

基礎研 レポート

20 年を迎えた介護保険の足取り を振り返る(上)

制度創設の過程、制度改正の経緯から見える変化と論点

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～20 年を迎えた介護保険の足取りを振り返る～

加齢による要介護リスクをカバーするための社会保険制度として、介護保険制度が発足して4月で20年を迎えた。制度創設に際しては、高齢者がサービスを選択する契約制度を採用するなど、従来の福祉制度を抜本的に改める内容を含んでおり、20年の歳月を経て、国民の間で一定程度、定着したと言えるだろう。

一方、現場の人手不足や認知症ケア、医療・介護連携など新たなニーズへの対応を迫られている中で、高齢化の進展で制度の持続可能性が危ぶまれており、政府は3年に一度の制度改正を通じて、介護予防の強化などに努めている。

本レポートは上下2回シリーズで、20年を迎えた介護保険制度の足取りを振り返りつつ、論点を探る。(上)では制度創設の過程を振り返ることで、与党を中心に様々な利害を調整した点を考察し、こうした利害調整を経た分、思い切った制度改正が難しくなっており、近年の制度改正ではリハビリテーションなど介護予防に力点が置かれている点を指摘する。中でも、2006年度制度改正で導入された「地域支援事業」に注目し、同事業が近年の制度改正で多用されている背景と論点を探る。

(下)では、高齢者の自己選択を意味していた「自立」の変容や国一地方の関係など各論に関する20年の変化を取り上げる。

2—介護保険制度創設の過程

1 | 制度創設の背景

高齢者の自己決定・自己選択、民間活力の活用、ボランティアの参加、介護の社会化、国民全体の社会連帯、地方分権の試金石……。介護保険制度創設時の書籍や資料を見ると、こういった言葉が多用されており、どこか多幸感(ユーフォリア)が漂っていたような印象を受ける。

しかし、制度スタートに至る道のりは険しかった¹。制度創設プロセスの主な経緯は表1の通りであ

¹ 介護保険制度の創設プロセスや制度改正の経緯、制度の詳しい解説については、官僚OBや研究者、有識者、ジャーナリストが様々な書籍や文献を残している。本レポートの執筆に際しては、有岡二郎(1996)「介護保険法案の国会提出をめぐる政治力学」『社会保険旬報』No. 1913、池田省三(2011)『介護保険論』中央法規出版、菅沼隆ほか編著(2018)『戦後社会保障

り、消費増税論議や連立政権の組み換えなど様々な外部要因の影響を受けた。

表1：介護保険創設に至る主な経緯

年月	介護保険に関する主な出来事	国内の主な出来事 (政治、行政、厚生労働省関係)
1994年	3月：高齢社会福祉ビジョン懇談会「21世紀福祉ビジョン」公表 4月：厚生省が高齢者介護対策本部を設置 7月：高齢者介護・自立支援システム研究会が発足 →12月に報告書、介護保険制度の根幹を提示 12月：「新ゴールドプラン」（新高齢者保健福祉推進10カ年戦略）策定	4月：非自民連立の羽田政権発足 6月：自民、社会、さきがけを与党とする村山富市政権が発足 9月：消費税1997年4月から3%→5%引き上げ決定 12月：新進党が発足
1995年	2月：老人保健福祉審議会で高齢者介護問題の審議を開始 7月：社会保障制度審議会が首相に勧告。介護保険制度創設を提唱	1月：阪神・淡路大震災 3月：地下鉄サリン事件 7月：参院議員選挙
1996年	3月：自民党社労族の丹羽雄哉氏による「試案」公表 4月：老人保健福祉審議会が最終報告→両論併記、多論並列 5月：与党福祉プロジェクトチームを中心に議論 6月：厚生省が社会保障制度審議会、老人保健福祉審議会に対し、「介護保険制度案大綱」を諮問→6月中旬に答申まとまる 6月：介護保険制度の創設に関する与党合意 →与党ワーキングチーム設置、地方公聴会などを開催 11月：介護保険法案を臨時国会に提出（第139臨時国会）	1月：自民、社会、さきがけによる橋本龍太郎政権発足 2月：薬害エイズ問題で菅直人厚相が謝罪 9月：民主党発足 10月：衆院選。自民勝利 11月：第2次橋本内閣発足。社さ閣外協力 12月：岡光序治厚生省事務次官が収賄容疑で逮捕
1997年	5月：衆院で法案修正、可決（第140回通常国会） 12月：参院で法案修正、可決。衆院議決を経て成立（第141回臨時国会）	4月：消費税が3%から5%に 9月：第2次橋本改造内閣が発足。社さ閣外協力 11月：北海道拓殖銀行、山一証券が破綻 12月：新進党が解党
2000年	4月：介護保険制度がスタート。当初、半年間は高齢者の保険料徴収を凍結	1月：中央省庁再編。厚生労働省発足 4月：自民、公明、保守を与党とする森喜朗内閣発足

出典：厚生労働省ウェブサイト、介護保険制度史研究会編著（2019）『新装版 介護保険制度史』東洋経済新報社、増田雅暢（2003）『介護保険見直しの争点』法律文化社などを参照。

そもそも厚生省（現厚生労働省）の内部では1990年代前半から高齢者福祉のための社会保険制度を創設する研究が始まっていたようだが²、消費増税の方向性が見え始めた1994年以降、介護保険制度の創設に向けた議論が加速した³。具体的には、厚相の諮問機関として発足した「高齢社会福祉ビジョン懇談会」が1994年3月に取りまとめた「21世紀福祉ビジョン」で、「新介護システム」の導入を要請した。さらに、厚生省は同年7月に「高齢者介護・自立支援システム研究会」を設置し、同研究会が

の証言』有斐閣、大熊由紀子（2010）『物語 介護保険（上）（下）』岩波書店、大森彌編著（2002）『高齢者介護と自立支援』ミネルヴァ書房、岡本祐三（2009）『介護保険の歩み』ミネルヴァ書房、介護保険制度史研究会編（2019）『新装版 介護保険制度史』東洋経済新報社、京極高宣（1997）『介護保険の戦略』中央法規出版、白澤政和（2011）『「介護保険制度」のあるべき姿』筒井書房、同（1998）『介護保険とケアマネジメント』中央法規出版、堤修三（2010）『介護保険の意味論』中央法規出版、中村秀一（2019）『平成の社会保障』社会保険出版社、増田雅暢（2016）『介護保険の検証』法律文化社、同（2004）『介護保険見直しへの提言』法研、同（2003）『介護保険見直しの争点』法律文化社、宮武剛（1997）『「介護保険」のすべて』保健同人社、和田勝編著（2007）『介護保険制度の政策過程』東洋経済新報社、『文化連情報』No. 497～499などを参照。資料については、厚生労働省ウェブサイトに加えて、国立社会保障・人口問題研究所ウェブサイトの「日本社会保障資料」を参照したが、煩雑さを避けるため、公知の事実では引用を省略する。

² 当時の老人保健福祉部長が主宰する部内勉強会として、1992年に発足した「高齢者トータルプラン研究会」が発足し、高齢者介護を社会的リスクとして捉え直すことで、社会保険の導入を図る考え方が論じられていたという。

³ 増田（2003）前掲書 pp38-39によると、税制改正改革論議よりも介護保険導入の動きが先行した場合、「消費増税は不必要」という議論が出るなど、税制改革の議論が影響を受ける状況だったため、消費税を5%に引き上げる方向性が固まるまで向き、議論しにくい環境だったという、ただ、1994年後半以降、消費増税の議論が決着し、社会保険方式として介護保障を確保する考え方が有力な選択肢となったとしている。

同年12月に取りまとめた「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」と題する報告書（以下、研究会報告書）は表2の通り、(1) 予防とリハビリテーションの重視、(2) 高齢者自身による選択、(3) 在宅ケアの推進、(4) 利用者本位のサービス提供、(5) 社会連帯による支え合い、(6) 介護基盤の整備、(7) 重層的で効率的なシステム——といった考え方を示した。

これらの全てを詳述する紙幅はないが、いずれも介護保険に通じるアイデアが盛り込まれている点で、重要な報告書である。例えば(1)の予防とリハビリテーションでは、「寝たきり等の防止に最大の力を注ぎ、若い頃から日常生活における健康管理や健康づくりを進めるとともに、脳血管障害や骨粗しょう症、更には老人性痴呆（筆者注：現在の名称は「認知症」）などの原因疾患の予防や治療に関する研究を推進していく必要がある」「高齢者本人の意思に

表2：高齢者介護・自立支援システム研究会報告書が掲げた考え方

- 1：予防とリハビリテーションの重視
- 2：高齢者自身による選択
- 3：在宅ケアの推進
- 4：利用者本位のサービス提供
- 5：社会連帯による支え合い
- 6：介護基盤の整備
- 7：重層的で効率的なシステム

出典：高齢者介護・自立支援システム研究会報告書（1994年12月）を基に作成

よって地域社会の様々な活動に積極的に参加できるように、日常生活の中にリハビリテーションの要素を取り入れ、地域全体で高齢者を支える取組みを推進していくことが求められる」と定めている。

さらに、(2)の高齢者の選択権に関しては、「社会環境の変化を踏まえ、介護が必要となった場合には、高齢者が自らの意思に基づいて、利用するサービスや生活する環境を選択し、決定することを基本に据えたシステムを構築すべき」と強調。(3)の在宅ケアの推進については、「現在大きく立ち遅れている在宅サービスを大幅に拡充し、在宅の高齢者が必要な時に必要なサービスを適切に利用できる体制作りを早急に進めていく必要がある」と定めた。

こうした内容は介護保険制度が定着した今、当たり前にも映るかもしれないが、当時の時代背景を踏まえると、かなり踏み込んだ内容だったことを理解できる。当時、盛んに指摘されていたのが「社会的入院」「寝たきり老人」の存在だった。1973年の高齢者医療費の無料化などで、高齢者を多く受け入れる「老人病院」が増設され、医学的なニーズが少ないのに家庭の事情などで入院する「社会的入院」が顕在化。さらに、大勢の高齢者を収容するベッドで寝たきりにさせるなど、高齢者の人権や尊厳を無視する実態も問題視された。

そこで、研究会報告書では(1)で「寝たきり老人」の解消、さらに(3)で高齢者ケアの受け皿として在宅ケア重視の方針を掲げた。実際、研究会報告書では、「社会的入院」が介護の必要な高齢者をカバーしてきた実態があるとして、下記のような問題意識が披歴されていた。

- ・ 介護が必要とされる時に、近くに頼れる介護施設や在宅サービスが存在しない、あっても手続が面倒で時間がかかる、介護の方法など身近の問題を相談できる相手がいない、介護に関する総合的な相談窓口がない。
- ・ 福祉サービスの整備が相対的に立ち遅れてきたため、病院などの医療施設が（略）実質的に大きな役割を果たしてきた。

しかも、こうした「社会的入院」は高齢者を多く受け入れている国民健康保険財政を圧迫していた。

このため、介護保険制度で受け皿としての在宅ケアを整備すれば、国民健康保険の財政負担を軽減できるという狙いも隠されていた。実際、少し時代は下るが、1996年5月頃の資料として、当時の厚生省は与党に対して「既存の制度の再編成（純増ではない）」「適正な受給を促す仕組みの内包」と説明していたという⁴。

さらに強調されたのが（2）で挙げた高齢者の自己決定、自己選択である。当時の高齢者福祉制度は税金を財源とする「措置制度」であり、市町村が一方的に支援内容を決定していたため、高齢者に選択権はなかった。この状態を指して、研究会報告書は「ある一定年齢を過ぎると、制度的には行政処分（筆者注：措置を指す）の対象とされ、その反射的利益（行政処分の結果として受ける利益）を受けるに過ぎなくなるというのは、成熟社会にふさわしい姿とは言えない」と指摘し、高齢者の自己決定権を担保する必要性に言及した。

これらの点だけでなく、研究会報告書では、国民同士の「社会連帯」を基盤とした社会保険方式による財源確保、市町村による制度運営の可能性、ケアマネジメントを通じた一体的なサービス提供、専門職の育成、民間活力や市場競争を取り入れた多様な提供主体によるサービス提供、ボランティアの活用などにも言及しており、介護保険制度に通じるアイデアが盛り込まれていた。

2 | 審議会での調整難航、与党が主導

その後、議論は厚相の諮問機関、老人保健福祉審議会に移ったが、調整は難航した。市町村が保険者（保険制度の運営者）になることを拒否したほか、財界も現役世代の保険料負担に難色を示したためだ。中でも、市町村は国民健康保険の財政赤字に苦しんでいたため、「第2の国保」になるとの懸念を強く持っていた⁵。

結局、1996年4月の老人保健福祉審議会最終報告では、介護保険制度の創設を訴えたものの、▽保険者の主体を国とするか、市町村とするか、▽保険料の納付開始年齢を40歳以上とするか、20歳以上とするか、▽若年者の保険料負担に関して、事業主負担を求めるか否か、▽家族介護に対して現金を支給するか否か——などの点について「両論併記」「多論並列」となり、議論の舞台は与党に移った。

当時の与党は自民党、社会党、新党さきがけという構成であり、3党が厚生省とともに制度設計の詳細を決めた。例えば、自民党医療問題基本調査会長だった丹羽雄哉元厚相（肩書は当時、以下全て同じ）が1996年3月、介護保険制度に関する「試案」を公表し、この中で市町村主体の独立保険方式の導入や納付開始年齢を40歳以上とする案を示したことが事態打開に貢献した。その後も、政府・与党合意の席から梶山静六官房長官が退席したことで、急きょ与党合意に切り替わったなど紆余曲折もあったが、与党ワーキングチームによる地方公聴会、自治体の意見を踏まえた与党の申し入れなどを経て、法案の内容が固まった。

中でも調整が難航したのが市町村との関係だった。市町村が保険者になることを拒否していたため、①保険料の徴収を基礎年金から天引きとすることで、確実な保険料徴収システムを導入する、②40～64歳の第2号被保険者の保険料については、医療保険者が医療保険料に上乗せして代行徴収する、③

⁴ 宮武前掲書 pp180-182。

⁵ 国民健康保険は2018年度に都道府県化された。最近の動向や歴史については、2018年4月掲載の拙稿「[国保の都道府県化で何が変わるのか](#)」（全3回）を参照。リンク先は第1回。

給付増や保険料の減収などに備える「財政安定化基金」を都道府県単位の設置することで、税金による保険料軽減や穴埋めは認めない——といった制度を採用することで、市町村の理解を得た。

さらに、論点の一つとなった被保険者の対象年齢に関しても、与党の意見が反映された結果、40歳以上で線引きされた。厚生労働省は40歳以上とした理由について、①被保険者本人自身が老化に起因する疾病になり、介護が必要となる可能性が高くなる、②被保険者の親が高齢となり、介護が必要となる状態になる可能性が高まる——の2点を挙げているが、実際には与党との調整プロセスで決まった経緯がある。

当初、厚生省は20歳などの案を想定していたが、事業主負担を求められる財界が反対していたほか、衆議院議員の任期満了（1997年7月）を控えて与党も神経質となっていた。さらに、20歳以上とした場合、「保険料抛出の見返りとしての反対給付をどう考えるか」という点が課題となり、自民党から物言いが付き、「40歳以上」で妥結した。当時の厚生省幹部が自民党社労族の有力議員だった伊吹文明氏（後に衆院議長、財務相など）に対し、納付開始年齢を「20歳以上」とする案を説明した際、以下のようなやり取りがあったという⁶。

当時、20歳以上を被保険者とする介護保険制度案について説明に伺ったことがありました。（筆者注：伊吹氏から）「保険は負担と給付の関係が明確だと君は言っただろう。直接的な受益と結びつかないのは税だ。保険方式で被保険者は20歳からとしても、ほとんど受益のない20歳の若者の保険料負担は本質的に税と同じである（略）」というご指摘でした。（略）時間的にも切迫したころでしたから、何とか制度案を固めなければ行けません。40歳から、というアイデアは以前からありましたが、ハッと思いついて丹羽（筆者注：雄哉）代議士に伊吹さんからあったご異論の報告方々相談に伺いました。（略）「先生、40歳から被保険者というアイデアはどうですか」と。「うん、いいだろう」と（筆者注：丹羽氏に）納得いただき、事務局に戻って山崎（筆者注：史郎）君に「40歳でいぞ」と。山崎君は「えっ？えっ？」と驚いて、そのことを後々突然40歳になったと言っておりました。

この出来事が何年頃なのかハッキリしないが、「40歳以上」という案を示した1996年3月の丹羽試案が出る前であろう。こうした経緯を踏まえると、制度の立案に際しては与党が主導した面が大きいと言える。

このほか、国会審議でも法案が修正された。具体的には、結党間もない民主党⁷の修正意見を反映する形で、「市町村が介護保険事業計画を策定する際、被保険者である住民の意見を反映するよう市町村に求める」という趣旨の条文が衆議院の審議で追加された。さらに、参議院の審議でも国が講ずべき措置として、サービス提供体制の確保を明記する修正がなされた。当時、保険料だけを取ってサービスが提供されない「保険あってサービスなし」の状態が懸念されており、サービス提供体制の確保が明記された。こうしたプロセスに際しては、介護労働に従事している女性の負担を軽減する「介護の社会化」を主張する市民団体や女性団体の意見も反映された。

こうして見ると、介護保険制度の創設プロセスに際しては、当時の連立与党を構成した自民、社会、

⁶ 菅沼ほか前掲書 p351。和田勝氏に対するオーラルヒストリー。

⁷ 自民党との連立政権を構成していた間、介護保険制度の導入に前向きだった社会党、新党さきがけの議員が数多く参加していたことも影響した。

さきがけの3党と厚生省が連携しつつ、利害関係者の意見を聞きつつ、合意形成を丁寧に積み重ねていたと考えられる。

その後、連立政権の枠組みが「自民・自由→自民・自由・公明→自民・公明・保守」と目まぐるしく入れ替わる中で、自民党の亀井静香政調会長が「子どもが親の面倒を見るという美風を損なわないような配慮が必要だ」と述べるなど、制度の見直しや延期を促す動きが続出した。さらに経済情勢が悪化したことも重なり、高齢者の介護保険料徴収を減免する特別対策も実施された⁸が、制度自体は2000年4月にスタートした。

では、こうして難産の末に誕生した介護保険制度の特色として、どんなことが挙げられるのだろうか。ここでは、上記の制度創設の説明で触れた部分を中心に、①契約制度の採用、②民間活力の活用、③地方分権の重視、④費用抑制のメカニズムの採用——の4点を説明する。

3——介護保険制度の特色

1 | 契約制度の採用

第1に、契約制度の採用である。先に触れた通り、介護保険制度を導入する際には従来の措置制度に対する反省があり、高齢者の決定権が重視された結果、契約制度が採用された。つまり、介護保険サービスの利用を希望する高齢者は対等な立場でサービス提供者と契約を交わし、サービスや自らの生活環境を選べるようになった。

これは介護保険に限らず、福祉制度全般に関して同時並行で議論が進んだ「社会福祉基礎構造改革」にも共通していた。言わば「お上(行政)が与える」「専門職が支援してあげる」という発想ではなく、権利としての社会福祉を強調する考え方であり、先行して議論が進んだ介護保険は社会福祉基礎構造改革の一つとしても位置付けられていた。

2 | 民間活力の活用

第2に、株式会社やボランティアなど多様な主体の参画を認めることで、民間の活力を活用使用した点である。従来、福祉サービスの提供は非営利の社会福祉法人、社会福祉協議会などに限られていたが、介護保険制度は在宅サービスに関して、福祉の提供主体を多様化させる「福祉多元主義」の考え方を採用し、幅広い主体の参加を促した。これは利用者の選択肢を広げることで、自己決定権を担保する狙いがあった。

3 | 地方分権の重視

第3に、地方分権の重視である。福祉制度に関しては、1990年の福祉八法⁹改正を通じて、老人保健福祉計画の策定が市町村に義務付けられるなど、既に市町村重視の考え方が示されており、介護保険制度の立案に際しても、先に触れた通り、厚生省は早い段階から市町村主体の制度を想定していた。

⁸ 特別対策を基に、①高齢者の介護保険料を2000年4～9月の半年間は徴収しない、②2000年10月以降も1年間は高齢者の保険料を半減する——という減免措置が実施された。

⁹ 8法とは老人福祉法に加えて、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法を指す。

さらに、1993年の国会決議後に進んでいた地方分権改革も意識されており、介護保険は当時、「地方分権の試金石」に位置付けられていた。

中でも、65歳以上の高齢者が支払う保険料については、市町村が介護サービスの水準を見つつ、保険料を独自に設定できるようにした点が画期的であった。しかも国民健康保険のような法定外繰入を認められなかったため、市町村は保険料やサービスの水準の是非について、住民に説明する義務を負わされた。当時の幹部も「試金石」の意味について、「市町村が介護保険のような面倒な制度を実施できるかどうか（筆者注：という意味）」と説明している¹⁰。

4 | 費用抑制のメカニズム導入

第4に、費用抑制のメカニズムが導入された点である。例えば、介護保険サービスの利用に際して、原則として一律1割負担を求めた点は画期的だった¹¹し、要介護認定と区分支給限度基準額（以下、限度額）、ケアマネジメントが採用されたことで、費用抑制を図りやすくなった。例えば、医療保険の場合、患者は自由に医療機関を選べるほか、医療現場での診察や治療に関しても、医師に裁量が委ねられている分、コストが問われる場面はほとんどない。

これに対し、介護保険制度では「高齢者が介護を必要な状態かどうか、市町村がチェックする要介護認定を通じて必要度を判定→要介護度に応じた限度額を通じて保険給付で使える上限を設定→ケアマネジメントでサービスを調整」という流れを作ることで、サービス利用が無尽蔵に伸びて行かないような仕掛けが設けられている。

現在の仕組みで具体的な事例を考えると、要介護認定の度合いは計7段階（要介護5段階、要支援2段階。制度創設時は要介護5段階、要支援1段階）に分かれており、要介護5は3万6,217単位と限度額が決まっている（1単位は原則として10円だが、一部地域は異なる）。この限度額は保険給付の上限を意味しており、サービス利用額が限度額の範囲内であれば、90%（高所得者は70～80%）の給付を受けられ、残りの10%（高所得者は20～30%）を負担する形を採用した。

さらにケアプラン（介護サービス計画）の作成を含めたケアマネジメントを通じて、どんなサービスをどのタイミングで受けるか事前に決めている。つまり、ケアプランを事前に作らなければ、介護保険サービスを受けられない仕組みとなっており、費用をコントロールできる仕組みがビルトインされている。先に触れた通り、当時の厚生省が「既存の制度の再編成（純増ではない）」「適正な受給を促す仕組みの内包」と説明できたのは、こうした仕掛けが採用されているためである。

では、介護保険はどういった歴史をたどったのだろうか。大規模な見直しとなった2006年度改正と2015年度改正を中心に、過去の制度改正を振り返る。

4——これまでの介護保険制度改正の経緯(1)～財政逼迫への対応～

1 | 20年間の制度改正を振り返る

制度改正の経緯は表3の通りである。制度創設後、最初の2003年度報酬改定では、社会保障費を抑

¹⁰ 『文化連情報』No. 497における堤修三氏インタビュー。

¹¹ 1973年の老人医療費無料化を軌道修正するため、1983年に老人保健制度が発足し、高齢者医療費に負担を求めるようになっていたが、現在のように自己負担を徴収することが一般的とは言えなかった。

制した小泉純一郎政権期に当たったため、いきなりマイナス2.3%減となった。その後、「施行後5年で制度を見直す」という規定が盛り込まれていたため、2005年に法律が改正され、その多くが2006年度に実施された。ここでは前倒しで見直された2005年度見直しと2006年度の制度改正・報酬改定を一括して説明すると、高齢者の「尊厳」規定が介護保険法に盛り込まれたほか、①介護予防事業や地域包括支援センターなど「地域支援事業」の創設、②地域密着型サービスの創設、③要支援の細分化、④介護療養病床を2011年3月までに廃止、⑤施設に入居する人の食費、入居費の有料化——といった内容を含んでいた。

表3：介護保険制度改正、介護報酬改定の主な経緯

年度	制度改正の主な内容	報酬改定の主な内容	報酬改定率
2003年度		<ul style="list-style-type: none"> ● 居宅介護支援（ケアマネジメント）の確立 ● 在宅サービスの評価 ● 施設サービスの質の向上と適正化 	▲2.3% ・ 在宅+0.1% ・ 施設▲4.0%
2006年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域支援事業の創設（介護予防事業、地域包括支援センターの創設） ● 地域密着型サービスの創設 ● 要支援の細分化 ● 介護療養病床の廃止決定 ● 食費、入居費の有料化（補足給付で対応） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 中・重度者対応強化 ● 介護予防・リハビリテーションの強化 ● 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ● 医療・介護連携の明確化 ● 補足給付の創設 	▲2.4% ・ 在宅▲1.0% 【2005年度に前倒しで実施された改定（▲1.9%）含む】
2008年度		<ul style="list-style-type: none"> ● 療養病床の転換に向けた老人保健施設の施設基準などの見直し 	
2009年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業者の法令順守強化 ※ 介護職員の処遇改善に向けた基金創設（補正予算） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護従事者の処遇改善 ● 医療・介護連携、認知症ケアの充実 ● 効率的なサービス提供 	
2012年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域包括ケアの根拠規定追加 ● 介護療養病床の廃止期限を2011年4月から7年延長 ※ サービス付き高齢者向け住宅を2011年10月からスタート 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅サービスの充実 ● 自立支援型サービスの強化と重点化 ● 医療・介護の連携強化 ● 介護職員処遇改善加算の創設 	+1.2% ・ うち処遇改善は2.0% ・ うち在宅+1.0% ・ うち施設+0.2% 【処遇改善を除くと、実質▲0.8%】
2014年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 消費増税で区分支給限度基準額引き上げ ● 低所得者向け保険料軽減措置の創設（その後、段階的に拡充） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 消費税引き上げに伴う対応 	+0.63% 【消費増税対応】
2015年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域支援事業の拡充 →介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）、在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業の創設 ● 地域ケア会議の設置義務化 ● 自己負担引き上げ（2割負担導入） ● 特別養護老人ホームへの新規入居者を限定 ● 補足給付の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ● 中・重度者や認知症高齢者の対応強化 ● 処遇改善加算を引き上げ 	▲2.27% ・ うち在宅▲1.42% ・ うち施設▲0.85%
2017年度		<ul style="list-style-type: none"> ● 処遇改善を前倒し実施 	+1.14%
2018年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 予防に力点を置く「自立支援介護」の強化に向けた財政制度の創設 ● 介護医療院の創設 ● 自己負担引き上げ（3割負担導入） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療との連携強化 ● 「自立支援介護」の強化 	+0.54%
2019年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 消費増税で区分支給限度基準額引き上げ ● 低所得者の保険料軽減拡充 	<ul style="list-style-type: none"> ● 消費増税に伴う対応 ● 処遇改善加算を引き上げ 	+2.13%
2021年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 予防に向けた「通いの場」の拡充 ● 高額介護サービス費、補足給付の見直し 	???	???

出典：厚生労働省資料などを基に作成

このうち、①の地域支援事業については、現在の流れに繋がる重要な制度改正なので、この後に詳述する。②の地域密着型サービスは居宅（在宅）サービス、施設サービスと並ぶサービス類型として創設され、在宅ケアを充実させるため、制度のメニューを増やすのが目的だった。さらに③では軽度な要支援を1段階から2段階に細分化した。

④で言っている介護療養病床とは、先に述べた「老人病院」が改正を経て残された仕組みであり、2006年度制度改正では2011年3月に廃止する方針が決まった。しかし、「介護難民が出る」との批判

が寄せられ、民主党政権期の 2011 年通常国会で廃止期限が 7 年延長となり、2018 年度から「介護医療院」に衣替えした。

⑤では在宅サービスとの均衡を図る観点に立ち、施設系サービスの食費・入居費の負担を求めるとし、低所得者には給付を付け加える「補足給付」という仕組みが導入された。

その後、2009 年頃から介護職員の人手不足が顕在化し始め、処遇改善のための交付金を 2009 年度第 1 次補正予算では 3 年間の時限措置として、「介護職員処遇改善交付金」が全額国費の予算として約 4,000 億円計上された。ただ、3 年間の時限措置が切れたため、2012 年度介護報酬改定では「例外的かつ経過的な取り扱い」として処遇改善加算が介護報酬本体で創設され、加算額は 2015 年度、2017 年度、2019 年度に引き上げられた。このうち、2019 年度については、引き上げられた消費税財源を一部で活用した。

一方、制度創設時には一律 1 割の自己負担を徴収していたが、2015 年度で 2 割負担、2018 年度で 3 割負担が相次いで導入された¹²。

これらの制度改正の背景には、顕在化する人手不足に加えて、介護保険財政の逼迫に伴って制度の持続可能性が問われていることがある¹³。以下では財政の逼迫について概観する。

2 | 介護保険財政の逼迫

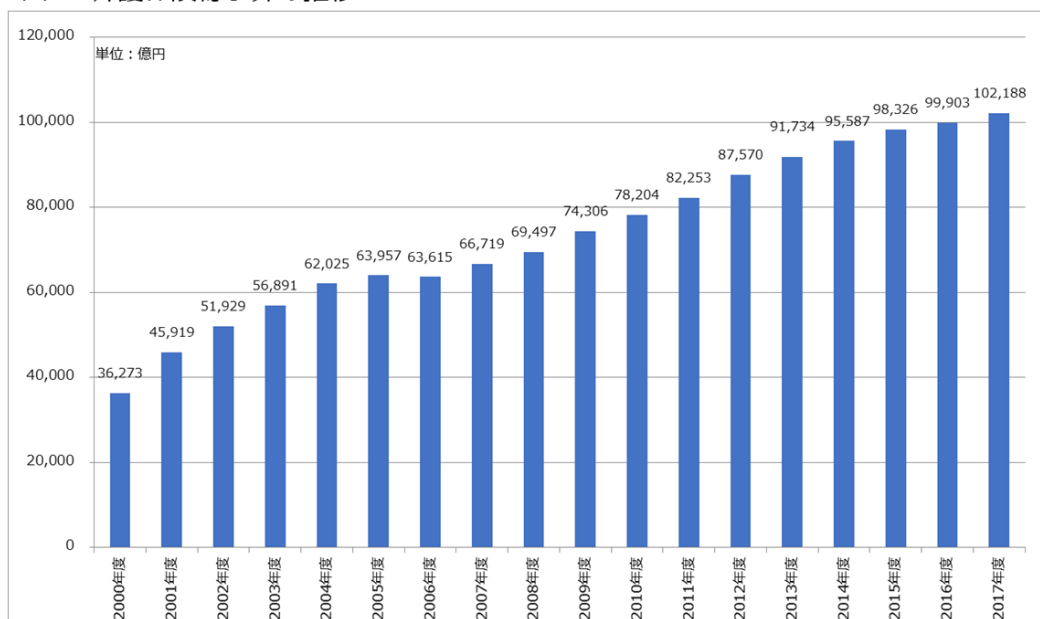
介護保険財政の規模はほぼ右肩上がりが増え続けており、自己負担を含む総費用は図 1 の通り、3.6

兆円から 10 兆円超となり、20 年弱で約 2.8 倍に増えた。先に触れた通り、介護保険制度は費用抑制のシステムを組み込んでいるとはいえ、高齢者人口と要介護者の増加に伴って費用が右肩上がりが増えてきている形だ。

これに伴って、高齢者が毎月支払う保険料の全国平

均額についても、制度創設時は 2,911 円だったが、5,869 円にまで上昇した¹⁴。基礎年金の平均支給額

図1：介護保険総予算の推移



出典：厚生労働省資料を基に作成

注：自己負担を含む総予算の推移を示している。

¹² 介護保険の自己負担引き上げについては、2018 年 8 月 28 日拙稿「[介護保険の自己負担、8 月から最大 3 割に](#)」を参照。

¹³ ここでは人手不足は真正面から取り上げない。人手不足の件も含めて、介護保険制度を巡る現状については、2019 年 7 月 5 日拙稿「[介護保険制度が直面する『2 つの不足』\(上\)](#)」を参照。

¹⁴ 65 歳以上高齢者の保険料については、市町村が 3 年に 1 回決めており、最新とは「2018～2020 年度」の 3 年間で指す。ただし、基準額の全国平均であり、居住市町村や所得に応じて異なる。

が約5万円であり、介護保険料が基礎年金から天引きされていることを考えると、これ以上の大幅な引き上げは難しい。

実際、早い段階から厚生労働省内では「5,000円」が一つの限界とみなされていた¹⁵といい、上限に張り付いていることは間違いない。

3 | 難しい財政改革

しかし、先に触れた通り、制度立案に際しては、様々な関係者の利害に配慮した結果、どこか一つの仕組みを変えようとする、関係者の利害と衝突することになり、思い切った財政改革を進めにくくなっている。ここでは「負担増」「給付減」に分けて選択肢を考えてみる。

まず、負担増という点で見ると、納付開始年齢の引き下げが考えられる。先に触れた通り、与党や財界の意見に配慮する形で、納付開始年齢を「40歳以上」と区切っており、これを例えば「20歳以上」に引き下げれば、単純計算では保険料を1兆円程度、増収できる¹⁶。しかし、この選択肢には事業主負担増を懸念する財界の反対に加えて、「加齢に伴う要介護リスクをカバーするための制度」という説明が難しくなり、加齢を理由としない要介護状態を支える障害者福祉との兼ね合いが争点となる分、別の制度と絡めた難しい調整が必要となる¹⁷。

さらに、自己負担の引き上げに関しても、国民の反発が避けられず、現に2021年度制度改正ではケアプラン作成を含むケアマネジメント（居宅介護支援費）の有料化が見送られた。

次に、給付減の選択肢で言えば、給付対象を重度者に限定する方策が考えられる。中でも、「保険あってサービスなし」の状態を生まないようにするため、日本の介護保険制度は軽度者までサービス対象を広げた結果、他国よりもカバー範囲が広い。しかし、軽度者の給付をカットする選択肢が実行されれば、利用者の生活に影響が出かねず、国民やメディアの批判が予想される。

給付減のシナリオでは、介護報酬を抑制する選択肢も想定される。実際、2003年度、2006年度、2015年度は大幅減となったが、事業者の経営や現場の人手不足を考えると、一層の引き下げは難しい。

こうした状況の下、相対的に所得の高い高齢者の自己負担を大きくするなど、理解を得やすい部分から少しずつ給付の範囲を小さくしている。例えば、制度創設時の自己負担は一律1割だったが、2015年度に2割負担、2018年度に3割負担を導入した。2015年度改正、2021年度制度改正では、補足給付の見直しなど所得・資産の高い高齢者の負担を増やす細かい見直しが実施された¹⁸。

さらに2006年度改正以降、リハビリテーションの充実など介護予防を強化する流れになっており、2018年度制度改正では要介護状態の維持・改善に期待する「自立支援介護」を市町村や現場に促すため、▽市町村に対して介護予防などの取り組みを促す財政インセンティブ制度¹⁹、▽ADL（日常生活動

¹⁵ 中村前掲書 p307。

¹⁶ 保険料納付開始年齢の引き下げに関する試算については、2019年4月26日拙稿 [「介護保険料の納付開始年齢はなぜ40歳なのか」](#) を参照。

¹⁷ 実際、2つの制度を統合させる思惑も絡み、年齢引き下げ問題は2006年度制度改正に向けて論じられたが、障害者団体の反対で見送られた。介護保険と障害者福祉の関係については、2018年11月29日拙稿 [「『65歳の壁』はなぜ生まれるのか」](#) を参照。

¹⁸ 2021年度制度改正の詳細は2019年12月24日拙稿 [「『小粒』に終わる？次期介護保険制度改正」](#) を参照。

¹⁹ 地域支援事業とは別に、全額国費の「保険者機能強化推進交付金」が創設され、2018年度以降、200億円が計上されている。

作)を改善したデイサービス事業者に対して報酬を加算する措置——などが創設された。さらに、2021年度制度改正では高齢者が気軽に外出などを楽しめる「通いの場」の充実が図られる予定であり、介護予防に力点を置く自治体向け予算も充実された²⁰

このように近年の制度改正では、財政逼迫への対応策として、介護予防の充実が論じられることが多く、その方法論として地域支援事業が相次いで拡充されているケースが多い。次に、地域支援事業の概要を取り上げることで、別の視点から介護保険制度の20年を振り返ってみる。

5——これまでの介護保険制度改正の経緯(2)～地域支援事業の変遷～

1 | 創設時点の議論

地域支援事業は現在、表4の通り、「介護予防・日常生活支援総合事業」(新しい総合事業)「包括的支援事業」「任意事業」の3つに分かれており、それぞれで様々な事業が実施されている²¹。予算規模についても、図2の通り、ほぼ右肩上がり増加している。

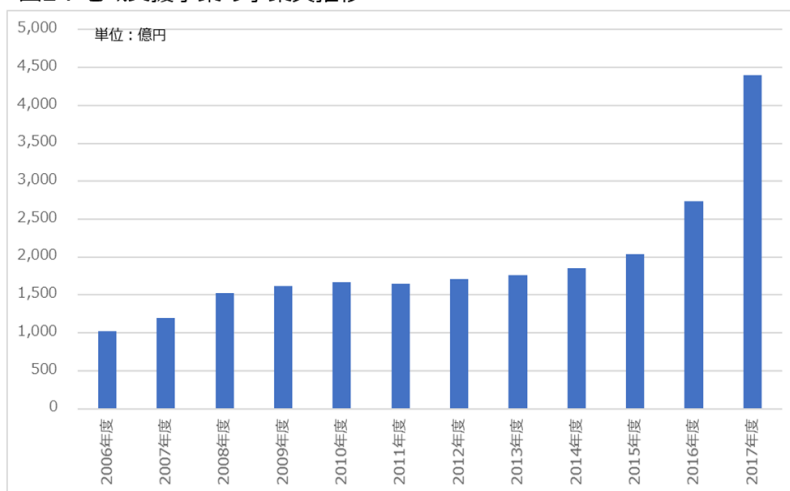
しかし、いきなり細かく分かれた制度の説明に立ち入っても分かりにくいので、ここでは地域支援

表4：地域支援事業の概要

<ul style="list-style-type: none"> 介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業) <ul style="list-style-type: none"> 介護予防・生活支援サービス事業 <ul style="list-style-type: none"> 主に要支援1～2の人を対象に、訪問、通所、配食や移動支援などの生活支援、介護予防の各事業を提供。 人員基準や報酬を弾力化しており、市町村の判断で決められる。高齢者が気軽に運動などを楽しめる「通いの場」を含めて、住民やボランティアなど幅広い主体の参加が期待されている。 一般介護予防事業 <ul style="list-style-type: none"> 一般高齢者を対象に介護予防事業を実施。高齢者が気軽に運動などを楽しめる「通いの場」の拡大が期待されている。
<ul style="list-style-type: none"> 包括的支援事業 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターの運営 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターの中核業務として、①要支援1～2の人を対象とした介護予防ケアマネジメント、②総合相談支援、③虐待対応など権利擁護業務、④ケアマネジメント支援——の4つを実施。 多職種が集まる「地域ケア会議」の充実 在宅医療・介護連携推進事業 <ul style="list-style-type: none"> 市町村を中心に、①地域の医療介護資源の把握、②在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討、③医療・介護関係者の研修、④切れ目のない在宅医療・介護の提供体制構築、⑤医療・介護関係者の情報共有支援、⑥在宅医療・介護関係者に関する相談支援、⑦地域住民への啓発、⑧在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携——の8つを実施。 認知症総合支援事業 <ul style="list-style-type: none"> 認知症初期集中支援チームの運営、認知症地域支援相談員による相談対応など 生活支援体制整備事業 <ul style="list-style-type: none"> 生活支援コーディネーターの配置、ボランティアを支援する協議体の設置などを通じて、高齢者の社会参加と生活支援を推進
<ul style="list-style-type: none"> 任意事業(市町村の裁量で実施できる事業) <ul style="list-style-type: none"> 介護給付費適正化事業 家族介護支援事業

出典：厚生労働省資料を基に作成

図2：地域支援事業の事業費推移



出典：厚生労働省資料を基に作成

注：介護保険事業状況報告(年報)の「介護保険特別会計経理状況(保険事業勘定)」に計上されている地域支援事業の合計額を載せており、実際の執行額とは異なる。

²⁰ 「通いの場」を含めた介護予防に取り組む市町村の取り組みを促す財政制度として、地域支援事業とは別に、2020年度予算では2018年度に創設された保険者機能強化推進交付金(200億円)に加えて、「保険者努力支援制度」(200億円)という全額国費の制度が創設された。

²¹ 煩雑になるため、詳しい説明は省略するが、財源の内訳は以下の通りとなっており、介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)は在宅ケアと同じ割合、包括的支援事業と任意事業は第2号被保険者の保険料が除外されている。

- 介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)＝国の税金25%、都道府県の税金12.5%、市町村の税金12.5%、第1号被保険者の保険料23%、第2号被保険者の保険料27%
- 包括的支援事業、任意事業＝国の税金38.5%、都道府県の税金19.25%、市町村の税金19.25%、第1号被保険者保険料23%

事業が創設、拡充された経緯を振り返っていこう。

地域支援事業が創設されたのは2006年度であり、この時は高齢者の虚弱化を防ぐ介護予防事業を導入するとともに、要支援者向けケアマネジメントや高齢者の虐待への対応なども含めた高齢者の相談窓口として、「地域包括支援センター」の設置・運営が図られた。

このうち前者は要介護リスクの高い人を対象にリハビリテーションなどを提供するのが主な目的であり、後者の地域包括支援センターは「在宅介護支援センター」を改組する形で誕生した²²。

では、なぜ地域支援事業を作ったのだろうか。介護予防事業については、給付費抑制を図る観点に立ち、介護予防の充実を訴える意見が与党から出たことが影響した。もう一方の地域包括支援センターに関して、当時の厚生労働省幹部は「義務的経費以外の補助金は毎年10%カットされる状況でした。そういう中で、一般の財源をつかった場合、地域包括支援センターの全国的な設置、普及は望めませんでした。(略)これは介護保険のための『特定財源』なのです。この仕組みであれば、10%カットとか、地方交付税回しと言われずに済みます」振り返っている²³。

これは霞が関の「パワーバランス」と予算編成のテクニック、さらに税金と保険料の違いが絡む点で非常に重要なコメントであり、少し補足を試みる。まず、こうした窓口の運営経費に関しては、介護保険給付に反映するわけではないので、原則論から言えば、財源は保険料ではなく、一般財源を用いるべきであろう。具体的には、税金を財源とした国庫補助金を国から市町村に分配するか、市町村に分配される地方交付税の計算にカウントする²⁴ことで、その必要経費を賄う方法である。

しかし、前者の場合、財務省の査定を毎年受ける分、単年度で必要経費を賄うのは難しい。さらに地方交付税を計算する際に必要経費を確保する後者の選択肢に関しても、国の基準通りに使うかどうか市町村の裁量に委ねられる分、地域包括支援センターの普及にバラツキが生まれる危険性がある。

そこで、介護保険料の一部を流用した「特定財源」として、地域支援事業が創設され、そこから地域包括支援センターの設置・運営経費を賄ったと言っているのである。実際、当時の制度改正では介護給付費の最大2%²⁵を地域支援事業に充当できる形とし、一定額が必ず地域包括支援センターの運営経費に回るようにした。

さらに、こうした判断を理解する上では、当時の地方財政改革を踏まえる必要がある。当時、国・地方税財政の「三位一体改革」が進んでおり、地方団体の要望を受け、国の裁量的な補助金は廃止・縮減する流れだった。

そこで、国庫補助金で実施していた事業の一部を地域支援事業に振り向けることで、介護保険制度の中に取り込んで保険料を充当するようにすれば、廃止・縮減の流れを回避しつつ必要額を維持できると考えられたのである。

²² 在宅介護支援センターは1990年度に創設された。看護婦、保健婦、介護福祉士といった専門家が利用者の相談に応じ、必要な保健福祉サービスを受けられるように調整することなどが主な役割とされた。

²³ 中村前掲書 pp293-294。

²⁴ 正確に言えば、普通交付税の基準財政需要額の算定に際して、必要な人件費などをカウントする。ただ、普通交付税の算定に際しては、基準財政需要額から基準財政収入額を差し引くため、カウントされた額が自治体に配分されるわけではない。

²⁵ 厳密に言うと、地域包括支援センターの運営費である「包括的支援事業」、高齢者の虚弱化を防ぐ「介護予防事業」、市町村の裁量で決められる「任意事業」のそれぞれについて、上限は給付費の2%としつつ、これらの地域支援事業全体については、給付費の3%以内という上限を設定した。

2 | 地域支援事業を拡大した 2015 年度改正

さらに、2015 年度改正では地域支援事業の一部として、(1) 介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）、(2) 在宅医療・介護連携推進事業、(3) 認知症総合支援事業、(4) 生活支援体制整備事業——が創設された。

このうち、(1) は既に一部で実施されていた事業の全国化であり、要支援 1~2 の人を対象とした予防給付のうち、通所介護、訪問介護を一般介護予防事業と統合した。さらに、市町村の裁量で人員基準や報酬を変更できるようにして、住民やボランティアなど多様な主体が参加できるようにした²⁶。

(2) は医療と介護の境目が曖昧な在宅ケアを充実させるため、市町村を中心に医療・介護の専門職を連携させるのが目的。施策としては、①地域の医療・介護資源の把握、②在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討、③医療・介護関係者の研修、④切れ目のない在宅医療・介護の提供体制構築、⑤医療・介護関係者の情報共有支援、⑥在宅医療・介護関係者に関する相談支援、⑦地域住民への啓発、⑧在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携——という 8 つの事業があり、2018 年 4 月までに 8 つの事業を実施するように全ての市町村に義務付けた。

(3) の認知症総合支援事業では、認知症の人を地域で支えることに主眼が置かれており、▽認知症の初期段階で専門家のチームが介入する「認知症初期集中支援チーム」の運営、▽住民が認知症の人を支える「認知症地域支援員」の配置——などを実施している。

(4) の生活支援体制整備事業では、地域資源の開発やボランティアの配置・業務内容を調整する「生活支援コーディネーター」を配置したり、ボランティアを組織化する「協議会」を設置したりすることで、住民が地域で支え合うシステムの整備を目指している²⁷。

3 | 「通いの場」拡大を意識した 2021 年度制度改正

さらに社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）介護保険部会を中心とした 2021 年度制度改正の論議では、地域支援事業の使途として、「通いの場」の充実が重視された。ここで言う「通いの場」とは制度で要件・基準が定められたデイサービスなどと異なり、住民やボランティアなど多様な主体の参加を通じて、高齢者が気軽に運動や体操などを楽しめるようにする場を指しており、現在は全高齢者の 4.9% が参加しているという。

そこで、厚生労働省は図 3 の通り、2020 年度までに 6% に、2025 年度までに 8% 程度に高める方針を示しており、ここでも期待されているのは地域支援事業、中でも一般介護予防事業と介護予防・日

²⁶ ここでは経緯を中心に記述するため、事業の進捗は余り論じないが、当初の目的は達成されていない。具体的には、訪問型サービスの事業所は合計 1 万 3,082 カ所あり、その内訳は制度改正以前よりも基準を緩和した「サービス A」が 87.5%、住民主体による「サービス B」が 4.7%、短期集中予防の「サービス C」が 7.2%、移動を支援する「サービス D」が 0.6%となっている。さらに、実施主体を見ても、介護保険の認定を受けていたサービス事業所が 87.5%、介護サービス事業所以外が 12.5%となっており、制度改正前から実施されている介護予防給付がサービス A に移行しているに過ぎない。

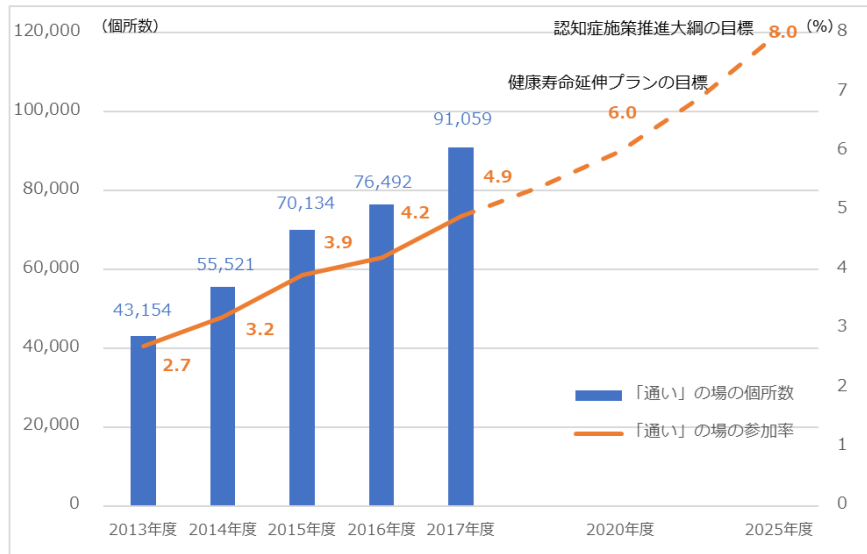
実際、ほとんどが元の介護予防給付から移行したに過ぎない。NTT データ経営研究所（2019）「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（老人保健健康増進等事業）を参照。

²⁷ 制度改正に応じて、財源のルールも変わった。議論が煩雑になるため、細かい議論には立ち入らないが、地域包括支援センターの運営費と任意事業に関しては、「2014 年度の上限度（介護給付費の 2%）×市町村の 65 歳以上高齢者の伸び率」で上限が設定される形に変更され、(1) の介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）は移行前年度の実績額に 75 歳以上高齢者数の伸び率を乗じる形に、(2) の在宅医療・介護連携推進事業、(3) の認知症総合支援事業、(4) の生活支援体制整備事業は事業ごとに定められた単価を積み上げる形になった。例えば、認知症初期集中支援チームの設置などに関する単価については、1,026 万 6,000 円となっている。

常生活支援総合事業（新しい総合事業）である。

実際、2021年度制度改正に向けた論議では、一般介護予防の強化策を話し合う場として、介護保険部会に新設された「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」で専門的な議論が進められたほか、昨年末に取りまとめられた介護保険部会の意見でも冒頭、地域づくりの必要性が強く強調された。

図3：通いの場の個所数と参加率の実績、参加率の目標



出典：厚生労働省資料を基に作成

4 | 地域支援事業が多用される理由

こうした議論を踏まえると、地域支援事業が多用される理由が浮き彫りになる。つまり、介護保険財政の逼迫を受け、①予算削減を回避しつつ、新たなニーズに対応する、②費用抑制策として、介護予防を進める——という判断である。

このうち前者に関しては、税財源の場合、毎年の予算編成で財務省の査定が厳しく、安定的に財源を確保できるわけではない。さらに地方交付税の計算に際して必要額を確保しても、財政難の自治体が国の思惑通りに予算を使ってくれる保証はないし、地方交付税で対応する場合、高齢化が進んでいく大都市部の自治体など不交付団体に予算を回せないという問題もある。

そこで、介護保険料を「特定財源」として使うことで、介護予防などの必要な施策を展開しようとしている。中でも、介護保険財政が厳しさを増す中、認知症ケアや医療・介護連携、独居世帯の人を対象とした生活支援、地域づくりなど新たな施策を展開しなければならない難しい対応を迫られており、市町村に対して必要な事業を確実に実施させることができる特定財源として、地域支援事業が活用されていると言える。

2番目の点についても、介護保険財政の逼迫が背景にある。つまり、財源上の制約が高まる中、負担増や給付減の選択肢を取ろうとすると、国民や事業者の反発が避けられないため、介護予防を重視する傾向であり、その端的な事例が介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）であろう。

2015年6月に示されたガイドラインでは「市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指す」とうたわれているが、実際には報酬や基準を引き下げたり、予算に上限を設定したりすることで、軽度者の給付を抑制する意図が込められている。

実際、厚生労働省幹部OBは「要支援者への給付をやめますと言えばそれで済む。(略) それをスト

レートに言えない役所の辛さというべきか」²⁸と皮肉っており、介護予防による給付抑制を目指す方策として地域支援事業が多用されていると言える。

5 | 地域支援事業の拡充に関する問題点

しかし、介護保険制度の全体で見れば地域支援事業は本来、例外的な存在である。そもそも論に立ち返ると、冒頭で述べた通り、介護保険法は「加齢に伴う要介護状態を社会連帯で支え合う」という名目の下、40歳以上の国民から保険料を徴収しており、保険料は要介護状態になった高齢者を支えるための給付に充てられるべきである。少し前に伊吹氏の発言で紹介した通り、社会「保険」と言っても、保険の原則（保険原理）に立てば、保険料の負担に対しては何らかの形で見返りとしての反対給付を伴う必要があるためである。

これに対し、地域支援事業は給付ではない点で言えば例外的な存在に過ぎない。しかも強制加入の下、保険料の負担を40歳以上の国民に求めているにもかかわらず、その事業規模を広げていけば、保険料の負担を求めている根拠が揺らぐことになりかねない危険性を有している。原則論を言えば、昨年12月に公表された介護保険部会が冒頭に強調する地域づくりと、介護保険制度改革の話は本来、何の関係もない話である。実際、厚生労働省OBは「本質的に最も問題だと思うのは、(略)対価性のない事業に保険料財源を充当することを国の役人も自治体もあまり疑問に思っていないことでしょう。保険料の目的外使用なのに、それを手柄のように考えているのではないか。本当は被保険者から保険給付に使うように預かっている保険料なのに、あたかも自分たちの固有財源だと思っているようです」と警鐘を鳴らしている²⁹。

6——おわりに

「介護保険制度の導入は、社会保障の歴史において半世紀ぶりの大事業であり、(略)これまでの制度の枠組みを大きく変えることとなる」「単に社会保障制度として新しい方向を示しているにとどまらず、これからの少子高齢社会の介護という大きなテーマを通じて、社会全体のあり方にも様々な効果をもたらした——。厚生省として最後に発刊した2000年度版『厚生白書』には、介護保険制度について、こう期待感を示していた。

実際、認知症ケアや医療・介護連携、介護離職など様々な課題が残されているとはいえ、「もし介護保険制度がなければどうなっていたか」という状態をイメージすれば、介護保険制度が一定の成功を収めたことは間違いない。制度創設に際して、朝野を問わず多くの関係者の意見を取り入れたことも、制度が短時間で浸透した理由だったと言える。

ただ、費用増加に伴う財源不足に加えて、生産年齢人口の減少を受けた人手不足という「2つの不足」に直面している介護保険制度は曲がり角を迎えており、最近の制度改正で地域支援事業が多用されているのは、その窮状を表していると言える。20年前に論じられた理念を大事にしつつ、負担と給付の関係も含めて、持続可能な制度の在り方を探る必要がある。

(下)では国—地方関係など各論について、20年間の変化を取り上げる。

²⁸ 『文化連情報』No. 498における堤修三氏インタビュー。

²⁹ 同上。