

介護保険のこれまでとこれから

淑徳大学コミュニティ政策学部教授 鏡 諭

2000年にスタートした介護保険制度は15年を経て、いまや国民の高齢期の安心を支える制度として、大きな役割をはたしている。しかし、この後団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けて、なお一層の給付増が見込まれ、負担も増えることが予想される。給付と負担のバランスを図る事が、重要な政策課題となる。あらためて、国民的な議論により、安心の仕組みとなるためにどのような給付が用意され、その負担を誰が担っていくのかを、整理していく必要がある。給付については国民的理解を得て、納得の上で負担をする必要があるからだ。

今このタイミングで介護保険の基本理念や制度創設時の考え方を、あらためて検証する事は大変重要な事である。それは、この後の2025年に繋がる問題である。介護保険を生みだした時代の要請と時代の変化、さらにこの後制度をどのように維持し、何を改善するのか。それは過去を丁寧にひも解くことから、始まるものと考えている。ともすると、財政論に引っ張られがちな介護保険制度に改めて何を期待するのか考え、繋げていく必要がある。

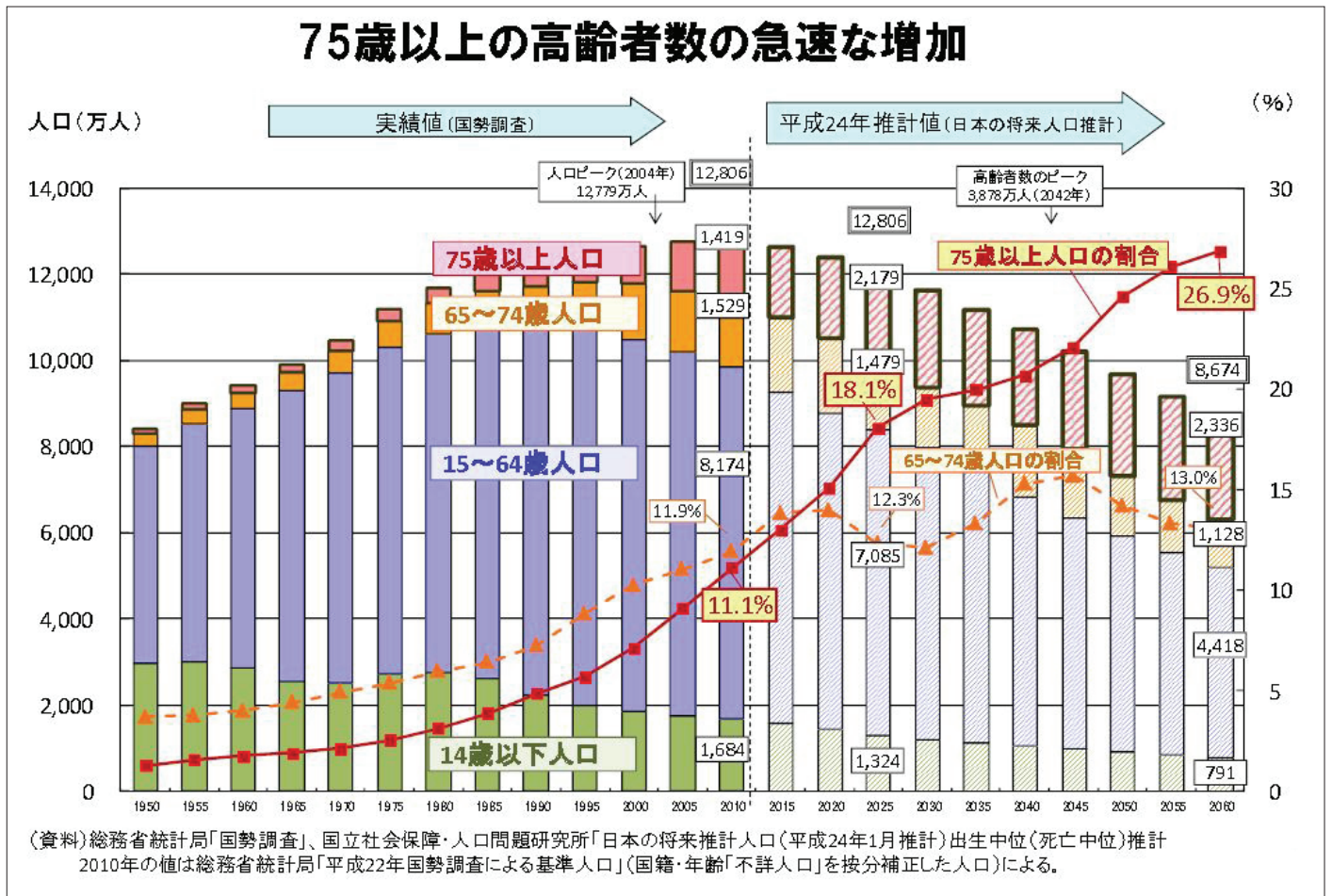
1. 2015年の超高齢社会

「2025年問題」とは、団塊の世代が2025年頃までに後期高齢者（75歳以上）に達する事により、介護・医療費等社会保障費の急増が懸念される問題である。

下のグラフは、平成27年(2015年)に「団塊の世代」が前期高齢者（65～74歳）に到達し、10年後の平成37年(2025年)高齢者人口は、約3,500万人(人口比約30%)に達すると推計されている。(平成18年厚生労働省・委員会報告書より抜粋) これまでの高

齢化の問題は、高齢化の進展の「速さ」の問題であったが、平成27年(2015年)以降は、高齢化率の「高さ」つまり、高齢者数の多さが問題となる。あわせて、厚生労働省は、高齢化の進展により変化する数値の見通しを以下の5つのカテゴリに分けて発表している。①高齢者人口の推移、②認知症高齢者数の見通し、③高齢者世帯の見通し、④死亡者数の推移、⑤都道府県別高齢者人口の見通しなどである。

高齢者が多くなり、それが認知症や単身の高齢者や高齢者のみの世帯の場合、直接的なサービス給付や



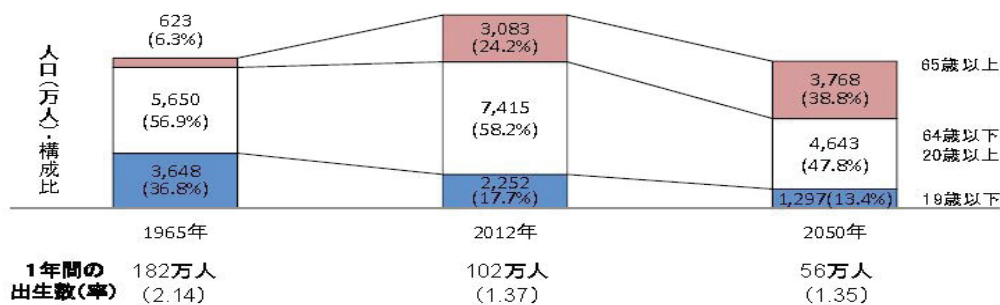
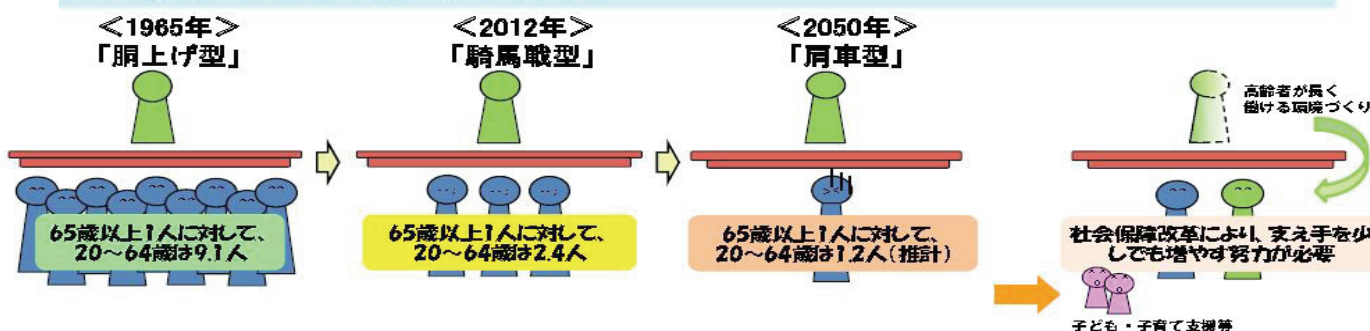
人口減少社会や若者の非正規雇用問題などで、GDPの増加も翳りを見せており、負担問題も大な課題となる。① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測（3,878

万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、26.1%となる見込みである。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人 (24.0%)	3,395万人 (26.8%)	3,657万人 (30.3%)	3,626万人 (39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人 (11.8%)	1,646万人 (13.0%)	2,179万人 (18.1%)	2,401万人 (26.1%)

「肩車型」社会へ

今後、急速に高齢化が進み、やがて、「1人の若者が1人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れることが予想されています。



(出所)総務省「国勢調査」、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)」、厚生労働省「人口動態統計」

表2

社会保障・税一体改革が目指す医療・介護のサービス提供体制

～在宅介護サービス、居住系サービス、介護施設の利用者数の見込み～

○ 現状の年齢階級別のサービス利用状況が続いたと仮定した場合(現状投影シナリオ)に比べ、改革シナリオでは在宅・居住系サービスを拡充。

利用者数	2011年度	2025年度(現状投影シナリオ)	2025年度(改革シナリオパターン1)
利用者数	426万人	647万人(1.5倍)	641万人(1.5倍) 介護予防・重度化予防により全体として3%減 入院の減少(介護への移行): 14万人増
在宅介護	304万人分	434万人分(1.4倍)	449万人分(1.5倍)
うち小規模多機能	5万人分	8万人分(1.6倍)	40万人分(8.1倍)
うち定期巡回・随時対応型サービス	—	—	15万人分(—)
居住系サービス	31万人分	52万人分(1.7倍)	61万人分(2.0倍)
特定施設	15万人分	25万人分(1.6倍)	24万人分(1.6倍)
グループホーム	16万人分	27万人分(1.7倍)	37万人分(2.3倍)
介護施設	92万人分	161万人分(1.8倍)	131万人分(1.4倍)
特養	48万人分	86万人分(1.8倍)	72万人分(1.5倍)
(うちユニット12万人(26%))		(うちユニット22万人分(26%))	(うちユニット51万人分(70%))
老健(+介護療養)	44万人分	75万人分(1.7倍)	59万人分(1.3倍)
(うちユニット2万人(4%))		(うちユニット4万人分(5%))	(うちユニット29万人部(50%))

介護職員140万人

213万人から224万人

232万人から244万人

2013年8月の社会保障国民会議を受けた、その後の介護保険制度改正は、給付の縮減と負担の増がトレンドとなっている。2015年改正では、比較的所得のある人は2割負担となり、補足給付の対象からも外れた。給付は、介護予防の訪問介護と通所介護を給付外の地域支援事業とし、市町村事業とした。ここから見れば、全ての人が2割負担になり、介護予防給付が介護保険制度からなくなるのは、そう遠くない将来と推測される。給付と負担のバランスをどう取って行くのが、すべてであろう。

2. 介護保険における給付と地域福祉

2006年の地域包括支援センター創設以降、地域包括支援ケアが提唱され、社会保障の枠組みと地域福祉が一体に語られる事が多くなり、国が果たすべき責任としての社会保障の枠組みが不明確になってきている。地域包括的なケアの姿は、安心して生活する上で必要な仕組みではあるが、それは自治体や地域ごとにその必要性や提供体制は異なるのである。地域包括ケアの名のもとに介護や医療の給付の縮減のツケを自治体が負う構造は、自治体としての政策推進に大きな影響をもたらす事となる。

国の役割と自治体の役割は、明確にすべきであって、それが地方分権の基本ではないか。ナショナルミニマムとしての社会保障における給付と地域の様々な資源による地域福祉は、それぞれの役割を果たしてこそ、有機的なネットワークの構築が可能となる。どちらか一方が全てを担う構造は、社会的な安定を失いかねない。この後は、少子高齢化が一段と進む。そこから透けて見えるのは、財政的な行き詰まりである。給

付の縮減は益々、進んで行くであろう。その流れに逆らうことは難しい社会であるからこそ、介護保険制度は、どこまでを保障する仕組みか、それ以外はどのような制度で安心を担保するのかを、明確に示していく必要がある。

その中では、最も大きな給付である介護福祉施設（特別養護老人ホーム）の位置づけの見直しである。これまでも述べてきたように、現在も福祉的要請から、入所順位を決定していることからすれば、特養は従来のように家族状況や所得状況に恵まれない、福祉施設に位置付け直して行く必要がある。最近では、経済的な理由により、お泊りデイや低廉なシェアハウスでの生活を常態化している高齢者がいる。それらを看過しながら、特養の個室化や補足給付の縮減等、ちぐはぐさが否めない。特別養護老人ホームを利用する人は、一般高齢者まで広げるのか、福祉的に必要のある人に限定するのか、きちんと答えを出していかなければならない。介護保険制度にありながらも、特別な理由がないと入れない制度は、国民を欺いていると言えよう。早急な対応が求められる。

3. 在宅サービスでの見直し

15年経過した介護保険制度では、3年の見直しが進められており、在宅サービスの見直しも進んでいる。2006年改正では、生活不活発病と称し、残存能力を活用しないと益々、ADLが下がるとし、ホームヘルプサービスを理由する際には、調理や清掃など、自ら出来る事は、できるだけ要介護者に促す仕組みを取り入れた。

2015年からの総合事業の実施に絡めての改正で

平成28年2月17日に行われた社会保障審議会介護保険部会（第55回）の主な検討事項

地域包括ケアシステムの推進	介護保険制度の持続可能性の確保
1. 地域の実情に応じたサービスの推進 (保険者機能の強化等) (1) 保険者等による地域分析と対応 (2) ケアマネジメントのあり方 (3) サービス供給への関与のあり方	1. 給付のあり方 (1) 軽度者への支援のあり方 (2) 福祉用具・住宅改修
2. 医療と介護の連携 (1) 慢性期の医療・介護ニーズに対応したサービスのあり方 (2) 在宅医療・介護の連携等の推進	2. 負担のあり方 (1) 利用者負担 (2) 費用負担（総報酬割・調整交付金等）
3. 地域支援事業・介護予防の推進 (1) 地域支援事業の推進 (2) 介護予防の推進 (3) 認知症施策の推進	その他の課題 (1) 保険者の業務簡素化（要介護認定等） (2) 被保険者範囲等
4. サービス内容の見直しや人材の確保 (1) ニーズに応じたサービス内容の見直し (2) 介護人材の確保（生産性向上・業務効率化等）	

間接的な社会的支援の費用が増大する事が予想されるのである。もちろん医療費も増加する事となる。一方、は、通所介護の報酬縮減も議論となった。

元々、福祉制度で行っていた通所介護、利用者本人の外出の機会を増やし、入浴やリハビリ等に積極的に取り組んでもらうのが狙いであった。あわせて、介護者の休憩時間ともなるレスパイトサービスの意味合いがあった。したがって、時間的な制約は、制度開始時には問題視されなかった。しかし、今日介護保険制度による時間単価がその意味を変えた。7時間から9時間の長時間滞在する事の意味が改めて問われているのである。それよりは、3時間から5時間の短期間で、集中的にリハビリやアクティビティを行った方が介護予防に資するとの考えが基本にある。利用者サイドに立てば、両者のニーズがある。したがって、それぞれの特徴を生かすような介護報酬の設定が必要となる。

さらに、最近ではケアマネジャーに、介護予防効果をはじめ、見守りや孤立防止等の様々な機能を期待しているが、介護保険法を超えた対応を求められるのが常である。これは、訪問看護や訪問介護でも同様で、在宅高齢者の単身化や高齢世帯化の進行によって、家族の介護力が低下しており、家族がいてもそれが介護の支えになるという保証は無くなってきているのである。したがって、家族がいても支えが必要であり、あわせて家族を丸ごと支援しなければ、問題が解決しないケース等様々である。

これを支える仕組みとして、地域包括支援センターが誕生したが、この位置づけは、地域によって様々であるし、職員の力量差も目立つ。それは、立ち返れば、自治体の姿勢によるところが大きいのであるが、各市町村行政主体が積極的な地域の安心システムの構築に乗り出さなければならない。

4. 地方分権を進めるために

介護保険の創設時には、介護保険は地方分権の試金石と言われた。それは、給付と負担の関係を保険者である市町村が決定し、要介護認定や保険料の納入等の事務を市町村が担うことから発した言葉であった。しかし、昨今の改正は、国のしかも財政的な要請から、中央集権的に制度改正が進んでおり、市町村の積極的な対応は見えない。

2016年4月から小規模通所介護の指定権限が市町村に移譲される。あわせて、2018年には、居宅介護支援事業者の指定権限が市町村の責任となる。市町村現場としては、制度改正や権限移譲に追われて、息つく暇もないという状況であろう。しかし、権限と責任

が保険者の基に備わる事は、大切なことである。

制度の根幹となる保険料を決定し、市民の安心を担保する制度の運用責任は、言うまでもなく市町村にあるからだ。

したがって、指定権限の移譲は必然であろう。問題は、各保険者である市町村がそれをどの様に生かしていくのかである。地域の実情に応じた指定や実地指導の手法が求められるからである。それがこれまで都道府県が担ってきた部分と違うメリットとなるのである。

給付と負担を決定した市町村が、給付内容にまでも立ち入る事は重要である。市町村は、ぜひこの部分でも特徴を出していく努力をして欲しい。

その上で、市民と身近な地方政府として、介護保険事業計画を策定する責任と権能を確認して欲しい。運営する際の課題や計画を立てる際の基本理念について、3年ごとに丁寧に確認し、制度作りに繋げていく必要がある。ともすると、それらの作業に慣れが生まれ、これまで通りに終始する自治体もある。そうではなくて、3年に一度の見直しは、改めて給付と負担の関係を導き出す、社会契約として位置づいている事を認識して欲しい。

それが、結果として市民の声を大切にしたい、介護保険制度の構築に繋がるからである。

冒頭書いたように、給付の縮減と負担増の流れは、止めようがない。だからこそ、何を削り何を増やすのかを、国民的な議論によって進めていかなければならない。改めて、地域において安心して暮らせる社会とは何を意味するのかを確認する事は大きな意味のある行いとする。これからも、介護保険に期待をし、議論を続けて行きたい。

資料

1. 総務省統計局「国勢調査」、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）出生中位（死亡中位）推計。2010年の値は総務省統計局「平成22年国勢調査による基準人口」国籍・年齢「不詳人口」を案分補正した人口」による。
2. 総務省「国勢調査」、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）出生中位（死亡中位）、厚生労働省「人口動態統計」
3. 表1 国立社会保障・人口問題研究所「今後の高齢者人口の見通し」
4. 表2 医療・介護制度について（平成23年11月6日）厚生労働省資料「社会保障・税一体改革が目指す医療・介護のサービス提供体制」