

●● 2018年11月18日(日)／明治大学・リバティータワー9F
●● 2018年全国介護学習交流集会「人権としての介護保障を！」

【講演1】

高齢者のケアを保障しない介護保険 -歴史と現在-

- 介護保険が直面している「3つの危機」
- なぜ、危機に至ったのか
-介護保険のしくみと制度見直しの経過
- 政府の「介護人材政策」で人手不足は解消するか
- 政府が準備している次の制度改革
- 「人権としての介護保障」の確立へ
-「名ばかり」社会保険からの転換を

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

新福祉国家構想6 『老後不安社会からの転換 -介護保険から高齢者ケア保障へ』



岡崎祐司・新福祉国家構想研究会編
2017年11月 大月書店

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護保険が直面している 「3つの危機」 (サービス・ヒト・カネ)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護保険制度自身が直面している「3つの危機」

1

「保険あって介護なし」の
広がり・深刻化

サービス



介護事業者倒産
過去最多 (2017年)

2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 (件)

111件

2017(件)

2017(件)

3

「保険料を払えない」
—財政破綻の招来必至

カネ

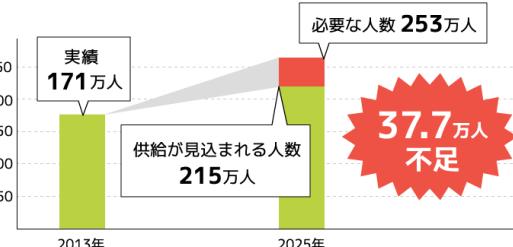
介護保険料は右肩上がり
2,911円 (第1期)
5,869円 (第7期)
※2025年は
8,165円！



現在も人手不足、
将来はもっと人手不足

2

ヒト



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「3つの危機」→ このままでは 持続<不>可能な制度に！

①「保険あって介護なし」—事態の広がりと深刻化 <サービス>

- 相次ぐ制度の見直し⇒「お金がなくて利用できない介護保険」
+「お金があっても利用できない介護保険」] 生活困難
- 「自立」の理念の書き換え ⇒「利用させない介護保険」] 家族の介護負担増大
- 介護報酬の切り下げ ⇒ 介護事業所の倒産・閉鎖・縮小
- ★ 「いざというとき使えない」「事業を続けられない」=「怒り」「不信」⇒ 信頼失墜

② 現在だけでなく、将来にわたっても担い手不足 <ヒト>

- 「募集しても応募なし」の常態化、厳しさ続く介護現場、養成校での定員割れ
- 不十分な政府の処遇改善策、全労働者平均と月10万円の給与差
- 2025年は33.7万人の供給不足、先が見通せない政府の「介護人材政策」
- ★ 「安上がり」な担い手やランティアで超高齢社会を支えられるのか

③「保険料を払えない」—財政破綻の招来必至？ <カネ>

- 高齢者の介護保険料負担は限界、基準額平均5,869円(本人非課税)
- 高齢化に伴い増大し続ける介護祉給付費
- 介護給付費の増大に見合う介護保険料の引き上げが困難に
- ★ 「サービスの削減か」「保険料の引き上げか」—「制度残って介護なし」？

⇒ 「社会保険」としてのあり方が正面から問われている

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

なぜ、こんな事態に至ったのか
介護保険のしくみと見直しの経過

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「介護の社会化」を掲げつつ…介護保険制度のなりたち

■ 1997年12月 介護保険法制定 ※ 2回の継続審議を経てようやく成立

■ 介護保険制度を創設した目的

(社会的背景)

- ・家族介護(女性)の負担増大、在宅介護→病院(社会的入院の増大)

(政策的背景)

● 橋本構造改革(橋本龍太郎内閣)

経済不況とグローバル化 = ①高コスト構造の是正、②ビジネスチャンスの創出

⇒企業活動を阻害する社会保障費 ⇒ 社会保障費削減のための「歳出改革」

規制緩和を通した企業参入の促進 ⇒ 社会保障の「営利化・市場化」

● 「95年勧告—社会保障体制の再構築」

社会保障 = みんなのために、みんなでつくり、みんなで支えていくもの(社会連帯)



- 老人福祉費用を削減する = 措置から契約(“みんなで支える”保険制度)へ
- 老人医療費を削減する = 医療系サービスの組み込み、社会的入院への対応
- 介護・福祉をビジネス化する = 株主配当を目的とする営利企業の参入容認

★ 社会保障制度改革(医療・福祉)の「牽引車」(フロントランナー)の役割を担う

⇒ 後期高齢者医療、国保(都道府県単位化)、障害福祉、子ども・子育て新システム…

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護保険のしくみ = サービス利用に至るまで高い“ハードル”

※同じ社会保険でも
医療保険と大きく異なる

>民間保険に近い?<



- ・「保険事故」=要介護状態
- ・事故の「査定」=要介護認定
- ・上限額の設定
- ・保険金給付=サービス費支給

市町村への申請

申請主義

※利用者からみれば
構造的欠陥

要介護認定

訪問調査

主治医意見書

支給限度額(給付上限)

一次判定

<コンピュータ判定>

二次判定

<認定審査会>

軽度
判定化

非該当

基本
チェックリスト

要支援1 要支援2

要介護1

要介護2

要介護3

要介護4

要介護5

利用契約方式

応益負担制

利用料
=原則1割負担
=所得に応じて
2割負担・3割負担

施設入所・通所費用
=居住費・食費

介護保険料
(滞納=制裁措置)

予防
プラン

(基本チェックリスト)

ケアプラン

医療系サービス
組み入れ

介護給付

特養ホーム=原則要介護3以上(2015年)
生活援助=「一定回数」以上届出制(2018年)…

総合事業
(2015年)

訪問介護
通所介護

予防
給付

事業所(委託費)

事業所(介護報酬)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護保険施行後の経過 = 制度改革を通して「構造的欠陥」が **増幅**

※	年度 - 報酬改定	「改正」法施行	制度改革の経過	「改正」の目的
I	第1期 2000~02年度	* 準備不足のまま スタート 利用者・事業者・自治体の混乱	● 小泉構造改革 =社会保障費自然増分 削減 <兵糧攻め> 	① 制度の持続可能性の確保 ★ 給付削減・負担増を先行させた見直し = 保険財政の「持続可能性」の追求 ◆ 支援費制度(2003年) ※「被保険者・受給者の範囲に関する意見」 (2004年) ⇒ <u>介護保険と障害施策の「統合」</u> を提言 ◆ 障害者自立支援法(2006年)
	第2期 2003~05年度 ▲2.3%			
	第3期 2006~08年度 ▲2.4%	★05年「改正」法施行 新予防給付・ホテルコスト	↓	
II	第4期 2009~11年度 +3.0%	“介護崩壊” (医療崩壊)	* 介護報酬引き上げ、処遇改善策 * “消費税を増税して社会保障の「機能強化」をはかる”	
	第5期 2012~14年度 +1.2% (▲0.8%)	★11年「改正」法施行 地域包括ケアの基礎固め 社会保障制度 改革推進法(2012年)	● 社会保障・税一体改革 =社会保障費自然増分 削減(2013年度~) =消費税5%→8% (2014年4月) 	② 地域包括ケアの「確立」 ★ 医療との一体改革 病床削減>地域包括ケア>介護保険 (入院から在宅へ、医療から介護へ) ◆ 障害者総合支援法(2013年)
III	第6期 2015~17年度 ▲2.27% (▲4.48%)	★14年「改正」法施行 <医療介護総合確保法> 総合事業スタート ↓ 倒産件数過去最多	● 経済・財政一体改革 経済「成長」+財政「健全化」 ⇒ 社会保障の「産業化」+「抑制」 ~改革工程表、インセンティブ改革	
	第7期 2018~20年度 +0.54% (適正化▲0.5%)	★17年「改正」法施行 <地域包括ケア強化法>	● (全世代型社会保障) 第4次安倍内閣	③ 地域包括ケアの「深化・推進」 ★ 福祉(障害福祉)との一体改革 「共生型サービス」の創設 「全世代型」地域包括ケアへ転換 <div style="border: 1px solid purple; padding: 5px; display: inline-block;">「我が事・丸ごと」地域共生社会</div>
2025年 ★「介護の社会化」⇒ 介護の「家族化」「商品化」「地域化」				

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

改革の基本法 = 「社会保障制度改革推進法」(2012年8月)

- 社会保障・税一体改革「大綱」(2012年3月、閣議決定) - 野田政権
⇒ “消費税を増税して社会保障の「機能強化」に充てる”(=建前)
- 社会保障制度改革推進法(2012年8月成立) - 3党合意(民・自・公)
<第2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
1 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「書き換え」>

25条の解釈(立法)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=負担なくして給付なし、給付内容の重点化・適正化、財政規律の強化
- ・ 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

- 社会保障制度改革国民会議(法第9条)「最終報告」(2013年8月)
 - 「負担の見返り」としての公的給付(権利性の否定) ● 「自助の共同化」としての社会保険
- プログラム法(2013年12月)～医療・介護・年金・子育て(社会保障4分野)の改革方針
⇒ 医療・介護総合確保法(2014年6月) ⇒ 地域包括ケア強化法(2017年6月)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

制度はどう見直されてきたか

- ① 持続可能性の確保
- ② 医療との一体改革
- ③ 福祉との一体改革

(「我が事・丸ごと地域共生社会」)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

誰のための、何のための「持続可能性」？？

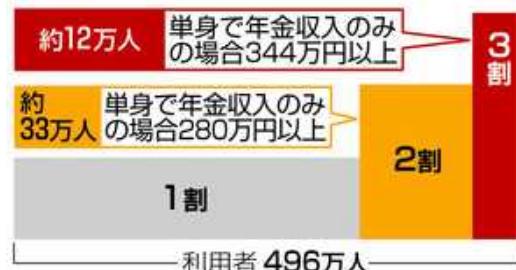
- ✗ 利用者・家族が現在の生活を続けられること
✗ 事業所の経営が安定的に継続し、職員が長く働き続けられること



「保険財政」の持続可能性 (⇒ 給付抑制・負担引き上げ先行)

- 利用料の引き上げ(保険給付の切り下げ)
 - ・ 2015年8月より(2014年法「改正」)
年金280万円(単身) ⇒ 1割から2割へ
 - ・ 2018年8月より(2017年法「改正」)
現役並所得者(単身で年金344万円以上
⇒ 2割から3割へ

★「原則2割負担」への地ならし



- 補足給付(施設入所者の居住費・食費の要件厳格化)～2014年法「改正」

- ・ 資産要件の導入(一定額の貯金があつたら対象外)
・ 配偶者要件の導入(配偶者が課税なら対象外)

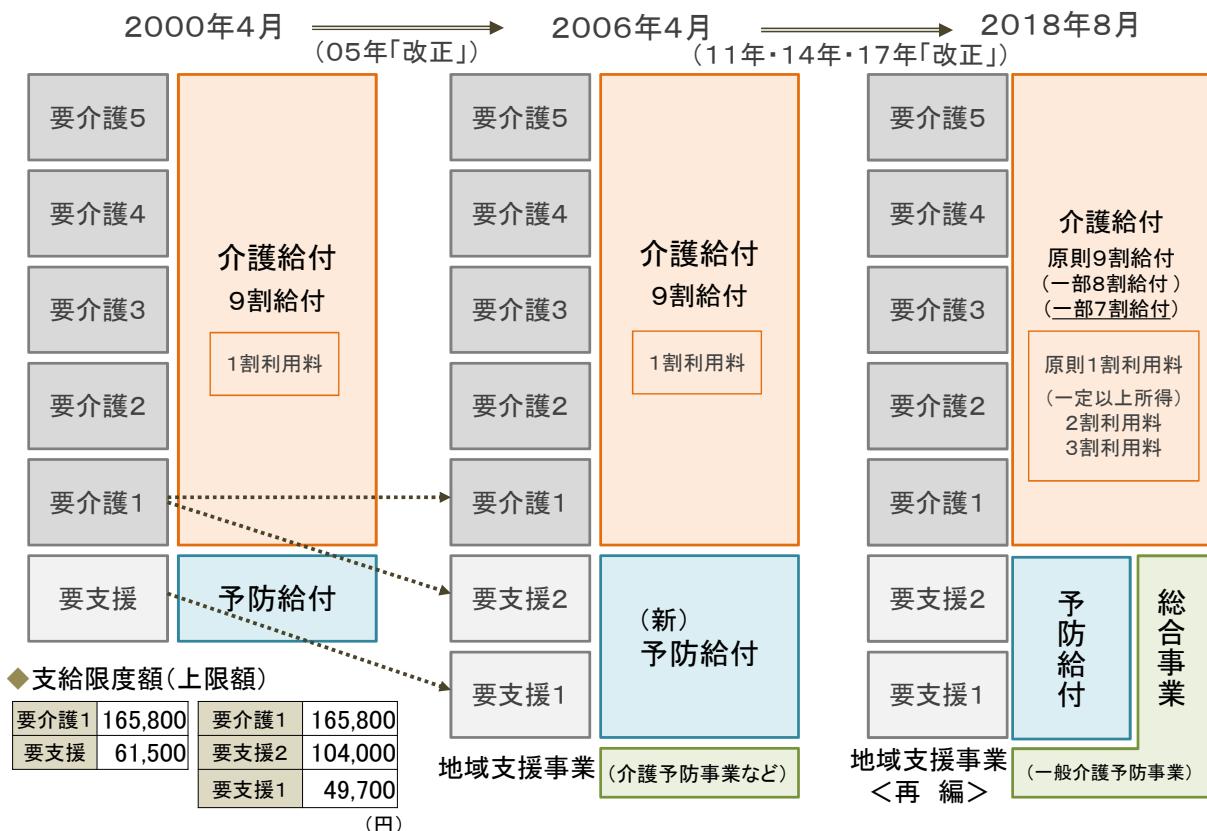
個室で年間100万円の負担増
(多床室で80万円)

- 高額介護サービス費の負担上限額の引き上げ(2018年8月より)
「一般」: 37,200円 → 44,400円

- 特養ホームの入所制限=原則「要介護3以上」に(2015年度より)

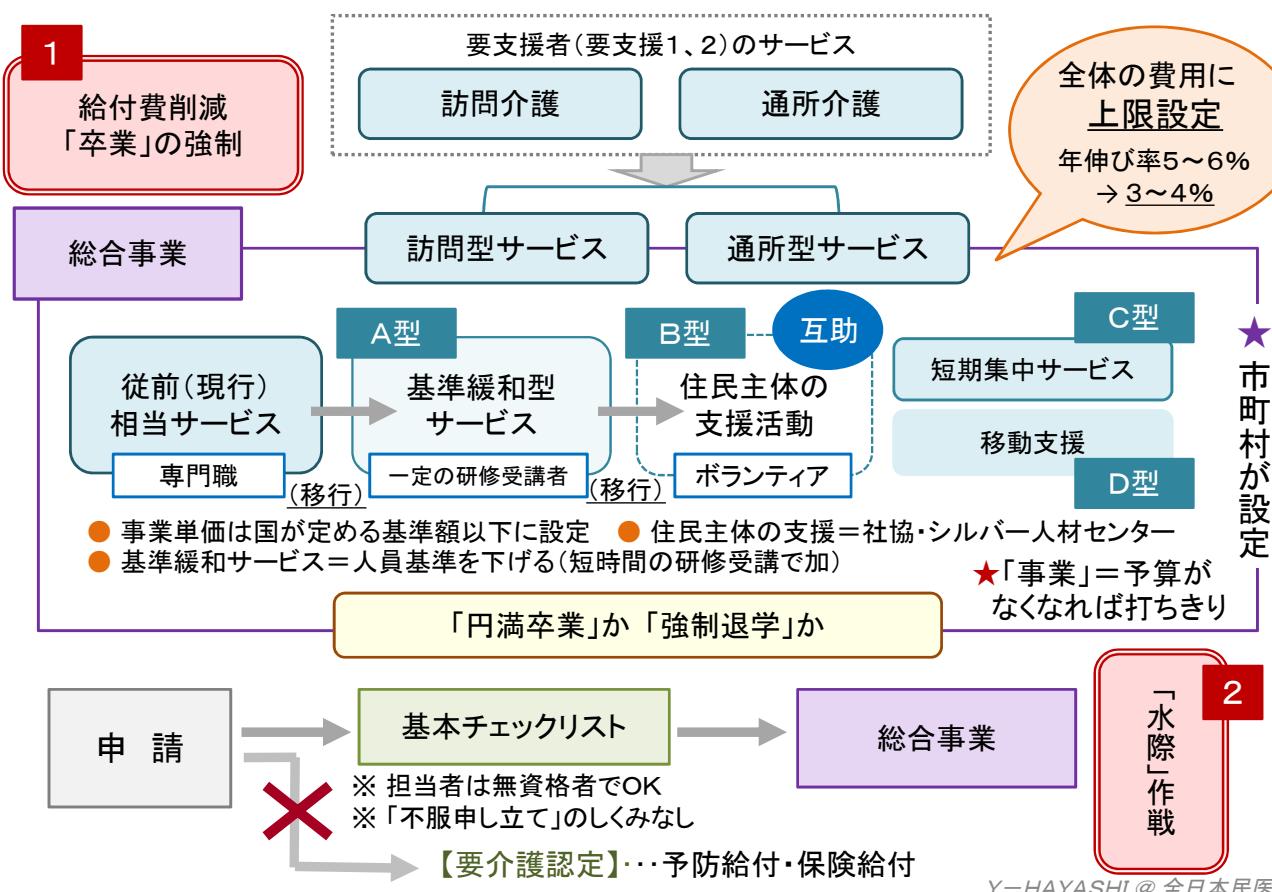
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

給付体系の推移 - 軽度縮小と給付率の切り下げ



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

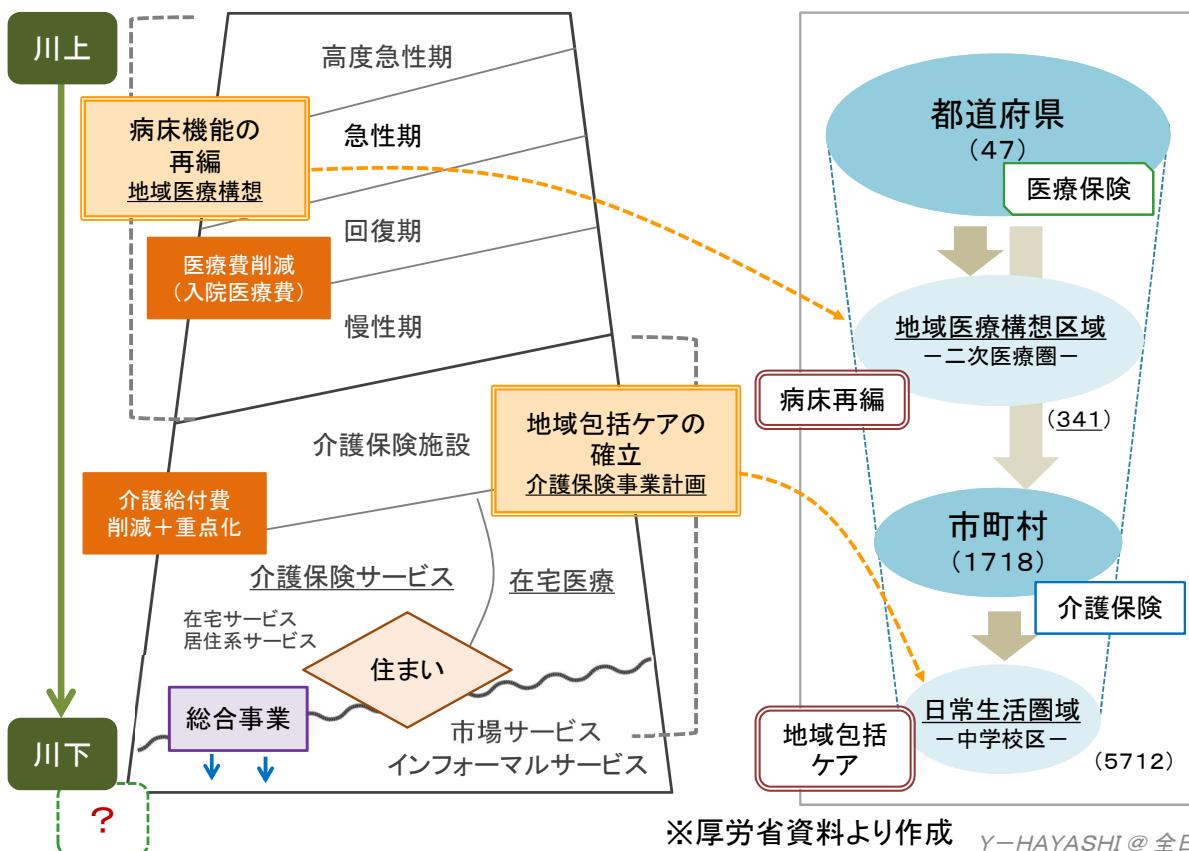
「給付」から「事業」へ - 総合事業開始(2015年度)



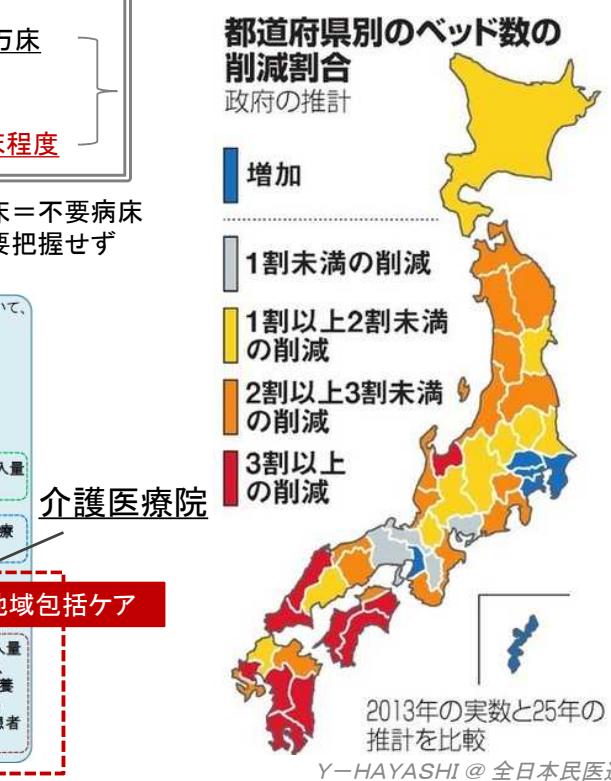
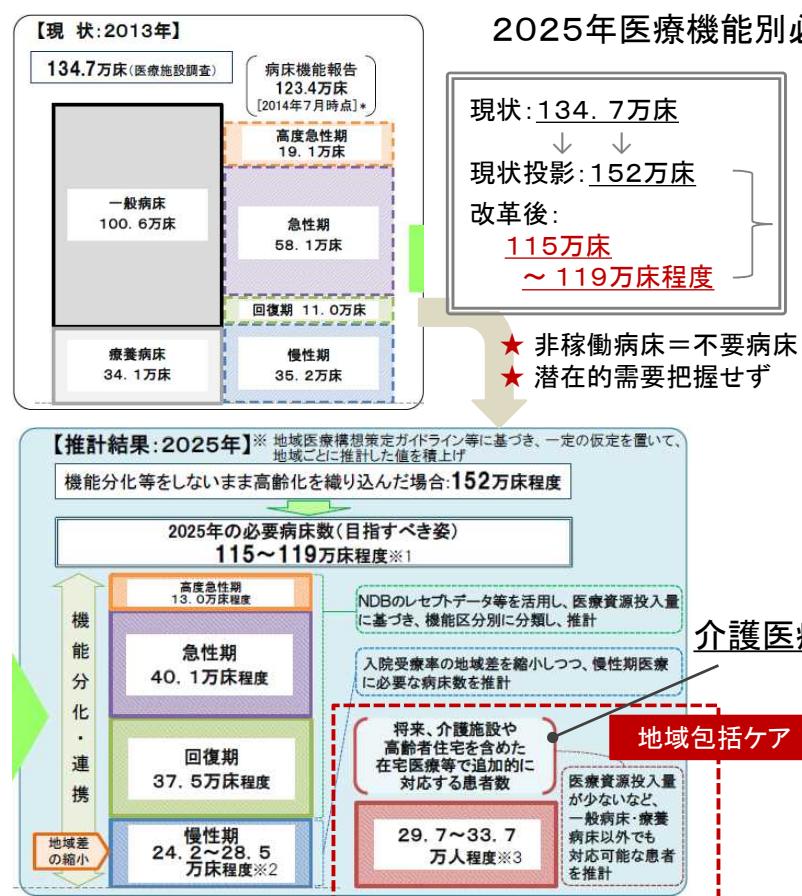
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

医療との一体改革＝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「介護から市場・ボランティアへ」

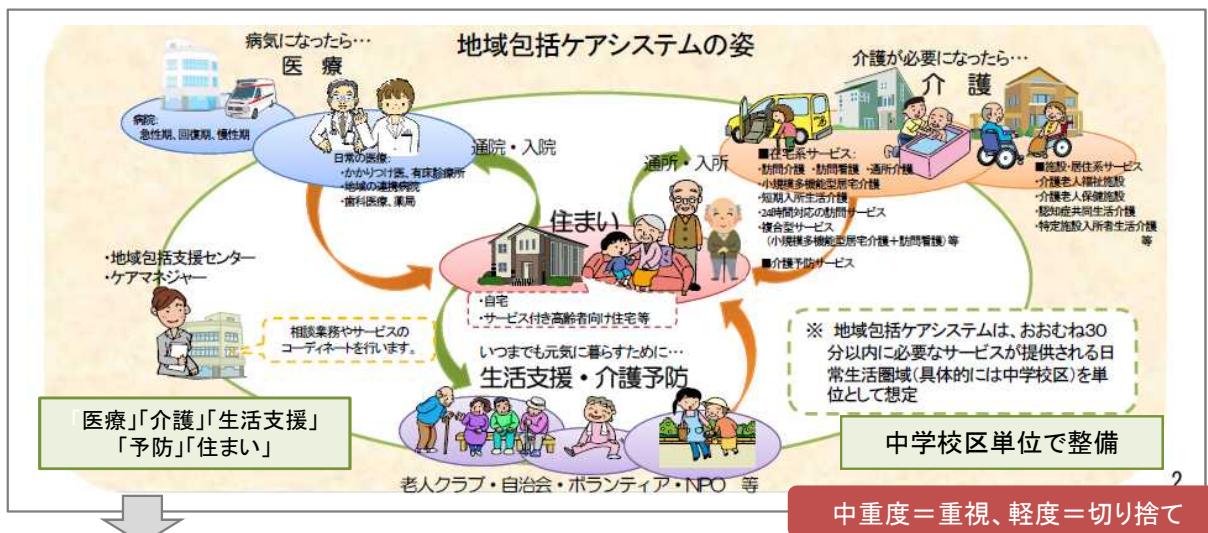


「川上」の改革＝入院ベッド20万床削減計画



「川下」の改革 = “受け皿”(国策)としての地域包括ケア

「2025年度(平成37年度)を目指し、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービスの提供体制」(=厚労省ホームページ)



■ 政府が実際に推進しようとしている地域包括ケアの基本理念<「四助論」>

自助 > 互助 > 共助 > 公助

政府=「順番を間違えないこと」

自助…自前で=本人の自己責任・家族の連帯責任、購入互助…住民主体の活動で=地域の共同責任、企業も参入
共助…社会保険 = “負担の見返りとしての「給付」”
公助…公費(生活保護など) = 対象限定、内容制限

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「自立支援・重度化防止」に向けた保険者機能強化(2017年「改正」)

—「成果」を挙げた市町村への財政支援=「保険者機能強化推進交付金」—

■ 地域差の「見える化」～認定率、1人あたり給付費など

■ 「自立支援・重度化予防」に成果を上げた自治体に交付金を支給

- ↓ (1) 評価項目に沿って取り組みを評価=点数制
- (2) 厚労省に提出(毎年10月)
- ↓ (3) 点数(=成績)に基づき交付金を配分・支給
<財政的インセンティブの付与>(財政的誘導)
…都道府県10億円、市町村190億円(2018年度)

(都道府県別要介護認定率)

	高	低
1 大阪	22.4%	1 山梨 14.2%
2 和歌山	20.7%	2 茨城 15.2%
3 京都	19.7%	3 長野 15.3%
4 長崎	19.6%	4 静岡 15.3%
5 兵庫	19.3%	5 栃木 15.6%

【評価項目(一部)】 …都道府県20項目、市町村61項目

● 介護保険事業に関する現状や将来推計に基づき、2025年度に向けて、自立支援、重度化防止等に資する施策について目標及び目標を実現するための重点施策を決定しているか <10点>

● 生活援助の訪問回数の多いケアプラン(生活援助ケアプラン)の地域ケア会議等での検証について、実施体制を確保しているか <10点>

● 一定期間における、要介護認定者の要介護認定等基準時間の変化率の状況はどのようにになっているか <10点(加点あり)>

● 一定期間における要介護認定者の要介護認定の変化率の状況はどのようにになっているか <10点(加点あり)>

● 介護給付の適正化事業の主要5事業のうち、3事業以上を実施しているか <10点>

● 給付実績を活用した適正化事業を実施しているか <10点>

● ケアプラン点検をどの程度実施しているか <10点>

★ 市町村を給付費削減に駆り立て、競わせるしくみ(保険者機能をゆがめる制度)



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「自立」理念の転換 - “介護が要らない状態”(2016年)



未来投資会議 2016.11.10

■ 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
→ 結果(アウトカム)に対する評価重視

未来投資会議
=経済成長戦略の「司令塔」!!

日経新聞
2016年11月11日

政府が示した
「自立」の概念

未来投資会議であいさつする安倍首相(10日)

未来投資会議であいさつする安倍首相(10日)

政府の未来投資会議で介護保険制度について、介護を必要とする人の自立支援を中心とした制度へ転換を進めると表明した。自立支援にむけた重視の要介護者を減らすことで、高齢化で膨張が続く介護費の抑制につなげ

未来投資会議であいさつする安倍首相(10日)

政府の未来投資会議で介護保険制度について、介護を必要とする人の自立支援を中心とした制度へ転換を進めると表明した。自立支援にむけた重視の要介護者を減らすことで、高齢化で膨張が続く介護費の抑制につなげ

首相指示
症状改善なら加算
介護報酬に「効果反映」

介護、回復・自立に軸足

首相表明 改善なら報酬上げ

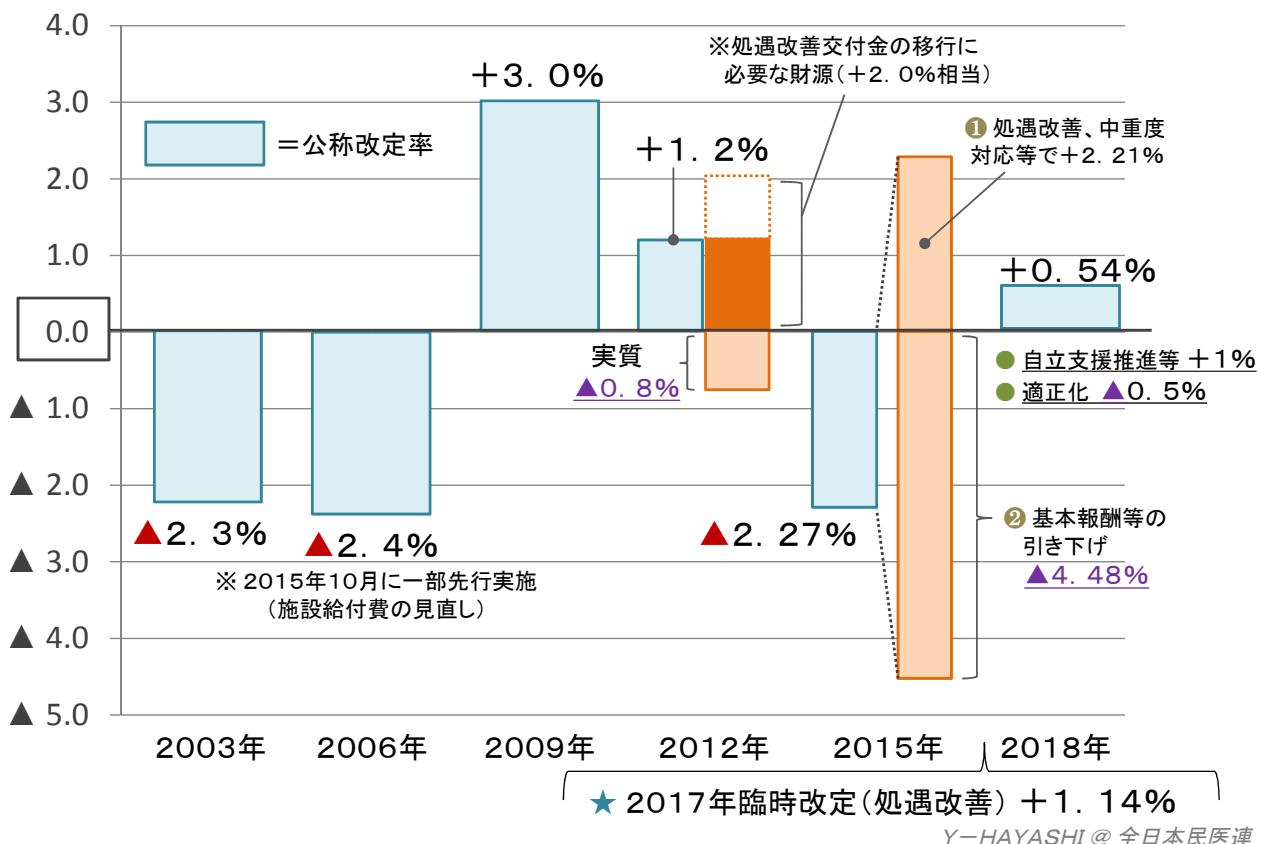
未来投資会議

読売新聞
2016年11月11日

新しよりの介護の質の向上を目指す。厚労省は首相指示踏まえ、2018年度の介護報酬改定に向け、事業者の取り組みに応じて報酬を加算する仕組みを来年秋まで見出した。取り組みによる方向だ。

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



老人福祉・介護事業所の倒産件数推移

東京商工リサーチ調査

■ 前回2015年報酬改定

=過去最大級のマイナス改定 $\Delta 2.27\%$ ($\Delta 4.48\%$)

★2017年度の倒産件数は

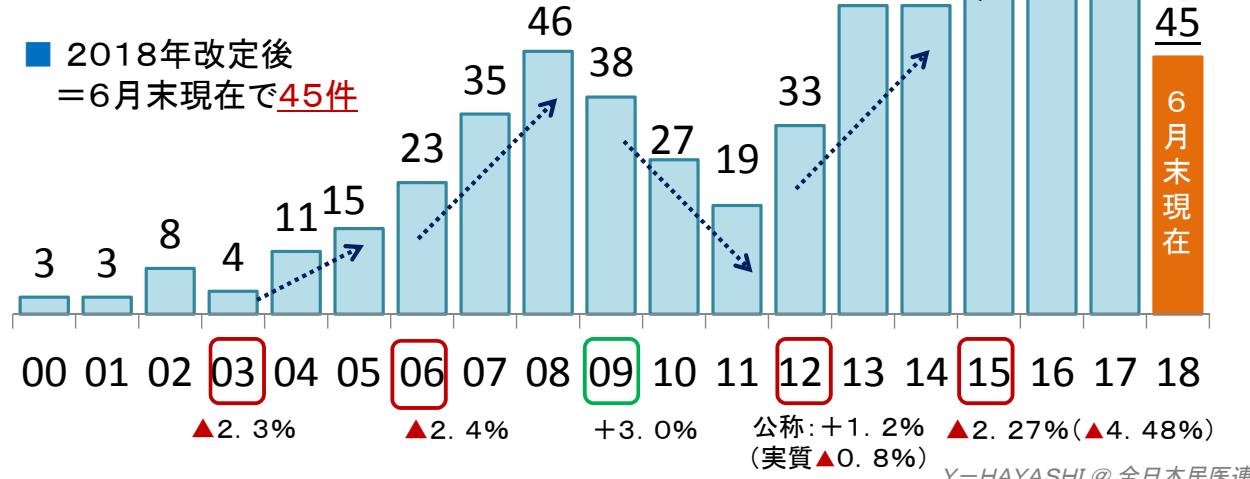
過去最高の111件 (2018年1月8日・速報値)

★「倒産」として把握されない

事業所の閉鎖・廃業が相次ぐ

■ 2018年改定後

=6月末現在で45件



介護報酬2018年改定の概要(4つのキーワード)

+0.54%

- 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 $\Rightarrow +1\%$ 程度
- 「改革工程表」に沿った通所介護等の給付の「適正化」 $\Rightarrow \Delta 0.5\%$ 程度

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ること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

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
- 褥瘡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

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

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

- 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

ヘルパーの生活援助(訪問介護)の利用をめぐつて

■ 財務省=「生活援助の多数回数の利用は適切か(最高は101回！！)」

利用の現状

財務省の主張	北海道 標茶町	101	3	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	
								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	
	盛岡北部行政事務組合	90	1	男性(89)	独居	あり	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	
	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。さつき聞い 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	

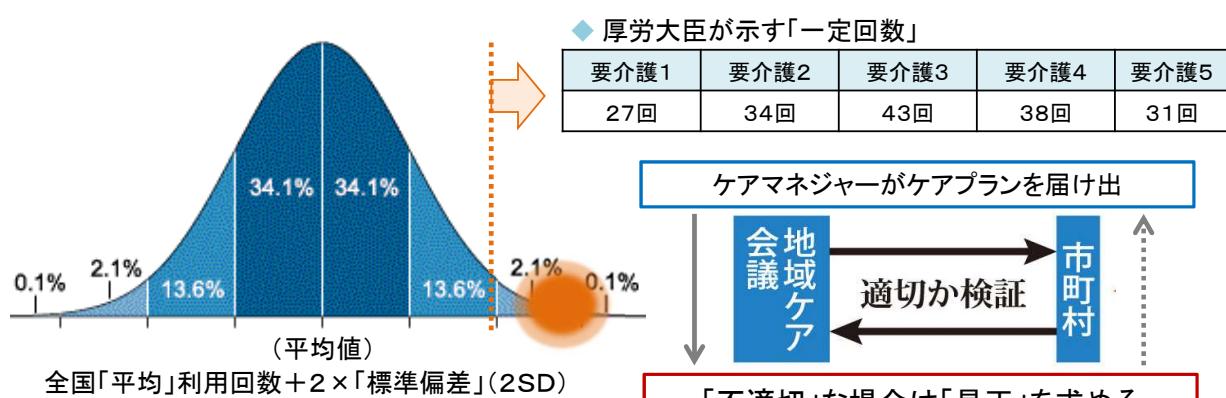
⇒ (北海道・標茶町のケース(101回／月) 80歳女性(独居)・要介護3)

- 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」が行われていた！！

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

生活援助届け出制の導入(10月～) =「ケアプランの適正化」



● 「ケアプランの適正化」=10月分より開始

- ① 生活援助が「一定回数」以上のケアプランを市町村に<届出>
- ② 市町村が地域ケア会議等で<検証>
- ③ 利用が「不適切」と判断されれば、担当ケアマネジャーに<是正>を求める

● 事実上の利用回数の「上限」設定 ⇒ 「自粛」を強制

● 統計的(機械的)手法による「一定回数」の設定(個々の事情や利用の実態は反映されない)

- ・ 毎年1度、「一定回数」を見直す(回数減 → 平均回数減 → 「一定回数」減)

悪魔のサイクル

★ 9月までに全ケアプランについて生活援助の回数報告を求めたり、「身体介護+生活援助」を届出の対象に含めている保険者あり

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

福祉用具貸与 - 貸与上限額の設定

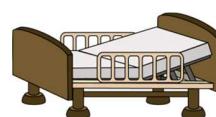
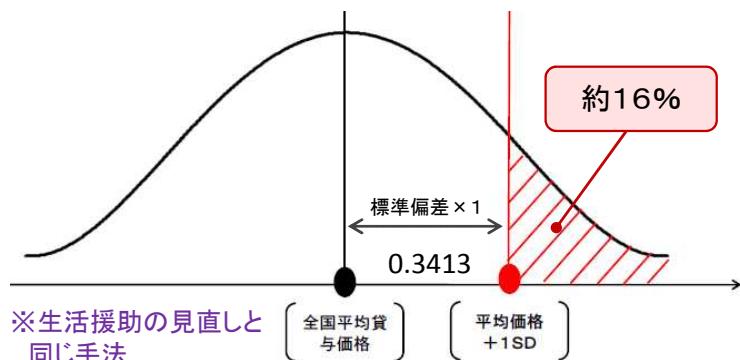
①貸与価格の上限設定等

⇒ ★実施は10月から

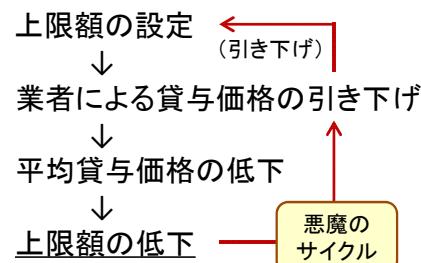
- 福祉用具貸与について、平成30年10月から全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行う。
 - ・ 上限設定は商品ごとに行うものとし、「全国平均貸与価格 + 1 標準偏差 (1SD)」を上限とする。
 - ・ 平成31年度以降、新商品についても、3ヶ月に1度の頻度で同様の取扱いとする。
 - ・ 公表された全国平均貸与価格や設定された貸与価格の上限については、平成31年度以降も、概ね1年に1度の頻度で見直しを行う。
 - ・ 全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行うに当たっては、月平均100件以上の貸与件数がある商品について適用する。
- なお、上記については、施行後の実態も踏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

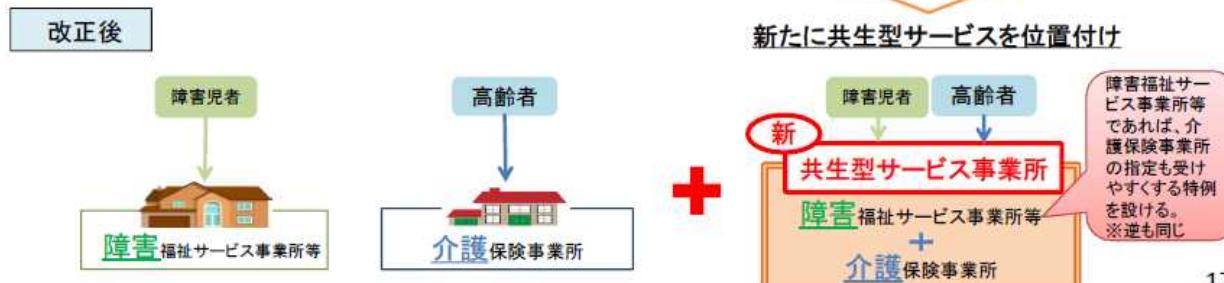
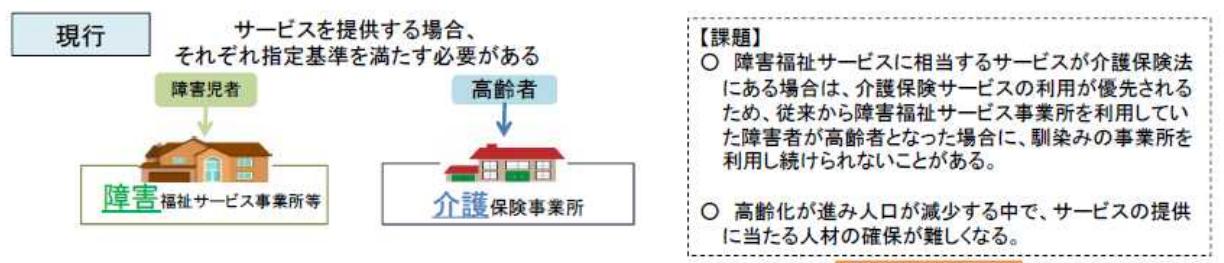


質の低下・サービスの後退

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

福祉との一体改革 - 「共生型サービス」の創設

◆ 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づける(ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ等)



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>

「共生型サービスを創設したことで、障害福祉サービスの利用者が65歳になった場合も、事業所が共生型介護サービスの指定を受けければ、なじみの事業所に通い続けることができるようになる」

⇒ ① 介護保険65歳優先適用の固定化 ② 介護保険制度との「統合」を方向づけ

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

我が事・丸ごと地域共生社会=「自助・自立」型福祉(社会)への転換

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

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
- 地域ごとのつながりの強化
- 地域を基盤とする包括的支援の強化
- 専門人材の機能強化・最大活用

■「改正」社会福祉法／地域包括ケア強化法(2017年)

第4条(地域福祉の推進)

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な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

★住民が、地域生活課題を「我が事」としてとらえ、行政と「連携」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(を住民に)「丸投げ」、地域(に)“強制”社会



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

混合介護の「弾力化」- 2018年9月厚労省通知

■介護保険では「混合介護」が可能(=保険内サービスと保険外サービスの併用利用)

- 「同時的・一体的提供」は禁止
- 運用ルールが不明確



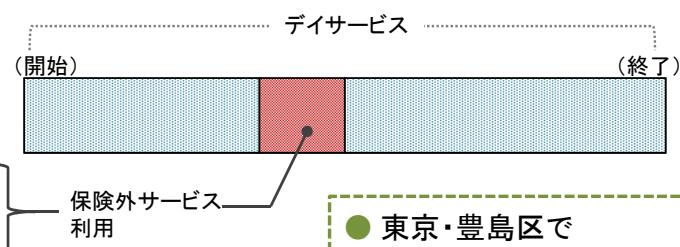
実績はほとんどなし



公正取引委員会+「規制改革推進会議」での検討・推進方針

■運用通知を発出(9月末・厚労省) =訪問介護(生活援助)とデイサービス

サービス内容	可否
草むしりやペットの世話	訪問介護の前後や途中なら
家族の部屋の掃除や買い物	○
家族の食事提供	○
通所施設内の理美容、健康診断、予防接種、採血、物販、レンタルサービス	○
通所施設利用時の買い物代行	○



要件=利用者への説明、利用者の理解・同意、運営規程や料金・会計の区分、担当ケアマネジャーへの報告とケアプランへの記載など

● 東京・豊島区で
モデル事業開始
(8月から9事業者)
「同居家族分の家事」など
政府の動きに先行

■本格的な運用に向けた検討を継続(規制改革推進会議等)

⇒ 同居家族への食事提供、ヘルパーの指名制(指名料)、時間指定料……など

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

東京・豊島区「選択的介護」-『選択的介護のご案内』より

選択的介護で、サービス選択の幅が広がります！

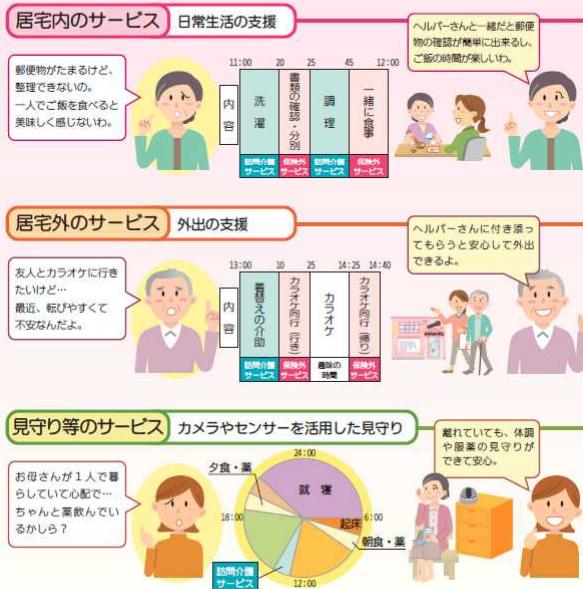
介護が必要になっても、可能な限り自立した生活を送れるよう支援する訪問介護サービス（介護保険サービス）に、介護するご家族の負担を軽減するサービスなど様々な保険外サービスを組合せることで、要介護高齢者やご家族の充実した毎日をサポートします。



選択的介護の特徴

- 特徴①** 保険外サービスのメニューが、区分ごとに示されているので選びやすい
- 特徴②** 訪問介護サービスと同様に、保険外サービスもケアマネジャーがサポート
- 特徴③** 訪問介護サービスと同様に、保険外サービスもサービス提供計画に基づいて提供

選択的介護は3つの区分から選べます！



政府の「介護人材政策」で 人手不足は解消するか

深刻化する介護従事者不足

介護職需給の見込みー2025年は 33.7万人の供給不足(第7期介護保険事業計画)

● 各自治体の第7期介護保険事業計画 介護従事者の需給見通し

第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000207323.html>

	2020年度	2025年度
需要見込み	216万494人	244万6562人
供給見込み	203万4133人	210万9956人
不足数	▲12万6361人	▲33万6606人
不足率	▲5.8%	▲13.8%

33.7万人 不足

<供給対策(30万人)>

- ・高齢者、女性、若者、離職防止…20万人
- ・「生産性」の向上(介護ロボットなど)…2万人分
- ・外国人…6万人

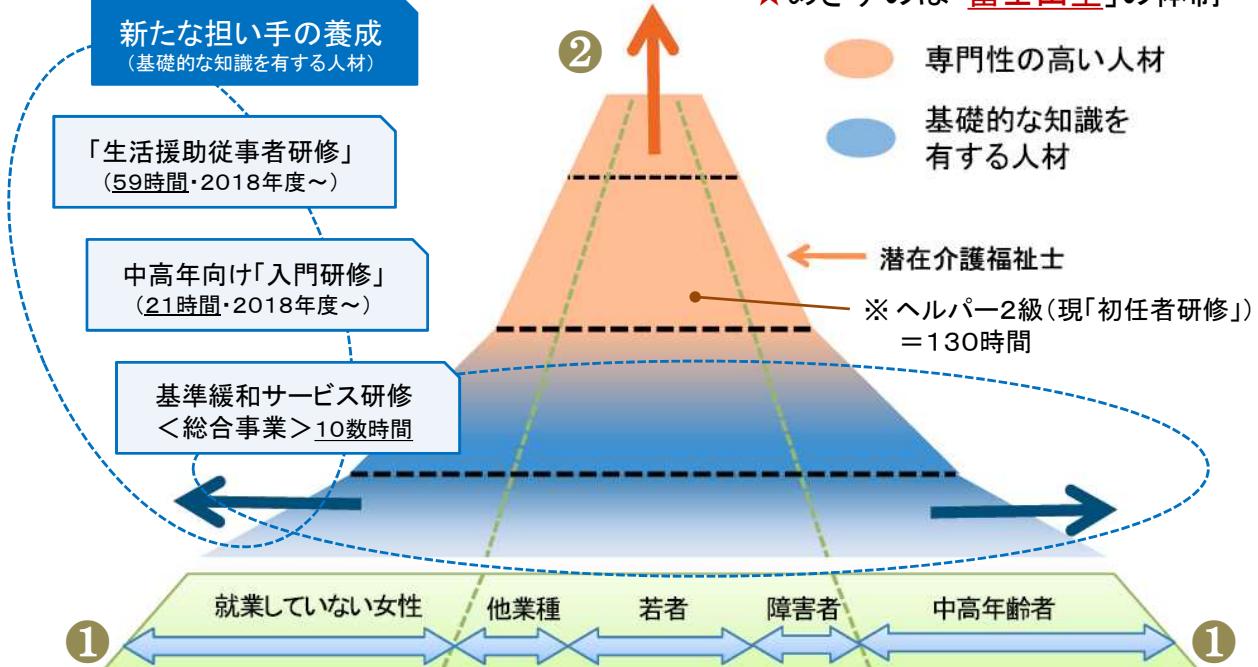
第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数(都道府県別)

都道府県	2016年度 (平成28年度) の介護従事者 需給見込み	2020年度(平成32年度) の介護従事者 需給見込み			2025年度(平成37年度) の介護従事者 需給見込み		
		不足数(2-1)	%	不足数(2-3)	%	不足数(2-1)	%
1. 北海道	89,583	96,772	▲7,235	▲7.0	116,476	96,935	▲19,541 ▲16.8
2. 青森県	23,926	25,528	24,560	▲9.8	3,8	27,355	23,706 ▲3,649 ▲13.3
3. 岩手県	20,703	23,436	22,059	▲1.377	▲5.9	25,060	21,785 ▲3,275 ▲13.1
4. 宮城県	30,893	35,865	32,955	▲2.910	▲8.1	39,635	34,880 ▲4,755 ▲12.0
5. 秋田県	20,670	23,733	21,832	▲1.901	▲8.0	25,005	21,419 ▲3,586 ▲14.3
6. 山形県	19,266	21,509	20,743	▲1.766	▲3.6	22,869	21,064 ▲1,805 ▲7.9
7. 福島県	29,128	37,751	30,894	▲6.857	▲18.2	41,675	30,988 ▲10,777 ▲25.9
8. 茨城県	34,959	41,929	38,784	▲3.145	▲7.5	47,893	40,977 ▲6,916 ▲14.4
9. 栃木県	23,677	27,999	26,403	▲1.596	▲5.7	32,535	27,315 ▲5,220 ▲16.0
10. 群馬県	32,943	35,400	33,749	▲1.651	▲4.7	39,774	34,746 ▲5,028 ▲12.6
11. 埼玉県	81,316	93,745	92,438	▲1.307	▲1.4	115,875	99,851 ▲6,024 ▲13.8
12. 千葉県	76,792	94,435	79,868	▲14,567	▲15.4	109,785	81,399 ▲28,386 ▲25.9
13. 東京都	179,836	191,415	179,857	▲11,558	▲6.0	22,820	188,155 ▲34,665 ▲15.6
14. 神奈川県	134,684	145,497	143,940	▲1.557	▲1.1	174,169	153,029 ▲21,140 ▲12.1
15. 新潟県	38,890	42,103	40,274	▲1.829	▲4.3	44,360	40,387 ▲3,973 ▲9.0
16. 長野県	17,116	19,926	19,085	▲1.841	▲4.2	21,728	19,995 ▲1,731 ▲8.0
17. 岐阜県	17,634	19,876	20,184	308	1.5	22,576	20,966 ▲1,610 ▲7.1
18. 滋賀県	12,610	11,391	10,876	▲515	▲4.5	12,097	11,020 ▲1,077 ▲8.9
19. 三重県	12,536	13,746	13,461	▲285	▲2.1	15,126	14,615 ▲511 ▲3.4
20. 愛知県	34,523	40,946	37,085	▲3,881	▲9.4	44,747	37,946 ▲6,801 ▲15.2
21. 京都府	30,702	35,726	32,361	▲3,365	▲9.4	39,696	33,391 ▲6,305 ▲15.9
22. 京都府	48,183	57,464	54,123	▲3,341	▲5.8	64,634	56,878 ▲7,756 ▲12.0
23. 滋賀県	94,264	107,617	104,147	▲3,470	▲3.2	125,273	113,943 ▲11,330 ▲9.0
24. 三重県	27,444	32,913	30,876	▲1,637	▲5.0	35,854	32,960 ▲2,894 ▲8.1
25. 滋賀県	17,857	21,466	19,592	▲1,874	▲8.7	24,115	20,764 ▲3,351 ▲13.9
26. 京都府	36,381	47,927	40,832	▲7,095	▲14.8	53,673	42,560 ▲11,113 ▲20.7
27. 大阪府	150,981	179,031	167,902	▲11,129	▲6.2	208,042	173,547 ▲34,495 ▲16.6
28. 兵庫県	83,123	95,859	88,118	▲7,741	▲8.1	109,325	88,803 ▲20,522 ▲18.8
29. 奈良県	22,245	26,483	24,865	▲1,618	▲6.1	31,073	26,221 ▲4,852 ▲15.6
30. 和歌山県	20,521	22,035	21,158	▲877	▲4.0	23,074	20,725 ▲2,349 ▲10.2
31. 鳥取県	10,667	12,642	12,140	▲502	▲4.0	13,700	12,794 ▲906 ▲6.6
32. 島根県	15,187	17,092	16,752	▲340	▲2.0	18,007	17,001 ▲1,006 ▲5.6
33. 岡山県	31,909	36,859	34,962	▲1,897	▲5.1	40,099	36,158 ▲3,941 ▲9.8
34. 広島県	47,583	55,224	52,907	▲2,317	▲4.2	61,080	54,341 ▲6,739 ▲11.0
35. 山口県	25,777	29,326	26,956	▲2,370	▲8.1	32,028	28,450 ▲3,578 ▲11.2
36. 徳島県	13,781	14,745	14,202	▲543	▲3.7	15,870	14,461 ▲1,409 ▲8.9
37. 香川県	16,376	17,424	16,528	▲896	▲5.1	18,830	16,365 ▲2,465 ▲13.1
38. 愛媛県	27,746	31,039	28,850	▲2,189	▲7.1	32,637	29,672 ▲2,965 ▲9.1
39. 高知県	13,084	15,101	14,540	▲561	▲3.7	15,704	14,640 ▲1,064 ▲6.8
40. 鹿児島県	78,095	82,773	81,406	▲1,367	▲1.7	95,246	85,790 ▲9,456 ▲9.9
41. 沖縄県	13,712	13,819	13,667	▲152	▲1.1	14,615	13,993 ▲622 ▲4.3
42. 長崎県	26,198	28,861	27,807	▲1,054	▲3.7	31,823	28,643 ▲3,180 ▲10.0
43. 熊本県	29,866	32,229	31,288	▲941	▲2.9	34,978	32,923 ▲2,055 ▲5.9
44. 大分県	22,521	23,616	23,269	▲347	▲1.5	25,549	23,942 ▲1,607 ▲6.3
45. 宮崎県	19,976	21,255	19,758	▲1,497	▲7.0	22,979	19,370 ▲3,609 ▲15.7
46. 沖縄県	29,966	33,406	32,118	▲1,288	▲3.9	35,201	33,135 ▲2,066 ▲5.9
47. 沖縄県	18,824	18,725	17,191	▲1,534	▲8.2	21,899	17,398 ▲4,501 ▲20.6
合計	1,890,760	2,160,494	2,034,133	▲126,361	▲5.8	2,446,562	2,109,956 ▲38,606 ▲13.8

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

政府の「介護人材政策」=①すそ野の拡大と②役割・機能の分化

★めざすのは「富士山型」の体制



第161回介護給付費分科会資料(2018年9月5日)「介護人材の処遇改善について」に追記
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/000020420_00003.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

新たな扱い手養成は低迷－生活援助従者研修・介護入門研修

人手不足解消のために介護報酬。導入されたのが生活援助従者研修だ。研修時間が初任者研修の半分未満で、訪問介護生活援助のみを提供できるヘルパーを養成する。本誌の調べでは現時急速に実施にあり必要となる要綱を作成していなのは県のみ。要綱作成はまだが、事業者説明会を開き、都の方針を説明した。

要綱作成済みはまだ6県

出足鈍い生活援助ヘルパーは人手を確保するのが目的といふのが国、研修の取り扱い細則について。研修実施にあたっては、研修の半分以下だ。研修時間は59時間と初回開講」とはいかない内容だ。

（5月10日）／静岡県（5月19日現在で策定済みの部）道府県はこの所。岩手県細な情報出していいの

シルバー新報 2018.7.20

● 要綱策定＝岩手、静岡、沖縄、福岡、愛媛、宮崎
うち沖縄＝1事業者4コースを指定
● 東京-事業者説明会開催

7月

中高年対象に人材確保へ 介護入門研修 16都府県のみ

最低限度の知識・技術等について取得	科目	時間数
	尊厳の保持と自立支援	1時間
	介護保険制度等の理解	1時間
	高齢者や家族の心理	1時間
	コミュニケーション技術	1時間
	認知症の理解	2時間
	生活支援技術	4時間
	リスクマネジメント・緊急時の対応	1時間
	介護現場の理解（職場体験や映像教材の活用）	2時間
	合計	13時間

※研修の実施主体については、都道府県、市区町村、社会福祉研修センター、介護福祉士養成施設、介護職員初任者研修実施機関等を想定

福島民報 2018.10.29

10月

- 2018年度開催（16府県）
＝青森、岩手、埼玉、東京、神奈川、滋賀、大阪、兵庫、島根、岡山、山口、香川、福岡、佐賀、長崎、大分
- 宮城、京都など31道府県は実施する予定なし
うち富山、和歌山、宮崎「県独自の類似研修がある」
- 群馬、徳島、沖縄＝2019年度から開催を検討中

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

外国人介護就労の拡大－新たな在留資格制度（特定技能）創設

■これまでの就労受け入れ

- EPA（2国間経済連携協定）－看護師・介護福祉士の資格取得（今まで約3500人入国）
－インドネシア（2008年～）、フィリピン（2009年～）、ベトナム（2014年～）

● 入管法改正（2017年）－「専門的・技術的分野」に「介護」追加

● 外国人技能実習制度の見直し（2017年）

- ・ 本来の目的は「国際貢献」（日本の技術の海外移転）
↔ 実態は、低賃金労働確保の手段として機能
- ・ 2017年「改正」＝受け入れ・実施機関に対する監督強化など
－「介護」を追加（17年11月～）＝対人援助サービスは初めて実習計画の申請＝1024件（2018年10月末）

■ 新たな残留資格制度（特定技能制度）の創設（2019年～？）

- 「特定技能1号」＝“相当程度の技能”（最長5年）
- 「特定技能2号」＝“熟練した技能”（永住可、家族帯同可）
- 対象は、1号＝農業、製造、「介護」など14業種、2号＝5業種
- ⇨ 財界からの要請＝人手不足対策～単純労働の確保

★ 今秋の臨時国会で審議

－現状の検証、権利保障などが不十分なまま「見切り発車」？

特定技能制度のイメージ



法務省入国管理局「新たな外国人材の受け入れに関する在留資格「特定技能」の創設について」（2018年10月12日）
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/gaikokujinzaikai/dai2/siryou2.pdf>

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

消費税10%へ→「新たな(2兆円)政策パッケージ」

「人生100年時代構想」<人づくり革命>(2017年12月)

大学など高等教育無償化 (住民税非課税世帯を対象) 給付型奨学金の支給額拡充 授業料減免	約8000億円	教育無償化 介護処遇改善
幼児教育・保育の無償化 0～2歳：住民税非課税世帯 を対象に無償化	約100億円	
3～5歳：年収に関係なく 無償化	約8000億円	
保育の受け皿整備など 待機児童対策	約3000億円	
介護職員の待遇改善	約1000億円	

●「介護職員の待遇改善」=20万人(勤続10年以上)を対象に月8万円の給与引き上げ

→他の介護職員なども対象になるよう、柔軟な運用を認めることを前提に、「勤続年数10年以上の介護福祉士」について、「月額平均8万円相当」の待遇改善を行う(公費1000億円投入)

⇒「①経験・技能のある介護職員、②他の介護職員、③その他の職種の順に一定の傾斜の設定」

介護報酬で
対応

※「20万人」の根拠=約150万人(対象事業所における2019年度の常勤換算の介護職員見込み数)
×45%(介護福祉士の割合)×30%(勤続10年以上の割合)

第163回介護給付費分科会資料(2018・10・31)https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000202420_00008.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

政府が準備している 次の制度改革

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

安倍政権が推進する社会保障制度改革

社会保障制度の縮小・解体(“変質”)

★ 社会保障費「自然増」分の削減=医療・介護・年金・生活保護等の制度改革

(介護・医療) ① 提供体制の見直し ② 保険制度(給付・負担・運営)の見直し

<目標=介護給付費・医療費の削減を恒常に進める「しくみ」づくり>

⇒ 改革(削減)の“実行部隊”は 地方自治体 ⇒ 医療=都道府県、介護=市町村

受け皿
(手段)



社会保障の営利・市場化

(公的制度から外れる人)

受け皿
(手段)

住民の「互助」

★ 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>

★「我が事・丸ごと」地域共生社会

地域の生活課題(「我が事」)の「丸ごと」化
① 公的支援の住民への「下請け化」
② 公的支援の「効率化」
<我が事「丸投げ」、地域に「強制」社会>

社会保障・税一体改革

(2012年度)

(2015年度)

全世代型社会保障

New!

2025年

社会保障制度 改革推進法

経済・財政一体改革

経済<成長>+財政<健全化>

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

社会保障費「自然増」分の徹底的な削減

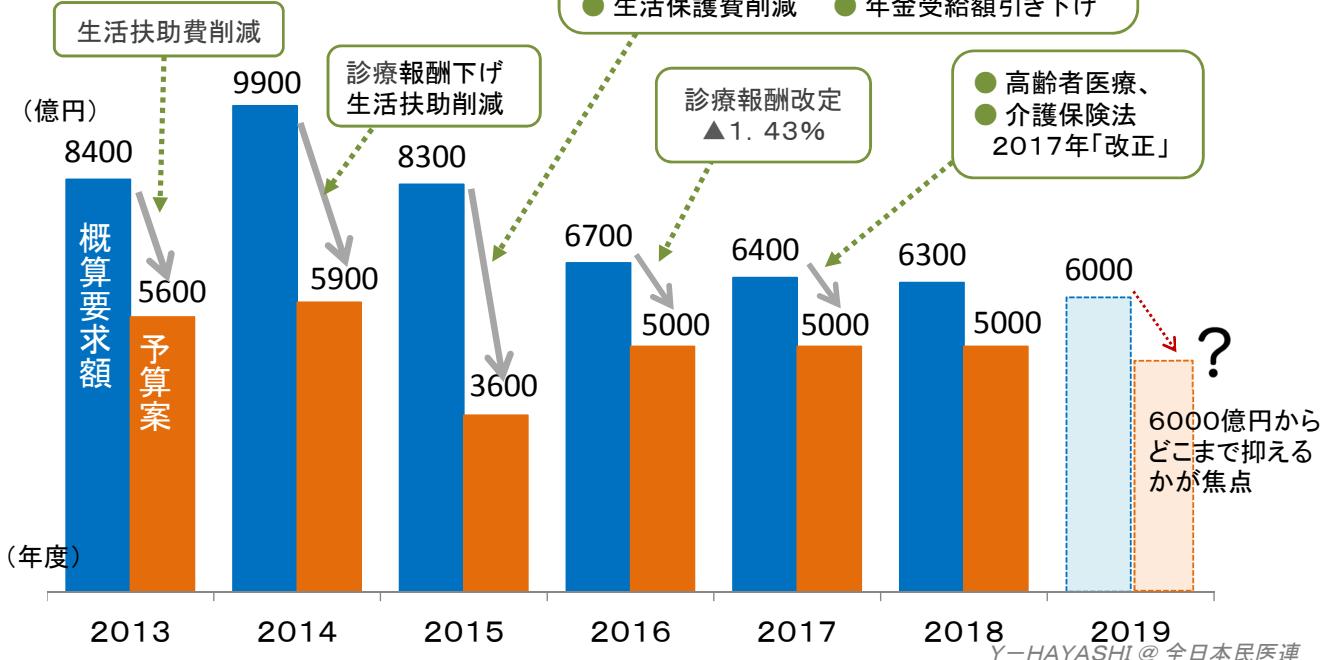
2013~15年度=3年間で1.5兆円に削減、2016~18年度=毎年5000億円に削減

★ 6年で計1兆5900億円削減=年2650億円、小泉政権(毎年2200億円)を超える

※ 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

※ 毎年の見込み額 を予算編成の段階でカット

- 介護報酬改定 ▲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



さらなる制度改悪を計画ー「骨太方針2018」・財政審「建議」

● ケアプランの有料化

- ・ケアプラン作成を有料に
～定率負担(利用料1割=1400円)検討？
- ・2011年「改正」時にも定額負担を提案
(ケアプラン月1000円、予防プラン500円)

● 多床室室料徴収の対象拡大

- ・特養ではすでに導入(光熱費相当費)
⇒老健施設、介護医療院などに拡大

● 軽度者の生活援助(訪問介護)のあり方

- ・軽度者(要介護2以下)の生活援助を
地域支援事業(総合事業)に移行

※「改革工程表2017年版」

＝「通所介護等につき、2019年内に結論
を得て措置」

● 「保険者機能強化推進交付金」

⇒「調整交付金」を活用

- ・「調整交付金」=高齢化率や所得状況による費用差を是正するための交付金
⇒市町村は「調整交付金」獲得に駆り立てられることに

● 財政審(財務省)⇒利用料原則2割化、軽度サービスの総合事業への移行

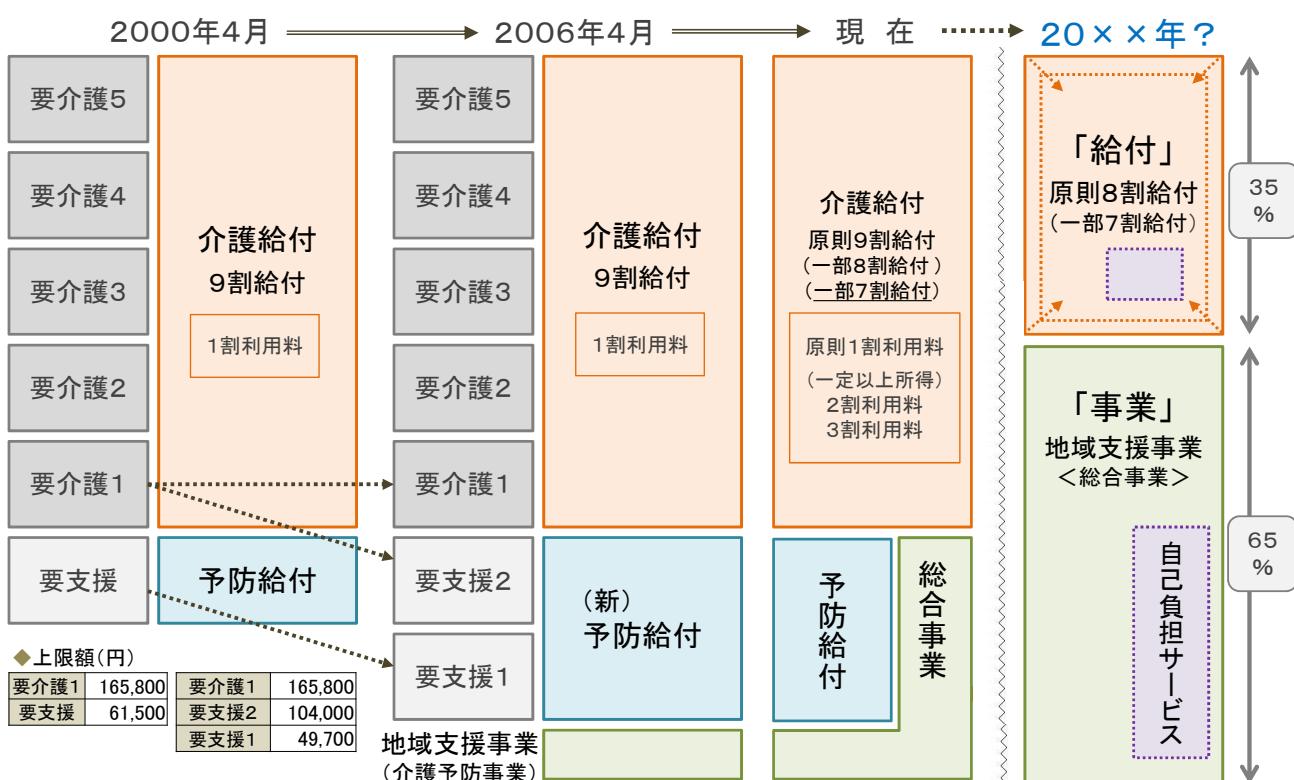
骨太方針2018 http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2018/2018_basicpolicies_ja.pdf

財政審資料 https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia301009.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

医療	後期高齢者(75歳以上)の医療費窓口負担の2割化
	風邪などの少額受診に追加負担
	かかりつけ医以外を受診すると追加負担
	金融負担に応じて負担増
	湿布・保湿剤・漢方薬などの薬剤自己負担引き上げ
	国民健康保険への自治体財政からの繰り入れ廃止
	医療費抑制のため地域別診療報酬の設定
	都道府県に民間病院の病床機能転換命令の権限付与
	急性期病床の削減
	高額な新薬を保険適用から除外
保育	保育所・幼稚園などの給食費は無償化の対象外
	児童手当の所得制限強化で給付抑制
	保育所や幼稚園の施設型給付の公的価格引き下げ

政府が描く「将来像」は「拒否すべき未来像」



【政府が描く介護保険の将来像】

- 要介護3以上=「給付」～全国一律の基準でサービス提供、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、住民支援もふくむ、「予算」がなくなければ打ち切り！

- 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

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「人権としての介護保障」の確立へ -「名ばかり」社会保険からの転換を-

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

第7期介護保険料平均基準額は 月5,869円に(創設時2,911円)

1	沖縄県	6,854
2	大阪府	6,636
3	青森県	6,588
4	和歌山県	6,538
5	鳥取県	6,433

1	埼玉県	5,058
2	千葉県	5,265
3	茨城県	5,339
4	静岡県 (+5. 5%)	5,406
5	栃木県	5,496

<市区町村>

1	福島・葛尾村	9,800
2	福島・双葉町	8,976
3	東京・青ヶ島村	8,700
4	福島・大熊町	8,500
5	秋田・五城目町	8,400
5	福島・浪江町	8,400

1	北海道・音威子府村	3,000
2	群馬・草津町	3,300
3	東京・小笠原村	3,374
4	北海道・興部町	3,800
5	宮城・大河原町	3,900
5	千葉・酒々井町	3,900

- 福島・葛尾村=人口1442人のうち約8割が避難生活
- 東京・青ヶ島村=人口152人、高齢者26人、要介護者は4人。このうち3人が介護施設入所。
- 大阪市(7,927円)=政令20市の中で最も高額。1人暮らし高齢者の割合42. 4%(全国27. 3%)、訪問介護の利用者割合24. 3%(全国9. 2%)
- 「避難指示」12市町村で介護保険料が急増=高額自治体上位10のうち、6つが福島県内の市町村
 - ・ 避難生活での疲労に加え、将来への不安や悲観が高齢者の健康を損なっている
 - ・ 「高額な保険料を避けようと、住民がほかの自治体に移り住めば、被保険者が減ってさらに保険料が上がる。負の連鎖に陥りかねない」

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

深刻化する介護保険料滞納問題

(単位:千円)



「読売新聞」2017年6月1日夕

■ 介護保険料滞納に対するペナルティ措置

- 1年以上滞納 ⇒ 償還払いへの移行
 - 1.5年以上滞納 ⇒ 保険給付の一部差し止めなど
 - 2年以上滞納 ⇒ 7割給付に減額(3割負担化)
※ 3割負担の利用者は6割給付(利用料4割負担)

■ ペナルティ措置の対象者の多くは低所得者

- * 特別徴収(年金月1.5万円以上)=年金から天引き
 - * 普通徴収(年金月1.5万円以下)=天引きとならない

介護保険料滞納額(未収額) 推移※1

2000年度	2,517,306
2001年度	9,974,136
2002年度	19,553,938
2003年度	28,009,351
2004年度	33,375,158
2005年度	36,760,728
2006年度	43,213,764
2007年度	47,629,673
2008年度	50,219,474
2009年度	50,864,982
2010年度	49,203,453
2011年度	47,836,798
2012年度	52,780,789
2013年度	57,570,213
2014年度	59,075,934
2015年度	60,718,353

★日本共産党倉林議員提供

(出典)

※1 介護保険事業状況報告
※2 介護保険事務調査

差押え件数※2

2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
9,670件	7,900人	10,118人	13,371人

滞納者に対する保険給付の制限(制裁措置) ※2

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
保険給付の 償還払い化	3,914件	2,428人	2,459人	2,516人
保険給付の 一時差し止め	75件	86人	46人	39人
3割負担	9,720件	10,335人	10,747人	10,447人
合計	13,709件	12,849人	13,252人	13,002人

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

民医連2016年事例調査から - 利用料2割負担・特養入所制限

■ 基準額を2000円超えて利用料が2割に。ヘルパーの入浴支援とデイケアを減らす

「78歳男性・要介護2／夫婦のみ」

① 下半身の麻痺のため車いすを必要とする。日常の生活全般に介護が必要。前回の制度改定で、本人の所得収入(税金や保険料を控除した金額)が基準額を2000円超えていたため、利用料が2割負担となり経済的に苦しい。これまで妻の介護負担の軽減のために利用してた入浴支援のためのヘルパーの利用を毎週月・土曜日から第1・3の土曜日のみの利用に変え、リハビリのためのデイケアの利用も減らした。妻も沢山の持病を抱えている。<NO.52>

■ 家族は病気で介護困難。特養・老健に入所できず、ショートステイの利用でしのいでいる

「95歳女性・要介護2／既婚子と同居」

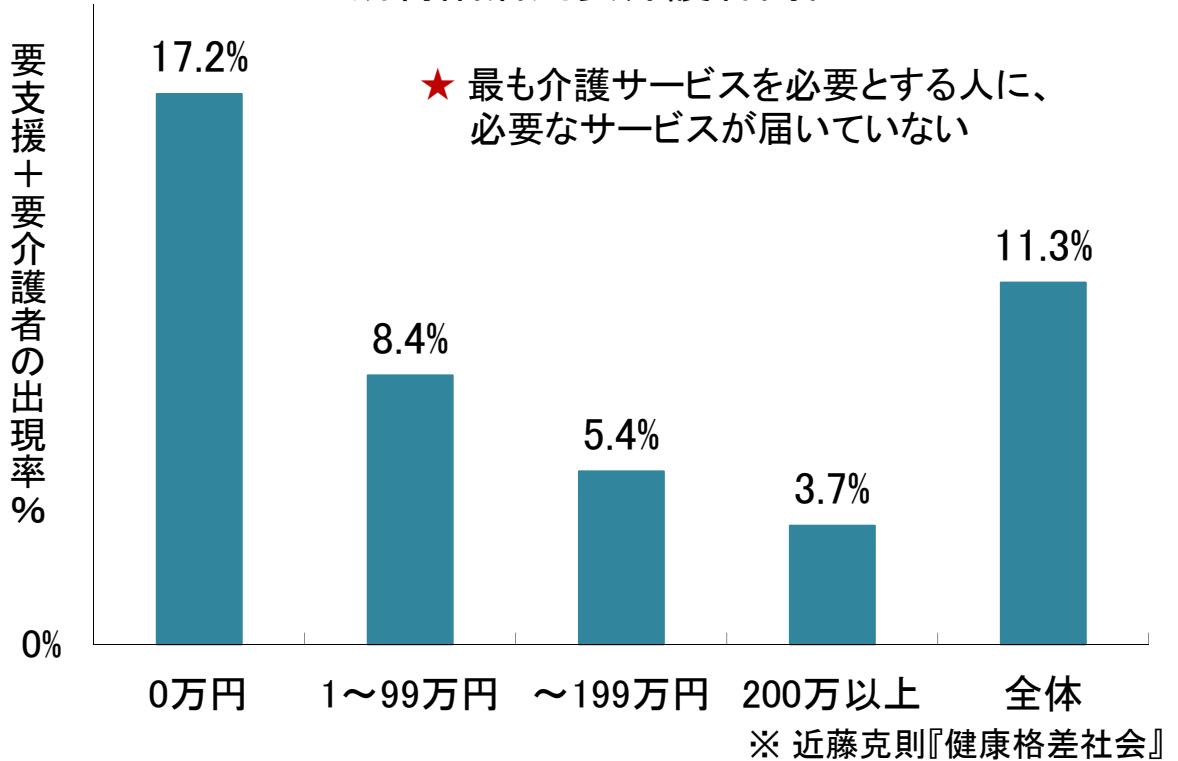
① 軽度認知症。転倒骨折を繰り返し、室内歩行器、見守り、屋外車椅子介助。自力での寝起きが困難で電動ベッドが必要だったが、1割の費用負担も生活に響くため、安価なリクライニングベッドを購入し、ベッドわきに手すりをレンタル。介護者は長男夫妻(70代)だが、どちらも病気があり介護力低下。もう介護ができず、自分たちのことで精いっぱいの状態。施設入所を希望したが、要介護2では特養は対象外、老健施設は月53,000円の費用が払えない。そのため各種減免制度を利用して、月27日間のショートステイを利用して何とかしのいでいる。これ以上の費用負担は厳しい。

<NO.787>

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「可処分所得が低い層ほど 要支援・要介護者の出現率が高い」

＜所得階層別要介護者割合＞



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

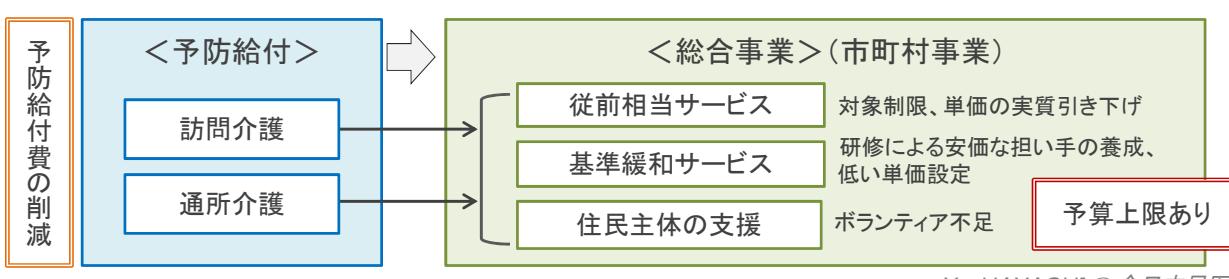
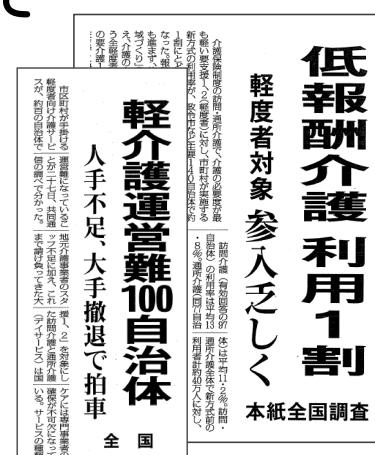
総合事業をめぐって

■ 混迷する総合事業－制度設計に起因する矛盾噴出

- 基準緩和サービス＝低い単価設定、人手不足による相次ぐ事業所の撤退(大手ふくむ)。担い手養成が低調、通常の職員体制で事業対象者を受け入れているため経営悪化……
- 従前相当サービス＝独自基準で対象を限定して利用を制限、出来高単価の導入による事業所経営の困難……
- 住民主体の支援＝多くが社協等に「丸投げ」、小規模自治体ではボランティアの確保の苦慮、実施の目処が立たない
- 一部の自治体で、介護サービスから健康教室・ボランティアへの強制的な移行で深刻な健康被害・人権侵害が発生

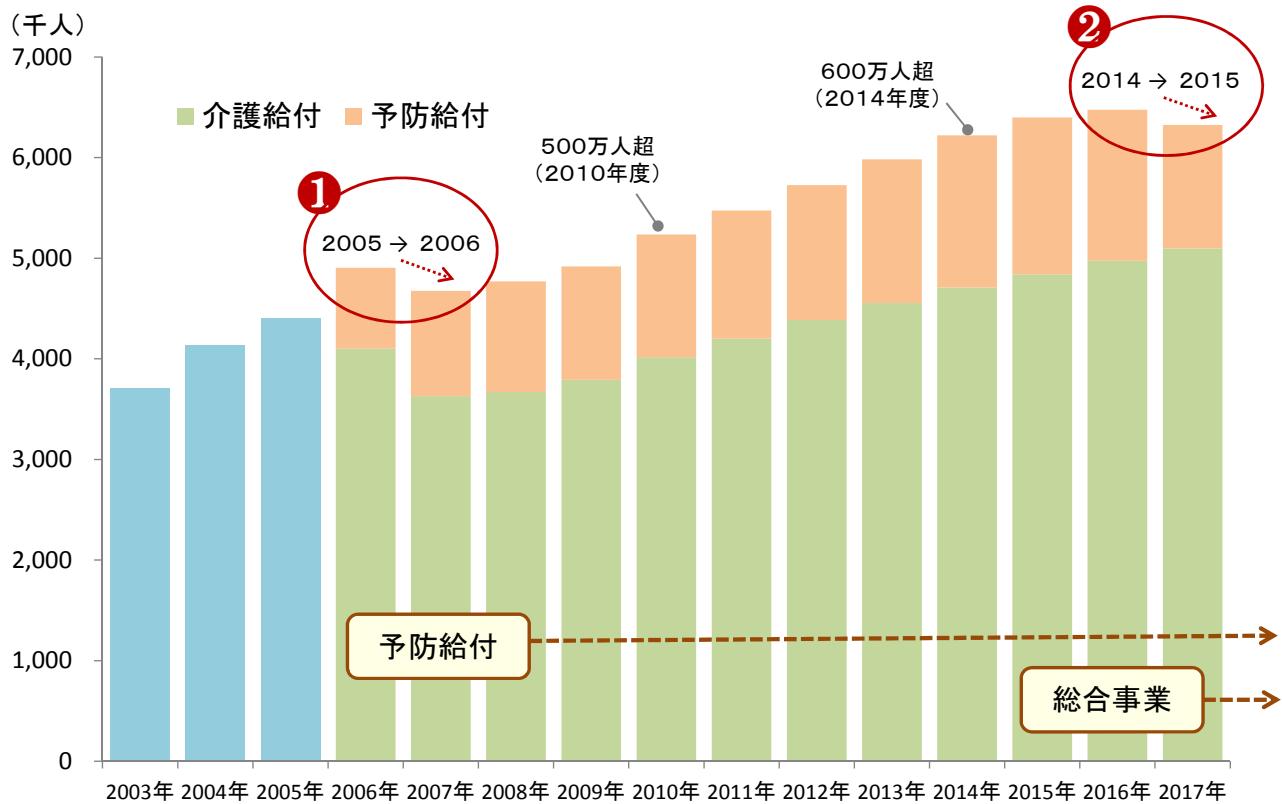
◆ 鹿児島大学・伊藤周平教授 (毎日新聞 2018.6.21)

「低報酬で事業者にやらせ、未経験者を雇うストーリーは破綻した。本来は高い報酬で賃金を上げないと人材は確保できないのに議論されていない。事業者が撤退し、公的介護から取り残される人が出て介護保険が崩壊する」



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

年間受給者数(年間実受給者数)の推移

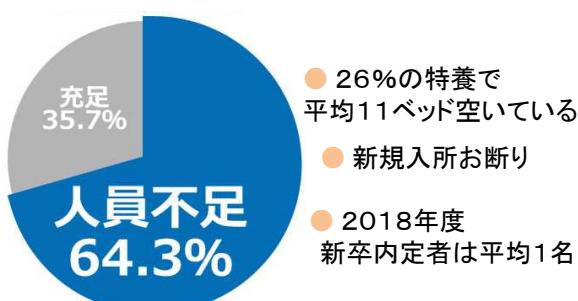


厚労省・各年度「介護給付費等実態調査」より

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

深刻さ増す介護の担い手不足一家族介護を支えきれない！

■ 特養の「人員は足りているか」



■ 特養建設(第6期実績)

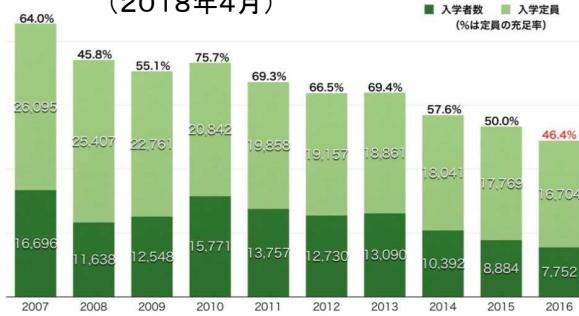
一計画の7割(4.5万人分)にとどまる



<計画未達分(人)>	
全 国	1万4,549
東京都	2,777
千葉県	2,068
茨城県	1,258
大阪府	1,125
兵庫県	994
神奈川県	825
宮城県	507
福岡県	438
福島県	387
長野県	372

■ 定員割れ続く介護福祉士養成校

充足率44%、16%が外国人
(2018年4月)



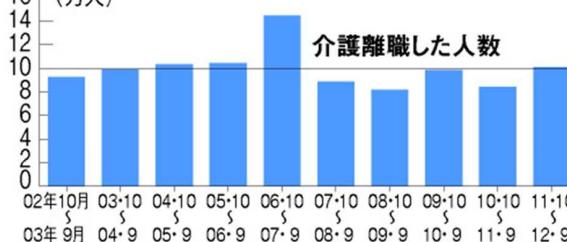
■ 介護離職は高止まり

—2017年度は99,000人

介護離職者は年間10万人を超える

総務省の就業構造
基本調査から

16 (万人)



医連

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

(元厚生省・老健局長 堤修三氏)

- 「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歳未満から正規一課満足するのもなく、次に改訂版に向かっては財務省から給付金枠の規制が複数あり、すでにその一部は課題決定により廃止候補とされた。主導権ある小笠原財務省や小池幹事会の手腕を痛めさせたとして、給付金枠の大幅な見直しがはかられようとしている。前述7年未満



「反社会保障」鮮明な骨太の方針

シルバー産業新聞
2015.11.10

介護保険からの「卒業」の強制は法律違反

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して必要な事項を定め、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。

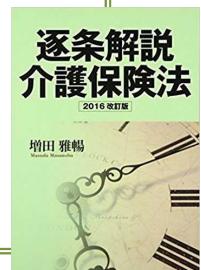
「尊厳が保持」されない「自立支援」(名ばかり自立)は、介護保険法違反

「自立」とは—介護保険創設に関わった元厚生官僚が批判

「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)

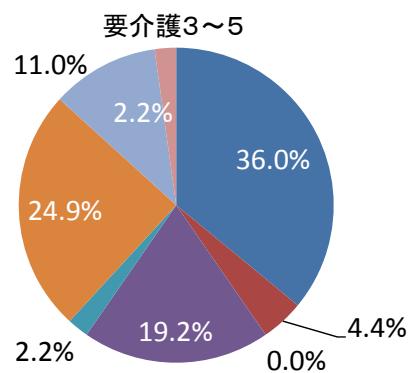
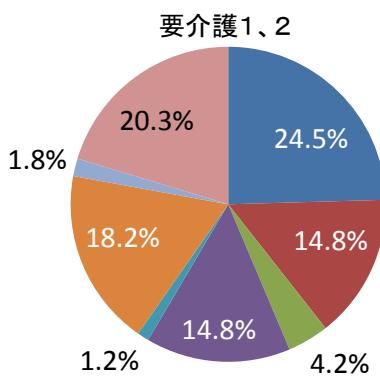
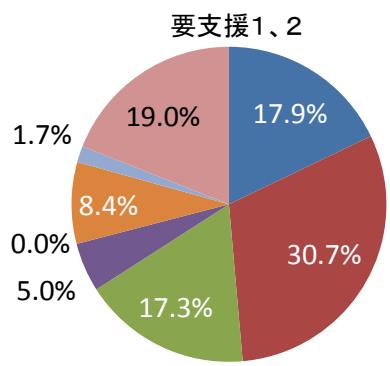
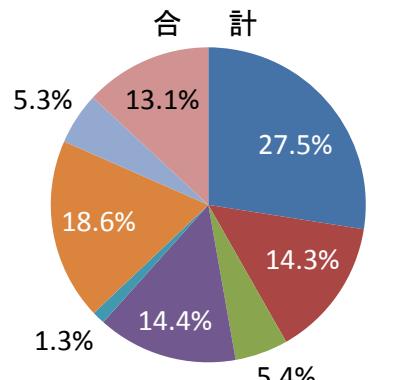
* 元厚生官僚、「高齢者介護対策本部」(1994年～)事務局補佐



現状で抱えている困難(要介護度群別)

N=520(520事例)

	合計	要支援 1・2	要介護 1・2	要介護 3～5
1 利用料などの費用負担が大変	227	32	81	114
2 認定結果と実際の状態が合っていない	118	55	49	14
3 予防給付への移行や軽度者に対する福祉用具の制限	45	31	14	0
4 支給限度額をオーバー	119	9	49	61
5 自治体独自の解釈(ローカルルール)による利用制限	11	0	4	7
6 施設等に入れない、受け入れ先が見つからない	154	15	60	79
7 上記「6」が特に医療的処置を要することが理由となっている	44	3	6	35
8 その他	108	34	67	7
合計	826	179	330	317



全日本民医連2013年介護実態調査より

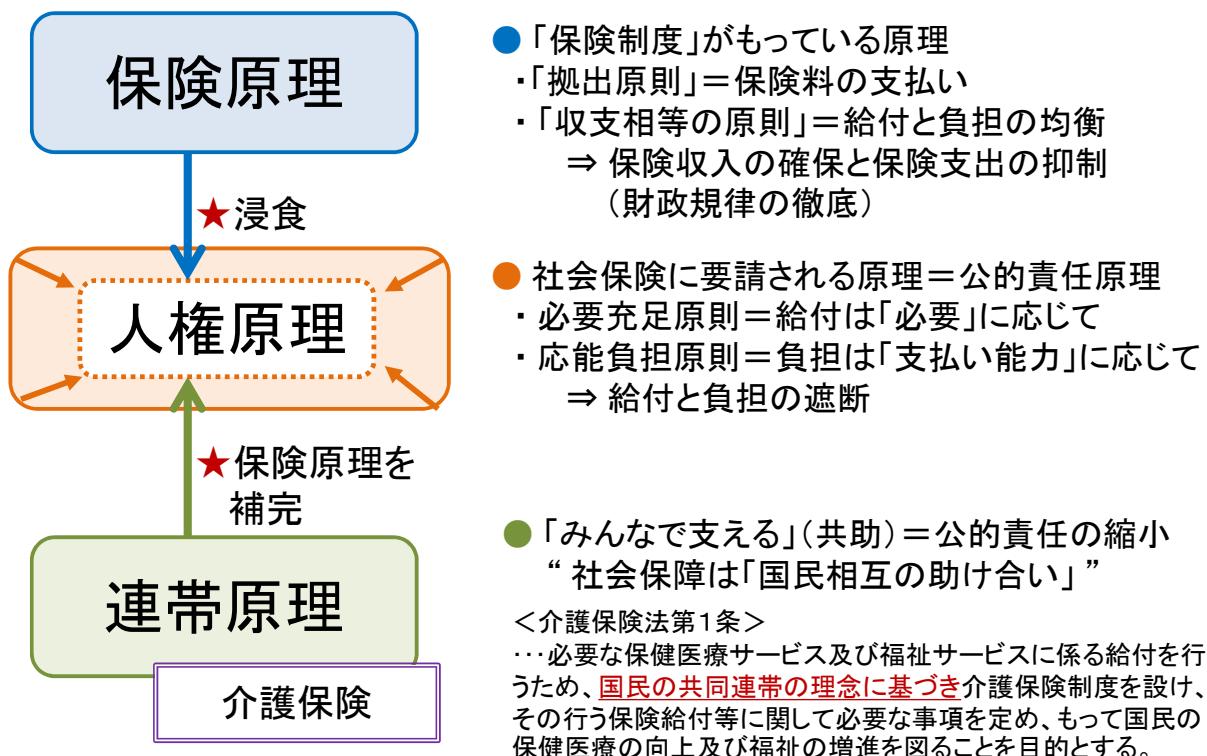
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護保険制度の抜本改革(=制度の再設計)を求める —「名ばかり社会保険」から「真っ当な社会保険」への転換を！—

費用負担	<ul style="list-style-type: none"> 保険料の応能負担化(低所得者は減額免除)、年金天引き・制裁措置の廃止 利用料の廃止 居住費・食費の保障 低所得者対策の総合強化
介護認定	<ul style="list-style-type: none"> 要介護認定制度の廃止、サービスは利用者と担当者の協議を基本に決める 介護度ごとに設定されている区分支給限度額(保険給付上限額)の廃止
サービス	<ul style="list-style-type: none"> 必要なサービスは保険から給付／現物給付化 地域支援事業、保健予防事業の一般財源化 医療系サービスを医療保険に 理不尽なローカルルールの撤廃
マネジメント	<ul style="list-style-type: none"> 包括的・継続的ケアマネジメントの保障 地域包括支援センターへの公的支援強化と財政の一般財源化 ケアマネの裁量権拡大と経済保障 地域包括支援センターへの公的支援強化と財政の一般財源化
基盤整備	<ul style="list-style-type: none"> 基盤整備に対する財政面をふくめた公的責任強化 在宅、特養等の施設、居住系施設の量・質面の整備 総量規制方針の見直し 家族介護への支援強化
介護報酬	<ul style="list-style-type: none"> 経費積算方式への転換と基本報酬の大幅「底上げ」 報酬の引き上げが利用の支障を生まないしくみづくり 人員配置基準等の見直し
処遇改善	<ul style="list-style-type: none"> 一般財源による恒久的処遇改善策の実施 常勤換算方式を廃止、正規・常勤職員を基本とした雇用形態への転換

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「真っ当な社会保険」へ - 3つの原理の関係

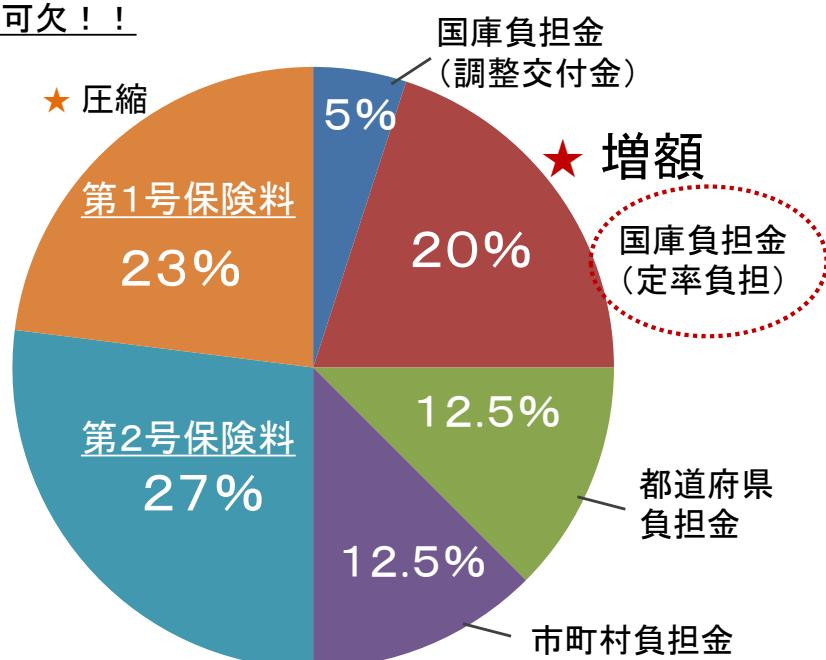


Y-HAYASHI @ 全日本民医連

財政の抜本的見直しを求める=国庫負担割合引き上げが不可欠 —「名ばかり社会保険」から「真っ当な社会保険」への転換を！—

- このままでは、財政破綻は避けられない(給付費の増大に見合う保険料の設定が困難になり、持続「不」可能な制度に)。あとに残るのは徹底的なサービスの削減か。
- 制度改善によるサービスの充実、払える水準の介護保険料設定のためには、**国庫負担割合の大幅な引き上げが不可欠！！**

第1期 2000~02年度	2,911円
第2期 2003~05年度	3,293円
第3期 2006~08年度	4,090円
第4期 2009~11年度	4,160円
第5期 2012~14年度	4,972円
第6期 2015~17年度	5,514円
第7期 2018~20年度	5,869円
第9期 2024~26年度	8,165円



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

さらなる苦難(生活破壊・廃業)を押しつける消費税増税

—複数税率? キャッシュレス決済? プレミアム商品券? …—

■ 低所得層ほど重い負担 (=逆進性)



2019年10月から
消費税10%へ
(10月15日表明)



■ 消費税=本質は「取引」税
あらゆる取引の段階で課税
⇒ 中小業者: 耐えがたい苦労



★ インボイス導入で免税業者は取引から排除
—免税業者との取引で仕入れ税額控除ができなくなる

貧困率・貧困世帯数の推計 ※立命館大・石倉康次特認教授が国民生活基礎調査から推計、世帯数は千件 (しんぶん赤旗2018.10.20)

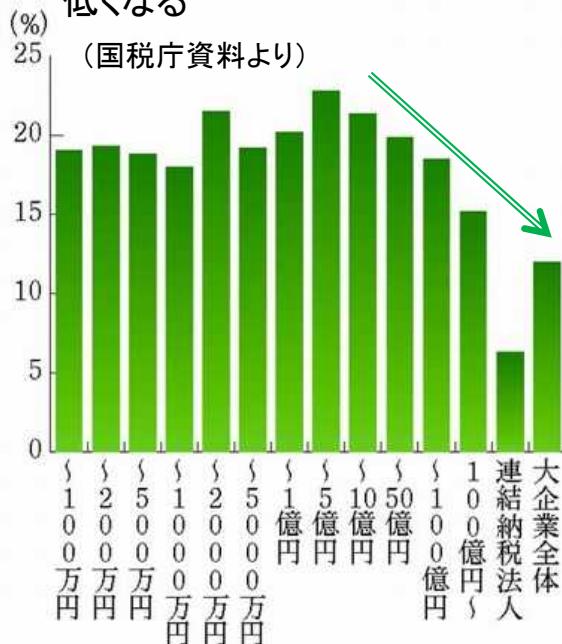
	2012年			2016年		
	貧困率	貧困世帯	世帯総数	貧困率	貧困世帯数	世帯総数
単独世帯	48.0	5,840	12,1600	47.7	6,413	13,434
夫婦のみ世帯	22.9	2,515	10,977	23.4	2,776	11,860
夫婦+未婚子	13.6	1,997	14,888	14.6	2,151	14,744
世帯全体計	27.2	13,097	48,170	28.1	14,024	49,945

★ 貧困・格差をつくりだす消費税は、社会保障・教育の財源にふさわしくない！！

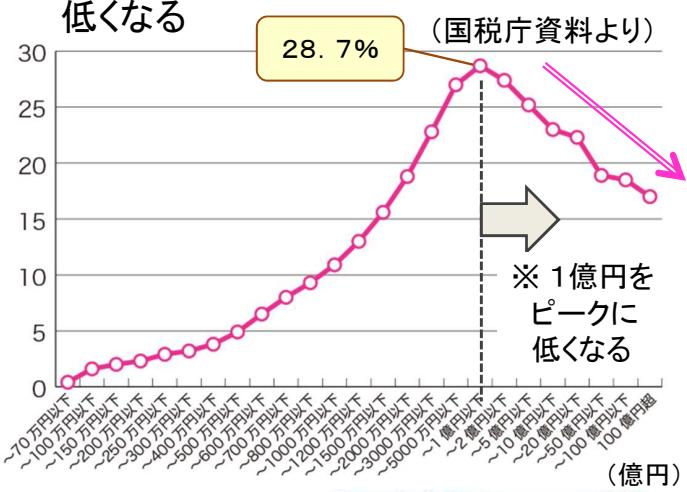
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

消費税によらない財源の確保は可能

■ 大企業ほど法人税実質負担率は低くなる



■ 富裕層ほど所得税負担率が低くなる



■ 研究開発減税の上位企業 (推計減税額)

トヨタ自動車	1084
日産自動車	189
本田技研工業	179
キヤノン	167
富士重工業	141

- 法人税=第2次安倍政権発足時の水準(30%)に戻す(中小企業のぞく)=約3.1兆円
- 所得税・住民税・相続税=最高税率を元に戻す等=約1.7兆円 …など

介護の専門性、専門職の裁量権を守る！

生活援助「届け制」の根底にあるもの

● 生活援助の役割・専門性の否定－背景に政府の「貧困な介護観」

＜「安否確認、食事・服薬の対応で1日複数回利用が必要！」－アンケートの事例から＞

独居高齢(90代)で家事等を手伝ってくれる家族がいない。社会資源の活用も検討したが、つなげられず、代替え手段もない状況。掃除、料理、買い物、洗濯、ゴミ出し等の家事動作も自身では身体的にも困難。それらのことを本人と一緒にを行うことも筋力低下顕著で転倒の危険性も高く、困難な状況。そのため日常生活全般において生活援助を日常的に利用していくかないと生活を続けることが困難な状況。

● ケアマネジャーの裁量権の否定－管理・しめつけの強化

＜「まったく理解できない！」－アンケートに寄せられたケアマネジャーの声＞

－「ケアマネジャーがアセスメントを行い、必要性を判断した上でケアプランの原案を作成し、担当者会議を開催してその原案について多職種より専門的見地から意見を聴取してケアプランを完成させるというプロセスを経ているにも関わらず、上限を越えたことを理由に保険者にケアプランを提出させて地域ケア会議等で再度多職種協働による検証を行う意味が理解できない。利用者に対して一律に生活援助の利用を制限するためのケアマネジャーに対する圧力としか思えない」

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

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)



全日本民医連 Y-HAYASHI Denmark 民医連