

## 医政メモQ&amp;A

## 介護保険制度改革法案について

Q：介護保険制度改革法案が国会に提出されたがその経過は？

A：介護保険制度は、平成12年4月に施行された。介護保険法附則第2条の規定により、施行5年目で見直すことになっている。社会保障審議会、介護保険部会が昨年7月にまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」を受けて、厚労省は12月22日「介護保険制度の全体像」を作成した。政府はこれに基づいて介護保険法改定案を閣議決定し、本年2月8日国会に提出した。予算成立後の4月から本格審議となり、6月19日までの会期内成立をめざしている。

Q：改正法案の作成された背景は？

A：要介護認定者は、制度発足時218万人であったが、平成16年9月末で402万人となった。介護サービス利用者は、149万人から316万人へと急増している。介護保険サービスの事業規模は50倍に伸び、ケアマネージャーの養成は30万人に達した。介護給付費も平成12年度の3.6兆円から平成16年度には約6兆1千億円（予算ベース）へと増大している。そのため、1号保険料の全国平均も2,911円から3,293円まで上昇し、平成18年度には、約4,300円までになると推計されている。厚労省は、軽度の要介護度の認定者が大幅に増加したことと、既存のサービスが重症化を防げないことが給付増大の一因と考えている。

また、「団塊の世代」の高齢化時期を迎え、平成17年からの10年間は65歳以上の高齢者割合は30%増という速度で高齢人口3,500万人という超高齢社会へ突入することになる。厚労省は、今後の10年間を「高齢化の最後の急な上り坂」として、介護保険を持続可能な制度とするための給付抑制と介護予防の

導入を計画している。

Q：介護保険法改定の基本的視点とは？

A：制度の持続可能性を重視し、給付の効率化、重点化を謳っている。また、明るく活力ある超高齢社会の構築のために予防重視型システムへの切り換えをめざし、年金、医療等の他の社会保障制度との機能分担と調整をすすめることを基本的視点としている。またサービスの課題としても「介護+予防」「身体ケア+認知症ケア」「家族同居+独居」モデルが必要としている。

Q：改正のポイントは？

A：図1に示すような項目があげられるが予防給付の創設と食費、住居費の負担の見直し等がポイント。「痴呆」を「認知症」とする用語の見直しも含まれている。

Q：新予防給付と地域支援事業の概略は？

A：図2に予防重視型システムの全体概要を示した。地域支援事業は、市町村の行う事業である。高齢者人口の5%とされる要介護のリスクの高い高齢者を対象として、介護予防スクリーニング等、介護予防事業（認知症、うつ、閉じこもり予防等）を行う。本事業には、従来老人保健事業として行われていた老人健康診査、地域支え合い事業等も含まれ介護保険給付の対象へと変更される。

また、新予防給付には既存のサービスの内容を見直したものの他①筋力向上②栄養改善③口腔機能向上等のためのサービスが含まれる。新予防給付においては、図3上部の如く、認定審査会で（新）要支援者と認定された被保険者が給付対象となる。厚労省は、主として廃用症候群中心の軽症者を新予防給付の対象と想定している。図3下部の様に、要支援の中から適応と考えられる要支援1と要

図1

### 介護保険制度改革の柱

〔具体的内容〕

予防重視型システムへの転換	新予防給付の創設、地域支援事業（仮称）の創設
施設給付の見直し	居住費用・食費の見直し、低所得者等に対する措置
新たなサービス体系の確立	地域密着型サービスの創設、地域包括支援センターの創設、居住系サービスの充実（有料老人ホームの見直し等）、医療と介護の連携の強化、地域介護・福祉空間整備等交付金（仮称）の創設
サービスの質の向上	情報開示の標準化、事業者規制の見直し、ケアマネジメントの見直し
負担の在り方・制度運営の見直し	第1号保険料の見直し、市町村の保険者機能の強化、要介護認定の見直し、介護サービスの適正化・効率化
被保険者・受給者の範囲	社会保障制度の一体的見直しと併せて検討、その結果に基づいて、平成21年度を目途として所要の措置を講ずる

※施行：平成18年4月（但し施設入所費用の見直しについては平成17年10月施行）

図2

### 予防重視型システムへの転換 （全体概要）

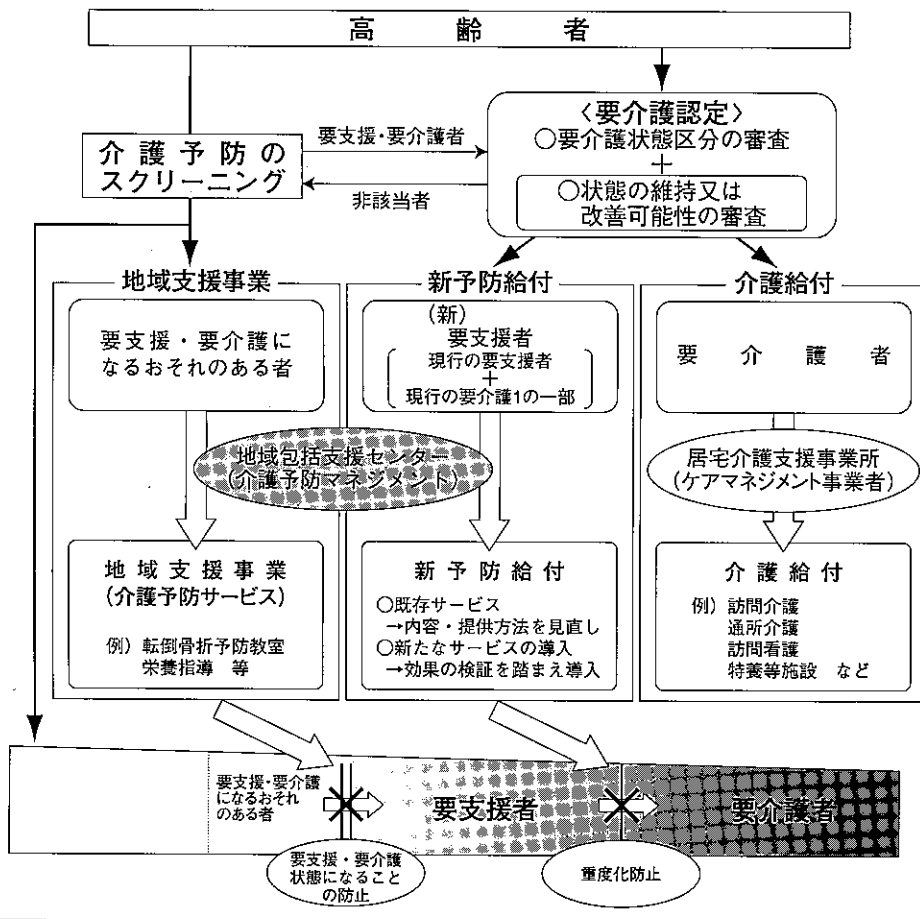
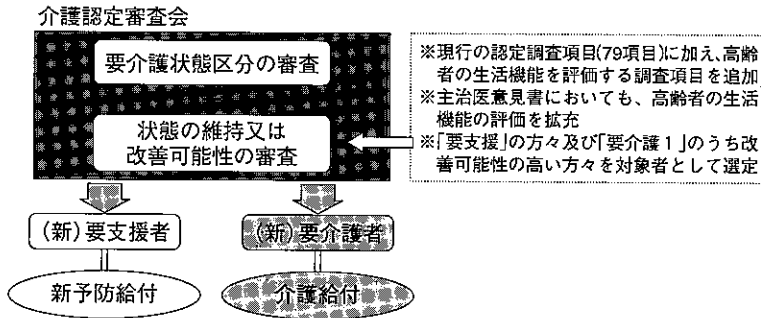


図3 予防給付対象者について

1. 対象者の決定方法

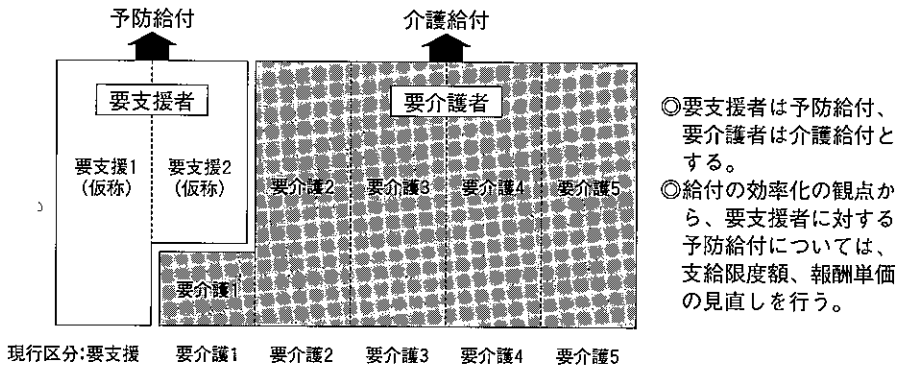
- 対象者については、介護認定審査会において、現行の要介護状態区分の審査に加え、高齢者の「状態の維持・改善可能性」の観点から踏まえた明確な基準に基づく審査を行い、その結果を踏まえ、市町村が決定する。

〈介護認定審査会における審査・判定プロセス〉



〔参考〕

〔保険給付と要介護状態区分のイメージ〕



介護1の中で要支援2とされる利用者が予防給付の対象となる。現行要支援と要介護1は要介護認定者の約50%以上を占めており、厚労省はこのうち約7割が予防給付の対象となり、給付費を2割削減できると予想している。これらの事業では、やはり市町村が設置する地域包括支援センターが中心的役割を果たすこととされている。

Q：住居費用、食費の見直しは？

A：いわゆるホテルコストの保険ははずしであるが、特養、老健、療養型病床の介護保険三施設について、住居費（減価償却費、水道光熱費）、食費（食材費、調理費）を介護保険

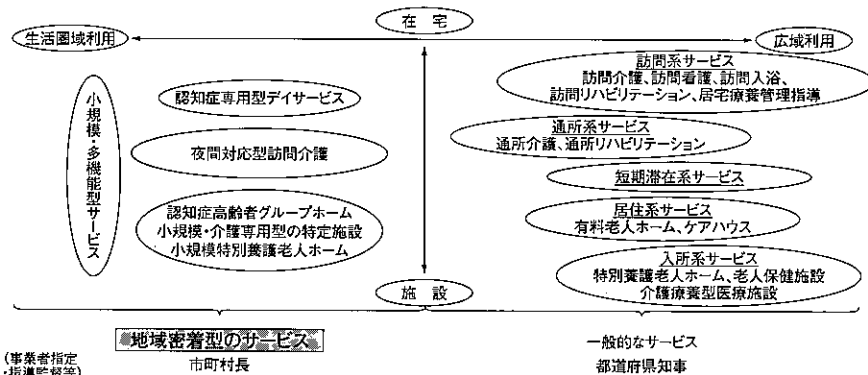
給付から外し全額自己負担とする。デイサービス、デイケア、ショートステイ等の通所系サービスの食事や滞在に要する費用も同様である。収入や施設、個室、大部屋によっても異なるが、月数万円の負担増となる場合が多いとされている。図4に特養の例を示した。生活保護受給者や住民税世帯非課税者等の低所得者については、負担上限額を設定し、補足的給付の基準額との差額を保険給付として負担を軽減する計画である。しかし、利用者の負担増はかなりの額であり、予定通り本年10月からの実施となれば年間2,600億円の給付節減となり、施設利用者一人あたり年間

図4 特別養護老人ホームの入所者における利用者負担の変化 (単位 万円/月)

改正後の 保険料段階	利用者 負担計	〔現行〕			⇒				〔見直し後〕	
		1割負担	居住費	食費	利用者 負担計	1割負担	保険外に		利用者負担の 上限を設定	
						居住費	食費			
第1段階 例) 生活保護 受給者等	2.5 (4.5-5.5)	1.5	— (2.0-3.0)	1.0	2.5 (5.0)	0 (2.5)	1.0			
第2段階 例) 年金80万 円以下の者	4.0 (7.0-8.0)	2.5	— (3.0-4.0)	1.5	3.7 (5.2)	1.0 (2.5)	1.2			
第3段階 例) 年金80万 円超266万円 以下の者	4.0 (7.0-8.0)	2.5	— (3.0-4.0)	1.5	5.5 (9.5)	1.0 (5.0)	2.0			
第4段階 例) 年金266 万円超の者	5.6 (9.7-10.7)	3.0 (3.1)	— (4.0-5.0)	2.6						
(参考) 標準的なケース										
	8.7 (13.4)	2.9 (2.6)	1.0 (6.0)	4.8						

注1) 表中の( )内は、ユニット型の個室の場合  
 注2) 要介護5・甲地のケース  
 注3) 改正後の1割負担については現行の介護報酬を基に機械的に試算したものである。  
 注4) 「例」には、収入が年金のみで他に課税されるべき収入がないケースを記載。

図5 新たなサービス体系の確立 (地域密着型サービスの創設)



約30万円の負担増とする試算もある。

Q: その他の改正点は?

A: 図5の如く地域ケアの確立を目的に様々な地域密着型サービスが創設されているが、これも市町村が主体となって事業を行うこととされている。また、ケアマネージャーやヘルパーの資質向上、収入に応じた保険料負担見直し、保険者機能の強化等も盛り込まれた。

Q: 問題点は?

A: やはり、ホテルコストはさすがに医療保険制度に与える影響が重要。介護療養型病院に

入院している利用者が自己負担増のため医療保険型病床へ移動する可能性も心配されている。また、新予防給付が予定通り給付費の抑制に機能するか不確実な面もある。軽度の障害老人が在宅療養を続けられなくなるようなことが無いような運営が必要であろう。

今回、結論はついていないが障害者の支援費制度との総合問題もある。被保険者と受給者の範囲の拡大については平成21年度を目途として必要な措置を講ずることになった。

(政策部担当理事 西里卓次)