



URL <https://kanagawanet.org/>

# 介護保険次期改定 必要な人に サービスが届く制度に

佐藤秀子(ネット平塚)



## 署名にご協力ください

介護保険制度の次期改定に向けて、神奈川ネットワーク運動では次の2点について要望するための署名活動を展開しています。

- ①要介護1, 2の「訪問介護の生活援助」と「通所介護」を地域支援事業に移行せず、介護保険事業で行うこと。
- ②ケアプラン作成は有料化せず、全額保険給付で行うこと。

来年の国会の審議に向けて社会保障審議会等で議論されていますが、結論は11月半ばにまとまる予定です。是非署名にご協力ください。ネット署名も行っています。



9月15日、「市民福祉情報オフィス・ハスカップ」主宰の小竹雅子さんから、様々なデータを基に改定案の問題点を伺いました。

介護保険制度は3年ごとに改定されています。前回改定で要支援1・2の人が介護給付から外れ、介護予防・日常生活支援(以下総合事業)という自治体の裁量で行う新しい事業に移行しました。給付とは、全国一律の基準に基づき法的に必ず支給されなければならぬものです。総合事業は自治体予算の範囲内で行われ、地域によってサービスの質や量が差が生じ、必要な人に必要なサービスが届かなくなる可能性があるものです。

そして現在次期2021年改定に向け検討されているのが、①要介護1・2の人も給付から外し総合事業の対象とする。②利用料負担が2/3割となる対象を拡大する。③ケアプラン作成費を有料化することなどで、すべて利用の抑制につながります。

介護が必要となる理由のトップは認知症ですが、要介護1・2は在宅で暮らしている認知症の方の割合が高く、生活援助サービスの利用率も最も高い層であり、在宅の介護認定者の4割を占めています。質の高い継続した支援が、利用者本人、そして家族の生活を支えてきており、要介護1・2を給付対象から外すことは、制度の趣旨に反します。

介護保険制度は、自治体がサービスを決めるそれまでの措置制度から、介護の社会化を目的とする契約に基づいた社会保険制度として2000年にスタートしました。認定を受けた人に「サービスを利用する権利」を認め、給付を認める制度です。しかし、今回の改定で、認定ではなく簡易なチェックリストによる総合事業の利用者をさらに増やすことで給付を縮小しようとしています。「総合事業はまさに『ニュー措置制度』である」との小竹さんの言葉が印象に残りました。

給付と負担の大幅な見直し、という大枠を決めているのは安倍政権です。9月20日介護を含めた制度検討の新たな会議「全世代型社会保障検討会議」が開催されましたが、委員の中に介護、医療の現場や受給者の代表は一人も入っていません。

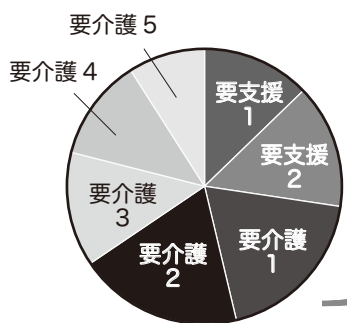
学習会では、介護離職ゼロと言いつつ、要介護1・2を給付から外しサービスを抑制し

ようとしている矛盾を指摘する発言も会場からありました。介護を社会全体で支えるため、多くのNPOが介護保険事業に参入し、訪問介護を中心に在宅での生活を支えてきました。この間の利用抑制、サービス単価の切り下げにより小規模事業者の撤退が続いています。今回の改定に対し、市民として事業者から声を上げていくことが必要です。

介護認定者の4割を占めています。質の高い継続した支援が、利用者本人、そして家族の生活を支えてきており、要介護1・2を給付対象から外すことは、制度の趣旨に反します。

介護保険制度は、自治体がサービスを決めるそれまでの措置制度から、介護の社会化を目的とする契約に基づいた社会保険制度として2000年にスタートしました。認定を受けた人に「サービスを利用する権利」を認め、給付を認める制度です。しかし、今回の改定で、認定ではなく簡易なチェックリストによる総合事業の利用者をさらに増やすことで給付を縮小しようとしています。「総合事業はまさに『ニュー措置制度』である」との小竹さんの言葉が印象に残りました。

## 要支援・要介護認定割合



介護保険認定されている人の約6割が要支援1.2 要介護1.2

神奈川介護保険事業状況報告より作成

## 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因(上位3位)

	第1位	第2位	第3位
総数	認知症 18.0%	脳血管疾患 16.6%	高齢による衰弱 13.3%
要支援1	関節疾患 20.0%	高齢による衰弱 18.4%	脳血管疾患 11.5%
要支援2	骨折・転倒 18.4%	関節疾患 14.7%	脳血管疾患 14.6%
要介護1	認知症 24.8%	高齢による衰弱 24.8%	脳血管疾患 11.9%
要介護2	認知症 22.8%	脳血管疾患 13.6%	高齢による衰弱 13.3%
要介護3	認知症 30.3%	脳血管疾患 17.9%	高齢による衰弱 12.8%
要介護4	認知症 25.4%	脳血管疾患 23.1%	骨折・転倒 12.0%
要介護5	脳血管疾患 30.8%	認知症 20.4%	骨折・転倒 10.2%

厚生労働省「2018年国民生活基礎調査」より作成

## 低炭素社会の実現と分散型エネルギーの推進を

### 視点



共同代表 佐々木 ゆみこ (ネット宮前/県議)

2018年10月にIPCC(気候変動に関する政府間パネル)が「1.5℃特別報告書」を公表しました。工業化前と比してすでに約1℃気温が上昇しており、このペースで排出すると、早ければ2030年頃には1.5℃上昇することになります。気温上昇を抑えるにはCO2排出を2030年までに2010年比で約45%削減し、2050年頃には排出を実質ゼロにすることが必要と報告されています。

世界はすでに再生可能エネルギーにシフトしています。風力発電は、全世界で2008年に121ギガワットでしたが、591ギガワットに拡大し、太陽光発電の505ギガワットを越えています。一方で再生可能エネルギーコストは急激に低下しており、日本がベースロード電源に位置付ける原子力発電はコスト的にも一番高いエネルギーになっていきます。

今年6月に「パリ協定」に基づく成長戦略としての長期戦略を閣議決定していますが、2030年までの対策強化は、再生可能エネルギーの拡大が不可欠です。再生可能エネルギーの拡大は、再生可能エネルギーの拡大が不可欠です。

神奈川ネットでも昨秋には、東日本大震災からの復興を自然エネルギー創出で進める飯館村や土湯温泉の現場に向き、パワーシフトの提案を進めてきました。これからは、災害に強いまちづくりのためにも、再生可能エネルギーを市民や地域の力で広げ、身近な場所で発電していく方が必要です。

2018年北海道胆振東部地震が起こり、北海道全域で停電するブラックアウトが起こりました。さらに先月9月の台風15号の影響で、神奈川県で三浦地区の一部、千葉県では63万件を超える停電が起こり、復旧までに多くの時間を要しました。これまでは、集中型・送電が主流でしたが、これからはエネルギーの地産地消を進めるべきと考えます。

全国的生協でも自家消費型太陽光発電や市民と共同出資による風力発電、さらには廃食用油を活かしたバイオマス発電、自治体と連携した小水力発電などの取組みが進められています。

神奈川ネットでも昨秋には、東日本大震災からの復興を自然エネルギー創出で進める飯館村や土湯温泉の現場に向き、パワーシフトの提案を進めてきました。これからは、災害に強いまちづくりのためにも、再生可能エネルギーを市民や地域の力で広げ、身近な場所で発電していく方が必要です。

神奈川ネットでも昨秋には、東日本大震災からの復興を自然エネルギー創出で進める飯館村や土湯温泉の現場に向き、パワーシフトの提案を進めてきました。これからは、災害に強いまちづくりのためにも、再生可能エネルギーを市民や地域の力で広げ、身近な場所で発電していく方が必要です。

全国的生協でも自家消費型太陽光発電や市民と共同出資による風力発電、さらには廃食用油を活かしたバイオマス発電、自治体と連携した小水力発電などの取組みが進められています。

全国的生協でも自家消費型太陽光発電や市民と共同出資による風力発電、さらには廃食用油を活かしたバイオマス発電、自治体と連携した小水力発電などの取組みが進められています。

全国的生協でも自家消費型太陽光発電や市民と共同出資による風力発電、さらには廃食用油を活かしたバイオマス発電、自治体と連携した小水力発電などの取組みが進められています。