

介護保険10年、暮らしやすい地域づくりを

林 泰則（全日本民医連事務局次長）

目 次

- 1 介護保険制度の現状と問題点—利用者・家族、介護現場の実態から
- 2 介護保険 2011 年改定—何がどう見直されようとしているのか
- 3 地域包括ケアとは何か
- 4 2つの一体改革と介護保険見直し

1 介護保険制度の現状と問題点—利用者・家族、介護現場の実態から

最初に、介護保険がスタートして10年が経ち、利用者、家族、介護現場の実態から見た制度の現状と問題点をお話します。

介護保険制度のしくみ

介護保険制度は、申請後、介護認定、ケアプランの作成があって初めて介護サービスが受けられるというしくみで、直ぐにサービスが受けられる医療保険など他の保険制度と異なっています。

「介護保険10年」は「構造改革の10年」

2000年に介護保険がスタート（第1期）しましたが、準備不足のまま「見切り発車」したため、当初は大混乱になりました。その後、小泉政権の「聖域なき構造改革」により社会保障費が削減されるなか、3年ごとに制度の見直しが行われてきました。まさに「介護保険10年」は「構造改革の10年」だったわけです。

2003年の見直し（第2期）では、介護保険財政危機論のなかで、介護報酬の2.3%マイナス改定や施設整備に対する国庫補助金のカットや廃止が行われました。

2005年には、「制度の持続可能性」の確保のためと称して介護保険法が改正され、軽度者を切り捨てる予防重視、施設給付の見直しが行われました。

2006年の見直し（第3期）では、介護報酬の2.4%マイナス改定や基盤整備の総量規制、給付費の適正化計画が進められました。

2009年の見直し（第4期）では、介護報酬は初めて3%のプラス改定が行われましたが、介護従事者の確保には不十分なものでした。また、軽度化の判定を一層促進する要介護認定制度の見直しも行われました。

こうした見直しにより、介護保険制度の欠陥が増幅されてきたわけです。

事例調査が明らかにした介護保険の問題点

全日本民医連が実施した「介護保険1000事例調査」「介護保険10年検証事例調査」によって次のような問題点が明らかになりました。

- ①重い費用負担のため、必要なサービスを受けられない。
- ②実際の状態に認定結果が見合っていない。
- ③支給限度額の範囲では、十分なサービスを利用できない。
- ④予防給付、福祉用具利用の制限で、軽度者が必要なサービスを受けられない。
- ⑤保険者の法令解釈による一律的な利用制限が横行している（ローカルルール）。
- ⑥基盤整備では、在宅生活の継続が難しくなっているが、受け入れ先が見つからない。
- ⑦痰の吸引などの医療処置を必要とするため、受け入れ先が見つからない。
- ⑧重度の認知症を介護している家族は深刻な困難を抱えている

具体的に生じている困難・問題点は何か

具体的に生じている困難・問題点を聞いたところ、重い費用負担が50%で最も多く、次いで限度額超が32.9%、施設不足が32.6%でした。

<事例>本人の年金だけで一家が生活

介護保険の問題点を民医連事業所での具体的事例で紹介します。

- ・同居の息子が無収入のため本人の年金だけで生計をたてており、利用料の支払いが困難で、必要なサービスを利用できない事例（83歳 女性 要介護1 親子）
- ・年金が振り込まれる月だけサービスを利用している事例（73歳男性 要介護3 夫婦のみ）
- ・過去に収入がなくて介護保険料未払いの期間があったため制裁措置で7割給付となり、利用料が3割となって、それで利用料が払えなくて、十分なサービスを利用できず生活困難となっていた事例（71歳 女性 要 介護5 その他）

こうした事例から、費用負担をどうするのかというのは、今回の介護保険制度改革の大きなテーマだと思います。

最も必要な人に最もサービスが届いていない

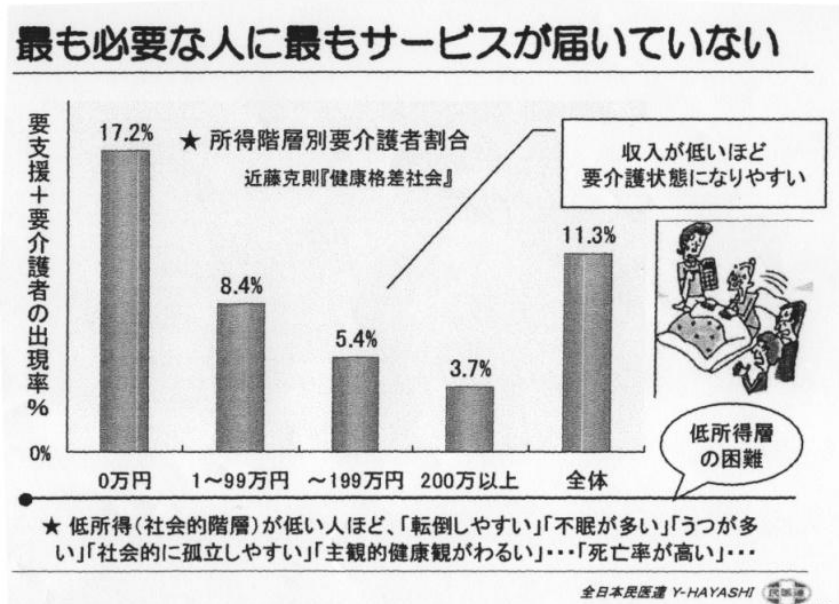
これはある研究者の方がまとめたものですが、所得が低い人ほど要介護状態になりやすいということ。よく病氣と貧困というのは関係があると言われますけれども、最後は1人だということと経済的な状況は明確に関係があることがグラフにすれば明確です。所得が低い人ほど要介護状態になりやすいということは、所得が低い人程介護保険を利用しなければならないんです。ところが、利用料が足かせとなって十分な利用ができていないという事態がある

わけです。低所得層ほど利用が非常に困難になっているわけです。今の介護保険制度は、最も介護保険サービスを必要とする人が実は最も利用できていないという実態なわけです。根本的な介護保険制度の矛盾だと思います。

認定結果と実際の状態との乖離

それから認定の問題です。認定の問題もなかなか大変な問題ですけれども、一点だけ紹介します。毎日新聞の昨年8月の投稿です。介護福祉施設で働いている介護福祉士である娘さんがお母さんを介護しているというケースです。「先月末、介護度3の79才の母に介護度更新申請の結果が届いた。母の進行性核上性麻痺は、原因も治療法もないまま確実に悪化している。今度は介護度4かなと思っていたら、介護度1という決定に驚き、絶望的な思いになった。財政難はよく認識しているが、介護度1では今まで使っていた介護ベッドや立ち上がり用の手すり、通院時に必要な車椅子も基本的には使用できず、デイケアも減らさなければならない。今までと同じ介護を受けるには、自費で月額6万円以上の負担増になる。もしこのまま、寝返りできず転倒しても自力で起き上がれない母が介護度1となれば、外出や運動の機会が奪われ、ますます転倒回数が増える。大腿骨でも骨折すれば寝たきりになり、かえって介護保険の財源を圧迫してしまう。」介護の財源のことまで心配している非常に切ない話ですけれども、こういう事態が起きているわけです。こういうことは介護保険制度が始まってからずっとなんです。実際の状態と認定の結果がかけ離れているという話です。2009年に認定制度の大きな見直しがありましたけれども、むしろ益々軽く判定される傾向が強まっているというのが経過からも明らかになっています。

次に、軽く判定されやすい人たちというのがいるんです。一つは、認知症の方です。認定制度の仕組みは、1人で食事がとれるだとかトイレに行けるかだとかの身体的な機能しか評価しません。ところが、認知症で、わりと自由に動ける方というのは普段から見守が非常に大切なんです。精神的なサポートが非常に大切ですが、今の認定制度ではそういう部分が評価されない仕組みです。ですから、認知症の方は非常に低く判



定されます。国もシステムをいろいろと修正してみたいですけれども、根本的には変わっていないわけです。それから、一人暮らしの方です。家族がいれば家族にやってもらうけれども、一人暮らしの場合は自分でやらなきゃいけないわけです。それで、認定調査に訪問調査員が来ると、結構頑張ってるやっついませう。そうすると介護度が下がってしまうわけです。

認定の問題をどうしていくのかというのは、介護保険制度の根本に関わる仕組みですので、ここも大きな見直しのテーマではないかと思えます。

限度額超による利用削減・自己負担の発生

それから、介護度ごとに決められている限度額の問題です。これ以上使うと介護保険からは出ませんよというものです。例えば、要介護1では月16万5800円まで介護保険で請求できるけれども、そこから1円でも超えれば全額自己負担になります。要介護4では1月の限度額が30万6000円ですので、限度額一杯利用すると1割の利用料3万600円払って、給付を受けることになります。それが5万円オーバーして35万6000円になると、増えた5万円は丸々100%自己負担になり、合計8万600円が自己負担額になります。限度額を超えてしまうと全額自己負担になるので、限度額を超えないようにサービスを減らさざるを得ないか、若しくは一人暮らしの方とか重度の方とかはサービスを減らせないので、自費であっても払わざるを得ないわけです。高額な自費を払ってサービスを受けている方がいらっしゃるわけです。

それから、そもそも要支援1から要介護5まで設定されている支給限度額の金額が十分なのかどうかという検証も必要です。要介護5というのは一番重度ですが、月35万8300円です。ヘルパーさんの身体介護30分以上1時間未満の介護報酬は4020円です。1日3回、朝・昼・晩、食事時に身体介護を利用すると、1日で約1万2000円、1月30日利用すると36万円になってしまうわけです。要介護5で一番重い介護保険の支給限度額はそういう水準だということです。1日3時間は介護保険でヘルパーさんが来てもらえるけれども、残りの21時間はどうするんだということになります。結局、介護する家族がいないと生活ができないということです。今の介護保険制度は介護の社会化といっているけれども、実態は介護家族の存在を前提とした制度の仕組みなわけです。

予防給付での利用制約、生活援助の縮小

それから軽度の人たちの予防給付も非常に問題があります。とにかく要支援1・2の判定からいくと本当にサービスが少なくなっています。

- 74才の女性、要支援2で一人暮らしの方、ヘルパーさんに来ていただく時間が本当に短くなってしまったので、とにかく来ていただいた時間の中で通院の介助とか生活援助とか全てまかなわなければならない。
- 77才女性、要支援2の方、要支援の認定になり訪問介護が週3回に減ってしまって、ヘルパーと一緒に外出して買い物することも断念せざるを得ない。

そもそも予防サービスは、ヘルパーさんと例えば料理とか買い物とかを一緒にやることによって、やがては1人でやれるようにするという自立支援が基本的な考え方です。ところが制度の実際の仕組みは、とてもではないけれどもヘルパーさんと一緒に料理を作ったり買い物をしたりという時間は足りないわけです。予防サービスの目的と制度の中身自体が合っていないわけです。そういう問題が根本的にあります。

ローカルルール横行

次に、ローカルルールの問題です。これは市町村が独自に解釈して、国の法令基準を超えてサービスを制限しているケースが横行しているという問題です。国は、一率にサービスを制限してはいけないという通知を出しているのですが、改まらないで、まだまだ横行しているというのが実態です。例えば、東京の文京区では、親族が500メートル以内に住んでいたら、それは同居家族とみなすという判断をします。そして一律に生活援助は切り捨てているという実態にあるわけです。

これは、ただ国の言っていることを守らない自治体が悪いのかということ、決してそうではありません。国の給付の引き下げという別の背景があるわけです。先程、給付適正化対策が2003年から始まったと話しましたが、これについては日経新聞(2010.4.6夕)が「自治体のサービスに抑制の背中を押したのは厚労省だ。2004年に始めた『介護給付費適正化推進運動』が発端で、『介護給付の1%程度の抑制』を掲げ、ケアプランの点検などを自治体に指示した。利用者増にともなう介護費用の増加に財源が追いつかないことを危惧したためだ。」と書いています。介護給付を1%程度減らすような点検をなさいという話です。国からそう

いう指導を受けるわけですから、市町村は、躍起になります。結局、そういう制限をすることが横行しているわけです。そこら辺を根本的に改めない、やはり利用しやすい介護にはならないと思います。

「終の棲家はどこに」－特養の待機者42万人

それから特養の待機者の問題です。特養の待機者は42万人です。そのうち要介護度4、5で、在宅で待機している方が6万人いらっしゃいます。全日本民医連は特別養護老人ホームと18箇所関係しています。この間緊急調査を行いましたら、1施設平均で255人待機者がいました。だから、2年、3年どころか4年待っても入れないような状況です。一方で、いわゆる劣悪な無届施設というのもあります。2009年に群馬県の渋川で、泊まり場ホームという防火設備もない本当に劣悪な施設が火災を起こして10人が亡くなりました。ただ、『無届け』頼り 入居待ち100人（朝日新聞09.5.4）と書いてあるように、こういう劣悪な施設でも必要とせざるを得ない実態があるわけです。本当にこれでいいのかという話だと思います。

一方で、有料老人ホームはこの10年間で10倍くらいに増えています。実は全日本民医連でも、都市型の9階建のビルで介護付きの有料老人ホームを持っています。3年くらい前にできたと思いますけども。そこに行って話を聞いてきたことがあります。入居一時金が1800万円だそうです。月々の利用料の負担は22万円から28万円で、部屋によってランクがあるんです。あまり高いので施設の営業担当者に「高い、少し価格を落とせないか」と言ったら、「価格は絶対落せない。なぜなら価格を落とすと利用者の質が落ちるから」といわれました。有料老人ホームというのはそういう状態です。なかには入居一時金を取らないホームも随分出てきていますが、月々の負担が10万円台の後半だとか20万円近くですから、国民年金だけの人はなかなか入れないと思います。お金があるかないかによって終の棲家が決まってしまうということが、本当にこれでいいのかということが問われていると思います。

深刻化する介護負担

それから、介護負担も本当に大変です。介護が大変で仕事を辞めざるを得ない人が年間10万人を超えています。最近、介護する女性の健康悪化に関するいろんな調査が行われて、半数が高血圧とかうつ状態であるという報告もあります。介護負担をどうするのかというのも大きなテーマだと思います。民医連の事業所での事例ですが、重度の認知症のお母さんを抱えて1人で介護している女性です。お母さんは重度の難聴で認知症で金銭的に余裕がなくて、本当はルパーさんに来てもらおうと助かるんだけど、それもできないし施設に入るのも大変だということで、娘さんは介護に限界を感じながらもお母さんをできるだけ介護したいと思う半面、精神的ストレスから「お母さんの首を絞めそうになる時がある」と涙ながらに話をされました。これはケアマネジャーが実際に自宅に行って話を伺ったものです。なかには、旦那さんが奥さんの首にタオルを巻いて絞める一歩手前の所にケアマネジャーが訪ねて行って助かったという話など、民医連の事務所でしょっちゅうそういうケースに直面しています。

減らない「介護殺人・心中」

そういう中で、今深刻なのは介護殺人とか介護心中といわれる事件が後を絶たないことです。むしろ、介護保険制度が始まってから増えているのではないかという調査結果も出されています。これについて、一昨年東京新聞がかなり綿密な調査（2009.11.20）を行い発表しました。年間約50件こういう事件が起きているということで、週に1回どこかで起こっているという話です。殺人だとか心中だとかは刑事事件になりますので、裁判で、裁判所長が「これはもう制度の問題だ」と言わざるを得ないようなケースも全体で6割くらいあるわけです。こういうことも介護保険の10年の帰結と言っていいかと思います。

抜本的な処遇改善・人材確保は実現したか

一方、では働いている人はどうなのかということです。この間、介護報酬が上がったり交付金制度などの待遇改善が始まったりしていますけれども、根本的な解決には至っていません。待遇改善は道半ばという状況です。介護人の人手不足といわれますけれども、介護業界では若い男性が「寿退社」なんです。結婚して子供ができれば介護の仕事では食べていけないということで、結婚を機に辞めていく若い男性職員がいるわけです。それから、高校生が卒業したら介護職になりたいと親に言ったら、親が止めておくと反対したという話も聞きます。本当に志を持って介護の担い手になっていこうという人たちがなかなか参入できないわけです。ひょっとしたら、介護を担う人たちがいなくなって、制度そのものが破綻をするというおそれもあるくらい寒々しい状況になっているわけです。

2 介護保険 2011 年改定—何がどう見直されようとしているのか

以上、ざっと介護保険の現状を見てきましたが、こういう現状のなかで、今政府が描いている介護保険の見直しの中身が、果たしてそういう問題を解決するものなのかということです。そういう観点で少し現在の動きを紹介したいと思います。

「2025 年」に向けた制度改革の流れ

現在の改革は、2025 年に向けてどうするかという壮大な構想のもとで打ち出されてきているのが今までにない特徴です。2025 年は、1947 年から 49 年に生まれた所謂「団塊の世代」が、一斉に 75 才を超え後期高齢期に突入する時期です。ここが日本の高齢化のピークだということです。そこに向かって日本は超スピードで高齢化が進んでいくというのが厚生労働省の認識です。ですから、目先の話ではなくて、2025 年に向けて、今からどうしていくかということで打ち出されたのが今回の介護保険の見直しです。そういう側面を見ておかなければいけないと思います。

昨年からの改正の具体的な作業がスタートしたわけですが、社会保障制度審議会の介護保険部会が昨年 11 月末日に最終報告をまとめました。見直しは二つの柱でやると。一つは、「地域包括ケア」を実現させていくということ、もう一つは、「持続可能な制度」を構築していかなければいけないということです。地域包括ケアについては、既に昨年 3 月に地域包括ケア研究会というところが 50 ページ程の報告書を出していき、ほぼこれで地域包括ケアの内容が出てきています。この答申を受けて、12 月 24 日に法律案改正のポイントが出てきます。これからの予定ですが、来週 24 日から通常国会が始まり、介護保険法の改正は予算非関連法案なので、予算を挙げてから、おそらく 3 月の下旬頃に介護保険改正法案が国会に上程されるのではないかとされています。通常国会は 5 月か 6 月までですけれども、それまでには可決成立させて、2012 年 4 月に改正された介護保険法を施行します。そしてその 2012 年 4 月には、改正された介護保険法に基づいて、介護報酬とか介護保険料、事業計画の 3 年に 1 回の見直しが行われます。

一方で、この 2012 年というのは、医療の方の診療報酬の改定時期でもあります。介護報酬は 3 年に 1 回、診療報酬は 2 年に 1 回改定になりますので、6 年に 1 回は同時改定になります。2012 年というのはそういう時期に当たります。そこで政府は介護保険法と同時に医療制度の改革とも絡めて医療と介護を一体的に改革していこうではないかという方針を出しています。

この医療と介護の一体改革のルーツは、2006 年の医療制度改革関連法にあります。後期高齢者医療制度とか長期の療養を担うベッドを減らす計画を作れ、とかいう一連の法律が合わさって国会で可決されて、実施されたのが 2008 年 4 月でした。そこで強く打ち出されたのは、入院から在宅へということでした。要するに、いかに医療費を減らすか、入院医療費を減らすためにどんどん安上がりな在宅に移していくんだということです。ただ、在宅に移したときにケアをしていかなければならないけれども、それは、医療だけではできないので、介護も含めて在宅の受け皿を一体的に作っていこうではないかというのが「医療・介護の一体改革」の中心的な内容です。2012 年に丁度 2 つの報酬が同時に改定されるので、これは丁度いいチャンスだというのが今の政府の位置づけです。ですから、介護保険の見直しと同時に医療・介護の一体改革に位置付けられて、いろいろなことが検討されているわけです。この一連の見直しが、今の菅政権のもとでの「新成長戦略」だとかの大きな基本的な戦略のもとで検討されています。

そして今持ち出されているのが「税と社会保障の一体改革」ということで、6 月までに基本的なあり方を示すとしています。ですから、介護保険が二つの一体改革と合わせて検討されているという大きな流れの中で、節目となるのが 2015 年それから 2025 年です。この 2025 年に向けて医療・介護の一体改革の柱として、地域包括ケアというものを地域ごとに作っていこうという長期的な視点で構想されています。

見直しの経過—審議会報告書から政府案へ

介護保険の見直しの経過ですけれども、介護保険部会（審議会）で昨年 5 月ぐらいから本格的に議論がなされて、11 月 19 日に素案が出されました。素案は要するに厚生労働省が審議会に提案した中身です。その素案というのは、新たな利用者負担をやろうという話で、例えば、一定の所得がある高齢者については利用料を 1 割から 2 割にするだとか、ケアプランにも負担をせよととかの一連の負担増の見直しが出されました。けれども審議会には、研究者や自治体の関係者、介護関係の団体の役員など様々な方々がおりまして、大変大きな反対意見が出されたために、11 月 26 日に改めて修正案を出したんですけれども、負担増を取り下げたわけではなくて、表現を修正して、「推進すべし」ではなくて「『推進すべし』という意見と同時に『反

対』の意見もある」という単に両論を併記しただけでした。結局、部会長預かりになって、11月30日に報告書が出されたわけです。そして、この報告を見て、民主党の内部で、利用者負担を今持ち出すと一斉地方選挙が戦えないという懸念の声が出されて、民主党の内部には介護保険法の見直しを考えるワーキングチームがあったんですけれども、そこが負担増は慎重であるべきだという提言をします。そうしましたら、12月24日に「介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称）のポイント」が出されて、形としては利用者の負担増は取り下げられた格好になりました。そういう一連の経過をたどっています。ただ、今出されているのは、これ以上のものでもこれ以下のものでもなくて、紙ぺら1枚しか出されておられませんので、基本的な方向というのは、やはり厚生労働省が中心になって提案した介護保険部会の最終報告の意見書なんです。

見直しの「基本的考え方」

この最終報告では、二つの柱で見直しを検討しています。「地域包括ケアの実現」と「持続可能な制度の実現」です。

＜介護保険部会「意見」＞

①日常生活圏内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供され「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組みを進めること、

②給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図ることで、将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築することを基本的考え方とすべき。

これはあくまで2番目为中心で、給付の効率化・重点化とか、給付と負担のバランスを図るなかでこの地域包括ケア機能を作っていくという構想なのかと思います。

このままでは保険料月5000円超え

持続可能な制度との関係で、保険料の問題があります。このままでは保険料が月5000円を超えるという話です。介護保険料は、全国平均で第1期（2000年から2002年）の月2911円からどんどん増えていって、現在は月4160円です。これが2012年からの第5期では月5000円、夫婦では1万円を超えることになるかもしれません。厚生労働省の資料では、現在は4160円で、自然増部分があってそれに上積みする部分として介護労働者の処遇を改善ということで、介護報酬のプラス改定、それから民主党の内部から大分意見があったようですけれども、グループホームだとかユニット型の個室の利用者の負担を軽減するというのを考えると5200円になると、さあどうするんだということで、厚生労働省自身も5000円を超える保険料率にするのは限界ではないかということで、この意見書の中でも、そういうことを盛り込んでいます。

「意見」が示した負担増メニューと財政影響試算

ではどうするんだということで、出てきたのが先程の負担増メニューです。こういう負担増をやるとこれだけ国の負担が減りますよという試算まで出してきました。

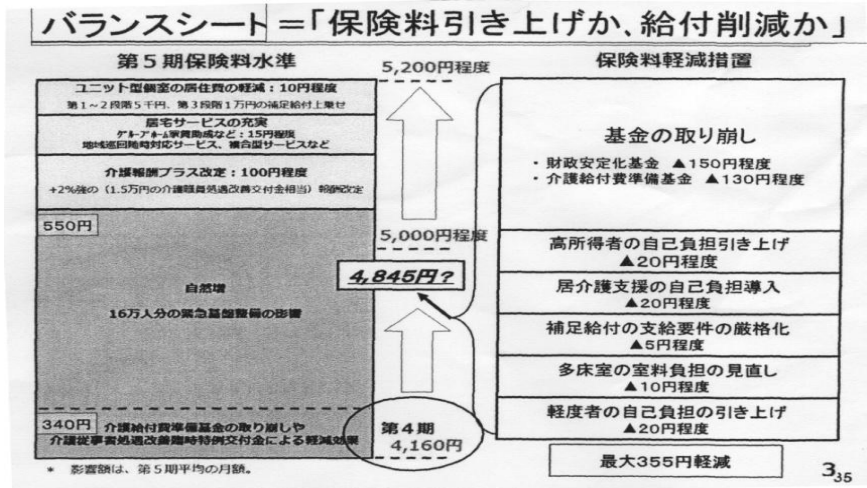
一つは、一定の所得がある人は自己負担を1割から2割にしますよと、それから居宅介護支援（ケアプラン等）の有料化で、ケアプラン1000円、予防プラン500円です。それから、「補足給付」というのは施設に入っている低所得者に対する軽減措置ですが、この支給要件を厳格化して、施設入所前世帯の所得等を支給要件に追加可能として対象者を絞り込むということです。多床室の自己負担を月5000円引き上げ、軽度者の予防給付の自己負担の1割から2割への引き上げなど、両論併記という形ですけれどもぞろぞろ出してきました。

高所得者の自己負担引き上げ★ －第6段階の自己負担2割、高額サービス費の上限維持	▲110億円程度
居宅介護支援（ケアプラン等）の自己負担導入 －居宅介護支援費月1千円、居宅予防支援費月5百円	▲90億円程度
補足給付の支給要件の厳格化★ －市町村が施設入所前世帯の所得等を支給要件に追加可能	▲20億円程度
多床室の自己負担引き上げ －第4段階以上から3施設の多床室の室料月5千円を徴収	▲40億円程度
軽度者の自己負担の引き上げ －予防給付の自己負担2割	▲120億円程度
第2号被保険者の総報酬割1/2導入	▲640億円程度
第2号被保険者の総報酬割1/3導入	▲430億円程度

全日本民医連 Y-HAYASHI 四国支部

バランスシート＝「保険料引き上げか、給付削減か」

それで、このようなバランスシートを持ち出してきました。左側がこのままでは5200円を超えるという保険料の見込みです。右側に、財政安定化基金とか介護給付費準備基金だとかの取り崩し、それに先程の負担増のメニューです。それらを全て実施すれば、1軒当たりどれくらい保険料を引き下げられるかという試算をしているわけです。最大で355円引き下げることができ



るので、5200円からだいたい4800円前後に保険料を抑えることができるということです。要は、保険料の引き上げか給付の削減かの二者択一を国民に求めるということ、この介護保険部会の最終報告書の中で打ち出してきたわけです。

介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称）のポイント

それでは一斉地方選挙が戦えないというので、「介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント」を出してきたわけです。まず、地域包括ケアシステムの実現です。①医療と介護の連携の強化等、②高齢者の住まいの整備や施設サービスの充実、③認知症対策、③保険者（市町村）の果たすべき役割の強化、④介護人材の確保とサービスの質の向上、⑤介護保険料の急激な上昇の緩和、ここでは利用者負担増のメニューが取り下げられましたので、あとは各都道府県に積み上げられた財政安定化基金を取り崩して介護保険料の軽減を図るという話です。

先程のバランスシートの話ですけれども、高所得者の自己負担の引き上げやケアプランの自己負担の導入、軽度者の自己負担の引き上げを取り下げます。ではどうやって介護保険料の引き上げを抑えるかというと、基金の取り崩しです。介護給付費準備基金というのは市町村の介護保険の会計の中で、要するに集めた保険料に対してそれに見合う給付がなかった場合差額が準備基金に入るんです、黒字部分といわれる部分です。それを取り崩して、保険料の引き下げに回す。それから財政安定化基金は、都道府県が運用している基金で、介護保険財政がピンチになった時に補填をしましょうという意味で作られた基金です。これを取り崩して介護保険料の引き下げに充てるということなのですが、ただ、取り崩すかどうかは、今の仕組みだと都道府県や市町村の判断に任せられています。ですから、市町村で介護保険財政が大幅に黒字で、剰余があるのに取り崩さないよという市町村もあれば、後期高齢者医療制度の時も同じように都道府県の基金を取り崩して保険料を引き下げろという話を厚生労働省がしたら、広島県だとかは応じなかったという実態もあったわけです。半ば強制的に取り崩しさせるような仕組みを作るのか、今のままで、取り崩すかどうかは自治体の判断に委ねるという方向で行くのかということです。

利用者負担増として掲げられた残りのメニュー、補足給付の支給要件の厳格化、要するに低所得者の施設入所者に対する軽減措置の支給要件の厳格化と大部屋の自己負担の見直しについては、これは法律事項ではないようで、これから介護報酬だとか具体的な中身を検討会が議論するなかで引き続き検討しようということになっています。そういうことで、負担増の火種はまだ残っているわけです。完全に新たな利用者負担増が取り下げられたということではないわけです。

補足給付の支給要件厳格化とは

この補足給付はどういう仕組みかというと、第1段階から第3段階までの利用者というのは、世帯の住民税非課税でご本人も非課税という方です。そういう人たちについては基準費用額6万円を設定して、実際に払っていただく金額は、例えば第1段階の人は2万5000円、その差額の3万5000円は介護保険から補足的に給付しようという仕組みです。これで負担の軽減が図られるという仕組みなのですが、第4段階の方というのは、世帯は課税世帯ですけれどもご本人は非課税です。第4段階については、もう施設の側

との契約で自由に決められますので給付はしません、軽減措置の対象にならないということになっています。そこで、そういう方は世帯分離というのをやるんです。そうするとご本人が非課税なので、この軽減措置の対象になるわけです。そういう方は特養ホームでも結構いるんですけども、今回の見直しは、世帯分離する前の所得でこの支給要件を判断しましょう、それを市町村の判断でできるようにしましょうということで、支給要件を厳格化するということです。

市町村が世帯分離前の所得で支給の判断をすることを可能にする、要するに軽減措置の対象者の絞り込みを市町村の判断に求めるということ、これから検討していくということ、です。

認定・限度額の抜本見直しは回避・先送り

認定制度の問題については、介護保険部会で、認知症の人と家族の会の副代表の方がかなり言いました。こういう政府の公式の会議で認定制度を廃止した方がいいと言ったのは初めてではないかと思えます。ただ、認定制度を廃止すると却って受給者間の不公平を生み出すおそれもあるということで、根本的な見直しは先送りになりました。

それから保険給付の上限、区分支給限度基準額についても根本的な見直しは行わないということになりました。

要支援1・2のサービスはどうか

それから要支援1・2の要支援者のサービスはどうかということ、これも今いろいろ議論されていて、先程の法律案改正のポイントの「1 医療と介護の連携強化等」の4つ目「保険者判断による予防給付など生活支援サービスの総合化」というのがこれです。現状は、要支援1・2の要支援者は、家事援助や機能訓練等の予防サービスについては予防給付ということで介護保険から給付をされています。それから要支援1になる一歩手前の介護予防事業対象者の介護予防事業については、地域支援事業で給付されます。これは、介護保険財政の3%の枠内で、見守りとか配食サービスの介護予防事業をやるという事業です。サービス量としては少ないですが、要支援者も介護予防事業対象者も保険外のサービスとして給付されているわけです。今回の見直し案は、これらのサービスを一つにして、地域支援事業で全部包括化して、総合的なサービスとして新たなメニューを作ってはどうかということ、です。予防給付などを地域支援事業で一括化した新しいメニューを保険外サービスとして、3つの選択肢を用意しておいて、一人一人の利用者について、どのサービスを受けやすいようにするのは市町村の判断にお任せしましょうという方向のようです。「保険者判断による予防給付と生活支援サービスの総合化」というのはそういう意味のようです。市町村の判断に任せられるということ、です。市町村の格差が生まれてくるのではないかと思えます。全体としては、この要支援者を含めた軽度者に対する給付は、縮小再編の方向ではないかと思えます。これは重大な問題ですので、これから要支援1・2の給付がどうなっていくかというのは、今回の見直しの大きな焦点になってくると思えます。

新たな処遇改善策とは

それから、介護職員の処遇改善については、今やっている介護職員処遇改善交付金は2011年度末で終了しますので、今後は、処遇改善の交付金も含めて介護報酬の改定により対応する方向で検討していくということ、です。2012年の介護報酬の改定率については、既に試算で出ていまして、だいたい2%ぐらいの引き上げで1.5万円の介護職員処遇改善交付金に相当するので、これでいこうということ、です。何故、国が介護報酬の改定でいこうとするのかということ、処遇改善交付金は一般財源なので、国が必要な経費1900億円を丸々負担しなければいけないわけです。介護報酬であれば介護保険の枠内ですから、財源は公費もあれば介護保険料もあるわけです。これだと国の負担は500億円で済みます。とにかく、国の負担を減らしたいわけです。では1万5000円ぐらい引き上げて、今の介護の現場が本当に改善されるのかということ、甚だ疑問です。今の介護職員の給与は全労働者平均のだいたい6割から7割といわれていますので、根本的な解決にはならないのではないかと思えます。

「見直し」の全体構造

介護保険部会では、こういった具体的な見直しの方向と合わせて「見直し」の全体構造が論議されています。そこで打ち出されているのが、「ペイ・アズ・ユー・ゴー原則」です。これは菅政権の財政運営戦略の原則として打ち出されたもので、これが正に水戸黄門の印籠のように振りかざされているわけです。何かというと「歳出増又は歳入減を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、原則として、恒久的な財源を確保する

ものとする考え方」です。要するに、新しい施策をやろうと思ったら、新しい財源を調達しなさいと、新しい財源を調達できなければ既存の施策を削減して財源を賄いなさいと、全体の帳じりをきちんと合わせてやりなさいという話です。この、この「ペイ・アズ・ユー・ゴー原則」というのは、言い方は違いますが、実は小泉構造改革時代に骨太方針の中で「予算見合いの原則」というのがありました。新規施策の計上にあたり、既存施策の廃止・縮減を行うということです。ですから民主党政権になっても、財政規制ルールというのは自公政権と変わっていないわけです。この枠内で見直しをやりなさいと。これが今回の見直しの大きな骨格です。

この「ペイ・アズ・ユー・ゴー」というのは英語ですが、辞書を引いてみると、「割り勘」という意味です。飲み屋に行った時の割り勘だとか自腹という意味で使われるそうで、要するに、国はもう金を出さないで、あとは、利用者や家族、国民の皆さんの割り勘、自腹でやってくださいという原則だと言っていいと思います。

理念より金策

こういう中で、毎日新聞が今回の見直しは「理念より金策」だという非常に的確な見だしで記事を書きました（2010. 11. 20）。正に、利用者や家族の介護・生活、介護現場よりも財政事情をあくまでも優先させることに今回の制度見直しの本質があるのではないかと思います。

政府の見直し案では問題を解決できない

今回の政府の見直し案の全体ですけれども、先程から申し上げた介護保険の危機的な問題を解決できないのではないかと思います。一つは、利用者負担の拡大が一部は取り下げられたものの、引き続き火種が残っていますので、まだ重大な問題が残されているということです。結局、新たな負担増はないということですが、では、今の負担の問題には手をつけないのかということですから、負担の問題というのは変わらないわけです。

それから、費用負担のあり方や要介護認定、支給限度額、施設の人員基準など、現行制度の矛盾や問題点に対する対応は最初から先送りされていますので、利用者、家族、介護現場の抱えている深刻な困難を打開する見直しではないわけです。

3点目は、そればかりか、生活援助をはじめ、要支援者への給付はどうも縮小再編の方向だということで、これは非常に重大です。

それから、24時間の訪問サービス、認知症の対応、住まいの整備、質の向上、介護職員の処遇改善などいろいろ新たな提案がされていますけれども、結局、介護保険の公費の負担割合を一切見直さないということを前提にした財政規制の枠組みの中では、不十分かつ制限的な中身になってしまうか、それをきちんとやろうとすれば、ほかのところを削減せざるを得ないという問題です。やはり非常に不十分な見直しになるのではないかと思います。こうしたことが、今政府が検討している介護保険制度見直し案の基本的な問題だと思います。

3 地域包括ケアとは何か―厚労省「地域包括ケア研究会報告」より―

地域包括ケアの問題です。地域包括ケアは、介護保険制度見直しの基本的な考え方の一点目に入ってきます。2025年に向けて、各自治体それから地域の中で今後の生活を作っていくということですので、国の制度もそうですけれども、自治体にとってもこれから大きな課題になってくるのではないかと思います。地域包括ケアの内容については、去年の3月に厚生労働省の「地域包括ケア研究会」が50ページくらいの報告書を出し、ほぼこれで基本的な方向が打ち出されています。とにかく2025年に向けて作り上げていこうということですので、これから何回も介護保険の見直しだとか制度の見直しを積み上げていくことになると思います。今回の2011年介護保険法改正、そして2012年の同時改正がその出発点になるわけです。ですから今回の見直しで、地域包括ケアそのものの中身をしっかりと固め、そしてやれる部分から着手していこうということだと思います。

地域包括ケアとは

それで、地域包括ケアとは何なの？ということですが、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定

義する。」と説明されています。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とするとされています。中学校区というのは、だいたい人口1万人くらいで、65才以上の高齢者が2500人から3000人、要介護・要支援者が500人から700人くらいが共通的な平均値だと思いますが、こうした中学校区という狭い範囲で、こういう総合的なケアの体制を作っていくということです。国の説明は、「本質はまちづくり」、「ケア付きのコミュニティーづくり」だという説明もしています。それから小規模な拠点の整備もやっていこうという構想です。24時間365日安心して、在宅でとにかく最後まで暮らしていただく、そして住まいを重視するという基本的な考え方・進め方ということです。

厚生労働省の研究会の会議資料では、一つの市をAエリアとかBエリアという中学校区に分けるわけです。例えば、Bエリアは人口4万人で、圏域の中に高齢者がどのくらいいて、将来高齢者になる方がどのくらいいて、サービスを受ける人がどのくらいで、サービスをどういうふうに対応して、これを一つ一つの中学校区ごとに市町村に作っていこうという話です。

サービス提供体制はどうなるか(2025年)

このそれぞれの圏域の中で、具体的にどういったサービスが提供されるかというも報告書の中はかなり具体的に書かれています。

一つは住まいです。在宅サービスの拠点が併設された高齢者住宅の整備をしていきます。これは、厚生労働省だけではなく国土交通省とも連携しながら具体的な話が始まっています。

ちなみに地域包括ケアについては、これを基にして制度改革をしていこうということが既に昨年5月に閣議決定されています。ですから、介護保険の改定はまだされていませんが、地域包括ケアの様々な準備は具体的に始まっているわけです。おそらく今年度も各自治体でいろいろなモデル事業とかがやられていると思います。そういう流れになっています。

それから施設については、リハビリ中心でいく、そうでない施設は「ケアが組み合わされ集合住宅」でいくということです。ケアを提供する機能は切り離して、住まいとして外から介護やいろんなものを持ち込んでいこうという考え方です。

在宅サービスについては、24時間の短時間巡回型を中心にしていく。それから、複合型事業所を作って、医療と介護を一つのパッケージとして提供できるようにしていく。24時間の短時間巡回型の複合型事業所というのは、おそらく今回の制度見直しで具体化されていくことになると思います。

介護保険で何を重視するかというと、ヘルパーの身体介護、訪問看護、リハビリテーションです。軽度者については、通所サービス、それから訪問でのリハビリテーションは介護保険でやるけれども、いわゆるヘルパーの家事援助などは生活支援サービスとして市町村が柔軟に提供する、要するに、将来的には、保険から外してしまうということです。

虚弱高齢者の予防援助については、地域ニーズ把握調査などに基づいて市町村が「情報を提供」し、あとは民間に委ねてしまおうとか、NPOにやってもらおうとか、そういう方向です。

独居・老々世帯の支援については、現在の地域支援で対応していきます。そこには民間企業やNPO、自治会が柔軟な取り組みで支援をしていく。

医療についてはあまり書いてないのですが、地域ごとに地域当直医を配置する。そのことによって「在宅限界」を高めるといっている方をしています。要するに、重度になっても最後まで在宅で過ごせるような「在宅での限界点」を高めていくような在宅サービスを優先する。施設は在宅の補完として位置付ける。それからサービスの中身も、軽度は自由にやってもらって、給付としては重度にシフトしていくという形で2025年までに作り上げていくという構想です。

第5期介護保険事業計画の内容について

この構想を第5期介護保険事業計画にしっかり盛り込んで、具体化しようというのが今の国の方針です。高齢者を取り巻く環境の変化等に適切に対応し、高齢者が地域で暮らし続けられる地域包括ケアを実現していくため、第5期計画では、以下の事項について(①認知症支援策の充実、②在宅医療の推進、③高齢者に相応しい住まいの計画的な整備、④生活支援サービス＝介護保険外サービス)地域の実情を踏まえて記載することとされ、各都道府県、市町村では事業計画化するための検討が始まっています。

日常生活圏域ニーズ調査の実施について

そのために、日常生活圏域ごとにどんな要求ニーズがあるのかを、しっかり把握するため、今国は日常生活圏域ニーズ調査をなささいと言っています。地域包括ケアシステム推進の前提として、地域やその地域に居住する高齢者ごとの課題の適格な把握、具体的には、①どこに、②どのような支援を必要としている高齢者が、③どの程度生活しておられるのか、これらをしっかりと把握したうえで、サービスの見込み量だとか最終的には保険料になるわけですが、これをしっかりと積算なささいというのが国の指導です。

第5期介護保険事業計画の策定スケジュール

すでにスケジュールは決められています。日常生活圏域のニーズ調査については、モデル的な調査が既にやられていて、今年の1月から3月くらいまでで、調査をなささいということになっています。地域包括支援センターを中心に対応するということです。ニーズ調査も、例えば、ある地域に四つの中学校区があったら、全ての中学校区で調査をするのではなくて、それは市町村の判断で選んでやってもいいですよというかなり緩やかな話になっています。本当に高齢者の今の実態だとか今後の様々なニーズがしっかりと調査に反映されていくかどうか、大きなポイントになってきていると思います。

このニーズ調査に基づいて、今年の4月から、サービスの見込み量や保険料の検討に入っていきます。おそらく、介護保険の事業計画策定委員会だとかの機関が立ち上がって検討が始められることとなります。そして、だいたい今年の秋口くらいまでに、見込み量だとか保険料が積算されますので、その粗々の仮設定をなささいと、そして来年の1月以降、具体的な計画を策定して、議会などに報告をして承認を受けるという流れになっています。都道府県は、こうした市長町村の作業に対して支援をする。国は、いろんな指針だとか様々な基本的な考え方をそれぞれのタイミングで示していくということになります。もちろん、国の制度が今後どうなっていくかということももちろん重要ですし、同時に、今後は自治体の側でのいろんな取り組みが、より具体的に進められていくという状況になってきていると思います。

自助・互助・共助・公助の役割分担により、地域包括ケアを支える

地域包括ケアというのは、定義だけ聞くと医療も介護も包括的に365日提供され、住まいも確保されて、いいじゃないのという話ですけれども、ただ、基本的な理念が問題なんです。厚生労働省の資料では、「自助・互助・共助・公助の役割分担により、地域包括ケアを支える」ということです。「自助」というのは、自分の責任でということです。「互助」というのは、お互いに助け合う、要するに公的な制度以外の助け合い、例えば近所同士の助け合いだとかボランティアだとかNPOだとか自治会だとか、そういう考え方を互助というんだそうです。「共助」というのは、介護保険法のようにみんなで保険料を払って一緒に支えるような社会保障制度を共助というんだそうです。「公助」というのは、自助・互助・共助では対応できない、例えば、介護保険では対応できない老人福祉の問題だとか生活保護だとかという最後の拠り所のような制度が、公助だということなんです。

そして、自助・互助・共助・公助には優先順位があって、「自助」が最初で、次が「互助」で、それでも駄目だったら「共助」で、最後に「公助」ですよということです。最初から公助に行ってしまうはいけないということです。中身としては、共助や公助はなるべく縮小して、自助や互助に重心を移していくようなシステムで考えるという話です。例えば、今までヘルパーの行う生活援助は、介護保険でやっていましたけれども、それは周囲の助け合いでやりなさいと、それは、共助から互助に移しなさいよという話なんです。その一端が、今回の2011年介護保険制度の見直しのなかにも出てきているわけです。こういう点に基づいて、全体の制度改革を進めなさいというのが今の国の方針です。

人材の役割分担イメージ

サービスの提供体制だけではなくて、それを担う人材を安上がりに使おうという方向が出されています。要するに、介護福祉士だとか介護職員に医療行為をさせるということです。介護福祉士は、現在は、身体介護と家事援助を行っています。それを2025年には、家事援助はもうやらないで身体介護だけということになります。家事援助をやるとしても、身体介護と一体的に行う家事援助に限ると。それから、認知症のケアと要介護者に対する基礎的な医療的なケアは介護福祉士が実施なささいと。

それでは、一般的な家事援助は、どこでやるかということ、日常生活の支援は民間事業者やNPOなどがやりなさいよということです。おそらく、これは介護保険の給付対象から外していくということになります。家事援助に加えて、配食だとか日々の移動の手伝い、レクリエーションというものも含めて対応しなさいよということです。そういう提供体制に人材の役割も変えていこうということで、セットになって提案されて

いるわけです。

国にとって「安上がり」「効率的」なケア体制

全体として見ると、今回の地域包括ケアが国の思惑通り進むと、国にとって「安上がり」で「効率的」なケア体制になっていくという中身だろうと思います。介護保険給付は、重点化をしていく。どこに重点化をしていくかという、施設ではなく、在宅しかも、住宅だということです。それから、軽度介護は縮小し、やがては給付から外して重度対応に特化し、重度対応保険にシフトしていくということです。

それから、保険外サービスを増やして、そこに企業を参入させて市場化していく、新たなビジネスチャンスを生み出していき、新たなビジネスモデルを作っていきますという話です。

そして、専門職員の職能の見直しです。今、看護師が医師の医療行為の一部をやるようにするという特定看護師という制度が議論されています。同時に、介護職の医療行為の話もあります。要するに、ドミノ倒しのように、医師がやっていることを看護師に移し、看護師がやっていることを介護職に移していくということです。介護職というのは人件費が安いので、介護職に医療行為をやらせれば、安上がりで済むだろうという話です。

地域包括ケアについては、市町村がやることになります。国は基本的な枠組みを作るけれども、実際にやるのは自治体の自己責任でどうぞという話です。

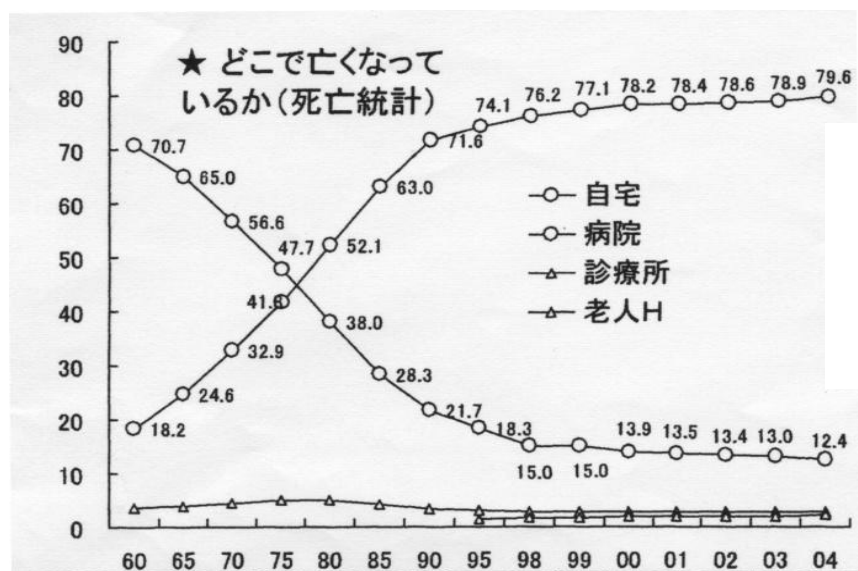
これがこのまま進むと、現在の介護保険制度の様々な問題は基本的には解決しないと思います。今まで、「医療難民」、「介護難民」と言ってきましたけれども、ひょっとすると「地域包括ケアム難民」という新しい困難者が出てくるかもしれませんし、自治体間の格差も出てくるかもしれません。ビジネスモデルでいきましょうということですから、介護の質そのものが、歪められる危険性もあると思います。

政府の地域包括ケア構想をどうみるか

次に、政府の地域包括ケア構想をどうみるかということですが、我々の視点をはっきりさせおかなければならないと思います。今回の構想は、やはり「住み慣れた地域で安心して老後を過ごしたい」という高齢者の要求を反映した中身になっていると思います。例えば、提起されている医療・介護の切れ目ない提供だとか、24時間巡回型訪問サービスだとか、訪問看護やリハビリの強化だとか、多様な生活支援や認知症対応だとかは、いずれも今後の高齢化に向けた必要な課題であると思います。しかし、この将来像が本当に高齢者や住民の要求に沿って実現するかという、そうとは限らないと思います。このまま具体化されていくと、高齢者や地域の実情から乖離したものになるばかりか、「地域包括ケア」が医療・介護の新たな「公費抑制システム」になりかねないという危険性を孕んでいるということです。ですから、積極的な側面と重大な問題点を見据えたいと、我々はどうするのかということだろうと思います。

4 2つの一体改革と介護保険見直し医療・介護の一体改革＝「入院から在宅へ」

このグラフは、日本人がどれだけ亡くなっているかという死亡統計で、医療制度改革関連法案ができた時に厚生労働省のお役人が必ず使ったグラフです。要するに、1960年代、今から約半世紀前は、自宅で亡くなる方が圧倒的に多かったんです、病院で亡くなる方がだいたい2割ぐらいだったのが、どんどん増えてきて、1970年代に逆転して、今や病院で亡くなる方は約8割です。自宅で亡くなる方は1割から2割です。そのため、病院での死亡8割を在宅での死亡4割にもっていきたいとして、厚



生労働省が明確に数値目標として掲げています。「死に場所を国が決めてあげるぞ」みたいな高飛車な話だと思いますが、そのためには医療だけでは対応できないので、介護を含めて一体的に受け皿を作っていくというのが、医療・介護の一体改革です。キーワードは「入院から在宅へ」ということです。そのためのシステムの一つが地域包括ケアという考え方です。

病院機能については、急性期の機能を重視していこうということで重点化していく。一方で、在宅医療と介護サービスを整備していく。住宅政策は国土交通省と連携して、多様な形態でやっていく。そして、医療や介護は、在宅に「外付け」で提供して、最後まで「在宅」でというのが基本的な考え方です。これは、住み慣れた家で亡くなりたいという国民の要求を一面では捉えていますけれども、国が死に場所を決めるという話ですから、在宅で亡くなるのは結果的な話で、場合によっては病院に入院して亡くなるという方もいるでしょうし、最初から在宅で亡くなることを目標としていいんだろうかというそもそもの本質的な問題だろうと思います。

高齢者医療制度改革と介護保険制度

そして、高齢者医療制度改革では、保険料の自動引き上げ、窓口負担増、全世代で保険料アップ、検診等医療の制限など現行の給付抑制と負担増の仕組みを継承・強化しようとしています。そして、都道府県単位での医療費の管理「適正化」を図ろうとしています。さらに、「高齢者医療制度と介護保険制度の一元化も視野に入れ、医療制度など介護保険制度を一体的に議論する必要がある」＝制度・規制改革に関する分科会「制度改革の方向性に関する整理」（2010年12月7日）との検討もされています。

民主党政権の新成長戦略、地域主権改革

菅政権の基本戦略は「新成長戦略」です。「強い経済、強い財政、強い社会保障」、そして、医療・介護・健康関連産業を「成長牽引産業」へということです。ですから、医療や介護、福祉は「権利」ではない「産業」なんだと、それを市場化して企業に参入させ、そこで雇用の確保をしていくということです。介護保険などの公的制度を拡充して雇いを確保していくというのが本来の姿だと思いますが、どうもそうではないらしい。結局、成長に資する社会保障ということで、規制緩和や市場化、効率化を進めていこうということです。

そして、一方で、「地域主権改革」です。2010年6月に閣議決定された「地域主権戦略大綱」では、「日本国憲法の理念の下に、住民の身近な行政は、地方公共団体が自主的かつ総合的に広く担うようにするとともに、地域住民が自らの判断と責任において、地域の諸課題に取り組むことができるようにする改革」とされています。ですから、おそらく、地方財政は絞り込んで、後をどうするかは、いろんな権限を自治体に移しますので、自己決定・自己責任という話だと思います。今回の介護保険の見直しでも、福祉を削るのもよし、住民の負担増もよし、借金するのもよし、企業に任せるのもよし、それでも駄目だったらどうするか、合併があるじゃないですか、という話かもしれません。

結局、「地域主権改革」だとか「地域包括ケア」、そして、高齢者医療制度改革を都道府県単位でやっていく形だとかも含めて社会保障制度改革が進められていくのではないかと思います。

税・社会保障の一体改革

「税・社会保障の一体改革」ですが、昨年12月から政府与党だとか厚生労働省に「社会保障改革本部」ないしは「社会保障本部」が設置されて、具体的な検討が始まっています。今年になって内閣改造があり、名うての消費税増税論者である与謝野さんを担当大臣に据えました。記者会見では、二段構えで改革をするということで、4月までに、社会保障のあり方について一定の提言を出し、そこで幾ら財源が必要かということも併せて出す。そして6月に、それに基づいて税のあり方と社会保障のあり方を一体にした見直しの提言を出すということです。最初から消費税増税を出すと総スカンを食うので、あり方の議論から始めて、それから財源の議論だという話だと思います。

後期高齢者医療制度や介護保険制度もそうですが、負担増を持ち出すと一斉地方選挙が戦えないという思惑が働いていると思います。ただ、6月に消費税増税で社会保障を賄うんだという方向が出れば、次の国会で後期高齢者医療制度の廃止と新しい高齢者医療改革が提案されるということになるかもしれません。

介護保険制度も、今回は、とにかく基金を取り崩して何とか保険料の引き上げ幅を抑えるように凌げば、次は、消費税増税というのがあるから大丈夫だろうという思惑ではないかと思います。

5 地域から、現場から制度改善を求める声と共同を広げよう

そういう動きの中で、では我々の課題は何かということですが、地域から、我々は現場からですが、制度改善を求める声と共同を広げようということです。

「介護保険 10 年」にふさわしい抜本改善を

介護保険については、問題点を報告しましたがけれども、やはり制度そのものの再設計が必要です。「支払い能力に応じて」ではなくて「必要に応じて」という「必要充足原則」、それから、負担は「給付に応じて」ではなくて「支払い能力に応じて」という「応能負担原則」、この二つの原則を貫いた制度の抜本改正が必要です。費用負担の問題から介護認定の問題、サービスのあり方の問題、基盤整備の問題など本当に課題は山積みです。しかしながら、現在の政府の改革方向はそこに踏み込んだものとはなっていません。

介護保険財政の見直し、財政支援は不可欠

こうした見直しをするうえで、介護保険財政の見直しと財政支援は不可欠です。国は、早々に介護保険は公費半分保険料半分だとしましたが、市町村の側からは公費の割合を6割にしろという要望が大分出されてきたようです。国は財源がないから無理だということで、見送りました。私は、国の2割の部分をもっと引き上げて、保険料の部分をもっと圧縮していかないと、給付が増えていけば保険料が上がるという構造は変わらないと思います。このままいくと、保険料を払える人がいなくなるのではないかと思います。

持続可能性の確保というのであれば、公費・国庫負担の割合の見直しをするべきだろうと思いますし、介護保険財政だけではなくて、一般的な国の財政支援、費用負担軽減とか処遇改善などへの公費（国費）の投入がなければ、介護保険そのものが良くなっていかないと考えます。

あるべき地域包括ケアの実現を

地域包括ケアについては、自己責任だとか市場化の考え方を土台にした「排除の体系」から憲法 25 条に基づいた「生存権保障の体系」に私たちの運動で作り変えていかなければならないと思います。改めて「権利としての社会保障」を求める運動課題として、地域包括ケアの問題についても取り組んでいく必要があります。

何よりも、公的責任・財政責任の強化と公的制度の充実が前提で、そのために地域包括ケアの骨格になる介護保険制度の抜本改革は不可欠です。医療と介護の一体的な整備のなかで、医療の部分は、これから高齢者医療制度ということで議論されますので、そこで医療改善を図っていく必要があります。

そして、福祉の再生です。昨年の夏は、所在不明高齢者とか無縁社会とか様々な実態が、社会的に明らかになりましたけれども、介護保険ではカバーできない一般的な福祉の再生、それから住まいを重視するのであれば、民間丸投げではなくて住まいに対する公的な保障というのも考えていかなければならないと思います。

それから、国に対する制度改善の運動とともに、各自治体での地域包括ケア体制をどう作っていくのかというのが、実践的な課題として焦点になってくるだろうと思います。例えば、中学校区が 10 あったとすると、地域包括ケアのあり方というのは、10 通りあるわけです。それぞれ事情が違ってきますので、きめ細かな地域の実情に合わせた体制を作っていくということが非常に大事です。第 5 期介護保険事業計画の策定にあたって、住民参加を実質的なものにしたたり、いろんな意見を出したりというのが運動の大きな課題になってくると考えます。

「学習と提案」ということで、地域の社協だとか議員、自治体労働者、様々な研究者などと協力して具体的な提案をしていくことが非常に大事だと思います。先程申し上げましたように、国は、地域包括ケアは、地域づくりまちづくりが本質なんだと言っていますけれども、やはり私たちは「誰もが、安心して暮らし続けられる地域包括ケア（＝まちづくり）」を目指して運動を結びつけた様々な具体的な提案をしていくことがこれから重要になってくると考えます。

不十分な日本の公的社会支出（国際比較）

社会保障に対する国の公的支出をもっと増やせという話ですが、公的社会支出というのは、高齢者、遺族、障害者、医療、家族、積極的雇用対策、失業、住宅、その他（生活保護など）です。これらのGDPに対する支出割合は、日本は非常に低いわけです。一方で、相対的貧困率というのは、日本は非常に高いわけです。相対的貧困率が非常に高いにもかかわらず公的社会支出が低いわけです。

貧困を加速させる消費税増税

国は、社会保障に対する公的支出を増やさざるを得ません。そうなってくると今の国の意向では消費税の増税になってくるわけです。斎藤貴男さんというジャーナリストが、昨年講談社の現代新書で「消費税のカラクリ」という非常にまとまった本を出しました。消費税というのは甚だしい逆進性で、社会保障の財源には適さない税金なわけですが、著者は、消費税を増税すると貧困を一層加速させるのではないかと大きく打ち出しています。

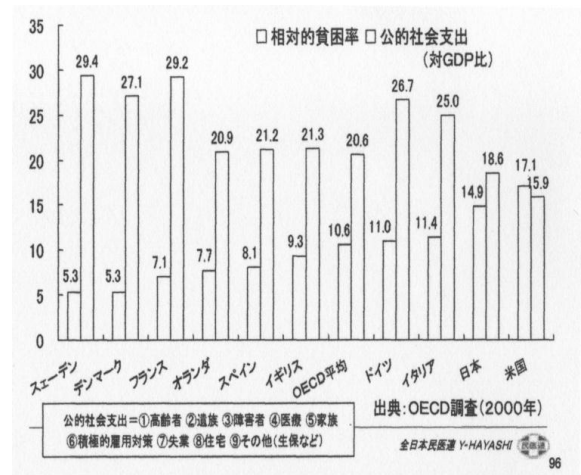
消費税というのは最も滞納が多い税金だそうです。特に、中小業者・自営業者は消費税を価格に転換できないで、結局消費税分を自己負担せざるを得ない実態があつて、消費税が払えずに税務署から取り立てを食らって、それを苦にして自殺をしたというケースもこの本で紹介されています。とにかく中小・零細の自営業者が壊滅的な打撃を受ける。その人たちが失業して労働市場に流れ込めば、失業率は確実に2桁になるのではないかとことです。

それから正社員の給与は「仕入れ控除税額」の対象になりませんが、派遣社員の給与は控除の対象になります。同じ労働者でも非正規の社員を雇えば、それだけ消費税を節約できることになるわけです。ですから、もし消費税が10%になれば非正規への転換が一層進むのではないかと、一層貧困が増すのではないかと指摘をされています。本来、貧困を解決したり是正するべき社会保障の財源に貧困を加速する消費税を使うというのはいかがなものか、「趣味の悪すぎる冗談ではないか」という書き方をされていますけれども、まさにそういうことだろうと思います。

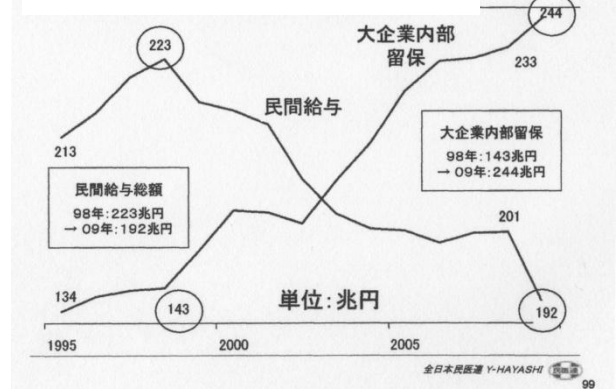
財政危機とは

財政の本来のあり方というのは何なんだということですが、湯浅誠さんが著作の『『貧困襲来』の中で、「ダメ親父的財政論」として「ダメな父ちゃんが、自分で稼いだ金を酒やパチンコに全部使ってしまった、子どもたちがちゃんと食いたいものを食わしてくれよと言ったら、そんな金がどこにあるのだと言うのと変わらない、これが今の日本の財政の実態ではないか」と述べられています、非常に面白いなと思いました。それから二宮厚美先生が、財政の原則というのは「量出制入」ではないかとい[文書の引用文や注目すべき箇所の要約を入力してください。テキストボックスは文書のどの位置にも配置できます。抜粋用テキストボックスの書式を変更するには、[テキストボックス ツール] タブを使用します。]

われています。支出を量って歳入を確保するというのが原則だそうです。家計というのは、まず収入があつて支出を考えるとすけれども、国家財政というのは発想が逆ではないか、あるべき政策というのがあつてそれを実現する手段として財政を考えるべきであつて、目的ではない。今は逆転しているのではないかと、財政が目的でそれに合わせて手段として政策が考えられているのではないかと。介護保険などは正にそうです。扶養者や家族の生活や介護をどうするかというよりも、まず財政事情が優先するわけです。そもそも財政に対する発想が間違っているのではないかと指摘をされました。そして、歳入は応能負担原則で、払うべき人がちゃんと払う。歳出は、財政支出の優先順位の見直しを行って、開発型公共事業や軍事



給与は減って、内部留保は増加



費、政党助成金など国家的な無駄を排除する。それから「公共性」の再建に向けた予算の組替えを行い「福祉型財政」へ転換していくというお話をされていました。

応分の負担で高福祉を

最後に二つの発言を紹介したいと思います。

一つは、今回の見直しに対して「認知症の人と家族の会」代表理事の高見国生さんが、毎日新聞に投稿されています。

雲行きがおかしいと思い始めたのは2005年の法改正の議論のころから。議論は費用負担の増加と利用抑制の方向に。「小泉構造改革」の流れです。今回の見直しも財源不足の視点から制度をどう維持していくかという議論が主で、利用者や家族にとって望ましい制度は何かという発想をからの発言が極端に少ないのが実態。不思議だし、悲しくなります。2025年には、介護の総費用が19兆円（現在は7兆2000億円くらい）になるとの試算もある。でも、だから利用抑制というのは本末転倒です。「高福祉高負担」か「中福祉中負担」か「低福祉低負担」か、という3者択一の議論は正しくない。私たちが求めるのは、誰もが安心できる「高福祉」であり、それを支えるための税金、保険料、利用料など国民の負担は、それぞれの暮らしに応じた「応分の負担」であるべきです。

(毎日新聞2010年10月4日)

目指すべきは「高福祉」「応分の負担」であるという提言をされていました。

頑張らなくてよい社会へ

もう一つは、社会保障改革の様々な提言をされている金沢大学の井上英夫先生が一昨年出された「患者の言い分と健康権」という本の「あとがき」です。

セーフティーネット、すなわち人権保障と社会保障の目的は、人間の尊厳に値する生活の保障に他ならない。これは「頑張らなくてよい社会」の構築である。過労死、自殺、介護殺人、心中などは、頑張りを強要された結果起きた人権侵害である。頑張れる人は、そこそこ頑張る。頑張れない人は、頑張らなくとも、人権として尊厳そして安心が保障される。こうした社会を築くべきであろう。

こういう方向に向かって改めて制度改革の運動を進めていくべきであろうと思いました。

終わりに

介護保険制度の改正に向けて、私たちは介護保険を巡る実態から出発した具体的な提案を国にしていくこともそうですが、自治体に対しても要求していくことが大事です。介護保険制度の抜本改革を求める意見書を採択した自治体もあります。自治体では地域包括ケアを巡って新たな対応も求められています。一斉地方選挙もありますので、我々の要求を実現して、自治体を変えていくチャンスでもありますのでこれからも頑張っていきたいと思います。

(本稿は、当日の講演録を基に事務局で作成したものです。講演者は全国国民医連の東日本大震災被災支援等で多忙のため原稿の修正等が不可であり、本稿の全ての文責は事務局にあります。)