

介護保険制度の見直しに関する提言(説明資料)

～みんなの生活を安定させる介護保険制度づくりを～

2010年12月15日

民主党・介護保険制度改革ワーキングチーム

I. 介護保険制度の見直しに当たって

○ 10年の節目を迎えた介護保険制度は、今後とも急速に進む超高齢社会での国民生活を支える不可欠の生活保障基盤の一つとしてさらに重要性は増します。そうであるからこそ介護保険制度をはじめとする社会保障制度は、国民から信頼される安定的で持続可能な制度でなくてはならず、厳しい経済・財政状況が見込まれる中で有効性・効率性はこれまで以上に強く求められます。

○ すでに2006年には建設産業と医療福祉産業で就業者人口が逆転しました。介護保険制度で大きく裾野の広がった介護サービス事業は、厳しい経済環境の中、全国で雇用と就労の場を創出しています。この未来型産業分野を健全に安定的に育成していくことは雇用・成長戦略からもきわめて重要です。同時に税と社会保障の負担を単に「国民負担」と捉える発想からの脱却が必要です。

○ 介護保険制度（社会保障制度）はすべての国民の理解と参加に基づくすべての国民の共有財産です。その共有財産に関する検討は、必要となる情報の提供とともに、すべての国民に開かれた議論として進めていかなければなりません。

○ このWT提言では、来年予定される法改正で最低限必要となる改正事項についての基本的考えをまとめました。この提言をふまえて民主党は、同時進行中の税と社会保障制度全般にわたる大きな見直しとも歩調を合わせながら、2012年介護報酬改定さらにはその後の制度抜本改正を見据えて、医療と介護の壁や省庁の壁を乗り越えて超高齢社会を支える、介護を受ける人たちだけでなく介護をする人たちみんなの生活を安定させる介護保険制度づくりを国民の皆さんとともに進めます。

Ⅱ. 最低限必要となる改正事項等について

1. 介護職員の人材確保・処遇の改善

○ 2009年度介護報酬改定で介護職員処遇改善のため3%のプラス改定が行われましたが十分な効果を示すことができず、補正予算で一人当たり月額平均1.5万円の賃上げ相当の支援を行う介護職員処遇改善交付金が創設され、一定の効果をあげ始めています。しかし交付金は2011年度末で終了することになっており、引き続き処遇改善の取り組みを進めていかねばなりません。

○ 交付金による言わば外付けによる手当は極めて特例ですが、介護の重要性・厳しさの割に賃金が低いことが国民的コンセンサスとなっている現状も踏まえ、引き続き効果がより明らかで、国民にもわかりやすい、外付けによる手当の継続が望ましいと考えます。そのために必要な財源は、国民の生活の安心、産業・雇用の成長戦略を推進する民主党政権として、あらゆる財政的手段を講じて確保されるよう努めなければなりません。

○ 仮に引き続いての介護職員処遇改善を介護報酬での一体的評価とする場合は、ガイドラインの提示などにより処遇改善の実効性を担保することが必要です。また、事務系職員も含めた人件費分の適正な評価の手法について検討を進めなければなりません。

○ 今後さらに必要となる介護人材の不足が見込まれる中で、介護人材の確保や定着率の向上は賃金処遇の改善のみでは実現できません。より魅力的な職域形成・職場環境づくりに向け、キャリアアップコースの形成や、雇用管理・労働環境整備に引き続き取り組みを進めることが必要です。

○ 介護福祉士の養成課程に関する見直しの施行については2012年度まで猶予されています。新しい養成課程の施行を3年間さらに延期し、介護の質の向上のための養成のあり方をさらに明らかにするとともに、講習受講者の負担軽減・支援策の検討を行うべきです。

2. サービスの給付について

◆ 在宅サービスの充実

○ 高齢化の進行で重度の要介護者も増加し、住み慣れた住まい・地域における医療的ニーズやリハビリテーションなど医療と介護の連携・総合化が重要となります。医療・介護・福祉・保健・住宅・社会参加などサービスの総合化・ベストミックスで、利用者ひとり一人の地域自立生活を支える視点が大切です。24時間対応型サービスや複合型サービスなどの整備で、後期高齢化・重度化・老老・認認・単身化など状況が大きく変化する介護ニーズに対応できる在宅サービスを充実する必要があります。

◆ 認知症支援策の拡充

○ 認知症は誰もいつか起こりうる身近な問題ですが抜本的治療法はありません。治療法開発や発症予防にナショナルプロジェクトとして取り組みを進める必要があります。同時に、認知症をもった高齢者やその家族が地域で安心して生活できる、社会で支える体制づくりを早急に整備しなくてはなりません。ニーズ把握、サポート体制目標量などの介護保険事業計画への記載義務づけ、介護・医療連携による「認知症地域ケアモデル」の構築、グループホーム家賃助成など認知症支援策の拡充が必要です。

◆ 要支援者・軽度の要介護者へのサービス

○ 利用者の生活を支える介護サービスは、身体状況中心の要介護（支援）認定から判読可能なニーズだけでなく、心の状態や生活環境を含めた利用者・家族の「生きづらさ」もニーズと判断し生活支援すべきです。また介護保険制度は、家族にしわ寄せされていた介護リスクを社会化しようとする制度です。要支援や軽度を理由に生活援助を介護保険サービスから外すべきではありません。

◆ 介護職員等によるたんの吸引等

○ 在宅や特別養護老人ホームで、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアのニーズが高まっていることから、介護職員による医療的ケアの研修体制、資格・技能の認定、法令による裏付け（規制）などの必要事項を早急に明らかにするとともに、責任体制を明確にした実施体制の整備を急ぐ必要があります。

◆ 補足給付・低所得者対策

○ 補足給付制度は、低所得者の入所施設サービス利用を支援するため当面は必要です。しかし他面、負担（感）の格差から生じている利用者の施設入所ニーズを地域・在宅生活へと誘導するためにホテルコスト負担を導入したという政策効果を相殺するものです。補足給付のあり方については十分な検討がさらに必要であり、また低所得者対策は保険原理によるのか公費施策によるのか理論的な整理を行うべきです。

◆ 介護療養病床の取り扱い

○ 2006年改正で法定された介護療養病床（13万床）の廃止については、介護療養型老人保健施設など介護施設等への転換・再編も7000床にとどまっており、2012年度中の廃止は現実的に不可能な実態となっています。猶予期間を3年とする改正を行い、その猶予期間に新規の設置・介護療養病床への転換は行わないものとすべきです。

○ 2005年介護保険法改正では、附則4条に施設サービスの抜本的見直しが規定されたにもかかわらず、現段階で「施設サービス」の機能・評価の抜本的見直しは行われていません。次期報酬改定に向け、施設機能の再確立と、利用者理解を得にくい利用料格差を見直し、納得を得ることができる報酬体系見直しを進めなければなりません。

○ 新築・設備更新での多床室容認は、増大する団塊世代高齢者の生活ニーズに応えられない結果ともなります。今後、都市部を中心に増大する要介護ニーズに入所施設サービスで応えきえることは財政・マンパワーあらゆる要素から不可能といえます。施設サービス需要の理由である「在宅不安」を解消できる充実した在宅サービスと「在宅不安」に対応した「住まい」の保障が何より大切です。

◆ 家族等介護者への支援

○ 家族等介護者への支援は、ケア制度の持続性に直接関わる問題として世界各国の共通課題となっており、日本でも本格的議論が必要な時です。家族等介護者の実態調査や介護者相談支援のための拠点整備、介護者自身へのアセスメントの実施、情報提供・レスパイトケアなど介護者が孤立しない体制づくりが急務と考えます。

3. 負担のあり方

◆ 高所得者の保険料・利用料負担強化について

○ 高齢者層は世代間における所得・資産格差が大きいと言われますが、介護保険料第6段階（市町村民税本人課税基準所得200万円以上）からが高所得者と言うのでは、国民の理解・納得を得ることは到底できません。様々な制度間で異なる高所得者の範囲について整理・検討し国民の合意を形成することがまず必要です。

○ 1号介護保険料はもとより応能保険料で、標準6段階の上にさらに多段階区分を設け高所得者の負担を強化している保険者（市区町村）もあります。すでに月額6千円、7千円といった保険料を納付している人が、いざ要介護となりサービスを利用した際の利用料が倍の2割負担では保険の意義が問われかねません。これらの点からさらなる高所得者の保険料・利用料負担の引き上げは慎重に考えるべきです。

○ 今後、社会保障負担の増大は不可避でありこれまで以上に誰の目にも明らかな公平性・公正性が求められます。「負担」と「給付」の両面から公平性・公正性を担保する税と社会保障の共通番号制度の導入を急がなければなりません。

◆ 2号被保険者保険料への総報酬割の導入について

○ 総報酬割は被用者保険の保険者間の財政力格差を公平化するもので公正であるかもしれませんが。しかし高齢者医療制度における総報酬割の部分実施も行われていて、負担を取り易いところに集中させているとの批判もあります。介護保険での総報酬割の拙速な導入は行うべきではありません。介護保険と医療保険の両制度の財政負担について比較検討し、さらには税制と社会保障制度総体を通しての負担と給付の公平性・公正性を追求する必要があります。

◆ 公費・国費負担割合の引き上げについて

○ 公費負担割合を現行の50%から60%にすべきとの意見や、5%の国費調整交付金を国庫負担25%とは別の外枠にすべきとの意見もあります。しかしすでに処遇改善交付金や臨時特例交付金を含むと、公費は給付費の60%近い割合となっています。公費負担割合をさらに増大させることは、今後さらに窮迫する財政事情からの制約を厳しく受けるリスクを抱えることにもなります。保険制度への公費投入割合を増やすのか、あるいは公費による福祉サービスをしっかり拡充し低所得者対策を行うことで保険制度の安定化を図るのか、政策論として整理が必要です。

◆ その他の負担引き上げ策について

▼ 「居宅介護支援の自己負担導入」

ケアマネジメントの重要性は今後さらに増していきます。自己選択という介護保険の理念からセルフケアプランも含め利用者のケアプランへの関心はさらに高めるべきです。月額負担の内容に関わらない評価で、望むべき政策効果が十分に得られるとは思えません。議論不足で時期尚早は否めません。

▼ 「補足給付の支給要件の厳格化」

利用者の保有資産や家族の負担能力に応じ、保険者が補足給付の支給を判断すべきとの提案もあります。しかし保険料納付に対する反対給付という保険の基本ルールや世帯単位ではなく個人単位の介護保険料といった、制度の根幹との整合性に齟齬が生じるおそれがあり慎重に検討すべきです。利用者や家族の所得・資産調査を課すのであればそれは措置福祉に外なりません。

▼「多床室の室料負担の見直し」

現在介護施設の室料の違いは個室か多床室かの2類型で、2人部屋も4人部屋も同じ多床室として取り扱われており、2人部屋利用と4人部屋利用の間での均衡からは検討の余地があるかもしれません。しかし施設毎に状態の相違も考えられ、一律の見直しには慎重でなければなりません。

◆ 財政安定化基金等の取り崩しについて

○ 財政安定化基金は2800億円程度まで積み上がっており、会計検査院からは適正規模に取り崩すよう指摘されてもいます。介護保険制度の安定を目的に積み上げられてきたのですから、本来の目的に支障を来すことのないよう必要な額を確保した上で、基金の取り崩しを行い、保険料の激変緩和に活用できるよう法的整備をすべきです。

4. 今後の課題

◆ わかりやすい「見える」制度づくり

○ 職権・行政処分の措置福祉の時代から「介護保険の10年」で高齢者福祉のイメージは大きく変わりました。ごく普通に「介護サービス」と呼ばれるようになったことも介護保険の大きな成果の一つと考えます。利用者の制度理解は、負担を伴う制度の持続可能性に大きくかかわることから、制度の「わかりやすさ」「使いやすさ」が必要です。制度設計から利用方法に至るまで制度運営全般を、常に利用者の立場から考えることが重要です。

◆ 予防の位置づけはさらに重要

○ 予防重視型システムへの転換として先の制度改正で導入された特定健診・保健指導、地域支援事業の介護予防事業、介護予防サービスといった事業・施策のいずれもが妥当性や効果への疑問に十分こたえきれていない状況です。集中的に質（効果）の検証・再評価・見直しを徹底的に行い、国民によくわかる・効果の見える予防事業として取り組まねければなりません。

◆ リハビリテーションなど増大するニーズへの対応

○ 団塊の世代の加齢に伴い2005年からの20年間で75歳以上の後期高齢者が約2倍に急増します。新たに発生する医療・介護ニーズの増大は2倍以上となります。特にリハビリテーションへのニーズ急増（急性期・回復期・生活期）にどう応えていくのか早急に検討が必要です。また年間死亡数の増加に伴って緩和ケアや終末期ケアへのニーズも増大します。

○ 高齢化の深化による老老・単身世帯の急増が課題視されていますが、今後は生涯未婚率の高まりなどから単身社会への急転換が進みます。家族・自宅を前提としない生活支援サービスとしての医療・介護（社会的ケア）の連携したサービスがこれまで以上に求められることとなります。高齢社会の質的な変化への対応は、これまでの量的増大への対応が中心であった基盤整備計画の延長線では十分な対応はできません。

◆ 「要介護認定」と「ケアマネジメント」は制度の要

○ 要介護認定は給付の公平性を示す極めて重要な役割を担っており、認定の信頼度は制度の信頼度に直結します。要介護者の介護の必要量と質をきちんと判定しているかどうか、また判定に極端な偏差が生じていないかどうか、常に分析・検証していくことが必要です。あらゆる事務管理コストについても不断の見直しを行い、徹底的に事務・経費負担の軽減を進めなければなりません。

○ 今後の地域包括ケアシステムの発展にはケアマネジメントの質がさらに重要となってきます。ケアプランも量的充足から質的充実に評価の視点を変える必要があります。ケアマネジャーの資格、試験・研修等の総合的な見直し・検討を行うとともに、専門性・総合性を高めたマネジメント内容による介護報酬での評価への道筋が検討されるべきです。

◆ 深刻なニーズをサービスにつなげる重要性

○ 認知症の増加や社会的な孤立から「申請主義の壁」の前で埋もれてしまう深刻なニーズをサービスにつなげる役割がこれまで以上に問われてきます。地域包括支援センターは、文字通り地域に向かってアウトリーチする包括的な支援センターとして、また地域に開かれた生活・利用相談のワンストップサービス拠点として機能強化・スタッフ拡充がはかられるべきです。そして高齢者のみならず精神障害者・知的障害者・身体障害者など地域での自立生活に支援を必要とするすべての人たちのための、当事者・家族等の参加によるセンター機能を担っていくべきです。

◆ 地域包括ケアシステムの実現にむけ

○ 医療、看護、リハビリテーションを含む「医療」と、身体介護、家事援助、生活援助、社会参加、住宅保障を含む「介護（社会的ケア）」の総合・統合によるサービスの有効性と効率性を高め、利用者の生活の質(QOL)の向上をめざすという「地域包括ケアシステム」の理念や方向性に反対の声はありません。しかし大多数の地域では未来像でしかなく、今日の介護に心を砕く利用者・国民からの理解はなかなか進まず、入院や施設入所の安心感が先行する利用者イメージが変わらないのが現状です。

○ 「地域包括ケアシステム」の具体的なサービス像とその効果を国民の前に明らかにすることが必要です。そして各地域における地域包括ケアシステム形成・転換プロセスと工程表を具体的に示していかなければ利用者・国民からの理解と納得は得られず、永遠の先進地域モデル事業で終わってしまいます。

◆ 住まいの保障

○ 高齢者に限らず自立生活の基礎は「住まい（＝生活の場）」と「居場所（＝社会参加の場）」です。政府全体の取り組みで高齢者の「住まい」と「居場所」を保障できる体制づくりを推進しなければなりません。

○ 高齢者住まい法の改正で多様な住まいとして有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅などの供給を拡大するという方針が示されています。しかしそれで都市部中心に発生する「住宅不安」に答えられるものではありません。住宅手当（現金給付）か公営住宅政策の見直し（現物給付）かの方法論を含め、「住まい」に関する包括的な保障体制づくりの本格的な検討が早急に求められています。

◆ 「質の保障」と「情報提供」は国の責任

○ 利用者選択をしっかりと機能させる前提条件は、サービスの「質の保障」と「情報提供」です。10年間の制度運営を踏まえ事業の検証、情報公表制度や第三者評価の見直しを徹底的に行うことが必要です。家族介護や医療との連携など現場実態に関するデータの未整備、利用者満足度やアウトカム評価の不足なども指摘されています。今後の制度の発展・改革のためにも PLAN-DO-CHECK-ACTION サイクルの確立が求められます。

◆ 「新しい公共」で支える介護保険に

○ 介護保険制度は「地方自治の試金石」と呼ばれ制度設計されましたが、制度導入対策で市町村負担の軽減が重大視された結果、その役割は事業計画策定や保険料の決定・徴収などにとどまっています。市町村は相談事業や苦情処理についても強化・充実を図るべきであり、地域主権の時代に主権者＝市民の参加と合意で市町村の独自性は思う存分発揮されるべきです。調査・計画づくりからサービス実施まで丸ごと「新しい公共」をめざす市民協同による介護保険制度づくりを求めます。

以上