

# 介護保険制度充実のための地域行動モデル要求案（市区町村あて）

## I. 地域包括ケアシステムの確実な実現に向けて

### 1. ケアシステムとネットワークの構築

医療・介護サービスを必要とする者が高度急性期医療から在宅介護まで切れ目のないサービスを一体的・統合的に利用できるようなケアシステムを確立すること。このため、医療・介護・予防・生活支援・住まいについて継続的・包括的なネットワークを作ること。

### 2. サービス供給体制の基盤整備

- (1) 訪問診療・訪問口腔ケア・訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問薬剤指導などの在宅医療と、24 時間定期巡回・随時訪問、小規模多機能型サービス、ショートステイ、認知症高齢者に対する生活支援サービスなどの在宅介護について供給体制を整備すること。
- (2) 街づくり計画と一体で介護施設、グループホーム、空き家活用を含めて高齢者の住まい・生活の場を計画的に整備すること。特に特養の入所基準を原則要介護3以上に変更するのであれば、それに代わる質と量をもつ居住の場を整備すること。また、低所得・要援護高齢者のために養護老人ホームなどの福祉施設の整備・活用を図ること。これらにより、高齢者が貧困ビジネスの被害者になることを防ぐこと。

### 3. サービス提供者の連携

医療・介護サービス提供者が顔の見える信頼関係を築く中でサービスを高度化すること。このため地域の医師の参画と行政の調整により実効性ある連携を実現すること。

### 4. データに基づく計画づくりの推進

- (1) 都道府県が作成する「地域医療ビジョン」作成に積極的に参画するとともに、これと整合性を持った「第六期介護事業計画」を策定すること。
- (2) 計画はデータを基礎に、中長期的な介護目標設定を展望した計画とし、地域医師会・地域包括ケアセンターとの協力はもとより、幅広い市民に情報を公開し意見反映の仕組みを作ること。

### 5. 人員・人材の確保と処遇の改善

以上を推進する人材・人員を確保するとともに、その処遇を改善すること。

## Ⅱ. 「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）」について

### 1. 要支援者に対する介護給付復元に向けて

要支援者に対する介護給付を廃止して市区町村による総合事業に移行する制度改正を見直して、介護給付として復元するよう国に働きかけること。

法律は成立したが、内容は間違っていると考えるので、市区町村として復元要望を出すよう要請するもの。

### 2. サービス低下への歯止め対策

要支援者に対する介護給付が復元されるまでの間、利用者サービスを低下させないため国の示す「総合事業のガイドライン」について次のように対処すること。

#### (1) 総合事業移行強要への対応

法律は一定期間内に総合事業への移行を求めているが、態勢を整えることなく機械的に移行すれば、利用者の権利が損なわれる。自治体としてガイドラインを鵜呑みにせず、利用者の権利を第一に対処することを要請するもの。

① 介護事業計画と移行強要＝介護事業計画では、ガイドラインが示す移行時期に従って介護予防給付を機械的に総合事業に移行することなく、地域実態に合わせてサービスの質と量を設定すること。

・現行予防給付から総合事業への移行は、平成 27～28 年の 2 年間の経過期間を経て平成 29 年度には全保険者実施となっている。（法附則第 14 条第 1 項）

・参議院付帯決議は「地域支援事業への移行に当たっては専門職によるサービス提供が相応しい利用者に対して、必要なサービスが担保されるガイドラインの策定を行ったうえで、利用者のサービス選択の意思を十分に尊重するとともに、地域間においてサービスの質や内容等に格差が生じないように、市町村及び特別区に対し財源の確保を含めた必要な支援を行うこと」を求めた。

・良質で多様なサービスの提供基盤を全自治体（保険者）が一律に同時期に整えることは困難である。要支援者に対するサービスを継続・確保するためには、地域のサービス基盤の整備状況を踏まえて柔軟な経過期間をとることが不可欠。

② 予防給付の保障＝要支援認定者で予防給付を希望する者には、総合事業への移行を強要することなく予防給付を保障すること。

・ガイドラインは「現行予防給付の継続は、総合事業移行後最長1年間」としているが、希望するものは1年間に限定することなく、現行予防給付を継続すべきである。

- ③ 「多様なサービス」＝ガイドラインが示す、総合事業による「現行の予防訪問介護・通所介護相当サービス」から「多様なサービス」と称する格落ちサービスへの移行を強要しないこと。（総合事業初年度・既予防給付利用者に限定せず、）新規利用者を含めて必要な利用者全てに現行の予防給付と同水準のサービスを保証すること。それを裏付ける報酬単価を設定すること。

・ガイドラインは、現行の予防給付より劣る総合事業の「多様なサービス」への移行を促している。しかも「多様なサービス」の水準を担保する、設置・運営基準、人員配置・報酬水準、利用者負担等は、「大幅な緩和」ないし「基準なし」としており、市町村の任意に委ねている。自治体の方針、財政力、NPO・ボランティア等のサービス基盤の整備状況に差がある中で移行を強行すれば、地域格差、利用者サービスの低下をもたらす。

・ガイドラインは「既サービス利用者（予防給付利用者）は、現行の予防給付相当サービスの利用に配慮」するが、「新たな要支援者等に対しては、多様なサービスの利用を促す」としている。また、厚労省は法案審議段階から「2025年までに専門的サービスの割合を5割程度と計算できる」として、「現行相当サービス」を抑制する意図を示してきた。自治体がこれらを鵜呑みにすれば利用者の権利が損なわれる。

・ガイドラインは、総合事業における「現行の予防給付相当の専門的なサービス」の単価は国の定める額（予防給付の単価）を上限として市町村において定めるとしている（裏返すと、総合事業移行後は必ず現行より低い単価にすることを求めている）。

・表むき説明されてきた「総合事業移行後も現行予防給付の専門的なサービス水準を維持する」ことを守らせるためには、総合事業における「現行の予防訪問介護・通所介護相当サービス」の単価を現行予防給付における報酬と同水準とすることが不可欠。

## (2) 「基本チェックリスト」

ガイドラインが示す「基本チェックリスト」は、被保険者の要介護認定申請権を侵し、「総合事業利用」への仕分・誘導に用いられる水際障壁になる危険性があるので導入しないこと。

・ガイドラインは、認定申請者に対し「基本チェックリストの活用」を関門とし、留意事項として「基本チェックリストの活用により要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、認定申請を受け付ける（裏返せば、不要と判断した場合は申請を受け付けない）」とした。

これは明らかに、利用者の認定申請権の否定で、介護保険の基本原理と「地域間においてサービスの質や内容等に格差が生じない」よう求めた付帯決議の趣旨にも反する。自治体がこれらを鵜呑みにすれば、介護保険申請時に、市区町村の窓口で恣意的な要介護認定外しや安価なサービスへの振り分けが起こる。

・また、基本チェックリストの担当者は専門職である必要はないとしており、チェック項目も25項目の「はい、いいえ」のみで、申請者の正確な状態像や要介護度を判断する基礎たりえない。認知症等の初期診断を誤ることも危惧される

## (3) 要介護認定システム

「基本チェックリスト」などによる事前振り分けで要介護認定を省略することなく、全ての認定申請者について現在の要介護認定システムによる要否判定を実施し、必要なサービスを保証すること。

・要介護認定の申請は、被保険者の基本的権利であり、公正・公平・適正なサービス受給の前提である。「調査員による本人及び家族に対する訪問調査」、「医師意見書」、「専門家による認定審査」を経たうえで要介護度の認定が行なわれ、その結果を踏まえた適切なケアマネジメントが可能となる。

・基本チェックリストによる事前振り分けは、単なる「利用手続きの変更」ではなく介護保険制度の根幹にかかわる利用権の侵害である。

## (4) ケアマネ・コーディネータ・地域ケア会議

① 総合事業に関するケアマネジメントに際して、「現行の予防訪問介護・通所介護相当サービス」を排除しないこと、「NPO、ボランティアによるサービス」を強要しないこと。

・ガイドラインは、ケアマネジメントに際し「既存予防給付サービスを利用している場合は、介護予防・訪問介護相当サービスの利用を配慮」

するとしている一方、「新たな事業の対象となった要支援者等は、住民主体の“多様なサービス”利用」を求めている。また「その他の生活支援サービス」は市場サービス利用としている。

・ケアマネジメントはあくまでも本人の要介護度を基本として組み立てられるべきであり、「既利用者」と「新規利用者」とで、サービス内容を区別すべきではない。

- ② 総合事業に関するケアマネジメント報酬は予防給付のケアマネジメント報酬と同額にすること。

・ガイドラインは、総合事業のケアマネジメント報酬について「予防給付に関するケアマネジメントの報酬単価以下の単価を市町村で定める」としている。もともと予防給付に関するケアマネジメント報酬（@4,120円）は、介護給付のマネジメント報酬に比して低額であるのに、これより低い報酬では適正なケアプランは望めない。

- ③ 「地域ケア会議」については、医療・介護サービス提供者が顔の見える信頼関係を築く場とし、「生活支援コーディネータ」とともにサービス利用抑制やケアマネジメント空洞化の役割を持たせないこと。

ガイドラインは法定された「地域ケア会議（多職種協働によるケアマネジメント支援と地域ネットワーク構築の役割）」と「生活支援コーディネータ（地域で生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能の役割：担当者は特定の資格要件なし）」の設置・活用を促している。

いずれも、適正に機能すれば、利用者の権利保障・地域ネットワークづくりに役割を果たす可能性がある。しかし、これまでの多くの例が示すように、屋上屋・形式的設置にとどまる危惧や、利用抑制の役割・ケアマネジメントに対する干渉機関の役割を果たす危惧もある。

以上

## 資料 2

### 低所得高齢単身女性問題にかかる政策・制度要求

退職者連合は、低所得高齢単身女性が日々の暮らしにおいて直面している課題解消に向けて、国ならびに地方自治体に対し当面次のとおり要求する。

#### 1. 安心して暮らせる居住の場の確保について

- (1) 国・地方自治体は、居住の継続が困難な状態にある低所得高齢者、とりわけ低所得高齢単身女性に対し、一定の質が担保された住居への速やかな入居・転居が可能となるよう住宅の確保に努めること。
- (2) 国・地方自治体は、個人情報に配慮しつつも、常に低所得高齢者の住居の種別実態ならびに暮らしの状況把握に努め、低所得高齢者、低所得高齢単身女性が安心して暮らせる住環境の整備に努めること。

#### 2. 「改正生活保護法」等の権利保障にもとづく運用について

- (1) 「改正生活保護法」や「生活困窮者自立支援法」の恣意的な運用によって生活保護申請者や受給者を萎縮させ、申請や受給を断念せざるを得ないように仕向けたり、スティグマ（他者から押しつけられた負の烙印）に陥らせたりしないこと。
- (2) 特に本年7月1日に施行された改正生活保護法は、「親族の扶養義務化」や「申請書類提出の義務付け」など、受給者の抑制・削減を企図したものになっている。過去には、そうしたいわゆる「水際作戦」によって申請・受給を断念させられた結果、餓死や孤独死につながった事例もある。  
国・地方自治体は法の基本に立ち返り、改正生活保護法成立に当たったの  
与野党修正合意などに基づき、権利保障を本旨とした運用を行うこと。

### 3. 社会的孤立や孤独死の防止について

- (1) 国・地方自治体は、高齢者の社会的孤立や孤独死を防止するため、地域社会におけるきめ細かな見守りや支え合いの体制整備を急ぐこと。
- (2) 具体的な活動推進に当たっては個人情報共有を図ると共に、その取り扱いについては慎重を期すこと。

### 4. 移動困難者対策について

人口減少、少子高齢化が進む中で、公共交通サービスの衰退に加え高齢のため自動車の運転が困難になる者が増えるなど、買い物や通院など日常生活において大きな困難に直面している地域が少なくない。国・地方自治体は平成25年11月に成立した「交通政策基本法」の理念にのっとり、公共交通機関をベースとした住民の日常生活における移動手段の確保に努めること。

### 5. 雇用秩序の回復と短時間労働者に対する被用者年金の適用拡大について

第3号被保険者制度は労働時間を調整することなどによって、「女性の活躍の場」を限定的なものにしている。同時に、国民年金加入者と被用者年金加入者との間に大きな不公平感をもたらしている。そうした問題の背景にあるのは雇用の劣化、雇用秩序の崩壊による短時間労働者、非正規と称される労働者の増大である。国・地方自治体は雇用秩序の回復に努めるとともに、短時間労働者への被用者年金の適用拡大に全力で取り組むこと。

### 6. 年齢によらない働く場の確保・拡大について

健康で働く意欲のある高齢者や多種・多様な技術・能力を有する高齢者が、定年制などによりそうした意欲や技能を生かし切れていないケースが少なくない。国・地方自治体は年齢によらない男女の働く場の確保・拡大に努め、人材の有効活用を図ること。

以上

**交通政策基本法**＝交通政策に関する基本理念などをまとめた法律。平成25年11月27日成立、12月4日に公布・施行された。人口減少、少子高齢化が加速的に進展し、特に地方のバスなどの運輸事業の経営悪化が深刻化している中で、過疎化が進む地域における生活交通の確保などが大きな課題となっている。法律では、日常生活のための交通手段の確保や高齢者、障害者、妊産婦等の円滑な移動、その他を交通政策の基本に据え、国、地方公共団体の責務等を明らかにして総合的に推進するとしている。