

# 介護保険制度施行 15 年の総括 —— 介護保険制度改正の方向性と課題 ——

宮 本 恭 子\*

Projecting the future of long-term care insurance in Japan

Kyoko MIYAMOTO

## 要 旨

介護保険制度は 2015 年で施行 15 年目の節目となる。法施行 15 年を振り返り、その現状と課題を見据えながら、将来展望を示すことが、本稿の目的である。介護保険制度は、要支援や要介護認定者・利用者が増え続け、第 5 番目の社会保険として定着した。その反面で、財政問題が課題となっている。また、今後 10 年間の急速な高齢化を受けて介護需要の増大への対応も迫られている。このような状況のもとで、制度改正が進められているが、社会保障・税一体改革の重要な柱として掲げられた医療・介護の一体的見直しの中で進められる介護保険制度関連の改正は、介護保険の本質を転換する方向で進んでいるように見受けられる。一方、介護給付費の膨張に関連する介護保険の構造的課題への対応については手がつけられていない。今後の制度改正では、制度の構造的課題への対応が急務である。

キーワード：介護保険制度、社会保障・税一体改革、医療・介護の一体的見直し

## はじめに

介護保険制度は 2015 年で施行 15 年目の節目となる。わが国は、高齢介護の問題に対して 2000 年 4 月に公的介護保険制度を導入し、高齢者の自立支援や社会全体で介護を担うという理念を掲げた。2000（平成 12）年度から始まった介護保険制度は、要支援や要介護認定者・利用者が増え続け、第 5 番目の社会保険として定着した。その反面で、制度実施以来、保険給付費が 15 年間で 3 倍程度に急増し、その結果、高齢者の介護保険料も 2 倍に増大す

るなど、財政問題が課題となっている。

また、今後 10 年間の急速な高齢化を受けて介護需要の増大への対応も迫られている。介護支出が増大する中で、介護保険給付の見直しが進んでいるが、社会保険としての介護保険がどこまで対応するのかという基本的な問いかけが十分になされないまま、介護保険制度が始まり、制度改正が進められているように見受けられる。このような状況のもとで、法施行 15 年を振り返り、介護保険・介護保障の課題を明らかにし、その将来展望を示すことは意義深いと考えられる。本稿では、社会

---

\*島根大学法文学部法経学科

保険として制度化された介護保険において、今後の制度改善・見直しに向けた検討に資するため、介護保険制度の現状とその改正の方向性を概観しつつ、介護保険制度が今後どのようになっていくかを検討し、その課題を総括することとする。

## I. 介護保険制度の実態と課題

### 1. 介護保険財政の問題

#### (1) 急速な利用者増と費用の膨張

要支援・要介護状態の認定者数は、施行の2000（平成12）年度末現在の約256万人から、2013（平成25）年度末現在で584万人になった。この13年間で約2.3倍の急増である。とりわけ要支援1、2と要介護1は2.6倍増である。認定者を要介護（要支援）状態区分別に

みると、要支援1が82万人（構成比14.0%）、要支援2が80万人（同13.7%）、要介護1が111万人（同19.0%）、要介護2が103万人（同17.6%）、要介護3が77万人（同13.1%）、要介護4が71万人（同12.1%）、要介護5が61万人（同10.4%）となっており、要支援状態の認定者が約27.7%を占めている（表1参照）。

2013（平成25）年度末現在の認定率（第1号被保険者に占める認定者の割合）は、全国平均で17.8%となっており、発足時の11.0%から一貫して増加傾向が続いている（表2参照）。認定率は地域ごとによりかなりの差が出る。都道府県別にみると、長崎県（22.2%）、和歌山県（21.9%）、島根県（20.7%）などが高く、埼玉県（13.9%）、千葉県（14.4%）、茨城

表1 要介護（要支援）認定者数の推移（単位：万人）

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	構成比(%)
合計	256	298	345	384	409	432	440	453	467	485	506	531	561	584	100.0
要支援1	32	39	50	59	67	72	53	55	57	60	66	69	76	82	14.0
要支援2							51	63	66	65	67	71	77	80	13.7
要介護1	70	87	106	124	133	142	90	77	78	85	91	97	105	111	19.0
要介護2	48	56	64	60	61	64	75	80	82	85	90	95	99	103	17.6
要介護3	35	39	43	49	52	55	64	71	74	71	70	72	74	77	13.1
要介護4	36	39	42	47	49	52	54	57	59	63	64	66	69	71	12.1
要介護5	34	38	41	45	46	46	49	50	51	56	59	61	61	61	10.4

注1：当年度末現在の数値である。  
注2：2000年度から2005年度は要支援は一本化されていた。  
出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成。

表2 第1号被保険者に占める要介護（要支援）認定者の割合（認定率）（単位：%）

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
全国平均	11.0	12.4	13.9	15.1	15.7	16.1	15.9	15.9	16.0	16.2	16.9	17.3	17.6	17.8
要支援1	4.5	4.8	5.0	5.5	5.7	5.7	6.0	6.2	6.3	6.3	6.4	6.5	6.4	6.3
要介護2														
要介護3	6.5	7.6	8.9	9.6	10.0	10.4	9.9	9.7	9.7	9.9	10.5	10.8	11.2	11.5
要介護5														

出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成。

表3 介護保険サービス受給者数（1か月平均）（単位：万人）

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
合計	184	218	254	287	317	337	354	363	377	393	413	434	458	482
居宅サービス	124 (67.2)	152 (69.9)	184 (72.4)	214 (74.5)	240 (75.9)	258 (76.7)	257 (72.8)	263 (72.3)	273 (72.4)	286 (72.7)	302 (73.2)	319 (73.5)	338 (73.8)	358 (74.1)
地域密着型サービス							16 (4.5)	19 (5.1)	22 (5.7)	24 (6.1)	26 (6.4)	29 (6.8)	33 (7.2)	35 (7.3)
施設サービス	60 (32.8)	66 (30.1)	70 (27.6)	73 (25.5)	76 (24.1)	79 (23.3)	81 (22.8)	82 (22.6)	83 (21.9)	83 (21.2)	84 (20.4)	86 (19.7)	87 (19.1)	89 (18.5)

注1：()は各年度の構成比。  
注2：各年度とも3月から2月サービス分の平均。  
注3：2006年度の地域密着型サービスには、4月から2月サービス分の平均。  
注4：受給者数は、居宅、地域密着型、施設サービス間の重複利用がある。  
出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成。

県（14.6%）などが低くなっており、格差が大きくなっている<sup>1)</sup>。特に軽度者の認定率で差が広がる傾向にある。

サービス受給者数は、この13年間で1か月当たり平均約184万人（在宅124万人、施設60万人）から約482万人〔在宅393万人（うち地域密着型サービス35万人）、施設89万人〕と大きく伸びた（表3参照）。要介護（要支援）状態区分別のサービス受給者数は、居宅サービス受給者数では、要介護1の受給者数が22.0%と最も多く、要支援1～要介護2の受給者が約71.4%を占めている<sup>1)</sup>。地域密着型サービス受給者数では、要介護3の受給者数が24.8%と最も多く、要支援1～要介護2の受給者が約44.2%、要介護3～要介護5の受給者が約55.8%を占めている<sup>1)</sup>。施設サービス受給者数では、要介護5の受給者数が31.0%と最も多く、要介護3～要介護5の受給者が約82.6%を占めている<sup>1)</sup>。

## （2）施設志向と費用の膨張

サービス受給者数の在宅と施設の比率は、施行の2000年4月末時点は、在宅67.2%、施設32.8%であったが、2013（平成25）年度末現在は、在宅81.4%（うち地域密着型サービス7.3%）、施設18.5%へ変わった（表3参照）。これを費用面でみると、居宅で約4.3兆円を、施設で2.3兆円を使う概算である（利

用料を除く2013年度・保険給付費）。つまり利用者総数のうち約2割の施設入所者が総額のほぼ35%分を使っていることになる（表4参照）。

しかも、在宅介護に比べて相対的にコストが高い施設への入所を希望する傾向が強く、財政問題が生じている。2013（平成25）年度末現在の第1号被保険者1人当たりの1か月平均の給付費は、訪問介護が約4万9千円であるのに対し、介護老人福祉施設は24万8千円、介護老人保健施設は26万4千円、介護療養型医療施設は34万9千円に膨らむ（表5参照）。

利用者の根強い施設志向の要因のひとつには、利用者負担の施設・在宅間格差がある。在宅で施設と同程度のサービスを受けようとする場合には、保険からの支給限度額を大きく上回る結果、高額の自己負担を支払うことが必要になる。自己負担額を減らすために家族が介護すれば、家族の負担感は大きくなり、家族の間では施設への入所を希望する傾向が強くなる。その結果、東京都心では、介護施設の不足が重大な問題となると見込まれ、東京から地方への高齢者の「移住促進」までもが議論されるようになってきた<sup>2)</sup>。

高齢化に伴って今後も要介護者数の増加が見込まれるなか、給付費を抑制しつつ、介護保険制度の機能強化を進めるためには、施設よりも在宅サービスの利用を促進させる必要

表4 年度別（居宅・地域密着型・施設）給付費の推移（1か月平均）（単位：億円）

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
合計	2936	3407	3855	4221	4602	4715	4669	4864	5062	5415	5700	5995	6382	6680
居宅サービス	996 (33.9)	1327 (39.0)	1641 (42.4)	1964 (46.5)	2255 (49.0)	2448 (51.9)	2289 (49.0)	2385 (49.0)	2519 (49.8)	2744 (50.7)	2955 (51.8)	3152 (52.6)	3404 (53.3)	3614 (54.1)
地域密着型サービス							317 (6.8)	371 (7.6)	423 (8.4)	473 (8.7)	520 (9.1)	584 (9.7)	669 (10.5)	722 (10.8)
施設サービス	1940 (66.1)	2080 (61.0)	2214 (57.4)	2257 (53.5)	2346 (51.0)	2268 (48.1)	2063 (44.2)	2108 (43.3)	2119 (41.9)	2198 (40.6)	2225 (39.0)	2258 (37.7)	2309 (36.2)	2345 (35.1)

注：0 は各年度の構成比

出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成。

表5 サービス別1人あたり給付費（1か月平均）（単位：千円）

	訪問介護	通所介護	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
平成25年度給付費	49	68	248	264	349

出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成。

## 介護保険制度施行 15 年の総括

表 6 介護保険の総費用 (単位: 兆円)

	2000 年度	2001 年度	2002 年度	2003 年度	2004 年度	2005 年度	2006 年度
総費用	3.4	4.6	5.2	5.7	6.2	6.4	6.4
	2007 年度	2008 年度	2009 年度	2010 年度	2011 年度	2012 年度	2013 年度
総費用	6.7	6.9	7.4	7.8	8.3	8.9	9.2

注: 高齢者介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定施設入所者介護サービス費利用者負担含む。  
出所: 厚生労働省「介護サービス事業状況報告」より作成。

表 7 65 歳以上の介護保険料 (全国平均)

計画期間	第 1 期 (2000~2002 年度)	第 2 期 (2003~2005 年度)	第 3 期 (2006~2008 年度)	第 4 期 (2009~2011 年度)	第 5 期 (2012~2014 年度)	第 6 期 (2015~2017 年度)	平成 32 年度 見込み	平成 37 年度 見込み
保険料	2,911 円	3,293 円	4,090 円	4,160 円	4,972 円	5,514 円	6,771 円	8,165 円

出所: 厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成。

表 8 保険料未収額 (単位: 千円)

	2000 年度	2001 年度	2002 年度	2003 年度	2004 年度	2005 年度	2006 年度
普通徴収未収額	2,517,306	8,373,112	12,917,969	1,609,229	17,107,076	18,297,681	23,140,729
	2007 年度	2008 年度	2009 年度	2010 年度	2011 年度	2012 年度	2013 年度
普通徴収未収額	22,825,478	23,778,153	23,309,888	21,840,360	21,145,193	27,166,250	27,428,594

出所: 厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成。

表 9 滞納者に対する保険給付の制限

保険給付の制限	人数
保険給付の償還払い化 (支払方法の変更) 人数	2,428
保険給付の支払いの一時差止の人数	86
保険給付の減額等の人数	10,335

出所: 厚生労働省老健局介護保険計画課「介護保険最新情報 432 号」より作成。

がある。しかし、在宅で介護サービスを受ける場合、家族による介護負担と利用料の負担は大きく、施設志向の存在は強まる一方である。

## 2. 介護保険料の問題

施設志向が依然として続くなか、当然ながら総費用 (利用料を含む) も増え続け、発足時の 3.6 兆円から 2013 (平成 25) 年度には 9.2 兆円と 2 倍以上に膨らんだ (表 6 参照)。このため、保険料も 3 年ごとの改定期に引き上げられ、全国平均月額 2,911 円から始まった第 1 号被保険者の保険料水準は、第 6 期 (平成 27 年度~29 年度) に 5,514 円となり、平成 37 年度には 8,165 円程度まで増える見込みとなっている (表 7 参照)。保険料負担の限界はすでに現実化している。高齢者の負担の限界をはるかに超えて上昇を続ける介護保険料をどうするかは介護保険の切実な問題となっている。

介護保険料は制度が始まった 2000 (平成 12) 年度の全国平均で月額 2,911 円だったのが、

2015 (平成 27) 年 4 月から 5,514 円に上昇し、暮らしを圧迫している。それは、介護保険料の未納問題にもあらわれている。介護保険料の上昇と関連するかたちで保険料未納も増えている。平成 25 年度分の保険料収納状況は、調定額 1 兆 8415 億円に対し、収納額 1 兆 8141 億円 (対前年度 730 億円、4.2% 増) であった<sup>1)</sup>。収納率は 98.5% となっている<sup>1)</sup>。都道府県別にみると、新潟県 (99.3%)、島根県 (99.2%)、滋賀県 (99.2%) などが高くなっている<sup>1)</sup>。特別徴収 (年金からの天引き) の収納額累計は 1 兆 6306 億円で収納率は 100% であるのに対し、普通徴収の収納額累計は 1835 億円で収納率は 87.0% であった<sup>1)</sup>。65 歳以上の介護保険料は、年金収入が年額 18 万円以上あれば天引きされ、それに満たなければ自治体に直接納める。この普通徴収での保険料滞納が問題となっている。

自治体の保険料未収額は 2002 (平成 14) 年度で総額約 129 億円だったが、2012 (平成 24) 年度は約 272 億円と 10 年で倍増し、2013 (平

成 25) 年度には約 274 億円と過去最高を更新した(表 8 参照)。保険料負担の限界が現実化するなか、支払いが難しい人が増えつつあるが、介護保険料を滞納すると介護保険法で、滞納処分や給付制限措置が決められている。災害などの特別な事情もなく介護保険料を滞納している場合、次のような措置が取られる。

納付期限から 2 年以上が過ぎると、サービス利用時の自己負担が 1 割から 3 割に増える。2 年未満の滞納でもペナルティーがあり、納付期限から 1 年以上で、サービスの費用をいったん全額負担して後から払い戻しを受ける「償還払い」になる。1 年半以上になると、滞納分を納めるまで払い戻しが止められる。このように、介護保険料の滞納で介護サービスの「給付制限」を受けることになる。保険料を支払ってサービスを受けるのが保険の原則であるが、生活困窮の高齢者への給付制限は、サービス差し止めに近いものとなる。

滞納処分を実施した市町村は、2014(平成 26)年 4 月 1 日現在で 461(26.5%)であり、差し押さえ決定人数は 7,900 人にのぼる。滞納者に対する保険給付の制限の内訳をみると、保険給付の償還払い化人数(2,428)、保険給付の一時差止人数(86)、保険給付の減額等の人数(10,335)となっている(表 9 参照)。

このように、介護給付費の増加とともに第 1 号保険料介護保険料は引き上げられ、すでに高齢者の負担能力を超えた額になっている可能性がある。介護保険の財源構成は、公費で給付費の 50%(うち国が 25%、都道府県、市町村がそれぞれ 12.5%)を賄い、残り 50%が介護保険料負担(第 6 期の場合、65 歳以上は 22%、40 歳~64 歳は 28%)となっている。すなわち、給付額に応じて保険料を算定する現在の決算主義の仕組みでは、公費部分の割合を変えない限り、給付費の増加に伴い

保険料は増え続ける構造となっている。

また日本の介護保険は、要支援、要介護者の範囲が広い、寛大な保険給付水準としてスタートしたことで、構造的に保険給付額が増大し、介護保険料も増える構造となっている。制度実施以来、保険給付額が 15 年間で 3 倍程度に急増し、その結果、高齢者の介護保険料も 2 倍に増大することになった。今後人口減少社会が一層進展する一方で、団塊の世代が後期高齢者となり、都市部を中心に医療と介護の需要が爆発的に増加することが予想される。こうしたなか 65 歳以上の介護保険料は今後も引き上げが見込まれている(表 7 参照)。

## Ⅱ. 介護保険制度の見直し

### 1. 「予防重視型システム」の登場

制度実施以来の認定・利用・費用の大きな伸びは、ニーズの高さや制度の定着を意味するが、いかに財源を確保し、給付の効率化を図るかという、収支の両面で抜本的な対策を迫られることにもなる。介護保険は、2005(平成 17)年 6 月の介護保険法の一部改正で 1 回目の大幅な見直しが行われた。この改正の基本方針は次の 3 点であった。

- (1) 「制度の持続可能性」(急速な高齢化に備え、給付の効率化・重点化に踏み切る)
- (2) 「明るく活力ある超高齢社会の構築」(要支援、要介護状態の予防・改善をめざす「予防重視型システム」への転換)
- (3) 「社会保障の総合化」(介護、医療、年金等の各制度間の機能分担を明確化し、効率的・効果的な体系を築く)

主に次のような具体策が打ち出された。

- ① 予防重視型システムへの転換(要支援状態を要支援 1、2 の 2 段階に区分、その利用者への「予防給付」の提供、予防給付のケアプラン作成や予防事業・相談事業

## 介護保険制度施行 15 年の総括

表 10 介護予防サービス受給者数の推移 (単位: 千円)

	2006年5月 審査分	2007年4月 審査分	2013年5月 審査分	2014年4月 審査分
総数	45.2	662.6	1002.7	1062.1
介護予防居宅サービス	37.2	651.6	988.6	1047.4
介護予防訪問介護	17.6	327.1	435.0	445.1
介護予防通所介護	13.0	249.2	424.5	463.2
介護予防福祉用具貸与	6.0	66.3	259.8	295.8
介護予防訪問看護	1.0	19.0	33.8	39.2
介護予防地域密着型サービス	0.1	2.0	8.9	9.4

出所：厚生労働省「介護保険給付費実態調査」より作成。

等に取り組む「地域包括支援センター」の設置)

- ② 新たなサービス体系の創設 (小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問介護など「地域密着型サービス」の新設)
- ③ サービスの質の向上 (ケアマネジャー資格の5年ごと更新、1人当たり標準担当件数を35人に適正化、全事業者の情報開示)

特に注目されるのは「予防重視型システム」の登場である。これは、予防を重視し、今後増え続ける介護給付を事前にある程度抑制し、高齢者が健康でいられる期間をできるだけ長くしていこうという制度の目的がある。また介護保険制度は、できるかぎり住み慣れた自宅で晩年を過ごせるという理念も掲げている。しかし、制度創設以来、特別養護老人ホームに代表される施設入所の希望者は増え続けている。2005 (平成 17) 年法改正で、施設では、入居者の所得に応じて、いわゆるホテルコスト (食費・居住費) を自己負担にし、在宅との公平性を図った。介護保険制度は、高齢者が増えるにつれて施設から在宅サービスへとその重点がシフトしている。それでも「施設」志向は依然として続いている。

### 2. 「地域包括ケアシステム」の構築へ

2 回目の大幅な見直しは 2011 (平成 23) 年 6 月改正・翌年度施行の一部改正 (介護サービス基盤強化のための改正法) である。同時に

第 5 期介護保険事業計画の開始に合わせ、介護報酬も 1.2% 引き上げられた。この改正は、前回の見直しをさらに強化・拡大するねらいで、とくに「地域包括ケアシステム」の構築が最重要の目標になった。国は団塊世代が 75 歳になる 2025 年を目途に、30 分程度でさまざまなサービスが提供されるよう、地域包括ケアシステムを構築する計画を目標とした。厚生労働省委託の「地域包括ケア研究会」による報告書 (2010 (平成 22) 年 3 月) は、その趣旨を、こう述べている。

「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本にしたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場 (日常生活圏域) で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、『概ね 30 分以内に駆けつけられる圏域』を理想的な圏域として、具体的には中学校校区を基本とする」。つまり、30 分程度でさまざまなサービスが提供される体制づくりが目標である。

### 3. 新しい在宅サービスの創設

体制づくりの最重点は、重度になっても自宅や自宅に近い環境で暮らすための「地域包括ケアシステム」の基盤整備で、厚生労働省は 5 つの視点による取組みを進めた。そのた

めに、新しい在宅サービスが創設された。

- (1) 医療との連携強化（24時間対応の在宅医療、訪問看護、リハビリテーションの充実強化など）
- (2) 介護サービスの充実強化（「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「複合型サービス」の創設・実施など）
- (3) 介護予防の推進
- (4) 見守り・配食・買い物などの多様な生活支援サービスの確保や財産管理等の権利擁護サービスの推進
- (5) 高齢期になっても住み続けることができる高齢者の住まいの整備（サービス付き高齢者向け住宅の供給促進）

このうち「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」は、地域密着型サービスの一類型として創設され、訪問介護と訪問看護が一体的、または密接に連携しながら、定期巡回訪問を行い、頻繁な訪問・医療面の手当て・緊急時対応で重度者も自宅で支え、「在宅介護の限界を引き上げようとするものである。小規模多機能型居宅介護（訪問介護員が訪ねる・デーサービスで預かる・ショートステイ等で泊まれる）と訪問看護を組み合わせた「複合型サービス」も同じねらいで、施設並みの高い報酬が設定された。これら新しい在宅サービスの創設は、医療と介護の連携強化を具体化したものであり、過度の施設志向・病院依存からの脱却をめざしている。つまり、「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、医療と介護の連携強化を図る内容となっている。

### Ⅲ. 医療・介護の一体的見直しのねらい

#### 1. 「経済・財政一体改革」と社会保障の見直し

「地域包括ケアシステム」は、医療・介護の見直しの基本的枠組みのなかで重要な柱として位置づけられた。この「地域包括ケアシ

テム」が必要とされるに至った経緯・背景を見ておこう。医療・介護の見直しは、決して今に始まったことではない。介護保険制度の創設が医療抑制政策の一環でもあったように、医療と介護はこれまでも一体的なものとして位置づけられ議論されてきた。しかし、現段階の一体的見直しは、従来の単なる延長ではない。社会保障・税一体改革の重要な柱として医療・介護の一体的見直しが掲げられ、医療提供体制の見直しと介護保険制度の見直しがワンセットの課題として提起された。

医療・介護の一体的見直しは、「医療・介護サービス提供体制改革」のなかで、医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築を求めている。このように、地域包括ケアシステムの構築は、医療・介護の一体的見直しの内容の一部として位置づけられるが、その基本的枠組みは、社会保障・税一体改革の重要な柱として明確にされたものである。社会保障・税一体改革は、増大していく社会保障の給付について、効率化・重点化のための改革を行い社会保障財源の増収と併せ、次世代への負担の先送りを拡大させないようにすることをめざしている。医療・介護は、社会保障・税一体改革として取り組まれている現下の社会保障見直しの先陣の役割を与えられたものとも位置づけることができる。

現在、日本の社会保障給付の総額は年間約110兆円に上り、その財源の約6割が社会保険料、残りの4割がいわゆる税財源によってまかなわれている<sup>3)</sup>。また税財源のかなりの部分は国債であり、その返済は将来世代の負担になっている。2013年に入って日本の公的債務残高がついに1000兆円を超え、日本のGDPの2倍を超えた<sup>4)</sup>。その大きな要因が社会保障費の増加である。つまり社会保障費の膨張が、

日本の財政だけでなく社会保障の持続可能性にも危険信号をともらせることになっている。経済再生と財政健全化及び社会保障の制度の持続可能性の確保の実現に取り組むために、社会保障分野は特に改革の重点分野として取り組むこととされている。その先陣の役割を与えられたのが、医療と介護である。

## 2. 医療・介護の一体的見直しと「地域包括ケアシステム」の構築

社会保障・税一体改革として取り組まれている現下の社会保障見直しは、社会保障・税一体改革関連法のひとつとして成立した「社会保障制度改革推進法」（以下「推進法」）（2012年8月成立）によって基本的枠組みと方向が規定され、続く「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」（2013年12月5日に成立）（以下「プログラム法」）で社会保障制度改革の実現に向けた手順が定められた。現在はその工程にそった具体化の段階にある。具体化は、分野ごとに個別法に改正として進められる。

「推進法」の「基本的考え方」として示された4点（社会保障：自助・共助・公助組み合わせ論、給付の重点化・効率化、公費限定、社会保障財源に消費税収を充当する）は、社会保障そのもののあり方に関する内容である。とはいえ、「推進法」が示したのは基本的な枠組みにとどまる。

このプログラム法の改革内容のもととなり、「社会保障・税一体改革大綱」の具体化を進めたのが、社会保障制度改革国民会議が2013年8月に公表した「社会保障制度改革国民会議報告書、以下（国民会議報告書）」である。社会保障制度改革国民会議は社会保障制度改革推進法によって設置されたもので、2013年8月6日に取りまとめられた社会保障制度改革国民

会議報告書では、医療、介護、子育てについて、議論すべき事項とその具体的な改革の方向性や内容について提言を行っている。子ども・子育てについては、2012年の国会で子ども・子育て関連3法が成立したことで、消費税の引き上げを前提とする子育て支援のための恒久財源が確保された。また、これまでほとんど手つかずであった、医療・介護についても改革が進められることになった。

「国民会議報告書」は、まず、「推進法」の「基本的な考え方」にある自助・共助・公助の組み合わせ論を基本にしつつ、社会保険制度への公費投入は「社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすべき」とする、公費限定論を展開した。また、世代間及び世代内の公平のためには負担のあり方を「年齢別」から「負担能力別」に切り替えるべきこと等、「推進法」の「基本的な考え方」に盛り込まれた社会保障改革の内容を提起した。

以上の立場に立って、医療・介護の一体的見直しについても、さらに踏み込んだ見直しを提起した。「医療・介護分野の改革」では、まず「改革が求められる背景」として、従来の「病院完結型」医療から、「患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える『地域完結型の医療』として、医療の転換の必要性を指摘する。こうした医療の転換によって「患者は病状に合った医療施設、介護施設、さらには在宅へと移動を求められる」ことから、「高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、川上に位置する病床の機能分化という政策の転換は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時にされるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護体制の下では必要不可欠となる」とした。

ここには、医療・介護の一体的見直しの意

図とねらい、そして改革の方向の核心が端的に語られている。病床機能分化を進める医療提供体制の転換と、そのことによって溢れ出る患者を介護で、地域で、在宅で受け入れる体制を整える。これが医療・介護の一体的見直しの核心である。「国民会議報告書」は、さらに、この見直しを推進するための「医療・介護サービスの提供体制改革」「医療保険制度改革」「介護保険制度改革」を提起した。

このうち、医療・介護の一体的見直しの内容に関わった指摘として重要なのは、「医療・介護サービス提供体制改革」のなかで「医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築」として、「川上に位置する病床機能」と「川下に位置する在宅ケア」と整理し、さらには後者に関わって、「地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくり」が求められる旨を述べている点である。こうして、医療・介護の一体的見直しは「川上としての病床機能分化」と「川下としての地域包括ケアシステム」として再整理された。その基盤整備のために、改正介護保険法の施行、介護報酬及び診療報酬改定、補助金等の予算措置により推進する旨が示された。

そのうえで、この「川下としての地域包括ケアシステム」は「介護保険制度の枠内だけでは完結しない」こと、地域包括ケアシステムの構築に向けて第6期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけて取り組むこと、その際に併せて「介護保険給付と地域支援事業のあり方を見直すべきである」こと等を指摘した。

地域支援事業についてはさらに踏み込んで次のように指摘している。すなわち、「地域支援事業を地域包括ケアの一翼を担うにふさわ

しい質を備えた効率的な事業として再構築するとともに、要支援者に対する介護予防事業について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組み等を積極的に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ていくべきである」というものである。

ここに、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域支援事業が介護保険制度の枠内で、その拡充による受け皿の整備としてではなく、介護保険制度を見直し、給付を削減しながら、その削減分を住民も担い手となる地域ごとの支援事業に置き換えていく、いわば地域支え合いの仕組みの再構築として描かれている。

### 3. 医療・介護総合法と医療介護総合計画の策定

「国民会議報告書」が示した改革の内容は、ほぼそのままのかたちで「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律」（以下「医療・介護総合法」）に盛り込まれ、法的効力を持つに至る。同法は、その目的において「地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築すること」を通じて、国民の健康保持と福祉の増進、健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することとした。

「川上としての病床機能分化」は「効率的かつ質の高い医療提供体制」として再整理され、川下としての地域包括ケアシステムはそのまま位置づけられた。「医療・介護総合法」に基づいて、その後、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を「車の両輪」として進めていくこととされている。医療・介護の一体的見直しは、川上・川下の一体的改革としての整理を経て、

医療と介護の見直しが「車の両輪」であるとの位置づけとして最終確認されている。

では、「医療・介護総合法」は、医療・介護の一体的見直しを今後どのように進めていこうとしているのか。その具体的な姿を示すが、医療と介護の計画策定である。同法第4条では、都道府県が「地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画」を作成すること、第5条では、市町村が同じく実施に関する計画を作成することを定めている。

これまでは医療提供体制は都道府県、介護提供体制は市町村が主として計画作成を行ってきたが、今後は、医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、医療計画、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の整合性を図ること、そしてこれらの計画の作成・見直しのサイクルが一致する 2018（平成 30）年以降を見据えながら、それぞれの計画の取組みを進めていくことを求めている。

計画内容については、平成 30 年度までに取り組むべき事項として、平成 27 年度から 29 年度までの介護保険事業計画および介護保険事業支援計画の第 6 期計画において、①在宅医療・介護の連携を推進する事業が地域支援事業に位置づけられたことを踏まえ、市町村介護保険事業計画の中で在宅医療・介護の連携について具体的に定める、都道府県においても、広域的な立場から、その支援計画の中で定める、②認知症への早期対応をはじめとした具体的計画を定める、③地域ケア会議等に対する支援、④都道府県介護保険事業支援計画において定める人材確保については、地域包括ケアシステムを支える人材を確保するという視点等が盛り込まれた。

また、これらの計画作成に当たっては、都

道府県計画と市町村計画の整合性を確保するために、都道府県と市町村の担当部局が連携することを求めている。今後は、地域医療構想による病床の機能分化と削減を軸にしながら、都道府県と市町村の医療計画と介護保険事業計画を一体化し、病床機能分化から地域包括ケアシステムの構築への流れを本格化するための作業が、都道府県と市町村の連携のもとで進められる予定である。

#### Ⅳ. 介護保険制度見直しと地域包括ケアシステムの実態

##### 1. 介護保険制度改正の内容

医療・介護の一体的見直しは、以上みたように、「効率のかつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を「車の両輪」と位置づけ、具体化され実施され始めている。「医療・介護総合法」は、医療法と介護保険法の改正等を一括した法案となっている。このうち、介護保険制度改正関連事項は、平成 25 年 12 月に社会保障審議会介護保険部会がまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」をふまえたもので、地域包括ケアシステムの構築と、費用負担の公平化が柱となっている。

具体的には、地域支援事業の充実、予防給付の訪問介護・通所介護の地域支援事業への移行、一定所得以上の所得者の利用者負担割合の 2 割への引き上げ、補足給付の支給の際の預貯金の勘案などで、地域包括ケアシステムを構築する際に中心となる市区町村等、保険者の役割や責任を拡大する内容が盛り込まれた。

##### 2. 「地域包括ケアシステム」の姿

「医療・介護総合法」で求めている「地域包括ケアシステム」の姿は、同法による介護保

険制度の見直しの内容を見ることでおおよそ見えてくる。その概要は以下の点である。

## 2.1 要支援者サービスの見直し

第1は、要支援者サービスの見直しである。今回の改正で大きな議論となっているのが、予防給付の訪問介護と通所介護を、地域支援事業の「介護予防・生活支援サービス事業」に移行するというものである。要支援1と2の人に対する訪問介護と通所介護を介護保険給付の対象から外し、市町村が実施する地域支援事業へ移行する。この背景とねらいは以下のとおりである。

- (1) 現在の介護予防サービスの受給者数は表10に示すように、介護予防訪問介護と介護通所介護が大部分を占める。予防給付費の大部分を占める2つのサービスを介護保険給付の対象から外し、介護保険給付費の縮減をねらう。
- (2) 現行の介護予防事業において、要介護状態になるおそれのある高齢者に対する予防事業の実績が上がらなかったこと、機能回復訓練に重点が置かれて、「活動の場の創出」や「地域社会への参加」の視点が不十分であったこと。
- (3) 地域包括ケアシステムの推進の基盤整備がうまく進んでいない。従来型の介護保険サービスは、基本的に地域住民との連携を意識することなく事業展開することが可能である。極端な場合、在宅サービスが地域の助け合いを代替しすぎて、地域福祉の力を弱体化させることが起こりえたという見方もある。地域との連携・交流を拡大させる枠組み整備を目指した。
- (4) 人材や財源の重点化（介護人材不足の問題）

重点化に対応して介護サービス事業者が専門性の高い人材確保に着手できる。専門職が担う介護と、専門職以外の地域住民等を活用し、これらの者に要支援の人に多い家事援助や通所介護のサービスを担ってもらおう。

## 2.2 見えてくる課題

全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化することによって、以下のような課題が見えてくる。

- (1) 予防給付についてのこれまでの総括がないことである。新予防給付を創設し、予防重視型システムへと転換した平成18年度改正当時もいろいろと議論はあったが、予防を重視し、今後増え続ける介護給付費を事前にある程度抑制していこうという制度の理念はあった。しかし、今回改正ではそうした理念がみえてこない。
- (2) 自治体間の格差が生じる恐れ（自治体の社会資源、ボランティアなど多様なサービス主体の把握、これまでの社会資源の活用のノウハウ）、受け皿をどう作るか、地域特性を踏まえた仕組みづくりには、時間が必要である。どんなサービスを作るのか、担い手をどう確保・育てるのか等、自治体のやる気が問われる。
- (3) 地域支援事業は、他の予防事業と一本化して「介護予防・日常生活支援総合事業」（新たな総合事業）として実施するが、その特徴は、予防給付の一部である介護予防訪問介護および介護予防通所介護のいずれにおいても、多様なサービスの提供と称して、介護保険の運営基準や配置基準を満たすよう努力し、有資格者も採用し、サービスを提供してきた介護保険事

業者による従来のサービス提供の他に「多様な主体」となる「緩和した基準によるサービス」、「住民ボランティア組織」なども組み込むことである。こうしたなか、要支援者への訪問介護や通所介護を、地域のボランティアや住民団体が主体となったサービス等へ移行するときに、サービスの質を担保されるのかという問題がある。予防給付のサービスを受けていた利用者は、これまでどおり専門職のサービスを受けたいと考える者も多いであろう。また、こうした地域資源には地域差がとても大きい。場合によっては、現在予防給付を行っている介護事業者が、そのまま新しい地域支援事業の枠組のもとでサービスを提供し続けることになりかねない。地方自治体の対応能力が問われる。

#### (4) 家族介護支援の視点の欠如

削減される訪問介護と通所介護の予防給付を受けている人は約 100 万人にも上る。サービスを期待する高齢者やそれを支える家族にとって大変厳しいものとなる可能性がある。特に、介護を必要とする高齢者を支える家族にとっては、これまで以上に厳しいものとなる。介護離職や家族介護の問題が切実な課題となる現状において、家族介護支援は喫緊の政策課題のはずである。現在、地域支援事業の中の任意事業である「家族介護支援事業」が唯一の家族介護支援策である。この家族介護支援事業をはじめとする家族介護支援策は強化されず、居宅介護サービスの給付が縮減されることになった。

#### (5) 要介護・要支援認定は何なのかという根源的な問題が整理されていないことである。要介護・要支援認定は、行政処分と

して市町村長名で結果を通知する。要介護・要支援認定は、認定された人が保険給付を受けるための判定基準になっているが、今改正では「要支援 1」「要支援 2」と認定されても、サービスの種類によっては「保険」としてのサービスが受けられず、市町村のサービスを受けなければならなくなる。「措置から契約へ」「選別主義から普遍主義」へと転換した介護保険施行時の理念と逆行し、「利用者本位」「サービス選択の権利」が大きく抑止される危険性が出てくる。要介護・要支援認定は、給付を受けるための判定基準であるが、給付を受ける権利が発生する仕組みが形骸化すれば、保険給付とは何なのかという原理的な問題も問われてくる。また、要支援者以外の一般の高齢者も訪問介護等のサービスを利用できるということになり、それを要支援者への保険給付と位置づけても良いのかどうか、要支援者の予防給付の性格があいまいになるという問題もある。

#### 2.3 特別養護老人ホームの新規入所者の制限

施設サービスについては、特別養護老人ホームの新規入所者を原則、要介護 3 以上に限定し、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見直しが盛り込まれた。この変更によって、待機者のうち利用できなくなる者は他の受け皿を探さねばならない。保険料を払っていながら、特別養護老人ホームは、介護保険において一層容易に入所できる施設ではなくなった。介護保険における特別養護老人ホームは、その性格について、保険制度に位置づく普遍性を担保するのか、家族状況や経済状況を優先して入所させる措置型にするのかを、改めて議

論し、整理し直さなければならないのではないか。

特に、急速に高齢化が進む都市部では、介護需要への対応は待ったなしの状況である。首都圏では、現在でも特別養護老人ホームの入所待機者が約10万人いると推計されており、需要を満たせるのか、相当な危機感がある<sup>5)</sup>。一方、農山村地域では相当過疎化が進んでいて一人でも人がほしい状況がある。介護サービスだけでなく、日本の将来に関わる重要な課題を含んでおり、大都市とそれ以外の地域をうまく結びつける仕組みができないか、地域のなかで完結するという地域包括ケアとの整合性がどうすればとれるか、新しい仕組み作りをどうするかも課題になる。

### 3. 費用負担の公平化（利用者負担引き上げ）

医療・介護総合確保促進法では、一定所得以上の利用者に関して、介護保険の自己負担割合を1割から2割に引き上げる内容を決定した。一定以上の所得の水準については、被保険者の上位20%の相当する合計所得金額160万円以上の者（単身・年金収入のみの場合280万円以上）となった。しかし、法改正に際して介護保険制度の本質まで含めた議論は少なく、「280万円以上」という線引きの是非を含めて、政府による説明が十分だったとは言えない。これは、社会保険の原則に抵触し、望ましいものではない。社会保険は、本来、保険料負担も利用者負担も保険者間では定率であることが原則である。

特に介護保険制度の創設に際して、行政による措置制度から転換した時、保険料を所得に応じて徴収する一方、サービスの利用料（自己負担）については、所得に関係なく誰でも介護の必要性は発生するため、一律1割の「応能負担」という制度設計になった。今回の自

己負担引き上げは、介護保険制度が始まる前の高所得が多く払う仕組みに制度が転換しており、制度創設時からの理念を転換するものである。しかし、介護保険が転換期を迎えたにもかかわらず、政府は施行に際しては、負担増の理由や背景、必要性を国民に説明していない。

利用者による「自己選択」を掲げて創設された介護保険であるが、今回の制度改正においても、制度の本質を踏まえた改革議論は展開されておらず、また、国民に対する説明もなされていない。場当たりの解決策と制度改正のたびに制度の複雑化が進んでいるのが実情である。介護保険サービス利用時の自己負担は、要介護者が十分に介護保険サービスを利用することを妨げる大きな要因である。自己負担が増えれば、必要なサービスを控える動きが広がる可能性もある。

### 4. 今後の制度改正の方向性

政府は2015年6月末に「経済財政運営と改革の基本方針2015」（いわゆる「骨太方針」）を閣議決定した。今年の「骨太」の特徴は、2020（平成32）年の基礎的財政収支の黒字化という財政目標に向けた「経済・財政再生計画」を盛り込んでいることであり、そのための重要課題として社会保障をあげ、医療・介護サービス提供体制の適正化を厳しく求めている点である。

具体的なメニューとして、歳入面の対策として、保険外サービスの産業化が示されている。地域包括ケアシステムを補完・充実する介護保険外サービスの活用により、高齢者のQOLの向上、介護事業者等の保険外収入の確立を実現することをめざす。介護サービスについては、介護ロボットの活用等により、介護の生産性向上を推進することも検討されて

いる。

負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化としては、①マイナンバーを活用すること等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みを検討する。②公的保険給付の範囲や内容について検討した上で適正化し、保険料負担の上昇等を抑制する。このため、次期介護保険制度改革に向けて、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討を行う。

介護分野の効率化・重点化では、①2018年度の改定で報酬を改めて下げること（2015年4月にも全体で2.27%の引下げ、3年後もマイナス改定）、②要介護2以下の高齢者に対する給付を縮小すること（給付の範囲を大幅に見直し）訪問介護の生活援助と福祉用具の貸与については、原則として自己負担とする、③利用者の自己負担割合を引き上げる対象を拡げるための検討を行う。

以上の制度改正の方向性に共通している背景は、地域包括ケアシステムの構築への要請と介護保険財政の逼迫であり、団塊の世代が後期高齢者になり始める2020年代初め以降の姿を見据えつつ、主要な改革については2018年までの集中改革期間中に集中的に取り組みが進められる予定である。

## おわりに

本稿では、制度施行15年目の節目となる、介護保険の現状を整理しつつ、介護保険の見直しの方向性を概観することで、介護保険制度改革の方向性と課題を検討した。2000（平成12）年度から始まった介護保険制度は、制度が定着する一方で、施設志向が依然として続くなか、財政問題が課題となっている。こうしたなか、介護保険の見直しが行われてい

る。その重要目標は、介護給付費の抑制と医療・介護の一体的見直しのなかで、医療提供体制の転換と同時に必要とされる受け皿作りを、「地域包括ケアシステム」の構築に求めるものである。

そのために、今回の改正では、要支援サービスの見直しや特別養護老人ホームの新規入所者の制限が実施されることになった。また、費用負担の公平化という観点から、一定以上の所得の水準については、利用者負担割合の引き上げも始まった。さらに、今後は、今回の改正内容をさらに強化、拡充する方向性で制度改革が進められる予定である。

医療・介護の一体的見直しのなかで進められている今回の介護保険制度関連の改正は、介護保険についての理念の転換を踏まえた改正であり、その意味では、大きな改正といえる。

「自助」の名による保険外・自費サービスの促進、「互助」の名による住民相互の助け合い・支え合いへの転換をも狙っている。しかも、地域包括ケアシステムの構築に必要な新しいサービスの構築を介護保険での財源負担では認めないという方針も打ち出している。

このように、介護保険給付費の抑制と地域包括ケアシステムの構築の両方を達成するために、介護保険での対応を減らし、保険外サービスを促進するというのが、制度改革の方向性である。しかし、制度の本質を踏まえた改革議論は展開されておらず、また、国民に対する説明もなされてない。場当たりのな解決策と制度改革のたびに制度の複雑化が進んでいるのが実情である。介護保険給付費の抑制という観点からは、給付費が増え続ける制度の構造的問題を解決することが重要である。また、介護給付費の抑制と地域包括ケアシステムの構築の両方の観点からは、家族支援を

早急に検討する必要がある。しかし、これらについての議論は展開されていない。さらに、特別養護老人ホームの性格についても議論が必要である。

高齢化に伴って今後も要介護者数の増加が見込まれるなか、給付費を抑制しつつ、介護保険制度の機能強化を進めるためには、施設よりも在宅サービスの利用を促進させる必要がある。極端な施設志向が生じているのも、その根底には、家族の介護が社会的に評価されないという問題がある。家族による介護を社会的に評価することにより、要介護者本人にとってできるだけサービスの選択の幅を拡げ、家族の介護の意欲を損ないにくくすることは、在宅重視という介護保険の理念を達成し、ひいては、制度の持続可能性に貢献することが期待できる。また、地域包括ケアシステムを実現しても、要介護者を24時間支え続けることは難しい。介護を行う家族支援として、家族介護を社会的に評価する介護手当の支給なども検討する必要がある。今後の制度改革では、今回改正で議論されなかった課題への対応も急務である。

本稿で論じ得なかった項目は、制度改革の影響を受ける介護現場や利用者の実態把握である。これらの問題点や課題を明確にするために実証的な検証を行うことが、今後の課題

である。

【付記】本研究は、日本学術振興会基盤研究(C) 課題番号：15K03915「介護保険システムと家族介護支援に関する総合的研究―日・独・英における国際比較の視点から―」の研究成果の一部である。

【注】

1) 厚生労働省、平成25年度介護保険事業状況報告(年報)

<[http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/13/dl/h25\\_gaiyou.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/13/dl/h25_gaiyou.pdf)> (最終アクセス：2015年8月8日)。

2) 日本創生会議、東京圏高齢化危機回避戦略<[http://www.policy.jp/pdf/pror04/prop04\\_d](http://www.policy.jp/pdf/pror04/prop04_d)> (最終アクセス：2015年8月8日)。

3) 厚生労働省、社会保障費用統計<<http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h24/H24.pdf>> (最終アクセス：2015年8月8日)。

4) 財務省、日本の財務関係資料<[http://www.mof.go.jp/budget/fiscal\\_condition/ne.](http://www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/ne.)> (最終アクセス：2015年8月8日)。

5) 厚生労働省、特別養護老人ホームの入所申込者の状況<<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304250-Roukenkyoku-Koureishashienka/0000041929.pdf>> (最終アクセス：2015年8月8日)。