

平成16年7月16日

社会保障審議会介護保険部会

部会長 貝塚 啓明 殿

社会保障審議会介護保険部会

部会委員 対馬 忠明

(健康保険組合連合会専務理事)

意見書の提出について

介護保険制度の見直しについて、別添の意見書を提出いたします。

介護保険制度の見直しについて

I. 介護保険制度の評価と見直しの課題等について

平成 12 年度にスタートした介護保険制度は、「高齢者介護を社会全体で支える」「利用者の選択により、多様な主体から総合的な介護サービス提供を受けることができる」などの基本的理念のもと、約 4 年間でサービス利用者が倍増するなど、国民生活に定着し評価されるようになってきている。介護保険制度は、老人保健制度等と異なり、要介護認定や要介護度別支給限度額の設定、ケアマネジメントの導入など介護サービスの適正かつ効果的利用のための方策が制度的に確立されたことは評価できる。

しかし、要介護認定者、特に要支援および軽度の要介護者の増加、サービス利用率の向上等に伴い介護給付費は年平均 10%を超える伸びを示しており、平成 12 年度の 3.2 兆円から 16 年度予算では 5.5 兆円へとわずか 4 年間で約 1.7 倍となった。人口の高齢化、介護サービス基盤の整備が進みサービス利用が拡大すると、37 年度には 19 兆円に膨らむものと見込まれ、制度の持続性・安定性が危ぶまれる状況になるものと懸念される。

現在、健保組合をはじめとする医療保険者は、介護給付費総額の 32%を介護納付金として負担している。今後、介護給付費が増大していけば、医療保険者の財政力とは無関係に介護保険料を引上げる必要に迫られるが、介護納付金に上限が設定されていないことから、個々の医療保険者に与える影響は大きい。

本会は、今般、介護納付金を負担する医療保険者としての視点から、下記事項について、制度発足後の状況や問題点等を検証し、▽給付の効率化、適正化等▽介護保険料および介護納付金のあり方▽被保険者範囲の拡大一などの課題について、基本的な見直しの考え方をとりまとめた。なお、引き続き残された課題や介護保険法の改正に向けた新たな課題について検討を深める方針である。

1. 給付の効率化、適正化等

- (1) 介護保険の創設により社会的入院の解消および老人医療費の適正化ならびに老人保健拠出金負担の軽減が期待されたが、療養型病床の介護保険への転換が進まないこともあって所期の目的が達成されたとはいえない。

- (2) 「社会的入院および入所」や「介護給付と医療給付の重複給付」などの問題を解決する必要がある。
- (3) 要介護認定および介護給付費について、大きな地域間較差が生じている。
- (4) 自立支援という観点から、要支援者に対する予防給付のあり方を見直すとともに、要介護者に対する適切な介護サービスが効率的に提供されるよう改善する必要がある。
- (5) 在宅ケアを推進する観点から、在宅と施設のバランスに配慮しつつ、在宅生活を継続できるよう在宅サービスの充実を図る必要がある。こうした観点から要介護認定及び介護給付費の地域間較差の要因分析を進め、施設入所におけるホテルコスト負担の見直し、適正な認定の確保、不適切なサービス利用の是正対策等を講じる必要がある。
- (6) 介護と医療の整合性を勘案し、利用者負担のあり方を見直す必要がある。
- (7) 介護報酬の不正請求が増加傾向にあり、不正請求に対する適切な対策を強化する必要がある。

2. 医療保険者としての関与のあり方

- (1) 介護納付金は、医療保険者が介護納付金の決定プロセスや介護保険の運営に一切関与できない仕組みのもとで、一方的に賦課され、未納の場合は14.5%の延滞金のペナルティが課され介護納付金の支払が優先されるなど、老人保健拠出金と同様の問題を持つものとなっている。
- (2) 介護保険制度創設時は、一般保険料率と介護保険料率を合算した料率に上限（健保組合 95%、政管健保 91%）が設定されていたが、平成 13 年 1 月から医療保険料と介護保険料は別建てとなり、一般保険料率は従来の料率上限が適用されたものの、介護保険料率には上限が設定されない仕組みとなっている。
- (3) 医療保険者として、介護保険料率の設定について、被保険者および事業主に対しての説明責任および決定責任を負っているが、これを適切に果たすことができるような状況にはなっていない。

3. 制度の安定した運営の確保

- (1) 高齢化の進展や介護費用の増加傾向を踏まえ、介護保険財政の持続安定性の面から、保険料負担者の範囲を拡大し対象年齢を現行の40歳から引き下げる考え方が検討されている。
- (2) 同時に介護保険の給付対象について、一般の若年障害者に拡大する考え方が検討されている。
- (3) 介護給付費の増加に伴い、保険料を引き上げる必要が生じるが、負担能力の弱い被保険者および事業主、あるいは医療保険者については、負担力の上限を超えるところもでてくると予想される。こうした問題に適切に対応するには、消費税率の引き上げ等を含めた税財政改革によって財源を確保する必要がある。

II. 制度見直しに向けた考え方について

1. 給付の効率化、適正化等について

(1) 社会的入院の解消等について

- ①介護保険における施設サービス費用と医療保険（老人保健）における入院費用は、どの地域においても、施設サービス費用が低いと入院費用が高く、施設サービス費用が高いと入院費用は低いという「鏡像対称」を示している。これは、施設サービスの利用意向を入院が吸収しているものと考えられ、介護保険施設だけのコントロールでは本質的な問題解決にはならない。医療型療養病床のあり方を見直し、原則として介護型へ転換させるとともに、介護保険と医療保険の役割分担を明確にし、高齢者等の状態に見合った適切なサービス提供を確保すべきである。
- ②介護保険と医療保険（老人保健）の整合性のとれた実施により、要介護者が在宅生活に復帰できるような在宅支援体制を強化するなど、社会的入院および入所を解消する方策を推進すべきである。

(2) 地域間較差の是正、保険者機能等の強化について

- ①介護給付費の不合理な地域間較差を是正するため、認定体制の見直し、認定申請において調査担当を事業者へ委託することの廃止など、要介護認定基準の厳正な運用を確保すべきである。

②介護給付費の適正化の観点から、保険者の権限を強化し、保険者（市町村長）に介護保険施設・事業所に対する指導・勧告の権限を付与すべきである。

③地域性が強いと考えられる有料老人ホーム、ケアハウス、グループホームなど特定施設については、指定権限を保険者（市町村長）に移管し、その適正な整備運営、費用負担の整合性確保を図るとともに、総合的に整備を進めるべきである。

④また、施設・事業所に対する第三者による評価を拡充し情報公開を推進すべきである。

（3）給付の適正化方策等について

①軽度の要介護者に対しては、車いすや電動ベッドの貸与など自立支援に結びつかないサービスを提供するのではなく、介護予防および状態の改善に資するサービスを提供するものに限定すべきである。また、介護保険サービスと地域における保健活動、介護予防施策との連携を重視すべきである。

②利用者負担については、医療保険における高齢者の負担との整合性を図るべきである。また、在宅と施設との負担のバランスを勘案し、低所得者に配慮しつつ、適切なホテルコスト（居住費、食費等）負担を求める必要がある。

③介護報酬の不正請求をチェックする仕組みを充実するとともに、不正請求を行った事業者には厳正に対処すべきである。また、介護保険者に対し、サービス利用者への給付明細書、ケアプラン実施状況確認書の通知を義務化すべきである。

2. 介護保険料および介護納付金のあり方について

（1）第2号介護保険料は、健康保険料として徴収されているが、介護保険料決定などの過程に医療保険者が参画し第2号被保険者負担の増加に歯止めをかける仕組みを構築し、制度運営の透明性と納得性を確保する必要がある。

例えば医療保険者、公費負担者、保険者（市町村）などの各代表から構成する「全国介護保険運営調整機関（仮称）」を設置し、▽介護給付費総額の抑制方策▽介護納付金の決定▽国が定める標準的サービス量に基づく介護保険者ごとの介護交付金の決定—などを行わせる仕組みを検討すべきである。

- (2) 介護納付金の歯止め策として、▽介護納付金総額の上限設定▽第 2 号被保険者 1 人あたり負担額の上限設定▽医療保険者が設定する介護保険料率の上限設定について法制化することなどが考えられる。この場合、上限設定に伴う公費財源の確保方策などを含めて、今後の介護納付金の推移などを勘案しさらに議論を深める必要がある。
- (3) 現行制度のもとでも医療保険者が被保険者および事業主に対して適切に説明責任を果たせるよう、介護納付金決定に際し介護保険料算定に関する適切な情報提供が行われることが不可欠である。

3. 被保険者範囲の拡大について

(1) 介護保険制度と障害者福祉施策との統合

- ①「介護は高齢者特有のニーズではなく、若年者を含め全年齢に必要なニーズであり、その介護ニーズを社会全体で支える」という考え方は理解できるが、高齢者を中心とする現行制度の基本的考え方を変更するものであり、支援費制度について一定期間経過後にサービス提供と利用の実態等に関し財政面を含めた評価と情報開示を行うなどにより、長期的視野に立って国民的なコンセンサスを得る必要がある。
- ②現時点では、介護保険に統合する障害者の範囲（身体、知的、精神）やサービス内容、要介護認定およびケアマネジメントの具体的方策、サービス供給体制、実施時期、統合した場合の財政試算など不明確な点が多く、早急に結論を出せる状況にない。今後、実施主体たる地方公共団体、障害者団体等の意向も勘案し議論していく必要がある。

(2) 被保険者の年齢引下げ

- ①現行の枠組みに基づき、高齢化の進展や要介護認定・介護給付費の適正化、利用者負担の見直し等を前提に介護費用の長期的な推計を行い、その結果をもとに、高齢者介護制度の持続・安定性を確保する方策を確立

することが先決である。

- ②高齢者介護を40歳以上の者だけではなく、稼得力のある成人で支えるという考え方については、新たに保険料を負担することとなる40歳未満の若年者や負担が増加する事業主の理解、納得を得ることが必要不可欠である。
- ③その場合、被保険者の範囲・年齢については、現在議論されている高齢者医療制度の制度設計との関連も十分考慮する必要がある。
- ④なお、仮に支援費制度と統合する場合であっても、被保険者ではない未成年の障害者に対する給付については、公費負担を原則としている児童福祉法との関連整理を含め、別途慎重に検討を進める必要がある。

2004年6月28日

第14回社会保障審議会介護保険部会提出資料

介護保険と障害者施策の統合に関する意見

社会保障審議会介護保険部会委員

全国市長会介護対策特別委員会委員長 喜多 洋三

介護保険と障害者施策の統合に関する緊急申入れ

社会保障審議会介護保険部会では介護保険制度の改正に向け、保険者のあり方、被保険者の範囲等について審議が進められている一方、障害者部会においては障害者福祉施策のあり方の中で介護保険との統合についても審議されていると仄聞している。

全国市長会及び全国町村会は、かねてより介護保険と障害者施策の統合については、慎重に検討するよう国に求めてきたところである。

障害者施策の充実を図ることはもとより重要であるが、両施策の統合問題については、①介護保険と障害者施策はそれぞれ目的が異なること、②給付と負担の関係において、障害者施策は必ずしも社会保険に馴染まないこと、③介護保険は施行後4年が経過したところであるが、介護サービスの急増や財政基盤など多くの課題を抱えていること、④支援費制度は僅か1年しか経過していないこと、などから多くの市町村長が「慎重を期すべき」もしくは「反対」との意向を示している。

については、国は、一方的に統合を進めることなく、介護保険の保険者である市町村長の意見を十分尊重するよう、強く申し入れる。

平成16年6月18日

全国市長会
全国町村会