

研究ノート

日本の介護保険制度の諸問題

—— 保険制度の持続可能性と地域包括ケアの諸問題 ——

芝田文男

I はじめに

「地域包括ケアの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が2017年5月26日の参議院本会議の賛成多数による可決で成立し、6月2日に公布され介護保険制度の2017年度改正が行われた。

この改正は介護保険制度の課題に対する関係者の合意による現時点の処方箋であるが、介護保険制度創設以前からの日本の医療・介護制度の特徴を継承し、これまでの改正の経緯を踏まえたものである。

本稿は、以下IIで介護保険創設以前からの医療介護制度からこれまでの改正を概観し、介護保険制度の特徴が形成されてきた経緯を跡付ける。IIIで2017年制度改正の内容を紹介するとともに、日本の介護制度の課題がどこまで解決され、筆者として何が問題と考えているか分析を行いたい。IVはまとめとともに、今後の研究課題を述べたい。

II 老人介護問題のこれまでの制度改革の経緯

1. 老人医療無料化、老人保健制度と老人病院

1973年の老人医療無料化は、社会的入院による寝たきり老人を増加させた。⁽¹⁾ 島崎氏(2011)によると、1970年から80年、90年の推計入院患者

(1) 島崎謙治(2011) P90

の増加は27万6千人、25万4千人だが同時期の高齢者の入院患者の増加は24万1千人、23万8千人と大半が高齢者である。背景には老人福祉法に基づく福祉サービスが税財源による予算の制約もあって不足するとともに、特別養護老人ホームの入所が応能負担で低所得者以外の利用者負担が高かったことから、施設利用者の大半が低所得者か身寄りのない老人であり、施設に親を入所させることの外聞の悪さ（スティグマ）があったのに対して、病院は一般に利用される所であり、自己負担が原則無料であったことによる。1983年老人保健制度創設で自己負担が導入されたが、当初は定額負担⁽²⁾で2012年に1割の定率負担⁽³⁾となった。

社会的入院の弊害は、①医療の必要がないのに医師、看護師等人件費が高い職員が多く、場合により不必要な検査・投薬等過剰診療が行われる医療費の無駄、②不必要な投薬・検査による健康被害の他、一人当たり4.9㎡とベット以外の居場所がなく寝かせきりとされ、身体機能低下や認知症の進行するリスクがあることである。

1983年の老人保健法施行とともに、厚生省は「特例許可老人病院」として医師・看護師の配置軽減を認めるとともに、点滴注射や簡単な処置は定額報酬に含んだ。これ以外の老人が入院患者の6割以上を占める「特例許可外老人病院」も超音波、CT、脳波等の検査は月1回に算定を制限し、血液、尿等の検査は定額検査料に包括した。

1986年老人保健制度の施設として100人あたり医師1人、看護師9人と配置を緩和しつつ介護職員やリハビリ機能を強化し、病院から在宅への中間施設の機能を期待する老人保健施設を制度化した。この施設は一人当たり面積を8㎡とするとともに報酬は月額定額制とした。

1993年の医療法改正で、今までの人員配置基準の一般病床の他に精神、心身障害、老人慢性疾患の長期入院患者を収容する療養型病床群を制度化し、2003年までに各病院は一般か療養かの病床を選択することとされた。

(2) 1983年入院1日300円、2011年1日1200円

(3) 現在は70歳未満3割、70～74歳は2割、75歳以上は1割負担で現役並み所得者は70歳以上も3割負担。ただし高額療養費の負担月額上限がある。

療養型病床群は一人当たり面積を 6.4㎡とするとともに、医師、看護師の配置を軽減し介護職員の配置を増やした。報酬は看護・医学管理料の形で看護師等の配置数に応じた定額とし、検査・投薬・注射・一部の日常的処置を包括化した。1993 年の老人病床 18 万 2 千は 2002 年の療養型病床群 18 万 7 千に代替された（「医療施設調査」）。

在院日数が長い医療や医療色の強い日本の介護の特徴が形成された。⁽⁴⁾

2. 介護保険制度創設⁽⁵⁾

介護保険法は 1996 年に成立、2000 年に施行された。背景には ① 世界一の高齢化で要介護高齢者が 1993 年の 200 万人から、2025 年 520 万と増加が予測され、介護リスクが一般化したこと、② 家族形態の変化で家族の介護機能の低下が危惧されたこと、③ 老人福祉は税財源の制度のため絶対量が不足し、低所得者中心の利用でスティグマが生じ、他方老人医療制度は社会的入院が生じていた。このため社会保険による新たな財源確保の必要性が求められたことがある。

制度創設にあたり、ドイツのように介護家族に金銭給付を行うかどうかの議論があったが、当時主たる介護者であった主婦を代表する女性団体が、金銭をもらい介護を強いられることに反発したことや費用増大を懸念する反対意見も強く対象としないこととなった。

被保険者や給付の範囲について、ドイツ同様 20 歳から被保険者として保険料を徴収し、若年障害者にも給付するかが議論となったが、若者が障害者給付をもらう可能性は低く保険料負担の納得が得られにくいこと、若

(4) OECD: Health Statistics2015 によると療養病床除く急性病床でも 2014 年の平均在院日数は日本 16.9 日、米・スウェーデン 5.4 日、仏 5.8 日（2013）、英 6 日、独 7.6 日であり、日本の医療療養病床は 168 日、介護療養病床は 484 日である。

(5) 増田雅暢『逐条解説介護保険法』株式会社法研（2014）p18-27 を参考。

(6) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」によれば 2013 年 4 月末実績で要介護認定者 608 万人（サービス利用者数 511 万人）と 2025 年度の予測値を超える。

(7) 厚生労働省「国民生活基礎調査」要介護者のいる世帯は 1995 年で三世帯世帯 38.8%、夫婦世帯 17.1%、単身世帯 5.1%。2014 年には三世帯世帯 14.9%、夫婦世帯 21.9%、単身世帯 28.9% となり、家族の介護機能は低下した。

者を雇う事業主が保険料負担に反対したこと、新たな社会保険を大きく創設することに消極的な意見が多かったことから、高齢による要介護のみを給付対象とし、親が要介護となるリスクを実感できる40～64歳を第2号被保険者とすることで制度は発足した。

更に老人福祉法のサービス受給者を対象として円滑に新制度に移行するため、要支援、要介護1等と軽度要介護者も対象とした。要支援は介護施設の利用ができず、要支援者の訪問介護のうち買物、掃除、炊事、洗濯等の生活援助は予防効果がないという意見もあったが、結局設けられた。

法律成立時、高齢者向け療養病床群等は介護保険で引き受けることを想定し約19万床の整備を考えていたが、2000年の施行時点では療養病床は29万床に増加し、全てを介護保険でみると市町村財政が持たないという判断⁽⁸⁾から、医療保険適用の医療療養病床と介護保険適用の介護療養病床の2種類を作り、どちらを選ぶかは病床開設者の選択に任せることとなった。2つの施設の報酬は、医療療養病床が当時30日以内の月54万9300円～180日以上月44万4600円と入院期間に応じて減額し、介護療養病床は要介護1の月42万1500円～要介護5月47万6700円と要介護に応じて報酬を変えたが、利用者像の差はなかった。

3. 2005年介護保険改正と被保険者範囲の拡大議論

2015年に団塊の世代がすべて65歳以上となることから、持続可能で望ましいケアの在り方を検討するため2003年に老健局長の私的研究会として高齢者介護研究会が設けられた。報告書「2015年の高齢者介護」では制度の課題として、①軽度要介護者の増加と要支援者への給付が要介護状態改善につながっていないこと、②重度要介護者の半数は施設を利用し、在宅希望の高齢者が在宅生活を続けられない状態にあること等が挙げられた。また、保健・福祉・医療の専門職やボランティアなど地域の資源を統合した「地域包括ケア」の理念が、初めて議論された。

(8) 小山秀夫(2004) p34-36

2005年介護保険法改正の主な内容としては、

① 地域包括ケアの考え方から、都道府県が事業者を指定する方式に加えて、保険者の市町村が事業者を指定し、その住民のみを対象とする地域密着事業の体系を作った。小規模特別養護老人ホーム、認知症の居住施設のグループホーム、25人程度の地域高齢者を会員として訪問介護、デイサービス、ショートステイ等の機能を提供する小規模多機能型居宅介護等を位置づけた。また、地域包括ケアの支援機関として地域包括支援センターを作り、社会福祉士、保健師、ケアマネージャを配置し、予防給付ケアプランの評価、困難事例の支援、総合相談事業を行うとした。

制度の持続可能性を高めるための見直しの観点から、② 予防重視型への転換を図ることとした。要介護1を要支援2と要介護1に認定し直し、軽い方の要支援2は予防給付として、ケアプランは地域包括支援センターが評価することとされた。2006年介護報酬改定では予防給付の訪問介護の生活援助報酬⁽⁹⁾について、1時間以上291単位に30分増すごとに83単位加算としていたものを、1時間を超えても加算しないこと⁽¹⁰⁾とされた。

③ 特別養護老人ホーム、老人保健施設及び介護療養病床は施設給付として、食費・居住費も給付対象としていたが、第4段階以上の所得のある者は給付対象から外し自己負担とした。ただ低所得の第1～3段階は補足給付として給付し介護保険財源で負担を減額した。

なお、40歳未満を被保険者とし若年障害者も介護保険対象とする被保険者の見直しも議論されたが、2005年改正では見送られた。

その後2007年に介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議が設けられた。5月21日中間報告で「高齢者の介護保険」の枠組み維持（A類型）と「介護保険制度の普遍化」（B類型）の2つの案を示し、

(9) 地域の物価水準やサービス種類により1単位10円～11.05円とされる。

(10) 2012年介護報酬改定ではさらに所要時間45分235単位を上限とした。

(11) グループホームや有料老人ホーム等居住系サービスは、食費・居住費は制度創設当初より自己負担であり、利用者の身体介護のサービスを認知症対応型共同生活介護や特定施設入所者生活介護として給付している。

B 類型を目指す意見が多数としつつ、会議で行った有識者調査では、介護保険給付の効率化を優先すべき、若年者の理解を得られず保険料徴収率が低下する等 B 類型に対して慎重な意見も多かった。

さらに障害者団体は介護保険との統合を目指した障害者自立支援法の自己負担導入の仕組みを違憲だと訴訟を起こし、2010 年 1 月に民主党政権は違憲訴訟団と和解し、障害者の新たな福祉制度の構築に当たり、介護保険制度との統合を前提としないという基本合意を結んだ。

4. 2006 年健康保険法等の一部改正による介護療養病床等の整理

2006 年健康保険法等の一部改正で、2 種類の療養病床を整理するため、介護療養病床は 2011 年度で廃止し、在宅や介護施設等で対応可能な者は退院を促し、長期療養が必要な者は医療療養病床で対応するとした。

この整理を促すため、高齢者医療確保法で国・都道府県が医療費適正化計画を策定し、予防健康づくり対策と、医療療養病床数削減と介護療養病床の廃止による平均在院日数の低下を二本柱とする医療費適正化を目指した。同時に 2006 年診療報酬改定で医療療養病床の患者を医療の必要度に応じ医療区分 1～3 に分け、必要度の低い医療区分 1 の報酬を引下げて退院を促した。当時厚生労働省は医療療養病床 15 万床削減を目標としていた。

5. 2008 年介護保険改正

2006 年 12 月に当時最大の介護企業コムスンが複数の県で指定基準違反や不正請求をしていることが明らかになった。コムスンは指定取消前に違反事業所の廃止届を出し処分逃れを図ったので、2007 年 6 月に厚生労働省はコムスン全事業所の新規指定や指定更新を行わないよう都道府県に通知した。コムスンは同一資本グループ内の別会社への事業譲渡を図ったが、国から譲渡凍結の行政指導を受けたため介護事業から撤退した。

2008 年改正は、介護事業者の監督強化の観点から、① 法令順守責任者選任や法令順守マニュアル作成・届出を義務付けること、② 不正行為の

組織的関与が疑われる場合、事業者本部に立入検査を行う権限を設けること、③ 処分逃れを防ぐため事業所休廃止を事後届出制から休廃止1ヶ月前までの届出制に改めること、④ 介護報酬不正請求に返還金・加算金を強制徴収できるようにすること等を規定した。

6. 介護人材確保と介護報酬問題

表1 介護報酬改定と介護人材処遇改善の推移

	介護報酬改定率	備考(説明)
2003年改定	△2.3% (在宅0.1 施設△4)	
2005年10月改定	△1.9% (施設△4)	施設の居住費・食費自己負担化に伴う引下げ。
2006年改定	△0.5% (在宅△1)	要支援生活援助報酬引下げ
2009年改定	3% (在宅1.7 施設1.3)	介護職員処遇改善月+9000円
2009年度補正	介護職員の処遇改善講じた事業者への補助金の原資として都道府県に基金造成3975億円	介護職員処遇改善月+1.5万円
2012年改定	+1.2% (在宅1 施設0.2)	介護職員処遇改善月+6000円
2015年改定	△2.27% (在宅△1.42 施設△0.85) 介護職員処遇改善加算+1.65%	介護職員処遇改善月+1.3万円
2017年改定	+1.14% (在宅0.72 施設0.42)	介護職員処遇改善月+1万円

出典：厚生労働省 社会保障審議会介護給付費分科会資料より作成。

介護保険は創設以来受給者増で費用は増加したが、対象者増で収入が伸びるので生産性向上努力で報酬単価は引下げ可能という考え方により、3年に一度の介護報酬改定では、2006年度まではマイナス改定を続けた。2005年改正の施設居住費食費の自己負担化、軽度者生活援助の適正化等による報酬引下げもあった。従事者数は2000年の54.9万人が2014年度176.5万人と増えたが、生産性向上が難しい対人サービスであるので介護職員の賃金は上昇せず、非正規職員比率（施設38.7%、訪問介護員76.9%⁽¹²⁾（2014））は高まった。このため介護人材不足が意識され、2009年度は報

(12) 勤介護労働安定センター「平成26年度介護労働実態調査」

(13) 厚生労働省「職業安定業務統計」によると2015年の介護職の有効求人倍率介護2.59と全産業1.08の2倍以上である。背景には同省「平成27年賃金構造基本調査」によると介

酬引上げと介護職員処遇改善のための都道府県基金造成、2012年は報酬引上げ、2015年報酬改定は全体ではマイナスとしつつ介護職員の加算はプラスとした。2016年のアベノミクス新3本の矢でも安心の社会保障を掲げ、2017年度介護報酬改定で介護職員処遇を1.14%改善した。

7. 2011年介護保険改正と税社会保障の一体改革議論

2011年の社会保障審議会介護保険部会の議論では、地域包括ケアの体制が不十分であること、1号保険料が5000円を超える見込みで給付と負担のバランスをとる必要があることが課題とされたが、同年11月の部会意見では、要支援・軽度要介護者の給付見直しや、ケアマネジメントの1割利用者負担導入、2号被保険者の総報酬制導入は、両論併記となったが、その後政治判断でその多くは見送られ、改正内容は次のとおりとなった。

- ① 被保険者が可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営めるよう、介護、予防、生活支援の施策を医療及び居住に関する施策との有機的連携を図りつつ包括的に推進するよう努めるという、地域包括ケアの推進の考え方が理念として規定された。
- ② 市町村は介護保険事業計画の策定に当たり、日常生活圏域のニーズ調査を実施し、地域の課題やニーズを的確に把握分析し、認知症支援策、在宅医療、高齢者向け住まいの整備、生活支援に関する記述の記載に努めることとされた。
- ③ 新しい居宅介護サービスとして、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせた複合型サービスを創設した。
- ④ 市町村の判断で要支援者向けの介護予防事業と日常生活支援のため、介護予防・日常生活支援総合事業を実施できるとした。
- ⑤ 介護療養病床は2006年3月の12.2万床から減ったものの8万床弱存続していたので、廃止期限を2018年3月末に延長した。

ゝ 護職平均賃金が26.2万円と全産業平均36.2万円を大きく下回る状況がある。

- ⑥ 厳しい制度見直しは行われず他方1号保険料が上がることを抑制するため、各都道府県にある財政安定化基金の一部を、都道府県が2012年度に限り、取崩し保険者に交付できることとした。
- ⑦ その他、たんの吸引や経管栄養等の医療的ケアを介護福祉士等一定の研修を受けた介護職員が実施できることとした。また、介護職員の処遇改善のため、労働法規に反して罰金刑を受けている介護事業者の指定拒否、更新拒否を可能とした。また、国土交通省が主管で厚生労働省が共管の高齢者居住安定法を改正し、高齢者向けの住宅を再編し、サービス付き高齢者住宅を整備するとした。この住宅はバリアフリー構造で管理人等が24時間対応で入居者の緊急時の連絡対応や生活相談に応じるもので、8割程度の住宅は希望者に食事サービスを提供し、外部の介護事業者と連携して介護サービスの利用も可能とする。居宅生活を支援する住宅である。

2011年は民主党政権だったが、当時5%の消費税を2014年4月に8%、2015年10月から10%に引き上げ、社会保障制度の重点化・効率化を行いながら、消費税引上げで得た財源は年金・医療・介護・子育て支援のみを使う方針で、社会保障と税の一体改革の議論が進められた。

2011年6月30日に「社会保障・税一体改革成案」が政府・与党社会保障改革検討本部で決定され、改革全体を通じて消費税の増税財源の一部の3.8兆円程度を社会保障の機能充実に使う一方、社会保障の重点化・効率化で1.2兆円ほどを削減することとした。

各制度見直しの方針を定めた社会保障制度改革推進法を消費税の引き上げ法案とともに、当時与党の民主党と野党の自民党、公明党の3党合意の下2012年8月に通した。その法律の第7条では介護保険制度について、給付サービスの範囲の適正化等による効率化・重点化を図るとともに、低所得者等の保険料負担増大を抑制するとされた。

8. 2014年介護保険法改正

2012年末に政権に着いた第二次安倍自民・公明連立内閣は、2014年4

月に予定どおり消費税を5%から8%に上げた。2013年に改めて社会保障改革の方向性を示す、持続可能な社会保障制度の確立を図るための推進に関する法律が通され、この方針に沿って、地域における医療介護の総合的確保推進法が2014年6月18日に改正された。

第一に、地域介護施設整備促進法等の改正で、消費税の増収分を活用し各都道府県に基金を設置し、都道府県が地域医療構想に基づき病床の機能分化、在宅医療や介護の推進等を進める事業を補助する。

第二に、医療法改正で、各医療機関は都道府県知事に自らの病床の医療機能が高度急性期、急性期、回復期、慢性期のいずれであり今後どの機能を果たすつもりかを報告し、都道府県はその報告を元に地域の将来のあるべき地域医療構想を医療計画の中に策定するとした。

2013年の病床数は134.7万床⁽¹⁴⁾で高度急性(15.5%)、急性期(47.1%)、回復期(8.9%)、慢性期(28.5%)となっており、急性期病床の比率が高い。他方、内閣官房の情報調査会で診療報酬データからあるべき姿に病床を機能分化するとともに、療養型病床は医療区分1の患者の70%を退院させ、各都道府県の病床を減少させて介護施設や在宅医療で対応するという前提を置くと、2025年の病床総数は115~119万床で良く、高度急性期13万床(11%)、急性期40.1万床(34-35%)、回復期37.5万床(32%)、療養病床は24.2~28.5万床(21-24%)が望ましいとされた。この場合療養病床を介護施設や在宅医療に29.7万~33.7万人移行させなければならない。他方、現在の各病床の年齢別利用率のまま2025年を迎えると病床数は152万床になる。しかし、民間経営が多い日本の医療・介護をこの理想の姿に誘導することは難しい課題である。

第三に介護保険法改正は、地域包括ケアシステムの推進と、費用負担の公平化が2本柱だが、地域包括ケアシステム推進の関係では、

- ① 地域支援事業として、市町村単位で介護関係者と郡市医師会と連携した在宅医療・介護連携事業と、認知症の早期支援事業を全市町村

(14) 厚生労働省「医療施設調査」

で2018年度までに実施する。

- ② 地域包括支援センターに地域のケアマネージャー、保健医療、介護事業者が地域の問題や困難事例の対応を話し合う地域ケア会議を置くよう努めることとした。また増加する小規模の通所介護事業を地域密着事業に位置づけ、市町村が管理誘導しやすくした。

給付の重点化及び制度効率化関係の改正としては、

- ① 特別養護老人ホームの新規入所者を原則要介護3以上とする。
- ② 予防効果がないと批判されていた要支援者サービスのうち訪問介護、通所介護を地域支援事業に移行するとした。その方法は1) 従前どおり介護事業者が行うが事業の基準を緩和し報酬を減額する方式、2) 地域住民ボランティア等多様な主体が訪問し家事支援したり、通いの場で相談・体操等の集いを行う方式、3) 体力や栄養等の課題を改善するため、保健師等の専門家が訪問したり、通いの場で指導することで3~6ヶ月の短期間で課題の解決を図る方式等である。
- ③ 保険料が現在全国平均で5500円が2025年には8200円に上昇する見込みの中で、消費税増税を財源に低所得の保険料の軽減割合を拡大する。2015年4月から第1段階の保険料軽減率⁽¹⁵⁾を0.5から0.45に下げ、消費税が10%に引上げられた時に第1段階は0.45から0.3に、第2段階は0.75を0.5に、第3段階は0.75を0.7とする。
- ④ 65歳以上の高齢者の上位20%以上に相当する合計所得160万円以上⁽¹⁶⁾の場合、利用者負担を2割とする。ただし、高額介護の一般所得の月額上限は37,200円に据置き、医療保険の現役並み所得にあたる者の上限のみ月44,400円に引き上げるので、自己負担率は2014年度の7.2%から施行後の2015年では8%弱程度となる。
- ⑤ 2005年改正で介護施設の居住費・食費は自己負担としつつ第1~3段階の低所得者は補足給付を出すことで負担を軽減していた。しかし、

(15) 一般所得の第4段階の保険料にかける比率

(16) 年金のみの収入は年金所得の税控除額が大きいので280万円となる。

高齢者の中には所得は年金のみで低いが金融資産を持つ者がいること、配偶者を世帯分離して施設に入れたら施設に入らない配偶者の所得が高くて第1-3段階として負担が低くなること、非課税扱いの障害年金・遺族年金は収入とされていなかったこと等を合理化するため、預貯金が単身1000万円、夫婦2000万円以上の場合や世帯分離しても配偶者が課税されている場合は補足給付の対象外とし、障害年金・遺族年金も収入認定する等の効率化を図った。

Ⅲ 2017年介護保険制度改正と制度の課題解決に関する分析

1. 2017年の介護保険制度の概要

2015年初めに安倍内閣は、2015年10月の消費税10%引上げを2017年4月に延期し、2016年6月になって更に2019年10月に再延期した。この結果社会保障見直しの圧力は一層増すこととなった。

2017年の内容の第一の柱の地域包括ケア制度の推進については、

- ① 市町村保険者は介護保険事業計画の作成に当たり地域の実態を把握し、課題を分析し、目標・取組内容を記載する。
- ② 障害者が高齢となる時、障害者福祉事業所で引続きサービスが受けられるよう「共生型サービス」を導入する。同時に改正した社会福祉法で市町村は地域福祉計画に、高齢者・障害者・児童の福祉等を一体的に定め、地域共生社会の実現に努めるものとした。
- ③ 地域包括支援センターの自己評価や市町村が各センターの事業実施状況を評価することを義務付け、地域包括ケアの活性化を促す。
- ④ 認知症対策をより推進させるため、認知症対策計画の新オレンジプランの基本的考え方を介護保険の制度の理念に位置付ける。
- ⑤ 通所介護事業に押されて事業者数が増えない小規模多機能事業を推進するため、市町村保険者が小規模通所事業を計画的に指定したり、都道府県の通所介護事業者の指定に意見を述べる権限を強化する。

もう一つの柱である持続可能性の面の改正としては、

- ① 被用者保険間の第2号被保険者の負担配分は加入者数に応じるため、中小企業が多く報酬額の低い協会健保の介護保険料は1.58% (2015) に対し、報酬が高い健保組合は平均1.41%と低い。このため段階的⁽¹⁷⁾に被用者保険は総報酬額に応じた負担（総報酬割）に移行する。健保組合でも報酬が低い組合は軽減され、被用者保険2号被保険者中1300万人は負担増、1700万人は負担減となる。協会健保の保険料軽減の国庫補助（1450億円）は他財源に充てられる。
- ② 2011年改正で高所得層⁽¹⁸⁾の自己負担は2割とされたが、そのうち高齢単身世帯で340万円以上、高齢夫婦世帯で463万円以上は現役世帯並み所得として3割負担とする。高額介護費用の月額負担上限があるため負担増は抑えられるが、この月額上限についても、医療保険の70歳以上の一般世帯の上限が月44,400円となっているため、介護の一般世帯も月44,400円に引き上げることとなった⁽¹⁹⁾。
- ② 2011年改正で廃止期限が2017年度に延期されていた介護療養病床は「介護医療院」として残る。1人当り面積を老健施設並みの8㎡として生活施設機能を高めつつ、医療機能は老人保健施設並みのものと介護療養病床並みのものとし今後新設も認められる。
- ③ データ分析で地域の実情が見える化し、要介護認定率や一人当たり介護費用について全国平均等との差を縮小させる保険者努力を促す仕組みが導入される。第一の柱の①で述べた市町村目標やデータの分析により、介護予防・重度化の防止による介護認定率の改善や要介護度の維持・改善努力を指標として収集分析することを市町村の義務とし、その保険者努力に財政的インセンティブを与える。
- ④ 2014年改正で要支援者の訪問介護、通所介護を地域支援事業化し

(17) 2017年度は8月の8ヶ月間総報酬割を1/2とする（2017年度の総報酬割の比率は $1/2 \times 8/12 = 1/3$ ）。2018年度は1/2、2019年度は3/4、2020年度から100%総報酬割とする。

(18) 厚生労働省の推計では496万人の受給者中、9%の45万人が2割負担され、そのうち約12万人（3%）が2018年8月に3割負担に移行する。

(19) ただし、同じ世帯の65歳以上が全て1割負担の所得である場合は年負担の上限は $37,200 \text{円} \times 12 \text{ヶ月} = 446,400 \text{円}$ にとどめる。

たが、財政当局からは要介護1・2を含む軽度者の生活支援サービスについても地域支援事業化等の給付見直しを促されていた。しかし、要支援の地域事業化の施行が2017年度末までかかるためその検証を待つとされ、軽度者の更なる給付見直しは見送られた。

- ⑤ 2号被保険者の範囲を20～30歳台に拡大し、障害者にも介護保険を適用する議論について、40～64歳の2号被保険者数が2021年をピークに減少し始めるため介護保険部会で再度検討されたが、従来からある慎重・反対の意見が大勢を占め、今回再び退けられた。
- ⑥ その他、一部未届で悪質な形態が見られる有料老人ホームについて、老人福祉法を改正して業務停止命令を可能にするるとともに、前払金の保全措置の拡大の措置が取られた。法改正事項ではないが福祉用具の全国平均価格を公表し、その価格から1標準偏差高い額を上限とすること、住宅改修も複数の見積をとり利用者に説明し価格と質の差の適性化を図ることとされている。

2. 介護保険の課題別の2017年改正の評価

(1) 持続可能性その1 —— 費用増加と負担の在り方

介護保険の総費用額は2017年には9.8兆円に増加した。団塊の世代は2025年には75歳以上となる。65歳以上人口は2042年の3878万人とピークを迎え、75歳以上も2000年の901万人が2025年に2179万人と増加した後落ち着くが、85歳以上人口は2025年の736万人が2035年に1015万人に増加する。65-69歳の要介護認定率は3%、75-79歳で13.5%だが、80-84歳で3割弱、85-89歳で5割超となり、要介護者数は増加する。このため、2025年の介護費用は推計で18兆円～21兆円⁽²⁰⁾となり、1号者の保険料全国平均は月8,165円に増加しそうだ。第1段階はその45%から30%に軽減予定だが、消費税10%引上げ延期で実施が延期されている。

他方、利用者の自己負担は2017年改正で最大3割負担に引き上げた。

(20) 厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計」（2012年3月改定）

医療保険は2002年に6～64歳が3割負担に統一された際に国会決議で3割を超えないとしたため、これ以上増えない可能性が高い。

3割でも高額介護給付で月額上限が決められており、これも2017年改正で一般所得者の上限を44,400円に引き上げた。ただ医療の高額療養費は一般世帯の70歳以上の上限が2018年8月に向け57,600円に引き上げられ、高額所得者は月8万100円～月25万2600円+医療費の1%に引き上げられるので、今後高額介護の上限も引き上げられる可能性はある。

介護施設の飲食費・居住費は原則徴収し、第1～第3段階の低所得層は補足給付で負担が軽減されるが、一定の預金がある場合2014年改正で補足給付が受けられなくなった。この資産による自己負担上げは医療・介護の自己負担全般に今後拡大する可能性はある。

ドイツの介護保険は介護費用の一部しかカバーしないため2014年の総費用中自己負担比率は30.4%（2014年⁽²¹⁾）であり、2015年時点の日本の7.1%より多い。北欧並みに消費税を25%に引き上げることが日本の政治情勢から困難なら、必要な給付を維持するためには負担能力に応じて負担を求める見直しは、やむを得ないかもしれない。

第2号被保険者を40歳未満に広げ若年障害者も給付対象とすることについては、40歳以上人口が2021年より減少するため、厚生労働省では引き続き議論したいようである。しかし、若者・若者を雇う事業主・障害者団体の反対も強く、実現のハードルは高そうである。

(2) 持続可能性その2 ―― 軽度者の給付・予防の見直し

日本の介護対象は要支援、要介護1～5と広く65歳以上の17.9%が認定されている。要支援の訪問介護と通所介護は地域支援事業化されたが、要介護1、2の生活支援見直しは2017年改正では見送られた。

ドイツの介護保険は2016年までは要介護1～3と要介護3中の特に過酷な状態⁽²²⁾の4段階であり、日本の要介護3以上程度が対象だった。他方、認

(21) 社会保障審議会介護保険部会2014年10月19日資料1「利用者負担」

(22) 厚労省「介護保険事業調査」によると2014年3月末の65歳以上被保険者中介護サービス受給者の比率は15.2%。他方、医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集[2014年」

知症が認定されにくいため認定されない認知症者に世話給付等の給付が支給されていた。2017年1月1日から認定基準が⁽²³⁾変わり要介護1～5の5段階とされ、従来の身体的要介護の認定者は自動的に1段階重く、認知症・精神疾患の要介護者は2段階重く認定された。ただ2017年1月以降の要介護度によるドイツの給付内容を見ても軽度者への給付はかなり限定的である。(表2参照)

日本の要支援から要介護2までの生活動作ごとの自立度調査⁽²⁴⁾をみると移動・排泄・食事・衣服着脱等の基礎的動作は要支援1、2ではほぼ9割以上自立しており入浴について要支援1が83%、要支援2が55%自立である。薬・金銭管理は80%、買物は要支援1が40%、要支援2が20%自立と買物の支援の必要性は高い。要介護1は基礎的動作で8-9割自立、要介護2で移動・排泄で50%、衣服着脱で40%の自立の状況だが、要支援同

表2 ドイツ介護保険給付の要介護段階別給付額 (単位: ユーロ/万円)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
在宅介護	現金(月)	—	316 ユーロ 4.2万円	545 ユーロ 7.2万円	728 ユーロ 9.6万円	901 ユーロ 11.9万円
	現物(月)	—	689 ユーロ 9.1万円	1298 ユーロ 17.1万円	1612 ユーロ 21.3万円	1995 ユーロ 26.3万円
部分施設介護	デイ・ナイト・ケア(月)	—	689 ユーロ 9.1万円	1298 ユーロ 17.1万円	1612 ユーロ 21.3万円	1995 ユーロ 26.3万円
	ショートステイ(年4週分)	—	1612 (21.2万円)			
完全施設介護	完全施設介護(月)	125 ユーロ 1.7万円	770 ユーロ 10.2万円	1262 ユーロ 16.7万円	1775 ユーロ 23.4万円	2005 ユーロ 26.5万円
追加給付	負担軽減手当(月)	125 ユーロ 1.7万円				
	介護グループホーム入居	214 ユーロ 2.8万円				

出典：渡辺(2016)より筆者作成。1ユーロ=132円(9月13日)で計算。

注：追加給付は比較的軽度の認知症要介護者に出される給付。

、版」によるとドイツの65歳以上の介護給付受給者の65歳以上人口(OECD Health Data)に対する比率は11.8%にとどまる。

(23) 2017年のドイツ介護保険制度の見直しは渡辺富久子(2016)による。

(24) 厚労省「平成23年度介護認定における認定調査結果」(出典：認定支援ネットワーク)

様に生活支援の見直しが求められている。他方、要支援の総合事業化では、1) 介護事業者に事業基準を緩和して行わせる方式が多く、2) 住民等多様な主体の訪問家事支援や、通いの場での相談・体操方式、3) 運動・栄養の専門家による短期間の問題解決方式は少ない。

予防効果で言えば2)～3)の方式が望ましいように思えるし、買物支援等ニーズが高い事業を民間やボランティア等の配達サービスを使って支援することも検討すべきと思われる。このように要支援者の給付内容の効率化を優先すべきではなかろうか。

(3) 持続可能性その3 —— 介護人材確保と生産性向上

介護人材不足は深刻である。財政厳しい中ではあるが各事業所の経営実態や労働状況を調査しつつ介護職員の必要な報酬引上げは行わざるを得ない。また、介護福祉士やケアマネージャー等専門資格取得者の配置に応じた報酬とし、介護職員のキャリアに見通しが持てる仕組みも必要である。さらに介護は高齢化でニーズが増大するが生産性上昇率は低い。ロボット、ICT等の技術に投資して生産性上昇や職員負担の負担が図られるよう、それらの投資を行った場合の報酬上の配慮や人員配置基準見直しも必要と思われる。また、生産性向上の足かせである行政への報告帳票の削減や市町村で異なる規制基準内容の標準化も必要である。

(4) 医療・介護の療養病床見直しと在宅医療・介護の連携

2008年の健康保険法等改正で介護療養病床は廃止し、医療療養病床は15万床に減少する目標が立てられた。また2014年の医療法・介護保険法改正では、各都道府県で2025年の地域医療構想を作成し、国全体では総病床数を115～119万床で止め、急性病床を削減し、高齢化でニーズが増える療養病床も介護施設・在宅医療に30万人前後移行させるとした。

しかし、2017年改正の介護療養病床の見直しは、「介護医療院」という一人辺り面積について⁽²⁵⁾8㎡と少し生活機能を改善させたものの、介護療養病床の内容を受継ぐ施設の存続に終わり、2008年時の目標に比べて竜頭

(25) ただし、4人部屋でもよしとされている。

蛇尾の印象を禁じ得ない。2008年の介護療養病床12.2万床、医療療養病床26.2万床、計38.4万床が2017年3月には介護療養病床6.3万床、医療療養病床27.7万床の計34万床となっている。この介護医療院の新設と医療区分1の7割を在宅や介護施設に誘導するという前述の医療構想の目指すべき方向との整合性が見えない。

日本の末期医療では本人の意向を確かめず、経管栄養等延命治療を行うため、それらを行う療養病床は一定数必要とも言える。そのような医療実態と急性期病床から医療療養病床までの医療病床体系の中で、介護医療院の役割が少しは明確に整理されるのか、それとも2種類の療養病床の現状追認で終わるのか、今後の診療報酬・介護報酬の検討を見守りたい。

また、高齢者住宅も含めた居宅において在宅医療・介護の連携で看取りまで対応することについては、訪問看護ステーションは整いつつあるが、個人診療所が大半の医療の現状では、全市町村で在宅医療の体制が整うには様々な政策による更なる後押しが必要と思われる。

(5) 地域包括ケアの可能性

できるだけ住み慣れた地域で自立した生活を支えるという地域包括ケアの理念は、それが実現できれば高齢者にとっても幸せであろうことに異論はない。しかし、日本の介護サービスは民間の様々な業者と契約するので、トータルに望ましい介護を実現することが難しい。地域包括支援センターの地域ケア会議で困難事例について関係者どうして協議する形が理想とされるが、市町村の体制・人材面の差は大きい。

介護以外の在宅医療は(4)で述べた問題があり、地域包括ケアの前提となるバリアフリーで高齢単身者や高齢夫婦のみ世帯からの緊急コールに24時間応えられる住宅も十分には整っていない。サービス付高齢者住宅は地方で整備が少なく、家賃や管理人サービスだけで月10数万かかり基礎年金のみ受給者では入居困難である。他方未届有料老人ホーム等質の悪い貧困サービスもある。生活支援サービスは民間・住民・ボランティア等の体制の差から市町村でサービスを担う基盤の差が大きい。これら介護以外の部分は介護保険給付として用意されてはいない。

このように地域差が大きく、理想の実現に様々な問題があるので、結局は各自治体が地域の事情に基づき、改善努力をしていくしかないが、国としては様々な地域のタイプに応じた好事例を示しつつ、在宅医療、低所得者向け住宅、有効で効率的な生活支援事業の仕組み等、主要な問題ごとの解決支援策を提示していくべきと思われる。

IV おわりに

本稿は、Ⅱで老人医療無料化から2014年改正までの制度改革経緯を概観し、日本の介護の特徴を形成してきた経緯を示した。Ⅲで2017年改正の概要を説明するとともに、介護保険が抱える課題ごとに今回の改正の筆者としての評価を行った。持続可能性については、増税が難しい中、保険料・自己負担に関して、医療制度と整合性をとりつつ負担能力に応じた負担を求める見直しはやむを得ないと考えること、軽度者特に要支援の予防効果に基づく給付見直しはやむを得ないと考えること、介護療養病床は介護医療院として残るが、今後少しでも現状追認を超える理想の形に近づく内容となることや、居宅での最後を希望する者をできる限り支える在宅医療と介護の連携政策の推進が望まれることを述べた。

この論考は、統計資料による制度の記述と分析にとどまった。今後、在宅医療や地域包括ケアの関西地域の実態や好事例を調査・研究し、現場の実情を踏まえた制度の在り方の研究を進めていきたい。

参考文献

印南一路『「社会的入院」に関する研究——高齢者医療最大の病理をいかに対処すべきか』東洋経済新報社（2009）

厚生労働省「介護保険事業状況報告」

「社会保障審議会介護保険部会」資料

「社会保障審議会介護給付費分科会」資料

「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料」（2017年3月10日）

- 小山秀夫「療養病床は地域のマーケットを見極め臨機応変に事業展開を」『日経ヘルスケア 21 2004 年 5 月号』(2004)
- 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会 (2011)
- 増田雅暢『逐条解説介護保険法』法研 (2014)
- 渡辺富久子「ドイツにおける介護保険の改正——認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更」『外国の立法 268』国立国会図書館 (2016.6)