「介護保険制度の抜本改革提言(案)」(仮称)【Ver1】

2020年〇月〇日

中央社会保障推進協議会

本提言案の構成

1. はじめに
2. 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問題点
3. 介護保険制度の抜本的改革提言(案)

(1)当面の「緊急改善」－現状の困難を急ぎ打開するための提案

(2)介護保険制度の「抜本改革」案－「まっとうな社会保険」をめざす制度の「再設計」

1. おわりに
2. はじめに

新型コロナウイルス感染の拡大で「日本の社会保障制度の脆さ」があきらかになりました。医療は長年にわたる病院の病床削減の結果、コロナ禍で感染症対応病床が不足する事態を招きました。公衆衛生では各地域の保健所を最高時の半分に削減してきた結果、保健所の機能がパンク寸前までに陥りました。介護分野では、高齢者施設でクラスターが発生しても入院できず、デイサービスやショートステイが休止・縮小されて通えなくなるなど、多くの問題が明るみなりました。ひたすら効率だけを追い求め、社会保障への公費負担を切り詰め国民負担を強いてきた結果がこれです。菅内閣が誕生し、安倍政治を継承し「自助」を基本とする施策を進めていくことを臆面もなく語っている中で、今こそここで変えていかなければならない、そんな思いにかられます。

20年前、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、介護保険制度は「介護の社会化」を掲げて導入されました。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多くありました。

しかし、現実は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。それは、給付と保険料が直接連動する仕組みとなっているため高齢化が進みサービス利用が増えるに従い値上がり続けています。また、制度の持続可能性を最優先する政府方針のもと介護サービス利用に様々な制限が設けられ「自由に選択できない」事態が進行しています。

私たちは、この「介護保険制度の抜本改革提言(案)」を提起し、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、その抜本的な改革の方向性について私たちの考え方を示し、介護の当事者の皆さん、介護従事者・事業者、そして多くの国民・市民、介護保険や社会福祉に携わる行政の方々等とともにさらに意見交換し本提言案の内容を深めていきたいと思います。そして、国民の願う真の「介護の社会化」へむけての連携広げて改革のための運動を進めていきたいと願っています。

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問題点
* 介護保険制度の問題点

　まずは第1の問題点は、高すぎる保険料、利用料負担の問題です。当初は国民の反発を抑えるために低く抑えたものの、3年に一度の「介護保険事業計画」見直しごとに上がり続けています。現在、全国平均でも基準保険料5,869円(月額)となっていて、福島県の葛尾村では9,800円です。公費も投入されているものの、全体の利用サービス量が増えることで、保険料に跳ね返る仕組みとなっています。つまり、多くの高齢者がより多くの介護保険サービスを利用すれば、介護保険料が上がる仕組みで「サービスを使っていいがその分保険料が上がる。保険料を上げたくなければ利用をみんなで我慢するしかない。どちらを選択するか」と政府・厚労省は国民に迫ってきました。介護保険料が天引きされ残りの年金でどれだけの「利用料」を負担できるか心配しながらサービスを利用することになります。また、特別養護老人ホームなどの施設では、低所得者の利用料負担を低減する「補足給付」の制度も、適用要件が厳しくなり負担が増してきています。

　第2に、利用するサービスが制限され自由に選択ができなくなってきています。サービス利用にあたっては「要介護認定」を受け利用できるサービス量が7段階の「金額」で上限が決められています。しかし、年々要介護認定が低く出る傾向があり、利用者自身・その家族が必要とするサービスが受けれないとの悩みがあります。また、特別養護老人ホームは、「要介護3」以上の認定でないと原則入所できない仕組みに2015年から変更になっています。自宅で頑張っていても、訪問介護（身体介護や生活援助）サービスの時間が短縮されてきました。2017年からは「介護予防・日常生活支援事業(総合事業)」が全国的に開始され「要支援1、2」の方々のデイサービスや訪問介護はボランティアへ移行していく仕組みに変更、2018年からは「要介護」認定でも生活援助の利用回数の上限が設定されています。さらに、2020年には、総合事業の対象を「要介護認定者」全体に広げようとしています。政府・厚労省は、より重度の高齢者に介護サービスの利用を重点化するため、比較的軽度の方々のサービス利用を抑制し効率化を図っていく考えと説明していますが、「介護保険は使えなくなる」との危惧が広がっています。

　第3に、介護サービスを提供する介護事業所は、介護報酬が低く固定化され、事業所運営が厳しい状況になっています。特に、過去最大級のマイナス改定となった2015年介護報酬改定の影響は大きく、倒産に至る老人福祉・介護事業所が急増しました。「基本報酬」に加えて条件を満たせば(満たせない)上乗せされ(減らされる)「加算(減算)」の制度が強められてきています。小規模事業所ではその影響は大きく、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ます。

第4に、介護労働者の高齢年齢化が進み、今後介護労働者がさらに不足していくことが懸念されています。根本的問題は賃金が低く抑えられていて、介護労働者の賃金は全産業労働者の平均賃金より月額8万円も低いとの統計があります。また、全労連「介護労働実態調査(2018年)」によると訪問介護労働者の年齢では「前回調査(2012年)と比べて登録ヘルパーの高齢化が急速に進んでいます。前回の平均55.2歳から、今回58.7歳へ」「60歳以上の労働者が半数以上の51.0％」との結果が報告されています。若い皆さんが希望をもって働けない職場に未来はありません。外国人労働者の活用を政府は企図していますが、「2025年度末までに約55万人、年間6万人程度の介護人材を確保する必要がある」との厚生労働省の予測にこのままでは対応できる見通しが立っていません。新型コロナウイルス感染でのデイサービスなどの自粛の背景にはこうした実情もあるのです。

　第5に、認知症の方の要介護認定が低く出る傾向があり、家族が必要だと思うサービス量とのギャップがあるといわれています。立ち上がり・歩行、排せつ・入浴などの日常生活動作を主に要介護認定を行われますが、認知症のご本人の受け答えがしっかりしていたり、体も元気に見える場合もあることなどから低い要介護認定となるようです。こうした中で日常的に介護している家族が思うほどの認定結果が出ず、介護負担が大きくなるとのことです。

第6に、重要な問題として、「自立」理念が書き換えられたことがあげられます。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＝サービスがいらない状態」とされました。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ます。そしてそれを推し進めていくためにも、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」が創設されてきました。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す。

* 今後もさらなる改悪の計画＝全世代型社会保障改革

　2019年12月末には、全世代型社会保障改革会議の「中間報告」が発表されています。その全世代型社会保障改革のねらいは「働き方も含めた改革を正にパッケージ」として行い、年金、医療、介護、働き方など各制度全般にわたって改悪し、全世代に「負担増と給付の削減」を強いるものです。高齢者をターゲットに負担増を迫り、高齢者の負担増をてこに「現役世代」にも負担増を迫る、そして全世代に社会保障の給付を削減していく「全世代型」の社会保障改悪です。後期高齢者医療制度の2割負担を拡大し、介護保険での負担とサービス利用削減、そのうえ受け取る年金額はマクロ経済スライドの名のもとで削減され続けるといったものです。「中間報告」の時点で、利用者・家族から強い不安が寄せられていた「ケアプランの有料化」については実施が見送られたものの、補足給付の改悪、介護サービス利用料3割、2割負担の対象拡大、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）への移行等は、今後の「骨太方針2020」などでの継続の検討課題となっています。利用する介護サービスは縮小され、しかし引きあがる介護保険料は徴収され続けるというまさに「保険あって介護なし」と言えます。

　そして、2020年の新型コロナウイルス感染拡大においては、経営難、人手不足で疲弊しきっていた介護事業所、介護従事者を直撃しています。感染が拡大し先を見通せない状況の中、マスク、ガウンなどの物資の不足、厳しい職員体制が続いており、職員は「いつ感染するか」「感染させてしまわないか」という強い不安と緊張を抱きながら日々介護にあたっています。そして高齢者施設でクラスターが発生しても入院できず、デイサービスやショートステイが休止・縮小されて通えなくなるなど、利用者・家族も含めて大変な事態にもなりました。これまでの政府の介護施策の脆弱性が浮き彫りになり、改善を求める声が強まっています。

1. 介護保険制度の抜本改革提言(案)

 当面の「緊急改善」－現状の困難を急ぎ打開するための提言

　介護保険スタート以降、政府が進めてきた給付削減・負担増の制度見直しによって、当初掲げられていた「介護の社会化」とは正反対の事態が広がっています。介護現場では経営難と深刻な人手不足が続いています。新型コロナウイルス感染症は、こうした介護の現状を直撃し、新たな介護弱者を生み出しています。利用者、事業所、介護従事者が現状で抱えている困難を早急に打開するための制度の緊急改善が必要です。

　また、2020年法「改正」時に提案され、強い反対の声を前に先送りとなった「ケアプランの有料化」「要介護１、２の訪問介護等の地域支援事業への移行」などの改悪案は、3年後の「改正」において「引き続き検討する」とされています。これ以上の改悪は絶対に許すことはできません。

（１） 介護保険制度の緊急改善

① 費用負担について

○ 利用料の2割負担、3割負担を1割に戻すこと。低所得者を対象とした利用料の減免措置を講じること

○ 補足給付（低所得者＝市町村民税非課税者を対象とした施設等の入居費・食費の負担軽減制度）の「資産要件」「配偶者要件」を撤廃すること。認知症グループホーム、特定施設に対象を拡大すること。2021年8月から実施が予定されている補足給付の新たな改悪の実施をとりやめること

○ 公費を投入して介護保険料を引き下げること

※2014年法「改正」で「一定所得以上」（280万円･･･）の場合2割負担に、2017年「改正」で「現役並所得」（344万円

･･･）の場合に3割に引き上げられました。

※補足給付について、預貯金が1000万円以上ある場合（資産要件）、本人が非課税でも配偶者が課税の場合（配偶者要件）は対象外とされました（2015年見直し）。補足給付から外れたことによって、ユニット型個室で年間100万円、多床室で80万円の負担増が生じたケースもあります。

② 給付（サービス）について

○ 総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）の「従前相当サービス」を保険給付（現行予防給付）に戻すこと。要介護者（要介護１～５）に対象を広げる「弾力化」を実施しないこと

○ 特養の入所対象を要介護１以上に戻すこと

○ 生活援助を「一定回数以上」利用する場合のケアプランの届出制を廃止すること

○ 個々の状態が正確に反映されるよう認定システムの大幅な改善を図ること。（認知症は要介護１以上に、がん終末期等は要介護５に判定するルールをつくること）

○ 区分支給限度額を大幅に引き上げること

○ 特養などの施設建設や地域密着型サービスの整備に対する財政支援を強めること

※総合事業は介護費用を削減させるために創設されました。要支援者が利用する訪問介護、通所介護を「従前相当サービス」に移すとともに、専門職が提供すべき介護サービスを無資格者、住民ボランティアに切り変えていく仕組みが組み込まれており（給付から事業へ）、各地で様々な困難・矛盾が生じています。現在、総合事業サービスの対象を要介護者に広げようとする動きがありますが、これは政府がかねてから提案している軽度者のサービスを総合事業に移し替えていく布石になるものです。

※2014年「改正」で、特養の入所対応が原則要介護3以上に限定されました。要介護1、2でも入所は可能ですが、入所の要件が大幅に狭められました。

※生活援助（多数回数利用）の届け出制は「ケアプランの適正化」の一環です。ケアマネジャーの裁量権を侵すものであり、届出に係る様々な負担を強いることで生活援助利用の「自粛」を促すものです。

※認定システムは当初から認知症や一人暮らし高齢者の判定が軽くでることが指摘されていましたが、2009年に実施された全面的な見直し（認定調査、コンピュータ判定プログラム、認定審査会の運営など）によって軽度判定化がいっそう加速し、要支援、非該当の判定が増加しています。

③ 介護報酬について

○ 介護報酬の土台となる基本サービス費（基本報酬）の大幅な底上げを図ること

○ 新型コロナウイルス感染症に伴う新たな事業環境（「3密」の回避など）にふさわしい報酬・諸基準に見直すこと

○ 改定に際して、小規模事所などの経営実態を適切に反映させること

○ サービス利用に支障が生じないよう、利用料の負担を軽減させる措置を講じること

④ 介護保険財政について

○ 以上の制度改善、高齢者の介護保険料負担の軽減を実現するために、保険財政における国庫負担割合を大幅に引き上げること（当面5割まで引き上げること）

（２） 介護従事者の処遇改善

○ 介護施設・病院等の就業場所や職種を問わず、すべて介護従事者の給与を少なくとも全産業平均水準まで引き上げること

○ その財源は消費税以外の国費で賄うこと

（３） 保険者機能に関すること

○ 介護給付費の削減を目的にした「適正化」事業を廃止すること

○ 保険者を給付の抑制に駆り立て、競わせる保険者機能強化推進交付金制度、保険者努力支援制度など財政インセンティブ政策を廃止すること

○ すべての自治体に介護・福祉行政を担う専門職を配置すること

（４） 新型コロナウイルス感染症への対応－現状の困難の打開と今後の備え

○ 衛生用品・防護具の安定的な供給、介護従事者・利用者に対する必要なＰＣＲ検査の迅速な実施、介護従事者への支援など、新型コロナウイルス感染症に対する対策を強化すること

○ 介護事業所での感染対策に伴うかかり増し費用、利用控えによる減収分を公費で補填すること

（５） これ以上の制度改悪を許さない－次期の見直し（２０２３年法「改正」）に向けて

（以下の見直し案を検討・実施に移さないこと）

＊ 被保険者・受給者範囲の見直し（被保険者の年齢を30歳以上に引き下げ）

＊ ケアプランの有料化

＊ 要介護１、２の生活援助、通所介護等の地域支援事業への移行

＊ 多床室の室料負担の拡大（老健、介護療養、介護医療院の多床室での居住費徴収）

＊ 補足給付の資産要件拡大（預貯金だけではなく、固定資産税の申告に基づく不動産の評価を追加）

＊ 現役並み所得、一定以上所得の判断基準の見直し（利用料2割、3割の対象拡大）

　介護保険制度の「抜本改革」案－「まっとうな社会保険」をめざす制度の「再設計」

　高齢化の進展に伴い、介護の需要は今後いっそう増大していきます。国、自治体の責任による真の「介護の社会化」の実現を求めます。憲法25条を土台にすえ、介護が必要な時に必要なサービスが保障される「必要充足の原則」を貫いた「まっとうな社会保険」に転換させる、制度の「再設計」が必要です。保険財政に対する国庫負担割合を大幅に増やすこと、介護保険財政とは別立てで公費を大胆に投入することなど介護保障に対する財政措置を抜本的に強化することが必要です。

（１）　給付と負担のあり方に関わること

① 介護保険料について

○ 逆進的な定額負担ではなく、所得に応じた定率負担制に切り替えること。低所得者に対する軽減制度を拡充すること

○ 年金天引き制度（特別徴収）、未納者・滞納者に対する制裁措置を廃止すること

○ 介護保険料の減免制度を法定化すること

② 利用者負担について

○ 利用料は廃止すること

○ 施設等での居住費・食費負担について、＊＊＊＊＊

③ サービス利用の仕組みについて

○ 現行の要介護認定制度を廃止すること。要支援・要介護度ごとに設定された保険給付の上限（区分支給限度額）は撤廃すること

○ 利用するサービスの内容については、ケアマネジャーの裁量を高め、ケアマネジャーと本人、家族が協議して決定することを基本とする仕組みに改めること

④ 給付の体系について

○ 訪問看護、リハビリテーション等の医療系サービス、施設での医療提供については医療保険に戻すこと

○ マネジメント業務（「公平・中立」が要請される居宅介護支援、介護保険対応にとどまらない役割をもつ地域包括支援センター）は、介護保険から切り離し一般財源化を図ること

○ 一般介護予防事業は介護保険から切り離し保健事業に移すこと

（２） サービス提供のあり方に関わること

① 介護報酬について

○ 介護報酬をサービス利用の対価ではなく、「介護の質の維持・向上」「経営の安定性・継続性の担保」「働き続けられる労働環境の確保・維持」「感染症・自然災害等への適切な対処」等が可能となるよう、人件費をはじめとする必要経費の補償を行う考え方に改めること

○ 基本報酬の底上げをはかること。その上で、加算については政策誘導の手段ではなく、事業所の特徴的な取り組みを評価する内容に改めること

○ 改定に際して、介護事業所の経営実態を適切に反映させること

② 介護従事者の処遇改善・職員確保について

○ 介護の公共性をふまえ、専門職としての職能を発揮できるよう、ヘルパーをはじめとする介護従事者の給与を国家公務員水準に引き上げること

○ 行き届いたケアの実現、実務負担の軽減、感染症・自然災害等の備え等が可能となるよう、現行の人員配置基準を大幅に引き上げること

○ 常勤雇用を基本に、実効性のある職員確保対策を講じること

○ 養成施設に対する支援を強化すること

③ 介護サービス基盤整備に関して

○ 特養建設等に対する助成制度の復活、民間事業所の参入が困難な地域における市町村直営事業への支援など、介護サービス基盤整備に対する国の財政支援を抜本的に強化すること

○ 地域の実情に応じ、感染症・自然災害を想定した緊急時の介護サービスの提供支援体制を構築すること

（３） 制度理念、国・自治体（保険者）のサービス保障責任について

○ 「自立」の理念について、「介護サービスが要らない状態」ではなく、「必要な介護サービスを利用しながら、その人らしく生活すること」に改めること

○ 利用者・事業者の個別契約に基づくサービス費補償方式（現金給付）から現物給付方式に切り替え、国・自治体（保険者）が介護サービス保障に最終責任を負う制度に転換すること。

※個別契約に基づくサービス費補償方式（現金給付）か、現物給付方式かの問題は制度の根幹に関わる部分です。

・ 医療保険では、保険者（健保組合など）が医療機関を通して医療を患者に現物として提供します。

・ それに対して介護保険は、利用者と事業所との契約に基いて、保険者（市町村）がサービス利用に必要な費用の9割分（利用料1割負担の場合）を利用者に直接支給します（介護保険法41条等）。利用者は9割分の費用に残り1割分の利用料を加えて事業者に支払うことでサービスの提供を受ける（「購入する」）ことになります。

・ ただし煩雑さを回避するために、実際はそのサービス費用を介護報酬というかたちに変えて事業者が受領します（代理受領）。

・ そのため、利用者と事業所との関係では、利用者は費用の対価として現物のサービス（訪問介護など）を受け取る形になりますが、保険制度のもっとも基本な関係となる保険者（＝市町村）と被保険者（＝利用者）との間では、サービス費用の授受（現金給付）の関係になることがポイントです。

・ そのため保険者である市町村は、介護サービス費用を支給する責任は負うものの、そのサービス費が必要十分な水準か、そのサービス費を使って利用者が必要なサービスを利用できているのかにまで関知する必要はありません。この点に現在の介護保険が公的責任の度合いが薄く、「必要充足」原則から乖離した制度となっている根本的な原因があります。

・ 保険給付の上限が金額として自在に設定可能なのも（区分支給限度額）、介護職員の処遇改善部分を報酬上加算として切り分けられるのも（処遇改善加算）、医療保険と異なり、サービス費を支給する方式（現金給付）だからです。

・ 同じ社会保険でありながら、必要な医療（医師や看護師などの人件費をふくめて）が丸ごと提供される現物給付の医療保険と大きな違いがあります。

（４）関連する制度の見直しについて

○ 様々な事情で介護保険の利用に困難を抱える高齢者への対応や、介護保険給付ではカバーできない支援を可能とするために、公費による高齢者福祉制度（現行老人福祉法）の拡充を図ること

○ 「介護保険65歳優先原則」を規定した現行障害者総合支援法第7条は廃止すること

1. さいごに

中央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ました。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り、見直しを求める運動は粘り強く広がってきました。

介護保険開始以降、この20年の中で国民の期待の裏切りはいよいよ明確になってきたのではないでしょうか。2020年秋、厚生労働省は政令改正で総合事業を要介護認定者全体に広げようとしています。「介護保険からの卒業」に加えて「介護保険は使わせない」流れが強化されているものと感じます。もう黙ってはいられない！そんな思いを持たれているのではないでしょうか。

これまでも、わたしたちは多くの声を上げてきました。2005年の「予防重視型システムへの転換」では、介護予防の名のもとに利用制限を行おうとするものでしたが、当初厚生労働省が意図したような「要支援切り捨て」は成功させることなく、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ました。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が、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2008年に出させました。また、●●年以来企図されてきた「ケアプランの有料化」については、2019年の全世代型社会保障検討会議においても検討対象となりましたが、介護現場や利用者の大きな批判を受けて現段階では「見送り」となっています。そして、認知症施策をめぐっては、「認知症基本法」制定へ向けて、当事者・家族の皆さんを中心とする運動が大きな力を発揮しています。こうしたこれまでの運動に確信をもって、介護保険制度改悪にストップをかけ真に国民が求める改革の運動を進めていきたいと思います。

また、「介護保険制度」で本当に国民が願う介護が実現するのかという意見もあります。今回は現在の保険制度を前提にその改革のための提言案を提案していますが、「高齢」といういわば「リスク」を抱えた方々を主たる加入対象とする保険制度としての「限界」についての指摘もあります。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も、今後議論し共有し合うことが大切になっていると考えます。

菅内閣が2020年9月に発足しました。菅内閣がさらに進めようとしている「自助・共助・公助、そして絆」の社会は、自助を基本とする自己責任の社会であり、社会保障・社会福祉に対する政府の責任を放棄する社会でもあります。介護保険制度における「自立」「介護保険からの卒業」が強制される社会へさらに突き進んでいくことは、これまでの施策で明らかではないでしょうか。

全世代、全分野からの運動が一致点に基づき政府の社会保障制度改悪に抗していく大運動を行っていく必要があるとともに、介護保険改善の運動においても広範な団体・個人の皆さんと連携を広げ深めていきたい私たちは考えています。そうした一助になるよう、介護改善運動の「羅針盤」となるよう、ぜひこの「介護保険制度の抜本改革提言(案)」について意見交換や議論で深めていただけますように呼びかけます。

以上