

●● 2018年2月6日(火)／衆議院第2議員会館多目的ホール
●● 介護請願署名提出国会行動学習会

どうなる介護？ - 介護報酬2018年改定

- 社会保障制度改革の全体像
- 介護保険「2017年改革」
- 7つのポイント
- 介護報酬2018年改定の主な特徴と
問題点
- 今後の課題について

全日本民医連 事務局次長
林 泰則



★民医連「介護ウェーブ2016」チラシ
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

安倍政権による社会保障制度改革の新段階

社会保障制度の縮小・解体（“変質”）

社会保障費「自然増」分を徹底的に圧縮（⇒毎年の予算編成）
医療・介護提供体制の再編（病床削減）>「地域包括ケア」>介護保険見直し
医療費・介護給付費を恒常的に削減していく「しきみ」づくり（「見える化」+インセンティブ）
“実行部隊”は 地方自治体 → 医療=都道府県、介護（福祉）=市町村

受け皿

※制度の「すき間」（=つくれた「空白」）によって生じる困難

受け皿

住民の「互助」

市場サービス

New! 「我が事・丸ごと」地域共生社会

★ ①地域生活課題を 地域住民が「我が事」として
「丸ごと」対応、②公的支援の「丸ごと」化=効率化
<我が事「丸投げ」 地域に「強制」社会>

「公的サービスの産業化」

★ シルバービジネスの開発・展開。社会保障その
ものを経済成長に役立つようにつくりかえる
<社会保障改革と経済成長は車の両輪>

自己責任

家族の連帯責任

地域の共同責任

社会保障制度改革推進法
(2012年8月、3党合意)

(2012年～)

•

【社会保障・税一体改革】

(2018年～)

• {後半期}

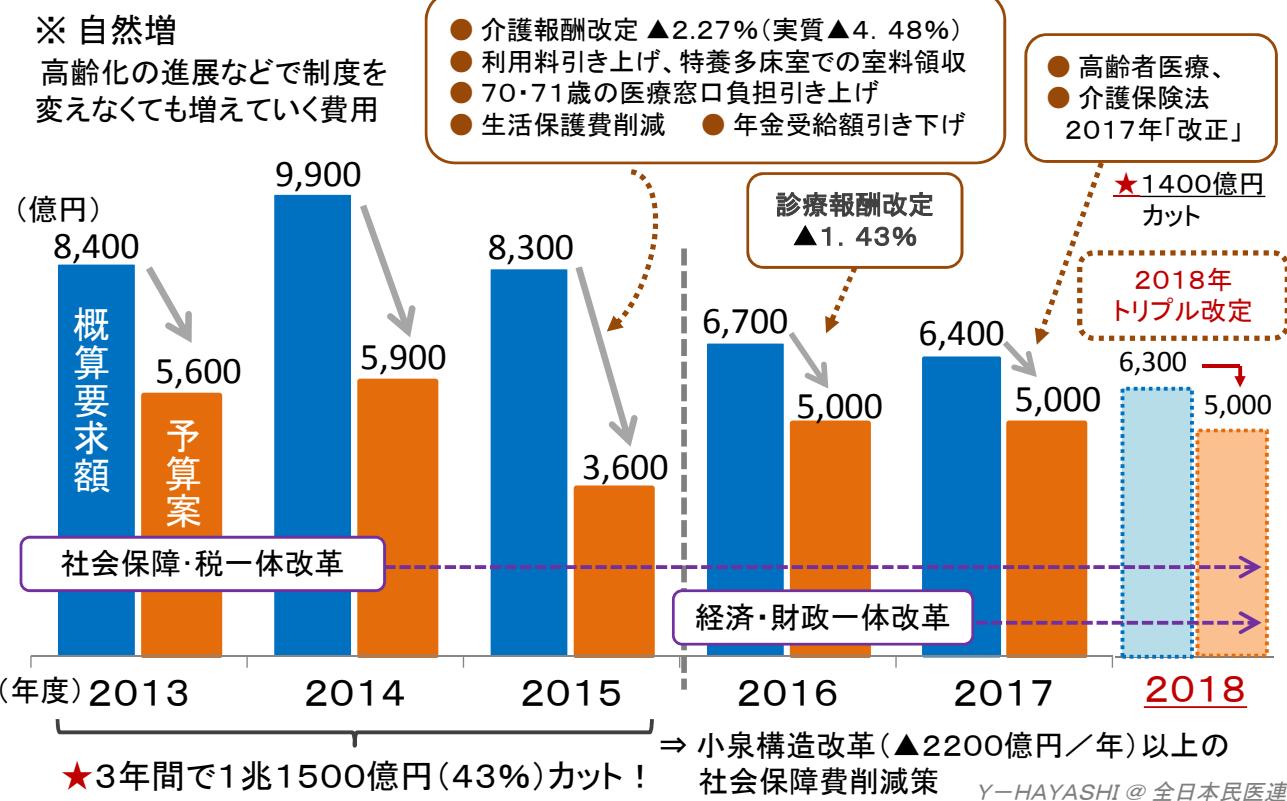
→ <2025年>

(2015年～) ※改革工程表

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

社会保障費自然増分の削減方針

「経済・財政一体改革」(2016~2018年度予算)=5000億円まで削減



改革の土台は「社会保障制度改革推進法」(2012年8月)

★3党(民・自・公)合意による

第二条 基本的考え方

社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする

- 一 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わされるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと

「国の責任による生活・生存の保障」⇒「国民相互の助け合い」
<社会保障理念の転換(歪曲)>

25条の解釈改憲

※「自助・共助・公助の適切な組み合わせ」⇒「自助>共助>公助(順番を間違えないこと)」

- ・ 自助 本人の自己責任、家族の連帯責任、住民の共同責任(互助)。市場サービス購入も「自助」
- ・ 共助 社会保険=負担の見返りとしての給付(="負担なくして給付なし")、給付内容の削減
- ・ 公助 全額公費による社会保障制度(生活保護など)→ 対象を限定、内容も制限・切り下げ

第七条(介護保険制度)

政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス(以下「介護サービス」という。)の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする

地域包括ケア強化法(介護保険等関係法)成立(2017年5月26日)

★ 31本の「改正」法案を一括化、短時間の審議で一気に採決

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・介護の連携等に關し、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。

介護保険「2017年改革」の全体像

改革工程表	介護保険の持続可能性の確保		地域包括ケアシステムの深化・推進	
法「改正」して実施	「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険等の一部を改正する法律案」(一括法案)			
	●現役並み所得者の利用料3割化	2018年8月	●自立支援・重度化防止に向けた保険者(市町村)機能の強化	2018年4月
	●介護納付金に対する総報酬割の導入	2017年8月	●医療・介護の連携 ～介護療養病床廃止 =「介護医療院」の創設	2023年度末までに実施
			●「共生型サービス」の創設	2018年4月
			●(その他)事業指定等に対する保険者の関与許可等	2018年4月
法「改正」を要せず実施 (政省令・報酬改定)	●高額介護サービス費の負担上限額引き上げ	2017年8月	●適切なケアマネジメントの推進	報酬改定
	●福祉用具の見直し(価格公表)	2018年4・10月		
	●生活援助の人員基準の緩和、報酬改定設定	報酬改定		
	●通所介護などその他の給付の「適正化」	報酬改定		
引き続き検討	●要介護2以下のサービスを地域支援事業(総合事業)へ	2019年度末までに結論	●ケアマネジメントに関する利用者負担	—
	●利用料引き上げ(2割負担拡大)	—		
	●補足給付の要件見直し(不動産)	—		
	●被保険者の範囲の見直し	—		

介護保険「2017年改革」の7つのポイント

- ① 制度の持続可能性の確保 ② 地域包括ケアの実現(深化・推進)
⇒ 給付総枠の「抑制」+ 給付内容のメリハリ付け(軽度縮小、中重度シフト)

適正化

効率化

重点化

- 1 利用者負担のさらなる引き上げ
 - 応益負担の徹底=利用料3割・高額介護サービス費上限額引き上げ、総報酬割導入
- 2 医療との一体改革 =病床削減の本格的な受け皿づくりを推進
 - 提供体制再編(病床削減)>「地域包括ケア」>介護保険制度)=[介護医療院]創設
- 3 「自立支援」の名による給付削減に向けた新たな「しくみ」づくり
 - 「見える」化とインセンティブ付与=「自立支援」に“成果”を上げた市町村に財政支援
- 4 介護と福祉(障害)の一体改革
 - 「共生型サービス」の創設
- 5 介護報酬改定~わずかな引き上げ + 誘導、在宅三大サービスの改悪など
 - 全体+0.54%(地域包括ケア・自立支援等で+1%程度、「適正化」で▲0.5%程度)
- 6 安上がりな扱い手づくりと「生産性」の向上ー介護人材政策の具体化・推進
 - 「生活援助中心型サービス」の新たな扱い手の養成、さらに中高年「入門的研修」の創設
- 7 次期改革の課題を明記、検討を方向づけ ⇒「改革工程表」

New!

Y-HAYASHI @ 全日本民医連



「制度の持続可能性」とは 誰にとっての、何のための「持続」可能性??

- 利用者・家~~族~~の生活の継続
- 介護事業の継続(安定経営)、職員が長く働き続けること



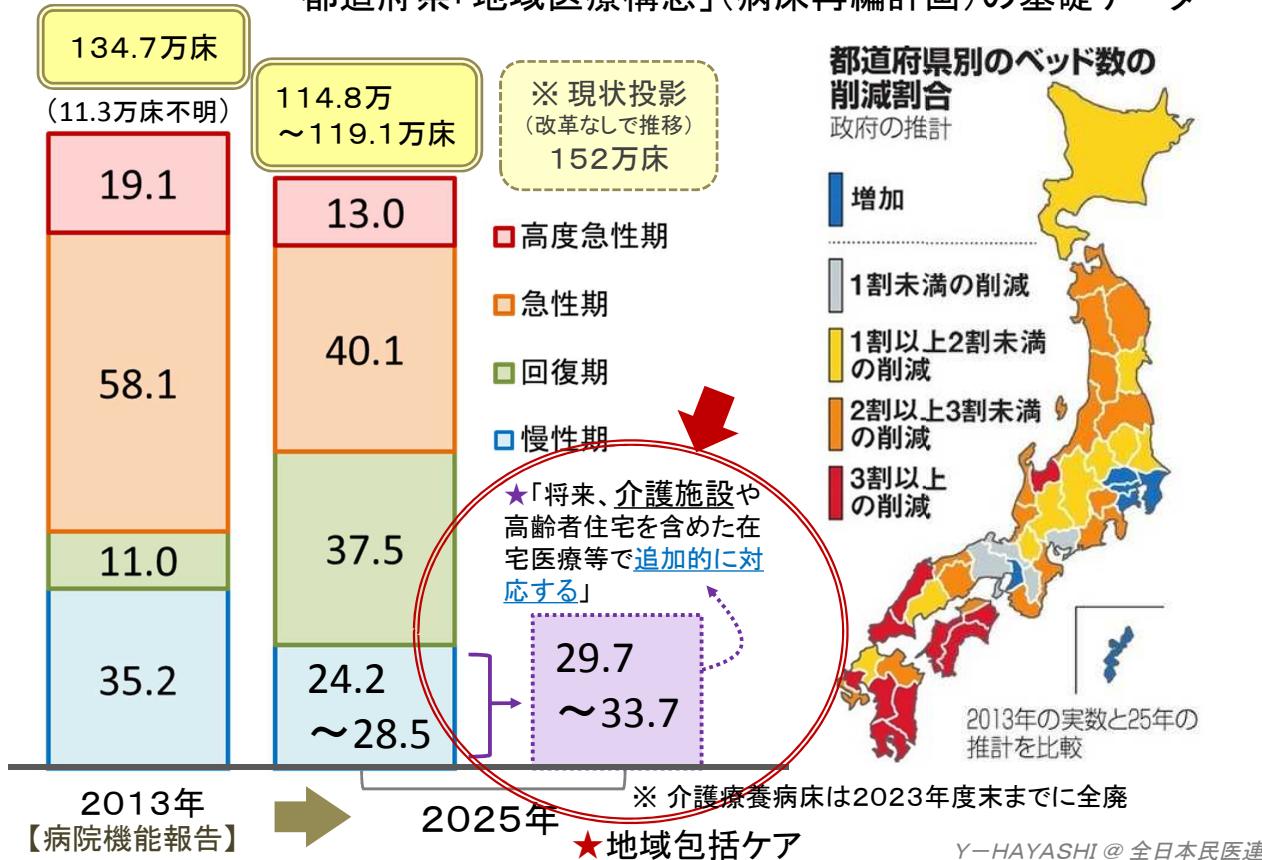
「保険財政」の持続可能性 ★「収支均等」(=給付抑制・負担増先行型改革)

- 現役並所得者(年収383万円以上)の利用料3割化=「原則2割負担」の地ならし
- 40歳~64歳の介護保険料(納付金)への総報酬割の導入=国家責任の縮小
- 高額介護サービス費の負担上限額引き上げ(「一般」:37,200円→44,400円)
- 介護報酬版改定=全体の引き下げ + 「重点化」「適正化」「効率化」を方向づけ

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

病床20万床の削減計画 - 政府の必要病床数推計(2015年6月)

都道府県「地域医療構想」(病床再編計画)の基礎データ



病床再編[削減]の新たな受け皿＝介護医療院(介護保険施設)

○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。

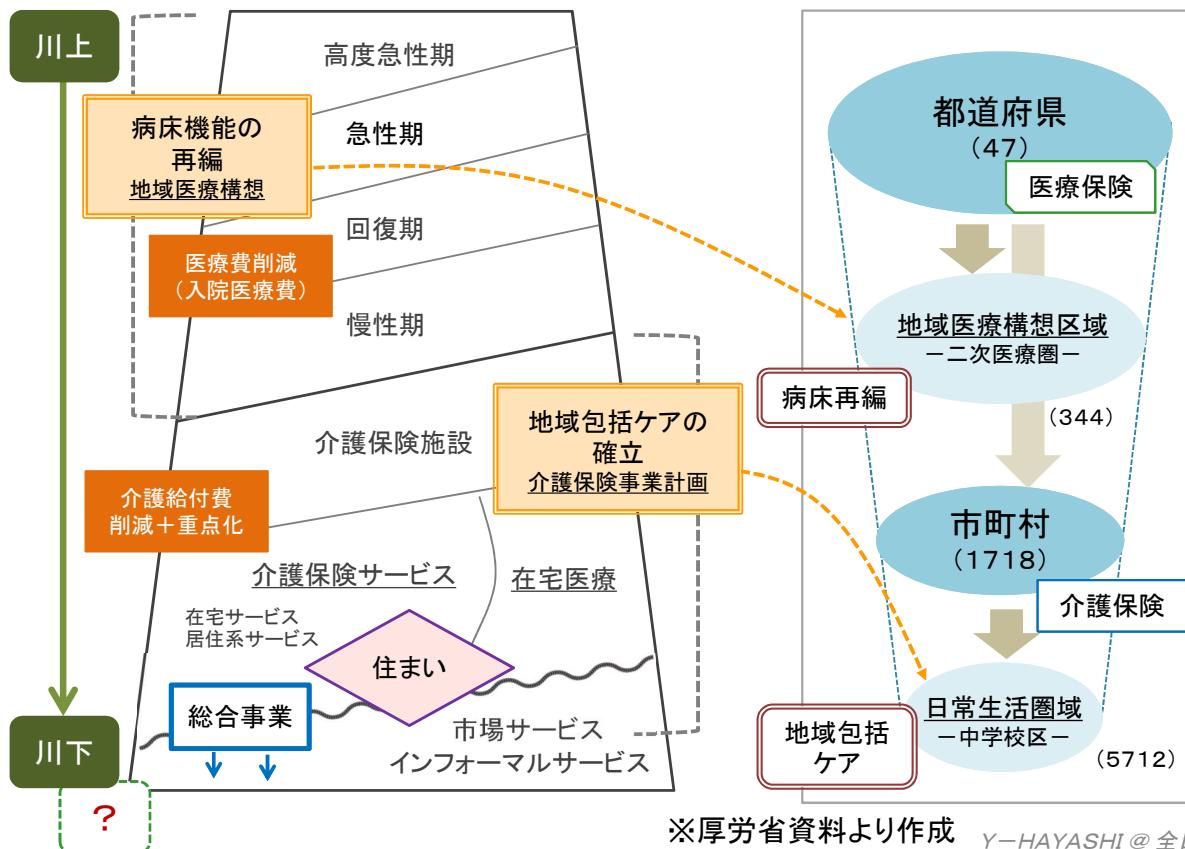
		介護医療院												
		(I)	(II)											
基本的性格		要介護高齢者の <u>長期療養・生活施設</u>												
設置根拠 (法律)		介護保険法 ※ <u>生活施設としての機能重視</u> を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。												
主な利用者像		重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者 等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者											
施設基準 (最低基準)	<u>介護療養病床相当</u> (参考: 現行の介護療養病床の基準) <table border="1"> <tr> <td>医師</td> <td>48対1 (3人以上)</td> </tr> <tr> <td>看護</td> <td>6対1</td> </tr> <tr> <td>介護</td> <td>6対1</td> </tr> </table>	医師	48対1 (3人以上)	看護	6対1	介護	6対1	<u>老健施設相当以上</u> (参考: 現行の老健施設の基準) <table border="1"> <tr> <td>医師</td> <td>100対1 (1人以上)</td> </tr> <tr> <td>看護</td> <td>3対1</td> </tr> <tr> <td>介護</td> <td>※ うち看護2/7程度</td> </tr> </table>	医師	100対1 (1人以上)	看護	3対1	介護	※ うち看護2/7程度
医師	48対1 (3人以上)													
看護	6対1													
介護	6対1													
医師	100対1 (1人以上)													
看護	3対1													
介護	※ うち看護2/7程度													
※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。														
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。													
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象													

● 介護療養: 5.9万床=全廃(2023年度末まで)、医療療養(25:1)7.2万床=削減 ⇒ 受け皿

● 一般病床からの転換も“可能”とされている = 医療から介護へのコストシフト Y-HAYASHI @ 全日本民医連

政府がめざす「2025年の医療・介護の将来像」

「入院から在宅へ」「医療から介護へ」、さらに「介護からボランティアへ」

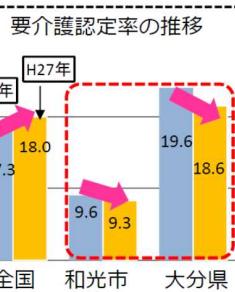


「自立支援・重度化」防止に向けた保険者機能の強化

見直し内容 ~ 保険者機能の抜本強化 ~

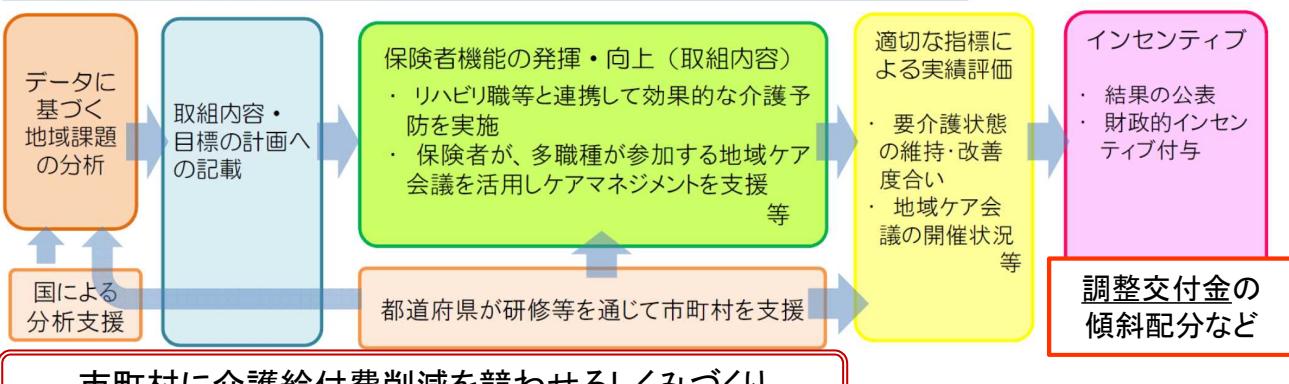
- 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。
- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
 ① データに基づく課題分析と対応(取組内容・目標の介護保険事業(支援)計画への記載)
 ② 適切な指標による実績評価
 ③ インセンティブの付与
 を法律により制度化。

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



※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



「自立支援介護」への転換を - 未来投資戦略(2017年5月)



■ 安倍首相(冒頭あいさつ)

「パラダイムシフトを起こす。介護が要らない状態までの回復をめざす」

「これからは、高齢者が自分で出来るようになることを助ける『自立支援』に軸足をおく」

- 2018年度の報酬改定で、要介護度を改善させた事業所の報酬を引き上げ、2018年度以降は、「自立支援」や回復に後ろ向きな事業所の報酬の減額を検討する
(介護報酬上のインセンティブ、自立支援減算?)

★ 食事・入浴介助等を中心とした「お世話型介護」から「自立支援介護」(科学的介護)へ
⇒「自立」後は、健康産業・シルバービジネスへ

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/>

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「自立支援」、何のため？

■ 介助を使い、自分で決める

私たち障害者がめざしてきた自立とは、無理をして何でも自分でやることではありません。

介助者の方々に上手に助けを借りながら、自分で決め、決めたことに責任を持つことだと思います。

高齢者福祉の世界では、介護保険制度の見直しで「自立支援」重視が打ち出されています。

耳に心地よい言葉ですが、本質的なところで
は私が受けたリハビリと同じく、価値観の押しつけに結びつく、そんな危うさを感じます。

何でも自力でこなし、要介護度が改善しないと迷惑をかける。高齢者がそう思わされてしまうことにならないか、心配です。

介護が必要になっても、ありのままの自分で、自分らしく生きる、いろんな人の助けを借りて

自分で生きる。いろんな人の助けを借りて。
そう考えたほうが、本当の自立に近づくと思う
のです。

「自立支援センターさっぽろ」理事長 佐藤きみよさん

朝日新聞 2018年2月3日

日新聞 2018年2月3日

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

The image contains two main parts. On the left is a vertical column of Japanese text from a newspaper, with several sections highlighted in red boxes. The text discusses the impact of policy changes on介護報酬 (care remuneration). On the right is a black and white photograph of a man in a dark suit and tie, looking slightly to his left.

「から「自立支援介護」(

超高齢化時代のべんり道具？



超高齢化時代のベテラン道員

イラスト・深川直美

「共生型サービス」の創設－「我が事・丸ごと地域共生社会」実現へ

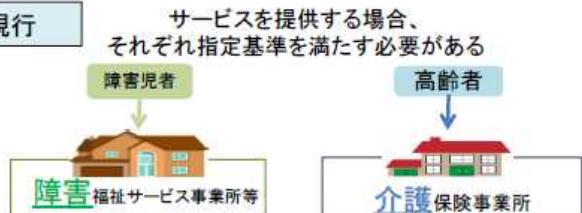
見直し内容

5月26日成立、6月2日公布

- 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するため、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。

(注)具体的な指定基準等の在り方は、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にあわせて検討。

現行



【課題】

- 障害福祉サービスに相当するサービスが介護保険法にある場合は、介護保険サービスの利用が優先されるため、従来から障害福祉サービス事業所を利用していた障害者が高齢者となった場合に、馴染みの事業所を利用し続けられないことがある。

- 高齢化が進み人口が減少する中で、サービスの提供に当たる人材の確保が難しくなる。

改正後



第142回介護給付費分科会資料(2017・7・5)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000170293.html>

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「『我が事・丸ごと』地域共生社会」の実現

「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年制度改正】
- 複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改正】
- 地域福祉計画の充実【29年制度改正】

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年制度改正・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

- 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

地域丸ごとのつながりの強化

専門人材の機能強化・最大活用

実現に向けた工程

★「地域福祉(支援)計画」で具体化・推進

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)年以後:

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

2020年代初頭
全面展開

2017年2月7日「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部(当面の改革工程)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syakaihosyou.html?tid=368203>

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「我が事・丸ごと」地域共生社会の理念と内容

■ 「我が事・丸ごと」地域共生社会の基本理念

「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、住民一人一人の暮らしと生きがい、地域を共に創っていく社会」

「我が事・丸ごと地域共生社会」実現本部「当面の改革工程」(2017年2月)

■ 「我が事」とは

- 支援を必要としながらも、制度の対象になっていない、または制度の対象でありながらも必要な支援を受けられない、身近に住む人たちの生活課題に関して、障害等がない人、社会福祉事業関係者も「他人事」ではなく、「我が事」の問題として捉える

- さらに、「我が事」として、こうした人たちを把握し、関係機関と連携しながら課題の解消を図る

■ 「丸ごと」とは

- 【専門職種】少子高齢化に伴って福祉の専門職を選択する人材は減少していくため、あらゆる福祉課題に対応できる専門職員を育成する（共通職種の創設）

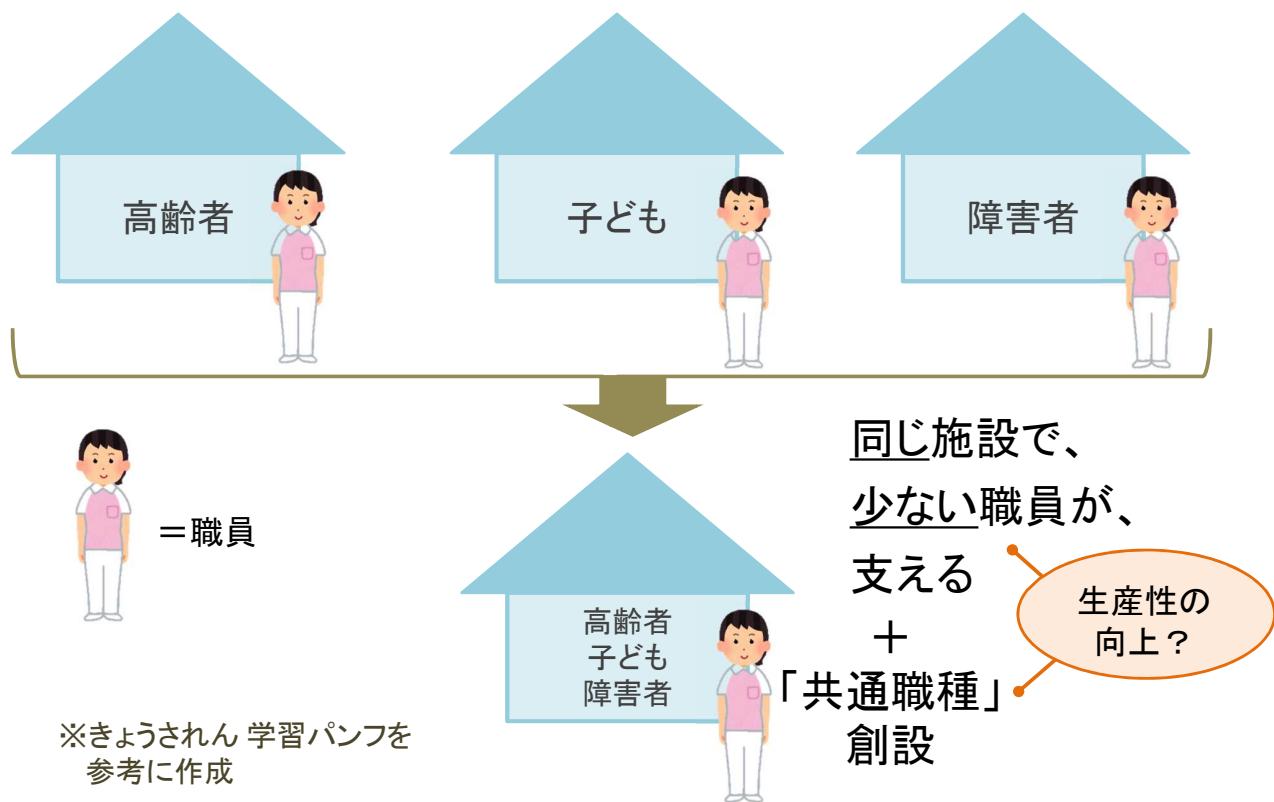
- 【包括的支援体制】子ども・子育て、障害児者、高齢者、生活困窮者等に対応できる包括的な支援体制を整備する（相談機関の一元化など～すでに通知済み、2017年3月）

- 【制度横断化】各制度の縦割りを取り払い、専門職員や事業所等の兼用兼務を強化する
(介護保険と障害者施策 ⇒「共生型サービス」の創設など)

- 「丸ごと」化を通じて、「支援の効率性」、「生産性の向上」を高める

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

公的サービスの「効率化」へ＝モデルとしての共生型サービス



★ 制度そのものの「統合」へ(介護保険への吸収=「福祉の保険化」)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「我が事・丸ごと地域共生社会」の本質



「主語」は誰?

■ 「改正」社会福祉法 一 地域包括ケア強化法

第四条(地域福祉の推進)

地域包括ケア

全世代型

地域住民は、地域福祉の推進にあたっては、福祉サービスを必要とする地域住民及びその世帯が抱える福祉、介護、介護予防、保健医療、住まい、就労及び教育に関する課題、福祉サービスを必要とする地域住民の地域社会からの孤立その他の福祉サービスを必要とする地域住民が日常生活を営み、あらゆる分野の活動に参加する機会が確保される上での各般の課題(地域生活課題)を把握し、地域生活課題の解決に資する支援を行う関係機関との連携等により、その解決を図るよう特に留意するものとする

■ 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

★ 住民1人1人が地域生活課題を「我が事」(自らの問題)として、「丸ごと」支援する
(= ① 公的支援の下請け(互助)化、② 公的支援(サービス・相談事業、体制等)の効率化)

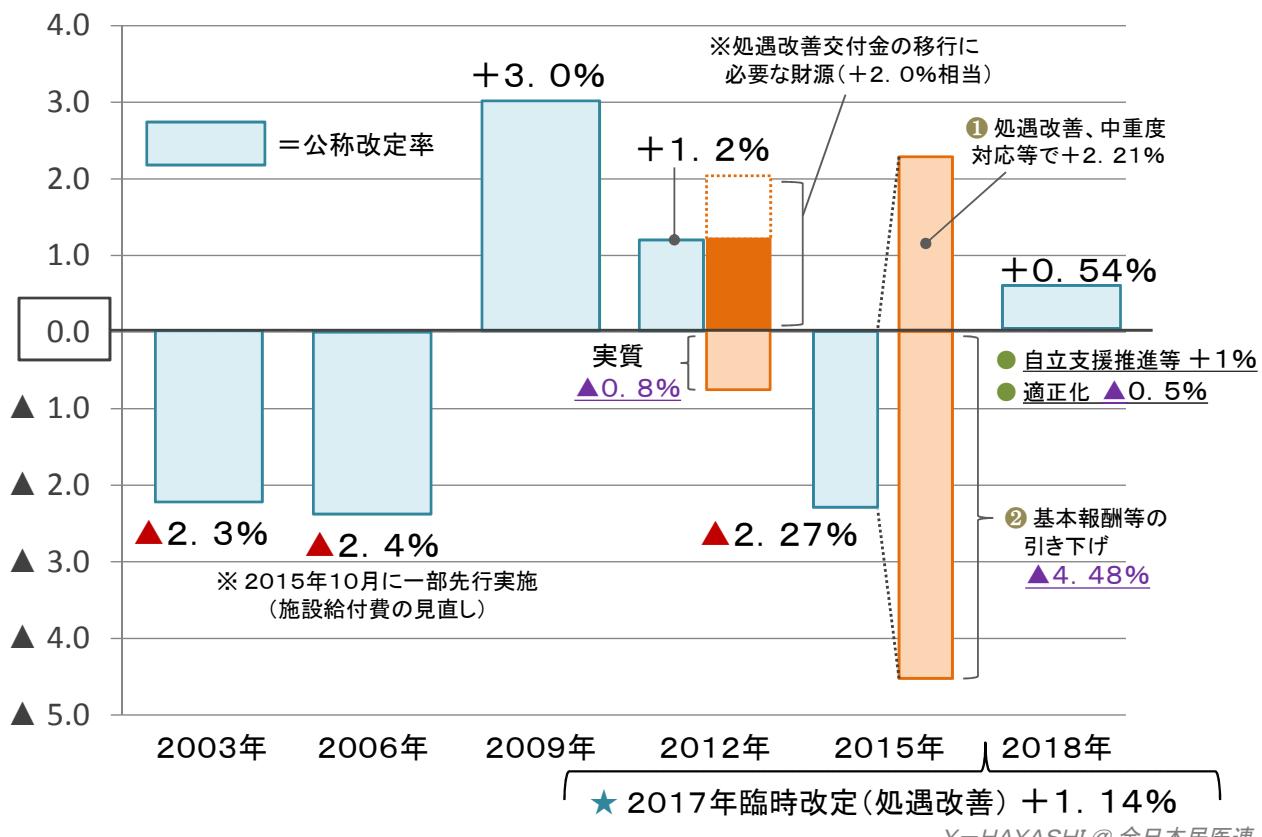
「我が事・丸ごと」地域共生社会 → 我が事「丸投げ」地域(に)強制社会

⇒⇒⇒ 社会保障の縮小・解体の新たな受け皿に

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護報酬改定の推移(2003年~18年)

介護報酬 = ① 事業経営の原資 ② 個々の介護サービスの内容・提供方法を規定

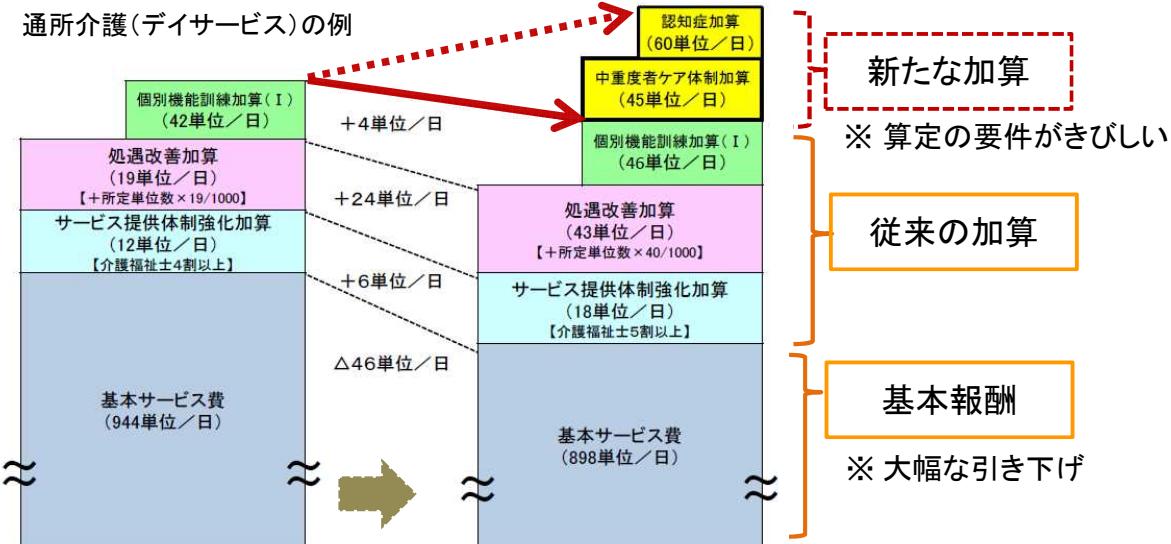


過去最大級の引き下げとなつた介護報酬2015年改定

公称改定率 **▲2.27%** (在宅▲1.42%、施設▲0.85%)

介護職員の待遇改善 **+1.65%**
重度、認知症対応等 **+0.56%**

その他の部分で **▲4.48%**
(基本報酬など)



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

前回改定=財務省が「6%引き下げ」を提言(2014年10月)

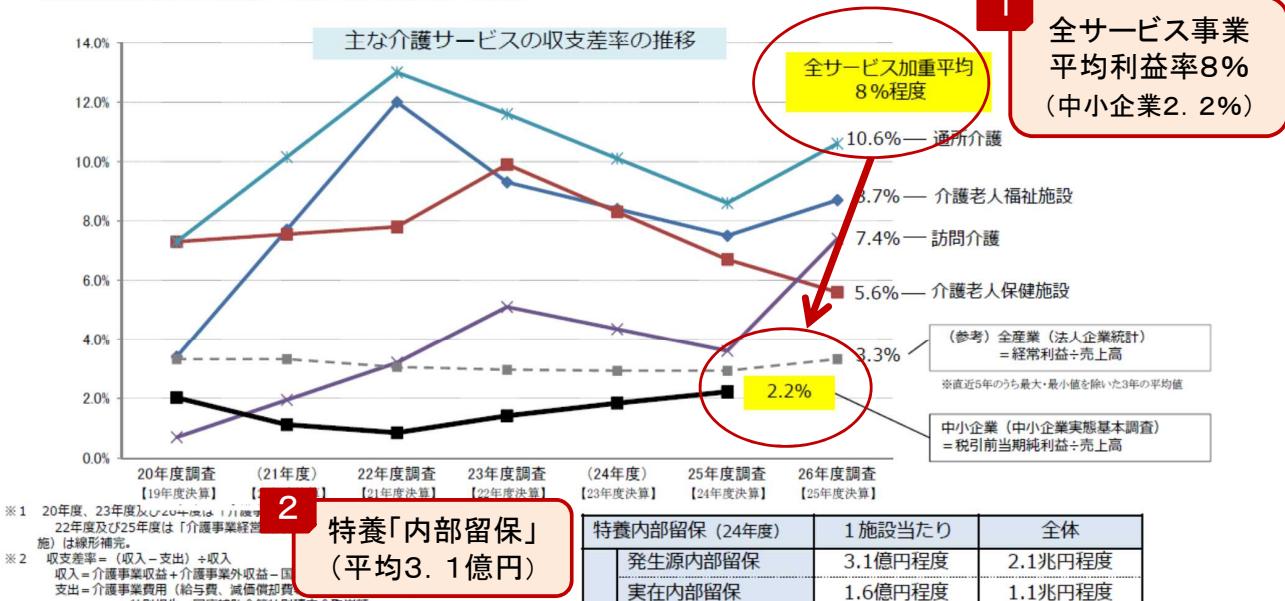
介護事業者の収支状況

資料III-1-9

- 介護サービス全体の平均収支差率は**+8%程度** (注1)と一般的な中小企業 (注2) の水準 (+2~3%弱) を上回る。
- 消費税財源を活用して**介護職員の待遇改善加算の拡充を図る一方、事業類型毎の収支状況を反映させ、介護報酬基本部分を適正化** (事業類型別に異なるが、全体としては中小企業並みの収支差となる▲6%程度の適正化) する必要。

(注1) 介護総費用におけるサービス毎の構成比に基づき、平均収支率の加重平均値を財務省において試算 (出所: 厚生労働省「介護給付費実態調査(26年4月審査分)」、「平成26年介護事業経営実態調査結果」)。

(注2) 中小企業の定義はサービス業で資本金5,000万円以下又は従業員100人以下とされるが、24年経済センサスによれば、資本金5,000万円未満の企業の売上高が全体の売上高に占める比率を見ると、全産業では3割強を占めるにすぎないのに対し、老人福祉・介護事業では7割程度を占める。



財務省「平成27年度予算編成に関する建議」

老人福祉・介護事業所の倒産件数推移

東京商エリサーチ調査

前回2015年報酬改定

=過去最大級のマイナス改定 ▲2.27% (▲4.48%)

★2017年度の倒産件数は

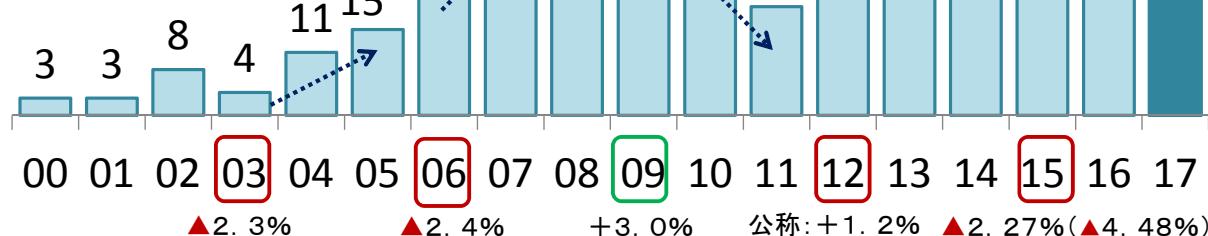
過去最高の111件 (2018年1月8日・速報値)

★「倒産」として把握されない

事業所の閉鎖・廃業が相次ぐ

※倒産件数

=改定率の動向と連動



公称: +1.2% ▲2.27% (▲4.48%)
(実質▲0.8%)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

厚労省

2017年度介護事業経営実態調査(10月27日)

		2014年度	2015年度	2016年度	対14年度増減
施設	介護老人福祉施設	8.7	2.5	1.6	▲7.1
	介護老人保健施設	5.6	3.2	3.4	▲2.2
	介護療養型医療施設	8.2	3.7	3.3	▲4.9
居宅 ・ 居宅 介 護 支 援	訪問介護	7.4	5.5	4.8	▲2.6
	訪問入浴介護	5.4	2.7	2.8	▲2.6
	訪問看護	5.0	3.0	3.7	▲1.3
	訪問リハ	5.3	4.3	3.5	▲1.8
	通所介護	11.4	7.1	4.9	▲6.5
	通所リハ	7.6	4.6	5.1	▲2.5
	短期入所生活介護	7.3	3.2	3.8	▲3.5
	特定施設入居者生活介護	12.2	4.1	2.5	▲9.7
	福祉用具貸与	3.3	3.7	4.5	+1.2
	居宅介護支援	▲1.0	▲1.8	▲1.4	▲0.4
地域 密 着 型	定期巡回・隨時対応型訪問介護看護	0.9	6.8	4.8	+3.9
	夜間対応型訪問介護	3.8	3.6	1.5	▲2.3
	地域密着型通所介護	6.7	3.2	2.0	▲4.7
	認知症対応型通所介護	7.3	6.0	4.9	▲2.4
	小規模多能型居宅介護	6.1	5.4	5.1	▲1.0
	認知症対応型共同生活介護	11.2	3.8	5.1	▲6.1
	地域密着型特定施設	6.8	5.2	3.2	▲3.6
	地域密着型介護老人福祉施設	8.0	1.6	0.5	▲7.5
	看護小規模多機能型居宅介護	▲0.5	6.3	4.6	+5.1
	全サービス平均	7.8	3.8	3.3	▲4.5

※ 各年度決算値: 税引前収支差率 %

2015年報酬改定前

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

2018年度介護報酬改定率確定

+0.54% (国費+137億円)

※ 地域包括ケアシステムの推進、質の高い介護サービスの実現、多様な人材の確保と生産性の向上、介護保険料の上昇の抑制、介護サービスの利用者負担の軽減及び介護事業者の安定的経営の確保等の視点を踏まえて、以下を実施し、改定率全体としては、+0.54%とする。

- 自立支援・重度化防止に資する質の高いサービスの評価等
⇒ +1%程度
- 「経済・財政再生計画 改革工程表」に沿った通所介護等の給付の適正化
⇒ ▲0.5%程度

重点化 効率化 適正化

平成30年度政府予算案

「平成30年度介護報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定等」

http://www.mof.go.jp/budget/budget_workflow/budget/fy2018/seifuan30/13.pdf

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

トリプル改定(医療・介護・障害)の財源

診療報酬 +0.55%(本体部分)、介護報酬 +0.54%
障害福祉サービス等報酬 +0.47%

報酬改定に絡む財源

- ▼ 薬価見直し(引き下げ)=1456億円
- ▼ 薬価制度の抜本改革=310億円
- ▼ 医療材料価格見直し=99億円
- ▼ 大型門前薬局の評価の適正化=56億円
- ▼ 医療制度改革(後期高齢者の保険料軽減特例見直しなど)=300億円弱
- ▼ 介護制度改革(介護保険料の総報酬割導入など)=350億~360億円

社会保障費自然増分の削減
1300億円

財源の使途

▼ 社会保障費自然増分の削減=1300億円

- ▼ 診療報酬本体 0.55%増=588億円
- ▼ 介護報酬 0.54%増=137億円
- ▼ 障害福祉サービス等報酬 0.47%増=57億円
- ▼ 介護の保険者インセンティブ=200億円
- ▼ 子ども医療費助成に関する国民健康保険減額調整措置の見直し=56億円
- ▼ 子ども関連予算への充当=200億円程度…

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護報酬2018年改定の概要(改定率+0.54%)

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進

<地域包括ケア> <質> <生産性> <持続可能性>

I 地域包括ケアシステムの推進

- 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けができる体制を整備

重点化

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

⇒ 医療対応、看取り、医療介護連携、ケアマネ、認知症、栄養・口腔、施設機能／リハ、機能訓練、アウトカム評価…

III 多様な人材の確保と生産性の向上

- 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

効率化

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

※ 基準緩和

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

- 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

重点化

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 福祉の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

生活援助の上限設定

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

★ 生活援助の上限設定

適正化

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等 ★ ケアプランの適正化
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度
★ 基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

1

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護報酬2018年改定(+0.54%)をどうみるか

- プラス改定となった背景には、前回改定が地域のサービス基盤を揺るがす深刻な事態(相次ぐ倒産・廃業など)をもたらしている中で、介護報酬引き上げ・改善を粘り強く求めてきた世論と運動の広がりがある
- しかし、プラス改定とはいわずかな引き上げ幅にとどまっており、現状の困難や制度矛盾を抜本的に打開する水準とは到底いえない
- 具体的な内容では、地域包括ケア(医療・介護提供体制再編)や「自立支援」の推進など、2025年に向けた政府の政策の方向に強力に誘導(=事業者の差別化)を図るものとなっている
- 同時に、「適正化」の名の下に、訪問介護(生活援助)の利用回数の上限設定、大規模型通所介護事業所における基本報酬の大幅な引き下げなどをはじめとする重大な改悪が盛り込まれている

- 処遇改善では、昨年2017年臨時改定での改善策が維持されたにすぎず、新たな施策は追加されていない(加算の一部廃止など後退あり)
- さらに、次期改定の検討課題が明記され、「ケアプランの適正化」(提出→検証→是正)の対象サービスの拡大、老健施設等の多床室での室料徴収などが打ち出されている点は重大

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

訪問回数の多い利用者への対応(居宅介護支援)

財務省「月100回を超えて利用するケースも見受けられる！」

- ケアマネジャーが一定の回数を超える訪問介護を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出。届け出られたケアプランを、市町村が地域ケア会議で検証を実施

【“一定の回数”とは】

- 訪問介護(生活援助中心型)の回数が、通常の利用状況と著しく異なるもの(※)

※ 要介護度別に「全国平均利用回数+2標準偏差(2SD)」を超えるもの

= 利用者全体の4.3%~6.1%程度 ⇒ 全体で約2.4万件が該当

	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者数(A)	485174	204392	162482	68313	34591	15396
平均回数	10.6	9.2	11.1	13.2	11.3	9.3
標準偏差	10.6	8.4	10.8	13.9	12.8	10.6
+2SDライン回数	32	26	33	42	37	31
+2SD利用者数(B)	23502	11165	8406	4169	1995	664
割合(B/A)	4.8%	5.5%	5.2%	6.1%	5.8%	4.3%



【届出後の対応】

- 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置づける。
- 市町村は、ケアマネジャーに対し、利用者の「自立支援・重度化防止」や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す

★ 2018年4月に示し、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「生活援助のみの利用」事例の実情

★ 財 務 省 は 回 数 の み に 着 目	北海道 標茶町	(回数)		女性 (80)	独居	あり	以下	山間部で生活。自発的行動できず、食事や衣服の着脱に促し必要。1日3回の生活援助なしで在宅生活送れない
		101	3					
	盛岡北部 行政事務 組合	90	1	男性 (89)	独居	あり	以下	世話をしていた親族が入院。精神的に不安定。服薬の確認と食事の生活援助が1日3回必要
	千葉県 君津市	90	2	女性 (80代)	独居	軽～中度	以下	入浴など身体介護が必要だが家族が通いで対応。しかし3度の食事の準備が難しく、見守り必要
	東京都 足立区	90	2	女性 (91)	独居	強くあり	超過分は自己負担	調理、服薬の確認、精神的サポートなど。いつ異変があるかわからない
	滋賀県 高島市	90	3	女性 (80代)	息子と同居	不明。さっき聞いたことも忘れる	以下	息子が早朝出勤、夜に帰宅。ヘルパーがトイレの後始末。昼夜食準備、服薬確認

■ 北海道・標茶町のケース(101回／月) 80歳女性(独居)・要介護3

- 認知症のため進んで食事を食べたり、薬を飲んだりできないため、ヘルパーが1日3回、自宅を訪ねて促す。通院時の支援でも利用。施設にははじめず小さな町のため代替サービスもない(担当ケアマネジャー)
- 100回といつても限度額を超えているわけではない。回数を削るとこの方の生活はどうなるのか

■ 厚労省が示した事例でも、48事例中46事例で「適切な利用」が行われている

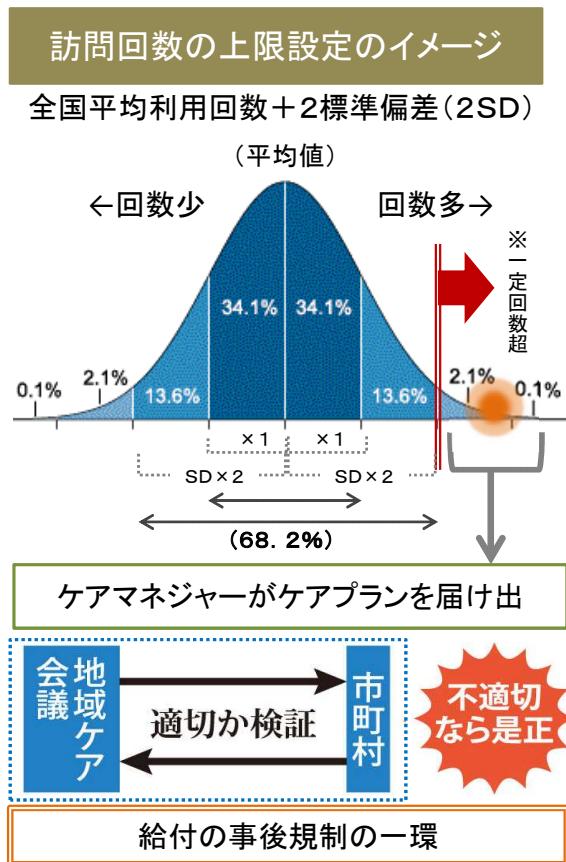


淑徳大学・結城康博教授

「生活援助は、老老介護や独居高齢者の暮らしを支えるもの。サービスが削られることで、介護費用がより高い施設に入らざるを得なくなれば、本末転倒だ。地域での暮らしや『介護離職ゼロ』をうたう政府がめざすものに逆行する」

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

訪問回数の上限設定の問題点



- 利用者の在宅生活の継続に重大な支障・困難をもたらす(本人・家族の事情、地域のサービス基盤の事情)

- 対象者を、個々の事情・実態を反映しない数字の操作(統計処理)で機械的に抽出(サービスの必要性の判断とは全く関係なし!)。年に1度の見直しで上限が低下していくしきみ(回数減→平均減→上限減)

- 「ケアプランの適正化」の一環として実施
(届出→地域ケア会議で検証→“不適切”なら是正)
 - ・保険者による画一的な対応(指導)や、上限が一人歩きする恐れ(例えば“月90回以上はダメ”等)
 - ・届出など、ケアマネジャーの事務負担の増大
 - ・ケアマネジャーに過重なストレス

～「実施したアセスメントを信頼してもらえていないのではないか」、「不適切とされて利用者に迷惑がかかるのではないか」、「ケアプラン点検や自身の評価につながらないのか」…等

- ★「自粛」ケアプランの作成
= 事実上のサービス利用の「事前規制」
- ★「介護給付「適正化」事業」との連動
(事業所・ケアマネの管理・統制の強化)

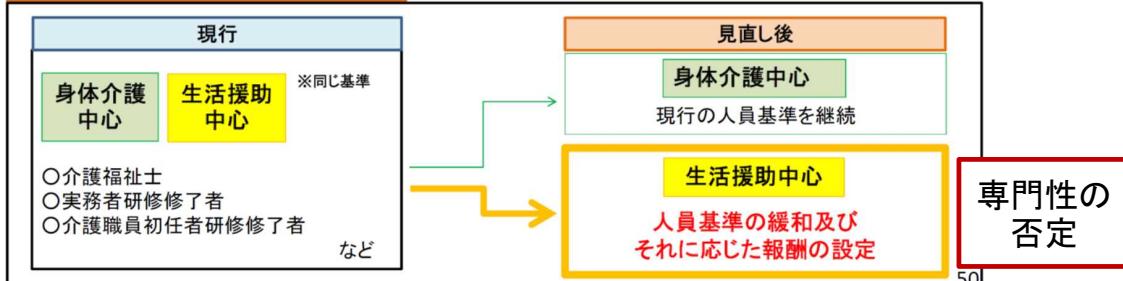
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

生活援助の人員基準の緩和とそれに応じた報酬設定

- ① 身体介護 > 利用者の身体に直接接觸して行われるサービス等
(例:入浴介助、排せつ介助、食事介助 等)
- ② 生活援助 > 身体介護以外で、利用者が日常生活を営むことを支援するサービス
(例:掃除、洗濯、調理 等)

- 人員基準の緩和 → 質の低下
- 報酬の引き下げ → 確保困難

訪問介護員の人員基準の見直し



- 訪問介護事業所における更なる人材確保の必要性を踏まえ、介護福祉士等は身体介護を中心に担うこととし、生活援助中心型については、人材の裾野を広げて担い手を確保しつつ、質を確保するため、現在の訪問介護員の要件である130時間以上の研修は求めないが、生活援助中心型のサービスに必要な知識等に対応した研修を修了した者が担うこととする。
- このため、新たに生活援助中心型のサービスに従事する者に必要な知識等に対応した研修課程を創設することとする。その際、研修のカリキュラムについては、初任者研修のカリキュラムも参考に、観察の視点や認知症高齢者に関する知識の習得を重点とする。(カリキュラムの具体的な内容は今年度中に決定する予定)【省令改正、告示改正、通知改正】
- また、訪問介護事業所ごとに訪問介護員を常勤換算方法で2.5以上置くこととされているが、上記の新しい研修修了者もこれに含めることとする。
- この場合、生活援助中心型サービスは介護福祉士等が提供する場合と新研修修了者が提供する場合とが生じるが、両者の報酬は同様とする。
- なお、この場合、訪問介護事業所には多様な人材が入ることとなるが、引き続き、利用者の状態等に応じて、身体介護、生活援助を総合的に提供していくこととする。

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

通所介護の基本報酬(7~9時間)①

【大規模型 I】

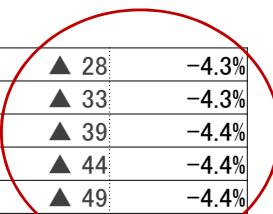
7時間以上9時間未満	
要介護1	645
要介護2	762
要介護3	883
要介護4	1,004
要介護5	1,125

※ 平均利用延べ人員月751人~900人



7時間以上8時間未満

要介護1	617	▲ 28	-4.3%
要介護2	729	▲ 33	-4.3%
要介護3	844	▲ 39	-4.4%
要介護4	960	▲ 44	-4.4%
要介護5	1,076	▲ 49	-4.4%



8時間以上9時間未満

要介護1	634	▲ 11	-1.7%
要介護2	749	▲ 13	-1.7%
要介護3	868	▲ 15	-1.7%
要介護4	987	▲ 17	-1.7%
要介護5	1,106	▲ 19	-1.7%

【大規模型 II】

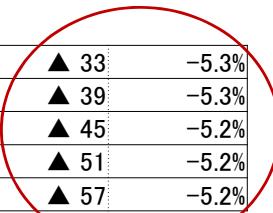
7時間以上9時間未満	
要介護1	628
要介護2	742
要介護3	859
要介護4	977
要介護5	1,095

※ 平均利用延べ人員月901人以上



7時間以上8時間未満

要介護1	595	▲ 33	-5.3%
要介護2	703	▲ 39	-5.3%
要介護3	814	▲ 45	-5.2%
要介護4	926	▲ 51	-5.2%
要介護5	1,038	▲ 57	-5.2%



8時間以上9時間未満

要介護1	611	▲ 17	-2.7%
要介護2	722	▲ 20	-2.7%
要介護3	835	▲ 24	-2.8%
要介護4	950	▲ 27	-2.8%
要介護5	1,065	▲ 30	-2.7%

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

通所介護の基本報酬(7~9時間)②

【通常規模型】

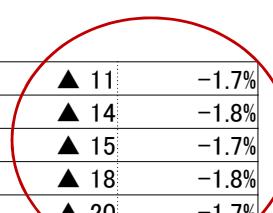
7時間以上9時間未満	
要介護1	656
要介護2	775
要介護3	898
要介護4	1,021
要介護5	1,144

※ 平均利用延べ人員月301~750人



7時間以上8時間未満

要介護1	645	▲ 11	-1.7%
要介護2	761	▲ 14	-1.8%
要介護3	883	▲ 15	-1.7%
要介護4	1,003	▲ 18	-1.8%
要介護5	1,124	▲ 20	-1.7%



8時間以上9時間未満

要介護1	656	0	0.0%
要介護2	775	0	0.0%
要介護3	898	0	0.0%
要介護4	1,021	0	0.0%
要介護5	1,144	0	0.0%

【地域密着型】

7時間以上9時間未満	
要介護1	735
要介護2	868
要介護3	1,006
要介護4	1,144
要介護5	1,281

※ 平均利用延べ人員月300人以下



7時間以上8時間未満

要介護1	735	0	0.0%
要介護2	868	0	0.0%
要介護3	1,006	0	0.0%
要介護4	1,144	0	0.0%
要介護5	1,281	0	0.0%

8時間以上9時間未満

要介護1	764	29	3.9%
要介護2	903	35	4.0%
要介護3	1,046	40	4.0%
要介護4	1,190	46	4.0%
要介護5	1,332	51	4.0%

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

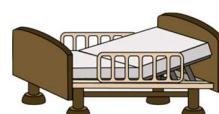
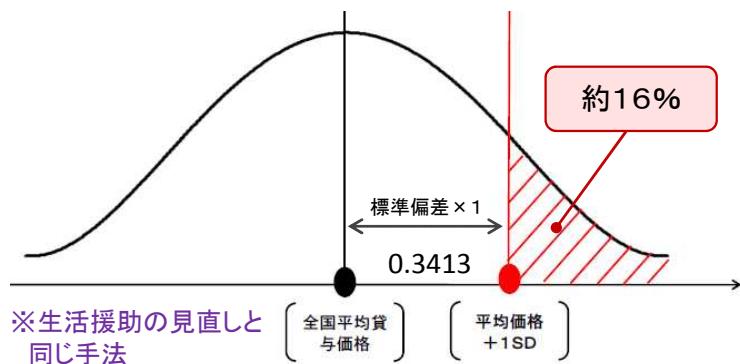
福祉用具貸与 - 貸与上限額の設定

①貸与価格の上限設定等 ⇒ ★実施は10月から

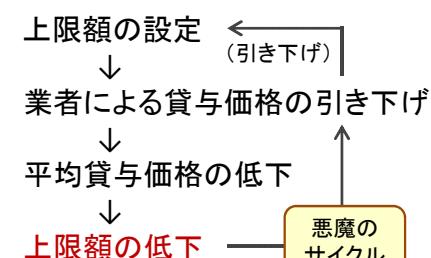
- 福祉用具貸与について、平成30年10月から全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行う。
 - ・ 上限設定は商品ごとに行うものとし、「全国平均貸与価格 + 1 標準偏差 (1SD)」を上限とする。
 - ・ 平成31年度以降、新商品についても、3ヶ月に1度の頻度で同様の取扱いとする。
 - ・ 公表された全国平均貸与価格や設定された貸与価格の上限については、平成31年度以降も、概ね1年に1度の頻度で見直しを行う。
 - ・ 全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行うに当たっては、月平均100件以上の貸与件数がある商品について適用する。
- なお、上記については、施行後の実態も踏まえつつ、実施していくこととする。

貸与価格の上限設定のイメージ

★上限額=「全国平均貸与価格 + 1標準偏差(1SD)」
(概ね1年に1度見直す)



例: 2モーター電動ベッド
上限貸与価格: 2万円
→ 2万1円以上は自費



質の低下・サービスの後退

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

予防訪問介護等の報酬と「現行相当サービス」(総合事業)

総合事業ガイドライン

- 現行の訪問介護等に相当するサービスの単価は、市町村において、国が定める額(予防給付の単価)を上限として、個別の額(サービス単価)を定める※
※ 市町村は、訪問介護員等による専門的サービスであること、サービス基準等を勘案し、ふさわしい単価を定める
- 平成30年以降も、市町村において、現行の介護予防訪問介護等に相当するサービスを実施することが可能である／「改正」ガイドライン(2017・6)

<改定前>

介護予防訪問介護費(1月つき)

- 介護予防訪問介護費(I) 1,168単位
- 介護予防訪問介護費(II) 1,168単位
- 介護予防訪問介護費(III) 1,168単位

介護予防通所介護費(1月つき)

- 要支援1 1,647単位
- 要支援2 3,377単位

<改定後>

⇒ (削る)

⇒ (削る)

介護職員処遇改善加算 - 新たな積み上げはなし

- 職種の限定、利用料への反映、手続き等の事務負担などの問題は放置
- 加算IV・加算Vは経過措置を設けて廃止

概要

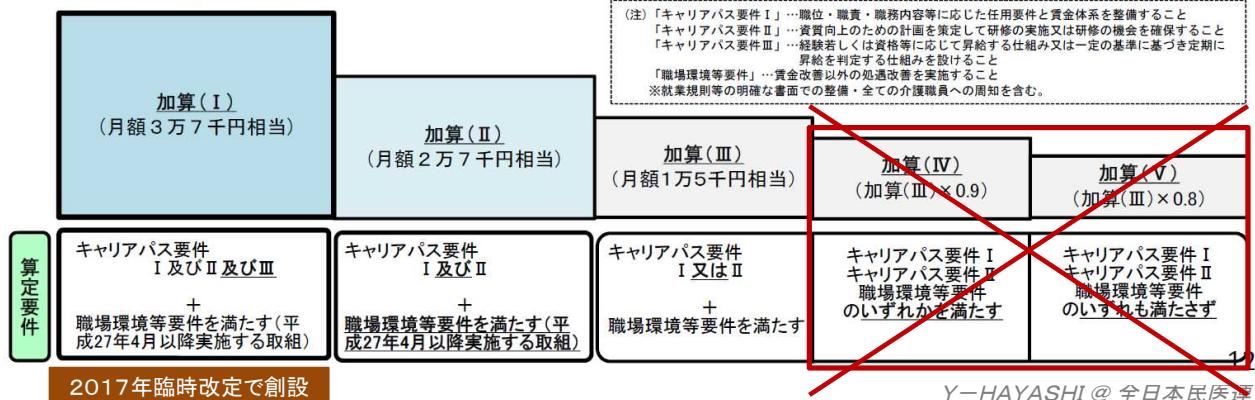
- 介護職員処遇改善加算(IV)及び(V)については、要件の一部を満たさない事業者に対し、減算された単位数での加算の取得を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点を踏まえ、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。
- その間、介護サービス事業所に対してはその旨の周知を図るとともに、より上位の区分の取得について積極的な働きかけを行うこととする。

算定要件等

- 介護職員処遇改善加算(IV)及び(V)については、別に厚生労働大臣が定める期日(※)までの間に限り算定することとする。

※ 平成30年度予算案に盛り込まれた「介護職員処遇改善加算の取得促進支援事業」により、加算の新規の取得や、より上位の区分の取得に向けて、事業所への専門的な相談員(社会保険労務士など)の派遣をし、個別の助言・指導等の支援を行うとともに、本事業の実施状況等を踏まえ、今後決定。

(参考)介護職員処遇改善加算の区分



診療報酬2018年改定の概要(同時改定=介護との一体改革) ★「ときどき入院・ほぼ在宅」

改定に当たっての基本認識

- ▶ 人生100年時代を見据えた社会の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現(地域包括ケアシステムの構築)
- ▶ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

改定の基本的視点と具体的方向性

<地域包括ケア><質><生産性><持続可能性>

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- ・地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
- ・かかりつけ医の機能の評価
- ・かかりつけ歯科医の機能の評価
- ・かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・国民の希望に応じた看取りの推進

重点化

2 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

【具体的方向性の例】

- ・緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- ・認知症の者に対する適切な医療の評価
- ・地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
- ・難病患者に対する適切な医療の評価
- ・小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- ・口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・イノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入、データの収集・利活用の推進
- ・アウトカムに着目した評価の推進

重点化

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

【具体的方向性の例】

- ・チーム医療等の推進等(業務の共同化、移管等)の勤務環境の改善
- ・業務の効率化・合理化
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入(再掲)
- ・地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化(再掲)
- ・外来医療の機能分化(再掲)

効率化

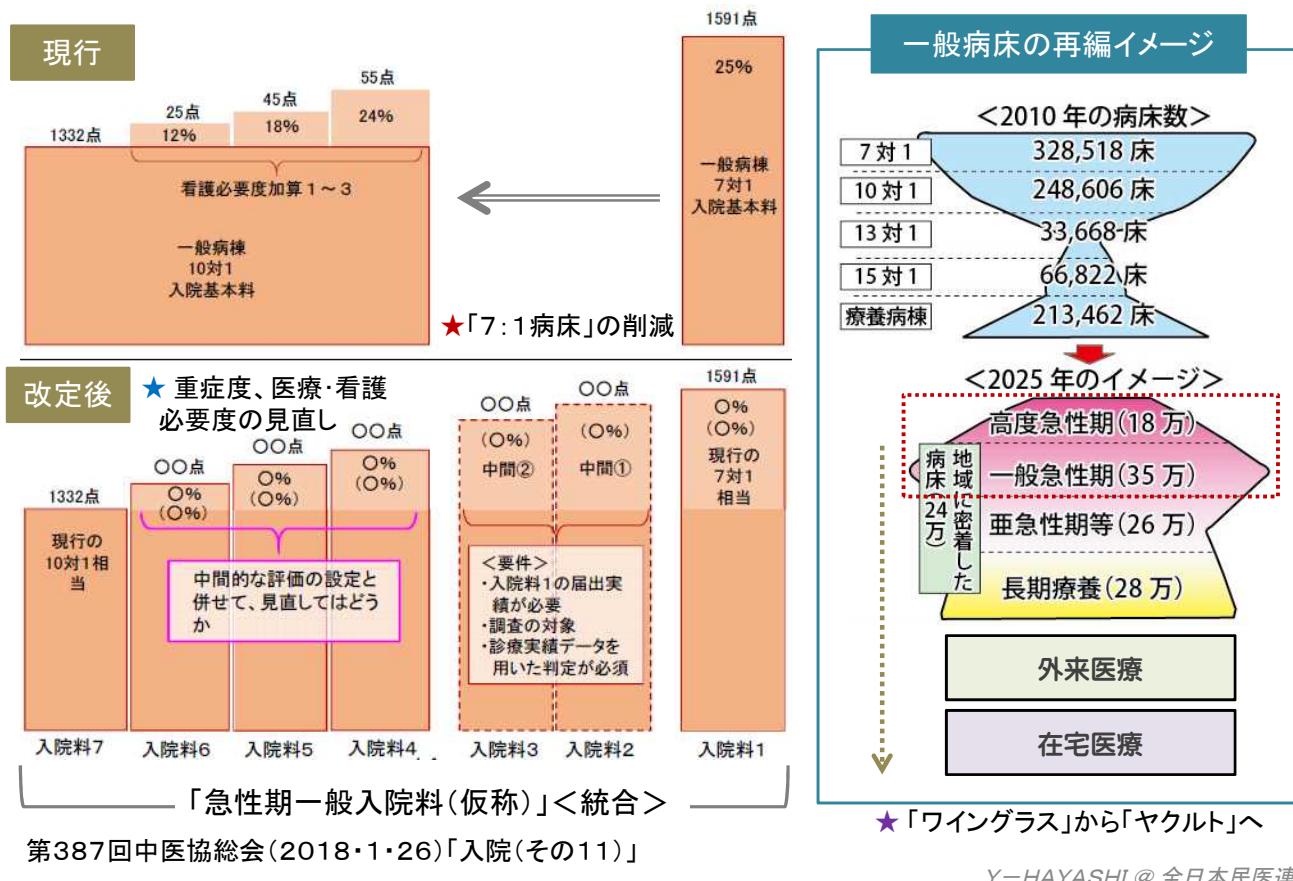
4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・薬価制度の抜本改革の推進
- ・後発医薬品の使用促進
- ・医薬品の適正使用の推進
- ・費用対効果の評価
- ・効率性等に応じた薬局の評価の推進
- ・医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(再掲)
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進(再掲)

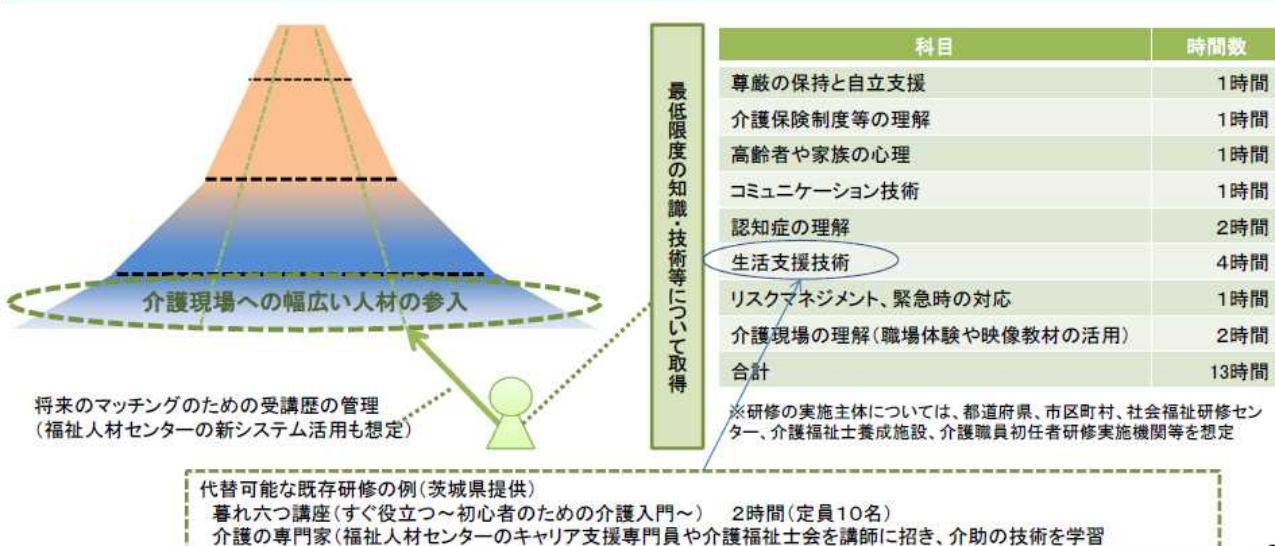
適正化

一般病床体系の再編・統合(=“段差”をつける)



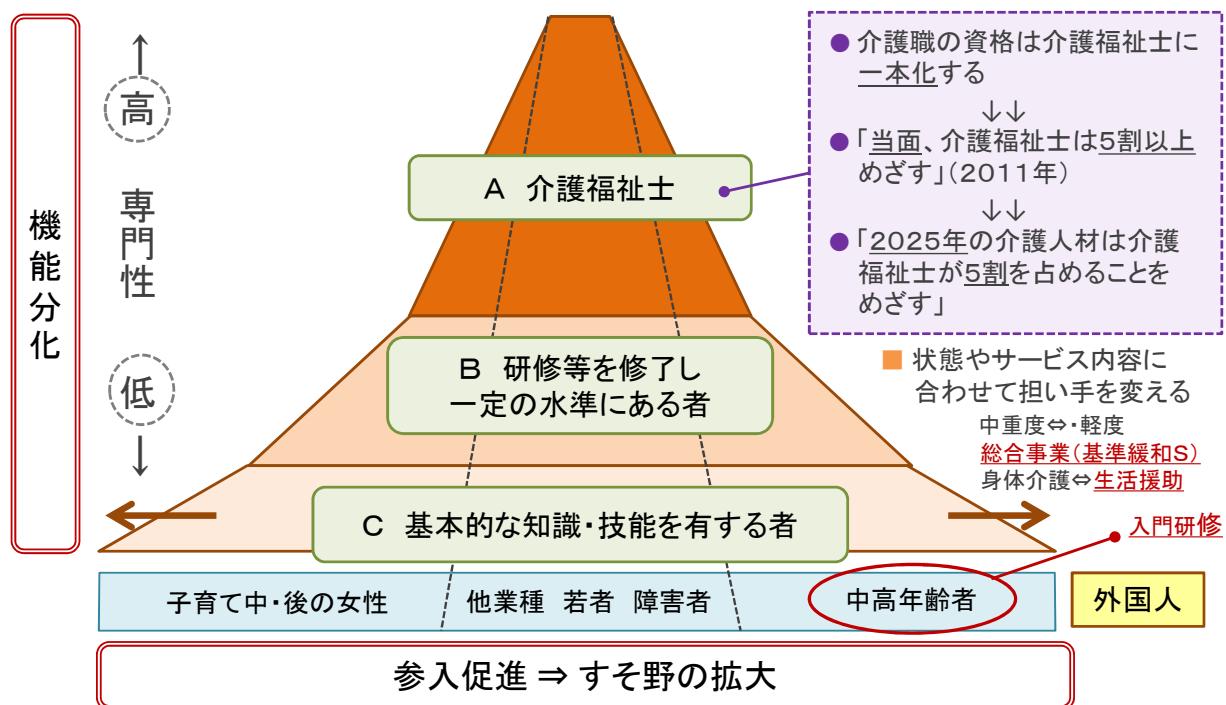
中高年齢者向け入門的研修の創設

- 中高年齢者向けの入門的研修については、介護現場での就労の際に求められる最低限度の知識・技術等を修得し、安心して介護職員として働くことを念頭にしたものとすることが重要。
- 具体的には、下表のように、尊厳の保持と自立支援など介護職員としての心構え、基本的な生活支援技術、緊急時の対応など、網羅的な知識、技術を学べるようにすることが考えられるが、例えば、受講者負担を考慮し生活支援技術のみのコースを設定する、地域住民からのニーズの高いカリキュラムを設定することなども可能であり、3センター地域連絡会での議論も踏まえながら、地域の実情に応じ、既存研修を活用するなど柔軟に実施する。



政府の介護人材確保政策

①「すそ野の拡大」(参入促進) + ②「機能分化」(役割の見直し)



2015年1月27日 厚労省・福祉人材確保専門委員会
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000126427.html>

★ 専門性を落として「安上がり」に
 Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護報酬2018年改定・大臣折衝合意 「今後の課題」(2017年12月18日)



- 「ケアプランの適正化」の一環として、生活援助中心型サービスの利用回数規制のやり方(回数設定→届出→検証→是正)を他の居宅サービスにも拡大
- 訪問介護・適所介護などの居宅サービスに対する保険者の関与を強化

介護保険の利用手続きの本格的な改変・受給権の侵害
 保険者責任・事後規制の強化によるサービス利用の「自粛」をねらう

- 介護療養型医療施設からの転換促進。高齢者向け住まいや在宅医療等への移行も含めた指針を作成

提供体制の再編推進=介護療養型全廃、「入院(施設)から在宅へ」

- 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院での多床室の室料徴収の検討 ~特養ホームではすでに実施(2015年改定)~

利用者負担の引き上げ、応益負担の強化

次期見直しの際の検討課題(改革行程表・財務省「建議」)

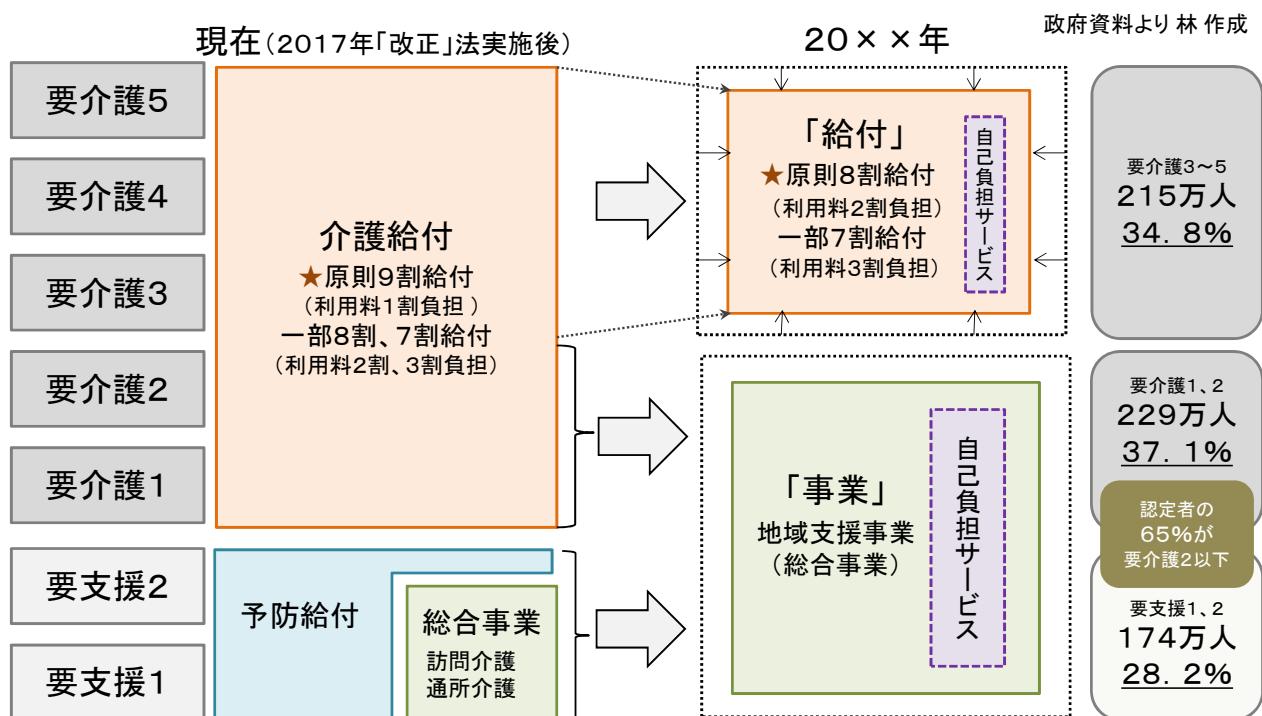
- 要介護1、2の生活援助、その他給付を「総合事業」に移行させる
⇒「総合事業の把握・検証を行った上で、それを踏まえて検討を行う」
★「軽度者に対する生活援助やその他の給付の総合事業への移行」
⇒「引き続き検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる」【2019年度末まで】
- 利用料の原則2割化
ー要支援・要介護度に応じて違いを設ける案も
- 補足給付の見直し=資産要件の追加
⇒「引き続き検討を深める」※不動産(土地)など
- 被保険者の範囲の見直し=年齢の引き下げ
⇒「介護保険を取り巻く状況変化もふまえつつ、引き続き検討を行う」
※現在40歳以上→例えば「30歳以上」「20歳以上」…
(共生型サービスの給付実績の積み上げを背景に)
- ケアプランへの有料化
⇒「ケアマネジメントの在り方と合わせて、引き続き検討を行うことが適当」
※2011法「改正」時に案(試算)を提示=「ケアプラン:1000円」「予防プラン500円」

↓

- 2019年度末までに結論
- 2020年通常国会に法案提出⇒成立
- 2021年4月施行
(第8期からスタート)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

政府が描く介護保険の将来像



- 要介護3以上=「給付」～全国一律の基準、ただし原則8割給付=利用料は原則2割に
- 要介護2以下=「事業」～市町村の実情に応じて実施、「予算」がなくなれば打ち切り！
- 生活援助・福祉用具・住宅改修～「全額自己負担化」=介護保険から除外

★★ 介護の「科学性」の追求+「生産性」の向上

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「混合介護の弾力化」(選択的介護の推進)／東京・豊島区

★国家戦略特区を申請、2018年度モデル事業実施

i) 居宅内での選択的介護

概要	指定訪問介護のサービスと、利用者や家族が選ぶ自費サービスを柔軟に組み合わせて、日常生活を支援するサービス		
提供タイミング	利用者宅にて、訪問介護と一体的に提供する他、必要に応じて提供	提供時間 提供料金(イメージ)	事業者が複数の提供時間を設定し、その中から利用者が必要に応じて選択※1時間○○円/月、3時間△△円/月等
サービスメニュー(イメージ)	メニュー案		
※右記メニューの範囲内を自由に選択して利用可	同居家族分の家事(調理・洗濯・掃除等)		
	本人が行う同居家族分の家事の支援(調理・洗濯・掃除等)		
	ペットの世話		
	庭掃除や客間の片づけ		
	電球・蛍光灯の付け替え		※メニュー案は例示です。
	電子機器(テレビ・エアコン・携帯電話等)の操作確認		
	本人と一緒に食事をする		
	本人の話し相手		
	宅配・ネット注文サポート(ヘルパーが注文を支援する。)		
	書類の確認・分別(本人と一緒に郵便物を確認、分別する。)		

※東京・豊島区「選択的介護モデル事業メニュー案」より

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

深刻な介護困難を広げた介護保険2014年「改正」

① 予防給付の見直し

「予防給付」発
「市町村事業」行き



2014年「改正」=「4つの切り捨て」

② 一定以上所得者の 利用料引き上げ



③ 特養の機能の重點化

④ 補足給付の要件厳格化

An illustration of a man with glasses and a mustache, looking worriedly at an open safe. Inside the safe, there are two drawers filled with papers. A speech bubble above him contains the text "資産 CHECK".

新たな振り分け 総合事業
システム

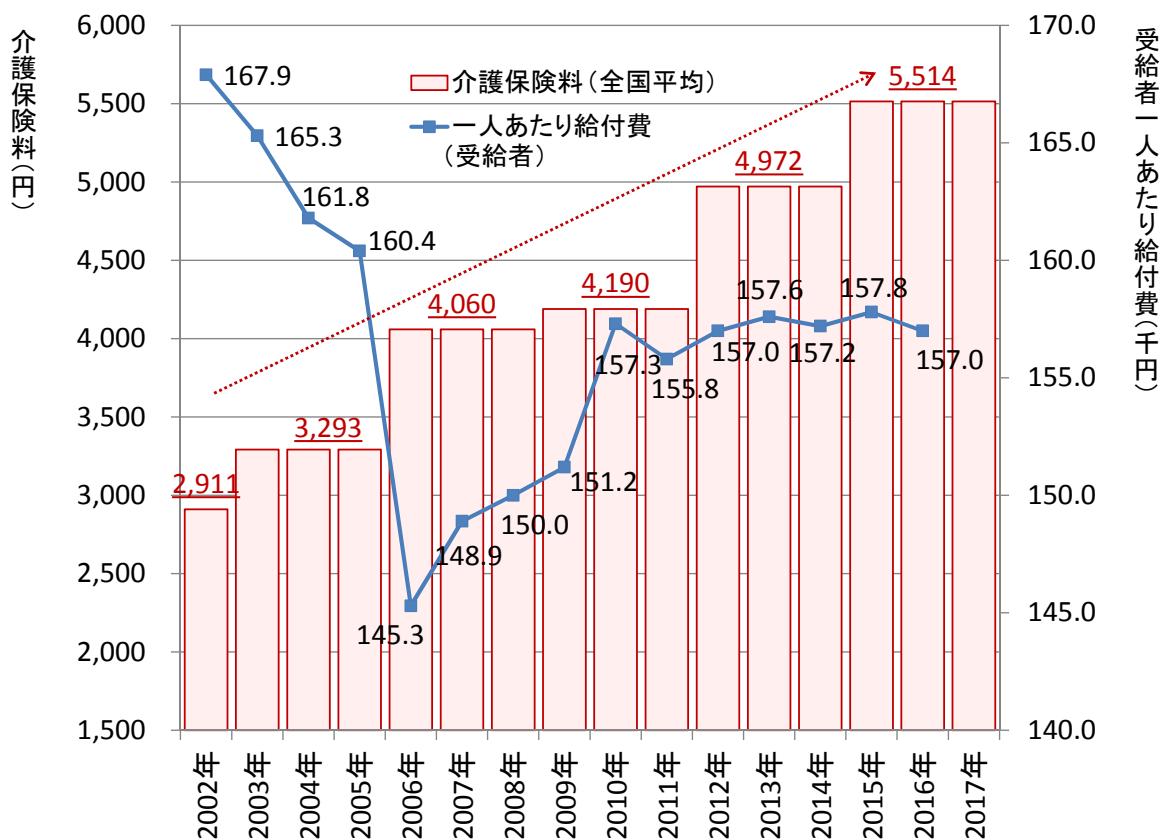


専門職のサービスを
ボランティアに移し替え

お金がなくて利用できない
お金があっても利用できない

低所得者を施設から締め出し
待機者にすらなれない
Y-HAYASHI@全日本医連

受給者1人あたり給付費と介護保険料の推移



出典(受給者一人あたり給付費):厚労省・各年度「介護給付費実態調査」

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

総合事業をめぐつて(この間の動向から)

- 大多数の市町村は、「現行相当サービス」のみからスタート
 - ・「徐々に多様なサービス(A型サービス、B型サービス等)を加えていく」、「敢えて現行相当サービスのみで実施する」としている市町村も
⇒ただし、「現行相当サービス」でも単価を予防給付以下に設定している市町村あり
- A型サービス(基準緩和サービス)
 - ・単価を切り下げる提案、7割~8割のケースが多い。中には6割の市町村も。
 - ・単価が低いため、受託する事業所が少数にとどまっていたり(受託がなかったり)、受託しても利用者を受け入れない事業所もある
 - ・担い手の養成のため、独自の研修(10数時間)を実施している
受講が不調な市町村の事業所では、通常の職員体制でA型サービスを受け入れざるを得ず、経営困難を来たしているケースあり
- B型サービス(住民主体の活動)
 - ・多くは社協やシルバー人材センターに委託(丸投げ?)。
 - ・小規模な自治体では、ボランティアを組織できず、事業を構成できない事態も
- 基本チェックリストの活用により要介護認定に廻さなかったり、認定更新の時期の通知をとりやめた市町村もある
- 要介護認定率の引き下げなどを目標に掲げた一部の市町村で、状態の悪化など看過できない深刻な実態が生じている／三重・桑名市、大阪・大東市など

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「介護難民」現実化—総合事業が運営困難に／2018・1 共同通信調査



「受け入れ先の確保が困難」—109自治体

- 地元事業者の人手不足
- 大手事業者の撤退

「提供中のサービスを打ち切りたい。これは本社の意向」「自治体のサービスは受託できないが、代わりにうちの保険外サービスを使っては？」（●学館）

※ 同社は「**外国人事業代行サービス**」（国家戦略特区—東京、神奈川等）に介護業界で唯一申請

「自治体の介護事業は本来、住民参加型のモデルに移行することが目標。専門の事業者は収益を確保できる介護サービスを模索せざるを得ない」（●ケア・ホールディング）

北海道（町）	大手が「本社の意向」と撤退通告。過疎の町で受け入れ先がない
山形（市）	大手と地元事業者が相次ぎ撤退。4月から完全に事業者が不足
福島（市）	大手が継続中の介護中止を通告。県と相談し、撤回させた（“契約期間が残っており、中断すれば法令違反になる”）
茨城（市）	安い報酬ではサービスの委託先を確保できない
群馬（市）	自治体の介護事業の重要性について事業者の理解が不十分
岡山（市）	軽度者の介護サービスを市町村で組み立てるのは無理
愛媛（市）	国の支出を抑え、地方の支出が増えるのを見越したサービス移行
熊本（市）	多くの利用者を抱える大手が撤退通告。受け入れ先が足りず

福島民報 2018・1・28

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

“訪問介護サービスの正しい使い方”？？

使い方の良い例（Aさん）と悪い例（Bさん）



「大田区介護予防・日常生活総合事業の利用ガイドブック」より

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

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」

※ 堤 修三氏

介護保険創設時前後の老健局長。「介護保険の生みの親」とも言われている

制度の原則を失いつつ ある介護保険

15年改定から一段落する頃もなく、次期改定に向けて財務省からも給付抑制の根拠次第、すでにその一部は閣議決定により既報された。主税導である介護保険のや介護給付費の料率での議論を待たずして、給付抑制の大枠が決められようとしている。前述7年にわ

たって介護保険制度の創設直後に関わり、初代老健局長を務めた堤修三氏は今、そしてこれからの方針を決めるのか、最近のトピックスを含めて、幅広いテーマについて聞いた。(先月、10月10号で連載を掲載しました)



プロフィール
堤修三氏
1946年長崎市生まれ。71年厚生省(当時)入省。厚生省大蔵課勤務後、介護保険制度本部基幹部員、2001年厚生労働省老健局長、2004年社会保険庁長官、同年大蔵省大臣官房副長官。同大学院准教授。12年

「反社会保障」鮮明な骨太の方針

シルバー産業新聞
2015.11.10

「名ばかり自立」への批判

介護保険法 第1条「目的」

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関する必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

「尊厳が保持」されない「自立支援」は、介護保険法違反！！

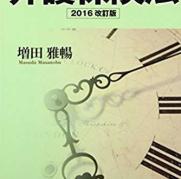
「自立」とは—介護保険創設に関わった元厚生官僚

「自立」とは、介護が必要な状態になっても、介護サービスを利用しながら、自分のもてる力(残存能力)を活用して、自分の意思で主体的に生活できることである

増田雅暢 『逐条解説・介護保険法』(法研、2016年)

※ 元厚生官僚、「高齢者介護対策本部」(1994年～)事務局補佐

逐条解説 介護保険法



超高齢化の進展、貧困・格差拡大の現実

- ① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していく、2055年には、25%を超える見込み。

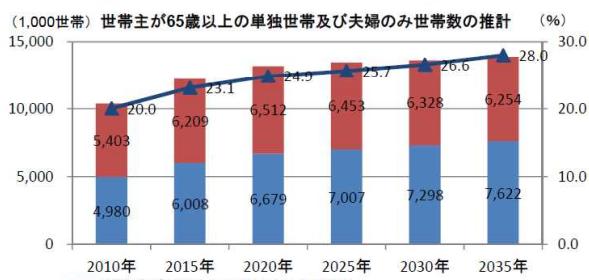
	2010年	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	2,948万人(23.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,419万人(11.1%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(平成25(2013)年1月推計)」より作成

- ② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



- ③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(平成25(2013)年1月推計)」より作成

- 高齢者世帯 絶対的貧困状態※ の高齢者世帯が急増 ※生活保護基準またはそれ以下の収入

2009年	496.7万世帯
2015年	617.2万世帯 (高齢者世帯の26.2%)

- ・女性単独世帯56.0%、男性単独世帯37.7%
- ・夫婦世帯20.7%
- ・生活保護受給者は17.0%にとどまる

出典:唐鎌直義「高齢者の生活実態と貧困問題」(月刊保団連、2017・4)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

政府自身の政策逆行する介護保険制度改革 (給付抑制・負担増先行)

- 「独居・老々世帯、認知症高齢者が地域で安心して暮らし続けることを目指す」(地域包括ケア)
- 「認知症は、初期段階から専門職の対応が重要」(新オレンジプラン)
- 家族の介護負担を軽減・解消し、「介護離職ゼロ」に
- 軽度給付の縮小・削減
⇒「持続可能な制度の実現」
 - 短期的な費用の節減効果はあるが、中長期でみれば、重度化が加速、介護給付費を引き上げる(持続「不」可能)
- 抜本的な待遇改善抜きの、小手先の「介護人材政策」
⇒ 高齢化への対応(増大する介護ニーズ、質向上の要請)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

専門性を守る、「自立支援」・ケアのあり方を問う

■ 予防訪問介護・通所介護の総合事業への移行、生活援助の基準緩和
生活援助の専門性の否定～「個別性は認めるが専門性はない」(厚労省)

- 利用者の自分の生活空間で、「普通あたりまえ」の生活の「再生産」をさえる(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



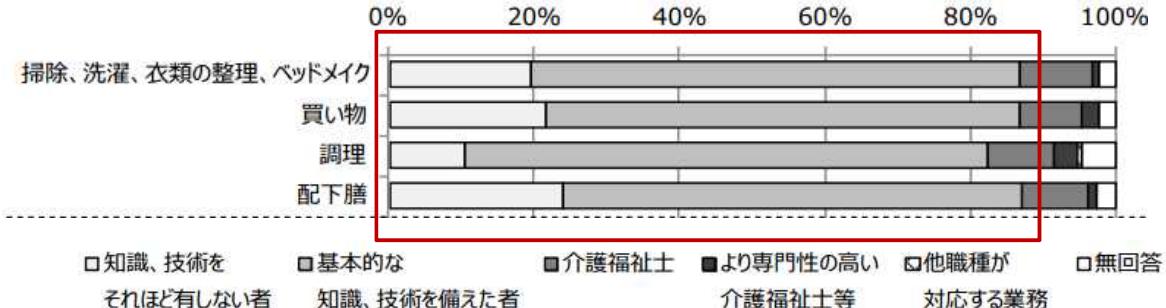
■ 本来の「自立支援」とは、求められる高齢者ケアとは

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

生活援助切り捨ての論拠は破綻(調査結果の一面向的利用)

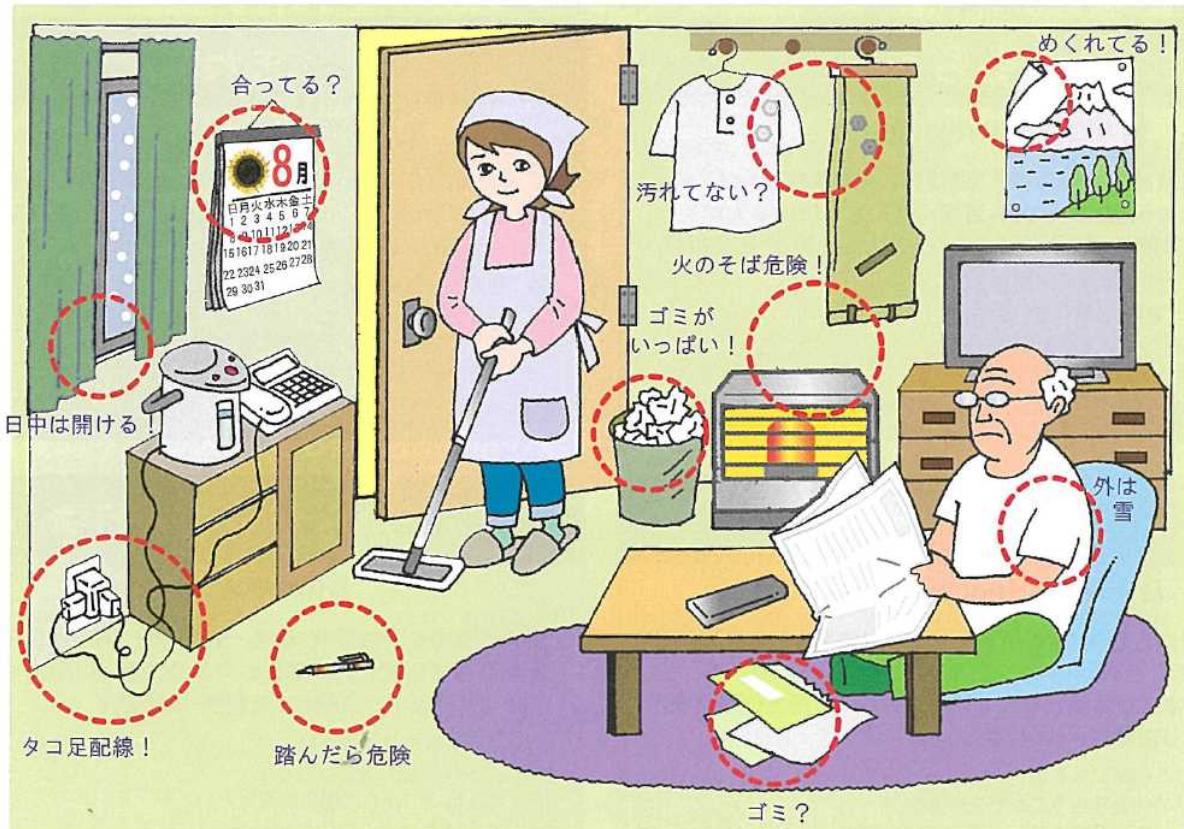
介護人材の類型化・機能分化に関する調査研究事業報告
(三菱UFJリサーチ＆コンサルティング、2016年3月)

- 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
⇒ 全額自己負担とし、家事代行会社やボランティアに委ねねばよい



- 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

「有資格者の観察・確認視点は多岐にわたる」



篠崎良勝「専門職による『観察』が生活援助を自立支援に結びつける」(『医療と介護Next』2017・6)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護報酬2018年改定に向けて
「介護の現場を守るために署名」181.9万筆を政府に提出

- 全産業の収支差率(4.2%)が上昇する中、多くの介護サービスの収支差率は、平成27年度介護報酬改定を境に大きく低下しており、良質なサービスの提供に困難を強いられています。そのうえ介護人材不足は危機的な状況であり、社会的な問題です。

■ 介護の現場を守ることは、国民(利用者・家族・従事者等)の生活の安定につながります。そこで、平成30年4月の介護報酬改定に向けて、社会保障財源の確保を強くお願い致したく、ここに署名を添付して提出します。

- ・全国デイケア協会・全国老人クラブ連合会・全国老施協・全国老健協会・日本介護福祉士会・日本看護協会・日本言語聴覚士協会・日本作業療法士協会・日本認知症グループホーム協会・日本福祉用具供給協会・日本理学療法士会・認知症の人と家族の会

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

財務省改悪案に対する反対の声が次々と(2016夏~秋)

ヘルパーの生活援助・福祉用具の全額自己負担化、65~74歳の利用料2割化、
ケアプランの有料化、「軽度」者サービスを総合事業に移し替え……

■ 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
富山県	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



(2016年11月末現在)

22府県
111市区町

→道府県
→227
市区町村

北海道	函館市・旭川市・釧路市・留萌市・江別市・ 釧路市・豊別市・伊達市・伊達市・北広島市・北斗市・ 八雲町・江差町・似鳥町・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	桑名市・名張市・伊賀市・東員町
岩手県	盛岡市	滋賀県	大津市・甲賀市・湖南市・東近江市
山形県	山形市・鶴岡市	京都府	京都市・城陽市・向日市
福島県	いわき市	大阪府	大阪市・堺市・吹田市・枚方市・茨木市・ 泉佐野市・南池田市・箕面市・御堂市・四條畷市・ 豊中市・堺市
茨城県	水戸市・常陸太田市	兵庫県	伊丹市・豊岡市
群馬県	前橋市	奈良県	大和高田市・天理市・桜井市・五條市・生駒市・ 葛城市
埼玉県	さいたま市・秩父市・所沢市・深谷市・鶴ヶ島市	和歌山县	和歌山市
千葉県	市川市・松戸市・流山市・習志野市	鳥取県	鳥取市
東京都	江東区・板橋区・葛飾区・立川市・三鷹市・ 調布市・町田市・東村山市・東久留米市・ 多摩市・西東京市	島根県	松江市・浜田市
神奈川県	川崎市・大和市・座間市・葉山町	広島県	庄原市
新潟県	柏崎市・新発田市	山口県	宇部市・岩国市
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

第7期介護保険事業(支援)計画の策定

第7期基本指針のポイント

第7期介護保険料の設定

- 「高齢者の自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化の推進」
⇒ ★評価指標の設定・取り組みのすすめ方
- 「「我が事丸ごと」、地域共生社会の推進」
⇒ ★「地域福祉計画」で具体化、推進
- 「平成30年度から同時スタートとなる医療計画との整合性の確保」
⇒ ★地域医療構想と地域包括ケア
「医療・介護」「入院・在宅」の提供体制の見直し
- 「介護を行う家族への支援や虐待防止対策の推進」
- 「「介護離職ゼロ」に向けた、介護をしながら仕事を続けることができる
ようなサービス基盤の整備」
⇒ ★総活躍プランで打ち出した基盤整備計画の前倒し
⇒ ★介護人材の需給見通し、確保対策

介護保険財政の推移

(単位:百万円)

	歳入	歳出	財政安定化 基金拠出金	地域支援 事業	基金積立金	介護給付費 準備基金保有額
2000年度	3,800,035	3,589,877	22,142		113,983	112,252
2001年度	4,656,612	4,552,963	23,075		86,787	188,765
2002年度	5,047,969	4,983,532	22,607		43,392	194,396
2003年度	5,486,275	5,407,034	4,986		53,751	225,934
2004年度	5,930,853	5,828,866	5,130		32,802	202,093
2005年度	6,231,257	6,105,336	4,980		25,007	166,257
2006年度	6,568,831	6,340,094	4,369	101,889	55,252	214,015
2007年度	6,918,883	6,743,671	4,138	119,218	107,960	317,781
2008年度	7,235,052	7,046,869	4,049	152,603	159,703	404,965
2009年度	7,538,262	7,417,417		161,825	83,071	442,630
2010年度	7,832,641	7,731,758		166,889	39,098	396,163
2011年度	8,209,330	8,111,041		165,330	32,538	284,815
2012年度	8,787,477	8,654,528		171,049	78,040	312,270
2013年度	9,164,964	9,017,242		176,359	57,955	315,359
2014年度	9,614,200	9,444,600		184,900	59,400	302,400
2015年度	9,933,700	9,725,400		203,400	105,200	388,000

厚労省・各年度「介護保険事業状況報告」より
(服部万里子先生講演資料から転載)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

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」

税金の集め方・使い方を変える！

「水平分配」(広く、薄く、痛み分け)→「垂直分配」(持つ者から持たざる者へ)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「今、政府が行うべきことは憲法9条を変えることではない。25条を守り、活かすことです。」(5・18「25条集会提案」)

首相「9条に自衛隊明記」改憲・2020年施行に意欲

安倍晋三首相（自民党幹部）は、憲法改定をめぐる集会にて、改憲の構造化を定めた条文を追認することによって、戦争の旗揚げを明記する新設を表明した。

2面「踏み出す首相」
3面「私たちの要質」
8面「社会は善きもの」
9面「改憲は善きもの」
27面「岐路の70年」

18年連続の党総裁選の3
選を前提に、9条の改憲や、改憲による自衛隊の維持を図る公の新規を反対して、「首相がメッセージを寄せた」との見出しで、新憲議定をめぐる議論も盛んに報じられた。

2017年5月3日
「改憲」会見

毎日新聞 2017・5・4



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

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

