

タイトル	2015年度介護保険制度の改正と第6期介護保険の課題 ：地域包括ケア，給付の抑制，利用者負担引き上げ ，保険料問題，補足給付の見直しを中心に
著者	横山，純一；YOKOYAMA, Junichi
引用	開発論集(94)：77-106
発行日	2014-09-25

2015年度介護保険制度の改正と 第6期介護保険の課題

——地域包括ケア，給付の抑制，利用者負担引き上げ，
保険料問題，補足給付の見直しを中心に——

横山 純一*

はじめに

2014年6月18日に、「地域医療・介護総合確保推進法案」（「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」）が参議院本会議において自民・公明両党の賛成多数で可決され、成立した。

同法案は、医療と介護を一体的に扱いながら、その効率化をねらった大きな改革案で、介護保険法の改正など関連する法案は全部で19本のぼっている。医療については、医療死亡事故の第3者機関への届け出や、患者の受け入れ態勢を整えるために都道府県に基金を設置すること、在宅医療の推進、急性期医療をはじめとする医療機能の分化とそれにもとづく病院再編などが盛り込まれている。とくに問題となるのは在宅医療の推進のもと、入院医療の短縮化がめざされていることで、患者の在宅復帰を急げば行き場のない患者が増加する可能性が高まることが懸念されるのである。

本稿では、このような医療法改正についても言及しなかったが、紙数の都合もあり、介護保険法の改正に的を絞って述べていきたい。周知のように、介護保険制度は2000年4月に施行されたが、2006年4月に予防給付の新設などの大改正が行われた。今回の改正は2006年の改正を上回る大改革とも言うべきもので、介護保険事業における給付の抑制と利用者負担の引き上げが明確に意図されている。今回の改正が実施に移されるのは、介護保険の第6期（2015-2017年度）が始まる2015年度（2015年4月）からのものが多いが、今年の4月に消費税の増税が行われたばかりであるにもかかわらず、給付が抑制されて利用者負担が引き上げられることには、介護サービスの利用者や介護サービス事業者を中心に国民の強い反発が予想されるのである。

1 今回の介護保険制度改正の特徴と主な内容

今回の介護保険制度改正（以下、今回の改正と略す）の主な内容は、次のようになる。まず、

*（よこやま じゅんいち）開発研究所研究員，北海学園大学法学部教授

要支援向けサービス（予防給付によるサービス）のうち、訪問介護と通所介護を介護保険本体の給付（予防給付）から外し、市町村が取り組む地域支援事業に移行する。次に、小規模通所介護を地域密着型サービスへ移行する。第3に、特別養護老人ホームの入所要件を厳格化し、原則、新規入所者を要介護度3以上に限定する。第4に、一定以上の所得のある利用者の自己負担を引き上げる。第5に、65歳以上の高齢者が支払う介護保険料（以下、1号保険料と略す）の段階をこれまでに比べて一層多段階に設定することを進めるとともに、低所得高齢者の1号保険料の軽減割合を拡大する。第6に、特別養護老人ホーム等の施設を利用する低所得高齢者の食費・居住費補助の対象を縮小するために、「補足給付」の要件に資産などを追加する。第7に、居宅介護支援事業所の指定権限を市町村に移譲する。第8に、サービス付き高齢者向け住宅に住所地特例を適用する。このような改革の施行期日については図表1に示した。居宅介護支援事業所の指定権限以外は、いずれも第6期に行われる。

なお、今回の改正では、以上述べた個別事項の改正のほかにも、もう1つ大きな特徴がある。それは、第5期で開始された地域包括ケア実現のための方向性を承継しながら、在宅医療・介護連携等の取り組みを一層進めて、2025年を目途に地域包括ケアの完成がめざされていることである。このために中長期的な視点から介護保険事業計画を策定することが市町村に求められている。先に述べた個別事項の改正についても、地域包括ケアの構築との関連性が高いものが少なくない。

以下、訪問介護と通所介護の市町村事業への移行と地域包括ケアを中心に、今回の改正について検討しよう。

2 高齢者のおかれている状況と高齢者介護の現状

今回の介護保険制度改正の分析に入る前に、高齢者のおかれている状況や高齢者介護の現状についてみてみよう。

まず、高齢者人口である²⁾。2013年10月1日現在の65歳以上の高齢者人口が過去最高の3190万人（男性1370万人、女性1820万人）となり、総人口に占める割合（高齢者比率）は25.1%となった（図表2）。このうち65-74歳の前期高齢者人口が1630万人（男性772万人、女性858万人）で、前期高齢者比率は12.8%、75歳以上の後期高齢者人口が1560万人（男性598万人、女性962万人）で後期高齢者比率は12.3%であった。国民の4人に1人が65歳以上の高齢者、国民の8人に1人が75歳以上の高齢者となっている計算である。そして、2017年には後期高齢者数が前期高齢者数を上回ると見込まれており、さらに、2025年には前期高齢者数が1479万人、後期高齢者数が2179万人（後期高齢者比率は18.1%）となり、後期高齢者数が前期高齢者数を約700万人上回るものと予想されているのである。また、2040年には高齢者比率が36%を超過する見込みである。

地域別に高齢化の状況をみると、2040年に都道府県のうち5道県（北海道、青森県、秋

図表1 介護・医療関係の改正事項の施行期日

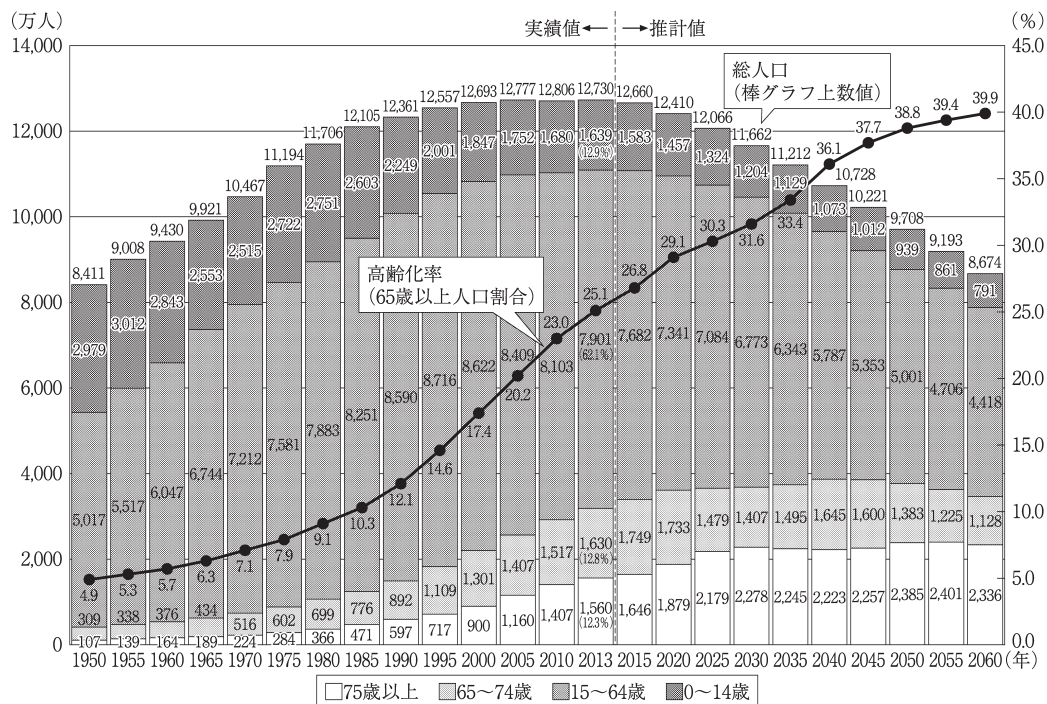
施行期日	改正事項
①公布の日	○診療放射線技師法（業務実施体制の見直し） ○社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律（介護福祉士の資格取得方法の見直しの期日の変更）
②2014年4月1日又はこの法律の公布の日のいずれか遅い日	○地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律（厚生労働大臣による総合確保方針の策定，基金による財政支援） ○医療法（総合確保方針に即した医療計画の作成） ○介護保険法（総合確保方針に即した介護保険事業計画等の作成）
③2014年10月1日	○医療法（病床機能報告制度の創設，在宅医療の推進，病院・有床診療所等の役割，勤務環境改善，地域医療支援センターの機能の位置づけ，社団たる医療法人と財団法人の合併） ○外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律（臨床教授等の創設） ○良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（持分なし医療法人への移行）
④2015年4月1日	○医療法（地域医療構想の策定とその実現のために必要な措置，臨床研究中核病院） ○介護保険法（地域支援事業の充実，予防給付の見直し，特養の機能重点化，低所得者の保険料軽減の強化，介護保険事業計画の見直し，サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用） ※なお，地域支援事業の充実のうち，在宅医療・介護連携の推進，生活支援サービスの充実・強化及び認知症施策の推進は2018年4月，予防給付の見直しは2017年4月までにすべての市町村で実施 ○歯科衛生士法，診療放射線技師法，臨床検査技師等に関する法律（業務範囲の拡大・業務実施体制の見直し） ○歯科技工士法（国が歯科技工士試験を実施）
⑤2015年8月1日	○介護保険法（一定以上の所得のある利用者の自己負担の引上げ，補足給付の支給に資産等を勘案）
⑥2015年10月1日	○医療法（医療事故の調査に係る仕組み） ○看護師等の人材確保の促進に関する法律（看護師免許保持者等の届出制度） ○保健師助産師看護師法（看護師の特定行為の研修制度）
⑦2016年4月1日までの間 にあって政令で定める日	○介護保険法（地域密着型通所介護の創設）
⑧2018年4月1日	○介護保険法（居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲）

〔出所〕「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料」2014年2月25日。

田県，徳島県，高知県）で高齢者比率が40%を超過すると予想され，最も高い秋田県は43.8%になるものと見込まれている。また，首都圏など3大都市圏でも高齢化が進み，千葉県や神奈川県では2013年と2040年を比較すると，高齢者比率は12ポイント台の上昇になっている（図表3）。

このような高齢化の進行の中，世帯主が65歳以上の単独世帯や65歳以上の夫婦のみの世帯が増加することが確実視されている。つまり，世帯主が65歳以上の単独世帯は2010年の498万世帯から2035年の762万世帯に，65歳以上の夫婦のみの世帯は2010年の540万世帯から2035年の625万世帯に増加する見込みとなっているのである。世帯主が65歳以上の単独世帯と65歳以上の夫婦のみの世帯の世帯数全体に占める割合は，20.0%（2010年）から28.0%（2035年）

図表2 高齢化の推移と将来推計



(注1) 2010年までは総務省「国勢調査」、2013年は総務省「人口推計」（2013年10月1日現在）、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2012年1月集計）」の出生中位、死亡中位仮定による推計結果。

(注2) 1950年～2010年の総数は年齢不詳をふくむ。高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。

〔出所〕内閣府「高齢社会白書（平成26年版）」2014年7月。

に上昇し、2035年には実に3.5世帯に1世帯の割合で世帯主が65歳以上の高齢者の単独世帯か65歳以上の高齢者夫婦のみの世帯になるのである³⁾。

65歳以上の高齢者の子どもとの同居率をみると、1980年にはほぼ70%であったものが、1999年には50%を割り、2012年には42.3%にまで落ち込んでいる⁴⁾。このように子どもとの同居率が大幅に低下する中で、とりわけ1人暮らしの高齢者の増加率が高くなっている⁵⁾。つまり、65歳以上の1人暮らしの高齢者数は、1980年には男性約19万人（65歳以上の男性高齢者人口に占める割合が4.3%）、女性約69万人（65歳以上の女性高齢者人口に占める割合が11.2%）であったものが、2010年には男性約139万人（同11.1%）、女性約341万人（同20.3%）となっているのである。そして、2035年には男性の1人暮らし高齢者数が261万人、女性の1人暮らし高齢者数が501万人になると予想されている。今後も女性の1人暮らしの高齢者数が男性の1人暮らし高齢者数を上回る状況が続くけれども、伸び率では男性の1人暮らし高齢者数が女性の1人暮らし高齢者数を上回るものと見込まれているのである。さらに、ヨーロッパ諸国や韓国と比べ、日本の高齢者は別居している子どもとの接触頻度が低いのが特徴である。

また、65歳以上の高齢者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数が2010年

図表3 都道府県別高齢化率の推移

	2013年			2040年	高齢化率の伸び (ポイント)
	総人口(千人)	65歳以上 人口(千人)	高齢化率(%)	高齢化率(%)	
北海道	5,431	1,469	27.0	40.7	13.7
青森県	1,335	373	27.9	41.5	13.6
岩手県	1,295	372	28.7	39.7	11.0
宮城県	2,328	553	23.8	36.2	12.4
秋田県	1,050	331	31.6	43.8	12.2
山形県	1,141	332	29.1	39.3	10.2
福島県	1,946	524	26.9	39.3	12.4
茨城県	2,931	728	24.8	36.4	11.6
栃木県	1,986	480	24.2	36.3	12.1
群馬県	1,984	512	25.8	36.6	10.8
埼玉県	7,222	1,661	23.0	34.9	11.9
千葉県	6,192	1,505	24.3	36.5	12.2
東京都	13,300	2,914	21.9	33.5	11.6
神奈川県	9,079	2,033	22.4	35.0	12.6
新潟県	2,330	655	28.1	38.7	10.6
富山県	1,076	309	28.7	38.4	9.7
石川県	1,159	302	26.1	36.0	9.9
福井県	795	214	27.0	37.5	10.5
山梨県	847	225	26.5	38.8	12.3
長野県	2,122	600	28.3	38.4	10.1
岐阜県	2,051	539	26.3	36.2	9.9
静岡県	3,723	966	26.0	37.0	11.0
愛知県	7,443	1,662	22.3	32.4	10.1
三重県	1,833	480	26.2	36.0	9.8
滋賀県	1,416	319	22.5	32.8	10.3
京都府	2,617	676	25.8	36.4	10.6
大阪府	8,849	2,184	24.7	36.0	11.3
兵庫県	5,558	1,408	25.3	36.4	11.1
奈良県	1,383	369	26.7	38.1	11.4
和歌山県	979	288	29.4	39.9	10.5
鳥取県	578	163	28.2	38.2	10.0
島根県	702	217	30.9	39.1	8.2
岡山県	1,930	524	27.1	34.8	7.7
広島県	2,840	743	26.2	36.1	9.9
山口県	1,420	429	30.2	38.3	8.1
徳島県	770	224	29.1	40.2	11.1
香川県	985	277	28.1	37.9	9.8
愛媛県	1,405	404	28.8	38.7	9.9
高知県	745	232	31.1	40.9	9.8
福岡県	5,090	1,230	24.2	35.3	11.1
佐賀県	840	219	26.1	35.5	9.4
長崎県	1,397	390	27.9	39.3	11.4
熊本県	1,801	491	27.2	36.4	9.2
大分県	1,178	337	28.6	36.7	8.1
宮崎県	1,120	310	27.6	37.0	9.4
鹿児島県	1,680	467	27.8	37.5	9.7
沖縄県	1,415	260	18.4	30.3	11.9

(注) 2013年は総務省「人口推計」、2040年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2013年3月推計)」。

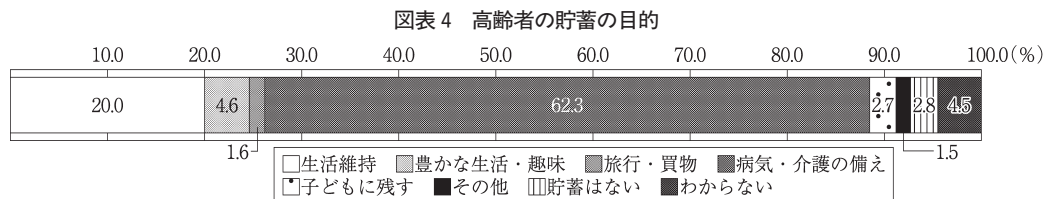
〔出所〕内閣府『高齢社会白書(平成26年版)』2014年7月。

には280万人（65歳以上の高齢者数に占める割合が9.5%）であったが、2025年には470万人（同12.8%）に増加すると予想されている⁹⁾。現在、老老介護が深刻な問題となって注目されているが、今後は老老介護とともに認認介護が大きな社会問題となる可能性が高いのである。さらに、1人暮らし高齢者とくに男性1人暮らし高齢者の介護や生活の質にかかわる問題（生活の質の低下）が深刻なものになるおそれが高いのである。

高齢者の収入や所得についてしてみると⁷⁾、高齢者世帯（65歳以上のみで構成するか、またはこれに18歳未満の未婚者が加わった世帯）の年間所得（2011年の平均所得）は303.6万円となっており、全世帯平均（548.2万円）の半分強になっている。また、世帯主の年齢が65歳以上の世帯の平均と全世帯平均（いずれも2人以上の世帯、単身は除外）の貯蓄額を比較すると、前者のほうが貯蓄額が大きい。ただし、前者の貯蓄の目的の大部分が「病気や介護の備え」、「生活維持」となっており（図表4）、近年厳しくなってきた年金支給状況を反映し、つつまじやかな生活をして老後の備えを行っていることが示されているのである。さらに、着目しなければならないことは、高齢者においては他の世代に比べて所得格差が大きいことである。高額所得の高齢者が存在する一方で、少額の年金で暮らす高齢者が少なくないのである。生活保護を受給している高齢者についてみると、年々増加しており、2011年における65歳以上の生活保護受給者数は78万人で、2002年（45万人）よりも1.7倍増加しているのである。65歳以上人口に占める65歳以上の生活保護受給者の割合は2.63%であり、全人口に占める全生活保護受給者の割合（1.58%）をはるかに上回っているのである（図表5）。

要介護度別認定者数の推移を示した図表6をみてみよう。要介護・要支援の認定者数は、介護保険がスタートした2000年4月には218万人であったが、2013年4月には2.6倍の564万人になった。2013年4月における要介護5は61万人、要介護4は69万人、要介護3は74万人、要介護2は99万人、要介護1は105万人、要支援2は77万人、要支援1は77万人である。このなかでは要支援の伸びが最も大きく、2000年4月に比べて2013年4月には5.3倍の伸びとなっている。また、中重度（要介護3以上）の高齢者数が介護保険スタート時には94万人だったが、2013年には200万人を突破していることが注目される。

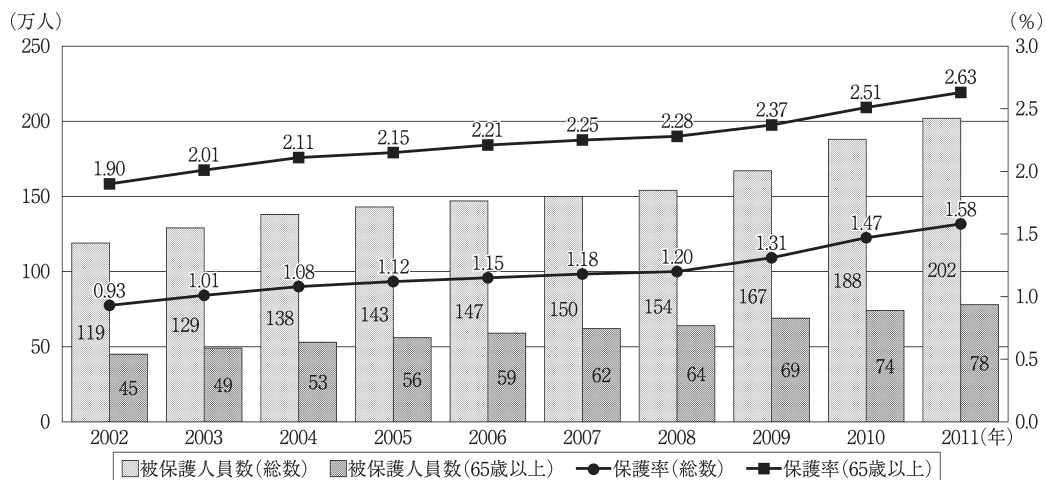
そして、このような高齢化にともなう要介護・要支援認定者数の増加により介護給付費が増加した。介護の総費用は2000年度に3.6兆円であったが、2013年度には2.6倍の9.4兆円に増加した。これにともない、65歳以上の高齢者が支払う介護保険料は2911円（第1期、月額保険



（注）対象は、全国60歳以上の男女。

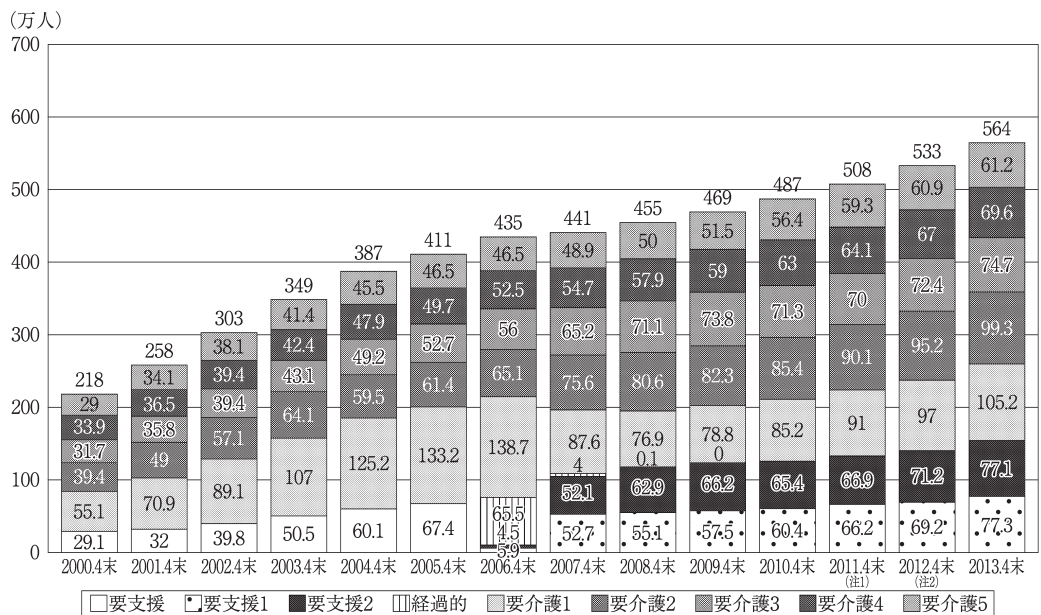
〔出所〕内閣府『高齢社会白書（平成26年版）』2014年7月。

図表5 高齢者の生活保護受給者の動向



〔出所〕内閣府『高齢社会白書（平成26年版）』2014年7月。

図表6 要介護度別認定者数の推移



〔注1〕陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

〔注2〕檜葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

〔出所〕「社会保障審議会介護保険部会（第54回）資料」2013年12月20日。

図表7 介護給付と65歳以上の者の介護保険料の推移

事業運営期間	事業計画	給付(総費用額)	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	3.6兆円	2,911円 (全国平均)	2003年度改定 ▲2.3%
2001年度		4.6兆円		
2002年度		5.2兆円		
2003年度	第二期	5.7兆円	3,293円 (全国平均)	2005年度改定 ▲1.9%
2004年度		6.2兆円		
2005年度		6.4兆円		
2006年度	第三期	6.4兆円	4,090円 (全国平均)	2006年度改定 ▲0.5%
2007年度		6.7兆円		
2008年度		6.9兆円		
2009年度	第四期	7.4兆円	4,160円 (全国平均)	2009年度改定 +3.0%
2010年度		7.8兆円		
2011年度		8.2兆円		
2012年度	第五期	8.9兆円	4,972円 (全国平均)	2012年度改定 +1.2%
2013年度		9.4兆円		
2014年度		?		
2025年度		21兆円程度(改革シナリオ)	8,200円 程度	

(注1) 2011年度までは実績であり、2012～2013年は当初予算である。

(注2) 2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(2012年3月)にもとづく。

(注3) 2025年度は2012年度の賃金水準に換算した値である。

〔出所〕「社会保障審議会介護保険部会(第54回)資料」2013年12月20日。

料基準額、全国平均)から4972円(第5期)に上昇した(図表7)。なお、介護の総費用に影響を与える要因の1つである介護報酬はマイナス改定が多く、プラス改定の場合も高い改定率ではなかった。

3 今回の介護保険制度改正の内容の検討と分析⁸⁾

(1) 予防給付によるサービス(訪問介護サービス、通所介護サービス)の市町村事業への移行

介護保険制度の改正により、2006年度から要介護と要支援を分け、要介護者についてはこれまでと同様にケアマネジャーが作成するケアプランにもとづく介護給付によるサービス、要支援者については新たに設けられた予防給付(地域包括支援センターの保健師等が作成する予防プランにもとづく)によるサービスが提供されることになった。このような予防給付の新設の際に介護予防が強調されたが、要支援者の支給限度額の引き下げが行われたことから判断できるように、給付の抑制が主たる目的であった改正であったといえる。予防給付は介護給付と同様に、サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・介護報酬単価・利用料などが全国一律になっている介護保険の事業である。

今回の改正では、予防給付のうち訪問介護サービスと通所介護サービスを全国一律の基準から外し、市町村事業(地域支援事業)に移行させることになった。予防給付によるサービスには訪問看護、福祉用具等もあるが、今回の改正では変化がなく、これらについては予防給付に

よるサービス提供が継続されることになっている。

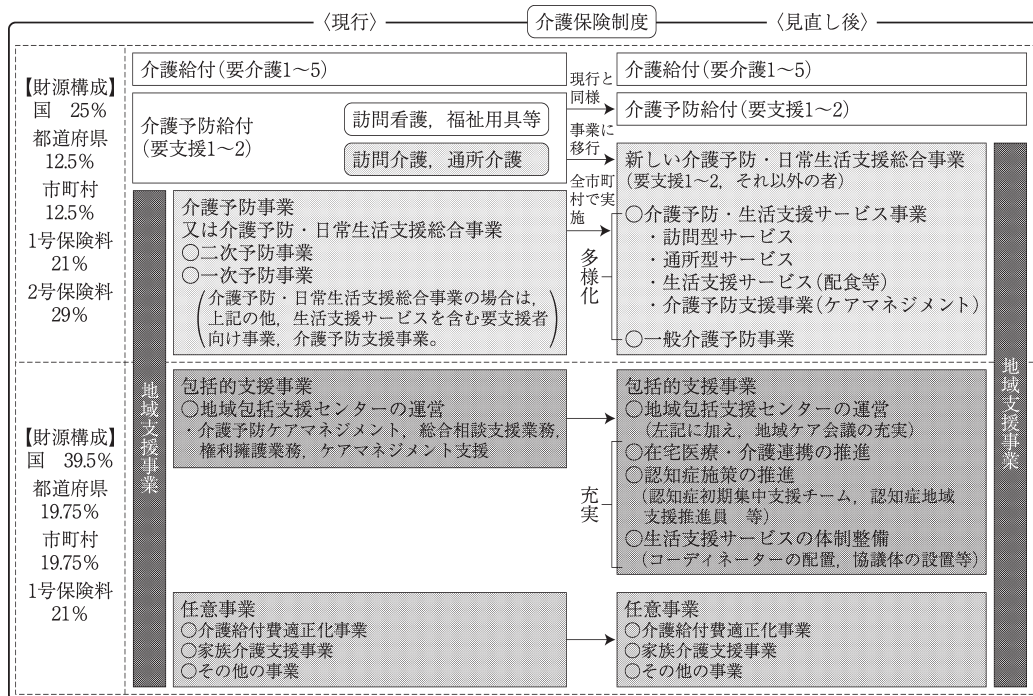
訪問介護サービスと通所介護サービスが市町村事業に移行することによって、現在行われている要支援者と要支援以外の者（2次予防事業対象者、たとえば自立と判定されていても今後要支援、要介護になるおそれのある者等）を対象とする介護予防・生活支援サービス事業と、すべての高齢者が利用できる体操教室等の普及・啓発等を内容とする一般介護予防事業によって構成される、介護予防・日常生活支援総合事業（2012年度創設、以下、総合事業と略す）の見直しが行われる。

現在、総合事業の実施については市町村の任意で、2012年度は27保険者（市町村、広域連合）、2013年度は44保険者が実施しているにすぎなかった。今回の改正では、この総合事業を2017年4月までにすべての市町村が実施することとなったのである。訪問介護サービスと通所介護サービスは、生活支援サービス（配食・見守りサービス）と並んでこのような新しい総合事業の中心的な役割を担うことになる。このような新しい総合事業は介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業に分かれるが、前者が中心になる。介護予防・生活支援サービス事業を利用できるのは、要支援者と要支援以外の介護予防・生活支援サービス事業の対象者である。要支援者は地域包括支援センターの保健師等によるケアマネジメントにもとづき総合事業のサービスと予防給付によるサービス（訪問看護など）を組み合わせ利用できる。要支援者が訪問看護等の予防給付サービスを利用しないで新しい総合事業の介護予防・生活支援サービスを利用する場合は、要支援以外の者と同様に基本チェックリスト該当で利用できる。一般介護予防事業は、要支援以外の高齢者を元気高齢者と2次予防事業対象者に分けていた現在のシステムを改め、両者を区分せずに扱い、要支援者を含むすべての高齢者を対象に、地域リハビリテーション活動支援事業など地域においてリハ職を活用して自立支援に資する取り組みや、体操教室等の普及・啓発等を推進して介護予防を機能強化する。

このような新しい総合事業を推進するために、国は指針を策定し市町村による事業の円滑な実施を支援し、基盤整備を推進することになった。また、総合事業に移行することにあたり、総合事業の事業費の上限は、事業への移行分をまかなえるように見直しを図るとされた。なお、このような新しい総合事業の財源構成はこれまでと同様である。総合事業を含む地域支援事業の全体像は図表8のとおりである。

厚生労働省は、このような新しい総合事業（これまでよりも機能が強化された総合事業）により、支援を必要とする高齢者が要支援認定を受けなくともサービスを受けることができるため地域で暮らすことができるとしている。さらに、訪問介護サービスと通所介護サービスが市町村事業になることによって、既存の介護事業所によるサービスに加えて、町内会、老人クラブ、NPO、民間企業、ボランティア、コミュニティサロンなど地域の多様な主体を活用することができるようになる。単価設定においても全国一律単価ではなく、市町村独自の単価設定、たとえば住民主体による低廉なサービス単価の設定が可能になり、利用者の利用料負担の軽減も実現できることとなるとしている。しかし、このような市町村事業への移管には、次にみる

図表 8 新しい地域支援事業の全体像



〔出所〕「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料」2014年2月25日。

図表 9 2012年度介護予防サービス費用額

	年間累計費用額 (百万円)	要支援		構成比
		要支援 1	要支援 2	
総数	468,512	149,199	318,578	
介護予防居宅サービス	411,670	125,859	285,133	87.9%
介護予防訪問介護	108,378	41,797	66,369	23.1%
介護予防訪問入浴介護	197	21	175	0.04%
介護予防訪問看護	11,935	2,828	9,069	2.5%
介護予防訪問リハビリテーション	3,474	751	2,718	0.7%
介護予防通所介護	172,355	49,272	122,864	36.8%
介護予防通所リハビリテーション	62,677	15,255	47,357	13.4%
介護予防福祉用具貸与	18,190	5,134	13,036	3.9%
介護予防短期入所生活介護	3,824	671	3,115	0.8%
介護予防短期入所療養介護	533	73	448	0.1%
介護予防居宅療養管理指導	3,235	1,314	1,909	0.7%
介護予防特定施設入居者生活介護	26,871	8,743	18,073	5.7%
介護予防支援	48,554	21,578	26,946	10.4%
介護予防地域密着型サービス	8,288	1,763	6,499	1.8%
介護予防認知症対応型通所介護	507	175	330	0.1%
介護予防小規模多機能型居宅介護	5,304	1,588	3,701	1.1%
介護予防認知症対応型共同生活介護	2,477	—	2,468	0.5%

〔注〕総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者を含む。

〔出所〕「社会保障審議会介護保険部会（第54回）資料」2013年12月20日。

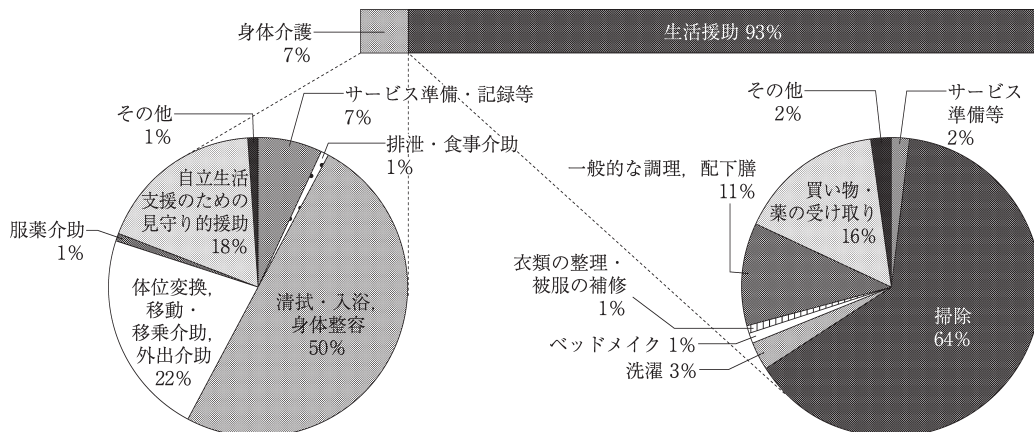
ように課題が多い。

2012 年度の介護予防サービスの費用額は 4685 億円で、このうち訪問介護が 1083 億円、通所介護が 1723 億円、両者の合計は 2806 億円で、介護予防サービス費用額全体の約 6 割を占めている(図表 9)。また、介護保険全体の給付費に占める割合は 3%を少し上回る程度である。介護予防サービス費の多くを占める訪問介護と通所介護の市町村事業への移管により、サービスの提供方法や提供主体の多様化、市町村独自の単価設定などを通じて費用の削減が意図されているとすることができるのである。衆議院の厚生労働委員会においては、野党から「(今回の改正は) 要支援切りだ」との厳しい批判が出されたのである。

さらに、筆者は次の点についても心配している。それは、サービス提供の担い手がどの程度生まれるのかが不透明なことである。低廉なサービス単価では民間事業者の参入は難しくなる。住民主体によるサービスについても、都市部では町内会の未加入率が高いし、過疎地域の町村では人口減少と高齢化で町内会自体が成り立たないケースが出てきている。NPO についても、近年の傾向としては介護関係の NPO の伸び率が低くなってきている。費用の効率性が前面に出てきているなかで、担い手不足が懸念されるのである。また、市町村事業に積極的に取り組む市町村とそうではない市町村との格差や、住民主体によるサービスが活発に行われる地域とそうではない地域の格差が大きくなることも予想される。さらに、広大な面積の市町村が多い北海道では、高齢者宅を訪問する際に移動時間がかかることも、住民主体によるサービスの円滑な進行を難しくしていると言することができるのである。

さらに、根本的なことを言えば、住民主体によるサービスで、どの程度までホームヘルパーの仕事の代わりができるのだろうかという疑問がある。要支援者向けの訪問介護は家事援助と身体介護に分かれる。図表 10 の要支援者向けの訪問介護に関する 2010 年度財務省予算執行調査結果によれば、生活援助が訪問介護全体の 93%を占めている。その生活援助の 64%が掃除で、

図表 10 介護予防訪問介護利用者(445名)における利用行為内容別の割合(利用時間で算出)



(注) 2010 年度財務省予算執行調査を厚生労働省老健局で再集計

(出所)「社会保障審議会介護保険部会(第 54 回)資料」2013 年 12 月 20 日。

次は買い物・薬の受け取り（16%）、3位は一般的な調理、配下膳（11%）となっている。身体介護では清拭・入浴・身体整容（50%）がトップで、これに体位変換・移動・移乗介助・外出介助（22%）、自立生活支援のための見守りの援助（18%）が続いている。このほかにも排泄・食事介助、服薬介助、洗濯、衣類の整理、被服の補修など要支援向けの訪問介護は幅広い。これまで事業所のホームヘルパーが調理や掃除などで高齢者の支援に工夫を凝らしている場合が多くみられるだけに、筆者には気がかりなのである。

なお、今回の改正では、市町村の総合事業の実施方法として、市町村の事務負担の軽減等を図るために、予防給付と類似した指定事業者制を導入することとなった。これにより、事業者と市町村の間で毎年度委託契約を締結することが不要となる。指定事業者は、予防給付の場合は都道府県だが、総合事業の場合は市町村となる。施行時には、原則、都道府県が指定している予防給付の事業者（訪問介護、通所介護）を、市町村の総合事業の指定事業者とみなす経過措置を講じ、市町村の事務負担を軽減して円滑な実施を図ることとされている。しかし、今回の改正は住民主体によるサービスに力点がおかれた改正であるので、市町村自らが事業を直接実施したり、事業者への委託、事業者への補助といった方法がとられる必要性が高くなるだろう。そうなれば委託費・補助費等は市町村が独自に設定することになるので、その面での知恵と工夫が市町村に求められることになるだろう。ましてや市町村自らが事業を実施する場合は、一層の創意・工夫が求められるだろう。

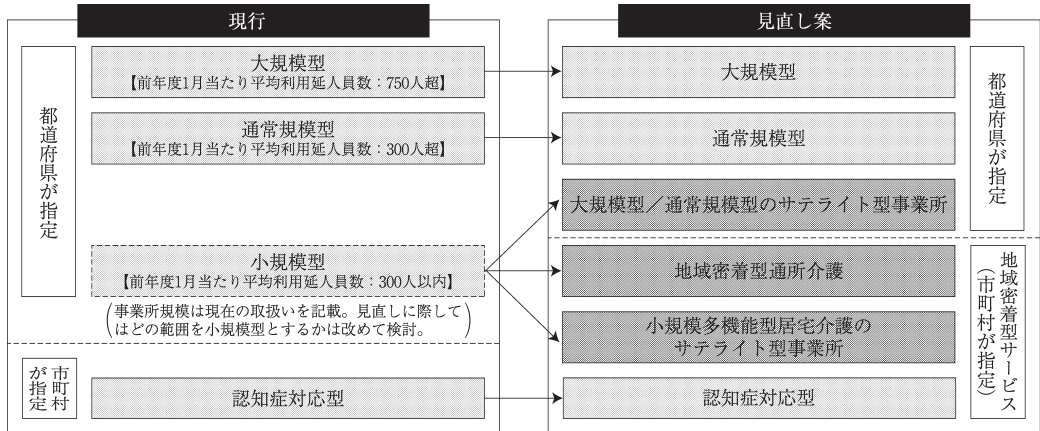
現在、社会福祉協議会が積極的に事業展開を行っている市町村が少なからずあり、社会福祉協議会と市町村のコラボレーションにより住民主体によるサービスが充実する可能性が高い市町村も一部にあるが、現時点では、全国のほとんどの市町村が新しい総合事業に対して戸惑い困惑している状況である。現状のままでは、たとえ2年の経過措置（2017年4月までに実施）をとって開始を遅らせても、市町村が事務負担軽減ばかりに目を向けるのであれば、また、市町村が新事業のキーとなる自覚がなければ、要支援者のサービス受給は円滑に進まないだろう。

（2）小規模通所介護を地域密着型サービスに移行

近年、通所介護事業所が顕著に増加している。このことから前回同様、否、前回は上回る通所介護抑制の流れが出てきている。今回の改正では、通所介護事業所のうち、とくに10人以下の小規模型の通所介護事業所の扱いがメインであった。つまり、小規模型の通所介護事業所を、市町村が指定・監督する地域密着型サービスへ移行するか、大規模型もしくは通常規模型のサテライト型事業所への移行、小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所への移行が進められるのである（図表11）。

これまで通所介護事業所は都道府県が指定してきた。そして、通所介護の事業所は2006年4月に1万9341ヶ所であったものが、2012年度末には3万5453ヶ所に増大した。このうち小規模型の通所介護事業所は、2006年4月には7075ヶ所であったが、2012年度末には1万7963ヶ所となり、2.5倍の伸びを示して通所介護事業所全体の伸びを大きく上回った。今回の改正はこ

図表 11 小規模型通所介護の移行について



(注1) 地域密着型サービスとした場合の市町村の事務等。

- 事業所の指定・監督
- 事業所指定，基準・報酬設定を行う際，住民，関係者からの意見聴取
- 運営推進会議への参加 等

(注2) 地域密着型サービスは，市町村の判断で公募により事業者を指定できる。

〔出所〕「社会保障審議会介護保険部会（第 54 回）資料」2013 年 12 月 20 日。

のような顕著な増加がみられる小規模型通所介護事業所を抑制する方向がみてとれるのである。

地域密着型サービスは都道府県ではなく，市町村が事業所の指定・監督権限を有している。したがって，介護保険法の改正によって 2006 年 4 月から地域密着型サービスとなったグループホームがそうであったように，当該市町村の整備目標数値の設定（介護保険事業計画による管理）により新たな通所介護事業所の開設が認められないケースが出てくるものと予想されるのである。

なお，通所介護には長時間型と短時間型があるが，長時間型が主流となっている。長時間の通所介護の場合は，その中の一定部分の時間で機能強化訓練が行われる。今回の改正のようなコスト重視や効率化の方針が優先されれば，次期の介護報酬算定では，通所介護事業所にとって厳しい数値が出るのが予想される。

通所介護の役割は大きい。なるほど通所介護を利用する高齢者の中には，介護予防事業で対応することのほうが望ましいケースもみられるし，近年は過度のニーズの掘り起こしがみられる場合も少なくない。しかし，通所介護は介護する家族の負担軽減にもつながるのであり，今後，在宅介護に力点をおくのならば，利用者や家族のニーズを十分に踏まえた通所介護の役割とありかたの検討が必要だと思われるのである。

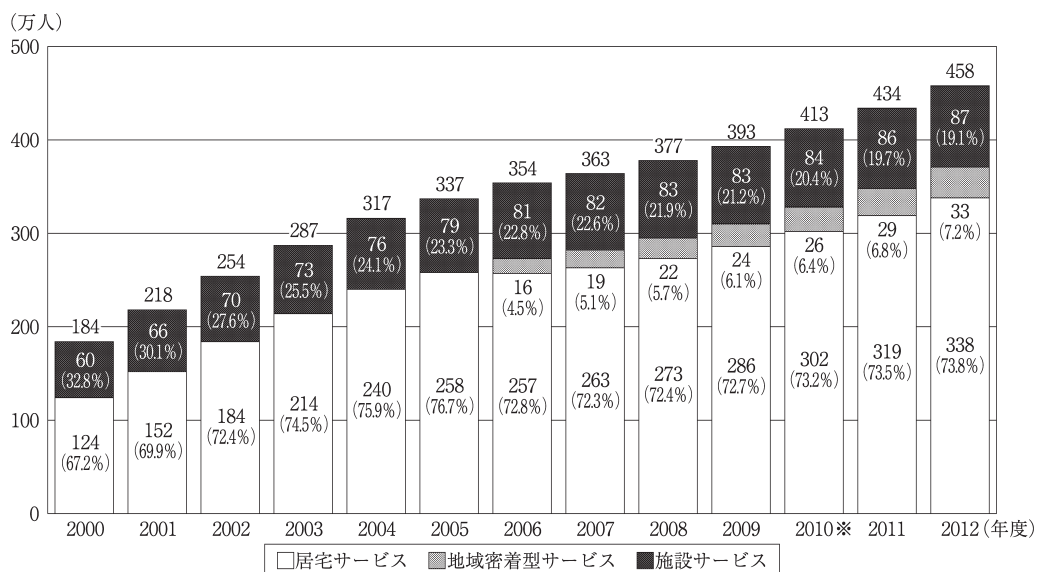
(3) 特別養護老人ホームの入所要件を厳格化し，原則，要介護 3 以上の者を入所要件とする

今回の改正では，原則，特別養護老人ホームの新規入所者を要介護 3 以上の高齢者に限定し

入所が必要と考えられるケースについて、厚生労働省は今後詳細を検討するとしているが、次のようなケースを事例として掲げている。つまり、知的障がい、精神障がい等をともなう地域での安定した生活を続けることが困難な場合、家族等による虐待が深刻であり心身の安全・安心の確保が不可欠の場合、認知症高齢者であり常時の適切な見守りと介護が必要な場合を掲げているのである。実際、要介護 2 以下の在宅生活困難者が少なからず存在するのであり、その居場所確保が求められているのである。居場所の 1 つとしてサービス付き高齢者向け住宅が挙げられているが、利用者負担が高いためなかなか解決にはつながらない。在宅での生活を継続するしくみをつくることのできるのかが重要な課題となっているとすることができるのである。

介護サービス利用者の状況（2012 年度）をみてみると、居宅サービスと地域密着型サービスの合計利用者数は 371 万人、施設サービス利用者数は 87 万人であった（図表 13）。そして、介護サービス利用者全体に占める居宅・地域密着型サービス利用者の割合は 81%，施設サービス利用者の割合は 19%であった。2005 年 10 月から食費と居住費が介護保険給付対象から外されて特別養護老人ホーム等の施設利用者の全額自己負担となり、また、2006 年度からは地域密着型サービスが開始されたこともあり、居宅・地域密着型サービスに比べて施設サービス利用者

図表 13 介護サービス受給者数の推移（1ヶ月平均）



〔注 1〕 () は各年度の構成比。

〔注 2〕 各年度とも 3 月から 2 ヶ月サービス分の平均（但し、2000 年度については、4 月から 2 ヶ月サービス分の平均）。

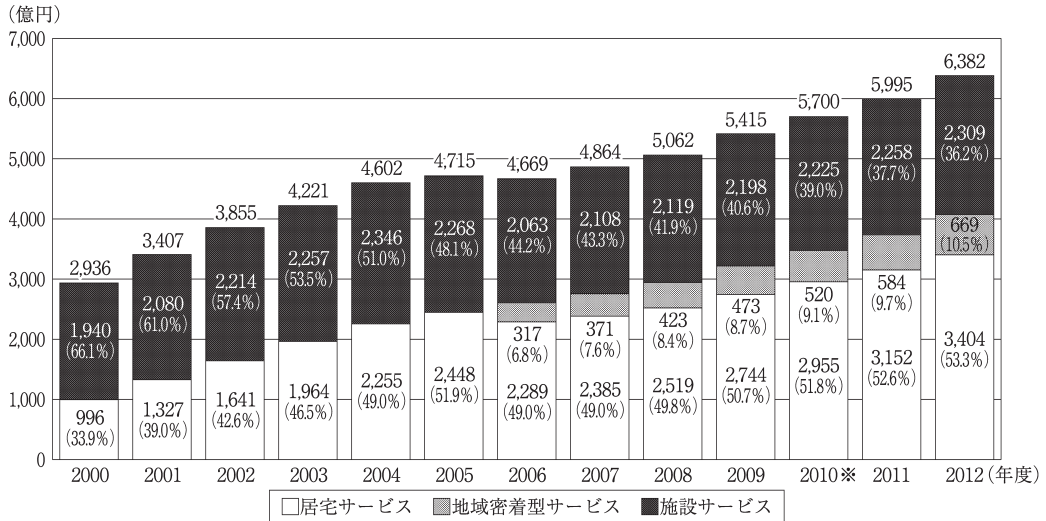
〔注 3〕 2006 年度の地域密着型サービスについては、4 月から 2 ヶ月サービス分の平均。

〔注 4〕 受給者数は、居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス間の重複利用がある。

〔注 5〕 東日本大震災の影響により、2010 年度の数値には福島県内 5 町 1 村の数値はふくまれていない。

〔出所〕 厚生労働省『平成 24 年度介護保険事業状況報告（年報）』2012 年。

図表 14 年度別（居宅，地域密着型，施設別）給付費の推移（1ヶ月平均）



〔注 1〕 () は各年度の構成比。

〔注 2〕 高額介護サービス費，高額医療合算介護サービス費，特定入所者介護サービス費を含まない。

〔注 3〕 東日本大震災の影響により，2010 年度の数値には福島県内 5 町 1 村の数値は含まれていない。

〔出所〕 厚生労働省『平成 24 年度介護保険事業状況報告（年報）』2012 年。

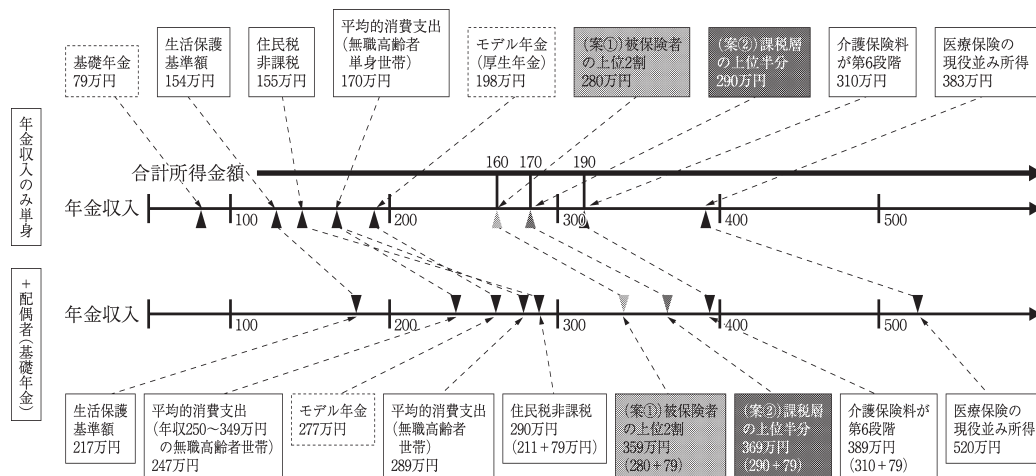
の比重が低下しているのである。

これに対し，保険給付費については，居宅・地域密着型サービスが 4073 億円（64%），施設サービスが 2309 億円（36%）となっていて施設サービスのほうがコスト高になっていることが把握できる（図表 14）。そして，介護保険開始時に比べて施設サービス給付費の比重の低下がみられるのである。厚生労働省は，今回の改正で割高な施設給付費の抑制を一層図ろうとしているのであるが，高齢者の介護は財政面からのアプローチだけではまったく不十分である。とりわけ認知症の高齢者における弾力的な入所対応や，当該高齢者のおかれた状況（家族や住居，地域など）についての配慮が求められているのである。

（4）一定以上の所得のある高齢者の自己負担の引き上げ

利用者負担はこれまで一律 1 割であったが，今回の改正で，一定以上の所得がある高所得高齢者については利用者負担を 2 割にすることになった。利用者負担を 2 割とする高齢者は，モデル年金（厚生年金 198 万円，夫が平均標準報酬 36.0 万円で 40 年間就業し，妻がその期間すべて専業主婦であった世帯が年金を受け取り始める場合の給付水準で 2013 年 4 月～9 月分の年金額によるもの）と平均消費支出（無職高齢者単身世帯，170 万円）の水準を上回り，かつ負担可能な水準として，被保険者の上位 20% に該当する合計所得金額 160 万円以上（単身で年金収入のみで 280 万円以上）の者を予定している（図表 15）。その際に，利用者負担は個人単位で適用されるために，夫婦であっても配偶者の収入は関係なく，個人の年金収入等にもとづいて

図表 15 利用者負担の見直しにおいて 2 割負担とする所得水準について



- (注 1) 夫婦世帯については、夫が厚生年金、妻が国民年金の収入のみと仮定。単身世帯は、年金収入のみと仮定。
- (注 2) モデル年金とは、厚生年金は、夫が平均的収入（平均標準報酬 36.0 万円）で 40 年間就業し、妻がその期間全て専業主婦であった世帯が年金を受け取り始める場合の給付水準であり、上記は 2013 年 4 月～9 月分の年金額によるもの。
- (注 3) 夫婦世帯で夫の介護保険料が第 6 段階となる場合 389 万円は、夫の年金収入を 310 万円とし、妻は基礎年金 79 万円とした場合の合計額。
- (注 4) 医療保険の現役並み所得は、収入基準の金額（世帯合計 520 万円、単身 383 万円）
- (注 5) 平均的消費支出は、2012 年家計調査による。単身世帯は 65 歳以上の無職単身世帯の消費支出。夫婦世帯は、高齢者世帯（男 65 歳以上、女 60 歳以上の者のみからなる世帯で少なくとも一人は 65 歳以上）のうち世帯主が無職の世帯（世帯人員の平均は 2.04 人）の消費支出であり、それぞれ 2012 年平均の一月当たりの消費支出を 12 倍したもの。
- (注 6) 生活保護基準額は、一級地 1 の生活扶助の額と、東京都の住宅扶助の上限額を 1 年分足し上げた数値。
- (注 7) 今回の改正では案①が採用された。
- 〔出所〕「社会保障審議会介護保険部会（第 54 回）資料」2013 年 12 月 20 日。

本人のみが 2 割負担となる。図表 15 のように妻の基礎年金収入が 79 万円であれば、妻は 1 割負担のままである。利用者負担を 2 割にする高齢者をどの程度にするのかをめぐっては、住民税課税層の上位半分（単身で年金収入のみで 290 万円以上）とする案も考えられていたが、被保険者の上位 2 割とする案が採用されたのである。

厚生労働省は、要介護者の所得分布は被保険者の所得分布に比べて低いので、被保険者の上位 20% に相当する基準を設定した場合でも、実際に影響を受けるのは、在宅サービス利用者の 15%、特別養護老人ホーム入所者の 5%、老人保健施設入所者の 12% であると推定している。利用時に影響を受ける高齢者は 40 万人から 50 万人程度になるものと予測されている。

一定以上の所得のある高齢者の利用者負担の引き上げ（2 割負担）については、懸念すべき点が少ない。まず、被保険者の中で所得が上位 2 割に入っている者のみが対象となったが、同じような所得水準であっても高齢者の生活状況はかなり異なることである。貯蓄がどの程度あるかや持家の有無などにより高齢者の生活状況はかなり異なるので、2 割負担になったことによりサービスの利用を抑制する高齢者がかなりの程度出るとおそれがある。次に、高

高齢者医療では自己負担が重くなるのは「現役並み所得」の高齢者が対象で年金収入が383万円以上であるが、介護の線引きは、それよりもかなり低いことである。第3に、今回の改正が介護保険導入以来今日まで堅持されてきた利用者負担1割の原則を大きく崩す第1歩となる可能性があることである。今後、高所得者と同様に一般の高齢者についても2割の利用者負担を導入する考え方が浮上するおそれがあるし、高所得高齢者への3割の利用者負担導入の考え方が出てくる可能性も否定できないのである。

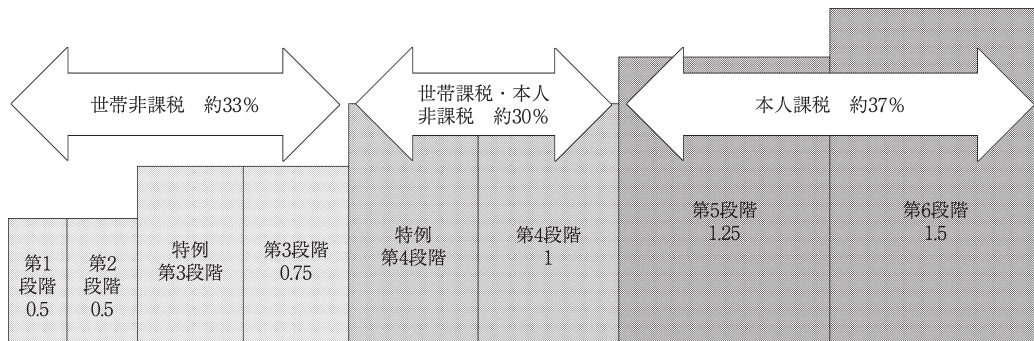
一般高齢者の年金収入が高くない現状や、介護保険料の高額化が進んでいることを踏まえれば、今後の利用者負担の動向について、慎重に検討がなされなければならないのである。

(5) 第1号被保険者の介護保険料段階の多段階設定の一層の推進と低所得高齢者の保険料軽減の拡大⁹⁾

介護保険がスタートして以来、第1号被保険者(65歳以上の高齢者)に賦課される保険料の介護給付費に占める割合は各期ごとに1ポイントずつ増加してきた。第1期(2000～2002年度)が17%、第2期(2003～2005年度)が18%、第3期(2006～2008年度)が19%、第4期(2009～2011年度)が20%、第5期(2012～2014年度)が21%である。また、現在の介護保険料段階は6段階が標準となっているが、市町村は自らの判断で、保険料段階の多段階設定と保険料基準額に対する割合の変更を行うことができるシステムになっている。このため、図表16のように、第3段階と第4段階に特例段階を設けたり(特例第3段階、特例第4段階)、住民税課税層の各段階(第5段階以上)を細かく区分して多段階設定を行っている市町村が多いし、基準額に対する割合の変更も多様に行われている。

さらに、図表16を上回って多段階設定を行っている市町村も都市部を中心に少なくない。段階数がきわめて多い市町村をあげれば、埼玉県川口市が18段階(16段階18区分)、京都府城市と千葉県市川市が17段階となっている。また、最高段階の保険料額の保険料基準額に対する倍率が著しく高いのは、東京都世田谷区(3.2倍、段階数は15段階)、東京都中野区(3.0倍、

図表16 現行(第5期)の65歳以上の者の介護保険料段階設定



(注) 現行は標準6段階である。

(出所)「社会保障審議会介護保険部会(第54回)資料」2013年12月20日。

図表 17 札幌市における 65 歳以上の者の介護保険料段階のイメージ

段 階	対象者	単 身	複 数	負担割合
第 1 段階	生活保護を受給している方、中国残留邦人等の方々のための支援給付を受けている方、老齢福祉年金受給者で世帯全員が市町村民税非課税の方	—	—	基準額×0.5
第 2 段階	世帯全員が市町村民税非課税で、本人の前年の公的年金収入金額と合計所得金額の合計が 80 万円以下の方	市 町 村 民 税 非課税、年金 収入 70 万円	夫：年金収入 70 万円、市町村民税非課税→第 2 段階 妻：年金収入 70 万円、市町村民税非課税→第 2 段階	
第 3 段階	軽減措置 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の前年の公的年金収入金額と合計所得金額の合計が 80 万円を超え 120 万円以下の方	市 町 村 民 税 非課税、年金 収入 100 万円	夫：年金収入 100 万円、市町村民税非課税→第 3 段階軽減 妻：年金収入 70 万円、市町村民税非課税→第 2 段階	基準額×0.65 (新設)
	世帯全員が市町村民税非課税で、本人の前年の公的年金収入金額と合計所得金額の合計が 120 万円を超える方	市 町 村 民 税 非課税、年金 収入 140 万円	夫：年金収入 200 万円、市町村民税非課税→第 3 段階 妻：年金収入 70 万円、市町村民税非課税→第 2 段階	基準額×0.75
第 4 段階	軽減措置 世帯の中に市町村民税課税者がある方で、本人が市町村民税非課税で、本人の前年の公的年金収入金額と合計所得金額の合計が 80 万円以下の方	—	夫：年金収入 230 万円、市町村民税課税→第 5 段階軽減 妻：年金収入 70 万円、市町村民税非課税→第 4 段階軽減	基準額×0.90
	世帯の中に市町村民税課税者がある方で、本人が市町村民税非課税で、本人の前年の公的年金収入金額と合計所得金額の合計が 80 万円を超える方	—	夫：年金収入 230 万円、市町村民税課税→第 5 段階軽減 妻：年金収入 140 万円、市町村民税非課税→第 4 段階	基準額 (月額 4,656 円)
第 5 段階	軽減措置 本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が 125 万円未満の方	市 町 村 民 税 課税、年金 収入 200 万円	夫：年金収入 230 万円、市町村民税課税→第 5 段階軽減 妻：年金収入 70 万円、市町村民税非課税→第 4 段階軽減	基準額×1.15
	本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が 125 万円以上 200 万円未満の方	市 町 村 民 税 課税、給与 収入 250 万円	夫：給与収入 250 万円、市町村民税課税→第 5 段階 妻：年金収入 140 万円、市町村民税非課税→第 4 段階	基準額×1.25
第 6 段階	本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が 200 万円以上 350 万円未満の方	市 町 村 民 税 課税、給与 収入 400 万円	夫：給与収入 400 万円、市町村民税課税→第 6 段階 妻：無収入、市町村民税非課税→第 4 段階軽減	基準額×1.50
第 7 段階	本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が 350 万円以上 500 万円未満の方	市 町 村 民 税 課税、給与 収入 600 万円	夫：給与収入 600 万円、市町村民税課税→第 7 段階 妻：無収入、市町村民税非課税→第 4 段階軽減	基準額×1.75
第 8 段階	本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が 500 万円以上の方	市 町 村 民 税 課税、給与 収入 800 万円	夫：給与収入 700 万円、市町村民税課税→第 8 段階 妻：無収入、市町村民税非課税→第 4 段階軽減	基準額×2.00 (新設)

(出所) 札幌市資料、2012 年。

図表 18 札幌市の 65 歳以上の者の介護保険料所得段階別推計人数

(単位：人，() 内：構成比)

段階	2012 年度	2013 年度	2014 年度	合計
第 1 段階	23,878 (5.7%)	25,848 (5.9%)	27,931 (6.1%)	77,657 (5.9%)
第 2 段階	90,834 (21.7%)	95,400 (21.8%)	100,132 (21.9%)	286,366 (21.8%)
第 3 段階	軽減措置 29,015 (6.9%)	31,668 (7.2%)	34,481 (7.5%)	95,164 (7.2%)
	32,163 (7.7%)	35,103 (8.0%)	38,222 (8.4%)	105,488 (8.0%)
第 4 段階	軽減措置 63,106 (15.1%)	63,076 (14.4%)	62,876 (13.8%)	189,058 (14.4%)
	31,809 (7.6%)	33,672 (7.7%)	35,617 (7.8%)	101,098 (7.7%)
第 5 段階	軽減措置 39,182 (9.4%)	42,182 (9.6%)	45,347 (9.9%)	126,711 (9.7%)
	54,793 (13.1%)	57,055 (13.0%)	59,376 (13.0%)	171,224 (13.0%)
第 6 段階	37,922 (9.1%)	38,065 (8.7%)	38,121 (8.3%)	114,108 (8.7%)
第 7 段階	7,007 (1.7%)	6,851 (1.6%)	6,662 (1.5%)	20,520 (1.6%)
第 8 段階	8,685 (2.1%)	8,490 (1.9%)	8,256 (1.8%)	25,431 (1.9%)
合 計	418,394	437,410	457,021	1,312,825

(注) 端数処理の関係で割合の合計は 100%にはならない。

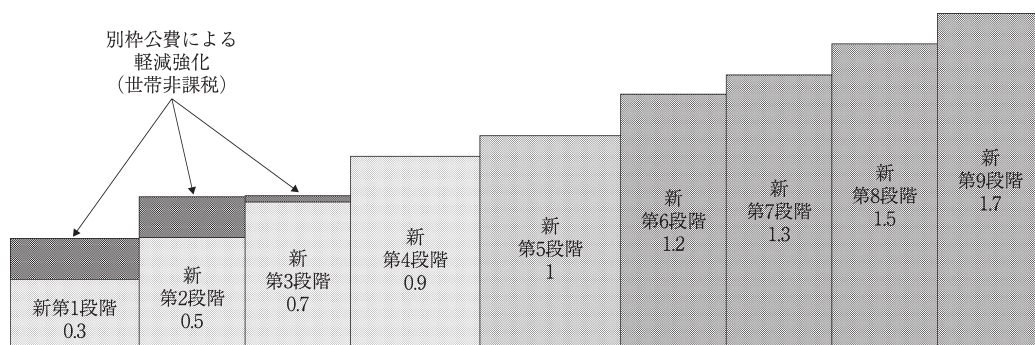
(出所) 札幌市資料，2012 年。

段階数は 14 段階)である。図表 17 のように札幌市は 8 段階 10 区分を採用している。第 3 段階、第 4 段階のほかに、課税層の段階である第 5 段階にも特例段階を設けて、保険料の軽減措置をとっている。また、第 8 段階を設けて介護保険料額を保険料基準額の 2.0 倍としているのである。なお、札幌市では介護保険料所得段階別人口を、図表 18 のように推計している。

2013 年度の全国の被保険者数をみると(標準 6 段階の場合)、第 1 段階(生活保護受給者等)が 82 万人(被保険者数に占める割合が 3%)、第 2 段階(世帯全員が非課税かつ本人年金収入等が 80 万円以下)が 484 万人(同 16%)、第 3 段階(世帯全員が非課税かつ本人年金収入等が 80 万円超)が 380 万人(同 13%)、第 4 段階(本人が非課税だが世帯に課税者がいる)が 901 万人(同 30%)、第 5 段階(本人課税かつ所得金額が 190 万円未満)が 717 万人(同 24%)、第 6 段階(本人課税かつ所得金額等が 190 万円以上)が 414 万人(同 14%)である。高齢者の約 62%が住民税非課税層になっている。

今回の改正では、所得水準に応じたきめ細かな保険料の設定を行う目的で、また、多くの市町村において保険料の多段階設定が行われている現状を踏まえ、これまでの標準 6 段階から標

図表 19 今回の改正による65歳以上の者の介護保険料（第6期）段階設定



(注1) 今回の改正により標準9段階になる。

(注2) 新第9段階の乗率1.7は、現在の全保険者の最上位段階の乗率の中央値である。

(注3) 新第1段階を7割軽減の0.3とすることから、最上位を7割加算の1.7とするとバランスが良い。

(注4) 新第4段階の乗率0.9は、現在の全保険者の特例第4段階の部分の乗率(特例未実施を含む)の中央値である。

〔出所〕「社会保障審議会介護保険部会（第54回）資料」2013年12月20日。

準9段階への見直しが行われることになった。これに加えて、これまでと同様に、市町村の判断で保険料段階の多段階設定（9段階を超過する保険料段階の設定）と保険料基準額に対する割合の変更ができるものとされた。

図表19をみてみよう。今回の改正で標準9段階となるが、標準9段階のうち新第5段階が保険料基準額になる。新第6段階から新第9段階までは住民税課税層の保険料段階で、新第6段階が基準額の1.2倍、新第7段階が基準額の1.3倍、新第8段階が基準額の1.5倍、新第9段階が基準額の1.7倍の保険料額となる。保険料段階の標準段階の設定のもとでは、これまで最高段階が基準額の1.5倍の保険料額であったが、これが1.7倍になったのであり、全体的に住民税課税層の高齢者の保険料は基準額に対する比率において高くなったのである。

また、新第1段階から新第3段階までは住民税世帯非課税層でこれまでの第1段階と第2段階を統合して新第1段階がつくられ、基準額の0.3倍が保険料額となる。さらに、これまでの特例第3段階が標準化されて新第2段階となり、新第2段階の保険料額は基準額の0.5倍となる。また、新第3段階が基準額の0.7倍の保険料額となる。新第4段階と新第5段階は世帯課税・住民税本人非課税の高齢者が属するが、新第4段階はこれまでの特例第4段階が標準化されたもので基準額の0.9倍の保険料額となった。このように、住民税非課税層の各段階において保険料の軽減が行われていることが把握できるのであるが、保険料基準額に対する倍率面では下がってはいるものの、第6期の保険料基準額が上昇するだろうことを考慮にいれば軽減額は微小にとどまるだろう。

このような中、第6期において標準9段階を上回る多段階設定を行う市町村や基準額に対する割合の独自設定を行う市町村がどの程度出るのが注目される。第5期の保険料では、愛知県刈谷市は低所得の高齢者の保険料軽減に取り組んだ¹⁰⁾。東京都世田谷区は最高段階の保険

料を保険料基準額の3.2倍にした。さらに北海道の一部の市町村にみられるように、保険料軽減を、市町村予算で行うケースもあった。第5期保険料は全国平均で月額4900円となり、いよいよ保険料(保険料基準額)が月額5000円となる時代が到来した。2015年4月から始まる第6期は一層の上昇が予想される。各市町村の介護保険料についての取り組みが注目されるのである。

(6) 低所得の施設利用者の食費・居住費の補助対象の縮小のため、補足給付の中に資産要件を追加する

現在、低所得の施設利用者の食費・居住費については、利用者負担第1～第3段階の高齢者を対象に、所得に応じた負担限度額が設定されている。そして、標準的な費用額(基準費用額)と負担限度額の差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付が行われているが、これを補足給付と言っているのである。このような補足給付の実施に際しては課税所得のみが勘案されており、資産や非課税収入があっても給付の対象になっている。しかし、今回の改正では、預貯金が1000万円超ある単身者や、2000万円超ある夫婦の場合は補足給付の対象から外された。さらに、施設入所に際して行われることが多い世帯分離については、世帯分離をした場合でも配偶者の所得は勘案するものとし、配偶者が課税されている場合は補足給付の対象外とした。また、給付額の決定にあたっては、非課税年金(遺族年金、障害年金)も収入として勘案されることになった。なお、不動産を勘案することも検討されたが、今回の改正では行わず、引き続き検討されることとなった。

現在の補足給付の状況は、次のようになっている。負担軽減となる低所得者は図表20のとおりである。具体的に特別養護老人ホームのユニット型個室の利用者負担をみると(図表21)、利用者負担段階が第2段階の高齢者の場合、居住費が3.5万円、食費が3.0万円の補足給付が行われるために、この高齢者の負担額は5.2万円になる(居住費が2.5万円、食費が1.2万円、利用者負担が1.5万円)。また、特別養護老人ホームの多床室を利用する利用者負担段階が

図表20 負担軽減となる低所得者(補足給付)

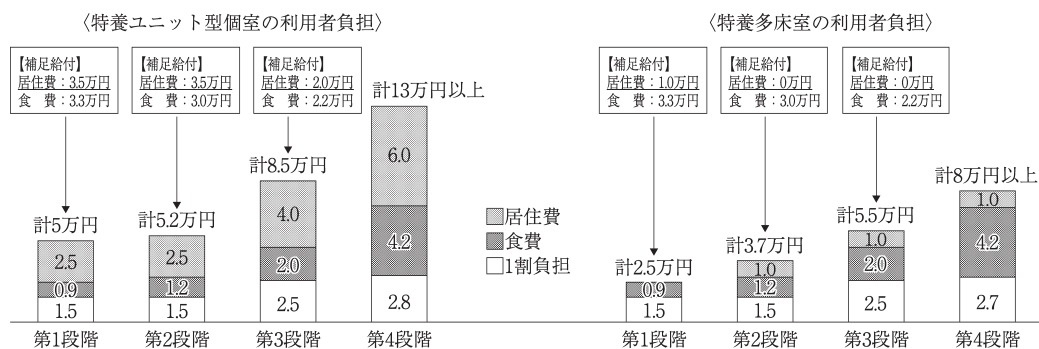
	主な対象者
第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額+合計所得金額が80万円以下
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外
第4段階～	・市町村民税本人非課税であって、世帯に課税者がある者 ・市町村民税本人課税者

(注1) 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階の者を対象に、所得に応じた負担限度額が設定されている。

(注2) 標準的な費用の額(基準費用額)と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付している。

〔出所〕「社会保障審議会介護保険部会(第54回)資料」2013年12月20日。

図表 21 特別養護老人ホームの利用者負担（補足給付）



〔出所〕「社会保障審議会介護保険部会（第 54 回）資料」2013 年 12 月 20 日。

図表 22 補足給付の認定者数と給付費

(1) 認定者数 (2011 年度末) <万人> (2) 給付費 (2011 年度) <百万円>

	合計	第 1 段階		第 2 段階		第 3 段階	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
合計	103	7.3	7%	70	68%	26	25%
介護老人福祉施設	30	1.9	6%	22	73%	6.6	22%
介護老人保健施設	16	1.3	8%	11	69%	4.0	25%
介護療養型医療施設	3.9	0.4	10%	2.6	67%	0.9	23%
地域密着型老人福祉施設	0.8	0.0	0%	0.6	75%	0.2	25%
短期入所生活介護等	52	3.7	7%	34	65%	14	27%

食費	220,392
介護老人福祉施設	122,449
介護老人保健施設	63,573
介護療養型医療施設	14,574
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	3,685
短期入所生活介護等	16,111
居住費（滞在費）	63,973
介護老人福祉施設	40,635
介護老人保健施設	11,562
介護療養型医療施設	1,080
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	3,488
短期入所生活介護等	7,208
合計	284,365

〔注〕認定者数は、境界層認定の関係で、食費に係る認定数と居住費に係る認定数に若干の相違があるが、万人単位の数字は同じ。

〔出所〕「社会保障審議会介護保険部会（第 54 回）資料」2013 年 12 月 20 日。

第 2 段階の高齢者の場合は、食費について 3.0 万円の補足給付が行われるので、負担額が 3.7 万円になる（居住費が 1.0 万円、食費が 1.2 万円、利用者負担額が 1.5 万円）。このような高齢者が一定の預貯金や有価証券をもっていると、今回の改正により、ユニット型個室の特別養護老人ホーム入所費が 13 万円、多床室の特別養護老人ホーム入所費が 8 万円となるのである。

補足給付の認定者数と補足給付費は次のとおりである（図表 22）。まず、認定者だが、2011 年度末の認定者数は 103 万人で、第 1 段階が 7.3 万人（7%）、第 2 段階が 70 万人（68%）、第 3 段階が 26 万人（25%）となっていて、第 2 段階に属する高齢者が多い。次に、補足給付費については、食費が 2203 億 9200 万円、居住費が 639 億 7300 万円、合計 2843 億 6500 万円である。

図表 23 年金の受給状況

(1) 老齢年金受給者の公的年金の受給状況

〈人〉

年金額 (年)	50万円未満	50～100万円	100～150万円	150～200万円	200～250万円	250～300万円	300～350万円	350万円以上	合計
老齢年金受給者 (65歳以上)	1,482 11.4%	4,146 31.9%	2,078 16.0%	1,601 12.3%	1,723 13.3%	1,266 9.8%	484 3.7%	198 1.5%	12,978

(2) 遺族年金の受給状況

〈千人〉

年金額 (年)	50万円未満	50～100万円	100～150万円	150～200万円	200万円～	合計
遺族年金受給者 (65歳以上)	896 23.8%	888 23.6%	1,217 32.3%	655 17.4%	106 2.8%	3,762

(3) 障害年金の受給状況

〈千人〉

年金額 (月)	～6万円	6～8万円	8～10万円	10～12万円	12～14万円	14～16万円	16～18万円	18万円～	合計
障害年金受給者 (65歳以上)	4 0.8%	183 38.9%	240 51.0%	14 3.0%	11 2.3%	8 1.7%	5 1.1%	6 1.3%	471

(注) 基本データは老齢年金受給者実態調査(2011年無作為抽出による調査)、遺族年金受給者実態調査(2010年無作為抽出による調査)、障害年金受給者実態調査(2009年無作為抽出による調査)である。

〔出所〕「社会保障審議会介護保険部会(第54回)資料」2013年12月20日。

特別養護老人ホームに入所している高齢者への補足給付費が57%(1630億8400万円)、続いて老人保健施設利用高齢者の補足給付費が26%(751億3500万円)を占めている。

では、高齢者の貯蓄等の状況はどうであろうか。高齢者単身世帯の貯蓄等の保有状況は、収入が150万円未満の世帯で貯蓄等が1000万円以上の世帯の占める割合は11%、収入が150万円～200万円の世帯で貯蓄が1000万円以上の世帯の占める割合は25%であった。また高齢者夫婦世帯の場合は、収入200万円未満の世帯で貯蓄等が2000万円以上の世帯の占める割合は約8%、200万円以上300万円未満の世帯では約12%であった¹⁾。さらに、年金の受給状況を見ると(図表23)、老齢年金受給者(65歳以上)のうち年金額(年額)が100万円未満が43.3%、150万円未満が59.3%、遺族年金額(年額)については、100万円未満が47.4%、150万円未満が79.7%であった。障害年金額(月額)については、月10万円未満が90.7%を占めていた。

このような補足給付の見直しにより、約700億円の給付費削減効果、65歳以上の者の保険料1人当たりでは月額37円の保険料軽減の効果をもつものと、厚生労働省は試算している。

しかし、今回の改正には問題点が少なくない。果たして実務的に住民の預貯金、有価証券の把握が十分に行われるのかについて疑義があるのである。市町村には住民の預貯金や有価証券に関する情報はないし、情報を十分に把握する能力も手段ない。これでは、利用者の申告に頼らざるを得なくなるのであり、利用者間の公平性の確保が危うくなることが懸念されるのである。保険料軽減効果は決して高くはないだけに慎重な検討が求められるのである。

(7) 居宅介護支援事業所の指定権限を市町村に移す

現在、大都市等の特例により、指定都市と中核市については、居宅介護支援事業者の指定権限が移譲されているが、今回の改正により、指定都市、中核市以外の市町村にも、都道府県から指定権限が移譲されることになった。これについては、介護保険の第7期(2018年4月1日)から施行されることになっている。

(8) 高齢者用サービス付き住宅に居住地特例を入れる

介護保険では高齢者が居住する市町村が保険者になるが、介護保険施設等(特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム)の所在する市町村の1号保険料が高くなるなど介護保険財政に影響が及ぶため、特例として、入所者が入所前にいた市町村の被保険者になるしくみである住所地特例が設けられている。現在、サービス付き高齢者向け住宅は有料老人ホームに該当する場合でも住所地特例が適用されていないが、今回の改正では、このようなサービス付き高齢者向け住宅が所在する市町村の介護保険財政に配慮し、また、その他の有料老人ホームとの均衡を踏まえ、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅についても、住所地特例の対象とすることになった。たとえば、A村に自宅があり、B市の有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅に入所している高齢者の場合、今回の改正後、住所はB市で住民税納税はB市、行政サービスもB市だが、介護保険の保険者はA村、介護保険料、介護給付ともにA村となるのである。

なお、これまでの住所地特例では、保険者が転居前の市町村であることから、対象者は、これまで転居後の市町村(住所地の市町村)が提供する地域密着型サービスや地域支援事業を利用できなかったが、今回の改正により、住所地特例の対象者に限り、住所地市町村の指定を受けた地域密着型サービスや住所地市町村の地域支援事業を利用することができることとされたのである。

4 地域包括ケアシステムの構築について

今回の地域医療・介護総合確保推進法案では、2025年を目途に、地域包括ケアシステムの構築を実現したいとしている。つまり、団塊の世代が75歳以上になる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても高齢者が住み慣れた地域で最後まで暮らし続けることができるようにすること、今後認知症高齢者の大幅な増加が見込まれるため認知症高齢者の地域での生活を支えるようにすること、今後高齢化が一層進むが75歳以上の高齢者が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部という具合に高齢化の進展状況には地域差が大きいため、市町村や都道府県が地域の特性に応じたシステムを構築することが必要なこと、以上のことにより地域包括ケアシステムが重要になるのであり、2025年を目途に地域包括ケアを完成させたいとしているのである。

では、地域包括ケアシステムとは何か。介護保険の第5期に向けた2011年の介護保険法の改正では目立った改正は行われなかったが、地域包括ケアが強調されたことが注目された。地域包括ケアとは要約して述べれば、高齢者が自宅や地域で安心して暮らし続けるために、介護サービス、保健・医療サービス、福祉サービス、インフォーマルサービスを有機的に結び付け、高齢者のニーズや状態の変化に対応するトータルサービスのことである。そして、このようなフォーマルとインフォーマルを包括する各種サービスの有機的な連携を通じて、施設ではなく在宅での暮らしを高齢者に徹底しようという考え方になっている。地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要サービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定されている。

しかし、実際には課題が多い。たとえば、健康管理や療養指導などを継続的に行えるようにするには地域での医療サービスや往診体制、訪問看護サービスの充実を図ることが必要になると思われるが、現状では、在宅医療についての診療報酬が引き上げになり都市部では訪問診療が進みつつあるが、町村部を中心に訪問診療の人的な資源に限界があることや、在宅医療に対する医師の意識の問題等があり、在宅医療を行うことが難しい地域が少なくない。また、地域包括ケアの重要な一翼を担うと期待されている訪問看護サービスについても、担い手不足や訪問介護に比べて高い利用料金がネックになっているのが実情である。24時間対応型随時訪問介護サービスを提供する事業者については、一部の都市にしかないのが現状である。さらに、相談、安否確認、声かけ、見守りなどの地域福祉にかかわる住民活動については、その活動の質・量において自治体間で大きな差があるし、同一自治体の中でも地域による差が大きいケースがみられる。また、都市部では町内会の加入率が低下して5割を切っている地域があるし、農村部では過疎化が進み、集落の人口が極少数になって町内会が維持できない地域も多くなっている¹²⁾。

そして、重要なことは、地域包括ケアを担う中核部分と期待されている地域包括支援センターについては、関係する団体や組織とのネットワーク形成や地域のニーズ調査、地域の課題把握、地域ケア会議の実施など多様な役割が求められているが、果たして地域包括支援センターがこのような役割の多くを担うことができるのかどうかである。地域包括ケアが導入されたことによって、地域包括支援センターは、2006年の開設時のような予防プラン作成、総合相談の実施と関係機関との連携、ケアマネジャーへの指導などを主な任務とするものから大きく変化した。地域包括ケアの導入により、地域包括支援センターは、在宅医療や訪問看護が継続して必要な要介護度の高い高齢者から、例えばごみ処理が苦手な「ゴミ屋敷」の住民になってしまった要介護認定で「自立」の1人暮らしの男性高齢者、ならびにその近隣住民や町内会、NPOまでを対象にしなければならなくなったのである。

そのことは、在宅医療を展開する医師から高齢者、近隣住民や町内会、NPOまでを対象としてかかわらなければならないことを意味している。そして、さまざまな団体や組織、個人との幅広い連携が求められ、その核に地域包括支援センターがなることが期待されている。地域包

括ケアではまちづくり的なことが期待されているのであり、したがって、市町村は地域包括支援センターをまちづくりの重要な要素として位置づける必要があるのである。そこで、職員体制の見直しや職員の意識改革、市町村の積極的な取り組み姿勢と意欲、財源面での支援が重要になるのである。

さまざまな団体や組織、個人との幅広い連携の核となり、コーディネートの役割を果たす機能が地域包括支援センターに求められるのであれば、地域包括支援センターは市町村直営で運営する必要があるだろう。コーディネートの役割を民間にゆだねても成果が上がるとは思えない。実際、筆者は、この間、各地域でのシンポジウムや民間の関係職員（医師、看護師、保健師、MSW、社会福祉士など）との話し合いを通じ、コーディネートの役割やネットワークの核となる部分は市町村が担うべきであるとの意見を多数聞いてきた。地域包括ケアについて、市町村は民間に丸投げすることなく、創意工夫を行って政策形成を行うべきであるし、財源をしっかりと振り向けることが大切である。さらに、地域包括支援センターの職員体制の大幅な見直しや、地域包括支援センターの職員の意識改革が必要である。また、市町村の各部門の担当者の意識改革も不可欠で、縦割りを超えて活動する気構えをもつとともに、しなやかに発想するのりしろのある職員像が求められているのである。

現時点では、地域包括支援センターの運営方法や地域包括ケアの内容については、まずごく一部の市町村や地域での優れた実践が注視されるべきであろう。そして、それ以外の多くの地域では、地域の実態と課題把握に努めるとともに、連携の工夫と、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保など、各種サービスの担い手や事業者の確保に力点が置かれるべきであろう。現在、2006年の開設時の地域包括支援センターの役割をそのまま踏襲して予防プランセンターになっている地域包括支援センターが少なくない。地域包括支援センターの職員や市町村職員は地域包括支援センターの新しい役割をしっかりと認識することが必要である。そして、今現在、何ができ、何ができないかをしっかりと見きわめ、自らの力量や地域の人的資源の状況を直視することが重要なのである。

なお、地域包括ケアを考える際に留意すべきことは以上の点だけにとどまらない。根本的な問題が横たわっている。つまり、これまで高齢者夫婦だけの世帯では夫婦のどちらかが要介護2以上になった場合、介護する側の状況をも考えれば在宅では厳しくなると言われてきた¹³⁾。そのような認識や状況があるにもかかわらず、今日、地域包括ケアによって在宅が奨励されていることをどのように考えたらよいのだろうかという問題が存在している。果たして地域包括ケアが進むと家族の負担は本当に軽減されるのか、どれくらい軽減されるのだろうか。そここのところがはっきり示されてこないと、地域包括ケアは割高な施設給付費や医療費の単なる抑制策になってしまうおそれがある。今後、やや長いスパンで、地域包括ケアの動向や、市町村の取り組みに注目し続けなければならないのである¹⁴⁾。

5 今後の高齢者介護の展望

現在、日本は、国と地方を合わせて1000兆円を超過する長期債務残高(2014年度末)を有し、国の財政再建が重要な課題になっている¹⁵⁾。さらに、1990年代後半以降今日にかけて、社会保障給付費と社会保険料収入の乖離が大きくなってきている。1997年度の社会保障給付費が69.4兆円、社会保険料収入が54.8兆円であったのに対し、2010年度の社会保障給付費は104.7兆円、社会保険料収入は58.5兆円となっているのである。高齢化の進行により社会保障給付費が伸びる中で、社会保険料収入の伸びが明らかに鈍化しているのである。その差を埋めるのは租税と患者負担(利用者負担)である。

そして、すでに述べたように、2000年度に介護保険がスタートした当初の介護の総費用は3.6兆円であったが、高齢化が進んだために2013年度の介護の総費用は2.7倍の9.4兆円に増大している。このような中で、介護保険料(1号保険料月額、加重平均)が増加し、第1期の2911円が第5期には4972円に上昇している。また、介護保険財政への国、都道府県、市町村の負担分も増大している。

今後の少子高齢化や、国の財政再建を考えれば、なるほど社会保障サービスの効果的・効率的な提供や給付面での工夫は必要なことではあるけれども、歳入面での対応がより重要になっているとすることができる。そこで、将来の軽減税率導入を視野にいれながら消費税の増税を行っていくことや、個人所得税等の直接税改革が模索されなければならないのである。

さらに、保険から税に切り替える中で増税を考えることも重要である。とくに、介護や後期高齢者医療といったlong-term insuranceの税への切り替えが検討されなければならない。近年、日本では国民負担率の中で社会保障負担率が上昇する反面、租税負担率が低下している。1990年度の国民負担率は38.7%、(租税負担率27.4%、社会保障負担率11.3%)、2008年度が40.6% (租税負担率24.3%、社会保障負担率16.3%) となっているのである。個々人が負担しなければ給付に結びつかないのが社会保険であり、社会共通の費用をまかない社会連帯に結びつくのが租税であるとほぼ言ってよいであろう。保険では低所得者対策の不足や保険料未納者のペナルティなどが生じがちになる。また、20歳からの保険料徴収を強く求める意見が出されているし、高額所得高齢者への介護保険料の大幅な引き上げなどが行われている。しかし、理念がないまま、もっぱら財政の都合で当面をしのぐためになし崩し的になされたのでは、介護保険への国民の安心感は得られない。安心のセーフティネットを構築するためには、租税負担率の上昇こそが必要であり、とくに、ほころびの目立つ介護保険については、北欧諸国で採用されている税方式への転換が意味をもつだろう。

現在、患者の窓口負担や介護の利用料負担、民間の各種保険への加入など、国民負担率にあらわれない国民の負担が増大している。こうした利用者負担はある程度は必要であるが、基本的には「自助」の拡大ではない方向性が打ち出されるべきである。一定水準以上の社会保障がめざされるのならば、国民負担率の上昇は避けられないことが明確化されなければならないの

である。今日、揺らいでいるセーフティネットを強固なものに張り替えるためにも、また国の財政再建のためにも歳入や国民負担率上昇の議論がなされなければならないのである。

2014年4月に消費税が8%になったが、消費税は医療や介護の国負担分など国の社会保障費に充当されてはいるものの、医療や介護の全体の改善や充実に使われているわけではない。医療制度や介護制度の改善・充実に消費税が使われるようなシステム改革が求められていると言えるのである。

なお、介護については、今後のやり方次第では、強固な内需型産業に発展する可能性を秘めていることを指摘しておきたい。今日、グローバリゼーションが進んでいる。そして、たとえ経済成長が進んだとしても、国民にその果実がいきわたらないケースが生まれている。リストラが横行し、非正規労働者が増大していることから、それは明らかである。今後、工場を海外に移転する企業はさらに増大するだろう。そこで、これまでよりも雇用面で輸出型産業に頼れる部分は一層少なくなるだろう。したがって、強固な内需型産業が作り出されなければならない。

強固な内需型産業になる可能性をもつものには、福祉・医療、観光、農産加工（6次産業）、新エネルギーなどを挙げることができる。福祉・医療は診療報酬や介護報酬に依存し、農産加工はTPPとの関連の中で課題があり、新エネルギーは原子力発電への政府・企業・国民の姿勢によってその量的必要性や発展可能性が変わってくるなど、それぞれ課題があるが、この中で介護は最も有望なもの1つである。というのは、高齢化の進行とともに、介護は大都市や農山漁村問わず日本全国いたるところでニーズがあるからである。

したがって、今後、介護労働者の処遇改善が継続的、計画的に行われるのならば、日本において介護は有望な内需型産業に発展する可能性があるのである。そうなれば介護は雇用面にも貢献するだろうし、過疎地域の人口減少にも一定程度の歯止めをかける役割をもつことができるだろう。スウェーデンやフィンランドなどの北欧諸国においてもグローバリゼーションの流れが進み、大企業の工場の海外移転や農村地域から都市への人口移動が進んでいるが、介護や医療における雇用の充実（その多くが正規雇用、フルタイム雇用）が勤労世代の失業率を低下させるとともに、農村から都市への人口移動割合を低く抑え、また、そのことが農村自治体の高齢者比率が高くなることを抑制するように機能している¹⁶⁾。

今日、日本では、少子・高齢化の状況を逆手にとって、新しい雇用の取り組みが求められているのである。介護を有力な内需型産業として育てていく視点が求められているのである。

注

- 1) 今回の介護保険制度の改正案の主な内容については、以下の資料を参照した。社会保障審議会介護保険部会（第53回）資料、2013年11月27日、社会保障審議会介護保険部会（第54回）資料、2013年12月20日、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料、2014年2月25日。
- 2) 内閣府『高齢社会白書（平成26年版）』2014年7月を参照。

- 3) 社会保障審議会介護保険部会（第54回）資料，2013年12月20日。
- 4) 注2に同じ。
- 5) 注2に同じ。
- 6) 注3に同じ。
- 7) 注2に同じ。
- 8) 注1に掲げた3つの資料を参照。
- 9) 第5期における第1号被保険者の介護保険料の多段階設定についての詳細は，横山純一「高齢者介護と地方自治体の課題——介護保険料問題と地域包括ケアに焦点をあてて——」日本地方自治学会編『参加・分権とガバナンス』，2013年11月，敬文堂を参照。
- 10) 2013年3月に愛知県の市町村を対象に筆者が行った介護保険料に関するアンケート調査による。
- 11) 注3に同じ。基本データは2009年全国消費実態調査と2010年国民生活基礎調査である。
- 12) 筆者が産業や福祉面などでまちづくりに長くかかわってきている北海道内のA市とB市（いずれも札幌市近郊の市），C市（地方中核市），D市（過疎化が進んでいる市）の事例。
- 13) 近年，筆者が行った複数のケアマネジャーからのヒアリングによる。
- 14) 筆者は2014年度から2015年度にかけて地域包括ケアに関する市町村調査を行う予定である。
- 15) 財務省『日本の財政関係資料』2014年2月。
- 16) 横山純一『地方自治体と高齢者福祉・教育福祉の政策課題——日本とフィンランド』第5章，第6章，2012年3月，同文館出版。