

●●● 中央社保協・東日本介護保険運動交流集会

全日本民医連60周年デンマーク視察ツアー

林 泰則

[illegible]

「労働環境の改善停滞」

事業者 サービス低下懸念

二〇一五年年度予算編成で政府が九年ぶりとなる介護報酬の引き下げて合意したことに對し、介護保険事業者を中心に「サービスの低下につながる」と懸念する声が出ている。

るからだ。

公益社団法人「認知人と家族の会」の高見代表理事は十一日、本

介護報酬下げ
介護報酬は、介護の定価価格である。介護報酬は毎年一度、見直される。二〇〇〇年度に制度スタートして以来、五年度目の定価となる今回、過去最悪の減額の幅である二・一％下げられている。これは実質二・一％下げている。三年前と比べ、消費費率は四％超上りしていることを考えると、引き下げは乱暴である。財務省引き下げの根拠として提出したのが、特別養老老人ホーム、特養の内部留保率平均三厘四角という数字。しかし、この中には消化した施設建設費や老人職員の退職金などの積立金が含まれている。現地で特別養の削減が赤字であり、経営状況が厳しくなる施設がどうに暮えることが予想されている。介護職の人手不足は深刻化している。最悪の原因は資金の不足だ。平均の平均は全業平均、施設職員の平均はほぼ全業平均、約十万人弱。人手が足りないため過剰な業務状況ならざるを得ず、離職率も高い。昨年十一月、厚生省介護施設調査の有効率、倍率二・五倍、全職員の二・〇四倍を大きく上回っている。改定では、介護職員の賃金を一人あたり一万二千程度引き上げるための制度が提案される。だが、これと必要額一・九五％分との差は約五・四八倍というところで消えている。特養などの施設が崩壊しかねない

社説

東京新聞
2015.1.15

社説

介護費用と保険料の推移

(単位) 万円

長寿市内の特別養護老人ホームで

介護費用

年度	2000	02	04	06	08	10	12	14
介護費用	2911円	3293円 (+1.3%)	4090円 (+2.4%)	4160円 (+1.7%)	4972円 (+20%)			

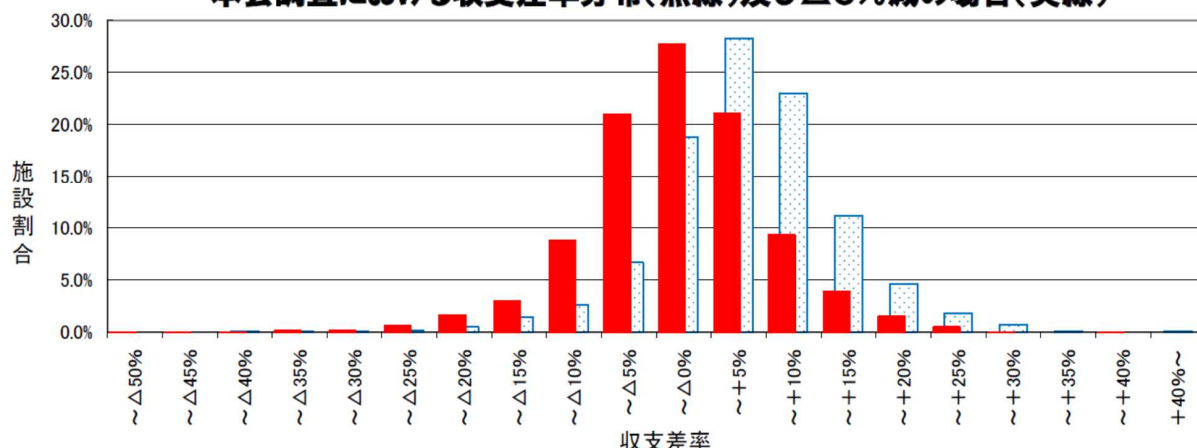
65歳以上が支払う保険料(全市平均)の推移

[illegible][illegible]

特養は3割が赤字、引き下げで6割が赤字転落(老施協調査)

- 特別養護老人ホームでは現状でも3割近くが赤字であり、仮に財務省案通り6%の介護報酬引き下げがされた場合、6割近くまで赤字に転落する。
- それらの施設では経営が逼迫し、質量両面に渡る介護サービスの切り下げ、人件費の削減等は避けられない。

本会調査における収支差率分布(点線)及び△6%減の場合(実線)



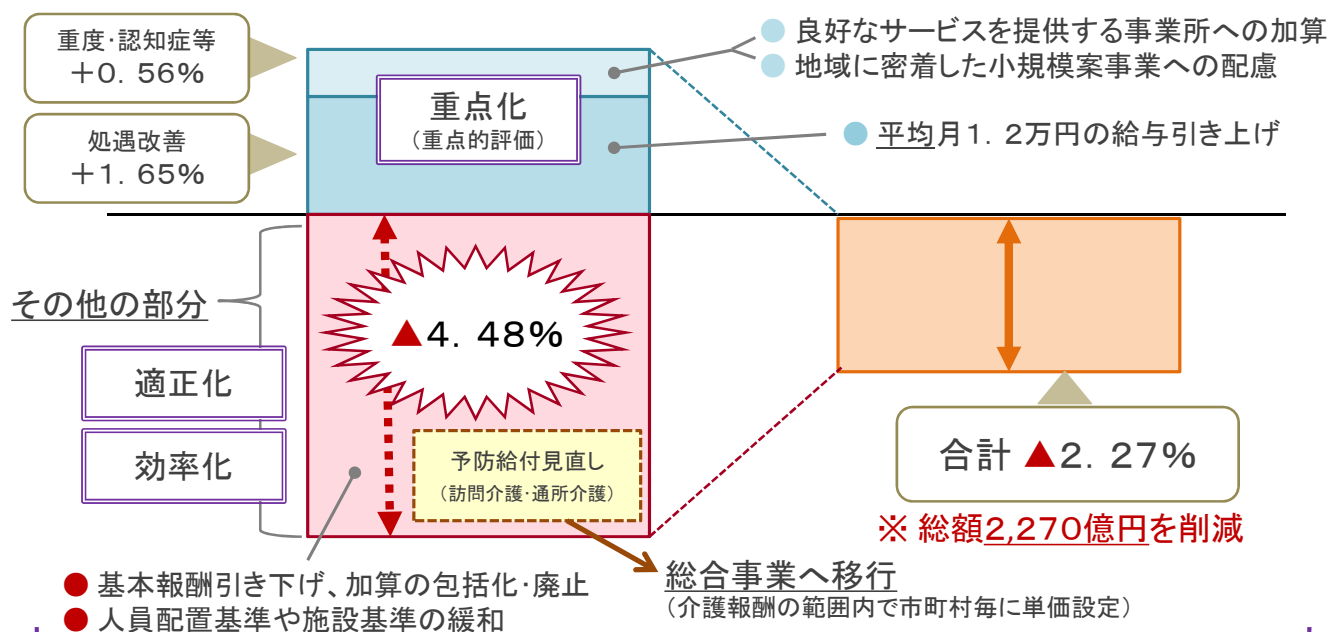
★ 一部法人の“貯め込み”を取り上げた「内部留保」バッシング続く。そもそも「内部留保」の定義は曖昧。会計制度が異なるため一般企業の「内部留保」と比較対照できない。一部の法人の実態をことさら強調し、施設の改修費など将来の必要資金まで問題視したり、介護報酬引き下げの理由とするのは不適切！！

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「2.27%引き下げ」の意味 ①

公称改定率 ▲2.27%

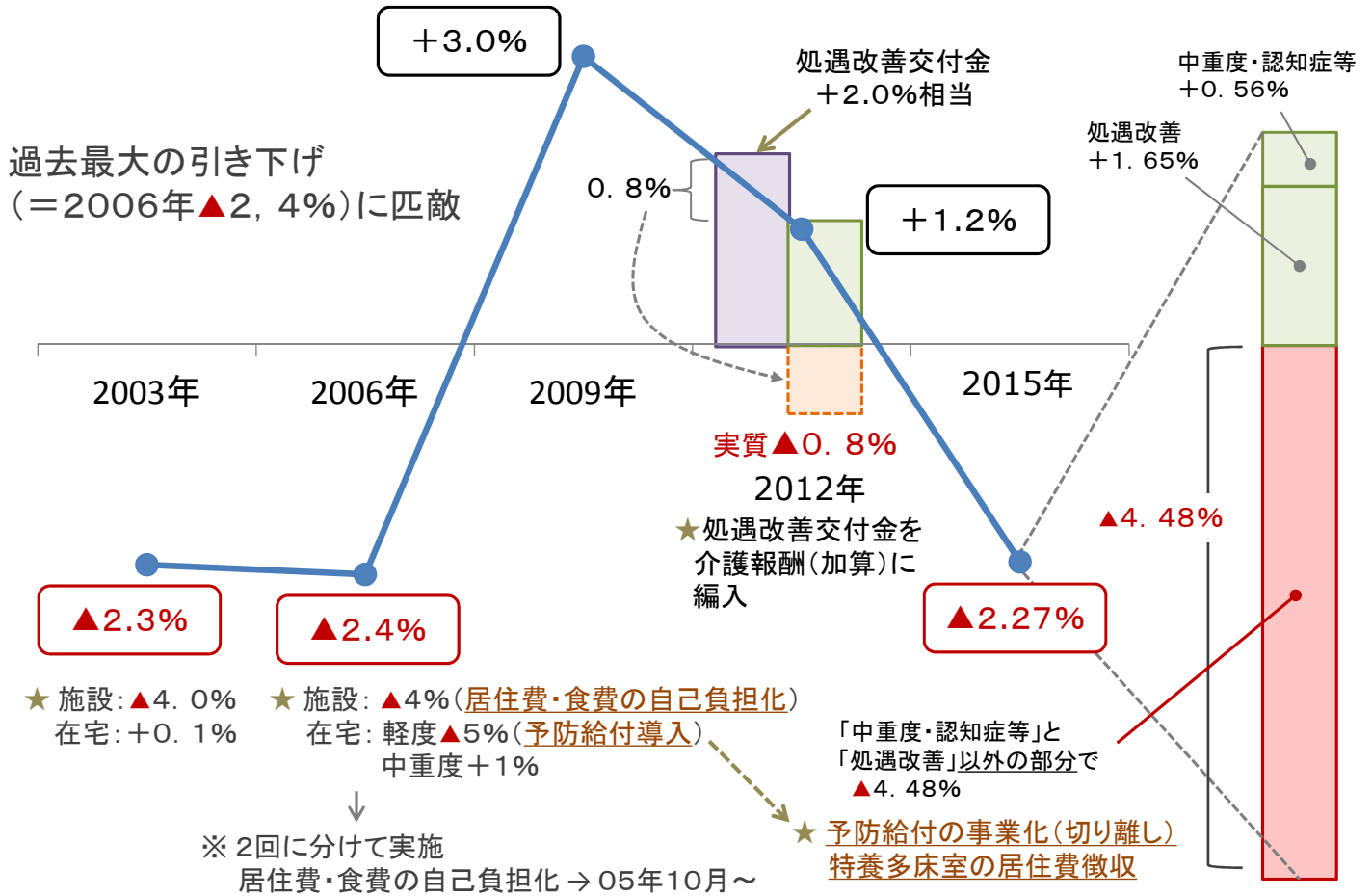
介護職員の処遇改善 +1.65%
 重度、認知症対応等 +0.56% } 計+2.21%



★ 「メリハリつけた配分」を行う

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「2.27%引き下げ」の意味 ②



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

“社会保障切り捨て予算”のもとでのマイナス改定

暮らし抑え 防衛重視

2015年度政府予算案
閣議決定(1月14日)

「人」よりも「法人」(大企業)
法人税減税 ⇔ 生保切り下げ



東京新聞
2015.1.15

生活保護・介護では痛み

安倍政権 予算案決定

攻撃型武器 続々と購入

政府は十四日、歳出総額が九十六兆三千四百一十億円で過去最高を更新する一〇一五年度予算案を閣議決定した。予算案は集団的自衛権の行使容認を踏まえて防衛予算を三年連続増の過去最高額とし、外資も約二百億円増額する。安倍首相の意向を強く反映。政権が掲げる地域活性化策の「地方創生」の事業にも計三兆円をつけた。半面、政府の安全保障政策に反対する沖縄県の振興予算は減らし、生活保護費の一部で減額するなど暮らしを支える経費は抑制した。(石川智規)

防衛予算は前年度比2.0%増の四兆九千八百一十億(七年間)で、最大の買い手。ステルス戦闘機F-35などの攻撃型武器に加え、海上警備のための新型警戒機「P-1」を二機購入する。計上し続ける必要が生じ、防衛費が膨らみ続ける要因となる。

2015年度予算案 外交・安全保障分野の「安倍カラー」関係

- 防衛費 総額4兆9801億円 (14年度比2.0%増)
- 米軍普天間飛行場の移設関連費 1736億円(14年度比約63倍増)
- 日本の「正しい姿」発信 領土保全、歴史認識などで対外関係の予算では、戦後七十年になることを踏まえて海外への日本に関する情報の発信を強化。
- 3年連続増額で過去最高額に。攻撃型武器を数多く購入
- 沖縄県名護市辺野古の埋め立てなどを旨とする
- 領土保全、歴史認識などで対外関係の予算では、戦後七十年になることを踏まえて海外への日本に関する情報の発信を強化。

防衛費 5兆円！！
(介護給付費10兆円)
14年度比2.0%増
=“2%のプラス改定”

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

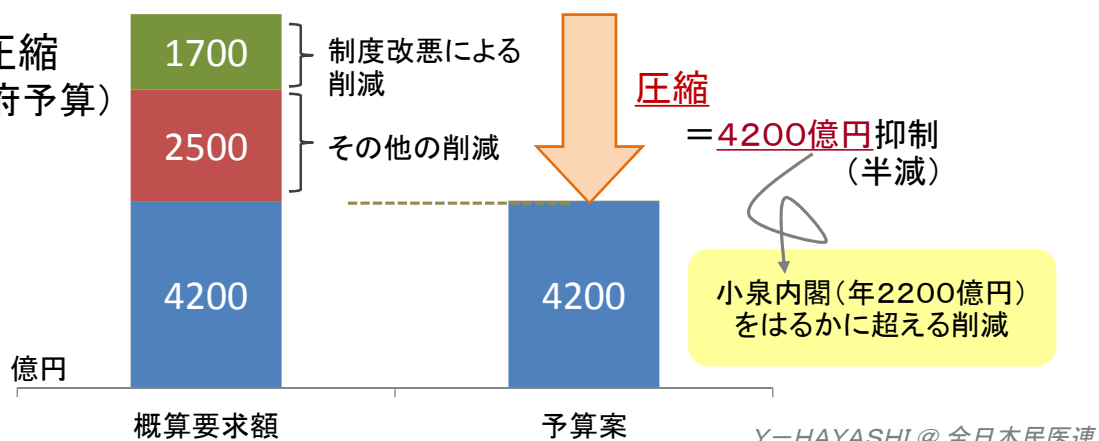
経済財政運営と改革の基本方針2014(「骨太方針2014」)

(1) 社会保障改革

(基本的な考え方)

我が国の社会保障給付は、少子高齢化の更なる進行の中で、継続的に経済成長を上回るペースで増大しており、国民の負担の増大を抑制していくことが重要である。このため、国民のニーズに対応するための社会保障の機能強化を図りつつ、自助・自立のための環境整備を進める。国、地方公共団体、保険者等がそれぞれの役割を的確に果たすこと等により、医療・介護を中心に社会保障給付について、いわゆる「自然増」も含め聖域なく見直し、徹底的に効率化・適正化していく必要がある。その際、「自然増」について、高齢化による増加とそれ以外の要因による増加などその内容を厳しく精査していく。

★「自然増」の圧縮 (2015年度政府予算)



「平成27年度における社会保障の充実」(介護関係)

1. 介護保険料の上昇を抑制

○ 次期計画(H27~29)で予定されている約15%の介護保険料アップを抑制

【介護1号保険料(65歳以上)の見込み】 ※ 2号保険料(40~64歳)についても上昇の抑制が図られる。【約4,200万人】

	H27~29に見込まれる 保険料引上げ(自然増)	適正化等の 効果	保険料軽減の 一部実施(H27)	H27・28の 保険料	H29の保険料 (保険料軽減の完全実施)
基本 (本人非課税)	5,000円 ⇒ 5,800円	▲230円	—	5,550円程度	5,550円程度
第1・第2段階 (年金収入等80万円以下 約650万人)	2,500円 ⇒ 2,900円 (5割軽減)	▲110円	▲280円 (5%追加軽減)	2,500円程度 (5割5分軽減)	1,650円程度 (7割軽減: ▲1,100円)
特例第3段階 (年金収入等120万円以下)	3,750円 ⇒ 4,350円 (2割5分軽減)	▲170円	—	4,200円程度	2,800円程度 (5割軽減: ▲1,400円)
第3段階 (年金収入等120万円超)	3,750円 ⇒ 4,350円 (2割5分軽減)	▲170円	—	4,200円程度	3,900円程度 (3割軽減: ▲300円)

引上げを抑制
約15%アップ→約10%アップ
【約2,300万人】

低所得者の保険料
約15%アップを抑制・回避
【約1,100万人】
→ 特に第1・2段階については27年度
の保険料を現行と概ね同水準
(2,500円程度)に維持

(注) 介護サービス料金(介護報酬)改定の影響や重点化・効率化策を勘案して財務省にて機械的に試算。なお、実際の保険料は保険者ごとに異なる点に留意が必要。

介護サービス料金改定(介護報酬改定)による介護費用の減少がもたらす国民負担軽減効果(平年度ベース)
→ ▲0.24兆円程度(保険料▲0.10兆円、利用者負担▲0.02兆円、国費▲0.06兆円、地方費▲0.06兆円)

(注) この他、重点化・効率化策による介護給付費の減少がもたらす国民負担軽減効果が▲0.16兆円程度あり、これを合すると全体で▲0.4兆円程度の効果。

2. 介護サービスの利用者負担を軽減

○ 利用者負担を平均2.27%軽減【約460万人】

(参考) 特養(ユニット型個室)入所者の利用者負担: 月額2.8万円 ※食費・居住費は除く

3. 介護職員の給料を引上げ

○ 介護職員処遇改善加算を拡充(月+1.2万円)【約140万人】 ※常勤換算職員数の推計値

→ これまでの取組(月+3万円程度)とあわせて、月+4.2万円程度を実現

→ 確実に処遇改善につながるよう、処遇改善加算の執行を厳格化

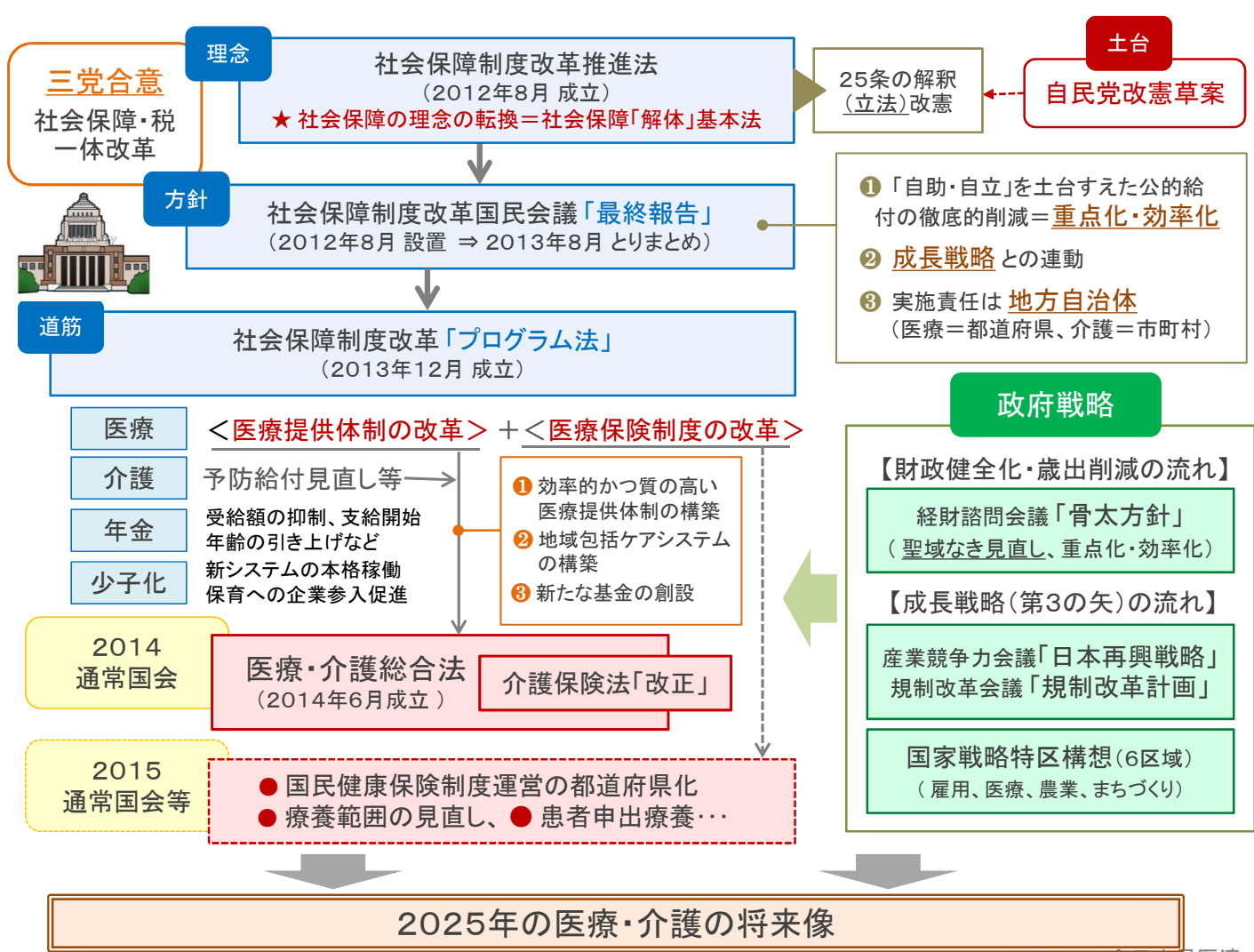
4. 介護事業者の安定的経営を確保

○ 安定的経営の確保に必要な利益率を確保(26経営実態調査を前提とした場合、平均4%程度の利益率を確保)【約19万事業所】

→ その際、良好なサービスを提供する事業所や地域に密着した小規模な事業所に配慮

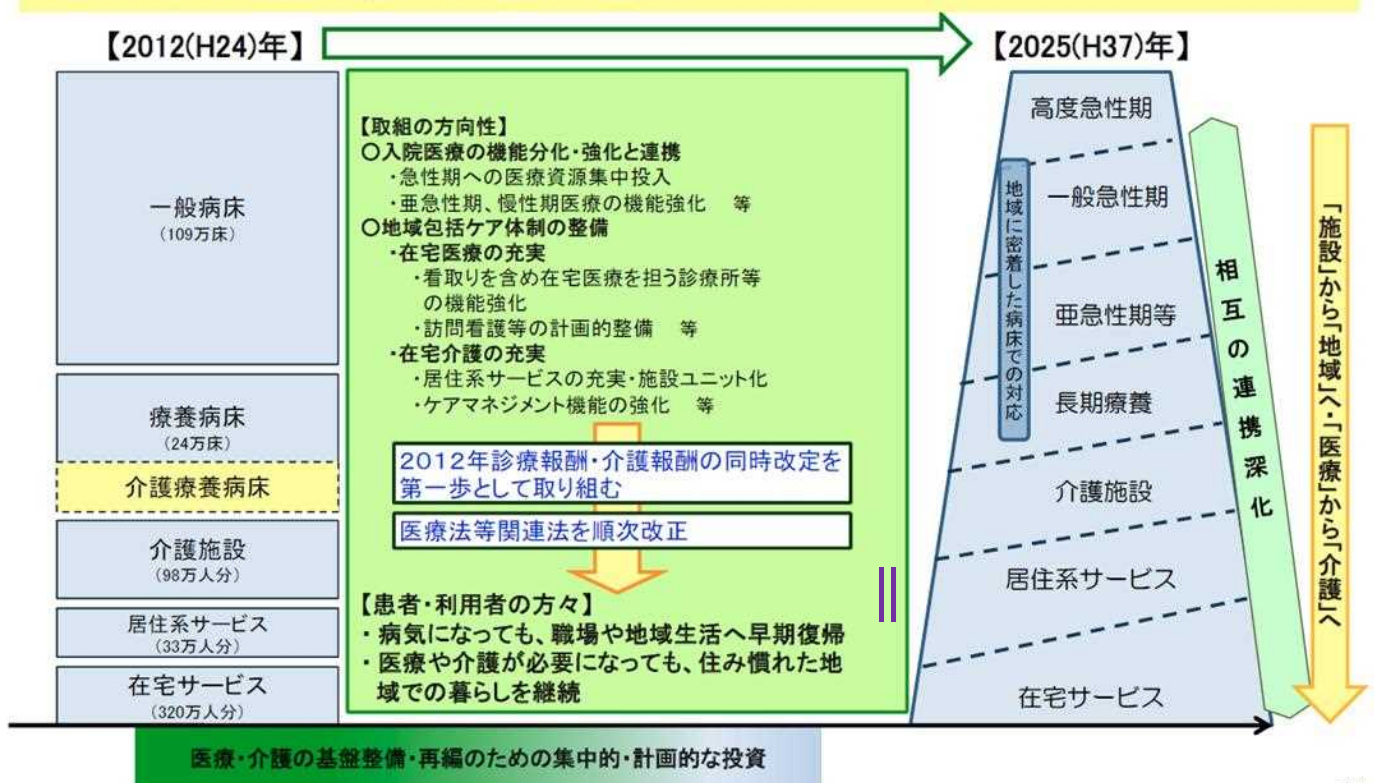
○ 地域に密着した小規模な介護施設の整備等への補助(基金)、認知症施策など地域支援事業の充実で計961億円

※ 金額は公費ベース。

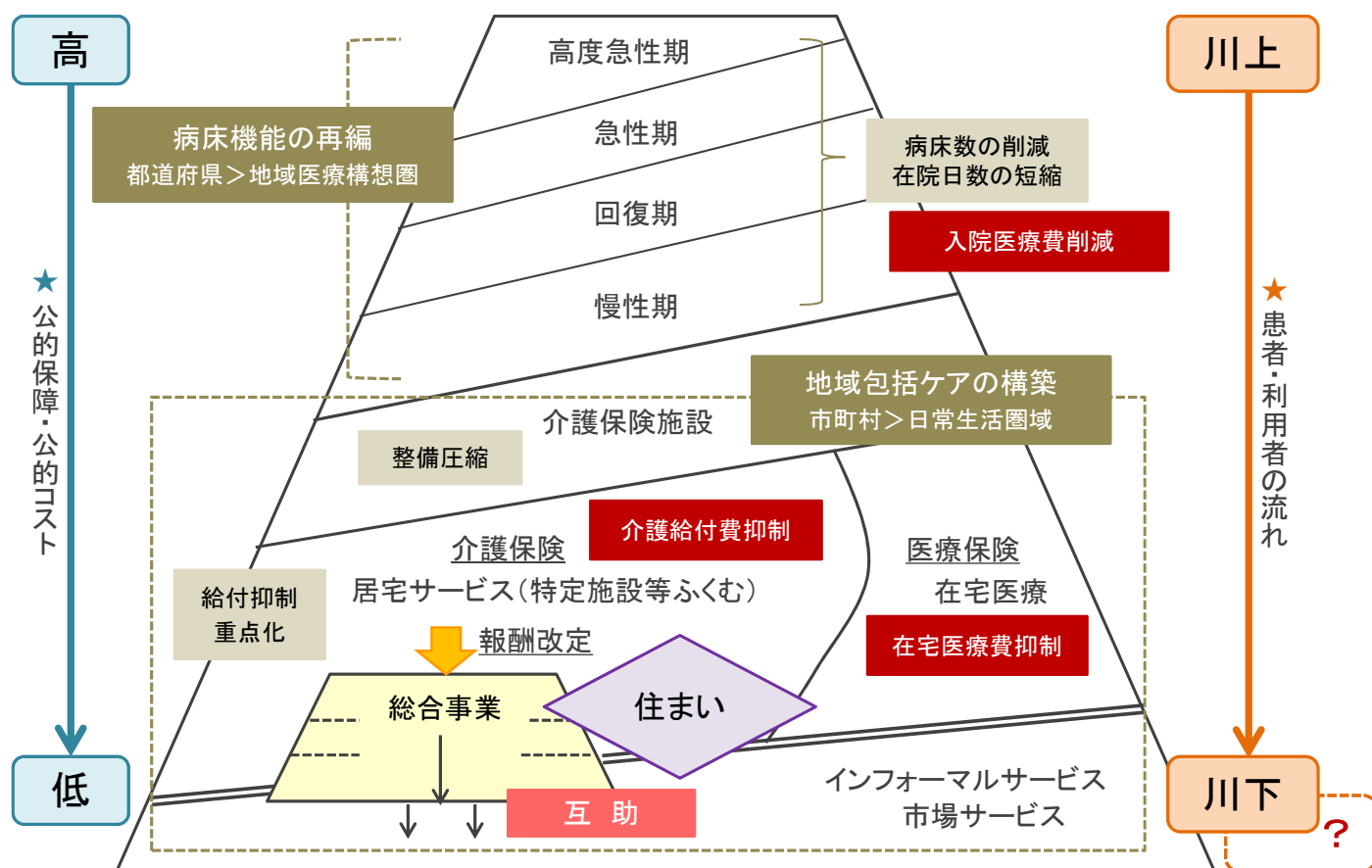


医療・介護総合法がめざす「医療・介護の将来像」(2025年)

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。



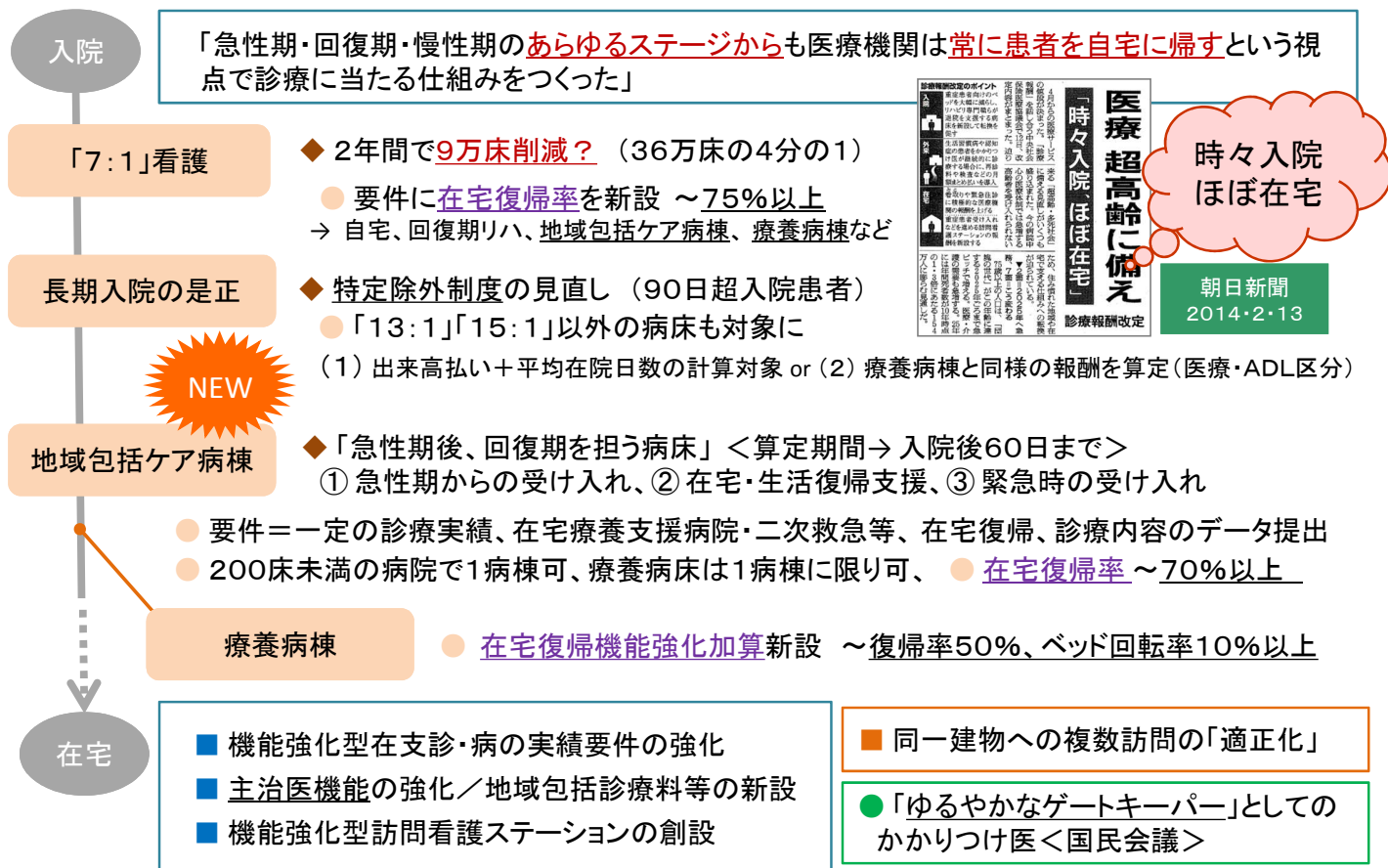
入院から在宅へ、医療から介護へ、介護から市場・ボランティアへ



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

先取りとしての診療報酬2014年改定

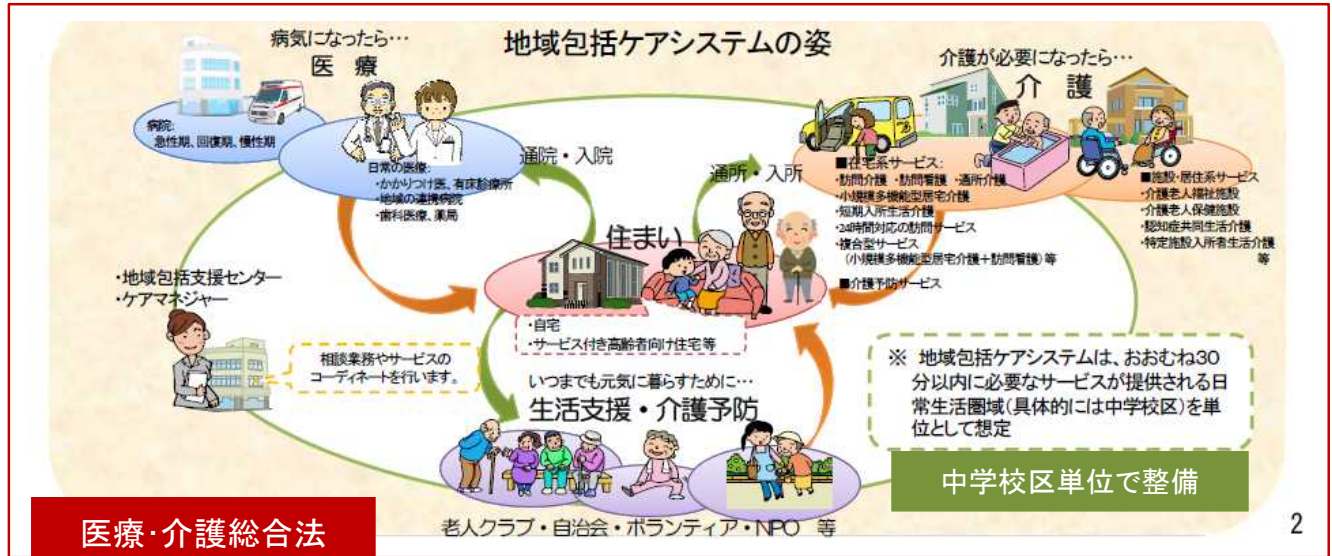
★ 入院から在宅へ - 「押し流し」の徹底



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

<「川下」の改革> = “国策”としての「地域包括ケア」

■ <厚労省・地域包括ケア研究会報告書> ニーズに応じた**住宅**が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、**医療**や**介護**、**予防**のみならず、福祉サービスを含めた様々な**生活支援サービス**が**日常生活圏域**で適切に提供できるような地域での体制



2

■ 政府が実際に推進しようとしている地域包括ケアの基本理念

自助 > **互助** > **共助** > **公助**
 （狭助？）（控除？）

政府=「順番を間違えないこと」

自助... **自己責任**、市場でのサービス調達もふくむ
 互助... 住民主体の活動 = **地域の連帯責任**、営利企業参入
 共助... **社会保険** - 「負担」の見返りとしての「給付」
 公助... 公費 - 対象限定、内容制限、選別主義 / 生活保護 等

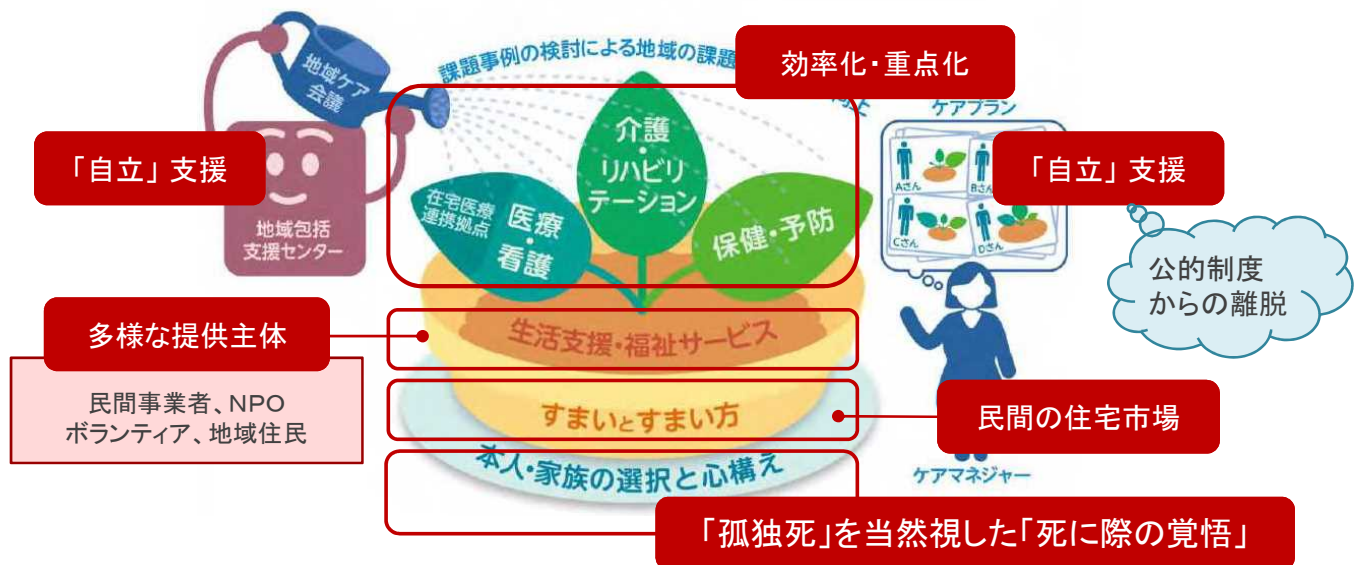
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「地域包括ケア」のイメージ = 「在宅の**限界**を高める」

地域包括ケア研究会報告書（2013年5月）

がまん

「自助」 > 「互助」 > 「共助」 > 「公助」



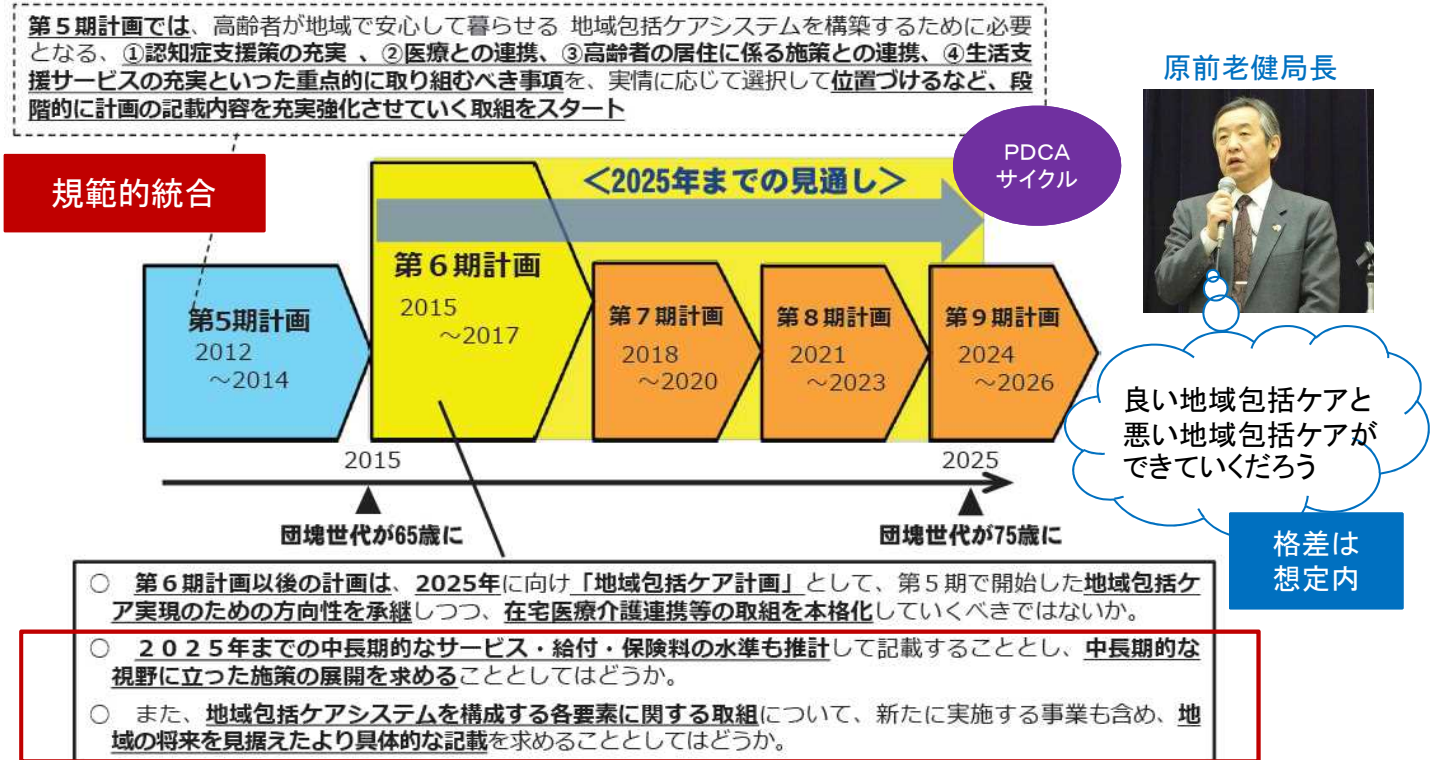
▼ 従来のような常に誰かが家の中にいて急変時には救急車で病院に搬送され、病院で亡くなるといった最期ばかりではなくなる。むしろ、毎日誰かが訪問してきて様子は見ているが、翌日になったら一人で亡くなっていたといった最期も珍しいことではなくなるだろう。▼ 常に家族に見守られながら亡くなるわけではないことを、それぞれの住民が理解した上で在宅生活を選択する必要がある。

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

地域包括ケアを推進するのは市町村

地域包括ケアシステムの構築に向けて、まずは平成27年度からの第6期以降の介護保険事業計画を「**地域包括ケア計画**」と位置づけ、各種の取組を進めていくべきである。＜国民会議「最終報告」＞

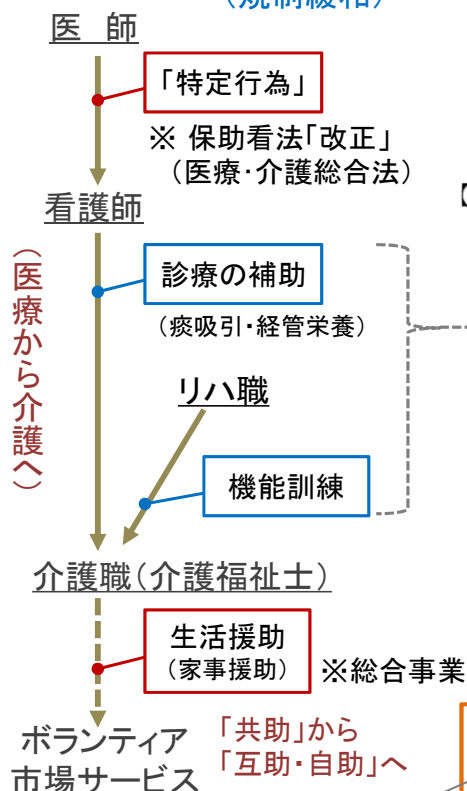
2025年を見据えた第6期介護保険事業計画の位置づけ



第46回介護保険部会「地域包括ケアシステムの構築に向けて」(2013年8月28日) Y-HAYASHI @ 全日本民医連

提供体制に対応した人材の役割分担

★ 医療行為実施者の拡大 (規制緩和)



【医療・リハビリ】

	現在	2025年
医師	・ 定期的な訪問診療 ・ 急変時対応 ・ 看取り	・ 在宅医療開始時の指導 ・ 急変時の対応・指示 ・ 看取り
看護職員	・ 診療の補助(医行為) ・ 療養上の世話	・ 病状観察 ・ 夜間を含む急変時の対応 ・ 看取り
PT・OT・ST	・ リハビリテーション実施	・ リハビリテーションのアセスメント・計画作成 ・ 困難ケースを中心にリハビリテーション実施

【介護職など】

	現在	2025年
介護福祉士	・ 身体介護 ・ 家事援助	・ 身体介護 ・ 身体介護と一体的に行う家事援助 ・ 認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援 ・ 要介護者に対する基礎的な医療的ケアの実施 ¹⁶ ・ 日常生活における生活機能の維持・向上のための支援(機能訓練等) ・ 他の介護職員に対する、認知症ケアのスーパーバイズ・助言
介護福祉士以外	・ 身体介護 ・ 家事援助	・ 身体介護 ・ 身体介護と一体的に行う家事援助 ・ 認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援
日常生活の支援(民間事業者・NPO等)	・ 配食 ・ 日々の移動の手伝い ・ レクリエーション	・ 家事援助 ・ 配食 ・ 日々の移動の手伝い ・ レクリエーション

介護保険法2014年「改正」＝「4つの切り捨て」

総介護費抑制と「効率化・重点化」

③ 特養の機能の重点化

① 予防給付の見直し

「予防給付」発
「市町村事業」行き



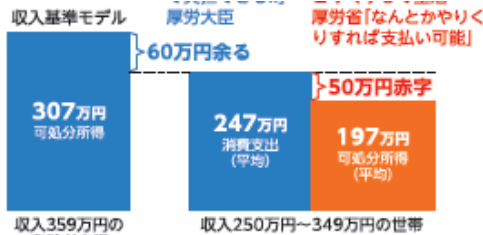
新たな振り分け
システム



専門職のサービスを
ボランティアに移し替え

★ 民医連介護チラシより

② 一定以上所得者の 利用料引き上げ



引き上げの論拠(60万円余るので負担可能)
は、すでに破綻!!

介護の
社会化



要介護1、2は
基本お断り



要介護1、2の
待機者17万人

④ 補足給付の要件厳格化

タンス預金も
申告の対象



低所得者を施設から締め出し
待機者にすらならない

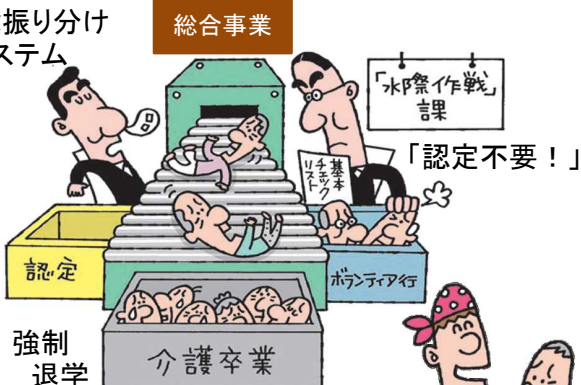
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

① 予防給付の見直し - 「給付」から「事業」へ

「予防給付」発
「市町村事業」行き



新たな振り分け
システム



専門職のサービスを
ボランティアに移し替え

卒業<強制退学>

★ 予防モデル事業で(東京都・荒川区)

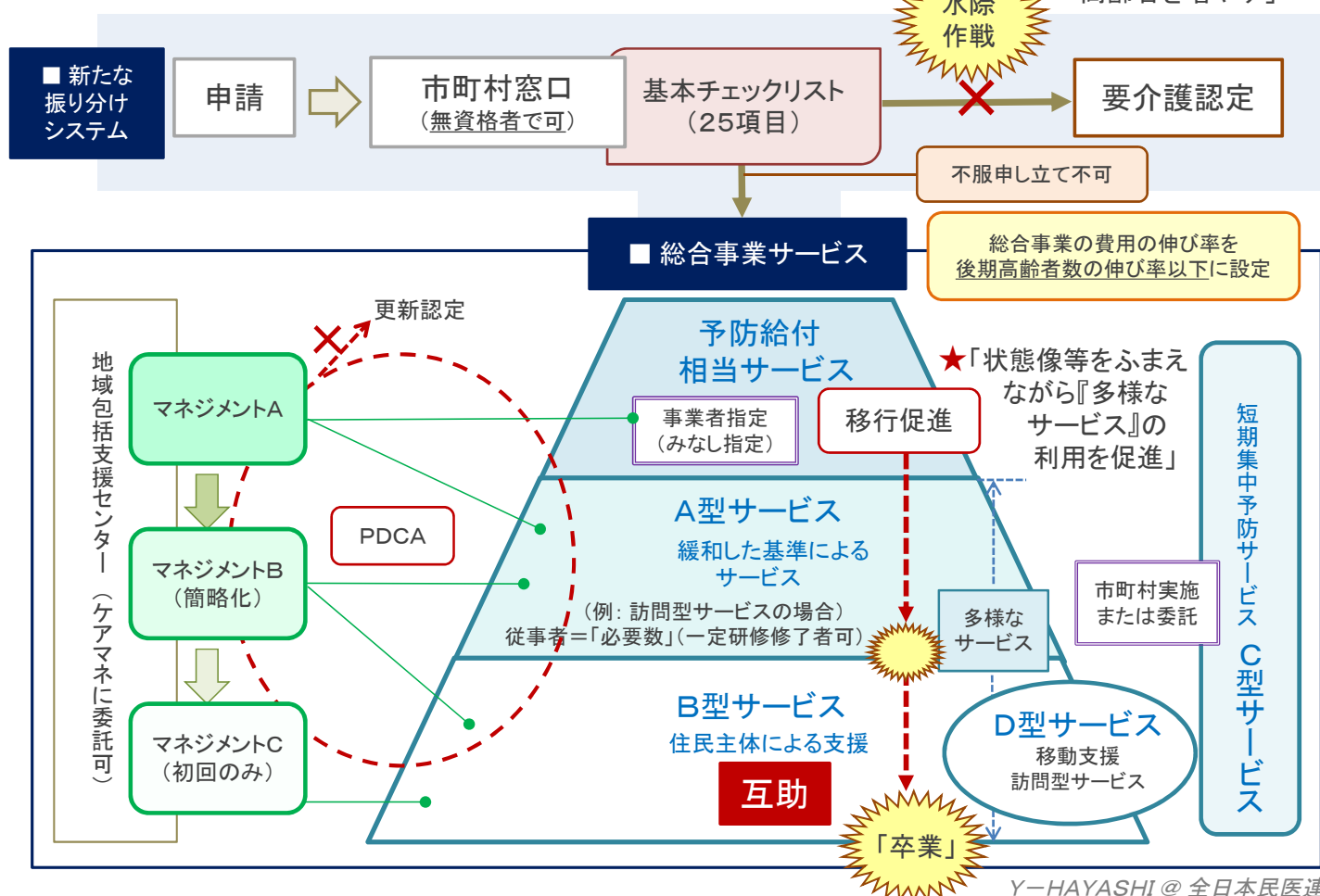
- * 腰の手術をして家事ができなくて介護サービスが頼みの綱の利用者(82歳、要支援2)
- * 今年2月に認定更新の期限直前に地域包括支援センターの職員が来て、「介護サービスの生活援助はやめてボランティアの支援に切り替えたら」と。「今のサービスを続けてほしい」と伝えたが、職員は「困った」とずっと言い続け、しつこいので「それならもういい」と言ったら本当に3月から介護サービスを切られた。
- * 介護サービス1回の利用料300円だったのが、ボランティアサービスになり1回750円から850円に。しかも利用料とは別に2000円の年会費も払わなくてははいけない。国民年金以外に収入もなく苦しい。

「…介護保険法の趣旨は自立支援にあることなどについて利用者に納得してもらうための説明・説得能力、合意形成能力が介護支援専門員や事業者には必要である」

長寿社会医療センター「地域ケア会議の課題と実施拡大に関する調査報告書」

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

★「認定に至らない
高齢者を増やす」



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

総合事業への早期の移行について

地域の多様な人材による高齢者支援の推進	● 高齢者の多様なニーズに対応するため、ボランティア、NPO、民間企業等の多様な主体が支援の担い手になることで、地域の多様な人材の活躍の場を広げることができる。 (例) 必ずしも資格を有さない人材に対して研修等により一定の質を確保しつつ活躍の場を創出することで、地域の支え手が増加する。 ● また、既存の介護サービス事業者（専門職）は中重度者への対応にその専門性を発揮することができる。
市町村による事業所の計画的な指定の推進	● 総合事業では、事業所の指定を市町村が裁量を持って行えるため、例えば、市町村の計画量や事業所のサービス提供状況等を踏まえた、計画的な指定ができる。これにより、圏域内の効果的な配置や、質の向上を図ることが可能となる。 ● 予防給付から移行するみなし指定の事業所についても、有効期間（3年）を市町村の判断で短縮することも可能であり、地域の実情に応じた判断を早期から実施できる。
次期計画策定時に展望が可能	● 早期移行により、第6期中の実施状況を踏まえ、例えば、必要に応じて事業内容を見直しつつ第7期を迎えるなど、第7期以降（2018～2024年）の展望が可能。特に平成29年4月移行とした場合は、第7期の計画策定段階で実施データがないため、適正な事業規模を見込めない等、第7期事業計画への反映が困難になり、2025年に向け、地域包括ケアシステムの基本要素である生活支援・介護予防への取組が困難となる恐れ。 ● 住民等地域の多様な主体に参画を求め、地域の支え合いの体制づくりを推進すること、市町村による質の高いサービスの効果的な配置の推進等を通じ、総合事業の費用の効率化が図られ、介護保険料の水準にも反映される。

(参考) 上記に加えて、総合事業の実施に当たり、市町村の事務負担を軽減するために、以下のような枠組みも整備されている。

○ 市町村による契約・審査・支払事務の負担軽減について

市町村が毎年度委託契約を締結する事務を不要とするため、指定事業者制度を活用。審査・支払について国保連の活用。

○ 要介護認定の事務負担の軽減について

総合事業に全面移行した自治体については、更新申請時の要介護認定等の有効期間の延長を行うことができる。

⇒ 早期に移行する自治体に対しては、移行前・後を通じて、事業実施に係る継続的な支援を検討。

③ 特養の機能の重点化 = 入所対象の限定

急増する
特養待機者

2009年: 42.1万人



10万人増

2014年: 52.4万人

	要介護1~2	要介護3	要介護4~5	計
全体	17.8 (34.1%)	12.6 (24.1%)	21.9 (41.8%)	52.4 (100%)
うち在宅の方	10.7 (20.4%)	6.6 (12.7%)	8.7 (16.5%)	26.0 (49.6%)
うち在宅でない方	7.1 (13.6%)	6.0 (11.4%)	13.2 (25.3%)	26.4 (50.4%)

厚生労働省調査(単位:万人)



新規入所

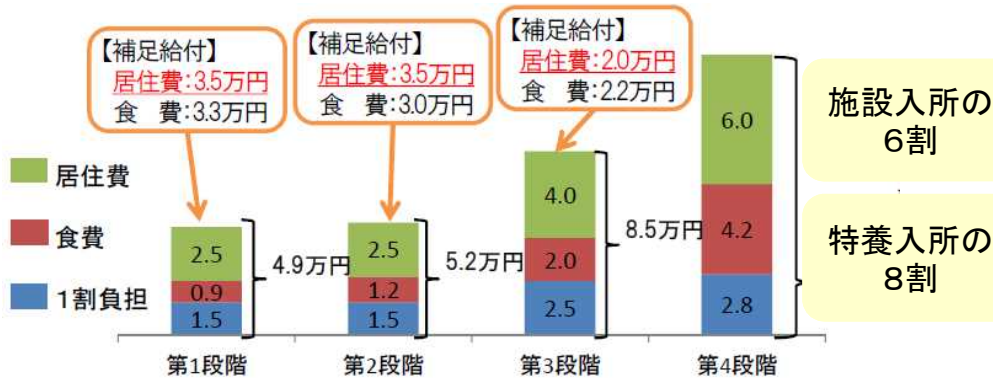
- 原則=要介護3以上に限定
- 他方で、要介護1、2について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、「特例的」に入所を認める

特養1、2であっても特養への入所が必要と考えられる場合(⇒今後検討)

- ・ 知的障害・精神障害等も伴って地域での安定した生活が続けることが困難
- ・ 家族等による虐待が深刻であり心身の確保が不可欠
- ・ 認知症高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要……など

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

④ 補足給付の要件の見直し = 対象者を減らす



<見直し案>

預貯金等

一定額超の預貯金等(単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超程度を想定)がある場合には、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

タンス預金も

配偶者の所得

事実婚

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、補足給付の対象外

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

※石川民医連
やすらぎホームの事例
<多床室/要介護5>

第2段階 (30日)		月31,200円 の増額	第4段階 (30日)	
利用料	30,525円		利用料	30,525円
食費	11,700円		食費	42,600円
居住費	9,600円		居住費	9,900円
計	51,825円		合計	83,025円
高額介護サービス費	▲15,525			
合計	36,300円			

月46,725円の
増額
↓
★年55万円の
負担増

HAYASHI @ 全日本民医連

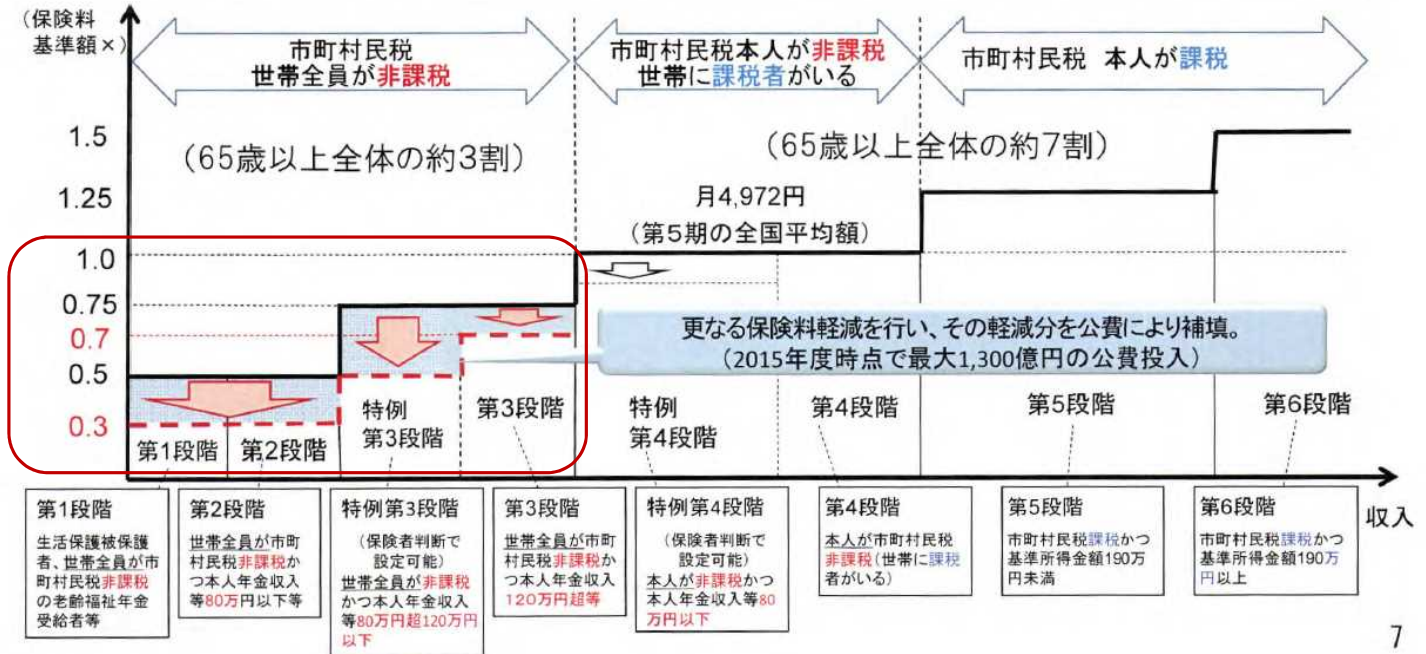
低所得者の保険料軽減強化 (一般財源の投入)

〔見直し案〕

- 給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化。
- 平成27年度(第6期介護保険事業計画)から実施。

現行 27年度～

第1・第2段階	0.5 → 0.3
特例第3段階	0.75 → 0.5
第3段階	0.75 → 0.7



7

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護保険料

自治体減免禁止されず

本紙に厚労省が認める

厚労省が介護保険料に対する自治体の減免について「自治体は独自に減免を行うことは法律上問題ない」として、自治体の減免を認めた。また、自治体の減免が「国が定める基準を超過しない限り」認められるとしている。

文書撤回し 約束果たせ

介護保険料に際しては、自治体の減免が認められる。国は1000億円を投じて、来年度から低所得者への減免を実施する。国は「国が定める基準を超過しない限り」認められるとしている。

ただし同省は、「公費負担の増大を招くおそれがある」として、自治体の減免が「国が定める基準を超過しない限り」認められるとしている。

介護保険料の軽減策

国は1000億円を投じて、来年度から低所得者への減免を実施する。国は「国が定める基準を超過しない限り」認められるとしている。

介護保険料に際しては、自治体の減免が認められる。国は1000億円を投じて、来年度から低所得者への減免を実施する。国は「国が定める基準を超過しない限り」認められるとしている。

段階	軽減率	国が定める基準
第1段階	50%	50%に拡大
第2段階	25%	25%に拡大
第3段階	25%	25%に拡大

段階	軽減率	国が定める基準
第1段階	50%	50%に拡大
第2段階	25%	25%に拡大
第3段階	25%	25%に拡大

国が定める基準を超過しない限り

しんぶん赤旗
2015.1.31

保険料減免の3原則(厚労省)

- ① 個別申請により判定
- ② 減額のみ(全額免除は行わないこと)
- 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)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護保険料軽減大幅に圧縮

厚労省方針 消費増税先送り

所得が低い65歳以上の高齢者を対象にした介護保険料軽減策の拡充について、厚労省は、予定通り2015年度から実施するものの、対象者や軽減率を大幅に圧縮する方針を決めた。消費税率10%への引き上げによる増収分を財源と見込んでいたが、増収が先送りされたためだ。いま保険料が半額(50%)に軽減されている最も低所得のグループのみ、軽減率を55%に拡大する。

65歳以上の介護保険料は市町村ごとに違う。いまは全国平均で月額4972円(基準額)だ。来年度は3年に一度の見直し時期。介護費は増え続け、全体として値上げは確実な情勢だ。低所得者の保険料は、基準額より段階的に軽減する仕組みがある。対象者は約1千万人。消費増税分の財源から年1300億円を投じて、この軽減策を拡充する予定だった。

当初の拡充案は、①本人

(軽減率)	現行	当初案	来年度
第1段階	50%	70%	55%
第2段階	25%	50%	現行通り
第3段階	25%	30%	現行通り

消費増税先送りにより、消費増税を見込んだ当初の案を70%に拡大、50%に拡大、30%に拡大

朝日新聞
2014.12.30

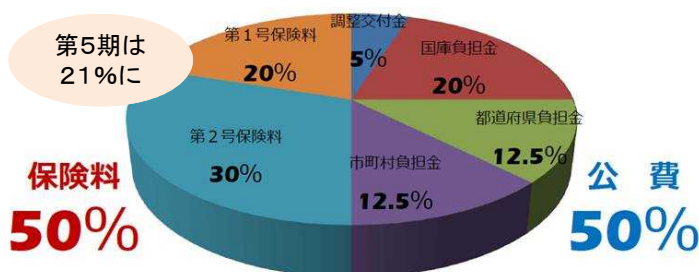
第6期保険料:5050円の見込み、2025年は8,200円に

事業運営期間	事業計画	給付（総費用額）	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2001年度		4.6兆円		
2002年度		5.2兆円		
2003年度	第二期	5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2004年度		6.2兆円		
2005年度		6.4兆円		
2006年度	第三期	6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H18年度改定 ▲0.5%
2007年度		6.7兆円		
2008年度		6.9兆円		
2009年度	第四期	7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H21年度改定 +3.0%
2010年度		7.8兆円		
2011年度		8.2兆円		
2012年度	第五期	8.9兆円	4,972円 (全国平均)	H24年度改定 +1.2%
2013年度		9.4兆円		
2014年度		?		

★2015年度(第6期) 5,800円→5,550円 <報酬引き下げ、軽減縮小による>財務省

2025年度

8,200円



★ このままでは財政破綻必至！
「持続不可能な制度」へ

公費(国)負担割合の見直しは先送り
→ 給付削減と負担増で「帳尻合わせ」

「持続不可能な制度」へ

主な施行期日について

施行期日	改正事項
①公布の日	○診療放射線技師法(業務実施体制の見直し) ○社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律(介護福祉士の資格取得方法の見直しの期日の変更)
②2014年4月1日又はこの法律の公布の日のいずれか遅い日	● 地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律(厚生労働大臣による総合確保方針の策定、基金による財政支援) ○医療法(総合確保方針に即した医療計画の作成) ○介護保険法(総合確保方針に即した介護保険事業計画等の作成)
③2014年10月1日	● 医療法(病床機能報告制度の創設、在宅医療の推進、病院・有床診療所等の役割、勤務環境改善、地域医療支援センターの機能の位置づけ、社団たる医療法人と財団たる医療法人の合併) ○外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律(臨床教授等の創設) ○良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律(持分なし医療法人への移行)
④2015年4月1日	○医療法(地域医療構想の策定とその実現のために必要な措置、臨床研究中核病院) ■ 介護保険法(地域支援事業の充実、予防給付の見直し、特養の機能重点化、低所得者の保険料軽減の強化、介護保険事業計画の見直し、サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用) ※なお、地域支援事業の充実のうち、在宅医療・介護連携の推進、生活支援サービスの充実・強化及び認知症施策の推進は平成30年4月、予防給付の見直しは平成29年4月までにすべての市町村で実施 ○歯科衛生士法、診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律(業務範囲の拡大・業務実施体制の見直し) ○歯科技工士法(国が歯科技工士試験を実施)
⑤2015年8月1日	■ 介護保険法(一定以上の所得のある利用者の自己負担の引上げ、補足給付の支給に資産等を勘案)
⑥2015年10月1日	○医療法(医療事故の調査に係る仕組み) ○看護師等の人材確保の促進に関する法律(看護師免許保持者等の届出制度) ●し 保健師助産師看護師法(看護師の特定行為の研修制度)
⑦2016年4月1日までの間にあり政令で定める日	■ 介護保険法(地域密着型通所介護の創設)
⑧平成30年4月1日	■ 介護保険法(居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲)

平成 27 年度介護報酬改定に向けた基本的な視点(案)

- 第1の視点としては、地域包括ケアシステムの構築に向けた、在宅中重度者や認知症高齢者への対応の更なる強化である。特に、今般の制度改正では、在宅医療・介護連携の推進を地域支援事業に位置づけて取り組むこととしているが、今回の介護報酬改定においても、医療と介護の連携も含め、在宅中重度者や認知症高齢者への支援を強化することが必要である。
- 第2の視点としては、介護人材確保対策の推進である。介護人材は、地域包括ケアシステムの構築に不可欠な社会資源であり、その確保は最重要の課題である。また、将来的なマンパワー減少を見据え、質の高い介護人材を確保するとともに、効率的かつ効果的に配置するといった観点も重要である。
- 第3の視点としては、サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築である。地域包括ケアシステムの構築を図る一方、保険料と公費で支えられている介護保険制度の持続可能性を高め、限りある資源を有効に活用するためには、より効果的で効率的なサービスを提供することが求められている。

第110回介護給付費分科会資料(2014年10月15日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

2015年介護報酬改定の特徴

■ 政策的背景

- 「改正」介護保険法(医療・介護総合法がめざす「2025年の医療・介護の将来像」)を具体化する改定
 - * 「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」
 - * ①「地域包括ケア」の実現 + ② 持続可能な制度の実現
- 2018年度(2025年までの節目の時期＝診療・介護報酬の同時改定、諸計画の同時スタート)への助走

■ 基本的な考え方

- 基本認識＝いわゆる「2025年問題」への対処
 - 「高齢化」→ 地域包括ケアの実現
 - 「財政難」→ 持続可能な制度の実現(保険財政の維持、給付抑制)
 - 「人口減」(初めて言及) ~ 人口の減少＝働き手(介護の担い手)の減少
 - 「質の高い人材の確保、より効率的なサービス提供体制の構築」

● キーワード

重点化

適正化

効率化

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

3 サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築 ①

○ 地域包括ケアシステムの構築とともに介護保険制度の持続可能性を高めるため、各サービス提供の実態を踏まえて必要な適正化を図るとともに、サービスの効果的・効率的な提供を推進する。

適正化

効率化

(1) サービス評価の適正化

- ① 基本的考え方 ⇒ 「骨太方針2014」
- ② 居宅介護支援 認知症・独居加算の包括化
- ③ 小規模通所介護(300人以下) 基本報酬の見直し(減額)
- ④ 短期入所 長期間利用(30日超え)の基本報酬の適正化
- ⑤ 福祉用具貸与 価格の適正化
- ⑥ 介護予防サービス 介護予防通所介護・通所リハの基本報酬の適正化
～長時間利用は想定してない → 総合事業の単価
- ⑦ 介護老人福祉施設 多床室での居住費徴収＝居住費相当分の基本報酬減額

(2) 集合住宅に居住する利用者へのサービス提供に係る評価の見直し

- ① 訪問系サービス(訪問介護、訪問入浴、夜間対応、訪問看護、訪問リハ)
ア) 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物 → 報酬減算
イ) 事業所と同一建物外(+利用者が一定数以上) → 新たに減算
- ② 定期巡回
事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物 → 新たに減算
- ③ 小規模多機能 事業所と同一建物 → 新たに基本報酬を設定

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

3 サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築 ②

(3) 通所系サービス(通所介護、通所リハ、認知症デイ)

適正化

効率化

送迎を実施していない場合 → 減算

(4) 報酬評価の体系化。適正化と運営の効率化

- ① 短期集中リハビリ実施加算、個別リハビリ実施加算
→ 見直し(統合など) exp. 個別リハビリ加算＝長期間リハビリの包括化
- ② 訪問看護STでのリハ職の訪問 → 訪問リハとの整合性確保
- ③ 訪問リハ、通所リハを同一事業所で提供 → 計画、同意書、記録等の効率化

(5) 人員配置基準等の緩和

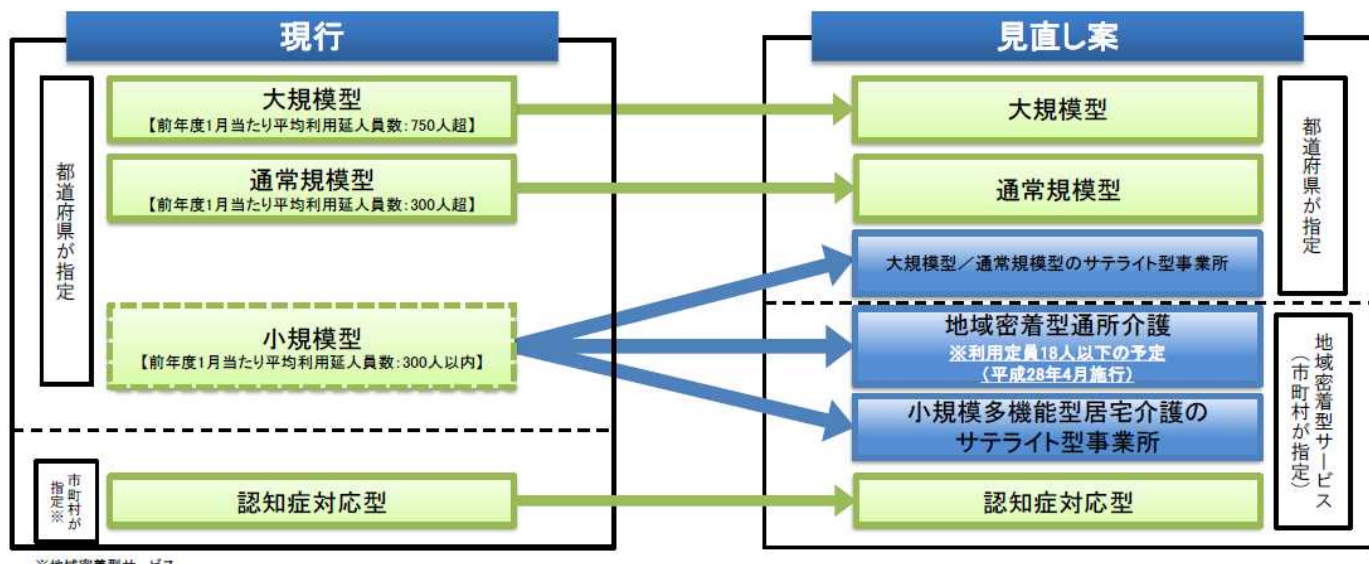
- ① 訪問介護 サ責の配置基準 → 一定の要件を満たせば「50人に1人以上」
- ② 通所介護 看護職員の配置 → 医療機関と連携し健康状態を確認すればOK
- ③ 定期巡回 オペレーターとして充てることができる施設・事業所の範囲(夜間早朝)
→ 緩和 「同一敷地内又は隣接する施設・事業所」を追加
- ④ 小規模多機能 看護職員が兼務可能な施設・事業所の範囲
→ 緩和 「同一敷地内又は隣接する施設・事業所」を追加、特養・老健等を追加
- ⑤ 小規模多機能と認知症GHの併設型 夜間職員配置
→ 緩和 一定の要件(9名以内、同一階)を満たせば、兼務可
- ⑥ 特養ホーム 職員の専従要件 → 緩和(柔軟な地域貢献活動を可能に)
- ⑦ 老健施設 看護・介護職員
→ 緩和 併設事業所の職務に従事する場合、一部に非常勤職員で可

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

小規模通所介護の見直し

- 基本報酬(通所介護費)の引き下げ
- 地域密着型サービスへの移行

- 増加する小規模の通所介護の事業所について、①地域との連携や運営の透明性を確保するため市町村が指定・監督する地域密着型サービスへの移行、②経営の安定性の確保、サービスの質の向上のため、通所介護(大規模型・通常規模型)や小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所への移行を検討。
- 地域密着型通所介護は利用定員18人以下とすることを予定しており、平成28年4月施行予定。



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「社会参加」への移行／訪問リハ・通所リハ

● 社会参加を維持できるサービス等へ移行する体制の評価

リハビリテーションにおいて、社会参加が維持できるサービス等に移行するなど、質の高いサービスを提供する事業所の体制を評価する。

★ 訪問リハ、通所リハ

対応案

- 利用者が計画に基づき、一定期間以内に通所系サービスや地域支援事業などに移行した場合の実績(利用者に占める割合)を評価する。
- 通所リハビリテーションの(仮)生活行為向上リハビリテーションには適応しない。

<具体例イメージ>

通所リハビリテーション

⇒通所介護、地域支援事業等(入院、入所、死亡を除く)

訪問リハビリテーション

⇒通所リハビリテーション、通所介護、地域支援事業等(入院、入所、死亡を除く)

→ 通所介護 → 総合事業へと移行促進

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

特定施設入居者生活介護－特養の重点化に対応

● サービス提供体制強化加算の創設

今般の制度改正により、介護老人福祉施設の入所者が原則として要介護3以上の者に限定されることに伴い、有料老人ホーム等の特定施設の役割が拡大することが見込まれている。このため、特定施設の入居者が重度化した場合でも、引き続き、当該施設においてサービスを提供し続けるための手厚い介護体制の確保を推進する観点から、介護老人福祉施設と同様に、サービス提供体制強化加算を創設する。

● 認知症専門ケア加算の創設

認知症高齢者の増加に対する評価や、積極的な受入れを促進する観点から、他のサービスにおいて認知症高齢者への対応に係る加算制度が設けられていることにかんがみ、認知症専門ケア加算を創設する

特定施設入居者生活介護等の利用者に関しては、特別養護老人ホームの入所者資格の重点化に伴う住まいとしての役割が拡大することが見込まれている。

参考：現行の介護福祉施設サービス・認知症対応型共同生活介護における認知症専門ケア加算

	単位数	要件
認知症専門ケア加算	(Ⅰ) 3単位/日	・日常生活自立度のランクⅢ以上の者(以下「対象者」という。)の占める割合が50% ・「認知症介護実践リーダー研修」の修了者を、(1)対象者が20人未満の場合は1人、(2)対象者が20人以上の場合は、10人ごとに更に1人
	(Ⅱ) 4単位/日	・(Ⅰ)の要件を満たすこと ・「認知症介護指導者研修」の修了者を1人以上

11 国民医療連

介護療養型医療施設－廃止か、存続か

● 機能に応じた評価の見直し

今後、医療ニーズの高い中重度の要介護者への対応の更なる強化が必要となる中で、介護療養型医療施設は、看取りやターミナルケアを中心とした長期療養を担っていると同時に、喀痰吸引、経管栄養などの医療処置を実施する施設としての機能を担っている。このため、介護療養型医療施設が担っているこれらの機能について、今後も確保していくため、以下のとおり新たな要件を設定した上で、重点的に評価する。

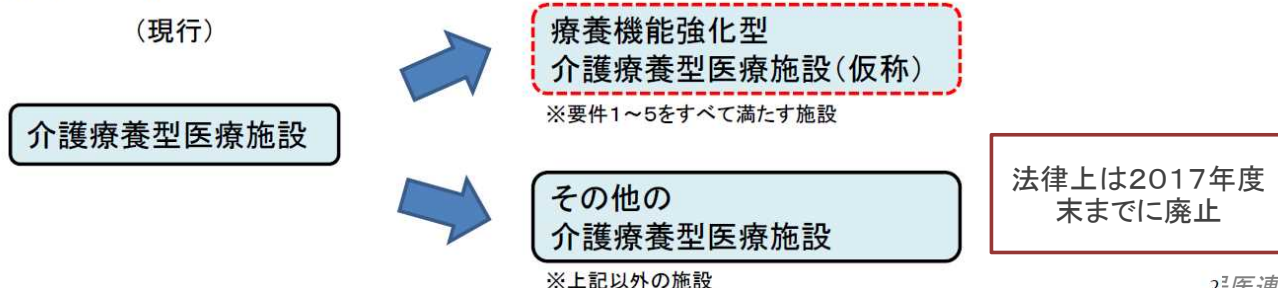
- (ア) 入院患者のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者が一定割合以上であること
- (イ) 入院患者のうち、一定の医療処置を受けている人数が一定割合以上であること

【要件】

- (1) 入院患者のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者が一定割合以上であること。
- (2) 入院患者のうち、一定の医療処置を受けている人数が一定割合以上であること。
- (3) 入院患者のうち、ターミナルケアを受けている患者が一定割合以上であること。
- (4) 生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。
- (5) 地域に貢献する活動を行っていること。

(案)

【改定のイメージ】

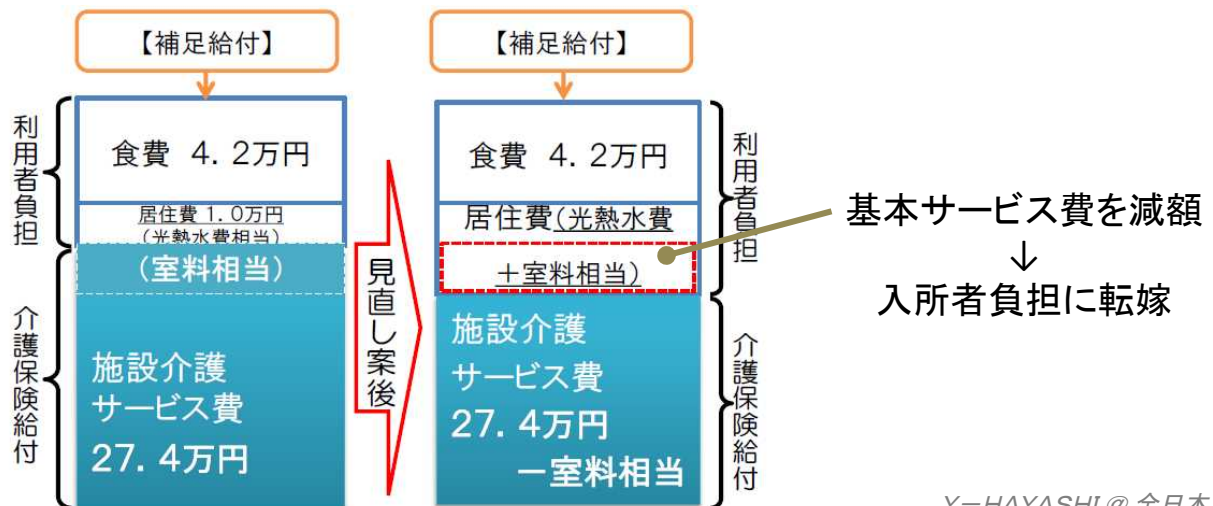


23 国民医療連

特養一多床室でも室料徴収(室料相当額を介護報酬から減額)

● 多床室における居住費負担の見直し

- * 介護老人福祉施設の多床室については、事実上の生活の場として選択されていることを踏まえ、一定程度の所得を有する在宅で生活する方との負担の均衡を図るため、一定の所得を有する入所者の居住費について、現行の光熱水費相当分に加え、室料相当分の負担を求める。
- * ただし、「低所得者を支える多床室」との指摘もあることを踏まえ、低所得者に配慮する観点から、利用者負担第1段階から第3段階までの者については、補足給付を支給することにより、利用者負担を増加させないこととする
- * 短期入所生活介護についても同様



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護予防サービスと総合事業

● 基本報酬の見直し

介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションについては、介護予防を目的としたものとして包括的に評価しているが、通所介護とは異なり、「レスパイト機能」を有していないことから、長時間の利用は想定されない。

このため、介護予防サービスのあり方と提供実態を踏まえた上で、通常規模型通所介護及び通常規模型通所リハビリテーションの基本報酬の評価と整合性が図られるように適正化を行う。

⇒ ★総合事業・通所型サービスの単価設定の基準

介護予防支援

● 介護予防支援に係る新総合事業の導入に伴う基本報酬の見直し

介護予防支援について、「介護予防・日常生活支援総合事業(以下「新総合事業」という。)」の導入に伴い、介護予防サービス計画には、指定事業所により提供されるサービスと、多様な主体により多様なサービス形態で提供される新総合事業のサービスを位置づけることを踏まえ、基本報酬において適正に評価する

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護職員の処遇改善（処遇改善加算）

第115回 介護給付費分科会
(H26.11.19)資料より抜粋

介護職員処遇改善加算の見直しについて

11(1)①

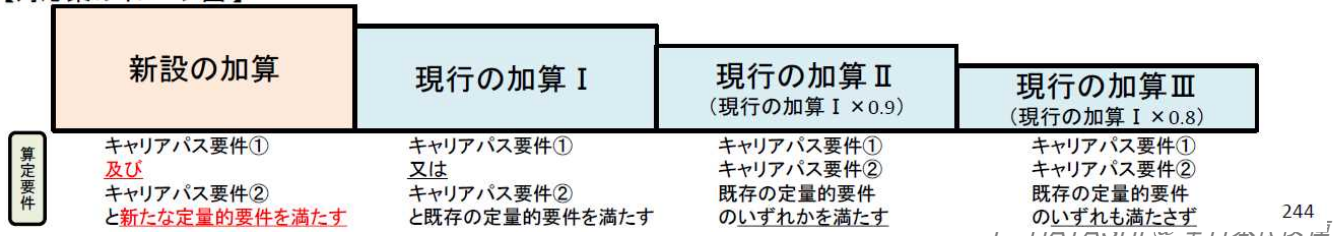
論点1

介護職員処遇改善加算について、処遇改善が後退しないよう現行の加算の仕組みは維持しつつ、更なる資質向上の取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進める事業所を対象とし、更なる上乘せ評価を行うための区分を新設してはどうか。

対応案

- 現行の介護職員処遇改善加算（以下「処遇改善加算」という。）を維持しつつ、更なる資質向上の取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進める事業所を手厚く評価を行うための区分を新設してはどうか。
 - 具体的な要件としては、処遇改善加算では、加算取得のキャリアパス要件として、
 - ① 職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系を整備すること、
又は
 - ② 資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること、
のいずれかを満たすことを求めるとともに、『定量的要件』として、賃金改善以外の処遇改善への取組の実施を求めているが、現行のキャリアパス要件①と②の両方の整備を求めることとしてどうか。
 - また、新設区分の定量的要件は、積極的に賃金改善以外の処遇改善への取組を実施していることを確認するため、近年に新たに実施した取組の記載を求めてはどうか。
- ※ 現行の定量的要件は、平成20年10月から現在までの取組内容を1つ以上記述することとなっている。

【対応案のイメージ図】



介護職員の需要増と生産年齢人口の減少

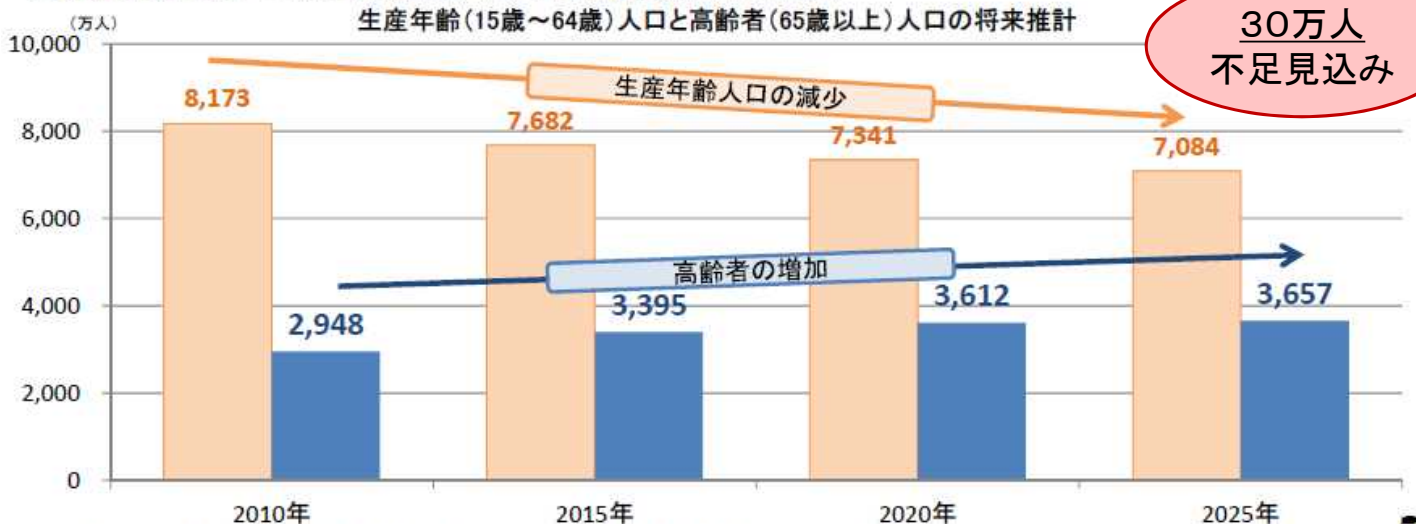
- 少子化の影響に伴い、将来的には、15歳から64歳までの生産年齢人口の減少が見込まれている一方で、介護職員については2025年に最大約250万人を確保する必要があることのバランスをどう図るかが課題となる。

介護職員の需要推計

	平成12年度 (2000年度)	平成24年度 (2012年度) (推計値)	平成27年度 (2015年度) (推計値)	平成37年度 (2025年度) (推計値)
介護職員	55万人	149万人	167～176万人(注) (164～172万人)	237～249万人 (218～229万人)

注) 平成27年度・平成37年度の数値は社会保障・税一体改革におけるサービス提供体制改革を前提とした改革シナリオによる。()内は現状をそのまま将来に当てはめた現状投影シナリオによる数値。2015年、2025年の推計値に幅があるのは、非常勤比率の変動を見込んでいることによるもの。

【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、「医療・介護に係る長期推計(平成24年3月)」



【出典】国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計

介護人材の全体像と介護福祉士の位置付け(機能分化)

これまでの考え方

- H16.7.30社会保障審議会介護保険部会
 - ・ 介護職員については、まず、資格要件の観点からは、将来的には、任用資格は「介護福祉士」を基本とすべき
- H23.1.20今後の介護人材の在り方に関する検討会
 - ・ 質の高いサービス提供と、介護人材の確保という二つの目的を両立させていく観点からは、介護福祉士の割合については、当面5割以上を目安としていくべき

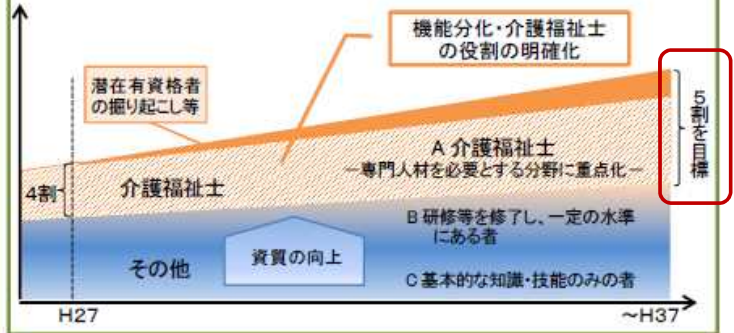
(参考) 介護職員に占める介護福祉士の割合の推移



【資料出所】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

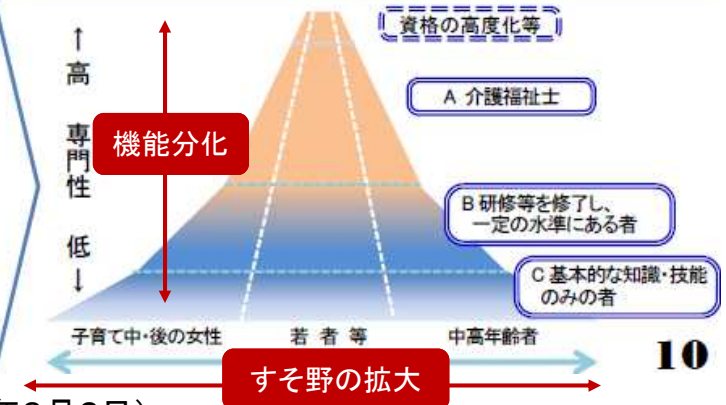
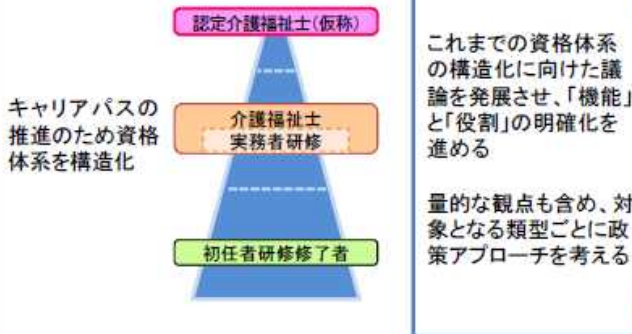
今後の方向性(案)

- 労働力人口の減少下において、介護福祉士を重点的に投入していく必要があり、将来的には機能分化と介護福祉士の役割の明確化が必要。
- 未経験者を含めたすそ野の拡大、多様な労働者属性に応じたキャリアパス支援を進め、質の確保を促進。介護福祉士は、5割達成を目指し、そのために必要な措置を講ずる。



人材の構造

人材の類型・体系



第5回福祉人材確保対策検討会(2014年9月2日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

外国人介護職の受け入れ推進

厚生労働省は、日本での介護福祉士の国家資格取得に25年度までに約30万人不足を予測し、外国人介護福祉士の受け入れを促進する方針を打ち出した。政府は、外国人介護福祉士の受け入れを促進する方針を打ち出した。政府は、外国人介護福祉士の受け入れを促進する方針を打ち出した。

厚労省方針 日本語重視要件に

外国人実習に介護追加

成長戦略の一環

国内の人手不足を背景に、政府は昨年六月にまとめた新たな成長戦略で技能実習制度に職種の追加するかどうかを検討すると規定した。

国内の人手不足を背景に、政府は昨年六月にまとめた新たな成長戦略で技能実習制度に職種の追加するかどうかを検討すると規定した。

介護分野での経済連携協定と技能実習制度の違い

経済連携協定(EPA)	外国人技能実習制度
国家資格に合格し、日本で働くことを期待	日本で学び、帰国後に技能を伝える
目的	目的
協定締結国: インドネシア、フィリピン、ベトナム	対象国
2008年度からスタート	時期
	開発途上国など各国
	2016年度実施を目指す

外国人介護士に在留資格

人材確保「5年以内」で検討

法務省は、日本での介護福祉士の国家資格取得に25年度までに約30万人不足を予測し、外国人介護福祉士の受け入れを促進する方針を打ち出した。政府は、外国人介護福祉士の受け入れを促進する方針を打ち出した。

対象者	在留期間	受け入れ人数
インドネシア、フィリピン、ベトナムの3か国で、看護師資格を有する者	介護福祉士の国家資格取得後、4年以内、更新可能	2008年度以降、約1500人(帰国者含む)
外国人介護福祉士	介護福祉士の国家資格取得後、4年以内、更新可能	2008年度以降、約1500人(帰国者含む)
外国人介護福祉士	介護福祉士の国家資格取得後、4年以内、更新可能	2008年度以降、約1500人(帰国者含む)

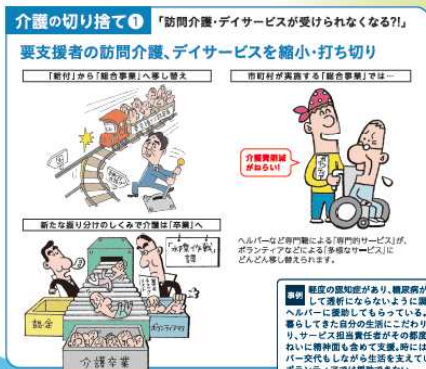
間について、5年以内を軸に検討している。在留期間が更新可能で、違法行為がない限り、事実上、日本で働きながら永住することが可能になる。

読売新聞
2014.1.24

政府が描く「将来像」 高齢者・国民にとって拒否すべき未来像 こんな未来は許せない!

政府が描く、2025年の医療・介護の将来像。それは国にとって「安上がり」な医療・介護提供体制づくり。

政府は、病床機能の見直しを「川上」、その受け皿となる在宅・介護保険の見直しを「川下」と表現しました。その実態は、あたかも水が上から下へと流れるように、患者を入院（川上）から在宅（川下）に押し流すことで入院の医療費を削減。そうすると、在宅介護費用が増えるため、介護保険を改悪して介護サービスを削減しようという「将来像」です。



介護保障なき介護保険 - 増大する介護困難

重い費用負担で
サービス手控え

必要な介護が
受けられない

予防に移ってサービス減

同居家族がいる場合の 生活援助打ち切り

実際の状態と合わない
要介護認定

支給限度額の 厚い「カベ」

家族はへとへと。でも
すぐに施設に入れない

特養待機者42万人

家族の介護負担は減っていない

重度化
重症化

利用できない介護保険
利用させない介護保険

介護保険
15年

保険料は右肩上がり
支払いはもう限界

介護の担い手

低い介護報酬
厳しい労働条件
慢性的な人手不足
「細切れ・駆け足」介護

特養ホームを狙い撃ち

横浜市磯子区の特産品「浦舟」の石川町長は、浦舟が三年度に過去最大だった三年度の2・8％に次の水準だ。

三年に一度見直す介護報酬を引き下げるのは九九年ぶり。増え続ける社会保障費を抑えるためとされるが、現実に与える影響は大きく、取崩しを余る金額は、職数や給金を減らす事実が出ていたのに五十分予て想定されていた。

現状でも、介護業界は慢性的な人手不足が続いており、厚生労働省は「高齢化に伴う七月の有効求人倍率は



「現場はぎりぎり」



⑦介護報酬引き下げの影響について話す同ホームの石川泰子所長「いずれも14日、横浜市南区で

東京新聞
2015・1・15

介護報酬2.27%引き下げ

二〇五年度予算案が閣議決定された。焦点のひとつは、介護サービス事業者へ支払われる介護報酬の引き下げだ。これにより、社会福祉法人が経営する特別養護老人ホーム（特養）は大きな打撃を受けける。低賃金で働く介護職員は、介護職員は、

特別選出理事入会（特選）などの介護施設の職員不足が、都市を中心に深刻になっている。東京では職員不足に際したには、特選が精出、新たな入会者の受け入れをせよと、都庁を一部関係したりするところが出始めた。介護職員の有效求人倍率は全国平均で二倍を超えており、施設が職員を募っても手が足りないという状況が広がりつつある。▼右下面に職員減りしわ寄せ、34面）都が施設建設計画

東京都内で特選などを連日 療養所は昨年12月、加齢に伴う特選44人、都庁が社会福祉法に基づいて、東京都高齢者福祉施設に職員の状態など

特養の半数職員定数割れ

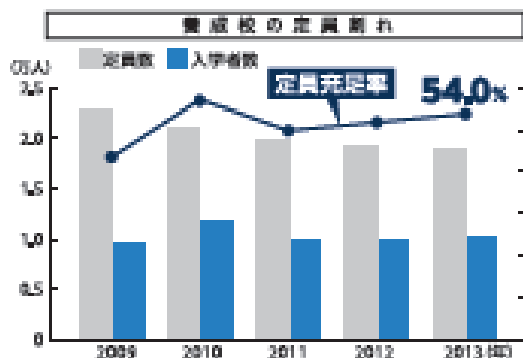
都内の305施設中
人手不足深刻

事業者団体調査

● 特別看護老人ホーム

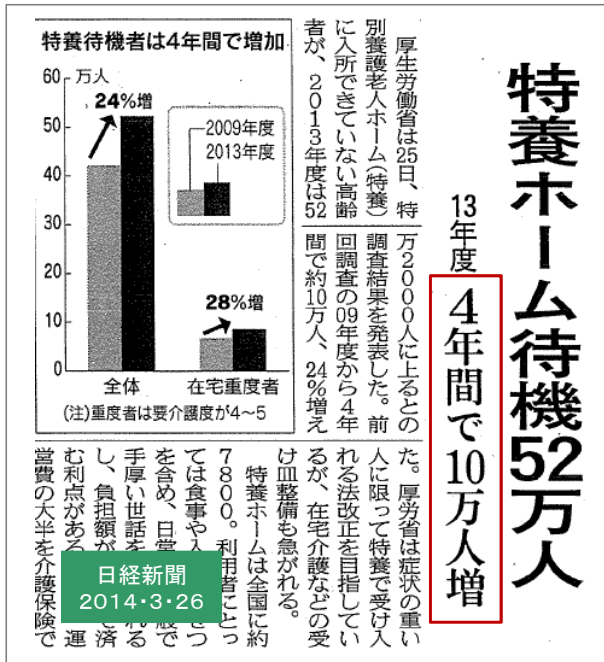
介護の担い手がなくなる!

介護福祉士養成校の定員割れが続いており、廃校となる養成校も少なくありません。このままでは介護の担い手がなくなります。



国の基準では、利用者8人に対して介護職員（看護師も含む）1人が必要になっている。

朝日新聞
2015・1・5



	2000年	(2012年)	2013年	
特養定員数	29.8万人	—	51.6万人	1.7倍
特養待機者数	10.4万人	—	52.1万人	5.0倍
有料老人H	3.6万人	—	34.8万人	9.5倍
サ高住	—	1.8万戸	14.5万戸	7.8倍

★ 待機者急増の背景に高齢者層の貧困の拡大

無届け施設「貧困ビジネス」

漂流高齢者の受け皿

10人死亡火災

生活保護費をあてに

行き場なく雑魚寝の老後

通所介護施設に宿泊

宿泊サービス26人死亡

3年間で 誤飲や徘徊事故

朝日新聞 2014.1.13

週刊新潮 2014年7月3日号

民医連

現場から、地域から、
介護改善を求める声をあげよう、大きく広げよう！

●「人権としての介護保障」の実現を！

STOP! 介護崩壊 保険から外す 改悪はやめ

STOP! 介護崩壊 介護保険の大幅な改善を

STOP! 介護崩壊 介護職員の労働条件の改善を

介護保険制度の改善を求める緊急要請署名

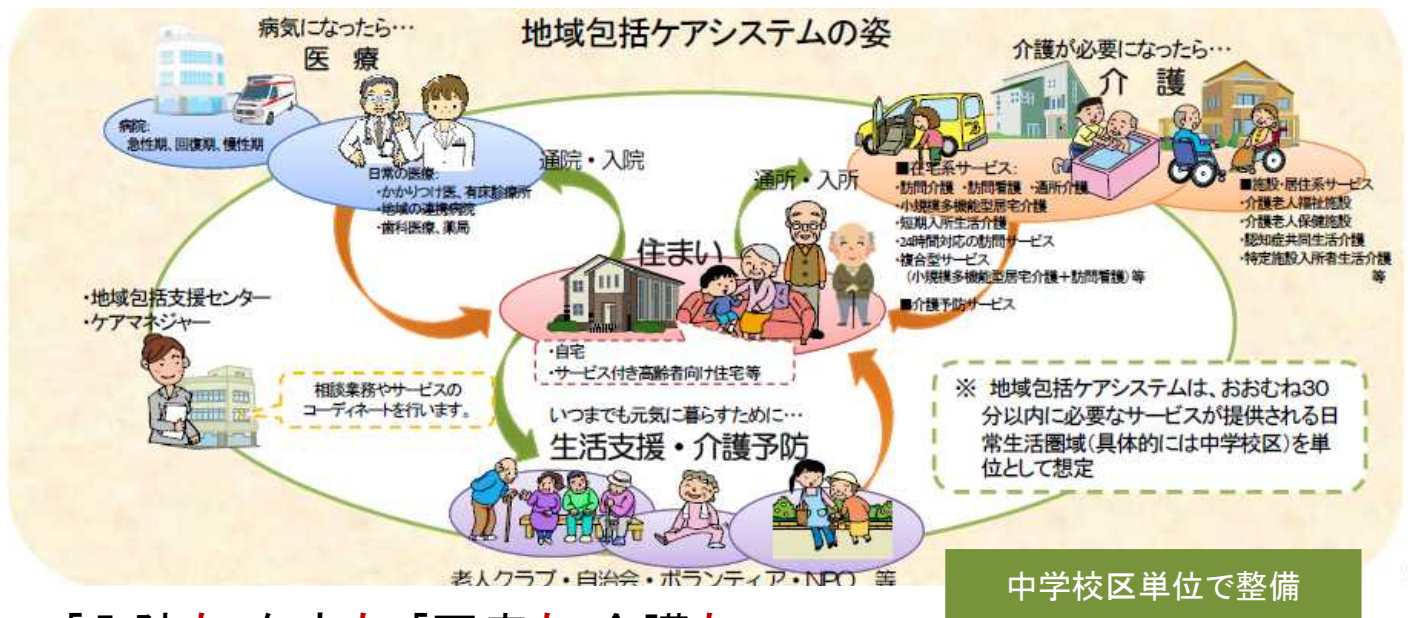
＜請願項目＞

- 保険料、利用料などの費用負担を軽減すること
- 生活援助の見直しを撤回し、利用者が安心して生活できるよう内容を拡充すること
- 国に責任で、施設の人員配置基準の引き下げや、採算外活動の改善を図ること
- 利用料負担の削減、軽度者の切り捨て等の機軸をやめよ

- ★ 制度見直しの影響を検証し、利用者、介護現場に何が起きているのか明らかにしよう
- ★ 国に対して、介護保険改善、介護報酬再改定、担い手の確保と処遇改善を求めよう
- ★ 地域の事業所、関係団体にも呼びかけ、地域でさまざまな共同を広げよう

当事者の参加を
追求しましょう

地域包括ケア＝医療・介護・社会保障の充実が不可欠



2

「入院も、在宅も」「医療も、介護も」

「施設も、在宅も」「軽度も、重度も」

★ 本人・家族の選択と心構え→ 憲法25条に基づく「国の責任と覚悟」

一人暮らしになっても、介護が必要になっても、認知症になっても、お金が無くても・・・、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会へ

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護の専門性を守る、介護の本来のあり方を問う

■ 予防給付(訪問介護、通所介護)の市町村への丸投げ

ボランティアで代替OK = 専門性の否定

● 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(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。



● 必要な「専門職のサービス」を保障、「住民主体の支援」へのすり替えを許さない

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

自治体に向けた取り組み

① 制度改悪の「防波堤」の役割発揮を求める（地方自治法「住民の福祉の増進」）

- 「新総合事業」実施に対して
 - ・ 本人の意向を尊重し、専門職による専門的サービス、多様な生活支援サービスを適切に保障（「附帯決議」）、財政保障など各自治体への支援を求める
- 「特例入所」（要介護1、2の特養入所）、補足給付見直しへの対応
- 地域ケア会議の適切な運営 （1）困難ケースへの対応、（2）地域課題の抽出
- 地域包括支援センターの体制強化、財政的保障の適切な運営
- 自治体独自施策の実施・拡充ー利用料の独自減免、上乗せ・横出しサービス

② 第6期介護保険事業計画に対して

- 第6期介護保険事業（支援）計画に対して一分析と提案
 - ・ 特養増設、低所得者向け住まいの確保、24時間訪問サービス等の整備など
 - ・ 介護職員の需給見通し → 現状評価と計画、実効的な確保対策の実施
- ※ 策定作業を民間調査会社に委託（丸投げ）している自治体あり
例：「サーベイリサーチセンター」～八王子市（14・17年）、青梅市（11・13・20年）等
- 第6期介護保険料の引き下げを！
- 地域包括ケアにどう取り組むか＝国の言いなりか、高齢者・住民本位か

★ 介護問題をいっせい地方選の大きな争点に

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)

