

## 2020年「介護・認知症なんでも無料電話相談」実施要綱案(Ver2)

### 1. 実施概要

- ① 日程：2020年11月11日(水)10時～18時  
各県社保協の実施日・時間帯については、要相談
  - ② 主催：中央社保協、東京社保協、認知症の人と家族の会
  - ③ 目標：参加県社保協30県、相談件数300件  
(2019年は、24県252件の相談)
  - ④ 場所：東京労働会館 並びに 各県社保協の指定場所  
フリーダイヤル番号 0120-110-458
  - ⑤ 電話相談の意義
    - ・ 相談先を待っている多くの方の期待に応え寄り添い、その当事者の皆さんの思いや願い、要求を実現する取り組みにつなげていく。
    - ・ より多くの事例を元に、介護改善運動につなげていく。特に、各県・市町村との懇談や自治体キャラバン等で要望を提出し、要求実現・問題解決につなげる。
    - ・ 社保協の運動を広げ、存在意義を広げる
  - ⑥ 電話相談実施の援助(中央社保協)
    - ・ 電話相談を実施するための準備や実施方法、体制などを示し、初めて参加の社保協を援助する。
    - ・ 相談対応については、2019年相談内容などを参考にする
- ※各県社保協の判断で、相談内容については広げる検討は行うものとします

### 2. 相談先(電話相談番号)を広く知らせるために

#### ○ 社保協並びに加盟・友好・協力団体内での徹底した広報活動を重視しましょう

- ① 民医連、医療福祉連、保険医協会などの診療所や病院でのチラシの掲示・配布、宣伝の協力依頼を強める。  
※告知の「版下」、チラシを元に
  - ✓ 民医連、医療福祉連へのお願い内容
    - 病院、診療所、介護事業所などでの患者、利用者への宣伝強化
    - 友の会、各医療生協などのニュースでの宣伝
  - ✓ 保団連へのお願い
    - 病院、診療所、介護事業所などでの患者、利用者への宣伝強化
  - ✓ 当面、チラシはメールやHPからダウンロードをお願いする
- ② 各団体・労働組合の新聞やニュース、出版物などに掲載依頼を強める
  - ✓ 告知の「版下」、チラシの作成・配布
  - ✓ 介護・認知症に関連する定型記事の配信
  - ✓ 各団体・労働組合発行の新聞・雑誌などへの掲載の依頼(要請)
  - ✓ 各県・地域での発行物への掲載の依頼(要請)

③ 各県社保協であらゆるつながりを活かした宣伝等の具体化

○ マスコミ対応を重視しましょう

- ④ 2019年度の活動経験を活かし、マスコミへの情報提供と取材・報道依頼を強める
- ・ 記者会見などを通じたマスコミへの情報提供  
「まとめ」を活用した2019年の状況、民医連事業所などでの実態、全労連・医労連などがつかんでいる介護労働者の実態などを知らせつつ、できれば介護保険をめぐる情勢などのレクチャーも交えて。

○ SNSを活用した発信、広報を強化しましょう

- ⑤ これまでのホームページ掲載に加え、Twitter、facebookなどを活用した発信、広報を積極的に取り組みます。

3. テンポ

- 2月5日 代表者会議での意思統一、各県社保協での協議  
4月～7月 宣伝物の準備、各団体への具体的な協力要請  
8月 中央社保協総会での意思統一  
9月～10月 各県社保協での準備

以上

※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です。

## 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、「個別性」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

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]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・仕事がきつい」(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な問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てい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(年金額月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)が見直しされ、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くられている。

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」事態が早晚到来し、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」の名のもとで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、厚労省から天下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。大阪社協は、これに対し、2011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、もともと「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」案の国会上程を予定。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、現在の介護保険がそのまま推移すれば、「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、重度であれ、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

## 2019年（第17回）全国介護学習交流集会第5回実行委員会（総括会議）

- ・ 2020年1月22日（水）午後4時～
- ・ 全労連会館3階・全労連会議室

《出席》

### I とりくみの経過

1 第1回実行委員会：4月24日（水）

- ① 出席：中央社保協・是枝、全日本民医連・林、日本医労連・米沢、全労連・岩橋、栗原
- ② 討議事項：
  - i 昨年の2018年（第16回）全国介護学習交流集会の振り返り
  - ii 今年の2019年（第17回）全国介護学習交流集会の開催に向けて
  - iii その他：
    - ・ 5月の「介護をよくするアクション月間」におけるとりくみについて
    - ・ 安倍内閣・厚生労働省の次期介護保険改革・介護報酬改定に向けた動きについて

2 第2回実行委員会：6月7日（金）

- ① 出席：中央社保協・是枝、全日本民医連・林、小俣、山川、日本医労連・米沢、村上、福祉保育労・民谷、全労連・岩橋、大西、栗原
- ② 討議事項：
  - i 経過報告
  - ii 2019年（第17回）全国介護学習交流集会の開催要項について
  - iii 2019年（第17回）全国学習交流集会の成功をめざすとりくみについて
  - iv その他：2019年秋の「介護をよくするアクション月間」のとりくみ、次期介護保険制度改革・報酬改定に向けたとりくみ、その他

3 2019年（第17回）全国介護学習交流集会の成功をめざす団体オルグの実施

- ・ 6月27日（木）午前：高齢期運動連絡会、午後：認知症と家族の人の会～年金者組合
- ・ 6月30日（日）「21・老福連」（21世紀老人福祉の向上をめざす施設連絡会）の2019年度総会で賛同・参加の訴え
- ・ 7月9日（火）医療福祉生協連

4 第3回実行委員会：8月23日（金）

- ① 出席：中央社保協・是枝、全日本民医連・林、日本医労連・無r紙、福祉保育労・民

谷、生協労連・真壁、自治労連・佐賀、東京・西銘、全労連・岩橋、栗原

② 討議事項：

- i 経過報告
- ii 2019年（第17回）全国介護学習交流集会の開催要項の確定
- iii 2019年（第17回）全国介護学習交流集会の成功をめざすとりくみ
- iv その他：次期介護保険制度改革・報酬改定に向けたとりくみ、その他

5 第4回実行委員会：10月30日（水）〔第4回実行委員会に先がけて厚労省の記者クラブにおいて集会に関する記者会見を実施〕

① 出席：中央社保協・是枝、日本医労連・村上、生協労連・真壁、東京・西銘、寺田、全労連・岩橋、栗原

② 討議事項：

- i 経過報告
- ii 2019年（第17回）全国学習交流集会の最終の諸準備・当日運営などの打ち合わせ、
- iii 2019年（第17回）全国介護学習交流集会の成功をめざすとりくみ
- iv 2020年（第18回）全国学習交流集会の開催日程について
- v その他：次期介護保険制度改革・報酬改定に向けた取組、その他

6 2019年（第17回）全国学習交流集会

- ・ 2019年11月10日（日）午後1時～4時30分
- ・ 全労連会館2階ホール

7 その他

## II 2019年（第17回）全国介護学習交流集会のまとめ・総括

1 2019年（第17回）全国介護学習交流集会のテーマ・獲得目標など

- ① 「介護保険20年」を迎えようとしている今、あらためて「介護の現状と課題、改善方向」を探る。
- ② 次期介護報酬改定に向け、「1. 利用料の原則2割化、2. 要介護1・2の者の生活援助サービスなどの総合事業への移行、3. ケアマネジメントに利用者負担を設ける、4. 老健施設などの多床室室料の自己負担化、5. 補足給付の資産要件の見直し、6. 交付金に調整交付金の活用」などの介護保険改悪に対する反対運動の意思統一も行う。
- ③ 主催は同集会実行委員会（事務局は中央社保協、全日本民医連、全労連の三者）で、広く実行委員会への参加と集会の賛同を募る。財政は分担金方式で、昨年実績を基本に

## 2 当日の次第など

- ・ 10:30 事務局集合
  - ・ 11:00 実行委員・要員集合、意思統一
  - ・ 12:00 開場・受付開始
    - ※受付：医労連、全労連、民医連・社保協、一般の4つに分けて配置
    - ※案内要員：JR御茶ノ水駅の御茶ノ水橋口と聖橋口に各1人
  - ・ 13:00 開会・司会あいさつ（全日本医労連・村上眞一・執行委員）
  - ・ 13:02 主催者あいさつ（中央社保協・山口一秀事務局長）
  - ・ 13:10 報告「介護保険20年ー介護の現状と課題について」  
「介護の現状と課題」について、労働者・利用者・事業者のそれぞれの立場から報告する
    - ①労働者：全労連・岩橋祐治・副議長：介護労働者実態調査結果の報告
    - ②利用者：公益社団法人「認知症の人と家族の会」・東京都支部代表者・大野教子さん
    - ③事業者：全日本民医連・林泰則・事務局次長
  - ・ 13:55 講演『「介護制度改革」と介護制度の改善方向について』（1時間15分）  
岡崎祐司佛教大学教授に、各報告をふまえて、政府・厚労省の「介護制度改革」の動きにも触れていただきながら、介護制度の改善方向について講演いただいた。
  - ・ 15:10 休憩（15分）
  - ・ 15:25 会場からの質問と討論（45分）
    - ①日本医労連・米沢書記次長（アクション月間に向けたとりくみ）
    - ②長野・川端さん（あずみの里裁判支援の訴え）
    - ③福井県労連・五十嵐事務局長（質問）
    - ④練馬労連・清本さん
    - ⑤江戸川のグループホームの高梨さん
    - ⑥全国ヘルパー連絡会・森永さん
    - ⑦横浜の田中さん
  - ・ 16:10 講演者（岡崎祐司教授）からの感想とまとめの発言（10分）
  - ・ 16:20 行動提起（5分）（岩橋）
  - ・ 16:25 集会宣言案の提案と確認（5分）（読み上げ：広島合同労組・織田正子さん）
  - ・ 16:30 閉会あいさつ（全日本民医連・是枝事務次長）・閉会
- \* 終了後の懇親会（全労連会館近くの居酒屋「どんちゃん」で）

2 参加：209人（昨年212人、一昨年154人）

3 財政報告：別紙参照のこと

- 4 2019年(第17回)全国介護学習交流集会を振り返って(フリー討議);感想・意見、気づいたこと何でもどうぞ…。

### Ⅲ 次回2020年(第18回)全国介護学習交流集会に向けて

- 1 開催日時・場所: 2020年10月25日(日)午後1時~4時30分、全労連会館2階ホールを予定
  
- 2 次回2020年(第18回)全国介護学習交流集会はどのような情勢のもとで開催されるのか? そして考えられるテーマや内容は何か?
  - ・ 安倍内閣による「全世代型社会保障制度改革」の進展や2022年4月からの介護保険制度「改革」や報酬改定に向けて動きが山場を迎えるもとの開催。
  - ・ 老後不安社会からの転換、憲法にもとづく介護保障の実現をめざして
  
- 3 第1回実行委員会の開催

### Ⅳ その他

(以上)

2月6日 厚生労働省要請報告

20200220 事務局

1.日時・会場 2020年2月6日13:30から14:30 議員会館内

2.参加者

■厚生労働省

老健局介護保険計画課 企画法令係 鈴木侑哉  
老健局振興課 人材研修係 杉浦康友  
老健局振興課 企画法令係 西本直哉

■中央社保協 事務局長山田

事務局次長是枝  
愛知社保協 小松民子

■全日本民医連事務局次長 林泰則

■認知症の人と家族の会 会長 鈴木森夫

■21・労福連 伊藤裕之

■全労連 副議長 岩橋祐治、事務局員 栗原香

福祉保育労 書記次長 民谷孝則、  
日本医労連 中央執行委員 村上眞一、寺田雄、  
自治労連 中央執行委員 小泉治、  
道労連 田村優実  
京都総評 藤井歩  
大阪労連 常任幹事 松本英児

(敬称略)

3.要請と回答

(1) 次期の介護保険の見直しについて

- ① 補足給付(低所得者を対象とした施設等の入所費・食費負担の軽減制度)の見直しを行わないこと。

(介護保険計画課) 補足給付は、平成17年法改正で「在宅と施設の公平性」の観点から、在宅で負担してもらうと同様に施設の人にも払ってもらうことを原則とし、低所得の人には年金収入等所得に応じて一定の給付をしている。今回、「能力に応じた負担」の観点から精緻化し、食費・居住費の負担を含む本人の支出額について、それぞれ所得の段階間の均衡を図るもの。施設とショートステイの本人負担の調整については、在宅の人は全額自己負担をしているので公平性の観点から今回の見直しは必要なもの。

- ② 医療保険に合わせた高額介護サービス費の負担上限額の引き上げを行わないこと。

(介護保険計画課) 制度創設時から自己負担上限額を医療保険の高額療養費制度をふまえて、介護は継続的に利用するものということを考慮して上限額を設定してきた。今回、年金収入等が 770 万円以上の人のある世帯についての上限額 44400 円を、医療費の高額療養費とあわせて、所得に応じて見直すもの。医療費と介護保険の自己負担の合算額が高額になる場合、高額医療介護合算制度があり、こちらは活用可能。この基準は現行制度で据え置く。

**③ 「現役並み所得」「一定所得」の基準額の見直し、利用料 3 割、2 割負担の対象拡大を行わないこと。**

(介護保険計画課) 利用者負担は、高齢化が進展するなかで制度の持続可能性を高める観点から原則 1 割負担、一定以上所得の方は 2 割負担、特に所得の高い現役並み所得の方は 3 割負担。2 つの判断基準について介護保険部会でも様々な意見をいただいた。今回の見直しの法改正からは外れたが、今後高齢化が進展する中で必要なサービスが適切に提供されるとともに保険料、公費、利用者負担の適切な組み合わせによって制度を持続可能なものにしていくことが重要。一定以上所得、現役並み所得の判断基準についても、医療保険制度の考え方も参考にしつつ、医療費の支出も含めた利用者の影響を考えて引き続き検討を行うことが適切と考えている。

**④ ケアプランの有料化は行わないこと。**

**⑤ 要介護 2 以下のすべてのサービスを地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業）に移行させる布石として、要介護 1、2 の生活援助、デイサービスの地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業）への移行を行わないこと。**

(老健局振興課) ④について 3 年に 1 度の制度見直しに向け介護保険部会で議論している。昨年 12 月第 8 期計画、令和 3 年からの介護保険の制度の見直しに関する意見の取りまとめのなかで、「引き続き検討をおこなうことが適当」とある。「利用者やケアマネジメントに与える影響を踏まえながら、自立支援に資する質の高いケアマネジメントの実現や他のサービスとの均衡等、幅広い観点から引き続き検討」ということで、そもそものケアプランのありかたや、ケアマネの処遇改善など幅広い環境整備の観点も含めて、引き続き給付と負担について検討としている。

政府の方針として「骨太の方針 2018」や、昨年 12 月にまとめられた「新経済財政再生計画改革工程表 2018」において、「引き続き介護のケアプラン作成について給付のあり方を検討する」、「関係審議会の経験を踏まえて対応」としている。有識者会議で、認知症の人と家族の会の花俣常任理事も委員として「見直しを行わないこと」と反対の立場からの意見いただき、逆に他の立場から賛成の意見ももらっている、われわれとしてはそういった意見も踏まえながら慎重に検討していく。

**⑥ 老健施設等の多床室での居住費の徴収を実施しないこと。**

(老健局老人保険課) 経済財政運営等改革の基本方針 2018 や改革行程表 2018 で介護老人保健施設、介護療養施設、介護医療院等の多床室の室料について給付のあり方を検討するむね盛り込まれている。社会保障審議会介護保険部会 12 月 27 日のとりまとめで



の意見として、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の機能や医療保険との関係も踏まえつつ、負担の公平性の観点から引き続き検討することが適当となっており、現時点で徴収を実施するものではない

**⑦ 保険者機能強化推進交付金について、給付の抑制につながる見直しを行わないこと、調整交付金を流用しないこと。**

(介護保険計画課) 保険者機能強化交付金については市町村都道府県の高齢者の自立支援や重度化防止の取り組みを推進するために2018年から200億円の予算規模で実施している。2020年度予算案においては予防・健康づくりの取り組みをいっそう推進するため新たな200億円の交付金を創設するとしているが、これは消費税増税を財源とする純増分で、調整交付金の流用ではない。交付金の中での評価指標については適正なサービス利用の阻害にならないことが前提であるとともに、各保険者における高齢化率や地域資源の違いなども踏まえて策定しており、総合的な内容になっている。

来年度の評価指標については骨太方針等に基づき、予防・健康づくりに関する評価指標について配点割合を引き上げるとか、生活指標の拡大、配分基準のメリハリを強化する一方、全指標を市町村規模別に評価するなど自治体の状況を踏まえた評価指標とすることを検討している

**(2) 介護現場の人手不足の原因となっている職員の処遇について(老健局老人保健課)**

**① 介護施設・病院等の就業場所や職種を問わず、介護に関わるすべての職員を対象とする処遇改善を実施すること。**

処遇改善加算は介護報酬の中で行っている。医療保険については処遇改善加算がない。介護報酬では従来の処遇改善加算に加え、消費税財源で新たに介護職員等特定処遇改善加算を設けた。従来は職種の縛りがあったが、特定加算は一定の条件の下、事務職員や栄養士、調理員など介護職員でない人にも使える。

**② 処遇改善の財源は、介護保険財源ではなく、消費税以外の国費で賄うこと。**

財源について、21年に介護職員交付金を国費でやっていたが、予算措置では安定的な処遇ができない。介護給付費分科会で議論し、「介護報酬で手当てすることが適当である」となり、今は介護報酬でやっている。

**③ 処遇改善による引き上げの水準(規模)については、少なくとも全産業労働者の平均賃金の水準とすること。**

10月からの特定処遇改善加算、1000億円規模の処遇改善加算をおこなうとなっており、算定根拠では、全国の10年以上勤務している介護福祉士に、8万円以上の処遇改善をするのであればとしており、全産業平均賃金も見ている。

④上記を加算以外の方法で実現するために基本報酬を大幅にアップするなど現在の報酬方式の抜本的見直しを行うこと。

基本報酬アップについては、令和3年度、賃金、物価の状況、経営状況など踏まえ、様々な関係者の意見を踏まえて、予算編成過程の中で検討していく。

#### 4.質問意見

民医連 林事務局次長 次期介護保険見直しの実施が確認された内容を中心に

① 通常国会で介護保険法の本法の改正はあるか。

(厚労省) 一介護保険部会で、今後の見直しの意見いただいているが、すべてについてどうなるかわからない。今後検討。給付と負担の問題についてはそれぞれ答える

②補足給付と高額介護サービス費の負担上限引き上げ、見直しについてどういう形でやるのか。実施の時期は？

(厚労省) 現役並み所得、一定所得の評価基準をもし変えるとすれば介護保険施行令、政令での改正で、補足給付は施行規則、省令の改正。高額介護サービス費、負担割合の評価基準についての判定は定期的に8月にやっているの、令和3年8月施行が考えられる。

③実際にどの程度の影響が生じるか。120万円で2つに分かれる。120万円を超える方が2000円の負担増、預貯金の金額も引き下げられているがこれによる影響はどの程度か。国費のベースでどれくらい介護給付削減になるのか、規模を知りたい。

(厚労省) 一補足給付については第3段階を2つに分けるものと預貯金の基準見直しをあわせて、現在、補足給付の受給者が61万人いるが、制度改正による影響者数が27万人。現行給付費は3159億円、影響額は給付費で750億円マイナス、国費で150億円マイナスと見込んでいる。高額介護サービス費について現行受給164万件、給付費で2100億円。影響者数は3万件、給付費で80億、国費で20億減。満年度ベースなので施行月8月からだとその3分の2程度で見直しの初年度については財政効果の変動することはある。

⑤22000円の負担増になった人が本当に負担可能かどうかについての検証、エビデンスあるのか。

(厚労省) 2.2万円引き上げの根拠だが、介護保険3施設特養、老健、介護医療院に関わる現行の第4段階、補足給付を受けてないかたがたと、第3段階の2つに分けた後半にあたる120万円以上の方の本人支出額一食費、居住費、介護保険料、施設の介護保険利用料、施設内の生活費を足し上げて、それと120万円を超える年金の方の収入の差額を取り、その2分の一を第3段階後半の方の本人負担に上乗せする。2分の1が試算した結果2.2万円だった。

#### 預貯金の根拠

(厚労省) これまでは年金額 3 万円の方が入所した時に預貯金 500 万円あれば 10 年間暮らせ、それに 500 万円のバッファー入れて単身 1000 万円としていた。今回の見直しはそれぞれの所得段階ごとに本人の収入と支出の差額を取って、その施設の中で 15 年以上入所できる費用として改めて見直し計算した。本人の支出の平均をとったと言ったが、各施設の平均、居室類型別に金額が分かれているのでそれもあわせた平均ということになっている。いずれの所得段階でもこれまでの考え方でユニット型個室に 10 年以上入所できるという水準は確保した。

⑥高額サービス費については、医療保険と揃えてということだったが、介護保険部会で、医療保険と介護保険はそもそも性格が違うから揃えて整合性を確保するのはいかなものかという意見も出ていたと思うのになお、要件を合わせるという結論になったのはなぜか

(厚労省) 医療の高額療養費の多数回該当に基準に合わせた。そうでなければもっと高くなるが、介護は継続的に利用するものだが、医療の多数回該当で年に 3 月以上その額でやった場合、4 月目から下がるとなっているので、ここを参考にした。

⑦3 割負担の現役並み所得の判断基準の見直しについて、改革工程表の一番新しいもので、「骨太方針 2020 に向けて審議する」となっていたと思うが、3 割負担の現役並み所得の基準を引き下げるとすると、どういう流れで実施になるか・

(厚労省) 現時点で想定されるものというのは答えづらいが、3 割負担などは医療保険制度との考え方含め参考にしていく。来年度以降、その分だけ指令改正の可能性など現時点でいえることはない。

⑧老健施設等の多床室の居住費、もともと居住費の徴収と言うのは介護報酬の室料相当部分を減額して、そこを利用者負担にするという話で、おもに介護報酬の改定で実施されてきた。今回見送りとされたが、2021 年度の報酬改定で改めて議論になる可能性はないのか。

(厚労省) 部会意見で、老人保健施設や介護医療院は生活の場という機能だけでなく、医療サービスも行っているので慎重な対応が必要ということや、現在、医療療養病床から介護医療院への転換を進めている段階であり、多床室の室料負担を求めることでブレーキがかかるなどの議論がある。部会での丁寧な議論が必要。

林) 該当者が施設に入所していて、払えない人がいる。境界層の対応もあるが、手続きが大変で難しい。どんなことが想定されるか。

(厚労省) 本人の支出額と今回の見直しで、第 3 段階後半の人の本人支出額が上回るケースがあることは承知している。まずは、自身の預貯金と家族からの支援で対応。低所得の人には、境界層措置のほかに社会福祉法人の利用者負担の減免制度。これによって利用者負担の食費、居住費などの利用者負担額を軽減できる仕組みになっている。あわせて、預貯金基準についても、補足給付の支給をするかいないかの要件。見直しによって補足給付を受けられなくなっても一定期間預貯金をくずすなどして払ってもらって、預貯金が基準下回った場合

に、そのつど申請すれば補足給付を受けることができる。

## 介護の処遇改善について

藤井(2)③答えになっていない。

田村) 法人で一つのデイサービスに10年目の人が5人いたとして、全員に8万円充てられる加算ではない。アピールの仕方間違っているのではないか。労働者からはなぜ8万円上がらないのか。「そういう制度でない」と説明しても分かってもらえない。

「全産業平均との8万円の差」今の処遇改善と特定加算で終わりということではない。介護人材はまだまだ足りていない。どういう処遇改善の在り方が介護人材の安定化につながるのか研究段階。メッセージとしてほしいのは、「これで終わりではない」ということ。関係機関からも意見を聞いてどういう改善策が必要か考えていくという立場でいていただければ。

厚労省) 全産業労働者の平均賃金は、特定加算の制度設計の予算算定根拠として「介護福祉士10年以上8万円」となっている。算定根拠として全産業平均と介護福祉士10年以上を比べた時に8万円の差があるのでそのような金額設定になった。実現するために要件でも、介護事業所の中で全産業平均の440万円以上、または8万円以上の人を1人以上とさせていただいた。

藤井) 全産業平均は意識したが、私たちは全部を全産業平均に近づけてほしいと言っている。できてないという認識はあるのか。

厚労省) 全産業平均という考え方は、あくまで介護職員が人材不足ということもあり、その中での離職理由や働きにくい理由に賃金が低いことが項目で入っている。賃金上げていくことによって人材確保を図りたいと思っている。前提条件として、この賃金に介護職員を持っていくという考えは今のところはない。

厚労省) PRについてはご指摘の通りで様々なところから意見もらっていた。1人に対して8万円ではないということについては、都道府県を通じて事業所にていねいに説明していきたい。希望があれば都道府県に行って、説明会をしてきた。周知を図っていきたい。

山口) 現場は待ったなしだ。

## 認知症の人と家族の会 鈴木会長

もう一度確認したい。2割、3割の対象者の拡大は引き続き検討となった。根拠となる一定以上所得、現役並み所得というのは少なくとも第8期の改定までではないとほっとしている。しかし骨太方針でその基準自体が見直しされたら、21年度の改定を待たずにもう一度介護保険部会で議論するのか。それとも次期改定でしないとなった以上はしないのか、そこは非常に大きなことだと思うが。

補足給付の縮小で、施設から退所せざるをえない人が出ないか心配している。前回は家族の会で影響調査をしたが、実際に退所した人などいろいろな影響出てきた。激変緩和措置がこ

れまでは取られてきていたが、今回はまったくとられていない。血も涙もなくなってきた。

予防健康づくりの効果をインセンティブにしていくということだが、認知症施策大綱で、予防について、予防が強く出ていたのが共生と予防と順番も変え、「認知症にならないことを予防と言わない」など当事者の要望をいれてくれたが、地域では認知症予防というと人が集まるし、現実には「認知症予防」という考えが進んでいる。予防事業にインセンティブを持たせる危険性を非常に強く感じている。厚労省としてはしっかり見ていって、悪い影響が出ていけばきちんと正していただきたい。

認知症施策で厚労省の方と一緒にやっていると、最近は官邸、経産省主導でいろんなことが決まってきて、厚労省はそれに対して抵抗はしているが、もっとがんばってほしい。これまで厚生労働行政進めてきた役所として、現場の問題や利用者、家族のことを第一に考えて防波堤になってほしい。応援したいと思っているが、おされっ放し。きちんとした根拠を持ってわれわれと一緒にになって官邸と相対してほしい。期待をこめて。

厚労省) ③利用者負担割合について、次期改定を待たずして、医療が変えたら介護がかわせる可能性について。現時点で言えることは、今般の介護保険部会のとりまとめでは見直しはないということが、現状としていえる最大限。

部会の中でも、「給付と負担のバランスを確保するために、2割3割基準についても議論を進めていくべきだ」一方で、「利用者の負担は大きい、これまでの2割3割でも大きかったということから生活実態を踏まえて慎重に」という賛否の意見もらった。

担当としていえることは、医療とあわせるとしたら、高額サービス費は医療とあわせて変更することも考えられたと思うが、介護は3年サイクル。医療は29年の健康保険等改正で30年8月から見直し行われているが、介護は、介護保険部会で議論して令和3年からの施行を予定している。一般論で考えれば負担割合も同じように考えるのが一般的だが、現行としては次期改定、今のところはない。3割負担は医療の方から課税収入から所得控除の公式を引っ張ってきて介護にあてはめたら合計所得金額でいうと220万円以上でしたということ参考をしていることを踏まえたら、医療が変わったらその段階で検討はすることが適当。それがすぐ変わるかどうかといえはその時の議論が必要。

激変緩和について、負担可能な範囲で見直ししているのも、制度改定の周知をしつつ、他の制度もあるので現時点で激変緩和は想定していない。

⑦の予防事業にインセンティブを持たせるのは危険というのは、おっしゃる通りだと思うので、担当課、担当係に持ち返る。

### 特定加算について

民谷) 特定加算について 経験技能のあるAグループを原則設定する。例外的には開設間もないとか規模が小さいとか経験技能に差がないとかについては合理的理由として、事業所が自治体に申請するとなっていたが、Aグループを設定すると職員間に格差が生まれ職員の合意が取れないということ合理的理由として、Aグループを設定せず均等に配分することを認めている自治体が広がっている。実態として、チーム労働の中で格差をつけると働

きづらくなると経営者も思い申請し、認める自治体も出ている。当初の狙いと異なる運用が、自治体も認めている、事業所も合理的な理由として申請して、均等に配分されている。そのような実態が出ていることについて所管としてどのような認識を持っているか。

厚労省) 処遇改善加算は数度にわたり行ってきた。一步一步というところだが、29年の拡充については対人サービス産業を、今回は経験技能のある人に重点化を図るという趣旨で行ってきた。小規模事業所や、中での賃金を格付けるときにAグループを設定しないところがあるということは承知している。趣旨としては経験技能のある介護職員について長く働き続けられればそれなりに賃金が上がっていくということで人材の流出を防ぎたいという思いがあるので、なるべくなら設定してほしい。一方で、賃金決定の前提で、労使間でよくよく協議いただくということがあるので、それぞれの事業所の事情もあるので一定程度はやむをえないものだという認識はしている。

## 21・老福連 伊藤 社会福祉法人運営している立場で、意見したい。

補足給付のところ、公平性というが、現場で相談業務にあたっている人間からすると、いまでも「これでは足りない」「この人を支援していくうえで経済的に難しい」という声がいまでもたくさん聞かれていう中で、新しくできる第三段階の2では食費が倍になる。どこが公平なのか。

先ほどから、社保減免を使ったらいいだろうとおっしゃっている。確かに25%減額制度があるが、手続きが複雑で、何とかごまかしながらやっているのが現状。とくに短期入所施設は特養と併設しているところは、ほぼベッドが埋まっている。短期入所単独施設は経営が厳しいところが多い。私たちも20床の短期入所施設を運営しているが、特徴として、問い合わせがあるのは緊急の時、虐待などの時に、払ってもらうこと少ない。そういう人たちを何とか支援していかなければならないとやっている中で、公平性という言葉には違和感がある。現場の声に耳をかたむけてもらって、制度運営を考えてほしい。持続ありきといっても、そこが崩れたらだれも使えない制度になる。

北海道 田村) 介護人材施策について P4 実務者研修支援事業がある。現場から介護福祉士の試験を受けるのに現場を抜けるので、そこを穴埋めする事業。北海道と1月10日に交渉して、予算が減っているし、決算で1割しか使われていない。使いづらい。例えばデイサービスを想像して頂ければ、まったくの新人が穴埋めのところに入ってきたとして、そこで業務を教えなければならぬ。即戦力にもならないし、20日現場を離れたとしてどれくらいの育成をしなければならぬのか。使いづらい制度になっていることを伝えたい。

離職した人の再就職支援準備金貸付事業、広大な北海道で4人から5人しか使えていない。これはいい制度だと思っているが、アピールが足りない。求人相談に来た人に情報提供した方がいいと法人に言ったら、法人も知らない。今ある制度をきちんと伝えてほしい。全国的な調査も必要ではないか。

ケアマネの処遇改善について。札幌を中心にケアマネ120人がいる法人で、ケアマネ集会を行った。30人が集まった。特定加算で逆転現象が出ていることへの不満。家族から「年収が上がるから現場に戻れば」と言われたという声も出た。ケアマネの地位確立をしたうえで、

それに見合った処遇を有識者会議に議題を上げていく必要があるのではないかという意見もあった。ケアマネがどういう専門職なのか。ケアマネの処遇改善については10月の社会保障審議会の介護保険部会の資料でも載っていて現場からも期待がある。業務改善を進めるというのは審議会の資料を見たが、賃金改善で考えていることを聞きたい。処遇改善加算と特定処遇改善加算の方向性。次期改定ではないと思うが、今後なくせないと思っているが、方向性を教えて欲しい。

愛知 小松) 制度の見直しされていても、人材不足の抜本の見直しには程遠い。なぜもっと大胆な手だてがとれないのか。たとえば看護師の処遇では一定の初任給設定やポイント設定がある。そういうものが介護の現場でもモデルとして示されて、そこに向けかって必要な財源が、国としてもきちっと補助をされるというような手だてが必要ではないか。今のよう、加算や特定加算では、説明も十分伝わりきらないような状況で。本気で介護の人手不足をなんとかしようという態度になっていない。何とか改善してほしい。

私は介護保険の利用にはなっていないが、負担がどんどん増える。医療も増えるし介護も増える、庶民感覚で普通の生活の所に2割3割という水準を持ってこられるということについては、本当に高齢者の暮らしの実態について十分わかってないのではないか。家族間の助け合い等については、現実的に言えば高齢者が若者を援助することの方が多くの家庭の実態。現実的な制度設計に立ち戻ってほしい。

ケアマネの処遇の問題。名古屋ではひとりケアマネが苦戦している。5年10年やっても制度変更がきちんと知らされていない。そこで不十分なところがいっぱいあるところを捉えて監査が入り、カットされることが問題になっている。

振興課) 北海道庁の回答について 社会援護局の担当に実務者研修にこういう課題があるということについては共有させていただく。

介護職員初任者研修=旧ヘルパー2級に相当する生活援助従事者研修の2つについては老健局でも所管している。

ケアマネの処遇改善について 介護保険部会では給付と負担だけでなく、そもそもケアマネジメントの在り方自体についても今回意見反映されていて、処遇の改善をすることで自立支援に資する質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備をと議論している。処遇改善は賃金の問題や業務負担の軽減など、環境整備全体の改善について意見もらっている。

賃金については介護給付費分科会でも議論しており、逆転現象もそうだが賃金の状況についての資料など求められている。賃金については報酬改定で議論できる部分もある。報酬改定はこれから本格化する。その中で、既存の報酬の体系もそうだが、そもそも賃金の在り方については、まずこれから賃金実態を把握してから検討する。ケアマネは基本報酬、逡減制の問題やケアマネ一人あたりのもち件数との兼ね合いで逡減制が上限を引っ張ってしまう問題など、一人一人のケアマネというだけでなく、事業所としての経営収支の問題もある。

●●加算ができるのか基本報酬をどうするかなど具体的議論はできていないが、まずは、介護保険部会でも意見をいただいたように処遇の改善、賃金も含め、研修の受講しやすさも含め検討していく。

以上