

2023年(第21回) 全国介護学習交流集会

サービス削減、利用料と保険料の引き上げ許すな！
～利用者も事業者も労働者も笑顔で元気な介護制度に～

2023年10月9日(月・祝)13:30～16:30
全労連会館 2階ホール

《 次 第 》

- 13:30 開会
主催者あいさつ 自治労連 青池 則男 さん
- 13:35 記念講演「介護報酬改定の動きとねらい」
鎌田 松代 さん 公益社団法人 認知症の人と家族の会 代表理事
厚労省社会保障審議会介護給付費分科会委員
- 14:45 休憩
- 15:00 シンポジウム&ディスカッション
「利用者・事業者・労働者の共同で制度改善をめざそう」
<コーディネーター>
林 信悟 さん 中央社会保障推進協議会事務局長
<パネリスト>
大橋 とよみ さん 新日本婦人の会岐阜県本部事務局長
門脇 めぐみ さん 千葉・社会福祉法人千葉勤労者福祉会介護部長
三崎 浩 一 さん 香川県医療労働組合連合会
- 16:25 集会アピール 日本医労連 寺田 雄 さん
- 16:30 閉会

主催：全国介護学習交流集会実行委員会

サービス削減、利用料と保険料の引き上げを許すな！

介護報酬改定の動きとねらい



公益社団法人 認知症の人と家族の会
代表理事 鎌田松代

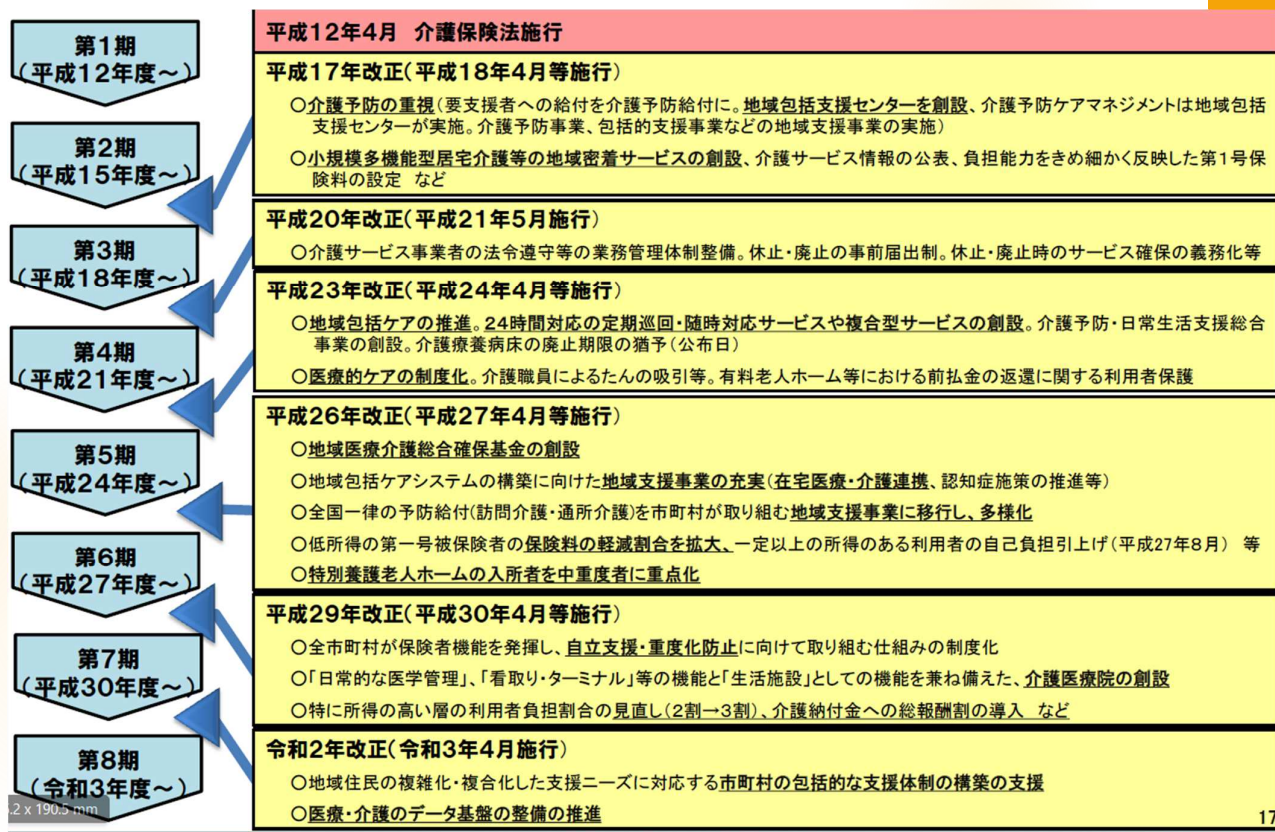
1. 介護現場の大変な状況を介護家族は心配しています

- 人手不足
- 日々の介護に加えての感染症対策
- 給与は上がっても全産業との差は7万円

令和5年5月11日、**財政制度分科会**が開催され、財政総論やこども・高齢者等に関する財政各論を議論。介護に関する議題は以下の通り。

- ・ 介護の改革の必要性
- ・ ICT機器の活用による生産性の向上と人員配置の効率化の必要性
- ・ 介護事業の収益の推移
- ・ 介護事業者の現預金・積立金等の水準
- ・ 業務の効率化と経営の協働化・大規模化
- ・ 介護保険制度の見直しに関する意見（2022年12月20日社会保障審議会介護保険部会）の概要
- ・ 介護保険の利用者負担（2割負担）の見直し
- ・ 介護保険の第1号保険料負担の見直し
- ・ 多床室の室料負担の見直し
- ・ 第10期計画期間（2027～2029年度）の開始までに結論を得るべき事項
- ・ 介護老人保健施設の在り方の見直し
- ・ 人材紹介会社の規制強化

介護保険制度改正は、財政制度等審議会財政制度分科会の意見から始まり、その内容で決まる？



これまでの22年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来22年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.7倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.5倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2022年3月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,589万人	1.7倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2022年3月末	
認定者数	218万人	⇒	690万人	3.2倍

③サービス利用者の増加

	2000年4月		2022年3月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	407万人	4.2倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	96万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		89万人	
計	149万人	⇒	516万人※	3.5倍

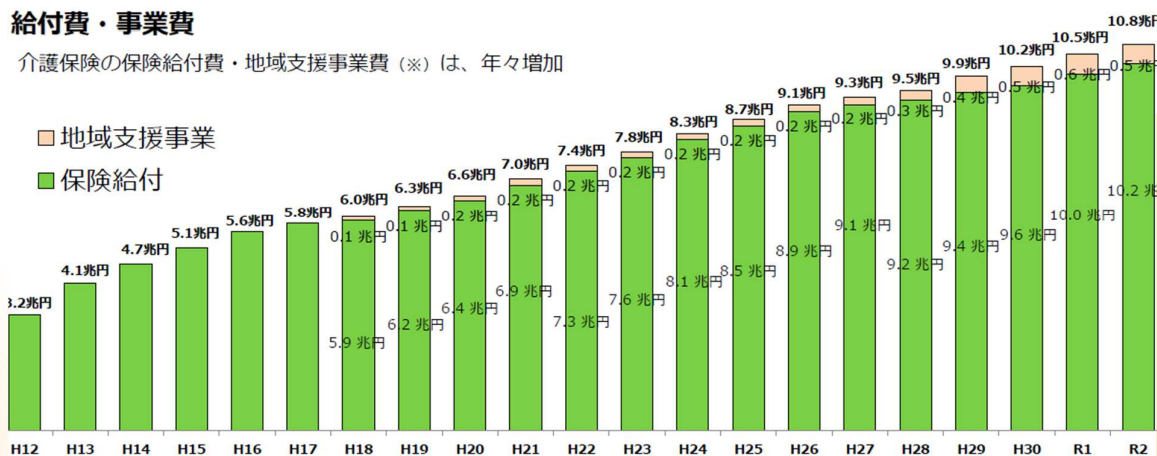
(出典：介護保険事業状況報告令和4年3月及び5月報)

※ 居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、並びに、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）、及び認知症対応型共同生活介護の合計。在宅サービス利用者数、施設サービス利用者数及び地域密着型サービス利用者数を合計した、延べ利用者数は592万人。

介護保険にかかる給付費・事業費と保険料の推移

給付費・事業費

介護保険の保険給付費・地域支援事業費(※)は、年々増加



【出典】介護保険事業状況報告年報

※1 介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。

※2 保険給付及び地域支援事業の利用者負担は含まない。

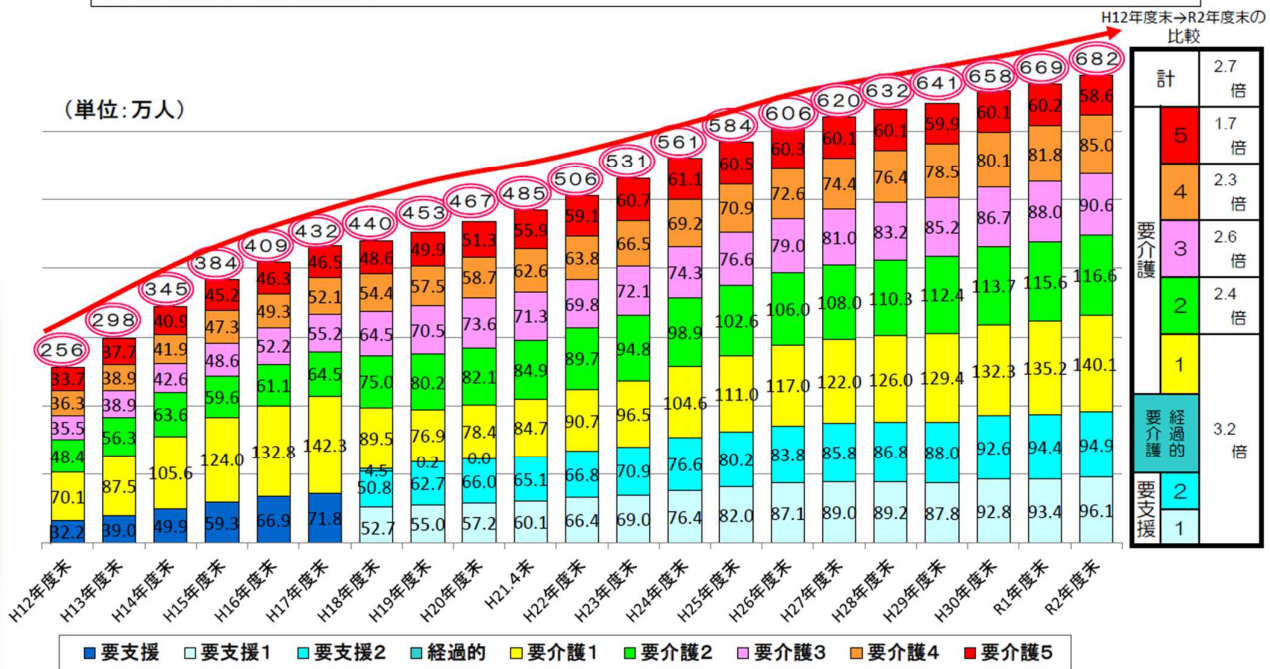
65歳以上が支払う保険料〔全国平均（月額・加重平均）〕



mm

要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、令和2年度末現在682万人で、この21年間で約2.7倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。



【出典】介護保険事業状況報告

2 x 190.5 mm

注) H22年度末の数値には、広野町、榎葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町は含まれていない。

4

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会について

1. 目的

○ 令和6年度は、6年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業(支援)計画、医療保険制度改革などの**医療と介護に関わる関連制度の一体改革**にとって大きな節目であることから、今後の医療及び介護サービスの提供体制の確保に向け様々な視点から検討が重要となる。

○ また、医療と介護を取り巻く現状としては、いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年(2025年)にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加し後令和22年(2040年)に向けてその増加は緩やかになる一方で、既減少転じてい生産年齢人口は、令和7年以降さらに減少が加速すると見込まれている。

○ ポスト2025年を見据え、医療・介護ニーズが増大する一方で、その支え手は減少が見込まれている中、あるべき医療・介護の提供体制を実現していくことが強く求められている。また、この際、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、**医療・介護提供体制の最適化・効率化**を図っていくという視点も重要である。

中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会がそれぞれ具体的な検討に入る前に、以下のテーマ・課題に主に関わる委員にて意見交換があった。

⇒次期介護報酬改定での中心となる内容

1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
2. リハビリテーション・口腔・栄養
3. 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療
4. 高齢者施設・障害者施設等における医療
5. 認知症
6. 人生の最終段階における医療・介護
7. 訪問看護
8. 薬剤管理
9. その他

令和6年度介護報酬改定に向けた今後の検討の進め方について（案）

令和6年度介護報酬改定に向けては、診療報酬との同時改定であることや新型コロナウイルス感染症への対応の経験等を踏まえ、令和3年度介護報酬改定に関する審議報告及び令和4年社会保障審議会介護保険部会意見書における指摘などに基づき、各サービス種類毎の論点とあわせ、例えば以下のような分野横断的なテーマを念頭に置き、議論してはどうか。

- 1) 地域包括ケアシステムの深化・推進
- 2) 自立支援・重度化防止を重視した質の高い介護サービスの推進
- 3) 介護人材の確保と介護現場の生産性の向上
⇒「生産性の向上」
- 4) 制度の安定性・持続可能性の確保

2024年度の介護保険制度改定での議論内容

介護保険制度の見直しに関する意見（概要）① （令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）

- 全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築に向けて、質の高い医療・介護を効率的に提供するための基盤整備が必要。
- 次期計画期間中に2025年を迎えるが、今後、85歳以上人口の割合が上昇し、サービス需要や給付費は増加する一方、生産年齢人口は急減。地域ニーズに対応したサービス等基盤の整備や、人材確保、保険制度の持続可能性の確保に向けた早急な対応が必要。
- 社会環境の変化の中でも、高齢者の自己決定に基づき、必要なサービスを受けられ、希望する所で安心して生活できる社会を実現する必要。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 生活を支える介護サービス等の基盤の整備

- 地域の実情に応じた介護サービスの基盤整備**
 - ・長期的な介護ニーズの見直しや必要な介護職員数を踏まえ計画を策定。その際、既存施設・事業所の今後のあり方も含め検討
- 在宅サービスの基盤整備**
 - ・複数の在宅サービス（訪問や通所など）を組み合わせ提供する複合型サービスの類型の新設を検討
 - ・看護小規模多機能型居宅介護のサービスの明確化など、看護小規模多機能型居宅介護等の更なる普及方策について検討
- ケアマネジメントの質の向上**
 - ・質の向上・人材確保の観点から第9期を通じて包括的な方策を検討
 - ・適切なケアマネジメント手法の更なる普及・定着
 - ・ケアプラン情報の利活用を通じた質の向上
 - ・質の高い主任ケアマネジャーを養成する環境の整備、業務効率化等の取組も含めた働く環境の改善
- 医療・介護連携等**
 - ・医療計画と介護保険事業（支援）計画との整合性の確保
 - ・地域リハビリテーション支援体制の構築の推進
 - ・かかりつけ医機能の検討状況を踏まえ、必要な対応
- 施設サービス等の基盤整備**
 - ・特養における特例入所の運用実態を把握の上、改めて、その趣旨の明確化を図るなど、地域の実情を踏まえ適切に運用
- 住まいと生活の一体的支援**
 - ・モデル事業の結果等を踏まえ、住宅分野や福祉分野等の施策との連携や役割分担のあり方も含め引き続き検討
- 介護情報利活用の推進**
 - ・自治体・利用者・介護事業者・医療機関等が、介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤を整備するため、介護情報等の収集・提供等に係る事業を地域支援事業に位置づける方向で、自治体等の関係者の意見も十分に踏まえながら検討
- 科学的介護の推進**
 - ・LIFEのフィードバックの改善や収集項目の精査を検討

2. 様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現

- 総合事業の多様なサービスの在り方**
 - ・実施状況・効果等について検証を実施
 - ・第9期を通じて充実化のための包括的な方策を検討。その際、地域の受け皿整備のため、生活支援体制整備事業を一層促進。また、多様なサービスをケアプラン作成時に適切に選択できる仕組みの検討
- 通いの場、一般介護予防事業**
 - ・多様な機能を有する場として発展させるため、各地域の状況や課題毎に活用・参照しやすいよう情報提供。専門職の関与を推進
- 認知症施策の推進**
 - ・認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進
- 地域包括支援センターの体制整備等**
 - ・家族介護者支援等の充実に向け、センターの総合相談支援機能の活用、センター以外の各種取組との連携
 - ・センターの業務負担軽減のため、
 - 介護予防支援の指定対象を居宅介護支援事業所に拡大
 - 総合相談支援業務におけるプランチ等の活用推進。市町村からの業務の部分委託を可能とする等の見直し
 - 3職種配置は原則としつつ、職員配置の柔軟化

3. 保険者機能の強化

- 保険者機能強化推進交付金等**
 - ・評価指標の見直し・縮減とアウトカムに関する指標の充実
- 給付適正化・地域差分析**
 - ・給付適正化主要5事業の取組の重点化・内容の充実・見える化
- 要介護認定**
 - ・より多くの保険者が審査の簡素化に取り組むよう、簡素化事例の収集・周知。今後、ICTやAIの活用に向けて検討
 - ・コロナの感染状況を踏まえ、ICTを活用して認定審査会を実施できるとする取扱いについて、コロナの感染状況を問わず継続

介護保険制度の見直しに関する意見（概要）②
（令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）

II 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保

1. 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進

(1) 総合的な介護人材確保対策

- ・処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、介護職の魅力向上、外国人材の受入れ環境整備など総合的に実施
- ・介護福祉士のキャリアアップや処遇につながる仕組みの検討
- ・外国人介護人材の介護福祉士資格取得支援等の推進

(2) 生産性の向上により、負担が軽減され働きやすい介護現場の実現

○地域における生産性向上の推進体制の整備

- ・生産性向上等につながる取組を行う介護事業者へ認証を付与する取組により、優良事例を横展開
- ・都道府県主導のもと、様々な支援・施策を一括して取り扱い、適切な支援につながるワンストップ窓口の設置など総合的な事業者支援
- ・地方公共団体の役割を法令上明確化

○施設や在宅におけるテクノロジー（介護ロボット・ICT等）の活用

- ・相談窓口を通じた体験展示、研修会、個別相談対応等の推進
- ・施設における介護ロボットのパッケージ導入モデル等の活用推進
- ・在宅におけるテクノロジー活用に応じた課題等に係る調査研究

○介護現場のタスクシェア・タスクシフティング

- ・いわゆる介護助手について、業務の切り分け、制度上の位置付け等の検討。人材の確保については、特定の年齢層に限らず柔軟に対応

○経営の大規模化・協働化等

- ・社会福祉連携推進法人の活用促進も含め、好事例の更なる横展開
- ・「デジタル原則に照らした規制の一括見直しプラン」も踏まえ、各サービスにおける管理者等の常駐等について、必要な検討

○文書負担の軽減

- ・標準様式や「電子申請・届出システム」の基本原則化について所要の法令上の措置を遅滞なく実施

○財務状況等の見える化

- ・介護サービス事業所の経営情報を詳細に把握・分析できるよう、事業者が都道府県知事に届け出る経営情報について、厚生労働大臣がデータベースを整備し公表
- ・介護サービス情報公表制度について、事業者の財務状況を公表。併せて、一人当たりの賃金等についても公表の対象への追加を検討

x 190.5 mm

2. 給付と負担

(1) 高齢者の負担能力に応じた負担の見直し

○1号保険料負担の在り方

- ・国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討を行い、具体的な段階数、乗率、公費と保険料多段階化の役割分担等について、次期計画に向けた保険者の準備期間等を確保するため、早急に結論を得る

○「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準

- ・利用者負担が2割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しについて、後期高齢者医療制度との関係や介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期計画に向けて結論を得る

○補足給付に関する給付の在り方

- ・給付の実態やマイナンバー制度を取り巻く状況なども踏まえつつ引き続き検討

(※) 次期計画に向けて結論を得るとされた事項については、遅くとも来年夏までに結論を得るべく引き続き議論

(2) 制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し

○多床室の室料負担

- ・老健施設及び介護医療院について、在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、次期計画に向けて結論を得る

○ケアマネジメントに関する給付の在り方

- ・利用者やケアマネジメントに与える影響、他サービスとの均衡等を踏まえ包括的に検討し、第10期計画期間の開始までに結論を得る

○軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

- ・現在の総合事業に関する評価・分析等を踏まえ包括的に検討し、第10期計画期間の開始までに結論を得る

(3) 被保険者範囲・受給者範囲

- ・第2号被保険者の対象年齢を引き下げることについて、介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討

介護保険制度の見直しに関する意見（概要）③
（令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）

- 「厚生労働省においては、・・・運営基準や令和6年度介護報酬改定に対応すべき事項については、社会保障審議会介護給付費分科会での議論に付すなど、制度見直しのために必要な対応を速やかに講じられることを求めている」とされている。

運営基準や介護報酬等に係る対応について、今後の検討が見込まれる主な項目

○在宅サービスの基盤整備

- ・特に都市部における居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複数の在宅サービス（訪問や通所系サービスなど）を組み合わせ提供する複合型サービスの類型などを設けることも検討することが適当。

○地域における高齢者リハビリテーションの推進

- ・高齢者リハビリテーションについては、どの地域でも適時適切に提供されるよう、地域支援事業と保険給付の双方の観点からのリハビリテーション提供体制の構築を更に促進していくことが必要。

○施設入所者への医療提供

- ・特別養護老人ホームにおける医療ニーズへの適切な対応の在り方について、配置医師の実態等も踏まえつつ、引き続き、診療報酬や介護報酬上の取扱いも含めて、検討を進めることが適当。
- ・介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援の機能、介護医療院の医療が必要な要介護者の長期療養・生活施設としての機能をそれぞれ更に推進していく観点から、必要な医療が引き続き提供されるよう取組を進めることが必要。

○科学的介護の推進

- ・LIFEについては、エビデンスを蓄積する観点から、データを提出する事業所・施設を増やし、収集するデータを充実させる必要があるが、このためには、事業所・施設側の入力負担の軽減を図るとともに、収集する項目がエビデンスの創出及びフィードバックに資するものとなるよう、介護現場や研究者の声も踏まえ項目の精査を検討することが適当。

○介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進

- ・介護現場の安全性の確保の取組が全国で広がるよう、自治体の取組を後押しするための好事例の横展開や、国における事故情報収集・分析・活用の仕組みの構築など、具体的な方策について、医療や教育・保育施設などの他分野の取組も踏まえつつ、引き続き、早期に検討を進めることが適当。
- ・適切な手続を経ていない身体的虐待に当たる身体拘束が依然として発生している状況を踏まえ、在宅サービスにおける身体拘束の適正化を図るための介護報酬上の取扱いや身体拘束を要しない介護技術の普及を含め、正当な理由なく身体拘束の防止のための方策を講じることが適当。

x 190.5 mm

○福祉用具

- ・介護保険制度における福祉用具については、「介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会」の議論の整理を踏まえ、福祉用具貸与・販売種目の在り方や福祉用具の安全な利用の促進等について、引き続き検討を行うことが適当。

○施設や在宅におけるテクノロジーの活用

- ・介護現場におけるテクノロジーの導入は早急に推進する必要。現在実施している実証事業などで得られたエビデンス等を踏まえ、テクノロジーを活用した先進的な取組を行う介護付き有料老人ホーム等の人員配置基準を柔軟に取り扱うことの可否を含め、検討。

○介護現場のタスクシェア・タスクシフティング

- ・介護職員の業務負担軽減、介護サービスの質の確保の観点から、介護助手に切り分け可能な業務や切り分けたときに効果が高いと見込まれる業務の体系化、業務遂行上の留意点の整理、同じ職場で働く構成員としての介護助手の制度上の位置付けや評価・教育の在り方、専門職との連携も含め、サービス特性を踏まえた導入促進のための方策を引き続き検討することが適当。

○経営の大規模化・協働化等

- ・介護人材不足への対応や、安定的なサービス提供を可能とする観点からは、介護の経営の大規模化・協働化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用することが重要。
- ・「デジタル原則に照らした規制の一括見直しプラン」では、デジタルの力を活用しながら、生産年齢人口が減少する中での人手不足の解消や生産性向上等の観点から、介護サービス事業所における管理者の常駐等について見直しの検討が提言されているが、これらも踏まえ、各サービスにおける管理者等の常駐等について、必要な検討を進めることが必要。

○多床室の室料負担

- ・介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の導入については、在宅でサービスを受ける者との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等、これまでの本部会における意見を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、次期計画に向けて、結論を得る必要。54

1. 訪問介護・通所介護の複合型サービスの創設

- ・訪問介護と通所介護の複合型サービスの創設。
 - ・訪問介護と通所介護を複合化することで、利用者や家族のニーズに合ったサービスが提供できる。なじみの関係性のある職員が通所でも訪問でも対応。
 - ・通所と訪問での情報の共有がスムーズ
 - ・介護人材の有効活用の観点から、訪問介護の人材不足対策ともいえる。
 - ・地域密着型サービスとなり、介護報酬は包括報酬。
- すべての通所介護事業所に人材のゆとりがあるわけではない。
- 現在の小規模多機能型居宅介護との違いは宿泊がないだけで、介護保険制度をより複雑にするのではないか。
- 包括報酬となると、自由にサービス回数を選択できなくなる場合もある
- 訪問介護はスキルの高い介護である。一人で訪問し、判断し行動介護しなくてはならない。高い専門的知識と介護技術が必要である。通所介護の職員は無資格者も存在している。

2. 2割自己負担の対象拡大

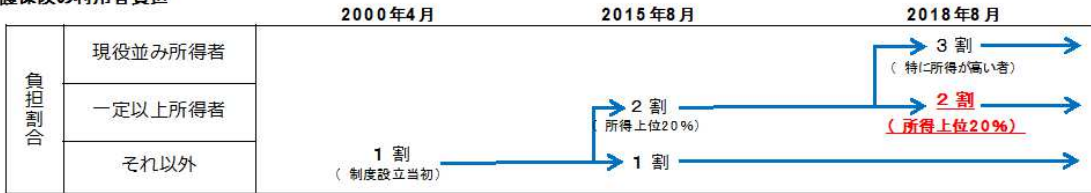
- ・現役世代の負担軽減や制度の持続のために2割自己負担対象者の割合を増やすことを検討。
- ・介護保険サービスの自己負担割合は、1割・2割・3割。
- ・自己負担割合は、利用者の前年の所得金額によって決められる。現在は、介護保険サービスを利用する方の多くが1割負担です。
- ・介護保険制度の改定により、2割負担対象者が拡大されると、今まで**1割負担だった方は介護サービスの自己負担額が2倍となり負担が大きくなる。**（年収280万円）
- ・自己負担割合が上がることで、「介護サービスの利用頻度を減らしてしまう」「施設利用料が払えなくなる」などの意見もあり、**2023年末まで結論が延期されている。**

介護保険の利用者負担（2割負担）の見直し

介護

- 後期高齢者医療制度における2割負担の導入（所得上位30%）を受けて、介護保険の利用者負担（2割負担）（現行：所得上位20%）の拡大について、**たまたちに結論を出す必要**。
- さらに、利用者負担を原則2割とすることや、現役世代並み所得（3割）等の判断基準を見直すことについても検討していくべきである。

介護保険の利用者負担



(参考) 医療保険の患者負担(70歳以上の高齢者)



介護保険制度の見直しに関する意見(2022年12月20日 社会保障審議会介護保険部会)

- 「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準
 - ・利用者負担が2割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しについて、後期高齢者医療制度との関係や介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期計画に向けて結論を得る。
- (略)その際、次期計画に向けて結論を得ることが適当とされた事項については、遅くとも**来年度(=本年度)**までに結論を得るべく、引き続き本部会における議論を行う必要がある。

100

3. 科学的介護のさらなる推進

・デイサービスや特別養護老人ホームでは、すでに科学的介護が始まっている。利用者の利用内容、介護サービスを受けたことによる介護度の変化などをデータ収集するシステムが「LIFE」。

・将来的には、訪問介護・居宅介護支援サービスでもLIFEへの情報入力が行われる予定。分析されたフィードバックを活用することで、質の高い介護サービスを提供しやすくなる。

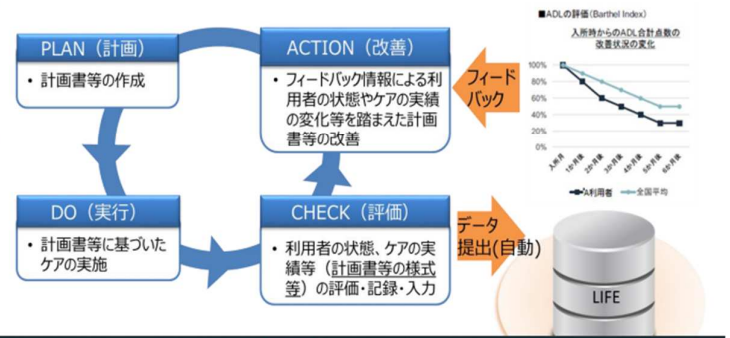
○データ収集のためにかかる入力負担の軽減や内容の精査など、議論が続いている。

科学的介護情報システム（LIFE）

- **介護サービス利用者の状態**や、介護施設・事業所で行っている**ケアの計画・内容**などを一定の様式で入力すると、**インターネットを通じて厚生労働省へ送信**され、入力内容が分析されて、**当該施設等にフィードバック**される**情報システム**
- 介護事業所においてPDCAサイクルを回すために活用するための**ツール**

LIFEにより収集・蓄積したデータの活用

- ・ LIFEにより収集・蓄積したデータは、**フィードバック情報としての活用**に加えて、**施策の効果や課題等の把握**、見直しのための分析にも活用される。
- ・ LIFEにデータが蓄積し、分析が進むことにより、エビデンスに基づいた質の高い介護の実施につながる。
- ・ 今後、データの集積に伴い、事業所単位、利用者単位のフィードバックを順次行う予定である。



4. 要介護1、2の人を総合事業への移行

・ 要介護1、2の人が利用する訪問介護・通所介護を現在の介護保険サービスではなく、市町村が行う「総合事業」に移行させようとする動き。

・ 財政健全化などを話し合う財務省の財政制度等審議会・財政制度分科会で「**介護度が軽度**である要介護1・2の方への訪問介護・通所介護については、要支援者と同様に地域の実情に応じた多様な人材・多様なサービス提供を行う総合事業へ移行すべき」の意見から始まった内容

○要介護1、2の人は認知症と診断を受けたあとも訪問介護や通所介護を利用し一人暮らしをしている人もいる。

○総合事業への移行により市町村財政の限度内での利用回数となるおそれがある。介護保険制度のサービスを自由に選択できることから外れ、仕事をしながら介護をしている介護者への負担増も懸念される

「要介護1、2の人を総合事業への移行」での問題点

総合事業（地域支援事業）に移すことは繰り返し議論されている。
委員の反対理由で多いのは、「まだ移行できるほど総合事業が充実していない」こと。
このため、「総合事業の充実」のために検討会が設置された。
つまり、単純に総合事業を充実させるのではなく、要介護1・2の人への個別給付（給付費）を削減し、市区町村事業（事業費）に移すことが意図されている。

すでに、要支援認定で総合事業の訪問型・通所型を利用している人が要介護認定になった場合、「それまで受けていた総合事業のサービスの利用が継続できなくなる」からという理由で、総合事業に留まっていけないという「弾力化」が実施されている（2020年10月22日厚生労働省令第176号）。

利用者にとって最大の問題は、総合事業は上限額が設定されるため、要支援認定者が増えても比例的に財源が確保されない。
市区町村は予算内でやりくりを求められるので、今後も要支援認定者が増えていけば、個別に提供される事業費は減っていく。
すでに総合事業を提供するNPO団体などからは事業費の増額を求める声や、認知症の人への対応がむずかしいという課題があげられている。
総合事業のしくみをみれば、厚生労働省が対応するテーマではなく、市区町村別の対応になり、「地域差」が拡大していくことになる。

市民福祉情報オフィス・ハスカップ主宰者 小竹雅子氏情報より

地域支援事業の考え方

『「地域」の変容』が起こっている

地域をデザインし直す必要性

高齢者施策分野のミッション→地域包括ケアシステムの構築

市町村のツール

地域支援事業

<地域支援事業の2本柱>

介護予防・日常生活支援総合事業

（要支援1～2、それ以外の者）

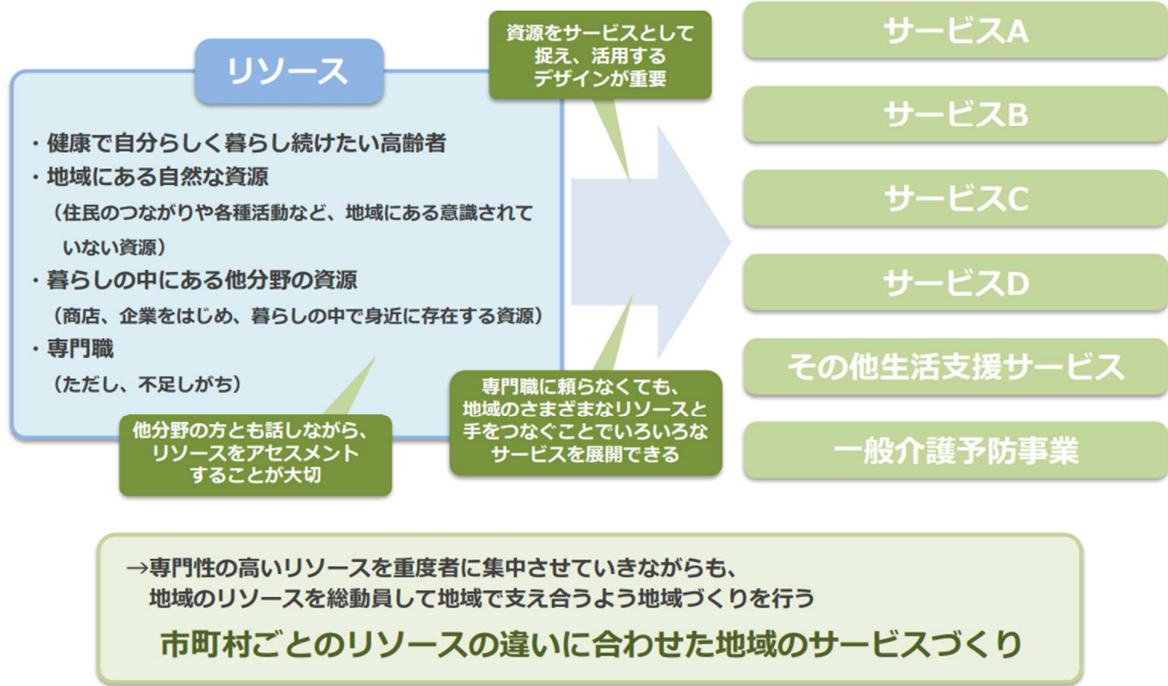
- 介護予防・生活支援サービス事業
・訪問型サービス
・通所型サービス
・生活支援サービス（配食等）
・介護予防支援事業（ケアマネジメント）
- 一般介護予防事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
（左記に加え、地域ケア会議の充実）
- 在宅医療・介護連携推進事業
- 認知症総合支援事業
（認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等）
- 生活支援体制整備事業
（コーディネーターの配置、協議体の設置 等）

→今までは国が決めたサービスを使ってもらうものから、
市町村が地域の力を総動員してサービスを作ることができる

介護予防・日常生活支援総合事業の考え方



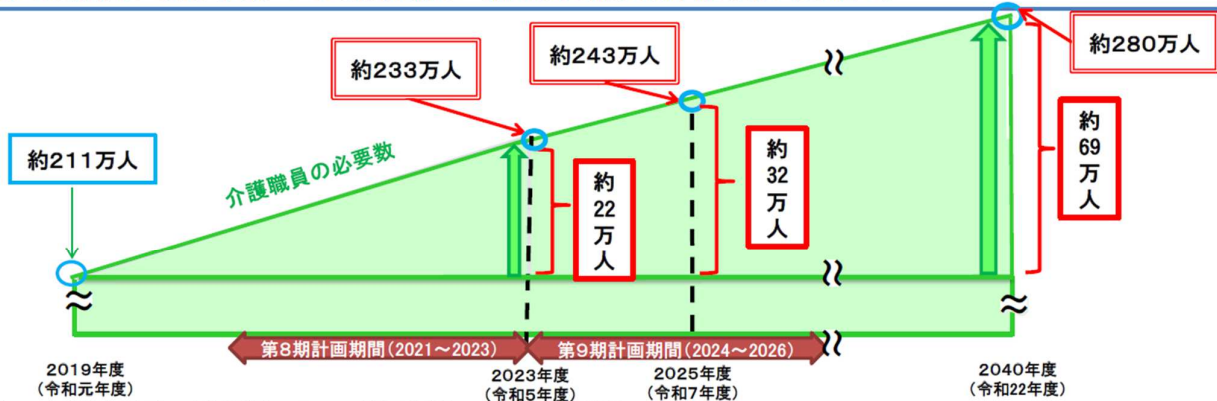
介護人材について

第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について

- 第8期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、
 - ・2023年度には約233万人（+約22万人（5.5万人/年））
 - ・2025年度には約243万人（+約32万人（5.3万人/年））
 - ・2040年度には約280万人（+約69万人（3.3万人/年））
- となった。 ※（）内は2019年度（211万人）比

※ 介護職員の必要数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの。

- 国においては、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組む。



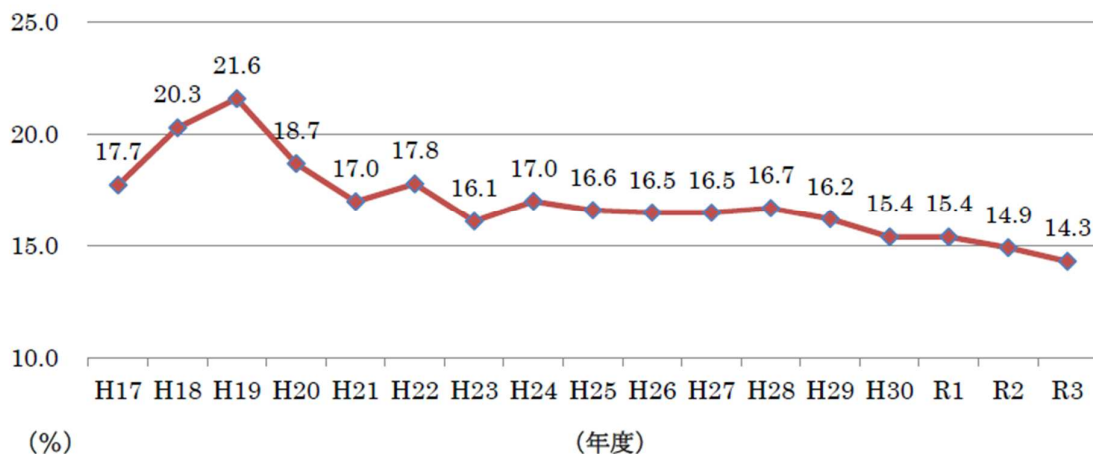
注1) 2019年度（令和元年度）の介護職員数約211万人は、「令和元介護サービス施設・事業所調査」による。
 注2) 介護職員の必要数（約233万人・243万人・280万人）については、定下の介護職員数を約211万人として、市町村により第8期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。
 注3) 介護職員数には、総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数を含む。
 注4) 2018年度（平成30年度）分から、介護職員数を調査している「介護サービス施設・事業所調査」の集計方法に変更があった。このため、同調査の変更前の結果に基づき必要数を算出している第8期計画と、変更後の結果に基づき必要数を算出している第8期計画との比較はできない。

離職率は低下傾向が続く

令和3年度の2職種（訪問介護員、介護職員）の離職率※は、14.3%（前年14.9%）であった。離職率は、平成19年をピークに低下傾向にある。ピーク時（21.6%）の約3分の2まで低下していることに照らせば、事業所の取り組み、国、地方自治体の政策などが奏功していると言える。

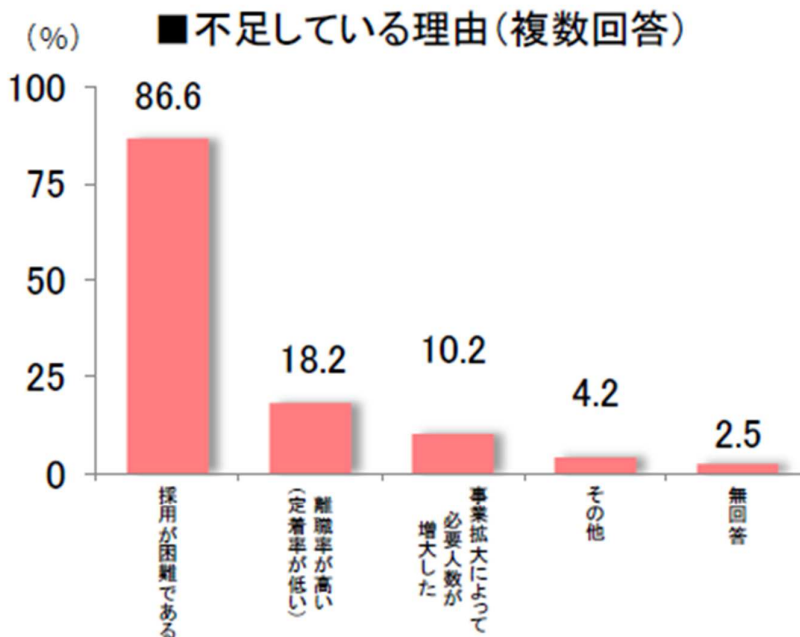
※ 1年間の離職率＝1年間の離職者数÷1年前の在籍者数×100、無期雇用職員と有期雇用職員の和

（図表2）離職率の経年推移（訪問介護員と介護職員の2職種計）



総合的な介護人材確保対策（主な取組）

介護職員の 処遇改善	<ul style="list-style-type: none"> ○ リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準を目指し、総額2000億円(年)を活用し、経験・技能のある介護職員に重点化した更なる処遇改善を2019年10月より実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護職員について、収入を3%程度(月額9,000円)引き上げるための措置を、2022年2月から実施 ※ 令和3年度介護報酬改定では、介護職員の人材確保・処遇改善等にも配慮し、改定率を+0.70%とするとともに、更なる処遇改善について、介護職員間の配分ルールの柔軟化を実施。
多様な人材 の確保・育成	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護福祉士修学資金貸付、再就職準備金貸付による支援 ○ 中高年齢者等の介護未経験者に対する入門的研修の実施から、研修受講後の体験支援、マッチングまでを一体的に支援 ○ ボランティアポイントを活用した介護分野での就労的活動の推進 ○ 多様な人材層の参入促進、介護助手等の普及促進 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 他業種からの参入促進のため、キャリアコンサルティングや、介護・障害福祉分野の職業訓練枠の拡充のため、訓練に職場見学・職場体験を組み込むことを要件に、訓練委託費等の上乗せ、訓練修了者への返済免除付きの就職支援金の貸付を実施 ○ 福祉系高校に通う学生に対する返済免除付きの修学資金の貸付を実施 ○ 介護施設等における防災リーダーの養成
離職防止 定着促進 生産性向上	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護ロボット・ICT等テクノロジーの活用推進 ○ 介護施設・事業所内の保育施設の設置・運営の支援 ○ キャリアアップのための研修受講負担軽減や代替職員の確保支援 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生産性向上ガイドラインの普及 ○ 悩み相談窓口の設置、若手職員の交流推進 ○ ウィズコロナに対応したオンライン研修の導入支援、介護助手としての就労や副業・兼業等の多様な働き方を実践するモデル事業の実施
介護職 の魅力向上	<ul style="list-style-type: none"> ○ 学生やその保護者、進路指導担当者等への介護の仕事の理解促進 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 民間事業者によるイベント、テレビ、SNSを活かした取組等を通じて全国に向けた発信を行い、介護の仕事の社会的評価の向上を図るとともに、各地域の就職相談のできる場所や活用できる支援施策等の周知を実施
外国人材の受入 れ環境整備	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護福祉士を目指す留学生等の支援(介護福祉士修学資金の貸付推進、日常生活面での相談支援等) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「特定技能」等外国人介護人材の受入環境整備(現地説明会等による日本の介護のPR、介護技能向上のための集合研修、介護の日本語学習支援、介護業務等の相談支援・巡回訪問の実施等) ○ 特定技能の受入見込数を踏まえ、試験の合格者見込数を拡充するとともに、試験の開催国を拡充

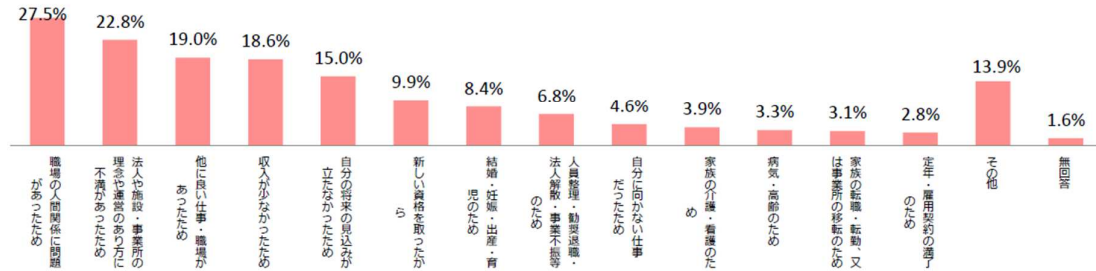


注) 訪問介護員・介護職員を含む従業員全体で見た場合に、「大いに不足」、「不足」、「やや不足」を選択した施設・事業所が回答。
【出典】令和2年度介護労働実態調査 ((公財)介護労働安定センター)

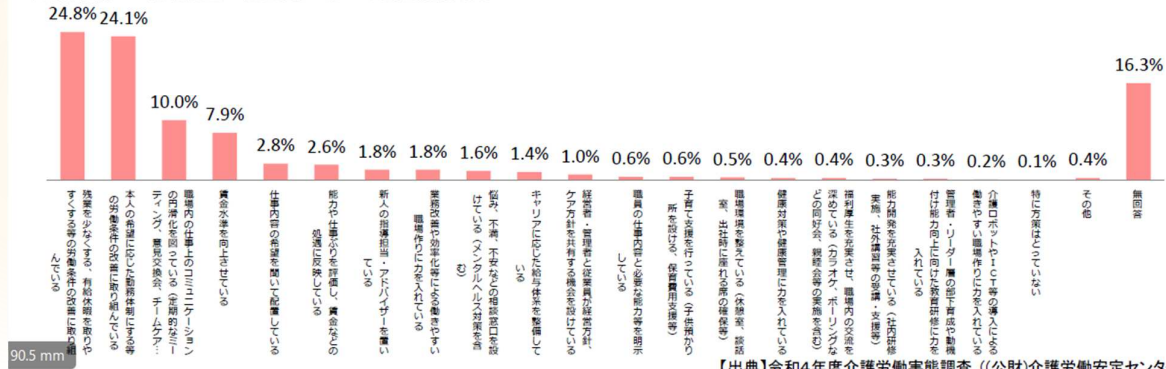
介護職員の離職の要因と対策

- 介護関係職種が退職をした理由としては、「職場の人間関係」が最も多く、次いで「法人・事業所の理念や運営のあり方」、「他に良い仕事・職場があったため」「収入が少なかったため」「自分の将来の見込みが立たなかったため」が多い。
- 早期離職防止や定着促進に最も効果のあった方策としては、「残業を少なくする、有給休暇を取りやすくする」「本人の希望に応じた勤務体制」等の労働条件の改善が最も多く、次いで「コミュニケーションの円滑化」「賃金水準の向上」が多い。

■ 直前職（介護関係の仕事）をやめた理由（複数回答）（直前職の職種について「介護関係職種」と回答した人を対象に直前職の離職の理由を調査）



■ 早期離職防止や定着促進に最も効果のあった方策（複数回答）



【出典】令和4年度介護労働実態調査（（公財）介護労働安定センター）

ここまでのまとめ

1. 介護保険制度改正や報酬改定の議論は最近は特に新聞などで報道されることは少なくなりました。今、介護保険制度がどうなっているのか、介護中の人でも知らない人は多いです。
2. 2022年度に「第9期介護保険制度改正の動きを止めるため」の署名活動を以下の内容で展開し11万筆を集め、改正案を押しとどめることはできましたが、また審議内容に上がってきています。
 - ① 介護保険サービスの利用者負担を原則2割にする
 - ② 要介護1と2の訪問介護と通所介護を介護保険から外し地域支援事業に移す
 - ③ ケアプランの作成を有料化する
 - ④ 介護老人保健施設（老健）などの多床室（相部屋）の室料を新設する
3. 署名活動を実施するにあたり説明会を開催しました。会員は「このような改悪内容は知らなかった。介護のある暮らしが持続出来ない」などの声があがりました。署名時をお願いするときには内容の説明をし介護保険制度現状を知っていただく機会となりました。
4. 知らせていくことの重要性を痛感しています。
5. 介護人材不足は深刻で介護者も処遇改善加算は払っていますが、何か有効な手立てはないでしょうか。またこれ以上の処遇改善への利用者負担はとても負担です。事業者ヒアリングでは給与の低さが人材が集まらない要因で基本報酬のアップの要望が多くありました。私は処遇改善に関しては税金で一定は賄う仕組みが必要ではないかと思えます。

公益社団法人認知症の人と家族の会の紹介

認知症の人と家族の会(略称「家族の会」)について

1980年1月に結成し、今年43年目の公益社団法人の団体です。

本人や家族を中心に、認知症に関心のある人ならだれでも入会でき会員は約9,700人。

結成当時の団体名は「呆け老人をかかえる家族の会」。

認知症に対して医療も介護も福祉も関わりがほとんどない時代に、認知症の人の症状に
苦しみ、悩んでいる人に呼びかけた小さな新聞記事を見た介護家族90名が全国から京
都の岡崎に集まり、会を結成したのが始まりです。

結成会のあとにはすぐに“つどい”(交流や情報交換の場)を開催しています。同じような
介護をしている人に出会い、自分よりもっと大変な人がいることを知り「気持ちが楽に
なった。勇気が出た」と当時の会報には書かれています。

活動の中心は“つどい”(交流会)と会報、電話相談です。当事者(本人・家族介護者)同士がつながることで認知症に向き合い、前向きに認知症とともに生きることを一緒に行動しています。支援者の力も大きいです。

そしてもう一つの活動は認知症の理解が進むこと、認知症になっても安心して暮らせる社会の実現をめざし、本人・家族の声を社会や国に届け、社会を良くしていく活動をしています。全国47都道府県に支部がある全国組織の団体です。

認知症の人と家族の会の理念

認知症になったとしても、介護する側になったとしても、人としての尊厳が守られ日々の暮らしが安穩に続けられなければならない。

認知症の人と家族の会は、ともに励ましあい助けあって、人として実りある人生を送るとともに、認知症になっても安心して暮らせる社会の実現を希求する。

認知症の人と家族の会2023 | 孤立する認知症の人や介護家族をゼロに
クラウドファンディング実施中 応援をよろしくお願ひします



つながりをもっと広げたい、続けたい。



「介護保険制度の抜本改革提言」(案)

2023年10月4日

中央社会保障推進協議会 運営委員会

本提言案の構成

1. はじめに
2. 施行23年を経過した介護保険制度の問題点
3. 介護保険制度の抜本的改革提言(案)
 - (1) 介護保険制度の「抜本改革」案－本来の社会保険への転換をめざす制度の「再設計」
 - (2) 当面の「緊急改善」案－現状の困難を打開するとともに、さらなる制度の後退を許さない
4. おわりに

1. はじめに

2000年介護保険制度は「介護の社会化」を掲げて導入されました。介護心中・介護殺人、介護離職、認知症での家庭崩壊など介護をめぐる厳しい現実が改善されるとの期待する声が多くありました。私たちは、高齢になっても一人ひとりが人間らしく豊かに、そして何よりも尊厳をもって暮らしていくことを期待していました。しかし、現実はその国民の期待に答えるものとなっていないのではないのでしょうか。介護を必要とする誰もが必要な公的介護サービスを自由に選択できるはずだった介護保険の当初の理念は、忘却の彼方となっているのではないのでしょうか。介護保険施行後23年を経た今、もう一度、目指した「介護の社会化」とは何だったのか問い直したいと思います。

介護保険制度は、超高齢社会を支え、高齢者とその家族、地域の暮らしを豊かにする社会保障制度でなければなりません。憲法が規定する健康で文化的な生活を実現するための制度としての機能を取り戻さなければなりません。私たちは介護改善運動を大いに広げ、世論を呼び起こし、政府の姿勢・施策を変えていくためにこの「介護保険制度の抜本改革提言(案)」を提起します。

23年を過ぎた介護保険制度の問題点、その抜本的な改革の方向性について私たちの考え方を示していますが、高齢者の皆さん、介護の当事者の皆さん、介護従事者・事業者、そして多くの国民・市民、介護保険や社会福祉に携わる行政の方々等とともにさらに意見交換し本提言案の内容を深化させていきたいと思ひます。手を携え、国民の願う真の「介護の社会化」を実現していきましょう。

2. 施行 23 年を経過した介護保険制度の問題点

現状の介護保険制度は、憲法で保障された「健康で文化的な」介護の制度とはとは大きく乖離をしています。高齢者が日々暮らしていく上で欠かせない介護サービスが充たされていないこと、そして個々人の負担能力を超えた負担が強制されることにより十分な介護サービスを受けることができない制度になっています。その底流にある日本社会の思想には、介護をはじめとしたケア労働の専門性を認めず、女性が担当する仕事、子育てや家事をしながらできるものとの見方が根強くあります。そうした中、専門職でなくても良い、社会の維持に必要な仕事であるにも関わらず、低賃金で恒常的な人手不足をもたらしたまま介護職の地位を低くみる傾向があり、制度が形つくられてきていることを重要視する必要があります。

第 1 の問題点は、高すぎる保険料と利用料負担の問題です。介護保険料は、3 年に一度の「介護保険事業計画」見直しごとに上がり続けています。現在、全国平均でも 6,014 円(基準月額)と当初の 2 倍以上に高くなっています。政府はこれまで利用サービスを抑制しつつ、保険料を上げる改悪を進めてきました。多くの利用者は、介護保険料が天引きされ残りの年金でどれだけの「利用料」を負担できるか心配しながらサービスを利用することになります。また、特別養護老人ホームなどの施設では、低所得者の食費と居住費の負担を軽減する「補足給付」の制度も、適用要件が厳しくなり負担が増してきています。今後、利用料負担を 1 割から原則 2 割にしていくことも企図されています。

第 2 に、利用するサービスが制限され自由に選択ができなくなってきました。「要介護認定」により、利用者自身・その家族が必要とするサービスが受けられないとの悩みがあります。特別養護老人ホームは、「要介護 3」以上でないと原則入所できない、訪問介護サービスの時間が短縮され生活援助の利用回数の上限が設定される、「介護予防・日常生活支援事業(総合事業)」により、「要支援 1、2」の方々のデイサービス(通所介護)とホームヘルプサービス(訪問介護)は保険給付から外され、安上がりサービスやボランティアへの移行が進められています。さらに、総合事業の対象を「要介護 1、2 認定者」に広げることが狙われています。認知症の方の要介護認定が低く出る傾向があり、家族が必要だと思うサービス量とのギャップがあります。政府・厚労省は、より重度の高齢者に介護サービスの利用を重点化するとして、比較的軽度の方々のサービス利用を抑制し効率化を図っていく考えと説明していますが、「介護保険は使えなくなる」との危惧が広がっています。そして、65 歳で障害者が要介護認定に申請をしないことを理由に障害福祉サービスの更新を却下する問題がある

とともに、中軽度の障害福祉サービスから外されていく問題も重要視していく必要があります。

第3に、介護サービスを提供する介護事業所は、介護報酬が低く固定化され、事業所運営が厳しい状況になっています。特に、過去最大級のマイナス改定となった2015年介護報酬改定の影響は大きく、倒産に至る介護事業所が急増しました。「基本報酬」に加えて条件を満たせば「加算」（上乘せ）されますが、満たせない場合「減算」（減らされる）制度が強められてきています。小規模事業所ではその影響は大きく、地域に根づいて利用者を支えてきた訪問介護やデイサービスなどの事業所の存続が非常に難しくなっています。

第4に、介護労働者の高齢年齢化が進み、今後介護労働者がさらに不足していくことが懸念されています。根本的問題は賃金が低く抑えられていて、介護労働者の賃金は全産業労働者の平均賃金より月額7～9万円も低いとの統計があり、このことが介護現場での「人手不足」「採用が困難」の最大の原因ともなっています。また、人員配置基準によって各施設の介護体制が定まりますが、法定の基準では十分な介護ができない現実があります。若い皆さんが希望をもって働けない職場に未来はありません。外国人労働者の活用を政府は企図していますが、「2025年度には約243万人、2040年度には約280万人の介護職員が必要」（第8期介護保険事業計画に基づく推計数）との厚生労働省の予測にこのままでは対応できる見通しが立っていません。

第5に、重要な問題として、「自立」理念がすりかえられたことがあげられます。必要なサービスを利用しながらその人らしく生活していくという意味合いの「自立」ではなく、「自立＝サービスがいない状態」とされました。そのことにより「尊厳の保持」抜きの「自立支援」（介護保険からの“卒業”の強制）が横行しており、総合事業をはじめ、軽度者に対する給付の縮小・切り捨てを加速させる流れがつくられています。そしてそれを推し進めていくためにも、財政インセンティブの導入です。2017年法「改正」で、「自立支援」等に成果を挙げた自治体に「成績」に応じて交付金を傾斜配分する「保険者機能強化推進交付金制度」が創設されてきました。給付の抑制に自治体を駆り立て、競わせる仕組みであり、保険者機能自体を大きく歪めるものです。

さらに、現在進められている全世代型社会保障改革は、年金、医療、介護、働き方など各制度全般にわたって改悪し、全世代に「負担増と給付の削減」を強いるものです。高齢者をターゲットに負担増を迫り、高齢者の負担増をてこに「現役世代」にも負担増を迫る、そして全世代に社会保障の給付を削減していく「全世代型」の社会保障改悪です。今後引き続き、利用する介護サービスは縮小され、介護保険料は引き上げられ続けるというまさに「保険あって介護なし」の改悪が強められていきます。

コロナ禍を経験し、政府の介護施策の脆弱性、弱体化が浮き彫りになった今こそ、もう一度原点に立ち返り、抜本的な改革の方向性をご一緒に探っていきたいと考えます。

(1)介護保険制度の「抜本改革」案－本来の社会保険への転換をめざす制度の「再設計」

介護保険制度は、「介護の社会化」という大きな期待を背負いつつも、利用者（受益者）負担、保険給付の上限設定（支給限度額）をはじめ、出来るだけサービスの利用を抑え込む仕組みを組み込んで創設されました。施行後は、政府による相次ぐ制度の見直しによって、利用者負担は引き上げられ、サービスは削られ、事業所に支払われる介護報酬は低く抑え込まれる一方、介護保険料は右肩上がりに上昇を続けています。

こうした経過の中で利用者や介護現場での様々な困難が広がっており、さらに介護保険自体が、①「保険あって介護なし」という制度の機能不全、②打開を見通せない深刻な介護の担い手不足、③保険料の支払い困難がまねく財政破綻－という危機的な状況に直面しています。

高齢化の進展に伴い、介護の需要は今後いっそう増大していきます。いま必要なのは、創設時に立ち返った介護保険制度の立て直し＝「再設計」です。憲法 25 条を土台にすえ、介護が必要な時に必要なサービスが保障される「必要充足の原則」を貫いた「本来の社会保険」へと転換させることが必要です。そのためには、利用者・事業所の直接契約に基づくサービス費補償方式（現金給付）から、国、自治体が介護保障に最終責任をもつ現物給付方式に切り替えることが不可欠です。その裏付けとなる財政措置の強化（保険財政に対する国庫負担割合を大幅に増やす、介護保険財政とは別立てで公費を大胆に投入する）も必要です。

（1）給付と負担のあり方に関わること

① 介護保険料について

- 逆進的な定額負担ではなく、所得に応じた定率負担制に切り替える。市町村民税非課税者から保険料を徴収しない
- 年金天引き制度（特別徴収）、未納者・滞納者に対する制裁措置を廃止する
- 経済的事情の悪化を要件とする介護保険料の減免制度を法定化する

② 利用者負担について

- 利用料は廃止する
- 施設等の居住費・食費については、施設への入所やサービス利用に支障を来さないよう必要な補償を行う

③ サービス利用の仕組みについて

- 現行の要介護認定制度は廃止する。要支援・要介護度ごとに設定された保険給付の上限（区分支給限度額）は撤廃し、利用者の介護の実態に見合った給付内容を保障する
- 利用するサービスの内容については、ケアマネジャーの裁量を高め、ケアマネジャーと本人、家族が協議して決定することを基本とする仕組みに改める。その際、市町村は必要十分なサービスを確保できるよう責任を果たす

④ 給付の体系について

- 訪問看護、リハビリテーション等の医療系サービス、施設での医療提供については医療保険に戻す
- マネジメント業務（「公平・中立」が要請される居宅介護支援、介護保険対応にとどまらない役割をもつ地域包括支援センター）は、介護保険から切り離し一般財源化を図る
- 総合事業（「介護予防・日常生活支援総合事業」）のうち、一般介護予防事業は介護保険から切り離し、保健事業に移す

（２） サービス提供のあり方に関わること

① 介護報酬について

- 介護報酬をサービス利用の対価ではなく、「介護の質の維持・向上」「経営の安定性・継続性の担保」「働き続けられる労働環境の確保・維持」「感染症・自然災害等への適切な対処」等が可能となるよう、人件費をはじめとする必要経費の補償を行う考え方に改める
- 基本報酬の底上げを図る。その上で、加算については政策誘導の手段ではなく、事業所の特徴的な取り組みを評価する内容に改める
- 改定に際しては介護事業所の経営実態を適切に反映させる

② 介護従事者の処遇改善・職員確保について

- 介護の公共性をふまえ、すべての介護従事者の賃金をその専門性にふさわしい水準を確立し引き上げる
- 行き届いたケアの実現、ケアの質の向上、実務負担の軽減、感染症・自然災害等の備え等が可能となるよう、現行の人員配置基準を大幅に引き上げる
- 正規雇用を基本に、実効性のある職員確保対策を講じる。常勤換算方式は廃止する
- 養成施設に対する支援を強化する

③ 介護サービス基盤整備に関して

- 特養建設等に対する助成制度の復活、民間事業所の参入が困難な地域における市町村直営事業への支援など、介護サービス基盤整備に対する国の財政支援を抜本的に強化する
- 地域の実情に応じ、感染症・自然災害を想定した緊急時の介護サービスの提供支援体制を構築する
- 多様な事業者によって介護サービスが提供されることを前提に、介護の公共性が確保される仕組みをつくる

(3) 制度理念について

- 「自立」の理念について、「介護サービスが要らない状態」ではなく、「必要な介護サービスを利用しながら、その人らしく生活すること」に改める

(4) 財政運営・保険者のあり方について

- 介護保険料と給付費が直接連動しないよう、財政運営や保険者のあり方を抜本的に見直す

(5) 国・自治体（保険者）のサービス保障責任について

- 利用者・事業者の個別契約に基づくサービス費補償方式（現金給付）から現物給付方式に切り替え、国・自治体（保険者）が介護サービス保障に最終責任を負う制度に転換する※。

※<解説：サービス費補償方式（現金給付）と現物給付方式>

個別契約に基づくサービス費補償方式（現金給付）か、現物給付方式かの問題は制度の根幹に関わる問題です。

医療保険では、保険者（健保組合など）が医療機関を通して医療を患者に現物として提供します。それに対して介護保険は、利用者と事業所との契約に基づいて、保険者（市町村）がサービス利用に必要な費用の 9 割分（利用料 1 割負担の場合）を利用者に直接支給します（介護保険法 41 条等）。利用者は 9 割分の費用に残り 1 割分の利用料を加えて事業者を支払うことでサービスの提供を受ける（「購入する」）こととなります。ただし煩雑さを回避するために、実際はそのサービス費用を介護報酬というかたちに変えて事業者が受領します（代理受領）。

つまり利用者と事業所との関係では、利用者は費用の対価として現物のサービス（訪問介護など）を受け取る形になりますが、保険制度のもっとも基本的な関係となる保険者（＝市町村）と被保険者（＝利用者）の間では、サービス費用の授受（現金給付）の関係になるこ

とがポイントです。

そのため保険者である市町村は、介護サービス費用を支給する責任を負うものの、そのサービス費が必要十分な水準か、そのサービス費を使って利用者が必要なサービスを利用できているのかにまで関知する必要はありません。この点に現在の介護保険が公的責任の度合いが薄く、「必要充足」原則から乖離した制度となっている根本的な原因があります。

保険給付の上限が金額として自在に設定可能なもの（区分支給限度額）、介護職員の処遇改善部分を報酬上加算として切り分けられるもの（処遇改善加算）、医療保険と異なり、サービス費を支給する方式（現金給付）だからです。

同じ社会保険でありながら、必要な医療（医師や看護師などの人件費をふくめて）が丸ごと提供される現物給付の医療保険と大きな違いがあります。

（6）関連する制度の見直しについて

- 様々な事情で介護保険の利用に困難を抱える高齢者への対応や、介護保険給付ではカバーできない支援を可能とするために、公費による高齢者福祉制度（現行老人福祉法）の拡充を図る
- 「介護保険 65 歳優先原則」を規定した現行障害者総合支援法第 7 条を廃止する

(2)当面の「緊急改善」案－現状の困難を打開するとともに、さらなる制度の後退を許さない

当面の課題は、利用者、事業所、介護従事者が現状で抱えている困難を早急に打開するための制度の緊急改善をはかることです。これまで政府が進めてきた給付削減・負担増の制度見直しは利用者・家族に深刻な介護困難・生活困難をもたらしています。重い利用料負担のため必要な介護サービスの利用を断念するケースはあとをたちません。家族の介護を理由に仕事を辞めざるを得ない「介護離職」は毎年 10 万人前後で推移しています。「介護心中・介護殺人」と称される痛ましい事件もたびたび報じられています。高齢者の生活を支える介護事業では、厳しい経営難と深刻な人手不足が続いています。

また、強い反対の声を前に先送りとなった「ケアプランの有料化」「要介護 1、2 の訪問介護等の地域支援事業への移行」などの見直し案は、3 年後の「改正」において「引き続き検討する」とされています。これ以上制度を後退させることは絶対に許すことはできません。

（1）介護保険制度の緊急改善

① 費用負担について

- 利用料の 2 割負担、3 割負担を 1 割に戻す。低所得者を対象とした利用料の減免措置を講じる
 - 補足給付（低所得者＝市町村民税非課税者を対象とした施設等の入居費・食費の負担軽減制度）の「資産要件」「配偶者要件」を撤廃する。認知症グループホーム、特定施設に対象を拡大する。当面、2021 年 8 月から実施されている資産要件の新たな見直し、食費の引き上げは凍結する。
 - 公費を投入し、低所得者の介護保険料軽減措置の拡大、及び介護保険料全体の引き下げを実施する
- ② 認定システム、保険給付の上限について
- 軽度に判定されやすい認知症など、個々の状態が正確に反映されるよう認定システムの大幅な改善を図る
 - 区分支給限度額を大幅に引き上げる
- ③ 給付、サービス基盤の整備について
- 総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）の「従前相当サービス」を保険給付（現行予防給付）に戻す。要介護者（要介護 1～5）に対象を広げる「弾力化」は撤回する
 - 特養の入所対象を要介護 1 以上に戻す
 - 生活援助を「一定回数以上」利用する場合のケアプランの届出制を廃止する
 - 福祉用具貸与について、貸与価格の上限設定をとりやめる
 - 特養などの施設建設や地域密着型サービスの整備に対する財政支援を強める
- ④ 介護報酬について
- 介護報酬の土台となる基本サービス費（基本報酬）の大幅な底上げを図る
 - 新型コロナウイルス感染症に伴う新たな事業環境（「密」の回避など）にふさわしい報酬・諸基準に見直す
 - 改定に際しては小規模事業所などの経営実態を適切に反映させる
 - サービス利用に支障が生じないように、利用料の負担を軽減させる措置を講じる
- ⑤ 介護保険財政について
- 以上の制度改善、高齢者の介護保険料負担の軽減を実現するために、保険財政における国庫負担割合を大幅に引き上げる（当面 5 割まで引き上げる）

(2) 介護従事者の処遇改善、働く環境の整備

- 介護施設・病院等の就業場所や職種を問わず、すべて介護従事者の給与を少なくとも全産業平均水準まで引き上げる。その財源は消費税以外の国費で賄う
- 介護従事者を大幅に増やす。介護ロボット、ICTの導入による人員配置基準の緩和・削減を行わない

(3) 保険者機能に関すること

- 介護給付費の削減を目的にした「適正化」事業を廃止する
- 保険者を給付の抑制に駆り立て、競わせる保険者機能強化推進交付金制度、保険者努力支援制度など財政インセンティブ政策を廃止する
- すべての自治体に介護・福祉行政を担う専門職を配置する

(4) 新型コロナウイルス感染症への対応－現状の困難の打開と今後の備え

- 衛生用品・防護具の安定的な供給、介護従事者・利用者・家族に対する必要なPCR検査の迅速な実施、介護従事者への支援など、新型コロナウイルス感染症に対する対策を強化する
- 介護事業所での感染対策に伴うかかり増し費用、利用控えによる減収分を公費で補填する

(5) これ以上の制度の後退を許さない～次期の見直し（2023年法「改正」）に向けて

（以下の見直し案を検討・実施に移さない）

- * 被保険者・受給者範囲の見直し（被保険者の年齢を30歳以上に引き下げ）
- * ケアプランの有料化
- * 要介護1、2の生活援助、通所介護等の地域支援事業への移行
- * 多床室の室料負担の拡大（老健、介護療養、介護医療院の多床室での居住費徴収）
- * 補足給付の資産要件拡大（預貯金だけではなく、固定資産税の申告に基づく不動産の評価を追加）
- * 現役並み所得、一定以上所得の判断基準の見直し（利用料2割、3割の対象拡大）

さいごに

介護保険法が1997年12月に成立し、2000年4月からの実施を前にして関係者や国民から不安や負担増を懸念する声上がり、見直しを求める運動は粘り強く広がってきま

した。中央社保協は当初から介護保険の持つ問題点を具体的に明らかにしながら、対政府・国会に対する運動と各自治体に対する改善要求の取り組みをすすめてきました。

介護保険開始以降この23年の中で、そしてこの間のコロナ禍を通じて介護保険制度の脆弱性がいよいよ明確になってきました。「保険あって介護なし」の流れが強化されているものと感じます。もう黙ってはいられない！そんな思いを持たれているのではないのでしょうか。政府は、これまで介護を必要とする高齢者をはじめ私たち国民の実態や意見にどれだけ向き合ってきたのでしょうか。介護保険制度の持続可能性を口実に、国民の介護や暮らしの持続性は後景に追いやり介護保険を解体してきました。当事者である高齢者自身が声を上げるのには困難も多く、また介護する家族の多くも一人で介護を背負い込み孤立しています。介護改善運動に取り組む諸団体、介護事業者など力を合わせて、当事者の皆さんとともに世論作りと政府への働きかけを強めていきたいと考えています。

岸田内閣がさらに進めようとしている「自助・共助・公助、そして絆」の社会は、自助を基本とする自己責任の社会であり、社会保障・社会福祉に対する政府の責任を放棄する社会でもあります。介護保険制度においても「自立」「介護保険からの卒業」が強制される社会へさらに突き進んでいくことは、これまでの施策で明らかではないのでしょうか。

「介護保険制度」で本当に国民が願う介護が実現するのか、との意見もあります。今回は現在の保険制度を前提にその改革のための提言案を提案していますが、「高齢」といういわば「リスク」を抱えた方々を主たる加入対象とする保険制度の「限界」についての指摘もあります。介護保険の根本的な矛盾や本来求められる高齢者介護の制度的保障のあり方、改革の方向についても、今後議論し共有し合うことが大切になっていると考えます。そして、改革のための財源についても、議論を深め一致点をつくる必要があります。

私たちは、日本国憲法の目指している権利としての介護保障、権利としての社会保障の実現へむけてご一緒に考えていきたいと思えます。そして、介護保険改善の運動においても広範な団体・個人の皆さんと連携を広げ深めていくための一助になるよう、介護改善運動の「羅針盤」となるよう、ぜひこの「介護保険制度の抜本改革提言」を活用し意見交換や議論で深めていただけますように呼びかけます。

以上

介護保険制度の改善、介護従事者の処遇改善を求める請願署名 介護する人・受ける人がともに大切にされる介護保険制度へ

介護保険制度は施行23年が経過しました。しかし、必要なサービスを利用できない実態が広がっており、家族介護を理由とした介護離職も高止まりです。介護事業所では、深刻な人手不足と、低い介護報酬のもとでの経営難が続いており、コロナ禍と物価高騰はこうした事態をいっそう加速させています。

政府が当初提案したケアプランの有料化、要介護1、2のサービスの保険給付外し（総合事業への移行）などの抜本改悪案は、反対世論の広がりの中で先送りさせることができました。しかし政府は、利用料2割負担の対象拡大、一定の所得以上の高齢者への保険料引き上げについて引き続き検討し、2023年末までに結論を出すとしています。利用者・事業者双方に新たな負担を押しつけるものであり、断じて認めることはできません。

介護従事者の処遇改善は待ったなしの課題です。昨年からの新たな処遇改善が開始されていますが、全産業平均給与との差を埋めるには程遠い水準です。

行き届いた介護を実現するためには、社会保障費を大幅に増やし、介護保険制度の抜本改善、介護従事者の大幅な処遇改善と増員を図ることが何よりも必要です。制度の改悪をやめ、憲法25条に基づいた「介護の社会化」の実現に向けて、以下請願します。

請願項目

- 1 社会保障費を大幅に増やし、必要なときに必要な介護が保障されるよう、介護保険料、利用料、居住費・食費の負担軽減、サービスの拡充など、介護保険制度の抜本的な見直しを行うこと
- 2 利用料2割負担の対象者の拡大、要介護1、2の保険給付はずし（総合事業への移行）など、介護保険の利用に新たな困難をもたらす見直しを実施しないこと
- 3 介護報酬を大幅に引き上げること。その際はサービスの利用に支障が生じないように、利用料負担の軽減などの対策を講じること
- 4 全額公費により、すべての介護従事者の給与を全産業平均まで早急に引き上げること。介護従事者を大幅に増やし、一人夜勤の解消、人員配置基準の引き上げを行うこと

(※氏名・住所は、名字など同じ場合でも略式「ッ」ではなく、フルネームでお書き下さい)

氏 名	住 所
	都 道 府 県
	都 道 府 県
	都 道 府 県
	都 道 府 県
	都 道 府 県

〈取扱団体〉

中央社会保障推進協議会(社保協)
全日本民主医療機関連合会(民医連)
全国労働組合総連合(全労連)

東京都文京区湯島2-4-4 全労連会館4階
(TEL) 03-5842-5611 (FAX) 03-5842-5620

※この署名は、国会、関係省庁に提出する以外に使用しません

介護する人、受ける人がともに大切にされる介護保険制度へ

北海道・札幌市 施設介護員

ひとり親で、人手不足のため月5回以上夜勤に入ること。子どもとの時間も削って働く中でも手取りは20万円程度。国家資格なのに、重労働なのに、なぜこんなに低賃金なのか悲しくなります。

神奈川県・横浜市 訪問介護員



このままでは、介護を必要とした時にヘルパーが足りなくなる。また、利用料が高くなると制度があっても使えなくなってしまう。



栃木県・宇都宮市 施設介護員

一人夜勤で20人に対応。転倒や看取りなど急変時の対応ができないので人を増やしてほしい。



山口県・宇部市 訪問介護員

介護従事者も高齢化しています。ICT機器の導入よりも、まずは若い人が介護の仕事に関心を持ってもらえるように安定した賃金確保ができるようにしてほしい。

福岡県・春日市 ケアマネジャー

地域でケアマネジャー不足になっています。仕事量と処遇が見合っていない。



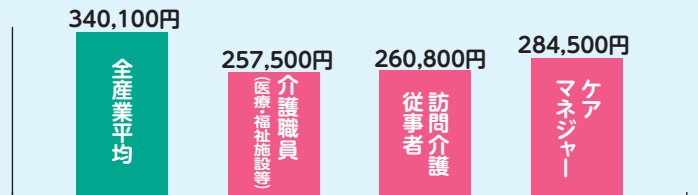
低く据え置かれ続けてきた介護報酬

介護報酬改定(率)の推移

改定年	改定率	*3年毎の本改定の経過
2003年度	▲2.3%	
2006年度	▲2.4%	施設等での居住費・食費の自己負担化
2009年度	+3.0%	
2012年度	+1.2%	実質▲0.8% ⇒処遇改善交付金(報酬換算2%)を介護報酬に編入
2015年度	▲2.27%	処遇改善等で+2.21%、基本報酬で▲4.48%
2018年度	+0.54%	通所介護等で▲0.5%の適正化
2021年度	+0.70%	通算改定率+0.67% ⇒+0.05%はコロナ対策「特例的評価」(21年9月末で終了)

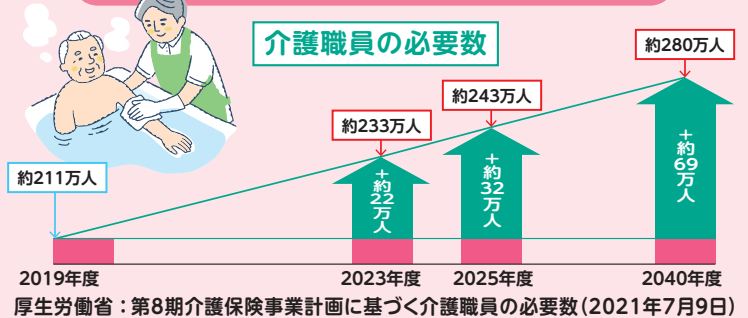
賃金を上げないと、人がこない!

低すぎる介護労働者の賃金



厚生労働省：「令和4年賃金構造基本統計調査」一般労働者の毎月決まって支給される現金給与額(時間外手当、深夜・休日・交替手当などを含む。税・社会保険料控除前)

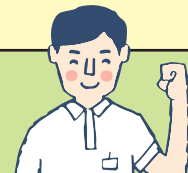
ますます介護人材不足に



なのに 狙われる介護制度改悪

- 利用料2割負担の対象拡大
- 一定の所得以上の高齢者への保険料引き上げ
- 施設多床室の室料徴収の対象拡大
- 要介護1、2の保険給付は不十分(総合事業への移行)
- 介護保険証とマイナンバーカードの一元化
- ケアプランの有料化
- 福祉用具利用のみのケアプランの報酬の引き下げ
- テクノロジー機器導入による人員配置基準の引き下げ

だから 署名にご協力ください



2023 年(第21回)全国介護学習交流集会・集会アピール(案)

全国のみなさん。

昨年の集会から 1 年が経ちました。介護保険制度見直しの審議の中で政府が当初提案したケアプランの有料化、要介護1、2のサービスの保険給付外し(総合事業への移行)などの抜本改悪案は、全国各地での旺盛なとりくみで反対世論が広がり、先送りさせることができました。しかし政府は、利用料2割負担の対象拡大、一定の所得以上の高齢者への保険料引き上げについて引き続き検討し、2023 年末までに結論を出すとしています。利用者・事業者双方に新たな負担を押しつけるものであり、断じて認めることはできません。これまでの運動の成果に確信を持ち、介護保険制度の改悪反対の世論をいっそう大きく広げていきましょう。

新型コロナウイルス感染症は、5 月から 5 類感染症に移行されましたが、介護の現場ではクラスターの発生など、予断を許さない状況が続いています。この間、医療体制が逼迫する下で、介護の現場では、「留め置き」と称される施設内での療養、厳しい職員体制、在宅事業所での感染拡大に伴う様々な困難など、これまでに経験することがなかった過酷な状況に直面しました。これらは、成り行き任せの政府のコロナ対策が引き起こした「災害」といっても過言ではありません。コロナ禍は、新自由主義政治のもとで政府が進めてきた保健医療、公衆衛生、介護の抑制政策が、地域の医療・介護体制をいかに脆弱なものにしてきたかを改めて浮き彫りにしました。

介護保険制度は施行 23 年が経過しました。しかし、「介護の社会化」の期待とは裏腹に、給付削減・負担増の見直しが重ねられてきた結果、必要なサービスを利用できない実態が広がっており、家族介護を理由とした介護離職も高止まりです。介護事業所では、深刻な人手不足と、低い介護報酬のもとでの経営難が続いており、コロナ禍と物価高騰はこうした事態をいっそう加速させています。「利用したくても利用できない」、「このままでは経営が続けられない」、「賃金が低くて仕事を続けられない」、こうした声があふれています。2024 年度介護報酬の見直しでは、利用者負担を増やすのではなく、全額公費での介護報酬引き上げが強く求められています。

経済事情などに関わらず、介護を必要とする全ての人に必要な介護サービスが保障され、行き届いた介護を実現するためには、社会保障費を大幅に増やし、介護保険制度の抜本改善、介護従事者の大幅な処遇改善と増員を図ることが何よりも必要です。

大軍拡路線による防衛費増額ではなく社会保障の充実、憲法 25 条に基づいた「介護の社会化」の実現に向けて、「介護する人、受ける人がともに大切される制度へ」—この声をさらに大きく、一緒に広げていきましょう。

本集会の総意として、以下の 4 点を政府に対して求めます。

1. 社会保障費を大幅に増やし、必要なときに必要な介護が保障されるよう、介護保険料、利用料、居住費・食費の負担軽減、サービスの拡充など、介護保険制度の抜本的な見直しを行うこと
2. 利用料 2 割負担の対象者の拡大、要介護1、2の保険給付はずし(総合事業への移行)など、介護保険の利用に新たな困難をもたらす見直しを実施しないこと
3. 介護報酬を大幅に引き上げること。その際はサービスの利用に支障が生じないよう、利用料負担の軽減などの対策を講じること
4. 全額公費により、すべての介護従事者の給与を全産業平均まで早急に引き上げること。介護従事者を大幅に増やし、1 人夜勤の解消、人員配置基準の引き上げを行うこと

2023年10月9日

2023年(第21回)全国介護学習交流集会 参加者一同