

- 2017年2月22日／衆院第2議員会館第1会議室
- 介護保険「見直し」反対！ 実効ある処遇改善を求める院内集会

2017年介護保険の見直しと 介護人材の処遇改善

全日本民医連 事務局次長
林 泰則



介護は私の今、
そして未来。

だから、この声を届ける。

★民医連「介護ウェーブ2016」チラシ

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

はじめに - 介護保険の見直しをめぐる現局面

■ 次期見直し(2017年法「改正」)はどこまですんだ?

- 12月9日 介護保険部会(審議会)の報告書とりまとめ
=介護保険制度の見直しに関する意見(「意見」)
- 12月19日 大臣折衝=2017年度予算+「改正」内容の確定
- 「改正」法案要綱作成(厚労省)→閣議決定(2月7日)→国会提出
- 予算関連法案(「総報酬割」8月から実施)として早期成立ねらう

■ 審議の経過・特徴

- 「抜本改革」の提案(2015年～財務省)
 - 要介護1、2の生活援助・要介護2以下の福祉用具の自己負担化、要介護2以下のその他の給付を総合事業に移行、65～74歳の利用料負担の2割化
- 反対世論と運動 ⇒「抜本改革」は見送り ⇒「一部改革」へしかし、「一部改革」といっても、新たな給付削減・負担増には変わりなし
- 同時に、「抜本改革」方針を「意見」に明記→次期「改正」の課題に

次期制度見直しの審議をめぐる経過

「経済・財政一体改革」(経済・財政再生アクションプラン)

「改革工程表」



介護保険部会

- ① 2016年中に結論、実施
- ② 2017年通常国会に法案提出
- ③ 引き続き検討

介護保険部会

「意見」とりまとめ
(2016年12月9日)

財務省（財政審「建議」）

2017年度
予算編成

大臣折衝
(12月19日)

一部実施
(法「改正」不要)

介護保険法「改正」法案

閣議決定(2月7日) ⇒ 通常国会に提案

政府が推進する介護制度改革のポイント

■ 介護保険制度改革の基本的な特徴

① 医療との一体的な改革／医療・介護提供体制の再編

長期

[病床]機能再編(病床削減)

—受け皿としての[地域包括ケア](自助・互助中心)— [介護保険制度]

② 中長期を見越した改革 2018年改革(2017年通常国会)→2025年

■ 介護保険制度改革の柱(目標)

①「持続可能な制度」の実現 ②「地域包括ケア」の実現

= 総介護給付費の「抑制」、給付の「重点化」(軽度切り捨て+中重度シフト)

★「経済・財政一体改革」(経済・財政再生アクションプログラム)

社会保障費(自然増分)の削減+社会保障の「産業化」

短期

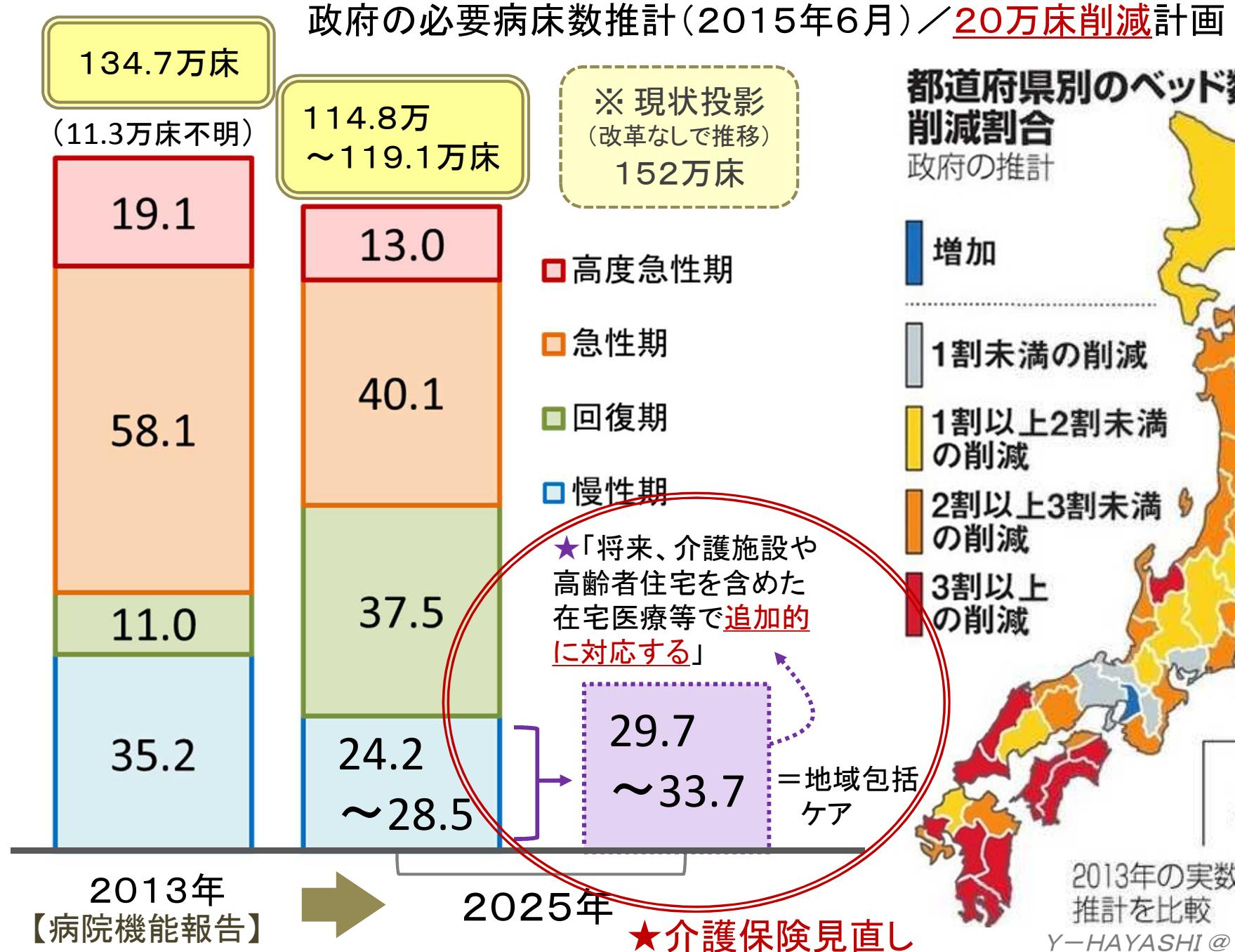
毎年の予算編成

■ 介護保険制度改革の2つの切り口

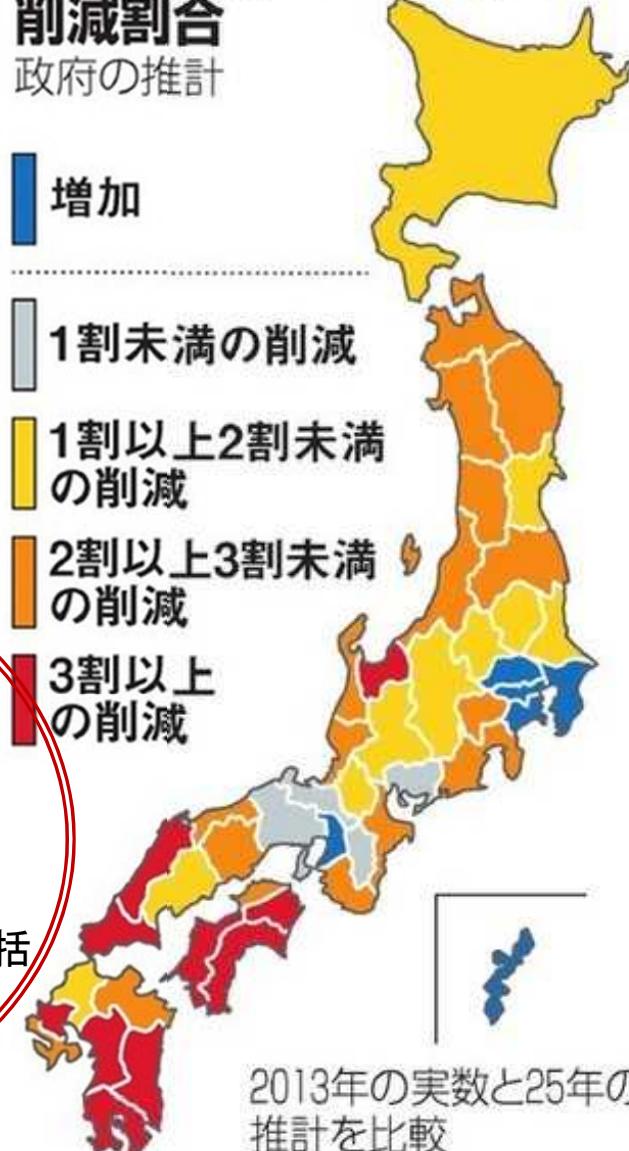
①「カネ」の面から 介護需要の増大→保険財政の維持 ⇒ 給付抑制先行

②「ヒト」の面から 人口減少 → 介護の担い手不足 ⇒ 介護人材確保

病床再編(削減) [川上] → 受け皿としての地域包括ケア [川下]



都道府県別のベッド数の削減割合
政府の推計



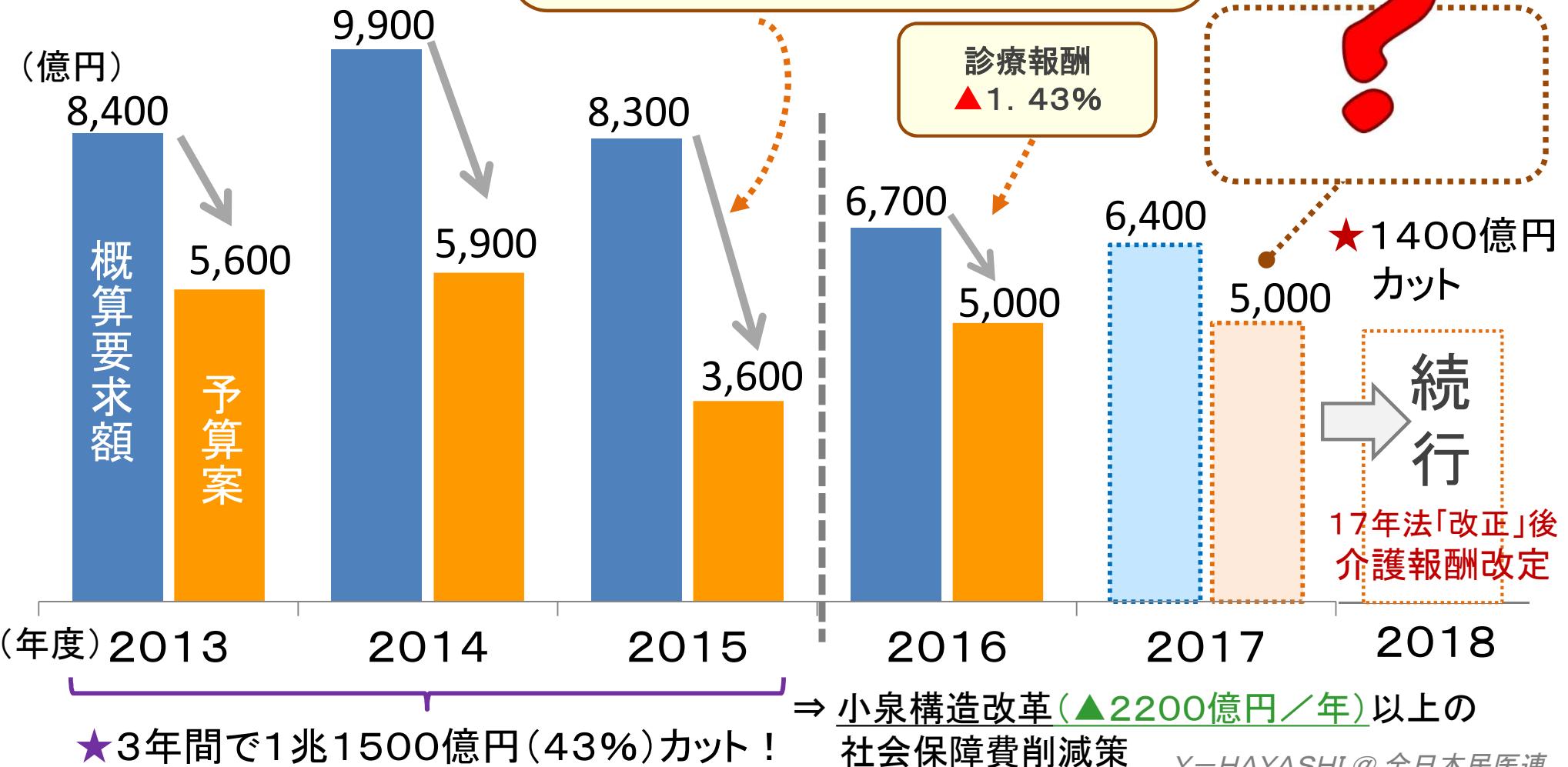
2017年政府予算と介護保険制度の見直し

「経済・財政一体改革」=社会保障費自然増分を5000億円まで削減

※ 自然増

高齢化の進展などで制度を変えなくても増えていく費用

- 介護報酬 ▲2.27% (実質▲4.48%)
- 利用料引き上げ、特養多床室での室料領収
- 70・71歳の医療窓口負担引き上げ
- 生活保護費削減 ● 年金受給額引き下げ



財務省(財政審)の提言(2015年10月9日)

■ 介護保険における利用者負担の見直し

- 65歳～74歳の利用料を原則2割化(→ その上で75歳以上原則2割導入)

■ 「軽度者」への給付のあり方

- (生活援助) 原則自己負担(一部補助)
- (福祉用具貸与) 原則自己負担とし、軽度者の福祉用具貸与に係る保険給付の割合を大幅に引き下げ
- (その他給付) 軽度者へのその他の給付(例:要介護1、2の通所介護)については、地域支援事業へ移行

「軽 度」

要介護5	介護 給付
要介護4	
要介護3	
要介護2	
要介護1	
要支援2	予防 給付
要支援1	

■ 介護納付金の総報酬割への移行

- 後期高齢者支援金と同様、段階的に総報酬割に移行

■ 介護に関する地域差を解消する仕組みの導入

- 地域差の「見える化」→※2015年度末までに分析手法示す
- 地域差是正のための保険者機能の強化、財政調整交付金等の傾斜配分

【2016年内に結論を得て、速やかに実施(法「改正」は不要】

- 高額介護サービス費 → 高額療養費と同水準まで負担限度額を引き上げ

【生活援助の見直しに対して】

- 「(生活援助の縮小、総合事業への移行に対して) 介護度だけで判断するのは性急。サービスを外せば重度化がすすみ、命に関わる」([認知症の人と家族の会](#))
- 「軽度者に生活援助サービスを提供し自立し続けてもらうことで、結果的に給付の抑制につながる」([民間介護事業推進委員会](#))
- 「独居、老々介護、認認介護などの家庭で生活援助サービスは必要。総合事業への移行が検証できていない状況で、生活援助サービスを見直すのは時期尚早」([日本介護クラフトユニオン](#))
- 「総合事業に移行した自治体はまだ3分の1。検証もできない段階で次のステップに進むのには危惧を覚える」([老人クラブ連合会](#))
- 「(総合事業で)どの自治体も四苦八苦している。新たな給付の見直しは、とてもじゃないが対応しかねる」([全国市長会](#))

【利用者負担の見直しに対して】

- 「生活保護を受ける高齢者がふえるなか、2割負担で必要なサービスが遠ざかり、重度化が進んで結局、介護離職を増やすことになる」([全国老人クラブ連合会](#))
- 「昨年行われた補足給付の見直しはあまりに過酷で、負担が倍になってサービスを控えるなどの重大な影響が出ている。さらに負担増とは受け入れがたい」([認知症の人と家族の会](#))

制度改悪に対する反対の声が次々と

■ 福祉用具の自己負担化に対して 自治体での意見書採択の広がり —福祉用具国民会議

- 「重度化を防ぎ、社会生活の維持につながっている」(京都府議会)
- 「かえって保険給付の増大をまねき、介護人材の不足に拍車をかける」(岐阜県議会)

■ 生活援助の自己負担化に対して

- 東京都内19団体が、要介護1、2の生活援助削減に反対する意見書を政府に提出(9月)

「生活援助の削減は、老後の不安を高め、制度への信頼が揺らぎかねない」

■ ケアプラン有料化に対して

- 日本介護支援専門員協会が有料化反対の請願署名22万筆を集約・提出

意見書採択した自治体

採択22府県

岩手県	三重県
宮城県	滋賀県
福島県	京都府
埼玉県	兵庫県
千葉県	奈良県
神奈川県	和歌山县
富山县	島根県
石川県	山口県
福井県	大分県
岐阜県	宮崎県
静岡県	鹿児島県



22府県

111市区町

採択111市区町

北海道	函館市・旭川市・釧路市・留萌市・江別市・ 釧路市・登別市・伊達市・北広島市・北斗市・ 八雲町・江差町・幌加茂町・仁木町・余市町・ 遠軽町	静岡県	浜松市・沼津市・三島市・伊東市・焼津市・ 藤枝市・伊豆市
青森県	青森市	愛知県	豊橋市・一宮市
岩手県	盛岡市	三重県	桑名市・名張市・伊賀市・東員町
山形県	山形市・鶴岡市	滋賀県	大津市・甲賀市・湖南市・東近江市
福島県	いわき市	京都府	京都市・城陽市・向日市
茨城県	水戸市・常陸太田市	大阪府	大阪市・堺市・吹田市・枚方市・茨木市・ 泉佐野市・藤井寺市・箕面市・摂津市・四 條畷市・難波町
群馬県	前橋市	兵庫県	伊丹市・豊岡市
埼玉県	さいたま市・秩父市・所沢市・鴻巣市・鶴ヶ島市	奈良県	大和高田市・天理市・桜井市・五條市・生駒市・ 葛城市
千葉県	市川市・松戸市・流山市・習志野市	和歌 山 県	和歌山市
東京都	江東区・板橋区・葛飾区・立川市・三鹰市・ 調布市・町田市・東村山市・東久留米市・ 多摩市・西東京市	鳥取県	鳥取市
神奈川県	川崎市・大和市・唐南市・葉山町	島根県	松江市・浜田市
新潟県	柏崎市・新発田市	広島県	庄原市
石川県	金沢市・加賀市・白山市・津幡町	高知県	高知市
山梨県	富士吉田市	福岡県	北九州市・中間市・春日市・宗像市・水巻町
長野県	長野市	佐賀県	唐津市
岐阜県	岐阜市	宮崎県	宮崎市

「意見」 介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」

介護保険制度の持続可能性の確保

1. 利用者負担のあり方

- ・ 能力に応じた負担への見直しについては、概ね一致
- ・ 様々な意見があったが、現役並所得者3割負担、高額介護サービス費の一般区分の引き上げに賛同ないしは容認する意見が多かった
※一般区分：介護37,200円、医療44,400円
- ・ ケアマネジメントのあり方と利用者負担の導入について引き続き検討

2. 給付のあり方

(1) 軽度者への支援のあり方

- ・ 各種給付の総合事業への移行については、介護予防訪問介護等の移行の状況等の把握・検証を行った上で、検討
- ・ 生活援助を中心にサービス提供を行う場合の人員基準の見直し等について検討（介護報酬改定時に検討）

(2) 福祉用具・住宅改修

【福祉用具】

- ・ 全ての福祉用具貸与の全国平均貸与価格を公表
- ・ 福祉用具専門相談員に、貸与しようとする商品の全国平均貸与価格等を説明することや、機能や価格帯の異なる複数商品を提示することを義務づけ
- ・ 適切な貸与価格を確保するため、上限を設定

【住宅改修】

- ・ 住宅改修の見積書類の様式（改修内容、材料費、施工費等の内訳が明確に把握できるもの）を、国が示す
- ・ 住宅改修に関する知見を備えた者が適切に関与している事例等、保険者の取組の好事例を広げる

12月9日

3. 費用負担

(1) 総報酬割

- ・ 現役世代にとって受益を伴わない負担であるなどとして、強く反対する意見も相当数あったが、能力に応じた負担とすることが適當であるなどとして、多くの委員からの賛同を得た

(2) 調整交付金

- ・ 年齢区分について、65～74歳、75～84歳、85歳以上の3区分に細分化する。その際、激変緩和も併せて講じる

その他の課題

(1) 保険者の業務簡素化（要介護認定）

- ・ 更新認定有効期間の上限を36か月に延長することを可能とする
- ・ 状態安定者について二次判定の手続きを簡素化

(2) 被保険者範囲

- ・ 介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討を行う

(3) 介護保険適用外施設の住所地特例の見直し

- ・ 一部の介護保険適用除外施設について、当該施設から退所して、介護保険施設等に入所した場合の保険者の定め方を見直す。

「意見」 介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」

地域包括ケアシステムの深化・推進

12月9日

1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

(1) 保険者等による地域分析と対応

【データに基づく課題分析と対応】

- 各保険者が地域の実態を把握・課題を分析
- 介護保険事業計画に、目標・取組内容等を記載
- リハ職との連携等による自立支援・介護予防施策の推進

【適切な指標による実績評価】

- 要介護状態の維持・改善度合い、地域ケア会議の開催状況等の適切な指標に従い、実績を評価

【インセンティブ】

- 評価結果の公表、財政的インセンティブの付与の検討

【国や都道府県による支援】

- 各都道府県・市町村の地域分析に資するデータの提供(国)
- 研修や医療職派遣に関する調整等(都道府県)

2. 医療・介護の連携の推進等

- 医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案に至る方法を国が具体化し、市町村にその実施を求める
- 介護保険事業支援計画に、在宅医療・介護連携推進事業に対する医療部局との連携を含め、より実効的な市町村支援を盛り込むなど、都道府県の介護部局及び医療部局の双方が市町村支援に取り組むこととする

3. 地域包括ケアシステムの深化・推進のための基盤整備等

(1) 地域共生社会の実現の推進

- 共生型サービスを位置付け
- 相談支援専門員とケアマネジャーの連携の推進

(2) 介護人材の確保（生産性向上・業務効率化等）

- ロボット・ICTに係る介護報酬や人員・設備基準の見直し等
- 提出書類等の見直しや簡素化

(3) サービス供給への保険者の関与

- 市町村協議制の対象拡大(ショートステイ)、地域密着型通所介護の指定拒否の仕組の導入、居宅サービス指定への市町村関与の強化

(2) 地域支援事業・介護予防・認知症施策の推進

- ケアマネジメント支援について、地域の住民や事業所を含めた『地域全体をターゲットとする支援』へ拡大
- 地域包括支援センターの機能強化(土日祝日の開所、地域ケア会議の内容の具体化・明確化、市町村による評価の義務付け等)
- 介護予防に関するポイント付与が出来ることの明確化
- 認知症の容態に応じたサービスを受けられる仕組みの構築
- 認知症の人の視点に立った施策の推進

(3) 適切なケアマネジメントの推進等

- ケアマネジメント手法の標準化に向けた取組の推進
- 居宅介護支援事業所の運営基準等の見直し検討(管理者の役割、公正中立の確保等)(報酬改定時に検討)

(4) 安心して暮らすための環境の整備

- 有料老人ホームについて、前払金の保全措置の対象拡大等の入居者保護のための施策の強化等

2017年介護保険制度改革の内容

- 高額介護サービス費の見直し【2017年8月実施】 17年度予算
10億円削減
 - 「一般区分」の負担上限額の見直し 37,200円→44,400円
1割負担の被保険者のみ世帯=446,400円(37,200円×12)の年間上限額設定(~20年7月)
- 利用者負担の見直し<世代間の公平>【2018年8月実施】
 - 「現役並み所得」(年間収入・単身340万円以上、夫婦463万円)→3割負担(12万人・2%)
- 総報酬割の導入(協会けんぽへの国庫負担の縮小・廃止)【2017年8月から開始】
 - 2017・18年度=1/2導入 19年度=3/4導入 20年度=全面導入17年度予算
440億円削減
- 生活援助サービス、その他の給付の見直し
 - 生活援助の人員基準の見直し【2018年介護報酬改定】
 - 通所介護など、その他の給付の適正化の検討【2018年介護報酬改定】
- 福祉用具貸与の見直し
 - 商品ごとに全国平均貸与価格を公表【2018年10月施行】
 - 貸与価格の説明(平均+当該商品)、複数商品の提示※【2018年10月(※4月)】
- 保険者機能の強化
 - 自立支援・重度化予防の取り組みの推進に向けた財政的インセンティブの付与のあり方を検討【2018年4月施行】

「改正」法案

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

- ① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用することとする。

- ② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくなるため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 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。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取り組みの推進

見直し内容 ~ 保険者機能の抜本強化 ~

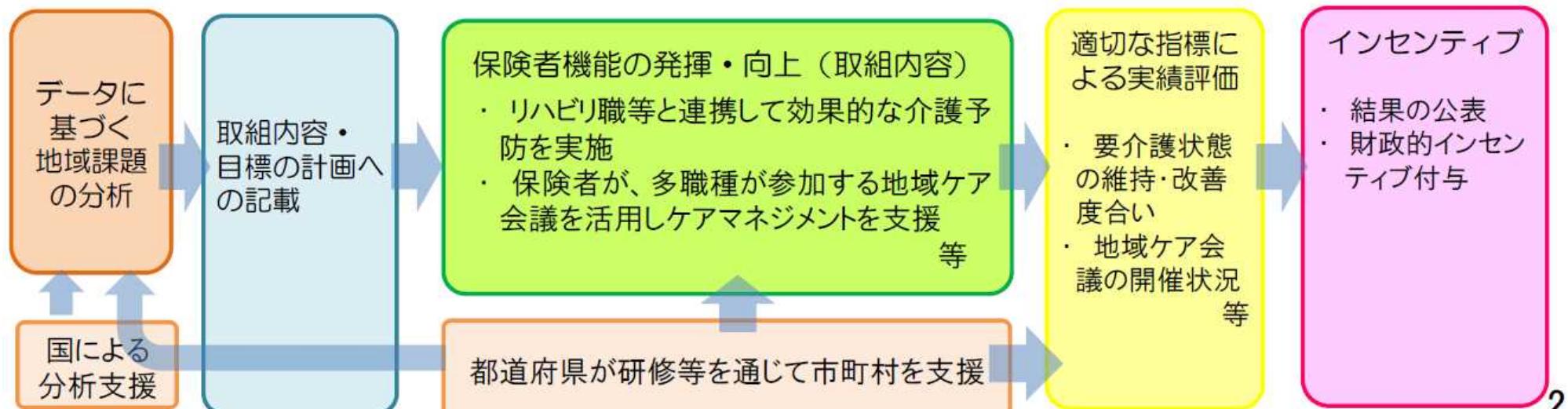
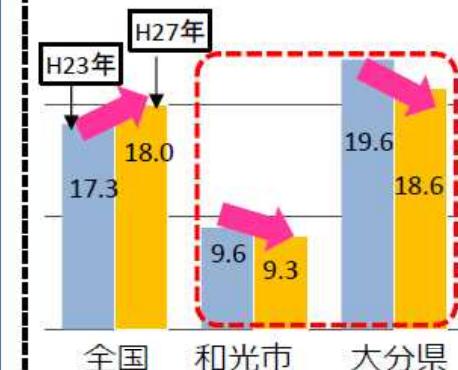
- 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めが必要。
- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
 - ① データに基づく課題分析と対応(取組内容・目標の介護保険事業(支援)計画への記載)
 - ② 適切な指標による実績評価
 - ③ インセンティブの付与を法律により制度化。

※主な法律事項

- ・介護保険事業(支援)計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ・介護保険事業(支援)計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ・都道府県による市町村支援の規定の整備
- ・介護保険事業(支援)計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ・財政的インセンティブの付与の規定の整備

先進的な取組を行っている和光市、大分県では
● 認定率の低下
● 保険料の上昇抑制

要介護認定率の推移



市町村に介護給付費削減を競わせるしくみ

新たな介護保険施設の創設

見直し内容

- 今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。
- 病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

<新たな介護保険施設の概要>

名称	介護医療院 ※ただし、 <u>病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用することとする。</u>
機能	要介護者に対し、「 <u>長期療養のための医療</u> 」と「 <u>日常生活上の世話（介護）</u> 」を <u>一体的に提供</u> する。（介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。）
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

2011年度末まで

2017年度末まで

2023年度末まで

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。

※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

療養病床14万床削減(医療療養:7.6万床削減、介護療養:6.1万床全廃)の受け皿

「地域共生社会」の実現に向けた取り組みの推進

「我が事・丸ごと」の地域作り・包括的な支援体制の整備

1. 「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民(世帯)が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決が図られることを目指す旨を明記。

2. この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定

- 地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備
- 住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制(*)
(*) 例えば、地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等
- 主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制

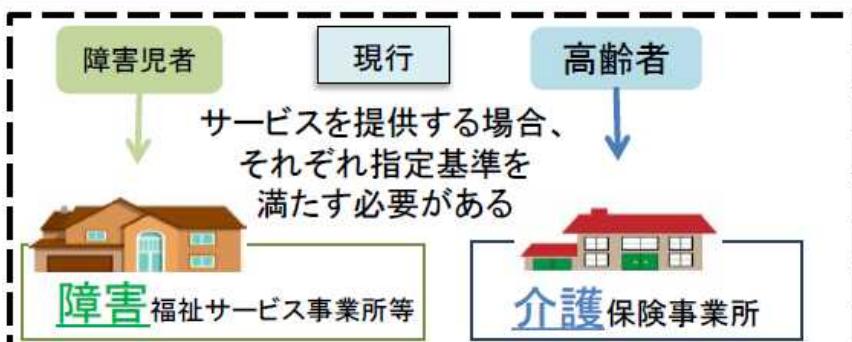
3. 地域福祉計画の充実

- 市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける。(都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様。)

※法律の公布後3年を目途として、2の体制を全国的に整備するための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる旨の附則を置く。

新たに共生型サービスを位置づけ

- 高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくなるため、介護保険と障害福祉両方の制度に
新たに共生型サービスを位置付ける。(指定基準等は、平成30年度介護報酬改定及び障害福祉サービス等報酬改定時に検討)



「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】

「地域共生社会」とは

平成29年2月7日 厚生労働省 「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定

- ◆制度・分野ごとの『縦割り』や『支え手』『受け手』という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会

改革の背景と方向性

公的支援の『縦割り』から『丸ごと』への転換

- 個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援
- 人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援

『我が事』・『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換

- 住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す
- 地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出す

改革の骨格

地域課題の解決力の強化

- 住民相互の支え合い機能を強化、公的支援と協働して、地域課題の解決を試みる体制を整備【29年制度改革】
- 複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改革】
- 地域福祉計画の充実【29年制度改革】

地域を基盤とする包括的支援の強化

- 地域包括ケアの理念の普遍化：高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築
- 共生型サービスの創設【29年制度改革・30年報酬改定】
- 市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉横断的な包括的支援のあり方の検討

「地域共生社会」の実現

- 多様な担い手の育成・参画、民間資金活用の推進、多様な就労・社会参加の場の整備
- 社会保障の枠を超えて、地域資源（耕作放棄地、環境保全など）と丸ごとつながることで地域に「循環」を生み出す、先進的取組を支援

地域丸ごとのつながりの強化

- 対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討
- 福祉系国家資格を持つ場合の保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討

専門人材の機能強化・最大活用

実現に向けた工程

平成29(2017)年：介護保険法・社会福祉法等の改正

- ◆市町村による包括的支援体制の制度化
- ◆共生型サービスの創設など

平成30(2018)年：

- ◆介護・障害報酬改定：共生型サービスの評価など
- ◆生活困窮者自立支援制度の強化

平成31(2019)年以降：

更なる制度見直し

2020年代初頭：
全面展開

【検討課題】

- ①地域課題の解決力強化のための体制の全国的な整備のための支援方策（制度のあり方を含む）
- ②保健福祉行政横断的な包括的支援のあり方
- ③共通基礎課程の創設 等

「地域共生社会の実現に向けて」（当面の改革工程）（2017年2月7日）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000150534.html>

地域「強制」社会？

Y-HAYASHI @ 全日本氏医連

現役並所得のある者の利用者負担割合の見直し

見直し内容

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、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。ただし、月額44,400円の負担の上限あり。【平成30年8月施行】

【利用者負担割合】

	負担割合
年金収入等 340万円以上 (※1)	2割 ⇒ 3割
年金収入等 280万円以上 (※2)	2割
年金収入等 280万円未満	1割

【対象者数】

3割負担となり、負担増となる者：約12万人（全体の約3%）

2割負担拡大の地ならし

現行制度の2割負担者：45万人



受給者全体：496万人

（単位：万人）

	在宅サービス	施設・居住系	特養	合計
受給者数（実績）	360	136	56	496
3割負担（推計）	約13	約4	約1	約16
うち負担増 (対受給者数)	約11 (3%)	約1 (1%)	約0.0 (0.0%)	約12 (3%)

	在宅サービス	施設・居住系	特養	合計
2割負担（実績）	35	10	2	45
1割負担（実績）	325	126	54	451

※介護保険事業状況報告(平成28年4月月報)

※特養入所者の一般的な費用額の2割相当分は、既に44,400円の上限に当たっているため、3割負担となても、負担増となる方はほとんどいない。

※1 具体的な基準は政令事項。現時点では、「合計所得金額(給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額) 220万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額340万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」とすることを想定。⇒単身で年金収入のみの場合344万円以上に相当

※2 「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額280万円以上(単身世帯の場合346万円以上)」⇒単身で年金収入のみの場合280万円以上に相当

介護納付金における総報酬割の導入

- 高齢化に伴い第2号被保険者の保険料負担が増大していく中で、「負担能力に応じて応分の負担を求める」という社会保障制度改革における考え方、制度創設時の考え方、前回の部会における議論の内容等を踏まえ、各被用者保険等保険者の負担する介護納付金について応能負担の必要性をどのように考えるか。
- 仮に介護納付金に総報酬割を導入する際に、留意する点は何か。

本質は国庫負担の削減

介護納付金に総報酬割を導入した場合の負担の変化

(現行制度における第2号被保険者一人当たりで見た負担額と報酬額の比較)

- 健保組合・協会けんぽ・共済組合の比較

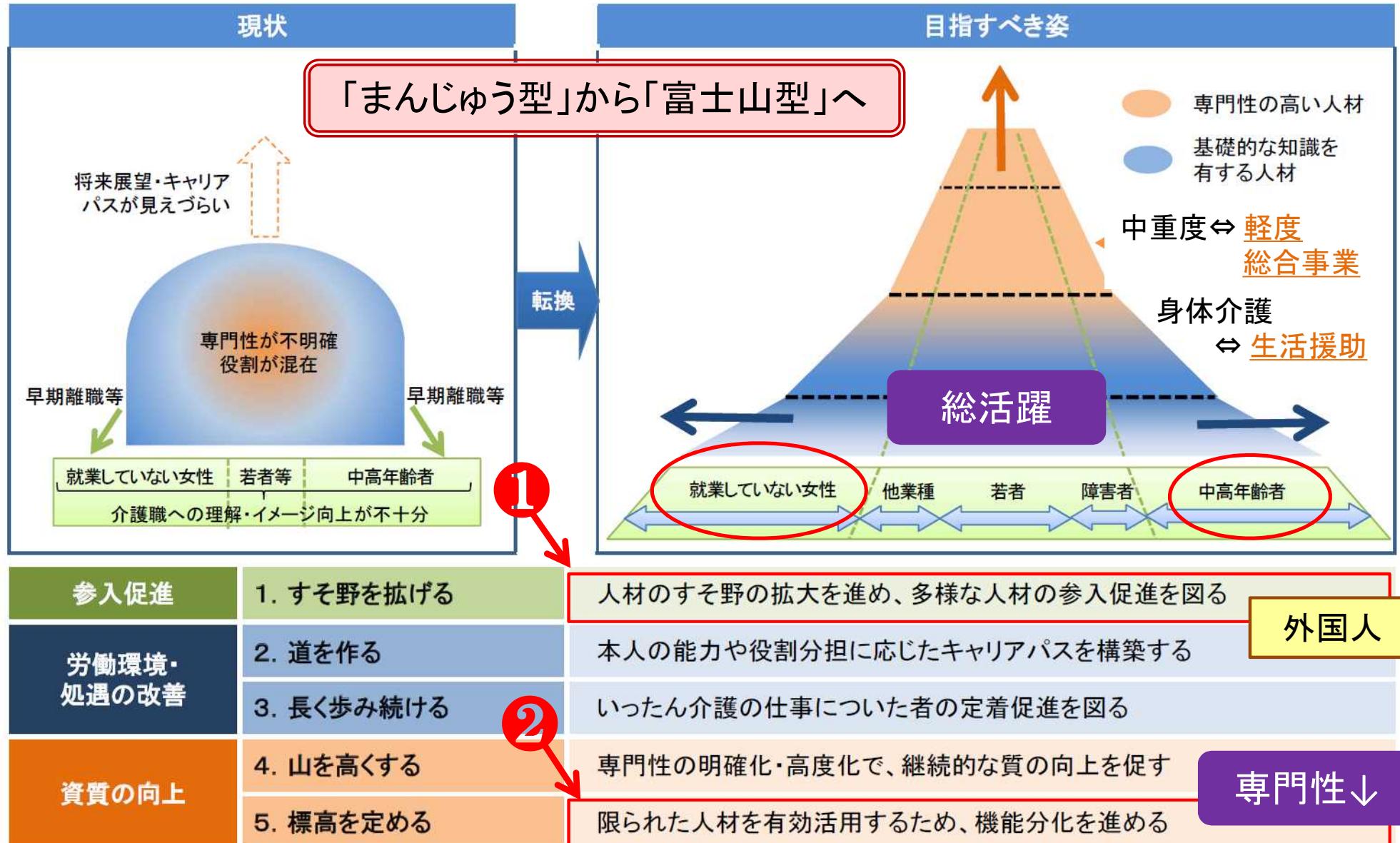
未定稿

	現行			総報酬割とした場合
	第2号被保険者 一人当たり負担額 (労使含めた月 額)(A)	第2号被保険者 一人当たり報酬額 (年額)(B)	(A)×12/(B)	報酬額に対す る負担割合 (C)
健保組合 (全組合(1,408組合) 平均)	5,125円	456万円	1.35%	
協会けんぽ 国庫補助が ない場合の負担額。 ()内は実際の負担額	5,125円 (4,284円)	315万円	1.95% (1.63%)	1.54%
共済組合 (全組合(85組合)平均)	5,125円	553万円	1.11%	7,097円 [+1,972円]

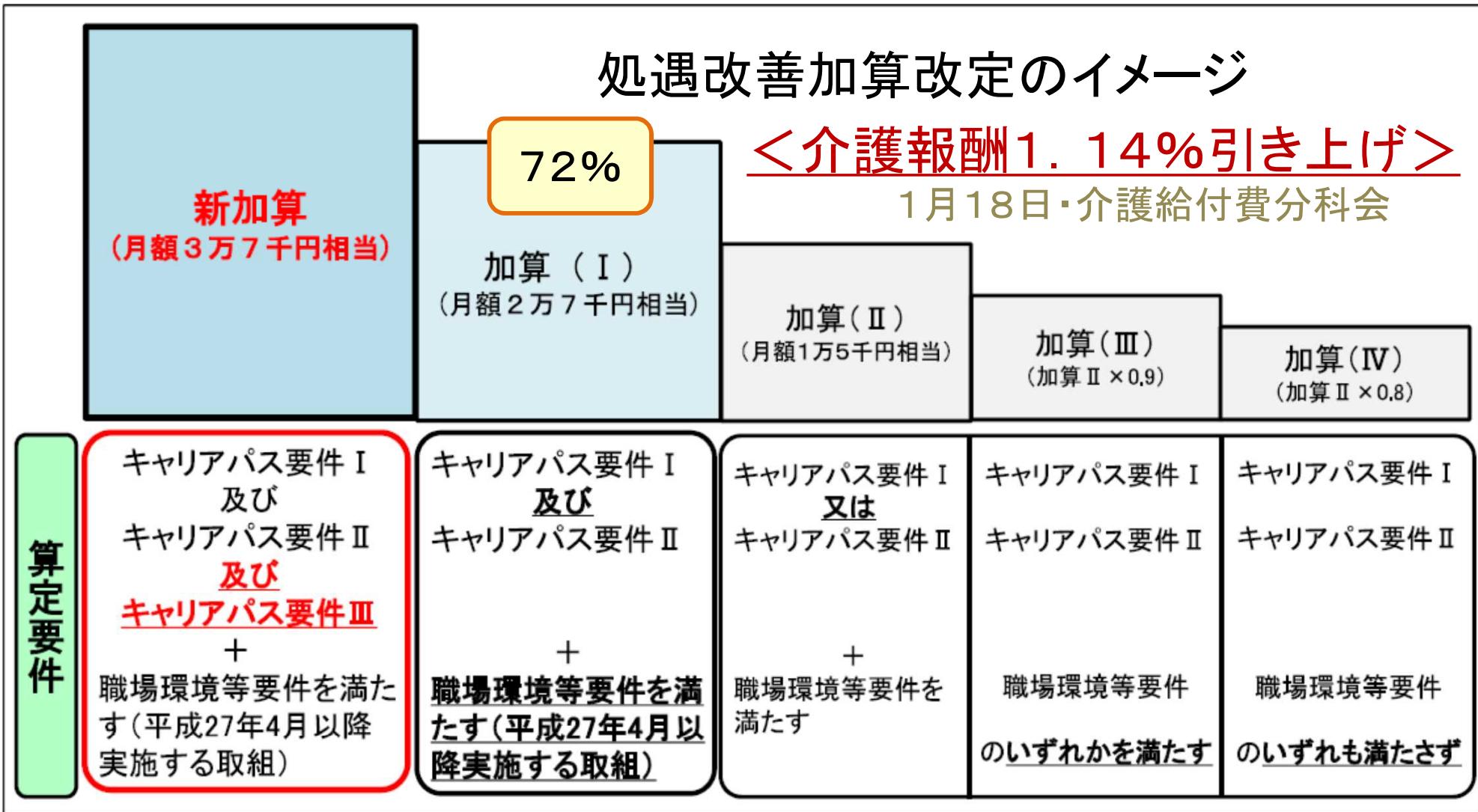
介護保険制度「2017年改革」をどうみるか

- 「抜本改革」は見送り、“部分的な見直し”にとどまる
 - 背景に制度改悪を許さない世論と運動＝一路改悪路線を押し返した！
- しかし、新たな負担増・給付抑制の見直しであることに違いはない
 - 利用料引き上げ、高額介護サービス費見直し⇒ 新たな利用控えの発生
 - 生活援助の人員基準・介護報酬切り下げ⇒ 質の低下、処遇条件の劣化
 - 介護報酬改定で「改革」推進＝生活援助、通所介護、成功報酬、など
 - 介護療養病床の廃止、「安上がり」施設への転換 ⇒ 2023年度末まで
- 同時に、次の制度改革につなげる「助走」でもある
 - 利用料3割負導入⇒「応能」による2割負担対象拡大の「地ならし」
 - 生活援助の人員基準・介護報酬見直し(非専門職導入+単価引き下げ)
⇒ “基準緩和サービス型”サービスの本体給付への組み込み
 - 保険者機能強化による財政支援 ⇒ 給付費削減の「しくみ」づくりへ
- 今後の改革方針(さらなる給付削減+負担増)を明示・方向づけ
 - 特に、軽度者支援の総合事業への移行 ⇒ 検討期限(「工程」)を明記
- 「我が事・丸ごと地域共生社会」という新たな枠組みのもとでの見直し

【ヒト】政府の介護人材政策＝「安上がり」で効率的な体制づくり



2017年4月 介護報酬の部分改定実施



(注) 「キャリアパス要件 I」…職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備すること
「キャリアパス要件 II」…資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること
「キャリアパス要件 III」…経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること
「職場環境等要件」…賃金改善以外の処遇改善を実施すること
※就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知を含む。

■ 要介護1、2以下の生活援助の見直し

－地域支援事業(総合事業)へ移行。移行の前提として、「適正利用」を徹底する

- ①「民間家事代行サービスの利用者との公平性」「中重度者への給付の重点化」の観点から、保険給付の割合を大幅に引き下げ
- ②生活援助により、どのように重度化の防止や自立支援につながるのかをケアプランに明記することを義務付け

■ 要介護2以下の福祉用具貸与・住宅改修の見直し

－保険給付の割合を大幅に引き下げる

「小さなリスク」については
「自助」で対応

■ 利用者負担のあり方の見直し

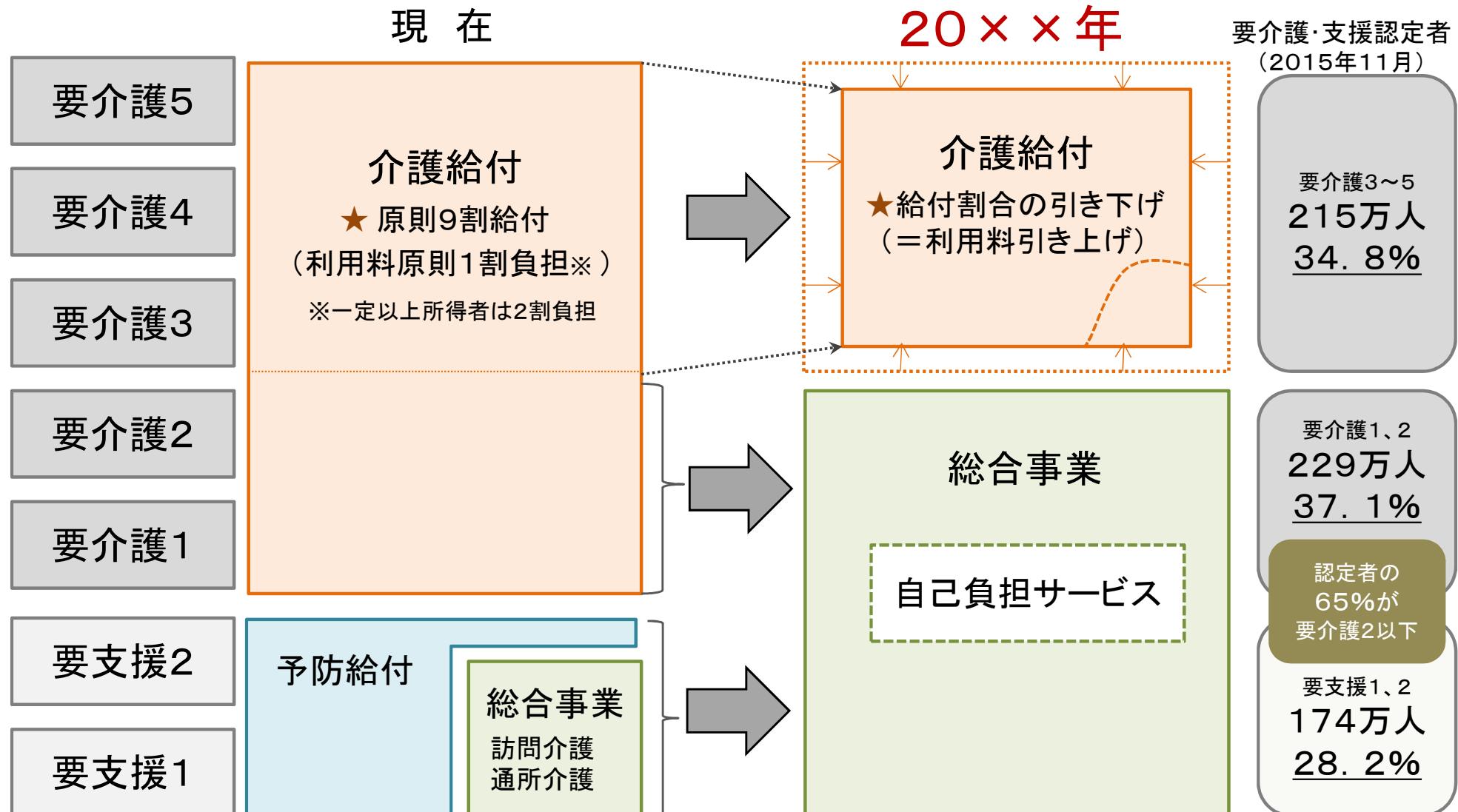
－軽度者が支払う利用者負担額が、中重度者が支払う利用者負担額と均衡する程度まで、要介護区分ごとに、軽度者の利用者負担割合を引き上げるべき。

■ その他の給付のあり方の見直し

－軽度者に対する通所介護など、「介護保険の適用事業者に限らず、多様な主体が、利用者のニーズに柔軟に対応して必要な支援を行っていくことも可能」と考えられるサービスについては、「中重度者への給付の重点化」「地域の実情に応じた効率的なサービス提供」の観点から、地域支援事業に移行すべき。また、移行の前提として、機能訓練がほとんど行われていないなど、サービスの実態が、重度化の防止や自立支援ではなく、「利用者の居場所づくりにとどまっていると認められる場合」には、減算措置も含めた「介護報酬の適正化」を図るべき。

財務省(政府)が描く介護保険の将来像

病床再編の本格的受け皿へ



(財務省「建議」等より 林作成)

- 介護給付は、要介護3以上に限定 + 給付の切り下げ(=利用料負担の引き上げ)
- 要介護2以下は、市町村の「総合事業」へ移し替え、一部のサービスは「自己負担サービス」へ
- ケアプランは有料に

政府が描く「将来像」高齢者・国民にとって拒否すべき未来像 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、病床機能の見直しを「川上」、その受け皿となる在宅・介護保険の見直しを「川下」と表現しました。
その実態は、あたかも水が上から下へと流れるように、患者を入院(川上)から在宅(川下)に押し流すことで入院の医療費を削減。
そうすると、在宅や介護費用が増えるため、介護保険を改悪して介護サービスを削減しようという「将来像」です。



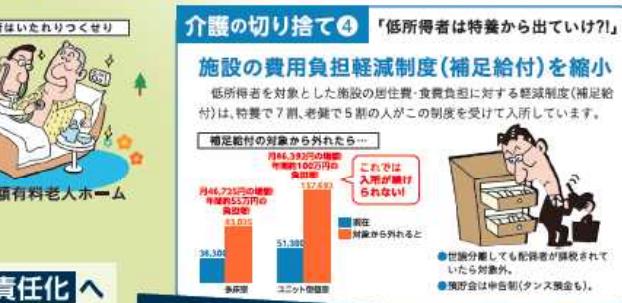
川下にもとどまれない人々は…

「行方不明認知症高齢者」(2013年1年間で1,032名)、減らない「介護殺人・心中」、「孤死死」。



政府が示す「将来像」は、拒否すべき「未来像」!

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



信賴失墜

人手不足

介護保険の危機

財政破綻

堤修三氏

介護保険は「国家的詐欺」

制度の原則を失いつつある介護保険 「反社会保障」鮮明な骨太の方針

- 「保険料を納めた人には平等に給付を行うのが保険制度の大前提」。
 - しかし「2015年改定や財務省の給付抑制路線の提案では、この前提が崩れつつあると危惧している」
 - さらに要支援者の訪問介護などを市町村の事業に移し替えたり、補足給付の資産要件を導入するなどは、保険制度からいえば全くの筋違いで、「団塊世代にとって介護保険は『国家的詐欺』となりつつあるように思えてならない」

制度の原則を失いつつ ある介護保険

15年度微正から一段落する間もなく、次期改正に向けて財務省からは給付抑制の規制が頻々次ぎ、すでにその一部は閣議決定により要検討とされた。主幹場である介護保険部会や介護給付費分科会での議論を待たずして、給付抑制の大枠がめられようとしている。前後7年間にわ

たって介護保険制度の創設実施に間にわり、初代老健局長を務めた堤修三氏は今、そしてこれからの介護保険をどうみるのか。最近のトピックスも含めて、幅広いテーマについて聞いた。(先月、10月10日号で連報版を掲載しました)



プロフィール
「つみ・しゅうぞう」
1948年長崎市生まれ。71年厚生省（当時）入省。95年厚生省大臣官房審議官（介護保険実施室主部事務課長）。9801年厚生労働省基層問題課長。02年社会保健課厅長。03年厚生労働省敬老課課長。同年大阪大学大学院教授。13年同大学准教授。

「反社会保障」鮮明な骨太の方針

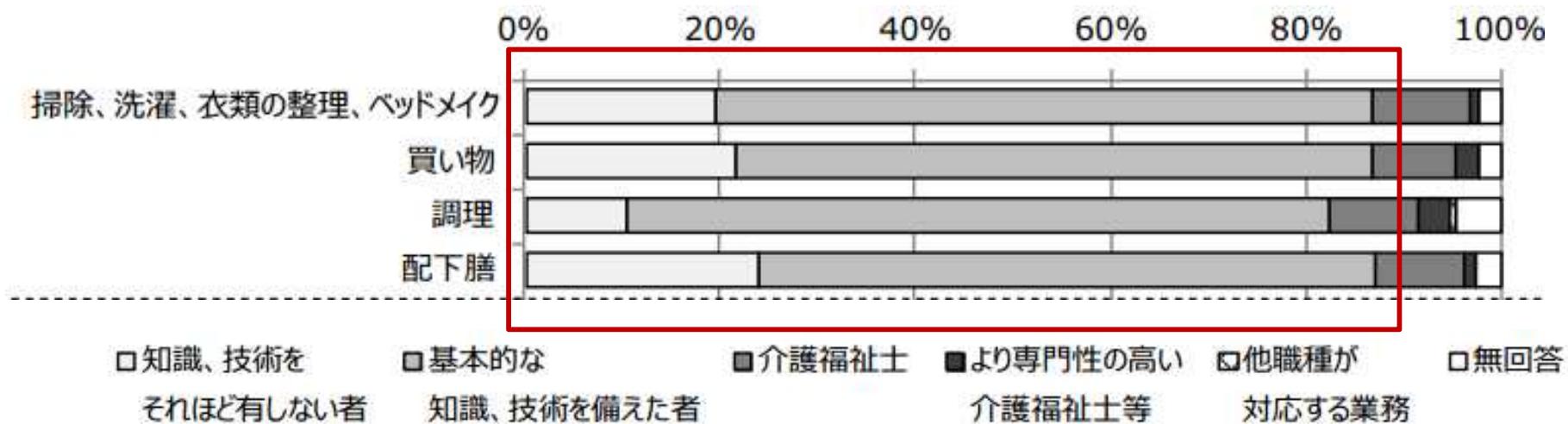
1010W1010-王行德◎金庸

生活援助切り捨ての論拠は破綻(調査結果の意図的利用)

「介護人材の類型化・機能分化に関する調査研究事業報告」

(三菱UFJリサーチ&コンサルティング、2016年3月)

- 生活援助の掃除や洗濯、衣類の整理、ベッドメイク、買い物、調理などは、「介護に関する知識、技術をそれほど有しない者でもできる」「介護に関する基本的な知識、技術を備えた者であれば出来る」] 8割を超える回答
⇒ 【結論】全額自己負担とし、家事代行会社やボランティアに委ねればよい



- 生活援助を通して行われる高齢者の状態把握について、「介護福祉士など専門職でないと出来ない」 ⇒ 6割
- 状態把握に基づく「より良いケアの提案」「介護計画の作成」「家族への報告・相談」は専門職でないとできない ⇒ 8割

社会保障は国の責任で（「必要な医療・介護は国の責任で」）

「国家責任なき社会保障」の転換を

日本国憲法第25条

すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する

2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない

必要充足原則

「給付」は（「負担」に応じてではなく）、
「必要」に応じて

応能負担原則

「負担」は（「給付」に応じてではなく）、
「能力」に応じて

「高福祉」・「応分の負担」

介護・社会保障財政の見直し＝税金の「集め方」「使い方」の転換を