

「介護保険制度の見直しに関する意見」（2010年11月30日発表）に対する意見

2010年12月8日
全国保険医団体連合会
地域医療対策部
医科部長 中島 幸裕
歯科部長 賀来 進

厚生労働省の社会保障審議会・介護保険部会は、「介護保険制度の見直しに関する意見」（以下「意見書」）を2010年11月30日に発表した。

「意見書」は、政府が6月22日に閣議決定した「ペイアズユーゴー原則」を盾に、利用料負担を引き上げ、給付を抑制し、営利企業の参入を目指す内容である。

民主党は昨年9月の総選挙で8000億円程度の国庫負担拡大を公約に掲げて政権に就いたのであり、介護保険法改正にあたっては、公約どおり国庫負担を拡大し、利用料の引き上げや給付の抑制を行わず、介護保険制度を改善するよう、強く求めるものである。

なお、「意見書」の個別事項に関する意見を下記の通りまとめた。次回改定にあたって下記の意見を反映するよう、求めるものである。

1 公費負担の拡充を外した「意見書」を前提に介護保険法改定が準備されてはならない。

「意見書」の「I 介護保険制度の現状と課題」の（介護保険制度の定着）では、「介護保険制度に関する国民の皆様からのご意見募集（2010年3月厚生労働省調査）」で、60%の者が介護保険を「大いに評価している」「多少は評価している」と回答したとし、「介護保険制度に関する世論調査（2010年11月内閣府調査）」では、制度導入によって「良くなったと思わない」者が29%に対し「良くなったと思う」者が51%であったとして、介護保険制度が着実に機能していると評価している。

しかし、「厚生労働省調査」でも23%が「全く評価していない（4%）」「あまり評価していない（19%）」と回答し、内閣府調査でも約3割が「良くなったと思わない」と回答している現実を重く受け止めるところから、現状認識を出発させるべきである。

同時に、この回答は、包括的な評価であることに留意すべきである。どこが良くなった部分か、どこが悪くなった部分かを明らかにし、国民の要望や期待に沿う政策はどうあるべきかを示さなければならない。

しかし、厚生労働省調査では、厚生労働省にとって都合の良い選択肢だけを示して回答を求めており、意見募集とは名ばかりであった。

厚生労働省調査では、介護保険部会でも大きな討議となった財源問題について設問5では、「現在の給付水準を維持する場合でも、保険料も現在の2倍近くになる」とした上で、保険料負担増を抑える方策について、①自費の拡大や自己負担割合の拡大、②保険料徴収年齢の引き下げの2つから選択させ、「公費負担の拡大」を選択肢に入れなかった。

また、設問6の「介護保険サービスの費用負担」では、①現在の水準を維持するために必要な保険料引き上げはやむを得ない、②介護サービスを充実するために保険料が引き上げられてもしかたない、③保険料を維持するために、介護サービスが削減されてもやむを

得ない、④わからない、の4つだけを選択肢とした。

これらの設問は、国民が求める「公費負担拡大による保険料引き下げや介護サービス充実」の願いを無視し、「保険料引き上げか、サービス削減か」の二者択一を求めるものであり、世論をミスリードするものである。

当会は、意見募集にあたって理由を明記して、「問5及び6の設問及び選択肢を早急に変更して募集しなすか、少なくとも問6はアンケート結果から除外すべき」としたが、結果概要には一言も触れられていない。

介護保険部会の論議は、このように「保険料引き上げ、給付引き下げ」ありきで進められてきたものであり、この「意見書」を前提に介護保険法改定が準備されてはならない。

2 公費負担拡大で介護保険制度改善の実施を

「意見書」の「Ⅰ 介護保険制度の現状と課題」の（給付と負担のバランス）では、「給付と負担の関係が明確である社会保険制度においては、サービス量が拡大することに伴い、保険料が一定程度上昇することは当然」とし、「限られた財源の中で効率的かつ重点的にサービスを提供する仕組みとしていくことが必要」と記述している。

また、「Ⅱ 見直しの基本的考え方」でも、「給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図ることで、将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築する」と記述。さらに、「Ⅲ 介護保険制度の見直しについて」の「4 給付と負担のバランス」では、「平成22年6月22日に閣議決定された『財政運営戦略』に記されたペイアズユーゴー（pay as you go）原則に則って、必要な負担増に見合った財源を確保することが求められる。」とし、「給付の効率化・重点化及び財源の確保を進めていくことが必要」、「第1号被保険者、第2号被保険者それぞれが応分の負担を行っていくことが必要である」と記述している。

こうした偏った財源論を前提にした考え方に対して委員からは厳しい批判があったが、「意見書」では、「ペイアズユーゴー原則の下では、現場ニーズに見合った給付の議論が難しい等の意見もあった」、「公費負担割合を増加させるべきであるとの意見」があったとの記述にとどめられ、「社会保険方式によるメリットや被保険者の負担能力といった点を考慮して検討を行うべきである」と記述された。

給付と負担が明確でサービス料が増えれば保険料も上昇するのは民間保険の論理である。介護保険は保険という形態をとっているが、社会保障制度の一環として創設されたものであり、介護保険法第5条では「国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない」と定めている。「意見書」の論理は、介護保障に対する国の役割を矮小化し、社会保障としての介護保険を解体し民間保険に陥れるものである。

「意見書」の「Ⅱ 見直しの基本的考え方」で記述している「将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築する」ためには、収入のない高齢者から徴収する保険料負担・利用料負担の拡大や給付抑制を行うのではなく、大企業優遇税制等を是正して財源を確保して公費負担を増やすことである。

3 施設介護の役割を評価し、介護療養病床削減の撤回を

「意見書」のⅠの（地域における介護の課題）では、「現在直面している大きな課題の1つは、地域全体で介護を支える体制がなお不十分であるということである」と指摘している。この指摘はその通りだが、その対象に施設介護が入っておらず、「意見書」全体の流れとしては、費用負担の軽減の観点から施設介護を否定的に捉えている。

しかし、施設介護は、介護を必要とする者と介護をする者が一箇所に集まることで、設備も人員も、そして介護のノウハウも蓄積するというメリットがある。居宅における療養環境の改善を行うことは重要だ。しかし、施設の方が介護サービスの効率が良く、医療ニーズへの対応もしやすいという点を無視してはならない。Ⅲの1の「(4) 住まいの整備」では、「我が国は諸外国と比較して、要介護者に対する施設(介護保険3施設)の割合は同程度である」としており、施設サービスの割合は高くはない。

Ⅲの1の「(5) 施設サービス」の（介護療養病床の取扱い）では、「新規の指定は行わず、一定の期間に限って猶予することが必要」との意見と「介護療養病床の廃止方針を撤回すべきではないか」との意見を列挙しているが、介護療養病床は介護施設であるとともに、急性期病院の後方病床としての機能や居宅での急変に対応する病床としての機能も有している。こうした機能を果たす介護療養病床が廃止されれば、後方病院がなくなり、地域医療に取り返しのつかない問題を生じさせる。介護療養病床廃止を撤回すべきである。

また、「施設サービスについては、状態の変化によって、入所している施設を移ることのないよう、利用者の状態に応じた適切なサービスが提供される体系を目指すべき」との意見があったことを示しているが、介護療養、特養、老健施設は、それぞれ固有の役割を担っている。むしろ、問題は、これらの施設における医療サービス提供が規制（算定制限）されていることである。解決すべきは、施設サービスにおける診療報酬算定制限を廃止し、必要な医療を提供できるようにすることである。

なお、Ⅲの1の「(4) 住まいの整備」では、「高齢者が安心して生活できる場としての全てのニーズが施設、特に特養に集中している」として「有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置付け」た上で、「サービス付高齢者住宅の基準等との整合性も考慮しつつ…防火対策・虐待防止等を徹底」すべきと記述している。

高齢者の住まいの確保は重要だが、ただでさえ問題が指摘されている有料老人ホーム等の規制を緩和してはならない。高齢者が安心できる住まいの確保を民間まかせ、個人まかせにするのではなく、有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅に対する規制や指導を行い、高齢者が安心できる住まいの確保に国が尽力すべきである。

4 訪問看護やリハビリは、医学的な必要性で実施できるよう医療保険給付に戻すべき

Ⅲの2の「(2) 要介護認定について」では、「訪問看護やリハビリテーションについて利用抑制が働き、本来訪問看護やリハビリテーションの必要な利用者にサービスが提供できないケースがある」との指摘があった」とされている。

また、2012年の診療報酬・介護報酬同時改定では、医療保険で給付している要支援者・要介護者に対する維持期リハビリを介護保険給付に特化した上で、上限を超える部分についてスポーツジム等に保険外で実施させる動きがある。

そもそも維持期を含めてリハビリは、医師が指示するOT・PT・ST等の専門職種による医

療行為であり、患者の病態に応じて医療保険から給付されるべきである。また、介護保険のリハビリは、区分支給限度額の枠内でケアプランに組み込まれて初めて実施可能で、医師が必要と認めても、実施できない場合が少なくない。介護保険にリハビリを移すことは、患者に必要な医療を提供するという健康保険法の現物給付原則に反するものである。必要なりハビリは医療保険で提供し、リハビリの算定日数制限は撤廃すべきである。

また、通所リハビリや訪問リハビリだけでなく、医療関係職種による居宅療養管理指導、訪問看護、介護療養型医療施設利用など医療系サービスについては、医師・歯科医師の指示に基づいて医療保険から給付すべきである。

5 歯科領域の評価と拡充を

口腔管理と全身疾患の関連は、大変重要であるが「意見書」では一言も触れられていない。適切な口腔管理は人間らしく生きる出発点である。

訪問調査の基本調査項目における口腔管理の内容の充実、主治の歯科医師意見書の新設、主治医意見書への「口腔ケア意見書の必要性」欄の設定、口腔機能維持管理加算算定における歯科医師又は歯科衛生士による技術的助言及び指導に関する費用保障、口腔機能向上加算や経口移行加算の引き上げ、特別養護老人ホームへの歯科医師の配置など、介護保険における課題は山積している。

介護保険法改定にあたっては、歯科領域の評価と拡充を図るべきである。

また、口腔状態を改善するためには、医療保険における歯科診療報酬の引き上げ・改善も必要である。

6 介護職員処遇交付金の保険内化にかかる財源は、全て公費により介護報酬引き上げ財源とは別に確保すること。

Iの（介護職員の人材確保と処遇の向上）では、「処遇改善交付金に基づく取組は平成23年度末で終了するため、処遇改善の実態を検証しつつ、平成24年度以降も必要な財源を確保し、処遇改善の取組を継続していくことが求められている」とし、IIIの「3 介護人材の確保と資質の向上」では「介護報酬改定により対応する方向で検討していくべき」と記述されている。

そもそも民主党は、マニフェスト2009で「介護労働者の賃金を月額4万円引き上げる」ことを含めて公費負担8000億円の拡充を公約したが、8000億円に処遇改善交付金の費用は入っていない。処遇改善交付金の保険内化は実施すべきだが、これによって引き上げとなる保険料の財源は全て公費で上乗せすべきである。

7 利用者負担の拡大や給付制限を行わないこと

IIIの1の「(2) 要支援者・軽度の要介護者へのサービス」では、要支援者・軽度の要介護者へのサービスについて、「重度者や医療ニーズの高い高齢者に対して給付を重点的に行い、要支援者・軽度の要介護者に対する給付の効率化と効果の向上を図ることが適当か否かを検討する必要がある」として、「給付を削減することは反対」と「例えば2割に引き上げるなどの方策を考える」との二つの意見を提示し、2割負担化を規制事実としようとしている。また、「一定以上の所得がある者については利用者負担を、例えば2割に引

き上げることを検討すべきである」としている。

しかし、利用者負担が引き上げられれば、利用できない人が増加する。介護保険は、40歳以上の国民全員を対象にした制度として構築した、いわば介護版の国民皆保険制度であるが、真に必要な人が介護を受けられない状況は、国民皆保険制度の崩壊である。

そもそも介護の重篤化を防ぐためには、軽度の状況から介護が利用できることが必要であり、要支援者・軽度者の2割負担化や給付制限は絶対に行ってはならない。

また、多くの利用者が医療機関にも受診しており、一定所得以上の者であってもその負担は重い。少なくともケアプランは無料で実施し、介護サービスについては1割負担を堅持すべきである。

さらに、低所得者への配慮と称して、「保険者の判断により、施設入所者について可能な範囲で家族の負担能力等を把握し、それを勘案して補足給付の支給を判断することができる仕組みとすべき」とし、多床室についても、「減価償却費相当額を保険給付対象外とする見直しが必要」としているが、そもそも施設入所者に対する高熱水費は療養の一環としてなくてはならない経費であり、食事は治療の一環としての役割も担っている。保険給付から外した現行の給付範囲こそ問題であり、施設における食費や高熱水費を介護保険給付に戻すべきである。

なお、Ⅲの1の「(7) 家族支援のあり方」では、「デイサービス利用者の緊急的・短期間の宿泊ニーズへの対応のあり方については、利用者の処遇や安全面に配慮しつつ、認知症の要介護者等を対象とした先行事例なども参考にして、慎重に検討を行うべき」としているが、デイサービスに保険外の宿泊サービスを付属させることについて安易に認めるべきではなく、現在実施しているお泊りデイは、厳しく規制すべきである。そして、家族介護者支援のためには、保険給付の範囲内である特別養護老人ホームやグループホーム、ショートステイ等の整備を早急に行うべきである。

8 ケアマネジメントへの利用者負担の導入をやめ、報酬を引き上げること

Ⅲの2の「(1) ケアマネジメントについて」では、「利用者負担を導入することを検討すべきであるとの意見があった」としている。

しかし、ケアプランは介護保険だけでなく、様々な医療・福祉サービスや地域の環境を勘案してより良い介護を提供できるようプランニングするものであり、本来は行政サービスとして行うべきものである。「意見書」でも、「必要なサービス利用の抑制により、重度化につながりかねないことなど、利用者や事業者への影響を危惧する強い反対意見があったとされている」と記述されている通り、絶対に利用者負担を導入してはならない。

また、「意見書」では、ケアプランに「医療サービスを適切に組み込むことが重要」、「ケアマネジャーの独立性、中立性を担保する仕組みを強化していく必要がある」と指摘している。このために必要なことはケアマネジメントの報酬を引き上げ、ケアプラン作成に時間をかけられるようにすることであり、当会は、居宅介護支援については介護保険給付対象から外し、ケアマネジャーを自治体職員に準じて公費で処遇するべきであると考えている。

9 指導の委託は絶対に求められない。

現在は、事業者から手数料を徴収して情報公表制度が運営されている。保団連はこれま

で、こうした事業の運営は無料で実施すべきであり、事務負担の軽減を行うよう要望してきたが、Ⅲの2の「(3) 情報公表制度と指導監督」では、「手数料によらずに運営できる制度へと変更すべき」と記述された。

これは、次回改定を待たずに実施できるものであり、直ちに手数料の徴収を廃止するよう、都道府県を指導すべきである。また、調査内容についても早急に見直しをはかるべきである。

なお、平成17年の改正により「介護サービス事業所に対する文書の提出の依頼、質問、照会等」について委託が可能とされ、今回新たに「指導の一部を指定法人に委託できるようにすべきである」とされている。

指導は、介護保険法及び介護報酬の内容について周知を図る目的で実施するものであり、個人情報を取り扱うものである。指導の一部委託は絶対に行ってはならない。

10 ナショナルミニマムの確立を

Ⅲの1の「(3) 地域支援事業」において、「現行の介護予防事業と包括支援事業及び任意事業の財源構成を一括し、保険料の有り方を見直す」とし、また、Ⅲの5の（保険者独自の介護報酬の設定）では、「独自報酬の設定について、一定の範囲内で厚生労働大臣の許可を得ることなく、増額報酬を認める」ことを検討すべきとしている。

介護の方法は試行錯誤の段階であり、創意・工夫が発揮できる必要があるが、これでは、ナショナルミニマムとしての介護保障が崩れてしまう。自治体での基準設定は、コストや人員確保などの地域格差を弾力的運営で救うように見え、一部には期待する向きもあるが、実際にはナショナルミニマムを否定し、セーフティネットの質を自治体や住民のふところ具合に応じて引き下げるものである。国に求められるのは、地域格差を助長するのではなく、基準が守れるよう財政責任を果たすことである。

また、Ⅲの5の（地域ニーズに応じた事業者の指定）では、「申請に基づく指定に代えて、公募を通じた選考により、事業者の指定を行えるよう検討する必要がある」、「市町村の介護保険事業計画の策定・達成に当たり支障があると判断した場合は、指定を拒否できる仕組みを導入することを検討すべき」としている。

地域で足りない事業は何かを明らかにするのは重要であるが、公募を前提に新規指定を拒否することは、事業者の固定化につながり、サービスの質の向上を妨げることから、事業計画を前提とした指定拒否はすべきではない。

11 被保険者範囲について

Ⅲの4の（被保険者範囲）では、「被保険者年齢を引き下げ、一人当たり保険料の負担を軽減すべきではないかとの意見があった」、「現行の第2号被保険者に対する給付に関し、特定疾病による条件の緩和を検討すべきとの意見があった」と記述されている。

被保険者年齢の引き下げは障害者自立支援法との統合につながるものであり、保険料負担や利用料負担を前提とした介護保険制度下では、障害者自立支援法との統合を行うべきではなく、被保険者年齢の引き下げを行うべきではない。なお、障害者に対するサービスは全額公費で実施すべきである。

また、第2号被保険者に対する給付拡大も、介護保険が医療保険に優先することを前提

とした給付調整の下では慎重な対応が必要である。

12 医療保険の充実を

「IV 今後に向けて」では、「医療と介護の連携を一層実効あるものにしていくためには、平成24年度施行の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けてさらにそれぞれの役割分担や関係職種との連携、サービスの調整などについて、今後さらに議論を進める必要がある」とされている。

この点で最も重要なことは、必要に応じて医療や歯科医療が適切に受けられる制度をつくることである。そのためには、医療保険の患者負担を引き下げ、必要な医療が提供できるよう、診療報酬・介護報酬を大幅に引き上げるべきである。

なお、保団連の介護保険制度改善要求は、下記アドレスを参照いただきたい。

<http://hodanren.doc-net.or.jp/news/teigen/100819kaigo-teigen.pdf>