

## 2005年介護保険制度見直しの論点

総合研究部 丹下 博史



### (要旨)

10月27日、社会保障審議会 介護保険部会において、2005年に予定されている介護保険制度改正の見直しの論点と審議スケジュールが示された。

見直しの最大のポイントが「被保険者年齢の拡大」である。早くも厳しさを増す介護保険財政に対して、保険料徴収対象を若年層まで広げて財政を安定させようとする考えだ。しかし、そのためには若年層の負担の問題や障害者福祉との整合性など多くの難題を解決する必要がある。

在宅サービスとの公平性の視点から、施設サービス（特別養護老人ホーム）の利用者負担についても見直しの論点に上げられている。この問題については、今年度から新型特養が居住費の徴収に踏み切ったことにより、従来型特養についても居住費部分が利用者負担化される可能性が高くなった。また一部の委員からは、定率負担そのものについても見直しを求める意見が出ている。

給付対象や給付内容については、要支援者に対する予防給付の問題が論点の一つとなっている。これは予防給付が重度化を防ぐ効果を上げていないという指摘に沿うものであり、予防給付の在り方は勿論、要支援者の位置づけについてもメスが入られる可能性が生じている。

### はじめに

去る10月27日、社会保障審議会 介護保険部会は2005年に予定されている介護保険制度改正について、厚生労働省がまとめた見直しの論点と審議スケジュールを了承した。それによると、今年度中に、保険者の在り方、被保険者の範囲、保険給付の内容・水準（利用者負担を含む）、サービスの質の確保、要介護認定 - など8項目について議論し、来年6月を目処に意見を集約することとなった。

介護保険部会は今年5月に見直し議論の場として設置され、制度の施行状況を検証しながら論点整理を進めてきた。本稿では、それらを踏まえた上で見直しの主な論点について解説する。

### 介護保険財政の状況 ～保険者の25%が資金借入れ～

まず、見直しの背景として、過去3年間の制度施行状況を振り返ると、制度開始直後、見込みよりも少ない要介護認定者で運営が開始された介護保険制度であるが、第1期（2000～2002年度）の途中からは、想定していたペースを大幅に超えて要介護者が増加する状況が続いている。それに伴って、給付費も市町村保険者が介護保険事業計画で見込んだ数値を上回って膨らんでおり、2000～2002年度の間で1.3倍強（年平均14%増）に増加している。サービス類型別にみると、施設サービスの給付費が1.1倍強の増加に止まったのに対し、在宅サービスが1.6倍と急増している（資料1）。増加要因を分解すると、在宅サービスでは要介護1を中心とした軽度要介護者のサービス利用者の増加が給付費を大きく押し上げているほか、施設サービスでは要介護5の給付費が利用者増によって伸びていることが分かる。

このような給付費の急増に伴って、財政状況は早くも厳しさを増している。第2期事業期間（2003～2005年度）に入って介護保険料の見直しが行なわれたが、第1号保険料の全国平均月額額は前期比13.1%増の3,293円となり、第1期には見られなかった4,500円を超える保険料の保険者が多数出現している。しかも、2期目の保険料見直しでは年平均7%の給付費増を前提として見込んでいるが、直近の実績は年平均10%強の増加で推移しており、このままでは第3期目（2006年度～）以降に保険料の大幅な引き上げが必要になる。また、介護保険制度では予想以上の給付費の増大や保険料収納率の低下に備えて「財政安定化基金」が各都道府県に設置されているが、ここから資金貸付を受ける保険者が急増しており、2002年度末時点で、全保険者の約4分の1に上っている。

財政状況を地域別に見ると、全国平均と比べて「要介護認定率が高い」「施設サービス利用率が高い」地域で財政悪化が進んでいる（資料2）。特に状況が厳しい沖縄県では保険者の9割近くが貸付を受ける状況になるなど、一部地域で介護保険制度は早くも財政破綻の危機に瀕している。

このため厚生労働省は、貸付返済期間の延長と保険運営の広域化に対する財政補助という2つの措置を打ち出している。また、介護保険部会では、の「保険者の在り方」について、こうした地域間格差を踏まえた上で保険者を都道府県単位とするなどして規模を拡大し、制度運営の安定化を図るべきだという意見が一部から出ている。

### 被保険者範囲の見直し ～難航が予想される被保険者年齢の拡大～

このような厳しい財政事情のなかで注目される見直しの最大のポイントが、の「被保険者の範囲」の拡大である。保険料の徴収対象を若年層まで広げることで保険料の大幅引き上げを抑え、財政を安定させようとする考えだ。一部の報道では被保険者年齢を引き下げる方向で意見集約されているかのように報じているが、多くの難題を解決する必要があり、介護保険部会の議論の先行きも不透明だ。

そもそも、介護保険制度設計時の初期の厚生省案も、被保険者を20歳以上、給付対象を65歳以上としていた。しかし、給付を受けられない若年層に負担を求めることについて与党が難色を示したことに加え、給付対象に若年障害者を含めることについても、生活支援的な介護保険制度のサービス体系に、職業訓練や雇用確保といった若年障害者が必要とする社会参加促進的な給付は馴染ま

資料1 要介護度別 給付費・利用者数・利用者1人当たり給付費（月平均）

在宅	14年度 給付費	12年度を100とした場合		
		給付費	サービス 利用者数	利用者1人 当たり給付費
要支援	99億円	131.5	133.4	98.6
要介護1	417億円	176.8	167.6	105.5
要介護2	329億円	177.5	154.6	114.8
要介護3	269億円	163.4	139.1	117.5
要介護4	233億円	154.0	126.3	122.0
要介護5	226億円	154.9	125.0	123.9
計	1,571億円	164.2	147.6	111.2

施設	14年度 給付費	12年度を100とした場合		
		給付費	サービス 利用者数	利用者1人 当たり給付費
要支援	4億円	27.4	-	-
要介護1	188億円	87.9	88.2	99.6
要介護2	325億円	112.7	114.2	98.5
要介護3	397億円	107.2	108.0	99.3
要介護4	621億円	111.1	113.4	98.2
要介護5	647億円	140.5	144.5	97.1
計	2,182億円	114.4	115.7	98.9

（注1）14年度は3～12月サービス分の平均。

（注2）施設サービスの要介護度別内訳の一部（斜体部分）は研究所推計。

（出所）厚労省「介護保険事業状況報告」ほか

資料2 都道府県別 貸付・交付金およびサービス利用状況

	積立金 貸付・交付 金割合	保険者に 占める貸 付保険者	被保険者 1人当たり 給付	要介護 認定率	在宅		施設	
					利用率	利用者1人 当たり給付	利用率	利用者1人 当たり給付
沖縄県	88.1%	86.5%	24,700円	17.6%	56.0%	98,489円	26.8%	318,211円
高知県	81.5%	32.1%	20,501円	15.5%	48.0%	84,587円	27.7%	331,615円
青森県	75.7%	58.2%	19,399円	16.5%	63.0%	85,488円	20.8%	304,596円
徳島県	69.4%	40.0%	22,198円	17.6%	56.0%	75,951円	26.3%	318,945円
鳥取県	64.3%	50.0%	19,621円	15.5%	55.2%	91,701円	24.9%	303,240円
全国平均	20.4%	25.7%	16,553円	14.1%	57.4%	89,055円	21.1%	311,819円

（注1）積立金に対する貸付・交付金割合の高い5県を抽出。

（注2）認定率とは第1号被保険者に対する要介護認定者の割合。利用率は要介護認定者に対する各サービス利用者の割合。

（出所）厚労省「介護保険事業状況報告（15年1月分）」ほか

ないという意見や、全額公費で実施されている障害者福祉をなぜ保険料負担が生じる保険制度に変更しなければならないのか、という障害者福祉に対する公的責任の問題が指摘され、障害者福祉と住み分けるため、被保険者年齢を40歳以上とし、原則65歳以上を給付対象とした経緯がある。

こうした状況は現在も基本的に変わっていない。近年の社会保障制度改革では、高齢者にも応分の負担を求める方向で見直しが進められているが、仮に現行ルールで被保険者年齢を20歳まで引き下げた場合、高齢者の保険料負担は半分近くに減少し、介護発生リスクが圧倒的に低い若年層の負担が大幅に増加することになる（注1）。若年障害者を介護保険制度の適用対象にするにしても、年金や医療などの保険料引き上げが進められる中で、保険料を負担する現役世代や企業側の反発が予想されよう。

また、障害者福祉サービスでは、2003年度から従来の措置制度を改めた「支援費制度」が施行されたばかりである（注2）。将来的に介護保険制度と統合する方向性が打ち出されたとしても、2005年に具体的な見直しを行うことはタイミング的にもあまり好ましくない。介護保険部会でも、被保険者年齢の引下げと障害者福祉との統合はセットで行うべきという意見が出ており、来年6月までに意見集約ができるか微妙な状況と言えよう。

（注1）現行制度における介護給付費の財源は、50%が公費、残り50%が保険料で賄われる。保険料に関する第1号被保険者（65歳～）と第2号被保険者（40～64歳）の負担割合は人口比で定められ、第2期運営期間においては、第1号被保険者が18%、第2号被保険者が32%を負担する。

（注2）2003年4月から、これまで、行政処分として障害者サービスを決定してきた「措置制度」が改められ、「支援費制度」がスタートした。これは、サービスを提供する施設・事業者との契約に基づき障害者自身がサービスを選択し利用するという新たな制度であり、介護保険制度の仕組みと類似している。ただし、支援費制度では、区市町村が障害程度等を勘案して個別的に支給決定を行うことや、利用者負担が応能負担であることなど、両制度間で異なる点も多い。

### **保険給付の内容・水準の見直し ～住む場所によって異なる利用者負担の是正～**

の「保険給付の内容・水準」の見直しについては、施設サービスと在宅サービスとの公平性の観点から、特別養護老人ホームの「ホテルコスト（家賃・光熱水費等の居住費）」部分に関する利用者負担の是正や定率1割負担の見直しが論点に示されている。

先述したように過去3年間のサービス利用状況を見ると、民間事業者による新規参入が制限されているため、施設サービス給付費は在宅サービスと比べてあまり伸びていないが、特別養護老人ホーム（以下、「特養」と呼ぶ）への入所待ち人数は、むしろ介護保険施行前よりも大幅に増えており、潜在的な需要として施設サービスに対するニーズは高まる傾向にある。その要因として、自宅で介護を受けている場合の居住費は当然保険給付の対象外であるのに対し、特養では保険給付対象になるため、家族を含む利用者側の意向として、家族の介護負担が軽く割安感がある施設サービスの利用に傾く傾向があると見られている。

厚生労働省は、居住環境を改善し、個室・ユニットケアを特徴とする「新型特別養護老人ホーム」を今後の特養ホームの中核と位置づけて整備を進める代わりに、2003年度から新型特養のホテルコストについては利用者負担化（月平均4～5万円前後の負担）に踏み切っている。しかし、住む場所によって利用者負担に違いがあるという根本的な問題は依然解消されておらず、非在宅系サービスの中でも整合性が取れていない（資料3）。

去る6月に提出された社会保障審議会の意見書でも、施設入所の居住費について、介護と年金で重複給付が発生していることが指摘され、応分の利用者負担を求める方向性が示されており、少なくともホテルコストの自己負担化については、部会内でほぼコンセンサスが得られつつある。さらに、医療保険で高所得者の2割自己負担が導入されたことを踏まえた意見と推測されるが、一部の委員から、払える高齢者からは1割以上の負担を求めるべきという声も出ており、定率負担そのものについても見直し議論の俎上に乗せようとする動きが生じている。

### 要支援者の5割が2年で重度化

さらに については、要支援者に対する給付も論点の一つとなっている。

介護保険制度の大きな特徴として、医療保険制度とは違って、要支援者（＝虚弱老人）に対する予防給付が給付内容に含まれていることが挙げられる。これはリハビリテーションなどを行うことで、自立維持をサポートし、給付の効率化を図ろうとする意図だが、それが目的を達していないという指摘があるためだ。

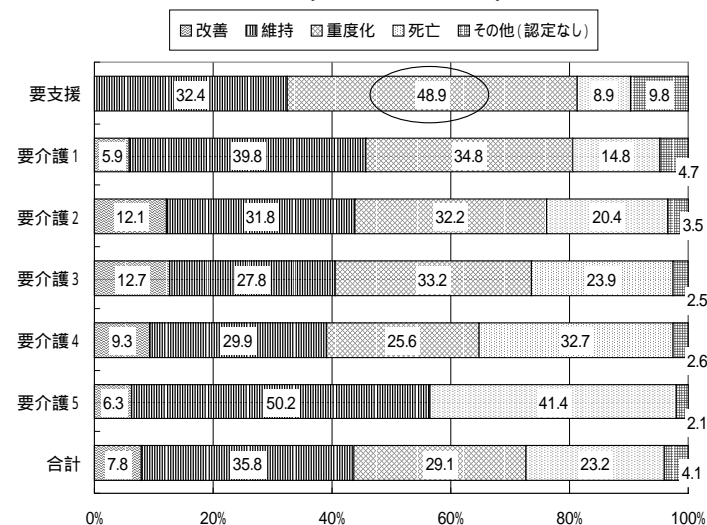
資料4は要支援・要介護者の2年間の要介護度の変化を見たものであるが、2年間で要支援者の48.9%が「重度化」しており、「維持」は32.4%に止まっている（改善は「その他」9.8%の内数）。単純に比較はできないが、要支援者は要介護度1～5と比べても重度化する割合が高いことになる。また、要支援者のサービス利用状況を見ると、認定を受けた人のうちサービスを利用する人の割合は6割強に止まっており、利用額も少ない。しかも、ほとんどが訪問介護（52.3%）と通所介護（34.0%）しか利用していな

資料3 利用者サービス別 居住費等の費用に関する利用者負担

保険給付の対象	グループホーム	特定施設	従来型 特養ホーム	新型 特養ホーム	居室
食費	介護保険の給付対象外（自己負担）	介護保険の給付対象外（自己負担）	標準的な費用は自己負担（1日780円）	標準的な費用は自己負担（1日780円）	自己負担
家賃・光熱水費	介護保険の給付対象外（自己負担）	介護保険の給付対象外（自己負担）	介護保険の給付対象	居室関連部分は自己負担（月4～5万円）	自己負担
<small>（参考）</small>					
食費+家賃+光熱水費+日常生活費の平均月額	7.4万円	N/A	2.0万円（2.3万円）	左記金額+居室利用料	6.5万円

- （注1）グループホームの費用実績は「平成13年介護事業経営概況調査」より。
- （注2）特定施設（有料老人ホーム）では、これ以外に「管理費（管理部門の人員費等）」も給付対象外（自己負担）となる。
- （注3）特養の費用実績は「平成13年介護サービス施設・事業所調査」より計算した食費・特別な室料・その他の平均値の合計である。（ ）は市民税非課税でない一般の人の食費負担額である。
- （注4）居室の費用実績は「平成11年全国消費実態調査」より単身高齢者世帯の家賃、光熱水費、日常生活費の平均月額の合計。
- （出所）経済財政諮問会議資料等から第一生命経済研究所作成。

資料4 認定状況等の変化（H12.10 H14.10）



（出所）厚労省「介護保険部会」資料より作成

資料5 要支援者の介護サービス利用状況

	要介護認定者に占める利用者割合		
	合計	在宅	施設
要支援	64.9%	64.6%	0.3%
要介護1	76.7%	69.9%	6.8%
要介護2	83.3%	64.9%	18.4%
要介護3	87.0%	55.2%	31.8%
要介護4	87.8%	41.0%	46.8%
要介護5	83.7%	35.7%	48.0%

（2002年10月分）

（出所）厚労省「介護給付費実態調査月報」より作成。

要支援者の在宅サービス利用状況

支給限度額に対する平均利用率 44.3%	
各サービスの利用率(%)	
訪問介護	52.3
訪問入浴	0.0
訪問看護	2.5
訪問リハ	0.1
通所介護	34.0
通所リハ	13.5
福祉用具貸与	13.1
短期入所生活介護	0.5
短期入所療養介護	0.1
居宅療養管理指導	2.1
痴呆対応型共同生活介護	0.0
特定施設入所生活介護	0.5

（2003年3月分）

い(資料5)。つまり、予防給付によって重度化を防ぎ、給付の効率化を図るという狙いは、これらのデータを見る限り現状では機能していないと言わざるえない。また、最近の介護給付費の急増の原因は軽度の要介護者の利用者増が主な要因になっているため、市町村保険者などを中心に要支援区分の廃止や認定基準の見直しを求める声が増えている。予防給付の在り方は勿論、要支援者の位置づけについてもメスが入られる可能性が生じている。

## まとめ

以上、介護保険部会の審議事項は多岐に及ぶため、保険財政に対して影響が大きい論点から一部を取り上げたが、～ はまさに制度の根幹に繋がる見直しと言える。その中でも財政状況が厳しくなっていることを考えると「被保険者の範囲」拡大が最大のキーポイントと言え、これが実施できなければ、今後、介護報酬の引下げは勿論、利用者負担や給付内容の見直し等により、給付費の抑制に一步踏み込まざる得なくなるだろう。

また、給付費が市町村保険者の事業計画以上に増加するなかで、の「保険者の在り方」に関連して「保険者機能の強化」も議論のポイントとして重要だ。先述のとおり、財政悪化地域について見ると、「要介護認定率が高い」「施設サービスが多い」という特徴がある。これは介護保険制度が地域差を容認し、地域ニーズに応じて給付水準の高い地域は保険料も高くなるという仕組みであることの表れとも言えるが、実態として市町村保険者にサービス供給をコントロールする機能・権限はほとんど付与されていない。事業者指定の権限は基本的に都道府県にあり、介護保険財政に影響の大きい介護保険施設の整備目標も、最終的には都道府県単位で策定する介護保険事業支援計画や医療計画において広域的に調整されて決まる(注3)。また、最近では建設ラッシュが続く有料老人ホーム(特定施設)の保険料問題など、保険者である市町村に介護保険事業者を指定、指導・監査する権限がないことによる制度矛盾が生じている(注4)。保険者規模の適正化も重要であるが、介護保険制度についても持続可能性が問題視されるなか、供給をコントロールし、負担可能な範囲に給付を抑える仕組み造りも重要なポイントになるのではないだろうか。

(注3) 施設サービスのうち、入所定員の2割はサービス単価の高い療養型病床(介護療養型医療施設)で占められているが、療養型病床は医療法を根拠法とするため、医療計画の対象となっている。

(注4) 有料老人ホーム(特定施設)については、特養のように前住所の市町村が給付費を負担する「住所地特例」制度がないため、ホーム建設によって他市町村から高齢者が移り住み、地元住民の介護保険料負担が上がるという問題が発生している。

たんげ ひろし(副主任研究員)