

平成25年3月27日
 社会保障制度改革国民会議

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

国民の安心をつくる成長産業としての“介護”

1. 拠点施設づくりがあってこそ、地域包括ケアが実現する

- ▶ 地域包括ケアシステムを実現するためには、在宅サービスの充実と効率化を図るとともに、高いケア力を有し、包括的に生活を支えるセーフティネット機能を持つ施設サービスを、地域の資源・機能として有機的に連携させていくべきである。
- ▶ 現在、地域包括支援センターや地域ケア会議などによりコーディネート機能を図ろうとしているところであるが、地域によって普及状況や現在果たしている役割などに大きく差異があり、全国で地域包括ケアを行うための安定した基盤となっていくには不十分である。
- ▶ 地域の実情に合わせて拠点となるべき主体は幅広く求められるべきである。
 特に、これまで高齢者福祉や介護を中心に、低所得者や障害者等の生活困窮者への支援も含む多様なニーズに応えてきた社会福祉法人（介護施設）のセーフティネット機能と豊かなノウハウは、地域包括ケアの現状を補完する主体としての資質を豊富に備えており、大いに活用すべきである。
- ▶ そのために求められるものは、特養ホーム等が積極的に「科学的介護」（根拠に基づきケアを行う取り組み…認知症ケア、看取り、おむつゼロ等）を実践することによって“高機能施設”としての姿を築き、在宅生活を含む地域の介護不安を解消し、安心をつくる「地域包括ケアの拠点施設」となることである。

☆全国老施協が推進する「科学的介護」の実践

○5つのゼロ	○4つの自立支援
おむつゼロ～日中おむつゼロへの挑戦～	認知症ケア
骨折ゼロ～骨折ゼロへのリスクマネジメント～	看取りケア
拘束ゼロ～科学的認知症ケアの確立～	リハビリテーション
褥瘡ゼロ～自立のためのリハビリテーション～	口腔ケア
胃瘻ゼロ～口腔機能の正しい理解に基づく介護～	

○期待に応えられない「旧措置(無挑戦)型社会福祉法人」、だから改革が…

- 社会福祉法人は、1951年に制定された社会福祉事業法で創設され、行政が行うべき社会福祉事業を民間で担うということから、施設整備・運営とも公的支出(補助金、委託費)によって支えられてきた。
老人福祉事業が介護保険事業に、措置から契約に、運営から経営に変わったわけだが、社会福祉法人制度はそれに応じた改革がなされてこなかった。
- 先進的な社会福祉法人(介護施設)は収支状況も良く、介護サービスの質向上(原因疾患別のアプローチや水分補給をベースにした認知症ケア、廃用性症候群の予防と改善を目指すリハビリテーションを強化するなど、自立支援介護に取り組んでいる)や社会貢献事業にも積極的である。
- しかしながら、旧態依然の社会福祉法人(介護施設)では、同族経営的な組織、零細企業体質、補助金依存型経営を払拭できず、事業の継続性など将来的課題を抱え、効率化やサービスの質向上にも取り組めない状況が少なからず見受けられる。これらの法人は、科学的介護にも取り組まず、人材育成のための投資も行わず、利用者負担軽減制度はじめ生活困窮者への支援の取り組みにも積極的ではない「無挑戦型」である。
- 「無挑戦型」の社会福祉法人(介護施設)では、在宅：332万人・施設：87万人にも及ぶ介護サービス受給者(2012年3月現在)の期待に到底、応えていくことはできない。自らが「単なる“預かり施設”」からの脱却を図るべきであり、さもなくば市場からの退出も視野に入れるべきである。
- さらに一法人一施設にみられる零細企業体質からの脱却も効率化・キャリアパス構築の観点から必要であり、多様な競争と環境を含有した介護市場の在り方を検討していく中で、社会福祉法人の構造改革についても大いに議論されるべきである。

2. 最低限の介護サービスさえ不可能となる「介護人材枯渇時代」

2025年の要介護者755万人と必要な介護職員249万人(100万人以上増)…需給計画すら

- 2025年には要介護・支援認定者数は755万人(H22地域包括ケア研究会報告書)、うち認知症を持つ方は470万人(厚労省推計)に達する。これに対して249万人の介護人材確保(厚労省推計)が必要とされており、現状から100万人以上の増員が求められている。
- 介護人材が枯渇し、増員はおろか確保・定着すら十分に出来ない現状にあって、今でさえ最低限の介護サービスを提供していくことすら危ぶまれている状況下では、一日も早く国家戦略として具体的な介護人材需給計画を示さなければ、我が国の介護施策そのものに対する国民の信頼は失われる。

- 雇用の受け皿として介護・医療・保育分野に大きな期待が寄せられて久しいところであるが、しかしながら現状の社会福祉法人が、他産業からの人材移動を受け入れていくだけの力を備えているとは言い難い。成長産業としての介護を担う法人像を示す、新たな供給体改革（社会福祉法人改革を含め）のための法整備を急がなければならない。
 - ・介護人材に関する現状では、50.3%の事業所で「職員不足を感じる」とする調査結果（介護労働安定センターH22 調査）が出されており、同調査では「いまの介護報酬では十分な賃金が払えない」とする回答も 50.4%に及んでいる。
 - ・求人倍率については、H21 補正予算による「介護職員処遇改善交付金」によって一時的に改善が見られた（0.9 倍）が、H23 には 1.53 倍まで悪化した。
 - ・介護職員の給与については全産業 32.4 万円より 10 万円以上低いとされている。（ホームヘルパー21.8 万円、介護職員 21.6 万円）ただしこの場合、全産業平均との比較における介護職員の平均勤続年数・平均年齢などの違いを考慮しておかねばならない。
 - ・こうした格差改善にはキャリアパスの構築も必要な要素の一つといえるが、現在の小規模事業所優先の政策誘導が続けば、経営上の視点から非正規雇用主体とならざるを得ず、結果として低賃金構造からの脱却は困難と思われる。
 - ・介護保険事業は、公定価格であること、運営基準等により結果として介護職員一人当たり収入（売上）に上限設定がなされていることから、単純に収入増による賃金アップをはかることには限界がある。介護報酬体系における人件費率の在り方については、適正な法人・事業所規模の検証とともに十分な分析が必要である。
 - ・介護の専門スキル化と評価基準の構築、介護福祉士に可能な医療行為の拡大などを通して介護マンパワーを正しく評価し、処遇改善を図る施策を国として設けるべきである。
 - ・同時に EPA（経済連携協定）の拡充などによる外国人介護福祉士候補者の受け入れについても、介護労働力としての適正な評価・位置付けのもとに推進を図るべきである。

3. 現状の課題

- 介護保険制度施行以来、「可能な限り住み慣れた地域において継続して生活できるよう」ということから在宅サービスの充実が当初からの課題とされてきた。
- 近年は、地域包括ケアシステムの確立を第一に掲げ、地域密着・小規模多機能化を柱にサービス設計が進められてきた。平成 24 年度でも、24 時間対応できるサービスとして「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」等を中心に、複合型サービスの創設、サービス付き高齢者向け住宅の整備などが法改正を含め推進されている。
- しかし、これら在宅での介護は“家族介護”が前提となり、その補完としてのサービス提供である本質に変わりはない。実態としての世帯状況（高齢者夫婦のみ世帯、高齢者単独世帯、高齢者とその子世帯の増加等）が急激に変化しているなかで、「老老介護」や「認認介護」、「介護離職」などが介護に関わる不安としてますます高まっている現実がある。要介護高齢者に対する虐待、殺人などが絶えず、家族介護者が男性の場合に多く発生していることも、これら生活不安の裏返しといえる。

- 地域包括ケアシステム実現のために地域全体を「居宅」と位置付ける必要性から、介護保険施設についても介護・看護機能を解体し単なる「住まい」にしていく改革が進行している。その一つが、認知症対応型共同生活介護（以下「グループホーム」という）（定員 18 人以下）、地域密着型特養（定員 29 人以下）など小規模事業所の整備である。これらは、市町村権限での許認可とされている。
- 小規模事業所の整備は、地域住民に身近な場所で、「寄り添いの介護」を実現する名目で推奨しているが、経営上から見ても、人員体制、収支状況、サービスの柔軟性・総合性、安全管理など諸問題があり非効率といわざるを得ない。また、単体の小規模事業所では、地域全体を支えていくことは困難であり、地域のサービス提供体制が細断されかねない。なかには「民家改修型」も推奨されており、防火上も安全性に問題があり、将来に渡る介護分野における負の遺産となることが懸念される。
- 事業的には、大手企業によるチェーンまたはフランチャイズ化が進み、また、貧困ビジネスの温床となるなど、地域社会に密着したサービス提供体制とは程遠い状況も生まれている。

4. 国民の安心をつくる普遍の介護保険制度を目指して …「介護保険料 1 万円時代」の到来を阻止するための提案

(1) 効率化を図る上で

- 2025 年には、介護保険料負担は第 1 号被保険者で 10,000 円／月、第 2 号被保険者では 11,000 円／月にまで膨らむと推計されている。（日本経済団体連合会提言 H24.11.20）
- 超少子高齢化が進み、労働力人口が激減する中で、社会保障費の抑制は不可避の課題である。介護保険料についても、無駄の撲滅と効率化・重点化をもって「1 万円時代」の到来を阻止しなければ、我が国の介護施策に対する国民の信頼は崩壊し、介護保険制度そのものの瓦解を招きかねない。
- 制度の根幹から総点検を行い、国民の「理解と納得」を得られる構造に改革していかなければならない。

【参考】介護保険制度は、「要介護状態や要支援状態にあるかどうか、要介護状態にあるとすればどの程度かの判定」を行うため、「全国一律に客観的に」定めた要介護認定基準が設けられている。

さらに特養では、「入所判定指針」が都道府県・指定都市段階の組織ごとに検討され、個々の施設で指針により客観的な入所判定を行っている。要介護度、在宅サービス及び家族の状況等を踏まえた入所判定により、特養における平均要介護度は年々、重度化している。実態として、いわゆる重点化が進行しているのである。

1) 要介護度区分の簡素化・介護認定審査会のあり方等について

- 要介護 5 段階・要支援 2 段階に細分化されたほどの介護ニーズ、介護サービス内容の差異はない。サービス提供コスト（人的・物的）についても、現行区分ほどの差異はない。また、介護認定審査会等に要する経費（介護保険に関わる中間経費）も看過できない。
- 要介護度区分を 5 段階から「3 段階」程度に変更、簡素化することも検討すべきである。
- 要支援者に対する介護予防事業についても、要介護者サービスに便宜上「介護予防」をかぶせただけのものが多く、その効果・必要性の検証を十分行い、サービス内容について検討を行うべきである。また、介護保険対象外として、市町村事業として予防事業を行う場合には、地域格差を生じないような方策を講じるべきである。
- 要介護認定のシステムについても、一次判定をもとに認定を行い、この結果に不服がある場合に介護認定審査会に諮ることとし、現状の不服申立て・再申請手続きの整合性を諮ることによって簡素化を図るべきである。

2) 都道府県負担（施設 17.5%・在宅 12.5%）施設は 5%高の是正

- 介護保険の公費負担割合は、平成 18 年度の三位一体改革により、都道府県の負担区分は施設給付分が在宅・地域密着区分より 5%高くなっている。
- 都道府県 17.5%となったことにより、都道府県知事許可の（広域型）特養整備にブレーキが掛かり、市町村長許可である地域密着型のグループホームや地域密着型特養（29 人）整備にシフトされ、結果として介護事業の非効率化をもたらす要因となっている。
- 効率的な施設サービス提供のためにも、このアンフェアな負担割合は早急に是正すべきである。

3) 適正なアセスメントとケアプランを導く…ケアプランの有料化

- 「利用者負担なくしてケアマネジメントの質向上はありえない」として、ケアマネジメントの質と同時に、提供される各サービスの必要性についても検証するシステムづくりを目指し、2010 年にケアプラン作成の有料化が提案されたところである。
- ケアプランについては、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」においても、「アセスメントが必ずしも十分でない」「多職種協働が十分に機能していない」など多くの課題が指摘され、質の向上と評価について検討されているところである。
- 負担に見合ったケアプラン作成を推進することで、これまで以上に説明責任を果たすケアマネジメント業務が求められることとなり、これをもって個々のケアマネジメントに対する評価が付与され、ケアマネジャーの地位向上と適正評価のインセンティブとして機能することが期待される。
- しかしながら行政の福祉機能が低下する中で、有料化によって介護サービスを必要とする低所得者や、精神・身体等に障害を有する方々へのサービス提供にあたっての窓口機能の

維持、ケアマネジャーと利用者の公平な関係性の担保などが危惧されており、予め整理しておくべき課題は多い。

- 施設においては、介護保険サービス提供の骨格であるケアプランの作成について、更に自立支援を図るためにケアマネジャーの専従化を図るべきである。

(2) 特別養護老人ホームについて

- 新規整備については全室個室ユニット化に規制し、介護報酬上も格差を設けるなどの政策誘導が図られ、その先には高額な居住費設定と介護・看護サービス等の外付け化により、サービス付き高齢者向け住宅と変わらぬ方向へと進められようとしている。
- 国民年金（月平均 5.5 万円）のみの世帯層が 2,850 万人と言われる中で、ユニット型個室（利用料 13 万円以上）への施設入所が現実的には不可能な状況がうみ出されている。
- 介護現場の取り組みとして、複数定員の「多床室（利用料約 8 万円）」では、家具調間仕切りによるプライバシー確保などが進められている。これらの取り組みを評価するとともに地域ニーズに沿った施設整備を推進すべきである。
- 2012 年 3 月現在の介護保険サービス利用者数は、在宅サービス利用者：332 万人、施設サービス利用者 87 万人（うち特別養護老人ホーム（以下「特養」という）46 万人）である。
- 施設サービスについては、利用者 87 万人のほかに特養入所希望者が少なくとも 42.1 万人いることが厚労省の調査で明らかになっている。（平成 21 年 12 月調査）
しかし「在宅のみ」「特養以外の介護施設入所者除外」などの 14 府県の数字を加味すると約 50 万人の特養入所希望者が存在すると考えられる。
- このことから、在宅における要介護 3 以上の待機者 12 万人、介護療養型施設・介護老人保健施設等の特養以外の施設での待機者 10 万人を考慮すると、少なくとも 20 万人分の特養の緊急整備が必要である。
地域包括ケアシステムの在り方を議論するにあたって、こうした現状を見過ごしたままでは、国民ニーズに則した議論は難しい。

1) 全室個室規制及び補足給付について

- 平成 17 年介護保険法改正により、居室・食事に関わる費用は介護給付費対象から除外された。これにより、居室・食事に関わる費用は、コスト計算に基づき各施設が設定し、原則、全額利用者負担とされた。
- 人員・設備等に関する基準が個室ユニット型と多床室型で分かれているのは、介護給付（報酬）単価に差異を設けていることから生じている。しかし、厚生労働省は、都道府県・市町村に許認可権限等が委譲されることに伴う「国が定める基準」として、「居室定員 1 名」により個室しか認めないこととした。

- 公的保険制度として負担と給付の在り方を整理していくことは、国の制度設計者としての責任であるが、全額利用者負担（保険外給付）とされた居室に関わる形態については、本来、地域の生活状況・ニーズを踏まえて事業者の自由裁量とされるべきものである。
- 低所得者に対する特定入所者介護サービス費（補足給付）について、介護保険で継続するか、生活保護等の福祉制度で補完するか等は、社会保障制度全体の課題として議論すべきである。その際、介護保険制度で低所得者対応を行う考え方も、保険料負担と同様に被保険者間の互助として福祉性を持たせる意義として考慮されてよいのではないかと。

2) 特別養護老人ホームの内部留保について

- 社会福祉法人の内部留保 1.8 兆円（特養平均 3 億円）問題が議論されて久しいところであるが、社会福祉法人においては配当や法人外資金流出は禁止されており、介護保険事業等で得た利益は社会福祉事業にしか充当できず、法人本部への充当上限設定など社会福祉法人の社会的使命発揮に大きな規制が課せられている。
- しかも新会計基準では、第 4 号基本金の廃止により新たな事業に投資しても法人全体では内部留保額は減らない構造になっている。
- 社会福祉法人の会計の透明性を語る観点からも、「第 4 号基本金」の再設定だけでなく、事業の適正な運営・継続に必要な資金について「(仮称) 運営責任準備金」・「(仮称) 建替準備基本金」・「大規模修繕積立金」等の目的ある積立金等を設定し、その法人の持つ資金（内部留保）などの財務状況や経営状況（方針）の明確化が図れる会計制度に改善すべきである。
- なお、全国老協の平成 23 年度収支状況等調査（決算額調査）では、いわゆる内部留保は 4.2 億円であり、保有する現預金等 2.7 億円のうち 2 億円は自己金融機能（正味減価償却費相当額）での資金（いわば建替えのための資金）であり、実質的にはその差額の 6,600 万円程度が内部留保とされるべきものである。
- この 6,600 万円は年間事業収入の 2.3 ヶ月分であり、介護報酬の精算（収入）が 2 か月ずれることなどから事業所は最低限 2 か月分の運転資金を確保していなければ正常な運営ができないことから、過大な資金を内部留保しているとは言えない。

平成25年 4月 1日

社会保障制度改革国民会議
会長 清家 篤 様

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会

第7回社会保障制度改革国民会議における
「特定入所者介護サービス費（補足給付）」への質問について（回答）

（提出資料における本会意見）

- | |
|---|
| <p>4. 国民の安心をつくる普遍の介護保険制度を目指して</p> <p>(2) 特別養護老人ホームについて</p> <p>1) 全室個室規制及び補足給付について</p> <p>➤ 低所得者に対する特定入所者介護サービス費（補足給付）について、介護保険で継続するか、生活保護等の福祉制度で補完するか等は、社会保障制度全体の課題として議論すべきである。その際、介護保険制度で低所得者対応を行う考え方も、保険料負担と同様に被保険者間の互助として福祉性を持たせる意義として考慮されてよいのではないか。</p> |
|---|

（駒村委員の質問に対する意見）

1. 特定入所者介護サービス費（補足給付）について

- 特定入所者介護サービス費（以下「補足給付」という。）は、平成17年10月から介護保険の施設サービスなど（特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設又はショートステイ）において、従来、保険給付の対象であった居住費・食費が保険給付の対象外となった結果、低所得者・低年金者等のサービス利用が困難にならないよう、居住費と食費の負担増を補い、負担軽減を行うことを目的としてスタートした制度である。
- したがって、介護保険制度の変更に伴い負担増となった、特別養護老人ホームを利用する低所得者・低年金者に対する福祉施策（低所得者対策）として、介護保険制度の中で導入されたものである。
- 社会保障審議会介護保険部会等における議論では、「補足給付は介護保険以外の制度（生活保護等の福祉制度）で行い、介護保険による給付は介護に特化すること」との意見もあるが、補足給付の対象者は、生活保護には至らない低所得者・低年金者を含んでおり、現状ではこれらの所得層に対する他の所得補てんの仕組みはない。

2. 特定入所者介護サービス費（補足給付）の対象者の範囲設定について

- しかし、「補足給付の低所得者対策としての趣旨を徹底する観点から、可能な範囲で家族の負担能力や本人の資産等を把握し、それを勘案して補足給付の支給を判断できる仕組みとすべき」との意見もある中で、今後、社会保障・税番号制度の導入により、所得状況の捕捉、資産把握を正確に行うことが可能になるため、資産も含めて補足給付対象者を判断することが可能になる。
- 補足給付対象者の決定において考慮すべき要件については、公平性の観点から、改めて議論が必要であると思われる。

3. 特定入所者介護サービス費（補足給付）を介護保険制度外にすることについて

- 補足給付の財源は、介護保険料（第1号・2号保険料）と国・県・市の公費（税金）で賄われており、50%の税金が投入されていることから、「互助としての介護保険制度」の枠内であっても、「生活保護に至らない、生活保護を受ける手前の低所得者・低年金者」に対する「福祉施策」として、補足給付の制度を継続することは意義があると考ええる。
- なお、補足給付について、介護保険制度内、あるいは制度外（生活保護等の福祉制度）、いずれの制度で行うにしても、低所得者・低年金者等に対する何らかの補てん措置を行う判断基準については全ての福祉的援助に共通するものにしていくべきと考ええる。
- いずれにしても、実務的に補足給付等の申請・決定等から支払までを他の制度に移すことは余分な手間と経費を要するため非効率である。また、結果として所得の低い方が介護サービスを利用しづらくなることが予想される。

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-1 塩崎ビル2階

Tel : 03-5211-7700 Fax : 03-5211-7705