

介護保険制度の12年・その主要な改革と変容（下）

石橋敏郎

今任啓治

- I はじめに
- II 介護保険制度における普遍主義の再検討（以上、第19巻第1号） 今任啓治
- III 介護保険法2011（平成23）年改正と報酬体系の改定（以上、本号） 石橋敏郎
- IV おわりに

II 介護保険法2011（平成23）年改正と報酬体系の改定

1 介護保険法2011（平成23）年改正

介護保険法2011（平成23）年改正の基礎となったのは、社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（2010（平成22）年11月30日）である。同意見書には次のような事項が提案されていた。まず同意見書は、介護保険部会は、介護保険制度の一部を改正する法律（2005（平成17）年法77号）附則第2条の規定⁽¹⁶⁾等を踏まえ、介護保険制度全般にわたって検討を行なうため、2010（平成22）年5月以来13回にわたって審議を行なったという文章で始まっている。附則第2条は、政府は2009（平成21）年度を目標として、被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲についても検討することという文言になっていたが、この問題も含めて、介護保険財源の確保、被保険者年齢の引き下げ、公費負担の導入、利用者負担の引き上げ、第2号保険料についての総報酬制の導入など財政関係につながる改革についてはほとんどが賛否両論併記の形をとっており、解決があと送りされた結果となっている。そのため、2011（平成21）年改正は、財政問題にはほとんどふれることなく、法律の名称を見ても分かるように、介護サービスの基盤強化をはかるための法律、その中でも、特に医療・介護・生活支援サービスを連携させて、重度の高齢者であっても在宅での生活が可能になるようにするための、包括的な在宅介護支援システムを整備・拡充することをめざした法改正となっている。

以下、上記介護保険部会の報告書のうち、「介護保険制度の見直しについて」という部分を中心にその主たる内容を簡単に紹介しておこう。

(1) 要介護高齢者を地域全体で支えるための地域包括ケアシステムの構築

具体的には、①単身・重度の要介護者等にも在宅での生活が可能になるように、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスを創設する、小規模多機能型居宅介護と訪問介護を組み合わせた複合型のサービスを導入する、介護福祉士等によるたんの吸引・経管栄養などの医療的ケアの実施を可能にする、②要支援者・軽度の要介護者に対する給付の効率化と効果の向上を図る。これについては、要支援1といった軽度者に対する給付の廃止や軽度者の利用者負担増（1割から2割へ）をはかるべきであるとの提案があったが、それに反対する意見との両論併記となった、③保険者の判断により地域支援事業に介護予防・生活支援サービス（例えば、配食サービス）を導入するなどサービスの総合化を図ること、④高齢者に快適な住まいを確保することと介護・生活支援サービスとの連携を図ること、⑤特別養護老人ホームを平成21年度から23年度の3年間で16万床を目標に整備すること、社会医療法人にも特養の設置を認めるようにすること、介護療養病床の廃止を一定期間に限って猶予すること、⑥認知症を有する人に対するケアモデルの構築と継続的・包括的な実施を図ること、⑦家族介護を支援すること、⑧地域包括支援センターの運営の円滑化を促進すること。

(2) サービスの質の確保・向上

①ケアマネジメントについて、ケアマネジャーの質の向上、現在10割保険負担となっているケアプラン作成費用を改め、作成に利用者負担を導入する（賛否両論併記）、②要介護度認定そのものの廃止（賛否両論併記）、③情報公表制度については、事業者の負担軽減のため、調査が必要な時だけの実施にし、また、費用負担の軽減を図ること。

(3) 介護人材の確保と資質の向上

①公費による介護職員処遇改善交付金制度を廃止し、介護報酬改定での対応に変えること（賛否両論併記）、社会福祉事業所における労働基準法違反（77.5%）に対して、介護保険法上の指定拒否や指定取消を検討すること、たんの吸引等を介護福祉士等が実施できるように法整備を行うこと。

(4) 給付と負担のバランス

①平成24年度には全国平均で5000円を超えると予想される介護保険料の伸びを抑えること、閣議決定「財政運営戦略」（2010（平成22）年6月22日）のペイアズユージー原則（新たな施策の導入には原則として恒久的な財源を確保するという考え方）に沿った財源の確保（賛否両論併記）、40歳から64歳が負担する第2号保険料について、現在は医療保険の加入者数に応じて負担金が決められている（人头割、介護保険法152条）のを改め、被保険者間の負担の公平性を図る観点から総報酬制を導入すること（賛否両論併記）、保険料の上昇を抑えるための公費の導入（賛否両論併記）、一定以上の高額所得者に対して利用者負担を現在の1割から2割へと引き上げること（賛否両論併記）、被保険者年齢を20歳程度まで引き下げること（賛否両論併記）。

(5) 保険者の役割強化

精緻な介護保険事業計画の策定、認知症対策を計画に盛り込む必要性、および、地域密着型サ

サービスについては、これまでの申請に基づく指定に代えて、市町村が公募を通じた選考により事業者の指定を行えるようにすること、都道府県は、市町村の介護保険事業計画の策定・達成に支障があると判断した場合には、指定を拒否できる仕組みを導入すること、総量規制の維持、地域密着型サービスは、これまで利用者が当該市町村に居住することが利用条件となっているのを改めて、近隣の市町村住民も利用できるようにすること、地域密着型サービスの介護報酬については市町村独自の設定を可能とすること。

(6) 高齢者・低所得者の負担への配慮

低所得者に対する食費・居住費の補助(補足給付)は全額公費の福祉的制度とするべきであるという意見、生活保護受給者のユニット型個室への入所を可能にすること、低所得者のグループホームの利用補助の創設、保険料を抑えるための財政安定化基金の取り崩し(賛否両論併記)。

この意見書を受けて、2011(平成23)年、「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」(平成23年6月15日成立、平成24年4月1日施行、法77号)が制定された。改正の趣旨については、「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自立した日常生活を営むことができるよう、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の新たなサービス類型の創設、保険料率の増加の抑制のため財政安定化基金の取崩し、介護福祉士等による喀痰吸引等の実施等の措置を講ずること」となっている。厚労省資料、および厚労省老健局介護保険計画課から都道府県介護保険担当課宛の通知をもとに抜粋すると、改正法にはおよそ以下のような内容が盛り込まれている。

(1) 医療と介護の連携の強化等

①地域包括ケアシステムの推進 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、住まいの確保、生活支援サービス(給食サービスとか移動サービス)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。

②単身・重度の要介護者等の在宅生活に対応できるよう、24時間対応の定期巡回、随時対応サービスや複合型サービスを創設する。

[24時間対応の定期巡回] 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による訪問を行う。

[24時間対応の随時対応サービス] 利用者からの通報により、電話による対応・訪問などの随時対応を行う(ITC機器やITC情報通信技術(Information and Communication Technology))を活用する。両者は、地域密着型サービスとして位置づけ、市町村(保険者)が主体となって、圏域ごとにサービスを整備できるようにする。

[複合型サービスの創設] 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。そこで小規模多機能居宅介護と訪問介護など、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提供する複合型サービスを新たに創設する。複合型事業所は地域密着型サービスとして位置付ける。

③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。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を創設する。利用者の状態像や意向に応じて、介護予防、生活支援（配食・見守り、移動支援等）、権利擁護、社会参加も含めて、市町村が主体となって総合的で多様なサービスを提供できるようにする。利用者像としては、要支援と非該当を行き来するようなハイリスク高齢者に対して、総合的で切れ目のないサービスを提供すること、虚弱・ひきこもりなど現状では介護保険利用に結びつかない高齢者に対し、円滑にサービスを導入してそれ以上状態が悪化しないように配慮すること、自立や社会参加意欲の高い者に対しては社会参加や活動の場を提供して、健康づくりと生きがいづくりとを一層促進できるようにすること。

介護保険事業者、NPO、ボランティア、民生委員など多様なマンパワーを活用すること、公民館、自治会館、保健センターなどの地域の多様な社会資源を活用すること、ボランティアポイント制など地域の創意工夫を活かした取り組みを推進すること、配食・見守りなどの介護保険以外のサービス（生活支援サービス）を推進すること。

④介護療養病床の廃止期限（2012（平成24）年3月末）を猶予する。これまでの政策方針を維持しつつ、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。平成24年度以降、介護療養病床の新設は認めないこととする。なお、引き続き、介護療養病床から老人保健施設等への転換を円滑に進めるために必要な追加的支援策を講じること。

（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にすること。介護福祉士及び一定の追加的な研修を修了した介護職員等が、たんの吸引等の実施が可能となるように社会福祉士及び介護福祉士法を改正する。実施可能な行為は、たんの吸引その他介護保険利用者が日常生活を営むのに必要な行為であって、これらは医師の指示のもとにおこなわれるものとする。

②介護福祉士の資格取得方法についての見直し（2012（平成24）年4月実施予定）を延期する。2007（平成19）年の法改正により、介護福祉士の資格取得については、実務経験者は3年以上の実務経験に加えて、実務者研修（6ヶ月）を義務付ける、養成施設卒業者には国家試験を義務付けることとして、これは2012（平成24）年度から実施の予定であった。しかし、介護福祉士によるたんの吸引等の円滑な施行に向けて、一定の準備期間が必要であるので、施行を3年間延期し、2015（平成27）年度から実施とすることにした。

③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する。事業者の負担を軽減するという観点から、1年に1回の調査の義務付けを廃止し、都道府県が必要であると認める場合にのみ調査を行えるように変更する。情報公開を事業者の手数料によらずに運営できる仕組みへと変更する。

（3）高齢者の住まいの整備等

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する（高齢者住まい法の改正）。日常生活や介護に不安を抱いている「高齢単身・夫婦のみ世帯」が特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能にするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」（高齢者住まい法）に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。

(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する。

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こと。

(5) 保険者による主体的な取組の推進

①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こと。市町村の判断により、公募を通じた選考によって、定期巡回・随時対応サービ等(地域密着型在宅サービス)についての事業者指定を行えるようにする。

②保険者による主体的な取り組みの推進。地域密着型サービス、地域密着型介護予防サービスについて市町村独自の報酬設定権が拡大された。現行では、全国一律の介護報酬額を上回る額を設定するためには、厚生労働大臣の認可が必要であり、その額も厚生労働大臣が定めることになっていたが(ただし小規模多機能居宅介護等に限る)、これを改め、地域密着型サービス等の介護報酬については、厚生労働大臣の認可によらず、市町村独自の判断で、全国一律の介護報酬額を上回る報酬額を設定することが可能になった。

(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すること。

上記2011(平成23)年改正法のすべてにわたって検討することはできないので、ここでは、重要と思われる幾つかの改革点について、論点整理をしておきたいと思う。

① 国・地方公共団体の基盤整備責任

まず、介護サービスを提供するための人的・物的条件の確保、すなわち介護サービス基盤整備に関する国および地方公共団体の責任について、現行法ではどのような制度になっているのかということを押さえておこう。介護保険法5条は、「国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。」と規定している。これを受けて、116条1項は、「厚生労働大臣は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針を定めるものとする。」とされ、2項で「基本指針においては・・・介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施に関する基本的な事項」を定めるものとされている。市町村は、この基本指針に即して、3年を1期とする介護保険事業計画を策定するものとされ、この計画には、介護保険サービスと地域支援事業についての各年度におけるサービス利用の見込み量と、その見込み量を確保するための方策を定めることが義務づけられていた⁽¹⁷⁾。しかし、「地域主権戦略大綱」(閣議決定)(2010(平成22)年6月22日)、および地域主権一括法(「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」)(2011(平成23)年4月28日)により、市町村の自主性を高め、市町村による判断の自由度を拡大させるという目的のもとに、「サービス利用見込み量の確保のための方策」の記載は、従来の義務づけ規定の117条2項から、「次に掲げる事項について定めるよう努めるものとする」という市町村の努力義務規定たる3項へと変更された(117条3項)。介護保険制度の地方分権化を一層推し進めるための方策のひとつとして、サービス利用量確保のための方策は義務的記載事項とはせず、市町村の財政事情等を考慮して、拘束力の弱い努力義務規定としたのであろうが、結果

的には、市町村の自主性の拡大と引き代えに、市町村の介護保険基盤整備責任は一步後退したもののようになってしまっている。また、都道府県が策定する介護保険事業支援計画においても、介護支援専門員その他介護保険サービスに従事する者の確保又は資質の向上に資する事業に関する事項の記載は、これまた、努力義務記載事項に変えられている（118条3項）。人的・物的資源の整備は介護保険サービス提供の前提条件となるものであり、それなくしては十分な介護サービスの提供ができないのであるから、その前提条件の確保のための方策が都道府県や市町村の努力義務記載規定へと変更されたことには問題があろう。

地方分権化の推進の結果として、市町村の基盤整備責任が希薄化された例は他にもある。旧老人福祉法20条の8は、市町村に老人福祉計画の策定を義務づけた規定であるが、そこには、「市町村は、地方自治法第2条第4項の基本構想に即して、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業の供給体制の確保に関する計画を定めるものとする。」となっていた。それが、2011（平成23）年5月2日制定の「地方自治法の一部を改正する法律」（法35号）によって、地方公共団体の組織および運営について、その自由度を拡大するという「地方分権改革推進計画」（2009（平成21）年12月15日閣議決定）の趣旨に沿って、市町村に基本構想の策定を義務づけていた地方自治法2条4項そのものが削除されることになった。これを受けて、老人福祉法20条の8から「地方自治法第2条第4項の基本構想に則して」という文言が削除され、同時に、老人福祉事業の量の確保のための方策も義務規定から努力義務規定へと変更された（老人福祉法20条の8第3項）。従来は、市町村老人福祉計画については、法文上、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業の実施に必要な供給体制の確保のための基盤整備計画であることが明記されており、しかも、「地方自治法2条4項の基本構想に則して」定められることになっていたので、基本構想の策定が市町村の義務である以上、市町村は、老人福祉計画におけるサービス供給体制の整備についても義務を負っているという解釈が成り立っていた。しかし、現行老人福祉法ではもはやこの解釈は成り立たない。

もっとも、改正前のように、市町村介護保険事業計画における「サービス利用見込み量の確保のための方策」を義務的記載事項と規定していたとしても、そこから直ちに市町村の基盤整備責任が導かれるとは考えられていない。市町村介護保険事業計画は、あくまでも「基本指針に即して…保険給付の円滑な実施に関する計画」（117条1項）であり、その内容も、「サービスの種類ごとの量の見込み」（117条2項）を基本項目とした「サービス供給量予測計画」である。これは、介護保険制度が、医療の療養給付（現物給付）とは違って、介護の費用を要介護者本人に支給するという金銭給付の形式をとっていることとも関係しているものと思われる。健康保険法・国民健康保険法の与える療養の給付は、原則として現物給付とされている。現物給付の場合には、医療という給付そのものを現物で提供するわけであるから、サービス提供を可能にするためには、人材の確保と施設の整備は当然の前提となってくる。これに対して、介護保険法では、「市町村は…介護サービス費を支給する」（41条1項他）という規定からも分かるように、市町村は利用者の支払った介護費用の支払分をあとで償還する義務を負っているに過ぎない。ただし、利用者が、指定事業者や介護保険施設のサービスを利用した場合は、事業者や施設が利用者本人に代わって市町村からその利用金額の9割を受領する（民法上の代理受領）仕組みになっているので、事実上、現物給付とおなじような形式をとっているように見えるだけである。したがって、

理論的には、介護保険法上の市町村の介護費用支払い義務規定をもって、市町村にサービス提供のための基盤整備責任まで問うことは難しい。このため、介護保険法では、別の条項でもって、介護保険事業計画の策定とそのサービス量提供を可能にするための方策を盛り込むことを市町村に義務付けて、市町村の基盤整備責任を遂行しようとしたものと思われる⁽¹⁸⁾。今回、その基盤整備責任の根拠のひとつともいうべき「サービス利用見込み量の確保のための方策」が市町村の努力義務記載規定とされたことは、法律の上では、市町村の介護保険サービス基盤整備責任は一層あいまいなものになってしまったという印象はどうしてもぬぐえないであろう⁽¹⁹⁾。

②介護保険サービス基準の条例化

介護保険法は、高齢者に対するサービスをこれまでの措置制度から契約制度へと移行させると同時に、サービスの普及と多様な事業所からのサービス提供を可能にするために民間事業者の参入を認めてきた。また、介護保険は地方分権の試金石といわれているように、社会保障の分野では地方分権化が最も進んでいる分野とされ、特に市町村への権限移譲が顕著であるという評価を受けている。その代表的なものは、2005（平成17）年改正法で導入された地域密着型サービスの創設であろう。これにより、夜間対応型訪問介護、小規模多機能居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設（定員29人以下）などの事業は、保険者である市町村が独自に指定、指導・監督できるようになった。これにより、市町村には、市町村独自の判断で、地域の実情や特性に応じた事業所や施設の整備ができる道が開けた。しかしながら、現実には、小規模多機能居宅介護のように大きく増加した事業もあるが、その他については、市町村が策定した計画の数値目標に届かない事業もあり、事業ごとの整備格差がみられている報告がなされている（事業種格差）。また市町村ごとの整備格差も報告されている（市町村格差）。介護報酬が低い、採算性がとれないということで事業者が参入を躊躇した結果だといわれている⁽²⁰⁾。

また、地域密着型地域密着型サービスについては、最近、別な問題も浮上してきた。地域密着型地域密着型サービスのうち、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉生活介護については、法文上、市町村長は、市町村介護保険事業計画の達成に支障が生じるおそれがあると認めるときは、事業者への指定をしないことができるようになっている（78条の2第5項4号）⁽²¹⁾。しかしこれ以外の小規模多機能居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護等については、このような明文の定めがないので、これらの事業の指定申請があったときは、市町村長は介護保険事業計画の達成に支障が出るという理由をもって指定を拒否することはできないと解されている（福井地判、平成20. 12. 24、名古屋高裁金沢支部判、平成21. 7. 15）⁽²²⁾。そこで、2011（平成23）年改正では、定期巡回・随時対応型訪問介護、小規模多機能居宅介護その他厚生労働省令で定める事業については、市町村長は、公募によりこれらの事業の指定を行うことができるように改められている（78条の13第1項）。

「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」（第1次一括法、2011（平成23）年法37号）によって介護保険法の地方分権化はさらに押し進められることになった。すなわち、各種サービスの内容や基準が地方公共団体の条例によって定められることになったのである。これまで、指定居宅サービス・指定地域密着型サービ

ス等の在宅サービスも、指定介護老人福祉施設等の施設サービスとともに、人員基準及び設備・運営、利用定員・入所定員等に関する基準は、厚生労働省令で定められていた。それを今後は各都道府県条例（地域密着型については市町村条例）に委任することとし、それぞれの項目ごとに厚生労働省令との関係で、「従うべき基準」、「標準」、「参酌」の3つの基準が適用されることになったのである。この3つの基準については、前記「地域の自主性を高めるための法律」（第1次一括法）のもとになった「地方分権推進計画」（2009（平成21）年12月15日閣議決定）では次のように説明されている。すなわち、「従うべき基準」とは、条例の内容を直接的に拘束するものであり、必ず適合しなければならない基準である。「従うべき基準」の場合、当該基準に従う範囲内で地域の実情に応じた内容を定める条例は許容されるものの、異なる内容を定めることは許されないものである。「標準」とは、法令の「標準」を通常よるべき基準としつつ、合理的理由がある範囲内で、地域の実情に応じて「標準」と異なる内容を定めることが許容されるものである。「参酌すべき基準」とは、地方自治体が十分参酌した結果としてであれば、地域の実情に応じて、これとは異なる内容を定めることが許容されるものである。

これを具体的に介護保険法の各種サービスに当てはめてみると、まず、在宅サービスについては、従業者の員数、居室・病室の床面積、適切な処遇・安全の確保・秘密の保持については「従うべき基準」、利用定員については「標準」（小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護事業の利用定員は「従うべき基準」、その他の事項については「参酌」基準とされている（74条1項・2項・3項、78条の4第1項・2項・3項など）。指定介護老人福祉施設については、従業者の員数、居室・病室の床面積、適切な処遇・安全の確保・秘密の保持については「従うべき基準」とされ、その他の事項は「参酌」基準となっている（88条3項）。入所定員については、特別養護老人ホームは「従うべき基準」、養護老人ホームは「標準」と改正された（老福法17条2項）。

職員の人数、資格、配置要件、施設の面積、設備、安全の確保、人権といった重要な部分については、「従うべき基準」とされているので、介護保険サービス基準が条例化されたとしても、現実には、以前とさほど変わらない状況ではあるかもしれない。しかし、不安材料もある。例えば、「地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律」（地方分権一括法）（1999（平成11）年7月16日、法87号）によって、従来は、福祉事務所で現業を行う所員の数（ケースワーカー）は、これまで遵守が義務づけられる法定の最低基準人数であったが、それが「標準」配置数へと変更されたとともに、ケースワーカーの人員配置が足りないという現象があちこちの地方自治体で起きていることである⁽²³⁾。社会福祉事業法制定当時は、「現業をおこなう所員」は、人員配置の多少が福祉事務所の事業の実施に影響を及ぼすという認識のもとに、この人数は法的に確保が義務付けられる最低基準であるという措置がとられていた。なお、この定数の基準としては「都市でケース70に1人、村落でケース60に1人くらいが適当」と考えられていたようであるが、財政上の配慮もあって、結局、社会福祉事業法15条（現社会福祉法16条）所定の基準数のように定められたといわれている⁽²⁴⁾。その結果、現業員の充足率についてはかなりの地域格差があり、被保護者の増加に対して現業員がかなり不足して、十分なケースワークができないという深刻な事態に陥っている自治体がかんりの数にのぼっている。

介護保険法では、都道府県が処理するとされている一部の事務（第1号法定受託事務、156条4項他）を除いて、ほとんどの事務は自治事務とされている。自治事務とは、法定受託事務以

外のものをいい（地方自治法2条8項）、地方公共団体の本来的役割たる「住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する」（同1条の2第1項）ために行われる事務である。もともと、自治事務だから地方公共団体が自由に執行できる事務であり、国はまったくこれに関与できない事務かという、そういうわけではないが、法定受託事務に比べて、国の関与は、助言・勧告・協議・要求など非権力的なものにとどまるなど、地方自治法上、かなり地方公共団体の自主性や独自性が広く認められる事務と考えてよい。また、自治事務については「国は地方公共団体が地域の特性に応じて当該事務を処理することができるよう特に配慮しなければならない」（地方自治法2条13項）と国の配慮義務が定められている。しかし、福祉サービスにおいては、その事務が法定受託事務であろうと自治事務であろうと、事務の種類を問わず、国は、量的にも質的にも一定水準以下のサービスの提供を防止する義務（逆に言うと、生存に関わるナショナルミニマムを確保する義務）を負っていると考えられる。利用定員基準が「標準」とされたことによって、経営的な面ばかりを考慮して、例えば条例でかなり多数の定員が定められ、そのために一人ひとりに十分なサービスが行き届かないとか、逆に、「標準」以上の一定定員以上の規模でなければ事業所開設を認めないというような条例が制定されたために、利用者が少ない小さい町村ではその種のサービス提供ができなくなったとかいった事態が起きないようにしなくてはならない。まして、地域密着型の施設については、地域の自主性を尊重する意味で、従業者の員数、居室・病室の床面積等も含めて、「標準」ないしは「参酌」基準としてはどうかという意見も出てきているときに、介護サービスにおける国の最低基準保障責任というものを今一度再確認しておくことは重要であろうと思われる⁽²⁵⁾。

しかし、逆に、介護福祉サービスの大部分が、拘束力の働く「従うべき基準」とされてしまうと、地方公共団体が地域の実情に合わせて、独自の基準ややり方を工夫していくという地方分権推進の趣旨（地方の自主性・自立性の推進）にそぐわないことになってしまう。事実、すべての地方公共団体で、2013（平成25）年3月までに条例化が完了すると思われるが、条例のほとんどがこれまでの厚生労働省令の内容をそのまま条例化したに過ぎないものになってしまっている。現に、地域の独自性をなんとか加えようとして、サービス評価事業の推進とか地産地消の奨励とか住民への啓発活動の強化とか、およそ介護サービスの基準内容とは程遠いような事項を条例のなかに盛り込んで、地域の独自性を何とか出そうと苦勞する地方公共団体の姿があちこちで見受けられる。また、「標準」という基準は、合理的理由があれば、これとは異なる内容を条例で定めることが許容されるものであるが、「合理的理由」とはどのようなものを指すのか、例えば、当該地方公共団体の財源が厳しいというような理由も（ケースワーカーの数は「標準」であるが、実際には守られていないのもこの理由であろうか。）「合理的理由」にあたるのかどうか、この点についてもいまだに定かではない。

③介護職員確保のための方策

2010（平成21）年度の補正予算において、介護職員の給料を月額平均1.5万円引き上げるための介護職員処遇改善交付金が特例政策措置として創設されたが、2011（平成23）年度までの時限立法であったため、事業者の多くは、この交付金を介護職員の基本給の引き上げに当ててではなく、一時金や諸手当等により対応しているという現状があった。介護人材の安定的

確保及び資質の向上を図り、給与水準の向上を含めた介護職員の根本的な処遇改善を実現するためには、一時的な交付金政策ではなく、確実かつ継続的な方策を講じることが必要であることから、新たにこれまでの介護職員処遇改善交付金と同様の仕組みである「介護職員処遇改善加算」が創設された。「介護職員処遇改善加算」は介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行することを目的として作られているので、算定要件は交付金と同様となっている。介護職員処遇改善加算は、2015（平成27）年3月31日までの実施であり、それ以後は、次期介護報酬改定において、各サービスの基本サービス費において適切に評価されることとされた。なお、本来、介護職員の処遇を含む労働条件は、自立的な労使関係のなかで決定されるべきであり、もともと算定要件を付した「加算」での対応は、労使の自主交渉を阻害するとも考えられるので、これは例外的かつ経過的な対応であるといわなくてはならない。しかし、こうした例外的かつ経過的な対応をとらざるを得なかった要因として、介護産業は事業所の規模が小さく、組合組織率が低く、その結果として自立的な労使関係が構築できないという産業構造上の課題があることも否定できない。こうした課題への対応も必要であろう⁽²⁶⁾。

2 地域包括ケアシステムの構築と介護報酬の改定

「地域包括ケア研究会報告書」（2009（平成21）年5月）は、「多くの人は、要介護状態等になっても、可能な限り、住み慣れた地域や自宅で生活し続け、人生最期のときまで自分らしく生きることを望んでいる。この研究会で提唱する『地域包括ケアシステム』は、おおむね30分以内に駆けつけられる圏域で、個人個人のニーズに応じて、医療・介護等の様々なサービスが適切に提供できるような地域での体制である。こうした地域包括ケアシステムが構築されれば、人生最期のときまで自分らしく生きていける。」（同報告書4頁）と地域包括ケアシステム完成時のイメージを記している。2010（平成22）年3月の同報告書では、「2025年の地域包括ケアシステムの姿」を構想して、「地域住民は住居の種別（従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅（持ち家、賃貸））にかかわらず、おおむね30分以内（日常生活圏域）に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている」（同報告書27頁）と、目標とする将来の姿を想定している。そして、「多様なサービス」としては、居場所の提供、権利擁護関連の支援（虐待防止、消費者保護、金銭管理など）、生活支援サービス（見守り、緊急通報、安否確認システム、食事、移動支援、社会参加の機会提供、その他電球交換、ゴミ捨て、草むしりなどの日常生活にかかる支援）、家事援助サービス（掃除、洗濯、料理）、身体介護（朝晩の着替え、排泄介助、入浴介助、食事介助）、ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーションをあげている。

こうした地域包括ケアシステムの構築を図るために、法文上は、以下の条項が介護保険法5条3項として新しく盛り込まれることになった。

「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化防止のための

施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。」。

こうした地域包括ケアシステムは、2025（平成37）年までに全国に整備するという目標を持っている。それを実現させる第一歩として、2012（平成24）年度の介護保険報酬と診療報酬との同時改定が行なわれ、同改定は同年4月1日から施行された。2012（平成24）年度の介護報酬の改定率は、予算編成過程において財務大臣・厚生労働大臣合意、政調会長確認という形で行なわれることになった⁽²⁷⁾。具体的には、介護職員の処遇改善の確保、賃金・物価の下落傾向の考慮、介護事業者の経営状況の把握、地域包括ケアシステムの確実な推進という点などに配慮しながら、結局、全体で1.2%（うち、在宅分1.0%、施設分0.2%）のプラス改定とされた。今年度（平成24年度）の改定は、地域包括ケアシステムの基盤強化と地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保を大きな柱としていることが特徴である。地域包括ケアシステムの基盤強化についての介護報酬面で改革は、高齢者の自立支援に重点をおいた在宅・居住系サービスを確保すること、要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者に対応した在宅・居住系サービスの提供に努めること、介護保険施設については、要介護度重度者への対応、在宅復帰、医療ニーズへの対応など、機能に応じたサービス提供の強化を図ること、医療と介護の役割分担・連携を強化すること、認知症にふさわしいサービスの提供を推進することなど、多方面にわたる分野で行なわれている。以下、地域包括ケアシステムの推進に向けて、報酬単位を引き上げたサービス、加算されたサービス、新たに設けられたサービス、算定要件を緩和して利用しやすくしたサービスなど、その主なものを幾つか紹介しておくことにしよう。

ア 居宅介護支援 サービス担当者会議やモニタリングを適切に実施するために、運営基準減算について評価の見直しを行なう。（現在）所定単位数70/100を乗じた単位数→（改定後）50/100を乗じた単位数。以下、（現在）→（改定後）という形で表記する。

イ 特定事業所加算 質の高いケアマネジメントを推進する観点から、特定事業所加算の算定要件を見直す。特定事業所加算とは、訪問介護事業者、居宅介護支援事業者のうち、これまでの要件に加えて、新たに、研修計画の策定、月1回以上の会議の開催、サービス提供後の報告内容の記録の保存、地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合であっても、居宅介護支援サービスを提供していることなどの要件を満たす場合に、これまでと同じように加算が継続されるものとするとしたものである。

ウ 医療等との連携強化 医療との連携を強化する観点から、医療連携加算や退院・退所加算について、算定要件及び評価等の見直しを行なう。あわせて在宅患者緊急時等カンファレンスに介護支援専門員（ケアマネジャー）が参加した場合に評価を行なう。医療連携加算（I）150単位/月→入院時情報連携加算200単位/月。緊急時等居宅カンファレンス加算（新規）200単位/回。複合型サービス事業所連携加算（新規）300単位/回。

エ 訪問介護 身体介護の時間区分について、1日複数回の短時間訪問により中重度の在宅利用者の生活を総合的に支援する観点から、新たに20分未満の時間区分を創設する。20分未満（新規）170単位/回。

オ 生活機能向上連携加算 利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問リハ

ビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による訪問介護計画を作成する場合についての評価を新たに設ける。生活機能向上連携加算（新規）100単位/月。

カ 訪問看護 短時間かつ頻回な訪問看護のニーズに対応したサービスの提供の強化という観点から、時間区分ごとの報酬や基準の見直しを行う。訪問看護ステーションの場合の20分未満285単位/回→316単位/回。30分未満425単位/回→472単位/回。

キ ターミナルケア加算 在宅での看取りの対応を強化する観点から、ターミナルケア加算の算定要件の緩和を行なう。すなわち、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行なった場合に加算されることになった。

ク 医療機関からの退院後の円滑な提供に着目した評価 医療機関からの退院後に円滑に訪問看護が提供できるよう、入院中に訪問看護ステーションの看護師等が医療機関と共同して在宅での療養上必要な指導を行った場合や、初回の訪問看護の提供を評価する。退院時共同指導加算（新規）600単位/回。初回加算（新規）300単位/月。

ケ 看護・介護職員連携強化加算 介護職員によるたんの吸引等については、医師の指示のもと、看護職員との情報共有や適切な役割分担のもとで行われる必要があるため、訪問介護事業者と連携し、利用者にかかる計画の作成に対して助言等の支援を行った場合に加算する。（新規）250単位/月

コ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携に対する評価 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して、定期的な巡回訪問や随時の通報を受けて訪問看護を提供した場合についての評価を行なう。また、要介護度の高い利用者への対応について評価を行なうとともに、医療保険の訪問看護の利用者に対する評価を適正化する。定期巡回・随時対応サービス連携型訪問看護（新規）2920単位/月。要介護5の者に訪問看護を行なう場合の加算（新規）800単位/月。医療保険の訪問看護を利用している場合の減算（新規）96単位/日。

サ 訪問看護事業所との連携に対する評価 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問リハビリテーション実施時に、訪問介護事業所のサービス提供責任者とともに利用者宅を訪問し、当該利用者の身体の状況などの評価を共同して行ない、当該サービス提供責任者が訪問介護計画を作成する上で、必要な指導及び助言を行なった場合に評価を行なう。訪問介護事業所のサービス提供責任者と連携した場合の加算（新規）300単位/回。

シ 重度療養管理加算 手厚い医療が必要な利用者に対するリハビリテーションの提供を促進する観点から、要介護度4又は5であって、手厚い医療が必要な状態である利用者に対して、医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行なった場合に加算を認める。重度療養管理加算（新規）100単位/日。

ス 緊急時の受け入れに対する評価 短期入所療養介護（ショートステイ）での緊急時の受け入れを促進する観点から、緊急短期入所ネットワーク加算を廃止し、居宅サービス計画に位置づけられていない緊急利用者の受け入れについて評価を行なう。緊急短期入所受入加算（新規）90単位/日。

セ 定期巡回・随時対応型サービス 日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的に又は密接に連携しながら提供するサービスであり、中重度者の在宅生活を

可能にする上で重要な役割を担う定期巡回・随時対応型サービスを創設する。定期巡回・随時対応型サービスは地域密着型サービスとして行なわれる。(新規) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(一体型で介護・看護両方の利用者の場合) 要介護1 9,270単位/月～要介護5 3,0450単位/月

ソ 複合型サービス 複合型サービスは、今回新設されたものであり、地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を併せ持つサービスである。利用者の病状・心身の状況・希望・おかれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、利用者が住みなれた地域での生活を継続することができるように支援するものである。泊まり・訪問(介護・看護)サービスを柔軟に提供する観点から、要介護度別・月単位の定額報酬を基本とした報酬を設定する。(新規) 要介護1 13,255単位/月～要介護5 31,934単位/月

その他にも、地域包括ケアシステムを実現するためには、こうした介護保険サービスだけでなく、見守り・配食・買い物など多様な生活支援型サービスの確保や、高齢者が安心して暮らせるための財産管理などを行なう権利擁護事業、あるいは、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など多くの課題が残されている。地域包括ケアシステムは、2025(平成37)年に完全実現をめざそうとしているが、人的・物的資源の十分な確保と、保健・医療・福祉の有機的連携の確立という絶対的条件が整ってこそ実現できるサービスである。量的にも質的にも、現在より何倍もの予算と基盤整備が必要とされる気の遠くなるような広大な構想である。その広大な構想からすれば、今回の診療報酬・介護報酬の改定は、その実現に向けた第一歩を記した改革であるとは一応言えるとしても、あまりにも小さな一歩ではないかという印象をぬぐいきれない。また、こうした、いわば、医療機関や福祉関係事業所の目の前に報酬をぶら下げて、一定の方向に導こうとする「馬の前に人参」型の誘導型推進政策で、果たして壮大な地域包括ケアシステムが実現できるのかという不安もある⁽²⁸⁾。

しかも、地域包括ケアシステムが効果的に機能を発揮するためには、保健・医療・福祉の連携がひとつの鍵になるが、この連携は、保健・医療・福祉関係者が共同でケア計画を立てるとか、協力して複数者がサービス提供に出かけるというように一定の形式を整えればそれで実現できるという性格のものではない。連携を形式的な仕組みから、実効性ある仕組みに変えていくためには、いくつかの実質的要件が満たされていなくてはならない。連携が必要とされる根拠については、重複の無駄を省くといった財政的理由や、施設と在宅の公平性を図るとか、それによってノーマライゼーションの理想が実現できるといった様々な理由があげられるが、やはり基本となるのは、連携によって相乗効果が発揮され、利用者に質の高いサービスが提供できるようになるという点であろう。そうだとすれば、まず第一に、保健・医療・福祉関係者の間で、対象となっている利用者の身体的・精神的状態、家族関係、必要なサービス等についての「共通認識」が存在することが必要である。これまで、保健・医療・福祉関係者によるケア会議が開かれているが、それぞれの分野の担当者の中で、当該利用者にとって、もっとも相応しいサービスとは何か、どのようなサービスの組み合わせがもっとも効果的かについて認識が違っていることがしばしば見受けられた。それぞれから「医学的な見地から見ますと・・・」、「ホームヘルパーの立場から言います

と・・・」というような発言が相次ぎ、結局、それぞれが違う立場から発言することだけで終わってしまうような会議も多くあったのではないだろうか。やはり、保健・医療・福祉関係者が、状態を異にする個別ケースごとに、一定の共通認識をもったうえで検討を加えていくという「共通認識の確立」とそのつどのその確認が必要となってくるであろう⁽²⁹⁾。次に、利用者の「自己決定権の尊重」という理念を関係者が共有する必要がある。従前の高齢者福祉サービスの時代には、保健・医療・福祉関係者は、高齢者に対して、単一のメニュー（たとえば、デイサービスの利用）を示して、これを利用するかどうかをたずねていた。このようなやり方では、高齢者の答えは、「Yes」か「No」かの選択しかないのであって、そこにはもともと保健・医療・福祉の連携という発想が出てくる余地はない。時には、利用者が、「こういうサービスをこれくらい利用したい」といっても、サービス提供機関の都合や提供する人員の数が足りないことを理由にその希望を断るといったような事態も少なからずあった。そこでは、提供事業所の都合が優先されているのである。そうではなくて、利用者の自己決定権の尊重を第一義的価値と認識し、「どうすれば利用者の希望を実現できるか」という発想を出発点にすれば、自己の事業所でできない部分を他の事業所やボランティアで補ってもらおうという方向で検討が進んでいくはずである。こうすることによって、少ない資源をどのように組み合わせれば、当該利用者の希望（自己決定）をかなえることができるかという考え方が関係者の間に定着していくことになる。これが連携の基本であろう⁽³⁰⁾。

さらに、地域包括ケアシステムをより効果的に作動させるためには、介護保険法に規定されているような事業者・行政機関だけでなく、NPO、ボランティア、民生委員など多様な民間マンパワーの活用、公民館、自治会館、保健センターなどの地域の多様な社会資源の活用が不可欠の要素である。これは、これまで地域福祉の分野でも盛んに言われてきた事柄であるし、これについて誰も異論をはさむものはない。ただ、こうしたいわばインフォーマルな人的・物的資源も含めた広範囲のケアシステムの構築を、介護保険法という法制度のなかで規定することが法体系としてふさわしいことなのかという問題は残される。介護保険法は、事業者が本人に代わってサービス費を受領するので、本人にはサービスが直接行く現物給付のような体裁をとっているが、法形式は、利用者がサービスを利用した場合、市町村に介護サービス費用の支払いを義務づけた金銭給付法であり、それを社会保険という方式を使って実現している制度である。金銭給付法である介護保険法に、保険給付の仕組みが盛り込まれることは当然であるが、保険給付とは直接的に関係のない地域福祉の一部ともいべきケアシステムという仕組みを盛り込むことが妥当かどうかという点である。こうしたことに抵抗感を覚える論者もいる⁽³¹⁾。この点で、医療というサービスを提供することを公的に義務づけている現物給付法たる医療保険法とは事情が異なっている。医療保険法は、医療そのものを患者に提供する現物給付法であり、給付が現物給付である以上、それを可能にするための人的・物的設備の確保（すなわち、病院とか医師とか看護師の存在）は不可欠の要素となる。つまり、医療保険法においては、医療というサービスの提供と並んで基盤整備や医療システムの構築はいわば連動した形で理解することが可能である。しかし、介護保険法が、介護費用償還方式（金銭給付）をとっているからといって、事業所・施設や人材の確保に関する国や地方公共団体の基盤整備責任が薄められることはない。国・地方公共団体の基盤整備責任は医療と同じである。ただその責任をどの法体系のなかで規定することが適切であるかという問題で

ある。医療の分野においてさえ、基盤整備や医療システムの構築は、医療保険法とは別の「医療法」（1948（昭和23）年法205号）という法体系のなかで実施する建前をとっている。それは、医療サービスの提供に関する法律（医療保険法）と提供する人材や施設に関する法律（医療法）とは別立てであることが望ましいという配慮からであろう。これと同じように、介護サービス費用の支払いという保険給付の体系たる介護保険法とは別の法律（例えば、介護サービス基盤整備法といった法律）を制定して、国および地方公共団体の基盤整備責任とケアシステムの構築を明確にしていくことも一考に価しよう。

（16）附則第2条「政府は、介護保険制度の被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲について、社会保障に関する制度全般についての一体的な見直しと併せて検討を行い、その結果に基づいて、平成21年度を目途として所要の措置を講ずるものとする。」。

（17）旧介護保険法117条2項「市町村介護保険事業計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。一 当該市町村が、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定める区域ごとの当該区域における各年度の認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る必要利用定員総数その他の介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み並びにその見込み量の確保のための方策、二 各年度における地域支援事業に要する費用の額並びに地域支援事業の量の見込み及びその見込み量の確保のための方策」。

（18）「論理的には、介護保険法においては、保険給付に関する規定のみを根拠としては市町村が介護サービスを提供すべきとの法的責任を問うことはできないと解され、この点に限れば、市町村の給付実施についての法的責任は理論上は減少したと考えられる。しかし、社会保険方式の採用に伴う国民の権利意識という社会実態的な意味での権利性の高まりと、介護保険においても国保と同様、市町村にはサービスそのものを給付する法的な責任があるという『錯覚』により、市町村のサービス基盤整備→サービス提供についての政治的ないし社会的責任が強まることに起因するものといわざるをえない。保険給付が金銭給付の場合、市町村が介護サービスそのものを確保・提供しなければならないとする法的責任は直ちには導かれない。このため、介護保険法では別に介護保険事業計画についての規定を設け、市町村及び都道府県における介護サービスの基盤整備を進めることにしたものと思われる。市町村の法的な介護サービス基盤整備の責任の程度は、老人保健福祉計画においても、介護保険事業計画においても、具体的な責任を問いうる可能性は現実にはかなり少ない。そうだとすると、計画策定に基づく市町村の介護サービス基盤整備責任は基本的には法的責任ではなく、政治的ないし社会的責任をどこまで、どのように問いうるのかという問題に帰着するものと思われる。」新田秀樹『社会保障改革の視座』（信山社、2000（平成12）年12月）254頁。

（19）石橋敏郎「介護保険法改正の評価と今後の課題」ジュリストNo. 1433（2011（平成23）年11月15日号）11頁。

（20）畠山輝雄「改正介護保険制度の移行後の介護保険サービスの実態に関する調査」（2010年3月）

(21) 介護保険法78条の2第5項「市町村長は…次の各号のいずれかに該当するときは、…指定をしないことができる。

四「認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護につき第1項の申請があった場合において、当該市町村における…当該地域密着型サービスの利用定員の総数が…市町村介護保険事業計画において定める…必要利用定員総数に達しているか、…これを超えることになると認めるとき、その他の当該市町村介護保険事業計画の達成に支障を生ずるおそれがあると認めるとき。」

(22) 「法78条の2は、地域密着型サービスに属するすべての介護サービス事業者の指定についての要件であるところ、同条5項4号では、地域密着型サービスのうち、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の各事業者の指定についてのみ、市町村介護保険事業計画の達成に支障が生じるおそれがあることを理由に指定を拒否することができる旨規定していることからすると、介護保険法は、地域密着型サービスのうち、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び小規模多機能型居宅介護の各事業者に指定においては、市町村介護保険事業計画の達成に支障が生じるおそれがあることを理由に指定を拒否することは許されないという趣旨で定められたものと解するのが相当である。」(名古屋高裁金沢支部平成21年7月15日判決)。判例集未登載(裁判所HP掲載)、永野仁美「労働判例研究」ジュリスト1429号(2011(平成23)年)149頁。福井地判平20・12・24判例地方自治324号56頁

(23) 旧社会福祉事業法15条「所員の定数は条例で定める。但し、現業を行う所員の数は、各事務所に付き、それぞれ左の各号に掲げる数以上でなければならない。」

社会福祉法16条「所員の定数は条例で定める。ただし、次に掲げる数を標準として定めるものとする。1 都道府県の設置する事務所にあっては、被保護世帯の数が390以下であるときは6とし、被保護世帯の数が65を増すごとにこれに1を加えた数、2 市の設置する事務所にあっては、被保護世帯の数が240以下であるときは3とし、被保護世帯の数が80を増すごとにこれに1を加えた数、」。

(24) 木村忠二郎『第2次改訂版・社会福祉事業法の解説』(時事通信社、1960年)149頁

(25) 「例えば市町村が独自に実施する地域密着型の施設系サービスでは、『従うべき基準』ではなく、『標準』ないしは『参酌』基準とすれば、市町村独自の取り組みがより一層期待されるようにも考えられよう。」小西啓文「介護保険法にみる地方分権改革推進の功罪」社会保障法27号、法律文化社、2012(平成24)年、34頁。

(26) 石田勝士「介護保険制度の現状と課題」週刊社会保障No. 2690(2012年8月13日—20日)125頁。

(27) 同上書、120頁。

(28) 「[地域包括ケアシステムの構築という]その壮大な実験に比べ、今回の介護保険法改正と介護報酬・診療報酬の同時改定は小さな一歩を踏み出したに過ぎない。しかも、報酬というにんじんをぶら下げて誘導する伝統的な手法が通用するかどうか。失敗に終われば、かかりつけ医制度の義務化や特養の入居の厳格化等へ走る事態が待ち受けるだろう。」宮武剛「施設と居宅、介護と医療はいかに連携するか」月刊福祉2012年5月号、38頁。

(29) 石橋敏郎「保健・医療・福祉の連携と地方自治」河野正輝・菊池高志編『高齢者の法』（有斐閣、1997年）248頁－251頁。

(30) 同上書、251頁－253頁。

(31) 「ここに構想する地域包括ケアシステムとは、介護保険の範囲を超え、医療や地域のコミュニティまでを構想する壮大なネットワークをイメージしている。それらの構想が介護保険制度改正のなかで語られることは、正直不自然さを感じる。介護保険制度は、言うまでもなく介護事故に対する保険制度である。介護保険法の改正に基づいて議論されるならば、何らかの保険給付の仕組みが組み込まれているはずであるが、厚労省の構想する地域包括ケアシステムは、自治体が地域住民と協力して、地域でつくる連携のシステムとなっている。そうであるならば、自治体の独自のシステムによる保険給付以外の保健・医療・福祉の対応が必至となる。しかし、厳密に言えばそれは保険の枠組みで語る問題ではない。地域のトータルケアの取組であり、もともと自治体の責任範囲課題である。」鏡論「第5期介護保険事業計画の策定と自治体の責務」週刊社会保障No. 2642、2011. 8. 29、44頁

IV おわりに

介護保険法が施行されて12年目を迎える。この12年間、介護保険法は、サービスの改善と効率的運営、予防重視型サービスへの転換、居宅サービス重視型の強化という方向で改革が進められてきた。しかし、なんといっても介護保険制度の最大の課題は、増え続ける利用者に対応できるための財源の確保の問題である。制度の持続可能性もここににかかっている。社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（2010（平成22）年11月30日）では、軽度者の家事援助を介護保険の対象外とすること、現在の1割自己負担を2割に引き上げること、現在の40歳以上という被保険者年齢を引き下げて20歳以上とすることなどの財源措置につながる改革が議論されたが、結局のところ、賛否両論を併記するという形での決着になっている⁽³²⁾。それを受けて、2011（平成23）年改正法では、財源問題には一切ふれずに、地域包括ケアシステムの構築・推進のほか、基盤整備と人材確保に重点がおかれた改革が盛り込まれることになった。その後、「社会保障・一体改革関連法」が、2012（平成24）年8月10日、参議院本会議で可決され成立した。同法は、消費税率を現在の5%から、2014（平成26）年4月に8%、2015（平成27）年10月に10%引き上げるという内容のものである。財源はすべて社会保障に使うということであるが、介護保険制度にどれくらい回されるかは別として、このくらいの財源では社会保障全体としてとても足りないことは国民誰しもが感じているところである。広大な構想の「地域包括ケアシステム」を作り上げるだけでも、膨大な予算が必要とされるからである。

また、2012（平成24）年度の介護報酬改定では、施設の機能別再編も図られている。すなわち、介護保険施設ごとに求められる機能（住まい、在宅復帰支援、医療ニーズや要介護度の高い高齢者への対応など）を明確にし、機能に着目した評価に重点化する見直しが行なわれ、特に介護老人保健施設については、施設の在宅復帰支援機能に着目し、その復帰率に応じた報酬設定に改められている。施設から出て、なるべく早く在宅復帰させ、そのあとは24時間対応の居

宅サービスを受けながら生活するという発想は、理念型としてはそうであろうが、在宅サービスが不十分な状況で、在宅に戻せば、家族の負担が過重になるだけであるという批判も当然に受けるであろう。介護保険法は制定当初より、「被保険者が、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう配慮されなければならない。」（2条4項）とあるように、居宅における高齢者支援を第一目標として成立した法律である。しかし、それにもかかわらず、この12年間、要介護者および介護者の施設志向は依然として変わっていない。このことは何百人あるいは何千人という特別養護老人ホーム入居希望待機者がいることをみても分かることであろう。それは、日本の在宅サービスが質・量ともに十分ではなく、かつ、各種のサービスの連携に問題があったからである。これまで続けてきた施設志向を変えうるだけの、満足度の高い地域包括ケアシステムが実現できるかどうか、そのための膨大な安定財源をどう確保するのか、課題はあまりにも大きい。

介護保険サービスの基準の設定が、これまでの厚生労働省令から都道府県（地域密着型については市町村）条例へと地方分権化された。基準の条例化がどのような問題を含んでいるかについてはこれから検討が進められていくであろう。地方分権化といっても、重要なサービス基準については、地方公共団体が変更することができない「従うべき基準」と位置付ければ、全国で一定のサービス水準を確保するというナショナルミニマムの要請には応えることができる。しかし、「従うべき基準」があまりに多くなれば、地方公共団体の自主性や自立性はまったく発揮されないことになってしまい、条例化の意義が薄れる。

また、介護保険制度が12年目を迎えて、ユニットケアなどの利用者のプライバシーや尊厳に配慮した良質なサービスも提供されるようになってきている。しかし、その反面、実際には低所得者が利用しにくいような施設サービスになってきているのではないかという指摘も本稿ではなされている。介護保険施設については、今回の介護報酬改定でも、たとえば、新設の特別養護老人ホームが多床室であると、住まいの機能を果たしていないということで、報酬が極めて低い評価となるなど、報酬面でも個室化を推進する方向で改定されている。しかし、最近、高齢者のなかには、一人では寂しいので、複数入居者居室の方がよいという希望もあり（ニーズの多様化）、そうした希望に応えるべく、2人部屋があっても良いのではないかという施設関係者の声も聞く。また、介護保険施設入所者の食費、居住費が自己負担とされたことによって、それを負担できない低所得者に対して補足給付が創設されたが、自己負担を軽減するための補足給付も、低所得者への住宅保障としてとらえて、全額公費の社会手当として支給すべきであるといった意見も出されている⁽³³⁾。施設サービスと居宅サービスの関係についても、重度の要介護者が在宅で介護生活を送ることについて、家族や本人の身体的・精神的負担を考えると、必ずしも最適とはいえないのではないかという疑問も出されるのは当然のことかもしれない⁽³⁴⁾。施設と居宅の関係についてもまだまだ議論しなくてはならない課題がたくさん残されている。介護保険制度はどのような方向に向かおうとしているのか、精度の持続可能性をどうやって担保していくのか、いま、介護保険制度はいわば正念場を迎えているといっても良いであろう。

（32）意見書が両論併記となった理由は、山崎泰彦「高齢者介護、介護保険のこれから」（月刊福祉2011年4月号、27頁）を参照。

(33) 「高齢者の住まいの整備は、本来介護保険とは別の施策体系で対応すべきものである。しかし、介護保険前から施設が肩代わりをしてきており、室料の補足給付はその流れを汲む。現に多くの入居者が受けていることを考えれば、補足給付の継続は必要であるが、低所得者への住宅保障という性格に鑑み、財源は全額公費とすべきであろう。」 椋野美智子「介護保険の長期戦略」週刊社会保障No. 2605、2010. 11. 22、28頁。

(34) 増田雅暢「介護保険制度の課題と将来」週刊社会保障No. 2690 (2012年8月13日—20日) 138頁。

石橋敏郎 (熊本県立大学総合管理学部教授)

今任啓治 (社会福祉法人至誠会福社会理事統括施設長)

12years of The Long-Term Care Act—It's Reforms and Deterioration

Toshiro Ishibashi, Keiji Imato