

[研究報告]

介護保険制度22年、財源逼迫と制度改革に関する考察

生 駒 恵 子*

2000年4月から施行された介護保険制度は今年で22目年を迎えた。超高齢社会の到来を前に、高齢者の介護を家族だけではなく社会全体で支える保険制度として構築され、利用者は徐々に増加、今や高齢者の暮らしを支える必要不可欠な制度となり、「介護の社会化」は一定の認知がなされてきた。一方でこの間、要介護高齢者の急激な増加に伴う財源の逼迫、介護人材不足、多様化する介護需要など多くの課題が出てきている。国は制度改革を重ねてきたが、本稿では特に財源逼迫について関連する改正を検討し、地域共生社会のあり方と所得再分配について考察した。

キーワード：財政逼迫、介護予防、地域支援事業、地域共生社会、所得再分配

はじめに

介護保険制度は、第5番目の社会保険として半世紀ぶりに新設され、施行から22年目を迎えた（1997年12月公布、2000年4月から施行）。今般の新型コロナ流行の初期段階では、感染防止のためこれまでの介護サービスの利用が制限され始め、自宅で過ごすしかない高齢者の身体的、精神的症状の悪化が起きたり、家族の介護負担が増えそれが仕事へ影響したりと大きな問題となったことは記憶に新しい。今や介護保険は高齢者の生活にはなくてはならない社会のインフラとなってきた。

一方でこの22年間、高齢者の人口は増え続け、介護サービスを利用する要介護高齢者も急増、それに伴い多くの課題も出てきた。中でも介護費用増加による保険財政の逼迫、介護人材不足は喫緊の課題である。国は定期的に制度改革、見直しを行ってきているが、今後高齢者人口は増え続け、団塊の世代が全員75歳以上になる2025年まで右肩上がりに急増し、団塊ジュニア世代が65歳になる2040年に高齢者人口がピークになると推計されている。これからの20年を見据えてどのような舵取りがなされようとしているのだろうか。主な制度改革を取り上げ考察してみた。

本稿では、先ずⅠで介護保険制度が生まれた背景と、新しい仕組みが取り入れられた制度の特色をまとめた。

Ⅱで改正を重ね22年

を経た制度の現状と財源逼迫問題についてまとめた。

Ⅲで3年ごとに見直されてきた制度改革のうち、特に大きな改正がなされた第2期改正（2006年）、第5期改正（2015年）、そして直近の第7期改正（2021年）を取り上げ検証した。見えてきたのは保険財政の逼迫を受け、「介護予防」の重視や「地域支援事業」の多用、施設サービスの制限などの給付抑制策と、「互助」「共助」の地域共生社会の構築である。

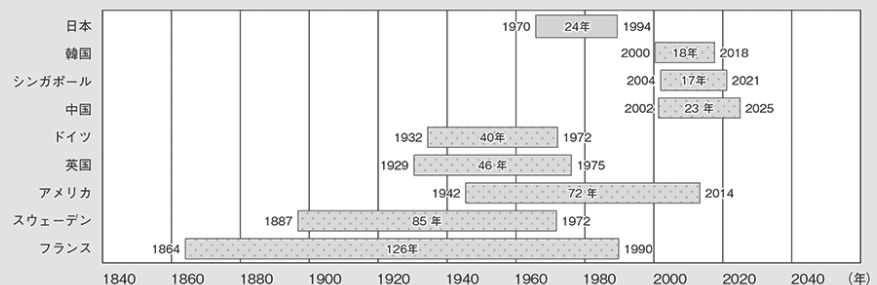
Ⅰ. 制度創設の背景と特色

1. 背景

介護保険制度が創設された背景には次の3点が指摘されている。

1つは、世界にまれにみる急速な高齢化である。世界でも長寿大国である日本人の平均寿命は2021年現在、女性87.57歳、男性81.47歳で国別ではスイス、ノルウェーについて3位である。注目すべきはそのスピード

図1-1-7 主要国における高齢化率が7%から14%へ要した期間



資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」（2020年）
 （注）1950年以前はUN, The Aging of Population and Its Economic and Social Implications (Population Studies, No.26, 1956) 及び Demographic Yearbook, 1950年以降はUN, World Population Prospects: The 2019 Revision (中位推計) による。ただし、日本は総務省統計局「国勢調査」、「人口推計」による。1950年以前は既知年次のデータを基に補間推計したものである。

図表1 主要国における高齢化の期間

*短期大学部商科

が世界的にも例のない速さである。65歳以上が総人口に占める割合である高齢化率を見ると、高齢化率7%以上（高齢化社会）から高齢化率14%以上（高齢社会）になるのにフランスは126年（1864-1990年）、スウェーデンは85年（1887-1972年）、ヨーロッパで最速のドイツでも40年（1932-1972年）かかっているのに比して日本はたったの24年（1970-1994年）である（図表1）。従来の老人福祉、老人医療制度による対応に限界があり、社会の変化に制度が追いつかない現状であった。

2つめは、介護の担い手の問題である。これまで介護は家族がするものされてきたが、社会の変遷とともに家族のあり方も変化してきた。産業構造の変化は核家族化の進行と、三世同居家族の減少をもたらし、世代間の介護が難しくなってきた。さらに女性の社会進出が進む中でこれまでの妻、嫁に偏っていた介護スタイルが限界となってきた。

3つめは老人医療費の問題である。1970年代、高齢者医療費無償化、老人病院の増加などで、老人医療費は増大し、高齢者の多くが加入する国民健康保険の財源を圧迫していた。1980年代には、治療の必要のない高齢者が介護のため病院に長期入院する「社会的入院」や、病院のベットに寝かされたままの「寝たきり老人」の存在が社会問題となってきた。本来病院は介護療養に対応していくのには限界があり、また医療費が膨大となっていた。このことから医療から介護を切り離し、介護保険で賄うスタイルが求められていた。

2. 制度の特色

これらの背景を踏まえて政府内部では1990年代前半から高齢者福祉のための社会保険制度創設について研究、構想がはじまり、様々な議論を経て1977年に介護保険法が成立、2000年に施行された。

その目的と理念は「加齢に伴い要介護状態になった者が尊厳を保持し、自立した生活を営めるよう保険制度を設けるとし（介護保険法1条）、被保険者の心身の状態、環境に応じて被保険者の選択に基づいた介護サービスが提供される（同2条）」とある。「自立支援」と「利用者本位」が基本的な考え方である。制度の特色として次の3つが挙げられる。

- (1)措置制度から契約制度へ
- (2)社会保険方式
- (3)費用抑制のしくみ

2.1 措置制度から契約制度へ

これまでも「老人福祉制度」による介護サービスは部分的にはあったが、行政による措置制度で、そこには

保険料		公費		
第1号被保険者 23%	第2号被保険者 27%	国 25%	県 12.5%	市町村 12.5%

（厚生労働省資料より作成）

図表2 介護保険の費用負担の割合

「支援」ではなく「与える」という上下関係があり利用者の選択権はなかった。今回の制度では、介護を受けながら自立した生活を送れるよう、自らの意思に基づいてサービスを選択し、提供事業者と利用者間で締結される契約に基づいてサービスを受ける契約制度へ転換された。

2.2 社会保険方式

社会保険方式として導入されたことにより、給付と負担の関係を明確にし、国民の理解を得られやすい仕組みとなっている。費用負担割合は、40歳以上の被保険者が負担する保険料が50%（65歳以上の第1号被保険者23%、40歳以上～65歳未満の第2号被保険者27%）、公費が50%（国25%、県12.5%、市町村12.5%）である（図表2）。さらに65歳以上の高齢者は保険料の支払いに加え、さらに介護サービス利用額の1～3割を支払う応益負担方式が採用された。

2.3 費用抑制の仕組み

老人医療費の増大の反省から、制度では介護費用が抑制される仕組みを導入した。

(1) 要介護認定方式

65歳以上の第1号被保険者は介護サービスを受ける権利が発生するが、すぐに自由に利用できるというわけではなく、まず市町村に申請し、要介護度認定を受けて自分がどのくらいの介護を必要とするかを判定してもらわなければならない。認定度は7段階あり（要支援1～2、要介護1～5）、非該当（自立）とされた場合は介護サービスの利用はできない。

(2) 限度額と自己負担

各要介護度に応じて1カ月に使える費用の上限が決められており、限度額を超えた部分は全額自己負担となり無尽蔵に費用が発生しないようになっている。また利用額のうち本人負担額は所得に応じて1～3割となっている。

(3) ケアマネジメント方式の導入

介護保険制度は保険者と利用者、サービス提供事業者という三角形のしくみで構成されているが、中心にケアマネジメントを入れた形である。

利用者はサービス開始前に先にケアプラン（介護サービス計画）を作成しなければならない。その際ケアマネジメントの専門家であるケアマネージャー（介護支援専門員）に相談することができる。ケアマネージャーは利

ユーザーの意思，その家族，住宅事情等を勘案しながら必要とされる適切なケアプランを提案していくが，その際限度枠，利用者自己負担額も考慮しながら利用者と一緒に作成する。サービス開始の前に費用が分かることで，費用の増加を抑えることができる形になっている。

II. 制度の現状と財政逼迫

1. 制度の現状

(1) 利用者の増加

2000年にスタートした介護保険制度は，各地で株式会社など様々な民間のサービス提供事業者の参入により多くの介護サービスが提供され始めたことや，ケアマネジャーのサポートが有効に作用して使いやすい制度として認知され始めてきた。2000年4月末時点での要介護認定者は218万人から2021年3月末には682万人と3倍に増加した。

在宅サービスの利用者は97万人から399万人で4.1倍の増加，施設サービスの利用者は52万人から96万人で1.8倍に増加した。2006年に新設された地域密着型

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	(介護療養病床)	介護医療院
基本的性格	要介護者のための生活施設	要介護者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指す，在宅療養支援を行う施設	医療・介護が必要な要介護者の長期療養施設 * 2023年度末廃止予定	I 型：医療，介護が必要な要介護者4・5長期療養施設 II 型：要介護者の長期療養・生活施設 * 2018年新設
病床数	約 54.2 万床	37.2 万床	約 3.3 万床	I 型：約 1.3 万療養床 II 型：約 5.3 千療養床
施設数 2013 年	7,865 件	3,994 件	1,575 件	
利用者数 2013 年	516,800 人	349,900 人	70,300 人	

(厚生労働省資料より作成)

図表 5 介護保険施設の概要

サービスは88万人である(図表3)。

在宅サービスの現状は，図表4の通り，当初に比べ多くの種類が追加され，複雑化してきている。特に要支援者のサービスについては，サービス内容が全国统一である介護保険本体のものと，各市町村の裁量による市町村事業で行うもの(地域密着型サービス等)とに分かれてきた。

施設サービスは3つの類型に分かれている(介護療養病床は，介護医療院へ移行)(図表5)。施設志向は創設当初から高く，2000年4月の給付費では72%が施設に対する給付費で，在宅サービスは28%であった。その理由を大和¹⁾は「本来のねらいとは裏腹に在宅で介護し続けることより施設入所する方に割安観が強く，24時間365日の介護を強いられる在宅より介護や看護の専門職のいる施設に預けるほうが安心である」と割安感と安心感をあげた。在宅で施設と同程度のサービスを受けようとする，限度額を超え高額な自己負担が発生することになる。また家族の介護負担が大きくなり，家族の間でも施設への入所を希望する傾向が強くなるわけである。

一方で在宅介護に比べて相対的にコストが高い施設への入所は財政逼迫の要因にもなっている。今後財源不足により施設の新設は見込めないため，2015年に介護老人福祉施設の新規の入居者を原則要介護3以上に限定し，在宅での生活が困難な中・重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化した。さらに在宅で過ごす高齢者との公平性の観点から施設入所者の食費・入居費を徴収することになった。また施設利用者のうち，ショートステイサービス利用者から食費・滞在費を，デイサービス利用者からは食費をそれぞれ徴収することとなった。ただし，同時に低所得の利用者に対しては負担限度額を設け，差額を介護保険から給付する「補足給付」を設定し

これまでの21年間の対象者、利用者の増加				
①65歳以上被保険者の増加				
第1号被保険者数	2000年4月末	2021年3月末		
	2,165万人	3,579万人	⇒	1.7倍
②要介護(要支援)認定者の増加				
認定者数	2000年4月末	2021年3月末		
	218万人	682万人	⇒	3.1倍
③サービス利用者の増加				
	2000年4月	2021年3月		
在宅サービス利用者数	97万人	399万人	⇒	4.1倍
施設サービス利用者数	52万人	96万人	⇒	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—	88万人		
計	149万人	509万人※	⇒	3.4倍

(出典：介護保険事業状況報告令和3年5月及び5月月報)

※ 在宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを定めたものの、並びに、介護療養施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護(地域密着型を含む)、及び認知症対応型共同生活介護の合計。在宅サービス利用者数、施設サービス利用者数及び地域密着型サービス利用者数を合計した、延べ利用者数は509万人。

図表 3 利用者・対象者の推移

	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p>◎居宅介護サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護(ホームヘルプサービス) ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○在宅療養管理指導 ○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売 <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設 ○介護医療院 	<p>◎地域密着型介護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護) <p>◎居宅介護支援</p>
予防給付を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与 ○特定介護予防福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護(デイサービス) ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護(ショートステイ) ○短期入所療養介護 	<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム) <p>◎介護予防支援</p>

この他、居宅介護(介護予防)住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。

(厚生労働省ホームページ)

図表 4 介護サービスの種類

た。しかし、2021年改正で所得区分の見直しと、資産要件の変更がなされ預貯金等の一定の資産がある利用者は補足給付の対象外とした。宮本²⁾は「保険料を払っていないながら、特別養護老人ホームは介護保険に置いて一層容易に入所できる施設ではなくなった……特別養護老人ホームは、その性格について、保険制度に位置づく普遍性を担保するのか、家族状況や経済状況を優先して入所させる措置制度にするのか……。」と問題提起している。

また香取³⁾は「これから超高齢社会を迎え、医療と介護を同時に必要とする高齢者が一般化していくなかで、そもそも3施設に分ける意味があるのか根本的に見直す必要があるのです。」と、現在の介護施設の類型を見直す必要性を説いている。国は2006年地域密着型サービスを新設した(後述)。小規模多機能型居宅介護や、夜間対応型訪問介護、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)など10種類あり、遠くの施設に入所するより、これらを利用することで住み慣れた地域や家で生活ができるようきめ細かいサービスを提供するものである。ただし、対応する人材不足等で地域により実施に差が生まれており、発展途上である。

(2) 介護費用、保険料、自己負担の増加

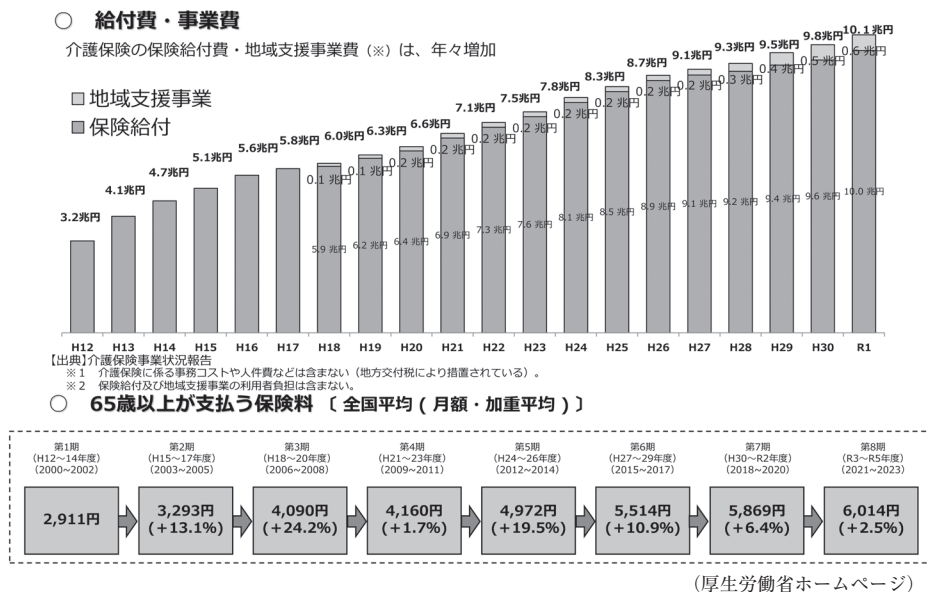
利用者の増加に伴い介護費用も膨張しており、2000年度の介護総費用は3兆6000億円だったが、2019年度は11兆7000億円と実に3.3倍に上昇してきた。

被保険者が負担する介護保険料は更新のたびに上がっており、第1号被保険者の場合2000年は2911円(全国平均)だったのが、2021年は5869円と約2倍となった(図表6)。第2号被保険者は2000年の2410円が2021年は6310円と役2.26倍となっている。さらに利用者の自己負担分も徐々に拡大し、当初1割負担であったものが、所得に応じて、2割負担(2015年)、3割負担(2018年)が追加された。

(3) 財源逼迫

介護保険財政の規模はほぼ右肩上がりが増えてきており、自己負担を含む総費用は当初の3.6兆円から3年連続10兆円を超えた。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急増に

介護保険にかかる給付費・事業費と保険料の推移



図表6 給付費・保険料推移

伴って右肩上がりに増加している。さらに団塊の世代全員が75歳以上になる2025年には15.3兆円、団塊の世代のジュニアが65歳になる2040年には25兆円を超すと推計されており、介護保険財政の逼迫が大きな課題となってきた。社会保険の原理は給付と負担である。給付される介護サービスが増えて給付費が増加すると被保険者が負担する保険料の上昇をもたらす。給付と負担のバランスについて中村⁴⁾は「創設当時の厚生省内で、将来、保険料がどんどん高くなっていったときにやがて介護保険の限界がくるのではないかという不安がありました。そうならないようにするために、給付と負担のバランスをどうとっていくのが大きな課題でした。」と、創設時にすでに不安があったと振り返っている。国は制度改正を重ねて、給付と負担両面から財源逼迫問題に対処してきているが、高齢者人口がピークとなる20年先を見据えてどのように舵をきろうとしているのであろうか。

Ⅲ. 制度改正

市町村は3年を1期とした介護保険事業計画を地域の実態の変化に合わせて策定することになっており、第1期(2000~2002)がスタートしてから現在は第8期(2021~2023)に入っている。この計画に基づいて政府の社会保障審議会介護保険部会で制度の改正見直し検討が行われ、保険料や介護報酬の改定がされることになっている。これまで6回の制度改正が行われてきた。財源逼迫問題に関連しては、特に大きな見直しがなされた2006年、2015年、2021年の改正の中で次の3項目、「介護予防型への転換、地域支援事業の新設(2006年)」

「地域包括ケアシステムの構築（2015 年）」，「地域共生社会の実現（2021 年）」に注目して課題に向けた制度改正の流れと方向性を探ってみた。

1. 2006（平成 18）年改正概要

介護保険制度 2000 年施行から 5 年目となり大幅な見直しが行われた。改正の基本的視点は次の 3 点であった。

「制度の持続可能性（急激な高齢化に備え，給付の効率化，重点化を図る）」

「明るく活力のある超高齢社会の構築」

「社会保障の総合化（介護，医療，年金の再構築）」

主な具体策を取り上げてみる。

（1）予防重視型システムへの転換

・「地域支援事業（介護予防・日常生活総合事業）」の新設。
年々増加する介護サービス利用者の要介護度の割合を調査すると，要介護 1，要支援 1・2 の比較的介護度の低い人の利用が増加していることが分かった（図表 7）。この人たちはいずれ要介護度が上がることが懸念され，給付費抑制の観点からも，早い段階で対応し要介護状態にならないようにする「予防重視」の考え方が出てきた。そこで介護保険の事業とは別に新たに「地域支援事業」が創設された。内容は高齢者が要介護状態等になることの予防，または要介護状態を軽減，重度化の予防と改善など，高齢者ができる限り自律した生活が送れるための支援を総合的・一体的に行うものである。市町村が実施責任者となり，それらをマネジメントする窓口として「地

域包括支援センター」が設置された。介護予防事業は，次の 2 つである。

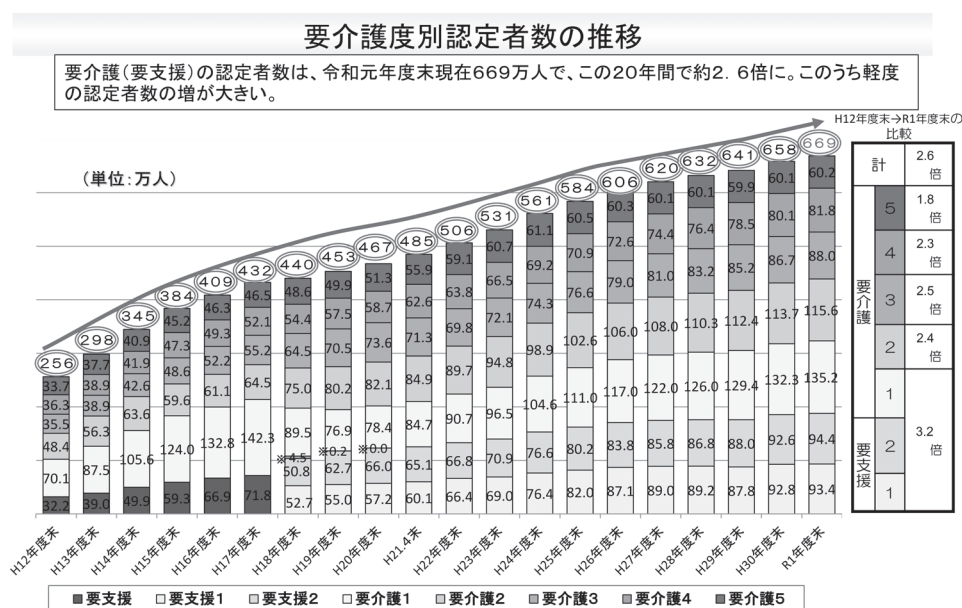
（ア）介護予防特定高齢者施策 要支援や要介護になる可能性の高い虚弱な高齢者（非該当＝自立）などを対象に，リハビリなどを提供，高齢者の虚弱化を防ぎ，介護状態にならないようにする介護予防事業

（イ）介護予防一般高齢者施策 65 歳以上のすべての高齢者を対象に，体操教室や健康促進サービスの提供など介護予防普及啓発事業，住民主体の介護予防活動の育成・支援事業

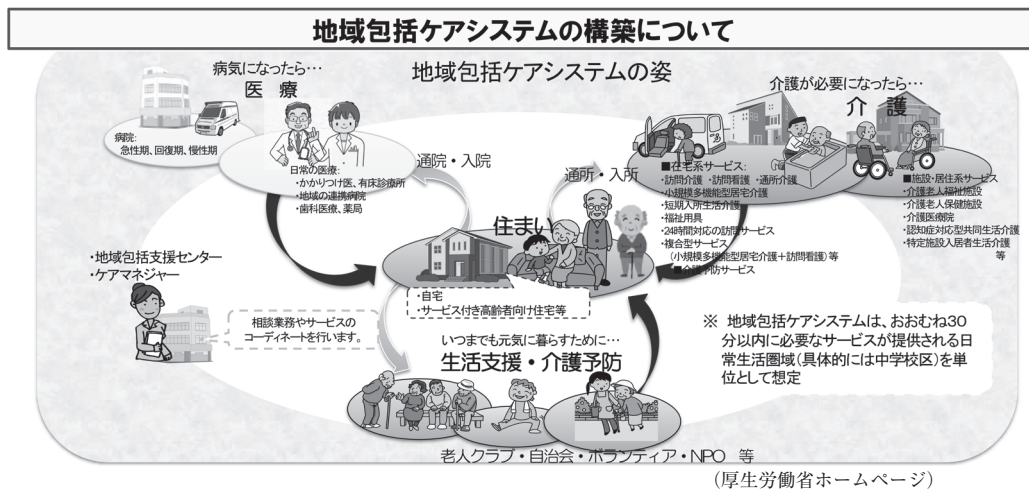
またこのころ家族の介護疲れによる高齢者虐待問題や，増えてきた認知症の高齢者の生活見守りの問題等が起きており，これら地域の高齢者の様々な問題を包括的に対応する窓口が地域包括支援センターとされた（2015 年改正で（ア），（イ）は「介護予防・日常生活支援総合事業＝総合事業」になった）。

（2）「地域密着型サービス」新設

介護保険本体のサービスである「在宅サービス」と「施設サービス」に加えて，3 つ目の「地域密着サービス」が新たに導入された。「地域密着型サービス」の特徴は，在宅での生活が困難になったとき，住み慣れた地域を離れずに暮していけるようするために創設されたサービスである。比較的小規模できめ細かな介護サービスが提供されるというもの。これら新事業は市町村が実施責任者となりサービス提供事業所の指定や監督，定員，費用などは市町村の事情に合わせて独自に決めるなどその地域に住む高齢者に地域の実情に合わせてサービスを提供，



図表 7 要介護度別認定者数の推移



図表8 地域包括ケアシステム

運営することができるとした。

地域密着型サービスの内容は、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、地域密着型サービス施設など10種類と、地域密着型介護予防サービスとして介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の3種類がある。地域包括支援センターが総合的な相談、支援を行う窓口となる。

(3)「予防給付」の新設

保険給付のうち要支援者（要支援1・2）への給付を「予防給付」として新設し、要介護者（要介護1～5）の介護給付からはずした。要支援者のケアマネジメントは新設の「地域包括支援センター」が実施することとした（2015年改正で訪問介護と通所介護は地域支援事業へ移行となった）。

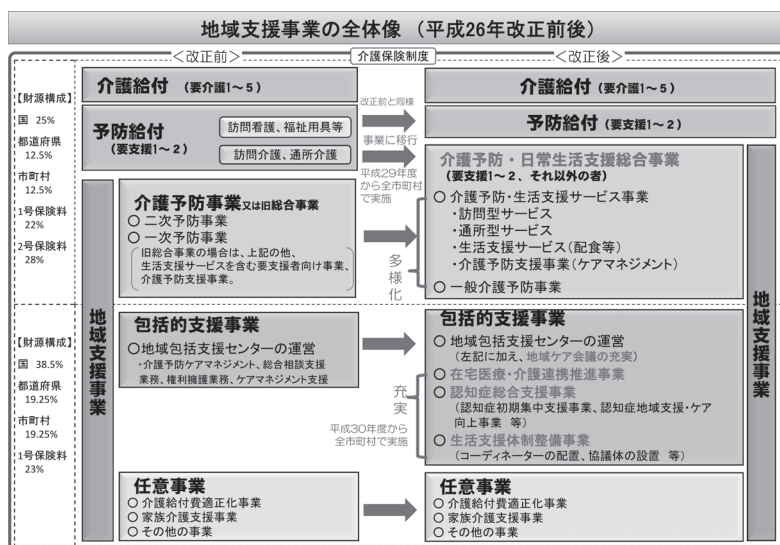
2. 2015（平成27）年の制度改正の概要

(1)「地域包括ケアシステムの明記」

2012年の改正で推進された「地域包括ケアシステム」が2025年を目途に構築されることが明記され、地域の環境づくりへ市町村のさらなる取り組みが推進された。

地域包括ケアシステム定義は、「地域の実情に応じて高齢者が、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じた日常生活をいとなむことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第2条）である。老いても住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするために、「医療」、「介護」、「介護予防」、「住まい」、「生活支援」の5つのサービスを日常生活圏域（自宅から30分以内）で、行政やサービス関係者と地域市民が連携、協働によって、一体的に提供されるシステムである（図表8）。

なかでも「介護予防」「生活支援」については老人クラブ、自治会、ボランティア、NPO等を担い手に位置付けている。厚生省のガイドライン⁵⁾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体制等を可能とすることを旨とする」とあり、「自助」「互助」「共助」、「公助」の精神のもと地域のさまざまな関係者を通じてその実現を目指すことを想定している。



図表9 地域支援事業

(2) 地域支援事業の拡大

今回の改正でさらに次の3つの事業が創設された（図表9）。(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である。特に(1)の内容は2006年改正で新設された予防給付の中の訪問介護と、通所介護（デイサービス）が、地域支援事業に移行し、前述の介護予防事業（ア）の対象者に要支援1.2が加わり、(イ)と合わせて新システム「新しい総合事業」になった。新総合事業では、市町村の裁量で人員基準や種類、内容、報酬などを変更できるようにして、住民やボランティアなどが参加する多様なサービスの提供が期待されている。

地域支援事業は、保険給付ではなく、事業であるため市町村の裁量で人員基準や介護報酬などを決定、変更できるため費用をおさえながら様々なニーズに対応しやすい。国は、軽度者にはこの地域支援事業を活用し給付費用抑制の意図が見える。ガイドラインが示す「多様な主体による」、「多様なサービス」とは例えば、要支援者の訪問型サービス、通所型サービスでは、サービスA、サービスB、サービスCが設定され、そこでは提供者である事業者や主体となる人員の基準が緩和され、無資格者、住民ボランティアなどによるサービスの提供も可能となっており、サービスの質の担保が問われるところである。さらに「地域の実情に応じて」では市町村のやり方次第でサービス提供に自治体間格差が出てくることが懸念される。そもそも要支援者にとってはサービスの一部が途中で制度本体から外れ、地域支援事業に移行することは、制度の理念「利用者の選択・利用者本位」からかけ離れているように思われる。

(3) 自己負担2割導入

保険料の上昇をできる限り抑制するために一定以上の所得がある利用者の自己負担が2割へ引き上げられた（2018年改正ではさらに自己負担3割が導入された）。

3. 2021（令和3）年改正の概要

(1) 「地域共生社会の実現」

今回の改正は団塊の世代が75歳以上となる2025年、その団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年を見据えた、介護保険制度を含む社会保障制度のあり方に変化の兆しがみられるものとなっている。

改正法の名称が「地域共生社会の実現」のための社会福祉法等の一部改正とあるが、社会福祉法等とは介護保険法や老人福祉法など10本の法律にまたがる一括法となっている。改正の特徴は、高齢者だけではなく、児童や障害者、その他地域の中で様々なニーズを持つ人々を地域で住民同士が支え合う「地域共生社会」の構築という新しい地域社会づくりを目指しているものとなって

いる。

地域共生社会の理念は、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という従来の関係を越えて、人と人、社会がつながり、1人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包括的なコミュニティ社会を創ることとされている。

これまで縦割りだった介護保険制度、障害者自立支援制度、子ども・子育て支援制度、生活困窮者自立支援制度の4つの制度に基づく事業を一体的に実施しようというもので、具体的には「相談支援（断らない相談）」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」の3点が示された。制度や分野の枠を超えた支援をするしくみである。実施する市町村に対し、国と都道府県から新たな交付金が支給されることとなっており、そこでは市町村の住民活動の支援の役割を明確にし（社会福祉法第6条関係）、その仕組みとして重層的支援体制整備事業が創設され、市町村の支援、リーダーシップが法的に位置付けられた（社会福祉法106条の4関係）。

今回の社会福祉法等改正が目指しているのは高齢者介護、障害者、子育て、生活困窮者等分野を越えて住民同士が参加支え合う新しい地域社会「地域共生社会」の実現であり、その新しい地域社会をベースとして介護保険サービスが展開されるという。元気な高齢者も含めて住民が積極的に地域課題を把握し、小さな生活課題は住民同士の助け合いで解決し、住民では解決困難な課題はそれぞれの分野の関係法、例えば、介護保険法、障害者自立支援法などの公的サービスで解決しようとするものである。

Ⅳ. 考察

1. 地域共生社会と問われる市町村の力

「地域共生社会」の議論は以前から始まっており、「地域共生社会の実現」に向けての改正が2017年改正社会福祉法で成立している。包括支援に関しては、2019年に専門家会議で議論がなされてきており、今回の改正は介護保険法を含む社会福祉法等10本の法律一括改正であった。少子高齢化の進展や労働人口の減少などを背景として介護保険を含む社会保障見直しの段階にきている。

社会保障のあり方を考える政府の全世代型社会保障構築会議⁶が今年5月にまとめた中間整理では「子育て・若者世代」への支援を行うことが喫緊の課題であり」と強調し、「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心となっているこれまでの社会保障の構造を見直し、将来世代へ負担を先送りせずに、能力に応じて皆が支え合うことを基本とする」と、高齢者中心の社会保障の構造の見直しを提言した。

今回の改正では地域住民が、地域課題の把握、解決に

向けて活動するよう位置づけ、市町村は住民の活動しやすい環境を作り、支援するしくみとして「重層的支援体制整備事業」が創設されるなど、地域共生を具体的につくり上げるための基盤や施策などが盛り込まれた。小さな地域課題は地域住民が支え合い（自助・共助）、大きな課題は公的サービスで解決（公助）する新しい地域社会づくりを目指している。介護に置き換えると、軽度な要介護者は、制度本体からはずし地域住民で支え合い、中・重度の要介護者を介護保険で専門職による介護を提供するスタンスである。給付の効率化・重点化をはかり社会保障費の抑制につなげようとする方向性である。

新しい地域共生社会の実現にあたり、懸念されることは、1つは地域ごとに事情が異なることである。高齢化が進み介護ニーズの増大を続ける地域や、高齢化のピークを過ぎ、介護ニーズが減少している地域、過疎化で人口が減少している地域などで実態は様々である。また、地域住民の助け合いで解決とはいえ、地方と都市部では例えば人間関係の親疎は同一であろうか、住宅環境や年齢層などそれぞれ違いが多くある。さらに中心的役割を担う市町村の職員の体制はどうであろうか。地域の実情を勘案し、高齢者の多様な要望を聞き取り支援体制を構築するには、潤沢に職員が揃っているか、さらには介護専門の知識が豊富な職員がいるかなどのマンパワーの問題もある。

2つ目は地域で活動する人材の確保である。地域共生社会実現には、多様な住民の参加、支え合いが求められるが、なかでもスキル、ノウハウを持った人材の確保や、コーディネーターの育成など整備に時間を要するものもある。

全国社会福祉協議会⁷⁾が、2019年に全国85の自治体における地域共生社会の実現に向けた取り組み体制状況を調査したが、事業を実施する多くの自治体に共通する課題認識は「それぞれの地域性を背景とする地域生活課題に対する住民との協働、住民主体による福祉活動を推進することである」とし、「既存の事業・活動の拡充や再構築を目的とする自治体が多い傾向である」と分析している。また、地域における世帯全体の複合化・複雑化した課題を受け止める包括的な支援体制の構築においては、「多機関協働の体制づくり、庁内の連携体制の構築に向けたルールづくりなどの実践と工夫が図られている」としている。2022年度の重層的支援体制整備事業の実施予定自治体は134自治体⁸⁾である（全国の自治体数1741）。多くはまだ様子見というところだろうか。取り組み事例⁹⁾を挙げると、『千葉県松戸市「福祉まると相談窓口」の設置で連携体制の構築』、『東京都大田区「みま～も」で高齢者に限らず多様な人々が集う機会や場を創出』、『岩手県盛岡市「ネットワーク構築や中間就労の場作り」で制度の狭間に陥らない取り組み』、など積

極的に取り組んでいる市町村がある。長谷¹⁰⁾は「地域性に配慮し、必要なサービスの創出・開発により、新しいまちづくりが期待されている……当然克服できる市町村もある一方で失敗する、あるいは何もできない市町村もでてくると考えられます。」と懸念している。市町村は、まずは地域の実情をよく把握し、地域住民に積極的な情報発信を行う、可視化し、十分な説明を行うなどにより住民の意識を喚起すべきであろう。一方で必要とされる人材の確保と養成にとりかかり、円滑なサービス提供ができる体制づくりを進めなければならない。また、他地域との情報交換、交流など活発に行い、取り残されない市町村であらねばならない。市町村の力量が問われるところである。ただし、この「地域共生社会において、住民たちによる自助・共助」は、憲法25条の生存権から見ると国の丸投げではないかと、疑問が残るところである。

2. 社会保険と所得再分配

介護保険制度は社会保険方式で創設された。制度の原則は給付と負担である。介護費用急増による財源逼迫にどう向き合うか考察した。

(1) 公費の割合

現在、介護保険料の構成は被保険者が50%、公費が50%である（図表2）。これ以上公費を増やすことは、国家財政の借金が増え、財政破綻にもつながりかねない。また将来世代への負担を増やすことにもなり難いであろう。

(2) 介護サービス削減

制度改正で、在宅サービスでは地域支援事業を創設し、軽度要介護者を対象としたサービスを制度本体からはずし、市町村の裁量のもと、地域で提供する体制になった。施設サービスでは、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）の入所対象者を原則要介護3以上に制限した。制度創設時、65歳以上の高齢者からも保険料を徴収することもあり、サービス利用の範囲を広げすぎた感は否めない。介護費用の抑制策としてこれら給付の重点化、効率化は必要であろう。

(3) 負担問題

① 保険料

第1号被保険者（65歳以上）の保険料は、本人が住んでいる市町村の総事業費から算出される。金額は基準額に所得段階（非課税世帯の第1段階～所得金額300万円超の第9段階）ごとの保険料率（0.30～1.70）をかけて決まる。この基準額や所得段階、保険料率は総事業費の多・少によって市町村が決めるため、地域によって保険料に差がある。2021年現在の保険料は全国平均で5,869円であるが、例えば、東京都北区（人口353,000人）の場合、所得の区分は、第1段階（非課税世帯）から16段階（所得金額3000万円以上）まであり、月額保険料

は 1,834 ～ 21,400 円となっている。保険料は原則年金からの天引きであり，現在月額平均支給額が 5 万円であることからすでに当初の 2 倍となっている保険料をこれ以上の引き上げは難しいであろう。

第 2 号被保険者（40 歳以上 64 歳未満）は，加入する医療保険ごとに設定された料率で決まる。例えば協会けんぽの保険料率は 1.80 % である（事業主と折半）。保険料は改正のたびに引き上げられており，当初の 2.26 倍になっている。引き上げには事業主の納得が必要である。

保険料納入開始年齢についてはどうであろうか。

制度設計時，第 2 号被保険者の年齢を 40 歳以上とした理由は，「老化に伴う介護ニーズは中高年にも生じ得る」こと，「40 歳以降は一般に老親の介護が必要となり，これまでの家族の介護が社会的介護になることで利益を受ける可能性が高い」ことがあげられていた。開始年齢については，すでに 2004 年から社会保障審議会介護保険部会¹¹⁾で検討課題ではあった。生産年齢人口の増加が見込まれないなか，この開始年齢を例えば 30 歳または 20 歳といったより低年齢層に拡大するか議論があるが，いまだ見直しには至っていない。そもそも介護は保険制度であり，受益と負担の関係を考慮すると，低年齢層は介護を受けるケースは限定され，いわゆる払いっぱなしという不満が出てくることが予想される。2016 年の介護保険部会¹²⁾では，「介護保険を高齢者介護に限定せず，給付対象を年齢や原因で限定しない普遍的な制度を目指すべき」とする意見も出されている。「普遍的な制度」は，現制度の大きな変更となる。ドイツ，オランダなど海外の制度事情も参考にしながら，今後議論がなされるべきであろう。

②自己負担

制度改正で，自己負担は見直されてきており，相対的に所得の高い高齢者の自己負担は大きくなっている。今後医療保険の自己負担や，高額介護療養費などの兼ね合い，見直しが考えられる。

③所得再分配

負担問題にどう対処していけばよいのだろうか。バブル崩壊以降非正規雇用は増加，内閣府の「就業構造基本調査」を見ると，労働所得が年間 300 万円未満の各層は増加し，300 万円以上では，1500 万円を超える層を除けばすべての層で減少している。ここで筆者は富裕層を対象とした所得再分配の強化を提起したい。前述のように保険料は所得に応じて徴収し，自己負担割合も所得の高い高齢者は 3 割である。東京都北区の保険料は所得段階の最高を 3000 万円以上に設定している。これら事例から富裕層の所得区分を細分化し，応分の負担により保険財源の確保を図るのはどうだろうか。所得税の累進

課税を参考にとすると，所得税率は 7 段階あり，最高税率は 4000 万円以上を設定している。介護保険でも例えば 5000 万円～1 億円超の別枠を設定するなどである。公平性とか，制度の安定性とか様々な意見は出るであろうが，格差社会といわれる今，今後 20 年間持続可能な制度の確立のため 1 つの検討課題として議論が高まることを期待したい。

おわりに

施行から 22 年目の介護保険制度は，高齢者人口が急拡大する 2025 年，2040 年を見据えた持続可能な制度の確立に向けて大きな曲がり角に立っている。

本稿では財政逼迫課題に関して，「地域共生社会の実現と市町村」・「所得再分配」について私見を述べた。もう 1 つの喫緊の課題である介護人材不足も賃金，労働環境，IT 活用，キャリアアップなど課題が多い。次回のテーマとしたい。

【註・文献】

- 1) 大和三重（2004）「介護保険制度 3 年後の課題」関西学院大学紀要 96 号（181 ページ）
- 2) 宮本恭子（2016）「介護保険制度施行 15 年の総括」島根大学紀要（26 ページ）
- 3) 香取照幸（2021）「介護保険制度の創立から 20 年を経て—現状の課題とは」www.mnnseiki.com/news/
- 4) 中村秀一（2020）「介護保険これまでの 20 年，これからの 20 年」（ケアニュース by シルバー産業新聞）
- 5) 「介護予防・日所生活支援総合事業のガイドライン」（2015 年 6 月 5 日付け厚生労働省老健局長通知）
- 6) 全世代型社会保障会議本部（2022 年 5 月 17 日）内閣官房広報室
- 7) 全国社会福祉協議会（2019）「地域共生社会の実現に向けた取り組みに関する実践事例集」
- 8) 厚生労働省（2022）「令和 4 年度重層的支援体制整備事業実施予定自治体」
- 9) 厚生労働省（2022）社会保険審議会介護保険部会「地域共生社会に向けた取り組み事例について」
- 10) 長谷憲明（2021）「新しい介護保険のしくみ」（瀬谷出版 32 ページ）
- 11) 厚生労働省（2004）社会保険審議会介護保険部会「介護保険制度見直しに関する意見」（2004 年 7 月 30 日）
- 12) 厚生労働省（2016）社会保険審議会介護保険部会「被保険者の範囲のあり方」（2016 年 8 月 31 日）
- 13) 厚生労働省介護保険ホームページ <https://www.mhlw.go.jp>

A Discussion on the Tight Budget Facing the Japanese Nursing Care Insurance System, and Reform of the System in Its 22nd Year

Keiko Ikoma

Summary

Twenty-two years have passed since the inception of Japan's nursing care insurance system. The system is designed to function as a public safety net for alleviating the burden on family members who are providing nursing care to elderly persons. As the number of users increases gradually, the system has become an indispensable part in the everyday lives of elderly people in Japan, and the concept of "community-led aged care" has become widely recognized. On the other hand, the system is facing emerging challenges, such as a tight budget in line with drastic increase in the number of elderly persons who require long-term care, shortages of staff able to provide nursing care, and increasingly diverse needs for aged care services. The Japanese central government has repeatedly reviewed and amended the system. This paper examines such amendments, with a particular focus on the tight budget, and it also discusses possible improvements toward building a mutually supportive society and realizing income redistribution.

Keywords: tight budget, preventing the need for institutional aged care, community support projects, mutually supportive society, income redistribution