

人権保障をめざした介護保険制度の提言

はじめに

介護保険法附則では、5年後等の介護保険制度の全般的見直しが規定されている。そして社会保障審議会の介護保険部会で見直しのための審議が進められている。

同じく、介護保険法附則では、全般的見直しに当たって「政府は、地方公共団体その他の関係者から、当該検討に係る事項に関する意見の提出があったときは、当該意見を十分に考慮しなければならない。」と規定している。

私たち（以下の通り）は全般的見直しに、私たちの意見・要望を反映するために、人権保障をめざした介護保険制度の提言づくりを進めてきた。

全ての事項を検討することは、私たちの許容範囲を越えているものであるが、人権保障という視点で必要な事項は検討してきた。「石川からの意見」として全般的見直しに反映されることを求めるものである。

私たち（人権保障をめざした介護保険制度を提言する会）は2003年9月、医療・福祉問題研究会、石川県社会保障推進協議会、国際高齢者年・石川NGO、介護保険オンブズパーソンの呼びかけで発足した会

目 次

・抜本的な「改革」提案

- 「誰もが」必要な介護サービスを受けられる権利を保障すること（主体の包括性）
- 必要なサービスを必要なだけ受けられるようにすること（給付の必要十分性）
- 経済的な心配なく介護サービスを受けられるようにすること（負担の「公平」性）

・具体的な改善提案

- 1．保険者と国の責任について
- 2．被保険者について
- 3．要介護認定について
- 4．保険給付について
- 5．保険料と保険財政のあり方について
- 6．国や自治体の責任でのサービス基盤整備について
- 7．居宅介護支援事業者とケアマネジャーについて
- 8．医療を受ける権利の保障について
- 9．介護事業所のあり方について
- 10．権利擁護について

．抜本的な「改革」提案

「いつでも、どこでも、だれでも、経済的な心配なく、必要なサービスを受けることができる仕組みを整える」という視点を基本として、人権としての社会保障の原則である 主体の包括性 給付の必要十分性 負担の公平性に照らして、現行制度をみていくと次のような抜本的な改革が必要となる。

「誰もが」必要な介護サービスを受けられる権利を保障すること（主体の包括性）

「誰もが」必要な介護サービスを受けられる権利を保障することである。この観点からみれば、被保険者の範囲に制限があってはならないのは当然である。すなわち、すべての国民が対象となるのが原則であり、現行の40歳以上という制限は撤廃しなければならない。ただし、介護保険のみですべてのニーズをカバーしなければならないわけではなく、従来からの障害をもつ人の福祉制度等の活用を妨げるようになるような対象拡大であってはならない。また、実質的にサービス利用を排除する現行の介護保険システムを温存したままで、被保険者の範囲を広げるだけでは、利用者にとっては結局保険料負担が新たに発生するだけの改革となるので、後述のシステムの改革と一体のものとして行われなければならない。

また、第2号被保険者については、加齢に伴う心身の変化に起因して要介護状態となった者を要介護者としているが（加齢疾病条項による制限）、要介護状態は加齢のみが原因となるわけではなく、上述の被保険者範囲の制限の撤廃とともに、この要件は当然に廃止されねばならない。

必要なサービスを必要なだけ受けられるようにすること（給付の必要十分性）

必要なサービスを必要なだけ受けられるためには、利用者の状態の正確な把握とその状態にふさわしいケアプランの作成とが不可分なものとして実施されねばならない。この意味で現行の制度をみていくと、訪問調査員による認定調査、要介護認定、そしてケアプランの作成とがそれぞれ独立した仕組みになっている点を根本的に見直す必要がある。利用者を訪問調査した人が利用者の状態に応じて必要な介護サービスを提供できるようケアプランを作成するのが、必要にして十分な介護サービスの提供への一番の近道である。したがって、認定調査の性格を、現行の要介護度決定のための調査ではなく、利用者の状態の正確な把握のためのアセスメントに根本的にあらためなければならない。この意味でのケアマネジメントが行われれば、「要介護認定」という仕組みそのものが不要となる（アセスメントの中に自ずと含まれている）。

もちろん、要介護認定の廃止、ケアマネジャーによるアセスメントとプランの作成の一体化という改革をなすには、前提として区分支給限度額の廃止がなされねばならない。そもそも、必要なサービスを必要なだけ受けることのできる仕組みに変えるためには、現行の要介護度ごとの支給限度額は、当然に撤廃されなければならない。それに加え、支給限度額制のもとでは、ケアマネジャーは、支給限度額を超えないケアプランをいかに作成するか、利用者の負担できる利用料の水準を超えないケアプランをいかに作成するか、ということに振り回され、本来のマネジメントを行うことができないという大きな弊害が生じている。もちろん、支給限度額が決まることにより、それがサービス提供量及び利用料に連動している現行の仕組みも当然に廃止されねばならない。

さらに、介護サービスを必要かつ十分に給付するためのこの過程は、制度の根幹をなすものであり、また、「要介護認定」を廃止するに見合った客観性、公平性が強く求められる事業である。その意味で、これは民間事業者に委託すべき事業とは本来的には言えず、在宅介護支援センターのような公共性の高い機関が行うべきものである。

経済的な心配なく介護サービスを受けられるようにすること（負担の「公平」性）

介護保険が社会保険である以上、保険料負担は避けられないが、実質的な平等を実現するための所得の再分配という社会保障の機能を考えれば、保険料は「負担能力に応じて負担する」ことがもっとも「公平」である。その意味で、現行の第1号被保険者の保険料の5段階区分は余りに大雑把な区分けであり、少なくとも所得に応じた定率の保険料負担に仕組みを改めるべきである。また、「負担能力に応じて負担する」ということは、「負担能力のない人からは負担を求めない」ということも当然に意味するので、保険料減免の範囲についても見直すべきである。少なくとも住民税非課税者については保険料負担を免除すべきである。

次に、利用料負担であるが、そもそも介護が必要になった時に必要なサービスを受けるためにある介護保険制度が、10割給付でないことが根本的に間違っている。したがって、利用料負担そのものを廃止すべきであるが、負担を求めるにしても少なくとも現行の定率1割負担は見直されなければならない。必要なサービス量に比例して負担も大きくなる定率負担という考え方は、「負担能力に応じて負担する」という原則がまったく考慮されていないからである。どうしても利用料負担を求めるとするならば、サービス利用を差し控えさせることのない低額な負担にとどめるべきである。

以上、「誰もが必要なサービスを経済的な不安なく受けることができる仕組みを整える」という視点から、被保険者範囲の制限の廃止、加齢疾病条項の廃止、認定調査とケアプラン作成の一体化、要介護認定過程の廃止、居宅介護支援事業の公共性の確保、保険料の所得に応じた定率化、利用料負担の廃止（ないしは低額化）、という制度改革の論点をまとめたが、これらの課題は相互に密接に関連しているため、総体として実施されねばならないのは言うまでもない。

しかしながら、上記のような「抜本的な改革」を待っていたのでは手遅れになってしまうような個別具体的な課題も、また当然に存在する。そこで以下においては、現行システムを前提にしてもなおかつ必要な改善項目を含めて、個別の論点ごとに改善を提案することとする。

・具体的な改善提案

1．保険者と国の責任について

(1) 保険者の責任

【住民が安心して暮らせるために必要十分な量と質の介護サービスを提供することは、保険者の責任である。そのために自治体は自ら居宅支援事業所・サービス提供事業所等を担うべきである。】

以前の措置制度のもとでは、行政が直接に福祉基盤を整備し、福祉サービスを提供する責任を負っていた。これに対して、現行制度のもとでは、介護サービスは利用者と事業者の契約に

よって提供されることになっている。その結果、保険者である市区町村が果たすべき主な役割は、制度的には、利用者と事業者間の調整や相談などに限られることになった。しかし、保険者としての自治体は、サービスの量・質の確保に対して最終的な責任を負う立場にある。現実には、自治体の多くがその責任を果たしているとは言い難い。

具体的には次のことを求める。山間地・過疎地などの採算のとれないような地域では、サービスを提供する事業者を探し出すこと自体が難しく、被保険者であるはずの利用者が保険給付を受けられないという事態が生じている。自治体はこれを放置しておくのではなく、実際に保険サービスが不足している場合には、直接にサービスを供給し、十分な量のサービスを確保すべきである。保険料を拠出してリスクが発生したときに必要な給付を受け取るという「保険」の仕組みから考えてみても、「保険あって給付なし」という状態は起こってはならないことだからである。

そもそも自治体には住民の生活と健康を保障する責任がある。介護が必要な人がその必要を満たすことができているかどうかを絶えず確認し、十分なサービスの量・質の確保のために必要な措置をとらなければならない。そのために自治体は自ら居宅支援事業所・サービス提供事業所等を担うべきである。

(2) 国の責任

【誰でもどこでもいつでも、基本的な介護サービスが受けることができるために国は国庫負担を介護保険実施以前の50%までもどすべきである。】

介護保険では、保険料額の決定、サービスの給付内容・水準などについて、ある程度の自由裁量が保険者＝市区町村に認められている。このことが介護保険の一つの特徴になっているが、国庫負担の削減をともなったことから、実質的には多くの制約が生じている。

例えば、現行制度のもとでは、サービスの充実がただちに保険料の引き上げにつながるために、自治体のサービス供給は自動的に制約される。また、山間地・過疎地などの財政基盤の弱い自治体では、法定給付を賄うためだけでも、他の自治体よりもきわめて高額な保険料を設定せざるをえない。このような状況下では、住民が本当に望むようなサービスを提供することは、事実上、不可能である。こうした事態を改善するために、国は国庫負担を引き上げるべきである。具体的には介護保険実施以前の50%までにもどすべきである。

また、小規模な自治体であっても、単独で保険者としてとどまる意志をもつ場合には、そのことを可能にする特別な財政支援の仕組みを整えるべきである。

2. 被保険者について

【被保険者の範囲については、すべての国民を対象とすることを原則とし、加齢疾病条項を廃止すべきである。ただし、現行制度には利用料や支給限度額という実質的にサービス利用を排除する仕組みがあり、現行制度の仕組みのもとでの被保険者の範囲の拡大には反対である。】

現行の介護保険では、被保険者は65歳以上を対象とする第1号被保険者と、40歳以上65歳未満を対象とする第2号被保険者からなり、40歳以上に限定されている。給付の面では、第1

号被保険者については、要介護状態の発生原因を問わず、介護保険の給付対象になり原則給付である。これにたいし、第2号被保険者については、痴呆や脳血管障害等加齢にともなう疾病（「特定疾病」）に起因する介護のみが対象となっており、それ以外の場合は「障害者」福祉施策による介護サービスとされ原則不給付・例外給付である。このような要介護状態の発生原因を加齢によるものと限定しなければならない合理的理由はない。少なくとも第2号被保険者の場合でも、要介護状態にいたる事由に関係なく介護給付を行うべきである。

本来「誰もが」必要な介護サービスを受けられることができるように、要介護状態を保険事故とし、給付対象者の年齢や要介護状態の発生原因は問わないとすべきである。被保険者は40歳以上という制限を撤廃し、被保険者の範囲については、すべての国民を対象とすることを原則とし、加齢疾病条項を廃止すべきである。ただし、現行制度には定率の利用料や支給限度額という実質的にサービス利用を排除する仕組みがあり、現行制度の仕組みのもとでの被保険者の範囲を拡大することは認められない。また支援費制度との統合については、応能負担が応益負担となりサービスの利用が制限されること、介護保険制度の現行の仕組みのもとでは障害をもつ人の特有なニーズの充足ができなくなる場合もある等の理由から反対である。

3. 要介護認定について

(1) 【『要介護認定』制度は十分なアセスメントがあれば不要であり廃止すべきである。】

そもそも生活の不便さ、介護の必要性については、その本人の「要介護度」だけを見て決められる訳ではない。同じ身体状況の人でも家族構成、家族関係、家屋状況、住んでいる地域等々によって必要とされるサービスは異なるのは当然であり、ましてや個人がどのように生きたいのか、その為にどんな援助を求めるのかは全く個別性に委ねられるところである。個別援助のその「個別」の中には広くそれらの条件も踏まえての援助となるはずである。しかしながら、現行の「認定」制度においてはそれらは認定調査時に記入される「概況調査」という項目の狭いスペースだけしかふれられず、しかもそのわずかな情報がどの程度「要介護度」に反映されたのか、介護認定審査会の委員以外には全くわからない仕組みとなっている。

相談援助の過程でその個人やその家族、環境についてアセスメントすることは必要不可欠なことであるが、それと「要介護認定」とは全く異質のものである。正しくアセスメントがなされれば、自ずとサービス内容、量が決まってくるものであり、たとえ「要介護度」が「認定」されていなくても本来必要とされるサービスが提供されるはずである。つまり、必要なサービスが提供されるために「要介護度」を「認定」する必要はないのである。

(2) 【『要介護認定』制度を維持する場合でも「更新」事務は廃止すべきである。】

本来ケアマネジメントにおける要介護認定制度は廃止すべきであるが、経過措置として、「要介護認定制度」を維持する場合でも「更新」事務は廃止すべきである。それは「更新」があまりにも弊害が多いからである。

初めて要介護認定を受けやると結果が出たとしても、半年もしくは1年毎に「更新」申請をし、全く変化がなくても毎回同じ調査を受けなければならない。そのように煩わしいことをさせておいて要介護度が上がったたり下がったりする現実がある。その度に支給限度額や利用料と

も連動して問題が生じてくる。本人または家族が調査を受け当事者がさほど変化がないと感じていたり、逆に非常に身体状況が悪くなったと感じていたりしても、それがそのまま「要介護度」に反映していない、という現状がある。

更新についての弊害は医療機関の中でも起きている。様々な事情により長期療養とならざるを得ない人が少なくない。医療機関で長期療養している間には介護保険サービスを利用することはないのであるが、在宅復帰時や施設入所申請には「要介護認定」を受けているということが不可欠な条件となっているので、当然入院中に「要介護認定」を申請する。在宅復帰の場合とはもかく、施設希望の場合、相手の施設に空きがいつ出るのか分からないためそれまでに何度も「認定」の有効期間がきて「更新」手続きをしなければならない。2003年度より特別養護老人ホームの入居基準が変更されたことに伴い、在宅生活をしている人から優先的に入居できるシステムになったため、入院中に順番が来ることはほとんどの場合ないといってよい。その他の介護保険施設から特別養護老人ホームに行く可能性もなくなってしまったので、医療機関から老人保健施設等へ入所できる人も少なくなってしまった。それなのに、「更新」をしなければならないのである。

以上のことから、もし要介護認定をするのであれば「更新」は無くすべきである。また、本来認定調査は保険者の責任で行うべきものであるから、認定調査を民間委託している保険者についてはそれを廃止すべきである。「更新」を廃止すれば、あとは新規申請者と、区分変更申請者のみの対応でよくなるので、その分、吟味して認定審査会を行うことができるはずである。

4．保険給付について

(1) 利用料負担について

【原則として10割給付とすべきである。やむをえず負担を求めるときは所得に応じた負担とすべきである。所得は個人単位とし、住民税非課税者は無料とすべきである。】

高齢者福祉制度では、自己負担は所得に応じた負担であったし、現在もそのようになっている。介護保険が実施されてからは介護サービスを利用した場合、定率1割の利用料を負担することになった。その結果、介護保険実施前より介護サービス利用を減らす人が存在する。たとえば訪問介護サービスについてみると、介護保険導入前の利用世帯のうち8割以上が住民税非課税で利用料が無料であったが、介護保険の導入により1割の利用料負担となり、低所得者の利用が制度の導入前から比べて減少している（内閣府「介護サービス価格に関する研究会報告書」2002年）。

このように制度の変更によって、利用者が不利益を受けることがどのような場合であってもあってはならないことである。ましてや介護サービスが必要であるのに利用できない、もしくは削らざるをえないということで、これまでの暮らしの水準が後退させられることは許されることではない。

定率の1割負担の目的はサービスの過剰な利用の抑制にあると説明されているが、適切なアセスメントとケアプランがあれば、過剰なサービス利用という問題は解決できるものである。そもそも介護ニーズというのは所得に関係なく発生するものであり、定率負担は経済的な負担能力によるサービスの利用とならざるをえず、社会保障の原則からはずれる仕組みである。

社会保障の原則からすれば10割給付（ちなみにドイツの介護保険は10割給付である）とす

べきであるが、やむをえず負担を求めるときは所得におうじた負担とすべきである。その所得は個人単位とし、住民税非課税者は無料とすべきである。

(2)支給限度額について

【支給限度額は廃止すべきである。】

介護保険では、要介護のランクごとに支給限度額を設け、この支給限度額を超える部分は全額自己負担となっている。支給限度額を超えるサービスが必要な場合、利用料が全額自己負担になるため、費用が膨大になり、必要なサービスを受けることができないという状況がある。介護サービスは、要介護状態にかかわらず、その人が尊厳をもって生きるために個別・具体的に提供されなければならない。現行制度の支給限度額は廃止し、経済的な心配なく、必要に応じて必要なサービスを受けることができる仕組みにすべきである。

(3)特別養護老人ホームのホテルコストについて

【ホテルコストという新たな負担は廃止すべきである。】

2003年の介護報酬改定では、すべての部屋が個室で、ユニットケア方式の「新型特別養護老人ホーム」（以下特養ホーム）にたいしてホテルコストの徴収が制度化された。高齢者施設における個室化は、高齢者の基本的人権を保障するものであり、必要なことである。こうした特養ホームの個室化にたいして、公的に支援する条件整備が求められているにもかかわらず、「新型特養ホーム」では、これまでの特養ホーム整備の補助金から入居者の居住部分などを削減している。そして、利用者から居住部分をホテルコストとして月4万円～5万円を徴収し、特養ホームの居住費部分を介護保険給付の対象外にしようとしている。

このようなホテルコストという新たな負担を求めることは、所得の低い人たちを特養ホームの入居から排除する可能性が高い。施設入所を希望しながら、経済的な理由で入居できないという状況をつくらないために、特養ホームの居住費部分を介護保険の給付対象とすべきである。将来、真に住居として整備される段階では、住宅手当制度等の創設を条件に介護保険とは別建てにすることも検討されて良い。

5. 保険料と保険財政のあり方について

(1) **【国庫負担の割合を現行の25%から介護保険導入前の水準の50%にもどし、国と地方自治体の公費負担を75%にすべきである。】**

(2) **【住民税非課税者については保険料負担を免除すべきである。第1号被保険者の保険料については所得に応じた保険料とする。所得は個人単位とし、住民税非課税者の保険料は免除すべきである。】**

第1号被保険者の保険料は5段階に区分され、基準額が住民税本人非課税者で、第2段階が住民税世帯非課税者、第1段階が老齢福祉年金受給者で住民税世帯非課税および生活保護の被保護者である。このように負担能力の違いは考慮されているものの、税負担を免除されている人も含めて区分しているため、負担能力のない人には負担を求めないという趣旨に反する仕組み

みになっている。

こうした仕組みを改善し、少なくとも住民税非課税者については保険料負担を免除すべきである。第1号被保険者の保険料については所得に応じた保険料とする。所得は個人単位とし、住民税非課税者の保険料は免除する。

同時に、これまでの費用負担構造を見直し、国や地方自治体の公費負担を引き上げることが必要である。少なくとも国庫負担の割合を現行の25%から介護保険導入前の水準の50%にもどし、国と地方自治体の公費負担を75%にすべきである。

(3)住民税非課税者については保険料負担を免除することが実施されるまでの間、保険料滞納者に対する保険給付の差し止め等の制裁措置を適用しないこと。

6．国や自治体の責任でサービス基盤整備について

【国や自治体の責任でサービス基盤整備を図るべきである。そのために基盤整備費を抜本的に強化し、特別養護老人ホームの建設費等に対する公費負担を建設費の4分の3に戻すべきである】

介護保険制度導入後、全国的に特別養護老人ホーム（以下、特養ホーム）の入所希望者が増加し、従来の措置制度下における特養ホーム待機者以上に多くの特養ホーム待機者を生み出している。特養ホームに対する利用待機の状態が発生する背景には、特養ホームが量的に不足し、また偏在していることと併せて、在宅福祉サービスが量的にも質的にも不足していることがある。このため、施設ケアが必要な人びとに加え、在宅での生活を望みながらも条件が整えられない人びとが施設ケアを選択することになる。

介護保険制度創設の基本理念の一つとして「被保険者の自由な選択による、被保険者にふさわしいサービスの提供」が示されている。しかし、入所したくても入所できない、もしくは、在宅にいたくても在宅にいられないという現実には、この基本理念に反するものである。そもそも「要介護」や「要支援」といった、個人の心身の状態の変化やどこで、誰と暮らしているのか等によって、「生活の場」は変更を余儀なくされるものではない。少なくとも、どこを「生活の場」とするのかをサービスを必要としている一人ひとりが選択する権利を持っており、そのことを可能とする公的責任によるサービス基盤の整備が必要である。

現在のサービス基盤整備、とりわけ特養ホーム等の建設については、市町村は保険料の大幅な引き上げになるため消極的にならざるを得ない状況がある。さらに、特養ホーム建設費等への国庫負担の削減や新型特養ホームへの居室部分等への国庫負担の廃止などによって、サービス基盤整備がきわめて困難な状況になっている。

このような事態を改善していくためには、国や自治体は基盤整備費を抜本的に強化し、特養ホームの建設費等に対する公費負担を建設費の4分の3に戻すべきである。

7．居宅介護支援事業者とケアマネジャーについて

(1)居宅介護支援事業者について

【介護支援事業者の中立・公正・独立性を確立する仕組みづくりを進めるべきである。】

介護支援事業者は法人であること、常勤のケアマネジャーの配置等の要件を満たしていれば

居宅介護支援事業者として指定を受ける。居宅支援事業者の開設法人は多くは施設又は居宅サービス事業者となっている。居宅支援事業者は各法人からは経営的にも人間的にも独立をしていなく、法人の理念・運営方針のもとに運営されている。このような中では中立・公正・独立性の実現はおぼつかないのが現状である。真に居宅支援事業者が中立・公正・独立性を確保できる仕組みづくりが求められる。

そのためには ケアマネジャーの研修内容を充実させなければならない。研修テーマは「人権擁護」についても深める必要がある。居宅支援事業者の運営について、サービス提供事業者からの独立性が確保されるよう、管理者やケアマネジャーがサービス提供事業所と兼務することの制限等が必要である。

(2)ケアマネジャーの業務について

【居宅介護支援の介護報酬を引き上げて、ケアマネジャーが一人当たり月30件程度の請求数で成り立つようにすべきである。】

利用者やその家族にとってケアマネジャーは重要な存在である。アセスメントをし、ニーズを的確につかむには、それ相応の能力と経験が求められる。信頼関係も築かなければならない。それには時間が必要である。しかし現実には、一人一人の利用者や家族にゆっくりと耳を傾ける時間的、精神的ゆとりが十分に確保されていない。ケアマネジャー1人あたり利用者の数は50人までという指標がある。50人の利用者として一ヶ月に全員の自宅に訪問してじっくりとお話を聞き、その関係するサービス提供者とも綿密な連携をとり、かかりつけ医との連携もし、ケアプランを作成し、必要時に担当者会議を開催し、それぞれの事業者が行った実績の確認(給付管理)までも行い、それらを確実に記録に残す、更新時には更新にかかる諸手続きの代行をする等々、これらの作業を事業所の営業時間内に100%終わらせることは無理である。今のままでは真面目なケアマネジャーは肉体的にも精神的にも限界にきている。

これを改善するためには、居宅介護支援の介護報酬を引き上げて、ケアマネジャーが一人あたり月30件程度の請求数で経営的に成り立つようにすべきである。

8. 医療を受ける権利の保障について

【医療を受ける権利の制限・侵害となっている介護報酬上の取り扱いは廃止すべきである。】

「高齢者のための国連原則」では「高齢者は発病を防止あるいは延期し、肉体・精神の最適な状態でいられるための医療を受ける機会が与えられるべきである。」と述べている。必要・十分な医療を受ける権利は憲法に規定された国民の権利である。ところがこの医療を受ける権利が介護報酬上の取り扱いによって、実際には侵害されている。

例えば、介護療養型医療施設入院患者が、他医療機関での治療を必要とした場合は、「所定単位数に代えて1日につき444単位を、月に4日まで算定する」こととなっており、必要な医療を提供するために他の医療機関へ受診させると医療施設側の報酬が極端に減額される扱いとなっている。医療施設側に多大な「持ち出し」を強いる算定制限は、入院している患者にとっては、必要な医療へのアクセスを阻害する要因となりかねない。他科受診の必要が発生した場合には、介護療養型医療施設は通常の施設サービス費を算定し、他科では医療保険の請求に制限を設けないようにしなければならない。医療を受ける権利の侵害につながる算定制限は廃止

すべきであり、必要十分な医療を受けることができるようにすべきである。

9．介護事業者のあり方について

【事業所指定基準の厳格化、徹底した情報公開、市町村および住民による事業監視、地域への責任、職員の質などをチェックする体制を整えながら、将来的には、介護事業者は非営利の組織のみが担うようにすべきである。】

介護保険では、措置制度で行われていた高齢者福祉の施策のうち介護の部分が契約方式に切り替えられ、利用者と介護事業者の契約をつうじてサービスが提供される仕組みに変わった。同時に、サービスの提供主体について、施設サービスを除いて営利・非営利を問わない方式が導入され、在宅介護部門に株式会社などの営利企業の参入がすすめられた。

こうした営利企業は、一定の利潤の確保とさらにより高い利潤を求めることが目的であり、利益が上がらなければいつでも撤退し、経営状況が悪化すれば倒産も避けられない。また、サービスの質についても、たとえば、訪問介護のような労働集約的な事業の場合、コスト削減による競争力強化は人員削減と労働条件の切り下げに直接結びつき、サービスを低下させる恐れがある。このような営利企業への依存がすすめば、利潤の対象になりにくい低所得者は介護事業者から逆選択される可能性が高くなる。また、営利企業は、過疎地域よりも、高額所得者がいる程度まとまって居住する都市部に参入しているので、介護事業者の地域的な偏在という問題が生じている。

本来、介護サービスとは、社会的に必要なサービスであり、基本的人権を保障するサービスである。経済的な負担能力にかかわらず、サービスを必要とする人々に必要なサービスが提供できるように、国や自治体には、サービスの量や質の確保にたいする最終責任がある。このように介護サービスは公的性格を有しており、介護事業者は、人権保障という事業の目的と性格にふさわしい組織が担うべきである。介護保険では都道府県から指定を受けた事業者が担うことになっているので、事業者の指定にあたっては、公的なサービスを担うにふさわしい高い倫理性と社会的責任を求める基準を設ける必要がある。当面、事業所指定基準の厳格化、徹底した情報公開、市町村および住民による事業監視、地域への責任、職員の質などをチェックする体制を整えながら、将来的には、介護事業者は非営利の組織のみが担うようにすべきである。

10．権利擁護について

介護保険制度に関わる権利擁護のしくみは、サービス提供事業者よりも弱い立場になりやすい「消費者としての高齢者」の権利擁護という視点で創設されたものである。権利擁護をうたいながら、国や地方自治体もつ権利保障の責任が曖昧にされ、介護保険審査会や国保連合会苦情110番等権利擁護の仕組みを利用しても介護保険制度そのものが起こしている人権侵害の問題解決には至らない。こういった大きな不備があることをふまえたうえで、以下の改善が必要と考える。

1．介護保険審査会への審査請求

(1) 手続き上の改善

【市町村は審査請求の広報と手続き上の援助を行うようにすべきである。】

保険料の徴収に関わることと介護認定に関わることについての審査請求を扱う機関は介護保険審査会だが、介護認定や保険料の決定に不服の場合でも、すぐに審査請求をおこなう人は少なく、まず第1次的相談窓口と位置づけられている市町村に相談し、それでも不服の場合、審査請求をおこなう。市町村の相談窓口は、不服を申し立てる相手（保険者）でもあるため、介護保険審査会への審査請求の権利を積極的に広報しているとはいえない。審査請求や裁判がお上にたてつくといった感覚が市町村に残っている現状がある。実際に審査請求をおこなおうとしている人に対して、取り下げを要求した自治体もあった程である。

市町村は最初の相談窓口として、審査請求の紹介、手続き上の援助を積極的に行う姿勢をもつよう権利擁護機能の強化を図るべきである。

【審査請求から裁決までを短縮すべきである。】

ある事例では、審査請求から裁決まで4ヶ月半を要し、その間に介護者は亡くなり、本人の状況はさらに悪化した。介護を必要とする人は、日々状態が変化しやすいことを考慮し、短時間で裁決に至るよう改善する必要がある。

【審査請求手続きの簡素化を図るべきである。】

審査請求は書面によらず、口頭でもできることを周知徹底すべきである。

【裁決書は弁明書、反論書、口頭意見陳述の内容がどのように反映されて裁決が出されたか申立人に明示すべきである。】

【再審査請求の制度がない現行法においては、介護保険審査会が保険者と被保険者の調停的役割を担うようにすべきである。】

(2) 制度の改善

【審査請求対象を保険給付等まで拡大すべきである。】

現在、審査請求できるのは、「要介護認定」「保険料」「加齢疾病条項」であるが、介護保険給付、利用料などについても審査請求ができるようにすべきである。

【再審査請求ができるようにすべきである。】

介護保険法による審査請求は、上級への申し立て制度がない。厚生労働省に再審査請求ができるようにすべきである。

【要介護認定に関する処分の決定については被保険者代表委員が関与できる仕組みにすべきである。】

介護保険審査会における要介護認定に関する処分の決定委員については、現在、公益代表委員のみで行われている。公正な処分決定が行われるためには、被保険者代表委員が関与できる仕組みに変更すべきである。

2. サービスの内容に関する苦情相談・解決

サービスの内容に関する苦情相談の制度としては、市町村の窓口、国保連合会、サービス提供事業者の苦情相談窓口、介護相談員派遣事業などがあるが、苦情相談が気軽にできるために以下の改善を行うべきである。

【啓発・広報活動を強化すべきである】

サービスに対する要望や苦情の申立てが権利であることの啓発活動や相談窓口の機能を広報

し、要望・苦情を出しやすい状況をつくるべきである。

【介護相談員派遣事業を充実させるべきである。】

利用者の意思・意見を上手に引き出したり、その表明を支援するといった機能をもつ介護相談員の派遣事業では、相談員数や実施施設数は年々増加している。しかし実施状況に地域間のばらつきがある。

介護保険施設は介護相談員派遣事業に協力するよう努めなければならない旨の規定が運営基準改正で設けられたので、すべての市町村が実施し、また既に実施している市町村では、介護相談員の増員と質の向上を図り制度の充実を行うべきである。

【第三者評価の範囲を広げるべきである。】

現在グループホームにのみ行われている第三者評価制度をすべてのサービスに広げるべきである。

3. サービス利用援助について

【福祉サービス利用支援事業（地域福祉権利擁護事業）を充実させるべきである。】

利用料が高いことや生活支援員の配置が少ないためニーズに応えきれていない現状がある。痴呆等による判断能力の低下した人は今後ますます増加する見込みである。必要な人がすぐに利用できるよう料金の改訂（応能負担）と生活支援員の養成、増員を行うべきである。

【成年後見制度利用支援事業を充実させるべきである。】

成年後見制度利用支援事業は申立てに要する経費や後見人等への報酬を市町村が助成する制度である。低所得者で支援が必要な人誰もが利用できるよう、制度の広報と予算の増額を行うべきである。