

基礎研 レポート

数字で振り返る介護保険制度の 20年

サービス利用、保険料の変遷などで浮き彫りになる光と影

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～数字で振り返る介護保険制度の20年の「光」と「影」～

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。既に [\(上\)](#) [\(下\)](#) 2回の企画として、介護保険制度の理念、その後の変化などを探ったが、今回は介護保険制度の20年を数字で振り返る。

具体的には、高齢化率の進展や要介護認定者の増加、サービスの利用状況や提供体制の変遷に加えて、介護保険制度の財政規模や保険料、介護現場で働く人の数がどう増えたか考察した上で、制度創設時に期待されていた在宅サービスの充実が一定程度、図られた「光」の部分に焦点を当てる。その一方で、財政の逼迫と人手不足に伴って制度の持続可能性が問われており、こうした「影」の部分も明らかにする。

なお、統計の制約上、厳密に言えば「20年」とはならない点をご了承いただきたい。

2—高齢化率の進展

第1に、高齢化率の進展である¹。介護保険制度が発足した2000年と比べると、2018年度までに平均寿命は男性で77.72歳から81.25歳に、女性は84.60歳から87.32歳に伸びた。一方、合計特殊出生率の低下を踏まえ、総人口に占める65歳以上人口の比率は2000年の17.4%から、2019年10月1日現在で28.4%に伸びた。

これは制度創設時と比べると、サービスの受け手が増えた一方、制度を支える側の国民が減っていることを意味しており、後に述べる財政逼迫や人手不足の遠因は、ここにある。

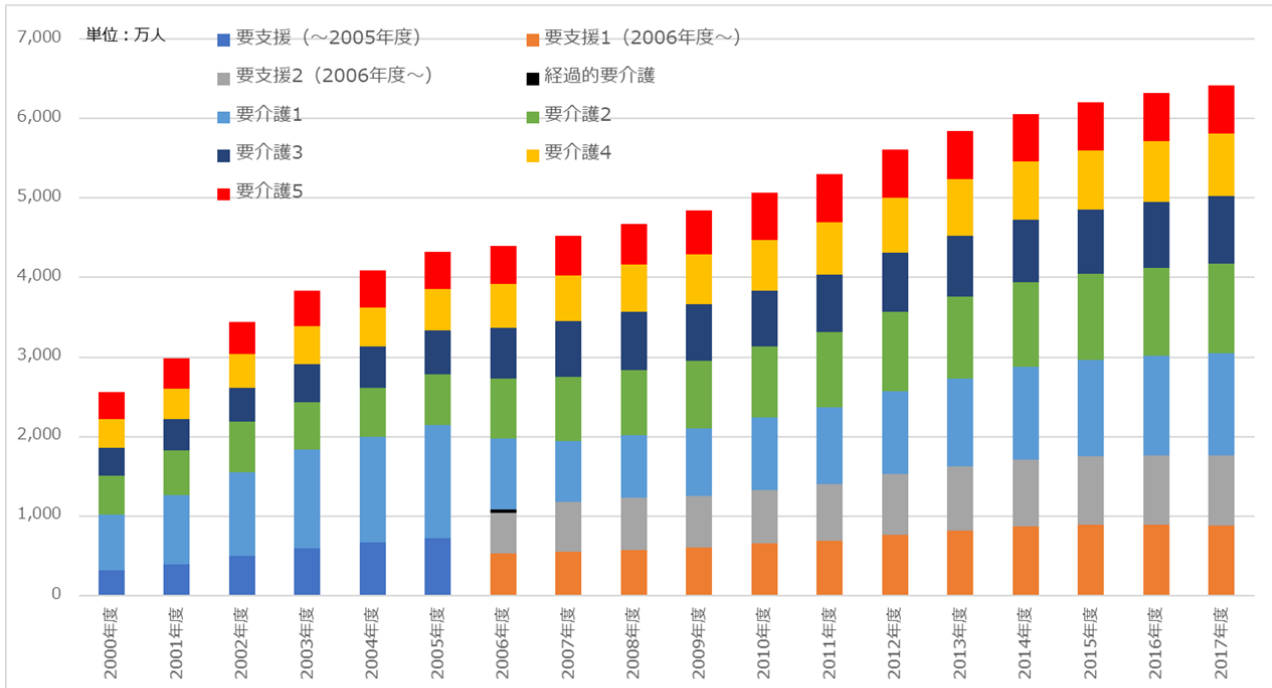
3—要介護認定者の増加

次に、要介護者（要支援認定を受けた人も含む、以下は同じ）の数をみる。[\(上\)](#) で述べた通り、市町村による要介護認定は介護保険サービスを受ける際の一つの「入口」であり、要介護認定を受けた人が増えれば、介護保険の給付費を押し上げる可能性がある。

¹ 人口に関するデータは内閣府『高齢社会白書』、総務省『人口推計』、厚生労働省『簡易生命表』を基にした。

そこで、20年の変化を見ると、図1の通りにはほぼ右肩上がりで見ることが分かる。具体的には、2000年度に256万人余だった要介護者は最新のデータの2017年度で641万人余に増えた。つまり、介護を必要とする高齢者は約20年で約2.5倍増えたことになり、それだけ介護保険給付を増加させる要因となっている。

図1：要介護者（要支援者を含む）の推移



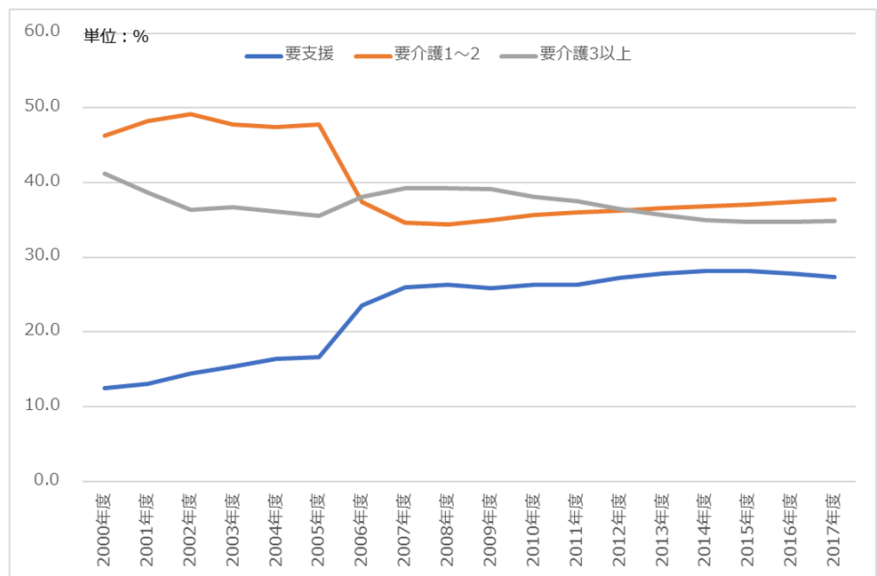
出典：厚生労働省資料を基に作成

さらに、こういった状態の要介護者が増えたか把握するため、要支援（2005年度までは1段階、2006年度以降は2段階）、要介護1～2、要介護3～5の3つの階層に分けた上で、全体に占めるシェアを把握した。その結果は図2の通りである。

これを見ると、要介護3以上の人の比率は41.2%でスタートした後、現在は34.9%に低下しており、それほど重度者のウェイトが大きくなっていない。

一方、要支援者の比率は12.6%でスタートした後、現在は27.4%を占めているが、これは2006年

図2：要介護者に占める要介護度別の内訳の推移



出典：厚生労働省資料を基に作成

度制度改正の影響が大きい。この時の制度改正では、要支援の認定区分を1段階から2段階に細分化することで、実質的に要介護1の軽度者を要支援に移管させた。この結果、2005年度と2006年度を比較すると、要介護1～2の人は10.4%マイナスとなった一方、要支援者は6.9%増えた。

そこで、2006年度制度改正の後、約10年間でどこの階層が増えたのか増加率を見ると、要支援の人は1.7倍、要介護1～2の人は1.5倍、要介護3以上の人は1.3倍であり、やはり要支援の人の増加率が高い。こうしたデータを見ると、高齢化の進展に伴って全体として要介護認定を受けている人が増加している中、相対的に見れば軽度な人が増えていると言える。

さらに(上)で述べた通り、介護保険財政が逼迫する中、最近の制度改正で軽度者向け給付の見直しが焦点になる一因は、この辺りに求められる。例えば、2015年度制度改正で導入された「介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)」では要支援1～2を対象とした介護保険給付の一部を介護予防事業に移管しており、軽度者向け給付の見直しが今後も論点となりそうだ²。

4——サービス利用状況の変遷

1 | 在宅サービスはどこまで伸びたか

一方、サービスの利用状況はどうだろうか。介護保険制度で受けられるサービスの種類は20年で細分化されているが、大別するとヘルパーが自宅を訪ねる訪問介護、高齢者を日中に預ける通所介護(デイサービス)、訪問看護といった「在宅サービス」、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などの「施設サービス」、在宅ケアを支援する「地域密着型サービス」に分かれる³。このうち、介護保険制度が創設された際、在宅サービスの充実が論じられていた経緯を考えると、「どこまで在宅サービスが伸びたか」という点は一つの論点になる。

しかし、2006年度に「在宅サービス」「施設サービス」と並ぶ第3の類型として「地域密着型サービス」が創設されるなど、20年でサービスの種類が増えているほか、予算の集計方法も途中で変更されているため、単純な比較が難しい。そこで、①2000年度から続いているサービス種類のうち、在宅サービスがどれだけ増えたか、②在宅、地域密着、施設の予算シェアがどう変わったのか——を把握する。

2 | 在宅サービスを中心としたサービスの種類別に見た予算の変遷

最初に、在宅サービスを中心に、サービスの種類別に見た予算の変遷を取り上げる。ここでは、制度創設時から変わらずに続いている計19種類のサービスを抽出する⁴とともに、集計方法が統一された2002年度から最新の2017年度までを比較した。その結果は図3の通りだが、19種類のデータを全て見るのは難しいので、ここでは「どれだけ在宅サービスが増えたか」を把握するため、「在宅サービスに区分される訪問介護、通所介護の推移」を考察する。さらに、「施設サービスに区分される介護老

² ここでは制度改正の内容を詳しく論じないが、軽度者向け給付は昨年末に決着した2021年度制度改正でも焦点となった。具体的には、要介護1～2の人の生活援助を新しい総合事業に移管する是非が話題になったが、最終的には見送られた。詳細は拙稿2019年12月24日「『小粒』に終わる？次期介護保険制度改正」を参照。

³ 在宅サービスは「居宅サービス」と表記されるケースも多いが、ここでは議論を分かりやすくするため、「在宅サービス」と表記する。

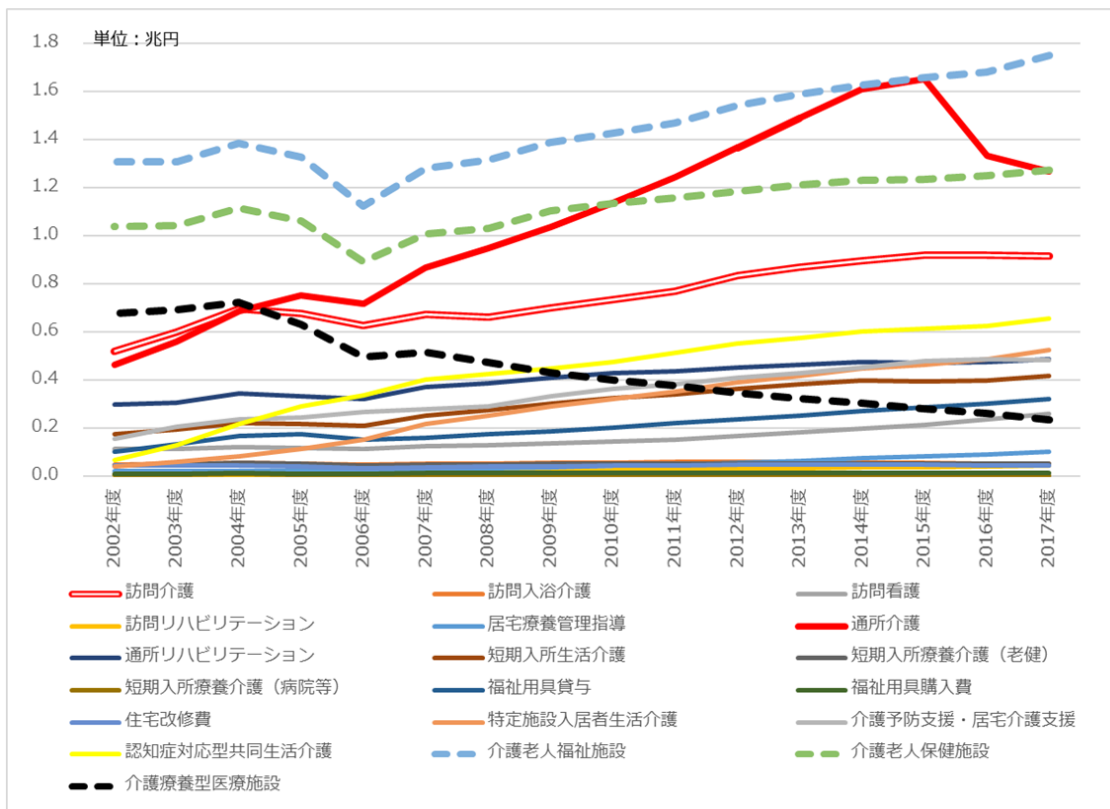
⁴ 一部のサービスは名称などが変更されている。

人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の予算推移」も取り上げることで、在宅サービスとの対比を試みる。

まず、図3の赤線が通所介護、赤い二重線が訪問介護であり、いずれも予算規模が大きく伸びている様子を見て取れる。中でも、通所介護は2015年度まで右肩上がり急増し、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に匹敵する規模まで増えた。これは「お泊りデイ」と呼ばれた高齢者の短期宿泊施設を兼ね備えた民家改修型の小規模デイサービスが急増したのが主な原因であり、2016年度から小規模な事業所については、市町村が事業所を認可・監査する地域密着型サービスの類型に移行した。2015～2016年度を境に激減しているのは、この制度改正の影響である。

一方、施設サービスは図3の破線部分になる。一般的に施設サービスは24時間ケアであり、多くの職員を配置する関係でコストは高くなるため、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）と介護老人保健施設の予算は高止まりしている。しかし、2002～2017年度の伸び率を比較すると、それぞれ1.3倍、1.2倍であり、抑制基調にある。さらに介護療養型医療施設は2006年度制度改正に際して、2011年度までの廃止方針が決まるなど、常に制度の改廃が論じられた（その後、2017年度まで廃止期限が延長、2018年度以降は介護医療院に段階的に転換）こともあり、施設数が制度創設時と比べると約3割に減った。これを受けて、予算規模もほぼ右肩下がりになり、3分の1にまで縮小した。つまり、施設系サービスは全体として抑制基調だったと言える。

図3：サービス別に見た制度創設後の予算推移



出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：2000年度から続いているサービスに限定した。

注2：介護予防支援・居宅介護支援など名称が途中で変更されているサービスが含まれる。

注3：自己負担を含む総予算の推移。

こうした数字を勘案すると、訪問介護と通所介護を中心に、在宅サービスが伸びており、在宅サービスを拡大するという当初の目的は一定程度、達成されたと言える⁵。その反面、介護保険財政が逼迫する中、給付が大きく増えた訪問介護と通所介護に関して、▽軽度者は介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）に移管、▽訪問介護の生活援助を抑制——などを実施することで、給付を抑制しようとしている背景も理解できる。

3 | 在宅、地域密着、施設で区分した予算のシェアの変遷

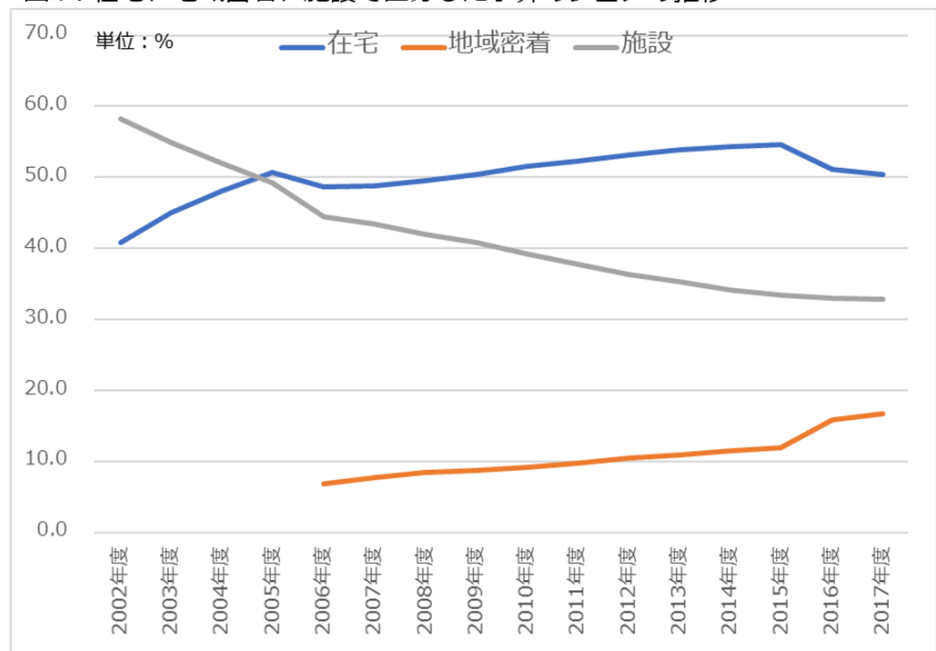
次に、自己負担を含む予算規模に関して、在宅、地域密着、施設の各サービスが予算に占めるシェアがどう変遷したのか見てみよう。地域密着型サービスが2006年度に創設されており、2005年度までは在宅と施設、2006年度以降は3つに分かれる。その結果は図4の通りである。

これを見ると、分かる通り、最初は施設が50%を超えていたが、徐々に減少し、2005年度に在宅が逆転した。さらに、2006年度に在宅ケアを支援する地域密着が創設された経緯を踏まえると、予算が在宅及び地域密着にシフトしたことになる。

その後も地域密着が少しずつ伸びる一方、施設は漸減、在宅はほぼ横ば

いという傾向が続いており、制度創設の20年で在宅ケアを支援する在宅や地域密着が伸びて来た様子を見て取れる。その意味では、制度創設時に意識された「在宅ケアの充実」は一定程度、果たされたと理解できる。

図4：在宅、地域密着、施設で区分した予算のシェアの推移



出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：地域密着サービスは2006年度に創設。

注2：認知症共同生活介護は2005年度以前は在宅、その後は地域密着でカウントした。

注3：自己負担を含む総予算の推移。

5——サービス提供体制の変遷

1 | 事業所数の変遷

では、こうしたサービス利用を支えるサービス提供体制はどのように変わったのだろうか。ここでは制度創設後に大きく伸びた訪問介護、通所介護を中心に見て行こう。

⁵ ここでは詳しく述べないが、予算規模で5位にランクインしている「認知症共同生活介護」（グループホーム）も制度創設後に伸びたサービスと言える。なお、認知症共同生活介護は2006年度制度改正を経て、在宅サービスから地域密着型サービスに区分が移行した。

毎年、開示されている『介護サービス施設・事業所調査』は途中で集計方法に変更が加えられており、一概に比較できない面があるが、介護保険制度がスタートした2000年時点で、訪問介護の事業所数は9,833カ所、通所介護は8,037カ所だった。これに対し、最新の2017年データでは訪問介護が3万5,311カ所、通所介護が2万3,597カ所に増えており、訪問介護で3.6倍、通所介護で2.9倍となったことになる。

なお、通所介護のピークは2014年度の4万3,406カ所だった。その後、既に述べた通り、小規模な通所介護事業所は2016年度以降、地域密着型サービスの「地域密着型通所介護」に移行しており、こちらの事業所数は2017年度現在で2万492カ所に上る。このため、通所介護と地域密着型通所介護を足した実質的な数字で言うと、制度創設後の伸びは5.5倍になる。

2 | サービス提供者の開設者別内訳の変遷

では、どういった開設者が訪問介護、通所介護の増加に寄与したのだろうか。[\(上\)](#)で述べた通り、介護保険制度の創設に際しては、高齢者の自己選択が重視され、選択肢を広げる観点に立ち、民間企業やボランティア組織の参入を認めた。さらに制度創設時には保険料だけを取られるのにサービス提供を受けられない「保険あってサービスなし」の状態が懸念されたことも重なり、新たに拡充することが期待されていた在宅サービスの担い手として、民間企業が大きな役割を果たすと期待されていた。

表1：在宅、地域密着の各サービスを提供する事業者の開設者別シェア

単位：%	地方 自治体	日本 赤十字 社 など	社会 福祉 法人	医療 法人	社団・ 財団 法人	協同 組合	営利 法人	NPO 法人	その他	合計
訪問介護	0.3	-	18.2	6.2	1.4	2.3	66.2	5.0	0.4	100.0
訪問入浴介護	0.1	-	34.8	1.9	0.6	0.6	61.6	0.4	-	100.0
訪問看護ステーション	2.1	2.0	6.7	27.3	8.2	1.9	49.6	1.6	0.6	100.0
通所介護	0.5	-	38.8	8.3	0.6	1.6	48.5	1.6	0.1	100.0
通所リハビリテーション	2.7	1.3	8.3	77.3	2.7	-	0.1	-	7.6	100.0
短期入所生活介護	1.7	-	83.4	3.5	0.1	0.4	10.3	0.4	0.2	100.0
短期入所療養介護	3.8	1.6	11.9	77.6	2.9	-	-	-	2.1	100.0
特定施設入居者生活介護	0.8	-	23.8	6.2	0.6	0.4	67.4	0.4	0.6	100.0
福祉用具貸与	0.0	-	2.3	1.3	0.4	1.5	93.5	0.7	0.3	100.0
特定福祉用具販売	-	-	1.8	1.0	0.4	1.5	94.5	0.7	0.3	100.0
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	-	-	30.6	17.1	2.0	3.4	45.0	1.5	0.4	100.0
夜間対応型訪問介護	0.6	-	36.7	8.9	2.2	2.8	46.7	2.2	-	100.0
地域密着型通所介護	0.3	-	11.7	3.9	0.9	1.1	75.3	6.3	0.5	100.0
認知症対応型通所介護	0.3	-	44.3	11.9	0.9	1.4	35.3	5.7	0.2	100.0
小規模多機能型居宅介護	0.1	-	31.9	12.8	0.7	2.1	46.1	5.9	0.4	100.0
認知症対応型共同生活介護	0.1	-	24.4	16.5	0.4	0.6	53.6	4.3	0.2	100.0
地域密着型特定施設入居者生活介護	-	-	31.2	16.4	0.7	0.7	48.3	2.4	0.3	100.0
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	-	-	18.1	20.3	4.9	3.2	50.1	3.4	-	100.0
地域密着型介護老人福祉施設	4.1	-	95.9	-	-	-	-	-	-	100.0
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）	24.5	-	55.2	13.6	3.4	1.1	1.5	0.6	0.3	100.0
居宅介護支援事業所	0.8	-	25.1	16.0	2.4	2.2	49.9	3.2	0.6	100.0

出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：それぞれのサービスに占める各開設者のシェアを示している。

注2：「日本赤十字など」は社会保険関係団体と独立行政法人を含む。

その様子については、在宅、地域密着の各サービスを提供する事業者の開設別シェアを見た表1で把握できる。ここでも訪問介護、通所介護に着目すると、営利法人が訪問介護の66.2%、通所介護の48.5%を占めている。2000年度の同じ調査を見ると、「会社」の比率は訪問介護で30.3%であり、通所介護に至っては4.5%に過ぎない。このため、営利法人の参入が在宅サービスの拡大に寄与した様

子を見て取れる。

一方、制度が始まる以前、社会福祉制度の担い手だった社会福祉法人については、2000年度時点で訪問介護の43.2%、通所介護の66.0%を占めていたが、2017年度現在で訪問介護の18.2%、通所介護の38.8%にまでシェアを減らした。このため、様々な担い手の参入を認めることで、在宅サービスの拡大を図る当初の意図は奏功したと言える。

しかし、コムスンによる介護報酬の不正請求事件など営利法人の利益至上主義が批判を招くこともあり、2009年度制度改正で事業者の法令順守強化が図られた。さらに既述した通り、「お泊まりデイ」を提供する小規模な通所介護事業者を規制するため、▽小規模な事業所を地域密着型サービスに移行し、市町村によるチェックを強化、▽「お泊りデイサービス」の届出制度の導入——といった制度改正も実施された。

筆者自身、「福祉の世界に営利法人は合わない」とか、「営利法人は金もうけ主義なので悪、非営利法人だから善」といった単純な二元論には与しないが、こうした経緯は営利法人の参入を幅広く認めた「負の側面」と言える。

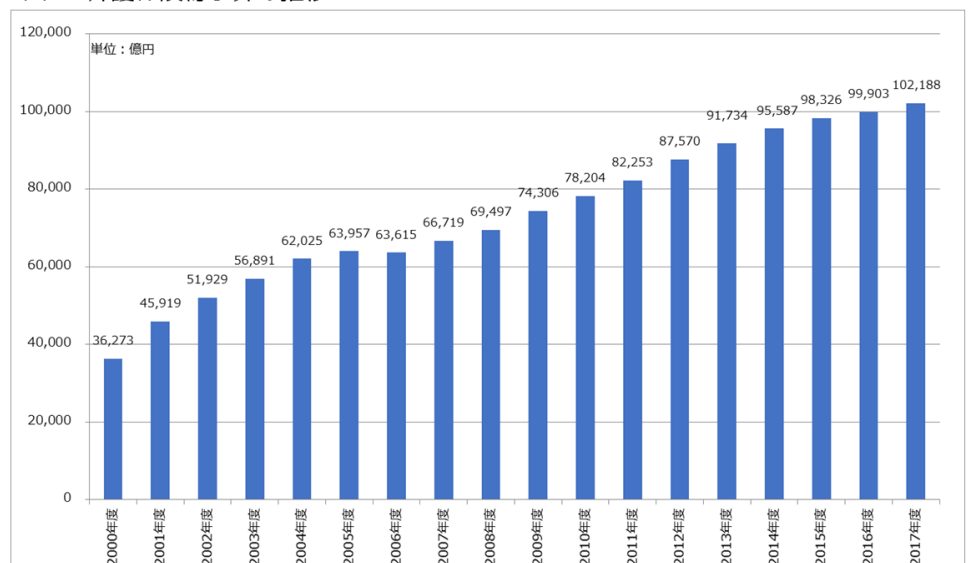
では、ここまで述べたような人口変動やサービス利用の変遷を受けて、介護保険財政はどう変わったのだろうか。あるいは財政を支える負担はどのように推移しているのだろうか。この点を次に詳しく述べる。

6——財政、保険料の変遷

1 | 財政規模の変遷

まず、介護保険の財政規模である。[\(上\)](#)で少し触れた通り、自己負担を含む総予算は図5の通り、約3.6兆円から約10.2兆円まで増えた。これは高齢化に伴う要介護者の増加に加えて、在宅を中心にサービス利用が拡大した影響である。

図5：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。

2 | 過去の推計との比較

では、こうした増加は想定されていなかったのだろうか。実は、表2で示した当時の費用推計を見ると、それほど大きくブレているとは言えない。これは制度創設に向けた議論が本格化していた1995年12月、当時の厚生省（現厚生労働省）が示した試算であり、サービスの整備率と単価の伸び率に分けて推計している。それによると、1997年度に制度をスタートさせた後、3年目の2000年度には4.6～5.0兆円、8年目の2005年度に6.4兆円～7.6兆円、13年目の2010年度に9.2兆～12.1兆円になると予想されていた。

これを2000年度にスタートした実際の数字（自己負担を含めた総予算）と比べると、3年目の2003年度は約5.2兆円、8年目の2007年度は約6.7兆円、13年目の2013年度は9.2兆円であり、推計の範囲内に収まっていたことになる。

確かに比較に際しては、▽制度創設が当初予定よりも3年遅れた点、▽2003年度、2006年度ともに介護報酬がマイナスとなっており、それほど順調に単価が伸びなかった点——などを踏まえる必要があるが、「予想外に給付が膨らんだ」とは言えないだろう。その意味では、要介護認定やケアマネジメントなど費用抑制のメカニズムが一定程度、奏功していると言えるかもしれない。

しかし、予算の伸びが予想の範囲内だったとはいえ、介護保険財政は曲がり角を迎えているのも事実である。次に、65歳以上の高齢者（第1号被保険者）と、40～64歳の現役世代（第2号被保険者）の負担状況を見て行こう。

3 | 高齢者が支払う保険料の変遷

まず、高齢者の保険料である。図6の通り、介護保険の財政構造はシンプルであり、公費（税金）と保険料で折半している。このうち、保険料部分に関しては、65歳以上の高齢者（第1号被保険者）が23%、40～64歳の人（第2号被保険者）は27%を負担している。

実は、保険料の案分割合は3年に一度、高齢者人口の増加割合に応じて政令で見直されており、制度創設時では第1号が17%、第2号が33%だった。その後、3年ごとに第1号被保険者の負担を1%ずつ増やす半面、第2号被保険者の負担割合を1%ずつ減らしたため、現在は23%：27%という現在の割合となっている。

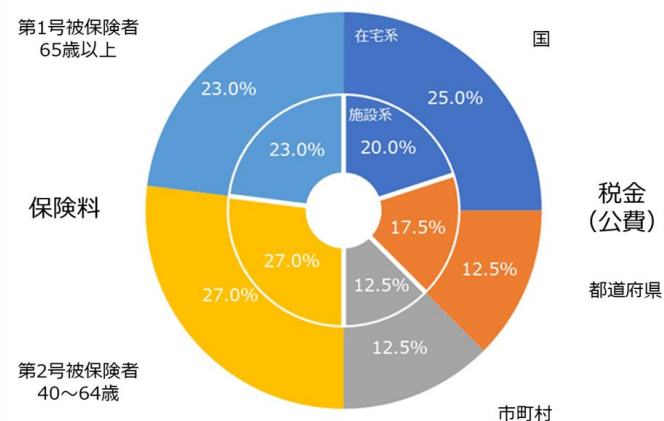
このうち、第1号被保険者の保険料は3年に1回、市町村が決定しており、市町村ごとに異なる上、

表2：厚生省が1995年12月に示した介護費用の将来推計（粗い試算）

	費用分類	2000年度			2005年度	2010年度
		(A) 施設整備率 100% 在宅整備率 50%	(B) 施設整備率 100% 在宅整備率 40%	(C) 新制度にお ける計画的 サービス 基盤整備		
単価の 伸び率が2%	総費用 (在宅)	4.6兆円 (1.5兆円)	4.3兆円 (1.2兆円)	4.0兆円 (1.0兆円)	6.4兆円 (2.6兆円)	9.2兆円 (4.8兆円)
	(施設)	(3.0兆円)	(3.0兆円)	(3.0兆円)	(3.8兆円)	(4.4兆円)
単価の 伸び率が3%	総費用 (在宅)	4.8兆円 (1.6兆円)	4.4兆円 (1.3兆円)	4.1兆円 (1.0兆円)	7.0兆円 (2.9兆円)	10.5兆円 (5.5兆円)
	(施設)	(3.1兆円)	(3.1兆円)	(3.1兆円)	(4.1兆円)	(5.0兆円)
単価の 伸び率が4%	総費用 (在宅)	5.0兆円 (1.7兆円)	4.6兆円 (1.4兆円)	4.3兆円 (1.1兆円)	7.6兆円 (3.2兆円)	12.1兆円 (6.4兆円)
	(施設)	(3.3兆円)	(3.3兆円)	(3.2兆円)	(4.5兆円)	(5.7兆円)

出典：介護保険制度史研究会編（2019）『新装版 介護保険制度史』を基に作成
注1：リハビリテーションやグループホームなどの整備費は想定していなかった。
注2：四捨五入の関係で合計が一致しない。

図6：介護保険の財政構造



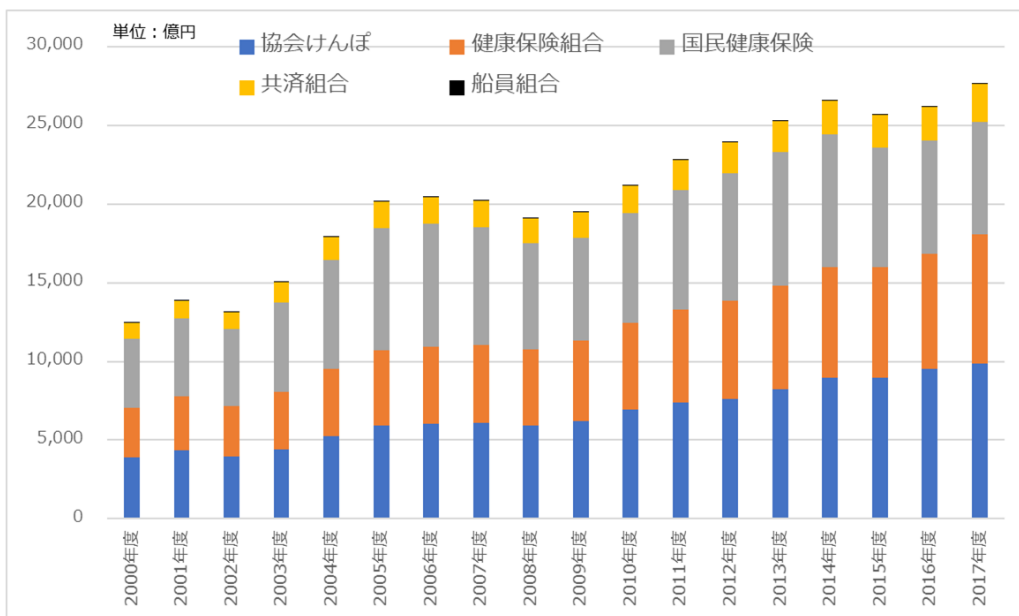
出典：厚生労働省資料を基に作成
注1：自己負担を除く。
注2：低所得者向け保険料軽減として、2020年度までに国・自治体の税金は計1,600億円に拡大する。

所得水準に応じて変動するが、平均の月額基準保険料は制度創設時の2,911円から5,869円まで増えた。

4 | 現役世代の負担の変遷

次に、現役世代の負担を見る。40～64歳の人が支払う保険料については、医療保険料に上乗せする形で徴収されており、各保険者が「納付金」という形で拠出している。ここでは中小企業の従業員が主に加入する協会

図7：介護納付金と各保険者別内訳の推移



出典：厚生労働省資料を基に作成

注：協会けんぽは2008年度以前、政府管掌健康保険。

分けしつつ、拠出金額の推移を見て行こう。

その結果は図7の通りである。これを見ると、多少の増減が見られるものの、介護保険給付費の規模拡大に伴って負担が増えて行っている様子を見て取れる。

さらに、図7には反映し切れていないが、被用者保険（協会けんぽや健康保険組合など）に課せられる納付金の案分方法が変わり、2017年度以降、2020年度までに加入者割から総報酬割に段階的に移行した⁶。この結果、協会けんぽの負担が減り、健康保険組合の負担が増加しており、健康保険組合連合会は「1人当たり介護保険料がこの10年間で3万円増加し、10万円を超えた。2020年には全面総報酬割になるなど介護保険料負担も増加することは確実で、今後も現役世代は過重な負担を強いられ続ける」と危機意識を募らせている⁷。

7——負担と給付を巡る関係の再考が必要～20年の「光」と「影」～

以上のような数字を踏まえると、介護保険制度の創設から約20年を経る間、民間事業者の参入を通じて、在宅を中心としたサービスの充実が図られる一方、当初の見通しを大幅に超過するほど費用も

⁶ 総報酬割移行の理由や論点については、拙稿2017年11月14日「[介護保険料引き上げの背景と問題点を考える](#)」を参照。

⁷ 2019年4月22日、健康保険組合連合会「2019年度健康保険組合予算早期集計結果と『2022年危機』に向けた見通し等について」。

増えたとは言えず、成功を収めたと言えるのではないだろうか。介護離職や高齢独居世帯の増加、認知症ケアなど様々な課題が残されているとはいえ、こうした点は介護保険の「光」の部分と言える。

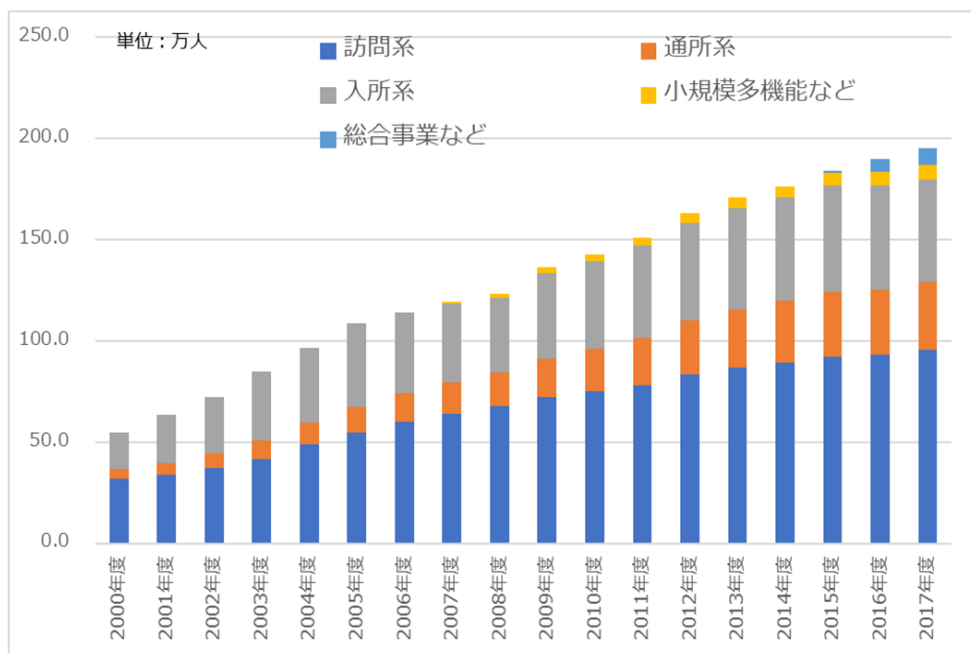
しかし、「影」の部分が大きくなっているのも事実である。まず、財政の逼迫は深刻な問題となっており、高齢者が支払う介護保険料を引き上げる余地は小さくなっている。(上)でも述べた通り、基礎年金の月額平均支給額が約5万円であり、65歳以上の介護保険料が基礎年金から天引きされていることを考えると、高齢者の保険料を大幅に引き上げることは難しいと言わざるを得ない。

さらに、40～64歳に課している保険料についても厳しい状況になりつつある。筆者自身の意見として、相対的に負担能力の高い健康保険組合の負担を増やす選択肢は止むを得ないと考えており、保険料の納付開始年齢引き下げも一つの選択肢と考えている⁸が、40～64歳の第2号被保険者が支払っている保険料は反対給付を期待しにくい点で、その性格は税に等しい。このため、総報酬割のように財源対策だけで負担増を強いる方法には限界があると考えており、(下)でも述べた通り、負担と給付の関係を再考する時期が来ている。

8—介護職員数の変遷

財源問題と並んで悩ましいのが人手不足の問題である。介護現場で働く労働者の変遷は図8の通りである。途中で集計方法が変更されたり、サービスの種類が増えたりしているため、一概に比較できない面があるが、2000年度の制度

図8：介護職員数の推移



出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：2009年度に集計方法が変更されており、一概に比較できない面がある。

注2：「小規模多機能など」とは小規模多機能居宅介護などを指す。

注3：「総合事業など」は「介護予防・日常生活支援総合事業など」を指す。

しかし、(下)で述べ

た通り、介護現場は人

手不足にあり、その理由は高齢者人口の増加に伴って需要が供給を上回っているためである。しかも通常の労働市場と異なり、介護事業所は公定価格の介護報酬に収入の多くを依存しており、市場メカ

⁸ 納付開始年齢引き下げに関する論点や保険料増収の試算については、拙稿 2019年2月26日「[介護保険料の納付開始年齢はなぜ40歳なのか](#)」を参照。

ニズムによる裁定が働きにくい。

一方、政府は2009年度以降、介護職員に関する賃金の引き上げに努めているが、有効な打開策が見当たらない。さらに厚生労働省の試算によると、人口的にボリュームの大きい「団塊世代」が75歳以上となる2025年には55万人程度の介護人材が不足するとされており、財源問題と同様、制度の制約条件となりつつある。

9—おわりに

以上、数字の変遷を通じて、介護保険制度の20年を振り返って来た。訪問介護や通所介護の拡大、それを支えた民間企業の参入など、介護保険制度の創設時点で想定していた「在宅ケアの充実」は一定程度、実現したと言える。さらに、制度導入前の財政推計と比べると、実際の予算の推移がほとんど変わらなかった点を踏まえると、費用抑制のメカニズムを内在させた介護保険制度が「サービスの提供」「費用の抑制」という異なる目的を両立させて来た点は「光」の部分と言えるだろう。

ただ、制度が国民に一定程度、定着したことで費用が膨張している結果、保険料の負担は限界に近づきつつある。さらに、介護現場で働く労働力の不足も深刻化しつつあり、現状のまま制度を持続できるかどうか疑問であり、「影」の部分は大きくなりつつある。こうした中で、認知症ケアや独居世帯への対応、医療・介護連携など新しい課題に対応しなければならない点で言うと、かなり難しい舵取りを迫られている。

現在、介護保険制度の改正論議は社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）介護保険部会を中心に、関係団体の利害調整に終始しており、[\(上\)](#)で述べた地域支援事業の見直しなど、細かい制度改正の議論が続く展開になっている。白地で制度をゼロから議論できた当時と比べると、財源や人手の制約が強まっているのは事実だが、定期的な制度改正論議はいったん棚上げにしてでも、「高齢者福祉をどう再構成するか」「そのための負担をどう分かち合うか」「人材をどう確保するか」といった議論がいま一度、必要なのではないだろうか。