

基礎研 レポート

次期介護保険制度改正に向けた 審議会意見を読み解く

負担と給付の見直し論議は先送り、小粒の内容に

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～次の介護保険制度改正に向けた審議会意見を読み解く～

3年に一度の介護保険制度の改正論議が一応の決着を見た。議論の舞台となっていた社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）介護保険部会が2022年12月に公表した意見書では、通所介護（デイサービス）と訪問介護を組み合わせた新サービスの創設など、いくつかの新規案件が盛り込まれた。これを受けて、政府は2023年の通常国会に介護保険法など関連法改正案を提出し、主な案件は2024年度に施行される予定だ。

一方、負担と給付の見直しに関するテーマのうち、ケアマネジメントの有料化などについては、結論が2027年度にも実施される次の次の制度改正に先送りされた。さらに、2割負担の対象者拡大についても、遅くとも2023年夏までに結論を持ち越す考えが示されており、結果的に「小粒」の改正となった。これは現行制度を前提にすると、既に様々な手立てが講じられている分、困難な案件しか残っていないという難しい事情が影響している。さらに、医療制度改革で高齢者の負担を増やす動きが相次いでいるため、負担増の議論が一気に集中しないように、結論を持ち越した面もある。

本稿は部会意見の内容を読み解くことで、2024年度に控えた次期介護保険制度改正を展望する。具体的には、負担と給付の見直し論議がほとんど先送りされた点に加え、総合的な人材確保への対応策、サービス基盤の整備など、部会意見の内容を考察し、今後の論点を示す。

2—部会意見の主な構成

介護保険制度は概ね3年に1回の頻度で改正されており、過去の見直し論議は末尾の【参考表】を参照して頂きたい。近年の制度改正では、介護職員の給与引き上げなどが話題になる一方、負担増や給付抑制に関心が集まりがちである。

この背景には、「財源」「人材」の両面で制約条件が明らかになっていることがある。既に制約条件に関しては、過去の拙稿¹で何度も取り上げているため、ここでは詳細を省くが、財源の面では、利用

¹ 2つの制約条件については、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）、介護保険20年を振り返る歴史や経緯に関しては、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](#)」、介護保険20年を期した[連載コラム](#)も参照（全25回、リンク先は第25回、第25回の末尾に各回のリンク先を掲示）。

者負担を含む介護保険の総費用が制度創設時に比べて、約3倍に増加。これに伴い、高齢者に課されている月額介護保険料の全国平均も伸びており、2021年度～2023年度の平均基準額は6,014円に達している（ただし、所得や居住市町村で異なる）。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が約5万円である点を踏まえると、一層の大幅な引き上げは困難になっている。

さらに人材の面でも、現場の人手不足は恒常化しており、人口的にボリュームが大きい団塊ジュニアが65歳以上になる2040年には約70万人が不足すると試算されている。しかも、一部の地域ではサービスの縮小や事業所の撤退が起き始めており、今後も要介護者が増える中、生産年齢人口は減少するため、一層の逼迫が予想されている。

こうした中、最近の見直し論議では、制度の持続可能性を確保する観点に立ち、財政制度等審議会（財務相の諮問機関、以下は財政審）や経済財政諮問会議、規制改革推進会議などが負担増や給付抑制、人員基準の見直しなどについて様々な改革案を提示。厚生労働省が介護保険部会で関係団体と調整を重ねるパターンが「定番」となりつつある²。

今回の制度改正についても、介護保険部会で2022年3月から見直し論議が始まり、同年12月20日に部会としての意見書が取りまとめられる過程では、政府内で様々な攻防が交わされた。

最終的に取りまとめられた部会意見では「Ⅰ. 地域包括ケアシステムの深化・推進」「Ⅱ. 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保」という2つの大きな構成で論点が網羅されており、前者では高齢者の相談窓口である地域包括支援センターの負担軽減や、デイサービスと訪問介護を組み合わせ合わせた複合型サービスの創設、医療・介護連携の充実などについて、様々な施策と方向性を列挙。後者では深刻な人材不足への対応策に加えて、負担と給付の関係見直しなどに言及している。

以下、部会意見の内容を読み解くことで、2024年度制度改正を展望する³。最初に「Ⅱ. 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保」に盛り込まれた論点のうち、最も関心を集めた負担と給付の見直し論議のポイントを考察する。その際には部会意見に加えて、いくつかの政府文書を必要に応じて引用する。

その後、「Ⅱ. 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保」で言及された人材確保や生産性向上に関する施策、「Ⅰ. 地域包括ケアシステムの深化・推進」に盛り込まれた施策の充実、という順番で論点を網羅する。

3——先送りされた負担と給付の見直し

1 | 工程表に盛り込まれていた4つの論点

負担と給付の見直しに関する論点については、経済財政諮問会議を中心に、2021年12月に決定された「新経済・財政再生計画改革工程表」（以下、工程表）に盛り込まれていた。

具体的には、(1) ケアマネジメントの有料化、(2) 軽度者向け給付の見直し、(3) 2～3割負担の対象者拡大、(4) 多床室料の負担見直し——の4つであり、それぞれ厚生労働省の審議会で議論する方

² 前回の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。

³ 本稿では煩雑さを避けるため、発言や出典の引用は最小限にとどめるが、介護保険部会の資料や議事録に加えて、『朝日新聞』『東京新聞』『産経新聞』『日本経済新聞』『毎日新聞』『東京新聞』の各紙や『共同通信』配信記事を参照した。専門媒体では『週刊社会保障』『社会保険旬報』『シルバー新報』に加えて、『Joint ニュース』『ケアマネジメントオンライン』なども参照した。

針が示されていた。これに対し、部会意見では4つの点について、賛否両論を併記する形で、結論が先送りされた。

しかし、4つの論点について、部会意見の文言を読み比べると、微妙に言い回しが異なるので、注意を要する。つまり、市町村は3年に1回、介護保険事業計画を策定しており、2024年度から始まる次期計画は第9期になるが、部会意見では、第9期計画に向けて議論するとされた案件と、2027年度にもスタートする次の次の計画（第10期計画）までに結論が先送りされた案件が混じっている。結論を先取りすると、4つの論点のうち、(1)

図1：負担と給付の見直しに関する論点

<p>(1) ケアマネジメント有料化</p> <p>▶ 全額保険給付で賄っているケアマネジメントの有料化が論点に。</p> <p><新経済・財政再生計画改革工程表2021></p> <ul style="list-style-type: none">● 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、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。
<p>(2) 軽度者向け給付の見直し</p> <p>▶ 要介護1~2の人について、要支援1~2の人と同様に、介護予防・日常生活総合事業に移管する是非などが論点に。</p> <p><新経済・財政再生計画改革工程表2021></p> <ul style="list-style-type: none">● 軽度者への生活援助サービス等の地域支援事業への移行を含めた方策について、2019年度の関係審議会における審議結果を踏まえ、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。
<p>(3) 2~3割負担の対象者の拡大</p> <p>▶ 通常よりも高い自己負担を求めている対象者の線引きを変更し、2~3割負担の対象を拡大する是非が論点に。</p> <p><新経済・財政再生計画改革工程表2021></p> <ul style="list-style-type: none">● 2019年度の関係審議会における審議結果を踏まえ、利用者への影響等を考慮しながら、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。
<p>(4) 多床室料の負担見直し</p> <p>▶ 複数の入居者が同居する多床室について、特別養護老人ホームに限って保険給付から室料負担を外しているが、対象を拡大する是非が論点に。</p> <p><新経済・財政再生計画改革工程表2021></p> <ul style="list-style-type: none">● 2019年度の関係審議会における審議結果を踏まえ、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の機能等を考慮しながら、負担の公平性の関係から、多床室の室料負担の見直しについて、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。

出典：内閣府、厚生労働省資料を基に作成

(2) では2027年度にも始まる次の次の見直しまで結論が先送りされた。

一方、(3) (4) では2024年度に控えた次の制度改正からの実施に向けて検討する方針が定められており、(3) は2023年夏、(4) は2023年度に本格化する2024年度介護報酬改定で決着が図られることになった。以下、4つの点を順に考察する。

2 | ケアマネジメントの有料化

まず、介護サービスの調整などを実施するケアマネジメントの有料化について、部会意見では「第10期計画期間の開始までの間に結論を出すことが適当」とされた。つまり、2027年度にも実施される次の次の制度改正に結論を持ち越した。

ここで簡単に背景や論点を示すと、ケアマネジメントは本来、相談、現状のアセスメント、ケアプラン（介護サービス計画）の作成、多職種連携の会議開催、給付管理などの手続きの総称であり、介護保険制度では、居宅介護支援費として、在宅サービスの一つに位置付けられている。さらに、これに関わる費用は1~3割負担を徴収している他のサービスと異なり、制度創設から一貫して全額を保険給付で賄っているため、財務省は以前から有料化の必要性を提唱している。

今回の制度改正論議に際しても、財政審の2022年11月の建議（意見書）では、利用者負担の導入が望ましいとの指摘があった。その際には「利用者が自己負担を通じてケアプランに関心を持つ仕組

みとすることは、ケアマネジメントの意義を認識するとともに、サービスのチェックと質の向上にも資する」と主張した。つまり、有料化→質を評価する利用者の関心向上→ケアマネジメントの質向上という経路を期待できると訴えた。

さらに、2022年11月の財政審建議では、施設と在宅で整合性を図る必要性も言及された。具体的には、訪問介護など在宅サービスに関して、ケアマネジメントの費用は別枠になっているが、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は給付費に組み込まれている点に着目。その上で、施設サービスの利用者はケアマネジメントの費用を実質的に負担しているとして、「施設と在宅の間で公平性が確保されていない」などと指摘した。

これに対し、慎重派あるいは反対派（筆者を含む）の多くはケアマネジメントの特殊性に着目していた⁴。具体的には、介護サービスの利用者にとって、ケアマネジメントは介護の「入口」に当たるため、利用者負担を徴収すると、低所得者を中心に利用控えに繋がる可能性などが指摘された。

こうした意見が交錯する中、部会意見では賛否両論を併記した上で、「利用者やケアマネジメントに与える影響、他のサービスとの均衡等も踏まえながら、包括的に検討を行い、第10期計画期間の開始までの間に結論を出すことが適当」と規定された。

つまり、2024年度から始まる次期計画に向けて、2023年の通常国会に提出される関連法改正案には有料化の方針が盛り込まれないことを意味しており、次の次の制度改正に結論が先送りされた形だ。

3 | 軽度者向け給付の見直し

次に、軽度者向け給付の見直しも、2027年度にも実施される次の次の制度改正に結論が先送りされた。ここでは、いくつかの制度改正が意識されていた。

このうち、最大の焦点になったのは要介護1～2の人の介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）への移管である。既に要支援1～2の訪問介護の生活援助とデイサービスについては、2015年度制度改正を経て、総合事業に移管されており、その対象者を要介護1～2の人まで拡大するアイデアである。

総合事業の仕組みは複雑怪奇であり、詳述を避ける⁵が、要支援者の訪問介護の生活援助とデイサービスが給付から切り離され、従来の介護予防事業と統合された。さらに、市町村の判断で報酬や基準を決められるようになり、住民主体の体操教室やボランティア活動にも介護保険財源を充当することが認められた。つまり、総合事業では「地域の実情」に沿って、住民の支え合い活動やボランティア（いわゆる「担い手」）を拡大することが意識されており、改善の可能性が期待される要支援1～2の人の介護予防を強化する意図が込められている。

このほか、総合事業の運営に際して、市町村は高齢者の伸び率を勘案した事業費の上限内で事業を実施することになっており、実質的に軽度者向け給付を抑制する狙いがある。

今回の制度改正論議に際して、財政審は2022年11月に示した建議で、「地域の実情に合わせ、訪問介護・通所介護をニーズに応じて工夫できる」「多様なサービスを活用することで、各利用者の状態を

⁴ ケアマネジメント有料化の論点などについては、2022年9月28日拙稿「[居宅介護支援費の有料化は是か非か](#)」、2020年7月16日拙稿「[ケアプランの有料化で質は向上するのか](#)」を参照。

⁵ 総合事業の論点に関しては、介護保険創設20年を期した拙稿コラム[第13回](#)も参照。

踏まえながら、介護職員がより専門性の高いサービスに注力することが可能となる」として、総合事業の対象を要介護1～2の人に広げることが強く迫った。

しかし、実際には「担い手」の拡大は進んでおらず、前回の2021年度制度改正では「時期尚早」と判断される理由となった。その後も傾向に変化は見られず、厚生労働省の調査⁶によると、住民主体の訪問介護に取り組んでいる市町村は238団体、同じく住民主体型の通所型を実施している市町村は219団体に留まる。各サービスの利用者数（実利用者数）を見ても、表1の通り、制度改正前からの移行分である「従前相当」が約8割を占めており、担い手の拡大は全く進んでいない。

予算の上限を上回っている保険者（保険制度の運営者）も2020年度現在で394保険者に達しており、財務省が「更に実効性を確保すべく、法制上の措置を含め検討すべき」と強く迫る一幕もあった⁷。

以上のような数字や状況を踏まえると、総合事業は市町村の間で浸透しているとは言えない。

こうした中、部会意見はケアマネジメントの有料化と同様、賛否両論を提示。その上で、「現行の総合事業に関する評価・分析等を行いつつ、第10期計画期間の開始までの間に、介護保険の運営主体である市町村の意向や利用者への影響等も踏まえながら、包括的に検討を行い、結論を出すことが適当」と定めた。つまり、2027年度にも始まる次の次の制度改正まで結論が持ち越された形だ。

4 | 2～3割負担の対象者拡大

第3に、2～3割負担の対象者の拡大については、2割負担の対象者を広げる是非が2023年夏に先送りされた。元々、介護保険制度では所得にかかわらず、1割負担が採用されていたが、2015年度改正で2割負担、2018年度改正で3割負担が導入された⁸。この基準は現在、本人所得220万円以上の場合には3割負担、同160万円以上220万円未満は2割負担に設定されている（その他にも細かい基準が設けられている）。この基準を下げることで、2～3割負担の対象者を広げれば、給付を抑制できる。

ただ、前回の2021年度改正では、高齢者医療費の患者負担を増やす是非が別に争点化した⁹ことで、

表1：総合事業の利用者数（実利用者数）

訪問型	利用者数 (人)	比率 (%)	制度の概要
従前相当	302,319	76.4	・ 制度改正前からの移行分
訪問A型	84,798	21.4	・ 市町村独自で認定する事業
訪問B型	5,144	1.3	・ 住民主体による事業
訪問C型	1,892	0.5	・ 短期集中のリハビリ事業
訪問D型	1,146	0.3	・ 住民主体の移動支援事業
その他	191	0.0	——
合計	395,490	100.0	——

通所型	利用者数 (人)	比率 (%)	制度の概要
従前相当	498,296	81.8	・ 制度改正前からの移行分
通所A型	88,394	14.5	・ 市町村独自で認定する事業
通所B型	12,350	2.0	・ 住民主体による事業
通所C型	9,831	1.6	・ 短期集中のリハビリ事業
その他	386	0.1	——
合計	609,257	100.0	——

出典：厚生労働省資料を基に作成
注：2021年3月現在の実利用者数。

⁶ 厚生労働省公表による「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査結果」を参照。

⁷ 2022年4月13日、財政制度等審議会財政制度分科会資料を参照。

⁸ 3割負担の導入論議に関しては、2018年8月28日拙稿「[介護保険の自己負担、8月から最大3割に](#)」を参照。

⁹ 高齢者医療費を巡る当時の議論については、2020年2月25日拙稿「[高齢者医療費自己負担2割の行方を占う](#)」を参照。

「医療、介護双方の負担増は難しい」などの判断¹⁰が働き、負担増は見送られた。

その後、2021年12月の工程表では「現役との均衡の観点から介護保険における『現役並み所得』（利用者負担割合を3割とする所得基準）等の判断基準の見直しについては、（略）利用者への影響等を考慮しながら、（略）関係審議会等において結論を得るべく引き続き検討」という文言が入っており、再び争点になった。

こうした中、部会意見では賛否両論を示した上で、2割負担の対象者拡大に関しては、「後期高齢者医療制度との関係、介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者の方々が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期計画に向けて結論を得ることが適当」とされた。

この文言では、様々な意味が込められていると考えられる。まず、「後期高齢者医療制度との関係」という点では、75歳以上の後期高齢者の高所得者を対象に、2022年10月から患者負担が2割に引き上げられた点¹¹や、並行して進んでいた医療保険制度改革で後期高齢者の保険料上限を引き上げる議論が出ていた点を意識していると思われる。つまり、介護だけでなく、医療でも高齢者の負担増を求める議論が進んでおり、負担増の議論が一時期に集中したり、特定の所得階層に負担が集まったりする事態を避ける狙いを読み取れる。

さらに「介護サービスは長期間利用されること」という部分では、介護サービスの特性を意味している。つまり、治療や検査が終われば費用を負担しなくて済む医療と異なり、介護では要介護認定を受けるとサービスを使い続けるケースが多い。このため、利用者負担の引き上げは高齢者世帯の家計を圧迫する可能性があり、こうした特性を踏まえつつ、2割負担の対象者拡大を意識する必要があるという指摘である。

その上で、部会意見では「次期計画に向けて結論」という文言を用いることで、2024年度から始まる次期計画に向けて検討する方針が示されている。さらに部会意見では「次期計画に向けて結論を得ることが適当とされた事項については、遅くとも来年夏（筆者注：2023年夏）までに結論を得るべく、引き続き本部会における議論を行う必要がある」と定められており、2023年夏にも決着させる意図と読み取れる。これは2027年度にも実施される次の次の見直し論議に先送りされたケアマネジメントの有料化など取り扱いが異なる。

ここで、重要になるのは対象者の線引きを定める根拠である。2割負担、3割負担を線引きする所得基準は介護保険法でなく、政令に委任されている。このため、国会審議を経なくても、政府の裁量で決定できる。言い換えると、2023年の通常国会で法改正する必要はなく、厚生労働省としては、高齢者の負担増を含めた医療保険制度改革の議論を踏まえつつ、意思決定できる裁量を持っている。今回の部会意見で、法改正を伴うケアマネジメントの有料化と、法改正が要らない2割負担の対象者拡大の扱いを切り離し、2段階で制度改革を議論できるようになったのは、この政令委任の産物と言える¹²。

¹⁰ 2019年12月20日『朝日新聞』、同月13日『共同通信』配信記事。

¹¹ 75歳以上高齢者の患者負担増に関しては、2022年1月12日拙稿「[10月に予定されている高齢者の患者負担増を考える](#)」、2020年12月22日拙稿「[後期高齢者の医療費負担はどう変わるのか](#)」、2020年2月25日拙稿「[高齢者医療費自己負担2割の行方を占う](#)」を参照。

¹² なお、筆者は3割負担導入に際して、「国民の代表で構成される立法府（国会）から行政府（厚生労働省を含む内閣）に基準の決定権を委任しているため、厚生労働省の判断で変えやすい」と指摘していた。2018年8月28日拙稿「[介護保険の自己](#)

このほか、3割負担の判断基準に関して、部会意見では「医療保険制度との整合性や利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当」とされており、結論を出す時期が示されていない。このため、3割負担の対象者拡大の可能性は低いと見られる。

5 | 多床室の負担引き上げ

4点目の多床室の負担引き上げでは、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の多床室に関して、室料負担が徴収されておらず、既に多床室の室料を徴収している特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）に比べて、利用者負担が低くなっているとして、財務省は室料相当額の徴収を求めている。

これに対し、部会意見では賛否両論を挙げつつ、「介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、次期計画に向けて、結論を得る必要がある」と規定された。ここで言う介護給付費分科会とは、介護報酬を議論する厚生労働相の諮問機関であり、過去のパターンでは、制度改正のタイミングに合わせて、サービスの対価として支払われる介護報酬の単価、加算要件などが決定されている。このため、2023年度から本格的に議論される次期介護報酬改定（2024年度実施）での設定も視野に入れつつ、多床室の負担引き上げに向けて検討すると読める。

6 | 介護保険料の多段階化など、その他の論点

負担と給付の見直しでは、4つの点のほかにもいくつかの論点が言及されており、少し取り上げることにはしたい。

まず、高齢者に課している介護保険料の多段階化が盛り込まれた。高齢者の介護保険料に関しては、国が示す標準を参考にして、市町村が3年に1回改定しており、国の標準は表2の通り、所得などに応じて計9段階に分かれている。さらに引き上げられた消費財源の一部を用い、

表2：所得段階に応じて課されている介護保険料の現状（国の標準）

段階数	所得区分など	保険料率	対象者数
第1	生活保護被保護者など 世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金受給者 世帯全員が市町村民税非課税で、本人年金収入などが80万円以下	基準 ×0.3	609万人 17.0%
第2	世帯全員が市町村民税非課税 かつ本人年金収入などが80万円超120万円以下	基準 ×0.5	296万人 8.3%
第3	世代全員が市町村民税非課税 かつ本人年金収入などが120万円超	基準 ×0.7	271万人 7.6%
第4	本人が市町村民税非課税 かつ本人年金収入などが80万円以下	基準 ×0.9	446万人 12.5%
第5	本人が市町村民税非課税 かつ本人年金収入などが80万円超	基準 保険料	480万人 13.4%
第6	市町村民税の課税対象 かつ合計所得金額が120万円未満	基準 ×1.2	521万人 14.5%
第7	市町村民税の課税対象 かつ合計所得が120万円以上210万円未満	基準 ×1.3	463万人 12.9%
第8	市町村民税の課税対象 かつ合計所得が210万円以上320万円未満	基準 ×1.5	238万人 6.6%
第9	市町村民税の課税対象 かつ合計所得金額が320万円以上	基準 ×1.7	255万人 7.1%

出典：厚生労働省資料を基に作成
注：対象者数は2020年現在。

低所得の階層（第1～第3段階）の保険料には軽減措置が導入されている。

部会意見では、「具体的な段階数、乗率、低所得者軽減に充当されている公費と保険料の多段階化の

[負担、8月から最大3割に](#)」を参照。

役割分担等について、次期計画に向けた保険者の準備期間等を確保するため、早急に結論を得ることが適当」とし、2024年度から始まる次期計画に向けて見直しを進める方針が示された。

しかし、これが市町村の財政運営や高齢者の暮らしに直ちに影響を及ぼすかどうか微妙である。既に多くの市町村が独自に多段階化に踏み切っており、例えば弊社が立地する東京都千代田区は15段階、隣の同新宿区は16段階で設定している。

このほか、40歳以上と定めている納付開始年齢の引き下げについても以前から論点になっている¹³が、部会意見は「介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当」とするにとどめた。

7 | 主な案件は先送り、2割負担は2023年夏に決定

以上の記述を通じて、部会意見の「Ⅱ. 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保」のうち、負担と給付の見直しに関しては、ほとんどの論点が2027年度にも実施される次の次の制度改正論議に先送りされた様子を見て取れる。

一方、2割負担の対象者拡大については、2024年度から始まる次期計画で結論を出すと定められており、2023年夏をメドに方向性が示されることになりそうだ。

次に、部会意見の「Ⅱ. 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保」のうち、人材確保の論点を考察する。

4——人材確保や生産性向上に関する施策

1 | 人材確保では「総合的な対策」を推進

人材確保に関して、部会意見では「処遇の改善」「人材育成への支援」「職場環境の改善など離職防止」「介護職の魅力向上」「外国人材の受け入れ環境整備」などの論点を挙げつつ、「総合的に実施する必要がある」と規定された。

ここで注目されるのは「総合的に実施」という部分である。この関係では、岸田文雄首相が2022年11月、介護人材の確保に向けた「政策パッケージ」を年末までに取りまとめると言明¹⁴。その後、厚生労働省が「介護職員の働く環境改善に向けた政策パッケージ」（以下、政策パッケージ）を公表した¹⁵。この政策パッケージでは、(1) 介護現場革新のワンストップ窓口の設置、(2) 介護ロボット、ICT（情報通信技術）の導入支援、(3) 優良事業者・職員の表彰などを通じた好事例の普及促進、(4) 介護サービス事業者の経営の見える化、(5) 福祉用具、在宅介護におけるテクノロジーの導入・活用促進、(6) 生産性向上に向けた処遇改善加算の見直し、(7) 職員配置基準の柔軟化の検討、(8) 介護行政手続きの原則デジタル化——といった施策が網羅的に盛り込まれている。

つまり、後述する生産性向上も含めて、職員の給与引き上げにとどまらない取り組みが言及されている。実際問題として、介護職が退職する理由の一番には「職場の人間関係」が挙がっており、給与

¹³ 納付開始年齢引き下げの議論については、2019年2月26日拙稿「[介護保険料の納付開始年齢はなぜ40歳なのか](#)」を参照。

¹⁴ 2022年11月24日、首相官邸ホームページ「総理の一日」を参照。

¹⁵ 2022年12月23日、全世代型社会保障構築本部資料を参照。

引き上げだけに注目していると、実効性を担保できないリスクがある¹⁶。政策パッケージや部会意見も同様のスタンスに立っており、様々な対応策が言及された形だ。

ただ、岸田首相の方針を受け、2022年2月から平均9,000円の給与引き上げが実施された直後¹⁷であり、部会意見では給与引き上げについて、特段の具体策は言及されなかった。

2 | 生産性向上の論点

むしろ、多くの紙幅が割かれているのは生産性向上である。これは少ない人材でも現場が回る仕組みづくりや、事務作業に関する負担を軽減して介護職員がケアに集中できる環境の整備などが意識されており、先に触れた政策パッケージのほか、業界団体を交えた介護現場経営革新会議が2019年3月に取りまとめた「基本方針」などで、ICT化の推進などの論点や方向性が示されている。さらにロボットの導入やICT化に向けた補助制度の整備・充実なども図られており、部会意見では、こうした経緯を踏まえつつ、いくつかの論点が列挙された。

具体的には、生産性向上に関する事業所の相談に対応するワンストップ窓口を都道府県に設置する方針に加えて、▽生産性向上に向けた自治体の役割を法令上、明確化、▽現場の生産性向上に関する好事例の発信、▽ロボットなどのテクノロジー導入に向けた伴走支援、▽経営規模の大規模化に向けた好事例の発信、▽文書作成の負担を軽減するため、標準形式の統一化に向けた法令上の措置——などが掲げられた。

このうち、ワンストップ窓口の設置については、2023年度当初予算案に「介護生産性向上総合相談センター(仮称)」を都道府県に置く経費が計上された。厚生労働省の担当室長は「地域の関係者によるコンセンサスに基づいて、相談窓口を含めた推進体制をつくってほしい」と期待感を示しつつ、体制や機能については、都道府県ごとに構築すると説明している¹⁸。

焦点になったのは人員基準の見直しだった。政府の規制改革推進会議はICTの活用などを通じて、現在の3:1基準(利用者3人に対して職員1人を配置する基準)よりも少ない人員で、現場を回せるかどうか可能性を模索したが、介護の質が下がるとして、関係団体や介護現場から反発の声が続出した。

その後、2022年6月に決まった規制改革実施計画では、先進的な特定施設(介護付き有料老人ホーム)に関して、ICTやロボットの活用で、「現行の人員配置基準より少ない人員配置であっても、介護の質が確保され、かつ、介護職員の負担が軽減されるかに関する検証」を2022年度に実施するとされていた。

これに対し、部会意見では「現在実施している実証事業などで得られたエビデンス等を踏まえ、テクノロジーを活用した先進的な取組を行う介護付き有料老人ホーム等の人員配置基準を柔軟に取り扱うことの可否を含め、検討することとしている」という文言にとどまった。

¹⁶ 介護労働安定センターの2021年度版介護労働実態調査では、介護関係の仕事経験がある人の離職理由(複数回答可、1万5,087人)について、「職場の人間関係に問題があったため」(18.8%)、「結婚・妊娠・出産・育児のため」(16.9%)、「自分の将来の見込みが立たなかったため」(15.4%)といった回答率が高く、「収入が少なかった」(14.9%)という回答を上回っている。人材不足の論点に関しては、介護保険20年を期したコラムの[第20回](#)を参照。

¹⁷ 岸田政権の方針を受けた動向や論点、介護業界の人材不足などについて、2022年2月28日拙稿「[「エッセンシャルワーカー」の給与引き上げで何が変わるのか](#)」を参照。

¹⁸ 厚生労働省老健局介護業務効率化・生産性向上推進室の占部亮室長による発言。2023年1月1日『シルバー新報』を参照。

一方、政策パッケージでは「現在実施している実証事業などで得られたエビデンス等を踏まえ、先進的な取組を実施している事業所の人員配置基準を柔軟に取り扱うことを含め、次期報酬改定の議論の中で検討する」と定められており、2024年度介護報酬改定に向けた論点になりそうだ。

さらに、介護施設で食事の配膳など関連業務を担う「介護助手」に関しては、介護助手に切り分け可能な業務の体系化、制度上の位置付け、評価・教育の在り方、専門職との連携などの留意点を挙げた上で、「導入促進のための方策を引き続き検討」という方向性が示された。

このほか、部会意見では、介護事業所の経営を可視化するため、経営状況に関する情報を都道府県に定期的に届け出る仕組みを整備する方針も盛り込まれた。今後、グルーピングした分析結果を厚生労働省が公表するとされている。

以上の内容を踏まえると、論争を呼んだ人員配置基準の見直しを含めて、ほとんどの案件が先送りされるか、既存施策の充実の方向性が確認されるにとどまった。新たな制度改正案件を取上げて挙げると、生産性向上に関する相談窓口を都道府県に設置する点や、生産性向上に関する自治体の法令上の役割を明確にする方向性、事業所の経営情報を報告・開示させる仕組みの創設などが盛り込まれた程度に終わった。

5——科学的介護などの施策充実

1 | 「地域包括ケアシステムの深化・推進」が示されているが…

部会意見のうち、「I. 地域包括ケアシステムの深化・推進」では、データを使った介護を目指す「科学的介護」の充実や地域包括支援センターの負担軽減などに関して、施策の方向性が示された。

ただ、「地域包括ケア」という言葉は多義的であり、曖昧に使われることが多い。部会意見でも16カ所（見出し、中見出しを含む）で地域包括ケアという言葉が使われているが、負担増や給付抑制の批判をかわすために使われる時もあり、注意を要すると考えている¹⁹。

さらに、部会意見は広範なテーマを網羅しており、詳細や背景を含めて、全てを取り上げることは難しい。そこで、以下では(1)生活を支える介護サービスの基盤整備、(2)ケアマネジメントの質の向上、(3)地域包括支援センターの負担軽減、(4)科学的介護の充実、介護情報の利活用、(5)市町村の取り組みを評価する交付金の見直し、(6)総合事業など、その他の施策——の6つに分けて論点を整理する。

2 | 生活を支える介護サービスの基盤整備

まず、生活を支える介護サービスの基盤整備について、部会意見では多様化・複雑化するニーズに対応するため、訪問介護や通所系など複数の在宅サービスを組み合わせるサービス類型を創設する考えが示された。

ここでは、デイサービス事業所が利用者に訪問介護を提供したり、通所介護と訪問介護の事業所が

¹⁹ 地域包括ケアは2014年制定の地域医療介護総合確保推進法で、「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」と定義されている。この言葉が持つ多義性や曖昧さに関しては、介護保険20年を期した拙稿コラム第9回を参照。

相互に連携したりする形が想定されており、市町村が事業所を指定する「地域密着型サービス」の類型の一つに組み込むことになると見られる。介護報酬や基準など制度設計の詳細に関しては、社会保障審議会介護給付費分科会で今後、議論される段取りになりそうだ。

このほか、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護など、機能が類似・重複しているサービスについては、将来的な統合・整理に向けた検討の必要性が言及された。

3 | ケアマネジメントの質の向上

ケアマネジメントの質の向上では、2024年度から始まる第9期計画の期間を通じて包括的な方策を検討する必要があるとの方針が示された。具体的には、▽法定研修のカリキュラム見直しを含めて、ケアマネジメントを担うケアマネジャー（介護支援専門員）の専門性の向上や多職種連携の円滑な推進などを目的とする「適切なケアマネジメント手法」²⁰の普及・定着、▽研修を受講しやすい環境整備、▽ケアプラン情報の利活用、▽ケアプランの作成におけるAI（人工知能）の活用、▽マイナンバー制度を活用したケアマネジャーの資格管理手続きの簡素化——などが言及された。

4 | 地域包括支援センターの負担軽減

部会意見では、地域包括支援センターの業務負担を軽減させるための手立てがいくつか盛り込まれた。地域包括支援センターは高齢者の総合相談窓口として機能に加えて、要支援1~2の人のケアプラン作成、高齢者の虐待対応、認知症カフェなど住民と連携した資源づくり、介護する家族など（いわゆるケアラー）の支援など広範な役割が期待されている。その分だけ負担が重くなっており、部会意見では「業務負担軽減を推進するべきである」と指摘された。

具体的な負担軽減に向けた方策としては、要支援1~2の人のケアマネジメントについて、ケアマネジャーが勤める居宅介護支援事業所に指定を拡大する方向性が示された。さらに、ケアラー支援や仕事と介護の両立支援などについては、サービス事業所や他の専門職、地域住民などとの連携が必要との考えが盛り込まれた。

このほか、総合相談業務についても、居宅介護支援事業所などを補完的に活用する必要性や、人員配置を複数の拠点で合算する見直しが必要とされた。

5 | 科学的介護の充実、介護情報の利活用

科学的介護の充実、介護情報の利活用でも、いくつかの施策の方向性が示された。このうち、科学的介護は元々、安倍晋三政権期に「治る介護」を目指す介護予防の一環として議論が始まり、2021年度から施策が本格始動した²¹。

この時には、国がLIFE（Long-term care Information system For Evidence）と呼ばれるデータベ

²⁰ 適切なケアマネジメント手法に関しては、日本総合研究所が受託する形で検討と普及が進められている。厚生労働省ウェブサイトを参照。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/hoken/jissi_00006.html

²¹ 科学的介護については、2021年9月15日拙稿「科学的介護を巡る『モヤモヤ』の原因を探る」、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。科学的介護に関する加算に関しては、2021年5月14日拙稿「2021年度介護報酬改定を読み解く」を参照。

ースを整備し、各種加算を創設。その取得要件として、利用者ごとの身体、栄養、口腔、認知症などに関するデータを LIFE に提出することを介護事業者に義務付けた。その上で、集められた情報を国が分析し、現場にフィードバックすることで、ケアの改善に努めてもらうことが想定された。

ただ、国からのフィードバックが不十分であり、現場では「やらされ LIFE」という陰口 (?) も多く耳にする。つまり、「事業所の経営から見ると、加算措置は欲しいが、国の様式に沿ったデータの収集・提出が面倒」「国から示されるフィードバックのデータが使えない」といった不満であり、部会意見では、収集する項目の精査やフィードバックの内容改善が必要という考え方が示された。

介護情報の利活用については、LIFE だけでなく、介護レセプト（支払明細書）情報、要介護認定の情報、ケアプランなどが事業所や自治体などに分散しているとして、これらの情報を共有・交換できるプラットフォームを整備する方針が 2022 年 6 月の「骨太方針」（経済財政運営と改革の基本方針）に定められている。部会意見でも「介護情報を集約し、医療情報とも一体的に運用する情報基盤を国が全国一元的に整備にすることが必要」との方針が示された。

6 | 市町村の取り組みを評価する交付金の見直し

介護予防など市町村の取り組みを評価する「保険者機能強化推進交付金」「介護保険保険者努力支援交付金」の見直しも論点になった²²。2つの交付金は「インセンティブ交付金」と通称されている通り、いずれも介護保険の制度運営や認知症ケア、医療・介護連携、介護予防などに関する市町村の取り組みを評価・採点し、その状況に応じて交付金の分配額を増減させる仕組みである。前者は 2018 年度、後者は 2020 年度に創設され、2022 年度予算では全額国費で 200 億円ずつの計 400 億円が計上されていた。

しかし、両者の役割分担が不明確な点とか、評価指標と給付費適正化との関係が不明確な点などが以前から論じられており、予算の効果などをチェックする財務省の「予算執行調査」（2022 年 7 月公表）では、「市町村等の取組に対応した成果（要介護認定率の低下等）が示されず、交付金の配分方法として適切ではなく、抜本的見直しが必要」「評価指標数が膨大であり、実施の有無のみで形骸化した評価項目も考えられる」などと指摘されていた。

これを受けて、部会意見では評価指標を縮減させるとともに、評価指標と成果の関係性を明確にする観点に立ち、「評価指標の達成がどういう回路で成果に繋がるか」というストーリーを示すためのアプトプットや中間アウトカムを充実させる考えも打ち出された。さらに、2023 年度予算案では予算額が 50 億円減じられ、計 350 億円が計上された。

7 | 総合事業など、その他の施策

このほかの施策でも、見直しの方向性が示された。このうち、取り組みが遅れている総合事業の充実に向けて、▽包括的な方策の検討を早急に開始、▽自治体と連携しつつ、集中的に取り組んでいくための工程表を作成、▽自治体が進める際の趣旨や方法を分かりやすく提示、▽好事例の分析結果の周知——などが列挙された。

²² インセンティブ交付金の問題点については、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](#)」を参照。

高齢者が気軽に体操などを楽しめる「通いの場」については、新型コロナウイルスの影響で減少しているため、活動再開や参加率向上が重要と強調。その上で、好事例の情報共有や医療・介護の専門職による関与の重要性が指摘された。

住民組織や企業との連携を通じて、見守りなどのネットワークを整備することを目的する「生活体制整備支援事業」では、NPO や民間企業などが関係者で構成する協議会に参画する際、一定の要件を設けるなど、利用者やケアマネジャーが適切に選択できる仕組みの検討が必要と定められた。

さらに、2015 年度改正を経て、特養の新規入居者が要介護 3 以上に限定されたが、要介護 2 以下の人も新規入居を認める特例の運用に地域差が見られるとして、制度改正の趣旨を周知徹底すると規定。このほか、▽住まいと介護の一体的な支援に向けた方策の検討、▽高齢者虐待の防止、▽ケアラー支援や認知症施策の充実、▽要介護認定に関する事務の簡素化に繋がる好事例の収集や ICT 化の推進、▽医療介護連携の深化に向けた好事例の紹介、都道府県が策定する医療計画と市町村の介護保険事業計画の連携強化——などが示された。

法改正事項としては、「支援の客体」とされている介護保険の被保険者の位置付けを変える可能性も言及された。具体的には、総合事業や通いの場では住民の主体的な参加が期待されているが、介護保険法では国民の努力として、「自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める」「要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める」と定められている程度である。

そこで、部会意見は「支援の客体としてだけでなく、地域づくりや日常生活の自立に向けた支援を担う主体としても観念することが重要」「法令上及び運用上、より明確に位置付けるよう検討することが適当」と定めた。

では、こうした内容を踏まえ、今回の制度改正はどう位置付けられるだろうか。今後、政省令や通知、介護報酬、人員基準などの詳細が決まるため、不透明な要素は多いが、今回は負担と給付の関係見直しを先送りした点を中心に、全般的な評価とともに、2024 年度制度改正に向けた展望を試みたい。

6——今回の部会意見の全般的な評価

1 | 異例の対応

まず、負担と給付の見直しや人員基準の再検討など、論争を招いたテーマでは、ほとんど結論が先送りされた点を指摘できる。特に、要介護 1~2 の人の総合事業移管やケアマネジメント有料化に関して、筆者は「困難」と考えていたので、予想通りの結果になった。人員基準の見直しについても、AI や ICT の導入が前提条件となっており、早期の結論は困難と見ていた²³。

特筆すべきは過去の制度改正と大きく異なる流れになっている点である。過去の制度改正では「制度改正の 2 年前の年末に部会意見が公表→制度改正の前年に法改正、報酬改定論議→制度改正」という流れをたどっていたが、今回は法改正を伴わない 2 割負担の対象者拡大が 2023 年夏に先送りされるなど、異例の対応が取られた。

²³ 今回の制度改正に向けた見直しについては、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。

この要因として、医療保険制度改革で高齢者負担増の動きが相次いでいるため、負担増あるいは負担増の議論を一時的に集中させたくないという配慮が働いたと見られる。例えば、75歳以上の後期高齢者医療制度では、相対的に所得の高い人については、原則1割の患者負担を2022年10月から2割に引き上げたし、ほぼ並行して検討が進んでいた医療保険制度改革でも、所得の高い人に課される保険料の上限を引き上げる議論が浮上していた。

さらに、負担増や給付抑制を選択する難しさも考えられる。これまでも2~3割負担の導入など、いくつかの制度改革が実施されており、現行制度をベースにするのであれば、残された選択肢は余り多くない。実際、要介護1~2の人の総合事業移管やケアマネジメントの有料化は前回の2021年度制度改革でも論点になった案件であり、見直しの「弾」が見当たらないのが実情だ。

実際、部会意見を伝える新聞記事でも「難しい論点しか残っていない」「相当な痛手を一定の人に求めるのに、財源効果はそんなに大きくないので決めづらい」といった厚生労働省幹部の本音が紹介されている²⁴。

2 | 先送りで十分か

しかし、介護保険の財源、人材の制約条件は厳しくなっており、筆者は「安定財源の確保や給付抑制の選択肢も含めて、近い将来に大規模な制度改革に向けた議論が必要になる」という認識も有している。このため、制度改革の利害得失や論点を十分に整理しないまま、懸案の多くを先送りした部会意見（実質的には厚生労働省）のスタンスには疑問も持っている。

一例を挙げると、その実現性は別にして、要介護1~2の人の総合事業移管を実行する場合、要介護認定の考え方を抜本的に改める必要がある。具体的には、要支援は制度上、「常時介護を要する状態の軽減、悪化の防止に繋がる支援が必要と見込まれる状態」などと定義されており、回復の可能性が見込まれる人を想定している。このため、総合事業の創設に際して、要支援の人を移管できたが、要介護の人を総合事業に移すのであれば、要介護認定の考え方そのものを見直す必要がある。

さらに、ケアマネジメントの有料化に関しても、「要介護度別に定められた区分支給限度基準額（以下、限度額）の範囲内に収めるのか、その外に置くのか」「枠内に置いた場合、限度額ギリギリまでサービスを使っている重度な人はサービスを減らす必要があるが、どれぐらいの人が該当しそうか」「ケアマネジメントを有料化した場合、費用を嫌がって自己作成を選ぶ人が増える可能性もあるが、現在の自己作成者はどれぐらいなのか、その場合は市町村が給付管理を担うことになるが、市町村の事務負担は増えないのか」といった点を想定しつつ、詳細を検証する必要がある。

しかし、管見の限り、これらの論点が詳しく議論される場面はなかった。むしろ、部会の議論を見ていると、厚生労働省が示す論点について、業界団体が賛否両論を述べる展開が続いている。これでは制度改革の利害得失を踏み込んで議論することは困難と言わざるを得ない。

一方、こうした状況になるのは必然の要素を持っている。まず、安定財源の確保や給付の重点化など、国民に痛みを強いる負担と給付の見直し論議は本来、民意に責任を持つ政治家が大きな方向性や選択肢を協議する必要があるが、与野党ともに議論を避けている中、厚生労働省として大きく舵を

²⁴ 2022年12月20日『東京新聞』を参照。

切れない事情がある。

しかも、現行制度の枠内で実施できる制度改正の選択肢は限られており、実行には難しい案件しか残されていない面もある。これを打破する上では、既述した要介護認定の仕組みなど、制度の在り方を根本から見直す必要があるが、少ない定員の中、厚生労働省（特に担当の老健局）が政治家や財政審、経済財政諮問会議、全世代型社会保障構築会議、規制改革推進会議などの指摘への対応、関係団体との利害調整などに追われ、長期ビジョンに立った施策を検討できていない印象も受ける。3年に一度の制度改正論議を一旦、止めてでも、将来のビジョンを考えることが必要ではないだろうか。

3 | その他の案件

細かい案件で言うと、生活支援体制整備事業について NPO や企業を認定する仕組みの検討とか、相談業務に関する地域包括支援センターからの委託拡大、新たな複合型サービスの創設、総合事業の改善に向けた方向性²⁵など、疑問に感じる部分がいくつか含まれている。

例えば、NPO や企業を認定する仕組みの検討については、「インフォーマルケア」と呼ばれる介護保険以外の地域資源の利活用を促す狙いがあると推察される。しかし、インフォーマルケアは制度サービスと違い、ルールに縛られない自由さが魅力であり、行政が何らかの形でルールを認定すれば、その自由さが失われるリスクがある。例えば、企業がビジネスとして提供している配食サービスを制度として認定すれば、そこに何らかの要件や基準が発生する可能性があり、企業サービスの持つ裁量が失われかねない。

むしろ、▽住民とのネットワークづくりなどを図るため、生活支援体制整備事業で配置されている「生活支援コーディネーター」と他の専門職の連携強化、▽多職種連携などを図るため、市町村や地域包括支援センターが開催している「地域ケア会議」などの議論を通じたケアマネジャーへの情報共有、▽インフォーマルケアの所在地などを掲載したリストやマップの作成——などを通じて、市町村が現行制度の運用を改善する努力が求められる。さらに、介護保険サービスをケアプランに組み込まなくても、ケアマネジャーが居宅介護支援費の報酬を受け取れるようにする制度改正も検討する必要がある。

さらに、相談業務を地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託すれば、委託先の民間事業者が自分の事業所を紹介するなど、利用者の囲い込みが生まれる危険性がある。複合型サービスの創設に関しても、通いと訪問、入所を組み合わせる小規模多機能型居宅介護など既に同様のサービスが存在しており、屋上屋を重ねる印象を受ける。

4 | 2024 年度制度改正に向けた展望

最後に、今後の流れを展望する。部会意見が一応、取りまとめられたのを受け、法改正が必要な案件については、2023 年通常国会に介護保険法など関連法案が提出される見通しだ。さらに、政省令や通知で対応する案件についても、詳細が検討または調整され、多くが 2024 年度に施行される流れが想定される。

²⁵ 総合事業の実施に問題を抱える市町村を支援するため、厚生労働省は 2022 年度から「地域づくり加速化事業」を開始している。具体的には、専門家を自治体に派遣したり、自治体職員や専門職を交えたワークショップを開催したりしている。

これらを踏まえて、市町村が次期介護保険事業計画（第9期、2024～2026年度）を策定する流れになる。一方、2割負担の対象者拡大を巡る議論が2023年夏に先送りされており、政令に委任されている所得基準の線引きがポイントになる。

このほか、2024年度介護報酬改定に向けた議論が介護給付費分科会で本格的に始まる見通しであり、この過程では、デイサービスと訪問介護を組み合わせた新たな複合型サービスの報酬・基準の詳細に加えて、多床室の取り扱いや人員基準の見直し、科学的介護の充実、介護予防の強化なども論点になると思われる。

その際には、2024年度の改定が2年に一度の診療報酬改定と重なるため、医療との連携も意識されそうだ。実際、2022年度診療報酬改定では、入退院支援や在宅医療の充実などが主な論点となっており、介護との接点が多い在宅ケアは改定の目玉になった²⁶。このため、2024年度同時改定では、医療・介護の連携も重要なキーワードとなりそうだ。

さらに、介護現場の環境改善に向けた政策パッケージでは、3つに複雑に枝分かれした処遇改善加算の一本化を検討する旨が盛り込まれており、報酬改定でも論点となると見られる。

7—おわりに

今回は3年に一度の介護保険制度改正に向け、2022年12月に取りまとめられた部会意見の内容を考察するとともに、今後の論点や展望を示した。部会意見を読む限りでは、負担と給付の見直し論議がほとんど先送りされており、2024年度にも予定されている次期制度改正は前回と同様、「小粒」になる見通しである。

一方、財源と人材の制約条件を踏まえると、制度の持続可能性が問われているのも事実である。それにもかかわらず、今回の部会意見に限らず、最近の論議では制度改正の論点や利害得失が十分に整理されないまま、審議会に参加する業界団体がポジショントークを続けるだけで、議論が深まっていない印象を受ける。

しかも、今後の少子高齢化など人口動態を考えると、制約条件は一層、厳しくなることが予想される。3年に一度の制度改正を一旦、止めてでも、今後の高齢者福祉や介護の在り方を議論する必要がある。その際には、安定財源の確保や給付抑制の検討も含めて、政治の責任で論点や方向性、負担と給付の選択肢などを示すことも求められる。

²⁶ 2022年度診療報酬改定のうち、医療提供体制改革に関する部分については、2022年5月27日拙稿「[2022年度診療報酬改定を読み解く（下）](#)」を参照。

【参考】

制度改正、介護報酬改定に関する過去の主な経緯については、以下の参考表の通りである。

参考表：介護保険創設後の制度改正の経緯

	制度改正の主な内容	報酬改定の主な内容	報酬改定率
2003年度		<ul style="list-style-type: none"> ● 居宅介護支援（ケアマネジメント）の確立 ● 在宅サービスの評価 ● 施設サービスの質の向上と適正化 	<ul style="list-style-type: none"> ▲2.3% ● 在宅+0.1% ● 施設▲4.0%
2005年度		(2006年度の前倒し改定)	
2006年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● 食費、入居費の有料化（低所得者に補足給付） ● 事業者の法令順守強化 ● 処遇改善に向けた基金創設（補正予算） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 中・重度者対応強化 ● 介護予防・リハビリテーションの強化 ● 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ● 医療・介護連携の明確化 	<ul style="list-style-type: none"> ▲2.4% ● 在宅▲1.0% ● 施設▲4.0% (2005年度改定含む)
2009年度		<ul style="list-style-type: none"> ● 介護従事者の処遇改善 ● 医療・介護連携、認知症ケアの充実 ● 効率的なサービス提供 	<ul style="list-style-type: none"> +3.0% ● うち在宅1.7% ● うち施設1.3%
2012年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域包括ケアの根拠規定追加 ● 介護療養病床の廃止期限を7年延長 ※ サービス付き高齢者向け住宅を2011年10月からスタート 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅サービスの充実 ● 自立支援型サービスの強化と重点化 ● 医療・介護の連携強化 ● 介護職員処遇改善加算の創設 	<ul style="list-style-type: none"> +1.2% ● うち在宅+1.0% ● うち施設+0.2% (処遇改善の影響を除くと、実質的に▲0.8%)
2014年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 消費増税に伴って区分支給限度基準額引き上げ ● 低所得者向け保険料軽減措置の創設 	● 消費税引き上げに伴う対応	+0.63%
2015年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護予防・日常生活支援総合事業の創設 ● 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への新規入居者を要介護3以上に限定 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療・介護連携の強化 ● 中・重度者や認知症高齢者の対応強化 ● 介護人材の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ▲2.27% ● うち在宅▲1.42% ● うち施設▲0.85%
2017年度		● 処遇改善を前倒し実施	+1.14%
2018年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護予防に力点を置く「自立支援介護」の強化に向けた財政制度の創設 ● 介護医療院の創設 ● 自己負担引き上げ（3割負担導入） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療との連携強化 ● リハビリテーションに力点を置く「自立支援介護」の強化 	
2019年度	● 低所得者の保険料軽減拡充	<ul style="list-style-type: none"> ● 消費税引き上げに伴う対応 ● 介護職員の処遇改善 	+2.13%
2020年度	● 予防強化に取り組む市町村を支援する保険者努力支援制度を創設		
2021年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 予防に向けた「通いの場」の拡充 ● 高額介護サービス費、補足給付の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ● データに基づく「科学的介護」の推進 ● リハビリ・機能訓練、口腔、栄養の強化・連携 ● 人手不足への対応で人員基準緩和 	+0.7%
2022年度		● 処遇改善を実施（2021年度補正から対応）	
2024年度	???	???	???

出典：厚生労働省資料を基に作成