市町村アカデミー 講義 Again

高齢者福祉と医療、介護保険等社会保障制度の現状と今後の展望

淑徳大学コミュニティ政策学部教授　鏡　諭

2013年社会保障国民会議を受けて、給付の見直しと負担増が進み、その狭間を地域の福祉力が埋めることが期待されている。平成27年度から制度化された新しい総合事業とは何か、今後の介護保険改正の方向性を考察する。

1．社会福祉と社会保険

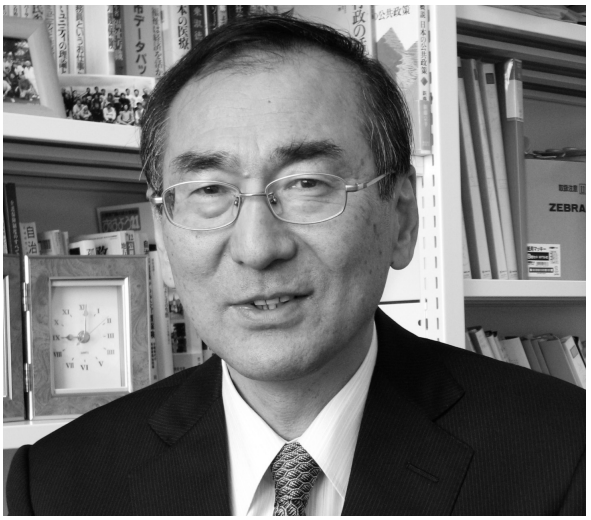
1601年イギリスで制度化されたエリザベス救貧法に基づく貧民政策から社会福祉の歴史が始まったと言われている。就業機会の提供と労働不能者の救済が制度化されたものである。一方、人間が労働し家族をつくり生涯を送る上で必要な相互扶助機能をギルドの歴史を参考に、安定した労働力の確保策として、ドイツにおいて医療及び年金にかかる給付として制度化されたのが、社会保険制度である。社会保険は、無拠出制度である救貧制度とは異なり、構成員相互による拠出型制度として設計されている。あらかじめ起こり得るリスクに対して、保険料を拠出し財源に充て保険事故が起きた場合に、プールしてある保険財源を、事故に大きさによって再配分する仕組みなのである。

その後、これらの制度はそれぞれの目的をもって発展し、国が提供する最低限度の社会保障として位置づけられてきた。日本においては、社会福祉制度は税を財源とする救貧型制度、社会保険制度は保険料を原資とする防貧型制度と整備された。したがって社会福祉制度の対象者は、所得や家族状況に課題があり、公費を原資に支援を受ける必要のある人で、必要か否かは福祉事務所が判定する仕組みである。それに対して、社会保険制度は、あらかじめ起こり得るリスクのために、社会的連帯により被保険者が自ら保険料を拠出し、保険事故が起きた際には、誰でも事故の大きさによって給付が受けられる普遍的な制度として位置づけられているのである。

2．高齢社会の動向

日本における公的扶助の歴史は、593年に聖徳太子が四天王寺を建立した時期にさかのぼる。聖徳太子は四天王寺に「四箇院の制」をとられたことが『四天王寺縁起』に示されている。四箇院とは、敬田院（きょうでんいん）、施薬院（せやくいん）、療病院（りょうびょういん）、悲田院（ひでんいん）の4 つで、敬田院は寺院そのものであり、施薬院と療病院は薬局・病院にあたり、悲田院は病者や身寄りのない老人などのための社会福祉施設にあたる。そこでは、鰥寡孤独（かんかこどく、意味は、おとこやもめ・独り者の女性・孤児・独居高齢者をいう）に象徴される何らかの理由で支援の必要な者に対して、福祉的支援を得られる仕組みを進めてきた。1874年（明治７）には、明治政府により「恤救規則」が制定され、わが国で初めての慈恵的な貧民救済制度として整備された。1931年（昭和６）に救護法が制定され、「恤救規則」は廃止された。その後、国の果たす役割も従来の18世紀の夜警国家から20世紀の福祉国家への転換が進んだ。特に、日本の福祉政策は、終戦という歴史的転換点により、大きく増した社会的要請に基づいて、戦後間もなく社会福祉制度が整備された。

老人福祉に関連する制度化は、高度経済成長により過密・過疎化の社会的変容を生んだ1963年（昭和38年）に老人福祉法が成立した。老人福祉政策は社会福祉方式で進められたが、その２年前の1961年（昭和36年）には、社会保険方式によって



鏡　諭（かがみ・さとし）

淑徳大学コミュニティ政策学部教授（自治体政策論）

早稲田大学大学院・法政大学大学院兼任講師。関東学院大学非常勤講師。

1954年山形県出身、1977年所沢市役所入庁、高齢者支援課長、政策審議担当参事を歴任。2009年３月退職、同年４月から現職。

著作は、『介護保険制度の強さと脆さ』（2017年公人の友社刊）、『Q&A福祉実務相談室』（2015年ぎょうせい）ほか多数。

表１　平成28年６月介護給付費等実態調査

介護給付費等実態調査	平成28年６月審査分
月報第２表　介護サービス受給者数，要介護状態区分・サービス種類別（単位：千人）	
注：総数には、月の途中で要介護から要支援に変更となった者を含む。	
	総数
総数	4103.5
居宅サービス	2863.8
訪問通所	2464.9
訪問介護	990.5
訪問入浴介護	69.5
訪問看護	377.6
訪問リハビリテーション	80.2
通所介護	1091.8
通所リハビリテーション	429.8
福祉用具貸与	1565
短期入所	375
短期入所生活介護	325.2
短期入所療養介護（老健）	50.8
特定治療・特別療養費（再掲）	0.3
短期入所療養介護（病院等）	2.4
特定診療費（再掲）	1.8
居宅療養管理指導	581.5
特定施設入居者生活介護（短期利用以外）	181.2
特定施設入居者生活介護（短期利用）	1.1
居宅介護支援	2555.3
地域密着型サービス	814.5
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	14.6
夜間対応型訪問介護	8
地域密着型通所介護	401.2
認知症対応型通所介護	58.2
小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）	86.3
小規模多機能型居宅介護（短期利用）	0.3
認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）	191.2
認知症対応型共同生活介護（短期利用）	0.3
地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用以外）	6.6
地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	49.8
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）	5.5
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用）	0.1
施設サービス	932.4
介護福祉施設サービス	520.7
介護保健施設サービス	356.6
特定治療・特別療養費（再掲）	9
介護療養施設サービス	58.4
特定診療費（再掲）	57.9

健康保険制度と国民年金制度が整備されている。戦後、社会が安定し、次第に経済成長を迎え、来るべき高齢社会を見据えた時、新たな高齢者ケア仕組みづくりが求められ、2000年に社会保険方式を用いた介護保険制度創設となった。従来の福祉が選別の制度であるに対して、介護保険は普遍的制度である社会保険制度としてスタートしたのである。

３．介護保険の給付と負担

介護保険制度がスタートして、16年が過ぎた。

介護給付費等実態調査	平成28年６月審査分
月報第１表　介護予防サービス受給者数，要支援状態区分・サービス種類別	（単位：千人）
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。	
	総数
総数	1116.9
介護予防居宅サービス	1099.4
訪問通所	1061.3
介護予防訪問介護	391.8
介護予防訪問入浴介護	0.5
介護予防訪問看護	54.5
介護予防訪問リハビリテーション	13.2
介護予防通所介護	473.7
介護予防通所リハビリテーション	143.9
介護予防福祉用具貸与	399.8
短期入所	11.3
介護予防短期入所生活介護	10.2
介護予防短期入所療養介護（老健）	1.1
特定治療・特別療養費（再掲）	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0.1
特定診療費（再掲）	0
介護予防居宅療養管理指導	39.7
介護予防特定施設入居者生活介護	27.2
介護予防支援	1044.8
地域密着型介護予防サービス	12.2
介護予防認知症対応型通所介護	1
介護予防小規模多機型居宅介護（短期利用以外）	10.2
介護予防小規模多機型居宅介護（短期利用）	0
介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）	0.9
介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用）	0

2015年に介護サービスを利用した人は、605万1,100人で、前年度より16万8,100人（2.9％）増えて過去最高となった。一人当たりのサービス利用額（2016年４月審査分）は15万７千円で、前年度より800円減った。（2016年８月。介護給付費実態調査）

要介護認定・介護予防・地域包括支援センター・小規模多機能・地域包括システム・要支援２の創設・介護予防・日常生活支援事業等々いろいろな改正があった。まさに、走りながら考える介護保険制度であった。当然、介護保険は当初の姿を変えながら今日に至っている。これを発展と見るのか、変容と見るのか評価は分かれるところである。

介護保険による給付は3.6兆円からスタートし、10兆円にまで大きくなった。第一号被保険者数は3,390万人、第２号被保険者は4315万人。約7,700万人の被保険者が保険料を支払い、同時にサービスを利用している人の数は、605万人となる。それは、被保険者総数の7.8％の受給者となり、高齢者の18％が利用する制度である。これは、保険料を毎

表２

都道府県別 第１号被保険者数　　平成28年４月末現在

（単位：人）

都 道 府 県	前月末現在	当月中増	当月中減	当月末現在	65歳以上75歳未満	75歳以上
全　国　計	33,815,741	170,437	115,150	33,871,028	17,466,671	16,404,357

月支払っている被保険者の92％が介護保険の給付を受けていない人であることを意味している。しかも、介護保険制度では、一度給付を受けると要介護状態が急激に変化する事は、あまりないので、継続的な利用がほとんどとなる。それは、利用している人と利用していない人のはっきりした線引きが行われ、利用していない人は介護保険の給付サービスについてわからない構造を生んだ。

さらに制度未利用である92％の人たちは、月々5,514円の負担をしており、それが、負担感となるのである。一般の評価も、保険料が高いか低いかという議論が中心になってしまうのである。

これに対して同じ社会保険制度を採用している健康保険制度では、7,900万人の加入者に対して、まったく給付を受けていない人は、極めて少ないため、制度に対しての理解はあり、全く使われない介護保険との違いは大きい。

その意味では、社会連帯を基本とした、社会保険の仕組みとして介護の必要となった高齢者期を支える重要な制度として、社会的な地位を得たと言えるが、同時に一般の人たちには、まだまだ分かりにくい制度として位置づくのである。

したがって2006年制度改正以降、国は負担の中心の見直しを進めており、高齢者の生活は、制度開始以前から依然として家族の介護力に期待をする構造が続いており、介護のための家族の覚悟も必要な今日の状況がある。

そのため、昨今の介護殺人に象徴されるような、厳しい介護実態が象徴的である。

「NHKの取材では2010年以降の６年間で少なくとも138件発生した。約２週間に一度、悲劇が繰り返されている。いま日本で介護を担う人は557万人にのぼり、“大介護時代”を迎えている。財政難などを背景に、国が在宅での介護を重視してきた中、誰もが親や配偶者の介護から無縁ではいられない。」NHKホームページ「介護殺人」より

特に、認知症や精神的な疾患が絡んだ介護は苛酷である。そうした実態にもかかわらず、在宅医療、在宅介護、地域包括ケアによる、医療・介護・居住・生活支援の連携が模索されており、ここで改めて、地域で安心して暮らせる仕組みとは何か、一人ひとりが考え、議論していかなければならない課題である。

４．2015年介護保険改正と地域包括ケアシステム

2014年６月18日に「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」が成立し、2015年度からの介護保険法の改正が行われた。その改正の中では、2012年改正に引き続き、地域包括ケアシステムの構築が、政策の柱になった。

2015年４月からの介護保険改正の内容は、予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村の行う総合事業へ移行、介護老人福祉施設（特養）の入所者を原則要介護３以上に限定、所得が高い高齢者（年金280万円以上）はサービスを使った場合に支払う負担金が２割、低所得の施設利用者負担軽減策の補足給付を一定額（一人1,000万円）預金を持っている人や同一世帯に住む世帯分離者等を給付対象から外す等、財政的な縮減を目指す改革となった。

改正において反映した考え方は、2006年改正において導入された介護予防政策に対して事業仕分け等による指摘を受けた財務省からの4,100億円の予防給付の縮減要求に端を発した見直しであった（介護給付（要介護者）約７兆1,000億円（平成23年度）予防給付（要支援者）、約4,100億円（平成23年度）、地域支援事業約1,570億円（平成23年度））。2013年８月に社会保障国民会議における報告書が政府に提出され、負担の拡大と女性の社会進出、退職高齢者等のボランティア等の活用による給付の見直しが提起された。これは、今後日本の社会保障は、負担増・給付縮減の方向に進むことを意味する。それを受けた、介護給付費部会では、新しい介護予防・日常生活支援総合事業への移行を促進するための予防給付の見直し、特養を運営する社会福祉法人の内部留保の問題など、引き続き財政優先の介護保険改正が論点となった。それま

図1

介護保険制度の変遷

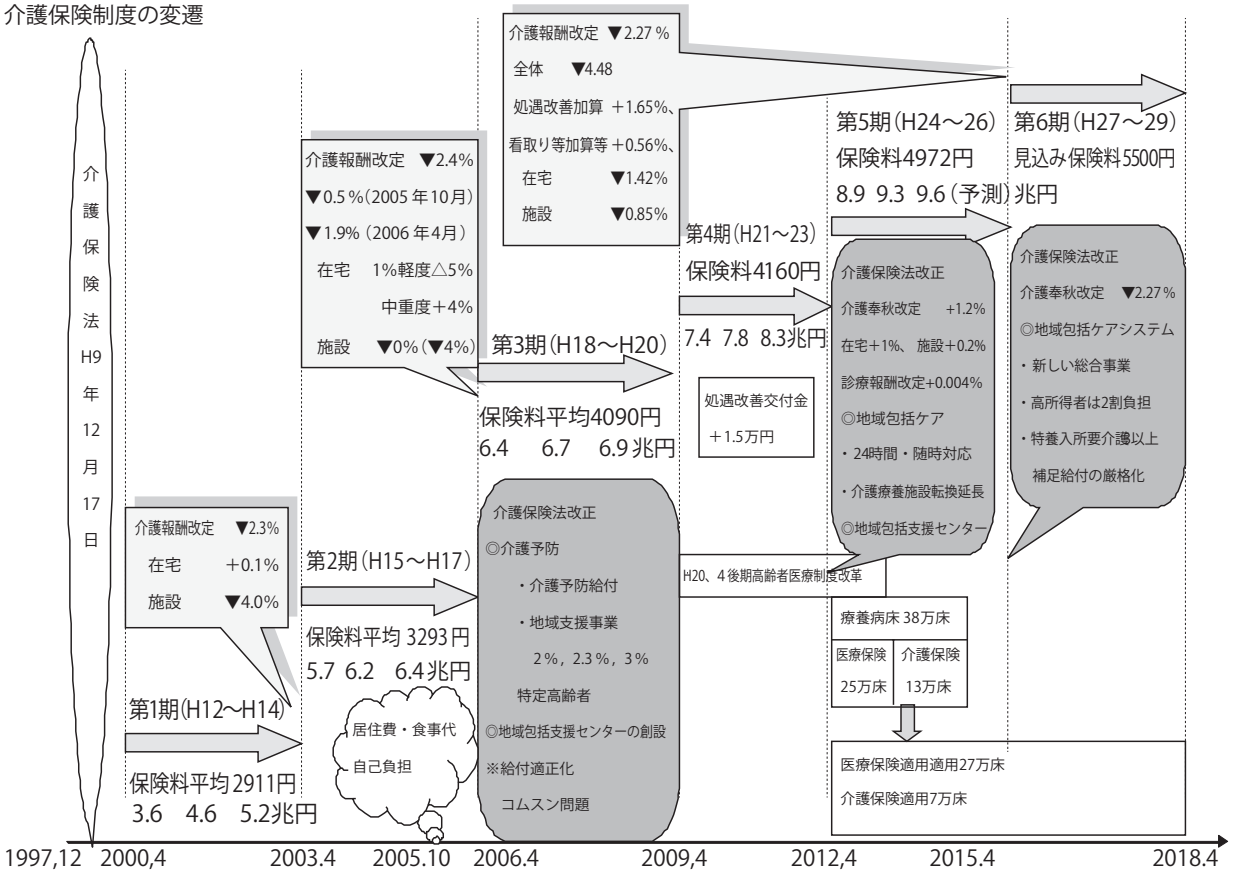


図2

介護保険制度の改正案の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実
- **①在宅医療・介護連携の推進**
- **②認知症施策の推進**
- **③地域ケア会議の推進**
- **④生活支援サービスの充実・強化**

＊介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
＊介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化
＊段階的に移行(～29年度)
＊介護保険制度内でサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
＊見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定(既入所者は除く)
＊要介護1・2でも一定の場合には入所可能

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大
・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大
＊保険料見通し: 現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
＊軽減例: 年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
＊軽減対象: 市町村民税非課税世帯(65歳以上の約3割)

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ
・ 2割負担とする所得水準を、65歳以上高齢者の所得上位20%とした場合、合計所得金額160万円(年金収入で、単身280万円以上、夫婦359万円以上)。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加
・預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
・世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
・給付額の決定に当たり、非課税年金(遺族年金、障害年金)を収入として勘案 ＊不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

○ このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

で介護保険が培ってきた公平な負担や給付の普遍化に対し、要介護3までが原則施設入所可能者と選別した。また、一定程度所得のある人は介護リスクが同じであっても、利用者負担を2割支払わなければならないことなど、社会保険における受給権の普遍性は大きく損なわれる事となった。対象者の選別など、必要以上の行政の介入は、措置福祉制度の復活を思わせる内容であり、普遍性の理念に逆行する内容が盛り込まれた。

地域包括ケアシステム構築は、自治体が主導と

図３

介護給付費等実態調査	平成29年５月審査分			
月報第27表　総合事業サービス受給者数，要支援状態区分等・サービス種類別（単位：千人）				
	総数	事業対象者	要支援１	要支援２
総数	450.5	52.4	176.8	220.6
訪問型サービス	214.2	14.3	87	112.5
訪問型サービス（みなし）	147.6	8.5	58	80.8
訪問型サービス（独自）	48.4	1.6	22.6	24.2
訪問型サービス（独自／定率）	17.4	3.8	6.3	7.3
訪問型サービス（独自／定額）	1	0.3	0.3	0.4
通所型サービス	285.5	36.8	107.1	141.3
通所型サービス（みなし）	169.7	17.8	65	86.7
通所型サービス（独自）	90.3	7.6	35.9	46.8
通所型サービス（独自／定率）	23.9	10.3	6	7.5
通所型サービス（独自／定額）	2.1	1.2	0.4	0.5
その他の生活支援サービス	0	0	0	0
その他の生活支援サービス（配食／定率）	－	－	－	－
その他の生活支援サービス（配食／定額）	0	0	0	0
その他の生活支援サービス（見守り／定率）	－	－	－	－
その他の生活支援サービス（見守り／定額）	－	－	－	－
その他の生活支援サービス（その他／定率）	－	－	－	－
その他の生活支援サービス（その他／定額）	－	－	－	－
介護予防ケアマネジメント	84.3	20	32.7	31.5

なって政策を具体化する仕組みである。その場合の課題は、特に医療との関係である。地域で作る地域包括ケアシステムにどれだけ、医師や医療機関の協力を求められるか。その点では、モデルになった広島県御調町のように地域包括ケアに熱心な医師が中心となったシステムづくりが理想となる。したがって各市町村では、地元医師会と話し合いを行い、協力関係を構築していく必要がある。在宅医療に熱心な医師に、医療的な見守り、緊急時の往診対応、平時の家庭内かかりつけ医の対応、医療と福祉の連携パス等に協力を求めていく事が重要である。特に、医療受診できない認知症や精神的な疾患のある患者に対して、ケアマネや地域包括支援センター職員と一緒に医師が初回同行訪問を行うなどの仕組みは、地域にとっても大きな安心感につながる。

2006年に在宅総合支援診療所が制度化されて以降、医療機関も24時間対応が求められる事やこれまでの診療報酬改定により、在宅医療を標榜する環境が増えた。しかし、まだまだ医療は病院で見るものとの意識のある医師が多いのも現実である。さらに、在宅医療は、看取りや終末期を含めて、24時間365日対応する覚悟が必要になる、そのため、個人では難しく、チーム医療が求められている。そうした医療を中心としたチームを作ることは、必然的に他の医師との協働や異業種連携が求められる。具体的には訪問看護や訪問介護事業者やケアマネとのネットワークが必要になる。そのため医師としても在宅医療に取り組む為には、それなりの覚悟が求められる。さらに、現実にはそう多くはないが不規則な時間にも対応せざるを得ないため、気力・体力が必要となる。年齢や他の医師とのチームづくり等を理由に参入できない医師も少なくない。これらを俯瞰すると、在宅医療のハードルはまだまだ高いため、広がりは必ずしも大きくはない。

第６期の介護保険事業計画の中では、地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業を盛り込む事となり、その目的は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで送れるよう、一体的に提供するものである。さらに、第７期介護保険事業計画策定と医療計画策定時期が重なるため、計画としても連携を重視した一体的な取り組みが期待されている。このように、居宅に関する医療機関と介護サービス事業者の関係者間の連携を推進する新たな関係構築を構築事は進むと期待されており、そうした中から、将来の医療・介護のカンファレンスへの参加や医療と介護の連絡ノートや情報提供シートの共有化など、具体的な連携の形が深まっていく事となるのである。

５．総合事業実施状況

平成27年度と28年度に総合事業を行った保険者数は39.6％であり、総合事業の利用数は161千人であった。161千人のうち、通所型サービス利用者は106千人訪問型サービス利用者は、74千万人となっていが、平成29年からの全市町村でのスタートから、サービス受給者は450千人と大きく伸びた（図３）。

2017年５月（平成29年）の介護給付費等実態調査から、これまでの事業者が新たな制度の事業者としてみなされるみなし指定事業が訪問型サービスが68.9％（147,6千人）、通所型サービスが59.4％（169.7千人）となっている。さらに、訪問型サービスでは、指定基準を緩和したサービスＡは５％

（4000人）、住民主体の支援であるＢは10％（8000人）、短期集中のＣが0.5％（400人）となっており、多様な主体による支援サービスは合計でも15.5％と低調である。また、通所型サービスは70％が現行相当のみなしサービスであり、Ａは19％（20,000人）、Ｂが10％（11,000人）、Ｃが１％（900人）であった。この事から、2015年から先行して実施した自治体においては、それまで介護予防給付であった訪問介護と通所介護のサービスを市町村の事業に移行した訪問型サービスと通所型サービスの実施がほとんであり、厚労省が期待するその他の多様なサービスの構築が進んでいない実態が明らかとなった。

６．総合事業の課題

地域支援事業は保険給付ではない。事業実施に当たっては、各自治体が、事業の基準、報酬額などを決定しなければならないので、自治体の事務負担が大きい。また、介護予防給付相当サービスは国保連での請求が可能であるが、その他サービスは自治体での請求・支払事務が発生する。膨大な準備と少ない効果のため953団体と全体の６割の自治体が最終年に実施したのである。総合事業は自治体への給付上のメリットは少ないため、移行の動きは遅かったのである。移行にあたっては、様々な課題に対しての取り組みが必要となる。

しかし、一部自治体においては、給付額が少なくなる利点もあり、稲城市のように早期（2015年）に実施した自治体もあった（図４）。

結局のところ、自治体において何を大切に考えるかによって、実施時期が異なったと行っても良い。

総合事業実施における課題は次のとおりである。

「介護予防・日常生活支援総合事業」への移行にあたっては、基本方針を決定する事が重要である。東京都稲城市では、効率的かつ効果的、さらに円滑に移行することを基本方針とした。

(1) 現に市内で提供されているサービスを移行対象とすること

(2) サービス提供事業者は、希望によりすべて移行できるようにすること

(3) 指定事業者制を基本とすること

(4) 報酬額、人員体制、運営方法等は、移行前の実績等を考慮して設定すること

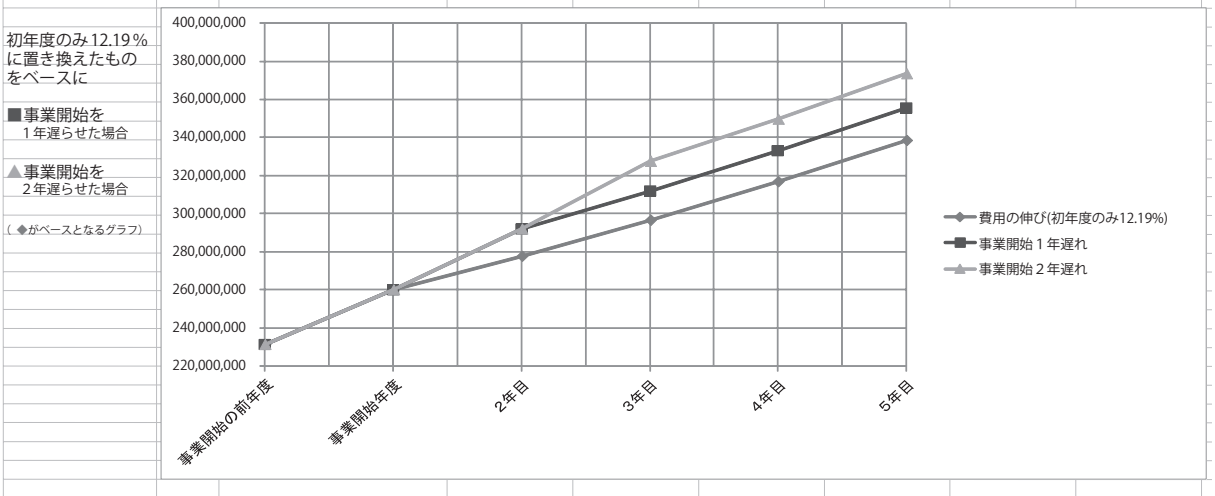
※移行後一定期間が経過した時点で、必要な見直しを行うこと

(5) 多様な主体によるサービスの創造は、平成28年度以降の導入を協議体等で検討すること

本事業は、介護保険法の改正によって自治体に実施が義務付けられた事業ではあるが、自治体と

図４

○事業開始時期が遅れる事による費用への影響について



15,004,687 円 …開始後３年経過時点の ■と◆の金額の差　　30,768,108 円 …開始後３年経過時点の ▲と◆の金額の差
17,111,502 円 …開始後５年経過時点の ■と◆の金額の差　　35,088,271 円 …開始後５年経過時点の ▲と◆の金額の差

○事業開始時期が遅れる事による保険料への影響について

単位：人口のみ「人」、その他は「円／人・月」

	事業開始の前年度	事業開始年度	２年目	３年目	４年目	５年目
65歳以上人口	16,534	17,204	17,788	18,381	19,019	19,296
後期高齢者人口	6,982	7,394	7,947	8,417	8,904	9,307
当初移行時の保険料月額	245	264	273	282	291	306
１年遅れ移行時の保険料月額	245	264	287	296	306	322
当初移行時との差	**0**	**0**	**14**	**14**	**15**	**16**
２年遅れ移行時の保険料月額	245	264	287	311	321	338
当初移行時との差	**0**	**0**	**14**	**29**	**30**	**32**

して実施する際には、その基本方針を決定する事が重要である。その上で、詳細の制度構築に向かっていく必要がある。

さらに、制度構築に向けては、移行準備、生活支援サービスの検討、サービス類型、事業者調整、事業者・被保険者への周知、チェックリスト、ケアプラン、手帳、補助、事業者指定基準、サービス提供基準、サービス単価等、利用者負担（利用料）、給付管理、国保連関連、苦情受付などの項目を検討し、制度化していかなければならない。

それらを庁内・庁外の組織との話し合いを行う必要があるため、スケジュール管理が必要となる。

7．2017年改正介護保険法の課題

（1）自治事務としての介護保険に対する侵害

自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進では、財政的インセンティブを含めて、財源縮減に繋がる給付縮減を是とした改正案となった。介護保険は、自治事務である。

自治体が地方政府として、市民に対して必要な給付と負担を構築する事が義務付けられており、必要以上の国や都道府県の関与は、地方自治に反するものとなる。市民から保険料を徴収し、給付を保証する第一義的責任は市町村にある。

（2）歪んだ自立概念

介護保険法の第１条に示される「自立」と政府が求める「自立」のずれが存在している。

「第１条　加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、介護・看護・療養上の管理・その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な給付を行うため、国民共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、必要な事項を定め国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」

としている。ここでは要介護状態であっても、能力に応じた自立した生活を目指すもので、決してサービスを使わない事を自立としてはいない。

（3）不公平な負担増

本来社会保険制度は、無拠出である救貧制度とは異なり、構成員相互による拠出型制度として設計されている。あらかじめ起こり得るリスクに

介護保険法改正案（2017年５月26日成立）

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
Ⅰ．地域包括ケアシステムの深化・推進
１．自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進［介護保険法］
全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化
①国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。
②計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
③都道府県による市町村支援の規定の整備
④財政的インセンティブの付与の規定の整備
２．医療・介護の連携の推進（療養病床の見直し）［介護保険法、医療法］
①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設として「介護医療院」を創設
※現行の介護療養病床の経過措置期間については、６年間延長することとし、2023年度末までとする。
※病院又は診療所からの新たな施設類型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。
②医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備
３．地域共生社会の実現に向けた取組の推進［社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法］
①市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制の制度化。地域福祉計画に福祉分野の共通事項を記載し、策定を努力義務化。
②高齢者と障害者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両制度に新たな共生型サービスを位置付け。
③有料ホームの業務停止命令の創設Ⅱ．介護保険制度の持続可能性の確保
４．２割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合の３割への引き上げ［介護保険法］
５．介護納付金への総報酬割の導入［介護保険法］
各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では「総報酬割」（報酬額に比例した負担）を導入
施行期日2018（平成30）年４月１日
（Ⅱ５は2017年８月分の介護納付金から適用、Ⅱ４は2018年８月１日）予定

介護保険制度の負担増と報酬の見直しシミュレーション

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">見直しの項目</td><td colspan="3">内容</td></tr>
<tr><td rowspan="4">負担増</td><td colspan="2">大企業社員らの保険料アップ（2017～20年度で段階的に導入）</td><td colspan="3">40～64歳の保険料に「総報酬割」の仕組みを導入</td></tr>
<tr><td></td><td>協会けんぽ</td><td>健保組合</td><td>共済組合</td></tr>
<tr><td>加入している公的医療保険</td><td>（中小企業社員約1,437万人）
平均年収315万円</td><td>（大企業社員約1138万人）
平均年収456万円</td><td>（公務員約350万人）
平均年収553万円</td></tr>
<tr><td>月額保険料（平均）</td><td>4043円
↓
4284円（241円増）</td><td>5125円
↓
5852円（727円増）</td><td>5125円
↓
7097円（1972円増）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">利用料の月額自己負担の上限アップ（2017年８月～）</td><td colspan="3">一般所得の世帯（単身で年金収入のみの場合年383万円未満の課税世帯が対象　月37,200円⇒44,400円</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">現役並み所得の高齢者の自己負担割合を３割（2018年８月～）</td><td colspan="3">年金収入のみで年383万円以上の単身者が対象　2割　⇒　３割</td></tr>
<tr><td rowspan="2">サービス見直し</td><td colspan="2">生活援助の報酬削減（2018年４月～）</td><td colspan="3">介護保険を使った掃除や調理などの生活援助サービスの報酬を引き下げ、介護福祉士やヘルパー以外の人に期待</td></tr>
<tr><td colspan="2">福祉用具に上限額を設定（2018年度中）</td><td colspan="3">車いすや電動ベットなどの「福祉用具」の貸与価格に上限を設け、超過分は原則介護保険の対象外</td></tr>
</table>

対して、保険料を拠出し財源に充て保険事故が起きた場合に、プールしてある保険財源を、事故の大きさによって再配分する仕組みなのである。したがって、負担は公平に行われるべきであるが、保険リスクとは関係なく、所得が高いから負担が大きいは、保険原理に反するものである。所得の高い人を２割にし、さらに３割負担を求める事は、公平であるはずの保険料負担の原則から逸脱したものである。

８．介護保険に関する国民的議論の必要性

2017年２月７日に閣議決定後、政府は通常国会に介護保険法関連改正案を提出し、５月26日に成立した。

2013年８月の国民会議報告書以降、社会保障制度の改革は、給付減と負担増がセットになって進められている。2018年改正における介護保険制度や医療保険制度の改革は、まさにこの路線に沿ったものである。

比較的余裕のある高齢者とは言え、介護保険と医療保険のWの負担増になっては、経済的負担は大きい。必要なサービスを受けない事やサービスを縮減する事で、経済的な課題を克服する方法などが予想される。さらに、介護は医療よりも優先度が低いため、介護サービスを使わない高齢者が増える事が予想される。

また、家族介護の脱却が当初の理念であったが、給付の減と負担増がもたらすものは、家族介護の復活である。現在の共働き社会での家族介護の復活は、大きな負担を家族に課すことになり、悲しい最期が訪れる事が懸念だけで終わる事を期待する。

そのためには、改めて介護保険は何を提供し、誰がその負担を担うのか、国民的な議論を必要としている。

参考文献：

1．介護保険制度の強さと脆さ　公人の友社　鏡　諭編著
2．大阪市天王寺の歴史　四天王寺HP
3．NHKホームページ「介護殺人」より
4．介護保険事業状況報告（2014年６月）厚労省　HP
5．介護予防のそこが知りたい　ぎょうせい刊　鏡　諭編著
6．厚生労働省　介護予防参加者数　その効果数
7．総括・介護保険の10年　公人の友社刊　鏡諭著
8．厚生労働省HPより　介護保険事業状況報告（暫定）平成26年６月分
9．厚生労働省全国介護保険担当課長会議資料2014年７月28日振興課関係「新しい総合事業について」
10．厚生労働省老健局振興課平成26年10月１日資料Vol.396「介護予防・日常生活総合事業ガイドライン案」についてのQ&A
11．平成24年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書」（平成24年４月現在）では、地域包括支援センターは全国で7072か所あり、70.3％が委託、直営は29.9％となっており、社会福祉法人が53.3％、社会福祉協議会が19％、医療法人16％、その他が12％でその中でも株式会社は、2％となっている。
12．オフィスハスカップ2016.8.介護保険勉強会資料
13.「貧民の帝都」塩新　鮮一郎著　文春新書刊
14.「日本の医療政策を問いなおす」島崎　謙治著　ちくま新書刊
15.「母さんごめんもう無理だ」朝日新聞社会部　幻冬舎刊
16．稲城市の.総合事業事業の取り組み