

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、介護保険は「介護の社会化」を謳い文句に 2000 年 4 月導入されました。法案の論議から問題点を指摘する声もありましたが、介護をめぐる厳しい状況から期待する声もありました。

しかし、その国民の期待に応えるものとなっていないのではないかと考えます。その根本的な問題として、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、など制度の問題があげられると考えています。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とともに、政府・厚労省の狙いでもあったと言えるのではないのでしょうか。

新型コロナウイルス感染の拡大の中、・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・。
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・。

私たちは、この「提言(案)」を提起し、20 年を迎えた介護保険制度の問題点を解明するとともに、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していきます。

1. 20 年目を迎えた介護保険制度～国民の期待と看過できない現状

2000 年 4 月にスタートした介護保険は、20 年を迎えました。人にたとえると、生まれた子供が成人式を迎えるほどの年月が経過したことになります。

先述したように介護保険は、介護を社会で支えるという「介護の社会化」の期待を背負って始まりました。開始当初は、「サービスが自由に選択できる」「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が図れる」などのメリットが喧伝され、事業所数や施設数も急増し、利用者数も増加をし、介護保険が社会の中で定着してきたように見受けられます。

定着したものの一方では「介護の社会化」と呼ぶには程遠い実態も浮き彫りになってきています。確かに総体としての介護サービス量は増えましたが、利用者やその家族にとっては必要なサービスが受けられない状況が広がっています。家族の介護負担は依然として大きく、介護離職はいまだに年間約 10 万人で推移している、介護殺人や介護心中という事件も後を絶ちません。

さらに対象となる高齢者の増加と需要の増加に対して介護職員の確保は追いつかず、人手不足は年々深刻化しています。要因は、全産業平均よりも 9 万円も低い介護従事者の賃金にあり、介護報酬の低水準が背景にあります。

2. 介護保険の実相

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でしょうか。利用者・家族、介護サービス提供事業者、介護従事者の視点から見てみましょう。

① 利用者・家族にとって

まずは、介護サービスの利用料負担は大きく、年金など「懐具合」でサービス利用を考えざるを得ず「サービスを減らす」「利用そのものを中止する」事態もあります。また、給付額の上限があるため必要とするサービスが十分提供されなかったり、「要介護認定」が実態とは異なり軽度で判定され利用に制限がかかったりします。特別養護老人ホームへの入所も「原則要介護3以上」とされ保険料を払っていても入所ができないのです。介護保険料はますます値上がりし当初の●倍となり未納者は●●万人となっています。

② 介護事業者にとって

介護事業所の職員不足は慢性化、深刻さを増し、加えて低く据え置かれた介護報酬の下で事業経営の困難が続いています。マイナス改定が続いていますが特に2015年改定の影響は大きく、倒産、廃業に至る事業所がそれ以降急増しています。また、人手不足の中、多くの事業所で募集をしても集まらず、新規の利用者の受け入れに困難が生じ1割強の特養ホームでは入所制限をするなど、介護事業の縮小・休止が起こっています。そして、職員不足が労働環境の悪化につながり離職が加速、そのことが経営悪化へ直結しさらなる職員不足となる「負の連鎖」から抜け出せない状況が広がりつつあります。

③ 介護従事者(労働者)にとって

介護事業では、介護支援専門員(ケアマネージャ)や介護福祉士などが介護職員として従事していますが、「総合事業」での生活援助などを中心に「ボランティア」に移行していく制度が導入され「介護の専門性」を否定する方向となっています。しかし、実際の介護現場では、利用者のおかれている実態と生活要求から出発し、利用者の生活と権利を守るための介護サービスの提供のための努力が日々行われており、高い専門性を持って介護従事者は取り組んでいます。にもかかわらず、平均賃金は全産業平均より8万円(9万円?)も低く、必要とする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職員も後を絶たない実態が続いています。介護施設の人員配置基準は極めて不十分で、しかも法定基準を下回る施設も多くみられます。政府は、介護の人手不足の解決策として、介護ロボットやIT化を導入し「生産性の向上」を企図していますが、利用者・要介護者の「個性」や「ニーズ」を重視することはますます失われていく危険性があります。

3. 介護保険の制度的問題点(構造的な問題点と施行後の経過)

利用者にとっては、サービス利用を妨げる制度そのものの「構造的欠陥」(問題点)があります。

- ① 第1の問題点は、利用者にとっては、サービスの利用に至る手続きも、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、医療保険とは全く違う仕組みとなっていることです。

- ② 第2の問題点は、介護サービス給付の抑制がされる一方で保険料・利用料などの負担増が継続して実施されている点です。具体的には、受益者負担増が徹底されていることがあります。制度開始当初は1割負担だった利用料は、収入額によって2割負担、3割負担が導入され、また低所得者お利用料負担を低減する「補足給付」も適用要件が厳しくなっています。さらに給付の側面では、全体的な抑制と共に「重点化・効率化」の名による中重度への給付シフト、軽度者へのサービスや生活を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てきました。2015年からは「総合事業」が全市町村で義務化され要支援1,2の訪問介護、通所介護(デイサービス)が、ボランティアへの移行などを含む体制削減が進み、予防給付費の大幅削減が図られました。加えて、事業所に支払われる介護報酬は低く固定化され、同時に「加算」による軽度から重度への利用者シフトが強められました。
- ③ 第3の問題点は、「自立」理念が書き換えられたことです。必要な介護サービスを利用してその人らしく生活していくという考え方から、「自立=サービスがいない状態」とされました。「自立支援」とは「介護保険からの卒業」を意味し、軽度給付の縮小・切り捨てが加速しました。
- ④ 第4の問題点は、介護職による医療提供が法律上容認され、現在は「たんの吸引」「経管栄養」の2つに限定はされているものの在宅や施設での医療行為実施者の拡大が狙われています。
- ⑤ 第5の問題点は、財政的インセンティブの導入が2018年度から導入され、「自立支援」など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「保険者機能強化交付金制度」「介護保険保険者努力支援交付金」が始まっています。給付抑制に自治体を駆り立て、競わせる仕組みあり、保険者機能自体を大きく歪めるものです。

4. なぜ、こうした問題点が生まれ、増幅してきたのか(医療・福祉との一体改革へー地域共生社会構想への接続)

- ① 第1には、介護保険制度が、地域包括ケアシステムの確立の受け皿、医療改革・地域医療構想(病床削減)の受け皿として位置づけられてきたことにあります。「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」へ押し流し、「自助・互助」を優先させるという「基本理念」が背景にあったことがあげられます。
- ② 第2には、介護保険制度が、地域包括ケアの「深化・推進」のため、福祉との一体改革も目的とし地域共生社会の実現のためにも位置づけられてきたこともあります。2017年社会福祉法改正で創設された「地域共生社会」では、高齢者と障害者に一体的にサービスを提供する方向を明確にし、将来的に両者の施策を「統合」させる布石ともなると考えられます。
- ③ 第3には、「地域共生社会」は住民ひとりひとり、地域の諸団体が地域の生活課題を「我が事」と捉え主体となって問題解決にあたるのが法的に定義されました。その伴い高齢者、障害者、子ども・子育て世代、生活困窮者なども対象にした「全世代型」の地域包括ケアの方向性が位置づけられました。

誰も否定しがたい「共生」を掲げ、必ずしも政府の思惑通り進んでいない「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」をはかることに本質的な狙いがあるのです。

5. このままでは「持続“不”可能」な制度に

政府は「制度の持続可能性の確保」を掲げてきましたが、現状の介護保険制度は「給付」「担い手」「財政」の3つの側面で危機的事態に直面していて、このままでは「持続“不”可能」な事態に行きつくことになりかねないと考えられます。

- ① 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す。保険方式のメリットとして喧伝されてきた「サービスの自由な選択」は、経済的事情が許す範囲の選択に過ぎず、保険料を支払っていても利用が制限される事態になっています。「国家的詐欺」との批判もあります。
- ② 第2に、打開の方向性が見いだせない深刻な担い手不足の問題があります。2025年には33万人に及ぶ介護職員の不足が見込まれていて、介護福祉士養成校では定員割れが続いています。根本問題として介護職員の低賃金問題があります。
- ③ 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ことです。第7期介護保険事業計画(2018年～20年)の基準額平均が月額5869円となり、1万円近い市町村もあります。「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もあります。

こうした事態にもかかわらず政府は、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、老健施設などで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ます。

さらに2019年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ります。

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でしょう。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と考えます。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年を振りかえって

要約は結構難しい！

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一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つ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
 - － 拠出原則の是正、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と。

「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