

基礎研 レポート

居宅介護支援費の有料化は是か 非か

介護サービスの仲介だけではない点、利用控えの危険性に配慮を

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～居宅介護支援費は有料化すべきか～

3年に一度の介護保険制度改正を巡り、介護保険サービスの調整などを担う居宅介護支援費、いわゆるケアマネジメントの有料化論議が浮上している。居宅介護支援費は現在、全額が介護保険財源で賄われており、2024年度にも施行される次期制度改正に向けて、年末に決着する論議では、訪問介護など他の介護サービスと同様、1～3割の利用者負担を徴収する是非が問われている。

しかし、ケアマネジメントは単なる介護保険サービスの仲介だけではない点にも留意する必要がある。具体的には、ケアマネジメントは本来、相談業務や利用者の状態を評価するアセスメントに加えて、「インフォーマルケア」と呼ばれる制度以外の地域資源の活用など、介護保険サービスの枠内にとどまらない点で、他の介護保険サービスにはない特殊性を有している。特にインフォーマルケアの活用は近年、現場レベルだけでなく、近年の制度改正でも重視されている。

こうした中で、有料化した場合のデメリットとして、ケアマネジメントの幅広い性格が軽視されるようになり、結果的にケアマネジメントが介護保険制度に閉じ込められてしまう危険性が懸念される。さらに、有料化に伴って低所得者や重度な人の利用控えなども予想され、少なくとも現時点での有料化はメリットよりもデメリットの方が大きいと考えている。

本稿は居宅介護支援費の有料化を巡る議論を総括することで、有料化の「利害得失」を考察することにしたい。

2—ケアマネジメントとは何か

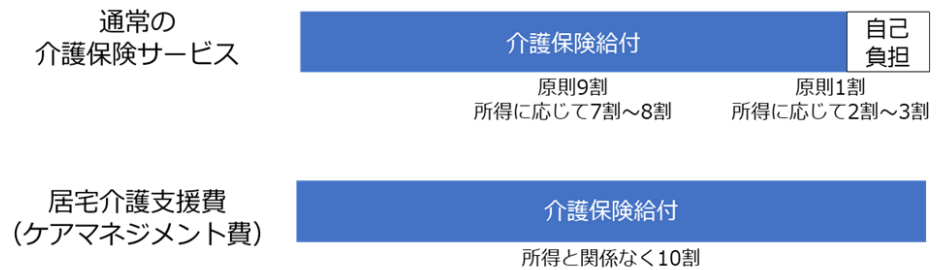
1 | 居宅介護支援費の費用構造

まず、有料化論議の対象となっている居宅介護支援費の費用構造を概観する。居宅介護支援費は介護保険サービスの一つとして、訪問介護やデイサービス（通所介護）など他の介護保険サービスの仲介などを専ら担っているが、制度創設時から利用者負担を徴収しておらず、図1の通り、保険給付で100%対応してきた。

これに対し、他のサービスは原則1割、高所得者は2～3割を利用者負担として徴収する仕組みであり、利用者負担を徴収しない居宅介護支援費は特例的な扱いとなっている。

このように特例的な取り扱いとなっ
ている理由について、
介護保険制度の創設
に関わった厚生省
(現厚生労働省)の
元幹部による書籍で
は「従来の医療保険
にはない事務的サー

図1：居宅介護支援費に関する給付と自己負担のイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成

ビスの給付であり、利用者に費用負担の対価であるという認識を持ってもらうには時間を要するのではないかという配慮から、(略)利用者負担の対象外とされている」と説明されている¹。

さらに、1996年4月の老人保健福祉審議会(厚相の諮問機関)報告書でも「サービスを積極的に利用できるよう、利用者負担について十分配慮する必要がある」と記述されていた。つまり、当時は現在と異なり、サービスが普及しない事態(「保険あってサービスなし」)が懸念されていたため、利用者にとってサービス利用の「敷居」を低くするため、居宅介護支援費では利用者負担を徴収しない判断が下されたと言える。

しかし、介護保険は現在、財源と人材の制約条件に直面しており、制度の持続可能性が問われている²。そこで、事態を打開する方策の一つとして、居宅介護支援費の有料化の是非が焦点となっている。今後、社会保障審議会(厚生労働相の諮問機関)介護保険部会を舞台に、本格的な議論が交わされた後、年末までに一定の結論が出る見通しだ。もし有料化される場合には2023年の通常国会で法律が改正され、2024年度から施行される段取りになりそうだ。

しかし、ケアマネジメントは本来、介護保険制度にとどまらない広がりをもっており、他の介護保険サービスと異なる特殊性を有する。このため、介護保険制度に組み込まれている居宅介護支援費との違いを整理して考える必要がある。以下、そもそも論として、「ケアマネジメントとは何か」という点を考えたい。

なお、本稿ではケアマネジメントと居宅介護支援費(ケアマネジメント費)の違いを強調するため、引用などのケースを除き、介護保険制度での位置付けや有料化の説明に際しては「居宅介護支援費」と原則として表記する。逆に「ケアマネジメント」と書いている場合には介護保険制度にとどまらない意味で用いているとご留意頂きたい³。

2 | ケアマネジメントは本来、介護保険だけではない

次に、「ケアマネジメントとは何か」という点から考察する。ケアマネジメントは1990年にイギリスで制度化され、日本でも介護保険制度の導入に際して「輸入」された経緯がある。その定義は「対象者の

¹ 堤修三(2018)『社会保険の政策原理』国際商業出版 p241 を参照。

² 財源と人手の制約条件に直面している介護保険制度の概況については、2021年7月6日拙稿 [「20年を迎えた介護保険の足取りを振り返る」](#)、2019年7月5日拙稿 [「介護保険制度が直面する『2つの不足』](#)」(上下2回、リンク先は第1回)を参照。

³ なお、ケアマネジメントに関しては過去にも何度か論じている。例えば、前回の制度改正論議に関する2020年7月16日拙稿 [「ケアプラン有料化で質は向上するのか」](#)を参照。介護保険制度20年を期したコラムの[第4回](#)、[第5回](#)でもケアマネジメントを取り上げた。

社会生活上での複数のニーズを充足させるため適切な社会資源と結びつける手続きの総体」⁴とされており、①地域生活を支援する「コミュニティ・ケア」の推進、②医療、心理、福祉など総合的なアプローチで利用者の地域生活を支援、③QOL（生活の質）の向上、④財源のコントロール——の4つを目標としているという⁵。

さらに、ケアマネジメントの解説書⁶を読むと、障害者福祉や児童福祉、引きこもりの人の支援、刑期を終えた人の社会復帰などに関する言及が見られ、ケアマネジメントは別に高齢者福祉に限った手法ではない。

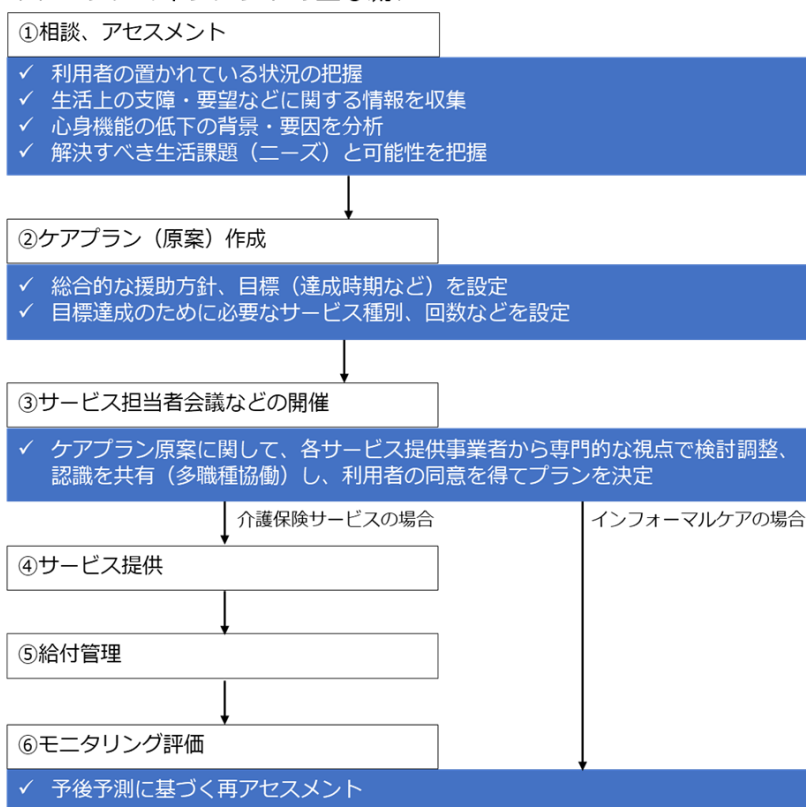
3 | ケアマネジメントは介護保険サービスの仲介にとどまらない

本稿のメインテーマである高齢者介護に関しても、ケアマネジメントは介護保険制度にとどまらない広がりを持っている。具体的には、図2のイメージの通り、相談業務や利用者の状態を把握するアセスメント、多職種の意見を取り入れるサービス担当者会議、介護保険サービスの調整を含めたケアプラン（介護サービス計画）の作成、給付管理、モニタリング評価と予後予測といった流れを辿り、その業務は介護保険サービスの仲介にとどまらない。

ケアプランの作成に際しても、介護保険サービスの仲介だけでなく、住民主体によるカフェや運動の場、公民館などを舞台にした趣味のサークルといった地域資源を組み込むことも期待される。いわゆる制度以外のインフォーマルケアであり、「ケアマネジメント＝介護保険サービスの仲介」を意味しない点に留意する必要がある。

実際、これは筆者の意見だけでなく、例えば2021年度介護報酬改定では、専門性の高いケアマネジメントに従事する居宅介護支援事業所に対する「特定事業所加算」の要件として、「必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるようなケアプランを作成していることを新たに求める」という要件が追加された⁷。

図2：ケアマネジメントの主な流れ



出典：厚生労働省資料などを参考に作成

⁴ 白澤政和（1992）『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規出版 p11 を参照。

⁵ 白澤政和編著（2013）『改訂 ケアマネジメント』全国社会福祉協議会 pp12-13 を参照。

⁶ 白澤政和編著（2019）『ケアマネジメント論』ミネルヴァ書房を参照。

⁷ 2021年度介護報酬改定については、2021年5月14日「[2021年度介護報酬改定を読み解く](#)」を参照。

さらに、次期制度改正を話し合っている介護保険部会に提出された厚生労働省の資料⁸でも、住民主体の支え合いなどを支援する「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）」⁹の文脈で、インフォーマルケアの重要性が論じられている。ケアマネジメントに当たる専門職であるケアマネジャー（介護支援専門員）に対する研修でも、インフォーマルケアの活用が強調されているようだ。

こうしたインフォーマルケアを組み込む重要性については、「フォーマルな側に介護支援専門員を配置することにより、利用者に対してフォーマルセクター（筆者注：介護保険サービス）と、インフォーマルセクターとを連続させる支援を行うことが可能となる」というケアマネジメントの解説書の記述とも符合する¹⁰。

利用者目線で考えると、インフォーマルケアの重要性は一層、浮き彫りになる。利用者のQOLを維持・向上させる際の手段は介護保険サービスに限らないし、インフォーマルケアは介護保険サービスの代替物ではない。

例えば、「知り合いと一緒に会話を楽しみたい」「外出機会を作りたい」という高齢者の意向を聞く形で、デイサービスをケアプランに入れるケースが多く見られるが、知人と一緒に会話を楽しむ機会はデイサービスに限らない。むしろ、デイサービスでの集団ケアを嫌う人とか、多くの人と交わることが苦手な高齢者の場合、馴染みの人だけで集まる趣味の場の方が精神的に落ち着くかもしれない。ベンチを家の前に置くだけでも、地域の繋がりを維持できるかもしれない。

もちろん、介護保険サービスは専門職で提供される分、専門性を期待できるため、要介護度の重い人や重度な認知症の人に対するケアには介護保険サービスが欠かせない。さらに、報酬や人員基準などで裏付けを伴う分、介護保険サービスは安定しているが、インフォーマルケアは「主催者の住民が病気になった」などの理由で閉鎖、縮小されることも少なくなく、安定性を欠く面もある。

しかし、介護保険サービスだけが高齢者のQOLを高める手段ではない。このため、ケアマネジャーはケアプランを作る時、インフォーマルケアも選択肢の一つとして、意識することが期待される。

以上の記述を通じて、ケアマネジメントが本来、介護保険の枠内にとどまらない広がりを持っていることがご理解頂けたであろう。

むしろ、ケアマネジメントは「個を地域で支える援助と、個を支える地域を作る援助を一体的に推進する手法」¹¹と理解されているソーシャルワークの手法と位置付けられる必要がある。

例えば、要介護状態になって外出する意欲を失った高齢者に対し、介護保険サービスのリハビリテーションで体力の維持・向上を図る「個」への関与だけでなく、高齢者本人の生活歴や趣味などを踏まえつつ、高齢者が外出意欲を感じられるようなインフォーマルケアの場を「地域」で探し、必要に応じて場づくりに努めることも求められる。一例を挙げると、現役時代に職人として働いていた高齢者の社会参加機会を作るため、手先の器用さを生かせるように、壊れた玩具を有償ボランティアで修

⁸ 2022年9月12日、介護保険部会資料。

⁹ 総合事業の仕組みは複雑怪奇だが、2015年度制度改正で創設された。要支援1～2の訪問介護、デイサービスを要支援給付から切り離れた上で、介護予防事業と統合。さらに、市町村の判断で基準や報酬を変えられるようにして、住民主体の運動教室などにも介護保険財源を投入できるようにした。ただ、当初の想定よりも進展していない。総合事業の概要や論点については、介護保険制度20年を期したコラムの[第13回](#)も参照。

¹⁰ 白澤政和（2018）『ケアマネジメントの本質』中央法規出版 pp45-46 を参照。

¹¹ ソーシャルワークの考え方や事例に関しては、岩間伸之ほか（2019）『地域を基盤としたソーシャルワーク』中央法規出版を参照。

理できる場を地域に作るといった対応である。

つまり、個人のQOLを高める方法は介護保険サービスにとどまらないし、インフォーマルケアを組み込むことは非常に重要である。その結果、高齢者の暮らしを支えるためのケアマネジメントのターゲットも、ケアマネジメントに当たるケアマネジャーの業務も、介護保険サービスの仲介にとどまらないはずである。

4 | 「ケアマネジメント＝介護保険サービスの仲介」と理解されるようになった背景

一方、介護保険制度ではケアマネジメントは居宅介護支援費としてサービスの一つとして位置付けられているのも事実である。この結果、一般的に「ケアマネジメント＝介護保険サービスの仲介」と理解されているし、現場のケアマネジメントも「介護保険サービスの代わりに、インフォーマルケアを充てる」という発想に傾いている面は否めない。

つまり、ケアマネジメントは介護保険制度にとどまらない広がりをもっているのに、居宅介護支援費として介護保険サービスに組み込まれている結果、専ら「介護保険サービスの仲介」だけと理解されている感がある。

では、こうした状況がなぜ生まれたのか。それは制度創設時の経緯に由来しており、ここでは2つの点を指摘する¹²。

第1に、要介護認定とケアマネジメントを切り離す必要があった点である。上記で述べた通り、ケアマネジメントは本来、介護保険制度に枠内にとどまらない広がりをもっており、公共性が高い。このため、保険者（保険制度の運営者）である市町村が担う手もあったが、「介護保険が作られる以前の仕組みと変わらなくなる」という判断が働いた。

具体的には、介護保険制度が作られる以前は税財源を用いた措置制度の下、市町村が一方向的に支援の内容を決めており、高齢者の自己決定権が担保されていなかった。そこで、介護保険制度では高齢者の自己決定（自立）を重視する形に変わったが、今度は「サービス利用を誰が調整、決定するのか」という点がポイントとなった。

つまり、市町村が高齢者の要介護度を判定した際、同時にケアの内容を決めてしまうと、従来の措置制度と変わらなくなる。そこで、要介護認定とケアマネジメントを分離させ、前者が市町村の事務、後者が居宅介護支援費として介護保険サービスの一つに位置付けられることで、「ケアマネジメント＝介護サービスの仲介」と専ら見なされるようになった。

第2の理由として、実際のケアマネジメントでインフォーマルケアが配慮されにくい構造も指摘できる。本来、ケアマネジメントを担うケアマネジャーがインフォーマルケアをケアプランに組み込めば、ケアマネジメントは介護保険の枠内にとどまらない広がりを持つようになったが、ケアマネジャーの多くがソーシャルワークとしての支援よりも、介護保険サービスの仲介を重視している傾向があることは否めない。

これには介護保険サービスの給付管理が絡む。先に触れた通り、介護保険制度では高齢者の権利性が強調された結果、複数の事業所のサービスを同時に利用することが認められるとともに、要介護認

¹² 介護保険制度史研究会編（2019）『介護保険制度史』東洋経済新報社、堤修三（2010）『介護保険の意味論』中央法規出版を主に参照。

定ごとに設定されている区分支給限度基準額（以下、限度額）の枠内に入っていれば1割負担（現在、高所得者は2～3割負担）、限度額を超えれば全額自己負担とされた。このため、「利用額が限度額を超えているかどうか、誰がチェックするのか」という点が問題となった。

例えば、高齢者がデイサービスA、訪問介護B、福祉用具Cを同時に利用した場合、3つの事業所から介護報酬の請求が保険者である市町村（内実は国民健康保険連合会）に寄せられるが、当時の紙ベースの請求書だと、市町村は高齢者の利用額が限度額を超えているのか、判断できなかった。いわゆる「名寄せ」の問題である。

そこで、サービス利用の合計が限度額の枠内に入っているどうか、ケアマネジャーが点検する体制が採用され、介護保険サービスをケアプランに組み込まないと報酬を受け取れなくなった。その結果、居宅介護支援費の報酬は実質的に給付管理を評価している状態になり、ケアマネジャーがインフォーマルケアだけを組み込むケアプランを作っても、居宅介護支援費として一銭も受け取れなくなった。

こうした判断と経緯を踏まえ、ケアマネジメントは介護保険制度にとどまらない広がりをもっているのに「介護保険サービスの仲介」と見なされるようになったと言える。さらに、ケアマネジャーが「介護保険サービスの代わりにインフォーマルケアを入れる」といった形で、介護保険サービスを中心に考える傾向が作り上げられた。

つまり、ケアマネジメントが居宅介護支援費として介護保険サービスの一つとして組み込まれたことで、介護保険サービスにとどまらない広がりをもつケアマネジメントの特殊性が認識されにくくなった上、ケアマネジャーの意識も介護保険にとどまりやすくなったと言える。

こうしたマイナス面に関しては、制度創設時に必ずしも意識されていたとは言えないが、▽ケアマネジメントは公共性が強く、保険制度のサービスとして馴染みにくい、▽社会資源を含めて、介護保険サービスを越えた多様なサービスを結び付けることが求められている以上、介護保険制度の枠内に位置付けることが難しい——といった理由の下、ケアマネジメントの専門家の書籍では、本来は介護保険制度の枠内にとどまらないケアマネジメントを介護保険制度に取り込むことに強い躊躇感を持ったとの記述も見受けられる¹³。

さらに、近年は居宅介護支援費の有料化の是非が加わり、論点が見えにくくなっている。次に、政策文書の記述などを通じて、今年末に決着する見通しの有料化論議の内容や論点を考察する。

3——居宅介護支援費の有料化を巡る議論

1 | 新経済・財政再生計画改革工程表の記述

今回の居宅介護支援費の有料化論議に至る始まりは昨年末に決定された「新経済・財政再生計画改革工程表」にさかのぼる。ここでは要介護1～2の人の給付見直しとか、利用者負担の引き上げ論議と併せて、制度改正の選択肢の一つとして、居宅介護支援費の有料化が盛り込まれた¹⁴。

具体的には、「2019年度の関係審議会における審議結果を踏まえ、利用者負担の導入について、（筆者注：2024年度から始まる）第9期介護保険事業計画期間に向けて、関係審議会等において結論を得るべく引き続き検討」という文言で、「介護のケアプラン作成に関する給付の在り方について検討」す

¹³ 白澤政和（2011）『「介護保険制度」のあるべき姿』筒井書房 p33、p168 を参照。

¹⁴ その他のテーマについては、拙稿 2022 年 6 月 28 日 拙稿 [「3年に一度の介護保険制度改正の議論が本格始動」](#) を参照。

るという方向性も定められた。

2 | 財政審建議の指摘

その後、財務省が2022年4月、財政制度等審議会（財務相の諮問機関、以下は財政審）で、居宅介護支援費の有料化の必要性を訴えた。財務省は前回の2021年度制度改正でも有料化を主張したが、この時は高齢者医療費の負担増に向けた議論と重なったことなどで、先送りされた。

しかし、2022年4月の会合では、「介護保険制度創設から20年を超え、サービス利用が定着し、他のサービスでは利用者負担があることも踏まえれば、第9期介護保険事業計画期間から利用者負担を導入することは当然」とし、居宅介護支援費を有料にする必要性を強調。同年5月の建議（意見書）でも同様の文言を盛り込んだ。

3 | 厚生労働省の審議会の動き

こうした中、2022年3月から社会保障審議会介護保険部会で、介護保険制度の見直し論議がスタートした。介護保険は通常、3年周期で見直されており、その一環として居宅介護支援費の有料化も早々に話題に上り、専門ニュースサイトでは「プラン有料化の是非、いきなり焦点に」などと紹介された¹⁵。

既に公開されている議事録をベースに、その攻防を簡単に紹介すると、給付と保険料負担の抑制を期待する観点に立ち、健康保険組合連合会（以下、健保連）の代表委員が「サービス利用が定着し、介護給付費がこれだけ増えている状況などを考えれば、ほかのサービスと同様に利用者負担を導入すべき」と発言。日本経団連の委員も同様の主張を展開した。

これに対し、認知症の人と家族の会の委員が「利用者負担がもし新設されれば、サービス利用を抑制しかねない側面と、利用しないことによるたくさんのリスクが増大することは容易に想像ができる」と反論した。ケアマネジャーの業界団体である日本介護支援専門員協会の代表委員も、▽自治体や地域包括支援センターなど他の窓口に負担が転嫁される、▽医学的なニーズが少ないのに入院する「社会的入院」が増える——といった事態が懸念されるとして、現行制度の維持を主張した¹⁶。

介護保険部会では今後、年末までに詳細を詰めた上で、有料化の是非を判断する見通しだ。もし有料化される場合、他の法改正案件とともに、厚生労働省が来年の通常国会に介護保険法改正案を提出。多くの制度改正案件は2024年4月から施行される見通しであり、有料化の是非は今後、政府の全世代型社会保障構築会議や自民党、公明党、関係団体なども絡みつつ、年末までに大きな焦点になると思われる。

では、居宅介護支援費を有料化した場合、どんなメリット、デメリットが想定されるのだろうか。以下、メリット、デメリットの順で考察を加える。

4——有料化のメリット

1 | 給付抑制効果は500億円程度

居宅介護支援費を有料化した場合のメリットとして、公費（税金）や保険料の負担軽減に繋がる点

¹⁵ 2022年3月25日『ケアマネジメント・オンライン』配信記事を参照。

¹⁶ これらの発言は2022年3月24日開催の介護保険部会議事録を参照。

を指摘できる。具体的には、介護保険制度の居宅介護支援費は現在、5,000億円程度なので、1～3割負担を導入した場合、単純計算で500億円前後の給付減に繋がり、その分だけ公費（税金）や保険料の負担が浮く。

公費（税金）の削減を重視する財務省、保険料の抑制を目指す経団連、健保連が居宅介護支援費の有料化を主張している背景は正にここにある。高齢化の進展に伴って介護保険の費用が増えている点を踏まえると、何らかの形で費用抑制策を検討することは重要である。

2 | サービスの質が向上？

さらに、財務省は「利用者負担の導入を通じて、利用者がケアマネジメントに対してコスト意識を持つようになるため、ケアマネジメントの質が上がる」と主張しているが、この点は議論の余地があると思われる。

確かに利用者のコスト意識が高まれば、ケアマネジャーやケアマネジメントに対する利用者の目は厳しくなり、その分だけ質の低いケアマネジャーや事業所が選ばれなくなるメリットを想定できるかもしれない。実際、前回の制度改正論議で、財務省は利用者本位を高める観点に立ち、利用者がサービス事業者ごとの価格を比較検討できる機会を確保すべきだと訴えた¹⁷。

一方、複雑で多面的な生活を支えるケアマネジメントの質を数字だけで評価することは難しく、むしろ関係者の対話と合意形成の方が重要である。より具体的に言えば、ケアマネジャーを中心に、利用者や家族、ケアに関わる他の専門職との対話と意思疎通、合意形成が最も重要であり、ケアマネジメントの質は数値や金銭で換算しにくい性格を有する。このため、費用の有無がケアマネジメントの質に関係するかどうか、筆者個人は疑問に感じている。

5——有料化のデメリット

1 | 「ケアマネジメント＝介護保険サービスの仲介」と見なす傾向が強まる危険性

デメリットとしては、「ケアマネジメント＝介護保険サービスの仲介」と見なす傾向が一層、強まるのが懸念される。つまり、介護保険サービスの仲介にとどまらないケアマネジメントの特殊性が軽視される傾向が強まり、その結果としてケアマネジメントが介護保険の枠内だけで一層、理解されるようになる危険性である。

そもそも、財政審の審議資料や建議を見ると、「他のサービスでは…」といった表記が見られ、ケアマネジメントを介護保険サービスの一部として見なしているように見受けられる。繰り返し述べている通り、これは間違いとは言えないが、介護保険制度にとどまらない広がりを持つソーシャルワークとしてのケアマネジメントの一部を捉えているに過ぎず、ケアマネジメントの特殊性が軽視されているように映る。

むしろ、これからの福祉で求められるのはソーシャルワークの発想である。例えば、厚生労働省は住民と連携しつつ、「高齢者」「障害者」「生活困窮者」といった属性にこだわらず、分野横断的に支援

¹⁷ 2019年4月23日、財政制度等審議会財政制度分科会資料を参照。

する「地域共生社会」¹⁸を進めようとしており、困難を抱える個人と、個人を取り巻く地域に同時に関与できるソーシャルワークのスキルが求められている。

さらに高齢者福祉の関係でも、厚生労働省は既述した総合事業の推進に加え、前回の2021年度制度改正で、気軽に運動や体操などを楽しめる住民主体の「通いの場」づくりを前面に掲げた¹⁹。その後、2020年前半から国内で感染が拡大した新型コロナウイルスの影響で、通いの場の数は減少に転じているが、こうしたインフォーマルケアの発掘、活用はソーシャルワークの一つのスキルである。2021年度介護報酬改定で特定事業所加算の要件として、インフォーマルケアへの配慮が組み込まれたのも、こうした文脈で理解できる。

以上の点を踏まえると、ソーシャルワークの担い手として、ケアマネジャーが活躍できる余地は大きいにもかかわらず、居宅介護支援費の有料化はケアマネジメントを一層、介護保険制度の枠内に閉じ込めてしまうデメリットが想定される。言い換えると、ケアマネジメントのソーシャルワークとしての性格が減退し、その担い手としてケアマネジャーが活躍できる余地を小さくすることになりかねない。

2 | 利用控えの危険性

さらに、サービスの利用控えが起きる危険性も想定される。居宅介護支援費は利用者にとって、介護保険制度のサービス利用における「入口」であり、入口を有料化すると、低所得者を中心に利用控えが起きる危険性が想定される。

確かに利用者負担を回避する上では、利用者自身によるケアプランの自己作成（セルフマネジメント）という選択肢もあり得るが、この場合はケアマネジャーの代わりに、市町村が給付管理に当たることになり、その煩雑さが多くの市町村で敬遠されている実態がある²⁰。さらに、重度な認知症の人など自己決定しにくい利用者にとって、自己作成は困難な選択肢である。

つまり、相対的に見ると、居宅介護支援費の有料化は低所得者や重度な人ほど負担が重くなる危険性があり、こうした点もデメリットとして意識される必要がある。

3 | 限度額との整合性で起きる問題

そのほかにも留意する必要がある論点は多く、制度設計次第では居宅介護支援費の有料化がデメリットを大きくする可能性がある。例えば、要介護・要支援ごとに設定された限度額の範囲に入れるのか、限度額の外に特出しするのか、という点を意識する必要がある。

ここで、限度額の構造を簡単に説明する²¹と、介護保険制度では7段階の要介護・要支援ごとに上限として限度額が設定されており、これを超えると全額自己負担になる。つまり、限度額の範囲内であれば、原則1割（高所得者は2～3割）でサービスを利用できるが、限度額を超えると保険給付を受

¹⁸ ここでは詳述を避けるが、2016年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」では地域共生社会について、「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（筆者注：社会）」と定義されている。

¹⁹ 2021年度の介護保険制度改正に関しては、2019年12月24日拙稿「『小粒』に終わる？次期介護保険制度改正」を参照。

²⁰ 自己作成を巡る市町村の反応については、全国マイケアプラン・ネットワーク編（2010）「全国保険者調査から見えてきたケアプラン自己作成の意義と課題」（老人保健健康増進等事業）を参照。

²¹ 限度額の構造や論点については、介護保険制度20年を期したコラムの第3回を参照。

けられない仕組みとなっている。

この状況で居宅介護支援費を有料化した場合、限度額の範囲内に入れるのか、それとも特例として限度額の外で考慮するのか、という点は非常に重要になる。

具体的には、仮に有料化された居宅介護支援費を限度額の範囲に入れた場合、限度額ギリギリまでサービスを多く使っている人であれば、限度額を超えてしまうため、その分だけ全額を自ら負担するか、他のサービスを調整して利用額を減らす必要に迫られる。つまり、居宅介護支援費の有料化は限度額ギリギリまで使っている重度な人ほど、負担を重く強いられる危険性がある。

その半面、限度額の外で特例的に対応する場合、今度は負担と給付の関係が不明確になる。実際、こうした特例は介護職員の給与を引き上げる「介護職員処遇改善加算」などで導入されており、近年は増加傾向にあるとして、財務省が「設定された限度額の範囲内で給付を受けることを徹底」を求めている²²。

この点は細かいかもしれないが、利用者のサービス利用や費用負担に直結するテーマであり、無視できない内容を含んでいる。それにもかかわらず、前回の制度改正議論も含めて、この問題が有料化の是非に関して話題に上ったことは一度もない。

4 | その他のサービスとの整合性確保

さらに要支援1~2の人のケアマネジメントは現在、市町村が運営する地域包括支援センターで実施されており、要介護1~5の人を対象とした居宅介護支援費とは別扱いになっている。居宅介護支援費の有料化に踏み切る場合、公共性が高くなっている要支援1~2の人のケアマネジメントまで有料化の対象に含めるのか、検討の余地がある。

このほか、特別養護老人ホーム（特養）など施設サービスのケアマネジメントとの整合性も検証する必要がある。これは居宅（在宅）サービスと施設サービスの違いに起因している。

居宅（在宅）サービスの場合、居宅介護支援費で介護保険サービスを仲介しているが、施設サービスの場合、ケアマネジメントは専ら施設職員によって賄われており、その費用も施設に支払われる介護報酬に組み込まれている。

このため、特養などを運営する事業者で構成する全国老人福祉施設協議会（老施協）は今年8月の意見書で、居宅介護支援費について、「全額公費が望ましい」と指摘しつつも、特養ではケアマネジャーが人員配置基準に含まれているため、「入所後（筆者注：のケアマネジメントの費用）は実質負担している」として、「公平性の面から議論は必要」「加算の有無で費用に差が出ることがないように1割負担ではなく定額制とすることも考えられる」との考えを示した²³。

その2週間後、老施協は「定額制で自己負担を導入すべきと提言しているかのように誤解されるおそれがある」として、要望書の定額制に関する部分を削除した²⁴が、居宅介護支援費に関する居宅（在宅）サービスと施設サービスの違いを示す一幕となった。このため、居宅介護支援費を有料化するの

²² 2022年4月13日、財政制度等審議会資料を参照。

²³ 2022年8月5日、全国老人福祉施設協議会「介護保険制度等の見直しに関する介護現場の要望について」を参照。

²⁴ 2022年8月19日、全国老人福祉施設協議会ウェブサイト参照。

<https://www.roushikyoo.or.jp/?p=we-page-menu-1-2&category=19325&key=21769&type=content&subkey=442619>

であれば、施設サービスとの兼ね合いも意識する必要がある。

それ以外でもケアマネジメントが本来、介護保険制度にとどまらない広がりを持っている点を意識すれば、障害者総合支援法における相談支援や児童福祉、引きこもりの人の支援、刑期を終えた人の社会復帰など、他の福祉サービスや支援制度に関する相談対応やケアマネジメントにも「飛び火」する可能性に留意する必要があるだろう。

以上のように考えると、居宅介護支援費を有料化すれば、500億円の給付抑制効果を期待できる反面、介護保険制度に閉じ込めてしまうリスクとか、利用控えの危険性などのデメリットが想定される。さらに、限度額の取り扱いや施設サービスとの関係性など、詰めなければならない点は多いように感じられる。

6——ソーシャルワークを阻害する報酬体系の優先的な見直しを

むしろ、居宅介護支援費の有料化よりも、取り組まなければならない構造として、ソーシャルワークを阻害している報酬体系の見直しが挙げられる²⁵。先に触れた通り、ケアマネジャーがインフォーマルケアを組み込もうとしても、介護保険サービスをケアプランに組み込まないと、一銭も受け取れない構造となっている。誤解を恐れずに言えば、ケアマネジャーの法定研修などで、インフォーマルケアを組み込むように指導しているのは、ケアマネジャーに「タダ働き」を強いているのに等しい。

実際、こうした構造はケアマネジャーの行動に歪みを作り出している。その一例として、「本来であればフォーマルサービスは不要と考えていたが、介護報酬算定のため、必要のない福祉用具貸与等によりプランを作成した」という事例を過去1年間で見たり聞いたりしたケアマネジャーは15.7%に及ぶという調査結果がある²⁶。

これを指して、財務省は2022年5月の財政審建議で、ケアマネジメントの質を図る上では利用者負担の導入が必要と指摘。さらに、「福祉用具の貸与のみを行うケースについては報酬の引下げを行うなどサービスの内容に応じた報酬体系が必要」と要求した。

しかし、ケアマネジメントを実施しても、最終的に介護保険サービスの利用に至らないケースについて、ケアマネジャーが福祉用具貸与だけのケアプランを作っているとすれば、むしろ「タダ働き」を回避するための合理的な行動と見ることも可能である。筆者自身、こうしたケアプランを擁護する気はないが、福祉用具貸与だけのケアプランを問題視するよりも、「無駄」を生み出しやすい報酬体系の見直しが先決と考えている。しかも、福祉用具貸与だけのケアプランの報酬を減額すれば、制度が複雑化しかねない点にも留意する必要がある。

²⁵ ここでは詳しく触れないが、居宅介護支援事業所の多くが他の介護サービス事業所の系列に併設されており、ケアマネジャーが自社系列のサービスをケアプランに組み込むプレッシャーを受けやすい構造も優先的に見直す必要がある。いわゆるケアマネジャーの「公正中立問題」とか、独立性の問題である。しかも、併設型の居宅介護支援事業所が介護サービスの需要を不必要に誘発している可能性が実証されており、給付抑制を考える上では本来、欠かせない論点である。ケアマネジャーによる需要誘発の可能性を実証する研究としては、医療経済研究機構（2020）「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組や質に関する指標のあり方に関する調査研究報告書」（老人保健健康増進等事業）、中村二郎・菅原慎矢（2017）『日本の介護』有斐閣、岸田研作（2015）「在宅介護サービスにおける需要誘発仮説の検証」『医療経済研究』Vol. 27 No. 2などを参照。

²⁶ 回答は「よくある」の3.3%、「ときどきある」の12.4%の合計。有効回答数は1,303人。医療経済研究機構（2020）「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組や質に関する指標のあり方に関する調査研究報告書」（老人保健健康増進等事業）を参照。

そこで、一つの解決策として、ケアマネジャーが介護保険サービスを組み込まなくても、居宅介護支援費の報酬を受け取れる構造に切り替える方法が考えられる。先に触れた通り、いわゆる「名寄せ」の問題が制度創設時には影響していたが、現在の技術を使えば、請求書の名寄せは可能であり、紙に頼らざるを得なかった当時の制約条件は取り払われているように見える。

このため、実質的に給付管理しか評価していない居宅介護支援費の報酬構造を改め、介護保険サービス利用の有無に関わらず、ケアマネジメントを純粋に評価する方向での見直しが考えられる。この改正を実施すれば、ケアマネジャーはインフォーマルケアに目を向けやすくなり、ソーシャルワークの担い手としての活躍が期待できる。

さらに一步進めて、居宅介護支援費を介護保険サービスから切り離れた上で、市町村を主体とした「地域支援事業」に移行する方法も考えられる。地域支援事業は介護保険財源の一部を活用し、地域包括支援センターの運営経費などに充当されている予算であり、この選択肢の場合、ケアマネジメントの公共性が高まる。さらに、ケアプランの作成費ということで、居宅介護支援事業所に報酬を支払う形にすれば、インフォーマルケアの調整を含めてソーシャルワークを評価しやすくなる。実際、こうした選択肢を主張する意見は一部で以前から出ている²⁷。

ただ、この場合には市町村の権限が強くなるため、ケアマネジャーの立場が相対的に弱くなる危険性も想定される。実際、近年の傾向として市町村がケアマネジメントに関与し過ぎている感がある。

具体的には、掃除や洗濯など生活援助を一定数以上、入れたケアプランに関して、市町村に届出制が2018年度で導入されたことで、こうしたケアプランは市町村設置の「地域ケア会議」²⁸で検討される形に変わった。

この仕組みについて、厚生労働省は「利用制限ではない」と説明しているが、国の委託調査では「ケアマネジャーが同席せず、ケアプランが検討され、再考が必要と判断されたケースがある」と答えた市町村は6.8%に上る²⁹。

こうした運用はケアマネジャーの独立性だけでなく、利用者の自己決定（自立）を掲げた制度の理念に反しているし、「従来の措置制度と変わらなくなる」という判断の下、制度創設時に要介護認定とケアマネジメントを切り離れた意義が失われる危険性も伴う。

しかも、ケアマネジメントに当たる居宅介護支援事業所の指定権限が2018年度から市町村に移譲されており、ケアマネジャーが市町村に「頭が上がりにくい」構造になっている。こうした中、地域支援事業に移行する場合でも、ケアマネジャーや居宅介護支援事業所の独立性、利用者の自己決定権には十分、配慮する必要がある。

併せて、現場のケアマネジャーが介護保険サービスの仲介にとどまらない役割を果たせるようにするため、ソーシャルワークのスキルを身に付けてもらう研修を一層、拡充する必要もある。

²⁷ 白澤政和（2019）『介護保険制度とケアマネジメント』中央法規出版 pp237-238 を参照。

²⁸ 地域ケア会議とは埼玉県和光市の事例を全国化する形で、2015年の制度改正で全市町村での設置が義務付けられた会議体。個別事例の検討や多職種連携のネットワーク構築、地域課題の把握、政策提言などを目的としているが、目的や機能、運用は自治体ごとに大きく異なる。

²⁹ 三菱総合研究所（2020）「訪問介護等の居宅サービスに係る保険者の関与の在り方等に関する調査研究事業報告書」（老人保健健康増進等事業）を参照。

7—おわりに

介護保険は財源、人材という2つの制約条件に直面しており、制度の持続可能性は大きな課題となっている。このため、給付抑制や負担増の選択肢が欠かせなくなっており、居宅介護支援費の有料化論議が浮上する背景は理解できる。

しかし、介護保険の改革策を考える上では、コストだけでなく、重度な人や低所得者に対する配慮も欠かせない。こうした状況で、介護保険サービスの「入口」に相当する居宅介護支援費を有料化すると、低所得者の利用控えを引き起こす可能性があるし、重度な人などに負担の皺寄せが行く危険性も否定できない。

さらに、これまで繰り返し述べた通り、ケアマネジメントは本来、介護保険サービスの枠内にとどまらない広がりをもっており、厚生労働省が掲げる地域共生社会の理念を踏まえると、むしろインフォーマルケアも意識するソーシャルワークを強化する必要がある。

こうした状況で、居宅介護支援費を有料化した場合、ケアマネジメントを一層、介護保険制度の枠内に閉じ込めてしまうリスクがあり、ケアマネジャーがソーシャルワークやインフォーマルケアに関与できる機会を閉ざす結果になりかねない。

以上のように考えると、居宅介護支援費の有料化はデメリットの方が大きく、慎重に取り扱う必要があると考えられる。むしろ、ケアマネジャーがソーシャルワークの担い手として活躍できるような制度改正を検討するとともに、ケアマネジャーに対する研修の機会を拡充する努力が求められる。