

第2章

2011年の介護保険法改正について

第1節

介護保険制度見直しの経緯

1 3回目の一部改正

2011（平成23）年6月、介護保険法の一部改正法が国会で成立しました。介護保険法が1997（平成9）年に制定されて以来、大きな制度改正としては、2005（平成17）年の改正、2008（平成20）年の改正に続く3回目の改正となります。そこで、本章では、2011（平成23）年改正の経緯、改正の概要、そして介護保険制度の今後の課題について解説をします。

厚生労働省では、2005年改正の「介護保険法等の一部を改正する法律」（平成17年法律第77号）附則第2条の規定を踏まえて、介護保険制度の見直し議論を始めました。また、2011（平成23）年度が第5期（2012年度から2014年度）の介護保険事業計画の策定期間であることや、2012（平成24）年に予定している診療報酬と介護報酬の同時改定に対応することも、見直し検討が必要な理由でした。社会保障審議会介護保険部会が議論の舞台となりました。

なお、平成17年改正法の附則第2条第1項は、介護保険制度の被保険者および保険給付を受けられる者の範囲について検討を行い、平成21年度を目途として所要の措置を講ずること、第2項は、施行後3年を目途として、改正後の介護保険法による予防給付および地域支援事業についてその実施状況等を勘案して検討を行い、その結果に基づいて所要の措置を講ずること、という旨の規定です。

それでは、最初に、介護保険法の一部改正法案作成の基本となった介護保険部会の議論を振り返ってみます。

2 介護保険制度の現状について

介護保険部会において議論が始まったのは、2010（平成22）年5月でした。第1回目のテーマは、介護保険制度の実施状況の説明でしたので、ここで最近のデータも加えて、介護保険制度の現状を整理してみましよう。

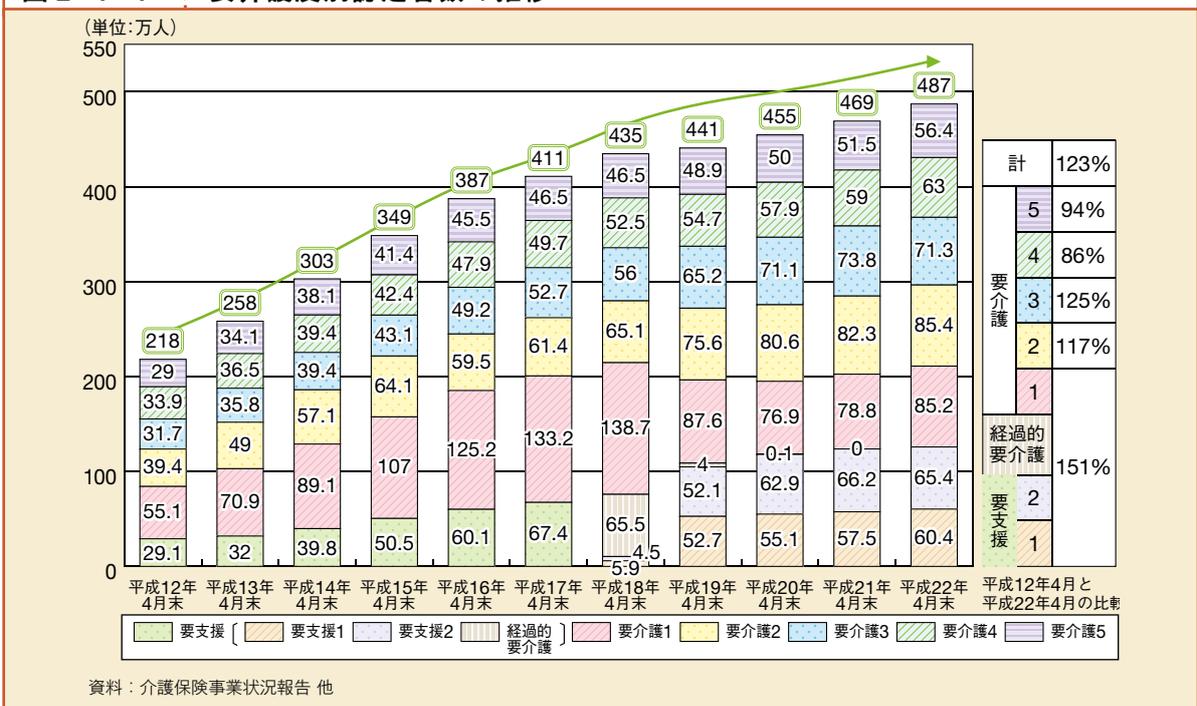
(1) 第1号被保険者数と要介護認定者数

第1号被保険者（65歳以上の被保険者）は、2010（平成22）年4月末で2,985万人と、制度実施時の2000（平成12）年4月末の2,165万人に対して、約730万人増、34%増となっています。この間のわが国の総人口の伸びは3%に過ぎませんから、第1号被保険者の伸びがはるかに大きいことがわかります。65歳以上の者は全員介護保険に加入しますので、これはわが国の高齢化の急速な進行を反映しています。

要介護（要支援を含む）認定者数は、2010年4月末で487万人と、制度実施時の2000年4月末の218万人に対して、約269万人、123%増となっています。前述した高齢者数の伸びよりも要介護者数の伸びが高いというのは、この間に高齢者の身体状況が急速に悪化したのではもちろんなくて、誰でも介護サービスの必要性を感じたときには要介護認定を受けるようになったという、介護保険の利用が一般化したことを反映しています。

要介護度別認定者数の推移は、図2-1-1のとおりです。制度実施後しばらくは、介護度の低い人たち（要支援や要介護1）の伸びが大きかったことがわかります。このことは、介護保険の認定の問題や、介護保険のサービスが要介護度の改善等に役立っていないのではないか等の問題を提起しました。このため、2005年改正では、介護予防に力を入れることとし、要介護度の悪化防止や要介護者の増加抑制を図ることとされました。また、従来の要介護1について、要支援2と要介護1に分離することとしました。2006（平成18）年以降の推移をみると、軽度の要介護者（要支援1・2と要介護1）の数は横ばいとなっています。ただし、中・重度の要介護者は引き続き漸増しており、認定者全体の数も漸増しています。

図2-1-1 要介護度別認定者数の推移



(2) サービス受給者数

サービス受給者数は、2010年4月では403万人と、2000年4月時点の149万人に対して、254万人増、170%増という大幅増加となっています。403万人の内訳は、居宅サービスが294万人、施設サービスが84万人、地域密着型サービス（介護予防サービスを含む）が25万人となっています。居宅サービスの受給者数の伸びがめざましく、10年間で203%増と約3倍の大きさになっています。

(3) サービス別の介護保険給付費

図2-1-2は、2009（平成21）年度のサービス別介護保険給付費を示したものです。

年額で見ると、居宅（介護予防）サービスが32,923億円、施設サービスが26,373億円、地域密着型（介護予防）サービスが5,680億円、特定入所者介護（介護予防）サービスが2,531億円、高額介護（介護予防）サービスが1,175億円となっています。

構成比で見ると、居宅（介護予防）サービスが47.9%、施設サービス費が38.4%、地域密着型（介護予防）サービスが8.3%の順となっています。

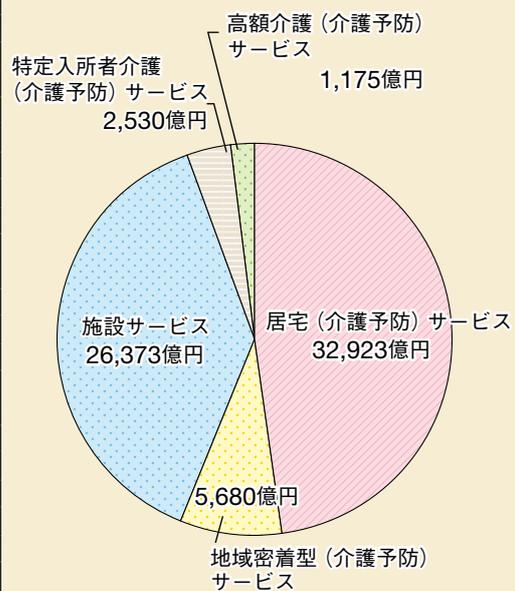
個別のサービス分野で最も構成比が大きいのは、通所サービスで18.9%、次いで、介護老人福祉施設の18.3%、介護老人保健施設の14.5%、訪問サービスの12.4%の順となっています。

特定施設入居者生活介護や認知症対応型生活介護などは、居宅サービスといっても共同住まい系のサービスですので、これらを施設サービスに加えると全体の52.2%となります。自宅で生活しながら受ける保険給付費よりも、施設・共同住まい系の保険給付費の方が大きいことがわかります。

図2-1-2 サービス別の介護保険給付費の構成について

平成21年度介護保険給付費（年額）の内訳

	給付費(億円)	構成比(%)
居宅(介護予防)サービス	32,923	47.9
訪問サービス	8,539	12.4
通所サービス	13,018	18.9
短期入所サービス	3,214	4.7
福祉用具・住宅改修サービス	2,191	3.2
特定施設入居者生活介護	2,614	3.8
介護予防支援・居宅介護支援	3,347	4.9
地域密着型(介護予防)サービス	5,680	8.3
夜間対応型訪問介護	12	0.0
認知症対応型通所介護	624	0.9
小規模多機能型居宅介護	730	1.1
認知症対応型共同生活介護	4,050	5.9
地域密着型特定施設入居者生活介護	53	0.1
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	211	0.3
施設サービス	26,373	38.4
介護老人福祉施設	12,551	18.3
介護老人保健施設	9,934	14.5
介護療養型医療施設	3,887	5.7
特定入所者介護(介護予防)サービス	2,531	3.7
高額介護(介護予防)サービス	1,175	1.7
高額医療合算介護(介護予防)サービス	40	0.1
合計	68,722	100.0



資料：平成21年度介護保険事業状況報告年報

(4) 第1号被保険者の保険料

第1号被保険者の保険料は、3期ごとに見直しが行われてきました。現在の第4期（2009年度から2011年度）は、全国平均で被保険者1人当たり月額4,160円となっています。第1期（2000年度から2002年度）は2,911円、第2期（2003年度から2005年度）は3,293円、第3期（2006年度から2008年度）は4,090円と推移してきました。

第4期の水準は第1期と比較をすると1,249円増（43%増）となっていますが、前期である第3期と比較をすると、70円増（1.6%増）にしかありません。しかし、第4期については、経済不況等を背景として、その保険料の上昇を抑制するために、各市町村保険者の積立金を取り崩したり、2009（平成21）年改定の介護報酬アップ分の半分は公費負担としたりしたことにより、政策的に低く抑えられているもので、実際には約4,500円前後になるところでした。

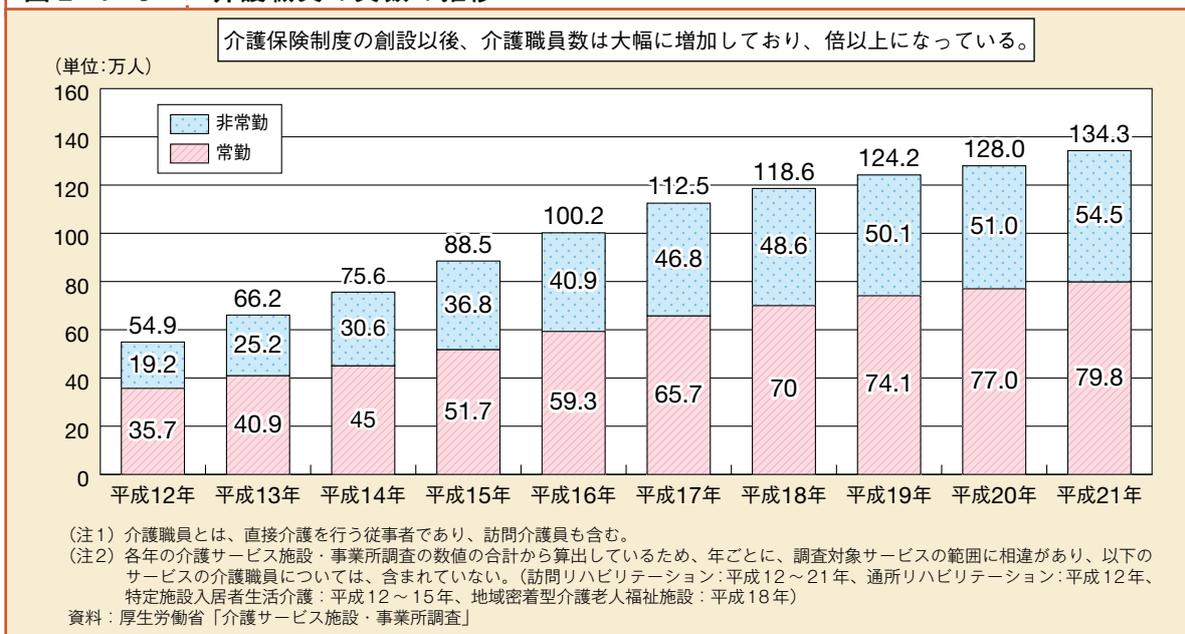
(5) 介護サービス従事者数の動向

介護保険制度の実施により、介護サービスを提供する事業者・施設は、大幅に増加しました。それに伴い、介護職員数も大幅に増加しています。

図2-1-3のとおり、直接介護を行う介護職員数は、2009（平成21）年では134.3万人と、制度実施時点の2000（平成12）年の54.9万人に比べて2倍以上となっています。

わが国では1990年代初頭のいわゆるバブル景気崩壊後長期間にわたって低成長が続き、失業率も高度経済成長時代と比べて高止まりをしています。その中で、介護分野は数少ない雇用拡大の産業分野となっています。

図2-1-3 介護職員の実数の推移

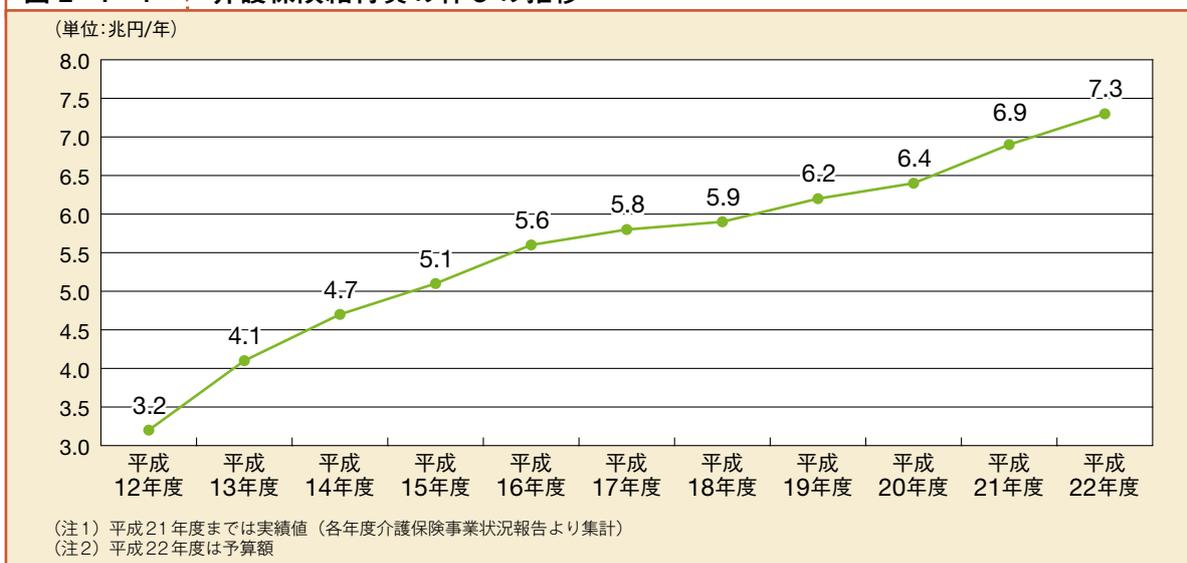


(6) 保険給付費の推移

図2-1-4は、介護保険の給付費の伸びの推移を示したのですが、制度実施の2000（平成12）年度の3.2兆円から2010（平成22）年度では7.3兆円と、倍増しています。2005（平成17）年度から2006（平成18）年度にかけては、制度改正の影響もあり、ほぼ横ばいとなりましたが、その後は再び増加傾向となっています。

第1号被保険者1人当たりの給付費をみると、2009（平成21）年度では23万8千円（対前年度11千円増、4.8%増）となっています。制度実施の2000（平成12）年度では14万5千円でしたから、1.64倍です。保険給付費全体の伸び率よりも1人当たり給付費の伸び率が低いということは、全体の伸びに対しては、1人当たりの保険給付費の増加よりもサービス利用者数の増加が影響していることを示しています。

図2-1-4 介護保険給付費の伸びの推移



過去の介護報酬改定の経緯

改定時期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援（ケアマネジメント）の確立 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化 	▲2.3%
平成17年改定 (H17.10施行)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 居住費（滞在費）に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費（滞在費）及び食費に関連する運営基準等の見直し 	
平成18年改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中重度者への支援強化 ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化 	▲0.5% [▲2.4%] ※ [] は平成17年10月改定分を含む。
平成20年改定 (H20.5施行)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養病床の一層の転換促進を図るため、介護老人保健施設等の基準の見直し 	
平成21年改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証 	3.0%

3 介護保険部会における議論

介護保険部会は、2010（平成22）年5月以来、13回の会議を重ね、同年11月30日に報告書「介護保険制度の見直しに関する意見」を取りまとめました。

介護保険部会では、施設、居宅、地域密着の給付のあり方、給付と負担のあり方、保険者の果たすべき役割、介護人材の確保と処遇改善、情報公表制度のあり方、介護保険制度における指導監督など、介護保険制度全般にわたる議論を行いました。

(1) 見直しの基本的考え方

報告書によると、見直しの基本的考え方として、「地域包括ケアシステムの構築」と「給付と負担のバランス」の2つが大きなテーマとなりました。

（報告書から） 見直しの基本的考え方

- ① 日常生活圏域において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進めること
- ② 給付の効率・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こと

(2) 地域包括ケアシステムの構築

報告書では、次のように地域における介護の課題が指摘されました。

- ・介護が必要になった状態になっても住み慣れた地域で生活を続けたい高齢者が多数
- ・地域全体で介護を支える体制がなお不十分
- ・高齢者のみの世帯や重度の要介護者に対する支援の不足
- ・市町村におけるサービスの需給のミスマッチの存在
- ・要介護度が進んだ場合でも住み続けることができる高齢者住宅の不足

そこで、見直しの基本的方向として、地域包括ケアシステムの構築が掲げられました。

地域包括ケアシステムとは、次のようなものです。

（報告書から）

「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。（「地域包括ケア研究会報告書」より）

具体的に提案されている主な事項は、次のとおりです。

- ① 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備
 - ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設
 - ・複合型サービスの導入（たとえば、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の組み合わせ）
 - ・介護福祉士等の介護職員による日常の医療的ケア（たんの吸引や経管栄養）の実施
 - ・地域支援事業について、保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合化
- ② 住まいの整備
 - ・一定の基準を満たした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
 - ・特別養護老人ホームについて、社会医療法人が開設することを可能とすること
- ③ 認知症を有する人への対応
 - ・認知症のケアモデル構築と地域の実情に応じたケアパスの作成
 - ・市民後見人活用による支援のための体制整備
 - ・認知症の人や家族への支援について地域支援事業の活用検討
- ④ サービスの質の確保・向上
 - ・ケアプラン、ケアマネジャーの資質向上の推進
 - ・要介護認定について、認定の有効期間の延長などの事務の簡素化
 - ・情報公表制度について、手数料によらずに利用しやすい情報公表制度への変更

(3) 給付と負担のバランス

給付と負担のバランスについては、賛否両輪の議論が行われました。論点は、大きく2つありました。

ひとつは、第1号保険料について、第4期保険料改定においては介護給付費準備基金の取り崩し等により伸び率を低く抑制したものの、その後の介護職員の処遇改善や特別養護老人ホーム等の緊急整備の影響によって月額5千円を超える可能性があるという、いわゆる「5千円の壁」に対する対応です。もうひとつは、給付の充実を図るためには、負担の見直しを行うことにより財源を確保する必要があるということです。後者については、2010（平成22）年6月22日閣議決定の「財政運営戦略」に記されたペイアズユーゴー（pay as you go）原則に沿って、給付充実に必要な負担増に見合った財源確保を求められたのです。

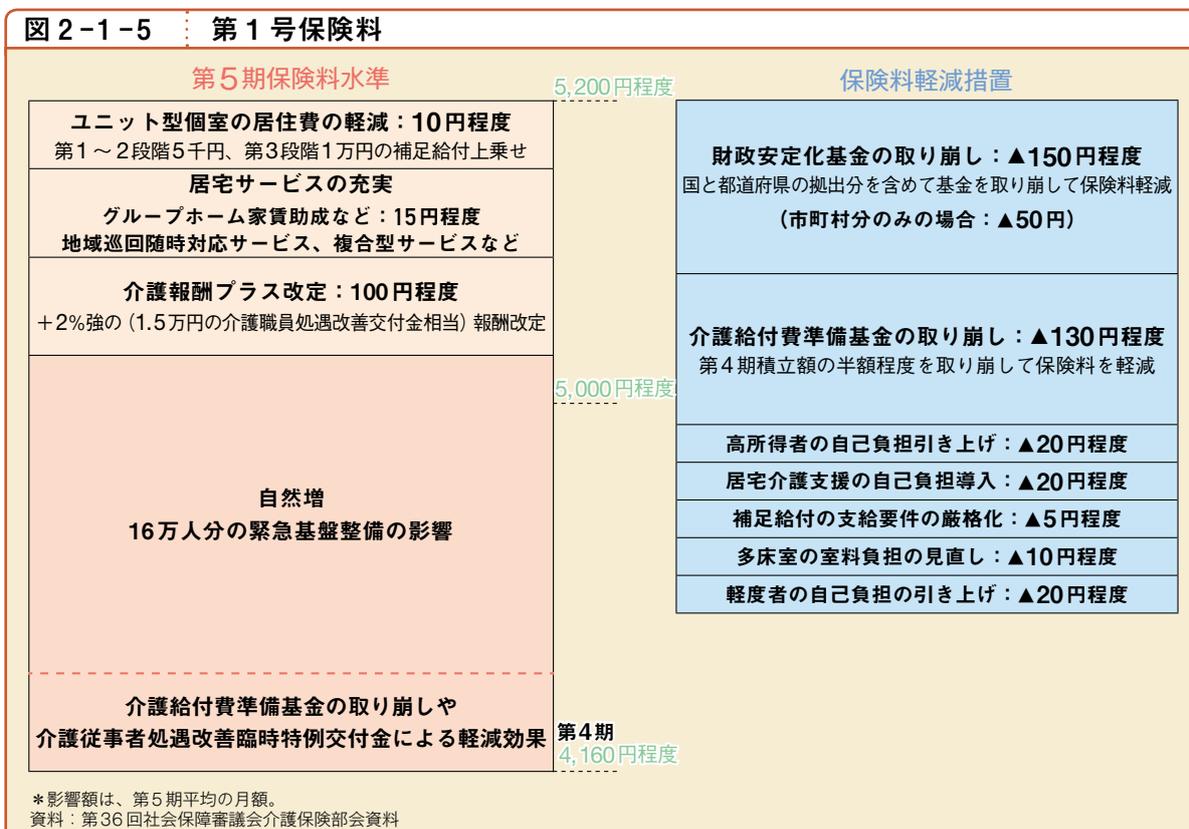
なお、ペイアズユーゴー原則とは、歳出増または歳入減を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、原則として、恒久的な財源を確保するものとする考え方です。

保険料の負担増となる要因としては、前述した第4期保険料改定において抑制した部分や16万人分の緊急基盤整備の影響のほか、次のようなものがあげられました。

- ① 2011（平成23）年度末で終了する介護職員処遇改善交付金を継続するための介護報酬のプラス改定
 - ② 居宅サービスの充実（地域巡回随時対応サービスや複合型サービス、グループホームの家賃助成など）
 - ③ 低所得者に対するユニット型個室の居住費の負担軽減
- 一方、保険料軽減措置としては、厚生労働省老健局から次のような事項が提案されました。

- ① 軽度者の自己負担の引上げ（たとえば、要支援者に対する予防給付の自己負担を2割に）
- ② 多床室の室料負担の見直し（第4段階から介護保険施設の多床室の室料5千円徴収）
- ③ 補足給付の支給要件の厳格化（市町村が施設入所前世帯の所得などを支給要件に追加可能）
- ④ 居宅介護支援の自己負担導入（居宅介護支援サービスに定額負担を導入）
- ⑤ 高所得者の自己負担引上げ（第6段階の自己負担2割、高額介護サービス費の上限維持）
- ⑥ 介護給付費準備基金の取り崩し
- ⑦ 財政安定化基金の取り崩し

以上を踏まえ、1人当たり第1号保険料レベルで、保険料上昇要因と軽減措置との関係を図示したものが、図2-1-5のとおりです。



これらの保険料軽減措置は、⑥および⑦以外は、利用者負担を増加させるものです。これに対して、介護保険部会では、反対意見が多く出されました。たとえば、④の居宅介護支援の自己負担導入については、ケアマネジャーによるケアプランの作成等のサービスが介護保険の根幹であることから制度の基本をゆるがしかねない、あるいは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出されました。

このため、介護保険部会報告では、保険料軽減措置については、賛否両論併記の記述となりました。

4 民主党の意見

介護保険部会の報告書をもとに、厚生労働省は見直しの方向・内容について、民主党の厚生労働部門会議及び介護保険制度改革 WT にはかりました。2010（平成22）年12月22日、民主党厚生労働部門会議と介護保険制度改革 WT は、連名で「介護保険制度の見直しに関する提言」をまとめました。この中で、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスの整備など、給付面の充実については認められましたが、軽度者の自己負担の引上げや居宅介護支援の自己負担導入等の利用者負担の引上げは行わない、とされました。

また、介護保険部会において国庫負担の軽減策として議論されていた第2号保険料における総報酬割導入についても、拙速な導入は避けるとされました。介護職員処遇改善交付金については、2012（平成24）年度以降も継続し、介護保険外から公費負担により維持することが望ましいとされました。

介護保険部会報告や民主党の意見をもとに、厚生労働省において介護保険法の改正法案が作成され、「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」という名称で、2011（平成23）年3月11日閣議決定され、通常国会に提出されました。5月31日、衆議院本会議で賛成多数で可決され、参議院では6月15日、賛成多数で可決成立しました。なお、衆議院において、同法案に盛り込まれた「社会医療法人について、特別養護老人ホーム及び養護老人ホームの設置を可能とする」旨の規定を削除する一部修正が行われるとともに、附帯決議が採択されました。

今回の介護保険法の一部改正法の概要は次のとおりです。

【趣旨】 高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

1 医療と介護の連携の強化等

- ① 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進
- ② 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定
- ③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設
- ④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする
- ⑤ 介護療養病床の廃止期限（平成24年3月末）を猶予（新たな指定は行わない）

2 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする
- ② 介護福祉士の資格取得方法の見直し（平成24年4月実施予定）を3年間延期
- ③ 介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加
- ④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施

3 高齢者の住まいの整備等

○有料老人ホーム等における利用者保護規定を追加

*厚生労働省と国土交通省の連携による「サービス付高齢者向け住宅」の供給を

- 促進（高齢者住まい法の改正）
- 4 認知症対策の推進
- ① 市民後見人の活用など、高齢者の権利擁護を推進
 - ② 市町村における認知症対策を計画的に推進
- 5 保険者機能の充実
- ① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保
 - ② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする
- 6 保険料の上昇の緩和
- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用
- 【施行日】
- 1 ⑤、2 ②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行

(1) 地域包括ケアの推進

地域包括ケアは、2005（平成17）年改正においても、地域密着型サービスや地域包括支援センターの創設等によりその考え方が登場していましたが、今回の改正では、改正のねらいとして前面に押し出されています。

地域包括ケアシステムのイメージを表したものが、図2-1-6です。

このように、高齢者の日常生活圏域において、①医療サービス、②介護サービス、③介護予防、④見守り・配食・買い物などの生活支援、⑤住まいという5つの視点からの取組が、包括的（利用者のニーズに応じた①から⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須となっています。

図2-1-6 地域包括ケアシステムについて



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須。

- ① 医療との連携強化
 - ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
 - ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施
- ② 介護サービスの充実強化
 - ・特養などの介護拠点の緊急整備（平成21年度補正予算：3年間で16万人分確保）
 - ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化
- ③ 予防の推進
 - ・できる限り要介護状態としないための予防の取組や自立支援型の介護の推進
- ④ 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
 - ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進
- ⑤ 高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国交省と連携）
 - ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、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

資料：厚生労働省老健局

(2) 地域包括ケアを念頭においた介護保険事業計画の策定

市町村保険者においては、第5期介護保険事業計画（平成24年度～26年度）の策定にあたって、日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題やニーズを的確に把握・分析します。その上で、これまでの記載事項に加え、認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項、医療との連携に関する事項、高齢者の居住に係る施策に関する事項等についても定めることとされました。

(3) 24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設

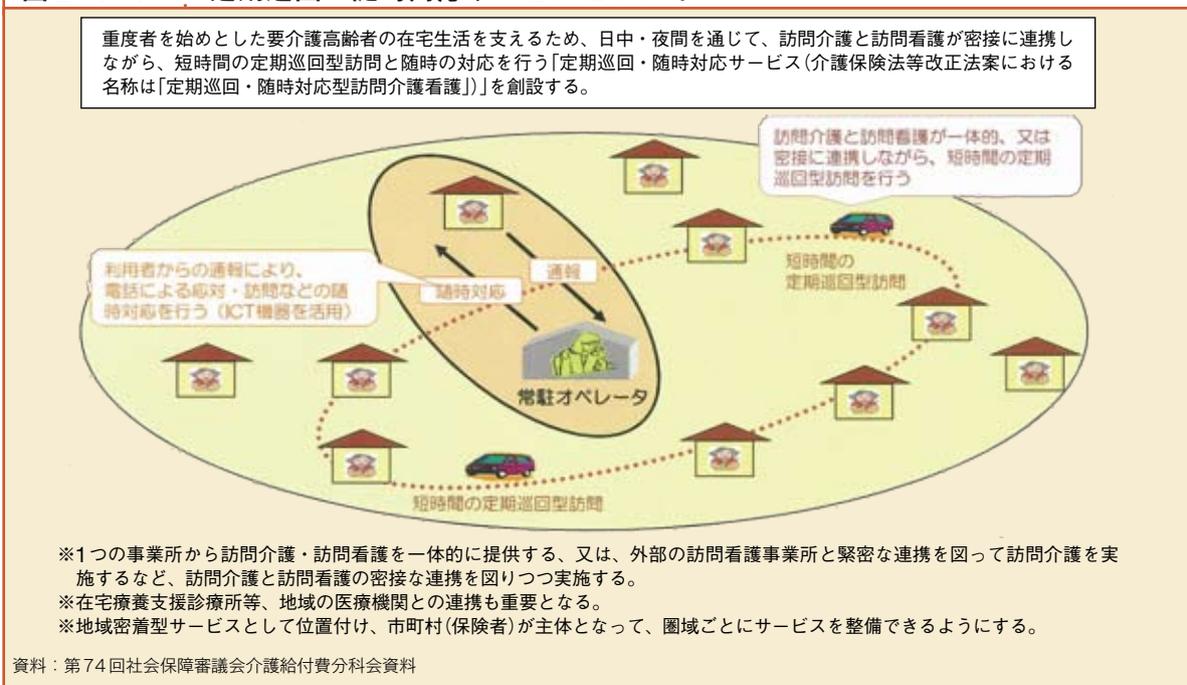
地域包括ケアの仕組みを支える基礎的なサービスのひとつとして、重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応サービス」が創設されました。介護保険法上の正式名称は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護です。

居宅の要介護高齢者に対して、適切なアセスメントとマネジメントに基づいて、介護サービスと看護サービスが連携を図りつつ、短時間の定期訪問と、利用者のコール等による随時の対応といった手段を適宜かつ適切に組み合わせて、1日複数回、必要なタイミングで必要な量と内容のケアを一体的に提供するものです。

事業者については、市町村が公募により募集・決定することとされています。

具体的な内容については、社会保障審議会介護給付費分科会で検討中であり、2011（平成23）年末には決まる見込みです。

図 2-1-7 定期巡回・随時対応サービスについて



(4) 複合型サービスの創設

小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせて提供する複合型事業所が創設されます。

これまでは、それぞれのサービスごとに別々の事業所からサービスを受けるため、サービス間の調整が行いにくく、柔軟なサービス提供が行いにくいことや、現行の小規模多機能型居宅介護は医療ニーズの高い要介護者に十分対応できていないという課題がありました。

この複合型サービス事業所により、利用者にとってはひとつの事業所からサービスが組み合わされて提供され、サービス間の調整が行われやすくなります。また、小規模多機能型居宅介護において訪問看護を一体的に提供することにより、医療ニーズの高い要介護者への支援を充実することができると考えられています。

(5) 介護予防・日常生活支援総合事業の創設

介護予防・日常生活支援総合事業とは、市町村の判断により、要支援者および介護予防事業対象者向けに、介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる制度です。

市町村・地域包括支援センターが、利用者の状態像や意向に応じて、予防給付で対応するのか、新たに創設される介護予防・日常生活支援総合事業を利用するのかを判断します。後者の総合事業を活用することにより、利用者の状態像にあわせて、見守り、配食等も含めて、生活を支えるための総合的で多様なサービスを提供することが可能になると考えられています。

(6) 介護療養型医療施設の転換期限の延長

2006（平成18）年の健康保険法等の改正により、介護療養型医療施設は、2012（平成24）年3月末までに、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換をしなければならず、制度は廃止されることになっていました。

しかし、介護療養病床は、2006（平成18）年では約12万床でしたが、2010（平成22）年6月時点でも約8.6万床であり、転換が進んでいない現状にありました。

そこで、転換するというこれまでの政策方針は維持しつつ、現在存在するものについては6年間、転換期限を延長することとし、2018（平成30）年3月末までは、介護療養型医療施設に関する規定はその効力を有することとされました。ただし、2012（平成24）年度以降、介護療養病床の新設は認めないとされています。なお、引き続き、介護療養型医療施設から老人保健施設への転換を円滑に進めるための必要な追加的支援策を講じることとされています。

(7) 介護職員等によるたんの吸引等の実施

規制・制度改革に関する閣議決定等を踏まえ、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとなります。

現状では、たんの吸引や経管栄養は、医行為に該当し、医師法等により、医師、看護職員のみが実施可能でした。例外として、利用者本人の文書による同意や適切な医学的管理等の一定の条件下で、ヘルパー等による実施が容認されていました。しかし、介護現場では、利用者からのニーズが高い反面、医師・看護職員の不在等からその対応に苦慮したり、例外措置では法的に不安定であって行為の実施に不安を感じたりする等の課題がありました。

そこで、社会福祉士法及び介護福祉士法の一部改正により、介護福祉士が喀痰吸引等を業として行うことを明確にし、養成過程において新たなカリキュラムが加わることとなります。介護福祉士以外の介護職員については、一定の研修を終了した者を都道府県知事が認定することにより業として実施できることとなります。介護保険施設など、自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、その事業所ごとに都道府県知事に登録することが必要となります。また、研修は、一定の要件を満たして都道府県に登録する登録研修機関が行います。

なお、実施できる医行為としては、喀痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニョーレ内部）及び経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻経管栄養）を、厚生労働省令で定められています。

この制度は、2012（平成24）年4月1日施行です。介護福祉士については、2014（平成27）年4月1日施行となりますが、それ以前であっても一定の研修を受ければ実施可能です。

(8) 情報公表制度の見直し

介護サービス情報公表制度の従来の仕組みは、利用者の介護サービスの選択に資する情報について、都道府県知事への報告を介護事業者に義務付け、その情報について調査し、定期的に公表するものでした。この情報公表制度について、事業者の負担を軽減する観点から、1年に1回の調査の義務付けを廃止し、都道府県知事が必要があると認める場合に調査を行えることとするとともに、事業者の手数料によらずに運営できる仕組みとすることとされました。

(9) 事業者に対する労働法規の遵守の徹底

介護人材の確保を図るためには、事業者による雇用管理の取組を推進することが重要ですが、介護事業を含む社会福祉関係の事業は、全産業と比較して労働基準法等の違反の割合が高くなっています。そこで、事業者による雇用管理改善の取組を推進するため、新たに、労働基準法等に違反して罰金刑を受けている者等について、指定の拒否等が行われることとなりました。

(10) 有料老人ホーム等における利用者保護規定の追加

有料老人ホームは、設置運営標準指導指針において、90日以内の契約解除の場合に、実費相当額を除いて前払金を全額返還することを規定しているものの、老人福祉法に位置付けられていないため、この制度を設けていない事業者が存在しています。そこで、老人福祉法の改正により、入居者保護の観点から、有料老人ホームおよびグループホームへの入居後一定期間の契約解除の場合に、家賃、サービス費用などの実費相当額を除いて、前払金を全額返還する契約を締結することが義務付けられました。

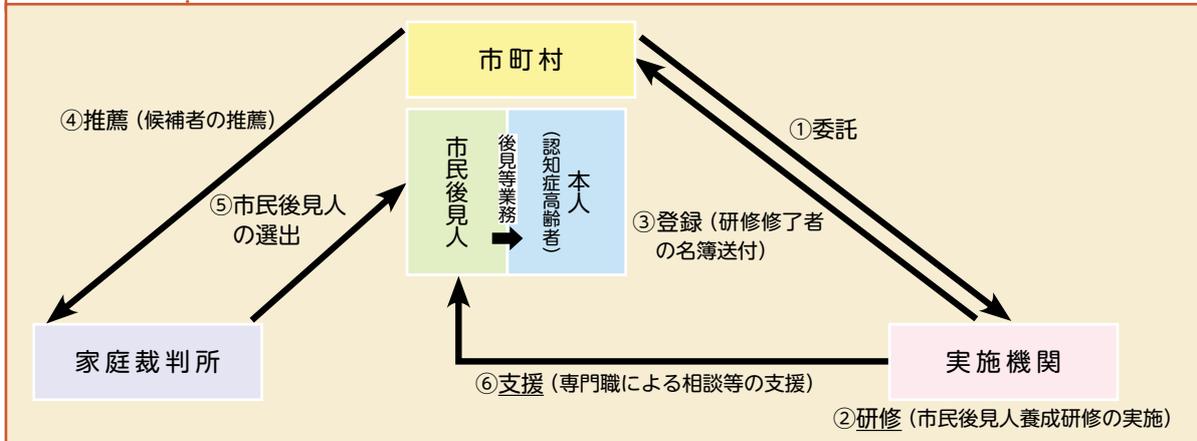
(11) 市民後見人の活用による認知症対策の推進

今後、親族等による成年後見の困難な者が増加するものと見込まれ、介護サービス利用契約の支援などを中心に、成年後見の担い手として市民の役割が強まるものと考えられることから、市町村は、市民後見人の育成・活用を図るために必要な措置を講ずるよう努めるものとされました。

具体的には、次のような措置が考えられています。

- ① 後見等の業務を適正に行うために必要な知識を習得させるための研修
- ② 後見等の業務を適正に行うことができる者の家庭裁判所への推薦や名簿の作成
- ③ 後見等の業務を行う者が適正に業務を行えるよう支援する者の認定

図 2-1-8 市民後見人の活用の基本的なスキーム



(12) 保険料の上昇の緩和

第1号保険料の上昇の緩和のために、都道府県は平成24年度に限り、財政安定化基金の一部を取り崩すことができるものとされました。

財政安定化基金は都道府県に設置されており（国、都道府県、市町村で3分の1ずつ拠出）、介護保険財政に不足が生じることとなった場合に、市町村に貸付・交付される仕組みです。第3期（平成18年度～20年度）以降、貸付率は大幅に低下しており、第4期（平成21年度～23年度）末の残高は約2,850億円となる見込みです。会計検査院からも余裕分を拠出者に変換できる制度とすることを指摘されています。そ

ここで、本来の目的に支障をきたさないための必要な余裕額を残して、財政安定化基金の余裕分を第1号保険料の上昇の緩和等に活用することとされました。

また、この措置に加えて、市町村準備基金についても、第4期中の積立見込額の一部を取り崩すことにより保険料軽減に活用することとされました。

(13) 高齢者住まい法の改正

高齢者住まい法の改正については、2011（平成23）年2月8日、「高齢者の居住の安定確保に関する法律等の一部を改正する法律案」が閣議決定され、国会に提出されました。この法案は、同年4月、国会で成立しました。

国土交通省では、わが国は高齢者向け住宅が欧米各国に比較して少ないとし、現状では全高齢者に対する定員数が0.9%にすぎない高齢者向け住宅を、2020年までに3～5%に引き上げるという目標を持っています。

そこで、この法律は、高齢者の居住の安定確保に関する法律（いわゆる高齢者住まい法）の改正を行い、バリアフリー構造等を有し、介護と医療と連携して、高齢者を支援するサービスを提供する「サービス付高齢者向け住宅」の登録制度の創設等を行うものです。

高齢者向けの賃貸住宅または有料老人ホームに高齢者を入居させ、状況把握サービス（入居者の心身の状況を把握し、その状況に応じた一時的な便宜を供与するサービス）や生活相談サービス（入居者が日常生活を支障なく営むことができるようにするために入居者からの相談に応じ必要な助言を行うサービス）等の高齢者が日常生活を営むために必要な福祉サービスを提供する事業を行う者は、都道府県知事から「サービス付高齢者向け住宅」の登録を受けることができます。登録のためには、規模・構造・設備、サービス、契約内容に関する一定の基準に適合することが必要です。登録を受けた事業者には、誇大広告の禁止、登録事項の公示、契約締結の書面の交付、契約締結前の書面の交付および説明などが義務付けられます。

「サービス付高齢者向け住宅」の創設に伴い、従来の高齢者向け円滑入居優先住宅、高齢者専用賃貸住宅、高齢者優遇賃貸住宅は廃止され、サービス付高齢者住宅として一本化されます。

国土交通省では、補助金や融資、税制による支援策を充実させるとしています。また、介護保険との関係でいえば、今回の改正により創設される定期巡回随時対応サービス等の介護サービスを組み合わせた仕組みが普及していくことが期待されています。

ここでは、介護保険制度の当面の課題について解説します。

今回の介護保険法の改正では、地域包括ケアシステムの構築を目指して、いくつかの新たなサービスが創設されました。その代表的なものが、24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護です。居宅で生活する要介護高齢者にとって、介護事業者から1日に複数回の訪問介護や、定期的な訪問看護があり、場合によってはコール（通報）による随時対応の訪問や電話連絡があるということは、安心感をもって地域で生活することができるでしょう。特に、単身の高齢者にとって効果的です。介護施設に入所しなくても、住み慣れた自宅において、生活を継続することが可能となります。

一方で、いくつかの課題があります。この事業が経営上成り立つためには、一定数の介護職員や看護職員の確保とともに、地域において相当数の要介護高齢者が居宅生活を送っていることが前提となります。看護職員については、事業所で雇用しなくても、外部の訪問看護事業所と連携を図ることでよいのですが、医療分野において看護職員に対するニーズが高い現状では、介護分野において看護職員を確保することは簡単な状況ではありません。また、相当数の要介護高齢者を確保するためには、ひとつの事業所がある地域を独占的に担当することが必要となりますが、これは「利用者の選択」という介護保険の理念とのバランスが問題となります。

さらに、介護報酬上の評価がどの程度となるのかという点が、この事業が定着し、発展するかの大きなカギとなります。本年末に介護給付費分科会においてどのような結論が出されるのか、注目しなければなりません。

現在、2012（平成24）年度の介護報酬改定に向けての検討が進められています。国の財政状況が極めて厳しい中で、前回に引き続き介護報酬のプラス改定が実現するのか、あるいは2011年度末で終了する介護職員処遇改善交付金の取扱いはどうなるのか等、介護報酬改定は当面最も大きな関心事です。

介護保険制度の持続可能性という点では、今回の改正は、第1号保険料の上昇を抑制するという当面の課題はクリアしたものの、第1節で述べたとおり、給付と負担のバランスを図る観点からの利用者負担の見直しは、すべて見送られることとなりました。保険財政安定化基金の取り崩しによる保険料負担上昇の緩和という措置のみが実施されることとなりました。しかし、この措置は1回限りのものです。

高齢化の進行に伴う高齢者人口の増大、要介護高齢者の増大、介護サービス利用の一般化等により、これからも介護保険給付費は増大が予想されています。これを支えていくためには、国・地方自治体の公費負担の増加か、保険料負担の上昇か、利用者負担増か、あるいは保険給付の削減か、対応の方法は限られています。

今回の利用者負担増の見送りは、保険財政問題への対応を先延ばしただけですから、第6期（平成27年度～29年度）介護保険事業計画策定等の3年後の見直しの際

には、現在よりも厳しい財政状況の中で、給付と負担のバランスについて議論し、何らかの対応を考えなければならなくなるでしょう。

菅内閣において決定した「社会保障と税の一体改革」の中で、2010年代半ばに消費税を10%程度まで引き上げることによって、年金、医療、介護、少子化対策等の社会保障に対する財源確保を図ることとされました。本年9月に発足した野田内閣もこの方針を引き継いでいますが、与党内でも消費税引上げには慎重論があり、国民の反対も根強い現状で、消費税引上げを実現できるのかどうか予断を許さない状況です。最終的には、次の衆院選を経なければ、消費税引上げは決定できないと言われて

います。

そうすると、消費税の動向とは関係なく、介護保険制度の中で、保険財政のあり方を見直すことが重要となります。ここで大事な視点は、前述したとおり、地域包括ケアシステムの構築にあたっては、介護保険のみの対応ではなく、他の福祉制度や医療制度の活用、医療関係者やボランティア団体の活動など、さまざまな要素の組み合わせが必要であるということです。これまでは、何でも介護保険のみで対応するという考え方や制度運用の傾向が強かったともいえます。そのため、本来は高齢者福祉行政において対応すべきものが、介護保険制度に導入され、介護保険財政で賄われてきました。

たとえば、地域包括支援センターは、介護予防マネジメントなど介護保険事業を実施していますが、一方で、高齢者虐待の防止や高齢者の権利擁護など、高齢者福祉分野の業務も担っています。障害者施策や低所得者対策とも関連しています。あるいは今回の検討の際でも論じられましたが、介護保険施設入所の低所得者に対する補足給付の制度は、本来は高齢者福祉分野で対応すべき仕組みです。その方が介護保険で運用するよりも、所得把握など制度の運用が適切に実施できる可能性が高くなります。

このように、介護保険が抱えている高齢者福祉分野的な事業を介護保険から切り離し、本来の高齢者福祉行政において対応することによって、介護保険財政がカバーする範囲を介護保険の守備範囲に純化し、介護保険財政の負担を軽減していくことが、財政安定化のために必要になってきているといえます。

高齢者の住まいについては、高齢者住まい法に基づく「サービス付高齢者向け住宅」がどのような伸びを示すのか注目されます。従来の介護保険施設に加えて、特定施設等の居住系の施設、そして「サービス付高齢者向け住宅」と、高齢者の居住施設が多様化していますが、このことが介護保険の居宅サービスや施設サービスにどのような変化をもたらすこととなるのか、今後の動向を見守る必要があります。