

論文I

介護保険制度のこれまでと今後の方向性

一般社団法人未来研究所ザイライ代表理事

兵庫県立大学大学院社会科学部研究科特任教授

香取照幸



誰もが利用できるサービスに

介護保険制度の基本理念は「介護の社会化と自立支援」であり、高齢者自身が当事者として参加することで成り立っている。介護は特定の社会的弱者の問題ではなく、すべての市民の問題であり、市民の「連帯・共助」で解決していくという考え方がこの制度の原点である。

介護保険が創設される以前は措置制

大幅な規制改革も行った。行政が社会福祉法人に委託するかたちだと、行政が仕切った範囲内しかサービスは生まれない。そうではなく、一定の市場のルールを導入することでサービスの量を確保し、利用者が選択できるようにして、利用者サービス提供者の対等な関係をつくりだした。

そして、サービスの利用をサポートするための仕組みがケアマネジメントであり、ケアマネジャーという新しい職種をつくった。利用者に必要なサービスをさまざまなメニューの中から組み立てて介護計画を作成し、状態の変化に合わせてサービスを変えていく伴走型の支援が、ケアマネジメントの基本的な考えである。当時はケアマネジメントとは何か一般に理解されていなかったこともあり、ケアマネジメントの利用者負担は見送ることになった。しかし現在では、ケアマネジャーの役割も定着し、利用者負担の導入を検討

度であったため、介護は一義的には家族の責任とされ、さまざまな理由で家族が介護できない高齢者を行政が認定

して、一定の保護を与えるという考え方だった。しかし当時の日本には寝たきり状態にある高齢者が約100万人いて、要介護者ひとりが必要とする介護量は、家族の介護力をはるかに超える状態であった。家族介護はすでに破綻していたのである。加えて、家族介護の担い手は主に妻と娘であり、女性問題としての側面もあった。また、絶

する動きも出ている。

「その人が、住んでいる地域で最期までその人らしく暮らせるように。そして可能な限り、その人が主人公である世界で介護する」——この考え方がらすると、施設入所を中心としたサービス体系ではなく、在宅で支えることが基本になる。これにそって制度やサービスをつくりあげてきたのである。

都市部と地方で異なる高齢化の現状

介護保険制度創設から20年以上がたった。現在ではサービスができる限りその人の生活圏域の中で完結するように、在宅サービスの中でも地域密着型のサービスが増えている。小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、看護小規模多機能型居宅介護などの新しいサービスが生まれ、特別養護老人ホーム（以下、特養）もこれまでのような大規模施設ではなく、入所定員29

名以下の小規模な地域密着型の特養の開設に力を入れている。現在では居住系サービスといわれる特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム）の入居者数が特養全体の入居者数を超えるなど、全体としては介護保険で想定したようなかたちで動いているのではないだろうか。

他方、地域別の状況を見ると、都市部と地方ではかなり事情が異なっている。都市部では高齢者が今後20～30年にわたって増加し続け、特に後期高齢者の増加が顕著にみられるようになり、介護ニーズがさらに高まることが予想される。このため、サービスをさらに拡大していかなければならない。一方、中山間地では高齢者人口がすでにピークアウトしている地域が多く、サービスが余り始めているため、ダウンサイジングしていかなければならない。また、都市部も地方も人口が減少し、支え手の数も減少する。さらにひとり

暮らしや夫婦のみの高齢者世帯が増え、これまでとは異なるニーズの発生が予想されるため、そのことを前提にサービスを整備していく必要がある。

生活基盤が脆弱な 高齢者への支援

いうまでもなく、認知症高齢者は確実に増えていくため、身体介護モデルから認知症介護モデルへの転換が必要となる。認知症高齢者はリロケーションイメージを受けやすく、生活環境が変わると症状が悪化するため、できる限り環境を変えずに暮らしを継続させていくことが求められる。また、認知できる空間の範囲が小さくなるため、大きな施設での生活は適さない。小規模施設でのケア、例えば住宅街にある民家を活用したグループホームなどでのケアが望ましい。

また、今後は経済的に困窮する高齢者が増加する。高度成長期に現役時代的に増やしていくか、機能強化していくかが課題だ。これが実現できれば在宅介護がもっと充実していくはずだ。

異なる要素を組み合わせる 「メタ制度」の地域包括ケア

「地域包括ケア」は、介護保険制度の現時点での到達点である。地域包括ケアとは、包括的で継続的な切れ目のないサービスを地域でつくりあげていくことで、システムや制度ではなく「サービスのネットワーク」である。日常生活圏域の中で医療と介護、生活支援等の制度の異なるサービスを組み合わせることで一体的に提供するもので、関わる専門職も医師、看護師、介護職、OT、PT、行政職員などさまざまだ。このように、財源も規制も異なる複数のサービスや専門性の異なる多職種を組み合わせてネットワークを構築していくものであることから、地域包括ケアは「メタ制度」(Integrated care

を過ごした団塊の世代には、持ち家があり、厚生年金を受給している経済的に恵まれた高齢者が多くいた。しかしこれからは、転職を繰り返したり、不安定な雇用条件で現役時代を送り、結果、年金も少なく、貯蓄も十分でなく、持ち家もない、といった生活基盤が脆弱な高齢者の割合が大きくなる。

この問題には、介護保険とは別のスキームが必要であろう。厚生労働省が立ち上げた生活困窮者自立支援制度という伴走型の支援の仕組みや、生活保護などの制度も利用しながらサービスを組み立てていく必要がある。体制をどのように整えていくかが問題となる。

サービスをパッケージ化する 小規模多機能型居宅介護

在宅介護を推進していくうえで、単品のサービスを組み合わせ提供することは、リソースの制約もあり困難になってきた。また、重度化への対応と

して、医療と介護を一体的に提供していくことも重要である。つまり、制度をまたいだものをパッケージ化して提供することを考えていく必要がある。

小規模多機能型居宅介護はまさに、サービスをパッケージ化して在宅介護を支えている拠点である。通所、訪問、泊まりのサービスを、なじみのスタッフが切れめなく連続して提供しており、マネジメント機能も内包している。その場で職員同士が話し合い「明日は訪問にしましょう」といったように、状況に応じて柔軟にサービス内容を決める。柔軟で小回りが利く分、非常に効率的で無駄のないやり方がなされている。

小規模多機能のようなパッケージサービスを、単品のサービスの組み合わせで提供すると、必要なマンパワーも金銭的コストも大幅にアップするという試算も出ている。小規模多機能型居宅介護のような包括報酬型のパッケージサービス拠点をこれからどう量

network」と言われている。

地域包括ケアの視点に立てば、介護保険制度もまた使えるツールの一部だ。つまり、地域包括ケアというのは介護保険制度の中だけでは完結しない。ちなみに地域包括ケアの定義規定は介護保険法ではなく社会保障改革プログラム法に明記されている。例えば、認知症の人を支えるサービスを考えた時、介護保険のサービスはもちろんだが、医療保険や生活支援、家族支援のサービスも利用していく。このように地域包括ケアには多職種協働が欠かせないが、チームスポーツに例えると、役割分担が明確に決まっていらないサッカーに似ている。サッカーでもフォワード、ミッドフィールダーなどのポジションが決まっただけでは試合が始まると自分の持ち場をはみ出して、味方の選手とアイコンタクトをとりながら、穴が空かないようにチームプレーをしていく。多職種連携においても、臨機

応変に持ち場を離れたりしながら、サービスに切れめがないようにチームプレーをしていくことが大切である。人口減少下ではより一層過疎化がすすむため、国土交通省と経済産業省では地域全体をコンパクトにまとめていく「コンパクトシティ」の事業をすすめている。ここで重要視されているのが地域包括ケアだ。日常生活圏域に都市の基盤サービスを集める時、医療、介護、福祉などの生活支援サービスが整備されていなければ住み続けることができない。2040年に向け、私たちは介護だけでなく、広くまちづくりや地域再生について考えていくことが求められている。

財源、人の制約のなかで どうサービスをつくるのか

介護業界にとつての大きな課題は、財源不足と人材不足だ。財源については、必要であれば負担を増やすしか

い。介護保険制度創設当時、給付の総額は約4兆円で、そのうち施設系サービスが3兆円、在宅系サービスが1兆円だった。現在は約10兆円で、その半分以上を在宅系サービスが占めている。在宅介護へのシフトがすすんでいることが明らかである。介護保険は給付と負担がリンクしており、サービスが増えればおのずと負担も増える仕組みであるため、1人当たりの保険料も給付費の増に見合う形で約3000円から6000円強へと倍増している。

また65歳以上の第1号被保険者と、40歳以上65歳未満の第2号被保険者の費用負担割合は、人口比の変化に合わせて自動的に調整される仕組みとなっている。そのため、第1号被保険者と第2号被保険者の1人当たりの保険料額は常に同じになる。つまり、高齢人口が増加すればその分保険料負担総額も増えるため、高齢化によって第2号被保険者の負担が大きくなることはな

い。このような制度の骨格は安易に変更してはならないと考える。

人材不足はあらゆる産業分野で起きている。ロボットや機械の導入はすすめるべきだが、基本的に対人サービスにおいては、効率化できる部分が限られる。それよりも、何らかの理由で離職したり、他分野に就職したりしている有資格者に戻ってきてもらう取り組みが必要である。また、外国人労働者の受け入れは避けては通れない。

さらに必要なのは、賃金を上げることだろう。現在、医療・介護の分野で働く人は約850万人で、日本の労働力人口の12.5%に相当する。これだけの数に及ぶ労働者の賃金を上げていかなければ市場の購買力（消費）は支えられず、日本経済の成長も望めない。ただし、税金を入れて賃金を補填するのではなく、保険料を上げて介護報酬を上げるべきである。

その観点からすると、社会福祉法人

も、経営が効率的か、マネジメントがしっかりできてきているかが問われる。非営利といえども、むだのない効率的な経営を行わなければならない。

2040年には65歳以上の高齢者数がピークを迎えるが、医療と介護のニーズが高い後期高齢者の数がピークを迎えるのは2060年と予測されており、制度設計はそこまで考えていく必要がある。他方で、地方には2040年や2060年の姿がすでに現実のものとなっている地域もある。地域の実情に合わせて地域包括ケアネットワークを構築し、高齢者が自立した生活を長く継続できるまちづくりを考えたいかなければならないのである。

PROFILE

香取照幸（かとり・てるゆき）

1980年厚生省入省、高齢者介護対策本部次長、老健局長兼課長、政策統括官、内閣府副官、年金局長等を経て2016年退官。在アゼルバイジャン共和国日本国駐特命全權大使を経て、現在、一般社団法人未来研究所副代表理事および兵庫県立大学大学院社会科学研究所特任教授、監修に「民主主義のための社会保障」（東洋経済新報社、2021年）など。

（本稿は取材を元に編集部でまとめました。）