

# 介護分野の提言に関する論評

—地域の才覚が問われる時代に—

齋藤 香里

千葉商科大学商経学部専任講師

## 信頼に足る道標としての報告書

2025年(平成37年)には、団塊の世代がすべて後期高齢者となるため、要介護者ならびに認知症高齢者の急増が想定されている。社会保障制度改革国民会議(以下、「国民会議」という。)は、社会保障制度改革国民会議報告書(以下、「報告書」という。)において2025年の日本における社会保障制度のあり方を「21世紀(2025年)日本モデル」と名付け、2025年を念頭においた制度構築と将来の世代に確かな社会保障制度を伝えるための道筋を示している。

2013年度末の国債残高は約750兆円にも上る見込みであり、これは国民一人当たり約588万円になる。さらに、2013年度の政府の一般会計歳入をみると、税収の占める割合は約47%にすぎず、国債発行による資金調達額が税収を2.6ポイントも上回っ

ている。そして、国の一般会計の一般歳出(一般会計から国債費及び地方交付税交付金等の歳出を除く)に占める社会保障関係費の割合は約54%である。このような厳しい財政状況のもとで、持続可能性のある社会保障制度への改革が喫緊の課題である。

超高齢社会となった日本社会、経済及び社会保障制度の現状と問題点などを鑑み、総合的に判断すると、これからの日本における社会保障制度の姿として国民会議が報告書で示した社会保障制度改革の方向性と諸提案は、信頼に足るものであるといえる。

本稿では、報告書の介護分野に関する提言への論評を主に行う。報告書の介護分野に関する提言は、介護保険制度の持続可能性を確保するために、介護給付の重点化と効率化、そして世代間・世代内の負担の公平性の観点に立った制度の見直しを検討したものであり、現在の日本社会における高齢者の介護問題のみならず、医療との連携を提案するなど、多岐にわたる。本稿では、まず、介護に関する全提言を一つひとつ考察するのではなく、報告書の提言について「地域」に着目し、検討する。なぜなら、報告書の介護分野における多くの提案は、地域格差を生じさせることが憂慮されるからである。次に、社会保障制度を支える「負担」のあり方の見直しについての提案のうち、介護分野の負担の見直しについて論考する。最後に、報告書が示した医療・介護サービスの提供体制の改革は、優れたものであると評価する。

### さいとう かおり

東洋大学大学院経済学研究科博士後期課程修了。博士(経済学)。専門は、社会保障論・財政学。千葉商科大学商経学部専任講師。

著書 『ドイツにおける介護システムの研究』(2011年、五紘舎)で、国際公共経済学会賞(2012年)を受賞。

## 国民会議は改革推進法等に基づいて審議

国民会議は、2012年8月に成立した社会保障制度改革推進法（以下「改革推進法」という。）によって、設置されたものである。

同会議は、改革推進法に規定された「基本的な考え方」、社会保障4分野に係る「改革の基本方針」及び民主党・自由民主党・公明党の三党実務者協議でとりまとめた検討項目に基づき、審議を行った。

介護保険制度改革についての審議は、改革推進法第7条に基づいてなされた。

改革推進法第7条とは、「政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス（以下「介護サービス」という。）の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする。」である。

なお、2012年11月16日の三党実務者協議における検討項目のうち「介護の改革」については、改革推進法第7条とほぼ同文である。

## 好評な報告書とプログラム法案への批判

改革推進法（第4条）において、政府は改革推進法の基本方針に基づき、社会保障制度改革を行うものとし、このために必要な法制上の措置については、この法律の施行後1年以内に、国民会議における審議の結果等を踏まえて講ずるものとする、とされている。国民会議の審議の結果は報告書にとりまとめられ、同報告書は2013年8月6日に安倍晋三内閣総理大臣に提出された。報告書は、第1部「社会保障制度改革の全体像」と、第2部「社会保障4分野の改革」から構成されている。そして、国民会議での審議の結果を踏まえた「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく『法制上の措置』の骨子」が、2013年8月21日に閣議決定された。これに基づいて、「持

続可能な社会保障制度の確立を図るため講ずべき改革の推進に関する法律」（以下、「プログラム法案」という。）が10月の臨時国会に提出され、法案成立後に分野別の法案が2014年の通常国会から提出される予定である。

報告書についての評価は高いが、報告書を踏まえたとされる「プログラム法案」に対しては批判が多い。

二木立氏は「社会保障制度改革国民会議報告を複眼的に評価し「プログラム法案」を批判する」（『文化連情報』2013年10月号（427号））において、プログラム法案の社会保障制度改革の理念は、報告書を「踏まえ」ていないだけでなく、報告書の基礎になった改革推進法からも逸脱していることを指摘している。さらに、プログラム法案に含まれている施策の大半は、国民会議報告を「踏まえて」いるが、今後、国家財政や医療・介護保険財政の悪化を理由にして、国民会議報告には含まれていないより一層の患者・利用者負担増などが実施される可能性があると言っている。

なお、二木氏は、報告書における介護分野の提言の大半は厚生労働省の諸文書や社会保障審議会介護保険部会ですでに示されていたものであるが、「地域包括ケアシステムというネットワーク」という表現から明らかなように、報告書の「医療・介護サービスのネットワーク化」を論じたところが、「地域包括ケア」を「システム」ではなく「ネットワーク」と明確に位置づけている点において従来の厚生労働省の公式説明と異なる、と指摘している。

国民会議第1回（2012年11月30日）の審議において、宮武剛委員は、「（推進法の）第4条に『必要な法制上の措置については、法律施行後1年以内に国民会議の審議結果等を踏まえて講ずる』と書いてございます。そうすると、こういう国民会議での議論を踏まえた法律というものは、どんなイメージのものなのか。あるいはこれは講じることもあるし、講じないこともあるのかどうか、基本的なことを教えていただけませんか。」と質問している。これに対し、岡田克也副総理の回答は、「ここで御議論いただいたことを順次

法律の形にして国会で御審議いただき、成立させていくということでもあります。」であった。

国民が、報告書を道標として、プログラム法案さらに2014年の通常国会に提出される予定の各法律案について活発に議論することを期待する。

なお、国民会議委員の山崎泰彦氏（神奈川県立保健福祉大学名誉教授）は、社会保障審議会介護保険部会部会長を務めており、今後の介護保険部会でのさらなる審議が注目される。

## 介護問題の解決は地域力に託された

社会保障制度は、特に子育て、医療、介護などの分野においては、そのサービスが地方公共団体を通じて提供されていることもあり、その責任主体が社会の成熟とともに、「国」から「国と地方」へ、さらには「国、地方（都道府県・市町村）そして地域」にまでひろがりつつある。報告書に「地域」あるいは「地域」を含んだ言葉は、130回登場している。私たちを幸せにする社会保障制度改革の成功は、地域力にかかっている。

介護分野においても、諸問題の解決は地域力に託されたといえる。そして、市町村と地域が取り組まなければならない介護に関する最も重大な課題は、「地域包括ケアシステムの構築」である。

## 地域包括ケアシステムの構築が画餅に帰さぬように

報告書は、介護保険改革の最大の課題は「地域包括ケアシステムの構築」と明言している。

医療・介護の提供体制の再構築ともなる地域包括ケアシステムというネットワークの構築については、国民会議の審議においても指摘されていたが、各地域においてその地域にふさわしい具体的な成功像を描くことは容易ではない。なぜなら、地域包括ケアシステムは全国で画一的に導入することができるシステムではないからである。

地域により、高齢化率、介護需要のピークの時期、

地域の有する社会資源、そして介護問題解決の力量も異なっている。市町村ごとに中学校校区単位とする地域包括ケアシステムの構築は、介護保険導入と同レベルの大事業であり、特に都市部以外での同システムの構築は容易ではないことが予想され、構築に成功する地域とうまく機能させることができない地域との地域格差の拡大が懸念される。

## 予防給付についての地域格差

報告書には、改革推進法第7条の「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る」ために、基本的に全国一律の人員基準・運営基準で給付が行われている予防給付の見直しが必要とある。

要介護者に対する介護予防給付については、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組等を積極的に活用しながら柔軟かつ効率的にサービスを提供できるよう「地域包括推進事業（仮称）」に段階的に移行させていくべきであると提言されている。

要介護度の重度化を予防する介護予防給付の地域包括推進事業への移行は、市町村によってその取組と効果において、地域格差が生じることが憂慮される。

なお、この移行により介護予防給付は介護保険制度の対象から除外されるのではなく、財源の構成は現行通りである。

また、報告書には、消費税増収分を介護予防の基盤整備にも活用するように提案されている。

## 地方と地域が担う介護に関する諸施策

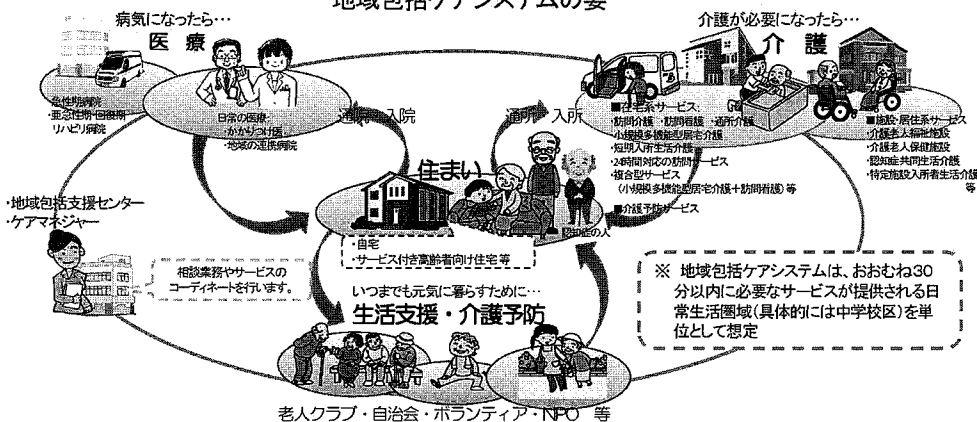
報告書において、主に地方と地域にその地域力によって問題解決が期待されている介護に関する諸施策は、その多くが地域包括ケアシステムの構築に包括されるものであるが、医療・介護の提供体制の再構築、医療・介護のあり方を地域ごとに考えていく「ご当地医療」、介護サービスの24時間の定期巡回・

図1 地域包括ケアシステム

## 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**

### 地域包括ケアシステムの姿



出所) 第15回社会保障制度改革国民会議(平成25年6月13日)への厚生労働省老健局からの「地域包括ケアシステムについて」の提出資料より

随時対応サービスや小規模多機能型サービスの普及、認知症高齢者に対する初期段階からの対応・生活支援サービスの充実を図るといった認知症対策、などがある。

さらに、「21世紀型のコミュニティの再生」という「地域づくり」も期待されている。地域内の住民主体のサービスやボランティア活動などのインフォーマルな助け合いの取組を積極的に進めるべきと提案されているが、これにも地域格差が生まれることは必定であろう。

### 応能負担の視点から負担の見直し

報告書では「負担」という言葉が145回も使われているように、社会保障制度改革においては負担のあり方を考えることが肝要である。持続可能な社会保

障制度の構築を支える負担のあり方についての報告書の基本方針は、「負担可能な者は応分の負担を行う」ことによって社会保障の財源を積極的に生み出し、将来の社会を支える世代の負担が過大にならないようにすることである。

報告書では、介護サービスの利用者負担の見直しを提案している。すでに、医療保険では、75歳以上の高齢者の患者負担は基本的に1割負担であるが、現役並みの所得を得ている70歳以上の高齢者の患者負担は2006年10月より3割となっている。介護保険においても、一定以上の所得のある利用者負担は引き上げるべきであると提案されている。なお、介護保険は医療保険と異なり、利用者自身が利用するサービスの量を決定しやすいことなど、医療保険との相違点に留意する必要があることが記されている。

高所得者の利用者負担引き上げは首肯できるもの

である。但し、介護保険サービスは医療と違い利用者が負担額を考慮し選択できるということから、制度としては複雑になるが医療保険のように患者割合の設定を「現役並み所得者」と「それ以外」の2段階ではなく、多段階に設定することが望ましい。

低所得の高齢者であっても、資産があるケースもある。介護施設に入所する場合には、世帯の課税状況や課税対象の所得（フロー）を勘案して、補足給付がなされている。それゆえ、保有する居住用資産や預貯金が保全されることになる可能性がある。この対策として、補足給付に資産（ストック）も勘案すべきと提案されている。

さらに、低所得と認定する所得や世帯のとらえ方について、遺族年金等の非課税年金や世帯分離された配偶者の所得等を勘案するよう見直すべきであると提言している。

「低所得者の定義」については、今後も検討する必要がある。

介護分野においてもこのように、負担する能力のある要介護高齢者にはより負担を課す制度を提案する一方で、負担する能力のない低所得高齢者に対しては、住まいの確保や、第1号保険料について基準額に乗ることにより負担を軽減している割合を更に引き下げ軽減措置を拡充する提案がなされていることは、高く評価できる。

介護納付金に総報酬割導入案も、応能負担原則を取り入れるという提案である。消費税率が上がるといった増税による国民の負担増は、国民にとって自明である。それに対し、社会保険料の引き上げについては国民的論争とはほとんどなりえず、さらに、介護納付金を加入者割から総報酬割への変更が、多くの第2号被保険者にとって負担増になることは、国民にとって理解しづらいと思われる。総報酬割導入による負担増額は、国民会議事務局の提出資料（2013年6月13日「さらに議論すべき事項②（関係資料）、

70ページ）によると、医療保険者によって異なるが、健康保険組合（全1443組合）平均で労使含めて月額641円と推計されている。なお、協会けんぽは、276円負担が軽くなる。健康保険組合でも、組合によって異なり、上位10組合は平均4964円負担増となるが、下位10組合では平均1336円負担減となる。

負担の公平性の観点から介護納付金に総報酬割の導入は賛成できるが、多くの40歳以上の国民にとって負担増につながるということを詳しく説明する必要もあろう。なお、介護納付金の総報酬割導入については健康保険組合連合会は反対している。後期高齢者支援金に対する全面報酬割の導入と合わせて、今後の動向を注視する必要がある。

## 医療・介護サービスの提供体制改革に期待

国民会議の報告書が示した提言の最重要事項は、医療・介護サービスの提供体制改革についてである。

報告書は、現在の日本の医療システムの問題点を指摘し、従来の「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実際には医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療システムに変わるべきであると主張している。そして、「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを推し進めようと、医療と介護の一体的な見直し、そして地域の社会資源を活用しながら医療と介護にかかわるあらゆるひとの円滑な連携を図る地域包括ケアシステムの構築を提案している。

日本における医療・介護サービスの提供体制の改革、すなわち医療システムの改革及び各地域で地域包括ケアシステムの構築が成功することを、切望するものである。■