐待の放置にもつながる、④サービス整備の充実を阻害する、などの重大な問題点があり行うべきではない。</p>