

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等改正案

澤井 勇人

(厚生労働委員会調査室)

《要旨》

- ・内閣は、地域包括ケアシステムの深化・推進と介護保険制度の持続可能性の確保を目的とし、主に①～⑤の内容を含む介護保険法を中心とした関連法の改正案を国会に提出。
 - ①市町村が行う自立支援・重度化防止等施策について、データに基づく地域課題の分析、取組内容・目標の介護保険事業計画への記載、適切な指標による実績評価等を制度化。
 - ②廃止期限が迫る介護療養病床の受皿として、新たな介護施設となる介護医療院を創設。
 - ③地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制の整備、新たな共生型サービスの位置付け。
 - ④現役世代並み所得のある者の利用者負担割合を現行の2割から3割へ引上げ。
 - ⑤第2号被保険者に係る介護納付金について総報酬割の段階的導入。
- ・主な論点としては、市町村の自立支援等施策の実績評価に係る指標設定の在り方、介護医療院への今後の転換見通しと転換支援策、負担割合の引上げ及び総報酬割導入の影響、地域共生社会の理念も踏まえた人材育成策等が挙げられる。

1. はじめに

内閣は、平成29年2月7日、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」(以下「改正案」という。)を国会に提出した。改正案は、3年ぶりの制度改正となる介護保険法を中心に、関連する法律の一部改正をまとめたものであり、地域包括ケアシステムの強化と介護保険制度の持続可能性の確保がその目的とされる。

本稿では、介護を取り巻く現状を含め、改正案が提出された背景と経緯に触れた上で、改正案の内容及び主な論点について紹介する。

2. 法律案提出の背景

(1) 介護を取り巻く状況

ア 高齢化の進展による変化

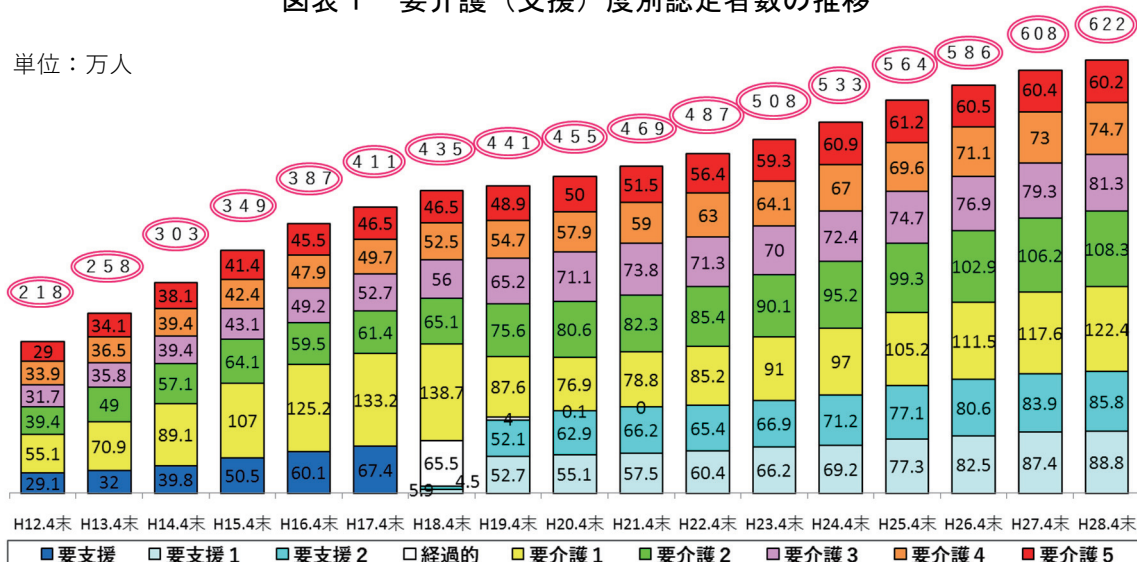
平成28(2016)年9月時点における我が国の65歳以上人口は3,454万人であり、総

人口に占める割合（高齢化率）は27.2%となっている¹。いわゆる団塊の世代が75歳以上となる平成37（2025）年には、高齢化率は30%を超えるとともに、国民のおおむね5人に1人（2,179万人）が75歳以上の高齢者となることを見込まれる²など、今後も高齢化が加速していく。また、団塊の世代は、高度成長期に地方から都市部へ移動した者が多く、首都圏など、特に大都市圏において、平成37（2025）年に向けて75歳以上人口が急速に増加していくことが予測されている³。もともと高齢者人口の多い地方においても緩やかに増加するが、その高齢化の進展度合いや高齢者の人口構成の変化など、高齢化の状況は地域によって異なってくる。

高齢化の更なる進展に合わせて、認知症高齢者数は平成24（2012）年の462万人（高齢者の7人に1人）から、平成37（2025）年には約700万人（5人に1人）に急増することが推計されている⁴。さらに、世帯構成も変化が生じてきており、平成22（2010）年には5世帯に1世帯であった高齢者単独世帯・夫婦のみ世帯は、平成32（2020）年には4世帯に1世帯となると推計されている⁵。

図表1 要介護（支援）度別認定者数の推移

単位：万人



（注）平23.4末には岩手県陸前高田市・大槌町、宮城県女川町、福島県桑折町・広野町・楡葉町・富岡町・川内村・大熊町・双葉町・浪江町は含まれていない。また、平24.4末には福島県楡葉町・富岡町・大熊町は含まれていない。（出所）厚生労働省資料を基に筆者更新。原典は厚生労働省「介護保険事業状況報告」

イ 介護の状況⁶

平成12年の介護保険制度の創設から17年が経過し、65歳以上の第1号被保険者数が創設当初の2,165万人から平成28年に3,387万人と1.6倍に増加する中、介護保険の

¹ 総務省統計局「人口推計（平成28年（2016年）9月確定値）」（平29.2.20公表）

² 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（出生中位・死亡中位推計）

³ 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（平成25年3月推計）」

⁴ 二宮利治ほか「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業）（2015.5）による速報値。

⁵ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（平成25年1月推計）」

⁶ この項における計数の出所は、厚生労働省「介護保険事業状況報告」。

要介護又は要支援認定者は、218 万人から 622 万人へと 2.8 倍に増加している。また、介護サービスの利用者数は、平成 12 年の 149 万人から平成 28 年には 496 万人と 3.3 倍に増加し、特に在宅サービスの利用者数は、97 万人から 390 万人へと 4 倍に増加するなど、介護保険制度の着実な普及とともに、高齢化を上回る介護需要の増大が見て取れる。

ウ 介護費の動向

介護需要の増大に伴い、介護費用も増加の一途をたどっている。介護給付費は、制度開始時の平成 12 年度に 3.6 兆円であったところ、平成 29 年度予算では 9.9 兆円(利用者負担を合わせた総費用ベースでは 10.7 兆円)と 3 倍近くに伸び、10 兆円の大台に迫る勢いである。また、平成 37 (2025) 年には、介護給付費が 19.8 兆円に上ることが推計されており⁷、今後 10 年足らずで介護費用が更に倍増することが見込まれている。

介護給付費の伸びに比例して、保険料負担も増加傾向にあり、制度開始当初は月額 2,911 円であった第 1 号被保険者の保険料(全国平均)は、平成 27 年度に 5,514 円となり、平成 37 (2025) 年度には 8,165 円に上昇することが見込まれている。

(2) これまでの介護保険制度改革

ア 平成 17 年改正

介護保険法は、平成 12 年の施行後、これまで 4 次につながる制度改革を経てきた。最初の大きな改正は、介護保険法附則第 2 条における施行後 5 年の検討規定を踏まえた平成 17 年改正である。その主な内容として、軽度者⁸や認定外の高齢者を対象とする新予防給付及び地域支援事業⁹の創設、介護保険施設等における居住費・食費の自己負担化、地域の特性に応じたサービスを提供する地域密着型サービスの創設、地域における総合的な相談支援等を行う地域包括支援センターの設置等が盛り込まれた。

イ 平成 20 年改正

平成 20 年改正では、介護サービス事業者の株式会社コムスンによる不正な指定申請等の事案を踏まえ、不正事案の再発防止と介護事業運営の適正化が図られた。その主な内容として、事業者に対する業務管理体制整備の義務付け、事業者の本部への立入検査権の創設、不正事業者の処分逃れ対策等が盛り込まれた。

ウ 平成 23 年改正

平成 23 年改正では、高齢者を地域全体で支える体制が不十分であるとの問題意識の下、高齢者が地域で自立した生活を営めるように、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される包括的な支援体制(地域包括ケアシステム¹⁰)の

⁷ 厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成 24 年 3 月)」

⁸ 平成 17 年改正に伴い、従来の要支援が要支援 1 に、要介護 1 が要支援 2 と要介護 1 にそれぞれ再編成された。

⁹ 地域支援事業は、被保険者が要介護(支援)状態となることを予防するとともに、要介護状態となっても地域で自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として市町村が行う事業。当初の事業としては、必須事業としての介護予防事業及び包括的支援事業(介護予防マネジメント業務、総合相談支援業務等)、任意事業としての介護給付費等費用適正化事業、家族介護支援事業等という構成となっていた。

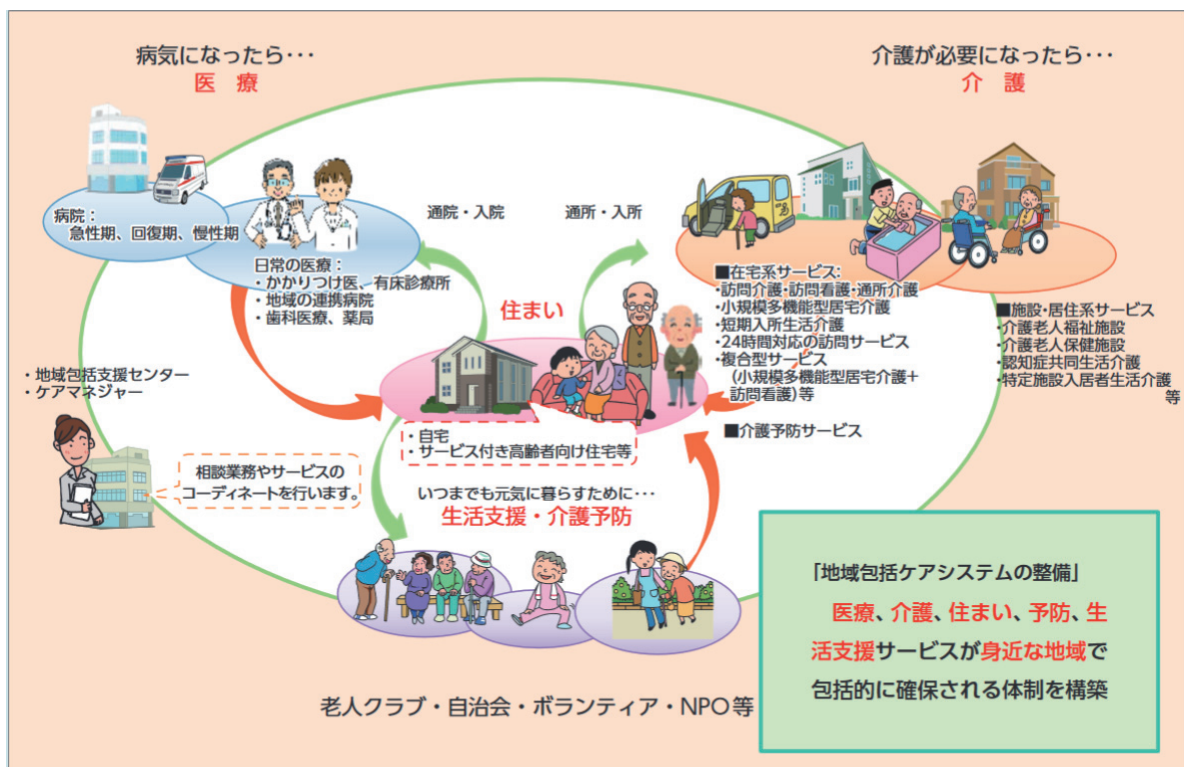
¹⁰ 地域包括ケアシステムは、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(平成 25 年法律第 112 号)(以下本文において「社会保障改革プログラム法」という。)において、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる

構築を目指すこととされた。主な内容としては、24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設、介護予防・日常生活支援総合事業の創設のほか、介護人材の確保とサービスの質の確保、財政安定化基金の取崩しによる介護保険料の軽減、介護療養型医療施設（4.（2）ア参照）の転換期限の延長等が盛り込まれた。

エ 平成 26 年改正

直近の平成 26 年改正は、平成 25 年に成立した社会保障改革プログラム法を受け、同法に示された介護保険制度改革の内容を踏まえたものであり、医療法改正等と合わせた一括法¹¹として成立した。その主な内容として、地域包括ケアシステムの構築に向けた市町村の取組を促進するため、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議¹²の推進、生活支援の充実・強化等、地域支援事業の拡充が盛り込まれた。また、要支援者に対する予防給付（訪問介護・通所介護）の地域支援事業への段階的移行、特別養護老人ホームへの入所者の限定（原則要介護 3 以上）、低所得者への保険料軽減の拡充、一定以上の所得のある利用者の自己負担割合の 2 割への引上げ、補足給付¹³の受給要件への資産勘案の追加等が盛り込まれた。

図表 2 地域包括ケアシステムの姿



(出所) 厚生労働省『平成 28 年度版厚生労働白書』

よう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制と法律上定義された（同法第 4 条第 4 項）。

¹¹ 「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」（平成 26 年法律第 83 号）

¹² 行政職員、介護サービス事業者、介護支援専門員、医療関係者、民生委員等を構成員とし、地域の高齢者の個別課題の解決や地域に共通した課題を明確にするための会議体。

¹³ 住民税非課税世帯等の低所得者に対して、施設サービス、デイサービス、ショートステイの食費、居住費、滞在費の一部を特定入所者介護（予防）サービス費として保険給付する軽減措置のこと。

(3) 平成 26 年改正以降の動向

社会保障改革プログラム法においては、被用者保険の介護支援金について総報酬割の導入(4.(5)参照)の検討を行うことが規定されていたが、後期高齢者支援金への総報酬割の導入状況等を踏まえた上で行うこととされており、平成 26 年改正では導入が見送られ、引き続きの検討課題となっていた。

また、平成 27 年 10 月の財政制度等審議会においても、介護納付金の総報酬割への移行に加え、介護保険における利用者負担の見直し、軽度者への生活援助の在り方等が議題となった。加えて、平成 27 年 12 月、経済財政諮問会議は、同年 6 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2015」(骨太の方針 2015)の「経済・財政再生計画¹⁴」を受け、社会保障等歳出分野ごとの改革工程表を含む「経済・財政再生アクション・プログラム」を決定した。介護分野に係る改革工程表では、療養病床の効率的なサービス提供体制への転換、地域包括ケアシステムの構築に向けた介護インフラの整備、データ分析結果を活用した介護保険事業計画の P D C A サイクルの強化、保険者機能の強化や市町村による給付の適正化に向けた取組へのインセンティブ付け、利用者負担の在り方、介護納付金の総報酬割導入、軽度者¹⁵に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等その他の給付に係る給付の見直しや地域支援事業への移行等について、それぞれ関係審議会等において検討し、平成 28 年末までに結論を得るものとされるなど、財政面からも介護保険制度改革の議論が高まっていた。

3. 法律案提出の経緯

(1) 介護保険部会、療養病床の在り方等に関する検討会等

これまでの介護保険法の改正に当たっては、3 か年を 1 期とする介護保険事業計画期間に合わせた形で、厚生労働省の社会保障審議会の介護保険部会において、具体的な内容の検討が行われてきた。今般は、上記の改革工程表で掲げられた検討事項を踏まえつつ、平成 30 年度からの第 7 期介護保険事業計画期間に向けた制度改正の検討を行うべく、平成 28 年 2 月から議論が開始された。計 16 回にわたる議論を経て、同年 12 月、介護保険部会は「介護保険制度の見直しに関する意見」(以下「部会意見書」という。)を取りまとめた。

廃止期限が平成 29 年度末に迫っていた介護療養病床については、平成 27 年 7 月から「療養病床の在り方等に関する検討会」において、平成 30 年度以降の療養病床の在り方について検討が開始され、平成 28 年 1 月に、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供タイプの選択肢を含む整理案が示された。さらに、同年 6 月に設置された社会保障審議会の「療養病床の在り方等に関する特別部会」(以下「特別部会」という。)において、同整理案に基づいた具体的な内容についての議論が行われ、同年 12 月に、医療機能を内包した施設系サービスの創設や、居住スペースと医療施設を併設する類型などを示した「療養病床の在り方等に関する議論の整理」が取りまとめられた。

¹⁴ 平成 32 年度のプライマリーバランス黒字化目標の実現に向けた 5 年間の歳出入改革の基本方針。

¹⁵ 厚生労働省は、今般の介護保険部会において軽度者について定義はないとしているが、一般的には要介護 2 以下の者を指すことが多い。

（２）地域力強化検討会¹⁶等

平成 27 年 9 月、厚生労働省は「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」を発表し、新しい地域包括支援体制を実現するための方策を検討することとした。また、平成 28 年 6 月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」において、子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる「地域共生社会」の実現が掲げられた。これらを受け、厚生労働省は、「他人事」になりがちな地域づくりを地域住民が「我が事」として主体的に取り組む仕組みを作るとともに、市町村において、地域づくりの取組支援と、公的な福祉サービスへのつながりを含めた「丸ごと」の総合相談支援の体制整備を進めるため、厚生労働大臣を本部長とする「『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」（以下「実現本部」という。）を設置した。平成 28 年 10 月から、実現本部における検討の一環として開催された地域力強化検討会において、地域共生社会の実現に向けた具体的な検討が重ねられ、同年 12 月、「我が事・丸ごと」の体制整備を社会福祉計画の記載事項として位置付けることなどを示した中間取りまとめが行われた¹⁷。

（３）法律案の提出

上記の経緯を踏まえ、内閣は平成 29 年 2 月 7 日、改正案を閣議決定し、同日、第 193 回国会に提出した（閣法第 15 号）。

4. 法律案の内容及び主な論点

（１）自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等

ア 現状

介護保険においては、高齢者が生活する地域を前提としてきめ細やかな介護サービスを提供するため、市町村（特別区、広域連合等を含む。以下同じ。）が保険者となっている。先に述べたとおり、平成 37（2025）年の節目の年に向け、大都市、地方都市、中山間地域等地域によって、高齢化の状況や介護需要が異なってくるのが想定され、市町村が保険者機能を果たし、高齢者の自立支援、要介護状態の軽減・悪化の防止といった制度の理念を堅持しつつ、多角的な地域分析の下で地域の実情に合わせた地域包括ケアシステムを深化させていくことが求められている。

厚生労働省が平成 27 年 9 月に実施した「第 6 期市町村介護保険事業計画に関するアンケート調査」によると、多くの市町村では、介護保険事業計画の進捗管理や改善を行う PDCA サイクルが必ずしも十分に回っておらず、その理由として、ノウハウや人員不足を挙げているところが多いとされる。また、介護給付費の適正化については、現状、都道府県において介護給付適正化計画を策定するとともに、国の補助事業により市町村を支援しているが、市町村における介護給付等費用適正化事業は、地域支援事業の任意

¹⁶ 正式名称は「地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会」。

¹⁷ なお、実現本部は、改正案の国会提出の同日に、介護保険制度の見直し、平成 30 年度の介護・障害福祉の報酬改定、平成 30 年度に予定される生活困窮者自立支援制度の見直しなどの機会を捉え、具体的な改革を行うこと示した「『地域共生社会』の実現に向けて（当面の改革工程）」を公表した。

事業で行われており、その取組状況は保険者によって区々となっている。

保険者の中には、高齢者の自立支援、介護予防等について、保険者主導の多職種連携等先進的な取組を行うことで認定率が低下するなど、成果をあげているところもあり、こうした取組に係る好事例を全国展開していくことが求められている。

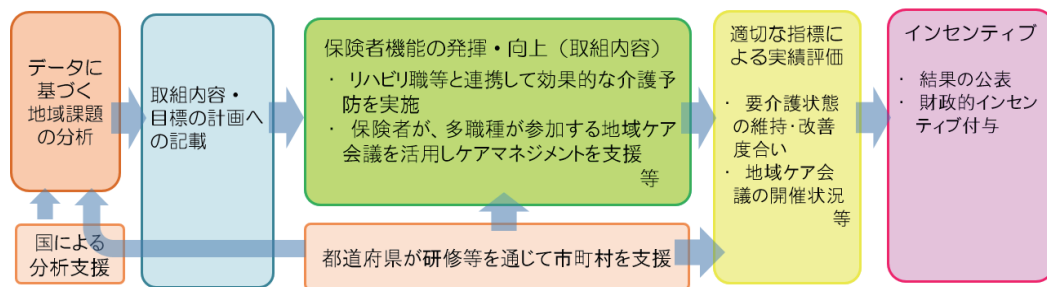
イ 改正案の内容

市町村が取り組むべき自立支援、介護予防、介護給付費の適正化等施策及び目標を市町村介護保険事業計画に記載するとともに、市町村の当該施策への支援に関する都道府県の施策及び目標を都道府県介護保険事業支援計画に記載することとする。

また、厚生労働大臣が地域別、年齢別、要介護又は要支援認定別の介護給付費の情報を分析し、その結果を公表する。市町村は、公表された結果や介護保険事業の実施状況に関する情報を分析した上で、その分析結果を勘案して介護保険事業計画を作成するよう努めるとともに、施策の実施状況や目標の達成状況に関する調査分析と実績評価を行い、結果を公表するなど、PDCAサイクルを回すことが求められる。

さらに、市町村の自立支援等施策の取組状況や都道府県の支援状況などに対し、財政的なインセンティブとして、国が予算の範囲内で交付金を交付する仕組みを設ける。

図表3 自立支援等の取組に係るPDCAサイクル



(出所) 厚生労働省資料

ウ 主な論点

保険者の取組に係る実績評価に当たっては、その評価指標が重要となる。部会意見書では、実績評価の指標として、要介護状態の維持・改善の度合い、健康な高齢者の増加などのアウトカム指標や、地域分析の実施状況、地域ケア会議の実施状況などのアウトプット指標（プロセス指標）が例示されているが、指標設定を客観的かつ適切に示すことが求められる。また、そもそも地域ごとに異なる特性を全国一律の指標で評価できるのかどうか、どの程度の地域差を認めていくのかなどの基準についても、十分な検討が必要である。さらに、現場の市町村の人材不足が問題となっていることから、国が都道府県を通じた人的な支援・財源的な手当を行う必要があるとの指摘¹⁸もある。

財政的なインセンティブについては、国民健康保険の保険者努力支援制度¹⁹と類似の制度

¹⁸ 山崎泰彦「費用負担含め高齢者医療と介護の一体改革を(インタビュー)」『週刊社会保障』第2906号(2017.1) 27頁

¹⁹ 保険者努力支援制度は、医療費の適正化に向けた取組を支援するため、保険料収納率等の指標を踏まえた評価に基づき、国が都道府県や市町村に交付金を交付する制度。

となるのか、あるいは、財政制度等審議会において例示²⁰があったように、国庫負担金の中で調整交付金の割合を増やし、評価指標に応じて傾斜配分するといった枠組みを導入するのか、現時点では判明していない。いずれにせよ、改正案では具体的な制度設計が政令に委任されており、平成 30 年度予算編成過程で詳細が検討される。介護保険部会においては、自治体間で人的・物的・地理的条件が大きく異なり、取組にインセンティブをつけるのは非常に難しい面があるとの意見²¹もあった。

また、介護保険では重度のほうが区分支給限度基準額が高くなり、介護報酬も手厚くなるため、適切なケアにより要介護度が低下すると、経営的にはマイナスになるといった指摘²²もあり、介護サービス供給側の懸念をどう解消していくかも課題となろう。

(2) 介護医療院の創設

ア 現状

平成 12 年の介護保険制度創設時、療養病床の一部は、「介護療養型医療施設」（介護療養病床）として位置付けられ、介護保険の施設サービス 3 類型²³の 1 つとされた。その後、平成 18 年の医療制度改革では、療養病床について、患者の状態に即した機能分担を促進する観点から、医療保険・介護保険が一体的に見直され、高齢で医療の必要性の低い者については、療養病床から移行した老人保健施設等に対応することとなり、介護療養型医療施設は平成 23 年度末で廃止されることとなった。しかし、移行が進まなかったことなどから、平成 23 年改正により、平成 29 年度末までの 6 年間、廃止期限が延長された。一方、平成 27 年度介護報酬改定においては、介護療養型医療施設が担っている医療処置や看取り、ターミナルケアを中心とした長期療養を行う施設としての機能を評価した「療養機能強化型」の報酬が新設された。平成 18 年 3 月時点で 12.2 万床あった介護療養病床は、平成 27 年 3 月時点で 6.3 万床とほぼ半減している状況にある。

イ 改正案の内容

新たな介護施設類型として「介護医療院」を創設する。介護医療院は、主として長期にわたり療養が必要である要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とした施設とする。したがって、日常的な医学的管理が必要な重度の要介護者の受入れ等の機能に加え、生活施設としての機能を兼ね備えた施設となる。介護医療院は、療養室、診察室、処置室及び機能訓練室のほか、都道府県が条例で定める施設を有しなければならない。また、省令で定める員数の医師及び看護師のほか、都道府県の条例で定める員数の従業員を有しなければならない。現行の介護療養病床の経過措置期間については、平成 35 年度末まで 6 年間延長する。病院又は診療所から介護医療院に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

²⁰ 財政制度等審議会財政制度分科会（平 28.10.4）における財務省の説明。

²¹ 第 64 回介護保険部会（平 28.9.23）における藤原忠彦委員（全国町村会長（長野県川上村長））の発言。

²² 中村秀一「骨太の方針にあまり引きずられずに議論を 特集 次期介護保険制度改正に向けて〔中〕（インタビュー）」『介護保険情報』（2016.10）18 頁

²³ 介護療養型医療施設のほか、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設がある。

特別部会の議論の整理では、医療内包型と医療外付け型が介護療養病床の新たな受皿として示されており、このうち、医療内包型が介護医療院となる見通しである(図表4)。介護医療院に係る具体的な人員配置基準、施設基準、介護報酬、転換支援策については、社会保障審議会介護給付費分科会で検討されることとなっている。

なお、改正案では、老人保健施設の定義について、同施設が在宅復帰を目的としたものであることが法律上も明記され、介護医療院との差別化が図られることとなる。

図表4 介護療養病床の新たな受皿のイメージ

	新たな施設(医療機能を内包した施設系サービス)		医療外付け型(居住スペースと医療機関の併設)
	(I)	(II)	
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設		-
設置根拠(法律)	介護保険法 ※生活施設としての機能重視を明確化。 ※医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。		医療機関 → 医療法 居住スペース → 介護保険法・老人福祉法
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等(療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者
施設基準(最低基準)	介護療養病床相当 (参考:現行の介護療養病床の基準) 医師 48対1(3人以上) 看護 6対1 介護 6対1	老健施設相当以上 (参考:現行の老健施設の基準) 医師 100対1(1人以上) 看護 3対1 介護 3対1 ※うち看護2/7程度	(参考:現行の特定施設入居者生活介護の基準) 医師 基準なし 看護 3対1 介護 3対1 ※看護職員は、利用者30人までは1人30人を超える場合は、50人ごとに1人
	※医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。		※医療機関部分は、算定する診療報酬による。
面積	老健施設相当(8.0㎡/床) ※多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。		(参考:現行の有料老人ホームの基準) 個室で13.0㎡/室以上 ※既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準なし
低所得者への配慮(法律)	補給給付の対象		-

(出所) 特別部会「療養病床の在り方に関する議論の整理」(平28.12.20)から筆者が加工して作成

ウ 主な論点

これまで介護療養病床は、介護療養型老人保健施設(転換型老健)への転換を始めとした病床転換策などが必ずしも奏功せず、廃止決定以降もなかなか転換が進まなかった経緯がある。今般の施設類型の創設によって介護医療院への転換が進むかどうかは、人員配置基準、施設基準、介護報酬設定によるところが大きく、介護報酬によるインセンティブ付けも含めた転換支援策など、今後の介護給付費分科会の議論が注目される。また、介護療養病床と同様に、医療療養病床の看護人員配置基準の経過措置²⁴も平成29年度末までとなっていることから、中央社会保険医療協議会において議論が開始されており、医療療養病床の動きも注視する必要がある。

²⁴ 平成18年の医療法施行規則の改正により、医療療養病床については、看護師及び准看護師の人員配置基準が入院患者6人に対し1人(6対1)以上から4対1以上に引き上げられたが、経過措置として平成23年度末までは6対1以上の配置が認められてきた。介護療養病床の廃止期限の延長に合わせ、看護人員配置基準についてもこの措置が6年間延長されており、診療報酬においても25対1の療養病棟入院基本料2が設定されている。

また、改正案の規定上、介護医療院の新設は排除されておらず、新規参入や一般病床等療養病床以外からの介護医療院への転換も可能となっている。この点、特別部会の議論の整理では、急性期の大病院からの転換は原則認めるべきではない、病院からの転換を優先させる観点から、介護療養病床及び医療療養病床に次いで一般病床を優先させるべきといった意見があったことを紹介しつつ、介護療養病床及び医療療養病床からの転換を優先させるべきであるとまとめている。厚生労働省は、新施設として位置付ける以上、法律上新規参入の制限を規定することは難しいため、介護保険事業計画の総量規制に関する現行のスキームを使った新規参入の抑制を考えている旨説明している²⁵。

療養病床の受皿として提案されている医療外付け型については、住まいの施設であり、補給給付の対象外となるためほとんど普及せず、低所得高齢者の行き場がなくなるのではないかと、また、医療内包型における医療には介護保険財源が用いられ、外付け型における医療には医療保険財源が用いられることから、市町村としては施設がどちらのタイプになるかによって負担が大きく変わり、制度が医療・介護サービスを歪めるのではないかと問題点も指摘²⁶されている。

(3) 地域共生社会の実現に向けた取組等

ア 現状

高齢者、障害児者に対して福祉サービスを提供する事業所は、各制度に基づいて、都道府県又は市町村の指定を受けて事業を実施しているが、介護サービスと障害福祉サービスでは、各制度固有のサービスのほか、デイサービス、ホームヘルプサービス等相互に相当するサービスがある。障害福祉制度の下では、障害福祉サービス事業所としての指定を受けていない事業所のサービスであっても、介護保険サービス事業所としての指定を受けていれば、市町村の判断により、障害福祉サービスとして給付を行うことができる仕組み²⁷がある。一方、現行の介護保険制度の下ではこのような仕組みが存在しないため、障害福祉サービス事業所としての指定のみでは介護保険給付の対象とすることができず、必ずしも全ての障害福祉サービス事業所において介護保険サービスを同時に提供できる仕組みとはなっていない。

このような高齢者や障害児者をまたぐ課題のみならず、近年、地域において様々な分野の課題が複雑化し、個人や世帯単位で複数分野の課題を抱えるなど、地域において複合的な支援を必要とする状況がみられる。地域における多様な支援ニーズに的確に対応していくため、公的部門が個人や世帯が抱える様々な課題に対して包括的に支援していくことが求められている。

イ 改正案の内容

訪問介護、通所介護等の居宅サービス等を提供する事業所について、児童福祉法の指

²⁵ 第6回療養病床の在り方等に関する特別部会（平28.11.30）における厚生労働省の説明。

²⁶ 前掲注18、27頁

²⁷ 例えば富山県の「富山型デイサービス」では、1つの事業所で介護保険サービスとしてのデイサービスと障害福祉サービスとしてのデイサービスが同時に提供されている。

定又は障害者総合支援法の指定を受けている事業所から指定の申請があった場合においては、一定の基準の下、介護サービス事業所としての指定を行うことができるものとし、介護保険制度と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付け、高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくする。指定基準については、平成 30 年度介護報酬改定及び障害福祉サービス等報酬改定時に検討することとされている。

また、先述の「我が事・丸ごと」の理念の下、社会福祉法を改正し、地域共生社会の実現に向けて、地域住民や福祉関係者は、福祉サービスを必要とする住民や世帯が抱える様々な分野の地域生活課題を把握し、関係機関との連携等によりその解決を図ることとする。市町村は、地域生活課題の解決に資する支援が包括的に提供される体制を整備するよう努めるものとする。また、市町村及び都道府県は、福祉に関し共通して取り組むべき事項を記載した市町村地域福祉計画及び都道府県地域福祉支援計画をそれぞれ策定するよう努めることとする。なお、改正案の公布後 3 年を目途として、市町村の包括的な支援体制を全国的に整備するための方策について検討を加える。

ウ 主な論点

平成 12 年の社会福祉法の制定（法律名称の変更を含む改正）時に、地域福祉の推進と地域福祉計画の策定について新たに規定された。厚生労働省によれば、これまで同計画の策定は自治事務とされ、平成 27 年度末時点で全 1,741 市区町村のうち、1,211 市区町村（69.6%）が策定済である一方、市区部と町村部における策定率は、市区部の 87.2% に対し、町村部は 54.1% となっており、人口規模が小さい自治体ほど策定率が低い傾向にあるとされる。今般の改正により、地域福祉計画の策定が努力義務化されるが、今後の進捗状況の管理や未策定自治体に対する国の支援をいかに実施していくかが課題となる。

地域共生社会の実現に当たっては、先駆的な自治体のように、地域住民と自治体をつなぐ専門職がいる自治体が少なく、ボランティアや複数の福祉サービスの提供に当たることができる人材育成が必要であるとともに、制度の主役である住民の理解がなければ根付かせるのは難しいとの指摘²⁸もある。また、地域共生社会の名の下、公的責任の後退、地域での支援サービスの縮小と質の低下、地域格差の拡大を招き、福祉も介護も、再び家族責任・家族依存の時代に戻ってしまうおそれがあるとの指摘²⁹もある。

新たな共生型サービスについては、障害者が高齢になっても慣れ親しんだサービスを継続的に利用しやすくなる反面、障害者と要介護者のそれぞれのニーズに沿ったきめ細やかな対応がどこまで可能かといった課題があり、平成 30 年度の介護報酬と障害福祉サービス等報酬の同時改定に向けた動向を注視する必要がある。

（４）高所得者の利用者負担割合の引上げ

ア 現状

介護保険の利用者負担割合は、制度創設時、所得にかかわらず 1 割であったが、平成

²⁸ 「福祉相談 窓口一元化に着手 地域住民の協力 カギ」『朝日新聞』（平 29. 2. 7）

²⁹ 日本障害者協議会 「『我が事・丸ごと』についての第一次意見」（平 28. 12. 9）

26年改正により、一定以上の所得がある者については、平成27年8月から利用者負担割合が2割となった。一方、医療保険における70歳以上の利用者負担は、平成12年の介護保険制度創設時、定額制であったが、現在、70歳～74歳は段階的に2割負担に移行しており、70歳以上の現役並み所得者は3割負担となっている。

また、医療保険における高額療養費と同様に、高額介護サービス費として所得に応じて自己負担の上限額が定められており、現役並み所得者は月額44,400円（世帯）、一般区分では月額37,200円（世帯）、市町村民税非課税等の場合月額24,600円（世帯）、このうち年金収入80万円以下等の場合15,000円（個人）となっている。

イ 改正案の内容

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、現役並みの高い所得を有する第1号被保険者に係る利用者負担の割合を2割から3割に引き上げる。現役並みの所得の具体的な年収区分については、今後政令で定められることとなるが、厚生労働省は、年金収入等340万円以上とし³⁰、3割負担となり、かつ負担増となる対象者は、受給者全体496万人の3%に当たる12万人になると想定している。施行は、前年度所得を勘案するなどの事務手続の都合上、平成30年8月からとなる予定である。

また、利用者負担に関連して、政令事項ではあるが、今般の介護保険部会における議論等を踏まえ、高額介護サービス費の見直しも行われ、現行の一般区分の月額が37,200円から44,400円と現役並み所得と同額まで引き上げられる（平成29年8月実施予定）。ただし、1割負担者のみの世帯については、年間上限額（446,400円）が設定される³¹。

ウ 主な論点

部会意見書では、負担能力に応じた負担となるように見直しを行う方向性についてはおおむね意見の一致を見た整理し、現役並み所得のある利用者負担割合の3割への引上げについても、積極的な立場と消極的な立場の両論を併記しつつも、賛同ないし容認する意見が多く出されたと総括している。

介護保険部会で特に議論が分かれたのは、医療保険との整合性を図ることについてである。持続可能性のある制度にする必要性から、医療保険と整合性をとり、利用者負担割合を年齢別に細分化することや、負担割合に幅を持たせることを検討すべきとの意見³²があった一方、介護は全体として長期化、重度化するという特性を持っており、利用者の負担感は医療以上に大きいため、医療保険と同列で負担割合を求めることに慎重な検討が必要との意見³³があった。そのほか、平成27年8月に2割負担になったばかりであり、1年余りで3割への引上げを検討するのは急であるといった意見³⁴も出された。

³⁰ 法案提出時点では、「合計所得金額（給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額）220万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額340万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上）」とすることを想定しており、単身で年金収入のみの場合は344万円以上に相当するとしている。

³¹ 37,200円×12か月＝446,400円。なお、3年間の時限措置とされる予定。

³² 第61回介護保険部会（平28.8.19）における鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）の発言。

³³ 第61回介護保険部会（平28.8.19）における齊藤秀樹委員（全国老人クラブ連合会常務理事）の発言。

³⁴ 第69回介護保険部会（平28.11.25）における伊藤彰久委員（日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長）の発言。

利用者負担の見直しに伴う財政効果については、3割への引上げと高額介護サービス費の見直しを合わせて200億円程度の減額とされる³⁵が、負担増とそれに見合った財政効果が得られるかどうか、丁寧な説明が必要となる。

また、厚生労働省は、平成27年8月からの2割負担の導入に係るサービス利用への影響について、マクロ的な傾向で言えば2割負担の導入前後で、顕著な差は見られないとしているが、負担増となった結果、特別養護老人ホームの費用の支払が困難であるとして退所した例がみられる³⁶。一方、財政制度等審議会の建議では、利用者負担割合の引上げ後に、一般区分の高額介護サービス費支給額が急増し、制度全体では約10年間、実質的な利用者負担割合が上昇していないことが指摘³⁷されており、負担の見直しに伴う利用控えの有無や、負担割合の引上げの効果に関する詳細な分析が必要となる。

(5) 介護納付金への総報酬割の導入

ア 現状

40歳から64歳までの第2号被保険者の保険料は、介護給付費・地域支援事業支援納付金（介護納付金）として医療保険者に賦課されており、各医療保険者が加入者である第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付している。現行、各保険者は、それぞれの被保険者数に応じて介護納付金を負担している（加入者割）。第2号被保険者1人当たりの保険料負担額は、医療保険者を通じて同額となっており、健保組合や共済組合など相対的に加入者数が少なく、報酬の高い被用者保険では、報酬額に対する保険料負担額の割合が低くなり、協会けんぽなど加入者数が多く、報酬の低い被用者保険では高くなっている。このため、協会けんぽの財政基盤を強化する目的で、国庫補助も行われてきた（平成27年度決算額で介護分として1,471億円）。

イ 改正案の内容

介護納付金の額の算定について、被用者保険間では各保険者の標準報酬総額に応じたものとし、報酬額に比例した負担とする仕組みである総報酬割を導入する。加入者の報酬が高い健保組合や共済組合の負担は増加する一方、相対的に報酬が低い協会けんぽ等の負担は減少する。総報酬割の完全実施により、負担増となる被保険者は1,272万人、負担減となる被保険者は1,653万人と推計されている。また、総報酬割の導入に伴い、協会けんぽに対する国庫補助額も減額される。

厚生労働省は、総報酬割の完全実施に伴い、健保組合で980億円、共済組合で890億円の負担増となる一方、協会けんぽに対する国庫補助額1,450億円が減額されると試算している（平成26年度決算見込みによる試算）。一方、負担の増加が特に大きい健保組合への支援措置として、平成29年度予算に90億円が計上されている（平成31年度までの時限措置）。平成29年8月分から実施予定（施行日は同年7月1日）であるが、激変緩和措置として、平成29年8月から平成30年度末までは2分の1（平成29年度は通年

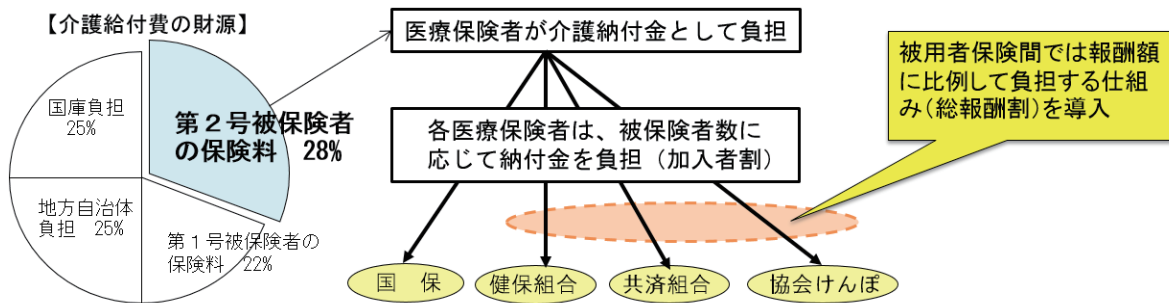
³⁵ 『毎日新聞』（平28.11.26）。なお、高額介護サービス費の見直しは、平成29年度予算で13億円の減額。

³⁶ 「21世紀・老人福祉の向上を目指す施設連絡会」によるアンケート調査（『朝日新聞』（平29.2.22））

³⁷ 財政制度等審議会「平成29年度予算の編成等に関する建議」（平28.11.17）15頁

で総額の3分の1)、平成31年度は4分の3と段階的に実施され、平成32年度から全面的に導入される。

図表5 介護納付金に係る現状のイメージ



(出所) 厚生労働省資料より抜粋

図表6 総報酬割を導入した場合の按分イメージ

【例】第2号被保険者数が同じ3保険者で3,000万円を負担する場合を仮定
 A保険者(総報酬額5億円)
 B保険者(総報酬額15億円) ⇒ 総報酬額の比はA:B:C=1:3:2
 C保険者(総報酬額10億円)

現状 (加入者割)			3,000万円を加入者数に応じて負担 (A, B, Cとも被保険者数が同数なので同額を負担)
A 保険者 1,000万円	B 保険者 1,000万円	C 保険者 1,000万円	
↓			
改正案 (総報酬割)			3,000万円を総報酬額に応じて負担
A 保険者 500万円	B 保険者 1,500万円	C 保険者 1,000万円	

(出所) 厚生労働省資料を参考に筆者が再構成して作成

ウ 主な論点

部会意見書では、総報酬割の導入については賛否両論併記となっている。導入に賛同する意見として、世代内での負担の公平性を考えると、社会保険料負担の逆進性は無視できず、加入者割は逆進性を助長しているという意見³⁸や、所得の少ない現役世代の負担軽減のためにも総報酬割を導入すべきといった意見³⁹があった。

反対する意見としては、医療保険においても平成29年度から後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入が決まっており、介護と合わせて大幅な負担増となるといった意見⁴⁰がある。また、総報酬割の導入は、協会けんぽへの国庫補助の肩代わりを健保組合や共済組合に求めるものであるとともに、介護保険創設時、第2号被保険者は世代間扶養の意味合いを持つことも踏まえて費用負担が求められ、第1号被保険者と第2号被保険者の1人当たりの負担額が同じとなるような制度設計の下、加入者割の考え方が採られてきた

³⁸ 第61回介護保険部会(平28.8.19)における土居丈朗委員(慶應義塾大学経済学部教授)の発言。

³⁹ 第61回介護保険部会(平28.8.19)における鈴木邦彦委員(日本医師会常任理事)の発言。

⁴⁰ 第61回介護保険部会(平28.8.19)における井上隆委員(日本経済団体連合会常務理事)の発言。

ことから、その理念を逸脱するとの指摘⁴¹もあった。これに対し、厚生労働省は、負担能力に応じた応分の負担を求めるという税・社会保障一体改革以降の基本的な考え方に基づき、これまでの第1号保険料の所得段階に応じた設定や、平成26年改正における利用者負担割合の引上げの実施などを挙げつつ、応能負担の要素を踏まえた点を導入の理由と説明している。

そのほか、総報酬割の導入は、第2号被保険者にかかる被用者保険者間の負担の見直しや公平化であって、介護保険財政の増大化を抑制する手法ではなく、総報酬割をもって介護保険制度の持続可能性を高めると言うことはできないといった指摘⁴²もある。また、1割負担を2割負担に近づけていく検討を行う中で、総報酬割の議論をすべきであり、そうでなければ第2号被保険者の納得が得られないとの意見⁴³もある。

(6) その他の主な改正項目

ア 認知症施策の推進

現行の介護保険法上、認知症については、調査研究の推進等が規定されているのみである。認知症施策に関して、平成27年1月に策定された認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）で示された普及・啓発、介護者支援、本人視点の重視等の柱に沿って推進していくことが求められており、改正案では、認知症に関する知識の普及・啓発、介護者支援等施策の総合的な推進等について、国及び地方公共団体に努力義務を課している。

イ 医療・介護の連携

平成26年改正により、地域支援事業として在宅医療・介護連携推進事業が平成30年4月から全ての市町村で実施されることになっているが、これまで医療行政に関する取組は主に都道府県（保健所）が担ってきたことから、事業のノウハウや地域の医師会との連携が乏しく、必ずしも円滑に進んでいない現状がある。改正案では、在宅医療・介護連携推進事業を含む地域支援事業の包括的支援事業について、都道府県が当該事業に係る情報提供や市町村に対する支援に努めるものとする規定された。

ウ 有料老人ホームの事業停止命令の創設等

再三の指導にも従わず、悪質な事業を続ける有料老人ホームへの指導・監督の仕組みを強化するため、未届け老人ホームを含め、悪質な有料老人ホームに対する事業停止命令措置を新設する。その際、都道府県知事は、入居者保護の観点から、介護等のサービスを継続的に受けるために必要な援助を行うよう努めるものとされている。

また、現行、平成18年3月31日以前に設置した有料老人ホームの設置者は、入居者を保護する前払金の保全措置⁴⁴が努力義務となっていたが、入居者保護の更なる充実を図

⁴¹ 第61回介護保険部会（平28.8.19）における佐野雅宏委員（健康保険組合連合会副会長）の発言。

⁴² 増田雅暢「介護保険制度の真の基盤強化を」『月刊介護保険』第252号（2017.2）13頁

⁴³ 第69回介護保険部会（平28.11.25）における岡良廣委員（日本商工会議所社会保障専門委員会委員）の発言。

⁴⁴ 老人福祉法により、有料老人ホームの設置者は、家賃や入居一時金等の名目で入居者から前払金として一括して受領する場合、当該前払金の算定の基礎を書面で明示し、かつ、当該前払金について必要な保全措置を

るため、今般の改正により義務対象とする。なお、経過措置として、法施行から3年後からの適用となる。

エ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化

地域密着型通所介護については、参入数の増加が顕著になっている一方、現行制度では、市町村は、地域密着型通所介護の新設に係る事業者の指定を拒否できない。このため、地域密着型通所介護が市町村介護保険事業計画で定める見込量に達しているときなどに、事業所の指定を拒否できる仕組みを導入する。また、都道府県による居宅サービス事業者の指定に関して、市町村が都道府県に意見を提出できるようにするとともに、都道府県はその意見を踏まえて指定をするに当たって条件を付すことを可能とするよう改正される。

オ その他

地域包括支援センターの機能強化を図るため、地域包括支援センターに事業の自己評価と、質の向上を図ることを義務付けるとともに、市町村に対し、地域包括支援センターの事業の実施状況の評価を義務付ける。また、介護保険適用除外施設とされる障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合に、現状、適用除外施設の所在市町村が保険者となっているところ、当該市町村の給付が過度に重くならないよう、改正案では住所地特例を見直し、適用除外施設入所前の市町村を保険者とする。

そのほか、法律事項ではないものの、介護保険部会の議論を踏まえ、福祉用具貸与の見直し、住宅改修に係る見直しなどが実施される予定である⁴⁵。

(7) 施行期日

施行期日は、第7期介護保険事業計画期間の開始に合わせ、平成30年4月1日とされている。ただし、介護療養型医療施設に係る有効期限の延長に関する事項は公布の日、総報酬割の導入と協会けんぽへの国庫補助に関する事項は平成29年7月1日、利用者負担割合の3割への引上げに関する事項は平成30年8月1日が施行期日とされている。

5. 介護に係るその他の主な論点

(1) 軽度者に対する給付の在り方

経済・財政再生計画の改革工程表では、保険料や給付費の伸びを抑制する観点から、軽度者への支援の在り方について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含めた検討が求められており、今般の改正に係る議論の最大の焦点ともされていた。現在、平成26年改正による予防給付の地域支援事業への段階的移行が行われている最中であり⁴⁶、その評価が定

講ずることが義務付けられている。

⁴⁵ 福祉用具貸与は、同一商品であっても、平均的な価格と比べて非常に高価な価格請求が行われているケースがあったことを受け、平成30年10月から、国が商品の貸与価格の全国的な状況を把握した上で、ウェブサイトにも全国平均貸与価格を公表し、全国平均貸与価格+1標準偏差を貸与価格の上限として設定する。住宅改修については、事業者による価格設定や技術・施工水準のばらつきが大きいなどの課題を受け、保険者が住宅改修の価格や内容等把握するため、改修内容、材料費等の内訳を含む見積書類の様式を国が示す予定である。

⁴⁶ 平成29年4月までが移行の経過措置期間とされているが、厚生労働省の平成28年1月調査時点で、平成28

まらない中、軽度者に対する給付を見直すことは時期尚早との意見が介護保険部会において多く出され、結局見直しは見送られた。その後の平成 29 年度予算編成過程において、軽度者に対する生活援助サービス等の地域支援事業への移行については、介護予防訪問介護等の移行状況を踏まえつつ、引き続き検討し、平成 31 年度末までに必要な措置を講ずることとされた。

他方、生活援助等比較的専門性を要しないサービスについては、経験の少ない人材やボランティアに担ってもらい、専門性の高い人材は重度者への対応を中心に行うべきとの指摘⁴⁷もある。生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和やそれに応じた報酬設定については、平成 30 年度介護報酬改定の際に検討が行われる見通しである。

(2) 負担の在り方

ア 被保険者範囲の拡大

制度創設当初から議論されている点として、被保険者の範囲拡大の問題がある。65 歳未満の被保険者の範囲は、当面、若年性認知症等特定疾病⁴⁸の発症リスクとの関係で理解が得られる 40 歳以上とされた。制度創設以降、40 歳以上人口は増加してきたが、平成 33 年をピークに減少していくことが見込まれており、制度の支え手をどのように確保していくのかが検討課題となっている。今般の介護保険部会においても、受益と負担の関係が希薄な若年世代の納得が得られない、まずは給付の効率化や利用者負担の在り方を見直すことが先決など、被保険者範囲の拡大に反対する声がある一方、将来的には介護保険制度の普遍化が望ましい、特定疾病の枠を外した上で 40 歳以下は保険料を軽減すべきなど、範囲の拡大に賛意を示す向きもあった。その一方で、被保険者の範囲拡大は、障害者制度にも関わる問題であり、両制度の趣旨・沿革や、制度の持続可能性といった観点も含め、今後も引き続き長期的な視点に立った検討が求められる。

イ 補足給付における不動産の勘案

費用負担の公平化を更に進める観点から、平成 26 年改正では見送られた補足給付における不動産の勘案についても、継続的な検討課題となっている。平成 25 年の介護保険部会では、換金が容易ではない不動産について、一定額以上の宅地を保有している場合、在宅での生活を前提としているショートステイを除き補足給付の対象外とし、宅地を担保とした貸付け(リバースモーゲージ)の実施が検討された。今般の介護保険部会では、厚生労働省の委託調査の結果が示され、都市部でなければ土地を資産として捉えることが難しい点、子や孫などの推定相続人全員の了承を要する点など、我が国での導入が容易でないことが明らかとなった。かかる状況を踏まえ、介護保険部会の整理としては引き続きの検討事項となったが、現役世代の負担が高まる中、世代内のみならず世代間の費用負担の公平性をいかに確保していくのかという観点も踏まえた議論が必要である。

年 4 月までに移行すると回答した保険者は、総保険者数 1,579 のうち 505 となっていた。

⁴⁷ 土居丈朗「2040、50 年までに介護保険制度が到達する姿を示すべき 特集 次期介護保険制度改正に向けて [中] (インタビュー)」『介護保険情報』(2016.10) 22 頁

⁴⁸ 65 歳以上の高齢者に多く発生しているが、40 歳以上 65 歳未満の年齢層においても発生が認められるなど、罹患率や有病率等について加齢との関係が認められる疾病。末期がん、関節リウマチ等全 16 疾病。

(3) ケアマネジメントの在り方

ア ケアマネジメントに係る利用者負担

現状、居宅介護支援等⁴⁹のいわゆるケアマネジメントサービスについては、制度創設当初から利用者負担がなく、介護給付費で10割が賄われている。このため、利用者負担に係る議論が制度開始当初から継続的に行われており、今般の介護保険部会においても、利用者負担の導入に賛成する立場から、ケアマネジャーの専門性を評価するため、また、家族や利用者にケアマネジメントに対するコスト意識を持ってもらうため、一定の負担が必要であるといった意見が出された。一方、導入に反対する立場からは、現状を維持して、あらゆる利用者が公平にケアマネジメントを活用し、自立支援が受けられるようにすべき、また、サービスの利用抑制につながるおそれがあるといった意見が出されている。今般の改正案には盛り込まれなかったものの、上記のほかにも、かつての高齢者医療の定額負担と同様に少額の定額負担を導入する提案⁵⁰や、自己負担の導入に伴い、利用者の主張が強くなり、かえって無駄なサービスの利用を助長させるおそれがあるとの指摘⁵¹もあり、財政的な観点とケアマネジメントの評価の観点から、引き続き議論をしていく必要がある。

イ 公正・中立なケアマネジメントの確保等

ケアマネジャーの多くは、居宅サービス事業所を併設する居宅介護支援事業所に所属しており、所属する事業所のサービスをケアプランに多く組み込む、いわゆる囲い込みを行う傾向が強いとされ、公正・中立なケアマネジメントの確保が求められている。その対策として平成18年度の報酬改定時から実施されている特定事業所集中減算⁵²について、会計検査院から、一部の事業所において、減収とにならないよう集中割合の調整を行うなどの弊害を生じさせる要因となっており、必ずしも合理的で有効な施策ではないと指摘⁵³されている。これを踏まえ、今般の介護保険部会においても、実効性が乏しく、見直しをすべきといった意見のほか、よいサービスを提供する事業所があるにもかかわらず、集中減算のために回避せざるを得ない状況は要介護者にとってプラスではないといった意見が出された。今後は、平成30年度介護報酬改定の際に合わせて検討することとされており、ケアマネジメントの質の向上や医療との連携も含め、今後の議論が注目される。

(4) 介護人材の確保

介護人材の確保が重要な課題となる中、平成28年4月時点における介護福祉士養成施設

⁴⁹ ケアマネジャー（介護支援専門員）による居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を始めとした在宅の要介護者に対するサービス。要支援者に対する介護予防ケアマネジメントは介護予防支援という。

⁵⁰ 東島弘子「介護の終着点である終末期ビジョンを 特集 次期介護保険制度改正に向けて[下](インタビュー)」『介護保険情報』(2016.11) 22頁

⁵¹ 結城康博「2018年実施予定の介護保険改正の動向を探る ～負担増と軽度者給付抑制の議論を中心に～」『介護保険情報』(2016.10) 29頁

⁵² 居宅介護支援事業所がその事業所の利用者に対して作成するケアプランについて、特定のサービス事業所への集中割合が80%を超える場合に報酬を減算する仕組み。

⁵³ 会計検査院「介護保険制度の実施状況に関する会計検査の結果について」(平28.3.25)

の定員充足率が46%にとどまるとともに、平成28年度の介護福祉士国家試験の受験者数が前年度から半減する⁵⁴など、介護人材の確保を取り巻く状況がより厳しくなっている。政府は、ニッポン一億総活躍プランにおいて、介護人材確保のための総合的な対策を打ち出しており、その一環として平成29年4月には、臨時の介護報酬改定により、介護職員処遇改善加算が見直される。具体的には、介護職員の経験、資格又は評価に応じた昇給の仕組みを構築した事業者に対し、新たな上乘せ評価を行う加算が創設され、月額平均1万円相当の処遇改善が実施される予定である。この予算措置が介護人材の賃金改善やキャリアアップに直接結び付くことが重要であり、処遇状況の調査結果を詳細に分析していく必要がある。

（5）保険サービスと保険外サービスを組み合わせた給付（いわゆる混合介護）

平成28年9月に公正取引委員会が公表した「介護分野に関する調査報告書」では、介護保険内と保険外のサービスを併せて提供するいわゆる「混合介護」の弾力化や参入規制の緩和などが提言された。同年10月からは、内閣府の規制改革推進会議の医療・介護・保育ワーキンググループにおいて、保険給付と保険外サービスの柔軟な組合せを含む介護分野の改革項目が議論されている。

介護保険制度では、一定のルールの下、保険外サービスの提供が認められており、保険内サービスではあっても区分支給限度基準額を超えるサービス利用や時間延長（上乘せサービス）、配食サービス等（横出しサービス）の保険外サービスの提供が各市町村独自の取組により実施されている。しかし、保険内外のサービスを明確に区分する必要があることなどから、利用者以外のものに係る洗濯、調理、買物等は認められていない。このため、例えば家事援助について、要介護（支援）者の家族に対しても同時・一体的にサービス提供を可能にすれば、事業者の効率や生産性が高まり、介護職員の処遇改善にもつながるといった効果があるとの指摘がある。

厚生労働省は、サービスの明確な区分や利用者の同意等、現状、保険外サービスに求められる一定のルールの存在について、不明朗な形で料金が徴収されるおそれ、事実上保険外負担をしないとサービスが受けられなくなるおそれ、保険給付の範囲を超えたサービスが保険請求されるおそれなどがあることを踏まえ、利用者保護等の観点から求めているものとしている。そのため、利用者負担の不当な拡大、トラブルが生じた際の救済、自立支援・重度化防止をかえって阻害するおそれ、給付費の増加につながるおそれ、ルールの緩和に伴う追加の行政コストがメリットに見合うかなどについて留意する必要があるとしている。

そのほか、平成29年2月には、東京都が介護保険外サービスの同時・一体的提供について、平成30年度からのモデル事業開始を目指し、東京都豊島区における特区の創設を政府の国家戦略特別区域会議に提案するなど具体的な動きも見られ、今後の議論を注視していく必要がある。

⁵⁴ 今回から実務経験者を対象とした受験資格として、450時間の研修が新たに追加されたことを主な原因とみる報道がある（『日本経済新聞』夕刊（平29.2.7）など）。

6. 総括

医療と介護は、一体的に提供される機会が増え、その結びつきが一層強まっている。また、制度改革の取組を見ても、例えば、今般の改正におけるデータに基づく分析・評価、給付の適正化の取組、保険者に対する財政的インセンティブの付与などといった医療保険と類似する制度の創設や取組もさることながら、利用者や被保険者の負担面からも見ても、高額療養費に対応する形での高額介護サービス費の上限額区分の設定、総報酬割の導入など、医療保険制度改革の取組が取り入れられている。

大きな相違点として、医療保険がほぼ全ての被保険者が一度は医療サービスを受取るのに対し、介護保険は、要介護認定率を見ても、被保険者あるいはその家族が利用する割合は、医療保険と比較すると低くなっており、当事者意識がなかなか醸成されない傾向があるだろう。受益の実感が必ずしも伴わない中で、負担増が進む現状に対し、どのように被保険者の理解を得ていくのか、今後丁寧な説明が求められる。

また、改正案では、地域包括ケアシステムの強化を目的としつつ、地域共生社会の実現という、地域包括ケアシステムより更に上位の概念を創出し、高齢者に加え障害児者、生活困窮者等に対する今後の包括的な支援体制を見据えた内容が盛り込まれており、市町村の役割がますます拡大する。各制度の谷間に落ちてしまう課題への対応や、福祉サービスに係る縦割りの廃止等は当然進めていくべきであるが、市町村が地域共生社会の実現に向けて、どれだけのリソースを割いていけるのか注視していく必要がある。加えて、地域包括ケアシステムが現実的に機能するためには、実際に介護の現場で働く人材はもちろんのこと、市町村の担当職員の育成も重要となる。市町村の人員も削減されている中、様々な拠点の機能強化などを図ったとしても、そもそもマンパワーが不足しては、年々複雑化する制度改革への対応も追いつかず、真の意味での充実化は図れないおそれもあるため、人的支援をいかに行っていくかが重要となる。

翻って改正案の国会審議に当たっては、今般の法改正の機会を捉えて、改正案に係る論点や課題はもちろんのこと、政省令等下位規範に委任される予定となっている改正事項も含め、大局的な見地から議論を深めていくことが期待される。

【参考文献】

社会保険研究所『介護保険制度の解説（平成27年8月版）』（2015年）

寺澤泰大・根岸隆史「医療提供体制及び介護保険制度改革の概要と論点—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—」『立法と調査』No. 351（2014.4）

増田雅暢『逐条解説 介護保険法 2016改訂版』（法研、2016年）

（さわい はやと）