

医療・介護制度改革、 全世代型社会保障をめぐるって



全日本民医連事務局次長
林 泰則

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

社会保障制度改革全体の流れ＝「縮小化」「産業化」「互助化」

社会保障の縮小・解体

★ 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＜地域医療構想＞ ② 保険制度(給付・負担、運営)の見直し
⇒ 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

(ビジネス化・商品化)

(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」への移し替え

★ 公的サービスの「産業化」
保険外サービス、ヘルスケア、「生産性」向上
＝社会保障をビジネスに
＜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
＝公的支援の住民への「下請け化」
＜我が事「丸投げ」、地域に「強制」社会＞

産業化

互助化



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)

★3党(民・自・公)合意による

第二条 基本的考え方

社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする

- 一 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせら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(改ざん)」＞

25条の解釈改憲

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

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



第七条(介護保険制度)

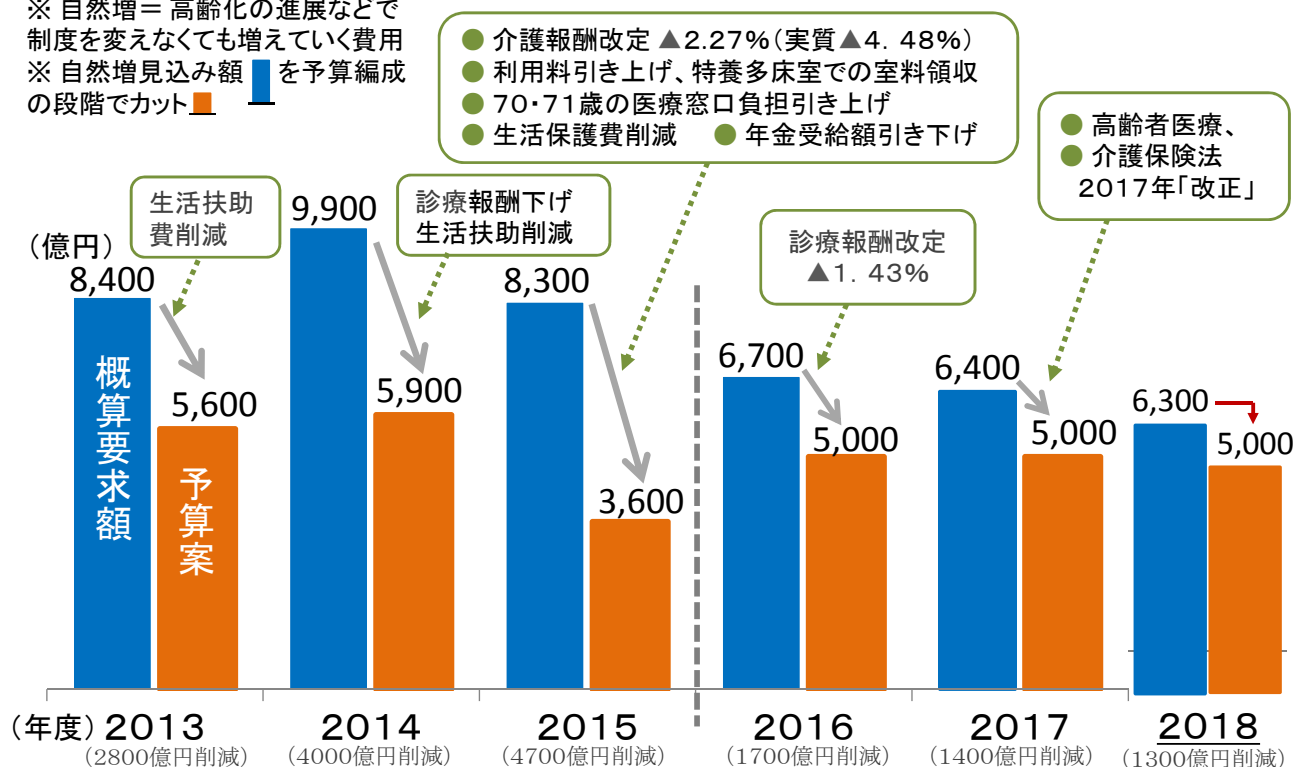
政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス(以下「介護サービス」という。)の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「縮小化」＝社会保障費自然増分の削減

2013～2018年度の6年間で1兆5900億円！

※ 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
※ 自然増見込み額  を予算編成の段階でカット 



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「全世代型社会保障検討会議」の設置(9月20日初会合)

★ 最大のねらい＝抜本的な「給付と負担の見直し」⇒社会保障「解体」検討会議

議長＝安倍晋三首相

副議長＝西村康稔 全世代型社会保障担当相(＝経済再生相を兼務)

麻生太郎財務大臣、菅義偉官房長官、高市早苗総務大臣、加藤勝信厚労大臣

有識者

中西宏明	経団連会長 【経済財政諮問会議(骨太方針)】【未来投資会議(成長戦略)】
桜田謙悟	経済同友会代表幹事 【未来投資会議】
新浪剛史	サントリーホールディングス社長 【経済財政諮問会議】
遠藤久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長【社会保障制度改革国民会議】【社会保障制度改革推進会議(改革工程表)】【社保審・介護保険部会(部会長)】
翁 百合	日本総合研究所理事長 【未来投資会議】
鎌田耕一	東洋大学名誉教授 【労働政策審議会】
清家 篤	日本私立学校振興・共済事業団理事長【社会保障制度改革推進会議】【自治体戦略2040構想・検討会(座長)】
増田寛也	東京大学公共政策大学院客員教授【財政審・財政制度分科会(会長代理)】【社会保障制度改革推進会議】【増田レポート＝2040年自治体半減、地方創生】
柳川範之	東京大学大学院経済学研究科教授【経済財政諮問会議】

社会保障の＜縮小化＞＜産業化＞＜互助化＞を全面的に推進する布体制

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

全世代型社会保障検討会議 関連発言

- 第1回全世代型社会保障検討会議（令和元年9月20日） 安倍総理とりまとめ発言抜粋（安倍総理）

本日新たに審議を開始する、この全世代型社会保障検討会議においては、少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で、人生100年時代の到来を見据えながら、お年寄りだけでなく、子供たち、子育て世代、更には現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、医療、介護、労働など、社会保障全般に渡る持続可能な改革を更に検討していきます。西村全世代型社会保障改革担当大臣を始め、加藤厚生労働大臣など、関係大臣の総力を挙げて早速具体的な検討を開始していただきたいと思います。

- 西村大臣会見模様抜粋（令和元年9月11日）（西村大臣）

検討会議でこの全世代型社会保障改革の基本的考え方と具体的な方針を取りまとめていくことを考えております。年末までに中間報告、そして来夏までに最終報告を取りまとめる方向で考えております。その中で、既に骨太方針の中でも書かれておりますけれども、年金と介護につきましては、来年の通常国会での法改正も視野に検討を進めていきたいというふうに思っております。ですので、年末までの中間報告、来年夏までの最終報告に向けて、しっかりと議論していきたいというふうに思います。

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

安倍首相・所信表明演説(2019・10・4)

<一億総活躍社会>

「みんなちがって、みんないい」

新しい時代の日本に求められるのは、多様性であります。みんなが横並び、画一的な社会システムの在り方を、根本から見直していく必要があります。多様性を認め合い、全ての人がその個性を活かすことができる。そうした社会を創ることで、少子高齢化という大きな壁も、必ずや克服できるはずです。

若者もお年寄りも、女性や男性も、障害や難病のある方も、更には、一度失敗した方も、誰もが、思う存分その能力を発揮できる、一億総活躍社会を、皆さん、共に、創り上げようではありませんか。



第200回国会での表明演説

<全世代型社会保障>

一億総活躍社会の完成に向かって、多様な学び、多様な働き方、そして多様なライフスタイルに応じて安心できる社会保障制度。3つの改革に、安倍内閣は果敢に挑戦いたします。

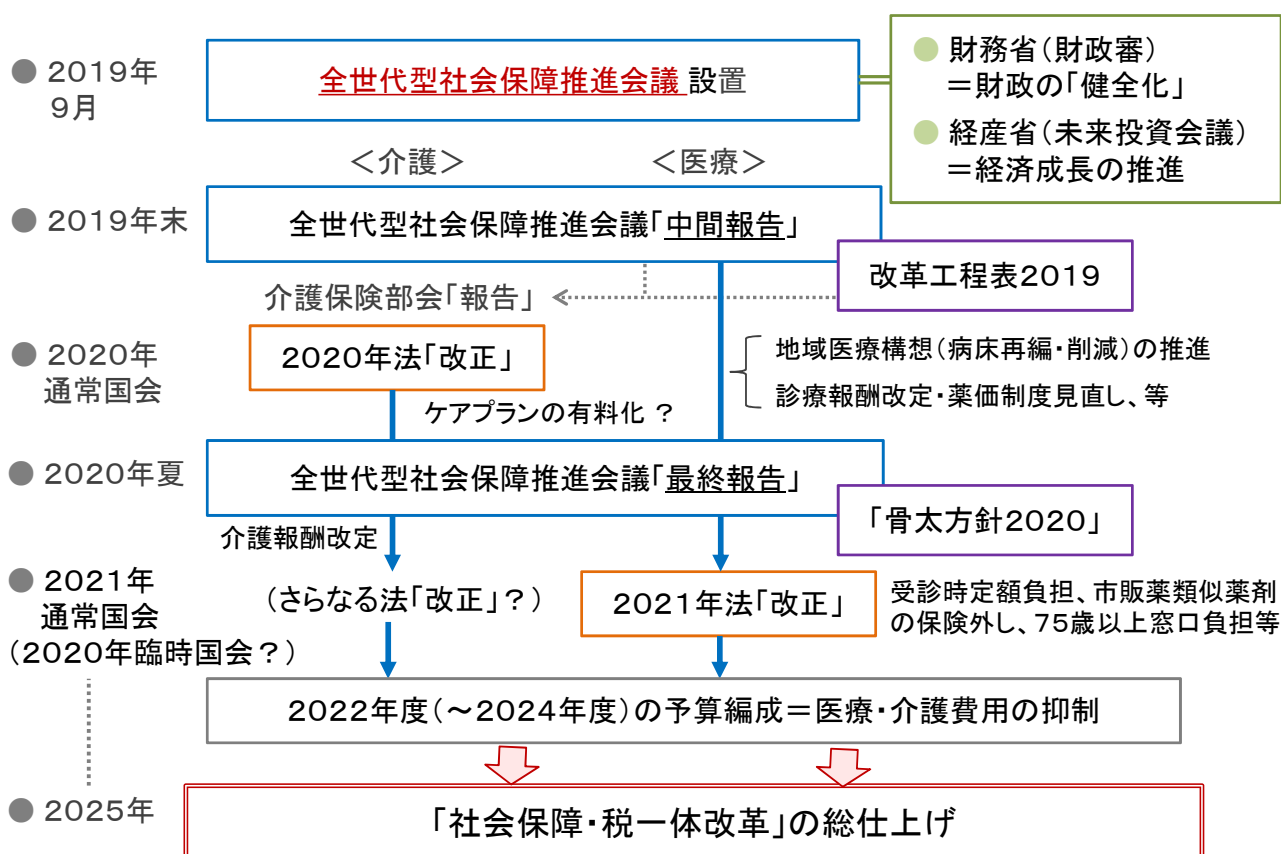
65歳を超えて働きたい。8割の方がそう願っておられます。高齢者の皆さんの雇用は、この6年間で、新たに255万人増えました。その豊富な経験や知恵は、日本社会の大きな財産です。

意欲ある高齢者の皆さんに70歳までの就業機会を確保します。いつまでも健康でいられるよう、予防にも重点を置いた医療や介護の充実を進めます。同一労働同一賃金によって正規・非正規の壁がなくなる中で、厚生年金の適用範囲を拡大し、老後の安心を確保します。

年金、医療、介護、労働など社会保障全般にわたって、人生100年時代を見据えた改革を果敢に進めます。令和の時代にふさわしい、子どもからお年寄りまで全ての世代が安心できる社会保障制度を、大胆に構想してまいります。

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

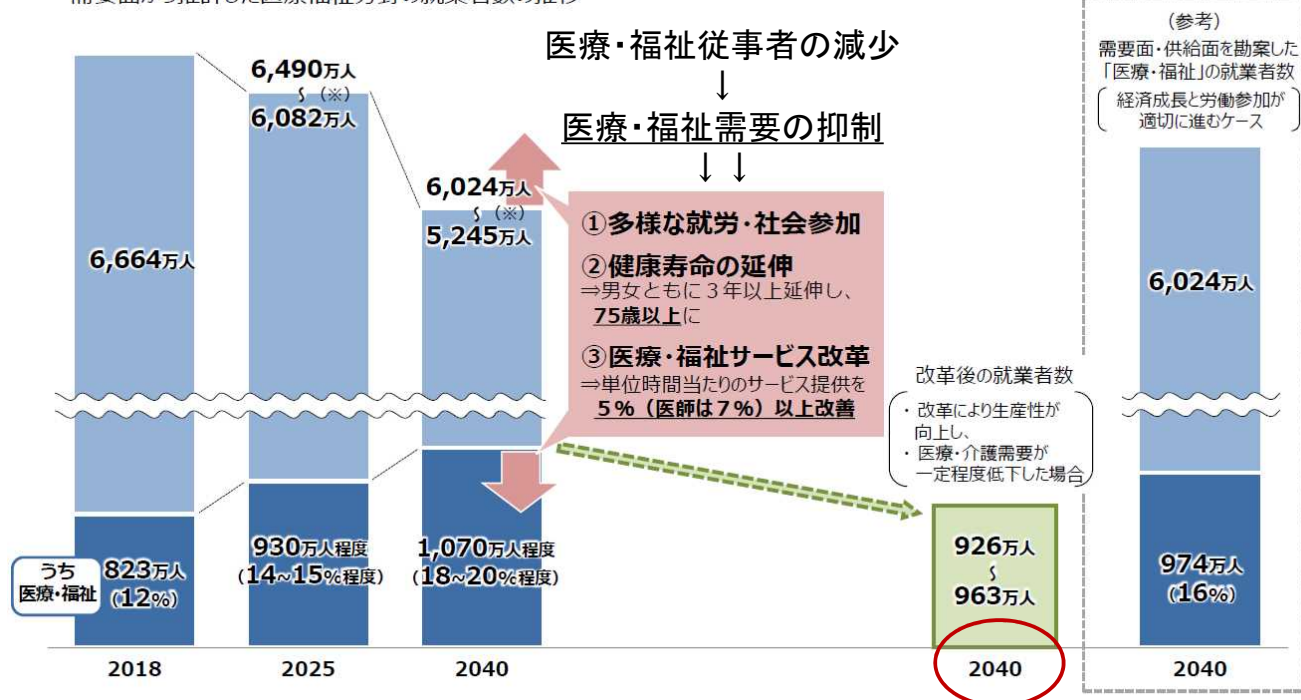
「全世代型社会保障」のもとでの給付と負担の見直し



社会保障制度改革の背景②ー働き手の減少

2040年に向けたマンパワーのシミュレーション
需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移

★2040年に照準



※総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2019年3月)による。
総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

厚労省「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」資料(2019年5月29日)

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000101520_00002.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

厚労省「2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現」

- 来年10月の消費税率の引上げによって、2025年を念頭に進められてきた社会保障・税一体改革が完了。今後、団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年を見据えた検討を進めることが必要。
- 2040年を見通すと、現役世代(担い手)の減少が最大の課題。一方、高齢者の「若返り」が見られ、就業率も上昇。今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、以下の取組を進める。
 - ①多様な就労・社会参加の環境整備
 - ②健康寿命の延伸
 - ③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上
 - ④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

「現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題」

多様な就労・社会参加

【雇用・年金制度改革等】

- 更なる高齢者雇用機会の拡大に向けた環境整備
- 就職氷河期世代の就職支援・職業的自立促進の強化
- 中途採用の拡大
- 年金受給開始年齢の柔軟化、被用者保険の適用拡大、私的年金(iDeCo(イデコ)等)の拡充
- 地域共生・地域の支え合い

健康寿命の延伸

【健康寿命延伸プラン】

※来夏を目途に策定

- 2040年の健康寿命延伸に向けた目標と2025年までの工程表
- ①健康無関心層へのアプローチの強化、②地域・保険者間の格差の解消により、以下の3分野を中心に、取組を推進
 - ・次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等
 - ・疾病予防・重症化予防
 - ・介護予防・フレイル対策、認知症予防

医療・福祉サービス改革

【医療・福祉サービス改革プラン】

※来夏を目途に策定

- 2040年の生産性向上に向けた目標と2025年までの工程表
- 以下の4つのアプローチにより、取組を推進
 - ・ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革
 - ・タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進
 - ・組織マネジメント改革
 - ・経営の大規模化・協働化

「引き続き取り組む政策課題」

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

厚労省「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」資料(2018・10・22)

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000101520_00002.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

全世代型社会保障のねらい＜人生100時代＞＜一億総活躍社会＞

■【消費税】消費税増税セットで実施＝「社会保障・税の一体改革」

- 2019年10月より、消費税を「10%」に引き上げ
⇒「教育の無償化」「介護職の待遇改善」～「人づくり革命」(人生100年時代構想)
- 消費税10%化で社会保障改革構想は完成 ⇒ 2025年に向けて「総仕上げ」へ
★ 負担と給付の抜本的見直し

■【手法】世代間の分断・対立のもちこみ(“あおり”運転)

- 少子高齢化は「国難」(高齢化は「リスク」)
- 「給付は高齢者中心・負担は現役世代中心」の転換

■【内容①】高齢者の雇用制度改革と一体的に推進

- 雇用環境の整備(継続雇用年齢引き上げ等)
＋ 予防・健康づくり(健康寿命の延伸)
⇒ 「元気で働き続けられる」環境づくり
- 年金制度の改革 ⇒ 「働かざるを得ない」状況へ

■【内容②】経済成長戦略と一体的に推進

- 「全世代型社会保障担当大臣」新設(第4次内閣～)
⇒ 現在は西村経済再生大臣が兼務
- 「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。
⇒ 西村大臣はそのとりまとまとめ役＝「産業化」の推進

■【目標】「一億総活躍」＝経済成長戦略に国民を総動員 ⇒ 戦争できる国づくり (…「活躍」出来ない人は?)



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「給付と負担の見直し」＝財務省(財政審)の方針／医療

国民皆保険を維持しつつ、制度の持続可能性を確保していくための制度改革の視点

	保険給付範囲の在り方の見直し	保険給付の効率的な提供	高齢化・人口減少下での負担の公平化
視点	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」の原則の徹底 ○ 高度・高額な医療技術や医薬品への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療・介護提供体制の改革(過剰な病床の削減等) ○ 公定価格の適正化(診療報酬・薬価改定) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 年齢ではなく能力に応じた負担 ○ 支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応
今後の主な検討事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 受診時定額負担の導入 ○ 薬剤自己負担の引上げ ○ 経済性の面からの評価も踏まえた保険収載等の在り方 ○ 保険外併用療養費制度の更なる活用 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療報酬の合理化・適正化 ○ 地域医療構想の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・ 達成状況が不十分であった場合のより実効性が担保される方策 ○ 国保の保険者機能の強化 <ul style="list-style-type: none"> ・ 法定外繰入等の解消 ・ 都道府県内保険料水準の統一 ○ 薬価制度抜本改革における残された課題への取組 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 75歳以上の窓口負担割合について70～74歳時と同じ2割の維持 ○ 現役並み所得の判定基準の見直し ○ 支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応

財政審(2019・11・1)資料「社会保障について②ー医療」

https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/index.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「給付と負担の見直し」＝財務省(財政審)の方針／介護

今後の主な改革の方向性

視点1 給付・サービスの範囲の見直し	視点2 給付・サービスの効率的な提供	視点3 時代に即した公平な給付と負担
-----------------------	-----------------------	-----------------------

◆ これまでに取り組んできた主な事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 特別養護老人ホームの重点化 <ul style="list-style-type: none"> ・ 2015年4月から、特養入所者を要介護3以上の高齢者に重点化。 ○ 要支援者の訪問・通所介護の地域支援事業への移行 <ul style="list-style-type: none"> ・ 2018年3月末に移行完了。 ○ 福祉用具貸与・住宅改修に係る給付の適正化 <ul style="list-style-type: none"> ・ 2018年10月に福祉用具貸与等の貸与価格の上限を設定。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ インセンティブ交付金(保険者機能強化推進交付金)の創設 <ul style="list-style-type: none"> ・ 2018年度から、保険者による自立支援、重度化防止等に向けた取組への財政的インセンティブを付与。 ○ 頻回のサービス利用についてのケアプランチェック <ul style="list-style-type: none"> ・ 2018年10月から、「全国平均利用回数+2標準偏差」の生活援助サービスのケアプランを検証。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者負担の引上げ <ul style="list-style-type: none"> ・ 所得額に応じて、2割負担、3割負担を導入。 ○ 補足給付に資産要件を追加 <ul style="list-style-type: none"> ・ 2015年8月に預貯金等を勘案する資産要件を追加。 ○ 介護納付金(2号保険料)の総報酬割導入 <ul style="list-style-type: none"> ・ 2017年8月分から、段階的に移行し、2020年度に全面移行。
---	--	---

◆ 今後の主な改革の方向性

<ul style="list-style-type: none"> ○ ケアマネジメントの利用者負担の導入 ○ 軽度者へのサービスの地域支援事業への更なる移行 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域支援事業の有効活用 <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の実情に合った多様なサービス提供の促進 ○ インセンティブ交付金のメリハリ付けの強化等 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者負担の更なる見直し ○ 多床室の室料負担の見直し ○ 補足給付の要件見直し
--	---	--

財政審(2019・10・9)資料「社会保障について①ー総論・年金・介護・子育て」

https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/index.html

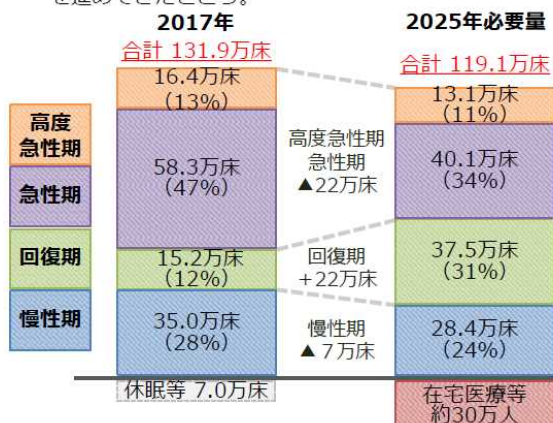
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

地域医療構想の推進

- 厚生労働省は公立・公的病院等の診療実績を分析し、地域医療構想の実現に向け、具体的対応方針の再検証が必要な424病院の名称を公表。遅くとも2020年9月までの再検証を要請。
- 2025年に実現すべき姿に向け、KPIを設けて中間的な達成状況を評価するとともに、その達成状況が不十分な場合には、都道府県知事の権限の在り方を含むより実効性が担保される方策を検討すべき。また、都道府県に対する地域医療介護総合確保基金の配分については、一定の基準を設けた上で、積極的に取り組む地方団体に対して支援できるよう大胆にメリハリ付けをすべき。

◆ 地域医療構想における病床の機能分化等

- 地域医療構想は、都道府県が概ね二次医療圏単位で策定したもの。将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示すガイドライン等に基づき推計。
- これまで、個々の医療機関が、2025年に持つべき医療機能ごとの病床数などを盛り込んだ計画の策定を進めてきたところ。



◆ 具体的対応方針の再検証が求められた医療機関

- 公立・公的病院等については、2018年度末までに具体的対応方針の策定を概ね終えたものの、その内容は2025年に実現すべき姿に沿ったものとなっておらず、再検証を要請。

A 診療実績が特に少ない	B 機能が類似し地理的に近接
全国の構想区域を人口規模別のグループに分け、9領域の全てにおいて各グループ内で診療実績が下位33.3%	6領域の全てにおいて、区域内での診療実績が相対的に少なく、自動車で20分以内に一定の診療実績を有する病院が存在
277病院	147病院 (Aに該当する先を除く)

(注) B類型の6領域は「がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期」であり、Aの9領域はこれらに「災害・へき地・医師派遣機能」を加えたもの。

◆ 地域医療介護総合確保基金(医療分・公費ベース)の交付状況 (億円)



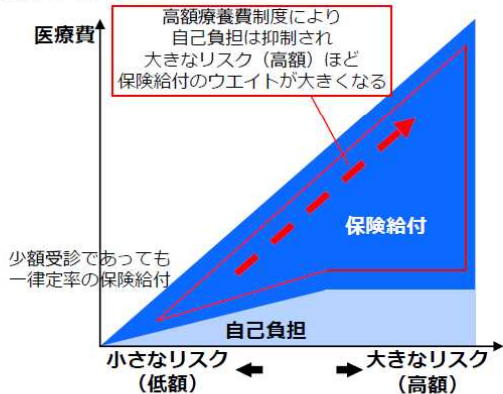
財務省・財政審(2019・11・1)資料

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

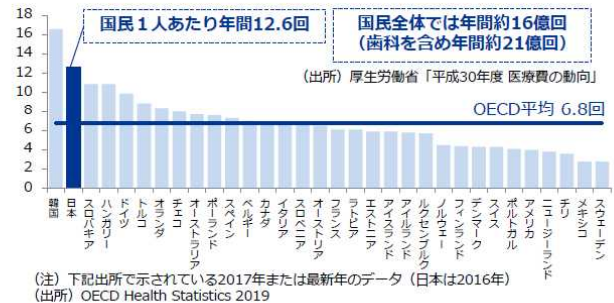
保険給付範囲の在り方の見直し：受診時定額負担の導入

- 日本の年間外来受診回数はOECD平均の約2倍であり、内科・歯科合計で年間約21億回。
- 医療保険制度の基本は大きなリスクへの備え。限られた医療資源の中で医療保険制度の持続可能性を確保し、高額な医療費がかかった場合には医療保険がしっかりと支えるという安心を確保していく必要。このため、外来受診に関し、少額の定額負担を導入し広く負担を分かち合うべきではないか。
- これにより、全体として医療保険給付の伸びを抑制することを通じ、現役世代の保険料負担等を軽減しつつ、重点的に大きなリスク・高額な医療費を支えていくことが可能。

◆ 保険給付のイメージ

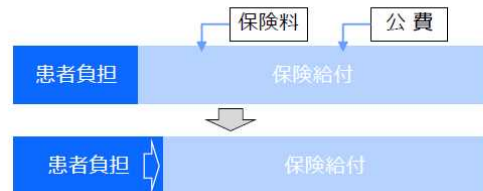


◆ 1人あたり年間外来受診回数（内科）の国際比較



◆ 受診時定額負担導入による保険財政への効果（イメージ）

⇒ 保険給付の減少を通して現役世代の保険料負担等を軽減



◆ 外来医療費の1件当たり診療報酬点数の分布



財務省・財政審(2019・11・1)資料

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

保険給付範囲の在り方の見直し：薬剤自己負担の引上げ

- 高額・有効な医薬品を一定程度公的保険に取り込みつつ、制度の持続可能性を確保していくためには、小さなリスクへの保険給付の在り方を検討する必要。
- リスクに応じた自己負担や市販品と医療用医薬品とのバランスといった観点等を踏まえ、①OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品に対する保険給付の在り方の見直し、②薬剤の種類に応じた自己負担割合の設定、③薬剤費の一定額までの全額自己負担などの手法を検討すべき。

◆ これまでに取り組んできた医薬品の適正給付の例

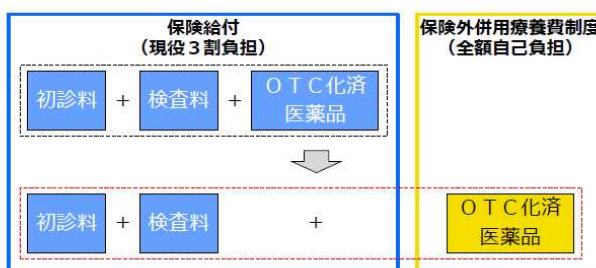
(以下を保険算定の対象外とする措置)

⇒ 保険給付の抑制の効果は不十分

2012年度	単なる栄養補給目的のビタミン製剤の投与
2014年度	治療目的以外のうがい薬単体の投与
2016年度	必要性のない70枚超の湿布薬の投与

① 保険外併用療養費制度の活用

⇒ 薬局でも買える医薬品を医療機関で処方する場合に、技術料は保険適用のままで医薬品だけ全額自己負担とする枠組みを導入



② 薬剤の種類に応じた自己負担割合の設定

(フランスの例)

抗がん剤等の代替性のない 高額医薬品		0%
国民連帯の観点から 負担を行うべき 医療上の利益を評価して分類 (医薬品の有効性等)	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

③ 薬剤費の一定額までの全額自己負担

(スウェーデンの例)

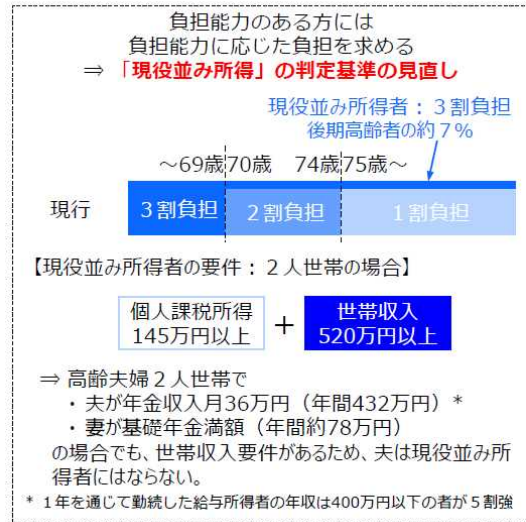
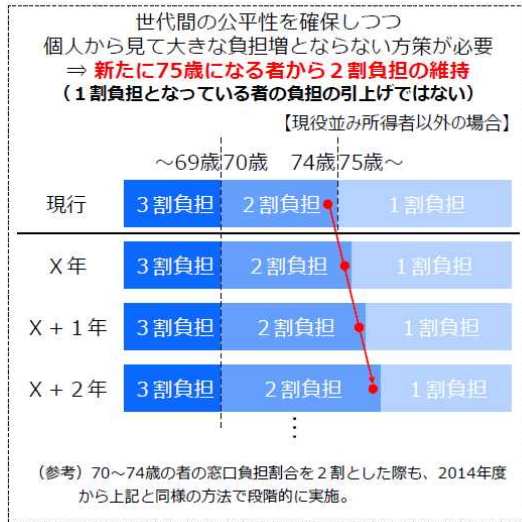
年間の薬剤費	自己負担額
1,150クローネまで	全額自己負担
1,150クローネから5,645クローネまで	1,150クローネ + 超えた額の一定割合
5,645クローネ超	2,300クローネ

(注) 1クローネ=11円
(令和元年11月中において適用される裁定外国為替相場)

財務省・財政審(2019・11・1)資料

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

- 2022年に迫っている**団塊の世代の75歳への到達**、今後加速していく**支え手の減少**を踏まえつつ、**世代間・世代内の公平性を確保するための見直し**を行っていく必要。
- 具体的には、人生100年時代を踏まえ、年齢に応じた負担から負担能力に応じた負担に転換していく観点から、高齢者の窓口負担割合について、
 - ・ **新たに75歳になる者から70～74歳時と同じ2割の維持（現在1割負担となっている者の負担の引き上げではない）**
 - ・ **「現役並み所得」の判定基準の見直し**
 などを検討していくべきではないか。



23

財務省・財政審(2019・11・1)資料

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「今後の検討事項」(8項目)＝持続可能な制度の再構築 第80回介護保険部会資料(2019・8・29)等より作成

- 「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「地域支援事業」へ
- 「現役並み所得、一定以上所得の判断基準」
＝利用料3割負担、2割負担の対象拡大(財務省＝「原則2割」提言)
- 「高額介護サービス費」＝「一般区分」の負担上限額の再度引き上げ
- 「多床室の室料負担」
＝老健、介護療養、介護医療院多床室での室料徴収(基本報酬の減額)
- 「補足給付に関する給付の在り方」
＝資産要件の見直し(金融資産要件(貯金額)の見直し、不動産の勘案)
- 「被保険者・受給者範囲」
＝被保険者を30歳以上に引き下げ 65歳→第1子 2000年:40歳、2050年:33歳
- 「現金給付」＝新たな保険給付として制度化(人手不足対策?)

ケアプラン(ケアマネジメント)の有料化

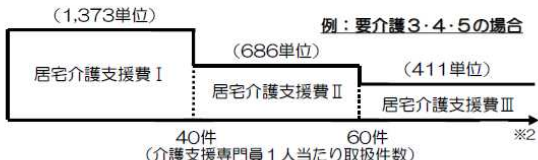
居宅介護支援の介護報酬のイメージ (1月あたり)

利用者の要介護度や取扱件数に応じた基本サービス費

	要介護1・2	要介護3・4・5
居宅介護支援費Ⅰ	1,057単位/月	1,373単位/月
居宅介護支援費Ⅱ	529単位/月	686単位/月
居宅介護支援費Ⅲ	317単位/月	411単位/月

【報酬体系は逓減制】※1

(320円～1400円?)



※1 介護支援専門員(常勤換算)1人当たり40件を超えた場合、超過部分のみに逓減制(40件以上60件未満の部分は居宅介護支援費Ⅱ、60件以上の部分は居宅介護支援費Ⅲ)を適用

※2 取扱件数には介護予防支援受託者数を2分の1とした件数を含む

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

初回利用者へのケアマネジメントに対する評価 (300単位)

入院時の病院等との連携
・入院後3日以内: 200単位
・入院後7日以内: 100単位

退院・退所時の病院等との連携
・退院・退所時カンファレンスへの参加あり
(連携1回: 600単位、連携2回: 750単位、連携3回: 900単位)
・退院・退所時カンファレンスへの参加なし
(連携1回: 450単位、連携2回: 600単位)

利用者の状態の急変等に伴い利用者宅で行われるカンファレンスへの参加 (200単位)

末期がん患者に対する頻回な居宅訪問や主治医・事業者との連携に対する評価 (400単位)

ケアマネジメント等の質の高い事業所への評価
(Ⅰ: 500単位、Ⅱ: 400単位、Ⅲ: 300単位、Ⅳ: 125単位)

小規模多機能型居宅介護事業所との連携 (300単位)

看護小規模多機能型居宅介護事業所との連携 (300単位)

サービス担当者会議や定期的な利用者の居宅訪問未実施、契約時の説明不足等 (▲50%)

訪問介護等において特定の事業所を位置付ける割合が80%を超える場合 (▲200単位)

介護予防支援の介護報酬のイメージ (1月あたり)

介護予防支援費 431単位/月

小規模多機能型居宅介護事業所との連携 (300単位)

初回利用者へのケアマネジメントに対する評価 (300単位)

★ 他サービスの利用料(1割負担の場合)

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

第84回介護保険部会資料(2019・10・9)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「軽度者への生活援助等に関する給付の在り方」

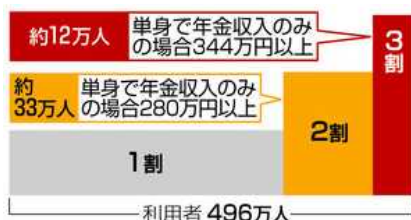
「残された要介護1・2の者の生活援助サービス等について、サービスの質を確保しつつ、保険給付の厚みを引き下げていく観点から、第8期介護保険事業計画期間中の更なる地域支援事業への移行や利用者負担の在り方について具体的に検討していく必要」<財務省・財政審資料>

※ 生活援助「等」

= 生活援助(訪問介護) + 通所介護



「現役並み所得、一定以上所得の判断基準」



● 2015年8月より(2014年法「改正」)

「一定所得」以上(単身で年金収入のみ・280万円以上) ⇒ 2割へ

● 2018年8月より(2017年法「改正」)

「現役並み所得」以上(単身で年金収入のみ・344万円以上) ⇒ 3割へ

⇒ 「一定所得」「現役並み所得」の基準額引き下げ=2割・3割負担の拡大 = 「原則2割負担」への布石

多床室の室料負担

食費	自己負担	食費	自己負担	食費	自己負担
光熱水費 + 室料		光熱水費 + 室料		光熱水費 + 室料	
基本サービス費(総費用) 24.9万円		基本サービス費(総費用) 27.2万円		基本サービス費(総費用) 29.5万円	
特養老人ホーム(個室・多床室)		介護老人保健施設(従来型個室)		介護老人保健施設(多床室)	

老健施設、介護療養型医療施設、介護医療院の多床室でも居住費を徴収する(基本報酬から居住費相当額を減額する)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

高額介護サービス費、補足給付見直しの具体案？

(マスコミ報道)

特養補助対象者 削減へ

預金等600万円以下に限定

介護費480億円抑制

負担と給付 公平性焦点

高所得者の介護負担増

厚労省方針 上限額2〜3倍に

厚生労働省は5日、膨張する社会保障費のうち、主に65歳以上の高齢世帯を対象に、介護サービスを受ける際の自己負担の月額上限を定める方針を固めた。現在の月額上限は低収入を除くと4万4400円だが、年収約770万超の世帯は9万3000円、約1160万円以上100万円増やす。改正後2021年入る。介護保険制度の維持が目的で、比較的高所得者に負担を求める。

21年度にも導入

介護サービスを利用した人の自己負担は1〜3割。利用者の負担が過重にならないよう、高額介護サービス費という仕組みがあり、月ごとの自己負担額に上限を設け、超えた分は払い戻しする。現在の上限は、住民税課税世帯であれば収入額に超えなく4万4400円、今回これを見直す。

高額介護サービス費の月額上限				
住民税	年収	現状の月額上限額	見直し後	
課税世帯	約1160万円以上	4万4400円	14万100円	
	約770万〜約1160万円		9万3000円	
	約770万円まで		4万4400円	
世帯 非課税	世帯	2万4600円	現状のまま	
	個人	1万5000円		

東京新聞 2019・10・6

日経新聞 2019・10・30

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

ケアプラン(ケアマネジメント)有料化「先送り」？

ケアプラン有料化先送り

介護保険改定で政府調整

政府は19日、高齢者が介護保険サービスを利用する際に必要な「ケアプラン」(介護計画)の有料化を介護保険制度の改正案に盛り込み、先送りする方向で調整に入った。介護費の膨張を抑えるため議論している制度見直しの焦点となっていたが、一律に自己負担を求めることに与党内から慎重論が相次いだため判断した。

介護保険制度は三年に一度見直している。政府は年度ごとに膨張が見込まれるため、三割に引き上げ、高齢者の負担を軽減する。政府は年度ごとに膨張が見込まれるため、三割に引き上げ、高齢者の負担を軽減する。

ケアプラン作成の費用は高額なケースでは一人当たり月約一万四千円かかる。有料化で仮に自己負担一割になると、利用者は月千四百円程度を支払う必要がある。利用者や関係団体は「年金暮らしの高齢者が支出できるお金は限られている」と反対している。

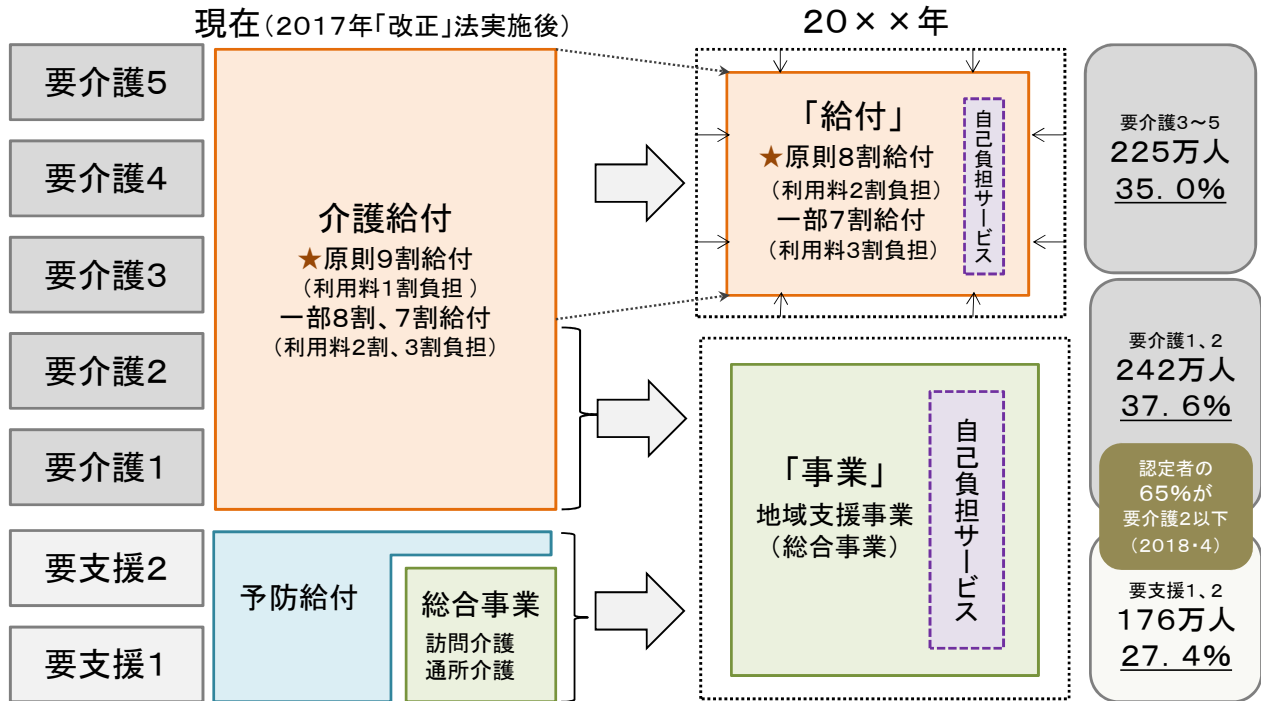
与党内には①ケアプラン作成はサービス利用に必須で、自己負担が生じることで所得者が利用を控える恐れがある②ケアマネジャーに対して、利用者が「このサービスを使いたい」と強く求めている③ケアプラン利用につながるという慎重意見が強い。

東京新聞 2019・11・20(共同通信配信)

- 2011年「改正」⇒ 定額負担化を検討(ケアプラン月1000円、予防プラン500円)
- 2014年「改正」⇒ 引き続き有料化を審議
- 2017年「改正」⇒ 定率負担案が報じられる(1割負担の場合月1400円)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

政府が描く介護保険の将来像(財務省の最大願望)



- 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」＝介護保険そのものから除外

小さなリスクは「自助」で

財政審資料(2015・4・27)等より作成 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

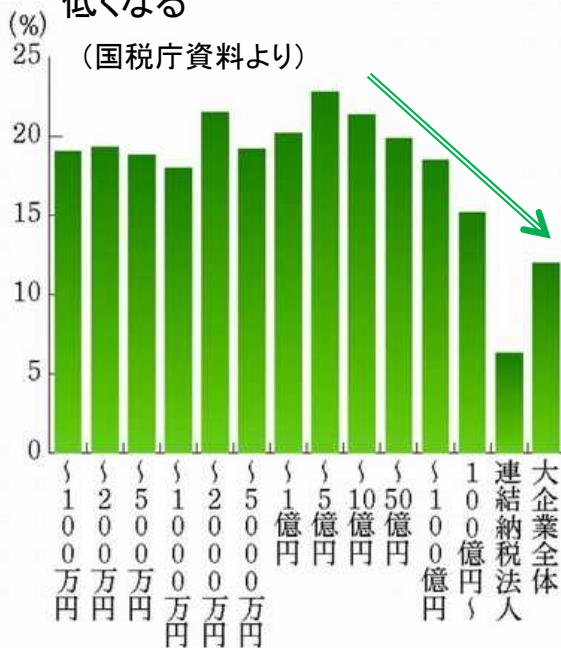
「高福祉」・「応分の負担」

税金の集め方・使い方を変える！

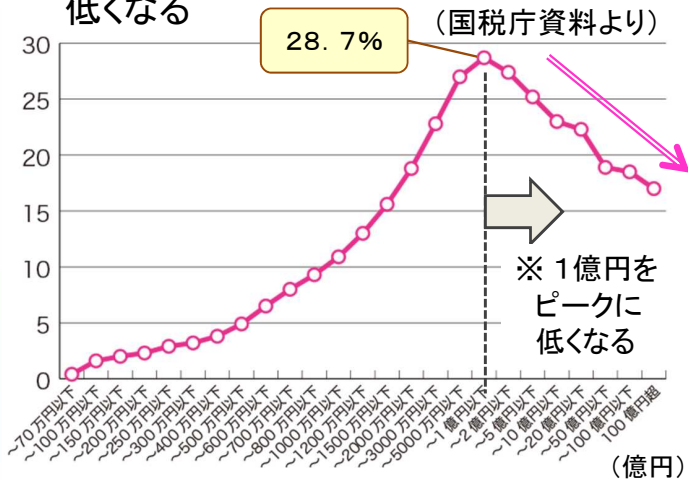
「水平分配」(広く、薄く、痛み分け)→「垂直分配」(持つ者から持たざる者へ)

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)



■ 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
キャノン	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

公正な税制を求める市民連絡会 試算

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

要請項目(社会保障関係)

■「安心して生きられる国へ」—国の責任で社会保障の拡充を求める請願

- (1) 地域に必要な、医療、介護、福祉、年金、障害、教育・子育て、生活保護等の制度・体制を国の責任で拡充してください。
- (2) 不公平税制を正し、富裕層・大企業に応分の負担をさせ、防衛費や大型開発など税金の使い方を見直し、国の責任で社会保障予算を大幅に増額してください。

■ 介護保険制度の改善、介護従事者の処遇改善等を求める請願署名

- 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

Y-HAYASHI @ 全日本民医連