

# 20 年を迎えた介護保険の足取りを振り返る



保険研究部 主任研究員 三原 岳  
mihara@nli-research.co.jp

※ 本稿は 2020 年 4 月 1・10 日発行「基礎研レポート」  
を加筆・修正したものである。

## 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 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。最初に、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。

その後、財源や人手を巡る制約条件が大きくなっている点を踏まえ、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。中でも、人手不足が大きな制度の制約条件になっている点を論じる。

## 2——介護保険制度創設の過程

### 1 | 制度創設の背景

「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（現厚生労働省）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。

確かに高齢者の自己決定・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、地方分権の試金石など、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<sup>1</sup>。制度創設プロセスの主な経緯は表1の通りであり、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：非自民連立の羽田孜政権発足 6月：自民、社会、さきがけと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、保守と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<sup>2</sup>が、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

<sup>1</sup> 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。

<sup>2</sup> 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

けた議論が加速した<sup>3</sup>。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。

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

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」と定めた。

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、医学的なニーズが小さいのに家族や住宅の都合などで高齢者が長期間、入院する「社会的入院」<sup>4</sup>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。

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。

<sup>3</sup> 増田（2003）前掲書 pp38-39によると、税制改正改革議論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表向き、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。

<sup>4</sup> 社会的入院の定義については、印南一路（2009）『「社会的入院」の研究』東洋経済新報社を参照。当時の時代背景については、介護保険20年を期した連載コラムの第1回も参照。

- ・ 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の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<sup>5</sup>。

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、市町村が一方向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<sup>6</sup>。

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

<sup>5</sup> 宮武前掲書 pp180-182。

<sup>6</sup> 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。

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る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乘せして代行徴収する、③給付増や保険料の減収などに備える「財政安定化基金」を都道府県単位に設置することで、税金による保険料軽減や損失の無計画な穴埋めは認めない——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<sup>7</sup>。

**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 歳でいくぞ」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<sup>8</sup>の修正意見を反映

<sup>7</sup> 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。

<sup>8</sup> 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。

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、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<sup>9</sup>が、制度自体は2000年4月にスタートした。こうしたプロセスを見ると、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で、制度が短時間で浸透したと言える。

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<sup>10</sup>。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。つまり、「行政機関が自らサービスの価格を決定し、資源配分を行うため、選択性、効率性、利便性を欠く」「(筆者注：福祉が)お上から与えられるものなのだ、言わば施しなのだ」という意識<sup>11</sup>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

<sup>9</sup> 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。さらに家族介護を支援する施策の一環として、「家族介護慰労金」という仕組みが創設された。詳細は介護保険20年を期した連載コラムの第21回を参照。

<sup>10</sup> 契約制度が採用された意味合いに関しては、介護保険20年を期した連載コラムの第6回を参照。

<sup>11</sup> 炭谷茂ほか編著(2003)『社会福祉基礎構造改革の視座』ぎょうせいp28、p121。

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。いわゆる計画経済と市場経済の中間に位置する「準市場」(quasi-market) という考え方である<sup>12</sup>。

### 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<sup>13</sup>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。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<sup>14</sup>。

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<sup>15</sup>。

### 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<sup>16</sup>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<sup>17</sup>。

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%（現在は高所得者

<sup>12</sup> 準市場に関しては、介護保険20年を期した連載コラムの第17回を参照。

<sup>13</sup> 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。

<sup>14</sup> 地方分権との関係については、介護保険20年を期した連載コラムの第14回、第15回を参照。

<sup>15</sup> 『文化連情報』No.497における堤修三氏インタビュー。

<sup>16</sup> 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。

<sup>17</sup> 介護保険における要介護認定、限度額、ケアマネジメント、ケアプランの位置付けについては、介護保険20年を期した連載コラムの第2回～第5回を参照。

の場合、70～80%)の給付を受けられ、残りの10%(現在は高所得者の場合、20～30%)を負担する形を採用した<sup>18</sup>。

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年度改正と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。

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」に段階的に衣替えすることが決まった。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こととし、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、後述する通り、2009年頃から介護職員の人手不足が顕在化し始め、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。

<sup>18</sup> 介護保険における自己負担については、介護保険20年を期した連載コラムの第7回を参照。



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"> <li>● 居宅介護支援（ケアマネジメント）の確立</li> <li>● 在宅サービスの評価</li> <li>● 施設サービスの質の向上と適正化</li> </ul>	▲2.3% ・ 在宅+0.1% ・ 施設▲4.0%
2006年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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）</li> <li>● 地域密着型サービスの創設</li> <li>● 要支援の細分化</li> <li>● 介護療養病床の廃止決定</li> <li>● 食費、入居費の有料化（補足給付で対応）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 中・重度者対応強化</li> <li>● 介護予防・リハビリテーションの強化</li> <li>● 地域包括ケア、認知症ケアの確立</li> <li>● 医療・介護連携の明確化</li> <li>● 補足給付の創設</li> </ul>	▲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"> <li>● 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</li> </ul>	
2009年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護従事者の処遇改善</li> <li>● 医療・介護連携、認知症ケアの充実</li> <li>● 効率的なサービス提供</li> </ul>	+3.0%
2012年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域包括ケアの根拠規定追加</li> <li>● 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅サービスの充実</li> <li>● 自立支援型サービスの強化と重点化</li> <li>● 医療・介護の連携強化</li> <li>● 介護職員処遇改善加算の創設</li> </ul>	+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"> <li>● 消費増税で区分支給限度基準額引き上げ</li> <li>● 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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 消費税引き上げに伴う対応</li> </ul>	+0.63% 【消費増税対応】
2015年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域支援事業の拡充</li> <li>→ 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</li> <li>● 地域ケア会議の設置義務化</li> <li>● 自己負担引き上げ（2割負担導入）</li> <li>● 特別養護老人ホームへの新規入居者を限定</li> <li>● 補足給付の見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 中・重度者や認知症高齢者の対応強化</li> <li>● 処遇改善加算を引き上げ</li> </ul>	▲2.27% ・ うち在宅▲1.42% ・ うち施設▲0.85%
2017年度		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 処遇改善を前倒し実施</li> </ul>	+1.14%
2018年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 介護医療院の創設</li> <li>● 自己負担引き上げ（3割負担導入）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療との連携強化</li> <li>● 「自立支援介護」の強化</li> </ul>	+0.54%
2019年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 消費増税で区分支給限度基準額引き上げ</li> <li>● 低所得者の保険料軽減拡充</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 消費増税に伴う対応</li> <li>● 処遇改善加算を引き上げ</li> </ul>	+2.13%
2021年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 予防に向けた「通いの場」の拡充</li> <li>● 高額介護サービス費、補足給付の見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 科学的介護の推進</li> <li>● 感染症対策、災害対応</li> <li>● 人手不足への対応で基準緩和</li> </ul>	+0.7%

出典：厚生労働省資料などを基に作成

さらに、この後に詳述する通り、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<sup>19</sup>。このほか、2018年度、2021年度制度改正・報酬改定では身体的自立による給付費抑制の観点に立ち、データに基づく介護を目指す「科学的介護」の充実などが進められており、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<sup>20</sup>。人手不足は後に述べるとし、以下は財政の逼迫を巡る状況を概観するため、給付費の動向や保険料上昇の状況などの状況を考察する。

## 2 | 介護保険財政の逼迫

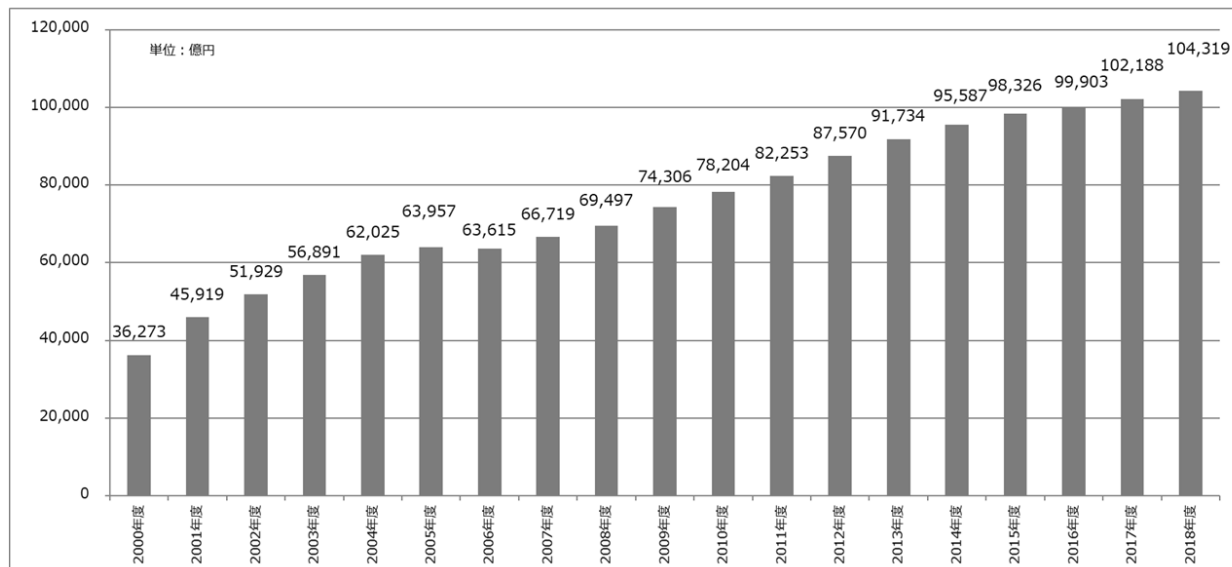
介護保険財政の規模はほぼ右肩上がりが増え続けており、自己負担を含む総費用は図1の通り、3.6兆円から10兆円超となり、20年弱で約3倍に増えた。先に触れた通り、介護保険制度は費用

<sup>19</sup> 介護保険の自己負担引き上げを巡る制度改正は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。

<sup>20</sup> 介護保険制度を巡る現状は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。

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で増えている形だ。

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。

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、3年に1回の改定ごとにほぼ右肩上がりで増加した結果、2021年度～2023年度分で6,014円にまで上昇した<sup>21</sup>。基礎年金の月額平均支給額が約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<sup>22</sup>ほか、保険料の滞納者も2014年度の7,900人から2019年度で1万9,221人に増加しているため、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<sup>23</sup>。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

<sup>21</sup> 65歳以上高齢者の保険料については、市町村が3年に1回決めている。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。

<sup>22</sup> 中村（2019）前掲書 p307。

<sup>23</sup> 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。

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<sup>24</sup>。

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費（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。つまり、『空くじなしにしろ』という政治的な要請<sup>25</sup>に応えるため、要支援まで給付対象に加えた。

しかし、要支援が細分化された 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、要介護 1~2 の人は 1.5 倍、要介護 3 以上の人は 1.3 倍であるのに対し、要支援の人は 1.7 倍に上る。このため、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。そこで、給付減のシナリオでは軽度者の給付をカットする選択肢が想定されるが、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。

このほか、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<sup>26</sup>。

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制度である全額国費の「保険者機能強化推進交付金」（200 億円）の創設、▽ADL（日常生活動作）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。その後、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、介護予防に力点を置く自治体向け予算も充実された<sup>27</sup>。2021 年度介護報酬改定でも、データの収集・分析を通じて身体的な自立支援を図る「科学的介護」の推進に関する加算措置に加え、ADL を改善したデイサービスに対する加算措置の拡充も図られた<sup>28</sup>。

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。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。

<sup>24</sup> 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』、介護保険 20 年を期した連載コラムの第 18 回を参照。

<sup>25</sup> 中村（2019）前掲書 p314。

<sup>26</sup> 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。

<sup>27</sup> 「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。

<sup>28</sup> 2021 年度介護報酬改定に関して、拙稿 2021 年 5 月 14 日『2021 年度介護報酬改定を読み解く』を参照。

## 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

地域支援事業は大別すると、「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下、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<sup>29</sup>。このうち、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。

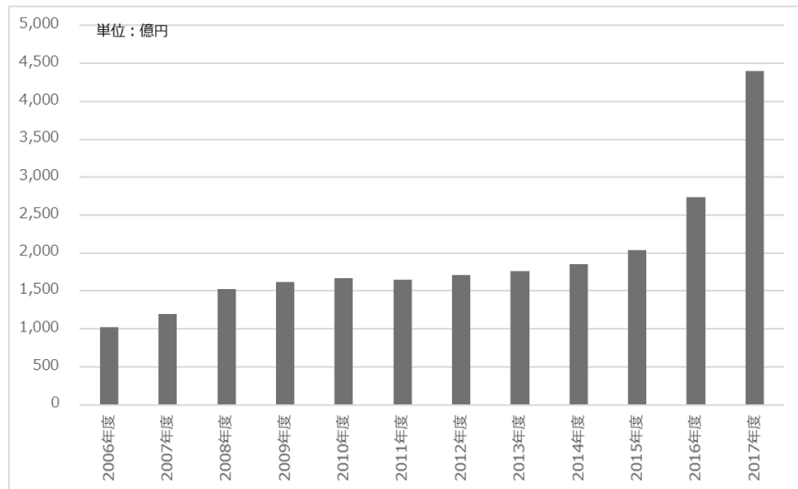
まず、地域支援事業が創設されたのは2006年度であり、この時は高齢者の虚弱化を防ぐ介護予防事業を導入するとともに、要支援者向けケアマネジメントや高齢者の虐待への対応なども含めた高齢者の相談窓口として、「地域包括支援センター」が設置されることになった。

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<sup>30</sup>。

では、なぜ地域支援事業を作ったのだろうか。まず、介護予防事業が給付抑制の手段として採用されたことは間違いない。例えば、当時の厚生労働省幹部は制度改正に際して、給付対象を中・重度の人に限定する案も考えたものの、「積極的に軽い時に対応して、重度にしないという予防のほうに行く」という選択肢を選んだと振り返っている<sup>31</sup>。その結果、要支援を1区分から2区分に細分化するとともに、要支援・要介護状態になる恐れがある「特定高齢者」を対象とした介護予防事業がスタートした。

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」と振り返っている<sup>32</sup>。

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。

<sup>29</sup> 煩雑になるため、詳しい説明は省くが、財源の内訳は以下の通りとなっており、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。

- ・ 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%

<sup>30</sup> 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。

<sup>31</sup> 中村(2019)前掲書 pp314-315。

<sup>32</sup> 同上 pp293-294。

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<sup>33</sup>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%<sup>34</sup>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なれば、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。

## 2 | 地域支援事業を拡大した 2015 年度改正

その後、2015 年度改正では地域支援事業の一部として、(1) 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) の総合事業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、訪問介護を介護予防事業と統合した<sup>35</sup>。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の参入を企図している<sup>36</sup>。

さらに、(2) ~ (4) は包括的支援に類型化されている事業である。例えば、(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

<sup>33</sup> 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。

<sup>34</sup> 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。

<sup>35</sup> 総合事業については、介護保険 20 年を期した連載コラムの第 13 回を参照。

<sup>36</sup> ここでは詳しく述べないが、総合事業の当初の目的は達成されているとは言えない。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。

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<sup>37</sup>。

(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<sup>38</sup>。

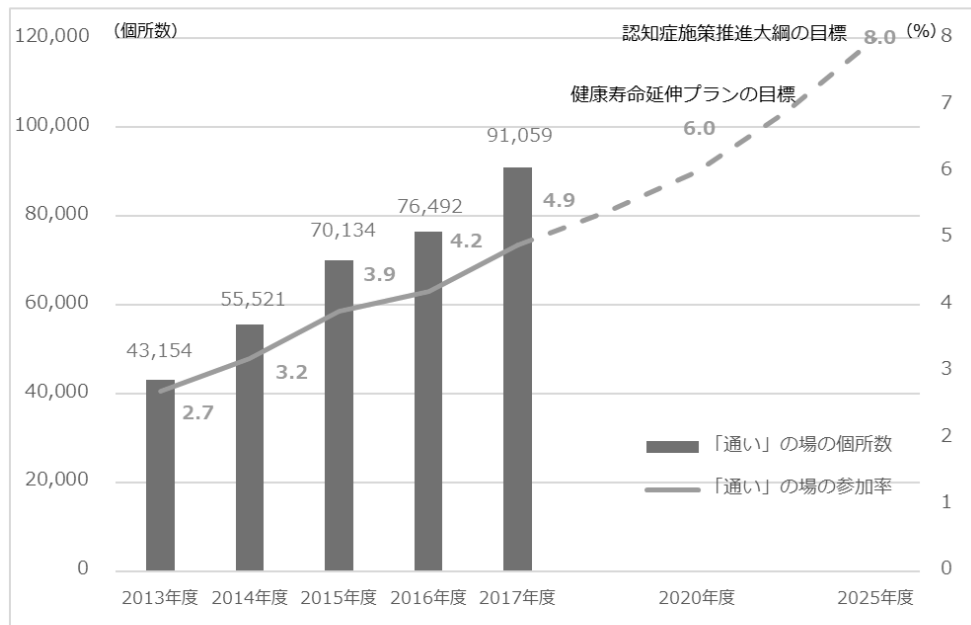
(4)の生活支援体制整備事業では、地域資源の開発やボランティアの配置・業務内容を調整する「生活支援コーディネーター」を配置したり、ボランティアを組織化する「協議会」を設置したりすることで、住民が地域で支え合うシステムの整備を目指している<sup>39</sup>。

### 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総合事業である。

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

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

<sup>37</sup> 元々、2012年度にモデル事業でスタートした施策を一般化した。在宅医療・介護連携の論点は介護保険20年を期した連載コラムの第12回を参照。

<sup>38</sup> 認知症ケアと介護保険の関係については、介護保険20年を期した連載コラムの第11回を参照。

<sup>39</sup> 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年度の上限額（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。

たほか、2019 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。

このほか、2021 年度制度改正では総合事業の対象者の弾力化も焦点となった。総合事業は元々、要支援 1~2 の人を対象にしているが、「要支援の人の状態が悪化した際、生活を支えてくれているボランティアとの関係が切れてしまう」とか、「ボランティアは要支援、要介護の人を区別しているわけではないので、支援しにくい」といった意見が示されたとして、厚生労働省は要介護の人も総合事業の対象に加える弾力化を企図した。ただ、「保険給付外しに繋がる」などの批判が出た<sup>40</sup>ことで、弾力化の対象者については、「要支援で総合事業を利用していた人が要介護状態となり、継続的に補助事業を利用している場合」に限定された。

#### 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、その端的な事例が総合事業であろう。例えば、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」<sup>41</sup>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

<sup>40</sup> 2020 年 10 月 14 日『東京新聞』。

<sup>41</sup> 『文化連情報』No. 498 における堤修三氏インタビュー。

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、2019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は本来、介護保険制度改革と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<sup>42</sup>。

ただ、介護保険制度は既述した費用増加に伴う財源不足に加えて、後述する通りに人手不足という「2つの不足」に直面しており、曲がり角を迎えている。最近の制度改革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。

次に、財政逼迫を受けて、過去の制度改革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つを取り上げる。

## 6——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<sup>43</sup>。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<sup>44</sup>。

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

<sup>42</sup> 同上。

<sup>43</sup> 社会保障関係法における「自立」の多義性に関しては、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。介護保険20年を期した連載コラムの第10回でも自立の変容を取り上げた。

<sup>44</sup> 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。



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<sup>45</sup>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<sup>46</sup>。

## 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既述した通り、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）が創設されたほか、この傾向は一層強まり、2020年度からは「保険者努力支援制度」（200億円）もスタートした。

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、保険者機能強化推進交付金に関する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を改善した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。2021年度報酬改定で創設された科学的介護に関する加算なども、その一環として理解することが可能であり、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く流れが強まっている。

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。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。

## 7——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。先に述べた通り、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

<sup>45</sup> 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]。

<sup>46</sup> 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。

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<sup>47</sup>。

## 2 | 地域ケア会議が持つ5つの機能

ただ、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4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が義務付けられた。

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

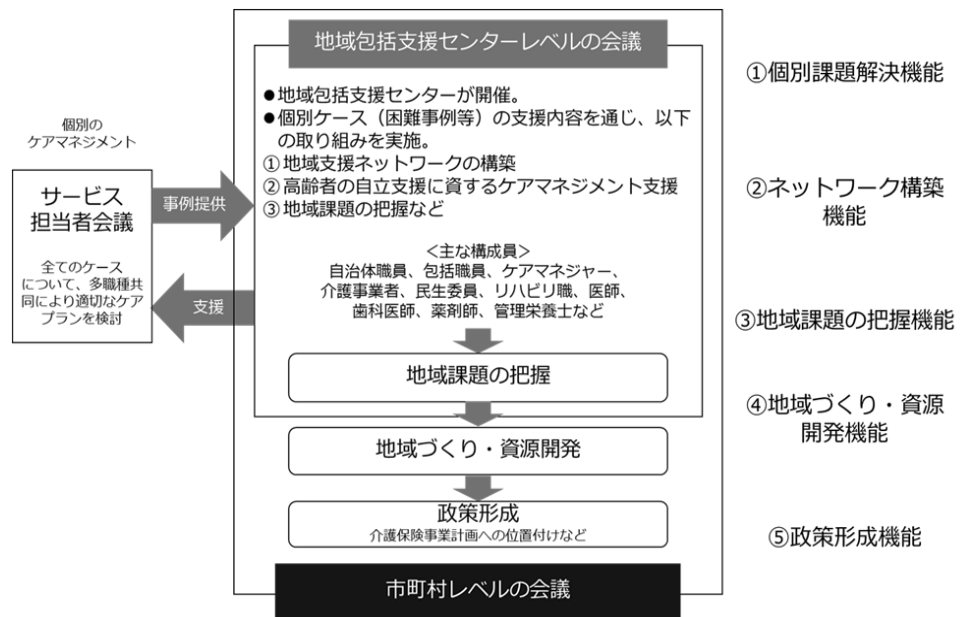
区分されており、主に前者で①～③、後方で④～⑤に当たるとされている。

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」、多職種の間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

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

図4：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

<sup>47</sup> 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して。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ろうかと思っています」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。

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。

さらに措置への回帰を考える上で、2018年10月から始まったケアプランの届出制度が一つの素材となる<sup>48</sup>。この制度では、食事や洗濯などの生活援助を中心とした訪問介護について、その利用回数が通常の利用状況からかけ離れているケアプランは市町村への届出が義務付けられ、市町村が地域ケア会議の議論を通じて、ケアプランの再考を求めることも想定されている。

こうした制度の運用実態については、国の委託調査<sup>49</sup>で一端を把握できる。994市町村が回答した調査結果によると、2018年10月から2019年9月までの1年間で、届出があったケアプラン、つまり生活援助が著しく多いと判断されたケアプランは5,576件であり、うち地域ケア会議の議論を通じてケアプランの再考を促したのは327市町村、499件、実際にケアプランが変更されたのは134市町村、195件に上ったという。全体から見れば僅かだが、こうした届出制度が生まれた背景には生活援助の抑制を主張する財政当局の意向があり、一部のケアプランについては、ケアマネジャーに対して一種の報告義務が課されていると言える。その結果、市町村がケアプランの変更を促すなど過度に介入した場合、利用者の権利性が失われ、措置への回帰に繋がる危険性を孕む。増してや、市町村は介護保険の保険者であり、ケアマネジャーが勤務する居宅介護支援事業所の指定権限なども持っており、ケアマネジャーが市町村の意思決定に対して、物を言えなくなる危険性にも留意しなければならない。

しかも、この委託調査によると、ケアマネジャーが同席しない場でケアプラン再考の必要性が判断されたケースについて、全体の6.8%に当たる68市町村が「あった」と答えている。その意

<sup>48</sup> 2021年10月から訪問介護を対象とした新たなルールがスタートする。具体的には、限度額に占める利用割合が高く、訪問介護が利用サービスの大部分を占めるケアプランを作成する居宅介護支援事業所を事業所単位が抽出され、ケアプランが点検される仕組みが始まる。

<sup>49</sup> 三菱総合研究所（2020）「訪問介護等の居宅サービスに係る保険者の関与の在り方等に関する調査研究事業報告書」（老人保健健康増進等事業）を参照。994市町村が回答。

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<sup>50</sup>。

## 8—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。前半で強調した通り、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<sup>51</sup>ののだが、先に触れた通り、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。

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、どういふ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おり、例えば先に詳述した「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。さらに、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、2020年度に創設された保険者努力支援制度も集権色の強い仕組みである。これら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。しかも、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

<sup>50</sup> ここでは詳しく触れなかったが、既述した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。

<sup>51</sup> 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。

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組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自治体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<sup>52</sup>。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や保険者努力支援制度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、何らかの形で取組を実施していれば、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<sup>53</sup>が当てはまる状態となっている。このため、財務省が財政制度等審議会（財政審、財務相の諮問機関）の席上、「取組の成果に応じて交付されているとは言えない」と問題視した<sup>54</sup>。

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」という点を全く想定できない。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」「（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」といった声<sup>55</sup>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し、こうした対応が厚生労働省の期待と反するのは言うまでもない。

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」（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

<sup>52</sup> なお、元原稿が2020年4月に掲載された時点で市町村ごとの配分額さえ開示されておらず、2020年4月10日の拙稿では『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「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」と批判していた。その後、市町村ごとの配分額が厚生労働省ウェブサイトでも開示されたが、非常に遅い対応だったと言わざるを得ない。

<sup>53</sup> Jerry Z. Muller (2018) “The Tyranny of Metrics” [松本裕訳 (2019) 『測りすぎ』みすず書房 pp24-25]。

<sup>54</sup> 2020年11月2日、財政審財政制度分科会資料。

<sup>55</sup> 自治体の声については、2019年4月12日、19日『シルバー新報』を参照。

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。

しかし、実際には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。そもそも介護保険制度と同時期に実施された地方分権改革では、介護保険は法令に違反しない限り、自治体の判断で政策決定できる自治事務に類型化され、自治事務の通知は「技術的助言」に過ぎない。このため、通知は「規範性や拘束性を持つとすれば違法」と理解<sup>56</sup>されており、こうした運用は地方分権の趣旨に沿っているとは言い難い。

以上のような中央集権化の背景としては、介護給付費の増加が考えられる。先に触れた通り、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。

## 9—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<sup>57</sup>。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5で示した負担と給付の関係がシンプルに作られている。

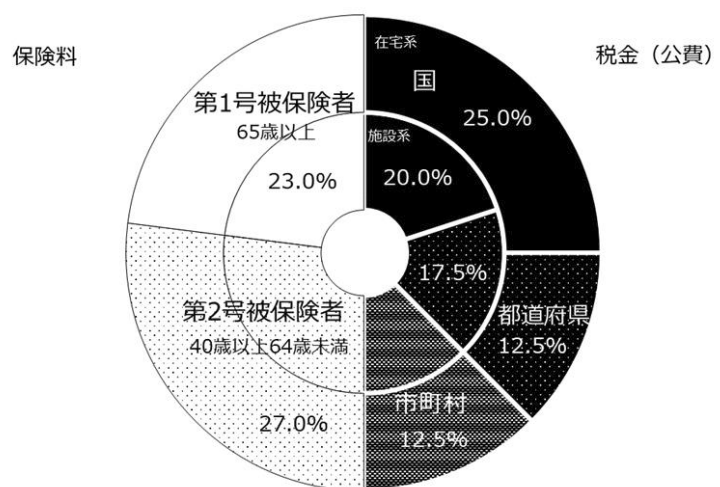
この点については、同じ地域保険である国民健康保険との比較で明確になる。国民健康保険の場合、介護保険と同様、公費（税金）と保険料の比率は50：50とされているが、保険料軽減や赤字補填などの名目で市町村から追加的な財政支出（法定外繰入）が講じられており、医療費と保険料の水準は必ずしも一致しない。

これに対し、介護保険制度では法定外繰入が認められておらず、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

図5：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。

<sup>56</sup> 2011年3月10日第177回国会国会会議録、衆院総務委員会における片山善博総務相答弁を要約。

<sup>57</sup> 制度複雑化に関しては、介護保険20年を期した連載コラムの第23回を参照。

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<sup>58</sup>。

## 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5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<sup>59</sup>。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<sup>60</sup>。

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

<sup>58</sup> 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。

<sup>59</sup> 2019年2月25日に開催された介護保険部会資料。

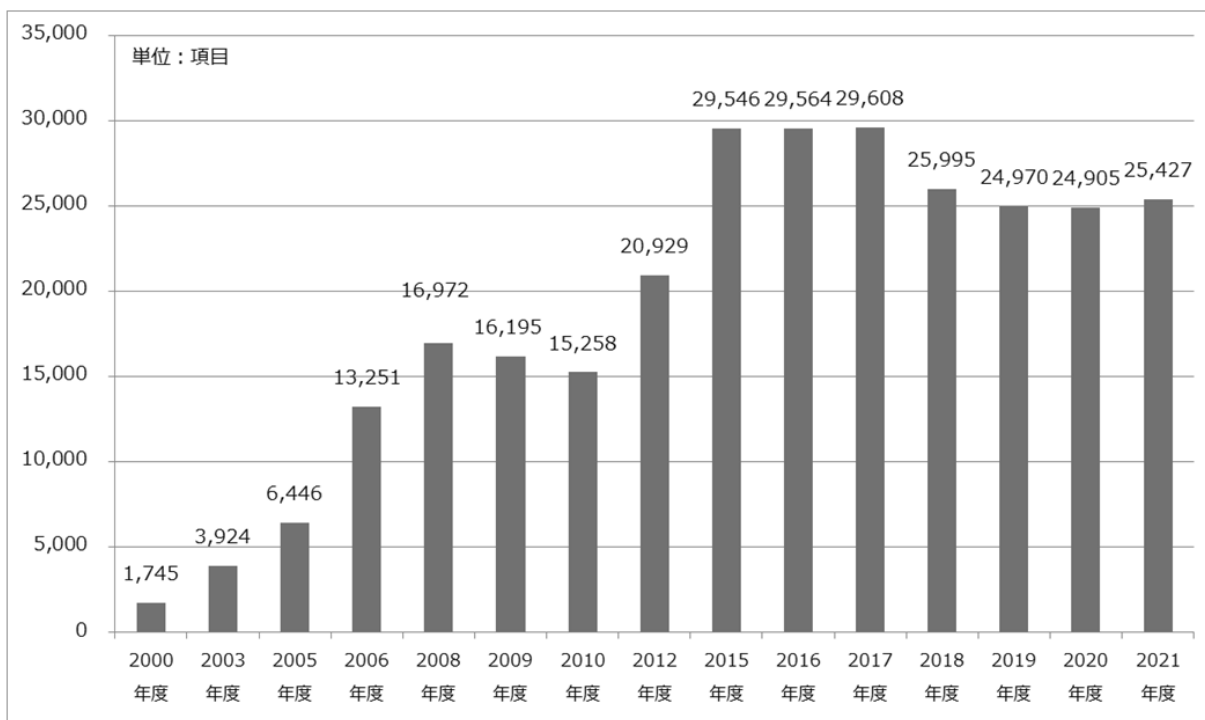
<sup>60</sup> サービスコードの複雑化の過程や問題点に関する分析については、三原岳（2015）「報酬複雑化の過程と弊害」『介護保険情報』2015年7月号。学術的な考察としては、三原岳・郡司篤晃「介護報酬複雑化の過程と問題点」『社会政策』第7巻1号も参照。（DOI：[https://doi.org/10.24533/spls.7.1\\_175](https://doi.org/10.24533/spls.7.1_175)）。



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250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<sup>61</sup>。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、250単位×10回=2,500単位、つまり2万5,000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(2,500円)を差し引いた2万2,500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<sup>62</sup>。

図6：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。

しかし、このサービスコードは図6の通り、20年間で増加の一途を辿っている。具体的には、当初は1,745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2021年度で

<sup>61</sup> 給付管理の基本的な内容については、介護保険20年を期した連載コラムの第8回を参照。

<sup>62</sup> 単価は原則として10円だが、地域によって異なる。

2万5,427項目と約14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4の通り、夜間早朝の場合は313単位、深夜の場合は375単位、2人の介護職員が従事した場合は500単位に細分化されており、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、単価が時間ごとに区分されており、それぞれの区分で表4のようなサービス内容と算定項目が設定されているほか、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られており、訪問介護だけでサービスコード数は2021年4月現在で1,418項目に及ぶ。

表4：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	250
11	1112	身体介護20分以上30分未満 夜間早朝の場合	313
11	1113	身体介護20分以上30分未満 深夜の場合	375
11	1121	身体介護20分以上30分未満 2人の介護職員の場合	500
11	1122	身体介護20分以上30分未満 2人+夜間早朝の場合	625
11	1123	身体介護20分以上30分未満 2人+深夜の場合	750
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	317
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	396
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	476
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	634
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	793
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	951
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	384
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	480
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	576
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	768
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	960
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	1,152
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	451
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	564
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	677
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	902
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	1,128
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	1,353

出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：単位は原則として10円。

注2：2021年4月現在。

表2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。

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<sup>63</sup>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、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」が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<sup>64</sup>。サービスコードの膨張に関しては、介護報酬を審議する給付費分科会、あるいは財政審で話題になる<sup>65</sup>など、政策当局者の間で意識されつつあるが、2021年度改定を経てもコード数は増加しており、制度複雑化の流れを止めるのは容易ではないと言える。こうした制度の複雑化も20年間の変化と言える。

## 10——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、ここに来て顕在化しつつあるのが人手不足の問題である<sup>66</sup>。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、最近の経緯を簡単に振り返ろう。

元々の始まりは表5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、厚生労働省は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。2019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。2021年度介護報酬改定でも人材不足に対応するため、ICT機器を導入した場合の加算・人員基準の見直しなどが講じられた。

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2019年度「介護労働実態調査」

<sup>63</sup> 堤修三（2018）『社会保険の政策原理』国際商業出版 p59。

<sup>64</sup> 堤（2010）前掲書 p74。

<sup>65</sup> 介護給付費分科会の審議報告で「簡素化」が言及された。さらに財務省は2020年11月の財制審で、「真に有効な加算への重点化を行い、介護事業所・施設の事務負担の軽減と予見可能性の向上につなげるべき」と訴えた。

<sup>66</sup> 人手不足の論点に関しては、介護保険20年を期した連載コラムの第20回を参照。

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 65.3%に及んでいる（回答数 7,046 事業所）。この数字は直近 5～6 年で変化しておらず「不足している理由」を尋ねたところ、「採用が困難である」が 90.0%で 1 位となり、次いで「離職率が高い」が 18.4%だった（回答数 4,602 事業所、複数回答可）。

表5：介護職員の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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>→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。</li> </ul>
2009年4月	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護報酬改定。月9,000円程度の引き上げ。</li> </ul>
2009年8月	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>
2009年10月	<ul style="list-style-type: none"> <li>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力年の時限措置として国費で全額計上。</li> </ul>
2012年4月	<ul style="list-style-type: none"> <li>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力年の「例外的かつ経過的な取り扱い」として創設。</li> </ul>
2014年3月	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>→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。</li> </ul>
2015年4月	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>
2017年4月	<ul style="list-style-type: none"> <li>処遇改善のため、前倒して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。</li> </ul>
2019年10月	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。消費増税の財源を一部活用。計2,000億円規模。</li> </ul>
2021年4月	<ul style="list-style-type: none"> <li>処遇改善加算の加算要件を一部簡素化。</li> </ul>

出典：衆議院、厚生労働省資料などを基に作成

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<sup>67</sup>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<sup>68</sup>でも制度の問題点を尋ねる問い（複数回答可）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、筆者自身も明確な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

<sup>67</sup> 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。

<sup>68</sup> 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。

ターの 2019 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、「結婚・妊娠・出産・育児のため」が 26.0%と最も高く、「職場の人間関係に問題があったため」が 16.3%、「自分の将来の見込みが立たなかったため」が 15.6%と続いており、「収入が少なかったため」(12.3%)の回答よりも多かった(回答者数 1 万 6,882 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。

## 11—おわりに

拙稿では 20 年に及ぶ介護保険制度の歴史を振り返って来た。前半に述べた通り、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、「負担増で給付を維持するのか」「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。