

介護保険制度の課題と将来

はじめに

本年(2016年)2月から介護保険制度の見直しの議論が、厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会において行われている。本年末には部会報告の取りまとめが行われ、それを踏まえて改正法案が作成され、来年1月開会の通常国会に提出される。改正法案は、国会審議が順調に進めば来年6月頃に成立し、2018年度から実施されるであろう。介護保険制度実施以来、5度目の改正が行われることになる。

現時点では見直しの具体的な内容は確定していないが、検討の方向性としては、①地域包括ケアシステムの推進と、②介護保険制度の持続可能性の確保、の2点があげられている。地域包括ケアシステムの推進に関する検討事項としては、保険者機能の強化、医療と介護の連携、地域支援事業・介護予防の推進、サービス内容の見直しや人材の確保があげられている。介護保険制度の持続可能性の確保に関する検討事項としては、軽度者への支援や福祉用具・住宅改修の給付のあり方、利用者負担や保険料の総報酬割等の利用負担のあり方等があげられている。

被保険者にとって直接影響を受けるものは、軽度者への支援や福祉用具・住宅改修の給付のあり方の見直しであろう。「制度の持続可能性の確保」というテーマのもとに、利用者負担の引上げや、保険給付範囲の縮小が行われることとなる。制度改正の第1回目にあたる2005年改正のときから、制度の持続可能性の確保というテーマが掲げられるようになった。介護サービス利用者の増大により介護保険の財政規模が拡大していくと、公費負担や保険料負担が増大して財政問題を引き起こすことから、保険給付や負担のあり方を見直し、保険財政の規模の拡大を抑制することによって、制度の持続可能性を高めていこうとするものである。

本稿では、制度の持続可能性の確保という観点から、介護保険制度実施以来の4回の改正を振り返り、さらに介護保険財政の推移を分析しながら、来年度の制度改正の課題と、今後検討が必要な事項について論じることにする。

が行われることとなる。

一、制度実施以来

4回の改正

表1は、2000年4月に介護保険制度が実施されて以来、主たる改正である4回の制度改正の概要を記したものである。

制度の持続可能性の確保をねらいとして行われた最初の改正として、2005年改正がある。

2005年改正で講じられた内容は、一つは介護予防重視型システムへの転換である。制度実施後、要支援・要介護認定者数が急増し、介護サービスの利用量が増大したことから、保険財政の規模が急拡大し、将来の制度の維持困難性が懸念された。そこで、要支援・要介護1の軽度者と、要支援・要介護者

予備群である一般高齢者に対し

表1 介護保険制度の改正の経緯

2005年改正 (2006年4月施行)	○介護予防重視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。介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施。介護予防事業、包括的支援事業等の地域支援事業の実施) ○施設給付の見直し(食費・居住費の自己負担化、補足給付の導入) ○地域密着型サービスの創設、介護サービス情報の公表等
2008年改正 (2009年5月施行)	○介護サービス事業者への規制強化(法令遵守等の業務管理体制の整備、休止・廃止の事前届出制、休止・廃止時のサービス確保の義務化等)
2011年改正 (2012年4月施行)	○地域包括ケアの推進(24時間対応の定期巡回・随時サービスや複合型サービスの創設、介護予防・日常生活支援総合事業の創設等) ○介護職員によるたんの吸引等 ○各都道府県の財政安定化基金の取崩し等
2014年改正 (2015年4月等施行)	○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実 ○全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村の地域支援事業(総合事業)に移行 ○一定以上所得者の自己負担割合の引上げ、補足給付の適用要件に資産を加える等

て、介護予防を強化することによって、介護の重度化防止や、要支援・要介護者の増大防止を図り、保険財政の拡大を抑制しようとした。もう一つは、食費・居住費を保険給付の対象外とす

る施設給付の見直しである。施設入所者と在宅生活者との間の負担の公平性を図る措置であった。このことにより、施設給付の介護報酬はマイナス4%の改定となり、保険財政の拡大抑制に大いに貢献することとなった。

続いて、2011年改正であるが、制度見直しを議論していた2010年の介護保険部会において、高齢者の介護保険料負担が1人当たり月額5千円を超えるのではないかとという「5千円の壁問題」が焦点となり、保険料増加を抑制する利用者負担の増加策が検討された。ただし、このときは、

各種の利用者負担増加策は先送りとなり、保険料負担の増加抑制の手段は、財政安定化基金の取崩しによることとなった。

2014年改正においては、費用負担の公平化を図るためとして、いくつかの施策が講じられた。一定以上の所得のある利用者の自

己負担を2割に引き上げることと、低所得者の施設利用者の食費・居住費を軽減する補足給付の受給要件に、預貯金の資産を加味することで補足給付適用者の縮小が図られた。2割負担への引上げは、制度実施以来の定率1割負担の原則に風穴を開けることとなった。このほか、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の入所者を、原則として要介護3以上の者に限定した。

さらに、要支援者に対する訪問介護と通所介護が保険給付から外れて、地域支援事業である総合事業に移行することとされた。このことは、総合事業の方が指定事業者のサービスよりも単価を低く設定できるので、給付面を見直すことによる保険財政拡大抑制策でもあった。同時に、制度実施以降初めて、被保険者の保険給付の範囲を縮小する措置が講じられた。

二、保険給付費伸び率II受給者数伸び率+介護報酬改定率

表2(142頁)は、介護保険給付

費や介護報酬改定率、介護サービス受給者数の推移を示したものである。この表の数値から、興味深い法則が浮かび上がる。

介護保険制度が実施された2000年度の数値を100とすると、2014年度の保険給付費は270となる。つまり、実施当初の2.7倍になっている。一方、2014年度のサービス受給者数の数値は273と、保険給付費の数値とほぼ同じである。同様に2000年度と2014年度を比較した他の数値をみると、第1号被保険者数は147、要支援・要介護者数は236であるので、保険給付費の伸びは、サービス受給者数の伸びとの関係が最も深い。

表2をみると、介護報酬の改定が始まった2003年度以降、保険給付費の伸び率は、サービス受給者数の伸び率とほぼ同じであり、介護報酬の改定があった年度は、サービス受給者数伸び率と介護報酬改定率の和(表中のD)とほぼ同じであることがわかる。

医療保険の場合には、出来高

表2 保険給付費、受給者数、介護報酬改定率の推移

年度	保険給付費 (億円)	伸び率 (%) (A)	受給者数 (万人)	伸び率 (%) (B)	介護報酬 改定率(%) (C)	理論的保 険給付費 伸び率(D)	実際と理論 値の差(E) (A)-(D)
2000	32,427	—	184.0	—	—	—	—
2001	41,143	26.9	217.5	18.2		18.2	8.7
2002	46,576	13.2	253.9	16.7		16.7	-2.5
2003	50,990	9.5	286.8	13.0	-2.3	9.7	-0.2
2004	55,504	8.9	316.7	10.4		10.4	1.5
2005	57,943	4.4	337.0	6.4		6.4	2.0
2006	58,743	1.4	353.4	4.9	-2.4	2.5	-1.1
2007	61,600	4.9	363.0	2.7		2.7	2.2
2008	64,185	4.2	377.2	3.9		3.9	0.3
2009	68,721	7.1	393.2	4.2	3.0	7.2	-0.1
2010	72,536	5.6	412.5	4.9		4.9	0.7
2011	76,298	5.2	434.1	5.2		5.2	0.0
2012	81,283	6.5	455.1	4.8	1.2	6.0	0.5
2013	85,121	4.7	482.2	6.0		6.0	1.3
2014	89,005	4.6	502.6	4.2		4.2	0.4
2015					-2.27		

(注)「理論的保険給付費伸び率」とは、サービス利用者数の伸び率(B)と介護報酬改定率(C)の和である。

払いの仕組みや診療における医師の裁量により、医療費をコントロールすることが可能である。つまり、医療サービス提供側において、医療収入を増やすために、患者1人当たりへの支出を増やすことができる。一方、

介護保険の場合には、在宅の場合には要介護度別に支給限度額が固定され、施設の場合には1人当たりの定額制とされている。事業者側の裁量により介護収入を増やすことは、一般的には難しい。このことが、保険給

付費の伸び率と受給者数伸び率+介護報酬改定率となる要因でもある。

サービス受給者数の伸び率と介護報酬改定率の和を「理論的保険給付費の伸び率」(表中のD)として、実際の保険給付費の伸び率との差を比較すると、表2のとおり、2003年介護報酬以降、その差は、ほぼ0(2ポイントの範囲内にとどまっている(表2のEの数値))。

ここから言えることは、介護保険給付費の伸びを抑制するためには、サービス利用者数の伸びを抑えること、あるいは介護報酬改定率を低率にとどめること、があげられる。サービス利用者数の伸びを抑えるためには、利用者負担を引き上げたり、介護予防事業の推進により要介護認定者数の増加を抑制したりする方法がある。

表2をみると、2006年度の保険給付費の伸び率が1.4%と、制度実施後の15年間で最低の数値である。これは、2005年改正による施策と、2006年度の介護報酬改定が効果

を発揮したことがわかる。すなわち、食費・居住費の自己負担化による介護報酬のマイナス改定(△2.4%)と、介護予防重視型システムにするために、従来の要支援を要支援1・2に再区分したことが影響したものと考えられる。新設の要支援2は、従来の要介護1とされていた者の多くが移行してきたもので、要支援2の支給限度額が要介護1よりも小さいことよって保険給付費の増加を抑制することとなった。

介護予防事業の推進については、2006年度から全保険者で取り組まれたが、その後の要介護者数の推移をみると、個別市町村レベルでは要介護者数の増加抑制に効果を発揮したところもあるが、全国レベルでは、その効果は判然としない。また、利用者負担引上げによるサービス利用者数の増加を抑制する方法は、引上げ幅の程度にもよるが、利用者にとって必要なサービス利用を遠ざけ、かえって要介護度を悪化させる等の問題を誘発するおそれがある。

介護報酬改定については、これまで5回の介護報酬改定のうち、3回をマイナス改定とすることにより、表2のとおり、保険給付費の伸びの抑制に貢献している。ただし一方で、マイナス改定は、介護サービス事業者の経営の不安定化や、介護職員の処遇改善がでずに人材確保困難、といった問題を引き起こしかねない。

2015年度の保険給付費の実績値は公表されていないが、国保中央会の集計データによる2015年度上半期の保険給付費の伸び率は2・3%となっており、前年度よりは低下している。これは、2015年度の介護報酬改定率が△2・27%であったことが影響したものと考えられる。

三、今回の制度改正の論点の評価

制度の持続可能性の確保の観点から、次期制度改正の論点となっており事項をあげると、次のとおりである。

① 要介護1・2の者に対する訪問介護のうち、生活援助サービスを保険給付の対象から外す
② 要介護1・2の者に対する福祉用具の貸与、住宅改修費用を保険給付の対象から外し、自己負担とする
③ 65〜74歳の自己負担割合を2割に引き上げる
④ 自己負担の上限額である高額介護療養費制度の上限を引き上げる

⑤ 第2号被保険者の保険料負担に総報酬割を導入する

①と②は、保険給付範囲の縮小、③と④は利用者負担の増加、⑤は健保組合の被保険者の保険料負担の増加につながるもので、いずれも被保険者・利用者にとっては、「痛みを伴う見直し」である。

①と②は、要介護1・2という軽度者に対する保険給付の範囲を縮小することにより、保険財政の負担を軽減しようという政策であるが、次に述べるとおり、疑問点が多い。

まず、①について、軽度者に対する生活援助サービスを保険

給付外として、市町村が行う地域支援事業(総合事業)に移行する措置をとるとすれば、2014年改正における要支援者に対する訪問介護等を総合事業に移行する措置と同様の方法である。しかし、要支援者に対する総合事業への移行措置は、市町村において、2015年度から段階的に始まり2017年度において全市町村実施となるもので、現時点ではこの移行措置が適切なものかどうか評価できないので、これを要介護1・2の者にまで拡大することは拙速であらう。

また、すでに総合事業を実施している市町村をみると、当初想定していた「地域のボランティア団体等の多様な主体からのサービス提供」の割合は極めて小さく、従前の介護予防の指定事業者が引き続きサービス提供をしているケースがほとんどである。「地域の多様な主体」が存在しないか、あったとしても従前の指定事業者の全面的な代替とはなりえない。また、保険給付外にしても、地域支援事

業でサービスを提供するならば、保険財政全体の負担は同じである。さらに、サービスの質の確保という面でも、問題が大きい。一定の経験を積んだ有資格者による生活援助サービスと、地域のボランティアによる生活援助サービスを比べれば、サービスの質、サービスの持続性、さらには利用者のプライバシー確保といった点から、地域ボランティアによるサービス提供は課題が多い。

以上の点から、要介護1・2の軽度者に対する生活援助サービスを保険給付外とする案には疑問符をつけざるを得ない。さらに、サービスを使いにくくするということとは、要介護1・2の軽度者の在宅生活の継続を困難にすることにつながる。地域包括ケアシステム構築の理念にも反するおそれがある。

軽度者に対する福祉用具や住宅改修費用の自己負担化についても、軽度者の在宅生活の継続を困難とさせることにつながるであらう。

軽度者に対する保険給付の縮

小という政策は、日本の介護保険の保険給付の対象者の範囲が、ドイツや韓国の介護保険の保険給付対象者の範囲よりも広い、そのことが保険財政の増大をもたらしめている、という認識に由来していると考えられるが、この認識については、修正が必要である。確かに、韓国で介護保険制度が実施された2008年当時をみると、日本・ドイツ・韓国の3か国の介護保険制度において、保険給付対象者の要介護度の段階は、日本が7段階(要支援2段階、要介護5段階)、ドイツが3段階(とくに重度を含めると4段階)、韓国が3段階であった。日本だけが、要支援者や要介護1という軽度者まで含めていて、保険給付対象者の範囲が広いという特徴があった。しかし、その後、ドイツの場合には、要介護度ゼロであるが認知症がある者に対する保険給付を始め、韓国では、要介護度が軽微者に対しても保険給付を行うこととし、要介護度は5段階となっている。つまり、ドイツや韓国では、介護保険の保険給付

対象者を拡大する方向にある。仮に①や②のような見直しを行ったとしても、保険財政の負担軽減という財政効果は乏しいため、次の制度改正において、さらなる見直しを迫られることは想像に難くない。要するに、①や②の見直しは、見直しから得られるメリット(財政効果)よりも、デメリット(軽度者が在宅生活を継続することへの支障、総合事業を展開する市町村負担の増大等)の方が大きく、制度改正を行う意義に乏しいと言わざるを得ない。

四、長期的な視点に 立った見直し検討を

介護保険制度の持続可能性の確保、という観点から、2005年改正以降、介護予防事業の推進や利用者負担の増加、保険給付範囲の縮小、介護報酬のマイナス改定等の措置が講じられてきたが、介護報酬改定という方法以外に、はつきりした効果を発揮したものは今のところ見られない。また、これらの措置

は、いずれも保険財政の支出面を抑制しようというものである。言うまでもないことであるが、財政健全化の手法としては、「入るを量りて、出づるを制する」という言葉がある。長期的な視点に立って、保険財政の収入面の拡大方策を検討すべきではないだろうか。

すなわち、介護保険部会においては、軽度者に対する生活援助サービスの適用除外というような、課題が多く、かつ財政効果も不明な方策の検討よりも、かねてから介護保険制度の構造的問題となっている「被保険者の範囲のあり方」について検討すべきではないかと考える。すなわち、現行制度のように、介護保険制度の被保険者の範囲を40歳以上の者に限定しているのと、「制度の支え手」としての第2号被保険者(40歳以上65歳未満の者)の数は減少していく一方で、「サービス受給者」である第1号被保険者(65歳以上の者)の数は、2025年に向けて増加していく。保険給付費は増大するものの、支え手が減

少していくという、「保険財政基盤の脆弱化」が進行していく。被保険者の範囲を拡大し、支え手を増やすことにより保険財政の収入面を強化・安定化させる必要がある。

言うまでもないことであるが、介護保険の被保険者を40歳以上としたのは、介護保険制度の創設を急ぐための「暫定的な措置」であった。法制定時の附則第2条にあるとおり、制度実施後の検討テーマに位置付けられていた。この問題については、「被保険者・受給者の範囲の拡大」として、2005年改正時の大きなテーマであったが、当時の介護保険部会では結論が出なかった。2005年改正後、厚生労働省では有識者による検討会を設けて検討を進めたが、ここでも最終結論は先送りされた。他方で、障害者福祉分野では、支援費制度の実施(2003年度)、障害者自立支援法の制定(2005年)、障害者総合支援法の制定(2012年)と変化した。こうした過程で、介護保険の被保険者を40歳未満の層

に拡大するという「介護保険の普遍化」に関する議論は、まったく下火となってしまった。

しかし、介護保険制度の将来を考えれば、被保険者の範囲の拡大という課題をいつまでも先送りすることはできないであろう。制度実施後17年目を迎える、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年が近づいた今の時期に、制度の持続可能性の確保に向けて、長期的な視点に立った検討が必要である。たとえば、被保険者の範囲を20歳までに拡大すれば、「支え手」の増大により、保険料負担の緩和や保険財政の安定化が図られることになる。ドイツや韓国の介護保険は、「支え手」としての被保険者は全世代となっている。日本の介護保険は、制度創設の目的として「介護に対する社会的支援」と言いながら、被保険者の範囲を限定的にしたまま改善されていない^(注)。

被保険者の範囲の拡大というテーマ以外に、外国人労働力の活用のは非も含めた「介護人材の確保問題」や、「介護者支援

策の充実」というテーマも、長期的視点に立った検討課題として重要である。

五、制度の仕組みをわかりやすいものに

表1のとおり2005年の制度改正以来、3年ごとに改正が行われてきたが、そのたびに制度の内容は複雑化し、被保険者はもちろんのこと、介護事業者、さらには行政担当者でも、介護保険の全体像を把握することが困難な状況となっている。

たとえば、介護サービスの利用手続きについて、いつの間にか簡単に説明することが難しいほど、複雑な仕組みとなっている。介護保険制度が実施された当初は、被保険者は市町村に要介護(要支援)認定を申請し、認定を受けたのち、在宅サービスの場合には居宅介護支援事業所にケアプランの作成等のケアマネジメントを申請し、施設サービスの場合には介護保険施設に入所申請をする、というものであった。

ところが、現在の制度では、要支援者の場合には、居宅介護支援センターが実施するケアマネジメントを受けなければならぬ。さらに、要支援認定を受

と、それぞれ多くの種類のサービスが存在するために、これも一度に理解するには困難を極めるものとなった。

けなくとも、市町村が行うチェックリストによる審査を受けて、訪問介護と通所介護のサービスを利用することができる。ただし、この訪問介護と通所介護は、介護保険給付ではなく、市町村の総合事業によるサービスとなる。場合によっては、プロの事業者(指定事業者)のサービスではなく、ボランティア等によるサービスになる。とはいえ、その具体的な内容は市町村によりさまざまであるので、各市町村に照会していただきたい。かように、一度の説明では頭に入りにくく、かつ、最終的には市町村に尋ねないと実際の姿がわからない、という仕組みに変貌してしまった。そのうえ、利用できるサービス、たとえば、居宅サービスの場合には、介護給付、予防給付、地域密着型サービス

介護保険は、一定の条件に該当する者を被保険者として強制加入させ、保険料納付義務を課すという社会保険である。また、サービス利用者の多くが、80歳以上の高齢者である。制度がわかりにくくなると、制度を利用しにくくなったり、制度に対する不信感が増したりする原因となる。結局は、要介護者の自立支援を図る、家族の介護負担を軽減する等の介護保険のねらいが生かされなくなる。制度の仕組みをこれ以上複雑化することなく、被保険者をはじめ介護事業者等の関係者に対して、理解しやすい仕組みづくりに努めることも、制度の持続可能性の確保のために重要なことであろう。

(注)

「被保険者・受給者の範囲の拡大」に関するこれまでの経緯等については、筆者の『介護保険の検証―軌跡の考察と今後の課題』(法律文化社、2016)を参照のこと。