

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(下)

制度改正に共通して見られる 4 つの傾向

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変化を振り返る～

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。[\(上\)](#)では制度創設時の議論や理念として、高齢者の自己選択や地方分権などが重視されていた点を考察するとともに、介護保険財政の逼迫を受け、近年の傾向として、地域支援事業が重視されている背景や問題点を論じた。

(下)では過去の制度改正に共通して見られる傾向として、(1) 自立の変容、(2) 措置への回帰傾向、(3) 集権化の動き、(4) 制度の複雑化——という4つを取り上げ、その背景として財政の逼迫が影響している点を指摘する。さらに人手不足が制度の制約条件となっている点も論じ、今後の方向性を探る。

2—制度改正の経緯

ここで、20年に及ぶ介護保険制度に関する改正の経緯を改めて取り上げる。概ね3年に1回見直される制度改正の経緯は表1の通りであり、[\(上\)](#)で述べた通り、多くの制度改正では介護保険財政の逼迫に対応する目的が込められている。例えば過去3回に及ぶ介護報酬のマイナス改定、2割負担や3割負担の導入など自己負担の引き上げといった制度改正が典型的な事例と言える。

しかし、制度創設に際して、関係者の合意形成プロセスを丁寧に進めた結果、どこかの制度を修正しようとする、様々な反発を受けやすくなっており、大規模な制度改革に踏み切りにくくなっている。その結果、2006年度制度改正以降、リハビリテーションなど介護予防の強化に力点が置かれている形だ。

さらに財政が厳しい中でも、認知症ケアなど新しいニーズに対応する必要があるため、最近の制度改正では介護保険料を財源として市町村に補助金を分配できる「地域支援事業」がクローズアップされている。2015年度制度改正で創設された「介護予防・日常生活支援総合事業」(新しい総合事業)や在宅・医療介護連携推進事業が典型例と言える。

では、こうした20年の制度改正について、どういった共通点を見出せるだろうか。ここで、(1)「自立」の変容、(2) 措置への回帰傾向、(3) 集権化の動き、(4) 制度の複雑化——という4つの傾向を

取り上げる。

表1：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% <ul style="list-style-type: none"> ・ 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% <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <ul style="list-style-type: none"> ※ 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 <ul style="list-style-type: none"> ※ 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% <ul style="list-style-type: none"> ・ 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% <ul style="list-style-type: none"> 【消費増税対応】
2015年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域支援事業の拡充 <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）、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% <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
注：（上）の表3の再掲。

3——20年の変化(1)～自立の変容～

1 | 制度創設時の「自立」

第1に、「自立」の意味の変容である。介護保険制度が創設された際、「自立」は高齢者の自己決定を意味していた。例えば、介護保険制度の創設に繋がった高齢者介護・自立支援システム研究会報告書（1994年12月）では介護の基本理念として、「高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること、すなわち『高齢者の自立支援』を掲げ、そして新たな基本理念の下で介護に関連する既存制度を再編成し、『新介護システム』の創設を目指すべき」と提言していた。

さらに研究会への参画も含めて、介護保険制度の創設に関わった行政学者の書籍でも「人間の尊厳を基本的に支える考え方は『自分にかかわることは自分で決めていこう』とすること」「自己決定が大事なのは『人間の尊厳とかかわるから』と私どもは考えてきました」「介護保険法を根本から支えている考え方は自己決定権です」「自己決定権を具体的なかたちで表す言い方である『自立支援』という考

え方」などと説明されていた¹。

こうした「自立」の考え方は元々、「補助なしで自分だけで何を行えるかでなく、援助を得ながら生活の質をいかに上げられるか」という点を重視する障害者福祉の思想²に源流があり、介護保険を含めて、行政による「援護」「更生」的な要素を持っていた福祉の思想を抜本的に改めた「社会福祉基礎構造改革」の文脈でも、当時の解説書は福祉サービスの意義について、利用者の自己決定による自立を支援することにあるとしていた³。

2 | 「自立支援介護」の浮上

しかし、近年の制度改革で介護予防が重視される中、「自立」は要介護度の維持・改善、つまり「身体的自立」を意味するようになった。中でも、「自立支援介護」が重視された2018年度制度改革を経て、「自立＝身体的自立」を意味する傾向が鮮明になった。

この時の制度改革ではリハビリテーションの充実などを通じて、要介護認定率の引き下げに成功したとされる埼玉県和光市や大分県の事例を全国展開するため、自治体に財政インセンティブを付与する仕組みとして、全額国費の「保険者機能強化推進交付金」（200億円）が創設された。

しかし、こうした自立支援介護で使われている「自立」の文言は制度創設時の自己決定と異なる。具体的には「介護予防の強化→身体的自立→要介護度の維持・改善→介護給付費の抑制」を重視しており、身体的自立を専ら意味している。

例えば、当時の厚生労働省の説明資料には「制度の持続可能性を維持するためには、保険者（筆者中：保険制度の運営者、市町村を意味する）が地域の課題を分析してサービス提供体制等を構築することや、高齢者になるべく要介護状態とならずに自立した生活を送っていただくための取組を進めることが重要」と書かれていた。さらに、同じ時期の介護報酬改定ではADL（日常生活動作）を改善した通所介護（デイサービス）に対し、加算を付与する制度改革が盛り込まれた。つまり、要介護認定から漏れる「非該当（自立）」に誘導するため、「身体的自立」を目指す介護予防に力点を置こうとしたわけである。

元々、社会保障関係法でも「自立」という言葉は曖昧に使われており、非常に多義的な言葉である。具体的には、「職業的自立」（障害者雇用促進法）、「自立を助長」（生活保護法）など様々な形で使われており、その定義は明確とは言えない⁴。こうした中、介護保険財政の逼迫を受けた方策として、介護予防が重視されるようになり、「自立」の意味が変容したと言える。

4——20年の変化(2)～措置への回帰傾向～

1 | 給付の権利性

第2に、「措置」への回帰傾向である。[\(上\)](#)で述べた通り、介護保険制度が創設された一つの背景として、それまでの福祉制度に対する反省があった。具体的には、従来の福祉制度では市町村が一方

¹ 大森彌編著（2002）『高齢者介護と自立支援』ミネルヴァ書房 p7、9。

² Joseph P Shapiro（1993）“No Pity”〔秋山愛子訳（1999）『哀れみはいらない』現代書館 p84〕。

³ 社会福祉法令研究会編（2001）『社会福祉法の解説』中央法規出版 p110。

⁴ 社会保障関係法における「自立」の定義に関しては、拙稿2019年2月8日「[社会保障関係法の『自立』を考える](#)」を参照。

的に支援内容を決めており、高齢者に選択権がなかった。

これに対し、介護保険制度では高齢者が保険料を支払った対価としてサービスを選べる権利性が重視された。具体的には、介護の必要度を判定する要介護認定と、サービスの内容を決定するケアマネジメント（居宅介護支援）を切り分けることで、市町村がケアマネジメントに関わり過ぎないように配慮した。さらに高齢者が介護サービスを選んで事業者と契約を結ぶ際、ケアマネジメントは「サービスの仲介」、ケアマネジメントを担うケアマネジャー（介護支援専門員）はサービスの仲介などを担う「代理人」の役割を果たすと、それぞれ位置付けられた⁵。

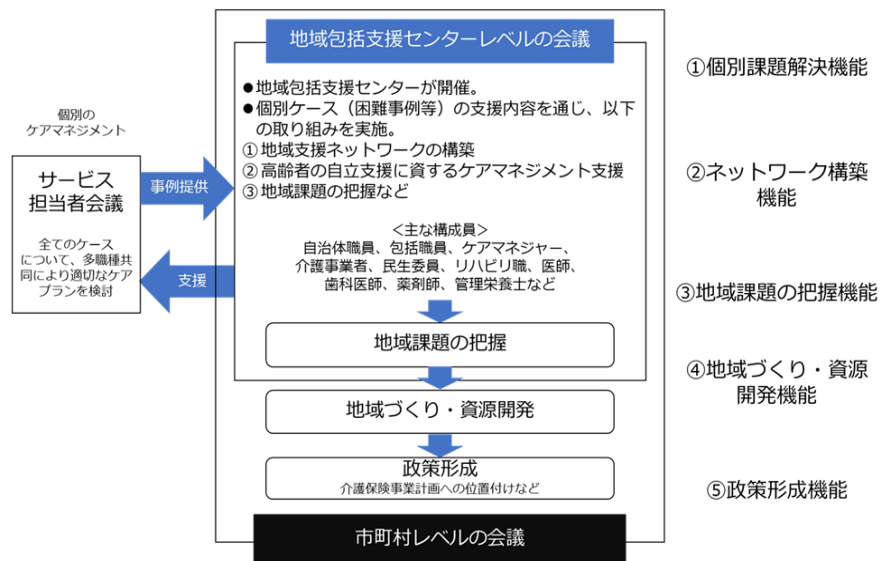
2 | 地域ケア会議が持つ5つの機能

しかし、ケアマネジメントやケアプランの内容に深く関与している市町村が近年、増えている。その際の舞台装置が「地域ケア会議」と呼ばれる会議であり、そのイメージは図1の通りである。地域ケア会議の機能については、市町村ごとに運用が異なるが、厚生労働省が市町村に示した当時の説明資料によると、①個別課題の解決、②支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり資源開発、⑤政策形成——など5つの機能を持つとされ、埼玉県和光市の事例を全国化する形で、2015年度改正で全ての市町村に対して設置を義務付けた。

その際、地域包括支援センターを軸にした生活圏域に設置される会議と、市町村単位で設置される会議に区分されており、主に前者で①～③、後で④～⑤に当たるとされている。

こうした役割に関しては、個別事例を基に支援内容を議論する「事例検討会」、多職種の意見を聞きつつケアマネジャーが中心となってケアプランを決定・変更する「サービス担当者会議」と共通している面がある。実際、事例検討会を地域ケア会議と呼

図1：地域ケア会議のイメージ



出典：厚生労働省資料などを基に作成

んでいる市町村も散見され、会議の形態や運営方法、役割などを一概に説明できない面がある。

そこで、議論を分かりやすくするため、国の説明資料を基に、具体的な事例を用いつつ、地域ケア会議の機能と論点を考えてみよう。仮に X 市 Y 地区に住む「認知症が急激に進行した一人暮らしの A さん」「要介護認定後、ADL が急速に落ちた B さん」という 2 つの事例で考えると、①で示した「個別

⁵ 実際、当時の厚生省幹部は「介護サービスもいろいろな分野の介護サービスがありますし、その中には、専門的な知識の判断が必要になったり、あるいは幅広い情報が必要になったりするものがございます。そういうものを本人とか家族だけで全部把握するというのはなかなか不可能で、利用者の代弁的な機能、代理的な機能、こういうものが必要だと思います。(略)介護支援専門員がこの制度の中で(略)代弁的な機能、そういうものを果たすことになるかと思っております」と述べている。第 140 国会会議録 1997 年 5 月 16 日衆議院厚生委員会における江利川毅官房審議官の答弁。

課題の解決」では医師や看護師、ケアマネジャーなどの多職種が連携しつつ、AさんやBさんの課題解決に力点が置かれる。

次に、②で挙げた「支援ネットワークの構築」では、地域ケア会議での議論を通じて、ケアマネジャーや医師、看護師などが連携できる関係性を構築していくことを重視する。在宅ケアにおける医療と介護の境目は曖昧であり、生活を支える上では幅広い職種が関わる必要があるためだ。

ここまでの機能については、ケアマネジャーを中心に、本人や多職種がケアプランの中身を協議する「サービス担当者会議」と重複する面があり、③で掲げた「地域課題の発見」が地域ケア会議の特徴である。例えば、AさんとBさんの事例を比較することで、高齢者の外出機会が少ないという共通点を見出し、そこから「Y地区の周辺に外出できる場が少ない」「Y地区の中央部を走る道路の歩道が狭い」といった地域の課題を抽出することが期待されている。

その上で、④の「地域づくり資源開発」では高齢者の外出機会を増やすようなサークル、認知症カフェなどをY地区で作ることが目指され、⑤の「政策の形成」では外出機会を増やす場をX市全体に広げたり、Y地区を走る道路の側道を改善したりするための提言などが期待されている。

こうした機能や役割について、筆者自身は非常に重要と考えている。いくら地域全体の高齢者福祉政策を考えても、個別ケースの課題解決に繋がらなければ無意味であり、逆に個別事例を積み上げるような形で、全体を俯瞰できる視点を持たなければ、その自治体の政策はピンボケしかねない。つまり、ミクロ（個別事例）とマクロ（地域全体）を一体的に考える視点は非常に重要である。

3 | 地域ケア会議が持つ措置的な側面

しかし、いくつか問題がある。第1に、地域ケア会議は先に述べた「自立支援介護」を進める際の舞台となっており、ここでの議論は要介護度の維持・改善とか、介護保険サービスの給付抑制に傾きやすくなっている。筆者自身、介護保険の給付抑制は必要と考えているが、この方法では本人の権利性が損なわれることになる。

第2に、個別事例の取り扱いである。先に触れた通り、介護保険制度は高齢者本人の自己選択を重視しており、ケアプランの作成・変更の際には本人の同意が必要である。それにもかかわらず、本人不在の中、もし市町村が地域ケア会議の席上、「Aさんのケアプランを変更する」「Bさんの自立を支援するため、リハビリテーションを入れる」などと決めた場合、措置の発想に近づくことになる。実際、筆者が見聞きする範囲では、ケアプランの内容に深く関与している市町村が多いと思われる。この状況で本人の権利性は確保されているのだろうか。

しかも、市町村には2018年度からケアマネジャーの事業所（居宅介護支援事業所）の指定権限が移譲されており、ケアマネジャーから見れば、市町村の担当者に物を言いにくい雰囲気作り上げられているはずである。こうした状況で、本人の自己決定権やケアマネジャーに期待される代理人機能が担保されにくくなっているのではないだろうか。

ここで先に提示した具体例で考えてみよう。認知症の状態が悪化したAさんの生活を支援するため、担当ケアマネジャーは「訪問介護の生活援助（洗濯、掃除など）を週5回、月20回」というケアプランを作成したとする。しかし、近年は生活援助を締め付ける動きが強まっているため、地域ケア会議の席上、市町村が「生活援助を多数入れるのは問題」と結論を出した場合、Aさんの自己決定権は担

保されていると言えるだろうか。何よりも、担当ケアマネジャーはAさんに対し、どう説明するのだろうか。

もちろん、ケアマネジャーのケアプランや、ケアプラン作成に至るケアマネジメントが十分とは言えない可能性があり、多職種が地域ケア会議の席上、「ケアマネジメントのプロセスが実施されていない」「ケアプランに盛り込んでいる目標が曖昧」「医療の視点が不足している」などと指摘することで、より良いケアプランを目指すことは重要である。

実際、ここ2～3年で国の資料に挙がることが多い愛知県豊明市の場合、地域ケア会議でケアプランの改善に向けて、様々な専門家の知見を取り入れているが、同市の地域ケア会議は「結論を出さない」、つまり市として「ケアプランをどう変更するか」を立ち入らないようにしている。このため、地域ケア会議の議論を踏まえて、「ケアプランを変更するか否か」「どうケアプランを変更するか」という判断については、担当ケアマネジャーに委ねている。様々な職種が集まり、互いに尊重しつつ、足りない視点を謙虚に学び、それぞれのプロフェッショナル意識を地域全体で醸成していくことを理念としているのである。

しかし、こうした配慮を講じている市町村は少なく、市町村が従来の措置制度のように、ケアプランの内容に立ち入ることについても、それほど問題視されているように見えない。何よりも、こうした風潮に対して反対意見を述べるケアマネジャーが大勢になっているとも言い難い。

その意味では、介護保険財政が逼迫する中、市町村を介して国の締め付けが強まっており、措置への回帰傾向が静かに進んでいると言えるかもしれない。これは措置的な発想を否定した介護保険制度の基本的な考え方を覆す危険性を孕んでいる⁶。

5——20年の変化(3)～集権化の動き～

1 | 地方分権の「試金石」としての介護保険

第3に、集権化の動きである。[\(上\)](#)で強調した通り、介護保険制度の導入に際して、地方分権の「試金石」と説明され、市町村の自主性が尊重された。実際には要介護認定、介護報酬、施設の人員基準などが全て中央でコントロールされており、一部には「市町村が保険者だからと言って、市町村の自主性で介護保険の根幹が決まるわけではない」といった不満も出ていた⁷のだが、厚生労働省OBが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⁸通り、市町村が保険料の水準について責任を持つことが重視された。具体的には、サービスと保険料の水準を勘案しつつ、その規模が適正かどうか住民に説明することが求められたのである。

ここでも人口規模や財政力、所得、高齢化率が似ているα市とβ市を事例にして、具体的に考えてみよう。α市は古いコミュニティが残っているため、住民の支え合いを維持しつつ、介護サービスに余り頼らない地域を作る判断を下したと仮定する。

⁶ ここでは詳しく触れなかったが、「介護予防・日常生活支援総合事業」(新しい総合事業)は給付から切り離されている上、市町村が予算に上限を設定しており、限りなく措置制度に近い。

⁷ 土屋正忠(1999)『介護保険をどうする』日本経済新聞社p137。当時、土屋氏は武蔵野市長であり、後に衆院議員に転じた。

⁸ 『文化連情報』No. 497における堤修三氏インタビュー。

一方、新興住宅地のβ市では住民の関係性が希薄であり、高齢者の孤独死がクローズアップされるようになったため、市長と市幹部のリーダーシップの下、「要介護認定を通じて行政が積極的に関与する必要がある」と判断したとする。要介護認定の判断基準は自治体の裁量に委ねられている「自治事務」であり、法令に違反しない範囲では独自の裁量が認められているため、独自のローカルルールを設定したことになる。

こうした状況で、65歳以上に課す介護保険料を比べると、α市よりもβ市は高くなる可能性が高く、β市は住民に対して、「なぜα市よりも高いのか」「今後、どういう高齢者福祉を展開していくのか」といった点を説明する義務が課される。こうした構造こそ、介護保険が地方分権の「試金石」と言われた所以である。

2 | 保険者機能強化推進交付金による誘導

しかし、近年は集権化の動きが強まっている。[\(上\)](#)で詳述した「地域支援事業」は市町村に交付する補助金の金額、基準などを細かく決めているほか、2018年度制度改正で創設された保険者機能強化推進交付金も集権色の強い仕組みである。これは先に触れた介護予防に力点を置いた「自立支援介護」の一環で創設された制度であり、介護予防だけでなく、認知症ケア、医療・介護連携など市町村に期待される事務について、厚生労働省が細かく採点基準を設定。その採点結果に応じて、交付金の配分額を変動させている。評価項目は表2の通り、市町村分63項目、都道府県分21項目に分かれており、200億円のうち190億円は市町村、10億円は都道府県に交付される。

実は、煩雑さを避けるため、表2では詳述していないが、それぞれの評価項目には「(筆者注：サービスの質の向上に向けて)市町村が主体する研修等のほか、市町村として民間事業所等における自主的な研修やスキルアップ等を促進するために財政支援を行う等具体的な取組を実施しているか」「地域ケア会議で検討した個別事例について、その後の変化等をモニタリングするルールや仕組みを構築し、かつ実行しているか」といった形で、市町村や都道府県の取り組みを細かく尋ねる質問項目が作られている。つまり、国が保険者として期待する事務を市町村に実施してもらうように、財政インセンティブを通じて誘導することに主眼が置かれている。

以上のような制度について、筆者自身は問題含みと考えている。第1に、地域の実情に関わらず、都道府県や市町村の施策を国の採点基準に従わせる危険性である。これまで述べて来た通り、介護保険制度を作った際、地域の自主性に委ねる判断が重視されたのは、介護サービスや地域の支え合い、高齢化の状況などの地域差が大きいためであり、国が重視する課題と地域が直面する課題は必ずしも一致しない。それにもかかわらず、保険者機能強化推進交付金は自治体の施策を全国一律の評価基準に従わそうとしている点で、適当とは言えないと考えている。

第2に、評価項目や設問を細かく読んでいくと、成果指標を問う質問が少ない点である。一般的にケアの質はストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトカム(成果)の3つで測るとされているが、複雑な生活を支える介護の定量的な評価は難しい。そこで、保険者機能強化推進交付金の評価項目のほとんどはストラクチャーか、プロセスにとどまっており、何らかの形で取り組みを実施していれば、点数を多くもらえる設定となっている。

実際、もし筆者が自治体職員であれば、評価項目に沿って既存事業の説明を再構成し、少しでも多

く交付金をもらえるように「お化粧」する。言わば「求められる成果が複雑なものなのに、簡単なものしか測定しない」「成果ではなくインプットを測定する」という指摘⁹が当てはまる状態となっている。

第3に、自治体にとって予見可能性が極めて低い点である。配分基準や配点数が年度ごとに細かく変更される上、根拠が全て通知に委任されており、自治体から見れば「今年度はいくら配分されるのか」「来年度はどんな基準になるのか」という点が全く想定できない。この結果、自治体が交付金を目当てに継続的な事業を実施するとは考えにくく、交付金をもらった自治体は介護保険事業特別会計の積立金に回している可能性が高い。実際、「基金に貯金すれば、改定時に少しでも保険料を少しでも安くできる」¹⁰、「(筆者注：交付金を当て込んで)新規の事業をするよりも、県の持ち出しがある既存の事業に振り替えてほしいという圧力が(筆者注：自治体の財務当局から)働く」¹¹といった声が報じられており、筆者が見聞きしている話と符合している。

つまり、国が財政支出を講じても、自治体は「貯金」に回しているという皮肉な構図が生まれている可能性がある。

表2：保険者努力支援制度の評価項目と配点

市町村の指標 計612点 (190億円、63項目)	都道府県の指標 計730点 (10億円、21項目)
<p>I：PDCAサイクル体制等の構築【82点、9項目】</p> <p>II：自立支援、重度化防止等に資する施策の推進【小計460点、46項目】</p> <p>(1) 地域密着型サービス【40点、4項目】</p> <p>(2) 介護支援専門員・介護サービス事業所【20点、2項目】</p> <p>(3) 地域包括支援センター【150点、15項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議における個別事例の検討件数割合など <p>(4) 在宅医療・介護連携【70点、7項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護支援における入院時情報連携加算、退院・退所加算の取得率など <p>(5) 認知症総合支援【40点、4項目】</p> <p>(6) 介護予防/日常生活支援【80点、8項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体操等の通いの場への65歳以上の方の参加率 ・地域包括支援センター等への情報提供 ・介護予防の場へのリハビリテーション専門職等の関与 ・介護予防活動への参加を促進する取組 <p>(7) 生活支援体制の整備【40点、4項目】</p> <p>(8) 要介護状態の維持・改善の状況等【20点、2項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定者の要介護認定の変化率 <p>III：介護保険運営の安定化に資する施策の推進【小計70点、8項目】</p> <p>(1) 介護給付の適正化【60点、6項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン点検の実施状況 <p>(2) 介護人材の確保【10点、2項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護人材確保のための取組 ・介護人材を養成する研修事業の実施状況、研修修了者のマッチング状況 	<p>I：地域課題の把握【180点、6項目】</p> <p>II 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進【小計530点、11項目】</p> <p>(1) 地域分析【30点、1項目】</p> <p>(2) 地域ケア・介護予防【110点、2項目】</p> <p>(3) 生活支援体制の整備【70点、1項目】</p> <p>(4) 自立支援・重度化防止に向けたリハビリテーション専門職の活用【80点、1項目】</p> <p>(5) 在宅医療・介護連携【110点、1項目】</p> <p>(6) 認知症総合支援【20点、1項目】</p> <p>(7) 介護給付の適正化【50点、1項目】</p> <p>(8) 介護人材の確保【50点、2項目】</p> <p>(9) その他【10点、1項目】</p> <p>III：管内の市町村における達成状況による評価【小計20点、4項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態の維持・改善の状況

出典：厚生労働省資料を基に作成
注：2019年度現在

第4に、「見える化」を目的としているにもかかわらず、市町村ごとの評価結果や配分額が住民に明らかにされておらず、インセンティブとしてどこまで機能しているか不明な点である¹²。これは制度としての透明性を欠くだけでなく、住民の主体性を引き出す上で阻害要因となる。

例えば、厚生労働省が2019年3月に示した『これからの地域づくり戦略』では、「地域のことは地

⁹ Jerry Z. Muller (2018) “The Tyranny of Metrics” [松本裕訳 (2019) 『測りすぎ』みすず書房 pp24-25]。

¹⁰ 2019年4月12日『シルバー新報』。

¹¹ 2019年4月19日『シルバー新報』。

¹² 租税を使った予算制度の使途が明確になっていない点で言うと、説明責任や財政民主主義の観点でも問題である。

域で解決するという地域の自主性・自律性の認識を持ってもらうことが大事」「その上で、（筆者注：市町村が）自治会、町内会、老人クラブ、地区社協、PTAなどの地域組織との信頼関係・協力関係を築く」などと指摘しつつ、高齢者が運動などで集まり（集い）、地域で支え合い（互い）、住民や関係者と議論する（知恵を出し合い）重要性を論じている。さらに、上記のような自治体、住民の活動が保険者機能強化推進交付金の対象になる点も強調している。

もちろん、こうした住民の主体性を引き出す発想自体、非常に重要であり、市町村の取り組みが十分とも思えないが、自治体ごとの交付金の採点結果や分配額が明らかになっていないのに、国や自治体から「住民とともに地域づくりを進めて下さい」と言われても、ほとんどの住民はピンと来ないだろう。

以上のような問題点を内包している中、2020年度予算では「保険者努力支援制度」（200億円）という新たな制度が創設された。こちらも介護予防や健康づくりに取り組む市町村を財政支援する制度であり、やはり集権的な要素を持っている。

つまり、介護保険の本来の考え方と反する集権的な制度が創設または運用されていることになる。こうした変化の背景としては、介護給付費の増加が考えられる。介護保険の給付費は20年で3倍近く増えており、国としては、市町村に対する関与を通じて介護給付費を抑制したいという思惑があり、制度創設時に重視された地方分権の趣旨とは異なる流れになっている。

6——20年の変化(4)～制度の複雑化～

1 | 負担と給付の関係明確化

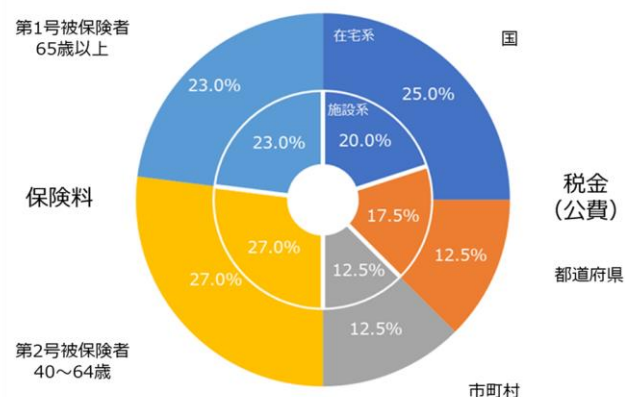
最後に、制度の複雑化である。介護保険制度は当初、被保険者が保険料とサービスの水準を理解できるように、図2で示した負担と給付の関係がシンプルに作られている。

この点については、同じ地域保険である国民健康保険との比較で明確になる。国民健康保険の場合、介護保険と同様、公費（税金）と保険料の比率は50:50とされているが、保険料軽減や赤字補填などの名目で市町村から追加的な財政支出（法定外繰入）が講じられており、医療費と保険料の水準は必ずしも一致しない。

これに対し、介護保険制度では法定外繰入を認めておらず、赤字が出た場合、都道府県単位の設置されている「財政安定化基金」で不足額を交付または貸付する仕組みとなっている。

さらに制度創設に際しては、一部の市町村で保険料減免の動きが広がったため、①保険料の全額免除は不適當、②負担能力を収入のみで判断して一律に減免することは不適當、③保険料の減免分を一般財源からの繰り入れで補填することは不適當——とする3原則を徹底させた。当時の幹部は「保険料を取らないで、給付することを認めたら、介護保険の自殺行為になってしまう」「保険料をまけられ

図2：介護保険の財政構造



出典：厚生労働省資料を基に作成
注1：自己負担を除く。

注2：低所得向け保険料軽減として、2020年度までに国・自治体の税金が計1,600億円に拡大する。

るということは、いちばん琴線に触れる部分だった」と振り返っている¹³。

2 | 財政構造の複雑化

しかし、制度は複雑化しつつある。例えば、図2で示した円グラフのうち、税金（公費）部分が二重となり、施設系と在宅系で都道府県の負担割合が異なるようになったのは2006年度である。この時は国・地方税財政を見直す「三位一体改革」が進んでいる時であり、国の補助金を縮減させる流れの中で、特別養護老人ホームなど施設系サービスに関しては、国の財政負担割合を5%減らす一方、施設を認可する都道府県の負担割合を増やした。

第2に、低所得者向け保険料軽減である。引き上げた消費税財源のうち、国・地方合わせて約1,600億円を活用する形で、低所得者向け保険料を軽減する措置を段階的に導入した。確かに介護保険料が上昇していく中、こうした対応策は必要かもしれないが、少なくとも制度創設に際して、自治体に対して介護保険料の軽減を厳しく戒めていたこととの整合性が論じられた形跡は見受けられない。

さらに、介護保険の財政構造に関する厚生労働省の説明資料を見ても、低所得者の保険料軽減措置は示されていない。例えば、2021年度制度改正を審議する際、社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）介護保険部会に提出された総論資料のうち、財源構成の全体像を説明するスライドでは、低所得者向け保険料軽減の措置を盛り込んでいない¹⁴。さらに、自治体が住民向けに配布している介護保険制度のパンフレットをいくつか見ても、追加的な財源措置の記述は見られない。

つまり、あくまでも「別枠」扱い、誤解を恐れずに言えば「裏から入っている公費（税金）」であり、パッチワーク的な制度を積み重ねた結果、負担と給付の関係が不明確になって来ていると言える。

3 | サービスコードの複雑化

財政構造だけでなく、人員の配置基準や報酬のルールが複雑化している。具体的には、3年に一度の介護報酬改定に際して、ガイドラインや通知、「Q&A」と呼ばれる疑義解釈など、かなりの書類が現場の事業所に示されており、こうした複雑化を端的に表すのが「サービスコード」の増加である¹⁵。

ここで言うサービスコードとは、言わば介護保険サービスの「メニュー表」である。具体的には、介護保険法に基づく告示（省令）として、サービスの種類・内容、単価を細かく定めており、ケアプラン作成の際、どんなサービスを使っているかを示す。

コードは原則として6ケタ。このうち、上2ケタでサービスの種類、下4ケタではケアの行為やサービスの内容、人員・施設基準などに応じて番号が細かく割り当てられている。例えば、訪問介護は「11」、訪問看護は「13」といった形で、サービスの種類ごとに2ケタの番号が振られており、このうち訪問介護の「身体介護 20分以上 30分未満」は「1111」という4ケタの番号が続く。つまり、身体介護 20分以上 30分未満の場合、「111111」というサービスコードが割り振られている。そして、ケアマネジャーはケアプランのうち、サービス利用票別表の「サービス内容／種類」欄を記入する際、身体介護 20分以上 30分未満

¹³ 当時、官房審議官だった堤修三氏が提唱したため、「堤三原則」と呼ばれた。菅沼隆ほか編著（2018）『戦後社会保障の証言』有斐閣 pp362-364 を参照。

¹⁴ 2019年2月25日に開催された介護保険部会資料。

¹⁵ サービスコードの複雑化の過程や問題点に関する分析については、三原岳・郡司篤晃「介護報酬複雑化の過程と問題点」『社会政策』第7巻1号を参照。（DOI：https://doi.org/10.24533/spls.7.1_175）。

を意味する「身体介護 1」、サービスコードの欄に「111111」を記入する。

さらに、それぞれのサービスコードには単価が割り振られており、「身体介護 20 分以上 30 分未満 サービスコード 111111」には 249 単位という単価が設定されている。これがケアプラン作成の給付管理で使われている。具体的には、月単位の利用日数のほか、1 単位当たり原則として 10 円¹⁶を乗じ、保険給付額や自己負担額を確定する。例えば、月に 10 回、訪問介護の身体介護 20 分以上 30 分未満を受ける場合、249 単位×10 回=2,490 単位、つまり 2 万 4,900 円がサービス総額としてカウントされ、そこから原則 10%の自己負担分（249 単位、2,490 円）を差し引いた 2 万 2,410 円が介護保険の給付費から支給されることになる。こうしたサービスコードを使った介護報酬の計算は本来、自らの負担と紐付けて介護保険給付を理解できる点で非常に重要である。

しかし、このサービスコードは図 3 の通り、20 年間で複雑化の一途を辿っている。具体的には、当初は 1,760 項目でスタートしたが、ほぼ右肩上がり増加している結果、最新の 2019 年度で 2 万 4,970 項目と約 14.2 倍に膨れ上がっている。

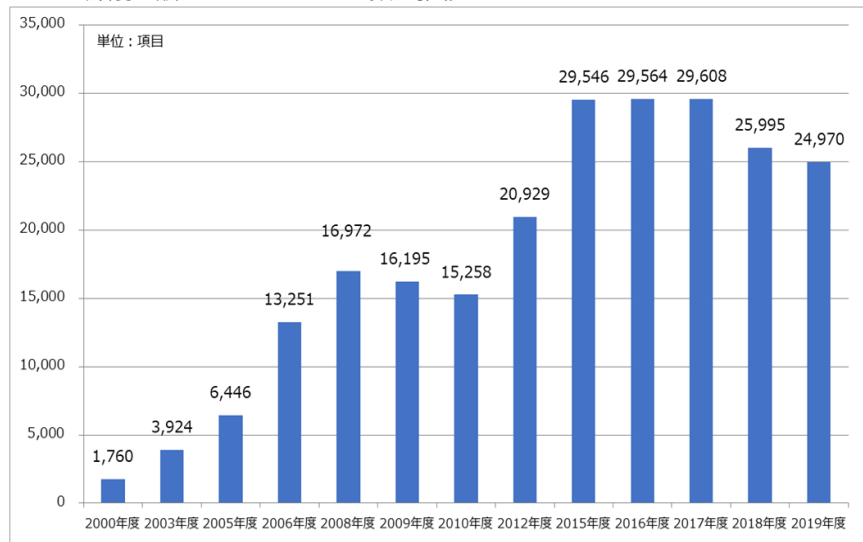
では、こうした形で複雑化している理由は何か。考えられる理由としては、新しいサービス類型が付加された影響である。確かに 2006 年度の増加については、「地域密着型サービス」の創設などが影響しているが、その後の増加を見ると、サービスの多様化だけで説明しにくい。

むしろ、厚生労働省が給付を抑制するため、3 年に一度の介護報酬改定に際して、「××を

実施したら加算」「△△の基準を満たさなければ減算」「◎◎の加算を取得できる要件を見直す」といった形で、単価や基準、要件などを細かく変更している影響の方が大きい。例えば、例示した訪問介護の「身体介護 1 20 分以上 30 分未満」の場合、表 3 の通り、夜間早朝の場合は 25%加算の 311 単位、深夜の場合は 50%加算の 374 単位、2 人の介護職員が従事した場合は 498 単位に細分化されており、これに 20 分以上 45 分未満の生活援助が絡めば 315 単位、45 分以上 70 分未満だと 381 単位といった形で、細かく決まっており、それぞれに訪問介護を意味する「11」から始まる 6 ケタのサービスコードが振られている。

さらに訪問介護の場合、「身体介護 20 分未満」「身体介護 30 分以上 1 時間未満」といった形で時間ごとに区分されており、それぞれの区分で表 3 のようなサービス内容と算定項目が設定されている。このほか、生活援助だけの訪問介護についても、「11」で始まる 6 ケタのサービスコードが別に割り振

図 3：介護報酬のサービスコード数の推移



出典：厚生労働省資料を基に作成

注：同じ年度で複数回、改定が実施された場合、その年度内の最新データで集計。

¹⁶ 単位は原則として 10 円だが、地域によって異なる。

られており、訪問介護だけでサービスコード数は1,414項目に及ぶ。

表1で示した制度改正、報酬改定の経緯のうち、「効率化」「重点化」と書かれた部分の多くは加算、減算を増やして来た部分であり、専ら給付抑制を図る中でサービスコードの数が膨張したと言える。

表3：サービスコードの一例（訪問介護の身体介護20分以上30分未満の場合）

種類	項目	サービス内容、算定項目	単位
11	1111	身体介護20分以上30分未満	249
11	1112	身体介護20分以上30分未満 夜間早朝の場合	311
11	1113	身体介護20分以上30分未満 深夜の場合	374
11	1121	身体介護20分以上30分未満 2人の介護職員の場合	498
11	1122	身体介護20分以上30分未満 2人+夜間早朝の場合	623
11	1123	身体介護20分以上30分未満 2人+深夜の場合	747
11	4111	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助20分以上45分未満を実施した場合	315
11	4112	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助20分以上45分未満を実施した場合 夜間早朝の場合	394
11	4113	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助20分以上45分未満を実施した場合 深夜の場合	473
11	4121	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助20分以上45分未満を実施した場合 2人の介護職員の場合	630
11	4122	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助20分以上45分未満を実施した場合 2人+夜間早朝の場合	788
11	4123	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助20分以上45分未満を実施した場合 2人+深夜の場合	945
11	4211	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助45分以上70分未満を実施した場合	381
11	4212	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助45分以上70分未満を実施した場合 夜間早朝の場合	476
11	4213	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助45分以上70分未満を実施した場合 深夜の場合	572
11	4221	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助45分以上70分未満を実施した場合 2人の介護職員の場合	762
11	4222	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助45分以上70分未満を実施した場合 2人+夜間早朝の場合	953
11	4223	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助45分以上70分未満を実施した場合 2人+深夜の場合	1,143
11	4311	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助70分以上を実施した場合	447
11	4312	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助70分以上を実施した場合 夜間早朝の場合	559
11	4313	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助70分以上を実施した場合 深夜の場合	671
11	4321	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助70分以上を実施した場合 2人の介護職員の場合	894
11	4322	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助70分以上を実施した場合 2人+夜間早朝の場合	1,118
11	4323	身体介護20分以上30分未満に続き、生活援助70分以上を実施した場合 2人+深夜の場合	1,341

出典：厚生労働省資料を基に作成
注：単位は原則として10円。

さらに「被保険者・患者・利用者・サービス事業者の幅広い具体的な要望に応えようとするあまり、サービスを規律する基準や報酬体系が加速度的に複雑化する」という指摘¹⁷の通り、業界団体など関係者の意見を取り入れる中で、各種加算措置などが創設された側面もある。つまり、財政逼迫への対応を含めて、様々な問題を解決しようとした必然の結果として、サービスコードの数がほぼ右肩上がりで増加しているのである。

しかし、こうした複雑な制度を理解しようとする、相当な機会費用（手間暇）を要するため、制度に精通していない住民やサービス利用者が制度を理解する上での「参入障壁」となりかねない。その結果、[\(上\)](#)で述べた通り、介護保険制度の創設時に重視された「高齢者の自己決定」「住民参加」妨げられることになりかねない。

実際、「被保険者が介護報酬に基づく給付費と関連づけて保険料の妥当性を判断することがますます難しくなる」という指摘が出ている¹⁸。こうした制度の複雑化も20年間の変化と言えるであろう。

7—有効な解決策が見えない人手不足

これまで述べて来た通り、過去の制度改正では財政逼迫への対応が焦点となっていたが、ここにき

¹⁷ 堤修三（2018）『社会保険の政策原理』国際商業出版 p59。

¹⁸ 堤修三（2010）『介護保険の意味論』中央法規出版 p74。

て顕在化しつつあるのが人手不足の問題である。介護職員の給与引き上げが争点となったのは 2008 年以降であり、与野党間の議論が一つの契機となった。元々の始まりは表 4 の通り、衆参両院で多数党が異なる「ねじれ国会」だった頃、野党の民主党（当時）が介護職員の給与を引き上げるための法案を議員立法で提出した時にさかのぼる。この時点で十分な財源措置が考えられていたとは思えないが、金額を明示しない形で給与引き上げの必要性を示す「介護従事者等人材確保処遇法」が超党派で成立した。さらに、リーマン・ショックを受けた経済対策の一環として、民主党への政権交代直前に編成された 2009 年度第 1 次補正予算で、「介護職員処遇改善交付金」が創設された。

しかし、介護職員処遇改善交付金は 3 カ年の時限措置だったため、「例外的かつ経過的な取り扱い」として 2012 年度改定で加算措置が介護報酬本体に取り込まれた。その後、引き上げられた消費税財源を活用するなど、加算額は少しずつ段階的に引き上げられてきた。

このほか、介護職員に関するキャリアアップのコースを示したり、介護現場の魅力を PR したりする事業にも取り組んできた。昨年末に決着した 2021 年度制度改正でも人材確保は大きなテーマとなり、▽外国人人材の活用、▽介護ロボットの普及、▽高齢者ボランティアの活用、▽文書削減による事務の効率化——などが論点となった。

表 4：介護職員給与引き上げに関する主な出来事

年月	主な出来事
2008年1月	▶ 衆参両院で多数党が異なる「ねじれ国会」の下、野党の民主党（当時）が「介護労働者の人材確保に関する特別措置法」を提出。月2万円程度の引き上げを想定。 →5月、与野党合意で「介護従事者等人材確保処遇改善法」成立。引き上げ幅は示さず。
2009年4月	▶ 介護報酬改定。月9,000円程度の引き上げ。
2009年8月	▶ 総選挙。政権を獲得した民主党はマニフェスト（政権公約）で月平均4万円を引き上げると規定。
2009年10月	▶ 自民政権が編成した2009年度第1次補正予算で創設された「介護職員処遇改善交付金」がスタート。月平均1万5,000円を引き上げる内容。所要財源は約4,000億円。3カ年の時限措置として国費で全額計上。
2012年4月	▶ 介護報酬改定。介護職員処遇改善交付金に代わる「介護職員処遇改善加算」を創設。月平均6,000円を引き上げ、3カ年の「例外的かつ経過的な取り扱い」として創設。
2014年3月	▶ 民主党など野党が「介護・障害福祉従事者の人材確保特別措置法案」を提出。月平均1万円程度の引き上げを想定。 →6月、与野党合意で「介護・障害福祉従事者処遇改善法」が成立。引き上げ幅示さず。
2015年4月	▶ 介護報酬改定。処遇改善加算を継続・拡充。月平均1万3,000円の引き上げ。
2017年4月	▶ 処遇改善のため、前倒しで介護報酬改定を実施。キャリアアップの仕組みを構築し、月平均1万円相当を引き上げ。
2019年10月	▶ 勤続年数10年以上の介護福祉士を対象に、月平均8万円相当の処遇改善を実施。消費税増税の財源を一部活用。計2,000億円規模。

出典：衆議院、厚生労働省資料などを基に作成

それでも介護現場の人手不足感は強く、介護労働安定センターの 2018 年度「介護労働実態調査」によると、介護サービスに従事する従業員の過不足状況について、「大いに不足」「不足」「やや不足」と答えた事業者は計 67.2%に及んでいる（回答数 7,084 事業所）。さらに「不足している理由」を尋ねたところ、「採用が困難である」という答えが 89.1%で 1 位となり、次いで「離職率が高い」が 18.9%だった（回答数 4,759 事業所、複数回答可）。

さらに、20 年を迎えて実施した自治体向け大手メディアの調査でも、人手不足が最大の課題に挙げられている。例えば、読売新聞の調査¹⁹では今後 10 年間を見通した制度の持続可能性を尋ねる問いに対し、計 9 割の自治体が「困難」「どちらかという困難」と回答し、そのうちの約 7 割が「人材や事業所の不足」を挙げたという。さらに共同通信の調査²⁰でも制度の問題点を尋ねる問い（複数回答可）

¹⁹ 2020 年 3 月 23 日『読売新聞』。都道府県の県庁所在地、政令市、中核市、東京特別区の計 102 自治体から回答を得たという。

²⁰ 2020 年 3 月 29 日『共同通信』配信記事。都道府県庁所在地の自治体（東京都は都庁の立地する新宿区）と政令市のうち、計 50 自治体から回答を得たという。

に対し、9割の自治体が「介護現場の人手不足」を課題に挙げたとされている。厚生労働省の試算によると、人口的なボリュームが大きい「団塊世代」が75歳以上になる2025年には介護需要が増加する中で、約55万人が不足するとされており、こうした状況が自治体の危機感に繋がっていると言える。

しかし、現時点で有効な打開策は示されておらず、筆者自身も答えを持っていない。何よりも制度創設時点で「例外的かつ経過的」とされた加算措置が10年近く続いていることから、その窮状が見て取れる。

さらに給与を引き上げても課題が解決するとは限らない。例えば、先に触れた介護労働安定センターの2018年度調査では介護労働者に対してもアンケートを実施しており、この中の「前職の仕事をやめた理由」を尋ねた設問では、「収入が少なかったため（12.5%）よりも、「結婚・出産・妊娠・育児のため」（26.6%）、「自分の将来の見込みが立たなかったため」（15.6%）、「職場の人間関係に問題があったため」（15.4%）という回答結果が多い（回答者数1万7,217人、複数回答可）。

つまり、人手不足の解消は介護職員の給与引き上げだけで解決するとは限らず、出産・育児との両立やキャリアアップのコース確立、働きやすい職場づくりといった対応策も必要であり、これまでに挙げた施策などを展開しつつ、総合的な対応策が求められる。

8—おわりに

これまで全2回で、20年に及ぶ介護保険制度の歴史を振り返って来た。[\(上\)](#)で述べて来た通り、制度創設に際しては様々な関係者の意見を取り入れたことで、比較的スムーズに定着したと言えるが、高齢化に伴う要介護者の増加を受けて、費用膨張の事態に直面している。その一方、認知症ケアなど新しいニーズに対応する必要に迫られており、本来は租税財源で手当すべき「地域支援事業」を介護保険の制度内に創設したり、これを拡充したりする流れが強まっている。

さらに、こうした傾向は介護保険制度の運用にも影響しており、自己選択を意味していた「自立」の変容、市町村の関与拡大、制度の複雑化など、制度創設時とは異なる傾向が鮮明となっている。

こうした中、人手不足が顕在化しており、介護保険は「財源」「人手」という「2つの不足」に直面し、大きな曲がり角を迎えている。

しかし、3年に一度の制度改正で少しずつ課題解決に取り組む現在の方法では、地域支援事業を拡充する流れが一層強まったり、制度の複雑化が進展したりする危険性がある。介護保険制度は元々、負担と給付の関係が明確であることを考えれば、いたずらに制度を複雑にさせるのではなく、持続可能な制度の確立に向けて、「負担増で給付維持するのか」「給付抑制で負担を維持するのか」といった形で国民に選択肢を提示していくことが求められる。