

基礎研 レポート

介護保険制度が直面する「2つの不足」(上)

3年に一度の見直し論議が本格化へ

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1——はじめに～介護保険制度の見直し論議がスタート～

社会保障制度審議会（厚生労働相の諮問機関）介護保険部会で、3年に一度の介護保険制度に向けた見直し論議が進んでいる。今回のテーマとしては、介護予防の強化など5つの「検討事項」が挙がっており、2021年度の制度改正に向けて、有識者や業界団体などで構成する介護保険部会の議論が年内までに本格化する見通しだ。

では、これらの点について、どんな議論が考えられるのだろうか。あるいは背景として、何が考えられるのだろうか。介護保険部会では2月から議論が始まり、6月までに計4回の会合を重ねているが、本レポートは介護保険部会に提出された厚生労働省の資料に加えて、6月に決定された認知症施策推進大綱や「経済財政運営と改革の基本方針2019（以下、骨太方針2019）」を基に、全2回で2021年度制度改正を占うこととする。

（上）では介護保険部会で「横断的な検討事項」として挙げられている5つの点を考察し、「介護保険財源の不足」「介護現場における労働力の不足」という「2つの不足」が制約条件となる中、多様化・複雑化するニーズに対応しなければならない難しさを浮き彫りにする。

さらに、（下）では制度改正の柱のうち、「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下、新しい総合事業）や、高齢者が体操などで日常的に集える「通い」の場の拡大など、地域づくりを巡る論点や課題を考察する。

2——次期改正の5大テーマ

2000年度に創設された介護保険はサービスの対価として支払われる介護報酬改定と併せて、概ね3年周期で見直されている。過去の制度改正・報酬改定における主な見直し内容は表1の通りである。

これを見ると、直近の制度改正や報酬改定では、介護予防の強化が重視されてきた様子を理解できる。具体的には、▽多くの専門職が医療・介護連携や地域課題の把握などに努める「地域ケア会議」の設置義務化、▽軽度者向け介護予防給付の一部を改組した新しい総合事業（制度改正の詳細は後述）の創設——などである。

中でも、直近の2018年度制度改正では「自立支援介護」という名目の下、高齢者の要介護度の維持・

改善を図る介護予防の強化が重視され、介護予防に力点を置く自治体を優遇する「保険者機能強化推進交付金」（200 億円）が創設されたほか、介護予防に取り組む事業者にボーナス（加算）を付与する報酬改定が実施された。

では、2021 年度に予定されている次期制度改正に向けて、どんなテーマが想定されるのだろうか。一つの参考となるのが介護保険部会に提出されている資料である。

介護保険部会では今年 2 月から議論が本格化しており、厚生労働省は横断的な「検討事項」として、(1) 介護予防・健康づくりの推進、(2) 保険者機能の強化、(3) 地域包括ケアシステムの提供、(4) 認知症「共生」

「予防」の推進、(5) 持続可能な制度の再構築、介護現場の革新——の 5 つを提示している。

以下、これら 5 点について、介護保険部会に提出されている資料や骨太方針 2019 などを見つつ、概要を見るとともに、制度改正の選択肢や内容を考察する。

表1：過去の介護保険制度改正と介護報酬改定の主な内容

年度	制度改正の主な内容	報酬改定率	報酬改定の主な内容
2003年度		▲2.3%	
2005年度		▲1.9%	2006年度改定の前倒し
2006年度	▶ 地域支援事業の創設 ▶ 地域密着型サービスの創設 ▶ 要支援の細分化 ▶ 介護療養病床の廃止決定 ▶ 施設給付の見直し（食費など有料化）	▲0.5%	
2009年度	▶ 事業者の法令順守強化 ▶ 介護職員の処遇改善に向けた基金創設（補正予算）	3.0%	
2012年度	▶ 地域包括ケアの根拠規定追加 ▶ 介護職員処遇改善加算の創設 ▶ サービス付き高齢者住宅制度の創設	1.2%	処遇改善は+2.0%、その他は▲0.8%
2014年度	▶ 第1号被保険者の低所得者対策強化	0.63%	消費増税対応分
2015年度	▶ 介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の創設 ▶ 在宅医療・介護連携推進事業の制度化 ▶ 地域ケア会議の設置義務化 ▶ 自己負担引き上げ（2割負担導入） ▶ 特別養護老人ホーム入居者の限定	▲2.27%	9年ぶりの引き下げ
2017年度		1.14%	処遇改善を前倒し実施
2018年度	▶ 介護予防に力点を置く「自立支援介護」の強化 ▶ 介護医療院の創設 ▶ 自己負担引き上げ（3割負担導入）	0.54%	医療との連携強化 自立支援介護の強化
2019年度	▶ 第1号被保険者の低所得者対策強化	2.13%	消費増税対応分 処遇改善

注：厚生労働省資料を基に作成
注：2014年度、2019年度は消費増税など社会保障・税一体改革に伴う制度改正。

3——5つの「検討事項」の概要と制度改正の方向性

1 | 介護予防・健康づくりの推進

最初の介護予防・健康づくりでは、運動や体操などのため、高齢者が気軽に通える「通い」の場の数を増やす必要性を強調しており、介護保険部会に提出されている厚生労働省の資料では「いきいき百歳体操」という運動を実施している高知市の事例が紹介されている。

こうした「通い」の場の充実については、介護保険制度改正の柱となると見られている。例えば、厚生労働省が 2019 年 5 月の「2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部」第 2 回会合で決定した「健康寿命延伸プラン」では、2020 年末までの数値目標として、介護予防に繋がる「通い」の場に参加する高齢者の割合を 4.9%（2017 年度現在）から 6%に引き上げる方針を掲げた。この考え方は、今年 6 月に決まった骨太方針 2019 や成長戦略実行計画、認知症施策推進大綱などの政府文書に反映されており、いずれも高齢者の通いの場の拡大に向けて、後述する市町村向け補助金である保険者機能強化推進交付金の「抜本的な強化」を盛り込んだ。

今後の論点としては、多様な主体との連携、ボランティアの対価として支払うポイント付与の活用、専門職の関与などが想定され、5 月に介護保険部会内に新設された「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」で専門的な議論が進む見通しとなっている。こうした「通い」の場を含めた地域づくりの論点

については、(下)で詳述することにした。

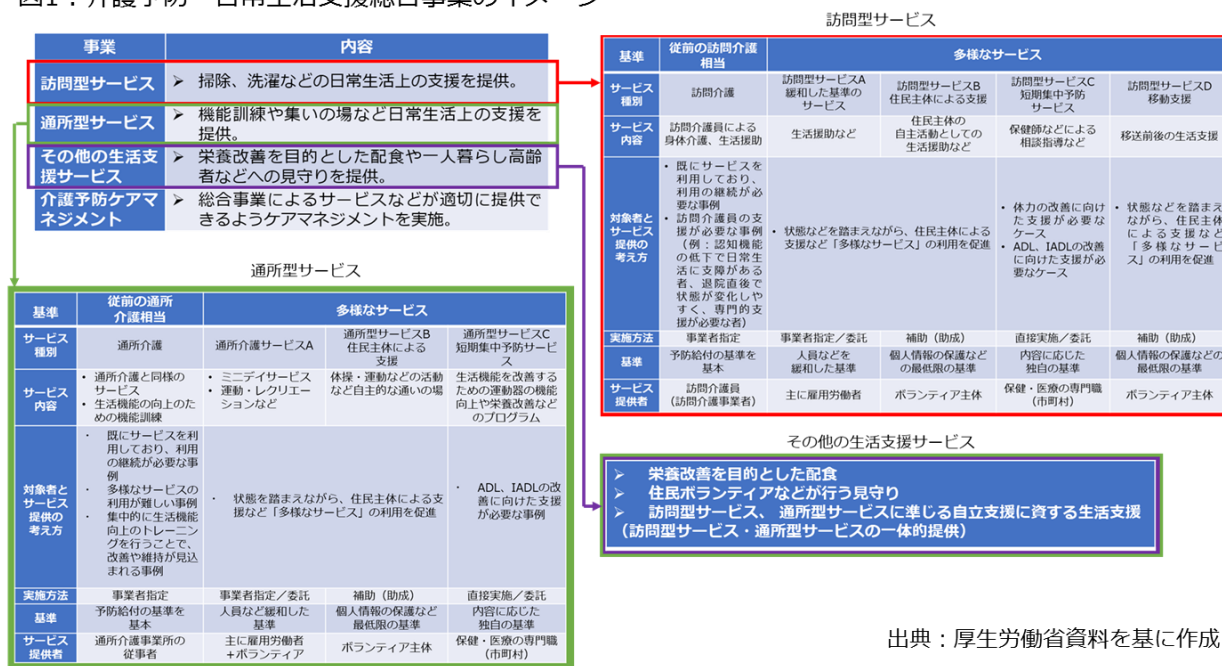
さらに、高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的な実施が課題に挙がっており、75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険と一体的に実施できるよう、2019年通常国会で成立した関連法に沿って、国、後期高齢者医療制度を運営する都道府県単位の広域連合、市町村など関係者の連携を強化している。

2 | 保険者機能の強化

2番目の保険者機能の強化では、市町村の役割拡大が志向されている。介護保険制度では、市町村が保険制度を運営する保険者に位置付けられており、①新しい総合事業の充実、②ボランティアなど多様な主体による生活支援の充実、③要介護度の改善などの効果を数字で分析する「科学的介護」の導入などデータに基づく介護予防の推進——などが論じられている。さらに介護保険部会の資料では、市町村が主体的な役割を発揮した事例として、社会福祉協議会と連携した生活支援事業を展開する香川県高松市、地域分析と課題の構造化、関係者の合意形成に力点を置く愛知県豊明市などの取り組みが紹介されている。

保険者である市町村の役割強化に関する制度改正としては、新しい総合事業の充実と「通い」の場が絡んでくる。まず、新しい総合事業について説明すると、要支援者向け訪問介護と通所介護を介護保険給付から切り離して介護予防事業と統合するとともに、住民同士の支え合いを制度として取り込んだり、一部のサービスでは報酬や施設基準などを市町村の裁量に委ねたりすることで、多様なサービス主体が高齢者の生活を支えることを目的としている。その概要は図1の通りであり、市町村は2017年度中に実施を義務付けられた。かなり制度が細分化された結果、全体像をつかむことが難しいため、ここでは余り細部に立ち入らず、概要の説明に止めることとする。

図1：介護予防・日常生活支援総合事業のイメージ



まず、軽度な要支援 1～2 向けの介護予防給付のうち、訪問介護サービスと通所介護サービスを切り離れた。その上で、要支援になるリスクが高い人を対象としていた介護予防事業と統合し、新しい総合事業を創設するとともに、①訪問型サービス、②通所型サービス、③その他の生活支援サービス、④介護予防ケアマネジメント—to に再編した。このうち、①の訪問型サービスは「従前の訪問介護相当」「多様なサービス」に分かれており、多様なサービスについては、従来の介護保険サービスよりも人員などの基準を緩めた「訪問型サービス A」、住民が支え合いで自宅などを訪ねる「訪問型サービス B」、保健師などがリハビリテーションを実施する「訪問型サービス C（短期集中予防サービス）」、住民が高齢者の移動を支援する「訪問型サービス D（移動支援）」に分かれている。

通所介護についても訪問介護と同じ仕組みとなっており、「従前の通所介護相当」「多様なサービス」に分かれており、後者の多様なサービスは従来の介護保険サービスよりも人員などの基準を緩めた「通所型サービス A」、住民が支え合いで高齢者の場づくりに努める「通所型サービス B」、保健師などがリハビリテーションを実施する「通所型サービス C（短期集中予防）」に分かれている。

要するに、軽度な要支援 1～2 の人を介護保険給付から切り離すとともに、人員基準を緩和したり、住民同士の支え合いを制度として取り込んだりすることを通じて、多様な主体によるサービスの提供を目指したのである¹。

しかし、その狙いは地域に浸透しているとは言えない。新しい総合事業で実施されているサービスの大半は基準を緩和した A 型であり、住民主体の B 型や短期集中予防に取り組む C 型の実施箇所数が少ないためである²。

具体的なデータについては、表 2 に示した新しい総合事業に関する調査³で浮き彫りとなる。調査によると、訪問型サービスの事業所は合計 1 万 3,082 カ所あり、その内訳は制度改正以前よりも基準を緩和したサービス A が 87.5%、住民主体によるサービス B が 4.7%、短期集中予防のサービス C が 7.2%、移動を支援するサービス D が 0.6%となっている。つまり、制度改正で創設された新しいサービス類型の実施箇所は依然として少なく、制度改正前から実施されている介護予防給付がサービス A に移行しているに過ぎない。

実際、実施主体を見ても、介護保険の認定を受けていたサービス事業所が 87.5%、介護サービス事業所以外が 12.5%となっており、ほとんどが元の予防給付から移行したに過ぎない。

同じ傾向は通所型サービスでも見られ、表 2 の通りに 1 万 2,511 カ所に上る事業所のうち、基準を緩和

表2：新しい総合事業の実施状況

単位：%	サービス A	サービス B	サービス C	サービス D
訪問型サービス (n=13,082)	87.5	4.7	7.2	0.6
通所型サービス (n=12,511)	65.5	11.7	22.9	—
※制度の種類・説明	基準を緩和したサービス	住民主体による支援	専門職によるリハビリテーションなど	住民主体による移動支援

出典：NTTデータ経営研究所（2019）「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業報告書」を基に作成。

注1：2018年11月現在。

注2：回答数は1,686団体。

¹ なお、新しい総合事業は介護保険制度の給付対象を事実上、縮小することを意味しているが、この点を厚生労働省は明確に説明していない。厚生労働省の老健局長などの立場で介護保険制度の創設に深く関わった堤修三氏は新しい総合事業について、「保険給付の対象範囲を縮小したのは社会保険制度としての裏切りだ」と述べている。日本経済新聞社編（2018）『2030年からの警告 社会保障砂上の安心網』p127を参照。

² 2018年9月28日『シルバー新報』、2018年6月21日『毎日新聞』を参照。

³ NTTデータ経営研究所（2019）「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（2018年度老人保健健康増進等事業）を参照。

したサービス A は 65.5%、住民主体のサービス B が 11.7%、短期集中予防のサービス C が 22.9%となっており、サービス B を中心に新しい類型は伸びていない。

事業主体を見ても訪問型と同様、介護保険の認定を受けていたサービス事業所が 72.3%、介護サービス事業所以外が 27.7%という内訳になっているため、多様な主体の参加という点では十分とは言えない。つまり、大半の事業所は既存の介護保険サービス事業所が新しい総合事業に移行したに過ぎず、多様な主体の参入が図られているとは言い難い。

保険者機能の強化に関する他の論点としては、地域包括支援センターの機能強化も挙げられている。地域包括支援センターは中学校区単位を一つのメドとして設置されており、市町村が直営または委託する形で、高齢者の相談対応や権利擁護、軽度者のケアマネジメント、多職種が集まる地域ケア会議の運営など多様な事務を担っている。介護保険部会では業務量の増加に対応する人員体制の強化などが論点になると見られる。

市町村の取り組みに応じて、分配する補助金を増減させる「保険者機能強化推進交付金」の見直しも焦点になる見通しだ。これは介護予防や認知症対応などに関する市町村の取り組みを促すインセンティブとして 2018 年度予算から創設されており、2019 年 6 月に閣議決定された骨太方針や成長戦略実行計画では「通い」の場の充実に取り組む市町村を支援するため、交付金制度の「抜本的な強化」が盛り込まれた。こうした流れを踏まえて、介護保険部会では評価指標の見直しなどが論点になる⁴。

さらに、リハビリテーションなどのデータを集めることで、効果的な介護予防を模索する「科学的介護」も焦点となる。科学的介護については別に検討会がスタートしており、2021 年度の報酬改定に反映させる方向でデータ収集に努める方向性となっている。今後、介護保険部会でもデータの利活用策などが論じられることになりそうだ⁵。

3 | 地域包括ケアシステムの推進

地域包括ケアという言葉は在宅医療の充実など多義的に使われており、取り扱いに注意を要する⁶が、在宅医療の推進、医療・介護連携の充実、生活支援の充実を図る必要性とともに、介護を理由に会社を辞める「介護離職」の動向と対策などが論じられている。

これらの点については、それぞれに多くの論点が含まれているため、本レポートでは在宅医療の充実や医療・介護連携の充実について詳述する。この関係では表 3 に記した「在宅医療・介護連携推進事業」を含めて、市町村への支援策が焦点となる可能性がある。

具体的には、在宅ケアは生活に密着している分、医療・介護の境目が低く、情報連携などで両者の連携が問われるケースが多い。このため、厚生労働省は過去にも診療報酬、介護報酬の改定に際して、医療・介護連携を促すための各種インセンティブを設けてきたほか、介護保険財源の一部を転用する

⁴ ここでは詳しく触れないが、保険者機能強化推進交付金については、①国による一律の基準に左右されるリスクがあり、地域の実情に応じて市町村が判断するという介護保険の原則に反する、②配分基準や配点が全て通知で決まっており、国の裁量に左右される分、自治体にとって予見可能性が極めて低い、③2018 年度分については、個別市町村の配分額が明らかになっていない——といった点が大きな問題である。

⁵ 科学的介護の論点や動向は 2019 年 6 月 25 日拙稿『[介護の「科学化」はどこまで可能か](#)』を参照。

⁶ 2014 年成立の地域医療介護総合確保推進法は地域包括ケアについて、「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」と定義している。

在宅医療・介護連携推進事業を 2015 年度制度改正で創設し、2018 年 4 月までに表 3 の 8 事業を実施するよう全市町村に義務付けた。

在宅医療・介護連携推進事業が制度化された背景には、在宅医療に関する市町村のノウハウ不足がある。市町村は予防・保健、健診などを所管しているが、保険医療機関の指定などの権限を持つ都道府県と比べると、医療提供体制に関する接点が少なかった。このため、在宅医療・介護連携推進事業を通じて、市町村が介護保険だけでなく、在宅医療についても関わっていくことが期待されている。

しかし、在宅医療・介護連携推進事業に関する調査⁷を見ると、その取り組みの進捗や深度にはバラツキがある。例えば、

在宅医療の充実に際して重要な役割を担う地元医師会との連携を見ると、表 4 の通りに小規模市町村ほど取り組みが遅れており、市町村向け支援策などが論じられることになりそうだ。

このほか、▽資源開発やネットワーク構築などを通じて、高齢者の生活を支える「生活支援コーディネーター」の充実、▽高齢化が進む大都市部を念頭に学校の空き教室や医療機関の既存施設などを活用した新たなサービス提供の方法——なども介護保険部会の資料に盛り込まれている。

4 | 認知症「共生」「予防」の推進

4 番目の柱として、認知症施策の推進がうたわれている。この分野では 2015 年 1 月、「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン⁸）が策定され、（1）認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、（2）認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、（3）若年性認知症施策の強化、（4）認知症の人の介護者への支援、（5）認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、（6）認知症の予防、診断、治療、リハビリテーション、介護などモデルの研究開発、成果普及、（7）認知

表3：在宅医療・介護連携推進事業の内容

事業の内訳	事業の内容
地域の医療・介護資源の把握	- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集。 - これらの情報を整理し、リストやマップなど必要な媒体を選択して共有・活用。
在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討。
切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進。
医療・介護関係者の情報共有の支援	- 情報共有シート、地域連携バスなどの活用により、医療・介護関係者の情報共有支援。 - 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用。
在宅医療・介護連携に関する相談支援	医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置などによる在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。
医療・介護関係者の研修	- 地域の医療・介護関係者がグループワークなどを通じ、多職種連携の実際を習得。 - 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催。
地域住民への普及啓発	- 地域住民を対象にしたシンポジウムなどの開催。 - パンフレット、チラシ、HPなどを活用した在宅医療・介護サービスに関する普及啓発。 - 在宅での看取りについての講演会の開催。
在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村などが連携し、広域連携が必要な事項について検討。

出典：厚生労働省資料を基に作成

表4：人口規模で見た市町村と医師会の協力関係の状況

単位：%	協力している	協力を予定している	協力していない
1万人未満	58.1	11.7	30.1
1万人以上2.5万人未満	84.1	6.9	9.1
2.5万人以上7.5万未満	95.4	3.7	0.8
7.5万人以上	98.9	0.2	0.1
全体	82.8	6.1	11.1

出典：野村総合研究所（2019）「地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業—実態調査編—」（老人保健健康増進等事業）を基に作成

注1：調査は2018年8～10月に実施。

注2：回答数は1,733団体。

⁷ 野村総合研究所（2019）「地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業—実態調査編—」（老人保健健康増進等事業）を参照。

⁸ 最初のオレンジプランは2012年9月に策定された。

症の人やその家族の視点の重視——という7つの政策が進んでいた。

しかし、政府は認知症関連施策の一層の強化を図るため、2018年12月に官房長官をトップとする「認知症施策関係閣僚会議」を新設し、これまでの「認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議」を改組した。さらに、関係閣僚会議を中心に新たな施策を議論し、今年6月に「認知症施策推進大綱」（以下、認知症大綱）を策定した。

認知症大綱では、▽認知症の人が尊厳と希望を持って認知症とともに生き、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きることを意味する「共生」、▽「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」ことを目指す「予防」——の2つを車の両輪のように位置付けつつ、認知症当事者に配慮した取り組みを実施する企業の認証・表彰制度の創設、認知症の発症を遅らせるための社会参加を促す「通い」の場の整備など各種施策を盛り込んでいる。さらに、かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数など、一部の施策についての数値目標が引き上げられた。

認知症大綱の詳しい内容や評価については、稿を改めることで考察を深めることとしたいが、介護保険部会では大綱に沿った議論が展開されることになりそうだ。

5 | 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新

5番目の「持続可能な制度の再構築・介護現場の革新」について、介護保険部会に提出された資料では、介護保険給付費や保険料の見通し、生産年齢人口の減少を踏まえた介護労働者の不足など既存の資料を改めて示しつつ、①介護職員の給与引き上げを含めた処遇改善の実施、②介護福祉士修学資金貸付などの支援策、③介護ロボットやICTの活用、④介護現場の魅力向上や情報発信、⑤外国人材の受け入れ拡大——などに関する取り組みを紹介している。

また、2019年度から始めた事業として、▽介護職員の定着促進に向けたキャリアパスの構築を通じて介護人材の専門性を高める一方、基礎的な部分については多様な人材の参入促進を図るという「介護職機能分化等推進事業」などに言及している。

さらに、関係団体のトップなどが介護現場の生産性向上を論じる「介護現場革新会議」の動向、現場の実践例として、地域の元気な高齢者に介護現場で働いてもらう三重県の「介護助手」に関する資料が盛り込まれている。この点に関して、「25を超える都道府県で高齢者を助手として活用」という新聞報道⁹がなされており、こうした取り組みを拡大する方策が今後、介護保険部会を中心に論じられる可能性がある。

このほか、介護現場における文書量半減の必要性も盛り込まれており、介護保険部会の下に新設する「介護分野の文書に係る負担軽減に関するワーキング・グループ」で集中的に議論するとしている。

4——5つの「検討事項」の評価

では、介護保険部会に提出された資料を通じて、こういった制度改正の論点を予想できるだろうか。上記の論点を見ると、かなり多岐に渡ることが分かるが、キックオフ会合となった今年2月の介護保険部会の資料を見ると、「再掲」や重複が数多く見られるなど、施策の体系化が十分とは言えない。さらに、制

⁹ 2019年6月7日『日本経済新聞』夕刊。

度改正の議論が細かい部分に立ち入っている分、全体像が見えにくくなっている感も否めない。

そこで、介護保険を巡る状況を筆者なりに整理すると、「介護保険財源の不足」「介護現場における労働力の不足」という「2つの不足」が大きな制約要因となる中で、医療・介護連携の推進や認知症ケアなど「多様化・複雑化するニーズへの対応」に迫られていると考えている。

以下、5つの検討事項で想定される制度改正を「介護保険財源の不足」「介護現場における労働力の不足」「多様化・複雑化するニーズへの対応」という3つの括りで再整理していく。

5——「2つの不足」と多様化・複雑化するニーズへの対応

1 | 介護保険財源の不足

最初に財源不足である。人口的にボリュームが大きい団塊世代が全員75歳以上となる2025年に向けて、介護需要が大きくなっていくことが予想されており、介護費用も増加する可能性が大きい。

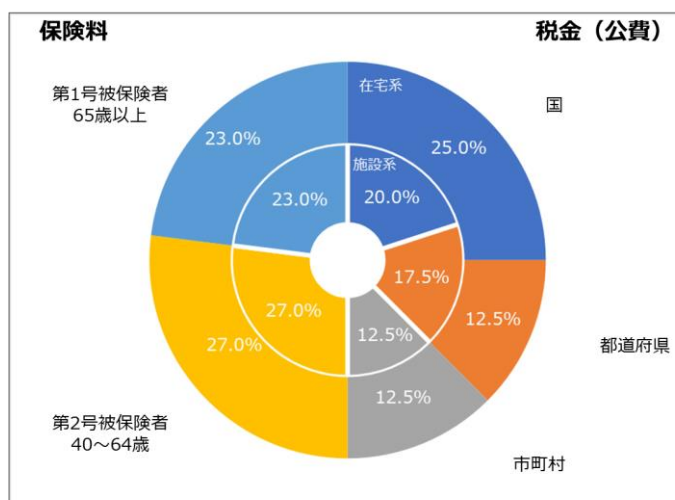
ここで介護保険の財源構造を確認すると、その構造は極めてシンプルであり、図2の通り、50%を税金（公費）、50%を保険料の比率で財源を確保している。

しかし、介護保険の総予算（自己負担を含む）は制度創設時の3倍に膨らんでおり、財源確保が課題となっている。具体的には、制度創設時の2000年度は約3.6兆円だったのに対し、2016年度には10兆円程度まで増えた。

その結果、65歳以上の高齢者（第1号被保険者）が支払う月額平均保険料は図3の通り、2000年度の2,911円から最新の数字で5,869円まで上昇した。これは基礎年金からの天引きであり、基礎年金の平均支給額は概ね5万円であることを踏まえると、65歳以上の人の保険料については、これ以上の大幅な引き上げは難しく、図2の財源構造を見直すか、給付対象の縮小を含めてサービス体系の見直しに手を付ける必要に迫られる。

このうち財源確保の方策としては、①40歳と定めた介護保険料の納付開始年齢の引き下げ、②2割、3割負担の対象者拡大——の2つの選択肢が想定される。

図2：介護保険の財源構造

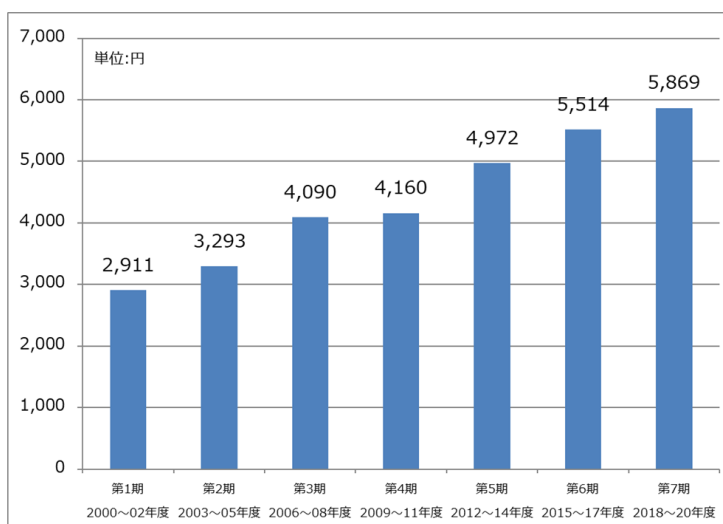


出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：自己負担は含まない。

注2：低所得高齢者の保険料減免として税金が投入されており、2019年度までに計1,400億円に拡大する。

図3：65歳以上の高齢者に課される月額介護保険料の全国平均推移



出典：厚生労働省資料を基に作成

注：数字は基準保険料であり、所得、居住地に応じて異なる。

前者の①は納付開始年齢を「40 歳以上」から例えば「20 歳以上」に引き上げるアイデアである¹⁰。これは以前から話題になっている論点であり、筆者の試算では1兆円前後の増収になる見通しだが、64 歳以下の人を対象とした障害者総合支援法との整合性が問われるほか、前回の制度改正時には勤め人の保険料の半分を負担する経営者サイドの反対で沙汰止みになった経緯がある¹¹ため、実現は難しいと思われる。

さらに、後者の②は介護保険サービスを利用する際の自己負担について、2 割、3 割負担の対象者を拡大するアイデアである。介護保険は制度創設時、一律 1 割の定率負担を導入したが、2015 年度改定で 2 割負担、2018 年度改定で 3 割負担を導入した。現在、全給付者に占める割合を見ると、2 割負担の人は 7%前後、3 割負担の人は 2%前後であり、今後は 2~3 割負担の対象が拡大する可能性がある。このほか、現在は自己負担を徴収していない介護サービス計画（ケアプラン）の作成の有料化も議論になる可能性が想定される。

しかし、これらの選択肢は国民の反発が予想される。さらに財源確保と並ぶ方策として、軽度者向け給付や生活援助の見直しも争点となるが、こちらも国民や事業者の反発が予想される。

そこで、「介護予防の強化→要介護高齢者の減少・抑制、要介護度の維持・改善→介護給付費の抑制」を狙った制度改正が 2018 年度に実施された¹²。こうした流れが 2021 年度制度改正の議論でも踏襲されつつあり、「通い」の場の整備や科学的介護の推進、保険者機能強化推進交付金の見直しは、近年の制度改正の延長線上に位置する。

さらに認知症の予防が論じられている点についても、「認知症予防の充実→認知症の人の減少・抑制→介護保険給付費の抑制」という展開を期待していると言えるだろう。実際、認知症大綱が「予防」を重視した背景には、経済財政諮問会議（議長：安倍晋三首相）の民間議員から認知症予防の必要性を訴える資料が示されたことや、「かかってからの治療が難しい認知症や生活習慣病を中心とした病気への予防と健康寿命の延伸が何よりも重要」という発言が出たことが影響している¹³。

つまり、次期制度改正の 5 つの検討事項の中で、1 番目と 2 番目の「通い」の場の整備、2 番目の科学的介護の推進と保険者機能強化推進交付金、4 番目の認知症予防が論じられている原因の一つは財源不足であり、「介護予防の強化→要介護高齢者の減少・抑制、要介護度の維持・改善→介護給付費の抑制」という効果が期待されていると言える。

2 | 介護現場の労働力不足

ここに労働力の不足という悩ましい問題が関係してくる。団塊世代向けの介護需要が大きくなっていく中、生産年齢人口が減少するため、介護現場で働く労働力が不足する点も大きい。

具体的なイメージは図 4 の通りであり、2025 年までに約 55 万人が不足すると試算されている。生産年齢人口が今後、年間 30~60 万人減少していく中で、2025 年に向けて増加する需要に対して介護現場で働く人材をどう確保するのか難しい問題となっている。

¹⁰ 納付開始年齢引き下げによる増収試算の詳細は拙稿 2019 年 2 月 26 日「[『介護保険料の納付開始年齢はなぜ 40 歳なのか』](#)、障害者総合支援法との整合性については拙稿 2018 年 11 月 29 日「[『65 歳の壁』はなぜ生まれるのか](#)」を参照。

¹¹ 2016 年 8 月 31 日、第 62 回社会保障審議会介護保険部会議事録を参照。

¹² 介護予防に力点を置く自立支援介護の論点については、2017 年 12 月 10 日拙稿「[『治る』介護、介護保険の『卒業』は可能か](#)」、自立の変化については、2019 年 2 月 8 日拙稿「[『社会保障関係法の『自立』を考える』](#)」を参照。

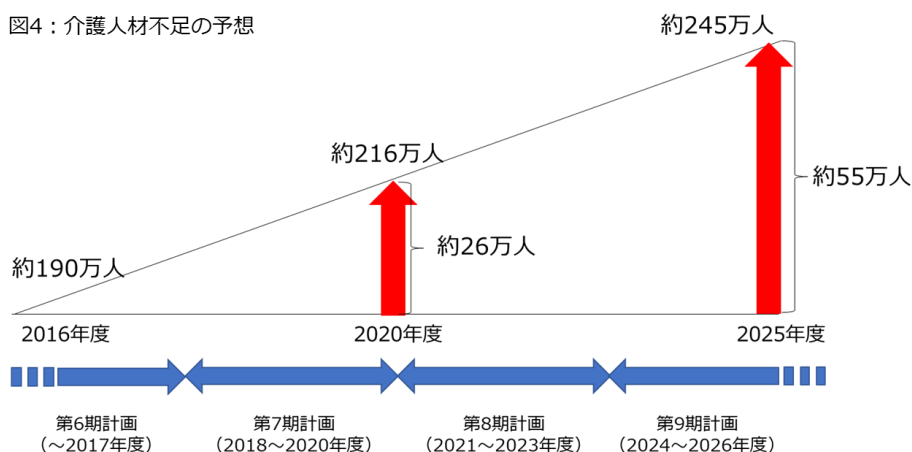
¹³ 2018 年 10 月 5 日経済財政諮問会議資料、議事要旨を参照。

先に触れた通り、介護職の魅力を向上したり、処遇を改善したりしているのは、多くの人を介護現場に惹き付けることを通じて、人手不足を少しでも解消したいという判断がある。政府が外国人人材の受け入れ拡大に舵を切った理由も、政府高官が「介護現場の労働力不足で介護施設を開けない」という実態を地元経由で耳にしたことが大きいとされている¹⁴。

介護ロボットや ICT の活用についても、少ない労働力で介護現場を回すことを念頭に置いており、総務省の「自治体戦略 2040 構想研究会」が人口減少を見据えた自治体行政を考える方策として、ICT の活用に言及している点と符合している。

文書量の半減に関しても、介護現場の生産性を高めることを通じて、「如何にして少ない労働力で現場を効率的に回していくか」という問題意識が根底にある。実際、厚生労働省

図4：介護人材不足の予想



が2019年5月の「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」第2回会合で決定した「医療・福祉サービス改革プラン」では、サービス提供量÷従事者の総労働時間で算出される「医療・福祉分野の単位時間サービス提供量」を5%改善するとしている。

さらに、元気な高齢者に福祉分野で働いてもらう「介護助手」の拡大についても、労働人口の減少に対応する目的があり、2040年を意識した医療・福祉サービス改革プランで拡大策が言及されている。

労働力の不足問題については、「通い」の場や新しい総合事業の議論にも影響する。つまり、増大する介護需要に対して少ない労働力で対応する上では、介護保険サービスだけでなく、住民同士の支え合いなど介護職以外の支援が必要という議論であり、「通い」の場の拡大や新しい総合事業の充実が財源問題だけでなく、労働力の不足に対応できるという効果を期待している。

要介護高齢者の減少を期待する介護予防の強化や認知症の予防についても、「介護予防の強化→要介護高齢者の減少・抑制→少ない労働力で増大する需要増に対応」という論理構造に立っている。実際、2019年3月に厚生労働省が公表した『これからの地域づくり戦略』では、人手不足の時代が続くことを理由に、「本人の力や住民相互の力も引き出して、介護予防や日常生活支援を進めていく」必要性に言及している。

このように見ると、生産年齢人口の減少に伴う介護労働者の減少に対応するため、次期制度改正の5つの検討事項のうち、1番目と2番目の「通い」の場の整備、2番目の科学的介護の推進、4番目の認知症予防、5番目の外国人人材の受け入れ拡大、介護職員の処遇改善、介護ロボットや ICT の導入が焦点として

¹⁴ 2018年8月14日『朝日新聞』によると、菅義偉官房長官が地元から「介護施設を開設しても介護福祉士不足で使えない」という声を耳にしたことで、方針転換が主導されたという。

浮上していると言える。

3 | 多様化・複雑化するニーズへの対応

こうした2つの「不足」という制約条件の中で、在宅ケアの充実に向けた医療・介護連携の深化、認知症の人に対するケアの充実といった対応策が求められている¹⁵。つまり、3番目の地域包括ケアシステムの推進と、4番目の認知症「共生」の推進は「多様化・複雑化するニーズへの対応」と整理できる。

4 | 介護保険を巡る課題の整理

以上のように考察すると、「介護保険財源の不足」「介護現場の労働力の不足」という「2つの不足」が大きな制約条件となる中、認知症ケアなど多様化・複雑化するニーズに対応しなければならない難しい局面にあると言える。

特に「2つの不足」に対応する上では、介護保険の財源構成の見直し、給付対象範囲の見直しなど抜本的な議論が必要になると思われるが、骨太方針2019や介護保険部会に提出された資料を見る限り、「通い」の場の整備や介護予防に力点を置いており、負担と給付の議論に真正面から取り組む姿勢は見られない。負担と給付の議論に手を付けると、税金や保険料負担の増加や給付範囲の縮小といった選択肢の議論に繋がり、国民や事業者の反発が避けられないためである。そこで、負担と給付の在り方を真正面から議論するのではなく、国民や事業者の反発が小さい介護予防の強化に議論が集中しやすくなっている。

2021年度制度改正についても、「介護予防の強化→要介護高齢者の減少・抑制、要介護度の維持・改善→介護給付費の抑制」「介護予防の強化→要介護高齢者の減少・抑制→少ない労働力で増大する需要増に対応」という効果を期待しつつ、認知症予防を含む介護予防を強化する流れが強まっている。

6——おわりに

以上、厚生労働省の資料に関する考察を通じて、介護保険制度を巡る論点と課題を浮き彫りにした。その結果、財源と労働力の「2つの不足」が制約条件となる中、新しいニーズへの対応を求められる難しいハンドリングを強いられていることが分かった。

しかし、介護保険部会に提出されている厚生労働省の説明資料は「通い」の場の整備など細部にこだわり、全体像が見えにくい印象を受ける。筆者の整理だけが正解とは言い切れないが、いきなり制度改正の細かい点を議論するのではなく、「2つの不足」を見据えつつ、負担増や給付抑制など介護保険制度を巡る大きな問題から考えるスタンスに期待したい。

(下)では「介護保険財源の不足」「介護現場における労働力の不足」に対応すると期待されている「通い」の場の整備を含めて、地域づくりや新しい総合事業の論点について議論を深堀りしたい。

¹⁵ 在宅医療の充実が論じられるようになった背景の一つには、国際的に過剰な病床を減らした場合の受け皿づくりという側面があり、在宅医療の議論自体も財源問題に求めることも可能だが、ここでは詳しく述べない。