
社会保障制度改革の提言

(その4) 高齢者生活支援

2001年3月 経済同友会 社会保障改革委員会

目 次

○. 要約と結論	2
I. 介護保険導入の成果と将来の財政規模予測	6
1) 介護保険の現状評価	6
2) 将来の介護保険財政の規模予測	7
II. 高齢者ライフプラン	9
1) 21世紀第一四半期の人口構成	9
2) 世帯の現状と将来	10
3) 高齢者ライフプラン	15
4) ホームドクター制の導入	16
5) ケア・マネジメント業務の品質向上	18
6) 高齢期の住宅・住まい方	20
7) 高齢者FP資格の導入	25
8) 成年後見制度の課題	31
9) 高齢者の社会参加、NPO・ボランティアの育成	35
III. 介護施設のクオリティの向上	44
1) ケアコストとホテルコストの分離	44
2) 早急な施設整備促進のための国庫補助金による圧縮記帳方式の時限的活用	52
(補論)オランダ・スウェーデンにおける高齢者介護の現状	54

○. 要約と結論

提言の柱1：高齢者生活プラン

- 1) 老後を夫婦二人で暮らしていこうと考えるならば、70歳までに10箇条からなるライフプランを決めておく必要がある。“老いては子に従え”ではなく、“老いても自分で決める”である。政府は、「高齢者ライフプランの作成」の普及に努力すべきである。

幸せな老後生活のために70歳までに決めておく生活10箇条

◇ 健康

1. 自分の心身の状態を把握し相談できるホームドクターは決まっているか
2. 要介護となったとき、相談するケアマネジャー・介護事業者・入居したい施設等に目途はついているか

◇ 住宅、住まい方

3. 自宅に安心して住み続けるために、自宅のバリアフリー改修は完了しているか
4. 自宅での生活が困難になった場合に備えて、住み替える先の目途はついているか

◇ 高齢期ファイナンス

5. 毎月の生活費、各種保険料支払い、医療費などの自己負担のおおよその必要額を把握しているか
6. 豊かな老後生活のため、資産（金融資産、実物資産）の使い方を考えているか、いざという時の資金はどのくらいあるか

◇ 判断力が低下した時

7. 痴呆症になった場合の資産の管理のため、成年後見制度などの利用の目途はついているか
8. 残される家族のために遺言状の用意をしているか、終末期医療について考え始めているか

◇ 暮らし方

9. 生き甲斐や夫婦で楽しめる趣味を持っているか
10. 生活面で困ったことが生じたとき、相談できる窓口やその電話番号を知っているか

- 2) 現状では、ライフプランを滞りなく達成するためのインフラが十分に整備されていない。したがって、以下に挙げる制度改革等を実施すべきである。

- 3) **(提言1)** 高齢者医療の専門科目(老年学)を創設し、その科目を専門とする医師を患者が選択して登録するホームドクター制(GP制)の導入が必要である。
- 4) **(提言2)** ケアマネジャーの報酬体系を修正し、有能なケアマネジャーが育ち得る環境を準備すべきである。
- 5) **(提言3)** 今後、高齢者が自分にとってふさわしい住居への移動を望むことは、十分に考えられる。この時、住んでいた不動産を売却することで生じるキャピタルゲインに対する課税は、現行以上に優遇されるべきである。
- 6) また、高齢者が公営住宅等を容易に利用できるようなれば、高齢者の生活は安定する。公的住宅供給機関は21世紀前半、高齢者にとってバリアフリー化された「生きやすい」家賃の安い賃貸住宅供給に努力すべきである。
- 7) **(提言4)** 高齢者FP(フィナンシャル・プランナー)制度の導入が必要である。
- 8) 高齢者の中には不動産はあるが月々のキャッシュフローは少ないケースもあろう。高齢者の生活を側面から支援するため、公的部門主導によるリバースモーゲージ制度が必要である。
- 9) **(提言5)** 周りに頼る人のいない一人暮らしの高齢者の不安を取り除くための有力な手段が、成年後見人制度である。制度導入直後であり、どのような課題が生じるかについては不透明であるが、少なくとも以下のような仕掛け、制度修正を行う必要がある。
- ① 自治体レベルでの制度の普及啓発活動の強化
 - ② 社会のあらゆる人が利用できるよう、低所得者層に対する後見費用の助成制度の導入
 - ③ 法定後見制度申請から開始までの空白期間を埋めるための臨時後見人制度の導入
 - ④ 任意後見を滞りなく開始するために、任意後見受任者が年に数回本人と面談することの義務化
- 10) **(提言6)** NPO・ボランティア活動は、高齢者の「生き甲斐」の提供、コミュニティ・レベルでの高齢者生活支援を強化するために、その機能強化が必要である。したがって、以下の6つ

の施策を行うべきと考える。

- ① 各種NPOの活動をデータベース化し、誰もが容易にアクセス可能となる体制の整備
- ② NPOのボランティア・マネジメント機能を強化するために、ボランティア・マネジメント教育を目的とするNPOを創設
- ③ 大学でのボランティア活動の単位化
- ④ ボランティア活動促進のためにタイムダラー制度の本格的な導入
- ⑤ NPOに対する寄付金を所得控除とするために要件には問題が多い。一度日本のNPOの実状を正確に把握した上で、要件規定を再構築すべきである。
- ⑥ NPOへの資金供給を促すためのNPO事業サポート基金の創設

提言の柱2：介護施設のクオリティの向上

- 1) 高齢者介護用施設についてはホテルコスト(食費と家賃)と介護コストを分けて徴収することが望ましい。要介護者を抱えた家族が賃貸アパートで家賃を支払いながら在宅介護サービスを受ける場合、食費と家賃は自己負担、介護サービスは1割が自己負担となる。一方、例えば特別養護老人ホームに入居した場合は、ホテルコストと介護コストの双方が介護保険で賄われ、合計額の約1割のみを自己負担する。これでは、明らかに在宅介護が不利であり、不公平である。介護施設報酬は、家賃(共益費を含む)、食費、介護サービスの三つに分けて設定すべきである。つまり、利用者は家賃と食費は自己負担、さらに介護サービスの1割を自己負担すべきである。このことによって、自宅で介護サービスを受け続けるのか、それとも施設に入るのかは利用者から見て中立となり、自分の身体の状態に合わせて望ましいものを選ぶ形とすることができる。なお、収入が少ないため介護施設のホテルコスト負担が困難な高齢者に対しては、家賃部分を公的に補助すべきである。
- 2) 一方、施設側にはホテルコスト分の収入が入ることとなり、事業費の合理的な回収が可能となる。したがって、施設にとっては、自らがどの層を対象とした施設を、どのようなレイアウトと

コストで建設するかという競争原理が導入されることとなる。このことによって、現在、大部屋状況にある介護施設の個室化が可能となろう。民間資本にとっても高齢者ケアマンションを中核として、レストラン、診療所、介護プロバイダーを付属施設に組み込んだ複合コンプレックスを開発すれば、まさに特別養護老人ホームそのものとなる。つまり、社会福祉法人、医療法人、民間資本は完全な競争状態に置かれる。競争は市場を活性化させ、当然の事ながら、消費者利便の向上につながるはずである。

- 3) このように3主体が高齢者介護用施設をめぐって完全競争状態に置かれるとするならば、3主体はイコールフットリングでなければならない。したがって、①社会福祉法人の介護事業には法人税を課すべきである、また、②ホテルコスト収入が入る以上、今後の社会福祉法人設立における補助金供給は不要と考える。国家財政では、特別養護老人ホーム建設のための補助金支出項目がなくなり、ホテルコストを支払うことの出来ない人に対する公的助成費項目が発生することとなる。
- 4) なお、現在介護施設は不足しており、その急速な整備のために、時限的に建設コスト部分に関して税制面での圧縮記帳等の導入が望ましい。

I. 介護保険導入の成果と将来の財政規模予測

- 1) 介護保険制度の現状評価
 - (1) 2000 年4月から介護保険が導入された。老老介護など深刻化する介護問題を社会全体で支えようとする、本格的な高齢化社会の到来に向けた新たな取り組みである。
 - (2) 制度施行後は、運営面での課題はいくつか指摘されているものの、おおよそ順調な滑り出しを見せた。制度導入によって達成された点は、以下の4点に集約される。
 - ① 社会保険のシステムによって誰でも容易にサービスを利用できる仕組みが確立
 - ② 高齢者にも所得に応じた保険料(「応能」)負担と利用者負担(「応益」負担)を導入し、人口構成の変化に応じて国民全体で支え合う仕組みが確立
 - ③ 家族介護・施設介護(「収容」)から在宅介護(「自立生活支援」)への転換
 - ④ 介護ビジネス市場の創設(民間企業、NPOの参入促進によりサービス供給量が拡大、競争促進と利用者による選択の素地が確立)
 - (3) しかし、介護保険制度は、まだ生まれたばかりの制度であり、今後、実態を見ながら検討・修正をかさねていく必要がある。その課題は、大きく以下の3つに集約される。①及び②はいずれも介護サービスの品質に関する課題であり、できるだけ早急に対応すべき課題である。③は量的課題であり、これは需要がどのように育つか(あるいは育てるか)と両輪で、3～5年程度の中期的な視野を持って整備していくべきものである。
 - ① 「競争と選択」の促進・徹底
 - ② ケアマネジャーの量と質の向上
 - ③ 利用者のニーズを見極め、不足している介護サービスの確保・供給促進

2) 将来の介護保険財政の規模予測

(1) 厚生省によると、介護保険初年度2000年の介護保険財政規模は4兆3000億円である。

これを手がかりに年齢別・要介護度別の発生率を考慮して大まかな推計をすると、将来の財政規模は以下ようになる(2000年価格)

介護保険費用の負担内訳

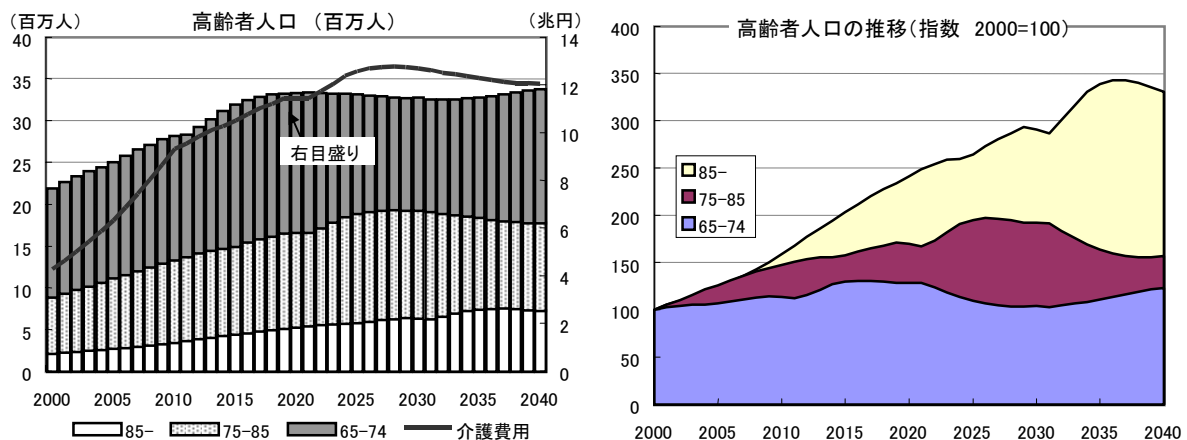
		単位:兆円			
		2000	2010	2020	2030
介護保険総額		4.3	9.3	11.5	12.7
公費		1.9	4.1	5.0	5.6
保険料		1.9	4.1	5.0	5.6
	うち企業負担 ¹⁾	0.4	0.8	1.0	1.1
自己負担 ²⁾		0.5	1.1	1.4	1.5

注1) 2号保険料の事業主負担のうち、政管健保・組合健保の企業負担分を指す(国を除く)

注2) 自己負担は、給付額の1割の自己負担分に、施設入居時の食費自己負担分を加えてある。

注3) 2000年価格

高齢者数の推移(実数と指数)



【介護保険財政の規模】 介護保険の財政規模は10年後には約2倍、30年後には約3倍に成長するが、これは介護保険サービスの利用率が現在の40%程度から10年後には100%近くまで上昇すると見込んでいること、また高齢者とりわけ後期高齢者(75歳以上)の増加により、介護を必要とする高齢者数が大幅に増加するためである。総費用の増加は、その財源の半分を賄う保険料の増加を意味する。しかし、一人当たり給付額の上限(利用限度額)が決まっている介護保険の特徴として、費用総額は高齢者人口がピークを迎えた後は、比較的穏やかに13兆円前後(2000年価格)で推移する(上図・左・実線)。

【企業負担】 40歳以上65歳未満の全国民(2号被保険者)の支払う保険料は、雇用主との労使折半となっている。そのため、組合管掌健康保険と政府管掌健康保険では、保険料の半分を企業が負担する。40歳以上の被保険者数を手がかりに推計すると、企業負担は介護費用総額の8%程度となっており、推計上最も費用の膨らむ2030年頃に1.1兆円となる。同じ社会保障でも医療の企業負担分が2000年度に約8兆円に達する見込みであることを考えると、介護保険の負担をめぐる論争は当面不要と考える。介護保険が十分に機能を発揮することにより、社会的入院など医療保険による高齢者に対する給付が合理化され、医療と介護との連携が促進されれば、医療費の削減効果も期待できる。

- (2) したがって当報告書では、介護保険の一層の機能強化を行っていくためには何が必要か、介護保険以外の分野で高齢者支援のために何が追加されねばならないかについて提言する。

II. 高齢者ライフプラン

1) 21世紀第一四半期の人口構成

- (1) 長寿化と出生数の減少により、21世紀初頭において日本は極めて深刻な少子・高齢化社会を迎える。そのスピードは先進国中で最も速く、2010年までには総人口に占める65歳以上人口の割合が20歳未満の人口を超え、本格的な「高齢者社会」となる。
- (2) 人口規模の将来予測から、2025年までの人口構成は以下のようになる。従来「中位推計」がもっとも現実的とされてきたが、推計の前提である出生率が1999年には1.34人とすでに低位推計の前提1.32人に近く、且つ中位推計の前提1.38人を大きく下回ったことから、ここでは「低位推計」を用いる。

	1995 年	2000 年	2010 年	2025 年
0-19 歳 (若) (万人,%)	2,836 (22%)	2,593 (20%)	2,295 (18%)	1,910 (16%)
20-64 歳 (現)	7,775 (63%)	7,894 (63%)	7,521 (60%)	6,527 (56%)
65 歳以上 (老)	1,819 (15%)	2,187 (17%)	2,813 (22%)	3,312 (28%)
総人口	12,430(100%)	12,674(100%)	12,628(100%)	11,748(100%)
(現) / (老) 現役何人で老人一人を支えるか	4.3 人	3.6 人	2.7 人	2.0 人
(現) / (老 + 若) 現役何人で被扶養世代を支えるか	1.7 人	1.7 人	1.5 人	1.2 人

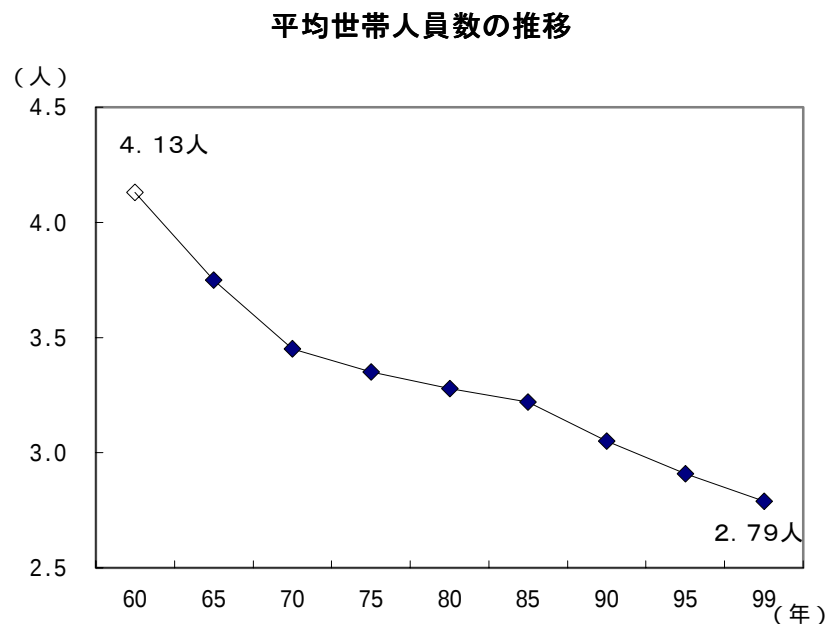
- (3) 0～19歳までの若年人口は、出生数の低下を受けて既に減少を始めており、2025年には95年に比べて33%の減少となる。一方、65歳以上老年人口は増加を続け、2025年には実に82%増となる。現役世代である20～64歳もやはり2001年には減少に転じる。この結果、2025年には2人の現役で1人の老人を支えることとなる。
- (4) したがって、少子・高齢化社会に対する社会保障改革の起爆剤は「現役世代の負担軽減」となるが、同時に「高齢者の安心ある生活」を確保するという視点を失ってはならない。2025年には、高齢者は現役世代の半分以上という人口規模となる。もし、高齢者が「将来が不安なので消費を切りつめる」状況に置かれるのであれば、日本経済はもたない。また現

役世代にも「みじめな老後」を望む者はいない。したがって、いかに高齢者の「安心ある生活」を維持するかが、次のテーマとなる。

2) 世帯の現状と将来

(1) 平均世帯人員数の推移

高齢者を取り巻く基本的な環境はどうなっていくのであろうか。厚生省『国民生活基礎調査』をもとに日本の世帯の動向を分析する。下図は、平均世帯人数の推移である。経済成長に伴う雇用者世帯化、及び都市化が伝統的な三世代家族の分解をもたらし、核家族化を推し進めた結果、世帯規模の縮小が続いている。



(2) 世帯の家族類型の現状

1. 世帯の家族類型別動向を75年と99年でより細かく比較すると、「夫婦のみの世帯」と「単独世帯(一人暮らし)」の比率増加が続いている(合わせて増加世帯数に占めるシェア8割)。子供と親のいる世帯はほとんど増加していないのである。

(単位:万世帯、%)

	75年(A)	99年(B)	(B)－(A)
単独世帯	599(18. 2)	1,059(23. 6)	460(38. 2)
夫婦のみの世帯	388(11. 8)	916(20. 4)	528(43. 9)
夫婦と未婚の子のみの世帯	1,404(42. 7)	1,544(34. 4)	140(11. 6)
その他	897(27. 3)	973(21. 6)	76(6. 3)
合計	3,288(100)	4,492(100)	1,204(100)

(注1)()内はシェア。

(注2)その他には、3世代世帯、片親と未婚の子のみの世帯等が含まれる。

2. 単独世帯の年齢分布を見ると、若年層のシェアが大きく低下し、高齢者(65歳以上)の単独世帯の比率が上昇している。高齢者単独世帯(270万世帯)の約8割が女性単独世帯(213万世帯)である(80歳以上の女性単独世帯は49万世帯)。

(単位: %)

	75年(A)	99年(B)	(B)－(A)
～34歳	66. 0	40. 1	－25. 9
35～64歳	23. 8	34. 3	10. 5
65歳～	10. 2	25. 6	15. 4

3. 夫婦のみの世帯でも、下表に見られるよう、高齢者夫婦のみの世帯が急速に増えている。世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯は現在413万世帯である。

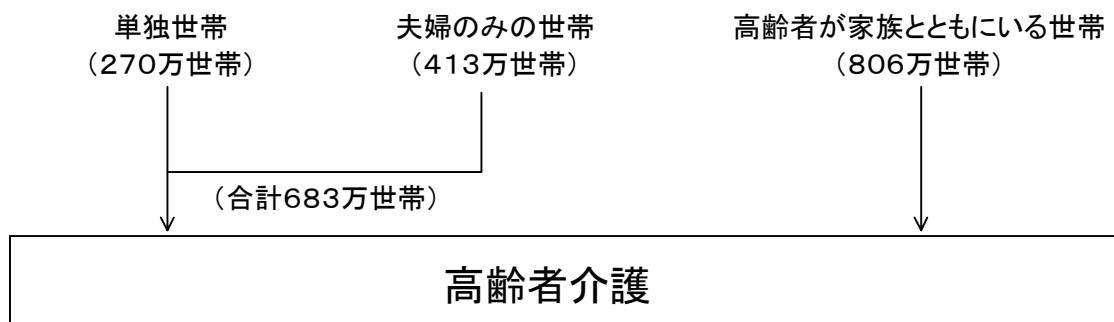
(単位: %)

	75年(A)	99年(B)	(B)－(A)
～34歳	29. 4	13. 1	－16. 3
35～64歳	47. 4	43. 5	－3. 9
65歳～	23. 2	43. 4	20. 2

4. すなわち、現状では65歳以上の単独世帯が270万世帯(うち女性が8割)、世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯が413万世帯ある。この413万世帯の大半がやがて高齢者女性単独世帯へと移行する。

5. この他に、高齢者のいる世帯（三世帯世帯、親と未婚の子のみの世帯等）が800万世帯ある。したがって、65歳以上の高齢者のいる世帯は約1500万世帯、全世帯の3割であり、そのうち家族と高齢者がともにいる世帯が800万世帯、単独および夫婦のみが700万世帯である。

世帯類型別にみた高齢者のいる世帯数



(3) 世帯数の将来推計

1. 国立社会保障・人口問題研究所は『日本の世帯数の将来推計』において、2020年までの世帯動向の推計を行っている。これによると、平均世帯人員は、99年の2.79人から更に縮小を続け、2020年には2.49人となる。
2. 家族類型別の動向では、2020年に向けて、これまでと同様に単独世帯や夫婦のみ世帯など「少人数の世帯が増加する」一方で、夫婦と子からなる世帯、その他世帯（三世帯等）は減少する。また、世帯主が65歳以上の世帯は、1995年の867万世帯から2020年には1718万世帯と倍増し、なかでも世帯主が75歳以上の単独世帯は、1995年92万世帯から2020年306万世帯へと、3.3倍の著しい増加が予測されている。

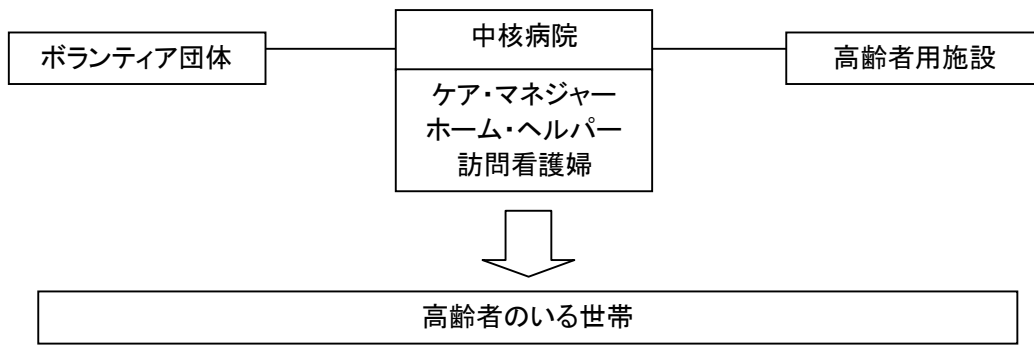
2020年の世帯数(推計値)

	1995年	2020年	指標 (95=100)
世帯主が65歳以上の世帯	867 万世帯	1,718 万世帯	198
うち単独世帯	220 万世帯	537 万世帯	244
世帯主が75歳以上の世帯	285 万世帯	827 万世帯	291
うち単独世帯	92 万世帯	306 万世帯	334

(出典) 社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」

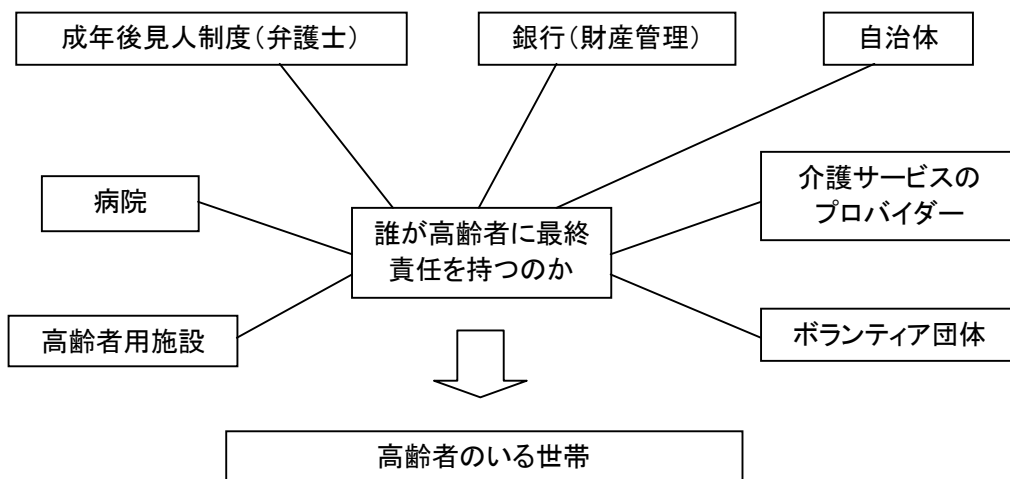
3. 2人だけ、あるいは1人だけの高齢者世帯に「安心ある生活」をどのように確保するか、これが21世紀前半の日本の課題となる。
4. 高齢者の生活を支援する仕組みを考える上で、農村地域と都市部とでは、その社会環境の違いから異なる対応を考えていく必要があるものと思われる。
5. 農村地域での先進的な高齢者ケアシステムは下図のようなものとなっている。農村地域では、中核病院、高齢者用施設の多くは公立であり、その自治体の管理下にある。つまり、実態上、高齢者医療と高齢者介護は同一勘定で処理し得る環境がある。また、農村地域では住宅の規模は都市部に比べて大きく、スペースの問題はそれほど発生しない。したがって、高齢者夫婦が要介護となった場合、中核病院・施設からのヘルパー、ナースの訪問介護サービスが始まれば、在宅のままで生活できる。病気や要介護になったときは中核病院・施設に入り、回復すれば自宅に戻ればよい。痴呆症等になった場合は、高齢者施設が用意されよう。農村地域では「人々の顔が分かっている」ため、資金さえ不足しなければ総合的な高齢者ケアシステムを準備することは可能である。その中核となるのは、自治体と中核病院・施設である。

高齢者ケアシステムのイメージ(農村地域の場合)



6. 一方、都市部では高齢者世帯に対する最終責任者が見えない。「東京砂漠」では、各々のユニットはバラバラに配置されており、多くの問題点がある。

高齢者ケアシステムのイメージ(都市部の場合)



7. いくつかの例を挙げると、①家庭医制度がないため、要介護となった場合、介護ヘルパーと医療機関との間にネットワークが確立しているとは限らない。また決定的な問題として、②状況の変化に弱いことがあげられる。急に施設入所が必要となった時、大病で入院し、退院後に在宅介護が必要になった時などに、各ユニット間の情報ネットワークがほとんど整備されていないため、家族はサービス提供者を求めて右往左往することになる。状況によっては、③自宅を売却し有料老人ホームに入るケースもある。都市部では農村地域と異なり自宅は永遠の住居ではない可能性がある。人的つながりの薄い大都市においては、④一人

暮らしの高齢者の財産管理を誰がするかの問題も発生しよう。都市部の問題は、高齢者に提供されるサービスが不足していることではなく、どのようなサービスがどこにあるのか、どうしたらサービスを受けられるのか等、サービス提供のみならず、その情報提供もバラバラで、利用者にとって使いやすい状態に整備されていない点にある。そのため高齢者自身による主体的な生活管理が必要となろう。

8. これまで家族によって担われてきた老後生活の支えは、核家族化の進行と小規模高齢者世帯の増加により、介護保険を中心とした「社会的支援」という構図に移りつつある。しかし、農村地域と異なり、都市部には高齢者世帯を真に支える主体は存在しない。行政から見ても「顔の见えない」バラバラの個人がいるだけである。都市部においては、高齢者自身が自分の老後を守る必要がある。したがって、「高齢者ライフプランの作成」をまず提言する。ライフプランの作成により、高齢期の生活を構成する様々な要素に対し、まずはどういうリスクがあるか、リスクに備えるには資金がいくら程度必要かを認識しておくこと、利用可能な社会的仕組みや制度を理解しておくこと等が重要である。さらに、「安心ある高齢期生活」を目指して各人が作成するライフプランの達成をスムーズにするため、どのようなサービスや政策が必要か、またそれらを使いやすくするための社会基盤をどうするかについても改革が実施されねばならない。

3) 高齢者ライフプラン

- (1) 女性で平均20年、男性で平均15年となった65歳以上の老後生活を安心して幸せに暮らすためには、自分の老後生活について50歳頃から考えはじめる必要がある。特に引っ越しや改築など、大きな環境の変化や資金を必要とする判断は、適応力のあるうちに完了しておくことが望ましいとされている。
- (2) 以下は、高齢者ライフプランを決めていく上での10箇条である。遅くとも70歳に達するまで

には、これら5項目10箇条の内容を固める必要がある。

幸せな老後生活のために70歳までに決めておく生活10箇条

◇ 健康

1. 自分の心身の状態を把握し相談できるホームドクターは決まっているか
2. 要介護となったとき、相談するケアマネジャー・介護事業者・入居したい施設等に目途はついているか

◇ 住宅、住まい方

3. 自宅に安心して住み続けるために、自宅のバリアフリー改修は完了しているか
4. 自宅での生活が困難になった場合に備えて、住み替える先の目途はついているか

◇ 高齢期ファイナンス

5. 毎月の生活費、各種保険料支払い、医療費などの自己負担のおおよその必要額を把握しているか
6. 豊かな老後生活のため、資産(金融資産、実物資産)の使い方を考えているか、いざという時の資金はどのくらいあるか

◇ 判断力が低下した時

7. 痴呆症になった場合の資産の管理のため、成年後見制度などの利用の目途はついているか
8. 残される家族のために遺言状の用意をしているか、終末期医療について考え始めているか

◇ 暮らし方

9. 生き甲斐や夫婦で楽しめる趣味を持っているか
10. 生活面で困ったことが生じたとき、相談できる窓口やその電話番号を知っているか

以下、各項目について説明する。

4) ホームドクター制の導入

- (1) 高齢期の不安の第一は、将来の健康や介護に対する不安である。高齢者の多くが生活習慣病などの慢性疾患を持っており、また骨折等のけががきっかけとなり介護が必要になる場合もあるなど、高齢者の健康は医療や介護との関わりが深く、日常的に健康管理を行うことが必要である。

- (2) 経済同友会は、先行して発表した医療問題への提言の中で、提言の柱のひとつとして高齢者医療介護保険制度の創設を提言した。そして、高齢者医療の質を高めつつコストをコントロールするための仕組みとしてゲートキーパー（GP）制の導入を提言した。ここでは、この提言を受け、ケアマネージャーに不足する医学的知識を補足するためのホームドクター制の導入について提言する。
- (3) 現在の日本の医療制度は、皆保険制度であることと、医療機関の選択が利用者（患者）に委ねられ、アクセスにほとんど制限がないことが特徴である。
- (4) 一般国民の6割以上が「かかりつけ医」を決めている（「受療行動調査」より）状況である。しかし、高齢者は、複数の疾患を持ち、複数の診療科を受診する傾向も多く、「かかりつけ医」も診療科目毎に決めている場合すら見られる。疾患毎の相互の関係が深いことや、多種の薬剤を処方/服用していることなどを考えると、診療科毎に医師が異なることによるデメリットも大きい。
- (5) そこで、高齢者医療を総合的に行うことの出来る専門科目（老年学）を創設し、その科目を専門とする医師を患者が選択し、登録するホームドクター制（GP制）を導入することを提案する。
- (6) 全ての高齢者は最初にホームドクター（GP）の診断を受ける。そして、ホームドクター（GP）は、日常的に高齢者の健康状態を把握しつつ、症状に応じて必要な治療やケアを提供する。特に、介護が必要になった際には、ケアマネージャーに対して医学的見地から情報提供し、ケアマネージャーのプラン作成を支援する。
- (7) ホームドクター制を真に根付かせるためには、きちんとした報酬インセンティブを与えることが必要である。つまり、イギリス等におけるGP制を参考に、登録患者数による人頭払い方式と健康管理・診療行為に対する包括型報酬（現行の老人慢性疾患外来総合診療料の発展形）との組み合わせによる報酬体系とすべきである。

- (8) また、介護保険制度では「かかりつけ医」とケアマネージャーとの連携の仕組みとして「主治医の意見書」が位置づけられているが、これは無報酬のものであり、必ずしも利用者本人の状態を理解している医師が記入しているわけではない。ホームドクターとケアマネージャーの連携を強化するため、意見書作成に対する報酬を設定することが必要である。

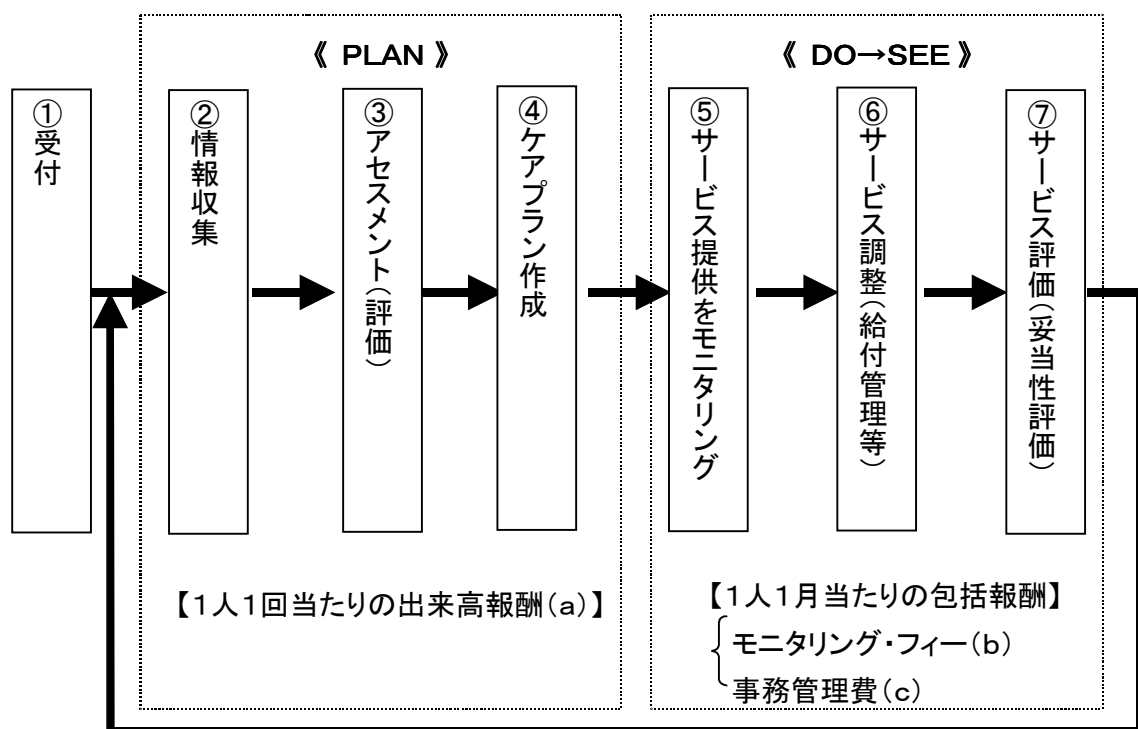
5) ケアマネジメント業務の品質向上 ～介護報酬体系の明確化

- (1) 現行介護保険制度では、保険者（自治体）から派遣されるニーズ判定員が高齢者の介護ニーズを判定し、それに合わせてケアマネージャーが必要なサービスをコーディネート（ケアプラン作成）し、提供する仕組みとなっている。このため、高齢者が受ける介護の質は、ケアプランの質（≒ケアマネージャーの質）に依存していると言える。しかし現実には、当面のケアマネージャー数を確保する観点からケアマネージャーの資格取得の要件を緩やかに設定したために、高齢者に関連する医学・看護学的知識、福祉に関する知識、その他生活支援に関する知識などを総合的に持っているケアマネージャーは少なく、その質の向上が大きな課題である。
- (2) ケアマネジメント業務は、その流れに従って業務を細分化すると、①受付（利用者獲得のための情報発信、営業活動等）→②本人に係わる生活及び身体的情報収集→③アセスメント（評価）→④ケアプラン作成→⑤サービス提供/モニタリング→⑥サービス調整（給付管理等）→⑦サービス評価、の7段階に分けられる。ケアマネージャーに対する介護報酬は、これらの全てを包括し、要介護度別に対象高齢者1人当たり月 6500 円/7200 円/8400 円の3段階に設定されている。したがって、どのように資源（時間）を配分するかは事業者任せられている。一般に、③アセスメントから④ケアプラン作成がケアマネジメントの中心業務と捉えられているが、実際には⑥給付管理業務の負担が大きくなっている。このため、要介護者に対するサービスが適正であるのか、病状に変化は生じていないのか等を監視する、

⑤モニタリングに関しては事業者及びケアマネジャーの善意や意欲に依存している。

- (3) また、介護報酬は、1人のケアマネジャーが50人の顧客を担当する場合にペイするように設定されているが、実際の業務として対応可能な範囲はせいぜい20人までであると言われている。このため、独立開業では事業が成立せず、ケアマネジャーの多くはサービス提供機関に所属する形態となっている。これは、本来のケアマネジャーの持つべき介護サービス提供者からの独立性を危うくするものであり、消費者利便の向上の妨げとなる。
- (4) そこで、ケアマネジメントに対する介護報酬の総額の引き上げを図りつつ、その体系の見直しを図るべきである。

ケアマネジメント業務の各ステップと介護報酬改訂イメージ



- (5) まず、介護報酬の体系は、(a)アセスメントからケアプラン作成に至るプロセス(上記②～④)に対する報酬、(b)モニタリング(上記⑤)に対する報酬、(c)給付管理業務(上記⑥)に対する報酬の3つに区分する。
- (6) (a)アセスメントからケアプラン作成に至るプロセスに対する報酬は、まさにケアプラン策定

に係る経費に相当するもので、ケアプラン作成・改訂時のみ支払う出来高型の報酬とするのが適切である。また、調整する事業者数が多いほど事務が複雑化することや、特定のサービス供給者による「抱え込み」による弊害を避ける意味から、調整事業者数毎に報酬額に差をつける方法や、紹介事業者からのキックバック方式の導入なども含めて議論すべきと考える。

- (7) (b)モニタリングに対する報酬は、いわゆる弁護士等の顧問料のようなものであり、人頭払い型がふさわしい。
- (8) (c)サービス調整・給付管理業務に対する報酬は、いわゆる連絡・事務経費であり、(b)と同様に人頭払い形式がふさわしいと考えられる。(b)と一体で評価する方法も考えられるが、これを明確に切り分けることができれば、給付管理業務のアウトソーシング化や給付管理に係る部分への情報化投資を促進する効果を生み、その結果、業務の効率化を図ることが可能であると考ええる。
- (9) ケアマネジメント業務の介護報酬が明確化し、引き上げられれば、次なる課題はケアマネージャーという専門職種の能力向上である。ケアマネジメントは、個々のケース(症例)の経験の積み重ねであるが、現状のように個々人の経験に依存する形態からケアマネジメント学会等における大量のケースの集積により、統計的・科学的ケース分析に基づいてスキルアップを図ることができるような仕組みづくりが必要である。

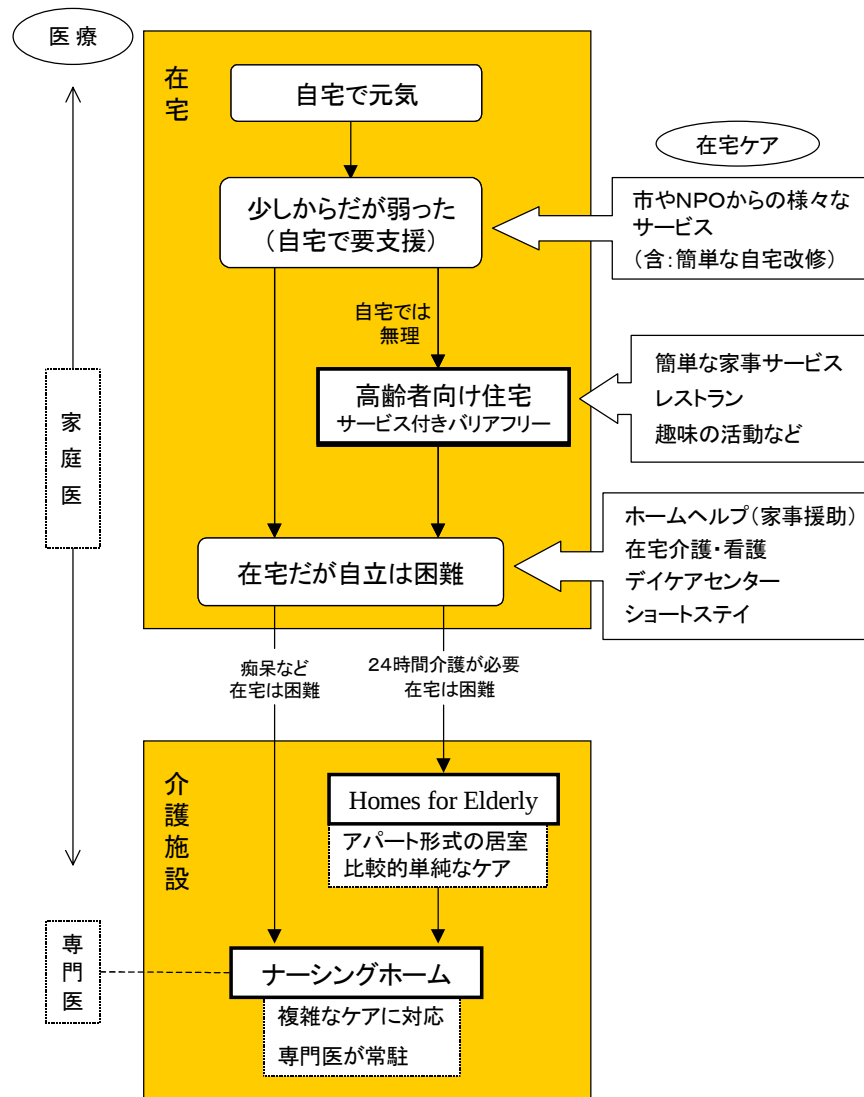
6) 高齢期の住宅・住まい方

(1) 高齢者住宅の現状

1. 多くの高齢者は、住み慣れた住まいでの自立した生活が続けられることを希望している。介護保険では、在宅介護の推進が打ち出され、自宅での自立的生活をできるだけ長く維持できるよう支援することが理念のひとつとして謳われた。

2. 在宅での生活を続けられるか否かは、単にケア（介護サービス）が提供されるだけでなく、サービスを受けているとき以外の時間の「生活」が自立的に行えるかどうかによっており、生活環境＝住まいの持つ意味は大きい。つまり、ケアサービスと住宅・生活サービスとが両輪となって提供されることが高齢期の自宅生活を維持するためには必要なのである。
3. 下図はオランダ・アムステルダム市の住まいとサービスに関するものである。健康なときは自宅で問題なく生活しているはずである。身体が弱くなるなどで在宅での生活が困難となった場合、バリアフリーでかつ一階にレストランがあり簡単な家事サービスを容易に受けられる高齢者向け住宅に住まいを移す。さらに、要支援となると日常生活への支援が必要となる。介護度が増すと、訪問看護、訪問介護のサービスへの必要度が増す。この後は、二つの選択肢がある。在宅のままサービスを受けるケースと介護専門施設であるホームズ・フォー・エルダリーあるいはナーシング・ホームに入るケースである。つまりオランダでは、要介護度が増すごとに住居が変わっていくのである。「人は自分と家族の状況に合わせて住まいを変えていく」のがオランダ流高齢者介護システムである。

高齢者の状況による住まい・サービスの体系 —オランダ・アムステルダム市の例—



4. 日本でも、高齢者のための住宅政策については長く検討され、いろいろな施策が考え出されてきた。例えば、バリアフリー住宅の普及のために、住宅金融公庫等で新增築の際の低利融資が行われるようになったし、「シルバーハウジング」というケア付き住宅(実際には生活支援も行う管理人付き住宅)の整備なども行われた。
5. さらに、介護保険制度では、住宅改修が給付対象となり、①手すりの取り付け、②床段差の解消、③滑りの防止及び移動の円滑化等のための床材の変更、④引き戸等への扉の取り替え、⑤洋式便所等への便器の取り替え、⑥その他①～⑤に付帯して必要となる改修、

の6つが最高 20 万円まで給付されることとなった(ただし、要介護状態が著しく高くなった場合及び移転した場合は再度利用が可能)。

6. このように、日本でも健康時の住宅と特別養護老人ホームとの間の住宅をどのようにサポートしていくかの施策は散発的には採られてきた。しかし、今、明確に「人は家族と自分の生活に合わせて住まいを変えていくものであり、特に高齢になるとそのニーズは高まる。本格的な介護施設に入る前の段階での住まいの整備を支援する必要がある」と認識すべきである。支援の在り方は、①自宅のバリアフリー化と、②本格的な介護施設に入る必要はないが、今の住居では暮らしにくい場合への対応であり、特に②の問題を今後、本格的に論議すべきである。

(2) 住み続けられない事態に備えて ～高齢者住宅買い換え課税特例の強化

1. 高齢者プランで述べたように、高齢期の暮らしを考える際には、介護が必要になった場合においても自宅で住み続けたいのか、それとも介護に適した環境が整備された特定施設(有料老人ホーム)や介護施設への住み替えを視野に入れて考えていくのかが、まず問われる。
2. 自宅で住み続けたい人は、子どもが独立し、定年が見えてきた実年期から定年までの間に、現存する住宅金融公庫等のバリアフリー融資などを活用して将来の介護に備えた住宅改修(事前の措置)を行うことが必要である。そして、実際に介護が必要になったら、心身状況に合わせながら介護保険を活用してより介護に即した二回目の住宅改修を行う。
3. しかし、在宅介護サービスを効果的に利用しながら自宅にできるだけ長く住み続けることが理想ではあるが、身体機能の変化や生活上のさまざまな要因によって、将来的には住み続けることが困難になる事態も多い。このため、必要に応じて、高齢者向け住宅や介護施設に円滑に住み替えられる仕組みが必要である。
4. 住み替えのパターンとしては以下の3つが考えられる。

- ① 自宅を売却して住宅を買い換える（買い換え可能な資金・資産を持っている人）
 - ② 自宅を売却または賃貸して住宅を賃借する（買い換えるほどの資金・資産がない人）
 - ③ 自宅を売却または賃貸して介護施設へ入所する（心身機能に不安のある人）
5. ①のような住宅買い換えのケースや、②、③で自宅を売却するケースについては、円滑な住み替えを可能にするために、税制上の優遇が必要だと考える。
6. 高齢者世帯が生活をするには、現役時代に購入した子どもたちとの生活を前提とした住居は広すぎて、そのメンテナンスに手間やコストがかかることが多い。このため、よりメンテナンスがし易い住居へ、あるいは管理サービスが付いた住居（シルバーハウジング等）や介護・医療サービスの拠点が手近にある住居（特定施設や介護拠点に隣接したマンション等）へ移って老後を過ごす人も出てこよう。また住宅の売却金で、例えば一括払い終身年金を生保から購入して老後の生活を万全なものにしたいとのニーズもあろう。
7. したがって、高齢者が自分にふさわしい住居（メンテナンスや介護がし易い住居）を確保するため、もしくは、生活基盤を安定させるために現在の不動産を売却するときは、発生するキャピタルゲインに対し、現行の非課税枠を増額する以下のような税制優遇政策が必要である。
8. 「55歳以上のシニア世代が主たる住まいとしている不動産を売却する場合は、1回だけ、そのキャピタルゲインの控除額を現行の3000万円から5000万円に増額する。」
9. なお、米国での個人不動産売却益に関する規定は以下のようなものである。1997年改正以前の税法には、高齢者に対する優遇措置が盛り込まれており、①売却時に55才以上、②売却前5年間のうち、3年以上保有し、かつ3年以上主たる住まいとして居住していた、③過去に1度もこの特例を受けていない、という3つの条件を満たせば、125,000ドルを上限としてキャピタルゲイン非課税とすることになっていた。これは、生涯に1回だけ利用できる高齢者のための優遇措置だった。しかし97年の税法改正後は、年齢に関わらず、①

売却前5年間のうち、2年以上保有し、かつ2年以上主たる住まいとして居住していた、②過去2年間にこの特例を受けていない、の2条件を満たせば、夫婦合算申告では50万ドル（独身では25万ドル）までキャピタルゲイン非課税と変更され、全ての年齢層のための恒久的な優遇措置に変わっている。

10. 自宅を売却（もしくは賃貸）して住み替え資金を得たとしても、従前の住宅の評価が低く、次の住まいの購入ができない場合も存在する。こうした場合、より利便性の高い（メンテナンスや介護がし易い）住居を賃借して住み替えられるような仕組み（パターン②）も必要である。
11. 現状でも、公営住宅政策において、若年世帯よりも高齢者世帯の方が入居要件が緩和されている。しかし、バリアフリー仕様になっていないなど、高齢者にとって利用しやすいものとなっていない面がある。このため、公的な住宅供給主体（都市基盤整備公団や住宅供給公社等）によって提供される集合住宅については、早急にバリアフリー化し、介護事業者や医療機関との連携を促進することが必要である。その上で、こうした制度の存在を積極的にアピール（情報発信）することが必要である。
12. 心身に不安があることを理由に住み替える場合（パターン③）は、有料老人ホームのようなケア付き住宅か介護施設への住み替えが想定される。介護施設は居住空間としてのクオリティが低く、それを高める（落とさせない）ための方策が必要である。現在の低すぎる1人当たり施設面積基準（居室のみでなく共有生活空間も考慮）を住宅政策における最低居住水準並に引き上げ、プライバシー確保の観点から原則個室化を推進することを提言する。この点については別に論ずる。

7) 高齢者FP資格の導入

(1) 高齢者FP資格の導入

1. 高齢者が「幸せな老後」を送るためには、現役世代とは異なった財産管理の支援が必要である。標準的な高齢者の収入の中心は年金であり、病気、要介護のリスクが極めて高い。したがって、年金、医療介護等に深い知識を持ち、高齢者の「幸せな老後」を送るための財産管理を支援する高齢者FP資格の導入を提言する。
2. 現在の日本のFPの目的は、金融資産の積み上げ、節税に重点を置いている。しかし、高齢者FPの目的は、現在保有している金融資産及び住宅、月々の年金収入等のキャッシュフローで「高齢者の生活維持、そして必然的に生じる病気、介護等の問題に十分対処できるようにするためには、どのような方法を採用すべきか」となるはずである。したがって、いかに金融資産を「積み上げるか」ではなく、幸せな老後を維持するため、過去積み上げた金融資産・実物資産を「どのように使用するか」が主要テーマとなる。
3. 高齢者FPの仕事としては、主として以下のようなものが考えられよう。
 - ・ 財産収支で見た高齢者生活キャッシュフロー表の作成及び定期的な見直し
 - ・ 資産運用アドバイス
 - ・ 医療保険、介護保険、住宅税制、金融税制、相続税に関する財産面でのアドバイス
 - ・ 住宅問題等に関する相談機能
 - ・ 遺産相続プラン、成年後見人制度に関するアドバイス
4. 高齢者FPの資格試験としては、通常のFP試験科目に、①年金制度、医療介護保険の知識、②高齢者用住宅に関する知識、③相続税、遺言、成年後見人制度に関する知識、を加えることが必要となろう。
5. 介護保険の分野では、ケアマネジャーが要介護者のためにケアプランを作成し、介護サービスプロバイダを選択する。高齢者FPも高齢者の「幸せな老後」のためのプランを作成し、目的を達成するために必要となる金融サービスの選択を支援することが必要となろう。
6. 民間金融サービス業は終身年金、投資信託、低コストのカस्टディアンサービス、遺言信託

等の分野で高齢者マーケット用の金融商品を開発し、高齢者FPがその商品特性をチェックした上で、クライアントである高齢者に対して「良き財産管理」のアドバイスを行うべきものと考えている。

7. 尚、下表はオランダのアムステルダム市が提供している医療介護の範囲からはずれた「高齢者にとって、あると便利なサービス」一覧である。日本でもこのようなパーツは各地で存在している。高齢者FPは各地域での、これらサービス事業者のリストを準備し、高齢者サービスの充実をも担当すべきである。

アムステルダム市で実施されている高齢者向けサービス

＜地区高齢者センター＞

下記のようなサービスの申し込み場所（基本的に65才以上なら誰でも可）。受けられるサービスや趣味・学習コースの情報提供も行う。

◆趣味や学習コースへの参加

ボランティア団体などが様々な活動を運営したり、イベントを開催。市は補助金を出す、運営に口出しはしない。

◆簡単な住宅改装

トイレや廊下に手すりを付けたり、段差を解消するといった、簡単な住まいの改装。

◆アラーム・システム

発作が起きたり転んだり、自分の身に何か起きたときに、ペンダントなどのボタンを押すと、自動的にセンターにつながり助けが来る。

◆配食サービス

◆地域世話人

電球を替えたり、簡単な修理をしたり、買い物をしたり、病院に付き添ったりといった、簡単な手助けをしてくれる。

◆交通サービス

普通の公共交通を利用するのが困難になった場合は、高齢者・身障者用のバス（グループタクシー）を利用できる。他の手段を利用したときの交通費を還付する制度もある（所得による）。

(2) リバースモーゲージの必要性

1. リバースモーゲージとは、住宅を担保に借入を発生させ、借入金を支払利子控除後の年金型のキャッシュフローで受け取り、住宅に住み続けながら現金収入を増加させる制度である。もし20年のキャッシュフローが必要であり、かつ住宅の100%を担保とした場合は、20年後に今の住宅は金融機関のものとなり元利合計金の返済は現物返済によって終了し、本人は20年間の年金型キャッシュフローを手にする。
2. この制度に関しては3つのリスクがある。①15年後には死んでいると考え、「15年で終了し住宅で返済する」計画としたが、15年以上生存したときはどうするのか。つまり、各人の平均余命が不確定であること、②金融機関がこの間の貸出レートをどのように設定するかについての予測が困難であること、③担保となる不動産価格の将来価値を予測できないこと、の3点である。しかし、これらは100%担保で可能な限りたくさんの年金収入を長期にわたって手にしたいと考えた場合は、クリティカルな問題となるが、担保掛け目が30%、期間5年と設計し、公的部門が集中的に業務を行えば管理可能となる。
3. リバースモーゲージの需要としては、「キャッシュフローは少ないが、住宅の価値は高い高齢者の月収の引き上げ」、「通常のケースでは年金と預貯金で生活できるが、家の大幅改造等、予測不能な事態が生じた高齢者への現金供給」等が考えられる。すなわち、高齢者の老後の生活を側面から支援する手段として必要であり、公的部門に主導されるリバースモーゲージ制度が早急に導入されるべきものとする。

(3) 高齢者ライフプランの作成例

ここでは、具体的に高齢者FPが作成する高齢者ライフプランの例を示す。まず前提は以下の通りである。

1. 70歳の二人暮らしの老夫婦。仕事はなく年齢が同じケース。
2. 自宅(一戸建て住宅)のバリアフリー化は終了し、ここを終の棲家とする。
3. 公的年金支給は標準ケース:月、夫婦に23.7万円。
4. 金融資産2500万円有り(高齢者の平均金融資産残高2307万円)。
5. 子どもたちとは同居せず、二人で老後を送ると決めている。

ライフプランの作成は、将来の大病、要介護の事態に対するリスクマネジメントであり、確率分布によるシミュレーションとなるが、ここでは単純化のために、この老夫婦に以下の事態が発生すると仮定する(このケースではインフレなしを前提とする)。

1. 79歳になった時、夫が要介護度5となり、83歳で死亡。
2. 残された妻は86歳で痴呆となり、グループホームに入り90歳で死亡。

(現行の諸コストの前提)

1. 要介護度5となった場合にフルにサービスを得たときの自己負担3.7万円。
2. 妻のグループホームのホテルコスト、食費等合わせて月20万円(都市部を仮定)、このグループホームでの介護費用自己負担3.7万円。
3. 老人医療保険料、介護保険料合わせて月夫婦で1.0万円の負担。
4. 医療費自己負担、月平均夫婦で2万円(現行医療制度下では、高齢者医療世帯負担上限は月3.72万円である)。
5. 老夫婦の平均月消費額は家計調査の65歳以上の老夫婦(収入なし)の平均24.4万円(除く医療・保険費)を使用。一人世帯となった場合は、6割の14.6万円とした。
6. 公的年金収入のみが所得であり、1年の公的年金収入 $23.7 \times 12 = 284.4$ 万円、公的年金控除192.1万円。したがって、毎年の所得は92.3万円、基礎控除は夫に88万円適用、このため事実上非課税である。ここでは収入に関しては、所得税なしで計算する。

(プランの発動)

1. 金融資産のうち、1000万円を20年有期年金とする(再投資レート3.5%。ここでは、70歳なので利子はマル優対象のため非課税)。月当たり年金額5.7万円。
2. 残り1500万円のうち500万円を家計における耐久財購入、修繕積立金として準備する。
とりわけ修繕積立金の設定は重要である。日本の住宅の平均耐用年数は26年(米国44年)であり、70歳の時、あと20年間でどの程度の補修費用が必要かは正確な分析が必要である。これらを除いた1000万円が「万一の備え、レジャー用資金」となる。
3. 予想できない財産上の不足が発生した場合はリバースモーゲージを発動し、現金を手に入るものとする。したがって、子どもたちにはこのことを伝えておくことが好ましい。

(ライフプランの結果)

70～75歳時は平穏に過ぎてゆく。夫が79歳で要介護度5となったため、介護保険自己負担額が80代前半まで増加する。86歳で残された妻がグループホームに入ったため、単年度収支が悪化するが、手持ちの金融資産で処理可能である。このケースでは、老夫婦の死後約1000万円の金融資産とバリアフリー化した住宅が子どもたちに相続されることとなる。

(年平均、万円)				
年齢	71～75	76～80	81～85	86～90
公的年金収入	284	284	218	173
私的年金	68	68	68	68
収入合計	352	352	286	241
生活費	293	293	222	240
医療・介護保険料	12	12	8	6
医療・介護自己負担	24	42	42	56
支出合計	329	347	272	302
収支差	(23)	(5)	(14)	(-61)
期末残高	115	140	210	-95

上記シミュレーションは、何が起きるかを決めて計算している。しかし、現実には将来何が起きるかは不確定である。「分からないから介護保険の受給を少なくして、自己負担を少なくする」行動が続くのは悲しいことである。ある程度のプランを作り、状況の変化に合わせて数年毎に修正し「豊かな老後」を過ごすために高齢者FP制度が必要と考える。とりわけ、日本の財政バランスを見ると財政再建のために増税となる可能性が高く、高齢者FPは消費税の引き上げ等を考慮してプランを作成すべきである(このケースでは万一の備えである1000万円の一部が増税対応となる)。

8) 成年後見制度の課題

- (1) 先に述べたように、高齢者のみの単身世帯は増加する傾向にある。こうした人々の場合、頼りになる親族などが面倒を見てくれればよいが、全く身寄りがいなかったり、たとえ親族がいても争いがあるなど相談相手にならないなど様々な事情が考えられる。このような身よりのない高齢者が痴呆症などのために判断能力がなくなった場合、その人の財産をどのように保全し、本人が安心して生活できるように財産を適切に使っていくか、というのは切実な問題である。また、介護保険制度においては、国民は権利として介護サービスを買うことになり、自らサービスを選択し、業者と契約を結ばなければならない。しかし、本人の判断能力が低下している場合にこれを自力で行うことは難しい。本人に代わって適切な判断処理をしてくれる人がいることは高齢者が安心して生きていくために極めて重要である。
- (2) こうした問題に対応するために、2000年4月1日より新しい成年後見制度が介護保険と同時にスタートした。成年後見制度とは、精神上の障害により判断能力が不十分となった痴呆性高齢者、知的障害者、精神障害者などの財産と暮らしを守るための制度である。新制

度は、これまでの禁治産・準禁治産制度を見直した「法定後見制度」と、新設の「任意後見制度」から成り立っており、本人の意思を尊重する（自己決定）、障害をもっていても普通の生活ができる社会を目指す（ノーマライゼーション）という理念に基づいて制定された。

- (3) 法定後見制度とは、既に判断能力が衰えている人のためのものである。軽い痴呆性患者・知的障害者などから、全く判断能力が欠けている人まで、本人の障害の程度に応じて、補助、保佐、後見の 3 つの種類が設けられている。成年後見の申し立てがあると、家庭裁判所の審判により補助人、保佐人、後見人が指名され、障害の程度に応じた範囲で財産管理や福祉サービスなどの契約を本人に代わって行う。新制度では、単なるお金の管理だけではなく、例えば介護保険のサービス・プログラムをどうするかといった、本人の心身状態や生活の仕方にも配慮するという「身上配慮義務」が明確にされていることが大きな特色である。また、後見人などがその権限を濫用することがないように監督人が選任される仕組みとなっている。
- (4) 一方、任意後見制度は、将来、判断ができない状態になっても自分が希望する老後の生活を実現できるように、元気なうちから準備しておくものである。具体的には、痴呆など精神上の障害によって能力が低下した時に備えて、判断能力が充分ある時に信頼できる者を任意後見受任者として選び、公正証書による任意後見契約を結ぶ。この契約の中に、何を頼みたいか（代理権を与える範囲）を定めておく。そして、将来、痴呆などが進んだ段階で家庭裁判所に申し出ると、任意後見監督人（任意後見人が適切に任務を行うかを監視する）が裁判所により選任される。この時点で契約の効力が生じ、後見人は代理権をもって頼まれた内容の事務処理を行うことができる。
- (5) 新制度では、家庭裁判所が法定後見人として、配偶者などの家族の他に、状況に応じて弁護士や社会福祉士などの専門家も選任でき、分野に応じて複数を選任することも可能である。また、個人だけでなく法人を後見人等を選任したり監督人とすることも可能となった。身

寄りのない高齢者に対する法定後見や任意後見制度では、こうした肉親以外の第三者の後見人の必要性が高まると考えられる。現在、弁護士会、司法書士会、社会福祉士会など複数の民間グループがそれぞれ独自に後見人の受け皿団体を立ち上げ、候補者の研修や紹介を行っている。

- (6) 新制度の利用状況を最高裁判所のまとめから見ると、2000 年 4 月における後見人の申立件数は 422 件に上り、昨年同月の禁治産制度の頃と比較して 1.6 倍に増加した。4 月から 8 月では、後見開始の申立件数は 2,843 件、同じく保佐が 355 件、補助が 240 件となっている。旧制度で行われていた戸籍への記載も無くなったため、利用しやすくなっていることが伺われる。一方、任意後見に関しては、公正証書を作成して任意後見契約を結んだ人の数は不明だが、任意後見監督人選任の申立(実際に後見が開始されることを意味する)は 11 件という結果であった。

- (7) 一人暮らしの高齢者にとって「もし呆けてしまったら」という不安は非常に大きなものである。成年後見制度は、そうした不安を取り除き、かりに痴呆などになっても自分の意志に沿った生活ができるようにしようという制度である。制度は立ち上がったばかりであり、本人の能力判定など複雑な問題もあるが、より多くの人々が制度を活用し、安心ある生活を送るためには、差し当たって次のような課題を解決する必要があると考えられる。

①制度の認知度を高め、利用を促進するための広報及び相談窓口の強化

②任意後見制度における契約から実際に後見が開始されるまでの期間の扱い

③法定後見での後見人選任期間中における本人支援体制の充実

④制度利用に関わる費用負担の軽減

- (8) 成年後見制度は創設されたものの、まだ一般の認知度は高いとは言えない。特に任意後見制度については、本人が元気なうちに自分で選択し行動する制度であることから、まずこのような制度の存在を社会一般に知らしめ、各自が前もって老後の生活をイメージしておく

ことの重要性を訴えていく必要がある。そのためには自治体レベルで市民への成年後見制度の普及啓発に力を入れるべきである。その際には、単なる制度の紹介に留まらず、利用を希望する人々への相談機能に力を入れる必要がある。任意後見制度を利用したい場合には、まず後見人の候補となる人を見つけなければならないが、身近に適任者がいない場合も多いだろう。そうした時に市区町村など公的機関が後見人の受け皿団体との仲介役を果たすことができれば、制度がかなり身近なものになると考えられる。また任意後見制度をどう活用すれば安心した老後を過ごせるのか、利用にあたっての注意点が具体的にわかるような「利用の手引き」を提供することも必要であろう。

- (9) 任意後見において問題となるのは、公正証書の契約を結んだ後、実際にいつ判断能力が衰えて後見が必要になるか、誰にもわからないことである。契約から後見実施までの期間の長短には個人差があるが、この間、本人と後見人受任者はコミュニケーションを密にとって、本人の状況の変化を把握しておく必要がある。そのためにも、任意後見受任者が年に数回程度(可能であれば毎月)は、定期的に本人と面接することを義務づけるべきと考える。コンタクトを取り続けることによって本人の考え方や生活に対する理解も深まる。更に、この間にかかりつけの医師やケアマネージャー、ヘルパーなどの医療・福祉サービス関係者、高齢者 FP などと本人も交えて話し合いの場をもつことが有効であろう。そうすることによって、精神的・身体的変化にも早めに気が付く可能性があり、利用する本人と任意後見受任者の双方にとって安心できる仕組みとなる。

- (10) 法定後見の場合、申立から後見人選任の審判がなされて後見開始となるまで数ヶ月かかる。しかし現実には既に本人の判断能力が衰えており、この手続中にも本人を支援する必要の高いケースがあると考えられる。この数ヶ月を埋める方法については、ドイツに参考となる例がある。ドイツには、日本の法定後見に相当する成年者世話法に基づく世話人制度と呼ばれる制度がある。世話人の選任までの手続について、本人の意思伝達に困難があ

り裁判所が必要と判断した場合は、本人の権利を守るための代弁者として「手続補佐人」をつけることができ、彼らが世話人の選定や世話を頼みたい分野の取り決めに関わる。この手続補佐人は、実務上、世話法に通じており経験のある弁護士が担う場合が大半であるが、ソーシャルワーカーが行うことも制度上可能である。今後は、我が国の法定後見においてもドイツの手続補佐人に見られるような「空白期間における後見事務を弁護士等が代行できる」臨時後見人制度が検討されるべきである。その際、後見開始に向けて進行している裁判に関わるだけでなく、その間の日常生活の保護もできることが望ましい。

- (11) 現在、成年後見制度の利用にあたっては申立のための経費(登記手数料、精神鑑定費用など)や後見人への報酬は自己負担で賄う仕組みであり、低所得者には利用しにくい面がある。しかし、社会のあらゆる層の人々にとって利用しやすい制度となるように、低所得者に対する公費による後見費用助成制度を導入し、負担の軽減が図られるべきである。そうすることによって利用者が拡大し、受け皿団体も適正な費用設定をすることができ、運営も安定していくものと考えられる。

9) 高齢者の社会参加、NPO・ボランティアの育成

(1) 元気な退職高齢者支援の必要性

1. 現在、65才以上の高齢者人口は、2190万人であり、そのうち何らかの人手を借りなければ生活ができない要介護者は250万人、高齢者人口の1割程度である。残りの9割の高齢者は、比較的元気で体も頭脳も働かすことのできる人たちである。
2. 2007年を過ぎると、いわゆる団塊の世代が退職年齢を迎える。企業コミュニティーに溶け込んできた団塊の世代の中には、家庭や地域コミュニティーを顧みることなく働いてきた者が多く、退職後の生活や参加していくべきコミュニティーとの断絶が大きくなっている。した

がって、定年延長に加えて、元気な退職高齢者の社会参加、生きがいづくりは、社会的にきわめて重要な課題である。

3. 最新の世論調査によれば、「老後の生活に不安がある」と答えた人は男女とも70%を超え、その最大の理由は「痴呆や寝たきりになる可能性」(44%)である。老後に備えて準備しよう(している)と思っていることでは、「健康づくりに励む」(59%)が最も多く、過半数を占める(毎日新聞社の「高齢社会に関する世論調査(全国の20歳以上の男女4561人を対象に2000年9月実施)」)。
4. 健康づくりには、就業だけではなく、ボランティアやNPO活動など様々な選択肢が考えられる。例えば、退職者が地域コミュニティにおけるボランティア活動を行う場合、その内容は、老・老介護、環境保全、まちづくり、教育、国際協力など様々な分野があってよい。重要なことは、その活動によって、生き甲斐を見つけ豊かな老後を過ごすことである。
5. アメリカでは、「サービスされるのではなく、サービスする」をモットーに退職者の社会参加を促進する「退職者協会=AARP」という組織がある。AARPは1958年に設立されたNPOであり、当初の中心課題は高齢者にグループ医療保険をかけることであった。これに成功して会員数は飛躍的に伸び、現在全米で3400万人の会員を有する。AARPの活動は、政府との協働による納税申告補助や雇用支援などの各種プログラムの実施、会員への生活情報の提供や法律相談、政治教育や投票の促進、ロビー活動など広範である。AARPには90万人以上の会員が退職者ボランティアとして登録されており、彼らは自らの技能や意欲とボランティアを求める側のニーズとのマッチングを経て、福祉系をはじめ様々なNPOの現場に派遣されている。
6. NPO活動は、退職高齢者の社会参加を促す有効な手段のひとつである。しかし、日本で各NPOが具体的にどのような活動を行っているのか、どんなボランティアを求めているのか等に関する情報は、誰もがいつでもどこでも確認できる状態にはなっていない。NPO活動を支

援するインフラ組織(例えば、日本NPOセンターはじめ各地の NPO 支援センター)は、各種 NPO の活動内容を詳しく紹介するデータ・ベースを作成し、誰もがアクセスできる情報検索システムを早急に構築すべきである。また、各地の NPO 支援センターは、既存のボランティア協会とも協力し、ボランティアを希望する方と求める方それぞれをマッチングする機能の向上に努めるべきである。

(2) ボランティアの活用

1. 一人暮らしの高齢者が介護保険によるプロフェッショナルなサービスだけで安心した生活をおくることができると、そうではない。介護保険が扱うサービスに保険対象外の周辺サービス(配食、住宅の修繕、庭の手入れ、話し相手、買い物や外出の介助・通院など)が加わってこそ、高齢者の生活全般を支援することができる。
2. 高齢者介護におけるボランティアへの期待は、介護保険では扱われない保険対象外の周辺サービスの提供を量的質的に拡充させることに移りつつある。多くのボランティアを動員し、サービスを量質ともに豊富にしていくには、ボランティア自体を組織化する団体が必要であり、NPO の役割が重要になってくる。
3. NPO は、ボランティア個々人の自発性を組織の使命につなげるようなマネジメント・スキルを持たねばならない。次表には、米国でのNPO理事会における「ボランティア・マネジメントの自問」を示した。NPOの目的を明瞭にするとともに、動員すべきボランティアの活性化のために様々な努力がなされていることが分かる。米国のボランティア・マネジメントにおいては、「募集(選別)—訓練—活動評価」といった一連のプロセスの中で、特に「活動評価」の重要性が主張されることが多い。

ボランティア・マネジメントにおけるNPO理事会の自問:10ヶ条

1.そもそも、なぜボランティアが必要か。	理事会は、NPOのサービス提供を強化する戦略として、ボランティアがなぜ重要かを明示する必要がある。ボランティア・プログラムは、「地域社会にある経営資源」の有効活用を進める戦略である。
2.ボランティアの属性を十分に考慮しているか。	ボランティアの属性を理解し、NPOとしてどの属性を活用すべきか、その判断基準を用意すべきである。例えば、時間の制約された人、学生、家族、企業の従業員など様々なボランティアの動向や性格を分析し、どの層のボランティアがNPOにとって有効かを判断せねばならない。
3.ボランティア業務は、有給職員とうまく協働できるように計画されているか。	ボランティア業務の計画は、有給職員とボランティアの間の良いチームワークを保証するカギとなる。計画は、有給職員がボランティアの業務を監督し優れた仕事を効果的に促すことができるように設計されねばならない。
4.ボランティアの活用は、新しい業務計画に組み込まれているか。	NPOの活動を新たな地域に広げたいと計画しているなら、その展開を支援してくれる新しいボランティアを、その地域からどのように募集するかを議論して新しい計画に組み込んでおかねばならない。
5.ボランティアの参画に関する適切な方針をもってしているか。	ボランティアのための、ボランティアに関する規則や方針を作成していなければならない。同時に、職員に対しては「ボランティアは組織の一部として組み込まれねばならない」というメッセージを伝える必要がある。
6.ボランティアを支援するために、適切な予算を組んでいるか。	ボランティア・プログラムに必要な資金の配分(現場での立替費用、研修用の配布物、賠償責任を補償するための保険、作業をするための備品や施設など)を確保しなければならない。その収支によって、経営資源としてのボランティア活用の仕方がわかるようにしておく必要がある。
7.ボランティア・プログラムのために、適切な人員配置を行ったか	ボランティア・プログラムの運営を任された人のNPOにおける位置付けや給与のレベルは、NPOがボランティアに与えた価値の指標といえる。特に、資金調達の責任者と比較したとき、ボランティアの責任者はどのように位置付けられているかを考察せねばならない。
8.ミッションからみたボランティア活動の評価体制を準備しているか。	NPO評価のプロセスにボランティアに関する評価を組み入れることは、努力が正しい方向に向かっていることをボランティアに確認させ、大きな動機付けになる。評価は、ボランティアの継続にも関係する。継続は、ボランティアが自分の仕事を意義深いと考え、感謝されていると感じ、価値あるチームの一員だという認識を味わったときにもたらされる。
9.ボランティアから価値ある成果を得ているか	ボランティアは、地域住民への情報発信源であり、地域住民の視点を提供してくれる重要な情報源である。ボランティアからのコメントは、特別な経営資源として注視すべきである。
10.ボランティアに先駆的な役割を与えながら、彼らを活用できているか。	戦略的にボランティアを活用することによって、より多くの予算を他の事業に振り向けることができる。ボランティアの価値を最大限に活用する方法は、十分な資金を投入する前に、実験的なプロジェクトとして新しいアイディアの実現可能性を試すという「先駆的」な役割を与えることである。

出所) Susan J. Ellis "The Nonprofit Board's Role in Maximizing Volunteer Resources" (1999)、大阪ボランティア協会のボランティア・コーディネーターからのヒアリングを参考に作成

4. 一方、日本では、アメリカに比べ、ボランティア活動の歴史は浅く、実践する方、される方の意識も未成熟である。しかし、NPO がボランティアの受け入れ団体として機能することが求められる限り、精神的なボランティア論から脱して、現場での多様な経験を踏まえながら実践に使えるマネジメント・スキルの開発、そのスキルを使いこなす人材の育成が必要であろう。
5. ボランティアに対するマネジメント・スキルを向上させるためには、教育・研修を専門とするNPO の創設が必要である。そこでは、各種 NPO における成功例・失敗例など現場での実践経験を地道に収集・蓄積し、ボランティア・コーディネーター向け研修カリキュラムを開発する。NPO スクールにおいては、現場の各種 NPO マネジャーによるケース・スタディ・メソッドによる教育が中心に行われるべきであり、これによって NPO マネジャー自身も、情報の共有化を通して自らの質的向上を図れることが期待される。
6. ボランティアを大規模に活用するためには、ボランティア活動によって得られるメリットを明確に確認できる環境が必要である。例えば、施設における話し相手や社会の最新で生きた情報に対する高齢者のニーズに応えるには、大学生ボランティアを奨励すべきである。その際、大学は、ボランティア活動を評価し、単位として積極的に認定すべきである。
7. ボランティアの動員のために、インセンティブ制の導入も併せて必要と考える。「自分がサービス」した時間を登録しておき、将来自分がサービスを必要としたとき利用するタイムダラーの導入が必要である。その際には、人は居住地を変更する等の理由もあり、タイムダラーの管理は全国ベースで信頼に足る団体によって行われる必要がある。

(3) NPO税制

1. 12月13日発表の自民税調の税制改正大綱により、次表に示す要件を満たすNPOへの寄付金に対しては所得控除が認められた。しかし、自民税調の寄付金を所得控除とするための要件には問題が発生している。

① 今回の認定要件は、日本のNPOの実態とかけ離れている。「さわやか福祉財団」が行ったサンプル調査(2000年12月)によると、既存の福祉系NPO法人20団体のうち、寄付金収入の割合、事業内容の適正性、活動の広域性など主な要件を満たしうる団体はない。なかでも、総収入に占める寄付金収入の割合「1／3以上基準」をパスできる団体は皆無である。つまり、寄付金が所得控除となるNPOはほとんどないものと推定され、要件の修正が必要となっているのである。とりわけ、「1／3以上」とする基準を引き下げるとともに、分母となる総収入から営利事業収入を除くべきであろう。また、市民参加による地域密着型のNPO活動を育成する観点から、同一市町村の住民からのみ寄付金を受け入れ、同一市長村内のみで活動するNPO法人も適格認定すべきである。

② なお、NPO介護事業を収益事業と認定することと、見なし寄付金に関しては先送りされた。

2. NPO 法人が介護保険対象サービスを提供して行う事業が法人税法上の収益事業として扱われるのは当然であろう(この際、社会福祉法人の介護保険対象事業も収益事業として扱うべきである)。来年度以降、介護保険対象サービスが収益事業となった場合、福祉系の認定 NPO 法人が収益事業による所得を本来の特定非営利活動に支出したケースにおいては、現在、既存の公益法人に適用されている「みなし寄付金」制度を認めるべきである。具体的には、社会福祉法人の場合と同様に、所得の 50%または 200 万円のいずれか大きい金額までを「みなし寄付金」として損金算入できることを認めるべきである。

寄付金適格の認定NPOの要件

改 正 内 容	
認定NPO法人へ寄付した場合	
個人	所得税法の特定寄付とみなして寄付金控除の適用認める ＜特定寄付金マイナス1万円を所得控除、上限は総所得の25%＞
法人	一般寄付金の損金算入限度額とは別に、当該損金算入限度額の範囲内で損金算入を認める ＜一般寄付損金算入限度額と別枠で、(資本金等の金額×0.25%＋所得金額×2.5%)×1/2＞
相続または遺贈による財産を認定NPO法人に寄付した場合	当該寄付に係る財産の価額を相続税の課税価格の計算の基礎に算入しない
主 な 認 定 要 件	
1)情報公開	認定NPO法人は、毎事業年度終了後3ヶ月以内に、資金、財・サービス、取引、会員、寄付金の募集・使途、役職員の報酬・給与、事業報告書、財産目録、貸借対照表、収支決算書などの情報を過去3か年分を国税庁に提出し、求めに応じ一般に開示すること(認定申請
2)事業内容の適正性	①宗教活動・政治活動を行わない、特定の者と過度の関係がない等 ②特定非営利活動にかかわる事業費の総事業費に占める割合が80%以上であること ③寄付金の70%以上を特定非営利活動に係る事業に充当すること
3)組織運営の適正性	役員または社員のうち、その親族等の特殊関係者の占める割合が1/3以下であること
4)経理の正当性	外部監査を受けていること、または青色申告法人と同様の記帳および帳簿書類の保存が行われていること
5)寄付収入の割合	総収入金額に占める寄付金及び助成金の額(寄付金総額)の割合が1/3以上であること(ただし、算入できる一者からの寄付金は、3000円を下限とし、寄付金総額の2%を上限とする)
6)活動の広域性	次のいずれかに該当し、その割合が20%以上であること ①複数の市区町村の者から寄付を受けている ②特定非営利活動が複数の市区町村で行われている ③受益者が複数の市区町村にわたる
7)相当な業績の持続可能性	①上記1)～6)の要件を過去2年間、満たしていること ②申請時に、認証所轄庁の「行政処分や定款違反の疑いがあると認められる相当な理由がない」旨の証明書を添付すること
認 定 機 関	国税庁長官(認定を受けようとする法人は、申請書類を納税地または主たる事務所の所在地の所轄税務署長を経由して国税庁長官に
認定の有効期間	認定を受けた日から2年間とする
施行日	2001年10月1日から施行する

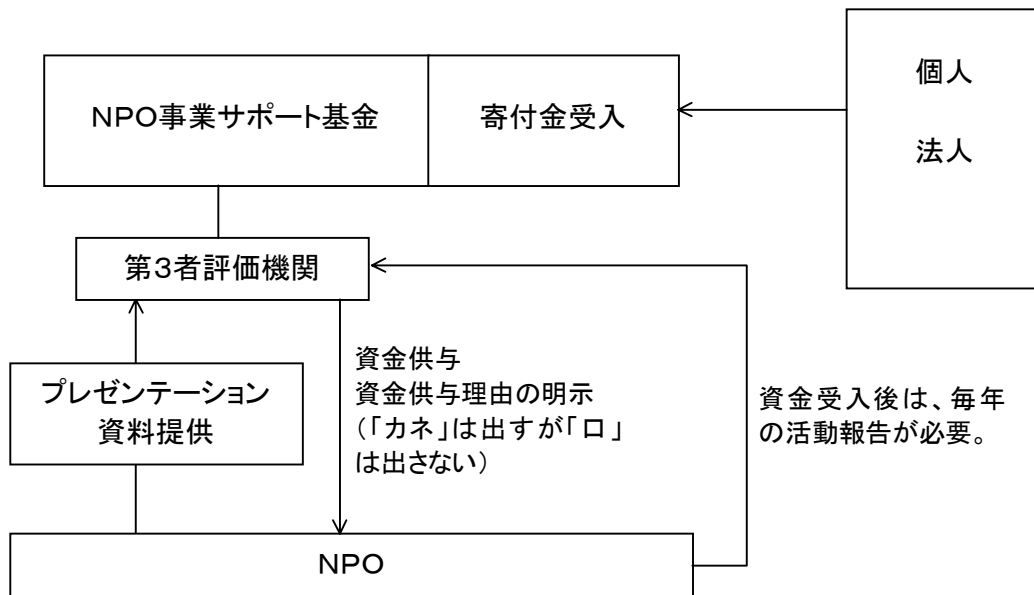
出所) 自由民主党「平成13年度税制改革大綱」(2000年12月13日)より作成

(4) NPO向け事業サポート基金の創設

NPO 法人の育成には、寄付金税制の導入に加え、以下のような支援措置も必要である。

1. 日本のNPOの現状は、規模が小さく、また地域特化型が多い。したがって、寄付金税制が認められたとしても、当面は寄付金が大量に調達可能とは考えづらい。したがって、優れた社会活動を行っている団体に対しては積極的な支援が必要であろう。この場合、企業の社会貢献活動の一環として、民間の基金(事業サポートNPO基金、寄付金適格とする)をつくり、NPO に助成金を支給するという仕組みをつくることが考えられる。NPO から詳細な事業計画を提出してもらい、明確なルールに基づき審査を行う。その活動が公益のために必要と判断された場合には、2～3年間にわたる資金供与額を決定する。その間は、「カネは出すが、口は出さない」の原則の下に、資金提供側は、NPO の経営には一切介入しない。ただ、毎年のレビューを行い、NPOの事業が社会からあまり評価されていないことが判明した場合は、翌期からの資金提供を中止する。すなわち、資金供与の既得権益化を防ぎ、NPO活動分野に競争促進の原理を導入すべきと考える(“優れた活動にはより多くの資金が集まる”)。
2. 米国での寄付相手先シェア内訳を見ると、宗教関連48%、事業主体としてのNPO33%に対して、寄付を集め、NPOに資金供与をする仲介機関(民間財団)が6%のシェアを占めている。フォード財団等の企業財団、日本の「赤い羽根」のモデルとなったユナイテッド・ウェイなどの例がある。これら民間財団の98年の資金供与額は約2兆円、資金提供の相手先は、教育25%、健康17%、人的サービス(老人介護等)15%、芸術・文化13%等々となっている。日本でも慈善を目的に活動を行うNPO育成策として、仲介機関を設ける必要があろう。

NPO事業サポート基金

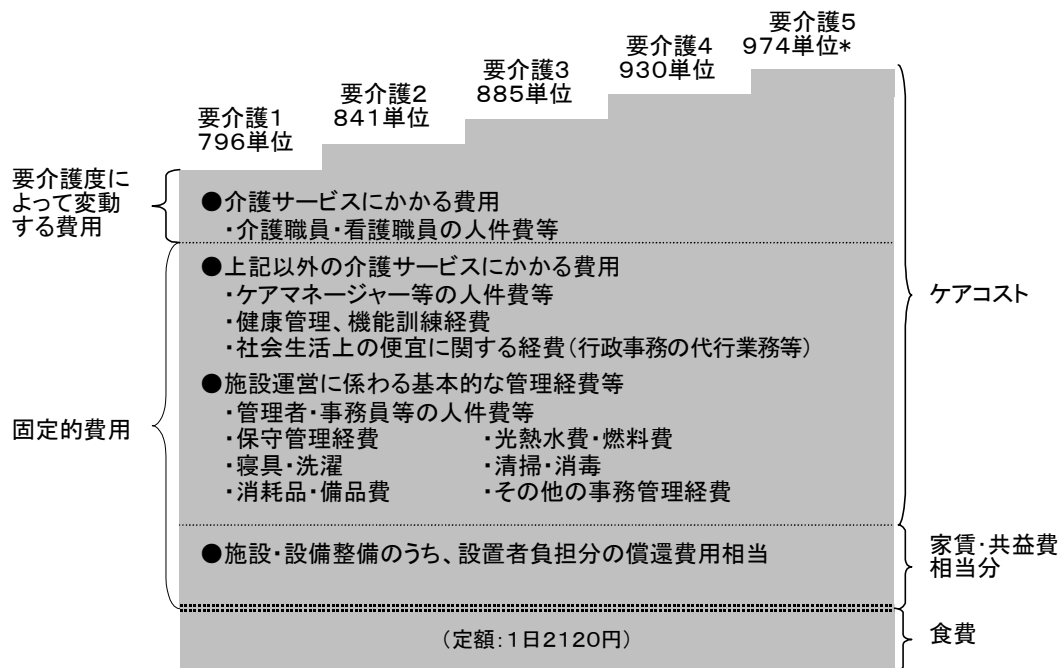


III. 介護施設のクオリティ向上

1) ケアコストとホテルコストの分離

- (1) 介護保険制度の導入によって、日本の高齢者介護は「公的財源に支えられプロフェッショナルがケアする在宅介護」に向けて舵をきった。自宅に住む要介護高齢者には、それぞれの身体状況（要介護度）に応じてケアマネージャーが作成するケアプランに基づいてサービスが提供される。そして、高齢者はその介護サービスにかかるコストの1割を「利用者負担」として負担する。家賃（共益費等を含む）や食費をはじめ、生活に必要な経費はもちろん全額自分で負担している。
- (2) 一方、自宅で介護できない場合や痴呆症など常時見守りが必要な状況の場合は、介護施設への入所という方法も選択できる。介護施設には、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、介護老人医療施設（療養型病床群等）の3種類が存在する。介護施設に入所した場合は、その介護報酬に家賃と食費の一部が含まれていることから、利用者は、家賃、食費、ケアの全てにかかるコストの合計のほぼ1割しか負担していない。一方、有料老人ホームやケアハウス、さらには痴呆性高齢者を対象とするグループホームなどは、介護保険では在宅扱いとなっている。これらの施設では、上述の介護施設と実質的に変わらないサービスを提供しているにもかかわらず（例えば、特別養護老人ホームと有料老人ホームの違いは、特養では医師（非常勤可）のいることが施設経営の人的要件に含まれていることぐらいである）、家賃や食費は介護保険からは給付されず自己負担である。つまり、日本では施設入所に2種類の支払形態がある。このような費用負担方法の違いは、一般利用者にとって理解しにくく、不公平な仕組みとなっている。また在宅での介護を推進しようとする介護保険の主旨からもはずれるものとする。次図は特別養護老人ホームと有料老人ホームの介護報酬を比較したものである。

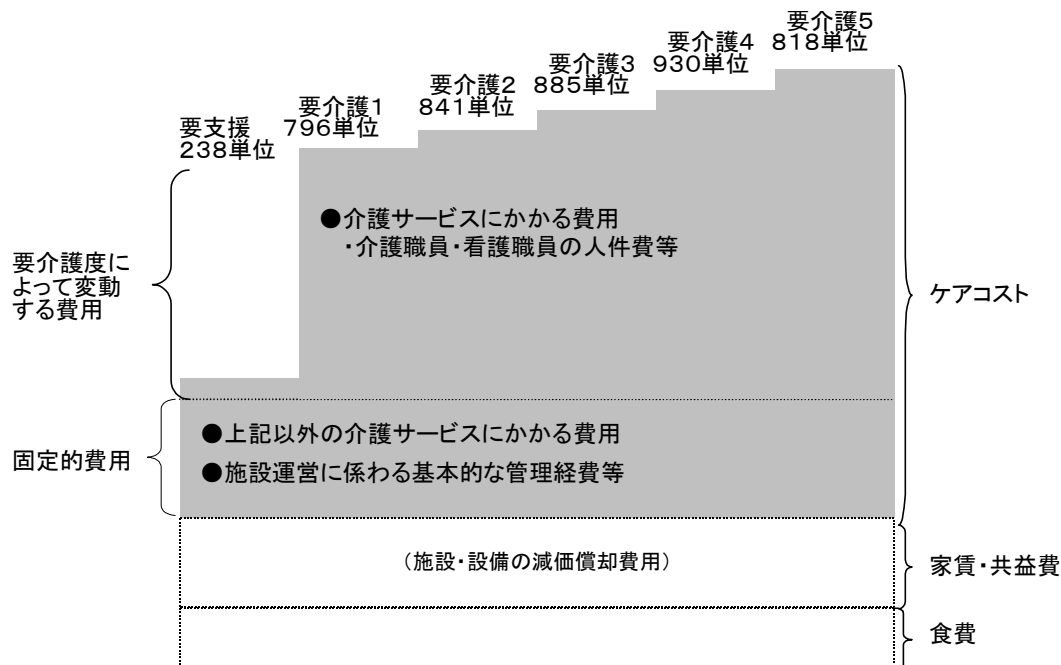
特別養護老人ホームの介護報酬イメージ



* 看護・介護体制=3:1の場合の1日当たり単位数

(注) 網掛け部分が保険給付対象(利用者は、このうちケアコストと家賃・共益費相当分の1割と食費の一部を負担)

有料老人ホームの介護報酬イメージ



(注) 網掛け部分が保険給付対象(利用者負担はこの1割)

(3) なぜそのような報酬体系の違いが生じるのだろうか。これは、介護施設の建設時の施設・

設備への補助金制度や特別養護老人ホームの運営主体である社会福祉法人の財務会計制度と密接に関係している。

- (4) 特別養護老人ホームは①施設設立人が社会福祉法人に土地を現物出資し、一定の寄付を行い設立される。②施設建設コストに関しては、国及び自治体から建設費の3／4相当の補助金が交付され、残りの1／4にも一部公的融資が補完され施設建設費がファイナンスされる。従って、単純化したB/Sは以下ようになる。

特別養護老人ホームのB/Sイメージ

施設	公的融資	} 基本財産
	公的補助金	
土地	土地の提供 寄付金	

- (5) まさに丸抱えによる施設整備である。したがって特別養護老人ホームは利用者から建設コスト見合いの家賃相当分を全額徴収する必要はないのである。国費が投入されているから、家賃相当分を徴収しないとの政策は一見正しいように思われるが、矛盾が生じる。それは老朽化した場合である。このイメージ図からもわかるように、特養のB／Sには適切な減価償却がなく、改修や建て替えの原資が手当されていないのである。すなわち施設や設備が老朽化した場合には、また新たに公的な補助金をもらわなければ、立ちゆかなくなる仕組みである。国家財政の動向を見ると公的債務は650兆円に達しており、これらの建替え・更新の全てに対して追加的に公的な補助金をあてにすることは現実的ではない。従って、特別養護老人ホーム自身にも償却原資が必要である。そのためには、建物部分に係る費用が明確化され、それが適切に収入化されなければならない。
- (6) 現行でも事業主が出資した部分(施設整備費の1／4)については、その償還費用として特別養護老人ホームに対する介護報酬に若干の家賃相当分が含まれている。しかし、介護

報酬ではスタッフの体制が同じであれば家賃相当分も全国一律単価となる。このため、建物設備の質の高低によって収入に違いが生じないことから、施設経営者サイドからみて建物の品質を高めることに対してインセンティブが働きにくい。より具体的に述べるならば、建設補助金に想定されている一人当たりのスペースしか建設されず、現在の介護施設は、4人部屋で、1人当たりの居室床面積はその種類によって6.4～10.65㎡程度しか与えられず、家具等の生活用具を持ち込むスペースすらない。その居住空間としての品質は、欧米諸国の介護施設（ナースィングホーム等）と比較して格段に低いものといえる。

- (7) 介護施設は医療機関とは異なりそこに住み、暮らす場であり、“終の棲家”とする人も多いことを考えると、居住空間としてのクオリティを高めていくことは重要な課題である。この問題を解決するためには、社会福祉法人に対する補助金による建設支援を行い、利用者から適切なホテルコストを徴収しないという現行体系の是正が必要と考える。新たな対応策としては、介護施設のホテルコスト（家賃・共益費相当分と食費）とケアコストを明確に区分し、ホテルコストは介護保険給付対象から外して事業者が自由に設定できるよう完全自由価格すべきである。このとき、当然ながらケアコストは介護給付の対象であり、利用者の負担はその1割である。
- (8) このことによって、自宅で介護サービスを受け住み続けることを選択しても、介護施設やケア付き住宅型のサービスを利用する場合でも負担の原則が同じ（中立）となり、かつ、介護施設の個室化が可能となり、介護施設も“終の棲家”としてふさわしいものとなろう。国家にとっても、現状の料金体系を続けることで、介護施設入居希望者の急増を招き、介護施設に多大な公費投入をすることが避けられよう。
- (9) 適切なホテルコストの徴収は、特別養護老人ホーム側に減価償却用資金が手に入ることを意味し、それをもとに適切な建物の更新を行いながら、居住空間としての質を高めることが可能となる。また、ターゲットとする所得層を明確にして、その層が望むような施設デザイ

ンを取り入れるなど、戦略的な経営も可能となる。つまり、利用者に「選択」される施設を目指すという強い経営体制への移行の素地が形成される。

- (10) また、民間企業にとっても、高齢者向けのマンションを中核に、レストラン、診療所、介護事業者を付属施設に組み込んだ複合コンプレックスを形成すれば、まさに特別養護老人ホームそのものとなる。つまり、これによって介護施設サービス提供者(社会福祉法人、医療法人、民間資本)が完全に平等な競争環境に置かれる。競争は、市場を活性化させ、当然の事ながら、消費者利便の向上をもたらすはずである。

介護施設とグループホーム・特定施設の介護報酬(月額)比較(要介護度5の場合)

	施設サービス(介護施設)			在宅サービス(中間施設)	
	特別養護老人ホーム	老人保健施設	療養型医療施設	グループホーム	有料老人ホーム等
ケアコスト	292,200円 ^{※1}	324,000円 ^{※1}	413,100円 ^{※2}	262,200円	245,400円
家賃相当コスト (共益費を含む)	※ケアコストと家賃 の区分なし	※ケアコストと家賃 の区分なし	※ケアコストと家賃 の区分なし	自由価格 (5~15万円程度)	自由価格 (入居金2~8千万 月5~8万円程度)
食費	63,600円	63,600円	63,600円	実費 (4~7万円程度)	実費 (4~7万円程度)

注) 網掛け部分は介護報酬として給付される範囲を示す。利用者は、ケアコストと家賃相当コストの1割と食費の一部(月2.3万円)を負担する

※1 人員配置により報酬が異なるため、ここでは介護・看護職員の配置が3:1の場合で計算

※2 同、看護・介護 6:1、3:1



介護施設とグループホーム・特定施設のケアコスト(月額)の推計(要介護度5の場合)

	施設サービス(介護施設)			在宅サービス(中間施設)	
	特別養護老人ホーム	老人保健施設	療養型医療施設	グループホーム	有料老人ホーム等
ケアコスト	<u>245,500円</u> ①	<u>270,000円</u> ②	<u>332,100円</u> ③	262,200円	245,400円 (*)
家賃相当コスト (共益費を含む)	計算上の家賃コストは46,800円となるが、 施設設備のレベルに合わせて自由価格とする。			自由価格 (5~15万円程度)	自由価格 (入居金2~8千万 月5~8万円程度)
食費	実費徴収化			実費 (4~7万円程度)	実費 (4~7万円程度)

注) 網掛け部分は介護報酬として給付すべき範囲を示す。利用者はこの部分1割を負担する

下線部は現行制度からの変更点を示す

【計算根拠】 ①特別養護老人ホームのケアコスト： 有料老人ホームのケアコスト(*)と同じと仮定すると、

特別養護老人ホームの家賃相当コスト=292,200-245,400=46,800

②老人保健施設のケアコスト： 老健の家賃相当コストは下記療養型と同じと仮定

324,000-81,000×(2/3)(補助金部分を除く)=324,000-54,000=270,000

③療養型医療施設のケアコスト(月額)：

全体-(H10診療報酬入院環境料+療養環境加算)×30(1ヶ月分)

413,100-(1650+1050)×30=413,100-81,000=332,100

(11) 上記の表は、仮にケアコストとホテルコストを分離した際に、どのようになるかの試算をした

ものである。このとき、特別養護老人ホームの利用者にとっては、現行制度での負担額は

合計で約5.2万円(ケア・家賃は29.2万円の1割である2.9万円+食費6.36万円のう

ち、自己負担となる2.3万)であるが、改正後の負担額は家賃相当分(約4.7万円)と食費(約6.3万円)が全額自己負担となることによって約11万円、現行制度に比べて負担額が約8万円増加する。このため、こうしたホテルコストを自己負担することが困難な低所得者に対しては、生活保護制度を最後の砦とし、その事前の方策として公的な家賃補助・貸付制度や公営住宅の活用等住宅政策と連動した支援方を確立することが必要である。

収入の少ない高齢者への支援

	健常時	生活しづらくなったとき	施設入所が必要なとき
支援	なし	バリアフリー賃貸公営住宅	ホテルコストの補助・貸付

- (12) このように社会福祉法人、医療法人、民間企業が介護施設をめぐって完全競争状態に置かれるとするならば、3主体はイコールフットィングでなければならない。しかし、実際には、同一サービス(もしくは類似サービス)を行っていても、社会福祉法人には法人税・事業税が非課税とされている(次ページ表参照)。団体規模や資本が小さいNPO法人ですら、介護保険上のサービスを行って報酬を得る場合は「収益事業」として課税すべきではないか」との議論もある。この時、社会福祉法人のみが非課税であるのは自由競争の阻害要因である。早急に社会福祉法人に対する課税を導入すべきである。

介護保険給付対象サービスにおける事業者参入可能範囲と課税条件

サービス名称	内容	医療法人	社福法人	民間企業	NPO法人
居宅(在宅)介護サービス					
①訪問介護	ホームヘルプサービス(巡回型/滞在型/家事支援)	課	非	課	未
②訪問入浴介護	看護婦・ヘルパー・ドライバーの3名1組での巡回	課	非	課	未
③訪問看護	看護婦による病状観察・検査・褥瘡処置等	課	非	課	未
④訪問リハビリ	PT/OTによるリハビリ	課	非	課	未
⑤通所介護(デイサービス)	特養併設または独立施設でのデイサービス	課	非	課	未
⑥通所リハビリ(デイケア)	医療施設または老健でのデイケア	課	非	—	—
⑦福祉用具貸与	ベッド、車椅子、リフト等のレンタル	課	非	課	未
⑧居宅療養管理指導	医科・歯科の訪問診療、訪問薬剤管理指導等	課	—	課	未
⑨短期入所生活介護	ショートステイ(福祉施設)	課	非	課	未
⑩短期入所療養介護	ショートステイ(医療施設)	課	非	—	—
⑪痴呆対応型共同生活介護	グループホーム(痴呆高齢者のためのケア付き住宅型サービス)	課	非	課	未
⑫特定施設入所者生活介護	有料老人ホーム、ケアハウス等のケア付き住宅型サービス	課	非	課	未
施設介護サービス					
①介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム	—	非	—	—
②介護老人保健施設	老人保健施設	課	非	—	—
③介護療養型医療施設	療養型病床群	課	—	—	—
居宅介護サービス計画	ケアマネジメント業務(ケアプラン作成等)、10割保険給付	課	非	課	未

(注) 1. 「課」は法人税が課せられるもの、「非」は法人税が非課税なもの、「未」はまだ定まっていないことを示す。

2. 「—」は参入が認められていないもの

2) 早急な施設整備促進のための国庫補助金による圧縮記帳方式の時限的活用

- (1) 厚生省は、各自治体が作成した介護保険事業計画の計画値を積み上げ、1999年12月に「今後5カ年の高齢者保健福祉施策の方向(ゴールドプラン21)」を策定した。介護保険事業計画とは、各自治体が要介護者等の実態と2000～2004年までの介護需要を想定し、それを満たすための介護サービス基盤の整備推進のために策定するものである。つまり、ゴールドプラン21はサービス供給計画でありながら、サービスニーズの見込みを示した需要推計的な側面を持っている。

ゴールドプラン21にみるサービス基盤の整備状況

	新GP目標値 (1995～ 1999年度)	現 状 (1998年度)	GP21目標値 (2000～ 2004年度)	必要整備量※4
ホームヘルパー	170,000 人	157,711 人 (92.8%)※2	225 百万時間 (350,000 人)※3	(192,289 人)
訪問看護ステーション	5,000 力所	3,384 力所 (67.7%)	44 百万時間 (9,900 力所)※3	(6,516 力所)
デイケア・デイサービス	17,000 力所	11,458 力所 (67.4%)	105 百万回 (26,000 力所)※3	(14,542 力所)
ショートステイ	60,000 人分	49,242 人分 (82.1%)	4,785 千週 (96,000 人分)※3	(46,758 人分)
グループホーム	—	—	3,200 力所	3,200 力所
ケアハウス	100,000 人分	37,492 人分 (37.5%)	105,000 人分	67,508 人分
特別養護老人ホーム	290,000 人分	279,147 人分 (85.9%)	360,000 人分	80,853 人分
老人保健施設	280,000 人分	207,595 人分 (74.1%)	297,000 人分	89,405 人分
高齢者生活福祉センター※1	400力所	243 力所 (60.8%)	1,800 力所	1,557 力所

(註) 1. 高齢者生活福祉センターとは、介護支援機能、居住機能、交流機能を総合的に提供する施設

2. 1998年度実績の下段カッコ内の数字は新GPに対する達成率

3. 厚生省が「一定の前提条件の下で試算した参考値」として示したもの

4. GP21の目標値から整備済み分(1988年実績)を差し引いて算出

- (2) ゴールドプラン21の目標値と現状との差をみる限り、今後5年間のサービス供給量は不足していると言える。さらにその後の高齢者の急増も見込むならば、その不足はなお顕著であり、政策的な施設整備促進方策が必要である。当報告書の提言の立場では、特別養護老人ホームに与えられていた3/4補助金は廃止し、新規に開業される介護施設はホテルコストを徴収することとなる。さらに、既存の施設もホテルコストを徴収すべき、と考える。この増収分は、既存施設が将来のリプレースコストを賄うために引当金としてリザーブすることとなる。

また、当然のことながら法人税は導入すべきである。このような前提によれば、新たな建設促進策として、「介護保険の事業者の指定を受けた全ての法人を対象に介護サービスを行う施設（拠点）整備に対して国庫補助金による圧縮記帳方式を時限的（例えば5カ年）に導入する」ことが必要となろう。

- (3) 圧縮記帳方式とは、資産の総額から国庫補助金に相当する分を差し引いた金額を資産の簿価とし、これを減価償却の対象とするものである。圧縮記帳方式を活用すれば、費用項目のひとつである減価償却費が小さく現れ、また事業体の借入総額も削減され支払い金利も減少するため、利益が大きくなる。このため、事業者にとっては、早期に黒字化しやすくなるというメリットがある。一方、利益が大きくなればそれに対する課税額も大きくなることから、国にとっても現行のような補助金に比べて財政負担が小さい。つまり、実質的には国からの無利子融資と言える。
- (4) 圧縮記帳方式が導入され、かつホテルコストが徴収されるならば、介護施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）のみならず、有料老人ホームやグループホーム、デイサービス等の多様な介護サービス基盤の整備が促進され、利用者の選択の幅が広がることになろう。介護施設サービスが順調に供給されるならば、不十分な設備の施設はそれに見合ったホテルコストしか徴収できず、マーケット・メカニズムがスムーズに働くことになり、施設サービスの分野における消費者利便の向上につながろう。

圧縮記帳方式を採用した場合のB/Sイメージ（特養の場合）

(圧縮対象)	{		国庫補助金
		施設	借入金
(減価償却の範囲)	{	土地	土地の提供 寄付金
			} 基本財産

(注) 施設建設をスムーズなものとするため、公設民営方式も検討に値しよう。ただし、公的部門は合理的な家賃を事業運営主体から徴収すべきと考える。