

# 利用者・高齢者の願いに逆行し、 制度の破綻をもたらしかねない介護報酬の改悪に反対する

2006年2月14日

全日本民主医療機関連合会 肥田 泰

1月26日、社会保障審議会・介護給付費分科会に今年4月から実施される介護報酬改定案が示され了承されました。今回の報酬改定には、介護給付費の伸びを抑制し、給付の「重点化・効率化」をはかる改定介護保険法の意図が貫かれています。同時に、改定介護保険法が想定している給付体系そのものの破綻をもたらしかねない重大な矛盾をふくんでいる点も見逃せません。今回の報酬改定の全般について抜本的な見直しを求めます。

## 1 今改定の特徴－給付抑制のための「効率化・重点化」

**特徴の第1は、改定介護保険法にもとづき、明確な給付抑制型の改定となった点です。**

平均で0.5%の引き下げとされ、昨年10月に実施された施設関係での4%もの引き下げ（施設等の居住費・食費に係る報酬削減）と合わせると、全体で2.4%の大幅ダウンとなり、前回03年の2.3%を上回るマイナス改定となりました。

連続2%台のマイナス改定は、制度のさまざまな矛盾・問題点を是正し、介護の質や安全性の向上をはかり、すべての利用者に行き届いた介護を保障するものではありません。日夜利用者・家族の生活を支えている職員の奮闘に報いるものではなく、事業経営にいつその困難をおしつけるものといえるでしょう。厚労省自身が課題としている今後の「高齢化の急速な進展」にふさわしい介護保障が準備され、実施されていくことになるとは到底考えられません。

**第2に、全体を引き下げた上で、「軽度から中重度へ」「施設から在宅へ」という給付抑制のための「効率化・重点化」を貫いている点です。**

改定率の内訳は、在宅軽度（予防給付ふくむ）で5%引き下げ、在宅中重度で4%引き上げ、施設4%引き下げ（昨年10月改定時）となりました。

**在宅分野**では、介護給付を「予防重視」にすりかえて、軽度者（要支援者）の介護サービスを打ち切る新たな体系（新予防給付）が創設されました。支給限度額は2割～4割の縮減となり、訪問介護などの既存サービスには著しい利用制限が課せられました。運動器の機能向上などの介護予防サービスの報酬単価も低く抑えられ、送迎・入浴も包括化されています。一方で、「特定事業所加算」（訪問介護、居宅介護支援）、「療養通所介護」の新設、「在宅中重度加算」（短期入所）など中重度に対応した報酬設定が目立ちます。軽度はできるだけ切り捨て、中重度に「偏重」させていく報酬体系になっていることが特徴です。

**施設**では、3施設の多床室の介護報酬が引き下げられました。1人月6000円の報酬削減であり、施設経営にさらなる困難をもたらすものです。3施設すべてに「在宅復帰支援機能加算」が新設され、施設から在宅への流れを報酬上促進する内容が盛り込まれています。特養では、「重度化対応加算」「看取り介護加算」など中重度、ターミナルへの対応が報酬上位置づけられました。全体としては、厚労省が示している「重度化」「個室化」の方向を推進する内容となりますが、例えば、特養では看取りも行う一方で、在宅復帰の支援も求められるようになり、「生活の場」としての機能が逆に曖昧にされるなど、今後の施設機能・役割は不透明なままです。介護療養については、2012年までに廃止することがなかば既定路線化されています。

**ケアマネジメント**についても、給付の抑制、「効率化・重点化」の観点から見直しははかられました。介護予防支援業務の受託数にケアマネジャー1人あたり8件の上限が設けられ、報酬は現在の居宅介護支援費の半額以下（400単位）に抑えられました。介護給付のマネジメントは、要介護度別の設定に戻され、軽度（要介護1・2）よりも中重度に厚く報酬がシフトされています。体制強化や中重度6割以上を要件とする「特定事業所加算」も新設されました。標準担当件数の引き下げなど、私たちが要求してきた内容が盛り込まれた一方、ケアマネジャー1人あたりの「取り扱い件数」を基準とする今までに類をみない厳しい通減制が導入されました。

医療保険との関係では、「医療から介護へ」の流れが報酬上いっそう強化されました。医療依存度の高い高齢患者が在宅・施設で増え続ける中で、中重度からターミナルに至るまで、国にとって「安上がりな」介護に政策的な誘導をはかる内容です。介護保険は、今改定によって高齢者医療費「適正化」の「受け皿」としての役割をいっそう強化されました。

## 2 給付体系の破綻を招きかねない重大な問題

今回の報酬改定は、給付を抑制し、「効率化・重点化」をはかる内容ですが、同時に、改定介護保険法が想定している給付体系そのものの破綻を招きかねない重大な問題をふくんでいます。

第1に、介護予防支援の上限枠の設定によって、介護予防マネジメントを受けられない利用者（いわゆる“ケアマネ難民”）が続出することが予想されます。すでに都市部では、軽度者が契約を断られるケースも出始めています。一方で、介護予防支援業務の大半が地域包括支援センターに集中した場合にすべて担いきれるのか疑問です。「包括支援」センターならぬ「予防プラン」センター化を余儀なくされ、地域ネットワークの構築や権利擁護をはじめ、地域包括支援センター本来の機能・役割の発揮がきわめて困難になるおそれがあります。

第2に、介護予防サービスに対する報酬が低額に抑えられたため、積極的に参入する事業者が減り、地域に十分なサービス基盤が整備されないおそれがあります。「予防プランあって予防サービスなし」の事態になりかねず、このままでは予防給付の実施そのものが困難になるでしょう。

第3に、要支援者に対する介護サービスの打ち切りによって、今までの生活の継続に困難をきたす利用者が相当出てくることが予測されます。要介護度の悪化や生活の後退をもたらし、結果的に厚労省自身の意に反して介護給付費を増加させることにつながります。

第4に、在宅での中重度ケアを重視すること自体は評価できますが、示された報酬単価は、必要なスタッフの配置や事業整備に十分な水準とはいえません。中重度の重視と言っても「絵に描いた餅」になりかねません。

第5に、施設の整備や給付費を抑制するために、利用者をできるだけ在宅に押し流すことが方向づけられています。しかし、要介護度や認知症が重度化した利用者を在宅サービスで対応しきれるのか、施設の機能をすべて在宅サービスで代替できるのか疑問です。施設にも入所できず、在宅でも対応しきれない「行き場」のない要介護高齢者が多数生み出されることとなります。

第6に、通所事業での定員規模による報酬設定や、ケアマネジャーの取り扱い件数を基準にした通減制の導入は、事業の大幅な見直しを必要とします。4月から機械的に適用することは、事業者、利用者の双方に多大な混乱をもちこむこととなります。

最後に、介護報酬の「差別化」によって事業所のスクラップアンドビルドが進行し、介護サービスの偏在化や市町村間格差がいっそう拡大する事態が予想されます。すべての自治体、地域において安定的な介護サービスが確保されることになるのか疑問です。

## 3 今改定の見直し・改善を求める

改めて、介護報酬全体を引き下げるのではなく、引き上げることを強く求めます。利用者・家族の願いに応じて、質の高い介護サービスの保障のためには3%以上の引き上げが必要であり、少なくとも前回（03年）改定時のマイナス幅を補填する水準の引き上げを求めます。

改定の具体的内容に対して、以下の点を要求します。

- ① 新たな予防給付について、予防サービスや予防支援の基盤が整うまで実施を延期すること
- ② 介護予防支援の「8人上限」を撤廃もしくは引き上げ、報酬を少なくとも現在の居宅介護支援費（850単位）まで引き上げること。介護予防サービスに対する報酬を引き上げること
- ③ 要支援者について、訪問介護など生活の継続にとって必要な介護サービスが十分保障される報酬体系・基準に改めること
- ④ 施設、在宅サービスにおける中重度ケアの充実のため、必要なスタッフの加配を可能とする報酬とすること
- ⑤ 通所事業における定員数に基づく通減、およびケアマネジャーの取り扱い件数に基づく通減

制の適用に一定の猶予期間を設けるなど、実施を遅らせること

⑥ 施設の多床室の報酬引き下げをとりやめること。職員の配置基準を引き上げること

⑦ ケアマネジャーの裁量権を強め、ケアマネジャーが必要と判断し、ケアプランに位置づけた介護サービスは保険から給付すること

加えて、

⑧ 地域包括支援センターについて、本来の機能・役割が発揮できるよう、国として十分な財政的支援を講じること

⑨ 特養をはじめ、必要な施設の整備が可能となるよう、助成支援や参酌標準などの国の規定を見直すこと

以 上