

# 介護保険法2011年改定の概要と問題点

全日本民医連事務局次長 林 泰則

## はじめに

2011年3月11日、介護保険法の「改正法案」が閣議決定されました。今回の法改定は、介護保険法附則第4条に基づく「施行10年」の見直しです。特に、団塊の世代が高齢期に達する2025年に向けて、新たに地域包括ケア体制の構築を打ち出した点に大きな特徴があります。「改正法案」をどう見るか、政府の地域包括ケア構想も含め、現時点で明らかになっている2011年法改定の全体像と基本的な視点を整理したいと思います。

## 1. 介護保険部会「意見」が示したもの、示さなかったもの

最初に、2010年11月30日に介護保険部会（社会保障審議会）が発表した「介護保険制度の見直しに関する意見」（以下「意見」）を見ておきます。閣議決定された「改正法案」はこの「意見」が下敷きになっているからです。

### 今改定の基本的な考え方

「意見」では、「見直しの基本的考え方」として2つの柱を掲げています。一つ目は「地域包括ケアの実現」です。「日常生活圏域内において、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」としています。二つ目は、「持続可能な制度の構築」です。「給付の効率化・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」としています。

### 新たな利用者負担を提案

「意見」は、新たな利用者負担を打ち出しました。両論併記の形はとっているものの、①一定以上の所得のある者の利用者負担の引き上げ（＝第6段階の利用料を2割へ）、②居宅介護支援への利用者負担導入（＝ケアプラン月1000円、予防プラン月500円の定額徴収）、③低所得の施設入所者を対象にした補足給付の支給要件の厳格化（＝市町村の裁量で世帯分離前の所得で判断できるしくみの導入）、④多床室の給付範囲の見直し（＝減価償却費相当額として月5000円程度を徴収）、⑤軽度者の自己負担の引き上げ（＝予防給付の利用料を2割に）などの負担増メニューを列挙しています。

### 根本矛盾は放置

一方で、サービス利用に重大な支障を生み出している利用料などの費用負担方式、認定制度や区分支給限度額といった現行制度の根本的な矛盾・問題点はそのままにされています。自治体関係者などから強く要望されていた、介護保険財政に対する公費負担割合の見直し（引き上げ）は、最初から「財政困難」を理由に見送られました。

### 保険料の値上げか、利用者負担の引き上げか

「意見」では、このままでは第5期（2012～2014年度）の介護保険料が全国平均で月額5000円を超える見通しを示し、高齢者の保険料負担は限界になっていると述べています。その上で、「保険料の伸びを出来る限り抑制するよう配慮することもある必要」とし、一連の利用者負担増や財政安定化基金の取り崩しなどによって、最大で350円程度の引き下げが可能になるという「バランスシート」を作成しています（財政影響試算）。国の財政負担

は増やさないまま、「保険料の値上げか、利用者負担の引き上げか」の二者択一を高齢者・国民に強要する内容です。

## 財政規制を前提とした枠組み

「意見」は、菅政権の財政運営戦略が打ち出した「ペイアズユーゴー原則」を真正面に掲げました。新たな施策を実施する場合は、その財源を新たに確保するか、できなければ既存の施策を削って財源を確保する、そうすることで財政全体の帳尻を合わせるという原則です。利用者、家族の介護や生活、介護現場の厳しい実態をどうしていくかということよりも、国の財政事情を優先し、保険給付の削減や保険料の負担増、公的責任の縮小を先行させ、推進する方向といえるでしょう。

ちなみに、「ペイ・アズ・ユー・ゴー」のもともとの意味は「(飲み会などで)自腹を切る」。国の財布は閉じたまま、あとは利用者・高齢者の「自腹」というわけです。まさに「理念より金策」(2010年11月20日付「毎日新聞」)です。

結局のところ、国が目標としている「持続可能な制度」とは、利用者・家族にとっての「持続可能」ではなく、あくまで国の財政にとって「安上がり」で「効率的な」制度として持続させていくという意味にほかなりません。

## 2. 政府の「改正法案」は何を提起したか

その後、「意見」に列挙された利用者負担案に対して、民主党の内部から一斉地方選挙への影響を危惧する声があがったことから、2010年12月24日、厚労省はケアプランの有料化などの負担増案を盛り込まない、「介護保険法等を改正する

法律案のポイント」を発表しました。こうした経緯の中で、2011年3月11日、「改正法案」が閣議決定されたのです。

## 基本方向に変わりなし

「改正法案」は、「高齢者が自立して生活を営めるよう、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『地域包括ケアの実現』に向けて取組を進める」ことを正面に打ち出し、法改定の課題として、「医療と介護の連携の強化等」、「介護人材の確保とサービスの質の向上」、「高齢者の住まいの整備等」、「認知症対策の推進」、「保険者機能の充実」、「保険料の上昇の緩和」の6点を掲げました(図1)。この中には、高齢者の現状や要求、今後の高齢化の進展に向けた重要な課題が盛り込まれています。また、サービス情報公表制度の見直しなど、現場の要求を反

図1 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

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(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(平成24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およ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 市民後見人の育成および活用など、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については公布日実施。その他は2012年4月1日施行。

映した施策も含まれています。介護保険部会の「意見」で打ち出されたケアプランの有料化などの利用者負担拡大案は、取り下げられています。

しかし、この「改正法案」は、介護保険の制度矛盾を抜本的に是正・改善し、利用者・家族や介護現場の困難を根本的に打開する見直しといえるものではありません。そればかりか新たな給付抑制策を打ち出すなど、困難をいっそう拡大・深刻化させる内容が盛り込まれています。最初から財政規制の枠をはめ（ベアズユーゴー原則）、何よりも財政事情を優先させるという「意見」が示した基本方向と何ら変わりはありません。

### 第1の問題—予防給付の改悪

「改正法案」は、要支援者（要支援1、要支援2）を対象とする予防給付の縮小再編を新たに打ち出しました。①現在の地域支援事業の中に、予防給付（訪問・通所）と、保険外サービスである見守りや配食サービスをパッケージ化した「介護予防・生活支援総合事業」（以下「総合事業」）を新設し、市町村の裁量で実施可能とする（図2）、その上で、②要支援者と介護予防事業対象者一人ひとりについて、現行の予防給付を利用するか、新たな「総合事業」のサービスを利用するか、市町村が判断し振り分ける（図3）、という仕組みをつくるということです。

これは、まぎれもなく予防給付の重大な改悪です。地域支援事業は、介護保険財政で賄われている事業ですが、介護給付費の3パーセント以内という上限が決められているため、地域包括支援センターの運営を含め、財政上きわめて厳しい制約

のもとに置かれています。今回の改定にあたり、国はこの上限を引き上げる方針は示していません。さらに「総合事業」のサービスの担い手は非専門職でもよいとしています。こうした「安あがり」な受け皿を新たに作り、現在の要支援者の一定部分をそこに移し替えていくことで給付費の抑制を図る点に本質があります。ヘルパーの生活援助の削減と抱き合わせて制度化されることにもなるでしょう。

さらに、この「総合事業」を実施するかどうか、実施した場合、要支援者をどう振り分けるか、サービスの内容や自己負担をどうするかなど、すべて市町村の判断に委ねている問題です。給付の削減を容認する政府公認の「ローカルルール」であり、介護保障に対する国の責任を一層後退させ、自治体に「給付と負担の調整」を強要するという点で、政府の地域主権改革の流れに沿った改悪ともいえるでしょう。市町村間の格差をいっそう拡大させ、利用者にとっては、仮に状態が同じでも、住んでいるところによって受けられるサービスが異なる事態が、さらに広がることになります。

図3

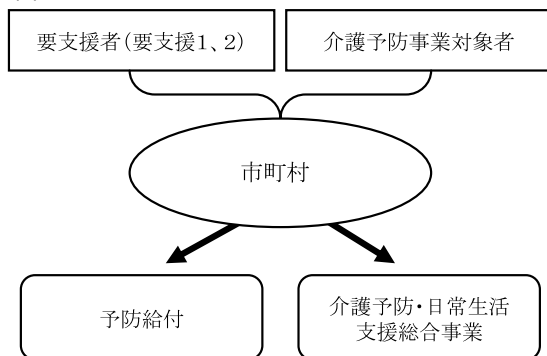
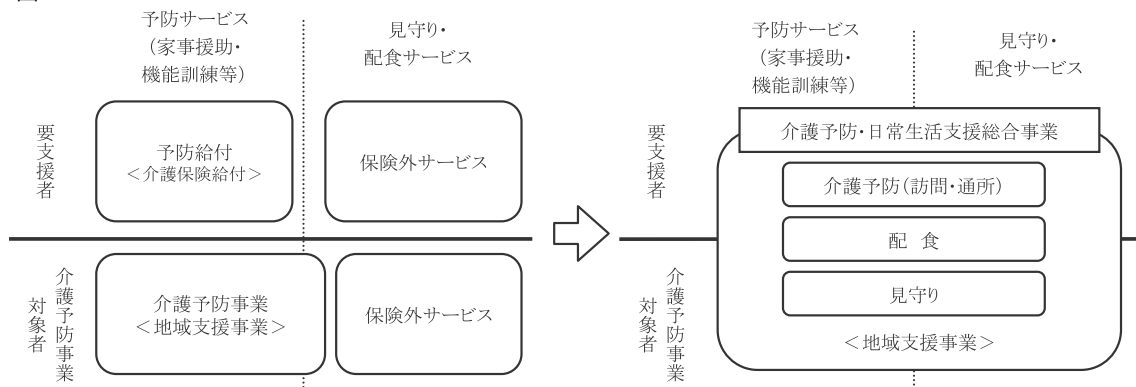


図2



## 第2の問題—利用者負担増の火種を残す

ケアプランの有料化などは取り下げられたものの、「補足給付要件の厳格化」、「多床室の給付範囲の見直し」（前述）については、法律事項でないことを理由に引き続き検討するとされています。利用者負担の新たな拡大の「火種」は依然として残されています。

仮に、補足給付の要件が厳しくなれば、居住費・食費を工面できずに「退所せざるを得ない」、もしくは「待機者にすまなれない」事態をいっそう広げることになるでしょう。

## 第3の問題—制度の根本問題を放置

こうした改悪の一方で、必要なサービスを利用できない事態を生み出し、深刻化させている現行制度の根本矛盾には全く触れずじまいとなっています。

定率1割利用料など重い費用負担のために、必要なサービスの利用を減らしたり取り止めるケースは後を絶ちません。「所得が低い層ほど要介護の出現率が高い」中で、低所得者の負担軽減は今回の見直しの重要な課題とされるべきですが、現行の費用負担の仕組みに対する抜本的な見直しは実施しない方針です。「認定結果と実際の状態との乖離<sup>かいり</sup>」は、介護保険スタート時から指摘されてきた制度の根幹にかかわる問題ですが、現行の認定方式をそのまま継続するとしています。支給限度額については「見直しの必要なし」と結論づけています。また、在宅や施設での重度・重症化が進行する中、その対応策として「介護職員等によるたんの吸引等」を「業務」として容認し、拡大する方向を打ち出していますが、介護療養病床の廃止方針を堅持し、深刻な看護師不足をそのままにしたままでのなしくずし的な対応では、根本的な解決にはならないことは明白です。

## 第4の問題—新たな施策も不十分なものに

「24時間対応の定期巡回・随時対応サービス」、「複合型サービス」などの新規事業や、認知症対応、住まいの整備、サービスの質の向上、介護職員の処遇改善などの施策が「改正法案」に盛り込まれていますが、公費負担割合を増やさないこと

を前提にした財政規制の枠組み（ペイアズユーゴー原則）のもとでは、不十分かつ制限的な内容になるか、既存施策の削減と抱き合わせた形で実施されることになりかねません。

例えば、介護従事者の処遇改善では、介護職員処遇改善交付金を廃止して介護報酬に組み込む方針を打ち出し、2パーセント強（月1.5万円の給与引き上げ分に相当）の報酬引き上げを試算していますが、抜本的な処遇改善にふさわしい水準とは到底言えません。そればかりか、さらなる処遇改善を望むならば、サービスを削って対処せよというのが今回の見直しの枠組みです。

## 第5の問題—給付と保険料の「ジレンマ」はそのまま

このままでは5000円を超えると見込まれている高齢者の介護保険料について、都道府県の財政安定化基金を取り崩すことで上昇の緩和をはかっています。財政安定化基金に対する市町村の拠出分（3分の1）は介護保険料で賄われており、集めた保険料を被保険者に還元するのは当然のことです。しかし、現在の仕組みでは基金を取り崩すかどうかは都道府県の裁量に委ねられており、このままでは対応にバラツキが出る可能性があります。

今回の対策はあくまでも一時しのぎにすぎません。公費負担割合の引き上げなどが事実上見送られた中で、「給付費の増大に対応した保険料の引き上げが困難になる」という意味での制度破綻の危機は残されたままです。

## 3. 政府の地域包括ケア構想に対する基本的視点

「地域包括ケアの実現」は、今回の見直しの柱とされています。地域包括ケアそのものについては、2010年3月に発表された「地域包括ケア研究会報告」においてその具体的な構想が示されています。この報告書の内容を推進していくことはすでに閣議決定されており、24時間巡回型訪問サービスの検討会設置やモデル事業の実施、高齢者住まい法の改定、第5期介護保険事業（支援）計画策定に向けた準備など、具体的な作業が着々と進められています。

## 地域包括ケアとは何か

地域包括ケアは、「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」と定義されています。ここでいう日常生活圏域とは、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」（中学校区を基本とする）と説明されています。

具体的には、在宅サービス拠点が併設された高齢者住宅の整備、施設の機能別再編（リハビリを重点化した施設とケアが組み合わされた集合住宅）、24時間巡回型訪問サービスや介護・医療系サービスを組み合わせて提供する複合型事業所の創設、個別サービスとしての身体介護、訪問看護、リハビリの強化、軽度者への支援については、訪問・通所でのリハビリを中心に介護保険で対応し、家事援助をふくむ生活支援サービスは、民間参入を前提に市町村が柔軟に提供するとともに、独居・老々世帯への支援は、現行の地域支援事業を拡充して自治会による柔軟なとりくみでカバー、地域の一次医療を担う「地域当直医」の整備・普及、人材の役割分担として、介護福祉士等が「要介護者に対する基礎的な医療的ケアを実施」一などが打ち出されています。

全体として在宅を「重視」し、介護・医療を「外づけ」で提供することで、重度になっても最期まで在宅で対応する（＝「在宅限界」を高める）構想です。こうしたケア体制づくりを2012年度からスタートする第5期介護保険事業（支援）計画に盛り込み、各自治体で具体化するとしています。

## 医療・介護一体改革の課題として

同時に、この地域包括ケア構想は、「医療・介護一体改革」の課題として打ち出されている点を見ても必要があります。2006年、社会保障構造改革の「本丸」として位置づけられた医療改革関連法が成立し、2008年度から医療費適正化計画、後期高齢者医療制度など一連の医療制度「改革」が実施に移されました。医療費削減を至上命題として、「病院死8割を在宅死4割に」という目標を

掲げ、「病院機能の重点化・集約化」、「在宅医療の推進とそれに対応する介護サービスの整備」、「住宅政策との連携」など、「医療から介護へ」、「入院から在宅へ」の受け皿づくりが本格的に開始されています。医療と介護の連携の「強化」、軽度給付の制限と重度介護への重点化など、この間の介護保険（介護報酬）の見直しはこうした流れの具体化といえるでしょう。

国のねらいは、医療・介護を一体のものとして、公的給付を絞り込んだ「安上がり」で「効率的な」体制に再編していくことにあります。2012年4月の診療報酬・介護報酬の同時改定は、その好機として位置づけられており、厚労省内で横断的な作業が進められています。

## 政府の地域包括ケア構想をどうみるか

政府の地域包括ケア構想は、「住み慣れた地域で、安心して老後を過ごしたい」という高齢者、国民の要求を反映したものであり、医療や介護の一体的な提供、住まいの整備など、今後の高齢化に向けた重要な課題が盛り込まれています。

しかし同時に、介護をめぐる深刻な現状に対する分析が欠落しているだけでなく、社会保障の本来のあり方に逆行する重大な問題をふくんでいます。「資源配分の効率化」の課題としても位置づけられており、高齢者の要求を逆手にとった新たな医療・介護の公費抑制システムとして構想されている点を見てもおかなければなりません。

### ①自己責任を土台に

政府の構想を太く貫いている理念は「自己責任」の考え方です。「自助」、および「互助」（公的制度以外の相互扶助、近隣の助け合い等）、「共助」（社会保険のような制度化された相互扶助）、「公助」（自助・互助・共助では対応できない部分に対応する社会福祉等）の役割分担を明らかにし、「自助」「互助」に重心を置くというものです。また、ケアマネジメント、ケアについて「自立支援」の理念が強調されていますが、国の言う「自立支援」が必要なサービスからの「離脱」を強制するものであることは、現行の予防給付の実態が示しています。

### ②「安上がりな」提供体制づくり

施設から「低コストな」在宅（住宅）へのシフト、「集住化」によるサービス提供の効率化、生

活援助の保険外しと自治会や企業が担う生活支援サービスへの再編（共助から互助へ）など、「給付の効率化・重点化」の名のもとに、全体として公的責任を縮小させていく制度設計となっています。「介護福祉士等による基礎的な医療的ケアの提供」は、人件費が「安い」介護職に一定の医療行為を移し替えることによって、コストの削減を図ろうというものです。

### ③構想内容の現実性・有効性

例えば24時間対応の強化は当然必要ですが、制度化する24時間巡回型訪問サービス（「24時間対応の定期巡回・随時対応サービス」）が、果たして人的体制や介護報酬の面でその位置づけにふさわしい事業として成立し、機能するかはまったく未知数です。政府の検討会がまとめた報告書では肝心の費用試算は行われませんでした。モデルとなっている現行の「夜間対応型訪問介護」（2006年度開始）は、給付抑制方針のもとで、体制確保の困難と低報酬のため全国的にほとんど進んでいないのが実態です。市町村が責任を持たず、民間事業者に丸投げすることが可能な仕組みのもとで、すべての圏域で必要な整備が行われるのか疑問が尽きません。

在宅を重視する方針に異論はありませんが、一方で、軽度介護を保険給付から外したり、「最後まで在宅で」を一律に強調した機械的な「脱施設」の方向が、安心・安全な在宅生活を支えることになるのかたいへん疑問です。

### ④営利化・市場化の一層の推進

菅政権の「新成長戦略」では、地域包括ケアは「地域に密着したサービスによる雇用とマーケットの創出」の方策として位置づけられています。経済産業ビジョンは「公的保険依存からの脱却」を露骨に掲げ、経産省は企業の新規参入を促進するための研究事業に着手しています。介護分野で雇用を増やすといっても、公的制度の拡充によるのではなく、保険外サービスを拡大し企業の参入を促進することで推進する方向です。

### ⑤自治体に丸投げ

実施の責任は自治体（市町村）に半ば丸投げされています。前述した市町村判断による予防給付の縮小、事業指定権限の拡大などはその一端でしょう。国のナショナルミニマムに対する責任を縮

小し、自治体の自己決定・自己責任に委ねる政府の地域主権（分権）改革とも連動した方向です。

公的給付を縮小し、介護問題への対応を保険外（自費）サービスや住民の助け合い、市場に委ねる方向は、介護・医療難民ならぬ「地域包括ケア難民」ともいえるべき新たな困難層を生み出しかねません。自治体間、地域間格差をさらに拡大させる方向です。

### おわりに―「たたかいと対応」の視点を貫いて

「安心して老後をくらしたい」はすべての高齢者・国民の願いです。「自己責任、家族責任の介護」から「社会で支える介護」へと真に転換させる制度改革が求められています。「給付は必要に応じて」「負担は支払い能力に応じて」の原則に基づく介護保険制度の「再設計」が必要です。そのためには、介護や医療に対する財政負担を含めた国の責任を抜本的に強めることが必要です。それによってこそ、新たに提案されている地域包括ケアも、「自己責任」「市場化」の「排除の体系」ではなく、高齢者・国民の願いに真にかなう「生存権保障の体系」として実現されるでしょう。「ペイアズユーゴー原則」はそもそも社会保障に適用すべきではありません。即刻撤回すべきです。

今後、「改定法案」が通常国会で審議されていきます。私たちの介護ウエーブはいよいよ正念場を迎えています。政府の見直し案の問題点と本質を知らせ、急速に広げていかなければなりません。同時に「介護保険10年」を利用者の視点からしっかり検証し、具体的な改善提案を発信し大きな世論にしていきたいと思います。私たちがめざす地域包括ケアは、「最後まで、安心して住み続けられる地域包括ケア（まちづくり）」です。「たたかいと対応」（高齢者の生活を守り支える事業活動・実践と、それをふまえた提案型のたたかい）の視点を貫いた、運動と事業の両面からのとりくみが必要です。

総会方針では、「貧困と超高齢社会」に立ち向かい、「悲観的な未来ではなく希望ある未来」をつくること提起されました。介護ウエーブのとりくみ、民医連らしい地域包括ケア体制づくりを「新民医連綱領、総会方針実践の課題」として位置づけ、とりくんでいきたいと思います。