

予防給付の縮小再編をやめ、必要な介護を公的に受けられる制度の構築を  
介護保険法「改正」法案に対する保団連の見解

2011年4月8日  
全国保険医団体連合会  
会長 住江 憲勇

政府は、4月5日に「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」（介護保険法「改正」案）を国会に上程した。

法案では、昨年11月に社会保障審議会・介護保険部会が発表した「介護保険制度見直しに関する意見」で示されたケアプランの有料化や一定所得以上の利用者負担の引き上げなどの利用者負担増は盛り込まれなかった。このことは、保団連をはじめ様々な医療・福祉団体や利用者・国民からの強い反対の声が一定反映されたものである。

しかし、法案は、ペイ・アズ・ユー・ゴー原則に固執し、次に掲げるように、まだまだ多くの問題が山積している。

**第1の問題は、社会保障に対する国の責任を放棄し、自治体による介護給付格差を拡大することである。**

法案では、要支援者に対する介護予防サービスを、見守りや配食等を含めた「介護予防・日常生活支援総合事業」に市町村単位で切り替えることを可能にしているが、介護予防・日常生活支援の内容や報酬は市町村が独自に定めることとされており、介護予防サービスについては現行のサービス基準より低下すると言われている。

これは、介護保障に対する国の責任をいっそう後退させ、市町村間の格差を一層拡大するものであり、ヘルパーの生活援助の制限・打ち切りにつながるものである。

また、地域密着型介護サービス費については、これまで厚生労働大臣が定める額より高い額を設定することが可能であったが、法案では、厚生労働大臣が定める額より低く設定することを可能にするとしている。

**第2の問題は、新たな給付削減・利用者負担増が検討されていることである。**

低所得者に対する施設の食事・居住費負担軽減措置の改悪や、多床室（大部屋）における居住費の保険給付外しなど、居住費や食費の削減は法改正によらず政省令で決められるため、今後導入が検討されようとしている。

もし、これらの給付削減・利用者負担増が実施されれば、入所できない低所得者がさらに増大してしまう。

**第3の問題は、介護療養病床廃止の短期間の延長と介護職員等による喀痰吸引等の解禁である。**

法案では、介護療養病床の6年間の延長が盛り込まれた。これは、介護療養病床廃止の撤回を求める患者・医療機関の要求が一定反映したものであるが、延長では介護療養病床廃止がもたらす問題はなくなる。

保団連が急性期病院に対して行った調査でも介護療養病床が急性期病院の後方機能として必要不可欠であり、現状維持を求める意見が54.3%、増床すべきとの意見が32.1%もあった（2008年11月調査12都府県247の急性期病院から回答）。

介護療養病床は、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。

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。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。

介護療養病床については、たった6年の廃止延長ではなく、介護療養病床の廃止そのものを撤回すべきである。

一方、法案で示された介護職員等による喀痰吸引等の解禁は、医療保険の入院や介護保険の施設サービスを削減して居宅に移行させる重症患者への対応策として「介護職員等によるたんの吸引等」を「業務」として容認し、拡大するものである。

介護職員等による喀痰吸引等の解禁は、深刻な看護師不足の現状の下で次善の策として検討されているものであるが、厚生労働省が本来実施すべきは深刻な看護師不足の解決である。介護職員の処遇改善とともに、看護師の処遇改善を含めた対策を早急にとるべきである。

#### **第4の問題は、公費負担を増やさないことを前提にした財政規制の枠組みである。**

法案には、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「複合型サービス」などの新規事業や認知症対策などが盛り込まれた。

それぞれのサービス内容の問題点や課題は今後さらに精査する必要があるが、少なくともこうした新規事業を行うためには十分な財源が必要であるが、政府は公費負担割合を増やさないことを前提にしている。

これでは、新規事業を行うことで従来のサービスが圧迫されてしまい、認知症対策などの新たなサービスも十分な対応ができない。政府は、必要な公費を投入し、利用者や国民負担の増大によらず、必要なサービスが受けられるようにするべきである。

なお、法案では、都道府県は平成24年度に限って、財政安定化基金の一部を取り崩すことができることとされている。財政安定化基金のうち市町村拠出分は介護保険料によるもので、財政安定化基金の取り崩しは当然のことだが、基金を取り崩すかどうかは都道府県に任されているため、都道府県によって対応が異なる可能性がある。

#### **第5の問題は、医療と介護の連携を名目に、医療保険・介護保険給付を制限することである。**

法案では、国および都道府県の責務として「介護サービスに関する施策、介護予防のための施策及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない」とされており、これに沿って2012年の介護報酬・診療報酬同時改定が準備される。

問題なのは、医療と介護の連携という言葉の陰で、実際には、リハビリに見られるように医療保険から介護保険に給付を移し、区分支給限度額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ようとしていることである。

2012年の改定では、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する動きもあるが、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あり、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。必要なリ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の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。

## **第6の問題は、国の役割を大幅に後退させる介護職員処遇改善交付金の介護報酬内化。**

介護職員は同年齢の民間平均給与の7割程度である。その上、月15,000円の介護職員処遇改善交付金も、2011年度末には当初予定期限が終了してしまう。これについて厚生労働省は、介護職員処遇改善交付金を廃止して介護報酬に組み込む方針を示しているが、これが実施されれば、国庫負担が大幅に削減され、削減された国庫負担の肩代わりを介護保険料引き上げでまかなわなくてはならず、国の役割の大幅な後退となる。

介護職員処遇改善は、まだまだ不十分である。改善に必要な財源は、全額公費でまかない、引き上げるべきである。

## **第7の問題は、介護保険事業者に対する指導の委託である。**

平成18年の介護保険法改正で、市町村は指定市町村事務委託法人に「介護サービス事業所等に対する文書の提出の依頼、質問、照会等、要介護認定等の認定調査」を委託できることとされたが、法案では、都道府県についても指定都道府県事務受託法人に委託できるようにすることが示されている。

そもそも指導は、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。指導の委託は絶対に行うべきではない。

なお、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おり、保団連や協会では手数料徴収の廃止をもとめてきたが、法案では手数料の徴収の廃止が盛り込まれた。このことは歓迎するが、これは、2012年4月の法改正の施行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。

高齢者は、これまで懸命に働き、日本の発展に寄与してきた。

そもそも高齢者が人間の尊厳にふさわしい生活を送るためには、日本国憲法の理念に立って、①公的年金による十分な所得保障、②行き届いた保健・医療・介護サービス、③安全で快適な居住と地域の環境の確保等3本柱の総合的な施策が不可欠である。

そして介護は私的な問題として解決すべきものではなく、憲法13条と憲法25条に基づく国民の生存権を保障するものとして公的に国が責任を持って解決すべきである。

民主党は2009年9月の総選挙のマニフェストで「介護報酬を加算し、介護労働者の賃金を月額4万円引き上げる」、「療養病床削減計画を凍結し、必要な病床数を確保する」とし、8000億円程度の国庫負担拡大を公約に掲げていた。

平成22年版厚生労働白書でも、社会保障分野の「総波及効果」は公共事業よりも高いことや、「雇用誘発効果」が主要産業より高く、介護分野（居宅）は第一位であることが示されている。

医療や介護保険への公費の投入は、消費として終わるのではなく、雇用を確保し、日本の経済を押し上げる大きな役割を担っている。

保団連は、こうした立場から、今回の介護保険法「改正」案に対して次の要求内容を反映させるよう、強く要請するものである。

なお、介護保険法「改正」案は、3月11日に閣議決定されたものの、同日に東日本大震災が発生したため法案の内容はほとんど国民に知らされておらず、4月5日に国会に上程されたが十分に広報されていない。介護保険法「改正」案は重要法案であり、「改正」案の内容を広く知らせ、国民的な議論を保障すべきである。

## 記

- 一、介護保険法第1条から、「国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け」との文言を削除し、「国が費用及び制度の構築と運営に責任を持って介護保険制度を設け」に変更すること。
- 一、利用料や保険料負担を拡大するのではなく、政府が公約どおり公費負担を拡大し、介護サービスの充実を行うこと。新たに必要となる財源は、消費税増税ではなく、国と自治体の責任と負担で確保すること。
- 一、要支援者に対する予防給付の見直しを撤回するとともに、訪問介護における生活援助を拡充すること。
- 一、介護保険給付対象となっている医療系介護報酬は、医療保険に戻して医療保険で必要なサービスが請けられるよう、給付制限をなくすこと。少なくとも、区分支給限度額の対象から医療系サービスを外すこと。
- 一、介護予防事業、包括的支援事業等、介護の予防に対する事業は公衆衛生行政の一環として自治体が全額公費負担で実施し、そのための費用については国が責任を持つこと。
- 一、保険料の逆累進性をあらためて応能負担の原則を徹底し、収入に対する定率負担とすること。また、支払えない人から保険料を徴収せず、保険料滞納者に対する保険給付の差し止め措置を廃止すること。
- 一、利用料については、ケアプラン（利用料なし）を除いて、当面3%負担に引き下げること。低所得者の利用料減免措置を拡充すること。
- 一、要介護認定を簡素化し、区分支給限度額を引き上げること。認知症の方が認知症の方を介護する「認認介護」や、利用者の居宅において特に介護がさらに必要である状況（介

護者の状況、介護環境)が区分支給限度額に反映できるようにすること。

- 一、主治医意見書とは別に主治の歯科医師の意見書を新設し、要介護認定及び介護サービス提供に活かすこと。少なくとも主治医意見書を変更し、訪問歯科診療のチェック欄とは別に、「口腔ケア意見書の必要性(仮称)」欄を設けること。なお、これに係る費用は、主治医意見書と同様に公費とすること。
- 一、介護療養病床については、廃止の延期ではなく、廃止そのものを撤回すること。
- 一、特別養護老人ホーム待機者を5年間以内にゼロにするよう、緊急に国が特別予算措置を講じ、自治体の責任で特別養護老人ホームを設置すること。特別養護老人ホームにおける医療提供の制限を廃止すること。
- 一、介護職員処遇改善に関わる費用は、国庫負担で実施し、その対象範囲および支給金額を引き上げること。また、介護サービスの向上を図るため、介護報酬を大幅に引き上げること。