

厚生労働大臣 小宮山 洋子 様  
社会保障審議会介護保険部会 委員 各位  
社会保障審議会介護給付費分科会 委員 各位  
厚生労働省老健局長 宮島 俊彦 様

2011年12月12日  
全国保険医団体連合会  
会長 住江 憲勇

**介護保険部会「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関するこれまでの議論の整理」及び介護給付費分科会「介護報酬改定に向けた審議報告」に対する見解と要求の送付について**

前略 公的介護保障制度の確保・改善に対するご尽力に敬意を表します。

さて、全国保険医団体連合会では、別添の通り、介護保険部会「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関するこれまでの議論の整理」に対する見解と要求と、介護給付費分科会「介護報酬改定に向けた審議報告」に対する見解と要求をまとめました。

介護保険部会が発表しました「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関するこれまでの議論の整理」については、以下の4点を求めています。

- ① 国庫負担による介護職員処遇改善交付金の延長を求める
- ② 利用料負担の拡大は、絶対に容認できない
- ③ 総報酬割導入による負担増は事業主負担とし、低所得者の負担軽減に回すべき
- ④ ケアプランは無料を貫き、要支援者の利用者負担割合引き上げと給付抑制は行わないこと

また、介護給付費分科会が発表しました「介護報酬改定に向けた審議報告」につきましては、以下の11点を求めています。

- ① 介護職員処遇改善交付金の国庫負担による延長と、介護報酬総枠引き上げを実施すること。
- ② 地域区分の見直しは、介護報酬を引き上げて行うこと。
- ③ 居宅介護支援の報酬引き上げを行うこと。
- ④ 訪問介護の報酬区分の切捨てを行わず、生活援助をしっかりと評価すること。
- ⑤ 居宅療養管理指導の場所別評価を導入しないこと。
- ⑥ 訪問リハビリ、通所リハビリを医療保険給付へ戻すこと。
- ⑦ 介護予防と日常生活支援総合事業の利用者による選択を確保すること。
- ⑧ 介護療養型医療施設の評価の充実を行うこと。
- ⑨ 口腔機能の維持管理の評価の充実を行うこと。
- ⑩ 介護職員による喀痰吸引等に対する安全性の確保の徹底を行うこと。
- ⑪ 告示・通知の発出から実施まで、十分な周知期間を設けること。

ぜひ、これら要求項目の実現に向けて、ご尽力いただけますよう、お願いいたします。

**社保審・介護保険部会**  
**「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関するこれまでの議論の整理」**  
**に対する見解と要求**

2011年12月12日  
全国保険医団体連合会  
会長 住江 憲勇

社会保障審議会・介護保険部会は、11月30日に「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関するこれまでの議論の整理」を発表した。

発表では、①介護職員処遇改善交付金の介護報酬内化による国庫負担の大幅削減、②一定以上所得者の自己負担割合引き上げ、③補足給付への資産要件導入、④要介護1、2の施設入所について、在宅の区分支給限度額を超える費用の自己負担割合を引き上げる、⑤介護納付金の総報酬割導入を協会健保の国庫負担削減に利用するなど、国庫負担を削減して利用者負担を大幅に引き上げる方向が示された。

また、介護保険施設の多床室（大部屋）室料の介護保険給付外し、ケアマネジメントへの利用者負担導入、要支援者に対する給付抑制と利用者負担割合引き上げについても、『当部会においては引き続き制度的な対応にむけて検討を進める』等と記述されている。

「議論の整理」で示された項目の多くは、今年の介護保険部会でも討議されたが、利用者・国民、介護事業者の厳しい反対の声の中で、今年6月に成立した「介護保険法等の一部を改正する法律」に反映できなかった内容である。

「議論の整理」では、『社会保障・税一体改革の枠組みが示されたことを踏まえ、その基本的な考え方に照らした検討を行うことも念頭において、議論を行った』とあるが、社会保障・税一体改革の推進について、国会や国民の間では十分な討議がされていない。

にもかかわらず、介護保険部会はたった4回の討議をもとに、介護保険部会委員の声や利用者・国民の声を盛り込まないまま、議論の整理をまとめたのである。

介護保険部会委員の構成は、おどろくほど利用者代表の数が少なく、利用者の立場に立った制度検討が不十分である。

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。

平成22年版厚生労働白書では、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」も介護分野（居宅）が第一位であると記述されている。

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。

なお、社会保障・税一体改革では、消費税増税を前提としているが、消費税は低所得者ほど大きな負担となる税制であり、所得再分配を目的とする社会保障の財源を消費税に求めることは、あってはならない。

保団連は、こうした立場から、消費税増税に反対するとともに、介護保険制度改定にあたっては、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よう、強く求めるものである。また、2012年介護報酬改定では、国庫負担を引き上げて介護報酬の大幅引き上げを求めるものである。

なお、「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関するこれまでの議論の整理」の「個別の見直し項目」について、次の要求の実現を求める。

## 1 国庫負担による介護職員処遇改善交付金の延長を求める

介護職員処遇改善交付金の介護報酬内化は、来年度ベースで1900億円の国庫負担を500億円に引き下げ、残りを地方負担と保険料・利用料負担に転化するものである。

そもそも政権与党の民主党は、2009年総選挙における「民主党の政権政策Manifesto2009」において「介護労働者の賃金を月額4万円引き上げる」ことを国民に約束している。介護職員処遇改善交付金の介護報酬内化は、国民との約束を反故にするだけでなく、2009年に自公政権が創設した介護職員処遇改善交付金の考え方（被保険者や利用者、地方負担によらず国が責任をもって処遇改善を行う）からも大きく後退するものである。

国庫負担による介護職員処遇改善交付金の延長を求めるものである。

## 2 利用料負担の拡大は、絶対に容認できない

一定以上所得者の自己負担引き上げは、介護保険部会でも『本来、公平性の確保や所得再分配機能の強化は、利用者負担ではなく所得に応じた保険料負担によって行うべき』と指摘している。一定以上所得者の自己負担引き上げは、絶対に行うべきではない。

また、要介護1・2の施設サービス利用について、在宅の区分支給限度額を超える費用の負担割合引き上げが提案されているが、施設は、医療提供や介護の内容等、在宅とは異なるサービスを提供しており、これを同列視してあまりにも低い在宅の区分支給限度額を超えた費用の負担を引き上げることは、絶対にあってはならない。むしろ、要介護1・2の在宅の区分支給限度額こそ引き上げるべきである。

なお、補足給付（2005年改定で利用者負担となった食費・居住費・高熱水費の一部を低所得者に保険給付する）への資産要件導入が示されたが、施設介護には食費・居住費・光熱水費が必要不可欠で、それらを保険給付から外したこと自体が問題である。多床室室料の介護保険給付外しについては、「議論の整理」でも、『低所得者の利用も多いことから、室料の負担を求めるのは避けるべきとの意見が多く見られた』と明記されている。補足給付の資産要件導入や多床室室料の保険給付外しをするのではなく、すべての施設利用者に対して食費・居住費・高水熱費を保険給付に戻すべきである。

## 3 総報酬割導入による負担増は事業主負担とし、低所得者の負担軽減に回すべき

低所得者の保険料軽減が示されたが、負担割合が減っても介護保険料全体が引き上げられれば負担額は減らない。大幅な負担軽減が必要である。

一方、40歳～64歳の2号被保険者のうち、健保組合間や協会健保で大きく異なる介護保険料率を統一し、負担が軽減される協会健保への国庫負担を削減する「総報酬割」導入については、『賛成する意見が多く見られた』とする一方で、事業主負担が拡大することから『強い反対意見があった』と記載されている。

社会保障に対する企業の責任を明確にする上でも、保険料率統一による健保組合の負担増については事業主負担の拡大で対応すべきであり、それによる財源は協会健保の国庫負担削減に使うのではなく、低所得者の大幅な保険料負担軽減の財源とすべきである。

## 4 ケアプランは無料を貫き、要支援者の利用者負担割合引き上げと給付抑制は行わないこと。

ケアマネジメントへの利用者負担導入と、要支援者の利用者負担割合引き上げと給付抑制は、結論を先送りにし、『当部会においては引き続き制度的な対応に向けて検討を進める』としている。

そもそも、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。昨年11月30日の「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』と記述された通り、絶対に利用者負担を導入してはならない。

また、要支援者・軽度者の自己負担割合引き上げや給付制限は、介護の重度化を招く。介護の重度化を防ぐためには、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・軽度者の負担割合引き上げや給付制限は絶対に行ってはならない。

## 「介護報酬改定に向けた審議報告」に対する見解と要求

2011年12月12日  
全国保険医団体連合会  
会長 住江 憲勇

社会保障審議会・介護給付費分科会は、12月7日に「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」を発表した。

報告の序文で、「本年6月の社会保障・税一体改革成案において描かれた、介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化に向けて、今回の介護報酬改定において必要な措置を講じることも課題である」と記載されているが、社会保障・税一体改革成案は国会審議も国民的論議もされていない。

消費税増税と社会保障改悪を前提にした論議ではなく、必要な介護の提供を保障するための介護報酬改定を実施するよう、強く求めるものである。

なお、審議報告では、介護給付費分科会で討議された重要な部分が、記載されておらず、あいまいな表現となっている。

保団連では、必要な介護が受けられるようにするため、これまで介護給付費分科会で論議された内容も含め、介護報酬改定にあたって次の点を反映させることを要望する。

### 1 介護職員処遇改善交付金の国庫負担による延長と、介護報酬総枠引き上げを実施すること

介護給付費分科会では、介護報酬引き上げに関する意見が封印されたまま論議が行われてきたが、介護崩壊を生み出した最大の原因は、介護報酬の低さにあった。

2009年4月改定で3%の報酬引き上げが行われたものの、2000年の制度発足以来、2回連続のマイナス改定（2003年4月▲2.3%、2005年10月及び2006年4月▲2.4%）分すら吸収できていない。また、2006年の介護保険法改定で要介護1の多くが要支援2となったが、この影響について厚生労働省は、当時7000億円の削減を見込んでおり、これによる財政影響は介護報酬に換算すると10%程度の引き下げに相当する。

介護職員処遇改善交付金の介護報酬内化が前提とされているが、そもそも政権与党の民主党は、2009年総選挙における「民主党の政権政策 Manifesto2009」において「介護労働者の賃金を月額4万円引き上げる」ことを国民に約束している。

介護職員処遇改善交付金の介護報酬内化は、国民との約束を反故にするだけでなく、2009年に自公政権が創設した介護職員処遇改善交付金の考え方（被保険者や利用者、地方負担によらず国が責任をもって処遇改善を行う）からも大きく後退するものである。

こうしたことから、国庫負担による介護職員処遇改善交付金の延長を求めるとともに、保険料の引き上げにならないよう国庫負担を引き上げて介護報酬の大幅引き上げを求めるものである。また、介護報酬の引き上げに伴い、区分支給限度額を引き上げるべきである。

### 2 地域区分の見直しは、介護報酬を引き上げて行うこと。

地域区分の見直しによって、これまでよりも地域加算の算定地域が増える。審議報告には明記されていないが、増加する費用について厚生労働省は、全体の報酬を引き下げて捻

出すると説明していた。これが実施されれば、「その他」地域等における事業運営を困難にすることになる。絶対に全体の報酬の引き下げを行ってはならない。必要な額は介護報酬引き上げで捻出すべきである。

### **3 居宅介護支援の報酬引き上げを行うこと。**

介護事業経営実態調査によれば、平成 23 年度における居宅介護支援事業の収支差は、▲3.2%であった。介護給付費分科会では、取扱い件数が少ないことが原因との指摘があったが、その人の状況にあったケアプランの作成には多くの時間がかかる。居宅介護支援事業の独立性やケアプランの質の向上を確保するためにも、居宅介護支援の報酬を大幅に引き上げるべきである。

### **4. 訪問介護の報酬区分の切捨てを行わず、生活援助をしっかりと評価すること。**

訪問介護の生活援助の時間区分を、現行の 60 分から、45 分に変更することが示されている。生活援助の必要性は一様ではなく、利用者が置かれている環境や利用者の持つ能力などによって様々であり、60 分あればできた生活援助が 45 分では完結しなくなる場合も多い。生活援助をしっかりと介護サービスの中に位置づけ、訪問介護の報酬区分の切捨てを行うべきではない。

### **5. 居宅療養管理指導の場所別評価を導入しないこと。**

審議報告では、「居宅療養管理指導については、医療保険制度との整合性を図る観点から、居宅療養管理指導を行う職種や、居住の場所別の評価について見直しを行う」と記載され、同一建物居住者か否かで 2 区分している「在宅患者訪問診療料(医科診療報酬)」と同様に、同一建物居住者の居宅療養管理指導を引き下げようとしている。

しかし、そもそも医師・歯科医師の居宅療養管理指導は、訪問診療の費用は、医療保険で在宅患者訪問診療料として請求し、かつ、居宅療養上の指導や他の事業所との連携を介護保険で居宅療養管理指導として請求する扱いであり、医師・歯科医師の居宅療養管理指導の中に訪問診療の費用はないはずである。

したがって、医師・歯科医師の居宅療養管理指導を 2 区分にする理由はなく、こうした改定は行うべきではない。

### **6 訪問リハビリ、通所リハビリを医療保険給付へ戻すこと。**

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。

必要なリハビリは医療上の必要性に応じて医療保険で提供し、リハビリの算定日数制限は撤廃すべきである。

また、訪問リハビリや通所リハビリだけでなく、医療職による居宅療養管理指導、訪問看護、介護療養型医療施設などの医療系サービスは、医師・歯科医師の指示に基づき医療保険から給付すべきである。

## **7 介護予防と日常生活支援総合事業の利用者による選択を確保すること。**

日常生活支援総合事業を実施する市町村においては、利用者・家族の意向で介護予防と日常生活支援総合事業の選択ができるよう、制度的保障を行うこと。

## **8 介護療養型医療施設の評価の充実を行うこと。**

「介護療養型老人保健施設については、医療ニーズの高い利用者の受け入れを促進する観点から、機能に応じた報酬体系に見直しを行う」とし、介護療養型老人保健施設に医療機能強化型を創設しようとしている。しかし、こうした機能は、現在の介護療養型医療施設が備えており、介護療養型老人保健施設にあらたな評価を加える必要はない。

「介護療養型医療施設については、適切に評価を行う」とされているが、ここで言う適切な評価が、廃止を前提にしたものであってはならず、介護療養型医療施設の評価を充実させるべきである。

また、要介護1・2の報酬そのものは、実際にかかる費用よりも低く、今以上に引き下げるべきではない。

## **9 口腔機能の維持管理の評価の充実を行うこと。**

経口移行・維持の取組では、「経口維持加算については歯科医師との連携の算定要件を見直す」との記載があり、口腔機能向上の取組では、「介護保険施設の入所者に対する口腔ケアの取組みを充実する観点から、口腔機能維持管理加算について、歯科衛生士が入所者に対して直接口腔ケアを実施した場合の評価を行う」と記述された。

口腔ケアの充実は、保団連として求めてきたものであり、介護にとって重要である。

施設の介護職員を経由した対策だけにとどまらず、歯科医師や歯科衛生士が施設に行って直接患者に治療やケアが行えるようにすべきである。

## **10 介護職員による喀痰吸引等に対する安全性の確保の徹底を行うこと。**

介護職員によるたんの吸引等の実施にあたっては、十分な研修の実施と、実施体制の確保、事故やインシデント（ヒヤリ・ハット）情報を把握するなど、安全性の確保を徹底し、必要に応じて適宜見直しを行うべきである。

## **11 告示・通知の発出から実施まで、十分な周知期間を設けること。**

2012年改定では1月下旬の諮問・答申が予定されており、2006年改定時よりも日程的に遅くなるといわれている。2006年改定では、4月から改定される内容が3月下旬～4月に入らなければ判明せず、しかも誤りが多く、介護現場に大混乱をもたらした。こうした事態にならないよう、少なくとも1か月以上前には、関連通知が示されるべきである。