

2012年の介護保険制度改正に向けての論点

吉 田 初 恵*

Issues for the 2012 revision of the long-term-care insurance system

Hatsue Yoshida

要約：介護保険制度が2000年に創設されてから、2回目の改正が2012年行われる。本稿では、まず、改正に至る介護保険制度を取り巻く状況として、第1号被保険者数、介護費用・保険料の動向などを数字で示した上で、今後、それらがどのように変化するのかを想定し、現状と課題を述べる。次に1回目の2005年の改正内容からどのように2012年の改正に繋がるのか知見を示す。最後に「地域包括ケアシステム」の構築を中核とした2012年の介護保険制度改正の論点を述べる。

Summary： At first time the long-term-care insurance system in Japan was established in 2000. But the second amendment act will be practiced in 2012. In this paper, first, I will review how the circumstances are surrounding the long-term-care insurance system leading to this amendment act. To review the circumstances, trends of the number of the first insured, the cost of care and insurance fee are investigated. And then, I will describe the current situation and challenges. Second, I will show how the first amendment in 2005 has lead to the second amendment in 2012. Third, what to be expected by the 2012 act and what to be changed in the future will be suggested. Last, I will present the issues of the amendment act, especially, “comprehensive community care system” as a core concept.

Key words： 2012年介護保険改正 The 2012 revision of the long-term-care insurance system 地域包括ケアシステム Regional Comprehensive Care System ペイ・アズ・ユージーの原則 Pay as you go principles

I. はじめに

高齢社会のセーフティーネットを構築すべく、介護の社会化を謳い2000年に介護保険制度が創設され、早くも10年が過ぎた。2012年の改正は2005の改正を経て2度目の改正になる。今回の改正は、団塊の世代が75歳以上になる2025年を見据えて、介護の地域化とも言える「地域包括ケアシステム」の確立と持続可能な介護保険制度の構築を標榜している。

創設当初、介護保険制度が標榜していた介護の社会化とは、主に専門スタッフによって介護を担っていくことで、家族介護から介護の社会化を目指すことであった。少し抽象的であった社会化から、今回の改正では少し具体性を持って、介護予防を含めて軽度から中重度の要介護度になっても、地域で高齢者を支えるシステムを構築することを目的としている。

2012年の改正の趣旨を一言でいうと、「高齢になって介護が必要になっても、住み慣れた地

*関西福祉科学大学 社会福祉学部 准教授

域でニーズに合ったサービスが、24 時間切れ目なく利用できるように、保険者が主体的に高齢者の住まいの整備と認知症対策を推進し、より一層の介護サービスの充実のために、介護人材の確保とサービスの質の向上を図る。そのため介護費用は必要だが保険料の上昇は、できるだけ緩和していこう」ということである。

これだけを見ても、介護保険制度を見直すためには、財源調達が問題であることは論を待たない。しかし、今回の制度設計に際して「ペイ・アズ・ユーゴーの原則」が 2010 年 6 月に閣議決定されている。「ペイ・アズ・ユーゴー原則」とは、歳出増又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「負担と給付」の関係を明確にして、サービスの拡充や新しいサービスを創る時は、その財源（負担）を持って来なければ、サービスの拡充を認めないという原則である。新しいサービスを創設するときは、保険料を上げるか、消費税を上げるか、利用者負担を上げるなどして、財源を確保しなければならないということである。

このような状況を踏まえると、地域包括ケアシステムの確立など介護保険制度の充実や介護職員の処遇改善に取り組む一方で、現在の保険給付の内容について、必要性、優先性や自立支援の観点から見直しを行い、限られた財源の中で効率的かつ重点的にサービスを提供する仕組みとしていくことが必要とされる。そうすることにより初めて、介護保険制度を将来にわたって持続可能で安定的なものとするのが可能となる。

介護予防の導入で給付抑制を目指した 2005 年以来、2012 年の改正は在宅生活を続けるための新サービスの導入や、制度維持のための財源確保が柱となる。財源の手当てが不透明な中、高齢期の安心がどこまで確保されるのか、多くの課題が残る。

本稿は、このような改正案に至った介護保険制度の現状と課題、2005 年の改正が今回の改

正にどのような影響を与えているのかを述べ、改正ポイントについて概説した上で、今後の課題と論点を述べる。最後に、この度の東日本大震災における要介護・要支援者の現状と厚生労働省の対応策について追補した。

まず、介護保険制度の実施状況や高齢者の現状を見ていきたい。

II. 介護保険制度の現状と課題

平成 22 年 5 月 31 日開催された社会保障審議会介護保険部会（第 25 回）の資料から今回の介護保険制度の改正に至る現状を数値で把握しておく。

1. 介護保険制度の実施状況

①65 歳以上の第 1 号被保険者数の推移

第 1 号被保険者は、2000 年の 2,165 万人から 2009 年には 2,838 万人に増加しており、9 年で 1.3 倍になった。

②要介護（要支援）認定者数の推移

要介護認定者数は、2000 年の 218 万人から 2009 年には 469 万人に増加しており、9 年で 2.15 倍になった。

③要介護度別認定者数の推移

要介護度別に見ると要支援 1～要介護 1 までの軽度者が 2000 年の 84.2 万人から 2009 年の 202.5 万人に増加しており、9 年で 2.4 倍になったのに対して、要介護 4 と 5 の重度者は、2000 年 62.9 万人から 110.5 万人に増加しており、9 年で 1.7 倍になったことから、軽度者数が大幅に伸びたことがわかった。

④高齢者人口と要介護認定率

2009 年における、高齢者人口に対する要介護認定率をみると、65～69 歳の人口に対して要介護認定率は 2.6%、同様に、70～74 歳では 6.3%、75～79 歳では 13.7%、80～84 歳では 26.9%、85～89 歳では 45.9%、90 歳以上では 68%と 80 歳以上から認定率が急昇する。85 歳以上になると約 2 人に 1 人が要介護認定を受けていることになる。

⑤介護費用・保険料の動向

介護保険の総費用は、年々増加しており、2000年度に3.6兆円であったが、2010年度7.9兆円と2倍以上になった。

第1号被保険者が支払う保険料〔全国平均（月額・加重平均）〕は、第1期（2000～2002）2,911円、第2期（2003～2005）3,293円（+13%）、第3期（2006～2008）4,090円（+24%）、第4期（2009～2011）4,160円（+1.7%）と保険料負担が年々増加している。

⑥介護サービス供給量の推移

訪問介護事業所が2000年の9,833事業所から、2008年には、2倍の20,885事業所に、介護老人福祉施設が2000年の4,463施設から、2008年には、1.3倍の6,015施設に増加するなど介護サービスの基盤の整備が進んでいるが、特別養護老人ホームの入居待機者が42万人を超えており、やむなく無届けホームに入居する高齢者がいるのが実態である。

2. 介護保険を取り巻く状況

首都圏をはじめとする都市部において、急速に高齢化が進んでいく。例えば、2005年から2015年時点での65歳以上高齢者人口の変化をみると、埼玉県では116万人から179万人と約1.5倍になり、神奈川県では149万人から218万人と約1.4倍になるが、山形県では31万人から34万人と約1.1倍、鹿児島県では44万人から48人と約1.2倍になり、地方では高齢化はそれ程、伸展しない¹⁾。

また、75歳以上高齢者が全人口に占める割合が増加していき、2025年には約5人に1人、2055年には、4人に1人を超える見込みである。

世帯主が65歳以上の世帯のうち、単身・夫婦のみの世帯が増加し、65歳以上の認知症高齢者も増加すると予測される。「無縁社会」が象徴するように地域社会・家族関係が大きく変容している。介護保険制度の導入により、介護の負担は確実に軽減されてきて

いるが、特に、医療ニーズの高い者や重度の要介護者を地域で介護しようとする場合、専門的なケアや夜間を含めた頻回のケアなどが必要となることから、単身・高齢者のみ世帯では自宅での生活をあきらめざるを得ない、あるいは介護する家族の負担が重くなっている状況がみられる。

現在、在宅生活を望む多くの要介護高齢者及びその家族が、施設への入所を選択せざるを得ないというケースの背景には、このような重度の要介護者を地域で適切に支えられないという事情があると考えられる。

高齢者本人及びその家族にとって、何かあった時に対応してくれる人がいないことへの不安は大きい。さらに介護者自身が高齢である「老老介護」、介護者も認知症を患っている「認認介護」や高齢者が一人で亡くなる「孤独死」等の問題も生じており、単身・高齢者のみの世帯に対する地域の支援の必要性が高まっている。

このような現状を受け、市町村（保険者）には、当該地域の特性にあった見守り・配食等の生活支援サービスを提供したり、認知症の人や虐待を受けている人への体制の整備や、様々な主体により提供される介護保険制度外のサービスを含めた包括的な地域づくりが求められている²⁾。

また、高齢者の住まいについては、介護や医療が必要になった時や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に配慮された住宅の整備が喫緊の課題となっている³⁾。

このような現状と課題を踏まえ、第5期介護保険事業計画に向けた介護保険制度の改正の趣旨は、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるようにすることで、そのために、医療、介護、予防、住まい、生活支援などのサービスが24時間切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」を推進していくこととされている⁴⁾。

このような状況を想定すると、2025年度の

介護費用は現状維持で 19 兆円、在宅サービスを充実させると 23 兆円にも上ると試算されている。

さらに団塊世代の高齢化で要介護者の急増が見込まれる中、今のままでは制度を維持できないとの危機感がある。

Ⅲ. 2005 年の介護保険制度改革を振り返る

ここで、前回の 2005 年の介護保険制度改革を振り返り、介護保険制度がどのように見直され、今回の改正に繋がっていくのかを見ていきたい。以下に 2005 年介護保険制度改革の基本的な視点と主な内容を示した。

前回の改正は軽度者への給付内容を大幅に改正した新予防給付の創設が注目すべき内容であったが、今回の改正は、在宅の中重度者に対する給付内容が改正の中核になっている。

1. 2005 年介護保険制度改革の基本的な視点と主な内容

①軽度者が大幅に増加したことや軽度者に対するサービスが要介護状態の改善につながっていないことから新予防給付と地域支援事業を創設し、予防重視型システムに転換した。

②在宅では当然ながら、光熱費や食費を負担しているの、施設においても光熱費や食費を負担し、利用者負担の公平性を保つため、低所得者に対する配慮（補足給付）を考慮した上で、施設給付の居住費用・食費を見直した。

③独居高齢者や認知症高齢者が増加している現状から、在宅支援や医療と介護との連携を強化するべく、地域密着型サービス・地域包括支援センターを創設し、さらに居住系サービスの充実を図る新たなサービス体系を確立した。

他には④サービスの質の確保・向上⑤負担の在り方・制度運営の見直し、2005 年の介護保険制度改革の基本的な視点と主な内容である⁵⁾。

改正の中核である新予防給付は、要支援・要介護 1 の軽度者に、介護が必要になってから介

護給付をするのではなく、介護予防・自立支援を目的として創設された。自立しているが虚弱な高齢者にも、介護予防に資する地域支援事業を創設した。

一方で新予防給付の創設は制度持続のための財政的な理由があった。介護保険制度創設より 5 年間で要支援・要介護 1 の軽度者が大幅に増加し、介護費用が急速に押し上げられたことや、ケアマネジャーが売り上げ目的で、軽度者に必要以上の介護サービスを利用させたことによって、軽度者の身体的な機能が衰え、その結果、要介護度が重くなり介護費用が増加するのを抑制するため、新予防給付が創設された一面もあった。

前回の改正でのもう一つの重要な改正が新たなサービス体系の確立であった。地域密着型サービスと地域包括支援センターの創設である。独居高齢者や認知症高齢者の増加、在宅支援の強化、医療と介護との連携などこれらの課題を解決するために、保険者である市町村が地域の実情にあったサービスの充実を地域密着型サービスによって図り、地域包括支援センターを中心にサービスのコーディネートが図られるように「地域密着型サービス」と「地域包括支援センター」が創設された。

この地域密着型サービスが 2012 年の改正の中核である「地域包括ケアシステム」の基礎となっている。具体的には、2005 年に居住系サービスとして、在宅にいる場合も夜間を含め 24 時間安心して生活できる体制の整備が必要として、定期巡回と通報による随時対応を合わせた「夜間対応型訪問介護」と「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるように支援するサービスとして、「小規模多機能型居宅介護」が創設された。

次に、2011 年 4 月 5 日に国会に提出された介護保険等の一部を改正する法律案の概要を紹介する。

Ⅳ. 「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」 の概要と改正ポイント

2012年4月1日施行予定に向けてほぼ改正内容が決まり、2011年4月5日の国会に「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」が提出された。その内容を基に2012年の介護保険の改正案について取り上げる。

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ことが目的で、以下の6項目の改正が行われる予定である。

厚生労働省の「地域包括ケア研究会報告書」によれば、「地域包括ケアシステム」とは、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されている。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と説明されている。

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（2012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（2012年4月実施予定）を延期。
- 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

- ①有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。
 - ②社会医療法人による特別養護老人ホームの開設を可能とする。
- ※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き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市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
- ②市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

5 保険者による主体的な取組の推進

- 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】1⑤、2②については公布日施行。その他は2012年4月1日施行。

次に、2012 年介護保険改正の重要点を中心に見ていく。

今改正では、住み慣れた地域で要介護度が中重度になっても生活が続けられるように「地域包括ケアシステム」を確立することが最大のポイントである。

「地域包括ケアシステム」は、要支援・要介護者だけではなく高齢者すべてを対象にしているので、①介護予防、②介護給付以外の配食や見守りなどの生活支援サービス、③施設ではない住み慣れた地域にあるバリアフリーや様々なサービスが受けられる「住まい」、④中重度になって必要性が増す医療、もちろん⑤介護サービス、これらが住み慣れた地域でニーズに応じて利用できるようなシステムの確立を目指すものである。

中重度になる程、医療が必要になってくるため介護サービス中心に考えられていた介護保険給付であったが、より一層の医療サービスの必要性が認識された。

1. 地域包括ケアシステム

(1) 地域包括ケアシステムの構築と構成要素

介護保険法改正案の最大の狙いは、「地域包括ケアシステム」の実現にあり、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を営めるように、おおむね 30 分以内で移動できる日常生活圏域において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを一体的に提供するシステムを構築することである。

医療が必要でも、要介護度が重度になっても、地域で生活が継続できるためには、施設において提供されるサービスを地域において展開することが重要と考え、具体的に①施設を住まいとサービスのパッケージと解釈し、住まいの機能を持つ「高齢者向け住宅」の整備、②医療が必要な人が在宅での生活ができるような医療サービスの充実、③要介護が重度になっても 24 時間安心して暮らせるような 24 時間利用できる医療・介護サービスを整備することを「地域

包括ケアシステム」の構成要素とした。

(2) 地域包括ケアシステムの 5 つの視点による 取組み

地域包括ケアシステムを実現するためには、次の 5 つの視点での取り組みが包括的、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である⁶⁾。

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づける。

(3) 地域包括ケアシステムの実際

具体的なサービスとして、24 時間対応の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「複合型サービス」などの新たなサービスの創設や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が挙げられる。

また、地域包括ケアシステムを構築するための課題として「単身・重度の要介護者にも対応するサービスの整備」、「要支援・軽度の要介護

者へのサービス体制]、「地域支援事業」、「住まいの整備」、「施設サービス」、「認知症を有する人への対応」、「家族支援のあり方」、「地域包括支援センターの運営の円滑化」などがある。これらの課題に対応する具体的な法制度と方策を見ていく。

まず、単身・重度の要介護者にも対応するサービスの整備であるが、現在の訪問介護は、1日当たりの平均訪問回数が0.6回（要介護5でも1.1回）、訪問1回当たりのサービス提供時間は30分以上が7割を占めており、要介護度が高くなった場合、夜間・早朝の時間帯を含め、水分補給や排泄介助等の介護が複数回必要となる。

特に、医療ニーズが高い要介護者については、医療・看護サービスと介護サービスの連携不足などの問題から、緊急時の対応を含め、安心して在宅生活を送ることが困難な状況にある。看護と介護の一体的な提供が可能となることで、医療・看護ニーズの高い者や看取りといった対応も可能となる。

①24時間対応の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」・「複合型サービス」の創設

単身・重度の要介護者などができる限り在宅生活を継続することができるように、新たに24時間対応の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」及び「複合型サービス」が創設され、地域密着型サービスに追加された。

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とは、居宅要介護者について、定期的な巡回訪問または随時通報を受けて、その者の居宅で介護と看護を同一事業者で行うか、訪問看護を行う事業所と連携しつつ、介護を行うこととしている。

「複合型サービス」とは、基本的には居宅要介護者について、訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組合せを中心として、訪問・通所・短期入所の介護系と医療系サービス、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護又は小規模多機能型居宅介護を二種類以上組み合わせることにより

提供されるサービスとしている。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護では、中重度者へのサービスを充実する目的で在宅医療や訪問看護を併せて行い、夜間も含め1日に朝・昼・晩の3、4回、15分程度訪問し、介護を効率良く提供することになる。緊急時も30分程度で駆けつけるきめ細かな対応を行う。

②介護福祉士による喀痰吸引等の実施

今まで、特別養護老人ホームや居宅で、介護職員が行う、たんの吸引や経管栄養などをやむを得ずの必要な措置（実質的違法性阻却）として認めてきたが、今後、さらに医療ニーズが高い者が増加すると見込まれることや、より安全なケアを実施するため、社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正（第二条第二項関係）により、医師の指示の元、たんの吸引等を行うことが法的に認められた。

(4)「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」等の事業者指定

①市町村長は、厚生労働省令で定める居宅サービスの量が市町村介護保険事業計画で定める見込量に既に達している等の場合には、都道府県知事に対し、当該居宅サービスの指定について、市町村介護保険事業計画で定める「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」等の見込量の確保のため必要な協議を求めることができる。（介護保険法第七十条第七項関係）

②都道府県知事は市町村長との協議の結果に基づき、厚生労働省令で定める基準に従って、当該居宅サービスの指定をしないこととし、又は指定を行なうに当たって、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の事業の適正な運営を確保するために必要と認める条件を付することができるものとする。（介護保険法第七十条第八項関係）

居宅サービスが必要見込み量に達している場合は、区市町村が都道府県と協議をして、都道府県の指定に制限を加えることができるというもので、居宅サービス市場への事業者の自由参入を規制するものである。これにより、事実

上、自治体による居宅サービスの「総量規制」が可能になった。介護保険制度における「総量規制」とは、都道府県が策定する介護保険事業支援計画にもとづき、施設の指定を拒否するなどして地域内の総施設数を制限することを指し、これまでは施設サービスのみに「総量規制」があった。

(5) 定期巡回・随時対応訪問介護看護等に係る公募指定

①市町村長は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の見込量の確保及び質の向上のために特に必要があると認めるときは、対象となる期間、区域及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護等を定めて、指定地域密着型サービス事業者の指定を、公募により行なえる。(保険法第七十八条の十三関係)

②市町村長は、公募指定に当たっては、厚生労働省令で定める基準に従い、公正な方法で選考をし、地域密着型サービス事業者を決定する。(介護保険法第七十八条の十四関係)

③公募指定の有効期間は、6年を超えない範囲内で市町村長が定める期間とする。(介護保険法第七十八条十五関係)

介護保険制度創設時に、居宅サービスの量の確保と、さらには競争による質の向上を狙って、民間営利事業者等を自由に参入させ、居宅介護サービスを市場化した。

しかし、一旦は規制緩和された居宅介護サービス市場であったが、コムスン事件等で民間営利事業者のモラルハザードが問題になったこともあって、「公募による事業者指定」によって、市場競争による質の向上から規制による質の確保に制度の方針が転換した。

居宅サービスの事業者指定や公募制は、介護サービス市場の市場化の逆行であるが、地域包括ケアシステムを推進させるため、保険者機能を大幅に強化したことになる。

(6) 介護予防・日常生活支援総合事業

市町村の判断により、要支援者・介護予防事業対象者向けの介護予防・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が創設されることによって、市町村や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、新たな総合サービス(地域支援事業)を利用するのかを判断することができるようになる。利用者の状態像に合わせて、見守り・配食等を含めた、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。

2. 高齢者の住まいの整備等

(1) 在宅や高齢者専用住宅

「高齢者の住まい」の拡充は、住み慣れた地域で介護が必要になっても暮らせることが第一義的な目的であるが、一方では、未だに特養待機者が多く、施設整備に費用がかかるということもあり、施設入所の代替として、重度になっても在宅で暮らせるようにすることも目的の一つである。

日本は、欧米などに比較して高齢者専用住宅が少なく、国土交通省でも建設費の補助を始めている。生活支援が付いた高齢者専用賃貸住宅で医療や介護を制度上でどのように提供していくかだけでなく、実際の運営にあたって利用者に不利益がこうむらないように監督体制も必要である。

そこで、今回の介護保険の改正に併せて、高齢者の在宅生活を支えるために、バリアフリーの高齢者向け住宅を整備し、必要であれば虚弱・要介護高齢者等の住み替え(転居)を促し、住宅基盤を整備することために、「高齢者の居住の安定確保に関する法律の一部を改正する法律」が策定された。

改正の概要は、①国土交通大臣単独での策定から、国土交通大臣と厚生労働大臣が共同で策定する。②高齢者居住安定確保計画を策定し、高齢者生活支援施設と一体となった高齢者向け優良賃貸住宅の供給を促進する。③高齢者円滑入居賃貸住宅の制度を改善し、登録基準の設定、指導監督の強化を図るなどである。

(2) 施設など

①有料老人ホームでは、入居費用（月額利用料も含む）として家賃とサービス対価などを除く権利金などの受け取りが認められなくなるほか、入居者が入居後一定期間以内（90日）に解約した際、それまで過ごした日数分の経費を除いて前払い金を全額返還しなければなくなる。②介護療養病床の廃止期限が2011年度末から6年間延長されて2017年度末まで存続する。③社会医療法人による特別養護老人ホームの運営が認められる。社会医療法人とは、救急やへき地医療など一定の基準を満たして公益性が高いと認定された医療法人のことで、社会医療法人の中には既に関連の社会福祉法人を設立し、特別養護老人ホーム運営に乗り出しているケースもある。

以上、改正項目の中でも今回特に重要な項目を挙げて内容を概説した。

V. 2012 介護保険改正の論点と今後の課題

1. 介護保険財政問題

地域包括ケアシステムなど新たなサービスの創設には費用が必要となってくるが、今回の制度設計では、サービスの拡充や新しいサービスを創る時は、その財源（負担）を持って来なければ、サービスの拡充を認めないという「ペイ・アズ・ユーゴー原則」取り入れられた。新しいサービスを創設する時は、保険料を上げるか、消費税を上げるか、利用者負担を上げるなどして、財源を確保しなければならない。

介護保険財政は、介護費用の増大と共に非常に厳しい状態であり、制度持続可能性から、負担の増大は避けては通れない。新サービスの検討が進む一方、高齢化が進んでも制度を維持できるような財政面での改革も迫られている。

(1) 被保険者範囲の拡大による財源調達

まず、被保険者範囲の拡大が挙げられる。今まで被保険者範囲の拡大には消極的であったのだが、おりしも2011年5月4日付の日経新聞の一面に被保険者を40歳未満に拡大する方針

を検討すると載っていた。目的は保険料負担する人の裾野を広げ財政基盤を強化するためである。しかし、①保険料を負担することになる40歳未満の若年者の納得を得ることが難しく、国民健康保険料に上乘せして徴収する現行の方式では保険料の滞納や未納が増えるおそれがある。②若年者が要介護状態になる確率は低く、しかもその理由が出生時からであることも多いことから、こうした分野の取組は、税を財源とする福祉政策において行われるべき。③重度障害者について保険料拠出を求めることが現実的でないなど給付と負担が連動する社会保険料方式には馴染まないという課題がある。

被保険者範囲の拡大を容認するものとして、①介護ニーズは高齢者特有のものではなく、年齢や要介護となった理由に関係なく生じうるものであるから、年齢で制度を区分する合理性は見出し難い。②40歳から64歳までの者が理由を問わず保険給付を受けることが可能となる。③財政的な安定性を向上させる効果があることから、制度の持続性が高まる。④高齢者ケア、障害者ケアの両者におけるサービスには共通する部分があり、年齢や障害種別を超えたサービスを提供できるようにするべき。⑤障害者に対する介護サービスのうち、高齢者に対する介護サービスとの共通部分については、地域におけるサービス利用環境が改善され、サービスの均一化・平準化が進むなどがある⁶⁾。

(2) その他の財源調達案について

実際、2012年以降の第5期介護保険財政の第1号被保険者の保険料は、現行の全国平均の4,160円よりは確実に上昇し、5,200円程度になることが試算されている。政府はなんとか5,000円を超えないように施策を検討している。

その中で、公費負担割合を現行の5割から6割に引き上げることも考えられるが、公費負担割合を6割にするには、現在でも7000億円程度の財源が新たに必要になる。それよりも社会保険方式の根幹に関わることから公費割合の引き上げは難しい。

その他の財源調達案として、①軽度者の利用者負担割合（現行 1 割）を引き上げることで、介護の必要性が最も低い要支援者（約 129 万人）などに現在より多い自己負担を求め財源確保につなげ、保険給付を介護の大変な重度の要介護者に重点化する狙いもある。②第 2 号被保険者の保険料負担の見直しが考えられる。第 2 号被保険者の保険料を加入者の給与水準に応じて支払う「総報酬割」という算定方法に改め、所得の高い人により多くの負担を求め財源確保につなげる。③年金収入 320 万円以上など、一定の所得がある高齢者がサービスを利用した時に、現行 1 割の自己負担割合を 2 割に引き上げる高所得者の利用者負担の引き上げも考えられる。④ケアプラン作成時の自己負担導入等々が考えられるが、ケアプラン（介護計画）作成の有料化や高所得者の自己負担割合の引き上げは、見送られることになった。

当面、財政安定化基金の取り崩しにより介護保険料の軽減することで対応することは決定されたが、基金による軽減効果は今回限りで恒久的な財源でないため、新たな財源の確保に迫られる。

2. 今後の課題

限界集落や都市部など地域といっても、地域差が非常に大きく、地域の社会資源にも格差がある中で、どのようにすれば、地域包括ケアシステムが機能するのであろうか。地域によって、医療・介護などの社会資源に格差がある中で、地域包括ケアシステムが構築され、うまく機能することへ懐疑的にならざるを得ない。地

域包括ケアシステムは、介護サービスが医療サービスと連携をしつつサービスを提供することを謳っているが、介護報酬と診療報酬の兼ね合いがある中で、2012 年の診療報酬・介護報酬の同時改定の内容次第で、どのように連携が構築されるか注目していきたい。

最後に、介護人材の確保も大きな論点である。介護職員の賃金水準は全産業と比べて低く、離職率が高い傾向にある。一方、介護ニーズは今後も高まり、約 124 万人（07 年）いる介護職員は、15 年後には 212 万～255 万人が必要と推計されている。

「財政」と「人材確保」という介護を支える基盤がしっかりしていなければ、「地域包括ケアシステム」という新たなサービスの実現も画餅になりかねない。

注

- 1) 「介護保険制度の現状について」社会保障審議会 介護保険部会（第 25 回）2010 年 5 月 31 日の資料 1 を参考に筆者がまとめたもの
- 2) 社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」2010 年 11 月 30 日
- 3) 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要綱 2011 年 4 月 5 日
- 4) 前掲、社会保障審議会 介護保険部会（第 25 回）
- 5) 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の概要 社保審 介護給付費分科会 2011 年 4 月 13 日
- 6) 「介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する中間報告」2007 年 5 月 21 日