

介護予防給付の地域支援事業への移行に関して

M13UB552 M-1 守島 正

H25年8月6日に提出された社会保障制度改革国民会議報告書において、既に社会保障給付は年間100兆を超え、日本の公的債務残高はGDPの2倍を超える水準に達しており、社会保障制度自体の持続可能性も問われているとしたように、高齢化における社会保障費増大は今や国の最重要課題であり、社会保障制度の早期改革が期待されている。

特に現在首都圏や近畿圏の65歳以上の増加率が全国平均を上回っているように（総務省統計局人口推計）、都市部における高齢化が進んでおり、国民健康保険会計や介護保険医療会計の毎年歳出増加率をみても、その急速な伸展が見て取れる。

上のような状況から、「医療から介護へ」「病院・施設から地域・在宅へ」と向かう流れや、介護事業における基礎自治体の役割の増加が予想されている。

こうした中、介護保険の在り方が様々提案されており、2014年1月から開かれている通常国会においては介護保険法改正案が提出される予定となっているが、その中でも、社会保障審議会において「予防給付の見直しと地域支援事業の充実」という介護予防に関する指針が出ており、この課題こそ都市や市町村に関連する着目すべき点と考え、これを中心に介護保険法改正に関する考察をしたい。

まず、介護保険制度に関しては社会保障制度改革推進法（2012.8.成立）第7条において、「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」とされた。

その後、社会保障制度改革国民会議報告書第2部2項において、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的な地域包括ケアシステムの推進が挙げられ、そのために、介護保険制度の枠内では完結しないため、「介護保険給付と地域支援事業の在り方を見直すべき」とされた。

こうして、社会保障審議会の今回の指針に至ったが、見直し前と見直し後の制度の図を掲載する。

<介護保険制度> ※抜粋「予防給付の見直しと地域支援事業の充実」2P

\*これ以外に高額介護サービス費等が含まれる。

介護保険制度

介護給付(要介護者)

約7兆1000億円(平成23年度)\*

個別給付

- ◆法定のサービス類型(特養・訪問介護・通所介護等)
- ◆全国一律の人員基準・運営基準

予防給付(要支援者)

約4100億円(平成23年度)\*

個別給付

- ◆法定のサービス類型(訪問介護・通所介護等)
- ◆全国一律の人員基準・運営基準

地域支援事業

約1570億円(平成23年度)

介護予防事業・総合事業

- ◆事業内容については市町村の裁量
- ◆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

- ◆地域包括支援センターの運営等

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%

事業化

新しい地域支援事業

個別給付

- ◆法定のサービス類型(特養・訪問介護・通所介護等)
- ◆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)

- ◆事業内容については市町村の裁量を拡大
- ◆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

- ◆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ふさわしい質を備えた効率的な事業として再構築

(見直し前)

(見直し後)

まず、介護保険給付について、市町村の介護認定審査会において、支援が必要と認められた人は予防給付、介護が必要と認められた人は介護給付を受けることができ、この区分で要支援1～2や要介護1～5とその実態に応じた給付を受けることが可能になる保険制度であり、上の指針では、要支援者に対する予防給付サービスを保険給付から市町村事業に移行させる方針が出された。

具体的には、訪問介護・通所介護が新しい介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）に移行することで、既存の介護事業所によるサービスに加え、多様な主体による多様なサービスの提供を可能とするものであり、かといって移行しないサービスを受ける要支援者は従来通り要支援認定を受けてのサービス利用することは可能であるためサービスが一様に低下するものではない。

このように、この予防給付の見直しの名目は、高齢者の多様なニーズに合わせ、市町村が地域の実情に応じて、多様な主体による柔軟かつ効率的なサービス提供を可能し、全国一律ではなく独自のサービスや単価設定などを可能とすることであり、移行後の事業も、介護保険制度内のサービスの提供であり、財源構成も変わらないとされているため、介護保険費用の削減や抑制といった意図は明示されていない。

しかし、水上啓吾（大阪市立大大学院准教授）によれば、介護保険における収入項目の多くは費用によって決まり、かつ、地域支援事業における包括的支援事業の市町村負担は介護保険財源に占める比率よりも一般的に高いと言われるが、実際に上の表中段においても予防給付事業は地方負担が12.5%に対し、地域包括支援事業等のばあいは、地方負担19.75%になっている。

厚労省は市町村が介護保険事業計画で要支援者のサービス提供の在り方と費用を明記し、その結果を3年ごとに検証するPDCAサイクルに載せることを法定化するとしており、今後の制度設計や財源的な枠組みがどうなるかにもよるが、上記の考えの下であれば、介護保険からの切り離しは、事実上のサービス水準の低下もしくは市町村や利用者負担の増を類推できるとともに、市町村においても介護保険会計に他の会計から繰り入れ補填している現状を考えると、事業化による見える化など、サービスは引き締め方向へ向かっていると考えることができ、その証拠に週刊年金実務によれば、「今回の制度改正は地域支援事業の見直しで、将来的な給付額を抑制することが目的」と厚労省はしていると掲載している。

実際に、前述の社会保障改革推進法や社会保障制度改革国民会議報告書においては、「範囲の適正化等による介護サービスの効率化」という名の下、今回の予防給付の見直しや利用者負担の見直しの必要性を指摘しており、厚生労働省が介護保険の自己負担割合の引き上げ案を出したと同様、介護費用の削減または利用者負担の増大という目的は伺える。

今回の見直し案の同様、厚生労働省は特別養護施設の入居基準を要介護3以上にするという方針も出しており、社会保障制度国民会議報告書の発表同日に、（一社）全国特定施設事業者協議会や（公社）全国有料老人ホーム協会から、「介護予防給付の制度存続についての要望書」が提出されたように、施設事業者が要支援の取り組みが出来なくなる、経営状況が悪化する、軽度者の不利益になる、要支援認定されても市町村事業の受給権があいまいなど、一連の介護保険制度改革に反対や指摘の論説も並ぶ。

しかし、都市において加速度的な介護保険料の増加を見るに、その対象の適正化や地域の人材やネットワークといったストックを活用し、将来世代への負担を増加させず持続可能な制度づくりに少しでも近づけていかなければならないと考えるとともに、地域連携が希薄とされている都市にほど、眠れるストックはあると考える。

年におけるストックを活用することで、介護予防給付の地域支援事業、強いては介護保険事業が要介護者から事業者まで多くの関係者にとって、より適切で持続可能な制度になることを期待する。

～参考～

社会保険実務研究所「週刊年金実務 Vol:2071」34-37(2013)

社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書」(2013.8.6)

全国特定施設事業者協議会「介護予防給付の存続について要望書」(2013.8.6)

社会保障審議会介護保険部会「予防給付の見直しと地域支援事業の充実」(2013.10.30)