

社会保障・税の一体改革 介護保険制度では… バラ色の理想像「地域包括ケア」で、際限ない消費増税と負担増を招く！

平成 24年4月より 贈り物入りで (定期巡回・随時対応型訪問介護看護) **地域包括ケアシステム・24時間巡回型サービス始まる！**

地域崩壊
限界集落 → 限界地域
農漁村部も
都市部も

**認知症ケアは
地域・家族
では無理**
認知症ケアは
誰が担うのか

**介護保険制度あって
サービスなし**
特養待機者 42万人

**40歳から
高い保険料
を払い続けて
介護サービスなし**

「社会保障・税一体改革」での社会保障の充実、地域包括ケア「高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される取り組み」だと提言し推進
介護サービスの基盤強化のための介護保険改正案概要

介護保険法改正(H23.6.15)にて地域密着型サービスとして、24時間対応の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」および「複合型サービス」を創設



■定期巡回・随時対応型訪問介護看護

日中・夜間を通じて1日複数回の定時訪問と随時対応で介護・看護を一体的に又は密に連携しながら提供する

■複合型サービス

今回創設された「複合型サービス」は小規模多機能型居宅介護に訪問看護をプラスした類型

介護保険料も介護給付費も高騰
自然増抑制が大きな課題

第1号被保険者
第2号被保険者

机上の制度(地域包括ケアシステム)に現場は混乱
今こそ現場発信!

**高コスト
非効率な
在宅シフト**
要介護5：30万円
も家族介護が前提

人材不足
2025年までに
100万人増員
人材育成急務
…アジア人材も



JS 老施協

全国老施協だより

NO.18

平成24年度 特別号

編集 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会

特養解体の序説

平成15年3月
特養ホームの基準省令改正で、「医療室」必置の削除を改正案に

中村老施協
会長が阻止

…引き続き「検討課題」として残るが
だが、特養ホームは…

「生活の場としての機能も担っている」が「入所者にとって生活の場である」に
↳ **医療・リハビリ等の機能も持っていたはずだが、「生活」に限定**

2003年(平成15年) 4月4日金曜日 **メディアファクス** 4172号

■特養介護保険制度見直しで廃止の可能性も 総合規制改革会議実行WGで厚労省
厚生労働省の中村秀一老健局長は8日、介護保険の施設サービスについて、「特別養護老人ホーム自体がなくなり、別の形、カテゴリの介護施設も考えられる」と述べ、2004年度末に迫っている介護保険制度の見直し論議で従来の特養が廃止される可能性を示した。今後の施設サービスのあり方をめぐっては、「大規模なものでなく、地域から切り離されたものでなく、身近、小規模、多機能、地域密着の『介護ハウス』のような施設を目指す」との考えを示した。同日開かれた総合規制改革会議のアクションプラン実行ワーキンググループ(主宰＝宮内義彦・オリックス会長)で述べたもの。

そして具現化したのが
「2015年の高齢者介護」

高齢者介護研究会(平成15年6月25日 取りまとめ発表)

- 介護予防・リハビリテーションの充実
- 生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系
- (1) 在宅で365日・24時間の安心を提供する切れ目のない在宅サービスの提供
小規模・多機能サービス拠点
- (2) 新しい「住まい」、自宅、施設以外の多様な「住まい方」の実現
住み替えという選択肢
- (3) 高齢者の在宅生活を支える施設の新たな役割、施設機能の地域展開、ユニットケアの普及、施設機能の再整理

施設機能の地域展開―施設の安心機能を地域に広げる
ユニットケアの普及―施設においても個別ケアを実現する

高齢者介護研究会 委員(一部抜粋) 堀田力 産良 田中滋 産良代理 高橋雄士 報告書記事委員

特養がなくなる?

「介護保険の改正案」の「特別養護老人ホーム」の廃止という点に、多くの関係者は驚きを覚えている。しかし、厚労省の狙いは、介護サービスの質を向上させることにある。従来の特養ホームは、単に老人を収容する場所であり、介護の質は地域に左右されていた。これからは、地域密着型のサービスを提供し、老人が地域で生活できるようにする。これは、高齢者の生活の質を向上させるための重要なステップである。

施設 見直し 反発も

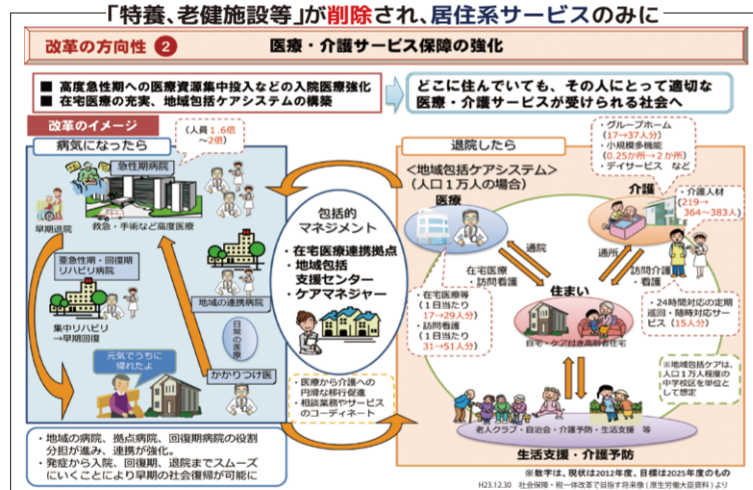
「特別養護老人ホーム」の廃止は、多くの関係者から反発を招いている。特に、介護施設の経営者からは、施設がなくなることで、介護サービスの提供に支障をきたすのではないかという懸念がある。また、介護施設の従業員からは、施設がなくなることで、職の安定がなくなるのではないかという懸念がある。しかし、厚労省は、新しいタイプの施設を導入することで、介護サービスの質を向上させることができると主張している。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の問題点

要介護5：304,500円/月 訪問介護サービス実施の場合

▶介護報酬が30万円を超えるにも関わらず1日4～5回の訪問(旧体系では1日3.5回) ※要介護5の場合
重度者は特養の介護費用より高い。しかも、一人暮らしでは介護サービスは、重・量とも全く足りない!
限度額いっぱいまで使っても特養のサービスには追いつかない。

▶家族介護を前提としたケア体制
家族介護だけでは、認知症ケアを支えることができない。しかし、訪問する介護職がくるくる変わる介護でも対応できない。
定期巡回では、排泄介助を定時交換で行うことが基本(旧態依然の非科学的介護)



サービス種別	現状(2011年)	2014年見込	2025年改革シナリオ
在宅サービス	314万人⇒	362万人	463万人(47%増)
定期巡回・随時		2万人	15万人
複合(小規模・訪問看護)		1万人	
小規模多機能	6万人⇒	9万人	40万人(567%増)
訪問介護	130万人⇒	148万人	14%増
訪問看護	30万人⇒	34万人	13%増
51万人	70%増		
通所系サービス	205万人⇒	234万人	14%増
短期入所	38万人⇒	43万人	13%増
居住系サービス	32万人⇒	41万人	28%増
特定施設	16万人⇒	21万人	31%増
24万人	50%増		
グループホーム	16万人⇒	20万人	25%増
37万人	131%増		
施設サービス	89万人⇒	100万人	12%増
133万人	49%増		
特養	47万人⇒	56万人	19%増
73万人	55%増		
老健・介護療養	42万人⇒	44万人	5%増
60万人	43%増		

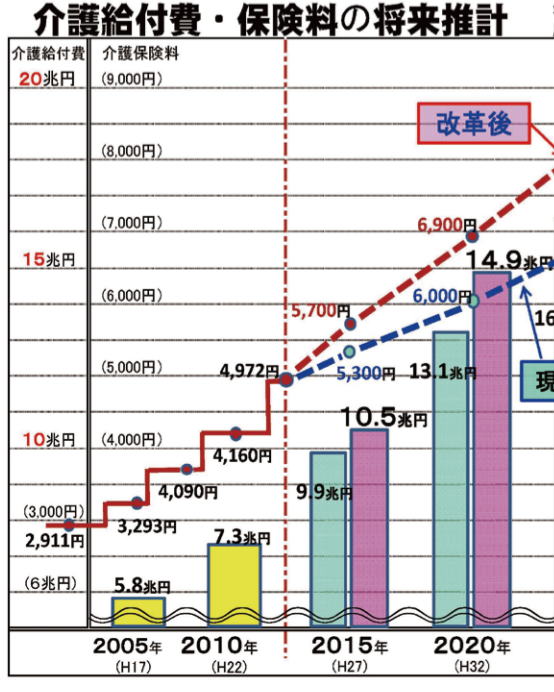
この一体改革では…

第1号被保険者 (65歳以上) 第2号被保険者 (40~64歳)

2012年 5,000円/月 → **8,200円/月** (2012年) 4,650円/月 → **9,300円/月**

協会けん(ば事業者負担含む(報酬月額 30万円))

介護保険料負担 2025年度にはほぼ倍増!



高コスト・非効率な在宅偏重シフト
保険料は月14,000円高にも

財政健全化を願うも…
現状投影比

介護・医療分野での地域包括ケアシステムの構築は、高齢化のピークとなる2025年に持続可能な制度とするため、社会保障税・保険料とも増加幅が高額となる。2025年には現行水準の約2.8倍となる推計が示されている。しかし、消費増税を自論む一体改革では、社会保障の充実と理念派の学者を中心に描かれた地域包括ケアシステムとして、高コスト・非効率な新サービスが推し進められることとなった。平成24年度介護報酬改定では、在宅偏重の政策誘導が行われ、保険料負担の全国平均が実質5千円を超える負担増(低福祉・高負担時代の幕開け)となつた。しかし、これはあくまで序説的な負担増が待っている。介護給付費・保険料の将来推計を分析したところ、2015年以降、青色のグラフが現状投影(現状維持)比、赤色のグラフが一体改革を実施した場合の将来推計となる。前述のとおり、高コスト・非効率な在宅偏重シフトは、介護保険制度の持続性を脅かしている。介護保険制度は、性質上、保険料を支払ってもサービスを利用しない負担者が9割以上にもなる40歳以上の現役世代も保険料を負担しており、7300万人を支えている。特養待機者42.1万人という現状は、全ての支え手の不誠実・背信行為そのものである。

特養解体はここからはじまる

平成15年3月

強引に現場無視で先導する審議会委員

グリーン席 ユニット型個室が標準では高すぎて誰でもが利用できない 多床室を捨てる政策では…

各自治体の介護保険事業計画では、特養多床室の必要性が謳われている
しかし、国の方針として強引に個室化政策がとられている
多床室をなくすために大幅減額の H24 介護報酬改定
旧多床室単価より平均 24.19 単位(2.82%)減
多床室を作らせないためにさらに大幅減額
H24 以降の新設多床室は旧多床室単価より平均 32.54 単位(3.79%)減で、明らかにペナルティ。そして、このペナルティは既存多床室の建て替えにも適用される

	ユニット型個室	従来型個室	従来型多床室
総費用額	387,900円	337,700円	327,400円
うち介護報酬額	285,900円	260,700円	275,700円
うち利用者負担	130,400円	103,000円	79,300円

※要介護5の基本報酬で1月(30.4日)食費・居住費は基準費用額で計算。

低所得者では、ユニット型を利用できない!
最低の費用負担額(第1段階)
ユニット型 **49,000円/月** | 多床室 **24,000円/月**
(特入所者介護サービス費(補足給付)・高齢介護サービス費計算後)



厚労省は特養ホームを措置型体制のまま、なぜ放置し続けたのか。
在宅偏重シフトの「地域包括ケアシステム」を進めるため、医療との差別化を保つためなのか。
行政の不作為の結果、特養ホームの科学的介護づくりは遅れる。
遅くはない、今やろう。 科学的介護づくりを

中村博彦



公益社団 全国老協 中村博彦常任顧問

高齢化などにより、現在の制度では、社会保障費は毎年約1兆2千億円ペースで自然増が生まれる。これら自然増を容認し、全額消費費で賄うつもりなのか。

「地域包括ケアシステム」は、厚労省の意を汲む一部の審議会委員の強引な仕切りで、地方や現場の声を無視して、作られ、十分な議論がなされないまま、推進されようとしている。天森彌介、給付費分科会、池田省三委員等の強引なやり方を指摘

平成24年1月30日 中村博彦参議院議員(全国老協常任顧問)が参議院代表質問で、総理に質した内容

○世代間格差と世代間正義について 「税や年金は、世代間の正義にかかわる社会契約」だが、世代間格差、不均衡が問題になってきている。若い世代ほど負担が増え、現在26歳では、生涯収入3億円として、約3200万円の支払い超過となる。世代間格差の問題、若い世代に「損」をさせる制度、どのように抜本改革を行うのか。



「地域包括ケアシステム」スタートから、限界と矛盾が露呈している

支える地域が崩壊【限界集落・限界地域】

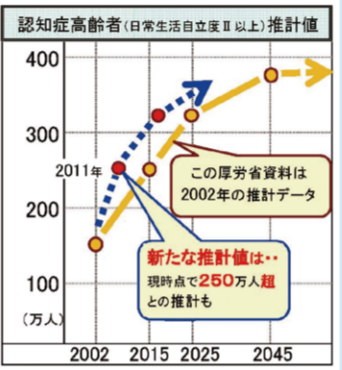
Table with 2 columns: 農漁村部も, 都市部も. Content discusses population decline and care challenges in rural and urban areas.

- 農漁村部も、都市部も、地域がなくなる。…地域で支える「地域包括ケア」は、最初から破綻している。それなのに、厚労省は「地域包括ケア」を進めようとしている。○このような状況下で、国民が望む介護施設を無視した地域包括ケアシステム(在宅サービス)で全国の高齢者を支えることはできるのか。

※「国土の長期展望に向けた検討の方向性について」 国土交通省 (H23.12.17) ・2050年に向けて、過疎化の進む地域では、全国平均の人口減少率(25.5%)よりも大きく減少(61%)し、0人から10人の地域が大部分となる。

認知症キュア・ケアの場がない

- 認知症は、今や、国民病、深刻な社会問題になっている。・認知症は加齢と共に増加し、85歳以上の高齢者では、4人に1人の割合で見られる。・現在の認知症高齢者数の推計を見てみると、軽度や未発見の者を加えて、600万人とも言われている。・東京都の2008年12月の調査では、ケアの必要な「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ」以上の方は、約21万人に達している。そして、その半数の方は、居家で生活している。・その比率を日本全国に当てはめると、約250万人となり、厚生労働省が示している2015年の数字と同じ。・本人や家族など、認知症周辺の人々は、1千万人を超えている。



そして、認知症キュア(治療)とケアは、国民的課題である。

高コスト・非効率な在宅シフト

地域包括ケアの中心となるのは、24時間対応の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」である。今回設定された介護報酬は 要介護5：304,500円 (訪問看護サービスを実施した場合)

- (サービス内容)24時間巡回訪問型介護看護サービス 日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時対応で介護・看護を一体的に又は密に連携しながら提供するサービス。・この割高サービスでは、1日の訪問回数は4回程度、6回の訪問では、事業者側の採算には合わない。・これだけではひとり暮らし要介護5の方の快適な生活を守ることは不可能。・結局、家族介護、家族の見守りなどは、生活は成り立たない。

人材不足…「人が羨む介護職」づくりを!

Complex block containing text about caregiver shortages, a bar chart comparing industry and labor force, and a section titled 'アジア人材の力を借り、将来は介護先進国として「ジャパン・ブランドの介護」を海外へ!'.



公益社団 全国老協 中田清会長

特養はH24年介護報酬改定において、「居室形態によって報酬に大きな差をつけるという方針がとられた結果、多床室に大変厳しいものとなりました。現場ニーズを無視した介護給付費分科会の一部委員の強引な仕切りにより、このような結果となったこと、現場無視には大変憤りを感じております。今後は、地域の高齢者の安心・安全な暮らしを守るため、「地域包

括ケアシステム」の問題点を質し、単なる住まいとしてではなく、セーフティネットとしての施設役割を訴えていかなければなりません。そのためにも、ユニット型も含めて介護報酬の1%を目標に、利用者負担軽減制度の実施拡大など、地域への貢献を図るとともに、真に利用者のニーズに沿った施設サービスの位置づけを踏まえた制度設計を提案してまいります。

新しい「特養ホーム」づくりは 収支差額管理と科学的介護への挑戦! ガバナンスが発揮できる大胆な受け皿(供給体)改革が急務

収支は2極化している

ガバナンスなき社会福祉法人は、同族経営的な組織、零細企業体質、補助金依存型経営が払拭できず、矛盾点を抱えながら現状に。また、先進的な福祉事業実施や事業拡大の意欲もなく、経営的視点や効率化にも取り組めない状況を生み出している。

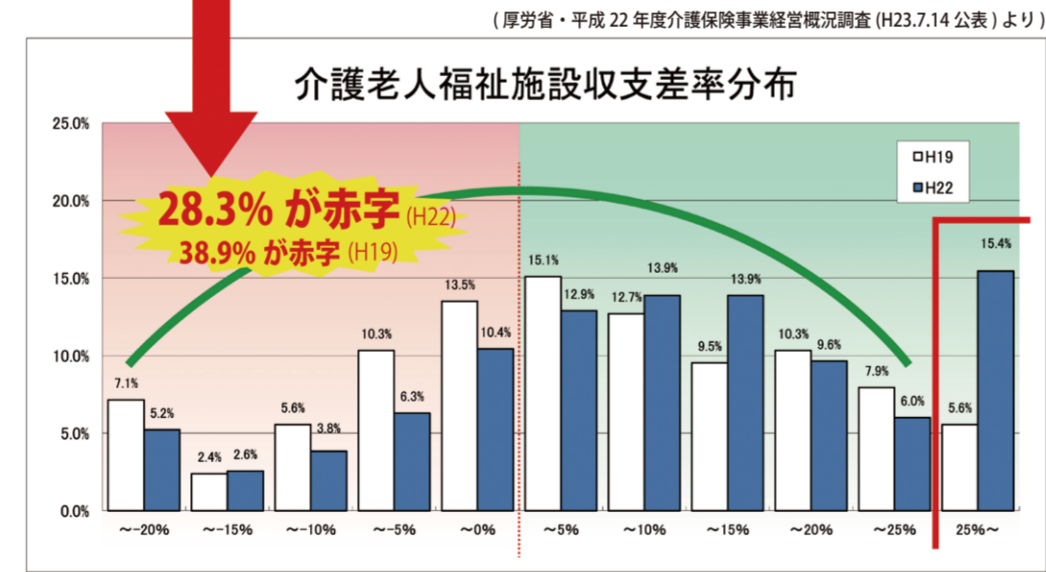
社会福祉法人の介護事業経営は「収支差額管理」がすべて!

- 収支差額が赤字にならないよう注意を払いながら経営諸資源の投入の意思決定 ○社会福祉法人の内部留保(繰越金)：現状 1兆8千億円 今後「繰越金増加」は正当性なし! サービス内容の情報提供・財務諸表の開示も重要! ガバナンスを発揮して、科学的介護への挑戦と 給与・職場環境の改善、人材育成、地域貢献に取り組まねばならない

大胆な受け皿(供給体)改革が必要!

社会福祉法人は、1951年制定された社会福祉事業法で創設され、行政が行うべき社会福祉事業を民間で担うということから、施設整備・運営とも公的支出(補助金、委託費)によって支えられてきた。「老人福祉事業」が「介護保険事業」に、「措置」から「契約」に、「運営」から「経営」に変わったわけだが、社会福祉法人制度はそれに応じた改革がなされていない。そのために、同族経営的な組織、零細企業体質、補助金依存型経営が払拭できず、矛盾点を抱えながら、経営的視点や効率化にも取り組めない状況を生み出している。

問題は! 28.3% 施設は、赤字問題以上に 旧来型サービス(集団処遇、寝かせり)に終始し、科学的介護(認知症ケア、リハビリケア、口腔ケア、おむつゼロ、胃糞ゼロ)に取り組んでいない

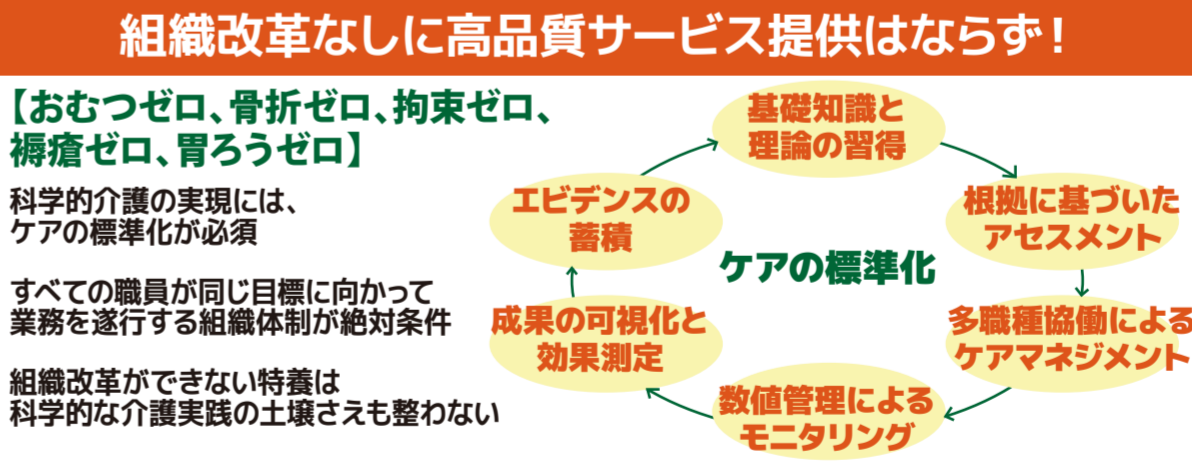


次期(第6期「H27~29年」)の闘いは、すでに始まっている

(24時間サービスを中心とした在宅重視型施策)現在の枠組みを維持したまま突き進むことが前提であれば、特養利用に比べ介護給付費を押し上げる要因にならねないのは確かだ。ただ、今後重要になってくるのは「在宅の中重度者を切り捨てない」という考え方ではないか。財源的には次期制度改正では▽要支援1、2を介護保険給付の対象外とする▽補足給付を現在の半額にして外に出す▽療養病床は医療に一本化する▽通所系サービスを生活機能訓練型、リハビリ型、認知症型、そして、要介護重度者への医療的ケアを担保するナursingケア型の機能別に分け、生活機能型を介護保険から自治体の事業に移す▽滞在型のホームヘルプサービス縮減 ▽特養多床室の室料負担をきっちと求める... ことで24時間型サービス中心の在宅療養で膨らむ部分の費用をカバーして余りある財源が捻出できると考えている。

科学的介護 ケアの標準化への挑戦

- 24時間 365日シームレスなケアと見守りによって、重度要介護者の個別ケアは実現可能 ○緻密な状態把握、記録、分析が科学的介護の基礎データに



特養のケアの水準はここまで来ている!

Table with 2 columns: Care type (e.g., 認知症ケア, リハビリテーション) and description of current standards and goals.

(福) 健祥会・全国老協協では、徳島大学への委託研究事業(介護福祉施設における認知症ケア・リハビリテーション・口腔ケア)を開始し、その結果をもって実践するとともに、老協協会員施設にも届け、科学的介護づくりを進めます。

多床室の減額には納得がいかない 根拠の提示を 個室以外の特養の介護報酬を減額する理由について、「入所者一人ひとりの意思と人格を尊重したケア」と書いてあるが、それが「個室であること」との関係性を具体的に検証したものはなく記述の根拠が分からない。どうして個室以外のものについては介護報酬を減額するという必要があるのか。 村上勝彦委員長 社保審・介護給付費分科会発言 榎田和平委員長 社保審・介護給付費分科会発言