

が4万円近く私のふところから部屋代だけ負担するというのも少しどうかとも思う。

個室がいいのは元気うちの話であって老人ホームには意思能力のない状態で何年も暮らす人もいれば、MRSAの方も、どうやら皆様の議論には、重度の高齢者が特別養護老人ホームにいないかのような議論でたんに個室個室といているようで、はなはだ不満が残る。

多くの議論を期待します。

なお送付遅れましたが、急変のお年よりもありますので、そういうことがあります。

介護保険の問題点と改善点

リハビリ介護研究所

A、要介護認定

1、訪問調査における調査員の判断やその判断基準

機能障害や介護の状況は全く変わらないのに、認定調査のたびごとに、調査員による判断が異なり、要介護度が変わることがある。調査員により判断が異なることがないよう、調査員の研修と明確な判断基準を設けてあるはずであるが、実際にはこのような問題が起こっている。客観的で全国一律の判断基準というものは限界があると思えない。

2、痴呆の方の要介護認定

訪問調査における基本調査項目及び一次判定システムが、痴呆の評価が低いため、介護度が低くなり、必要な介護サービスの利用が出来ないことがある。

⇒痴呆の方の生活実態が反映されるよう一次判定システムを改善する。

3、介護状況を考慮した要介護認定

認定において生活や介護の状況が考慮されていない。家族介護が困難な状況にあり、または一人暮らしのために、不十分で危険ながらも自分でするしかなく「自立」となり、そのために介護度が低くなる。介護状況ごとに認定システムを設定し「家族介護が困難」または「一人暮らし」の状況であれば、逆に要介護度を高めるようにすべき。

4、要介護認定審査会の問題

要介護認定審査会の適正な実施により一次判定の不合理的を修正することになっているはずだが、事前の資料配布や検討の為の十分な時間がないために、要介護認定審査会における不合理的を修正できていない。事前の資料配布や検討の為の十分な時間をもてるように審査会を行うべきではあるが、実際には人材や時間や財源の不足からそうできないのが現状である。

5、不服審査の問題

不服審査は煩雑な手続きと長期の審査期間を要し、早急な変更は困難。日々サービスの提供が必要な状況では困難。そうでなくとも、不安を抱えての生活はストレスの負担が大きい。

⇒不服審査も変更申請と同様に、手続きを簡単にし1ヶ月以内と期限を限定するべき

6、「介護保険優先」の問題（限定された認定調査・基本調査項目）

認定調査は、生活の不自由度や介護度（能力障害）を調査し、それをもとに介護度を認定する。疾病などの身体状況や機能障害は参考でしかない。介護者や本人の楽しみや人間関係等の生活状況（社会的不利）は考慮しないこととなっている。例えば、機能障害は重度であっても、本人が頑張っただけで自立していれば介護度は低い。

疾病などの身体状況に基づいて提供される「医療や保健」、機能障害に基づいて認定される身体障害等級による「障害者福祉」、生活状況に基づいて提供される「福祉等」の制度があるが、生活の不

自由度や介護度という限定された認定調査による介護度による「介護保険」が優先され、「医療や保健」や「福祉」のサービスが制限されていることは問題。

⇒介護保険を優先させるのであれば、身体状況や機能障害や生活状況を基本調査項目に入れ、生活実態が反映できる調査項目とするべき。しかし、それは調査を煩雑にし調査員の能力を越え困難。

⇒現在の限定された認定調査であれば、それによる介護保険も「限定して利用」するべき。つまり、認定調査に反映が不十分な身体状況や機能障害や生活状況（家族や楽しみ等）については、それぞれの評価により医療や保健や福祉のサービスを制限されることなく、選択して利用できるようにするべき。

7、介護度により限度額を設定することの非合理性と限界

① 限度額に対して利用率が概ね40%であるが、利用者を個別に見るとサービスを必要としない人はあまり利用せず、必要とする人は限度額を超えて利用することになる。介護サービスの利用は介護度に応じてではなく、生活や介護の状況に応じて行うことになる。介護度に応じた限度額を設けることによって介護保険を有効に活用することができなくなっている。

② 要介護認定のために、調査申請・訪問調査・かかりつけ医の意見書・認定審査会の開催等、複雑な認定基準や介護度や認定手続きを行わなければならない。複雑な認定基準や介護度や認定手続きは、そのための時間と人員と経費等で市町村の負担が大きい。さらには、適切な介護度の認定はやはり難しい。また、居宅介護支援事業所のケアマネージメントは、認定手続きや介護度により業務が煩雑となり、肝心のケアマネージメントに時間がさけないのが現状。

⇒介護度ごとの「限度額」を廃止し、サービス利用の目安として「基準額」と改めるべき。必要があれば行政等と協議を行い理由を明確にし基準額を越して利用することができるようにするべき。

介護サービス利用の適正については、介護支援専門員が適切なケアマネージメントにより実施するべきであり、そのためには、介護支援専門員が公正中立にケアマネージメントができるように介護サービス事業所に属さず独立していることが不可欠

B、公正中立なケアマネージメントと介護報酬

1、ケアマネージャーの業務について

1) 「膨大な量の業務」と介護支援専門員の「能力と経験と学習」を要求される。しかし、一人あたり兼任でも50人までが適当とされているので（実際には80～100ケースも）、介護サービスの業務をしながら、さらに50人のケアマネージメントを強要されている場合もある。睡眠の時間を削りながら、手続きと給付管理をこなすのが精一杯で、とてもケアマネージメントまで出来ていないのが現状で適切な業務と学習は困難。

さらに、現在の介護報酬は低額で、50ケースでも一月33～40万円の介護報酬。これでは、介護サービス事業所の併設、それも兼任でないと経営は困難で給料も安い。

⇒限度人数を50人としているが、それは専任でなければ意味がない。兼任を容認している以上実質的には意味をなさない。

⇒業務の量を軽減し質の向上を；介護支援専門員は専任であっても50人という人数は困難。ケアマネジメントに加え給付管理もしなければならず、ケース検討会や学習や研修などの必要もあり、業務の量が軽減されない状況では適切な介護支援サービスや質の向上を期待するのは困難。現在問題があまり起こっていないのは、介護支援専門員の犠牲的な努力と倫理観に支えられている。

併設型の居宅介護支援事業所では30人、独立型の居宅介護支援事業所では25人を限度とし、それで経営が成り立つような介護報酬でなくてはならない。

2) 介護報酬の支払いは、給付管理票を要する毎月のサービスを利用する場合に限られることからすると、手続きと給付管理さえしておけばよいということなのだろうか。

⇒介護支援サービス料と給付管理料は別々に；介護支援サービスと給付管理はそれぞれ別のことであり、「介護支援サービス料」と「給付管理料」はそれぞれ別に設定すべき。現在の介護支援サービスへの介護報酬は給付管理をしている人にしか出ないので「給付管理料」と見るのが妥当。よってこの他に介護支援サービス料として報酬を設定すべきであり、合わせた報酬額が現在の2倍程度と考えるのが妥当では。

ケアプランの介護報酬 6000円、給付管理の介護報酬 6000円

3) サービス担当者会議について

以上のような多忙な業務の中でサービス担当者会議を持つために資料を作成し連絡調整を行いその時間を確保することは、大変困難であり、サービス事業所の担当者を集めることも困難。

⇒業務に余裕がなければならぬし、サービス担当者会議を保障する介護報酬が設定されるべき

サービス担当者会議の介護報酬 居宅介護支援事業所は5000円、介護サービス事業所は3000円

4) ケースワークとケアコーディネーション

介護支援サービスそのものが、とても重要なサービス、生活相談（ケースワーク）にのることにより利用者の信頼関係を得る中でストレスの解消や精神的な安定をもたらすことができる。さらには奥に潜む生活のニーズを引き出し、それに対して医療や福祉や保健や介護保険その他ボランティアや住民主体の活動など様々なサービスを提供し、連絡や調整等を図っていく（ケアコーディネーション）。そのなかでネットワークを形成し社会資源を開発し制度を改善していくことも重要な役割。

しかし、実際には「営業」や「手続きと給付管理」に追われる。適切な情報が不十分な状況での安易な「利用者の決定の尊重」は介護支援専門員の業務の怠慢であり責任逃れ、適切な介護支援サービスを阻害するものとなる。

⇒ケースワークとケアコーディネートの介護報酬 5000円

※居宅介護支援事業所の介護報酬—1700円

ケアプランの介護報酬 6000円、給付管理の介護報酬 6000円

ケースワークとケアコーディネートの介護報酬 5000円

サービス担当者会議の介護報酬 居宅介護支援事業所は5000円、介護サービス事業所は3000円

2、資格に応じた介護報酬であるべき；介護支援専門員の資格は、医療や介護の資格を持ち、さらに5年の実務経験を要し、さらに試験を受けて合格し、さらに研修を受講して初めて与えられる資格。⇒最低限でも月1回の訪問と事務や連絡調整等の作業を必要とすることから考えると、少なくとも訪問看護2回分相当の介護報酬であるべきだと考える。

2、ケアマネージャーが介護サービス事業者に属していることについて

より良い介護サービスが選択される事によって、介護サービス事業所が競争して介護サービスが良くなる。経営面では、悪くなった方が介護度が上がり事業所の収入が増えることを考えれば、介護サービスは低下する恐れがある。だからこそ、利用者が介護サービスを選択する事が重要。そして、そのための情報提供や助言を公正中立な立場で行うのがケアマネージャーの役割のはずである。

そのケアマネージャーが介護サービス事業所に属していれば、公正中立な選択の援助は困難であり、競争も成り立たなくなる。そうなると、介護サービスの劣悪化が懸念される。

介護サービス利用後には、それが適切に提供されたか、不正や改善すべき点はないかなどをチェックし、必要であれば指導等を行うのもケアマネージャーの役割のはずである。そのケアマネージャーが介護サービス事業所に属していたのでは、不正や改善すべき点のチェックは出来ず指導も出来ない。

これらの問題は、介護保険の主旨である、介護サービスの選択による質の向上や不正や改善すべき点のチェックや指導を困難とするものである。介護保険を適切に運用するのであれば、ケアマネージャーが介護サービス事業者に属しておらず独立していることが不可欠。そうでなければ、介護保険の趣旨は根底から崩れるものと思われる。

⇒在宅介護支援事業所は、介護サービス事業に属さない独立型のみとするべき。それが困難であれば、独立型在宅介護支援事業所の介護報酬を併設型在宅介護支援事業所の介護報酬よりも高く2割増しとするべき。

3、ケアマネージャーが作成したケアプランをチェックする仕組みについて

ケアプランが、併設のサービス事業所への利益誘導（営業）となっているのが現状で、利用サービスは、属する事業所のサービスに偏ることが多い。

⇒特定の事業所に偏らず適切な役割分担による介護サービスと回数になっているかを、行政が公的にチェックをする仕組みを作る必要がある。給付管理提出データをチェックすればわかることであるり、調査を早急に実施し実態を明らかにするべき。

4、在宅介護支援事業所やケアプランを選択する仕組みについて

認定後に在宅介護支援事業所を選択することになっているが、そのための情報が不足している。名称や住所のみの情報が多く、これでは選択は困難であり、利用している介護サービス事業所併設の在宅介護支援事業所に依頼することになる。これでは、競争による質の向上は望めない。

⇒在宅介護支援事業所の理念や特色などケアマネジメントに有用な情報を情報リストやパンフレットにより提供し、選択を支援する仕組みをつくるべき。

C、介護サービスの提供と介護報酬

1、サービスの提供内容やその質について、チェックする仕組みを作ることについて

サービスの提供内容やその質が悪く、本人が不満を持っていたとしても、その不満を訴えて改善を求めることは困難なことが多い。ケアマネジャーがいても、サービス事業者と兼任だったり専任でもそこに属していれば、やはり訴えにくく我慢して利用することになる。

⇒独立したケアマネジャーであれば、第三者として相談や不満も言いやすく、チェック機能を果たすことも出来る。サービス評価は、オンブズマンや第三者評価などの制度も検討されているが、知らない人に相談や不満を言うには勇気がいるし、問題点を聞き出せたにしても下手に公表したり介入すると逆に名譽毀損等の訴訟に及ぶ危険もある。やはり、「独立した」ケアマネジャーによる評価と利用者による「利用しての経験」での内部情報によりチェックし選択を支援するのが最も良いと考える。

2、福祉系サービスと医療系サービスの選択について、何らかの基準設定の必要性について

現状では、役割分担により選択基準を設定して選択を支援することはまれであり、ケアマネジャーが医療系事業所と福祉系事業所のどちらに属するかによってサービスの選択もどちらの系列になるか決まっている。

⇒ケアマネジャーがどちらの系列にも属しておらず介護サービス事業所から独立していること。そのうえで、ニーズが「医療・機能訓練」なのか、「生活・楽しみ」なのかを選択基準としてで医療系と福祉系を選択する必要がある。

3、訪問介護の介護報酬の見直しの必要性について。

身体介護に比べて家事援助の報酬が低すぎ、経営的に困難なのはもちろんのこと、家事の専門性や難しさの軽視がはなはだしい。これは女性を中心とした家事労働に対する蔑視や差別の現われであろう。また複合は、判断が曖昧であり難しい。身体介護も、訪問看護に比べて安く、価値が過小評価されているといえよう。

⇒家事は利用者との関係の上に成り立つものであり、対話（話し相手・相談）や見守りとあわせて行われるべきものであり、複合と考えた方が良いだろう。身体介護ももう少し価値を評価され報酬を上げるべき。

※「身体」500点、「複合」400点、「家事」300点にすべき。

4、訪問介護の家事援助での2人体制が認められていない。

家事援助は利用者がその場にいることが条件であり、家事の支持等も必要である。利用者が、束縛される時間を最小限にするために、2人同時に家事援助を行うようにすることがなぜ認められないのか。（熊本市の指導による）

⇒2人同時に家事援助が提供されることを認めるべき。

5、住宅改修費の見直しについて。

1) 支給範囲の見直しについて

改正通達により幾分拡大されたが、それでも支給範囲に該当せず改修できない為に不自由し転倒の

危険にさらされている。

例) 浴槽の取り替え、シャワー、玄関の腰掛け(市販の椅子では不適當)、トイレの高上げ、他
⇒必要性を判断する権限はケアマネージャーの判断に依拠すべきである。日本の家屋は木造で特殊なものも多くカタログ的な処理ができないような改修もあることを酌んで頂きたい。

また、浴槽やシャワーは、身体障害者福祉において給付対象であり、玄関の腰掛けやトイレの高上げは福祉の住宅改造の適応となる。このような福祉制度も、介護保険優先ではなく、選択し利用できるようにすべき。

2) 支給限度額の見直しについて

対象工事でとされている和式便器から洋式便器の取替えで、標準的に25万円~30万円かかり、これに便器から立つための手すり等を含めると、限度額としては最低でも35万円が必要。

3) 償還払いに対する委任払いについて

償還払いでは、はじめに全額を用意することができず実施できないこともあり、転倒の元にもなっている。

⇒行政による委任払いとし、はじめから1割のみの支払いでよいようにする。

6. 福祉用具レンタルや購入の見直しについて

1) 用具の種目ごとの規定(サイズや使用方法)が限定されていることについて

一律の画一的な規定により、一人一人の障害や生活習慣に対応できず不適切な場合がある。

⇒基準として示す程度にし、最終的な選択は、理由書によりケアマネージャーの判断にゆだねるべき。

- ① 浴槽台のサイズや方法；高さは浴槽の高さに合わせる必要があり、規定するべきではない。
- ② 入浴踏み台の利用；前後バランスが悪い利用者では踏み台にたつてまたいだほうが良い利用者おり、腰掛けて出入りする方法にのみ限定するべきではない。
- ③ 滑り止めマットを対象に；浴槽内で滑らないようにすし、滑っての転倒やぬ水を予防するのに非常に重要。滑らないために1割での購入できるようにすべき。

2) 通院介護を必要とする場合、「公共の交通機関を利用して行う。」との国の基本的考えと実態(サービス事業者の営業車を使用)との乖離について。

通院に介助を要する人が公共の交通機関を利用することは、ほとんどの場合困難であり、国の認識は間違っていると思われる。しかし、タクシーでは経済的に困難であり、結局外出を控え、どうしても必要な通院にタクシーを利用することが多い。また、通所サービスを利用する際、半日の利用の場合には送迎が困難であり、あわせて医療サービスを受けるときには送迎が利用できない。

⇒a) 外出支援サービス；市町村が行う介護予防事業として、外出や送迎が困難な通所サービスにこれを利用できることが最も良いが、熊本市は未実施。

b) 訪問介助；外出(通院)介助として事業所の移送サービス車を利用し行えるように認知すべき。この際、乗車料を徴収しなければ、ヘルパーが二種免許を所持する必要はないと考える。

D、社会保険方式の見直し（保険料を税とすることについて）について

社会保険方式の導入により保険料や利用料で利用者の負担は確実に増えることとなった。社会保険方式のメリットとされている「介護サービスを選択する権利を保障し、それにより介護の質を高める」ことが実施出来ないのであれば、社会保険方式は見直し、所得税による財源確保を目指すべき。

「介護報酬に関する意見（意見公募）」

○氏名又は名称・代表者の氏名
リビングデイサービス 施設長 小坂直樹

○団体の場合：事業又は活動の内容
老人デイサービスセンター（通所介護）

○意見内容

介護保険が実施されてから約2年間の、老人デイサービスセンター（通所介護）の現場での活動を通し、介護報酬に関して改善を望む事項のうち、3つを以下に記す。

1. 1円単位の自己負担額を改める（デイサービスで日払いができるように）

介護保険施行前はデイサービスの1日の利用料はキリのよい金額であったが、現在デイサービスの1日あたりの自己負担額は1円単位で設定されている。

デイサービスで、その日ごとに支払を行うには利用者が1円玉を用意するか、事業者が釣り銭を用意せねばならず、各々の負担が大きく困難である。

要介護認定調査には“金銭の管理”の項目がある。外出や買い物の機会に限られる高齢者にとって、週に数回デイサービスの代金を自分で用意して支払う作業を行うことは、現実に即した日常生活訓練となる。国が、わずかの報酬額の設定にこだわり、デイサービスにおける生活リハビリの機会を奪うことは愚かである。

通所介護の基本単位は100単位（自己負担100円）ごととし、食事送迎などの加算は50単位（自己負担50円）とすることを望む。

2. 併設通所介護と単独通所介護のサービスコード区分をなくす

併設型と単独型の通所介護事業所では、利用者の受けるサービスには基本的に差がないにもかかわらず、単独型の単位数が高いために、併設型よりも月当たりの利用可能回数が少なくなるのはおかしい。併設通所介護と単独通所介護のサービスコード区分はなくすべきである。サービスコードの簡素化はケアマネージャーの事務負担の軽減にもつながる。

3. 介護報酬請求のためのネットワークの整備

現在、WAM NET（社会福祉・医療事業団）は、インターネット上でセキュリティーを確保しつつ、事業者が自ら記入した空き状況の一覧等の情報公開し、全国規模でサービス利用者と提供者が情報を共有できる仕組みを作っている。

これを見習い、ホームページ上で介護報酬の請求ができるシステムを構築すべきである。

現在は、それぞれの事業者が介護給付費請求用のソフトウェアを購入し、伝送で請求を行うことを基本としている。しかし、依然として紙で請求を行う事業者は多い。

WAM NETのようにホームページを利用して請求作業ができれば、ソフトウェアの購入やメンテナンスの負担も減り、伝送の請求率も上がると思われる。

また、請求のための環境がインターネット上で統一されれば、ソフトウェアごとの操作を覚える必要もなくなり、事業者がお互いに教えあうこともできる。

さらには、環境が統一されることにより、現在は郵送やファックスを利用している

サービス提供票や利用実績のやりとりなど、請求作業に付随するケアマネージャーとサービス提供事業者との連絡も、インターネットを通して互いに行うことができるようになり、より事務作業の軽減ができる。

また、これらケアプランの作成から請求までの一連の流れを、インターネット上で簡素化し、公開することによって、現在は非常に難しい本人のケアプランの作成も、もっと容易にできるようになると思われる。

インターネットを利用した事務手続きの簡素化は、事務作業に追われるケアマネージャーと事業者の現状を解決し、一般市民にも開かれた介護保険のシステム作りにも貢献する。

早急にインターネットを利用したネットワーク環境の整備を行うべきである。

以上

介護報酬に関する意見（意見公募）

○名称 介護老人保健施設ナーシングホームかたくり

代表者名 施設長 谷萩美智子

○事業又は活動の内容

介護老人保健施設（入所、短期入所、通所リハビリテーション）
訪問介護
居宅介護支援事業

○意見内容

現在の経営状況やサービスの質の確保など、介護報酬に関わって問題だと感じておられることをお書き下さい。

1. サービス事業所は生活困難者だからと言って見捨てることはできません。保険料未納者・滞納者に対する保険給付差し止めはサービス事業所いじめ、低所得者の人権無視です。（未回収未収金になっていきます）
2. 利用者のためにより良いサービスを提供したいが、国が示す人員配置では安全確保すら難しく感じる時もあります。必要な人員確保をすれば赤字になってしまいます。業務内容としては心のケアを重視しながら処遇することが求められ、人間的に優れた職員の配置が必要にもかかわらず、労働条件は低く、「職員の福祉に対する熱い思い」に頼った職員報酬になっているのが現状です。介護老人保健施設の人員基準の引き上げとそれに見合った介護報酬の引き上げを希望します。
3. 訪問介護の派遣時の移動時間について、都市部と地方では移動時間に大きな開きがあり、その違いが事業運営に与える影響は大きいと感じています。1日8時間労働の職員でも、移動時間を考慮すると実際の派遣時間は6時間が精一杯であり、その中で運営していかなければなりません。そのあたりの実情を反映させた介護報酬の検討を希望します。
4. 居宅介護支援費は1か月、要支援が6500円、介護度5でも8400円となっています。それは、訪問介護の身体介護の2時間相当の報酬と同じです。求められている業務内容からすると不均衡を感じると同時に、1人50件の目安が出されていますが50件では経費（ほとんどが人件費）を考えると事業運営がなりたたないのが現状です。

厚生労働省に対して、介護報酬改善のために要求したい内容をお書き下さい。

1. すべての事業での介護報酬の引き上げ
2. ケアマネージャーがケアプラン作成に、利用者や家族、サービス事業所と十分調整ができる時間の保障、居宅介護支援費の引き上げ
3. 低所得者の介護保険料の引き下げ又は減免措置の拡大
4. 低所得者の利用料の引き下げ又は減免措置の拡大
5. 支給限度額の引き上げ
6. 介護老人保健施設入所者に対する医療行為への医療保険適用
7. 訪問介護の介護報酬の引き上げ

以上です。

「介護報酬に関する意見（意見公募）」

○名称・代表者の氏名

特定非営利活動法人ワーカーズ・コレクティブ笑顔

代表 笹尾清美

○事業または活動の内容

訪問介護事業および居宅介護支援事業

ならびに介護保険制度を適用しない訪問家事介護サービス事業

○意見内容

1. ①訪問介護事業において、現行のサービスの3種類の分け方がケアマネージャーの判断基準により差が生じている。

②いずれのサービスもそれぞれの利用者にとっては必要なサービスである。

①、②から、どのようなサービスにたいしても同額の介護報酬でよいと考えます。

2. 介護報酬に差を付ける場合として以下を提案します。

ヘルパー1級の研修内容をさらに充実させ、必要性が高い医療行為ができるようにした場合。

3. 居宅支援介護給付費について

給付管理の出来ない月も被保険者や家族の相談をうける必要があり、ケアプランを立て給付請求できる月よりも時間や経費がかかることがあります。

(例：サービス導入時・退院から自宅へ戻るときなど)

また、年間に10～15パーセント前後の依頼者が給付管理できずに対応しています。(ターミナル時・入所入院等の相談・入所入院中の家族支援)

現行の給付費では、事業所が独立採算することが困難なため、営利主体の事業所では自社の他のサービスの強要をしたり、給付費を請求できない利用者はあまり対応しないなど、懸念される傾向が見られます。人件費削減のため一人のケアマネージャーが75人以上の担当をしている事業所もあります。給付費を適正にすることで、高齢者がADLを維持できるように在宅介護を本来の意味で支える、居宅支援事業運営ができればと願っています。

計算した場合、時給は762円で一昨年のパート労働者の平均（男性1,026円、女性889円）を下回り、回答者527人中の94%は女性労働者で、時給で働くヘルパーは398人と発表しています。パート、非常勤雇用、低賃金、未払い労働時間は、介護保険で拡大しました。

4) 支給限度額を超えて保険外で利用している方にアンケートを行った目黒区では、その理由として約6割の方が「支給限度額内のサービスだけでは在宅生活を続けられない」、2割が「介護を必要とする時間が増え、さらにサービスが必要となった」と答え、更に対象者の約5割が自己負担は「かなり負担」「やや負担」と答えています。足立区の介護保険アンケートの満足度調査では、支給限度額に対して限度額を超えた利用者は7%で、その約30%が介護保険に「とても不満」「不満」と答えています。

5) 国の負担を拡大すべきです。市町村民税世帯・本人非課税者総数は、全国高齢者の約76%と国は説明していますが、これらの低所得者への負担を拡大すべきではありません。第2期介護保険事業計画についても、支給限度額に比べて相当低いサービス利用率の改善、家族介護等を理由とする未利用や未申請の対応、低所得者への負担軽減、介護サービスの基盤整備とメニューの改善等、憲法25条に基づいて検証され、反映されるべきです。

6) 矛盾だらけのコンピュータ第一次判定は、現在でも新たな欠陥が指摘されています。第二次判定で変更率が40%以上にもなる自治体もあり、無用の長物となっています。コンピュータ第一次判定を廃止し、ケアマネージャーのケアプランに基づくサービスを提供すれば、中間経費を大幅に軽減でき、その経費が直接的な介護サービスに充てられます。

8) 法23条では市町村が保険給付に関して事業者から「文書その他物件の提出」などが定められているだけですが、抜本的に市町村の指定・勧告・指導・苦情解決能力を高めるべきです。現在、権利擁護事業として「地域福祉権利擁護事業」「契約適正審査会」「苦情解決の窓口設置」「第三者評価」が行われていますが、介護保険法でそれらの事業の公的責任が明確にされ、公的な実効ある体制と財源の手当てが必要です。