

介護保険制度改革をめぐる論点

中 川 秀 空

- ① 平成 12 年に介護保険制度が導入されてから 10 余年が経過した。この間、人口高齢化率は 17.4% から 25.1% へ上昇し、介護保険に係る費用も、平成 12 年度の約 3.6 兆円から平成 25 年度には 9.4 兆円へ急増している。今後も要介護者が急激に増加するものと見込まれ、平成 37 (2025) 年の介護に係る給付費は 19.8 兆円に増大するとみられている。
- ② このような状況のなか、平成 24 年に設置された「社会保障制度改革国民会議」により、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を内容とする報告書が平成 25 年 8 月にまとめられた。また、平成 26 年の介護保険法改正に向けて、社会保障審議会介護保険部会においても議論が進められ、介護保険制度の見直しに関する意見書が平成 25 年 12 月にまとめられた。同意見書では、今回の制度の見直しについて、地域包括ケアシステムの構築と制度の持続可能性の確保の 2 点を基本的な考え方と位置づけ、サービス提供体制の見直しや費用負担の見直し等の改革の中身を整理している。
- ③ サービス提供体制の見直しでは、地域包括ケアシステムの構築に向けて地域支援事業を見直すとともに、要支援者に対する予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、効果的・効率的にサービスの提供ができるよう、地域支援事業に移管する必要があるとしている。しかし、全国一律の保険給付から市町村の事業に移すことで、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。
- ④ 一方、費用負担の見直しでは、一定以上の高所得高齢者の利用者負担を 2 割に引き上げる必要があるとしている。利用者負担の引き上げには理解を示す意見がある一方、利用期間が長期にわたるといふ介護の特性上、利用者負担の引き上げは介護保険サービスの利用抑制につながるという意見もある。引き上げるとしても、その基準となる所得水準のあり方については、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。
- ⑤ 地域包括ケアシステムは、要介護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、医療・介護・介護予防・生活支援・住まいの 5 つのサービスが一体的に受けられる支援体制である。その実現のためには、医療と介護の連携が必要であり、地域の在宅医療・介護資源を把握し、組織化して活用するなど、市町村のマネジメント力が試される。
- ⑥ また、介護サービスの現場では、「仕事がきつわりに給与が低い」等の世評が定着し、介護職員の人材確保が大きな課題となっている。職場環境の整備・改善、処遇の改善、キャリア・パスの確立など介護マンパワーの増強対策が求められている。
- ⑦ 団塊の世代が 75 歳以上となる平成 37 (2025) 年まで残された期間は短い。今後 10 年余で、在宅医療と介護を連携し、24 時間の定期巡回・随時対応サービスを普及させるなど、地域包括ケアシステムの構築のために解決すべき課題は多い。

介護保険制度改革をめぐる論点

国立国会図書館 調査及び立法考査局
専門調査員 社会労働調査室主任 中川 秀空

目 次

はじめに

I 介護保険制度の現状

- 1 介護保険制度の仕組み
- 2 介護保険制度を取り巻く状況

II 介護保険法改正の動向

- 1 社会保障制度改革国民会議
- 2 介護保険部会の意見

III 介護保険制度改革の論点

- 1 要支援者向けサービスの見直し
- 2 利用者負担の見直し
- 3 総報酬割の導入
- 4 都市部の高齢化対策
- 5 地域包括ケアシステムの整備
- 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの普及
- 7 特別養護老人ホームの入所の重点化
- 8 介護職員の人材確保

おわりに

はじめに

我が国における高齢者施策は、「老人福祉法」（昭和38年法律第133号）の制定、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）の策定（平成元年）、新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）の策定（平成6年）などを経ながら推進が図られてきた。しかし、人口高齢化の進展に伴い、介護ニーズがますます増大し、核家族化や介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支える家族の状況も変化したため、高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして、平成12年に介護保険制度が導入された。

制度導入から10年以上が経過するなかで、65歳以上の高齢者人口は、平成12年の2204万人⁽¹⁾から平成25年の3199万人⁽²⁾へと45%増加し、また、人口高齢化率は17.4%から25.1%へ上昇した。高齢化に伴い、要介護（要支援を含む）認定を受けている高齢者の数は、平成23年度には531万人へと制度創設時の2倍以上に増加し、介護保険に係る総費用も、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。

要介護状態となるリスクは年齢とともに急激に増加する。75歳以上人口は現在1563万人であるが、団塊の世代（昭和22～24年生まれ）が75歳以上となる平成37（2025）年には2179万人に増加し、国民の約5人に1人が75歳以上の後期高齢者になる⁽³⁾。今後、要介護状態となる高齢者が大幅に増加するとみられ、介護サー

ビスの更なる拡充と効率化が求められている。

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を内容とする報告書⁽⁴⁾がまとめられた。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。以下「社会保障制度改革プログラム法」という。）が同年12月に成立し、介護保険制度について必要な措置を講じ、改正法案を平成26年の通常国会に提出することを目指す⁽⁵⁾とされた。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、改正法案の方針となる意見書⁽⁵⁾が平成25年12月にまとめられた。

本稿は、介護保険制度の現状および課題を概観し、今後の改革の論点について整理するものである。なお、本稿は、平成26年1月7日時点での情報に基づいている。

I 介護保険制度の現状

1 介護保険制度の仕組み

(1) 介護保険制度の財政

介護保険の保険者は、介護サービスの地域性

(1) 平成12年10月1日現在。総務省「人口推計（平成24年10月1日現在）結果の概要2.年齢別人口」2013.4.16。<<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2012np/pdf/gaiyou2.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1月7日である。

(2) 平成25年11月1日現在。総務省「年齢（5歳階級）、男女別人口（平成25年6月確定値、平成25年11月概算値）」<<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001115655>>

(3) 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>>

(4) 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>>

(5) 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>

を踏まえ、国民に最も身近な行政単位である市町村（特別区を含む。）である。被保険者は65歳以上の第1号被保険者と40～64歳の第2号被保険者に区分される。介護保険に必要な費用は、利用者負担（1割）を除く介護保険給付費（平成25年度予算ベースで8.7兆円）の50%を公費で、残りの50%を第1号、第2号被保険者による保険料で賄う。

第1号被保険者の保険料は、市町村ごとの介護サービス量などに応じて、3年ごとの中期的な見通しに基づき設定される。また、能力に応じた負担を求める観点から、所得段階別の保険料（標準で6段階）が設定され、一定額（年額18万円）以上の年金受給者については、年金からの徴収が行われる。第1号被保険者1人当たりの月額保険料の全国平均は、平成24～26年度において4,972円となっている。一方、第2号被保険者の保険料は、医療保険料に上乘せする形で徴収される。各医療保険者は、全国均一の被保険者1人当たり額に各医療保険に加入している第2号被保険者の数を乗じた額を、介護給付費・地域支援事業支援納付金（以下「介護納付金」という。）として社会保険診療報酬支払基金に納付する。同基金は、集めた介護納付金を各市町村に一定割合で交付する。

保険料を除いた残りの50%の費用は、国、都道府県、市町村による公費で賄われる。すなわち、施設等給付費（介護老人福祉施設等に係る費用）については、国が全体の20%、都道府県が17.5%、市町村が12.5%を負担し、居宅給付費（施設等給付費以外の給付費）は、国が全体の25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%を負担する。

(2) 要介護認定

介護保険の給付を受けるには、あらかじめ、市町村に設置される介護認定審査会において認定を受ける必要がある。第1号被保険者は要介

護状態（寝たきり、認知症等で介護が必要な状態）または要支援状態（日常生活に支援が必要な状態）と判断された場合、第2号被保険者は特定の老化に起因する疾病（初老期における認知症や関節リウマチ等）に罹患し、要介護または要支援状態にあると判断された場合に給付が受けられる。要介護状態は要介護1～5の5段階、要支援状態は要支援1～2の2段階に区分される。急速な高齢化に伴い、要介護認定者（要支援者を含む。）の数は、制度創設当初の218万人から531万人（平成24年3月末）へと2.4倍に増加している⁽⁶⁾。

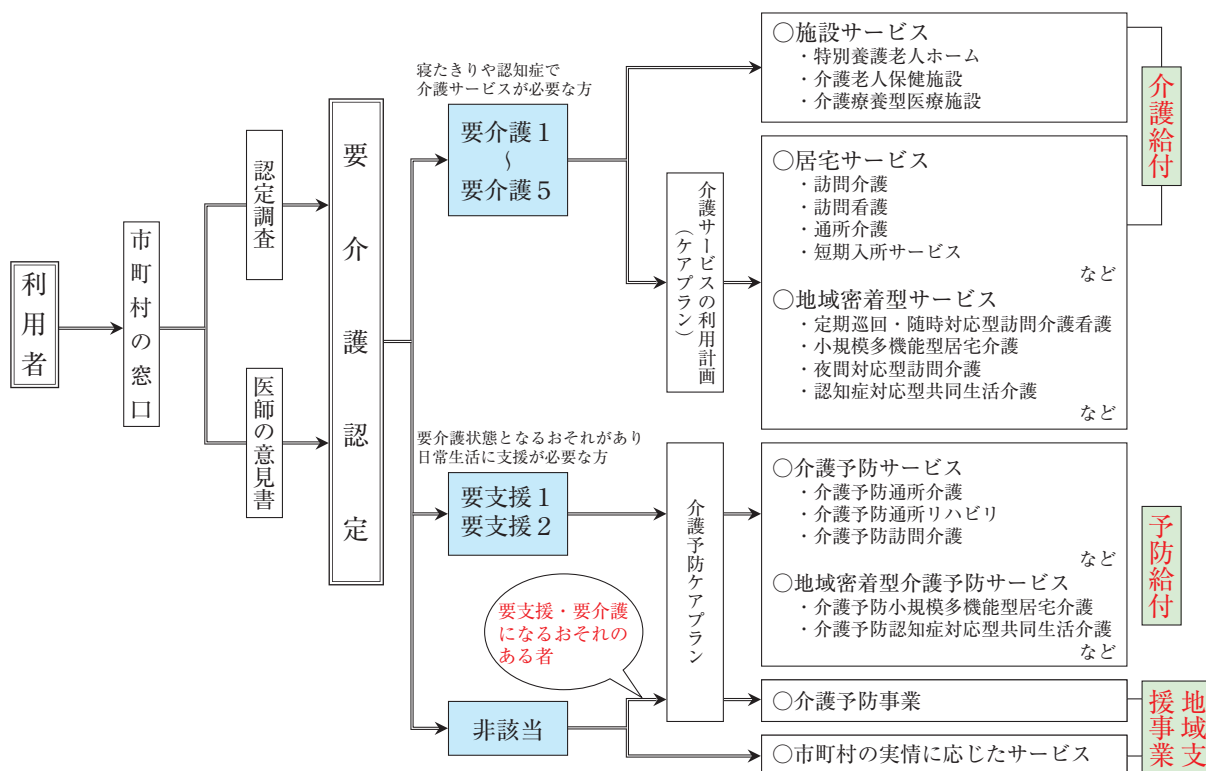
(3) 給付サービス

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（居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービスなど）、および要支援者に対する予防給付がある（図参照）。居宅サービスには、ホームヘルパーが要介護者の居宅において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話をを行う訪問介護（ホームヘルプサービス）、看護師等が療養上の世話または必要な診療の補助を行う訪問看護などがある。また、老人デイサービスセンター等において入浴、排せつ、食事等の介護や機能訓練を行う通所介護（デイサービス）、老人短期入所施設等の短期入所者に介護や機能訓練を行う短期入所生活介護（ショートステイ）など、これらの施設を利用したサービスも居宅サービスとして位置づけられている。

施設サービスには、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所者に介護その他の日常生活上の世話などを行う介護福祉施設サービス、介護老人保健施設の入所者に、看護、医学的管理の下における介護等を行う介護保健施設サービス、介護療養型医療施設の療養病床⁽⁷⁾に入院する者に、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護等を行う介護療養施設サー

(6) 厚生労働省『平成23年度 介護保険事業状況報告（年報）』<<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/11/>>

図 介護サービスの利用の手続き



(出典) 厚生労働省老健局総務課「公的介護保険制度の現状と今後の役割」2013, p.18.
 <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/hoken.pdf>

ビスの3種類がある。

地域密着型サービスは、できる限り住み慣れた地域での生活を継続できるよう、平成17年の改正により創設されたサービスである。認知症高齢者に対し、その共同生活を営むべく住居において介護等を提供する認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、家庭的な環境の下で

介護を行う小規模多機能型居宅介護⁽⁸⁾、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⁽⁹⁾などのサービスがある。

予防給付は、要支援者（要支援1、2）に対する給付である。予防給付で利用できるサービス

(7) 療養病床とは、病状は比較的安定しているが、長期療養が必要な高齢者などが入院する病床である。医療保険が適用される「医療療養病床」と介護保険が適用される「介護療養病床」がある。療養病床は、医師や看護職員の配置が一般の介護施設より手厚いため、高齢者1人に係る費用は介護施設に比べ高い。このため、平成18年の医療制度改革で、約12万床あった介護療養病床を平成24年3月までに廃止し、約26万床ある医療療養病床も削減する方針が出され、交付金を支給するなどして老人保健施設等への転換を促すことになった。しかし、患者の転院先探しが困難、建物の改修が必要、介護報酬の引き下げによる経営上の不安などから転換が進まず、平成23年の介護保険法改正において、廃止時期を平成29年度末まで延長することとなった。平成25年12月に出された介護保険部会の意見では、計画的に平成29年度末に廃止すべきとの意見と、廃止時期を延期すべきとの意見の両論が併記された。厚生労働省社会保障審議会介護保険部会 前掲注(5)

(8) 通い（デイサービス）を中心として、要介護の容態や希望に応じて、訪問介護や泊まり（ショートステイ）を組み合わせ提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するサービス。なじみの職員によるサービスを受けられるため、認知症の人に向くとされ、平成18年に導入された。平成25年8月時点における利用者数は約7.6万人であるが、通いに偏った利用実態となっており、訪問の機能を強化することが課題となっている。厚生労働省「在宅サービスについて」（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-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000023270.pdf>

は、介護予防訪問介護、介護予防訪問看護、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護など介護予防の目的で行われる介護予防サービス、介護予防の目的で行われる地域密着型介護予防サービスなどがある。

これらのサービスの受給者数(1か月平均)は、平成23年度において434万人であり、平成12年度の184万人から2.4倍に増加している⁽¹⁰⁾。受給者数の大幅な伸びの要因は、居宅サービスの受給者数の増加によるところが大きい。平成12年度と平成23年度を比較すると、居宅サービスの受給者数は約3.3倍に増加しているのに対し、施設サービスの受給者数は約1.7倍の増加である。これは、居宅サービスのニーズが高いということもあるが、特別養護老人ホーム等の介護保険施設に対しては、市町村保険者の区域内で一定数以上は設置を認めないという総量規制のため、施設入所が抑制されたことも一因と指摘されている⁽¹¹⁾。

(4) 低所得者の負担軽減

介護保険における利用者負担は、サービスの利用に応じた応益負担が原則となっており、基本的に定率の1割負担である。利用者負担が高額になる場合は、世帯の所得を勘案して負担限度額が設けられており、負担限度額を超えた分について高額介護サービス費が支給される。また、利用者は、施設サービス等のうち保険給付の対象外である食費・居住費について全額負担するが、低所得者に対して負担限度額が設けられており、負担限度額と食費・居住費の標準的

な費用額との差額について特定入所者介護サービス費が支給される。

2 介護保険制度を取り巻く状況

(1) 要介護高齢者の増加

我が国の総人口は、平成25年11月1日において、1億2729万人であった⁽¹²⁾。65歳以上の高齢者人口は3199万人となり、総人口に占める割合(高齢化率)は25.1%となった。高齢者人口のうち、75歳以上の後期高齢者人口は1563万人で、総人口に占める割合は12.3%である。人口の将来推計⁽¹³⁾をみると、高齢者人口は団塊の世代が65歳以上となる平成27年には3395万人となり、団塊の世代が75歳以上となる平成37(2025)年には3657万人に達するとみられている。総人口が減少するなか(平成47(2035)年に1億1212万人、平成72(2060)年に8674万人)で高齢者が増加し、平成47(2035)年には高齢化率は33.4%で3人に1人が高齢者となり、平成72(2060)年には高齢化率は39.9%に達し、2.5人に1人が高齢者になると推計されている。

要介護状態となるリスクは年齢とともに増加する⁽¹⁴⁾。介護保険サービスを利用するのは、ほとんどが後期高齢者である。総人口に占める後期高齢者人口の割合は、平成37(2025)年には18.1%に上昇し、平成72(2060)年には26.9%となり、4人に1人が後期高齢者になると推計されている。今後、要介護者が急激に増加するものと見込まれ、団塊の世代が後期高齢者となる平成37(2025)年までに必要な介護を

(9) 平成24年に導入されたサービスで、ヘルパーや看護師が10~15分程度の短時間の訪問介護・看護を1日に複数回行い、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。

(10) 厚生労働省 前掲注(6)

(11) 増田雅暢「介護保険制度の課題と将来」『週刊社会保障』2690号、2012.8.13-20, pp.138-143.

(12) 総務省 前掲注(2)

(13) 国立社会保障・人口問題研究所編『日本の将来推計人口(平成24年1月推計)―平成23(2011)-72(2060)年』<<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.pdf>>

(14) 要介護認定率は65~69歳が3%、70~74歳が6%、75~79歳が14%、80~84歳が29%、85~89歳が50%、90~94歳が71%、95歳以上が84%と、年齢とともに上昇する。厚生労働省「費用負担の公平化について」(社会保障審議会介護保険部会資料)2013.9.25. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000024146.pdf>

提供できる体制整備が急務となっている。

また、世帯類型別にみると、核家族化の進行とともに、今後、一人暮らしの高齢者や夫婦のみ世帯の高齢者が大幅に増加するとみられている。平成 22 年において世帯主が 65 歳以上の単独世帯数は 498 万世帯であるが、平成 47 (2035) 年には 762 万世帯へと 1.5 倍に増加する⁽¹⁵⁾。特に、後期高齢者世帯の伸びが大きく、75 歳以上の単独世帯は 269 万世帯から 466 万世帯へ 1.73 倍に、夫婦のみ世帯は 225 万世帯から 351 万世帯へ 1.56 倍に増加する。今後、急増する在宅の独居高齢者、夫婦のみ世帯高齢者を支える介護サービスの整備が急がれる。

(2) 介護費用の増大

介護保険に係る総費用⁽¹⁶⁾は、平成 25 年度予算ベースにおいて 9.4 兆円である。制度開始時の 3.6 兆円 (平成 12 年度) と比べると、2.6 倍の伸びを示している。厚生労働省による将来推計では、介護に係る給付費は、平成 37 (2025) 年には 19.8 兆円に増大するとみられている⁽¹⁷⁾。介護費用の増大は、国や自治体の公費負担の増大や、保険料負担の増大につながる。3 年ごとに改定される第 1 号被保険者 1 人当たりの月額保険料の全国平均は、第 1 期 (平成 12~14 年度) 2,911 円、第 2 期 (平成 15~17 年度) 3,293 円、第 3 期 (平成 18~20 年度) 4,090 円、第 4 期 (21~23 年度) 4,160 円、第 5 期 (平成 24~26 年度)

4,972 円と上昇し、制度導入時に比べ 1.7 倍の増加である。今後も保険料の上昇は避けられず、平成 37 (2025) 年には 8,200 円に達するとみられている⁽¹⁸⁾。保険料水準は給付費の伸びに連動するものであるが、これまでは、公費の投入や市町村の準備金の取り崩しで保険料の上昇幅を抑制してきたのが実情である。国民が負担する保険料や税で保障すべき介護とは何か、優先度を厳しく見極めていくことが求められている⁽¹⁹⁾。

(3) 認知症高齢者の増加

厚生労働省の報告⁽²⁰⁾では、「日常生活自立度」Ⅱ以上⁽²¹⁾の認知症高齢者数は、平成 22 年において 280 万人 (65 歳以上の人口対比 9.5%) であった。これが、平成 37 (2025) 年には 470 万人 (同 12.8%) に増加するとみられている。

認知症ケアにおいては、介護と医療の連携体制の構築が必要であるが、多くの自治体では取組が遅れているといわれている⁽²²⁾。一般的に、認知症高齢者は環境の変化に脆弱であるという特性がある。このため、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるようにすることが重要である。しかし、これまでの在宅サービスの水準では十分に対応できないおそれがある。認知症ケアのためには、グループホームを拠点としたケアを推進するのが効果的であるが、現状では十分に機能していないと指摘されている⁽²³⁾。ま

(15) 国立社会保障・人口問題研究所『日本の世帯数の将来推計 2013 (平成 25) 年 1 月推計—2010 (平成 22) 年—2035 (平成 47) 年—』<http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2013/gaiyo_20130115.pdf>

(16) 利用者負担、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費を含む。

(17) 「社会保障に係る費用の将来推計について」(社会保障制度改革国民会議資料) 2013.3.13. <<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai6/siryou4.pdf>>

(18) 同上

(19) 中村秀一「介護保険制度 団塊世代の高齢化に備えよ」『朝日新聞』2013.1.18, p.17.

(20) 厚生労働省「認知症高齢者数について」(報道発表資料) 2012.8.24. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul.html>>

(21) 認知症高齢者の日常生活自立度とは、高齢者の認知症の程度を表すもので、大きく 5 段階に分かれる。そのうち日常生活自立度Ⅱは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意すれば自立できる状態である。具体的には、たびたび道に迷う、服薬管理ができない、ひとりで留守番ができない等である。

(22) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」2012.6.18. <<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>>

た、介護保険施設等で認知症の行動・心理症状への対応ができていないため、精神科病院に入院するケースもみられる。本来は介護保険施設での受入れが可能であるにもかかわらず、認知症への理解不足から、認知症の人の入所・利用を拒否するなどの問題も生じている。

(4) 都市部の高齢化

これまで、高齢化は地方を中心とする問題であった。現在は、秋田県 (29.6%) や高知県 (28.8%) など地方で高齢化率が高く、埼玉県 (20.4%)、東京都 (20.4%)、神奈川県 (20.2%)、大阪府 (22.4%) など都市部における高齢化率は比較的低い (平成 22 年)。しかし、高度成長期に地方から都市部に出てきた世代の高齢化が進み、団塊の世代が 65 歳に到達することで、今後、都市部の高齢化のスピードが一気に加速する。平成 52 年 (2040) 年には、埼玉県で 34.9%、東京都で 33.5%、神奈川県で 35.0%、大阪府で 36.0% に上昇するなど、我が国の高齢化は、都市部を含めて全国的に広がると予想されている⁽²⁴⁾。75 歳以上人口をみれば、埼玉県では、平成 22 年の 59 万人から平成 52 (2040) 年には 120 万人へ倍増し、東京都では 123 万人から 214 万人へ、神奈川県では 79 万人から 159 万人へ、大阪府は 84 万人から 147 万人へ増加する。このため、都市部における介護サービスの整備が喫緊の課題となっている。

(5) 介護マンパワーの不足

介護職員数は、制度開始時の平成 12 年にお

ける約 55 万人から、平成 24 年には約 149 万人へと大幅に増加している。また、今後の高齢化の進展により、平成 37 (2025) 年には 237～249 万人程度の介護職員が必要になると試算されている⁽²⁵⁾。しかし、介護サービスの現場では、「夜勤等が多く仕事がきつい」「仕事のわりに給与が低い」等の世評⁽²⁶⁾が定着し、特に都市部においては慢性的な人手不足状態であり、介護職員の人材確保が大きな課題となっている。少子高齢化により、全体の労働力人口が減るなかで、毎年 7～8 万人の人材を確保しなければならず、職場環境の整備・改善、処遇の改善など介護マンパワーの増強対策が求められている。

II 介護保険法改正の動向

1 社会保障制度改革国民会議

平成 24 年 2 月、民主党政権下において「社会保障・税一体改革大綱」⁽²⁷⁾が閣議決定され、消費税率を 2 段階で 10% に引き上げ、その増収分を医療、年金、介護、少子化対策の社会保障 4 経費に充てることとし、社会保障の充実と重点化・効率化の改革の方向性と行程表が示された。同大綱に基づき、社会保障・税一体改革関連法案が民主・自民・公明の 3 党協議を経て成立した。また、3 党共同で提出した社会保障制度改革推進法が成立し、平成 24 年 8 月に施行された。同法では、公的年金制度、医療保険制度、介護保険制度、少子化対策の 4 分野について改革の基本方針が示され、その検討のために「社会保障制度改革国民会議」(以下「国民会

⁽²³⁾ 同上

⁽²⁴⁾ 国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口 (平成 25 (2013) 年 3 月推計) —平成 22 (2010) ~52 (2040) 年—』2013.3. <<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/1kouhyo/gaiyo.pdf>>

⁽²⁵⁾ 厚生労働省「介護人材の確保について」(社会保障審議会介護保険部会資料) 2013.9.4. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000021718.pdf>

⁽²⁶⁾ 内閣府の世論調査で、ホームヘルパーや介護福祉士などの介護職について、イメージに近いものはどれか聞いたところ、「夜勤などがあり、きつい仕事」を挙げた者の割合が 65.1% と最も高かった。内閣府「介護保険制度に関する世論調査」(平成 22 年 9 月) <<http://www8.cao.go.jp/survey/h22/h22-kaigohoken/>>

⁽²⁷⁾ 「社会保障・税一体改革大綱について」(平成 24 年 2 月 17 日閣議決定) <<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihousyokakugikettei/240217kettei.pdf>>

議」という。)を設置し、法施行から1年以内に検討結果をまとめ、政府が法制上の措置を講じることとされた。

国民会議は、平成24年11月から議論を開始し、経済界、労働界、自治体関係、医療提供者、医療保険者等からのヒアリングや議論を重ね、平成25年8月に社会保障制度改革国民会議報告書⁽²⁸⁾(以下「国民会議報告書」という。)を取りまとめた。同報告書では、地域包括ケアシステムを構築するため、平成27年度からの第6期以降の介護保険事業計画⁽²⁹⁾を「地域包括ケア計画」と位置づけ、各種取組を進めていくべきとした。具体的には、24時間の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型サービスの普及や、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や生活支援サービスの充実を図る必要があるとしている。さらに、地域支援事業⁽³⁰⁾(図参照)については、地域包括ケアを担うにふさわしい質を備えた効率的な事業として再構築し、要支援者に対する介護予防給付について、市町村が住民主体の取組等を活用しながら柔軟かつ効率的にサービスを提供できるよう、受け皿を確保しながら新たな事業に段階的に移行させるべきとした。また、介護サービスの効率化および重点化を図るため、一定以上の所得のある利用者負担の引き上げを提唱している。第2号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金についても、負担公平化の観点から、総報酬割(後述を参照)の導入を検討するべきとした。

2 介護保険部会の意見

国民会議報告書を踏まえ、平成25年12月に、社会保障制度改革プログラム法が成立した⁽³¹⁾。同法は制度改革の全体像と進め方を明らかにするものであるが、介護保険制度の改革の方向性として、「地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し」「地域の実情に応じた要支援者への支援の見直し」「一定以上所得者の利用者負担の見直し」「特定入所者介護サービス費の支給要件に資産を勘案する等の見直し」等が挙げられ、このために必要な法律案を平成26年の通常国会に提出することを目指すとした。

また、介護保険部会においても議論が進められ、介護保険改正法案に関する意見書⁽³²⁾が平成25年12月20日にまとめられた。同意見書では、今回の制度の見直しについて、地域包括ケアシステムの構築と介護保険制度の持続可能性の確保の2点を基本的な考え方とするものと位置づけ、サービス提供体制の見直しや費用負担の見直し等の改革の内容を整理している。

(1) サービス提供体制の見直し

サービス提供体制の見直しでは、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直しとして、重要課題の1つである在宅医療・介護連携に関して、地域支援事業の包括的支援事業に在宅医療・介護連携の推進に係る事業を追加するとしている。一方、重点化・効率化の観点から、要支援者に対する全国一律のサービスである予防給付のうち、訪問介護・通所介護に

(28) 社会保障制度改革国民会議 前掲注(4)

(29) 介護保険事業における保険給付の円滑な実施が確保されるように、国は基本方針を定め、それに沿って市町村介護保険事業計画が3年ごとに策定される。現在は、第5期(平成24~26年度)にあたる。

(30) 地域支援事業は平成18年に新たに創設された介護予防事業であり、要支援認定や要介護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年には、地域支援事業に介護予防・日常生活支援総合事業(市町村の判断・創意工夫により、要支援者等に対して、介護予防や、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。

(31) 社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」として位置づけられている。

(32) 厚生労働省社会保障審議会介護保険部会 前掲注(5)

ついて、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的・効率的にサービスの提供ができるよう、地域支援事業の形式に見直す必要があるとしている。

また、施設サービスの見直しでは、特別養護老人ホームへの入所を要介護3以上に限定することが適当とする一方、要介護1・2の者であっても、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、特例的に入所を認めることが適当であるとしている。

(2) 費用負担の見直し

費用負担の見直しに関しては、世帯非課税である者の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、基準額に乗ずる割合をさらに引き下げ、その引き下げた分について公費を投入する等、低所得者の1号保険料の軽減強化策を盛りこんでいる。

一方、制度の持続可能性の確保の観点から、第1号被保険者のうち一定以上所得者の利用者負担を2割に引き上げる必要があるとしている。2割負担となる一定以上の所得の水準については、事務局案である合計所得金額160万円、170万円の2案のほか、医療保険制度の現役並み所得のある者とすべきといった意見など、様々な意見があったとしている。

また、特定入所者介護サービス費について、資産等を勘案して、本人と配偶者の貯蓄等の合計額が一定額を上回る場合には、給付対象外とすることで概ね意見の一致をみたとしている。

なお、医療保険者が負担する介護納付金の算定方法について、現行の第2号被保険者の人数に応じて按分する方式から、各保険者の総報酬

額に応じた総報酬割への変更については、引き続き検討するものとされた。

III 介護保険制度改革の論点

1 要支援者向けサービスの見直し

(1) 要支援者向けサービス

要支援は、介護が必要な度合いに応じた7段階の区分のうち比較的軽い2つの区分であり、要支援の認定者数は、介護が必要と認定された人全体の26.4%にあたる140万人である(平成23年度)⁽³³⁾。要支援者向けのサービス(予防給付)は、ホームヘルパーの定期訪問による掃除や買い物、入浴の介助などが中心である。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。軽度の人や掃除など生活を助けてもらうサービスを利用し、かえって体を動かさなくなり筋力が衰えるなど、自立を促す介護保険制度本来の趣旨から外れる例も目立っていると指摘されている⁽³⁴⁾。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であるとの意見もある⁽³⁵⁾。さらに、予防給付はサービスの種類、運営基準、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、要支援者の多くは多様な生活支援のニーズが高く、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⁽³⁶⁾。

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)⁽³⁷⁾。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(2025)年には、

(33) 厚生労働省 前掲注(6)

(34) 「社説 介護保険は給付費の膨張に歯止めを」『日本経済新聞』2012.8.14, p.2.

(35) 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.

(36) 「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.

介護保険の給付費は現在の 8.4 兆円から 19.8 兆円に膨らみ、第 1 号被保険者の介護保険料（全国平均）も現在の 4,972 円から 8,200 円に上昇するとみられている。このため、将来の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管

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⁽³⁸⁾。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段階的に廃止し、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⁽³⁹⁾。全国一律のサービスの種類、運営基準、単価設定によるのではなく、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。同案は、住民に近い市町村が多様な生活支援の基盤を整備するとともに、高齢者自身が積極的に社会参加して地域の支え合いを実現し、ひいては要介護者の増加や介護保険料の上昇を抑制し、制度の持続性を高めることを目的とする。市町村か

ら懸念が出ていた財源については従来通り介護保険から拠出するが、市町村における柔軟な事業の実施により、効率化を図ろうとするものである⁽⁴⁰⁾。

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⁽⁴¹⁾。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、多様な形態でのサービス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 11 月に介護保険部会に再提示した⁽⁴²⁾。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、要支援者に対する予防給付のうち、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、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスの提供をできるよう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⁽⁴³⁾。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し、訪問型・通所型サービスについては、現在の訪問介護・通所介護の報酬以下の単価を市町村が設定するとしている。

(37) 厚生労働省 前掲注(6)

(38) 社会保障制度改革国民会議 前掲注(4), p.29.

(39) 厚生労働省「生活支援、介護予防等について」（社会保障審議会介護保険部会資料）2013.9.4. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000021717.pdf>

(40) 介護保険部会では、事業に移行し、効率的な事業実施に努めることで、費用の伸び率が約 5~6% から約 3~4% 程度となることを目安として努力するとしている。厚生労働省「予防給付の見直しと地域支援事業の充実について」（社会保障審議会介護保険部会資料）2013. 11. 14. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000029570.pdf>

(41) 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>>

(42) 厚生労働省 前掲注(40)

(43) 厚生労働省社会保障審議会介護保険部会 前掲注(5)

(3) 改革案の課題

厚生労働省が介護保険部会に示した改革案は、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⁽⁴⁴⁾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ようにしたものである。同事業の導入により、全国一律の予防給付について、地域の実情や高齢者のニーズに応じたサービスが提供でき、サービスの単価や利用料については、市町村が地域の実情に応じて柔軟に決定できるようになった。また、同事業は、ボランティアやNPOなどの活用により運営経費を抑えることを目的とするものでもある。

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27市町村にとどまっている（平成24年度）⁽⁴⁵⁾。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は、その実現性に疑問が出されている⁽⁴⁶⁾。全国一律の保険サービスから市町村の事業に移すことで、市町村間でサービス内容に大きな格差が出るおそれもある。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、サービスの質が下がるおそれもある。利用者側

からは、必要なサービスが受けられず、かえって状態が悪化するなどの懸念や、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のではとの疑問も出ている⁽⁴⁷⁾。

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 利用者負担の見直し

(1) 利用者負担割合の引き上げ

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⁽⁴⁸⁾。このため、高齢者を一律に弱者として捉えるのではなく、その所得に応じた利用者負担を考えなくてはならない時期が来ていることや、介護保険料は現役世代にも重い負担となっていることも踏まえ、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、介護保険制度では利用者負担割合が所得

(44) 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。

(45) 厚生労働省「参考資料」（社会保障審議会介護保険部会資料）2013.11.27. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000030649.pdf>

(46) 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.

(47) 「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.

(48) 介護保険においては平成12年4月の制度創設以来、利用者負担は1割である。医療保険においては、70歳以上の高齢者については、平成13年1月に定額負担から定率の1割負担となった。その後、平成14年10月から現役並み所得者は2割負担、平成18年10月から現役並み所得者は3割負担となった。平成20年4月の後期高齢者医療制度の導入により、現在は70~74歳は2割負担（1割に凍結中）、75歳以上は1割負担、現役並み所得者は3割負担となっている。

水準に関係なく一律であるが、制度の持続可能性や公平性の観点から、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⁽⁴⁹⁾。

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⁽⁵⁰⁾。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⁽⁵¹⁾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⁽⁵²⁾。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⁽⁵³⁾。

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⁽⁵⁴⁾、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⁽⁵⁵⁾。しかし、一定以上の所得の水準については、上記2案のうち①案を支持する意見があったほか、事務局案より対象を広げるべきとの意見や、医療保険制度の現役並み所得のある者とするべきといった意見など、様々な意見があったと述べるにとどまった。

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ふ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⁽⁵⁶⁾。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。

(2) 特定入所者介護サービス費の見直し

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

(49) 社会保障制度改革国民会議 前掲注(4), p.37.

(50) ただし、実際の利用者負担は上限額（現行では、1世帯当たり1月37,200円、低所得世帯同24,600円、低所得の老齢福祉年金受給者等同15,000円）があるため、重度者や施設入所者においては必ずしも負担が2倍に増えるわけではない。

(51) 介護保険の保険料段階の設定等の基準には、合計所得金額が用いられており、これは、給与所得控除や公的年金控除をした後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額である。

(52) 厚生労働省 前掲注(4)

(53) これらの負担増の改革により、710～740億円の給付費削減が見込まれている。同上

(54) 第2号被保険者については、高齢者世代より被扶養者や消費支出が多いこと等を踏まえ、第1号被保険者と同様の見直しは適当ではないとの意見が多かったとしている。厚生労働省社会保障審議会介護保険部会 前掲注(5)

(55) 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。現在は、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が適当であるとされた。引き上げ対象を、市町村民税が課せられる世帯のうち現役並みに限定したのは、要介護状態が長期にわたることを考慮したものである。

(56) 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>>

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三施設⁽⁵⁷⁾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て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施設等に支払っている。補足給付の標準的な補助額は月2万2000円～6万8000円で、所得水準や施設の種類で異なる。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⁽⁵⁸⁾。補足給付は、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、保有する居住用資産や預貯金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。従来、フローの負担能力で給付額を算定してきたが、今後はストックでの負担能力等を勘案して、資産も含む実質的な支払能力に応じた仕組みにしてはどうかというものである⁽⁵⁹⁾。

厚生労働省は、補足給付の対象外となる貯蓄等の基準について、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を介護保険の財源を用いた事業として行い、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、預貯金等については、本人と配偶者の貯蓄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、当面は本人の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⁽⁶⁰⁾。一方、不動産については、貸付の対象者や資産評価のあり方、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。

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⁽⁶¹⁾。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紹介するとしているが、現状では、生活保護に関しても金融機関は非協

(57) 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、介護療養型医療施設の3つを介護保険三施設と呼んでいる。

(58) 厚生労働省 前掲注(14)

(59) 社会保障制度改革国民会議 前掲注(4), p.37.

(60) 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が適当であるとしている。これらの補足給付の支給要件の厳格化により、約700億円の給付費減額が見込まれている。厚生労働省 前掲注(14)

(61) 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/000026939.html>>

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懸念の声も聞かれた。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。

3 総報酬割の導入

40～64歳の第2号保険料は、本人の要介護状態のリスクに備えるとともに、世代間扶養的な性格を有するものであるが、高齢化に伴い第2号被保険者1人当たりの負担も増大している。第2号保険料は、加入する健康保険組合など各医療保険者が集め、社会保険診療報酬支払基金に介護納付金として納められる。介護納付金は頭割り（全国均一の被保険者1人当たり額に各医療保険制度に加入している第2号被保険者数の数を乗じた額）で計算され、第2号被保険者の所得（報酬額）は考慮されない。第2号被保険者1人当たりの報酬額を比較すると、大企業の被用者が多い健康保険組合では年額463万円であるのに比べ、主として中小企業の被用者が加入する協会けんぽでは318万円と、健康保険組合の3分の2程度となっている（平成20年度）。結果として、報酬額に対する保険料負担率は協会けんぽの方が高い。国は、その負担を補うため、けんぽ財政の1割以上にあたる補助金を協会けんぽに助成している。しかし、それでも報酬額に対する負担率は健康保険組合が1.02%であるのに対して、協会けんぽは1.24%と高くなっている（国庫補助がない場合は1.49%）。健康保険組合のうち加入者1人当たりの所得額が上位10組合の平均をみると、第2号被保険者1人当たりの報酬額は825万円で、その負担率は0.57%であり、協会けんぽとの格差はさらに広がる⁽⁶²⁾。

このため、介護納付金の算定方法に関して、頭割りを廃止して「総報酬割」を導入するかが論点となっている。総報酬割は、介護納付金の負担割合を医療保険者の総報酬額に応じて設定する方法であり、医療保険加入者の支払能力に即したものである。頭割りによる算定よりも、各医療保険間の加入者の負担率の格差が是正される。国民会議報告書では、介護納付金について、現在は、第2号被保険者の人数に応じたものになっており、負担の公平性の観点から、被用者保険について、被保険者の総報酬額に応じたものとしていくべきであるが、後期高齢者支援金⁽⁶³⁾の全面総報酬割の状況も踏まえつつ検討すべきであるとされた。介護保険部会の議論では総報酬割の導入に賛成する意見が多かったが、一方で、協会けんぽへの国庫補助の負担を健康保険組合に転嫁するものとして、強い反対意見もあった。介護保険部会の意見書では、国民会議報告書と同様に、後期高齢者支援金の全面総報酬割の検討状況も踏まえつつ、引き続き検討を行うものとされた。

現行（第5期（平成24～26年度）平均（見込額））における第2号被保険者1人当たり負担額は、健康保険組合が月額で4,900円、協会けんぽが4,100円（国庫補助がない場合は4,900円）である。厚生労働省の試算では、総報酬割を全面導入した場合、報酬額に対する負担割合は1.49%で、健康保険組合の場合は900円負担増の5,800円となり、協会けんぽは100円負担減の4,000円（国庫補助なし）になる。多くの健康保険組合で負担が増加し（納付額が増加する組合数が1,135、減少する組合数が362）、また負担能力に応じた負担になることによって、1,300億円の国庫補助が不要になる⁽⁶⁴⁾。

このため、総報酬割の導入には、日本経済団

(62) 厚生労働省「介護納付金の総報酬割導入」（社会保障審議会介護保険部会資料）2011.10.31. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001tg46-att/2r9852000001tg8z.pdf>>

(63) 後期高齢者医療制度へ国民健康保険や健康保険組合など現役世代の医療保険から拠出される支援金。後期高齢者医療制度の財源の40%を占めている。

(64) 厚生労働省 前掲注(62)

体連合会や健康保険組合連合会の反発が強い。介護保険部会での議論では、総報酬割の導入により、協会けんぽに対する国庫補助が削減され、その分健康保険組合の負担が増えるが、これは国の責任を健康保険組合に肩代わりさせるものであるとして、反対意見があがった⁽⁶⁵⁾。

一方、総報酬割の導入に積極的な意見も強い。比較的報酬の低い協会けんぽの負担が相対的に重くなっているため、被用者保険内で負担能力に応じた負担をしていく方向に改めるのが適切であるとする意見である⁽⁶⁶⁾。年々介護費用が増加し、今後さらに負担の増大が見込まれるなかで、第2号被保険者における負担の公平性のあり方について更なる検討が求められている。

4 都市部の高齢化対策

今後、要介護状態となりやすい後期高齢者の増加数が多い都道府県は東京都、大阪府、神奈川県、埼玉県、千葉県、愛知県である。これら6都府県の平成22年から平成37(2025)年にかけての後期高齢者の増加数は約373万人で、この間の全国の増加数の759万人の約半分を占めている。都市部の高齢化の特徴の1つは、多くの高齢者が狭い範囲に「集住」していることである。65歳以上の高齢者の人口密度でみると、全国平均が77人/km²であるのに対して、東京都1,208人/km²、大阪府1,034人/km²、神奈川県753人/km²などとなっている⁽⁶⁷⁾。また、

都市部では三世代同居の割合は低く、一般的に住民同士の支え合いも希薄で、地域とのつながりが弱い。このため、家族介護者も身体的、精神的に追い込まれ、地域から孤立しがちな状況にある。

介護基盤についてみると、都市部においては介護施設等の整備が難しいため、今後の介護サービスの利用者の急増による介護施設や高齢者住宅などの更なる不足が懸念されている。在宅サービスについても、利用環境が整っているとは言い難い。要介護高齢者の在宅生活を支えることを目的として平成24年度に導入された定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービス⁽⁶⁸⁾は、制度を導入して間もないこともあって整備数が少ない。サービスを提供する介護職員の確保も大きな課題である。介護関係職種の有効求人倍率については、都道府県ごとに大きな差があるが、愛知県、東京都では全国平均を大きく上回っており、総じて都市部での人材確保が難しくなっている。

一方、狭い地域に集住していることや整備されたインフラなど、都市部の特性を生かしたケアシステムを構築することも考えられる。在宅生活を望む高齢者が多いにもかかわらず施設へ入所せざるを得ないのは、在宅では365日・24時間の安心感を確保できないことが原因の1つとして挙げられている⁽⁶⁹⁾。この点、人口密度が高い都市部では、その特性を生かした効率的

(65) 厚生労働省「第50回社会保障審議会介護保険部会議事録」2013.10.2. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000027567.html>>

(66) 同上

(67) 厚生労働省都市部の高齢化対策に関する検討会「都市部の高齢化対策に関する検討会報告書 参考資料」2013.9.20. <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000023769.pdf>>

(68) 小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複数のサービスを組み合わせた複合型事業所を創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図るサービスで、平成24年に導入された。通い、泊まり、訪問看護、訪問介護などの複数のサービス利用を組み合わせることで、退院直後の在宅生活への円滑な移行、病状の不安定時における在宅生活の継続等を目的としている。平成25年10月時点で、78保険者で90事業所があり、約1,400人が利用している。自治体において同サービスのメリット等が十分に理解されていない現状もあるため、介護保険部会の意見書では普及啓発を図る必要があるとされている。事業参入時の問題として、看護職員の確保が難しいことがあがっている。厚生労働省社会保障審議会介護保険部会 前掲注(5)

(69) 厚生労働省都市部の高齢化対策に関する検討会「都市部の強みを生かした地域包括ケアシステムの構築(都市部の高齢化対策に関する検討会報告書)」2013.9.20. <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000023763.pdf>>

な在宅サービスを整備することで、在宅介護の望みを実現することも不可能ではない。そのためには、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービスのほか、訪問診療、訪問看護などを整備し、さらに認知症高齢者に対する初期段階からの対応や、生活支援サービスなどの充実が不可欠である。高齢者の住まいに、医療・介護・生活支援・予防のサービスを十分かつ適切に提供できれば、施設同様の安心感を確保することができる。

施設サービスに関しては、都市部の施設整備が困難な要因の1つとして、用地確保の難しさが挙げられる。このため、民間の資産を活用し、例えば、社会福祉法人が特別養護老人ホームを整備する際には、国または地方公共団体以外の者から土地のみならず建物の貸与を受け、施設を運営できるよう資産要件⁽⁷⁰⁾を緩和するなどの対策が求められている⁽⁷¹⁾。大規模な施設を建設することが困難であり、また多くの人が集住していることを踏まえると、地域に根ざした小規模の特別養護老人ホームの整備を進め、在宅サービスを併設する等の工夫を行うことが現実的であると考えられる⁽⁷²⁾。都市再生機構との連携や、未利用公有地、廃校になった校舎の活用など、都市部に存在する既存ストックを活用した施設整備を進めるなどの工夫をする必要もある。

5 地域包括ケアシステムの整備

(1) 地域包括ケアシステムの構築

平成23年の介護保険法改正で、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必要な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⁽⁷³⁾。医療や介護のサービスが、日常生活圏域⁽⁷⁴⁾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、リハビリ施設などを経て、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は、言い換えれば「ケア付きコミュニティ」ともいわれる。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、こうした地域独自の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。

単身高齢者、認知症高齢者が増加するなかで、地域包括ケアシステムの実現のためには、特に在宅医療と介護の連携が必要である。医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、介護サービスのみでなく、訪問診療、訪問看護などの在宅医療が不可欠である。市町村が、地域の医師会等と連携しながら、地域包括ケアシステムの構築に取り組むことも必要である。また、このような包括ケアを進めるには、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

(70) 社会福祉法人が特別養護老人ホームを整備する場合、原則として、土地・建物について所有権を有しているか、または国・地方公共団体から貸与・使用許可を受けている必要があるが、国・地方公共団体以外の者から土地の貸与を受け、建物については社会福祉法人が所有して整備する特例措置が認められている。

(71) 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>>

(72) 厚生労働省都市部の高齢化対策に関する検討会 前掲注(69)

(73) 社会保障制度改革国民会議 前掲注(4), p.28.

(74) 日常生活圏域とは、具体的には中学校区を想定している。

い⁽⁷⁵⁾。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言い難い。例えば、訪問看護ステーションの数は伸び悩んでいる。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⁽⁷⁶⁾。

(2) 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⁽⁷⁷⁾。多様な医療・介護資源や関係者を全体としてマネージするには、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⁽⁷⁸⁾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（要支援者のケアプラン作成）、総合相談支援、権利擁護、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、介護予防支援がその業務の約4割を占めており、また、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、介護保険部会の意見書では、地域包括支援センターの人員体制の強化とそのため財源確保、職員の研修の充実を図ることが必要であるとされた。地域包括支援センターの役割については、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⁽⁷⁹⁾、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⁽⁸⁰⁾。

(3) 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介護支援専門員（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⁽⁸¹⁾。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、事例によって参加者は異なるが、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

(75) 宮武剛「いまが見える社会保障セミナー 第8回 医療と介護の連携・統合をめざして」『月刊介護保険』210号, 2013.8, pp.44-47.

(76) 結城康博「地域包括ケアシステムの実現性を探る—その問題と課題分析—」『地域ケアリング』14(8), 2012.7, pp.28-39.

(77) このような連携関係を構築し、サービスの高度化につなげている地域はまだ少ない。成功しているところでは、地域の医師等、民間の熱意ある者が取りまとめ役となり、市町村等の行政がその良き協力者となってマネージしている例がみられることが、国民会議報告書で指摘されている。社会保障制度改革国民会議 前掲注(4), p.29.

(78) 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。

(79) 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.

(80) 東京都福祉保健局 前掲注(7)

(81) 厚生労働省「地域包括ケアシステムの構築に向けて」（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>; 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.

係者を一堂に集めてプランを検討する会議である。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に共通した課題を明確にし、課題解決に必要な資源の整備や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、市町村の地域支援事業の包括的支援事業の一環として、地域ケア会議を実施することを介護保険法に位置づける必要があるとされた。

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⁽⁸²⁾。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。

6 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、今後急増が見込まれる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あり⁽⁸³⁾、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⁽⁸⁴⁾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サービスである。同サービスは、短時間のケアを1日複数回行う定期巡回サービスと、利用者からのコールにより電話やICT機器による応対・訪問を行う随時対応サービスからなる。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利用する形が中心である。しかし、これでは、状態の変化が大きい中重度の要介護者に柔軟に対応できない欠点がある。中重度の要介護者の在宅サービスを支えるには、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。必要なタイミングで必要なサービスを提供することにより、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(2025)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11月末時点において180市町村で、利用者は5,107人ととどまっている⁽⁸⁵⁾。同サービス

⁽⁸²⁾ 宮島 前掲注(79), pp.190-193.

⁽⁸³⁾ 定期巡回・随時対応サービスの提供事業所には、事業者が介護と看護を一体的に提供する一体型事業所と、事業所が地域の訪問看護事業所と連携してサービスを提供する連携型事業所の2種類がある。これまでの導入実績をみると、連携型事業所の方が多い。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11月末)」
<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/jissi-h2511.pdf>

⁽⁸⁴⁾ 巡回型訪問介護は、北欧では当たり前に行われており、日本でも介護保険施行直前には各地でモデル事業が行われていたが、介護保険施行以降ほぼ消滅した。その最大の理由が訪問介護の介護報酬の設定方法にあり、従来型の訪問介護の介護報酬で巡回サービスを行うと支給限度額を超えてしまうことが指摘されている。池田 前掲注(35), p.175.

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、同サービスが本当に普及するか不安視されていた。訪問回数にかかわらず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一定の利用者数を確保しやすく移動の効率性は良いが、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課題も指摘されている⁽⁸⁶⁾。

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」「随時対応」の言葉から来るイメージである。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⁽⁸⁷⁾。また、緊急時のコールのうち訪問を必要とする内容のものは32%であり、深夜・早朝のコールの多くは利用者の不安によるもので、実際には訪問を必要としないものが多い。しかし、介護事業所を対象とした調査⁽⁸⁸⁾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。「定期巡回・随時対応」に関しても、基本的には同サービスが事前の調査・評価に基づく定期巡回中心のサービスであるにもかかわらず、未参入事業所の6割以上が呼び出しへの対応が中心と認識し、負担が重い

と考えていた。介護保険部会の意見書では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の普及を図るため、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としている。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。

7 特別養護老人ホームの入所の重点化

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3以上）の割合は年々上昇し、平成23年において約88%となっている。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申込者42.1万人のうち、要介護4～5の在宅の要介護者は約6.7万人となっていた⁽⁸⁹⁾。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、在宅での生活を余儀なくされている高齢者も多数存在しており、重度の要介護者の特別養護老人ホームへのニーズにどのように応えていくかが深刻な問題となっている。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の度合いが増してくる要介護度3以上の中重度で、在宅での生活が困難な要介護者を支える施設としての機能に重点を移すべきではないかとの意見が出ていた。国民会議報告書では、特別養護老人ホームは中

(85) 厚生労働省 前掲注(83)

(86) 「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.

(87) 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>

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

(89) 厚生労働省「施設サービス等について」（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-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000025314.pdf>

重度者に重点化を図り、併せて軽度の要介護者を含めた低所得者の高齢者の住まいの確保を推進していくことも求められているとしている。

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は中重度者に重点化し、3以上の要介護者を対象とすることに賛成する意見がみられた⁽⁹⁰⁾。また、対象者を中重度に絞り込む方向性は理解できるものの、現に入所している人への対応については配慮すべきという意見もあった。一方、特別養護老人ホーム入所をあって要介護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要介護1~2の人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、特別養護老人ホームへの入所を要介護度3以上に限定し、要介護度1・2の要介護者であっても、やむを得ない事情がある場合には、特例的に入所を認めることが適当であるとされた。

特別養護老人ホームにおいて、要介護度1・2の要介護者の入所を決定した理由として、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。入所を要介護3以上に限定するとしても、認知症等により常時の介護の必要性が認められる場合や、家族のサポートが期待できず、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、要介護1~2の軽度の要介護者であっても特別養護老人ホームへの入所を認めるのが妥当と考えられる。ただし、特別養護老人ホー

ムに入所している軽度の要介護者の割合について、都道府県別で比較すると、地域によって偏りがみられる。したがって、軽度の要介護者の特例的な入所の基準については、各地域で異ならないよう、国が指針等で具体的な要件を示す必要がある。

8 介護職員の人材確保

介護職員数は、平成23年において約140万人（非常勤職員を含む。）である。このうち、介護保険施設の職員数は約35万人で常勤職員の割合が高く（常勤83.3%、非常勤16.7%）、居宅介護サービスの職員数は約105万人で非常勤職員の割合が比較的高い（常勤53.2%、非常勤46.8%）⁽⁹¹⁾。介護職員の雇用管理の改善、能力開発を図るための支援機関として設立された介護労働安定センター（公益財団法人）が平成24年に全国の介護事業所を対象に行った調査⁽⁹²⁾では、介護職員が不足していると答えた事業所は57%にのぼり、53%の事業所が良質な人材の確保が難しいと回答していた。また、労働条件等の悩みや不満については、「仕事内容のわりに賃金が低い」「人手が足りない」「有給休暇が取りにくい」「身体的負担が大きい」等を挙げる介護職員が多かった。厚生労働省の調査でも、平成23年の福祉施設の介護職員、ホームヘルパーの給与は月額22万円で、全産業平均より約10万円低くなっている⁽⁹³⁾。また、介護職員の平均勤続年数は約5~6年であり、全産業平均の半分程度となっていた⁽⁹⁴⁾。介護分野の労働市場では、好景気になると他の職種に転職する者が多く、介護関係の有効求人倍率が高くなり、不況になると低くなる傾向がある⁽⁹⁵⁾。景気動向に左右される労働市場では、安定した介

(90) 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>>

(91) 厚生労働省 前掲注(25)

(92) 介護労働安定センター「平成24年度 介護労働実態調査結果について」2013.8.16. <http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h24_chousa_kekka.pdf>

(93) 厚生労働省「介護職員をめぐる現状と人材の確保等の対策について」（介護職員の処遇改善等に関する懇談会資料）2012.5.11. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ae5j-att/2r9852000002aej7.pdf>>

護サービスの確保は担保されていないと指摘されている⁽⁹⁶⁾。

このため、賃金水準を改善するなど、介護職員の人材確保・処遇改善が大きな課題となり、平成20年には、議員立法で「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」(平成20年法律第44号)が成立した。同法は、政府に対して、介護従事者等の処遇改善のために必要な措置をとることを求めたものであり、これにより、平成21年度の介護報酬改定で、介護従事者の処遇改善等を図ることを目的として3%のアップが図られた。

さらに、平成21年度の補正予算において、介護報酬改定に加えて、介護職員の賃金引き上げのための助成として約4000億円が計上された。都道府県に介護職員処遇改善等臨時特例基金を設置し、介護職員の待遇改善に取り組む事業者へ介護職員処遇改善交付金を交付し、介護職員1人当たり月額1万5000円程度の賃金引き上げが図られた。平成22年度以降は、交付要件に介護職員のキャリア・パスに関する要件を加え、この要件を満たさない事業所については交付率を減額することとし、キャリア・パスの策定を誘導した。同交付金は平成24年3月に終了したが、平成24年度介護報酬改定において介護職員処遇改善加算が創設され、事実上引き継がれている。このように、介護現場で働く職員の処遇改善が図られてきたものの、他職

種に比べて賃金水準は依然として低い。このため、介護保険部会の意見書では、平成27年度の介護報酬改定において、引き続き処遇改善に向けた検討を行うことが必要であるとされた。

厚生労働省の推計では、団塊の世代が75歳以上となる平成37(2025)年に必要な介護職員数は、現在より約90~100万人多い237~249万人とみられている⁽⁹⁷⁾。毎年、多数の人材を確保していく必要があるが、特に、高齢者の急増に加え、他産業との競争が厳しい都市部においては、介護職員の確保が著しく困難になることが予想される⁽⁹⁸⁾。このため、国や自治体には、積極的に介護人材の確保に取り組むことが求められており、例えば、介護報酬改定を通じた処遇改善の取組やキャリア・パス制度の確立に向けた取組が必要である。キャリア・パスの重要性については、国民会議報告書や介護保険部会の意見書でも指摘されている。介護職員が働き続ける場合、将来どのようにキャリアアップしていくのかの展望が明示できれば介護職の魅力を高め、離職を少なくすることが可能である。キャリア・パスを導入する事業者が増えることは、介護分野が健全な産業として発展していくためにも必要といわれている⁽⁹⁹⁾。また、学童期からの介護分野への関心の促進や、潜在的有資格者などの介護人材の掘り起こし、元気な高齢者や専業主婦の活用など、総合的な取組を推進することが求められている⁽¹⁰⁰⁾。

(94) 介護職は離職が激しいというイメージがあるが、実際は、事業所によって大きく異なる。離職率が10%未満の事業所が5~7割を占める一方で、離職率が30%を超える事業所も2~3割ある。制度や報酬体系だけでなく、各事業所のマネジメント・雇用管理のあり方が定着に大きな影響を与えていると指摘されている。堀田聰子「介護労働市場の現状と課題—採用・離職と過不足感をめぐって」『Business Labor Trend』2012.11, pp.3-7.

(95) 介護関係職種の有効求人倍率は地域ごとに大きな差があるが、基本的には、地方よりも都市部の方が高い。また、景気が悪化し失業率が高くなると、介護分野では人材を確保しやすくなり、景気が回復すると確保が難しくなる傾向があるといわれている。このような影響を受けるのは、介護職が専門職として確立されていないことが原因であると指摘されている。同上

(96) 結城康博『日本の介護システム—政策決定過程と現場ニーズの分析』岩波書店, 2011, p.205.

(97) 厚生労働省 前掲注(25)

(98) 厚生労働省都市部の高齢化対策に関する検討会 前掲注(69)

(99) 「特集 介護人材の確保には何が必要か—事業者や地方自治体の取り組みから—」『月刊介護保険』209号, 2013.7, pp.12-19.

(100) 厚生労働省都市部の高齢化対策に関する検討会 前掲注(69); 増田 前掲注(11)

おわりに

団塊の世代が75歳以上となる平成37(2025)年まで残された期間は短い。平成26年の介護保険法改正は、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するものでなくてはならない。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い。介護保険制度の効率化による持続可能性の確保と、高齢者が安心して生活ができる包括的ケアシステムの実現の両立という困難な問題に、国民の英知を傾けて取り組む必要がある。

(なかがわ ひであき)