

# 国立国会図書館

## 介護保険制度改革の課題

調査と情報—ISSUE BRIEF— NUMBER 821 (2014. 3. 28.)

はじめに

I 介護保険制度改革案

II 介護保険制度改革の論点

- 1 予防給付の見直し
- 2 特別養護老人ホームの重点化
- 3 利用者負担の見直し
- 4 地域包括ケアシステムの整備

おわりに

- 介護保険の導入から 10 余年が経過した。この間、急速な高齢化とともに、介護保険の費用も急増している。今後も介護費用の増加は避けられず、介護サービスの拡充とともに制度の効率化と重点化が求められている。
- このようななか、予防給付の一部を市町村の地域支援事業に移行する改正法案が平成 26 年通常国会に提出された。同法案は、市町村による柔軟かつ効率的な介護予防サービスの提供を目指すものであるが、地域間でサービスに大きな格差が出るおそれが指摘されている。
- 団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年までに、必要な介護を提供できる体制整備が急務である。今後 10 年余で、在宅医療と介護を連携し、地域包括ケアシステムを構築するなど、解決すべき課題は多い。

国立国会図書館

調査及び立法考査局社会労働調査室

(専門調査員 なか がわ ひで あき 中川 秀空)

第 8 2 1 号

## はじめに

平成 12 年の介護保険制度の導入から 10 余年が経過するなか、人口高齢化率は 17.4% (平成 12 年) から 25.1% (平成 25 年) へ上昇した。高齢化に伴い、介護保険に係る総費用額も、平成 12 年度の約 3.6 兆円から平成 25 年度には 9.4 兆円へと急増している<sup>1</sup>。

人口の将来推計をみると、団塊の世代が 75 歳以上となる平成 37 (2025) 年には、高齢者人口は 3657 万人に達し、高齢化率は 30.3% に上昇するとみられている<sup>2</sup>。要介護状態となるリスクは加齢とともに急激に上昇する。介護保険を利用するのは、ほとんどが 75 歳以上の後期高齢者である。75 歳以上人口は現在 1563 万人であるが、平成 37 年には 2179 万人に増加する。それまでに必要な介護を提供できる体制整備が急務となっている。

厚生労働省による推計では、介護保険に係る総費用額は、平成 37 年には 21 兆円程度に倍増するとみられている<sup>3</sup>。3 年ごとに改定される第 1 号被保険者<sup>4</sup> 1 人当たりの月額保険料の全国平均は現在 4,972 円 (平成 24~26 年度) であるが、今後も保険料の上昇は避けられず、平成 37 年には 8,200 円に達するとみられている。このため、介護サービスの更なる拡充とともに制度の効率化と重点化が求められている。

## I 介護保険制度改正案

このような状況のなか、平成 24 年に成立した「社会保障制度改革推進法」(平成 24 年法律第 64 号) では、介護サービスの効率化および重点化を図り、保険料負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するとされた。同法に基づき設置された「社会保障制度改革国民会議」により、平成 25 年 8 月に報告書<sup>5</sup> (以下「国民会議報告書」という。) がまとめられ、介護保険の分野においては、地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、利用者負担の見直し等の改革が掲げられた。また、消費増税に伴う社会保障制度改革の手順を示す「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」(平成 25 年法律第 112 号) が同年 12 月に成立し、介護保険制度については、必要な措置を講じ、改正案を平成 26 年の通常国会に提出することを目指すとした。同時に、厚生労働省社会保障審議会介護保険部会 (以下「介護保険部会」という。) においても議論が進められ、改正案の方針となる意見書<sup>6</sup> が平成 25 年 12 月にまとめられた。同意見書を受けて介護保険制度の改正案がまとめられ、医療制度等の改正案<sup>7</sup> と併せた「地域における医療及び介護の総合的な確

<sup>1</sup> 厚生労働省「参考資料」(第 53 回社会保障審議会介護保険部会資料) 2013.11.27, p.9. <[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000032988.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000032988.pdf)> 以下、本稿の注におけるインターネット情報の最終アクセス日は平成 26 年 3 月 20 日である。

<sup>2</sup> 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (平成 24 年 1 月推計)」<<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/sh2401simm.html>>

<sup>3</sup> 厚生労働省 前掲注(1)

<sup>4</sup> 介護保険法における被保険者は、65 歳以上の第 1 号被保険者と 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者である第 2 号被保険者の 2 種類がある。

<sup>5</sup> 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋—」2013.8.6. <<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>>

<sup>6</sup> 厚生労働省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」2013.12.20. <[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000033066.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000033066.pdf)>

<sup>7</sup> 医療機関が都道府県知事に病床の医療機能 (高度急性期、急性期、回復期、慢性期) 等を報告し、都道府県

保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」(第 186 回国会閣法第 23 号。以下「改正法案」という。)が、平成 26 年 2 月に第 186 回国会に提出された。以下は、改正法案のうち介護保険制度に係る部分の主な内容である。

### (1) 予防給付の見直し

介護予防サービスのうち介護予防訪問介護と介護予防通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業)に移行し、平成 29 年度までに全ての市町村で実施するものとする(図参照)。その財源構成は予防給付と同じ(国 25%、都道府県 12.5%、市町村 12.5%、保険料 50%)であるが、総合事業の事業費の上限は、事業への移行分を賄えるように見直す。これらの措置により、市町村は、既存の介護事業所によるサービスに加えて、NPO、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援する。また、国は指針を作成し、事業の円滑な実施を支援する。

### (2) 特別養護老人ホームの重点化

原則として、特別養護老人ホームへの新規入所者を要介護度 3 以上の要介護者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化する(既入所者を除く)。ただし、軽度(要介護度 1~2)の要介護者について、やむを得ない事情により、特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下で、特例的に入所を認める。

### (3) 低所得者の 1 号保険料の軽減強化

低所得者の 1 号保険料について、現行では基準額の 0.5 倍または 0.75 倍を標準として軽減されているが、平成 27 年度から、市町村は公費で低所得者の 1 号保険料のさらなる軽減強化を行い、国がその費用の 2 分の 1、都道府県が 4 分の 1 を負担する。

### (4) 一定以上所得者の利用者負担の見直し

保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、第 1 号被保険者のうち相対的に負担能力のある一定以上の所得者の利用者負担を、現行の 1 割から 2 割に引き上げる<sup>8</sup>。2 割負担となる一定以上の所得の水準については政令で定められるが、モデル年金や平均的消費支出の水準を上回り、被保険者の上位 20%に該当する合計所得金額 160 万円以上(単身で年金収入のみの場合、280 万円以上)となることが想定されている。

### (5) 補足給付の見直し

特定入所者介護サービス費等(いわゆる補足給付)の支給要件について、所得のほか、資産の状況もしん酌し、一定額超の預貯金等(単身で 1000 万円超、夫婦世帯で 2000 万円超程度を想定)がある場合には、支給対象外とする。また、偽りその他の不正行為によって特定入所者介護サービス費等を受けた場合、市町村は、その給付の価額に加え、その価額の 2 倍に相当する額以下の金額を徴収することができる。

---

は、それをもとに地域医療構想(地域医療ビジョン)を医療計画等において策定し、病床機能の分化などを推進する等の措置を講ずる内容となっている。

<sup>8</sup> ただし、負担の月額上限があるため、見直し対象者の全員の負担が 2 倍になるわけではない。

図 介護サービスの見直し



(出典) 厚生労働省「参考資料」(第53回社会保障審議会介護保険部会資料) 2013.11.27, pp.32-34; 「基礎からわかる介護保険改正」『読売新聞』2014.2.15, p.14等を基に筆者作成。

## II 介護保険制度改革の論点

### 1 予防給付の見直し

#### (1) 要支援者向けサービス

介護保険で利用できるサービスには、要介護者に対する介護給付、および要支援者に対する予防給付がある。また、要介護・要支援に認定されなくても将来的に要介護・要支援となる可能性の高い虚弱な人には、運動機能向上や口腔機能向上など、市町村が行う地域支援事業<sup>9</sup>が利用できる（図参照）。これらのうち要支援は、介護が必要な度合いに応じた7段階の認定区分のうち比較的軽い2つの区分で、要支援の認定者数は、認定された人全体（531万人）の26%にあたる140万人である（平成23年度）。要支援者向けの予防給付は、運動機能の向上や認知症予防など介護の知識や技術が必要なサービスと、必ずしもそうとはいえないホームヘルパーの定期訪問による掃除や洗濯、買い物などが一緒に提供されている。このため、予防給付は身の回りの世話にとどまっているとの批判や、そもそも、掃除や買い物といった家事代行が予防になるのかといった疑問の声も聞かれる。また、こうしたサービスへの要望は要介護認定で非該当とされる高齢者にも存在し、保険の対象から外して社会福祉施策として提供することが適切との意見もある<sup>10</sup>。さらに、予防給付はサービスの種類、単価を全国一律で定めており、家事のような内容でも専門職が担うことが多く、費用が割高になるとの指摘や、要支援者は多様な生活支援のニーズがあり、全国一律の取扱いで対処するのは困難であるとの指摘も出ていた<sup>11</sup>。

予防給付に係る費用は約4500億円で、介護サービス全体の費用の5.7%に過ぎない（平成23年度）。しかし、前述のとおり、団塊の世代が75歳以上となる平成37年には、介護保険の総費用額は現在の水準から21兆円程度へ2倍以上に膨らむとみられている。このため、将来の介護費用と保険料の上昇を抑え、より重度者の介護サービスに財源を回すためには、軽度者向けのサービスの見直しが必要といわれてきた。

#### (2) 予防給付の地域支援事業への移行

国民会議報告書では、介護保険給付と地域支援事業の在り方を見直すべきであるとされ、介護の必要度が低い要支援者向けのサービスを市町村の独自事業に移すことが盛り込まれた。これを受けて、厚生労働省は、要支援者に対する予防給付を廃止し、市町村が実施する新しい地域支援事業に移行する案を、平成25年9月に介護保険部会に提示した。全国一律の基準によるのではなく、サービスの内容や価格などを市町村が柔軟に決定できるようにし、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の地域資源を効果的に活用するなど、地域の実情に応じた取組を可能にしようとするものである。例えば、単身者が多い地域なら配食や見守りなど、地域で独自に決めて実施することができる。また、市町村にお

<sup>9</sup> 地域支援事業は、要介護や要支援認定を受けていない高齢者を対象に、要介護・要支援状態になることを予防し、要介護・要支援状態となった場合でも、できる限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援する市町村の事業である。通所型や訪問型の介護予防事業、総合相談・支援や権利擁護業務などの包括的支援事業、家族介護支援などの任意事業がある。平成24年に、介護予防・日常生活支援総合事業（市町村の判断・創意工夫により、配食・見守り等の生活支援サービスを総合的に提供する任意の事業）が追加された。

<sup>10</sup> 池田省三『介護保険論—福祉の解体と再生』中央法規出版, 2011, pp.225-226.

<sup>11</sup> 「介護保険制度改革 予防給付は地域支援事業に段階的移行」『週刊国保実務』2874号, 2013.9.2, p.12.

ける柔軟な事業の実施により、その効率化を図ろうとするものである。

介護保険部会の議論では、同案に対して、「認知症においては初期の段階で専門職のケアが必要である」「ボランティアやNPOが育っていない地域が多い」等の慎重論が出された<sup>12</sup>。このため、厚生労働省は、移管の対象を要支援向けサービス費用の約60%を占める訪問介護（ホームヘルプ）と通所介護（デイサービス）に限定し、それ以外の訪問看護や訪問・通所リハビリ、入浴介護など専門的な技能が求められ、多様な形態での提供が少ないサービスは、従来通り予防給付に残す修正案を介護保険部会に再提示した。12月にまとめられた介護保険部会の意見書では、修正案どおり、予防給付のうち訪問介護・通所介護については、市町村が地域の実情に応じ、効果的・効率的にサービス提供をできるように地域支援事業の形式に見直すことが必要であるとされた。また、事業費の単価については、サービスの内容に応じた市町村による単価設定を可能とするとされた。改正法案では、意見書のとおり、予防給付のうち、訪問介護と通所介護を地域支援事業に移し、訪問型サービス、通所型サービスとして提供することになった（図参照）。

### （3）改正法案の課題

予防給付の改正案は、平成24年に地域支援事業に新設された介護予防・日常生活支援総合事業をモデルとするものである。これは、地域支援事業において、地域の実情に合った形でボランティアなど多様なマンパワーの活用を図りながら、要支援者・2次予防事業対象者<sup>13</sup>に対し、介護予防や配食・見守り等の生活支援サービスを提供することができる新事業を、市町村の判断で任意に導入できるとするものである。しかし、同事業の導入実績は、ノウハウの乏しさや担い手の確保が難しいこと等から全国で44市町村にとどまっている（平成25年度）。このような状況下で、地域の自主的なサービスの組織化を短期間で行い、予防給付を地域支援事業へ移管することについて、その実現性が危ぶまれている<sup>14</sup>。

また、全国一律の保険サービスから市町村事業に移すことで、市町村間でサービス内容に大きな格差が出るおそれも指摘されている。市町村の財政が厳しく、ボランティアやNPOなどの受け皿が地域に十分でない場合、サービス水準が低下しかねない。利用者側からは、生活援助がなくなれば要介護状態に早期に移る人が増加し、結局は財源負担にはねかえるとの疑問も出ている<sup>15</sup>。

サービス利用手続きについては、改正案では、予防給付を希望する場合は要支援認定を受け、予防給付と地域支援事業の訪問型・通所型サービス等を組み合わせる。一方、訪問型・通所型サービスのみを希望する場合は、要支援認定は不要で、基本チェックリストで状態を確認し、サービスを受ける。いわば、現行よりも利用のハードルが低くなるため、家政婦代行的に訪問型サービスを利用するモラルハザードが深刻化すると指摘もある<sup>16</sup>。

新たな地域支援事業に取り組むには、まず市町村が中心となって、NPO、民間企業、協

<sup>12</sup> 厚生労働省「第47回社会保障審議会介護保険部会議事録」2013.9.4. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000026272.html>>

<sup>13</sup> いわゆる介護予備軍のことで、介護保険の第1号被保険者で要支援・要介護の認定を受けていないが、生活機能の低下があるため、要支援・要介護になるおそれがあると認定された高齢者をいう。

<sup>14</sup> 増田雅暢「予防給付見直しに対する五つの疑問」『週刊社会保障』2747号, 2013.10.14, pp.32-33.

<sup>15</sup> 「社会保障国民会議 最終報告 全世代で支え合う社会へ」『読売新聞』2013.8.7, p.7; 「介護保険改革 地域の高齢者を守れ」『毎日新聞』2010.10.19, p.5.

<sup>16</sup> 結城康博「介護保険部会を振り返って（上）」『介護保険情報』14(10), 2014.1, p.20.

同組合、ボランティア、社会福祉法人等の生活支援サービスを担う地域の資源を充実・強化し、組織化を図ることが必要となる。介護保険制度は、制度発足以来、地方分権の試金石として、市町村が主体的な役割を果たしてきたが、ここで再び市町村の力量が試されているといえよう。国も、先駆的な事例や具体的なモデル像の提示、ガイドラインの策定など、きめ細やかな市町村支援策を整えなくてはならない。

## 2 特別養護老人ホームの重点化

特別養護老人ホーム入所者に占める中重度の要介護者（要介護度3以上）の割合は、平成23年において約88%である。残りの12%は軽度の要介護者（要介護度1～2）であり、その入所理由は、「介護者不在」「介護困難」「住居問題」等が6割を占めている。一方、平成21年の調査では、特別養護老人ホームへの入所待機者のうち、要介護度4～5の在宅の要介護者は約6.7万人となっていた<sup>17</sup>。このように、特別養護老人ホームへの入所を希望しながら、在宅を余儀なくされている要介護度の高い高齢者も多数存在している。このため、特別養護老人ホームについては、排せつ等の一定の身体介護の必要性が増してくる要介護度3以上の中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点を移すべきとの意見が出ていた。

介護保険部会の議論では、限られた財源のなかで選択と集中は避けられず、特別養護老人ホームへの入所を中重度者に限定することに賛成する意見がみられた<sup>18</sup>。一方、要介護度3以上に限定して被保険者の選択の権利を狭め、国民の不安を拡大することには反対とする意見や、地域の事情によりセーフティネットとしての役割を果たすべく軽度者の入所が行われており、やむを得ない事情がある場合は軽度者の入所を認めるべき等の意見があった。介護保険部会の意見書では、入所を要介護度3以上に限定し、やむを得ない事情がある場合には、特例的に軽度者の入所を認めることが適当であるとされた。これを受けて、改正法案でも、新規入所者を要介護度3以上に限定し、認知症など特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難であると認められる場合に特例的な入所を認めるとした。

特別養護老人ホームにおいて、要介護度1～2の要介護者の入所の背景として、認知症等により地域での生活が困難であることや、家族の状況等により在宅での生活を支える体制が不十分であること等がある。したがって、特別養護老人ホーム以外での生活が困難であると認められる場合などについては、軽度であっても入所を認めるのが妥当と考えられる。

## 3 利用者負担の見直し

### （1）一定以上所得者の利用者負担の見直し

介護保険の利用者負担割合は、制度導入時から1割に据え置かれている。これは、所得に応じて自己負担割合に差をつけている医療保険と比べ、バランスを欠くといわれている

<sup>17</sup> なお、特別養護老人ホームへの入居申込者数は、全部で42.1万人であった。厚生労働省「施設サービス等について」（第48回社会保障審議会介護保険部会資料）2013.9.18。<[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-1260100-0-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000025314.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-1260100-0-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000025314.pdf)>

<sup>18</sup> 厚生労働省「第48回社会保障審議会介護保険部会議事録」2013.9.18。<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000026652.html>>

19。このため、介護保険においても一定所得以上の高齢者に応分の負担を求めようとする意見が強い。国民会議報告書では、制度の持続可能性や公平性の視点から、一定以上の所得のある利用者負担を引き上げるべきであるとされた。

医療保険では、現役並み所得の高齢者の場合、自己負担も現役と同じ3割である。しかし、介護保険において、一定以上の所得の高齢者の利用者負担を1割からいきなり3割にすることは難しいため、2割負担で見直しを進めることとなった。問題は、引き上げ対象となる「一定以上の所得」の水準の設定である。医療保険と同じ水準が考えられるが、同水準（年金収入のみの単身の場合で383万円以上）では対象者が限定され財政効果が少ない。また、医療保険の現役並み所得の高齢者の3割負担は現役世代とのバランスを図る目的であるのに対し、介護保険では同一世代内の公平性を図ろうとするものである。このため、必ずしも医療保険と同じ水準に設定する理由はない。この観点から、厚生労働省は、年収から公的年金等控除分などを差し引いた合計所得金額が①160万円以上（年金収入のみ単身の場合で280万円以上（合計所得金額160万円＋公的年金等控除120万円））、②170万円以上（年金収入のみ単身の場合で290万円以上（合計所得金額170万円＋公的年金等控除120万円））の2案を介護保険部会に提示した。前者は高齢者の所得上位20%の人の負担を、また後者は住民税を払う高齢者（約38%）の上位半分の人負担を増やす案である。

介護保険部会の意見書では、現役世代に過度な負担を求めずに、高齢者世代内において負担の公平化を図っていくためには、第1号被保険者のうち、一定以上の所得のある人について、2割の利用者負担とすることが必要であるとされた<sup>20</sup>。改正法案でも、相対的に負担能力のある一定以上の所得者の利用負担を1割から2割に引き上げる<sup>21</sup>とし、一定以上の所得水準については、合計所得金額160万円が想定されている。

利用者負担の2割への引き上げには理解を示す意見がある一方、介護保険の利用者負担を医療保険と同様に捉えるのは、利用期間が長期にわたるという介護の特性上無理があり、利用抑制につながるという意見もある<sup>22</sup>。引き上げるとしても、その一定以上の所得水準のあり方については、介護サービス利用者への影響を考慮した慎重な議論が求められるところである。

## （2）補足給付の見直し

介護施設入所者は食費・居住費について負担するが、これが過重なものとならないよう、世帯の所得を勘案して、特定入所者介護サービス費（いわゆる補足給付）により補助を受けることとなっている。補足給付は、平成17年の改正前に食費・居住費が給付に含まれていた介護保険3施設<sup>23</sup>およびショートステイについて、住民税非課税世帯の者を対象とし

<sup>19</sup> 医療保険では、70～74歳は2割（平成26年3月まで1割に凍結中）、75歳以上は1割、現役並み所得者は3割負担である。

<sup>20</sup> 均一のルールに基づく拠出と給付という社会保険の考え方に従えば、一定以上所得者のみ2割にする方法よりも、全員2割とした上で負担能力の低い者については高額介護サービス費で配慮する方法のほうが適切であるとの指摘もある。江口隆裕「介護保険制度改正のねらいと課題」『社会保険旬報』2554, 2014.1.1, pp.28-32.

<sup>21</sup> また、これに合わせて、自己負担上限額も見直されることになった。現行では、市町村民税が課せられる世帯で月額37,200円であるが、このうち現役並みの年収（単身の場合で383万円以上）がある場合は44,400円に引き上げることとなった。

<sup>22</sup> 厚生労働省「第43回社会保障審議会介護保険部会議事録」2013.4.25. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032hqk.html>>

<sup>23</sup> 特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設をいう。

で行っている経過的かつ低所得者対策としての要素を有する給付である。現行では、保険料の第1～3段階に該当する低所得者に対して段階に応じた負担限度額を設定し、食費・居住費の標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額を介護保険から補足給付として支給している。補足給付の標準的な補助額は月2万2000円から6万8000円で、所得水準や施設の種類の種類で異なる。補足給付の対象者は全体で約103万人であり、総額は年間約2844億円にのぼっている（平成23年度）。補足給付の支給には、本人の属する世帯の課税状況や本人の年金収入および所得を勘案するが、預貯金などの資産については勘案されない。このため、資産が多くても課税所得がなければ低所得者とみなされて補助を受けることができ、保有する資産が保全される結果となることや、在宅で生活する者との間で不公平であることなどの指摘があった。国民会議報告書では、世代内の公平の観点から、補足給付にあたっては資産も勘案すべきであるとされた。

厚生労働省は、補足給付の対象外となる預貯金等の基準について、特別養護老人ホームの入居期間の実態や施設入所に係る費用等を考慮し、預貯金・有価証券が単身で1000万円以上、夫婦で2000万円以上ある場合は補足給付の対象外とする案を介護保険部会に提示した。また、口座情報を一元的に把握する仕組みが存在しない現状や市町村の事務負担を考慮して、預貯金等の保有状況は自己申告制とし、不正事案に対するペナルティを強化することで適正な申告を担保する仕組みとすることを提案した。さらに、不動産について、一定以上の不動産を保有する者を補足給付の対象外としつつ、市町村が当該不動産を担保とした貸付事業を行い、利用者の死後に回収する仕組みの導入も提案した。

介護保険部会の意見書では、本人と配偶者の預貯金等の合計が一定額を上回る場合には、補足給付の対象外とすることに概ね意見の一致をみたとし、当面は自己申告を基本とし、単身で1000万円超、夫婦世帯で2000万円超という基準は妥当であるとした。一方、不動産については、受給者が死亡した後の債権の回収方法など、不動産担保貸付の事業を実施する上での課題をさらに整理し、引き続き検討していくものとした。これを受けて、改正法案では、補足給付の支給要件について、所得のほか、資産の状況もしん酌し、一定額超の預貯金等（単身で1000万円超、夫婦世帯で2000万円超程度を想定）がある場合には、支給対象外とする<sup>24</sup>。また、偽りその他の不正行為によって受給した場合、市町村は、その給付額の3倍以下の金額を徴収することができる<sup>25</sup>とした。

介護保険部会における議論では、補足給付における金融資産の勘案については概ね賛同が得られたものの、資産の把握や貸付制度等を担う市町村の事務負担を懸念する意見が出された<sup>25</sup>。預貯金などの金融資産は、市町村が必要に応じて金融機関に照会するとしているが、現状では、生活保護に関しても金融機関は非協力的であり、介護保険の分野ではさらに困難ではないかとの声も聞かれた。自己申告制による新たな不公平が生まれないよう配慮するとともに、市町村の過大な事務負担とならないような工夫が求められる。

## 4 地域包括ケアシステムの整備

<sup>24</sup> また、同一世帯に課税者のいる非課税者が施設入所等に伴い世帯分離をすると単身で非課税世帯となり、補足給付の対象となる点についても、世帯分離をしても配偶者が住民税課税者である場合は、補足給付の対象外とすることにしている。さらに、補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案することになった。

<sup>25</sup> 厚生労働省「第49回社会保障審議会介護保険部会議事録」2013.9.25. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000026939.html>>

### （１）地域包括ケアシステムの構築

平成 23 年の介護保険制度改正で、国および地方公共団体の責務として、地域包括ケアシステムの推進を図る趣旨の条文が加えられた（第 5 条第 3 項）。地域包括ケアシステムは、介護が必要となった高齢者が、住み慣れた自宅や地域で暮らし続けられるように、医療・介護・介護予防・生活支援・住まい<sup>26</sup>の 5 つのサービスが一体的に受けられる支援体制である。今後、高齢の単独世帯や夫婦のみ世帯が増加することを踏まえれば、地域で暮らしていくためには、これらのサービスが切れ目なく継続的に提供されることが必要である。医療や介護のサービスが、日常生活圏域において、概ね 30 分以内に必要に応じて届けられる体制が整備され、医師や福祉専門職などの連携が実現すれば、病を患った高齢者の多くが早く退院し、再び自宅で生活できるようになる。地域包括ケアシステムの具体的な形は大都市部、中小都市、農漁村などそれぞれの地域で異なるが、こうした言わばケア付きコミュニティの構築・運営には、各市町村の地域のマネジメント力が要求される。

医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくためには、特に、訪問診療、訪問看護などの在宅医療と介護サービスの連携が不可欠である。このためには、市町村が、地域の医師会等と連携しながら、24 時間対応で往診するような在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどのサービス基盤を整備しなくてはならない。しかし、現状では、これらのサービスが十分に整備されているとはいえない。例えば、訪問看護ステーションの数は伸び悩んでいる。次に述べる定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの全国的な普及や 24 時間体制の介護マンパワーの確保についても、その困難さが指摘されており、一部の地域を除いては地域包括ケアの構築の実現性に懸念が出されている<sup>27</sup>。

### （２）定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの普及

平成 24 年に導入された定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスは、中重度の要介護者や医療必要度が高い要介護者が、自宅で過ごすことができるよう、24 時間体制で訪問介護と訪問看護の両サービスを提供するもので、地域包括ケアシステムを支える中心的なサービスである。介護保険制度創設以来、訪問介護などの在宅サービスは増加しているものの、中重度の要介護者の在宅生活を 24 時間支える仕組みが不足していることや、医療ニーズが高い高齢者に対して医療と介護の連携が不足しているとの認識から導入された。従来の訪問介護は、主に日中の決まった時間に 1 回 30 分から 1 時間のケアを週数回提供する形が中心である。しかし、中重度の要介護者の在宅での生活を支えるには、例えば、体位交換やオムツ交換、水分補給、服薬の支援、点滴・床ずれの対処など、1 回の訪問時間は短くても頻繁なケアを提供する必要がある。同サービスは、ヘルパーや看護師が 10～15 分程度の訪問を 1 日に複数回行い、また要介護者の緊急のコールに応じて 24 時間体制で対応することで、在宅生活を継続することが可能な限界点を引き上げようとするものである。

社会保障・税一体改革の将来推計では、平成 37 年度に必要な定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスは 15 万人分とされている。しかし、1,580 市町村（広域連合を含む。）のうち、同サービスを実施しているところは平成 25 年 12 月末時点において 184 市町村で、

<sup>26</sup> 高齢者の住まいに関する現状と課題については、佐藤通生「高齢者向け居住施設・住宅の現状と課題」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』817 号、2014.3.4。<[http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo\\_8429431\\_po\\_0817.pdf?contentNo=1](http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_8429431_po_0817.pdf?contentNo=1)> を参照。

<sup>27</sup> 結城康博「地域包括ケアシステムの実現性を探る」『地域ケアリング』14(8)、2012.7、pp.28-39。

利用者は5,488人とどまっている<sup>28</sup>。同サービスは、導入当初から、医療が必要な要介護者宅を訪問する看護師や、夜間に対応する訪問スタッフ、オペレーターなどの人員を十分に確保できるのか、また、こうした人員を確保しても定額の報酬で事業を賄えるのか等の点から、本当に普及するか不安視されていた。報酬が月額固定の包括払い方式のため、訪問先ごとの移動距離が長いと採算面で効率が悪く、同サービスの展開が容易でない地域も想定される。一方、人口密度が高い都市部では効率性は良いが、人件費が高いため、報酬がアップされなければ質の高い人材を確保できないといった問題もある<sup>29</sup>。

また、事業者の心理的な参入障壁になっているのが「24時間型」の言葉のイメージである。厚生労働省のモデル事業における時間帯別のケア提供実績をみると、訪問の75%が日中（8～18時）に行われており、深夜（22～6時）の訪問は5%に過ぎない<sup>30</sup>。しかし、介護事業所を対象とした調査<sup>31</sup>では、未参入事業所の7割近くが同サービスを夜間・深夜の対応が中心と認識し、9割以上が夜間・深夜の訪問体制の構築が困難と考えていた。同サービスの普及を図るためには、地方自治体や事業者、介護支援専門員、看護関係者を中心に、サービスの普及啓発を行うことが重要である。例えば関係者を集めた説明会・意見交換会の集中的な実施など、市町村、事業者等が同サービスについての理解を深めるような対策に取り組み、同サービスへの参入を促進するような工夫が求められている。

### （3）地域包括支援センターの機能強化

在宅医療と介護サービスが地域のなかで一体的に提供されるためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など、様々な関係者間で生ずる連携を誰がどのようにマネージするかが重要である。このためには、市町村の積極的な取組と工夫が必要であり、各地の地域包括支援センター<sup>32</sup>がその中心となることが期待されている。地域包括支援センターは、日常生活圏域における地域包括ケアシステムの推進主体として、介護予防支援、総合相談支援、地域ケア会議の開催等を通じたケアマネージャーへの支援等の幅広い業務を行っている。しかし、現状では、職員数に比べて業務が過大であるといわれている。このため、地域包括支援センターの役割について、地域包括ケアの推進のかなめである包括的・継続的ケアマネジメントや地域ネットワークの構築に重点を移す必要が指摘されており<sup>33</sup>、国には、こうした役割を担う人材を質・量ともに確保するための支援が求められている<sup>34</sup>。

<sup>28</sup> 厚生労働省「定期巡回・随時対応サービスの事業所数（平成25年12月末）」<[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/gaiyo/dl/jissi-h260205.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/jissi-h260205.pdf)>

<sup>29</sup> 「介護報酬改定 24時間訪問、夜勤確保課題 事業者参入見通せず」『読売新聞』2012.1.26, p.11.

<sup>30</sup> 厚生労働省「定期巡回・随時対応サービス（モデル事業の結果概要）」<[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/gaiyo/dl/20120626-01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/20120626-01.pdf)>

<sup>31</sup> 三菱UFJリサーチ&コンサルティング『アンケート結果からみる「定期巡回・臨時対応サービス」』（平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）2013.1.17. <[http://www.murc.jp/publicity/press\\_release/press\\_130117.pdf](http://www.murc.jp/publicity/press_release/press_130117.pdf)>

<sup>32</sup> 地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持および生活の安定のための必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である（介護保険法第115条の46第1項）。平成24年4月現在で、全国に4,328か所設置されている。

<sup>33</sup> 宮島俊彦『超高齢化社会を生き抜くために—地域包括ケアの展望』社会保険研究所, 2013, pp.188-190.

<sup>34</sup> 東京都福祉保健局「大都市における地域包括ケアシステムの実現に向けた介護保険制度の見直し等に関する緊急提言」2013.9. <<http://www.metro.tokyo.jp/INET/OSHIRASE/2013/09/DATA/20n9u101.pdf>>

#### (4) 地域ケア会議の整備

医療と介護が連携した包括ケアを提供するには、医療と介護のインターフェイスを担うケアマネージャーが果たす役割は極めて大きい。このため、ケアマネージャーの医療サービスに関する理解や医療現場との意思疎通が欠かせないが、現状では、ケアマネージャーは医療サービスまで含めた調整ができていないと指摘されている<sup>35</sup>。このようなケアマネージャーの調整能力を補助し、医療と介護の連携を高めることを可能にするのが地域ケア会議である。地域ケア会議は、地域包括ケアセンター（あるいは市町村）が主催し、ケアマネージャーや市町村の担当者、介護事業者、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士など医療と介護の関係者を一堂に集めてプランを検討する会議である<sup>36</sup>。ケアマネージャーが抱える困難事例に対して、医療と介護の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、そのノウハウを蓄積し、ケアマネージャーの能力を高めることができる。また、個別ケースの課題分析の積み重ねにより、地域の資源やサービス量の不足など地域の課題を明確にし、地域づくりに役立つことが期待されている。このため介護保険部会の意見書では、これまで通知で位置づけられていた地域ケア会議を介護保険法に位置づける必要があるとされ、改正法案において、同会議の設置を市町村は努めるものとされた。

しかし、地域ケア会議の現状をみると、ケアマネージャーや介護事業者の参加は多いが、保健・医療関係者の参加は少なく、多職種連携にはほど遠い状況であることが指摘されている<sup>37</sup>。地域ケア会議は、地域包括ケアシステム構築のエンジンともいわれ、同会議の整備と活性化が今後の課題といえよう。国は、地域ケア会議が有効に機能できるよう、人材育成、マニュアル作成、好事例の共有など市町村の取組を支援する必要がある。

## おわりに

団塊の世代が75歳以上となる平成37年まで残された期間は短い。世界でも例のない超高齢社会に向けて、本格的に地域包括ケアシステムを構築するための取組を開始しなくてはならない。今後10年余で、在宅医療と介護を連携し、総合的な認知症対策を推進するなど解決すべき課題は多く、全力を傾けてこれらの問題に取り組む必要がある。

---

<sup>35</sup> 厚生労働省「地域包括ケアシステムの構築に向けて」（第46回社会保障審議会介護保険部会資料）2013.8.28. <[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000018729.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000018729.pdf)>; 迫井正深「地域包括ケアシステムのこれから」『病院』72(10), 2013.10, pp.770-777.

<sup>36</sup> 利用者本人は会議に参加しない。このため、利用者の視点が置き去りにされかねないとの指摘がある。「介護保険改革の論点③ 個別の介護計画を検証」『日本経済新聞』2014.1.15, p.29; 小竹雅子「社会保障改革シナリオで追い詰められる介護利用者」『週刊東洋経済』6501, 2013.12.14, p.57.

<sup>37</sup> 宮島 前掲注(33), pp.190-193.