

「介護保険制度の抜本改革提言(案)」

2020年12月2日
中央社会保障推進協議会
運営委員会

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

1. 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。医療施設と共に、介護分野でも高齢者施設でクラスターが発生し、感染しても入院できない、また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になりました。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、介護保険制度改悪して国民負担を強いてきた結果がこれです。そして新しく誕生した菅内閣は、「自助」を前面に公的責任を放棄し「自分のことは自分」でやれと国民に強いています。

2000年介護保険制度は「介護の社会化」を掲げて導入されました。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をめぐる厳しい現実が改善されるとの期待する声が多くありました。私たちは、高齢になっても一人ひとりが人間らしく豊かに、そして何よりも尊厳をもって暮らしていくことを期待していました。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でしょうか。介護を必要とする誰もが必要な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、忘却の彼方となっているのではないでしょうか。介護保険施行後20年を経た今、もう一度、目指した「介護の社会化」とは何だったのか問い直したいと思います。

介護保険制度は、高齢化社会を支え、高齢者とその家族、地域の暮らしを豊かにする社会保障制度でなければなりません。憲法が規定する健康権を実現し、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さなければなりません。私たちは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この「介護保険制度の抜本改革提言(案)」を提起します。

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私たちの考え方を示していますが、高齢者の皆さん、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化させていきたいと思えます。手を携え、国民の願う真の「介護の社会化」を実現していきましょう。

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をしています。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こと、そして個々人の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になっています。その底流にある日本社会の思想には、介護をはじめとした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くあります。そうした中、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があり、制度が形つくられてきていることを重要視する必要があります。

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)と高くなっていますが、政府はこれまで利用サービスを抑制しつつ、保険料を上げる改悪を進めてきました。多くの利用者は、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。今後、利用料負担を 1 割から原則 2 割にしていくことも企図されています。

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ました。「要介護認定」により、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。特別養護老人ホームは、「要介護 3」以上でないと原則入所できない、訪問介護サービスの時間が短縮され生活援助の利用回数の上限が設定される、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、さらに 2020 年には、総合事業の対象を「要介護認定者」全体に広げることが打ち出しました。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ります。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として、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。そして、65 歳で障害者が要介護認定に申請をしないことを理由に障害福祉サービスの更新を却下する問題があるとともに、中軽度の障害福祉サービスから外されていく問題も重要視していく必要があります。

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「加算」（上乘せ）されますが、満たせない場合「減算」（減らされる）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9万円も低いとの統計があり、このことが介護現場での「人手不足」「採用が困難」の最大の原因ともなっています。また、人員配置基準によって各施設の介護体制が定まりますが、法定の基準では十分な介護ができない現実があります。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、重要な問題として、「自立」理念がすりか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＝サービスがいらぬ状態」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けられています。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す。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。

さらに、現在議論が進められている全世代型社会保障改革は、「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。今後引き続き、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まさに「保険あって介護なし」の改悪が強められていきます。

2020年の新型コロナウイルス感染拡大は、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。マスク、ガウンなどの物資の不足、根本的には日常的にも不足していた厳しい職員体制の中、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介護にあたり、利用者も不安な日々を送っています。コロナ禍を経験し、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一緒に探っていきたいと考えます。

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」

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－という危機的な状況に直面しています。

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「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(保険財政に対する国庫負担割合を大幅に増やす、介護保険財政とは別立てで公費を大胆に投入する)も必要です。

(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。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

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

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
- 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
- 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

(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 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

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：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」）こととなります。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。

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。

（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

（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

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

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

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、利用料の負担を軽減させる措置を講じる

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

(3) 保険者機能に関すること

- 介護給付費の削減を目的とした「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)

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。

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。

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のでしょうか。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リ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。

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のでしょうか。

「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。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。

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えます。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。

以上