

介護保険法施行16年の経過と介護保険の 今後の方向についての考察

足立圭司

Consideration on the 16-year progress of the Nursing Care Insurance Law and its
future direction

Keiji ADACHI

【要 旨】

1997年介護保険法が制定され施行以降16年をへた。介護保険は高齢者介護の社会化を目指し社会保険方式をとり、民間介護サービスの導入を図りながら現在に至っている。制度が始まってサービス量の確保の問題や介護報酬の不正請求への対処の時期をへて増大する介護保険給付に対応すべく介護サービス量の抑制と介護給付対象者の絞り込みが始まっている。

また介護保険への地域包括ケアシステムの導入により要介護者の地域生活のありようを変えようとする市町村による「総合事業」が開始されている。そして、財源論によるパイアスから地域包括ケアシステムを担う役割が公助・共助から自助・互助とへ動き出している。これらは、社会保障の分野が経済分野の一つと捉えられ「コスト削減」すべき領域として認識されている事から来る介護保険の持つ本質の問題である。今後、介護保険サービスに大きな影響を持つ地域包括ケアシステムのゆくえに注目する必要がある。

【キーワード】

高齢者 介護の社会化 社会保険 民間サービス 地域包括ケアシステム
財源論

1. はじめに

1997年介護保険法が制定され、2000年4月1日より施行された。高齢者介護の社会化を標榜し、要介護認定を受けた介護保険被保険者に対して現物としての介護サービスを支給しようとしたものである。

高齢者の「社会的入院」の問題が深刻化し高齢者の入院医療費を抑制する必要がある、急増する老人医療費の一部を福祉の経費（介護費）へ転嫁し医療保険財政の立て直しをはかろうとするものであった。消費税の引き上げに対する国民の反発があり社会保険方式をとることとなったといわれている。

介護保険の導入に当たって、税から保険方式

という福祉施策における公的責任の後退という理由から介護保険に反対したのは保険事業主体となる予定の市町村と福祉現場の人々であった。

しかし、市町村は国からの財政支援の言質を得た段階で反対をやめ、「一部マスコミや介護保険推進論者によって『介護の社会化を遅らせるな』という根拠のない情緒的主張」の中で福祉現場の声はかき消された¹⁾。現在介護保険が施行されて本年（2016年）で17年目に入った。

これまでの介護保険制度の経過をたどることによって国民への介護サービス提供の在り方や介護保険制度の行方を考えていきたい。

2. 介護保険導入にあたって

（1）高齢者介護・自立支援システム研究会報告と介護保険

21世紀に向けた高齢者介護システムのあり方について様々な角度から分析を行い、その基本的な論点や考え方を整理、検討するという目的で厚生省（現・厚生労働省）が設置した高齢者介護・自立支援システム研究会による報告（1994年12月）「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」²⁾のなかで高齢社会における介護問題について、①今日の介護は、高齢者の「生活を支える介護」であること②老後生活の不安要因③将来設計としての問題④家族の重い介護負担⑤介護サービスの立ち遅れ⑥高齢者と家族の関係が介護問題により限界になりつつあること⑦介護問題が企業や社会全体にとっても大きな損失になっていることを指摘した。また、これら的高齢者介護については、これまで福祉、医療などの現行システムがそれぞれ個別に対応してきたが、介護問題の深刻化により様々な問題点や矛盾が生じてきているとして、高齢者介護における措置制度を廃し、社会連帯による支え合いをもとにする社会保険システムの導入を提起した。また多様な事業主体が介護の現場に参加することによって高齢者によるサービスの自己決定も選択し得るだけの量のサービスを確保するとした。

この新介護システムの基本的な考え方では、①予防とリハビリテーションの重視、②高齢者自身による選択、③在宅ケアの推進、④利用者本位のサービス提供、⑤社会連帯による支え合い、⑥介護基盤の整備、⑦重層的で効率的なシステム、をとすることをうたっている。

この高齢者介護・自立支援システム研究会による報告以後介護保険創設の動きは急ピッチで進んでいく。翌、平成7年2月老人保健福祉審議会において高齢者介護の社会保険導入についての審議に入り、同年老人保健福祉審議会は公的介護保険制度の創設を勧告し、老人保健福祉審議会（中間報告）において公的負担を組み入れた社会保険方式にすべきとした。

1996年6月6日介護保険制度案大綱を老人保健福祉審議会等に諮問、同月10日介護保険制度案大綱について老人保健福祉審議会より答申。以後介護保険制度創設にむけて法制化作業が進むことになる。同年11月29日第139回臨時国会に「介護保険関連三法案」が提出され継続審議となるものの1997年成立し、2000年4月1日施行となった。ドイツの介護保険を参考にしたりはいえ介護保険法は構想からわずか3年で成立した。この「走りながら考えられた」介護保険への国民の理解はどのようなものだったのだろうか。

（2）介護保険開始後の介護事情の変化

介護保険への国民の理解度をみるのならば、介護保険成立後の国民の声を聞くのが適切であるように思われる。

1) 介護保険料の徴収

介護保険制度はこれまで家族が行ってきた介護を「社会連帯による支え合い」として実施され多くの国民は介護負担が軽減され、老後の不安から解放されることを期待した。現実介護保険が施行され65歳以上の1号被保険者から介護保険料が徴収されるとその保険料と徴収方法について批判が殺到した。

1号被保険者の保険料は所得段階別の設定とはいえず定額保険料のため逆進性が強い。また、年金からの保険料天引きや、年金のない人から

は世帯主や配偶者が連帯納付義務を負うといういわば取りっぱぐれのない徴収方法である。介護保険の強制加入・強制徴収は租税徴収以上に過酷な制度という批判が出た³⁾。なお2001年10月まで1号介護保険被保険者の介護保険料は国の特別措置により半分を国庫負担として国民の批判を和らげようとした。

2) 介護利用形態の変化

介護保険開始以後、介護事情は一変した。介護保険料と利用料負担増により短期入所生活介護（ショートステイサービス）利用者が激減した。かつて低額の在宅サービスを受けていた低所得の要介護者は費用負担が出来ずサービス利用の回数を減らした（絶対的抑制）ためである。また1割の利用料のため介護保険限度額と比べ少ない金額の介護サービス利用にとどまった（相対的抑制）³⁾。特別養護老人ホームが「介護老人福祉施設」として位置づけられ、「介護ニーズ」に特化し、経済的な理由により居宅で養護を受けられない高齢者は施設から退所していった。

3) 要介護認定への国民の不信

要介護認定を行うための要介護認定基準（一次判定）は介護施設において行われた「タイムスタディ法」による介護に要した時間（どのような高齢者にどのような介護が実施されたかを1分ごとに記録する）を測定することにより、要介護認定等基準時間を推計し、定められたものである。この判定はコンピュータプログラム化され使用されているが、このソフトの正確性や妥当性について多くの疑問が指摘されている⁴⁾。

4) 職員配置基準における「常勤換算」

介護報酬が措置費であったときは月額計算であったのに対し介護保険においては日額計算となり常勤職員だけで事業を運営することが困難になっている。

そのため介護保険では常勤換算の概念が取り入れられた。常勤換算とは、「介護保険指定施設等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」において定められている。「当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常

勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法」をいう。32時間をもって1人の常勤職員に換算するというものである。

介護保険法だけでなく障害者総合支援法においてもこの考え方は採用され、「常勤換算により、パートや臨時職員が増えている。常勤換算方式を見直し、正規職員で専門性の高い職員が雇用できるような報酬体系にすべきと言う議論もある。パートや臨時職員だけの常勤換算職員数について、例えば、「正規職員の30%を超えてはならない等の規定を設けるべき」⁵⁾という議論もある。

3. 介護保険見直しの経過

介護保険法附則第2条（検討）⁶⁾により、介護保険は施行から5年をめどに見直しを行うこととされている。以下改正の経過を見ていこう。

(1) 2000年4月～介護保険施行サービス提供主体拡充期

1) 在宅重視の目標（施設サービスの急増と入所施設新設の抑制）

特別養護老人ホームの待機者は制度開始前1999年では105,000人、2004年は340,000人と約3倍に増加した。しかし、特別養護老人ホーム利用者数は2002年では298,912人から2004年には365,800人と1.2倍弱にとどまっている。

一方介護保険法では在宅介護のカテゴリーである痴呆症対応型共同生活介護（現・認知症対応型共同生活介護）（グループホーム）が急増した。2002年では利用者が5,450人であったが2004年には74,800人と13倍強と急増した。これは、認知症ケアの研究が進み小規模・家庭的ケアの推進施設としての役割が評価されたことと、不足する特別養護老人ホームの代替として需要が高まったものと考えられる。民間事業所が参入する有料老人ホームも高所得者向けに増加していった。2002年では有料老人ホーム利用

者が36,855人から2004年には67,181人と1.8倍の増加であった。

2) あいつぐ不正請求事案

介護保険開始前後はサービス不足の懸念が指摘されていた。実際に「制度あってサービスなし」と揶揄された時代であった。国もいかにして民間企業に参入してもらうかを考え、不正請求や介護保険ルールに違反するなどは想定外（あるいは後回し）の時代であったと言える。規制がおろそかになったことで当時民間介護企業最大手であったコムスン⁷⁾は介護保険報酬の不正請求と事業所指定の不正取得に手を染めることになる。他においても2002年ころから不正請求が相次ぎ営利法人を中心に事業取り消しが行われた。

図1に平成12年度から平成15年度までの介護事業所の指定取り消し件数を示した⁸⁾。営利法人による施設の指定取消件数が急増しているのがわかる。

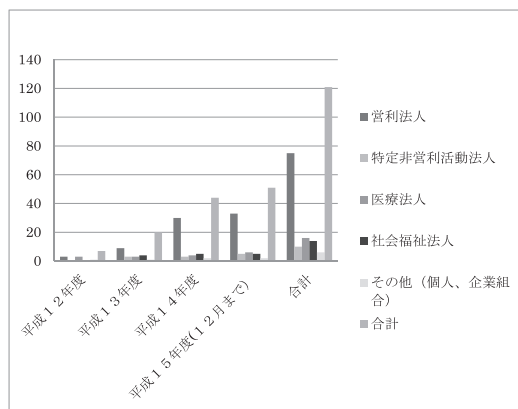


図1. 事業者及び施設の取り消し件数

(2) 2005(平成17)年改正(2006〔平成18〕年4月施行)介護給付の抑制へ

保険給付の範囲の縮小(ホテルコストの自己負担・・・すなわち食費と居住費を介護保険給付から除外することとしたこと)。将来の介護給付増大防止を目的に、要介護度の低い被保険者に対し介護予防給付への移行を図った。

また、「コムスン」の不祥事など悪質な事業者への対策に乗り出した時期でもある。2005年の介護保険法改正のなかで「事後規制ルール」⁹⁾

が強化された。

改正点の概要は以下のとおりである。

1) 介護予防型システムへの転換要支援者への給付を介護予防給付にしたこと。

介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施。地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関として各区市町村に地域包括支援センターが設置された。

2) 施設給付の見直し

食費・居住費(ホテルコスト)を保険給付の対象外としたこと。所得の低い人への補足給付の実施。

3) 地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定など

(3) 2008年改正(2009年5月施行)

不正請求への対応

2008年5月介護保険第二次改正(介護事業運営の適正化を図ることを目的)とした改正である。

コムスンなど悪質な事業者が出たことから介護サービス事業者の不正事案再発を防止し介護事業運営の適正化を図るため、事業者に法令遵守の業務管理体制整備を義務付けたこと。また事業者の本部への立ち入り調査権を創設したこと。不正事業者の処分逃れ対策などが行われた。以下に改正の要旨を示した。

1) 介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制の整備

法令遵守の義務の履行を確保するため、業務管理体制の整備を義務付ける事により、指定取消事案などの不正行為を未然に防止し利用者保護を図るものである。

2) 事業者の本部への立ち入り検査権

業務管理体制の整備状況や事業者の不正行為への組織的関与の有無を確認するため事業者に対する報告聴取や事業者の本社や事業所に立ち入り検査を行うものである。

3) 介護サービス事業の休止・廃止の届け出
休止・廃止後10日以内の事後届出制から1ヶ

月前の事前届出制に改め、処分逃れを目的とした廃止・休止届出の提出防止を図るものである。また、立ち入り検査から聴聞決定予定日までの間に廃止届けを出した事業者についても相当の理由がある場合を除き指定・更新の欠格事由に追加することとなった。申請者法人グループと密接な関係にある法人が指定取消を受けた場合も申請者法人も指定・更新の欠格事由となるなど規制が強化された。

4) 休止・廃止時のサービス確保の義務化

事業廃止・休止使用とする介護事業者に対し持続的なサービス提供のための便宜提供を義務付けたものである。介護事業者が義務を果たさない場合、都道府県知事、市町村長が事業者に勧告・命令をすることができることとされた。

5) 不正請求等による返還金の徴収

不正請求による徴収金を従来の民事上の債権の扱いから国税や地方税に準じた公法上の債権という扱いに変更し、保険者がより確実に回収できるように改められた。

(4) 2011年改正 (2012年4月施行)

地域包括ケアシステム¹⁰⁾の理念規定の導入

2011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」のなかで5条第3項に「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の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。」と定め高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるように、医療・介護・予防・住まい・生活支援のサービスを切れ目なく提供するとしたものである。

具体的方策は、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、市町村

(保険者)による主体的な取り組みの推進などである。

(5) 2014年改正

地域包括ケアシステムの本格導入 (地域医療・介護総合確保法による総合事業の導入)

厚生労働省は、「2025年(平成37年)を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進」するとしている。複数の疾患や障害を抱えながらできるだけ長く地域で暮らせるような社会を構築して行こうというものである。

2012年地域包括ケア研究会では「自助・互助・共助・公助」の概念のほか、「住まいと住まい方」、「生活支援」「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」の5つシステムの要素をあげている。2014年5月の「地域包括ケア研究会報告書」では上記に加えて「本人・家族の選択と心構え」をあげている。従来の理想的な死の迎えかたとしての「家族に見守られながら自宅で亡くなる」から、「常に『家族に見守られながら自宅で亡くなる』わけではない。それぞれの住民が理解した上で在宅生活を選択する」という自己決定を迫るものである。看取りについて「直前まで住まいで過ごし、最後の2週間程度を医療機関」で看ることを想定している。また老後の健康な生活を目指すのではなく古くから日本で言われてきた「養生」(病気をかかえながら自発的に健康な生活を行うための生活のあり方を示すもの)への支援を提唱している。在宅生活支援に際してセルフマネジメントのプログラムの提供や自己決定に対する支援、家族に対する支援など「養生」を軸にした支援のありかたについて言及している。

公助における公的責任の後退という批判はあるものの「住まいと住まい方」など地域包括ケアの方向性については妥当なものであると考えられるだろう。

では実際の介護保険での地域包括ケアシステ

ムの様子を見てみよう。

2014年の介護保険法改正で、地域包括ケアシステムの本格導入を目指し予防給付を地域支援事業に移した。これまで介護保険が担ってきた要介護度の軽い人たち(要支援1・2)へのサービス(ホームヘルプサービスやデイサービスなど)を市町村の実施する「総合事業」において介護予防・生活支援を行うとし「住民主体等の多様なサービス」へ移行を図った。問題は、いわば地域の力、すなわち地域ボランティアに介護予防・生活支援を託そうとする所にある。

具体的施策は、市町村の実施する「総合事業」である。介護保険実施者である市町村の事業として2006年度から実施された「地域支援事業」(内容は介護予防事業・包括的支援事業・任意事業からなる)が前身となる。旧「総合事業」が任意事業であったのに対し、新「総合事業」では予防給付の見直しをセットにして2015年から2017年度に全市町村で必ず実施されることとなった。これにより要支援1・2の被保険者への介護保険の訪問介護と通所介護のサービスが外されることとなった。地域包括ケアシステムの導入と言うよりも財源論からのバイアスを強く感じさせるものである。

4. 今後の介護保険のゆくえ

(1) 地域包括ケアシステムに基づいた基盤整備(サービス量調整の方向)

2014年の「地域包括ケア研究会報告書」に「介護保険制度では、サービス提供者として民間事業の参入を促進してきた。これまでは、事業者任せ競争が行われてきた部分も少なくなかったが、その結果、特定のサービスにおいて供給過剰と思われる状況となった地域もみられる」とし、介護保険制度の理念に沿わない財源の投入に警鐘を鳴らしている。

本報告書では、市町村がイニシアチブをとる地域包括ケアシステムの構築によって、市町村の基本方針に沿った基盤整備・サービスの参入のあり方について提唱している。

(2) 財源論からの動き(被保険者の負担増・保険条件の変更)

1) 介護保険負担割合を原則2割へ

平成27年11月24日 財務省財政制度審議会「平成28年度の予算の編成等に関する建議」¹¹⁾では、社会保障分野で国民に「負担能力に応じた公平な負担」を求め介護保険の「自己負担割合については、65歳から74歳までの負担割合が、医療保険では2割となっている一方、介護保険では一定以上の所得者を除き1割となっている。両制度の均衡を図る観点から、介護保険において原則2割負担とするための改正を『第Ⅱトラック』で検討・実施すべきである」としている。

2) 介護保険給付の適正化(福祉用具貸与・住宅改修の自己負担化、要介護1・2通所介護の介護保険からの切り離し)

生活援助サービスについて日常生活で本来本人が負担する費用であるので原則自己負担化すべきとし、「介護保険給付を中重度者に重点化する」とした。

福祉用具貸与・住宅改修については、原則自己負担(一部補助)化すべきであること。ついで「要介護1・2の高齢者への通所介護サービス等については、地方公共団体の裁量と予算の範囲内で実施する地域支援事業に移行すべきである。」として介護保険からこれらのサービスを切り離すことを提言している。

介護サービスの給付の範囲の縮小は、国と被保険者との契約の一方的な変更であり、民間の保険契約であれば解約の選択肢がとれるが、強制加入の「介護保険」では解約の選択肢もない。

3) 介護サービス計画作成(ケアプラン)有料化の検討

厚生労働省は2015年10月に介護報酬改定に向けた基礎調査を開始し、従来介護サービス計画(ケアプラン)作成にかかる費用は介護保険からすべて支出していたが(自己負担なし)、2018年度の介護報酬改定に合わせて自己負担¹²⁾とする検討を始めた。厚生労働省によれば利用者自らお金を出すようになれば「ケアマネージャーがより慎重に選ばれていき、それぞれが質を競

い合うようになりプラスの効果が生まれる」としている。

本来、介護サービス計画は被保険者自身で作成してもよいことになっている。自己負担化すれば、セルフケアプランが今後増加することになる。またセルフケアプランと称して介護サービス事業者による代行作成も考えられ、この場合は正当な理由のない特定の事業所へのサービスの偏りになるおそれは否定できない。

(3) 介護人材の危機の進行（財源問題と介護報酬の公定価格）

介護労働安定センターが実施している平成26年介護事業経営実態調査結果によれば、介護職員の1年間の離職率は全国平均で16.5%、介護職員の平均年齢は45.7歳、平均賃金(月給の者)は215,077円である¹³⁾。また、学校を卒業後の前職有りで介護職に就いた人が82.1%である。介護職の流動性の高さを示している。また直前の介護の仕事をやめた理由(複数回答)として「職場の人間関係に問題があったため」が26.6%となっている。

賃金が安い理由として①介護報酬が公定価格であり低く抑えられていること②介護職員の給与改善のために介護保険より介護職員処遇加算がなされているが、いつ加算からはずされるかわからず基本給で処遇改善を行うことは難しいこと③多くの介護職員は転職を繰り返しており現在の在職年数が少なく給与が低くなっていることなどが考えられる。

介護が財源の問題と連動して考えられているところに問題の根源があると考えられる。

おわりに

1997年の社会福祉基礎構造改革以降、社会保障の分野も経済社会の一部として捉える動きが顕著になった。社会保障が経済社会の高コストをもたらしている領域の一つと考えられているところに介護保険のもつ本質的問題がある。

財源論によって左右される介護保険のサービス量減やサービス対象者の範囲縮小が果たして

「介護の社会化」の理念を実現するのか。また、競争の導入及び拡大を行い市場原理によって社会保障コスト削減を実現しようとしてきた。本研究のテーマとしている介護保険もビジネスとしての市場原理の導入を一つの柱としているが市場原理によって果たして誰もが安心して介護を受けられるのだろうか。

介護保険が導入されて以来16年、介護保険制度の変容をこれまで見てきた。今後、「国策」とされた地域包括ケアシステムのゆくえに注目すると同時に、「介護の社会化」「市場原理」をキーワードに介護保険制度での市場原理の状況や介護保険での市場原理の限界について考えて行きたい。

【註】

- 1) 伊藤周平「介護保険を問い直す」(2001) 筑摩書房 p88
- 2) 厚生省高齢者介護対策本部 平成6年12月 高齢者介護・自立支援システム研究会報告「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/514.pdf> (2016.10.20アクセス)
- 3) 金額比と人員比とでは直接比較は出来ないが、平成26年度の介護保険未徴収額は274億円、金額にして全体の1.48%である。それに対して国民健康保険税の未徴収率は人数比で全体の9.2%である。平成25年度 国民健康保険実態調査 http://www.estat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001129348&requestSender=search (2016.10.20アクセス)
- 4) 二木立「介護保険の総合的研究」(2007) 勁草書房 pp170-171
介護保険開始後の現実の一つに、二木はサービス利用の絶対的抑制と相対的抑制について言及している。
- 4) 二木立「介護保険の総合的研究」(2007) 勁草書房 pp179-181
1. 現在の要介護認定プログラムには身体的 ADL 偏重と各種サービスの質とコストの違いを無視していること、2. 同一介護度に属する要介護度別に属する個々の介護時間には相当の差があることから介護給付費を個別的に設定することは無理があること、3. タイムスタディでは「平均的」介

- 護時間なのにそれが保険給付の「上限」にすりかえられてしまっていることをあげ、をコンピュータープログラムに基づく要介護認定とそれに基づく給付限度額の設定には根本的欠陥があると指摘している。そのため要介護認定システムを廃止して、スウェーデンやデンマークなどの方式である利用者本人とケアマネージャーの合意に任せ給付する方式に改めることを提案している。
- 5) 「障害者総合福祉法」(仮称)の論点についての意見提出委員 全日本ろうあ連盟
<https://www.jfd.or.jp/info/misc/kaikaku/fukushi/fm7-iken.pdf> (2016. 10. 20アクセス)
- 6) 介護保険法附則第2条(検討)介護保険制度については、要介護者等に係る保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の状況、保険給付に要する費用の状況、国民負担の推移、社会経済の情勢等を勘案し、並びに障害者の福祉に係る施策、医療保険制度等との整合性及び市町村が行う介護保険事業の円滑な実施に配慮し、被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲、保険給付の内容及び水準並びに保険料及び納付金(その納付に充てるため医療保険各法の規定により徴収する保険料(地方税法の規定により徴収する国民健康保険税を含む。)又は掛金を含む。)の負担の在り方を含め、この法律の施行後5年を目途としてその全般に関して検討が加えられ、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講ぜられるべきものとする。
- 7) コムスン 経営理念として「コムスンの誓い」があった。
<企業理念>
私達は、一人でも多くの高齢者の尊厳と自立を守り、お客様第一主義に徹します。
私達は、明るい笑顔、愛する心、感謝の気持ちを大切にします。
私達は、常にサービスマインドを心がけ、真心を込めて介護を行います。
私達は、責任を持ってお客様のプライバシーを守ります。
従来の社会福祉法人の福祉理念とは全く異なり、コマーシャルベースの経営理念が見て取れる。
2006年12月、東京都は都内のコムスン事業所に立ち入り調査を行い、介護報酬不正請求や事業所指定の不正取得が発覚した。
- 8) 平成16年2月23日 第9回社会保障審議会介護保険部会 資料3 IV. 事業者指導・監督等「介護保険事業所及び施設の指定取消等数」より作図した。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/02/s02238.html> (2016. 10. 20アクセス)
- 9) 「事後規制ルール」新たに介護サービスの事業所を開設しようとする法人の役員の中に過去5年以内に指定の取消の処分を受けた事業者の役員がいるような場合は介護保険指定の欠格事由に該当し、指定を受けることができないこと。人員基準欠如・設備、運営基準違反においても、禁錮以上の刑を受けて、その執行を終るまでの者であるとき、介護保険法その他保健医療福祉に関する法律により罰金刑を受けて、その執行を終るまでの者であるとき、指定取消から5年を経過しない者であるとき、5年以内に介護保険サービスに関し、不当又は著しく不正な行為をした者であるとき指定の欠格事由となること。
また、指定の効力に有効期間(6年)が設けられたこと。基準に従って適切な事業の運営がされない場合や、過去に同一のサービスで指定の取消処分を受けた場合には、指定の更新が受けられないことがあること。更新の欠格事由は、指定の欠格事由と同様である。
- 10) 2013年12月に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(社会保障改革プログラム法)で地域包括ケアシステムの法的定義が示されている。同法第4条4「地域の実情に応じて、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、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。次条において同じ。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」
- 11) 財務省財政制度審議会「平成28年度の予算の編成等に関する建議」
http://www.mof.go.jp/zaisei/matome/zaiseia271124/kengi/02/02/sakutei04_01.html
(2016. 10. 20アクセス)
- 12) 現行の居宅サービス計画作成料(居宅介護支援費I)は要介護1・2で10,420円、要介護3・4・5で13,530円である。2割負担となればそれぞれ一回2,084円から2,706円の負担増となる。
- 13) 2013年度介護労働実態調査 介護労働安定センター