

2019年介護・認知症なんでも無料電話相談のまとめ

2019年12月25日

中央社保協

1. 開催日時 2019年11月11日(月)10時~18時(基本日時)
2. 電話相談の主催
 - ・ 中央社会保障推進協議会、東京社保協、認知症の人と家族の会
 - ・ 全国24都道府県が電話相談拠点を設けて実施
北海道、秋田、岩手、宮城、東京、埼玉、千葉、神奈川、長野、静岡、愛知、三重、岐阜、滋賀、京都、大阪、奈良、和歌山、兵庫、広島、山口、香川、宮崎、沖縄
3. 電話相談の目的

高齢化がすすむなか、お金の心配なく安心して介護サービスを受けたい、すべての高齢者・家族の願いです。しかし現状は介護職場の人手不足や、「負担が重くサービスを継続できない」「特養に入れない」など悩みは深刻です。その悩みに寄り添い共有しつつ、介護の専門家が具体的なアドバイスをを行う。
4. 何で知ったか(複数回答有)

新聞：27件、テレビ：120件、ラジオ：22件、チラシ：8件、インターネット10件、知人：6件、その他17件、不明1件

※愛知県ではNHKテレビにて日曜日の昼のニュース番組にて報道していただいたことにより反響が大きかった。
5. 結果について
 - 1) 35都道府県の252件と対話・相談

北海道、岩手、秋田、宮城、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、長野、静岡、福井、岐阜、愛知、三重、滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山、鳥取、島根、岡山、広島、山口、徳島、愛媛、香川、高知、福岡、宮崎、鹿児島、沖縄
 - 2) 内容は
 - ① 相談者：本人71人(28.2%)、家族161人(63.9%)、友人14人(5.6%)、不明6人(2.4%)
 - ② 性別：男性81人(32.1%)、女性160人(63.5%)、不明11人(4.4%)
 - ③ 年齢：20代3人(1.2%)、30代5人(2.0%)、40代18人(7.1%)
50代37人(14.7%)、60代55人(21.8%)、70代56人(22.2%)、
80代42人(16.7%)、90代以上1人(0.4%)、不明35人(13.9%)
 - ④ 内容：制度105件(41.7%)、サービス内容114件(45.2%)、家族問題122件(48.4%)
労働10件(4.0%)、その他53件(21%)
※認知症関連が89件(35.3%)

6. 相談内容の特徴点

家族はデイサービスに行ってもらったりペルパーの利用を希望していても、介護を受ける本人が拒否したり理解ができなかったりしてすれ違いが起こっていてどうしたらよいか悩んでいる姿や、認知症の方の介護を日々する中で心が疲れてしまっている姿が浮き彫りになりました。それを何とか解決していかうとするものの「利用できる介護保険サービスの全体像」が見えないため「どうすればよいか分からない」姿も浮き彫りになりました。しかし、そうした悩みや相談をどこで受け止めてもらえるのか相談先が分からない中で、この「電話相談」を見つけ藁をもつかむ思いで相談電話をかけてこられています。「毎日がつらい」「介護を受ける本人を責め立ててしまう」「鬱になりそうだ」などの思いを吐き出されていますが、それを介護福祉士やケアマネジャーが今回も受け止めしっかり傾聴しアドバイスを行っています。しかし、介護保険の利用や申請の方法はもとより様々な悩みに対しても本来行政・市区町村が具体的な援助や解決を行う責任があるものと考えます。

① 介護保険制度が複雑すぎるなか、サービスを利用するための入口である「申請」にまでたどり着かないままに、どう利用できるのか分からず自己努力をしている状況が明らかになりました。

- 相談者のなかには少なからず、どうすればサービスが使えるのか、どんな手続きが必要なのかなど「介護保険のサービス利用」にたどり着く以前のところで知識も持てないまま相談の電話をかけてきています。
- 「介護保険料ははずと払い続けるのか?」「認知症になったときにどうしたら良いのか」「認知症の要介護者本人に代わって申請ができるのか」など「申請主義」制度の中で、結果的に自身で情報を収集し対応する「自己責任」が求められている現実を突きつけられました。
- 行政に相談をしても「介護保険の申請は無理」と伝えられていたり、地域包括支援センターに相談しても「要介護者本人が希望しない」ならば申請できないと伝えられて援助をうけることができなかつたりして、申請にまでたどり着くための親身なサポートが受けれていない状況も出されています。

② やっと介護サービス利用までたどり着いても、サービスの利用料(自己負担)が高いなどの金銭的な問題、制度上の「制限」などが壁となってサービスを利用できない状況また削減されることになっていることが明らかになりました。

- 「要介護2の判定のため特別養護老人ホーム(以下、特養)には入れないし、サービス付き高齢者住宅は費用が高くて金銭的に無理がありどうすればいいか」「受給している年金で入れる施設があるのか」など費用と制度が壁となり施設入所の方法が見つからないなどの実態が明らかになりました。
- 「週3回娘が家に来てくれることで行政が『同居』とみなし生活援助のサービスが削られて困っている」「父を介護施設に入れたいが、費用面では世帯分離をして補給給付を受けようとも思うが、そうすると今の団地に住めなくなってしまうのでどうにもならない」などの事例の相談もあった。
- 「要支援2で週3回訪問介護を利用している。週3回以上利用することができない」「介護保険料未納しており介護保険サービスを受けられない」など制度が壁となり必要な介護サービスを受けることができない切実な悩みも出されている。

- 医療機関でのリハビリも含めて「リハビリが打ち切られた」「老健でリハビリの時間が減少しますますます悪化した」などリハビリに関する相談も寄せられています。
- 「透析患者はショートステイの利用が難しいといわれた。また、緊急時の対応にも困った」事例の相談もあり、現状ではかかりつけ医療機関との相談など制度に熟知し駆使した解決方法しかない場合があり、利用者・家族に苦労がのしかかっている現実も垣間見られます。

③ 介護サービスを利用していても、納得のいかない理由でサービス利用が打ち切られたりして、家族介護に回帰してしまう状況も明らかになった。

- 「ヘルパーの生活援助の時間が短縮され娘に同居をしてもらい家族介護」でしのいでいる悩みや「病院を退院後、金銭面で施設入所は断念し在宅でみていくが、介護者自身も高齢になり体位交換やオムツ交換ができるか」などの不安が出されています。
- 「在宅酸素利用。パーソナルトイレで排泄時転倒、現在は一日ベッドで臥床してすごす。今のデイからは『もう見れない』と言われた」「デイサービス、訪問看護を利用しているが、いずれも爪切り、浣腸など『家族にやって』と言われた」「サ高住に看護師の酸素ボンベ交換など医療管理を行う約束で入居したが「看護師が居なくなったので家族でお願いします」と要求されている」など最終的に家族介護が求められ「やるしかない状態」に追い込まれている姿が浮き彫りになっています。
- 有料老人ホームで「面会時に服薬介助の依頼を受ける」、老健で「毎日夕方施設に言って歯磨きや着替えを手伝っている」、デイサービス、訪問看護を利用しているが「いずれも爪切り、浣腸など『家族にやって下さい』と言われた」など施設や在宅介護サービスにおいても家族が介護や介助をすることが求められることでの苦悩も見えてきています。

④ 介護によるストレスや疲れが大きくなり「もう限界」「うつになった」「夜も眠れない」「殺意が芽生えた」など苦しい思いが吐露され、施設でも在宅でも家族への負担が相当重くなっている状況が明らかになった。

- 在宅介護での実態…相談の中で出された「声」
 - ・ 介護による強度のストレスを感じる
 - ・ 理解してくれる人が周りにいない
 - ・ 娘は介護のために仕事を辞めた。鬱病を発症。どうしたら良いのか
 - ・ 介護をしている同居の母は、夜も眠れずぐったりしている
 - ・ 私の体を休めることができない
 - ・ 介護している妻がくたくたでどう対応すれば良いか分からない
 - ・ 介護する父がストレスがたまり母をたたく
 - ・ 要介護者との関係に加え、周り家族との関係も問題が生じ、どうすれば良いのか悩む。
 - ・ 夫の介護。まいにち辛い。どういう気持ちで過ごしたら良いのか。気持ちの切り替え(方)を知りたい。毎日胃が重く、寝不足、ふらつく。決して夫が嫌なのではない。夜間の排尿が一番の悩み。寝不足だが、排尿をやらないと、ベッドが海ようになる。
- 施設入所での実態
 - ・ 夫の母を、憎しみの中でサポート(介護)している。施設に会いに行くたびに罵倒される。殴りたくなるが我慢している。限界。離婚したら楽になれる。

- ・ 入院しているが、胃瘻を造設。昼夜逆転し、家族が病院で介助している。
- ・ 義父の介護に協力せず好き勝手する義理の姉に対して、殺意が芽生えるぐらいいらだつ。

⑤ 現在の介護保険制度や仕組みを変えると同時に、地域での介護に行政・市町村が責任を持った施策を行うことに真の解決の道筋がある

- 相談の電話時間は30分～40分は当然であり、中には3時間もお話を傾聴した事例もありました。相談者のメモからは「傾聴し、落ち着いた様子」「最後に『ごめんなさい』』とって電話が切れる」「15年間在宅での介護の大変だったことを傾聴し、ねぎらいの言葉をかけさせていただく」「とにかく傾聴し、話を聞いた。『こうして話をきいてもらっただけで、自分の心の気持ちや健康が上がった気がします。解決方法は自分で探します』と電話が終わる」などの記載がありました。今回の電話相談でも多くの場合まずは「傾聴」することが基本となります。個別の具体的なアドバイスを相談員はしていますが、やはり現在の介護保険制度や仕組みを変えなければ根本的な解決にはならず、結局は介護者や要介護者の「自己努力」「自己責任」にすり替えられてしまう現実があるのだらうと思います。介護者は要介護者である「家族」を見捨てることはできずに、最後の「責任」を逃れることができない現実を突きつけられることになります。
- 藁をもつかむ思いでの電話相談となっていますが、「介護で外出」もままならないことも話されました。私たちの努力や支援も「質量ともに」当然広げていくことは必要ですが、行政の役割は極めて重要となるのではないのでしょうか。各市町村が介護保険の「保険者」になっていることもありますが、憲法25条の「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」の理念を、地域の最前線で達成する任務は行政・市町村にあるのではないのでしょうか。行政・市町村がさらに地域に足を運び、こうした介護で悩む住民の思いを「傾聴」し「寄り添い」問題解決の道筋を責任をもって立てていくことが求められるものと考えます。
- 現在の介護保険制度や仕組みを変えると同時に、地域での介護に責任をもった行政・市町村の責任を持った対応、施策に真の解決の道筋があるのだと考えます。

7. 相談内容…以下は、相談員の「相談メモ」からの抜粋

(1) 介護保険の利用に関する相談など

① 保険料、申請方法、認定結果など

- ・ 介護保険料は今後ずっと払わなければならないのか？認知症になったときはどうしたらよいか。
- ・ デイサービスやヘルパーを使うには、どうすればよいか。
- ・ 先日、同居している母がアルツハイマー病と診断された。実際に介護を受けるには、どのような手順を踏めばいいか？
- ・ いずれ特養入所を考えている。介護保険の申請方法と、その後の流れを知りたい。
- ・ 訪問看護を希望したいがどのように進めたらよいか。
- ・ 88歳女性の相談。膵臓がんで予後1～2か月、介護保険未申請。回復期病棟に入院していたが、黄疸が出て転院。今後の相談中だが、転院先が決まるまで自宅介護も言われている、どんなサポートが受けられるか。
- ・ 重度障害者の子25歳と2人暮らし。6月に左上腕骨折で動けなくて手術をと言われたが、

子どものことがあり入院できないのであちこち相談したが、子がいけるところがみつからず、結局入院せずなんとかすこと落ち着いてきた。自分の介護申請はできないか。役所に行く。「子どもを連れ歩いているのだから介護保険申請は今は無理でしょう」と言われた。

- ・ 同居する父が足の運びが悪くよく転倒。一度地域包括支援センターに相談に行ったが、「本人が希望されない、病院受診されないなら」との理由で介護認定の申請ができなかった。
- ・ 67歳（男）の友人の件で相談。40年近く働いていたが、震災後に帰沖し、年金生活。発達障害で引きこもり、人と会うのを避けるが、どこに相談したら良いか？
- ・ 腰が痛いのでリハビリしたいが、病院ではもう受けられないと言われた。「介護保険に入る」とはどういうことか。
- ・ 9月に認定調査を受けたが11月11日の時点で結果が来ない。
- ・ 実家の母が認知症（になりかけている？）と診断され薬を処方された。（朝1日1回）動脈瘤もあり、血圧の薬も服用しなくてはならないが、ちゃんと服用できていないようで困っている。車で10分のところに兄が住んでおり、お薬カレンダーにセットはやってきているが本人は上手く利用できていない。介護保険は申請するも認定が受けられなかった。

② 利用者負担

- ・ 母について相談。要介護4。遠方で独居。現在は入院しているが退院後在宅復帰は難しい。施設を検討しているが特養か老健に入所できればと思う。有料老人ホームは経済的に無理。
- ・ 胸膜炎の診断があり介護保険は要支援2の認定。さらに悪化した区分変更を受け付けてくれない。医師からは余命2年以内と言われている。
- ・ 母親の件での相談。要介護3、身体障害者3級の認定を受けた。現在、訪問介護と在宅医療（往診）利用しているが、どのぐらいの医療費がかかるのか不安。
- ・ 68才女性からの相談。要支援2の認定。左右の足不自由で、身体障害者。自営業で、国保加入。年金は保険料天引きされ手元には11万円が残る。昨年申告（青色申告）で収入が増え、介護保険料が5200円から10400円に2倍に上がり、支払いが大変。そのため、デイサービスに週2回利用が困難で1回に減らさざるを得ない。

③ その他

- ・ 実母はパーキンソンで要介護2、車いすで外出できない。めまいもあり、介護保険制度は、福祉用具と住宅改修のみ。買い物など外に連れて行ってあげたいが、デイサービスは利用したくないとのこと。訪問診療に切り変えてよい面もあるが悪い面もあり、外にできることが億劫になっている。利用できるサービスは何があるか？（身体障害手帳などあり）
- ・ 92歳の祖父が介護1となった。どうしたらよいか。サービスの計画書を作るのにお金はかかるのか。
- ・ 最近会話がうまくできない。認知症でないか不安がある。57歳で早期退社してからずっと家にいる。血圧が高く病院にかかっている。今後の人生に不安がある。
- ・ 普段、介護相談をどこにしたらよいか分からない。
- ・ 95歳で要介護5の母の特養申し込みについての相談。住民票のない自治体の特養に申し込みは出来るのか？食事摂取時、かなり手間がかかり、介護が難しい。いい方法があるか？
- ・ 父が認知症の診断を受けた。デイサービスを利用している。今年負担割合が1割から3割

になり年金収入、企業年金が減った。介護認定で障害者控除を受けられると手紙をもらった。父一人で毎年確定申告しているが書類を紛失し、一人ではできないといわれたり、お金を盗ったといわれる。父に代わって手続きをする方法はあるか。

- ・ 2年前～母（電話口の人のお母さん 90代）が認知症、部屋からトイレを24時間行き来している。便意、尿意もあるのかわからない。移動もハイハイでしている。介護疲れでうつになりそう。かかりつけ医はいるがあまり症状の相談にのってくれない。現在要介護1。ケアマネあり。
- ・ 要介護5、医療福祉費支給制度の認定を受けていて医療費は無料だが、友人から障害認定を受けたらどうか？と言われ、区役所に相談に行ったが、「障害手帳がほしいのか？」「障害の税金の優遇をしてほしいのか？」と言われよくわからず、つきかえされた。具体的な相談にのってもらえる雰囲気ではなかった。
- ・ ”認知症”診断を受けるおばの件（84才）失禁、便をトイレ、所かまわず塗りたい。 「おむつをつけてほしい」と嫁が頼むが、「特別の時だけ」と通常は拒む。嫁と息子の間もギクシャク、おばと嫁の板ばさみでいところがかわいそう。介護保険サービスなど受けたいが、医師が「通院に自転車で来るようでは困難」と言う。
- ・ 腰椎の手術後5ヶ月が経ち、医療保険での外来リハビリが受けられなくなった。外来でリハビリをできる病院を教えてほしい。介護保険認定あり。地域包括支援センターに相談し区分変更中。

(2) サービス内容

① ケアマネジャーに対して

- ・ ケアマネジャーとそりが合わない。一人暮らしで困っているのが、そういう話を聞かずに、デイサービスを紹介されて、相手のペースになっている。コミュニケーションが自分は苦手なので、どうしたら良いのか。
- ・ ケアマネジャーについて不満を出されての相談。78歳独居、要介護4、身障1級、頸椎損傷、寝たきり、糖尿病、緑内障、右耳難聴、尿カテーテルが診断されている。退院時にデイサービス、訪問リハ、を利用させていただいて、今のケアマネになってからサービスを削減された。過去に免許証やカードを紛失させられた経験がある。
- ・ 12年前に癌が判明、骨転移、うつ病もある。父は90代で高齢者住宅に居る。母は他界。夫と二人暮らしだが病気に理解が無い。リハパンを使用している。排せつ障害がある。義理の父母は、人の力を借りてまで生きていくな、という。ケアマネジャーは家族の事情だからと介入しない。

② ヘルパーに対して

- ・ 重度呼吸器ぜんそくで障害認定を受けている。障害サービスでヘルパーに来てもらい、掃除やお風呂をお願いしていた。先月ヘルパー事業所がなくなってしまった。それで困って電話した。区役所や相談援助事業所に相談したり、自分でも調べて何件もヘルパー事業所に連絡したが断られた。
- ・ 要介護1の一人暮らしの女性。ヘルパーのサービスが25分短くなって、仕事内容が雑になった。今のこのような生活援助の制度なら必要ないと思っている。ケアマネにもヘルパー

のことを相談しても、無駄だと感じている。自己負担の金額をさげてほしい。

③ 通所施設に対して

- ・ 101歳の母親について、デイサービス、訪問看護を使っているが、いずれでも爪切り、浣腸など「家族にやってもらいなさい」と言われた。そのような対応はしてもらえないのか。
- ・ デイサービスに2年2か月通っていたが11月1日に出入り禁止と言われ、話し合いもできず「弁護士を通せ」と言われた。2年間に3回ほど他の利用者やスタッフとトラブルになったことがある。1度はカラオケをめぐって腹が立ったので大声を出した。1度は送迎車で担当運転手ともめた。3度目は自分の悪口を言っているのが聞こえたので怒鳴った。その場で注意もないまま、いきなり主任や施設長が「出入り禁止」を宣言し話し合いが拒否されている。

④ 入所施設に対して

- ・ 内縁の夫と二人暮らし。(世話をしてくれていた息子は5年前に他界)。病名はついていないが、体調不良が続いている。今までで生きていた家事ができなくなっている。ゆくゆく施設に入りたいが、年金が10万円以下。入れる施設はあるのだろうか？生活保護も検討している。
- ・ 父親が現在圧迫骨折のため、要介護3ですが改善しているため、要介護1か2になるだろう。母は要介護1、ただ眼が悪くて見えづらく外に出ることが億劫です。①施設を探したが、特養が一番安い設定であるが誰でも入れるのか？②食事がきちんととれなくなった父や目が目いづらくなった母にどのような支援制度があるか？デイサービスについて何度もお試しする様にしているが拒否が強いため行ってくれない。
- ・ 義理の娘からの相談。夫の母(義母)について、現在老健6ヵ月目入所中。(2ヵ所入院後施設へ)。糖尿病、低カリウム血漿で入院していたが、施設でも状態が不安になっている。数値も高く、足がむくむ。3ヵ月はリハビリをしていたようですが、制度的にリハビリの時間枠が少なくなり、「危険だから立たないで」とスタッフに言われている。そのためかますます状態が悪くなっている。
- ・ 有料老人ホームに入所している。施設に自分の思っているようなサービスを提供してもらえない。みじめだ、死ぬことも考えた。
- ・ 91歳、老健入所中の母親の相談。施設の職員から母のことで苦情を言われており、次の施設を探している。苦情の内容はお、朝、センサーマットが何度もなる等のこと。相談者か娘が、毎日夕方施設に言って歯磨きや着替えを手伝っている。
- ・ 80代祖母について相談。要介護4、認知症。相談者はうつ病を発症。父も鬱で介護ができない。特養入所を行政に相談したが相談者が若いことを理由に未だ頑張れると取り合ってもらえない。
- ・ 有料老人ホームの職員から面会の時に服薬介助の依頼を受けた。
- ・ 認知症で入院中の母親(今年1月から入院・転院し現在に至る)の退院を迫られているが、入れる施設の空きがない。九州に住む他の姉妹は全く関わってくれない。成年後見制度申し立てしようとしたら姉妹の承諾書が必要と言われ困っている。
- ・ ①サービス付き高齢者住宅に入居の90歳母(要介護3)についての相談。肺病のため酸素吸

入を継続しており、看護師がボンベ交換など医療管理を行う約束で入居した。その後、「看護師が居なくなったので家族でお願いします」と要求されている。毎日行けないし、ボンベが空になるので不満だ。②費用負担は月額 20 万程度(居住 15, デイ 3, おむつ他 2)。現在は一人娘として母の年金に補填して払っているが、相談者が退職した後は支払えなくなる。

⑤ 利用制限

- ・ 現在、要支援 2 で週 3 回訪問介護を利用している。週 3 回以上利用することはできないのか？ケアマネにも聞いているが、ヘルパーの制約も多く、ヘルパーに来てもらうために、私が部屋を掃除している。それ以上ヘルパーは利用できないので、自費サービスも勧められた。お金も制限がある中でどうしたらよいか。
- ・ 73 才、要介護 1 の利用者の娘さんより。週 2 回ヘルパーにより入浴介助、週 2 回ヘルパーによる掃除をお願いしている。週 1 回訪問介護を利用しているが、デイは利用していない(拒否)。昨年夫が亡くなり独居になったが、精神障害による不安もあり、千葉より娘が来ている(1 回の訪問で 1 週間ぐらいいる) 10 月に介護保険の更新になり、今まで通り要介護 1 になったが、ケアマネさんより娘さんが度々来ているので、同居になるので、週 2 回のヘルパーによる掃除はできないと言ってきた。(週 1 回は OK)私は同居ではないといった所、ケアマネさんが名古屋市に問い合わせた所、月 3 回以上来ていると同居(月の半分は名古屋にいる)とみなすと言われた。おかしいではないか？

⑥ その他

- ・ 介護保険更新し要介護 2 から要介護 1 に認定が下がった。認知症が進行し夫の介護負担が大きくなっている。更新して要介護 3 になると思っていた。市からは要介護 3 になるとタクシー券がもらえる。病院に通うためにバスに乗れない。介護 3 に認知されれば負担が軽くなる。2 年前からサ高住に入居しているが、介護サービスは利用していない。
- ・ 妻(76 歳、認知症)の相談。デイに通っていたが妻の認知症による攻撃性のため 2、3 回通ってやめた。ケアマネジャーはいるが訪問しない、区役所も来ない。どこに相談したらよいか。

(3) 家族の問題

① 介護疲れ

- ・ 夫(80 歳)が、1 年前より認知症の診断を受けた。1 年間介護したが、要介護 2 から 3 になった。夫は「食べてない」と訴え、3 回食べる。お風呂には「入りたくない」ということが多い。男性が訪問すると妻を心配し怒りだす。徘徊、取られ妄想はない。本人の言うように介護をしてきたが、体調に異変が生じている。手足の裏に赤くなり冷たいものにしびれる。介護による強度のストレスが原因との判断。今後の対応を相談したい。デイサービスを利用していたが、今日よりショートステイも利用している。ショート中に子供の家で休み、少し良くなった。入浴はトイレから出てきて歩いているうちに手を引いて風呂場に連れて行けばできる。食事は食べたお皿を少しの出すように工夫している。
- ・ 要介護 4 の両親と同居している。嫁と二人で介護しているが外出もできない。嫁か相談者どちらかが倒れたら成り立たなくなる。ケアマネに相談しても施設入所は無理と断られる。

- ・ 夫の両親（父78歳、母71歳）のことで相談。母は認知症で4年前から父が支援を拒否している。母は2か月前から施設入所したのち、父は一人暮らしを始めてから物忘れが進み、感情が不安定になっている。精神的につらくなっている。今後どうしたらよいか。食事は弁当を利用しているが他は自立している。
- ・ 妻（95歳、要介護2）について相談。夏頃に足をけがをした。夜中にトイレに行くことが増えた。ふらつきや失禁があるため家族が起きて対応している。ショートを利用しているが2泊までと制限されている。大声や他の利用者の部屋に入ってしまうことがある。最近眠れない。
- ・ 家族間のトラブルについて。義父の介護一人で一所懸命に行っている。義妹が好き勝手なことを言っており腹立たしい。同居している義母も今後どうしたらよいか。嫁として自分の役割だと思っている。殺意が芽生えるぐらい義妹に対していらだっている。
- ・ 透析を受けている84歳、要介護1で5年経過しているが、透析患者はショートステイの利用が難しいといわれた。また、緊急時の対応にも困った。
- ・ 今年の10月に若年性認知症と診断された夫が通所介護を嫌がっています。夫は15年間「統合失調症」「アルコール依存症」でした。9月に一人で外出して道がわからなくなり、おかしいと思って受診しました。医師が診断では、脳の萎縮があるとのことで、要介護2の認定ができました。普通のデイサービスでは無理で、週2回運動だけのところに通っています。送迎は妻の私がやっています。本人は最初は行きましたがあまりいきたくないようで、無理強いはいらないほうが良いと思って苦慮しています。私の体を休めることができない。
- ・ 夫が若年性認知症アルツハイマー症でアリセプトを4~5年間飲んでいる。2か月入院後、月から金はショートステイ、土日は在宅で介護している。診断を受けて今に至り71歳の夫は認知症状が低下し、妻はくたくたでどう対応すればよいかわからない。
- ・ 姉（88歳）についての相談。一人暮らしのため、心配で食べ物を送っていた。10月に姉のところへ行き、通帳記載、現金引き出しを依頼されて代行したが、その後「あなた、お金をとったでしょう？」と疑われた。しつこく「あなたがやったんでしょう」「あやまりなさいよ」としつこくいわれ、しかたなく謝ったところ、「身内なのにこんなことするなんて」といわれて、ますます関係が悪くなった。現在、このことで頭がいっぱいで眠れない日が続いている。
- ・ 母が86歳。年金が少なく、発言がコロコロ変わる。ケアマネついているが不信感がある。相談者（娘）同居しているが悪者扱いされている。自分はがんになったため、就労していたがやめた。毎日10年間悩んでいる。利用しているデイ請求ミスがあったがデイ職員も自分に冷たい言葉を言う。親子関係は知らない。10月からショートステイ利用開始。仕事や親子関係に疲れている。相談相手がない。数年前から母に虐待されている。
- ・ 父母80歳、要支援認定、母肝臓がん、次男との関係悪い。娘は強度のうつ症状があり、股関節にも病変あり。歩行困難。娘は心身ともにボロボロ。どうすればいいのか。
- ・ 要介護3の実父を介護している娘からの相談。母が亡くなり父と2人の生活だが、関係性悪く父の介護したくない、父から介護しないと文句を言われる。リハビリホーム(?)に半年入所しているが、この先特養入所を勧められている。世帯分離も勧められるが、今の団地に住めなくなるので困る。自分も精神手帳3級持っているので辛い。職場でも理解得られず、父の支援者からも父のことばかり心配され、誰も自分のことをわかってくれない。

- ・ 認知症夫の相談に、市の職員が親身に相談にのってくれないため、不安のため相談の電話した。
- ・ 母 72 歳、パーキンソン病、一年前認知機能の低下で主治医に相談したが認知症ではないと診断。今年になり症状がひどくなり MRI をうけている。主治医は心療内科。うつ病もあるので安定剤も飲みふらふらしている。介護をする父がストレスがたまり母をたたくことがある。
- ・ ケアマネに対して話ができない。介護をするのに疲れてしまう。うつ状態なので体がきついのでいわれるように介護ができない。
- ・ 夫の母、同居中 94 歳、ADL 自立、4ヶ月前から物忘れ、被害妄想あり。アルツハイマー型認知症と診断された。症状が激しくなり地域包括支援センターに相談したが、介護保険の申請手続きをしようとする本人が強い拒否反応を示し申請できない。それ以来地域包括支援センターも訪問してくれなくなった。

② 生活苦

- ・ 74 歳の妻の相談。脳出血後遺症のため身障 1 級。夫（74 歳）が介護をしている。夜な夜な「死にたい」とつぶやく。介護保険料未納しており介護保険サービスを受けられない。生活が大変。医療も中断している。
- ・ 義理の母 80 才についての相談。母には認知症、統合失調症があり、自分は長男の嫁だが、世話がとつてもつらい。にくしみの中でサポートしている。次男夫婦は遠くに住んでいて、何もしようとしない。施設に会いに行くたびに罵倒される。なぐりたくなるががまんしているが、もう限界だ。次男とは話ができないし、したくない。夫と離婚したら楽になれるのと思ってしまう。
- ・ 80 代女性よりの相談。50 才の息子が認知症と 10 年前に診断され、離婚され戻ってきた。7 か月前交通事故を起こし、相手がヤクザで 30 万払ったがその後も毎月治療費で 5 万ずつとられている。本人お金なく母が年金から渡しているが、おうお金がない。息子を見捨てることができない。このままでは心中するしかない。

③ 介護方法

- ・ 夫の父の介護についての相談。父はパーキンソン病、レビー小体型認知症の診断を受けている。10 月 21 日に介護申請を行った。ここ 1 ヶ月程、認知症状が急激に進んだ。家の中のいたるところで排泄をしてしまう状態。相談者は、夫の父、夫、息子（高校生・男）4 人暮らし。相談者はがんを患っていて、手に力が入らないので介護は行えない。夫は仕事で忙しく、日中は介護できない（帰宅が夜 8 時か 9 時になる）。夫は介護に協力的だが仕事も忙しく負担をかけられない（倒れてしますのではと心配）。介護認定が決まる前に、介護サービスを受けるのは、わがままではないか。どうしたらよいか。
- ・ 夫が特養に入所してからやる気がでない。夫も認知症でわからなくなっている。行くたびに痩せてしまっている。私自身がいやになる。施設に入った以上は、家に帰ったらもう入れないと思っている。今までずっと大変だったから施設に入れてしまった。夫は半身不随で食べられない、話せない。施設の対応にも不満。食べられなくなったらどうしますか？と聞かれた。食事介助は妻が行うとよく食べる。家に帰したほうがいいのか。

- ・ 夫は（81歳）今年に入って、認知症の進行のスピードが速い。要介護2でサービスはデイとショートステイ利用。本人よく食べ、よく寝て、元気で機嫌もよい。介護者の自分は毎日がつらい。どういう気持ちで過ごしたらよいのか。気持ちの切り替えを知りたい。相談者は毎日、胃が重く、寝不足でふらつくことが多い。決して夫が嫌なのではなく。散歩も同行、一週間があつというまに過ぎてしまう。これではいけないと趣味の水彩画は続けている。ひとり娘がいるが父親が認知症になって以来、避けるようになり、何か頼もうとしても仕事が忙しいと断られる。夫は穏やかで関係は良好だが、今は夜間の排尿が一番の悩み。寝不足でだがそれをしないとベットが海のようなになる。
- ・ 両親兵庫県在住。父90代認知症で、便も垂れ流し状態。母80代は脳梗塞で身体動かず言葉も出ない。特養に入れたいが要介護2では入所できないと言われた。サ高住に入れるよう勧められたが金銭的に難しい。両親とも家を離れたくないと言っている。
- ・ 92歳認知症（10年前より）の母、介護1の認定についての相談。弟夫婦と同居しているが、あまり介入しない。昨日までもの忘れひどい状態。今朝「家に二人とまっている」と電話あり。誰もいないため心配になった。今までこんなことはなかった。ケアマネジャーはいる。毎日何度も母に電話し、指示をして生活している。こんな急に様子が変わることがあるか？どうすればよいか。（サービスはデイを週3利用している。）

④ その他

- ・ 妻と二人暮らし。妻は生活が不規則で同じことを何度も言う。お風呂の回数がへり、寝付けなくなっている。認知症ではないかと疑っている。夫も足のしびれや足の引き釣りなどがあり通院している。介護2、脊椎管狭窄症2回の腰椎手術後に通所サービスを4～5か月前まで通っていたが、事業所とトラブルになり通所をやめている。今後が不安。
- ・ 姉（独協、88歳）についての相談。姉は24歳で緑内障で全盲、84歳で脳梗塞を起こしてから脳梗塞を繰り返し、要介護5となった。入院を繰り返していたが現在は在宅。見当識低下がみられだし、妹（相談者）のことがわからない。妹自身は姉といると充実した生活を送れると感じているが、姉が混乱したり起こった時にどうしたらよいかわからない。

(4) 労働問題

- ・ 介護職員（グループホーム職員）の処遇安すぎる。どこに言えばよいのか。声を拾ってほしい。今日の相談の結果、行政などの伝えてくれるのですか。No23
- ・ 当直と夜勤の違いを教えてほしい。当直の翌日も日勤。利用者の徘徊あり、当直中もオムツ交換あり洗濯も。休憩はまちまち。遅出、早出など。週に1回も休めないこともある、デイもヘルパーの記録も前日提供していない日のサービス記録をアライバイ的に書かしている。相談・意見しても「余計はことはいうな」「だまっておけ」といわれる。No24
- ・ 常勤でヘルパーの仕事。職場異動後、朝7時から深夜0時過ぎまでの勤務。他のスタッフも残業しているので1人だけ早く帰れない、移動したばかりで相談もできない。みなし残業30時間だが労基法違反ではないか。

※本提案文書は、中央社保協が10月16日に、障害者団体や認知症の人と家族の会、介護施設団体などと「意見交換会」を行い、その時に出された案文です。意見交換会は、「介護の提言」(仮称)の議論の到達点を報告し、各団体や現場からの意見をいただき、その後の議論や「提言」(仮称)内容に反映していくために行いました。従って、この案文自体は構成なども含めてまだ確定したものではなく、これから大いに社保協内部でも議論を重ね、修正・変化していく性格のものであります。

※また、情勢部分については、2019年10月時点で執筆しているため、今後の政府の動向を踏まえて加筆・修正を行います。

中央社保協 介護提言(仮)【素案】20191016版

0.はじめに

介護保険は「介護の社会化」を謳い文句に導入された。しかし、介護心中・介護殺人、介護離職、認知症での家庭崩壊など介護問題が社会的問題となる中で、大きな期待がされる一方問題点を指摘する声もあった。給付と保険料が直接連動する仕組みとなったため給付の伸びをできるだけ抑制する、保険料は確実に徴収するという財政上の規律が根強く作用する制度となっている。このことが国民の願いに応えていない制度に進んでいく根幹にあるし、政府・厚労省の狙いでもあったと言える。

20年を迎えた介護保険制度の問題点を指摘するとともに、その改革の方向性、そして限界が指摘されている介護保険制度に代わるべき本来あるべき日本の介護の方向性を示し、国民全体の議論と改革の運動を提起する。

1. 20年目に入った介護保険制度

2000年4月にスタートした介護保険は、今年2019年4月で施行20年目を迎えた。人にたとえると、生まれた子どもが成人式を迎えるほどの長い年月を経過したということになる。

「介護の社会化」への期待

介護保険は、介護を社会で支えるという「介護の社会化」の期待を背負って創設された。それまでの措置制度とは異なる保険方式が採られ、「サービスを自由に選択できる」「契約によって権利関係が明確になる」「多様な事業所が競い合って質の向上を図ることが可能となる」などの「メリット」が大きく喧伝された。

制度が施行されて以降、施設・在宅の事業所数が急増し、認定者や利用者数は増え続けた。町なかでデイサービスの送迎車をよく見かけるなど、公的な介護サービスが身近なものとして受けとめられるようになった。また、NPO法人など市民がサービスを提供する事業者として参画する条件が整えられ、新たな地域づくりの可能性が広げられた。制度を実施する主体が市町村となり、介護保険は「地方分権の試金石」とも言われた。総じてこの20年、介護保険が高齢者の介護を支える新たな制度として社会の中に定着してきたことは間違いない。

看過できない現状

しかし、一方では「介護の社会化」と呼ぶにはほど遠い実態があることも明らかになっている。利用者・高齢者の経済的な事情や介護保険のしくみのために、介護サービスの利用が困難なケースが後を絶たない。確かに総体としての介護サービス量は増えたが、個々の利用者からみれば、必要な介護サービスを受けられない事態が広がっている。家族の介護負担は依然として大きく、親の介護を理由に仕事を辞めざるを得ない「介護離職」は年間10万人前後で推移している。「介護殺人・介護心中」と称される痛ましい事件もなくなるならない。

さらに、高齢化に伴って増大する介護需要に対して介護職員の確保が追いつかず、現場の人手不足はここ数年でいっそう深刻化している。要因として賃金・労働条件の問題が大きい。介護職員の給与は低く抑え込まれたまま推移しており、全産業平均と比較して月 9 万円も低い水準にとどまる。離職率は高止まりの状態である。

2. 介護保険の実相－利用者・家族、介護事業者・従事者にとって

介護保険をめぐって、現実にはどのようなことが起こっているのか。利用者・家族、サービスを提供する介護事業者、介護従事者の視点からみてみたい。

(1) 要介護者、家族の視点から…制度に起因する困難や矛盾に直面

これまで様々な団体が実施した調査を通して、介護をめぐるとの深刻な実態が浮き彫りにされてきた。これらの内容は、現在の介護保険がもつ制度上の問題・矛盾を示している。

(費用負担)

- * 利用料の負担が困難でサービスを減らす。利用そのものを中止せざるを得ない。もしくは最初から利用できない。施設では、入所費用(部屋代・食事代)を払えなくなり退所を余儀なくされた。費用を工面できず入所申し込みができない(「待機者」にもなれない)。

(給付額の上限)

- * 区分支給限度額(要介護度ごとに設定されている保険給付の上限額)を超えてしまい自費負担が生じている。もしくは自費が発生しないよう利用を抑制せざるを得ない。

(要介護認定)

- * 要介護認定の結果と実際の状態像が合っておらず、軽度に判定されてしまいサービスの利用に制限が加わる。

(サービス内容)

- * 新予防給付や総合事業に移されたため、これまでの生活を続ける事に支障が出たり、健康悪化・状態の悪化が生じている。総合事業のサービスを提供する事業所が少なく必要なサービスを受けられない。(公的なサービスや支援から「切れてしまう」高齢者が出ている)
- * 生活援助など個々のサービスごとに回数・内容に制限が設けられており、必要なサービスを利用できない。
- * ヘルパーの支援など自治体独自の「ローカルルール」による利用の制限がある。

(施設入所)

- * 施設への入所が困難。一人暮らしまたは家族介護が限界になっているが療養・生活の場が見つからない。要介護2と判定され特養に入所できない。インシュリン、酸素等の治療を要するため受け入れ先が見つからない。

(介護保険料)

- * 介護保険料が高額になって支払いが大変。家計が圧迫されることで貯金を取り崩す、食費などを切り詰めるなど。保険料の未納状態が続き給付制限(ペナルティ)の対象(償還払い、7割給付など)となってしまう、サービスの利用がさらに困難になっている。

(その他)

- * 制度が複雑で仕組みがよく分からない、制度の利用のことや困った時などに相談できる人がいない、…など。

(2) 介護事業所の視点から…先が見通せない人手不足と経営難

介護事業所では、低く据え置かれた介護報酬のもとで事業経営の困難が続いている。特に、過去最大

級のマイナス改定となった2015年改定の影響が大きく、倒産に至る老人福祉・介護事業者が急増している（2017年は過去最多の111件。2019年は6月末で55件となり上半期として過去最多のペース）。法的手続きによる「倒産」ではない「廃業」も続出している。加算偏重の報酬改定が続く中、加算を算定することが困難な小規模事業所での影響が特に大きい。地域に根づいて利用者を支えてきた訪問介護やデイサービスなどの事業所の存続が非常に難しくなっている。

事業所の職員も慢性化、深刻化の一途をたどっている。多くの事業所で募集しても応募ゼロという状況が常態化している。職員の不足を理由とした新規利用者の受け入れが困難、事業の縮小・休止などの事態が頻出しており、1割強の特養ホームが職員体制を確保できないことを理由に入所を制限している。第6期の特養ホームの建設は、計画に対して4万7000人分の整備が未達となった。職員の離職率は全産業平均と比べて高止まりの傾向が続いており、特に入職3年未満の職員の退職は4割に達している。多くの事業所では、職員の不足が労働環境の悪化につながり、離職を加速させ、そのことが経営悪化とさらなる職員不足をもたらすという「負の連鎖」から脱却できずに苦悩している。こうした介護事業所に生じている困難は地域のサービス基盤を大きく揺るがしており、「介護離職」の見られるように、家族の介護を支えきれない事態をつくりだしている。

一方、給付「適正化」を目的とした行政による事業所への管理・監督（締め付け）が強まっている。地域ケア会議などを通して介護保険からの「卒業」を強要する指導などにより、ケアマネジャーの側で利用を自粛してしまう状況もある。総合事業では、採算性を理由に大手事業所の撤退が相次いでいる。また、基準緩和型サービス等の担い手の養成・確保がきわめて不十分なため、通常の職員体制で利用者を受け入れざるを得ない事業所での深刻な経営悪化が目立つ。

(3) 介護労働者の視点から

介護保険制度の下では、介護労働者をめぐっても様々な問題を抱えている。特に、働き方や賃金の問題は、介護保険制度がスタートした当初から叫ばれている問題であるが、20年目を迎える今日でも状況は依然として変わっていない。それどころか、介護保険制度の改正がすすめられるに従って、その深刻さは増している。

◇介護の専門性

介護保険制度はその法律で、要介護状態となった者が尊厳を保持しながら自立した日常生活を営めるようにすることが目的とされている。しかし、「制度の持続性」に重点を置いた改正が幾重にも加えられるなかで、その目的は次第に「利用者本位」から「制度本位」へと変容し、現場で展開される介護そのものにも大きな影響を及ぼしている。「効率化」「画一化」が求められるようになり、「個性」や「ニーズ」を重視する介護の専門性は失われつつある。今や、介護の目的であった「自立支援」の概念さえも歪められ、「自分で出来るようになることを支援すること（介護からの卒業）」とされている。「利用者本位」を失った制度の下では、介護労働者と利用者とのかかわりも薄れている。全労連の介護労働実態調査（以下、全労連調査）では「十分な介護ができていないか」という設問に対して4割を超える人が「わからない」と回答しており、介護の目的そのものを見失っていることが明らかになっている。

◇賃金をめぐる問題

介護労働者の低賃金の実態は、全産業労働者の平均賃金との格差が月額8万円にも及び、人材不足の大きな原因となっている。「制度の持続性」が重視されるもとで、もともと低い介護報酬の水準がさらに抑制されており、低賃金構造にさらに拍車をかけている。

政府は、2009年からこれまでに「月額平均 5.7 万

全産業平均	2008年	2018年
所定内給与額	299.1	306.2
勤続年数	11.6	12.4
平均年齢	40.9	42.9

2職種	2008年	2018年
所定内給与額	202.3	226.3
勤続年数	5.1	7.0
平均年齢	36.8	42.3

2職種＝ホームヘルパー、福祉施設介護員

円」の処遇改善対策をすすめてきたとしているが、厚生労働省の賃金構想基本統計調査（賃金センサス）では全産業労働者の平均賃金との格差は「1.7万円」しか縮まっていない。介護労働者の賃金自体も、2008年との比較で「2.4万円」上昇してはいるものの、勤続年数や平均年齢などが全産業平均以上に上昇していることを踏まえれば、大きな効果が上がっているとはとても言えない状況である。人件費が6割～7割を占める介護事業では、いくら処遇改善対策すすめようとも、介護報酬のマイナス改定がその効果を相殺し、賃金が引きあがるのを阻害している。

介護労働者の賃金を巡るもう一つの問題は、寝たきり賃金である。賃金水準そのものが低いことに加え、勤続や経

	2012年	2015年	2017年	2018年
改定率	1.2%	-2.27%	1.14%	0.54%
処遇改善除く改定率	-0.80%	-3.92%	0.00%	0.54%

験による昇給も著しく低いいため必要生計費を確保することができず、結婚や出産を機に退職する男性職員（いわゆる「寿退社」）も後を絶たない。さらに、正規職員（一般職）について定期昇給制度を有している事業者は5割強にとどまっている（平成24年度「介護職員の賃金・雇用管理の実態調査結果報告書」）。

◇労働環境をめぐる問題（人員配置）

介護施設の人員配置に関する基準は、介護保険法及び各県・市町村の条例により定められている（介護・看護職員1人当たりの利用者数が3人）。人員配置基準によって、おのずと利用者数に応じた職場の介護体制が定まることになるが、その水準が極めて不十分となっている。多くの介護施設では、法定の基準ではまともな介護ができないため、基準以上の人員配置をしているが、それにもかかわらず多くの施設で「休みが取れない」、「十分な介護ができない」という実態になっている。

平成29年介護事業経営実態調査

①	業態	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	認知症対応型共同生活介護	短期入所生活介護
②	平均定員数	68.8人	88.6人	15.1人	13.5人
③	延べ利用者数	2,099.7人	2,527.3人	432.4人	346.8人
④	常勤換算職員数	46.2人	54.1人	12.0人	8.8人
⑤	看護・介護職員 常勤換算数	35.1人	39.0人	10.7人	6.9人
⑥	看護・介護職員 1人当たり利用者数	2.0人	2.3人	1.4人	2.0人

⑥=②/⑤

全労連調査では、仕事を辞めたいと思ったことが「ある」と回答した人は64.5%に上っており、その理由は「忙しすぎる・仕事がつい」（55.9%）と他の回答を圧倒している。年間の年次有給休暇の取得についても5日未満が半数を占め、十分なサービスができない理由も8割が「人員が少ない」と回答しており、介護現場の体制不足が介護労働者の働き方に影響を及ぼしていることは明らかである。夜勤の職員配置ではさらに体制不足が深刻で、小規模多機能型居宅介護事業所などでは「一人夜勤」が容認されている。介護現場のあらゆる問題の背景に「体制不足」があるといっても過言ではない。喫緊の改善が求められる。

なお、人材確保対策により外国人労働者の受け入れが拡大しているが、いかに外国人の受け入れを広げようと、「人材不足」は解消しても「体制不足」は配置基準を引き上げない限り改善しないということを付言する。←このワンセンテンスはいらないか？

◇不安定な雇用の問題

介護現場では、訪問介護員（ホームヘルパー）の75.2%、施設介護員の39.8%が非正規労働者となっている（2018年度介護労働実態調査）。全労連調査では、非正規職員と正規職員の時間当たりの賃金格差が介護施設で378円と非常に大きいことが明らかになっている。

訪問介護の現場には、「登録型ヘルパー」と呼ばれる低賃金の非正規労働者が存在する。「登録型ヘルパー」は非定型的パートタイムヘルパーと呼ばれ、特殊な働き方が容認されている。非定型的パートタイムヘルパーは「月、週又は日の所定労働時間が、一定期間ごとに作成される勤務表により、非定型的に特定される労働者」とされており、利用者の入院や死亡など、突然の事情によって月の労働時間が削減されるこ

ともあるため、安定した収入が保障されていない。介護現場には、このような不安定雇用が蔓延しており、「持続可能な制度」(低水準な介護報酬)を下支えしている。

◇深刻な人材難

このような劣悪な賃金・労働条件の下で、介護職の有効求人倍率は上昇の一途をたどっている。2019年4月の有効求人倍率は全国で3.8倍と全産業平均の2.75倍にも及んでいる。将来の介護職の不足はさらに深刻な状況となっている。介護福祉士の養成施設では、入学者が定員の半数にも満たない状況が続いている。介護福祉士の養成校の定員自体が、2007年比で9000人以上も減っているなかでの実態であることを踏まえれば、将来の介護人材の不足は極めて深刻である。全労連調査では、20代以下の介護職の割合が介護施設で11.3%、訪問介護では1.0%となっている。

3. 介護保険制度の構造的課題点と施行後の経過

このような実態が生じている背景には、創設時の制度設計の問題と、施行後の一連の制度見直しの問題がある。

(1) 「必要充足」から乖離した制度設計

第1に、制度設計上の問題である。介護保険は、高コスト構造の是正と企業のビジネスチャンスの拡大を掲げた1990年代後半の構造改革(橋本六大改革)のもとで、高齢者医療・介護費用の抑制、介護・福祉の営利・市場化を目的として構想され、最初から「必要充足」(必要な時に必要なサービスが適切に保障される)の原則から乖離した内容として設計された。

① どのように設計されたかー基本的な骨格

第1に、社会保険でありながら「保険原理」を肥大化させた。本来、社会保険は「強制加入」であるため経済的事情に基づく不利益などが生じないよう「保険原理」を大幅に修正して設計されなければならないが、介護保険では財政上の収支を合わせる「収支均等原則」を優先させた。併せて「国民の支え合い」を謳う「連帯原理」が法律上明記された。

第2に、現物給付ではなく、「上限付きサービス費補償(現金給付)」方式を採用した。保険者である市町村が、利用者と事業者の契約に基づき介護サービス利用に必要な費用を上限の範囲内で利用者へ支給する仕組みである(実際には事業者が介護報酬として代理受領する)。市町村は、利用者へサービス費を「補償」するだけで、必要なサービスが利用できるかどうかまで関知しない。また、制度に起因する問題が利用者・事業所の契約上の問題に矮小化されることで、介護保険の問題が社会化しにくい構造がつけられた。

第3に、応益負担が導入され、とりわけ低所得者にとっては必要なサービス利用の足かせとして機能することとなった。

第4に、「非営利原則」を否定し、利益(株主配当など)を目的とする営利事業者をサービスの提供主体として組み入れた。

第5に、国の財政的な負担を大幅に縮小させた。さらに、介護給付費が介護保険料と直接連動することによって、「給付を増やすか、保険料を上げるか」の二者択一が常に強制されるしくみとなった。

② どのような仕組みが組み込まれたかー制度の具体的内容

以上の5点に沿って、下記の内容が制度に組み込まれた。

- * 申請主義
- * 要介護認定という「査定」システムの組み入れ(訪問調査・一次判定・二次判定を経て要介護度を判定、給付の資格と水準を決定する)

- * 要介護度ごとに保険給付の上限額の設定(区分支給限度額)
- * 利用料として定率1割負担を徴収(応益負担)
- * 施設等の整備に対する総量規制(介護保険事業計画に参酌基準を設定)
- * 居宅サービス事業、居宅介護支援事業への営利業者の参入容認
- * 全ての高齢者からの介護保険料を徴収(基準額は本人が住民税非課税)、年金天引き(年金月額1.5万円以上＝特別徴収)、保険料未納・滞納者への制裁措置(2年未納で7割給付に減額など)
- * 給付費の総額が介護保険料と直接リンクする財政方式

これらは、利用者にとってみれば、サービスの利用を妨げる「構造的欠陥」として機能することになる。サービスの利用に至る手続きをみても、申請から訪問調査、要介護度の判定、ケアマネジャーや事業者との契約といった何段階もの“ハードル”をクリアしなければならず、同じ社会保険でありながら、医療保険とはまったく違ったしくみとなっている。予め保険給付の上限額が「金額」として設定されている点も、必要な医療が現物給付として保障される医療保険と大きく異なる。保険給付の水準は、最重度の要介護5の上限額(区部心支給限度額)は月約36万円であり、「30分以上1時間未満」の身体介護(1回約4000円)を朝・昼・夜の一日3回、月30日間利用すると限度額に達してしまう(4000円×3×30日＝36万円)。要は給付水準からみれば介護保険で対処できるのは1日3時間であり、「介護の社会化」とはいいながら、実際は家族の介護を前提としていることを示している。「第5番目の社会保険」と位置づけられながらも、必要充足・公的保障が脆弱な制度として設計された点に介護保険の特徴がある。

また、介護事業所の収益源となる介護報酬については、人件費をふくめた必要な経費をカバーするという考え方が当初から採られていなかった。このことが制度施行後、介護事業所の経営に困難を強いる要因となる。

こうした介護保険の仕組みが、その後の医療制度改革(後期高齢者医療制度の創設)や、社会福祉基礎構造改革下での障害福祉(支援費制度から障害者自立支援法、さらに障害者総合支援法)、保育(子ども子育て新システム)に順次採り入れられたことは見逃せない。介護保険は単に高齢者介護の受け皿にとどまらず、社会保障構造改革の「フロントランナー」として役回りを与えられてスタートした。

(2) 給付抑制・負担増先行の制度見直しで「構造的欠陥」が増幅

第2に、施行後に実施された制度の見直しの問題である。介護保険制度は、(1)「介護報酬」「事業計画」「保険料」の3年毎の改定と、(2)概ね5年ごとの法「改正」を行うサイクルで運営される。それらはいずれも歴代政府の手による社会保障制度改革(2001年～小泉構造改革、2012年～社会保障・税一体改革、2015年～社会保障・税一体改革＋経済・財政一体改革)のもとで行われてきた。

前述した様々な「利用抑制装置」を組み込んで設計したものの、施行後の介護給付費の増大を思惑通り抑えることができず、法「改正」の度ごとに給付抑制・負担増一辺倒の見直し策を付け焼き刃のように重ねてきたことが施行後の経過といえる。

① 「制度の持続可能性の確保」を目的とした給付と負担の見直し

これまで4回実施された大規模な法「改正」(2005年、2011年、2014年、2017年)において、つねに大上段に掲げられたテーマは「制度の持続可能性の確保」だった。ただし追求されたのは、利用者・家族の介護、生活を継続させることや、事業所の安定的運営、介護従事者が長く働き続けられる条件を整備する意味での「持続可能性」ではなく、あくまでも「保険財政」の「持続可能性」だった。財政上の「収支合わせ」を優先し、給付抑制・負担増を先行させた改革が重ねられたことにより、制度設計時に組み込まれていた「構造的な欠陥」は増幅の一途をたどった。

2005年 施設等での居住費・食費の徴収開始

2006年 新予防給付スタート、「要支援1」「要支援2」の創設

- 2009年 認定システムの全面見直し／認定調査・一次判定・二次判定＝軽度判定化の促進
- 2015年 特養ホームの入所対象を原則要介護3以上に
 利用料2割負担を新たに導入(単身で年収160万円以上の場合)
 施設での居住費・食費の負担軽減制度(補足給付)の見直し－資産要件等の追加
 総合事業の実施を全市町村で義務化－チェックリストでボランティアへ移し替え
- 2018年 利用料3割負担を新たに導入(現役並み所得＝単身で年収220万円以上)
 生活援助の利用回数に上限を設定(決められた回数を超えると市町村に報告)

第1に、負担の面では、受益者負担主義の徹底的な強化が図られた。

利用料は当初1割負担だったが、2014年「改正」において所得に応じた2割負担(単身の場合 年収160万以上が対象)が導入され、さらに2017年「改正」で3割負担(同320万円以上)が導入された。特養ホームなどの施設では、2005年10月から居住費・食費が自己負担とされ、通所サービスでも食事代が全額徴収されることになった(居住・食事の費用相当分を介護報酬から削って利用者負担に転嫁)。2014年「改正」では、居住費・食費の負担軽減制度(補足給付)が見直され、一定額の貯金(単身1000万円以上、夫婦2000万円以上)を保有していれば対象外(資産要件)、世帯分離をしても配偶者が課税であれば対象外(扶養要件)－など要件の「厳格化」が図られた(資産要件では、貯金が一定額に達していないことを証明するために、申請時に貯金通帳のコピーの提出まで求められた)。2017年「改正」で、医療保険の高額療養費制度に合わせる形で、高額介護サービス費制度の負担上限額が引き上げられた(「一般区分」を37,200円から44,400円へ)。

第2に、給付については、全体の抑制と、「重点化・効率化」の名による中重度へのシフト、軽度者のサービスや生活を直接支える生活援助などのサービスの縮小・切り捨てが進められた。

2006年度から「新予防給付」がスタートし、それまでの要支援、要介護1のサービス利用が大きく制限された(支給限度額の減額やサービス内容の限定)。2009年度には認定システムの全面的な見直しが実施され、全体として軽度判定への誘導がいつそう強められた。さらに2015年度からは「総合事業」の実施が全市町村で義務化された。要支援1、2の訪問介護、通所介護が、職員の体制を削った基準緩和型サービスや住民にボランティアによる対応などを組み込んだ「訪問型サービス」「通所型サービス」に移されることで予防給付費の大幅な削減が図られた。施設関係では、2014年法「改正」で特養の入所対象の見直しが行われ、原則要介護3以上に限定された。2018年10月からは、厚労省が示す「一定回数」を超えた生活援助を利用する場合、ケアプランを市町村に提出することが義務づけられ、「不適切な利用」と市町村が判断すれば担当のケアマネジャーに「是正」を指導する仕組みが導入された。煩雑な実務を伴う提出を回避するために最初から利用を自粛するなどのケアマネジャー側の動きもあり、「利用回数の上限を設定するものではない」という厚労省の説明とは裏腹に、実質的には生活援助の利用を制限する仕組みとして機能している。

第3に、事業所に支払われる介護報酬は低く固定化されてきた。同時に加算が偏重され、軽度から重度への利用者のシフトなど、介護報酬の改定が政策誘導の手段としてより強く機能するようになった。加算の偏重は算定が困難な小規模事業所の経営を直撃した。また2012年改定以降は「利益率」の引き下げを意図した改定が実施され、加算の算定によって収益は上がるが、職員体制の強化など算定に伴うコストが増大し、必ずしも事業所の経営改善(収支の改善)につながらない構造がつくられた。処遇改善への対応では、2012年報酬改定で、2009年度から一般財源で実施されていた処遇改善交付金が加算(処遇改善加算)として介護報酬に組み入れられた。処遇改善加算は、個別サービス事業ごとに設定された加算率の低さ、算定の対象となる事業所・職員の限定(訪問看護、居宅介護支援事業所などのほか、病院で働く介護職員は対象外)、利用者が支払う利用料への反映、算定に伴う過重な事務負担などの問題をふくむものだった。

2003	2006	2009	2012	2015	2018
▲2.3%	▲2.4	+3.0%	+1.2% (実質▲0.8%)	▲2.27% (基本報酬等で▲4.48%)	+0.54% (「適正化」分▲0.5%)

- ・2012年改定 処遇改善交付金を介護報酬の加算(+2.0%に相当)に編入。1.2% - 2/0% = ▲0.8%
- ・2015年改定 中重度ケア、処遇改善等で+2.21%、基本報酬等で▲4.48%、計▲2.27%
- ・2018年改定 +0.54%のうち、通所介護の引き下げ等で▲0.5%

② 制度の「質」的転換＝「自立」理念、介護職の医行為、財政的インセンティブ

合わせて注目すべき点は、以上の給付抑制策と並行させながら、介護保険そのものの「質」を大きく転換させる見直しが行われてきたことである。

第1に、「自立」理念が書き換えられた。必要なサービスを利用しながらその人らしく生活していくという意味合いの「自立」ではなく、「自立＝サービスがいない状態」とされた。そのことにより「尊厳の保持」抜きの「自立支援」(介護保険からの“卒業”の強制)が横行しており、総合事業をはじめ、軽度給付の縮小・切り捨てを加速させる流れがつけられている。

第2に、介護職による医療提供が法律上容認された。それに伴い、法律上の介護の「定義」(社会福祉法及び介護福祉士法)が書き換えられた。現在は「たん吸引」「経管栄養」の2つに限定されているが、今後は法「改正」を要せずに対象行為の拡大が可能となった。入院病床の再編・削減(社会保障・税一体改革)に伴う在宅・施設での要医療・介護者の増大に対応させ、医療行為実施者の拡大を図るねらいが背景にある。

第3に、財政インセンティブの導入である。2017年法「改正」で、「自立支援」等に成果を挙げた自治体に「成績」に応じて交付金を傾斜配分する「保険者機能強化推進交付金制度」が創設された。給付の抑制に自治体を駆り立て、競わせる仕組みであり、保険者機能自体を大きく歪めるものである。

4. 医療・福祉との一体改革へー地域包括ケア、地域共生社会構想への接続

介護保険法「改正」が「制度の持続可能性の確保」を目的として実施されてきたことは前述した通りだが、2011年「改正」以降は、それに加えて、「地域包括ケアの確立」(2011年、2014年「改正」)、「地域包括ケアの深化・推進」(2017年「改正」)が制度見直しの目的に掲げられた。介護保険制度改革は、介護保険の枠内にとどまらず、「地域包括ケア」「地域共生社会」構想のもとで、医療、福祉制度の改革と一体的に実施されることとなった。

- ・2005年「改正」 「制度の持続可能性の確保」
- ・2011年「改正」 「制度の持続可能性の確保」「地域包括ケアの確立」
- ・2014年「改正」 「制度の持続可能性の確保」「地域包括ケアの確立」
- ・2017年「改正」 「制度の持続可能性の確保」「地域包括ケアの深化・推進」

(1) 地域包括ケアの「確立」＝医療との一体改革、病床再編の受け皿づくり

2012年から開始された「社会保障・税一体改革」の中で、「病床の機能再編(削減)」「(「川上」の改革)と「地域包括ケアの確立」(「川下」の改革)を柱にした医療・介護提供体制の再編構想が示された。高度急性期病床を頂点に据えて、在宅に裾野を広げた提供体系であり、「入院から在宅へ」「医療から介護へ」「介護から市場・ボランティアへ」と患者・利用者を「川上」から「川下」へと押し流すことによって、国にとって「安上がり」で効率的な体制の構築をめざすものである。

地域包括ケアは病床削減の受け皿として位置づけられ、「自助・互助・共助・公助」の役割分担論(“四助論”)のもとで「自助」「互助」を優先させることが基本理念とされた。介護保険制度は、この地域包括ケアを推進する中心的な制度として改めて位置づけられることになった。特養ホームの入所対象の制限や総合事業の実施、介護職の医療行為容認など、中重度シフト・軽度切り捨て、給付内容の「医療化」を図ってきた

介護保険の見直しは、こうした医療・介護提供体制再編の動きに連動したものである。

(2) 地域包括ケアの「深化・推進」＝福祉との一体改革、地域共生社会の実現へ

2017 年法「改正」で「共生型サービス」が創設された。制度の縦割りを是正し、高齢者と障害者に一体的にサービスの提供を可能とする点で積極的な面はあるが、政府のねらいは「介護保険 65 歳優先原則」への対応策であり、将来的には介護保険と障害者施策を「統合」させる布石となると考えられる。

さらに政府は、住民ひとりひとりが地域の生活課題（高齢者、障害者、子育て、生活困窮者等が抱える課題）を「我が事」と捉え、住民が主体となって行政機関などと連携しながら「丸ごと」支援する「我が事・丸ごと地域共生社会」の構想を示した（社会福祉法「改正」）。それに伴い、これまでの高齢者のみを対象とする地域包括ケアから、障害者、子ども・子育て世代、生活困窮者なども対象とし、地域の様々な生活課題に対応する「全世代型」の地域包括ケアへの転換（＝深化・推進）が方向づけられた。

誰も否定し得ない「共生」を掲げ、必ずしも政府の思惑通りに進んでいない「地域包括ケア」の底上げと、公的給付・地域福祉の「互助化」「効率化」をはかる（＝「我が事・丸ごと、地域に「強制」社会」）点に本質的なねらいがある。

5. このままでは「持続“不”可能」な制度に

(1) 制度的危機に直面している介護保険

政府は「制度の持続可能性の確保」を掲げてきたが、現状の介護保険制度は「給付」「担い手」「財政」（サービス・ヒト・カネ）の 3 つの側面で危機的事態に直面しており、このままでは政府の思惑に反して「持続<不>可能」な事態に行き着くことになりかねない。

第1に、必要な「給付」が保障されない「保険あって介護なし」の事態の広がり、そのもとで制度への信頼が低下している問題である。

「介護の社会化」とは、裏腹に「介護の（再）家族化」「介護の商品化」の流れが加速しており、ここ数年は、行政の制度を出来るだけ「利用させない」という対応が露骨になっている。保険方式の「メリット」として喧伝されていた「サービスの自由な選択」は、経済事情が許す範囲でも限定されたサービスの選択にすぎず、「権利の明確化」は「負担なくして給付なし」を意味することが明らかになった。「多様な事業主体の競争による質の向上」という説明も、コンプライアンスを問われて介護事業からの全面撤退を余儀なくされたコムスン事件で破綻している。介護報酬が低く固定化される中で事業所の経営困難は継続しており、さらに改定を通した政策誘導で事業所の差別化・選別化が図る動きが強まっている。こうした事態は、制度に対する利用者・家族、事業者の信頼を大きく失墜させるものとなっており、保険料を支払っていても利用が制限される事態に対し、介護保険創設に関わった元厚労省幹部が「国家的詐欺といってよい」との厳しい批判を寄せるに至っている。

第2に、打開の方向を見いだせない深刻な担い手不足の問題がある。

2025 年に 33 万人に及ぶ介護職員の供給不足が見込まれており（第 7 期介護保険事業計画）、現在のみならず将来にわたって人手不足が続く。地域の介護サービス基盤を大きく揺るがせ、毀損させる事態である。介護福祉士養成校では定員割れが続いており、廃校に至った養成施設もある。この背景に一向に改善されない介護職員の低賃金問題がある。政府は、シニア層の活用や介護現場の「生産性」向上、イメージアップ、外国人の就労拡大などの介護人材政策を打ち出しているが、抜本的な打開は見通せない。

第3に、保険財政の破綻を招きかねない事態が招来しつつある問題である。

高齢者の介護保険料負担はもはや限界を迎えている。第 7 期の基準額平均 5869 円であり、市町村によってはすでに 1 万円近い市町村もある。2025 年は 8000 円を超える見通しが示されている。現状でも介護保険料の未納・滞納者は増え続けており、2017 年は過去最多の 1.6 万人に達している（このうち償還払い化、給付率の引き下げなどの制裁措置を受けたのは 1.4 万人）。このままでは、「介護給付費の増大に見合った介護保険料を確保できない」事態が早晩到来し、そもそも保険制度として維持できなくなる恐れがある。

これに対して講じられる方策がさらなる給付削減一辺倒の改革とすれば、制度に対する国民の信頼を根本的に失うことになりかねない。

(2) 危機的事態を加速させるさらなる制度改悪

現在、政府は「骨太方針2019」「改革工程表2018年度版」にもとづき、ケアプランの有料化、要介護1、2の生活援助等の地域支援事業への移行、老健施設等の多床室での居住費の徴収、補足給付の資産要件の見直しなどの改悪に着手しようとしている。

さらに9月には「全世代型社会保障検討会議」を新たに立ち上げ、大幅に増大する社会保障費の削減のために抜本的な「給付と負担の見直し」の方向を定めるとしており、介護保険では、利用料の原則2割負担化などの大改悪が盛り込まれる危険性がある。

これらの制度改悪は、前述した介護保険をめぐる危機的事態にさらに拍車をかけるものとなるだろう。誰のため、何のための「持続可能性」なのか、介護保険を医療・福祉制度改革の手段にしてよいのか、改めて正面から問うていく必要がある。ケアプランの有料化など当面計画されている制度見直しの即刻中止とともに、「介護保険20年」の全面的な検証、「介護の社会化」の真の実現に向けた抜本的制度改革が求められている。

6. 介護保険制度20年をふりかえって(介護保険制度下での運動)

(1) 介護保険の準備・開始時期の世論と運動

介護保険制度は、政府・厚生省によって1990年代半ばからその検討が開始された。国民の介護不安に応える「介護の社会化」という理念は、当時の国民世論をバックにしていた。厚生省や推進派は、家族介護の深刻な現状を介護保険が一举に解決するかのような幻想を振りまいてきた。

しかし、介護保険法が1997年12月に成立し、2000年4月からの実施を前にして関係者や国民から不安や負担増を懸念する声が上がリ、見直しを求める運動も急速に広がった。これに対し、政府与党は、国費7850億円を投じて、第1号被保険者の保険料を最初の半年は徴収せず、その後1年間は半額にするという「特別対策」を講じて国民の負担増に対する不安を巧みにかわしながら見切り発車した。

(2) 介護保険制度改変に対する運動

介護保険制度スタート当時は、混乱の中でも民主党なども介護保険推進の立場で、市民「福祉」派と言われる人たちも多くが新制度に期待する状況であった。また、当時の政府厚生省と自治体当局も新制度の定着・普及を第一に置いたため、急速に利用者、サービス事業者の拡大が進んだ。

社保協は当初から介護保険の持つ問題点を具体的に明らかにしながら、対政府・国会に対する運動と各自治体に対する改善要求の取り組みをすすめてきた。介護保険制度改悪に反対し介護報酬の改善や介護人材確保を政府にせまる民医連の「介護ウエーブ」の取り組みはその典型である。

そうした運動を基軸としながらも、制度改変の重要な局面では世論や各地での共同によって政府の意図を押しとどめ、一部修正させるなどの成果をあげてきた。

① 給付抑制策に抵抗し修正させる運動

2005年の介護保険法改定では、「予防重視型システムへの転換」として、要支援者サービスを別建ての「新予防給付」とし、介護予防の名のもとに利用制限を行おうとするものであった。各地での利用者サービスを守る取組やケアマネジャーや事業者の実践により、当初厚生労働省が意図したような「予防重視型システムへの転換」(要支援切り捨て)は成功してはいない。

同時に持ち込まれた軽度者(要支援1、2と要介護1)の介護ベッドなど福祉用具取り上げに対しても各地で抵抗する取り組みがすすめられ、県レベルで独自施策を作って介護ベッド利用を守った滋賀県などの典型例を生み出した。こうした中で厚生労働省は、翌年には「理由書提出があれば例外的利用可能」という

修正を行った。

厚生労働省は、2003年から「介護給付費適正化運動」を自治体に呼びかけ、2008年度からは各市町村で、給付適正化計画に基づく介護給付費抑制が本格化し、訪問介護に対する規制など、様々なサービス抑制に乗り出すようになってきた。法令上の根拠もないまま一方的に市町村が「提供できない」とするローカルルールも各地に生まれた。こうした違法なヘルパーサービスの規制に対する各地の取り組みは厚生労働省を動かし、散歩介助、同居家族のいる場合の生活援助、通院介助における院内介助などにおいて、「一律禁止」とする行き過ぎたローカル規制を戒め、「適切なケアマネジメントにより提供可能」という厚労省通知を出させた。

②ケアプラン有料化を見送らせた取り組み

2010年の介護保険見直し議論の中で、2割負担導入とともに「ケアプラン有料化」が狙われた。全国のケアマネジャーはじめ関係者からは反対の声が上がり、ケアマネジャーの職能団体も反対の立場で社会保障審議会介護保険部会で意見を述べ、緊急に反対署名運動も取り組んだ。社会保障審議会介護保険部会意見では、両論併記となり、政府厚生労働省は「負担増はしない」とし、介護保険法改定では見送りとなった。その後10年近くにわたって有料化はさせていない。一方で、厚生労働省は、「ケアマネジャーの資質が課題」として、養成研修の大幅な見直し、ケアプラン点検事業の強化、更新研修の強化、主任ケアマネジャーの更新制、2018年改定では、居宅介護支援事業所の管理者に主任ケアマネジャーを要件とし、指定監督権限を市町村に移行して管理統制を強めてきている。

③要介護認定基準見直しを一部修正させた運動

2009年4月、厚生労働省は認定調査員テキストを全面改訂し要介護認定の基準の見直しを強行した。ところが、その見直しが軽度認定によって、給付費削減を狙ったものであることを示す内部文書が国会で暴露され大問題となった。厚生労働省は制度は実施したものの「立往生」状態となり、半年間は「認定は下がっても希望すれば従来通り認定する」という前代未聞の経過措置を行い、同年10月に再度見直すという事態に追い込まれた。こうした事態の中で、介護関係者の中に、「要介護認定基準は恣意的で客観性に欠けるもの」という認識がひろまり、認知症の人と家族の会が「要介護認定の廃止」を提言(2010年6月)し、介護保険制度創設時をリードした中心的な研究者も廃止を主張するという重要な変化を作り出した。

④介護崩壊への抵抗から介護保険の「変質」に反対する共同の広がり

介護報酬改定は2003年▲2.3%、2006年▲2.4%と連続して引き下げられ、介護現場では深刻な人材不足に陥った。2007年には社会保障審議会介護給付費分科会が1年前倒しの報酬改定を検討したが見送った。高齢社会をよくする女性の会は、介護職員に3万円の賃金引き上げを行う法律(3万円法)を提案しキャンペーンを行った。当時の民主党は「2万円法」を提案、与党も人材確保に関する法案を提出するなど動きを作り出し、2009年報酬改定は初めてのプラス改定、そして同年10月からは全額国庫負担による2年半の「介護職員処遇改善交付金」実施へと従来の抑制策の手直しへと結びついた。

この動きは2010年には、介護保険創設時には推進派であった人々をふくむ大きな共同へと発展し、国民の立場から介護保険制度に対する提言などを行う「介護保険を持続・発展させる1000万人の輪」(共同代表＝樋口恵子氏ら)が発足、同年3月に、介護保険制度の財源のうち公費が負担する割合を現行の5割から6割に引き上げる必要性などを指摘した提言書を厚生労働省へ提出する動きへと発展した。

(3) 介護保険料をめぐる問題と運動

65歳以上の高齢者を強制加入させ、年金から一方的に天引きする介護保険料は高齢者の怒りを呼び起した。市町村の介護保険事業計画で3年ごとに保険料引き上げが繰り返される中で、全国各地で「介護保険料引上げ反対」と減免制度拡充を求める運動が巻き起こった。介護保険料決定に対する「不服審査請求」を集団で行う運動も大阪で始まり、福岡県や関東へと広がり、現在でも全国で数千人規模で毎年行われている。

2001年から2006年にかけては、大阪で介護保険料が、憲法に定める生存権を侵害し、平等原則に反

するとした裁判(介護保険料違憲訴訟)がたたかわれた。高裁で敗訴したとはいえ、介護保険料の持つ問題点を提起し、国をして見直しを行う契機の一つとなった。当初5段階の所得段階別保険料で、非課税者は基準額の0.75という負担割合を低年金者(年80万円以下)は0.5に軽減させ、段階も国基準で現在は9段階へと細分化になった。

全国で低所得者独自減免制度化が進む中で、厚生労働省は「公費投入による保険料軽減は不適切」と「減免3原則指導」を繰り返してきたが、2014年法改定で公費による低所得者保険料軽減を制度化した。消費税増税対策ではあるが、従来の公費負担は5割に限定するという方針を転換せざるを得ないところまで介護保険料が高騰し、高齢者の負担能力をはるかに超える事態になったことへの対応である。

(4) 介護保険モデルに対する国民の反撃と到達点

①介護保険の普遍化・障害者福祉との統合を押しとどめた障害者分野

政府は2004年、介護保険の「普遍化」の名目で、被保険者範囲の拡大として、第2号被保険者の年齢の引き下げとともに、障害福祉サービスを介護保険に統合する方向を模索した。障害者分野では、介護保険と同様の「1割」の応益負担と、要介護認定をモデルとした「障害程度区分認定」を持ち込んだ障害者自立支援法が2006年に実施された。これに対し、全国でたたかわれた「違憲訴訟」は、2010年1月に国と「基本合意」を取りつけ、非課税世帯は負担なしを実現した。さらに、2011年8月にまとめられた政府の障害者制度改革推進会議の意見具申としての「骨格提言」では、「障害に伴う費用は原則無償」とまで明記させた。自立支援法は、名称変更だけの「総合支援法」(2014年実施)にとどまったとはいえ、「応益負担反対」を共通要求に、数々の負担軽減の部分的改善から根本改善・廃止運動へと発展させ、「私たち抜きに決めさせない」を合言葉に、「廃止から創造」へと歩みを進めてきた障害者分野の運動の到達点は介護保険関係の運動にも共有化されるべきである。

②後期高齢者医療制度廃止を求める世論と「政権交代」

2008年4月、後期高齢者全員加入・保険料年金天引き、「負担と給付の連動による給付抑制の仕組み」など、介護保険をモデルとした医療制度改革―後期高齢者医療制度が実施されたが、高齢者の中に激しい反発を呼び起こし、マスコミも「姥捨て山制度」との批判を展開した。同年6月には「後期高齢者医療制度廃止法案」が参議院で可決され、政府は保険料9割軽減など特別対策を行ったが廃止を求める世論を抑えることはできなかった。国民の反撃は、「格差と貧困」に対する運動と世論と結び付き、当時の政権を揺り動かす運動へと発展し、ついに2009年8月の総選挙で、民主党は「障害者自立支援法廃止」と「後期高齢者医療制度廃止」をマニフェストに掲げ政権交代を実現させた。

しかし政権交代後、厚生労働相は廃止の前提となる老人保健制度の復活を現実的でないとして断念。2012年の提出予定法案では自民・公明両党の主張に歩み寄った一部修正にとどまった。2012年6月15日、民主・自民・公明3党は、廃止問題を事実上棚上げし、後期高齢者医療制度問題は、「国保広域化」へとすり替えられ、社会保障税一体改革と「民主・自民・公明」3党合意による消費税増税と社会保障制度改革推進法成立、政権再交代による安倍自公政権誕生と「社会保障改革プログラム法」と「医療介護総合確保推進法」によって今日の税・社会保障一体改革の局面にいたっている。

(5) 「一体改革」の下で軽度者サービス切捨てを許さない運動

社会保障・税の一体改革の下で、介護保険制度は、医療と一体で提供体制の再編と本格的な制度改革(全面改悪)への局面へと入り、そのもとでの運動は多くの課題と教訓を生み出している。

①「地域包括ケア」の名もとの軽度者給付の縮小に対する運動

2014年改定では、要支援者のサービスのうち、ホームヘルプとデイサービスを保険給付から切り離し、地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業)へと移行させることとなった。これに対し、全国各地で「要支援切りを許さない」運動や介護関係者の抵抗が起り、全面移行した2017年時点でも、全国的に見

れば「多様なサービス移行」はあそれほど進まず、大半のサービスは従前の予防給付の水準のサービス提供がされるという状況になっている。しかし、一部に「先進的」自治体では、要支援認定を抑制し、「介護保険からの卒業」モデルというべき極端な事態を生み出した。

そうした「突出」した自治体でも、社保協や民医連が中心になって、要支援サービスを守らせるための運動を取組んでいる。三重県桑名市では、厚労省から天降りした特命副市長の指導の下で総合事業移行を契機に「介護保険を『卒業』して地域活動にデビューすること」を高齢者に押し付ける「自立支援策」を強引に進めました。これに対し、三重県社保協では「介護をよくする桑名の会」を立ち上げ、2度の市内全介護事業所アンケート、3度の学習会シンポジウムの開催、行政交渉を積み重ね国会（参議院厚生労働委員会）で取り上げられ、NHK でもその桑名市の「介護改革」の問題点が取り上げられるなど全国的な発信を行ってきた。その結果、桑名市の当初方針であった「現行相当サービス廃止」方針を撤回させる成果あげている。大阪府大東市では、総合事業移行を契機に、要支援のデイサービス利用者を「元気出ませ体操」に強引に移行させ、ホームヘルプ利用者は、有償ボランティア（生活サポート）へ移行させる「自立・卒業」を推し進めてきた。大阪社保協は、これに対し、2017年11月に全国から300人以上が参加する「大東市介護保険現地調査」を行い、その問題点を明らかにして全国発信し、他自治体への波及を食い止めるとともに、大東市との交渉を積み重ね、「卒業を強制させない」「『卒業』という表現はしない」などを確認させている。

③ 軽度者サービス切捨てに反対し広がった共同の取り組み

2017年の介護保険改定に向け、財務省を中心に狙われた「生活援助・福祉用具・住宅改修の自己負担化」「要介護2までのサービスの総合事業移行」など給付抑制・軽度者サービス切捨ては、介護関係者に大きな危機感を呼び起こした。2016年には、関係事業者、業界団体を中心に、生活援助サービスと福祉用具の自己負担化などの改悪に反対する「守ろう！介護保険制度・市民の会」が発足し、地方議会への「意見書採択」運動を取組むなどこれまでにない共同の取り組みが生まれた。この運動は、生活援助・福祉用具自己負担化を許さなかった後も「政策提言」（2017年）を行っている。

（6）社会保障・税一体改革の下での運動の教訓・課題

「介護保険20年」の後半にあたる、「社会保障・税一体改革」の下での運動は、次から次へと出されてくる制度改変（改悪）に振り回され、介護現場と従事者は疲弊し、ともすれば展望を失いがちになる局面の下で取り組まれた。

そうした中でも粘り強く取り組まれた運動は、先にみたように貴重な成果を上げながら、いくつかの教訓を生み出してきた。

第1に、政府・政策側の思惑に振り回されず、高齢者・利用者の実態と必要性から問題を把握し整理することである。「制度改定」が繰り返され、市町村による介護現場への「締め付け」も強化される中で、介護保険関係者はそれへの「対応」に追われるという状況が続いている。地域で暮らし、介護保険を利用している高齢者や介護サービス利用者の要求、介護現場の実態から「改善」の必要性を明らかにするための「要求課題」を整理し、共通の要求に高め、世論の共感と政治的な合意を広げ、政府に迫っていく運動が求められている。

第2に、政府の狙う制度改悪に機敏に反撃しそれを打ち返すための行動の組織化である。介護保険制度改変（改悪）は、3年周期の介護保険事業計画期間に合わせて繰り返されるようになってきている。ベースに政府全体の「骨太方針」「改革工程表」に上げられた改悪メニューがあり、もっとも「過激」な財務省・財政制度等審議会による建議等でその狙いや方向性が示され、それらに枠をはめられた中で、厚生労働省・社会保障審議会介護保険部会での検討・意見まとめがされ、政府が法改定案を用意するといった流れである。改悪内容とその狙いをいち早く見抜き、こうした検討サイクルに合致して、改悪反対のたたかいを全国的に組織するナショナルセンター的な機能が運動の側に求められている。

第3に、制度の矛盾が広範に広がっている下で、共同を広げ、世論を味方につける努力の重要性である。

今日の介護保険制度の惨状は、かつて介護保険を推進してきた方々や、意欲に燃えて参入してきた多くの介護関係者の中にも、「このやり方はおかしい」という反発とともに、「このままで介護保険はどうなっていくのか」という危機感・絶望感すら生み出している。住民や自治体関係者のなかにも疑問と怒りが広がっている。制度改悪反対のたたかいや、介護労働者の処遇改善の運動など共通の課題で、関係者に具体的な共同の取り組みを働きかけ、地方議会での意見書採択の運動や世論を味方につける大きな共同が今こそ必要である。

第4に、自治体・地域レベルでの共同(〇〇の介護保険をよくする会など)を組織化し自治体行政レベルでの取り組みを各地で広げること などである。

さらに、課題として、①介護保険制度が「信用失墜」状態に陥り、関係者が「将来展望」を持ってなくなっている中で、政策的な提言・議論を運動とともに進めること ②年金・生活保護など他の社会保障分野との連携・共同が重要である。

とくに、障害者自立支援法廃止・違憲訴訟で国の「介護保険モデル」を打ち返した到達をもつ障害者運動との一体的な運動が決定的に重要である。「65歳問題」などその条件はかつてなく大きくなっている。「介護保険」という共通の闘争目標に対して、高齢者分野と障害者分野の運動が手を携えて立ち向かっていくことが求められている。

7. これからの日本の介護を展望する「提言」づくりに向けて一論点の整理

(1) 政府が示す次期制度見直しの方向—さらなる改悪の検討中止を求める

2019年2月、厚労省・介護保険部会が介護保険の次期見直しの論議を4月からスタートさせた。検討事項として挙げているのは、①介護予防・健康づくりの推進、②保険者機能の強化、③地域保険としての地域包括ケアシステムの推進(地域のつながり機能・マネジメント機能の強化)、④認知症「共生」「予防」の推進、⑤持続可能な制度の再構築、介護現場の革新—の5点であり、「改革工程表」や2040年に向けて厚労省が打ち出した社会保障制度改革に対応させた内容となっている。

参院選終了後からは、「給付と負担の見直し」(＝「持続可能な制度の再構築」)の本格的な検討が開始され、8月29日の介護保険部会において以下8点の「今後の検討事項」が提示された。各項目に対する厚労省事務方からの提案は今後の部会で行われる。()内は参考資料などで現在までに示されている内容である。※ 以下、審議の状況に応じて修正・補足

- ・ 被保険者・受給者範囲(被保険者を30歳以上に引き下げ)
- ・ 補足給付に関する給付の在り方(資産要件の拡大＝固定資産税の申告に基づき不動産を勘案)
- ・ 多床室の室料負担(老健、介護療養、介護医療院多床室での居住費徴収＝基本報酬の減額)
- ・ ケアマネジメントに関する給付の在り方(ケアプランの有料化＝定額制もしくは定率制)
- ・ 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方(要介護1、2の生活援助等を地域支援事業に移行。「等」に該当するデイサービスが例示されている)
- ・ 高額介護サービス費(前回「改正」に続き、負担上限額の度引き上げ、高額療養費制度に合わせる)
- ・ 現役並み所得、一定以上所得の判断基準(利用料2割、3割の対象拡大＝原則2割化への布石)
- ・ 現金給付(新たな保険給付として制度化、家族介護の評価、ねらいは人手不足対策?)

このうち大きな論点とされているのが「ケアプランの有料化」である。仮に実施されれば、ケアプランの料金を払えないためにすでに利用しているサービスを減らさざるを得ない、もしくはそもそも最初から介護保険の利用から排除されてしまう深刻な事態が広く生じること予測される(介護保険版“水際作戦”)。

その他にも、財政インセンティブの拡大策として、保険者機能強化推進交付金に「調整交付金」を活用することが検討課題として盛り込まれた。自治体を給付抑制競争にいつそう駆り立て、保険者機能を根本から歪める危険性がある。

政府は、12月中旬までに介護保険部会の「意見」をとりまとめるとしている。その後、厚労省が「改正」要綱を作成し、閣議決定を経て来年1月から開会される2020年度通常国会に「改正」法案を提出するスケジュールが想定されている。(併せて「地域共生社会」の検討会が中間とりまとめを行い、「丸ごと」相談体制の確立など社会福祉法「改正」案の国会上册を予定。前回「改正」と同様、一括法案となる可能性大)。

さらに、政府は9月に「全世代型社会保障検討会議」を新たに立ち上げ、抜本的な「給付と負担の見直し」に着手した。団塊の世代が後期高齢期に入り、介護・医療需要が急増する2022年～24年に照準をあて、社会保障費のこれまで以上の大幅な抑制をねらう。利用料負担の原則2割化や要介護2以下のサービスの地域支援事業への移行、生活援助や福祉用具の保険はずしなど、財務省(財政制度等審議会)がこれまで提案してきた大規模な改悪案が相当程度取り込まれることが予測される。さらに会議の構成員として、政府の成長戦略を牽引する「未来投資会議」や自治体機能の新たな再編方針をとりまとめた審議会のメンバーが入っており、介護・社会保障の「産業化」「互助化」を推進する布陣となっている点も見逃せない。

政府の政策の本質をとらえ、介護・社会保障制度の改善を求める声と共同を地域、介護現場から大きく広げ、さらなる制度改悪を断固阻止しなければならない。

(2) 現行介護保険の抜本改革構想—制度の「再設計」を求める

前述したように、現在の介護保険がこのまま推移すれば、「給付」「担い手」「財政」(サービス・ヒト・カネ)という3つの側面から制度自身が破綻に至る公算が高い。それを回避しようとする、現在の政府の政策の枠組みではさらなる給付の削減を付け焼き刃のように繰り返すしか手段はなく、そうなれば「制度あって介護なし」といういっそう深刻な状態に一路突き進むことになるのは間違いない。

日本は世界に類をみない高齢社会に突入した。政府の推計でも今後介護需要がいっそう増大していくことが見込まれている。介護を必要とするすべての人に、適切な介護が保障されるよう、現行介護保険の抜本的な改善＝制度の「再設計」は急務となっている。

「再設計」とは、現行の保険方式のもとで、憲法25条に裏打ちされた「必要充足」保障を貫く制度に接近・転換させることを意味する。一人暮らしでも、家族が同居していても、認知症になっても、経済的な事情がきびしくても、介護で困った時に本当に役に立つ保険制度(真つ当な社会保険)に変えるということである。

制度の「構造的欠陥」を是正・改善する「再設計」を進め、「制度の持続可能性」を確保するために、以下の「給付と負担」「提供体制」「財政対応」の見直しが必要となる。当然それらは制度の根幹に関わる部分の大幅な見直しを伴う。これらを実現するためには、すでに自治体関係団体が要望しているように、保険財政における国庫負担割合の大幅な引き上げ(高齢者の介護保険料負担分の圧縮)が必須となる。介護職員等の処遇改善は、介護保険から切り離して一般財源を充当することが適当と考える。

※ 以下の内容は、福祉国家研究会編『老後不安社会からの転換』から抜粋しました。今後、各団体との協議で練り上げ、具体化する必要があると考えます。

<給付と負担のあり方の見直し>

- ・ 過度な「保険原理」の是正
 - － 区分支給限度額、要介護認定制度の廃止、公的責任による新たなマネジメントシステムの確立
 - － 抛出原則の是正、介護保険料の定率化、年金天引きの廃止、未納者・滞納者に対する制裁措置の撤廃、法定減免制度の創設
- ・ 保険者の介護保障責任に基づく現物給付方式への転換
- ・ 給付体系の再編
 - － 医療系サービスの医療保険への移行、マネジメント機能・生活支援・予防事業などの一般財源化
- ・ 応能負担への転換
 - － 利用料の廃止、少なくとも低所得層(市町村民税非課税者)の利用料を廃止
- ・ 事後規制の是正
 - － 介護給付費の削減を目的にした「適正化」事業の廃止

- ・ 保険者機能強化推進交付金(財政インセンティブ政策)の廃止
- <提供体制のあり方の見直し>
- ・ 介護報酬(基本報酬)の底上げ、サービス利用の対価ではなく、人件費などの必要経費の補償する方式への転換
 - ・ 介護基盤整備への国・自治体の財政支援の強化、地域の実情に応じた自治体直営事業の実施
 - ・ 緊急、抜本的な介護職員の処遇改善・労働環境の改善、専門的裁量権の発揮
 - ・ 提供主体の非営利性の担保
- <財政対応のあり方の見直し>
- ・ 公費負担(財政調整交付金部分を除く国庫負担)割合の引き上げ
 - ・ 別枠での恒常的公費投入—介護従事者の処遇改善、介護保険料の軽減、マネジメント・福祉・予防事業などの一般財源化、基盤整備に対する財政的支援の強化

なお、これらの内容は抜本的な改革案であり、当然一足跳びに到達しうるものではない。例えば、「利用料について、2割・3割負担を元の1割負担に戻す」など「当面の要求」と関連づけて整理すべき課題もある。また、区分支給限度額の撤廃、利用料の廃止にまで至らなくても、区分支給限度額の大幅な引き上げ(もしくは最重度である要介護5の限度額の撤廃)や、所得に応じた利用料の免除・減額が実施されれば、低所得、重介護であっても介護保険を利用しながら在宅での生活を継続できる条件が広がる。「再設計」とは、こうした段階的・部分的な改革を積み重ねながら、利用を制限する仕組みを徐々に改善・解消し、必要時に必要な介護が保障される制度につくり変えていく一連の過程である。

(3) 高齢者介護保障のあり方に対する国民的な議論を

前節(2)では、利用者・家族、介護現場の現状の困難を解決するために、また介護保険の制度的な危機を打開するために、「必要充足」原則を土台にすえた介護保険制度の「再設計」の課題を示した。

しかし、高齢者介護の充実をめざす取り組みはこれにとどまらない。憲法25条・13条を土台にすえ、軽度であれ、重度あれ、また在宅であれ、施設であれ、ひとりひとりが自分に最もふさわしい療養、介護の場を自由に選択(決定)することを可能とし、住み慣れた地域で自ら望む生活を継続することを真に支える高齢者介護保障制度の確立が求められる。その際、医療保険と同様、現在の社会保険方式を維持し、進化させていくことを追求するのか、それとも現在の介護保険制度は廃止し、全額公費方式の制度として再構築することめざすのかは、介護保険の現状と経過をふまえた「今日的な」論点となるだろう。

特に後者においては、第1に、なぜ介護保険を「廃止」しなければならないのか、第2に、「廃止」した後どのような制度を具体的に構想するのかという2つの論点を掘り下げ、多くの高齢者・国民が希望をもって合意できるビジョンをつくりあげなくてはならない。いずれにせよ、どのような方向をめざすにしても、利用者、事業所、介護従事者、地域の現状から出発し(実態論)、財源をふくめてその打開にふさわしい構想を示し(政策論)、それを実現させる道筋(運動論)を明らかにすることが必要である。

政府の介護制度改革は広範にわたり、スピードも速い。利用者と家族は翻弄され、介護現場は日々目の前の対応に追われ、全体として閉塞感が広がっている現実がある。しかし、そのような状況におかれているからこそ、繰り出される個々の改悪案に抵抗することと併せ、介護保険の根本的な矛盾や本来求められる高齢者介護の制度的保障のあり方、改革の方向について、多くの人たちと議論し共有し合うことが改めて大切になっているのではないか。

「介護保険20年」というひとつの節目の時期でもある。現行介護保険の改善・「再設計」を通して給付実績を積み重ねながら、あるべき高齢者介護保障制度の確立に向けて、国民的な議論を進めていくことが求められている。

8. さいごに