

2020年介護保険法改定に向けた検討始まる～新たな「4大改悪」許さない共同を～11月は地域で事業者・介護者家族を巻き込んだ学習決起集会を数多く開催しよう!!

10月3日大阪社保協介護保険対策委員会は次期介護保険改悪内容について議論し、以下のようにまとめました。この4大改悪はかつてないほどの「大改悪」であり、なんとしても許さない地域での、そして全大版的、全国的なたたかひが必要です。

2020年介護保険法改定に向けた検討始まる～新たな「4大改悪」許さない共同を

2019年10月3日

大阪社会保障推進協議会 介護保険対策委員会 委員長 日下部雅喜

1 はじまった2020年国会一介護保険法改正への検討

(1)次期介護保険改定への検討本格化 年内「意見集約」

2021年度実施の介護保険制度改定に向けての検討が「後半」に入り、その改悪メニューが明らかになった。今回の改定は、「骨太の方針2018」(2018年6月15日閣議決定)―「改革工程表2018」(2018年12月20日経済財政諮問会議決定)及び「骨太方針2019」でその方向性が決められ、消費税10%増税実施後の「ポスト一体改革」として発足した「全世代型社会保障検討会議」(議長:安倍首相、今年9月20日第1回会合、今年末中間報告、2020年夏最終報告)と同時進行していくことになる。

厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会(以下「部会」)は2019年2月25日から次期介護保険制度改正に向けた検討を開始し、月1回検討のペースで開催されてきた。

※2月25日に示された主な検討事項

- ①介護予防・健康づくりの推進 健康寿命の延伸
- ②保険者機能の強化 地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化
- ③地域包括ケアシステムの推進 多様なニーズに対応した介護の提供・整備
- ④認知症「共生」・「予防」の推進
- ⑤持続可能な制度の再構築・介護現場の革新

8月29日に開催された第80回の部会では、今後月1・2回ペースで検討し12月「意見」とりまとめ、2020年1月～3月国会へ法案提出、第8期介護保険事業計画が始まる2021年4月に制度改正施行というスケジュールを示した。わずか2ヶ月半ほどの「検討期間」で、来年の通常国会へ提案する「改正法案」のもととなる「意見書」をまとめ上げてしまおうというのである。

スケジュール

2019年12月 社会保障審議会介護保険部会「意見」取りまとめ

2020年1～3月 法案提出

2021年4月 第8期介護保険事業計画 制度改正の施行

(2)給付と負担の全面的な見直し狙う

8月29日の部会で示された「検討事項」では、法改正に向けて狙われている改悪メニューが明らかになった。とくに重大なのは「給付と負担の見直し」で、次の8項目が「検討課題」としてあげられた。

- (1).被保険者・受給者範囲
- (2).補足給付に関する給付の在り方
- (3).多床室の室料負担
- (4).ケアマネジメントに関する給付の在り方
- (5).軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方
- (6).高額介護サービス費
- (7).『現役並み所得』、『一定以上所得』の判断基準
- (8).現金給付

(2)～(4)(6)(7)は全て負担増であり、5 もあわせて、骨太方針と改革工程表に示された項目である。1 は、政府全体では合意はないが、厚生労働省が「財源確保策」(介護保険料徴収年齢拡大)として打ち出してきたものである。(8)は家族介護を保険給付の対象とする新たな提案である。

一方、介護現場で最大の課題となっている人材確保問題では、「V持続可能な制度の再構築・介護現場の革新」の論点に「介護職員の定着促進、介護現場革新の取組を効果的に横展開していくための方策等」が掲げられてはいるが、「処遇改善」策は一切ない。本年10月実施の「介護職員等特定処遇改善加算」をもって、介護労働者の処遇改善策は終了したかのような扱いである。

(3)焦点となる項目 4つの改悪

今後、法改正に向けて「焦点」となる項目は、負担増問題を中心に次の4つにまとめられる。

負担増、サービス切捨てなど介護保険利用者と介護現場に直結する改悪は、

第1に「ケアプラン有料化」(「給付と負担」検討課題(4))、

第2に、2割負担・3割負担の拡大、補足給付改悪など負担強化(「給付と負担」検討課題(7)(2).(3).(6))、

第3に、軽度者サービスの総合事業移行(「給付と負担」検討課題(5))の3つである。

これに、第4の改悪として、市町村を給付抑制と要介護認定抑制競争に駆り立てる「保険者機能強化」のインセンティブの徹底強化(評価指標の見直しと調整交付金活用)である。これらは、政府の「改革工程表」にも掲

げられており、次期制度改定の中心課題である。この「4つの改悪」を許さないことが当面の緊急課題である。
本年12月の部会「意見」取りまとめに向けて、4つの改悪の内容と狙いに明らかにし反対の世論と行動をおこすことが求められている。以下、改悪の具体的内容についてみていく。

2 介護保険制度を大きく変質させる改悪内容の狙いと問題点

(1) ケアマネジメント有料化

① ケアマネジメント(居宅介護支援)は介護保険の要(かなめ)

介護保険は「可能な限り居宅での生活」を継続するための制度である。その支援にあたるのが居宅介護支援(ケアマネジメント)である。居宅介護支援の利用者は約265万人、事業所数は約4万にのぼる。

ケアマネジメント有料化は、新たな利用者負担増であるとともに、これまで「10割給付」とすることによって守られてきた「利用者本位」の居宅サービス利用の仕組みが根本から破壊される重大な改悪である。

介護保険制度開始時から厚生省は、要介護者の「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(老企22号通知)と述べていた。

市町村が個々のサービスを決定していた「措置制度」から「利用契約制度」への転換にあたり、利用者が自らにニーズと状態に応じて多様なサービスを受けることができる「利用者本位」の制度の「要(かなめ)」として居宅介護支援(ケアマネジャーによるケアマネジメント)が位置付けられ、その「重要性」から、他の介護保険サービスと異なり、全額保険給付とし利用者負担のない仕組みとしたのである。

② 有料化を許さなかった10年間

介護保険10年の2010年の介護保険部会で「有料化」が検討され、ケアマネジャーの職能団体である介護保支援専門員協会も含めた反対運動が展開され、部会意見書では「両論併記」となり、政府の判断として有料化は見送られ、2011年の社会保障・税一体改革の検討でも両論併記となった。しかし、その後も執拗に有料化案は出され、2013年険部会「検討」、2016年部会「引き続き検討」とされ、法案化にはいたっていない。

③ 強まるケアマネジメントへの締め付けと「変質」

一方、ケアマネジャーに対しては、2013年に「資質向上」が課題とされ、養成研修見直し、介護報酬の運営基準減算強化、主任ケアマネジャーの更新制導入など、制度的な締め付け策が強化されて来た。さらに、市町村による締め付けもケアプラン点検に加え、2017年法改定では「保険者機能強化」の一環として「自立支援型地域ケア会議」での多職種の参加を得たケアマネジメント検討の仕組み作りが全国的に進められている。2018年からは、居宅介護支援事業者の指定・監督権が市町村に移譲され、「生活援助ケアプラン」の市町村届出義務化が同年10月から実施されるなど、市町村によるケアマネジメント統制が一段と強化されようとしている。

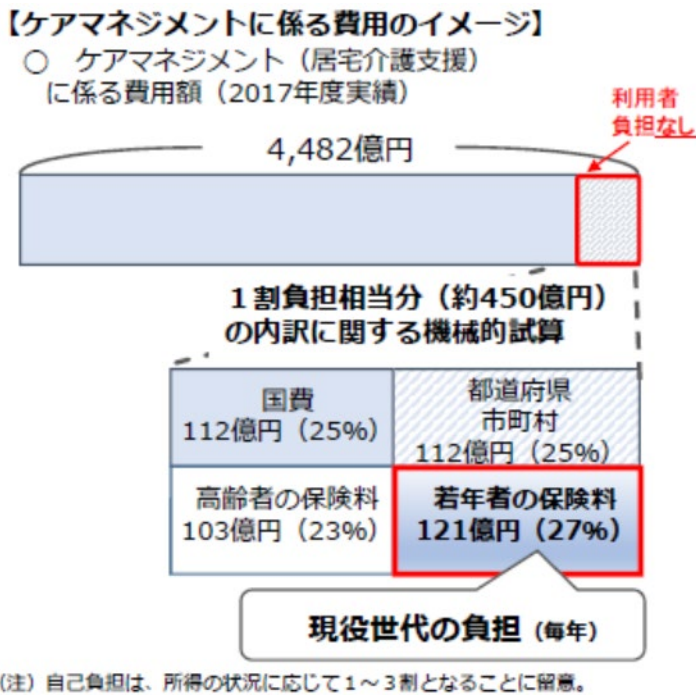
今後、「自立支援に資する科学的介護」推進として、ケアマネジメントの「標準化」、ケアプラン作成への「AIを活用」など、ケアマネジャーの存在意義に関わるような検討も進められている。これらは、ケアマネジメントを「利用者本位」からひきはがし、市町村による「自立支援」(サービスからの「卒業」など)策の手先に仕立て上げようとするものである。

一方で、ケアマネジャーの中には「多忙感」「喪失感」が広がり、介護支援専門員実務研修受講資格試験の

受験者、合格者が2018年度から急激に減少する事態となっている。

④狙われる有料化

ケアマネジメントの介護報酬(居宅介護支援費、介護予防支援費)は、月額の基本報酬に各種加算が設けられている。現在は、10割給付・利用者負担なしである。かつての有料化検討では、定額制(要支援月 500 円、要介護月 1000 円)も取りざたされたが、財務省は介護サービスと同様の負担割合を想定した審議会資料を作成しており、いきなり「1割～3割負担」の負担を強いられる可能性すらある。



財務省 財政制度等審議会建議資料

居宅介護支援費・介護予防支援費

	月額(1単位10円の場合)※	現在の自己負担	仮に「1割負担」とすると
要支援1. 2	4,310円	0円	月 431円
要介護1. 2	10,540円	0円	月 1,054円
要介護3～5	13,690円	0円	月 1,369円

初回加算 3000 円、特定事業所加算月 3000 円～5000 円などの加算が別途ある

※大阪府内は1単位 11.12 円～10.42 円であり、さらに高い金額となる

⑤ケアマネジメント有料化は何をもたらすか

こうした中で、ケアマネジメントに自己負担を導入することは幾重の意味でのケアマネジメントの変質をもたらし、介護サービスの自由な利用を大きく制限することになりかねない。

第1に、ケアマネジメントの「公益性」「公共性」を否定することである。制度開始時に国が「10割給付」とした根拠は、「利用者本位」で介護サービスを総合的に利用することを支援する「重要性」であり、「公正中立性」である。

これは公的介護保険の中でも居宅介護支援の「公共性」「公益性」を評価してのものである。有料化はこれを国が否定し、ケアマネジャーを介護保険の要(かなめ)の地位から追放することになる。

第2に、利用者の経済的負担の発生は、二重の利用抑制をもたらすことである。ケアマネジャーと面談しケアプランを作ってもらっただけで費用負担が発生することで、介護保険サービス利用の「間口」は大きく狭められる。費用負担への抵抗感から「相談さえしない」「契約も拒否する」といった新規要介護認定者が続出することになる。これらの人は介護サービス利用の「入口」にさえ入れないことになる。

さらに、毎月発生する居宅介護支援費の負担(1割負担でも毎月千数百円)は、少ない年金の高齢者にとっては、その費用をねん出するために他のサービスを削ることになる。

第3に、料金負担が、利用者とケアマネジャーとの「関係性」を歪めることである。契約利用であるとはいえ、利用者にとってのケアマネジャーは、介護保険や他の福祉制度と利用者の生活を結び付ける、公共的な役割を持った存在であった。利用者に寄り添いながらも専門的な助言や促しで利用者の意欲を高めたりする働きかけや場合によっては家族との関係にまで関与することもあるのがケアマネジャーの仕事である。こうした関係が利用者負担を持ち込むことによって壊される。「料金負担者」としての意識が利用者・家族からのケアマネジャーへの「過剰要求」となって表れ、「対等」な関係でなくなるなどその弊害は計り知れない。

第4に、ケアマネジャーの業務な多大な負担をもたらすことである。現在でも契約書、説明書、アセスメント記録、ケアプラン交付、モニタリングと記録などが運営基準で義務付けられ、わずかな不備でも「運営基準減算」に問われるケアマネジャーは、利用者支援以外の業務に忙殺されている。これに「利用料」徴収に関する事務が加われば、さらに負担がますますことになる。

第5に、財務省などが言い立てている「有料化によってケアマネジメントの質が向上する」などという主張の根拠が全く成り立たないことである。前述したように「料金負担」によって生じる利用者家族とケアマネジャーの関係性の変化は、政府がすすめようとする「自立支援介護」の障害にもなり得る。市町村による「自立支援」(サービス利用抑制、「卒業」促進)と利用者の中でケアマネジャーは「板挟み」状態となるであろう。さらに、一部のサービス事業者の中には「自己作成」を装ったケアプラン作成代行さえ広がりかねない。これへの対抗策として、行政が「自己作成規制」を強めれば、利用者の自己作成の権利が侵害されることになる。

⑥絶対に許してはならない有料化 ケアマネジャーに知らせ、声を上げよう

8月29日の部会では、ケアマネジメント有料化について、認知症の人と家族の会の委員は「容認できない」と正面から反対した。一方、介護支援専門協会の委員は、「現行負担割合の維持を何とかお願いできないか」と懇願はするものの、そのトーンは控えめなものであった。明確に「有料化反対」を表明し署名運動までとりくんだ2010年当時の姿勢は見られない。

厚生労働省は、「有料化になると自己作成ケアプランが増える」との懸念があるため自治体に自己作成調査を行うなどの動きがあり、事態は急を告げている。

今こそ、すべてのケアマネジャーに「有料化」の動きと問題点を知らせ、反対の声を結集するべきときである。利用者・家族や介護関係者にも有料化の不当な狙いと問題点を訴え、反対世論を広げていこう。

(2)2割負担・3割負担の拡大、補足給付改悪

今回の改悪は、2014年と2017年改定で導入された利用者負担の枠組みの使ってその負担を一挙に強化しようとするものである。

① 「現役なみ」(3割負担)、「一定以上」(2割負担)の所得区分の引き下げ

2014年改定で介護保険制度の「原則」の1つであった「応益」負担が2割負担導入によって崩され、「一定以上の所得」の高齢者は2倍の利用者負担とされた。さらに2017年改定では「現役並み所得」者には3割負担が導入された。現状では、2割・3割負担は9.8%程度(在宅サービス利用者の場合)である。

利用者負担割合の引き上げ

	所得基準(単身世帯の場合)	負担割合	在宅サービス利用者に占める割合
「現役並み所得」	合計所得 220 万円(年金収入等 340 万円)以上	3割	4.4%
「一定以上所得」	合計所得 160 万円(年金収入等 280 万円)以上 220 万円未満	2割	5.4%
一般	合計所得 160 万円(年金収入等 280 万円)未満	1割	91.2%

今回の改定では、「一定以上所得」と「現役並み所得」の基準を引き下げて対象を拡大しようというものである。財務省は原則「2割負担化」に向けて段階的引き上げを主張しており、まさにこの意向にそった改悪である。後期高齢者医療制度でも現行の原則1割負担を2割負担化することが狙われているが、介護保険の2割負担拡大がその「先導役」を果たしかねない。

厚生労働省は、部会に提出した資料では、負担増によって「サービスを減った／中止した」割合が少ないとする恣意的なデータまで用意して2割3割負担の対象拡大を進めようとしている。もし実施されれば、月20万円程度の手取り年金しかない高齢者が2倍の負担を強いられ、月4万4千円の高額介護サービス費の上限まで負担させられることになる。介護の経済的負担増は、生活苦をもたらし、介護殺人、介護心中を多発させることになる。

利用者負担割合にかかる所得基準は介護保険法に直接規定されず、閣議決定による変更が可能な「政令」時効である。

② 補足給付のさらなる改悪－「不動産勘案」と多床室の室料負担拡大

介護保険施設入居者(ショートステイを含む)の食費・部屋代軽減措置である補足給付は、資産要件(現行は預貯金等のみで単身1000万円超、夫婦2000万円超が対象外)に不動産を追加することが狙われている。さらに、2014年改定で特別養護老人ホームで徴収されるようになった多床室の部屋代を老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院利用者からも徴収することが論点として示されている。

③ 高額介護サービス費負担上限引き上げ

利用者負担額に一定の上限を設けてこれを超えた分を利用者に償還する高額サービス費制度の負担上限額は、2017年改定では、一般世帯が月44400円に引き上げられたが、今回これを医療保険の自己負担額の上限額に合わせてさらに引き上げようとしている。

減り続ける年金収入と消費税増税で苦しむ高齢者から、手当たり次第負担増で取り立てる極悪非道な改悪

について、全高齢者、利用者・家族、介護関係者全体に知らせ、圧倒的な反対世論を広げることが求められている。

(3)軽度者サービスの総合事業移行

2014年改定で要支援1、2のホームヘルプ・デイサービスが保険給付から総合事業へと移行が決まり2017年に移行が完了した。厚生労働省は、「制度改正前の基準で提供されるサービスの割合が大きい」「住民主体の多様なサービスが実施されている市町村数は6～7割にとどまっている」としている。しかし、基本チェックリストによる要介護認定申請の抑制による認定率の低下や、従来相当サービスの取り上げ、有償ボランティアへの移行など各地で「要支援は介護保険は利用できない」という実態が広がっている。サービスからの「卒業」を促進する「自立支援型地域ケア会議」も多くがこの総合事業とセットになって進められている。

今回は、さらに軽度者(要介護1、2)の「生活援助サービス等」(財務省は「等」にデイサービスを例示)までを保険給付から外して、総合事業へ移行しようとしている。

要介護・要支援認定者の3分の2を占める要介護2以下の人たちのホームヘルプ(生活援助)とデイサービスの縮小、「サービス多様化」で軽度者の給付を切捨て、自助・互助への置き換えへすすめる大改悪である。犠牲になるのは利用者とともに、ホームヘルプ・デイサービス事業者も多くの利用者のサービスが制限され、その経営が立ち行かなくなり、地域の介護基盤が掘り崩されることになりかねない。

(4)自立支援インセンティブ強化、調整交付金（Ⅱ 保険者機能強化）

2017年改定で制度化された「自立支援・重度化防止の保険者機能抜本的強化」は、2018年度から「保険者機能強化推進交付金」(200億円)を国が示す「評価指標」に基づいて傾斜配分する制度としてスタートした。

政府はこれを基盤としてさらに、「一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め更なる対応を検討する」(骨太の方針2019)と、給付抑制競争を徹底させようとしている。そして、「介護予防の促進のため保険者機能強化推進交付金の抜本的な強化を図ること」(同)とし、「第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策について、地方自治体関係者の意見も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、所要の措置を講ずる」(同)とした。

部会では、保険者機能強化推進交付金の「評価指標の見直しやメリハリ付け等について検討を深め、保険者インセンティブの強化をはかり、調整交付金についても「求められる機能等を踏まえながら検討を進める」と踏み込んだ。

調整交付金は、高齢化と所得の保険者間格差を埋めるための財政調整制度であるにも関わらず、これをも使って、市町村を給付抑制にアメとムチで際限のない競争へと追い込んでいくものである。

4 この秋～年末へ 共同行動を地域へ広げ、政府厚生労働省へ声を届ける行動を

大阪社保協として、社保審介護保険部会での「意見」まとめ(今年12月)から法案作業(来年1月)までを当面の焦点として、介護保険4大改悪反対の運動を取組むことにする。

①学び、知らせる行動月間(11月)

10月から準備と意思統一をすすめ、11月を「介護保険改悪の学び、知らせ、立ち上がる月間」として、各プロ

ックでの「学習決起集会」を開催する。

【現時点で決定している学習決起集会】

北摂豊能ブロック

北河内ブロック

枚方社保協 12月1日(日)10:00～ 枚方市民会館

南河内ブロック 11月19日(火)18:30～ 富田林消防署4階視聴覚室

大阪市内ブロック 11月20日(水)18:30～ 大阪民医連

阪南ブロック

大阪民医連 ケアマネジャー学習会11月15日

②世論と広範な共同

○10月から大阪府議会、大阪市区 各市町村議会へ「意見書採択運動」を展開する

ケアマネジメント有料化、2割・3割負担拡大、要介護1、2の総合事業化、調整交付金のインセンティブ化などは市町村も「反対」の基盤がある

○全ケアマネジャーを視野に置いた取り組みー職能団体支部、ケアマネ連絡会へ

○事業所、事業者団体への呼び掛け

介護保険部会委員 への要請 大阪介護支援専門員協会会長 日本介護支援専門員協会副会長 濱田和則氏への要請(懇談)

○利用者家族、高齢者へ知らせ、声を上げる取り組み

11月～12月 社保審介護保険部会委員への 要請 FAX,要請はがき

介護総がかり行動としての11. 9大阪集会

全国と共同した 厚生労働省交渉

★★★☆☆☆☆☆☆☆☆当面の機関会議・取り組み予定★★★☆☆☆☆☆☆☆☆

□10月11日(金)大阪市内キャラバンスタート集会(18:30-大阪民医連)

□10月17日(木)大阪社保協第5回常任幹事会(18:00- 国労会館)

□10月22日(祝)国保問題西日本集会(10時半～ 大商連会館)

□11月5日(火)河南ブロック会議(14時～松原民商)

□11月6日(水)中央社保協国保部会・運営委員会

□11月7日(木)大阪社保協事務局会議(14:00-大阪社保協事務所)

□11月8日(金)大阪社保協滞納処分対策委員会(18時半～大阪社保協事務所)

□11月11日(月)「くらし困りごとなんでも無料電話相談」(10時～18時 会場は大阪民医連)

□11月16日(土)大阪社保協第3回幹事会(14:00- 大阪府保険医協会)

□11月19日(火)河南ブロック主催「秋の介護保険学習会」(18時半～富田林消防署)

□12月4日(水)中央社保協国保部会・運営委員会

□12月5日(木)大阪社保協事務局会議(14:00-大阪社保協事務所)

□12月19日(木)大阪社保協第6回常任幹事会(18:00- 国労会館)