

## 介護保険のこれからと市町村の役割～第7期介護保険改定への議論～

淑徳大学コミュニティ政策学部 教授 鏡 論 氏

大森亘先生は、「自治体現場から政策提言していく必要がある。」と唱えた。

1997年に法案が通り、2000年スタート。3年間厳しい状況の中で介護保健を立ち上げた。2015年の改正では、2017年改正を見据えた取り組みとして新しい総合事業ということで介護保険を離れた個別の事業を行う準備をしていたと思う。

2013年社会保障国民会議の報告で税と社会保障の一体改革で給付と負担の見直し（バランス）が行われた。

**給付＝サービスで給付が大きければサービスが大きくなる。**

市町村が保険者であり、保険者としての役割が最も多い、市町村が一番強い制度。

特養は、建設費が10億～20億円。200床作ると保険料が百円上がり、6,500円になっても我が市は特養に入りたい人を全て入れる待機ゼロ作戦という選択もある。そうではなく在宅、自宅志向とかサービスの水準をきめることができる。特養を作るのではなく、できるだけ自宅で生活が送れるような制度という選択を市町村が選択できる。それは、介護保険事業計画で示し、給付と負担を自ら市町村で選べる。

○地方分権の試金石とも言われてる介護保険が2000年にスタートして介護保険16年目。介護保険は3年に一回見直し。緩和措置で要支援が出来た。

2003年4月から第2期。小泉総理の時代で、社会保障全体で2.1兆円となった。

ホテルコスト、居住費など自己負担になる。給付額見直しが行われた。

2005年10月 三位一体改革で福祉サービスが削られた。補助金の縮減。税源移譲。地方交付税の見直し。

2006年4月～第3期は、介護保険料6.9兆円。

第4期、第5期5千円の壁。第6期は、3.6兆円スタートが3倍弱になってきた。

「リタイヤした人は、地域で遊んでいるので、ボランティアしてください。」ということ。

地域包括ケア、お金がある人は負担。2割負担になった。

2015年改正で介護、医療、生活支援、介護予防を想定したサービスの連携。

在宅医療、介護連携、認知症施策、地域ケア会議、生活支援サービスの充実。

地域包括ケアシステムでは、「自助、共助、互助」のうち、意識的に互助の強化を行わなければいけない。自らサービスを必要としない生活、費用負担のないボランティア。

共助は、介護保険、医療保険。

公助は、財源的な要請が大きい。

国の債務1053兆円あるが、貯金1200億あるので今のところ大丈夫。しかし、借金を返すのは若者である。

給付よりも負担を下げていくのが世の中の流れであり、身の丈にあった給付とサービスに

していく。

社会保障＝医療、年金に対する給付

国の一般会計 96 兆円、社会保障 30 兆円、全体の 30%

日本では、

1951 年 社会福祉事業法

憲法第 89 条 公の支配

福祉制度は、対象者に理由があるが、理由がある制度だと不都合。誰でもが高齢者になる。

普遍的な制度じゃないと変。

介護保険のスタート時は、家庭・経済的理由だった。しかし、現在の考えは、従来とは違う。

介護保険は、3 年に一度大きな制度改革があるので落ち着かない制度になっている。

現在、特養入所 52 万人。要介護認定だけの調査で振り分けられた。

特徴は、自分でサービスを選べること。現在、52 万人の待機者がいる。

普遍制度からすると間違っている。

待機者がいても施設を作ると保険料が上がるから作らない。

第 1 号被保険者数 3390 万人

第 2 号被保険者数 4315 万人

約 7700 万人の被保険者数が保険料を支払い、サービスを利用している人が 605 万人、被保険者総数 7.8%の受給者 高齢者の 18%が利用する制度。

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。

継続的な利用がほとんどであり、92%の人が利用していないのでお金中心の議論になる。

5415 円支払っている

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期を支える重要な制度として、社会的な地域を得たと言えるが、同時に一般の人たちには、まだまだわかりにくい制度として位置付けられている。

約 2 週間に 1 度、介護殺人の悲劇が繰り返されている。

現在、何を減らそうかという議論がなされている。

福祉制度としてのセイフティネットは介護保険にはない。介護保険は社会保障の目的は健保 24 条の規定とは違う。

老人福祉法セイフティーネット

役所の中は縦割りになっているので、保健師とケースワーカーは水と油で連携するのは難しい。

低所得者をどうするのが一番の課題である。

介護保険制度の改正 2015

対象者の選別はどうするのか。

給付は提供できない。

役割が小さくなったので地域で担ってほしいというのは地域包括。

医療との関係、地域包括ケアシステム、医療と福祉・介護・地域の自治会がネットワークになった。

市町村は、医療に対する権限が無い。医療は県である。そういったことから医師会長とコンタクトを取って連携をする。

生活は福祉。医療を支えて欲しい。医師は一人親方なのでネットワーク作りは苦手な人が多い。高齢の医師。認知症の専門的な知識を学んでいない人が多い。

2017年 診療報酬改定「病院から地域へ 地域から在宅へ」が進んでくる。出来るだけ地域で、自宅で見て欲しい。動かす診療報酬体制になると思われる。家庭の方にどなたか見る人がいる。

在宅 施設を作らないと介護殺人に繋がっていくのではダメ。選択肢を増やすことが大事であり、バランスが必要。特養は、措置制度とは違うので要介護認定だけで入れる。しかし実態は虐待や一人暮らしなどでは入りやすい。特養は、大きな岐路に来ている。だれでも入れる施設なのか、家族に恵まれない人が入るのか。

規制緩和で株式会社でも作れるようにする。

保険料が確実にあがる。

#### 第6期介護保険事業計画

地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業を盛り込むこととなり、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。

第7期介護保険事業計画策定と医療計画策定期が重なるため、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。

自治体が要望する医療事務を盛り込むことが求められる。

**新たな連携構築も求められるが、人と人が連携すると進むとは限らない。いさかいが進むかもしれない。意識的な連携を進めて欲しい。**

- ①将来の医療・介護のカンファレンスへの参加
- ②医療と介護の連絡ノート
- ③情報提供シートの共有化

### 3. 新たな総合事業におけるサービスの類型

#### (1) 予防給付から新しい総合事業へ

##### 2015年介護保険法改正

保険給付を縮減し、地域支援事業に総合事業が新しく加わった。(市町村が事業内容を組み立て)

3年間で地域支援事業に移行する。

総合事業状況 2015年1月調査

平成27年度中 114団体

平成28年度中 277団体

平成29年4月から 1069団体

平成28年1月調査

平成28年度中 283団体

かなり前倒しになっている。

報酬改定の影響で早めにやった方がとくではないかという自治体が増えた。

平成28年度 311団体

平成29年4月から 953団体

多くの団体は介護予防、削られた(ホームヘルプとデイサービス)事業を自治体介護報酬2.27%下がった報酬を上限として事業を組む自治体が多い。

近隣自治体の取組を聞くこと。

#### 厚労省ガイドライン

##### サービス事業対象者

- ①自治体の直営サービスを提供
- ②自治体が事業者に委託をしたサービスを提供
- ③指定業者あるいは、みなし指定業者がサービスを提供
- ④補助金を得たNPOやボランティア等が実施する。

##### 懸念される事

- ①市町村によってサービス内容や質が異なる可能性がある事。

#### (2) 新たな総合事業におけるサービスの類型

##### <介護保険制度の地域支援事業>

##### ①介護予防・生活支援サービス事業

- ・訪問型サービス
- ・通所型サービス
- ・その他の生活支援サービス(見守り、慶弔、ゴミ出しなど)

##### ②一般介護予防事業(健康教室、いきいきサロン)

③任意事業（配食、見守り）

<介護保険外>

④その他市町村実施事業（移動支援、宅配、未病、民間施設のサービス）

⑤民間市場でのサービス提供

目玉になっているが、既に市町村はやっている。

通所型デイサービスは2割減っているので事業者は大変。

デイサービスは最初、介護者のお休みサービスの意味があった。

長時間対応するサービスが時間と単価がリンクするようになって短時間で対応する。

小規模デイサービスは短時間が他が推奨されるようになった。

### （3）医療との連携の課題

医療法第30条の4

医療圏域ごとの病床計画を定めるものであるが、これは都道府県に策定が義務付けられる。

### II 時期改正への議論

要介護度の改善が無いのではないかな？

軽度者へのサービスの見直し（要介護度2まで）

財務省も要望を出している。

要介護度の改善がない。

軽度者へのサービスの見直し（要介護2まで）縮減してはどうかという議論。

国の給付は減らす。減らした分は地域支援事業に落ちてくる。市町村になる。

①介護保険外の民間サービスの利用をすすめる

保健外サービス活用ガイドブック（仮称）2015年度中に策定。

「骨太方針」で自治体が商工会などとも連携

（2）利用者負担をさらに見直す

2割の枠を拡大

医療は3割なので介護も3割という議論がある。

①高額介護サービス費をさらに見直す

②医療保険の利用者負担も見直す

③医療保険の高額療養費も見直す

④医療保険にも資産チェックを導入

地域包括ケアはお金の話。

介護予防の改善についてはエビデンスは無い。

効果はない。

いかに給付減らして負担を増やすか。

(3) 「中重度」への重点化

【参考】介護保険事業計画と医療計画の関係

「医療・介護サービスの一体的な整備を行う観点から、医療計画で定める二次医療圏と介護保険事業支援計画で定める老人福祉圏域」を一致させるよう求められているので、市町村でも連携を盛り込む。

2. 「一億総活躍プラン」は、第三の矢で「介護離職ゼロ」をめざす。

今の政策を進めていくと介護離職が増えるかもしれない。

サ高住は介護保険制度ではない。

医療機関が行っているサ高住が多くなっている。

3. 厚生労働省は、高齢・障害・子どものサービスの「丸ごと化」をめざす

(1) 「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部

- ・地域包括ケアシステムの深化、「地域共生社会の実現
- ・医療介護人材の確保・養成、人材のキャリアパスの複線化

以上