

地域包括ケアシステムの構築

～介護保険サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部改正～

厚生労働委員会調査室 さとう てつお
佐藤 哲夫

1. はじめに

平成 24 年度から 26 年度を計画期間とする第 5 期介護保険事業計画に向けた議論の結果を受けて、「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」が第 177 回国会の平成 23 年 4 月 5 日、国会に提出された。その後、衆議院厚生労働委員会における審査・修正を経て、平成 23 年 5 月 31 日、衆議院本会議で修正議決、参議院に送付され、参議院厚生労働委員会において審査が行われ、平成 23 年 6 月 14 日に委員会可決、15 日の本会議において可決、成立した。

本稿では、本法律案の提出の背景と経緯、法律案の概要、衆議院における修正の概要を示した上で、国会における主な議論を紹介する。

2. 法律案提出の背景及び経緯

(1) 背景と経緯

介護保険制度は、平成 12 年の法施行後 10 年を経て、基礎的な社会システムとして一定の定着を見るとともに、その規模を急激に拡大してきており、高齢者の増加を上回るペースで介護保険の給付が拡大している。これに伴い、介護保険の総費用、第 1 号保険料も上昇する¹など負担の増大も著しくなっている。今後、高齢化の一層の進展と介護保険の利用増加に伴い、費用は更に上昇していくと見込まれる。このように、介護保険の給付が拡大を続けて負担が重くのしかかる中、持続可能な制度を構築するため、社会保障審議会介護保険部会やそのほかの各種検討会において第 5 期（平成 24 年度～26 年度）に向けた議論が開始された²。その結果、以下に述べるような報告書や提言がなされ、それらを受けて、平成 23 年 3 月 11 日、「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」が閣議決定された。しかし、同日に発生した東日本大震災の影響により国会提出は 4 月 5 日となった。

(2) 介護保険部会における議論

社会保障審議会介護保険部会は、平成 22 年 5 月に議論を開始し、以後 13 回にわたる議論を重ね、同年 11 月 30 日、制度見直しの骨格となる「介護保険制度の見直しに関する意見」を取りまとめた。同意見は、見直しの基本的な考え方として、①医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく、有機的かつ一体的に提供する「地域包括ケアシステム」を実現すること、②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り、持続可能な介護保険制度を構築すること、の 2 点を掲げた上で、個別の論点につい

て提言した。具体的には、24 時間定期巡回・随時対応サービス及び複合型サービスの創設、介護職員等によるたんの吸引等の実施、サービスを総合化した介護予防・生活支援サービスの導入、サービス付き高齢者住宅の創設、社会医療法人による特別養護老人ホームの開設、情報公表制度の見直し等を提言したほか、介護療養型医療施設（以下「介護療養病床」という。）の廃止³を一定期間に限って猶予する必要があるとした。

一方で、高所得者の自己負担を1割から2割に引き上げること及びケアプラン作成に利用者負担を導入することについては、賛成・反対の両論併記となった。また、議論の焦点となっていた要支援者・軽度の要介護者へのサービス提供の在り方、介護職員処遇改善⁴の介護報酬改定による対応、被用者保険の第2号保険料に対する総報酬割⁵の導入、財政安定化基金⁶の取崩しによる介護保険料の軽減、第2号被保険者範囲の拡大、補足給付⁷の公費による負担等についても、同じく両論併記とされ、部会としての意見は集約されなかった。

（3）各種検討会等における議論

ア 24 時間定期巡回・随時対応サービス

厚生労働省委託事業による地域包括ケア研究会が平成21年5月22日に「地域包括ケア研究会報告書—今後の検討のための論点整理—」を、平成22年4月26日に「地域包括ケア研究会報告書」を公表し、24時間短時間巡回型の訪問看護・介護サービスの導入等を提言した。これに引き続き、同じく委託事業により検討を進めた24時間地域巡回型訪問サービスの在り方検討会が平成23年2月25日、「24時間地域巡回型訪問サービスの在り方検討会」報告書を公表し、サービスの基本的な在り方、サービスの利用対象者像、職員配置、提供圏域等を示した。

イ 介護職員等によるたんの吸引等

たんの吸引や経管栄養は原則として医師、看護職員のみが実施可能である。だが、在宅における筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者及びそれ以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引、特別支援学校における教員によるたんの吸引等、特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等については、実質的に違法性が阻却されるとの解釈により、本人の文書による同意等の一定の条件下において容認されてきた。しかし、こうした運用による対応について、そもそも法律において位置付けるべきではないか、グループホーム、有料老人ホーム、障害者施設等においては対応できていないのではないかと、在宅でもホームヘルパーの業務として位置付けるべきではないか等の指摘がなされている。

この問題について、平成22年6月18日に閣議決定された「規制・制度改革に係る対処方針」は、介護職員によるたんの吸引等の解禁等に関し、医療安全が確保されるような一定の条件下で特別養護老人ホームの介護職員に実施が許容された医行為を、広く介護施設等において一定の知識・技術を修得した介護職員に解禁する方向で検討し、平成22年度中に結論を得るとした。また、菅総理大臣は同年9月26日、「介護・看護人材の確保と活用について」により、介護人材の活用のため、介護職員がたんの吸引等といった日常の「医療的ケア」を実施できるよう、法整備の検討を早急に進めることを厚生労働省に指示した。

これらの動きを踏まえ、介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会（厚生労働大臣の検討会）は、平成 22 年 12 月 13 日、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方について 中間まとめ」を公表し、必要な知識及び技能を身につけた介護職員等が医師・看護職員等との連携確保等の一定の条件下にたんの吸引等を行うことができるよう、法令上の位置付けの整理が必要とした。

ウ 介護福祉士の資格取得方法の見直し

介護福祉士の資格取得方法の見直しについては、平成 19 年の社会福祉士及び介護福祉士法の改正により、実務経験者に対する 6 か月（600 時間）以上の研修の義務付け及び養成施設卒業者に対する国家試験の義務付けが平成 24 年度から順次実施されることとされていたが、介護現場での人手不足等により対応できない事業者、従事者が多数となるおそれが出てきたこと等から、今後の介護人材養成の在り方に関する検討会（厚生労働省社会・援護局長の検討会）において議論が行われた。同検討会は、平成 22 年 8 月 13 日に中間まとめを公表した後、平成 23 年 1 月 20 日、報告書「今後の介護人材養成の在り方について」をまとめ、今後のキャリアパスは介護福祉士から認定介護福祉士までを基本とすること、実務者研修を 450 時間とし施行を 3 年間延期すること、介護福祉士養成施設卒業者に対する国家試験の義務付けの施行を 3 年間延期すること等を提言した。

エ 有料老人ホームの利用者保護

有料老人ホームの契約・解約に関する苦情が相次いでいることについて、この問題を調査していた内閣府の消費者委員会が平成 22 年 12 月 17 日、厚生労働大臣に対し、短期解約特例制度（いわゆる 90 日ルール）の法制化・明確化、前払金の保全措置の徹底等を内容とする「有料老人ホームの前払金に係る契約の問題に関する建議」を行った。

（４）民主党の提言

社会保障審議会介護保険部会と並行して平成 22 年 10 月から議論を続けていた民主党厚生労働部門会議及び同部門会議介護保険制度改革ワーキングチームは、同年 12 月 22 日、「介護保険制度の見直しに関する提言」を取りまとめた。同提言は、国民の安心につながる見直しが必要であり、負担増では国民に支持されないとした上で、今回は最低限必要な改正にとどめ、今後の税と社会保障制度全般にわたる改革論議と歩調を合わせながら、参加に基づく国民的論議をスタートさせるとした。各論では、介護職員処遇改善交付金は引き続き外付けとすること、地域包括ケアシステムの実現を図るため、その具体的な姿と取組の進捗を平成 24 年までに示すこと、介護療養病床の廃止を 3 年間延期すること、介護保険サービスの利用者負担の引上げは行わないこと等を提言した。

3. 法律案の概要

（１）介護保険法の一部改正

ア 地域包括ケアシステムの構築

（ア）国及び地方公共団体の責務

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、介護サービスに関する施策、介護予防のための施策及び地域における自立した日常生活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。

(イ) 認知症に関する調査研究の推進等

国及び地方公共団体は、認知症の予防、診断及び治療並びに認知症である者の心身の特性に応じた介護方法に関する調査研究の推進並びにその成果の活用に努めるとともに、認知症である者の支援に係る人材の確保及び資質の向上を図るために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

(ウ) 地域密着型サービスへの新たなサービスの追加

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・随時対応型訪問介護看護」及び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提供する「複合型サービス」を追加する。

(エ) 介護予防・日常生活支援総合事業の創設

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として、介護予防事業、介護予防ケアマネジメント事業、介護予防サービス事業、被保険者の地域での自立した日常生活の支援のための事業等を行う介護予防・日常生活支援総合事業を創設する。

(オ) 市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画⁹の見直し

市町村介護保険事業計画において、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との連携に関する事項等について定めるよう努めるものとする。

市町村は、日常生活圏域ごとに被保険者の心身の状況、その置かれている環境等を正確に把握した上で、これらの事情を勘案して、市町村介護保険事業計画を作成するよう努めるものとする。

市町村介護保険事業計画は、居住に関する事項を定める計画と調和が保たれたものでなければならない。

都道府県介護保険事業支援計画は、高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成 13 年法律第 26 号）に規定する高齢者居住安定確保計画と調和が保たれたものでなければならない。

(カ) 地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業⁹の効果的な実施のため、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティア等の関係者との連携に努めなければならないものとし、市町村は、委託型の地域包括支援センターに対して、包括的支援事業の実施に当たっての運営方針を示して委託するものとする。

イ 市町村及び都道府県による主体的な取組の推進

(ア) 地域密着型サービス等の市町村の独自報酬設定権の拡大

地域密着型サービス等の介護報酬について、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を上回る報酬を設定可能とし、介護報酬額の上限については厚生労働大臣が定めることとする。

(イ) 地域密着型サービス等の指定事務の簡素化

地域密着型サービスについて、所在地以外の市町村が事業所の指定を行う際、両方の市町村長の合意がある場合には、所在地の市町村長の同意を不要とし、所在地の市町村の指定を受けた事業所が所在地以外の市町村に申請を行った場合、所在地以外の市町村は事業所の指定を行ったものとみなすことができる。

(ウ) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護等に係る公募指定等

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、公募を通じた選考によって、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の地域密着型サービス事業者の指定を行えるようにするとともに、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の普及のために必要がある場合、都道府県は市町村と協議をして、居宅サービス事業者の指定を行えるようにする。

ウ 介護サービス事業者の労働法規の遵守の徹底

介護サービス事業者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する。

エ 介護サービス情報公表制度の見直し

都道府県知事への報告に伴う調査の義務付けを廃止し、都道府県が必要があると認める場合に調査を行えることとする、都道府県知事は、介護サービスの質及び介護サービスに従事する従業者に関する情報の提供を希望する介護サービス事業者から提供を受けた情報について、公表を行うよう配慮する等の見直しを行う。

オ 財政安定化基金の特例

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し、第5期介護保険事業計画における保険料上昇の緩和等に活用できるようにする。

(2) 老人福祉法の一部改正

ア 有料老人ホーム等の利用者保護

有料老人ホーム等の利用者保護の観点から、有料老人ホーム等への入居後一定期間の間の契約解除等の場合に、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の締結を義務付ける。

イ 特別養護老人ホームの設置主体の見直し

社会医療法人を特別養護老人ホームの設置主体に加える旨の規定が置かれていたが、衆議院における修正により削除されている。

ウ 後見等に係る体制の整備

今後、親族等による成年後見の困難な者が増加すると見込まれ、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と考えられることから、市町村及び都道府県は後見等の業務を適正に行うことができる人材の育成等に努めるものとする。

(3) 健康保険法等の一部を改正する法律の一部改正

介護療養病床について、平成 24 年 4 月 1 日時点で指定を受けているものについては、平成 30 年 3 月 31 日までの 6 年間、廃止期限を延長する。

(4) 社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正

たんの吸引等は、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とされ、例外として、本人の文書による同意、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きた。これを、介護福祉士及び一定の研修を修了した介護職員等（介護福祉士を除く。）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し、法律上位置付ける。

(5) 社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律の一部改正

働きながらも受講しやすい実務者研修への再構成や介護福祉士によるたんの吸引等の円滑な施行に向けたカリキュラムの準備に一定の期間が必要なことから、介護福祉士の資格取得の方法の見直しについて、その施行を平成 24 年 4 月 1 日から平成 27 年 4 月 1 日へ 3 年間延期する。

(6) 施行期日

介護療養病床の廃止期限の延長、介護福祉士の資格取得方法の見直しに係る規定の施行の延期については公布の日から、その他の規定については平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

4. 衆議院における修正の概要

衆議院厚生労働委員会において、平成 23 年 5 月 27 日、民主党・無所属クラブ、自由民主党・無所属の会及び公明党の 3 派共同提案による修正案が提出された。その主な内容は、社会医療法人について、特別養護老人ホーム等の設置を可能とする旨の規定を削除するものである¹⁰。

同日の採決の結果、修正案及び修正部分を除く原案はいずれも多数で可決され、修正議決すべきものと決せられた。その後、5 月 31 日の衆議院本会議で、本法律案は多数で修正議決された。

5. 国会における議論

(1) 法改正の方針

今回の法改正は、給付と負担の在り方や持続可能な介護保険制度の構築などについて、与党内の調整もつかず、大きなグランドデザインが示されたとは言い難い、また、厚生労働省は社会保障改革の方向性として「世代間の公平」を掲げ、高齢者から若年層に社会保障の重点を移すことを示していると指摘した上で、今後、介護保険制度を持続可能な制度としていくための方針についての質問がなされた。これに対して、細川厚生労働大臣は、

住み慣れた場所で、安心して介護を受けられることが大事である、そのため、今回の法案では、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構築を進めていくこととしている、具体的には、24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護の創設、平成24年度からの第5期介護保険事業計画に向けた必要な事項の見直しなどを盛り込んでいる旨答弁している¹¹。

（２）定期巡回・随時対応型訪問介護看護の創設

本法律案では、24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護を創設することとしているが、平成17年改正で創設された夜間対応型訪問介護では、全国で6,100件程度しか利用されず、会計検査院からも指摘を受けたことから、本サービスについても同様の懸念が示された。これに対して、夜間対応型訪問介護は、従業員の確保が難しく勤務ローテーションを組みにくいという課題が指摘されているが、今回創設する24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護では、利用者のニーズをしっかりと酌み取り、より運営しやすい仕組みを導入できると考えており、モデル事業の結果を踏まえて具体的な基準や報酬設定を行う旨答弁がなされた¹²。

また、本サービスのニーズの調査・把握の状況、過疎地では利用者が広範囲に点在していることに触れ、サービスの提供範囲に対する厚生労働省の見解について質問がなされた。これに対して、政府は、平成22年の介護保険制度に関する意識調査によれば、要介護状態になった場合に在宅生活を希望する方は74%であり、住み慣れた地域で在宅で介護を受けたいというニーズは高いと考えている、地方においてニーズはあっても実現可能性があるのかということは今後検証していかなければならない点であり、モデル事業の実績も見極めて対応を考えていきたい旨答弁している¹³。

サービス報酬体系の在り方について、「24時間地域巡回型訪問サービスの在り方検討会報告書」（以下この項において「報告書」という。）では、高齢者の生活は日々の心身の状態に伴い、必要なサービスの量やタイミングも変化することから包括定額払い方式とすることを提言しているが、サービス提供量にかかわらず、報酬が一定であることから事業者がサービスを控えてしまうのではないかと懸念を示した上で、事業者の採算を確保しつつも利用者が負担可能となる利用料をどのように設定していくのかとの質問がなされた。これに対し、報告書における、利用者の満足度などを考慮の上で、利用者の在宅生活が包括的、継続的に支えられているか、保険者などが責任を持って把握すべきではないかとの提言、モデル事業の結果を踏まえて、社会保障審議会介護給付費分科会で議論していただいて、適切な介護報酬の設定を目指したい旨の答弁がなされた¹⁴。

報告書では、1事業者につき、45人の利用者に対して、常勤換算で15.8人から22.8人の介護職員が必要と想定されていることに触れ、この人数の介護職員を確保できる事業所が地域でどのくらいあるのかとの疑問を示した上で、本サービスに対して手を挙げる事業者がなかった場合の厚生労働省の対応についての質問があった。これに対して、地域として地域包括ケアシステムという大きな方向を目指すのであるから、個別の事業者だけを頼りにした体制では不十分であり、地域の行政や医療関係者を含めて、24時間定期巡回サー

ビスを介護事業者がやってくれると地域包括ケアがうまくいくのだという全体の構想が必要なので、モデル事業も含め、現場任せにせず、厚生労働省としてしっかりコミットしていく旨答弁がなされている¹⁵。

（３）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（以下この項において「総合事業」という。）の創設には、要支援者に予防給付を提供するのではなく、総合事業にシフトすることによって、介護給付費の抑制を図る意図があるのではないかとの指摘があることに触れ、総合事業創設の目的についての質問がなされた。これに対して、厚生労働大臣は、地域の事情に応じた生活支援サービスを含めた要支援者等に対する総合的で多様なサービスの提供を可能にすることにより、要支援者等に対する自立した日常生活の支援や介護予防の推進を目指すものであり、要支援と非該当を行き来するような高齢者に対する切れ目のない総合的なサービスの提供が可能になるものであり、介護給付費を削減するということは全くない旨答弁している¹⁶。

また、総合事業の創設による軽度者への介護サービス提供への影響についての質問がなされた。これに対して、本人の意向をしっかりと尊重して、どのようなサービスを提供するか、予防給付の受給も可能であることをしっかりと伝えた上で決定をしていくことになり、軽度者へのサービスの切捨てにつながるという指摘は当たらない旨説明がなされた¹⁷。

さらに、保険事業である予防給付と保険事業外である地域支援事業を並列して受給できなければ給付抑制ということになるのではないかとの質問がなされた。これに対して、政府は、本人の意向を尊重しつつ、利用者の状態像に応じて従来どおりの予防給付を受給することは可能であり、要支援者が予防給付を受給しつつ、総合事業のサービスを利用することは可能であるが、予防給付と総合事業の両方から重複して同一サービスを受けることはできない旨答弁している¹⁸。

また、総合事業に第２号保険料を投入する理由について質問がなされ、これに対して、今回の総合事業は全体として介護予防や日常生活支援を推進することを目的としており、要介護状態の重症化を予防することにつながるるとともに、介護給付費の効率化に資する面もあるので、第２号保険料を投入する旨の答弁がなされている¹⁹。

（４）複合型サービスの創設

本法律案により、新たな地域密着型サービスとして、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が創設されることとなるが、この創設による事業者・利用者にとってのメリットについて質問がなされた。これに対して、厚生労働大臣は、利用者に対する包括的なサービスの提供が可能になる、複数のサービスの一体的な指定を行うことにより効率的な事業運営を可能にするという効果を見込んでいる旨説明した²⁰。また、適当と考えられるサービスの組合せの具体的な基準についての質問がなされ、これに対して、厚生労働大臣は、居宅の要介護者に対し、一体的に提供することが特に効果的かつ効率的なサービスの組合せを行っていく、まずは小規模多機能型居宅介護

と訪問看護を想定している旨答弁している²¹。

(5) 介護職員の処遇改善

民主党の政権政策マニフェスト 2009 では「介護労働者の賃金を月額 4 万円引き上げる」としていることを指摘した上で、次期総選挙までに既に改善されている部分を除く 2 万円弱の引上げを目指すのかとの質問がなされ、これに対して、厚生労働大臣は、民主党のマニフェストの 4 万円引上げということはまだ生きており、それを目指して処遇の改善をしていく旨答弁している²²。

処遇改善の方法について、公費による処遇改善交付金では持続性に疑問が残る、一方で介護報酬による対応とすると保険料の引上げ要因となることを指摘した上で、厚生労働省としてはどちらが望ましいと考えているのかとの質問がなされた。これに対して、厚生労働大臣は、介護報酬改定による対応では、永続的に処遇改善ができるが、一方、確実な職員の給与向上につながらないとの疑問が言われており、また、処遇改善交付金は、一時的なものであり処遇改善にならないとの意見があるが、一方、職員の給与向上に直接つながるので良いとの指摘があり、両論とも長所短所があるので、検討を行い次の介護報酬改定に向けて年末までに決めていきたい旨答弁した²³。

(6) 財政安定化基金の取崩し

介護保険料上昇の抑制に関して、都道府県に設置している財政安定化基金について、市町村分だけでなく、国分・都道府県分も取り崩して保険料軽減に充てるべきではないかとの質問がなされた。これに対し、厚生労働大臣は、市町村負担分は第 1 号保険料の軽減に充てる、国及び都道府県の負担分については、介護保険に関する事業に充てるよう努める旨規定している、国及び都道府県の返還額は、法案の趣旨を踏まえ、地域包括ケアシステムの実現に向けて有効に活用していきたいと考えているが、活用方法については、今後、都道府県、関係省庁と調整を図ってやってまいりたい旨答弁した²⁴。

(7) 介護サービス情報公表制度の見直し

今回の法改正により、情報公表制度における調査は、毎年 1 回の義務付けをやめ、都道府県知事が必要と認めるとき実施するとされているが、このような法改正を行う理由についての質問がなされた。これに対して、厚生労働大臣は、昨年実施した介護保険制度に係る書類・事務負担の見直しに関するアンケート結果で、訪問調査の頻度の見直し、手数料の減額・廃止との指摘がなされた、これを受けて昨年 11 月の社会保障審議会介護保険部会の意見において、調査は都道府県知事が必要と認める場合に適切に実施することとするなど事務の軽減を図り、手数料によらずに運営できる制度に変更すべきとの指摘があり、これを受けて、調査は都道府県知事が必要と認めた場合に行うとしたところである旨説明している²⁵。

見直し後の調査の在り方について、指定調査機関の団体による調査によれば、調査実施時に項目を修正された事業所の割合は 81.5%と高い割合であり、現行の調査は適正な事業

所情報とするため大きな役割を果たしている」と指摘した上で、今後の適正な調査の実施と公表情報の的確性を担保していくためには、国において何らかのガイドラインを示すべきではないかとの質問がなされた。これに対して、厚生労働大臣は、都道府県が調査の実施に関する指針を作成する際のガイドラインを、厚生労働省において、都道府県、指定情報公表センター、指定調査機関の意見を踏まえて作成して示すことによって適正な調査を実施できるようにしてまいりたい旨答弁した²⁶。

今回の見直しにより、指定調査機関や調査員がこれまで蓄積してきたノウハウや専門性が失われてしまうのではないかと懸念を示した上で、指定調査機関や調査員の処遇に配慮して、蓄積してきたノウハウや専門性を生かす方策を考えるべきではないかとの質問がなされた。これに対して、厚生労働大臣は、指定調査機関や調査員の専門的知識やノウハウは貴重な財産であり、活用していくことが有効である、そのため、事業者からの問合せなどへの対応の相談・支援について指定調査機関等の協力を得ることにより、情報公表制度の活用に関する支援体制を充実してまいりたい旨答弁している²⁷。

また、手数料によらずにどのように運営していくのかとの質問がなされ、これに対して、都道府県知事が必要と認める場合に調査を実施する、各県に設置されている公表用サーバーの国による一元管理によって運営コスト低減を図ることにより、可能な限り手数料によらず運営できる制度になると考えているが、具体的な制度運営は都道府県において判断されることになる、国としても円滑な移行に向けて必要な支援を講じてまいりたい旨答弁がなされている²⁸。

(8) 特別養護老人ホーム等の開設主体の拡大

営利目的の株式会社等の施設分野への参入にまで拡大されることへの懸念を指摘した上で、特別養護老人ホーム等の開設主体の幅を社会医療法人にまで拡大する理由について質問がなされた。これに対して、政府から、平成22年6月18日に閣議決定された規制・制度改革に係る対処方針において、「特別養護老人ホームへの社会医療法人参入を可能とする方向で検討し、結論を得る」とされたことを受けて今回の法案に盛り込んだ旨説明がなされた²⁹。

さらに、社会医療法人の公共性について、へき地医療、小児救急医療等の地域で特に必要な医療の提供を担うこととされていること、解散時の残余財産を国、地方公共団体などに帰属させる旨を定めていることから高い公共性を有している旨説明がなされた³⁰。

また、厚生労働省は特別養護老人ホームの運営に参入したいという社会医療法人からのニーズを把握しているのかとの指摘があった。これに対して、厚生労働省は、社会医療法人の数はまだそれほど多くなく、どのくらいニーズがあるかヒアリングをしなければならないと考えている。現状では、強く、是非やらせてほしいという声が届いているかというところではない旨説明している³¹。

(9) 介護療養病床廃止期限の延期

民主党の政権政策マニフェスト2009では「当面、療養病床削減計画を凍結し、必要な病

床数を確保する。」とされていることに関し、今回の法律案で廃止期限を6年間猶予することとマニフェストとの整合性について質問がなされ、これに対して、平成24年3月末までに廃止とされていたが、本法律案の成立により凍結されることになる旨答弁がなされた³²。

さらに、マニフェストにある凍結とは廃止すること自体をやめるということだから、廃止期限の延長とは本質的に違うのではないかとの指摘に対し、厚生労働大臣は、凍結ということで転換をやめるということではなく、平成23年度末とされている廃止期限を6年間延長して、その間に転換を促進していく旨答弁した³³。

介護療養病床の転換状況に関して、介護療養病床が介護療養型老人保健施設に移行していかない理由は、採算が合わないためであると考えられると指摘した上で、介護療養病床の転換促進について次期介護報酬改定でどのように対応する考えであるかとの質問がなされた。これに対し、政府は、介護療養病床と介護療養型老人保健施設の介護報酬をどのように設定するかは、社会保障審議会介護給付費分科会での介護報酬改定に関する議論の中で取り上げていかなければならない課題である旨説明している³⁴。

(10) たんの吸引

これまで介護職員等は、厚生労働省の通知による運用により一定の条件下で認められるという不安定な状況のもとで、トラブルが発生したときの責任への不安などを抱えながら、本来医師、看護師が行う医行為であるたんの吸引等を行ってきたことを指摘した上で、今回の法改正により介護職員等によるたんの吸引等を認めることとした経緯について質問がなされた。これに対し、政府は、介護職員からの不安の声もあり、今回の法改正を通じて介護職員等が業務として行っていただけるようにしていくこと、介護職員等が技術的な面で安定したたんの吸引等の処置ができるようになることは、サービスを受ける利用者の安全にもつながるという両面から今回の法改正に至った旨説明している³⁵。

一口にたんの吸引といっても、医師の指導の下で実施する行為から家族でも行えるものまで幅広にあると指摘した上で、現在医行為として整理されているたんの吸引を医師以外の者が実施する際の安全性の担保についての質問がなされた。これに対して、医師、看護師等の医療関係者との連携確保等の安全措置を講じた事業所の業務として、たんの吸引等を行うことを可能とし、こういった安全確保措置を要件とした都道府県知事への登録制度とすることによって安全性の担保を図っていきたいが、具体的な事業所の安全確保措置については試行事業の検証評価結果を踏まえて検討していききたい旨答弁がなされている³⁶。

また、たんの吸引等に関する研修について、医行為であるという責任の重さ、利用者の安全確保、介護職員等の技術取得の点から、充実した研修体制の構築が必要であるとの指摘³⁷があることに関連し、具体的な研修機関としての登録要件や研修プログラムについての質問がなされた。これに対して、たんの吸引等に関する講義や実地研修から構成されるプログラムであり、研修機関も医師、看護師等の医療関係者が講師として研修を行うなど研修を確実に実施できる体制を整備していることを登録要件とする都道府県知事への登録制度としていききたいが、具体的な研修プログラムの内容、研修機関の登録要件は、試行事業の検証評価結果を踏まえて検討していききたい旨説明がなされた³⁸。

万が一の事故の際、医行為を行った介護職員だけに責任が及ぶのか、それとも関係者全体の中で検証が行われるのか、補償制度の創設が必要ではないのかとの議論があると指摘した上で、事故が発生した場合の責任の所在についての質問がなされた。これに対して、事故の際の責任の所在は、介護職員、安全確保措置を講ずる義務のある事業主、連携している医師、看護師等それぞれの役割や関与の状態が勘案されることになる旨答弁がなされている³⁹。

(11) 介護福祉士の資格取得方法の見直し

介護福祉士の資格取得方法の見直しについては、介護福祉士の資質向上を図る観点から、平成19年の法改正により、一定の教育課程を経た後に国家試験を受験・合格して介護福祉士の資格を取得するという形に一元化され、平成24年度から順次施行予定となっていたところ、今回の法改正により施行が3年間延期されることとなった。これに関連して、介護福祉士の資格取得方法の見直しを3年間延期した理由についての質問がなされた。これに対して、政府から、今回の法改正で認められることになる介護福祉士のたんの吸引等について、介護福祉士への教育内容の見直し、カリキュラムの再編のための準備期間が必要になったこと、今なお、介護人材が不足している現状において、平成19年の法改正により義務付けられた実務者研修を受講しやすいものとするきめ細かい配慮を行う必要があるためである旨説明がなされた⁴⁰。

また、介護福祉士の資格取得方法見直しの延期に関連して、厚生労働省の指定養成施設で定員割れが相次いでいることから、今後の介護人材の安定的確保、資質の向上が必要であるとの指摘の上、今後の介護人材の養成の在り方に関する質問がなされた。これに対して、多様な人材の参入を促進し、就職後の段階的な技能形成と資質向上を図ることによって職への定着を図っていくという観点、資質向上に見合った処遇改善の観点から、介護職場に多くの若者が就職しようと思える、そういう環境整備に努めなければならないと考えている旨答弁がなされた⁴¹。

6. おわりに

国会における議論を経て「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」は成立した。

今後は、24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの普及、介護職員等によるたんの吸引等の円滑な実施、平成24年度以降の介護職員の処遇改善策、本年4月に改正された高齢者の居住の安定確保に関する法律により創設されたサービス付き高齢者向け住宅制度との連携等が課題となってくる。これらの点に関しては、来年の介護報酬改定に向けた社会保障審議会介護給付費分科会における議論についてもその動向が注目される。

また、昨年の社会保障審議会介護保険部会で意見の集約がなされなかった被用者保険の第2号保険料に対する総報酬割の導入、第2号被保険者範囲の拡大、補足給付の公費による負担等の給付と負担に関する論点も課題として残されている。

給付と負担の在り方については、本年7月1日に閣議報告された「社会保障・税一体改

革成案」においても、「地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化」、「介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化」として取り上げられているが、具体的な対応策は示されていない。

今後見込まれる介護給付費の増大とこれに伴う負担の増大という状況の中、社会保障・税の一体改革の一環として、給付と負担に関する残された課題について、更に検討を進め、持続可能な介護保険制度を構築していくことが必要であろう。

¹ 第4期の第1号保険料（65歳以上の第1号被保険者に対する保険料）は、平均月額4,160円。第5期の第1号保険料については、第31回社会保障審議会介護保険部会（平成22年9月6日）において、月額5,000円を超えるとの見込みが示されていた。

² 平成17年介護保険法改正時の附則第2条第2項の規定では、施行後3年を目途として、予防給付及び地域支援事業について検討を行い、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとされていたが、施行後3年目（第4期介護保険事業計画の開始年に当たる。）の平成21年に介護保険法改正は行われていない。

³ 平成18年の医療制度改革に伴い、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）により、介護療養型医療施設（介護療養病床）は、平成24年3月31日をもって廃止して、介護老人保健施設等に転換することとされている。

⁴ 平成21年度第1次補正予算により、介護職員1人当たり平均月額1.5万円の賃金引上げ相当額を介護職員の処遇改善に取り組む事業者に交付する介護職員処遇改善交付金を創設した。なお、本交付金は平成24年3月までの時限措置となっている。

⁵ 現行では、40歳以上65歳未満被保険者（第2号被保険者）の第2号保険料は、加入する医療保険を通じて一括納付している。その納付額は、第2号保険料による負担額を医療保険ごとの加入者数で按分して算定しており、加入者割などという。これに対して、総報酬割とは、第2号保険料による負担額を医療保険ごとの加入者の総報酬額で按分して算定することをいう。

⁶ 市町村の介護保険財政の安定的運営のため、都道府県に設置され、市町村の介護保険財政に不足が生じた場合に交付・貸付けを行う。財政安定化基金の財源は、国・都道府県・市町村が各3分の1ずつ負担する。

⁷ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養病床の入所者は、食費・居住費が利用者負担となっている。低所得者については、利用者負担限度額と標準的な費用として設定される基準費用額の差額が補足給付として支給される。現行では、この補足給付は介護保険から支給されている。

⁸ 市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画は、国の基本指針に基づいて策定され、計画期間内の対象サービスの種類ごとの見込量、見込量確保のための方策、サービス提供体制の確保等に関する事項が盛り込まれる。

⁹ 要介護・要支援認定者以外の介護保険非該当者に対して市町村が行う地域支援事業のうち、介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務及び包括的・継続的ケアマネジメント業務を総称して包括的支援事業という。

¹⁰ 社会医療法人を特別養護老人ホーム等の開設主体とすることに関する議論については、後出の「5.国会における議論、（8）特別養護老人ホーム等の開設主体の拡大」を参照。

¹¹ 第177回国会参議院厚生労働委員会会議録第13号2頁（平23.6.14）

¹² 第177回国会衆議院厚生労働委員会会議録第13号19頁（平23.5.20）

¹³ 第177回国会衆議院厚生労働委員会会議録第15号20頁（平23.5.25）

¹⁴ 第177回国会衆議院厚生労働委員会会議録第15号20・21頁（平23.5.25）

¹⁵ 第177回国会衆議院厚生労働委員会会議録第13号20頁（平23.5.20）

¹⁶ 第177回国会衆議院厚生労働委員会会議録第13号14・15頁（平23.5.20）

¹⁷ 第177回国会衆議院厚生労働委員会会議録第16号12頁（平23.5.27）

¹⁸ 第177回国会衆議院厚生労働委員会会議録第16号12頁（平23.5.27）

¹⁹ 第177回国会参議院厚生労働委員会会議録第13号12頁（平23.6.14）

²⁰ 第177回国会衆議院厚生労働委員会会議録第15号21頁（平23.5.25）

- ²¹ 第 177 回国会衆議院厚生労働委員会議録第 15 号 21 頁 (平 23. 5. 25)
- ²² 第 177 回国会衆議院厚生労働委員会議録第 15 号 11 頁 (平 23. 5. 25)
- ²³ 第 177 回国会参議院厚生労働委員会議録第 13 号 3 頁 (平 23. 6. 14)
- ²⁴ 第 177 回国会衆議院厚生労働委員会議録第 15 号 4 頁 (平 23. 5. 25)
- ²⁵ 第 177 回国会参議院厚生労働委員会議録第 12 号 10 頁 (平 23. 6. 9)
- ²⁶ 第 177 回国会参議院厚生労働委員会議録第 12 号 11 頁 (平 23. 6. 9)
- ²⁷ 第 177 回国会参議院厚生労働委員会議録第 12 号 11・12 頁 (平 23. 6. 9)
- ²⁸ 第 177 回国会参議院厚生労働委員会議録第 12 号 23 頁 (平 23. 6. 9)
- ²⁹ 第 177 回国会衆議院厚生労働委員会議録第 15 号 2・3 頁 (平 23. 5. 25)
- ³⁰ 第 177 回国会衆議院厚生労働委員会議録第 15 号 2・3 頁 (平 23. 5. 25)
- ³¹ 第 177 回国会衆議院厚生労働委員会議録第 15 号 12 頁 (平 23. 5. 25)
- ³² 第 177 回国会衆議院厚生労働委員会議録第 13 号 9 頁 (平 23. 5. 20)
- ³³ 第 177 回国会衆議院厚生労働委員会議録第 13 号 9・10 頁 (平 23. 5. 20)
- ³⁴ 第 177 回国会衆議院厚生労働委員会議録第 16 号 9 頁 (平 23. 5. 27)
- ³⁵ 第 177 回国会参議院厚生労働委員会議録第 13 号 4 頁 (平 23. 6. 14)、第 177 回国会衆議院厚生労働委員会議録第 13 号 11 頁 (平 23. 5. 20)
- ³⁶ 第 177 回国会衆議院厚生労働委員会議録第 15 号 3 頁 (平 23. 5. 25)
- ³⁷ 第 177 回国会参議院厚生労働委員会議録第 13 号 5 頁 (平 23. 6. 14)
- ³⁸ 第 177 回国会衆議院厚生労働委員会議録第 15 号 3 頁 (平 23. 5. 25)
- ³⁹ 第 177 回国会参議院厚生労働委員会議録第 12 号 22・23 頁 (平 23. 6. 9)
- ⁴⁰ 第 177 回国会参議院厚生労働委員会議録第 12 号 24 頁 (平 23. 6. 9)
- ⁴¹ 第 177 回国会参議院厚生労働委員会議録第 12 号 24 頁 (平 23. 6. 9)