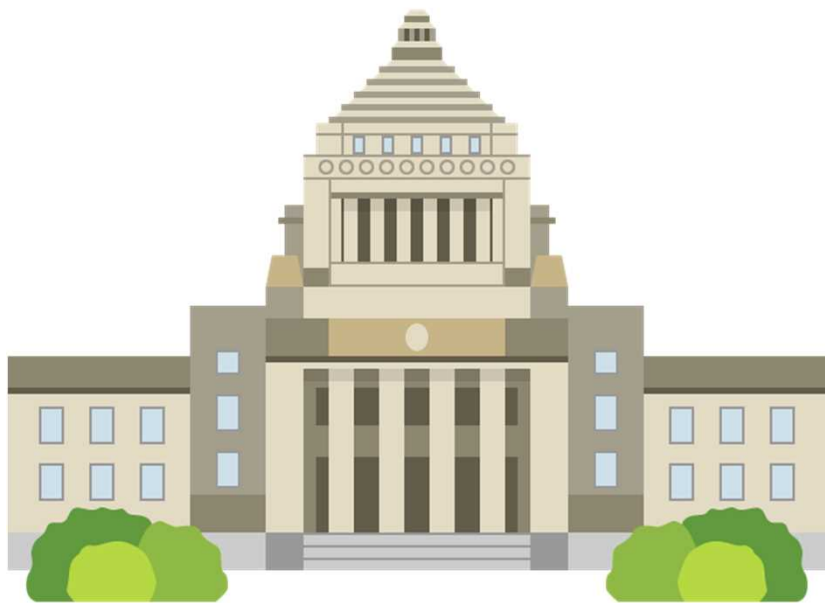


- 2019年9月26日(木)／衆議院第2議員会館第1会議室
- 9・26 介護職員民医連国会行動【学習資料】

# 介護保険見直しの動きと 介護ウェーブの取り組み



全日本民医連事務局次長  
林 泰則

# 介護保険はどう見直されてきたか

キーワード＝「持続可能性」(終始一貫)と「地域包括ケア」(一体改革)

## 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  
＝「共生型サービス」創設⇒介護保険・総合支援法の実質的「統合」

◆ 「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

- 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＞



社会保障・税  
一体改革

経済・財政  
一体改革

《2025年》

# 次期介護保険見直しの審議スタート(2019年2月～)

1. 介護予防・健康づくりの推進  
(健康寿命の延伸)

2. 保険者機能の強化  
(地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化)

3. 地域包括ケアシステムの推進  
(多様なニーズに対応した介護の提供・整備)

4. 認知症「共生」・「予防」の推進

5. 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新

# これまでの審議の経過

- 第75回介護保険部会（2月25日）  
今後のスケジュール、主な検討事項、介護保険制度を巡る状況
- 第76回介護保険部会（3月20日）  
介護予防・健康づくりと保険者機能の強化等
- 第77回介護保険部会（5月23日）  
地域包括ケアシステムの推進①、等
- 第78回介護保険部会（6月20日）  
地域包括ケアシステムの推進②、認知症施策の総合的な推進、等

- 第79回介護保険部会（7月26日）  
介護人材の確保・介護現場の革新、等

参院選

- 第80回介護保険部会（8月29日）  
第8期介護保険事業計画期間に向けての検討課題について  
今後の検討事項、介護予防の推進、地域共生社会

- 第81回介護保険部会（9月13日）  
介護保険事業計画について

※「給付と負担の見直し」  
検討開始

# 「今後の検討事項」(8月29日、第80回介護保険部会)

- 「被保険者・受給者範囲」
- 「補足給付に関する給付の在り方」
- 「多床室の室料負担」
- 「ケアマネジメントに関する給付の在り方」
- 「軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方」
- 「高額介護サービス費」
- 「現役並み所得、一定以上所得の判断基準」
- 「現金給付」

# 「今後の検討事項」(8月29日、第80回介護保険部会)

- 「被保険者・受給者範囲」  
=被保険者を30歳以上に引き下げ(現在は40歳以上)
- 「補足給付に関する給付の在り方」  
=資産要件の拡大(固定資産税の申告に基づき不動産を勘案)
- 「多床室の室料負担」  
= 老健、介護療養、介護医療院多床室での居住費徴収(基本報酬の減額)
- 「ケアマネジメントに関する給付の在り方」  
= ケアプランの有料化(定額制もしくは定率制)
- 「軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方」  
=要介護1、2の生活援助「等」(例示としてデイサービス)を「給付」から外して「事業」  
に移し替え
- 「高額介護サービス費」=2017年「改正」に続き、負担上限額の再度引き上げ
- 「現役並み所得、一定以上所得の判断基準」  
=利用料2割、3割の対象拡大(原則2割への布石)
- 「現金給付」=新たな保険給付として制度化(人手不足対策?)



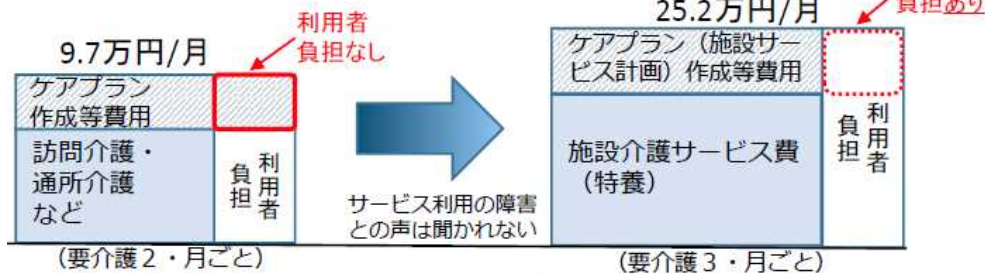
## ● 「ケアマネジメントに関する給付の在り方」

= ケアプラン有料化 定率負担の場合 ⇒ 例) 要介護3、40件未満: 月額約1400円(負担1割)  
 ⇒ 身体介護(30分~1時間) 1回約400円、通所介護(大規模型・要介護2、6~7時間) 1回約650円

- ケアマネジメントの質の向上
- 「在宅と施設の公平」
- 「世代間の公平」

★ 料金を徴収することで  
質の向上を図る

【受給者一人当たり介護サービス費用】



(注) 平成29年度介護給付費等実態調査の受給者1人当たり費用額から粗く計算できる自己負担額は1,400円程度。

★ 施設では基本サービス費の一部として利用者が負担

○ 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)



1割負担相当分(約450億円)の内訳に関する機械的試算

国費 112億円(25%)	都道府県市町村 112億円(25%)
高齢者の保険料 103億円(23%)	若年者の保険料 121億円(27%)

★ 現役世代が  
利用料分の一部を保険料で負担

現役世代の負担(毎年)

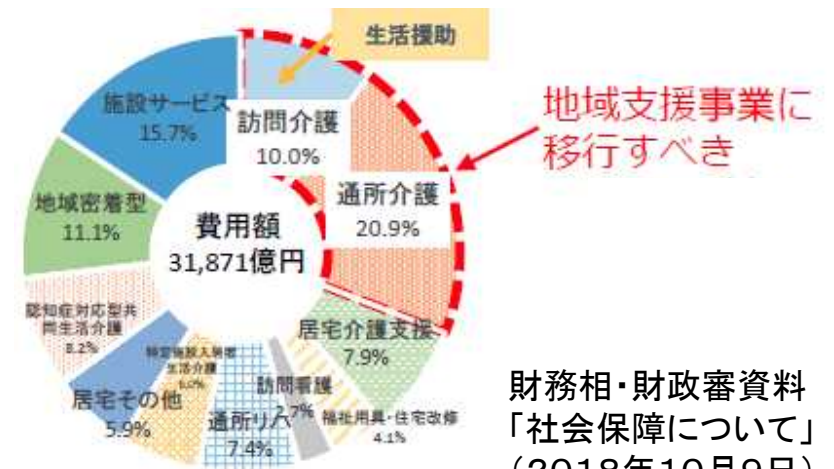
## ● 「軽度者への生活援助等に関する給付の在り方」

「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・財政審資料>

※ 「生活援助サービス」等

= 生活援助(訪問介護) + 通所介護

= 軽度給付の削減、生活援助・通所介護の切り捨て



財務相・財政審資料  
「社会保障について」  
(2018年10月9日)

# 財政インセンティブ(交付金を使って給付抑制に誘導)の強化

## 2017年「改正」で「保険者機能強化推進交付金」を創設

### ■ 「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

2018年度 …都道府県10億円、市町村190億円

### ■ 地域差の「見える化」～認定率、1人あたり給付費など

(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>

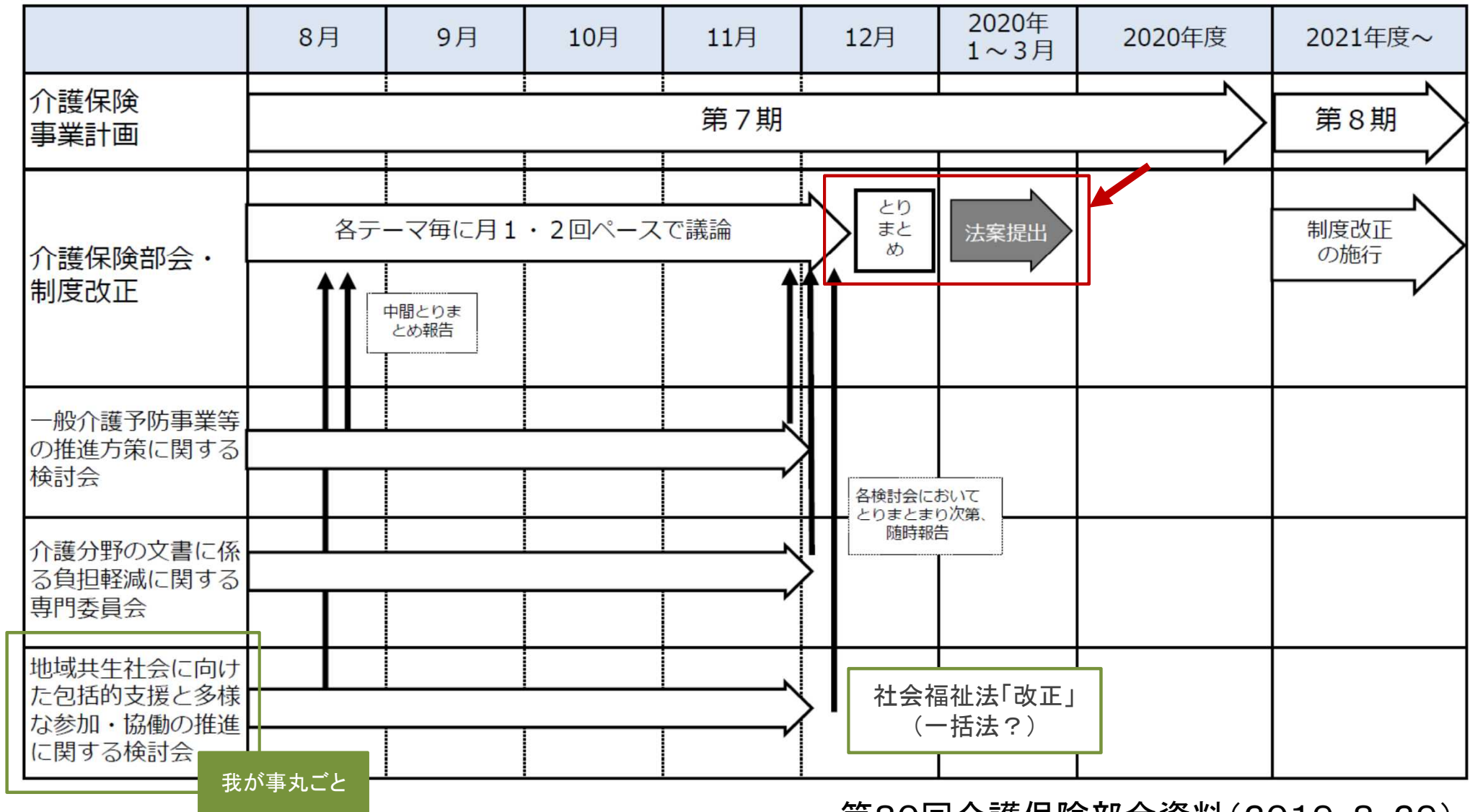


### ★ 市町村を給付費削減に駆り立て、競わせるしくみ(保険者機能をゆがめる制度)

次期見直し＝「調整交付金」(保険料の水準格差を調整する交付金)の活用



# 今後のスケジュール(案)



第80回介護保険部会資料(2019・8・29)

★介護保険部会とりまとめ(12月中旬)⇒厚労省法案作成⇒2020年通常国会に提案

# 私たちは要求します！（介護ウェーブ2019請願署名）

ケアプラン有料化などの制度見直しの中止、  
介護従事者の大幅な処遇改善、介護保険の抜本改善を求める


## <請願項目>

- 1 ケアプランの有料化、要介護1、2の生活援助の削減など、サービスの抑制や負担増につながる制度の見直しをいっさい行わないこと
- 2 すべての介護従事者の賃金を大幅に引き上げ、労働条件を抜本的に改善すること。実効性のある確保対策を講じること
- 3 介護保険料、利用料負担の軽減を図ること。必要な時に必要なサービスを受けられるよう、制度の改善をはかること
- 4 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。そのための財源を国の責任で確保すること

★ 中央社保協、全労連、全日本民医連の三者共同で取り組む請願署名です

# 「介護保険20年」をふりかえる

◆ 利用者負担(↗) 介護サービス(↘) 介護報酬(↘) 倒産件数(↗) 介護保険料(↗)

	利用者負担	介護サービス	介護報酬	倒産件数※	介護保険料
第1期 2000年度 ～2002年度	<介護保険法施行(2000年4月～)>		★3年=1期 介護報酬、事業計画、保険料を 3年毎に見直し	3	2,911円 (第1期=100) 基準額の全国平均
第2期 2003～2005	● 居住費・食費の徴収開始 (2005年10月～)	● 基盤整備の総量規制 ● 給付「適正化」対策スタート		3 8	
第3期 2006～2008		● 「新予防給付」創設 (要支援1・2を新設)		4 11 15	
第4期 2009～2011		● 処遇改善交付金制度実施 ● 認定制度の全面見直し (軽度判定化が加速)	▲2.3%	4 23 35 46	4,060円
第5期 2012～2014		● 介護報酬への組み込み (処遇改善加算～利用料に反映)	+3.0%	38 27 19	
第2次安倍政権発足 (2012年12月)		「社会保障・税の一体改革」			
★消費税8%へ(2014年4月)					
第6期 2015～2017	● 利用料2割負担導入 ● 補足給付に資産要件等導入	● 「総合事業」スタート ● 特養対象原則要介護3以上	+1.2% (▲0.8%)	33 54 54	4,972円
「我が事・丸ごと地域共生社会」の実現へ		⇒基本報酬を 軒並み引き下げ	76 108 111		
第7期 2018～2020	● 利用料3割負担導入 ● 高額介護費の上限額引き上げ ● 総報酬割導入	● 生活援助「届出制」導入 ● 「共生型サービス」創設 ● 財政インセンティブの導入	▲2.26% (▲4.48%)	33 54 54	5,514円 [最高 8,686円]
			+0.54% 適正化▲0.5%	106 上半期55件 ?	5,869円 (第7期=2011) [最高 9,800円]

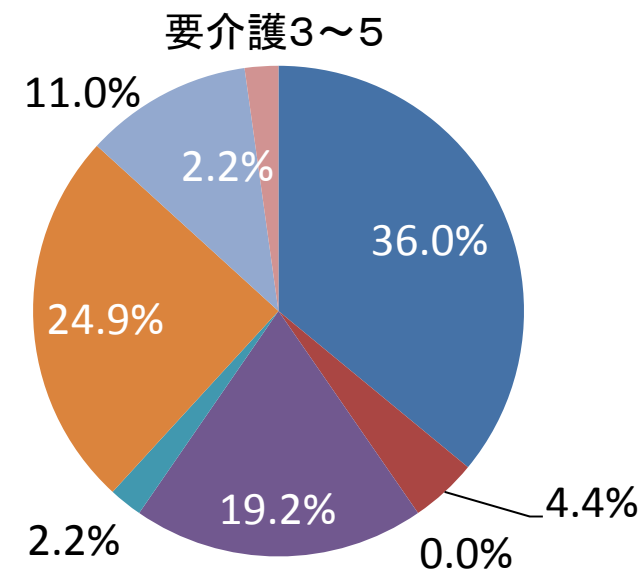
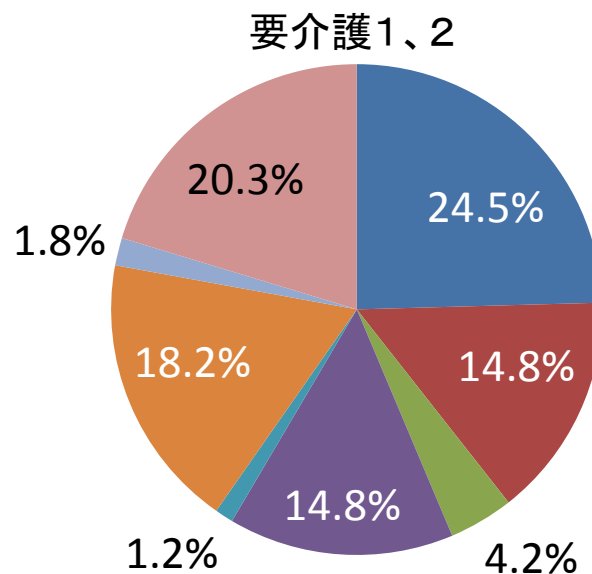
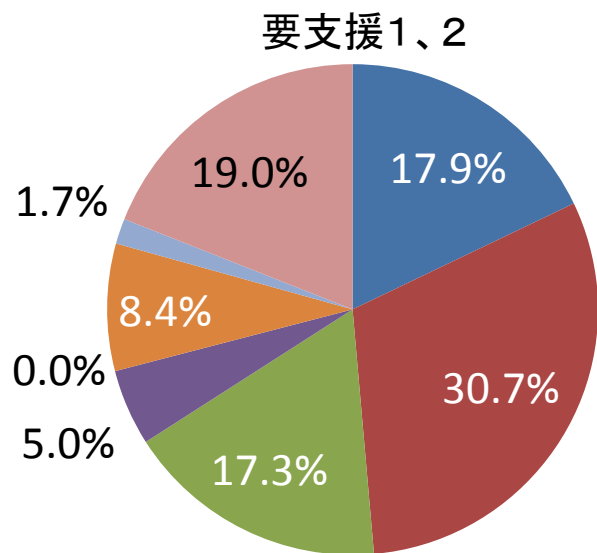
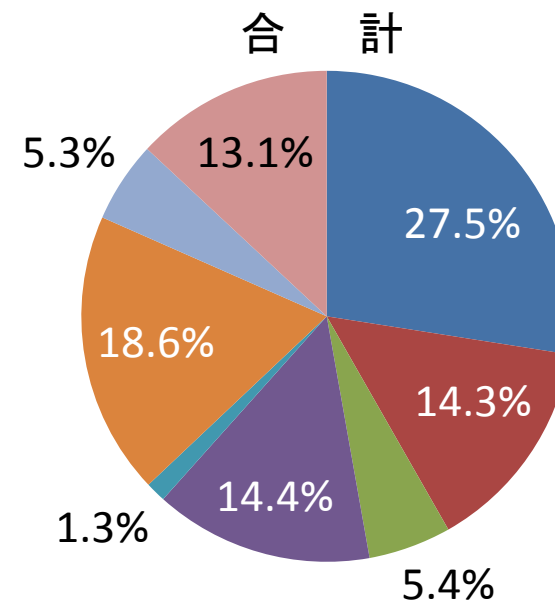
※「倒産件数」=老人福祉・介護事業所倒産件数(東京商工リサーチ調べ)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

# 現状で抱えている困難(全日本民医連2013年実態調査)

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



# 【制度】介護保険制度の抜本改革(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①—

費用負担	<ul style="list-style-type: none"><li>● 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</li><li>● 利用料の廃止</li><li>● 居住費・食費の保障</li><li>● 低所得者対策の総合強化</li></ul>
介護認定	<ul style="list-style-type: none"><li>● 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</li><li>● 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</li></ul>
サービス	<ul style="list-style-type: none"><li>● 必要なサービスは保険から給付／現物給付化</li><li>● 医療系サービスを医療保険に</li><li>● 地域支援事業、保健予防事業の一般財源化</li><li>● 理不尽なローカルルールの撤廃</li></ul>
マネジメント	<ul style="list-style-type: none"><li>● 包括的・継続的ケアマネジメントの保障</li><li>● ケアマネの裁量権拡大と経済保障</li><li>● 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</li></ul>
基盤整備	<ul style="list-style-type: none"><li>● 基盤整備に対する財政面をふくめた公的責任強化</li><li>● 総量規制方針の見直し</li><li>● 在宅、特養等の施設、居住系施設の量・質面の整備</li><li>● 家族介護への支援強化</li></ul>
介護報酬	<ul style="list-style-type: none"><li>● 経費積算方式への転換と基本報酬の大幅「底上げ」</li><li>● 人員配置基準等の見直し</li><li>● 報酬の引き上げが利用の支障を生まないしくみづくり</li></ul>
処遇改善	<ul style="list-style-type: none"><li>● 一般財源による恒久的処遇改善策の実施</li><li>● 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</li></ul>



# 【理念】「自立」の理念をめぐって一本来の「自立」を問う

—「名ばかり社会保険」から「真っ当な社会保険」への転換を②—

「自立」とは一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。

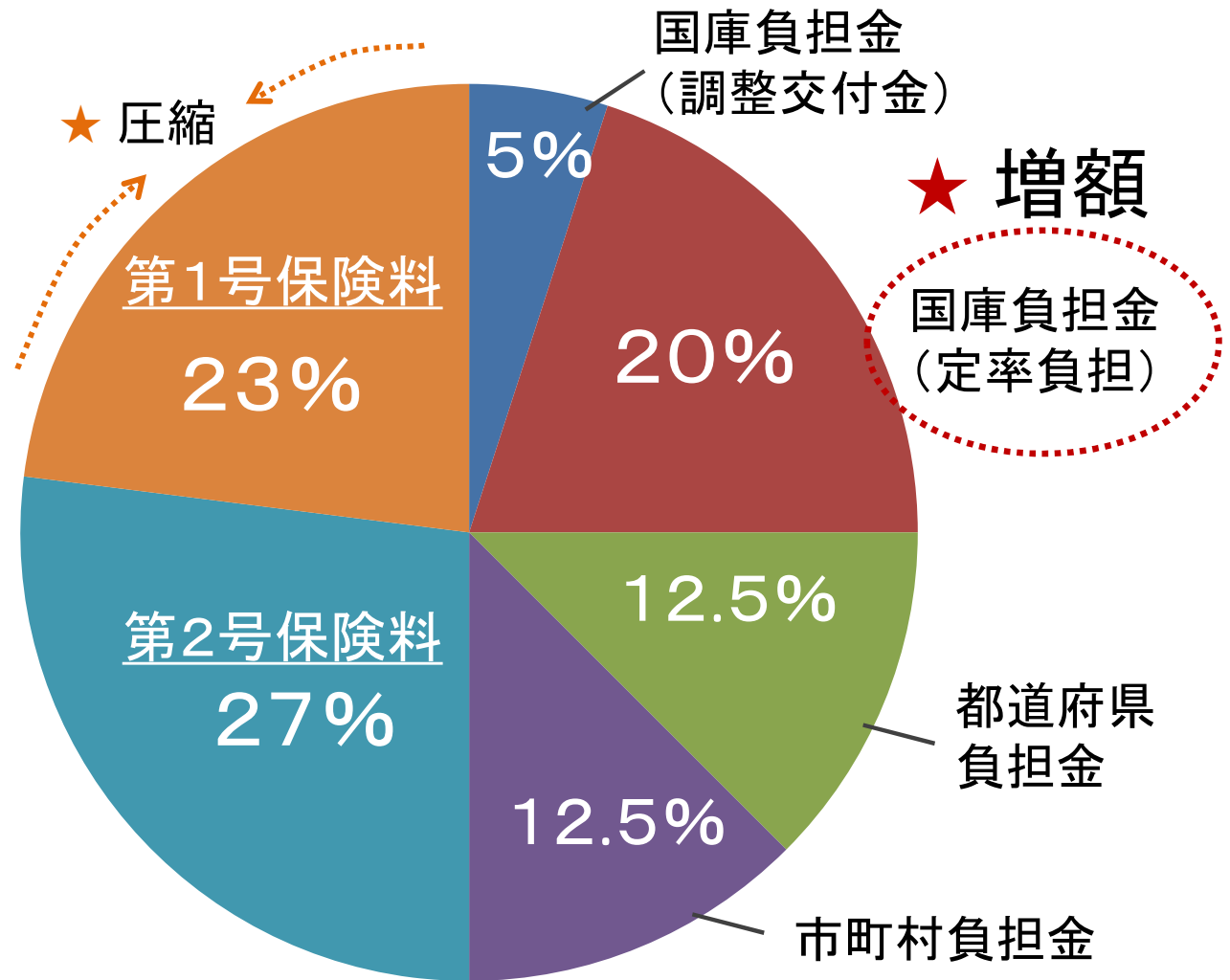
「尊厳が保持」されない「自立支援」(名ばかり自立)は、介護保険法違反

# 【財政】国庫負担割合引き上げを求める

—「名ばかり社会保険」から「真っ当な社会保険」への転換を③—

- 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



# 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

「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)