

介護保険制度の変遷とその課題 —高齢者介護保障政策の今後に向けて



大阪経済大学経済学部教授 森 詩恵

～要旨～

本稿は、介護保険制度の導入時からこれまでを振り返り、介護保険制度の抱えている主な課題の再整理を目的とする。主に、①サービス提供からみた介護保険制度の変容とその課題、②介護保険財政の増大とサービス利用、③介護者支援の課題、④市町村の役割の再確認、の4つの項目から分析した。本稿の結論として、①介護保険制度は改正ごとにその根本的な部分を変容させているが、その背景には高齢者介護支援においては、ただ「介護」サービスを提供するだけでなく、利用者の生活全体を支援するという視点が重要であること、②介護保険制度を導入した現在も家族介護が多くの部分を担っているが、家族介護者に対する支援政策は整っておらず、現金給付やワークライフバランス政策の充実など、介護者支援が早急に必要であること、③介護保険制度の導入後、保険者である市町村の役割が変容することによって、介護に対する公的責任が縮小し、またその意識が希薄化しているため、利用者がどのような生活を送っているかを把握し、サービス利用における最終的な公的責任を担うことが市町村の重要な役割であることを再確認する必要があること、である。

はじめに

少子高齢化の進展のもと、わが国では高齢者介護問題に対応するための新しい介護保障システムとして、2000年4月から介護保険制度を導入した。介護保険制度導入以前は、主に高齢者介護は家族（特に女性）が中心となっておこなっていたが、老人福祉、老人保健・医療のそれぞれの制度から公的なサービスも提供されていた。しかし、世帯構造の変化や女性の社会進出によって家族機能は低下し、医療技術等の進歩による介護の重度化・長期化もあわさって、家族が今までのように高齢者の介護を担うことは

難しい状況となった。また、老人福祉、老人保健・医療制度においても制度間の不均衡や不整合、社会的入院など制度面・財政面での課題が生じており、新しい介護保障システムの必要性が高まった。

導入された介護保険制度は、わが国の社会保障構造改革の第一歩として位置づけられ、わが国の社会保障・社会福祉政策を大きく転換させるものであった。その特徴としては、①保険料と公費の折半で財政構成される社会保険方式を導入し、高齢者を被保険者として位置づけたこと、②利用者本位のサービス提供を行うという

目的から利用者がサービスの種類や事業者を選択し、契約する方式としたこと、③要介護認定の導入、④ケアマネジメントの技術を用いて利用者からサービス選択等に関する相談を受け、連絡調整を行い、サービスの給付管理を行う専門職として介護支援専門員（ケアマネジャー）を新設したこと、⑤利用者にはサービス利用にあたって定率の利用者負担が課されること、⑥多種多様なサービス・事業者の選択を可能とするために、準市場のもとで居宅介護サービス分野に民間事業者の参入を認めたこと、などがあげられる。

しかし、介護保険制度が導入されたからといって、高齢者介護問題がすべて解決したわけではない。もともと「小さく産んで大きく育てる」といわれた介護保険制度は制度導入時から多くの課題を抱えたままの出発となったため、制度の根本を大きく変更する改正がその後も度々行われることとなった。また、懸念されていた介護保険財政においても制度導入後すぐに頭を悩ませる問題となり、その結果、改正ごとに制度の「持続可能性の確保」を課題として掲げることとなった。

そこで、本稿では、介護保険制度の導入時からこれまでを振り返り、介護保険制度の抱えている主な課題の再整理を目的とする。それは、介護保険制度が導入されてから18年が経ちその間に制度が大きく変化していること、そして、これから高齢者介護問題は団塊世代が75歳以上に達する「2025年問題」だけでなく、団塊ジュニア世代が65歳となっていく「2040年問題」までを視野に入れて検討する必要があるからである。そのためにも、さらに厳しい状況が続くと予測されるわが国の高齢者介護問題について、今後の方向性を再検討するうえで現在の介護保険制度の課題を明らかにしておくことがなによ

りも必要である。そして、わが国の高齢者介護保障政策をはじめ、高齢者福祉、社会福祉政策の今後の方策を見つける手がかりとしたい。

1 サービス提供からみた介護保険制度の変容とその課題

(1) 介護保険制度の根本的問題

介護保険制度は改正を重ねるごとに大きく制度内容を変更しているが、それは介護保険制度導入時から根本的な課題が制度に内包されているからといえる。ではまず、サービス提供からその根本的課題を明らかにしよう。2000年4月から導入された介護保険制度は、心身の状況に応じて判定された要支援認定・要介護認定（以下、「要介護認定」とする。）に基づいて、介護や介護関連サービスを提供するのみの仕組みであった。そのため、それまで多くの市町村で実施されていた緊急通報サービスや配食・外出支援サービスなど介護以外の日常生活支援や社会とのつながりを維持する支援などは保険給付から除外された。また、利用者の生活歴や利用者を取り巻く家族の状況など、個々の状況の違いについては要介護認定では考慮できず、サービス事業者やケアマネジャーがいくらそれぞれの利用者に対応した生活全体の支援を行おうとしても、利用者負担の問題もあって十分な支援を行うことが難しいシステムとなってしまった。さらに、サービス事業者やケアマネジャーは、介護報酬による事業所経営のため「利益」を考えただけでの利用者支援・サービス事業所経営を余儀なくされ、利益のあがらない利用者・サービス・地域へ積極的に関わるのが経営的に難しい状況も生み出された。

以上のように、利用者にとっては本来必要な生活全体に対する支援であっても、保険給付内から提供されるサービスは限定され、利用者を

取り巻く個人の状況を考慮しない要介護認定、サービスを利用すればするほど増える利用者負担などの問題から、適切なサービスが利用できない状況が生み出されるシステムとして介護保険制度は作られてしまったのである。また、ケアマネジャーやサービス事業者からみても、経営面から介護報酬に反映されない支援（介護予防、利用者に対するエンパワメントなど）を行なうことが難しい状況になってしまったのである¹⁾。

(2) 2005 年改正による制度の変容

このようにサービス提供において根本的な課題を抱えた介護保険制度であったが、制度導入後は要介護（要支援）認定者数（とくに軽度者）の増加による財政状況の悪化問題も浮き彫りになってきた²⁾。その他にも、サービス事業者におけるサービスの質の問題や不正受給、ケアマネジャーの職務の不明確さ・能力格差などの問題も明らかになった。そこで、2005 年改正では、制度の基本理念である「高齢者の自立支援」「尊厳の保持」を基本とし、「地域包括ケア」の理念を導入する一方で、給付の効率化・重点化によって制度の持続可能性を高めていくという抜本的な改正が実施された。具体的には、①予防重視型システムへの転換、②施設給付の見直し、③新たなサービス体系の確立、④サービスの質の確保・向上、⑤負担の在り方・制度運営の見直し、という 5 つの柱で改正が行われた。

この改正における介護保険制度の変容について簡単に述べれば、介護保険制度の「拡大」と「縮小」という言葉で表すことができよう。まず、介護保険制度の「拡大」とは、介護保険制度の対象者とサービス範囲が拡大されたということである。対象者の拡大とは、これまでの要介護認定を受けた要支援者・要介護者だけでなく、

要介護認定非該当の自立した高齢者を制度の対象に含めたことである。そして、サービス範囲の拡大とは、「地域包括ケア」という理念のもとで、これまで対象でなかった介護予防や高齢者の生活全体を支援するには欠かせないサービス（その 1 つが「総合相談支援・権利擁護」）を実施するため新しく地域支援業を新設し、その中心的役割を担う地域包括支援センターを創設したことである。

このように、2005 年改正では、それまで対象ではなかった自立した高齢者を介護保険制度の対象としたことで、介護保険制度の利用可能な高齢者が増加することになった。また、生活全体に対する総合相談支援・権利擁護を介護保険制度の中に取り込むことになり、介護以外の日常生活の支援についても介護保険制度から提供されるサービスの範囲となったのである。

一方で、今回の改正では介護保険制度の「縮小」も同時に行われた。それは、新予防給付の創設による軽度者のサービス利用抑制（要支援 2 の創設、福祉用具貸与における要支援者への原則給付なし）、施設給付の見直し（施設入所者の居住費・食費を保険給付の対象から外す）などであり、介護保険制度の「持続可能性の確保」にむけて、給付の効率化・重点化を実施したのである。以上のように、介護保険財政の増大が問題となるなかで、2005 年改正では介護保険制度の「拡大」と「縮小」という相反する改正が同時に行われることとなり、それはその後の改正においても続いていくことになる。

(3) 2014 年改正による制度の変容

2005 年改正以降も地域包括ケアシステムの構築を目指して制度改正に取り組んできたが、2014 年改正で再び介護保険制度の基盤が大きく変容する。2014 年改正は、①地域包括ケアシス

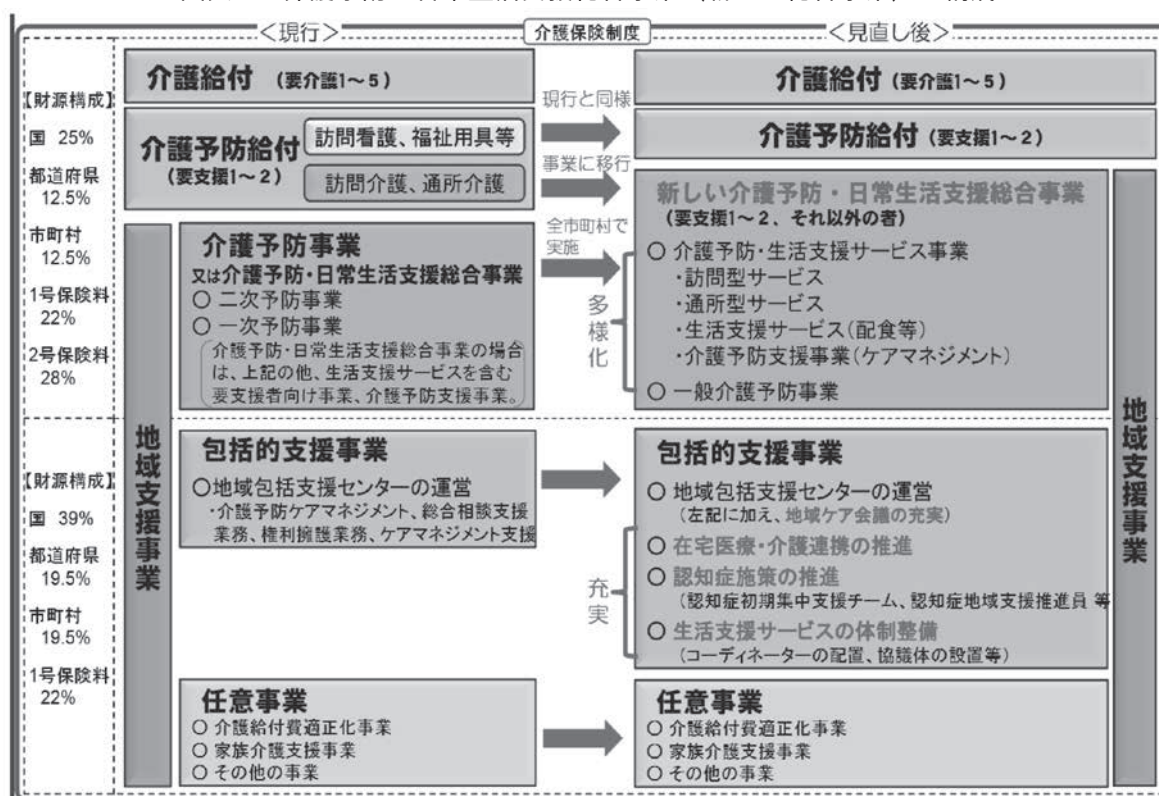
テムの構築、②費用負担の公平化という2本柱で実施され、とくに、サービス提供に関する根本的な大改正が行われた。それは、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直しとそれにあわせた予防給付の見直しである。具体的には、図表1にあるように、予防給付のうち訪問介護と通所介護については予防給付から切り離し、介護予防事業や生活支援サービス事業とあわせて介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」とする。）を全市町村で実施することになったのである³⁾。

「介護保険制度の見直しに関する意見」（2013）では、地域支援事業の見直しの背景について、「生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加促進の必要性に応えるためには、地域支援事業の枠組みの中で介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し、サービスの種類・

内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式を見直すことが必要である⁴⁾と述べている。ここで注目すべきは、総合事業では訪問介護と通所介護だけでなく、これまで介護保険制度の保険給付対象外であった配食サービスや安否確認など、利用者の生活全体の支援を行うサービスと一体でサービス提供する仕組みとし、介護保険制度のサービス範囲を利用者の生活全体を支援するサービスまで拡大することにした点である。これは、介護保険制度が高齢者の生活全体を視野に入れた制度へと転換したことを示している。

一方で、「介護保険制度の見直しに関する意見」

図表1 介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の構成



（出所）厚生労働省老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン（概要）」
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000088276.pdf>

(2013)の文言からもわかるように、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業のサービス提供者には「住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組」が期待され、訪問介護員による訪問介護だけでなく、緩和した基準によるサービスや住民主体によるサービスも保険給付内で利用可能となった。これは、住民や高齢者の参加によって低廉な単価でのサービス提供を可能にしたということである。つまり、2014年改正ではこれまで制度の持続可能性を確保するためにやってきた「給付の効率化・重点化」のなかで、サービスの利用や給付範囲の「縮小」といった方法だけでなく、「介護予防」を目的とした高齢者の社会参加や住民主体によるサービス提供によって、低廉な単価でのサービスを普及させ、「費用の効率化」をはかる方法が介護保険制度のなかに作り出されたといえよう。

以上のように、制度導入時からこれまでの介護保険制度改正によって、サービス提供という制度の根本部分に関わる大きな改正が行われ、それは、地域包括ケアシステムの構築に向けたサービス対象者・範囲の「拡大」と介護保険財政の増大を抑制するためのサービス利用抑制や給付範囲の「縮小」、さらには費用の効率化という相反する状況が繰り返し行われてきたといえるのである。

2 介護保険財政の増大とサービス利用

前節においても、要介護（要支援）認定者数・サービス利用者数が増加する中で、給付の効率化・重点化によって制度の持続可能性を確保するための制度改正が繰り返されていることを述べた。「平成27年度介護保険事業状況報告」によれば、2016（平成28）年3月末現在の要介護（要支援）認定者数は620万人で、2000（平成12）年3月末現在の256万人よりも364万人増えて

いる（242.2%）。また、サービス受給者数（1ヶ月平均）をみると、2015（平成27）年度では521万人で、2000（平成12）年度の184万人よりも337万人増えている（283.2%）。このような要介護（要支援）認定者数、サービス受給者数の増大は、当然であるが介護保険財政の増大要因となっており、2015（平成27）年度では保険給付の費用額は9兆8,326億円で、2000（平成12）年度の3兆2,427億円よりも6兆5,899億円増えている（303.2%）。

そして、保険給付の費用額の増大とあわせて、介護保険料は制度導入時からこれまで上昇し続けており、第6期介護保険料の全国平均月額額は、5,514円で第5期介護保険料の4,972円よりも542円増加した。第1期介護保険料の2,911円からみると2,603円増加し（+189.4%）、今後の見込みとしては2020（平成32）年度は6,771円、2025（平成37）年度は8,165円と、ますます増大すると見積もられている⁵⁾。また利用者負担においても、制度導入時は原則1割の定率負担だったが、2015（平成27）年8月からは一定以上の所得のある第一号被保険者は2割負担、2018（平成30）年8月からはさらに所得の高い第一号被保険者は3割負担となることが決定している。

しかし、介護保険財政が増大する一方で、利用者が一ヶ月あたりどの程度サービスを利用しているのかをみると、各要介護度に設定された支給限度基準額の上限までサービスを利用しているわけではないことがわかる。「平成28年度介護給付費等実態調査の概況」の「要介護（要支援）状態区分別にみた居宅サービス受給者平均給付単位数・平均利用率」（平成29年4月審査分）をみても、平均利用率（居宅サービス受給者平均給付単位数の支給限度基準額（単位）に対する割合）で、最も高いのが「要介護5」の65.3%、最も低いのが「要支援2」の31.9%と

なっており、要介護度ごとにばらつきがあるが3割から7割程度となっている。ここで問題なのは、平均的にみてだが各要介護度に設定された支給限度基準額の上限までサービスを利用していないにもかかわらず、介護保険財政が増大し、今後の制度の持続可能性の確保が厳しい状況にあるという点である⁶⁾。

このように、介護保険財政の増大に歯止めをかけるべく、これまでの改正では給付の効率化・重点化を実施し、また保険料や利用者負担の引き上げによって、制度の持続可能性の確保に努めてきた。しかし、高齢化は今後も進み、また高齢者の単身世帯・夫婦世帯の増加や団塊ジュニア世代が高齢化していくなかで、さらに高齢者介護に対するサービス利用の増加が予測される。そのため、今後は保険料や利用者負担の引き上げ、給付の効率化・重点化だけでは乗り切れないことは明らかであり、どのようにして介護保険財政を安定化させるかが課題となる。それにはこれまでその議論が引き延ばしにされている「被保険者の範囲」について議論を進める必要がある。「介護保険制度の見直しに関する意見」(2016)においても「被保険者の範囲」については議論されているが「引き続き検討を行うことが適当である」と先送りされている。介護保険制度における「被保険者の範囲」については、障害者総合支援法などわが国のケア保障政策全体に関わる問題となるため慎重に議論を進める必要があるが、介護保険財政の状況をみればこれ以上先延ばしにすることは危険である。そのため、介護保険制度のあり方を含めて、早急にわが国のケア保障政策全体を検討する必要があるといえよう⁷⁾。

3 介護者支援の課題

介護保険制度は「介護の社会化」を目指して導入されたが、制度導入後も家族介護が大きな役割を果たしている。「平成24年就業構造基本調査」によれば、過去5年間に介護・看護を理由に前職を離職した者は48万7千人で、女性は38万9千人と約8割を占めている。また、前職を離職した者(48万7千人)のうち、現在就業状態が有業であるものは12万3千人、無業である者は36万4千人と、74.7%の者が仕事に就いていない状況である。

また、「平成28年国民生活基礎調査の概況」から主な介護者をみると、要介護者等と「同居」が58.7%と最も多く、次いで「事業者」が13.0%、「別居の家族等」が12.2%となっている。「同居」している主な介護者の要介護者等との続柄をみると、最も多いのが「配偶者」が25.2%、次いで「子」が21.8%、「子の配偶者」が9.7%で、男女別みると「女性」が66.0%、「男性」が34.0%と、女性が担うとされていた介護にも男性が年々増えていることが理解できる。

以上のように、依然として家族介護が必要とされている高齢者介護において、家族は肉体的負担、精神的負担、金銭的負担を強いられている。しかし、介護保険制度では、家族介護者に対する支援制度はほとんどない。介護サービス利用には利用者負担も必要であり、また介護者が無職になれば介護している期間の生活費の問題も抱えることになる。そのため、制度導入時に議論された現金給付についても検討する必要があるだろう。さらに、介護者が離職することによって失う収入や被用者であれば老後受け取る厚生年金の減額は、介護者自身の高齢期の生活とも非常に関係してくる。そのため、介護をしながら仕事を続けられる仕組みの充実を含め、介護離職を防ぐなどのワークライフバランス政策

が求められる。その他にも、介護者の健康維持やメンタルサポート、介護終了後の職場・社会復帰に向けた支援も必要である。そのためにも、介護者支援に対する全体的な取り組みが早急に必要である。

4 市町村の役割の再確認

(1) 介護におけるナショナル・ミニマムの保障

介護保険制度は、利用者自らがケアマネジャーと相談しながらサービスの種類や事業者を選択することができ、利用者本位のサービス提供を行うことを目指している。しかし、制度導入時からであるが、市町村は要介護者の要介護度については把握していても、その後の利用者のサービス利用状況や生活状況をつかんでいないという大きな問題がある。つまり、利用者の実際のサービス利用状況の把握や生活状況についてはケアマネジャーに任せきりで、市町村における要介護者の自立支援に対する公的責任が縮小され、その意識も薄れてきているのが現状である。また、2005年改正から創設された地域包括支援センターにおいても同様のことがおこっている。地域包括支援センターは社会福祉法人や医療法人等への委託が可能となっており、本来なら行政が行うはずの高齢者のニーズを直接把握する相談業務から行政が距離を置く危険性もはらんでいる。そのため、市町村は保険者としての制度の運営・維持といった機能だけでなく、要介護者やその家族が自らがその望む生活を維持できているのかという点を把握し、利用者のサービス利用とその生活についての最終的な公的責任（ナショナル・ミニマムの保障）を担うという役割を再確認する必要がある。

(2) 保険者機能の抜本的強化

介護保険制度は、地域の実情を考慮し制度設

計を行うことがその特徴の一つとして掲げられ、地方分権の試金石といわれた。しかし、制度の基礎的な仕組みは全国一律で決められていることが多い介護保険制度では、これまで保険者ごとの特徴が大きく取り上げられることはあまりなかった。しかし、地域の実情に考慮し制度を設計する仕組みとされた介護保険制度であれば、保険者の役割が重要であることは当然のことである。とくに、市町村の役割が変化するなかで、前節でも述べたとおり、介護に対する公的責任の縮小化は非常に大きな問題であり、要介護者に対するナショナル・ミニマムの保障をしっかりと保険者が担うべきである。

これらの課題を解決するかのように、2017年改正（図表2）では、さらなる地域包括ケアシステムの深化・推進を目指して、市町村や都道府県の取り組みを制度化するなどの保険者機能の抜本的強化が行われた。とくに、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進では、①介護保険事業（支援）計画の策定にあたり、国から提供されたデータを分析すること、②介護保険事業（支援）計画に介護予防・重度化防止等の取組内容および目標を記載すること、③都道府県による市町村支援事業の整備、④財政的インセンティブの付与の規定の整備、の制度化等が盛り込まれた。

このように、介護保険制度導入後は、介護保険制度、さらには高齢者福祉サービス提供における公的責任の縮小化とその意識の希薄化が危惧されたが、2017年改正による保険者機能の抜本的強化によって、市町村と都道府県の役割の重要性を再確認し、その果たす役割を明確化することになったのである。さらに、この自立支援・重度化防止の取り組みやその目標設定によって、地域の実態把握を行い、多面的に課題を分析することが市町村の役割としてより明確化された

図表 2 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

（出所）厚生労働省「平成29（2017）年介護保険法改正」2017年、1頁。

（<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/k2017.pdf>）

ともいえる。

また、2017年改正では、高齢者の自立支援・重度化防止等の取り組みを支援し、保険者機能の強化や都道府県による市町村支援のための新たな交付金を付与する仕組みとして「保険者機能強化推進交付金」の導入が決定した。これは、PDCAサイクルの一環として、国が定めた「アウトカム指標」や「アウトプット指標（プロセス指標）」にそって市町村や都道府県が自己評価して国に報告し、その評価によって交付金が支給される仕組みである。

このような保険者機能の強化に対する取り組みによって、地域の実態把握やケアプランの点検、地域包括支援センターに対する評価など、市町村や都道府県が果たす役割の点検と評価を期待できる。一方で、交付金獲得を目指して成

果が出やすいところへ取り組みが重点化される可能性も高く、支援は必要であるが成果が見えにくい取り組みなどには力が注がれない、また後回しになる状況も懸念される⁸⁾。そのため成果が数値で「見える」ことも重要であるが、数値化が難しい部分をどう評価するか検討されるべきである。そして、介護保険制度の本来の目的である市町村の実情を考慮した制度設計を実現させるためには、行き過ぎた財政的インセンティブは市町村の独自性を消してしまうことにもなりかねないため、この点にも注意が必要である。

おわりに

本稿では、介護保険制度導入時からこれまでを振り返り、介護保険制度の抱える課題を①サ

ービス提供からみた介護保険制度の変容、②介護保険財政の増大とサービス利用、③介護者支援の課題、④市町村の役割の再確認、という視点から明らかにしてきた。これらの視角からの分析によって得られた結果を、以下に整理しておこう。

第一に、サービス提供と財政的課題に関わる介護保険制度の「拡大」と「縮小」についてである。制度改正を重ねるごとに、制度の根本部分を変更する大改正が行われていくが、その背景には、高齢者の介護問題はただ介護サービスを提供すればよいだけでなく、高齢者の生活全体を支援するという視点が重要であるということである。その重要性を示すように、改正を重ねるたびにサービス支援の基盤となる「総合相談支援・権利擁護」や配食・安否確認などの生活支援サービスが介護保険制度内に取り込まれていった。しかし、一方で、介護保険制度は常に財政的課題を抱えており、制度の「持続可能性の確保」を目指して、給付の効率化・重点化、利用者負担の引き上げ、さらには高齢者や住民を利用した低廉な単価でのサービス提供などに踏み切っている。しかし、財政的課題を抜本的に改革することなしに、今後の介護保険制度の維持は非常に厳しい状況である。そのため、介護保険制度の「被保険者の範囲」の検討を含め、老人福祉法、障害者総合支援法などを含めたわが国のケア保障政策のあり方を早急に検討する必要があるといえる。

第二に、介護者支援のあり方についてである。「介護の社会化」を目指して導入された介護保険制度であるが、依然として家族介護が多く部分を担っている。未婚化、晩婚化が進むなかで、団塊ジュニア世代が65歳になっていく2040年代には団塊ジュニア世代を介護する家族介護者や介護労働者がどこまで確保できるかが非常に

不安である。本稿では触れることができなかったが、現在も不足している介護労働者は今後もさらに必要となり、家族介護者の支援だけでなく、介護労働者が働きやすい環境を整備することが早急に求められる。そのため、介護事業者には人材確保を任せ、その時々に応急的な対応でしのぐやり方ではなく、外国人介護労働者問題の議論も含めて、国が積極的な人材定着・確保の政策を実施することが必要である。そして、近年、課題としてあげられるのが「ダブルケア」の問題である。少子高齢化、晩婚化と出産年齢の高齢化を背景に、「育児」と「介護」を同時に行う状況が生み出されてきており、今後はさらその支援が求められるであろう。そのため、2017年改正でも掲げられた「地域共生社会の実現」に向けて、子ども、障害者、高齢者といった縦割り行政の支援ではなく、連携のとれた横断的な仕組みを構築することが必要である。

最後に第三として、市町村の役割と公的責任の再確認である。地域の実情を考慮して制度設計を行うことができる介護保険制度であるが、介護保険制度が導入されたことで市町村の役割が変容しつつある。それは、市町村は保険者として制度を運営・維持することが中心となり、地域の利用者やその家族が介護サービスを利用しながらどのような生活を送っているかについては、ケアマネジャーやサービス事業所任せで、市町村がその状況を把握していないという問題が生み出されている。2017年改正による保険者機能の抜本的強化を契機として、市町村は、利用者やその家族が介護サービスを利用しながら自らが望む生活を維持することができているかをしっかり把握し、介護において最終的な公的責任を担うことが重要な役目であることを再度確認すべきであるといえよう。

【注】

- 1) ケアマネジャーやサービス事業者からみて、その利用者の適切なサービス利用の内容・量があったとしても、サービスを利用すればするほど利用者負担が増すため、利用者が支払える負担額以上のサービス利用を勧めることは難しい。また、要介護度に応じた支給限度基準額を超えてサービスを利用した場合は全額自己負担となるため、支給限度基準額を超えないようにサービス利用を抑制することも考えられる。
- 2) 利用者の増加は、それまで福祉分野で課題とされていたサービス利用に対する抵抗感が以前より薄れたこともあるだろうが、利用者の増加は介護保険財政悪化へつながることは当然予測できることであった。
- 3) 2011 年改正において「介護予防・日常生活支援総合事業」は創設されたが、その導入は市町村の判断に委ねられていた。その後、2014 年改正において「介護予防・日常生活支援総合事業」は全市町村で実施されることになったが、実施までは2年間の猶予が設けられ、2017 年 4 月からすべての市町村で完全実施となった。
- 4) 社会保障審議会介護保険部会 [2013: 10]、より引用。
- 5) 厚生労働省老健局介護保険計画課 [2015: 1]、を参照のこと。
- 6) この他にも、なぜ要介護度に設定された支給限度基準額の上限までサービスを利用しないのかという問題もある。サービス利用の抑制要因としては、家族が代わりに行っている、金銭的理由、利用者または家族がサービスを利用したくない、などが考えられる。もし仮に利用者が支給限度基準額の上限までサービスを利用しなくても十分な在宅生活を送れているのであれば、支給限度基準額の設定に問題があるといえる。
- 7) 介護保険制度の給付と負担、それに伴う被保険

者の範囲に関するこれまでの議論の経緯については、森・藤澤 [2011a] [2011b]、を参照されたい。

- 8) また、要介護度や健康度合いの変化など、予防や重度化の防止など数値で表しやすいものは評価しやすいが、中・重度で要介護状態の変化がない要介護者に対する支援や高齢者が社会とつながり生きがいをもって生活を送るようになったかなどの生活の質の向上というような数値化が難しい支援は評価されにくくなる。この点は、公益社団法人日本社会福祉士会「高齢者の自立支援・重度化防止に向けた取組の推進に関する声明」（2017 年 2 月 7 日）においても、財政的インセンティブを問題視している。

【引用・参考文献】

- 伊藤周平・日下部雅喜 [2016]『改定介護保険法と自治体の役割』自治体研究社。
- 岡崎裕司・新福祉国家構想研究会 [2017]『老後不安社会からの転換—介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店。
- 厚生労働省「平成 27 年度介護保険事業状況報告書の概要」(http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/15/dl/h27_gaiyou.pdf)
- 厚生労働省「平成 28 年国民生活基礎調査の概況」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html>)
- 厚生労働省「平成 28 年度介護給付費等実態調査の概況」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/16/dl/04.pdf>)
- 厚生労働省「平成 29（2017）年介護保険法改正」(<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/k2017.pdf>)
- 厚生労働省老健局介護保険計画課 [2015]「第 6 期計画期間・平成 37 年度等における介護保険の第 1 号保険料及びサービス見込み量等について」(<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou>

12303500-Roukenkyoku-Kaigohokenkeikakuka/shuukei.pdf)

厚生労働省老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン (概要)」(<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000088276.pdf>)

相馬直子・山下順子 [2016]「ダブルケアとは何か」『調査季報：ダブルケアとオープンイノベーション』Vol.178, 横浜市政策局政策課。(<http://www.city.yokohama.lg.jp/seisaku/seisaku/chousa/kihou/178/kihou178-020-025.pdf>)

総務省「平成 24 年就業構造基本調査」[2013] (<http://www.stat.go.jp/data/shugyou/2012/pdf/kgaiyou.pdf>)

社会保障審議会介護保険部会 [2013]「介護保険制度の見直しに関する意見」(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000033066.pdf)

社会保障審議会介護保険部会 [2016]「介護保険制度の見直しに関する意見」(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000145516.pdf)

宮本太郎編著 [2014]『地域包括ケアと生活保障の再編』明石書房。

森詩恵 [2008]『現代日本の介護保険改革』法律文化社。

森詩恵 [2014]「ソーシャルワークの視点からみる介護保険制度の変容」『大阪経大論集』第 64 巻 5 号。

森詩恵 [2015]「介護保険制度における低所得者支援の現状と今後への示唆」『経済学雑誌』、大阪市立大学経済学会。

森詩恵 [2016]「高齢者の生活支援サービスからみた介護保険改正とその変遷～介護保険制度導入時から 2014 年介護保険改正まで～」『大阪経大論集』

第 67 巻 2 号。

森詩恵 [2018a]「保険者機能の強化における介護保険改正とその課題－2017 年介護保険改正を中心に」『国民医療』No.337、日本医療総合研究所。

森詩恵 [2018b]「わが国における高齢者福祉政策の変遷と『福祉の市場化』」『社会政策』(社会政策学会誌) 第 9 巻 3 号、ミネルヴァ書房。

森詩恵・藤澤宏樹 [2011a]「介護保険制度における負担と給付のあり方に関する一考察 (上)」『大阪経大論集』第 61 巻 6 号。

森詩恵・藤澤宏樹 [2011b]「介護保険制度における負担と給付のあり方に関する一考察 (下)」『大阪経大論集』第 62 巻 1 号。

もり うたえ

1972 年大阪府生まれ。1996 年大阪市立大学生生活科学部人間福祉学科卒業。1999 年大阪市立大学大学院経済学研究科後期博士課程入学。2004 年大阪市立大学大学院経済学研究科後期博士課程修了。2001 年松山東雲女子大学人文学部専任講師。2005 年大阪経済大学経済学部専任講師、2008 年准教授を経て、2014 年より教授。

【専攻】
社会政策、社会保障。

【研究テーマ】
高齢者に対する生活支援政策・介護保障政策。

【主な著書・論文】
『現代日本の介護保険改革』法律文化社、2008 年 (単著)
『わが国における高齢者福祉政策の変遷と『福祉の市場化』』『社会政策』、2018 年 (単著) など
