

社会保障審議会介護給付費分科会御中

2008年12月12日

社会保障審議会委員

社会保障審議会介護給付費分科会委員

沖藤典子

## 介護報酬改定について 利用者・市民の立場からの意見

次期介護報酬改定をめぐる介護給付費分科会の議論は、「介護従事者の処遇改善」が最大のテーマです。論議途中で、政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議の「生活対策」により、介護報酬プラス3.0%改定も公表されました。

しかし、年内の諮問・答申が予定されるなか、テーマについての議論が十分に尽くされていないという思いを強くしております。

世界一の平均寿命、世界一の高齢化率(20%超)、世界一の急速な高齢化という「高齢世界一“三冠王”」の日本を支えるために、介護現場での人材確保・離職阻止、事業所の安定経営は喫緊の課題です。過去一年余、全国で処遇改善を求めて300万人にのぼる署名が集まり、労働条件の改善、賃金の引き上げに大きな期待が寄せられています。

今回の介護報酬改定で明確な雇用対策を打ち出し、利用者への安心感を提示しない限り、介護保険制度への国民の不信感は払拭できません。

第61回分科会(12月3日)では、資料1-3「平成21年度介護報酬改定に関する審議報告(たたき台)」の説明がありましたが、この内容について、利用者・市民の立場から、意見を提出させていただきます。

### 介護従事者の処遇改善

#### 「賃金が一律に引き上がるものではない」ことについて

[たたき台]では、「介護報酬の引き上げにより賃金が一律に引き上がるものではない」とのまとめが出ています。また「介護従事者の処遇改善にできるだけ結びつけていくことが重要」、「処遇に関する情報の公表による事業者の自主的、積極的な取り組みを期待する」というレベルでの表記では、介護労働者、介護サービス利用者の期待に応えることはできません。すでに、前回の分科会以降、失望の声が湧き起こっています。

「処遇改善」のための引き上げであれば、賃金の引き上げに結びつく明確な方向を示す必要があると考えます。

### 利用者への影響

#### 利用限度額について：

前述の「生活対策」では、介護報酬引き上げに伴う第1号介護保険料の上昇分について、

介護従事者処遇改善臨時特別交付金（仮称）により 2009 年度は全額、2010 年度は半額を公費で負担することが公表されています。

一方、介護報酬プラス改定は、要支援・要介護度ごとの利用限度額、サービス利用時の自己負担 1 割の利用料にも影響が及びます。実際のサービス利用状況は、ごく僅かの利用から利用限度額一杯までとさまざまですが、利用限度額までサービスを使ってもなお足りず、自費利用をしているケースもあります。介護報酬プラス改定に伴う利用限度額の引き上げがないと、在宅生活を脅かすサービス削減と支出増になります。

施設サービスの増加が見込めず、病院からも退院が促進され、在宅で介護と医療を必要とする人たちが増えつつあるなか、在宅介護推進のためにも、介護報酬引き上げと同時に利用限度額を引き上げることが必要です。さらに 2005 年度と比較して 2007 年度には半減したホームヘルプ・サービスの「生活援助」の適切な利用推進に向けて、ローカルルール of 暴走に歯止めをかける必要があると考えます。

### 1 割自己負担（利用料）について：

介護保険では「応益負担」が原則とされ、介護報酬の 1 割は利用料としてサービス利用者の自己負担になっています。

しかし、総務省『家計調査年報（平成 19 年）』では、60 歳以上の単身無職世帯の家計収支は月額 3 万 2,668 円の不足、60 歳以上の高齢夫婦無職世帯の家計収支は月額 4 万 6,221 円の不足と報告されています。貯蓄現在高平均値は、一般 60 歳以上の 2 人以上世帯では 2,452 万円ですが、分布で見れば 2,500 万円以上の貯蓄は全体の 3 分の 1、1,000 万円未満も 3 分の 1 強と二極分化し、とくに 400 万円未満は 12%にもなります。

介護保険サービスは、所得や貯蓄と関わりなく必要な人に届けるものです。要支援・要介護認定を受けながらサービス未利用の 100 万人前後のなかにも、経済的な理由による利用控えがあります。介護を必要とする被保険者が必要とするサービスを利用できるよう、利用料負担について、低所得者対策を講じる必要があると考えます。

## 訪問介護、ホームヘルパー（訪問介護員）について

### 登録ヘルパーについて：

介護保険サービスのなかでも在宅生活を支えるホームヘルプ・サービス（訪問介護）は、利用者約 115 万人ともっとも需要の高いサービスです。しかし、介護給付費分科会には職能団体の代表が委員として参加しておらず、議論が深まっておりません。

ホームヘルパー（訪問介護員）は、72%が非正社員（財団法人介護労働安定センター資料）で、そのほとんどが登録ヘルパーです。介護保険にとってもっとも大切で、もっとも必要とされる在宅サービスが、非正規労働に支えられていていいのでしょうか。せめて常勤を 4 割にという私や日本ホームヘルパー協会の提案は議論されておりません。また、第 60 回分科会（11 月 28 日）で述べたように、ホームヘルパーの 54%が 50 代、60 代以上であり、20 代、30 代は 18%しかおりません。今後、リタイアが予想されるベテラン・ヘルパー、そして、利用者の自然増によって必要とされる人員を考えれば、魅力ある仕事として若者に受け入れ

られるようなホームヘルプ・サービスの待遇改善、働き続けられる労働環境の整備、税制にまで切り込むといった思い切った施策が不可欠です。

これまでの議論のなかでは、「介護職員」とは正社員のみのことか、あるいは常勤換算ですまされてしまうのかという疑問をぬぐい去ることができません。

人生最後の時期を支える登録ヘルパーの処遇改善が議論されることを、改めて求めます。

### サービス提供責任者について：

ホームヘルパー10人にひとりの配置が義務づけられているサービス提供責任者(常勤専従)について、第61回(12月3日)分科会資料3『サービス提供責任者の報酬上の評価及び人員配置基準の見直し』では、「①報酬上何らかの評価を行うべき」とあり、納得のいく評価を期待します。

しかし、「②人員配置基準について」では、「質が担保できれば優秀な非常勤職員を活用する道を開くべき」とあり、【見直しの方向性】では「②常勤を基本としつつ、複数を配置する事業所において、非常勤の者については常勤換算した数が常勤者数を超えないものとする」という考え方が示されています。

今回の「介護従事者の処遇改善」では、常勤率や有資格者をポイントとする評価が議論されていますが、非正規労働者が多い訪問介護の分野において、“サービス管理”と“ホームヘルパー管理”の責任を負う者に対してのみ規制緩和が行われることは、利用者・市民として大きな疑問があります。

ホームヘルプ・サービスの「質の担保」の要件として、職員が常勤であることの意味は大きく、そのことが職業としての確立をすすめ、チープワークからの脱却につながります。そして、なによりもホームヘルプ・サービスは、「高齢世界一”三冠王“」の、日本の高齢者の安心と安全を守るものと考えます。

### ケアマネジメント（居宅介護支援）について

介護保険制度発足とともに誕生したケアマネジャー（介護支援専門員）ですが、居宅介護支援事業所はその収支差益が2005年でマイナス15%、2008年でマイナス17%と恒常的に赤字です。介護保険法施行10年が経過しているのに職業として確立されず、さらに保険者によるケアプランへの締め付けにより、職業的尊厳も損なわれています。そのために、離職者が相次ぎ、利用者・市民として看過できない状況にあります。

地域で暮らしていくには、さまざまな生活支援サービスが、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることが重要です。今後、医療・介護を通じた専門職種間の役割分担や協働体制がさらに重要になることを考えれば、“介護保険の案内人”といわれるケアマネジャーの正当な評価が大切です。

ケアマネジャーの質を確保し、公平中立を保持するためには、要介護度別の評価ではなく、介護報酬の基本単価を引き上げ、経営の安定を確保する必要があると考えます。

## 要支援・要介護認定の見直しと認知症ケアについて

### 要支援・要介護認定について：

2009年度は要支援・要介護認定の見直しも予定されていますが、認定の変更は要介護者の状態像をより正確に把握するものとして期待されます。しかし、今夏、実施された第2次モデル事業によれば、全体で2割の人が軽度と二次判定され、なかでも要介護2では27.5%、要支援2では31.2%が「現行より軽度」と判定されています。2006年改正以降、保険者によっては要支援・要介護認定に軽度傾斜の傾向があるとも聞きます。

認定の〈軽度傾斜〉化は、一面では〈給付制限〉とも受け取られ、介護保険への信頼が損なわれるのではないかと憂慮されます。平均寿命の上昇によって、より高齢化し、より重度の人が増えるなか、実態をよく把握し適切な認定が行われることを期待します。

また、認知症の初期段階では、本人も家族も驚きと不安のなかで混乱し、家族関係の崩壊の危険性が高まるなど、後々の介護生活に影を落としています。

『介護支え合い相談・研究事業報告書』2007年度（国際長寿センター）では、相談事例の中でもっとも多いのは家族の“心身の疲労”で、それも要支援2で62.2%、要支援1で58.3%とこの2つのランクにおいて非常に高くなっています。「軽度の認知症は介護の手間がかからない」という発言もありますが、要支援・要介護認定が〈軽度傾斜〉されると、介護者の“心身の疲労”が見落とされ、本人も家族も救われません。

認知症の確定診断を受けていない要支援・要介護者も多数存在すると思われます。中には絶対に医者にかからないと家族を困らせる人もおり、認定へのアクセス支援にも配慮を望みます。

### 認知症ケアについて：

現在、認知症高齢者グループホームでは、入居も短期利用も要支援2以上が対象となっていますが、これを要支援1まで広げることが必要と考えます。また、より重度化させないための水際作戦として、軽度認知症対策の重点化を期待します。軽度への重点対策こそが、財源節約につながるものと考えます。

地域密着型サービスの小規模多機能型居宅介護では、居宅介護支援と同じく事業所の収支差益がマイナスです。地域で認知症高齢者や軽度要介護者が在宅生活を維持できるよう、介護報酬上の評価が必要と考えます。

以上