

『住民と自治』(通巻 576 号)4月号付録 2011 年4月 1 日発行 自治体研究社

とちぎの地域と自治

とちぎ地域・自治研究所 所報 第99号

〒3210218 壬生町落合 1-15-5 ポラーノ・どんぐり 103 号 TEL/FAX 0282(83)5060

メール: support@tochigi-jichiken.jp ホームページ: http://tochigi-jichiken.jp

郵便振替 00170-7-251641 とちぎ地域・自治研究所

○ 介護保険10年、暮らしやすい地域づくりを(上) 林 泰則 ----- 2



東日本大震災からの復興を

3月1日に発生した東日本大震災は、未曾有の津波の被害に加えて福島第一原発の事故による放射能汚染の拡がりで予断を許さない状態が続いています。

栃木県でも、死者4名、負傷者126名、地震直後の停電解消されたものの、一部地域での断水や両毛線等の運休が続き、家屋の全半壊・一部損壊が3万棟を超え、農業被害も15億円を超えるなど多大な被害が生じています。さらに、放射汚染によるハウレンソウやカキ菜の出荷制限、水道水の汚染なども報告されています。

自治体問題研究所のネットワークによるこれまでの震災復興の教訓にも学びながら、震災からの復興に向けて地域、自治問題の研究所としての役割を果たしていきます。

◎にいがた自治体研究所「中越大震災復興のための第一次提言」(2005.2.1)から

《第一》災害復興に当たってのもっとも重要な理念は、「被災者が地元に戻れて、生活・生業と地域コミュニティが再建されてこそ真の復興」である。

《第二》被災地の地域社会とコミュニティの復興にとって決定的に重要なことは、住宅再建保障と営農・営業保障の確立である。

(参照 <http://jichiken.g.hatena.ne.jp/jichiken/20110318>)

延期します

4月16日に開催の準備をしていました

「**地域自治区の可能性**」を考えるシンポジウム in 栃木市は、東北地方太平洋沖地震による被害の影響を考慮し、延期することとしました。ご了解ください。

介護保険10年、暮らしやすい地域づくりを(上)

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 以上本号、
- 3 地域包括ケアとは何か 以下次号
- 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い仕組みで、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

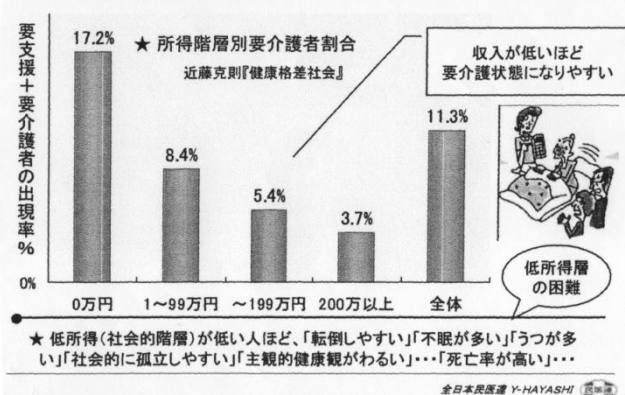
これはある研究者の方がまとめたものですが、所得が低い人ほど要介護状態になりやすいということです。よく病気と貧困というのは関係があると言われますけれども、最後は1人だということと経済的な状況は明確に関係がある

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

最も必要な人に最もサービスが届いていない



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、こういう事態が起こっているわけです。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けれども、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たみたいですが、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いけれども、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、結構頑張ってやっけてしまいます。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やるわけです。

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

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しなさいとい
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と、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」一特養の待機者 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、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。最近では、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、民医連の事務所でもけっこうそ

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るかと思いますが。

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。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が、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、親が止めておけ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 年改定一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しまっていて、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

言われています。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き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してもらおう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番目が中心で、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

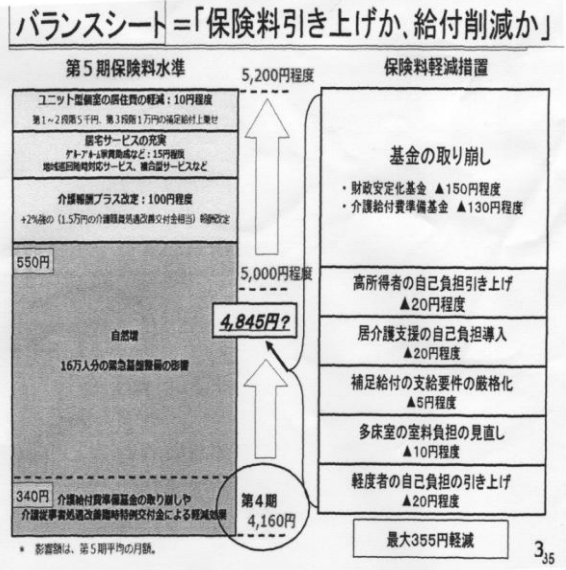
持続可能な制度との関係で、保険料の問題があります。このままでは保険料が月5000円を超えるという話です。介護保険料は、全国平均で第1期（2000年から2002年）の月2911円からどんどん増えていって、現在は月4160円です。これが2012年からの第5期では月5000円、夫婦では1万円を超えることになるかもしれません。厚生労働省の資料では、現在は4160円で、自然増部分があってそれに上積みする部分として介護労働者の処遇を改善ということで、介護報酬のプラス

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ことを考えると 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。

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ことで、「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、

「意見」が示した負担増メニューと財政影響試算

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制1/2導入	▲640億円程度
第2号被保険者の総報酬制1/3導入	▲430億円程度

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、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そう

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ましょ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、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ましょ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れども、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です。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か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円くらい引き上げて、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、「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とか自腹という意味で使われるようで、要するに、国はもう金を出さないの、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けれども、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れ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。

（本稿は、当日の講演録を基に事務局で作成したものです。講演者は全国医連の東日本大震災被災地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。）