

介護改善運動交流集会

長野県社会保障推進協議会・介護部会

2023年9月30日(土) 9:30~12:00

松本市勤労者福祉センター 3-3会議室

司会 出河進(長野県民医連事務局 介護部会)

<記念講演> 9:35~10:50(質疑含む)

「介護保険の23年」と第9期計画に向けた課題

— 安心できる公的介護制度への改革をめざして — P1~35

講師: 谷本諭氏(日本共産党経済・社会保障政策委員会)

休憩(5分)

<報告・意見交流>

日本共産党県議団ご挨拶
県議会議員 両角友成氏

1. 「県民医連介護改善運動(介護ウエーブ)の取り組み」 P36~40
長野県民医連介護ウエーブ推進委員 清水安土氏

2. 「県医労連介護アンケートと県要請の取り組み~切実な声を訴えて~」 P41~59
中信民医労書記次長 川畑和章氏

3. 「市議会で介護保険制度の改善を求める意見書可決の取り組み」 P60~83
松本地区社保協 事務局長 塩原秀治氏

4. 「町議会で介護保険制度の改善を求める意見書可決」 P84~88
佐久地区社保協 事務局長 増田文昭氏

報告への質疑応答、意見交換(約10分)

5. まとめと閉会

感想・意見・要望など別紙用紙に記入してください

「介護保険の23年」と第9期計画に向けた課題

——安心できる公的介護制度への改革をめざして

230930／谷本

～はじめに～

- 2020年前後から噴出した“介護保険限界”論——コロナ危機で矛盾はさらに深刻化
- 自公政権の介護政策——ゆきづまりに直面しながら、給付費削減路線にしがみつく

1、「介護保険の23年」——深まる制度の矛盾と広がる制度改革の要求

- 「介護保険20年」——有識者・介護関係者の批判噴出、「人材不足」が最大の矛盾に
- 制度導入を主導した行政関係者の嘆き——制度の理念変質、第9期への憂慮
- 2000年度の介護保険スタート——国民の期待と「保険あって介護なし」への懸念
- 繰り返された制度改悪——負担増、給付取り上げ、対象の絞り込み、介護報酬削減
- 「介護難民」「介護離職」「ヤングケアラー」——何度も噴出した制度の矛盾
- 安倍政権以後の異質の改悪——制度の“産みの親”から「国家的詐欺」の声
- 岸田政権が狙った「史上最悪の介護保険改定」——広範な勢力が出足早い運動で対峙

2、介護保険「第9期計画」に向けた動向

- 岸田政権の方針——「少子化対策」の財源確保の名で改悪路線の継続ねらう
- 2割負担・3割負担の対象拡大、多床室の負担増——厚労省の審議会で議論を再開
- 「地域差解消」の名による介護給付の削減——財界・財務省が強力に要求
- 在宅介護の基盤整備——「2040年問題」への対応、給付効率化の報酬改変も
- 注目される介護報酬改定——物価高騰と深刻な人材不足、マスメディアも注目

3、介護制度の再生と拡充、全世代が安心できる公的介護制度に

- 「国家的詐欺」をやめ、要支援・要介護者に必要な給付を保障する制度に
- 保険給付の抜本的拡充、利用料・保険料の減免、要介護認定・利用限度額の見直し
- 介護職員の賃金アップ・労働条件改善、介護事業所への経営支援、介護報酬引き上げ
- 老人福祉法にもとづく措置福祉、高齢者への住宅保障など“福祉の復活”を
- すべての世代が安心できる公的介護制度へ——介護の充実は経済再生にも直結

上野千鶴子・樋口恵子 編

はじめに

上野千鶴子

それは樋口恵子さんと上野の、立ち話から始まった……。ふたりの女の思いつきが、共感の輪を拡げて、三〇〇人の怒りの声を上げる場にこぎつけた。二〇二〇年一月一四日、「介護保険の後退を絶対に許さない! 1・14院内集会」である。主催団体は樋口さんが代表を務める「NP法人高齢社会をよくする女性の会」、もうひとつが上野が理事長を務める「認定NPO法人ウイメンズアクションネットワーク」。「バアサンもジイサンも家族も介護従業者も事業者も医療者も、みくんな怒ってるぞお〜」というかけ声に、利用者もケアマネジャーもホームヘルパーもアイサービスマスターも、在宅医も訪問看護師も一堂に集まった。本書はその集会の記録に基づいてつくられた。

それ以前から、何やら介護保険の雲行きがあやしいことに気がついていた。介護保険は今年二〇歳を迎える。思えば介護保険は、生まれてこの方「被虐待児」と呼ばれてきた。三年に一度の改定を仕込んだこの法律は、三年ごとに使い勝手が悪くなってきたからだ。二〇〇〇年のスタートに当たって各地で利用者の掘り起こしが行われたのは初年度のみ、三年目にはあつというまに利用抑制に転じていた。その後も介護報酬減額や同居家族への利用制限など「不適切利用」への指導が続いた。二〇〇五年には要介護1を介護保険からはずして要支援1・2へ、二〇〇六年の報酬改定では在宅も施設も減額、個室特養(特別養護老人ホーム)にはホテルコストが導入された。各種の事業者には加算がついたが、どれも利用者の負担をおしあげた。そして二〇一四年、特養

への入居資格条件が要介護3以上に厳格化、所得に応じて自己負担率が一割から二割へ、さらに三割へと増額した。そこへ二〇二〇年に予定されている改定で、ケアプランの有料化や軽度者の地域総合事業への移行などが、審議会で検討されそうだという情報が入ってきた。

なんとなくシナリオは見えている。政府の意向は、介護保険を要介護重度の3・4・5の三段階程度に設定し、生活援助をはずして身体介護に限定し、所得に応じて自己負担率を上げ、足りないところは自費サービスを使ってもらって高齢者のフトコロからお金を放出してもらおう、というものだろう。だが改定案を小出しにするので全貌が見えにくい。情報もゆきわたらず、メディアの関心も薄い。どれもこれも、社会保障費を抑制したいという「不純な動機」からだ。医療保険財政の二の舞だけは避けたいという、「制度の持続可能性」が錦の御旗になっている。

いまさら介護保険のない時代には戻れない。介護保険廃止、などと唱えたら、その政治家の政治生命は直ちに終わるだろう。そのくらい介護保険の恩恵は国民のあいだに浸透している。だが、制度はあっても使い勝手を悪くすることで使えなくしていく……。これを制度の空洞化、という。それが得意ワザなのが、政治家と官僚だ。

介護保険は「失われた九〇年代」に日本国民が成し遂げた改革のうちで、もっとも影響力の大きい達成だったと思う。日本は「介護の社会化」への巨大な一歩を踏み出し、その恩恵を多くの高齢者とその家族が受け取った。介護の社会化とは別名、「脱家族化」のことだが、介護保険の後退で介護の「再家族化」が起きかねない状況に、わたしたちは直面している。

介護保険はもともと高齢者の在宅支援が制度の設計趣旨だった。その在宅に、もはや家族の介

2022年の介護事業者 休廃業・解散が過去最多、コロナ感染防止の 2023/0 利用控えや物価高が直撃～ 2022年「老人福祉・介護事業」の休廃 1/27 業・解散調査 ～

2022年の「老人福祉・介護事業（介護事業者）」の休廃業・解散は、2010年の調査開始以来、過去最多の495件（前年比15.6%増）を記録した。2022年の倒産も過去最多の143件を記録し、倒産と休廃業・解散の合計は638件と初めて600件台を超えた。ヘルパー不足や競争激化に加え、コロナ下の感染防止から利用控えが進んだほか、物価高の影響で事業継続を断念する介護事業者も相次いだ。

介護事業者の休廃業・解散は、倒産と同様に介護報酬のマイナス改定や人手不足、大手との競争などから増加ペースが高まり、2018年は445件に達した。ただ、2018年度の介護報酬プラス改定で先行きに明るさも出て、2019年は395件に減少した。しかし、2020年は新型コロナ感染拡大による利用控えや感染防止の対策費用などが負担となり、倒産（118件）と同様に休廃業・解散も過去最多の455件に増加した。

2021年は、コロナ関連の資金繰りなどの支援効果で、倒産（81件）と同じ動きで休廃業・解散も428件に減少した。

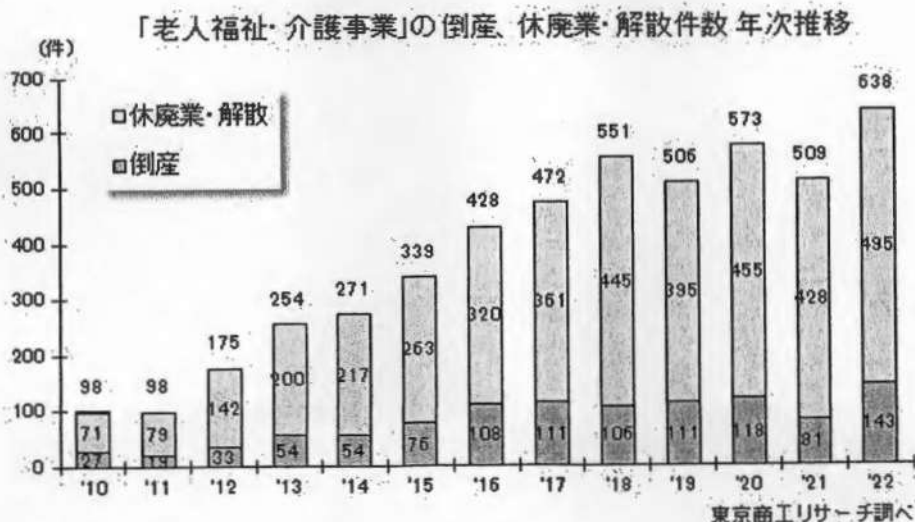
2022年はコロナ禍も3年目に入り、支援効果の薄れや利用者数の回復遅れ、物価高、コストアップなどが重なり、倒産と休廃業・解散が過去最多を記録した。

倒産と休廃業・解散合わせて638事業者が市場から退出

2022年に倒産以外で、事業停止した休廃業・解散の件数は、過去最多だった2020年の455件を40件上回る495件と急増した。経営者や介護職員の高齢化、コロナ禍の利用控えとコスト高による業績不振などが複合的に絡んでいる。

倒産と休廃業・解散の違いは、負債の返済の可否が鍵を握る。2022年に休廃業・解散しても負債が残れば、2023年に倒産へ移行する可能性もある。倒産と休廃業・解散は紙一重のケースも多い。介護事業者の苦境は、家族を含めて誰もが「介護難民」に直面する可能性を示唆する。

国や自治体からの資金繰りや職員の処遇改善、生産性向上などの支援が薄まると、経営再建が見込めない介護事業者も多く、2023年は休廃業・解散がさらに増勢を強める可能性がある。



②

中央区赤坂1-16-5 電話(092)715-4311(代) www.yomiuri.co.jp

介護保険「維持困難」9割

今後10年 人材不足が顕著

主要自治体調査

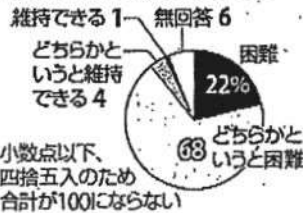
4月で開始から20年となる介護保険制度で、主要自治体の首長の約9割が、今後10年、現行のまま制度を維持するのは難しいと認識していることが、読売新聞のアンケート調査でわかった。6割超は、高齢者人口がほぼピークとなる2040年に、必要なサービスを受けられない「介護難民」が出るとの懸念を持っていた。背景には、5、6年で顕著になった介護人材の不足などがある。

△連載24・25面、関連記事3面▽

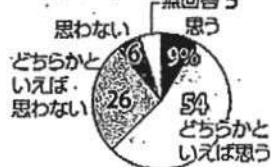
調査は1〜2月、都道府県庁所在地、政令市、中核市、東京特別区の106自治体を対象に実施。102自治体から回答を得た。今後10年で制度の維持が

困難になるとした約9割の自治体に、理由(複数回答)を尋ねたところ、「人材や事業者の不足」(74%)が最多で、「保険料の上昇に住民が耐えられない」(64

◎介護保険制度が今後10年、現行のまま維持できるか



◎2040年に必要な介護サービスが受けられない「介護難民」が生じると思うか



%)が続いた。65歳以上の高齢者人口は19年の3558万人が、40年には3921万人まで増える。6割超の自治体は、40年に介護難民が出る可能

性があると答え、理由(複数回答)は「人材不足でサービスが確保できない」(57%)、「高齢者の増加に、サービスの供給が追いつかない」(52%)などが

つた。介護関係職種の有効求人倍率は14年の2・22倍から、昨年は4・20倍まで上昇。団塊世代が全て後期高齢者になる25年には介護人材が34万人不足するとされる。東洋大の高野龍昭准教授(高齢者福祉)は「人材確保に特効薬はない。外国人や地域のボランティアら多様な人材の活用や、ICT(情報通信技術)を使った生産性向上に取り組む必要がある」と指摘している。

◎介護保険制度 市区町村が制度を運営し、原則1割の自己負担で、必要な介護サービスを利用できる制度。財源は、利用者の自己負担分を除くと、40歳以上が納める保険料と、国、都道府県、市区町村が負担する公費が50%ずつ。

読売新聞社 編集局 1階 16-5号室 TEL:03-3233-2111 FAX:03-3233-2112

第2特集 座談会 「介護保険制度の検証と 第9期介護保険事業計画の課題」

全国の自治体では現在、2024年度からの第9期介護保険事業計画の策定が大詰めを迎えている。団塊世代が後期高齢者となる2025年問題を始め、サービスを提供する人材の確保、利用者の意識やニーズの変化など様々な局面で大きな変化が予想される。地域包括ケアのさらなる推進の中で、介護保険制度と医療や福祉とのポータル化も加速していこう。

そうした背景を踏まえ本紙では、今後の制度運営の羅針盤となる介護保険事業計画に、各自治体はどのようなビジョンを持って取り組むべきなのか、これまでの介護保険制度を検証する視点と合わせて考える座談会を企画した。自治体関係者はもちろん、介護現場で働く人にとっても今後の事業経営のあり方を考えていく礎になるはずだ。

出席者

- 篠田 浩氏 (大垣市健康福祉部長)
- 笹井 肇氏 (前武蔵野市副市長)
- 松島貞治氏 (前秦阜村村長)
- 高室成幸氏 (ケアタウン総合研究所代表)
- 安達智則氏 (健和会医療福祉調査室室長、東京自治問題研究所主任研究員)

司会進行 シルバー新報編集部

「まずは検証！」
介護保険制度
司会 近年、介護現場
ほとんど元気が失われ
ていっていると感じま
す。なぜそのような衰
した状況になっているの
か、23年を経過した制度
の検証から始めたいと
思います。介護保険を創設
当初から見てきた皆さん
の感想を。
笹井 現在の介護保険
制度は「誰が誰を」で
運営されているので、創
設時の巨大化・複雑
化した、きつめの運営
というイメージです。運
物が入るまで深層の
に「どうして」大浴場
に行くと、思ったより
て書かずに済んでい
うような感じではない
です。
「その、その、その、
創設当時の風潮が、越
えが、経理も薄れて
しまったという感じ
です。
ただ、どこまで制度発
足当初の理念が到達でき
たかという点、従来の
行政主導の措置制度が技
本的に社会保険制度に委
わったことが国民の間に
定着したのは確かです。

とりわけ措置制度と比べて、医療と介護の連携は飛躍的に進んだと言えるところです。

松島 私は1994年から2008年までの24年間、長野県泰阜村の村長を務めました。泰阜村は昭和60年くらいからすでに高齢化問題が始まり、在宅福祉を推進してきた歴史のなかで、介護保険制度が導入されました。もともと家族から介護を社会化するという転換を目指してきたので、我々が実践してきたことが制度として実現されたことは素晴らしいと思っています。

ですが、23年経って振り返ると本来目指されていたことが進んでいないこともある。なかでも、理念の一つである自己決定は、本人より介護者も含めた周りの人の意見に左右されることが多く感じます。

村長「在宅で」まで推進してきたのは、村にある1つの診療所が在宅医療を担い、生活支援を村の社会福祉協議会が事業者として担ったことが大きいですが、要するに、医療と福祉が一体化していたのです。

「介護保険がカバーできるのは、高齢者を支える福祉の50%程度。そのことを長く理解してほ

高室 日本の介護保険制度は、始まる前に10年間の助走期間がありました。その間、介護の社会化を見据え、住民の生活に最も近い市町村の責務が大きさを認識した首長さんたちが連携した「福

自己決定の「自己決定」が創設されたことに大きな意味があったと、評価して

います。地方自治の学校である明確に打ち出したこともインパクトがありました。

安達 私は介護保険が始まる前、1つの大目標

「自己決定の「自己決定」が創設されたことに大きな意味があったと、評価して

福祉に自治体の責任を明確にしているのが、メルクマールになったので

もう一つが補助器具

「自己決定の「自己決定」が創設されたことに大きな意味があったと、評価して

ることが、本来介護保険で目指されていたこと

福田 私は岐阜県の大垣市役所で介護保険にも

「自己決定の「自己決定」が創設されたことに大きな意味があったと、評価して

と、特待してもらわざるを得なくなり、市民の方には多大な迷惑をかけたと思っています。

ただ、介護保険制度が

「自己決定の「自己決定」が創設されたことに大きな意味があったと、評価して

に当たっての、介護保険法の第1条の目的をきちんと再確認する必要があるでしょう。第1条は

しかし、2008年改正で介護予防が拡充された中で、原則の自立支援が介護予防の議論の中心

「自己決定の「自己決定」が創設されたことに大きな意味があったと、評価して

ただ武蔵野市は、介護保険条例とともに高齢者福祉総合条例を同時に制定したので、介護保険サービスでは不十分な住まいや移動、健康増進などを、住民参加型サービスも含めた「まちづくり」の推進を進めたいと思

松島 高治 (前泰阜村村長) 1968年3月高校卒業後、泰阜村役場職員となり、1994年8月泰阜村村長に就任。2018年8月まで6期24年間務める。この間、在宅福祉を中心施策として高齢者福祉を推進する。弓道は、現在教士六段。2020年4月から長野県弓道連盟会長。信楽は、山に生きる。診療所医療費の無料化(現在500円)、介護保険利用料の6割軽減、上乗せ利用を全額村が負担するなどの施策は、すべて泰阜村の実情に合わせてのもの。それが山に生きる、と決めた自分の地方自治。

笹井 肇 (前武蔵野市副市長) 1980年武蔵野市役所入庁。1998年より介護保険準備室室長として介護保険導入に携わる。市民協働推進課長、高齢者支援課長、防災安全部長、健康福祉部長などを経て、2018年~2022年まで副市長を務める。現在公益財団法人武蔵野市福祉公社顧問、社会福祉法人とらひの理事。趣味はプロ野球観戦。座右の銘は「偉くなくとも正しく生きる」。



松島 高治 (前泰阜村村長) 1968年3月高校卒業後、泰阜村役場職員となり、1994年8月泰阜村村長に就任。2018年8月まで6期24年間務める。この間、在宅福祉を中心施策として高齢者福祉を推進する。弓道は、現在教士六段。2020年4月から長野県弓道連盟会長。信楽は、山に生きる。診療所医療費の無料化(現在500円)、介護保険利用料の6割軽減、上乗せ利用を全額村が負担するなどの施策は、すべて泰阜村の実情に合わせてのもの。それが山に生きる、と決めた自分の地方自治。

笹井 肇 (前武蔵野市副市長) 1980年武蔵野市役所入庁。1998年より介護保険準備室室長として介護保険導入に携わる。市民協働推進課長、高齢者支援課長、防災安全部長、健康福祉部長などを経て、2018年~2022年まで副市長を務める。現在公益財団法人武蔵野市福祉公社顧問、社会福祉法人とらひの理事。趣味はプロ野球観戦。座右の銘は「偉くなくとも正しく生きる」。

でも在宅で最期まで暮らしたい高齢者で、過ごせるようにしたい

「自己決定の「自己決定」が創設されたことに大きな意味があったと、評価して

介護保険に切り替わるルー

「自己決定の「自己決定」が創設されたことに大きな意味があったと、評価して

「自己決定の「自己決定」が創設されたことに大きな意味があったと、評価して

「自己決定の「自己決定」が創設されたことに大きな意味があったと、評価して

笹井 制度創設理念の再確認を 松島 自己決定は置き去りに

親戚で一般会計合めて補完してきたのが特徴です。その地域作りの起爆剤になったのは、介護保険制度であるというところは言えやと思えます。

高室 残念ながら、自立支援の理解はそれほど進んでいません。説明はケアマネジャーがすべきと言われるが、制度の説明責任は行政にあります。行政として住民に説明する場をもつるか動画を制作すべきです。ケアマネジャーの説明責任をいかに減らすかも重要です。

安達 自己選択について、非特高機感を持つていくことがあります。埼玉東三郷市の団地で孤立死が複数発見されたということがありました。三郷は健和会の事業所がかかっている地域で、団地の中での本人の選択をどう保障しているのか、大学の研究者も参加して調査研究を行い、パンフレットをあげました。

三郷団地近くは健和会が診療所を開設したのが1980年。医療提供だけが団地の人とは違えしか関わらなかったのが、介護保険ができた時に訪問看護とヘルパー、ケアマネ事業所を開設し、通所サービスも併設しました。すると在宅ケアは点から線になりました。それから看護小規模多機能



安達 拓則 (健和会医療福祉調査室長、東京自治問題研究所主任研究員) 憲法第25条は、分かっていたいなかった。3つの結合体=社会福祉・社会保障、それに公衆衛生。今思案中、どうして社会保障に収められたのか。バックボーンになる財政分析は、専門+生きがいのよう。保健所にも学校給食にも国費、ほぼゼロ負担はびっくり。自治体は、常に国家のあり方を問う。公的保険or税どちらがよいのかなど。紅茶・珈琲・抹茶は、昼になるとビールとロゼワイン。孫の写真を見ながら、熟考するのです。



篠田 浩 (大垣市健康福祉部長) 1989年4月大垣市役所入庁、老人福祉課、高齢福祉課、介護保険課、高齢介護課、社会福祉課で勤務。2012年4月厚生労働省老健局総務課課長補佐。2014年6月大垣市役所福祉部介護保険専門官。2015年4月大垣市役所福祉部高齢介護課長。2018年4月大垣市役所福祉部社会福祉課長。2023年5月大垣市役所健康福祉部(福祉事務所)に在任に在る。信条は、「現場第一で、地道にひとつひとつ」



高室 成華 (ケアタウン総合研究所代表、ケアプラン評論家) 京都市出身(山陰生まれ)。日本福祉大学社会学部卒業。ケアマネジャーを始め地域包括支援センター、行政、施設等に対してケアマネジメントを軸とした幅広いテーマの研究、コンサルティングは人気。月刊ケアマネジメント(環境新聞社)で「CADLがケアマネジメントを定める」好評連載中。趣味はサックス。座右の銘は「はじめるからはじまる」。著書多数。

高室 ケアマネの訪問拒否から隔世の感 篠田 苦しかった措置、制度の複雑化懸念 安達 抜け落ちた行政責任サービスの遺恨

介護保険が使われるようになっていくのは非常に問題だと思っています。

松島 私は、介護保険はやはり重要な本当に介護が必要な人に絞っていくべきじゃないかと思っています。

斎藤村はもう65歳以上75歳以上も減り始めています。少し始めています。で、実は介護の大変なところは乗り切ったところなんです。限られた財源と限られたマンパワーも含めて、どんな高齢者を中心にしていくのかを真剣に考えたいと思っています。子どもたちも含めて、なん

とかして地域の中で助けたいか、助けられないか、人はいくらいます。それが自治体の役割のほうです。

「2025年から2040年へ」第9期事業計画を議論する」

司会 介護保険制度の度が、度だった点、そして大きな課題も明らかになりました。これを踏まえ、次のテーマ「第9期介護保険事業計画を議論する」に移っていきます。

厚労省は7月10日、9月期計画の「基本指針案」を公表しました。各自治体ではまさにこれに基づいて計画策定作業の真っ最中だと思えます。しかし、政府が突如としてぶち上げた異次元の少子化対策で、医療・介護の財源削減問題も浮上しています。保険料、利用者負担の引き上げなどが求められていますが、制度改正・報酬改定を議論する社会保障審議会での結論時期は先送りされている状況です。

今回唯一の実務者として参加している篠田さん、事業計画の策定への影響はありますか。

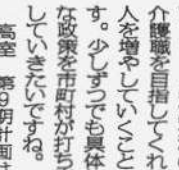
篠田 本市もまさに事業計画案の策定作業に入っています。関係者の意見を聞きながら進めています。先送りされている費用負担の問題については、結論が出ていなくても計画策定は進めていかなければならないというのが、どこの市町村でも同じだと思います。

第9期に向けては、本市では例えば多機能の整いやヤングケアラーの支援、地域包括支援センターの機能強化などの重点テーマがあります。点、やはり何はともあれ介護人材をどう確保するかというところに行き着いてしまっています。いくらか市町村がサービスを増やしたい、新たなメニューをつくりたいと言っても、担い手がなければ絵に描いた餅でしかありません。

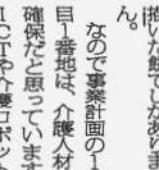
なので事業計画の1つ目一番地は、介護人材の確保だと思っています。ICTや介護ロボット、外国人の活用推進もそうですが、一番重要なのは介護職を自給して、人を増やしていかなくては。少しづつでも具体的な政策を市町村が打ち出していきたいと思います。

高室 第9期計画は、団塊の世代が後期高齢者になつていくわゆる2025年問題に突入するスタートです。そして85歳以上が増加する2040年、言い換えれば多死社会に向けての準備段階に入ります。これからは連携だけでなくケアの連続性を重要視しなければいけないと思います。施設に入った在宅時のケアプランはほとんど引き継がれていない。移り住んでも本人らしい暮らしでも本人らしい暮らしとする視点が無いのです。連携に連続性を持たせることができて初めてその人の人生が尊重される、と考えます。

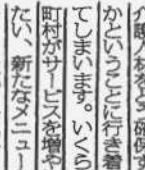
笹井 おっしゃる通り、第9期は2040年を展望しなければなりません。60・70歳代よりも80歳以上の要介護高齢者の割合が一気に上がっていく。そのための準備をしなければならぬのが1つ目の課題。2つ目は、要介護状態になる方が増えるのと医療ニーズと介護ニーズを併せ持った人が莫大に増えていく。それを地域でどう支えていくかです。



高室 第9期計画は、団塊の世代が後期高齢者になつていくわゆる2025年問題に突入するスタートです。そして85歳以上が増加する2040年、言い換えれば多死社会に向けての準備段階に入ります。これからは連携だけでなくケアの連続性を重要視しなければいけないと思います。施設に入った在宅時のケアプランはほとんど引き継がれていない。移り住んでも本人らしい暮らしでも本人らしい暮らしとする視点が無いのです。連携に連続性を持たせることができて初めてその人の人生が尊重される、と考えます。



篠田 浩 (大垣市健康福祉部長) 1989年4月大垣市役所入庁、老人福祉課、高齢福祉課、介護保険課、高齢介護課、社会福祉課で勤務。2012年4月厚生労働省老健局総務課課長補佐。2014年6月大垣市役所福祉部介護保険専門官。2015年4月大垣市役所福祉部高齢介護課長。2018年4月大垣市役所福祉部社会福祉課長。2023年5月大垣市役所健康福祉部(福祉事務所)に在任に在る。信条は、「現場第一で、地道にひとつひとつ」



高室 成華 (ケアタウン総合研究所代表、ケアプラン評論家) 京都市出身(山陰生まれ)。日本福祉大学社会学部卒業。ケアマネジャーを始め地域包括支援センター、行政、施設等に対してケアマネジメントを軸とした幅広いテーマの研究、コンサルティングは人気。月刊ケアマネジメント(環境新聞社)で「CADLがケアマネジメントを定める」好評連載中。趣味はサックス。座右の銘は「はじめるからはじまる」。著書多数。

外に住んでいる方が多い。深夜やターミナルの対応をどうするかというところになる。やはり訪問看護と介護職の連携、あるいはケアマネの連携が必要になってくるので、そういったインセンティブの仕組みをどう作っていくかです。

3つ目は、人材の確保です。2023年現在、わが国は7400万人ぐらゐる生産年齢人口がいますが、2030年には300万人減って、大体7000万人ぐらゐるようになっていく。全産業全職種で人材の取り合いになる可能性があるので、社会全体の仕組みを介護や医療の方にシフトしていくような取り組みをしていく必要があるのではないのでしょうか。

さらに異次元の少子化対策の中で財源が果たして今まで通りに高齢者介護や介護保険の方に回っているのかという問題もあるわけですが、人材と財源の確保を中長期的な展望で考えないといけないという問題意識です。

高室 ケアマネ不足はここ数年、さらに深刻になっていきます。理由としては試験の合格者を相対的に低く設定してしまっているところがあると思います。専門性を高めた人材をどうやって確保していくか、

が、結局、蛇口がきつめだと挑戦する人も増えません。2つ目は介護職の如選改善によって現場の介護職のほうが給与が良くなり、ケアマネジャーから介護職に戻る人が増えていることでもあります。ケアマネの高齢化が進んで定年を迎える人が増えてきたことも現実的であり、

利用者が家族からのケアで心を病んで辞めていく人の増加も無視できません。一方、最近50歳代くらいでケアマネ

担してもつていへばかか議論も必要なのではないかと思えます。村の高齢化を軽減しながら私自身も年を取り、間違いない言葉のほ、誰かが後を継いでいっていかないと、

利用者が家族からのケアで心を病んで辞めていく人の増加も無視できません。一方、最近50歳代くらいでケアマネ

担してもつていへばかか議論も必要なのではないかと思えます。村の高齢化を軽減しながら私自身も年を取り、間違いない言葉のほ、誰かが後を継いでいっていかないと、

利用者が家族からのケアで心を病んで辞めていく人の増加も無視できません。一方、最近50歳代くらいでケアマネ

担してもつていへばかか議論も必要なのではないかと思えます。村の高齢化を軽減しながら私自身も年を取り、間違いない言葉のほ、誰かが後を継いでいっていかないと、

利用者が家族からのケアで心を病んで辞めていく人の増加も無視できません。一方、最近50歳代くらいでケアマネ

担してもつていへばかか議論も必要なのではないかと思えます。村の高齢化を軽減しながら私自身も年を取り、間違いない言葉のほ、誰かが後を継いでいっていかないと、

利用者が家族からのケアで心を病んで辞めていく人の増加も無視できません。一方、最近50歳代くらいでケアマネ

担してもつていへばかか議論も必要なのではないかと思えます。村の高齢化を軽減しながら私自身も年を取り、間違いない言葉のほ、誰かが後を継いでいっていかないと、

利用者が家族からのケアで心を病んで辞めていく人の増加も無視できません。一方、最近50歳代くらいでケアマネ

担してもつていへばかか議論も必要なのではないかと思えます。村の高齢化を軽減しながら私自身も年を取り、間違いない言葉のほ、誰かが後を継いでいっていかないと、

利用者が家族からのケアで心を病んで辞めていく人の増加も無視できません。一方、最近50歳代くらいでケアマネ

担してもつていへばかか議論も必要なのではないかと思えます。村の高齢化を軽減しながら私自身も年を取り、間違いない言葉のほ、誰かが後を継いでいっていかないと、

利用者が家族からのケアで心を病んで辞めていく人の増加も無視できません。一方、最近50歳代くらいでケアマネ

担してもつていへばかか議論も必要なのではないかと思えます。村の高齢化を軽減しながら私自身も年を取り、間違いない言葉のほ、誰かが後を継いでいっていかないと、

利用者が家族からのケアで心を病んで辞めていく人の増加も無視できません。一方、最近50歳代くらいでケアマネ

担してもつていへばかか議論も必要なのではないかと思えます。村の高齢化を軽減しながら私自身も年を取り、間違いない言葉のほ、誰かが後を継いでいっていかないと、

利用者が家族からのケアで心を病んで辞めていく人の増加も無視できません。一方、最近50歳代くらいでケアマネ

担してもつていへばかか議論も必要なのではないかと思えます。村の高齢化を軽減しながら私自身も年を取り、間違いない言葉のほ、誰かが後を継いでいっていかないと、

ですが、市町村が合わせ

て医療計画を作っている自治体もあります。東京

都内では武蔵野市や練馬

区とかがそんな感じです

ね。区や市が作ることは

重要だと思っています。

笹井 武蔵野市は独自

の地域医療ビジョンを策

定しています。介護保険

事業計画だけ単独で策定

をするのではなく、同時に

に地域福祉計画、障害者

福祉計画の見直しも並行

してやっていますし、健

康推進計画や食育推進計

画なども多面的な計画も総

合して、武蔵野市では第

4期健康福祉総合計画と

いう形で策定中です。そ

れからも認知症の基本法が

できまじしたので、認知症

策定している自治体は、

個々の自治体が地域医

療ビジョンを作るのは大

変ですが、例えば健康推

進計画であるとか、保健

医療部門の計画の中にビ

ジョンを刺すように、

民間の多様なステークホ

ルターが提供している生

活サービスを独自の基準

で、基準該当サービスと

して活用すべきだと考え

ます。

着目すべきはコロナで

使わなかった財源がかなり

の額で特別会計に来っ

ています。これをどう住

民に返していくのかも重

要な課題です。

いずれにしても、過去の

延長線でも考えるのは終

わりには、介護

保険サービスだけに頼ら

ないライオンスタイルを

ミュレーションして

いく。そういう視座で地

域共生型まちづくりを

考えていくというこ

とです。おそろしくコ

ロナを経験で各自治体は医師

会や医療機関との連携の

必要性を痛感したと

思います。新型コロナで行政

と医療機関が連携した経

験を、どう計画の中に位

置けていくかではない

かと思っています。

市町村にとって必要な

事業計画だけ単独で策定

をするのではなく、同時に

に地域福祉計画、障害者

福祉計画の見直しも並行



■介護保険制度・関連年表

- 1997年：介護保険法が成立（国民の期待とともに「保険あって介護なし」への懸念）
2000年：介護保険制度がスタート
2001年：小泉純一郎内閣が発足、社会保障費の「自然増削減」開始
2003年：介護報酬の大幅削減（▲2.3%）
2005年：介護保険法改定（自・公・民が賛成）、介護施設の食費・居住費が自己負担化
2006年：「要支援2」導入、軽度者のサービス取り上げ、介護報酬削減（▲2.4%）
2009年：要介護認定の基準改悪、日本共産党が厚労省の内部文書を暴露
自公政権が介護職員の処遇改善交付金を導入（公費負担5割超に）
自民・公明が衆院選で大敗して下野、民主党政権が誕生
（※）——2010～12年、各党から介護保険の国庫負担増の提言が出される
2012年：衆院選で自公政権が復活、「自然増削減」の再開を宣言
2014年：第2次・安倍晋三政権が提出した「医療・介護総合法」を自・公が強行採決
2015年：要支援1・2の保険給付外しを開始（～17年度末まで）
特養入所を要介護3以上に限定、「所得160万円以上」の利用料2割化
配偶者所得・預貯金（1000万円以上）による施設の食費・居住費負担増
「現役並み所得者」の高額介護サービス費の負担上限引き上げ
介護報酬本体の大幅削減（▲4.48%）
2016年：非課税年金の受給者に対する施設の食費・居住費負担増
2017年：「一般所得者」の高額介護サービス費の負担上限引き上げ
2018年：「現役並み所得者」の利用料3割化
2021年：預貯金による施設の食費・居住費負担増の基準を「500～650万円」に変更
「年金収入月10～12万円」などの食費負担増
2022年：「要介護1・2の保険給付外し」「原則2割負担化」「ケアプラン有料化」などを
検討→改悪メニューの多くを「2027年度に向けた課題」に先送り
2023年：利用料2割の対象拡大、多床室の室料負担などを検討（年末に結論）

■介護保険料（65歳以上）の全国平均額（月額）

第1期（2000～02年度）	——	2,911円
第2期（2003～05年度）	——	3,293円
第3期（2006～08年度）	——	4,090円
第4期（2009～11年度）	——	4,160円
第5期（2012～14年度）	——	4,972円
第6期（2015～17年度）	——	5,514円
第7期（2018～20年度）	——	5,869円
第8期（2021～23年度）	——	6,014円

○介護離職の推移（雇用動向調査から）

	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
男	1.38万	2.34万	2.45万	3.58万	1.88万	2.04万	1.78万
女	7.64万	6.76万	6.33万	5.71万	7.95万	7.98万	5.27万
合計	9.02万	9.10万	8.77万	9.29万	9.84万	10.02万	7.05万

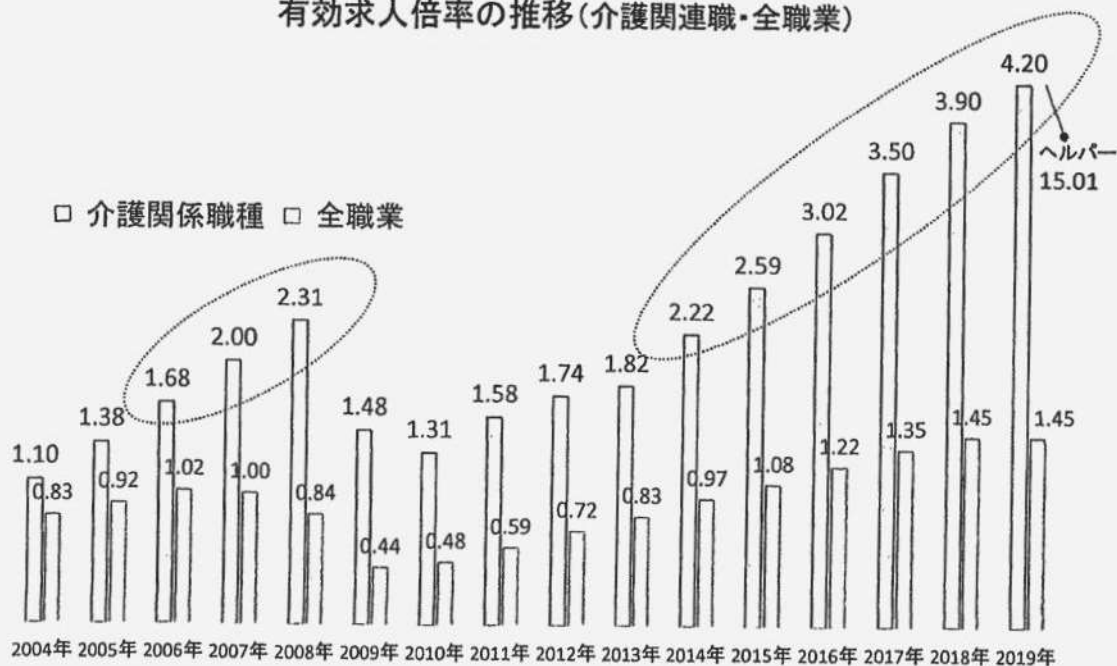
○介護保険は「自立支援」を理念としていた。その中身は変容してきた。

「介護の基本理念として、高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること、すなわち「高齢者の自立支援」を掲げ、そして、新たな基本理念の下で介護に関連する既存制度を再編成し……。」（1994年12月「高齢者介護・自立支援システム研究会」報告書前文。介護保険の制度創設の流れを作る）

——介護保険法第2条第三号「保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。」に現れている。介護保険制度創出前の「措置制度」との対比。

「介護でもパラダイムシフトを起こします。これまでの介護は、目の前の高齢者ができないことをお世話することが中心でありまして、その結果、現場の労働環境も大変厳しいものでもありました。これからは、高齢者が自分でできるようになることを助ける自立支援に軸足を置きます。本人が望む限り、介護は要らない状態までの回復をできる限り目指していきます。」（安倍総理（当時）発言、2016年11月10日未来投資会議）

「慢性化＋深刻化」する介護現場の人手不足 有効求人倍率の推移（介護関連職・全職業）



■この23年間の介護報酬改定率

【消費税増税対応分を除いた場合の報酬改定率】

2003年度	: ▲2.3%
2005・06年度	: ▲2.4%
2009年度	: +3.0%
2012年度	: +1.2%
2015年度	: ▲2.27%
2017年度	: +1.14%
2018年度	: +0.54%
2019年度	: +1.74%
2021年度	: +0.7%
2022年度	: +1.13%
——23年間の合計: +2.48%	

【消費税増税対応分および処遇改善加算を除いた本体部分の報酬改定率】

2003年度	: ▲2.3%
2005・06年度	: ▲2.4%
2009年度	: +3.0%
2012年度	: ▲0.8%
2015年度	: ▲4.48%
2018年度	: +0.54%
2021年度	: +0.7%
——23年間の合計: ▲5.74%	

介護をめぐる現状

■ホームヘルパーの年齢構成（2021年度介護労働実態調査）

20歳代：4.8% 30歳代：9.9% 40歳代：18.5% 50歳代：24.5%
60歳代：25.4% 70歳以上：12.2%

■ケアマネジャーの資格受験者・合格者

第1回（1998年）	—受験者：20万7,080人	合格者：9万1,269人
第20回（2017年）	—受験者：13万1,560人	合格者：2万8,233人
第24回（2021年）	—受験者：5万4,290人	合格者：1万2,662人
第25回（2022年）	—受験者：5万4,406人	合格者：1万0,328人

■介護職の平均時給と最低賃金との比較

【ホームヘルパー（短時間）の1時間当たり所定内給与】

2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
1329円	1297円	1282円	1269円	1271円	1308円	1335円	1334円	1368円
2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年			
1339円	1385円	1394円	1449円	1447円	1447円			

【福祉施設介護員（短時間）の1時間当たり所定内給与】

2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
986円	988円	954円	1009円	971円	986円	1001円	1003円	1010円
2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年			
1043円	1057円	1110円	1077円	1125円	1140円			

【最低賃金全国加重平均】

2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
668円	673円	687円	703円	713円	730円	737円	749円	764円
2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年			
780円	798円	823円	848円	874円	901円			

- 「ホームヘルパー（短時間）の1時間当たり所定内給与」と「最低賃金」の差
2005年：661円 → 2019年：546円
- 「福祉施設介護員（短時間）の1時間当たり所定内給与」と「最低賃金」の差
2005年：318円 → 2019年：239円

負担増・給付減 諦めぬ政府 予断許さず

厚生労働省が10月に示した当
初案には、要介護1、2の生
活援助などの総合事業への
移行や利用料2・3割負担
の対象者拡大、ケアプラン
の有料化など、「史上最悪」と
呼ばれる7項目の論点が挙
がっていました。コロナ禍
先送りするとしても、2割
負担の対象拡大などは来年
夏までに結論を出すとして
います。
介護保険制度は3年に1
度改定されます。政府は2
000年の制度開始から前
回の改定（21年度）まで、
利用者の負担を増やし、給
付を減らす改定を重ねてい
ます。介護事業所に支払わ
れる報酬も、過去7回の見
直しのうち4回はマイナス
改定（実質含み）でした。
介護保険サービスを利用
する際の自己負担利用
料は原則1割ですが、政
府は15年度に一定所得以上
の人に2割負担を導入。18
年度には、2割負担の対象
者のなかでもとくに所得が
高い人を「現役並み所得」
薬「へ」として3割負担にしました。老人ホ
ムケアの
時間短縮
問介護の
削減など
「援助」の
わたりま
問介護の
削減など
「援助」の

利用者・家族の声が動かず ミサイルよりケアに予

認知症の人と家族の会
代表理事
鈴木 森夫さん
私は、長く続いてき
た負担増・給付削減の流れ
を憂え、10月9日から署名
を始め、10万人近く
に達しました。要介護1、2
の給付とケアプランに関す
る改悪を先送りしたのは福
名運動の大きな成果です。
ただ、この11は27年度
の改定までに結論を出す
とされています。介護を必
要とする人や家族にとって
は、介護の重なり増強に加
え、サービスの利用を続け
られるか不安を抱く日々が



で結論が持ち越されたもの
の、政府は24年度からの実
施を諦めていません。気を
配らぬことなく運動を続け
ます。
介護難職や介護を苦にし
た殺人事件、高齢者への虐
待などが多発するなか、な
ぜ介護保険サービスを利用
しやすくなる検討がなく、
負担を増やし利用しづら
くなる風潮ははかりなやか
オンライン署名では、自分
ごととして危機感をもつ若
い世代からの多くの賛同が寄
せられました。介護に関わ
る者が大同団結し、介護朋
友の危機感を声を上げてい
きたいです。

全日本民医連事務局
次長
林 泰則さん
要介護1、2の生活援助
などを総合事業に移す大改
悪が先送りになったのは、
介護関係者の危機感がかつ
てなく高まり、反対世論が
急速に広がった影響です。
一方、利用料の2割負担の
対象拡大など負担増につな
がる改悪は、春の統一地方
選挙後に決めるようしてい
ます。
政府はこの間、1割負担
の原則をなし崩しにし、2
割負担を導入してきま
す。1割でも利用者の負
担を減らすと



65歳以
上は平均
全国平均
支払い能
力がある
というな
らば、在
宅サービス
利用回数
を減らす
というこ
とでは
ないです。
政府は、
制度の維
持には予
算を削
る必要と
す。

介護改悪 批判受け先送り

2024年度の介護保険制度改定に向け、厚生労働省の審議会部会が20日、見直しに関する「意見」をまとめました。負担増・給付削減路線への国民の批判を前に政府の当初の日程は大きくずれ込んだものの、予断は許しません。

たたかいはこれからが本番

中央社保険協事務局長
林 信悟さん
前代未聞の事態に政府は
追い込まれたと見えます。
従来の介護保険制度改悪
は、通常国会の前年末に介
護保険部会で意見をまと



め、通常国会に法案を提出
し、国民の反対を押し切っ
て成立という流れが通例で
した。
それが今回、できなかつ
たわけです。統一協会の問
題や政治とカネの疑惑など
う普選もありましたが、高
齢者にとって今年も、年金カ
ット、75歳以上の医療費割
口負担増倍化があり、その
上に介護の負担増は許さな
いという怒りの声が大きく
広がりました。
中央社保険協は、介護利用
料2割化や要介護1と2
の保険給付外しなど、史
上最悪の介護保険制度大
改悪を許さない、同部会
で議論している秋の段階
から他団体とも連携して
たたかいます。すでにきま
ま

- 介護 負担増・給付削減の項目
- 【来夏までに結論】
利用料2割負担の対象拡大、一定所得のある65歳以上の人の保険料引き上げ
 - 【23年度中に結論】
老健施設などの多床室（相部屋）の有料化
 - 【27年度改定までに結論】
要介護1、2の生活援助等の保険給付外し、ケアプラン有料化
 - 【期限を設けず先送り】
特別養護老人ホームなどに入る低所得者の食費・居住費の軽減策の見直し、保険料納付年齢（現行40歳以上）の引き下げと利用開始年齢（原則65歳以上）引き上げ

千葉県原爆被爆者の理事をしながら、腰膝が痛い形であつた。ともに被爆体験を語り、地元を50回ほど周遊して、6歳の時、広島から2.5kmの距離。自身は家が出来てから、なが、一緒に遊ぶは、手塚やけとを



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 +その他合計所得金額 合計所得金額 (〇円以上～〇円未満)	～200万	200～210	210～220	220～230	230～240	240～250	250～260	260～270	270～280	280～290	290～300	300～310	310～320	320～330	330～340	340～350	350～360	360～370	370万～
	合計所得金額 (〇円以上～〇円未満)	～80万	80～90	90～100	100～110	110～120	120～130	130～140	140～150	150～160	160～170	170～180	180～190	190～200	200～210	210～220	220～230	230～240	240～250
被保険者数 (千人)	2,416	531	642	704	674	701	705	635	605	518	460	404	369	316	299	263	247	210	3,218
割合の累計値 (上位〇%)	40.3%	33.3%	31.8%	29.9%	27.9%	25.9%	23.9%	21.9%	20.0%	18.3%	16.8%	15.4%	14.3%	13.2%	12.3%	11.4%	10.7%	9.9%	9.3%

【2割負担】
 一定以上所得（被保険者の上位20%）
 年金収入等(1人世帯)：280万円
 合計所得金額：160万円
 ※利用者ベース累計割合…8.2%

【3割負担】
 現役並み所得
 年金収入等(1人世帯)：340万円
 合計所得金額：220万円
 ※利用者ベース累計割合…3.6%

モデル年金(厚生年金)
年金収入等189.9万円

後期高齢者医療の2割負担
となる層と同じ所得水準
年金収入等200万円

所得分布は令和4年4月1日現在（介護保険計画課調べ）

- 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9期介護保険事業（支援）計画の基本指針（大臣告示）のポイント（案）

基本的考え方

- 次期計画期間中には、団塊の世代が全員75歳以上となる2025年を迎えることになる。
- また、高齢者人口がピークを迎える2040年を見通すと、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれている。
- さらに、都市部と地方で高齢化の進みが大きく異なるなど、これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な施策や目標を優先順位を検討した上で、介護保険事業（支援）計画に定めることが重要となる。

見直しのポイント（案）

1. 介護サービス基盤の計画的な整備

- ① 地域の実情に応じたサービス基盤の整備
 - ・ 中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要
 - ・ 医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要
 - ・ 中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者を含め、地域関係者と共有し、サービス基盤の整備の在り方を議論することが重要
- ② 在宅サービスの充実
 - ・ 居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及
 - ・ 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、複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要
 - ・ 居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実

2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

- ① 地域共生社会の実現
 - ・ 地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進する観点から、総合事業の充実を推進
 - ・ 地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことも期待
 - ・ 認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要
- ② デジタル技術を活用し、介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤を整備
- ③ 保険者機能の強化
 - ・ 給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化

3. 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

- ・ 介護人材を確保するため、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、外国人材の受入環境整備などの取組を総合的に実施
- ・ 都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進。介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用。
- ・ 介護サービス事業者の財務状況等の目録を公表

給付適正化・地域差分析（介護保険部会意見書より抜粋）

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

(給付適正化・地域差分析)

- **介護給付費の地域差改善と給付適正化は、相互に関係し合うものであり、一体として進めていくことが重要である。**
- 地域差分析の取組を推進する観点から、国として、地域包括ケア「見える化」システムの更なる機能改善を行うことが必要である。
- **給付適正化の取組を推進する観点から、介護給付適正化主要5事業について、保険者の事務負担の軽減を図りつつ効果的・効率的に事業を実施するため、新たな取組を含めた事業の重点化・内容の充実・見える化を行うことが重要である。その際、都道府県ごとに不合理な地域差の改善や給付適正化に向けて管内保険者と議論を行う場で議論を行うこととし、保険者を支援することが必要である。**
- 前回の調整交付金の見直しの際に導入された、保険者に一定の取組を求める措置について、自治体によって地域資源、体制等地域の実情が異なることや本来の調整交付金の調整機能に留意しつつ、引き続き一定の取組を求めることが必要である。

在宅の重度者が影響 1人あたり給付費

5年度不足は約100億円 保険者、被負担の回避を

全国市長会の社会政策委員は5月31日正午、めた「国保制度に関する提言」で、国保総合システムへの改組費用について、「保険者や被保険者に負担が重ならないよう、国の責任において必要な財政措置を講ずること」との文言を盛り込んだ。国保総合システムは、国保保険者の業務を支える基幹システム。6年度に改組を予定しているが、約100億円の不足が懸念されている。国の財政負担により、保険者の負担が生じないように、考えた市長会が提言をまとめた。国保総合システムへの改組費用の内訳を内閣府に申し立てる方針。

「白の全国市長会総合 ほとんどの支部が「国保」国保総合システムは、国保総合システムの改組費用 国保中央会・国保連合会に、国保の責任で財政措置が講じられる。国保総合システムは、国保総合システムの改組費用の内訳を内閣府に申し立てる方針。

地域間で最大1.25倍の格差 次期介護制度改正で焦点に

介護保険の次期制度改正に向けた議論が始まった。介護制度を補完するた、政府内では被保険者1人あたり給付費や介護認定率の地域格差を求め、国保の責任で財政措置が講じられる。国保総合システムは、国保総合システムの改組費用の内訳を内閣府に申し立てる方針。

訪問介護のサービス 利用回数増やし対応

元年度介護給付費総額 1人あたり給付費 訪問介護サービス利用回数増やし対応

国保総合システムは、国保総合システムの改組費用の内訳を内閣府に申し立てる方針。

地域間で最大1.25倍の格差、次期介護制度改正で焦点に



1人あたり給付費が高いところは在宅サービス給付費と要介護3以上の認定率が高い傾向に

被保険者1人あたり介護給付費	元年度(年齢調整後、万円)	元年度(年齢調整後、万円)	元年度(年齢調整後、万円)	元年度(年齢調整後、万円)
長野県	2.5	11.7	22.0	22.0
新潟県	2.5	12.0	23.3	25.1
東京都	2.5	10.6	23.4	25.1
神奈川県	2.5	11.0	23.4	25.1
山梨県	2.5	12.2	23.4	25.1
千葉県	2.5	10.6	23.5	25.1
埼玉県	2.5	12.1	23.6	25.1
山形県	2.5	13.5	24.0	25.1
福島県	2.5	11.3	24.1	25.1
茨城県	2.5	12.0	24.2	25.1
栃木県	2.5	12.2	24.3	25.1
群馬県	2.5	12.4	24.4	25.1
東京都	2.5	13.7	24.4	25.1
静岡県	2.5	13.3	24.5	25.1
愛知県	2.5	12.3	24.5	25.1
岐阜県	2.5	14.2	24.6	25.1
富山県	2.5	11.9	24.6	25.1
石川県	2.5	13.5	24.7	25.1
福井県	2.5	12.4	24.7	25.1
長野県	2.5	10.4	24.7	25.1
新潟県	2.5	13.0	24.9	25.1
東京都	2.5	10.2	25.0	25.1
神奈川県	2.5	12.4	25.0	25.1
千葉県	2.5	13.4	25.0	25.1
埼玉県	2.5	13.0	25.0	25.1
山形県	2.5	14.4	25.2	25.1
福島県	2.5	12.5	25.3	25.1
茨城県	2.5	13.0	25.4	25.1
栃木県	2.5	13.8	25.5	25.1
群馬県	2.5	12.8	25.5	25.1
東京都	2.5	12.7	25.6	25.1
神奈川県	2.5	13.0	25.7	25.1
千葉県	2.5	14.1	26.0	25.1
埼玉県	2.5	13.4	26.1	25.1
山形県	2.5	12.3	26.1	25.1
福島県	2.5	12.9	26.2	25.1
茨城県	2.5	12.4	26.4	25.1
栃木県	2.5	13.4	26.4	25.1
群馬県	2.5	13.4	26.4	25.1
東京都	2.5	12.7	26.4	25.1
神奈川県	2.5	13.5	26.4	25.1
千葉県	2.5	13.9	26.5	25.1
埼玉県	2.5	13.7	26.8	25.1
山形県	2.5	13.7	27.1	25.1
福島県	2.5	16.5	27.1	25.1
茨城県	2.5	15.2	28.2	25.1
栃木県	2.5	17.3	28.5	25.1
群馬県	2.5	18.1	28.7	25.1
東京都	2.5	10.0	28.7	25.1
神奈川県	2.5	10.0	28.7	25.1

介護保険の次期制度改正に向けた議論が始まった。介護制度を補完するた、政府内では被保険者1人あたり給付費や介護認定率の地域格差を求め、国保の責任で財政措置が講じられる。国保総合システムは、国保総合システムの改組費用の内訳を内閣府に申し立てる方針。

国保総合システムは、国保総合システムの改組費用の内訳を内閣府に申し立てる方針。

訪問介護のサービス、利用回数増やし対応

地域間で最大1.25倍の格差、次期介護制度改正で焦点に

国保総合システムは、国保総合システムの改組費用の内訳を内閣府に申し立てる方針。

調査事案名 (18) 介護給付適正化計画及び給付費適正化主要5事業の実施状況

②調査の視点

【調査対象年度】
平成29年度～令和元年度

【調査対象先数】
厚生労働省：1先
※厚生労働省保有データ等を基に調査を実施

1. 適正化計画の位置付けの検証

- 適正化計画の位置付けは、医療費適正化計画と比較してどのようなものになっているか。

③調査結果及びその分析

1. 適正化計画の位置付けの検証

【適正化計画の位置付け】

- 医療分野の医療費適正化計画と比較すると、介護の適正化計画は、策定期間に関しては保険料水準と連動する介護報酬改定と同じ3年に1回の周期となっていることは負担面の連動の観点から合理的であると考えられる一方、計画策定の目的については、医療と比較すると過度な費用増大を防ぐ観点や効率化の観点は乏しいと考えられる。

【表1】

- その背景として、介護の適正化に向けた動きは、平成16年に介護給付費の不正請求等が増加した際に「介護給付適正化推進運動」として国・都道府県・市町村が連携して適正化に取り組むこととなったのが契機であったことが理由として考えられる。

④今後の改善点・検討の方向性

1. 適正化計画の位置付けの検証

- 介護給付費が増大して負担が重くなっていく中で、医療費適正化計画と併せて、介護の適正化計画においても過度な費用増大を防ぎ、効率的なサービス提供を図ることを重視していくべきではないか。
- 介護の適正化計画の見直しに合わせて、適正化主要5事業を分析し、事業内容の見直しを行うべきではないか。
(注) 厚生労働省への聞き取りによると、適正化主要5事業は介護給付適正化に資する主な事業を適正化主要5事業として規定しているとのことであり、平成20年の適正化計画の開始以降、見直しは行われていない。

【表1】介護給付適正化計画と医療費適正化計画との違い

	計画策定主体	策定期間	計画策定の目的	評価結果の公表等	策定手続き
介護給付適正化計画	都道府県・市町村	3年 (介護報酬改定周期と同様)	●介護給付適正化計画(出所:「介護給付適正化計画」に関する指針) 介護給付適正化(※)の戦略的な取組を促進する。 (※)介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要なとする過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すこと。 (参考)介護保険事業(支援)計画(出所:介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針) 地域の実情に応じた介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施が計画的に図られるようにする。(=介護保険事業の円滑な実施確保)	事業(支援)計画に関する評価結果について公表するよう努める	市町村介護保険事業計画 ⇒都道府県に意見聴取等
医療費適正化計画	国・都道府県	6年	●医療費適正化計画(出所:医療費適正化に関する施策についての基本的な方針) 国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療に要する費用が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていくこと(=医療費適正化)	年度(計画最終年度を除く。)ごとに都道府県医療費適正化計画の進捗状況、実績評価を公表するよう努めるものとする。全国については、いずれも公表するものとする	都道府県計画 ⇒関係市町村に協議 保険者協議会が結成されている都道府県においては、保険者協議会に協議
まとめ	—	介護は、報酬改定(給付)と保険料改定(負担)の周期が財政均衡の観点から一致	介護の定義上では、単に「受給者が真に必要なとする過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促す」としているが、医療では、適切なサービス提供を、過度な費用増大を防ぎ、効率的に提供することとしている	介護は公表を求めているが、医療は全国計画の進捗状況の公表を規定	介護は意見の聴取にとどまっているが、医療は協議を規定

総括調査票

調査事案名 (18) 介護給付適正化計画及び給付費適正化主要5事業の実施状況

②調査の視点

3. 介護給付費の地域差がどのように生じているか。

- 1人当たり給付費及び要介護認定率の地域差がどの程度生じているか。
- 地域差が生じている主な介護サービスはどのようなサービスか。

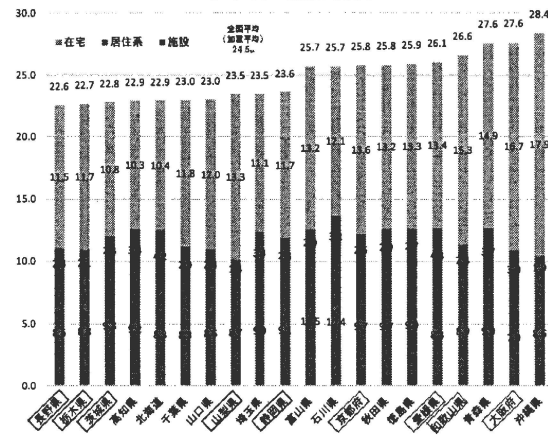
- また、1人当たり介護給付費の比較において、地域差が大きい在宅サービスの内訳を分析すると、【図3】のとおり、訪問介護において最も地域差が大きくなっている。
- 要介護認定率のうち、地域差が大きい要介護度別（軽度分）の内訳を分析すると、【図4】のとおり、要支援1・2の認定率に最も地域差が生じている状況が分かった。
- 地域差の要因を分析して、都道府県・市町村等で是正する方法を検討する必要がある。

③調査結果及びその分析

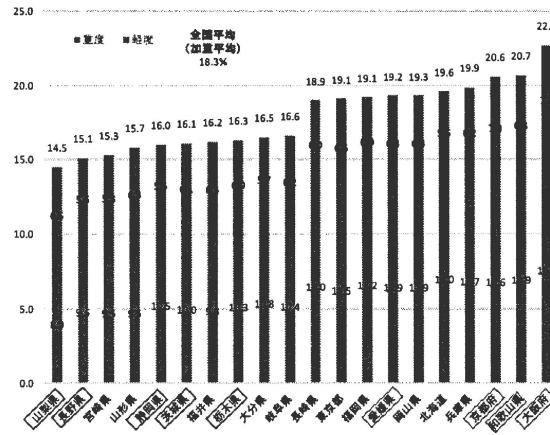
3. 介護給付費の地域差がどのように生じているか。

- 都道府県ごとの被保険者1人当たり介護給付費（年齢調整後、上位下位それぞれ10道府県、平成30年度）は【図1】のとおり、沖縄県が28.4万円と最も高く、長野県が22.6万円と最も低くなっている。
- また、都道府県ごとの要介護認定率（年齢調整後、上位下位それぞれ10道府県、平成30年度）は【図2】のとおり、大阪府が22.7%と最も高く、山梨県が14.5%と最も低くなっている。
- 1人当たりの介護給付費と要介護認定率との相関を見ると、1人当たりの介護給付費下位10位のうち、5県が要介護認定率においても下位10位に位置しているのに対し、1人当たりの介護給付費上位10位のうち、4府県が要介護認定率において上位10位に位置しており、要介護認定率の高い地域は、1人当たり介護給付費が高い傾向にある。

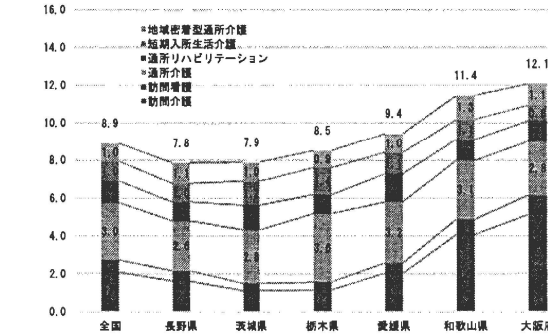
【図1】平成30年度被保険者1人当たり介護給付費(年齢調整後)
※上位下位10道府県を抽出



【図2】平成30年度要介護認定率(年齢調整後)
※上位下位10道府県を抽出



【図3】1人当たり介護給付費のうち在宅サービス種類別比較



【出典等】「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省）を基に算出（【図1～4】）

④今後の改善点・検討の方向性

3. 介護給付費の地域差がどのように生じているか。

- 1人当たり給付費や要介護認定率等の地域差を是正するためには、市町村のみならず、広域的な都道府県による取組が不可欠である。
- 具体的には、都道府県(担当部局)が、自ら主体的に各種指標のデータ収集や客観的な分析を行い、市町村の適正化事業の進捗状況を含めた対外的な公表を通じて、「見える化」を進めていく必要がある。
こうしたデータ分析等については、都道府県が国保連と連携・協働していくことが考えられる。
- 次期の適正化計画の見直しに合わせて、「見える化」に必要な体制を構築するとともに、得られた分析結果等を活用し、給付費の更なる適正化を進めるよう、都道府県の適正化計画の在り方を見直していくべきではないか。

介護保険料「応能負担」強化へ

来年度の介護保険制度の見直しに向け、厚生労働省での議論が今秋から本格化する。高所得の高齢者の保険料引き上げと、介護サービスの利用者負担の拡大が主なテーマで、どこまで踏み込めるかが焦点となる。

(野島正徳)

相次ぐ先送り

2000年度にスタートした介護保険制度は、高齢者の増加といった社会環境や介護ニーズの変化に適応するため、事業期間を1期3年と定

介護費用と介護サービス利用者数の推移

※厚生労働省の資料などを基に作成。
2025、40年度は推計値。介護費用は2000～21年度が実績値、22、23年度が当初予算ベース



介護保険制度を巡り想定されるスケジュール



介護現場では人材の確保や職員への処遇改善が課題となっている (7月、相模原市で)

所得一定以上 更に引き上げ

「高所得者の生活に深刻な影響があるのではない」との慎重意見が相次いだ。政府内で子ども・子育て支援を優先する考え方が強まった影響

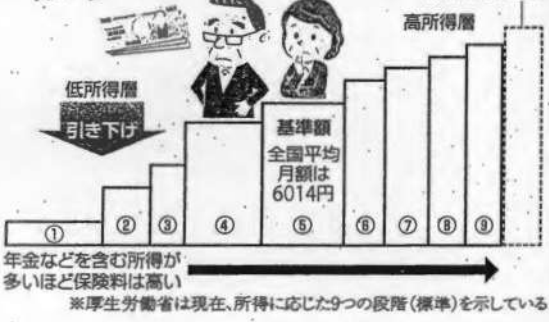
「高所得者の生活に深刻な影響があるのではない」との慎重意見が相次いだ。政府内で子ども・子育て支援を優先する考え方が強まった影響

「高所得者の生活に深刻な影響があるのではない」との慎重意見が相次いだ。政府内で子ども・子育て支援を優先する考え方が強まった影響

「高所得者の生活に深刻な影響があるのではない」との慎重意見が相次いだ。政府内で子ども・子育て支援を優先する考え方が強まった影響

「高所得者の生活に深刻な影響があるのではない」との慎重意見が相次いだ。政府内で子ども・子育て支援を優先する考え方が強まった影響

65歳以上の介護保険料見直しのイメージ



※厚生労働省は現在、所得に応じた9つの段階(標準)を示している

サービス利用者の負担割合見直しのイメージ



※金額は年金を含む所得区分で単身者のケース

2割負担 対象拡大

来年度に向けては、介護サービスを利用した際の自己負担割合についても見直す。現在、利用者の負担は原則1割で、年金を含む所得が一定以上(単身で年収280万円以上など)の人は2割、所得が現役世代並みの人(同340万円以上など)は3割を負担している。

ただ、この「2～3割負担」の人は、サービス利用者全体の10%に満たず、厚労省は、所得基準を引き下げて2割負担の対象者を拡大する案を示した。背景には、昨年10月、後期高齢者医療費の窓口負担が1割だった

人のうち、単身で年金を含む年収が200万円以上などの場合は、2割負担とされたことがある。

後期高齢者医療費と同様に繰引された場合、介護保険の2～3割負担の対象者は、65歳以上の所得上位約30%に拡大する見込みだ。

介護保険部会での議論は難航が予想される。

経済団体の代表者らは「現役世代に負担増を求めるのは厳しい。高齢者にも応分の負担を求めるべきだ」と賛成する。

一方、利用者や介護業界の代表者らは、「医療に比べて介護はサービス利用が長期にわたりがちで、負担増の影響がより大きい。利用控えにつながる懸念もある」などと反対の声を上げて

高齢者の負担を巡り、厚労省は、65歳以上の高齢者が納める介護保険料について、一定以上の所得のある人にはより多く負担してもらう「応能負担」を一段と進めたい考えだ。併せて、低所得の高齢者の保険料引き下げも図る。

これに対し、厚労省は現状で最も負担が大きい「第9段階」の上に、新たな段階を設定する案を示した。高所得者層を想定し、対象となる具体的な所得水準を検討する。

23.9.4 読売

物価高・人手不足に対応策

来年度は、介護報酬の改定も行われる。改定率は政府が年内に決める。

介護報酬は事業者に支払われるサービス提供の対価で、原則3年に1度見直される。21年度の前回は、コロナ禍で悪化した事業者の経営を下支えするため、0.7%のプラス改定となった。

今回の改定でも、経営の安定化は重要課題だ。光熱費や紙おむつをはじめとする資材費などが高騰しており、預貯金を取り崩したり、人件費を削減したりして赤字を穴埋めする事業者が出ている。一般社団法人・日本デイサービス協会は8月に出した意見書で、「送迎業務が基本サービスとされ

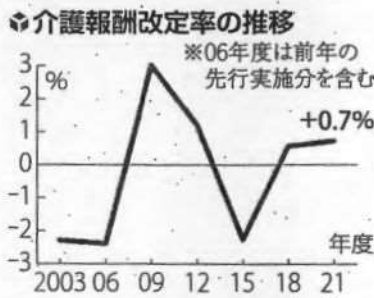
ている通所介護では、ガソリン代などの負担がことさらに大きい」と指摘した。

また、他の産業では賃上げが進んでいる。介護現場の担い手不足は深刻で、業務の責任や負担が重いわりに賃金が低いことが一因と言われている。業界の22年の平均賃金は25万7500

円で、全産業平均(34万1000円)を8万円以上、下回っている。他産業に見劣りしないような賃金が払えるかどうかは、これからの人材確保を左右する。

今年度は全国的に最低賃金が大幅に引き上げられる。ある運営法人幹部は「施設の運営は制度上、介護報酬の収入の範囲でやり繰りするしかなく、経営努力でもつげを出すには限界がある。報酬改定で最低賃金の上昇分がカバーできない」と、経営は厳しくなるばかりだ」と窮状を訴える。

ただ、政府は、防衛力と子ども・子育て支援の強化に向けた財源を確保するため、社会保障費も例外見せ



ICT導入で業務負担減も 23.9.4 読売



議論が本格化する介護給付費分科会(8月、東京都内で)

ずに歳出の削減を進める構えを見せる。介護報酬について、「大幅なプラス改定は望めないのではないかと(介護関係団体幹部)との慎重な見方がある。

訪問介護も充実へ

改定に向け、社保審の介護給付費分科会では、介護現場の生産性向上を目指し、ICT(情報通信技術)の導入を促していくための方策が議論される。介護職員は25年度に約32

万人、40年度には約69万人の不足が見込まれる。ICTを活用し、介護記録の作成や、就寝中の利用者の見守りといった業務の負担を軽減。介護職員が利用者への身体介助や、声掛けなどに時間を割くことができれば、介護の質を高められる。

また、在宅介護サービスを安定して提供するための体制整備もテーマの一つ。デイサービスなどの通所介護と訪問介護を組み合わせた新たな複合型サービスの創設に向けた議論が進められる。訪問介護の事業者の間では、人手不足のため依頼されたサービスの提供を断るケースが増えている。人員に余力のある通所介護事業者から、職員を訪問介護に派遣できる仕組みを整えることで、介護の空白をカバーするという。

利用者10年で2割増

担い手70歳以上13%

ヘルパーが高齢者宅を訪れる訪問介護の事業環境が厳しい。利用者が10年で2割増えたのに対し、訪問員の38%は60歳以上、7人に1人は70歳以上だ。仕事の厳しさから若い職員が集まらずベテランに頼る。厚生労働省は24年にも施設職員を訪問で活用できる仕組み、人手不足に対応する。

厚労省、施設職員活用へ

年離れた親を高齢者に
なつた子供が介護する
「老々介護」。家庭内だ
けでなく、公的介護サー
ビスの現場でも広がりが
つある。

介護保険のサービスに
は在宅で受けるものと、
施設に入るものがある。
このうち在宅はデイサー
ビスのように自ら施設を
訪れる「通所介護」と、
ヘルパーに自宅に来ても
らう「訪問介護」などに
分けられる。

高齢になって介護を必
要としても、自宅で過ご
したいという人は多い。
在宅サービスでは訪問の
利用者が伸びている。23
年4月時点の利用者は1
08万7900人と、10
年前に比べて19%増え
た。通所は116万16
00人で10年前より1.
7%減った。

自宅が高齢者をケアす
る人も高齢化が進む。介
護労働安定センターが全
国の介護事業所を対象に
した22年度の実態調査で
は、訪問介護員の平均年
齢は54・7歳と調査を始
めた02年度以降で最も高
かった。訪問を除く介護
職員の平均より7・4歳
上だ。65歳以上は26・3
%、70歳以上も13・5%
に達する。

背景には人材難があ
る。若い世代を中心に、
個人宅で高齢者と向き合
うことをためらう人は多
い。厚労省の介護サービ
ス施設・事業所調査によ
ると、21年10月時点での
訪問介護員は51万人強。
52万人強だった18年より
減った。ホームヘルパー
の22年度の有効求人倍率
は過去最高の15・53倍で、
必要な人材を確保でき
ていない。

厚労省は24年度の介護
報酬改定にあわせて対策
を始める。これまで別の
扱いにしていた訪問介護
と通所介護を組み合わせ
た複合型のサービスを事
業者が提供できるように
する方針だ。

現状では介護サービス
の利用者は訪問と通所で
それぞれ個別に事業者と
契約する必要がある。両
方を利用する際は、通常
ではベッドから玄関まで
歩く時には訪問のヘルパ
ーに介助してもらい、玄
関から車に乗るまでは施
設の職員が対応する。利
用者にとって不便なだけ
でなく、効率の良い介護
を妨げている面がある。

厚労省はサービスの運
営基準などを議論する
「介護給付費分科会」で、
年内に新サービスの具体
像を検討する。介護報酬
の点数や、複合型になる
ことに伴う介護人材の資
格要件の見直しなどが焦
点になる。

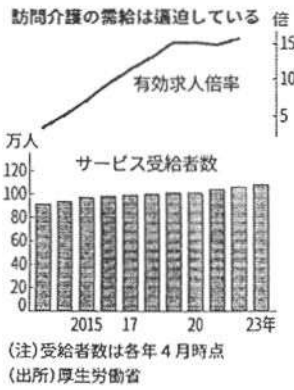
前向きに受け止める事
業者は多い。厚労省が22
年11月に4600ほどの
事業所を対象に参入意向
を調査した結果、「収入
が増えるなら参入を検討
したい」や「職員の確保
ができれば参入を検討し
たい」との回答が約半数
を上回った。

デイサービス施設など
を展開する社会福祉法人
シルヴァーウィング（東
武の石川公也理事長は
「利用者の選択が広が
るのは歓迎すべきだ」と
話す。

施設の職員が訪問介護
の仕事も補えれば、人手
不足を和らげられる可
能性はある。ただ通所サ
ービス事業者からは「現状
のサービスを維持しなが
ら訪問介護に参入するの
は人員配置の観点で難し
い」といった意見も多い。
福祉医療機構によると
21年度は46・5%の通所
サービス事業者が赤字
だ。

団塊の世代が後期高齢
者に入り、介護保険の給
付は一段と増えると思込
まれる。待遇を改善して
担い手を確保し、効率の
良い介護サービスに変え
ていかなければ、制度の
持続性が失われかねな
い。

訪問介護でも「老々」拡大



23-8-24
日経

一・五%です。ところが、介護になってくると職率は二・三・四%なんです。ところが、短時間労働者の職率はどうかというと、産業界全体という二・五%ですが、これが介護になってくると一・六・七%です。これが介護になってくると、どういふ統計を取ってきてもいいことを調べられるのかによって全然立ち位置が変わってまいります。申し上げておきたいのは、常勤の人たちの職率が低いということ、これは安定的な職に就けないということの意味しているものだと思います。

それから、平均賃金についてどうしてこういうデータしかないのかなと思うんですが、これも介護労働実態調査で介護労働安定センターのところから出てきている資料です。おっしゃるとおり、わざとずらしてあるのかどうか分かりませんが、全産業の平均年齢四十二・五歳で勤続年数が十三・二年という数字を使っているのは、これは三十六万二千三百円という数字が全産業では出ています。一方で、福祉施設の職員について見ると、平均年齢が三十五・六歳ですから、六歳から七歳程度低くなっている、勤続年数が五・三年なので、八年ぐらい短くなっている人たちのわざと数字を持ってきていて、二十三万一千四百円です。ただし、これは定期昇給が五千円程度だったとしても追いつきませんからね、この年齢で、ですから、この統計を出してくる出し方も、非常に、何というか、恣意的なんじゃないかと思うんです。これは男性に対してなんです。男性に関しては、こういうものを持ってきておいて、女性はどうかという、全産業が平均年齢四十歳、福祉施設の職員が三十九・七歳でほとんどそろっていて、女性の場合には、それでも女性の方はやっぱり低くて、全産業で二十四万九千円、それから福祉施設だと二十一万一千円ぐらいでして、女性に余り差がないんだということだから、模倣で、多分いつも言われていることだと思ってるんです。いずれにしても、大事な点を申し上げておきますが、男性の賃金の格差と、それから常勤の人たち

の職率が低いということ、ここに対しては、私は絶対的に問題があると思ってるんですよ。大臣はこの点については、まずお伺いしておきたいのは、問題はあるとお考えなんでしょうか。

○国務大臣(田村憲久君) これは恣意的というよりは、大臣が多分こういう年齢構成になっているんだと思います。介護職の場合、男性は女性よりはやはり介護職等々、古くから御活躍をいただいていたという部分もあるので、平均年齢が近いという部分があるんだと思いますが。

私は、問題意識持っています。持っておりますが、今御承知のとおり、二・八兆円という、これは三党で合意した中で充実にあります。この中から使うというのが大前提であるわけでありまして。それはほかにも財務省から持ってくるけれども、じゃないかという話はあるかも分かりませんが、しかし、それができないから消費税という財源に我々は頼らざるを得ないということ、消費税を上げることを三党で合意したはずなんです。でありますから、やはりこの二・八兆円から使う。ほかにもいろいろの部分に使っていかなくちゃならぬ中において、介護だけではありません、ほかにも障害者福祉やられていく方々、医療の関係の方々もおられます。資金だけ考えても、かなりの方々の資金というものは、やはり医療も含めて低いわけでありますから、そういうものも考えていかなきゃならぬわけでありまして。あわせて、それだけではなくて、今ほど来申し上げたとおり、低所得者に対してのいろいろな軽減策でありますとか、これもやっていかなくちゃいけない。つまり、二・八兆円の中でどうやって分配するかということをお考えの中において、その中において、我々としては、介護報酬として賃金を上げる分だけだけ使えるかということをお省内で頭をいろいろ悩ませながら検討していかなくちゃならぬというところでございまして、その点は財務省と、財務省の立場で言っているわけではなくて、限られた財源の中でそれをどう使うかということ、また委員からいろいろなお知恵をい

ただければ有り難いというふうに思います。○櫻井充君 いろいろな立場で考えなくちゃいけないというところは、そのとおりだとは思いますが、ただ、やはり今のようないい資金では残念ながら、た女性議員の方もいらつしやる前で言うところ、また袋だたきに遭うことは覚悟で申し上げますが、男性の賃金がやっぱりこれだけ格差があるということ自体、僕は問題だと思っております。ですから、じゃ、一生の職になるのかというと、これは一生の職にならないですよ。ですから、そこを考えた方がいいですよ。

繰り返すになりますが、田舎では職が本当になくなってきていて、だげと高齢者の方々はいつぱいいらつしやつて、介護に就くしかない。だげと賃金は安くて、とてもじゃないけど生活もできない。ですから、とんとんとどんとまた田舎から、じゃ、とにかく都会に行つて仕事を探そうかという話になって、それでまた過疎の町は更に過疎になってくるというところなので、この点については是非御検討いただきたい、そう思います。こういうところ、結局は介護保険自体を、もしかするとある程度パイを大きくしていかなくちゃいけなくなるかもしれないんです。私はそれでもいいと思ってるんです。ただし、そうなると、今の負担の在り方だと一対一になっていきますね、税と保険料と一対一になっていて、税も今度はどうかというところ、税の中でいうと半分が国、それから四分の一が県と市町村になってくると、この財

政に耐えられないところも出てくるんではないのかと思つていて、今のような、税が一、それから保険料一という構造を改めて考えていく必要があるんじゃないかと思つています。消費税をもし上げに今一〇%まで引き上げますと、今後更に引き上げないかという引上げを検討しなければいけないんじゃないか、我が党の中でもそういう議論があります。確かに、今の国の財政を考えてくれば、借金の

は盛り込んでおつたんです。ただ、それは三党協議の中でのいろいろ使い道が変わつてきました。その中において我々も断念したわけでありまして、そういう考え方は一つあるんであらうと私は個人的には思つております。

ただ、これは厚生労働省では検討いたしておりませんので、そこだけはつきり申し上げておきながら、そういう委員の御見識、我々も勉強させていただきます。ただかきやならぬなというふうには思いません。

それからもう一点、何でしたっけ。

○櫻井充君 市町村格差。市町村格差、これは今、調整交付金のような形で調整をしております。これは、高齢化の率であるとか、それから所得ですね、第一号被保険者の方々の所得、これに合わせて財政調整をさせていただいておるわけでありまして、そういう意味では二五%のうちの五%ぐらいだつたと思ひますけれども、やりくりはいたしてあります。

ただ、これから保険料の格差がどこまで許容できるのかということも含めて我々は注視をしながら、これからの制度設計、不断に見直す部分はあるところもいんだらうというふうには思ひますが、今のところはそういうような仕組みの中で調整をさせていただいてあります。

○櫻井充君 保険料の基準ですけれど、全国の平均で今約五千円ぐらいです。一番高いところが新潟県のこれは関川村というんでしようか、六千六百八十円でして、一番低いところは北海道の奥尻町で二千八百円になってきていて、これだけの格差が付いてきているんですね。県内でも多分そのぐらいの、ここまでではありませんが格差が付いてきていて、なかなか難しくなつてきています。じゃないかなと、そう思います。

最後にもう一つ。今回、介護を地方に移していく、私は、地方分権の流れの中ではこれは当然のことじゃないかと、それから予防もやっていくと、保険者機能を発揮させるためにはそれはそれ

でいいと思つているんですけど、要するに伸び率を、六%ぐらいだつた、なぜ地方に行つたときには四%の伸び率で抑え込もうとするんでしようか。そして、その上で、国が地方にもう任せると言つたんだつたらそのまま任せればいいのに、あんな方、これを減らすためにポランティアを使えとか、何で国が地方に命令するんでしようか。地方の自主性に任せて、できるところはできるし、できないところはできない、どういうやり方にするかはそれはその地方地方に任せればいいのに、何でこういう指示出されるんでしよう。

○国務大臣(田村憲久君) ポランティアが余り余りにも先行し過ぎておりました、これは修正をしなければならぬと思つておりましたが、決してポランティアが大半なんてあり得るわけじゃないわけでごさいます、私も無理だと思ひます、それは。ただ、進んでいるところではポランティアをやられるところはあつてもいいんだというふうには思ひます。ポランティアというよりは、やはりそこは雇用という形、その中には私は、元氣な高齢者の方々が雇用という形で入り込んでいく、NPOなんことではあるんだというふうには思ひます。そういう意味で、ちよつとポランティアが余りにも前に出過ぎちゃつたものでありますから、私も、余りポランティア、ポランティアという話にそれはもう自治体はちよつと無理だよという話になりますので、決してそういうことを、ポランティアが全てやるようなことは念頭に置いていないというところは御理解をいただきたいながら、しかし、ポランティアも貴重な担い手でありまして、ポランティアで活躍いただける方々にはポランティアにいたしたいというふうには思ひます。

いずれにいたしたいと思つても、地方がいろんな取組をしていきたければいいと思つておられますし、全体的に地方がこれを導入できるかと思つておられます。その場合には既存のサービスを使つていただきますが、一つの市の中でまだら模様で、いろんな、市の中でもこの町は新しいNPO等々

が始めるサービスがあつて、それがだんだんだんだん他の地域に広がつていくような形で、年数掛けて結果的にはその市自体が新たな総合事業の方に移つていっていただく。もちろん、地域支援事業でございましてから介護給付ではありませんが、それと、一定程度は今の事業者等々が活躍した時期もあるんであらうというふうには思つております。

それから、決して給付を削減することでありきやつておるわけではございません。我々考えておりますのは、これ総合事業等々、まあ二次予防事業といふと委員はいろいろと懐疑的であられるというふうにお聞きをいたしておりますが、総合事業といふそれとは違う事業もやっております、ここでもいろんな好事例等々があります。

そういう好事例等々を含めてそういうものを活用していただく中で、悪くなりづらくする、つまり症状を悪化させないといふこと、状態を悪化させない、若しくは悪化させるのもそれを緩めていく、場合によっては良くする、こういうようなことによつて全体として要介護者等々も減るでありますし、もつとと言つて、要介護になる方々も減つていくというふうなことを念頭に置いて、高齢者の伸びで何とかこの給付の伸びを止めていこうといふ思ひですが、そういう努力をしてくださいという意味で申し上げておるわけでありまして、サービス切つて何かよこしまなことを考へておるようには思われるかも知れませんが、下手なことをやると要介護度が悪化するわけでありまして、結果的には介護保険自体の財政が悪くなるというところは我々も重々分かつておる中の提案であるわけでございます。

○櫻井充君 よく分かりませんが、国がきちんとしてできなかったんで、今のお話です。国は六%の自然増だった、これは市町村に任せてと四%程度になるだらうと。ですから、国がギブアップしたという言い方なのかどうか、そこは分かりませんが、ただ、予防のところについて、じゃ、成功した

例があるんですかと。それで資料いただきましたが、国が確かに今まで考へてきたような予防事業ではうまくいっていないんです。

私は、前の委員会でも申し上げましたが、例えばバリーハリの私は推進者です、推進者です。だけれど、バリーハリの私は、あの当時の要支援、要介護一、要介護二の人たちには有効だという数字は全く出ていないんです。ですから、こういうものを予防に使つても無意味ですよというのを申し上げたんです。データに基づいてやらないから、結果的にうまくいっていないんですよ。

ですから、こういうことをやるよりは、ここにあるように、地域の人たちが集まつて知恵を出してくるようなやり方をすればいいんだらうとは思つています。別に委員長が歯医者さんだから申し上げるわけはありますが、歯科医療というのは随分認知症の予防とかそれから介護予防に有効なんです。ですから、こういう中に本当はそういう事例も挙げていただければいいかなと。ちゃんといれ歯の入つている人たちが認知症になりにくいとか、そういうデータもあつて、むしろそういうことを国全体として積極的にやっていくということなら分かるんですが、何となくですよ、何となく地方に任せて、その間に財務省に言われたから介護の費用全体を抑制しようみたいな感覚で取れているので、そうならないように是非お願いしたいなと。

最後に申し上げておきますが、介護というのはやつぱりこれから日本として雇用の受皿として非常に大事なところだし、超高齢社会で極めて大切なところなので、国でほとんどが決まつてくるので、是非財務省に負けないで頑張つていただきたいということをお願い申し上げます、私の質問を終わります。

○東徹君 日本維新の会・結いの党の東徹でございます。

新・介護公明ビジョン(概略版)

平成22年2月24日

公明党新介護ゴールドプラン検討委員会

安心して老後を暮らせる社会をつくる公明党

「高齢者と家族が安心できる介護の実現」を目指し、

介護保険制度の抜本的な改革に取り組む

47都道府県10万件を超える介護現場の声を基に政策提言

だれもが避けて通ることのできない介護。介護保険制度の施行から10年を迎え、特養ホームの待機者問題をはじめ、老老介護やシングル介護、介護うつ、独居高齢者の増加など、介護現場では深刻な問題が山積しています。

公明党は介護を最重要課題と位置付け、全国3000人の議員が一丸となって2009年11月から12月にかけて、全国47都道府県で「介護総点検」を一斉に実施しました。

総点検では①街角アンケート②要介護認定者・介護家族③介護事業者④介護従事者⑤自治体担当者——の5分野で実態調査を行い、10万件を超える介護現場の貴重な声を基に「新・介護公明ビジョン」を政策提言します。

安心して老後を暮らせる社会へ「12の提案」

介護総点検では「介護施設の不足」「在宅支援体制の不足」「介護労働力の不足」——という“3つの不足”に対する不安の声を数多く寄せられています。

公明党は高齢者が住み慣れた地域で、安心して老後を暮らせる社会を目指します。2025年の姿を前提に、2012年の介護保険制度改正では、抜本的な制度設計の見直しが必要です。

公明党は重点課題として、12項目の政策提言を行い、その実現を求めます。

■2025年までに介護施設待機者を解消

※介護3施設:特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設
※特定施設:有料老人ホーム、ケアハウスなど

① 介護3施設を倍増！ 特定施設、グループホームを3倍増に

公明党は、2025年までに特養ホーム、老健施設などの介護3施設の倍増を提案。また、特定施設、グループホームは、3倍増を目指します。介護施設の緊急整備で介護基盤を整え、雇用拡大に効果を発揮すべきです。

賃貸住宅(高優賃)や、高齢者専用賃貸住宅(高専賃)の整備・質の確保、公共住宅や空き学校などを活用したケア付き高齢者住宅を大幅に拡充すべきです。

■介護事業の抜本的な運営の改善

⑧ 煩雑な事務処理の仕分けを行い、手続きの簡素化、要介護認定審査の簡略化で、すぐに使える制度に転換する

保険手続きなどの煩雑な事務処理の仕分けを行い、手続きの簡素化が緊急の課題です。また、要介護認定審査を簡略化することで、すぐに使える制度へと転換が必要です。

⑨ 特養ホームなど介護施設の介護職員の配置基準を改め、現行の3:1から2:1に!

介護職員の配置基準について、介護保険3施設は、すでに配置実態が2:1になっています。特に特養のユニットケアは、プライバシーやケアの充実を考慮する上で手厚い人員配置が望まれています。現行の3:1から2:1に改め、それに見合った介護報酬に引き上げるべきです。

⑩ 要介護度を軽減させた介護事業所を介護報酬で評価する制度の導入

要介護度の改善に向けて、介護事業所が医療機関等との連携を図り、高齢者本人の特性を踏まえたチームケアや技術向上のための研修・研究を強化すべきです。併せて、提供する介護サービスを充実させ、要介護度を改善させた事業所を評価する仕組みを整備すべきです。

■介護を支えるために公費負担を大幅に拡大

⑪ 介護保険外の公的予算で介護予防事業をさらに充実

近年、要支援、要介護1、2の高齢者が急増し、介護予防の普及が急がれています。介護予防サービスは介護保険以外の公費で賄い、公的機関が主体となり充実させることが重要です。

⑫ 公費負担割合を5割から、当面6割に引き上げ、2025年には介護保険の3分の2を公費負担でまかなう

介護施設の大幅な拡充や在宅介護の充実、介護職員の大幅給与アップ等につながる介護報酬の引き上げは必要ですが、介護保険料の上昇を抑制するため、公費負担割合を現行の5割から当面6割に引き上げ、2025年には介護保険の3分の2を公費で賄うことを提案します。

○当面の対策・早急に実施すべき64の対策

2012年の診療報酬・介護報酬同時改定にあわせて介護保険制度の抜本的な見直しが必要です。サービス提供のあり方や運営面の課題を含め、当面、早急に実施すべき「64の対策」を提言します。

高齢者放り出す自治体

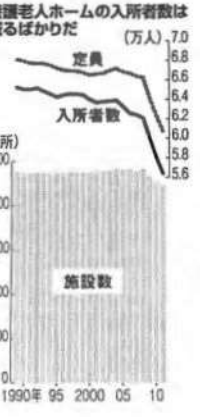
報われぬ国
負担増の先

沖縄県北部にある老人ホームに、がらんとして薄暗い一角がある。鉄筋と階段のうちの半分を占める養護老人ホームだ。「昔はね、満室だった。毎日カラオケをしてにぎやかだった。すっかり人も減って寂しいね」。サノさ



かつては満室でにぎやかだった養護棟。今では空室が目立つ。サノさの撮影。横濱市東区。2014年1月27日撮影。

空室目立つ最後のとりで 養護老人ホーム「措置控え」横行



用をすべて負担する。サノさんが入る養護とは逆に、1階と2階の残り半分を占める特養は満室だ。「特養は市町村が措置しなくたって減るばかり。特養は100人以上が入所待ちなのに」と施設長は言う。この養護では、名護市などから高齢者を受け入れてきた。かつては満床に近かったが、この数年は新たな入所者がなくなった。自治体による「措置控え」だ。入所者を追い出す「措置外」さえある。

2011年6月、沖縄県南部にある養護にいた女性(90代)の親族に、南城市から文書が送られてきた。「介護の認定をさせるように」という要請だった。親族は市に呼び出され、「特養がいいですよ」と勧められた。いきなり環境が変わるのを心配したが、女性には措置を解除され、住み慣れた養護を後にした。前年には、糸満市がこの養護にいた別の女性(80代)の措置を外した。息子から虐待を受け、保護されて入所したのに、再び一緒に暮らしているという。

サノさんが入る養護とは逆に、1階と2階の残り半分を占める特養は満室だ。「特養は市町村が措置しなくたって減るばかり。特養は100人以上が入所待ちなのに」と施設長は言う。この養護では、名護市などから高齢者を受け入れてきた。かつては満床に近かったが、この数年は新たな入所者がなくなった。自治体による「措置控え」だ。入所者を追い出す「措置外」さえある。

老夫婦、野宿まで／衰弱80歳も「対象外」

歩き始めて何日過ぎたか。茨城県生まれのマモルさん(89)は妻のヨシエさん(91)と千葉市から故郷へ向かい、ようやく茨城県土浦市にたどり着いた。動いていた建設会社が倒産し、日雇いなどで働いていたが、12年秋に体調を崩して職を失った。お金も底をつき、「故郷で仕事をみつけよう」と歩いて茨城へ近づいた。だが、1000近く歩き、ヨシエさんがJR土浦駅前で転んで動けなくなった。「もう歩けないよ」。

「役所に助けをもうしかな。土浦市の社会福祉課にかけこんだマモルさんに、担当者はこう言った。「施設を探してあげるから、ちょっと待ってね」。約2時間後、施設の責任者という男が現れた。生活保護を申請したらうえで、車に乗せられ替いたのは、茨城県ひたちなか市にある「無料低額宿泊所」だった。主に生活保護を受けている人を月9万円ほどで受け入れている。かつて民泊だった木造2階建て住宅は、壁が剥がれ、塗装もはがれたまま。2人が入った8畳の部屋には薄っぺらい布団しかなく、冬は寒さで震えた。

「役所に助けをもうしかな。土浦市の社会福祉課にかけこんだマモルさんに、担当者はこう言った。「施設を探してあげるから、ちょっと待ってね」。約2時間後、施設の責任者という男が現れた。生活保護を申請したらうえで、車に乗せられ替いたのは、茨城県ひたちなか市にある「無料低額宿泊所」だった。主に生活保護を受けている人を月9万円ほどで受け入れている。かつて民泊だった木造2階建て住宅は、壁が剥がれ、塗装もはがれたまま。2人が入った8畳の部屋には薄っぺらい布団しかなく、冬は寒さで震えた。

「役所に助けをもうしかな。土浦市の社会福祉課にかけこんだマモルさんに、担当者はこう言った。「施設を探してあげるから、ちょっと待ってね」。約2時間後、施設の責任者という男が現れた。生活保護を申請したらうえで、車に乗せられ替いたのは、茨城県ひたちなか市にある「無料低額宿泊所」だった。主に生活保護を受けている人を月9万円ほどで受け入れている。かつて民泊だった木造2階建て住宅は、壁が剥がれ、塗装もはがれたまま。2人が入った8畳の部屋には薄っぺらい布団しかなく、冬は寒さで震えた。

「報われぬ国」は朝日新聞として月曜日に週刊で連載します。(keizai@asahi.com)にお寄せください。

「受け付け拒否」
「何のための養護老人ホームなんですか」。昨年2月、茨城県常陸大宮市の介護高齢課を訪れた60代の女性は、いらだちを隠さなかった。市の担当者が叔父(80)の入所を受け付けてくれないからだと。老人保健施設からの連絡で、市内で一人暮らしをしていた叔父が衰弱し、緊急入院していきつづけた。一命を取り留めた

「受け付け拒否」
「何のための養護老人ホームなんですか」。昨年2月、茨城県常陸大宮市の介護高齢課を訪れた60代の女性は、いらだちを隠さなかった。市の担当者が叔父(80)の入所を受け付けてくれないからだと。老人保健施設からの連絡で、市内で一人暮らしをしていた叔父が衰弱し、緊急入院していきつづけた。一命を取り留めた

「受け付け拒否」
「何のための養護老人ホームなんですか」。昨年2月、茨城県常陸大宮市の介護高齢課を訪れた60代の女性は、いらだちを隠さなかった。市の担当者が叔父(80)の入所を受け付けてくれないからだと。老人保健施設からの連絡で、市内で一人暮らしをしていた叔父が衰弱し、緊急入院していきつづけた。一命を取り留めた

負担嫌い、生活保護に

措置控えが増えたのは、小市町村の全額負担になった。財政権の「三位一体改革」による地方への税源移譲がきっかけだ。国が半分、市町村が4分の1で半分だった負担が、

「ベッコロスの母に会い、俺と母を陽だまに

認知

2014 エピソードで読む世界の国

幕末

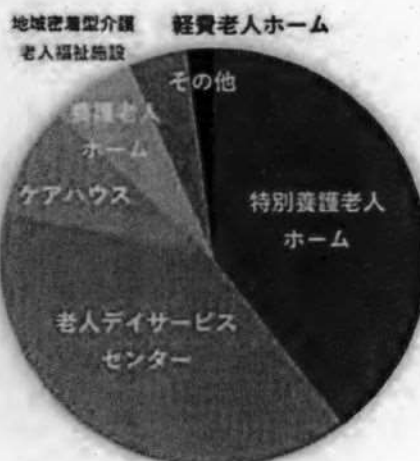
公益社団法人 全国老人福祉施設協議会について

- ・ 本会は大正14年第一回全国養老事業大会開催を皮切りに設立
- ・ 平成21年に公益社団法人として認可を受け、全国約11,000の高齢者福祉・事業所を会員として構成する事業者団体

■ 全国老施協の沿革

大正14	第1回 全国養老事業大会
昭和7	全国養老事業協会 設立
昭和37	全国社会福祉協議会内に 老人福祉施設協議会設置
昭和38	老人福祉法 施行
平成12	介護保険法 施行 一般社団法人 全国老人福祉施設協議会 設立
平成21	公益認定をうけ、公益社団法人 全国老人福祉施設協議会へ
平成30	次世代を見据えた 「老施協ビジョン2035」公表

■ 本会の会員施設の構成



公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 1
Japanese Council of Senior Citizens Welfare Service

養護老人ホーム・軽費老人ホームについて

- ・ 養護老人ホーム、軽費老人ホームは高齢者福祉施設として、生活に課題を抱える高齢者の生活を支えてきており、近年、利用者の重度化、認知症、精神疾患等の照会も増えている（詳細パンフレット参照）。

養護老人ホーム

- ・ 環境上の理由と経済的理由により自宅での生活が困難な高齢者が、市区町村の「措置」により入所する。
- ・ 全国に952施設（56,638人）*1
- ・ 視覚・聴覚障害をお持ちの方を支援する盲養護、聴養護老人ホームも1割程度存在*2
- ・ 外部の介護サービスの利用も可能。また特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設は約4割*2

軽費老人ホーム

- ・ 無料又は低額な料金で家庭環境、住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な老人を入所させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与する施設。
- ・ 全国に2,309施設（82,308人）*1
- ・ ケアハウス、軽費老人ホームA型、B型、都市型といくつかの種類が存在。
- ・ 外部の介護サービスの利用や、ケアハウスであれば特定施設の指定を受けることが可能。

*1 厚生労働省 平成30年度福祉行政報告例より
*2 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 第9回全国老人ホーム基礎調査より

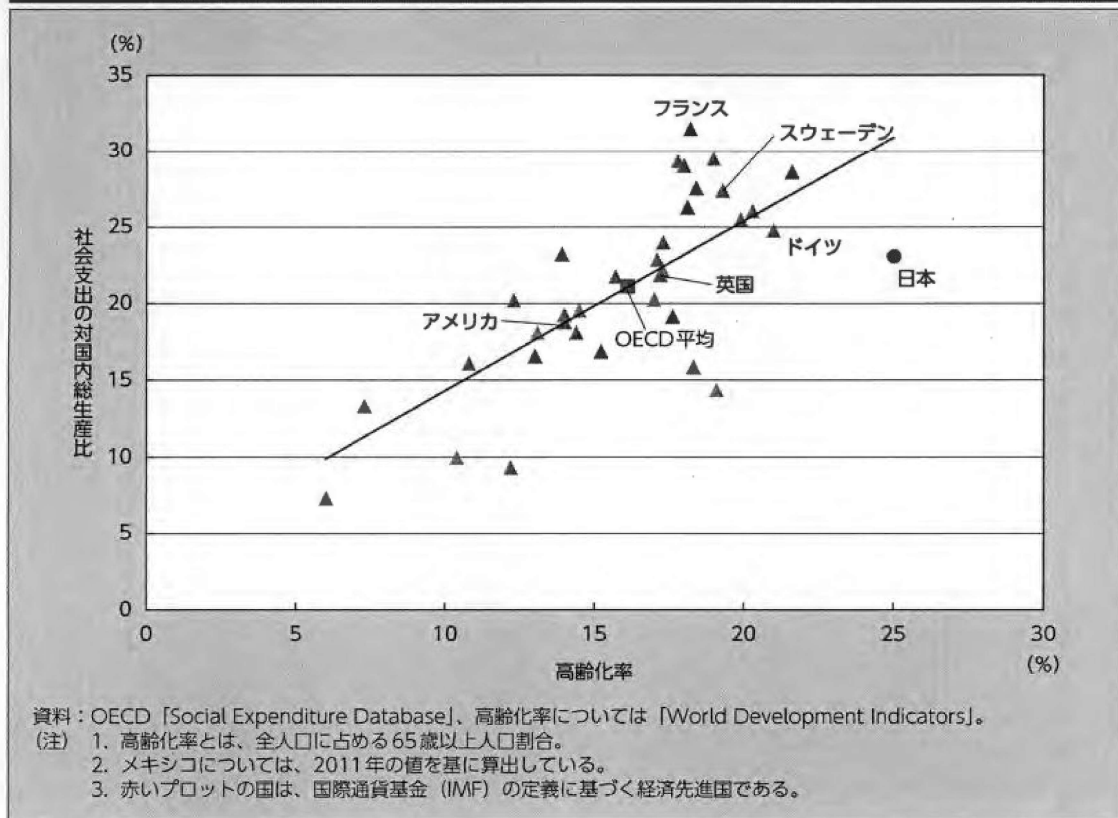
公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 2
Japanese Council of Senior Citizens Welfare Service

28

(高齢化の進展度合いから見ると、我が国の社会保障給付の水準は相対的に低い)

次に、高齢化率（65歳以上人口が全人口に占める割合）との関係でOECD加盟国の社会保障給付の規模を見てみると、高齢化が進展しているほど社会支出の対国内総生産比が高くなる傾向が見てとれる。我が国の高齢化率はOECD諸国の中で最も高く、OECD加盟国の平均を大きく上回っているが、社会支出の対国内総生産比については、先ほども見たとおりOECD加盟国の平均をやや上回る程度であり、高齢化の進展度合いから見ると、我が国の社会保障給付の水準は相対的に低いことが見てとれる（図表1-2-3）。

図表1-2-3 高齢化率と社会支出の国際比較（2013年）



●各国の社会支出の対GDP比（2019年、OECD Data）

フランス	—	31.4%
デンマーク	—	30.8%
イタリア	—	28.7%
ドイツ	—	28.1%
アメリカ	—	24.1%
日本	—	22.9%

「全世代型」社会保障実現を



鈴木俊彦 厚労省保険局長は2月16日に都内で開かれた全国関係者会議で、厚労省の「全世代型」社会保障実現を掲げ、2025年までに全世代型に作り替えることを目指す。

鈴木俊彦 厚労省保険局長の講演要旨

厚労省の鈴木俊彦保険局長は2月16日に都内で開かれた全国関係者会議で、厚労省の「全世代型」社会保障実現を掲げ、2025年までに全世代型に作り替えることを目指す。

社会保険が増え大企業から切れ、切れという人が経済界や財政当局にいる。一方で、そんなことをしているのは生活者ではない。だから、生活者側から変えよう。生活者側から変えよう。生活者側から変えよう。

税・社会保険料で財源捻出

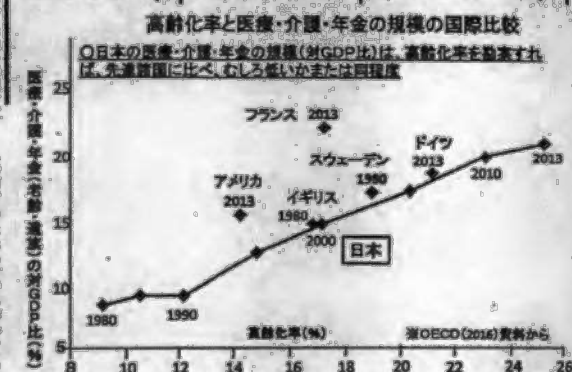
高齢者とともに子どもにも手厚い給付必要に

「全世代型」の計画には「マシ」なところがある。それは（人口要因のみを考慮したもので）医療と社会保障の負担が公平に配分されているという点だ。だが、その一方で、高齢者が負担する負担が大きい。高齢者が負担する負担が大きい。高齢者が負担する負担が大きい。



日本のGDPは米国に匹敵するが、社会保障の国際比較で高齢者が負担する負担が大きい。

「全世代型」に転換して、そのやり方として「新しい経済政策パッケージ」は、29年12月8日閣議決定。これは、安定財源を確保したうえで進めるとしている。非常に大事なところだ。全世代型に転換するが、今までのような財政構造、赤字国債の使い回しをやめてはいけない。歳入を減らして、でも安定財源を確保する。つまり、私たちが税金・保険料を払って、入っているところだ。



「全世代型」の計画には「マシ」なところがある。それは（人口要因のみを考慮したもので）医療と社会保障の負担が公平に配分されているという点だ。だが、その一方で、高齢者が負担する負担が大きい。高齢者が負担する負担が大きい。高齢者が負担する負担が大きい。

「全世代型」の計画には「マシ」なところがある。それは（人口要因のみを考慮したもので）医療と社会保障の負担が公平に配分されているという点だ。だが、その一方で、高齢者が負担する負担が大きい。高齢者が負担する負担が大きい。高齢者が負担する負担が大きい。

神野正博
社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長



武田俊彦
ポストンコンサルティンググループシニア・アドバイザー

対談

これからの病院の 外来機能をどう考えるか

日本の病院が抱える三つの「余裕のなさ」

神野 この2年半余り、新型コロナウイルス感染症によって、医療の在り方や医療提供体制はずいぶん変わった、変わらざるを得なかったと思います。コロナ禍自体はまだ進行中で今後は不透明ですが、コロナ患者非受け入れ病院に対する批判もありました。武田さんは受け入れ病院/非受け入れ病院の実情をよくお分かりだと思いますが、どう認識されていますか？

武田 感染拡大により病床が逼迫し患者の受け入れが困難な状況が生まれて「こんなに病床が多いのに、なぜ受け入れてくれないのか」「病院が非協力的なのではないか」という批判も出ました。新型コロナ「協力病院」に対しては、「病床を全部使っていない」との批判も出て、病院の在り方自体にスポットライトが当たった2年間でした。医療の在り方や患者の受療行動など、それまでゆっくり変化していたものがコロナで急速に進みました。

一般の方にとって、病院とは、ある意味オールマイティな存在であって、病院があれば安心、病院がなくなることには絶対反対という意識が強かったと思います。一方で病院や行政としては、いろいろな機能の病院があって、おのず

コロナ禍で変わった医療提供体制や
社会の価値観を踏まえて、
これからの社会に求められる病院の在り方と
その外来機能、在宅支援機能について、
元厚生労働省医政局長の武田俊彦氏に話を聞いた。



武田 俊彦(たけだ としひこ)氏
ポストン コンサルティング グループ
シニア・アドバイザー
1983年東京大学法学部卒業後、厚生省(現・厚生労働省)入省、大蔵省(現・財務省)主計局、ジェトロニューヨーク事務所、北海道庁への出向などを経て厚生大臣秘書官、2000年医政局企画官、同経済課長、同政策医療課長、保険局国民健康保険課長、同総務課長を歴任後、社会保障担当参事官として社会保障・税一体改革を担当、2年間の総務省出向(消防庁審議官)を経て、大臣官房審議官(医療保険担当)、政策統括官(社会保障担当)、医薬・生活衛生局長、医政局長を歴任、2018年7月退官。2018年11月～2019年9月厚生労働省政策参与。現兼職として、東京海上日動火災保険株式会社顧問、一般社団法人日本在宅ケアアライアンス副理事長、岩手医科大学客員教授。

と役割分担もあり、地域に必要な病院の機能を議論し連携していかなければ地域医療を守るのは難しいと言ってきたわけで、そこにはずいぶんギャップがあったと思います。

日本の病院には、三つの余裕のなさがあります。「構造面での余裕のなさ」「医療従事者数の余裕のなさ」、そして多くを担っている民間病院の「経営面での余裕のなさ」です。それを何とかやりくりしていたのが、今回のコロナで明るみに出た。感染症に全ての病院が対応できるわけではないこと、日本では病床が多いがゆえに欧米と比べて病床数当たりのスタッフ数が揃っていないことも、国民に認識されるようになってきました。各病院にどんな機能を期待し、そこに公費なり、保険料財源なりをどう投入していくべきなのか、医療提供体制を考え直す、いい機会になったと思います。

神野 武田さんは、2017年の医療法改正で、医政局長として病院の機能分化の旗を振られたご当人ですが、その流れがもうちょっと先に進んでいたら、コロナ対応はもう少しうまくいったというふうにお考えでしょうか。

武田 その点については、だからこそ今まで進めてきたという点と、前から手を着けていたけれども十分ではなかったという反省点と、二つあります。機能分化・連携、地域での協力体制について、国としては遅いと言われながらも着手して、進めてきました。そして、普段使っていない病床の許可をなるべく返上して、そこに対する手当はやめるべきだと、私自身も言ってきたわけですが、いざパンデミックが起きてみると、定常状態だけの医療体制では対応が難しかった。何か起きた時のための伸縮性というか、柔軟性、包容力というか、この点はこれまで議論してこなかったと反省点があります。

神野 その、サージキャパシティとしての休眠病床は、診療報酬でまかなうのか、それとも、交付税、補助金を投入していくべきでしょうか。

武田 わが国の医療構造の問題点の一つに、病院・診療所のどちらも出来高払いということがあります。出来高払いは病院になじまない面もあり、DPCで一部補正をしましたが、救急医療など、常に一定の病床を確保し、余裕をもった人員体制を整えておく必要性を考えると、これは出来高払いでは解決できない問題です。火事が減ったからといって消防署を減らせないと似ています。

神野 消防、警察、自衛隊、病院ですね。

武田 そのなかで病院だけが民間主体です。病院には地域のインフラとしての役割があるわけですから、公費をある程度入れて、医療保険財源で対応するのなら報酬体系に少し手を入れて、患者が来る／来ないにかかわらず、一定程度経営保障がされる仕組みを考えていかないと、ギリギリのところまで運営して、いざ必要時に手が回らない、それを繰り返してしまうのではという気がします。

「外来」が減り、在宅医療とオンライン診療が増える

神野 医療側も患者側も、コロナ禍で価値観がだいぶ変わりました。特に慢性疾患の患者さんは、「薬さえあれば病院に行かなくてもいいみたいだ」と思われ、「面会禁止の病院に入院したら家族に会えない。それなら、自宅の方がいい」と

社会保障は経済である

経団連は、社会保険料の企業負担分を嫌がって、保険料負担が現役世代の可処分所得の伸びを抑制すると主張していますが、負担と同時に給付も受けるわけで、給付を充実させれば、それこそ可処分所得を増やすこととなります。

それだけでなく、社会保障をもっと大きくマクロ的にとらえる必要があります。

表1(次ページ)は各国の経済成長率と税と社会保険料のいわゆる国民負担率を示した表です。両者のあいだの相関関係はまったくなく、国民負担率が高いと経済成長に悪影響があるとの議論を一般化できる事実はどこにもありません。むしろ日本より国民負担率の高い北欧をはじめヨーロッパの国々の方が、日本より高い成長率を示しています。

そもそも社会保障の支出は経済活動そのものです。今から一五年ほど前になりますが、参議院の社会保障問題調査団の一員として、スウェーデンの保健・福祉庁を訪ねたことがあります。スウェーデン政府の社会保障制度の説明を受けたあと、対応していただいた

抜群の経済効果をもつ社会保障

経済波及効果という点でも、社会保障は優れていません。社会保障の経済効果については、じつはかつて厚生労働省自身が強調してきたことです。二〇一二年版

表1 日本など5カ国の国民負担率及び経済成長率 (%)

	フランス	フィンランド	スウェーデン	ドイツ	日本
国民負担率	45.9	42.4	43.8	38.4	31.6
経済成長率(名目)	2.9	3.2	4.4	3.1	0.6

注) 国民負担率は、各国の総収入(租税収入と社会保険料を合わせたもの)を各国の名目GDPで割って算出した数値(出所) OECDのデータより作成

『厚生労働白書』では、社会保障の機能・役割について、「生活上のリスクを軽減し、生活への安心を提供する」、「高齢世代への私的扶養を代替すること、現役世代の生活保障にも貢献している」、「経済成長と社会の安定に寄与し、雇用を創出する」としています。

担当官(女性)から逆に質問をされました。「日本では毎年、社会保障の自然増のカットがされていると聞きますが、国民は怒らないのでしょうか。スウェーデンなら政権交代がおきます」というのです。調査団の団長である与党議員は返事に困ってしまいました。さらに彼女は「社会保障は暮らしを守ると同時に経済ですから、削ると経済も悪くなるのでは」といいました。「社会保障は経済です」という彼女の言葉に目からウロコが落ちる思いがしました。日本に帰ってからあちこちの講演で「社会保障は経済だ」という話をするようにしました。

たしかに社会保障は経済なのです。例えば、みなさんが病気になるれば、自費と公費から医療機関に医療費が支払われます。それは医療機関の収入になり、医師、看護師、事務員の雇用につながり、支払われた賃金は消費につながります。年金はいまや消費そのものです。年金が引き下げられれば消費が落ち込みます。しかも社会保障の経済規模はGDPの二割(二〇〇兆円)以上を占めます。社会保障そのものが大きな経済活動なのです。

それを目の敵にして削減ばかりはかろうとすれば、経済が落ち込むのは当然です。

また『白書』では、社会保障の経済機能と効果について、「総需要拡大機能」(①雇用創出機能、②生産誘発機能、③資金循環機能)と、「セーフティネット機能」(①生活安定機能、②労働力保全機能、③所得再分配機能)の二つがあります。

「総需要拡大機能」は、おもに産業連関表を用いて試算することができます。京極高宣(たかのぶ)・国立社会保障・人口問題研究所長(当時)は、産業連関分析をもとに、医療、保健衛生、社会福祉、介護(以上すべての公的部門、民間部門含め)と「社会保障事業(国公立)」の全分野で、「総需要拡大効果」が全産業平均を上回っていることを明らかにし、社会保障が経済の足を引っ張るところか、「国民経済を押し上げる強い経済効果(いわば内需拡大効果)を有している」と強調していました(「社会保険旬報」No.2402、二〇〇九年一〇月)。

しかし安倍政権以降、社会保障の経済効果について政府はふれなくなりました。社会保障の削減路線に邪魔になると考えたのでしょうか。

いままでも医療や介護、保育、障害者福祉など、社会保障にかかわるケア労働は、人、マンパワーがなくは成り立たず、多くの雇用を創出してきました。実

表2 主な産業別就業者数の対前年増減(2012~22年)

	農林	建設	製造	情報通信	運輸	卸売小売	金融保険	不動産	宿泊飲食	医療福祉
2012	-6	1	-16	-3	-12	-14	2	-1	-6	30
2013	-7	-5	-14	-1	-4	7	-2	-2	7	25
2014	-8	7	2	12	-4	2	-10	2	1	22
2015	-1	-4	-4	6	-1	-4	-1	8	-1	28
2016	-6	-8	7	-2	3	6	9	3	6	23
2017	-2	4	8	5	1	14	5	2	1	5
2018	9	6	10	8	2	-2	-4	4	25	18
2019	-3	-5	4	9	6	-12	3	0	4	13
2020	-7	-6	-17	11	1	-2	0	10	-29	20
2021	-5	-9	-6	17	3	7	1	2	-21	24
2022	-3	-6	-1	14	-1	-25	-8	-1	10	17

出所) 総務省「労働力調査 2022年」より作成

際、主な産業別就業者数の対前年増減(表2)をみると二〇二二(二二年の間、就業者数がずっと伸び続けているのは、「医療・福祉」分野だけです。しかも、その増加数は突出しています。

社会保障を充実すれば、さらに雇用を拡大することができま

す。例えば、高齢者介護政策や保育所政策が充実していけば、そこで働く人が必要になり雇用が増えます。同時に、介護や育児による女性、男性の離職が抑制され、労働力の減少も防げます。その際、賃金の引き上げが不可欠です。現在、ケ

民にとって「負担」というより「貯蓄」という概念に近いのかもしれませんが。国民負担率が高くても福祉が充実した国が、一人当たりGDPや生産性が高いのもこのことのあらわれだと思えます。

しかし小泉・竹中「構造改革」以来、二〇年以上にわたる新自由主義政策は、国の社会保障にたいする責任を放棄し、国民に自己責任を押しつけ、社会保障の連続改悪をすすめました。いまや公的なセーフティネットはボロボロの状態です。こんなことを続けた結果、人々は賃金が伸びないだけでなく、将来不安を増大させ、消費をおさえ少しでも貯蓄にまわそうとしています。これでは経済も縮小するばかりです。

(二一) ジェンダー平等の実現が
経済の未来も決める

世界経済フォーラムは、各国における男女格差を測るジェンダー・ギャップ指数を発表しています。ジェ

ア労働は低賃金状態におかれており、雇用増↓賃金増↓消費拡大↓経済活性化という流れは起きていません。ケア労働者の早急な賃金引き上げをふくめ、社会保障分野の公的投資を増やすことが「総需要拡大効果」を高め、日本経済の立て直しにも貢献することになります。

しかし、最も重要なのは、先ほどの『厚生労働白書』にも出てきましたが、社会保障の「セーフティネット機能」(①生活安定機能、②労働力保全機能、所得再分配機能)を再構築することです。

本来、社会保障制度は、私たちが健康で安心して働き、生活しつづけることができるようにするためのセーフティネットの役割を果たすものでなければなりません。いざ病気になるっても安心して医療が受けられる。幼い子どもがいても保育所があるから預けて働ける。出ることが出来る。万一、失業しても雇用保険の失業給付があり、生活が困窮したときには生活保護制度が支えになってくれる。そういうセーフティネットがあれば人々は安心して仕事にチャレンジし、頑張りつづけることもできます。

社会保障制度が十分にセーフティネット機能を果たしている国においては、税や社会保険料の支払いは国

ンダー・ギャップ指数は、「経済」「教育」「健康」「政治」の四つの分野のデータから作成され、0が完全平等、一が完全平等を示します。

二〇二二年の順位は、①アイスランド(0・908)、②フィンランド(0・860)、③ノルウェー(0・845)、④ニュージーランド(0・841)、⑤スウェーデン(0・822)など北欧の国々を先頭にドイツ、フランス、イギリス、カナダ、アメリカと続きます。

ジェンダー平等の遅れた日本

日本の総合スコアは0・650で、一四六カ国中一六位でした。先進国の中で最低レベル、アジア諸国の中で韓国や中国、ASEAN諸国より低いスコアになっています。日本のジェンダー平等の遅れは深刻な状況にあります。本稿ではジェンダー平等と経済の関係にしばってふれたいと思います。

図1(八三六)は、ジェンダー・ギャップ指数と一人当たりGDPの関係を示したグラフです。ジェンダー平等が進んだ国ほど、一人当たりGDPが高い傾向にあることがわかります。

長野県民医連介護ウェブ推進委員会

皆さんこんにちは 社会医療法人南信勤労者医療協会 諏訪共立定期巡回ケアえにしで所長をしています清水と申します。

長野県民医連及び諏訪地域連絡会介護ウェブ推進委員の立場から発言をさせていただきます。

昨年度みなさんにご協力いただきました「介護保険制度の改善を求める請願署名」は、長野県民医連で7,519筆集め、全国で419,540筆となり今年5月に国会に提出いたしました。コロナ禍で行動範囲が狭まっている期間ではありましたが、長野県連内にある6地域で様々な工夫を凝らし、多くの署名を集めることができました。署名にご協力いただきありがとうございます。この取り組みの成果としてケアプラン有料化、軽度者の総合事業への移行等に関しては今回の改定では回避することができました。また、今年夏には結論を出す予定であった制度改定の大枠についても年末まで先送りとなるなど国に対し、民医連をはじめとする介護業界の多くの団体からNOを突きつけた結果であると思います。

介護現場では職員が人員不足により多忙な日々を送っており、全国的に問題となっていることはご存じかと思えます。その背景には低く設定された介護報酬による他産業と比べた収入の低さや多忙を極める仕事内容など、「やりがい」だけでは成り立たない職業になってしまっている状況があると思います。介護ウェブ推進委員会の取り組みは介護保険制度を良くしようとする運動や人材確保に繋がる活動を行なっていくことであり、介護に携わる全ての方が安心できる制度にしておくことを一番に考え活動しています。

私が普段活動している諏訪地域連絡会介護ウェブ推進委員会では月に1回委員会を開催しており、その中で各事業所の近況を共有したり、介護ウェブとはなにか、といったところをはじめとし、介護保険に関する事や日々気になる事についての学習を各自持ち寄り知識を深めて参りました。新型コロナウイルス感染症が蔓延する前は街頭署名活動なども盛んに行われ、私達自身が当事者として、自分たちの言葉で地域へ呼び掛け、集まった声を署名や集会を通して国・行政へ伝えてきました。コロナウイルスが5類となった今でも、まだまだ落ち着いたと言える状況ではありませんが、諏訪介護ウェブ推進委員会では今年11月に数年ぶりに街頭署名活動を実施致します。そういった活動を通して私達当事者が声を上げていく事は基より、一緒に働く仲間たちや次世代を担う若者達にも声を上げる事の大切さを知ってもらえる機会となればよいかと思っております。

3年に1度行われる制度改定は高齢者増加と財源不足を理由に利用者負担を増やしたり、加算要件も事業者への負担が増えるだけで増収には程遠いものとなっています。これらに対しNOを突きつけることができなければ、国の考えるまま利用者負担が増え続け、報酬は削られ、本当に必要としている人にサービスが行き届かなくなってしまう、また、サービスを提供したくても事業継続できず職員の雇用も守れない事業所も増えていくことと思えます。

長野県民医連介護ウェブ推進委員会では、介護保険制度改悪について反対の意思表示、物価高騰に対する支援を求める為長野県介護支援課との懇談も積極的に行い、2022年度は2回懇談を行いました。懇談を通じて県は現場の生の声を求めている事を感じています。この活動はみなさんの協力でおおきな力となり国や県を動かすことができるものと考えています。介護ウェブの活動を後押しするため、みなさんの現場での困り事、問題事例を介護ウェブ推進委員会にお寄せください。そして、一緒に制度改悪反対の声をあげましょう。

新介護署名も提起されずすでに行動を始めている民医連の事業所もあります。みんなのチカラで昨年の“波”を超える大きな“波”にしましょう。

長野県民医連介護ウェブ推進委員長 丸山 清志

長野県民医連介護ウェブ推進委員 清水安土 他推進委員一同

2023年6月1日

【発行】長野県民主医療機関連合会
介護福祉活動部

長野県民医連

介護ウェーブニュース #2



5月22日国会署名提出行動に

長野県民医連から7名参加。

(長野：1名 中信5名、県連1名)

介護保険制度改善を求める請願署名全国から

419,540筆集まる。

長野県民医連からは **7,619筆** 提出



↑井上議員室にて



↑杉尾議員室にて

長野県民医連では、7,619筆の署名を集めることができました。県連目標が3,000筆でしたので、2.5倍以上の署名を集めることができました。クラスター発生、欠員状態で時間的余裕もない中で、署名活動に奮闘していただいた皆さんの活動を紹介します。職員への署名活動はやり切ってしまったところも多くありました。そこで、長野では、介護ウェーブ委員が民医連以外の地域の介護事業所に足を運び、直に署名をお願いしてきました。中信では、病院外来に署名コーナーを設置してより広く署名を呼びかけました。諏訪では、諏訪地域全域の介護事業所に署名を送付し、反応も多くありました。上伊那では、地域の介護事業所へ郵送した他にケアマネージャーと協力し、署名を持って訪問に出る等工夫を重ねました。皆さんの工夫と奮闘で7,619筆集めることができました。全日本林事務局次長から「長野はすごいですね！」と、労いをいただきました。

全体集会では民医連を含め多くの団体から発言があり、「病院で働く介護職員に対する処遇改善が適用されず、分断を生んでいる。」「欠員で夜勤回数が10回を超えて勤務せざるを得ない状況。」「2割負担となればサービスを減らす、又は食費を抑えたり貯蓄を切り崩し継続させる。」など切実な利用者の声介護職員の発言がありました。

集会に参加されていた日本共産党の宮本徹衆議院議員からは、介護保険の改悪を一旦止める事は出来たが、「先送り」にされているだけで、保険料負担の在り方、利用料2割の判断基準、多床室の室料負担の3点は、今夏までに結論を得るべく引き続き議論されていて、これから勝負の夏を迎えます。

集会後、井上哲士議員（共産）、杉尾秀哉議員（立憲）の両議員に陳情を行い、参加した介護職員が勤務実態、利用者の声を訴えてきました。井上議員は不在でしたが、秘書の方が対応していただき井上議員が参加している総務委員会で防災の観点から「施設で災害などの緊急時に一人夜勤では安全且つ速やかに利用者の避難誘導はできない。」と、違う角度から一人夜勤の問題を取り上げてくれています。杉尾議員はご本人に対応していただき、介護保険だけではなく、医療含め社会保障の拡充を国会で訴えていくこと、当署名の紹介議員になっていただく事を承諾して頂きました。

介護ウェーブニュース #4

諏訪地域連絡会介護ウェーブの取り組み

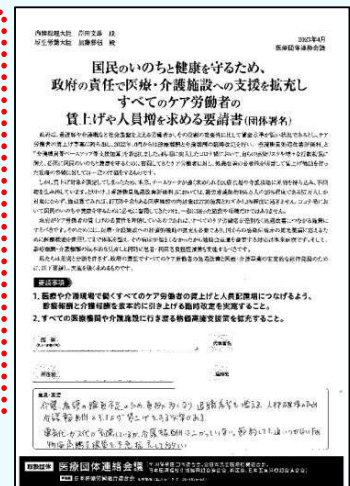
介護団体署名を地域の介護事業所へ郵送

諏訪地域介護ウェーブ推進委員会では介護の団体署名を地域の102の介護事業所へ郵送しました。民医連外にもこの情勢を知ってもらい、共にアクションを起こしていきたいとの思いで送りました。その結果10事業所より返信がありました。一枚一枚に込められた思いを考えるとたかが10枚とは言えない重みがあります。介護報酬の引き上げ、物価高騰支援策等の切実な声がかかれていました。コロナ禍のため郵送で行いましたが、出来れば足を運び直接訴えたかったです。同じ介護職として横のつながりで連帯し地域に波を起こしていきたいと思えます。

署名に書かれていたコメントを紹介します。

介護・看護の職員不足のため、負担が多くなり退職希望も増える。人材確保のため介護報酬を引き上げ賃上げをする必要がある。電気代・ガス代が高騰しているが、介護報酬は上がっていない。節約しても追いつかないため物価高騰支援策を至急拡充してほしい。

南信勤医協 地域企画活動部 朝倉 涼子



県連医学対の皆さん

松本駅前署名行動

県連事務局員と医学対の皆さんが松本駅前署名行動を行っています。7月はナースアクションと介護ウェーブの署名に取り組みました。ハンドマイクで訴えていると、聞き入って署名をして下さる方もいらっしゃいました。また「介護職の給料が上がるようになるならば書きます！」とご夫婦で署名してくださいました。

介護ウェーブニュース #5

9月1日新介護署名「キックオフ集会」開催

2022年秋から取り組んだ「介護署名2022」は、全体で42万筆（民医連は23万筆）を国会に提出し、「ケアプランの有料化」「要介護1・2の総合事業への移し替え」など先送りにさせることができました。しかし、先送りにされているだけで、中止・撤回には至っていません。介護報酬抜本的改善を求めて新介護署名が提起されました。

新署名取り組みの開始にあたり、キックオフ集会がWEBで開催されます。

介護ウェーブ推進委員をはじめ多くの職員に参加を呼びかけ、新署名も大きな取り組みにしていきましょう。



介護ウェーブ推進委員会主催学習会計画中

介護ウェーブ推進委員会では2024年介護報酬改定に向けて学習会を1月頃に計画しています。今回の学習会は長野県介護福祉士会にも呼び掛けて、改定の中身を一緒に学習していきたいと考えています。ぜひ、ご参加ください！



松本駅前行動継続中！

県連事務局員の松本駅前行動継続中です。今月も引き続き介護ウェーブ署名を実施しています。署名してくれる方の反応も様々ですが、まだまだ、介護の実態が知られていないと実感します。介護ウェーブとしてもっと広がっていきたいと思います。

介護保険制度と介護従事者の処遇改善を求める請願署名キックオフ集会

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

2023年9月1日(金) 18:00~19:00

ZOOM情報 ミーティングID: 961 9569 5942 パスワード: 264109

メインスピーカー: **林 泰則** 氏(全日本民医連事務局次長)

★ 主催: 中央社保協・全日本民医連・全労連
お問い合わせ k25@shahokyo.jp

2023年6月18日

長野県医労連介護対策委員会

「介護現場の声」アンケート結果

アンケートの目的

コロナ禍やそれ以前からの介護現場の実態と課題を明らかにするとともに、県や政府の処遇改善策等に対する現場の声をまとめ、介護職員をはじめとするケア労働者の大幅賃上げや介護保険制度の改善につなげること。

アンケート対象

長野県内の介護現場で働く職員(病院も含む)

アンケートの実施方法

長野県医労連加盟の介護現場(約120職場)への、ネット及び、アンケート用紙にての取り組み依頼

アンケート実施期間

2023年3月

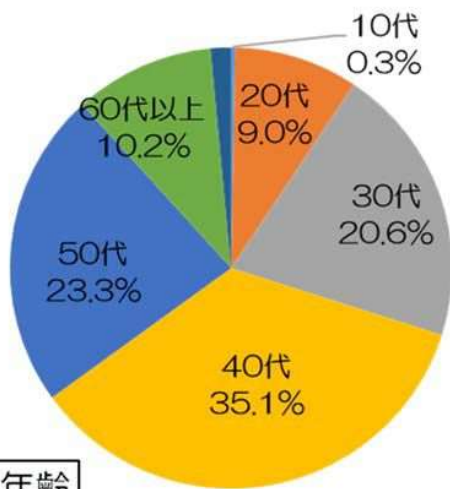
回答数

1006名

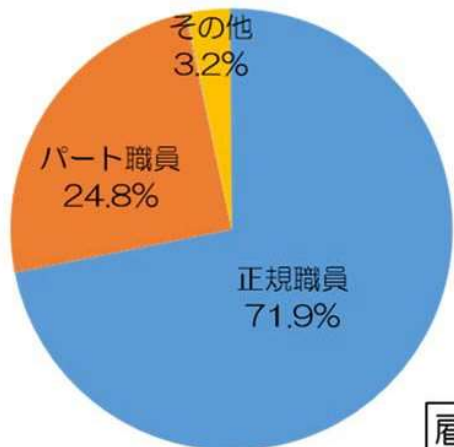
所属

	数値	%
長野地域民医労	116	11.5
中信民医労	70	7.0
上伊那民医労	244	24.3
諏訪地域民医労	70	7.0
東信医療生協労組	36	3.6
林の杜労組	23	2.3
飯田民医労	36	3.6
長厚労佐久支部	89	8.8
長厚労北信支部	46	4.6
長厚労こもろ支部	58	5.8
長厚労富士見支部	0	0.0
長厚労下伊那	62	6.2
長厚労南長野新町	3	0.3
長厚労リハ	134	13.3
その他・不明	19	1.9
合計	1006	100.0

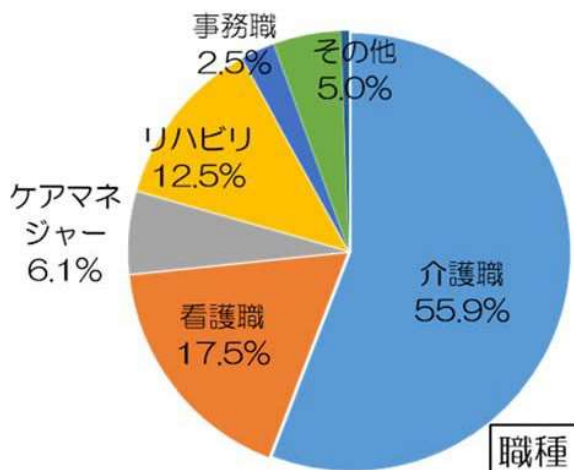
基礎項目



年齢



雇用



職種

性別

	数値	%
女	696	69.2
男	288	28.6
無回答	22	2.2
合計	1006	100.0

年齢

	数値	%
10代	3	0.3
20代	91	9.0
30代	207	20.6
40代	353	35.1
50代	234	23.3
60代以上	103	10.2
無回答	15	1.5
合計	1006	100.0

45.1

職場

	数値	%
特別養護老人ホーム	19	1.9
介護老人保健施設	310	30.8
有料老人ホーム・ケアハウス	18	1.8
ショートステイ	0	0.0
デイサービス	64	6.4
デイケア	80	8.0
訪問介護	46	4.6
訪問看護	77	7.7
小規模多機能居宅介護	59	5.9
グループホーム	51	5.1
居宅介護支援	52	5.2
病院	191	19.0
その他	37	3.7
無回答	2	0.2
合計	1006	100.0

雇用

	数値	%
正規職員	723	71.9
パート職員	249	24.8
派遣	1	0.1
その他	32	3.2
無回答	1	0.1
合計	1006	100.0

職種

	数値	%
介護職	562	55.9
看護職	176	17.5
ケアマネジャー	61	6.1
リハビリ	126	12.5
事務職	25	2.5
その他	50	5.0
無回答	6	0.6
合計	1006	100.0

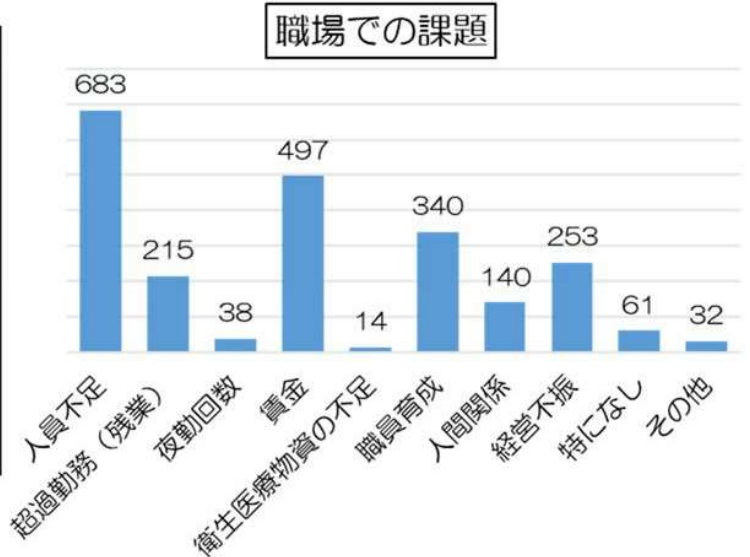
1. 現在、職場での課題は何ですか？（3つまで選択可）

⇒7割弱が「人手不足」、5割が「賃金」と回答

現在の職場の課題の間には、「人員不足」が67.9%と最も多く、「賃金」が49.4%、「職員育成」が33.8%と続く。人員不足は解消されず、介護現場の大きな課題となっていることが明らか。

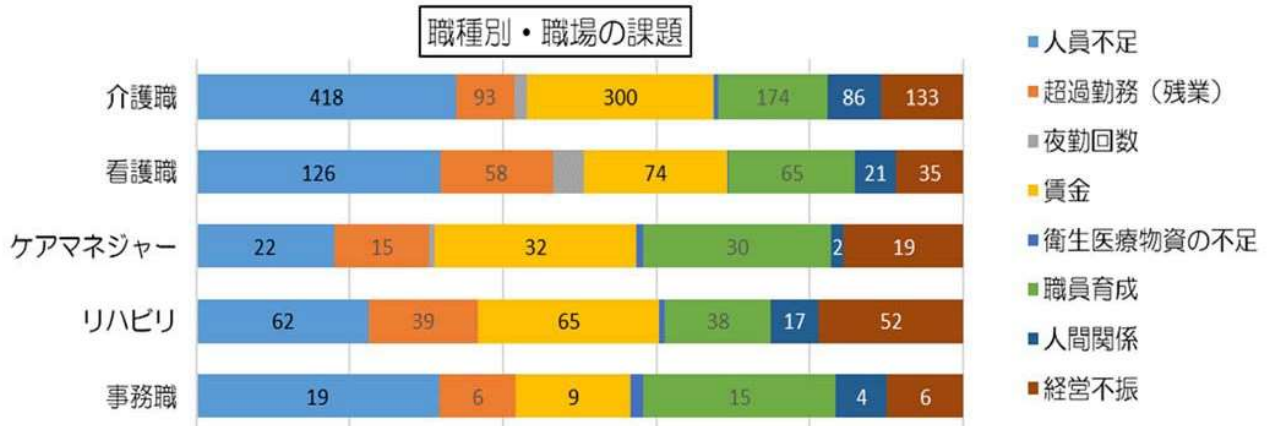
課題

	数値	%
人員不足	683	67.9
超過勤務（残業）	215	21.4
夜勤回数	38	3.8
賃金	497	49.4
衛生医療物資の不足	14	1.4
職員育成	340	33.8
人間関係	140	13.9
経営不振	253	25.1
特になし	61	6.1
その他	32	3.2
無回答	12	1.2
合計	1006	100.0



	介護職		看護職		ケアマネジャー		リハビリ		事務職		その他	
	数値	%	数値	%	数値	%	数値	%	数値	%	数値	%
人員不足	418	74.4	126	71.6	22	36.1	62	49.2	19	76.0	32	64.0
超過勤務（残業）	93	16.5	58	33.0	15	24.6	39	31.0	6	24.0	2	4.0
夜勤回数	20	3.6	16	9.1	1	1.6	0	0.0	0	0.0	1	2.0
賃金	300	53.4	74	42.0	32	52.5	65	51.6	9	36.0	15	30.0
衛生医療物資の不足	9	1.6	1	0.6	1	1.6	2	1.6	1	4.0	0	0.0
職員育成	174	31.0	65	36.9	30	49.2	38	30.2	15	60.0	14	28.0
人間関係	86	15.3	21	11.9	2	3.3	17	13.5	4	16.0	10	20.0
経営不振	133	23.7	35	19.9	19	31.1	52	41.3	6	24.0	7	14.0
特になし	35	6.2	7	4.0	2	3.3	5	4.0	2	8.0	10	20.0
その他	23	4.1	5	2.8	3	4.9	0	0.0	1	4.0	0	0.0
無回答	8	1.4	2	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.0
合計	562	100.0	176	100.0	61	100.0	126	100.0	25	100.0	50	100.0

職種別・職場の課題



◆介護老人保健施設	
看護職	病欠、育休の欠員が常にいる
事務	加算を取得するために記録や訪問が規定されてきて業務量が増えているが、収益が上がらないために職員が増えない。募集を出しても人が集まらない
リハビリ	人員不足で業務が優先されてしまい利用者に関われる時間が限られてしまう。
介護職	産休に入ったり退職者がいても人員補充がない。規定の人員はいるからと言われる。ギリギリの人数なので延期勤務が増え、体調不良でも休めない
看護職	体調が悪くても休めない
ケアマネ	介護労働者の賃金が低いため、人材が集まらない。自分の子供にも目指せとは言えない。
リハビリ	人員不足で、リハビリ職員も送迎に出なければならず、リハビリ計画書等の書類作成時間が業務時間内には確保できず残業になっている
介護職	人手不足によりとにかく休みが取りづらい。また、1人にかかる介護量が増加しており心のゆとりを持ってない時がある。仕事量と賃金が見合っていない
栄養士	体調不良などで欠員が出たときの勤務変更が大変
リハビリ	看護、介護スタッフの人員不足、それにより送迎、見守りなどリハスタッフがカバーしている
看護職	前残業を行わないと一日の業務流れの把握がしづらい。業務に影響する。前残業なので当然賃金は支払われていない。
◆病院	
看護職	退職者が多く、日勤人数の確保が困難。体調不良で休んでも補充なし。
介護職	とにかく人手がなく1人1人がいっぱい、いっぱいで大変な状況
介護職	病院での介護人数が少なく特に早番、遅番を回せる人がいない。又、病院で働く介護職は夜勤をやらないから、手当が低いのも現状です。何か、病院で働く介護職に手当をつけてほしい。
看護職	夜勤者（常勤）が少なく管理者も夜勤している
リハビリ	20年前と比べてもほぼ賃金が変わらない（上がらない）
事務	慢性的な人員不足。新人が育っても辞めてしまう。
介護職	病院で働く介護職には処遇改善がない
看護職	人員不足によりゆっくり患者さんの話を聞けないことがある
リハビリ	人数が足りないため1人ひとりの患者様に対しての対応が不十分となる場面がある
介護職	退職や産休に入ってスタッフ分の補充がなく人員不足の中でも業務内容は変わらないため、職場の雰囲気ギリギリしている。
リハビリ	研修への参加や院内学習機会少ないことで若手職員の技術が伸びない。
◆デイケア	
介護職	常に忙しく歩き回っている。休憩時間に入るタイミングにも仕事の区切りがつけられないほど手が足りない日がある。自宅に持ちかえってやらないといけな課題や書類が多い。勤務中の仕事内用は正職員とほぼ変わらないのに賃金の差が大きい。
リハビリ	人が辞めて行く、すぐに
リハビリ	経費削減にともない余裕がない
介護職	低賃金、常に人手不足で、働いている職員の負担が多い
介護職	欠勤者がいるため不足している。新人職員が入るもゆっくり教える環境が取れない
介護職	設備が古くなり器具が壊れている。
◆訪問看護	
看護職	人員の補充が全くとれておらず、ずっときつい状態。その割に低賃金。
看護職	業務が多忙で出勤すれば残業で定時では帰れない。昼休憩もきちんと取れていない。他のスタッフも取っていないくて未所得の申請もしていない。
看護職	パートばかりで正規職員がいないため正規職員の精神的負担が大きい。
看護職	非正規雇用者、介護事業所・訪問看護の看護師の教育システムの少なさに伴う看護の質の向上が難しい。また、事業所によっては介護職の不安定さがあり、人事異動が多い。介護士の安定した雇用は介護の質にも関わる。
看護職	昼休みはほぼなく、残業も多い。
看護職	報告書等の書類作成で残業することが多い。夜間オンコールでの呼び出しがあり、寝不足になることがある。

◆デイサービス	
介護職	一職職場は回っているが、人は少なく賃金も低い。職場も赤字になっている。
介護職	人手不足で職員の育成が中途半端で終わってしまい、働いている職員は一向に仕事の軽減はされない
介護職	介護全般の人手不足で質の低下や派遣だのみになっている。そのためバタバタした中での育成は指導する側、される側にマイナス。悪循環。
介護職	やらなければいけないことがあるけど、勤務内でと言われるがそれは無理
介護職	定時に仕事が終わらない。外部対応や利用者家族への対応で事務仕事ができない。
リハビリ	コロナ関係の休みで利用者数が伸びない
◆小規模多機能居宅介護	
ケアマネ	人員不足と交代勤務の出来る職員が少ない為に夜勤や早出、遅出ばかりの勤務になっている。毎日の勤務時間が違うので身体がついていかない。疲れも取れないまま勤務している。
介護職	年配やパートのスタッフが多く、訪問や送迎の人手不足がある
介護職	1人夜勤の為、利用者見守り対応でフロアから離れることができない。
ケアマネ	介護現場の対応がありケアマネ業務に支障がでる時が多々ある。結局、残務で行う。
介護職	人員不足のため、思うようなケアができない。また残業になってしまうことがある。
◆居宅介護支援	
ケアマネ	業務量が多く、残業が日常的になっている。
ケアマネ	慢性的な人員不足。現在実務についていない者に対しては更新費用が実費のため、資格は持っても実務に就けない。地域に中における人口低下。
ケアマネ	処遇改善の対象にケアマネージャーが含まれていない。サービス残業が常態化している。
ケアマネ	ケアマネ不足、若い人材がいない、募集しても集まらない
ケアマネ	今コロナ渦で勉強会の機会が少ない
ケアマネ	ケアマネの高齢化
◆グループホーム	
介護職	十分な休みが困難。人員不足で時間にゆとりなく育成の時間が作れない。毎月赤字。
介護職	仕事自体も大変で、認知症グループホームでありながら重介助の利用者で、介護員の人員と重介助の割合が釣り合わない状況である。
介護職	24時間オールで働ける職員が少ないため休日、祝日、夜間などかぎられた人員で回している現状あり。
介護職	2人体制の勤務があり。同時にトイレ介助や入浴介助に行っている時にホールが職員不在になって利用者が1人で歩き出し、転倒事故や離脱を起こしてしまう。
介護職	育成が終わっていない職員も定数1として勤務を組むこの大変さ、、、
◆訪問介護	
介護職	登録ヘルパーがだんだん減ってきておりサ責が訪問にでなければならず忙しそう。訪問介護の仕事以外に文書を書かなければならないが時間がとれない。仕事のない日にやるしかなく賃金には反映されない。
介護職	登録ヘルパーの平均年齢が上がっており、1日の訪問件数は大きく増やすことが出来ないの、おのずと正規職員へ過重がかかっている。若い人材の確保が賃金、身分保証の点で難しい。
介護職	人員不足のため新規利用者の受入れができない、職員募集しているが集まらず訪問を増やせない。
介護職	人手不足により、訪問の移動時間もないほどのシフトが組まれたりする。
介護職	登録ヘルパーが集まりません。若い方は働き方が割にあわないとなってしまう。
介護職	ヘルパーさんの高齢化、そして辞めてしまうとなかなか新しいヘルパーさんは入ってこない。休みを削って出勤してくれる職員がいたり、休みでも訪問してくれるヘルパーさんがいるから何とか成り立っていると感じる。
◆有料老人ホーム・ケアハウス	
介護職	満床キープしないと経営が黒字にならない。そのため現場の状況にあっていない方でも入居してもらうことになる。人員が増えれば対応可能だが人件費を増やせない。
その他	1人職場。複数体制がとれると精神的にゆとりが持てる

2. 最最近6カ月、職場で退職した人はいますか？

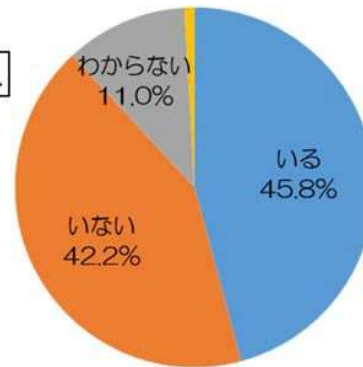
⇒半数近くが「いる」と回答

最近6カ月に、職場で退職した人はいますかの問いには、45.8%が「いる」と回答。退職理由（わかる場合）は、「人間関係」、「疲労・体調不良」、「賃金の安さ」が目立った。

退職した人

	数値	%
いる	461	45.8
いない	425	42.2
わからない	111	11.0
無回答	9	0.9
合計	1006	100.0

退職した人



退職した理由

人間関係	26
疲労・体調不良・メンタル	22
賃金の安さ	17
他の職種へ	11
家庭・家族の問題	8
仕事が忙しすぎる	7
他の事業所へ	7
引っ越し	7
定年	5
ハラスメント	4
その他・自己都合など	7

コメントから

「仕事量と給与が見合わない」「介護職の離職は続いている。他の業種へ就職した人もいる。人手不足による疲弊感がある」「介護の仕事に疲れた。他にやりたいことができた。コロナ対応に疲れた」「人員不足で仕事を覚える前からフロアを1人でさせられていた」「他職場の方が賃金良かった。」「仕事が多忙で子育てがまともに出来なかった」「家族養えない」「家族を養えないと思い、早い段階で他の職場、仕事へ転職した」「賃金は安く、人間関係にも疲れたと。」

3. 働いていてやりがいを感じることはありますか？

⇒6割以上が、やりがいが「ある」と回答

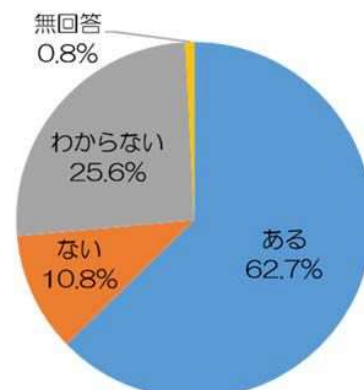
アンケートでは、62.7%が、働いていてやりがいが「ある」と答え、介護の仕事そのものは、現場で働く多くの人が、やりがいのある仕事だと感じている。「ある」と答えた理由の多くが、利用者の「笑顔」や「感謝の言葉」とコメントをしている。

逆に、やりがいが「ない」10.8%、「わからない」25.6%。その理由としては、労働に見合わない賃金や、業務量の多さや、疲れをあげる意見が目立つ。

やりがい

	数値	%
ある	631	62.7
ない	109	10.8
わからない	258	25.6
無回答	8	0.8
合計	1006	100.0

やりがい



やりがい

数値 %

	介護職		看護職		ケアマネジャー		リハビリ		事務職		その他	
	数値	%	数値	%	数値	%	数値	%	数値	%	数値	%
ある	327	58.2	114	64.8	44	72.1	100	79.4	13	52.0	29	58.0
ない	69	12.3	15	8.5	8	13.1	7	5.6	3	12.0	7	14.0
わからない	160	28.5	47	26.7	9	14.8	18	14.3	9	36.0	13	26.0
無回答	6	1.1	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	1	2.0
合計	562	100.0	176	100.0	61	100.0	126	100.0	25	100.0	50	100.0

<やりがいが「ある」のコメントより>

◆介護老人保健施設	
介護職	在宅復帰できたとき。病院と在宅の中間施設なので。
介護職	やりがいはあるけど、もうそれだけでは働けないし、働きたくない。やる気を持ってると、それを職場で利用される気がしてきた。
介護職	忙しい中でも、利用者さんの役にたっている事がとてもやりがいを感じる。
リハビリ	PT としてしっかり利用者さんに関わることができて利用者さんの生活に貢献できたと感じる。
事務職	本人、家族に喜んで頂いた時。家族と信頼関係ができてここを利用して良かったと思ってもらった時。
調理師	利用者さんが、食事で喜んでくれた時。
◆病院	
介護職	入浴介助した後、お礼を言われたり、元気に退院していく姿を見るとうれしい。
介護職	患者さんの病状が回復した時、患者さんとの会話で喜んでもらった時、患者さんが日々現場にいる姿を見ている時、上司から仕事に対して良い評価をもらった時
介護職	患者の体調や身体機能が上がり、自分でやりたいという気持ちを出した時。
介護職	患者様に喜ばれた時 元気に退院された時
看護職	患者さんからの、感謝の言葉。職員間のスムーズな連携。
リハビリ	患者さんの、できることがふえたとき。
リハビリ	仕事はやりがいがある
◆デイケア	
介護職	利用者さんがデイケアのおかげで体が動かせるとおっしゃってくれる事
介護職	利用者様の気持ちよさそうに風呂に入っている顔
介護職	利用者さんの楽しそうな姿を見るとやりがいに繋がります。
◆訪問看護	
看護職	問題が発生した時に多職種と連携し、利用者さんのために協力し合える。そのことで、利用者さんが良い方向に向かうとうれしい。
◆デイサービス	
介護職	デイ利用中での排泄動作の観察。在宅での動作改善に向け事業所間で連携し、利用者の負担軽減に繋がった。
介護職	少人数の利用者との関わりなので一人一人に対して時間を多く取れる。職員同士が活発に話し合い相談しやすい関係ができる。
介護職	利用者様から笑顔があるとうれしく思います。
介護職	利用者さんやご家族から感謝の言葉をいただいたり、実際デイサービスに通って来る事で元気になったりすること。
リハビリ	リハビリ後に体が楽になったと言われた時
◆小規模多機能居宅介護	
介護職	ご利用者様に「ありがとう」「皆さんいい人でここにくるのは楽しいよ」「職員さんたち大変な仕事ね」と声をかけてくださる。

介護職	利用者の方々と少しずつ打ち解けていろいろ話して下さって「ありがとう」と言って下さること。高齢の方々とお話しするのが楽しいこと。
介護職	自宅で生活出来ている姿を見ると感じる
◆グループホーム	
介護職	利用者さんの笑顔を見られたとき。利用者さんの『できる』『やりたい』を一緒にできた時。
介護職	利用者みんなが笑顔で過ごしてくれる時。この職場で勤務してよかったと思う。
介護職	達成感がある
◆訪問介護	
介護職	在宅で暮らしていくには、介護を担う人が必要なわけで、その役割を担えている
介護職	ありがとう、助かった、の言葉が頂けると嬉しいです。
介護職	利用者様が待っていてくださる
介護職	利用者様に毎週楽しみにしているの！とか言われるとこの仕事をしていてよかった！と思います。
◆居宅介護支援	
ケアマネ	利用さんが地域で在宅生活が送れている。
ケアマネ	困っている利用さんがサービス調整により自宅での生活が続けられたとき
◆特別養護老人ホーム	
看護職	入居者の体調変化に早めに気付け、タイミングよく医療につなげることができたとき
◆有料老人ホーム・ケアハウス	
介護職	コロナ禍で働いていて皆、協力して助け合いながら仕事をしている。

<やりがいがない「わからない」のコメントより>

◆介護老人保健施設	
介護職	精神的、肉体的余裕がなく、とりあえず日々の業務をこなすだけで精一杯。
介護職	業務に追われる毎日でも個別ケアをしたいがなかなかできない。こなしているだけという感じがよくある
介護職	人員不足やコロナ対応で勤務が厳しかった。やりがいなんて考えていられなかった。
リハビリ	本来業務を行っている時は「ある」が、本来業務を止めてまでカバーして本来業務や、これから行いたいと思うことが人員体制により困難と思う時に「ない」となる
◆病院	
介護職	人員不足のため、業務をこなす事で1日が終わってしまう。
看護職	患者さんとの関わりは楽しいですが、患者さんが治療が済み、退院できる状態でも、施設側からお断りがあったりすると、どこがゴールなのか分からなくなる。
看護職	日々の業務に追われて、何のために働いているかわからなくなる時がある
◆デイケア	
介護職	利用者の方からの笑顔でやりがいがあるが、疲労感の方が大きい
◆居宅介護支援	
ケアマネ	利用者や事業所の間で振り回されてしまうことがあると、自分の役割が何なのか分からなくなるから。
◆小規模多機能居宅介護	
介護職	業務に追われて利用者様と関わる時間が持てない。
介護職	気持ちに余裕がないからわからない。
◆訪問看護	
看護職	やりがいはあるが、辛さもかなりある。
◆有料老人ホーム・ケアハウス	
介護職	日々働くので精一杯です。

4. 2022年10月開始の介護職員等ベースアップ等支援加算について

i) 賃上げ額はいくらでしたか？

⇒平均 5,742 円

2022年10月開始の介護職員等ベースアップ等支援加算（月額3%、平均9000円相当）について、ベースアップ等支援加算による賃上げ額はいくらでしたかの問に対しては、金額回答者97名の平均は、5,742円となり支援額見込みには達していない。また、「不明」との回答が半数を超え、自分が対象者かどうか、支払われているのかどうか「不明」で、労働者が支援されているという実感が持ちにくいことがわかる。

加算額

	数値	%
1000円未満	5	0.5
1000円以上2000円未満	1	0.1
2000円以上3000円未満	6	0.6
3000円以上4000円未満	10	1.0
4000円以上5000円未満	7	0.7
5000円以上6000円未満	17	1.7
6000円以上7000円未満	26	2.6
7000円以上8000円未満	14	1.4
8000円以上9000円未満	2	0.2
9000円以上10000円未満	6	0.6
10000円	3	0.3
なし・該当せず	73	7.3
不明	550	54.7
無回答	286	28.4
合計	1006	100.0

4. 2022年10月開始の介護職員等ベースアップ等支援加算について

ii) 引き上げ額に満足していますか？

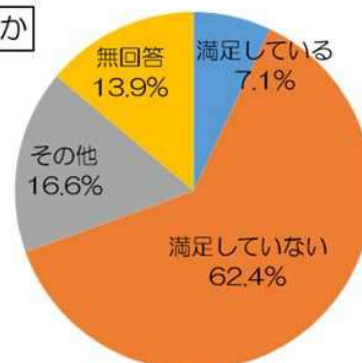
⇒「満足しているは」1割も満たない

2022年10月開始の介護職員等ベースアップ等支援加算（月額3%、平均9000円相当）について、引き上げ額に「満足している」と回答した人は7.1%にとどまり、「満足していない」は62.4%となった。回答のコメントには、「正規と同じ仕事をしていても評価されない」「看護師は対象にならない」「ケアマネなので関係ない」「病院勤務の介護職なので対象ではない」「知らなかった」「金額が分からないので実感が無い」など、職種や施設の違いによる不平等さや、分かりにくさ、実感の無さなどの声が上げられている。

引き上げに満足か

	数値	%
満足している	71	7.1
満足していない	628	62.4
その他	167	16.6
無回答	140	13.9
合計	1006	100.0

加算に満足か



4. 2022年10月開始の介護職員等ベースアップ等支援加算について

iii) どれぐらいの賃金引上げを求めますか？

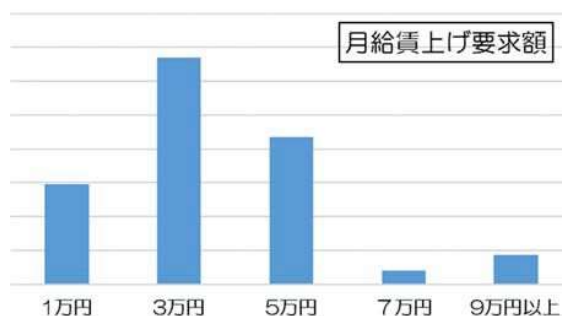
⇒「月額3.6万円」「時給461円」賃上げを求める

どれぐらいの賃金引上げを求めますか？の間には、平均「月額3.6万円」「時給461円」と回答があった。今回の加算の回答者平均額の5,742円は、要求額からほど遠いことが分かる。

月額要求額

	数値	%
1万円	148	19.4
3万円	335	43.9
5万円	217	28.4
7万円	20	2.6
9万円以上	43	5.6
合計	763	100.0

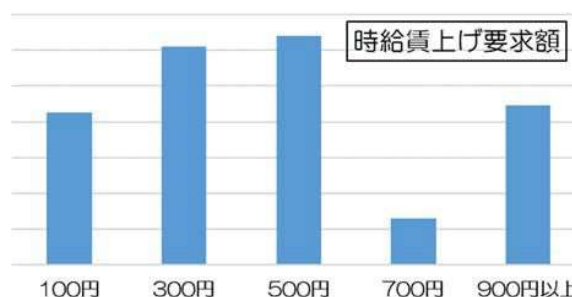
平均額 3.6



時給要求額

	数値	%
100円	85	18.9
300円	122	27.1
500円	128	28.4
700円	26	5.8
900円以上	89	19.8
合計	450	100.0

平均額 461



月額要求額

											数値 %	
	介護職		看護職		ケアマネジャー		リハビリ		事務職		その他	
1万円	58	13.6	44	33.6	13	26.5	22	19.3	3	15.0	6	31.6
3万円	178	41.9	63	48.1	22	44.9	53	46.5	10	50.0	7	36.8
5万円	141	33.2	22	16.8	10	20.4	31	27.2	6	30.0	6	31.6
7万円	15	3.5	1	0.8	1	2.0	2	1.8	1	5.0	0	0.0
9万円以上	33	7.8	1	0.8	3	6.1	6	5.3	0	0.0	0	0.0
合計	425	100.0	131	100.0	49	100.0	114	100.0	20	100.0	19	100.0
平均額	4.0		2.7		3.3		3.5		3.5		3.0	

時給要求額

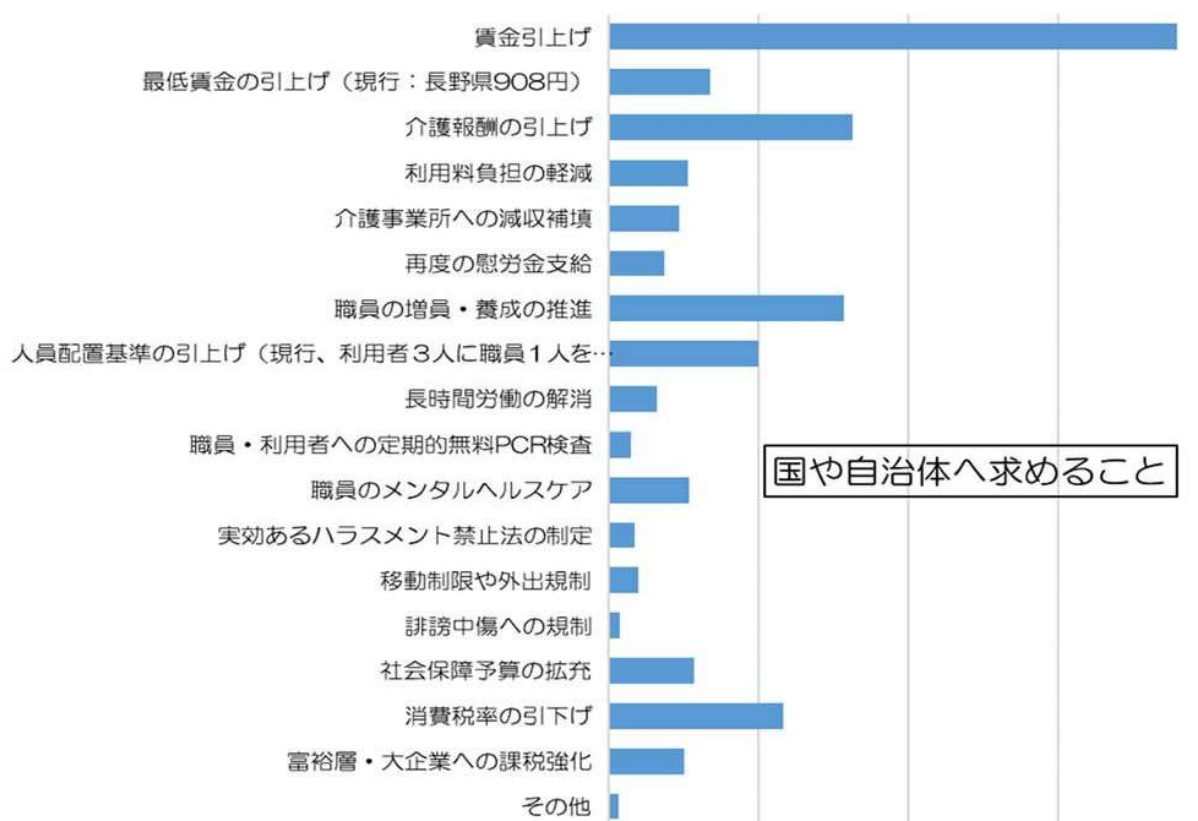
											数値 %	
	介護職		看護職		ケアマネジャー		リハビリ		事務職		その他	
100円	44	16.7	21	21.9	2	11.8	3	9.1	4	44.4	11	35.5
300円	70	26.6	25	26.0	8	47.1	7	21.2	0	0.0	11	35.5
500円	76	28.9	32	33.3	4	23.5	9	27.3	3	33.3	4	12.9
700円	17	6.5	4	4.2	0	0.0	4	12.1	1	11.1	0	0.0
900円以上	56	21.3	14	14.6	3	17.6	10	30.3	1	11.1	5	16.1
合計	263	100.0	96	100.0	17	100.0	33	100.0	9	100.0	31	100.0
平均額	478		427		429		567		389		352	

5. 国や自治体に求めたいことは何ですか？（3つまで選択可）

⇒7 割が「賃金引き上げ」を求めています。

国や自治体に求めることは、「賃金引き上げ」と75.3%が回答。「介護報酬の引上げ」32.3%、「職員の増員・要請の推進」31.1%が、それに続く要求になっている。

	数値	%
賃金引上げ	758	75.3
最低賃金の引上げ（現行：長野県908円）	135	13.4
介護報酬の引上げ	325	32.3
利用料負担の軽減	105	10.4
介護事業所への減収補填	94	9.3
再度の慰労金支給	74	7.4
職員の増員・養成の推進	313	31.1
人員配置基準の引上げ（現行、利用者3人に職員1人を職員増で改正）	199	19.8
長時間労働の解消	64	6.4
職員・利用者への定期的無料PCR検査	29	2.9
職員のメンタルヘルスケア	107	10.6
実効あるハラスメント禁止法の制定	34	3.4
移動制限や外出規制	39	3.9
誹謗中傷への規制	14	1.4
社会保障予算の拡充	113	11.2
消費税率の引下げ	232	23.1
富裕層・大企業への課税強化	100	9.9
その他	12	1.2
無回答	28	2.8
合計	1006	100.0



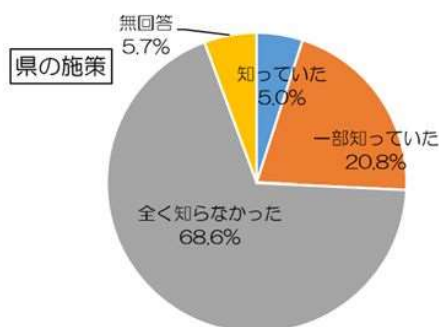
6. 県の介護人材確保施策は知っていましたか？

⇒7割が「全く知らなかった」

県の介護人材確保施策は知っていましたか？の間には、「知っていた」「一部知っていた」を合わせても25.8%にとどまり、介護分野ではたく人の中で認知度は低い。県の施策に対して、より強く進めて欲しいことは、「賃金向上のための施策」「人員確保の為の施策」「人員養成の為の施策」が目立つ。

県の政策は知っているか

	数値	%
知っていた	50	5.0
一部知っていた	209	20.8
全く知らなかった	690	68.6
無回答	57	5.7
合計	1006	100.0



県・国への要望

◆20代			
デイケア	正規	リハビリ	現状の給料では将来不安に感じるため賃金の上げを要求します
老健	正規	介護職	20代の介護職の育成、増員どこの施設も介護者の平均年齢がやや高めなケースあり、もっと若い世代を中心とした活動を行っていく必要がある。
病院	正規	介護職	賃金あげてください
病院	正規	看護職	病院内で起きた暴力や痴漢行為、ハラスメント行為は泣き寝入りすることがほとんど。働いている人の心の健康のためにも厳罰な対処をしてもらえるような法の整備や対策をしてほしい。
訪問看護	正規	リハビリ	社会的に弱い人たちへの支援。病院や介護事業所への経営支援。物価高に見合う賃金の支払い。
有料老人ホーム	正規	介護職	介護のなり手が少なくなっている中で専門学校や養成校も減ってきているため、介護の仕事をする（やりがい以外で）生活面や金銭的なメリットを増やして少しでもこの仕事をする人が増えればよいと思う。
◆30代			
訪問介護	パート	介護職	気軽に参加できる研修の場を設け、施設研修を受けやすくして、多くの人に興味を持ってほしい。
老健	臨時	看護職	人材確保についての施策をし、どのくらいの方が働いてくれるのでしょうか。毎年老健に就職（新規、中途）される方は10人以下です。退職される方が多く、頑張っている方が必死になって介護、看護しています。それなのに企業にくらべ給与は低い、時給は低く、では割にあいません。県としても何か補助はできないですか。人員確保もそうですが、賃金も考えてほしいです。
老健	正規	介護職	賃金、最低賃金の引き上げ！少なすぎます。今の物価高で生活が苦しい。丁寧な介護支援ができるように職員配置の増員や若い担い手育成！
老健	正規	介護職	若手の人材確保や施設に対する利用する方やその家族の理解が深められ適度に利用できるよう努めてほしい。
老健	正規	介護職	福祉ニボランティア感がいなめない。福祉の仕事ももっと現状を知ってほしい。どれだけ大変なのか。特にコロナで。
老健	正規	リハビリ	世間ではコロナに対する制限が緩やかになっていくが、医療・介護職はなかなかそうはいかず、ギャップが広がるばかり。ギャップが広がれば広がるほど精神的な負担が増えるので。どうにかなれば。。
老健	正規	介護職	賃金が低いです！介護士の社会的地位が低いです！
小規模多機	正規	介護職	ショートなどへ補助を。

病院	パート	介護職	介護職は体の負担が大きいので介護ロボットなどの普及が進むよう費用を助成するなど対策をとってほしい。
病院	正規	介護職	介護職員を目指す人を増やす取り組みをしてほしい。
病院	正規	介護職	どうしても医療福祉系は感染予防のため外出が難しく、GoTo などをして恩恵が受けられ辛いので、他の方面での補助をしてくれると嬉しいです。
訪問看護	正規	看護職	介護報酬の引き下げはもうしないで欲しい。働く職員の給料が下がるし、モチベーションが下がり、医療系での就職を諦めてしまう。
訪問看護	正規	リハビリ	10万円以上のペースアップ。奨学金の使用している人に対するサポート制度
訪問看護	正規	リハビリ	ヘルパーの人員不足をみると賃金 UP が十分ではない。または労働環境が悪いどちらかが大きな要因になりやすいと思います。人材不足から残っているスタッフ負担が増えることで更にスタッフが減っていく悪循環はあるかと思います。
◆40代			
有料老人ホーム	正規	その他	報酬の引き上げや人員配置基準引き上げを国に求めてほしい。
有料老人ホーム	正規	介護職	若い世代が介護職を選択してくれるようにするため賃金 UP 待遇向上に努めてほしい。
訪問看護	正規	看護職	スタッフ育成。介護職は無資格の人もいると思う。資格ある人も人として専門職に携わるものとして利用者の尊厳についてももっと考えてほしい。
病院	正規	介護職	『病院での介護福祉士の介護報酬をお願いします』介護福祉士は必要です。しかし、私達は病院で勤務している為に、介護報酬の対象とならないとの理由で、病院からは負担だと思われています。必要な職種であるのに、悲しいことですし、モチベーションも下ります。
小規模多機	正規	介護職	全事業所の赤字改善、事業所への補填
小規模多機	正規	ケアマネ	県の取り組み自体知らない人が多い。人材の確保は喫緊の課題。
居宅介護支援	正規	ケアマネ	申請しないと補助が受けられないシステムを申請しなくても受けられるようにしてほしいです。金銭的余裕がない方は、相談するのも抵抗があり、情報をしらない事が多い。
居宅介護支援	正規	ケアマネ	高校卒業後の進路先として福祉分野への進学等の支援をすすめてほしい
居宅介護支援	正規	ケアマネ	介護職やケアマネの人材不足で課題であり、各事業所でも人員を増やす対策は行っているが解消はされない。各事業所のみならず県も含めて改善策などを考えてほしい。
老健	正規	介護職	長野県全体でもっと事業所の運営実態を把握して頂き管理者の怠慢を改善してほしい。例えば、四半期毎に職員定数状況が正しいのか改善が必要か、また職員への処遇改善手当ての支払いをしっかりと行っているのか等を監視して改善してほしい。
老健	正規	介護職	介護職員の給料を上げるよう国に要望してほしい。
老健	正規	介護職	介護現場の実態を知ってほしい。
老健	正規	介護職	人が確保できたら人が定着するようにしてほしい
老健	正規	介護職	クラスターがあっても経営が安定するように補助をしてもらいたい
老健	正規	介護職	改善処遇改善加算が施設の懐に入っていないかしっかり確認して欲しい。支払っているという嘘の報告書が出されている。少なくとも職員は納得していない。
デイサービス	月契約	介護職	もっと現場へ来て実態を把握してほしい。現場へ出る前の研修制度の充実を、人材育成の時間をしっかりとってほしい。
デイサービス	パート	介護職	介護業界の働きやすさ。デイサービスの人員配置基準の引上げ。認知度や身体の状態をみて決めてほしい。職員は疲れています。
デイケア	その他	介護職	人員配置基準の引上げ！

デイケア	パート	介護職	貸付の事業ではなく、給付や補助の制度に変更していく強化していかないと介護に就く人材がいなくなる。賃金の引き上げをしていかないと継続して従事できる人が少なくなっていく。
その他	正規	ケアマネ	予防プラン代の増額。今後の認定は軽くなる傾向。この状況を維持することで重症化予防につながる。現状はこの部分は手間がかかる上、賃金が少ない。居宅ケアマネージャーにとって受けるのを控えてくなくなっています。正当な報酬が認められればよい。
グループホーム	正規	介護職	人員不足、経営困難などの支援がほしい。
◆50代			
病院	パート	介護職	介護業界全体賃金を上げないと、辞める介護職員は増えると思う。
グループホーム	正規	介護職	介護職養成校、職員増員のための施策
その他	正規	看護職	コロナによる感染拡大で現場をまわす事が本当に大変だった。それに対して保障等の特別手当などを補助いただきたい。
デイケア	正規	リハビリ	介護職の養成のため、将来的に希望のある職業だということを見せてほしい。
デイサービス	パート	介護職	介護職員が増えるよう、これなら頑張れるかなという報酬を考えて欲しい。
デイサービス	パート	介護職	資格取得の費用を補助して頂けるのはありがたいですが、給与水準が引き上げられない限り、恒常的な人手不足は解消されないと思います。
老健	正規	介護職	人員配置基準の引上げ、人員不足に対する対策。
老健	パート	その他	介護事業所の求人広告を県の補助で、信濃毎日新聞に出せるようにしてほしい。
居宅介護支援	パート	ケアマネ	高齢者が増えるが介護につく人は減っている。家族も仕事をしないと生活できないが介護のため仕事を減らすかやめる選択を迫られる。地域で支えるといっても支える人が地域には少ない。介護予防に力をい入れる。介護の担い手を増やすにはどうしたらよいか行政が中心となってすすめてほしい
居宅介護支援	正規	ケアマネ	介護支援専門員の更新制度の見直し。
病院	正規	介護職	病棟介護福祉士もベースアップ支援可算が、出るようにしてほしい
病院	正規	介護職	介護職の基本給が少なすぎ、特に男性だと一般職、公務員と比べても格差を感じます。2025年問題、若年層方が介護に興味をもってもらうには、基本給が上がらないといけないと思う。
訪問介護	パート	介護職	正規、非正規を問わず、賃金を上げ介護職員の待遇を良くしてほしい。そうしないと人材確保は難しいと思う。
訪問介護	正規	介護職	登録ヘルパーも65才以上が主体だ(自職場は15名中10名)5年後、10年後同じように働いていられるかわからない。求人倍率が15%と高く新しく働ける人もいない。若い人は訪問を上手にマッチングしないと割にあわないとやめてしまう。働き方を多様化しないと人がまわらない。訪問を断ることも今後出てきてしまう。
訪問介護	パート	介護職	介護の仕事はやりがいがあり、もう20年も続けているがだんだん働きづらくなっていると感じる。
◆60代以上			
老健	正規	看護職	有休は年20日あるが1/4くらいしか使用されていない。せめて1/2くらい有休を年間に使用したい
老健	正規	ケアマネ	慣性的に人材不足が続いていると思う。施設ケアマネは兼務が多く、残業になりがちである。専任とし、受け持ち人数も減らしてほしいと思う。
デイサービス	正規	介護職	コロナ休業の補填。介護報酬引き上げを国に訴えて欲しい。
訪問看護	パート	看護職	介護事業所への減収補填。感染症対策にかかる費用の援助。
訪問介護	その他	契約社員	訪問介護は、利用者宅で30分、20分などという短い。仕事時間が多いため、移動時間の方が長くとられてしまうことが多い。必要としている人は多くいるのに人員は先細りです。高齢化。

2023 介護アンケート

グループホームから入力できます

★調査の目的：果介護支援課への要請で活用します。果の施策改善につなげます。
 ☆対象者：介護分野で働く介護職・看護職・ケアマネジャー・その他
 ☆記入方法：□に数字をご記入下さい。
 ☆取り組み期間：2023年3月末まで



性別 ①女 ②男 ③回答しない

年齢 ①10代 ②20代 ③30代 ④40代 ⑤50代 ⑥60代 ⑦70代以上

職場 ①特別養護老人ホーム ②介護老人保健施設 ③有料老人ホーム/ケアハウス ④ショートステイ ⑤デイケア/ヘルス ⑥ケアハウス ⑦訪問介護 ⑧訪問看護 ⑨(看護)小規模多機能居宅介護 ⑩グループホーム ⑪居宅介護支援 ⑫病院 ⑬その他 ()

雇用形態 ①正規職員 ②パート・非正規職員 ③派遣職員 ④その他 ()

職種 ①介護職員 ②看護職員 ③ケアマネジャー ④リハビリ職員 ⑤事務職員 ⑥その他 ()

職場・事業所名 ()

性別	
年齢	
職場	
雇用形態	
職種	

1. 現在、職場での課題は何ですか？ (3つまで選択可)
 ①人員不足 ②超過勤務(残業) ③稼働回数 ④賃金 ⑤衛生物資の不足 ⑥職員育成
 ⑦人間関係 ⑧経営不振 ⑨特になし ⑩その他 ()

選択した課題の具体的な事例

1	

2. 最近6カ月、職場で退職した人はいますか？
 ①いる ②いない ③わからない
 (わからない場合は)退職理由

2	
---	--

3. 働いていてやりがいを感じることはありますか？
 ①ある ②ない ③わからない
 具体的に ()

3	
---	--

4. 2022年10月開始の介護職員等一人当り等支援加算(月額3%、平均9000円相当)について
 i) 一人当り等支援加算による賃上げ額はいくらでしたか？
 月額 ()円 時給 ()円 不明

ii) 引き上げ額に満足していますか？
 ①満足している ②満足していない ③その他 ()

4	
---	--

iii) どれぐらいの賃金引き上げを求めますか？ ※月給・時給どちらかで回答
 月給の場合 ①1万円 ②3万円 ③5万円 ④7万円 ⑤9万円以上
 時給の場合 ①100円 ②300円 ③500円 ④700円 ⑤900円以上

5. 国や自治体に求めたいことは何ですか？ (3つまで選択可)
 ①賃金引き上げ
 ②最低賃金の引き上げ(銀行・長野県908円)
 ③介護報酬の引き上げ
 ④利用料負担の軽減
 ⑤介護事業所への減収補填
 ⑥舟運の労務金支給
 ⑦職員の増員・業状の推進
 ⑧人員配置基準の引き上げ
 ⑨長時間労働の解消
 ⑩職員・利用者への定期的無料PCR検査
 ⑪職員へのメンタルヘルスマネジメント
 ⑫実効あるヘルスマネジメント禁止法の制定
 ⑬移動制限や外出規制
 ⑭研修中傷への見直し
 ⑮社会保険料の拡充
 ⑯消費税率の引き下げ
 ⑰富裕層・大企業への課税強化
 ⑱その他 ()

4月	
月給	
時給	

6. 果健康福祉前介護支援課への要請を予定しています。
 長野県ホームページ「福祉・介護人材確保について」(QRコード)
 ①知っている ②一部知っている ③全く知らない
 ii) 果の施策でやってほしい事、より強く進めてほしい事、改善してほしい事などありますか？

6	
---	--

7. その他 ご自由にお書きください

【問い合わせ】長野県医療連 〒381-0034長野市高田276-8 果労働会館2F
 TEL 026-228-9376 FAX 026-224-5745 hrouren-tanagano@nifty.com
 情報/あがりごさいました

長野県医療労働組合連合会要請書に対する回答

長野県健康福祉部介護支援課

1. 勤務環境改善について

- ① 介護保険法に基づいて県条例を改正し、現行「3対1」の人員配置基準を「2対1」に引き上げることを。

国の省令に基づき県条例を改正する際、人員配置基準については、省令に適合させなければならない「従うべき基準」とされています。また、人員配置基準の引き上げは介護サービスの向上や労働条件の改善に資するものですが、一方で、人件費の増に伴う事業者の経営状況の悪化や介護職員等の不足につながる恐れがあり慎重に検討する必要があると考えております。社会保障審議会介護保険部会において、総合的な介護人材確保対策について議論されているところから、その状況を注視してまいります。

- ② 県として介護現場の労働実態調査を行い、介護従事者の休憩・休日・年休取得、夜勤実態、疲労の状況などを把握し、勤務環境改善の取り組みをすすめることを。

県労働雇用課の「長野県雇用環境等実態調査」及び介護労働安定センターの「介護労働実態調査」から、介護従事者の有給休暇取得率（51.1%）が他の産業（平均61.2%）と比べても低い状況であると認識しております。

介護事業所等に対する集団指導において、労働安全衛生法等、労働法規に関する周知等を引続き行うとともに、人材確保・定着のための指導をする「アドバイザー派遣事業」や、週休3日制導入など好事例を紹介する「福祉人材確保・定着セミナー」などを実施してまいります。

- ③ 介護労働負担軽減のための機器購入の補助金を拡充すること。

県では、介護現場の労働環境改善・職員の負担軽減を図るため、見守り機器や移乗支援等の介護ロボット・ICT導入支援事業を実施しております。

介護ロボット及びICTの導入は、介護現場の生産性の向上と人手不足の低減に資することから、事業者の皆さんに積極的な活用を促すとともに、全額国費による支援を検討することを引き続き国へ要望してまいります。

2. 介護従事者の処遇改善、人員確保と職員養成推進について

- ① 介護従事者に対して県独自の処遇改善を行うこと。

介護事業所における介護従事者への処遇改善については、介護報酬において対応することが望ましいとされておりますので、県としては処遇改善加算等の新規取得及び上位区分の取得促進による介護従事者の処遇改善に引続き取り組むとともに、持続的賃金底上げに繋がるよう、加算の恒久化及び加算額の引き上げについて国へ要望してまいります。

- ② 実効ある介護職員確保策をすすめること。現状の確保策について実績と課題を明らかにすること。

介護人材確保につきましては、無資格者を含む、子育て世代・アクティブシニア等多様な人材の入職支援や就労中の資格取得支援、福祉職場への求職者と事業所のマッチングなどを実施しているところです。

今後、人材確保を進めていくためには、介護従事者の処遇改善や職場環境の改善が必要なことから、処遇改善加算制度の取得促進を働きかけるため、事業所へアドバイザーを派遣するとともに、国に対して介護報酬のさらなる引き上げを引き続き要望してまいります。

また、働き方改革推進のため、介護ロボットやICTの導入支援を行うとともに、国への財政支援を引き続き要望してまいります。

- ③ 資格取得、研修受講を促進するため、受講料の負担軽減や施設への人員補助を行うこと。

介護職員の資質向上と職場への定着を促進することを目的とし、介護サービス事業者が、従業員の資格取得費用を全額負担する場合において、研修受講費用の一部を助成する介護職員研修受講支援事業を、引き続き実施してまいります。

- ④ 介護支援専門員更新について、研修回数を増やし受講しやすく改善すること。

介護支援専門員更新研修を更新期間内に受講していただくため、集合研修の他、期間内であればいつでも受講可能なオンライン研修を導入するなど、受講しやすい環境を整えてきたところです。

また、更新対象者には研修日程を早期に周知し、研修を受講していただけるよう今後も努めてまいります。

3. 新型コロナウイルス感染症、物価・水光熱費高騰に対する財政支援について

- ① 新型コロナウイルス感染症の影響により事業継続が困難とならないよう十分な補助を行うこと。

県では、施設内療養や、緊急的な人材確保を行う場合のかかり増し経費に相当する財政支援として、「サービス継続支援事業費等補助金」や、高齢者等の感染拡大抑制のための検査を自主的に行った場合の「自主検査費用補助」による支援を行ってきており、令和5年度においても、一定の要件のもとで支援を継続していくこととしています。

通所サービスにおいては、感染症や災害の影響による利用者の一定の減少があった事業所が請求する介護報酬の額に加算する制度があり、県ではその周知に努めているところです。

また、価格高騰対策として、「社会福祉施設等価格高騰対策支援金」を実施してきたところですが、今後も介護事業者が安定した経営ができるよう、国に対しても支援を拡大するよう引き続き要望してまいります。

- ② 新型コロナウイルス感染症（疑い含め）に罹患した利用者に対応した介護従事者に慰労金を支給すること。

県では、施設内療養や、緊急的な人材確保を行う場合のかかり増し経費に相当する財政支援として、「サービス継続支援事業費等補助金」や、高齢者等の感染拡大抑制のための検査を自主的に行った場合の「自主検査費用補助」による支援を行ってきており、令和5年度においても、一定の要件のもとで支援を継続していくこととしています。

高い使命感を持ち、新型コロナウイルス感染症対応に尽力し続け、心理的負担などを抱える医療・福祉従事者に対して、クラウドファンディングで協力を募った寄付金を活用し、メンタルヘルスに関する専用相談窓口を設置する予算を6月定例会に提出してまいります。

- ③ 物価・水光熱費高騰に対して施設への補助を継続・拡充すること。

令和4年度9月補正予算において、物価高騰の影響を受ける高齢者福祉施設等に対し、「社会福祉施設等価格高騰支援金」を創設し、支援してきたところです。

物価高騰の影響は現時点において継続しており、令和5年度6月補正予算案においても同支援金を計上しており、必要な支援を行ってまいります。本来であれば、高齢者施設等の運営に関しては、介護報酬の適時・的確な見直しを行って対応すべきものでありますので、今後も継続して国に対して要望してまいります。

4. 国への要望

- ① 介護従事者の処遇・労働環境を大幅に改善し、介護事業所の安定した経営を保障するため、国負担を増やし、介護報酬を大幅に引上げを国に要望すること。

国に対しては、介護保険制度が将来にわたり安定したものとなるよう、国費負担の拡充や十分な財政措置について継続的に要望しているところであり、今後も同様の対応をしてまいります。

- ② 全ての介護従事者の給与を全額公費により全産業平均水準まで早急に引き上げること、介護従事者の大幅増員と1人夜勤の解消、人員配置基準の引上げを国に要望すること。

全ての介護従事者の給与の全産業平均水準までの引き上げについては、国に対して、国費負担の拡充及び他業種における賃上げの状況等も踏まえた介護報酬の引き上げを継続的に要望しており、今後も同様の対応をしてまいります。

また、介護従事者の大幅増員等については、社会保障審議会介護保険部会において、総合的な介護人材確保対策について議論されているところから、その状況を注視するとともに、必要に応じて国へ要望してまいります。

- ③ 介護保険の利用に新たな困難をもたらす利用料の引上げ、要介護1・2の生活援助などの保険はずし、ケアプランの有料化、貸与の福祉用具を購入に変更する制度の見直しは行わないよう、国に要望すること。

介護保険制度の見直しに関しては、主に社会保障審議会の介護保険部会で議論されており、全国知事会も構成員となっております。

県では、全国知事会を通じて、介護保険制度の改正において、国費負担の増額を図ることや、制度の見直しの内容が、高齢者にとって必要なサービスの利用を阻害することの無いよう、要望しているところです。

全国知事会の国への要望において、国庫負担の在り方や、処遇改善制度の拡充など、様々な提言を行っており、こうした提言が生かされるよう、他の都道府県とともに働きかけを継続してまいります。

報告 「介護保険改善を求める議会請願意見書可決の取り組み」

松本地区社会保障推進協議会
事務局長 塩原秀治

はじめに

地区社保協の任務・役割 社会保障の拡大充実のための諸活動を推進
議会請願の意味

日本国憲法第 16 条、地方自治法第 124 条により、市民の要望や意見を文書で議会に出すことができます。議員の紹介のあるものを請願という。請願については、委員会での審査の後、本会議で採択・不採択の決定をします。請願を採択した場合には、必要に応じて、市長に対応を求めたり、国・県などに対応を求める意見書を提出します。

重要な課題である「介護保険改善についての要望・意見を議会に出すことは大変大切。

◎介護保険制度改善を求める請願

松本市議会での採択 意見書提出までのドキュメント

昨年 12 月定例会では、厚生委員会では不採択、本会議でも賛成 14 名、反対 16 名で不採択（議長は賛成の立場あったので）1 人が賛成に回っていたら同数、委員長決済で採択できた。地区社保協としても、今回 4 月に市会議員選挙もあり、議員交代もあったので再度 6 月議会にも提出することにしました。

6 月 8 日すべての会派に、請願書をもち紹介議員をお願いした。（公明党・保守的会派含め無所属も） 請願提出には紹介議員が必要になります。

6 月 9 日一部変更(部屋代の追加項目)すれば賛成するという会派もあり。

12 月に議論した請願書にはなかった項目なのであらたに理解をするのに時間がかかるという内容でした、 地区社保協、県社保協とも相談して、採択されることむを優先して削除していくことで確認しました。

6 月 12 日再度会派回り、開明、政友会、まつも都、共産党の各会派の代表が紹介議員になった。ただちに請願書を議会事務局に提出しました。

6 月 23 日厚生委員会で審議されました。横内委員長以外 7 名の委員のうち公明党の K 議員が反対討論をしましたが、それ以外すべての議員が賛成し 1 対 6 で委員会は可決されました。賛成した委員により意見書が作成され、本会議に提出されるところになりました。

6 月 30 日午後、本会議開催(閉会日) 厚生委員会委員による議案提案となり、なんと前回反対した厚生委員会副委員長の土屋議員が意見書の提案を行いました。本会議開催 10 分前公明党の上條議員が反対討論を行うという情報が入り、急遽共産党の宗田議員が賛成討論を

行うことにし、たまたま居合わせた塩原社保協事務局長とも打ち合わせし、りっぱな賛成討論を行い、結果採決の結果、公明党の4名以外、当日出席していた25名が賛成し、国への意見書を提出する運びとなりました。公明党の上條議員の反対討論は、介護職員の給与を全国産業平均水準に引き上げると年間1兆5千億円以上かかり、介護保険料の引き上げにもつながる。だから反対だということでした。それに対して宗田議員は今でさえ介護職員は集まらずこのままでは介護が必要になったとき介護サービスが受けられない介護崩壊が進んでしまう。

採択された教訓として、すべての会派に請願の趣旨の理解を促進していくために会派まわり、議員への説得工作、採択に向けて数の分析をしていく。あきらめないことです。

県社保協より提出されていた介護保険改善を求める陳情書の趣旨説明に6月9日朝日村議会出向きました。全員一致で採択されました。

6月議会では麻績村、筑北村でも採択されました。

昨年12月議会に対しては 塩尻市議会、山形村議会でも松本地区社保協が提出した「介護保険改善を求める請願書」は採択され、国へ意見書が提出されています。これらもいろんなドラマがありました。残念ながら安曇野市では継続審査 その後不採択となっています。

松本市議会厚生委員会の請願趣旨説明で紹介した岩波ブックレットです。上野千鶴子氏・樋口恵子編による「史上最悪の介護保険改定?!」という昨年来の介護関係者の闘いの記録です。6月中旬に松本勤労者福祉センターで上野千鶴子氏の講演会が開催されており、介護保険制度を守るために長野から政治を変えてくださいと訴えていました。引き続き、闘いが求められます。

長野県では、「介護保険をよくする会」が結成され、取り組まれていましたが、残念ながら休眠状態です。この集会を契機にして、松本地区で苦勞して介護事業所を開設している法人、職員の皆さんと介護保険改善に向けて集いを開催し、介護の運動を大きくしていきたいと思えます。

いま丁度 第9期の介護保険事業策の時期を迎えています。介護保険料の引き下げを求め大衆的な取り組みも含めて改善を求める大運動を地域から巻き起こしていきたいと思えます。ぜひ、経験を大いに交流してともに頑張っていきましょう。

6月松本市議会は、画期的な成果を勝ち取りました。

- ◎介護保険制度の改善を求める請願の意見書可決(地区社保協)
- ◎「健康保険証」の継続を求める意見書可決(議員提案)
- ◎加齢性難聴者への補聴器購入費に対する公的助成制度創設を求める陳情書委員会可決(年金者組合・生活と権利を守る会提出)

粘り強い運動と世論を広げて実現できました。

◎介護保険制度改善を求める請願

採択 実現までのドキュメント

12月定例会では、賛成14名、反対16名で不採択(議長は賛成の立場)1人が賛成に回っていたら採択できた。今回選挙もあり、議員交代もあったので再度6月議会にも提出することにしました。

6月8日すべての会派に、請願書をもち紹介議員をお願いした。(公明党・保守的会派含め無所属も)

6月9日一部変更(部屋代の追加項目)すれば賛成。

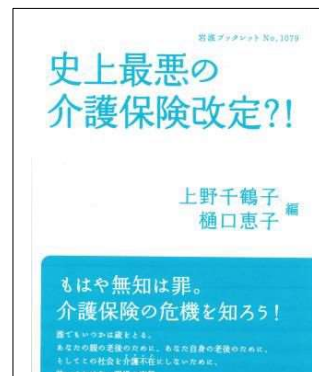
6月12日再度会派回り、開明、政友会、まつも都、共産党の各会派の代表が紹介議員になった。ただちに請願書を議会事務局に提出しました。

6月23日厚生委員会で審議されました。横内委員長以外7名の委員のうち公明党の上條議員が反対討論をしましたが、それ以外すべての議員が賛成し1対6で委員会は可決されました。賛成した委員により意見書が作成され、本会議に提出されるところになりました。

6月30日午後、本会議開催(閉会日)厚生委員会委員による議案提案となり、なんと前回反対した厚生委員会副委員長の土屋議員が意見書の提案を行いました。本会議開催10分前公明党の上條議員が反対討論を行うという情報が入り、急遽共産党の宗田議員が賛成討論を行うことにし、たまたま居合わせた塩原社保協事務局長とも打ち合わせし、りっぱな賛成討論を行い、結果採決の結果、公明党の4名以外、当日出席していた25名が賛成し、国への意見書を提出する運びとなりました。公明党の上條議員の反対討論は、介護職員の給与を全国産業平均水準に引き上げると年間1兆5千億円以上かかり、介護保険料の引き上げにもつながる。だから反対だということでした。それに対して宗田議員は今でさえ介護職員は集まらずこのままでは介護が必要になったとき介護サービスが受けられない介護崩壊が進んでしまう。

なお、県社保協より提出されていた介護保険改善を求める陳情書の趣旨説明に6月9日朝日村議会出向きました。全員一致で採択されました。6月議会では麻績村、筑北村でも採択されました。

松本市議会厚生委員会の請願趣旨説明で紹介した岩波ブックレットです。上野千鶴子氏・樋口恵子編による「史上最悪の介護保険改定?!」という昨年来の介護関係者の闘いの記録です。6月中旬に松本勤労者福祉センターで上野千鶴子氏の講演会が開催されており、介護保険制度を守るために長野から政治を変えてくださいと訴えていました。引き続き、闘いが求められます。



◎加齢性難聴者への補聴器購入費に対する公的助成制度創設を求める陳情書 可決

6月23日の厚生委員会では年金者組合と生活と健康を守る会から共同提案された陳情書の審議も行われ、何度も提出されていた「陳情書」について今回は賛成多数で可決されました。いよいよ補助の実現に向けて、地区社保協としてもさらに運動を盛り上げ実現していきたいです。なお、宗田議員は本会議でも補助の実現に向けての質問をしています。

最近では、大町市・下諏訪町が加齢性難聴者への補助制度を実現しています。



画期的な出来事です!!!

いま、大問題になっている
「健康保険証」の継続を求
める意見書が議員提案で
可決されました。

地元市民タイムス、信濃毎日新聞、しんぶん
赤旗でも大きく紹介されています。



来年秋に現行の健康保険証を廃止しマイナ
ナンバーカードに1本化する政府の方針に対し、
現行保険証の使用継続を求める議員提案の意見
書を起立採決の結果、議長を除く出席議員 29
名中、公明党4名、保守系会派から3名が反対
(7名) 賛成は22名の圧倒的多数で可決採択さ
れ、現行保険証の継続を求める意見書は直ちに
国に送付されました。

提案の中心になった共産党の議員団は、今回
の教訓について「一般質問でマイナ保険証の問
題点について明らかにし、国への意見書提出に
あたり、全会派に賛同を求めてきました。保守
派の議員のひとり、共産党の会派室に訪れ賛
成することを表明してくれました。垣根をつく
らず、賛同してくれる議員を増やしていくこと
は、市民の切実な要求を実現していくことにつ
ながった。」と述べています。



引き続き、国会でも閉会中審査でこの問
題が議論されます。

いま全国各地で、マイナンバーカードの
返却、取り消しなどが多発しています。引
き続き、に取り組みましょう。マイナンバ
ー制度反対連絡会の署名を取組みましょう。

松本市、短期保険証交付 「ゼロ」へこれも画期的です!!

松本市は、本年8月更新予定の国保証を加
入者全員同じ「満期証」として交付する方針。
これは、昨年末の社保協との懇談の際「国保税
担当課長」が発言した内容を実行することにな
った。これで、松本市は短期保険証交付が「ゼ
ロ」になり、画期的成果となりました。

松本地区社保協は 5月27日に定期総会開催

2023年度方針と新役員体制を確認しました。
来年3月には、松本市長選挙が予定されていま
す。社会保障前進のために引き続き、多くの団
体市民とともに、要求実現、社会保障前進のた
めに頑張っていく決意です。

介護保険制度改善を求める 松本市議会への請願意見書可決の取り組

み

—介護保険の改悪中止を求める声をさらに広げよう—

松本地区社保協 事務局長 塩原秀治

2023年9月30日長野県社保協介護改善運動交流集会



介護保険見直し 引き続き運動を強化を



松本市議会へ介護改善を求める請願書を提出
2023年6月30日採択・国へ意見書提出

介護保険部会とりまとめ（12月20日）

<p>1 高齢者の負担能力に応じた負担の見直し</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 1号保険料負担の在り方 ⇒ 次期計画に向けて結論を得る ★ ● 「一定以上所得」(利用料2割)の判断基準 ⇒ 次期計画に向けて結論を得る ★ ● 「現役並所得」(利用料3割)の判断基準 ⇒ 引き続き検討 ● 補足給付に関する給付の在り方 ⇒ 引き続き検討
<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 多床室の室料負担 ⇒ 次期計画に向けて結論を得る ★ (※ 介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めて検討) ● ケアマネジメントに関する給付の在り方 ⇒ 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 ⇒ 第10期計画期間の開始までに結論を得る
<p>3 被保険者範囲・受給者範囲</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 被保険者範囲・受給者範囲 ⇒ 引き続き検討 <p>★ 「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2023年夏までに結論を得るべく引き続き議論 <「次期」=第9期(2024~26年度)></p>

- 昨年12月、厚労省の審議会(介護保険部会)が介護保険の次期見直しに向けた報告書をとりました。
- 当初は、要介護1、2の生活援助サービスの総合事業への移行やケアプラン有料化をはじめとする「史上最悪の見直し」とも称された改悪の内容が提案されていましたが、職能団体をはじめ撤回を求める世論が大きく広がる中、全面的な制度改悪を阻止することができました。
- しかし、利用料の引き上げなど一部の改悪案はそのまま継続審議とされました。政府は「遅くとも今夏までに結論を出す」としていますが、まだ結論は出ない
- ◎ こうした中、地方自治体から声を上げていくことが求められる。

松本市議会への介護保険制度改善を求める請願書 提出

- 議会への請願の意味
日本国憲法第16条、地方自治法第124条により、市民の要望や意見を文書で議会に出すことができます。請願については、委員会での審査の後、本会議で採択・不採択の決定をします。請願を採択した場合には、必要に応じて、市長に対応を求めたり、国・県などに対応を求める意見書を提出します。重要な課題である「介護保険改善について」の要望・意見を議会に出すことは大変大切な取り組み。
- 昨年12月定例会では、厚生委員会では不採択、本会議でも賛成14名、反対16名で不採択(議長は賛成の立場であったので)1人が賛成に回っていたら同数、委員長決済で採択できた。地区社保協としても、今回4月に市会議員選挙もあり、議員交代もあったので再度6月議会にも提出することにしました。
- 新松本市議会 党派構成
誠の会7名 開明6名 まつも都5名 公明党4名 政友会4名 共産党3名
無所属 2名
議長 開明から 副議長 政友会から

松本市への「介護請願署名」の内容

1. 介護保険サービスの利用者負担の「2割負担」の対象拡大を中止し現状を維持すること。
2. 保険からはずされた食費や部屋代などの自己負担増を軽減すること。
3. 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院の多床室(相部屋)室料負担を新設しないこと。
4. すべての介護従事者の給与を全産業平均水準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。

6月市議会 請願提出 採択までの経過

- 6月8日すべての会派に、請願書をもち紹介議員をお願いした。
(公明党・保守的会派含め無所属も) 請願提出には紹介議員必要。
- 6月9日一部変更(部屋代の追加項目削除)すれば賛成するという会派もあり。12月に提出され議論した請願書にはなかった項目なのであらたに理解をするのに時間がかかるという内容でした、地区社保協、県社保協とも相談して、採択させることを優先してこの項目は削除していくことで確認しました。
- 6月12日再度会派回り、開明、政友会、まつも都、共産党の各会派の代表が紹介議員になりました。ただちに請願書を議会事務局に提出しました。
- 6月23日市議会厚生委員会で審議されました。委員長以外7名の委員のうち公明党のK議員が反対討論をしましたが、それ以外すべての議員が賛成し1対6で委員会は可決されました。賛成した委員により意見書が作成され、本会議に提出されることがになりました。

本会議採択のドキュメント

- 6月30日午後、本会議開催(閉会日)厚生委員会委員による議案提案となり、なんと前回12月市議会で反対した厚生委員会副委員長のT議員が意見書の提案を行いました。
- 本会議開催10分前公明党の上條議員が反対討論を行うという情報が入り、急遽共産党のS議員が賛成討論を行うことにし、たまたま居合わせた社保協事務局長とも打ち合わせし、りっぱな賛成討論を行いました。
- 結果採決の結果、公明党の4名以外、当日出席していた25名が全員賛成し、国への意見書を提出する運びとなりました。

公明党のK議員の反対討論は、介護職員の給与を全国産業平均水準に引き上げると年間1兆5千億円以上かかり、介護保険料の引き上げにもつながる。だから反対だということでした。それに対してS議員は今でさえ介護職員は集まらずこのままでは介護が必要になったとき介護サービスが受けられない介護崩壊が進んでしまうと主張した。

●松本市議会厚生委員会の請願趣旨説明で紹介した岩波ブックレットです。

上野千鶴子氏・樋口恵子編による「史上最悪の介護保険定?!」という昨年来の介護関係者の闘いの記録です。

●6月中旬に松本勤労者福祉センターで上野千鶴子氏の講演会が開催されており、介護保険制度を守るために長野から政治を変えてくださいと訴えていました。

●引き続き、闘いが求められます。広範な介護事業所と手を取り合って、介護保険改善の取り組みを強化していくことが求められています。

松本市議会で請願が採択された教訓

- すべての会派に請願の趣旨の理解を促進していくために会派まわり、議員へ説得工作したこと、請願が審議される担当委員会での状況分析。（本会議への対応 担当委員会で不採択でも、本会議で採択の場合もある。また、その逆もあるので対応が必要になる。）
- 委員会での請願趣旨説明の準備を 5分から10分程度なのでポイントを押さえて、準備をしたこと。
- 採択に向けて数の分析をしていく。あきらめないことです。
- 市民・国民の願いが託された請願を代表して行っているという自覚が必要でした。

松本市以外の地区社保協担当自治体の状況

- 県社保協より提出されていた介護保険改善を求める陳情書の趣旨説明に6月9日朝日村議会出向きました。全員一致で採択されました。
- 6月議会では麻績村、筑北村でも採択されました。
- 昨年 12月議会では 塩尻市議会、山形村議会でも松本地区社保協が提出した「介護保険制度改革を求める請願書」は採択され、国へ意見書が提出されています。これらもいろいろなドラマがありました。
- 残念ながら安曇野市では継続審査 その後不採択となっています。

第9期介護事業計画の策定の時期を迎えます。
介護保険料の値下げを求める運動も重要な課題になります。

● 介護保険開始時は全国の平均基準額で2,911円でしたが、第7期で2倍になり、現在第8期は6,014円の保険料になっています。松本市介護保険料も5,890円です。

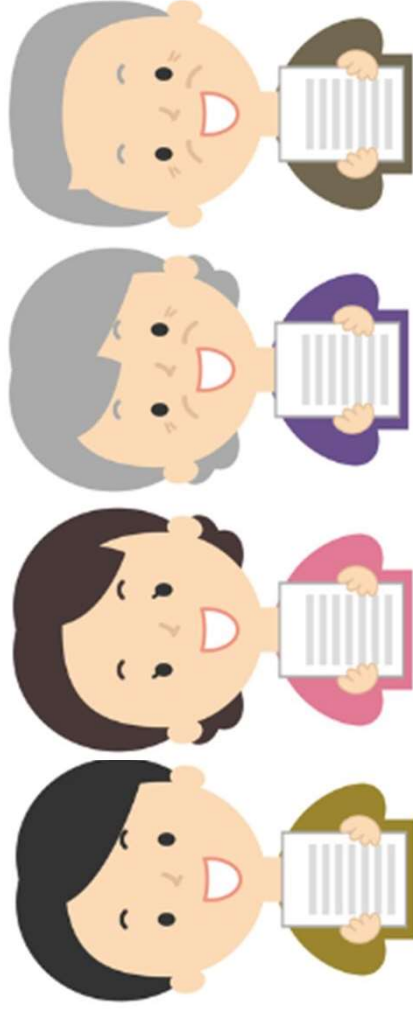
● 介護保険財政の構造そのものを見直すことは、重要な要求項目です。

さらに、介護保険財源 積み立て基金の取り崩しで保険料の値下げを実現させる取り組みに力を入れていきます。

- 政府は「安保関連3文書」を閣議決定し、その柱となる「国家安全保障戦略」では、軍事費をGDP比2%に引き上げることを明記、「整備計画」では、2023～27年度の5年間で軍事費を43兆円に増額することが明示されました。実施されれば、アメリカ・中国に次ぐ世界第3位の軍事大国となります。
- 一方で、5兆円があれば医療の窓口負担はゼロになり、約2.5兆円で、全介護職員の給与を全産業平均まで上げることも十分可能です。お金の使い方がまったく間違っています。
- 軍事費ではなく、社会保障費の増額を！
- 憲法9条を守り、25条を生かす取り組みの一環として、介護保険改善運動に取り組んでいきましょう。
- 介護の社会的な役割や意味を発信し、今回提案されている新たな負担増・給付削減案の撤回、保険財政の見直しを含めた制度の抜本的改善を求めめる声と様々な共同を、地域から、現場から、引き続き大いに広げていきましょう。

再確認

- 私たちの意見や要望を直接国・地方自治体に伝える方法の一つが請願署名行動です。
- 請願署名は日本国憲法第16条、地方自治法第124条で保障されている私たちの権利です。



介護は生きる力、
生きる喜びをとともに支える
～笑顔に出会う、心がつながる～

コロナ禍は、介護という仕事が、
社会にとってなくてはならないものだということも、
あらためて、明らかになりました。

その人らしい生活を
継続できるように努めていくことが、
私たち介護者の使命になっていくこと、
国民や家族の生活を支える
素晴らしい仕事だといふ意識、
自覚が私たちにはある。

一人一人に寄り添っていき、
あらゆる自立や介護の場、
コロナ禍でもいある大きな力や思いをもち、
私や家族はとてなっているけれど、
あなたのためにやり続けるつもりです、
その他の思いも届いてくれるかなにかにも。

全日本介護連盟
全日本介護連盟本部

介護職の誇りを伝える
全日本介護連盟本部

会派

○：代表

誠の会	開明	まつも都	松本市議会 公明党	政友会	日本共産党 松本市議団	無所属
宇留賀 響 土屋 眞一 若林 眞一 今井ゆうすけ 犬飼 信雄 阿部 功祐 ○太田 更三	和久井 悟 西澤 郁弥 吉村 幸代 ○川久保文良 上條 温 芝山 稔	中山 英子 花村 恵子 ○神津ゆかり 上條 一正 横内 裕治	大久保美由紀 内田 麻美 ○上條美智子 近藤 晴彦	太田 正徳 牛丸 仁志 ○村上 幸雄 中島 昌子	宗田まゆ美 塩原 孝子 ○犬飼 明美	こば 陽子 菊地 徹

特別委員会

2つの特別委員会が設置されました。

市役所新庁舎建設特別委員会

市立病院建設特別委員会

議会運営委員会

議会を円滑に運営するために、議会運営について協議し、意見等の調整を図るために設けられている常設の委員会です。



メンバー構成は市議会ホームページをご覧ください。

- ◆ 特別委員会
- ◆ 議会運営委員会
- ◆ 議会基本条例
施策推進組織部会

議会基本条例施策推進組織部会

平成21年に施行した松本市議会基本条例の施策を推進する組織として、3つの部会が設置されています。議員はいずれか1つの部会に所属して、「身近な議会」「行動する議会」の実現のために活動しています。

担当すること

政策部会

- ・政策提案、政策提言
- ・議会運営
- ・議会の機能強化

担当すること

広報部会

- ・情報発信
- ・議会だよりの発行

担当すること

交流部会

- ・市民交流
(市民参加及び市民連携)
- ・議会交流
- ・議会報告会

第1回

臨時会

5月18日(木)

改選後の正副議長選挙をはじめとする議会人事が行われました。そのほか、市有財産の譲渡について（農林漁業体験実習館）など、市長から提出された11件の議案を原案どおり可決・承認し、監査委員に若林眞一議員、竹本祐子氏を選任する1件の人事議案に同意しました。



議案と議決結果



各議員の賛否

◆ 審議結果

財産

議案番号	件名	委員会審査		議決結果
		付託委員会	審査結果	
1	市有財産の譲渡について（農林漁業体験実習館）	経	可決	可決

その他

議案番号	件名	委員会審査		議決結果
		付託委員会	審査結果	
2	自動車事故に関する和解について	厚	可決	可決
3				
4				

人事

議案番号	件名	委員会審査		議決結果
		付託委員会	審査結果	
5	監査委員の選任について	-	-	同意

報告

議案番号	件名	委員会審査		議決結果
		付託委員会	審査結果	
報1	松本市市税条例の一部を改正する条例について	総	承認	承認
報2	松本市国民健康保険税条例の一部を改正する条例について	厚		
報3	令和4年度松本市一般会計補正予算（第11号）	4 常任		
報4	令和4年度松本市水道事業会計補正予算（第3号）	建		
報5	令和4年度松本市下水道事業会計補正予算（第3号）	建		
報6	令和5年度松本市一般会計補正予算（第1号）	厚		
報7	工事請負契約の締結について（令和3年度松本市エコトピア山田既存廃棄物移設工事）の議決更正について	総		

総：総務委員会 厚：厚生委員会 経：経済文教委員会 建：建設環境委員会

松本市公契約条例や 令和5年度松本市一般会計補正予算などを可決



今定例会では、市長から提出された20件の議案のほか、1件の請願、4件の議会案を審議し、それぞれ議決しました。

▶議案審査等の概要はP5、審議結果の一覧はP6、一般質問はP7～15をご覧ください。

こんなことが決まりました！

議案第8号 令和5年度松本市一般会計補正予算（第2号） 【価格高騰低所得世帯重点支援事業費】

電力・ガス・食料品等の価格高騰による経済的負担を軽減するため、特に家計への影響が大きい低所得世帯に対し、給付金を支給するもの

【対象世帯】

①国制度分 22,000世帯

令和5年6月1日において、世帯全員が令和5年度の住民税「均等割」非課税の世帯

②市独自分 200世帯

物価高騰等の影響を受けて令和5年1月～9月までの家計が予期せず急変し、同一の世帯に属する者全員が令和5年度の住民税「均等割」非課税世帯と同様の事情にあると認められる世帯（家計急変世帯）

【支給額】 1世帯あたり 30,000円



公募により愛称は「あんさんぶる」

議案第3号 松本市地区福祉ひろば条例の一部を改正する条例

議案第4号 松本市子育て支援センター条例の一部を改正する条例

芳川地区みなみ福祉ひろばと芳川こどもプラザが新設されたもの



請願

市民が市政等についての要望や意見を議会へ文書により提出するものです。議員の紹介を必要とします。

介護保険制度の改善を求める請願書

介護保険制度の改善を求める趣旨の意見書を国に提出することを求めるもの

→詳細については、市議会ホームページをご覧ください。



陳情

市民が市政等についての要望や意見を議会へ文書により提出するものです。議員の紹介は不要です。

加齢性難聴者の補聴器購入費に対する公的助成制度創設を求める陳情書

松本市において、加齢性難聴者の補聴器購入に対する公的扶助制度創設を求めるもの

→詳細やその他の陳情については、市議会ホームページをご覧ください。



議会案

実現に向けて国会や関係行政庁に送付しました。

燃料油価格激変緩和対策事業の延長を求める意見書

燃料油価格激変緩和対策事業を延長することを国に求めるもの

→詳細やその他の議会案については、市議会ホームページをご覧ください。



人事

次の人事案件について、同意することに決定しました。

・公平委員会委員 なかじま 中嶋 しょうこ 昇子 氏

高齢者の暮らしと人権を守るために

介護保険改悪、なんとか押し戻しました、が、まだまだ油断はできません

2024年度開始する介護保険第9期の改正に向けて、年末12月20日、社会保障審議会介護保険部会の答申が公表されました。次期改定のために介護保険部会に付された改正案は、給付の削減と負担増を露骨に押し出した史上最悪の改定案でした。これが実現したら、介護保険制度は持続しても、要介護高齢者の生活は破壊されます。私たちは10月から11月までの2か月の間に、「史上最悪の介護保険改定を許さない!」と銘打って、計4回のWEB集会、1回の院内集会を開き、要介護当事者、介護家族、介護サービス事業者、医療関係者等、関係者の怒りの声と改定案に対する危惧を訴えました。負担が増した上にサービスを削減して要介護高齢者はどうやって生きるというのか、負担増で利用者がサービス利用を抑えれば事業者の収入が減り経営がなりたたなくなる、在宅医療は介護保険サービスがあってこそ可能と、強い危機感から各方面の関係者が参加して反対の意思を表しました。当日参加の他にYouTube配信し、のべ4万回超のアクセスを得て、現在も反響を拡げています。

その結果、私たちが「史上最悪!」と指摘した改定案のうち、要介護1,2の訪問介護・通所介護の総合事業への移行(介護保険サービスからの排除)とケアプランの有料化は今期見送りとなりました。私たちが反対の声を上げた成果だと、ひとまずは勝利宣言をしたい思いです。しかし、利用料2割負担対象者の拡大、高所得者の1号保険料の負担見直しについては、今年夏までに結論を出すとしていますから、まだまだ油断はできません。これまでの改正では「高所得」の基準を示さずに見直しを行ってきました。また年収基準を低くすることで2割負担の対象者拡大することを狙っているようですが、昨今の異常な物価高騰は、年金生活者を直撃しています。負担増は直ちに利用抑制につながるでしょう。必要なサービスが得られなければ、要介護高齢者の生活は崩壊します。施設にも入れず、「在宅」という名の「放置」を招くでしょう。

また、通所介護と訪問介護の複合化、ロボットの導入による人員配置基準の緩和や「科学的」介護の推進など、生産性や効率化に名を借りながら、現場の実態をないがしろにした労働強化につながっていることも見逃せません。このままでは介護職員は疲弊するばかりです。

防衛費の増額には多額の公費を投入することをためらわない国が、介護保険に対しては「制度の持続可能性」を盾に負担の増加と給付の抑制を図るばかり。国家の安全保障より人間の安全保障が優先されるのが当然です。誰もが安心して老後を生きられる社会をめざして、公費負担を拡大し、介護労働者の処遇を改善し、必要なサービスが必要な対象に届くような抜本的な介護保険の改正を強く求めます。

史上最悪の介護保険改定を許さない!! 連続アクション参加者一同

内閣総理大臣 岸田 文雄 殿
厚生労働大臣 加藤 勝信 殿

2023年7月21日
全日本民主医療機関連合会
会 長 増田 剛

介護保険制度の改善等を求める要請書

貴職の日頃のご奮闘に敬意を表します。

現在 2024 年度予算編成に向けた本格的な作業が進められています。必要な時に必要な介護が保障されるよう、社会保障関係予算全体を大幅に増やすことをまず最初に強く求めるものです。

介護関係では、「年末までに結論を出す」とされている利用料 2 割負担の対象拡大等の制度見直し、2024 年度介護報酬改定、介護職員の処遇改善等が予算編成の中で検討されていくことになります。

このうち利用料については、昨年来の物価高騰のもとで高齢者の経済状況は今までに悪化しており、これ以上引き上げる環境にはありません。私たち民医連の調査(2022 年 11 月実施)では、1 割負担が 2 割負担となった場合、在宅サービス利用者(回答 1,097 人)の 3 分の 1 強が「利用を減らす」もしくは「利用を中止する」と回答しています。また、「今は負担が可能」と答えた利用者の多くが、今後サービスの利用が増えた際、利用料を払い続けることができるのか強い不安を抱えています。そもそも現在実施されている利用料 2 割負担は、法案審議の段階で示されていたモデル世帯のデータがその不備を指摘されて撤回された経緯があり、負担が可能かどうかの具体的な論拠が曖昧なまま導入されたものです。利用料 2 割負担の対象拡大を検討する前に、現在の利用料 2 割負担の利用者が経済的な支障なくサービスを利用できているのかどうか、まずその検証こそ必要と考えます。

介護事業所は 2020 年以降の新型コロナウイルス感染症拡大による利用控えやクラスターによる大幅な減収に加え、昨年からは物価高騰が直撃し、かつてない経営的な危機に直面しています。こうした経営困難をつくりだしている最大の要因が介護保険創設以来、低く据え置かれ続けてきた介護報酬です。介護報酬の改定は、経営の安定性・継続性の担保、介護の質の維持・向上、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を補償する観点からは是非検討頂きたいと思えます。

介護従事者の処遇改善も待ったなしの課題です。処遇改善加算等により給与は徐々に改善されていますが、全産業平均水準からは 7 万円以上の開きがあります。介護事業所の人手不足は年々深刻化しており、今般のコロナ感染症はそれにいっそう拍車をかけています。人手不足の打開策として、テクノロジー機器の導入を要件とする人員配置基準の緩和が検討されていますが、人を機械に置き換えても人手不足は根本的に解消されません。有料職業紹介業者に支払う法外な紹介手数料が介護事業所の経営を圧迫しています。紹介手数料に上限を設けるなど、紹介業者に対する社会的規制が必要です。

現在、新型コロナウイルス感染症が拡大の兆候をみせており、高齢者施設等でクラスターが散発しています。第 7 波・第 8 波では、医療体制が逼迫する中、入院できずに施設内療養を強いられ(いわゆる「留め置き」)、必要な治療を受けられないまま多くの高齢者が亡くなりました。在宅においても、重症化しても入院出来ないまま多くの命が失われました。感染が急拡大する過酷な状況のもとで、施設の職員や訪問介護員をはじめとする在宅事業所のスタッフは必死で介護にあたりました。5 月 8 日から「5 類相当」に切り替わりましたが、医療機関に対する支援策が大幅に縮小され、医療体制の整備等が専ら都道府県任せにされており、このままでは、高齢者施設、在宅において入院困難、治療困難の事態が再来することになりかねません。政府としてこれまでの感染対策に対する検証、総括を行い、今後の拡大に備え、医療・介護提供体制の確保・整備など必要な対策を早急に講じることを強く求めます。

マイナンバーカードとの一元化による医療保険証の廃止は、受療権の重大な侵害につながるとともに、日常の諸対応のため利用者からカードを預からざるを得なくなる介護事業所やケアマネジャーに、カードの管理に係る重大なリスク、負担を負わせるものです。現場からは強い反対の声が挙がっています。

以下、7点について要請します。

記

- 1 「年末までに結論を得る」(骨太方針)とされている利用料、介護保険料の見直しについて
 - (1) 利用料2割負担の対象拡大を行わないこと。現在利用料2割負担となっている利用者が経済的な支障なくサービスを利用できているか実態の把握を行うこと
 - (2) 介護保険料の引き上げを実施しないこと。低所得者を対象とする介護保険料の軽減措置を強化すること
- 2 令和6(2024)年度介護報酬改定について
 - (1) 基本報酬(基本サービス費)の底上げを行うこと
 - (2) 施設多床室の室料徴収の対象を老健施設等特養ホーム以外の施設に拡大しないこと
 - (3) 福祉用具貸与利用のみのケアプランの報酬引き下げを行わないこと
- 3 介護従事者の処遇改善について
 - (1) 職種・就業場所に関わらず、介護に従事する全ての職員の給与を早急に全産業平均水準まで引き上げること
 - (2) 現行の処遇改善加算(介護職員処遇改善加算、特定処遇改善加算、ベースアップ等支援加算)を一本化し、利用料の負担が生じない交付金制度に切り替え、交付率を引き上げること
 - (3) 申請等の手続きの簡素化を図ること
- 4 介護従事者の確保について
 - (1) 政府として介護従事者確保対策を抜本的に強化すること
 - (2) テクノロジー機器の導入を要件とする人員配置基準の緩和・切り下げを行わないこと
 - (3) 有料職業紹介業者の紹介手数料に上限を設けること。「お祝い金」禁止などの指針が順守されるよう紹介業者への指導監督を強化すること。公的な職業紹介事業の機能強化を図ること
- 5 新型コロナウイルス感染症対策について
 - (1) 感染症の拡大時において、定期・集中的な検査の実施、全介護従事者への無条件のワクチン優先接種など介護事業所の感染対策に対する支援を強化すること
 - (2) 緊急時の介護人材確保、職場環境の復旧・環境整備に係る費用の助成を継続・拡充すること。
 - (3) 施設内療養に要する費用の助成を拡充し、「医療機関の確保」の要件を撤廃すること。陽性者の自宅療養を支える在宅サービス事業者に対しても費用の助成を行うこと
 - (4) 入院治療を必要とする高齢陽性者が確実に入院できるよう、医療体制の整備を図ること
- 6 物価高騰に対して
 - (1) 物価高騰、水光熱費高騰に対する介護事業者への財政支援を継続・拡大すること
 - (2) その際、新たな利用者負担が生じないよう対応すること
- 7 マイナンバーカードとの一元化による医療保険証(介護保険証)の廃止案について
 - (1) 介護現場に様々な困難、混乱をもたらす医療保険証とマイナンバーカードとの一元化、医療保険証の廃止を実施しないこと
 - (2) 介護保険証とマイナンバーカードとの一元化の検討を行わないこと

以 上

介護保険制度の改善を求める意見書

令和5年6月26日

内閣総理大臣 岸田文雄 様

立科町議会議員 今井清

介護保険は施行22年を経過し、来年からの第9期介護保険計画の検討が始まりました。識者からは、介護保険20年の歩みで「介護保険の歴史は一貫して利用抑制の歴史だった。制度はあっても使えない、いわば制度の空洞化の歴史だったと言える。しかし、その下でも独居の在宅看取り、認知症者の在宅看取りなど、現場の経験値と実践は確実に蓄積し進化してきた。私たちには、制度の後退を許さず、高齢者の暮らしを守る義務がある。」と指摘しています。この制度を持続的かつ安定的な運営のためには、将来にわたって自治体の財政負担や被保険者の負担が過重にならないよう、「国庫負担割合の引き上げ」が必要と考えます。このことについては、全国市長会・全国町村会も国庫負担の引き上げを重点提言・提案に掲げています。(以下中略)

コロナ感染対策強化として、検査・ワクチン体制の整備、在宅・施設での陽性者・クラスター対応への支援、事業所に対する公費による減収補填などが求められています。利用者、介護事業所・従事者が直面している困難の早急な打開と、介護保険制度の立て直しが急務です。経済的な心配せず、必要な時に必要なサービスを利用、提供できる制度への転換を求めます。

よって国においては、介護保険制度の改善を求めて下記の事項について強く要望します。

記

- 1、次期介護保険制度の見直しについて、①様々な経済状況を鑑み、介護保険サービス利用料は負担増を行わず、来期は現状を維持すること。②地域支援事業の体制が必ずしも十分でない現状および「事業の効果の検証」がしっかりなされていない現状をふまえ、要介護1及び2の介護サービスの地域支援事業への移行は、慎重を期すること。③サービスの利用促進のため、ケアプラン作成料は全額給付を維持すること。④様々な経済状況を鑑み、引続き低所得者への負担軽減を継続し、老人福祉施設等の多床室室料は新設しないこと。
- 2、全額公費により、全ての介護従事者の給与を全産業平均水準まで早急に引き上げること。また介護従事者を大幅に増やし、一人夜勤の解消等人員配置基準の引き上げを行うこと。
- 3、国として特養ホーム待機者解消の計画を策定し、特養ホームの抜本的増設を図ること。廃止された特養建設への国庫補助を復活させ、都市部での用地取得を支援するなど、「待機者ゼロ」の実現に向けて、あらゆる施策を取り組むこと。
- 4、介護保険料、利用料、食費・居住費などの負担軽減、介護報酬の改善など、介護保険制度の抜本的な見直しを行うこと。そのためには全国市長会・全国町村会の提言・提案に沿って介護保険財政における国庫負担の割合を大幅に引き上げること。

以上、地方自治法第99条の規定により、意見書を提出します。

佐久社保協市町村議会陳情活動 (2023 年 6 月議会に)

地方から私達の声で社会保障充実を目指して成果

佐久社保協は、6 月の市町村議会に対し、介護保険・国保制度の改善と、マイナンバー制度による保険証廃止撤回を求めた陳情活動を展開しました。陳情提出期限が過ぎた 4 町村を除いた 2 市 3 町 2 村に陳情書を提出して、佐久市、小諸市と立科町の議会では、趣旨説明を増田事務長が臨んだ。その結果、別表の通り介護保険改善の国への意見書が 4 市町で採択（12 月議会を含む）と趣旨採択が 1 町、国保改善の国と首長への意見書が 1 町で採択と趣旨採択が 1 町、保険証廃止撤回の国への意見書採択が 1 町との成果を上げました。

佐久社保協議会陳情活動2023

	市町村	議会対応	介護保険改善	国保改善	保険証存続
1	小諸市	6月19日趣旨説明	趣旨採択	不採択	不採択
2	佐久市	6月22・23日趣旨説明・傍聴	一部採択（介護職員給与・体制改善項目のみ）	不採択	不採択
3	佐久穂町	6月23日提出	国意見書採択	不採択	9月議会
4	小海町	6月16日傍聴	趣旨採択・12月意見書採択	趣旨採択	継続審議
5	川上村	9月議会			
6	南牧村	6月30日提出	継続審議	継続審議	継続審議
7	南相木村	9月議会			
8	北相木村	6月30日提出	継続審議	継続審議	継続審議
9	軽井沢町	9月議会			
10	御代田町b	9月議会			
11	立科町	6月16日趣旨説明	採択	採択	採択
	合計		国意見書4市町村、 趣旨採択1市1町、 継続2村	国意見書1町、 趣旨採択1町、 継続2村	国意見書1町、 継続3村

長野県内でもマイナ保険証 トラブル多数【記者会見】

県保険医協会 Hp より

以上

長野県保険医協会は6月26日、長野県庁の会見場で、オンライン資格確認トラブルアンケートの結果報告および健康保険証の存続に関する記者会見を行いました。

宮沢会長、林副会長、原事務局長、増田事務局次長が会見に臨み、アンケート結果を元に、県内医療現場でのマイナ保険証トラブルについて報告しました。

アンケートは、5月25日～6月7日に当会の会員医療機関、医科・歯科計898件に対し実施、121件より回答を受けたもの。

「オンライン資格確認を実施している」と回答した106件のうち、71件(67.0%)がオンライン資格確認を導入してからこれまでにトラブルが「あった」と回答しました。

トラブルの内容としては「無効・該当なしと表示される」等の、保険者情報が正しく反映されていない例が41.7%と最多で、その他に「本人以外で顔認証ができてしまった」、「他人の情報が紐づけられていた」、「患者が間違った暗証番号を入力し続けロックがかかってしまった」などの回答がありました。

このようなトラブルについて、宮沢会長は「医療情報の誤登録は重大な医療事故にも直結し、プライバシー性が高い機密情報の漏えいは絶対にあってはならないこと」と話しました。

また、任意であったはずのマイナカードの取得・保険情報等の紐付けが、保険証廃止によって実質強制的な扱いとなっている件についても「窓口申請に行けない人もいます。そういう人にとっては医療からの切り捨て以外の何ものでもない。デジタル化を否定する訳ではないが、全ての患者さんにとって不利益となることのないように、健康保険証との併用など、政府には一番、患者さんのためになる方法を取ってもらいたい」として、廃止の撤回および存続を強く訴えました。



立科町議会が県下松本議会に次いで 2 番目 マイナ保険証の中止を求める陳情、僅差で可決。 内閣総理大臣宛「意見書」提出される。

佐久地区社会保障推進協議会は、管内 11 市町村議会に①マイナンバー制度による健康保険証の方針の撤回を求める陳情、②国保制度の改善を求める陳情、③介護保険制度の改善を求める陳情の 3 件を提出し、国への意見書の提出を求める活動に取り組んでいる。立科町議会の 6 月議会において、3 件の陳情が可決され、6 月 26 日付け、国あての意見書が提出された。マイナ保険証の中止の可決は、松本市に続く 2 番目の快挙です。佐久社保協は引き続き他の市町村への陳情と署名活動を続ける。

6 月 21 日、立科町議会最終日にすべての議案の採決が行われた。今議会には 7 本の請願・陳情が寄せられ、中でも、社会文教建設常任委員会においては不採択。本会議において、不採択 3 本の陳情を村田議員（共産党）は賛成討論、榎本議員（公明党）が反対討論、結果逆転し賛成多数で意見書を挙げた。介護保険制度の改善を求める陳情が、賛成 8 名反対 3 名で可決。国保制度の改善を求める陳情が、賛成 8 名反対 3 名で可決。マイナンバー制度による健康保険証廃止方針の撤回を求める陳情が、賛成 6 名反対 5 名で可決。介護と国保の反対議員の 3 名は、公明党の榎本議員。無所属の秦野議員。無所属の小野沢議員。

マイナ保険証廃止方針の撤回を求める陳情の反対議員は、先の 3 名に加え、無所属の芝間議員。無所属の村松議員だった。（村田議員公式サイトより）

村田議員は、「常任委員会では不採択となったので、いよいよ本会議が勝負と考え、賛成討論を説得力あるものにしようと練り上げて臨みました。立科町議会の良識を示した形となりました。その点では今の議員たちに信頼感があります。国の悪政には共同で立ち向かおうという統一戦線、共同の力の立場で一緒に共同できる仲間と感じています。」と表明された。可決に向けて活動された村田議員の賛成討論（要旨）を紹介する。

マイナ保険証の中止を求める陳情は、任意のカードと保険証の一体化の撤回 毎日のトラブル報道、国民の 72%が反対、町国保保険証紛失再発行が 35 件も 住民代表の議員の良識に期待と賛成討論

任意のマイナンバーと全ての国民が交付を受ける保険証の一体化、この政府の方針の撤回を求める陳情です。このところ、マイナンバーカードと一体になったマイナ保険証により、重大な問題が毎日のように明らかとなっています。すなわち、他人の健康情報や服薬情報がすり込まれた誤登録問題、誤って登録する問題です。また、個人が特定できず、医療機関でマイナ保険証が無効となって、10 割負担を要求されたなどのトラブル。昨日の報道は、同姓同名の方の誤登録も明らかになりました。こんなずさんなひもづけは、命に関わることだけに、許されません。6 月 19 日の信毎でも、マイナンバーと保険証の一体化に国民の 72%が反対しています。そのことが報道されていました。私たちは現行の保険証方式に何の問題も感じていません。命に関わる重大な事故につながるマイナンバーと保険証の一体化は絶対に反対です。当町では、聞くところによりますと、国民健康保険証

マイナンバー制度による健康保険証廃止方針の撤回を求める意見書

内閣総理大臣 岸田文雄 様

令和 5 年 6 月 26 日

立科町議会議長 今井 清

全ての被保険者に保険者があまねく被保険者証（健康保険証）を発行・交付することは公的医療保険制度の大前提であり、法令上も保険者には被保険者証の発行義務があります。保険医療機関等には、「療養の給付」の際に被保険者の資格確認が義務付けられています。

ところが、政府は健康保険証を廃止し、マイナカードによる資格確認（電子資格確認）を基本とする方針を示しました。そもそもマイナンバー法でマイナカードの取得は任意原則（申請主義）です。そのためマイナカード申請・所持しない被保険者（国民）や、マイナカードは申請・所持しているが、保険証との一体化を拒否する被保険者（国民）は、多く存在します。

一方、法令で被保険者に交付が義務付けられている健康保険証を廃止すると、被保険者証を有しない被保険者（無保険者）が必ず発生します。無保険者の発生は、申請主義（任意所得）で有効期限が 1 年以内に限定された資格確認書で問題が解消されるところが矛盾が拡大されます。健康保険証を存続されることが矛盾の最も合理的な解決方法と考えます。

よって国においては、現行の健康保険証の廃止方針を撤回することを強く要望します。

の紛失が後を絶たないということです。高齢に伴って色々紛失したりすることがありますけれども、再発行の件数は年間 35 件だと聞きました。紙の保険証はすぐにでも発行できますが、このマイナ保険証になるとそうはいきません。二、三週間かかるとも聞きました。こうしたマイナンバーと保険証の一体化は大変問題があると思います。ぜひ、国民が反対してい

るこのマイナ保険証、マイナンバーと保険証との一体化の問題、当議会でも自信を持って中止をすべきだというふうに意見を上げていただき、この陳情に賛成をしていただいて、国に意見書を上げていただきたいと思います。議会が住民の代表であるという立場から、議員の皆さんの良識に期待して、賛成討論といたします。

介護・国保の改善を求める陳情、すべて可決！

**介護の改善を求める陳情は、
高齢者から嘆きの声が多く負担は限界、国は一層の負担増を狙う、
介護職員の待遇改善で、安心して年をとれる町・国を自分ごととして！**

佐久社保協の陳情書は、介護保険制度において、政府が企図している改定案についての懸念を表明し、その改善を求めるものに共感し、賛成します。介護保険料は、65 歳以上の高齢者は年金からの否応なしの強制引落しで、年々削られる年金額とともに生活を脅かしています。特に、立科町の保険料は県下でも高いほうに位置し、高齢者から、物価も上がり続けて手取り年金は下がるばかり、これでは暮らしていけないとの嘆きの声が多く寄せられています。その上、昨年 8 月より、施設内の食費、部屋代などが値上がりをし、人によっては 1 万円以上高騰したとお話もあり、高い保険料を引落しされた上、利用料負担も重くなるばかりの現状を考えると、もはや負担は限界といえる状況です。陳情によると、さらに、ケアプラン作成の有料化、要介護 1、2 も介護保険制度から外して市町村の責任に帰す総合事業に移そうとしてい

ること、無料だった多床室も有料化するなど、一層の負担増ばかりが狙われているといえます。また、介護関係者の待遇が、ケア労働の厳しさに比べ、全産業よりも平均して 9 万円も安いと言われているほどの安さ、悪さにあります。介護に従事するあらゆる職種で給与などの待遇改善を進め、十分な人的配置を保障しなければ、慢性的な人手不足は解消されません。国の負担割合をかつてのように 2 分の 1 に引き上げ、町からも介護施設への運営費補助を増やしたり、利用者への補助を増やして、年を取って体が動かなくなっても安心して年を取れる町、国にしなければならないと考えます。そのことは、他人ごとではない、近い未来であることを、私たちは自分ごととして考えたいと思います。よって、この陳情趣旨に全面的に賛成いたします。

**国保の改善を求める陳情は、町の状況分析、
高い国保税と資格者証・短期証発行厳しい対応を指摘、
地方団体でも国に 1 兆円要望、軍事費 43 兆円をもっとかみついて**

佐久社保協の提出された陳情書で、立科町の状況を詳しく述べ、世帯構成が同じ健康保険、健保と比べ、国保は 1.78 倍も高いこと、窓口で 10 割払わなければいけない資格証発行世帯が立科町では 3 世帯、短期保険証が 25 世帯にも交付されているなど、町民に厳しい対応をしていることを指摘しています。こうした現状を踏まえ、国や町に対して意見書を上げてほしい旨の陳情はもっともなものと理解します。すなわち、全国知事会や全国市長会でも求めている国による 1 兆円の公費投入、均等割の廃止の対象拡大、低所得者に医療の保障を求め、町長に対しても、基金

や剰余金を活用して国民健康保険税の引下げをし、事情のある住民にこそ通常の保険証を渡して、医療へアクセスできる温かい町となるよう、議会が住民の声を代弁して、ぜひ意見書を送付すべきではないかと考え、賛成します。なお、委員会の議論の中で、全国知事会が求めている 1 兆円、どこから出すのだという議論もありました。それを言うなら、軍事費の 43 兆円はどうやってつくるのでしょうか。そのことにもっとかみついてもらいたいものだと思います。（立科町議会議事録より）

以上