

介護保険制度の見直しに必要な視点 —施設給付を中心に—

調査部 主任研究員 飛田 英子

目 次

1. はじめに
2. 介護給付の概要と施設給付の問題点
 - (1) 介護給付の概要
 - (2) 施設給付の問題点
3. 海外における取り組み
 - (1) ドイツ
 - (2) デンマーク
 - (3) 小 括
4. 政策提言
 - (1) 施設給付の在り方の再検討
 - (2) 高齢者住宅政策の充実
 - (3) 現金給付導入の再検討

要 約

1. 介護保険制度創設から20年目を迎えた。政府は「施設から居宅へ」を基本方針としてきたが、近年、介護施設の供給増や新たな類型の介護施設の創設など、居宅重視に矛盾する動きがみられる。もっとも、現行の施設サービスにはコストや公平性の面で問題が多いことを考えると、こうした動きは介護保険制度にとって望ましいのであろうか。そこで、本稿では、施設給付の問題を整理し、海外の取り組みを概観したうえで、施設給付を中心に介護保険制度の見直しに必要な視点を考察する。

2. 施設給付の問題として、まず、居宅サービス利用者との間の負担の格差が指摘される。例えば要介護度5の者が老人福祉施設（特養）と同程度の介護を居宅で受ける場合、特養入所者の2倍近い費用が必要になる。入所者に補足給付が適用される場合、格差はさらに拡大する。ここで、補足給付とは、低所得者に対して原則自己負担の食費・居住費を減免する仕組みである。

また、必ずしも快適とはいえない入所者の生活環境も問題である。終の棲家でもある特養では、入所者の4割以上がカーテンなどで仕切られた四人部屋で生活しており、トイレの設置も部屋毎とは限らない。

さらに、相対的に高コストな施設サービスの利用拡大は財政を大きく圧迫するというコストの問題も無視できない。現状を放置した場合、2050年度には65歳以上保険料が月19,400円と、現在（5,869円）の3倍以上に膨らむ見通しである。このような負担が持続可能か、疑問に感じざるを得ない。

3. 海外の取り組みをみると、ドイツでは、施設入所者に相応の負担を求める一方、家族介護の対価でもある現金給付を認めて居宅サービスの魅力度を高めることで、結果的に居宅優先が実現している。ちなみに、最も重度の要介護者についてドイツとわが国の施設入所者の利用者負担を比較すると、わが国の10万円程度に比べてドイツでは17万円近くに達する。食費・居住費はわが国より月1万円安いものの、保険に係る自己負担が実質24%と高いためである。

一方、デンマークでは、高齢者福祉において脱施設化が展開されている。施設における集団的な処遇は入所者の生活レベルを引き下げる、施設で提供される全面的なサポートは、自己決定能力を含め高齢者の状態を悪化させる等、施設中心の政策には多くの問題が指摘されていた。そこで、同国では1988年に介護施設の新規建設禁止に踏み切った。代わりに良質な高齢者住宅を整備すると同時に、24時間体制の居宅ケアを確保することで、要介護状態になっても自宅で生活を続けるという環境が整備されている。

4. 以上を踏まえて、わが国の介護保険制度の見直しに必要な視点を施設給付中心に考察すると、以下の通りである。

第1は、補足給付の廃止と施設利用者の自己負担の引き上げである。食と住に係るコストを補てんする補足給付は、最低限の生活を保障する生活保護そのものである。早急に介護保険制度から移管すべきである。一方、施設利用者については、自己負担を原則1割から2割に引き上げる（一定以上所得者は2～3割で据え置き）。居宅利用者との負担の格差を是正するとともに、施設入所者に適切なコスト意識を付与することで、根強い施設志向に歯止めをかけることが期待される。

第2は、高齢者住宅の整備である。介護施設の供給増にはコスト的に限界があり、かつ、高齢者の生活環境にとっても望ましくないことを踏まえると、重度の要介護状態になった場合でも生活を続けることのできる高齢者住宅の供給を促進する必要がある。

第3は、現金給付導入の再検討である。現金給付については、介護者を介護に縛り付けるなどの理由で見送られた経緯がある。もっとも、現在でも毎年介護離職者が10万人発生していることを考えると、家族介護に対する評価という観点からも現金給付の導入を検討すべきではなかろうか。

1. はじめに

介護保険制度創設から20年目を迎えた。今後、介護ニーズの増大は必至であり、なかでも重度要介護者の増加や介護者の高齢化が進むもと、施設サービスに対する需要は一段と増加することが見込まれる。

政府は「施設から居宅へ」を基本方針として介護サービスの提供体制を整備してきたが、2015年11月に介護老人福祉施設（いわゆる特養）の新規建設の上積みを決定し、2018年4月に新たな種類の介護施設を創設するなど、ここきて居宅重視に矛盾するともいえる動きがみられる。しかし、現行の施設サービスには、他のサービスに比べて相対的に一人当たりコストが高い、居宅サービス利用者に比べて低い負担で24時間サービスを利用できるなど、コスト面や公平性の点で問題が多い。仮に現状のまま施設サービスの供給を拡大した場合、介護費用を一段と押し上げるだけでなく、施設入所者と自宅で生活するその他要介護者の間で不公平感が増大する懸念が大きい。制度の持続可能性や信頼を確保するには、施設サービスの抱える問題を改めて整理し、問題の解決に早急に取り組む必要がある。

本稿では、こうした問題意識のもと、施設給付の望ましい在り方について考察した。

本稿の構成は以下の通りである。まず、次章では介護保険制度で給付されるサービスの内容を詳しく見るとともに、施設給付の問題点を指摘する。第3章では、コスト抑制や居宅優先が実現しているドイツの介護保険制度と、施設介護からの脱却を目指したデンマークの高齢者福祉制度について整理する。最後に第4章では、介護保険制度の見直しに必要な視点について施設給付を中心に考察した。

2. 介護給付の概要と施設給付の問題点

(1) 介護給付の概要

本論に入る前に、介護保険制度から給付されるサービスを改めて整理しておく。給付の内容が制度改正のたびに見直されてきたためである。

2000年度の介護保険制度創設当初、サービスは大きく居宅と施設の二つであった。その後、利用者のニーズを反映して、居宅ではサービス内容の拡充・多様化が進み、地域密着型サービスと介護予防サー

(図表1) 介護給付サービスの内容

| | 都道府県・政令市・中核市が指定・監督 | 市町村が指定・監督 |
|------|--|---|
| 介護給付 | <p>◎居宅介護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問サービス（訪問介護、訪問看護、訪問入浴介護等） 通所サービス（デイサービス、通所リハ等） 短期入所サービス（ショートステイ等） 居住系サービス（特定施設入居者生活介護） 福祉用具貸与、等 <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 介護老人保健施設 介護療養型医療施設（介護療養型病床） 介護医療院 | <p>◎地域密着型介護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問サービス（夜間対応型、定期巡回・随時対応型） 通所サービス（デイサービス、認知症対応型デイサービス） 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人保健施設入居者生活介護 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） |
| 予防給付 | <p>◎介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問サービス（訪問看護、訪問入浴介護、訪問リハ等） 通所サービス（通所リハ） 短期入所サービス（ショートステイ等） 居住系サービス（特定施設入居者生活介護） 福祉用具貸与、等 | <p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症対応型デイサービス 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 |

(資料) 厚生労働省「公的介護保険制度の現状と今後の役割」(2018年厚生労働省老健局)

ビスが創設される一方、施設では医療の要素が強いサービスを中心に再編が進んでいる（図表1）。

A. 居宅・地域密着型・介護予防サービス

そもそも居宅サービスは、自宅、あるいは自宅扱いの施設（有料老人ホームなど）に居住する要介護者に対して提供される介護サービスとして始まった。その後、地域の実情を踏まえたきめ細かなサービス提供が必要との指摘を受け、事業所の指定を国や政令市・中核市ではなく、市町村が行う「地域密着型サービス」が2006年度に創設された。さらに、要介護者だけでなく、要介護状態になる可能性のある「要支援者」を対象にした「介護予防サービス」が2006年度にスタートした。

a) 居宅サービス

居宅サービスには、訪問系サービス、通所系サービス、短期入所系サービスおよび居住系サービスの大きく4種類ある。

まず、訪問系サービスとは、ケアワーカーやホームヘルパーが利用者のもとを訪れて提供するサービスである。具体的には、①食事や服薬、更衣、入浴、歩行・移乗の介助、体位変換、おむつ交換など、利用者の体に直接触れて行う「身体介護」、②食事の用意や片付け、掃除、洗濯、ゴミ出し、日用品の買い物など、家事を手伝う「生活援助」、③通院や外出の際に車の乗り降りの介助を行う「通院等乗降介助」、などが該当する。

次に、通所系サービスとは、利用者が日帰りで施設に通い、食事や入浴などの日常生活上の世話や機能訓練などを受けるサービスである。

短期入所系サービスとは、利用者が数日間（最大30日）、介護老人福祉施設（特養）などの施設に入所し、日常生活の介護や機能訓練を受けるサービスである。自宅にこもりがちな利用者の孤立感の解消や心身機能の維持・回復だけでなく、自宅で介護を担っている家族の負担軽減を目的としている。

最後に、居住系サービスとは、「特定施設」の居住者に対して、住居の提供や食事の用意、洗濯などの生活援助だけでなく、食事や入浴、排泄の介助をはじめとする身体介護やリハビリなどを提供するサービスである。「特定施設入居者生活介護」として1日当たり包括の報酬が施設に支払われる（注1）。

ここで、特定施設とは、有料老人ホーム、養護老人ホーム（注2）、軽費老人ホーム（注3）、サービス付き高齢者向け住宅のうち、設備や人員配置など一定の基準を満たして指定を受けた施設である。介護施設の一つである特養と比較すると、①食費と居住費は施設が自由に設定（特養では政府によって基準額が提示）、②食費と居住費以外にも利用料金や事務費などの負担を求められるケースがある、③おむつや石鹸、シャンプーなど日常生活に必要な費用は全額自己負担（特養では介護保険でカバー）など、特定施設に居住する利用者は特養入所者に比べてより多くの負担が求められているといえよう。

b) 地域密着型サービス

地域密着型サービスとは、地域の実情に応じた介護サービスを柔軟に利用することにより、住み慣れた地域でより長く生活を維持できることを目的として創設された。居宅や施設サービスの事業者は都道府県や政令市・中核市により指定・監督を受けるのに対して、地域密着型サービスの事業者は市町村の

指定・監督を受ける。提供体制は地域単位で基盤整備され、利用者も地域住民に限定される。

地域密着型サービスの内容をみると、通所介護や特定施設入居者生活介護など、従来の居宅サービスと同様のサービスがある一方、夜間対応型の訪問介護や認知症利用者を対象にした通所介護をはじめ、より細かなニーズに応じたサービスが盛り込まれている。

さらに、2012年度からは「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」がスタートした。1日複数回の短時間巡回と突然の通報対応を組み合わせたもので、24時間対応型の介護サービスが施設だけでなく居宅でも受けることが可能になったといえよう。

c) 介護予防サービス

介護予防サービスとは、要介護状態になることを未然に防ぐと同時に、状態の改善を促すために提供されるサービスである。要介護者の増加を少しでも抑制することで、介護保険制度の維持が意図されている。

具体的には、要介護状態とは認められないものの、①社会的支援を必要とする状態として「要支援1」、②生活の一部について部分的に介護を必要とする場合で、介護予防の利用により維持・改善が見込まれる状態として「要支援2」の二つの要支援段階を新たに設け、各段階に認定された者を対象に訪問系サービスや通所系サービス、短期入所サービスなどが提供される。

なお、2017年度以降は、要支援の認定で非該当と評価された者でも、生活機能の低下が認められる場合には、訪問系や通所系の介護予防サービスを利用できるようになった。これは、訪問系と通所系の介護予防サービスの管轄が、介護保険制度から「総合事業」に移ったためである。総合事業とは、高齢者が要介護状態にならないように総合的に支援する事業のことで、訪問系と通所系介護予防サービスの他、ボランティアが配食や見守りを行う生活支援サービス、ケアプランを作成して利用者の状況にあったサービスを組み合わせるケアマネジメントがある。サービスの基準や単価は市町村が独自に設定し、財源は介護保険財政から給付される（ただし、上限あり）。

B. 施設サービス

施設サービスは、介護施設によって提供される24時間体制のサービスである。サービスの内容は介護施設の種類によって異なり、制度創設当初、介護施設の種類は特養、老人保健施設（老健）および介護療養型医療施設（介護療養病床）のいわゆる「介護3施設」であった。その後、介護療養型医療施設の廃止が決まったことを受け、老健の新たな形態として介護療養型老人保健施設（介護療養型老健）と介護医療院が創設された。これら介護施設の機能や特徴を整理すると、以下の通りである（図表2）。

まず、特養とは、在宅生活の継続が困難な、原則要介護度3以上の者に対して身体介護を中心とした介護サービスを提供する施設である。住まいとしての機能もあり、高度な医療ケアが必要な状態でなければ、人生の最期まで住み続けることが可能である。利用者は保険の自己負担として費用の1割（一定以上所得者は2～3割）と食費・居住費を基本的に支払えば良く、特定施設やそれ以外の民間ホームに比べて負担が少ない。このため、特養への入所を希望する者は多く、入居待機者は2016年4月1日時点で36.6万人（要介護度3以上では29.5万人）に達している。

(図表 2) 介護施設の類型

| | 特別養護老人ホーム | 介護療養型老人保健施設 | 老人保健施設 | 介護療養型医療施設 | 介護医療院 | | |
|-----------|--------------|---|-----------------------------|--|----------------|-------------------------|-----------------|
| | | | | | I 型 | II 型 | |
| 概 要 | 要介護者のための生活施設 | 医療の必要性は低いが何らかの医療処置を要する要介護者に対し、医学的管理の下における介護やリハビリを提供し、在宅復帰を目指す施設 | 要介護者に対しリハビリ等を提供し、在宅復帰を目指す施設 | 病院・診療所の病床のうち、長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供するもの | 要介護者の長期療養・生活施設 | | |
| 療養床数(病床数) | 約54万 | 約37万 (2017年10月1日時点の定員数。介護療養病床は病床数) | | 約5万 | 10,346 | 4,098 (2019年6月30日時点) | |
| 施設基準 | 医師 | 健康管理および療養上の指導のための必要な数 | 100対1 (1人以上) | 100対1 (1人以上) | 48対1 (3人以上) | 48対1 (3名以上) | 100対1 (1名以上) |
| | 看護職員 | 3対1 | 6対1 | 3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準) | 6対1 | 6対1 | 6対1 |
| | 介護職員 | | 6対1 | | 6対1 | 5対1 | 6対1 |
| 面積 | 10.65㎡(原則個室) | 8.0㎡ | 8.0㎡ | 6.4㎡ | 8.0㎡ | | |
| 設置期限 | | | | 2023年度末 | | | |

(資料) 厚生労働省「平成30年度介護報酬改定の内容～介護医療院関係～」を一部加筆・修正

次に、老健とは、在宅復帰が見込まれる者に対して、日常的な生活の世話だけでなく、集中的なりハビリも提供する施設である。あくまでも治療が目的で、特養と違って住まいとしての機能はない。平均的な入所期間は3～6カ月で、喀痰吸引や胃ろうなど日常的な医学管理を必要とする者は入所を断られるケースもある。

介護療養型医療施設とは、病状が安定していながら長期の療養を必要とする要介護者を対象に、介護と医療の両方を提供する施設である。介護療養型医療施設は医療機関であるが、そこで提供される介護療養病床には介護保険が適用されることから、介護施設としても位置付けられている。

ところで、この介護療養型医療施設は、2023年度末までに廃止されることが決まっている。この背景には、同施設が他の介護施設に比べて高い報酬を得ているにもかかわらず、本来の機能を果たしていないことがある。すなわち、同施設では、医療の必要がなくなれば退院になるが、在宅で介護する環境を整備できない、家族で介護することが難しいなどの理由により実際には退院が進まず、結果的に医療の必要性が低い要介護者の長期滞在施設としての意味合いが濃くなっていた(注4)。にもかかわらず、同施設には相対的に医師や看護師の配置が他の介護施設に比べて多く、施設の一人当たり報酬も相対的に高いままであった。

そこで、2011年度末までに同施設を廃止することが決まった(その後、廃止期限は2017年度末、さらには2023年度末に延期)。それに代わる受け皿として登場したのが、介護療養型老健と介護医療院である(注5)。

まず、介護療養型老健は2008年5月にスタートした。介護だけでなく在宅復帰を目指してリハビリも提供するが、日常的な医学管理が必要な要介護者を対象にしている点と、ターミナルケアや看取りにも対応している点が老健と異なる。介護療養型医療施設と老健の中間的な位置付けといえる。

もっとも、介護療養型医療施設から介護療養型老健への転換は進まなかった。この要因の一つとして、介護療養型老健は介護療養型医療施設に比べて医師の配置が少なく、一人当たり報酬も2割程度低く設定されたため、介護療養型老健に転換するメリットが小さかったことが指摘されている。

そこで、さらなる受け皿として介護医療院が2018年度に創設された。介護医療院とは、日常的な医療管理を必要とする要介護者を対象に慢性期ケアを提供すると同時に、介護療養型医療施設や介護療養型老健にはなかった住まいとしての機能も提供する施設である。まず、住まいとしての機能については、1床当たり面積が8.0㎡以上と介護療養型医療施設の6.4㎡より広いことに加えて、プライバシーに関してもパーティションなどで個人の空間が確保されるよう配慮がなされている（1床当たり面積については、大規模工事が行われるまでは6.4㎡でも可）。一方、医療提供機能については、重篤な身体疾患や身体合併症を有する認知症を抱えた要介護者を対象にするⅠ型と、容態が比較的安定している要介護者を対象にするⅡ型の2タイプを設け、Ⅰ型では介護療養型医療施設、Ⅱ型では老健相当の人員配置が義務付けられている。また、報酬については、プライバシー確保や1床当たり面積の広さを勘案して、同じ状態の要介護者と比べると介護療養型医療施設より1日当たり25点高い点数が設定されている（ただし、1床当たり面積など介護医療院の基準を満たさない場合は25点減点）。

なお、介護施設については、介護サービスの給付以外にも、食事や居住に係る給付も存在する。いわゆる「補足給付」（特定施設入所者生活介護サービス費）である。

介護施設入所時の食費と居住費に関して、制度創設当初は介護保険から給付されていたが、2005年10月以降、食費については食材料費と調理費相当、居住費については光熱水費（および室料）が原則自己負担になった。具体的には、標準的な一般家計が負担する食費と居住費を「基準費用額」とし、入所者はこれを基準に食費と居住費を各施設に支払う。ただし、市町村民税非課税の入所者については、所得段階に応じた負担限度額が設定されている。低所得者の負担増を回避するため、基準費用額との差額が補足給付として介護保険から支給されているわけである（図表3）。

(図表3) 食費と居住費の基準費用額と利用者負担

(円/日)

| | 食費 | 居住費 | | | | | | |
|-------|-------|----------------|-----------------|----------------|--------------|----------------|--------------|------------|
| | | ユニット型 個室 | ユニット型 個室的多床室 | 従来型個室 | | 多床室 | | |
| | | | | 特養 | 老健他 | 特養 | 老健他 | |
| 基準費用額 | 1,380 | 1,970 | 1,640 | 1,150 | 1,640 | 840 | 370 | |
| 利用者負担 | 第3段階 | 650 (730) | 1,310 (660) | 1,310 (330) | 820 (330) | 1,310 (330) | 370 (470) | 370 (0) |
| | 第2段階 | 390 (990) | 820 (1,150) | 490 (1,150) | 420 (730) | 490 (1,150) | 370 (470) | 370 (0) |
| | 第1段階 | 300 (1,080) | 820 (1,150) | 490 (1,150) | 320 (830) | 490 (1,150) | 0 (840) | 0 (370) |

差額が「補足給付」

(資料) 厚生労働省資料

(注1) 老健他は、老健、介護療養型医療施設および介護医療院。

(注2) 下段()内は基準費用額との差。

補足給付対象者の基準は課税の有無だけであったが、2015年8月以降、資産要件が加わるようになった。具体的には、単身で1,000万円、夫婦で2,000万円を超える預貯金や有価証券などを有する場合、補足給付の対象から外れる（ただし、あくまで本人の申告に基づく）。

(2) 施設給付の問題点

以上の通り、介護保険制度で提供されるサービスは、利用者のニーズに応じて内容の拡充・多様化や再編が進められてきた。もっとも、問題もある。

そもそもわが国の介護保険制度は、「施設から居宅へ」をスローガンに居宅重視の取り組みが展開されてきた。居宅は施設サービスに比べてコストが相対的に低いという経済的な要因に加えて、住み慣れた自宅で生活を続けたいという利用者本人の希望に応えるためである。ところが、近年、居宅重視というこれまでの路線に反する動きがみられる。

一つは、特養の供給量の拡大である。介護施設の定員増は地域の65歳以上保険料の引き上げに直結することから、介護施設の定員数については規制があった（注6）。もっとも、2012年度にこの規制が撤廃になったことに続いて、2015年11月には「1億総活躍社会」実現に向けた緊急対策として、特養や軽費老人ホームなどの受け入れ数を38万人分引き上げる方針が打ち出された。介護離職をゼロにすることで労働力の確保を図るというものであるが、介護離職に歯止めがかからない場合、さらなる上乘せが求められる可能性は否定できない。

もう一つは、介護医療院の創設である。介護と医療だけでなく住まいとしての機能も提供する介護医療院は、いわば「医療付き特養」ともいえる。そもそも特養への入所を希望する者は多く、現在でも多数の入所待機者が存在することに加えて、今後、高齢化が進むもとで医学的管理を必要とする要介護者が多数出現することを考えると、介護医療院についても特養と同様に入所希望が殺到する可能性は否定できない。

こうした居宅重視に反するともいえる動きは、制度の持続可能性の観点から評価すると望ましいものであろうか。仮に、現行の施設サービスに問題があり、何らかの弊害が生じている場合、施設供給の拡大はその弊害をさらに拡大し、制度の存続を危うくする懸念は否定できない。

そこで、現行の施設サービスの問題点や将来懸念される点を整理すると、以下の通りである。

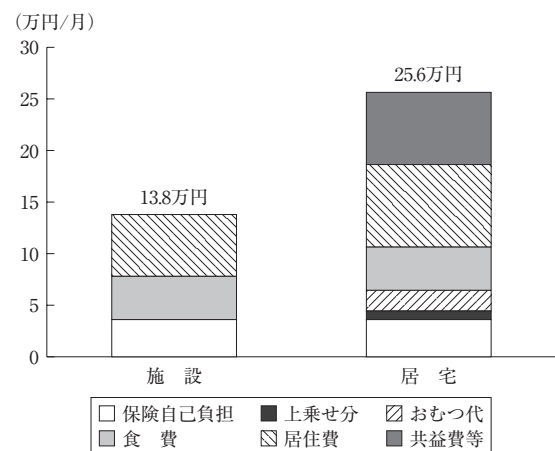
A. 施設と居宅の利用者負担の不公平

第1は、施設サービス利用者と居宅サービス利用者間で自己負担に格差があることである。

仮に、要介護度5の重度要介護者が施設に入所する場合と同程度の介護サービスを居宅で受ける場合、サービスの上乗せが必至であることに加えて、特養では支給されるおむつ代に加えて、食費や家賃（持家の場合は固定資産税）などを負担する必要がある。ひと月の支出は、高額介護サービス費を利用して25.6万円になる（図表4）。

一方、同じ要介護度5で施設入所者の支出は、1割の自己負担（一定以上所得者は2～3割）と食費・居住費で月13.8万円と、居宅利用者の半分

（図表4）施設と居宅利用者の利用者負担
（要介護度5のケース）



（資料）日本総合研究所作成

（注）在宅で利用する居宅サービスは、以下の5つを想定。定期巡回・随時対応型訪問介護看護、訪問入浴介護（週2回）、通所介護（週2回）、訪問看護および福祉用具貸与。

程度で済む。ちなみに、これは最もレベルの高い個室を利用する場合である。仮に多床室を利用する場合には、月9.3万円とさらに格差が拡大することになる。

こうした不公平な利用者負担が、要介護者の根強い施設志向の温床となっている可能性は否定できない。

B. 補足給付による弊害

第2は、補足給付によって生じる弊害である。具体的には、施設と居宅の利用者負担の不公平がさらに拡大することに加えて、保険方式の原理である明確な受益・負担関係が歪められることになる。

まず、利用者負担の格差についてみると、そもそも食費・居住費が自己負担になったのは、これらを自分で負担している居宅介護利用者との負担の公平性を図るためであった。食費・居住費は施設で生活することの対価であり、いわば下宿代ともいえる。施設入所者が下宿代を支払うことで、居宅利用者の不公平感の緩和が期待されたといえよう。

もっとも、補足給付という食費・居住費負担を軽減する仕組みが導入されたことにより、低所得者については負担の不公平性がさらに拡大することになった。

一方、保険原理の歪みについては、補足給付の本質をみれば明らかである。

補足給付は、低所得者に対する食費・居住費の補填である。食費・居住費は人間が生存するうえで必要不可欠な食と住に関するコストであると考ええると、補足給付は、国が国民に対して最低限度の生活を保障する「生活保護」のもとで行われるべきサービスである。当然ながら、金融資産だけでなく、土地家屋などの不動産資産や扶養義務者の経済状況などを調査し、必要が認められた場合にのみ給付が認められることになる。

一方、介護保険制度は、要介護状態になるというリスクを国民（正確には40歳以上）がシェアする保険制度である。すなわち、加入者が保険料を拠出し合い、そこから要介護状態になった者に対して必要な介護サービスを給付することが本分である。利用者は要介護状態になった場合に権利として介護サービスを受け、資産調査を受ける義務も必要もない。

このようにみると、補足給付は、施設・居宅間の利用者負担の公平性という観点からも問題があるだけでなく、介護保険制度の本分そのものにも矛盾するものといえよう。

ちなみに、特養では入所者の約6割、老健と介護療養型医療施設では約4割が補足給付を受けており、その給付額は2016年度で3,300億円であった。保険給付全体9.2兆円に占める割合は3.6%と小さいが、今後、相次ぐ値上げを背景とする食費の上昇圧力や、介護療養型医療施設から介護医療院への転換に伴う居住費のアップ（原則個室の介護医療院は約9割が多床室の介護療養型医療施設に比べて居住費が平均的に高く、補足給付の額も多くなる）、などを考えると、今後も引き続き増加することが見込まれる。

C. 介護給付費の押し上げ

第3は、介護給付費の押し上げである。

前述の通り、政府は特養をはじめとする介護施設の供給増を打ち出すとともに、住まいとしての機能も有する介護医療院という新たな介護施設を創設した。施設の供給増は入所を希望する要介護者にとっ

て望ましいかもしれないが、一方で、コストの側面からみると、介護費用だけでなく、入所者に対する食費・居住費の補填である補足給付の増加につながる。仮に、介護サービスの利用状況が現在と変わらず、施設についても供給の増加が続く場合、介護給付費は2016年度の9.2兆円から2025年度には14.0兆円、2050年度には27.4兆円になる見通しである。

このようなコストを負担し続けることは可能であろうか。65歳以上の一人当たり保険料をみると、現在の月5,869円から2025年度には8,400円、2050年度には19,400円と3倍以上の水準に達すると試算される。介護だけでなく年々上昇する医療の保険料も支払う必要がある一方で、今後、年金支給水準の大幅な引き上げは期待薄であることを考えると、高齢者の保険料の負担能力は近い将来限界を迎える可能性は否定できない。

D. 生活環境への配慮不足

さらに、生活環境（アメニティ）への配慮が不足している点が指摘される。

入院的要素の強い老健や介護療養型医療施設では、リハビリや医学的ケアの提供が重要であることに加えて、入所期間も基本的に3～6カ月と短期なので、プライバシーの尊重をはじめとするアメニティの確保は後回しになる側面は否定できない。

もっとも、生活の場でもある特養と介護医療院については、アメニティ面において個人を尊重する配慮が必要ではなからうか。

例えば、1日の大半を過ごす部屋の環境を特養についてみると、入所前の生活を入所後も送ることができるよう配慮されているユニット型個室を利用するのは入所者の4割弱に過ぎず、4割以上は四人部屋である。ここで、ユニット型個室とは、10人程度で一つのユニットを形成し、居間や食堂として利用される共同生活室を各人の個室が囲む部屋のタイプであり、イメージとしてはシェアハウスに近い。ちなみに、特養の部屋タイプには、それ以外に多床室と従来型個室がある。多床室とは、1部屋をカーテンなどの仕切りで複数人が利用するタイプであり、相部屋のイメージである。また、従来型個室とは、ユニットを形成しない個室であり、独身寮のイメージに近い。政府は多床室からユニット型への転換を奨励しているものの、ユニット型への転換は施設にとってコストになるだけでなく、利用者にとっても負担増につながるため、転換はあまり進んでいない状況にある。

また、1床当たり面積は10.65㎡以上と老健の8.0㎡より広いものの、これは収納部分を含むベースであり、収納部分を除くと4.95㎡以上である。このため、入所時の持ち込み荷物を段ボールひと箱に制限する施設もあるとのことである。

さらに、洗面設備とトイレについては、多床室は居室のある各階ごとに設置される。ユニット型でも居室ごとに設置される必要はなく、ユニット単位での設置も可能である。

このように、特養の生活環境は快適とは言い難い側面がある。特養は相対的に安い費用で期限なしで入所できるので、入所前と同じ生活を期待するのは贅沢との指摘もあろう。もっとも、特養は終の棲家としての機能もある。個人差はあるものの、入所期間は平均4年にもわたる。人生最期の時間を自分らしく過ごすことは人間としての権利ではなからうか。

- (注1) 報酬が1日当たり包括なのは介護施設も同じである。もっとも、介護保険上、特定施設は介護施設ではなく居宅として扱われるので、施設サービスではなく居宅サービスに分類される。
- (注2) 養護老人ホームとは、介護の必要度に関係なく、家族や住居などの生活環境や経済的に問題のある65歳以上高齢者を養護する施設である。市区町村が入所の可否を決定する措置制度の一つである。
- (注3) 軽費老人ホームとは、生活環境や経済的な理由により自立した生活が困難な60歳以上の生活を支援する施設である。食事提供の有無や介護サービスの有無によって3種類に分けられ、入居時に初期費用(保証金)を求められるケースもある。
- (注4) ちなみに、2017年の65歳以上入院患者の平均在院日数をみると、全病院平均の37.6日に対し、介護療養型医療施設では397.2日と10倍超の長さである。
- (注5) 新たな受け皿を創設した背景には、介護療養型医療施設の入所者は日常的な医学管理を必要とするものの、老健ではこのような状態の要介護者を受け入れることが困難であったという事情がある。
- (注6) 介護施設と特定施設の利用者数を要介護度2以上の人数の37%以下に抑えるという内容。

3. 海外における取り組み

以上みてきた通り、わが国の施設給付には問題が多く、将来的にも保険財政を大きく圧迫することが見込まれる。制度の持続可能性を確保するためには、居宅重視というこれまでの基本方針を維持する一方で、施設給付の在り方を見直す必要があると考える。

そこで、海外をみると、例えばドイツでは、利用者負担において施設入所が決して経済的に有利でない一方、居宅サービスの魅力を高めることで、結果的に居宅中心の介護サービスが実現している。また、デンマークでは、介護施設中心だった高齢者福祉政策を抜本的に変えることで、高齢者の人間としての尊厳を取り戻す取り組みが展開されている。

そこで、ドイツとデンマークの状況をみると、以下の通りである。

(1) ドイツ

ドイツの介護保険制度は1994年4月に創設され、1995年4月から在宅サービス、1996年7月から施設サービスの給付が始まった。

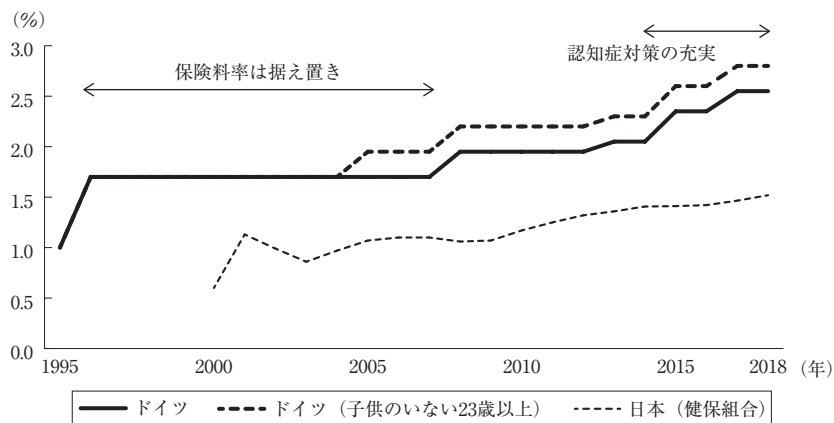
ドイツの制度は、わが国が介護保険制度を創設する際に手本にした経緯がある。このため、制度の骨格は基本的にわが国と同じである。具体的には、①保険料を財源とする保険方式、②介護給付を受けるには保険者による要介護認定が必要、③要介護度は複数段階あり、各段階に給付上限が設定。給付を上回る部分は全額自己負担、④給付内容は在宅(わが国の居宅)と施設の大きく2種類、である。

一方、違いもある。①同じ保険方式ではあるものの、ドイツでは財源は全額保険料、わが国では保険料と税が半々、②ドイツでは要介護者と被保険者に年齢制限がないのに対し、わが国では要介護者は原則65歳以上、被保険者は40歳以上、などである。

なかでも最大の違いとして、介護給付の位置付けが指摘される。わが国では必要な介護をすべて保険でカバーするという「全部保険」の発想に基づく一方、ドイツでは保険でカバーするのは費用の6割程度という「部分保険」に基づく。制度の運営において自助の役割が明確に組み込まれているわけである。このため、要介護認定の基準や保険からの給付水準はわが国に比べて厳しく設定されている。年々保険料率が引き上げられるわが国と違って、1996年から2007年まで料率が1.7%に据え置かれた背景には、こうした給付に対する厳しい姿勢があるといえよう(注7、図表5)。

また、自助の一環として、ドイツでは家族による介護も重要な介護サービスの一つとして位置付けら

(図表5) ドイツとわが国の介護保険料率の推移



(資料) 日本総合研究所作成
(注) 企業負担分を含む。

れており、家族介護に対する手当として現金給付が行われている。家族を介護に縛り付けるとの理由で現金給付が見送られたわが国とは対照的である。

要介護認定と給付水限、現金給付についてみると、以下の通りである。

A. 要介護認定

まず、要介護認定については、わが国と同様に介護に必要な時間を基準に設定されており、制度創設当初は3段階であった。最も軽いランクは、わが国の要介護度3に相当する。

その後、認知症のケースでは要介護度が軽く認定される傾向があるとの批判を受け、認知症の程度を考慮に入れた5段階の新しい要介護認定が2017年から始まっている。

B. 給付水準

給付水限については、2017年に大幅に引き上げられたものの、わが国に比べれば総じて低い。要介護度の評価基準は一致しないことを承知であえて比較すると、わが国の半分から3分の2の水準である(図表6)。

(図表6) ドイツの介護保険制度の給付限度額

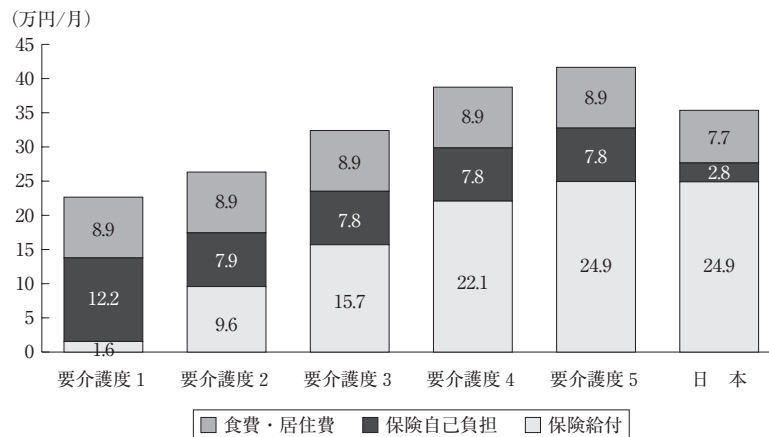
(ユーロ、円/月)

| | | 要介護度 | | | | |
|------------|------|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 居宅 | 現物給付 | — | 689 (85,694) | 1,298 (161,438) | 1,612 (200,491) | 1,995 (248,127) |
| | 現金給付 | — | 316 (39,302) | 545 (67,784) | 728 (90,544) | 901 (112,061) |
| 施設 | | 125 (15,547) | 770 (95,768) | 1,262 (156,960) | 1,775 (220,764) | 2,005 (249,370) |
| 〈参考〉 日本 | | 165,800 | 194,800 | 267,500 | 306,000 | 358,300 |

(資料) BMGホームページより日本総合研究所作成
(注1) 下段()内は円換算した金額(1€=124.4円、2019年1月平均値)。
(注2) ドイツと日本の要介護度の評価基準は一致しない。

そこで、ドイツの施設入所者の利用者負担をみるため、保険給付と自己負担、食費・居住費を併せた金額を要介護度別に計算するとともに、最も重度な要介護者についてわが国の特養入所者（従来型個室）と比較してみた（図表7）。

（図表7）ドイツとわが国の施設入所に係る費用



（資料）Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik より日本総合研究所作成
 （注1）日本は要介護度5の特養入所者で従来型個室を利用。
 （注2）日本はユーロ換算した金額（1€=124.4円、2019年1月平均値）。

まず、介護費用については、わが国と同様に1日当たりの金額が要介護度別に設定されており、1日当たり36.41ユーロ（4,529円、注8）から86.62ユーロ（10,776円）である（2017年、全国平均、注9）。月当たりの費用をわが国と比べると（図中の保険給付と保険自己負担の合計）、要介護度4以上でわが国の要介護度5を上回っており、同じ要介護度5で比べると、ドイツの方がわが国より5万円高い。

一方、保険給付に係る自己負担は、要介護度1以外で月当たりおおむね8万円弱である。自己負担の比率は要介護度5で最も低く、24%である。ちなみに、わが国の自己負担は2.8万円、自己負担の割合は1割である。

最後に、ドイツの食費・居住費は1日当たり23.5ユーロ（2017年、全国平均、注10）、1カ月では日本円で8.9万円となる。わが国は7.7万円なので、ドイツの方が1万円多い。

以上を踏まえると、ドイツの施設入所者の利用者負担は、食費・居住費を併せると16万円超である。一方、わが国は10万円程度であり、補足給付が適用される場合にはさらに低くなる。ドイツでは医療の自己負担は外来で基本的にゼロであることに加えて、現物給付を選択した場合にはサービスの利用程度によって自己負担をコントロールすることができることを考えると、施設入所はかなり高額なサービスであるといえよう。

ちなみに、ドイツでも食費・居住費は原則自己負担である。負担できない場合、生活扶助から支給を受けることになり、その際には保有資産の売却を求められたり、扶養義務者への費用請求が行われたりする。

C. 現金給付

さらに、ドイツでは現物だけでなく現金給付が認められている。介護者に対する手当という意味で「介護手当」と称されるが、用途に関して規定はない。必要な基礎介護と家事援助が確保されていることが受給の要件であり、現物給付との組み合わせも可能である。

現金給付の水準は、現物の半分程度である。にもかかわらず、2018年で利用者の48.3%が現金給付を、13.8%が組み合わせ給付を選択している。

このように、ドイツでは介護保険の給付要件が相対的に厳しく、施設入所にはかなりの利用者負担が必要になる一方、居宅サービスでは現金給付や組み合わせ給付など、多様なメニューが用意されている。ドイツには施設の定員数を制限する規制がないにもかかわらず、施設を選択する者の割合が20数%台にとどまっている背景には、こうした対策が結果的に利用者の施設志向に歯止めをかけていることがあるといえよう。

(2) デンマーク

デンマークの高齢者福祉の最大の特徴は、「脱施設」である。1988年に介護施設の新規建設が禁止された一方、それに代わる受け皿として高齢者住宅の建設が促進されている。施設脱却に至った背景と新しい高齢者福祉政策を整理すると、以下の通りである。なお、同国の高齢者福祉は税を財源に運営されており、責任主体は市（コムーネ）である。

A. 脱施設に至った背景

1960年代、救貧院や養老院の流れをくむ介護施設（プライエム）が急ピッチで建設されるなど、デンマークでは介護施設を中心に高齢者福祉が展開されてきた。1980年代末にはプライエムの供給は65歳以上人口の7%に達していた。

もともと、すでに1970年代には施設中心の政策の問題点が指摘されていた。一つは、財政問題である。プライエムの建設はコムーネ財政を大きく圧迫し、この傾向はオイルショックを契機に経済が失速するもとで一段と深刻化した。もう一つは、施設サービスに内包する問題である。すなわち、施設における集団的な処遇は、入所者の生活環境のレベルを引き下げることになる。また、高齢者を介護の対象として全面的にサポートする施設介護では、高齢者の自己決定能力を奪うだけでなく、かえって状態を悪化させる可能性がある。

そこで、1979年に高齢者福祉の在り方を議論する超党派の「高齢者政策委員会」が福祉省に設置された。これまでの施設中心のケアでは居住とケアがセットなので、プライエムに入所しなければケアを受けることができない。しかし、居住とケアはサービスの種類が違うことを踏まえると、両者は分離されるべきであり、サービスは住む場所でなくニーズによって決定されるべきである、という問題意識のもと、同委員会では住居が最重要課題として取り上げられた。

こうした議論の根底にあるのが、1982年に同委員会により公表された「高齢者福祉の3原則」である。委員長の名前をとって「アナセンの3原則」とも呼ばれる。高齢者福祉政策の基本理念を整理したもの

で、具体的には、①自己決定（高齢者自身の自己決定を尊重）、②生活の継続性（これまでの生活と断絶せず継続性を持って暮らす）、③残存能力の活用（今ある能力に着目して自立を支援する）、から成る。

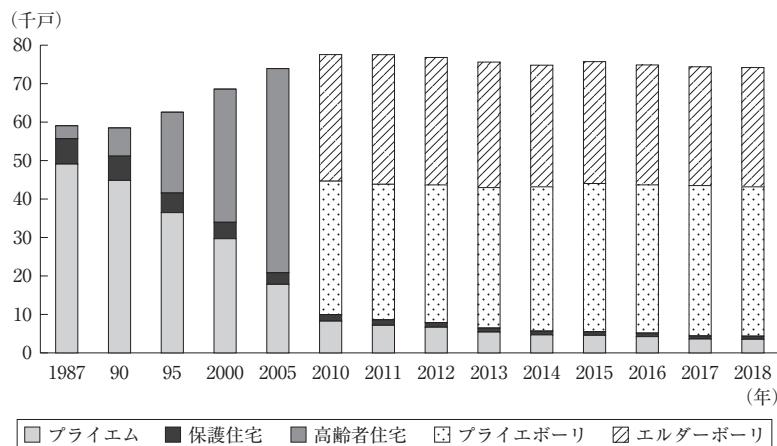
B. 新しい高齢者福祉政策

委員会での議論を踏まえ、新しい高齢者福祉政策が相次いで実施された。その代表が1988年1月以降のプライエムの新規建設の禁止である。これにより、高齢者福祉の中心は施設から住宅に移ることになり、併せて様々な対策が講じられた。具体的には、以下の通りである。

第1は、高齢者住宅の充実である。

プライエムの代わりとなる高齢者住宅には、24時間職員が滞在するプライエボーリと、一般的な高齢者住宅であるエルダーボーリの大きく2種類がある。供給責任はコムーネにあるが、賃貸契約や家賃の徴収などは、コムーネと協定を締結した非営利団体によって行われる。高齢者住宅（および施設）の供給状況をみると、それまで主流であったプライエムが1987年の4.9万戸から2018年には3.5千戸に大きく減少する一方、高齢者住宅は3.4千戸から7.0万戸に20倍以上に増えている（図表8）。今や、高齢者の住まいの52.4%がプライエボーリ、41.8%がエルダーボーリである。

（図表8）デンマークにおける高齢者向け住宅の供給数の推移



（資料）Danmarks Statistik より日本総合研究所作成

（注）プライエボーリとエルダーボーリは高齢者対象のみで障害者対象は除く。

これら高齢者住宅の建築基準は「高齢者・障害者住宅法」（1987年）で規定されており、具体的には、①床面積67㎡以下、②車いす対応、③2階以上にはエレベーター、④各戸にバス・トイレ・キッチン、上下水道、⑤歩行障害者でもアクセス可能、などである。プライエムに比べて居住環境の改善が図られているといえよう（注11）。

なお、高齢者住宅の入居者が介護サービスを受ける場合、ケアと住居の分離という基本理念に基づき、外部からサービスを利用することになる。プライエボーリでは職員が常駐しているが、彼らによるサービス提供は夜間や深夜に限定されるとのことである。

第2は、24時間在宅ケアの拡充である。

介護サービスの提供はコムーネの責任のもとで整備されており、24時間在宅ケアについては1980年代以降全国的に供給が推進されている。現在ではほぼすべてのコムーネで24時間在宅ケアが確保されているとのことである。

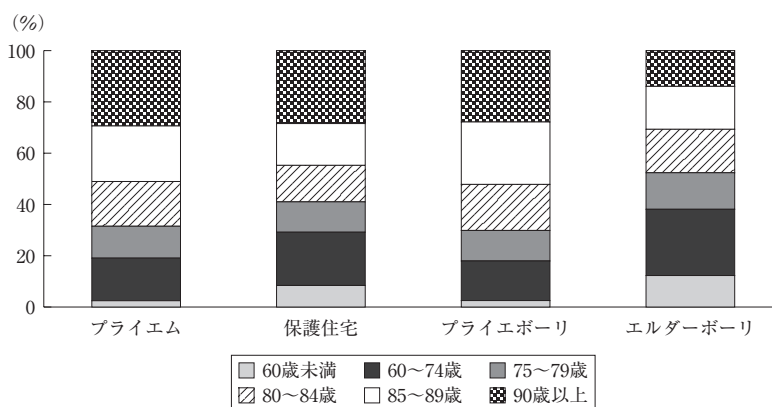
具体的には、日中、夜間、深夜の3交代制で専門の職員が各住居を訪問し、必要な看護、介護および家事援助サービスが効率的に提供される。なお、サービスの利用にはコムーネによる認定が必要であり、料金は基本的に無料であるが、利用者負担を導入することが検討されている模様である。

第3は、「早めの引っ越し」の奨励である。

不自由な住宅に住むことで心身状態の悪化や社会的孤立を招くより、自立した生活を支援するとともに、社会的交流を促進する住宅に移ることで、最期まで自分らしく健康に暮らす方が望ましいというスローガンである。

一般的な高齢者住宅であるエルダーボリーの入居者数を年齢階級別にみると、60歳未満が全体の12.3%、60～74歳が25.8%を占めている（図表9）。また、プライエボリーでも15.5%、プライエムでも16.6%が60～74歳である。早めの引っ越しが定着しつつあるといえよう。

（図表9）デンマークにおける高齢者住宅の年齢階級別加入割合



（資料）Danmarks Statistikより日本総合研究所作成

こうした新しい高齢者福祉政策は、自己選択や生活の継続性を保障するという点で、施設介護に内包する問題について解決の方向性を示したと評価されよう。

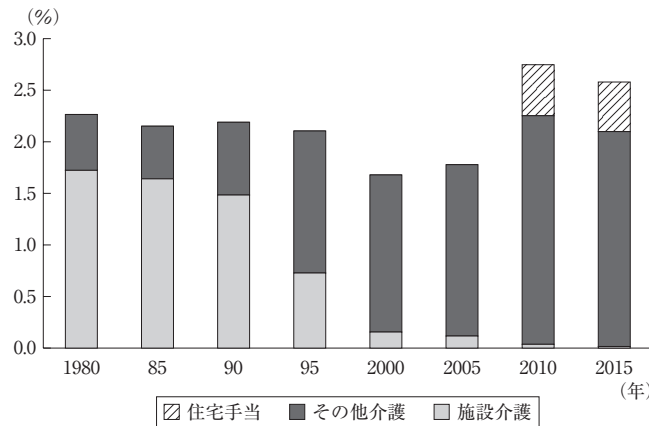
一方、脱施設に舵を切ったもう一つの要因であるコストについてはどうだろうか。高齢者に対する公的支出を対GDP比で見ると、介護施設が1980年代以降大きく縮小する一方、それを上回る規模で訪問介護などのその他介護が増加している。

また、住宅中心の政策への転換に伴い、住宅扶助の増加も見込まれる。高齢者住宅に入居する高齢者は家賃を支払うことになるが、支払い能力が不足する場合には、資産調査を受けたうえで住宅扶助が支払われるためである（注12）。

高齢者に対する住宅扶助のデータは2010年以降しか入手できないので単純な比較はできないが、1980年は住宅扶助を含まないベースで2.3%、2015年は住宅扶助を含むベースで2.6%とわずかに増えている

(図表10)。もっとも、この間65歳以上人口が73.5万人から105.1万人に1.4倍増えたことに加えて、わが国では2000年度から2016年度の17年間で介護給付費の対GDP比が0.6%から1.6%へと倍以上に膨らんでいることを考えると、施設中心介護からの脱却はコスト抑制にある程度効果を上げていると判断することができよう。

(図表10) デンマークにおける高齢者向け公的支出対GDP比の推移



(資料) OECD Social Expenditureより日本総合研究所作成

(3) 小 括

以上を要すると、ドイツの介護保険制度では、共助だけでなく自助の概念を制度に明確に組み込むことで、コストが膨らみにくい財政構造が実現している。加えて、施設入所者に相応な負担を求める一方、現金給付を導入して居宅サービスの魅力を高めることで利用者の施設偏重に歯止めをかけ、結果として在宅重視という基本方針が守られている。

一方、デンマークでは、高齢者福祉政策で脱施設が断行された。高齢者住宅の拡充、24時間ケア体制の確保に加えて早めの引っ越しを促すことで、高齢者の自己選択や生活の継続、残存能力の活用という、高齢者福祉の3原則の実現が図られている。こうした脱施設の動きはスウェーデンやイギリスでも進んでおり、今後世界的な潮流となる可能性があるといえよう(注13)。

翻ってわが国の介護保険制度をみると、財源の半分が税であることに加えて、食費・居住費にまで政策配慮が施されるなど、公助と共助がメインの構造になっている。また、居宅と施設の利用者負担の格差を背景に、利用者の施設志向は相変わらず根強い。

高齢者の状況についても、とくに施設入所者について自己決定や生活の継続性が保障されているとは判断しがたく、困った人に手を差し伸べることが美德といった国民文化が、かえって要介護者の自己決定能力や身体機能を弱めている可能性は否定できない。

(注7) ただし、近年は認知症対策を充実するために引き上げが続いている。

(注8) 換算レートは1ユーロ124.4円(2019年1月平均値)。

(注9) 州によって異なり、例えば要介護度5では、ベルリンの97.35ユーロからテューリンゲンの74.74ユーロまで1.3倍の開きがある。

-
- (注10) 食費・居住費も州によって異なっており、ノルトライン=ヴェストファーレンの31.89ユーロからザクセンの17.17ユーロまで2倍近い格差がある。
- (注11) 高齢者・障害者住宅法は1997年に「公営住宅法」に統合された。この法律は国の住宅政策の根幹であり、家族住宅や若者住宅と同じ普遍的な住宅として高齢者住宅が位置付けられることになった。住居面積の基準についても110㎡以下に拡大された。
- (注12) 高齢者住宅への入居は、コムーネから委託を受けた非営利団体との契約に基づく。家賃も住宅によって異なり、一般的なブライエボーリの場合、月平均7,000～8,000デンマーククローネ（12万～14万円）とのことである（熊坂 [2017]）。不足する場合には、資力調査を受けたうえで家賃扶助が支払われることになる。高齢者向けのデータは2010年以降しか入手できないが、住宅手当全体では、1980年の0.4%から2015年の0.7%と、25年間でほぼ倍増している。
- (注13) 例えば、スウェーデンでは1992年のエーデル改革により、老人ホームやナーシングセンター、グループホームをはじめとする施設が「特別な住宅」という概念に統合された。供給責任を持つ市によって入居が決定されるという意味で一般の住宅と異なるが、施設ではなく住宅とすることで、居住環境の改善や生活の継続性の確保がもたらされた（奥村 [2008]）。

4. 政策提言

以上を踏まえて、わが国介護保険制度の見直しに必要な視点を施設介護中心に考察すると、以下の通りである。

(1) 施設給付の在り方の再検討

第1は、施設給付の在り方の再検討である。具体的には、補足給付の廃止と利用者負担の見直しの二つである。

まず、補足給付についてみると、介護でないにもかかわらず保険から給付されるサービスとして、この他にも介護予防と居宅の訪問系サービスである生活援助がある。介護予防については、状態の悪化を防止する効果が実証研究などで認められており、要介護状態になることを阻止することで将来の介護給付を抑制することが期待される。また、生活援助については、自立した生活を支援するという意味で介護保険制度との関連付けが可能である。ドイツでも身体介護の他に家事援助が認められている。

一方、補足給付は、介護とは全く関係がないことに加えて、サービスの本質は最低限の生活を保障する生活保護である。さらに、保険制度に措置的要素が混入することにより、受益・負担関係の明確化という保険制度の本来の趣旨が歪められている。

このようにみると、補足給付は早急に介護保険から切り離し、生活保護に切り替えるべきと考える。

次に、施設利用者の負担については、サービス内容に比べて相対的に割安な利用者負担が根強い施設志向の温床となっている可能性は否定できない。食費・居住費だけでなく、同じ内容のサービスを利用した場合には居宅・施設に関係なく利用者負担が同じになるような負担構造にし、施設・居宅間の利用者負担の格差を是正すべきである。

具体的には、施設利用者の自己負担を原則1割から2割に引き上げる（一定以上所得者については2～3割で据え置き）一方で、実質的な利用者負担の上限である高額介護サービス費についても設定額を引き上げる案が考えられる。

現在、医療では、市販薬で対応可能な風邪薬やシップなどについて自己負担の引き上げが提案されていることを踏まえると、介護についてもサービスの内容によって自己負担を変えることは不自然ではない。介護利用者の実質的な負担を重くすることで、利用者の施設偏重に歯止めをかけるとともに、利用者負担の格差是正が期待されるといえよう（注14）。

(2) 高齢者住宅政策の充実

第2は、高齢者住宅政策の充実である。

介護施設、とくに特養の供給増は、施設入所を希望する要介護者や家族の意向、介護離職解消などの観点から正当化されるとしても、コスト負担の裏付けがなければ画餅に終わる。また、現在のニーズに応じて増設しても、高齢者数が減少に転じる2040年度以降、特養が過剰供給になる可能性は否定できない。各戸に水回りが整備されていないので再利用にも限界がある。さらに、高齢者のプライバシーや個性が尊重されにくい集団での生活は、高齢者の自己決定能力や身体機能の低下を招き、ひいてはアイデンティティが失われる懸念も残る。

このようにみると、脱施設は無理にしても、高齢者住宅政策の充実によって特養の供給増に歯止めをかける視点が求められよう。

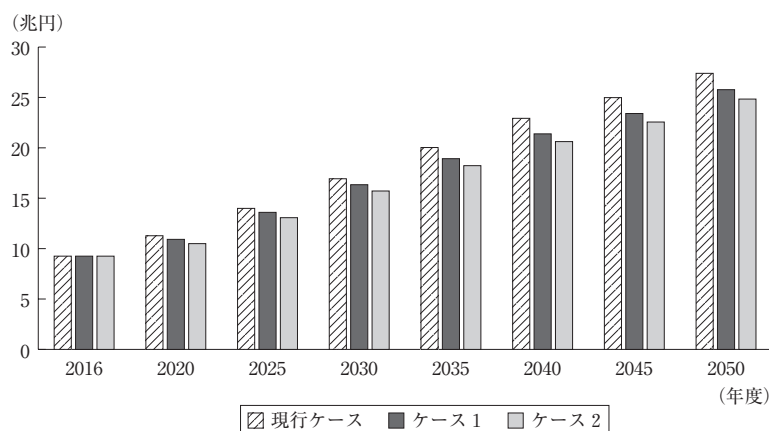
現在でも、自宅で定期巡回・随時対応型サービスを利用することで対応しているケースもある。もっとも、とくに築年数が経過した住宅では、バリアフリーではないのが一般的であるうえ、トイレや風呂、廊下でも車いすでの利用可能な十分な広さが確保できていない状況にある。

見守りや安否確認、バリアフリーの確保など、高齢者が安心して生活できる住居としてサービス付き高齢者向け住宅の供給が進んでいる。要介護度の軽い高齢者では現在のサービス付き高齢者向け住宅でも居住可能であるが、今後、重度の要介護者の増加が見込まれることを考えると、どのような状態の高齢者でも入居が可能な、様々なタイプの高齢者住宅の整備が今後の課題といえよう。

ちなみに、仮に特養の増設を38万床で歯止めをかけ、それ以上のニーズはサ高住や有料老人ホームなどの特定施設で対応し（補足給付は廃止）、施設給付から居宅の居住系サービスである特定施設入所者生活介護に切り替える場合、施設給付は2050年度で25.7兆円と、現状を維持した場合の27.4兆円に比べて約6%減少する（図表11）。

また、施設入所者に限って自己負担を原則2割に引き上げ（一定以上所得者については2～3割で据

(図表11) 介護給付費の将来推計



(資料) 日本総合研究所作成

(注) 各ケースの具体的な内容は以下の通り。

ケース1：特養の増設を38万床にとどめ、残りのニーズは特定施設で対応。

ケース2：ケース1に加えて、施設入所者の自己負担を原則2割に引き上げ。

え置き)、高額介護サービス費の上限もその分引き上げた場合、2050年度の介護給付費は24.8兆円と現状ケースに比べて約1割減少する。

さらに、特定施設入居者生活介護の代わりに、定期巡回・随時対応型訪問介護看護などを柱とする訪問系サービスに切り替えた場合、コスト抑制効果は一段と高まることが見込まれる。

このようにみると、ケアと居住の分離は、入所者の生活環境やアイデンティティの尊厳だけでなく、コスト抑制の観点からも進められるべきといえよう。

(3) 現金給付導入の再検討

第3は、現金給付導入の再検討である。

介護保険制度導入時、現金給付については介護者を介護に縛り付ける、多数の要介護者に選択された場合には財政を圧迫する、などの理由で見送られた経緯がある。

しかるに、ドイツのように介護環境が整備されている場合にのみ現金給付を認めることにすれば、必ずしも縛り付けることにはつながらない。また、財政への影響についても、給付水準を現物に比べて低く設定することで対応可能である。

加えて、ドイツでは、介護期間中の年金保険料は介護保険の保険者によって肩代わりされる(注15)。わが国では介護保険制度が導入されて以降も変わらず年間10万人の介護離職者が存在しており、彼らは離職と同時に、これまで企業が負担していた分を含めて保険料の全額を自分で支払うことになる。居宅サービスの多様化だけでなく、介護者の社会的地位の観点からも、現金給付の導入を再検討する段階に来ているのではなかろうか。

最後に、わが国の介護保険制度はすでに第3の社会保障制度として国民生活に定着しており、将来の高齢者も利用できるように制度を維持していく責務が政府にはある。現行の枠組みを維持したままでは、負担面からみて制度の持続可能性が低いことは明らかである。本稿では施設給付を中心に見直しの方向性を提示したが、全部保険から部分保険への切り替えを含め、介護給付の在り方をゼロベースで検討することが求められる。

(注14) もちろん、居宅サービスについても、要介護者が利用したくなるよう魅力度を高める対策が求められる。

(注15) ただし、週最低14時間以上介護をしている、介護のために所得活動が週30時間未満に制限される、介護の対価として受け取る報酬は要介護者が受け取る現金給付の範囲内、などの条件がある。

(2019. 9. 5)

参考文献

- [1] 医療経済研究機構 [2007]. 「諸外国における介護施設の機能分化に関する調査報告」
- [2] 奥村芳孝 [2008]. 「スウェーデンの高齢者住宅とケア政策」 海外社会保障研究, No.164, pp.26-38.
- [3] 熊坂聡 [2017]. 「デンマーク・プライエボーリ(介護住宅)に対する聞き取り調査結果(1)～プ

ライエムからプライエボリーへの移行と介護住宅の対応～」宮城学院女子大学発達科学研究、No.17、pp.63-80.

- [4] 田畑洋一 [2018].「ドイツ介護保険の要介護認定と介護給付」週刊社会保障、No.2965、pp.42-47.
- [5] 飛田英子 [2018].「介護医療院創設の評価と課題」Research Focus、No.2018-028.
- [6] 増田雅暢 [2018].「ドイツ介護保険の変貌」週刊社会保障、No.3003、pp.28-29.
- [7] 松岡洋子 [2008].「デンマークの高齢者住宅とケア政策」海外社会保障研究、No.164、pp.54-65.
- [8] 松本勝昭 [2007].「ドイツ社会保障論Ⅲ」信山社