

# 施行5年目の介護保険制度 見直しに向けた 議論における論点

中村秀一氏 厚生労働省老健局長

2005年の通常国会の法案提出を目指し、介護保険制度の見直しの議論が進んでいる。重要な論点としてどのようなことがあるのか。厚生労働省老健局長・中村秀一氏にうかがった。

## 見直しの三つのポイント

まず、介護保険制度導入の趣旨からうかがいたいと思います。

**中村** 急増していく高齢者の介護ニーズに応えるためにはいかなる制度をつくるべきか、1990年代半ばから大議論があり、その末に介護保険法がつくられ、2000年4月に施行されました。それ以前の公的介護は行政の措置で、税金で賄われていましたから、あくまで予算の範囲内でのサービス給付であり、サービスを受けたいときは、市区町村の窓口で手続きをしてサービスを受けようとしても、必ずしも受けられるかどうか分からない、といった状況でした。そうではなく、保険料制度にして、介護サービスが必要とき、使えるようにしよう。それが制度の理念のひとつでした。制度設計としては、高齢者の状態に応じて、要支援および要介護1から5まで6段階の要介護度を設定する。申請されれば、要介護度を調べ、必要性が認められれば、それに応じ

たサービスを給付するというもので、財政的には、利用者が1割負担、残り9割を税金と40歳以上を被保険者とする保険料で賄うシステムです(2頁・資料1参照)。

国民の間にサービスの利用という意識が広がり、利用も伸びているようです。

**中村** スタート前は懐疑的な見方をされる方もいました。保険料だけ取られ、サービスはそれほど増えない。いわば「保険あって介護なし」の状況になるのではないか、という声もありましたが、今やその懸念は完全に払拭されています。2000年4月から今日まで、サービス利用者は149万人から298万人と倍増しています(3頁・資料7参照)。また、介護ビジネスが起こり、多くの雇用が創出されたことも大きな

成果と言えるでしょう。ただし、制度の広がりとともに費用も膨張しており、2000年度の介護保険の総費用は3兆6,000億円でしたが、2005年度には6兆7,000億円と、5年間で86%もの伸びを示しています(3頁・資料5参照)。コストを負担する立場からすれば、財布の大きさを超えて負担が伸びているとも言うことができ、特に今後の推移が懸念されるどころです。



超高齢社会の到来という懸念材料があるわけですね。

**中村** 既に現時点において、日本は先進国中で最も高齢化率の高い国ですが、これで終わりではなく、「2015年問題」、「2025年問題」という難関が迫りつつあります。現在の65歳以上人口は約2,400万人ですが、2015年には3,300万人になると予測されます。今後10年間の高齢化率の上昇は30%を超える猛烈なスピードです。さらに2025年には、団塊の世代が75歳を迎え、介護ニーズが増す後期高齢者に入っていきます。わが国は、前人未到の超高齢社会への最後の急な上り坂に差し掛かろうとしており、ここを乗り越えるか、まさに勝負どころです。

今後の保険料の上昇をどのように予測されていますか。

**中村** 介護保険は地方分権的な制度であり、保険料は、3年ごとに市区町村で事業計画を策定して、それをもとに算出します。最初の3年間の保険料水準は全国平均で高齢者一人当たり1カ月2,911円でしたが、2003年4月には3,293円と13%アップしました(3頁・資料6参照)。2006年4月が次の見直し時期に当たりますが、現段階の試算では4,300円となり、さらに2012年には6,000円と予測されます(7頁・資料参照)。高齢化に伴って保険料が伸びるのはやむを得ないとしても、何とか伸び率を低下させたい。それが大きな課題です。

介護保険法の付則で施行5年目の見直しが定められています。どのようなことが重要な論点になりますか。

**中村** 見直しのために社会保障審議会の介護保険部会でご議論いただき、2004年7月に「介護保険制度の見直しに関する意見(以下、意見書)<sup>1</sup>」がまとまりました。それには三つのポイントがあ

ります。

第一に、制度の「持続可能性」です。申し上げたように超高齢社会に向け、制度を維持するため、いかに費用を抑えていくか。

第二が、予防介護の重視です。要介護状態にならないようにしたり、状態を悪化させないようにする。それによって明るく活力ある超高齢社会を構築していくこと。

第三に、「社会保障の総合化」です。年金改革の議論で、「国民の財布は一つなのに年金、医療、介護と社会保障制度を別々に考えるのはおかしい」との指摘がありましたが、社会保障全体の中で介護保険の位置付け、社会保障制度相互の関係を考えようということです。

## 保険料の抑制

第一のポイントとして挙げられた「持続可能性」について詳しくご説明ください。

**中村** 「給付の効率化、重点化」を柱としています。まず、現状分析ですが、現在、介護保険で使われているサービスは約6兆円で、そのうち約3兆円が施設サービスに使われ、残り約3兆円が在宅サービスで使われています。額としては半々ですが、利用者の割合を見ると4人に1人が施設、3人が在宅となっています。また、カテゴリーとしては、要介護認定に該当した人のうち比較的軽い要支援・要介護1の人が、全体の48%を占めています。

軽度の方の中にはヘルパーを家政婦代わりに使っている人がいる、との声もあります。

**中村** 重度の要介護高齢者の出現状況を見ると全国ほとんど均一ですが、軽度の方については出現状況に顕著な地域差が見られます。最も相関関係の強

いのがサービス申請率です。申請が多くなれば、該当者も増える。そこまでは説明可能ですが、では、どうして申請する人が多いのか。地域の住民の意識もあるでしょう。サービスを供給する側が需要を誘発しているかもしれない。いろいろな想定が可能で、ここは研究課題です。

自己負担を1割から2割に引き上げてはどうか、という意見が出ていますが。

**中村** それについては、部会は慎重な立場をとっています。今、何が起きているかということ、極めて強い施設志向です。在宅の介護能力が低いことも原因ですが、比較的軽い状態の高齢者でも、施設入所志向が大変強いのです。今の状況のまま自己負担を2割にすれば、どうなるか。施設のほうは月当たりの自己負担の天井が決まっています3万7,000円程度で頭打ちですから、負担はほとんど変わらない。相対的に在宅の負担がますます重くなり、施設志向が強まるだけです。せっかく在宅でがんばろうとしている方が損をすることになる。

施設にはそれだけのメリットがあるということですね。

**中村** 何しろ施設は3食と風呂付きで、24時間ケアで、金額に換算すれば、特別養護老人ホームなら30万円超、介護療養型医療施設なら44万円超のサービスを受けることができ、しかも自己負担はわずか5万円程度です。また、施設介護のホテルコストや食費は介護保険給付でも賄われており、年金に含まれている生活費と二重に給付されている状態です。年金からすべての生活費を捻出しなければならない在宅介護と比較した場合、施設の方が割安に感じられるでしょう。そこでわれわれは、低所得の方については別途配慮を講じるとして、負担できる方には施設利用に当たって食費や部

<sup>1</sup> 「介護保険制度の見直しに関する意見」：2004年7月30日に社会保障審議会介護保険部会がまとめたもの。同部会が2003年5月以来続けてきた審議の中で浮かび上がった、制度見直しの基本的な考え方や、制度見直しの具体的内容などが明らかにされている。

屋代、光熱水道費などを負担していただくことを提案しました。

第二のポイントとされた「予防重視型」はどのような内容でしょう。

**中村** 介護保険を施行する中で、新たにいろいろなことが分かってきましたが、その中に予防の重要性があります。例えば、下肢が弱るところから要介護状態になっていくことや、高齢者も筋力をつけることで回復する可能性があること。逆に、高齢者に車椅子や電動ベッドを給付したり、買い物代行したりというような、よかれと思っているサービスが高齢者を不活発にして、むしろ要介護度を悪化させることがあるといったことも指摘されています。そのような新たな知見を踏まえ、元気で活力ある高齢期を迎えることができるようにするため、軽度者のためのサービスのメニューやマネジメントを予防型に切り替えようということで、具体的には、市町村の責任で総合的な介護予防システムを確立していただきたいということがあります。

予防に力を入れることで保険料を抑制する効果も期待されているわけですね。

**中村** 税金と保険料で出している部分は現在5兆5,000億円ですが、このままの制度ですと、2012年度10兆6,000億円に達してしまうが、介護予防に力を入れ、食事や居住費の自己負担を認めていただければ、8兆7,000億円まで圧縮できる。保険料額で言えば、2012年に6,000円と想定される保険料を4,900円に抑えられるとみています。

介護予防の担い手としてのホームヘルパーですが、現在は家事援助と身体介護しか学んでいません。介護予防に対応していくために、介護職の教育のあり方についてどのような議論が行われていますか。

**中村** サービスの提供者については、質の向上、労働環境の改善について意見書でも指摘されていますが、われわれとしても「介護サービス従事者の研修体系のあり方に関する研究」で議論を重ね、その内容を11月10日に公表しました。ややもすると福祉従事者が不安に感じていたところにメスを入れ、介護職の一生のキャリア体系を示し、それを達成するための「キャリア開発支援システムの構築」を提言したもので、介護職員については介護福祉士によるサービスを基本とし、介護福祉士になるまでの養成の考え方をホームヘルパーや施設職員についても示すなど、かなり具体的なかたちでお示しできたと思っています。

外国人労働力の受入れについては、どのように対応されるお考えですか。

**中村** FTA(自由貿易協定)で、フィリピンやタイが看護や介護分野の労働者の受け入れを求めてきています。交渉事項でありますので、詳細は申し上げられませんが、基本的な考え方としては、日本の国家資格取得を前提にすること、したがって日本語を使えることが必要になりますし、人数の枠を定めることなどを軸に交渉しているところです。

## 地方分権的な制度

三点目のポイントの「社会保障の総合化」についてご説明ください。

**中村** 見直しの議論で重視されたのが医療保険との関係です。介護保険は、要介護状態になっても、できるだけ自宅で普通の生活を維持する「在宅重視」という理念がありますが、在宅介護には医療ニーズと介護ニーズがあり、要介護状態が重度になればなるほどニーズが重複してきます。したがって、両制度の関係をきちんと整理しておかなければなりません。

利用者が適切なサービスを切れ目なく受けることができるようにするためです。

障害者福祉との関係についてはどのようにお考えですか。

**中村** それについては、世間ではやや誤解されているようです。「障害者福祉との統合」という言い方がされますが、法律的に言えば、介護保険法が一般で、障害者のための支援費制度<sup>2</sup>が特別の関係です。65歳以上で身体障害のある方は介護保険でサービスを受け、共通する部分は支援費制度が引っ込むという整理になっています。そして、介護保険のメニューにないサービスを利用するときは、支援費制度で上乘せ・横出しされています。つまり、65歳以上については既に両者の適用関係が整理されています。何が論点かという点、介護保険の対象を年齢で限定せず、全年齢にすることの是非です。介護保険が65歳未満の全年齢に適用されることになれば、若い要介護の障害者に対しても、まず介護保険が適用され、特別なサービスが必要で、それが介護保険のメニューにないのであれば支援費制度が上乘せ・横出しで適用されるということになります。このように両制度の関係は、一般制度と特別制度の適用関係の整理の問題なのですが、世の中にはその点が必ずしも正確に伝わっていないようで残念です。

国民の関心は、保険料を負担する年齢を何歳からにするかという点なのでは。

**中村** 介護保険制度は40歳以上の方が支え、原則65歳以上の人の介護に給付するかたちで始まりましたが、当初から被保険者を20歳以上として、全年齢を給付の対象にすべき、という意見がありました。意見書もこの点について結論を留保しており、なお議論を継続中です。

被保険者の年齢引き下げに対す

2 支援費制度：2003年4月に始まった、身体・知的障害者の福祉制度。事業者と契約してサービスを自主的に選択・利用するのが特徴(11頁・資料参照)。

る慎重論にはどのようなものがあるのでしょうか。

**中村** 代表的な消極論は、若年者を中心に公的年金制度への抵抗感がある中、さらなる負担をお願いできるのかというものです。一方、積極論を取る方は、いくつかのメリットを挙げられます。年齢や原因によって対象者を制限すれば制度上不合理が生じること、障害者を住民全員で支えていくノーマライゼーションの意識を高めることにつながるなどです。

ちなみに被保険者の年齢引き下げの効果について試算しましたが、20歳以上の人に40歳以上の人と同額の保険料を出していただければ、先程、4,900円と申し上げた2012年の保険料を3,900円に抑えられると考えています。

保険者についてですが、自治体ごとの保険料水準に格差があり、小規模な自治体では苦勞されているのでは。

**中村** 介護保険制度は自治体の合併を誘導するツールではありませんが、これを契機に、サービスを提供するための適正な自治体の規模に関する議論が喚起されたことは事実です。現に介護保険制度から合併の話が出たケースもあり、そこまでいかなくとも、広域連合を形成している自治体は少なくありません。

いずれにしても、よりよい制度にしていくためには市区町村の役割が重要です。

**中村** 介護保険制度は、地方分権という点で従来にない制度をつくることを目的としたものです。市区町村ごとに保険料を決めるため、それぞれの市区町村で給付と負担が明確に連動する仕組みです。自分たちのまちでは、要介護者をどう支えていくのか。在宅か、病院か、老人ホームか、地域の実情に合わせて考える。そこに市区町村の工夫の余地がある。そのような発想です。見直しに当

## 資料 第1号保険料(全国平均)の見直し

(1) 現行制度のまま推移した場合  
第3期以降の介護保険料は、介護給付費の見直しと同程度の伸び(約20~30%)で上昇するものと見込まれる。

	平成15~17年度 (第2期)	平成18~20年度 (第3期)	平成21~23年度 (第4期)	平成24~26年度 (第5期)
現行制度のまま推移した場合	3,300円	4,300円	5,100円	6,000円

(2) 制度改正を行い、給付の効率化・重点化を図る場合  
給付の効率化・重点化の進展ケースに応じて、第3期以降の介護保険料の上昇は一定限度に抑えられることが見込まれる。

		平成15~17年度 (第2期)	平成18~20年度 (第3期)	平成21~23年度 (第4期)	平成24~26年度 (第5期)
給付の重点化・効率化	ケース	3,300円	3,900円 (400円)	4,400円 (700円)	4,900円 (1,000円)
	ケース	3,300円	3,900円 (400円)	4,500円 (600円)	5,200円 (800円)

上記の試算は、制度改革を平成18年4月から実施するケースとして試算しているが、居住費用・食費の見直しを平成17年度中に実施した場合には、第3期の保険料について更に一定程度の引き下げが見込まれる。

出所：厚生労働省老健局「全国介護保険担当課長会議資料」

たっては、そこをさらに徹底し、市区町村の裁量や自主性を重んじ、その権限を強化する方向で考えています。それは市区町村のためだけではありません。新たな介護モデルに対応するための必然でもあります。介護保険を始めて改めて分かったことのひとつに、痴呆性高齢者<sup>3</sup>の問題が予想以上に大きい、ということがあります。要介護認定される方の約半数が痴呆の問題を抱えているのですが、従来の介護制度は身体ケアモデル中心ですから、痴呆性高齢者のケアに対応できる新たなモデルが必要です。居場所ひとつをとっても、特養や病院などのような人工的、無機質な施設は、痴呆性高齢者を最も混乱させる。既存の施設より普通の生活に近い状態にする方がよいことが分かってきました。施設なら、人為的に模擬自宅をつくるグループホームがよいと考えられています。落ち着ける空間で、顔馴染みの仲間と一緒に、しかもそれぞれのペースに合わせてゆったりと生活していただくというもので、1980年代末にスウェーデンで開発され、日本では介護保険制度を契機に全国で爆発的に増えています。また、痴呆の高齢者を混乱させないためには住み慣れた地域から離してはならないとされます。昔からの人間関係のある地域となれば、徒

歩圏となりますから、市区町村でさえ広過ぎる。中学校区や小学校区など徒歩で移動可能な程度の「サービス圏域」を設定して、その中でサービスの拠点を整備すべきではないか。そのようにケアのモデルを見直せば、行政手段もそれに応じたものにしなればなりません。全国一律ではなく、市区町村がそれぞれの地域の事情を考慮し、独自性をもって手作りのサービスを提供できる。そういう地域密着のサービス体系を構築できるようにしたいと考えています。

今後のスケジュールは。

**中村** 意見書を受け、政府内の調整、与党との調整をし、来年の通常国会に法案を提出する予定です。議論を精力的に進め、年内に大筋を固めたいと考えています。

厚生労働省老健局長

## 中村 秀一(なかむら しゅういち)

1973年東京大学法学部卒業、厚生省(現・厚生労働省)入省。1989年厚生省大臣官房政策課企画官。1990年厚生省大臣官房老人保健福祉部老人福祉課長。1991年厚生省大臣官房老人保健福祉部老人福祉計画課長。1992年厚生省年金局年金課長。1995年厚生省生活衛生局水環境部計画課長。1996年厚生省保険局企画課長。1998年厚生省大臣官房政策課長。2001年厚生労働省大臣官房審議官(医療保険・医政担当)。2002年厚生労働省老健局長(現職)。

読者の皆様のご意見・ご感想をお寄せください。

[h-bunka@lec-jp.com](mailto:h-bunka@lec-jp.com)

3 今回本誌では、現在一般的に使用されている「痴呆」という呼称で統一させていただいておりますが、「痴」と「呆」という漢字が侮蔑的な意味を持つことから、厚生労働省は「痴呆」に変わる新たな呼称「認知症」への切り替えを進めていくこととしています。

## 介護保険5年目の改革!

～高齢者の自立を実現する自助と公助のバランス論～