

- 介護三大改悪阻止へ！新介護署名総決起 WEB集会
●●● 2025年9月1日(月) 18:00~19:00/オンライン

介護保険をめぐる情勢と新署名



★ 2025年5月27日、「介護請願署名2024」を通常国会に最終提出しました。今年2月の第一次分と合わせて、全体で34万1301筆を提出しました。当日は会場(国会議員会館)とオンラインで200名以上が参加、集会後に議員要請を行いました。



全日本民医連事務局次長
中央社協介護障害者部会 **林 泰則**



衆議院議長 殿
参議院議長 殿

202 年 月 日

介護保険制度の抜本改善、大幅な処遇改善を求める請願署名

— 新たな利用困難をもたらす見直しを中止し、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 —

介護保険制度の開始から25年。利用料や施設での居住費・食費の負担が重く、必要な介護サービスを受けられない人が増えています。家族の介護を理由とした介護離職は年間10万人と高止まりしたままです。介護事業所は低く据え置かれた介護報酬のもとで深刻な経営難に直面しており、昨年2024年の倒産・廃業件数は784件と過去最多となりました。特に、訪問介護は基本報酬の引き下げの影響で事業撤退が相次いでおり、訪問介護事業所がゼロになった自治体が増加しています。介護現場の人手不足も深刻さを増しており、政府は2026年度に介護職員が25万人不足する需要見込みを示していますが、有効な対策は講じられていません。肝心の処遇改善は遅々として進んでおらず、2024年度の全産業平均との賃金格差は、前年度月額6万9000円から8万3000円へと大幅に広がっています。

こうしたなか、政府は「利用料2割負担の対象拡大」や「ケアプランの有料化」、「要介護1・2の生活援助の保険給付はなし」など、さらなる負担増・サービス縮小を検討しています。これ以上の制度の後退は許されません。

すべての人が安心して介護を受け、介護従事者も尊重される制度の実現には、国の財政支援の強化による制度の抜本改革、介護職員の大幅な賃金引き上げが不可欠です。介護保険制度の改善、憲法25条に基づいたケアが大切にされる社会の実現に向けて、以下請願します。

【請願項目】

- 介護保険の利用に困難をもたらす利用料2割負担の対象拡大、ケアプランの有料化、要介護1・2の保険給付はなし(総合事業への移行)などの見直しを行わないこと
- 訪問介護の基本報酬の引き下げを撤回し、介護報酬全体の大幅な底上げを図る再改定を至急行うこと。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
- 全額国庫負担により、すべての介護従事者の賃金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
- 必要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・食費などの費用負担の軽減、サービスの拡充による介護保険制度の抜本的な見直しを行うこと。介護保険財政に対する国庫負担の割合を大幅に引き上げること

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

氏 名	住 所
	新潟県
	新潟県
	新潟県
	新潟県
	新潟県

(2025年7月)

この署名は、国会、関係者等に提出する以外に使用しません

(取扱団体)

中央社会保険推進協議会(中央社保)、全国労働組合総連合(全労連)、全日本民医連看護連合会(全日本民医連看護連合会)、全日本民医連
全日本民医連 〒113-8465 東京都文京区湯島2-4-4 平和台センター7階 (TEL) 03-5842-6451

STOP! 介護崩壊

介護保険 これではまるで「国家的保険詐欺」!!
保険料を払っていても、必要な時に必要な介護を受けられない

「保険あって介護なし」 —利用制限の強化—

介護保険がスタートして25年、相次ぐ制度の見直しで、「制度で必要な介護を受けられない」介護保険に。
2005年 1 世帯平均の自己負担・食費の自己負担化
2015年 利用料2割負担の導入
2024年度 要介護1・2の生活援助を要介護3以上に限定
第3次改定の訪問介護・通所介護を訪問配付から除外
利用料2割負担の導入……等々

介護保険料は右肩上がり 2024~26年度は平均月6,225円 —最高額は大阪市の9,249円—

高齢者の介護保険料は介護開始から平均2.14倍に増加。年々切り下げが難しく、保険料の定額はもう限界。

介護開始	定額
2011年	2,911円
2024年	6,225円

事業所の倒産・廃業件数は過去最多784件(2024年)

低いままでの介護報酬
訪問介護の危機は介護崩壊のはじまり

2024年度改定は+1.55%のプラス改定。しかし報酬上昇分(3%前後)を多くカバーできない水準。特に基本報酬を引き下げられた訪問介護は報酬・単価の両面で大幅な削減。訪問料の引き下げは、介護現場の人手不足を招き、サービスの質の低下を招いている。

●老人福祉・介護事業の倒産と廃業・解散の合計(年次集計)
(介護サービス事業の内訳)

年次	訪問介護	介護施設	その他
2019	553	506	573
2020	506	500	500
2021	500	500	500
2022	500	500	500
2023	500	500	500
2024	500	500	500

介護現場の人手不足はきわめて深刻 このままでは事業所も、介護保険制度も維持できない

事業所にも必要はげしい。職員不足で受け入れ困難。サービスの提供がままならず、サービスの質の低下を招いている。

2025年度	2026年度
25万人	57万人

遅々として進まない処遇改善

全産業平均との賃金格差はいつまで経っても解消されない。2024年度は月給3万5千円、時給1,000円、残業代の不足に悩んでいる。

2025年度	2026年度
35,000円	35,000円

ところが、政府は、負担を引き上げ、サービスを削る新たな見直しを計画

…2026年通常国会に「改正」案を提案予定

- 利用料2割負担の対象者を拡大
- ケアプランの有料化
- 要介護1・2の生活援助等のサービスを保険給付から外す…等々

介護保険制度の抜本改善、ケアが大切にされる社会の実現に向けて

署名にご協力ください

「これまでに提案されている削減削減・負担増の見直し案の撤回を!」
「訪問介護の基本報酬引き下げ撤回、全サービスの報酬の底上げを!」
「すべての介護従事者の賃金を早急に全産業水準に!」
「国の負担を大幅に増やし、介護保険制度の立て直し、抜本改善を!」

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護保険制度をめぐる動き

■ 介護保険制度の見直し(参院選後、「給付と負担の見直し」の審議開始)

= 利用料2割負担の対象拡大、ケアプランの有料化、要介護1・2の生活援助等の保険給付はずし(総合事業への移行)……

- 12月までに審議会(介護保険部会とりまとめ)⇒ 2026年通常国会に法案提出
※ 利用料は政令「改正」



■ 2026年度予算編成(骨太方針2025)

= 介護報酬2026年度改定(期中改定)の実現、抜本的な処遇改善

- 12月に政府案を閣議決定 ⇒ 2026年通常国会に予算案提出

■ 政府の経済対策(2025年度補正予算)

= 訪問介護基本報酬引き下げ撤回と2024年4月以降の減収補填、事業者・従事者に対する緊急支援の実施

- 2025年秋の臨時国会に提案・審議・決定

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

新たな介護請願署名＝2025年臨時国会・2026年通常国会に提出

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
—新たな利用困難をもたらす見直しを中止し、
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—

- 1 介護保険の利用に困難をもたらす利用料2割負担の対象拡大、ケアプランの有料化、要介護1、2の保険給付はずし(総合事業への移行)など、介護保険の利用に重大な困難をもたらす新たな制度見直しを検討しないこと…【改悪阻止】
- 2 訪問介護の基本報酬引き下げを撤回し、介護報酬全体の大幅な底上げを図る再改定を至急行うこと。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…【介護報酬】
- 3 全額国庫負担により、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…【処遇改善】
- 4 必要なときに必要な介護が保障されるよう、介護保険料、利用料などの費用負担の軽減、サービスの拡充による介護保険制度の抜本的な見直しを行うこと。介護保険財政に対する国庫負担の割合を大幅に引き上げること…【制度改善】

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

史上最悪の見直し案の全面撤回を！ー各地で広がった声(2022～2023年)



認知症の人と家族の会が提出

認知症の人と家族の会が
緊急署名10万筆を提出



最悪の介護改定に反対 厚労省に署名8.4万人分

「介護保険の改定は、利用者にとって最悪の改定です。利用者の負担が増え、サービスの質が低下します。私たちは、この改定に反対し、撤回を求めます。」



史上最悪の制度改定を許さないオンライン集会(2023年10月11日)



介護7団体の団体署名を厚労省・駐元政務官に提出(2023年6月6日)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

2025年審議再開...三大改悪メニューふたたび

2025年12月までに審議会(介護保険部会)報告とりまとめ ⇒ 2026年通常国会に法案を提出

利用料2割負担の対象者の拡大

要介護1、2の生活援助サービス等を地域支援事業に移行

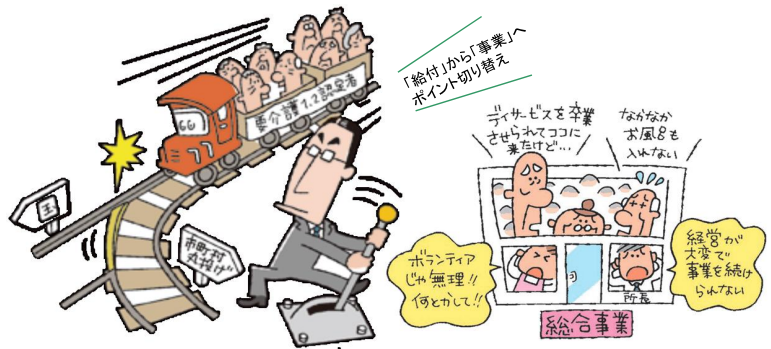


© 全日本民医連介護チラシ

ケアマネジメントの有料化



© 全日本民医連介護チラシ



© 全日本民医連介護チラシ

【三大改悪にとどまらず.....】

- 利用料3割負担の対象拡大(「現役なみ所得」の基準額引き上げ)
- 金融所得の勘案や金融資産等の取扱い

<大臣折衝合意事項(2023年12月)>

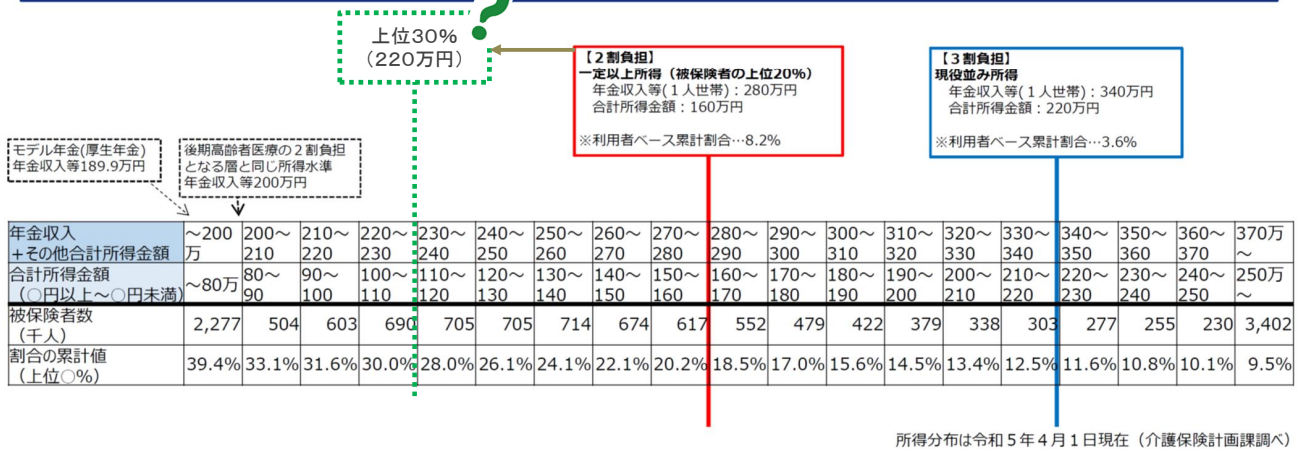
- 人員配置基準のさらなる緩和
 - ・ 現在=特定施設:見守りセンサーの活用等で 3:1 ⇒ 3: 0.9
 - ↓
 - ・ 実証事業でエビデンスが示されれば、特養等において期中実施
- 施設多床室での室料徴収の対象拡大
 - ・ 現在=「療養型」「その他型」老健、「Ⅱ型」介護医療院
 - ↓
 - ・ すべての老健施設、介護医療院を対象とする

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

利用料2割負担をめぐる①

1号被保険者の所得分布（2割負担・3割負担の水準）

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、
○相対的に負担能力のある、一定以上の所得を有する方の利用者負担割合を2割としている【平成27年8月施行】
○2割負担者のうち、特に所得の高い方の利用者負担割合を3割としている【平成30年8月施行】



- 年金収入の場合：合計所得金額＝年金収入額－公的年金等控除等（120万円程度）（※）
○ 年金収入＋その他の合計所得金額は、給与所得等の額により変動しうる。
※ 公的年金等控除については、平成30年度税制改正大綱（平成29年12月22日閣議決定）に基づき、控除額が一律で10万円引き下げられているが、介護保険料や保険給付の負担水準に関して、意図せざる影響や不利益が生じないように、所得指標の見直しを実施している。

第109回介護保険部会資料（2023・12・7） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_36525.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

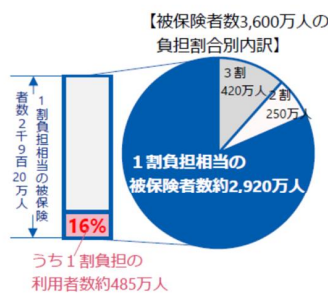
利用料2割負担をめぐる②

影響試算（粗い試算）

試算の前提

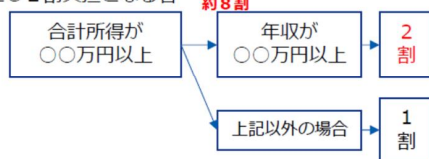
利用者の割合

1割負担者の中で、被保険者に占める利用者の割合は約16%



2割負担となる割合

合計所得要件を満たす1割負担の利用者のうち、年収要件も満たし2割負担となる者の割合は約8割



負担増額

所得によって、利用する介護サービス量に差は無いと仮定し、新たに2割負担となる者の利用者負担額の分布が、1割負担者全体と同一の分布と仮定して推計。分布は、次ページ「負担増額の分布（粗い推計）」のとおり。

影響（粗い試算）

所得・収入基準	①被保険者数	②影響者数 ＝①×16%×8割	給付影響額
単身270万円以上 2人以上336万円以上 (合計所得150万以上)	62万人	8万人	▲90億円
単身260万円以上 2人以上326万円以上 (合計所得140万以上)	130万人	17万人	▲180億円
単身250万円以上 2人以上316万円以上 (合計所得130万以上)	200万人	27万人	▲280億円
単身240万円以上 2人以上306万円以上 (合計所得120万以上)	270万人	36万人	▲380億円
単身230万円以上 2人以上296万円以上 (合計所得110万以上)	340万人	45万人	▲480億円
単身220万円以上 2人以上286万円以上 (合計所得100万以上)	410万人	54万人	▲580億円
単身210万円以上 2人以上276万円以上 (合計所得90万以上)	470万人	62万人	▲660億円
単身200万円以上 2人以上266万円以上 (合計所得80万以上)	520万人	69万人	▲740億円
単身190万円以上 2人以上256万円以上 (合計所得70万以上)	570万人	75万人	▲800億円

第109回介護保険部会資料（2023・12・7）

出典）介護DB（2020年8月～2021年7月実績）を用いて試算

9

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

利用料2割負担をめぐる③

今後の対応について（案）

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年、その後高齢者人口がピークを迎える2040年頃にかけての介護給付費の増加を見据え、財政、サービス提供の両面から、安定性・持続可能性を高めていく必要がある。
また、生産年齢人口が急激に減少する中、今後、ますます介護人材の確保が厳しい状況となっていくことが見込まれ、足下では、経済情勢の変化に伴い、介護分野からの人材流出も見られている中で、人材不足の課題に対応していくことが喫緊の課題となっている。
- 保険料・公費・利用者負担で構成されている介護保険制度において、この課題への財政面での対応については、
 - ・ 1号保険料負担の見直し（1号被保険者間での所得再分配機能の強化）に伴い、低所得者の負担軽減に活用されている公費の一部について、現場の従事者の処遇改善をはじめとする介護に係る社会保障の充実に活用すること等の検討を行うこととしている。
 - ・ 一方で、人材確保方策を含む地域におけるサービス提供体制の確保については、現在、介護給付費分科会において介護報酬改定における対応を審議中であり、当該財源の確保方策のあり方に加え、1号保険料及び2号保険料の伸びの抑制にも配慮する必要がある。

- したがって、2割負担の一定所得以上の判断基準のあり方については、負担能力に応じた給付と負担の不断の見直しの観点から、現場の従事者の処遇改善をはじめ、地域におけるサービス提供体制の確保に係る介護報酬改定での対応と合わせて、予算編成過程で検討することとしてはどうか。

経済財政諮問会議（2023・12・5）

- その際、以下の点に留意しつつ、検討することとしてはどうか。
 - ・ 介護サービスは、医療サービスと利用実態が異なるため、単純な比較は困難であること
 - ・ 判断基準の見直しの検討に当たっては、見直しによるサービスの利用への影響について、留意すること
 - ・ 仮に、判断基準の見直しを行う場合には保険者の実務への影響や利用者への周知期間に十分に配慮する観点から、十分な準備期間を設けること

第109回介護保険部会資料（2023・12・7）

13

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

大臣折衝合意（2023年12月20日）

■ 利用料2割負担の対象拡大

・ 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は、以下の内容につき、引き続き早急に、介護サービスは医療サービスと利用実態が異なること等を考慮しつつ、改めて総合的かつ多角的に検討を行い、第10期介護保険事業計画期間の開始（2027年度～）の前までに、結論を得る。

① 利用者負担の「一定以上所得」（2割負担）の判断基準について、以下の案を軸としつつ、検討を行う。

- ア 直近の被保険者の所得等に応じた分布を踏まえ、一定の負担上限額を設けずとも、負担増に対応できると考えられる所得を有する利用者に限って、2割負担の対象とする。
- イ 負担増への配慮を行う観点から、当分の間、一定の負担上限額を設けた上で、アよりも広い範囲の利用者について、2割負担の対象とする。その上で、介護サービス利用等への影響を分析の上、負担上限額の在り方について、2028年度までに、必要な見直しの検討を行う。

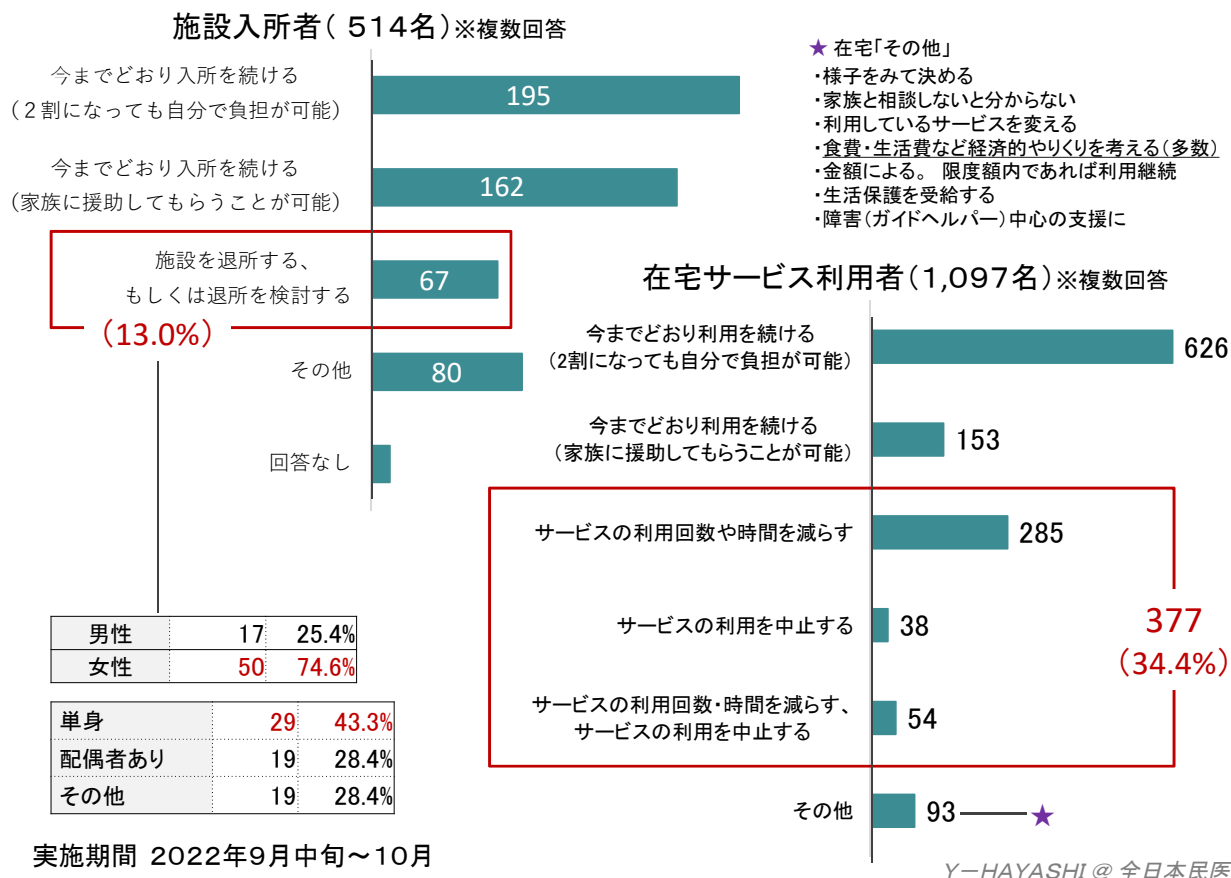
② ①の検討にあたっては、介護保険における負担への金融資産の保有状況等の反映のあり方や、きめ細かい負担割合のあり方と併せて早急に検討を開始する。

★ 介護保険部会での審議打ち切り ⇒ 「2024年度予算編成過程の中で検討」

■ ケアプランの有料化、要介護1・2の生活援助等の総合事業への移行

・ 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」に基づき、給付と負担の在り方の不断の見直しの観点から、ケアマネジメントに関する給付の在り方や、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方等について、第10期介護保険事業計画期間の開始までの間に（令和8（2026）年度予算編成過程等において）検討を行い、結論を得る。

「利用料1割負担が2割になったら」…全日本民医連・緊急影響調査



調査から明らかになったこと

(1) 利用料の新たな引き上げが実施されれば、施設入所や在宅サービス利用の継続に深刻な困難が生じる利用者・家族が出現することが予測される。利用者の身体的・精神的状態の悪化、家族の介護負担・経済負担の増大など、本人・世帯の生活の質の後退をもたらすことになる。

(2) 調査時点で「負担可能」と回答していても、加齢とともに利用するサービスを増やしたり、施設に入所することになった際、利用料の負担が今までどおり続けられるのかどうか、多くの方が将来に強い不安を抱いている。

(3) 利用料が2割になっても、様々な事情により「施設を退所できない」「在宅サービスの利用を減らせない」方が相当数おり、食費や外出の機会を減らすなど本人・家族の生活を切り詰めることで利用料を捻出し、入所・利用を継続すると回答している。利用サービスの増減などの外見では測れない、「顕在化しない困難」が広がることが予測される。

ケアマネジメントの有料化－介護保険部会「報告」

■【慎重論】

- ・ サービスの利用抑制の懸念や、質が高く適切なケアマネジメントの利用機会を確保する観点、障害者 総合支援法における計画相談支援との整合性の観点から慎重に検討すべき。
- ・ 介護支援専門員は、本来業務であるケアマネジメントに付随して各種の生活支援等を行っているほか、公正・中立性が重視されている点などを踏まえると、利用者負担を求めている他の介護保険サービスとは異なるため、現行給付を維持すべき。

■【積極論】

- ・ 介護費用が大幅に伸びていくなかで、サービス利用の定着状況や、ケアマネジメントの専門性の評価、利用者自身のケアプランに対する関心を高めることを通じた質の向上、施設サービスの利用者は実質的にケアマネジメントの費用を負担していることなどから、利用者負担を導入すべき。
- ・ 将来的なケアマネに対する財源確保や人材確保の観点からも、他のサービスと同様に利用者負担を求めることも一つの方向性としてあってもよいのではないかと。

■【その他】

- ・ ケアマネジメントについては、給付対象となるサービスの適用範囲の明確化やセルフ ケア プランの位置付けについても検討する必要がある
- ・ 今後増加する独り暮らしや認知症のある利用者の生活支援が継続的かつ総合的に行えるよう、環境整備が必要との意見があった。

● ケアマネジメントに関する給付の在り方については、利用者やケアマネジメントに与える影響、他のサービスとの均衡等も踏まえながら、包括的に検討を行い、第10期計画期間の開始までの間に結論を出すことが適当である。

介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(2022・12・20)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

社会保障審議会介護保険部会
部会長 菊池 馨実 様

令和4(2022)年10月31日

一般社団法人日本介護支援専門員協会
一般社団法人全国コープ福祉事業連帯機構
一般社団法人
『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会
一般社団法人日本在宅介護協会
認定特定非営利活動法人市民福祉団体全国協議会
JA 高齢者福祉ネットワーク
(順不同)

居宅介護支援費、介護予防支援費における現行給付の維持継続について

(要望)

居宅介護支援に係る保険給付については、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」(平成11年7月29日老企第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)において、「介護保険制度においては、要介護者である利用者に対し、個々の解決すべき課題、その心身の状況や置かれている環境等に応じて保健・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が、多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供されるよう、居宅介護支援を保険給付の対象として位置づけたものであり、その重要性に鑑み、保険給付率についても特に10割としているところである。」とされています。

居宅介護支援を10割給付としている所以である「要介護者である利用者に対し、個々の解決すべき課題、その心身の状況や置かれている環境等に応じて保健・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が、多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供される」ことの重要性は、今日の利用者に対しても薄らぐことはありません。

居宅介護支援・介護予防支援は介護サービスを利用するために行う支援であり、相談援助を中心に、居宅の要介護者・要支援者が居宅サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境、要介護者・要支援者の希望等を勘案し、ケアプランを作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行うものです。居宅介護支援・介護予防支援によってケアプランが作成され、利用者に必要な介護サービスを受ける環境が整い、そのケアプランに沿って、各介護サービス事業者等が相互調整を行い効率的に介入することで、自立支援の効果が発生します。

よって、それに至るための居宅介護支援・介護予防支援は「多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供される」ためのセーフティネットとして、全ての利用者が公平に過不足なく支援を受けられる環境を維持していくことが重要です。このことは、介護保険制度の理念であり、この理念に照らし合わせて、居宅介護支援・介護予防支援における現行給付の維持継続を要望いたします。

以上
Y-HAYASHI @ 全日本民医連

自民党「総合政策集」ー2025年参議院選挙公約

総合政策集2025

J-ファイル

自由民主党/政務調査会

令和7年7月2日

社会保障

(406 介護支援専門員の積極的活用)

医療・介護・福祉サービスを必要とする人が過不足のないサービスを受けて、住み慣れた地域で自立した生活を営むためには、介護保険施設・在宅介護サービスにおいて、自立支援や重度化防止等に向けた高品質な介護サービスを提供できるシステムづくりが必要です。そのためには、介護支援専門員（ケアマネジャー）による適正なケアマネジメントが必要不可欠です。このため、居宅介護支援事業所の経営の安定化や中立性の推進を図るとともに、いわゆるシャドーワークへの対応、法定研修の見直しや業務効率化、業務に見合った処遇の確保等を進めるとともに、誰でも公平にケアマネジメントが受けられるように、居宅介護支援費に関しては、介護保険制度で全額を賄う現行制度を堅持します。

https://storage2.jimin.jp/pdf/pamphlet/202507_j-file_pamphlet.pdf

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

要介護1、2の生活援助等の給付見直しー介護保険部会「報告」

■【慎重論】

- ・現在の要支援者に関する各地域での対応状況を踏まえると、保険者や地域を中核とした受皿整備を進めることが必要で、時期尚早。
- ・総合事業の住民主体サービスが不十分で、地域ごとにばらつきがある中、効果的・効率的・安定的な取組は期待できない。
- ・軽度者とされる要介護1・2は認知症の方も大勢いることも含めて、要介護1・2の人たちに対する重度化防止の取組については、特に専門的な知識やスキルを持った専門職の関わりが不可欠であり、移行に反対。

■【積極論】

- ・今後、人材や財源に限りがある中で、介護サービス需要の増加、生産年齢人口の急減に直面するため、専門的なサービスをより必要とする重度の方に給付を重点化することが必要であり、見直しを行うべき。
- ・今後の生産年齢人口減の時代を見据えて、専門職によるサービス提供の対象範囲と受け皿となるサービスの観点から、環境整備を検討すべき。地域の実情に合わせて実施したほうが効果的であると考えられるものは、保険給付の増加を抑制する観点からも地域支援事業へ移行すべき。

■【その他】

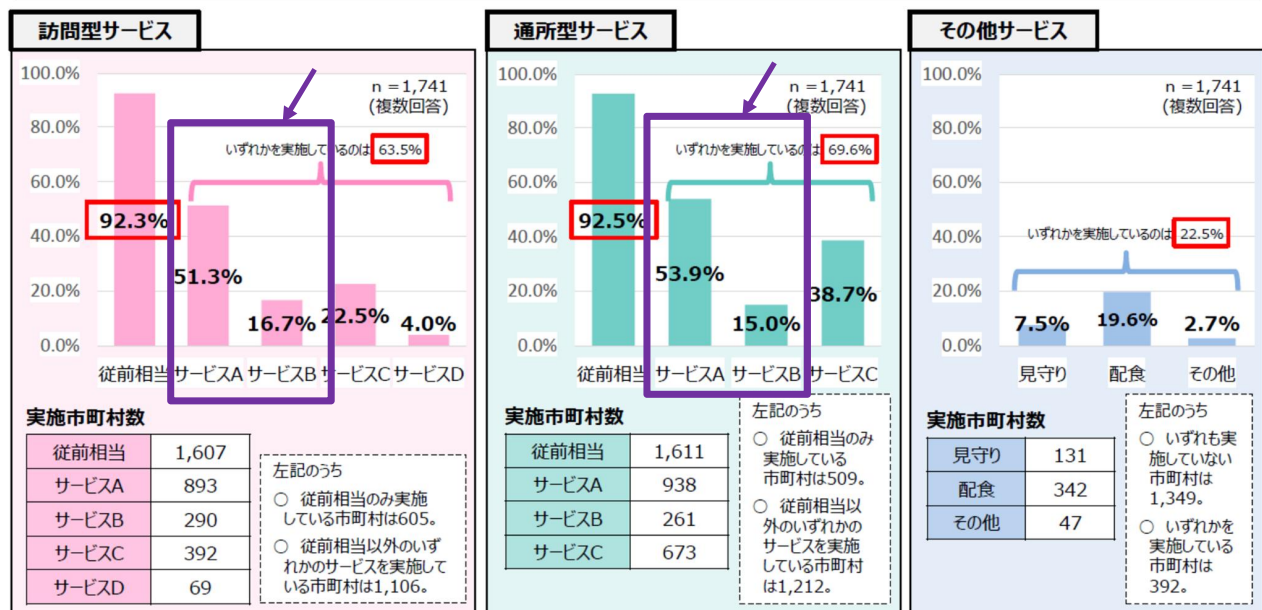
- ・住民の主体的な参画によるサービス活動の実施が当初の期待どおりに広がっていないのが現状であり、その要因を把握し、改善を図られるよう併せて検討すべき
- ・見直しの範囲について、移行対象として想定しているのは訪問介護や通所介護の全てなのか、あるいはこれらのうちの生活援助的なサービスのみなのかを考える必要がある
- ・地域の多様な主体によるステークホルダーによる柔軟なサービス提供をより充実していく観点からは、まず移行ありきではなくて、新規あるいは要介護認定を受けた方でも利用できるようにするなど、利用者の選択肢を見直して充実させることも考えていくべき
- ・利用者はもとより、介護保険の運営主体である市町村の意向を尊重すべき

総合事業は要介護1、2の保険給付(生活援助)の受け皿となり得るのか①

■ 総合事業の実施市町村数(2020年度)

- 介護予防・日常生活支援総合事業のうち介護予防サービス・通所型サービスともに、従前相当サービス(1,611市町村(92.5%))。またその他の生活支援サービス(63.5%)、通所型サービスにあっては1,212市町村(75.2%)
- 従前相当サービス以外のサービスのいずれかを実施している市町村は、通所型サービスにあっては1,212市町村(75.2%)

- 従前相当サービス=従来の予防給付に相当するサービス
- サービスA=基準緩和型サービス(短時間の研修…単価切り下げ)
- サービスB=住民主体のサービス(ボランティア)



2023年3月末現在 訪問型…A型51.1%、B型19.5% 通所型…A型53.4%、B型15.9%

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

総合事業は要介護1、2の保険給付(生活援助)の受け皿となり得るのか②

■ 一次判定時の認定調査結果における認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上及びⅡ以上の者の割合

	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	合計
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上の者の割合(一次判定時)	46.2%	57.6%	92.9%	89.4%	93.3%	94.7%	97.2%	81.9%
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合(一次判定時)	9.0%	8.8%	74.8%	69.9%	80.9%	84.6%	92.2%	60.1%

(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

(※) 日常生活自立度Ⅱに該当する認知症高齢者については、在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるため、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図るものとされている。

(出典) 介護保険総合データベース。令和4年8月時点のデータから、令和3年4月末における要支援・要介護認定結果を集計したもの。

60

さらなる改悪を提言－財務省・財政審「建議」(5月27日発表)

■ 財政審(財政制度等審議会)「建議」…毎年2回(春・秋)に公表

- 予算編成と制度改革への提言
- 目的は「財政の健全化」⇒ 財政赤字を作り出している最大の要因＝社会保障費の増大

● 介護事業社会保障・介護職員の状況と対応

…高齢化・人手不足等を理由とした倒産が増加する一方で、介護事業における新設法人は増加を続けており、差し引きで介護事業者は増加。今後の生産年齢人口の減少を踏まえれば、介護分野にばかり人材が集中するのは適切でない…。

⇒ 職場環境の整備や生産性向上等に取り組むことで、賃上げとともに人材の定着を推し進めるべき。

● 訪問介護事業者の状況と対応

…訪問介護事業者については、倒産件数が増加しているという指摘があるが、施設事業に比べ新規参入も容易であり、事業所数は増加。「訪問介護事業所が1つもない自治体」(107町村)について指摘があるが、広域でのサービス提供が行われている自治体や、システムに表れない小規模事業所・基準該当サービス等が存在することに留意が必要。

● 介護保険の利用者負担(2割負担)の見直し

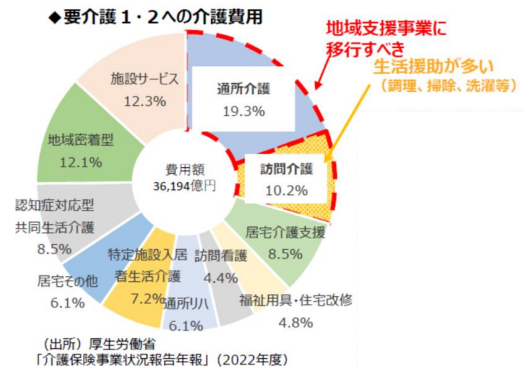
…2割負担の対象者の範囲拡大について早急に実現すべき。また、医療保険と同様に、**利用者負担を原則2割とすること**や、現役世代並み所得(3割)等の判断基準を見直すことについても検討していくべき

● ケアマネジメントの利用者負担の導入

…公正・中立なケアマネジメントを確保する観点から、質を評価する手法の確立や報酬への反映と併せ、居宅介護支援に**利用者負担を導入すること**で、**質の高いケアマネジメントが選ばれる仕組みとする必要**。

● 軽度者に対する生活援助サービス等の地域支援事業への移行

…**軽度者(要介護1・2)に対する訪問介護・通所介護についても地域支援事業への移行**を目指し、段階的に、生活援助型サービスをはじめ、地域の実情に合わせた多様な主体による効果的・効率的なサービス提供を可能にすべき



https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia20250527/index.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

2024年度介護報酬改定はどのような改定だったか

改定率 + 1.59%



財務・厚労大臣折衝
(2023年12月20日)

(内訳)

介護職員の処遇改善分 + 0.98% (令和6年6月施行)

☆「2024年度+2.5%(7500円相当)、2025年度+2.0%(6000円相当)のベースアップを見込む」

その他の改定率(※) + 0.61%

※賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現

できる水準

☆☆ 事業所の収益分



(世論と運動でプラス改定を実現させたが……)

不十分な引き上げ幅にとどまる

= ★「ヒト桁違う」賃金改善 + ★物価上昇率に見合わない

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護報酬改定の経過と 老人・介護事業者倒産件数の推移

	改定率	内訳等
2003年	▲2.3%	
2006年	▲2.4%	施設等の食費・居住費の自己負担化分(05年10月～)をふくむ
2009年	+3.0%	
2012年	+1.2%	処遇改善補助金(報酬2.0%相当)を組み入れ、実質▲0.8%
※2014年	+0.63%	消費税への対応—区分支給限度額の引き上げなど
2015年	▲2.27%	基本報酬で▲4.48%(全サービスで引き下げ)
※2017年	+1.14%	処遇改善(1万円相当)
2018年	+0.54%	通所介護等で▲0.5%の適正化
※2019年	+2.13%	処遇改善(1.67%)、消費税対応(0.39%)、補足給付(0.06%)
2021年	+0.70%	うち+0.05%はコロナ対策(～2021年9月)。第8期通算+0.67%
※2022年	+1.13%	処遇改善(9,000円相当)
2024年	+1.59%	うち処遇改善+0.98%、その他(基本報酬分など)+0.61%

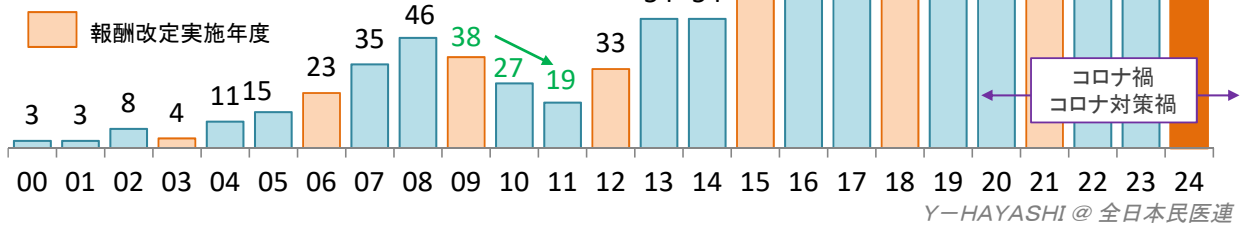
172

老人福祉・介護事業者倒産件数(2000年～2024年)

出典: 東京商工リサーチ調査

★ 小規模事業所が多数

- ・負債額別＝負債1億円未満が約8割
- ・従業員数別＝10人未満が8割超
- ・資本金別＝資本金1000万円未満が8割(個人企業他含む)

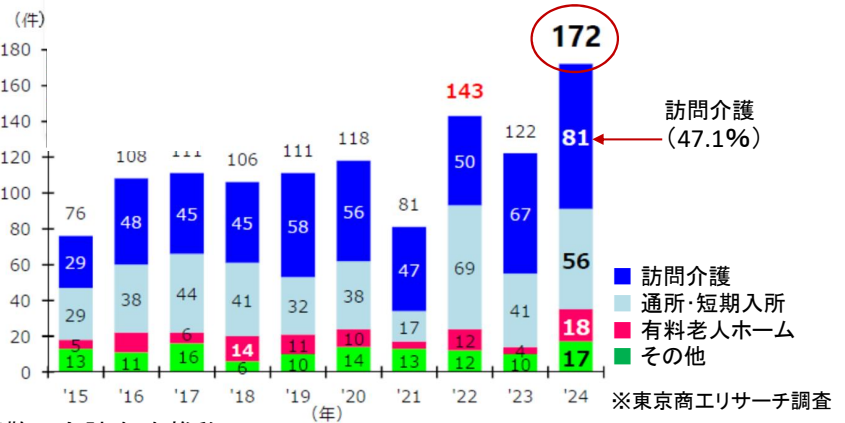


倒産件数、休廃業・解散件数(2013年・15年～2024年)－訪問介護が最多

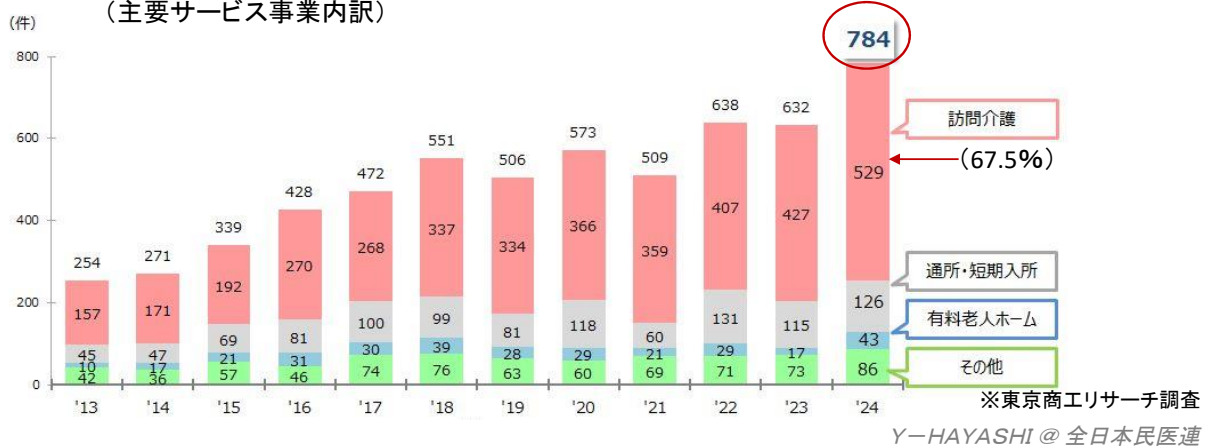
老人福祉・介護事業の倒産件数推移
(再掲: 主要サービス事業内訳)

★ 小規模事業所が多数

- ・負債額別＝負債1億円未満が約8割
- ・従業員数別＝10人未満が8割超
- ・資本金別＝資本金1000万円未満が8割(個人企業他含む)

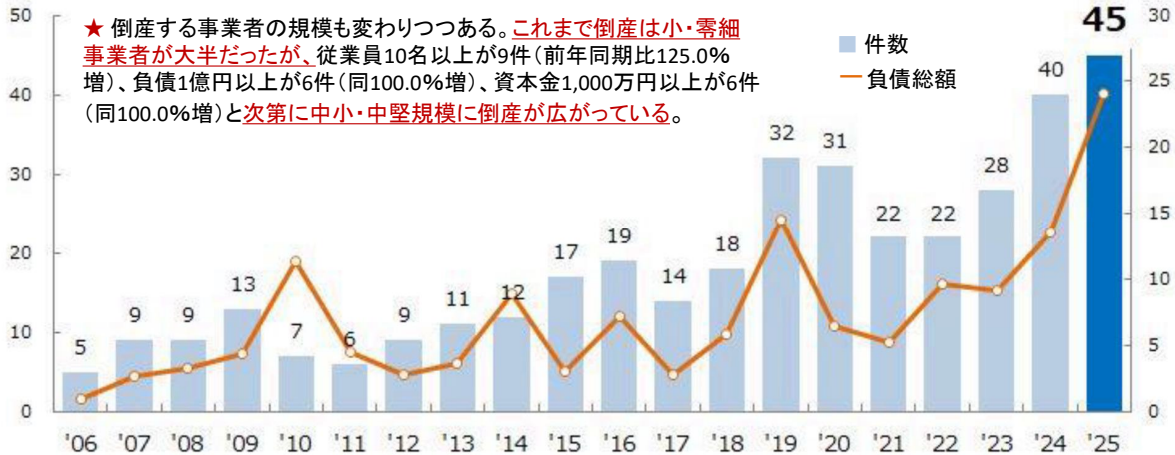


老人福祉・介護事業の倒産と休廃業・解散の合計 年次推移
(主要サービス事業内訳)

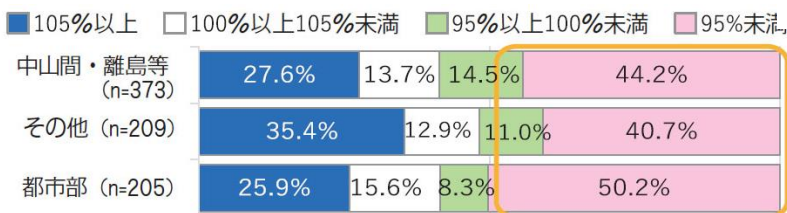


訪問介護事業所の困難の広がりー事業規模・地域に関わりなく

■ 訪問介護事業所の倒産ー2025年1～6月過去最多

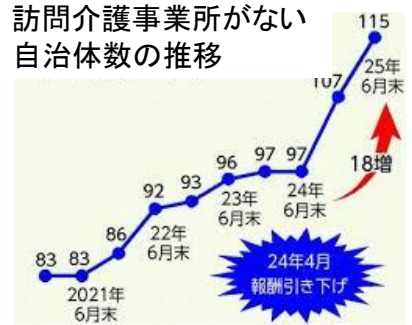


■ 訪問介護事業所の2024年9月時収益(対前年同月比)



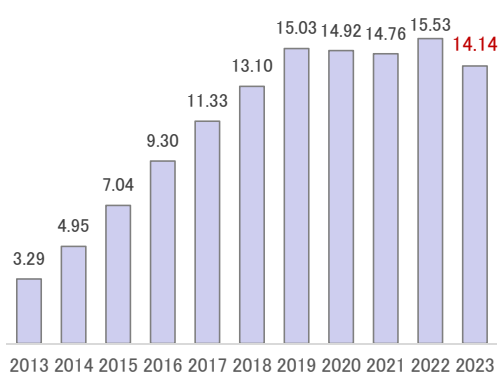
★ すべての地域(「都市部」「中山間・離島」「その他」)において訪問介護事業所6割が減収、5%減収が最多！（厚労省調査）

■ 訪問介護事業所がない自治体数の推移

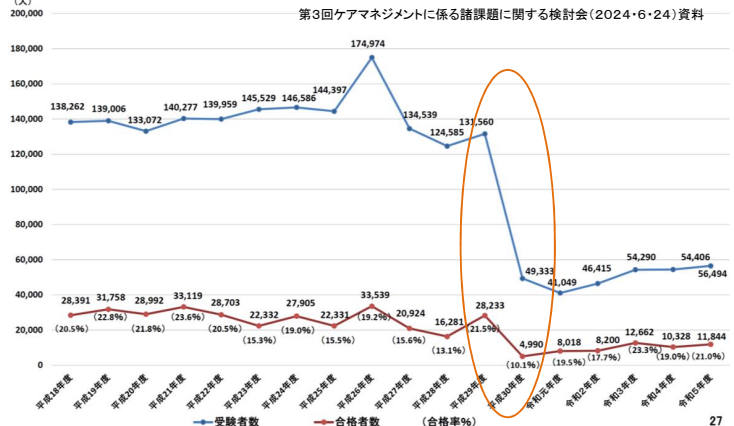


Y-HAYASHI @ 全日本民医連

ヘルパーの有効求人倍率ー14倍超

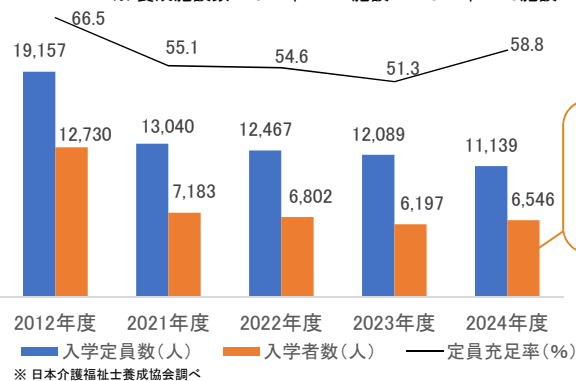


ケアマネジャー試験の受験者・合格者数激減



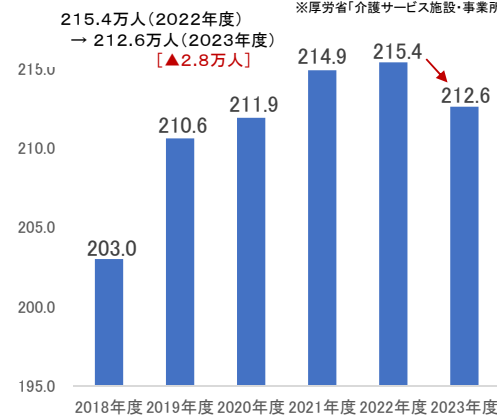
定員割れ続く介護福祉士養成校

※ 養成施設数 2022年:314施設 ⇒ 2024年:279施設



介護従事者数が前年比はじめて減少

※厚労省「介護サービス施設・事業所調査」

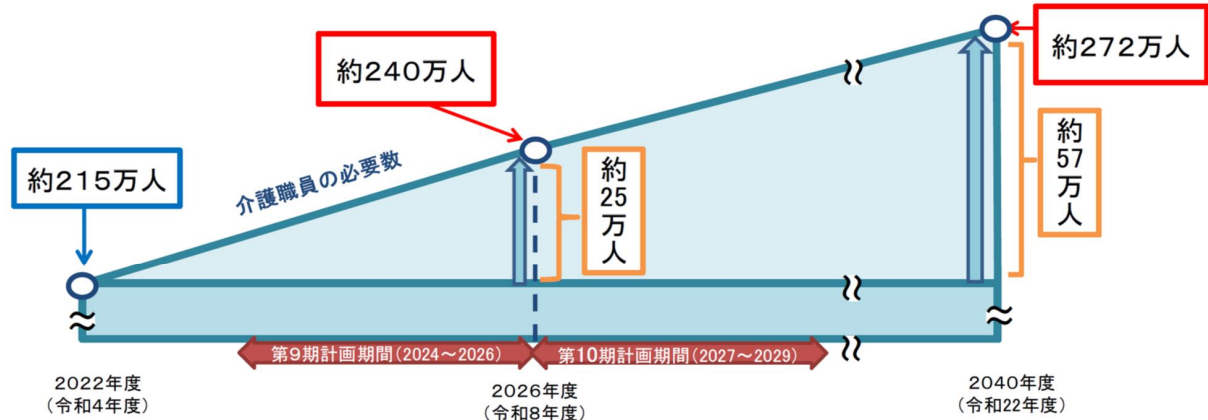


系連

介護職員の不足見込み－2026年度25万人、40年57万人

第9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9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、
 - ・ 2026年度には約240万人（+約25万人（6.3万人/年））
 - ・ 2040年度には約272万人（+約57万人（3.2万人/年））
 となった。 ※（）内は2022年度（約215万人）比
- 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。

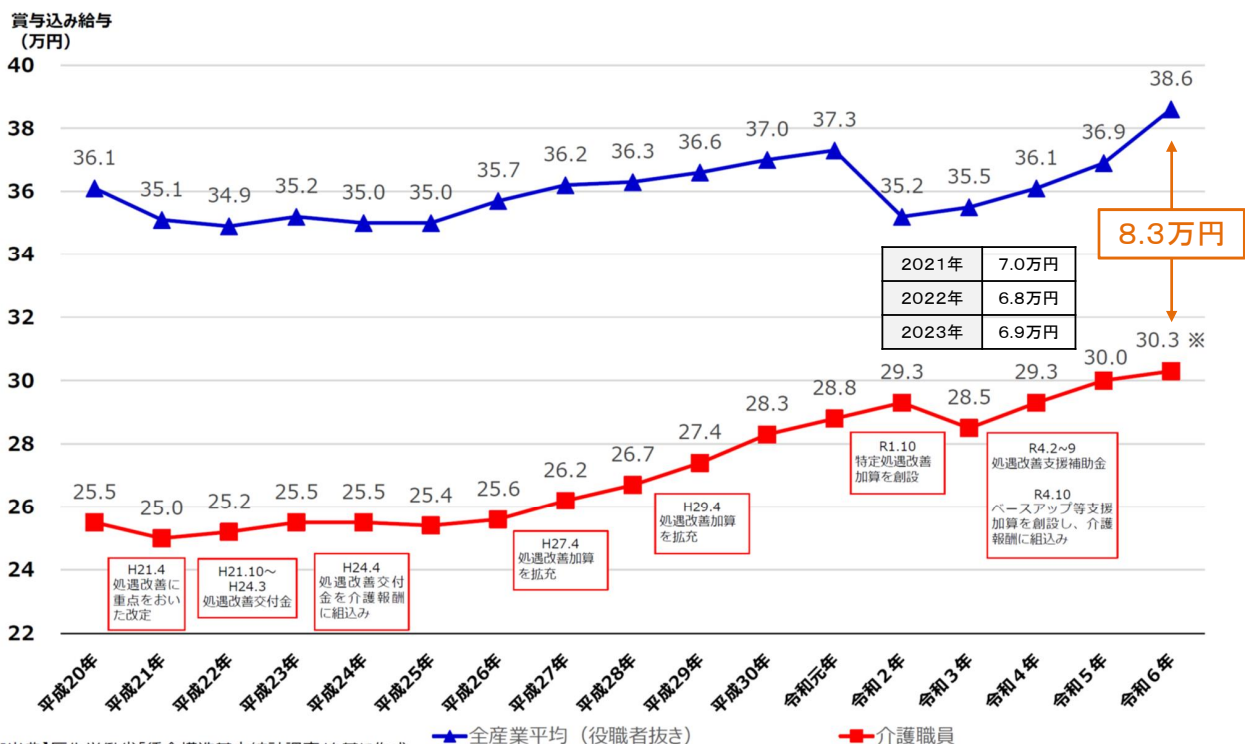


注1) 2022年度（令和4年度）の介護職員数約215万人は、「令和4年介護サービス施設・事業所調査」による。
 注2) 介護職員の必要数（約240万人・272万人）については、足下の介護職員数を約215万人として、市町村により第9期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。
 注3) 介護職員の必要数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの。

第120回介護保険部会（2025年5月19日）資料 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_57936.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

全産業平均との給与差がさらに拡大(2024年)



【出典】厚生労働省「賃金構造基本統計調査」を基に作成。

【出典】厚生労働省「賃金構造基本統計調査」を基に作成。

注) 賞与込み給与は、調査年の6月分として支払われた給与に調査年の前年の1月から12月分の給与の1/12を加えて算出した額。

第120回介護保険部会（2025年5月19日）資料 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_57936.html

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護報酬の(期中)改定をめぐって

■ 2024年度介護報酬改定に向けた大臣折衝合意(2023年12月20日)

令和6年度介護報酬改定については、介護現場で働く方々の処遇改善を着実に進めつつ、サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行うことで、改定率は全体で+1.59%(国費432億円)とする。具体的には以下の点を踏まえた対応を行う。

- ・ 介護職員の処遇改善分として、上記+1.59%のうち0.98%を措置する(介護職員の処遇改善分は令和6年6月施行)。その上で、賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として、0.61%を措置する。
- ・ (略)
- ・ 既存の加算の一本化による新たな処遇改善加算の創設に当たっては、今後新たに追加措置する処遇改善分を活用し、介護現場で働く方々にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のペースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定が、介護職員の処遇改善に与える効果について、実態を把握する。
- ・ 今回の報酬改定では、処遇改善分について2年分を措置し、3年目の対応については、上記の実態把握を通じた処遇改善の実施状況等や財源とあわせて令和8年度予算編成過程で検討する。

■ 骨太方針2025(2025年6月13日)

2024年度診療報酬改定による処遇改善・経営状況等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、介護・障害福祉分野の職員の他職種と遜色のない処遇改善や業務負担軽減等の実現に取り組むとともに、これまでの処遇改善等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。

★「骨太方針2025」⇒ 2026年度予算編成作業 ⇒ 予算案閣議決定(2025年12月) ⇒ 通常国会上程
(各省庁より財務省に概算予算案提出～8月末)

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護保険25年の経過―「制度の持続可能性の確保」をめざして

	負担の見直し	給付の見直し	介護報酬	介護保険料※
6年に1度の法「改正」		聖域なき構造改革	小泉構造改革	第1期(00～02年度) — 基準額の全国平均 2,911円
	●施設等の居住費・食費の徴収開始 + 補足給付(負担軽減制度)導入	●基盤整備の総量規制 ●給付適正化対策スタート → 2015年	▲2.3%	3,293円
		●新予防給付(要支援1、2)の創設 【予防重視型システムへの転換】	▲2.4%	4,060円
		●処遇改善交付金制度創設 ●認定制度の全面見直し【軽度判定化】	+3.0% ※実質プラス改定	4,190円
3年に1度の法「改正」(他法との一括改正)	■ 社会保障制度改革推進法 社会保障・税一体改革 ＜消費税8%＞	●処遇改善交付金を介護報酬に編入 (→利用者負担が発生) → 2025年	+1.2% ※実質▲0.8%	4,972円
	●利用料2割負担導入 ●補足給付に資産要件等導入	●総合事業スタート【給付から事業へ】 ●特養の入所対象を原則要介護3以上に ★「自立」理念の転換(未来投資会議)	▲2.27% ※基本報酬で ▲4.48%	5,514円
	●利用料3割負担導入 ●高額介護サービス費上限引き上げ ●総報酬割導入 ＜消費税10%＞	●生活援助(訪問介護)に届出制導入 ●福祉用具の平均貸与価格の設定 ★財政インセンティブ導入	+0.54% ※適正化分で ▲0.5%	5,869円
	●補足給付の資産要件等の見直し	●LIFE(科学的介護)導入	+0.67%	6,014円
	◆「史上最悪」の改悪を提案 = 全面実施は見送り(2022年) ↓ ◆ 利用料2割負担の対象拡大等 = 2025年に審議再スタート	●「生産性の向上」を加算で評価	+1.59%	6,225円

★負担は上がり、給付は削られ、報酬は低く据え置かれ…
一方で、介護保険料は右肩上がりに上昇

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

深刻な「機能不全」を起こしている介護保険制度

—「サービスの空洞化」＝「保険あって介護なし」の現実化・強化—

①【利用者にとって】＝＜利用できない・利用させない＞介護保険

… 相次ぐ制度の見直し(給付の削減・負担の引き上げ)による利用制限の強化

(負担) 利用料2割負担・3割負担の導入、施設等での食費・居住費の自己負担化、補足給付に資産要件等導入＋厳格化、高額介護サービス費の負担上限額引き上げ、等

(給付) 新予防給付(要支援1、2)創設)、要介護認定見直し(軽度判定誘導)、「総合事業」創設、特養入所制限(原則要介護3以上)、生活援助多数回数利用プランの届け出義務化、等

(さらに) ・「自立」の理念の改変(2016年)、保険給付からの“卒業”(強制退学＝自立支援)促進
・財政インセンティブ導入…給付「適正化」を自治体に競わせる(保険者機能の強化?)

②【事業者にとって】＝＜必要なサービスを提供できない＞介護保険

… 事業の存続を左右しかねない慢性的な人手不足と厳しい経営困難



★★ 低く据え置かれた介護報酬、遅々として進まない処遇改善

「介護の社会化」から
「介護の再家族化」へ

③ 介護保険料を払っているのに、必要なサービスを受けられない

★「国家的(保険)詐欺」!

誰のための、何のための
「持続可能性」?

“保険料を納めた人には平等に給付を行うのが保険制度の大原則”“介護保険は「国家的詐欺」になりつつあると思えてならない”／元厚労省老健局長・堤修三氏(2015.11.10「シルバー産業新聞」)

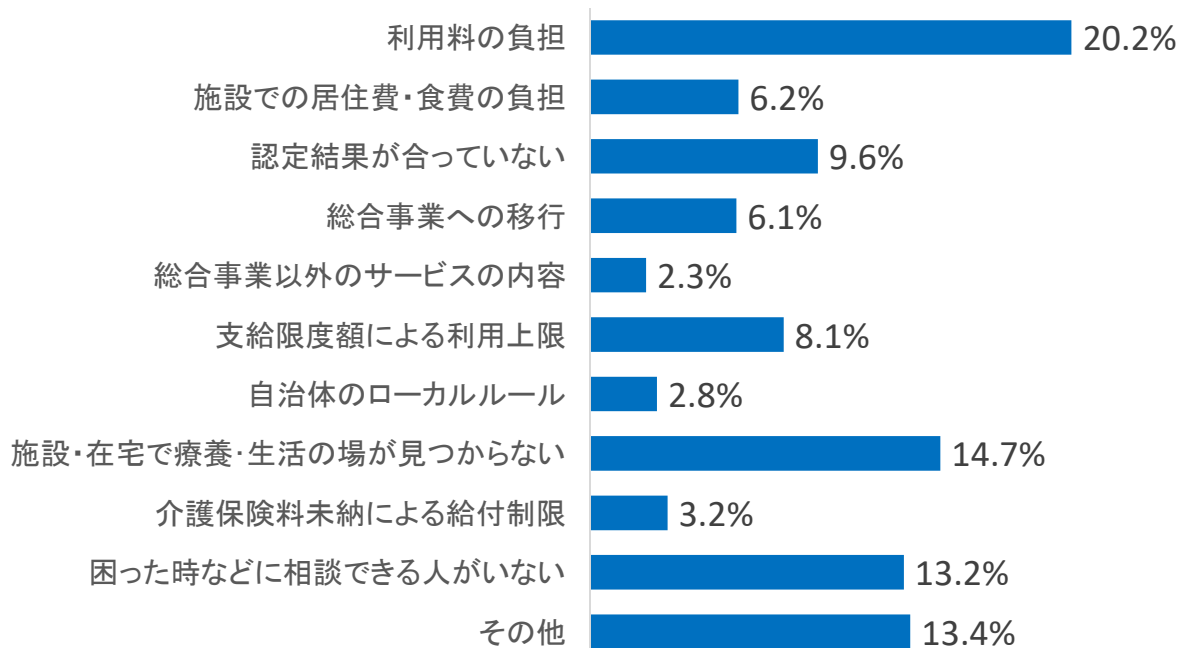
●● にも関わらず…介護保険料は右肩上がりに上昇

2000年(第1期):2,911円⇒⇒ 2018年(第7期):5,869円⇒⇒ 2024年(第9期):6,225円

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

制度の仕組みが作りだしている利用困難(民医連調査)

【問】「どのような制度上の問題でサービス利用の困難が生じていますか」(複数回答)



※ 全日本民医連「2019年介護事例調査」(578事例)より

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

制度の改善・立て直しは待ったなし！－「緊急改善」と「抜本改善」

■「緊急改善」案

－現状の困難を早急に打開するとともに、さらなる制度の後退を許さない

- 公費を投入して介護保険料を引き下げる
- 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
- 軽度で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（保険給付の上限額）を大幅に引き上げる
- （処遇改善）就業場所や職種を問わず、全ての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

● これ以上の制度の後退を許さない（示されている見直し案を検討・実施に移さない）

■「抜本改善」案

－本来の社会保険への転換をめざす制度の「再設計」

- 介護保険料は、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・滞納者への制裁措置を廃止する
- 利用料は廃止する（介護の無償化）
- 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
- （処遇改善）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

< 社保協「介護保険制度の抜本改善提言」より >

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

社保協「介護保険制度の抜本改善提言」パンフー普及と学習をすすめましょう



■ 介護保険「25年」の経過と現状

- 相次ぐ給付削減と負担増
- 低く固定化された介護報酬
- 広がり続ける怒り
 - －訪問介護基本報酬の引き下げ
- 深刻さを増す人手不足
- 進まない処遇改善
- 介護困難の広がりの中で、介護保険料は右肩上がり
- コロナ禍のもとで

■ 介護保険が直面している<3つの危機>

■ 政府が準備しているさらなる改悪メニュー

■ 介護保険制度の緊急改善・抜本改善を求める

- 制度改革の焦点
- 介護保険制度、高齢者介護補償のあり方、めざすべき方向について、議論を呼びかけます

【当面の「緊急改善」案】

【介護保険制度の「抜本改善」案】

★ 政府の制度改革のスピードは早く、利用者と家族はそのたびに翻弄され、介護現場は目の前の対応に日々追われています。しかし、そうした状況だからこそ、介護保険制度、高齢者介護保障の本来のあり方について多くの人たちと議論し、共有を図り、声を上げていくことが大切になっているのではないのでしょうか。

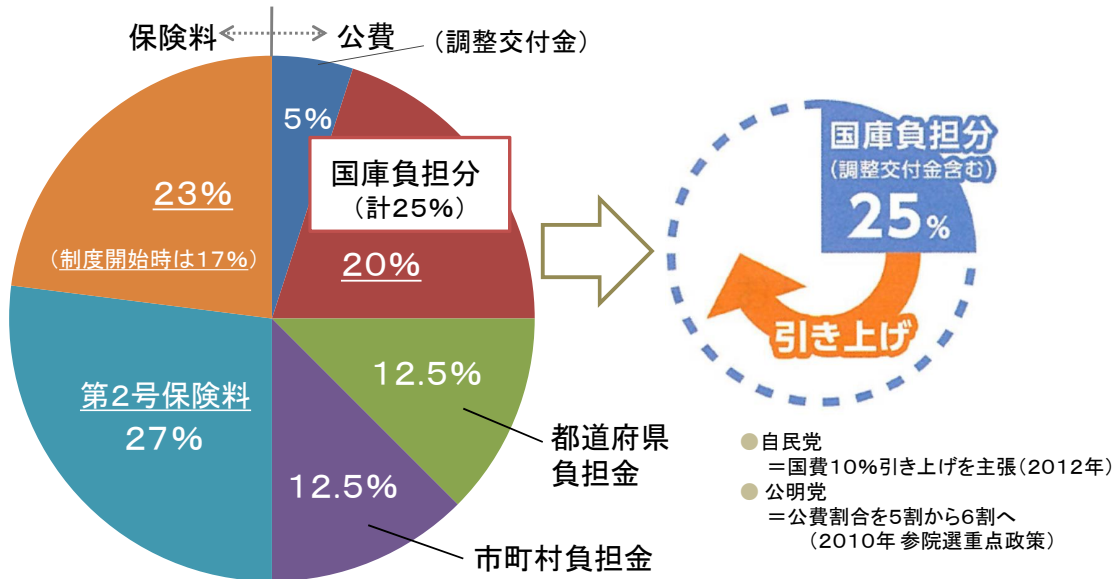
★ この「提言」が、介護保険・高齢者介護保障のあり方について、多くの団体、個人のみなさんと一緒に議論を進めていく一助になればと思います。地域から、職場から、介護改善を求める声と運動を大きく広げていきましょう。

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

制度改革－2つの政策的焦点

【1】国庫負担割合の引き上げは不可欠

- このままでは、財政破綻は避けられない＜介護給付費の増大⇒保険料高騰⇒支払い困難(年金の目減り・生活困難)⇒保険料の引き上げ困難＞…残るのは徹底的なサービスの削減＝「制度残って介護なし」
- ①高齢化の進展に伴う介護需要の拡大への対応、②制度の改善によるサービスの充実、③払える水準の介護保険料設定一のためには、国庫負担割合の大幅な引き上げ(高齢者保険料割合の圧縮)が不可欠

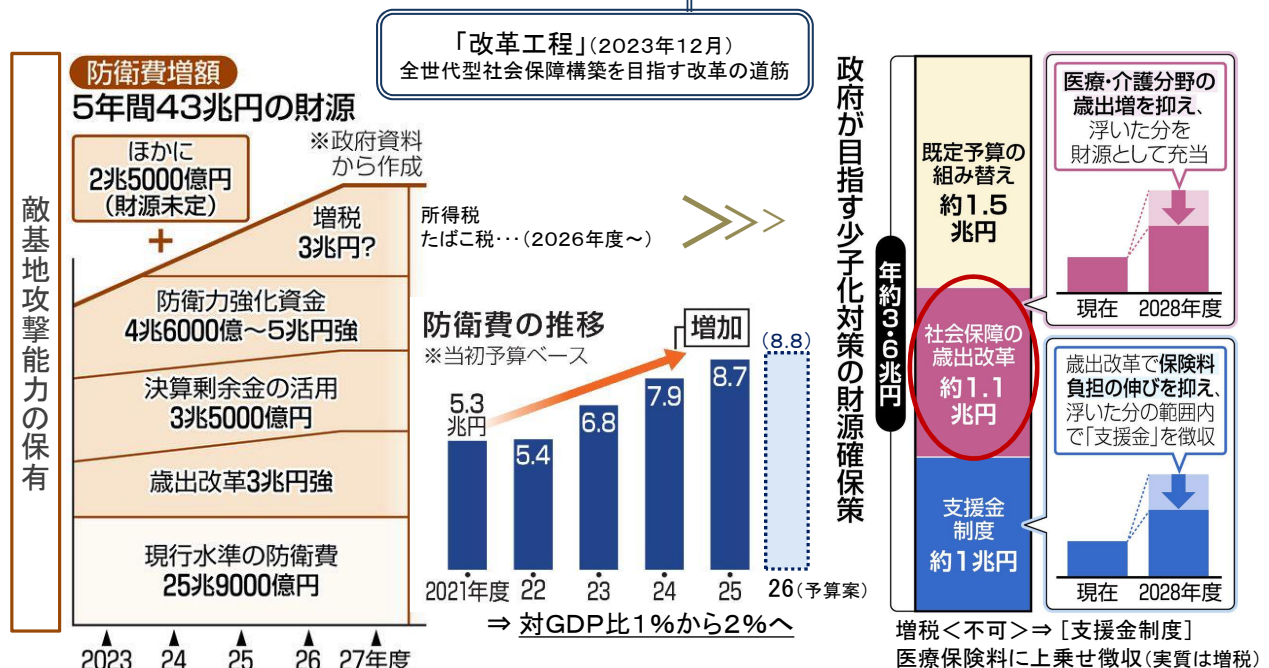


【2】処遇改善＝利用料に連動する介護報酬ではなく、全額公費(国)負担で

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

防衛費の確保を最優先、少子化対策・歳出改革(＝社会保障費削減)を推進

- 敵基地攻撃能力の保有、軍事大国をめざすために… マトを外した…
- ★ 巨額の防衛費を「聖域化」した上で、「次元の異なる少子化対策」を推進し、その財源を徹底した「歳出改革」で調達する



- ◆ 防衛費が財政全体をゆがめ、
社会保障費削減のいっそう強力な圧力に！

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

「歳出改革」基本方針―「改革工程」(全世代型社会保障構築をめざす改革の道筋)

- ◆ 能力に応じて全世代が支えあう「全世代型社会保障」の構築に向け、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、「時間軸」に沿って、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「改革工程」を取りまとめ。
- ◆ 3つの「時間軸」で実施(①来年度(2024年度)に実施する取組、②加速化プランの実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組、③2040年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組)
- ◆ 上記②で掲げられた検討項目について、しっかりと検討を行い、着実に実施していく必要がある。

主な改革項目と工程

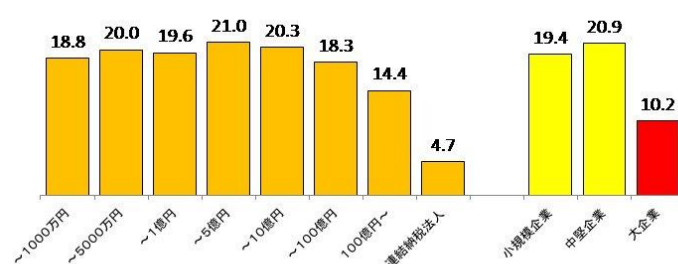
※ 2040年頃を見据えた中長期的取組については、省略。

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	(労働市場や雇用の在り方の見直し) ・「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 ・「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等	(勤労者皆保険の実現に向けた取組) ・短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 ・フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理 ・年収の壁に対する取組 等
医療・介護制度等の改革	・前期財政調整における報酬調整の導入 ・後期高齢者負担率の見直し ※上記2項目は法改正実施済み ・介護保険制度改革(第1号保険料負担の在り方) ・介護の生産性・質の向上(ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等) ・イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し ・診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 ・入院時の食費の基準の見直し等 ・生活保護制度の医療扶助の適正化	(生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上) ・医療DXによる効率化・質の向上 ・生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 ・医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 ・医療提供体制改革の推進(地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備) ・介護の生産性・質の向上 ・イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し ・国保の普通調整交付金の医療費勘案等 ・国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進 ・介護保険制度改革(ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方) ・サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 ・福祉用具貸与のサービスの向上 ・生活保護の医療扶助の適正化等 ・障害福祉サービスの地域差の是正(能力に応じた全世代の支え合い) ・介護保険制度改革(利用者負担(2割負担)の範囲、多床室の室料負担) ・医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い ・医療・介護の3割負担(「現役並み所得」)の適切な判断基準設定等 ・障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現(高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等) ・高齢者の活躍促進 ・疾病予防等の取組の推進や健康づくり等 ・経済情勢に対応した患者負担等の見直し(高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し) 等
「地域共生社会」の実現	・重層的支援体制整備事業の更なる促進 ・社会保障教育の一層の推進 ・住まい支援強化に向けた制度改正 等	・孤独・孤立対策の推進 ・身寄りのない高齢者等への支援 等

2023・12・22 全世代型社会保障構築本部 https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_hosyo/pdf/20231222_antore.pdf Y-HAYASHI @ 全日本民医連

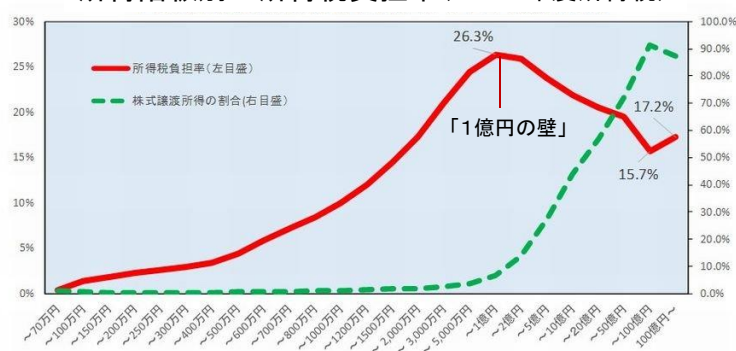
不公平税制の是正・防衛費を削って社会保障へ

企業規模別・法人税実質負担率(2020年度)



国税庁「法人企業の実態」、財務省「租税特別措置の適用実態調査」などにより推計、単位: %
 法人税実質負担率=実際の法人税額/本来所得額
 本来所得額=申告所得額+受取配当益金不算入額等+引当金等増加額+特別償却額+連結納税による租税所得
 小規模企業は資本金1億円以下、中堅企業は1億円超10億円以下、大企業は資本金10億円超+連結納税法人

所得階級別の所得税負担率(2022年度所得税)



社会保障は国の責任で一ミサイルではなくケアを！

- ★ ケアを顧みようとしない新自由主義政治が続く中、日本は公的ケアが大きく不足する社会に！
新自由主義政治の転換、防衛費の削減、社会保障拡充で、誰もが安心して暮らせる社会に！

＜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）、（「負担可能な能力」に応じて

★「給付」と「負担」の切り離し＝社会保障の本質

真の「介護の社会化」を！－「介護の再家族化」「介護の市場化」を許さない

介護する人・受ける人がともに大切にされる制度へ
（⇒ともにケアし合う社会へ）

「人権としてのケア」の実現

Y-HAYASHI @ 全日本民医連

当面のスケジュール・課題

＜2024年＞

- ・ 12月 介護保険部会での審議再開
★「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方検討会」設置

＜2025年＞

- ・ 1月 2025年度通常国会開会（～6月22日）
- ・ 5月 ・ 介護請願署名最終提出（27日）
- ・ 6月 「骨太方針2025」閣議決定 → ●2026年度政府予算編成作業開始

- ・ 7月 ★ 参議院選挙 ー 7月3日公示・20日投開票

★ 介護報酬期中改定の予算計上を

- ・ 8月 「療養型」「その他型」老健、「Ⅱ型」介護医療院多床室の室料徴収開始

- ・ （参院選後） ●「給付と負担」に関する審議スタート →

★ 改悪法案をつくらせない！
国会に提案させない！
⇒ 改悪法案「廃案」を

- ・ 11月 ・ 全国介護学習交流集会（2日／全労連会館）
・ 社保協「介護・認知症なんでも無料電話相談」

● 政府・経済対策（2025年補正予算） →

★ 訪問介護基本報酬引き下げ
撤回、急支援実現

- ・ 12月 厚労省・介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」とりまとめ
「2026年度政府予算案」の閣議決定

＜2026年＞

- ・ 1月 2026年度通常国会開会ー「2026年度政府予算案」審議一期中改定実施？
介護保険見直し案提案？

★ 都道府県・市町村議会…2月(または3月)、6月、9月、11月(または12月)に開会

Y-HAYASHI @ 全日本民医連