

《税・社会保障改革シリーズ No.29》

2017年2月2日
No.2016-039

介護保険法改正に必要な視点

調査部 主任研究員 飛田英子

《要 点》

- ◆ 介護保険法の改正案が今国会に提出の予定。今改正は、概ね5年毎に行われる大きな見直しではないものの、保険者である市町村の機能の強化等、新しい取り組みが盛り込まれており、今後の介護保険制度の方向性を占ううえで注目に値。
- ◆ 改正案は、大きく（1）地域包括ケアシステムの深化・推進、（2）介護保険制度の持続可能性の確保、の2つに整理。

まず、地域包括ケアシステムの深化・推進は、次により構成。①保険者がデータに基づいて地域の実態を把握し、より効果的なサービス提供を進めるといった保険者機能の強化、②急性期医療から在宅医療、介護まで切れ目ないサービス提供を可能とする医療・介護の連携推進、③人材確保等をはじめとする環境整備。

一方、介護保険制度の持続可能性の確保は、次により構成。①一定以上所得者の自己負担と高額介護サービス費の負担上限のそれぞれの引き上げ、②2018年度介護報酬改定に向けた予防サービスと生活援助の現状把握・検証の推進、③協会けんぽ等の被用者制度に加入する40～64歳の保険料負担について、賃金水準に応じた負担方法（総報酬割制）への段階的移行。
- ◆ このうち（1）地域包括ケアシステムの深化・推進は評価すべき点が多いものの、（2）介護保険制度の持続可能性の確保は踏み込み不足の感。

まず、地域包括ケアシステムの深化・推進について、地域の実態、すなわち、要介護認定率や1人当たり給付費の地域差が保険者の責に問えない要因によるものか、問える要因によるものかを把握・検証し、後者については是正を目指すという取り組みは、医療における給付費適正化のアイデアを介護に適用するという点で注目。介護サービスの利用に大きな地域差がある現状を踏まえると、質を維持しつつ給付費をスリム化する効果が期待。

一方、介護保険制度の持続可能性については、踏み込み不足との感は否めず。社会保障制度に対する将来不安が高まっている現状を鑑みると、現状認識と改革の方向性の提示は少なくとも必要。加えて、その内容が極めて近視眼的なことも問題。今改正により、一定以上所得者の自己負担が引き上げられるが、自己負担引き上げ

による給付抑制効果が一時的なことは、医療のケースで明らか。

- ◆ 以上を踏まえて、今後介護保険制度の見直しを進めていくうえで必要な視点を考察すると、次の通り。

第1は、介護保険制度の意義を再確認するという視点。介護保険制度創設の目的のひとつに、保険料の対価としてサービスを受ける権利が生じるという「権利性」が指摘。しかし、給付費の財源構成をみると、約3分の2は税と40～64歳の保険料であり、高齢者自らの保険料は約3分の1。よって、利用者のコスト意識が低くならざるを得ない構造。このことが給付費の膨張を招いている側面は否定できず、これをいかに解決していくのか議論要。

第2は、どのような費用負担のあり方が望ましいかという視点。具体的には、世代内・世代間の不公平が是正されるよう給付費の負担構造を見直す一方で、利用者のコスト意識を高めるアイデアを盛り込むことが不可欠。

第3は、給付内容が介護保険制度の本来の趣旨に沿っているかという視点。補足給付や要支援者に対する予防サービス、軽度者に対する生活援助、等が介護保険からの給付として適切か否か改めて精査する必要。

本件に関するご照会は、調査部・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

昨年末以降、介護保険制度の改正に向けた動きが本格化している。2016年12月9日に社会保障審議会介護保険部会から「**介護保険制度の見直しに関する意見**」（以下、「意見」）が提出され、同年12月19日には厚生労働大臣と財務大臣の間で、「意見」で結論先送りとされたものの**経済財政再生計画改革工程表**で改革事項として掲げられているいくつかの項目につき、着実な実施が確認された（以下、**大臣折衝**）。今後、これらを反映した介護保険法の改正案が国会に提出される見通しである。

そこで、以下では、改正のベースとなる「意見」と大臣折衝の概要を先取りして整理、評価するとともに、今後介護保険制度の改革を進めるうえで必要な視点を考察する。

2. 改正の概要

今回の改正は、概ね5年毎に行われる抜本改正ではなく、**経済・財政再生アクション・プログラム**での指摘を踏まえた部分的な修正に留まる模様である。

「意見」によると、具体的には、大きく（1）**地域包括ケアシステムの深化・推進**、（2）**介護保険制度の持続可能性の確保**、**のふたつある**（図表1）。

（1）地域包括ケアシステムの深化・推進

地域包括ケアとは、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供するといった概念である。もともと、こうした概念は、2012年の介護保険法の改正で初めて導入される等、取組自体は緒についたばかりである。今法改正に盛り込まれるその深化・推進は、以下の3項目で構成される。

1) 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

ひとつは、①保険者等による地域分析と対応、②地域支援事業・介護予防・認知症施策を通じた自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進である。

まず、①地域分析と対応については、保険者である市町村がデータに基づいて地域の実態を把握

（図表1）介護保険制度改正案の概要

地域包括ケアシステムの深化・推進
1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進 ・保険者等による地域分析と対応 ・地域支援事業・介護予防・認知症施策の推進、等。 2. 医療・介護の連携の推進等 3. 地域包括ケアシステムの深化・推進のための基盤整備等 ・介護人材の確保 ・サービス供給への保険者の関与、等。
介護保険制度の持続可能性の確保
1. 利用者負担のあり方 ・現役並み所得者の利用者負担の引き上げ ・一般の高額介護サービス費の上限引き上げ、等。 2. 給付のあり方 ・軽度者への支援のあり方、等。 3. 費用負担 ・被用者制度の介護納付金に総報酬割の導入 ・調整交付金の機能強化

（資料）「介護保険制度の見直しに関する意見（概要）」
 （厚生労働省、2016年12月10日）

し、他地域と比較すること等により、サービス提供体制の効率化や、自立支援や介護予防のより効果的な取り組みを目指す。すでに医療では平均入院日数や特定検診受診率等の地域差の縮小を通じて給付費の適正化が進められていることを踏まえると、介護版の給付費適正化ともいえよう。

このように市町村の保険者機能は今後強化されることになるが、そのためには国や都道府県のサポートが不可欠である。そこで、国はデータの整備や各種ガイドラインの作成、都道府県は市町村職員に対する研修の実施や分析の支援、等を行うことにより、市町村による円滑な実施が目指される。

次に、②**地域支援事業**等の推進についてである。地域支援事業とは、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう、市町村の責任のもとで行われる事業である。2015年度以降（市町村によって2017年度まで延期可）、これまで介護保険のもとで提供されていた要支援者に対するサービスも地域支援事業として行われることになったが、これまで個々の事業に対する評価の仕組みはあっても、事業全体としての評価の仕組みはなかった。そこで、事業全体の取り組みの評価を定期的実施し、取り組みを改善することにより、各々の事業が効果的に実施される環境を整備する。

同時に、地域支援事業の実施主体である地域包括支援センターの機能強化も目指される。具体的には、手法の標準化や人材育成を通じたケアマネジメント環境の整備、土日祝日の開所、電話による相談体制の強化、等である。

2) 医療・介護の連携の推進

二つ目は、急性期の医療から在宅医療、介護までの一連のサービスの切れ目ない提供を可能とする医療・介護の連携の推進である。

現在、在宅医療と介護を一体的に提供する体制の整備を目指す「**在宅医療・介護連携推進事業**」を2018年4月までにすべての市町村で実施するよう求められているが、事業のノウハウや関係団体との連携が乏しい市町村があることもあり、必ずしも円滑に進んでいないとの指摘がある。

そこで、国と都道府県による市町村のバックアップ体制を整備する。具体的に、国は医療介護連携の実態把握や課題の検討、施策立案に至る方法を整備すると同時に、都道府県が実施すべき市町村支援の取り組み等を明確化する。また、都道府県は、市町村では取り組みが困難な医療介護に関するデータを収集し、在宅医療の体制を整備する。

3) 地域包括ケアシステムの深化・推進のための基盤整備等

三つ目は、地域包括ケアの深化・推進のための環境整備である。具体的には、介護職員の処遇の改善やロボット活用による業務負担の軽減等により、介護人材の確保を図る。また、サービスの新規参入や健全な競争環境が阻害されることのないよう留意したうえで、在宅サービスの事業者指定について市町村の関与を強化することにより、在宅サービス提供の適正化を目指す。

(2) 介護保険制度の持続可能性の確保

介護保険制度の持続可能性の確保は、以下の3つで構成される。

1) 利用者負担のあり方

まず、利用者の自己負担割合の引き上げである。現役並み所得者の利用者負担が2割から3割に引き上げられる (図表 2)。「意見」では両論併記であったが、大臣折衝により 2018 年 8 月に施行されることになった。

次に、介護サービスの利用者負担が著しく高額にならないよう設けられている 高額介護サービス費制度における負担上限の引き上げである。市区町村民税課税対象であるが所得が現役並みに満たない者のいる世帯 (一般) について、月額上限が 37,200 円から 44,000 円に引き上げられる。これも「意見」では両論併記であったが、大臣折衝により 2017 年 8 月の施行が決まった。ただし、利用者負担が 1 割のみの世帯については、2020 年 7 月末までの時限措置として年間上限 446,400 円 (37,200 円×12 ヶ月) が設定される。

なお、施設介護を受ける低所得者に対する食費や居住費の補助である 補足給付については、現在、預貯金等が単身で 1 千万円、夫婦で 2 千万円超の世帯は対象外という要件が付されている。これに不動産を含めるかが検討されたが、引き続き検討するとして結論が先送りになった。

(図表 2) 利用者負担と高額介護サービス費の改正内容改正案の概要

	利用者負担	高額介護サービス費
現役並み所得相当(注1)	2割→3割(注3)	44,400円(世帯)
一般(注2)	2割	37,200円→44,400円(世帯、注4)
市町村民税世帯非課税等	1割	24,600円(世帯)
・老齢年金受給者	1割	24,600円(世帯)
・年金収入80万円以下等	1割	15,000円(個人)
生活保護受給者	1割	15,000円(個人)

(資料)日本総合研究所作成

(注1)現役並み所得相当とは、世帯内の第1号被保険者に課税所得145万円以上がいる世帯の者。

ただし、第1号被保険者が1人の場合は収入が383万円、2人の場合は520万円に満たない場合は除く。

(注2)一般とは、本人の合計所得金額が160万円以上の者(現役並み所得相当を除く)。

(注3)2018年8月実施予定。

(注4)2017年8月実施予定。

2) 給付のあり方

要支援者に対する給付については、前述の通り、介護保険から地域支援事業に順次移行することになっている。現在は 2015～2017 年度の移行期間中ということもあり、事業の把握・検証を踏まえ、2018 年度介護報酬改定の際に改めて検討することとされた。

また、軽度要介護者に対する 生活援助についても、現状の把握・検証を行ったうえで、その状況を踏まえて引き続き検討することとされた。

3) 費用負担

費用負担については、総報酬割の導入と調整交付金の機能強化が盛り込まれている。

まず、前者については、組合管掌健康保険(組合)や全国健康保険協会(協会けんぽ)等の被用

¹ 現役並み所得とは、課税所得 145 万円以上。ただし、同一世帯内に 65 歳以上が 1 人の場合は収入が 383 万円、2 人以上の場合は合計 520 万円未満の場合は除く。

者制度の負担する介護納付金について、総報酬割が段階的に適用される。介護納付金とは、40～64歳の第2号被保険者が保険料として負担する介護保険財政への拠出金である。現在、各医療保険制度の負担は、第2号被保険者の人数に応じた人頭割で配分されるが、被用者制度については、2017年8月に2分の1、2019年度以降4分の3、2020年度以降全面的に総報酬をベースとする総報酬割が導入される。この改正は、「意見」では両論併記であったが、大臣折衝で具体的な時期や適用スケジュールが確認された。

一方、調整交付金については機能強化が図られる。調整交付金とは、保険者の責めによらない要因による第1号被保険者（65歳以上の被保険者）の保険料の保険者間格差を平準化するため国から保険者に交付されるものである。具体的に、現在考慮されている要因は、①第1号被保険者に占める75歳以上の後期高齢者の加入割合の違い（年齢要因）、②第1号被保険者の所得水準の差（所得要因）等である。

今後、高齢化が進むもとで後期高齢者加入割合が全国的に拡大し、年齢要因の保険者間格差の縮小すなわち調整機能の低下が見込まれる。そこで、今回の改正では、年齢要因について、65～74歳、75～84歳、85歳以上の3区分に細分化することにより、調整機能の強化が図られることになる。

なお、介護保険制度の見直しについては、これら以外にもこれまで引き続き検討されてきた課題がある。具体的には、被保険者の年齢範囲の拡大（40歳以上から20歳以上に拡大するか）、現金給付の是非、等である。これらについては、引き続きの課題として先送りされる結果になった。

3. 評価

今改正の大きな柱のひとつである「地域包括ケアシステムの深化・推進」については評価される点が多い。介護の特性を考えると、要介護になった要因や具体的な容態、必要なサービスの内容などが個人によって様々であることに加えて、地域内の交流が濃いか否か等、地域の実情が深く関係している。このため、治療の標準化が進む医療と違って、サービスの標準化が極めて難しいといえる。とはいえ、要介護認定率や1人当たり給付水準、施設の入所状況等に大きな地域差²が厳然と存在しており、これが地域特性や生活習慣等、保険者の責に問えない要因によるものなのか、あるいは非効率や取り組み不足等、保険者の責に問える要因によるものなのかを、データに基づいて定量的・客観的に分析・検討し、介護給付費の適正化に取り組もうとする姿勢は評価されよう。

さらに、保険者機能の強化が進み、サービス提供体制の効率化やより効果的な自立支援・予防事業サービス事業が展開されるようになれば、これまで水膨れ状態だった介護給付のスリム化が期待される。

他方、もうひとつの柱である「介護保険制度の持続可能性の確保」については、踏み込み不足との感は否めない。これは、「意見」に「持続可能性を確保するためには、給付費の伸びの抑制を図るとともに、利用者負担の在り方、保険料負担の在り方について、世代内・世代間の公平等を踏まえた必要な見直しに取り組むことが必要である」とあるにも関わらず、検討された課題がこれまでの範疇に留まっていることに加えて、今回の改正によって持続可能性が将来的に確保されるのか甚だ疑問に感じざるを得ないためである。具体的には、以下の2点が指摘される。

² 例えば、65歳以上の何%が要介護認定を受けているかという要介護認定率をみると、秋田県の15.9%と埼玉県の10.6%の間で最大1.5倍の開きがある。さらに、同一県内でも地域差があり、秋田県では井川町の22.3%と大潟村の10.7%、埼玉県では小鹿野町の16.2%と鳩山町の8.0%と、各々2倍近い乖離が確認される（厚生労働省「介護保険事業状況報告（2014年度）」）。

(1) 現状認識と改革の方向性の欠如

ひとつは、現状認識と改革の方向性の欠如である。 今回の改正は概ね5年毎に行われる大きな制度改正ではもともとない。加えて、いくつかの改革項目が盛り込まれている経済・財政再生アクション・プログラム自体も、制度に内在する問題を抉り出し解を見出すものより、もっぱら当面の社会保障給付費抑制の視点に絞って議論されている。こうした事情を踏まえると、今改正案により介護保険制度の抱える問題の根本的解決が期待薄なのは、ある意味当然である。

しかし、制度の創設から15年の間に約3倍に膨れ上がる給付費の抑制は、待ったなしの状況である。仮に根本的解決をもたらす制度改革が無理でも、世代内・世代間公平の観点から現行制度のどこに問題があるのかという現状認識と、今後どのように解決していくのかという改革の方向性の提示は少なくとも必要と考える。 少子高齢化や経済の成熟化のもとで社会保障制度に対する将来不安が高まっている現状を鑑みれば、部分的な制度改正といえども、言葉だけでなく心から納得できる「安心」を国民に示す必要がある。

(2) 近視眼的な見直し内容

もうひとつは、見直しの内容が極めて近視眼的なことである。

今改正により一定以上所得のある高齢者の自己負担が引き上げられることになるが、自己負担の引き上げによる給付抑制効果が一時的であることは、これまでの医療のケースで明らかである。

また、この引き上げが世代内公平の観点から行われるとしても、真に公平な制度設計となっているかについては疑問が残る。 これは、引き上げの対象が、例えば、課税所得145万円以上(図表2)といったように一定以上の所得者であり、所得がこの水準を超えることで、一挙に負担が跳ね上がるためである。課税所得が144万9,999円の人と145万円の人で介護保険の自己負担が大きく異なる。これは公平とは言いにくい。

真に公平を求めるのであれば、自己負担は所得に関係なく一律にするとともに、自己負担に上限を設ける高額介護サービス費については、その水準を所得の何%という形で設定すべきである。このようにすれば、一挙に負担が跳ね上がるような事態はなくなる。加えて、所得だけでなく預貯金や不動産等の資産も考慮する必要がある。一定レベル以上の所得者のみの負担の引き上げは、とりあえず取れるところから取るという印象を与えかねない。

4. 介護保険見直しの方向性

繰り返しになるが、今回の改正は部分的なものであり、制度の持続可能性を確保するためには、今回見送られた多くの課題に決着をつけると同時に、負担や給付のあり方について世代内・世代間公平や財政健全化をはじめ様々な観点から検討し、最終的な結論を出していくことが求められる。

今後介護保険制度の見直しを進めていくうえで必要な視点を考察すると、以下の通りである。

(1) 介護保険制度の意義

第1は、介護保険制度の意義を再確認するという視点である。

そもそも 2000 年度に介護保険制度が導入された背景には、それまで措置制度として行われていた老人福祉制度の問題が深刻化したことがある。

措置制度のもとでは、まず、利用者サイドは、受けるサービスの内容や提供業者が市町村によって決められるため、必ずしも本人のニーズを満たすものではなかった。また、サービスを受ける前に資力調査を受ける必要があり、プライバシーの観点から問題が多いとの指摘もあった。さらに、サービスの利用も基本的に低所得者が対象であり、中高所得者が受けるためには高額な利用者負担を支払う必要があった。

一方、提供者サイドでは、市町村が業者を選定するため競争原理が働かず、サービス内容が高コスト低クオリティとの批判があった。

加えて、政府サイドでは、労働力人口の減少が懸念されるもとの、毎年介護を理由に 10 万人が離職・退職する状況を改善するには介護の社会化が求められていた。また、老人福祉制度の財源は基本的に税であり、増大する財政負担に歯止めをかける必要もあった。

これらの問題のすべてが解決されたわけではないが、介護保険制度の創設は、高齢化が進むもとで介護不安の軽減、介護と仕事の両立が可能な環境整備、介護市場の拡大等、わが国にとって必要な選択であったと考える。

しかし、保険財政が行き詰まりを迎えている現状を鑑みると、制度そのものに大きな欠陥が潜んでいる可能性は否定できない。

そこで、改めて現在のシステムを整理すると、介護制度は保険方式で運営されており、保険料を支払う対価として介護サービスを受ける権利が発生する。この「**権利性**」が、介護保険制度創設前の老人福祉制度との大きな違いのひとつである。

一方、介護保険制度の負担構造を見ると、給付費の半分が公費、約 6 分の 1 が 40~64 歳からの納付金であり、主な受益者である第 1 号被保険者からの保険料は約 3 分の 1 に過ぎない。保険方式の特性のひとつである受益・負担関係が必ずしも明確でなく、むしろ措置制度に近い構造になっているわけである。

こうした、利用者の権利性を認める一方でコスト意識の働かない歪んだ保険方式が、給付費の水膨れを増長し、結果として介護保険財政の悪化を招いている面は否定できない³。

以上の観点から制度のあり方を考察すると、受益・負担関係が明確な本来の保険方式に純化するか、あるいは現在の措置的要素を併せ持つ保険方式を維持したままで権利性に一定の制約を付けるか、の大きく 2 つの方向性が考えられる。

仮に、前者の純粋な保険方式を選択する場合、給付財源は受給対象である第 1 号被保険者の保険料を原則にし（すなわち、約 3 倍に引き上げ）、受益・負担関係を明確にする必要がある。しかし、すでに 1 人当たり保険料が全国平均で月 5,500 円、2020 年度には 6,800 円に上昇することが見込まれるなか、保険料の大幅な引き上げは、高齢者の負担能力だけでなく政策当局の立場からもほぼ不可能であり、後者の案の方がより現実的といえよう。

また、利用者の権利性も重要ではあるが、それは介護保険制度が成立しているがゆえに認められるものであり、同制度の持続可能性が危ぶまれる状況下でも無制限に認められるものではないと考える。

³ これは後期高齢者医療制度にも当てはまるといえよう。同制度は厳密には保険方式ではないが（飛田[2016]）、対象者には保険証が交付される等、保険制度として運営されている。

このようにみると、今後、介護保険制度の見直しを進める際には、サービス内容や要介護認定基準等の見直しを通じて給付要件を厳格化しつつ、一方で利用者のコスト意識を高めるような工夫を凝らしていくという視点が求められよう⁴。

(2) 費用負担のあり方

第2は、どのような費用負担のあり方が望ましいかという視点である。具体的には、世代内・世代間の不公平が是正されるよう給付費の負担構造を見直す一方で、利用者のコスト意識を高めるアイデアを盛り込むことが求められる。

まず、給付費の負担構造については、公費と保険料のあり方を改めて検討する必要がある。公費については、公費を投入することの意義を改めて確認すると同時に、全国ベースで50%という負担割合が妥当か、保険者間の年齢や所得水準の格差が調整交付金によって適切に平準化されているか等、データを踏まえて検証し、必要に応じて適宜見直していく。

保険料については、第1号被保険者と第2号被保険者、市町村国民健康保険と被用者制度の間で、各々被保険者数に応じて配分するという頭数に応じた負担構造が、世代内・世代間公平の観点から適切か、改めて検証する必要がある。また、現在40～64歳という第2号被保険者の対象年齢についても、30歳以上や20歳以上に拡大すべきか早急に結論を出すべきである⁵。さらに、将来的にマイナンバーの活用によって所得捕捉の制度が高まれば、年齢格差や所得格差等の保険者の責に負えないリスクを事前に調整する「リスク構造調整」に全面的に移行すべきか、についても重要な検討課題といえよう。

一方、利用者のコスト意識については、所得や資産の何%という形で高額介護サービス費を設定するもとで利用者負担を一律に2割や3割に引き上げる以外にも、様々なアイデアが考えられる。

例えば、わが国が介護保険制度を創設する際に手本にしたドイツでは、わが国と同様に要介護度に応じて給付に上限が設けられているが、その水準はわが国の半分程度である。仮に、最重度の要介護者が利用料金50万円/月の施設に入所する場合、保険からの給付は月20万円程度であり、残り30万円は要介護者の負担になる（ちなみに、ドイツでは介護サービスの価格は公定ではないので、利用料金も施設のタイプや要介護度に応じて異なる）。その際、利用者の負担能力が乏しければ、社会福祉局が一時的に立て替えるが、最終的には本人が資産売却等により返還したり、あるいは扶養義務者が返還することになる。このようにドイツではコスト意識が強く働くので、施設ではなく相対的に低廉な在宅介護を選択する者が多く、不必要なサービスの利用を手控える傾向が強いとされている⁶。

翻ってわが国を見ると、施設入所に係る費用はほとんどが保険給付でカバーされており、本人は基本的に1割の利用者負担と食費・居住費を支払えば済む。また、食費・居住費についても、低所得者に対しては補足給付が手当される。ドイツに比べてコスト意識は極めて薄いと云わざるを得ず、給付水準を含めて利用者負担のあり方を再検討する必要があるらう。

⁴ もちろん、これら以外に見直しの必要はないとしている訳ではない。例えば、利用者のコスト意識をある程度高める対策は不可欠である。また、世代間公平の観点から、負担構造のあり方や加齢を要件とする受給要件等についても根底から見直す必要がある。

⁵ 社会保障制度のエイジレス化の観点からは、被保険者の対象年齢の拡大だけではなく、64歳以下の障害者等を対象にする支援費制度との統合を検討すべきと考える（飛田[2016]）。具体的には、医療保険と同様の仕組みで幅広い年齢から保険料を徴収する一方で、給付要件から「加齢」をなくし、介護を必要とする全ての人が介護サービスを利用できるようにすべきである。

⁶ ちなみに、要介護者のうち施設入所者は約3割である。また、わが国と違ってドイツでは在宅志向が強い要因として、現物だけでなく現金給付も認められている点も挙げられる。

(3) 給付内容のあり方

第3は、給付内容が介護保険制度の本来の趣旨に沿っているかという視点である。具体的には、補足給付や要支援者に対する予防サービス、軽度者に対する生活援助、等が介護保険からの給付として適切か否か改めて検討する必要がある。

まず、補足給付は、施設入所者に対する食費・居住費の補助であり、介護サービスではない。むしろ健康で文化的な最低限度の生活を保障するための「生活保護」である。したがって、介護保険でカバーするのは明らかに不適切であり、早急に生活保護からの支給に切り替えるべきである。

また、現在、所得が低くても一定額以上の預貯金等がある場合には補足給付の対象から外れるが、資力要件をより厳しくすると同時に、資産が不動産のみの場合にはリバース・モーゲージの活用も検討すべきであろう。

次に、要支援者に対する予防サービスは、要介護状態等となることを予防するために供されるサービスであり、これも要介護者の自立した生活を支援するための介護サービスではない。各自治体で提供される保健指導の強化、NPO やボランティアによる生活支援サービスの充実、趣味やスポーツを一緒に楽しむシニアサークルやコミュニティ・カフェの普及、等により代替可能と考える。

さらに、軽度者に対する生活援助については、要介護者の自立した生活を支援するという側面はあるものの、家事代行がすでにひとつの産業として急成長していることを踏まえると、厳しい保険財政から敢えて給付する必要性は極めて薄いと考える。介護サービスの専門性、ひいては職業としての介護の魅力を高めるためにも、給付対象から外すべきではなかろうか。

最後に、介護保険制度は今年で18年目を迎える。すでに社会保障制度のひとつの柱として定着したとはいえ、課題は依然として多い。改革の先送りは、将来世代にツケを回すだけでなく、制度に対する不信を通じて国民の将来不安をさらに高める懸念が大きい。政府に対しては、持続可能性の確保をもたらす真の「抜本」改革の早期断行を期待したい。

(2017年2月2日)

【参考文献】

[1] 飛田英子[2016] 『『1億総活躍社会』の実現に向けた緊急対策の評価と課題—構造変化への対応を中心に—』 JRI レビュー、Vol. 5、No. 35.