

介護制度改革をめぐる動向

2012年同時改定、「一体改革」を中心に

全日本民医連事務局次長 林 泰則

はじめに

2011年10月に開催した介護・福祉責任者会議以降、介護をめぐる情勢が大きく動いています。12月には2012年介護報酬改定の基本方針と改定率が発表されました。各自治体ではこの4月からスタートする第5期介護保険事業（支援）計画の策定作業が最終盤を迎えており、いずれも2011年6月の介護保険法「改正」で前面に掲げられた「地域包括ケアの実現」に向けた具体的な対応です。

さらに、現在焦点となっている「社会保障・税一体改革」では、中長期にわたる医療・介護制度の改革課題が打ち出されています。「重点化・効率化」の名による給付削減の徹底と応益負担主義を貫いた利用者負担増と併せ、2025年までに実現させる医療・介護提供体制の再編構想として、「病院・病床の機能再編」と「地域包括ケアシステムの構築」が車の両輪として提言されています。この4月の介護報酬・診療報酬の同時改定は、これらを具体化・推進していく「好機」「第一歩」として位置づけられています。

本稿では、この間の新たな動きをふまえ、2012年報酬改定を中心とした介護をめぐる動向について整理したいと思います。

1. 介護保険法「改正」と2012年介護報酬改定

（1）介護保険制度の何がどう変わったのか

2011年6月の介護保険法「改正」は、「地域包括ケアの実現」と「持続可能な制度の実現」を柱に実施されました。「持続可能な制度の実現」では、「給付の重点化・効率化」が掲げられています。意味

するところは、利用者や介護現場にとっての持続可能性ではなく、あくまでも介護保険の財政上の観点からの持続可能性の追求です。「改正」の土台には、財政中立（ペイ・アズ・ユー・ゴー）原則が据えられました。新たな施策を実施する場合の財源は既存の施策を削って対応せよ、という民主党政権の財政運営戦略の中で打ち出された、いわば「財政の帳尻合わせ義務付け」の原則です。

「改正」法は、第1に、「地域包括ケアの実現」を基本方針として法的に位置づけ、その推進を前面に掲げました。

第2に、「地域包括ケア」の構成要素とされている「医療」「介護」「住まい」「予防」「生活支援サービス」の基本部分を制度化し実施に移しました。「定期巡回随時訪問介護看護」「複合型サービス」などの新サービスの創設、「サービス付き高齢者向け住宅」の制度化、『生活支援』の名で予防給付の切り下げを可能にした「介護予防・日常生活支援総合事業」の導入、加えて、介護療養病床全廃・転換方針の再確認、介護職の医療行為（たんの吸引、経管栄養）の「業務」化などです。

第3に、こうした内容を2012年度からスタートする第5期介護保険事業（支援）計画において自治体（市町村）の責任で具体化し、推進していくとされました。2011年に実施された日常生活圏域ニーズ調査の結果をふまえ、介護保険サービスだけではなく、在宅医療や高齢者の住まい、生活支援サービスなどの供給見込みや整備計画が第5期計画に



盛り込まれることになります。

(2) 「改正」法と2012年介護報酬改定

2011年12月7日に介護給付費分科会が改定の基本方針となる「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」(以下「審議報告」)をとりまとめ、同21日に政府が改定率を発表しました。以下、今改定の主なポイントを紹介します(報酬単位をふくめた詳細な内容については、執筆時期の関係で十分触れることができませんでした)。

実質的なマイナス改定

第1に、改定率です。額面上は1.2%の引き上げ(在宅1.0%、施設0.2%)となっていますが、実質的にはマイナス改定です。一般財源で運用されていた介護職員処遇改善交付金が今年3月で廃止され介護報酬に組み込まれることになりますが、交付金はプラス2%強の介護報酬に相当するため、差し引き0.8%を超える切り下げとなります。

介護報酬は、2003年改定がマイナス2.3%、続く2006年改定がマイナス2.4%でした。2009年改定は、介護改善を求める運動を背景に3%の引き上げを実現させたものの、介護保険スタート時の水準を大きく割り込んでいる事態を打開する改定とはなりませんでした。今改定はさらにそこから削り込むものであり、介護現場の奮闘に報いるものとは到底言えません。この枠組みのもと、報酬単価や個々の報酬の改定において財政中立(ペイ・アズ・ユー・ゴー)原則が太く貫かれています。

地域区分の見直しによる報酬単価の「底上げ」

第2に、国家公務員の地域手当に準じた「地域区分の見直し」とそれに連動した報酬単価の改定です。コストがかかる都市部に厚く配分するよう報酬単価を調整することに異論はありませんが、問題は、「財政中立」を盾に、報酬全体をいったん0.6%「底上げ」した上で都市部への重みづけを行った点にあります。地方の削減分を都市部に移す单なる報酬の付け替えにすぎません。報酬単価は、最終的に「地域区分」と「人件費割合」との掛け合わせで細かく設定されることになりますが、この「底上げ」によって「乙地」(札幌市、岡山市など)では全サービス事業について現行の報酬単価を下回る改定になりました。しかしながら乙地の単価だ

けが下がるのか、合理的な理由は明らかにされていません。国家公務員の地域手当区分を介護保険事業に一律・機械的に適用したことこそそもそもの矛盾・問題があると考えられます。

徹底した削減と適正化

第3に、新サービスや中重度ケア、医療ニーズへの対応など、「地域包括ケア」の推進に直結する分野(主に「審議報告」の「基本的な考え方」に列挙された内容)に関する報酬について「新設」したり、「手直し」をする一方で、削り込むべきと判断した事業分野については、より徹底的な「削減」「適正化」が講じられています。そのターゲットとされるのは、「軽度」「長時間」「施設」「黒字事業」などの領域です。紙幅の関係で一部のみ紹介します。

ヘルパーの生活援助は、時間区分が大幅に短縮化されました(60分から45分へ)。「細切れ介護」「駆け足介護」「マニュアル介護」をいっそう強制するものです。ひとり暮らしや「老々世帯」など在宅生活が困難になる利用者が多数出現することが予測され、現場からは大きな怒りの声があがっています。軽度給付全体の削減・縮小の一環であるとともに、ヘルパーの専門性・職能を真っ向から否定する改悪といえるでしょう。根拠とされている調査(「訪問サービスにおける提供体制における調査研究事業」)にも疑問があります。この調査は、もともと利用者の状態像と利用しているサービスとの関連を調べる調査でした。家事行為別の時間を厳密に把握するよう設計されたものではなく、調査者が記憶をたどって概算で記入した数字から、例えば「洗濯16.6分」など行為ごとの所要時間を割り出したものです。いずれの数値も家屋の状況など個別事情をいっさい考慮していない「平均値」にすぎません。そもそも生活援助そのものを行為別に細分化して時間で評価する手法自体、生活援助の本質をまったく理解していないものと言わざるを得ません。こうした行為別再編の枠組みは、生活援助を将来的に細分化された市場サービス(商品)やボランティアに委ねていく布石とも考えられます。

施設は、厚労省の「平成23年度介護経営実態調査結果」から9%以上の高い収支差率を確保していることを理由に、施設サービス費全体について

削減基調の改定となりました。特養では、要介護1、2の報酬が特に引き下げられ、軽度者の入所を抑制する対応が講じられるとともに、多床室では、施設開設年度に応じて2区分の報酬となり全体が引き下げられています。老健施設は、在宅復帰機能を強化した老健を評価する施設サービス費（「在宅復帰機能強化型」）を新設する一方、従来型の老健の報酬の引き下げが行われました。

なお、改定の根拠となっている介護経営実態調査の結果については、審議会でも実態を正確に反映していないとの指摘がされていました。前述の生活援助の調査と合わせ、改定の「エビデンス」自体に大きな疑問を抱かざるを得ません。

一方で、法「改正」の中心テーマとされた「地域包括ケア」絡みの報酬の水準・内容についても決して十分なものとはいえません。新設された「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の基本サービス費は月単位の定額報酬とされました。現行の予防給付と同様の矛盾をはらむものであり、果たして安定した経営と十分な職員体制が確保され、利用者に必要なサービスを保障する事業となるのか、現場からは依然として疑問の声が出されています。

処遇改善に対する国の責任を縮小・放棄

第4に、処遇改善についてです。処遇改善交付金の廃止と引き換えに「処遇改善加算」が導入されました。対象事業の限定（訪問看護、訪問リハ、居宅介護支援などを除外）やキャリアパス要件など、現行の処遇改善交付金の基本的なしくみがそのまま維持されています。同時に、加算を算定要件に応じて3段階に区分するなど、全体として処遇改善交付金の水準を圧縮させる設計になっていることがうかがえます。

さらに看過できない点は、この加算の設定は、処遇改善交付金から介護報酬への円滑な移行のための「特例的かつ経過的な取扱い」とされ、2014年度末までの時限措置と説明されている点です。2015年度以降は基本サービス費の中で「適切に評価」するとしており、加算そのものを廃止、基本報酬に包括化（マルメ）していく方向が打ち出されています。

処遇改善交付金を介護報酬に組み入れた最大の理由は、国庫負担の削減にあります。処遇改善交

付金の費用（一般財源）は年間1900億円ですが、介護報酬に移すと保険料が充当されるので500億円ですむことになります。そればかりか、後述する「総報酬割」の導入によって、国庫負担そのものをゼロにすることを政府は目論んでいます。

処遇改善の責任放棄と言ってよい政府のスタンスは、「処遇改善を行う必要性は減じていない」というきわめて消極的な打ち出しをしている「審議報告」によく現れています。

2. 「社会保障・税一体改革」と同時改定

「社会保障・税一体改革」は、全分野・全世代にわたる社会保障の抑制を基調としながら、現状の「綻び」に対するわずかばかりの「修正」を梃子に、消費税について、その際限ない増税と社会保障目的税化に落とし込んでいくというものです。2011年6月30日、菅内閣のもとで「成案」がとりまとめられ、それを土台に、野田政権のもとで2012年1月6日、「素案」が決定されました。

「素案」で掲げられている医療・介護分野の課題の柱は、第1に、給付と負担のあり方に直結する「医療保険・介護保険制度の改革」と、第2に、医療・介護提供体制にかかる「診療報酬・介護報酬の体系的見直しと、基盤整備のための一括的な法整備」の2つです。

（1）「社会保障・税一体改革」と介護保険制度改革

第1の介護保険制度の改革課題のポイントは以下の通りです。

低所得者対策は消費税増税とひきかえ

公費の投入による「低所得者の第1号保険料の軽減強化」が打ち出されています。これ自体は積極的な内容ですが、「素案」では、税制抜本改悪（消費税引き上げ）と同時に実施することが明記されました。低所得者の国民健康保険料の軽減や年金加算なども同様に、消費税の増税が前提とされています。

総報酬割のねらいは国庫負担の削減

「総報酬割」は、40～64歳の現役世代（2号被保険者）が医療保険を通して負担している2号保険料（介護納付金）の負担方法を見直し、大企業の労

働者や公務員の負担を増やして協会けんぽ加入者の負担を軽減するというものです。しかしその本質は、協会けんぽに現在拠出している国庫負担分を大企業労働者や公務員の負担に替える点にあります。完全導入で年間1300億円（3分の1分の導入で430億円）の国庫負担の減額を見込んでおり、これによって前述の介護報酬に組み入れた処遇改善交付金相当分の国庫負担を相殺できるというわけです。「素案」では、2012年度に法案提出をめざすとしています。

軽度給付のさらなる切り下げ・切り捨て

「素案」は、「軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果ある給付への重点化」をあげ、2012年の報酬改定で対応するとしています。軽度給付全体を縮小させながら、給付の対象を「予防に効果ある」ものに絞り込んでいく方針です。

軽度者の利用割合が高い生活援助の時間短縮はそれに沿ったものといえるでしょう。厚労省は、予防給付の創設（2005年法「改正」）の際に「ヘルパーの過度な援助が自立を阻害している」と強弁するなど、生活援助の専門性を一貫して否定してきました。生活援助を「効果がない」サービスと言わんばかりに、将来的に保険給付本体から外していく突破口にしていくこうという改悪です。

制度化された「介護予防・日常生活支援総合事業」は、要支援1、2の一定部分を地域支援事業に移し替えていくことを可能にするものであり、実施が市町村の判断に委ねられているとはいえ、今後の本格的な「軽度斬り」の第一歩であることは間違ひありません。次回の法「改正」では、要支援1、2を丸ごと本体給付から外す方向が示唆されており、要介護1まで除外すべきとの議論も浮上しています。政府の「地域包括ケア」構想に沿って、あたかも2段、3段とロケットを切り離すように、介護保険の給付体系全体を軽度から中重度にシフトさせていく流れがつくられようとしています。

応益負担の徹底

厚労省は2011年11月、「成案」に基づく介護分野の改革課題をとりまとめています（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」）。その中で、2010年末の「改正」法案の作成段階で多くの異論が出され

たためいったん取り下げた負担増メニューを、「社会保障・税一体改革」の課題として、「両論併記」の形をとりながらあらためて提言しています。

「軽度者利用者負担の見直し」では、要支援1、2の利用料を1割から2割に引き上げることを提案しています。「ケアマネジメントに係る利用者負担の導入」では、「ケアプラン月1000円、予防プラン月500円」の定額徴収案を示しました。「一定以上の所得者の利用料引き上げ」では、年収320万～380万以上の利用者の利用料を2割に引き上げることを打ち出し、「素案」では、「世代間公平」を理由に前述の「総報酬割」とセットでの導入を提案しています。

「施設多床室の給付範囲の見直し」は、「第4段階以上の多床室入居者から室料8000円を徴収」するというものです。その財源を第3段階の「ユニット型個室」入居費用の負担軽減策に充当することまで打ち出しています。最後の「補足給付（低所得施設入所者に対する食費・居住費負担軽減制度）の支給要件の厳格化」では、当初は、「世帯分離前の所得による判断」という要件の見直しを提案していましたが、今回の提言では「資産等の勘案」（資産調査の実施）という一歩踏み込んだ改悪案が提案されています。

これら負担増メニューのうち、「一定以上の所得者の利用料引き上げ」以外は「素案」に明記されていません。しかし、厚労省の利用者負担増の方針は一貫しており、時期をみて実施に移そうという姿勢に変わりはないこと、「施設多床室の給付範囲」など法「改正」によらずに今後政省令の対応や報酬改定で実施可能なものがふくまれていることに注意を払う必要があります。

要介護認定者の削減

「素案」は、「介護予防・重度化予防」の推進によって、2025年までに認定者数を3%減らすという数値目標を掲げました。後期高齢者医療制度と同様、目標を達成できない場合に何らかの財政上のペナルティが導入される可能性も否定できません。実施されれば市町村はその達成に駆り立てられることになるでしょう。現状では、予防事業については市町村間で大きなバラツキがあり、認定者の削減につながる「予防効果」が政府の思惑通り發揮

される保障はありません。認定の段階で「非該当」を大幅に増やすなど、要介護認定制度の改悪や「適正化」の強化につながりかねない危険性をはらんでいます。

(2) 医療・介護提供体制の改革と同時改定

「社会保障・税一体改革」では、今後の医療・介護分野の課題として、2025年に向けて医療・介護提供体制の抜本的な再編を提言しています。

その具体的な内容が「医療・介護の長期推計」として示されています（山田論文の9頁参照）。高度急性期病床を頂点に、居住系施設や住まいを基盤とする在宅医療・介護に大きく裾野を広げたピラミッド型の提供体制を打ち出しておらず、社会保障費の大部分を占める医療費の抑制のために、病床機能の再編と「地域包括ケアシステム」の構築によって、国にとって「安上がり」で効率的な医療・介護提供体制づくりをめざすという構想です。そのためには、「入院から在宅へ」という大きな枠組みのもとで、「医療から介護へ」（脱医療、）さらに「介護からボランティアへ」（脱福祉、）という政策的な誘導を強力に推進しようというものです。

2012年同時改定は、その実現に向けた「第一歩」として位置づけられています。診療報酬では、DPC対象病院の3区分化、一般病床における長期入院の「是正」など、今後の病床再編を見越した入院報酬の改定と合わせ、「急性期病床群（仮称）」の創設、亜急性期病床や回復期リハ病棟のあり方の見直しなど、病床区分にかかわる検討が同時に開始されています。

介護分野では、前述したように「地域包括ケアの実現」を目標とした法「改正」が行われ、在宅での新サービスが創設されるとともに、介護報酬上のさまざまな対応がはかられています。特に、施設では、今改定での「在宅復帰機能強化型」老健施設の設置にみられるように、「地域包括ケア」構想が掲げる「施設の機能別再編」（2025年にかけて介護保険施設を「生活重視型施設」と「在宅復帰支援型」施設に類型化）に着手しました。併せて、「介護施設の重点化」が掲げられ、要介護1、2の入居者の利用料を2割に引き上げることや、要介護1、2の「平均給付額が在宅の支給限度額を上回って

いる」ことを理由に、在宅サービスと同じように保険給付に上限（支給限度額）を設け、超えた部分について利用料を2割にすることなどが検討されています。軽度者の施設からの閉め出しをねらうものです。

おわりに

1月24日に通常国会が開会し、「社会保障・税一体改革」の議論がスタートしています。かつてない規模・水準での給付削減と負担増を推進する医療・介護保険制度の改革、公費抑制を目的とした「スクラップアンドビル」による医療・介護提供体制づくりを断じて許してはなりません。「社会保障・税一体改革」を阻止し、消費税増税によらない社会保障の財源確保・拡充をめざす国民的な運動を大きく広げていくことがいま求められています。

介護分野では、介護保険制度の抜本改善を重ねて求めるとともに、2012年報酬改定の再検討・再改定を強く要求していく必要があります。今改定によって利用者・家族、事業所にどのような影響が生じるかを明らかにし、改善要求をとりまとめ、運動につなげていきましょう。自治体に向けた働きかけも焦点になっています。「地域包括ケア」を具体化する第5期介護保険事業（支援）計画に対する提案型のとりくみ、介護保険料をはじめとする利用者負担の引き下げを実現させなくてはなりません。

同時に、これから改定報酬への対応も本格化していきます。改定内容をよく分析し、知恵を出し合い、利用者・家族の生活と人権を守り抜く視点から必要な対応を進めるとともに、地域の要求にいっそう応え、地域との結びつきをより強めていく機会にしていきましょう。とりわけ、民医連の真骨頂ともいえる介護・医療の連携はいっそう強化すべきテーマとなっています。「改正」法、改定報酬のことで給付実績を確実に積み上げ、具体的な事例から制度を検証し矛盾や問題点を明らかにすることも重要です。「たたかいと対応」の視点にたち、今回の報酬改定を中長期をみすえた保健・医療・介護の総合的な事業計画・方針の検討・具体化を開始する契機にしていきましょう。