

# 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)

社会保障の営利・市場化

(公的制度から外れる人)

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

New!  
全世代型社会保障

(2012年度)

(2015年度)

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

# 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」

- ① 「制度の持続可能性の確保」 2000年4月～(法「改正」①=2005年)
    - 保険財政の視点からみた「持続可能性」の追求  
=増大する介護給付費に対して、給付削減・負担増先行型の制度見直し
  - ② 「地域包括ケアの確立」 2012年度～(法「改正」②=2011年、法「改正」③=2014年)
    - 医療との一体改革(医療・介護提供体制の「安上がり」・効率的な再編)  
= 病床の削減 → 受け皿としての地域包括ケアの確立 → 介護保険制度の見直し  
…「入院から在宅へ」+「医療から介護へ」「介護から市場・ボランティアへ」  
… **介護給付の重点化(中重度>軽度)**
  - ③ 「地域包括ケアの深化・推進」 2018年度～(法「改正」④=2017年)
    - 福祉(障害福祉)との一体改革 <地域包括ケア強化法>  
=「共生型サービス」創設⇒介護保険・総合支援法の実質的「統合」
    - 財政的インセンティブの導入=保険者機能強化推進交付金の創設
- 
- ★「自立」理念の転換=自立支援型介護の推進<介護保険の質的転換>
- ◆ 「我が事・丸ごと地域共生社会」構想  
・ 社保削減の受け皿、「自助・自立型」社会保障・福祉への転換
- ◆ 高齢者対象の地域包括ケア⇒「全世代型」対象の地域包括ケアへ

《2025年》

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

社会保障・税  
一  
体  
改  
革

経  
済  
・  
財  
政  
一  
体  
改  
革

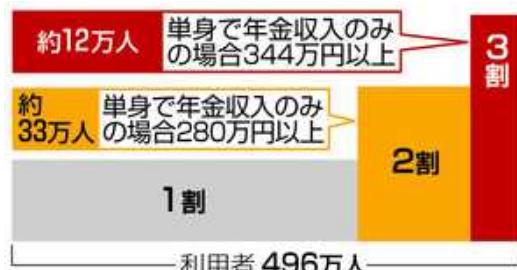
## 誰のための、何のための「持続可能性」？？

- ✗ **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



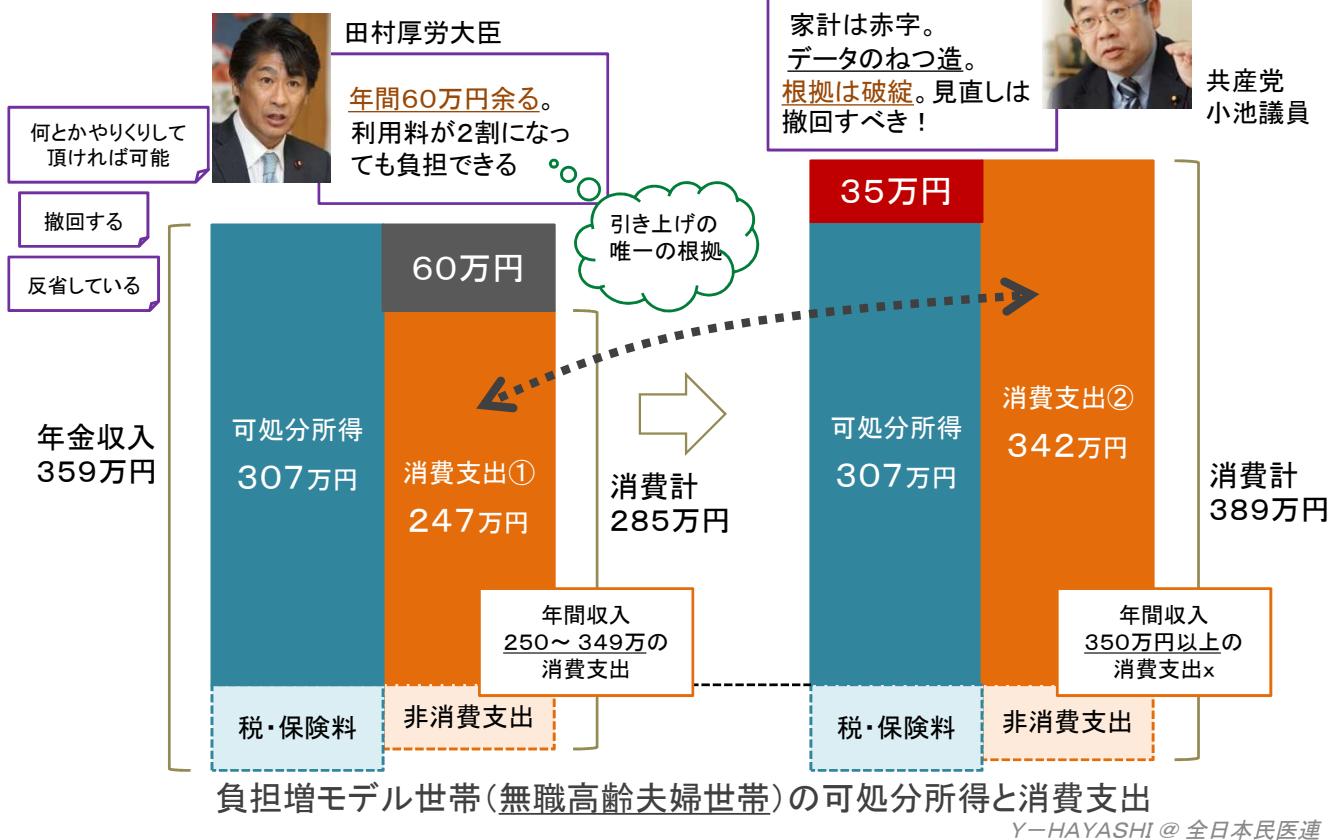
- 補足給付(施設入所者の居住費・食費の要件厳格化)～2014年法「改正」
  - ・ 資産要件の導入(一定額の貯金があつたら対象外)
  - ・ 配偶者要件の導入(配偶者が課税なら対象外)
- 高額介護サービス費の負担上限額の引き上げ(2018年8月より)  
「一般」: 37,200円 → 44,400円
- 特養ホームの入所制限=原則「要介護3以上」に(2015年度より)

個室で年間100万円の負担増  
(多床室で80万円)

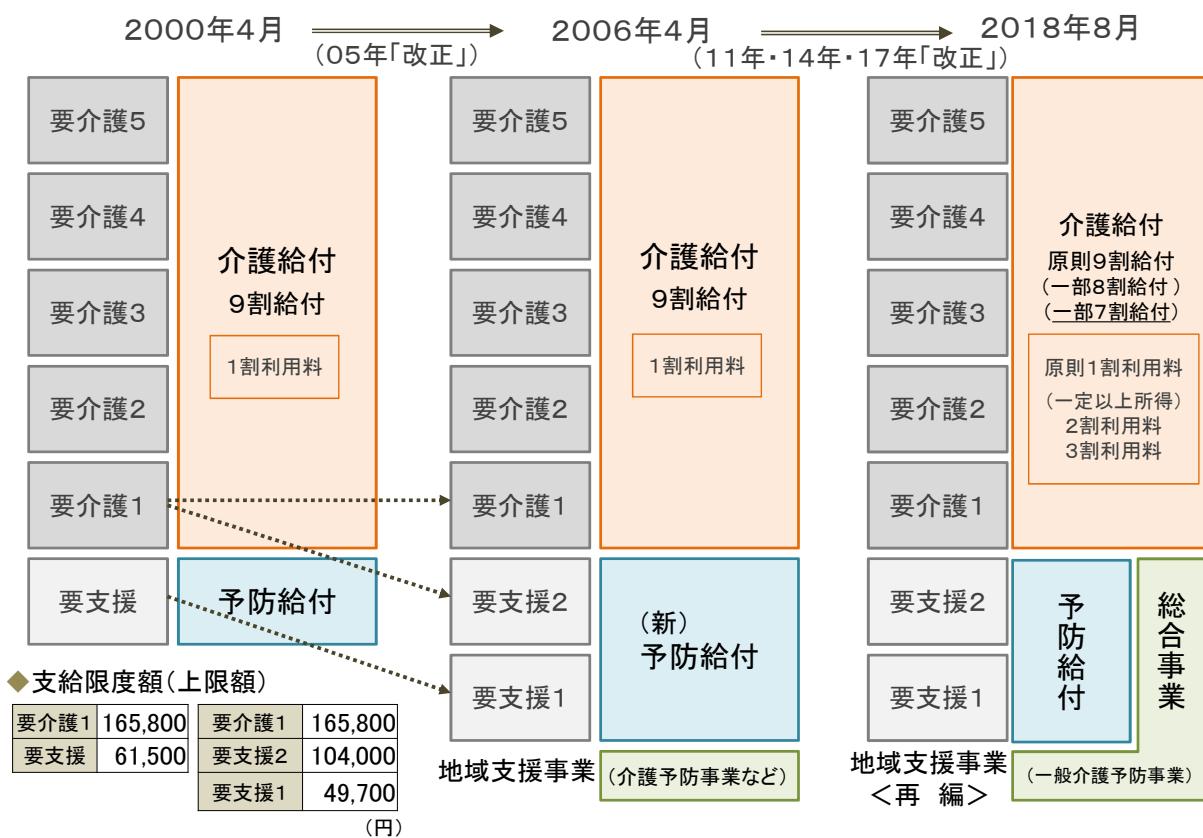
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

# 介護保険の見直しと統計問題(一例) = 意図的な「誤用」

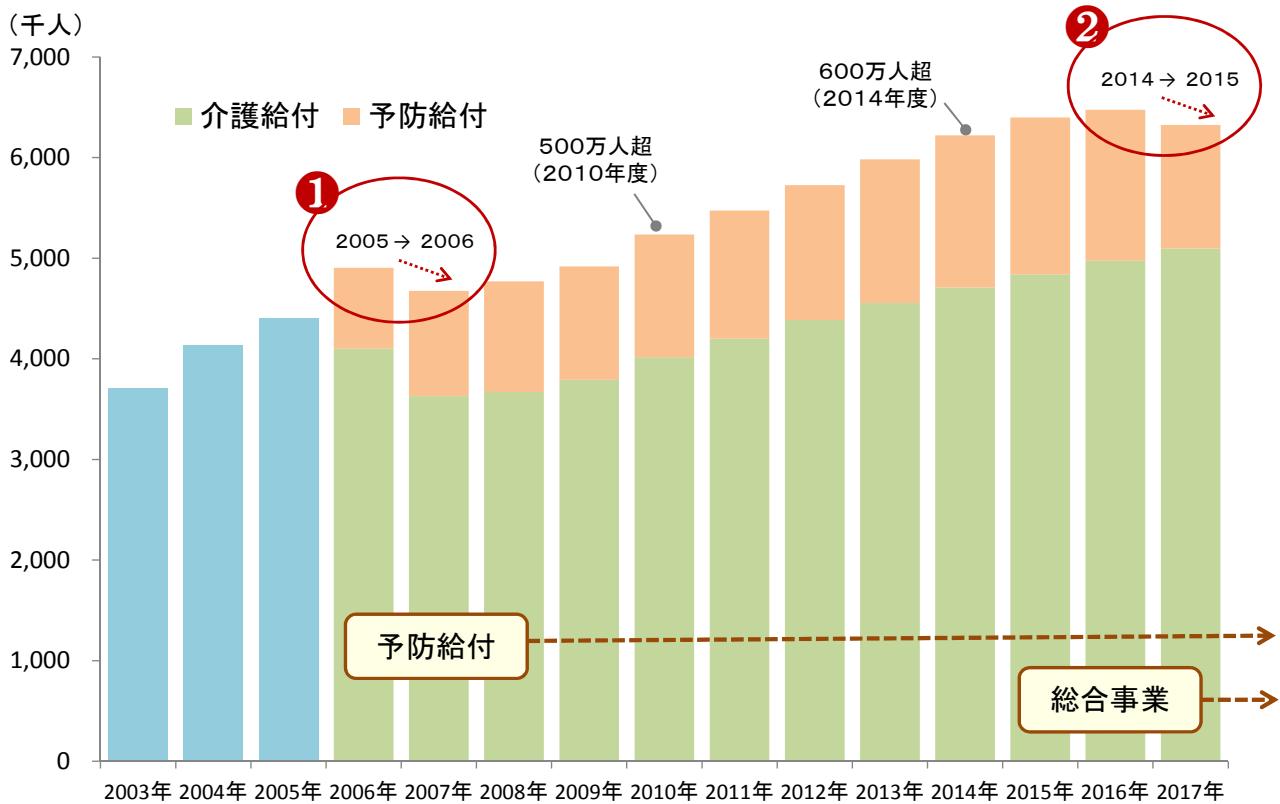
★「利用料2割負担化」をめぐって(2014年)



## 給付体系の推移 - 「重点化」と「第2医療保険化」



## 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」) —「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>

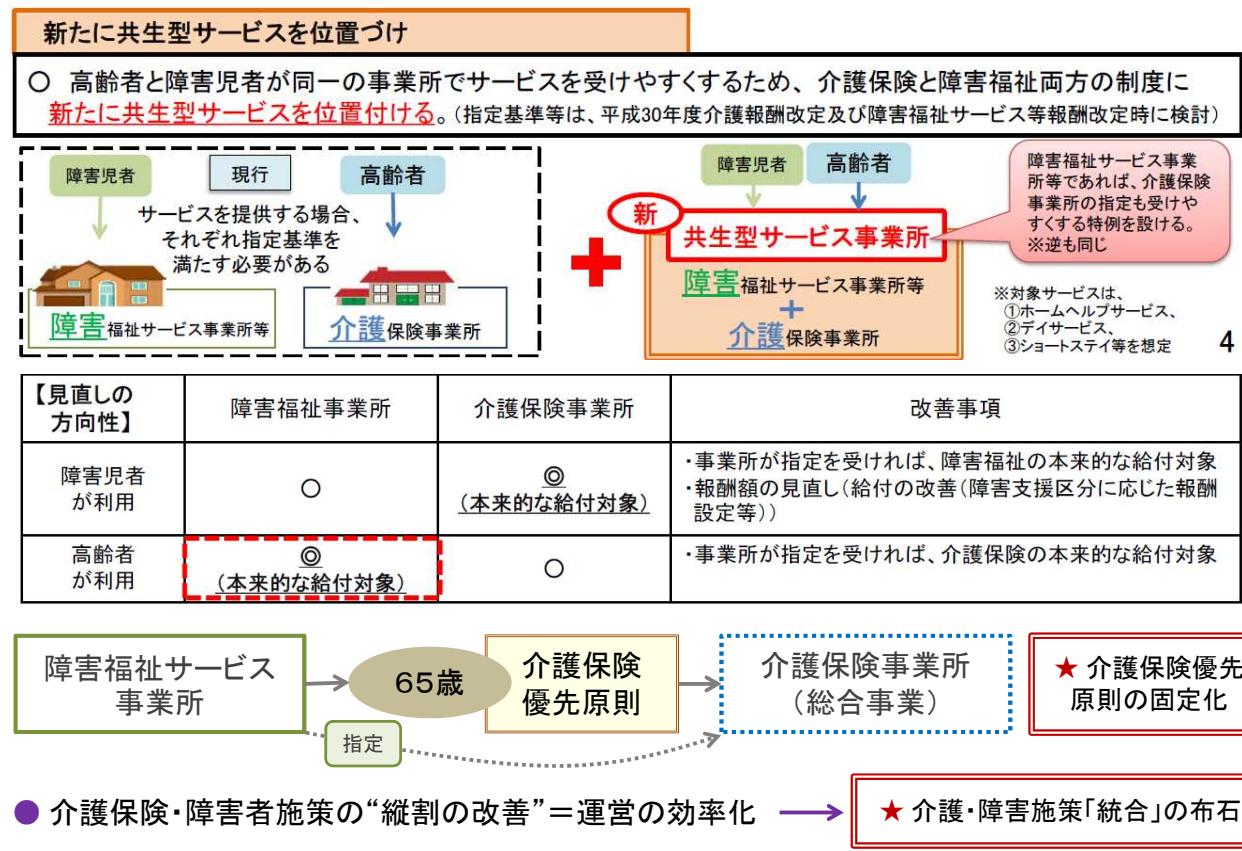
### ★ 市町村を給付費削減に駆り立て、競わせるしきみ(保険者機能をゆがめる制度)



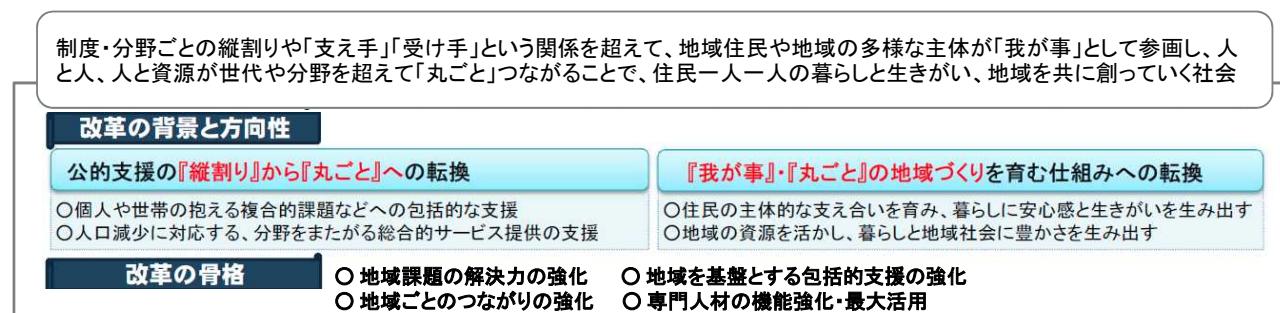
Y-HAYASHI @ 全日本民医連



# 福祉(障害福祉)との一体改革 - 「共生型サービス」の創設



## 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



### ■ 「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ふ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」)



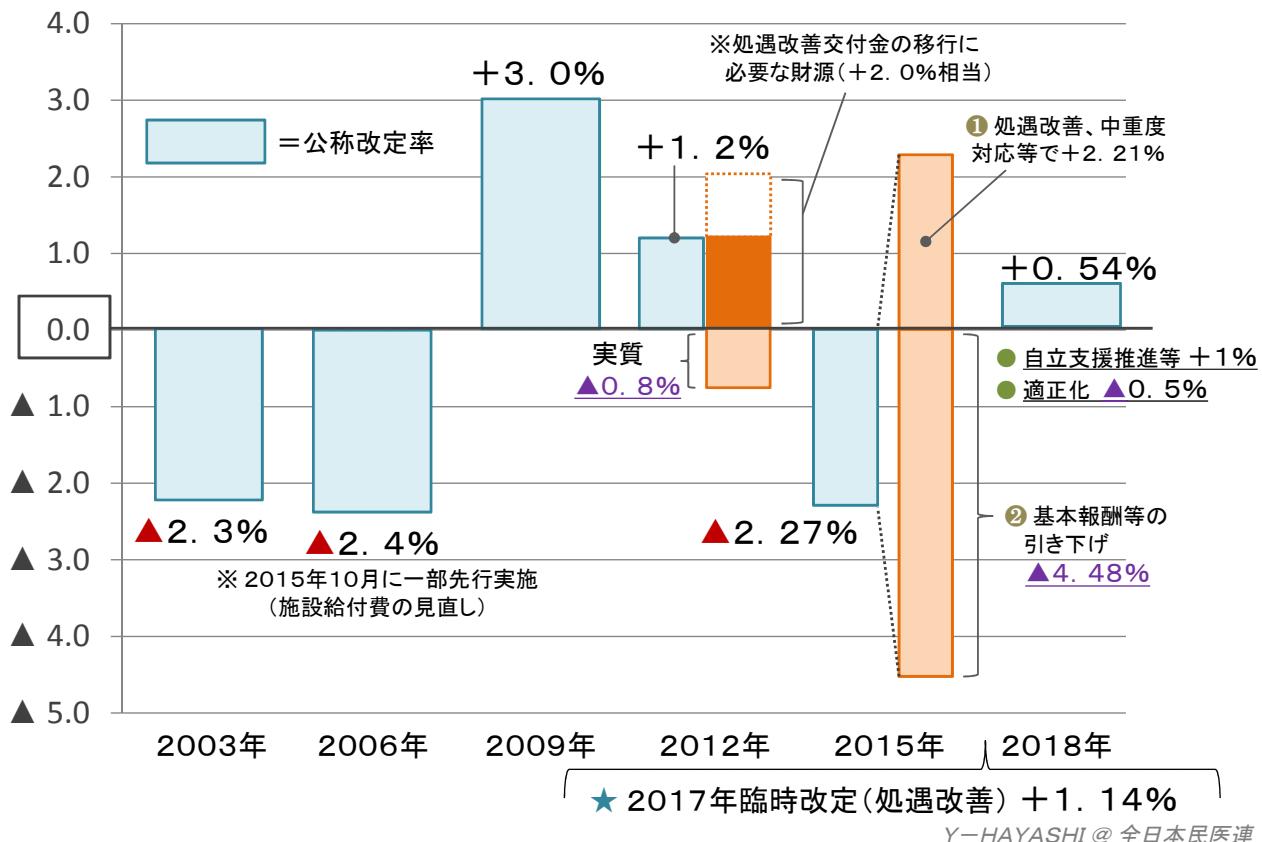
我が事・丸ごと地域共生社会 → 我が事(を住民に)「丸投げ」、地域(に)“強制”社会

# 介護保険報酬2018年改定

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



# 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%)

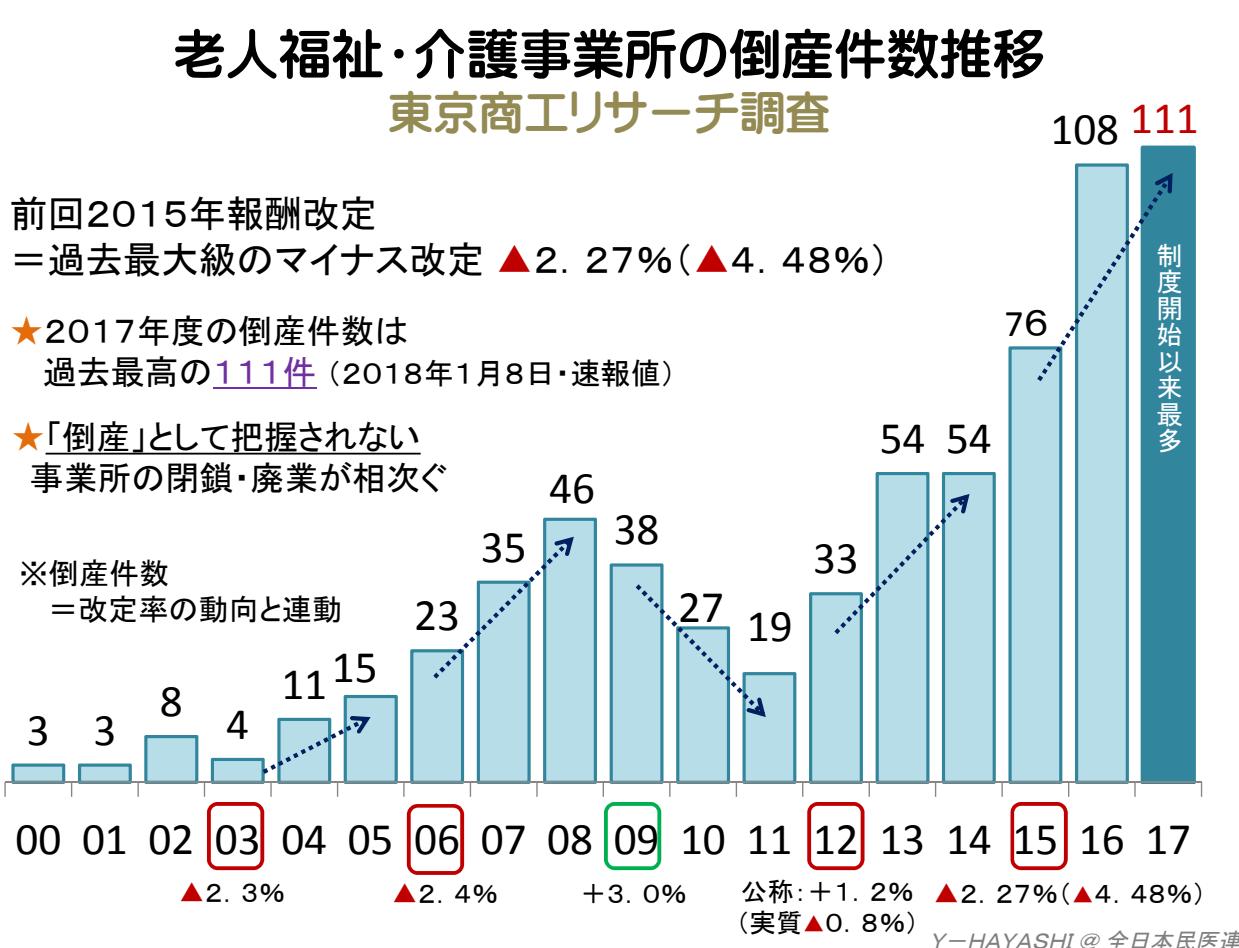
★2017年度の倒産件数は

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



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

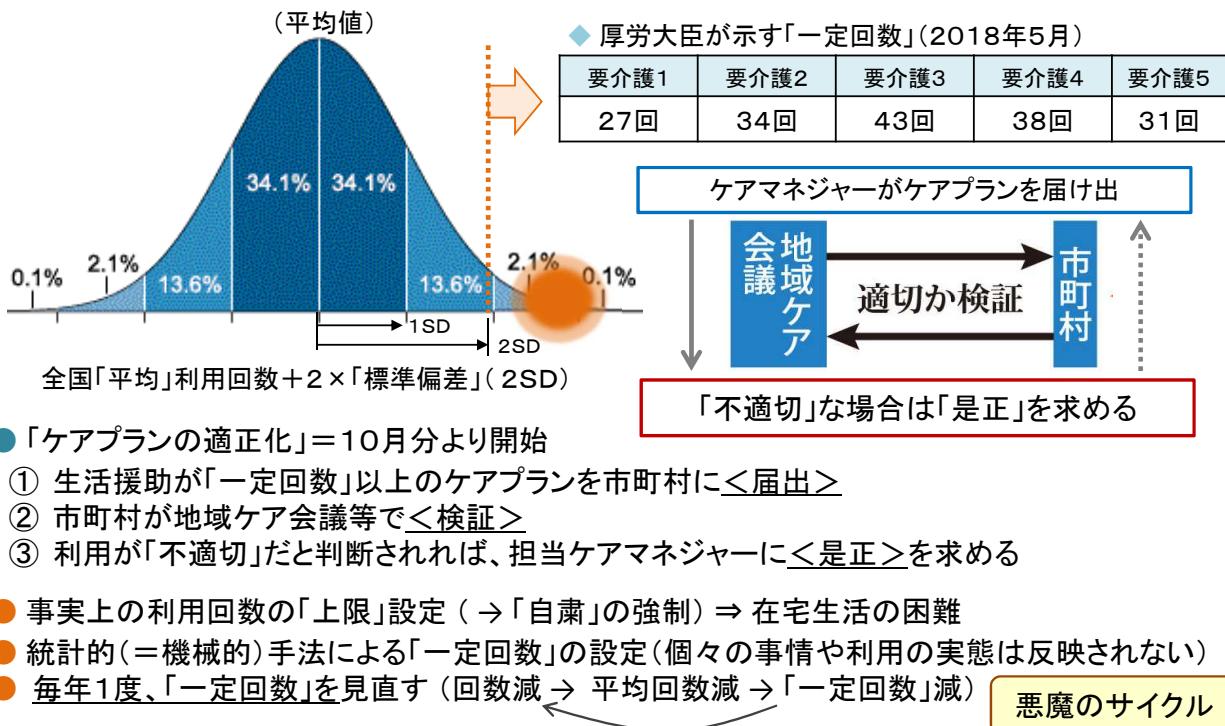
★ 生活援助の「上限」設定

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

## 生活援助届け出制(2018年10月) =「ケアプランの適正化」



★ 「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」 ・待遇改善策

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

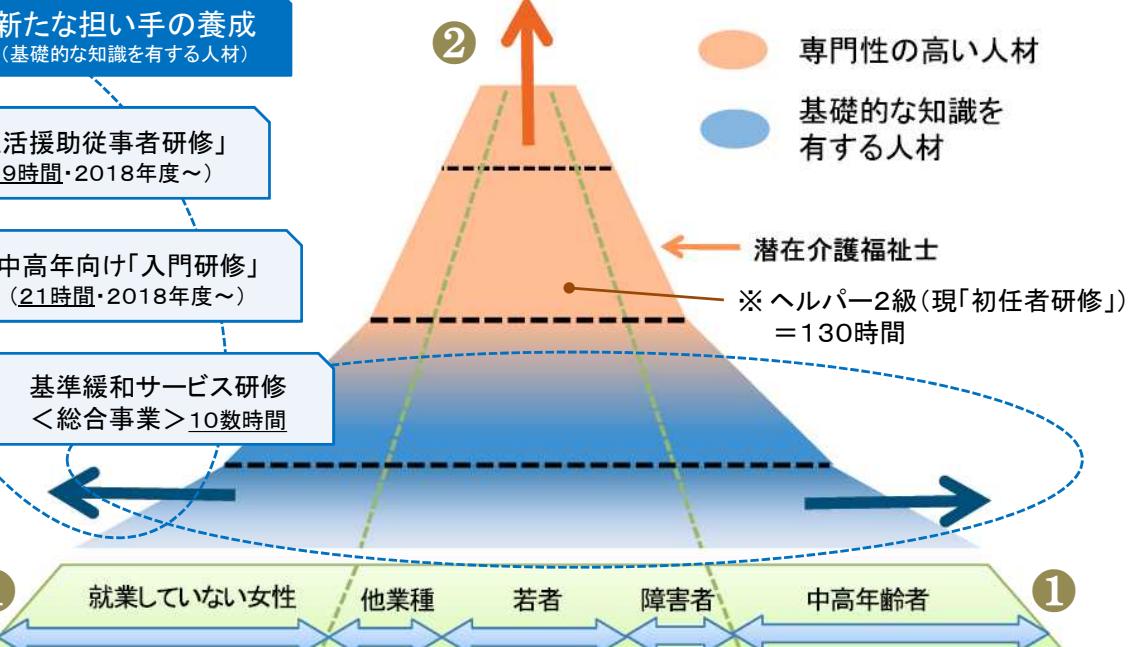
第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数(都道府県別)

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		
		① (需給バランス が崩れる場合 の需給見込み)	不足数(②-①) %	② (需給バランス が崩れる場合 の需給見込み)	不足数(②-①) %		
北海道	89,583	96,772	▲7,235	▲7,0	116,476	96,935	▲19,541 ▲16.8
青森県	23,926	25,528	24,560	▲968 ▲3.8	27,355	23,706	▲3,649 ▲13.3
岩手県	20,703	23,436	22,059	▲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	30,988	▲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	▲1,558 ▲0.6	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	21,728	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	34,523	40,946	37,085	▲3,881 ▲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 ▲5.6	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	32,913	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	21,588	▲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	▲2,222 ▲4.3
長崎県	26,198	28,861	27,807	▲1,054 ▲3.7	31,823	28,643	▲3,180 ▲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	1,890,760	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/shingi2/000020420\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/000020420_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](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-rouken_520284_00001.html)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

## 新たな扱い手養成は低迷－生活援助従事者研修・介護入門研修

出足鈍い生活援助ヘルパーはまだ6県  
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績にあり必要となる要綱を作成していたのは県のみ。要綱作成はまだだが東京都など月末に事業者説明会を開き、都の方針を説明した。

研修の取り扱い細則について。初任者研修に關するものが目録であるのが特徴だ。研修の詳細を定めて「介護員養成」とは「介護員養成研修」ではない。研修の半分以上で「手帳開講」とはいかない内容だ。

道府県は6ヵ所。岩手県（5月10日）、福岡県（5月22日）、沖縄県（5月28日）、福岡県（6月1日）、滋賀県（6月21日）、宮崎県（7月5日）。

7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

中高年対象に人材確保へ  
4月導入の人手不足対策  
介護入門研修  
16都府県のみ  
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

10月  
福島民報 2018.10.29

- 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)

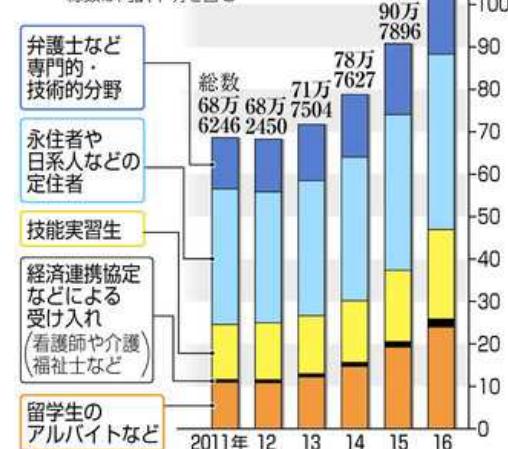
**29万7000人**

※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(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、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

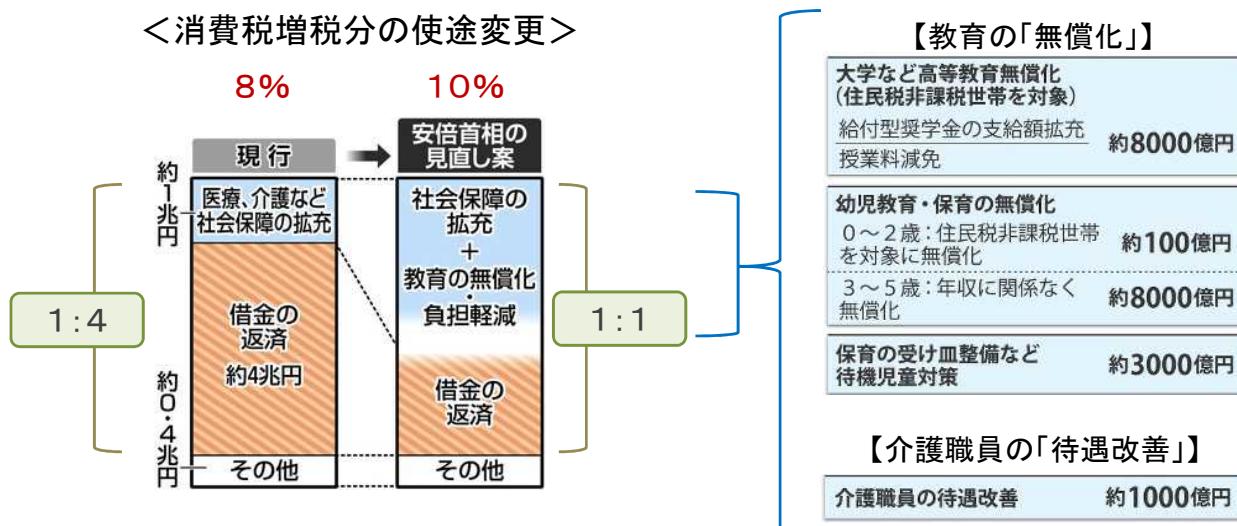
### 特定技能制度のイメージ



★ 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」?

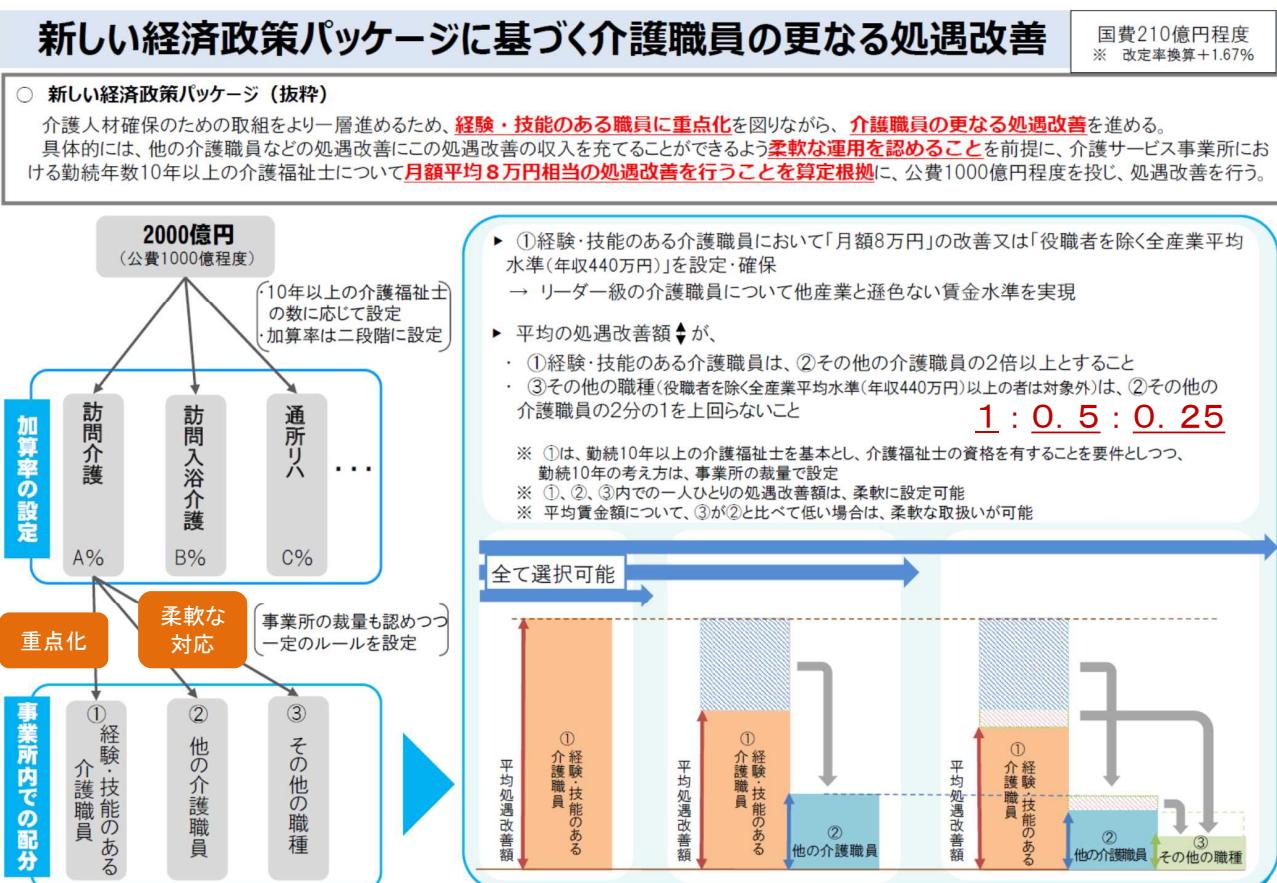
# 新たな待遇改善策－財源は消費税増税分(8%→10%)

新しい「経済政策パッケージ」(2017年12月)＝「人づくり革命」



- 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るはず＝「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



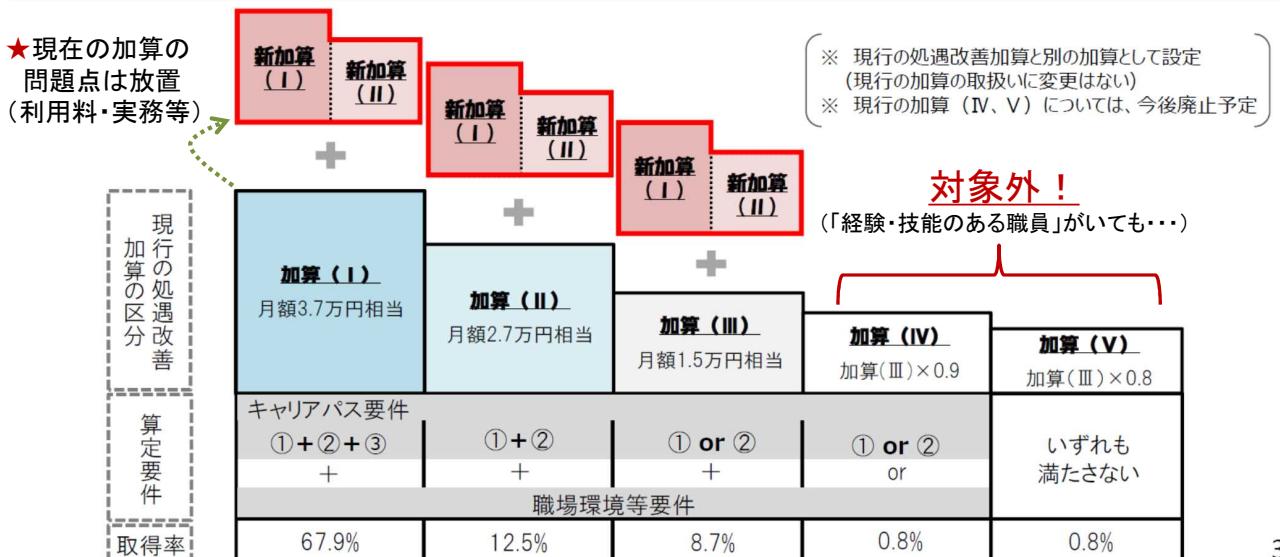
## 待遇改善加算全体のイメージ

#### ＜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）



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](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			13.7%	10.0%	5.5%		
・夜間対応型訪問介護	6.3%	4.2%	5.8%	4.2%	2.3%		
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護			5.9%	4.3%	2.3%		
・(介護予防)訪問入浴介護	*	2.1%	1.5%				
・通所介護	*	1.2%	1.0%				
・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%				
・(介護予防)特定施設入居者生活介護	*	1.8%	1.2%				
・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%				
・(介護予防)小規模多機能型居宅介護							
・看護小規模多機能型居宅介護	*	1.5%	1.2%				
・(介護予防)認知症対応型共同生活介護	*	3.1%	2.3%				
・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		2.7%	2.3%				
・(介護予防)短期入所生活介護							
・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%				
・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%				
・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 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)居宅介護支援管理指導 居宅介護支援 介護予防支援	0%

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](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發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=働くを得ない状況へ
- [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」

## 【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

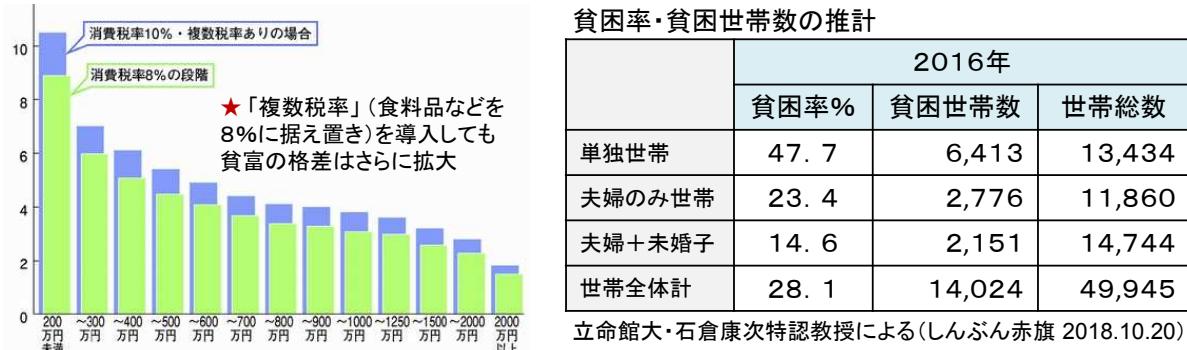
## 「教育無償化」の概要

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	● 「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	● 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 →直ちに支援打ち切り
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		● 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

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」「介護職員の待遇改善」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、「全世代型」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



- 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手にとり、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

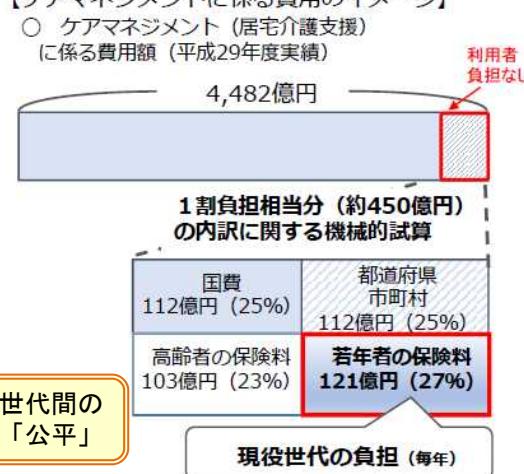
#### 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「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。」

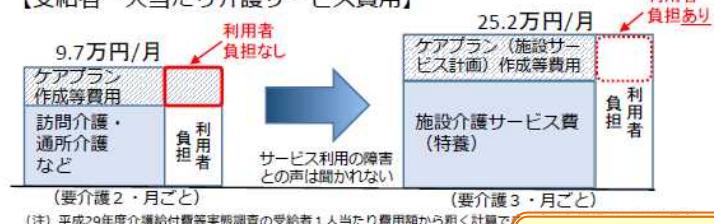
##### 【論点】

- 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はいるが、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】



##### 【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】



※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共に、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。

## 介護保険給付の範囲の在り方(軽度者へのサービスの地域支援事業への移行②) [資料Ⅱ-1-34]

### 【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。

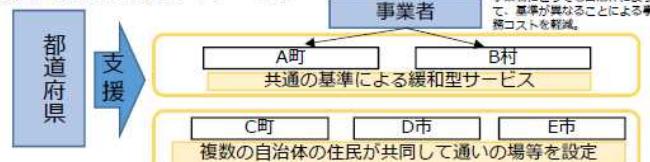
### 【総合事業の報酬の在り方】

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。

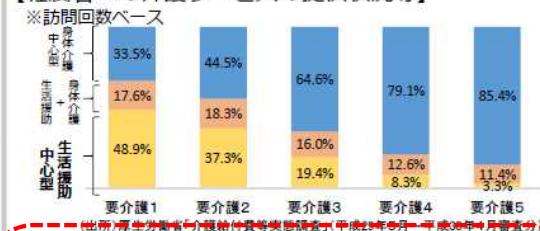
(参考例：武蔵野市の訪問型サービス報酬)

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



### 地域支援事業に移行すべき

※ 要支援1・2における訪問介護・通所介護に係る介護予防支援は地域支援事業へ移行済み(訪問介護・通所介護以外に係る介護予防支援は、引き続き給付として実施。)

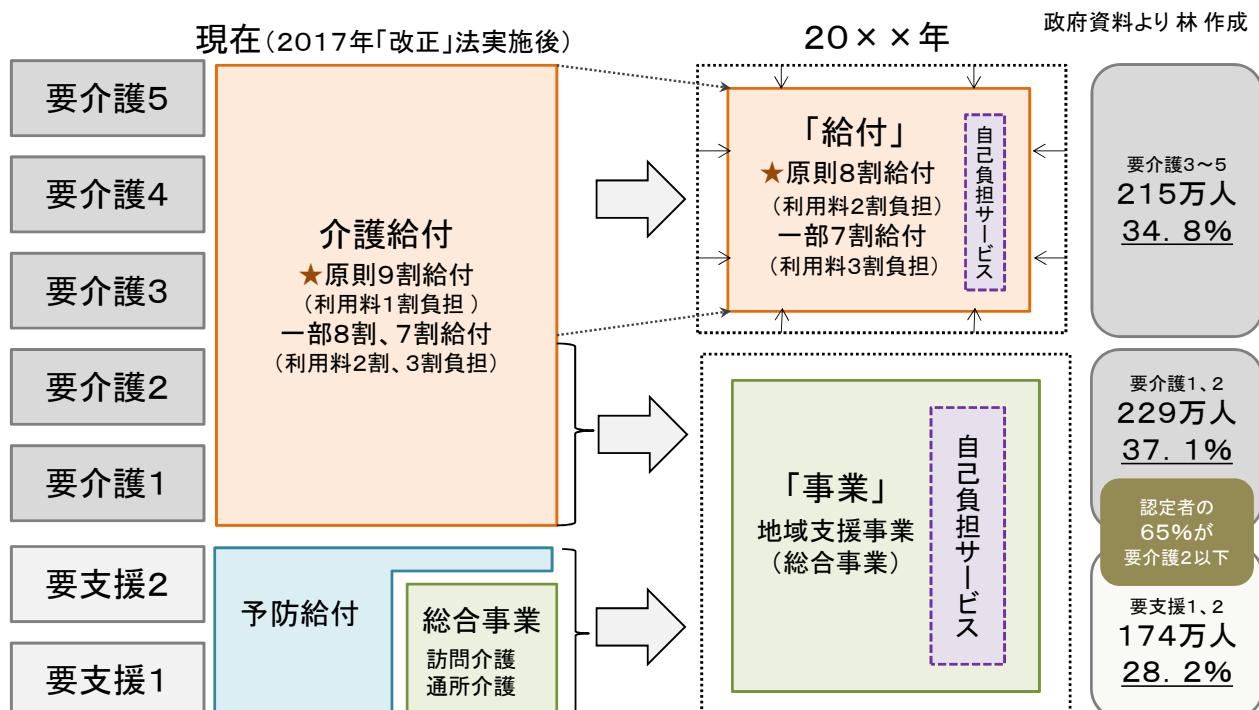
### 【改革の方向性】(案)

- 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革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](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



● 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
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



# 総合事業をめぐつて

## ■ 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

**低報酬介護利用1割**

軽介護運営難100自治体 全国

本紙全国調査

「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」

◆ 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）

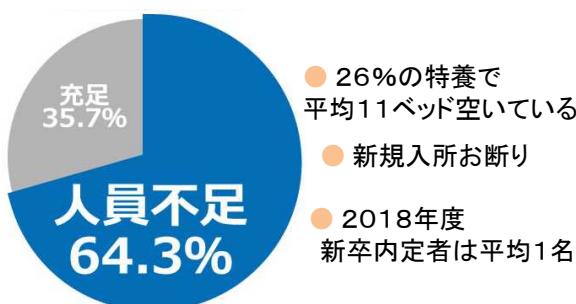
「低報酬で事業者にやらせ、未経験者を雇うストーリーは破綻した。本来は高い報酬で賃金を上げないと人材は確保できないのに議論されていない。事業者が撤退し、公的介護から取り残される人が出て介護保険が崩壊する」



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」



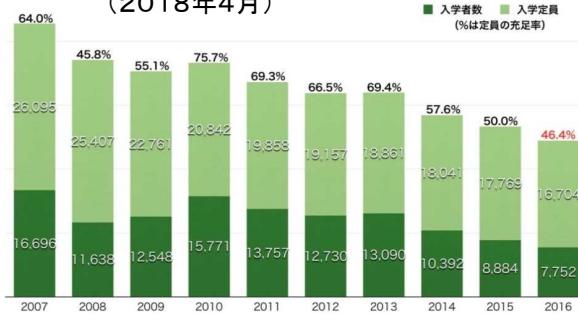
### ■ 特養建設(第6期実績)

一計画の7割(4.5万人分)にとどまる



### ■ 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)



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

16(万人)

14

12

10

8

6

4

2

0

介護離職した人数

02年10月 03・10 04・10 05・10 06・10 07・10 08・10 09・10 10・10 11・10  
03年9月 04・9 05・9 06・9 07・9 08・9 09・9 10・9 11・9 12・9

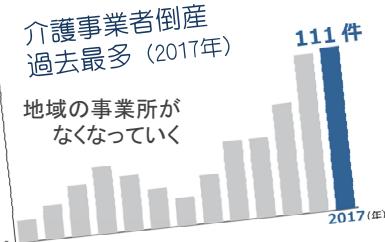
医連

## **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

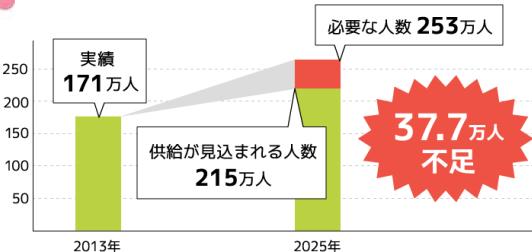
## サービス



3

「保険料を払えない」  
—財政破綻の招来必至

力才



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

# 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」

※ 堤修二氏

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年度改正から一揆営する間もなく、次期改正に向かって財務省からはより抑制的の認識が強調され、すでにその一途は財政健全化により要求されるべきだ。主税局では今後保険料率や介護報酬費分担等での議論を待たずして、給付抑制の方針がめざらさとされるとしている。前半に「今後」について介護保険制度の創設実施に問わり、初代老健局長を務めた堀田三郎氏は、「そしてこわいからの中介報酬をどうみるかだ。最終的にトッピックスも含めて、幅広いナレーティブにして聞いていた。(先月、10月10日号で連報版を掲載しました)」

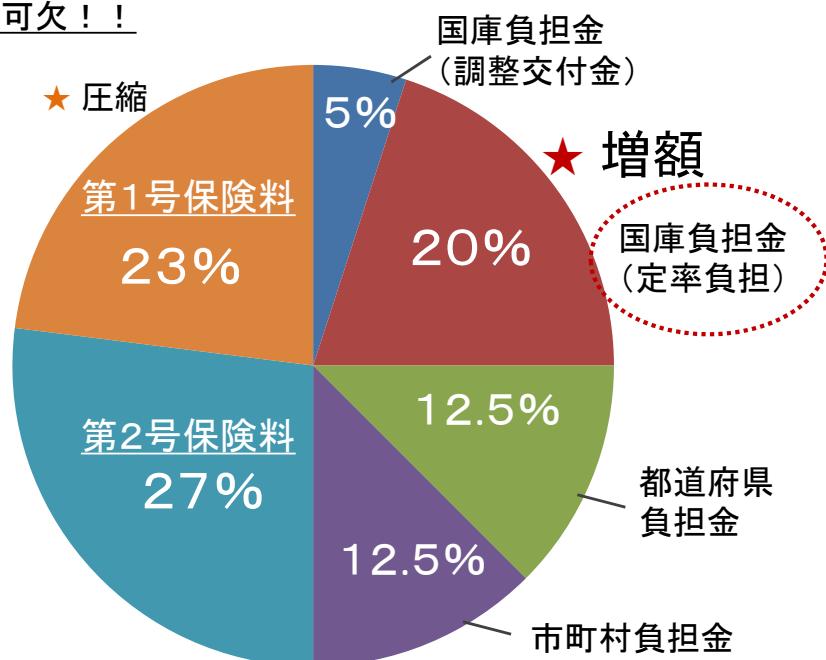
シルバー産業新聞  
2015-11-10

# 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)で家事等を手伝ってくれる家族がない。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。

- そもそも、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

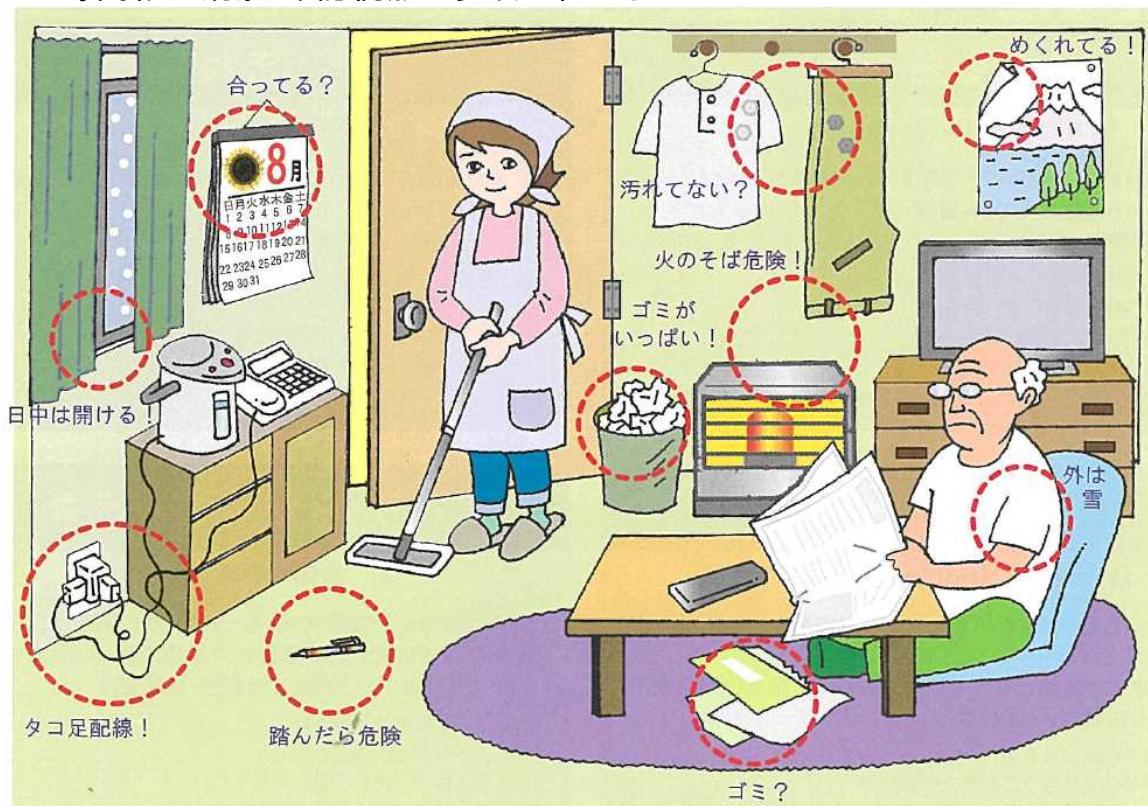
<「まったく理解できない！」—調査に寄せられたケアマネジャーの声>

—「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」の理念をめぐって - 本来の「自立」とは

「自立」とはー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

逐条解説  
介護保険法



### 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。

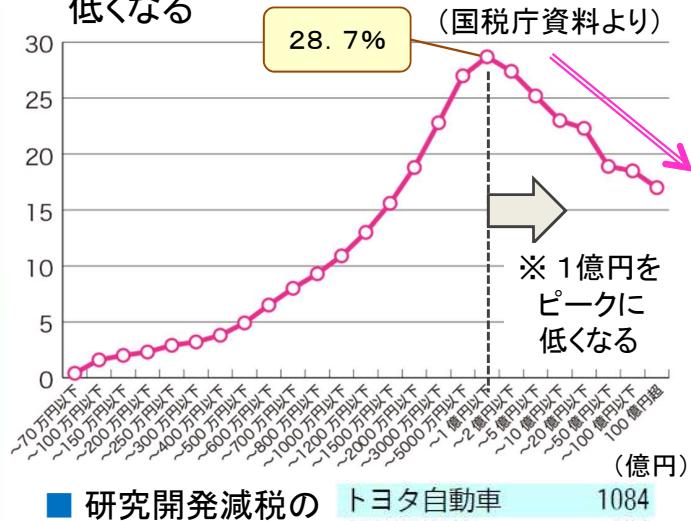
「尊厳が保持」されない「自立支援」(名ばかり自立)は、介護保険法違反

# 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



- 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!

「高福祉」・「応分の負担」

「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