

## 社会民主党の介護保険政策の一考察

藤田 了<sup>\*1</sup> 松井 圭三<sup>\*2</sup>

### The Social Democratic Party Nursing Care Insurance Policy

Ryo Fujita<sup>\*1</sup> Keizo Matsui<sup>\*2</sup>

#### キーワード

社会民主党、介護保険制度、高齢者、介護

#### Key words

Social Democratic Party, Nursing Care Insurance Policy, elderly person, care

#### I. はじめに

高齢化や核家族化の進行により、介護の問題は社会問題となった。介護保険制度は、介護を社会全体で支えることを目的に、2000（平成12）年に制定され約19年が経過した。同制度は、介護を必要とする高齢者等に対する社会保障制度として定着しているといえる。

現在の社会保障政策は、これまで厚生労働省が政策立案し政治はただ成立することのみ専念した状況が弱くなっているという前提に立つ。本研究は政治に中心をおきたいいわゆる福祉政治の研究であり、社会民主党を取り上げる。

本研究は、介護保険の動向に際し、政権党以外である、公正社会の参加保障型福祉をめざしている社会民主党を取り上げ、政策形成過程を明らかにし、介護保険政策のあるべき姿を明らかにすることを目的としている。

2005（平成17）年から2015（平成27）年までの期間において、社会民主党の介護保険政策に視点をおき、介護保険政策の特徴と保険財政の安定や制度の持続性維持、保険料負担などの課題、また社会民主党の介護保険政策の特徴はどのようなものなのか等について検討する。

研究方法は、公表された資料、新聞、インターネットの内容を整理し分析した。

#### II. 2005（平成17）年度以降の介護保険政策の動向

##### (1) 2005（平成17）年介護保険法改正

\*1 ふじた りょう：大阪国際大学人間科学部講師〈2019.9.6受理〉

\*2 まつい けいぞう：中国短期大学保育学科専攻科介護福祉専攻教授

- ・介護予防の重視、地域包括支援センターの創設
- ・施設給付の見直し
- ・地域密着型サービスの創設等
- (2) 2009 (平成 21) 年介護保険法改正
  - ・介護事業者の業務管理 (法令順守) 体制の整備等
- (3) 2011 (平成 23) 年介護保険法改正
  - ・地域包括ケアの推進 (24 時間訪問サービスの相殺等)
  - ・介護職員によるたんの吸引等
  - ・介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画と調和等
- (4) 2014 (平成 26) 年改正
  - ・予防給付の地域支援事業への移行と多様化
  - ・一定以上の所得者の自己負担割合の引き上げ
  - ・小規模通所介護の地域密着型サービスの移行等
- (5) 2017 (平成 29) 年介護保険法改正
  - ・自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取り組み
  - ・医療・介護の連携の推進等
  - ・2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする
  - ・介護納付金の総報酬制の導入

### Ⅲ. 2005 (平成17) 年以降の介護保険政策に影響を与えた国の社会保障改革の動向

- (1) 2007 (平成 19) 年自民党「財政改革研究会」中間ビジョン発表
  - ・「社会保障税」2010 年代半ばに社会保障給付に必要
  - ・公費負担 GDP 5%、消費税 10%
- (2) 2008 (平成 20) 年「社会保障国民会議」最終報告
  - ・介護報酬体系、基本骨格の検討
  - ・医療介護に関する将来試算の実施
- (3) 2008 (平成 19) 年「持続可能な社会保障構築とその安定財源に向けた中期プログラム」を閣議決定
  - ・税制抜本改革の基本的方向性
  - ・介護従事者の確保と処遇改善
  - ・居住系サービス拡充と在宅介護の強化
  - ・2009 年～2011 年第 4 期介護計画において専門性のキャリアアップ等
  - ・2015 年の姿として、居住系サービスの拡充や 24 時間対応、小規模多機能サービスの充実による在宅サービスの整備、機能強化。重度化対応や看取り機能、個室化、ユニット化等の施設整備の強化
- (4) 2009 (平成 21) 年「安心社会実現会議」報告
  - ・これまでの議論を明記
- (5) 2010 (平成 22) 年「社会保障改革有識者会議検討会」報告

- ・2012年、6年に一度診療報酬、介護報酬の同時改訂による基本骨格の見直しを実施
- ・介護従事者のキャリアのステップアップを支援し、給付水準の改善を実施

#### Ⅳ. 社会民主党の介護保険政策に対する考え方

(1) 2005(平成17)年

1) 4月27日

「介護保険法等の一部を改正する法律案」の衆議院厚生労働委員会採決にあたって(談話)

①費用抑制のみを目的に、国民の負担増、サービス削減の法案に反対

本日、衆議院厚生労働委員会は、「介護保険法等の一部を改正する法律案」を一部修正のうえ、自民、民主、公明の賛成で可決した。本法案は、ただただ介護保険費用の縮減のみを目的として、国民の負担を増やし、利用者サービスの削減を押し付ける内容であり、社民党は原案、修正案に反対した。

②保険の理念、原則を損ねる新予防給付、地域支援事業

・新予防給付について

本法案は、軽度要介護者(要支援・要介護1)の区分を変更し、介護予防サービスを導入して、従来とサービスの異なる「新予防給付」に振り分けるとしている。要介護認定(行政処分)のもと、軽度要介護者のサービス利用(家事援助など)を、自立支援や介護予防の名を借りて抑制することは、「自己選択」「自己決定」によって高齢者が自分らしい生活をつくるという介護保険制度の理念を根本から覆すことになる。また、本人の事情を軽視して、利用を制限すれば、返って重度化を招き、財政的にも高くつくことになる。政府は、家事援助による生活負担の軽減が、要介護度の悪化を予防し、自立を守る有効な手段の一つであることをしっかりと認識すべきである。また、法案は抽象的な枠組を示しているに過ぎない。利用者の生活と直結する肝心なことは、すべて政省令で決めるという政府の姿勢は、あまりに無責任である。

・地域支援事業について

認定していない自立の高齢者にまで対象を広げる「地域支援事業」は、事故・リスクに基づいて給付を行う保険の原理を踏み外すものである。不特定多数に行われる老人保健・福祉は税で行うべきであり、新たな介護予防などの事業に、安易に介護保険料を使うことは、介護保険費用の膨張を招き、老人保健・福祉に対する国の責任の後退につながりかねない。

・筋力向上トレーニングについて

政府は、審議後半になって、やっと市町村が実施した「介護予防モデル事業」の結果を報告した。「筋力向上トレーニング」による改善は43.9%で見られたものの、逆に16.3%が悪化した。日常生活の改善能力をあらわす「日常役割機能(身体)」については32%が悪化した。政府が「介護予防」の切り札とする「筋力向上トレーニング」は、効果が明らかでないサービスとは言えない。また、費用対効果についても全く検討がなされていない。そもそも介護保険法は「要介護状態の改善」が目的ではない。国が、筋肉向上トレーニング等の統一的なメニューで、介護予防を行うことは、結果的に「改善」を強調し、「要介護状態

になること」、「年老いて心身が衰えていくこと」が、社会悪であるかのような誤った印象を国民に植え付ける。高齢者の尊厳をないがしろにするものであり、介護を社会連帯で支えようとする法の理念に大きく反する。

③介護保険施設の居住費・食費を保険外に出すべきではない

現金給付である年金が先細っていくなか、現物給付である介護保険の現金負担部分を増やすことは、国民に過度な負担を強いることになる。施設と居住の違い、施設が「食事の提供」に責任を持つことの意義、施設建設における公費補助の大きさなどを考慮し、「居住費・食費」は引き続き保険給付内に留めるべきである。本法案は、高齢者の所得の状況、そして個人個人の税、医療保険・介護保険など社会保障の自己負担を総合的に勘案した制度設計になっていない。また、来年6月から実施される個人住民税の大幅改正による住民税非課税世帯の変化、保険料と利用者負担額の変化もあえて無視している。施行予定は本年10月からであり、周知期間があまりに短く乱暴な内容である。在宅と施設の利用者負担の公平性が目的であるのならば、まず、重度要介護者を在宅で支えられるよう介護保険を充実することこそが先である。

④介護サービス従事者の労働条件を改善する視点が欠如

介護保険のスタートに当たって、政府が一番危惧したことは「保険あって給付なし」の状況になることだった。政府がその危惧を払拭し、介護保険制度の定着をはかることができたのは、低賃金・過酷な労働環境にもかかわらず、最前線で働いてきたケアマネジャー、ホームヘルパーなど介護サービス従事者の努力があったからである。しかし、本法案には、サービスの質の向上と密接に結びつく介護サービス従事者の労働条件を改善する視点が皆無である。本法案は、利用者・国民の視点が欠如し、「介護難民」「介護棄民」を誘発しかねない。社民党は、直面する超高齢社会を安心して迎えることができるよう、介護保険制度の創設の理念（自立支援、利用者本位、在宅生活の重視、社会連帯）を徹底し、高齢者の尊厳が守れるよう参議院審議に全力を傾注する。<sup>1)</sup>

2) 6月16日

「介護保険法等の一部を改正する法律案」の参議院厚生労働委員会採決にあたって（談話）

本日、参議院厚生労働委員会は、「介護保険法等の一部を改正する法律案」を、自民、民主、公明の賛成で可決し、本法案は、近日中に成立の見込みとなった。社民党は、以下の意見を述べ、同法案に強く反対した。

①軽度要介護者160万人のサービスが抑制される

新予防給付の導入によって、要支援1、2に振り分けられる軽度の要介護者160万人のサービスが抑制される。サービスが予防目的に限定され、利用限度額も低く抑えられれば、利用者が在宅の生活を継続することが困難になる。政府は「適切なケアマネジメントに基づいて提供される家事援助は認められる」と答弁をしているが、法案の細部は政省令によって定められるため、利用者の不安は払拭できない。また、新たな介護予防メニューの切り札として出された筋力向上トレーニングは、市町村モデル事業中間報告からも、効果の明らかなサービスであるという結果は得られなかった。高価なマシンと専門家を必要とする筋力向上トレーニングの費用対効果が、まったく検証されていないことも非常に問題であ

る。

②「居住費・食費」の自己負担化は利用者の生活を圧迫する

介護保険三施設における「居住費・食費」を保険から外して、自己負担化することは利用者の生活を圧迫する。同負担は、在宅の生活を支える要であるショートステイ、デイサービス等にも及び、在宅と施設の不公平感を是正するという改正理由にも矛盾している。また、低所得者への配慮も不十分で、年金収入を上回る負担を余儀なくされる利用者が出てくる。17年度税制改正により来年度から住民税課税ラインが変わり、「居住費・食費」の軽減対象からはずれる層が増えることによって、事実上、低所得者は介護保険三施設の利用を制限されることになる。法案は、税、国保・介護保険料等、重複する負担について考慮をしていない。

③保険料の用途は厳格に行うべきである

地域支援事業への介護保険料の投入は保険財政を悪化しかねない。地域支援事業の介護予防対象者は、本来、認定で「自立」とされた非該当者であり給付の対象ではない。また、老人保健事業、介護予防・地域支え合い事業などを地域支援事業に再編することは、公費支出を保険料に肩代わりさせ、国の責任を弱めることにつながる。介護保険制度が、国民の信頼を得ていくためには保険料の用途を厳格にすべきである。本法案は、在宅で暮らす重度の高齢者とその家族の困難、地域間格差の是正、そして介護労働者の労働条件等について、何ら改善策を示しておらず、「介護予防」を隠れ蓑に、国庫負担の抑制のみを優先し、利用者・保険料負担者に過重な負担を強いるものにほかならない。

以上が、社民党の反対理由である。法案成立後、次の課題は、政省令、介護報酬改定の検討となる。また、都道府県・市町村は、第三期「介護保険事業（支援）計画」の策定に入ることとなる。社民党は、衆参厚労委員会で、政省令等の検討状況を点検するとともに、各自治体議会において、高齢者が地域で安心して暮らせるよう、介護保険制度の創設の理念（自立支援、利用者本位、在宅生活の重視、社会連帯）を徹底し、第三期「介護保険事業（支援）計画」の策定に取り組む。<sup>2)</sup>

(2) 2008（平成20）年

1) 9月25日

あらゆるライフスタイルの女性へ向けた社民党応援プラン

①介護を家族や女性の責任とする性別役割分業ではなく、「介護の社会化」の視点から介護保険制度、障害者自立支援法を見直し、真に高齢者や障害者の自立と社会参加を支援します。

②ひとり暮らしや夫婦の高齢者が集まって生活する「グループリビング」、高齢者専用住宅等を増やします。

③介護の現場で働く人びとの賃金・待遇を保障し、介護の質を向上します。<sup>3)</sup>

(3) 2009（平成21）年

1) 衆議院選挙公約2009「マニフェスト」

生活再建10の約束

介護保険・高齢者福祉

- ①利用者・高齢者の費用負担を軽減します。利用料、保険料など、費用負担が引き上げられ、必要なサービスを利用できない高齢者が増えています。保険料の段階区分をより細かく設定します。低所得者の利用料負担は、所得に応じた負担率に改善します。
- ②サービス制限、認定制度、利用限度額などを見直します。訪問介護、福祉用具など軽度認定者に必要なサービスが利用できるように基準の見直しを行います。同居家族がいる場合の生活援助、院内介助など、サービス利用の一律的な制限を是正します。
- ③要介護認定基準の改定により、要介護度が軽くなりサービスが減らされ、利用者から不信の声があがっています。認定結果と要介護者の生活実態やニーズとの乖離が生じないように認定方法を抜本的に見直します。ケアマネジャーなど現場の専門家に認定システムの移行を検討します。
- ④利用限度額を大幅に引き上げ、重度認定者の在宅介護体制を強化します。介護報酬の大幅引き上げ・労働条件の改善と人材育成に取り組みます。
- ⑤良質な介護サービスの確保、介護労働者の低賃金改善のために介護報酬の基本部分を引き上げます。利用料や保険料のアップにつながらないよう国の費用負担割合を増やします。
- ⑥専門性を高める研修制度の充実、施設の人員基準の見直し、事務負担の軽減など、介護労働者が働きがいをもって仕事が続けられるように、労働待遇を改善します。
- ⑦介護サービス基盤を整備します。介護療養病床を全廃する計画を中止し、地域に必要な病床数を確保します。待機者が38万人にもなる特養ホームの緊急整備を行います。
- ⑧24時間の生活を支える在宅介護、在宅看護の態勢を整備します。
- ⑨総合的な高齢者福祉政策を充実します。認知症の予防・早期治療・介護の質的向上、家族への支援態勢などを行います。
- ⑩地域包括支援センターの機能を強化するとともに、老々介護や独居、虐待、低所得など、高齢者の様々な問題について自治体が責任をもって解決ができるよう態勢を整えます。<sup>4)</sup>

2) 5月13日

介護保険を持続・発展させる1000万人の輪（公開政策討論会介護保険に係わる公開質問と各政党の回答）

社民党の「介護のビジョン」

- ①必要なサービスを必要な人が利用できる介護保険制度にする
- ②高齢者にわかりやすい制度に再編し直す
- ③介護保険の基本報酬を引き上げ、介護労働者の賃金・待遇を改善する
- ④軽度者、同居家族のいる要介護者への一方的なサービス削減をやめさせる
- ⑤地域の介護基盤を整備するとともに、介護、医療、福祉との連携を強化する
- ⑥介護人材の確保、能力と専門性の研修を行いスキルアップのシステムをつくる
- ⑦地域における認知症高齢者の支援を強化
- ⑧高齢者虐待防止法の実効性を高める
  - ・ 保険料  
所得に応じた累進性を高める。
  - ・ 公費負担割合

国の介護給付費負担金（25%）を30%に引き上げ、調整交付金（現在国の負担金枠内の5%）を別枠にして財政を安定化させる。さらに、介護報酬を底上げするために国庫負担割合の引き上げを検討する。

・利用料

介護サービスの量と質にみあう利用者が納得できる利用料にする。減額・免除制度を設け、低所得者層が必要なサービス利用を確保できるようにする。

・対象者

現在、40才から64才（第2号被保険者）の保険給付は、特定疾病に限定されているため、サービスの利用者は少数で、給付と保険料負担のバランスを欠いている。まず、第2号被保険者の給付制限は取り払う。介護保険制度と障害者自立支援制度の統合は行うべきではない。障害者施策は、介護のみではなく、教育、就労など幅が広い。介護の内容、負担のあり方など、同一に捉えられない。

・サービスメニュー

2005年の改正介護保険法によって、新予防給付が導入された。軽度者は、運動器による機能向上（筋トレ）、口腔ケア、栄養改善などのメニューが押し付けられ、逆に、生活援助サービスの利用量が制約された。介護度にかかわらず、日常生活を維持していくために生活援助サービスは必要なサービスである。また、本来の意味の「介護予防」は重要視されるべきである。財源論からサービスメニューを設定するのではなく、ニーズと客観的なエビデンスに基づいてサービスメニューを点検し直すべきである。

・介護認定基準について

現在の介護認定は、コンピューターによる機械的な判定が中心で、それぞれの高齢者にとって必要な介護を適正に反映できていない。認定基準のコンピューターロジック変更により、介護度を低く設定することができるよう操作することは論外だ。この際、ケアマネジャーなど、現場を熟知する専門家の判断で必要な介護が提供できる仕組みを検討する。

要介護度の設定は、現状では、公平、適正の確保というよりも、サービス削減に利用されている。要介護ごとの利用限度額は低く、特に重度の要介護者は、介護保険のみでは在宅介護の継続は困難である。また、加算に比重がおかれた介護報酬は、利用者のためというより、医療費・介護費削減のための政策誘導的な要素が強い。これ以上、利用者不在で介護報酬を決定することはやめて、利用者が望む良い介護が報われるシステムに変更する。

要介護認定システムの変更で認定が軽くなるよう厚労省が操作していたことは非常に問題だ。介護保険制度の信頼をさらに失わせる行為である。寝たきりで「移乗」「移動」の機会がなければ「自立」（介助なし）、頭髪がないため「整髪」の必要がなければ「自立」（介助なし）など常識を越えている。4月から実施された介護保険の要介護認定方式の変更などで介護給付費を284億円～384億円削減できると記した厚生労働省の内部資料が明るみに出た。「給付費抑制の意図はない」としてきた厚労省の説明を覆すもので憤りを覚える。

「小さな政府」を目指す構造改革によって、国は医療・介護分野の市場化を進めるとともに、保健・介護・福祉などに関する地方自治体の責任と負担を重くし、政府の機能を弱めてきた。一方、地方自治体が諸施策を担えるよう十分な税源移譲や支援を進めてこなかっ

たため、地方分権はままならない状態にある。その結果、地域間格差は広がり、サービスの質、介護や福祉従事者の待遇の悪化などが進んだ。まず、ここから見直すべきだ。市民が介護保険の本来の理念である「利用者本位のサービス」「利用者の選択性」「介護の社会化」を求め続けなければ制度の改善はない。地方自治体は介護保険の保険者として保険者機能を高める。国に給付費抑制のみを目的とした制度改変をやめさせるとともに、正確な実態把握、客観的なデータの公表を求める。

過去2回の改定で、介護報酬は4.7%引き下げられている。緊急経済対策による介護報酬3%引き上げでは、介護労働者の賃金アップにほとんど結びつかない。今回は、基本の報酬部分はほとんど上がっていない。全体の底上げがなければ、職員の労働条件の改善や事業所の安定的な経営を進めることは困難。加算偏重の改定によって、小中規模の事業所は淘汰されかねないという問題もある。介護人材を確保するためには、賃金・待遇の改善が必要。基本の報酬部分を上げて全体を底上げすること。あわせて、介護報酬のアップが利用料のアップに跳ね返らないようにするために国庫負担も増やす。介護がやり甲斐を感じる職種となり、社会的な地位を向上させるためには、教育、訓練、研修制度を組み立て直すことが必要である。キャリアと報酬が上がっていく仕組みをつくる。<sup>5)</sup>

(4) 2010 (平成22) 年

1) 12月10日

①雇用・地域・くらし・環境・平和に力を入れた「生活再建」予算を目指して～2011年度予算編成に当たっての提言～

・40万人以上の待機者に対し、この3年間で解消すべく、特別養護老人ホーム、介護保険施設、介護療養型医療施設などを、3年間で現在の2倍にするよう、本年度さらに10万人分追加すること。

・介護従事者処遇改善臨時特別交付金(2009～2010年度)については、来年度も維持できるよう予算措置を行うこと。また、2012年度の第5期介護保険事業計画をつくるにあたっては、同交付金を介護報酬の中に入れ込むのではなく、外付けを維持し国費でまかなうこと。

・介護保険制度の見直しにあたっては、ケアプランにかかる利用者負担の導入、軽度者(要支援1、2、要介護1、2)サービスの地域支援事業への移行、生活援助の縮小、一定以上の所得がある者の利用者負担引き上げは行わないこと。<sup>6)</sup>

2) 2010 マニフェスト

①介護施設の増設、在宅生活の支援強化で、介護施設待機者をゼロに

・介護保険制度のスタートから10年、日本の高齢化率は世界最速です。高齢社会のピークを迎える2015年に向けて、国・自治体で緊急の介護基盤整備5カ年計画をつくります。

・いま、特別養護老人ホームに入所している高齢者は約42万人に対して、入所待機者が42万人を上回っています。特別養護老人ホーム、介護保険施設、介護療養型医療施設などを、現在の2倍に増やします。

・住み慣れた地域で暮らしつづけられるように、小規模多機能施設、グループホーム、ケアハウス、有料老人ホームなど多様な施設を大幅に増やします。

・訪問介護サービスの大幅な拡充と訪問看護の充実で、高齢者の在宅生活を 365 日 24 時間支える体制をつくります。

- ・在宅生活が無理なく継続できるように利用限度額を引き上げます。
- ・介護療養病床を全廃する計画を中止し、地域に必要な病床数を確保します。

②保険料・利用料金を見直し、だれもが利用できる制度へ

・介護保険料の段階区分をより細かく設定し、低年金、低所得の高齢者の保険料負担を軽減します。公費負担割合の引き上げ、各都道府県に設けられた「財政安定化基金」の活用で保険料の引き上げを緩和します。

・介護保険の利用料負担が重荷となって、必要なサービスを利用できない低年金、低所得の高齢者が生じないように、利用料の減免制度を徹底します。

・介護施設の食費・居住費が全額自己負担になったことにより、施設利用を困難にしています。補足給付を拡充し利用者負担を軽減します。

③脱「保険あって介護なし」

・軽度の認定者であっても、訪問介護、通所介護、福祉用具など、本人の生活に必要なサービスは利用できるようにします。同居家族がいることを理由に、一律的に行われている生活援助制限を是正します。

・要介護者の生活実態やニーズと介護認定結果との乖離により、在宅生活に困難が生じています。事務手続、時間がかかりすぎる介護認定を見直し、現行の7段階から3段階程度に簡素化します。ケアマネジャーなど現場の専門家の裁量を大きくするしくみを検討します。

④介護報酬本体の引き上げ・労働条件の改善と人材育成に取り組みます

・介護労働者の低賃金の改善と、良質な介護サービスを確保するために、介護報酬の本体部分を引き上げます。

・施設の人員基準の改善、事務負担の軽減、専門性を高める研修制度の充実などに取り組みます。介護を働きがいがあり、継続できる仕事に改善し、就労者を増やします。

⑤総合的な高齢者福祉政策を充実します

・認知症の予防・早期治療・介護の質的向上、家族への支援態勢などを行います。

・地域包括支援センターの機能を強化するとともに、老々介護や独居、虐待、低所得など、高齢者のさまざまな問題について自治体が責任を持って解決ができるよう態勢を整えます。

⑥介護費用の国庫負担を引き上げます

・介護基盤の整備、介護報酬の引き上げなどに伴って上昇する介護保険料・介護利用料を抑制するために、国負担割合を30%に引き上げ、さらなる引き上げを検討します。<sup>7)</sup>

3) 介護施設の増設、在宅生活の支援強化で、介護施設待機者をゼロにする。(「社会民主党参議院選挙公約 2010 (ダイジェスト)」(各政党の社会保障改革に関する主な提言の比較(各党の平成 22 年参議院選挙マニフェスト等をもとに作成))

年金制度について、国会で議論を開始し、医療・介護の自己負担や税制のあり方を総合的に見直し・年金・医療・介護に関する個人情報を一元的に管理する社会保障カードにつ

いて、個人情報とプライバシー保護の観点から反対・介護保険の公費負担割合の引き上げ、財政安定化基金の活用による保険料引き上げの緩和・介護施設の建設・増床、訪問介護サービス、訪問看護の充実・医療、保健、福祉を結ぶ「地域ケア」の実践・認知症の予防・早期治療・介護の質的向上、家族への支援態勢、地域包括支援センターの機能強化・介護分野の待遇改善、人材育成、人材確保・介護療養病床全廃計画の中止、療養病床削減計画・介護報酬の本体部分の引き上げ・介護保険の保険料の段階区分のより細かい設定、利用料の減免の徹底、補足給付の拡充。

(5) 2011 (平成 23) 年

1) 6月8日

保険の外の新予防事業を問題視

24時間対応の新しい訪問サービス(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)の創設などをうたった介護保険法改正案が5月27日、衆院厚生労働委員会で賛成多数で可決され、同31日の本会議を可決、通過した。社民、共産両党が反対した。

社民党の阿部知子議員は27日の委員会反対討論で、特に市町村の判断で実施する介護予防事業の対象者を現行介護保険制度の枠内の「要支援」対象者に拡大する「介護予防日常生活支援総合事業」の導入を問題視。「要介護認定者に対する介護給付と、介護保険対象外の人に対するサービスを同一の枠内で扱うことには無理がある」と指摘した。新訪問サービスについても「機能できるか全く見えない」と懸念を示した。

同日の質疑で阿部議員が、要支援1あるいは2の認定を受けている人が予防給付に加え、新事業のサービスを受けられるのかとただしたのに対し、厚労省の大塚耕平副大臣は「受け得るとは思うが、極力重複のないようにしたい」とあいまいな答弁。阿部議員は「予防給付は保険制度にのっとった権利。その権利まで脅かされるのであれば保険制度の根幹が揺らぐ」と述べ、新事業導入の狙いは給付抑制ではないかと追及した。大塚副大臣は「本人の意向を尊重しつつ、利用者の状態像に応じて従来通りの予防給付を受けていただくことは可能」と言い直し、「ただし、重複して同じサービスを受けることはできない」と付け加えた。<sup>8)</sup>

2) 6月22日

給付抑制で受給権侵害の恐れも

介護保険法改正案が成立、党は反対

24時間対応の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」創設などを盛り込んだ介護保険法改正案が14日、参院厚生労働委員会で可決され、翌15日の本会議で可決、成立した。社民、共産両党が反対。福島みずほ党首は14日の委員会反対討論で、現行介護保険制度の下で「要支援」認定を受け予防給付を受けられる人を市町村が実施する「介護予防日常生活支援総合事業」の対象に含めたことについて「要支援認定者を介護保険の外に押し出す道を開きかねないという懸念がある」と述べ、給付抑制を目的とした受給権の侵害を招きかねないことなどを反対理由に挙げた。<sup>9)</sup>

(6) 2012 (平成 24) 年

国政政党への質問状

介護従事者の労働環境の劣化、人材不足は深刻です。特に賃金の劣化を食い止めるためには、介護報酬単価について人件比率を定める必要があると考えます。高い知識と技術を身につけるためのキャリアアップの制度が必要です。専門職は、細かく規定された資格をこまめに取得することにより、キャリアを引き上げ、それに応じて賃金が上昇するようにすることが必要です。医療と福祉の連携、生活支援、虐待防止、権利擁護など、介護老人福祉施設の生活相談員、介護老人保健施設の支援員がカバーする範囲は非常に広く、専門性、技術が求められることから、ソーシャルワーカーの必置化が必要です。<sup>10)</sup>

(7) 2013 (平成 25) 年

参議院選挙公約 6 月 20 日 (2013 総合版より抜粋)

①「要支援」を介護保険の対象から外すことを阻止します

厚生労働省は、介護の必要度が低い「要支援 1」「要支援 2」と認定された人向けのサービスを、介護保険制度から切り離すことも含めて見直していく方針を固めています。また、政府の社会保障制度改革国民会議は、軽度の高齢者は保険給付から市町村事業に移行し、ボランティア、NPOなども活用して効率的に実施すべきだと提案しています。軽度者のサービスを切るとは介護の社会化に逆行し、介護保険制度への信頼を揺るがすものであり反対です。

②レスパイトケアを拡充します

高齢者虐待、障害児・者虐待の背景には家族の介護疲れがあります。在宅でケアをしている家族を癒やすための一時的なケア (レスパイトケア) が必要です。レスパイトケアの社会的な認識を高めるとともに、レスパイトケアを保障する制度や施設への短期入所や自宅への介護人派遣など家族支援サービスを拡充します。<sup>11)</sup>

(8) 2014 (平成 26) 年

1) 介護従事者の賃金引き上げ法案提出

社民、民主、みんな、結い、共産、生活の野党 6 党は 3 月 28 日、介護・障害福祉従事者人材確保特措法案を衆院に共同提出し、4 月 1 日の本会議で趣旨説明・質疑が行なわれた。同従事者の賃金を引き上げる事業者に対し、その費用に充てる助成金を支給するもの。福島議員は、現在の介護費用の伸び率水準 (5~6%) を後期高齢者人口の伸び率 (3~4%) にまで 2% 抑えたとの政府の目標について「財源の苦しい自治体では今後徐々にサービスを抑制することが予想される」と懸念を表明。田村憲久厚労相は「サービスを切って 2% を達成しても最終的には (要介護度の進行で) 介護保険 (給付) になるので意味ない」と苦しい言い訳をした。福島議員は「市町村間でサービスの内容、基準、単価などに大きな格差が出るおそれがある」と述べ、収益が減れば支援事業から事業者が撤退する可能性もあり得ると指摘した。<sup>12)</sup>

2) 6 月 18 日

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」の成立に当たって (談話)

介護保険制度の全国一律の予防給付を地域支援事業へ移行させる改変は、要支援者 160 万人に影響がおよぶ大問題である。高齢者は要支援と認定されても、サービスの種類によ

ては、保険によるサービスが受けられなくなる。認定により、給付を受ける権利が発生する仕組みが形骸化すれば、介護保険制度への信頼が大きく失われる。

さらに、消費税を引き上げておきながら、一定以上の所得という、あいまいな線引きで利用者の自己負担を1割から2割へ引き上げること、特別養護老人ホームの利用者を要介護3以上に限定することなどは、とうてい国民の納得が得られない。<sup>13)</sup>

(9) 2015 (平成 27) 年

2015 年度政府予算案の閣議決定にあたって (談話)

介護報酬は、9年ぶりのマイナス改定で2.27%の引き下げとなったが、2006年度のマイナス2.4% (過去最大) に次ぐ大幅な引き下げ (障害者福祉の報酬は据え置き) である。報酬の引き下げにより、特別養護老人ホームなどを中心に、サービスの低下、職員の減少が一層深刻化することが予想される。政府は、介護や障害者福祉の現場で働く人の賃上げのための加算措置を拡充するという効果がわからない。事業者が月1万2千円の賃上げに相当する待遇改善計画を提出すれば、賃上げ分の報酬を税金や保険料から出す仕組みだが、賃上げ分の報酬を除くと、事業者自体に入る報酬は実質4%ほど減る (障害者福祉の報酬では実質1.78%減額)。事業所が実際に取り組むかどうかは疑問である。<sup>14)</sup>

## V. 社会民主党の介護保険政策の特徴

自民党、公明党は長く政権にいたので、介護保険法改正においては、政府案をたたき台に議論し、自党の考え方、価値観を国会、政府に提起している。しかし、基本的に政府案に集約しており、大きな違いはない。2012 (平成 22) 年の民主、自民、公明の3党合意により、消費税、社会保障等の姿が明らかになった。その後、自民、公明党は与党になり、「社会保障と税の一体改革」を引きつぎ、「プログラム法」を制定した。その後、「介護保険法」が改正となり、2014年改正は与党の政策の結実である。

一方、社会民主党は介護保険法改正には反対の立場であり、具体的な政策は次のとおりである。

保険者の広域化については財政調整上の意味はあるとしているが慎重である。被保険者の拡大については保険料の徴収拡大を第一の目的とすることには反対である。被保険者の負担割合については、あいまいな線引きで利用者の自己負担を1割から2割へ引き上げると反対している。公費負担割合については、国の介護給付費負担金 (25%) を30%に引き上げ、調整交付金 (現在国の負担金枠内の5%) を別枠にし保険者の財政安定を図るとしている。

保険拡大の財源については、介護保険の公費負担割合を引き上げ、財政安定化基金の活用による保険料引き上げの緩和をしようとしている。介護保険料について、累進制に基づくきめ細かい多段階制に見直す必要があるとしている。低所得者対策については、所得による利用料の減免措置を検討する。介護施設の食住費の自己負担に関しては、所得保障の観点から、保険料ではなく税による捕捉給付を行う。施設の整備については、在宅でも施設でも安心して生活が続けられるよう基盤整備を重点化する方針である。

サービスの面では、地域包括ケアシステムや在宅医療・リハビリ、緊急時およびターミ

ナルケアなどの医療・介護・住まい・生活支援・福祉などの関係機関との連携強化、24時間サービスについては、市町村が責任をもち基盤整備の拡充を図ることが必要としている。小規模多機能型居宅介護事業については、需要が高まっており基盤整備の拡充を図っているが具体的な内容は不明である。レスパイトケアについては施設等の地域の受け皿づくりにも前向きな考え方である。介護予防については、介護予防ケアプランの効果を検証し、予防給付の点検、改善を行うとしている。

## Ⅵ. まとめ

与党は、プログラム法の内容が大枠の介護保険政策である。2017年改正も同法の影響で改正されており、改正案に大きな差異はない。次に、社民党の社会保障の考え方として、教育、医療、介護、育児、就労支援など従来の「何でも政府が」、「何でも市場が」の「施しの福祉」ではなく、各セクターの強みを引き出し、弱みをコントロールする公正社会の参加保障型福祉をめざし、自立支援型でニーズ志向の公共サービスを実現させるとしている。「社会保障と税の一体改革」、「プログラム法」について、各改正案に反対をしているが、財源調達についての言及が弱く、現実的でないと言えよう。

## Ⅶ. 今後の課題

社民党の介護保険政策を研究している者が少なく、研究論文も関連領域のものに頼らざるを得ない。介護保険制度が成立する2000（平成12）年までの研究は存在するが、同制度の政策立案過程の研究が大半であった。例えば、増山幹高（1998）「介護保険の政治学—政策理念の収斂—」『日本公共政策学会年報1998』、佐藤満（2010）「介護保険法の成立過程」『立命館法学』、ジョン＝クレイトン＝キャンベル（2009）「日本とドイツにおける介護保険制度の政策過程」『社会科学研究』、増田雅暢（2001）「介護保険制度の政策形成過程の特徴と課題」『季刊社会保障研究』などがあるが、現在の政治情勢における介護保険制度の政策研究は少ない。

本稿では、2005（平成17）年から2015（平成27）年までの期間の社民党について考察したが、今後は第7期以降の介護保険事業計画に基づく政策や厚生労働省にも焦点を当て、介護保険制度の持続性維持や保険財政の安定など、介護保険政策全体を見ることにより、その本質を究明することが必要である。

### 注

- 1) 社民党ホームページ。入手先〈<http://www5.sdp.or.jp/comment/2005/04/27/>〉, (参照 2019-05-30).
- 2) 社民党ホームページ。入手先〈<http://www5.sdp.or.jp/comment/2005/06/16/>〉, (参照 2019-05-30).
- 3) 社民党ホームページ。入手先〈[http://www5.sdp.or.jp/policy/policy/other/080926\\_women.htm](http://www5.sdp.or.jp/policy/policy/other/080926_women.htm)〉, (参照 2019-05-30).
- 4) 社民党ホームページ。入手先〈<http://www5.sdp.or.jp/policy/policy/election/manifesto03.htm>〉, (参照 2019-05-30).
- 5) 入手先〈[kaigonetworksakai.com/img/news/090623-01.pdf](http://kaigonetworksakai.com/img/news/090623-01.pdf)〉, (参照 2019-06-13).
- 6) 社民党ホームページ。入手先〈[http://www5.sdp.or.jp/policy/policy/other/101210\\_yosan.htm](http://www5.sdp.or.jp/policy/policy/other/101210_yosan.htm)〉, (参

- 照 2019-08-22).
- 7) 社民党ホームページ. 入手先([http://www5.sdp.or.jp/policy/policy/election/2010/manifesto2010\\_05.htm](http://www5.sdp.or.jp/policy/policy/election/2010/manifesto2010_05.htm)), (参照 2019-08-22).
  - 8) 社民党. 社会新報 2011 年 6 月 8 日号.
  - 9) 社民党. 社会新報 2011 年 6 月 22 日号.
  - 10) 公益財団法人日本医療社会福祉協会. 入手先 ([www.jaswhs.or.jp/guide/info\\_detail.php?@DB\\_ID@](http://www.jaswhs.or.jp/guide/info_detail.php?@DB_ID@)), (参照 2019-08-22).
  - 11) 社民党ホームページ. 入手先(<http://www5.sdp.or.jp/policy/policy/election/2013/commitment/02.htm>), (参照 2019-08-22).
  - 12) 社民党. 社会新報 2014 年 4 月 9 日号.
  - 13) 社民党ホームページ. 入手先 (<http://www5.sdp.or.jp/comment/2014/06/18/>), (参照 2019-08-22).
  - 14) 社民党ホームページ. 入手先 (<http://www5.sdp.or.jp/comment/2015/01/14/>), (参照 2019-08-22).

#### 参考文献

- 大和三重. 介護保険制度 3 年後の課題－家族介護者のエンパワメントの必要性－. 関西学院大学社会学部紀要. 96, 2004.
- 岡田藤太郎. 社会福祉学汎論：ソーシャル・ポリシーとソーシャルワーク. 相川書房, 1998 年.
- 鏡論. 介護保険と高齢者福祉の政策的課題－介護予防政策をめぐる－. 淑徳大学研究紀要. 46, 2012.
- 佐藤満. 介護保険法の成立過程. 立命館法学. 333・334, 737-772, 2010.
- 塩田咲子. 介護保険における在宅介護の課題. 地域政策研究・高崎経済大学地域政策学会. 6 (3), 2004.
- 芝田文男. 介護保険政策の課題 (下)－地域包括ケアの可能性と問題点介護保険と福祉の関係－. 産大法学. 46 (4), 2013.
- ジョン＝クレイトン＝キャンベル. 日本とドイツにおける介護保険制度の政策過程. 社会科学研究. 60 (2), 249-277, 2009.
- 副田あけみ. リーディングス日本の社会福祉第 3 巻高齢者と福祉－ケアのあり方－. 日本図書センター, 2010 年.
- 藤田了・松井圭三. 日本共産党と自由民主党・公明党及び旧民主党の介護保険政策の対比－2005 年から 2015 年まで－. 大阪国際大学紀要国際研究論叢. 31 (3), 2018.
- 藤田了・松井圭三・名定慎也. 介護保険法改正の政策形成過程の一考察－自民党・公明党・民主党の政策を中心に－. 奈良保育学院紀要. 17, 2016.
- 増田雅暢. 介護保険制度の政策形成過程の特徴と課題. 季刊社会保障研究. 37 (1), 44-58, 2001.
- 増山幹高. 介護保険の政治学－政策理念の収斂－. 日本公共政策学会年報. 1-26, 1998.
- 松井圭三. 21 世紀の社会福祉政策論文集. ふくろう出版, 1998 年.
- 社民党ホームページ. 入手先 (<http://www5.sdp.or.jp/>), (参照 2019-08-22).
- 自民党ホームページ. 入手先 (<https://www.jimin.jp/>), (参照 2019-08-22).

#### ※論文の分担

藤田分

- I. はじめに
- II. 2005 (平成 17) 年度以降の介護保険政策の動向

## 社会民主党の介護保険政策の一考察

- IV. 社会民主党の介護保険政策に対する考え方のうち（1）～（5）
- V. 社会民主党の介護保険政策の特徴
- VII. 今後の課題

松井分

- III. 2005（平成 17）年以降の介護保険政策に影響を与えた国の社会保障改革の動向
- IV. 社会民主党の介護保険政策に対する考え方のうち（6）～（9）
- VI. まとめ