

大阪社保協地域社保協向け介護保険学習会基本レジュメ

改悪内容を学び、 いち早く地域で動 き出すために～

大阪社保協 介護保険対策委員

日下部 雅喜

介護保険の現状

○介護保険料

40歳以上 約7300万人が支払う

○要介護・要支援認定者

569万8千人(65歳以上の17.8%)

○サービス利用者

471万4千人

介護保険の現状

○重い家族の介護負担

介護退職、介護心中・介護殺人

○介護費用の経済的負担

介護貧乏・介護破産

○特養ホーム待機者40数万人 介護難民

○人材不足・確保困難 介護崩壊

まさに「介護の危機」
改革で求められているのはこれを解決すること！

事故続発、劣悪な環境のお泊りデイ

全国の政令市と県庁所在地、東京特別区の計74市区にある通所介護事業所(デイサービスセンター)の宿泊サービス「お泊まりデイ」で、宿泊時間帯に起きた転倒や誤飲などの事故が2010年度以降少なくとも296件あり、26人が死亡していたことが読売新聞の調査でわかった。

「路頭に迷う」膨大な認知症の人たち の悲惨な最後

認知症またはその疑いがあるって行方
不明になり、死亡確認された人

2012年の**1年間に359人**

(山林や河川、用水路のほか、空き家の庭や道路上などで発見)

見つからなかった人219人

合計578人

(毎日新聞が全国の警察本部などに取材して集計)

社会保障税一体改革

消費税増税と社会保障改革をセットで実施

その①消費税増税

2014年4月から8%、2015年10月から10%

その②社会保障改革

社会保障制度改革推進法に基づき

2013年8月 社会保障改革国民会議報告書

12月 社会保障改革プログラム法成立

2013年12月20日 厚労省社会保障審議会介護保険部会 「介護保険見直しに関する意見」

2014年 1月～6月 通常国会 関係法「改正」予定

今回の「改革」は2025年への第一歩

社会保障制度改革国民会議 報告書 平成25年8月6日

- 日本の社会保障は、「**自助を基本**としつつ、**自助の共同化としての共助**(=社会保険制度)が自助を支え、自助・共助で対応できない場合に公的扶助等の**公助が補完**する仕組み」が基本。

短期改革(消費税増税期)

中長期改革(2025年を念頭に段階的に)

唯一の当事者団体が反対した 「介護保険制度見直しに関する意見」

認知症があっても安心して暮らせる社会こそ、誰もが安心して暮らせる社会です。その立場から、今回出された意見案には反対します。

(2013年12月20日 第54回社会保障審議会介護保険部会 での 勝田登志子さんの発言)

「一括法案」で一気に国会通過狙う

「地域における医療及び
介護の総合的な確保を
推進するための関係法
律の整備等に関する法
律案」(2月12日閣議決定、国会提出)

「医療・介護一括法案」の趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

「医療・介護一括法案」の概要①

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化(地域介護施設整備促進法等関係)
 - ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
 - ②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定
2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保(医療法関係)
 - ①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想(ビジョン)(地域の医療提供体制の将来のあるべき姿)を医療計画において策定
 - ②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け
4. その他
 - ①診療の補助のうちの特定期間を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
 - ②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
 - ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置

「医療・介護一括法案」の概要②

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化(介護保険法関係)

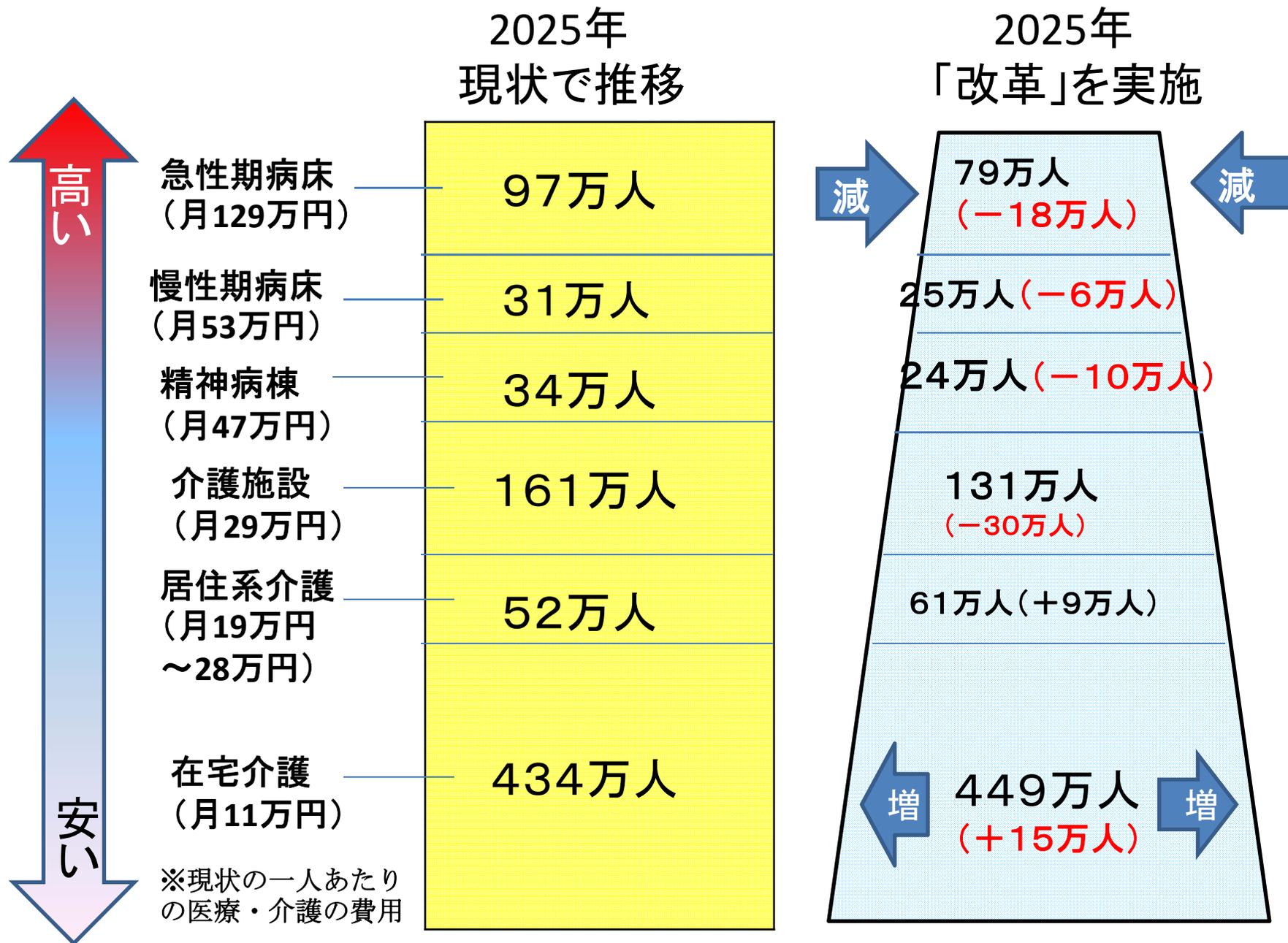
- ①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行し、多様化※地域支援事業:介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③低所得者の保険料軽減を拡充
- ④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ(ただし、月額上限あり)
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

4. その他

- ④介護人材確保対策の検討(介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期)

病院から 地域・在宅へ

- 高齢化の進展により、疾病構造の変化を通じ、必要とされる医療の内容は、「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」に変わらざるを得ない。



政府の「医療・介護に係る長期推計(2011年6月)から作成

介護保険4大改悪+1

- ① **要支援1、2**の訪問介護と通所介護を介護保険給付の対象から**外す**
- ② 特別養護老人ホームへの入所は「**要介護3**」以上に限る
- ③ **所得によって**介護保険の**利用料を2割**に引き上げる
- ④ **低所得者**でも預貯金等があれば施設の**居住費・食費を補助しない**

+はじめて公費で低所得者保険料軽減

①要支援1、2の
訪問介護と通所介
護を介護保険給付
の対象から外す

154万人の要支援者

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
772,816	770,816	1,051,891	992,717	746,722	696,080	612,113	5,643,155
13.7%	13.7%	18.6%	17.6%	13.2%	12.3%	10.8%	100.0%

(厚生労働省 介護保険事業状況報告書 2013年4月速報版)

認定者の27.4%は要支援1、2

当初の厚生労働省の検討案

- ①要支援1, 2に対する**予防給付を廃止し**、地域支援事業に移行する。
- ②サービス内容や価格、利用者負担は**市町村の裁量**で決める
- ③ボランティアやNPOなども担い手にして**コスト削減**をはかる

要支援外し反対！の声に押されて

10月30日 予防給付全面廃止、地域支援事業
（「要支援事業」）へ移行案

11月14日 全面廃止案を撤回。訪問介護と通所
介護を地域支援事業（「介護予防・生活新事
業」）へ移行案

ヘルパーとデイサービスが
保険給付から外される

要支援サービス費の6割を保険外に

要支援1、2のサービス利用者134.2万人

訪問介護(ヘルパー)は59.5万人

通所介護(デイサービス)は60.7万人

要支援1、2のサービス費 4685億円

訪問介護(ヘルパー)は 1084億円(23%)

通所介護(デイサービス)は1723億円(37%)

合計60%

要支援者の訪問介護、通所介護の移行

予防給付によるサービス

- ・訪問介護
- ・通所介護

- ・訪問看護
 - ・訪問リハビリテーション
 - ・通所リハビリテーション
 - ・短期入所療養介護
 - ・居宅療養管理指導
 - ・特定施設入居者生活介護
 - ・短期入所生活介護
 - ・訪問入浴介護
 - ・認知症対応型共同生活介護
 - ・小規模多機能型居宅介護
 - ・認知症対応型通所介護
 - ・福祉用具貸与
 - ・福祉用具販売
 - ・住宅改修
- など

訪問介護、通所介護
について事業へ移行

従来通り
予防給付で行う

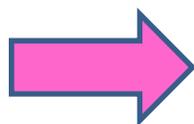
新しい総合事業によるサービス
(介護予防・生活支援サービス事業)

- ・訪問型サービス
 - ・多様な担い手による生活支援
- ・通所型サービス
 - ・ミニデイなどの集いの場
 - ・運動、栄養、口腔ケア等の教室
- ・生活支援サービス(配食・見守り等)
 - 介護事業所による訪問型・通所型サービス

※多様な主体による多様なサービスの提供を推進
※総合事象のみ利用の場合は、基本チェックリスト
該当出利用可

生活支援は住民ボランティアへ？

訪問介護



既存の訪問介護事業所による
身体介護・生活援助等の訪問介護

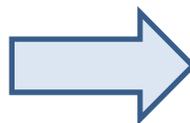
NPO・民間事業者等による掃除・
洗濯等の生活支援サービス

住民ボランティア等によるゴミ出し
等の生活支援サービス

○ 全国一律のサービス内容であった訪問介護や通所介護については、**事業に移行することにより、多様なサービスが多様な主体により提供され、サービス量が増加。**利用者が多様なサービスを選択可能となる。

デイサービスは機能訓練だけに？

通所介護



既存の通所介護事業所による
機能訓練等の通所介護

NPO、民間事業者等によるミニ
デイサービス

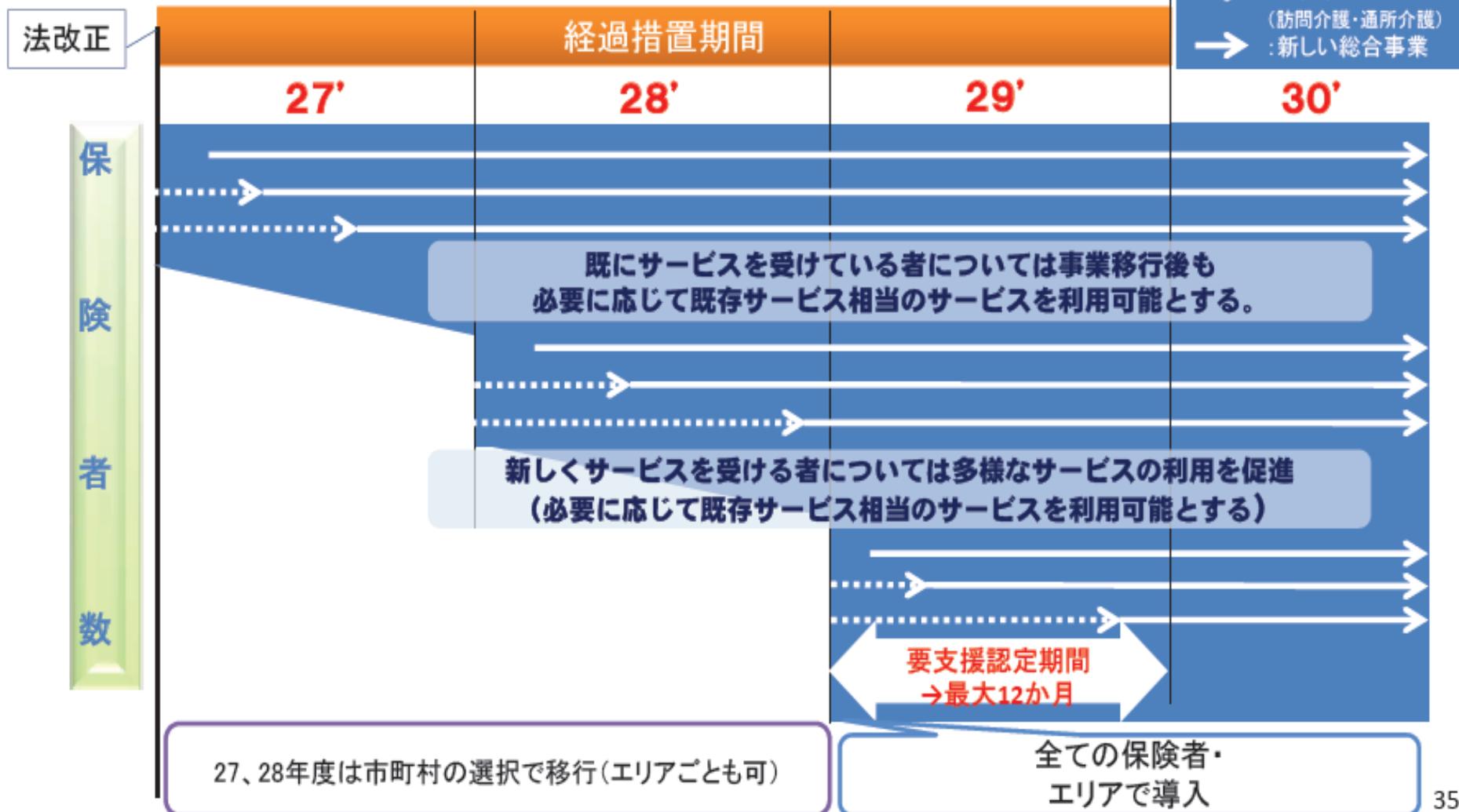
コミュニティサロン、住民主体の
運動・交流の場

リハビリ、栄養、口腔ケア等の
専門職等が関与する教室

市町村の新しい総合事業実施に向けたスケジュールについて(イメージ)

- 平成29年4月までに、全ての保険者で要支援者に対する新しい総合事業を開始。(27、28年度は市町村の選択)
- 平成29年度末をもって、予防給付のうち訪問介護と通所介護については終了。

訪問介護、通所介護(予防給付)から訪問型サービス・通所型サービスへの移行(イメージ)



市町村による新しい地域づくりの推進(介護予防・生活支援の充実)

- 市町村が中心となってコーディネーターと連携しつつ、生活支援サービスの充実、介護予防の推進等を図ることにより、高齢者が利用可能な多様なサービスが地域で提供される。
- 高齢者の中には事業の担い手となる者も出現。これは介護予防にもつながる。
⇒ 高齢者を中心とした地域の支え合い(互助)が実現。

市町村が中心となって企画・立案

地域資源の開発

(例)

- ・ボランティアの発掘・養成・組織化

→ ボランティアは生活支援・介護予防の担い手として活動。高齢者の困り事の相談の対応等も実施。(コーディネーターとも連携)

- ・生活支援・介護予防の立ち上げ支援

介護予防・生活支援の充実

多様な通いの場

- (例)
- ・サロン
 - ・住民主体の交流の場
 - ・コミュニティカフェ
 - ・認知症カフェ
 - ・ミニデイサービス
 - ・体操教室
 - ・運動・栄養・口腔ケア等の教室

多様な生活支援

- (例)
- ・ゴミ出し
 - ・洗濯物の取り入れ
 - ・食器洗い
 - ・配食
 - ・見守り
 - ・安否確認

研修を受けたボランティアが地区の集会所で介護予防教室を運営。

小規模多機能居宅介護に交流施設を併設。地域のサロンとして活用。子どもとの交流も実施。

研修を受けたボランティアが高齢者と一緒に洗濯物を取り入れる等生活行為の自立を支援。

地域活性化を推進するNPOが地域に配食サービスを展開。

交番、金融機関、コンビニ等幅広い関係機関が連携し、認知症の高齢者の見守り体制を構築。

連携・協力

コーディネーター

参加・活用
(担い手となる
高齢者も出現)

支援を要する高齢者

②特別養護老人
ホームへの入所
は「要介護3」以
上に限る

特養ホームの重点化

情け容赦ない軽度者の追出し

軽度の要介護者（要介護1、要介護2）は1割以上入所

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
人数	14,106	40,461	96,839	154,596	165,467	471,469
割合	3.0%	8.6%	20.5%	32.8%	35.1%	100%

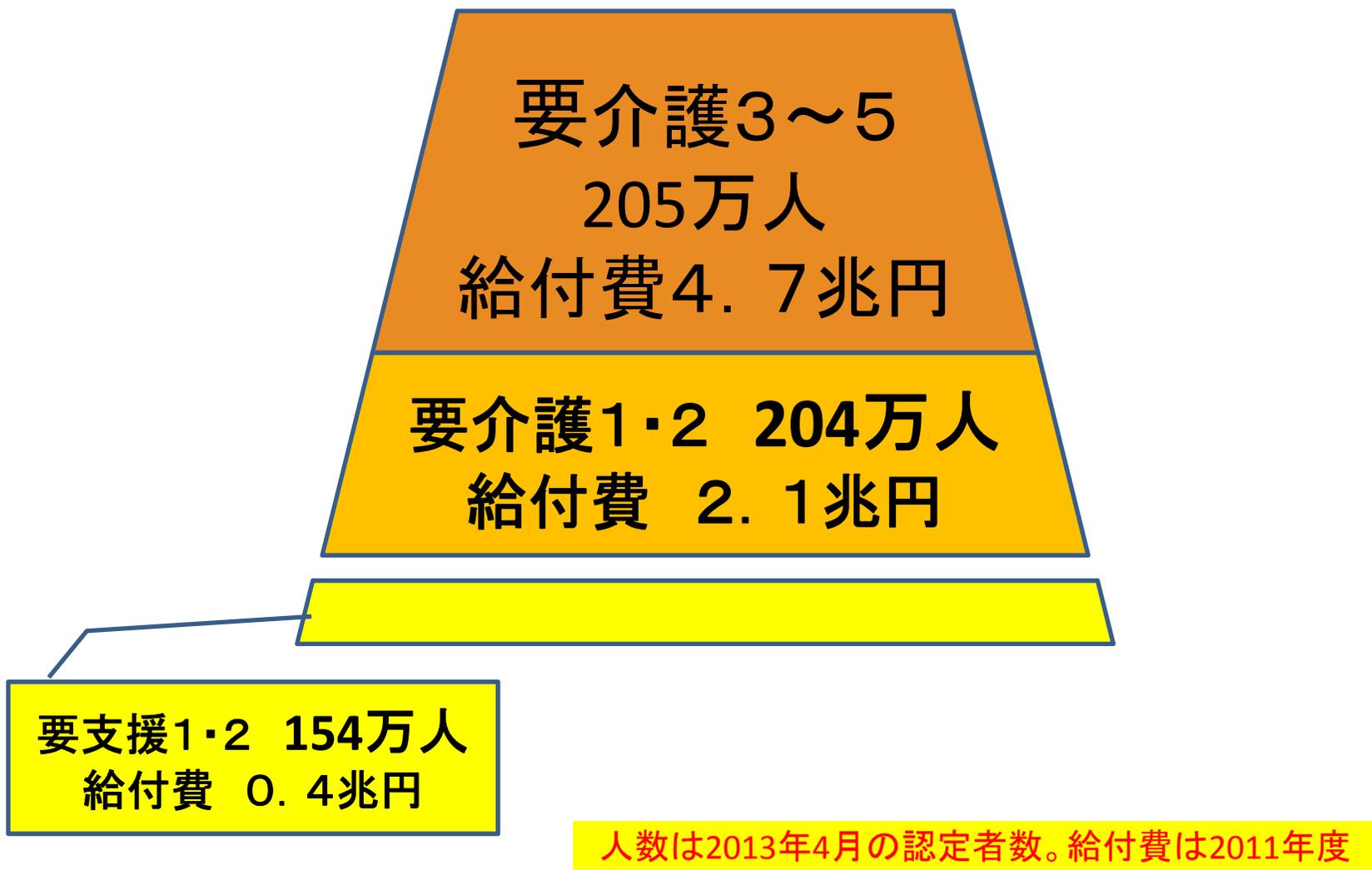
特養は要介護3以上に限定

- 特養については、中重度で、在宅での生活が困難である要介護者を支える施設としての機能に重点化を図るべき。そのためには、既入所者の継続入所にも配慮しつつ、特別養護老人ホームへの入所を要介護3以上に限定するべき

社保審介護保険部会資料より

要介護1, 2切捨てるの布石？

要支援の次は要介護1, 2が削減？



財務省改悪試案 軽度者除外

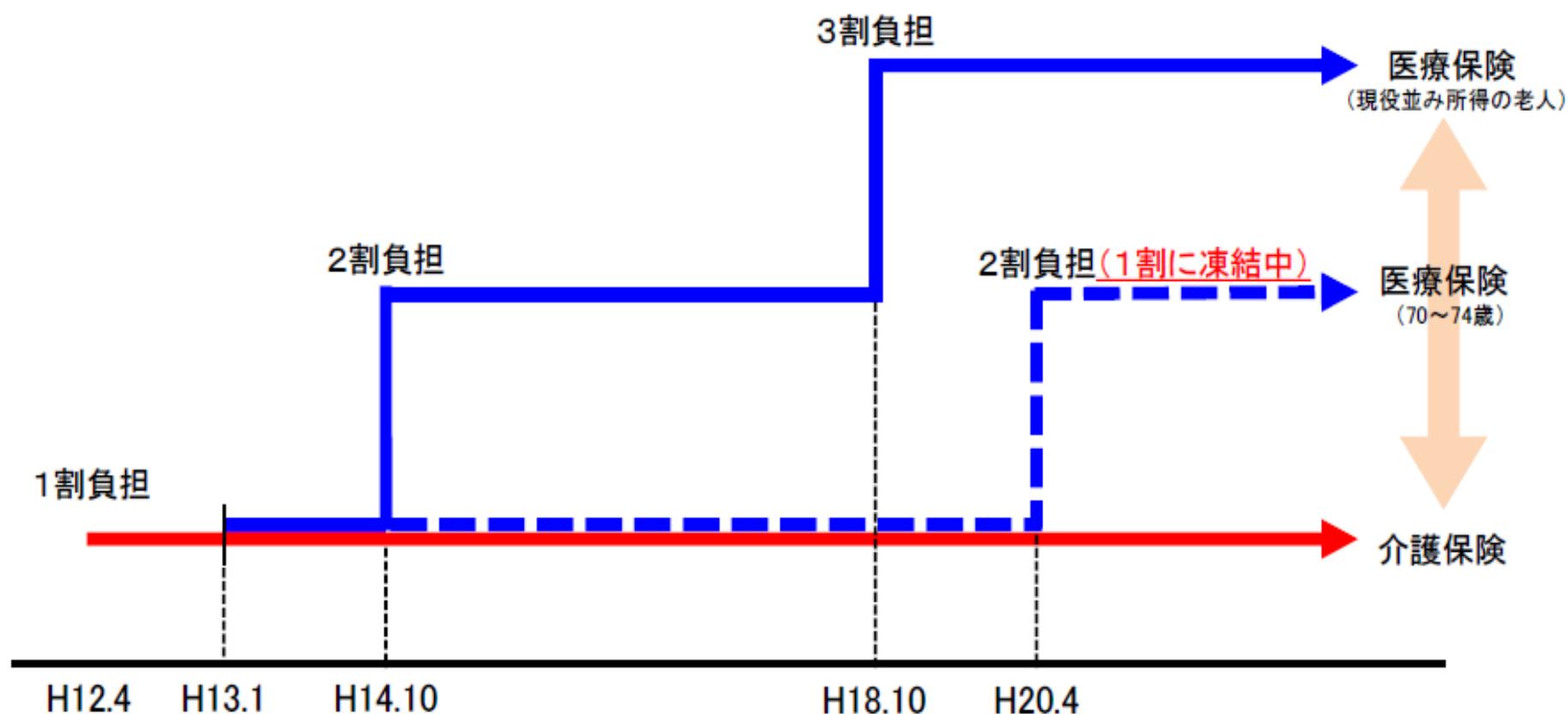
	介護給付費削減額
要介護2以下を介護保険の <u>対象外</u>	約2兆900億円
要介護2以下の <u>生活援助のみ</u> の場合の給付を介護保険の <u>対</u> <u>象外</u>	約1100億円
要介護2以下の負担割合を1割 から <u>2割に</u> 引き上げた場合	約2300億円

08年財政制度等審議会への提出資料から作成、削減額は年間分

③所得によって
介護保険の利用
料を2割に引き
上げる

(参考)医療と介護の自己負担割合の推移

- 70～74歳の患者負担については、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結。
- 医療保険は、順次、自己負担割合を引き上げ。しかしながら、介護保険の自己負担割合は1割のまま推移(引上げなし)。



(参考1) 医療保険(老人)のH13.1以前は、定額制

(参考2) 医療保険の現役並み所得者: 年収383万円(単身)

(参考3) 介護保険の現役並み所得者: 年収310万円

利用者負担の見直し

国民会議での意見

○70～74歳の現役並み所得の医療費自己負担3割。ところが介護に移行すると利用者負担1割。他方、75歳以上の高齢者では「医療」から「介護」へ移行しても1割負担のままであり、**全体の整合性を確保**していくべき。

国民会議最終報告書(8月6日)

介護保険制度では利用者負担割合が所得水準に関係なく一律であるが、制度の持続可能性や公平性の視点から、**一定以上の所得のある利用者負担は、引き上げるべき**である。その際、介護保険は医療保険と異なり、**利用者自身が利用するサービスの量を決定しやすいことなど、医療保険との相違点に留意**する必要がある。

2割負担の対象 厚生労働省案

一定以上の所得の水準については、事務局から

① 第1号被保険者全体の上位20%に該当する**合計所得金額160万円**(年金収入の場合280万円)以上

② 第1号被保険者のうち課税層(約38%)の上位半分に該当する**合計所得金額170万円**(年金収入の場合290万円)以上

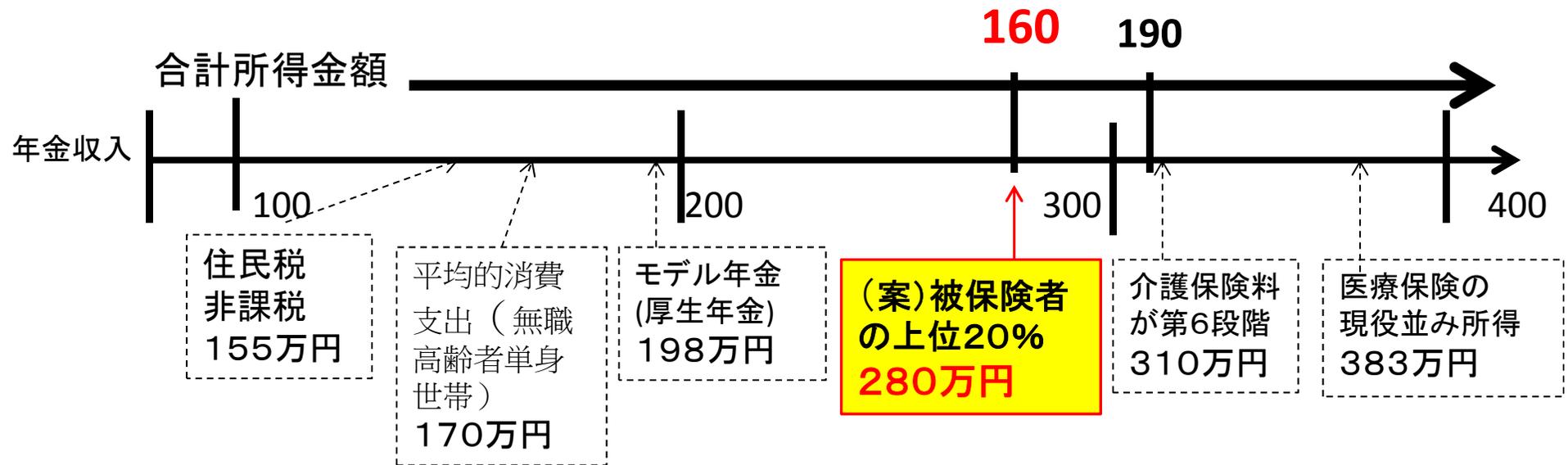
の2案が示された。

2013年社保審介護保険部会「見直し意見」

自己負担2割とする水準

(単身で年金収入のみの場合)

※年金収入の場合: 合計所得金額 = 年金収入額 - 公的年金等控除 (基本的に120万円)



2013年12月20日社保審介護保険部会資料より

「2割負担可能」の理屈

年金収入280万円

税・保険料
45万円

可処分所得
235万円

税:22.6
介護保険料
7.5
医療保険料
15.2

单身無職高齢者の消費支出170万円

その他43.3

教養娯楽18.2

3

交通・通信13.

保険医療10.1

被服・履物5.9

家具等7.4

光熱水15.6

住居17.7

食料費38.5

差額
65万円

大半が2倍の負担に

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
約7,700円	約10,000円	約14,000円	約17,000円	約21,000円
↓	↓	↓	↓	↓
約15,400円	約20,000円	約28,000円	約34,000円	約37,200円

さらに「現役並み所得」は高額介護サービス
37200円→44400円へ引上げ

中長期には介護保険2割負担へ？

○「負担可能な水準」論

○高齢者医療 70歳～74歳

現行(本則凍結) 1割

→ 2割へ

○韓国介護保険(長期療養保険)

原則2割 在宅1.5割

④低所得者でも
預貯金等があれば施設の
居住費・食費を補助しない

食費・部屋代負担が居場所困難に

種類	入居一時金等	食費・部屋代低所得者補助
特別養護老人ホーム 老人保健施設 介護療養型医療施設	なし	有
認知症グループホーム	有	なし
有料老人ホーム	有	なし
サービス付き高齢者住宅	有	なし

低所得者の食費・部屋代軽減

利用者負担段階	対象	部屋代（ユニット型個室）	食費
第4段階	一般世帯	5万9100円	4万500円
第3段階	非課税世帯	3万9300円	1万9500円
第2段階	非課税世帯で年金収入＋合計所得が80万円以下	2万4600円	1万1700円
第1段階	生活保護等	2万4600円	9000円

（月 30日で計算）

「収入がなくても資産（貯金等）があれば、軽減しない」という改悪案

非課税でもこれだけ要件

預貯金等

一定額超の預貯金等(単身では1000万円超)がある場合は、対象外。→本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ(加算金)を設ける

配偶者の所得

施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は対象外

非課税年金収入

補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金(遺族年金・障害年金)も勘案する

+1 公費で

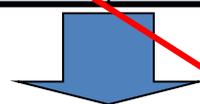
低所得者保険料

軽減

公費負担削減分を保険料負担へ

介護保険以前の高齢者福祉制度(2000年3月まで)公費100%

国50%	都道府県 25%	市町村 25%
------	-------------	------------



介護保険制度(第5期)
保険料50%

公費50%

65歳~ 21%	40歳~64歳 29%	国 25% 国庫負担金 20% 調整交付金 5%	都道府県 12.5 %	市町村 12.5 %
-------------	----------------	--------------------------------------	-------------------	------------------

介護費用の約2割を全高齢者で負担

65歳以上(第1号被保険者)の介護保険料の決め方
(イメージ)

介護サービスの総額 × 21%

65歳以上の人口(第1号被保険者数)

数値は3年平均で算出し3年ごとに見直す

第1期17% ⇒ 第5期 21%

上がり続ける介護保険料

第1期(2000~02年)

2,911円

2000年4月~9月 0円

2000年10月~01年9月

1455円

第2期(2003~05年)

3,293円

第3期(2006~08年)

4,090円

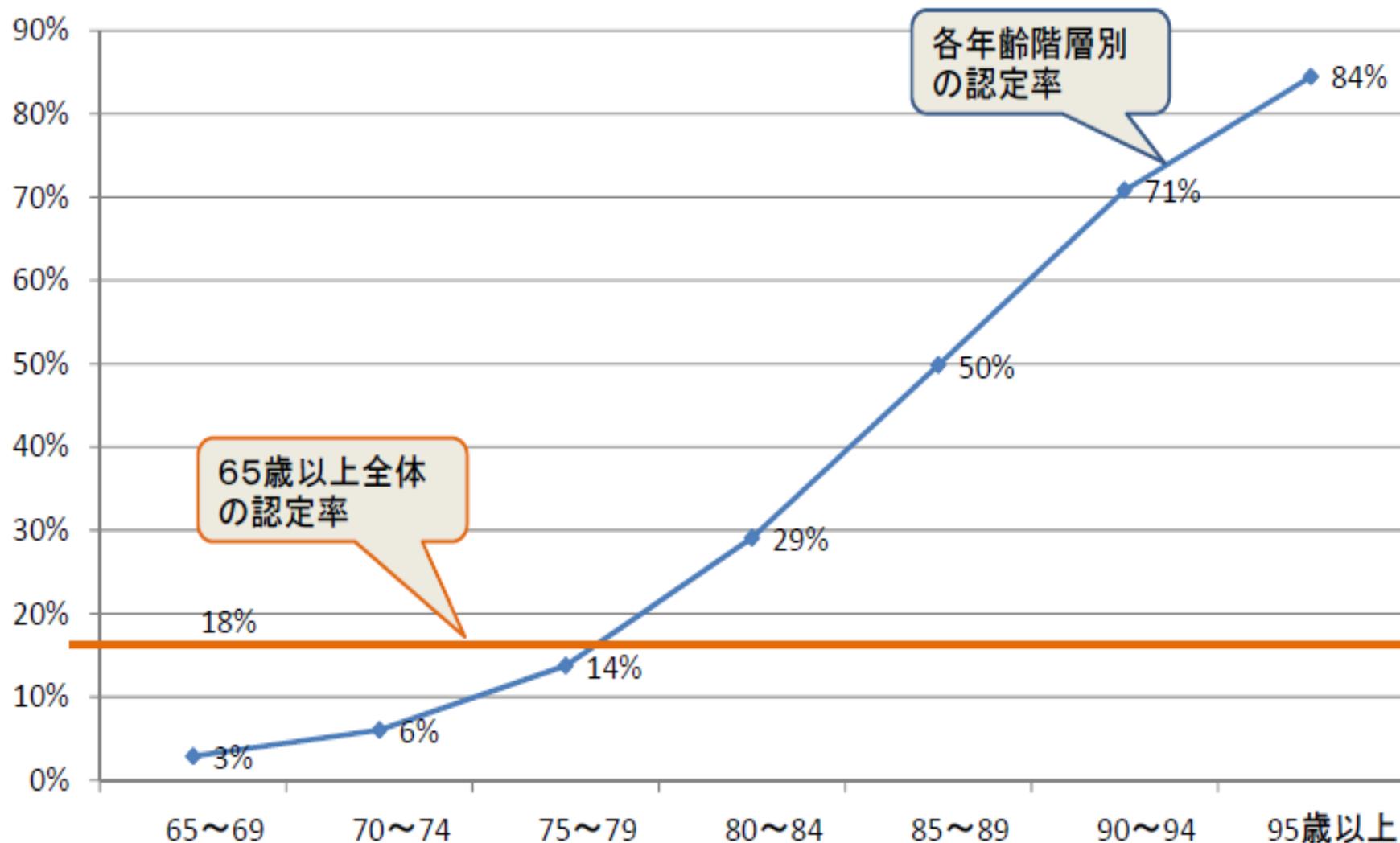
第4期(2009~11年)

4,160円

第5期(2012~14年)

4972円

年齢階層別の要介護（要支援）認定率



出典：社会保障人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査（平成24年11月審査分）

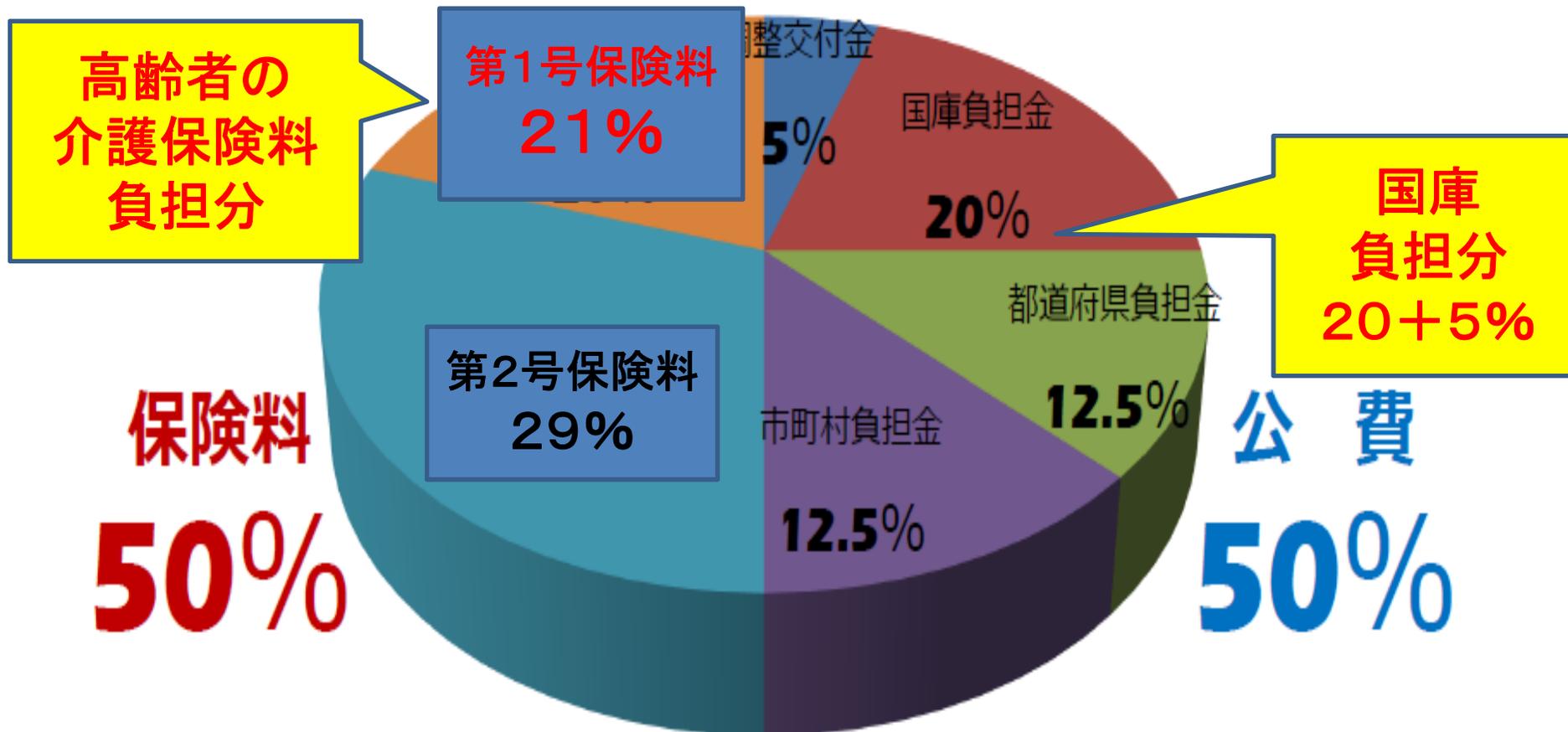
「給付と負担の連動」

その市町村の介護サービス利用が増える

⇒ 高齢者全員の介護保険料が比例して上がる

介護充実 ↔ 保険料

介護保険は財源的・制度的限界にきている



2012年度から第1号21%、第2号29%に

①公費 →

増やさない

②保険料 →

もう限界

③給付 →

削減・負担増

介護保険制度の限界

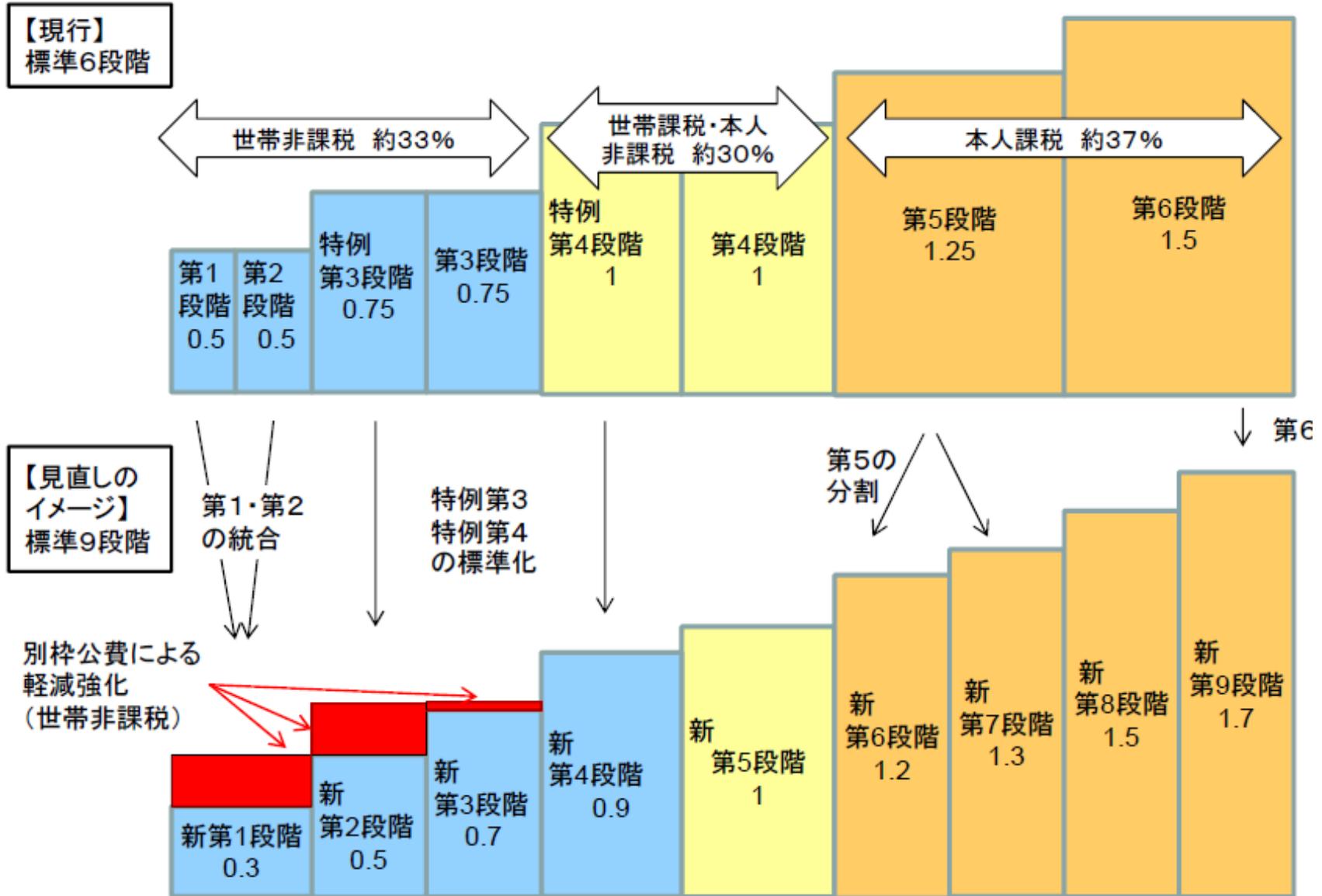
「改革」と介護保険料

- 破綻した介護保険の財源の
枠組みはそのまま維持
- 1300億円投入 低所得者
の軽減

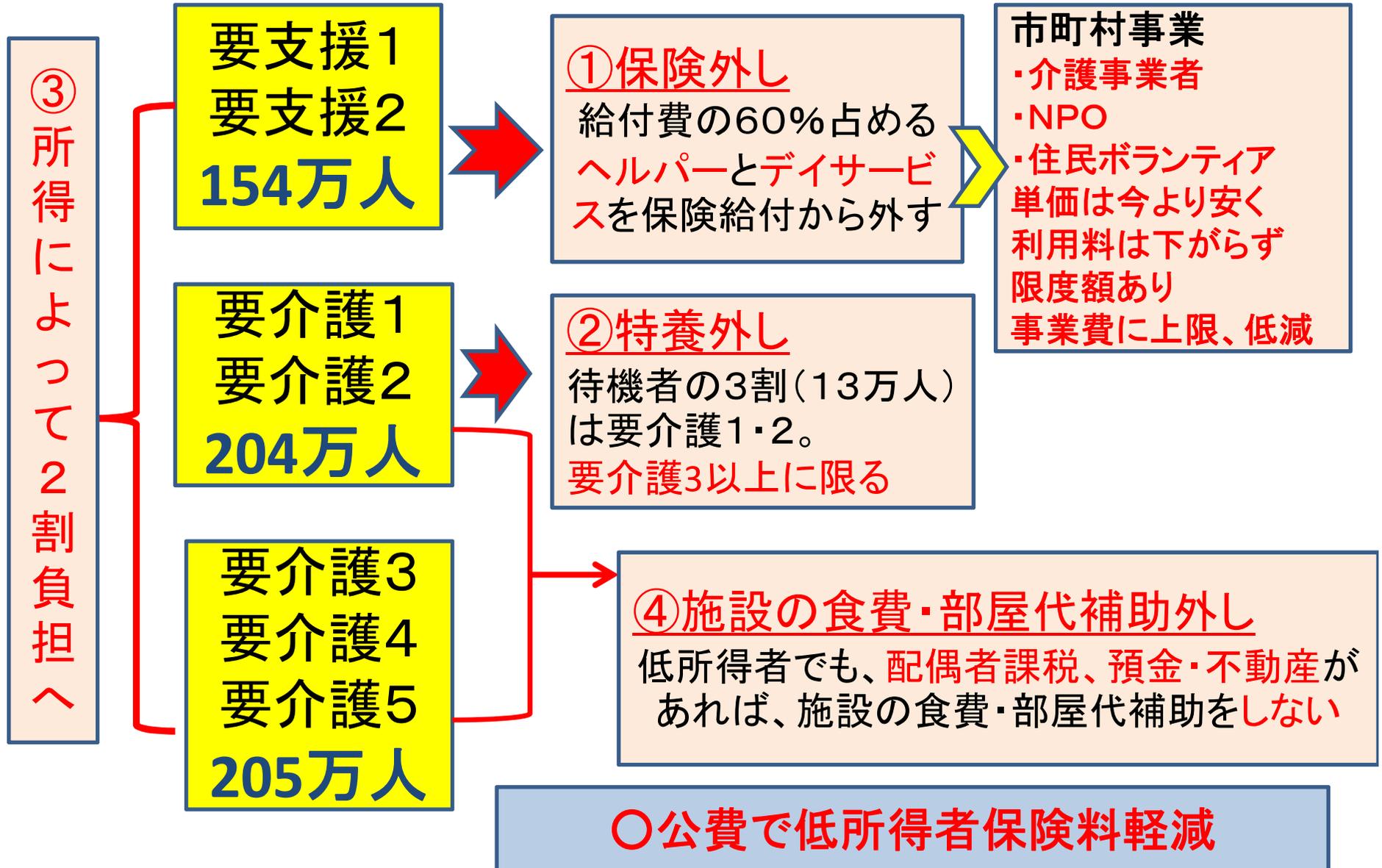
1号保険料の見直し

- 消費税が引き上げられた場合には、限られた公費財源を有効に活用するために、住民税非課税世帯の被保険者の**保険料軽減強化に公費を投入する仕組みを導入**し、現在の負担割合を更に引き下げることとしてはどうか。
- 軽減の幅は現在の第1・2段階で現在の5割軽減から**7割軽減**とし、第3段階については2.5割軽減から比較的所得の低い者は**5割軽減**に、その他の者は**3割軽減**とすることが考えられるのではないか。

別枠公費による軽減強化



介護保険4大改悪+1



消費税増税への対応 介護報酬を0.63%引上げ

ホームヘルプ(訪問介護費)は、
身体介護中心

20分以上30分未満	254単位	⇒	255単位
30分以上1時間未満	402単位	⇒	404単位

位

1時間以上	584単位	⇒	586単位
生活援助中心			

20分以上45分未満	190単位	⇒	191単位
45分以上	235単位	⇒	236単位

デイサービス(通所介護費)は、

通常規模(7時間以上9時間未満)

要介護1	690単位	⇒	695単位
要介護2	811単位	⇒	817単位
要介護3	937単位	⇒	944単位
要介護4	1,063単位	⇒	1,071単位
要介護5	1,188単位	⇒	1,197単位

区分支給限度基準額

要支援1	4,970	単位	⇒	5,003	単位
要支援2	10,400	単位	⇒	10,473	単位
要介護1	16,580	単位	⇒	16,692	単位
要介護2	19,480	単位	⇒	19,616	単位
要介護3	26,750	単位	⇒	26,931	単位
要介護4	30,600	単位	⇒	30,806	単位
要介護5	35,830	単位	⇒	36,065	単位

地域で今！

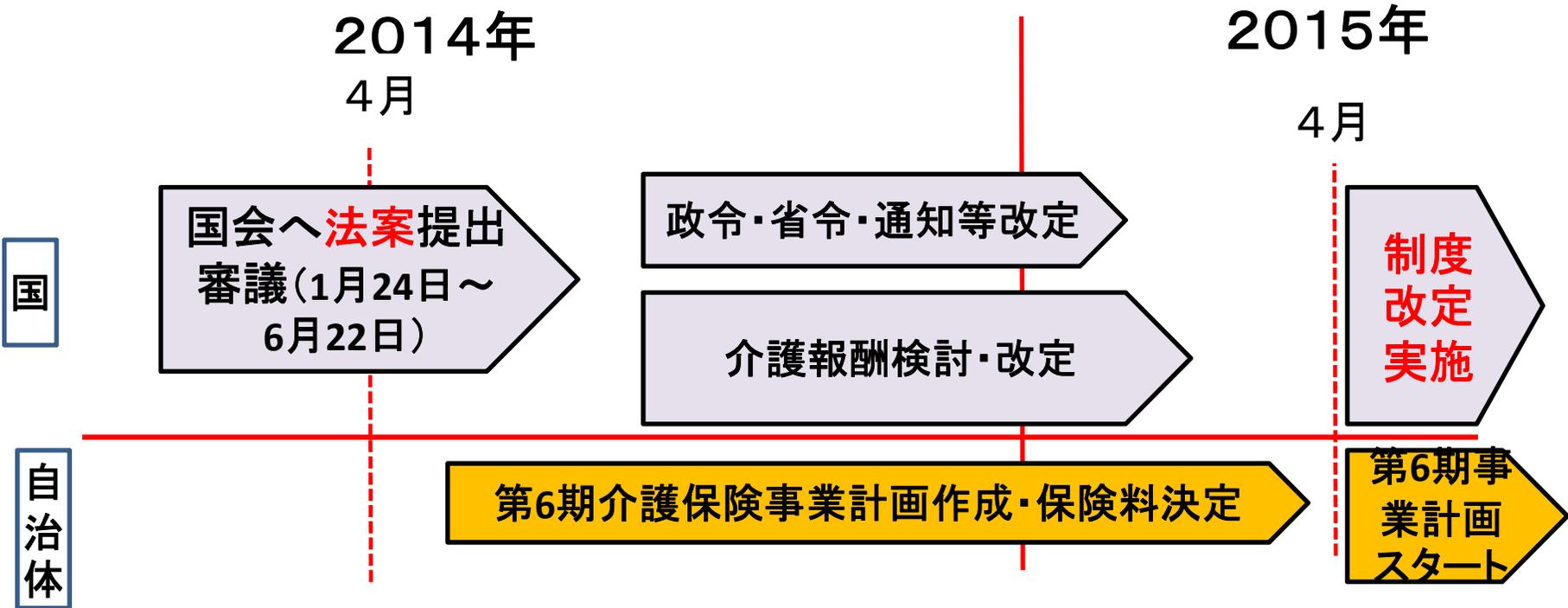
私たちの課題

介護保険改悪のスケジュール

○実施は2015年4月

第6期介護保険事業計画(2015~17年度)

○法律案は2014年通常国会(1月24日~6月22日)に提出



緊急課題！

改悪の狙いを知らせ「法改正中止」求める声を届ける

- ① 当面、国会へ改悪法案の成立を許さず、廃案を求める請願、要請を
- ② 国会後も政令・省令・ガイドラインが争点

現場のみなさんにしかできないこと

○軽度者・要支援者の実態と生の声の代弁を

○今行っている支援、サービスの果たしている役割の「社会的発信」

※「世論」に働きかけるあらゆるチャレンジを！

このままどさくさで法改正されてはたまりません！

地域での課題（制度変更後も見据えて）

1 要支援者サービス、「総合事業」

市町村裁量が大きく、経過期間がある

→たたかい方によっては改悪を押し返す可能性

2 公費投入による保険料軽減

制度の根本問題、「国」への公費拡大要求と

自治体での一般財源繰入要求のチャンス

自治体レベルで
争点となること

① 要支援サービス
をめぐって

新しい総合事業の内容

- 市町村が事業者へ委託する方法に加え、あらかじめ**事業者を認定等により特定**し、当該市町村の一定のルールの下、事業者が事業を実施した場合、**事後的に費用の支払いを行う枠組み**を検討する。

新しい総合事業の内容

- 事業費の単価については、サービスの内容に応じた市町村による単価設定を可能とする。訪問型・通所型サービスについては、**現在の訪問介護、通所介護（予防給付）の報酬以下の単価**を市町村が設定する仕組みとする。

新しい総合事業の内容

- 利用料については、地域で多様なサービスが提供されるため、その**サービスの内容に応じた利用料を市町村が設定**する。ただし、既存サービスに相当するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みの下、市町村が設定する仕組みを検討する。**利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らない**ような仕組みとする。

新しい総合事業の内容

- 利用者個人の**限度額管理**を実施し、利用者が給付と事業を併用する場合には、**給付と事業の総額で管理**を行うことを可能とすることを検討する。

新しい総合事業の内容

介護保険法に基づく指針で、ガイドラインとして示し、市町村の取組を支援する必要がある。また、ガイドラインには以下の事項等も盛り込むことが適当である。

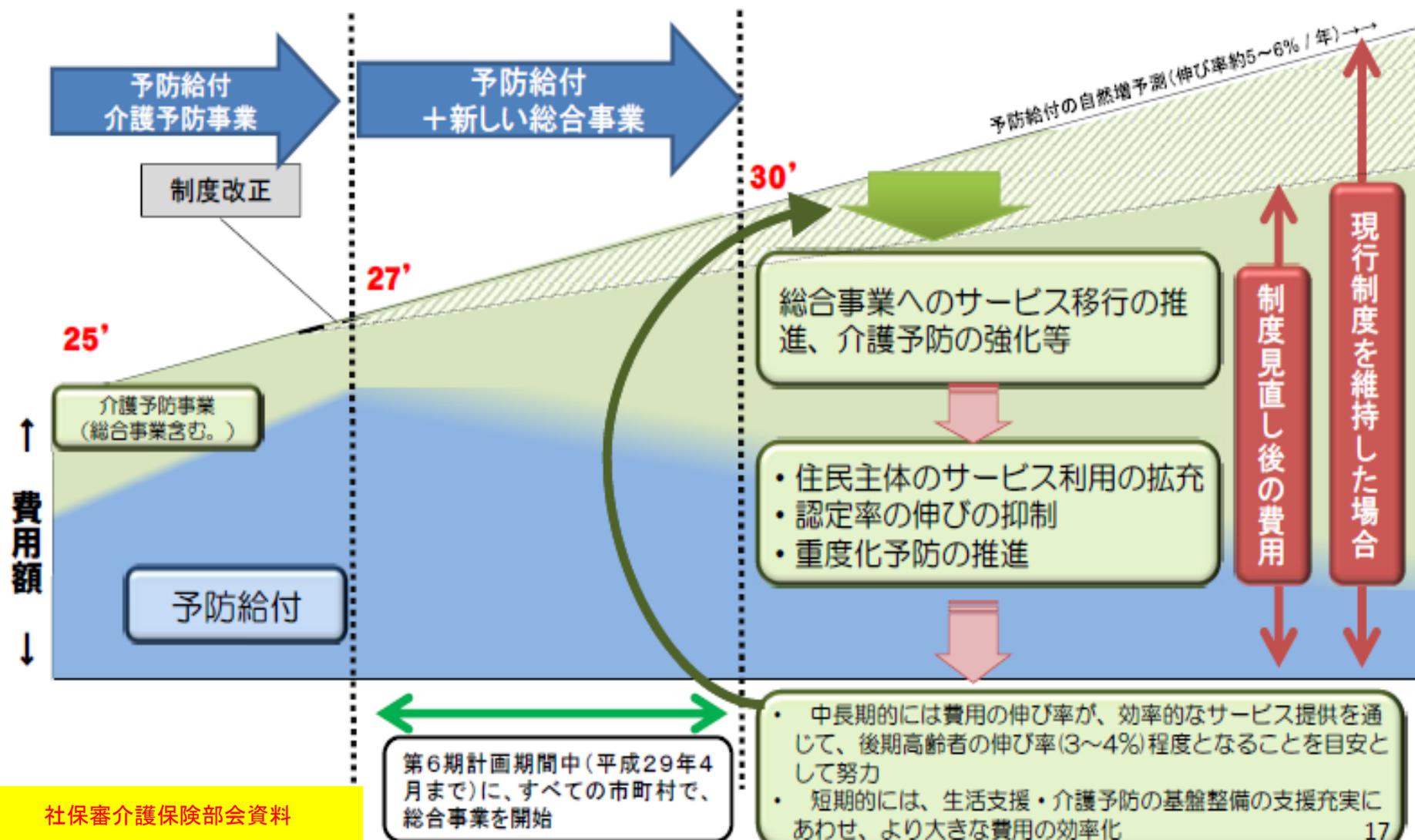
- 市町村による事業での様々な創意工夫の例や、認知機能が低下している者に対する事業など、事業で対応する際の留意点
- すべての市町村が要支援者のサービス提供を効率的に行い、**総費用額の伸びを低減させることを目標として努力すること**

新しい総合事業の内容

- 市町村は、総合事業の移行により、住民主体のサービス利用を拡充すること
- 機能が強化された新しい総合事業を利用することで、支援を必要とする高齢者が要支援認定を受けなくても地域で暮らせる社会の実現を図ること
- リハ職等が積極的に関与しケアマネジメントを機能強化することにより重度化予防を推進することなど、サービス提供を効率的に行い、中長期的には総費用額の伸びが後期高齢者数の伸び程度となることを目安に努力するとともに、短期的には生活支援・介護予防の基盤整備の支援充実に併せ、より大きな費用の効率化を図る必要がある。

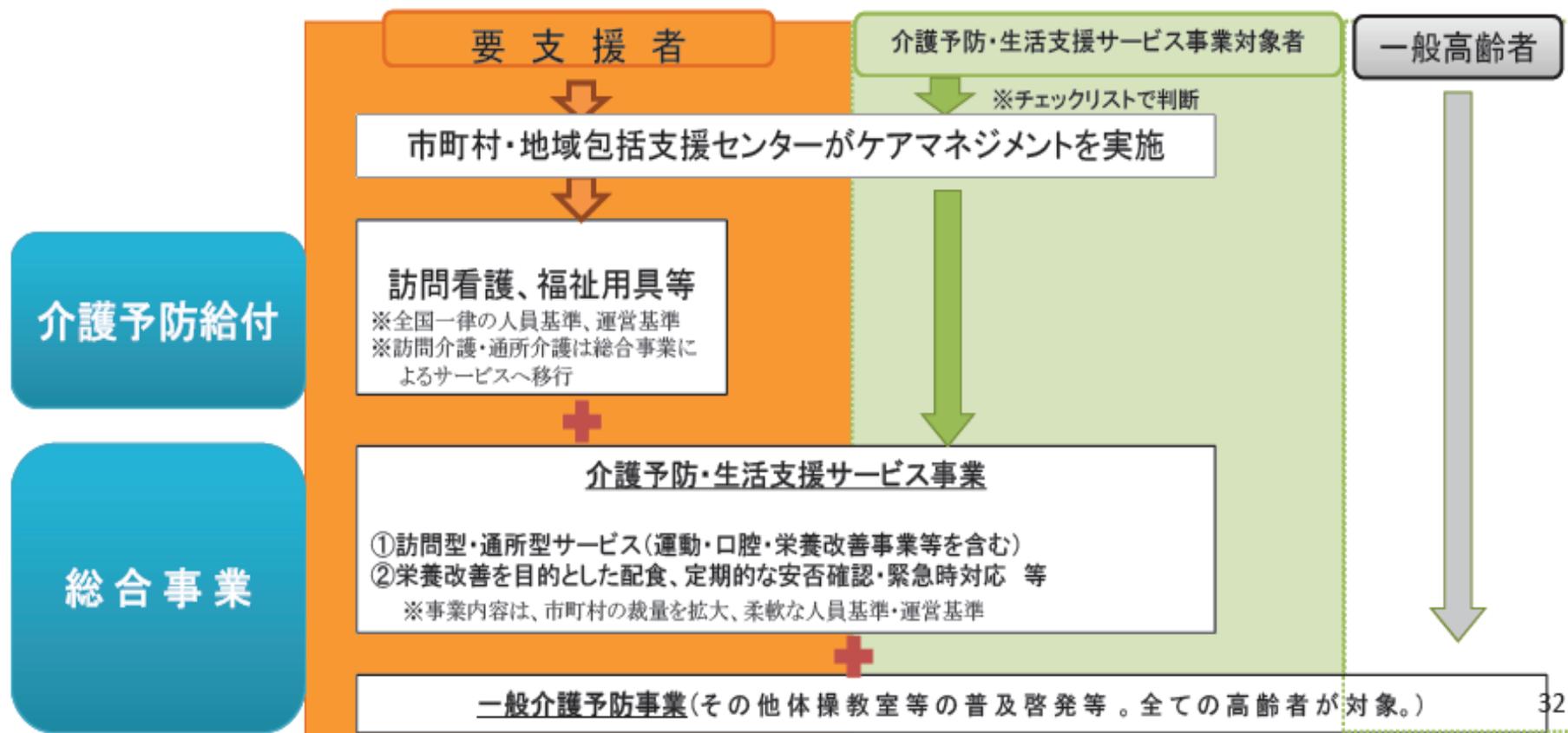
総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化(イメージ)

- 総合事業への移行により住民主体の地域づくりが推進。住民主体のサービス利用が拡充し、効率的に事業実施。
- 介護予防のための事業は機能強化。支援を必要とする高齢者が認定を受けなくても地域で暮らせる社会を実現。
- リハ職等が積極的に関与しケアマネジメントを機能強化。重度化予防をこれまで以上に推進。



新しい介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）

- すべての市町村が29年4月までに「総合事業」を開始(総合事業は「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」から構成)。→訪問介護、通所介護は総合事業のサービスにすべて移行(29年度末)(訪問介護、通所介護以外のサービスは予防給付によるサービス利用。) ※介護予防・日常生活支援総合事業は平成24年度から開始している。
- 要支援者は、ケアマネジメントを行い、総合事業によるサービス(訪問型・通所型サービス等)と、予防給付によるサービスを適切に組み合わせつつ、サービス利用。
- 総合事業のみ利用する場合は要支援認定は不要。基本チェックリストで判断を行う。



多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

- 高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を支援
- 介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- 「生涯現役コーディネーター(仮称)」の配置や協議体の設置などに対する支援

財源・費用問題

- 予防給付から事業に移行する分を賄えるよう設定する。
- 当該市町村の予防給付から移行する訪問介護、通所介護と予防事業の合計金額を基本にしつつ、当該市町村の後期高齢者数の伸び等を勘案して設定した額とする。
- 仮に市町村の事業費が上限を超える場合の対応については、制度施行後の費用の状況等を見極める必要があること等を踏まえ、個別に判断する仕組みなどの必要性についても検討する。

法改正案から読み解く

- ①要支援のヘルパー(訪問介護)、デイサービス(通所介護)は、条文から削除(法8条の2) **法的にはなくなる**
- ②介護予防日常生活支援総合事業に第1号事業(「訪問事業」「通所事業」、「生活支援事業」「介護予防支援事業」) **が新設** (法115条の45 第1項第1号)

法改正案から読み解く

- ①厚生労働大臣が「総合事業の指針」を公表(法115条の45の2)
- ②「指定事業者による第1号事業の実施」「第1号事業費の支給」「額は厚生労働省令で定めるところにより算定」(法115条の45の3)
- ③事業者の「指定」「更新」(法115条の45の5~6)
- ④事業者の「報告等」(7)、「勧告、命令等」(8)、「指定取消」(9)

市町村の対応(三重県社保協アンケート)

第6期3年間で予防給付を地域支援事業に置き換えることができますか？

○不可能 39%

○可能 17%

○判断不可 44%

- ・これまで提供されてきたサービスの質の担保が難しくなり、利用者の状態が悪化してしまう可能性は否定できない
- ・訪問介護サービスなどを利用されている方が利用できなくなった場合、どのように生活していけばよいのか等 地域支援事業では対応できないことがある

地域で今、やるべきこと

- ①要支援者に関する実態把握、事例
だれが見ても分かるように「見える化」
- ②アンケートと合わせて、改悪反対 要請書への事業所としての賛同をお願いし、共同を広げる
- ③自治体への要求・交渉の取り組み

介護保障を求める広島の会の利用者 アンケート

事業所を通じて978人の要支援1, 2の利用者に
アンケートを配布。439人から回収

Q現在利用しているサービスの代わりになるものは
あるか

- ・代わりになるものはない 71.5%
- ・近所の人に頼る 3.4%
- ・ボランティアに頼る 2.7%
- ・公民館等の講座 3.9%
- ・サロン 2.3%
- ・その他 8.7%

自治体への要求案

- ①国が検討している「新しい総合事業」による要支援者の訪問介護・通所介護の予防給付廃止について、自治体としての反対すること
- ②自治体として要支援者の訪問介護・通所介護の利用実態を詳細に把握すること
- ③要支援者の訪問介護・通所介護に代わり得る「多様な主体による多様なサービス」について確保の見通しについて明らかにすること
- ④「新しい総合事業」を実施する自治体の体制(担当課、担当職員数、委託先団体、連携先等)を明らかにすること

自治体に認めさせること

- ①話し合いを通じて、要支援者の訪問介護・通所介護の利用実態を実例を通じて明らかにし、「多様なサービス」に一律に移行できないことを確認させる
- ②現行サービス水準を質・量とも切り下げないことを約束させる

自治体レベルで
争点となること

②介護保険料軽減
への公費投入

法改正案から読み解く

介護保険法124条の2(新設) 第1項 (市町村の特別会計への繰り入れ等)

市町村は、政令で定めるところにより、一般会計から、所得の少ない者について条例の定めるところにより行う保険料の減額賦課に基づき第1号被保険者に係る保険料につき減額した額の総額を基礎として政令で定めるところにより算定した額を介護保険に関する特別会計に繰り入れなければならない。

(参考)国民健康保険法

(国民健康保険に関する特別会計への繰入れ等)

第72条の3 市町村は、政令の定めるところにより、一般会計から、所得の少ない者について条例の定めるところにより行う保険料の減額賦課又は地方税法第703条の5に規定する国民健康保険税の減額に基づき被保険者に係る保険料又は同法の規定による国民健康保険税につき減額した額の総額を基礎とし、国民健康保険の財政の状況その他の事情を勘案して政令の定めるところにより算定した額を国民健康保険に関する特別会計に繰り入れなければならない。

厚労省の「減免3原則」の破たん

③「保険料財源」(保険料減免に対する一般財源の繰入を行わないこと)

介護保険の費用は、高齢者の保険料が原則20%、市町村の一般財源が12.5%というように、それぞれ負担割合が決められている。このうち、高齢者の保険料は、高齢者の方にも助け合いに加わっていただくために、支払っていただいているものであり、それを減免し、その分を定められた負担割合を超えて他に転嫁することは、助け合いの精神を否定することになる。したがって、低所得者へ特に配慮する場合には、高齢者の保険料で負担すべきものと定められた枠の中で、被保険者の負担能力に応じた保険料額とすることにより、対応すべきである。

介護保険の「財政規模」(2011年度)

全国 介護保険給付費 総額 約8.3兆円

内訳

国は 2.08兆円(25%)

市町村(1566保険者) 1.04兆円(12.5%)

65歳以上高齢者は 1.66兆円(20%)

2011年度政府予算 **92.29兆円**

介護への国庫負担は国家予算の2.25%

※自治体の例 堺市 一般会計予算 3429億円

介護保険特別会計 526億円

堺市負担分60億円 **一般会計の2%弱**

国、地方を通じて一般会計投入を

「保険料50%負担」を打ち破る

これが当面の戦略的課題

●国庫負担増要求

事業者・自治体も一致する国民的要求として

全国市長会要求、議会での意見書採択運動

●自治体での一般会計繰り入れ要求

第6期へ運動の中で必ず全国的運動へ

負担軽減、施策充実のための財源投入

大阪府の介入・干渉をさせない

- 第5期保険料決定時に大阪府介護支援課が事業計画ヒアリングを通じて干渉

「一般財源から繰り入れするな」

2011年12月 異例の大阪府福祉部長通知

2012年1月、2月、5月 泉佐野市に対する通知、知事名の通知も

府) 法律上には罰則などがないことは理解している。
厚生労働省の方針に則って、保険料を抑制するための一般会計からの繰り入れは行わないように市町村にお伝えさせていただいているところです。

よくある質問に答えて①

今からできる対策はありませんか？

①対策はありません。

まだ、決まっていないから。最大の対策は改悪をさせないこと

②改悪のお先棒を担いではいませんか。

- ・要支援の人は受けない？
- ・要支援の人は自費を進める？

※ 切り捨てを許さないためにも要支援者のサービスは大切に、そして素晴らしいものに

よくある質問に答えて②

利用者にどう説明したらよいか？

①利用者こそ最大の被害者

まだ、決まっていないことはハッキリ説明する。

②どう説明するかは利用者をアセスメントして

- ・不安、メンタルの方
- ・「社会」への理解、信頼関係

※ できるだけ正確に情報は伝える。その上で、ケアマネの立場、改悪させないために

「あなたの実情」を伝えることが、力に

2025年

介護保険が使えるか？

全ては今！