

どうなってるのん？「介護保険」



とき：2021年7月17日（土） ところ：ドーンセンター 大会議室① & ZOOM オンライン
講師：小竹 雅子さん（市民福祉情報オフィス・ハスカップ主宰）

コロナ禍で2月実施予定が7月実施になり、なおコロナ禍が収まらず、東京に緊急事態宣言が発出され、講師の来阪が叶わず、会として初めてのオンライン併用開催となった。（会場参加：39人、オンライン参加：17人）

1. 「介護保険」の「理念」はどうなったの？

厚労省の『公的介護保険制度の現状と今後役割 2018 年度』は、「自立支援」と「利用者本位」、「社会保険方式」の3点を『基本的な考え方』として列挙している。

「自立支援」は、「単に介護を要する高齢者の身の周りの世話をすることを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする」。

「利用者本位」は、「利用者の選択により、多様な主体から保険医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度」である。

具体的な運営は、「給付と負担の関係が明確」な「社会保険方式」を採用し、「利用者が自らサービスの種類や事業者を選んで利用計画を作って、医療・福祉のサービスを総合的に利用（利用者本位）し、「民間企業、農協、生協、NPO など多様な事業者によるサービスを提供」（社会福祉基礎構造改革）し、所得にかかわらず「応益負担」を原則とする。

だが、介護保険制度は、頻りに制度が見直され、「給付（サービス）」と「負担（利用者負担）」が複雑に変化し、特に「サービス」の内容が大きく変わってきた。主なものとしては以下のようなものがある。

2000 年の発足当時は、利用者がサービスや事業者を選択することができ、受益者すべてが所得に拘わらず1割の自己負担（応益負担）だった。

2005 年の改定では、以降の制度見直しの基本のひとつとなった「予防重視型システムへの転換」が登場した。介護認定と給付の分割が図られ、地域支援事業と地域密着型サービスが新設された。

2014 年には、「地域包括ケアシステムの構築」が図られ、給付が「予防給付」と「介護給付」に二分された。2015 年に予防給付費で、要支援認定者の訪問介護と通所介護は給付から削除され、小規模の通所介護事業所は地域密着型サービスに移行した。自己負担は、「在宅との公平化」の名のもとに、「一定以上の所得の認

定者は2割負担」とし、補足給付の対象者は「預貯金の有無・残高も勘案」されることになった。

2017 年になると、さらに「地域包括ケアシステムの深化・推進」が謳われ、利用者本位ではなく、「保険者（自治体）機能の強化」が掲げられた。自己負担は、「制度の持続可能性の確保」のため、「現役並み所得」の認定者は3割負担となった。

直近の2020 年は、「健康寿命の延伸」による介護期間の短縮、「認知症『共生』・『予防』の推進」、「制度の持続可能性の確保」が目標に掲げられた。



定員の半数に制限した会場風景。司会者も参加者も全員マスク姿。別途、17名の参加者とオンラインで繋がっている。

2. 介護保険料は高騰している。

65 歳以上の第1号介護保険料は、原則年金から天引きされる。直近の第8期（2021～2023 年度）の第1号介護保険料は全国平均月額 6,014 円で、制度創設から21年間で2.1倍になった。第8期の改定の特徴は、①市区町村（全国1,571 保険者）の平均月額には、6,500 円の差がある。②全国平均伸び率2.5%より低いのは170 保険者（10.8%）で約1割にしかならない。③「基準額を引き上げた」763 保険者の約8割は、全国平均を超える引き上げ率になっている。

厚労省が「機械的に算出した2025年度の保険料額（見込み）」は、6,856 円である。また、2040年には8,800円から9,200円になると推

計している。

第1号介護保険料は世帯の課税状況等に応じた所得段階にもとづき、「基準額」を1.0として増減するが、2015年度以降、「基準額未満」と「基準額超」に二極化傾向で、今後、「団塊の世代」の格差は拡大するとみられる。

3. 認定はおかしくない？



介護認定システムは、介護認定調査検討会が14年前の2007年に実施した「高齢者介護実態調査」の調査(タイムスタディ)にもとづき、「介護の時間にかかる時間」を設定したまま。また、この調査は介護施設で介護職員が利用者に提供した時間を測ったもので、在宅介護の「介護の時間にかかる時間」は調査されていない。

認定者の人数をみていくと、介護保険料を払っている被保険者7,683万人に対して、認定を受けているのは658.2万人で1割に満たない。65歳以上の第1号被保険者が98%を占め、第2号被保険者は2%に過ぎない。また、65歳以上の第1号被保険者のなかで、認定を受けているのは約2割(645.3万人)。総じて認定者の数は少なすぎると思う。

また、認定を受けた第1号被保険者は、平均寿命を超える80歳以上が7割になる。2005年来の「予防重視型システムへの転換」で、介護が必要になる年齢が上昇しているという意見もある。だが、2014年の改正で、年齢層が比較的若い要支援認定者の訪問介護と通所介護を給付からはずし、「受給者」に数えなくなった結果とも考えられる。

4. 介護保険サービスはどうなっているの？

介護認定ランクでみると、2005年に「要支援」が「要支援1、要支援2」に細分化され、給付は「予防給付」になった。2014年には、「予防給付」から訪問介護と通所介護をはずし、地域支援事業として新たに「介護予防・日常生活支援総合事業」(総合事業)を創設し、給付から移した。

地域支援事業の財源には介護保険料も使われるが、市区町村の裁量で委託事業所や利用料

が決定され、「新・措置制度」と考えることもできる。

♣ホームヘルプ・サービス(訪問介護)

2005年、介護予防訪問介護の新設とともに、「同居家族」を理由に「生活援助」の利用を削減する市区町村が登場した。

要介護認定者への「生活援助」は2012年、提供時間が45分に短縮された。2014年には、介護予防訪問介護は予防給付から消えた。2018年に至っては、厚労省が「生活援助」の「通常かけ離れた利用回数」を規定し、また、ホームヘルパーには「生活援助ホームヘルパー」を新設して、「身体介護」と「生活支援」に“機能分化”を進めている。

♣デイサービス(通所介護)

通所介護では2014年に介護予防訪問介護とともに介護予防通所介護が予防給付からはずされた。そして、2018年、小規模の事業所は地域密着型サービスに移行し、利用者は指定自治体に住民票があることが基本条件となった。また、2021年には、総合事業の通所型サービス(住民主体型)の利用者は、要介護認定となっても、総合事業に留めることが可能になった。これは、認定を受けた者に受給権があるという制度原則に穴があいたと思っている。

♣特別養護老人ホーム

2005年は食費・居住費の自己負担導入と「補足給付」の新設、2014年は利用者が要介護度3以上が原則となり、「補足給付」の条件には預貯金残高を追加され、2021年8月1日以降、補足給付の食費の基準額を引き上げ、所得・資産条件を変更するなど、利用者の負担は引き上げが続いている。利用条件を「要介護3以上」としたため、特別養護老人ホームの待機者は数字上、半減した。しかし、半減した人たちは、どこに行ったのだろうか。

※質疑応答の中で、尾辻かな子さん(衆議院議員・当会会員)から、コロナ禍での国会対応の報告があった。その後、7項目からなる「介護保険制度の拡充を求めるアピール」を参加者全員で採択し、厚生労働省、衆議院・参議院の厚生労働委員会委員(70名)宛てに送付した。

◆感想

介護保険制度の20年を復習した思いです。頻回に見直される制度の変更履歴を追いかけ、理不尽なこと、疑問に思うことをあきらめずに声にすることの重要性を改めて認識しました。

(山中 理恵子)