

第8回・医療・介護WT(ワーキング・チーム)団体ヒアリング次第

2011年11月22日(火) 10:00～
衆議院議員会館地下2階 民主党C会議室
医療・介護WT座長 柚木 道義
(進行) 医療・介護WT事務局長 梅村 聡

【団体ヒアリング】

10:00 日本労働組合総連合会

10:15 社団法人日本経済団体連合会

以上

※ 次回は、11月29日(火) 9:00～ 参議院議員会館 101会議室にて開催いたします。

社会保障・税一体改革成案に盛り込まれた
医療制度改革等に関する経団連の考え方

2011年11月22日

経団連専務理事 久保田政一

○総論

- (1) 少子高齢化の進展に伴い現役世代は減少（社会保険料の負担増は限界）
- (2) 社会保険料負担増は国内での事業活動の阻害要因→空洞化、雇用機会の喪失
（企業の社会保険料・税負担はすでに英米独を上回り、かなり重い）
- (3) 社会保障の持続可能性確保のため税投入割合の拡充が必要
- (4) 「社会保障・税一体改革成案」の方針（消費税を社会保障財源に充当、目的税化）に期待
- (5) 公費支出を保険料負担に付け回す施策は、絶対に受け入れられない
- (6) 歳入改革なくして給付の拡充なしを原則に

○各論

1. 医療

(1) 診療報酬改定について

現在の賃金・物価動向を反映させ、全体として引き下げる

(2) 高齢者医療制度の見直し

① 支援金への総報酬割の全面導入

前期高齢者も含め高齢者医療給付への税投入割合拡大が最優先課題

② 高齢者の自己負担の見直し

70～74歳の自己負担割合を本来の2割負担に戻す必要

2. 介護

(1) 介護報酬改定について

- ・平成24年度改定では介護報酬を引き下げるべき
- ・介護報酬への組み入れによる処遇改善や介護職員処遇改善交付金の継続による処遇改善への配慮は不要

(2) 介護保険制度における総報酬割の導入について

2号被保険者(40歳～64歳)は、保険料負担のみで原則として給付が受けられない。総報酬割の導入によりさらなる負担を求めることには反対

(3) 給付の効率化・重点化について

要支援・軽度の要介護者への給付や利用者負担のあり方を見直し、介護の必要性の高い方に給付を重点化

以上

医療・介護の見直しに対する 連合の考え方

日本労働組合総連合会

1

■ 医療・介護に対する連合の考える基本的な考え方①

【医療】

- 医療機関の機能分担(家庭医の制度化等)、医師・診療科の適正配置など地域医療提供体制の確立と「医療と介護・福祉」の連携強化。
- 病床数の適正化(人口比でドイツ水準)による医師・看護師の配置基準の引き上げ、精神医療等の「社会的入院」の是正。
- 保険者機能を発揮するため、当事者自治と保険集団の同質性を重視した職域保険と地域保険(国保の広域化)を基本に、国民皆保険制度を確立する。
- 高齢者医療費(70歳以上)の公費を5割に引き上げ、現役や乳幼児等の窓口負担を軽減する(2歳まで無料、70歳以上1割、それ以外2割)。
- 地域保健、産業安全衛生の分野から「こころの健康」対策の強化。
- 疾病予防や健康づくりの推進、公衆衛生などの危機管理体制の確立。

2

■ 医療・介護に対する連合の考える基本的な考え方②

【介護】

- 住み慣れた地域で安心して生活するため、医療・介護・福祉・保健の連携で「地域包括ケアシステム」を確立する。
- 総合的・普遍的な介護保険制度の確立による安定した保険運営と、地域包括支援センターの機能強化による切れ目のないサービス提供体制の確立。
- 家族等介護者（ケアラー）への支援体制の充実、及び仕事と介護の両立支援体制の確立。
- 介護労働者の適正な処遇、「専門介護福祉士（仮称）」の導入による、安定的な人材確保。

3

■ 2012年度診療報酬・介護報酬改定に対する考え方

- 診療報酬、介護報酬のプラス改定は保険料と利用料の引き上げに結びつくため、経済状況、賃金動向、雇用情勢、東日本大震災を踏まえれば、プラス改定の環境にないと判断する。

【診療報酬】

- 医療を取り巻く状況等に鑑み、直ちに着手し改善をはかる必要がある事項を評価するなど、効果測定とエビデンスに基づく診療報酬配分の見直しで対応していくことを基本とする。

【介護報酬】

- 介護職員の処遇改善のための財源は国の責任で別途確保すべき。
- 定期巡回・随時対応型サービスなど新たなサービスの報酬は、介護サービス経営実態調査等の分析に基づく報酬の配分の見直しで対応することを基本とすべき。

4

■ 社会保障・税一体改革成案に掲げられた項目に対する連合の考え方①

➤ 病院・病床機能の分化・強化と連携

- 病院を教育機能を有する機関、高度先進医療を実施する機関、政策医療を担う機関、「家庭医」などを支援する機関等、機能別に地域医療計画に位置づけ、病病連携、病診連携をすすめる。
- 医療機関・診療科の地域偏在を是正するため、医療計画に定める医師数に対する地域の医科系大学、医療機関による協力義務の明確化、保険医における需給調整などによる医療機関の適正配置をすすめる。
- 地域医療計画に診療所を加える。
- 総合医は地域の中で医療と介護を結ぶ役割を担う。総合医の養成をすすめ、初期医療における役割を担う「家庭医」として制度化をはかる。
- 医師、看護師、薬剤師、技師等がそれぞれの専門性を生かして連携しあう対等な関係を構築する。

5

■ 社会保障・税一体改革成案に掲げられた項目に対する連合の考え方②

➤ 地域包括ケアシステムの構築等在宅介護の充実 ➤ 在宅医療の充実等

- 在宅医療、訪問看護の充実をはかり、自宅や高齢者専用住宅、介護保険施設や居住系サービスでの暮らしを支える医療提供体制を確立する。
- 在宅療養支援診療所を地域における病診連携の中核的医療機関として位置づけ、病院や訪問看護ステーション、介護保険施設、居住系サービス等との連携をすすめる。
- 訪問看護ステーションの整備及び集約化を推進するとともに、キャリアパスのあり方などを検討し、看護師の確保をすすめる。
- すべての第2次医療圏に地域医療支援病院を設置することを基本とする。
- 責任関係や報酬のあり方、研修体制の確保などを明確にした上で、看護師と介護福祉士による医療行為の範囲を拡大する。

6

■ 社会保障・税一体改革成案に掲げられた項目に対する連合の考え方③

➤ 平均在院日数の減少等

- 医師、看護師等の人員配置基準を引き上げ、コメディカルスタッフを含めた入院患者一人あたりの医療従事者数を増やし、入院日数を短縮する。
- 医療機関、地域包括ケアシステムにおける看護師の確保のため、ワークライフバランスの確保による離職防止策の強化、看護需給計画の策定をすすめる。
- 要介護高齢者の尊厳ある暮らしのため、療養病床の利用者に対して混乱を招かないよう、介護保険施設等への計画的な転換・移行をすすめる。
- 精神病床数が必要最小限となるよう計画的な削減を促進する。

7

■ 社会保障・税一体改革成案に掲げられた項目に対する連合の考え方④

➤ ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減

- レセプト電子請求の完全普及により医療費の大幅な効率化が期待されるため、電子化の促進に資する報酬の一層の評価を行う。
- 地域医療計画に高額医療機器の設置を明示するとともに、高額医療機器の共同利用を行っている医療機関を報酬上評価する。
- 患者本位の医療の確立に向け、すべての医療機関ですべての患者に対する明細書の無料発行を徹底する。そのため、明細書発行機能のないレセプトコンピューター等を使用している医療機関や、常勤の高齢医師しかいない医療機関等無料発行に関する免除要件の解消をすすめる。また、公費負担医療における発行義務化をすすめる。

8

■ 社会保障・税一体改革成案に掲げられた項目に対する連合の考え方⑤

▶ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

- 雇用労働者の均等待遇の確保のため、業種や企業規模にかかわらず、原則すべての雇用労働者に社会保険適用をすべきである。
- 社会保険の適用拡大に伴う保険料負担の激変緩和措置を検討すべきである。
- すべての雇用労働者が社会保険に原則適用とする制度に改める。ただし、当面の間は、適用基準を労働時間要件「2分の1(20時間)以上」ないし「年収要件「65万円以上」(給与所得控除の最低保障額)として、いずれかの要件に該当すれば社会保険の適用とする。同時に被扶養者の年収要件を「65万円」とすべきである。
- 同時に、事業主から新たな適用基準以下に労働時間を抑えることを強制される等の不利益変更の禁止措置を合わせて講じるべきである。

9

■ 社会保障・税一体改革成案に掲げられた項目に対する連合の考え方⑥

▶ 高額療養費の見直しと受診時定額負担

- 中低所得者の医療費負担の軽減は望ましいが、そのための財源は、高額療養費制度の枠組みの中での配分や、広く薄い負担でねん出することを検討すべきである。
- 高額療養費制度の見直しに必要な財源を、外来患者から定額負担を追加徴収することでねん出することは社会保険の原理に反し、受診抑制にもつながりかねないため反対である。

10

■ 社会保障・税一体改革成案に掲げられた項目に対する連合の考え方⑦

協会けんぽの2012年度保険料率の引き上げ

- 経済の低迷、賃金の低下が続く中で、3年連続の保険料負担の増加には労使ともに耐えられず、雇用への影響も懸念されるため、2012年度保険料率を引き上げる状況にない。



- そのため、国庫補助率16.4%から20%への引き上げにより公費を拡充し、保険料の上昇はできるだけ抑制すべきである。

➤ 高齢者医療制度の見直し

- 高齢者医療制度の改革を断行し、保険者機能の強化及び人口動態という構造的な問題に対する公費の拡充が必要。

11

■ 社会保障・税一体改革成案に掲げられた項目に対する連合の考え方⑧

➤ 高齢者医療制度の見直し
(支援金の総報酬割導入)

➤ 高齢者医療制度の見直し
(自己負担割合の見直し)

- 高齢者医療に係る支援金、自己負担割合のあり方については、高齢者医療制度改革の一環として議論すべき。



- 短時間労働者への社会保険の適用拡大にあたり、協会けんぽを含む保険者の負担能力の観点から、総報酬割の在り方の検討を行うべきである。


- 70歳から74歳の自己負担を2割負担に戻すことについては、慎重な論議が必要である。

12

■ 社会保障・税一体改革成案に掲げられた項目に対する連合の考え方⑨

▶ 介護納付金の総報酬割導入

- 介護職員の処遇改善措置は、引き続き国費で対応すべき。
- 介護納付金は第2号保険料であり、総報酬割の導入は、現役世代の保険料の負担のあり方を根本から変えることになり、問題。

- 
- 第2号保険料については、被保険者が同じ額の保険料負担をして高齢者の介護を支えるとの考え方で頭割りとしていることを基本としつつ、短時間労働者への社会保険の適用拡大を念頭に、被保険者の負担能力を勘案した負担の在り方を検討すべきである。その際、保険者の負担の激変緩和措置を併せて講ずるべきである。

13

■ 社会保障・税一体改革成案に掲げられた項目に対する連合の考え方⑩

▶ 介護保険給付の重点化①

【要支援者の利用者負担の引き上げ】

- 認知症の人の要介護・要支援認定の実態などを検証の上、十分慎重に検討を行うべき。むしろリハビリテーション等の自立支援効果の期待できる予防給付を行うべきである。

【ケアマネジメントの利用者負担の導入】

- 自立支援型のケアマネジメントが公平・中立に行われることが非常に重要なため、ケアプランの作成にあたり現行どおり利用者負担を徴収しないことを基本とすべきである。

【一定の所得のある者の利用者負担の引き上げ】

- 課税世帯のうち一定以上の所得のある人にかかる利用料負担について、負担能力に応じ高い負担とすることを検討すべきである。

14

■ 社会保障・税一体改革成案に掲げられた項目に対する連合の考え方⑪

➤ 介護保険給付の重点化②

【多床室の入所者からの室料負担の徴収】

- 多床室の入所者から室料を徴収することにより、低所得者の行き場を失わせることにつながらないように十分慎重に検討すべきである。

【補足給付における資産等の勘案】

- 利用料負担における公平性や納得性を高めるため、リバースモーゲージの活用を含め負担能力に応じた負担の在り方を検討すべき。その際、実行可能性、行政コストなど執行方法を併せて検討すべきである。
- 将来的には公費による住宅手当(家賃補助制度)の恒久化と適用を図るべきである。

医療・介護の見直しに関する
経団連の考え方
(参考資料)

2011年11月22日
日本経済団体連合会

1. 総論

○ 社会保障と税・財政一体改革に関する経団連の基本的な考え方

(1) 歳入改革を通じた社会保障の安定財源の確保

- ◆ 超高齢化社会の下で、社会保障給付費は急増。他方、現役世代は急速に減少し社会保険料負担は限界に来ている。
- ◆ 歳入改革を通じ国民の安心、国内外の国家財政への信認を確保

(2) 経済成長が改革の要

- ◆ 経済活力は国民の安心基盤であり、社会保障制度の安定にも資する。財政健全化の前提となる。
- ◆ 社会保険料の負担増は経済の活力を削ぎ、雇用創出を阻害する。

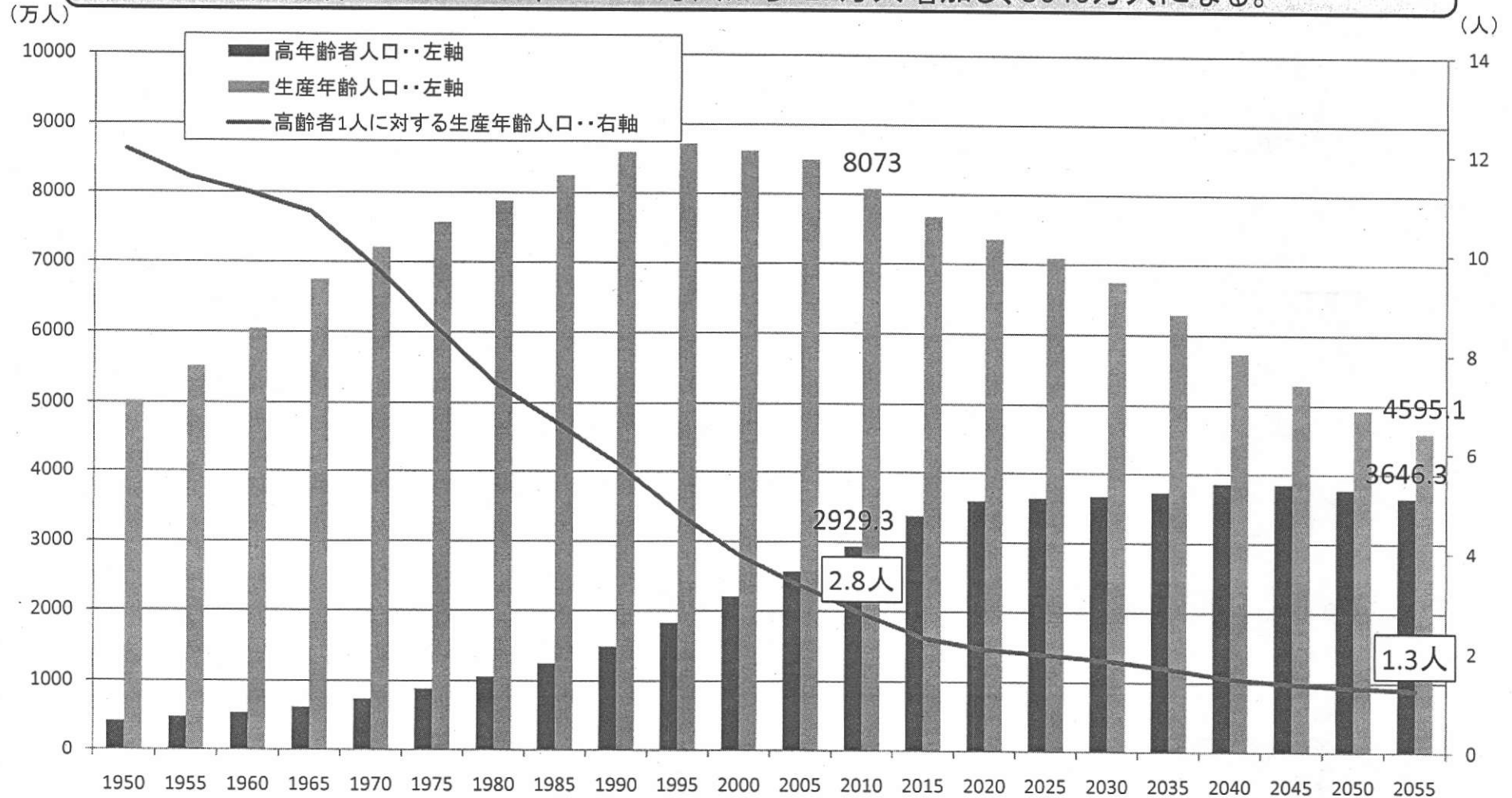
(3) 問題の共有化、見える化

- ◆ 足元の社会保障基盤を確固たるものにするための歳入改革への国民の理解を得る。
- ◆ 共助・公助での対応には限界がある中、自助を拡充し、社会保障給付の効率化・適正化を図る。

	現状の問題点	第1段階(2013~2015)	第2段階(2025年に向けて)
医療	・高齢者医療への拠出金負担が現役の医療保険を圧迫	・前期高齢者(65歳~)も含め、高齢者医療給付費の税負担割合を拡大	・高齢者医療給付に6~7割の税投入 ・現役の医療保険に過度に依存しない高齢者医療制度を確立
介護	・要介護者の増加に伴い、高齢者・現役世代共に保険料が急上昇	・人口構成の変化を踏まえ、介護給付費の税負担割合を拡充 ・軽度の要介護者の給付見直し	・介護給付に7割程度の税投入 ・介護保険財政の安定・負担への納得感
年金	・基礎年金国庫負担2分の1への引上げに充てる安定財源がない	・基礎年金国庫負担2分の1を賄う安定財源を確保 ・現行の2階建ての体系を維持	・基礎年金財源における税負担割合を段階的に引き上げ、税方式を目指す。
子育て	・特別会計創設による施策・財源の一元化により、事業主に追加的負担を求める動きあり	← 特別会計創設・企業負担増には反対 ・待機児童解消	・多様な働き方に対応した保育サービスの充実、子育て不安感の解消

参考1: 高齢者人口と生産年齢人口

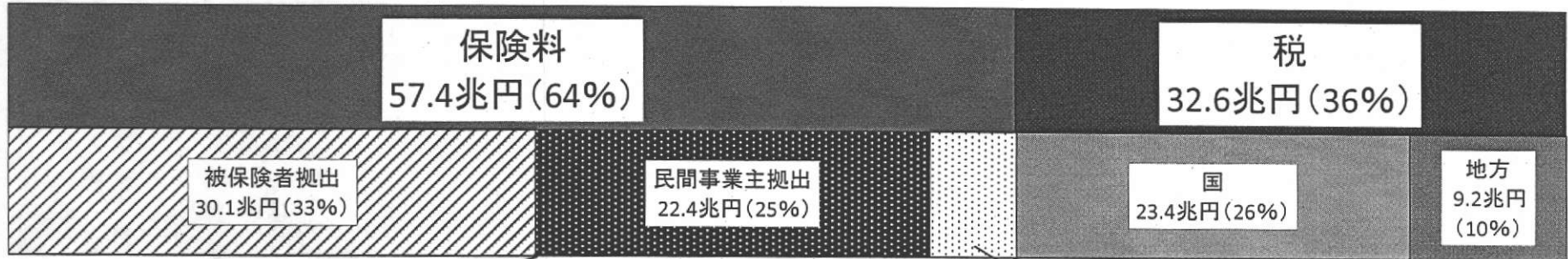
生産年齢人口は2010年の8073万人から3478万人減少し、2055年には4595万人になる。
 高齢者人口は2010年の2929万人から717万人増加し、3646万人になる。



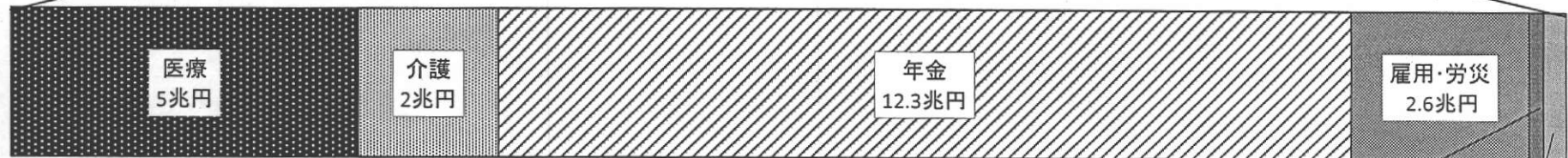
(出所)「平成22年国勢調査抽出速報集計結果(1950-2010)」、「日本の将来推計人口(出生中位・死亡中位)(2015-2055)」(国立社会保障・人口問題研究所)

参考2: 企業の税・保険料負担

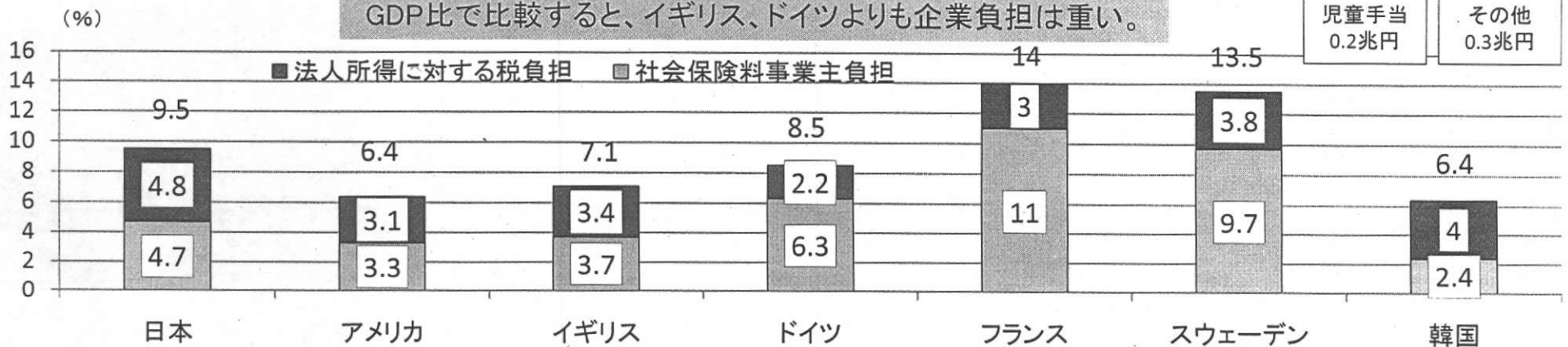
社会保障給付費負担90兆円のうち、民間事業主拠出は約25%を占める。



(出典:「平成20年度 社会保障給付費」 国立社会保障・人口問題研究所)



GDP比で比較すると、イギリス、ドイツよりも企業負担は重い。



出典: 政府税調専門家委員会資料(いずれも2007年)

○ 社会保障制度改革における当面の課題

	項目	経団連の考え方	
来年度予算編成に関わる項目	医療・介護	診療報酬・介護報酬改定	賃金・物価動向を鑑みれば、プラス改定を実施する環境にはない。
	年金	基礎年金国庫負担1/2の財源確保	年金積立金の取り崩しは制度の破たんにつながる恐れ。早急に恒久財源を確保すべき。
		年金給付の抑制	特例水準(もらいすぎ年金)の解消、デフレ下のマクロ経済スライド発動を、受給者に十分な説明を行った上で実施すべき。
		最低保障機能強化 (低所得者へ加算・受給資格期間短縮)	高所得者の給付削減とセットで行い、公費負担で対応。受給資格期間短縮は納付率低下を防ぐことが必須。
子育て	子ども手当 児童手当拠出金の引き上げ (現行1.3%)	拠出根拠と給付内容の整合、拠出元の意見反映の仕組みに欠く、現行の拠出制度が続くことには反対。	
来年度以降の課題	医療・介護	高齢者医療制度・介護保険制度への税投入割合の拡大	高齢者医療・介護保険制度への税投入割合拡大によって、被用者保険全体の負担増を回避すべき。
		高齢者医療への支援金・介護納付金への総報酬割導入(介護は来年度予算編成関連事項)	高齢者医療への支援金・介護納付金の負担ルールの見直しを行うべきではない。
		給付の効率化・重点化	<医療>後発医薬品の使用促進、平均在院日数の短縮 <介護>生活援助など、軽度の要介護者・要支援者への給付見直し
	年金	支給開始年齢のさらなる引上げ(68歳または70歳)	現在の受給者も痛みを分かち合うべき。高齢者の就労機会の多様化、若年者雇用への影響をふまえ、中長期的な課題とすべき。
標準報酬上限の引き上げ		経済活力を削ぎ、成長戦略にも逆行。報酬比例部分での給付と負担の関係が一層不明瞭となり、不適切。	
子育て	子ども・子育て新システム発足に伴う新たな事業主負担	子ども・子育て支援は、国家戦略として取り組むべき課題であり、国がその財源を確保し、税で対応すべき。	
適用拡大	社会保険の適用要件を雇用保険並びに拡大(400万人)	拡大幅・拡大対象について慎重な検討が必要であり、実現可能性のある導入策を検討すべき。	

2. 各論

賃金・物価等の経済状況

○賃金、物価ともに下落傾向

	H21年度	H22年度	H23年度 (年度途中)	H21~23 累積
賃金	▲1.5%	0.2%	▲0.5%	▲1.8%
物価	▲1.7%	▲0.4%	▲0.4%	▲2.5%

賃金:「毎月勤労統計調査報告」の規模5人以上事業所の「きまって支給する給与」のうち、平成21年度及び22年度は対前年度比、平成23年度は4月から6月の対前年度同月比の平均値

物価:消費者物価上昇率のうち、平成21年度及び平成22年度は対前年度比、平成23年度は4月から6月の対前年度同月比の平均値

平成23年11月11日

厚生労働大臣

小宮山 洋子 殿

健康保険組合連合会	会 長	平 井 克 彦
国民健康保険中央会	理事長	柴 田 雅 人
全国健康保険協会	理事長	小 林 剛
全日本海員組合	組合長	藤 澤 洋 二
日本経済団体連合会	会 長	米 倉 弘 昌
日本労働組合総連合会	会 長	古 賀 伸 明

平成24年度診療報酬改定に関する要請

平成24年度診療報酬改定にあたって、下記のとおり意見をまとめましたので、現下の厳しい経済・雇用情勢や保険者の財政状況についてご理解いただき、改定率及び改定の基本方針の策定に適切に反映されるよう、強く要請いたします。

記

わが国の経済・社会情勢は、低成長が長期化する中で、欧州の信用不安等を背景とする急激な円高の進行、それに伴う景気や雇用情勢の悪化、東日本大震災の影響等によって不透明感が深まっています。また、賃金・物価は依然として低下傾向にあってデフレから脱却する兆しが見られず、今後は高齢化に伴う社会保障負担の増大や東日本大震災からの復興のための増税により国民生活はより一層厳しさが増すものと予測されます。

こうした中で、医療保険財政は給付費の増加、保険料収入の減少、高齢者医療制度に対する支援金・納付金の過重な負担等により急速に悪化しており、健保組合は4年連続の巨額な赤字、協会けんぽにおいても3年連続の保険料率引上げが見込まれています。さらに、国民健康保険においては市町村一般会計からの多額の繰り入れを余儀なくされています。

以上のような厳しい経済・社会情勢や国民負担、保険者の財政状況、さらには先日公表された医療経済実態調査結果で医療機関の経営状況がおおむね改善傾向にあることが明らかになったことなどを考慮すると、患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬の引上げを行うことは、とうてい国民の理解と納得が得られないものと考えます。

したがって、24年度の診療報酬改定においては、前回改定において重点的に取り組んだ勤務医対策や産科、小児科、救急医療対策の効果を検証しつつ、病院に勤務する医療従事者の負担軽減と人員確保をさらに進めるなど、必要度の高い医療に対しては大胆かつ重点的な評価を行う一方で、限られた財源を効率的かつ効果的に配分するため、入院期間の短縮、社会的入院の解消等に向けた見直し・適正化を図っていくことが重要です。その際には、診療報酬のみでは対応が難しいものもあり、補助金等を含めた対応が必要と考えます。

また、24年度は介護報酬との同時改定であることから、医療と介護の連携体制の強化の観点から、在宅医療・介護や居住系施設・サービスの充実等のための取組みを推進するとともに、診療報酬では支援が難しい震災による被害への対応についても、補助金等を確保することが必要と考えます。

国民皆保険から50年を経て、医療保険制度は政府はもとより関係者の努力により、国民生活の安心を支える制度としてなくてはならないものになっていますが、人口・疾病構造が変化し、財政的な制約が深刻化するなかで、いま求められているのは制度を持続可能なものとして再構築するための改革です。24年度の診療報酬改定がそうした改革を指向したものとなることを願ってやみません。

高齢者医療制度について: 支援金への総報酬割の導入(2010年度～2012年度末)

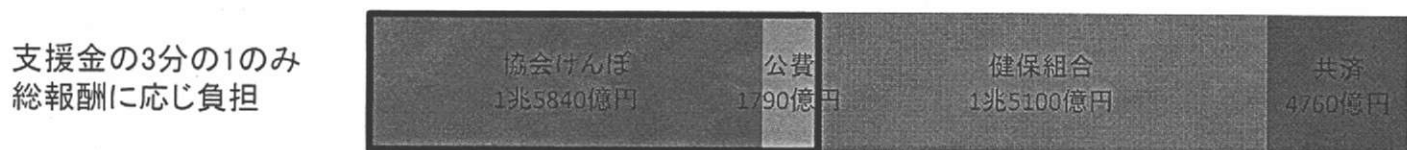
被用者保険から後期高齢者医療制度への支援金は、74歳未満の加入者数を基に算定される。協会けんぽから拠出される支援金については、他の被用者保険との報酬差を踏まえ、16.4%の国庫補助金が交付されている。

2010年度の予算編成過程において、政府は、支援金の3分の1の計算方法を加入者割から各保険者の総報酬を踏まえた算定方式へと変更し、協会けんぽに対する国庫補助金を削減。総報酬割の導入に伴い、健保組合、共済組合の後期高齢者支援金が増加し、保険者財政の一層の悪化を招いた。

○後期高齢者支援金(被用者保険負担分)に占める割合(2010年度年度ベース)



* 協会けんぽの保険料負担分1兆4000億円



* 協会けんぽの保険料負担分1兆4050億円

公費削減910億円
協会けんぽの負担軽減860億
(負担軽減分を健保組合と共済が負担)

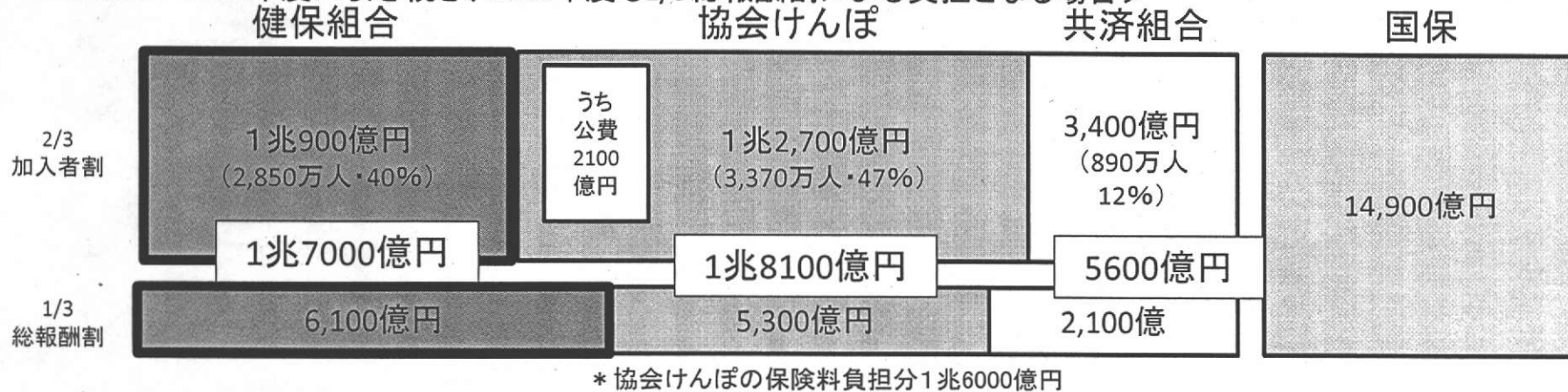
協会けんぽの現役世代の保険料
負担軽減に充当

	協会けんぽ	健保組合	共済組合
負担額の変化	-860億円	+500億円	+360億円

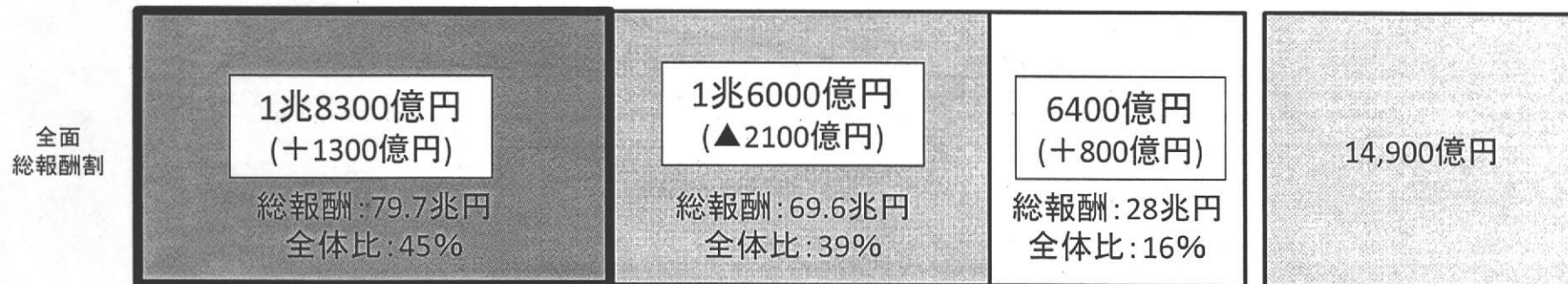
後期高齢者支援金に総報酬割を導入した場合の負担の変化(2013年度段階での推計)

支援金に総報酬割を全面導入した場合、健保組合は1300億円の負担増となる。
協会けんぽについても、国庫負担部分が抜かれるだけで、実負担は変化しない。

＜2010～2012年度に引き続き、2013年度も1/3総報酬割による負担となる場合＞



＜2013年度より全面総報酬割となる場合＞

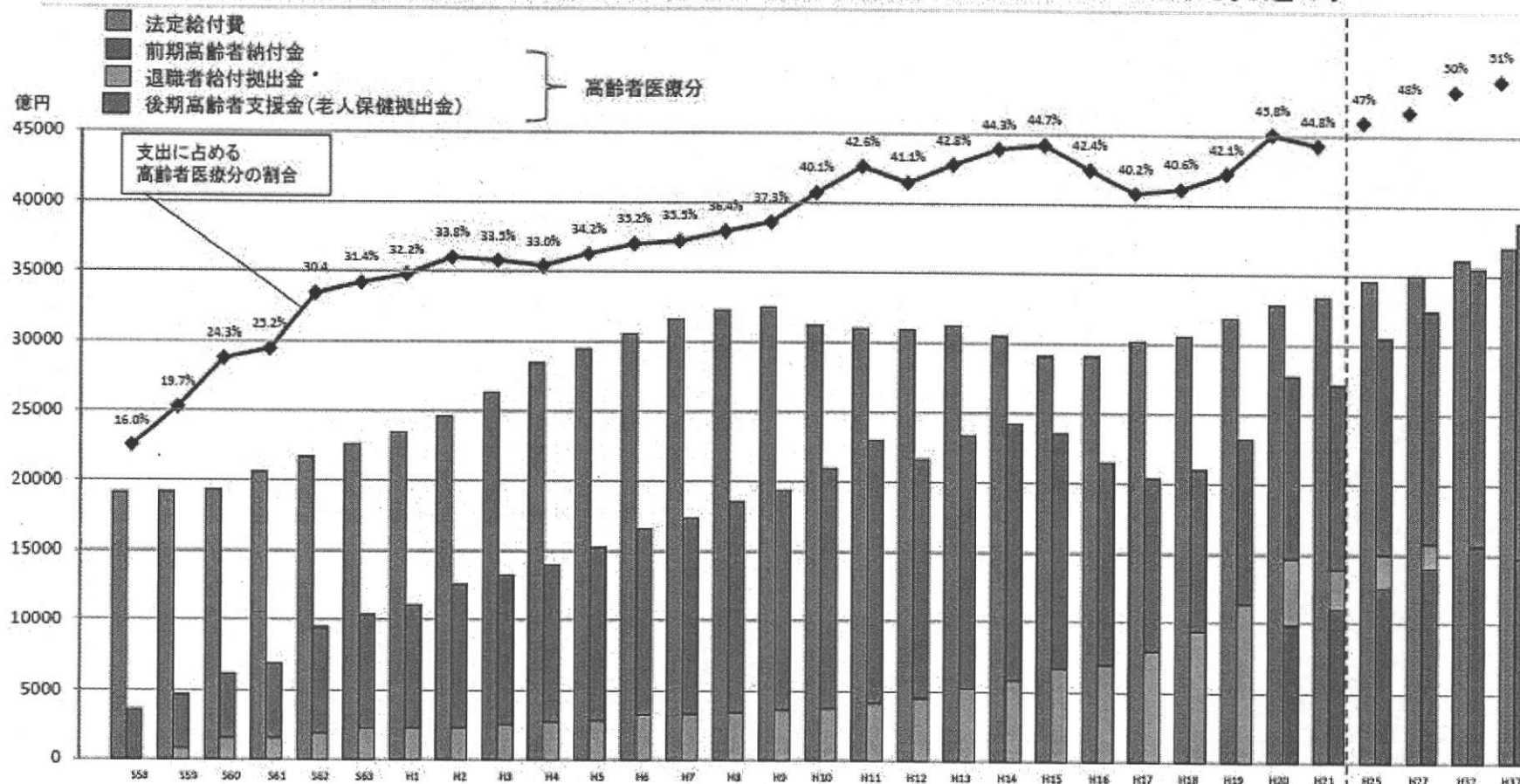


(出所)高齢者医療制度改革会議資料より作成

【参考】

支援金等の推移(健保組合)

○ 健保組合が高齢者医療のために拠出している費用は、長期にわたって上昇し続けており、現在、支出の50%近くにまで達しており、今後、その支出の過半が高齢者医療に拠出されることとなる見込み。



※支出は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額である。なお、平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※過去の数値は決算値(平成21年度は決算見込値)である。

※平成25年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算の現行ベース(診療報酬改定を折り込んでいない)。

出典：昭和58年度から平成20年度までは「組合決算概況報告(健康保険組合連合会)」、平成21年度は「平成21年度健保組合決算見込(健康保険組合連合会)」

介護をめぐる論点と経団連の考え方

論点	経団連の考え方
<p>介護納付金への総報酬割の導入 ⇒被用者保険間の報酬差を踏まえて投入されている国庫補助金を引き揚げ</p>	<ul style="list-style-type: none"> •財源確保を目的に、総報酬割によって国庫負担分を被用者保険に付け回すべきではない •第2号被保険者は原則として給付がないのに、さらに負担を求めるとなると、納得を得られない
<p>利用者負担の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> •予防給付の負担割合の引上げ •ケアマネジメントへの自己負担の導入 	<ul style="list-style-type: none"> •予防給付の効果を検証し、予防効果のないものは給付対象から外すべき。少なくとも、生活支援とリハビリとで負担割合に差をつけるべき •ケアマネジメントに自己負担を導入すべき。利用者自身がケアプランに関心を持ち、チェックすることにつながる。
<p>介護従事者の処遇改善に向けた方策</p> <ul style="list-style-type: none"> • 処遇改善交付金の継続 • 介護報酬への組み込み 	<ul style="list-style-type: none"> •処遇改善交付金は時限が前提。離職率が低下し、需給状況も改善したなら、交付金措置を継続する必要はない •交付金措置を介護報酬の中に取り込む必要もない。経営実態調査結果からは、ほぼすべてのサービスで収支改善が進み、十分に処遇改善にまわす余力がある •必要な労働力の確保は、経営努力の中で行うべき。産業全体の賃金が低下傾向のなか、介護業界だけを特別扱いするのは問題

介護納付金の総報酬割の導入

財源確保を目的に、総報酬割によって国庫負担分を被用者保険に付け回すべきではない

《介護納付金(2号保険料)の総報酬割導入による財政影響試算(2012~14年度)》

加入者割	健保組合 6420億円	協会けんぽ 8120億円 国庫補助分 1330億円	共済組合 2040億円
	* 協会けんぽの保険料負担分6790億円		
総報酬割	健保組合 7540億円 (+1120億円)	協会けんぽ 6560億円 (▲1560億円うち 国庫補助分▲1330億円 保険料負担▲230億)	共済組合 2480億円 (+440億円)

* 健保連試算

介護職員処遇改善交付金(1900億円)を介護報酬に組み入れるために必要となる財源にあてる。

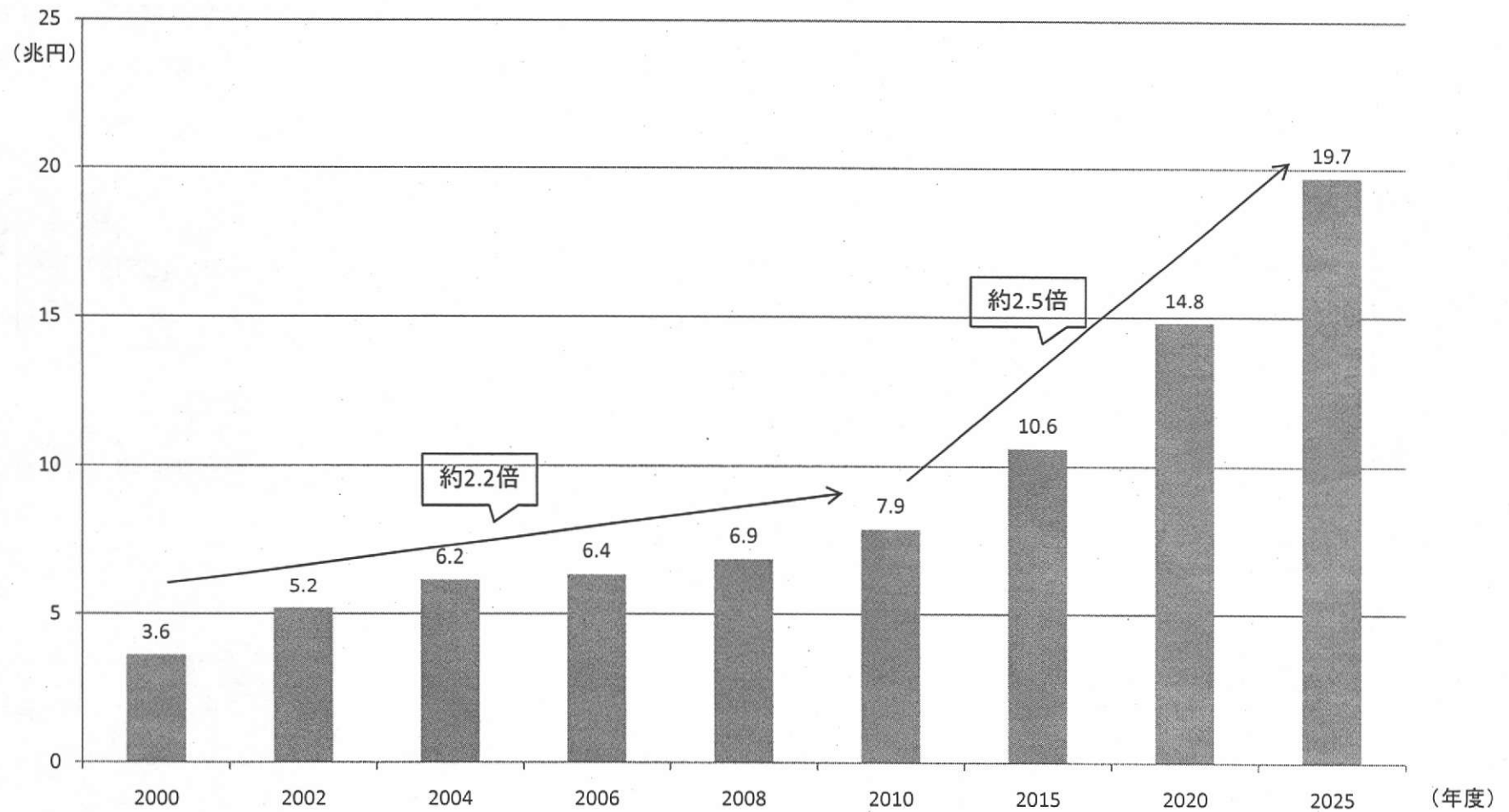
総報酬割を導入しても協会けんぽの実負担は大きく変化しないうえに、介護報酬引き上げにより負担が増加する。

《介護納付金の第2号被保険者1人当たり負担額の変動(2012~14年度)》

	総報酬割を導入しない (協会けんぽへの国庫補助継続)	総報酬割を導入(月額)*
健保組合	4900円	年収1300万円 16000円
協会けんぽ	4100円	年収650万円 8000円 年収400万円 4900円

* 総報酬割は一定の拠出率(1.49%)が被用者保険のすべての第2号被保険者に適用されるものと仮定して算出。

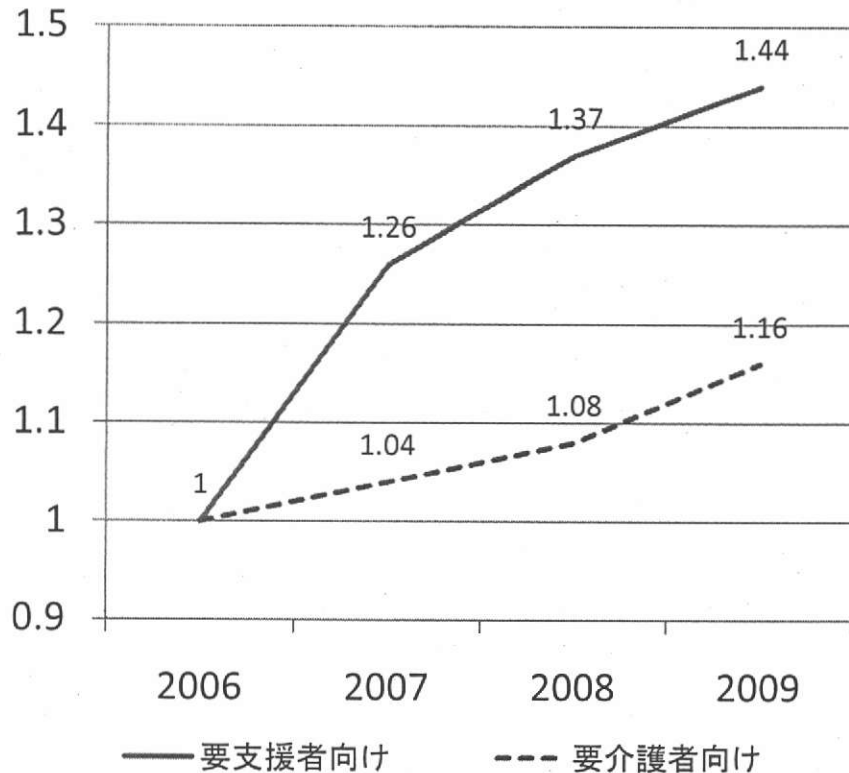
介護保険の総費用(自己負担含む)



2000年度から2008年度までは実績、2010年度は当初予算。
2015年度以降は、社会保障と税一体改革成案の推計による値。

要介護者の介護費用と要支援者の介護費用の変化

要支援者に関する費用の額の方が、
要介護者に対する費用額よりも伸びが大きい

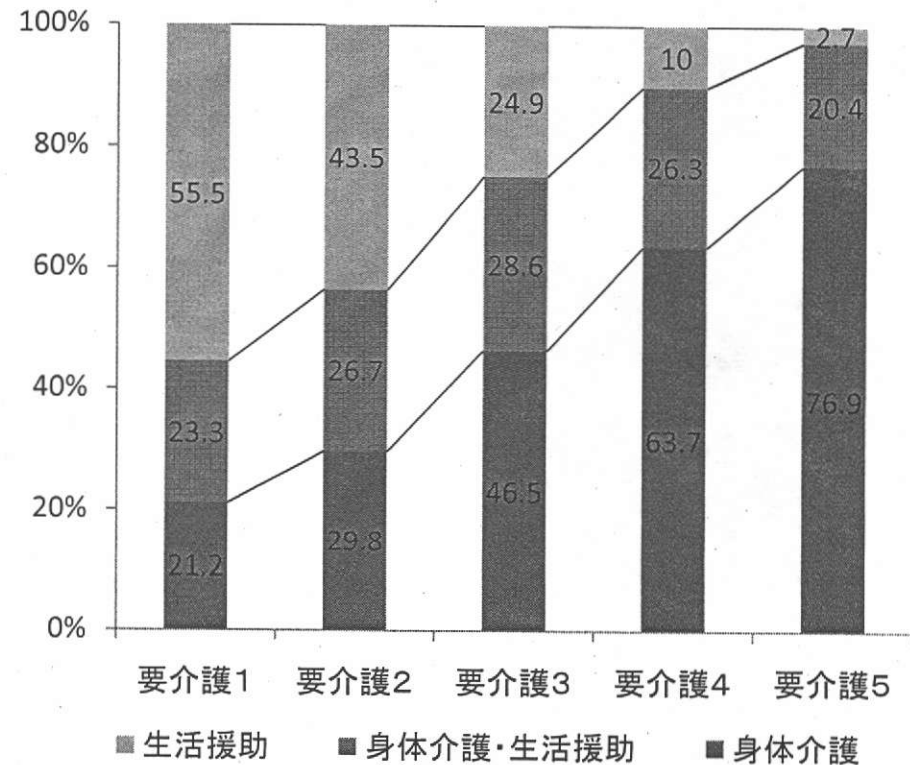


* 要支援者向けの費用額については、2006年度の要支援者向けの費用額2767億円=1.00とした場合の、各年度における伸び率を表示している。

* 要介護者向けの費用額については、2006年度の要介護者向けの費用額58957億円=1.00とした場合の、各年度における伸び率を表示している。

* 経過的要介護者向けの費用額は、要支援者向けの費用額の中に含めている。
(出所) 社会保障審議会介護給付費分科会資料より抜粋

サービス利用回数に着目すると、軽度者ほど
生活援助を利用している割合が高い



1カ月あたりの要介護度別利用者一人当たり利用回数構成比
(1カ月あたりの訪問介護利用回数の合計を100%とした場合)

※ 社保審介護保険部会で「生活援助が家事代行に過ぎず保険が無駄に使われているとの声が介護現場にはあることを踏まえれば、サービスから外してもよいのではないか」との意見がUIゼンセン同盟介護クラフトユニオンの委員からあった。