

様式第4号（第9条関係）

令和2年2月17日

小野市議会議長 川名 善三 様

派遣議員 高坂 純子 ㊞

## 議員派遣報告書

先般、実施しました 議員派遣について、下記のとおり報告いたします。

### 記

#### 1 派遣日

令和2年2月3日（月）

#### 2 派遣議員

久後淳司・高坂純子・喜始真吾・藤原貴希

#### 3 派遣先

大阪アットビジネスセンター

#### 4 内容

○第8期介護保険事業計画の展望

#### ○介護保険改正案に組み込むための2019年12月末までの議論

##### （1）利用者の負担増

##### ① 全てのサービスの「現役並所得」「一定以上所得」の判断基準

判断基準は認定者の所得、原則1割負担から「一定以上所得は2割負担」「現役並所得は3割負担」

制度改正の狙いは、判断基準を見直すと、2割以上を負担する利用者が増え、給付の抑制につながる。

- ② 高額介護サービス費。利用者負担が一定の上限を超えた場合、超過分を後で払い戻す負担軽減策。制度改正の狙いは、上限額を見直すと利用者の負担が増え、給付の抑制につながる。
- ③ ケアマネジメントに関する給付のあり方。在宅サービスのケアマネジメントは10割給付で自己負担なし。制度改正の狙いは自己負担額を設定の質の向上。デマンドの抑制。
- ④ 施設サービス。補足給付に関する給付の在り方<低所得者の補足給付（食費と家賃）所得と預貯金から不動産も判断基準に加える。>  
多床室の室料負担（多床室は水道高熱費に加えて家賃（滞在費）を増やす。不動産家賃を判断基準に加えると利用者の負担が増える。

## (2) 給付縮減の見直し

要介護1と2の「生活援助」を給付から地域支援事業所へ移行することで、利用者の受給権の縮減し在宅生活が可能になるか。

※在宅サービス（訪問看護）⇒「生活援助」「身体介護」「通院等乗降介助」「軽度者」（要介護1、2）への給付の内「生活援助」を外して地域支援事業に移行

※問題点⇒総合事業には受給権がない。生活援助を外して在宅生活が維持可能か。市町村事業にした場合の報酬設定はどうか。サービス事業者の確保と質はどうか

## その他の改正議論

- (1) 介護認定
- (2) 有効期間最長を3年から4年に延長。認定調査員の要件はケアマネージャー以外に緩和。
- (3) 住所地特例  
認知症グループホームを住所地特例の対象とする。しかし、入りやすくなるため家族が入れっぱなしにする可能性がある。

## 処遇改善加算の問題点

- 職種における公平性を欠く
- 他の職種への移動が困難になる
- 法人が定めた人為考課制度、給与体系が崩れる
- 事務が煩雑
- 人件費が増え経営が圧迫
- 特定処遇加算の新設
- 派遣・紹介会社の利用促進
- ◎加算から基本報酬の引き上げ

## ●介護人材不足の状況

- ・有効求人倍率⇒ 全国介護サービス 3.33 倍
- ・要介護度認定者数⇒平成 30 年 4 月 644 万人。この 18 年間で約 3 倍。

## ●介護費用と保険料

- ・総費用 2000 年度⇒3.6 兆円 2010 年度⇒7.8 兆円 2018 年度⇒11.1 兆円
- ・65 歳以上が払う保険料（全国平均）  
第 1 期（2002 年）⇒2,911 円 第 4 期（2011 年）⇒4,160 円  
第 7 期（2020 年）⇒5,869 円

## ●高齢者向け住まい・施設利用者数の増加

- ・介護老人福祉施設と有料老人ホームが急増

## ●現下の介護の課題

※人手不足⇒対応策

- ・介護職員賃金の引上げ・介護業界の 3 K イメージの払拭・介護施設における「専門職の業務」と「非専門職の業務」の仕分け・IT、センサー等による記録入力業務夜間業務等の省力・高齢者の就労拡大・外国人の就労拡大

## ●認知症

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の車輪として施策を推進

（※予防とは「認知症にならない」という意味ではなく「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を穏やかにする」という意味）

## ●横軸＝地域共生の社会→地域づくり

- ・本格的高齢化社会や→地域での暮らしの重要性が増す
- ・人口減少社会→地域の課題、困りごとを地域で解決する選択肢
- ・横軸の地域包括ケアは、地域共生社会につながり地域づくりにつながる→縦割りではなく横串（課題の範囲は生活全般）住民協働（住民と行政）専門職のバックアップ、健康福祉部だけでなく企画部総務部市民部も介護保険の地域支援事業の有効活動を行う。

## ◎2020 年の介護保険制度改革テーマ

- 1 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の増進）
- 2 保険者機能の強化（地域保険としての地域のつながり機能・マネジメント機能の強化）
- 3 地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護サービスの提供・整備）
- 4 認知症「共生」・「予防」の推進
- 5 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新（人材派遣・給付と負担）

## ※給付と負担の具体的内容※

- (1) 被保険者・受給者範囲（被保険者の年齢に引き下げ、障害福祉サービスとの統合）  
▼今回は実施しない
- (2) 補足給付に関する給付のあり方（低所得者の施設サービス利用者の給付費の削減、自己負担の増加）
- (3) 多床室の室料負担（施設サービスの相部屋利用者への給付費の削減、自己負担の増加）
- (4) ケアマネジメントに関する給付のあり方（在宅サービス利用者への給付費の削減、自己負担の増加）
- (5) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方（在宅サービス「訪問看護」利用者のうち「軽度者」（要介護1と2）に対する介護給付の削減  
地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービスの「利用者」（非受給者）の増加
- (6) 高額介護サービス費（利用者負担額を引き上げることによる自己負担の増加）の見直しによる自己負担の増加
- (7) 現金給付（「介護の介護者負担そのものが軽減される訳ではない、介護離職も増加する傾向があり慎重に検討することとなり、現時点では導入しない。『介護離職者ゼロ』に向けた取り組みや家族支援を進めることが重要」

## ○地域包括ケアシステムの実践と課題

- (1) 介護保険法の目的⇒要介護状態であっても、能力に応じ自立した生活を目指すものであって、身体的・精神的になんらサービスを必要としないこと、あるいは、使うことを防げるものではない。（1条）  
しかし、近年は「自立支援介護」を推奨しており、できるだけ介護保険給付を使わない「自立」が強調されている。介護保険からの「卒業」が自立ととらえられ介護予防や重度化防止が強調されている。
- (2) 保険料負担⇒介護保険制度未利用の92%は、月々5,514円の負担をしており、それが負担感となり、一般の評価も保険料が高いか低いかという議論が中心になる。社会保険制度を採用している健康保険制度では、7,700万人の加入者に対して全く給付を受けていない人は極めて少ないため、制度に対しての理解はあり全く使われない介護保険との違いは大きい。  
したがって、2006年制度改正以降、国は給付の縮減中心の見直しを進めており、介護保険制度だけでは、高齢期の生活を支えることができない状況である。そのため、要介護高齢者の生活を支えるには、家族（主に女性）の介護力に期待をする構造が続いている。

### (3) 介護殺人と介護虐待

介護保険が始まってもお、家族の介護負担は少なくない。介護のための家族の覚悟が必要となる。昨今の介護殺人や高齢者虐待に象徴されるような厳しい介護実態がある。特に、認知症や精神的な疾患が絡んだ介護は過酷である。「介護疲れ」「介護ストレス」が虐待の主な発生要因でもある。

### ●国の目指す地域包括ケアとは何か

高齢者になっても住み慣れた地域で、自立した生活を最後まで送ることができるように、必要な医療、介護、福祉サービスなどを一体的に提供し、全ての世代で支え・支えられるまちづくりをすることを目指している。

基本となるのが「地域包括ケアシステム」全国の市町村では、それぞれの地域に合った「地域包括ケアシステム」の構築を目指している。

団塊の世代が75歳以上になる2025年には、65歳以上の高齢者は3,677万人となり、総人口の30%を占める。2065年委には4人に1人は75歳以上の後期高齢者になる推計。

### ●地域包括ケアシステムの基本的な考え方（厚生労働省5つの構成要素）

- (1) 介護 介護が必要になったら利用する介護サービス全般
- (2) 医療 かかりつけ医、看護サービス、急性期病院、回復期リハビリテーション病院など医療サービス全般
- (3) 予防 元気で暮らすための介護予防や健康づくり、保健衛生面など
- (4) 生活支援 日常の暮らしを支えて自立を支援するための福祉サービスや地域交流に関する事
- (5) 住まいと住まい方 日常の暮らしを支えて自立を支援するための福祉サービスや地域交流に関する事

※地域医療ケアシステムにおける「地域」とは、住民の生活圏域を言い、具体的には30分程あれば駆けつけることの出来る範囲とされている。

### ●地域包括ケアシステムのポイント

「自助・互助・共助・公助」

### ●地域包括ケアシステム構築のプロセス

「介護保険事業計画」に従い独自のケアシステムを計画していく。

「地域ケア会議」の開催。

- ① 地域の課題の把握と社会資源の発掘
- ② 地域関係者による対応策の検討
- ③ 対応策の決定と実行

### ●地域包括ケアシステムのメリット

- ① 在宅医療サービスと介護サービスが連携することで柔軟なサービス提供が可能。
- ② 認知症になってもできる限り住み慣れた環境で自分らしい暮らしを続けられる。
- ③ 地域に多様な生活支援サービスが生まれる。

④ 高齢者の社会参加ができる。

### ●今後の課題

- ① 医療と介護の連携の遅れ
- ② 地域格差
- ③ 地域ケアシステムの浸透の低さ
- ④ 「自助」と「互助」
- ⑤ 過疎化と地域の担い手不足

### ●医師会との連携

中核都市以下の自治体で医療との連携として出来ることは、地元医師に対して、医療と介護の了見から市民を支える政策に対する協力を受諾してもらうことから始めなくてはならない。その際に自治体で活用できるのは、住民票等の個人情報である。

自治体ビッグデータとして、自治体情報のオープン活用が議論となっているが、65歳以上の独居者、介護保険制度での要介護認定や給付実績自治体での個人情報の共有や認知症ケアパス、認知症の疑いがある者へ医師が初回訪問する仕組み等に活用するための仕組みを構築していくことに繋がるように連携を模索しなければならない。

### 《所 感》

介護保険法の改正内容が自治体に歓迎されないものであっても、市民と向き合いながら具体的な政策を実施・運用するのは保険者としての市町村である。国の考えと実際のバランスが全く伴わず地方行政が悪戦苦闘を強いられている現状が改めて理解できた。

介護殺人についてのDVDを視聴した。介護は家族に負担が重くのしかかることは理解できていたつもりだが、なぜ家族を殺害しなければならなかったのか…。受刑者である加害者の声を聞き身につまされた。

介護士不足が大きな問題だが、3Kとも言われる職業の改善と人材育成・外国人登用の壁など数々の課題がある。現場をもっと視察させて頂き、一つ一つの問題に取り組んでいきたいと思うとともに「地域」の繋がりを深めることが大きなカギとも感じた。

令和 2 年 2 月 12 日

小野市議会議長 川名 善三 様

派遣議員 久 後 淳 司 ⑩

## 議員派遣報告書

先般、実施しました議員派遣について、下記のとおり報告いたします。

記

**1 派遣日** 令和 2 年 2 月 3 日 (月)

**2 派遣議員**

・高坂 純子・喜始 真吾・藤原 貴希・久後 淳司

**3 派遣先**

(株) 地方議会総合研究所

アットビジネスセンターPREMIUM 新大阪

・10:00～13:00 第8期介護保険事業計画の展望

・14:00～17:00 地域包括ケアシステムの実践と課題

**4 内 容**

【午前の部】

第8期介護保険事業計画の展望

【2019年度社会保障関係予算のポイント】

○「骨太 2018」に定められた「新経済・財政再生計画」における基盤強化期間の初年度。実勢価格の動向を反映した薬価改定や、これまでに決定した社会保障制度改革の実施等の様々な歳出抑制努力を積み重ねた結果、社会保障関係費の実質的な伸びは対前年度比 +4,774 億円

⇒同計画における社会保障関係費の伸びを「高齢化による増加分（2019年度+4,800億円程度）におさめる」という方針を着実に達成

⇒初めから財政ありきのため、給付と負担の問題を議論することが重要

## ○社会保障制度の持続可能性の確保

⇒OECD 諸国で比較しても、わが国では、特に 1990 年代以降受益が実際の負担（社会保険料+税）を大きく上回り、社会保障における「給付と負担のバランス」から大きく外れている。この乖離は、改革を行わない場合、さらに拡大することが見込まれており、このままでは制度は特に財政面において持続可能でない。

### 【2020 介護保険制度改革テーマ】

- (1) 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）
- (2) 保険者機能の強化（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）
- (3) 地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護サービスの提供・整備）
- (4) 認知症「共生」・「予防」の推進
- (5) 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新
  - ・人材確保⇒大問題！介護報酬上がらない
  - ・給付と負担⇒国は両方小さくしているが、状況により大きくしてもいいのではない  
いか

### 【持続可能な制度の再構築・介護現場の革新（給付と負担）の具体的内容】

- ① 被保険者・受給者範囲（被保険者年齢引き下げ、障害福祉サービスとの統合）  
⇒実施しない
- ② 補足給付に関する給付のあり方（低所得者の施設サービス利用者の給付費の削減、自己負担の増加）⇒実施
- ③ 多床室の室料負担（施設サービスの相部屋利用者への給付費の削減、自己負担の増加）⇒実施しない
- ④ ケアマネジメントに関する給付のあり方（在宅サービス利用者への給付費の削減、自己負担の増加）⇒実施しない
- ⑤ 軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方⇒実施しない
  - ・在宅サービス（訪問介護）利用者のうち、軽度者（要介護 1・2）に対する介護給付の削減
  - ・地域支援事業の介護予防、日常支援総合事業の介護予防、生活支援サービスの利用者（非受給者）の増加
- ⑥ 高額介護サービス費（利用者負担額を引き上げることによる自己負担の増加）  
⇒実施
- ⑦ 「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準（所得基準見直し）⇒実施しない
- ⑧ 現金給付⇒実施しない  
ドイツでは行われている、0 歳から保険料を納める。

- 介護サービスを利用しているのは、7,700万人の中の7.2%程度
- 40～64歳：4,500万人（2号被保険者）、65歳以上：3,200万人（1号被保険者）
- 介護保険サービスは充実していかず、安心ではない。
- 武蔵野市では市独自で介護職員に対して独自加算している。

#### 【給付縮減の見直し】

- ・在宅サービス（訪問介護）には「生活援助」、「身体介護」「通院等乗降介護」があるが、「軽度者」（要介護1と2）への給付のうち、「生活援助」を外して、地域支援事業に移行
- ⇒問題点
  - ・総合事業には支給権がない
  - ・生活援助を外して、在宅生活が維持可能か
  - ・市町村事業にした場合の報酬設定（これまで8%下がった）
    - ⇒国の報酬超えられない
  - ・サービス事業者の確保
  - ・サービス事業者の質

#### 【その他の改正議論】

- ① 介護認定
  - ・要介護認定の有効期間を最長3年から4年に延長⇒事務負担軽減
- ② 住所地特例
  - ・認知症グループホーム（地域密着型サービス）を住所地特例の対象とする。
  - ⇒問題点：全国のグループホームに入りやすくなるため、家族に入れっぱなしとする可能性がある。
  - ⇒入居者が広域となるため、住所地の市町村がどこまで管理（目配り）できるか

#### 【処遇改善加算の問題点】

- 職種間における公平性を欠く⇒同じ施設で働く車の運転者や食事を提供する方々は？
- 法人の持ち出しによって、介護職以外の職員加算相当分を支給すると、経営圧迫を招く
- 保険料が高くても、行政にとって何が必要か考え議論することが重要
- 特定処遇加算の新設は、職員と事業者双方のモチベーションの低下を招く
- ★加算から基本報酬の引き上げが必要！

#### 【介護人材不足の状況】

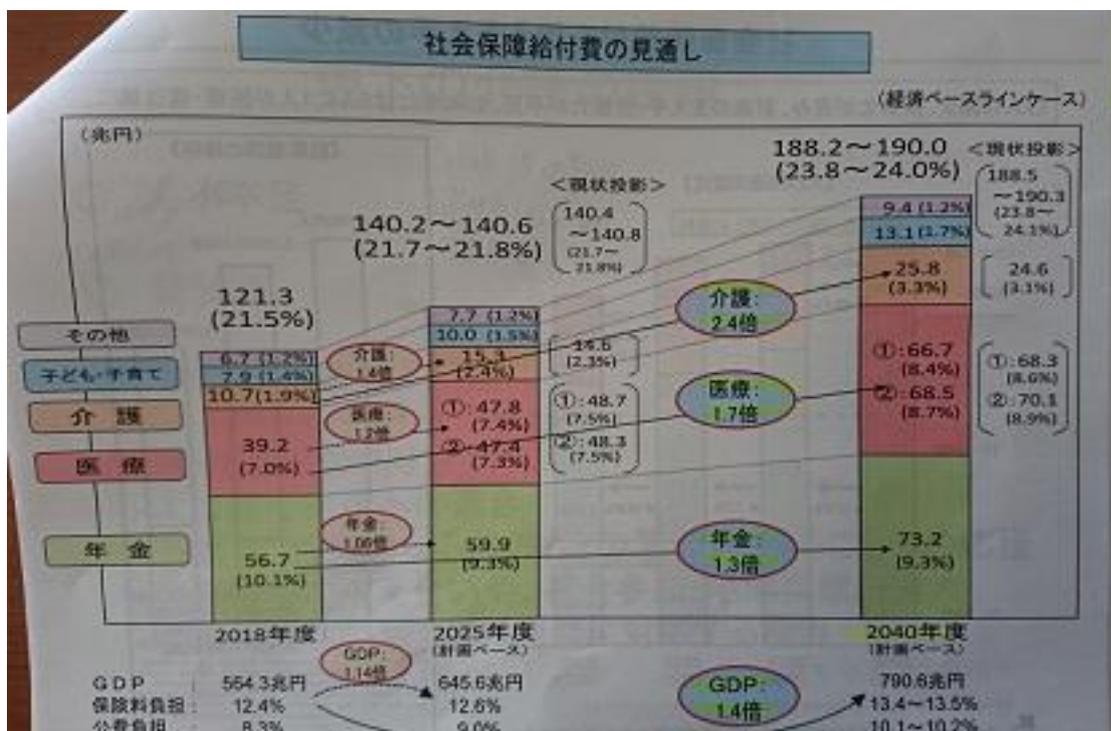
- 有効求人倍率（東京都労働局 非常勤・パート除く）
  - 都内介護サービス：7.49倍
  - 全国介護サービス：3.33倍
  - 全業種：1.43倍

○若者が福祉に行かない (3K)、2040年には就業者の5人に1人が医療・福祉職に

【全世代型社会保障】

- ① 少子化克服 (待機児童対策、働き方改革、子育て費用の軽減)
- ② 人生100年時代
  - ・生涯現役 (定年にとらわれず働くこと、社会参加を応援)
  - ・健康長寿
  - ・リカレント教育 (学び直し)
- ③ 働き方に中立な社会保障 (社会保険の適用拡大)

【社会保障給付の見通し】



【現下の介護の課題】

- ・人手不足
- ・認知症 (介護保険を利用する1番多いケース)
- ・相談窓口
- ・グループホーム、ショートステイの確保
- ・財政の持続性
- ・介護者は全国557万人いるといわれており、4人に1人が介護者となる。

○介護保険のあり方

- ・人口減少時代への適合
- ・予防や、病気になる前の元の暮らしに戻ることに伴う支援

- ・住民同士の支え合いや、社会参加・地域貢献の拡大
- ・介護に限らず生活課題全般に対する視点⇒「地域づくり」がカギ

### 【介護分野の人手不足への対応】

- ・介護職員賃金の引上げ
- ・介護業界の3Kイメージの払拭
- ・各介護施設における「専門職の業務」と「非専門職の業務」の仕分け
- ・IT、センサー等による記録入力業務、夜間業務等の省力化
- ・高齢者の就労拡大
- ・外国人の就労拡大（新在留資格）

### 【午後の部】

#### 地域包括ケアシステムの実践と課題

### 【介護保険法】

#### ○自立とは何か？

介護保険法は、第1条「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」としている。

「要介護状態」からの「自立」⇒介護保険法は、これを前提としている。

しかし、国の方針は「自立支援介護」を推奨している⇒できるだけ介護保険を使わない「自立」が強調されている。

### 【保険料の負担感】

- ・制度未利用の92%の方々が、月々5,514円負担しており、これが負担感となる

### 【介護保険制度改正の全体像】

#### ○地域共生社会の実現と2040年への備え

- ・地域包括ケアシステム、介護保険制度を基盤とした地域共生社会づくり
- ・介護サービス需要の更なる増加・多様化、現役世代（担い手）減少への対応

#### ○改革の3つの柱

##### ① 介護予防・地域づくりの推進

- ・通いの場の拡充等による介護予防の推進
- ・地域支援事業等を活用した地域づくりの推進
- ・認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の総合的推進

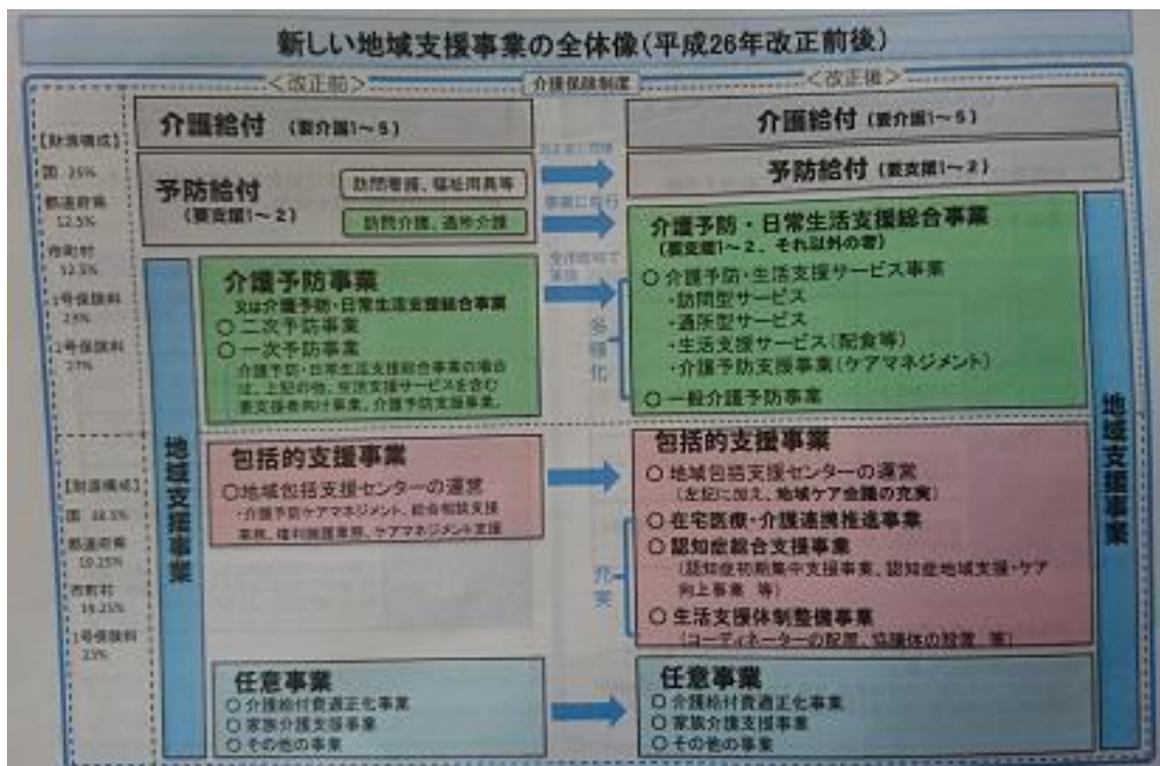
② 地域包括ケアシステムの推進

- ・ 地域特性等に応じた介護サービス基盤整備
- ・ 質の高いケアマネジメントに向けた環境整備
- ・ 医療介護連携の推進

③ 介護現場の革新

- ・ 新規人材の確保、離職防止等の総合的人材確保対策
- ・ 高齢者の地域や介護現場での活躍促進
- ・ 介護現場の業務改善、文書量削減、ロボット・ICT の活用の推進

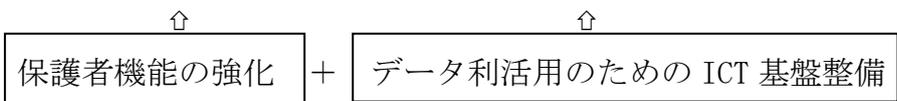
【新しい地域支援事業】



地域共生社会の実現と 2040 年への備え

介護保険制度改革 (イメージ)

1. 介護予防・地域づくりの推進～健康寿命の延伸～  
共生・予防を両輪とする認知症施策の総合的推進
2. 地域包括ケアシステムの推進  
～地域特性等に応じた介護基盤整備・質の高いケアマネジメント～
3. 介護現場の革新～人材確保・生産性の向上～



制度の持続可能性の確保のための見直しを不断に実施

## 【総合的な介護人材確保対策】

総合的な介護人材確保対策（主な取組）		
	これまでの主な対策	さらに講じる主な対策
介護職員の処遇改善	(実績)月額平均5.7万円の改善 (月額平均1.4万円の改善(20年度～) 月額平均1.3万円の改善(27年度～) 月額平均0.6万円の改善(24年度～) 月額平均2.4万円の改善(21年度～))	① リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準を目指し、経験・技能のある介護職員に重点化した更なる処遇改善を2019年10月より実施
多様な人材の確保・育成	○ 介護福祉士修学資金貸付、再就職準備金貸付による支援 ○ 中高年齢者等の介護未経験者に対する入門的研修の実施から、研修受講後の体験支援、マッチングまでを一体的に支援	① 介護分野への元気高齢者等参入促進セミナーの実施 ② ボランティアポイントを活用した介護分野での就労的活動の推進
離職防止 定着促進 生産性向上	○ 介護ロボット・ICTの活用推進 ○ 介護施設・事業所内の保育施設の設置・運営の支援 ○ キャリアアップのための研修受講負担軽減や代替職員の確保支援	① リーダー的介護職員の育成とチームケアによる実践力の向上 ② 介護ロボット・ICT活用推進の加速化 ③ 生産性向上ガイドラインの普及 ④ 悩み相談窓口の設置、若手職員の交流推進
介護職の魅力向上	○ 学生やその保護者、進路指導担当者等への介護の仕事の理解促進 ○ 介護を知るための体験型イベントの開催	① 若者層、子育てを続けた層、アクティブシニア層に対する介護職の魅力等の情報発信
外国人材の受入れ環境整備	○ 介護福祉士を目指す留学生等の支援(介護福祉士修学資金の貸付推進、日常生活面での相談支援等)	① 「特定技能」等外国人介護人材の受入環境整備(現地説明会等による日本の介護のPR、介護技術向上のための集合研修、介護の日本語学習支援、介護業務等の相談支援・巡回訪問の実施等)

## 【介護人材不足の目指す姿】

### <現状>

- ・ 介護職への理解、イメージ向上が不十分（若者・就業していない女性・中高年齢者）
- ・ 専門性が不明確
- ・ 役割が混在している
- ・ 将来展望、キャリアパスが見えづらい
- ・ 早期離職等へつながっている

### <目指すべき姿>

- ・ 参入促進⇒人材のすそ野の拡大を進め、多様な人材の参入促進を図る
- ・ 労働環境・処遇の改善⇒本人の能力や役割分担に応じたキャリアパスを構築する
- ・ 労働環境・処遇の改善⇒いったん介護の仕事についての者の定着促進を図る
- ・ 資質の向上⇒専門性の明確化・高度化で、継続的な質の向上を促す
- ・ 資質の向上⇒限られた人材を有効活用するため、機能分化を進める

## 《所 感》

65歳以上の高齢者数は、2025年には3,677万人となり、2042年にピークを迎え、3,935万人になると予測される。またそのうち、認知症になる高齢者の人口は、2012年度には462万人だったが、2025年には約700万人になると推計されています。そして、高齢者は増加の一途であります。現役世代については就業する人口は減少していきます。こ

の構図がまさにこの十数年以内に到来すると予測できる状況を考えると、自分の祖父母や親世代を身近に見てみますと、自分事として早急に検討していかなければならない課題ではないかと強く感じます。2000年に誕生した介護保険制度だけでは支えきれないのではないか、また、2025年には37万人もの介護人材が不足するとされている問題に対しても、外国人労働者の活用や若干の報酬の引き上げがあるにしても、抜本的な解決策にはなかなか繋がってはいかない状況もあるように思います。国が示す指針はもちろん重要であり、検討・導入していくべきだとは考えますが、地域によって特性や違いがありますので、各自治体が介護問題・人材不足等に対し、オリジナルの政策によって取り組んでいってもよいのではないかと考えます。

令和 2年 2月 17日

小野市議会議長  
川名 善三様

派遣議員 藤原 貴希 ㊟

## 議員派遣報告書

先般、実施しました議員派遣の結果について、下記のとおり報告いたします。

記

1 派遣実施日 令和 2年 2月 3日 (月)

2 派遣メンバー

久後淳司 高坂純子 喜始真吾 藤原貴希

3 派遣先及び内容

アットビジネスセンターPREMIUM 新大阪

《内 容》

### 『地域包括ケアシステムの実践と課題』

講師：鏡 諭 (淑徳大学コミュニティ政策学部 学部長)

《項 目》

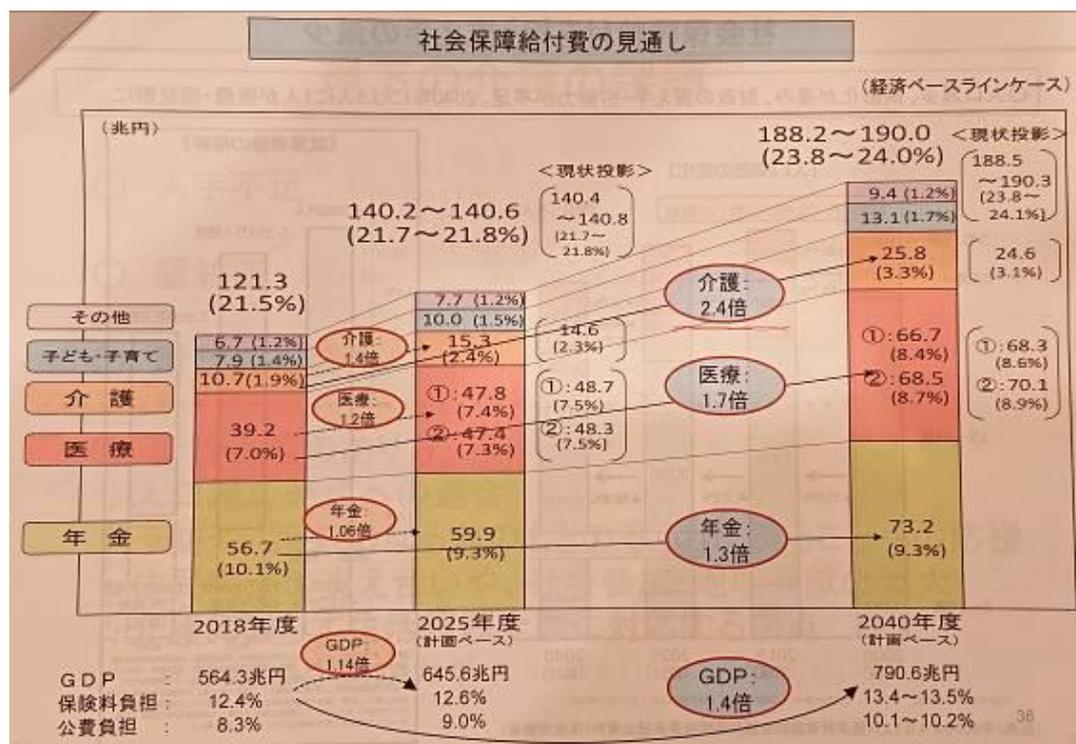
### 【2020年介護保険改正の議論】

《2019年度社会保障関係予算のポイント》

- ・「新経済・財政再生計画」における社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分(2019年度+4,800億円程度)におさめるという方針を達成  
⇒ 対前年度比+4,774億円
- ・消費税率の引上げに伴い各種報酬を改定  
社会保障の充実：低所得高齢者の介護保険料の更なる軽減強化、年金生活者支援給付金の支給  
幼児教育・保育の無償化や介護人材・保育士の処遇改善等を実施

## 【社会保障制度の持続可能性の確保（財務省 経済財政審議会）】

- ・ 財政赤字は社会保障費の増加、税収不足が要因
- ・ このままでは制度が持続可能ではない
- ・ 持続可能とするための方策
  1. 潜在成長力を高める構造改革・支え手減少への対応等
  2. 社会保障のための税財源の確保（社会保障・税一体改革）
  3. 社会保障費の伸びの抑制



## 【財政制度等審議会財政制度分科会の議論】

- 視点1：保険給付範囲のあり方の見直し  
⇒「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」の原則の徹底
- 視点2：保険給付の効率的な提供  
①医療・介護提供体制の改革  
②公定価格の適正化
- 視点3：高齢化・人口減少下での負担の公平化  
⇒年齢ではなく能力に応じた負担

## 【2020の介護保険制度改革テーマ】

- I. 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の増進）
- II. 保険者機能の強化（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）
- III. 地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護サービスの提供・整備）
- IV. 認知症「共生」・「予防」の推進
- V. 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新（人材確保・介護現場革新、給付と負担）  
⇒自己負担増加・低所得者の施設サービス利用者の給付費削減



## 【2019.12 末までの議論】

### 1. 利用者の負担増

- ① 全てのサービスの「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準の見直し  
⇒ 2割以上を負担する利用者増加、給付の抑制につながる
- ② 高額介護サービス費の見直し  
⇒ 上限額を見直すと利用者の負担増加、給付の抑制につながる
- ③ 在宅サービス  
ケアマネジメントの10割給付  
⇒ ケアマネジメントの質の向上・デマンドの抑止
- ④ 施設サービス  
多床室の室料負担の増加  
⇒ 利用者の負担増加・給付の抑制につながる

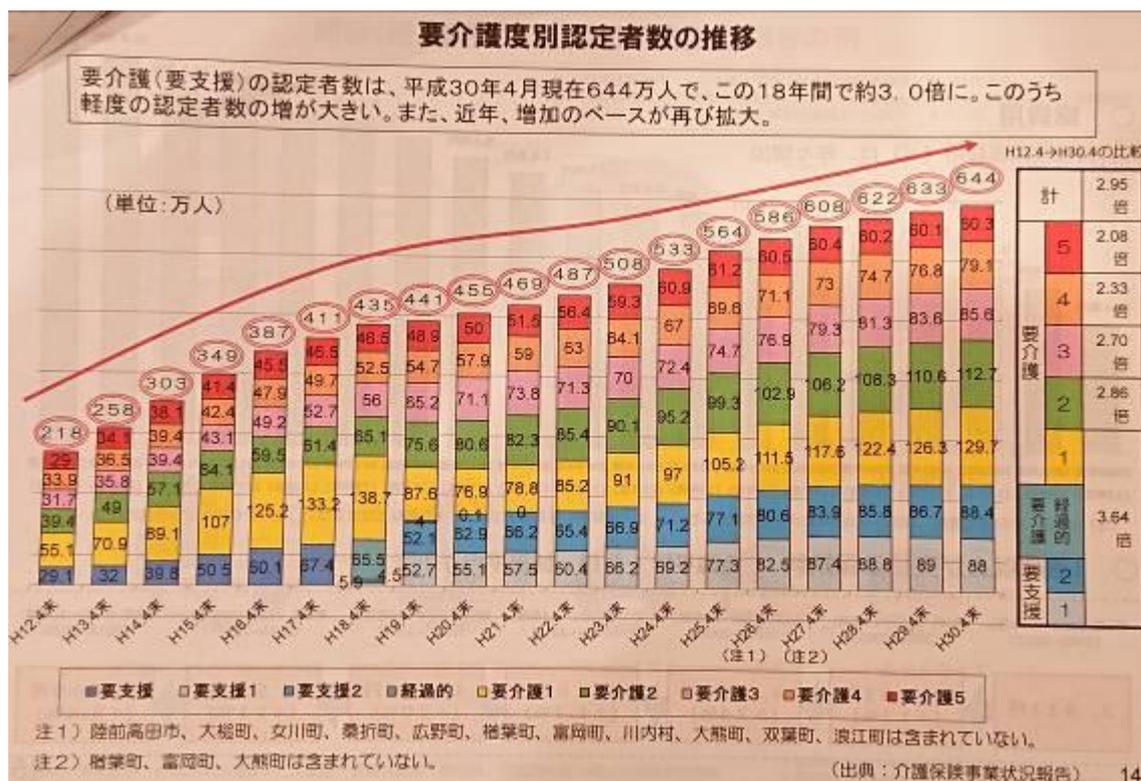
### 2. 在宅サービスの給付減

- ・ 要介護1,2の「生活援助」を給付から地域支援事業へ移行  
⇒ 利用者の受給権の縮減
- ・ 要介護1,2への給付のうち「生活援助」を外して地域支援事業に移行  
問題点：総合事業には受給権がない  
生活援助を外して在宅生活が維持可能か  
市町村事業にした場合の報酬設定  
サービス事業者の確保  
サービス事業者の質

## 【その他の改正議論】

### 1. 介護認定

- ・ 要介護認定の有効期間を最長 3 年から 4 年に延長
- ・ 二次判定において直前の要介護度と同じ要介護度と判定されたものについては、有効期間の上限を 36 か月から 48 か月に延長することを可能とする。
- ・ 認定調査員の要件は、ケアマネジャー以外に緩和
- ・ 介護支援専門員以外の保険、医療、福祉に関する専門的な知識を有している者も実施できることとする。



### 2. 住所地特例

- ・ 認知症グループホームを住所地特例の対象とする。
- 問題点⇒全国のグループホームに入りやすくなり、入れっぱなしとなる可能性  
入所者が広域になるため、住所地の市町村の管理が難しい

## 【処遇改善加算の問題点】

- ・ 職種間における公平性を欠く
- ・ 他の職種への異動が困難になる
- ・ 法人が定めた人事考課制度、給与体系が崩れる
- ・ 事務が煩雑である
- ・ 人件費が増え経営が圧迫
- ・ 経営や人間関係を悪化させる可能性

## 【現下の介護の課題】

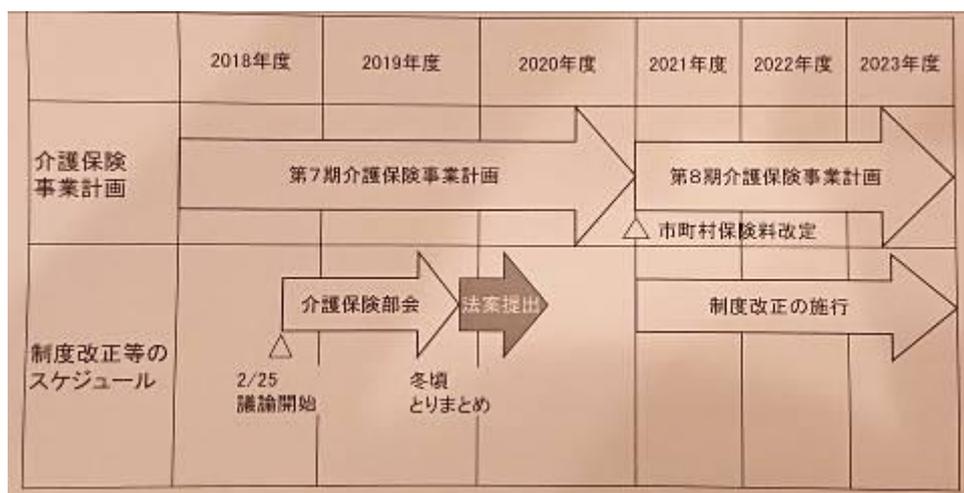
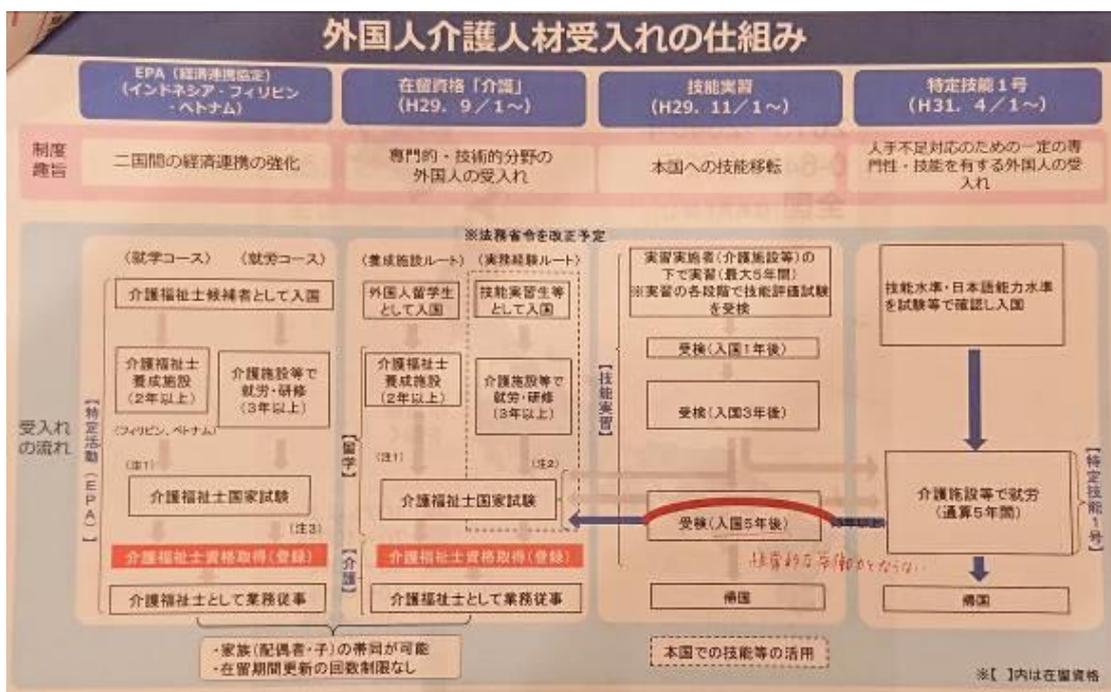
- ・ 人手不足
- ・ 認知症
- ・ 財政の持続性
- ・ 介護保険のあり方

人口減少時代への適合

予防や、病気になる前の暮らしに戻ることに伴う

住民同士の支え合い、社会参加・地域貢献の拡大

介護に限らず生活課題全般に対応する視点⇒「地域づくり」がカギ



## 【住民主体の通いの場】

- ・介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進
- ・通いの場の数や参加率は増加・上昇傾向にある
- ・取組内容としては体操、茶話会、趣味活動の順が多い

## 【一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会の取りまとめ】

市町村・都道府県・国の役割

### ・市町村

行政内の様々な部局と共に、民間企業等の多様な主体と連携し取組を充実  
 専門職関与のための体制の充実  
 地域住民への情報発信

### ・都道府県

関係団体等との連携体制の構築等の広域的な視点での市町村支援  
 地域分析に基づく丁寧な市町村支援

### ・国

進捗状況の把握と必要に応じた施策等の検討  
 都道府県や市町村支援に対する情報発信  
 データ活用のための環境整備等

## 【総合事業等の実施状況】



## 《所 感》

研修を通して現在の介護を取り巻く制度的、現場的な問題点がいくつか見えてきた。

一つ目は、人材確保の問題。現在介護職を仕事として選択する若者が減ってきており、人材確保は最も重要な問題のひとつであるが、仕事の厳しさ、賃金の低さから敬遠されてきている。問題解決のためのひとつの方法として、補助金（住宅費や研修費として）

を自治体から出すなど、自治体レベルでできることはある。

二つ目は、サービスの充実の問題。特養などの施設を自治体で設置した上で、特養への入居基準を下げ、多くの方が利用できるようにすること。特養の設置に関しては自治体の負担が大きいため、慎重に検討する必要があるが、超高齢社会を迎えるまでに、受け入れ態勢は整えておく必要があると考える。

三つめは、自己負担増・給付削減の問題である。自己負担額は介護保険開始当初の倍になっているにも関わらず、給付費は削減の方向に向かっている。高齢者の増加を考えると、ある程度の負担増は仕方がない部分もある。であれば、研修の中でお話があったように給付方法を見直し、サービスか現金給付を選べるシステムの採用も検討すべきである。このことは2020年介護保険制度改正の議論の中で出てきたようであるが、現金給付によって在宅でのサービスを選べるという選択肢もできる。これにより特養の待ち人数も減らせ、在宅でヘルパーによる高サービスを受けることも可能ではないか。

介護の現場はかなり疲弊していると感じる。介護に疲れた身内が、要介護者を殺めてしまう介護殺人という社会現象も起きている。介護する側、される側双方がストレスを感じにくい介護現場を作るために、自治体レベルでできることはあるということ学ぶ良い機会となった。

様式第4号（第9条関係）

令和2年2月17日

小野市議会議長 川名 善三 様

派遣議員 喜始 真吾 印

## 議員派遣報告書

先般、実施しました議員派遣について下記のとおり報告いたします。

### 記

#### 1 派遣日

令和2年2月3日（月）

#### 2 派遣議員

喜始 真吾 久後 淳司 藤原 貴希 高坂 純子

#### 3 派遣先

大阪府大阪市淀川区西中島 5-14-10 新大阪トヨタビル 9F  
アットビジネスセンターPREMIUM 新大阪

#### 4 内容

介護保険・地域包括ケアの課題と展望

#### 5 所感

別紙のとおり

## 介護保険・地域包括ケアの課題と展望

会場：アットビジネスセンターPREMIUM 新大阪

講師：鏡 諭（かがみ さとし）

淑徳大学コミュニティ政策学部教授・学部長

午前の部（10：00～13：00）

### ☆第8期介護保険事業計画の展望

介護保険制度は1995年～議論、当初は介護度によって金額を決め、2010年度に制定し、今年で20周年、次期第8期（2020年）の介護保険改正はどのような議論がなされているか？

(1) 2020年度社会保障関係予算→「骨太2018」に定められた「新経済・財政再生計画」における社会保障関係費の伸びを「高齢化による増加分として2019年度+4,800億円程度に収める」とした。

サービスの必要性を聞き取りして給付がどれぐらいになるかが本来だが、予算ありきになっている→サービスが伸びない。（給付と負担の関係）

消費税率の引き上げに伴う主な対応として約110兆円を社会保障に充てているが、70%が高齢者にまわるため若い人にまわらない。

社会保障制度の持続可能性としては1990年代以降、受益が負担（社会保険料+税）を大きく上回り、「給付と負担のバランス」から大きく外れているため、このままでは持続可能でない。（税収不足の拡大が経済成長より進んでいる）

※財政健全化の課題は社会保障制度の持続可能性の問題と表裏一体である。

#### 【財政制度等審議会財政制度分科会の議論】

視点1：保険給付範囲の在り方の見直し

- ・「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」の原則の徹底  
⇒公助が出てこない？

視点2：保険給付の効率的な提供

- ・医療・介護提供体制の改革
- ・公定価格の適正化

視点3：高齢化・人口減少下での負担の公平化

- ・年齢ではなく能力に応じた負担⇒元気な人は働いて下さいね。

### ☆2020の介護保険制度改革テーマ

- ①介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の増進）
- ②保険者機能の強化（地域保険としての地域のつながり機能・マネジメント機能の強化）
- ③地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護サービスの提供・整備）
- ④認知症「共生」・「予防」の推進

## ⑤持続可能な制度の再構築

第 75 回社会保障審議会 (2019. 2. 25) ⇒人材確保・介護現場の革新 (大きな問題、報酬を上げれば財政が持たない)

第 80 回社会保障審議会 (2019. 8. 29) ⇒給付と負担

### **給付と負担の具体的な内容**

全国で 7,700 万人の被保険者がいる。40～64 歳の 2 号被保険者は 4,500 万人 (健康保険に加入する方は事業主と 1/2 ずつ負担、国民健康保険に加入している方は国民健康保険の保険料と一体的に徴収)、65 歳以上の 1 号被保険者は 3,200 万人 (18 万円以上の年金をもらっている人は、約 5,800 円/月の掛け金)

このうち 7.2% (約 550 万人) がサービスを利用、その他の方は保険料を払いながらサービスを受けていない。

- (1) 被保険者・受給者範囲 (被保険者の年齢を引き下げ、障害福祉サービスとの統合を図る) ⇒今回は実施しない
- (2) 補足給付に関する給付の在り方 (低所得者の施設サービス利用者の給付費の削減、自己負担の増加) ⇒今回改正
- (3) 多床室の室料負担 (施設サービスの相部屋利用者への給付費の削減、自己負担の増加)
- (4) ケアマネジメントに関する給付の在り方 (在宅サービス利用者への給付費の削減、自己負担の増加) ⇒今回実施しない
- (5) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方⇒いずれ実施したい
  - ・在宅サービス (訪問介護) 利用者のうち、「軽度者」(要介護 1 と 2) に対する介護給付の削減
  - ・地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービスの「利用者」(非受給者) の増加
- (6) 高額介護サービス費 (利用者負担額を引き上げることによる自己負担の増加) ⇒今回改正
- (7) 「現役並み所得」「一定以上所得」判断基準 (すべての利用者への所得基準の見直しによる自己負担の増加→一律 2 割負担) ⇒今回実施しない
- (8) 現金給付 (介護の介護者負担そのものが軽減されるわけではない、介護離職も増加する可能性があり、慎重に検討することとなり、現時点では導入しない。介護離職者ゼロに向けた取り組みや家族支援を進めることが重要) ⇒今回は実施しない

【2019. 12 月末までの議論】 介護保険改正法案に組み込むため

#### (1) 利用者の負担増

##### ①すべてのサービスの「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準

- ・「判断基準」は認定者の所得
- ・原則 1 割負担から「一定以上所得」は 2 割負担、「現役並み所得」は 3 割負担

※制度改正の狙い⇒判断基準を見直すと2割以上を負担する利用者が増え、給付の抑制につながる

②高額介護サービス費

- ・利用者負担が一定の上限を超えた場合、超過分を後で払い戻す負担軽減策  
※制度改正の狙い⇒上限額を見直すと利用者の負担が増え、給付の抑制につながる

③在宅サービス

- ・ケアマネジメントに関する給付のあり方
- ・在宅サービスのケアマネジメントは10割給付で自己負担なし  
※制度改正の狙い⇒自己負担額を設定すると利用者の負担が増え、給付の抑制につながる。ケアマネジメントの質の向上。デマンドの抑止。

④施設サービス

- ・補足給付に関する給付のあり方  
低所得者の補足給付（食費と家賃）は所得と預貯金から不動産も判断基準に加える
- ・多床室の室料負担  
多床室は水道光熱費に加えて、家賃（滞在費）を増やす
- ・不動産屋の家賃を判断基準に加えると利用者の負担が増える

(2) 給付縮減の見直し

- ・要介護1と2の「生活援助」を給付から地域支援事業へ移行⇒利用者の受給権の縮減⇒在宅生活は可能かが、大きな議論になった、見直しはしない。
- ・在宅サービス（訪問介護）には「生活援助」、「身体介護」、「通院等乗降介助」があるが、「軽度者」（要介護1と2）への給付のうち、「生活援助」を外して地域支援事業に移行

※問題点⇒総合事業には受給権がない⇒2015～うまくいっていない

全国96万人が使っている（ボランティア20%事業者80%）

在宅援助を外して、在宅生活が維持可能か⇒食事、買い物

市町村事業にした場合の報酬設定

サービス事業者の確保と質

※デイサービス△20%、ホームヘルパー△10%報酬が下がった⇒国⇒市町村が自由に上げられるようにしないとダメ、全体で介護報酬が△8%下がっている、将来は社会福祉法人か社会福祉協議会しか事業者として残らないのではないか？

## 【その他の改正議論】

### (1) 介護認定

- ・要介護認定の有効期間を最長3年から4年に延長
- ・二次判定において直前の要介護度と同じ要介護度と判定された者については、有効期間の上限を36か月から48か月に延長することを可能とする。
- ・認定調査員の要件は、ケアマネージャー以外に緩和
- ・介護支援専門員以外の保健、医療、福祉に関する専門的な知識を有している者も実施できることとする。

### (2) 住所地特例

- ・**認知症グループホーム（地域密着型サービス）を住所地特例の対象とする。**  
認知症グループホームは2005年の介護保険法の改正によって、地域密着型サービスとなった。このため、市町村が事業所を指定し、利用できるのは指定市町村に居住する者という制限がある。

問題点⇒全国のグループホームに入りやすくなるため、家族が入れっぱなしとする可能性あり。また、入所者が広域になるため、住所地の市町村がどこまで管理できるか。

## 【処遇改善加算の問題点】

※報酬が下がる（△8%）⇒事業者は処遇改善⇒ヘルパー、介護福祉士はアップするがそれ以外の職種は改善なし⇒職種間で差が出る。

1. 職種間における公平性を欠く。
2. 他の職種への移動が困難になる。
3. 法人が定めた人事考課制度、給与体系が崩れる。
4. 事務が煩雑である。
5. 人件費が増え、経営が圧迫
  - ・法人の持ち出しにより、介護職以外の職員加算相当分を支給⇒人件費が増え、経営が圧迫される。
  - ・加算取得に煩雑な手続きをするのに、自身の給与には反映されない事務員に不満がつつのる。
  - ・経営や人間関係を悪化させる側面あり。
6. 特定処遇加算の新設
  - ・職種間の給与バランスがさらに崩れる。
  - ・管理職と給与差が縮小⇒双方のモチベーションが低下。
7. 派遣・紹介会社の利用促進
  - ・人件費に限定、使わなければ返還するため⇒紹介料が高い。
8. 加算から基本報酬の引き上げ⇒これをやる！
  - ・使途は法人の経営判断に委ねる⇒経営資源を差別化に投入。
  - ・事業所の経営の安定性、将来性が確保される。

- ・派遣会社を利用せず、法人の直接雇用が進む。

### 【介護人材不足の状況】

☆有効求人倍率（東京都労働局 非常勤・パート除く）2019年7月

- ・ハローワーク飯田橋 30.63倍
- ・ハローワーク新宿 26.59倍
- ・都内 介護サービス 7.49倍
- ・全国 介護サービス 3.33倍
- ・全業種 1.43倍

※2025年には東京都内の介護人材は3万6千人不足する。（都内介護人材需給推計：第6期東京都高齢者保健福祉計画）

午後の部（14：00～17：00）

### ☆地域包括ケアシステムの実践と課題

65歳以上の人口は、現在3,000万人を超えており（国民の約4人に1人）、2042年の約3,900万人でピークを迎え、その後も、75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている中、団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年（令和7年）以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。

このため、厚生労働省においては、2025年（令和7年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。

### 【課題】

- ・今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも地域包括ケアシステムの構築が必要。
- ・人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は穏やかだが人口が減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差がある。
- ・地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基つき、地域特性に応じて作り上げていくことが必要。

## 《介護保険制度の全体像》

### 【改革の目指す方向】

#### ○地域共生社会の実現と2040年への備え

- ・地域包括ケアシステム、介護保険制度を基盤とした地域共生社会づくり
- ・介護サービス需要の更なる増加・多様化、現役世代（担い手）減少への対応

【改革の3つの柱】 ※3つの柱は相互に重なり合い、関わりあう

1. 介護予防・地域づくりの推進～健康寿命の延伸～/「共生」・「予防」を両輪とする認知症施策の総合的推進

- ・ 通いの場の拡充等による介護予防の推進
- ・ 地域支援事業等を活用した地域づくりの推進
- ・ 認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の総合的推進等

2. 地域包括ケアシステムの推進～地域特性等に応じた介護基盤整備・質の高いケアマネジメント～

- ・ 地域特性等に応じた介護基盤整備
- ・ 質の高いケアマネジメントに向けた環境整備
- ・ 医療介護連携の推進

3. 介護現場の革新～人材確保・生産性の向上～

- ・ 新規人材の確保、離職防止等の総合的人材確保対策
- ・ 高齢者の地域や介護現場での活躍促進
- ・ 介護現場の業務改善、文書量削減、ロボット・ICTの活用の推進等

【3つの柱を下支えする改革】

○保険者機能の強化

- ・ 保険者機能強化推進交付金の抜本的な強化・PDCAプロセスの更なる推進

○データ利活用のためのICT基盤整備

- ・ 介護関連データ（介護DB、VISIT、CHASE）の利活用に向けたシステム面・制度面での環境整備

○制度の持続可能性の確保のための見直し

- ・ 介護保険料の伸びの抑制に向けて、給付と負担について不断の見直し

**所 感**

3年ごとに見直しされる「介護保険制度」について、2021年度～2023年度の第8期介護保険事業計画に向けての制度改正にかかる議論の内容を詳細に解説された。

基本的な知識が乏しいため理解に苦しむ1日だったが、介護殺人のビデオ映像も交え、自身も両親に対して制度を利用してきた経緯もあり、意義深い研修であった。

データや資料が膨大な量で、すべての概要を報告するのは無理があるので残念だが、少しずつ反復しながら知識を増やしていきたい。