

介護保険制度の 抜本改革提言 (案)について

介護・障害部会

日下部 雅喜

(大阪社保協 介護保険対策委員長)

本提言案の構成

1. はじめに
2. 施行 20 年を経過した介護保険制度の問題点
3. 介護保険制度の抜本的改革提言(案)
 - (1) 介護保険制度の「抜本改革」案
 - －本来の社会保険への転換をめざす制度の「再設計」
 - (2) 当面の「緊急改善」案
 - －現状の困難を打開するとともに、さらなる制度の後退を許さない
4. おわりに

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

- ・介護分野でも高齢者施設でクラスター発生
- ・感染しても入院できない
- ・デイサース・ショートステイ休止・縮小等々

○社会保障への公費負担を切り詰め、介護保険制度改悪して国民負担を強いてきた結果

※菅内閣は、「自助」を前面に公的責任を放棄

はじめに

○2000年介護保険制度は「介護の社会化」を掲げて導入された

介護心中・介護殺人、介護離職、家庭崩壊など介護をめぐる厳しい現実が改善されとの期待する声

○現実はその国民の期待に応えるものとなっていない

○公的介護サービスを自由に選択できるはずだった介護保険の当初の理念は、忘却の彼方

○介護保険施行後 20 年を経た今、もう一度、「介護の社会化」を問い直したい

はじめに

- 介護保険制度は、高齢化社会を支え、高齢者と家族、地域の暮らしを豊かにする社会保障制度
- 憲法が規定する健康で文化的な生活を実現するための制度としての機能を取り戻す
- 介護改善運動を大いに広げ、世論を呼び起こし、政府の姿勢・施策を変えていくために「介護保険制度の抜本改革提言(案)」を提起
- 20年を過ぎた介護保険制度の問題点、その抜本的な改革の方向性について、高齢者、介護の当事者、介護従事者・事業者、国民・市民との意見交換で提言内容を深化

2.

施行20年を経過した介護保険制度の問題点

2. 施行20年を経過した介護保険制度の問題点

○現状の介護保険制度は、憲法で保障された「健康で文化的な」介護の制度とはとは大きく乖離

- ・高齢者が日々暮らしていく上で欠かせない介護サービスが充たされていない
- ・負担能力を超えた負担が強制されることにより十分な介護サービスを受けることができない制度

○その底流にある日本社会の思想

- ・ケア労働の専門性を認めず、女性が担当する仕事、子育てや家事をしながらできるものとの見方が根強い
 - ・専門職でなくても良い、社会の維持に必要不可欠な仕事であるにも関わらず、低賃金で恒常的な人手不足をもたらしたまま介護職の地位を低くみる傾向
- 制度が形つくられてきている

要約 2. 施行20年を経過した介護保険制度の問題点

①高すぎる保険料、利用料負担

【保険料】

○3年に一度の「介護保険事業計画」で上がり
続け、現在全国平均基準保険料は

月額5,869 円

- ・ サービスは利用抑制、保険料は上げる改悪
- ・ 介護保険料天引き後の年金で利用料負担を心配しながらサービス利用

【利用料】 1割負担から原則2割負担が企図される

【補足給付】 適用要件が厳しくなり負担増

上がり続ける介護保険料

全国平均基準月額

第1期(2000～02年)	2,911円
第2期(2003～05年)	3,293円
第3期(2006～08年)	4,090円
第4期(2009～11年)	4,160円
第5期(2012～14年)	4,972円
第6期(2015～17年)	5,514円
第7期(2018～20年)	5,869円

要約

2. 施行20年を経過した介護保険制度の問題点

②サービス利用が制限され自由に選択ができない

【要介護認定】 必要とするサービスが受けられない

【特養ホーム】 「要介護3」でないと原則入所できない

【訪問介護】 時間が短縮され、生活援助の回数上限が設定

【総合事業】 2017年から要支援1, 2のデイサービス・訪問介護をボランティア等に移行。2020年には総合事業対象を「要介護認定者」全体へ広げる改悪

※政府は重度者にサービス利用を「重点化」

「介護保険は使えなくなる」との危惧が広がる

65歳問題：要介護認定をしないと障害福祉サービス更新却下の例も

サービス制限、負担増

	制度開始当初	現在
要支援 1、2	在宅サービスは <u>保険給付で利用できる</u>	ヘルパー・デイサービスが <u>市町村事業</u> に
要介護 1, 2	特養ホーム <u>入所対象</u>	特養ホーム <u>原則入所対象外</u>
利用者負担	<u>所得に関係なく 1 割負担</u>	<u>一定以上の所得者は 2 割、現役並みは所得者 3 割負担</u>
施設の 部代・食 事代	<u>非課税世帯であれば補助（補足給付）あり</u>	<u>配偶者非課税 預貯金（単身 1000 万円）</u>

2. 施行20年を経過した介護保険制度の問題点

③介護報酬が低く固定化され事業所運営が厳しい

○過去最大級のマイナス改定2015年報酬改定の影響は大きく、倒産に至る介護事業所が急増

○「基本報酬」に加えて条件を満たせば「加算」（上乘せ）、満たせない場合「減算」（減らされる）

小規模事業所：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

介護報酬改定率の推移

2000年4月	介護保険制度スタート
2003年度	マイナス 2. 3 %
2006年度	マイナス 2. 4 %
2009年度	プラス 3. 0 % <u>＋処遇改善交付金</u>
2012年度	プラス 1. 2 % (実質マイナス 0. 8 %)
2015年度	マイナス 2. 1 7 % (実質マイナス 4. 4 8 %)
2018年度	プラス 0. 5 4 %

要約 Ⅱ 施行20年を経過した介護保険制度の問題点

④介護労働者の不足、高年齢化

○根本的問題は賃金が低く、全産業労働者の平均賃金より月額9万円も低い

介護現場での「人手不足」「採用が困難」の最大の原因

○人員配置基準の介護体制では十分な介護ができない現実

○外国人労働者の活用を企図するが、「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」（厚労省予測）に対応できる見通しが立っていない

資料

深刻な介護人材不足 — 低報酬による低賃金構造

		平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	賞与込み給与 (万円)	
産業別	産業計	41.8	10.7	36.6	<u>× 12月 = 440万円</u>
	医師	42.1	5.3	102.7	
職種別	看護師	39.3	7.9	39.9	
	准看護師	49.0	11.6	33.8	
	理学療法士、作業療法士	32.7	5.7	33.7	
	介護支援専門員 (ケアマネジャー)	48.0	8.7	31.5	
	介護職員 【(C)と(D)の加重平均】	41.3	6.4	27.4	<u>× 12月 = 329万円</u>
	ホームヘルパー (C)	40.9	6.6	26.1	
	福祉施設介護員 (D)	40.8	6.4	27.5	

平成29年度賃金構造基本統計調査 対象は一般労働者（短時間労働者は含まない）

**全産業平均36.6万円－介護職員27.4万円
＝9.2万円 （年110万円） も低い！**

要約

2. 施行20年を経過した介護保険制度の問題点

⑤ 「自立」概念のすり替え

○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」

「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

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

財政インセンティブの導入：「保険者機能強化推進交付金制度」（2017年法「改正」）「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

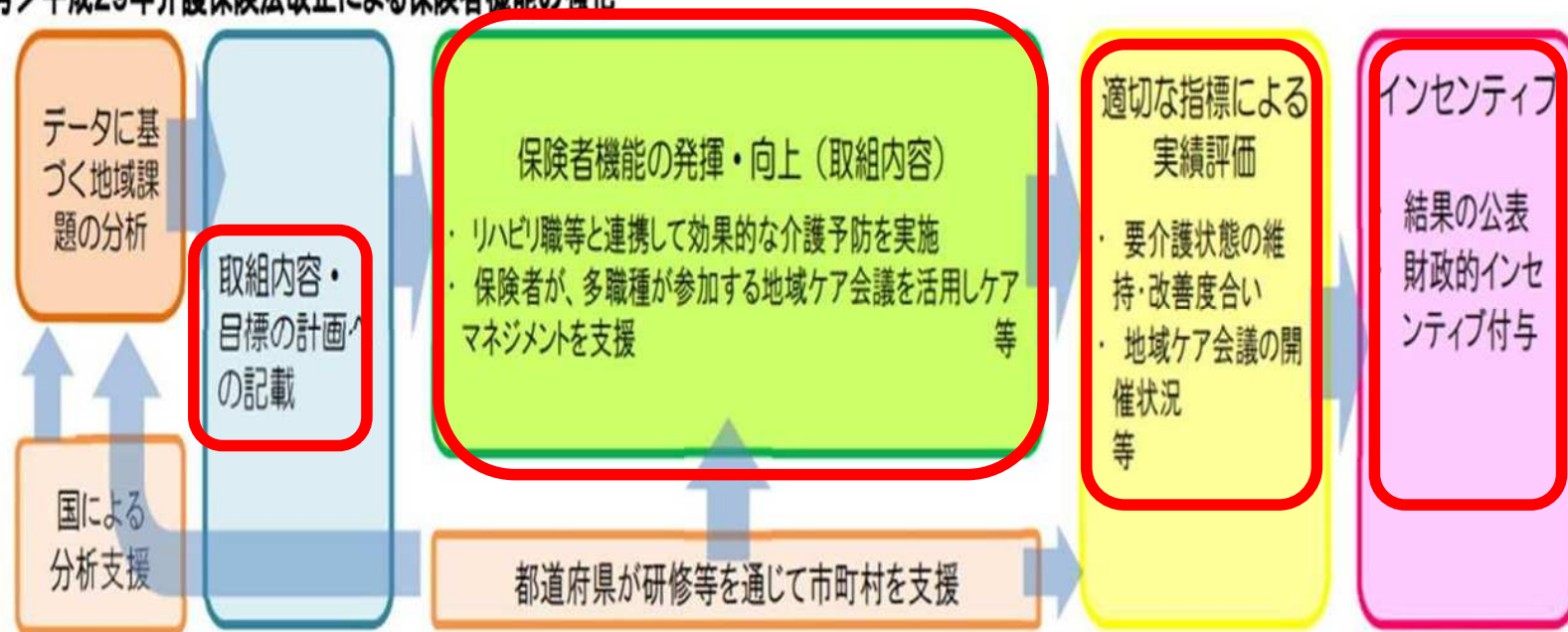
給付抑制に自治体を駆り立て競わせる保険者機能自治体を大きく歪める

資料

「自立支援・重度化防止」を競わせるインセンティブ交付金—市町村機能の変質

- 「自立支援・重度化防止」へ保険者機能の抜本的強化（2017年法改定）
- 保険者機能強化推進交付金と介護保険保険者努力支援交付金（合計400億円）

＜参考＞平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



17

要約

2. 施行20年を経過した介護保険制度の問題点

「全世代型社会保障改革」による各制度の改悪

○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

- ・ 利用する介護サービスは縮小され、介護保険料は引き上げられ続けるという「保険あって介護なし」の改悪が強められる

○2020 年の新型コロナウイルス感染拡大は、疲弊しきっていた介護事業所、介護従事者を直撃

政府の介護施策の脆弱性、弱体化が浮き彫りになった今こそ、もう一度原点に立ち返り、抜本的な改革の方向性を探っていきたい

3 . 介護保険制度の 改革提言案

(1) 介護保険制度の「抜本改革」案
— 本来の社会保険への転換をめざす制度の「再設計」

(2) 当面の「緊急改善」案
— 現状の困難を打開するとともに、さらなる制度の後退を許さない

(1) 介護保険制度の「抜本改革」案

ー本来の社会保険への転換をめざす制度の「再設計」

介護保険制度は、「介護の社会化」という大きな期待を背負いつつも、利用者（受益者）負担、保険給付の上限設定（支給限度額）をはじめ、**出来るだけサービスの利用を抑え込む仕組み**を組み込んで創設されました。

施行後は、政府による**相次ぐ制度の見直し**によって、利用者負担は引き上げられ、サービスは削られ、事業所に支払われる介護報酬は低く抑え込まれる一方、介護保険料は右肩上がりにより上昇を続けています。

こうした経過の中で利用者や介護現場での様々な困難が広がっており、さらに介護保険自体が、

- ①「保険あって介護なし」という**制度の機能不全**、
 - ②打開を見通せない深刻な**介護の担い手不足**、
 - ③**保険料の支払い困難**がまねく財政破綻
- ーという**危機的な状況**に直面しています。

(1) 介護保険制度の「抜本改革」案

— 本来の社会保険への転換をめざす制度の「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。

いま必要なのは、創設時に立ち返った介護保険制度の立て直し＝「再設計」です。

憲法25条を土台にする、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」を貫かない「本来の社会保険」へと転換させることが必要です。

そのためには、利用者・事業所の直接契約に基づくサービス費補償方式（現金給付）から、国、自治体が介護保障に最終責任をもつ現物給付方式に切り替えることが不可欠です。

その裏付けとなる財政措置の強化（保険財政に財源を国庫負担で割合を大幅に増やす）も必要で、対政す。

(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。市町村民税非課税者から保険料を徴収しない

○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

○ 介護保険料の減免制度を法定化する

② 利用者負担について

○利用料は廃止する

○ホテルコスト（居住費・食費）については、施設への入所やサービス利用に支障を来さないよう必要な補償を行う

(1) 給付と負担のあり方に関わること

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は廃止する。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）は撤廃し、利用者の介護の実態に見合った給付内容を保障する

○ 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。その際、市町村は必要十分なサービスを確保できるよう責任を果たす

(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

○基本報酬の底上げを図る。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

○改定に際しては介護事業所の経営実態を適切に反映させる

(2) サービス提供のあり方に関わること

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、すべての介護従事者の賃金をその専門性にふさわしい水準を確立し引き上げる

○行き届いたケアの実現、ケアの質の向上、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

○正規雇用を基本に、実効性のある職員確保対策を講じる。常勤換算方式は廃止する

○養成施設に対する支援を強化する

(2) サービス提供のあり方に関わること

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

○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

○多様な事業者によって介護サービスが提供されることを前提に、介護の公共性が確保される仕組みをつくる

(3) 制度理念について

○「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

（４） 財政運営・保険者のあり方について

○ 介護保険料と給付費が直接連動しないよう、財政運営や保険者のあり方を抜本的に見直す

（５） 国・自治体（保険者）のサービス保障責任について

○ 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※解説参照

（６） 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

○ 「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条を廃止する

解説：サービス費補償方式（現金給付）と現物給付方式

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問題です。

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づいて、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を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）。

つまり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的な関係となる保険者（＝市町村）と被保険者（＝利用者）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。

解説：サービス費補償方式（現金給付）と現物給付方式

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を負うものの、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もの（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もの（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。

(2) 当面の「緊急改善」案

ー現状の困難を開きするとともに、さらなる制度の後退を許さない

当面の課題は、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をはかることです。

これまで政府が進めてきた給付削減・負担増の制度見直しは利用者・家族に深刻な介護困難・生活困難をもたらしています。

重い利用料負担のため必要な介護サービスの利用を断念するケースはあとをたちません。

家族の介護を理由に仕事を辞めざるを得ない「介護離職」は毎年10万人前後で推移しています。

「介護心中・介護殺人」と称される痛ましい事件もたびたび報じられています。

高齢者の生活を支える介護事業では、厳しい経営難 と深刻な人手不足が続いています。

また、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」などの見直し案は、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。これ以上制度を後退させること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。低所得者を対象とした利用料の減免措置を講じる
- 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。認知症グループホーム、特定施設に対象を拡大する。2021年 8月から実施が予定されている補足給付の新たな見直し（食費の引き上げなど）の実施をとりやめる
- 公費を投入して介護保険料を引き下げる

② 認定システム、保険給付の上限について

- 軽度に判定されやすい認知症など、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
- 区分支給限度額を大幅に引き上げる

(1) 介護保険制度の緊急改善

③ 給付、サービス基盤の整備について

○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」は撤回する

○特養の入所対象を要介護１以上に戻す

○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

○福祉用具貸与について、貸与価格の上限設定をとりやめる

○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

(1) 介護保険制度の緊急改善

④ 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
- 新型コロナウイルス感染症に伴う新たな事業環境（「密」の回避など）にふさわしい報酬・諸基準に見直す
- 改定に際しては小規模事業所などの経営実態を適切に反映させる
- サービス利用に支障が生じないように、利用料の負担を軽減させる措置を講じる

(1) 介護保険制度の緊急改善

⑤ 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（当面5割まで引き上げる）

(2) 介護従事者の処遇改善、働く環境の整備

○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。その財源は消費税以外の国費で賄う

○介護従事者を大幅に増やす。介護ロボット、ICTの導入による人員配置基準の緩和・削減を行わない

介護保険の財源構成と規模

(令和2年度予算案 介護給付費：11.5兆円)

総費用ベース：12.4兆円

保険料 50%

公費 50%

第1号保険料

【65歳以上】

23% (2.6兆円)

平成27年度から保険料の低所得者軽減強化に別枠公費負担の充当を行い、この部分が公費(国・都道府県・市町村)となる

・第1号・第2号保険料の割合は、介護保険事業計画期間(3年)ごとに、人口で按分

第2号保険料

【40～64歳】

27% (3.1兆円)

・第2号保険料の公費負担(0.3兆円)
国保(国：0.3兆円 都道府県：0.1兆円)

国庫負担金【調整交付金】

5% (0.6兆円)

・第1号被保険者に占める75歳以上の高齢者の割合、所得段階別の割合等に応じて調整交付

国庫負担金【定率分】

20% (2.1兆円)

・施設の給付費の負担割合
国庫負担金(定率分) 15%
都道府県負担金 17.5%

都道府県負担金

12.5% (1.6兆円)

市町村負担金

12.5% (1.4兆円)

※数値は端数処理をしているため、合計が一致しない場合がある。

厚生労働省老健局説明資料

(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
- 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
- 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

(4) 新型コロナウイルス感染症への対応 ー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・家族に対する必要な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
- 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

(5) これ以上の制度の後退を許さない～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）

- * 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）

介護保険制度の見直しに関する意見(概要(抜粋))(令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

資料

V 持続可能な制度の構築・介護現場の革新

1. 介護人材の確保・介護現場の革新

- 【総論】 ○新規人材の確保・離職の防止の双方の観点からの総合的な人材確保対策の推進
○人材確保・生産性向上の取組を地域の実情に応じてきめ細かく対応していく体制整備、介護保険事業(支援)計画に基づく取組の推進

- ・介護職員の更なる処遇改善の着実な実施
- ・若者、潜在介護福祉士、元気高齢者等の多様な人材の参入・活躍の促進
- ・働きやすい環境の整備・介護の魅力向上・発信・外国人材の受入環境整備
- ・介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の取組の推進
- ・経営の大規模化・協働化、事業所の連携による共同購入、人材確保・育成、事務処理の共同化
- ・文書量削減
- 「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」の中間とりまとめ(令和元年12月4日)に沿って、指定申請、報酬請求、指導監査の文書等に関して、①簡素化、②標準化、③ICT等の活用等の取組を推進。
- (※)介護保険法令とあわせて老人福祉法令に基づく手続き等にも整合的に対応
- (※)専門委員会においてフォローアップを実施し取組を徹底

2. 給付と負担

- (1)被保険者範囲・受給者範囲
介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討
- (2)補足給付に関する給付の在り方
負担能力に応じた負担とする観点から、施設入所者に対する補足給付、ショートステイの補足給付及び補足給付の支給要件となる預貯金等の基準の精緻化を図る
- (3)多床室の室料負担
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制度との関係も踏まえつつ、負担の公平性の関係から引き続き検討
- (4)ケアマネジメントに関する給付の在り方
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
- (5)軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方
総合事業の実施状況や介護保険の運営主体である市町村の意向、利用者への影響等を踏まえながら、引き続き検討
- (6)高額介護サービス費
負担上限額を医療保険の高額療養費制度の負担上限額に合わせる
- (7)「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準
利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討
- (8)現金給付
現時点で導入することは適当ではなく、「介護離職ゼロ」の実現に向けた取組や介護者(介護)支援を推進

その他の課題

1. 要介護認定制度

- ・更新認定の二次判定で直前の要介護度と同じ要介護度と判定された者について、有効期間の上限を36か月から48か月に延長
- ・認定調査を指定市町村事務受託法人に委託して実施する場合において、ケアマネジャー以外の専門的知識を有する者も実施可能とする

2. 住所地特例

- ・住所地特例の対象施設と同一市町村にある認知症高齢者グループホームを住所地特例の対象とすることについて、保険者の意見や地域密着型サービスの趣旨を踏まえて引き続き検討

〇おわりに

- ・今回の制度見直しは、2025年に向けた地域包括ケアシステムの推進や介護人材不足等に対応するとともに、2040年を見据え、地域共生社会の実現を目指し、制度の持続可能性を確保しながら、自立支援・重度化防止や日常生活支援等の役割・機能を果たし続けられるよう制度の整備や取組の強化を図るもの
- ・関連法案の国会提出、社会保障審議会介護給付費分科会での議論など必要な対応が講じられることを求める

4 さいごに

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は粘り強く広がってきました。

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。

4 さいごに

介護保険開始以降この20年の中で、そしてこの間のコロナ禍を通じて介護保険制度の脆弱性がいよいよ明確になってきました。

2020年秋、厚生労働省は省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」そして「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のでしょうか。

4 さいごに

政府は、これまで介護を必要とする高齢者をはじめ私たち国民の実態や意見にどれだけ向き合ってきたでしょうか。介護保険制度の持続可能性を口実に、国民の介護や暮らしの持続性は後景に追いやり介護保険を解体してきました。

当事者である高齢者自身が声を上げるのには困難も多く、また介護する家族の多くも一人で介護を背負い込み孤立しています。

介護改善運動に取り組む諸団体、介護事業者など力を合わせて、当事者の皆さんとともに世論作りと政府への働きかけを強めていきたいと考えています。

4 さいごに

2020年9月に発足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。

介護保険制度においても「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。

4 さいごに

「介護保険制度」で本当に国民が願う介護が実現するのか、との意見もあります。

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、改革の方が向について、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。そして、改革のための財源についても、議論を深め一致点をつくる必要があります。

4 さいごに

私たちは、日本国憲法の目指している権利としての介護保障、権利としての社会保障の実現へむけて一緒に考えていきたいと思います。

そして、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くための一助になるよう、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。

中央社保協 「介護保険制度の抜本改革提言（案）」 についての意見募集

※締め切り：2021年4月末をめどに提出してください。

提出先：E-mail k25@shahokyo.jp Fax：03-5808-5345

※字数の制限はありません。

※資料がありましたらあわせて添付ください。

<所属組織名・氏名>

<内 容>