

介護扶助の適正化における自立支援の有効性

いま 井 しん
今 井 伸

〈要 旨〉

高齢者世帯が半数以上の割合を示す生活保護制度において、介護扶助費の急増は深刻な問題である。平成12年度の介護扶助創設時と比較すると、介護扶助人員は5倍に増加した。生活扶助や医療扶助などの人員が2倍程度の増加にとどまっていることを踏まえると、決して見逃すことができない状況といえる。国は、複数回にわたり介護保険本体の適正化を強引に進めてきた。特に、サービス利用の大半を占める訪問介護と通所介護に焦点を当て、要支援者を始めとした軽度者を中心にサービスの利用抑制を行っている。

一方で適正化には、生活上の課題を早期に発見し解決することや、介護予防やボランティア活動への参加を進めるなどの多様な支援が必要である。このことが、生活意欲や社会的有用性を高め、介護予防の意識化や要介護状態の進行を防ぐことにつながるからである。また、介護費用の削減にも効果がある。

本論では、介護扶助費の大幅な削減に成功した自治体の事例を基に、介護保険の適正化のあり方について論じた。そこでは、被保護高齢者世帯に対して生活支援員を配置し、居宅訪問を通じて各種生活支援サービスや相談支援を行い、日常生活自立と社会生活自立へ向けた取り組みを積極的に展開している。まさに「転ばぬ先の杖」を具現化しているといえよう。介護保険の適正化のためにも、自立支援の体制整備が急がれている。

〈キーワード〉

介護扶助, 適正化, 日常生活自立支援, 社会生活自立支援, 生活支援員

I. はじめに

我が国では、他の国には例を見ない急速な高齢化により、医療や介護の費用負担の増大が大きな社会的リスクとしてとらえられるようになって久しい。国は医療費の削減に対して、ジェネリック薬品使用の推奨や、大病院偏重型から地域医療重視への医療体制変革を促すなどの施策を継続的に展開している。一方で、介護費用の削減に関しても様々な適正化策を実施することにより

無駄を削減し、限りある財源をより効率的で効果的に活用するための方法を模索してきた。特に、直近の平成 27 年度施行の制度改正では、一定所得の利用者負担割合の増加や、施設入所時の補足的給付の要件に、貯金や有価証券などの資産保有の有無を採用するなどの対策を講じている。

また、平成 24 年度には、団塊の世代のすべてが 75 歳の後期高齢者となり、社会保障費用負担が増大する平成 37(2025)年を見据え、「地域包括ケア体制の構築」に大きく舵を切った。この方法は、費用負担が大きい施設整備中心型の福祉から、多種多様な在宅のサービスを整備することによって、要介護状態になっても住み慣れた地域でできるだけ生活を続けるために、地域社会全体で高齢者を支えていく仕組みである。例えば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスは、定期的なサービスと緊急時や必要時に応じて臨機応変に対応するサービスを組み合わせて提供することで、施設と同様のサービス環境を用意し、重度の要介護者であっても在宅生活の継続が可能となるように創設されたものである。また、公的介護保険による在宅サービスの充実にとどまらず、認知症や寝たきりの要介護高齢者を在宅でケアするために欠かすことのできない、訪問診療や看護、服薬の管理、緊急時や重篤時などに入院が可能なバックベッドの整備など、地域医療体制の充実が求められている。さらに、サービス付き高齢者住宅などのプライバシーと高齢者の尊厳が十分に守られた「住まい」の整備、介護費用増大の要因となる介護サービスをできるだけ利用せずに自立した生活を送るための「介護予防」、配食や見守りなどの在宅生活を継続するために必要な「生活支援サービス」の体制整備が必要とされた。このように、介護保険制度を持続的なものとするために行われた地域包括ケア体制の構築であるが、その根底にあるのは介護保険制度の適正化である。限られた財源の中で必要なサービスを適正に利用するとともに、サービスが必要となる人を可能な限り減らすことともいえる。

そこで、国は平成 27 年度より介護予防・日常生活総合事業¹⁾を全国的に展開させた。本事業では、サービスの支援体制の構築のために、行政だけにとどまらず、NPO、ボランティア、民間企業などの多様な事業主体の参加と高齢者自身の社会参加を通じて、元気な高齢者が社会保障の担い手になり活躍することが重要な要素とされている。特に、元気な高齢者や虚弱な高齢者の社会参加の推進は、個々人の活力を生み出すだけでなく、社会的役割を担う自己肯定感や有用感を生じさせるとともに、介護予防の取り組みへもつながるものとして欠かすことができない。加えて、早期発見・早期治療に着目した医療の取り組みと同様に、状態が軽度のうちに介護予防や社会参加を行うことも重要である。さらなる高齢化が避けられない我が国の現状を鑑みて、この社会参加と介護予防の取り組みは介護費用の適正化、抑制に効果が期待できるものである。

一方で、高齢者世帯が半数以上の割合を示す生活保護制度においても介護扶助費の急増は重要な問題である。生活保護の受給世帯は平成 27 年度に入り減少傾向を見せるようになったものの依然として唯一高齢者世帯が増加の一途をたどっている。国は、保護基準の見直しや加算

の廃止などにより生活扶助費や住宅扶助費の抑制を図るとともに、ジェネリック薬品や頻回・複数の医療機関受診の見直しなどの医療扶助適正化を進めているものの、介護扶助についてはほとんど手をつけられていないのが現状である。その受給人員は、平成12年度の介護扶助創設時と比較すると5倍に増加した。生活扶助や医療扶助などの受給人員は2倍程度にとどまっていることと比較すると、決して見逃すことができない状況と言える。

高齢化のさらなる進行と生活保護の高齢者世帯の増加は、介護保険費用の増加と同様に介護扶助費の増加の問題を包含している。さらに、保護受給者は生活保護制度特有のスティグマにより、近隣住民や親族との付き合いが減少することも指摘されている。このことは、地域における社会参加を阻害し、引きこもりや日常生活のリズムを崩すなど、要介護状態への高いリスクを抱える要因ともいえる。日常生活自立と社会生活自立に対する支援の実施は、生活保護制度における重要な課題の1つである。そこで本論は、筆者が関与したある自治体における生活保護の高齢者世帯に対する「生活リズムの獲得、身体や生活課題の早期発見、介護事業者との連携、介護予防事業への参加の促進」などの日常生活自立支援の取り組みにより、介護扶助費の大幅な削減に成功した事例を通して、介護費用全体の適正化のあり方について述べるものである。

II. 生活保護制度における世帯構成と各扶助費の変化

1. 生活保護制度における世帯類型の経年変化

一般的には、景気の変動と保護開始人員には正の相関関係があるといわれている²⁾。図1を参照されたい。これは昭和48年度から平成27年度までの被保護世帯数の推移を示したものである。昭和の時代には、若干の変動があったものの総じて横ばいだったが、昭和末期のバブル景気の到来により世帯数は減少傾向を示した。しかし、平成初期のバブル景気終焉以降は、ほぼ一貫して世帯数が増加している。平成27年度の被保護世帯数(1か月平均。以下、本章について同じ。)は162.9万世帯となり、15年前の平成12年度と比較すると、その数は倍増した。世帯類型別にみると、「高齢者世帯」が最大で約80.2万世帯、次いで「障害者・傷病者世帯」が約44.2万世帯となっている。また、稼働年齢層が多く含まれる「その他世帯」は、サブプライム住宅ローン危機に端を発した米国バブル崩壊をきっかけとした世界的な金融恐慌やリーマンショックの影響により、平成21年度以降に世帯数が急増した。しかし、ここ近年は横ばいもしくは減少傾向にあり、「障害者世帯」や「母子世帯」についても同様の状況にある。一方、点線で囲った「高齢者世帯」については、平成17年度に一度減少したものの、その後は高齢化の進行に比例して上昇傾向にある。このことは、保護の開始と廃止の理由にも深く関係があり、「その他世帯」が急増していた平成22年度前後では、保護の開始理由は「働きによる収入の減少・喪失」が最も多数を占め、保護の廃止理由は「失踪」が最も多かった。しかし、「その他世帯」の増加が一段落した平

成 26 年度については、保護の開始理由は「貯金等の減少・喪失」が最も多くなり、「働きによる収入の減少・喪失」を上回っている。また、保護の廃止理由も「失踪」が減少し、「死亡」の割合が 30%を超えた。このことも「高齢者世帯」の増加が原因である。厚生労働省が明らかにしている直近の数値(平成 28 年 6 月概数)でも、高齢者世帯は 832,525 世帯とさらに増加している。日本の人口は、今後緩やかに減少をたどることが想定されているが、高齢者人口は当分の間減ることはない。被保護世帯全体における高齢者世帯が占める割合も、さらに増加することが容易にわかる。

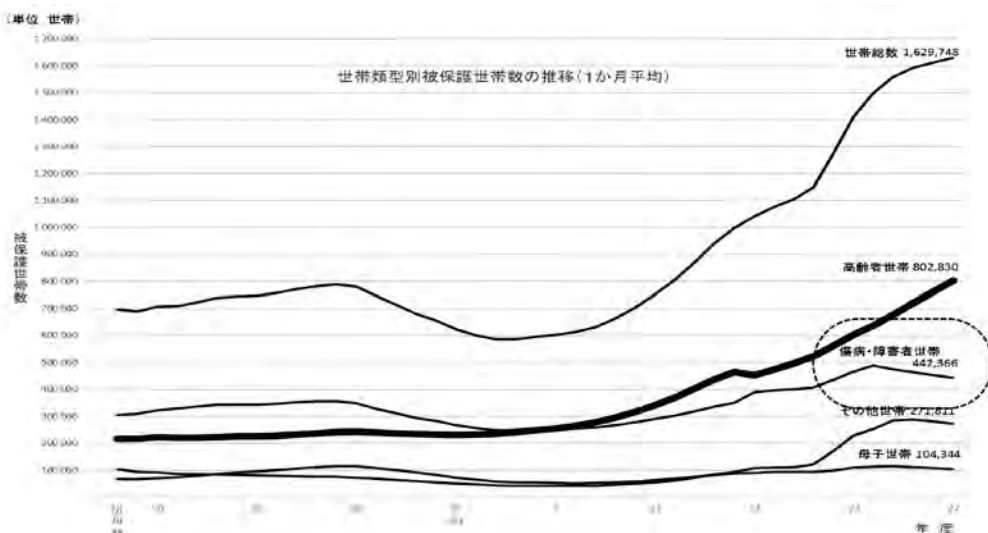


図 1 世帯類型別被保護世帯数の推移

資料：厚生労働省 平成 26 年度被保護者調査より作成(なお、27 年度分は 28 年 3 月次報告(概数)より月平均値を算出した)

総数には保護停止中の世帯も含む。(各世帯類型別の世帯数に保護停止中は含まれていない。)

注：・「高齢者世帯」男女とも 65 歳以上の者のみで構成されている世帯か、これらに 18 歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。平成 16 年度までは、男 65 歳以上、女 60 歳以上の者のみで構成されている世帯若しくは、これらに 18 歳未満の者が加わった世帯。・「傷病・障害者世帯」世帯主が障害者加算を受けているか、身体障害、知的障害等の心身上の障害のため働けない者である世帯並びに世帯主が入院(介護老人保健施設入所を含む。)しているか、在宅患者加算を受けている世帯、若しくは世帯主が傷病のため働けない者である世帯。・「母子世帯」死別、離別、生死不明、未婚等により、現に配偶者がいない 65 歳未満の女子と 18 歳未満のその子(養子を含む。)のみで構成されている世帯。平成 16 年度までは、現に配偶者がいない(死別、離別、生死不明及び未婚等による。)18 歳から 60 歳未満の女子と 18 歳未満のその子(養子を含む。)のみで構成されている世帯。・「その他世帯」上記のいずれにも該当しない世帯。

次に、世帯類型別割合の変化について、その推移を見てみたい。図 2 を参照されたい。1 番左側の最も黒い部分が高齢者世帯である。昭和の頃、「高齢者世帯」は約 30%を占めるに過ぎなかったが、平成に入り急速にその割合は増加し、「その他世帯」の増加が落ち着いた平成 27 年度では、ほぼ 50%を示すようになった。一方、過去に最も多数を占めていた「傷病・障害者世帯」は徐々にその割合を減らし、現在では 3 割を切るまでに減少した。「母子世帯」は多少の増減はあるものの傾向としては減少傾向にある。いずれにせよ図 1 と合わせて考えれば、保護の世

帯類型上、「高齢者世帯」の増加は数、割合ともに顕著な増加傾向を示しており、今後の高齢化のさらなる進行を踏まえると、生活保護の世帯類型のメインステージは「高齢者世帯」となることが理解できる。

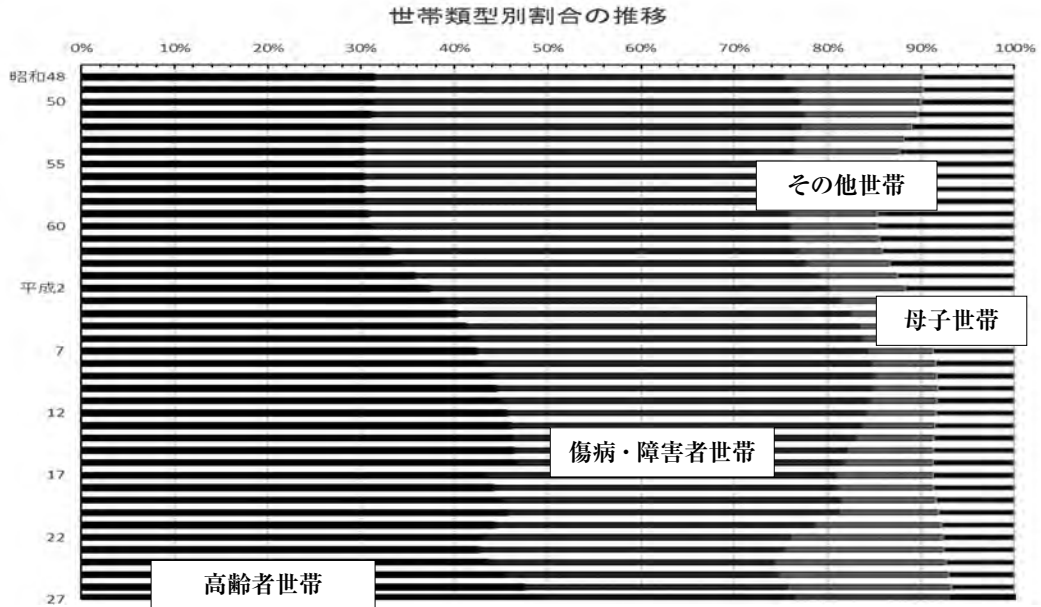


図2 世帯類型別割合の推移

資料：厚生労働省 平成26年度被保護者調査より作成（なお、27年度分は28年3月次報告（概数）より月平均値を算出した）
分母には保護停止中の世帯は含まない、各世帯の定義は図1と同じ。

2. 生活保護における扶助別の経年変化

では、高齢者世帯の増加が各種扶助費の受給状況にどのような変化をもたらしたのであるか。図3は、被保護人員の総数と各種扶助を受給した人数を経年でグラフ化したものである。先ほどの世帯類型と同様に、被保護人員総数は景気の変動に左右されることが大きいため、昭和60年～平成6年のバブル景気期には減少していることがわかる。その後、徐々に人員は増え続け、平成21年のリーマンショックを境にさらにその足を早めたこともわかる。しかし、ここ近年は横ばいに転じており、「生活扶助」、「住宅扶助」、「教育扶助」の各種扶助受給者人員は、共に減少傾向を示し始めた。ここで注目したいのは、平成12年度に介護保険制度施行と同時に創設された「介護扶助」の状況である。その割合は決して高くないものの、一貫して増加し続けている。「高齢者世帯」の増加が「介護扶助」人員の増加にも影響していることが理解できる。

次に表1を参照されたい。これは、平成12年度以降の各種扶助別の人員の経過を示したものである。平成12年度と27年度を比較してみると、被保護人員の総数は約2倍となっている。これに伴い「生活扶助」、「住宅扶助」、「医療扶助」の各種扶助もそろって同様の傾向を示している。極端に増加したのは「その他の扶助」であるが、ここには「出産扶助」や「生業扶助」、「葬祭扶助」が含まれているため、平成17年度から支給が開始された高等学校修学費の関係で、「生

業扶助」人員が急増したことによるものである。この「生業扶助」を除くと、最も増加率が高いのは「介護扶助」であり、約5倍へと激増している。また、興味深いのは平成27年度対前年度比で、「介護扶助」と「医療扶助」のみが増加しているのに対して、他の扶助はすべて減少している。このことは生活保護だけに限らず、高齢化に伴う社会保障全般の医療費と介護費の増加と密接に関連しているといえよう。

次に、費用についてみることにしたい。図4は、生活保護の国負担額と各種扶助費の割合の推移を表したものである。生活保護費の負担割合は国が4分の3、都道府県または市区町村が4分の1となっているため、実際の支給総額は図で示した額に25%ほど上乘せられるが、おおよその傾向は見て取ることができる。実線で示した生活保護費国負担総額は、平成17年度の2.6兆円から20年度までは横ばい・微増傾向であった。しかし、被保護人員の傾向と同様に20年度から24年度の5か年で3.6兆円と1兆円近く急増し、その後は微増となっている。扶助別の割合では、「医療扶助」が一貫して最も高いものの、ここ10年間では微減または横ばいとなっている。「生活扶助」も3割強を占めているものの、横ばい状態である。割合が最も大きく増えたのは「住宅扶助」であり、本論の主題である「介護扶助」は1.8%から2.2%の微増にとどまっている。先に述べたとおり、人員は急増した「介護扶助」であるが、被保護者総数および扶助費総額も増加したため、扶助別の割合としては小さな伸びとなっている。そもそもなぜ、介護扶助の割合はこのように低いのであろうか。

3. 介護扶助と費用負担

前節の内容を踏まえると、「介護扶助費」は割合的にも費用的にも大きく問題視する必要はないと推察できる。しかし、本当にそうなのであろうか。実は、「介護扶助」には他の扶助とは違う特徴がある。それは生活保護制度が有する「補足性の原理」により、介護保険制度の活用が可能であることに他ならない。そもそも生活保護は、他法他施策の活用が受給要件となっている。医療保険では、被保護者が国民健康保険制度や後期高齢者医療制度から排除されており、一握りの被用者医療保険加入者(被扶養者)以外は公的医療保険を活用することができず、結果として医療費は全額医療扶助費として給付せざるをえない。「医療扶助費」が大きな割合を占める理由である。

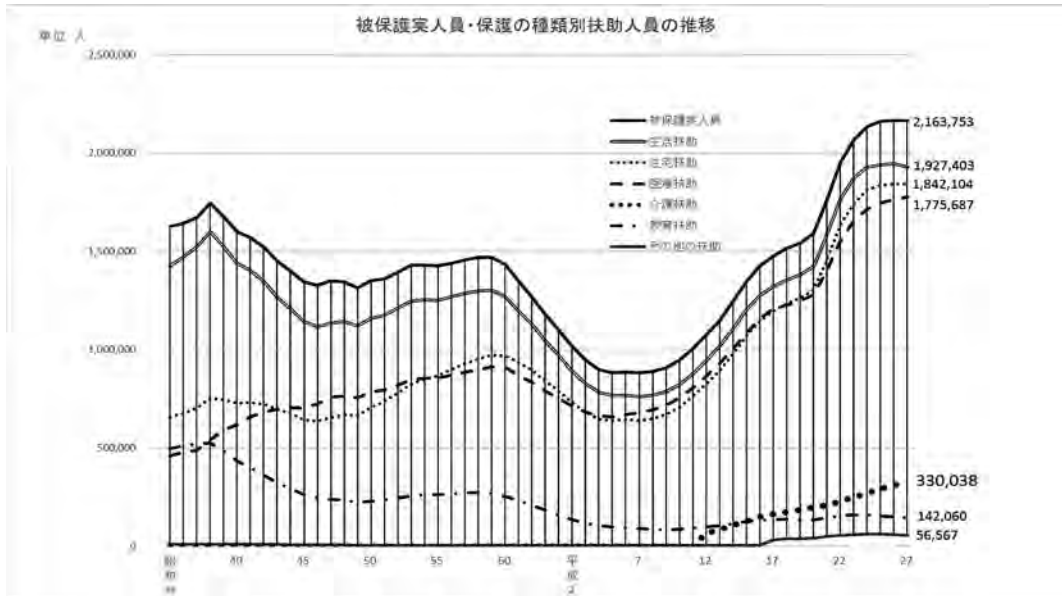


図3 被保護実人員・保護の種類別扶助人員の推移

資料：厚生労働省 平成26年度被保護者調査より作成(なお、27年度分は28年3月次報告(概数)より月平均値を算出した)
 「その他の扶助」は、「出産扶助」「生業扶助」「葬祭扶助」の合計である。

表1 最近16年間(介護扶助創設後)の種類別扶助人員推移(再掲)

年次	被保護実人員	生活扶助	住宅扶助	医療扶助	介護扶助	教育扶助	その他の扶助
平成12	1,072,241	943,025	824,129	864,231	66,832	96,944	2,316
13	1,148,088	1,014,524	891,223	928,527	84,463	104,590	2,438
14	1,242,723	1,105,499	975,486	1,002,886	105,964	114,213	2,635
15	1,344,327	1,201,836	1,069,135	1,082,648	127,164	124,270	2,851
16	1,423,388	1,273,502	1,143,310	1,154,521	147,239	132,019	3,253
17	1,475,838	1,320,413	1,194,020	1,207,814	164,093	135,734	31,530
18	1,513,892	1,354,242	1,233,105	1,226,233	172,214	137,129	35,865
19	1,543,321	1,379,945	1,262,158	1,248,145	184,258	135,503	37,895
20	1,592,620	1,422,217	1,304,858	1,281,838	195,576	134,734	40,067
21	1,763,572	1,586,013	1,459,768	1,406,456	209,735	144,339	48,648
22	1,952,063	1,767,315	1,634,773	1,553,662	228,235	155,450	56,040
23	2,067,244	1,871,659	1,741,888	1,657,093	248,100	159,372	59,718
24	2,135,708	1,928,241	1,811,575	1,716,158	269,793	159,038	61,602
25	2,161,612	1,941,036	1,835,940	1,745,615	290,174	154,014	60,870
26	2,165,895	1,946,954	1,843,587	1,763,405	310,359	148,462	59,357
27	2,163,753	1,927,403	1,842,104	1,775,687	330,038	142,060	56,567

資料：厚生労働省 平成26年度被保護者調査より作成(なお、27年度は28年3月次報告より月平均値を算出した)

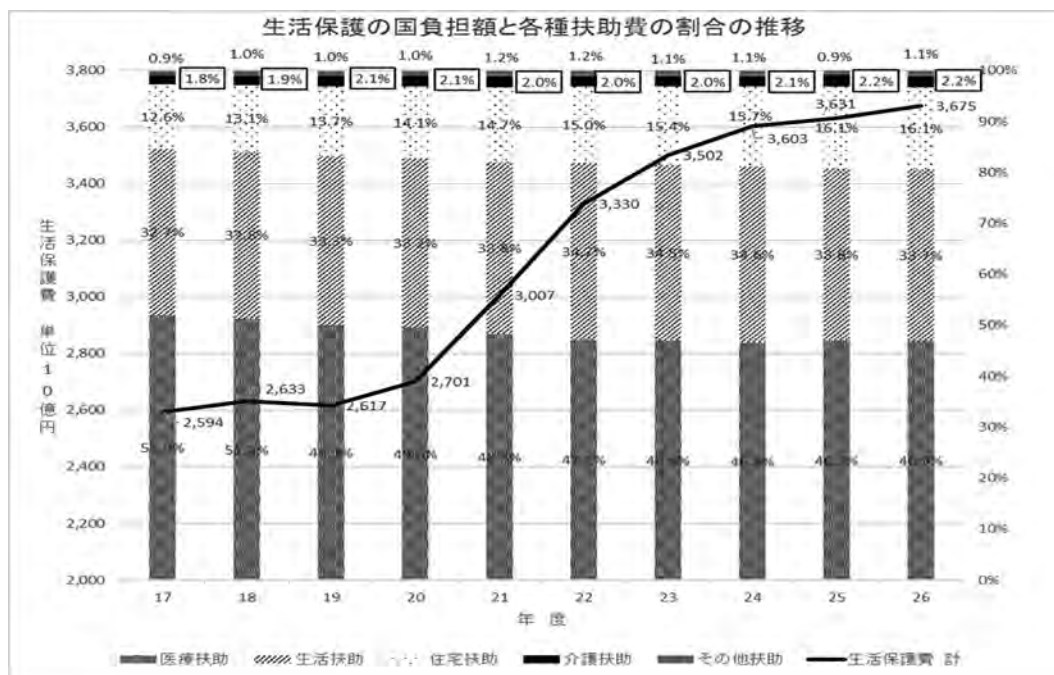


図4 生活保護の国負担額と各種扶助費の割合の推移

資料：厚生労働省 生活保護費負担金事業実績報告より作成 その他扶助の割合は、教育扶助・出産扶助・生業扶助・葬祭扶助の合計

一方で、同じ地域保険であるにもかかわらず、65歳以上の被保護者を排除せずに被保険者と位置付ける介護保険では保険給付が優先されるため、「介護扶助」はサービス利用費の原則1割（自己負担部分）の給付で済むことになる。つまり社会保障費用全体で捉えると、実際に給付されている介護費用は、介護保険給付分の9割と介護扶助費1割の合わせた額となり、実に介護扶助費の10倍になる。因みに、実績額として確定している平成26年度の介護扶助費国負担額は807億円であることから、介護保険給付を合わせると単純計算で8,070億円となり、同年度の住宅扶助費国負担額5,917億円を上回ることにとどまらず、同生活扶助費12,376億円、同医療扶助費17,240億円と比較しても無視できないことがわかる。

ところで、自治体労働者の小林は、介護扶助と介護保険の制度面での課題を述べたうえで、介護保険に被保護者が位置付けられたことを踏まえて「生活保護受給者であれば、保険料や一部負担金を心配せずに介護保険の給付を受ける資格を得られる。つまり、保険料に生活を圧迫されたり、一部負担金を支払えないためにサービスをあきらめたりすることは、生活保護を受けさえすれば避けられるのである³⁾」と述べている。このように、生活保護受給者には介護保険を利用する際の費用負担の心配は、介護保険制度上の居宅サービス利用限度額以内であれば、ほとんどないといえる。また、特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設入所の費用についても介護扶助で賄われる。一方で、保険料を負担するとともにサービスを利用した際の自己負担を求められる生活保護受給者以外の介護保険利用者には、低所得者層を中心に費用負担の重さ

を理由とした制度の利用制限の問題がある。里見は、「社会保険方式は『保険料の拠出(負担)を条件として給付する仕組み』であり、逆にいえば『負担無き受益は排除する』という『排除原理』が働かざるをえない。⁴⁾」と介護保険制度の持つ社会保険としての問題点を指摘している。公的な介護保障は国の責任である。費用負担が困難であることを理由に、必要なサービスを利用できないことは、あってはならないことである。しかし、自己負担部分がすべて介護扶助費で給付されることにより、費用負担の問題によるサービス利用の制限がない生活保護受給者には、制度の濫用につながる危険性もないとはいえない。まさに自己負担が発生しないことによる頻回受診や重複受診などの医療扶助濫用と同様の問題が隠れている。

このことに関しては、「介護扶助の居宅介護は、居宅介護支援計画(ケアプラン)に基づき行うものに限られる(生活保護法第15条の2第1項第1号)」と定め、居宅介護支援事業所の介護支援専門員の作成するケアプランを確認したうえで、介護扶助の決定を行うことにより一定の適正利用を担保した。また、具体的には「ケアプラン作成・提出時には、福祉事務所は被保護者の生活実態からみて適切か、本人の希望を反映しているか等についても確認する。⁵⁾」こととされている。しかし、保護決定を担う生活保護現業員も介護保険制度の知識や経験不足は否めず、サービスの内容については担当のケアマネジャー任せになることが多い。さらに、事業者にも、被保護者は利用限度額内であれば上限までサービスを使っても許容されるといった意識があることも否定できない。行き過ぎた適正化は、真にサービスを必要とした人々の利用抑制を発生させる懸念はあるが、個々の被保護者の状況を踏まえ、本当に必要なサービスを客観的に判断するシステムの確立は急務の課題である。では、次に制度発足時より適正化を推進してきた介護保険制度本体の取り組みについて、詳細に述べることにする。

Ⅲ. 介護保険制度における適正化の取り組み

1. 介護保険財政の危機

社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして、平成12年4月に創設された介護保険制度における全国の要介護(支援)認定者数は、平成27年12月末現在、約619万人である。この内65歳以上の第1号被保険者の認定者数は約605万人。全65歳以上の高齢者に占める認定者の割合は約18.4%となっている。また、介護サービスの利用者数については、居宅(介護予防)サービスが約393.5万人、地域密着型(介護予防)サービスが約41.5万人、施設サービスが約91.4万人の合計で約526万人となっている。

厚生労働省の介護保険事業状況報告年報によると、介護サービスにかかった総費用額は、決算ベースとして明らかとなっている直近の平成26年度は9兆2,549億円、利用者負担を除いた給付費は8兆3,786億円となっている。なお、利用者負担軽減策である高額介護サービス費、

高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費を含む給付総額は、9兆5,887億円となり、数値の上では3,338億円が利用者負担軽減の費用として費やされている計算となる。

一方で、制度が施行された平成12年度の実績を見ると、要介護(支援)認定者数は約256万人、サービス受給者数は年度平均で約184万人、高額介護サービス費を含む給付総額は3兆2,427億円であったことから、制度施行後10年余りを経て要介護(支援)認定者数は2.37倍、サービス受給者数は2.85倍、総費用額は2.95倍へと膨らんだ。

最新の人口推計によると、高齢化はますます進行し、平成24年に3,079万人であった65歳以上の高齢者は、13年後の平成37年には3,658万人になることが予想されている。このうち、介護が必要となる確率の高い75歳以上は1,519万人から2,179万人へと約700万人増える見込みである。また高齢者の増加に伴い、介護保険給付費についても19.8兆円へと急増する見通しである。社会保障給付費全体における状況を見ると、平成37年には医療と介護の費用が突出して増える見込みであり、医療は35.1兆円から1.5倍の54兆円へ19兆円の増、同様に介護は2.3倍の11兆円増となっている。年金の1.1倍(53.8兆円から60.4兆円・7兆円増)やその他1.2倍(12.2兆円から14.7兆円・2.5兆円増)に比べても、医療と介護の社会保障費用の負担増が厳しい状況にあることが指摘されており、特に介護費用の増加に対する抜本的な対策が急務の課題となっている。

なお、現在の介護保険にかかる給付費の財源構成であるが、国の負担率は25%。都道府県および市区町村は同率の12.5%であり、公費負担率を合計すると全体の50%となっている。残りの半分を介護保険料として、人口割合に応じて65歳以上の第1号被保険者が22%分、40歳～64歳までの第2号被保険者が28%分の負担を行う仕組みである。また、高齢化の進行に伴い、第6期計画における65歳以上の第1号被保険者が負担する割合は、第5期計画の21%から22%へと増えている。

2. 介護保険適正化の取組

このように介護保険給付費が増えること自体は、いわゆる介護の社会化や介護の普遍化による利用者増という介護保険制度設立の趣旨に沿ったものとも言えなくはない。また、介護保険制度の財源方式に社会保険方式を採用した効果であると言っても過言ではない。介護保険制度の下で、保険料とサービス利用者負担を設け、「負担」と「給付」の関係を明確化し、利用者イコール負担者であることにより、権利性も獲得されたと見えよう。同時に、措置制度の下では必ずしも充分でなかった利用者主体のサービスの選択を法律で規定した。これらのことは利用者の権利意識を高めるとともに、サービス利用の促進に貢献したと見えよう。

また、措置時代の行政主体の介護保障制度では、「高額所得者」は対象者から除外されることが多かった。しかし、社会保険制度の下では要介護というニーズに基づき、所得にかかわらず介護サービスを利用することが出来るようになった。介護保険制度により、住民税や所得税の課税

世帯の多くが、介護サービスを利用するときの費用負担が減じられた。こうして介護保険制度が意図した「普遍性」は、対象者の拡大やサービス提供量の増加という結果をもって、中流階層以上の高齢者を中心に、実現の方向に動いたと評価できる。さらに、本論での主題である被保護者に対しても、国民健康保険や後期高齢者医療制度のような排除を行わずに制度上の被保険者として位置づけ、保険給付限度額以内とはいえ、利用者主体のサービスの選択権を保障した。

一方で、介護が必要な多くの人々が得た「普遍性」は、後期高齢者の増加といった避けることのできない現象と相まって、介護保険給付費の急増という深刻な状況を生み出した。このことを制度設計時に、国が予想していたかは定かではないが、早くも介護保険制度施行後の2年後には、適正化の名のもとにサービスの利用抑制に動き出すことになる。また、厚生労働省は平成19年に介護給付適正化計画の指針を策定するにあたり、その目的を次のように述べている。「介護給付の適正化の基本は、介護給付を必要とする受給者を適切に認定した上で、受給者が真に必要とするサービスを、事業者がルールに従って適切に提供するように促すことである。このように介護給付の適正化を図ることは、不適切な給付を削減する一方で、利用者に対する適切な介護サービスを確保することにより、介護保険制度の信頼感を高めるとともに、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度の構築に資するものである⁶⁾」。以下、現在までの主な介護保険サービス利用の適正化の流れを整理してみたい。

(1)平成15年度実施

第2期介護保険事業計画期間の介護サービスの増大及びこれに伴う保険財政への影響が大きいことが明らかになり、賃金・物価の下落傾向や介護事業者の経営実態を踏まえて、保険料の上昇幅をできる限り抑制する方向で、△2.3%(在宅0.1%、施設△4.0%)の改定が行われた。

特に、利益率が高く介護保険財政への影響が大きいとされた訪問介護の区分の体系的な見直しを行い、身体介護と家事援助が混在した比較的単価の高い複合型サービスを廃止。また、「家事援助」から「生活援助」に名称を改めるとともに、サービス提供時間が1時間半未満以降の30分毎の加算を大幅に削減し、短時間のサービスを重点的に評価した。

(2)平成18年度実施(施設給付費の見直しのみ平成17年10月)

限られた財源を有効に活用するため、現行の各サービスの報酬・基準について、効率化・適正化の観点から見直しがされ、全体で△0.5%の介護報酬改定が行われた。具体的には、①従来の要支援、要介護1の認定区分を要支援1、要支援2、要介護1に再分類し、要支援者に対しては新たに予防給付を創設。いわゆる軽度者である要支援者の状態を踏まえつつ、自立支援の観点に立った効果的・効率的なサービス提供体制を構築し、目標指向型のサービス提供を徹底する観点から報酬・基準の設定を行った。②高齢者の相談窓口として「地域包括支援センター」を新設し、原則として予防給付の支援計画(ケアプラン)作成を担当させ、より効果的な支援

体制の構築を狙った。③介護予防の観点から積極的な役割が期待される予防通所系サービスについては、日常生活上の支援などの「共通のサービス」と、運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上の「選択的サービス」に分け、それぞれについて月単位の定額報酬とした。また、目標の達成度に応じた事業所評価を試行的に導入した。④介護給付の訪問介護については、将来的な報酬体系の機能別再編を視野に入れつつ、生活援助の長時間利用について適正化を図り、1時間30分以上のサービスを報酬設定から除外。⑤介護保険3施設利用者の食費、居住費を原則として全額自己負担。⑥軽度者(要支援1, 2・要介護1)の車椅子や介護用ベッド等の福祉用具貸与の利用制限を行った。

(3)平成20年度介護給付適正化計画の実施

都道府県と保険者が一体となって、介護給付適正化の戦略的な取り組みを促進するため、平成20年度から適正化事業を全国的に展開した。特に各保険者には適正化事業の実施結果を、第4期介護保険事業計画に反映させることが求められた。主な内容は、①要介護認定の適正化として、新規の要介護認定調査の直営化や一次判定から二次判定の軽重度変更率の分析と格差の是正。②利用者の自立支援に資する適切なケアプランであるか等に着目したケアプランの点検の実施。③株式会社等の営利法人が運営する事業所への重点的な指導監査の推進。④受給者が不正なサービスを受けないようにするために、受給者等に対して制度内容等の周知・広報を実施。

(4)平成21年度実施

第4期計画を迎えるにあたり、介護従事者の高い離職率と人材確保が困難である現状を改善する必要に迫られていた。また、質の高いサービスを安定的に提供するためには、介護従事者の処遇改善を進める必要性と事業者の経営安定化を図ることが課題とされた。このため、自民・公明の政府与党において「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」として、介護報酬改定率を3.0%のプラス改定(うち、在宅分1.7%、施設分1.3%)とした。給付の適正化策については、特に目新しいものはなかった。

(5)平成24年度実施

本改定は「社会保障と税一体改革」の実施に向けた最初の試金石となった。また、平成23年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う新たな介護サービス等への対応や、診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分化・連携の強化などへの対応が求められた。こうした状況や、介護職員の処遇改善の確保、賃金、物価の下落傾向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、全体で1.2%(在宅分1.0%、施設分0.2%)のプラス改定が行われた。

適正化策としては、通所介護事業所のサービス提供時間の実態を踏まえ、1日あたり6時間～8時間の所定単位の報酬であったものを5時間～7時間・7時間～9時間に細分化し、前者の報酬を1割以上減額した。この結果、多くの6時間のサービスを提供していた事業所が収入を確保するため、7時間サービスを提供するようになった。また、訪問介護では身体介護の時間区分について、1日複数回の短時間訪問により要介護3以上の中重度の在宅利用者の生活を総合的に支援する観点から、新たに20分未満の時間区分を創設している。

(6)平成 27 年度実施

平成 37(2025)年に向けて、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築を実現していくため、中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化、介護人材確保対策の推進、サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築といった基本的な考え方にに基づき、全体で△2.27%の(在宅分△1.42%、施設分△0.85%)改定となった。介護人材の不足や介護事業者の経営状況を踏まえて2期連続してプラス改定が行われてきたが、約20兆円と試算される平成37年の介護費用を踏まえ、あらためて財政抑制へ大きく舵を切っている。また、以下に示す通り「予防給付の抑制」や一定以上の所得や資産がある高齢者を対象に「利用者自己負担率の引き上げ」、「施設利用の際の補足的給付の除外」等の施策を実施し、現役世代の過度な負担を避けるとともに、高齢者世代内で負担の公平化を図ることが明確となっている⁷⁾。

- ① 在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業)に移行し、保険者が実施する介護予防事業やボランティアが主体となった支援サービス、他の生活支援サービスと合わせて多様化したサービス利用を実現する。
- ② 特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化し、要介護3以上の方を入所対象者とする⁸⁾。
- ③ 一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引き上げる。具体的には、65歳以上の被保険者(第一号被保険者のみ)のうち、一定以上の所得者(単身者で公的年金のみの場合は、年収280万円以上、夫婦の場合は同様に346万円以上)に、2割の利用者負担を求める。
- ④ 高額介護サービス費の見直しを行い、現役並み所得者⁹⁾の限度額を医療保険の一般世帯の限度額と同じ44,400円に引き上げる。
- ⑤ 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」(特定入所者介護(予防)サービス費)の要件に資産などを追加(平成27年8月施行)する。具体的には、預貯金額について単身の場合1,000万円以下、夫婦の場合2,000万円以下とした。
- ⑥ ⑤と同様に、利用者が介護保険施設に入所することで、配偶者と世帯分離をした場合でも、

配偶者間には「生活保持義務関係」があるため、入所しないほうの配偶者が住民税課税者である場合には「補足給付」の支給対象外とする。

- ⑦ ⑤と同様に、住民税の非課税者が対象となっている「補足給付」受給者の段階区分のうち、第2段階と第3段階は、課税対象年金収入及び合計所得金額の合計額で判定しているが、遺族年金及び障害年金等の非課税年金の額も含めて判定する。

このように、国は制度施行後に複数回にわたり、介護保険の適正化を強引に進めてきた。特に、サービス利用の大半を占める訪問介護と通所介護に焦点を当て、要支援者を始めとした軽度者を中心にサービスの利用抑制を行うとともに、財源の確保を目的とした高所得者への負担の増加を打ち出している。その目的は、介護保険の「給付の効率化・重度者への重点化・介護保険の持続性の担保」に他ならない。今般の社会保障審議会でも、生活援助サービスを単なる生活機能を低下させる可能性がある家事代行と位置付けて介護保険制度から切り離し、市区町村が行う生活支援サービスへと移行させる内容の議論が交わされており、まるで基礎的自治体へ公的介護保障の責任を押し付けているかのようにもみえる。

大切なことは、各個人の生活環境や身体状況には違いがあり、介護予防から重度要介護者まで必要なサービスには、皆何かしらの違いがあることである。無理に抑制を進めるのではなく、個々のおかれている状態を的確に捉え、事業所の収入や運営状況に左右されることなく公正に無駄なサービスを排除するとともに、必要なサービスは躊躇なく利用を促進して効果を検証していくことが、介護保険の適正化に求められる真の姿であろう。また、地域での生活を続けることが難しくなる理由について、久保は「身体的、知的機能の低下などを契機としつつも、本人の生活形成にかかわる『生活管理能力』『社会資源』『居住環境』『生活意欲』『社会的有用性』『健康度』などの複数の指標が絡み合い、次第に地域での生活を続けることが難しくなっていくというプロセスをたどる¹⁰⁾」と述べ、生活支援サービス提供の重要性に触れている。生活上の課題を早期に発見し的確な支援を行うことにより日常生活自立を促すとともに、介護予防事業やボランティア活動等への参加による社会生活自立にむけた支援は、生活意欲や社会的有用性を高め、加えて要介護状態の進行を防ぎ介護予防にも有効な方策である。その結果として、介護保険給付費の削減につながり、適正化が可能となるのではないだろうか。そこで次章では、被保護高齢者世帯に対して、きめ細かな居宅訪問を通じて日常生活の状況を把握し各種生活支援サービスを行うことで、介護扶助費の大幅な削減に成功した自治体の事例を基に、介護保険の適正化のあり方について考えてみたい。

Ⅳ. 日常生活自立支援の実施と介護扶助費適正化への取り組み

1. 自立支援プログラムと日常生活自立支援・社会生活自立支援

平成 16 年、社会保障審議会福祉部会の「生活保護制度の在り方に関する専門委員会」から報告書が出された。経済的な給付のみでは被保護者の抱える多様な問題への対応に限界があることを踏まえて、多様な対応、早期の対応、体系的な対応が可能となるように、経済的給付に加えて「自立支援プログラム」の導入を提言した。また、生活保護制度の目的が国家責任による「最低生活保障と自立助長」であることをあらためて認識するとともに、「自立」の再定義を行っている。従来は、生活保護における自立とは「就労＝保護を脱却すること」とし、福祉事務所現業員は就労支援のことを「自立支援」と認識していた。これでは、就労が困難な障害者や高齢者は自立助長の対象となりえず、家庭訪問等のかかわりも相対的に希薄化していくことになる。

そこで、単なる就労による経済的自立を図る支援にとどまらず、自分で自らの健康・生活管理を行う「日常生活自立支援」、社会的なつながりを回復・維持する「社会生活自立支援」を含む 3 つの自立が生活保護制度の自立助長(自立支援)の内容であることを定義したのである。このことにより各実施機関(福祉事務所)では、管内の被保護世帯全体の状況を把握した上で、被保護者の状況や自立阻害要因について類型化を図り、それぞれの類型ごとに取り組むべき自立支援の具体的内容及び実施手順等を定め、これに基づき個々の被保護者に必要な支援(個別支援プログラム)を組織的に実施することとなった。そこで、翌平成 17 年度から自立支援プログラムを導入し、被保護者の実情にあわせた個別支援プログラムの整備や公共職業安定所(ハローワーク)による生活保護受給者等就労支援事業(現在は生活保護受給者等就労自立促進事業へ拡充)などが積極的に展開されている。

個別支援プログラムの整備にあたっては、活用できる他法他施策、関係機関、その他の地域の社会資源を積極的に活用し、こうした社会資源が存在しない場合には、実施機関等において必要な事業を企画し、実施することとされている。また、専門的知識を有する者、民生委員、社会福祉協議会、社会福祉法人、民間事業者等の地域の適切な社会資源への外部委託(アウトソーシング)等により、実施体制の充実を積極的に図るとともに、準備が整った個別支援プログラムから順次、支援対象者を選定し、その被保護者に対して意向を確認しながら必要な説明を行い、本人の意思と選択に基づくプログラムを選定することとされている。なお、想定される具体的なプログラム内容を列記すると以下ようになる。

- ・経済的自立 生活保護受給者等就労自立促進事業、就労支援専門員等による就労支援、職場適応訓練や児童・生徒等に対する進学等の支援など。
- ・日常生活自立 精神障害者等の退院促進支援、傷病者の在宅療養支援、健康管理などの日常生活支援、多重債務者の債務整理等の支援など。
- ・社会生活自立 ボランティア活動への参加、引きこもり・不登校児への支援、元ホームレスへの

居宅生活支援など。

2. 介護扶助費適正化への挑戦 高齢者世帯への生活支援員制度の実施

筆者が福祉事務所の現場で生活保護現業員として従事した10数年前は、自立といえば生活保護を受けなくなることとし、就労指導による保護廃止が業務上の目標の一つとなっていた。しかし、就労が困難な高齢者世帯には、積極的な支援は求められていなかった。それは、他の業務に忙殺されただけではなく、生活保護費を受給することで経済的な生活の安定が図られた高齢者世帯には、義務としての年間4回程度の家庭訪問の履行と随時の電話連絡を行ってさえいれば、適切な支援を行えると組織的にも理解されていたからである。ところが、家庭訪問時に冷たくなった被保護者の孤独死(孤立死)第一発見者になることや、身体機能低下の進行に気付かずに、寝たきりになってから状況を把握するなどの事例が後を絶つことはなかった。身体機能の悪化は要介護状態へとつながり、いわゆる閉じこもりの状態は廃用症候群へとつながる。重度の要介護高齢者となれば、身体機能の回復はおろか生きがいの喪失への危険性も高まる。それに伴い、多量の介護サービス利用の必要性が生じ、介護費用の増大へとつながる。リスクの高い被保護者に対する早期発見・早期支援による介護サービス利用と介護予防への取り組みは、身体機能や日常生活機能の悪化防止とともに、介護費用の増大をも防ぐ手段となる。まさに、転ばぬ先の杖である。生活保護の実施機関である福祉事務所には、定期的かつきめ細やかな訪問活動と、そこで把握された生活や身体、医療的な課題に対して、随時適切な支援を行うことが求められている。

そこで、経済的自立が困難な高齢者世帯に対して、日常的・社会的自立を実現することを目的とした事業を積極的に展開し、国が進める強引な利用抑制策ではなく、効果的・効率的な介護サービスの利用を促進することで、介護扶助費の大幅な削減に成功した東京都内のある自治体(練馬区)の取り組みを紹介する。なお当事業は、筆者が当自治体の理事者(総合福祉事務所長)を務めていた時に、責任者として制度設計と実施体制の整備を担ったものである。以下、事業実施要領¹¹⁾により、内容を要約して説明したい。

(1) 生活保護受給高齢者世帯に対する訪問支援事業

① 目的

生活保護を受給している高齢者世帯(一時入院・入所中の者を含む)に対し、生活支援員(以下「支援員」という。)が居宅を訪問し、日常生活の状況を把握すること、その生活上の課題に対して必要な助言を行うこと、また、高齢者福祉サービスの利用を案内し、その手続に係る支援を行うことにより、支援対象世帯の日常生活の自立を促し、世帯が安心して暮らせるようにすることを目的とする。

② 概要

訪問事業は区内の各在宅介護支援センター(以下「センター」という。)に委託し、従事する専門職員を支援員という。支援員は、総合福祉事務所の現業員と連携しながら支援対象世帯に対して、居宅を訪問し、世帯員の安否確認を中心に日常生活の状況を把握する。また、支援員は世帯員の一人ひとりと直接会い、その様子をじかに確認する機会をできるだけ確保するよう留意し、以下の具体的な支援を実施する。

・日常生活上の課題、悩み事について必要な助言を行う支援。

支援員が把握する項目は概ね次のとおり。基本的には支援対象世帯からの聞き取りにより確認する。昼夜逆転、不眠など日中の過ごし方。家事(洗濯・掃除・料理・買い物等)の状況確認。室内状況(ゴミが捨てられているか。室内が乱雑な状況になっていないか)。家計(生活費、家賃、光熱水道費等の費消)状況に未払いや借金などの問題がないか。健康状態(病名、病状、通院状況、服薬状態等)。

・社会生活上の課題、悩み事について必要な助言を行う支援。

親族との交流状況(緊急連絡先の把握)。知人・友人との交流状況。近隣住民との関係(民生委員との関係も含む)。住宅設備補修等(ガラス、畳、ドア、部屋の段差解消)の必要性など。

・介護保険サービス等の他法他施策による高齢者福祉サービス利用の案内およびその手続きに係る支援。

介護保険制度・介護扶助の内容説明および手続き支援。介護保険要介護認定申請手続の支援。居宅介護支援事業者選定にあたっての助言、地域包括支援センターへの連絡およびサービス事業者との契約についての支援。その他の施策による高齢者対象福祉サービス(配食・介護予防事業・見守りサービス等)の利用手続支援。

(2)日常生活支援事業

①目的

生活保護を受給している高齢者世帯(一時入院・入所中の者を含む)の世帯員のうち、(1)の「訪問支援事業」による支援に加えて、さらに日常生活の支援が必要と認められる者、また、居宅生活の維持が難しくなっているため、生活状況の確認や入院・入所への移行に向けた支援が必要と認められる者に対し、「支援員」がきめ細やかな支援を行うことにより、支援対象者の日常生活の自立を促し、本人が安心して暮らせるようにすることを目的とする。

②概要

(1)と同様に、支援員は総合福祉事務所の現業員と連携しながら、支援対象者に対して以下の具体的な支援業務を行う。

◎日常生活支援

・訪問支援業務による支援の頻度を上回る見守り支援が必要と認められる支援対象者に対して、

訪問回数・頻度を増加して対応する。夏季の熱中症予防等で、特定の時期に訪問を行う。

・入院準備支援として、予め入院(入所)が決まっているが、家族や担当ヘルパーが支援できない場合に、事前に荷造りや買い物等の支援を行う。

・緊急入院支援として、支援対象者または病院から要請があり、家族等が支援できないときに日用品の準備などの支援を行う。

・通院同行、入・退院時の付き添い、入院中の外出付き添い支援を行う。

・各種手続支援として、各種の公的書類等の作成、提出支援(代筆、代理提出)を行う。また、各種の同行手続支援(金融機関、役所、転居時ライフライン窓口、電話加入窓口等)。

◎介護支援専門員や地域包括支援センターとの連携による支援

・居宅生活の維持が困難な場合の入院・入所への移行に向け、受け入れが可能と考えられる病院・施設についての情報を提供する支援(居宅生活に復帰することが難しく、転院・転所を必要とする者への支援を含む)。

・担当介護支援専門員の招集するサービス提供者会議へ参加し、必要な役割を担う。地域包括支援センターの実施する虐待防止・権利擁護などに係るチームケア会議へ参加し、必要な役割を担う。

◎管外の高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム等に入居している者を地区担当員とともに訪問し、生活状況等の確認を行う支援

・生活状況等を確認し、必要に応じて介護保険の要介護認定手続、施設入所サービス利用手続の調整の支援を行う。

なお、すでに述べたように、本事業は区内 19 か所の在宅介護支援センターに委託を行い、福祉事務所の現業員と協働連携して実施を行うものである。各センター 2 名配置のため、生活支援員の総数は 38 名となる。当自治体の被保護高齢者世帯数は、平成 27 年度末で 5,749 世帯となることから、支援員 1 人当たりの担当世帯数は約 150 世帯となる。参考までに業務委託料は人件費、事務運営経費合わせて約 2 億円。生活保護制度上の自立支援プログラムとしての位置づけのため国の補助率は 75%となり、自治体の負担も緩和されている。

3. 生活支援員配置による介護扶助費適正化の効果

それでは、生活支援員を配置して被保護高齢者世帯に対する日常生活自立・社会生活自立支援を積極的に展開した、当該自治体における効果の検証である。表 2 を参照されたい。これは、生活支援員が配置される前年度の平成 22 年度と、制度運用開始後 4 年を経た同 26 年度それぞれの A・介護扶助費総額、および B・介護扶助の受給者数(以下、受給者数)並びに C・年間 1 人当たりの介護扶助費(以下、扶助費)を比較したものである。なお、東京 23 区全自治体の統計についても、全体の比較を行うために記載した。

太線の□で囲った自治体が練馬区である。平成 22 年度の A・介護扶助費総額は約 4 億 7

千万円。また、B・受給者数は1,640人、C・扶助費は289,081円であった。なお、東京23区は約89万人の世田谷区から約6万人の千代田区まで、人口差が大きく被保護者数自体も違うため、単純な費用総額での比較は難しい。そこで、C・扶助費に焦点をあてて比較することにした。この平成22年度の数値において、練馬区は23区全体で低額なほうから10位であった。23区全体のC・扶助費の平均額が約315,000円であることを踏まえると、若干平均額より少ない状況にあったといえる。次に、生活支援員配置後の26年度の数値を見てみたい。D・介護扶助費総額は約5億6千万円となり、額で約9千万円増加していることがわかる(17.7%増)。また、E・受給者数は2,390人と750人の増加になり、その増加率はH・45.8%に達している。これは、高齢者世帯の増加によるものと推察される。ところが、F・扶助費は233,418円となり、23区で最も低額(1位)になった。練馬区の介護扶助受給者数、増加数、人員増加率はともに13位の大田区とほぼ同じであるが、J・扶助費の減少率は同区よりも8%(15,000円)大きい。その結果、F・扶助費では7万円もの差が開いた。さらに、この金額は介護扶助費に過ぎないため、実際に給付されている社会保障費としては、介護保険給付分の9割が加えられる。つまり、1人当たりでは年間70万円の介護費用の差があることになる。

上記の結果と23区における他の自治体の傾向を踏まえれば、以下のことがわかる。1人当たりの介護扶助費を降順に並べたところ、練馬区を除く他の自治体では、22年度の順位と26年度の順位はほとんど変化がない。練馬区以外の自治体のうち3つ以上順位を上げた区は、江東区(12位→9位)、新宿区(15位→12位)、中央区(21位→15位)、墨田区(22位→19位)の4区のみであり、江東区を除けばいずれも全体の半分以下の順位に止まっている。このうち中央区はJ・増減率△24.7%となり、数値としては最大の減少率となったが、F・扶助費では23区全体平均額を超過している。新宿区も練馬区と同様のJ・増減率となったが、F・扶助費では、23区平均額をようやく下回った程度である。その他の区は、順位を下げたかもしくは同レベルに止まっていることから、練馬区の結果は注目に値するといえよう。

また、費用対効果についても一考してみたい。生活支援員の委託運営経費は、単年度で1億9,995万円(26年度予算ベース)となっている。22年度と比較した26年度のI・1人当たり介護扶助費減少額は、単年度で55,663円となった。これは介護費用総額分の1割相当分に過ぎないため、介護保険給付額の9割分と合わせると1人当たり556,630円の単年度減少額となる。練馬区の介護扶助受給人員は2,391人(26年度)であることから、1人当たりの介護扶助費が22年度と同じであると仮定すると、その減少総額は13億3,090万円にもなる。その要因がすべて生活支援員が取り組む自立支援によるものではないにせよ、費用面に限れば15%程度の効果で十分に元が取れることになる。

一方で、生活支援員は生活保護の高齢者世帯のみに支援を実施することから、効果を検証するためには、各区の介護保険制度全体の給付実態と比較することが求められる。つまり、本体である介護保険の1人当たりの給付額が減少すれば、それに影響されて介護扶助費も減ることにな

る。これは生活支援員による自立支援の効果ではなく、介護保険施策による影響が大きいと判断されるからである。そこで、表3を参照されたい。これは、表2と同様に東京23区の自治体別に保険給付総額を第1号被保険者数で割り返し、1人当たりの介護保険給付額を算出し比較したものである。これによると、介護扶助の状況では下位にあった江戸川区が、介護保険の状況では最上位となり、最も低額な自治体となっている。また、介護扶助の低額上位3区のうち、1位の練馬区は介護保険では13位となり、1人当たりの介護保険給付額は294,000円、増加額は41,000円、増加率は16.2%といずれも23区平均値を上回る。また、同様に介護扶助2位の目黒区は介護保険21位である。前者3位の品川のみが、介護保険でも同じ3位になっている。このことから、介護扶助費と介護保険給付額には特段の相関関係は低いといえる。また、介護保険13位の練馬区が介護扶助は最上位となる大きな理由の一つとして、他区では実施されていない生活支援員の導入による、日常生活自立支援・社会生活自立支援の効果があげられる。まさに「転ばぬ先の杖」がいかに大切なことなのかを、私たちに教示している。

Ⅳ. おわりに

我が国の高齢化率は、直近の敬老の日である平成28年9月19日において、27.3%を占めるに至った。4人に1人が高齢者となった平成26年の衝撃もすでに忘れられ、3人に1人が高齢者という時代もそう遠くない。これに伴い、今後の社会保障費の中で一段と増加するのは、医療と介護にかかる費用であると指摘されている。地域包括ケアの充実による介護費用の削減への取り組みの中心は、介護予防事業の効果と介護保険利用の適正化であることは周知の事実である。

国が主導する適正化は、軽度者に対する訪問介護や通所介護等の介護保険給付の制限として強化されてきたが、必要とされるサービスの利用が制限されることにつながる危険性もはらむ。大切なことは、必要なサービスをできるだけ早く適切に利用し、要介護状態の改善に結び付ける。また、閉じこもりがちで筋力が弱る廃用症候群の人を減少させるために、早期に介護予防活動への参加を促す等のきめ細やかな支援である。介護扶助の適正化もしかりで、本論ではこれらの取り組みを継続的、組織的に実施し、介護扶助費の削減に成功した事例をもとに、訪問活動による日常生活自立・社会生活自立の支援の重要性を述べた。

なお、高齢者生活支援員の事業効果については、量としての費用面の減少を中心に論じたが、質の面での評価に言及できなかったことが大きな課題として残っている。参考までに、当該自治体の福祉事務所現業員に対する平成26年度のアンケート調査においては、「生活支援員により、きめ細やかな支援が提供できるようになった」との回答が8割を超え、「高齢者世帯へのサービスが充実したと感じる」との回答割合も6割を超えている¹²⁾。反対にデメリットも指摘されており、総じて「生活支援員導入により福祉事務所現業員の増員が抑制され、現業員1人あたりの負担が増加して

いる」というものであった。日常生活自立・社会生活自立支援の有効性についての研究をさらに深めるためにも、今後は効果の測定に事業の質も担保すべく、日々研鑽に励む所存である。

表2 介護扶助の状況比較(東京23区)

順位	平成22年度 介護扶助の状況(単位:円)				平成26年度 介護扶助の状況(単位:円)				H増加率 G/B	I増減額 F-C	J増減率 I/C		
	A介護扶助費総額	B受給者数 (人)	C一人当たり の介護扶助費 B/A	22 順位	D介護扶助費総額	E受給者数 (人)	F一人当たり の介護扶助費 L/K	G増加数 (人) E-B					
1	目黒	82,332,660	252	233,236	10	練馬	598,041,001	2,391	233,418	751	45.8%	-55,663	-19.3%
2	品川	157,166,767	651	241,424	1	目黒	106,365,927	448	235,957	95	26.9%	1,821	0.8%
3	世田谷	250,206,730	990	252,734	2	品川	236,039,601	946	238,942	295	45.3%	-2,482	-1.0%
4	杉並	209,232,804	807	259,297	5	中野	245,065,100	1,026	239,439	241	30.7%	-20,797	-8.0%
5	中野	204,285,929	785	259,236	8	板橋	222,995,122	2,093	244,861	610	41.1%	-31,101	-11.3%
6	北	266,963,548	1,028	263,698	6	北	405,072,064	1,539	263,205	451	41.5%	-493	-0.2%
7	板橋	390,476,739	1,329	271,239	4	板橋	298,613,551	1,114	268,053	307	38.0%	8,756	3.4%
8	板橋	409,555,228	1,082	275,962	3	世田谷	400,899,734	1,490	270,872	500	50.5%	18,138	7.2%
9	新川	243,828,176	663	282,188	2	江東	386,239,742	1,409	274,123	326	30.1%	-34,693	-11.2%
10	練馬	474,092,445	1,640	289,081	7	葛飾	511,747,212	1,855	274,395	536	40.3%	3,156	1.2%
11	豊島	196,257,473	658	298,264	11	豊島	293,162,354	994	294,931	336	51.1%	-3,333	-1.1%
12	江東	334,447,361	1,082	308,816	16	新宿	374,460,812	1,253	298,851	330	35.8%	-70,796	-19.2%
13	足立	892,694,600	2,982	332,723	14	大田	756,526,088	2,489	303,947	769	44.7%	-40,893	-11.9%
14	大田	593,425,183	1,726	344,840	9	荒川	327,218,441	1,014	322,700	151	17.5%	40,512	14.4%
15	台東	211,906,778	610	347,388	21	中央	35,219,044	168	328,684	61	57.0%	-107,618	-24.7%
16	新宿	341,184,342	923	369,647	13	足立	1,106,499,619	3,333	331,982	650	24.2%	-741	-0.2%
17	江戸川	547,104,725	1,480	369,665	17	江戸川	746,506,942	2,197	339,784	717	46.4%	-29,881	-8.1%
18	文京	109,989,731	295	372,847	15	台東	401,732,469	1,029	390,410	419	68.7%	43,022	12.8%
19	港	105,996,027	288	378,557	22	墨田	353,112,141	1,343	411,848	387	40.5%	-51,536	-11.1%
20	渋谷	154,887,987	381	406,530	19	港	151,929,288	368	412,851	88	31.4%	34,294	9.1%
21	中央	46,684,302	107	436,302	20	渋谷	211,326,185	494	427,401	113	29.7%	20,871	5.1%
22	墨田	442,995,523	956	463,384	18	文京	164,698,793	385	427,789	90	30.5%	54,942	14.7%
23	千代田	47,783,729	69	692,518	23	千代田	79,874,525	95	840,784	36	37.7%	148,266	21.4%
	23区全体	6,702,530,963	21,231	315,697		23区全体	8,874,957,129	29,484	301,009	8,253	38.9%	-14,688	-4.7%

資料 特別区 各区統計書 平成23年度版および平成27年度版より作成

表3 介護保険給付の状況比較(東京23区)

順位	平成22年度 介護保険給付の状況(単位:千円)				平成26年度 介護保険給付の状況(単位:千円)						
	保険給付総額	1号被保険者数 (人)	一人当たりの 介護保険給付額	順位	順位	保険給付総額	1号被保険者数 (人)	一人当たりの 介護保険給付額	増加額	一人当たりの 増加率	
1	江戸川	25,093,675	122,070	206	1	江戸川	32,765,052	139,644	235	29	14.1%
2	江東	19,070,597	90,122	212	2	江東	25,584,177	105,455	243	31	14.6%
3	葛飾	22,822,198	97,706	234	3	品川	21,081,670	79,435	265	28	11.8%
4	品川	16,821,269	71,087	237	4	板橋	32,951,787	123,932	266	22	9.0%
5	足立	34,954,399	146,136	239	5	足立	45,176,241	164,096	275	36	15.1%
6	北	19,190,954	79,221	242	6	北	24,178,217	86,870	278	36	14.9%
7	板橋	26,554,804	108,765	244	7	葛飾	30,611,327	109,172	280	46	19.7%
8	墨田	43,270,634	53,232	249	8	墨田	16,659,345	59,332	281	32	12.9%
9	練馬	34,933,560	137,915	253	9	大田	45,259,274	159,588	284	29	11.4%
10	大田	36,163,746	142,005	255	10	台東	13,161,237	45,896	287	27	10.4%
11	台東	10,809,032	41,505	260	11	荒川	14,079,660	48,917	288	5	1.8%
12	渋谷	10,153,099	38,318	265	12	渋谷	12,346,433	42,364	291	26	9.8%
13	豊島	13,775,071	51,946	265	13	練馬	45,216,888	153,724	294	41	16.2%
14	中野	16,365,763	61,311	267	14	杉並	34,627,182	116,275	298	26	9.6%
15	杉並	28,595,927	105,197	272	15	豊島	17,080,821	57,104	299	34	12.8%
16	新宿	16,471,527	60,540	272	16	新宿	20,005,985	66,874	299	27	9.9%
17	世田谷	43,242,453	157,238	275	17	中央	6,863,059	22,952	299	12	4.2%
18	荒川	12,453,603	44,054	283	18	中野	20,149,513	66,892	301	34	12.7%
19	目黒	14,104,969	49,453	285	19	世田谷	55,047,195	176,439	312	37	13.5%
20	中央	5,642,985	19,645	287	20	文京	13,141,279	42,030	313	23	7.9%
21	文京	11,074,124	38,216	290	21	目黒	17,337,710	54,560	318	33	11.6%
22	港	10,798,599	37,116	291	22	港	12,615,183	42,451	321	30	10.3%
23	千代田	2,966,647	9,617	308	23	千代田	3,672,708	10,740	342	34	11.0%
	23区平均			260					290	30	11.5%

資料 特別区 各区統計書 平成23年度版および平成27年度版より作成

〈注〉

- 1) 全国一律の基準となっている予防給付のうち、「訪問介護」「通所介護」を、すべての自治体で平成 29 年度末までに地域支援事業の一つである本事業に移行することとされた。要支援者、基本チェックリストで対象者とされた者は、本事業の「訪問型サービス」「通所型サービス」「その他の生活支援サービス」「介護予防ケアマネジメント」が利用可能。また、それ以外の元気な高齢者は、介護予防の講演会などの普及啓発などの一般介護予防事業の利用が可能。
- 2) 厚生労働省 資料「生活保護受給者の動向について」平成 26 年 10 月
- 3) 尾藤廣喜・木下秀雄・中川健太郎編著：生活保護法の挑戦 高峯出版 2000 p23
- 4) 里見賢治：社会保険方式の再検討，高齢社会と社会政策，ミネルヴァ書房：p71-72, 1999
- 5) 東京都福祉局生活福祉部保護課：介護扶助実施の手引き，p25, 平成 16 年 3 月
- 6) 厚生労働省：介護給付適正化計画に関する指針について，平成 19 年 3 月
- 7) 拙著「介護保険制度における費用負担のあり方 田園調布学園大学紀要第 7 号所収 平成 25 年 3 月」において，増大する高齢者関係の社会保障給付費について，一定の所得や資産を有する高齢者が低所得高齢者を支える世代内支援の実施の必然性について論じている。
- 8) 虐待や福祉的な対応など，やむを得ない事由による要介護 1・2 の方の入所も可となる。
- 9) 現役並み所得の基準については，高齢者医療と同様に課税所得額 145 万円以上となる。ただし，高齢者医療と同様に，課税所得額が 145 万円以上の者が世帯にいた場合でも，同一世帯内の被保険者の収入が単身の場合 383 万円，2 人以上の場合 520 万円に満たない場合には，現役並み所得者ではなく一般(37,200 円)に戻すこととなる。
- 10) 久保美由紀：生活支援サービスをめざして，高齢者福祉白書 2016：p89, 2016
- 11) 練馬区実施要領：生活保護受給高齢者世帯に対する訪問および日常生活支援事業の実施について，平成 23 年 4 月
- 12) 練馬区資料：生活支援員制度・保護 4 係高齢特化体制のメリット・デメリットの分析，平成 27 年 12 月

〈参考文献〉

- ・厚生労働省：社会保障審議会介護給付費分科会資料，平成 24 年度介護報酬改定の概要，平成 24 年 1 月
- ・厚生労働省：社会保障審議会介護給付費分科会資料，平成 27 年度介護報酬改定の概要，平成 27 年 2 月
- ・生活保護自立支援の手引き編集委員会編：生活保護自立支援の手引き，中央法規，2008
- ・川村匡由：改正介護保険サービス・しくみ・利用料がわかる本，自由国民社，2015
- ・今井伸：わかるみえる社会保障論，みらい，2016