

## 介護保険制度の新たな展開（上） — 2014年改正を中心として—

石橋敏郎、角森輝美、今任啓治、山田綾子、  
紫牟田佳子、木場千春、河谷はるみ、坂口昌宏

I	はじめに	
II	介護保険連合の新たな位置付け	角森輝美
III	2014年介護保険法の改正と施設サービス	今任啓治
IV	老人保健施設の役割の変容	山田綾子
V	2014年改正による地域支援事業への移行	紫牟田佳子

(以上、本号)

VI	地域包括ケアシステム	木場千春
VII	介護保険制度における福祉と医療の連携	河谷はるみ
VIII	介護保険における地方分権と市町村の役割	坂口昌宏
IX	介護保険制度改革における2014年改正の意味	石橋敏郎
X	おわりに	

(以上、次号)

### I はじめに

2000（平成12）年に介護保険法が施行されてから今年で14年目を迎える。最近になって、ようやく介護保険サービスが高齢者の生活に完全に定着してきたという実感を国民は持てるように

なってきたのではないかと思われる。しかし、制度の定着は当然のごとくサービス量の増加を伴うことになる。現に利用者が予想をはるかに上回る勢いで増加しており（当初より 3.2 倍の伸び）。そのため、介護保険制度はほぼ 5 年ごとに大きな改革を迫られてきた。その背景には、常に、要介護者の増加と介護保険財政の窮迫化という財源問題が控えていたことはいうまでもない。2005（平成 17）年改正では、予防重視型システムへの転換（新予防給付、地域支援事業の創設）、施設給付の見直し（居住費と食費の自己負担）が行われ、2011（平成 23）年改正では、施設から在宅へという政策目的を実現するために「地域包括ケアシステム」の構築と、その基盤となる高齢者の住まいの整備等の促進が図られることになった。そして、今回、2014（平成 26）年にも大きな制度改正が行われることになった。

「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」（「医療介護総合確保推進法」、法 83 号）は、医療・介護関係の合計 19 本もの法律改正案を盛り込んだ一括法であったため、これでは十分な国会審議ができないという野党の厳しい批判を受けながらも、2014（平成 26）年 6 月 18 日に成立した。この改正法は、都道府県の事業計画に記載された医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）を実施するため、消費税増税分を活用した新たな基金を都道府県に設置することや（地域介護施設整備促進法等関係）、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）などのほかに、介護保険法改正関係では、以下のような内容を含んでいた。地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化を図ることを目的として、①これまで全国一律で行ってきた要支援者に対する予防給付のうち、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させ、その財源は介護保険で負担すること、②特別養護老人ホームについては、新規入所者を、原則として要介護 3 以上の中度・重度の高齢者に限定すること、③一定以上の所得のある者に対する利用者負担を現行の 1 割から 2 割に引き上げること、④低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する目的をもつ「補足給付」（特定入所者介護サービス費等）の支給要件を厳格化し、これまで所得だけを対象にしてきた方針を改め、所得のほかに資産の状況も加味することにするなどの大幅な改正が行われた。このうち①と②は、2015（平成 27）年 4 月、③と④については、2015（平成 27）年 8 月から実施されることになっている。

今回の改正も、介護保険財源の確保とその抑制という意図がはっきりとみえる改革内容となっており、しかも、これまで介護保険サービス（予防給付）を受けていた高齢者が市町村事業に移行させられたり、特養への入所が制限されたりと、受給者からみれば、いわばこれまでの既得権を奪われるような事態、あるいは、サービスの低下を招きかねないような事態が予想される内容も含まれている。介護保険財政の窮迫化はもちろん理解できるとしても、要介護状態にある者が、「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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う…」（介護保険法 1 条）という介護保険法の目的そのものが揺るいでしまうような変更であっては、財源対策にばかり目を向けた本末転倒の議論との批判はまぬがれないであろう。また、高所得高齢者に対する 2 割自己負担は、一定の保険料を拠出すれば誰もが均等に同様のサービスが受けられるという社会保険制度の根幹を無視しているのではないかという本質的な批判も出てきている。そこで、本論文では、主として、介護保険法の 2014（平成 26）年改正問題を中心にとりあげながら、介護保険連合の新たな位置付け、予防

給付の地域支援事業への移行、地域包括ケアシステムの構築、福祉と医療の連携、特別養護老人ホームにおける新規入所者の中度・重度者限定方針、補足給付のあり方、老人保健施設の動向などの各問題点について、実態と理論の両方の側面から、できる限り多角的な検討を加えてみようと考えた。

## II 介護保険連合の新たな位置付け－福岡県久山町における介護保険－

### 1 久山町の概況

福岡県久山町は、人口 8,346 人の福岡市東部に隣接する町である。面積は 37.43 km<sup>2</sup>で面積の約 3 分の 2 は山林原野である。1970（昭和 45）年に町全域を都市計画区域とし、その 97.3%を市街化調整区域に指定したことから急激な人口増はみられず、自然環境が保持されている。2014（平成 26）年 3 月 31 日現在の人口は 8,346 人、高齢化率は 26.7%である。高齢化率は全国の推計値 25.1%（2013（平成 25）年 10 月）に近い状況となっている。介護保険の認定率は全体で 15.9%であり、そのうち要支援 1、要支援 2 の認定者割合は 32.1%である（2014（平成 26）年 3 月 31 日現在）。

また、久山町は 1961（昭和 36）年当時から人口構成、産業構造が日本の縮図ともいえる典型的な町のつくりとなっている。そのような中で、50 年以上にわたり九州大学医学部との疫学研究を行い、生活習慣病予防健診をとおして、町民の健康づくりを行ってきた。介護保険事業運営は、介護保険施行当初から福岡県介護保険広域連合に加入しており、保険者も広域連合となっている。ここでは、2005（平成 17）年から 2014（平成 26）年の介護保険制度改正を踏まえ、介護保険広域連合の意義と課題について検討する。

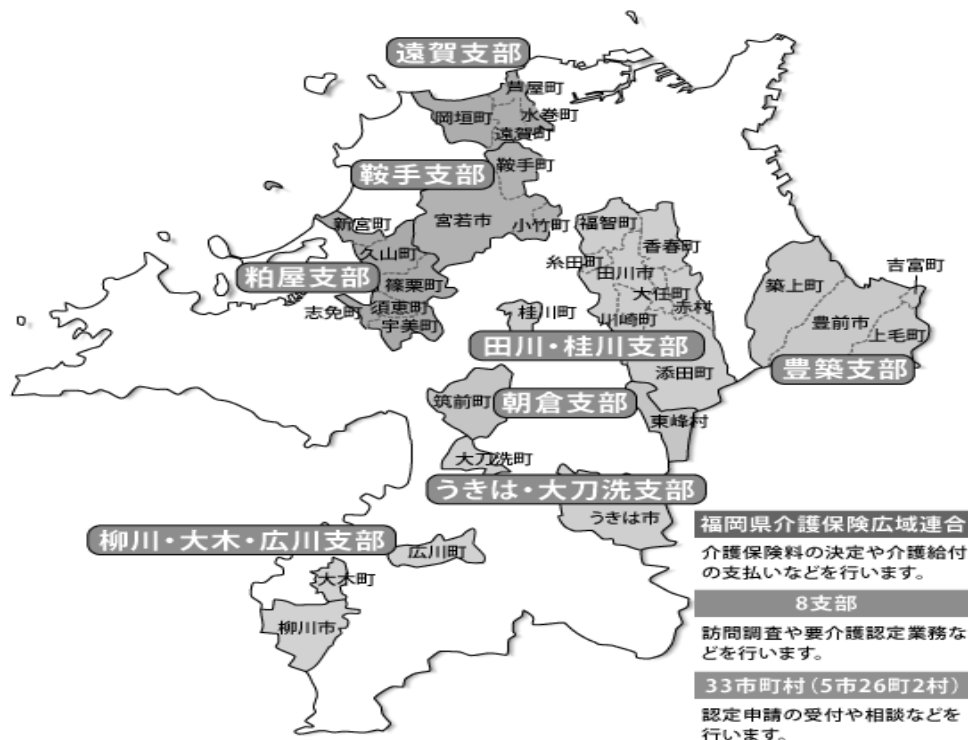
### 2 福岡県介護保険広域連合について

広域連合一覧から見てみると、全国の広域連合での介護保険運営の仕方については、認定審査会の運営のみ等一部を実施している広域連合もあれば、介護保険の保険者としての全部の業務をおこなっている広域連合がある<sup>(1)</sup>。福岡県介護保険広域連合は、後者の例にあたり、保険者としてのすべての業務をおこなう連合体であり、本部、支部、構成市町村で業務を分担しながら介護保険事業を運営している。福岡県介護保険広域連合は、1999（平成 11）年設立当初、構成市町村 72 市町村、23 支部で発足し、福岡県全市町村が加入する日本で最大の広域連合であった。しかし、市町村合併の後、構成市町村の脱退があり、設立後 15 年を経過した 2014（平成 26）年 4 月現在、33 市町村（5 市 26 町 2 村）に減少し、支部数も 8 支部となり、隣接していない町も含めて構成される支部や、1 町 1 支部の地域も存在している（図 1）<sup>(2)</sup>。

(1) 総務省広域連合一覧 [http://www.soumu.go.jp/kouiki/pdf/rengo\\_H20.pdf](http://www.soumu.go.jp/kouiki/pdf/rengo_H20.pdf). 2014/06/03

(2) 福岡県介護保険広域連合 [http://www.fukuoka-kaigo.jp/earthquake\\_info.php](http://www.fukuoka-kaigo.jp/earthquake_info.php) . 2014/06/03

図1 福岡県介護保険広域連合図



### 3 福岡県介護保険広域連合の発足当時のメリット

介護保険広域連合発足時にあげられたメリットは、①認定基準、給付、保険料の平準化ができ、地域間格差が解消できる。②認定審査会の委員に医師等の専門的な人材の確保ができる。③財政規模を大きくすることで、安定した保険財政が確保できる。④財源問題で国・県との対応がすすめやすい。⑤多様なサービス資源を確保し、利用できることにより、住民ニーズに対応できる。⑥サービス資源の整備について、個々の市町村で実施するよりも広域的な観点から、適切かつ円滑な調整ができる。⑦人的配置や電算機器等の運用コストの大幅な節約が図られる。⑧介護保険の円滑な運営のため、必要となる権限を国、県から受けることができ、また要請することができる。⑨介護保険事業のより民主的な運営ができる。⑩介護保険の実施に関連して市町村が行う事務に対して広域計画に基づいて勧告ができる。以上の10項目である。

しかし、現在の広域連合でおこなうことのメリットは、①広域連合内での公平な認定ができる。②医師、看護師など認定審査会の専門的な委員の確保がしやすい。③保険財政の安定。④介護保険の事務が効率的になる。⑤広域連合加入市町村の調整により、サービス水準をそろえられる。以上の5点が挙げられている<sup>(3)</sup>。

### 4 介護保険法の改正による介護保険広域連合のメリットの変化

(3) 前掲(注2)

#### ① 2005（平成 17）年介護保険法改正

2005（平成 17）年の改正では、介護予防重視システムへの転換を図ることを目的として、要支援者への給付を新たに介護予防給付とし、地域包括支援センターを創設して、そこで介護予防のケアマネジメント、介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業を実施することが打ち出された。併せて、地域密着型サービスの創設もなされた。この地域密着型サービスの利用は、原則として、当該市町村に住む住民となっているが、保険者が広域連合であるため、構成市町村間での相互利用ができることにより、当該町では定員数に満たない施設については、他の構成市町村から入所者を連れてくることや市町村を超えてサービスの相互乗り入れができること等のメリットがあった。

地域包括支援センターの設置は市町村に義務づけられたが、福岡県は保険者が広域連合であるため、地域包括支援センターの設置運営は広域連合によるところとなった。介護保険法によると、地域包括支援センターは、「保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である。」とされている（介護保険法第 115 条の 46 第 1 項）。また、地域包括支援センターのおもな業務は、介護予防支援及び包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）であり、これらを制度横断的な連携ネットワークを構築して実施する、とされている。地域包括支援センターは、要支援者の給付が介護予防給付に移行したことで、要支援者に対するケアプラン作成をおこなう指定介護予防支援事業者としての側面も持つことになった。広域連合の地域包括支援センターは、各支部に 1 つ設置され、各々の構成市町村から、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の 3 職種が外向して業務にあたる。地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等の各種包括的支援事業を行なっている。また介護サポートセンターを各構成市町村に設置し、そこで相談業務を行なっている。また、その介護サポートセンターには 3 職種のうち社会福祉士が配置されている。そして介護予防・地域支援事業については構成町村で実施するという役割分担を行っていた。しかし、地域包括支援センターの場所が、地理的に遠く離れた市町村もあり、そうした市町村では住民との距離感が遠く、市町村の高齢者福祉・介護保険担当者との連携において不十分なものがあつた。また構成市町村に設置された介護サポートセンターには社会福祉士のみの配置であり、他の 2 職種は支部の地域包括支援センターに配置されていた。そのため 3 職種が連携をとり、業務を共有することに苦労する場面もあつた。

支部の地域包括支援センターは、各支部内の構成市町村業務（予防プランの作成）を相互に補完することで、ケアプランの統一性や財政的には効果がある反面、住民にとっては身近な存在とは言いがたいところがあつた。このことを解決するために、2012（平成 24）年度と 2013（平成 25）年度でこれまでの支部設置を改め、地域包括支援センターは構成市町村に設置することになった。職員配置の費用は 65 歳以上の人口数による職員数で計算され、その費用は広域連合より支出される。構成市町村は共通経費や要介護認定経費、介護給付費の負担金を支出、地域支援事業

についても負担金を支出している。これらの資金をもとに構成市町村に対して連合が支出を行い、地域支援事業が運営されていくことになる。

#### ②2011（平成 23）年介護保険法改正

この年の改正では、地域包括ケアの推進がうたわれている。2011（平成 23）年改正によって、24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設をはじめ、介護予防・日常生活支援総合事業の創設がなされた。ただし、地域包括ケアについては、以下のような指摘もある。

「地域支援事業は、健康維持・予防のためのシステムづくりの問題なのであるから、介護保険法の法体系とはおよそかけ離れたものであり、今回の法改正による新しい地域支援システムなどは、介護保険法体系から切り離し、別立ての法体系のもとで整備が望ましいと思われる。」<sup>(4)</sup>

#### ② 2014（平成 26）年の介護保険法改正

2014（平成 26）年の改正では、地域支援事業の枠組みの中で、2011（平成 23）年に導入された介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を見直し、新しい介護予防・日常生活支援総合事業として実施させることになっている。また、要支援 1・要支援 2 に対する訪問介護・通所介護を予防給付からはずし、市町村が実施する地域支援事業である総合事業に移行させる。もっとも、予防措置たる地域支援事業に対して、介護保険の費用を使うことについては、以下のような否定的な見解もあった。「法改正が提示している予防給付と生活支援給付（配食・見守り等）の総合的な事業には、対象者として、要支援と非該当を行き来するような高齢者も含まれているようであるが、非該当者向けサービスを含む予防給付の費用はやはり公費によるというのが筋ではないか。その理由は、あくまでも介護保険は要介護という生活事故に遭遇した者に事後的に自立支援のための給付を行う制度と理解すべきだからである。」<sup>(5)</sup>との指摘がそれである。また、「介護保険法の持続可能性を確保するためには、給付抑制策などの部分的な見直しではなく、これまで問題提起されてきた、①地域包括ケアシステムは、介護費用の保障という介護保険法の法体系として適切かどうか、②介護保険料を財源とする地域支援事業は、介護保険法で賄うべきものなのかどうかといった、根幹にかかわる議論が先ではないか」<sup>(6)</sup>との提言もある。

## 5 介護保険広域連合の課題

2015（平成 27）年度の改正法施行（法律改正は 2014（平成 26）年度）は、2005（平成 17）年度の改正を上回る大きな制度改正となっている。そこでは、介護保険本体の給付であった予防給付を見直し、要支援者への給付の一部（予防給付）を地域支援事業へと移行させることや、NPO 法人やボランティアの活用を視野に入れた生活支援総合事業が創設されている。以上のように介護保険制度の改正に伴い、広域連合による介護保険の運営は、介護給付本体（要介護者に対する給付）は広域連合主体でおこない、これに対して、構成市町村は地域密着型サービスや、予防を

(4) 石橋敏郎「介護保険法改正の評価と今後の課題」（ジュリスト No.1433、2011 年 11 月 15 日）12 頁

(5) 同上書、12 頁

(6) 今任啓治「最近の介護保険法改正の方向性とその課題について」（アドミニストレーション大学院紀要第 11 号、2014 年 3 月 31 日）68・69 頁

中心とする地域支援事業を実施することになり、その際の介護予防や地域支援事業の費用は広域連合で配分を行うことになる。そうなれば要支援者に対するホームヘルプサービスや、デイサービスは、市町村にそのやり方が任されるところの地域支援事業の1つとなり、これまでの介護保険本体のサービスとされていたときより、サービスの量や質について相対的な低下を招くのではないかという不安を受給者が持つのは当然のことであろう。介護保険広域連合発足当時、連合による運営の主眼の1つであった、「広域的な観点からの多様なサービスの資源の確保やニーズにあったサービスの提供、サービスの格差是正」というメリットは、少なくとも改正法による地域支援事業（予防給付）が市町村に移行されることになった今、再び注目されることになるかもしれない。地域支援事業を十分に実施するための人的、物的基盤の整備は各構成市町村に任せられることになれば、構成市町村の財政規模や取り組み姿勢によって格差が出てくることは目に見えているからである。

さらに、厚生労働省はこれからの介護予防を「要支援・要介護状態となるおそれがある高齢者を対象とした二次予防事業から、住民全体の通いの場を創出するなど、虚弱な高齢者も元気な高齢者も分けへだてることなく高齢者全般を対象とする一次予防事業に重点を置いた取り組みが求められる」と強調している<sup>(7)</sup>。この一次予防は高齢者福祉や健康づくり行政の業務とかなり重複するものであり、この点においても構成市町村の取り組みによる格差の拡大は否めない。

「今回の改正によって、むしろ、介護サービスの基盤の整備、サービスの質の保障、安定的な財源の確保という介護保険制度の基本的な課題は一層明確になったといわなくてはならない。」<sup>(8)</sup>との指摘は2014（平成26）年の改正にも当てはまるものではないか。

今後、広域連合のメリットのひとつとされてきた、広域連合加入市町村間の格差を広域連合が調整することにより、サービス水準をそろえられるという効果は、新しく市町村に任せられることになった予防給付（地域支援事業）においても発揮されるべきであろう。こうすることで住民の立場に立った介護保険広域連合による事業運営の効果をあげることができると考える。新しい地域支援事業においては、広域保険者としての広域連合の特性を活用することでサービスの均一的な提供ができることとなるのではないか。地域支援事業を市町村に任せてしまうのではなく、広域連合が担うことで、広域連合の指導による構成市町村間のサービスの均等化が図られる。そのためには、国が新しい職種として構想している、生活支援サービスコーディネーター（仮称）を広域連合に配置し、支部に配置されている保健師が、構成市町村間の地域支援事業の活用についての調整をおこなうことで、広域連合の良さがさらに発揮されることになると考える。介護保険の保険者、高齢者福祉事業の実施者が市町村の場合には、地域支援事業と、高齢者福祉事業が市町村というレベルで一元化ができることは、効率的ではある。しかし、広域連合では介護保険の実施者は連合で、老人福祉事業の実施者は市町村というように、実施責任がそれぞれ違うことになる。だからこそ、市町村格差を少なくするために広域連合が調整の機能を果たし、そのうえで市町村が独自の老人福祉事業を実施していくことになれば、市町村間での競争によるサービスの向上が期待されることになろう。

(7) 週刊保健衛生ニュース 平成26年5月19日（月曜日）第1758号（社会保険実務研究所、16頁）

(8) 石橋敏郎（注4・5）前掲書14頁

上記のように広域連合が果たす役割は大きいと考える。今回の介護保険法改正をきっかけにして、介護保険広域連合の意義をもう一度確認しながら、構成市町村と介護保険広域連合との関係を再考しつつ、その運営のあり方を再検討する時期に来ているのではないかと思われる。

### III 2014年介護保険法の改正と施設サービス—特別養護老人ホームを中心に—

#### 1 医療・介護総合確保推進法による介護保険法改正

厚生労働省は、2014（平成26）年3月25日に特別養護老人ホーム（以下「特養」と略記。）への入所を希望している待機者が、2014年3月の集計で約52万2000人に上ったと発表した。そのうち入所の必要性が高い要介護4及び5は、21万8000人で、うち在宅の申込者は、約8万6000人となっている。また、食事や排せつに介助が必要な要介護3～5の中重度者は34万4000人で待機者全体の3分の2を占めている。

特養の待機者数は、2009（平成21）年12月の前回集計よりわずか5年間で約10万人増えたことになる。入所者数の枠は、2009（平成21）年時点から7万4800人分広がってはいるが、それ以上に待機者が増えたことを意味している。高齢化が急速に進行するなか、政府は、施設入所から在宅介護への移行を促しているが、特養での介護を望む家族や高齢者が多いことをみると、まだまだ在宅介護サービスが十分ではなく、必要なニーズを満たし切れていないことを示している。政府が進める施策と高齢者や家族が望んでいることとのギャップが浮き彫りとなった格好である。

このような状況下、2014（平成26）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」（以下「医療・介護総合確保推進法」と略記。）が可決された。野党からは、法案が多数の法律を束ねていることについて<sup>(9)</sup>、国会軽視だとする批判が衆参両院で噴出、参議院では配布資料にミスが出て審議日程が遅れる事態となったりして、厚生労働省が糾弾される場面もあったが、最終的には22項目にも及ぶ附帯決議をつけて法案は成立となった。

制定当初より介護保険法附則第2条は、施行後5年をめどに、障害者福祉施策や医療保険制度との整合性などを勘案して、被保険者・保険給付を受けられる者の範囲、保険給付の内容・水準、保険料負担の在り方など、制度全般にわたる「必要な見直し等の措置」を行うと定めていた。今回の介護保険法の改正も、この見直し規定にもとづくものであるが、たとえ「他の制度との整合性を勘案して制度の見直しを図る」目的をもっていても、多数の法律の関連部分を集めて束ねたような法案の形式をとっていることについては、法律個々の条文の審議が十分なされていないのではないかという疑念が残る。国会においてこの点についての批判が噴出したことも理解できよう。

医療・介護総合確保推進法成立までの経過を若干遡ってみると、2013（平成25）年12月5日

---

(9) 地域介護施設整備促進法、医療法、介護保険法、保健師助産師看護師法など19の法案がセットで提出された。



に、概ね 2017（平成 29）年までの社会保障改革の道筋が定められたプログラム法案（「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」）が策定された。プログラム法における介護保険制度に関する記述については、①地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し、②要支援者への支援の見直し、③一定以上の所得を有する者への利用者負担の見直し、④補足給付についての資産を勘案する等の見直し、⑤施設サービス受給者の支給対象の見直し、⑥低所得者の保険料負担の軽減等の事項について検討し（法第 5 条 2）、その措置は 2015（平成 27）年を目途に講ずるとしている。そのための法律案を、2014（平成 26）年の通常国会に提出することを目指すこととしている（法第 5 条 3）。社会保障審議会介護保険部会は、これらの項目について検討した結果を「介護保険制度の見直しに関する意見」として 2013（平成 25）年 12 月 20 日に提出した。本法案は、この意見に沿った内容となっている。

医療・介護総合確保推進法のうち、介護保険法の一部改正については、①居宅サービス等の見直しに関する事項、②施設サービス等の見直しに関する事項、③費用負担の見直しに関する事項、④地域支援事業の見直しに関する事項、⑤介護保険事業計画の見直しに関する事項、が挙げられる。改正の趣旨説明では、「高齢化の進展に伴い、慢性的な疾病や複数の疾病を抱える患者の増加が見込まれる中、急性期の医療から在宅医療、介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保する必要があるという観点から、地域において効率的かつ質の高い医療体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するものである。」<sup>(10)</sup>と謳っている。

しかし、今回の介護保険法の一部改正の内容から見る限り、2000（平成 12）年 4 月の介護保険法施行前に、しきりにいわれた「介護の社会化」や家族の負担軽減といった宣伝文句はすっかり影をひそめ、介護給付費の増大をどう抑えるかという、財政抑制の論理が最優先されたような内容となっている。2005（平成 17）年 10 月から、介護保険施設における居住費・食費を保険給付から外すための介護報酬の改定が行われ、個室ユニット型の特養が推進されるなか、施設入所者の負担はますます増大している。そこで、本章では、今回の改正に盛り込まれている施設サービス等の見直しと費用負担の見直しについて、施設サービス、特に特別養護老人ホームを中心に、いくつかの論点について考察してみたいと思う。

## 2 施設サービス等の見直し

介護サービス給付抑制策として、医療・介護総合確保推進法第 5 条は、介護保険法の一部を次のように改正するとしている。介護保険法第 8 条第 21 項に規定する「特別養護老人ホームに入所する要介護者」について、「厚生労働省令で定める要介護状態区分に該当する状態である者その他居宅において日常生活を営むことが困難な者として厚生労働省令で定める者に限る。」と限定することによって、特別養護老人ホーム（以下「特養」と略記。）の入所要件の厳格化を進めている。つまり、居宅において日常生活を営むことが困難な者と認められない場合、具体的には要介護 3 以上の重度者でなければ、特養の入所要件を満たさないということである。日常生活を営むこと

---

(10) 厚生労働省老健局「介護保険最新情報」Vol.380（2014 年 6 月 25 日）2 頁

が困難な者とは、①知的障害・精神障害等も伴って、地域での安定した生活を続けることが困難なこと、②家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心の確保が不可欠なこと、③認知症高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要なこと、などが挙げられているが、詳細については今後検討することとなっている。

もちろん、軽度（要介護1・2）の要介護者については、やむを得ない事情により、特養以外の生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与のもと、特例的に入所を認めるという例外措置は設けられている。しかし、特養入所者を原則として要介護3以上とした背景には、入所を希望している待機者の数が52万人を上まわっており、そのうち要介護3以上が65%以上を占めていることがその理由として挙げられよう。

### （1） 特養入所までの流れ

特養は要介護被保険者であれば入所できる施設であり、介護保険制度導入時における運営基準では、「指定介護老人福祉施設は、正当な理由なく、指定介護老人福祉施設サービスの提供を拒んではならない。」（運営基準第6条2）、とされていた。その後、特養入所待機者の増加にともない、入所についての透明性や公平性が求められるようになったことから、2002（平成14）年に運営基準の一部改正が行われ、「指定介護老人福祉施設は、入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超過している場合には、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、指定介護老人福祉施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならない。」（運営基準第6条3）との項目が追加された。

これを受けて、2002（平成14）年8月7日に技術的助言として、「指定介護老人福祉施設の入所に関する指針について」が、厚生労働省老健局計画課長名で発出され、これに基づいて都道府県においては、入所指針と入所基準が作成され、入所判定委員会が入所基準に基づいて決定された入所優先順位名簿をもとに、施設が入所を入定することとなった（図表1）。

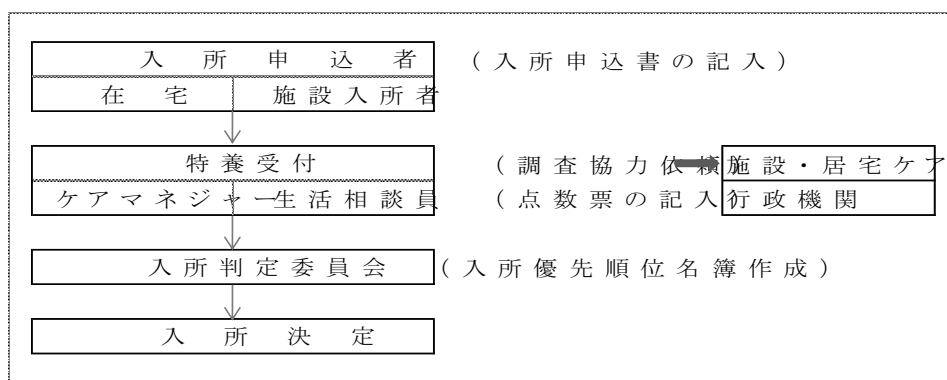
入所判定基準は、都道府県によってその内容は異なるが、概ね、①本人の状況（介護度等）、②介護者等の状況、③介護サービス等の利用状況、④その他（待機期間・住所地・特記事項等）を点数化した形で作られている。従って、点数の高い者が優先順位とされ、その順番で名簿が作成されている。ただし、介護者による虐待・介護放棄が認められ、緊急の保護を要する場合、災害時、その他特段の緊急性が認められる場合は、優先的に入所させることとしている。

介護保険法では、「介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。」（介護保険法第2条）となっており、あくまでも要介護状態等に対する給付を規定した法律である。つまり、要介護者・要支援者本人の要介護状態等に注目した給付であることが明記されている。それにもかかわらず、2002（平成14）年度の運営基準の改正にみられるように、介護者等の状態や待機期間・住所地等の要介護者本人の状態とは関係のない要素を入所判定基準に反映するのは、要介護者の選択権を狭め、介護保険本来の目的から逸脱しているのではないかという疑問を抱かざるをえない。

また、施設サービス提供者は、入所評価基準に則って入所判定委員会において作成された入所者優先名簿に沿って入所を決定している。すなわち、現在でも、要介護度の高い高齢者が優先さ

れるような仕組みになっているのである。したがって、わざわざ、要介護3以上を入所の条件にするような法改正は、制度を複雑にするだけで、必要ないのではないかと思われる。

図表1 入所申込の流れ



(出典：筆者作成)

今回の改正は、既に入所している者には適用されず、また、要介護1・2の高齢者であっても、特養以外での生活が著しく困難と認められる場合には、特例的に入所が認められるとされている。このため、現状とそれほど大きな差がなく、今回の改正によっても実際には大きな混乱は生じないという意見や<sup>(11)</sup>、要介護2の認定は地域差があり、地域によって認定される要介護度が異なっている場合があるので、入所の可否に差異が起これかねないなどの指摘もある<sup>(12)</sup>。

特例的に入所を認める場合には、市町村の判断が必要となっている。こうなると、要介護者の希望ではなく、行政に決定権が委ねられることになり、従来の措置制度への回帰とも捉えられる。また、今後、特養の入所者を重度者へ重点化していくためには、特養の入所優先順位について再検討する必要がある。福岡県の例では、入所判定委員会を4月と10月の年2回以上開催することを要請している。そのため、入所条件の厳格化が2015(平成27)年4月から実施されるとなれば、新たな入所指針及び入所基準を早急に示すべきであろう。

従来から、法改正や介護報酬改定などの場合、その詳細がサービス提供者へ通知される時期は、施行までの期間が極端に短い場合が多く、現場に混乱をもたらしてきた。特に、今回のような入所待機者に直接影響を及ぼすような改正では、早期の告知と十分な対話期間が必要である。そうでなければ、被保険者を軽んじているといわれても仕方のないことであろう。いずれにしても、現場に混乱を生じさせないような対応が望まれる。

## (2) 特養入所待機者の状況

(11) 江口隆裕「介護保険制度改正のねらいと課題」(社会保険旬報 No.2554、2014年1月1日) 31頁

(12) 結城康博「介護保険部会を振り返って(下)ー介護保険法改正のゆくえを考える」(介護保険情報、2014年2月) 43~44頁

特養入所待機者は、2009（平成 21）年の 42 万 1000 人から 2014 年には 52 万 4000 人とこの 5 年間で約 10 万人増えている。そのうちの約 6 万人が在宅生活者である。また、在宅生活者で要介護 4～5 の者は、2009（平成 21）年から約 2 万人の増加となっており、要介護 3 を含めると 59% を占めることになる（図表 3）。全体では要介護 3 以上は 34 万 5000 人で約 65% を占めている。

では、これら重度（要介護 3 以上）の要介護者は、この 5 年間に優先的に特養に入所できなかったのであろうか。2009（平成 21）年から 2014（平成 26）年の 5 年間に特養の入所者数は、約 6 万人増加している。そのうちの 9 割以上が重度の要介護者である（図表 2）ため、この間の入所者のほとんどが、重度の者と判断してもよいのではないだろうか。もちろん、入所中に要介護度が上がったということもあろうが、要介護 1・2 の入所者数の増加は 1 割にも満たないのである。

図表 2 特別養護老人ホームの入所申込者の状況

単位：万

		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5 計
全体	2009年	13.2	11.0	17.9	42.1	
		[31.2%]	[26.2%]	[42.4%]	[100%]	
	2014年	17.8	12.6	21.9	52.4	
		[34.1%]	[24.1%]	[41.8%]	[100%]	
在宅の方	2009年	7.7	5.4	6.7	19.9	
		[18.2%]	[12.9%]	[16.0%]	[47.2%]	
	2014年	10.7	6.6	8.7	26.0	
		[20.4%]	[12.7%]	[16.5%]	[49.6%]	
在宅でない方	2009年	5.5	5.6	11.1	22.3	
		[13.0%]	[13.3%]	[26.4%]	[52.8%]	
	2014年	7.1	6.0	13.2	26.4	
		[13.6%]	[11.4%]	[25.3%]	[50.4%]	

（注）2009年度は12月集計、2014年度は3月集計

（出典：平成 26 年 3 月 25 日付厚生労働省老健局高齢者  
1 頁・4 頁を参照し筆者作成）

今回のように軽度者が入所できないという制度改正を行えば、要介護度の高い入所待機者の入所については、入所期間の短縮が見込まれる。この議論の前提には、最も入所の優先順位が高いと考えられる入所待機者、要介護 4・5 でかつ在宅で生活している要介護者をまず優先的に入所させるという意図がある。2014（平成 26）年の調査結果によれば、その数は 8.7 万人であり、入所待機者の 16.5% を占めていることになる（図表 3）。

図表3 特別養護老人ホーム利用者数比較(人)

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
2009年	6	12,435	38,521	93,638	140,208	140,821	425,629
2014年	0	14,820	42,101	102,629	161,720	164,714	485,984
増減	-6	2,385	3,580	8,991	21,512	23,893	60,355
増減者比率		4%	5.9%	14.9%	35.6%	39.6%	100%

(注)2009年、2014年とも5月のサービス受給者数

(出典:介護保険事業報告書月報より筆者作成)

では、この約 8.7 万人の入所待機者は、「真に特養への入所が必要な人」なのであろうか。

2011(平成 23)年 3 月に医療経済研究機構がまとめた「特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究」(以下、「調査研究」と略記。)によれば、「真に特養への入所が必要な人」<sup>(13)</sup>は、入所待機者の 10%強であると指摘している。仮に 2014(平成 26)年度の待機者数に当てはめて場合、「真に特養への入所が必要な人」は、5 万 2000 人ということになる。

この真に入所が必要な人は 1 割、5 万 2000 人程度であるという根拠は、上記の「調査研究」における 3 つの調査結果からの結論である。1 割とされた根拠は 3 つある。一つ目は、施設サービス提供者が判断した入所待機者に占める「現在の生活は困難であり、すぐにでも入所が必要」と判断された割合が 11.3%となっていること(図表 4)、二つ目は、入所申込者のなかで、ベッドの空き状況や待機状況に関係なく、施設が優先して入所させるべきと考える人の割合が、10.8%であること(図表 5)、三つ目は、入所申込者が答えた「すぐにでも入所が必要」と答えた人の割合が 11.5%であることである(図表 6)。これらがほぼ一致した数字であることから、「調査研究」では、真に入所が必要な者は 1 割と結論付けている。

図表 4 入所の必要性

	人数	割合
現在の生活は困難であり、すぐにでも入所が必要	907人	11.3%
入所の必要はあるが、最大1年程度現在に生活維持可能	2,252人	28.2%
1年以上、現在の生活継続可能	2,760人	34.5%
特別養護老人ホームでの生活は難しい	342人	4.3%
現在不明のため、判断できない	1,493人	18.7%
無回答	244人	3.1%
合計	7,998人	100.0%

(出典:医療経済研究機構「特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する研究」2011年3月)

(13) 「調査研究」によれば、「真に特養への入所が必要な人」とは、施設の判断による 2 つの観点、①「優先して入所させるべき」と考える人、②入所を待てる期間から判断する入所の必要性から判断した人のことをいう。

図表5 「優先して入所させるべき」と考える人の割合

1施設当たり 入所申込者 ①	1施設当たり 優先して入所 すべき人 ②	入所申込者に □める割合 ② □①
220.0人	23.9人	10.8%

(出典：医療経済研究機構「特別養護老人ホームの実態に関する研究」 2011年3月)

また、この調査研究では、在宅で生活している要介護4・5のうち「すぐにでも入所が必要」と答えた割合は20.3%であり(図表6)、この結果からいえば、要介護4・5の在宅生活者のすべてがすぐに入所が必要であるとはいえないということになる。また、逆に、入所申込者のなかですぐにでも入所が必要と考える待機者をみると、要介護1~3の入所待機者のうち7.2%を占めており(図表6)、軽度者にも特養入所の必要性が高いと考えられる者が一定程度存在することがわかる。

図表6 居所、要介護度別の入所の必要性

居所	要介護	入所の必要性						合計
		すぐにでも 入所が必要	1年も程度 の要生活が 可能	現在以上 可能な生活が 可能	現在以上 可能な生活が 困難	現状不明 難判断不可	無回答	
□ 宅 計	要介護 1~3	150人 8.2%	525人 28.7%	829人 45.3%	23人 1.3%	251人 13.7%	51人 2.8%	1,829人 100.0%
	要介護 4~□	203人 20.3%	394人 39.4%	214人 21.4%	29人 2.9%	132人 13.2%	29人 2.9%	1,001人 100.0%
	□ 宅 計	353人 12.5%	919人 32.5%	1,043人 36.9%	52人 1.8%	383人 13.5%	80人 2.8%	2,830人 100.0%
□ 宅 以 □ 計	要介護 1~3	147人 6.4%	532人 25.3%	975人 42.6%	68人 3.0%	507人 22.2%	58人 2.5%	2,287人 100.0%
	要介護 4~□	374人 15.1%	718人 29.0%	631人 25.3%	199人 8.0%	471人 19.0%	83人 3.4%	2,476人 100.0%
	□ 宅 以 □ 計	521人 10.9%	1,250人 26.2%	1,608人 33.7%	267人 5.6%	978人 20.5%	141人 3.0%	4,763人 100.0%
合 計	要介護 1~3	297人 7.2%	1,057人 25.7%	1,804人 43.8%	91人 2.2%	758人 18.4%	109人 2.6%	4,116人 100.0%
	要介護 4~□	577人 16.6%	1,112人 32.0%	845人 24.3%	228人 6.6%	603人 17.3%	112人 3.2%	3,477人 100.0%
	合 計	874人 11.5%	2,169人 28.6%	2,649人 34.9%	319人 4.2%	1,361人 17.9%	221人 2.9%	7,593人 100.0%

(出典：医療経済研究機構「特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する研究」 2011年3月)

このように、要介護度の重い、軽いにかかわらず、すぐにでも入所が必要と考えられる入所待機者がいることは、施設サービス提供者側と入所申込者側の両者においてその認識は一致している。つまり、今回の改正において重度者だけが原則的入所者であり、それ以外の軽度者の入所については、例外という扱いは適当ではないと考えられる。また、軽度者においても特養入所のニーズはあると考えられることから、介護度の高さだけで判断することは不適切であろう。こうし

た制度設計の変更は、介護保険給付費を抑制し、それによって制度維持を図るためとはいえ、被保険者の選択権をますます侵害することとなり、被保険者の納得は得られないのではないかと思われる。さらに、要介護2以下の在宅生活困難者の居場所の確保と、そのような者に対する保険者による「在宅での生活継続の仕組み」づくりが、急がれるところである。

### 3 利用者負担の見直し

#### (1) 今回の改正内容

介護保険制度の利用者負担割合は、所得水準にかかわらず1割であり、この割合は、制度創設以来据え置かれてきた。しかし、今回の改正によって、「第1号被保険者であって政令で定めるところにより算定した所得の額が政令で定める額以上である要介護被保険者が受ける次の各号に掲げる介護給付について当該各号に定める規定を適用する場合においては、これらの規定中『百分の九十』とあるのは、『百分の八十』とする。」(第49条2)という条項が新設された。つまり、一定額以上の所得がある者については、利用者負担を2割にするというものである。また、一定額以上の所得の線引きについては政令規定事項であり、今後定められることとなっているが、厚生労働省は、合計所得金額160万円(単身で年金収入の場合は年金収入280万円)以上とすることを予定している。

高額介護サービス費に関して、現行の一般区分(37,200円)のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者については、4万4400円に引き上げる予定である。施行は、前年度所得の補足の関係で、2015年8月としている。これらの改正・変更をみると、制度全体が「応益負担」から「応能負担」へと移行していく転換の起点となるのではないかと危惧するものである。

#### (2) 入所者の状況

2010(平成22)年の「介護サービス施設事業所調査」によれば、特養入所者の82%が低所得である段階1~3に属しており、第1号被保険者全体の31.9%と比較して、特養では低所得者の占める割合が非常に高いことがわかる(図表7)。

図表7 介護保険サービス利用者等の所得段階別割合

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
特養	① 4	② 59%				③ 16%		④ 18%		
老健	5%		40%		14%		41%			
在宅	11%	12%	11%	32%			⑤ 28%			
1号保険者全体	2.7%	16.4%	12.4%	30.6%			21.2%		第6以上16	

①=第1段階、②第2段階、③第3段階、④第4段階、⑤第5段階

(出典:平成26年7月28日「全国介護保険担当課長会議資料」参照 筆者作成)

厚生労働省は、要介護者の所得は、被保険者全体の所得分布と比較しても低いため、被保険者の20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは、特養入所者の5%程度と推計している<sup>(14)</sup>。また、利用者負担が2割になったとしても、特養については要介護度別の平均費用からみて、ほとんどの入所者が高額介護サービス費に該当することとなるので、入所者の自己負担の伸びが抑えられるとしている（図表8）<sup>(15)</sup>。そうだとすれば、利用者負担を2割に引き上げる今回の改正措置は、財政面での寄与は少ないということになる。

図表8 一月当り平均費用額と高額介護サービス費

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平均利用額	218,300	240,000	258,900	279,800	298,500
現行利用者負担	21,830	24,000	25,890	27,980	29,850
2割負担の場合	37,200	37,200	37,200	37,200	37,200

(注) 高額介護サービス費限度額は、一般限度額を採用

(出典:2011年度「介護給付費実態調査報告書」参照 筆者作成)

利用者の自己負担に関しては、2005（平成17）年改正で、施設における食費と住居費が保険給付の対象外となった結果、1割の利用者負担は、直接的な介護サービス受給のための費用に限定されることとなった。介護保険が社会保険であるため、負担能力に応じた保険料の拠出を求めることは仕方ないとしても、サービスを受給した場合にも負担能力に応じて一部負担金に差を設けることは、その負担感からサービス受給を手控えることになりはしないかという懸念がある。また、社会保険契約に基づく衡平の観念を超えるものと考えられるという意見もある<sup>(16)</sup>。いづれにしても、高い保険料を払ったうえに、受ける給付はかえって少なくなるとういうのでは、被保険者としては、どうみても承服できる内容ではない。

今回の改正は、介護サービス費の利用者負担について、高い保険料を払った者の方が自己負担率についても高くなるという二重高額負担構造になっている。厚生労働省は、特養の入所者の5%程度にしか影響はないと説明するが、影響の多少が問題ではなく、介護保険制度導入時に謳われた、「貧困度に関係なく一律1割」とする普遍的な制度設計が、財政抑制政策のもと大きく変わろうとしていることに問題の核心があるのである。また、社会保険の原則から考えれば、あくまでも保険料によって所得の再配分がなされるべきであり、保険事故が生じた時点で再配分機能を効かせることは、理論上好ましくないのではないだろうかと思われる。

### (3) 費用負担の見直し

(14) 厚生労働省老健局資料「介護保険制度の改正案について」（2014年2月）

(15) 現行の高額介護サービス費の限度額は、37,200円となっている。仮に、要介護3の者が2割負担になった場合、現在の平均負担額25,890円から51,780円を負担しなければならないことになるが、実質は限度額である37,200円を支払うこととなる。

(16) 今任啓治「最近の介護保険法改正の方向性とその課題について」（アドミニストレーション大学院紀要第11号、熊本県立大学大学院、2014年3月）63頁



利用者の自己負担に関して、2005（平成17）年改正で、施設における食費と住居費が保険給付の対象外となったため、住民税非課税世帯入所者に対して、施設利用の食費・居住費を補てんするための特定入所者介護サービス費（以下「補足給付」と略記。）が設けられた。今回の改正では、補足給付の支給要件について、所得のほか資産の状況も斟酌することに改正し、加えて、偽りその他の不正行為によって補足給付を受けた場合、市町村は、その給付の価額に加え、その価額の2倍に相当する額以下の金額を徴収することができるものとされた。厚生労働省は改正の理由として、補足給付は「福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。」<sup>(17)</sup>としている。

改正の内容については、①一定額超の預貯金等（単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超程度を想定）がある場合には、補足給付の対象外とし、その判定は本人申告制とするも、不正受給に対する加算金を設ける、②世帯分離後も配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外とする、③補足給付の支給段階の判定にあたっては、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案する、の3点である。

預貯金の確認に関しては、本人の申告を基本としつつ、補足給付の申請に際し、あらかじめ金融機関への照会について本人の同意を得ておき、必要に応じて介護保険法の規定に基づいて、金融機関への照会を行うとともに、不正受給の際の加算金規定を設けるなどして適切な申告を促す仕組みとしたいとしている。不動産についてもこのようは仕組みを考慮すべきではないかという意見もあったが、市町村において不動産担保貸付の業務を委託することができる外部の委託機関を確保することが必要であることなどから、今回は見送られることとなった。

確かに、過去には、預貯金があるにもかかわらず、現在の所得が少ないために負担の減額を受ける者がいるという批判も少なからず上がっていた。また、遺族年金や障害年金は、受領していながら非課税であるため、所得算入から外れていることには、疑問を持つ者も多かった。あるいは、特養入所にあたっては、利用者負担減額適用を受けるため、あえて世帯分離を擬制的に行ったりするケースもあった。今回の補足給付の要件の追加策は、これらの問題の解決策として、行われることとなったと考えられる。

一方で、2011（平成23）年3月末の補足給付認定者数は、特養約30万人、介護保険施設全体で103万人に達し、給付費は食費・住居費合わせて特養では1630億円、全体で2843億円になっており、特養における対象者は、入所者数の80%を超えている。このことから、今回の補足給付の適用基準の厳格化は、給付の抑制策とも考えることができる。全国社会福祉協議会の報告書によれば、入所者の77.7%が世帯分離をしており、入所を契機に世帯分離をし、補足給付の対象となっているケースが多いと述べている<sup>(18)</sup>。

住民基本台帳法の規定からすれば、特養に入所してそこに生活の本拠を設けるのであれば、住民票を移して世帯分離となるのは当然かもしれない。もし、補足給付のみを目的として、世帯分

(17) 「全国介護保険担当課長会議資料」（2014年7月28日）149頁

(18) 「要介護者の状況に応じた適切なサービス提供と利用者負担のあり方に関する調査研究報告書」（全国社会福祉協議会、2010年）

離が行われているのであれば、決して感心できることではない。いづれにしても、補足給付についての問題は、補足給付が世帯収入を基準としていることに起因する。介護保険制度では、被保険者は個人を単位にしている。しかし、保険料の負担や補足給付の適否及び給付額は、世帯全体の収入をもとに算定されるため、他の世帯構成員に収入があれば、それを含めて収入認定されることになる。そこで、補足給付の受給のためだけに世帯分離が行なわれることになるのである。本来は、個人を単位に被保険者とするという原則があるのであれば、補足給付についても、個人の収入をもとに判断されるべきであろう。従って、今回の改正のように、世帯分離後も、配偶者に課税対象となる収入があれば、補足給付の対象外とする措置については疑問が残る。

今後は、家族に経済的負担を求めなくても、特養の利用が可能になるような条件整備を検討する必要があるだろう。そして、条件整備をするにあたっては、老齢基礎年金のみの受給者が多数いるという現状を前提にすることが重要である。補足給付には、所得段階別に基準額が設けられているが、実際には、施設側は、居室の状態あるいは食事の内容等により、その金額を超える居住費、食費を徴収基準として設定している場合が多い。そうすると補足給付の対象者を受け入れると、補足給付基準額と施設が設定する金額との差額は、サービス提供者側の負担となってしまふという実態がある<sup>(19)</sup>。こうなると施設側は、自己の持ち出しを避けるために、低所得者ではなく、相応の負担ができる利用者を意識して選別し、入所させるというような事態も起こりうる<sup>(20)</sup>。所得の多寡にかかわらず、特養サービスが受けられるという介護保険法の普遍主義を維持するための措置が求められるところである。

また、今回の改正で障害年金や遺族年金も所得として勘案されることになるが、市町村はこれらの非課税収入を把握する権限やノウハウがなく、実務面での課題が残るという指摘がある<sup>(21)</sup>。また、社会保険原理の観点からすれば、そもそも定型的な拠出に基づき、定型的な給付が受けられるのが社会保険制度の特徴である。そうだとすれば、今回の見直しは社会保険原理を放棄し、措置制度に逆行するのに等しいとの指摘がある<sup>(22)</sup>。そのほか、食費や居住費は本来、介護保険制度で対応するものではないとの指摘や<sup>(23)</sup>、補足給付については、一般財源で補うべきところを中途半端に社会保険で対応しており、それなのに資産だけはチェックするという木に竹を接ぐようなことになってしまっているとの指摘もあるが<sup>(24)</sup>、ここでは指摘だけにとどめておきたい。

#### 4 小括

(19) 特養の場合、補足給付の基準費用額は、日額で食費 1,380 円、居住費は、多床室 320 円、従来型個室 1,150 円、ユニット型個室 1,970 円である。例えば、従来型個室居住費 1,500 円、食費 1,500 円の特養であれば、居住費で 350 円、食費で 120 円が施設の負担となる。

(20) 石橋敏郎・今任啓治「介護保険制度の 12 年・その主要な改革と変容（上）」（アドミニストレーション第 19 巻 1 号、2012 年 11 月 30 日）10 頁参照

(21) 宮武剛「介護保険改正 大幅見直しに戸惑いと反発」（健康保険、2014 年 2 月）49 頁

(22) 江口隆裕、前掲書注（11）、31 頁

(23) 小山剛「『地域包括報酬』の導入で地域包括ケアの実現を」（月刊介護保険 No.210、2013 年 8 月）17 頁

(24) 土田武史・江口隆裕・増田雅暢・川渕孝一「全面総報酬制導入とともに支援金等上限の議論が必要―被用者保険に対する評価等が不可欠（座談会）」（週刊社会保障 No.2578、2014 年 1 月 6 日）34～35 頁

介護保険法が社会保険方式を採用したのは、従来の措置制度に対して、とくに普遍性の面から社会保険方式の優位性が主張されてきたからである。措置制度のもとでは、あくまでも行政側からの行政処分としてサービスの決定がされるので、そのやり方は選別主義的な方法になりがちであり、要援助者の選択権や・受給権などの権利保障がおろそかにされるといった批判が出されていた。これに対して、社会保険方式は、社会保険料負担と給付の関係が明確であり、所定の保険事故が生じた場合、所得の多寡にかかわらず普遍的に、サービスの受給が可能になる点で優位であると主張されてきた。このような考え方に沿って、介護保険法が成立・施行されたのである。

その後、2005（平成17）年度の見直しにより、①施設サービス費については、食費と住居費が保険給付対象外となり、②予防給付の区分が新たに設けられるとともに、③地域包括支援センターの創設がなされた。食費と住居費が個人負担となったことにより、低所得者対策として補足給付の制度も同時に施行された。これらの見直しについては、介護予防は保険事故の対象ではないのではないか、補足給付は低所得者への救済策であるから、介護保険制度で対応すべきではないのではないか、地域包括支援センター事業は、公的責任において行うべきものではないかなどの指摘がなされたが、本質的な議論までにはいたらなかった。

今回の改正において、施設サービス利用者を重度者に限定する目的で、特養入所者は要介護3以上とし、軽度者については市町村が入所の可否を決定することとなった。これは、介護保険制度の根幹である契約方式が崩れ、被保険者の選択権を狭めるなど、措置制度への回帰とも思える内容となっている。また、利用者負担を一部2割とすることによって、介護保険制度が謳った一律1割負担という普遍的な制度設計をも侵食することとなっている。加えて、補足給付にいたっては、資産を勘案することとするなど、ミーンズテストの復活を覗わせるような、選別主義復活とも思えるような内容となっている。

このように、今回の改正は、普遍主義的な介護保険制度をより選別主義的な制度へと方向転換するような、大幅で、かつ、制度の質的な変更をとともう改正である。本章で指摘した、①施設サービスの受給決定について、市町村の関与は適切か、②介護サービス費の利用者負担について、高い保険料を支払った者の方が自己負担率も高くなるという二重高額負担構造になっているが、社会保険原理に照らして適切であるか、③補足給付は、福祉的性格を有すると厚生労働省は認識しているが、介護保険財源からの支出は適切であるか、④補足給付について、扶養者の資産を勘案しミーンズテストのような仕組みを実施することは、介護保険法の目的と理念にかなったものであるか、などの本格的な議論が早急に求められる。

介護保険制度の創設時の理念は、「介護の社会化」であった。そして、制度が依拠する普遍主義の原則とは、所得や扶養関係、社会環境によって利用者が選別されないことを基本においたものであった。今回の改正は、これら基本原則から逸脱しており、そのため、被保険者から理解を得ることは難しいであろう。被保険者のための介護保険であってこそ制度維持が可能であるはずであり、ましてや、財政抑制が優先されるべきものではない。制度維持のためには、本質的な議論がまずもって必要である。

#### IV 介護老人保健施設

## 1 老人保健施設の目的

老人保健施設とは、病状が安定した高齢者が、リハビリを中心とする医療ケアと介護の両方のサービスを必要とする場合に入所し、在宅への復帰を目指すためのサービスを提供する介護保険制度上の施設である。介護保険施設としては、唯一の在宅復帰施設である老人保健施設でも、次第に重度の要介護高齢者の入所が増えてきており、その結果、自宅に戻ることが難しくなり、現在では、終の棲家、あるいは、特養の空き待ち施設としての機能をはたさなくてはならない状況になってきている。全国老人保健施設協会は、介護老人保健施設の理念として、①包括的ケアサービス施設、②リハビリテーション施設、③在宅復帰施設、④在宅生活支援施設、⑤地域に根ざした施設を打ち出しており、ここでは、他施設との役割と機能の違いが明瞭にされている。しかし、介護保険制度が施行されて10年以上が経過しているにもかかわらず、その本来の役割である早期の在宅復帰機能は、いまだ実現しているとはいえない。介護老人保健施設における在宅復帰率をみると、介護保険制度が導入される前で64%、導入された2000（平成12）年では45%、2001（平成21）年には26%と徐々に在宅復帰率は低下し、施設在所日数が長期化していることがわかる。それにともない医療行為を行う場合が増え、中間施設であるはずの老人保健施設で最終的な看取りまで行うという事態が生じている。本来は、中間施設、通過施設であるはずの老人保健施設であるにもかかわらず、特別養護老人ホームが提供するサービスとの重複が出始めているのである。入所している高齢者の状態の変化と社会的ニーズの拡大によって、いまや在宅復帰施設であった老人保健施設の役割にも変化がもたらされようとしているのである。

しかし、このような現状の中でも、当初の施設目的である病院と家庭との中間施設として、在宅復帰率が50%以上という、高い率を維持する老人保健施設が存在している。ここには、在宅復帰支援だけではなく、医療ケアから生活リハビリテーションの提供、さらに看取りまで行える多機能的な施設へと変容してきている老人保健施設の姿がある。もっとも、医療と介護を同時に提供することができる老人保健施設だから担える役割であったともいえる。

要介護高齢者が増加し、ますます自宅への自立復帰が困難な状況で、多機能的な役割を担いながらも、本来の目的である在宅復帰率を高く維持しながら、中間施設として老人保健施設は今後どのような役割を担うべきなのか、老人保健施設の現状と課題について考察してみたいと思う。

## 2 老人保健施設の現状

現在、老人保健施設は、全国で約3800施設・約35万床が整備されているが、介護保険制度が施行されて10年以上が経過しているにもかかわらず、その本来の役割である早期の在宅復帰機能は、実現しているとはいえない。老人保健施設は、中間施設として様々な機能を併せもっているが、それゆえに在宅復帰施設として十分機能していない部分もあった。また、介護を必要としている高齢者の増加と家族による介護力の不足により、実際のところは、簡単には在宅へは復帰できないという現実がある。

介護保険施設から在宅復帰するといっても、直ちに自宅での生活に戻れるかという、そうい

うわけではない。高齢者の在宅介護を忌避する家族もいるからである。このような場合、高齢者を入所させる施設としては、有料老人ホームなどもあるが、有料老人ホームはかなりの費用負担があるので、そうすると、比較的費用が安く、終身介護施設である特養への入所を望むことになる。しかし、実際には、特養は満杯状態であり、入所まで数年待ちとなっているのが一般的である。そうすると、特養に入所するまでの間は、さしあたり、費用負担の少ない老人保健施設に入所させるケースがでてくる。老人保健施設は、建前は在宅復帰のための中間施設であるが、3ヶ月ごとに行われる退所審査が形骸化している場合、そのまま入所し続けることができる。形骸化していない場合は、別の老人保健施設に移動する「老人保健施設めぐり」が発生している<sup>(25)</sup>。

在宅に戻れない高齢者は、現実には、自宅以外の住まいを求めて、医療機関や福祉施設をめぐりながら、また時には社会的入院や施設待ちと称されながら終の棲家を探している状態にある。以前は、一般病棟の社会的入院が問題視されていたが、病院から押し出された患者は、介護施設へと流れて、現在では、問題の本質は、病院への社会的入院から福祉施設への社会的入所へと変わってきている。これにより、老人保健施設においても、入所日数の長期化、それにとまなう在宅復帰率の低下が生じている。『2011（平成23）年度版・介護白書』によると、1996（平成8）年には、老健施設の健在宅復帰率は66.4%であった。しかし、介護保険制度導入時の2000（平成12）年は45%、2003（平成15）年には39%、2007（平成19）年は31%、そして2009（平成21）年には26%と年々低下している。

老人保健施設の側としては、いわゆる通過施設として、あるいは生活機能の維持・回復を図るリハビリテーション施設として社会的使命を果たしていきたいと望んでいるが、結果的には、老人保健施設への入所の長期化という事態が生じているのである<sup>(26)</sup>。これは、老人保健施設が、医療と介護を提供する場であり、医療法人が設立しているケースが多く、病院から自宅に戻すことができない高齢者を自前の老人保健施設へ移動させることにより、法人としては利益が得られるという経営面でのうまみもある。

高齢者の身体的特徴からして、要介護度が高くなると、一般的に言って、医療度も高くなり、医学的な観察や吸引、胃瘻などの医学的管理、経管栄養、酸素療法などの医療的処置などが必要な高齢者が多くなる。介護サービスを必要とすると同時に医療サービスも必要とする率が高くなるということである。そうすると、在宅復帰をしようとしても、医療的処置を必要とする要介護高齢者の場合には、ますます在宅復帰は困難となる。医学的処置の必要な入所者については在宅での生活が容易ではないために、老人保健施設の在宅復帰率の低下につながり、在所日数の長期化がすすみ、結局のところ、老人保健施設が「終の棲家」に近い現状となっている。

次に、病院、老健施設、家庭との関係についてみてみよう。病院と家庭の「中間」として設立してきた老人保健施設であるが、病院からだけではなく、家庭からの受け入れも可能であり、他の介護老人福祉施設やその他の社会福祉施設からも受け入れ可能としている。入所先の構成をみると、医療機関からの受け入れが、全体の半分以上を占め、次いで家庭からの入所と続いている。老人保健施設からの退所先については、医療機関が圧倒的に多く、全体の半数程度を占めており、

(25) 印南一路『「社会的入院」の研究』（東洋経済、2009年）30頁

(26) 公益社団法人全国老人保健施設協会編集『平成23年版介護白書』（TAC出版、2011年）6頁

本来の目的である家庭への復帰は全退所の4分の1程度となっている。驚くべきことに、全体の数パーセントであるが、老人保健施設から老人保健施設への入所も行われている。いわゆる「老人保健施設巡り」である。医療機関と家庭から入所した者の退所別割合をみると、医療機関から入所した者のうち、32.7%程度が、再度、医療機関に戻っている。家庭から入所した者で、老人保健施設を経て家庭に復帰できている割合は15.3%にとどまり、家庭からの入所者が、家庭には戻らず、医療機関へと退所してしまう割合が7.3%を占めている<sup>(27)</sup>。老人保健施設の当初の目的は、病院から家庭へ戻すための中間施設であったはずであるが、老人保健施設への入所と退所の動向をみると、本来の目的たる在宅復帰が困難であるという現状がうかがえる。

### 3 老人保健施設の役割の変化

#### (1). 「第2の特養」と呼ばれる老人保健施設

老人保健施設の在宅復帰率の低下を見てもわかるように、いまや老人保健施設は、要介護高齢者の終の棲家となり、ついには事実上「第2の特養」へと変容してきている。病院に入院する患者のうち、若者であれば、治療を受けたあと、治癒すれば退院するという時期と退院して自宅復帰する時期がはっきりしている。しかし、高齢者は、治療して治癒したとしても、要介護状態は継続するのであるから、自宅に帰ることは困難である。そこで、老人保健施設は、自宅に戻れない要介護高齢者の受け皿となっている。しかも、老人保健施設は、医療と介護を同時に提供することが可能であり、高齢者にとって最適な場であるために、社会的入院の一部を肩代わりことになっている。

実際、老人保健施設の在所日数は、全体平均で358日であり、その数字は年々上昇している。退所にあたっては、健康で、自立して退所する者は少なく、要介護の状態のまま退所する者が多く、また、死亡退所も多い。実際、老人保健施設でも、死亡による退所は、退所全体の4%を占めている。現行の老健施設は、看取りまでも役割に加えた形で人員配置基準がなされていないため、老健施設の職員は戸惑いと混乱を感じながらも、それでも必要に迫られて実際ターミナルケアを行っているというのが現状である。国としても、老人保健施設を在宅復帰施設として推し進めている一方で、実際にはターミナルケアを行わなければならない現状を認めて、これに加算を付けて、死を看取る役割を担わせている。いまや老人保健施設は在宅復帰という目的と相反した看取りまでも行わなくていけなくなっている。在宅復帰が目的である施設が、在宅復帰以外の役割を多く抱えこむことで、他の施設とのサービス重複が起こり、ここから「第2の特養」と呼ばれるような施設への変容が起こってきたのである。

家庭による介護能力が低下している今、病院と家庭の「中間」という枠組みをつくっても、もし入口があって入所しても、自宅や自宅に代わる住まいという出口がなければ、老人保健施設は、当初のような中間施設としての役割を果たすことが困難である。また、単に在宅復帰という機能

---

(27) 厚生労働省『平成22年介護サービス施設・事業所調査結果の概況』  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service10/index.html> (2013/03/09 閲覧)

だけでは、老人保健施設として運営することができなくなってきたという経緯もある。それは、3年ごとに行われる介護報酬改定である。老人保健施設は、それぞれの施設ごとに、加算を選択し、経営も考えながら、生き残りを考えて、時代の流れとともに、変容せざるをえなかったともいえる。このような、現状の中、老人保健施設は本来の役割を果たすため、厚生労働省は、2012（平成24）年介護報酬改定によって、再度役割を明確化させようとした。それでは次項でどのように役割を明確化したのについて述べることにしよう。

## （2）．在宅復帰強化

老人保健施設において、在宅復帰率の高いところと、低いところがみられるようになってきた。在宅復帰機能が高い老健施設を調べてみると、①1 か月間の退所者に占める「自宅等」への退所者の割合が50%以上であった、②退所先に占める医療機関の割合が低い、③1 か月当たりの平均自宅等復帰者数が多い、④リハビリ専門職の配置が多い、⑤3年以上の長期入所者が少ない、⑥ショートステイ利用者が多い、⑦在所日数が短いという特徴が表れている<sup>(28)</sup>。「第2の特養」といわれてしまうような老人保健施設が多く存在する中で、在宅復帰率を高く維持し続けている老人保健施設があることも事実である。これは、2025（平成37）年までの地域包括ケアシステム構築を目指す国の指針により、2012（平成24）年改定において老人保健施設の本来の理念を取り戻すために、今まで以上に在宅復帰の役割が強化される内容の改定が行われたためである。この改定では、「在宅復帰強化型」老人保健施設を新設し、在宅復帰率とベッド回転率の高さを要件に、基本報酬を2つに分ける措置がとられている。

この介護報酬の改定をきっかけに、老健施設では、当初の目的である在宅復帰・在宅支援機能を維持できるよう、取り組み方を変え始めた。すなわち、施設の収益が下がらないように、在宅復帰率などの要件をクリアーするための取り組みが行われ始めたのである。

ここで、在宅復帰率の差異が生じる要因と老人保健施設の役割を明らかにしておこう。在宅復帰を強化できている施設をみると、その要因として、自宅等に戻った後も、関連施設の通所サービス利用させることで、リピーター確保が可能であるように利用者の流れをつくっている。さらに、施設から在宅に戻った後も、施設から十分なサービスが在宅に提供されていること、入所前から支援相談員が、入所時より退所先を定め、そのうえで老人保健施設に入所させることで、老人保健施設の在所日数を減らす努力を行っている。また、退所させやすくするためといって、要介護度での入所選別をすることは行われておらず、医療管理が必要な高齢者の受け入れも行っていったケースもあった。その反面、施設入所が長引く場合もあり、そのときには、看取りまで行うことも老健施設の役割として受けとめる施設も増えてきている。一部においてではあるが、看取りを目的とした入所も可能としていた老人保健施設もあった。いくつかの老人保健施設を調査してみると、在宅復帰率にこそ多少の差異はあったが、施設ごとに在宅復帰と看取りと両方の役割を引き受けているという意味では、そこに将来方向への共通志向性があった。ただ、本来の在宅復帰機能も強化していこうという動きももちろんあるが、これは老人保健施設全体からみれば、

---

(28) 厚生労働省「介護老人保健施設の基準・報酬について」3-6 頁

ほんの一部であり、大半の施設では、在宅復帰率は低迷したまま、第2の特養と言わざるおえないような現状があるのも事実である。

今後も老人保健施設は、在宅復帰を進めていくことを基本的な理念としながらも、高齢者の状態により看取りも含めた多機能的な役割を果たすことが求められている。また、老人保健施設は、医療と介護を合わせ持っている強みを生かし、医療サービスを充実させ、軽症の治療から看取りまで行う一貫性をもった役割を担い、高齢者の身体的・精神的状況の変化に応じて、その時々、的確な対応ができるフレキシブルな施設として存続していく必要がある。

#### 4 小括

以上、老人保健施設は、施設内での在宅復帰サービスだけでなく、在宅に戻った後も、継続して施設からのサービスの提供を行うなど、高齢者のニーズに応じた多機能的な役割を担う施設であることが明らかになった。老人保健施設が、「多機能的」、つまり、フレキシブルな施設として、要介護高齢者を地域へと戻す役割を今後とも担い続けることは必要であろう。現在推進されている地域包括ケアシステムの構築など、たとえ重度であっても在宅で要介護高齢者を支える仕組みが要請されているときに、在宅復帰をめざす老健施設の存在はますます重要なものとなるだろう。と同時に、在宅復帰が困難な高齢者に対しては、終の棲家として看取りやターミナルケアも充実させていく必要もある。その際には、当然にして、医療行為や看取り、家族に対する相談・支援など、生の終焉を迎えるための環境整備も欠かすことはできない。老健施設は、在宅復帰、手厚い医療サービス、ターミナルケアといった多様な機能を持った複合的施設として、今後とも存続し、時代の要請に応じていかなくてはならないであろう。

また、2014（平成26）年に「医療介護総合確保推進法」が制定され、地域包括ケアシステムを構築していく中で、今後、特別養護老人ホームには、原則として、在宅での生活が困難な中重度以上の要介護者を入所させる（つまり、軽度者を除外する）という政策転換が行われることになった。こうなると軽度の要介護者の行先が問題となってくる。軽度であっても、本人もしくは家族の事情があって在宅での生活が困難だからこそ特別養護老人ホームに入所しているのであるから、そのような高齢者を直ちに在宅に戻すことは現実的に不可能であろう。そうだとすれば、特養から排除された高齢者を老人保健施設で受け止めて、医療・介護サービスを提供しながら、軽度であるがゆえに、可能ならば、一定の期間内に在宅やみなし在宅へと退所させるという在宅復帰構図が描けないものか。今回の介護保険法改正により、軽度要介護高齢者に対するサービス提供施設としての新たな役割が、老人保健施設に期待されてくるようになるのではないかと思われる。

## V. 2014年改正による地域支援事業への移行

### 1. 現在の地域支援事業の目的と内容

2006（平成18）年4月に新たに創設された地域支援事業とは、具体的には、介護予防事業、包



括的支援事業（介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務及び包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）及び任意事業を行なう事業である。介護保険の介護予防サービスは、あくまで要支援という認定を受けた者のためのサービスであり、この認定において、非該当（自立）と判定された場合は、サービスを受けられない者も当然でてくることになる。また、そもそも介護保険を利用しない、つまり要介護認定を受けていない高齢者もいる。それら的高齢者をそのまま放置したのでは、心身状態の悪化が進行して、いずれ要支援・要介護状態になる可能性も高く、やがてその地域における要介護事態の全体的悪化を招くことになるであろう。したがって、このような非該当（自立）の高齢者についても、介護予防に対する意識を高く持ってもらい、また、地域において長く健康な生活を続けてもらうためにも何らかの支援が必要である。このため、自治体が主体となって行っているのがこの介護予防事業としての地域支援事業と言える。介護予防事業である地域支援事業は、建前としてすべての高齢者が対象となっているものの、実質的には、要介護認定で非該当（自立）と判定された高齢者、及び何らかの介護が必要と見込まれる状況にありながら要介護認定を受けていない高齢者を対象としている。要支援・要介護状態とならぬよう自治体が主体となって活動し、水際で食い止めようということである。この地域支援事業は、市町村が主体となって行っているが、実際は地域包括支援センターに委託されている場合がほとんどである。

介護保険法 115 条の 45 に規定される地域支援事業は、被保険者が、要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）となることを予防するとともに、要介護状態となった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものである<sup>(29)</sup>。すなわち、地域支援事業は、要支援・要介護認定を受けていない高齢者に対して要支援状態や要介護状態になることを予防する介護予防を目的とした事業（自立と判定された高齢者対象事業）と、要支援状態になっても地域において生活できるよう予防サービスを提供する事業（要支援認定高齢者対象事業）との 2 つが含まれていることになる（介護保険法 115 条の 45）。現在の地域支援事業は、比較的元気な自立高齢者から、要支援認定を受けてはいるが虚弱な高齢者、そして要支援の認定を受けた高齢者に至るまでの幅広い高齢者を対象とした事業となっている。

なおこの章では、要支援・要介護と認定されていない自立高齢者を対象とした地域支援事業（要支援・要介護度軽減サービスではなく、元気な高齢者に対する文字通りの「予防」サービス）を念頭において考察することにする。

地域支援事業の種類と内容については、表 1 のとおりである。

---

(29) 地域支援事業実施要綱

[www.pref.hokkaido.lg.jp/file.jsp?id=555388](http://www.pref.hokkaido.lg.jp/file.jsp?id=555388)（2013 年 12 月 22 日検索）。

表1 地域支援事業における介護予防事業

二次予防施策 特定高齢者施策	一次予防施策 一般高齢者施策
<p>対象者は、要支援や要介護になる可能性の高い虚弱な高齢者（市町村に「特定高齢者」と認められた者）である。</p> <p>1. 特定高齢者把握事業：基本健康診査などによる虚弱な高齢者の把握をする。</p> <p>2. 通所型介護予防事業：地域の公民館などに通って受ける介護予防サービスを行う。</p> <p>3. 訪問型介護予防事業：通いのサービスが利用できない者に自宅へ訪問してくれる介護予防サービスを行う。</p>	<p>対象者は、65歳以上のすべて高齢者である。</p> <p>1. 介護予防普及啓発事業：介護予防に関するパンフレットなどの情報の提供をする。</p> <p>2. 地域介護予防活動支援事業：ボランティア活動などを活用した介護予防活動の支援をする。</p>

（出典）地域支援事業における介護予防事業 [www.mitsubishielectric.co.jp](http://www.mitsubishielectric.co.jp)  
 （2014年9月9日検索）を参照して筆者作成。

包括的支援事業とは、表1に示す通り地域のケアマネジメントを総合的に行うために、介護予防ケアマネジメント、総合相談支援、権利擁護事業、ケアマネジメント支援を行う事業である。

表2 包括的支援事業

<p>1. 介護予防ケアマネジメント事業</p> <p>2. 総合相談支援事業</p> <p>3. 権利擁護事業</p> <p>①成年後見制度の活用促進、②老人福祉施設等への措置、③高齢者虐待への対応 ④                  困難事例への対応、⑤消費者被害の防止。</p> <p>4. 包括的・継続的マネジメント事業</p> <p>①包括的・継続的なケア体制の構築</p> <p>②地域における介護支援専門員のネットワークの活用</p>
---

（出典）地域支援事業の概要 [www.mhlw.go.jp/topics/npo/03/dl/07-06a.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/npo/03/dl/07-06a.pdf)  
 （2013年12月25日検索）。

任意事業とは、地域の実情に応じて、市町村が、介護給付等費用適正化事業や家族介護支援事業などの創意工夫を生かした様々な事業を展開する事業である。

## 2. 地域支援事業としての介護予防事業の問題点

### （1） 地域支援事業の介護予防事業の問題

2006（平成18）年の改正介護保険法において、予防措置を重視するため、「地域支援事業にお

ける介護予防事業」が導入された。地域支援事業としての介護予防事業には、一般の高齢者を対象とした一次予防施策と、ハイリスクの高齢者を対象とした二次予防施策とがある。しかし、二次予防施策においては、特定高齢者を把握することもなかなか難しく、また、一般高齢者・特定高齢者の別を問わず、高齢者が地域の介護予防教室などに積極的に参加しないのは、すでに全国的な傾向となっている。被保険者として介護保険の「予防給付」を利用する前に、そうならないように健康なうちから、市区町村の「介護予防事業」を積極的に利用して、自ら予防に努める必要がある。一方で高齢者にとっては、たとえば、介護予防体操教室のメニューを覚えるにしても、ある程度の継続的な出席回数が必要となるはずであるが、年に数回程度の教室開催では、どうしても足が遠のいてしまうことになる。また、市町村の介護予防事業のサービスメニューの種類も少なく地域住民の関心を強くひくところまで至っていない。しかし、だからといって、多様なニーズに対応しようとして、介護予防教室の回数を増やすとか、介護予防事業のメニューの充実を図ろうとすれば、今度は保険者となる自治体の財政面での問題がある。要支援者・要介護者が急増することと介護保険財政の窮状を踏まえた上で、地域支援事業に対して、これからは安心・快適のサービスを求めるのか、それとも、最低限のサービスを求めるのかを決めざるをえないという現状がある。

## (2) 「予防給付」「介護給付」に関わる制度の見直し

「予防給付」は、財政面の問題だけでなく、理論的にも問題を含んでいる。「予防給付」と言いながらも、対象となっている要支援Ⅰと要支援Ⅱに該当する人々は、もともと介護保険認定審査会から介護保険法の保険事故としての要支援状態に該当すると認定されている人たちである。だから、「予防給付」と言っても、その内容は、要支援Ⅰと要支援Ⅱに属する要支援者に対する要介護度悪化防止プログラムと解釈できる。これに対して、地域支援事業の特定高齢者施策は、保険事故が発生する前の一般高齢者に対する健康維持・管理サービスであるから、純粋な予防のための給付といえる。また、別の言い方をすれば、「介護給付」という表現については、要介護に該当する高齢者に対して行う給付であるので名称もそのまま理解できる。しかし、要支援Ⅰと要支援Ⅱに該当する高齢者に対して行う給付は、「予防給付」という名称がつけられているが、より正確には「支援給付」と呼ぶのがふさわしいのではないか。これからは、地域支援事業の介護予防事業は、要支援判定を受けていない一般高齢者と特定高齢者に対して行うものであるから、純粋の「予防給付」というように分けて表現するほうが、わかりやすいと考えられる。ただし、地域支援事業は、介護保険法の中に「予防給付」という保険事故を新たに設定したものと考えるのか、それとも、あくまでも介護保険法の保険事故は「要支援・要介護状態」であり、地域支援事業は介護保険の財源のごく一部を使って政策的に実施される健康・自立維持サービスと考えることなのかという点については、議論があることだけを指摘しておきたい<sup>(30)</sup>。

---

(30) 石橋敏郎・河谷はるみ・長千春「介護保険法の改正に伴う諸問題について—新予防給付、地域支援事業、サービスの質の評価、情報の公開、介護手当を中心として—」(アドミニストレーション 12 巻 1・2 合併号、熊本県立大学総合管理学会、2005 年 8 月) 10~11 頁

### 3 予防給付の見直しと地域支援事業

介護予防給付の要支援Ⅰ・Ⅱと認定された高齢者の多くは、廃用症候群モデルに該当するものであり、筋骨格系の疾患をはじめとした慢性疾患が多い。それに加えて、下肢機能の低下や栄養状態の悪化による生活機能の低下、環境変化をきっかけとして、社会への適応が困難になってくる場合もある。これが閉じこもりなどへの引き金となっている。要支援Ⅰ・Ⅱと認定された高齢者が、できないことを単に補う形でのサービスの提供は、廃用症候群の進行を防止できないだけでなく、逆に、サービスへの依存を生み出す場合もあるといわれている。要支援Ⅰ・Ⅱと認定された高齢者に対して、介護予防が重要と言われるのは、上記のような状態になるのを防止したり、改善したりする効果が大きいからである<sup>(31)</sup>。介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった特定の機能の改善だけを目指すものではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として行われる。一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組みを総合的に支援することによって、QOL（生活の質）の向上を目指すことに繋がる。これが、現行の介護保険法の「予防給付」の目的である。

これに対して、「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」（「医療・介護総合推進法」）により、介護保険法の「予防給付」を市町村が行う地域支援事業へと移行させるという大幅な改革が行われた。改革の大まかな内容は以下の通りである。すなわち、要支援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に応じて住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な対応をすすめ、効果的かつ効率的にサービスの提供をできるよう、今後は、地域支援事業の形式に改めようというのが今回の改正の趣旨である。これまでのように全国一律のサービスの種類・内容・運営基準・単価等によるのではなく、市町村の判断で民間企業・社会福祉法人・NPO・ボランティア等の地域資源を効果的に活用できるようにしていこうとするものである。介護予防給付の地域支援事業への移行については、移行後の事業も、介護保険制度内でサービスを提供していくものであり、財源構成も変わらないとされている。事業への移行にあたっては、既存の介護サービス事業者の活用も含め多様な主体による事業の受け皿を地域に整備するために、地域の実情に合わせて一定程度の時間をかけて行うことになる。地域支援事業の介護予防事業の対象となる一般の元気な高齢者から予防給付の対象である要支援Ⅰ・Ⅱと判定された高齢者までのそれぞれの事業・サービスの概要や関係性は、表4に示す通りである。

---

(31) 厚生労働省編『平成26年版厚生労働白書—健康長寿社会の実現に向けて—～健康・予防元年～』（日経印刷株式会社、2014年）35～38頁

表4 介護予防給付の地域支援事業への移行

介護保険制度				
見直し前	介護給付 要介護 7兆1,000億円 (平成23年度)	予防給付 要支援者 4,100億円 (平成23年度)	地域支援事業 1,570億円 (平成23年度)	
	個別給付 ①法定のサービス 類型(特養・訪問 介護・通所介護等)② 全国一律の人員基 準・運営基準	個別給付 ①法定のサービ ス類型(訪問介 護・通所介護等) ②全国一律の人員 基準・運営基 準	介護予防事業・総合 事業 ①事業内容につい ては市長村の裁量 ②全国一律の人員 基準・運営基準なし	包括的支援事業 ・任意事業 ①地域包括支援 センターの運営 等
見直し後	財源構成 国25%、都道府県/市町村12.5%、1号保険料21%、 2号保険料29%		財源構成 国39.5%、 都道府県/市町村 19.75%、1号保 険料21%	
		新しい地域支援事業		
	個別給付 ①法定のサービ ス類型(特養・訪問 介護・通所介護等)② 全国一律の人員基 準・運営基準	新しい総合事業(要支援事業・新しい介 護予防事業) ①事業内容については、市町村の裁量を 拡大②柔軟な人員基準・運営基準	新しい包括的支 援事業・任意事業 ①地域包括支援 センターの運営 等	

地域支援事業は、地域包括ケアの一翼を担うに相応しい質を備えた効率的な事業として再構築を目指している。

(出典) 厚生労働省老健局「資料2 1.介護保険制度の改正案について 平成26年2月」

[www1.city.matsue.shimane.jp/kenkou/.../260312siryou2.pdf](http://www1.city.matsue.shimane.jp/kenkou/.../260312siryou2.pdf) (2014年7月25日検索)

社会保障審議会. 介護保険部会 (第51回)「資料1平成25年10月30日予防給付の見直しと地域支援事業の充実. について」

[www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000027993.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000027993.pdf) (2014年9月14日検索)。

#### 4. 介護予防・日常生活支援総合事業

##### (1) 総合支援事業の目的・内容

また、2014(平成26)年改正により、地域支援事業の中に介護予防・日常生活支援総合事業が(以下「総合事業」という)新たに創設され、これまで市町村の任意事業となっていた介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)を見直し、2017(平成29)年4月までに全ての市町村で実施していくものとされた。介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)は、2011(平成23)年の「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」によって創設されたもので

ある。この事業が創設された背景としては、要支援者に対する介護予防事業や配食・見守り等サービスも含めた生活を支えるための総合的なサービスが提供できていないことや、二次予防事業対象者に対して提供できるサービスが少なく、予防に向けた取組みが進みにくいことがあったからである。2014（平成26）年改正により、この総合支援事業が市町村での必須事業となり、これからは、これまで保険給付外で行われていた地域支援事業のサービス（介護予防事業や配食・見守り等の生活支援のサービス）に加えて、権利擁護や社会参加も含めて、市町村が主体となって、総合的で多様なサービスの提供が可能な仕組みが構築されていくことになる。総合事業が実施されると、二次予防事業対象者は、従来の介護予防事業に加え、予防給付サービスのうち市町村が定めるサービスおよび配食・見守りのサービス等を受けることができるようになる。また、要支援Ⅰ・Ⅱの対象者については、従来どおり予防給付としてサービスを受けるのか、総合事業としてサービスを受けるのかを、地域包括支援センターによるアセスメントに応じて市町村が決定できることになった。今後、高齢者の多様なニーズに対応するため、要支援者に対する介護予防給付については、市町村が自らの判断で、地域の実情に応じ住民主体の取組みを含めた多様な主体による柔軟で効果的・効率的にサービスを提供できるよう地域支援事業を見直すことができるようになったのである。従来の制度との違いとして、具体的には、表5に示すとおり既存の枠組みにとらわれない支援をすることができるようになったことがあげられる。しかも、全国一律のサービスの種類・内容・運営基準・単価等によるのではなく、人員配置や設備基準および利用料等についても市町村が設定することができるようになる。

表5 既存の枠組みにとらわれないサービス

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 要介護認定において「要支援」と「非該当」を行き来するような高齢者に対する切れ目のない総合的なサービスの提供をする。</li> <li>2. 虚弱・引きこもりなど介護保険利用に結び付かない高齢者に対する円滑なサービスの導入をする。</li> <li>3. 自立や社会参加の意欲の高い者に対してボランティアによるこの事業への参加や活動の場の提供をする。</li> <li>4. 生活支援の必要性が高い要支援者に対して地域の実情に応じた、生活を支えるための総合的なサービスの提供をする。</li> </ol> |
|---|

（出典）厚生労働省「第5期計画への介護予防－日常生活支援総合事業の実施」

[www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/.../05/.../kaigokentou.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/.../05/.../kaigokentou.pdf)（2014年7月1日検索）。

市町村の必須事業としての総合事業は、2017（平成29）年4月までに全ての市町村で実施するよう表6の通り予定されている。

表6 要支援者の訪問介護・通所介護の総合事業への移行、  
介護予防・生活支援サービス

移行前	移行後
<p>【現在の予防給付によるサービス】</p> <p>1. 訪問介護 2. 通所介護</p>	<p>【新しい総合事業サービス、介護予防・生活支援サービス】</p> <p>1. 訪問型サービス：多様な担い手による生活支援。 2. 通所型サービス：ミニデイ等の通いの場。運動・栄養・口腔ケア等の教室。介護事業所による訪問型・通所サービス。 3. 生活支援サービス：配食。見守りなど。</p>
<p>従来通り、予防給付で行う。①訪問看護、②訪問リハビリテーション、③通所リハビリテーション、④短期入所療養介護、⑤居宅療養管理指導、⑥特定施設入所者生活介護、⑦短期入所者生活介護、⑧認知症対応型通所介護、⑨小規模多機能居宅介護、⑩認知症対応型共同生活介護、⑪福祉用具貸与、⑫福祉用具販売、⑬住宅改修など。</p>	

(出典) 社会保障審議会介護保険部会第52回、平成25年11月14日資料2  
「予防給付の見直しと地域支援事業の充実について」

## (2) 総合事業の意義

総合事業は、各市町村の主体的な判断による運用を可能にするために市町村の裁量が広範に認められた仕組みとなっている。また、市町村の財政面に関しては、生活支援サービスについては、2号被保険者の保険料の投入が可能になる。特に、これまでの地域支援事業では、要介護認定を受けている高齢者に対しては、各市町村が用意している非該当者向けのサービスを利用できないという制度上の制約があったが、この問題を解消できるような自由な制度設計が可能になった。市町村の主体性を重視するという本事業のねらいは、地域の資源を十分活用して、今後の超高齢社会に適応した地域づくりを市町村が地域住民と協働して行うことにある。市町村は、まず自らの地域の高齢者の健康状態・ニーズを把握し、加齢に伴い支援が必要になっても、地域において安全・安心に暮らしていくためにはどのようなサービスが必要なのか、また、どのような地域の社会資源等が活用可能なのかを考える必要がある。なお、総合事業は、地域のコミュニティ（地域住民、行政、民間事業者、ボランティア等）によって支えられていくことが求められており、必要な供給量・質を考えると、新たなコミュニティビジネスの創出も必要といえる。各市町村においては、総合事業を推進するための基盤整備も必要になる。したがって、高齢者福祉所管課のみならず、健康づくり所管課や、コミュニティビジネス、NPO、ボランティアとの関わりのある所管課や社会福祉協議会等の関係団体との連携も不可欠である。コンビニ・飲食店・タクシーなどの事業所や公民館活動・生涯学習活動などさまざまな地域活動の立ち上げ支援などにより、必要な活動を作り出すことも求められる。これらの連携により、介護予防と健康づくり、そして地域づくりを一体的に取り組んでいくことが期待される<sup>(32)</sup>。

(32) 厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業の手引き」4頁

[www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/.../dl/tebiki-1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/.../dl/tebiki-1.pdf) (2014年7月2日検索)。

また、これまでは、要支援者に対しては、保険給付による介護予防サービスが行われており、二次予防事業対象者に対しては、地域支援事業による介護予防事業が、それぞれ別々に行われてきた。つまり、保険給付と地域支援事業とでは、対象者や提供主体が区分されていたのである。これに対して、総合事業は、要支援者と二次予防事業対象者を区分することなく、地域の多様な提供主体が、介護予防と生活支援を一体的に行うものである。このことにより、例えば、要支援者でなくなった場合や、その逆に、新たに要支援状態になった場合でも、介護予防や生活支援を切れ目なく利用することが可能となる。

## 5. 地域支援事業の課題

総合事業が単なる要支援認定者に対する介護予防給付費抑制のためだけの施策になってしまわないためにも、日常生活支援総合事業に取り組もうとする自治体に対して地域づくり等の技術的な助言を含む支援策が必要だと考える。もちろん、訪問介護・通所介護を市町村の地域支援事業に移行するに当たっては、新たな課題がでてくると考えられる。その課題とは、表7に示す通りである。

表7 日常生活支援総合事業の事業費の見直しに対する新たな課題

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 市町村が、サービス水準を独自で下げる可能性がある。保険給付には、全国一律の運営・人員基準があるが、地域支援事業にはないので、今後、研修を受けたホームヘルパーによる生活援助からボランティアによる支援や民間企業による宅配弁当に置き換える等で費用を削減するのではないかと心配される。</li><li>2. 市町村が、利用料を独自で上げる可能性がある。現在の利用料は、介護費用の1割で、残り9割が介護保険財政から出ている。今後、市町村が、介護保険財政から出る財源を減らすために、利用者への負担の割合を引き上げるのではないかと心配される。</li><li>3. 市町村が、サービスの種類や内容を減らす可能性がある。現在の12種類の保険給付が法律で定められているが、今後、市町村が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリ、通所介護、通所リハビリ、福祉用具貸与などのサービスの種類を減らすのではないかと心配される。</li><li>4. 保険事故に備えて保険料を納め、要支援と認定された者には、給付を受ける権利が発生する。サービスを提供する事業者がその給付を本人に代わって受領するのが予防給付である。一方、地域支援事業は、個人への給付を約束するものではなく市町村が行う事業を保険料や国・都道府県の公費で支援する。つまり、自己負担がいくらで、どのサービスを利用できるかは、市町村次第となるので、要支援と認定されても受給する権利が不明確になるという点において、保険原理も不明確になる。</li></ol> |
|---|

## 6. 小括



2014年介護保険法改正により、これから、要支援Ⅰ、Ⅱと認定された者は、介護保険給付の対象外となり、市町村の事業である新たな地域支援事業の中で支援を受けることになる。移行後の事業も、介護保険制度内でのサービスの提供であり、財源構成も変わらない。しかし、市町村の取り組み姿勢によっては、サービスに格差が出てくることは想像に難くない。市町村ごとにこのサービスの内容や水準にばらつきがあるとすれば、保険事故に備えて保険料を納めている者への給付を受ける権利というのは不明確になる可能性があると考えられる。事業への移行にあたっては、既存介護サービス事業者の活用も含め多様な主体による事業の受け皿を地域に整備する必要があるため、地域の実情を踏まえた整備まで、かなりの時間が必要であると思われる。制度切り替え当初は、旧サービスの内容を継続したとしても、利用者にとって本当に必要であり役に立つものは何かを把握して、将来を見据えて、サービスを再編成する必要がある。それには、各高齢者の地域での生活実態の現状と安心して暮らし続けるために何が障害となっているのか、不足しているのか、などを把握するとともに地域の違いや特性に応じたニーズの把握をする必要がある。また、地域支援事業を実施していくには、地域のニーズとそのニーズに対応できるサービスの創出をすること、将来を見据えた現要支援者等への新たなサービス体系の構築をすること、地域住民の生活支援サービスへの参加の支援・促進をすることなど、多くの課題が残されている。また、全国一律のサービスの種類・内容・運営基準・単価等によるのではなく、地域で生活をする中で、互助と共助の取り組みを支援するため、市町村の判断でボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の地域資源を効果的に活用できるようにしていく必要がある<sup>(33)</sup>。高齢者についての認識を、これまでのように一方的にサービスを受けるだけの側だと固定して考えるのではなく、高齢者も含めた住民参加を実現することによって、地域住民の社会的孤立や孤独死などを防ぎ、誰もが社会との「絆」を感じて安心して生活できる基盤を構築していくことが求められている<sup>(34)</sup>。市町村には、地域で暮らす高齢者の為に、様々な相談受付や実態把握に努めることと同時に、全国一律のサービスの種類・内容・運営基準・単価等というこれまでの介護保険制度の考え方を変えて、利用料等を市町村で決定できるようになるのであるから、それこそ、サービスの質の低下がおきないようにすることが必要であろう。そうだとすれば、やはりこれ以下のサービスの提供は許さないという意味でのサービスの最低基準を国が定めることが必要である。そして、通所介護・訪問介護の事業所のなかには、有資格者を揃えて認知症の対応やリハビリテーションの対応について、一定の効果を上げて地域に貢献している事業所もあるので、そうした模範事例を参考にしながら、各事業所がサービスの維持・向上に向けて競争していくような環境づくりが望まれるところである。それとともに、市町村には、利用者が地域資源を活用できるように、適切な機関・制度・サービスにつなげられるような地域支援事業の総合的コーディネート体制を整備する責任があると思われる。

---

(33) 厚生労働省編、注(31)、前掲書、403頁。

(34) 内閣府編『高齢社会白書』（日経印刷株式会社、2014年）89頁。