

2004年6月28日

第14回社会保障審議会介護保険部会提出資料

介護保険制度の見直しに関する意見

社会保障審議会介護保険部会委員

日本労働組合総連合会

総合政策局生活福祉局次長 花井 圭子

介護保険制度の見直しに向けて

2004年5月20日

日本労働組合総連合会

目 次

- I. 介護保険制度の見直しについて
- II. 介護保険法施行後の現状と問題点及び課題
- III. 連合の対応方針
 - 1. 見直しの基本的視点
 - 2. サービスについて
 - (1) ケアマネジメント
 - ① マネジメントのあり方 ② 事業所のあり方
 - (2) 在宅サービス
 - ① 在宅支援体制の充実
 - ② 在宅介護支援センターの機能の再編・強化
 - ③ ホームヘルパーの医療行為
 - ④ グループホーム
 - ⑤ 福祉用具貸与・購入、住宅改修
 - (3) 施設サービス
 - (4) サービスについての横断的課題
 - ① 介護予防のあり方 ② 生活圏域単位のサービス基盤
 - ③ 痴呆ケアの標準化 ④ 第三者評価
 - ⑤ 家族に対する支援策 ⑥ 劣悪な事業者を排除する仕組み
 - ⑦ 新しいゴールドプラン
 - 3. 被保険者・利用者について
 - (1) 被保険者の範囲
 - (2) 負担のあり方
 - ① サービス利用料（1割負担） ② 施設入所者の居住費
 - ③ 第2号被保険者の保険料 ④ 第1号被保険者の保険料
 - 4. 労働条件・人材育成と質の確保
 - 5. 保険者・保険運営のあり方
 - (1) 保険者規模
 - (2) 保険者の権能・権限
 - (3) 住所地特例
 - 6. 要介護認定のあり方
 - 7. 権利擁護

I 介護保険制度の見直しについて

1. 介護保険制度改革をめぐる情勢

2000年4月にスタートした介護保険制度は、2003年4月の介護報酬改定並びに都道府県・市町村の第2期「介護保険事業（支援）計画」の実施を経て、介護保険法附則第2条に定められた「法施行後5年を目途とする制度見直し」に向けた検討が、2003年5月から社会保障審議会介護保険部会で行われている。

また、厚生労働省は同省事務次官を本部長とし、関係各部署が参加する横断的な制度改革の検討の場として「介護制度改革本部」を1月8日に設置し、障害者福祉施策、年金、医療との関係などに関して、本格的な内部検討を開始した。厚生労働省老健局長の私的研究会も、『2015年の高齢者介護』、『高齢者リハビリテーションのあるべき方向』の報告書を提出するなど、見直しに向けた検討が急速に行われてきている。

2. 介護保険部会の審議状況

介護保険部会は2003年5月から、介護保険制度3年間の施行状況の検証と論点整理ののち、第5回（10月）から各項目についての検討を行っている。厚生労働省は、本年8月上旬ごろを目途に中間とりまとめを行い、さらに検討を加えた後、2005年通常国会に改革法案の提出を行う予定としている。

3. 連合の対応

連合は、「21世紀社会保障ビジョン」「2003－2005政策・制度要求と提言」で確認された内容にそって対応してきているが、介護保険制度施行後の状況や新たな課題などに対して、さらに詳細な検討が必要となっている。

そこで、2月に開催した第5回福祉・社会保障政策小委員会のもとに「介護保険制度見直し検討チーム」の設置を確認し、3月中下旬に検討を行い、素案をとりまとめ、政策委員会、福祉・社会保障政策小委員会で検討を行い、5月20日の第8回中央執行委員会で確認した。

II 介護保険法施行後の現状と問題点及び課題

- ① 法施行から4年が経過し、第1号被保険者（65歳以上）の増加にともない、要介護認定者やサービス利用者も施行時から倍増している。事業者の増加でサービス提供量も増加し、制度の普及が進んでいるといえる。
- ② しかし、サービス内容をみると在宅サービスが伸びているものの、施設への申込者は増えており、在宅生活を継続できない実態が明らかになるなど、

在宅重視の理念は未だ達成されていない。

家族の介護負担は減少しつつあるが、家族の介護疲れ、要介護者への虐待など、「介護の社会化」は不十分であり、実効ある対応策が求められる。

介護保険制度の実施によって期待された社会的入院の解消は、未だ実現していない。

- ③ 介護サービスの利用者は、とくに軽度者の増加が著しく、サービス利用後の経過をみると、軽度者の状態悪化が著しいことが明らかになっている。さらに、要介護者の半数、施設入所者の8割に痴呆症状があることが判明し、痴呆ケアを介護の標準に据えることが求められるなど、利用者の状態に応じて効果を発揮できるようにケアのあり方を見直すことが課題となっている。施設における個室・ユニットケアなどに代表される質の向上の取り組みも進んでいるものの、いまだに大規模・集団処遇の施設ケアが中心となっている。
- ④ また、多くのホームヘルパーの質・労働条件の悪さに象徴されるように、介護労働者のサービスの質と労働条件の抜本的な向上が喫緊の重要課題となっている。
- ⑤ 制度の浸透と利用の拡大は制度が定着しつつあることを示しているが、一方で、費用の増加が介護保険料の引き上げにつながる。さらに、要介護認定の地域格差の拡大、事業者による介護報酬の不正請求など、制度維持に向けての、信頼が揺らぎかねない事態も出ている。
- ⑥ 介護保険制度を信頼あるものとし、社会に定着させると同時に、要介護状態になっても尊厳を持って在宅で生活できる条件を地域に整備していくことが今後の重要な課題である。

Ⅲ 連合の対応方針

1. 見直しの基本的視点

介護保険法施行後初の制度見直しは、介護保険制度への信頼を確実なものとし、制度を社会に定着させるものでなければならない。そのため、介護保険制度創設の理念・目的を再確認し、法施行時に残された課題、制度実施後の新たな課題に対応することが必要である。

連合は、以下の基本的視点にたった介護保険法の見直しを求める。

- 介護保険制度は、普遍性、権利性、公平性、選択制、社会連帯、地方分権の理念を実現するシステムであること。
- 適正な負担で、だれもが、身近で、いつでも、必要なサービスが円滑に利用できるものであること。
- 人としての尊厳の保持、介護の社会化、自立支援、在宅重視、利用者本位、保健医療・福祉施策の総合化、市町村中心の地域に根ざした制度運営が実現するものであること。

- 要介護状態になることの予防と健康づくりを重視すること。
- 今回の制度改革を、社会保障制度全般の改革の一環として位置づけること。

2. サービスについて

(1) ケアマネジメント

① マネジメントのあり方

ケアマネジャーの業務は、あくまで介護保険およびその周辺サービスをコーディネートするということを明確にする。その上で、ケアマネジャーの負担を過重にしているソーシャルワーク的な業務を、在宅介護支援センターや市町村が担うこととし、連携・連絡体制を確立することで、本来業務に集中できる環境をつくる。

また、サービス全体のマネジメント、とくに施設・在宅の間の継続性をより緊密にするため、マネジメントの連携の強化策を講じる。

② 事業所のあり方

ケアマネジメントの公正・中立をまもるため、すべての居宅介護支援事業所（ケアマネジメント事業所）はサービス事業所から独立すべきである。

ケアマネジャーが担うケース数を減らし、事務職員を配置して事業が運営可能な水準まで報酬を引き上げ、独立可能な条件を整える。さらに資本系列の独立など「独立」の定義を規定し、独立型事業所と併設型に取扱上の格差を設けるなど、独立への誘因を高めることで、サービス事業者の系列関係による利用者の囲い込みを防ぎ、ケアマネジメントの公正・中立を守る。

(2) 在宅サービス

① 在宅支援体制の充実

地域の中で、生活やケアの継続性を維持するという考え方と、その具体的方策として、在宅で 365 日・24 時間の介護の安心を提供するため、利用者の生活圏域の中で完結し、なじみのスタッフがサービスを行う「小規模・多機能サービス拠点」の整備、多様な「住まい」の選択肢の用意、医療との連携強化の方向性は、利用者本位、在宅重視などの制度の理念を現実化する試みであり、積極的に推進すべきである。なお、「小規模・多機能サービス拠点」の整備にあたっては、とくに夜間の訪問介護が低い割合にとどまっている要因分析を行う必要がある。社会的入院の問題についても、これらの在宅支援体制の充実によって、その解消をはかる。

② 在宅介護支援センターの機能の再編・強化

介護保険施行後は、高齢者福祉の中心を介護保険制度が担い、その他の高齢者福祉施策は縮小傾向にあるが、在宅介護支援センターは、介護保険制度だけでは担えない幅広い施策の実施主体として機能することが重要である。民間事業者に委託する場合は、老人福祉に関する情報提供・相談・指導等の

実施機関として設置された当初の目的が損なわれないよう、事業の独立性を確保しながら、相談援助、ケア予防、ニーズ発見、権利擁護、苦情解決などの機能強化に向けた抜本的な拡充が必要である。

③ホームヘルパーの医療行為

医療行為は医師・看護師等の医療職が行うべきものであるが、「医療行為」に分類されている、血圧測定、つめ切り、点眼、湿布貼りなどについては、ヘルパーや施設職員などの介護職が行えるようにする。

介護職が行える「医療行為」の範囲は、検討のうえ限定し、研修を義務づけ、医師の責任・指示の下で行う。それにより、不明確なままになっている「医療行為」の範囲・内容を整理するとともに、介護職が担える範囲を明確化する。

④グループホーム

サービス水準の維持・向上および運営の透明性の確保のため、グループホームで行う外部評価の結果をすべて公開する。

また、グループホーム・特定施設においても、訪問看護や福祉用具を利用できるようにする。

⑤福祉用具貸与・購入、住宅改修

福祉用具・住宅改修の給付が適正かどうかを、理学療法士や作業療法士など、ケアマネジャー以外の専門家や在宅介護支援センターが事前に関与するようにする。

介護保険対象の福祉用具販売事業者と住宅改修事業についても、すべて事業者指定の対象とし、介護保険給付は指定事業者に限定する。あわせて、利用者負担のあり方は、全額支払後の償還払い方式ではなく1割負担のみですむように改める。

(3)施設サービス

介護保険の理念の「利用者本位」に照らしても、家族の意向ではなく、あくまで利用者の意思に基づいてサービスを提供する必要がある、利用者が希望するかぎり、在宅生活への復帰又は継続ができるように、在宅支援体制を整備しなければならない。

施設は必要最低限に限定すべきであり、そのサービスも高齢者の尊厳の保持をかかげた「高齢者介護研究会」報告などの考え方に則り、ソフト面の人材育成とあわせ、全施設で「個室・ユニットケア」化などをすすめるなど、ハード面の充実によって居住・療養環境の向上をはかる。なお、「個室・ユニットケア」への転換を促進するため、改築に対しては十分な財政支援を行う。

「施設入所対象者の重点化をはかる」として、入所対象者の要介護度を一

律に引き上げようとする事については、入所の必要性・緊急性は単に要介護度のみで判断できるものではなく、必要な人に必要なサービスを提供できなくなる可能性があるため、現行通り、要介護者全てを入所対象としつつ、入所順位を総合的に判定する方法を維持すべきである。

介護保険法施行直前に導入された介護療養型医療施設の施設基準に係る経過措置は直ちに廃止すべきである。

(4) サービスについての横断的課題

①介護予防のあり方

軽度者に対する給付について、真に介護予防・状態改善に効果を発揮するように、給付の内容を再編することが必要である。

しかし、従来から軽度者に対して提供されてきたサービス（とくに生活援助など）については、一律に廃止するなどの機械的な再編ではなく、サービスの効果等を検証しながら見直しをおこなうべきである。

②生活圏域単位のサービス基盤

市町村が地域性などに配慮しつつ、よりきめ細かなサービス提供基盤を整備することは、サービスのいっそうの効果発揮を期待できるものであるが、市町村間でサービス基盤と利用の選択範囲にさらに格差が生じる可能性もあるため、十分検討する必要がある。

詳細については、具体的な見直し案が示された後で、検討をおこなう。

③痴呆ケアの標準化

痴呆性高齢者は、転院などで生活の場が変わることによる悪影響（リロケーションダメージ）を受けやすく、環境変化への適応が困難なため、サービス提供は、生活の継続性が維持できる日常生活圏域を基本とする。また痴呆性高齢者へのケアは集団処遇は適さないといわれていることから、グループホームや「小規模・多機能サービス拠点」を中心にサービスを提供する。

痴呆ケアを標準とする以上、すべての事業者・介護労働者に対して、痴呆に関する研修を徹底させることを定め、内容や方法を明らかにすべきである。

さらに、介護保険の範囲外でも、地域で高齢者の情報を共有化するとともに、「はいかいSOSネットワーク」等の構築を推進し、痴呆性高齢者を地域全体で支える体制をつくる。

④第三者評価

介護サービスに対する第三者評価の義務化と結果公表を行うことを定めた「利用者による介護サービス（事業者）の適切な選択に資する情報開示の標準化について（中間報告）」は、基本的な制度の枠組みに問題はないが、対象をすべての介護保険サービスの全事業者に拡大すべきである。また、今後の検討課題としてあげられている、調査員の養成体制、調査実施主体への評

価・指導、情報開示の標準化の方法などについては、詳細な内容が明らかになった段階で再検討を行う。

⑤家族に対する支援策

相談窓口・相談体制の整備や介護相談員派遣等事業を充実し、家族介護者への支援を強化する。

家族介護者に対する現金給付は、①家族介護（特に女性）を固定する、②悪い状態が継続する方が現金を受けられ、かえって自立を阻害する、③介護を家族のみにゆだねることになり、介護が密室化し質も向上しないばかりでなく、虐待の放置にもつながる、④サービス整備の充実を阻害する、などの重大な問題点があり行うべきではない。

⑥劣悪な事業者を排除する仕組み

選択、契約から利用まで一貫して弱い立場におかれがちな介護サービス利用者が、劣悪なサービスの被害から守られるように、保険者の指導・監督権限の拡大による事後規制の強化や、指定取消後の再指定の要件の厳格化などをはかり、劣悪な事業者を速やかに市場から排除する仕組みを制度的に確立する。また、全ての事業者を対象とする指定更新制を導入する。

⑦新しいゴールドプラン

今後のサービス基盤整備に関して、新たなゴールドプラン策定の有無や策定期等について明らかにする。

3. 被保険者・利用者について

(1)被保険者の範囲

介護とは、高齢者特有のニーズではなく、疾病や交通事故などによる後遺症でも必要となるものであり、本来は年齢や事由を問うものではない。

支援費制度の実施により、障害者のサービス需要は高まり、年度末に税財源が不足する事態が発生するなど、従来の税による障害者施策の実施が困難になっている。さらに、施設や精神病院など、家族や地域と隔絶した場での生活を余儀なくされている障害者も少なくない。

障害者（児）の自立支援においても介護サービスが重要な役割を担うため、介護保険制度の見直しにあたっては、介護ニーズを社会全体で支え、あらゆる人の地域生活と社会参加を保障するという、社会連帯に基づいた改革でなければならない。これは、「負担と給付」の関係が「高齢者」に矮小化された介護保険制度を、真の社会保険制度に変革することをめざすものである。

そのため、医療保険加入者およびその被扶養者は、すべて介護保険の被保険者とする。なお、医療保険に加入していない生活保護受給者も、国民健康保険に加入できるようにし、介護保険被保険者とする。

被保険者および給付対象の範囲の障害者等への拡大にあたっては、障害者

当事者の意向を十分に尊重する。また、給付体系の再編を行っても、各障害者に提供されるサービスが現行の施策・財政水準から低下しないようにするとともに、法施行までに、サービス体系のあり方・内容、人材育成、財政見通しや負担のあり方・水準などについての検討を行うため、十分な準備期間を設ける。

また、国の責任で、十分な低所得者対策を行う。

(2)負担のあり方

①サービス利用料（1割負担）

給付抑制や財政的な観点から、利用者負担（1割）の割合を2～3割に引き上げるべきとする意見もあるが、これについては、制度の定着状況を踏まえつつ、年金・医療等を含めた社会保障制度全体の負担水準の中で慎重に対応すべきである。

②施設入所者の居住費

在宅と施設の負担の均衡をはかる観点から、光熱水費を支払う居宅利用者との公平性を保つために、原則としてすべての施設入所者から居住費を徴収する。ただし、自宅と同等の負担を求める以上は、施設の居住・療養環境が自宅と同等でなければならず、徴収は、「個室・ユニットケア」に限定する。

また、居住費が負担できないために必要な施設入所まで困難にならないように、十分な低所得者対策を行う。

③第2号被保険者の保険料

第2号被保険者の保険料は、保険料率の法定上限を設けるとともに、第2号被保険者代表（医療保険者や労使代表）が、介護保険事業計画策定及びサービス給付量に関係する事業者の指定に関与することで、保険料決定過程への関与度合いを強め、無制限の保険料上昇に対するチェック機能を働かせる。

また、保険料未納についても徴収を強化する。

④第1号被保険者の保険料

遺族・障害年金も特別徴収の対象にする。

4. 質の確保と人材育成・労働条件

介護職はおしなべて労働条件が悪く、その改善が課題である。また、現在でも質の向上が課題とされているが、痴呆ケアの標準化や被保険者・給付対象範囲の障害者等への拡大などによって、介護業務は今後さらに高度化が見込まれることから、職種を問わず、養成・現任研修制度のいっそうの充実が不可欠である。

(ケアマネジャー)

質や社会的地位の向上の観点からも、将来的に国家資格とする。また、資格更新制を導入し、施策や研究の充実に伴う急速なケアの進歩・変化に対応できるようにする。

(ホームヘルパー)

全国共通の教育・研修制度創設、ヘルパーの労働条件基準の設定などで、質の向上と労働条件の改善をはかる。教育研修制度は、国が基準を示し、それに基づいて都道府県が実施主体を指定することとする。

また、ヘルパーの中心的水準を、現在の2級ヘルパーから、介護福祉士に引き上げる。そのための質向上研修についても、国が積極的に行い、速やかな移行を促す。

登録型ヘルパーは「直行直帰」が多いために、チームとしてのケアが成立しにくく、情報共有や技術蓄積が困難になりがちであることが課題になっている。そのため、少なくとも、同一利用者に複数のヘルパーがサービスを提供する場合、過去のサービス提供状況や利用者の状態を把握した上で、サービスを提供できる体制を整える。

(施設職員)

介護職員の資格化をはかるとともに、施設長の資格要件も、質の向上や施設入所者の重度化に対応しうる要件に引き上げる。

5. 保険者・保険運営のあり方

(1)保険者規模

保険者規模は、住民の生活圏域内で密接にサービスが提供できる市町村単位を維持する。ただし、認定率の高さ、需給見通しの誤りなど、変動リスクを分散し保険料の高騰を防ぐため、市町村住民の意思を尊重しつつ、広域化により一定規模を確保することも必要である。その場合、国による財政支援を拡充する。

(2)保険者の権能・権限

保険運営の責任を負う保険者を、事業者指定や施設整備の許認可等に関与させ、保険サービスの提供をコントロールできるようにすべきである。プロセスとしては、各都道府県ごとに、都道府県、圏域内の全保険者、医療保険者や労使代表が参画して協議を行い、その結果を踏まえて都道府県知事が最終決定を行うこととする。また、指定・取り消しの要件に、労働関係法規の遵守と社会保険への加入を加える。

さらに、サービスの質や報酬請求において問題があると市町村が判断する場合は、市町村が事業者・施設に対する立ち入り調査を行う権限も付与するとともに、指定取り消しにも積極的に関与できるように見直す。

(3) 住所地特例

グループホームや特定施設などの居住型サービスがある保険者に利用者が集まることで、居住型サービス所在地の保険者への介護費用集中とそれによる保険料増加を防ぐために、住所地特例をすべての居住型サービスに適用する。

6. 要介護認定のあり方

要介護認定を適正に運営するために、要介護認定の新規申請に限り、申請代行の範囲を公的機関に限定することで、事業者によるニーズの掘り起こしと利用者の囲い込みという連鎖を防ぐ。

認定審査会の運営の効率化をはかり、サービス内容について意見を付せるという規定が十分機能するようにする。

また、利用者に定期的に接し、最も状態を詳細に把握しているサービス提供者の意見が、認定の正確な更新に反映されるとともに、認定審査会のサービス内容への意見付与の際の判断材料となるように、提供者の意見書、ケアプラン、サービス提供に関する計画書（訪問介護計画書等）および提供結果の報告書などを要介護認定の過程に加える。

7. 権利擁護

地域福祉権利擁護事業の利用者負担は、日常生活や福祉サービス利用支援などの業務内容に相応しい水準に改める。

高齢者虐待防止については、「高齢者虐待防止法」制定も視野に入れながら、サービス提供者に対して、虐待を発見した場合の、市町村、在宅介護支援センター、保健所、福祉事務所等への通報義務を課すなど、虐待防止に関する施策を早急に実施する。

以 上