

●● 2014年9月30日(火) / 東京・タイム24

●●● 介護ウェーブ会議への報告

# 「改正」介護保険法、ガイドラインと 今後の取り組みについて

全日本民主医療機関連合会

事務局次長

介護・福祉部担当

林 泰則

# 「改正」介護保険法の施行に向けた動き

6月	総合法＝「改正」介護保険法成立 【附帯決議】(参院厚労委員会)	
7月	第6期計画「基本指針」 新総合事業「ガイドライン」	第6期計画策定作業 「改正」法対応準備
8月	次年度予算概算要求(～8月末)	
9月	人材確保指針見直し (介護～夏、福祉～秋)	
10月	政省令策定 (パブコメ等) 予算編成作業	都道府県・市町村議会 ～説明会の開催、パブコメ募集など～
11月		
12月	介護報酬改定の基本的な考え方 2015年度政府予算／改定率	都道府県・市町村議会 (第6期計画素案、保険料仮算定)
1月	介護報酬改定案「諮問」→「答申」	
2月		
3月		都道府県・市町村議会 (第6期計画・保険料決定、条例等制定)
4月	「改正」介護保険法施行 → ① 予防給付の見直し、② 特養の重点化 改定介護報酬実施	第6期計画スタート、介護保険料改定
8月	→ ③ 利用料引き上げ、④ 補足給付見直し	

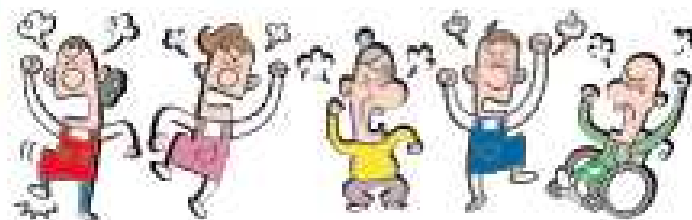
# 介護ウェブ方針

- ①「改正」介護保険法（医療・介護総合法）の内容・問題点を学び、知らせよう
- ② 利用者・家族、介護現場の声・要求を集約し、実施中止・制度改善を国・自治体に求めよう
  - ★ 請願署名「介護保険制度の改善と介護従事者の処遇改善を求める」
- ③ 介護保険の現状や「改正」法がこのまま実施された場合の影響を明らかにし発信しよう
  - ★ 介護保険制度に起因する困難事例調査、特養待機者調査、利用者・家族のひと言カード
- ④ 「附帯決議」などを足がかりにしながら、「改正」介護保険法をこのまま実施しないよう、国、自治体への働きかけを強めよう
- ⑤ 地域学習会・シンポジウムや「介護の日」の取り組みを幅広い共同の力で成功させよう
- ⑥ 共同組織とともに、地域社保協（都道府県・市町村議員）とも連携して進めよう

# こんな未来は許せない！

政府が描く、2025年の医療・介護の将来像。それは国にとって「安上がり」な医療・介護提供体制づくり。

政府は、医療提供の削減を「川上」、その受け皿となる在宅・介護提供の削減を「川下」と表現しました。その削減は、あたかも水が上から下へと流れるように、削減を入院（川上）から在宅（川下）へと押し進めることで入院の削減費を削減。そうすると、在宅や介護費用が増えるため、介護保険を収支して介護サービスを削減しようという「寄れ像」です。



## 医療の追い出し 「病院から追い出される」

### 入院ベッドの削減と入院日数の短縮

2025年に削減される病床数は約10万床。一方で高齢者と介護需要の急増から10万床以上の削減は困難。特に、高齢一患者に対する看護体制の削減は、高齢者の安全に懸念を招くため、削減の目標に合わせて、入院日数も大幅に短縮していく計画です。



## 「川上」医療の追い出し

## 「川下」介護の切り捨て

## 介護の切り捨て① 「訪問介護・デイサービスが受けられなくなる」

### 訪問介護者の訪問介護、デイサービスを縮小・打ち切り

「訪問介護は介護保険から削減される」 「訪問介護は介護保険から削減される」



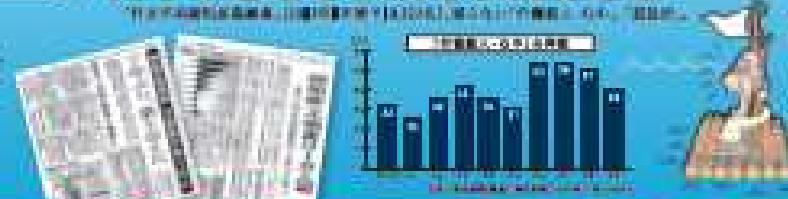
## 介護の切り捨て②

### 「医療費削減に協力」費用削減の目標、利用料2割削減の根拠は？



医療費削減の目標は、医療費が削減されて医療がなくなるというイメージ。医療費削減の目標は、医療費が削減されて医療がなくなるというイメージ。医療費削減の目標は、医療費が削減されて医療がなくなるというイメージ。

## 川下にもとどまれない人たちは...



## 政府が示す「将来像」は、拒否すべき「未来像」！

これから高齢化が進む日本、医療費・介護費用削減一辺倒では、安心した老後は実現できません！

## 介護の切り捨て③ 「特養に申し込めなくなる」

### 特養から要介護1・2を原則排除

特養から要介護1・2を原則排除



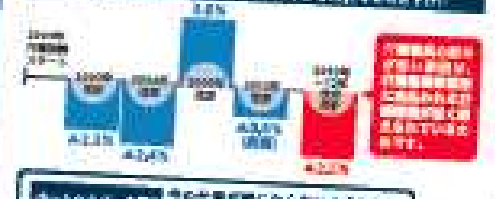
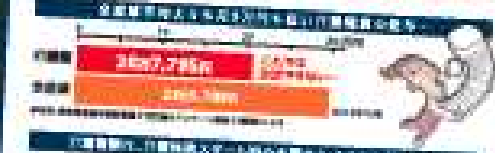
## 介護の切り捨て④ 「介護費は特養から出ていく」

### 施設の利用負担軽減制度（施設給付）を縮小

施設の利用負担軽減制度（施設給付）を縮小



## 介護現場は、もう限界

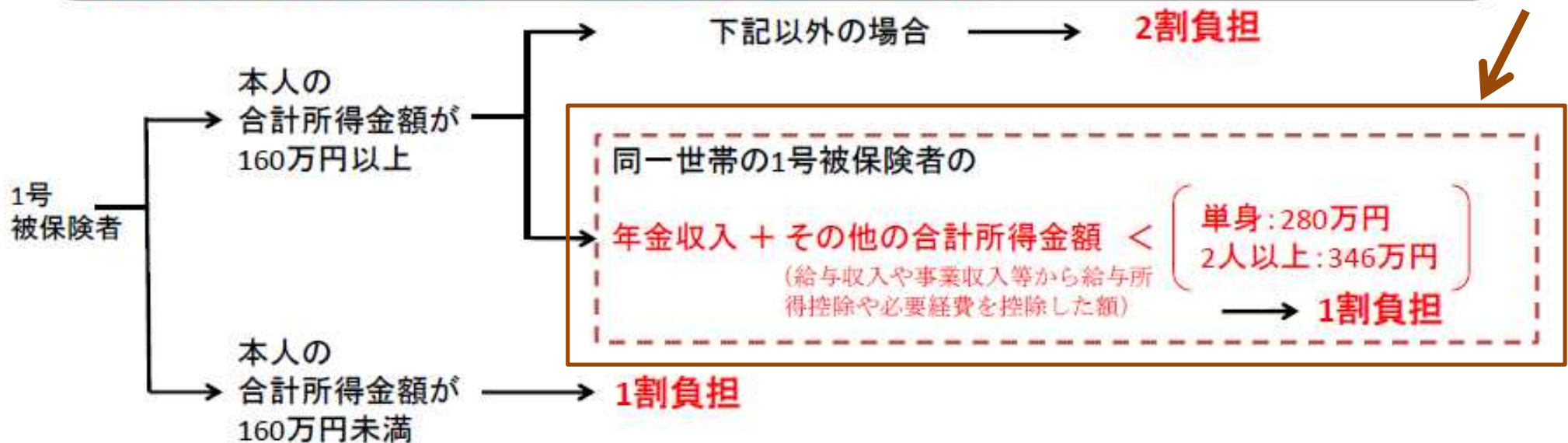


介護現場は、もう限界。介護現場は、もう限界。介護現場は、もう限界。

# 利用料2割負担は原案通りの所得線引きで実施(上位所得者20%)

## ◆ 判定基準案／厚労省事務連絡(2014年8月27日)

- 介護保険の自己負担が2割となる一定以上所得者については、基本的に1号被保険者である高齢者本人の合計所得金額(※1)により判定を行い、世帯の中でも基準以上(160万円以上(※2)、年金収入に換算すると280万円以上)の所得を有する方のみ利用者負担を引き上げることとする。
- しかしながら、
  - ・ その方の収入が給与収入、事業収入や不動産収入といった年金収入以外の収入を中心とする場合には、**実質的な所得が280万円に満たないケースがあること**
  - ・ 夫婦世帯の場合には、**配偶者の年金が低く、世帯としての負担能力が低いケースがあること**から、以下のように、その世帯の1号被保険者の年金収入等とその他の合計所得金額の合計が単身で280万円、2人以上世帯で346万円(※3)未満の場合は、1割負担に戻すこととする。



「加齢、重介護に伴い外出の機会、教養・娯楽費も減るなど支出構造が変わるため2割負担は可能」  
(中央社保協・レクチャーの際の厚労省からの回答／9月1日)



# 介護報酬改定に向けた動きが本格化／介護給付費分科会

## <2014>

### ● 4月～夏頃 総論議論＋事業者団体等ヒヤリング

- ・ 定期巡回、複合型サービス
- ・ 医療提供
- ・ 住まい
- ・ リハビリ、予防サービス
- ・ ケアマネジメント
- ・ 限度額
- ・ 補足給付、
- ・ 処遇改善(基準費用額)
- ・ 地域区分



### ● 秋頃～12月 在宅サービス、施設・居住系サービスについて議論(各論)

### ● 12月中旬 介護報酬・基準に関する基本的な考え方の整理・とりまとめ

【2015年度政府予算編成】＝改定率？

## <2015年>

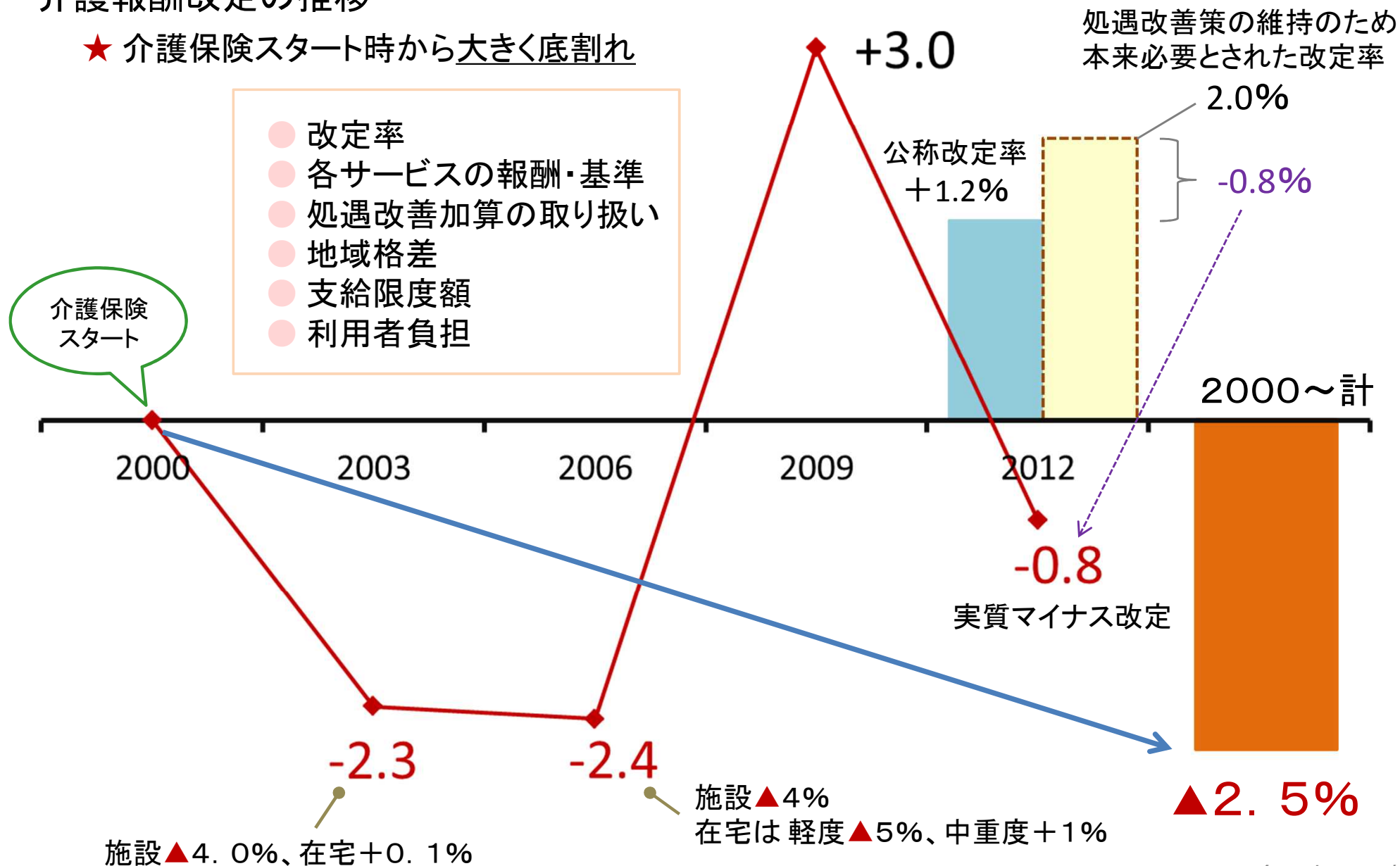
### ● 2015年1月 介護報酬改定案 諮問・答申

### ● 4月 介護報酬改定(※消費税率引き上げがあればあわせて対応)

# 介護報酬の「底上げ」・改善、実効ある処遇改善策を

## 介護報酬改定の推移

★ 介護保険スタート時から大きく底割れ



発行所 日本経済新聞社  
東京本社 03-3270-0251  
〒100-8555 東京都千代田区大手町1-3-7  
大阪本社 06-6943-7111  
名古屋支社 052-243-3311  
西宮支社 079-2473-3308  
札幌支社 011-281-3211

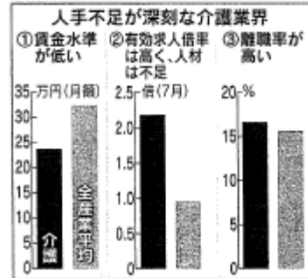


購読のお申し込み  
0120-21-4946  
<http://www.nikkei4946.com/>  
日経電子版  
<http://www.nikkei.com/>  
お問い合わせ 0120-21-0000  
0120-24-2146

# 介護職員賃上げへ

## 15年度、月1万円人手を確保

政府は2015年度から介護職員の賃金を引き上げる。介護サービス事業者が受け取る介護報酬(3面きょう)には、職員の賃金を増やす原資を加算する。月額1万円程度の増額を目指す。介護は人手不足が深刻なため、賃上げで人材の確保につなげる。賃金以外に払う介護報酬は抑え、介護を支えるための保険料や税の負担増を抑える方向だ。



## 賃金以外の介護報酬抑制

介護サービスの公定価格である介護報酬は3年ぶりに1度改定している。15年度の改定で、介護事業

者が職員の給与を引き上げて昇給する賃金体系を整えた場合、加算を増額する。厚労省の諮問機関である社会保障審議会

年末までに具体案をまとめる。月給22万円の職員の場合、月1万円増額すれば4%の賃上げとなる。介護職員の賃金を上げるのは、高齢者の増加に伴い、介護の担い手不足が深刻になる懸念があるためだ。産業界の人手不足の影響もあり、介護事業者は人員確保に苦勞している。7月の介護サービスの有効求人倍率は2・1倍と全産業の0・95倍の2倍以上だった。厚労省の調査では介護職員の平均月給は23万8千円、在宅向けの訪問介護を手がけるホームヘル

パーにすると21万8千円にとどまる。産業界の平均月給32万4千円を10万円前後も下回る。12年度の介護報酬改定で導入した処遇改善加算

厚労省は15年度の報酬加算拡充では対象を昇進・昇給ルールを盛り込んだ賃金体系を整えた事業者者に限定する。実際に事業者が加算部分を基本給

に反映させたかなを点検することも検討する。社会福祉法人などで小規模な介護事業者では、昇給の賃金体系がないところも目立つ。収入の見通しをたてられないことが離職の一因となっている。介護職員は12年度時点ですべて全国に約168万人いる。産業界では今春、賃上げの動きがはじり、大企

## 日本企業格上げ相次ぐ

### 4～9月20社 好業績・円安で信用力

業績回復や円安・株高で前年同期の2倍の20社を前週に日本企業の信用力が高まっている。2014年4～9月は、ブリドジャートや伊藤忠商事などの資金調達が可能にな

## 日経と日経BP 電子書籍ストア統合

日本経済新聞社は電子書籍の販売サイト「日経ストア」と日経BP社の「日経BPストア」を11月中旬に統合し、統合電子書籍ストア「日経BPストア」に一本化します。日経グループのすべての電子書籍が一つのサイトで買えるようになるほか、サイトをリニューアルしてサービスを充実させてまいります。これまでBPストアで購入していた電子書籍は、日



## 介護人材確保の方向性について(中間整理メモ)(1/2)

### (基本的な考え方)

- 介護人材は、地域包括ケアシステムの構築に不可欠の社会基盤であり、その確保は最重要の課題。
- 今後、「量」と「質」の好循環の確立、すなわち、多くの人材が介護に従事し、切磋琢磨を通じて資質の向上が促され、社会的・経済的評価が高まり、介護という仕事の魅力がさらに高まる循環を生み出すことが重要。
- また、生産年齢人口の減少や他業種への人材流出も懸念される中、将来の担い手たる若者や学生に「選ばれる業界」への転換を図るとともに、女性や高齢者等の潜在的な労働力のさらなる活用が求められる。
- 介護人材確保については、賃金水準の問題のみならず、より総合的・中長期的な視点で取り組むことが肝要。このため、「参入促進」「資質の向上」「労働環境・処遇の改善」の視点からの対策を総合的に講じる必要。
- 特に、個別の地域や事業者のレベルでは、革新的な動きも見られ、それらの活動を横展開させていくことや、意欲的な取組が報われる業界としていくことが重要。
- これらの観点から、本検討会で議論を進めてきたが、今後の方向性として、以下の11の方向性を整理したもの。今後さらに具体化に向けた議論を進めることが必要。

### 参入促進

#### 1. 3つの魅力～「深さ」と「楽しさ」と「広さ」～の発信

介護という仕事の3つの魅力を介護現場から、社会全体、特に将来の担い手たる学生や保護者・教員に向けて発信する。「深さ」とは、専門性に基つき高齢者の尊厳の維持と自立を支えること、「楽しさ」とは、自ら考え工夫した結果が利用者の生活の質の向上として現れ、地域のまちづくりにもつながること、「広さ」とは、働き方の選択肢の多さや産業としての拡がりの可能性があること。

#### 2. 若者に選ばれる業界への転換

介護業界が「若者に選ばれる業界」へ生まれ変わるため、経営者の意識改革や多様な人材の活用を図り、経営力・採用力の向上やIT化等を推進する。

#### 3. 女性や中高年齢者層の参画

子育て中・後の女性や、第2の人生のスタートを控えた中高年齢者層が介護分野での就労を含め、ケアの担い手として多様な形で参加できる環境整備を促進する。

#### 4. 他業界に負けない採用戦略

求人にあたって経営理念の「見える化」や給与体系の整備など「他業界並み」の採用戦略を持つよう促す。また、福祉人材センターの機能向上やハローワークとの連携を図り、求人・求職のマッチングを強化する。



## 介護人材確保の方向性について(中間整理メモ)(2/2)

資質の向上	<p>5. 多様な働き方や機能に応じたキャリアアップの実現 介護人材について、専門性を追求する人材、マネジメントを担う人材、一定の領域に特化し従事する人材など、働き方や求められる機能に応じた類型化を進める。多様な人材のキャリアパスを整備し、意欲ある者は学び、キャリアアップが図れる環境を実現する。</p>
	<p>6. 介護福祉士の専門性と社会的評価の向上 介護福祉士について、地域包括ケアに対応し、社会的評価向上につながるよう、継続的に専門性を高め、介護職の中核的な役割を担う存在として明確に位置づける。また、離職した介護福祉士が介護の現場に再就業しやすい環境整備を進める。</p>
	<p>7. 介護福祉士資格取得方法見直しに向けた取組（具体的内容は次ページを参照） 介護福祉士の資格取得方法について、中期的には6の観点を踏まえた介護福祉士の在り方と併せた検討を進める。当面は、すそ野の拡大の観点から、実務経験ルートにおける実務者研修を受講しやすい環境づくり、養成施設ルートにおける国家試験義務付けの延期、福祉系高校ルートにおける通信課程の活用を検討を行う。</p>
	<p>8. 小規模事業所の共同による人材育成支援 小規模事業所の魅力を活かしつつ、共同による研修体制の構築や人事交流などを支援し、キャリア向上支援のための環境を構築する。</p>
労働環境・処遇の改善	<p>9. マネジメント能力・人材育成力の向上 求職者に「選ばれる」とともに、就業者が「安心して働き続けられる」事業所となるよう、賃金水準の改善とともに、マネジメント能力・人材育成力の向上や技術革新の積極的な導入を促す。このため、優れた取組を行う事業者への評価・認証や、情報公表を推進する。</p>
全体的な視点	<p>10. 学校・企業などあらゆる主体と連携する「場」の創設による地域ぐるみの人づくり 介護人材を「地域全体で育み、支える」環境を整備する。このため、地方自治体が、介護事業者をはじめ、養成機関、労働関係機関、学校、一般企業と連携しつつ、地域のあらゆる主体と問題意識や取組の方向性を共有するための「場」を設ける。また、学校教育、企業内研修、地域住民への啓発活動を進める。</p>
	<p>11. グランドデザインの構築 上記の取組を実効的なものとするため、地域包括ケアシステムの構築に向け、国は関係者の参画のもと10年間で念頭に置いた介護人材に係るグランドデザインを描く。それをもとに、地域の関係者が同じ方向感を持ち、施策のPDCAを図りながら、役割に応じた取組を主体的に進める。</p>

# 国に対する要請（全日本民医連）

## 介護保険制度の改善と介護従事者の処遇改善を求める 請願署名

### 【請願項目】

- 1 要支援者がこれまでの生活を継続できるよう、市町村にたいして、財源の確保をふくめた支援を行うこと
- 2 特養ホームを大幅に増やすこと
- 3 利用料の2割化をはじめ、サービス利用や施設入所を困難にする費用負担の引き上げをやめること
- 4 介護報酬を大幅に引き上げるとともに、国の責任で介護職員の確保・処遇改善のための施策を早急に講じること
- 5 以上を実施するために、介護保険財政に対する国の負担割合を引き上げること

年内20万筆の集約目標

2015年通常国会に提出

R



# 自治体に対する働きかけのポイント

- ① 制度改悪の「防波堤」の役割発揮を求める（地方自治法「住民の福祉の増進」）
  - 「新総合事業」の実施に向けて（2015～16年度中に全市町村で開始）
    - ・ 「附帯決議」に則り、本人の意向が尊重され、専門職による専門的サービス、多様な生活支援サービスが適切に保障される事業として設計・実施させる
    - ・ 新総合事業への必要な財政保障など自治体として国に要請するよう求める
  - 「特例入所」（要介護1、2の特養入所）への対応
  - 地域ケア会議の適切な運営 （1）困難ケースへの対応、（2）地域課題の抽出
  - 地域包括支援センターの体制強化、財政的保障の適切な運営
  - 自治体独自施策の実施・拡充－利用料の独自減免、上乘せ・横出しサービス

## ② 第6期介護保険事業計画に対して

- 計画策定に対する住民参加の保障
- 現状評価、第6期計画の検討、基本方針の確認
- 地域の実態・要求に基づく具体的な提案
  - － 特養増設、低所得者向け住まいの確保、24時間訪問サービス等の整備など
- 第6期介護保険料の据え置き、引き下げ

地域に何が必要とされているか  
今後、何が必要になるか

※ 9月、12月、来年3月の都道府県・市町村議会を節目に

※ 策定作業を民間調査会社に委託（丸投げ）している自治体あり、行政の関与は？

例：「サーベイリサーチセンター」～八王子市（14・17年）、青梅市（11・13・20年）…など

# 第6期計画策定へ - 地域包括ケアを推進するのは市町村

2025年を見据えた第6期介護保険事業計画の位置づけ



〈なぜ、2025年？〉

- ① 地域包括ケアの実現を展望
- ② 保険料負担という具体的な数字を実感しながら計画化する

原(前)老健局長



第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる 地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート



良い地域包括ケアと  
悪い地域包括ケアが  
できていくだろう

格差は  
想定内

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け「地域包括ケア計画」として、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくべきではないか。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を求めることとしてはどうか。
- また、地域包括ケアシステムを構成する各要素に関する取組について、新たに実施する事業も含め、地域の将来を見据えたより具体的な記載を求めることとしてはどうか。

# 第5期介護保険事業計画におけるサービス量見込み ⇒ 実績

2011年度(実績)※1

2014年度  
サービス量見込み(確定値)※2

(参考)2015年度  
改革シナリオ※3

在宅介護	314 万人／日	348 万人／日 (11%増)	361 万人／日 (15%増)
うちホームヘルプ	130 万人／日	148 万人／日 (14%増)	- 万人／日 -
うちデイサービス	205 万人／日	234 万人／日 (14%増)	- 万人／日 -
うちショートステイ	38 万人／日	43 万人／日 (13%増)	- 万人／日 -
うち訪問看護	30 万人／日	34 万人／日 (13%増)	37 万人／日 (23%増)
うち小規模多機能	6 万人／日	9 万人／日 (50%増)	10 万人／日 (67%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	- 万人／日	2 万人／日 -	1 万人／日 -
うち複合型サービス	- 万人／日	1 万人／日 -	- 万人／日 -
居住系サービス	32 万人／日	41 万人／日 (28%増)	38 万人／日 (19%増)
特定施設	16 万人／日	21 万人／日 (31%増)	18 万人／日 (13%増)
認知症高齢者グループホーム	16 万人／日	20 万人／日 (25%増)	20 万人／日 (25%増)
介護施設	89 万人／日	99 万人／日 (11%増)	106 万人／日 (19%増)
特養	47 万人／日	56 万人／日 (19%増)	57 万人／日 (21%増)
老健(+介護療養)	42 万人／日	43 万人／日 (2%増)	49 万人／日 (17%増)



## 第6期計画のポイント（市町村）

### ①2025年のサービス水準等の推計

各保険者は計画期間中の給付費を推計して保険料を算定するだけでなく、いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる2025年のサービス水準、給付費や保険料水準なども推計し、市町村介護保険事業計画に記載する。

推計に当たっては、各保険者におけるサービスの充実の方向性、生活支援サービスの整備等により2025（平成37）年度の保険料水準等がどう変化するかを検証しながら行うこと。

### ②在宅サービス・施設サービスの方向性の提示

「地域包括ケア計画」として、在宅サービス、施設サービスをそれぞれの地域で今後どのような方向性で充実させていくか、地域の特徴を踏まえて中長期的な視点をもって各保険者として方向性を提示する。

その際には、75歳以上高齢者、認知症の高齢者など医療と介護の両方を必要とする人の増加に対応し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス及び小規模多機能型居宅介護などの普及が重要。

### ③生活支援サービスの整備

日常生活上の支援が必要な高齢者が地域で安心して在宅生活を継続できるよう、ボランティア、NPO、協同組合等の多様な主体による多様な生活支援サービスを充実強化するための取組を記載する。

平成29年4月までに新しい総合事業を開始し、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を第6期中に事業へ移行することを踏まえ、コーディネータの配置などにより、地域づくりを積極的・計画的に進めることを期待。

### ④医療・介護連携・認知症施策の推進

新たに地域支援事業に位置付けられる医療・介護連携の機能、認知症への早期対応などについて必要な体制の整備など各市町村の第6期における取組方針と施策を示す。第6期期間中に取組可能な市町村から順次具体的に実施。

### ⑤住まい

高齢者の日常生活の支援や保健・医療・介護などサービス提供の前提となる住まいに関して、今後どのような方向性で充実させていくか、保険者として方向性を提示する。その際、市町村及び都道府県の住宅関係の計画担当部局、介護保険部局との連携を図る。

※ 厚労省・介護保険担当課長会議資料（2014・7・28）

「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（案）について」

Y-HAYASHI @ 全日本民医連



## 第6期計画のポイント（都道府県）

### ①医療・介護連携等の市町村支援

市町村の地域支援事業に新たに医療・介護連携等が位置付けられるが、在宅医療体制の整備や医療・介護連携に向けた取組などはこれまで市町村になじみがないことから、都道府県がより広域的な立場から行う市町村への後方支援・広域調整の具体的取組を明確に示す。

### ②2025年の人材推計

今後更にサービス量の増大が見込まれる2025年に向けて介護人材の確保と資質の向上を図ることが必要であることから、市町村のサービス量見込を踏まえて、各都道府県の計画期間中・2025年の介護人材等の必要量を推計する。併せて、その結果必要となる介護人材の確保・育成のための具体的取組を示す。

### ③医療計画との整合性

高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の一体的な確保を図るために、都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画を一体的に強い整合性を持った形で策定することを踏まえ、今後策定される地域医療構想の指針を見ながら医療計画との連携の密度を高めていく。

### ④高齢者居住安定確保計画との調和

高齢者の日常生活の支援や保健・医療・介護などのサービスが提供される前提となる住まいに関して、市町村介護保険事業計画を踏まえた供給目標や取組を示す。その際には公営住宅、高齢者に対する賃貸住宅や老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム等）の整備活用が重要。そのため、都道府県の住宅関係の計画担当部局、市町村の介護保険部局及び住宅担当部局との連携を図る。

※ 厚労省・介護保険担当課長会議資料（2014・7・28）

「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（案）について」

Y-HAYASHI @ 全日本民医連



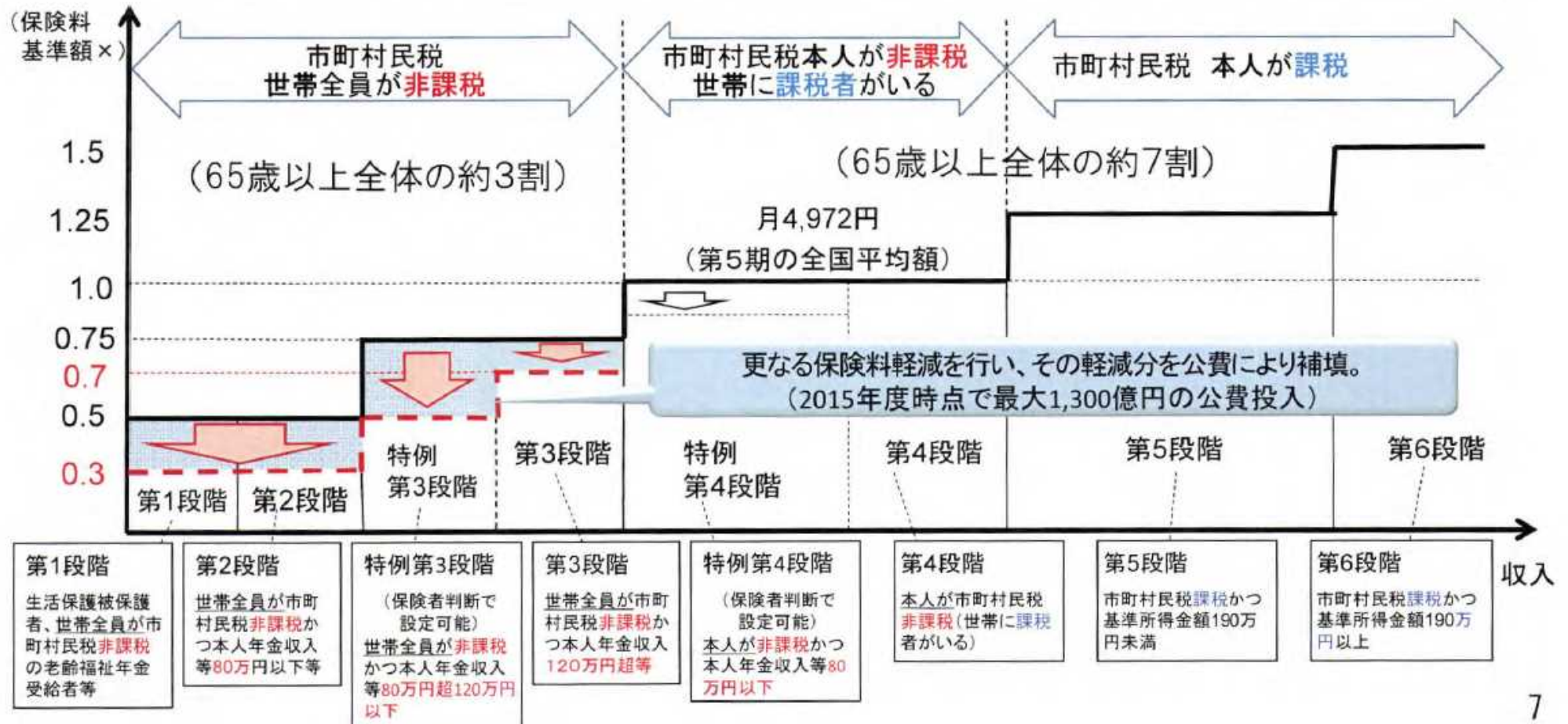
# 低所得者の保険料軽減強化 (一般財源の投入)

〔見直し案〕

- 給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化。
- 平成27年度(第6期介護保険事業計画)から実施。

現行 27年度～

第1・第2段階	0.5 → 0.3
特例第3段階	0.75 → 0.5
第3段階	0.75 → 0.7



# 保険料減免「三原則」(厚労省)

## ① 「個別申請により判定」

介護保険制度においては、保険料を所得に応じて原則 6 段階設定とすることなどにより、所得の低い方への必要な配慮を行っているところである。こうした方法以外で、更に一定の収入以下の者について、収入のみに着目して一律に減免措置を講じることは、正確な負担能力を個々具体的に判断しないまま減免を行うこととなり、不公平である。

## ② 「減額のみ」(全額免除は行わないこと)

介護保険は、40 歳以上の国民が皆で助け合う制度であり、64 歳以下の現役世代がすべて保険料を支払っている中で、一部とはいえ、高齢者が保険料をまったく支払わないということは、この助け合いの精神を否定することになる。

なお、保険料の免除ではなく、制度の枠外での現金支給についても、保険料の免除と同じ結果となる措置は、実質的に助け合いの精神を否定することには変わらない。

## ③ 「保険料財源」(保険料減免に対する一般財源の繰入を行わないこと)

介護保険の費用は、高齢者の保険料が原則 21%、市町村の一般財源が 12.5%というように、それぞれ負担割合が決められている。このうち、高齢者の保険料は、高齢者の方にも助け合いに加わっていただくために、支払っていただいているものであり、それを減免し、その分を定められた負担割合を超えて他に転嫁することは、助け合いの精神を否定することになる。したがって、低所得者へ特に配慮する場合には、高齢者の保険料で負担すべきものと定められた枠の中で、被保険者の負担能力に応じた保険料額とすることにより、対応すべきである。

## 単独減免の実施状況

調査時点	単独減免実施保険者数 (A)	うち3原則遵守保険者数 (B)	B / A
13年4月1日現在	134	43	32.1%
14年4月1日現在	420	308	73.3%
15年4月1日現在	695	622	89.5%
16年4月1日現在	841	754	89.7%
17年4月1日現在	771	692	89.8%
18年4月1日現在	555	505	91.0%
19年4月1日現在	551	501	90.9%
20年4月1日現在	551	499	90.6%
21年4月1日現在	542	487	89.9%
22年4月1日現在	529	479	90.5%
23年4月1日現在	520	473	91.0%
24年4月1日現在	519	481	92.7%
25年4月1日現在	524	490	93.5%

厚労省・平成25年度介護保険事務調査集計結果(2014年3月10日)



# チェックしましょう！！

## 7・28 介護保険担当課長会議資料



<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000052337.html>

< ワム・ネット or 「老健局 課長会議」 > で検索

### 主な資料

- 第6期介護保険事業計画「基本指針」 → 介護保険計画課
- 特養の機能の重点化 → 高齢者支援課
- 費用負担関係（利用料・補足給付） → 介護保険計画課
- 新総合事業ガイドライン → 振興課



# ここからは、課長会議の資料を 使ってお話します。 (一部スライドで補足します)



# 「総合事業」導入に伴うサービス体系の見直し

## 給付

■ 介護給付(要介護1～5)

■ 予防給付(要支援1、2)・・・訪問看護、訪問リハ等

訪問介護・通所介護

## 事業（地域支援事業）

■ 介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)

● 介護予防・生活支援サービス事業

● 訪問型サービス

- ・ 現行の訪問介護相当サービス
- ・ 訪問型サービスA(基準緩和サービス)
- ・ 訪問型サービスB(住民主体の支援)
- ・ 訪問型サービスC(短期集中予防サービス)
- ・ 訪問型サービスD(移動支援)

● 通所型サービス

- ・ 現行の通所介護相当サービス
- ・ 通所型サービスA(基準緩和サービス)
- ・ 通所型サービスB(住民主体の支援)
- ・ 通所型サービスC(短期集中予防サービス)

● その他の活支援サービス(配食、見守り、訪問型・通所型サービスに準じる自立支援)

●● 介護予防マネジメント・・・マネジメントA、マネジメントB(簡略型)、マネジメントC(初回のみ)

● 一般介護予防事業・・・介護予防把握・啓発・活動支援・評価、地域リハビリ活動支援事業)

■ 包括支援事業

● 地域包括支援センターの運営 ～「地域ケア会議」の充実

● 在宅医療・介護の連携推進

● 認知症施策の推進(初期集中支援チーム、地域支援推進員 等)

● 生活支援サービスの基盤整備(「生活支援コーディネーター」の配置、「協議体」の運営等)

■ 任意事業

● 介護給付費適正化事業 ● 家族介護支援事業 ● その他の事業

<介護保険制度外> ■ その他市町村実施事業(移動支援、宅配、訪問理美容サービス等) ■ 民間市場でのサービス提供

※ 厚労省「ガイドライン(案)」より作成

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

# 介護予防・生活支援サービス事業

## ① 訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	訪問介護	訪問型サービスA 緩和した基準によるサービス	訪問型サービスB 住民主体による支援	訪問型サービスC 短期集中 予防サービス	訪問型サービスD 移動支援
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース</li> <li>● 以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者</li> <li>・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等</li> </ul> </li> </ul> <p>★ 状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。</p>	<p>→</p> <p>★ 状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・体力の改善に向けた支援が必要なケース</li> <li>・ADL、IADLの改善に向けた支援が必要なケース</li> </ul> <p>※3～6カ月の短期間で行う</p>	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者 指定【みなし指定】	事業者 指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員（訪問介護事業者）	主に雇用労働者	ボランティア主体（有償・無償）	保健・医療の専門職（市町村）	

★ 現行の介護予防訪問介護相当のサービスを利用する場合や訪問型サービスAを利用する場合については、一定期間後のモニタリングに基づき、可能な限り住民主体の支援に移行していくことを検討することが重要

## ② 通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

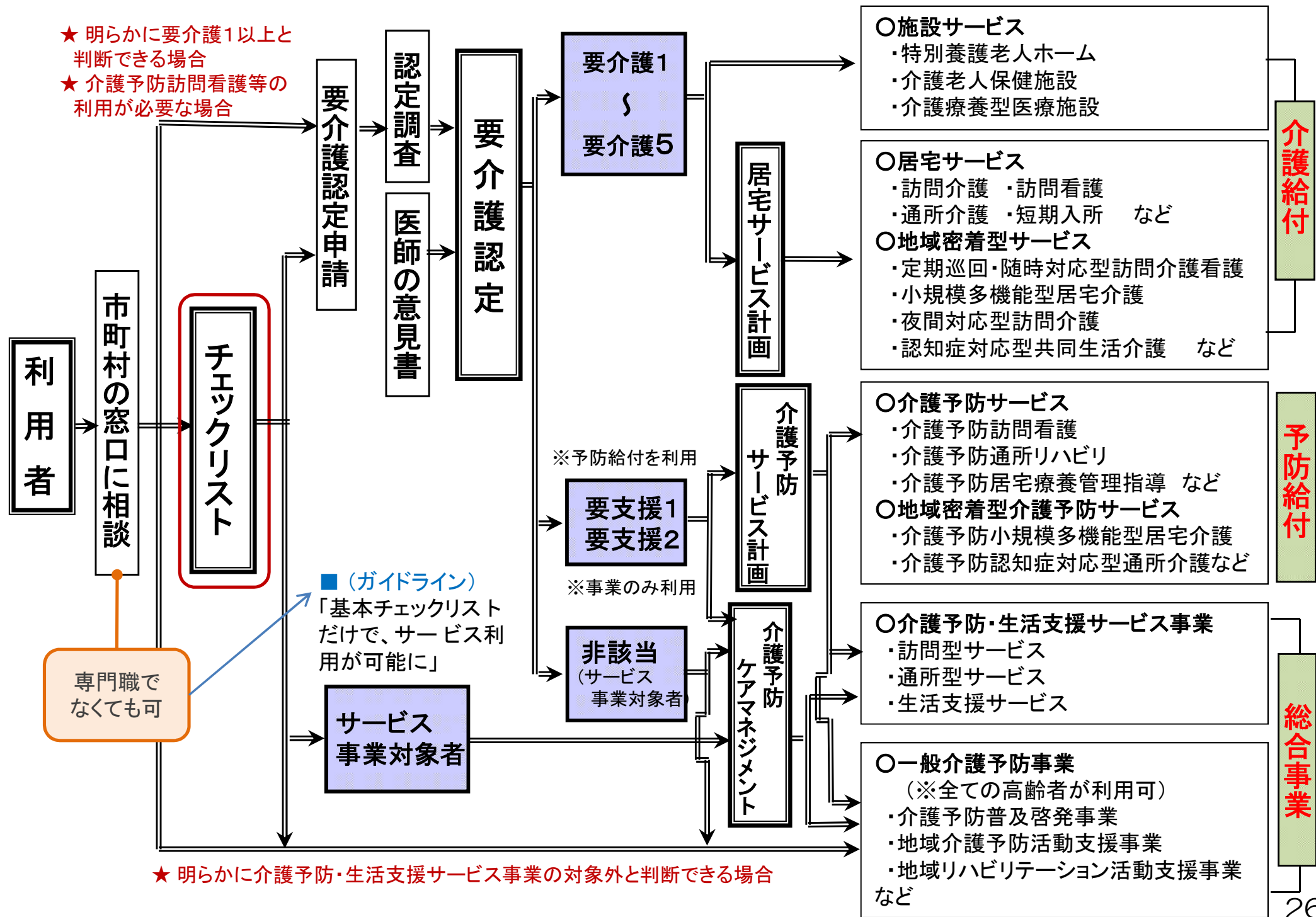
基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	通所介護	通所型サービスA 緩和した基準によるサービス	通所型サービスB 住民主体による支援	通所型サービスC 短期集中予防サービス
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、 自主的な通いの場	生活機能を改善するための 運動器の機能向上や栄養 改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース</li> <li>● 「多様なサービス」の利用が難しいケース</li> <li>● 集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース</li> </ul> <p>★ 状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要</p>	<p>★ 状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進</p>		
実施方法	事業者指定【みなし指定】	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者（例）	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 ＋ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 （市町村）

## ③ その他の生活支援サービス

- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等）からなる。

# サービス利用の流れ

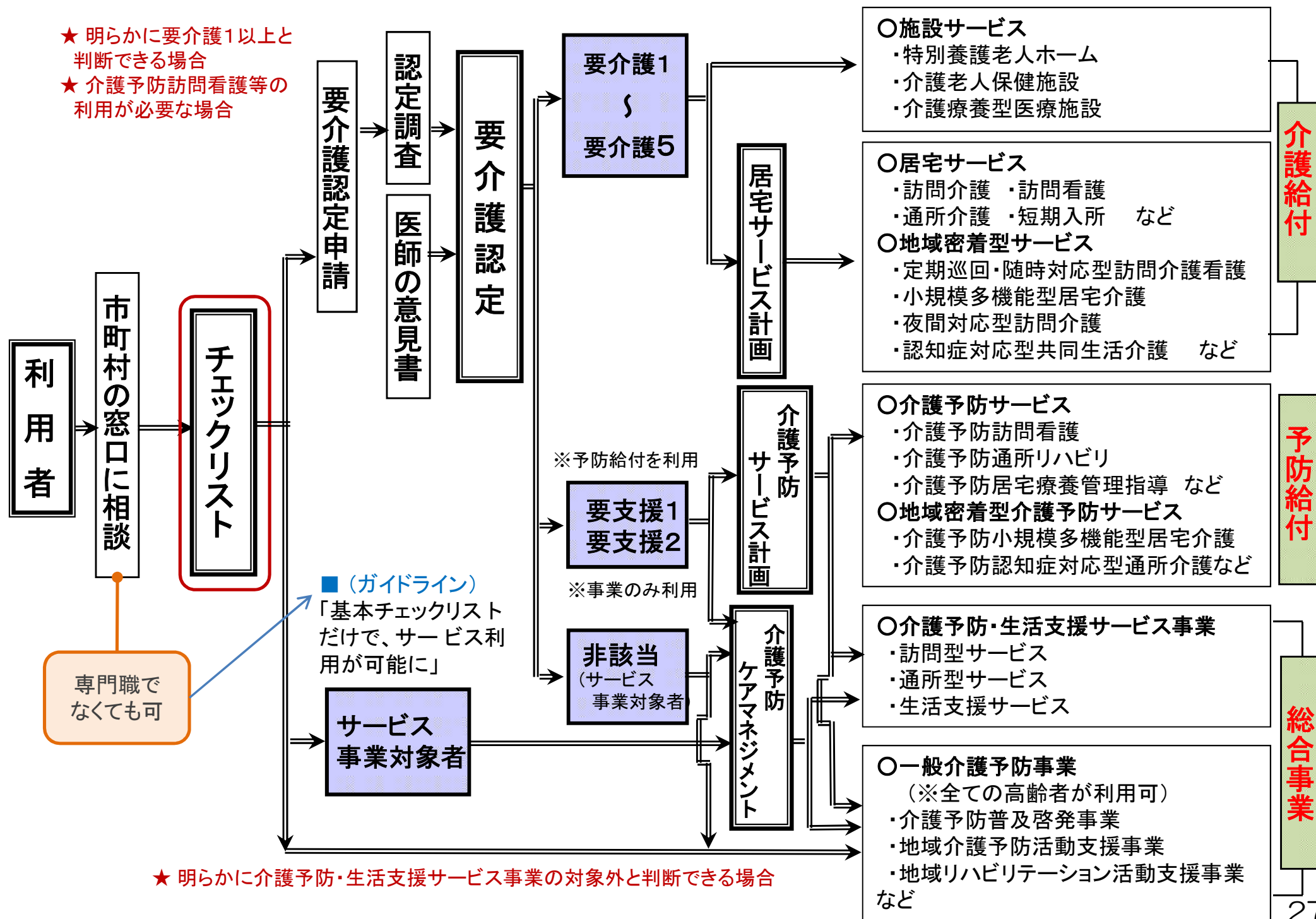
※ 厚労省「介護保険担当課長資料(2014・7・28)」に追記





# サービス利用の流れ

※ 厚労省「介護保険担当課長資料(2014・7・28)」に追記





# 介護予防ケアマネジメント(3類型)と報酬

ケアマネジメントプロセス	ケアプラン	利用するサービス		サービス提供開始月	2月目(翌月)	3月目(翌々月)	4月目(3ヶ月後)
原則的な ケアマネジメント <b>ケアマネジメントA</b>	作成あり	指定事業者 のサービス	サービス担当者 会議	○	×	×	○
			モニタリング等	— (※1)	○ (※1)	○ (※1)	○ (面接による) (※1)
			報 酬	基本報酬 +初回加算(※2)	基本報酬	基本報酬	基本報酬
		訪問型C・ 通所型C サービス	サービス担当者 会議	○	×	×	○
			モニタリング等	—	○	○	○
			報 酬	基本報酬 +初回加算	基本報酬	基本報酬	基本報酬
簡略化した ケアマネジメント <b>ケアマネジメントB</b>		その他 (委託・補助)の サービス	サービス担当者 会議	△ (必要時実施)	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	△ (必要時実施)
			報 酬	(基本報酬-X-Y) +初回加算 (※3)	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y
初回のみ のケアマネジメント <b>ケアマネジメントC</b>	作成なし ケアマネ ジメント 結果の 通知	その他 (委託・補助)の サービス	サービス担当者 会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報 酬	(基本報酬+初回加算)を 踏まえた単価 (※4)	×	×	×
		一般介護 予防・民間 事業のみ	サービス担当者 会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報 酬	(基本報酬+初回加算)を 踏まえた単価 (※4)	×	×	×

- 地域包括支援センター、必要な場合はケアマネ事業所にも委託可能
- 望ましい体制としては、① 地域包括支援センターがすべての介護予防マネジメントを行う  
② 初回の介護予防マネジメントは地域包括支援センターが行う……等

自立支援型  
マネジメント

# 訪問型サービス(第一号訪問事業)の基準

未定稿

	現行の訪問介護相当のサービス (現行の基準と同様)	緩和した基準によるサービス	住民ボランティア・住民主体の自主活動 (必ず遵守すべき基準)
訪問事業の基準	<p>・管理者※1 常勤・専従1以上</p> <p>・訪問介護員等 常勤換算2.5以上 【資格要件:介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者】</p> <p>・サービス提供責任者 常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人に1人以上 ※2 【資格要件:介護福祉士、実務者研修修了者、3年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者】</p> <p>※1 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。 ※2 一部非常勤職員も可能。</p>	<p>・管理者※ 専従1以上</p> <p>・従事者 必要数 【資格要件:介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者】</p> <p>・訪問事業責任者(仮称) 従事者のうち必要数 【資格要件:従事者と同じ】</p> <p>※ 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。</p>	<p>・従事者 必要数</p>
設備	<p>・事業の運営に必要な広さを有する専用の区画</p> <p>・必要な設備・備品</p>		<p>・事業の運営に必要な広さを有する区画</p> <p>・必要な設備・備品</p>
運営	<p>・個別サービス計画の作成</p> <p>・運営規程等の説明・同意</p> <p>・提供拒否の禁止</p> <p>・訪問介護員等の清潔の保持・健康状態の管理</p> <p>・秘密保持等 事故発生時の対応</p> <p>・廃止・休止の届出と便宜の提供 等 (現行の基準と同様)</p>	<p>・必要に応じ、個別サービス計画の作成</p> <p>・従事者の清潔の保持・健康状態の管理</p> <p>・従事者又は従事者であった者の秘密保持</p> <p>・事故発生時の対応</p> <p>・廃止・休止の届出と便宜の提供</p>	<p>・従事者の清潔の保持・健康状態の管理</p> <p>・従事者又は従事者であった者の秘密保持</p> <p>・事故発生時の対応</p> <p>・廃止・休止の届出と便宜の提供</p>

※ 赤字・下線は、市町村が基準を定める際に、法令により必ず遵守すべき事項。それ以外は、市町村が基準を策定するに当たっての参考例。

※ 厚労省・介護保険担当課長会議資料(2014・7・28)



# 通所型サービス(第一号通所事業)の基準

未定稿

	現行の通所介護相当のサービス (現行の基準と同様)	緩和した基準によるサービス	住民ボランティア・住民主体の自主活動 (必ず遵守すべき基準)
人員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者※ 常勤・専従1以上</li> <li>・生活相談員 専従1以上</li> <li>・看護職員 専従1以上</li> <li>・介護職員 ～15人 専従1以上 15人～ 利用者1人に専従0.2以上 (生活相談員・介護職員の以上は常勤)</li> <li>・機能訓練指導員 1以上</li> </ul> <p>※ 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者※ 専従1以上</li> <li>・従事者 ～15人 専従1以上 15人～ 利用者1人に必要数</li> </ul> <p>※ 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従事者 必要数</li> </ul>
設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食堂・機能訓練室(3㎡×利用定員以上)</li> <li>・静養室・相談室・事務室</li> <li>・消火設備その他の非常災害に必要な設備</li> <li>・必要なその他の設備・備品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスを提供するために必要な場所(3㎡×利用定員以上)</li> <li>・必要な設備・備品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスを提供するために必要な場所</li> <li>・必要な設備・備品</li> </ul>
運営	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別サービス計画の作成</li> <li>・運営規程等の説明・同意</li> <li>・提供拒否の禁止</li> <li>・<u>従事者の清潔の保持・健康状態の管理</u></li> <li>・<u>秘密保持等</u></li> <li>・<u>事故発生時の対応</u></li> <li>・<u>廃止・休止の届出と便宜の提供</u> 等</li> </ul> <p>(現行の基準と同様)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じ、個別サービス計画の作成</li> <li>・<u>従事者の清潔の保持・健康状態の管理</u></li> <li>・<u>従事者又は従事者であった者の秘密保持</u></li> <li>・<u>事故発生時の対応</u></li> <li>・<u>廃止・休止の届出と便宜の提供</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>従事者の清潔の保持・健康状態の管理</u></li> <li>・<u>従事者又は従事者であった者の秘密保持</u></li> <li>・<u>事故発生時の対応</u></li> <li>・<u>廃止・休止の届出と便宜の提供</u></li> </ul>

※ 赤字・下線は、市町村が基準を定める際に、法令により必ず遵守すべき事項。それ以外は、市町村が基準を策定するに当たっての参考例。

# サービス単価

- ① 相当サービス(第1号事業支給費)
  - = 市町村において、国が定める(予防給付の単価)を上限として、個別サービス単価を定める  
→ 上限は「単位」で規定、「地域加算」反映 ~月包括単価でも出来高でもOK
  - = 加算の設定も可能だが、国が定める単価の上限額を超えないように設定
- ② 緩和した基準によるサービス(指定事業者の提供によるもの)
  - = 市町村において、国が定める額(予防給付の単価)を下回る額で個別のサービス単価を定める
- ③ 委託サービスの場合
  - = 市町村において、利用者一人あたりに要する費用が国が定める上限単価を上回らないよう事業を計画して実施
- ④ 生活支援サービス = 市町村が、サービス内容等に応じて定める

## 利用者負担

基本は自由に設定(市町村が決めてもよいし、供給主体が決めてもOK)

但し、「相当サービス」は、介護給付の利用者負担割合(1割または2割)を下回らないよう設定

## 給付管理

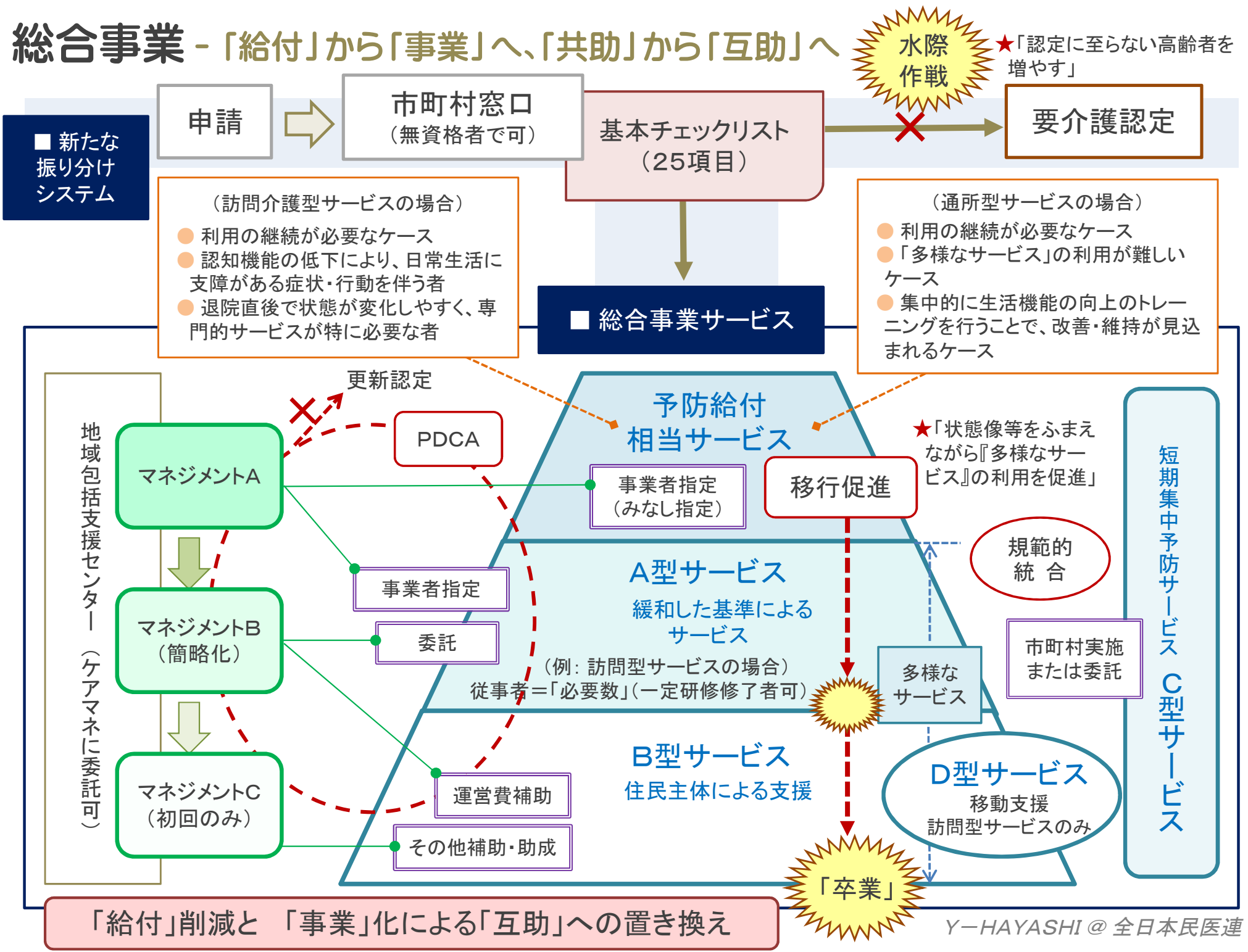
要支援者

- ★ 予防給付の支給限度額の範囲内で、給付と事業を一体的に給付管理する  
= 予防給付(訪問看護など)と総合事業(指定事業者のサービス)の両方を利用するケースが想定される

事業対象者

- ★ 指定事業者のサービスを利用する場合のみ行う  
= 予防給付の要支援1の支給限度額を目安として実施

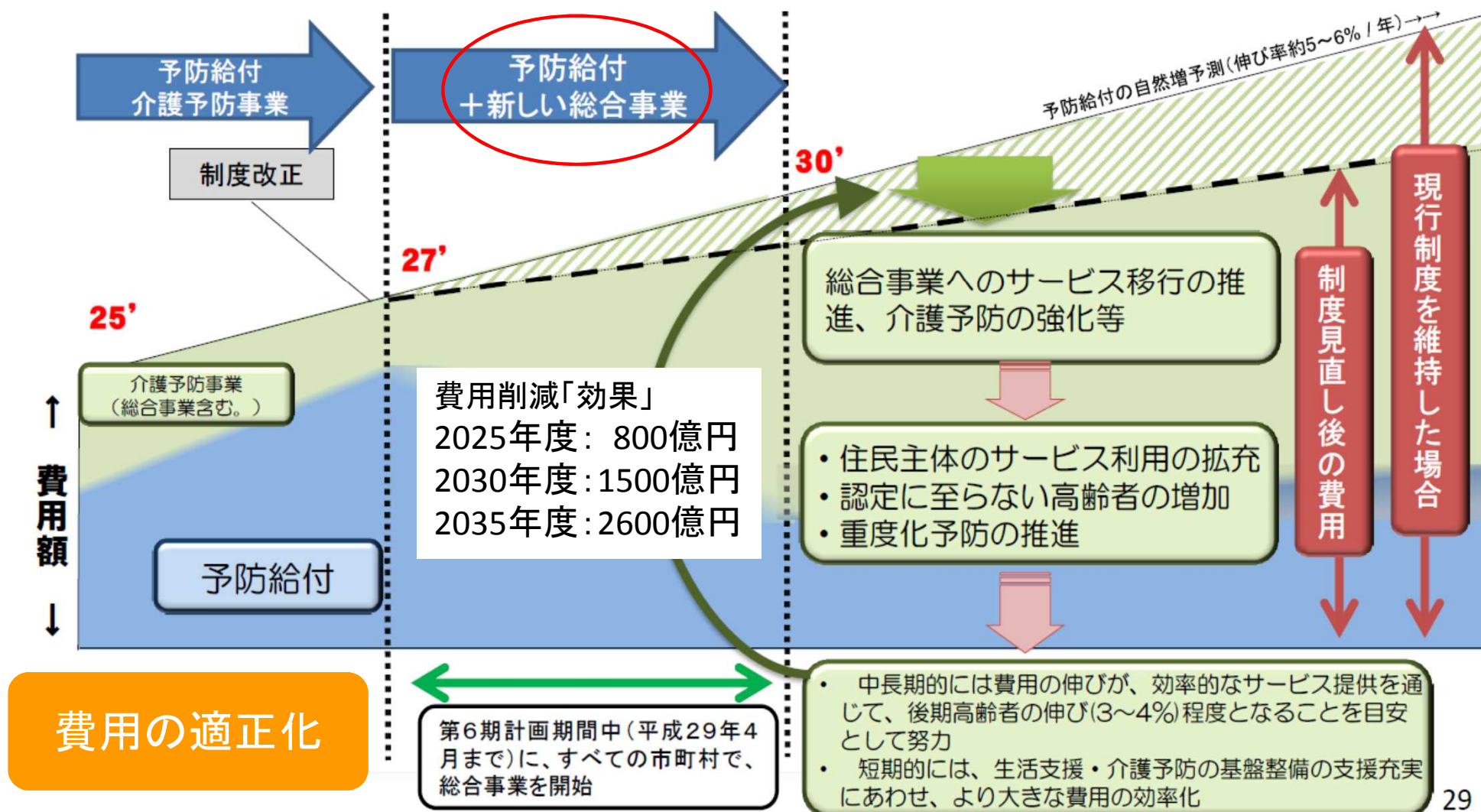
# 総合事業 - 「給付」から「事業」へ、「共助」から「互助」へ





# 費用の「上限管理」(市町村)

★ 費用の上限設定=自然増(年5~6%)を 75歳以上高齢者の伸び率(3~4%)以下に！



- 上限を超えたら？⇒「当該市町村と協議するが、基本的には上限の範囲内でやって頂く」  
(国は一応相談にはのるが、超過した分に対する補助については明文なし)

市町村負担で対応するか、サービスを切り下げるか、負担を上げるかー市町村の自己責任で！



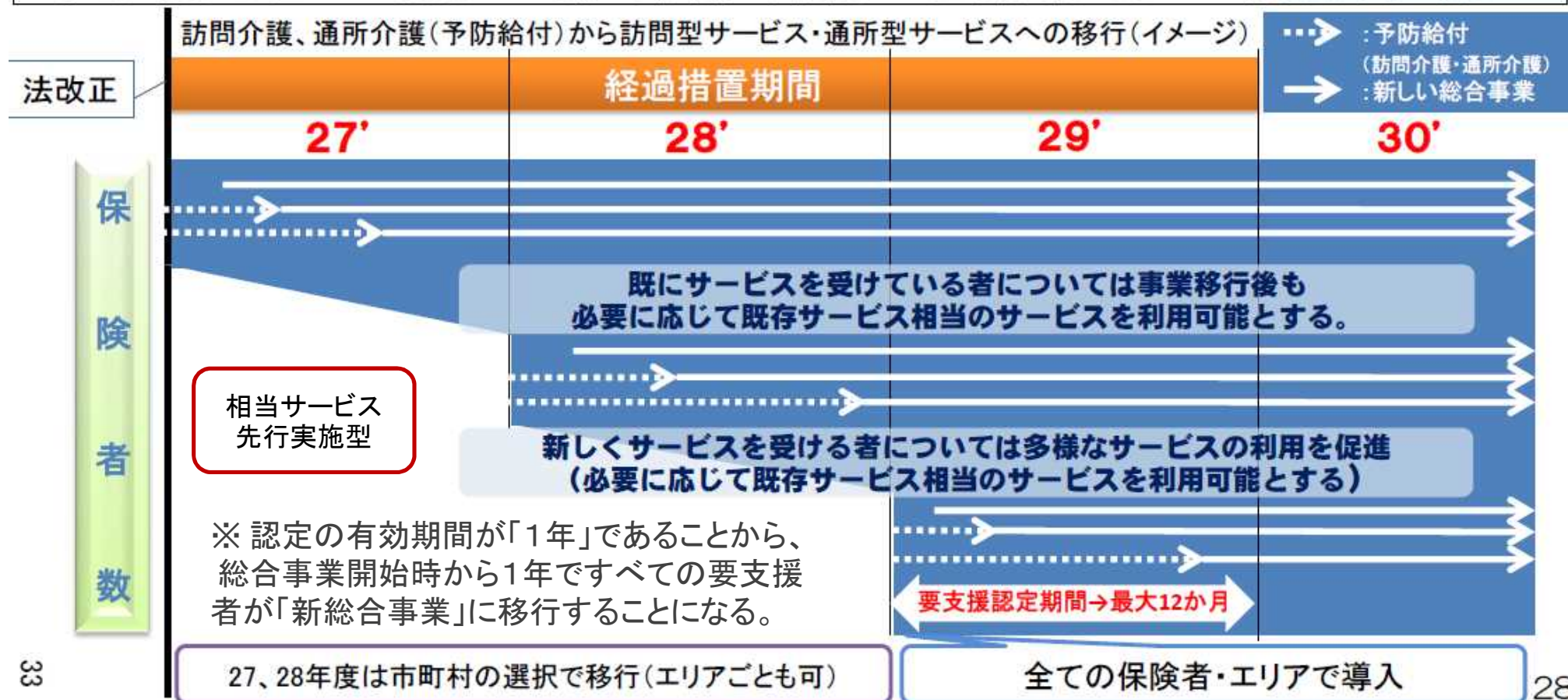
# 「総合事業」＝2015～2016年度に全市町村で実施

- 市町村が条例で定める場合は、総合事業の実施を平成29年4月まで猶予可能。
- 市町村は、できる限り早期から新しい総合事業に取り組む。一方で、受け皿の整備等のため、一定の時間をかけて、総合事業を開始することも選択肢。

※ 総合事業の実施を猶予する場合も、総合事業の実施猶予の趣旨を踏まえ、現在から着実に受け皿の整備を行うよう努めることが適当。

＜段階的な実施例＞

- ① エリアごとに予防給付を継続（【例】広域連合の市町村ごと）
- ② 初年度は総合事業によるサービスの利用を希望する者以外は予防給付を継続
- ③ 既に給付によるサービスを利用している者は、初年度は予防給付とし、翌年度当初からすべての者を総合事業に移行



## 「総合事業」に対して - 慎重な検討と適切な実施を求める

- 現行予防給付サービスの水準を継続させること
- サービスに見合う単価を設定すること
- 適切な利用者負担を設定すること
- サービスの選択に際し、利用者の意向を尊重すること
- 必要なサービス利用を制限する給付管理を行わないこと
- 要介護認定を受ける権利を保障すること
- 必要な総事業費を確保するとともに、市町間格差が生じないよう必要な財政支援を行うこと
- 特に、申請に対して全例要介護認定につなげるしくみにするなど、「基本チェックリスト」を用いた受給権の侵害（水際作戦）につながらないよう対応すること ……など

# 介護の専門性を守る、介護の本来のあり方を問う

## ■ 予防給付（訪問介護、通所介護）の市町村への丸投げ

ボランティアで代替OK = 専門性の否定

- 利用者の自分の生活空間で、「普通であたりまえ」の生活の「再生産」をささえる（小川栄二・立命館大学教授）

= ホームヘルプは「生活全体を視野に入れた援助」であって、部分サービスの寄せ集めではない

→ ある寝たきり高齢者の家庭に、入浴サービス、ランドリーサービス、ハウスクリーニング、配食サービスが順次入ったとしよう。

メニューだけ見れば ホームヘルプと同じ内容であっても、この家庭にホームヘルプが行われたとは言えない。





## Y-HAYASHI @ 全日本氏医連



# 医療費・介護費の削減ストップ! 国の責任で、医療・介護の充実を!



## 介護保険制度改善、介護従事者の処遇改善を求めます

- ① 要支援者がこれまでの生活を継続できるよう、市町村に対して財源の確保をふくめた支援を行うこと
- ② 特養ホームを大幅に増やすこと
- ③ 利用料の2割化をはじめ、サービス利用や施設入所を困難にする費用負担の引き上げをやめること
- ④ 介護報酬を大幅に引き上げるとともに、国の責任で介護従事者確保・処遇改善のための施策を早急に講じること
- ⑤ 以上を実現するために、介護保険財政に対する国の負担割合を引き上げること

### 介護保険

#### 国の負担割合の引き上げを

右肩上がりが増える介護保険料、利用できない介護保険。その原因は、国が介護・社会保障に十分お金をかけていないからです。介護保険料の引き下げ、行き届いた介護の実現、介護従事者の処遇改善のために、国の負担割合を引き上げを求めます。



(注) 厚生労働省「資料より」

### 財源はある①

#### 大企業を中心に保険料の事業主負担を引き上げる

財源はあります。国際的にみても日本は社会保障に十分お金をかけていない国。大企業を中心に保険料の事業主負担を引き上げるべきです。



(注) 厚生労働省「資料より」

### 財源はある②

#### 大企業・高所得者に応分の負担を求める

内部留保を増やし続ける大企業に対する優遇税制をあらため、応分の負担を求めるべきです。消費税にたよらずとも財源は確保できます。



(注) 厚生労働省「資料より」

## 社会保障・税一体改革の撤回と、社会保障制度改革推進法の廃止を!

「介護保険制度改善、介護従事者の処遇改善を求める署名」にご協力をお願いいたします。

「民医連」とは?

いのちの平等を求めて61年——医療費削減を徹底しない、無差別・平等の医療と福祉の実現をめざす組織です。医療・介護・福祉でお困りのことは、お近くの民医連事務所へ。

〒113-8465 東京都文京区湯島2-4-6 平和と労働センター7F  
TEL:03-5842-6451 FAX:03-5842-6460  
URL: <http://www.min-iren.jp>

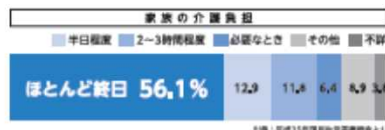


このままでは、  
公的介護が  
なくなる!?

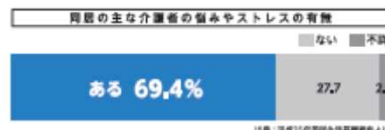
いま  
介護が  
危ない

## 介護する家族はもう限界!

心身の症状が最も重い(要介護5)お年寄りの介護をしている人のうち、介護時間は「ほとんど終日」が5割以上、介護の負担は限界です。



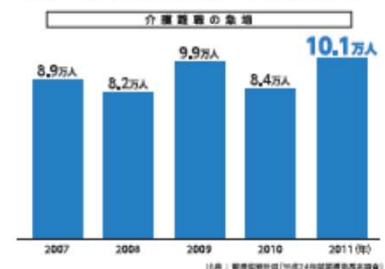
(注) 平成25年度国民生活意識調査より



(注) 平成25年度国民生活意識調査より

## 現役世代の介護離職が急増!

毎年10万人近い人が介護・看護理由に仕事を辞めています。過去5年間に離職した人は48万7千人にものぼります。



(注) 厚生労働省「資料より」

## 介護の担い手がなくなる!

介護福祉士養成校の定員割れが続いており、廃校となる養成校も少なくありません。このままでは介護の担い手がなくなります。



(注) 厚生労働省「資料より」

全日本民医連  
(全日本民医連連合会)

民医連とは?  
民医連とは、日本全国に約1,000の民医連事務所がある、国民生活を守るための組織です。



ご静聴  
ありがとう  
ございました

はやしやすのり 全日本民主医療機関連合会  
東京都文京区湯島2-4-4 平和と労働センター7F  
TEL 03-5842-6451 FAX 03-5842-6460

<http://www.min-iren.gr.jp/>  
E-mail [y-hayashi@min-iren.gr.jp](mailto:y-hayashi@min-iren.gr.jp)

