

人権保障の視点から「介護保険制度見直しに関する意見」 の評価と提案

昨年、社会保障制度審議会介護保険部会で「介護保険制度の見直しのための審議」が開始されたことを受けて、石川県で人権保障の運動を進めてきた4団体（「国際高齢者年・石川NGO」「介護保険オンブズパーソン」「医療・福祉問題研究会」「石川県社会保障推進協議会」）で「人権保障をめざした介護保険制度を提言する会」を発足させ、本年の2月に「人権保障をめざした介護保険制度の提言」をまとめ、厚労省・石川県・県内市町村に届け、「見直し」に反映されるように取組を進めてきた。

7月30日、介護保険部会は『介護保険制度見直しに関する意見』（以下『見直し報告』）をまとめたが、私たちは「人権保障をめざした介護保険制度の提言」の立場から『見直し報告』を評価し、石川県からの改善提案をまとめることの緊急性と重要性を確認した。

以下、「いつでも、どこでも、だれでも、経済的な心配なく、必要なサービスを受けることができる仕組みを整える」立場から『見直し報告』を評価し、介護保険法「改正」案に反映するための「提案」を行う。

2004年9月26日人権保障をめざした介護保険制度を提言する会

目 次

- 一．『制度見直しの基本的な考え方』についての評価と提案
 - 「介護保険の見直しに関する意見」の総論的検討
- 二．『制度見直しの具体的内容』についての評価と提案
 - ・給付の効率化・重点化
 - (1)新予防給付について
 - (2)介護保険給付範囲の見直し（利用料・保険外負担について）
 - (3)施設給付（サービス）の見直し（施設入所対象者の限定）
 - ・新たなサービス体系の確立
 - (1)新しい介護サービスモデルについて
 - (2)地域密着型サービス」の創設及び「サービス圏域」の設定について
 - ・保険料問題について
- 一．『制度見直しの基本的な考え方』についての評価と提案

「介護保険の見直しに関する意見」の総論的検討

『見直し報告』における基本的視点として、まず、「制度の持続可能性」をより高めることを挙げている。そして、高齢化の急速な進展をみすえて「給付の効率化・重点化」を進めていく必要性を強調している。また、もう一つの基本的視点として、「社会保障の総合化」を挙げ、社会保障各制度間の機能分担を明確化し、社会保障制度全体を効率的かつ効果的な体系へと見直ししていくとしている。ところで、この「給付の効率化・重点化」「社会保障の総合化」の実体は何か。この間の政府の審議会等の議論をみれば、その内実は明らかに給付の抑制と自己負担の引上げにあるといえる。

5月17日の財政制度等審議会の建議書「平成17年度予算編成の基本的考え方」においては、「社会保障関係費の抑制を図ることは我が国財政上、最大の構造問題」として、介護保険については、自己負担割合の引上げ、給付範囲の縮小（ホテルコスト、食費の保険外し、軽度者の給付の見直し）等を提案している。6月4日に閣議決定された経済財政諮問会議の「骨太の方針2004」においては、上述の給付抑制策が盛り込まれるとともに、「社会保障の一体的見直し」を掲げ「公的に給付すべき範囲の在り方、制度運営の在り方等の課題についての論点整理を行う」としている。そして、7月30日に閣議決定された2005年度予算の概算要求基準において、社会保障関係費を2200億円削減することを決定している。以上をまとめれば、国庫負担を削減しつつ給付の効率化・重点化を図るということであり、まさに給付の抑制と自己負担引上げを行うということの意味するのである。なお、7月30日、内閣官房長官の私的懇談会として「社会保障の在り方に関する懇談会」が初会合を開き、上述の骨太の方針で掲げられた「社会保障の一体的見直し」についての議論も既にスタートしている。

これらの観点を踏まえて『見直し報告』の具体的な論点を二、三取り上げると、まず、介護度が軽度な人へ「新・予防給付」を導入して介護給付を「効率化」することが挙げられている。介護予防については従来からその重要性が指摘されてきたし、口腔ケアやパワーリハビリなどが保険給付として積極的に位置付けられることは評価すべきである。しかしながら、上述の給付抑制の観点から導入された経緯を勘案すると、介護度が軽度な人は予防給付のみに重点化され、現行の介護給付（訪問介護、デイサービス、ショートステイなど）が十分に受けられなくなる公算が高い。結果として、保険給付の拡充ではなく抑制・排除につながるものと言わざるを得ない。また、施設給付については、対象者を重度者へ「重点化」することが挙げられている。軽度者で施設サービスを求める人にとっては、給付抑制に直結することは言うまでもない。

さらに施設給付について、「社会保障の総合化」の観点からは、施設入所者の居住費や食費の給付範囲を縮小し自己負担とすることが挙げられている。介護保険はあくまで「介護」を給付するものであり、居住費用の部分は本来、「年金」で支払われるべきであるというのがその理由である。現行の社会保障制度が十分に機能しているのならともかく、使える制度を最大限に利用しても十分といえない保障水準において、各制度間の調整をことさら強調するのは、これまた給付の抑制以外の何者でもない。ホテルコストを保険から外すには、その前提として居住費用が賄えるだけの年金保障水準の大幅な引上げと社会保障としての「住宅保障」制度の整備が不可欠である。

もちろん、介護予防の重要性は十分理解できるし、その他今回の『見直し報告』では個別にみると評価できる項目も少なくない。「小規模・多機能型」サービス、「地域夜間対応型」サービスとして具体的に挙げられている項目の多くは、国民の要求を一定反映しているし、ケア

マネジメントの公平性の確保、1号保険料の設定方法の弾力化はそれ自体評価できる。しかしながら、制度を根本的に変えることなく、初めに給付削減ありきの中で議論されたこの「見直し案」では、残念ながらこうした積極面ですら結果的な改善につながらない可能性もでてしまう。「夜間地域対応型」サービスを利用するにしても、定率の利用者負担や区分支給限度額制度が改められない限り、利用できる人は限定されてしまう。また、保険料の設定方法の弾力化についても、公費負担割合が変わらない限り、「保険給付が増えれば増えるほど保険料が増大する」現行の制度のもとでは、保険料負担の増大を避けられるわけではない。

結局、制度の見直しに際しては、「給付削減のためにどうするか」ではなく、「制度の基本になる原則」を明らかにした上で、それに沿って見直しを進めていかなければならないのである。その基本となる原則は、我々が「人権保障をめざした介護保険制度の提言」において提示した「いつでも、何処でも、だれもが、経済的な心配なく、必要なサービスを受けることができる仕組み」を整えることである。

二．『制度見直しの具体的内容』についての評価と提案

(1) 新予防給付について

『見直し報告』では「給付の効率化・重点化の課題」として、現行の「予防給付」と、「介護給付」の一部を再編成し、「新・予防給付」の創設を提案している（例えば、筋力トレーニング、転倒骨折予防、口腔ケア等を挙げ、今後詰めていく）。対象は要支援、要介護1、要介護2の一部とされ、要介護認定時にスクリーニングによってふるいわけられる。介護予防給付プランは市町村が責任主体となる「地域包括支援センター（仮称）」において作成し、利用者の選択権は制限を受ける。「新・予防給付」の対象者は、痴呆疾患等を除き「介護給付」（訪問介護等の利用）を大幅に制限する。在宅系サービス利用者のうち要支援及び要介護1が5割を占めており、関連事業所に与える影響は大きい。

また『見直し報告』では、「訪問介護の見直し」の項において、家事代行型は「自立支援の観点から、給付の対象、期間、方法について見直す必要がある」としている。

『見直し報告』では「新・予防給付」に移行する理由として、介護認定者が予想以上に増えていること、とりわけ、要支援、要介護度1が増えていること。要支援、介護度1の介護度が改善していないことをあげている。

要支援、介護度1の介護度が改善していないことを日本医師会総合政策研究機構・鳥根県健康福祉部高齢者福祉課の「介護サービスの有効性評価に関する調査研究」等を根拠にしているが、その調査結果は、「介護度の変化の状況」を調査しているのであって、改善に至らなかった原因を明らかにしている訳ではない。原因を明らかにするには少なくとも「介護認定者で介護サービスを利用している人と利用していない人の介護度の変化」を調査すべきである（介護度が改善しないのは加齢や病気などが原因である可能性が高い）。

介護度悪化の原因調査なしに、ケアプランと介護サービス提供のあり方、利用者のサービスの受け方にその原因があるかのようだと、これまでとは大きく違った仕組み（新予防給付）に変えるのはあまりにも強引である。確かに、ケアプラン・介護サービスの提供のあり方・サービスの受け方に「自立支援」という観点からみれば不十分であるケースも多々あると思われるが、ケアプラン、介護サービスの提供のあり方を改善すれば済む話である。

「新予防給付」への仕組みの転換では「自立支援」が強調されている。しかし介護保険法で

は「前項の保険給付は、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう行われるとともに医療との連携に十分配慮して行われなければならない。」

(介護保険法第二項2)と規定しているように、すべての要介護者等を対象に「自立支援」が強調されているのである。従って要支援、介護度1の方々だけを「自立支援」の名の下に「新予防給付」という新たな仕組みに転換する理由はないのである。

現行の「予防給付」対象者は要支援者である。上記調査では介護度1と介護度2・3の介護度悪化の有意差はない。従って、予防給付の対象者を介護度1まで拡大する根拠もない。

「新予防プラン」という新たな仕組みは、あまりにもADL中心の考え方で、生活の全体像を捉えていない問題がある(いわゆる「医学モデル」であって「生活モデル」ではない)。現在介護サービスを受けている人が「新予防給付」により生活支援がなくなれば、高齢者の生活が破局することにもなりかねない。

現状の介護保険認定者において要支援・介護度1が占める割合は47.6%である。要支援・介護度1の合計に占める前期高齢者の割合は21.2%、後期高齢者の割合は78.8%(2004年5月度国保連中央会資料)である。同じ要支援・介護度1であっても、前期高齢者と後期高齢者とは介護ニーズは違うはずである。それを「新予防給付」の名の下にひとくくりにして、「筋力トレーニング」等のメニューを強制することがあってはならない。

『見直し報告』ではドイツのリハビリテーション前置主義を紹介して、短期決戦型の新予防給付メニューを受けないと介護サービスを受けることができないかのように述べられている。しかし、ドイツの制度は障害のある人のニーズを把握し、リハビリテーション(人間復権)を提供することによって、社会への統合をはかるかという人間の尊厳を尊重する観点から行われるものである。

『見直し報告』のように、狭義のリハビリテーションの義務づけではないのである。

人間は生涯発達する存在である。新たな医学の発見では脳細胞も新たにつくられることも発見されている。介護保険法の理念である「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」という条項にある「有する能力」は日々変化するものである。昨日できていたことが明日できるとは限らないし、今日できなかったことが明日できないとは限らない。この有する能力は、長い間の支援者・介護者との信頼関係のなかで、引き出され、顕在化するものである。生活支援をする中で、要介護者等の能力が発揮されていくヘルパーの感動的な報告事例が、そのことを端的に示している。家事代行から実施しつつ、信頼関係を構築することから始めなければならないケースも相当あるはずである。それを「新予防給付メニュー」しか受けることができないことになれば、その人との信頼関係は構築されずに、自立支援ができなくなることも多く出てくるのではなからうか。

「新予防給付」という新たなサービス体系は、アセスメント・ケアプランの作成、サービス内容・事業所も大きく変わるように設計されている。利用者・ケアマネージャー・サービス事業所間・その他の機関との信頼関係は4年間かけてつくられてきたものである。その関係を仕組みが変わったからということで一方的に変更・廃止することは問題である。

「新予防給付」という新たな仕組みに転換する意義と根拠、予防給付の対象者を介護度1まで拡大する根拠もない。従って、現行の仕組みのなかで、「自立支援」となる改善の仕組みを導入すべきである。

「新予防給付メニュー」は要支援・介護度1の方だけでなく、必要な人が個々人の必要に応じて受けられるように多様な追加メニューとすべきである。

従って、「要支援・介護度1」の方々が従来通り居宅介護支援サービス、介護サービスを受けられるようにすべきである。

支給限度額は本来撤廃すべきだが、当面引き上げるべきである。

(2)介護保険給付範囲の見直し(利用料・保険外負担について)

『見直し報告』では、年金給付との機能の調整や、在宅と施設の利用者負担の公平性という観点から、施設給付の範囲を見直し、現行の介護保険の給付範囲を縮小するとしている。具体的には、介護保険からの給付を「介護」に要する費用に重点化し、施設入所者の居住費や食費については保険給付の対象から除外し、自己負担にするとしている。あわせて、通所系サービスの食費についても見直すとしている。

また『見直し報告』では利用料負担割合(現在1割負担)については、「現時点では慎重に考える必要がある」としたが、「引上げるべきである」「サービス内容により給付率を変えるなどの見直しを検討すべきである」との意見も取り上げており、利用料負担の引上げに余地を残している。

『見直し報告』の通り、介護給付範囲の見直しによって、介護施設における居住費用や食費については保険給付の対象から除外されるならば、高額介護サービス費の対象にならない負担が大幅に増加することになる。現行月額5万円程度の特別養護老人ホームの利用料が12万円を超えてしまうことになる。

居住費や食費を徴収する理由として、報告書では「居住費用や食費といった基礎的な生活費用は年金制度において保障」されているにもかかわらず、施設入所者については介護保険制度でもこうした費用が給付の対象となっており、「給付が重複」していることをあげている。そして、年金制度の現状について、今後、基礎年金のみの受給者は減少し、「高齢者の多くは厚生年金受給者となり、これらの層は平均的にみれば、老後生活においても年金を中心とした安定的な収入が確保される」ことを前提にしている。

しかし、現実の年金制度はどのようになっているだろうか。国民年金だけを受給している高齢者の方はおよそ900万人であり、その国民年金受給額の平均は月額46,000円である。さらに相当数の無年金者の人々がいる。このように低年金額や無年金者の人々が膨大な数にのぼっており、必ずしも年金受給者は「居住費用や食費といった基礎的な生活費用」が保障されているとはいえないのが現状である。

こうした低い年金水準を改善することなく、居住費や食費を施設給付の範囲からはずし、全額自己負担にするということは、所得の少ない人たちの入所が困難になっていく可能性が高くなる。

金沢市の特別養護老人ホーム入居者の57%が食事標準負担額の減免が適用されている。す

なわち60%弱が住民税非課税世帯であるのである。

平均年金受給額が4万6千円の人々も食事標準負担額の減額対象となっている人々も経済的な理由で、特別養護老人ホーム等に入所できないことがあってはならない。経済的な負担能力によって施設に入所ができない人がいるということは社会保障の原則から、著しく逸脱している。

現在、介護サービスを受けている人々の最大の問題の一つは、「介護サービスを利用すればするほど負担が増える」という問題である。介護保険では利用料は原則1割負担であり、国民の運動の結果によって実施されてきた「利用料減額経過措置」も来年で廃止されることになっており、その矛盾は激化するものと思われる。支給限度額に対するサービスの利用割合が、制度実施4年を経過しても改善しないのは、この1割の利用料の問題が根底にある。要介護者等は必要に応じて介護サービスを利用しているのではなく、利用料等の経済的負担能力に応じてサービスを利用しているのが現状である。必要なサービス利用を我慢したり、利用制限することで介護度が悪化している事例も多くある。

そもそも介護ニーズというのは所得に関係なく発生するものである。定率負担は経済的な負担能力によるサービスの利用とならざるをえず、社会保障の原則からはずれる仕組みである。

利用料は原則として10割給付とすべきである。やむをえず負担を求めるときは所得に応じた負担とすべきである。所得は個人単位とし、住民税非課税者は無料とすべきである。

特別養護老人ホーム等のホテルコストは廃止すべきであり、施設の居住費部分は介護保険の給付対象とすべきである。将来、真に住居として整備される段階では、住宅手当制度等の創設を条件に介護保険とは別建てにすることも検討されて良い。

給食サービス費を従来通り、介護保険給付の対象とすべきである。

(3)施設給付(サービス)の見直し(施設入所対象者の限定)

『見直し報告』では施設利用のあり方については、弾力的かつ柔軟な利用形態を認めていく方向で見直すとしている。例えば、一貫したケアマネジメントのもとで、期間を決めて計画的に施設利用と在宅サービスを利用する「計画的な定期利用」をとりいれ、そのうえで、現行の特別養護老人ホームのような期限を定めない「長期継続型」の利用については、重度者に重点化している。

『見直し報告』は「ケアの観点から早期に特養ホーム入居が望ましいと考えられるものは全体の2割程度」と述べている。これは健保組合連合会のH14年3月の調査「介護円滑導入のための在宅サービス普及阻害要因に関する研究」(26施設401の回答)で、施設申込者の4累計のうち「家族もスタッフも早期入居が望ましい」とする「入居緊急型」が21%であったということなどに基づいているものと思われる。

現状でも2003年度4月からの「特別養護老人ホーム新入所基準」により、重度の人しか事実上入居ができなくなってきた。そして『見直し報告』のように「重度者に重点化する」ならばどのような状況が生まれるだろうか。介護度1、介護度2、介護度3の要介護者は特別養護老人ホームへの入居は完全にできなくなる。特別養護老人ホームは重度者だけの施設となり、生活施設としての機能を弱める。そして特別養護老人ホームで働く職員の労働は一層大変になるだろう。

金沢市の特別養護老人ホーム待機者の介護度 1、介護度 2、介護度 3 の割合は 16.1%、20.2%、22.3%合計 58.6%である。58.6%の人々の入居申請を「特養ホーム入居が望ましくない」と切り捨てることは許されるのだろうか。その方々と家族の介護問題は解決されるのだろうか。特別養護老人ホームへの入居が急増するのは、特別人ホームには 24 時間 365 日サービスの提供があるからである。現状 24 時間 365 日サービスの提供をめざしている市町村も生まれているがまだまだ少数である。従って多くの方々が在宅で要介護者等を支えることができずに、特別養護老人ホーム等への入居申請を行い、「死ぬまでには入居したい」という悲鳴が出るほどになっているのである。

なぜ「予約的申し込みが増えるのか」を考えることなく、施設の利用料を高くしたり、入居申請資格を重度のみに限定したりして、施設利用のハードルを高くしたり制限するだけでは、統計上の待機者数は減っても、現実は何も変わらない。

「死ぬまでには入居したい」という悲鳴こそ、介護保険の現状の矛盾を表現するものである。この問題の解決こそ、介護保険見直しで求められる重要な課題のひとつである。

施設入所を重度者に重点化すべきではない。入所をいかに抑制していくかという方向ではなく、入所が必要な人が入所できるようにすべきである。

国は特別養護老人ホームの待機者の解消に取り組むべきである。そのために必要な特別養護老人ホームの整備を抜本的に強化すべきである。

・新たなサービス体系の確立

(1)新しい介護サービスモデルについて

『見直し報告』では「新たな課題への対応」として、基本となる「介護サービスモデル」の転換を行うとしている。具体的には「介護モデル」は「介護＋予防」モデルへ、「身体ケア」モデルは「身体ケア＋痴呆ケア」モデルへ、「家族同居」モデルは「家族同居＋独居」モデルへと転換を強調している。

サービスモデルの転換は介護保険実施 4 年間の実績の検討をもとしたものである。また日本の今後の 10 年間の社会変化を見据えた改善であり、国民の要求に適った改善である。

『見直し報告』では「これからの 10 年間は、わが国が高齢化の最後の急速な上り坂を駆け上がっていかなければならない時期」「2015 年には痴呆高齢者は約 250 万人に、重度痴呆高齢者は約 140 万人に増加」「介護保険制度において高齢化の影響が最も深刻に現れるのは、2015 年以降の時期である」と述べている。従って介護保険の見直しで実施しなければいけないことは、迫り来る超高齢社会のために、後期高齢者・痴呆症状がある高齢者の増加、高齢世帯・高齢一人暮らし世帯の増加にみあった制度の拡充を行い、誰もが人間の尊厳を保てる介護保障を確立することである。

新しい介護サービスモデルへの転換は、時代と国民の要請であり、「給付の重点化・効率化」ではなく、抜本的な給付拡充の中でこそ実現する。迫り来る超高齢社会をだれもが安心して暮らせる社会にするために思い切った給付の拡充を実現すべきである。

(2)地域密着型サービス」の創設及び「サービス圏域」の設定について

『見直し報告』では、『従来の全国的に共通する「一般的なサービス」と並んで、サービス利用が主として市町村の圏域内にとどまるような「地域密着型サービス」を新たに制度化していく』として介護サービスを二つに区分し、「地域密着型サービス」の具体例として以下をあげている（小規模・多機能型サービスとは通い・泊まり・訪問・居住等の機能を複合的に組み合わせ継続的かつ包括的に提供する形態を総称するもの）。

小規模・多機能型サービス

- ・地域夜間対応型サービス・痴呆専用型デイサービス・地域見守り型サービス
- ・小規模の居住系サービス・小規模入所系サービス・グループホーム

「住み慣れた地域で安心して暮らしたい。」それは多くの国民の願いである。この願いに応えるためにも、地域密着型サービスの充実は大変重要である。しかもその地域密着型サービスは生活圏域の中で充足されるという提案であり、それこそ、介護が必要な方も痴呆症状がある方も普通に、まちの中で普通に暮らすことができることであり、ノーマライゼーション社会の理念に適ったことである。

この地域密着型サービスで重要なのは、日本中すべての生活圏域で地域密着型サービスが充足されることである。そのためには、地域密着型サービスの基盤整備への国庫負担や都道府県の負担（交付金ではない）が不可欠である。ところが「全国介護保険担当課長会議報告」によれば、これまでの社会福祉整備費国庫補助の見直しがなされ、『生活圏域』ごとの介護事業計画に対する「地域介護・福祉空間整備等交付金」とする提起が行われている。これでは地域密着型サービスの整備の必要性和重要性が痛感されていても財政上の理由から、二の足を踏むことになりかねない。とりわけ、小さな自治体ほど、町村単独で地域密着型サービスの基盤整備を行うことは困難であり、小さな自治体の住民は生活圏域で介護サービスを利用できないことになるだろう。

『見直し報告』では特別養護老人ホームを地域密着型サービスに位置づけていない。（既存の30床の特養ホームを除いて）むしろ特別養護老人ホームへの社会福祉整備費の縮小・廃止とワンセットにして地域密着型サービスが提案されている。しかし、特別養護老人ホームこそ本来、小規模多機能施設であり、地域密着型サービスである。これまでは特別養護老人ホームは郊外や山の中に建設され、行政指導で50床以上となっていたので小規模多機能施設として位置づけられていなかっただけである。今後、生活圏域の中で「定員20床、30床の特別養護老人ホームを建設」する計画が進めば、急増する特別養護老人ホーム待機者の切実な問題は解決し、生活圏域のなかで特別養護老人ホームが地域ケアの拠点としてのこれまで以上の大きな役割を果たすことになるだろう。

日本中のすべての生活圏域で、介護が必要なすべての人が介護サービスを受けられるようにするために、地域密着型サービスの基盤整備は国や自治体の責任で実施されるべきである。小さな自治体、高齢人口が多い自治体には国や都道府県は特別な支援をすべきである。

国や自治体の責任でサービス基盤整備を図るべきである。そのために基盤整備費を抜本的に強化し、特別養護老人ホームの建設費等に対する社会福祉整備費は縮小するのではなく拡充し、公費負担を建設費の4分の3に戻すべきである。

・保険料問題について

第3期介護保険事業計画期間(平成18年度～)の保険料基準額は4,400円程度と試算されているが、『見直し報告』では、第1号保険料について第2段階のうちより所得の低い層の軽減に触れたのみで、特別徴収(天引)を遺族年金・障害者年金にも拡大すべきとしている。住民税非課税者等に対する保険料の減免措置、応能負担原則を強化すべきとの提案はなされていない。

第2号保険料については、保険料決定プロセスに健保組合等の保険者が関与できる仕組みを求めている。

保険料の問題は『見直し報告』で述べているのは第二段階の被保険者保険料の改善である。介護保険料の一番の問題は所得に応じた保険料になっていないことである。第二段階だけでなく、第三段階なども含めて負担応力を越えて強制徴収されているのが現状である。現状でも「重い介護保険料を軽減して」という要望は強い。しかるに今後の介護給付費が増加するにつれて保険料が急増するならば、さらに国民の生活苦に拍車をかけることは火を見るより明らかである。

2004年6月、多くの国民の反対の声を無視して、強行成立させられた年金制度「改正」法の実施は、こうした矛盾に拍車をかけることになるだろう。

超高齢社会の到来ということで、今後も介護給付費は急増する。「介護給付費が急増すれば保険料が負担能力を超えて急増する」という介護保険の矛盾を解決する仕組みが必要である。この根本問題を解決する展望を示すことこそ、「介護保険見直し」で求められる最大の課題である。

第1号被保険者の保険料については所得に応じた保険料とすべきである。所得は個人単位とし、住民税非課税者の保険料は免除すべきである。

当面、国の制度として保険料の減免制度を創設すべきである。

国庫負担の割合を現行の25%から介護保険導入前の水準の50%にもどし、国と地方自治体の公費負担を75%にすべきである。