

介護保険制度 20 年を検証する

～ひと・まち社の介護保険制度に関する調査から見たこと～

認定 NPO 法人市民シンクタンクひと・まち社 理事 池 田 敦 子

2000 年に始まった介護保険制度は、本当に私たち高齢者が信頼できる支えとなるのだろうか。2021 年度は第 8 期介護保険事業計画で介護報酬 0.7% 増の改定を行い、ICT 化の推進と合わせて科学的介護を導入し、介護の質の向上と財政難のきわどいバランスの中でさらなる「加算」による事業運営の推進を目指している。この 20 年余りを振り返ってみると、およそ 5 年毎の制度改正により大きく変貌し続けている。民間業者の参入に介護サービス市場を開き介護の社会化の一步を踏み出した。スタート時は施設を受け皿にした在宅支援は 2022 年度の法改正で在宅でも終末期を迎えられるように動いてきている。ひと・まち社が生活クラブ関係団体と連携して行った「介護保険制度検証のための基礎調査」など多くの共同調査結果を基に介護保険制度の 20 年の変遷に沿って検証を試みた。（この検証は、2022 年 3 月 5 日の自治体政策研究会において報告した内容を要約し、独自にまとめたものである）

1997 年 12 月：「介護保険法」成立、2000 年 4 月施行決定

介護の社会化（家族介護の負担軽減。社会的入院の低減）を目的として、内容を①介護費用を安定的に確保するため負担と給付の関係が明確な社会保険方式で対応する。財源の負担割合は被保険者と税でそれぞれ 2 分の 1。②利用者自身がサービス内容や提供事業者を選択する利用者本位の制度。③高齢者に保健・医療・福祉にわたる介護サービスを提供できるよう、介護支援サービス（ケアマネジメント）を導入する。④介護サービスの利用を利用者と事業者との契約とし、市場機能と民間活力を活用する。⑤被保険者の意見を反映させる。⑥高齢者本人を「被保険者」として位置づける。ただし、保険料の徴収は 40 歳以上として、第 1 号被保険者（65 歳以上）、第 2 号被保険者（40 ～ 64 歳）とする。⑦地方分権の観点から「保険者」を市町村とするなどとした。

実施に当たっては、事業推進のため 3 年毎に介護保険事業計画を策定し報酬改定を行い、5 年毎の法改正によってサービス内容や事業内容を改訂する。

介護保険サービスが始まった

第 1 期介護保険事業計画（2000 ～ 2002）、第 2 期介護保険事業計画（2003 ～ 2005）

すべての区市町村は 65 歳以上の「高齢者生活実態調査（悉皆）」を実施し、国の予算の基礎になる介護保険サービスの対象者を把握し、サービスの量を算定し介護保険料の設定を行った。2005 年、施設における居住費・食事の自己負担を導入

「介護保険制度検証のための基礎調査」は、1999 年介護保険サービス開始の 1 年前からスタートし、5 年間 10 回の定点調査を実施した。都内在住の何らかの公的福祉サービスを受けたことのある 40 歳以上の男女を調査対象者とした。

対象者は男性 201 人、女性 556 人、計 757 人。このうち 714 人が在宅で、43 人が施設で生活している。在宅の対象者の 6 割以上が 65 歳以下との同居世帯。夫婦のみ世帯は 2 割弱。本人と 65 歳以上の高齢者との同居が約 0.8 割。単身者は 1.5 割で男女比は 1:3.8 で女性が多い。主な収入は 8 割強の人が年収 200 万～ 400 万円の年金生活者。70 ～ 74 歳までの人の自立度が高いのが特徴的で、その上の世代にも下の世代にも、何らかの介護が必要な人がだんだん増えている。寝たきり状態や認知症状のある人は、年齢が上がるとともに増加し 4 割弱に達し、その内の 7 割弱は 3 年以上症状

が続いている。医療に関する支援の利用は高く、一人当たり 1.3 種類の支援を受けている。通院が一番多く、次が訪問診療、その次が医師や薬剤師による服薬指導だった。その他に少数ではあるが、酸素カニューレ、血液透析器などの医療器具装着などの重篤な支援を必要としている。

一方、在宅における介護者は、40 ～ 74 歳代までの対象者には同世代の介護者が多く、家族介護、配偶者介護と思われる。75 歳～ 84 歳の対象者の介護者が 75 歳以上の場合は老々介護が読み取れるが、介護者は 50 ～ 74 歳が多く、子世代の介護者が最も多い。

5 年間の定点調査の対象者は、第 1 回調査 757 人でスタートし 5 年後の第 10 回調査では 267 人に減っている。理由は、死亡、入院・入所、転居、回答不能になったなどである。そこで調査対象者の内、5 年間のデータが揃っている 103 人について、2005 年に生活時間記録方式（当時都立大学教授小林良二氏作成の様式）を使って、小林氏協力のもとに調査担当者と共に事例検討を実施した。その結果から、介護保険サービスの導入により、利用者の生活や心身の状況、介護者の時間の使い方などに起こった変化の実態を把握することができた。

ケアプランで個別支援の内容が可視化された

103 人の事例の 5 年間の変化を 4 グループにまとめた結果

A：介護度の変化があまりなかったグループ（合計 60 事例）＝軽度（要支援・要支援 1）18 例中度（要介護 2・3）18 例、重度（要介護 4・5）24 例

軽度の場合、この 5 年間は要支援～要介護 1 という身体状況を維持できた。特徴は介護度が低いので高齢でも単身世帯が多い。週 1 ～ 2 回ホームヘルプサービスやデイサービスを併用することで引きこもりながちな生活にメリハリをつけ、社会との接点をつくることを心掛けた例が多かった。中度の場合には室内では一人で自立できる状態でも、買い物、通院等外出には介助、車椅子が必要になってくる。単身世帯は減り、夫婦、子世代同居の家族が多い。デイサービスを週 1 ～ 2 回利用し本人の生活に張りを持たせると同時に、介護者のレスパイトが可能となり介護にゆとりが持てるようになった例が多い。重度の特徴は医療的ケアが必要な例が多い。子世代と同居の家族介護、配偶者による老々介護で、娘や息子世代も 70 歳を超える場合も多く、長期の介護で介護者の体力も限界にきている。サービス利用の特徴は通所型から、訪問型のホームヘルプと訪問入浴の利用に切り替えるケースが

多い。認知症で 24 時間介護が必要な場合は、デイを利用することで、昼間の家族の負担を効果的に軽減した例もある。医療行為を伴う介護の場合、家族が付いてなければならず、在宅での生活維持のためには 24 時間対応、医療機関との連携、緊急対応の体制を整備していくことが急務である。

B：介護度が重くなったグループ（25 事例）

このグループの特徴は、介護の期間が長期にわたっていること。自分のできることを維持し続けるための介護予防という発想のケアプランの例はあまり見られない。介護度の軽い例ではサービスに依存するだけでは体力の低下は避けられない。ホームヘルプやデイ、配食などの利用で本人は楽になるが体力の維持や社会とのつながりを持たない閉じこもりが容態を悪化させる事例がある。認知症の場合は介護度の軽い方が介護者の負担感が大きく、ケアマネジャーや専門家のアドバイスが必要。家族の協力で何とか介護できている場合も、周りの状況の変化もあるのでゆとりのある先を見通したサービス利用ができるよう、相談できる体制を作っていくことが必要。

C：介護度が急に重くなったグループ（16 事例）

このグループの特徴は加齢による衰えに加えて、骨折や病気などによる入院をきっかけに介護度が急変すること。その結果、要介護者の状況も認知症が進行したり、意思疎通が困難になったり医療行為を伴う介護に移行していくなど状態の変化にあわせてサービスの組み合わせをきめ細かく組み替えることが重要となる。そのため医療機関との連携など介護保険の枠を超えたサービス利用の例がみられる。介護者にとって家族の役割分担、本人の気持ちとサービスの内容が合わないなど、疲労の状況が現れてくる事例もある。ケアマネジャーの力量が試される重要な時期と考えられる。

D：介護度が軽くなった人（2 事例）

たった 2 事例だが、この特徴は脳卒中などで体調が悪化したケース。この場合は発症後のリハビリとサービス利用で大きな差が出てくる。思わぬ疾病によって機能障害を持った場合、本人の喪失感が大きく、なかなか前向きに気持ちを切り替えるのが大変だが、専門家のアドバイスを受け、訪問リハビリやデイケアなどのサービスを利用しながら、本人が出来ることから機能回復を図り、家族の協力を含め機能回復訓練が効果を見せている。

事例による検証の結果から、介護保険サービス導入によって見えてきた良い点とさらなる課題

1. 家族で抱えていた様々な問題をケアマネジャーに相談できるようになって、家族や支援者は気持ちが楽になった。
2. ケアプランの作成により、利用者の心身の状況とそれに対応する支援の内容が個別に紙面で確認できるような可視化が進み、誰もが支援へ要望を出しやすくなった。
3. 骨折や病気などによる入院をきっかけに介護度が急変する事態を想定して、日常的に自分の出来ることを維持していくための介護予防ケアプランはあまり見られない。
4. 社会とのつながりを持たない閉じこもりが容態を悪化させることに対して、介護保険では買い物や外出、病院内での付き添いなどの支援は得られていない。

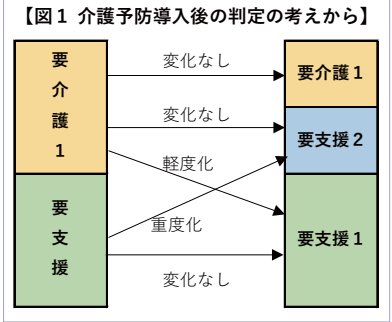
5. 認知症の場合は介護度の軽い人の方が介護者の負担が大きく、ケアマネジャーや専門家のアドバイスが必要。さらに、困難事例に対応できる相談体制の整備も必要。
6. 医療を必要とする介護保険の枠を超えたサービス利用が必要になるので、在宅での生活を維持するためには 24 時間対応、医療機関との連携、緊急対応の体制を整備していくことが急務である。
7. 利用したいサービスを民間事業者も含めた多様なサービスからの選択が可能になった。サービスは民間任せのため、質の評価が必要となっている。
8. 利用契約は本人と事業者間で行うことが原則だが、多くは家族やケアマネジャーの勧めに従っている様子がある。利用者にもわかりやすい事業者情報が不足している。

介護予防の意味は

第 3 期事業計画、第 4 期事業計画（2006 年 4 月～ 2009 年 4 月～ 2012 年 4 月～ 2015 年 3 月）

2006 年 4 月新予防給付や地域密着型サービス等を導入。域包括支援センターの設置。「痴呆」から「認知症」への用語変更。2008 年法令順守等のための業務管理体制整備の義務化（自治体への届出義務）や事業者本社への立ち入り調査権の創設など。介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律成立。2015 年新総合事業の開始

「介護予防・自立支援に関する高齢者実態調査」（2006 ～ 2009 年）を実施し、対象者を介護保険制度利用者で新たな介護予防の対象になると予想される要支援及び要介護 1 の認定を受けサービスを利用している人を対象とし、年 1 回、3 年間の定点調査を行い、第 1 回調査 162 人、第 2 回 137 人、第 3 回 106 人から回答を得た。



3 年間 3 回の対象者の振り分けの結果

A：軽くなった（7 人） 単身世帯、高齢夫婦の世帯が多い。要介護 1 ⇒ 要支援 1 になり 3 回目まで維持している 5 人、要介護 1 ⇒ 自立になったが 3 回目更新で要支援 1 になった 1 人、要介護 1 ⇒ 1・2 回目更新で要支援 2 となり 3 回目更新で要支援 1 となった 1 人。

B：変化なし（51 人） 要支援 1 を維持は 17 人（1 回目判定では要支援 2 だった人 1 人を含む）、要介護 1 ⇒ 要支援 2 が 21 人（1・2 回目で要支援 1 になり、要介護 1 のままだった人含む）、要介護 1 を維持が 13 人（2・3 回目の判定で要介護 2 になり、3 回目の更新で要介護 1 に戻った 1 人を含む）。

C：重くなった（39 人）

要支援 ⇒ 要支援 2 が 13 人、要支援 ⇒ 要介護 1 が 11 人、要支援 ⇒ 要介護 4 が 2 人、要介護 1 ⇒ 要介護 2 が 4 人、要介護 1 ⇒ 要介護 3 が 5 人、要介護 1 ⇒ 要介護 4 が 3 人、要介護 1 ⇒ 要介護 5 が 1 人。重くなった原因に、脳梗塞による

身体機能低下、転倒による大腿骨頸部骨折等、坐骨神経痛、股関節手術、入院による認知症の進行、身体の衰えなどを挙げている。

D：3 回目の更新をしなかった (9 人)

調査の結果に、軽度の利用者が、3 年の間に要支援と要介護の微妙な境界を行き来する実態が示めされた。

結果から得た介護予防・地域支援事業への提言
Ⅰ 介護保険制度における介護予防と地域包括支援センターの事業見直し

- 介護予防サービスメニューを「生活維持型」に見直す必要がある
制度では要支援1・2の区分に対して社会的支援を要する状態として予防給付を提供するとしているが、サービスは介護予防となっている。しかし介護予防デイサービスは要介護の利用者と一緒にアクティビティに取り組んでいる例が多い。予防給付では定額給付を基本パッケージ（ホームヘルプ、通所、入浴を中心とする）を利用できるが、この年齢まで元気にやってきた人々（調査対象者の9割が75歳以上の後期高齢者）の多くは、ちょっとした家事などの支援で日常生活を維持できる人たちであるので、生活を社会とつなぐ機会をつくることが重要であり、外出や、買い物、病院内での付き添いなどに関する支援が介護保険サービスに欠けている。
- 予防給付に関する予防ケアプランを、地域包括支援センターの業務から居宅介護支援事業所に移行する
要支援と要介護の微妙な境界を行き来するような状態の利用者は多く、変化が捉えにくい時期にその人らしい自立支援を提供するにはケアプランを一貫して提供する必要があり、地域包括支援センターの業務から予防プランの作成業務を居宅介護支援事業所に移行することが望ましい。
- 地域包括支援センターは、地域での市民生活を支える包括的ケアシステムを中心にした地域づくり（まちづくり）の居点と位置づける
- 社会参加と健康づくりを基本に自治体独自の介護予防の取り組みを進める
地域支援事業は自治体の介護保険財源の5%を、自治体独自の介護予防事業に充てるよう予算付けされた。しかし、新総合事業への市民参加の機会をしっかりと位置付けている自治体は少ない。地域で活動する予防につながる支援団体と連携するなど自治体の特徴と市民の力を活かす地域づくりが広がることを期待したい。

【表1】 新総合事業のサービス

	①現行相当サービス	②サービスA (緩和した基準)	③サービスB (住民主体による支援)	④サービスC (短期集中予防)	⑤サービスD (移動支援)	⑥その他の生活支援 (住民主体による活動)
訪問介護	介護員による身体介護・生活援助	生活援助等	住民の自主活動として行う生活援助	保健師による居宅での相談指導等	移動支援、移送前後の生活支援	栄養改善を目的とした配食、見守り、訪問型・通所型一体提供等
通所介護	通所介護と同様、生活機能向上のための機能訓練	ミニデイ、運動、レクリエーション等	体操、運動等の活動など、自主的な集いの場		—	

- 総合的な介護予防に取り組むために、自治体は（仮称）地域介護予防計画として施策の体系化総合化を行う
介護が必要な高齢者への公的サービスは、介護保険制度の創設によりカバーできるとして、それまで実施してきた老人保健法による自治体のサービスは大幅に減退した。老人保健法は「高齢者の医療確保に関する法律」に改正され、予防も含めた老人保健事業は別の制度に分散配置され介護予防の対象者の選定業務や予防サービスなどが地域支援事業に位置付けられた。しかし介護予防はすべての市民を対象にライフステージごとに実施する生涯にわたる疾病予防、成人病予防など早い時期からの保健事業との連動が必要であり、結果として要介護者をつくらない介護予防の仕組みを改めて求めたい。介護保険財源に頼らない自治体の基本政策として実施するために、分散した諸施策を体系化し、わかりやすく使いやすい、効果的な参加型の総合的な介護予防施策とする必要がある。

Ⅱ 介護保険外での介護予防と地域でのネットワークづくり

- 地域に必要な機能を市民の手でつくる
介護保険の均一なサービスでは作り出せないことが、生涯自分らしく暮らしていくための居場所づくりや見守りなどのサポート体制づくりであり、地域のネットワークづくりである。
- 地域で働くことで介護予防
地域に生活する退職後の男性、地域の人とネットワークをつないで活動する女性など、自らの得意を生かす機会を求めている人も多い。このような高齢者の入り口にいる人々が働く場所や活動の場を得ることは、介護予防として多くの成果をもたらす。そのためにも、高齢者のニーズを市民活動とつなぎ、地域の仕組みにしてい NPO などがコーディネーター役を果たすことが考えられる。自治体はそれらの活動が根付き、信頼できるものとして地域の資源になっていくための支援、例えば活動の拠点となる場所の提供や運営管理に係る費用などを補助するなど積極的な施策を進めることが重要である。

介護保険に市民参加を活かすことはできるか

第5期事業計画、第6期事業計画、第7期事業計画（2015年4月～2018年～2021年3月）
2014年から介護・医療・生活支援・介護予防を充実。2015年から地域共生社会に向けた包括的支援体制づくり、2017年から高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに制度の持続可能性を確保。2018年から利用者負担を見直し所得に応じてサービス

利用費を1割、2割、3割の負担とした。

「新総合事業に関する市民の意向調査・自治体調査報告書」（2015～2017年）

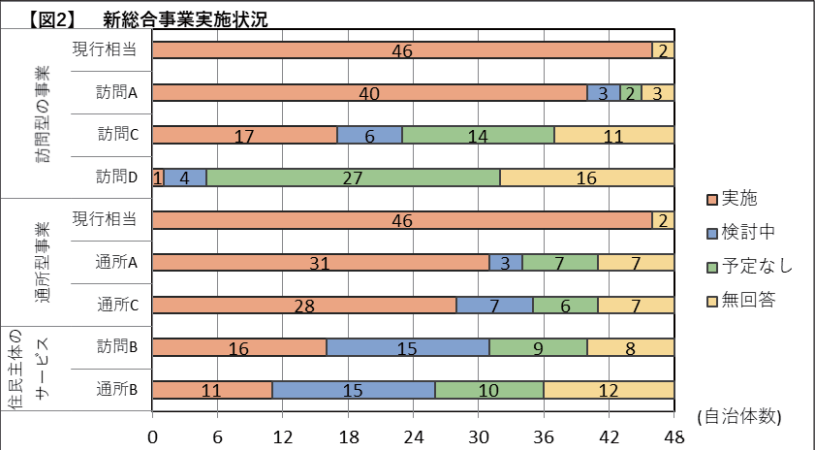
私たちは、高齢者の在宅での生活を支えるためには参加型の生活支援サービスや介護予防に繋がる支援が必要と提言していたが、2015年の制度改正で地域支援事業費で行う「介護予防・日常生活支援総合事業(新総合事業)」が導入された。この施策にどのように自治体や市民が準備を進めているのかについて調査を行った。（【表1】、【図2】参照）

結果は事業者による緩和型(A)の訪問事業への取り組みは、回答のあった48自治体の約96%が実施または検討中としていた。通所事業については検討中も含め実施と約90%の自治体が回答している。また、専門職による短期集中予防事業(C)の訪問については約48%、通所事業は約73%が実施または予定と回答している。しかし、住民主体のサービス(B)については訪問事業が実施と検討中が拮抗しているが合わせて約65%がその意思を示している。通所事業は54%しか意思表示が見えない回答数だった。そのような緩慢な動きの原因となる要素として、新総合事業を支える体制の整備が遅れていることが挙げられる。新総合事業の対象となる高齢者(介護保険の予防給付の対象とならない高齢者)の介護予防に関する振り分けや、地域の介護予防生活支援コーディネーター設置とその基盤となる協議体の設置などの体制づくりに時間がかかっていることなどが考えられる。特に住民主体のサービスについての遅れは事業の委託先となる市民事業の育成や研修等がこれまでは行われなかったことや、既存の自治会組織や社会福祉協議会等への依存などが挙げられる。

介護保険 20 年の検証 まとめ

ここでは「介護保険制度検証のための基礎調査」で掲げた11の項目に沿って検証し、まとめとしたい。

- 「主な介護者は女性」、「老々介護」などの家族介護の実態に対して社会化は進んだか
家族で介護を抱え込まなくてもいいという考え方や、本人は「自立」という考え方を持てるように働きかけるようになった、介護が必要と思ったときは介護保険を使うことが周知されたなどの意見に代表されるように、家族介護中心の考え方に変化が起こっている。さらに企業の就労規則等に女



性に限らず介護休暇が取れる規定を設けるなどの社会化への進展があった。しかし、社会的に介護労働の報酬が低いなど現場の労働環境はまだ整っておらず、介護の社会化は遅れている。

2. 措置から権利へ、保険制度になって介護サービスの選択制は保障されたか

一つは、ケアマネジメントによる利用への説明がサービスの選択を可能としている。もう一つは「介護保険事業所の情報の公表制度」や「福祉サービス第三者評価制度」で、サービスの質を吟味する利用者の選択に資する事業者情報を提供する仕組みができた。

3. ケアプランに自立支援の考え方は生かされたか

ケアマネジメントの目的は、利用者のできることを引き出し残存能力の維持を目標にアセスメント行い、長期(1年)短期(3か月～6か月)の目標を示し、日々の支援内容を組み立てケアプランを作成することにある。具体的には、本人の要望を聞き取り、その人にとっての自立の意味を踏まえ、本人の望む支援に向けて必要であればインフォーマルのサービスや地域資源も活用したケアプランの案を示し、当事者参加のサービス担当者会議で決定する。この手続きも自立を促す仕組みと言える。

4. わからないことを聞く、知る、相談する、苦情、不服の改善等など十分な情報が提供されたか

最近では、WEBを通してサービスに関する情報を発信する事業所が増えている。問い合わせや苦情的なことも事業所ホームページに回答する画面が用意されるなど情報提供の方法に工夫が見られる。制度的には、事業者、自治体、などに苦情相談の担当者と窓口を設定しなければならないが、その段階で解決できないことは都道府県の介護保険審査会に不服申し立てをすることが出来る。サービスについての苦情は国民健康保険団体連合会に申し立てる。これらの仕組みを利用者に周知するために事業所に掲示するなど求めているが、利用者の要求があって初めて知らされることが多いので、契約時の説明に留めず、周知の方法に工夫が求められる。

5. 介護保険と市民参加の実態はどうか…p.4の「介護保険に市民参加を活かすことはできるか」を参照。

下記の項目については今後の検証課題とする。

6. 保険者としての自治体の役割は何か 7. 障害者施設と介護保険への移行の課題 8. 医療と介護の連携は出来ているか 9. 認知症のケアは介護保険で可能か 10. 介護保険の財源の拡充と税の問題 11. 介護労働者の社会的地位

2022年4月現在、第8期事業計画による、ICT化の推進、科学的介護の導入などますます複雑化する制度、ますます逼迫する保険財源、ますます増える「加算」の条件など苦しい事業運営のための施策が展開されている。ますます高齢になる利用者側や、厳しくなる働く側からの事業の検証は一層重要になってきている。

(「介護保険制度 20 年を検証する」の参考資料)
ひと・まち社調査報告書 「介護保険検証のために基礎調査
1～10 回報告書」(1999～2003)、「介護保険制度に関する改善
提案」(2002)、「5 年間の追跡調査 103 人の事例研究会まとめ」
(2005)、「介護予防・自立支援に関する高齢者実態調査」(2006

～2008)、「新総合に関する市民の意向・自治体調査」(2015～
2017)
図：介護保険制度の変遷(鏡諭氏作成)
介護保険制度とは…(藤井賢一郎氏監修 東京都社会福
祉協議会発行改訂第 14 版)

「介護保険制度 20 年を検証する」に関して鏡諭氏にご寄稿いただきました。

「財政から見る介護保険制度の課題」

鏡 諭 (淑徳大学コミュニティ政策学部・学部長)

介護保険が 5 番目の社会保険制度としてスタートして 22 年目になる。措置制度から社会保険制度への変更で、給付(サービス)を自ら選ぶ仕組みになった。給付と負担の関係をめぐっては政治的な駆け引きが創設時から続いている。今は負担を抑えることが制度維持の中心になっている。その結果、一番の問題となっている認知症の生活を支えるには、サービスが全く足りない状況になっている。デイサービスや訪問介護はあるが、生活を面で支える仕組みになっていない。家族の負担は大変重くなっている。また、給付が十分でないことから、親の介護のために仕事を辞めるケースも増えている。更に、介護報酬を下げたことで、働く介護員の賃金が上がらず、介護人材の不足という問題が生まれている。

介護保険財政のしくみ

介護保険制度がスタートした 2000 年 4 月に、機関委任事務と団体事務が廃止となり、自治体の仕事は自治事務と法定受託事務となった。その自治事務の一つに介護保険制度があり、市町村がサービスの量と保険料を決定する仕組みとなっている。

介護保険財政を見ると、2000 年は 3.6 兆円だったが、年々増加し 2020 年には 12 兆円へと 3.3 倍に以上に膨らんだ。一方で、介護保険料は第 1 期の 2,911 円から第 8 期の 6,014 円と 2.07 倍に留まった。理由は、予防サービスなど給付内容の変更・縮減である。これは、高齢社会と共に増加する介護(社会保障費)の伸びを、GDP の伸びに近づけなければ、負担が難しい為である。推計値では 2012 年から 2025 年の GDP の伸びは 1.27 倍。介護給付費は 2.34 倍と考えられている。

不十分な介護サービス量

介護保険の利用は概ね 80 歳台から始める人が多い。その要因の第 1 位が認知症である。認知症を患った家族の悲惨さは相当深刻だ。この 6 年間で 135 件の介護殺人が起こっている。NHKでも「介護殺人」という番組があった。やむにやまれず死を選択する背景には、介護サービスの量が十分足りていない現実がある。特別養護老人ホームも不足しているし、相談窓口も十分じゃない。つまり認知症を支える仕組みは整っていないということだ。多くの高齢者には、「介護保険がある」という漠然とした安心感があるようだ。しかし、介護サービスは足りていない。自治体も保険料を上げたくないで、

特養は作らないようになっている。プチ富裕層に向けてサ高住や高齢者住宅が増えている。特養に入るのは宝くじに当たるようなところがある。特養は個室ではなく多床室でも良い。実際多床室で空きがない。判定も施設ではなく、措置制度と同様に市町村が要介護者の社会環境を見て判断すべきである。特養の役割を再度議論する必要がある。

低い介護報酬

介護報酬の変遷を全体としてみると、表面的には 0.36% のプラスになっている。しかし内容に問題がある。処遇改善は職種限定であり、条件によっては中小事業者には難しく、プラス改定を受け取る余裕もない処があり、経営悪化の原因になっている。基本報酬のアップが必要だ。訪問系の常勤職員で月額 209,319 円、臨時職員で 130,342 円となっている(日本介護クラフトユニオン)。全産業の平均は月額 307,700 円なので 10 万円低い。岸田政権で 9,000 円の措置をするというのが全く足りない。介護報酬を最低でも 8% 上げる必要がある。

介護人材の不足

厚労省の資料では「2035 年に 79 万人の介護労働者が不足する」と説明している。大学でも福祉系の処で定員割れという事態があり、学科を閉じた処もある。親も福祉業界に進むことを勧めない。3 K 職場が定着している。非常に残念だ。上野千鶴子さんが言うように、介護を家事労働の延長でしか見ていないようだ。介護労働の社会的評価を高める運動がどうしても必要になっている。コロナ感染で離職も続いている。次の世代の人が働きたいと思う環境を整備しないと 79 万人の不足は解消しない。その為には、介護報酬を上げる必要がある。介護サービスを維持するには、それに見合う負担が必要だ。担い手が居なければ、サービスがなくなるという危機感を感じて欲しい。

市民の役割

報酬改定とは違い自治体でも取組めることはある。例えば、介護職員の経済支援、居住費の補助や保育園の優先入所など、介護サービスを継続する為の工夫も必要だ。3 年ごとに見直す介護保険計画の策定では、必要とされるサービスと負担の関係をもっと議論すべきである。介護保険計画は市民との社会契約であり、市民も関心をもつ必要がある。ここに自治事務の神髄がある。介護現場にも介護の実態を伝える責務があると思う。

介護保険制度の変遷

