

介護保険をめぐる情勢と 政府の「介護人材政策」について

- 介護保険施行20年の経過と2017年法「改正」をめぐる動向
- 政府の「介護人材政策」・処遇改善策
- 「全世代型社会保障」と次期制度改革の検討課題
- 広がる制度矛盾と今後の課題

全日本民医連事務局次長
林 泰則

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

請願署名2018 請願項目

- 1 生活援助や総合事業など、必要なときに必要なサービスを受けられるよう制度の抜本的な見直しを行うこと
- 2 介護保険料、利用料や施設入所費など負担の軽減を図ること
- 3 介護従事者の賃金・労働条件を大幅に改善するとともに、実効性のある確保対策を講じること
- 4 ケアプランの有料化や生活援助の保険はずしなど、サービスの削減や負担増につながる制度見直しを行わないこと
- 5 介護保険財政に対する国の負担割合を大幅に引き上げること。消費税によらない財源を国の責任で確保すること

介護保険施行20年の経過と 2017年法「改正」

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

社会保障制度改革の流れ＝「縮小化」「産業化」「互助化」



社会保障の縮小・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
（医療・介護）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的に進める「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

縮小化

（営利企業・民間ビジネス）

（公的制度から外れる人）

社会保障の営利・市場化

住民の「互助」

★ 公的サービスの「産業化」
保険外サービス、健康づくり、生産性
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＞

産業化

★ 「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＞

互助化

社会保障・税一体改革

全世代型社会保障

New!

（2012年度）

社会保障制度
改革推進法

（2015年度）

経済・財政一体改革

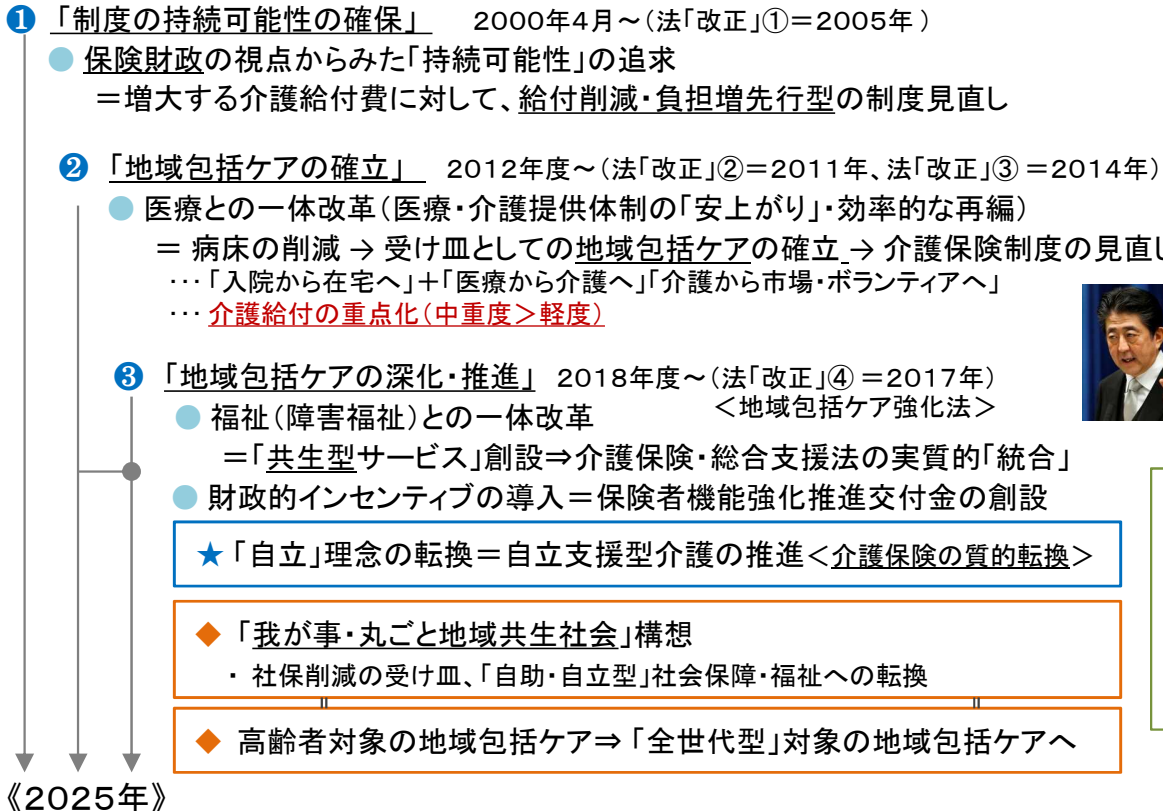
経済＜成長＞＋財政＜健全化＞

2025年

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護保険施行20年－制度見直しの経過

キーワード＝「持続可能性」と「地域包括ケア」



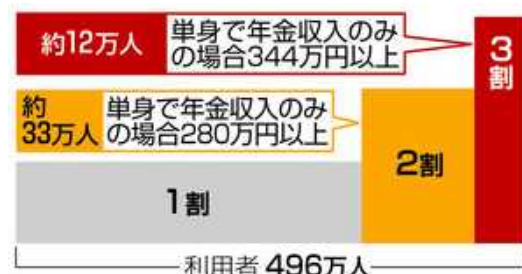
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

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



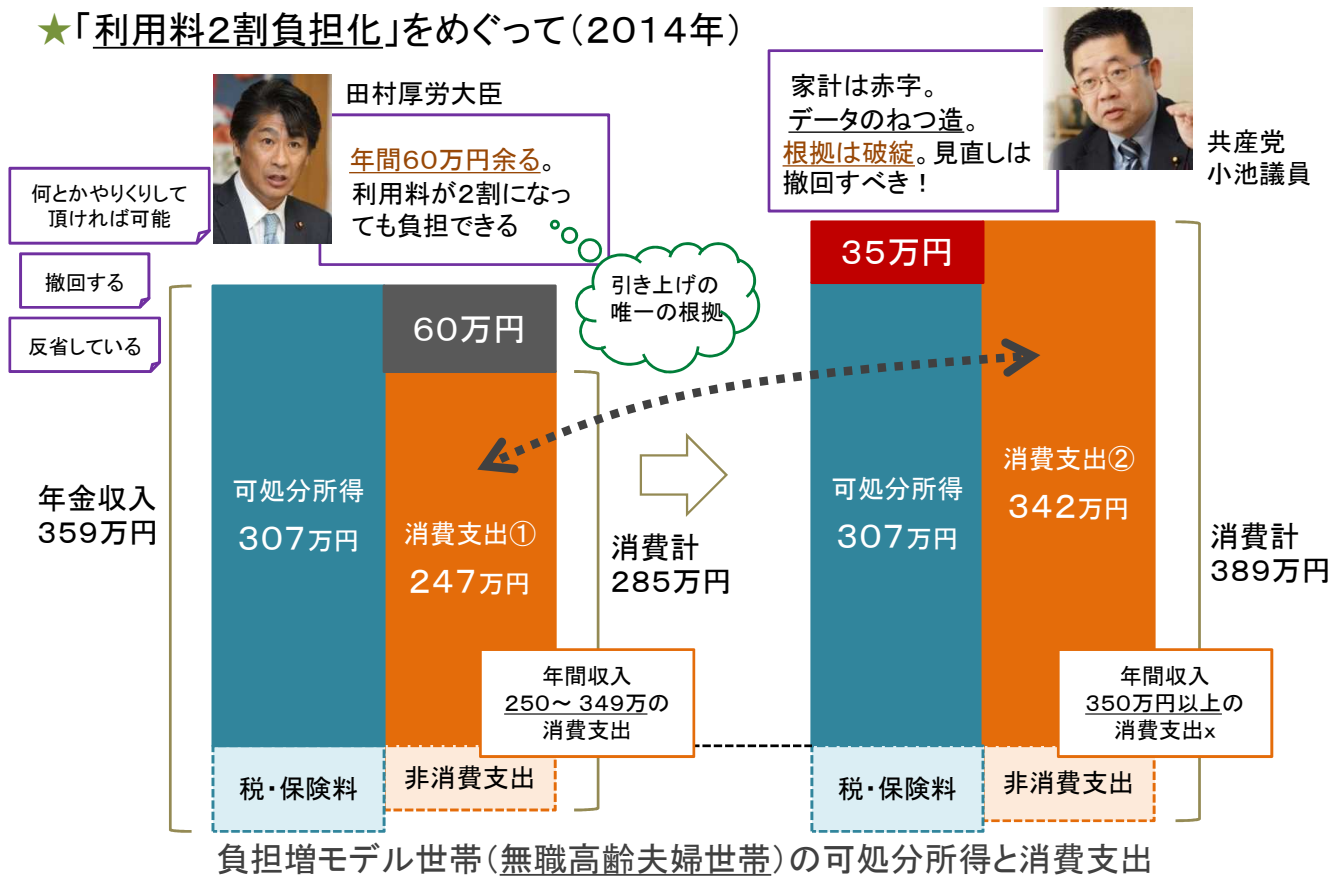
- 補足給付(施設入所者の居住費・食費の要件厳格化)～2014年法「改正」
 - ・ 資産要件の導入(一定額の貯金があったら対象外)
 - ・ 配偶者要件の導入(配偶者が課税なら対象外)
- 高額介護サービス費の負担上限額の引き上げ(2018年8月より)
「一般」: 37,200円→44,400円
- 特養ホームの入所制限＝原則「要介護3以上」に(2015年度より)

個室で年間100万円の負担増
(多床室で80万円)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

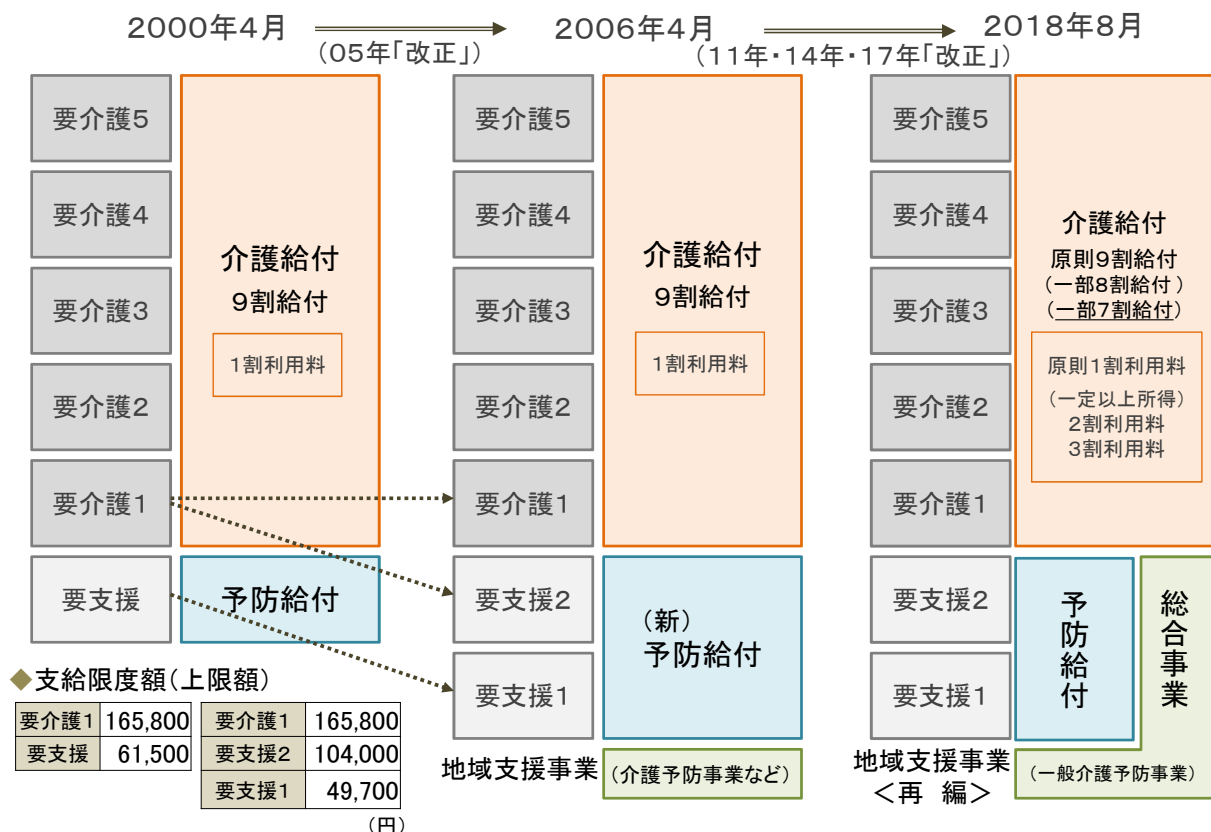
介護保険の見直しと統計問題(一例) = 意図的な「誤用」

★「利用料2割負担化」をめぐる(2014年)



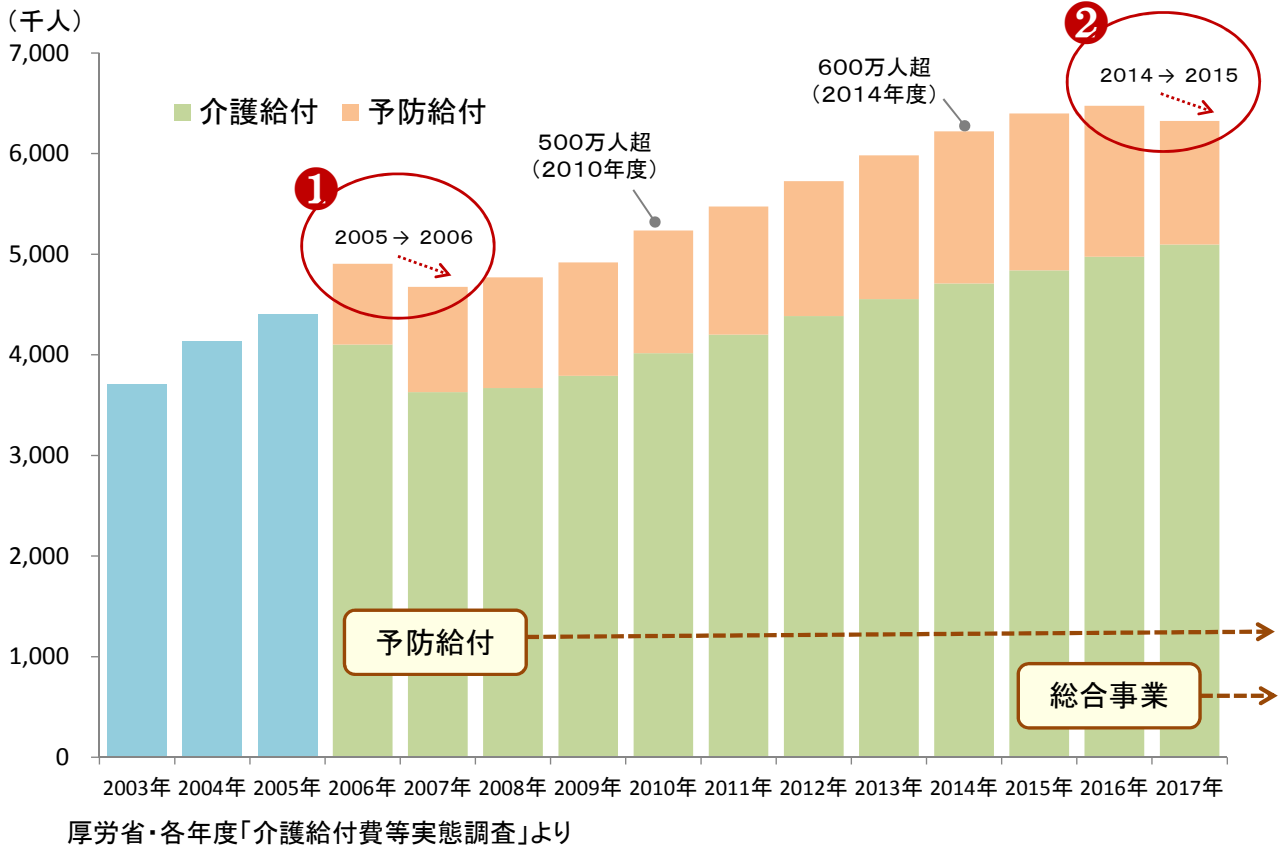
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

給付体系の推移ー「重点化」と「第2医療保険化」



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

年間受給者数(年間実受給者数)の推移



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」)

ー「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」ー

■ 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

未来投資会議 2016・11・10

政「自」

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

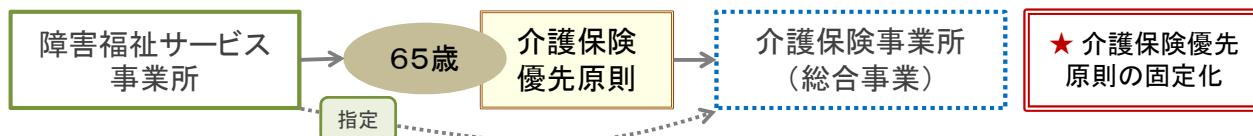
福祉(障害福祉)との一体改革 - 「共生型サービス」の創設

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**。(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)



【見直しの方向性】	障害福祉事業所	介護保険事業所	改善事項
障害児者が利用	○	◎ (本来的な給付対象)	・事業所が指定を受ければ、障害福祉の本来的な給付対象 ・報酬額の見直し(給付の改善(障害支援区分に応じた報酬設定等))
高齢者が利用	◎ (本来的な給付対象)	○	・事業所が指定を受ければ、介護保険の本来的な給付対象



- 介護保険・障害者施策の“縦割の改善”＝運営の効率化 → ★ 介護・障害施策「統合」の布石

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な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
- 地域を基盤とする包括的支援の強化
- 地域ごとのつながりの強化
- 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

- ★ 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

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

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 ▲2.27%(▲4.48%)

★2017年度の倒産件数は

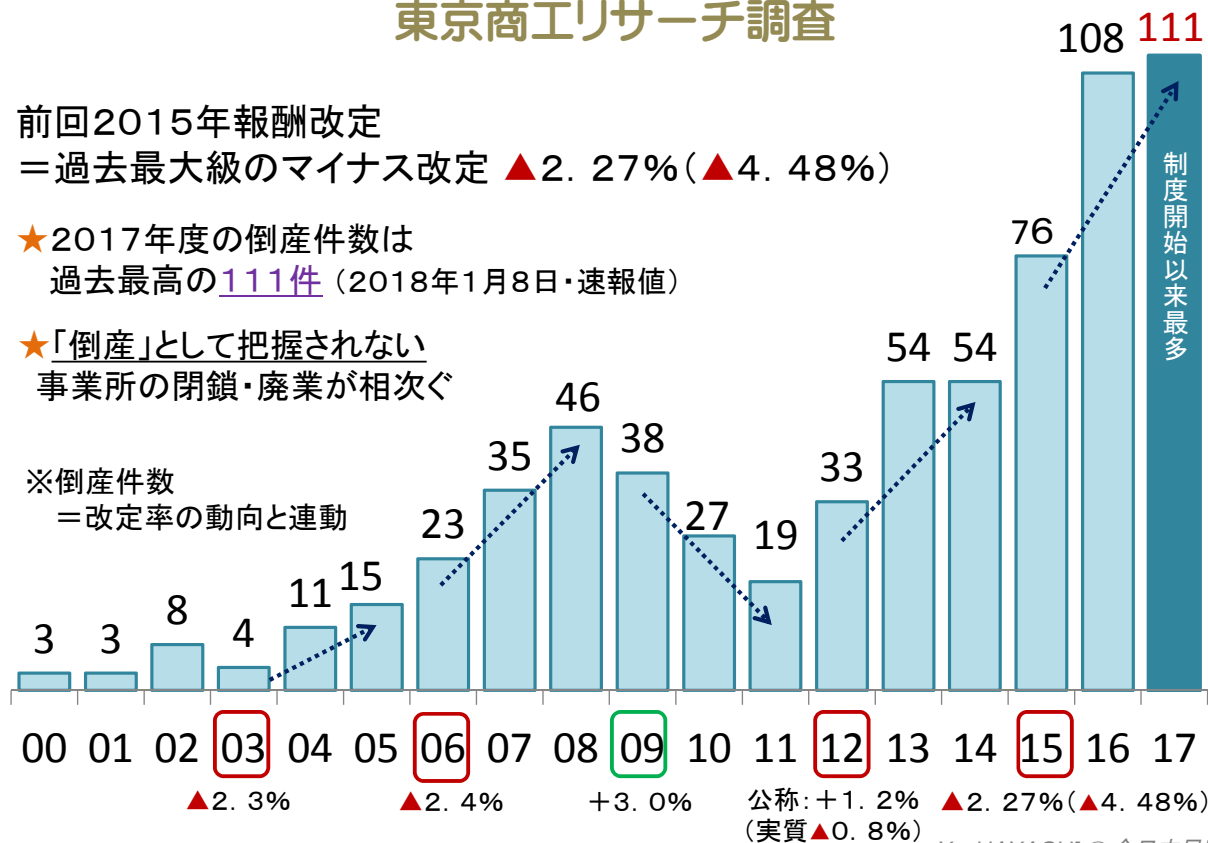
過去最高の111件 (2018年1月8日・速報値)

★「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



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

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 ⇒ +1%程度

● 「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

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、特別養老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
- 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

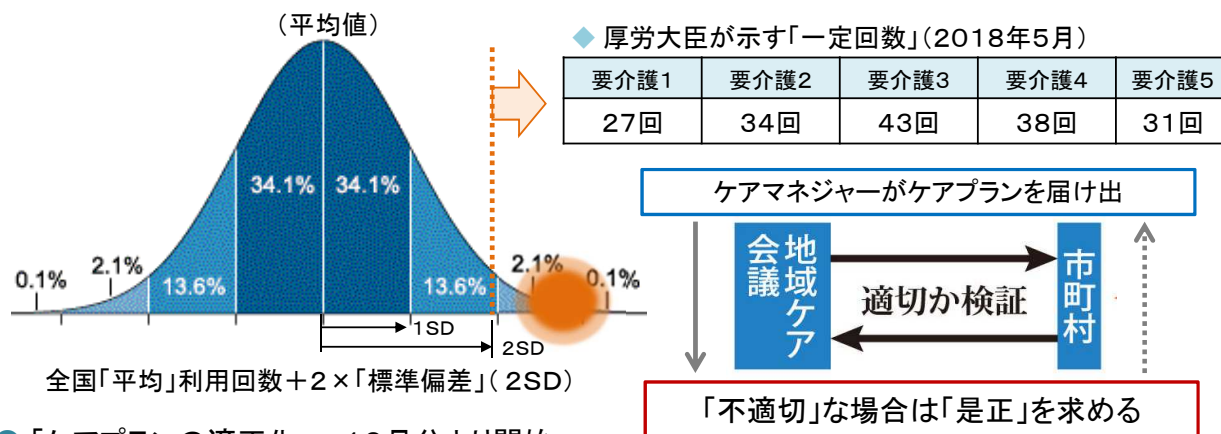
適正化

【主な事項】

- ★ 生活援助の「上限」設定
- ★ ケアプランの適正化
- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 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

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

生活援助届け出制(2018年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」だと判断されれば、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」の強制) ⇒ 在宅生活の困難
- 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

★ 「がん等終末期」「施設入所待ち」など一定の条件を満たす場合は提出不要、「身体+生活」も届出の対象に含める、届出せずに利用した場合、または利用に妥当性がないと保険者が判断した場合は保険給付の対象としない……などのローカルルール

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

政府の「介護人材政策」 ・ 処遇改善策

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

深刻化する介護従事者不足

介護職需給の見込み－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

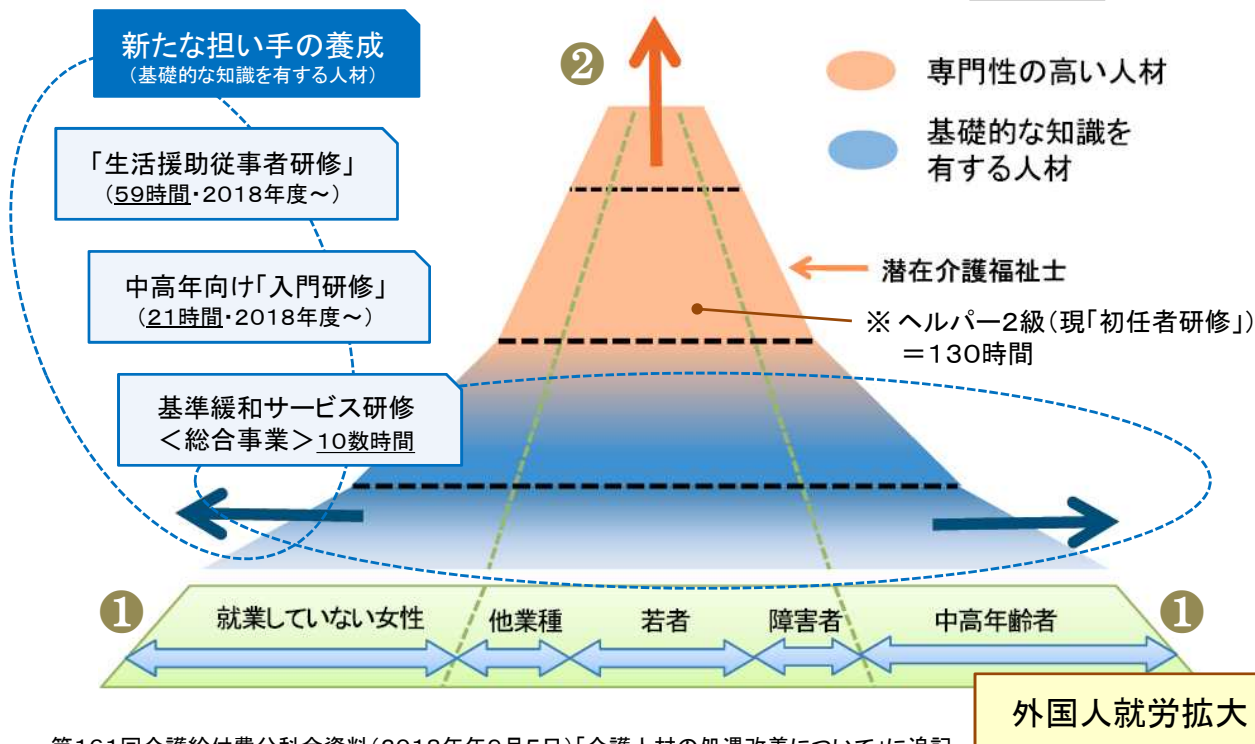
第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数(都道府県別)

都道府県	2018年度 (平成30年度) の介護職必要数	2020年度(平成32年度)				2025年度(平成37年度)			
		必要見込み	供給見込み	不足数(②-①)	%	必要見込み	供給見込み	不足数(②-①)	%
北海道	89,583	104,007	96,772	▲7,235	▲7.0	116,476	96,935	▲19,541	▲16.8
青森県	23,626	25,528	24,560	▲968	▲3.8	27,355	23,706	▲3,649	▲13.3
岩手県	20,703	23,436	22,059	▲1,377	▲5.9	25,060	21,785	▲3,275	▲13.1
宮城県	30,893	35,865	32,955	▲2,910	▲8.1	39,635	34,880	▲4,755	▲12.0
秋田県	20,670	23,733	21,832	▲1,901	▲8.0	25,005	21,419	▲3,586	▲14.3
山形県	19,266	21,509	20,743	▲766	▲3.6	22,869	21,064	▲1,805	▲7.9
福島県	29,128	37,751	30,894	▲6,857	▲18.2	41,675	30,898	▲10,777	▲25.9
茨城県	34,959	41,929	38,784	▲3,145	▲7.5	47,893	40,977	▲6,916	▲14.4
栃木県	23,677	27,999	26,403	▲1,596	▲5.7	32,535	27,315	▲5,220	▲16.0
群馬県	32,943	35,400	33,749	▲1,651	▲4.7	39,774	34,746	▲5,028	▲12.6
埼玉県	81,316	93,745	92,438	▲1,307	▲1.4	115,875	99,851	▲16,024	▲13.8
千葉県	76,792	94,435	79,868	▲14,567	▲15.4	109,785	81,399	▲28,386	▲25.9
東京都	179,836	191,415	179,857	▲11,558	▲6.0	222,820	188,155	▲34,665	▲15.6
神奈川県	134,684	145,497	143,940	▲1,557	▲1.1	174,169	153,029	▲21,140	▲12.1
新潟県	38,890	42,103	40,274	▲1,829	▲4.3	44,360	40,387	▲3,973	▲9.0
富山県	17,116	19,926	19,085	▲841	▲4.2	21,726	19,995	▲1,731	▲8.0
石川県	17,634	19,876	20,184	308	1.5	22,576	20,966	▲1,610	▲7.1
福井県	12,610	11,391	10,876	▲515	▲4.5	12,097	11,020	▲1,077	▲8.9
山梨県	12,536	13,746	13,461	▲285	▲2.1	15,126	14,615	▲511	▲3.4
長野県	34,325	40,946	37,085	▲3,861	▲9.4	44,747	37,946	▲6,801	▲15.2
岐阜県	30,702	35,726	32,361	▲3,365	▲9.4	39,696	33,391	▲6,305	▲15.9
静岡県	48,183	57,464	54,123	▲3,341	▲5.8	64,634	56,878	▲7,756	▲12.0
愛知県	94,264	107,617	104,147	▲3,470	▲3.2	125,273	113,943	▲11,330	▲9.0
三重県	27,444	32,513	30,876	▲1,637	▲5.0	35,854	32,960	▲2,894	▲8.1
滋賀県	17,857	21,466	19,592	▲1,874	▲8.7	24,115	20,764	▲3,351	▲13.9
京都府	36,381	47,927	40,832	▲7,095	▲14.8	53,673	42,560	▲11,113	▲20.7
大阪府	150,981	179,031	167,902	▲11,129	▲6.2	208,042	173,547	▲34,495	▲16.6
兵庫県	83,123	95,859	88,118	▲7,741	▲8.1	109,325	88,803	▲20,522	▲18.8
奈良県	22,245	26,483	24,865	▲1,618	▲6.1	31,073	26,221	▲4,852	▲15.6
和歌山県	20,521	22,035	21,158	▲877	▲4.0	23,074	20,725	▲2,349	▲10.2
鳥取県	10,667	12,642	12,140	▲502	▲4.0	13,700	12,794	▲906	▲6.6
島根県	15,187	17,092	16,752	▲340	▲2.0	18,007	17,001	▲1,006	▲5.6
岡山県	31,909	36,859	34,962	▲1,897	▲5.1	40,099	36,158	▲3,941	▲9.8
広島県	47,583	55,224	52,907	▲2,317	▲4.2	61,080	54,341	▲6,739	▲11.0
山口県	25,777	29,326	26,956	▲2,370	▲8.1	32,028	28,450	▲3,578	▲11.2
徳島県	13,781	14,745	14,202	▲543	▲3.7	15,870	14,461	▲1,409	▲8.9
香川県	16,376	17,424	16,528	▲896	▲5.1	18,830	16,365	▲2,465	▲13.1
愛媛県	27,746	31,039	28,850	▲2,189	▲7.1	32,637	29,672	▲2,965	▲9.1
高知県	13,084	15,101	14,540	▲561	▲3.7	15,704	14,640	▲1,064	▲6.8
福岡県	78,095	82,773	81,406	▲1,367	▲1.7	95,246	85,790	▲9,456	▲9.9
佐賀県	13,712	13,819	13,667	▲152	▲1.1	14,615	13,993	▲622	▲4.3
長崎県	26,198	28,861	27,807	▲1,054	▲3.7	31,823	29,643	▲2,180	▲10.0
熊本県	29,866	32,229	31,288	▲941	▲2.9	34,978	32,923	▲2,055	▲5.9
大分県	22,521	23,616	23,269	▲347	▲1.5	25,549	23,942	▲1,607	▲6.3
宮崎県	19,976	21,255	19,758	▲1,497	▲7.0	22,979	19,370	▲3,609	▲15.7
鹿児島県	29,966	33,406	32,118	▲1,288	▲3.9	35,201	33,135	▲2,066	▲5.9
沖縄県	18,824	18,725	17,191	▲1,534	▲8.2	21,899	17,398	▲4,501	▲20.6
合計	1,896,760	2,160,494	2,034,133	▲126,361	▲5.8	2,446,562	2,109,956	▲336,606	▲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/shing2/0000202420_00003.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

厚労省「介護現場革新会議」(2018年12月～)

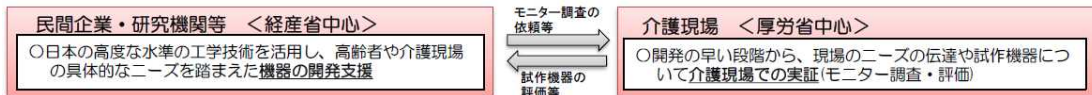
- 2040年に向けて生産年齢人口の減少、高齢化の進展に伴う介護ニーズの増大

- ① 人手不足にも介護サービスの質を落とすことなく対応する運営モデル
- ② ICT・ロボットの活用
- ③ 介護業界のイメージ改善と人材の確保

● 運営

- 「生産性」の向上＝書類の簡素化、タイムスタディの実施、職場環境の整理・整頓
- 地元の「元気高齢者」を活用して、「介護助手」を導入
＝業務の役割分担～専門職が担う専門業務と、周辺業務の切り分け
(グループホームの入居者家族、認知症サポーターの「介護助手」的な手伝い)

● 介護ロボット、ICT



<人材確保>

※ 産業政策(経産省)とのタイアップ

● キャリアアップ

- 小学生などへの働きかけ…小学生認知症サポーター養成、認知症劇などの実施で地域社会の理解の促進 や将来の介護人材確保につなげる
- 中学生、高校生への働きかけ…進路指導の際に魅力的に映るような介護職パンフが必要
- 自衛隊・警察OBの活用…(1)間接的な介護現場の具体的な支援、(2)地域と介護施設・現場スタッフの橋渡し、(3)職員の安全管理体制の整備、防犯意識の向上など

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-rouken_520284_00001.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

新たな担い手養成は低迷—生活援助従事者研修・介護入門研修

出足鈍い生活援助ヘルパー

要綱作成済みはまだ6県

△人手不足解消のために介護報酬で導入されたのが生活援助従事者研修だ。研修時間が初任者研修の半分未満で、訪問介護の生活援助のみを提供できるヘルパーを養成する。本紙の調べでは現時点で実施にあり必要となる要綱を作成していたのは6県のみ。要綱作成はしたが、東京都は6月末に事業者説明会を開き、都の方針を説明した。

生活援助ヘルパーは、一定の研修後に追加され、人手の確保に役立て、担い手を確保するのを目指す。研修時間は59時間と初任者研修の半分以下だが、研修の時期を定めていないのが、「介護員養成研修の取り扱いは別」に内容だ。研修実施にあたっては、(6)月10日、静岡県(5)月22日、沖縄県(5)月28日、福岡県(6)月1日、愛媛県(6)月21日、宮崎県(7)月5日、岩手県は、事業者から問い合わせがあり、要綱作成を急いだという。研修の申請は少ないという。唯一、沖縄で「要綱は未定」というが、要綱の段階より詳細な情報を出している。

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

4月導入の人手不足対策 出足低調

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

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

- 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

外国人就労の現状

日本で就労する外国人の内訳

(2017年10月末現在)

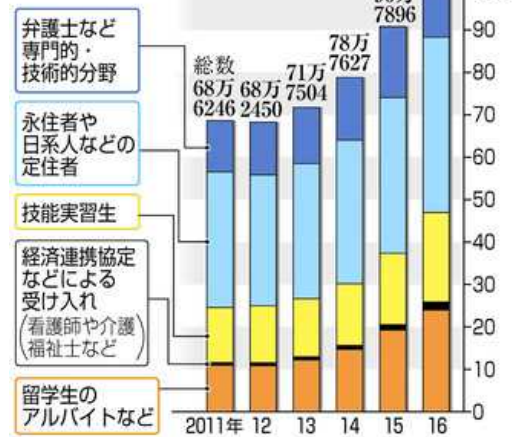
①就労目的で在留が認められている人 (「教授」「高度専門職」「医療」「介護」などの在留資格)	23万8000人
②身分に基づき在留する人 (「定住者」「永住者」「日本人の配偶者等」などの在留資格)	45万9000人
③技能実習	25万8000人
④特定活動 (経済連携協定に基づく外国人看護師や介護福祉士候補者など)	2万6000人
⑤資格外活動 (留学生のアルバイトなど)	29万7000人

※厚生労働省の「外国人雇用状況」の届出状況まとめに基づき作成。概数のため各項目と合計は一致しない

計 127万9000人

外国人労働者数の推移

※厚生労働省発表。各年10月末時点。
総数は内訳不明を含む



業種別内訳 (2017年10月末)



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 (現在まで約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)

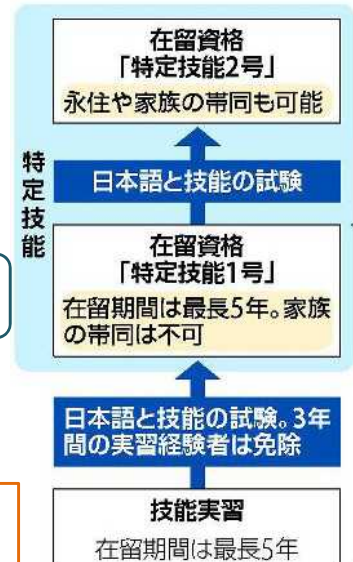
- 本来の目的は「国際貢献」(日本の技術の海外移転)
⇒ 実態は、低賃金労働確保の手段として機能
- 2017年「改正」= 受け入れ・実施機関に対する監督強化など
- 「介護」を追加 (17年11月～) = 対人援助サービスは初めて
実習計画の申請 = 1024件、認定479件 (2018年10月末)

「特定技能制度」の創設 (2019年4月より実施)

- 「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

介護3～5万人
(今後5年間)

特定技能制度のイメージ



最長10年も可能に

- ★ 2018年12月、臨時国会で採決強行 → 「基本方針」
- 現状の検証、権利保障などが不十分なまま「見切り発車」?

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)

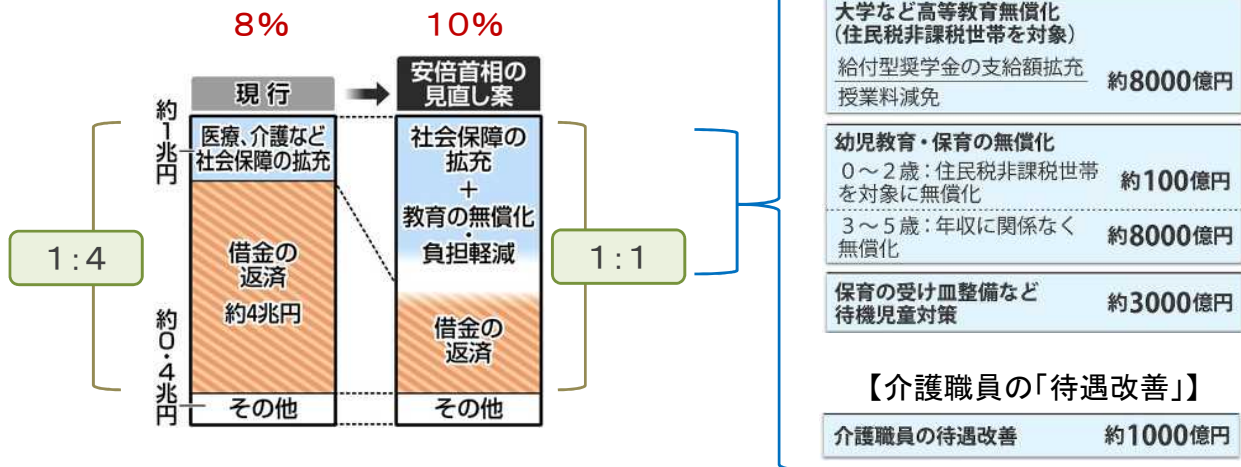
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/gaikokujinzai/kaigi/dai2/siryou2.pdf>

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

新たな処遇改善策－財源は消費税増税分(8%→10%)

新しい「経済政策パッケージ」(2017年12月)＝「人づくり革命」

＜消費税増税分の使途変更＞



- なぜ「全世代型」と称するのか？ …そもそも社会保障はすべての世代を対象にしてははず
＝「現在の『給付は高齢世代中心、負担は現役世代中心』の社会保障制度を転換する」
⇒ 世代間の対立を煽(あお)り、分断をもちこんで改革をすすめる手法
- そのために消費税を10%に引き上げる ⇒ 増税分を、①「教育の無償化」(＝子ども・若者が対象)、②「介護職員の待遇改善」(現役世代の働き手である介護従事者が対象)

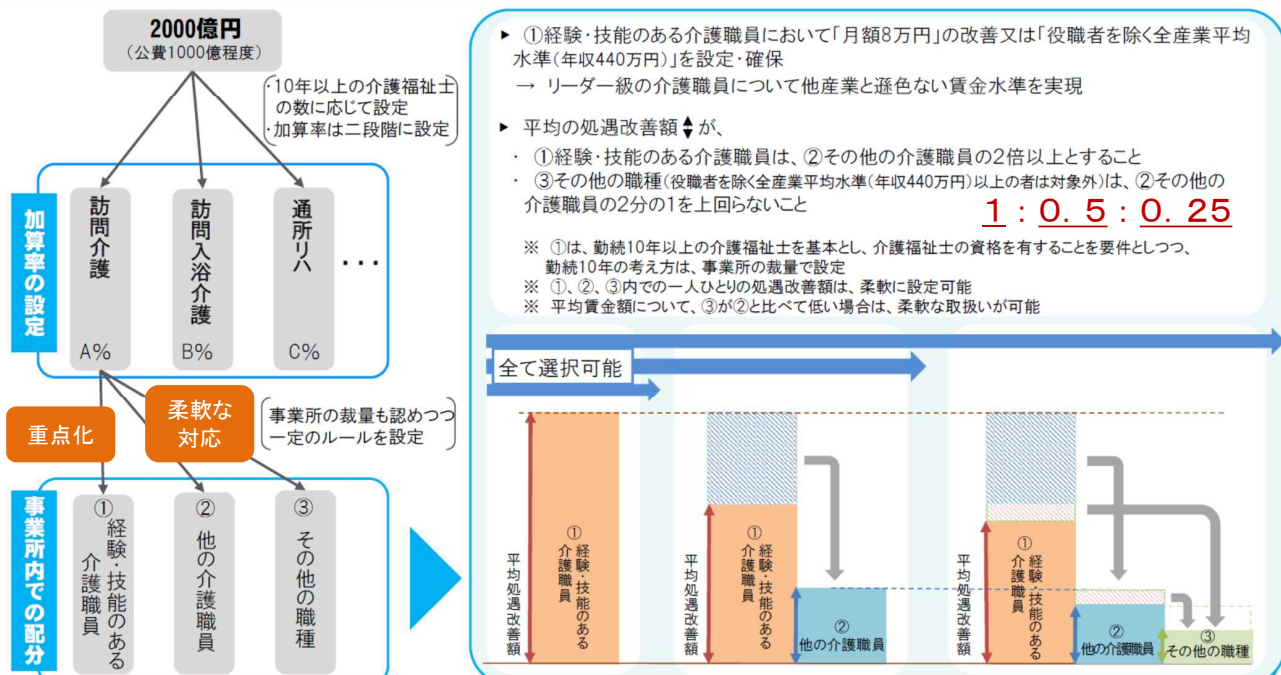
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

新しい経済政策パッケージに基づく介護職員の更なる処遇改善

国費210億円程度
※ 改定率換算+1.67%

○ 新しい経済政策パッケージ (抜粋)

介護人材確保のための取組をより一層進めるため、**経験・技能のある職員に重点化**を図りながら、**介護職員の更なる処遇改善**を進める。
具体的には、他の介護職員などの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができる**柔軟な運用を認めること**を前提に、介護サービス事業所における勤続年数10年以上の介護福祉士について**月額平均8万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠**に、公費1000億円程度を投じ、処遇改善を行う。



処遇改善加算全体のイメージ

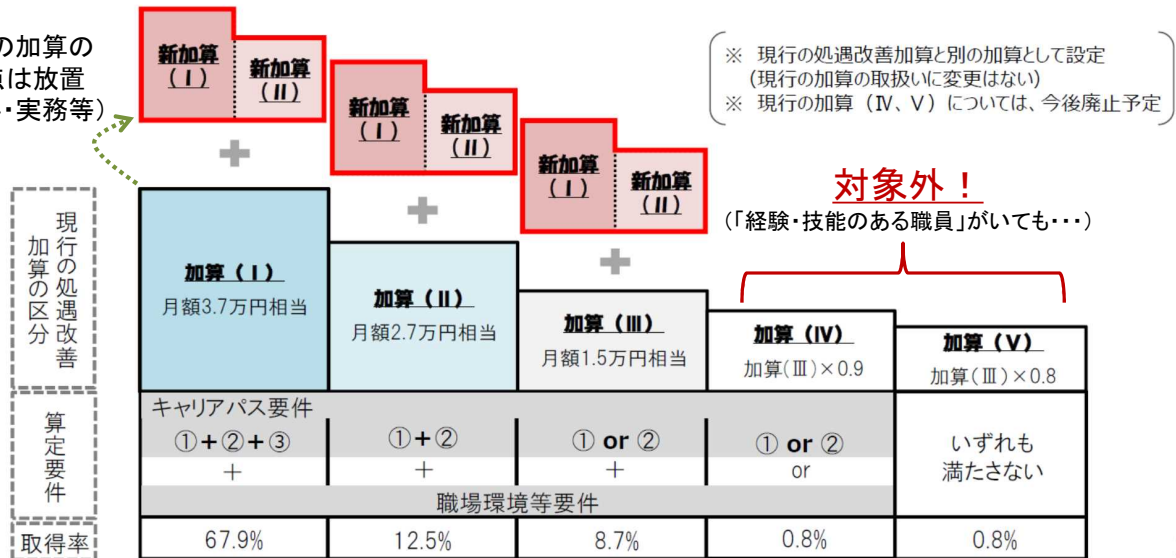
<新加算（特定処遇改善加算）の取得要件>

- ・ 現行の介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までを取得していること
- ・ 介護職員処遇改善加算の職場環境等要件に関し、複数の取組を行っていること
- ・ 介護職員処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等を通じた見える化を行っていること

<サービス種類内の加算率>

- ・ サービス提供体制強化加算（最も高い区分）、特定事業所加算（従事者要件のある区分）、日常生活継続支援加算、入居継続支援加算の取得状況を加味して、加算率を二段階に設定
- ・ 加算率の設定に当たっては、1段階とした場合の加算率を試算した上で、原則、新加算（Ⅱ）の加算率がその×0.9となるよう設定（ただし、新加算（Ⅰ）と新加算（Ⅱ）で加算率の差が大きくなる場合（1.5倍を超える場合）には、×0.95となるよう設定）

★現在の加算の問題点は放置（利用料・実務等）



3

第168回介護給付費分科会（2019年2月13日）資料
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000202420_00014.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護職員等の処遇改善加算に係る加算率について

1. 加算算定対象サービス

サービス区分	特定処遇改善加算		現行の処遇改善加算				
	新加算Ⅰ	新加算Ⅱ	加算Ⅰ	加算Ⅱ	加算Ⅲ	加算Ⅳ	加算Ⅴ
・訪問介護 ・夜間対応型訪問介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	6.3%	4.2%	13.7%	10.0%	5.5%	加算（Ⅲ）により算出した単位×0.9	加算（Ⅲ）により算出した単位×0.8
・（介護予防）訪問入浴介護 *	2.1%	1.5%	5.8%	4.2%	2.3%		
・通所介護 *	1.2%	1.0%	5.9%	4.3%	2.3%		
・地域密着型通所介護							
・（介護予防）通所リハビリテーション	2.0%	1.7%	4.7%	3.4%	1.9%		
・（介護予防）特定施設入居者生活介護 *	1.8%	1.2%	8.2%	6.0%	3.3%		
・地域密着型特定施設入居者生活介護							
・（介護予防）認知症対応型通所介護	3.1%	2.4%	10.4%	7.6%	4.2%		
・（介護予防）小規模多機能型居宅介護 *	1.5%	1.2%	10.2%	7.4%	4.1%		
・看護小規模多機能型居宅介護							
・（介護予防）認知症対応型共同生活介護 *	3.1%	2.3%	11.1%	8.1%	4.5%		
・介護老人福祉施設 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ・（介護予防）短期入所生活介護	2.7%	2.3%	8.3%	6.0%	3.3%	加算（Ⅲ）により算出した単位×0.9	加算（Ⅲ）により算出した単位×0.8
・介護老人保健施設 ・（介護予防）短期入所療養介護（老健）	2.1%	1.7%	3.9%	2.9%	1.6%		
・介護療養型医療施設 ・（介護予防）短期入所療養介護（病院等）	1.5%	1.1%	2.6%	1.9%	1.0%		
・介護医療院							
・（介護予防）短期入所療養介護（医療院）	1.5%	1.1%	2.6%	1.9%	1.0%		

2. 加算算定非対象サービス

サービス区分	加算率
（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーション、（介護予防）福祉用具貸与、特定（介護予防）福祉用具販売、（介護予防）居宅療養管理指導、居宅介護支援、介護予防支援	0%

4

第168回介護給付費分科会（2019年2月13日）資料
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000202420_00014.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

全世代型社会保障と 次期制度改革の論点

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「全ての世代が安心できる社会保障制度へ」(安倍政権)

- 社会保障制度改革国民会議「報告書」(2013年8月)＝社会保障・税一体改革の道筋を示す
 - 「給付は高齢世代中心、負担は現役世代中心」だったこれまでの社会保障制度を、給付・負担の両面で「世代間・世代内の公平」が確保された「全世代型」の制度に転換する
- 第4次安倍政権発足(2018年10月)
 - 少子高齢化は「国難」
 - 「全ての世代が安心できる全世代型社会保障」へと転換することが第4次安倍政権の「最大チャレンジ」
- 2018年臨時国会・所信表明(2018年10月)
 - 「子どもから現役世代、消費税率引上げが経済に影響を及ぼさないよう、あらゆる施策を総動員することと併せ、来年10月から幼児教育を無償化します。更に、再来年4月から真に必要な子どもたちへの高等教育を無償化する。安倍内閣は、未来を担う子どもたち、子育て世代に、大胆に投資してまいります」
 - 「子どもから現役世代、全ての世代が安心できる社会保障制度へと、今後3年かけて改革を進めます」
- 2019年通常国会・施政方針演説(2019年1月)
 - 「人生100年時代の到来は大きなチャンス」であり、「元気で意欲ある高齢者の方々に、その経験や知恵を社会で発揮していただくことができれば、日本はまだまだ成長可能。」
 - 全世代型社会保障への転換とは、高齢者の皆さんへの福祉サービスを削減するとの意味では全くない。むしろ高齢者の皆さんに引き続き安心してもらえることが大前提。
 - 「平成の、その先の時代に向かって」「一億総活躍社会を共に創り上げていこう」



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

全世代型社会保障 3つの特徴

【1】消費税の引き上げとセットで実施

- 2019年10月より、消費税を10%に引き上げ
- 財源を「教育の無償化」(約1.9兆円)と「**介護職の待遇改善**」(1000億円)に充てる(=「新しい経済政策パッケージ」) ⇒ 「人づくり革命」(人生100年時代構想)

【2】雇用制度改革と一体的に推進(時期を2段階に区分)

- 総裁任期3年でやり遂げる
- [1年目]=雇用環境整備(継続雇用年齢引き上げ等)と予防・健康づくり
⇒ 「元気で働き続けられる」環境づくり
⇒ 年金の改悪など=働かざるを得ない状況へ
- [2年目・3年目]=「**給付と負担の在り方**」の検討
⇒ 「改革工程表2018」、財政審「**建議**」

「全世代型社会保障改革」を検討する会議

未来投資会議

継続雇用年齢の65歳以上への引き上げなどを議論



経済財政諮問会議

医療・介護の給付・負担見直しなどが議題に

財政制度等審議会(財務省)

医療・介護の利用者負担引き上げなど提言

人生100年時代構想会議

幼児教育・保育無償化などの政策パッケージを決定

社会保障審議会(厚労省)

年金受給開始年齢を70歳超でも可能にする制度改革を検討



【3】推進体制

- 第4次安倍内閣に「全世代型社会保障担当大臣」新設
⇒ 茂木経済再生大臣が兼務
(茂木氏は第3次安倍政権で、人づくり革命と社会保障・税一体改革の特命大臣)
- 「経済財政諮問会議」に加え、成長戦略を担う「未来投資会議」(事務局は経産省)が「司令塔」に。
⇒ 茂木大臣はそのとりまとまとめ役=「産業化」の推進

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「教育無償化」の概要

幼児教育・保育の無償化				
0～2歳	2019年10月 から開始	無償化 認可外は 上限4万2000円	住民税非課税世帯	<ul style="list-style-type: none">● 「0～2歳」は対象限定(所得制限)● 給食費は原則対象外● 高所得層の恩恵が大● 入所児童増大への対策がとられていない
3～5歳		年収問わず無償化 認可外は 上限3万7000円	原則として全世帯 認可外→必要と判断 された場合に対象	
高等教育(大学など)の無償化				
給付型奨学金	2020年4月 から開始	(国公立) ・ 自宅 35万円 ・ 自宅外 80万円 (私立) ・ 自宅 46万円 ・ 自宅外 91万円	住民税非課税世帯 ＝年収270万円未満 300万円未満 → 3分の2支給 380万円未満 → 3分の1支給	<ul style="list-style-type: none">● 支給対象がきわめて狭い(所得制限)● 厳しい支援要件 ・ 修得単位が標準の5割以下 ・ 学習意欲が著しく低いと大学が判断 → 直ちに支援打ちきり● 大学側にも要件 ・ 経営難の大学は対象外(債務超過、3年連続の赤字・定員割れ) ・ 産業界等から複数理事を招へい……など
授業料免除		(国公立) ・ 入学金 28万円 ・ 授業料 54万円 (私立) ・ 入学金 26万円 ・ 授業料 70万円		

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

限定的で矛盾をふくんだ施策と引き替えに消費税を増税

- 「教育の無償化」「介護職員の処遇改善」を 消費税増税分を財源に実施しようとしていることが最大の問題
- 「逆進性が強い」(低所得層ほど負担が重い) 消費税増税が、現役世代、子ども、高齢者という、「全世型」で進行している貧困状態をさらに深刻化させることは明らか



貧困率・貧困世帯数の推計

	2016年		
	貧困率%	貧困世帯数	世帯総数
単独世帯	47. 7	6,413	13,434
夫婦のみ世帯	23. 4	2,776	11,860
夫婦＋未婚子	14. 6	2,151	14,744
世帯全体計	28. 1	14,024	49,945

立命館大・石倉康次特認教授による(しんぶん赤旗 2018.10.20)

- そもそも貧困・格差を広げる消費税を、貧困の是正・予防を図る社会保障や、貧困の連鎖をなくすための教育支援の財源に充てることは全くの筋違い
- 少子化問題や介護職の不足の打開を求める国民の要求を逆にとり、対象をせまく限定した教育の「無償化」や、介護現場に新たな矛盾をもちこむ「待遇改善」と引き替えに、消費税の増税を国民にのませる点に全世代型社会保障のねらいがある
- 消費税の「社会保障目的税化」や消費税のさらなる引き上げへの「布石」でもある

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

社会保障・税一体改革のもとでー7年間で4兆2720億円の社会保障費削減

■ 予算編成過程での自然増分削減(国費)＝合計1兆7100億円

	削減内容	概算要求 (億円)	予算額 (億円)	削減額 (億円)	削減率
2013年度	生活保護の生活扶助費削減など	8400	5600	▲2800	▲33. 3%
2014年度	診療報酬実質▲1. 26% 生活保護の生活扶助費の削減など	9900	5900	▲4000	▲40. 4%
2015年度	介護報酬▲2. 27%、生活保護冬季加算削減など	8300	3600	▲4700	▲56. 6%
2016年度	診療報酬▲1. 31%	6700	5000	▲1700	▲24. 4%
2017年度	医療・介護高額サービス費上限額引き上げ 後期高齢者医療の保険料引き上げなど	6400	5000	▲1400	▲21. 9%
2018年度	生活保護費の段階的引き下げ、診療報酬▲1. 19%	6300	5000	▲1300	▲20. 6%
2019年度	生活保護費の段階的引き上げ、総報酬割導入など	6000	4800	▲1200	▲20. 0%

■ 法改悪などによる削減(給付費)＝合計2兆5620億円

	改悪時期	改悪内容	削減額(億円)
年金	2013～15年	「特例水準解消」で2. 5%減	▲1兆2500億円
	2015年度	「マクロ経済スライド」で0. 9%抑制	▲4500億円
	2017年度	物価変動をふまえ0. 15減	▲500億円
	2019年度	「マクロ経済スライド」で0. 5%抑制	▲2500億円
医療	2018年度	70歳～74歳まで2割負担	▲4000億円
	2019年度	後期高齢者医療保険料の「軽減特例」廃止	▲170億円
介護	2015年度	利用料2割負担導入	▲750億円
	2015年度	施設(多床室)での居住費徴収拡大(老健施設など)	▲700億円

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「改悪工程表2018」2019年度～2021年度＝「基盤強化期間」

- ◆ 高齢者医療制度や介護保険において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を検討
- ◆ 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しの検討
- ◆ 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討
- ◆ 薬剤自己負担の引き上げについて、幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講じる
- ◆ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時の定額負担導入を検討
- ◆ 医療費について、保険給付率（保険料、公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料、公費負担、患者負担について総合的な対応を検討
- ◆ 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討

⇒「骨太方針2020」

- 介護のケアプラン作成に関する給付の在り方の検討
- 介護の多床室室料に関する給付の在り方の検討
- 軽度者への生活援助サービスに関する給付の在り方の検討
- 補足給付（施設等での居住費・食費）の在り方の検討

2019年内に結論
↓
2020年法案提出
↓↓
2021年度実施

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

ケアマネジメントの質の向上と利用者負担について

資料Ⅱ－1－43

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

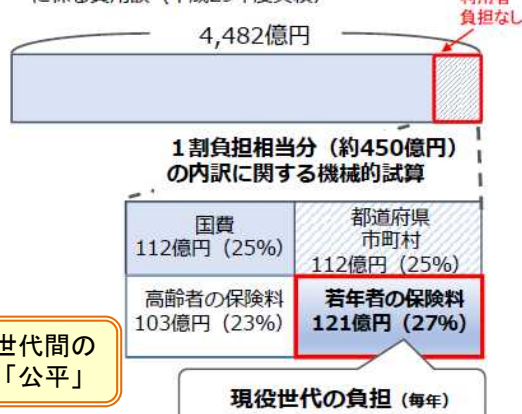
「介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。」

【論点】

- 介護保険サービスの利用にあたっては、一定の利用者負担を求めているが、居宅介護支援については、ケアマネジメントの利用機会を確保する観点等から利用者負担が設定されていない。このため、利用者側からケアマネジャーの業務の質へのチェックが働きにくい構造。
- 特養などの施設サービス計画の策定等に係る費用は基本サービスの一部として利用者負担が存在しており、居宅介護支援への利用者負担はサービスの利用の大きな障害とならないと考えられる一方、利用者自身が自己負担を通じてケアプランに関心を持つ仕組みとした方が、サービスの質の向上につながるだけでなく、現役世代の保険料負担が増大する中、世代間の公平にも資すると考えられる。

【ケアマネジメントに係る費用のイメージ】

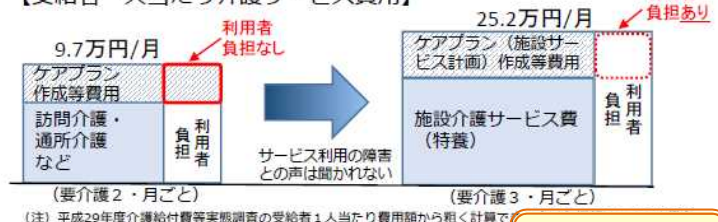
- ケアマネジメント（居宅介護支援）に係る費用額（平成29年度実績）



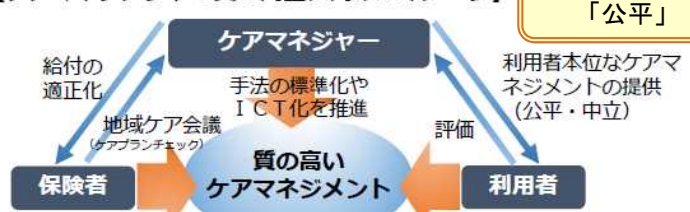
世代間の「公平」

（注）自己負担は、所得の状況に応じて1～3割となることに留意。

【受給者一人当たり介護サービス費用】



【ケアマネジメントの質の向上に向けたイメージ】



在宅・施設の「公平」

※低所得者は、高額介護サービス費の支給によって自己負担額に上限あり。

【改革の方向性】（案）

- 頻回サービス利用に関する保険者によるケアプランチェックやサービスの標準化の推進と併せ、世代間の公平の観点等も踏まえ、居宅介護支援におけるケアマネジメントに利用者負担を設け、利用者・ケアマネジャー・保険者が一体となって質の高いケアマネジメントを実現する仕組みとする必要。

財務省・財政制度等審議会資料（2018年10月9日）

https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia301009/01.pdf

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

【論点】

- 長期にわたり介護保険給付の増加が見込まれることを踏まえれば、給付の更なる重点化・効率化を図っていく必要があり、軽度者のうち残された要介護1・2の者の生活援助サービス等についても地域支援事業への移行を具体的に検討していく必要がある。

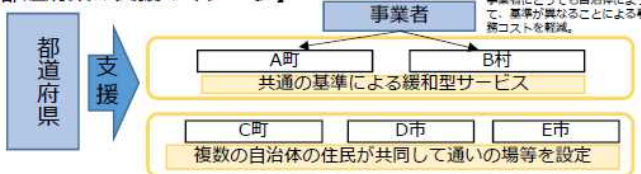
【総合事業の報酬の在り方】

報酬については、地域における担い手の確保に関する見通しに配慮するとともに、利用者がそのニーズや状態、自己負担に応じて選択可能とする必要。

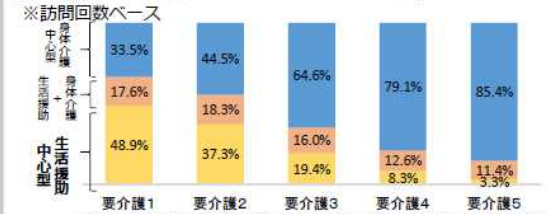
(参考例：武蔵野市の訪問型サービス報酬)

単位	訪問型サービス(基準報酬型)	介護予防訪問介護相当(総合事業移行前)
訪問介護(有資格者)	250単位/回	介護予防訪問介護費(I) 1,168単位/月
訪問介護(研修修了者※)	200単位/回	介護予防訪問介護費(II) 2,335単位/月
※ 武蔵野市認定ヘルパー(包括報酬から1回毎に、報酬を削減)		介護予防訪問介護費(III) 3,704単位/月
人員基準	管理者、訪問介護員等、サービス提供責任者	管理者、訪問介護員等、サービス提供責任者
対象者	生活援助のみ必要な高齢者で右記以外	身体介護や特別な対応が必要な高齢者

【都道府県の支援のイメージ】



【軽度者への介護サービスの提供状況等】



【要介護1・2に対する介護給付】



【改革の方向性】(案)

- 軽度者(要支援1・2)へのサービスの地域支援事業への移行については、サービスの質や予定している給付の効率化を確保しつつ、自治体の好事例も踏まえ、円滑な実施が図られるよう更なる制度改善につなげていくべき。具体的には、以下の取組が考えられる。
 - ① 緩和型や住民主体のサービスへの移行を基本としつつ、地域資源の活用などを通じた創意工夫が図られるよう、国が一定の方針等を示すこと
 - ② 総合事業に係るサービスの報酬水準をきめ細かく設定すること
 - ③ 都道府県が、単独では緩和型サービスの実施が困難な自治体への支援や複数自治体にまたがる事業の実施も検討すること
- 残された要介護1・2の者の生活援助サービス等について、サービスの質を確保しつつ、保険給付の厚みを引き下げていく観点から、第8期介護保険事業計画期間中の更なる地域支援事業への移行や利用者負担の在り方について具体的に検討していく必要。

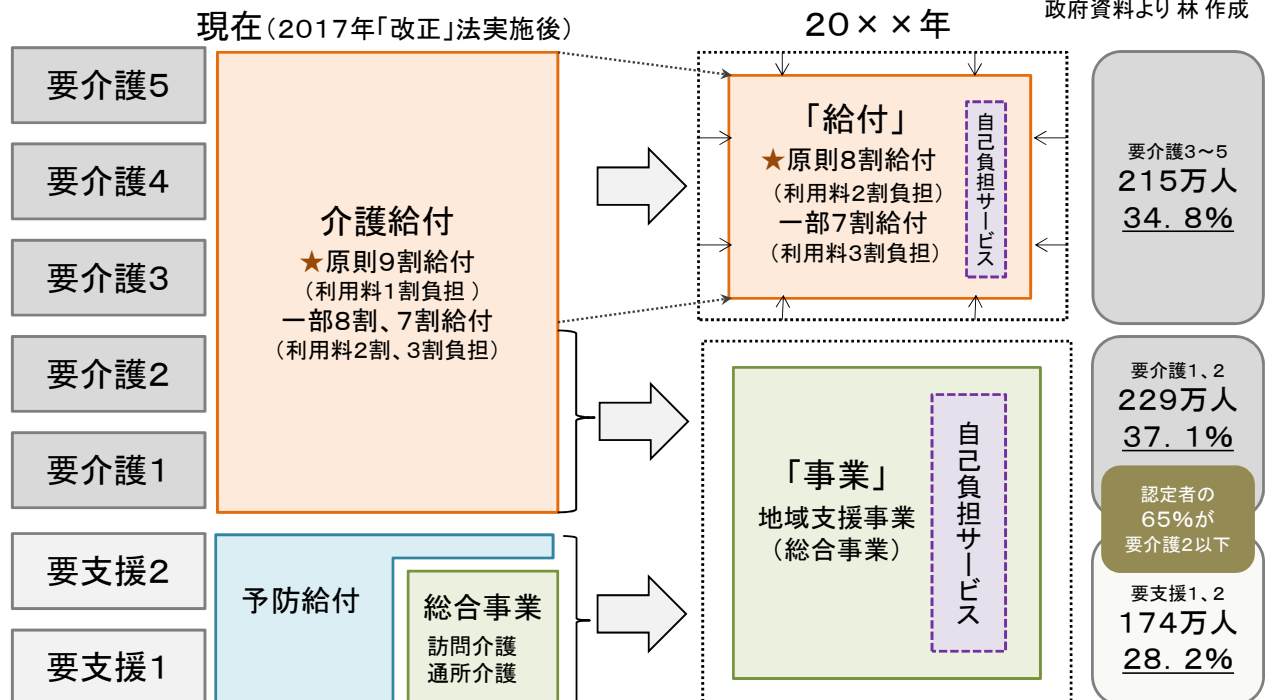
財務省・財政制度等審議会資料(2018年10月9日)

https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia301009/01.pdf

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

政府が描く介護保険の将来像

政府資料より 林 作成



- 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

地域から、現場から 介護改善を求める声を広げよう

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	1	埼玉県	5,058
2	大阪府	6,636	2	千葉県	5,265
3	青森県	6,588	3	茨城県	5,339
4	和歌山県	6,538	4	静岡県 (+5.5%)	5,406
5	鳥取県	6,433	5	栃木県	5,496

<市区町村>

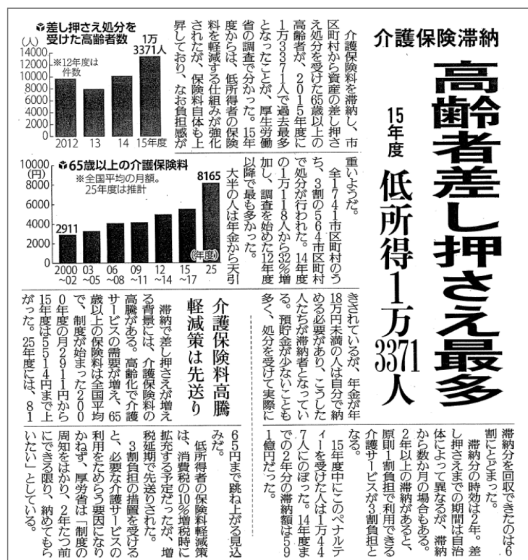
1	福島・葛尾村	9,800	1	北海道・音威子府村	3,000
2	福島・双葉町	8,976	2	群馬・草津町	3,300
3	東京・青ヶ島村	8,700	3	東京・小笠原村	3,374
4	福島・大熊町	8,500	4	北海道・興部町	3,800
5	秋田・五城目町	8,400	5	宮城・大河原町	3,900
5	福島・浪江町	8,400	5	千葉・酒々井町	3,900

- 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

介護保険料の滞納問題ー制裁措置・差し押さえ

(単位:千円)



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

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) = 天引きとらない

神奈川民医連／介護保険3割負担影響事例調査(2019年2月12日)

調査結果の概要

負担割合の変化

負担割合の変化	件数
①1割から3割	6
②2割から3割	98
③8月以降の新規認定で最初から3割	5
計	109

負担割合の変更理由

負担割合の変更理由	件数
①制度改定による	56
②家賃や土地の売却	3
③貸家や駐車場などの収入	6
④遺産相続	4
⑤退職金	1
⑥店の売り上げ増加	1
⑦不明	38
計	109

影響事例

(1) サービス利用の中止、または減らした事例

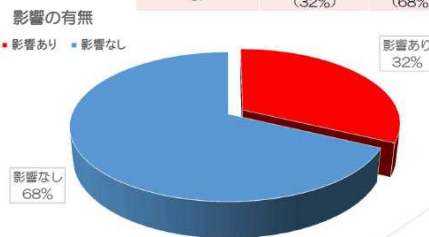
サービス内容	事例
デイケア・デイサービス	「デイケアを週3回⇒2回に減らした」(要介護4・85歳男性) 「デイケアを週3回⇒2回に変更」(要介護5・85歳男性) 「デイサービスの利用を週3回⇒1回に減らした」(要介護2・91歳女性)
福祉用具レンタル	「レンタルの手すりを1本返却」(要介護4・88歳男性) 「レンタルの手すりを止め、自費で購入」(要介護3・69歳男性) 「月々の支払いを考慮しレンタルベッドを止め、自費で購入」(要介護1・81歳男性) 「レンタルベッドのマットレスのみ返却し、ふとんを使用」(要介護1・77歳女性) 「多量な室内での転倒防止のために利用しているが、費用負担が増加するためにカーボン製の軽いものから重いものに変更した」(要支援2・90歳女性)
訪問介護	「ヘルパーの利用を週5回から4回に減らした」(要介護1・74歳男性)
訪問看護・訪問リハビリ	「訪問看護を週2回⇒1回、訪問介護を週4回⇒3回に減らした」(要介護1・74歳男性) 「訪問看護を週1回⇒2回に減らした」(要介護5・67歳女性) 「訪問看護を週2回⇒1回に減らした」(要介護5・67歳女性) 「訪問リハビリを週2回⇒1回に減らした」(要介護3・74歳男性)

調査結果の概要

サービス変更の有無

影響の有無

	影響あり	影響なし	計
①サービス変更あり	19 (17%)	—	19 (17%)
②サービス変更なし	16 (15%)	74 (68%)	90 (83%)
計	35 (32%)	74 (68%)	109 (100%)



影響事例

(4) サービス利用の変更はないが、生活面での影響が出ている事例

事例
「生活費を節約している」(要介護3・87歳女性)
「妻の趣味活動が減った」(要介護5・73歳男性)
「サービスを削ることは難しく、家族の生活費を切り詰めている」(要介護4・73歳男性)
「利用料が1.5倍になったので、何とか(生活費を)切り詰めていく」(要介護3・82歳男性)
「個人年金(民間保険)を解約した」(要介護3・93歳女性)
「食費の支出を抑えた」(要介護4・86歳男性)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

総合事業をめぐる

■ 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

低報酬介護利用1割

軽度者対象参入乏しく
本紙全国調査

軽介護運営難100自治体

人手不足、大手撤退で拍車

全国

介護報酬の削減は、介護事業者の経営を逼迫し、介護サービスの質の低下を招く恐れがある。また、介護報酬の削減は、介護事業者の経営を逼迫し、介護サービスの質の低下を招く恐れがある。また、介護報酬の削減は、介護事業者の経営を逼迫し、介護サービスの質の低下を招く恐れがある。

◆ 淑徳大学・結城康博教授 (毎日新聞 2018・6・21)

「低報酬介護の制度の停滞は明白で、現状は失敗だ。要介護1、2の生活援助などをこの制度に移す財務省の主張はほぼ無理」「制限は法律の精神に反し、利用者の権利の剥奪。従来の介護サービスがあれば1人で暮らせる人が、その人に合う介護を受けられず、家で暮らせなくなる」



◆ 鹿児島大学・伊藤周平教授 (毎日新聞 2018・6・21)

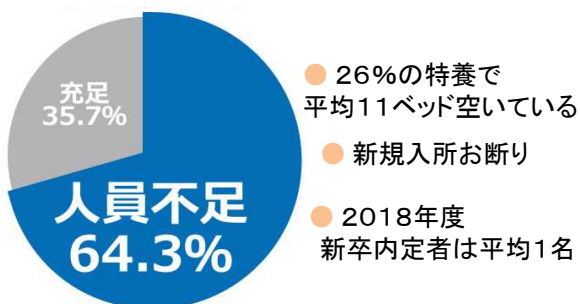
「低報酬で事業者にやらせ、未経験者を雇うストーリーは破綻した。本来は高い報酬で賃金を上げないと人材は確保できないのに議論されていない。事業者が撤退し、公的介護から取り残される人が出て介護保険が崩壊する」



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

深刻さ増す介護の担い手不足—家族介護を支えきれない！

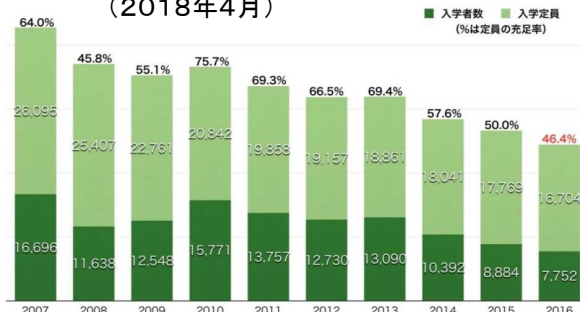
■ 特養の「人員は足りているか」



※ 医療福祉機構調査／3304施設 (2018年)

■ 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)



■ 特養建設(第6期実績)

—計画の7割(4.5万人分)にとどまる <計画未達分(人)>



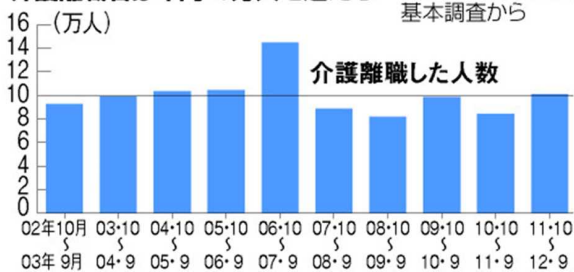
全国	1万4,549
東京都	2,777
千葉県	2,068
茨城県	1,258
大阪府	1,125
兵庫県	994
神奈川県	825
宮城県	507
福岡県	438
福島県	387
長野県	372

37都道府県で1.5万人分未整備

■ 介護離職は高止まり

—2017年度は99,000人

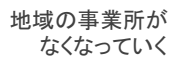
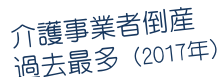
介護離職者は年間10万人を超える 総務省の就業構造基本調査から



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

1

サービス



こんなはずじゃ

あきらめ

不信

現在も人手不足、
将来はもっと人手不足


2

ヒト

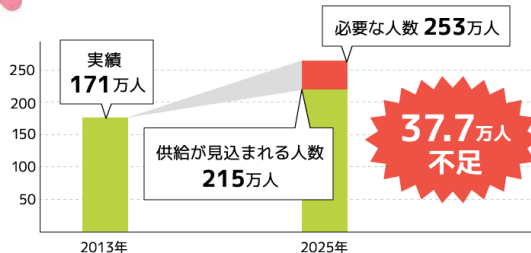
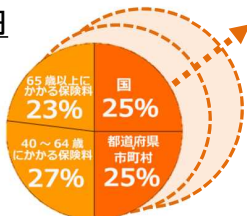
「保険料を払えない」 一財政破綻の招来必至

力ネ

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！



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

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」

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

15年度改正から一般廃する間もなく、次期改正に向けて財務省からは給付抑制の提案が相次ぎ、すでにその一創は閣議決定により要検討とされた。主税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、給付抑制の土壌がはめられようとしている。前後2年にわ

たって介護保険制度の創設実施に関わり、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日号で速報版を掲載しました)



「反社会保障」鮮明な骨太の方針

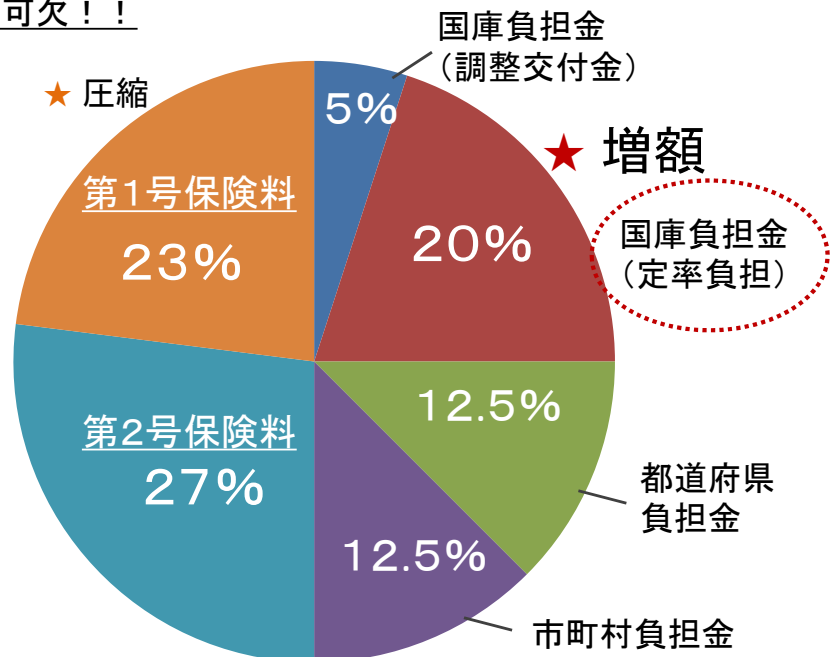
シルバー産業新聞
2015・11・10

財政の見直しを求める＝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

介護の専門性・専門職の裁量権を守る

- 生活援助の役割・専門性を認めない「届け出制」

＜「安否確認、食事・服薬の対応で1日複数回利用が必要」－調査に寄せられた事例から＞

独居高齢(90代)で家事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する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かないと生活を続けることが困難な状況。

- そもそも、利用者の自分の生活空間で、「普通であたりまえ」の生活の「再生産」をささえるのが生活援助(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」

- 生活援助「届け出制」は、ケアマネジャーの裁量権を正面から否定するもの

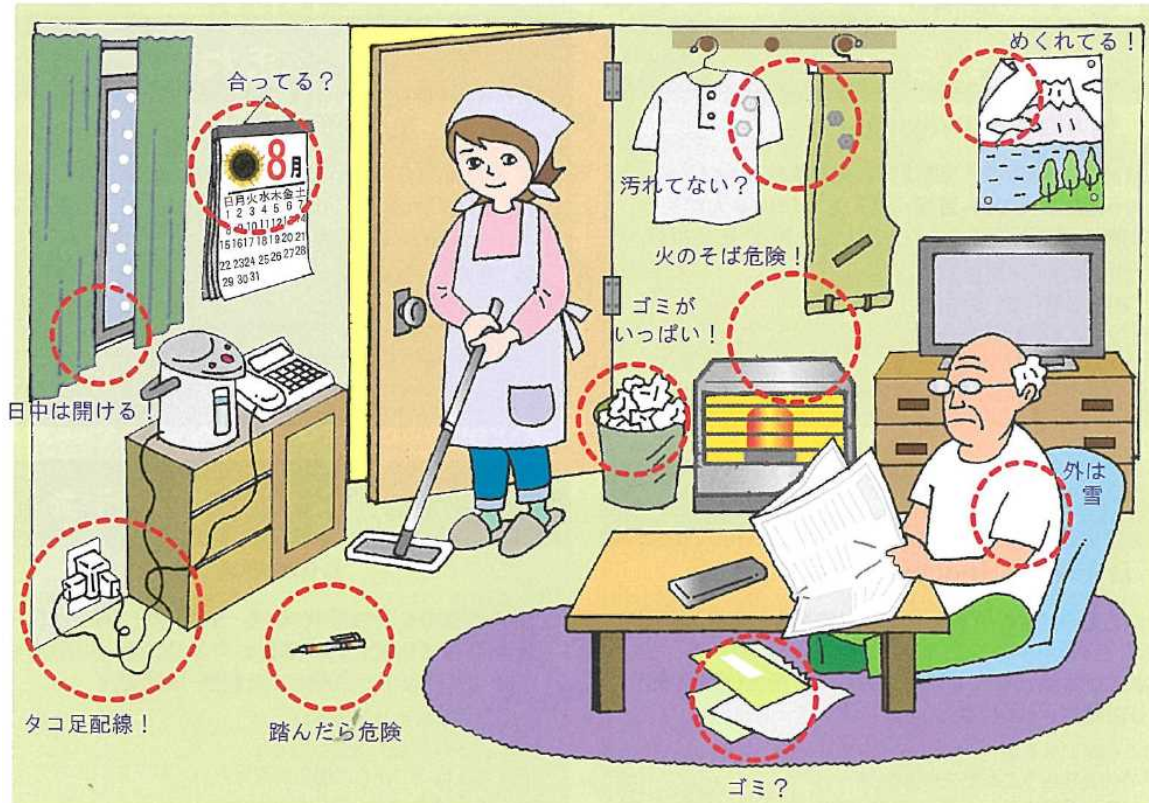
＜「まったく理解できない！」－調査に寄せられたケアマネジャーの声＞

－「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。その地域ケア会議に参加するメンバーはかなりの知識が必要になるはずである。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

専門性・職能を守る－生活援助は家事の寄せ集めではない！

★ 専門職の観察・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

「自立」の理念をめくって－本来の「自立」とは

「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ができることである

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



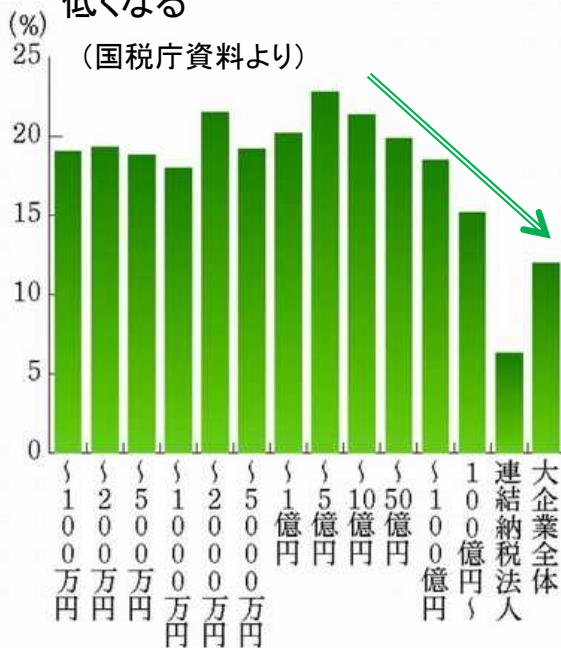
介護保険法 第1条「目的」

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。

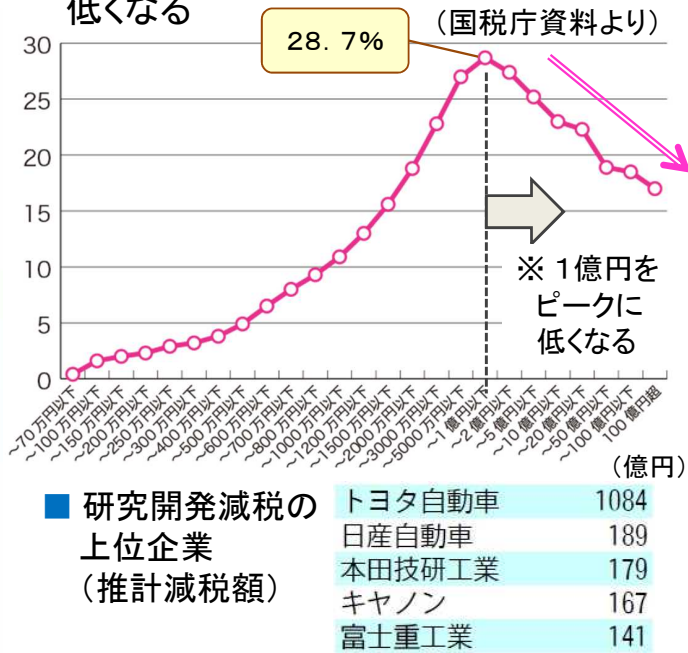
「尊厳が保持」されない「自立支援」(名ばかり自立)は、介護保険法違反

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 (国税庁)



- 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

公正な税制を求める市民連絡会 試算

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

★「給付」と「負担」の遮断＝社会保障の本質

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)

「高福祉」・「応分の負担」

ご静聴
ありがとうございます
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



Denmark
全日本民医連 Y-HAYASHI

