

《税・社会保障改革シリーズ No.7》

2012年10月25日
No.2012-004

介護保険制度の見直しに関する一考察

— 「施設から在宅へ」の実現に向けて —

調査部 副主任研究員 飛田英子

《要 点》

- ◆ 介護保険制度において、在宅介護の充実は重要な課題のひとつ。これまでも政府は量質両面から在宅サービスの充実に取り組んできたが、施設不足の深刻化が続く一方で在宅サービスの利用はあまり進んでいない状況。この背景には、利用者の根強い施設志向が存在。
- ◆ 利用者が施設を志向する要因として、利用者負担の施設・在宅間格差が指摘。例えば、最重度の要介護5の者が施設並みのケアを在宅で受ける場合、施設の2~3倍の負担が必要。利用者の在宅シフトを促すためには、この格差是正が不可欠。
- ◆ そこで、利用者負担の格差是正の財政効果を試算。前提は、①施設の利用者負担を2割に引き上げ、②補足給付は廃止、の2点。この結果、2015年度で約7千億円、30年度で約1兆円と給付費の8%程度が抑制。この分を在宅利用者に配分すれば約15%、要介護3以上の重度者に限定する場合には3割近い給付の上乗せが可能に。
- ◆ なお、介護保険制度先進国であるドイツでは、利用者の施設志向に歯止めをかける仕組みがビルトイン。具体的には、①給付水準がわが国の半分程度であるため、施設入所者はわが国の倍の20万円程度を自己負担する必要。さらに、②現物のみでなく現金給付も可能であり、家族が介護に積極的に参加する環境が整備。
- ◆ 以上を踏まえ、介護保険制度を見直す際の論点を整理すると、まず①施設利用者の自己負担の引き上げと補足給付の廃止により、施設・在宅間の利用者負担を公平化。②これによる給付費の抑制分は在宅利用者への給付限度額の引き上げ、経営が厳しい訪問系サービスの報酬引き上げ等に回し、在宅サービスの魅力度を引き上げ。さらに、③ドイツとの比較から、軽度者に対するサービス提供の見直しや現金給付の導入、等が指摘。

(会社概要)

株式会社日本総合研究所は、三井住友フィナンシャルグループのグループIT会社であり、情報システム・コンサルティング・シンクタンクの3機能により顧客価値創造を目指す「知識エンジニアリング企業」です。システムの企画・構築、アウトソーシングサービスの提供に加え、内外経済の調査分析・政策提言等の発信、経営戦略・行政改革等のコンサルティング活動、新たな事業の創出を行うインキュベーション活動など、多岐にわたる企業活動を展開しております。

名称: 株式会社日本総合研究所 (<http://www.jri.co.jp>)

創立: 1969年2月20日

資本金: 100億円

従業員: 2000名

代表取締役社長: 藤井順輔

理事長: 高橋進

東京本社: 〒141-0022 東京都品川区東五反田2丁目18番1号 TEL 03-6833-0900(代表)

大阪本社: 〒550-0001 大阪市西区土佐堀2丁目2番4号 TEL 06-6479-5800(代表)

本件に関するご照会は、調査部・副主任研究員・飛田英子宛にお願いいたします。

Tel: 03-6833-1620

Mail: tobita.eiko@jri.co.jp

1. はじめに

社会保障・税一体改革関連法が本年8月に成立した。これにより、今後の議論の焦点は、社会保障制度の三本柱である年金、医療及び介護保険制度の骨格部分に移ることになる。このうち介護については、**在宅介護の充実**が中心に議論される見通しである¹。在宅介護の充実は、2000年度の介護保険制度の創設当初から大きな課題のひとつであり続けている。しかし、利用者や家族の間では施設への入所を希望する傾向が強く、在宅へのシフトが順調に進んでいるとは言い難い。

そこで、本稿は利用者の根強い施設志向の要因のひとつである利用者負担の施設・在宅間格差に着目し、格差が是正された場合の財政効果を試算する。給付費の浮いた部分を在宅利用者の支給限度額の引き上げに回せば、在宅利用者はより多くのサービスを利用することができ、ひいては在宅介護の可能性が広がることになる。さらに、わが国が制度構築の際にお手本にしたドイツの介護保険制度と比較することにより、わが国の制度の持続可能性を高めるために必要な視点を考察する。

本稿では、まず介護保険制度の利用状況と課題を整理し、課題の解決には利用者の根強い施設志向の是正が不可欠なことを確認する。次に、この背景には利用者負担の施設・在宅間の大きな格差があることを指摘する。同時に、ドイツでは施設・在宅間のバランスがどのように取られているか、日独間の制度の違いを踏まえつつ整理する。さらに、わが国で利用者負担の施設・在宅間格差が是正された場合の経済効果を試算する。最後に、施設から在宅へのシフトを進め、介護保険制度の持続可能性を高めるための政策提言を行う。

2. 介護保険制度の利用状況と課題

(1) 利用状況

介護サービスの利用状況を在宅と施設についてみると、在宅が2001年度の200万人から2011年度には404万人（予防を含む）と倍増しているのに対して、施設は88万人から114万人へ1.3倍の増加にとどまっている。この理由として、次の2点が挙げられる。

ひとつは、在宅サービスのメニューの多様化による需要拡大である。具体的には、2006年度には「**地域密着型サービス**」、2012年度には「**定期巡回・随時対応型訪問介護看護**」が導入された。

地域密着型サービスとは、市町村が提供する在宅サービスのことで、事業者の指定・監督も市町村によって行われる。原則、介護サービス事業者の指定・監督は都道府県の権限であるが、地域の特性を活かしたサービスを提供するという観点から導入された。日常生活圏域ごとに必要な提供量を設定することにより計画的な体制整備が可能になる、一般に小規模なので利用者のニーズが反映されやすい、等のメリットが指摘されている。

一方、定期巡回・随時対応型訪問介護看護とは、日中・夜間を通じて、**訪問介護**と**訪問看護**が密接に連携して提供されるサービスをいう。これまでの訪問介護は日中一定時間の滞在が中心であり、夜間や深夜には割増料金が必要であった。また、看護が必要な場合には、別途訪問看護を依頼する必要があった。そこで、1日に複数回、定期的に訪問し、その都度必要なサービスを提供する他、緊急時には昼夜を問わず対応を行う定期巡回・随時対応型サービスが創設された。そこでは、同一事業者が訪問介護と訪問看護の双方を提供する、あるいは**訪問看護ステーション**と連携することに

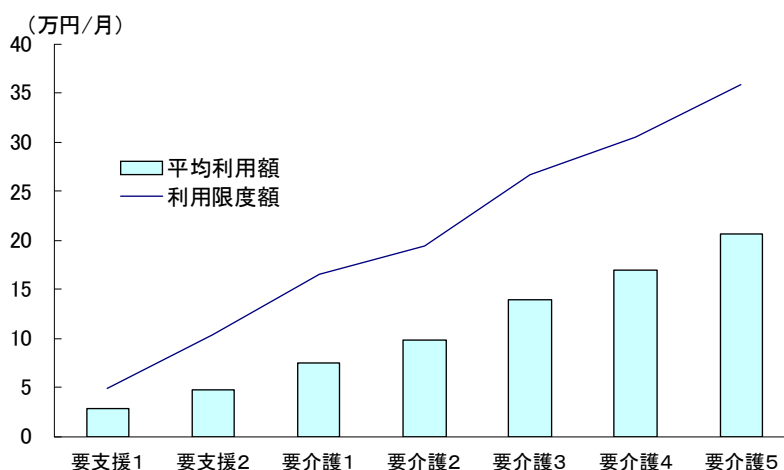
¹ 介護保険法上は「居宅サービス」と呼ばれる。もっとも、「居宅」という言葉は一般的に使われないことを鑑み、本稿では自宅ではないが特定施設に暮らす場合も含めて在宅サービスとしている。

より、看護と介護とが密接に連携したサービスの提供が可能になっている。

もうひとつの理由は、施設の供給量を制限する「参酌標準」の存在である。施設サービスは、その整備に多額のコストがかかるうえ、運営に際しても1人当たり平均利用額が在宅に比べて多く、財政や保険料負担への影響が大きい。このため、介護3施設と特定施設²の利用者数が要介護2～5の高齢者数の37%以下にするという規制があった。これが参酌標準である。この規制は2012年度に廃止されたが、厳しい財政制約が今後も続くことを考えると、施設の供給量を大きく増やすことは極めて難しいと言えよう。

このように在宅の利用者数は施設に比べて大きく伸びているが、利用状況を見る限り、積極的に在宅サービスが享受されているとは判断しがたい。その根拠は、サービス利用率の低さにある。すなわち、要介護度別に一人当たり平均利用額を支給限度額と比較すると、実際の利用率は5～6割の水準にとどまっている（図表1）。一方、特養への入所待機者数は2009年で在宅利用者の15%に相当する42.1万人に達しており、利用者には根強い施設志向があることが示唆される。このようにみると、在宅の利用が進んでいない背景には、施設に入所できないので仕方なく在宅を利用しているという事情があるものと推察される。

（図表1）在宅サービスの利用限度額と実際の平均利用額



（資料）日本総研作成。
（注）平均利用額は2010年4月の金額。

（2）直面する課題

これまで介護保険制度は、制度の定着を急ぐためにサービス量の確保が最優先事項であった。今後についても、高齢化が進むもとで医療と日常生活の橋渡しの機能を果たす介護体制の整備や、それを担う介護人材の育成は必要である。しかし、厳しい財政事情のもとで今までと同じペースで給付費が増え続けることを許容できる余地は極めて小さい。このようにみると、今後は給付の効率化と重点化の両立をどう図るかが重要となる。

まず、給付の効率化については、在宅介護の充実を通じた「施設から在宅へ」の促進、現役並み所得を有する者の自己負担の引き上げ、等が検討されてきた。一方、給付の重点化については、在宅メニューの充実や医療との連携強化が指摘されている。両者に共通するキーワードは「施設から在宅へ」である。もともと、これまでのように施設の供給を絞ることにより、やむを得ず在宅を選ばざるを得ない状況が続く場合、在宅利用者の不公平感は強まる一方であり、かえって施設志向が強まる可能性が大きい。さらに、今後を展望しても、単身高齢者数の増加や介護者の高齢化等により家族の支えが期待できないケースが増えると予想されるなか、施設でも在宅でも受け入れ先がない、いわゆる介護難民が大量発生する懸念が大きい。このようにみると、施設から在宅へのシフト

² 特定施設とは、介護保険法で定められた施設のことで、認知高齢者が少数で共同生活を送るグループホーム、バリアフリー構造を有し高齢者を支援するサービスを提供するサービス付き高齢者向け住宅等がある。

を実現するには、利用者の根強い施設志向を是正する視点が不可欠と言えよう。

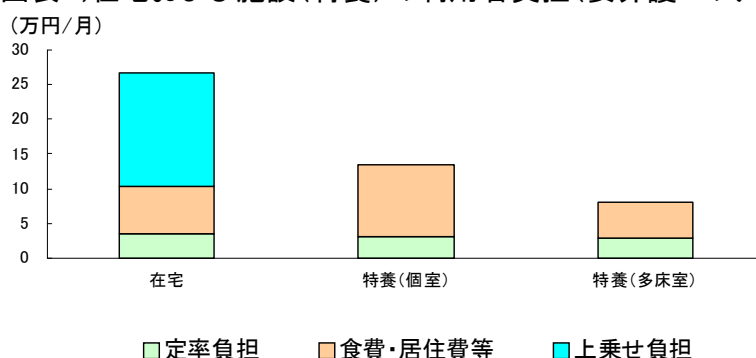
3. 施設志向が根強い要因

(1) 利用者負担の格差

施設志向が強い要因のひとつは、利用者負担の施設・在宅間格差である。利用者負担は要介護状態や利用するサービスの種類によって異なるので、ここでは生活全般にわたって全面的に介助を必要とする要介護5の者が、施設に入所する場合と、施設と同程度のサービスを在宅で受ける場合の負担を試算してみた³。

結果は図表2の通りである。施設については個室と多床室の2ケースについて求めており、多床室で月8.0万円、個室で月13.3万円である。これに対して、在宅の場合は月26.6万円と施設の2～3倍の負担が必要になる。この主因は上乗せ負担である。すなわち、施設と同程度のサービスを在宅で受ける場合、介護に係る費用の総額は52.1万円と要介護5の支給限度額35.8万円を上回り、超過分の16.3万円は全額が自己負担になる。このため、保険範囲内の自己負担分3.6万円と上乗せ負担、食費と居住費の合計額26.6万円が必要になるわけである。

(図表2)在宅および施設(特養)の利用者負担(要介護5のケース)



(資料)日本総研作成。
(注)食費・居住費の利用者負担は第4段階。

(2) 在宅サービスの需給ミスマッチ

もうひとつは、在宅サービスの需給ミスマッチである。必要なときに必要なサービスを受けることができないことが、家族の実質的な負担を重くし、要介護者本人や家族が施設を選ばざるを得ない結果を生んでいる。需給ミスマッチの要因としては、以下が挙げられる。

ひとつめは、種別によっては供給量が不足しているサービスの存在である。例えば、家族介護者を支援するとして期待されているショートステイは、特養での実施が中心であるため、地域によってはベッド数自体が不足状態との指摘がある⁴。また、常時定期利用の予約でいっぱいになり、家族の病気など緊急時のニーズに対応できていないという問題もある。加えて、空床情報が得にくい、入所日数や日時の調整が難しい、医療ニーズの高い利用者の受け入れ体制が整備されていない、等も課題とされている。

もうひとつは、画一的なサービス内容である。例えば、日中要介護者を預かるデイサービスでは、

³ 試算の前提は次の通り。まず、施設については食費と居住費を全額自己負担(国の基準負担額)し、低所得者の負担軽減策である補足給付は受けない。一方、在宅については、基本的に家族による支援はないものとする。具体的には、1日2回の身体介護(うち1回は夜間)と生活介護、週2回のデイサービス、週1回の訪問看護、年6日のショートステイ等を利用する。また、食費と居住費は65歳以上の単身世帯の平均支出額とした(総務省「家計調査報告」)。

⁴ 全国平均では14%の空床が生じているものの、東京都や鹿児島県等、利用率が100%を越えている都道府県もある。

事業者によって預かりの時間帯は異なるものの、9 時間未満が基本である。このため、夜間や祝祭日の利用等、利用者のニーズにあったサービスが提供されていないとの指摘がある。

加えて、**ケアマネジメント**の問題が挙げられる。一般に、要介護者がどのサービスをどれだけ受けるかは、要介護者の個別事情や地域特性等を総合的に踏まえたうえで、ケアマネージャーが決定する。しかし、一人当たり担当件数が多い、ケアマネージャーの研修体制が量質ともに不十分である等、適切なケアマネジメントが難しい状況にある⁵。

さらに、そもそも在宅利用者の支給限度額が適切かという点についても再検討が必要である。重度者でも支給限度額の 5~6 割しか利用されていない背景には、利用回数を増やすと支給限度額を上回る結果、利用を意識的に抑制せざるを得ない事情がある。例えば、デイサービスの場合、その利用は基本的に曜日単位で決められている。このため、週 2 日までは支給限度内で利用できるが、週 3 日になると限度を超えてしまう場合、利用者は週 2 日の通所で対応せざるを得ない。

4. 介護保険先進国ドイツの事情

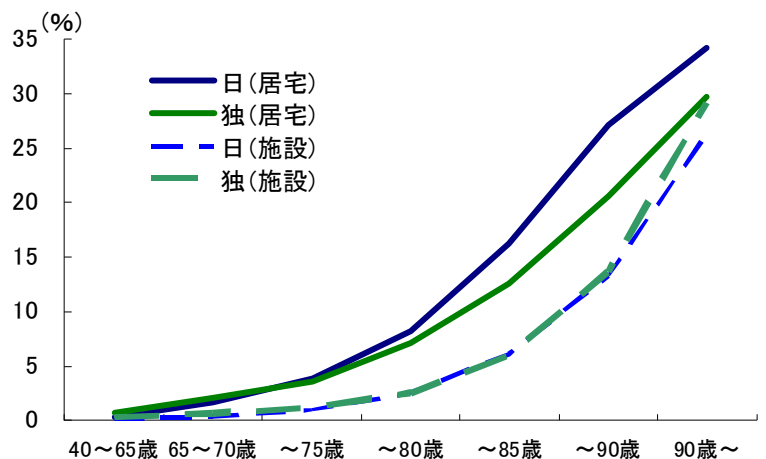
ドイツでもわが国と同様に、利用者や家族の施設志向は強い模様である。しかし、重度でないと入所できないうえ、入所するには家族の負担軽減の代償として高額のコストを負担する必要がある。さらに、現金給付を認めることで、家族の介護への積極的な参加が促進されている。つまり、ドイツでは施設から在宅へのシフトを促す仕組みが制度としてビルトインされているわけである。以下、具体的にドイツの制度の特徴をわが国と比較しつつ見ていくことにする。

(1) 厳しい要介護認定基準

第一は、要介護認定の基準の厳しさである。ドイツの要介護認定は基本的に 3 段階であり、最も軽度な要介護 I の場合、必要な介護時間は 1 日最低 90 分、うち基礎介護（具体的には、身体の手入れ、栄養摂取及び移動）45 分以上である。これは、わが国の要介護 3 に相当する。このため、生活介護のみを必要とする者や、介護予防の段階にある者は給付の対象外となる。

ちなみに、図表 3 は年齢階級別にみた介護サービス利用者の割合をわが国とドイツで比較したものである。これをみると、施設サービスの利用率は日独で大きな違いはないが、在宅ではドイツがわが国を下回っており、ドイツの受給要件の厳しさを看取できる⁶。

(図表3)年齢階級別介護サービス利用率の日独比較(含む予防)



(資料)厚生労働省、BMG等より日本総研作成。

(注1)介護サービス利用率は、人口に占める介護サービス受給者の比率。

(注2)ドイツの分母は公的医療保険加入者(介護保険加入者のほぼ100%をカバー)

⁵ 特定非営利法人東京都介護支援専門員研究協議会 [2010]。

⁶ ドイツで受給要件が厳しく、また後述の通り給付水準が低いのは、わが国の介護保険制度が必要なサービス全てを保障する「完全保険 (Vollversicherung)」であるのに対し、ドイツでは部分に保障する「部分保険 (Teilversicherung)」であることによる。社会法典第 11 編第 4 条第 2 項では、「介護保険の給付は、在宅介護の場合には家族等による介護を補完し、入所介護の場合には介護のために必要な費用負担を軽減する」と規定されている (松本 [2008])。

(2) 低い給付水準

第二は、給付水準の低さである。ドイツでは、わが国の在宅サービス利用の時と同様に、要介護度に応じて利用限度額が設定されている。この限度額は在宅と施設で異なっており、在宅は月 450 ～1,550 ユーロ（ただし、要介護度Ⅲのうち極めて多くの介護が必要な特別のケースは月 1,918 ユーロ）、施設は月 1,023 ユーロ～1,550 ユーロ（ただし、最も過酷なケースは月 1,918 ユーロ）である。利用額がこの範囲内であれば自己負担はないが、上回る場合は全額が自己負担となる。

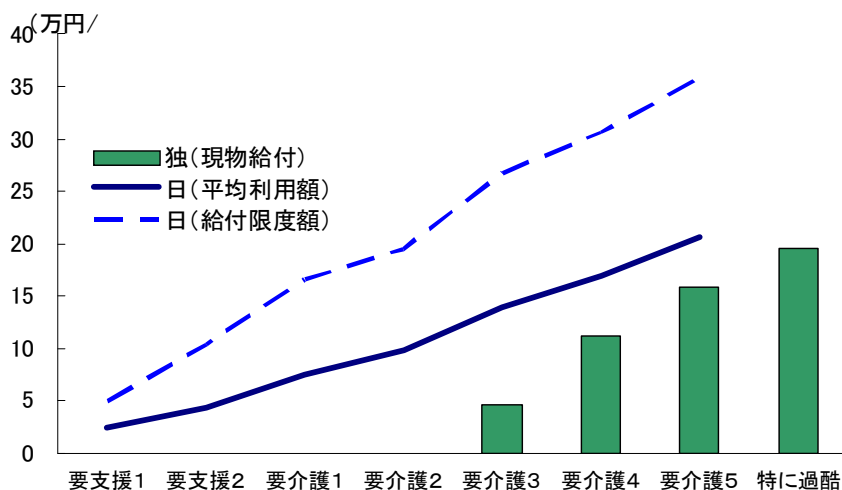
図表 4 と図表 5 は、利用限度額を在宅と施設に分けて日独で比較したものである（ただし、わが国の施設の利用限度額は平均利用額を用いている。これは、利用限度額が施設の介護体制や利用者の状態等によって異なるため

である）⁷。便宜上、必要な介護量を基準にドイツの要介護度をわが国に合わせており、ドイツの要介護Ⅰ～Ⅲをわが国の 3～5 としている。

これによると、まず在宅では、ドイツの利用限度額はわが国の半分にとどまっており、わが国で実際に支払われている平均利用額とほぼ同じ水準である。一方、施設では、ドイツの限度額はわが国の平均利用額の半分のレベルである。

ちなみに、ドイツの介護サービスの価格はわが国のような公定価格ではなく、保険者と事業者の直接交渉により決定される。しかし、だからといって低価格で供給されているわけではない。例えば、施設の入所費用は食費、居住費を併せて 30～40 万円である。保険から支給される限度額はその半分にも満たないため、入所者は約 20 万円程度を負担する必要がある。年金や個人資産で支払うことができない場合は、社会扶助でカバーされることになる。

(図表4)在宅給付水準の日独比較



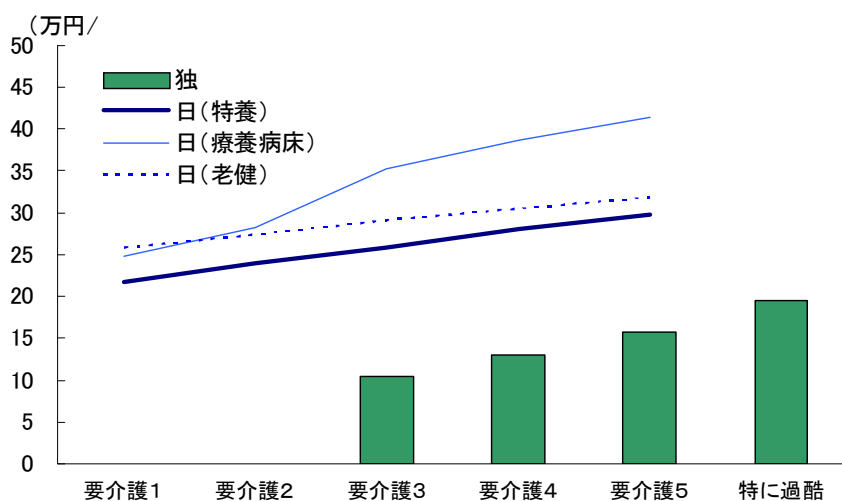
(資料)池田[2009]をもとに日本総研作成。

(注1)日は2010年4月の金額。

(注2)独は2012年1月～8月の平均値(1ユーロ=101.87円で換算)。

(注3)日独の要介護度の判定基準は異なることに留意(必要介護時間等をもとに調整)。

(図表5)施設給付水準の日独比較



(資料)池田[2009]をもとに日本総研作成。

(注1)日は2010年4月の金額。

(注2)独は2012年1月～8月の平均値(1ユーロ=101.87円で換算)。

(注3)日独の要介護度の判定基準は異なることに留意(必要介護時間等をもとに調整)。

⁷ 円換算に用いた為替レートは1ユーロ 101.87 円 (2012年 1～8月の平均値)。

(3) 厳しい施設入所基準と公平な利用者負担

第三は、施設入所の厳しさと利用者負担の公平さである。

まず、施設入所の状況についてみる。図表6は利用者に占める施設入所者のシェアを要介護度別に日独で比較したものである。わが国では介護保険制度創設前からの入所者がいることもあり、要介護1や2の軽度者も入所している。これに対して、ドイツでは、そもそも重度者に給付対象を限定しているため、わが国の要介護3以上に相当するもののみが入所している。加えて、施設に入所する者の割合も、ドイツの方がわが国に比べて小さい。

次に、利用者の負担が施設と在宅でどの程度異なるかについてみたものが図表7である。こ

こでは、施設に対する在宅の給付水準が要介護度別に日独で示されている。棒グラフがわが国であり、支給限度額を分子にしたものと、実際の平均利用額を分子にしたものの2本ある。これによると、わが国では要介護度が軽いほど格差が大きく、最重度の要介護5の場合でも平均利用額の2倍の給付を施設利用者が受給している。一方、ドイツでは、最も軽度な要介護I（図中では要介護3）でも2倍の格差にとどまっており、重度者については施設・在宅間の格差はみられない。

(4) 現金給付

さらに、ドイツでは「介護手当」と称する現金給付も行われる。給付対象は在宅サービス利用者のみであり、現物給付の場合の半分程度（要介護度により月235～700ユーロ）の現金を現物の代わりに受け取ることができる。

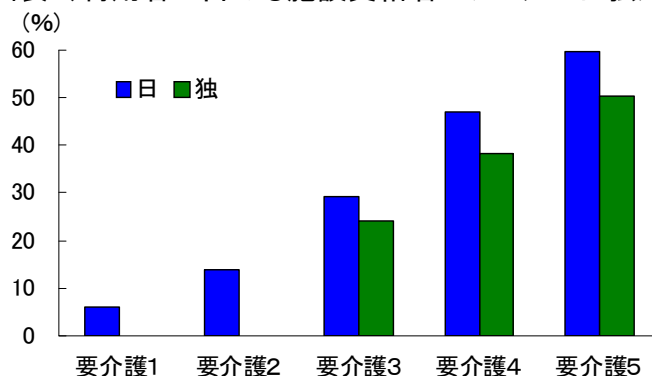
ちなみに、現物と現金を組み合わせた組み合わせ給付も可能である。この場合、例えば現物給付を利用限度額の25%、現金給付を同75%受けると言った具合になる。

5. 利用者負担の施設・在宅間格差是正による財政効果

(1) 前提

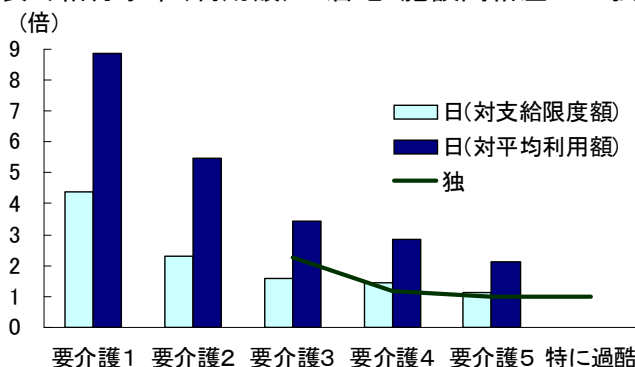
推計の前提は2つである。

(図表6)利用者に占める施設受給者のシェアの日独比較



(資料)日本総研作成。
(注1)要介護度別利用者数に占める施設サービス受給者のシェア。
(注2)日、独とも2008年12月。

(図表7)給付水準(利用額)の居宅・施設間格差の日独比較



(資料)日本総研作成。
(注1)居宅利用者の支給限度額(平均利用額)に対する施設入所者の平均利用額の割合。
(注2)日は2010年、独は2012年。
(注3)日は特養のケース。

ひとつは、施設サービスの自己負担を現行の1割から2割に引き上げる。これにより施設と在宅間の利用者負担の格差を是正する。

もうひとつは、低所得者に対する補足給付を廃止する。補足給付は食費や居住費にかかる、いわゆるホテルコストの負担軽減が目的であり、所得段階によって3段階の軽減がなされているが、要介護状態になるリスクを保障するという介護保険制度の本来の趣旨には沿わない。生活扶助として生活保護制度でカバーされるべきである。

(2) 推計結果

推計結果は図表8の通りである。

まず、施設の利用者数は2015年度で17.8千人、2030年度で27.6千人減少する。これは、介護3施設の入所者総数の1.5%に相当する。

次に、施設給付費は2015年度で約5,500億円、2030年度で約10,700億円減少する。介護給付費全体に対する割合は8%程度にとどまるが、仮にこれを在宅利用者の支給限度額の引き上げに回せば、1人当たり平均で15%程度の引き上げが可能になる。さらに、支給額の引き上げを要介護3以上の重度者に限定する場合には、25~29%と3割近い引き上げが可能になる。図表2で示した通り、

要介護5の在宅利用者が施設入所の場合と同程度の介護サービスを利用する時の上乗せ負担は約16万円である。仮に支給限度額が約10万円(現在の支給限度額35.8万円×3割)増えたとすると、上乗せ部分を全額カバーできないとしても、経済的な負担の大幅な軽減が実現されることになる。

(図表8) 推計結果

	2010年度	2015年度	2020年度	2025年度	2030年度
在宅シフト者数(千人)	14.4	17.8	21.4	24.6	27.6
給付抑制額(億円)	5,453	6,792	8,197	9,511	10,705
対給付費総額(%)	7.8	7.9	8.1	8.2	8.3
(うち在宅計、%)	(14.6)	(15.0)	(15.5)	(16.0)	(16.4)
<うち重度在宅計、%>	<25.9>	<26.5>	<27.3>	<28.0>	<28.6>

(資料)日本総合研究所作成。

(注1)給付抑制額は2007年度価格。

(注2)対給付費総額には、要支援者に対する給付費は含まれない。

(注3)重度は要介護度3以上。

6. おわりに

以上を踏まえ、介護保険制度の改革に必要な論点を整理すると、以下の通りである。

第一は、施設利用者の自己負担の2割への引き上げである⁸。施設利用者は月10万円程度で24時間体制の介護サービスを受けているのに対して、在宅利用者はサービスの使い勝手の悪さ等により満足なサービスを受けることができない。加えて、施設並みのサービスを受けようとする場合には、施設利用者の2~3倍の自己負担が必要になる。家族が介護のため仕事をセーブしていることによる機会費用を考慮すると、その格差はさらに拡大する。このようにみると、現行の利用者負担は公平性の観点から問題があるといえよう。

第二は、在宅利用者の支給限度額の見直しである。具体的には、施設の自己負担引き上げによって浮いた給付費を在宅利用者、とくに重度者に重点的に配分する。重度者の保険利用枠の拡大により、これまで限度額との関係であきらめていたサービスの利用が促進されるうえ、休日・夜間のデ

⁸ この場合、経済的に2割負担に耐えられない入所者の存在が問題になるが、これについては現行の高額医療・高額介護合算制度のもとで対応されるべきである。また、入所者のなかには自宅ではなく特定施設に移る者もいるであろう。この場合、入居費用を抑えたサービス付き高齢者向け住宅の供給増が新たな課題となる。

イサービスや、幼児の代わりに要介護者を個人が一時的に預かる、いわゆる介護ママのような新たなサービスを保険対象に含めることも可能になる。また、今後高齢者のみの世帯の増加が避けられな
な、サービス付き高齢者向け住宅等の居住系サービスの拡充も期待できる。さらに、通所系に比
べて経営状態が厳しいといわれる訪問系サービスの報酬を引き上げる余地が生じる。これは、介護
職員の給与水準の引き上げ、ひいては慢性的な人手不足といわれる介護人材の確保につながる。介
護市場の成長促進が期待されるわけである。

さらに、介護保険制度のあり方を考える上でドイツの介護保険制度から学ぶ部分も多い。具体的には、わが国の要介護認定基準が相対的に寛容であることを踏まえ、①要支援者への予防サービスは医療保険の枠内で行われる健康指導に統合する、②軽度の要介護者に提供される生活支援サービスは配食や清掃等、専門の外部業者へのアウトソーシングに切り替える、等が挙げられる。この他、補足給付の廃止、現金給付の導入、等も検討課題として指摘される。

最後に、介護保険制度はすでに第三の社会保障制度として定着したといえる。これまでは、制度の普及を進める観点から、コストより必要なサービス体制の確保が優先されてきた。しかし今後は、コストと質のバランスをどう保つかが重要な課題になるであろう。本稿の提案に対しては、介護給付費の一部を利用者、医療保険制度及び生活保護制度に転嫁するものとして反論も予想される。しかし、利用者負担の公平性を考えると施設利用者の負担は軽いといわざるを得ず、また生活支援サービスや補足給付が介護保険制度の趣旨にかなっているとは必ずしもいいがたい。加えて、医療と介護の連携の必要が求められるなか、従来の健康指導の枠内で介護予防サービスを提供した方がむしろ合理的であるとの考えも可能である。介護保険制度の今後の方針は新設される社会保障制度改革国民会議で検討される見通しである。同会議に対しては既成概念にとらわれることなく、総合的な観点から建設的な議論が行われることを期待したい。

以上

【参考文献】

- ・ 池田省三[2009]規制改革会議介護 TF 提出資料、2009年5月29日
- ・ 小塚治宣[2010]「ドイツ介護改革のゆくえ」週刊社会保障、No. 2573
- ・ 国立大学法人京都大学 [2008]「世帯構造の変化が私的介護に及ぼす影響等に関する研究報告書」
- ・ 田中謙一 [2008]「ドイツの2008年介護改革」週刊社会保障、No. 2509—No. 2514
- ・ 特定非営利法人東京都介護支援専門員研究協議会 [2010]「介護保険制度改正に向けた提言」
- ・ 内閣府国民生活局物価政策課 [2002]「介護サービス市場の一層の効率化のために—『介護サービス価格に関する研究会』報告書—」
- ・ 内閣府政策統括官室 [2006]「在宅介護の現状と介護保険制度の見直しに関する調査」政策効果分析レポート No. 21
- ・ 松本勝明 [2008]「ドイツにおける介護者の確保育成策」一橋大学経済研究所
- ・ 吉野功一 [2007]「高齢者医療と介護」東京大学公共政策大学院