



2009 年度社会保障改革委員会 提言

持続可能な介護保険制度に向けた抜本的改革を

～ 公的介護保障の見直しと介護を自立した産業にするための環境整備～

公益社団法人 経済同友会

2010 年 6 月

社会保障改革委員会 提言 目次

はじめに	1
. 目指すべき社会保障制度と介護保険制度改革の方向性	2
(1) 目指すべき社会保障制度	
(2) 介護保険制度改革の方向性	
. 介護保険財政の持続性の向上	4
(1) 保険対象となるサービスの重点化と自己負担割合の引き上げ	
(2) 経済同友会の提言の実現による財政的持続性の向上 (簡単な試算)	
(3) 給付の適正化・効率化と高齢世代内での負担の分かち合い	
(4) 被保険者、受給者の対象は現行制度を堅持	
(5) 保険財政の安定化に向けた保険者規模の拡大を	
. 介護サービスの提供のあり方	7
(1) 施設整備のあり方の見直しと民間の活用	
(2) 在宅介護の改善	
(3) 医療と介護の連携強化	
(4) 要介護度の維持・改善へのインセンティブの付与	
. 介護事業発展のための施策	10
(1) 人材の確保、処遇のあり方	
(2) ケアマネジャーの独立性、専門性の向上	
(3) 介護労働におけるイノベーションの活用	
(4) 保険外サービス市場の拡大	
おわりに	14

はじめに

わが国の財政は、2009年度の国と地方の基礎的財政収支が40.6兆円の赤字になる等、悪化の一途を辿っており、財政健全化への道筋をつけることは、早急に取り組むべき課題になっている。

一方、高齢化により社会保障給付費は増加し続けており、2007年度は91.4兆円（対前年度比2.6%増）のうち年金、老人保健、老人福祉サービス等の高齢者関係への給付は63.5兆円（対前年度比2.1%増）で、給付費全体の69.5%¹を占めた。今後、わが国の高齢化はさらに進行し、2050年の高齢化率（総人口に占める65歳以上の高齢者人口の割合）は、39.6%になると推計される²。また、出生率を長期的に1.26（中位推計）とすれば少子化も進む。その結果、2050年には全人口に占める20～64歳の人口は48.3%になると推計され、65歳以上の高齢者1人を1.2人で、さらに0～19歳も加えると0.9人で他の年齢層を支える時代になると考えられる³。

高齢化により今後も増加する社会保障給付費を減少する若年・現役世代が負担し続けることは、もはや不可能であり、給付の効率化と財政負担のあり方を見直すために、抜本的な制度改革を行うべきである。また、個人が抱えるリスクに対し、これまでの職域という共同体や家族・血縁による支援が脆弱化しており、個人が置かれているこうした環境の変化にも応じた制度設計が必要である。

本提言では、わが国の社会保障の一つである介護保険制度の改革に向けて、持続性の向上、介護サービスの改善についての政策と、介護事業発展のための施策を提言する。

介護保険制度は2000年に創設されて以降、国民の間での介護サービスの利用も定着してきており、今や高齢化社会を支えるために必要不可欠な制度になっている。しかし、当初より保険対象のサービスの範囲を拡大していたことに加え、高齢化により費用が増加していることもあり、保険財政は膨張し続けている。また、介護サービスの提供においては、増加する需要に対し、施設や人材等が足りない状況にある。

加えて、サービスの質の向上を図るための専門性の追求や利用者への適切な情報提供と、サービスの効率化を図るための創意工夫やイノベーションの活用が充分ではないと考えられる。

今後、介護サービスへの需要が一層高まると予想されるなかで、財政やサービスの提供面での持続性を高めることは、喫緊の課題である。同時に、要介護者の

¹ 国立社会保障・人口問題研究所「平成19年度 社会保障給付費」参照。

² 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」参照。

³ 2050年の人口は、0～19歳が約1,160万人、20～64歳が約4,600万人、65歳以上が約3,760万人になると推計される。

生活における自立支援や、サービスの利用者の主体的な選択の尊重という観点から、介護サービスの改善を考えることは、高齢者の生活の質の維持、向上にも資する。

また、制度発足から10年を経て、社会保障のみならず、より多様な角度から介護保険制度について検討する時期に来ている。介護は、医療とならび今後の成長が期待される分野であることを踏まえ、本提言では、介護を自立した産業とするために必要な環境整備等についても提示したい。

・ 目指すべき社会保障制度と介護保険制度改革の方向性

高齢化の影響等から増加する社会保障費について、管理・抑制する具体策を政府・与党は提示しておらず、また、その財源の安定的な確保についても議論が深まっていない。年金、医療、介護の各制度に共通することは、若年・現役世代の負担により、高齢世代の給付を賄う賦課方式の仕組みであり、少子高齢化が進むなかで、将来に亘り持続不可能になってきている。

(1) 目指すべき社会保障制度

少子高齢化が進むなかで持続可能な社会保障制度を確立するには、ナショナルミニマムを保障する公的制度と、それを超えて、自己責任、自助努力を基本に、民間の力を活用する制度とに分ける構造的な改革が必要である。その上でナショナルミニマムを確実に保障することにより、社会保障制度への国民の信頼を高めなければならない。

社会保障の財源は、少子高齢化の進行にも対応できる仕組みによって安定的に確保すべきである。増加する社会保障費の財源を賦課方式で賄う制度は持続可能ではなく、経済社会の活力を削ぐことにもなる。社会保障の財源は、国民で広く負担し、受益と負担における世代間の格差は、縮小、是正すべきである。また、高齢世代においても、所得や資産に応じて社会保障の財源負担を分かちあい、世代内の格差を縮小、是正することが求められる。

社会保障の水準は、財政健全化の必要性、制度の持続性の向上に加えて、国民負担率の増加抑制を踏まえた水準にし、それに応じて受益と負担の関係を均衡させなければならない。国民負担率の増加を抑え、家計において消費等に充てる所得を確保することは、経済の活力の維持に繋がる。

これらを踏まえ、2013年度には社会保障制度を一体的に改革し⁴、給付総額の伸び率を、改革前を基準に名目成長率以下に抑制することが必要である⁵。

また、社会保障の財源負担の公平性を高めるためには、所得を広く正確に捕捉することに加えて、生涯を通じた給付と負担を把握する必要があり、税と社会保障への個人番号制度の導入が不可欠である。

(2) 介護保険制度改革の方向性

現在の介護保険制度における給付の財源は、保険料と税⁶がそれぞれ5割になっている。財政的な持続性を確保し、高めるためには、公的介護保障は、給付対象とするサービスを重点化し、それを超えたより多様で高い満足度が得られる介護は、公的保険外のサービスとすることで、両者の区別を明確化する。

介護保険制度の運営では、保険者である自治体が、安定的で規律ある保険財政の下で、地域における介護サービスの需要に対応していく必要がある。保険者規模の拡大により財政を安定化するとともに、保険者である自治体に多くの権限委譲を行うことにより、各地域の実情に応じた柔軟な運営ができるようにすべきである。

また、財政と合わせて、介護サービスの提供に必要な施設や人材の面での持続性も向上させなければならない。今後の介護サービスの需要増加においては、高齢の単身世帯や夫婦二人世帯の増加に対応したサービスへのニーズが高まると考えられ、サービスの効率化と利用者のニーズに応じた質の向上を両立していく必要がある。

こうした需要増加を前提にすれば、介護は医療とならび成長が期待される産業の一つである。民間の力を生かして新たなサービスを開発し、今後高齢化が進むアジア等、海外でのサービス提供も視野に入れて事業を展開していくことを期待する。

⁴ 経済同友会では、年金、医療、介護のそれぞれについて制度改革を提言している。2012年度に団塊の世代の年金受給が開始すること等を踏まえ、制度設計、必要な法案整備等を行い、2013年度にはこれらの一体的改革を実施する必要がある。

⁵ 経済同友会では、年金制度について、1階部分の基礎年金は、財源を全額年金目的消費税で賄うとし、2階部分の報酬比例年金は、民営化（積立方式に移行）する抜本改革を提言している。社会保障給付総額の伸び率の抑制とは、改革前の年金、医療、介護等の総額を基準にした将来の総額の伸び率を、同期間の名目経済成長率以下に抑制する意である。

⁶ 国、都道府県、市町村が負担する。負担の割合は、施設等給付費では、国20%、都道府県17.5%、市町村12.5%、施設等給付費以外の給付費では、国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%である。

・ 介護保険財政の持続性の向上

介護保険制度の導入により、高齢者の介護を社会全体で支える基盤が整ったが、一方で介護保険の費用は、制度の発足以降、増加傾向にあり、2007年度は約6.7兆円（対前年度比4.9%増）⁷に達している。2005年の制度改正では、施設利用における居住費と食費を自己負担にする見直しが行なわれたものの、介護保険財政の持続性が高まっている状況とは言い難く、給付対象サービスや自己負担割合の見直しと、給付の適正化・効率化への取り組みが必要である。また、介護保険財政を安定化するためには、保険者規模の拡大をすべきである。

（1）保険対象となるサービスの重点化と自己負担割合の引き上げ

公的制度においては、限りある財源を効果的に使い、真に必要な介護保障を確実に行うという観点から、保険対象とするサービスを峻別し、より重度の利用者に重点的に給付するべきである。軽度の利用者については、過剰なサービス供給がかえって状態の悪化を招き、自立促進に逆行するという指摘もある。したがって、介護予防サービスが提供される要支援1、2と、比較的軽度な要介護1の利用者へのサービスは、保険の対象外とするべきである。

また、自己負担を介護サービス費用の1割から2割に引き上げる。なお、自己負担が高額となり、現行制度において設けられている所得に応じた自己負担の上限額を上回る場合には、高額介護サービス費の支給⁸を受けることができる。

（2）経済同友会の提言の実現による財政的持続性の向上（簡単な試算⁹）

現行制度を前提に、将来の介護費用と、サービス利用における自己負担分を除いた給付費を簡単に試算すると、2030年時点での介護費用は、約21.6兆円（対GDP比3.2%）、給付費は約20兆円（対GDP比2.9%）となった。

一方、上記の保険対象となるサービスの重点化を行うことにより、2030年時点の介護費用は、約4兆円抑制され、約17.7兆円（対GDP比2.6%）となった。加えて、自己負担割合を引き上げることにより、給付費は、約5兆円抑制され、約15兆円（対GDP比2.2%）となった。つまり、サービスの重点化と自己負担割合の引き上げにより、現行制度の将来推計に比べ、介護費用、給付費ともに対GDP比で増加が抑制されることになる。

⁷ 厚生労働省「平成19年度介護保険事業状況報告（年報）」参照。

⁸ 介護保険制度では、介護サービスを利用した際の自己負担が過重にならないように、所得等の状況に応じて自己負担額に上限を設けており、それを超えた分は、高額介護サービス費として支給される。

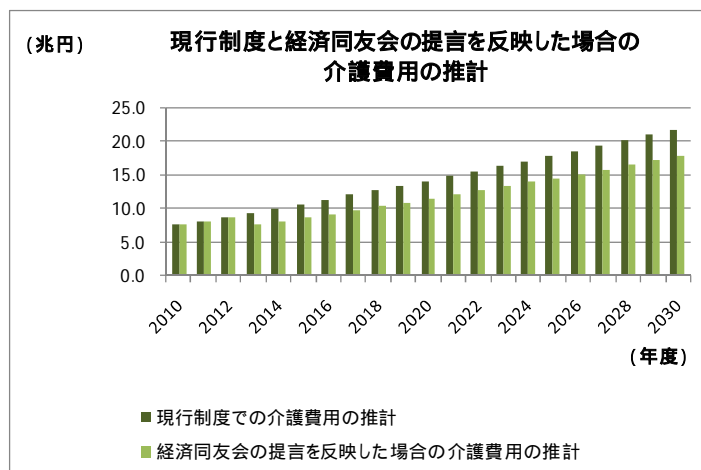
⁹ 名目経済成長率は中期的に1.5%の前提。

なお、現行制度と同様に給付費の5割に税（公費）を充て、これを賄う税収が経済成長率に比例して増えるとした場合、2020年頃までは必要な財源を確保できるが、それ以降は不足し、2030年時点での不足額は、その時の消費税収の推計値をもとに試算すると、消費税率に換算して約0.5%になる。

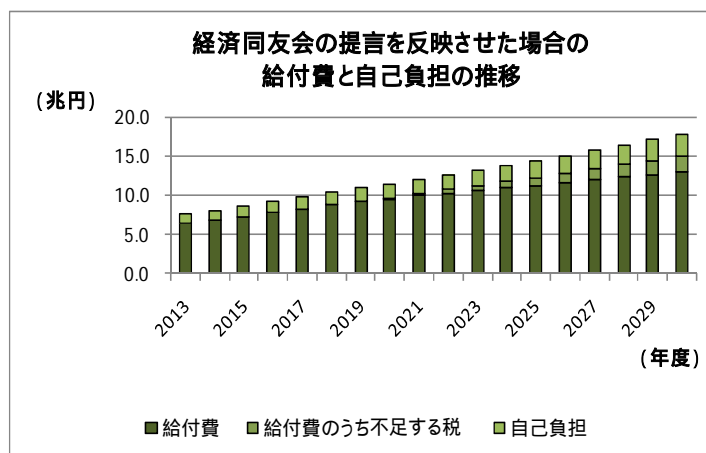
経済同友会では、今後、消費税率を現在の5%から段階的に引き上げ、2017年度には、年金目的消費税として10%¹⁰、一般財源として7%（内訳は、国税分2%、地方税分5%）合計17%にする必要があることを提言している。介護保険制度に追加的に必要となる税は、国と地方行政の一般財源として確保する7%から賄うことが考えられる。

一方、介護サービスは労働集約的であることから、今後は、ICTの活用やイノベーションの推進によるサービスの効率化が必要である。これらに取り組むことで2030年時点での介護費用を約1割圧縮すれば、消費税率に換算して約0.5%の税の不足が生じなくなる。

【図表1】



【図表2】



¹⁰ 経済同友会が提言する新基礎年金制度では、財源は全額年金目的消費税で賄い、現在の基礎年金部分において個人が負担している保険料はゼロにする。

(3) 給付の適正化・効率化と高齢世代内での負担の分かち合い

制度創設以降、介護保険における給付費は増加傾向にある。給付費の増加は、保険料を支払う40歳以上の家計の負担を増やすことになる。今後、要介護者の増加に伴い、給付費の一層の拡大が予想されるなかで、保険料を負担可能な水準にしていくには、給付の適正化・効率化に取り組む必要がある。

給付の適正化としては、要介護度の認定を客観的な基準の下で行うことが必要である。認定率には地域格差があり、特に軽度ではそれが顕著になっているという指摘もあり¹¹、認定における透明性、公平性を高める視点から、認定方法の見直しを行う必要がある。

給付の効率化としては、低所得者の施設利用における居住費、食費の負担軽減のために介護保険から補給給付を行う仕組みの見直しが必要であり、介護保障においても低所得者への公的支援は、生活保護制度によって行うべきである。

今後、生産年齢層がさらに減少していくなかで、第2号被保険者(40~64歳)の保険料が負担可能な水準を超えて増加し続ければ、経済社会の活力を削ぐことになる。また、社会保障全般を通じて、給付と負担における世代間の格差を縮小、是正していくために、介護保険財政においても現役世代の負担増加を抑制し、高齢世代内での負担の分かち合いを進める必要がある。その方法の一つが相続税と社会保障の財源負担との連携である。社会保障に個人番号制度を導入すれば、医療、介護における給付と負担の実績を個人勘定で管理することもできる。これを前提に、医療、介護の給付が負担を上回る場合には、死亡時に相続税の基礎控除額を削減すること等も考えられる。

今後は、個々人が公を担う姿勢を持つことも重要になる。目指す社会を実現するために、寄附により社会還元することは、そうした姿勢を示す方法の一つであり、寄附税制を拡充し、個々人の寄附を医療や介護を支える財源に充てることも考えられよう。

(4) 被保険者、受給者の対象は現行制度を堅持

介護保険制度は、介護を要する高齢者へのケアと自立支援を行うという趣旨で創設された。その財源を社会保険方式により確保することで、給付と負担の関係を明確にしている。被保険者を40歳未満に拡大することにより、若年世代にとっては、この給付と負担の関係が希薄になる。したがって、安易に若年世代を介護保険制度に加入させ、保険料負担を求めるべきではない。

なお、障害により介護支援を必要とする場合には、政策として税を財源に着実に実施すべきである。

¹¹ 「平成17年版厚生労働白書 地域とともに支えるこれからの社会保障」参照。

(5) 保険財政の安定化に向けた保険者規模の拡大を

介護保険財政について一層の安定化を図るためには、保険者の規模を現在の市区町村（約1,750）よりも拡大する必要がある。経済同友会では、道州制の下で現在の市区町村よりも広域化した基礎自治体にすることを提言しているが、将来的には、介護保険制度の運営主体をこの広域化した基礎自治体が担うことが妥当である。

医療保険制度との関係性に敷衍すると、医療と介護ではリスクが発生した際に必要な保障の大きさが異なることから、医療保険と介護保険の運営主体は区分しつつ、両者の財政が安定化する体系を構築すべきである。経済同友会では、公的医療保険制度について、地域保険に一元化することを提言しており、道州制の導入に合わせて、広域自治体が保険者として制度を運営する案も示している。したがって、道州制の導入を前提にした場合、将来的には、医療保険制度の運営は広域自治体が担い、介護保険制度の運営は基礎自治体が担うという体系になる。

・介護サービスの提供のあり方

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等の介護保険施設における入所定員総数は、都道府県の計画で定められる¹²。介護保険施設の拡充は、保険財政に影響することから、施設入所者数を一定程度にする総量規制が行われている¹³。これにより、施設の新設が抑制され、入所を希望する待機者が増加している¹⁴。介護保険施設の開設主体は、自治体、社会福祉法人、医療法人等となっているが、今後、施設介護を必要とする高齢者が一層増加することを想定し、施設整備のあり方を見直す必要がある。

一方、施設介護のみで増加する要介護者に対応することは難しく、また、介護保険財政を拡大させる要因にもなる。したがって、今後も在宅介護が果たす役割は重要であるが、在宅介護に対する制度的な支援、要介護者や家族のニーズに応じたサービスはまだ充分ではない。利用者本位の効率的で質の高いサービスの提供が必要である。

¹² 介護保険法 118 条第 1 項、第 2 項第一号参照。

¹³ 今後の高齢者介護の基本的な方向性として、平成 26 年度の施設・介護専用の居住系サービス利用者割合を 37%以下とすることを目標としている（厚生労働省「介護保険制度改革の概要（平成 18 年 3 月発行）」参照）。

¹⁴ 特別養護老人ホームの入所申込者数は、2009 年 12 月の時点で約 42.1 万人。うち要介護 1～3 は 24.3 万人（57.6%）、要介護 4～5 は 17.9 万人（42.4%）である（厚生労働省「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」参照）。

(1) 施設整備のあり方の見直しと民間の活用

重度者を対象とした施設を多様な経営主体により設置

重度者に対する介護の社会化をさらに進めるために、一定の数と水準の施設は設置が必要である。しかし、一方で介護保険財政の持続性を確保しなければならないことから、入所対象者はより重度者に限定するべきである。

その上で、介護保険施設を自治体、社会福祉法人、医療法人等以外の主体にも開設できるようにし、株式会社等、多様な経営主体の参入を促すべきである。その際、特別養護老人ホーム等を開設する社会福祉法人に対し行われている公的助成や税制面での優遇措置等はなくし、他の経営主体と競争条件を同一にする必要がある。特別養護老人ホームへの入所を希望する待機者が増加している背景には、施設サービスの供給量が制限されている上に、こうした公的助成や優遇措置により、施設利用にかかる費用が安価なことがある。多様な経営主体の参入促進は、施設サービスの供給量と利用者の選択肢を増やす。加えて、自由な競争を通じたサービスの質の向上も期待できる。

なお、低所得者等に対する公的支援は、開設主体への助成や税制優遇措置等を通じて行うのではなく、原則として所得等を踏まえた個人への直接給付とするべきである。

このように多様な経営主体の参入促進を図る一方で、施設サービスの利用者を実際に保護することも必要である。介護事業は、介護保険制度の枠組みにおいて行われている公共性の高い事業である。また、利用者が継続的に安心してサービスを受けられるようにするには、安定的な事業運営が必要である。こうしたことから、介護事業者においても、自ら率先して、法令遵守や健全で透明性の高い経営に取り組まなければならない。

一方、国や自治体は、施設サービスの利用者を守るために、事業運営に対する厳格な監査や、不正行為等に対する迅速な罰則の適用を行うべきである。

介護保険財政への影響の軽減策

施設の増加による介護保険財政への影響を踏まえ、施設利用における自己負担を見直す必要がある。現在、在宅で介護を受ける場合は、要介護度別に1ヶ月あたりの支給限度額が決まっているが¹⁵、施設で介護を受ける場合は要介護度別の支給額は一律ではない。施設で介護を受ける場合についても、要介護度が同じで

¹⁵ 在宅介護サービスにおける要介護度別の支給限度額は、1単位=10~10.72円として、次のように定められている。要支援1(4,970単位)、要支援2(10,400単位)、要介護1(16,580単位)、要介護2(19,480単位)、要介護3(26,750単位)、要介護4(30,600単位)、要介護5(35,830単位)。

あれば、在宅介護を受ける場合と支給額を同程度にとどめ、それを超過した費用分は全額自己負担とすべきである。

また、全国一律の施設・設備基準を基本にしつつも、大都市では需要増加に柔軟に対応できるように、各地域での裁量の余地を設ける。これにより学校や社宅等の介護施設への転用等が促進されるようになれば、施設の建設や運営にかかるコストも抑制可能になる。

なお、今後は施設という概念ではなく、高齢者に相応しい住まいと必要なケアの一体的な提供という視点に立った高齢者用住宅の整備も進めるべきであり、介護事業者によるサービス提供を備えた高齢者専用賃貸住宅のような新たな形態の開発が求められる。

(2) 在宅介護の改善

施設への入所対象者を重度者に限定する以上、在宅介護が果たす役割は、今後とも大きいと考えられるが、サービス利用者の主体性の尊重、介護する人への支援といった視点からの在宅介護の改善が必要である。その施策の一つとして、介護保険財政の規模は拡大せずに、現物給付と現金給付の併用を導入することを検討するべきである。

介護保険制度の創設時、現金給付については、「家族を介護に縛りつける」「給付が介護以外に使われる可能性がある」「介護費用を増加させる要因になる」といった指摘があり、導入に至らなかったと言われている。しかし、現金給付には、利用者の選択肢を増やすこと、施設介護への需要増加を抑制すること等の特長もある。また、現役世代が就労と介護との両立を図るなかで、介護をする家族等が就労により本来得られたであろう所得の喪失を部分的に援助する意味でも、現金給付の導入には意義がある。

在宅介護サービスの供給においては、効率向上と広域展開を図る必要がある。効率化については、先ず、介護サービスの標準化が必要である。加えて、1日のサービスの利用回数や、ケアにかかる時間を柔軟に設定し、介護者が訪問介護を巡回して行うといった、事業者による創意工夫を効率化に繋げる必要がある。

また、事業者がスケールメリットを得ていくためには、サービスの広域展開が必要である。例えば、現在行われている夜間対応型訪問介護については、市町村が事業者の指定・監督を行うが、サービスが提供される自治体に住んでいなければ受けられないという制約がある。要介護者や家族にとっては、24時間365日を通じて必要なサービスが受けられることが望ましい。また、今後増加する高齢の単身世帯や夫婦二世帯における需要の高まりも想定し、ニーズに柔軟に応じられる事業環境を整えることが必要である。特に、介護保険制度の運営主体を道州制下での基礎自治体とし、保険者規模を拡大することを前提にすれば、事業者の

監督においても広域サービスを阻害しないようにするべきである。

(3) 医療と介護の連携強化

今後、医療を必要とする要介護者は一層増加すると考えられる。医療と介護それぞれのサービスのコーディネーターや、双方の知識を必要とするケアが求められようになるなかで、それらに対応できる介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）や介護福祉士の育成が必要である。

在宅介護では、必要な時に医師や看護師が来てくれる体制が地域で整備されていることが、要介護者や介護をする人の支えになる。医療と介護の間には、その職務における価値観や人材の養成課程の違い等が指摘されているが、重要なことは、利用者の介護度に応じた自立的生活の支援であり、要介護度の維持・改善である。利用者の視点に立ち、医療と介護それぞれに携わる人材が、互いにコミュニケーションを積極的にとり、医療とリハビリ等のケアが円滑に提供できる仕組みを作るべきである¹⁶。

(4) 要介護度の維持・改善へのインセンティブの付与

現行制度では、要介護度が重くなるほど在宅介護の支給限度額が上がり、事業者の収入が増加するというように、要介護度の維持・改善を促す報酬体系になっていない。しかし、要介護者やその家族にとっては、要介護度が維持・改善されることは望ましく、また、保険財政の持続性を高める観点からも、これを促進する仕組みを介護保険制度に取り入れることが求められる。

2006年の制度改正で、介護事業者には介護サービス情報の公表が義務付けられたが、第三者評価の実施を促進し、維持・改善についての評価をサービスの利用者にわかりやすく提示することが必要である。これにより、要介護度の維持・改善に取り組む事業者においては、サービスの利用者が増加することが期待できる。

・介護事業発展のための施策

介護報酬は、制度発足以来、マイナス改定が続いていたが、2009年度の改定では、初めてのプラス改定になった。介護分野での人材確保が難しい背景には、介護労働における身体的負担や夜勤等の厳しい労働環境、加えて他の産業と比較した場合の処遇の問題等が挙げられる。

¹⁶ 東京都武蔵野市では、「脳卒中地域連携パス」(地域連携診療計画書)を用いて、医療機関、自治体、介護サービス関係者の協働により、地域で患者を支えるシステムを構築している。

確かに介護報酬という公的に定められる価格のもとで事業を行う制約はあるが、事業として行う以上、より効率的な経営を目指すべきである。介護サービスは労働集約的な産業と考えられ、イノベーションを活用した労働生産性の向上を図る余地は大きく、介護機器の実用化や普及を促進する必要がある。

また、保険外サービスの利用は原則自由であり、こうした点に着眼した事業の展開も可能である。介護を自立した産業にするために、介護サービスとその関連分野における事業者の経営努力を生かす環境整備が必要である。

(1) 人材の確保、処遇のあり方

職業としての介護の魅力を高める

2009年度に介護報酬は3%プラス改定されたが、必要な財源は国庫が負担した。人材不足の緩和や賃金の引き上げをねらいとした改定であったが、本来的には、介護事業者の経営努力による生産性の向上や、付加価値の高いサービスの提供等によって、収益と処遇の改善は実現されるべきである。

人材を確保するためには、介護に携わることにおける職業としての魅力を高める必要がある。介護の職種において、より専門性の高い知識や技術を身につけ、それに基づく付加価値の高いサービスを提供することにより、介護が高い専門性を必要とする職業であるという認識を社会的に広めていかなければならない。

また、職業としてのキャリアパスを明らかにし、携わる人材が将来の展望を描きやすくする必要がある。具体的には、医療との連携強化を念頭に置き、キャリアラダーを形成していくことである。すなわち、ホームヘルパー、介護福祉士、ケアマネジャーといった介護に携わる職種や職種内における業務内容の違いに応じて、医療に関する知識や技術等を習得することで、それぞれの職能とキャリアが向上できる。

多様な人材の確保

今後は、国内外における多様な人材が介護に携わり、介護サービスへの需要の増加に対応していく必要がある。

日本とインドネシア、フィリピンとの経済連携協定(EPA)にもとづく看護師、介護福祉士候補者の受入れ人数は、当初の予定を下回っている。二国間での人の移動、人材の交流を促すというEPAの意義や、医療、介護の分野における人材の国際的な獲得競争を踏まえれば、受入れる看護師、介護福祉士候補者が既に持つ能力を適正に評価し、尊重するべきであり、わが国での資格取得における基準の再検討が必要である。現行制度では、資格取得前の候補者の在留期間を、看護師

については3年、介護福祉士については4年を上限としているが、候補者の日本語習得に要する期間を踏まえて、資格取得前の在留期間を延長することや、介護福祉士の試験においては、専門用語の理解度を英語で確認するといった方法を検討すべきである。また、資格取得後もキャリアの向上ができるような就労環境を整備することも必要である。

海外からの人材の受入れは、医療や介護の分野で必要となる人材の将来推計や、技術革新による介護労働の効率化等を前提に考える必要があるが、今後は、EPAの枠組みにとらわれずに、わが国への看護師、介護福祉士候補者の派遣国を拡大するべきである。

なお、要介護者や家族にとっては、身近な地域住民等による介護支援が受けられる環境があることは、通常の生活を継続していく上で心強い。地域において住民や学生のボランティアによる介護支援の仕組みをつくることも、介護の人材を確保する方法の一つである。既に、学生のボランティア活動を単位認定している大学も一部にあるが、ボランティアによる介護支援と学生の社会実習の双方を促す観点から、今後はこうした取組みがより重要になる。

(2) ケアマネジャーの独立性、専門性の向上

介護サービスの利用者が適切なサービスを選択するには、先ずはその内容や頻度、費用等についての情報をわかりやすく提供する仕組みが必要である。また、要介護者の自立的な生活の支援と利用者の主体的な選択を尊重する視点に立ってこれらの情報を活用し、利用者に適したサービスを提供することが求められる。さらに今後は、ケアマネジメントを一層強化し、よりパーソナライズされたケアプランによって、要介護度の維持・改善や介護する家族を支援していくことが重要になる。

ケアマネジメントの強化や利用者の主体性を尊重したケアプランの作成を行うためには、ケアマネジャーの独立性や介護、医療に関する専門性を高めなければならない。加えて、ケアマネジャーの利用においても自己負担を設け、利用者との直接契約を可能にするといった、ケアマネジャーを能力に応じて評価、処遇する仕組みを構築するべきである。

なお、ケアマネジャーの独立性や専門性を向上させる過程では、現状のケアマネジャーの不足にも考慮し、業務と専門性向上のための研修等が両立可能な環境を整える等の対応も求められよう。

(3) 介護労働におけるイノベーションの活用

人材の確保や処遇、専門性の向上は重要な課題であるが、これらに加えて、今後は、介護におけるイノベーションの活用を促進することも必要である。介護需要の増加に人材の確保だけで対応することは難しく、わが国の技術力を生かした介護労働の効率化を進めるべきである。例えば、ロボット技術の応用は、介護者にかかる身体的負担を軽減するだけでなく、より安全で快適な介護を行うのに役立つ。

介護ロボット等の機器の実用化や普及を促進させ、さらに介護関連産業を国際競争力のある産業にするためには、安全性を評価する基準の早期策定や国際標準化、機器の承認の迅速化等が必要である¹⁷。また、こうした取組みを進める上で、使用実態に即した改良を加えて機器の完成度を高めることや、安全性を検証、評価する場としての「特区制度の活用」が求められる。

(4) 保険外サービス市場の拡大

介護報酬という公的に定められる価格のもとで事業を行う制約があるなかで、介護労働者の賃金を引き上げるためには、保険外サービス市場を拡大し、介護事業者がより多様なサービスや付加価値の高いサービスを提供していかなければならない。

保険外サービスの利用については、保険者である自治体ごとに方針が異なったり、自治体の指導が厳しいといったことも言われている。保険外サービスの利用は原則自由であり、自治体が例外として利用を制限する場合には、最小限に留めるとともに、それらをネガティブリスト化する等、保険外サービスの利用と提供がしやすい環境を整備する必要がある。

今後は、介護サービスへの需要増加はもとより、人々のライフスタイルや価値観の多様化に伴い、これまでとは異なる様々な介護サービスの提供が必要になると考えられる。これは、介護事業者にとっては新たな市場を開拓する機会であり、利用者のニーズを掴み、魅力あるサービスを生み出すことに事業者は積極的に取り組むべきである。

¹⁷ わが国では、介護機器の安全性を評価するための実証研究等が遅れている。医薬、医療機器分野における、いわゆるドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの問題（海外で使用可能な医薬品や先端医療技術が未承認のため国内で使えない）と同様にならないよう、介護分野では率先して国際標準化等に取り組むことが必要である。

おわりに

高齢者人口の増加に伴い、要介護者も増加するなかで、介護をする人も、介護が必要な人も生き生きとしていることは、活力ある高齢化社会をつくる上で重要である。そのためには、必要な政策に省庁横断的に取組むことや、民間の力を最大限に生かしていくことが必要である。

公的な介護保障を確実に行うためには、持続可能な介護保険制度への改革が不可欠である。経済・財政の現状に合わせて、給付と負担を常に持続可能な水準に保つようにしなければ、介護費用の増加を少子高齢化が進む経済社会で支えていくことはできない。また、今後は、要介護者の自立とその尊厳を保つことを真に反映した介護保険制度を目指すべきで、要介護度の維持・改善を促す観点に立った報酬体系を構築する等の工夫も求められる。

一方、保険外で多様な介護サービスを提供し、利用者の選択肢を増やすことは、介護を受けつつも高齢者がより主体的な生活を送るために役立つ。

労働力人口が減少するなかでは、イノベーションを活用した介護サービスの効率化を評価していく考えも必要である。介護労働に従事する人材が、高い専門性を伴うケアや、利用者の満足度をより高めるケアに専念できるようにするためにも、機械等による代替可能性を追求し、イノベーションを推進していくべきである。サービスの効率化に向けた設備投資等の促進があつてこそ、産業としての介護が発展し、それがわが国の経済成長にも寄与する。

以上

2009年度社会保障改革委員会

(敬称略)

2010年6月現在

委員長

清田 瞭 (大和証券グループ本社 取締役会長)

副委員長

大瀧 守彦 (ジョンソン・エンド・ジョンソン ビジネスアカパニー代表取締役)

桂 靖雄 (パナソニック 取締役副社長)

滝口 進 (エムエム・ホールディングス 取締役社長)

露木 繁夫 (第一生命保険 取締役常務執行役員)

山下 徹 (NTTデータ 取締役社長)

渡邊 喜雄 (カインドウェア 取締役社長)

委員

井上 秀一 (東日本電信電話 シニアアドバイザー)

大竹 美喜 (アフラック (アメリカファミリー生命保険) 創業者・最高顧問)

奥谷 禮子 (ザ・アール 取締役社長)

門脇 英晴 (日本総合研究所 特別顧問)

金田 治 (日本アイ・ビー・エム 副会長)

楠 雄治 (楽天証券 取締役社長)

河野 栄子 (DIC 社外取締役)

児玉 正之 (あいおい損害保険 取締役副会長)

佐藤 政男 (法研 取締役相談役)

白石 徳生 (ベネフィット・ワン 取締役社長)

手納 美枝 (デルタポイントインターナショナル 代表取締役)

中山 克志 (富士電機ホールディングス 取締役)

西浦 天宣 (天宣会 理事長)

西澤 俊夫 (東京電力 常務取締役)

禰 宜寛治 (武田薬品工業 コーポレート・オフィサー)

野木森 雅郁 (アステラス製薬 取締役社長CEO)

早崎 博 (住友信託銀行 特別顧問)

林 明夫 (開倫塾 取締役社長)

平田 正 (協和発酵キリン 名誉相談役)

藤 重貞慶 (ライオン 取締役社長)

増 淵 稔 (日本証券金融 取締役社長)

松 井 秀 文 (ゴールドリボン・ネットワーク 理事長)
矢 崎 和 広 (諏訪貨物自動車 取締役会長)
渡 部 憲 裕 (裕正会 理事長)

以上31名

事務局

藤 卷 正 志 (経済同友会 執行役)
篠 塚 肇 (経済同友会 政策調査第2部 部長)
宮 崎 喜久代 (経済同友会 政策調査第1部 マネジャー)