

介護保険制度改革がもたらした介護の変化

鈴木 奈穂美

はじめに

筆者は、家族介護者が仕事と介護の両立を実現するため、労働環境や社会環境の整備について研究を進めてきた。これまでの研究成果をベースに、2019年に発足した専修大学社会科学研究所特別研究助成「川崎市をフィールドとする産業・労働・生活の現状と課題に関する研究」において、どのような役割を担えるか考えたところ、川崎市の介護サービスを対象に調査・研究を進めることに至った。

本稿では、その足掛かりとして、2014年と2017年の法改正をもとに進められた介護保険制度改革がもたらした変化に注目することとする。特に、2015年に創設された「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」（以下、総合事業という）の創設は、介護保険の要介護認定において要支援1・要支援2に認定された者のサービス提供の仕組みを大きく変えたとともに、保険者である市町村の裁量が拡大するものでもあった。

もともと、介護保険は「地方自治の試金石」とも言われた。1999年7月成立の地方分権一括法では、介護保険の事務は市町村の自治事務と位置づけ、保険者である市町村の責任のもと、制度の運営がなされることになり、地域の実情に応じて市町村が独自に判断することを介護保険法が容認したためである。したがって、介護サービスの中核を担う介護保険制度は市町村の独自性を反映することができる制度であった。しかし、国がサービス水準や報酬を決めていたため、介護保険から給付されるサービスは全国一律に提供されていた。総合事業創設により、軽度者に対して、全国一律サービスと異なる市町村独自のサービスが提供されるようになった。このことにより、介護保険給付に地域差が生まれ、市町村の権限と責任が拡大すると共に、国の公的責任が縮小し、自助・互助の強化が懸念される。

本稿では、2015年以降の介護に関する政府の改革に注目しながら、介護サービスの提供枠組みを把握し、その中で生じた家族介護者への影響や変化を考察することを目的としている。なお、今後進めていく、川崎市の介護サービスに関する研究の予知的考察としての側面を持ち合わせていることを付記しておく。

1. 経済界の要請を受け入れた政府の社会保障制度改革の方向性

2000年にスタートした介護保険制度は、その制度開始まもなくから、制度改革の議論が始まっていた。もともと、3年に1度、介護報酬の改定をおこなうことが法律にも定められていたこともあった。介護報酬の改定は、政府の財政健全化政策とも連動しているが、ここでは、改革の潮目が大きく変わった2012年の社会保障制度改革についてみていこう。

2010年頃になると、団塊世代が75歳を迎える2025年までに急増する要介護認定者に対応するための介護提供システムについて議論が盛んになっていた。2011年法改正では、地域包括ケアシステムの実現という理念が追加され、介護保険制度が新たなステージへと移行した。また、要介護認定者の急増に伴う介護保険財政の圧迫にも厳しい目が向けられるようになった。特に、社会保険料の一部を負担する経済界からは、政府に対し負担軽減の要請がなされた。

日本経済団体連合会は2012年に「社会保障制度改革のあり方に関する提言」を発表した。この中で、2025年度には勤労者世帯は1世帯当たり25万円程度、事業主総額で年間約12兆円の社会保険料負担増が見込まれ、現状を放置すると、消費の抑制、生産コストの上昇、立地競争力の低下、雇用創出の阻害等を通じた経済活力が失われる「負のスパイラル」が深刻化すると指摘している。そして、社会保険料と税の一体的な見直しが急務であるとし、社会保障制度改革にあたっては、①社会保障給付の一層の効率化・重点化、②自助、共助、公助の役割分担の明確化を基軸にした検討が必要であるとしている。①は、このまま増大し続ける経済界の負担を軽くするため社会保障給付の一層の削減を意味したものである。②は、「自助を基本としつつ、自助で賄いきれないリスクは『社会保険』による共助、保険原理を超えたリスクへの対応や世代間扶助は『税』による公助」という考え方であり、自己責任を強化することを意味する（日経連2012：p7）。

この経済界からの要請を受け入れるように、2012年8月に「社会保障制度改革推進法」（以下、改革推進法という）が成立した。この法律は、「安定した財源を確保しつつ受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため」におこなう社会保障制度改革の基本的な考え方や社会保障制度改革国民会議の設置などを定め、改革を総合的かつ集中的に推進することを目的としている（同法第1条）。基本的考え方として、①自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと、②社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること、③年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る

国民の負担の適正化に充てることを基本とすること、④国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分ち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源に、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとするものの4つを挙げている（同法第2条）。

①から読み取れることは、社会保障制度を自助と相互扶助を強調するものである。また、②③では、医療・年金・介護・少子化対策の4分野について、社会保障の原則である利用のニーズに即した給付という原則は後退し、社会保障給付の重点化・効率化・適正化を推し進めようとしていることがわかる。さらに④では社会保障の主要な財源は消費税を充てるというものである。

改革推進法に基づき設置された社会保障制度改革国民会議は、2013年8月に報告書を取りまとめた。この報告書からは、高齢期中心の社会保障から全世代型社会保障への転換や、社会保障制度の持続可能性をふまえた負担能力に応じた負担と給付の重点化・効率化が読み取れる（社会保障制度改革国民会議2013）。そして、医療・介護分野では医療・介護サービスの提供体制、医療保険制度、介護保険制度の3点について改革案を提示した。このうち、医療・介護サービスの提供体制では、地域包括ケアシステム構築の必要性を示し、要支援者認定者に対する介護予防給付は、市町村が地域の実情に応じて、住民主体の取組等を積極的に活用しながら柔軟かつ効率的なサービス提供できるように、受け皿を確保しながら新たな地域包括推進事業（仮称）へ段階的に移行させていくことを提案している（同 p29）。

また、介護保険制度改革では、今後の高齢化をふまえて制度の持続可能性を高めしていくため、改革推進法第7条にある「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る」こと、「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制する」ことを盛り込んだ改革案を示している（同 p37）。具体的には、効率化・重点化に関する改革として、一定以上所得のある利用者負担の引き上げ、食費や居住費の補足給付支給に対する資産の勘案、特別養護老人ホームは中重度者に重点化、デイサービスは重度化予防に効果がある給付へ重点化など、負担増大抑制に関する改革案として、低所得者の第一号保険料軽減措置の拡充などである。

この報告書に基づき社会保障制度改革の手順や工程を示した社会保障改革プログラム法¹（以下、プログラム法という）が2013年12月に成立した。この工程表に従い、慢性期病床の削減や医療・介護提供体制の見直しを進める医療介護総合確保推進法²が成立し、介護保険制度は

¹ 社会保障改革プログラム法の正式名称は、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律である。

² 医療介護総合確保推進法の正式名称は、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律である。医療介護総合確保推進法では、介護保険や医療法など19の法律を一括して改正した。後述する2015年度介護保険法改正は、この法律に基づいて行われたものである。

厳しい給付抑制を進めていく改正介護保険法が2015年4月に施行された。プログラム法では、改革推進法における「自助、共助及び公助の最も適切な組み合わせ」という考え方をふまえ、講じるべき社会保障制度改革の措置として、個人が持てる力を最大限発揮して生きる自助・自立のための環境整備等（第2条）、少子化対策（第3条）、医療制度（第4条）、介護保険制度（第5条）、公的年金制度（第6条）について示している。

プログラム法に基づいて進められた社会保障制度改革では、市町村の役割、地域の役割を重視している。一方、政府の役割は「住民相互の助け合いの重要性を認識し、自助・自立のための環境整備等の推進を図るもの」としている（同法第2条第2項）。1950年に社会保障制度審議会が示した「社会保障制度に関する勧告」（いわゆる1950年勧告）では、「社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他…生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生および社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいう」としている。続けて、「生活保障の責任は国家にある。国家はこれに対する総合的企画をたて、これを政府及び公共団体を通じて民主的能率的に実施しなければならない」とも言っている。ここから、社会保障は国民の生命を守るための生理的な最低限度の保障を超えて、文化的水準を兼ね備えた生活を営むための保障であること、そして、国民の権利である社会保障を国家が民主的能率的に実施する責任があることを示していることがわかる。

改革推進法とプログラム法が示す国家の役割は、個人の自助・自立のための環境整備のために市町村の支援に力点を置くとともに、給付の重点化・効率化・適正化による給付抑制を進めていくものである。社会保障における自助・互助の強化は、国家の公的責任の縮小とも言える。自助努力だけでは対応できない社会的・構造的な問題として生ずる社会的リスクに備えるために誕生した社会保障制度だが、その根本的な理念を変える改革であった。未婚率の増加、単身世帯の増加とともに、社会的孤立状態にある家族が増大している現状を踏まえると、家族に対する過度な期待は人びとの暮らしの基盤をさらに脆弱なものとしてしまう危険性がある。

2. 給付抑制・利用者負担増をもたらした社会保障・税の一体改革

社会保障制度改革の方向性として示されている給付の重点化・効率化・適正化は、どのようなタイミングで強化されていくことになったのだろうか。この起点は社会保障・税の一体改革にあると考える。

民主党政権によって進められた社会保障・税の一体改革は、「受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立」を目的に、民主党、自民党、公明党の三党合意を経てまとめられ

た。この改革の最大の柱は、消費税を社会保障の目的税化することであった。増税の工程も描かれ、2014年4月に8%、2015年10月に10%に引き上げることが決められていた。

政府は消費税の目的税化する理由について、税収が安定していること、負担が世代間で公平であること、特定の層に負担が集中せずに経済活動に中立的であること、財政調達力が高いことを指摘し、その段階的引き上げの必要性を国民に説明している。一方、現在の低所得層の税負担を重くするなど批判がされている。しかし、消費税の目的税化の問題はそれだけではない。この改革により、社会保障の充実と消費税増税が一体化したパッケージとして扱われるようになったことを問題視する見方がある。日本は超高齢社会であることは周知の事実であるが、高齢者の増加に伴う社会保障の充実はその支出を拡大することを意味する。社会保障充実・消費税増税のパッケージ化は、消費税増税に対して消極的になると社会保障の充実にあきらめなくてはならないという側面も生みだした。さらに、これまで高齢期中心の社会保障制度となっていた日本において、近年、子どもや子育て世帯への社会保障の充実が求められており、消費税という財源を中心に社会保障制度の青写真を描くと、将来世代の子どものための給付増は高齢者の給付減をもたらすものでもあった。

1990年代までは社会福祉は措置制度として税を財源に必要充足や応能負担という原則に基づいて給付決定がなされた（横山2017：p296）。しかし、介護保険制度創設後、殊に老人介護の分野は「保険原理」の徹底が進んでいく（林2017：p317）。つまり、保険料の支払いが給付の前提となる拠出原理や、給付と負担の均衡を求める収支相等の原則にもとづき徹底した財政規律が求められるようになった。事実、社会保障・税の一体改革のなかで、デフレ経済への懸念から10%への消費税増税を見送ったことで、社会保障財源が減り、給付削減が実行されていく。

2014年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2014について」のなかに、「医療・介護を中心に社会保障給付について、いわゆる『自然増』も含め聖域なく見直し、徹底的に効率化・適正化していく必要がある」という考え方を明確に示した。2014年4月に消費税増税を実行するも、自然増分も含めた削減は、社会保障給付の抑制と利用者負担の拡大を進めていくことにつながった。特に、2015年の介護保険制度改正は大幅な給付抑制を実行するものであった。

3. 2015年介護保険制度改正とその影響

3-1 2015年介護保険制度改正の概要

医療・介護の提供体制の構築、医療・介護を対象とした新たな税制支援制度の確立、地域包括ケアシステムの構築にむけ、医療と介護の総合的な確保の推進を目指した医療介護総合確保

推進法が 2014 年に成立したことは先に示した。この法律をふまえ、2015 年 8 月の介護保険制度改正は進められた。制度改正内容は多岐に渡る³が、本節では、主要な改正に絞って改正の特徴を示す。

1 つ目のポイントは、利用負担の引き上げと低所得者への配慮である。利用者負担について、利用時の自己負担の引き上げがなされた。一定所得以上（現役並み所得）の利用者の自己負担が 1 割から 2 割に引き上げられた。一定所得以上の利用者とは、年金などによる収入が一人暮らしの場合 280 万円以上、夫婦の場合 359 万円以上が対象となっている。また、利用者負担上限額の引き上げも行われた。これは、「高額介護サービス費」の引き上げを意味する。月々の負担額の上限が定められており、これを上回って支払った利用料は、申請すれば払い戻しできる。2015 年 8 月から、同一世帯内に一定所得以上の場合、利用負担の上限額を 37,200 円から 44,400 円に引き上げられた。

一方で、低所得の第一号被保険者に対し、納付する保険料を軽減する改革が行われた。これは所得格差に配慮した保険料負担の是正である。これまで、第一号保険料は 6 段階に分類されていたものを、9 段階に細分化し、最も低い第一段階にあたる者の負担額を 5 割から 3 割に引き下げた。

これらの改革は、低所得者への負担軽減という配慮しながらも、第一号被保険者の中で高所得世帯に対する利用負担を引き上げることで、格差の是正を進めたものである。選別主義から脱却し、普遍主義的な社会保障制度になるにつれ、老人福祉の分野では 1980 年代から応益負担の色彩を強めるようになった。この流れを受け、介護保険制度開始当初は応益負担に基づき、利用者には広く 1 割負担を求めてきた。制度創設から 15 年が経過する中で応能負担へと舵がとられ、費用負担の公平化を進めたといえる。

しかし、同時期に 75 歳未満の高齢者を対象に医療費の窓口負担が 1 割から 2～3 割に引き上げられたこともあり、一定所得以上の高齢者のうち、介護サービスの継続的利用と医療機関への定期的な通院による経済的負担が拡大した。一定所得以上というのは「現役並み所得」と言い換えられるように、必ずしも日本全体の中の高所得者というわけではなく、平均的な勤労者世帯の所得水準ということである。低所得者への配慮は不可欠なことであるが、現役並みの所得水準にある高齢世帯に対しては、自助努力が強化される改革でもあった。

2 つ目のポイントは、介護給付の抑制につながる一連の改革の実施である。第 1 の改革は、要支援 1・2 の認定者を介護保険の適用から外し、自治体独自の「新しい介護予防・日常生活

³ 2015 年介護保険制度改正では、本文で示したもの他、地域ケア会議の推進、サービス付き高齢者向け住宅の住所地特例適用、地域密着型通所介護の創設、居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲がある。

支援総合事業」(以下、総合事業という)へ移行する改革である。従来、要支援認定者が通所介護や訪問介護を利用した場合、介護保険から給付されていた。それが段階的にできなくなり、2017年度末までに、市町村が実施する総合事業に完全移行することとなった。総合事業では、要支援1・2と要介護認定で非該当(自立)と認定された人が同じ枠組みでサービスを利用していく。この制度変更は、要支援1・2といった軽度者を介護保険の適用から切り離していくものであった。この改革は介護保険の重点化・効率化を図る方策とされている。この内容については次の節で触れることとする。

第2の給付抑制改革は、特別養護老人ホーム(以下、特養という)の入所要件を原則、要介護3以上に限定した点である。厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」によると、特別養護老人ホーム入居者の90.2%が要介護3以上に該当していたが、家庭の事情などから要介護1・2の入所も1割ほど存在していた。新規の特養入所要件を変更したことにより、比較的重度な要介護者に特化することで重点化を図る改革であった一方、入所施設を希望する要介護1・2の方は、特養という選択肢はなくなり、高齢者向け住宅への入居となる。ただし、すでに入所している要介護1・2の方に対して、特養以外での生活が著しく困難であると認められた場合は、施設ごとに設置されている入所施設検討委員会を経て特例として特養入所が認められるが、これには市町村が関与することとなった。

第3の給付抑制改革は、補足給付の支給における資産等の勘案が挙げられる。資産等とは、配偶者の所得や預貯金などのことである。介護の適正化を図るため、配偶者の所得については必要に応じた戸籍調査の実施や、通帳や金融商品に関する口座残高の写しの提出に加え、金融機関への照会を可能としている。露骨な給付抑制は国民からの反発が予想されるため、介護の重度化、効率化、適正化と共に改革を進めている。保険料や利用料の引き上げをちらつかせながら、所得だけでなく資産の補足により、適正な給付、効率的な給付、重度な要介護者に特化した給付を進めていこうとする姿勢が確認できる。

重度な要介護者になったとしても、地域で暮らし続けることができるよう、在宅医療と介護の連携推進も改革の柱となっている。これが3つ目のポイントといえる。2025年度をにらんだ地域包括ケアシステムの構築に向けた改革である。この改革はサービスの充実を図るためにおこなわれたもので、在宅医療と介護の連携の推進の他、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実・強化(24時間対応の提起巡回サービスを含めた介護サービスの普及推進など)が含まれる。

4つ目のポイントは、介護報酬の大幅引き下げである。これは、3つ目のポイントに挙げた生活支援サービスの充実・強化とも関係するものである。2015年の改定は、マイナス2.27%と過去最大の引き下げとなった。その内訳は、居宅サービス・施設サービスを含めた基本報酬マイ

ナス 4.48%、介護職員処遇改善加算の拡充+1.65%、リハビリや看取りなどの介護サービスの拡充+0.56%であった。また、居宅サービスと施設に分けると、居宅サービスに関する改定はマイナス 1.42%、施設に関する改定はマイナス 0.85%であった。施設に関しては、社会福祉法人の内部留保の問題が影響し、特別養護老人ホームや介護老人保健施設が大きく減額された。また、在宅サービスでは、介護予防給付の減額幅がおおきかった。つまり、いわゆる重度化と処遇改善のためにはプラス改定が行われたものの、それ以外の領域では、適正化、効率化により大幅なマイナス改定となった。

なぜ大幅なマイナス改定となったのだろうか。財務省の「平成 27 年度予算編成に関する建議」によると、介護報酬改定は、消費税財源を活用して介護職員の処遇改善加算措置の拡充等をおこなう一方、事業類型ごとの収支状況は介護事業者の加重平均で 8%程度と、中小企業の平均 2.2%と比較して良好であった。また、社会福祉法人の内部留保（特別養護老人ホームでは平均 3.1 億円）の存在をふまえ、報酬基本部分の適正化を進めるという「メリハリ」が必要であるという（財政制度等審議会 2014：p128-131）。このような収支状況を反映して介護報酬基本部分の適正化を図ることとし、大幅なマイナス改定となった。その結果は、報酬改定の同年、翌年と介護事業者の倒産拡大を引き起こした。

3-2 介護報酬の大幅マイナス改定による民間事業所の経営環境の悪化

事業所の休廃業・解散や倒産の動向は、介護保険制度の改正と連動している。介護保険がスタートした 2000 年以降、老人福祉・介護サービス事業に参入する事業者や新設の事業者が相次ぎ、訪問介護・通所介護事業所も急増した。しかし、2006 年の介護保険法改正で介護報酬引き下げなどがなされたことで、経営環境が悪化する事業者が増加した。ここでは、改定幅の大きかった居宅サービスの介護事業者を中心に、2015 年改定の影響を見ていく。

最初は、厚生労働省の介護事業経営概況調査である。この調査の示す収支差率⁴をみると、訪問介護は 2014 年決算の 7.4%から 2015 年決算には 5.5%へ、通所介護は 2014 年決算の 7.7%から 2015 年決算には 6.3%へと悪化した。定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護(旧複合型サービス)などの一部のサービス類型では経営状況が好転したものの、多くの介護サービス類型で経営状況が悪化していた。処遇改善に関してはプラス改定となったが、基本報酬のマイナス改定は、介護事業への新規参入や事業継続といった介護事業所の経営に大きな影響を及ぼすものとなり、結果、2015 年度決算では収支差率が悪化したといえる。

では、何が経営を悪化させたのだろうか。同調査にある収入に対する給与費の割合を見ると、

⁴ 収益差率は「(介護サービスの収益額-介護サービスの費用額) / 介護サービスの収益額」で算出した値である。

訪問介護は、2014年度決算の73.3%から2015年度決算で75.2%へ、通所介護は、61.0%から62.4%へと増加していた。このことから、人件費の増加が経営悪化に影響を及ぼしたと考えられる。処遇改善ではプラス改定となったものの、全体の報酬がマイナス改定となったことで、人件費の増額が経営を圧迫したと考えられる。

次は、東京商工リサーチの「老人福祉・介護事業」の休廃業・解散と倒産に関する調査⁵である。休廃業・解散件数は2014年の217件、2015年の263件、2016年の320件、倒産件数は2014年の54件から2015年の76件、2016年の108件と、2015年改定の影響を受けて増加傾向であった。前年からの増減比をみると、休廃業・解散が2014年の7.8%増から2016年の17.8%増へ、倒産が2014年の0%から2015年の29.0%増と、休廃業・解散と倒産双方の件数が大きく伸びていることがわかる。

倒産に関しては、より詳細なクロスデータも公表されている。これによると、通所・短期入所介護事業の倒産は、2014年15件、2015年29件、2016年38件、訪問介護事業は24件、29件、48件と増加している。また、2016年時点で、設立5年以内の倒産が54件と半数を占め、従業員数別でも5人未満が79件（前年比64.5%増）と、従業員規模別の倒産件数の7割以上を占めていた。このことから、新規参入事業者や小規模事業者の倒産増加が顕著であるといえる。東京商工リサーチは、この状況を「資金調達力や体制が未整備の新規事業者が淘汰されている実態がみえる」と分析している。

加えて、倒産の原因別では、販売不振が2016年に69件、次いで、事業上の失敗が18件であった。販売不振については、「安易な起業だけでなく、本業不振のための異業種からの参入失敗（6件）、過小資本でのFC加盟（4件）」など、準備不足や事業計画の甘さを指摘している。さらに、倒産形態別に見ると、事業消滅型の破産が104件（前年比42.4%増）と全体の9割以上を占めた一方、再建型の民事再生法を適用した倒産⁶は0件（全年は3件）で、販売不振によって業績が悪化した事業者の立て直しは困難なことがわかる。東京商工リサーチが公表している全体の企業倒産数では2016年は減少傾向にあった。そのなか、「老人福祉・介護事業」者の倒産件数が伸びたことは、産業が抱えている固有の原因があり、その1つとして介護報酬のマイナス改定が影響したものと見えよう。

⁵ 東京商工リサーチが、倒産件数については2000年から、休廃業件数については2010年から継続的に実施している調査で、日本産業分類（小分類）の有料老人ホーム、通所・短期入所介護事業、訪問介護事業など「老人福祉・介護事業」の倒産、休廃業・解散を集計し分析したものである。ここでいう「休廃業・解散」は、倒産（法的整理、私的整理）以外で、事業活動を停止した企業と定義している。

⁶ 東京商工リサーチによると、民事再生法は、「企業が事業を継続して再建を図る『再建型』の倒産手続き。平成12年4月『和議法』に代わり施行され、主に中小企業が適用しているが、個人も対象としている。会社更生法と比べ手続きが簡易かつ迅速で、再生計画の認可要件が出席した再生債権者等の過半数、債務総額の2分の1以上の同意などに緩和され、再生計画成立が比較的容易なことが特徴。」と説明している。

最後は、帝国データバンクが公表している「医療機関・老人福祉事業者の倒産動向調査⁷」である。この調査によると、老人福祉事業者の倒産件数は2000年以後1桁で推移していたものが、2007年以降2桁となった。そして、2014年の45件、2015年の58件、2016年の91件と、2015年の改定を境に増加傾向にある。特に、2016年の倒産件数の伸びは大きく、2014年比50.5%増となり、2015年の改定の影響を受けたものとする。負債総額だが、2014年77.1億円、2015年39.4億円と金額は下がったものの、2016年には105億円とはじめて100億円を突破した。2016年は負債10億円超の倒産が3件あり、小規模事業者の倒産が主流であるものの、大型な倒産もあった。業歴を見ると、5年未満の事業所は2015年34件から2016年43件へ、訪問・通所介護サービス事業者が50件から80件へ増加していた。また、民事再生法による倒産は、2015年で1件、2016年で2件、特別清算は2016年に1件の他、事業消滅型の破産による倒産であった。このことから、新規参入、小規模、初期投資の少ない事業を行っている事業者が倒産しており、東京商工リサーチの調査結果と同様に、事業を残すことも難しい姿が浮き彫りとなった。

過去の介護報酬引き下げの際にも、経営環境が悪化し、倒産する事業者がいたが、2015年4月の介護報酬改定が大きく影響し、小規模・零細事業者を中心に、産業内で淘汰されていく事業所が拡大した。この改定では、充実したサービスをおこなう事業所に対しては加算があったが、基本報酬の引き下げが大きかった。小規模事業者の中には、サービス加算の条件を満たせないところもあった。これらが影響し、東京商工リサーチの調査結果では、「通所・短期入所介護事業所」の倒産件数が増加していた。

政府は介護の産業化をめざし社会保障制度改革をおこなってきたが、介護産業を支える小規模な介護事業者の経営環境は悪化していることが否めない。これらのデータは介護事業者の経営状況の一端しか見えないかもしれないが、2015年の介護報酬改定の結果、介護事業者は安定的な経営をすることが難しくなったことは間違いないだろう。

4. 総合事業の制度枠組みと内包する課題

4-1 総合事業の制度的枠組み

単身世帯や高齢夫婦のみの世帯が増加する中、軽度な要介護者が増加することが見込まれて

⁷ 帝国データバンクは、2000年以来、医療機関と老人福祉事業者の公的整理を対象とした倒産動向を調査・分析している。本稿では老人福祉事業者について言及する。調査対象としている「老人福祉事業者」とは、通所介護サービス、訪問介護サービス、各種老人ホーム、グループホーム、高齢者向け住宅サービス（医療行為を行わないもの）などの高齢者向けサービスを主業としている事業者のことであり、負債1000万円以上で法的整理を実施した事業所に関する調査結果を公表している。

いる。市町村が地域の事情をふまえて、ボランティアやNPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活援助や通いの場などのサービスを提供し、軽度な要介護者を支援するものが「総合事業」である。2015年4月から随時、介護予防給付から移行し、2017年4月まで（第6期計画期間中）にすべての市町村で実施している。

従来、要支援1・2が利用していた通所介護や通所介護に関するサービスの種類、基準、単位は全国一律の介護予防給付の枠組みの中で提供されていた。それが、市町村が地域の実情を踏まえてサービスの種類、基準、単位を定め、住民主体の取り組みを含めた多様な主体によるサービスが提供できるよう、2012年介護保険改正で創設された介護予防・日常生活支援総合事業を見直した。なお、介護予防訪問介護と介護予防通所介護を除く介護予防サービス（介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与等）は引き続き予防給付として提供されることになっている。

「介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針」（厚生労働省告示第196号）（以下、総合事業指針という）によると、総合事業の目的は、「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、地域の支えあ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」にある。総合事業指針では、要支援者は、「掃除や買い物などの生活行為の一部が難しくなっているものの、排泄や食事など身の回りの生活行為は自立していることをふまえ、支援する側と支援される側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで、自立意欲の向上につなげていくこと、ボランティア活動との有機的な連携を図る等、地域の人材を活用していくことが重要」であるという観点から、元気な高齢者が地域で社会参加できる機会を増やし、高齢者の介護予防にもつなげながら、地域で支援を必要とする高齢者の支え手となっていくことがめざされている。このような言及から、総合事業は、生活支援のためのサービス提供の枠組みだけにとどまるものでなく、高齢者が社会参加や社会的役割をもつことを通じて介護予防へつなげること、そして元気な高齢者が総合事業の担い手として期待されていることが伝わってくる。また、総合事業の円滑な実施のため生活支援体制整備事業を活用し、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置や、生活支援コーディネーターと生活支援等サービス提供主体などが参画する協議体の設置など、互助を基本とした生活援助などサービスの創出を推進することも総合事業指針に盛り込まれている。

総合事業の狙いは、多様なニーズに対するサービスの充実と費用の効率化にある。多様なニーズに対するサービスとは、専門的なサービスだけでなく、ボランティアによる住民主体のサービスも含まれる。費用の効率化とは、住民主体のサービス利用を増やすこと、要介護認定

に至らない高齢者を増やすこと、介護の重度化を予防することにより実現するとしている。総合事業の創設により、専門的なサービスは比較的軽度な方に限定した利用とし、専門的なサービスはそれにふさわしい単価に変えていくこととなった。それとともに、要支援1・2といった軽度者に対して、介護保険の介護予防給付は限定的となり、多様な主体が提供する低廉な単価のサービスか、介護保険外の民間のサービスという選択肢となる。

総合事業は、国の制度設計の段階から給付抑制をにらんでいた。経済財政諮問会議がまとめた「財政運営と改革の基本方針 2015－経済再生なくして財政健全化なし」によると、「社会保障関係費の実質的な増加が高齢化による増加分に相当する伸び(1.5兆円程度)になっていること、経済・物価動向を踏まえ、その基調を2018年度まで継続していくことを目安とし、効率化、予防等や制度改革に取り組む」ため、「社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引き上げとあわせて行う充実等に相当する水準に収めることを目指す」としている(経済財政諮問会議2015:p30)。この方針に基づき、介護予防は高齢化による自然増分よりも低い水準の伸びしか許されなかった。この文脈の中で総合事業が創設されていくこととなる。その結果、軽度者に対し、専門職によって提供されていた介護サービスが、介護の有資格者でない雇用者やボランティアに担われるようになった。

多様なサービスには、訪問型で4つ、通所型で3つある(表1・2)。まずサービスAは、主に雇用労働者によって提供されるサービスで、人員基準などを現行相当の介護予防サービス、つまり国の基準を緩和することができるサービスである。このサービスは、事業者指定もしくは

表1 総合事業における訪問型サービスの類型

基準	従前の訪問介護相当のサービス		多様なサービス		
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活支援	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	既にサービスを利用して、サービスの利用の継続が必要なケース 以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要等 ※状態等をふまえながら多様なサービス利用を促進していくことが重要。	状態等をふまえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進	状態等をふまえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進	体力の改善に向けた支援が必要なケース ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6か月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

資料 厚生労働省老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」をもとに筆者作成

表2 総合事業における通所型サービスの類型

基準	従前の通所介護相当のサービス	多様なサービス		
サービス種別	①通所介護	②通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③通所型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動、レクリエーション等	体操、運動等の活動など、 自主的な通いの場	生活機能を改善するための 運動器の機能向上や栄養 改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース 「多様なサービス」の利用が難しいケース 集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要	状況等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース等 ※3～6か月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者＋ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)

資料 厚生労働省老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」をもとに筆者作成

は委託によって実施される。サービスBは、住民(ボランティア)によって提供されるサービスで、個人情報の保護等の最低限の基準を満たせば提供できるサービスである。実施に当たっては、サービス提供主体への補助(助成)が行われる。サービスCは、保健師やリハビリ専門職といった保健・医療の専門職が手掛けるサービスで、居宅での相談指導、生活機能を改善するための運動機器の機能向上や栄養改善プログラムなど、3～6か月の短期間に集中して行われるものである。このサービスは委託のほか、市町村が直接実施することもできる。最後に、訪問型サービスにのみあるサービスDは、利用者の移動支援サービスである。基準・実施方法はサービスBに準じるとされている。

4-2 総合事業の実施状況

厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査の概況」によると、総合事業がスタートする前年にあたる2014年5月～2015年4月審査分の介護予防サービス年間実受給者総数は151.1万人であり、そのうち、介護予防訪問介護が61.58万人(40.8%)、介護予防通所介護が73.11万人(48.4%)であった。これだけの規模の人々が総合事業の利用者となるわけだが、予防訪問介護・予防通所介護を提供していた事業者のうち、総合事業の従前相当サービスを提供する場合、事業者指定も“みなし”で行われることになった。しかし、報酬は予防給付を上限として市町村が独自で設定することができるため、予防給付よりも低い報酬となる可能性がある。介護保険制度は、全国一律の基準でサービスが提供されていたが、総合事業では、市町村によって提供するサービスメニューはもちろん、その基準、報酬単価を独自に設定していく必要があ

る。その準備に時間を要したのか、初年度に総合事業を実施した市町村は 18.2%にとどまり、2016 年度に 20.5%、2017 年度に 61.3%と、半数以上の市町村が最終年度である 2017 年度に実施した。

では、総合事業のうち、各市町村はどのようなサービスに取り組んでいるのだろうか。NTT データ経営研究所（2020）によると、2019 年 6 月時点の状況で、従前相当以外の多様なサービスを実施している 1,719 市町村中、訪問型サービスは 1,051 市町村（61.1%）、通所型サービスは 1,193 市町村（69.4%）であった。従前相当サービスの実施状況をみると、訪問型が 1,619 市町村、通所型が 1,618 市町村であることから、多様なサービスを実施している市町村ばかりではないことがわかる。多様なサービス類型別に見ると、1,719 市町村のうち、訪問型では、従前相当サービスが 94.2%、サービス A が 50.0%、サービス B が 15.5%、サービス C が 22.3%、サービス D が 3.0%、通所型では、従前相当が 94.1%、A が 53.7%、B が 14.1%、C が 39.6%と、特にサービス B とサービス D が伸び悩んでいた。

今後の実施方針については、サービスを実施している市町村では、従前相当、A、C、D いずれのサービスも現状維持という回答するものが半数を超えていたが、サービス B に関しては訪問型で 45.1%、通所型で 50.6%が今後増やしたいと回答していた（NTT データ経営研究所 2020）。しかし、現在サービスを実施していない市町村では、サービス A・B・C・D それぞれで約 4 分の 1 が「今後は増やす」もしくは「検討中」と回答しているが、各サービス類型において「検討をしておらず未定」という市町村も 45%から 50%程度であった。このことから、総合事業移行当初から実施できていないサービス類型の実施には大きな障壁があると言えよう。

4-3 総合事業の内包する課題

では、総合事業にはどのような障壁があるのだろうか。引き続き、NTT データ経営研究所（2020）の調査結果をもとに確認していこう。

まず、サービスの基準や単価について、サービス A では市町村独自の基準や単価を定めることが難しいと回答している市町村が、サービス実施自治体で 35.1%、サービス未実施自治体で 35.6%であった。基準や単価の設定は、サービスの実施の有無にかかわらず、約 3 分の 1 の市町村が課題として認識していた。

次に、対象者に関して、要支援者などに限定されていることで事業が実施しにくいと考えている市町村があった。特に、サービス B・D といった住民主体のサービスでは、その傾向が強く、サービス実施自治体のおよそ 3 分の 1 が、サービス未実施自治体のおよそ 4 分の 1 が課題として捉えていた。

また、総合事業の費用に上限が設定されたことも障壁と捉えている可能性がある。介護保険

の予防給付から総合事業に移行したことで、国 25%、都道府県 12.5%、市町村 12.5%、保険料 50%という財源構造自体が変わったわけではない。しかし、予防給付がサービス使用に応じて拠出されていたのに対し、総合事業では、市町村で使える費用に上限が定められることとなった。費用が上限を超えた場合、個別の判断で上乗せできるとされているものの、大規模災害などで要支援者が増えたといった事態に備えているに過ぎず、平時での上乗せは想定されていない。ではこの点について、市町村はどのようにとらえているのか。「国が定める事業費の上限により、新しいサービスを実施することが難しい」という市町村は、従前相当、A、B、Cのサービス類型で1割程度であり、サービスDの実施市町村に至っては4%程度と低率であった。このことから、総合事業移行当初の段階では、多くの市町村において費用の上限が課題となっているものではなかった。

続いて、総合事業に関するニーズ把握について、「地域にニーズがあるか把握が難しい」とする市町村は、サービスA・B・Cにおいて、サービスの実施の有無にかかわらず20~30%の間を示しており、サービス類型に関わらず一定割合の市町村が課題として捉えていた。これに対し、サービスDは、サービス未実施市町村は2割強が課題と感じているものの、サービス実施市町村は9.6%と低い値になっていた。つまり、サービスDに関しては、サービスを実施していることである程度ニーズ把握ができている市町村が多いと捉えられる。

この他、総合事業では、定期的な評価・検証をすることになっている（厚生労働省老健局 2018a : p132-133）。特に、「ボランティア活動との有機的な連携を図る等、地域の人材を活用していくことが重要である」ため、「地域づくりの視点から、事業全体を評価した上で、要支援者等に対する介護予防・生活支援サービス事業の事業評価について行うこと」を求めており、さらに、サービスB・Dの評価はサービスの量・質に加えて、地域づくりに関する評価も求められている（厚生労働省老健局 2018b : p76）。

総合事業の事業評価では3段階の指標が考えられている。第一はストラクチャー指標（事業を効果的かつ効率的に実施するための実施体制等に関する指標）、第二はプロセス指標（事業を効果的かつ効率的に実施するための企画立案、実施過程等に関する指標）、第三はアウトカム指標（事業成果の目標に関する指標）である。厚生労働省老健局が示す各指標の中身は、表3の通りである。これによると、定量的評価指標（実施状況指標、アウトカム指標）だけでなく、定性的評価指標（ストラクチャー指標、プロセス指標）も含めて行うことを示している。

ストラクチャー指標では、①の地域包括ケアシステム構築に向けた基本方針や目的を説明できる体制整備、②③の市町村内の各種担当部署・地域包括支援センターの連携体制の整備だけでなく、④総合事業実施する上で直接サービスを提供することとなる民間の介護事業者や住民主体の活動などのサービス提供体制の構築が含まれている。つまり、行政機関内部の実施体制

表3 厚生労働省老健局が示す総合事業の評価指標

定性的評価指標		定量的評価指標	
ストラクチャー指標	① 基本方針・目的を説明できる職員養成・説明資料の整備	実施状況指標	① 介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上参加者数及び割合※
	② 関連部署との連携体制の構築		② 介護予防に資する住民主体の通いの場の状況
	③ 地域包括支援センターとの連携体制構築		③ 介護予防に関する講演会、相談会等の開催回数・参加者数
	④ 多様なサービス提供体制の構築		④ 介護予防に関するイベント等の開催回数
① 事業の企画・実施・評価プロセスに対する住民参加の状況	⑤ 介護予防に関するボランティア育成のための研修会の開催回数・育成数		
プロセス指標	② あらゆる民間組織の関係者への働きかけ	アウトカム指標	① 65歳以上新規認定申請者数及び割合※
	③ 社会活動の活動状況等、地域資源の把握		② 65歳以上新規認定者数及び割合(要支援・要介護度別)※
	④ 介護予防推進、生活支援の充実に関する行政課題の整理		③ 54歳以上要支援・要介護認定率(要支援・要介護度別)※※
	⑤ 介護予防推進、生活支援充実を図るため、長期的視点をもった具体的戦略の作成		④ 日常生活圏域ニーズ調査等による健康に関連する指標の状況
	⑥ 総合事業に関する苦情・扶助の把握		⑤ 介護予防・日常生活支援総合事業の費用額
	⑦ 関係機関との情報共有に関する取り決め(共有情報の範囲、管理方法及び活用方法)		⑥ 介護予防と介護予防・日常生活支援総合事業の費用総額

注

1. 厚生労働省老健局(2018b)では、定性的評価の方法について、4段階で評価する場合を例示(「1. できている、2. ある程度できている、3. あまりできていない、4. できていない」)したうえで、評価した具体的理由を整理しておくことが望ましいとしている。

2. ※印の項目は、厚生労働省老健局(2018b)において「介護予防・日常生活支援総合事業実施状況調査」を活用することが示されている。

3. ※※印の項目は、厚生労働省老健局(2018b)において「介護保険事業実施報告」を活用することが示されている。

資料 厚生労働省老健局(2018b : p76-79)を基に、筆者作成

に加え、民間のサービス事業者を含めた実施体制の評価が求められている。プロセス指標についてだが、①では住民の意見収取や協議への住民参画、②では関係者としてNPO法人や社会福祉協議会、地縁組織、住民などへの働きかけ、③では自治会、社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ、ボランティア、NPO法人、社会教育関係者の活動等を含む地域資源の把握といった、介護や介護予防を通じた市民参加のまちづくりの実践プロセスを評価指標に加えている。これら定性的評価指標は、単に総合事業の介護サービスに関する評価のみをするものでない。このように、地域包括ケアシステムの構築を支える総合事業として、市民参加のまちづくりを通じ

た互助社会の形成、そして、高齢期になっても元気であり続け、サービス供給の担い手であることが期待される自助社会の形成を可視化し、これらの強化を狙っているものと言えよう。

総合事業が始まったばかりであるが、事業評価を課題として認識している市町村もある。「実施しても効果の把握が難しい」と回答した市町村では、サービス未実施市町村よりもサービス実施市町村の方が高かった。サービス類型別にみると、サービス D では 9.6%と他のサービスと比較して課題と考えているところは少なかったが、サービス A・B・C において 20~25%の間の値となっていた。サービス B に関して、住民主体の支援活動は住民の QOL 向上につながる事が実感されているものの、QOL 向上を定量的に評価することが難しいことから、利用者数で評価してしまうなど (NTT データ経営研究所 2020 : p43)、本質的な事業評価に至っていない様子も確認できた。とはいえ、現段階では相対的に大きな課題とはなっていないようにも見える。なぜなら、現状は事業の評価より以前に、担い手確保が大きな問題となっているためである。これについては、次のセクションで詳しく見ていくこととする。

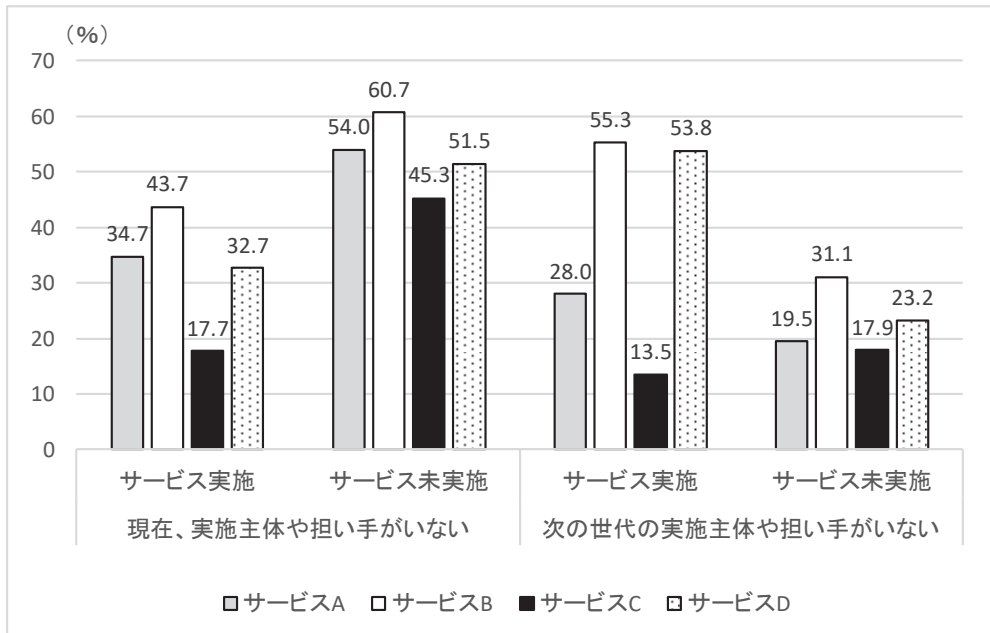
4-4 担い手確保が生じる原因—サービス B を中心に

担い手確保を課題に挙げている市町村は多い。NTT データ経営研究所 (2020) では、総合事業を実施する上での課題について、担い手確保に関するものは、「現在、実施主体や担い手がない」(以下、現在担い手なしという)と「次の世代の実施主体や担い手がない」(以下、将来担い手なしという)があった。当然のことであるが、「現在担い手なし」は、各サービス類型において、サービス実施市町村よりもサービス未実施市町村のほうが高い値となっていた。しかし、サービス実施市町村でも、サービス B では 43.7%が「現在担い手なし」と回答している (図 1)。また、現在サービスを実施している市町村でも、サービス B・D において「将来担い手なし」と回答している市町村が半数以上いる。このことから、担い手確保は総合事業において喫緊の課題といえる。

担い手確保が総合事業最大の課題となっているのはどうしてだろうか。ここでは紙面の関係から、特に担い手不足を感じている市町村が多いサービス B に絞って、先行研究の知見をまとめていく。

NTT データ経営研究所では、インタビュー調査をもとにサービス B の課題に関する考察をおこなっている。これによると、住民主体による活動をベースとしたサービス B は、「①要支援・要介護といった区分に関係なく参加できることで身近な場所やなじみの関係性の人達との関わりが継続される。②介護給付のサービスより自由度が高い。③参加者は、支援者 (先生) にも支援される側にもなる対等な関係の中で自主的な活動ができるなどのメリット」があるため、結果として QOL 向上が期待できるとしている (NTT データ経営研究所 2020 : p43)。

図1 総合事業を実施する上での課題



注 総合事業を実施する上の課題について、サービスAは14項目、サービスBは12項目、サービスCは12項目、サービスDは13項目について複数回答の選択肢を設定している。このうち、「現在、実施主体や担い手がいない」「次の世代の実施主体や担い手がいない」を抽出し、図を作成した。

資料 NTTデータ経営研究所(2020)をもとに筆者作成

一方で、なぜ担い手不足の問題は起こるのだろうか。NTTデータ経営研究所(2020:p54-56)では、以下3点を示している。第一は、住民による任意の活動を総合事業に位置付けることで、事務手続きの負担や住民同士の個人情報のやりとりに対する心理的負担の存在である。第二は、補助申請や実績報告の支援体制はあるものの、実際に総合事業に参画できるのは、このような手続きに対応できる団体のみで、全ての団体が総合事業の担い手になれるわけではない。第三は、住民による活動という特質から、活動が自然発生・分裂・消滅する可能性を想定しておく必要がある。そのため、他の介護保険サービスと異なり、住民主体サービス特有の難しさがあり、継続的なサービス提供の担い手としての責任を求めることに限界がある。

以上、総合事業の課題をみてきたが、これらは、総合事業を創設したことで生じたものであり、前提として総合事業の導入を容認する立場からの分析と言える。しかし、そもそも、総合事業の導入については専門家などから批判もあった。全国一律の介護サービスを提供するために創設された介護保険に対し、介護予防の一部であるが、その主要なサービスである介護予防通所介護、介護予防訪問介護が総合事業に移行することで地域格差が容認する制度となり、今

後、格差が拡大していく可能性を懸念するなど、制度そのものの欠陥も指摘されている（下野 2019、岡崎他 2017）。

5. 介護保険に関する理念変更と 2018 年介護保険法改正

5-1 自立概念の転換

2016 年 11 月に開催された未来投資会議で、政府は介護保険制度を自立支援中心の制度へ転換を進めることを表明した⁸。冒頭のあいさつで、安倍首相は、「パラダイムシフトを起こす、介護が要らない状態までの回復を目指す」と述べた。この発言は、介護からの卒業を意識した言葉であり、介護における「自立」の考え方を大きく変えるものであった。

介護保険は、要介護状態にある者に対し、「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービスおよび福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき（介護保険法第 1 条）」創設された。介護保険制度の創設にかかわった元厚生労働省の増田氏は、自立について、「介護が必要となった状態になっても、介護サービスを利用しながら、自分のもてる力（残存能力）を活用して、自分の意思で主体的に生活できること」としたうえで、介護保険制度は、社会的自立・経済的自立よりも身体的自立・精神的自立を念頭に置いていると捉えている。（増田 2016 : p66）。これまで介護保険制度における自立はこのような考え方を前提としていた。しかし、安倍首相のあいさつにあった「介護が要らない状態までの回復」を自律と考える立場は、残存能力の維持に力点をおいてきたこれまでの考え方からはほど遠いものであり、これまでの介護保険の理念とは大きく異なるものであった。

この理念の変更は、2018 年 4 月の介護報酬改定に影響を及ぼした。要介護度の改善を経済的に支援する「ADL 維持等加算」が創設された。利用者の要介護認定区分が改善されると、介護報酬が低くなってしまうため、事業所は重度化防止や自立支援に後ろ向きになりかねない。利用者にとっては要介護認定区分が改善されると支給限度額が減額され、その分利用できるサービスが少なくなってしまう。そこで、利用者の ADL 改善を評価する新たな加算が新設されることとなった。2018 年改定では、通所介護、地域密着型通所介護が対象となった。事業所はクリームスキミング（要介護認定区分の改善が見込まれる軽度者を選ぶこと）に配慮した上で、利用者の ADL 改善実績に応じて加算を算定できるようになった。これは、事業者に対し結果（アウトカム）を重視する評価システムの導入を意味する。介護の卒業を前提とした ADL 維持等加算

⁸ 日本経済新聞 2016 年 11 月 11 日「介護、回復・自立二軸、首相、未来投資会議で表明」を参照。

の導入は、従来に自立概念の下での要介護区分の改善とは異なるものではないだろうか。現段階では、これ以上の分析を深める材料を持ち合わせていないが、今後の調査研究を進める上で仮説として位置付けたい。

5-2 2018年介護保険制度の主な改正内容

地域包括ケア強化法に基づき進められた2018年の介護保険制度改正は、大きく、「地域包括ケアシステムの深化・推進」と「介護保険制度の持続可能性の確保」という2本の柱に基づいておこなわれた。前者に関しては3つのポイントが、後者に関しては2つのポイントがある⁹。本セクションでは、それぞれの主な改正内容を概説する。

1) 地域包括ケアシステムの深化・推進に関する改革

まず、地域包括ケアシステムの深化・推進に関する改革である。介護や健康といった高齢者が抱える課題を改善するには、地域の中で分析し、改善するためのシステムづくりが必要である。この点をふまえ、前回の改定よりもさらに地域包括ケアシステムの推進が図られた。

第一のポイントは、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進である。介護保険制度では、要介護度が重い人ほど介護に対し高い報酬が設定されていた。要介護度が重くなると、介護に関する専門的知識や技術が必要であると考えられていたためである。その結果、身体機能の改善や維持の努力が評価されず、利用者の要介護が悪化することで高い報酬を得られることをよしとする事業者もいた。このような現状に対し、保険者である市町村の機能を強化し、利用者のADL改善を実現した事業所に報酬を加算するという新制度が導入された(5-1で示した「ADL維持等加算」)。自立支援・重度化防止を実現した事業者に加算するのであれば、市町村は予算を確保する必要がある。国は、市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むため、データに基づく課題分析と対応、適切な指標による実績評価といった自立支援・重度化防止のための取り組みを実施した市町村に対し「財政的インセンティブ」を付与する法改正を行った。「財政的インセンティブ」は、これまで全国一律の介護サービスを求めてきた方針を大きく変え、市町村の格差を容認するものである。これは、介護職員にとっては、職場が所在する市町村によって報酬が異なってくる可能性を含むものである。人手不足が叫ばれる介護事業者にとっては、どの地域でサービスを提供するかは、経営を考える上で重要な要素となってくるだろう。

⁹ この地域包括ケア強化法のポイントについては、厚生労働省作成の資料「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント」に基づいている。詳細は<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/193-06.pdf> (最終アクセス日 2020年5月13日)を参照のこと。

第二のポイントは、医療・介護の連携の推進等である。この分野の主な改正は、介護医療院という新たな入所施設の創設（2018年4月～）である。介護医療院は、長期療養のための医療と日常生活上の世話（介護）を一体的に提供する施設である。ここは看取りやターミナルケアという要介護者の人生の締めくくりの場も視野に入れている。介護保険法上の介護保険施設であると同時に、医療法上の医療提供施設として位置付けられている。

介護医療院の創設により、全国の6.1万床の「介護療養病床」は2024年3月末までに順次廃止されることとなった。介護療養病床は、2006年の介護保険制度改正の際、2012年までに廃止されることが決定されていた。しかし、利用者の受け入れ先となる代替施設がないためその廃止は難しく、廃止が決定してから15年以上も存在し続けている。

この介護医療院は、看取りやターミナルケアを視野に入れていることからわかるように、重度の要介護者の介護に重きを置いた施設である。一定数以上の介護職員・看護職員の配置などが求められており、本当に医療が必要な要介護者の受け入れを狙っている。要介護者の生活の場となる施設として特別養護老人ホーム（特養）がある。特養は慢性的に不足しており、待機者が存在する。介護医療院は、特養と比較してコストがかかることも危惧されている（下野2019）。特養を増やし、地域医療との連携で要介護者の介護と医療を担保するという選択もあるが、そうではなく、新たに介護療養病床の代替施設を創ることを選択した。効率化を全面に押し出し改革を進めていくことに筆者は違和感を持っているが、割高を目される介護医療院の創設の意味は、その効果と共に探る必要があるだろう。

第三のポイントは、地域共生社会の実現に向けた取組の推進等である。具体的には、地域共生社会実現に向け、「共生型サービス」の創設である。これは高齢者と障害者がともに利用できるサービスを意味する。従来、介護保険サービスと障害者支援サービスは異なる制度枠組みの中で利用が決められていた。そのため、65歳を迎えた障害者は、これまで利用してきた障害者福祉事業所のサービスよりも、新しい介護保険サービスを優先して利用することが原則となっていた。そのため、慣れないサービスに戸惑う利用者が存在していた。

新たに共生型サービスを提供する事業所として指定を受けることで、介護サービス事業者は障害者を対象に、障害者福祉事業所は高齢者を対象にサービス提供ができるようになった。「共生型サービス」の指定を受けた事業所は、年齢に関わりなくサービスを提供できるため、障害者が高齢になっても継続的なサービス利用が可能となった。また、高齢者と障害者が通所介護やショートステイを通じて同じ時間を過ごすことで、認知症高齢者が障害者のケアをすることや、障害者が高齢者の車いすを押すなどしてコミュニケーションの機会が増すことで、要介護の悪化を予防したり、障害者の自立を促すことなども期待されている。さらに、障害者サービスを提供する事業所は介護保険サービスの事業所と比較して少なく、障害者は遠方の事業所を

利用することもある。それが住まいの近くでサービスを利用できることで生じるメリットもあるだろう。

しかし、共生型サービスは高齢者と障害者の双方の専門的知識と技術を要するものである。そのため、職員研修の拡大など新たな課題が指摘されているのも事実である。なお、この改正では、訪問介護、通所介護、ショートステイが共生型サービスの対象となっているが、今後、対象となるサービスが拡大することも考えると、殊更に、人材育成の仕組みづくりは急務といえよう。

2) 介護保険制度の持続可能性の確保に関する改革

次に、介護保険制度の持続可能性の確保に関する改革を見ていこう。

第一のポイントは、高所得者に対する利用者負担の変更である。先にみた通り、2015年改正で、年金収入等280万円以上の利用者負担を2割としたが、世代間・世代内の公平性を確保し、制度の持続可能性を高めるため、2018年改正では、年金収入等が340万円以上の利用者負担を3割負担とした。

「介護保険事業状況報告書（平成28年4月月報）」によると、全サービス受給者496万人に対し、2割負担の利用者は45万人であった。2018年改正により、3割負担となる利用者は約12万人、受給者全体の3%相当に当たる。この改定により、たとえ高所得者とみなされている層でもサービスの負担が大きいと考える場合、利用を抑制する人もでてくる可能性がある。利用抑制は、事業所にとっては利用者減、家族にとって介護負担増となり、必ずしも要介護者の自立支援につながらない。また、全受給者の3%程度と決して大きくない規模のため、3割負担導入によりすぐに財政的な安定をもたらすものとは言えない。先を見込んだ制度改正と目されており、2割負担・3割負担の利用者層を増やすための足掛かりと考えられている。

第二のポイントは、40～64歳の第2号被保険者の介護保険料の支払い方法が変更され、介護納付金への総報酬割が導入される点である。第2号被保険者の介護保険料は、医療保険者に介護納付金として支払われ、各医療保険者は、介護納付金を第2号被保険者の加入者数の負担すべき費用を一括で納付している。国民健康保険の加入者は零細な事業者や個人事業主が中心で、収入があまり高くない人も多い一方、健保組合や共済組合の加入者は大企業や公務員など中間層が多い。そのため、被用者保険間での報酬額に比例して、介護保険料を負担する仕組みである「総報酬割」を導入することとなった。この制度改革は、2017年8月から先行して段階的に導入されている。この結果、負担増となる被保険者は約1,300万人、負担減となる者は約1,700万人と推計されている。

2017年の地域包括ケア強化法に基づき、以上のような介護保険制度改革が行われた。これに

加えて、介護報酬改定からも介護保険制度の変化をみることができる。

2018年の介護報酬改定は、全体でプラス0.54%となった。その改定の1つとして訪問介護に関する改定があった。これまで、訪問介護における清掃や調理などの生活援助部分は、介護職員初任者研修などの資格が必要であったが、この資格条件が緩和され、生活援助を行う職員は、「生活援助従事者研修」という約59時間の研修が義務付けられることとなった。介護職員初任者研修の130時間と比べると約半分の時間となったことに加え、59時間のうち29時間は通信学習で学べるようになった。訪問介護事業者は、有資格者でなくても、家事を中心に行う職員を雇えるようになり、介護職員初任者研修などの有資格者は、身体介護を必要としたり、コミュニケーションがとりにくい利用者に対するサービス提供に特化することができるようになると考えられている。前回の改正では、要支援者を対象とした総合事業の登場により、無資格の雇用者や住民ボランティアによるサービスが介護保険制度に位置付けられた。このあとに生活援助サービスの担い手の基準緩和は、有資格者による介護サービスが身近なものであることを暗示したものと受け止める。

以上のように、2017年の法改正に伴う制度改正は、介護医療院の創設や保険者の権限強化などが進められたが、部分的な見直しにとどまるものであった。また、2014年の法改正による改革以来、負担増・給付抑制という流れを踏襲した改革でもあった専門職は重度な要介護者のためのサービス提供に限定されていき、軽度な要介護者に対する生活援助は非専門職（生活援助従事者研修の受講者やボランティア）のサービスになっていくシナリオは、さらに一歩進んだと言える。同時期に、人材確保の切り札として、専門職には外国人人材が期待されているが、紙面の関係で別稿に譲ることとする（詳細は、下野2019参照）。

6. 考察—家族介護者に注目して

2014年法改正と2017年法改正による介護保険制度改革についてみてきた。社会保障給付全体の抑制が進む中、介護保険制度も例外でなく、その給付が抑制された。また、低所得者へ配慮しながらも、利用者の負担は強化されていった。そして、介護保険は自助と互助が強調されるとともに、総合事業の創設にみられるように市町村の役割も強化されていった。一方で、社会保障制度改革では、財政規律重視のため、給付の重点化・効率化・適正化を進める動きがますます強まり、国による公的責任に基づく給付責任は後退したといえよう。社会保険制度の財政的な持続可能性を重視することで副作用が生じることもある。

介護は超高齢社会の生活保障を支える上で重要な制度であることは言うまでもない。その給付が重点化・効率化・適正化されることで、財政規律が保たれることとなる。しかし、それに

よって、介護サービスを利用しにくくなり、結果として家族の介護負担が増え、介護離職が拡大するのであれば、離職によって生じる機会費用が上昇し、経済活動に悪影響を及ぼしかねない。

要介護認定区分が比較的軽度となる認知症患者は、今後増加傾向にあると推計されている。九州大学の二宮氏らによる研究チームの推計によると、各年齢の認知症有病者率が一定の場合、日本は、2012年の462万人から、2030年に744万人、2050年までに797万人となるという。二宮は各年齢の認知症有病者率が上昇する場合も想定して推計しているが、この場合、2030年に830万人、2050年に1016万人まで拡大するという。認知症有病者の増加が見込まれる中、要介護1・2を介護保険から外すという議論が、2019年に社会保障審議会介護保険部会などで行われている。2021年の介護保険制度改革では見送られたものの、次回の制度改正でも引き続き議論されることになっている。

慶応大学の佐渡氏を代表とする研究チームが2014年の日本における認知症の社会的コスト（社会全体がこうむる損失）を推計したところ14.5兆円であった（佐渡2014）。この内訳は、医療費1.9兆円、介護費6.4兆円、家族等によるインフォーマルケアコスト6.2兆円となっていた。このことから、認知症は医療費よりも介護費の比重が高いこと、またインフォーマルコスト費が介護費に匹敵することが示された。この推計には、見守りの時間が含まれておらず、介護サービス受給者のみが推計の対象となっているなどから、実際はさらに大きなコストが見込まれる。

介護保険の給付抑制により持続可能な財政状況となるかもしれない。しかし、給付抑制による介護保険サービス利用の制約が、インフォーマルケアを拡大し、家族介護者等の労働参加を抑制してはいないか。労働参加の抑制が税や社会保険料などの非消費支出を含め、インフォーマルケア従事者の機会費用の拡大となっていないか。もう少し視野を広げて、介護給付のあり方を検証していく必要がある。そのためには、インフォーマルケアの実態を把握するための統計・調査の実施が不可欠である。

2015年9月24日、安倍信三首相は「アベノミクスは第2ステージに移る」と宣言し、経済成長の推進力となる新三本の矢を発表した¹⁰。この新三本の矢は2020年に向けた経済成長のエンジンとして位置付ける。具体的には、（1）希望を生み出す強い経済、（2）夢を紡ぐ子育て支援、（3）安心につながる社会保障であり、それぞれ、生産性改革を進めてGDP600兆円へ、幼児教育の無償化や結婚・不妊治療支援等を通じた合計特殊出生率1.8、家族等の介護を理由に

¹⁰ これに先立つ「3本の矢」とは、「大胆な金融政策」「機動的な財政政策」「投資を喚起する成長戦略」の3つであった。日銀の協力を得た金融緩和政策は、これら3つの矢を円安・株高という「異次元の金融政策」と言われ、アベノミクスの目指す経済の好循環を生み出すための基礎となる政策であった。

した退職をさせない介護離職ゼロという目標を掲げた。

この介護離職ゼロという目標を実現するため、仕事と介護の両立施策の充実を図ることとなった。育児介護休業法改正をおこない、介護休業の取得や短時間勤務制度など柔軟な働き方を可能とする制度改革がなされた。また、仕事と介護の両立を進めるため、厚生労働省は、各事業所が取り組みやすいようガイドラインを作成するなどした。

就業構造基本調査によると、年間約 10 万人の労働者が家族の介護や看護を理由に離職しており、介護離職に伴う経済全体の付加価値損失は約 6500 億円と見込まれている¹¹。この対策について、仕事と生活の調和連携推進・評価部会等（2020）では「フルタイムで働いても親等の介護を担えるよう、介護休業等の多様で柔軟な働き方を可能にし、就労時間をコントロールできるような環境整備を進めるとともに、社会全体で高齢者介護を支える仕組みが必要」であり、加えて、「働きながら介護に従事する人が、介護休業等の働き方に関する制度のみならず、介護保険制度等地域における高齢者介護を支える仕組みについての知識・情報を得られるよう国、地方公共団体等が引き続き取り組んでいくことも重要」であると指摘している。つまり、「介護離職ゼロ」を実現するには、仕事と介護の両立施策の充実に加え、介護保険制度をはじめ、介護を必要としている家族に対する支援施策を理解し、活用することが求められている。これらが車の両輪として介護離職を減らすための政策として位置付けられているのだ。しかしながら、これまでみてきた介護保険制度改革は、介護の家族化を進める要素を孕んだものであった。

全国一律の制度から地域独自の政策へと変わっている中、「介護の社会化」という理念から介護保険は遠ざかっているのではないだろうか。介護離職を余儀なくされる家族介護者がいる一方、介護に参入する民間事業者の中には経営状況が厳しく、休止・廃業、倒産を余儀なくされる事業者もいる。市町村の独自性を重視した総合事業の存在は、介護の互助化・地域化をすすめるものであり、継続的なサービスの量・質の確保は大きな課題といえよう。

超高齢社会であるとともに長寿社会の日本人にとって、介護を必要とする期間が人生の終盤に生じることは避けられない。介護保険創設時の理念でもあった「介護の社会化」を維持するためには、改めて、財源の安定的な確保に加えて、介護に関する権利保障という観点から、国と地方の役割、自助・互助・共助・公助の適切なバランスを再考していくことが必要である。

¹¹ 詳細は、経済産業省（2018）「2050年までの経済社会の構造変化と政策課題について」p34 (https://www.meti.go.jp/shingikai/sankoshin/2050_keizai/pdf/001_04_00.pdf) を参照。

引用文献（URL の後に記した日付は最終アクセス日である）

NTT データ経営研究所（2020）「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」https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r02_02jigyohokokusho.pdf（2020年5月10日）

岡崎祐司・福祉国家構想研究会（2017）『老後不安社会からの転換－介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店

厚生労働省（2015）「介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針」

厚生労働省老健局（2018a）「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」（平成30年改定版）<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000205730.pdf>（2020年5月7日）

厚生労働省老健局（2018b）「地域支援事業実施要綱」（平成30年改訂版）

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000205728.pdf>（2020年5月7日）

財政制度等審議会（2014）「平成27年度予算編成に関する建議」

https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia261225/01.pdf（2020年5月10日）

佐渡充洋（2014）「わが国における認知症の経済的影響に関する研究」（平成25～26年厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）報告書）

仕事と生活の調和連携推進・評価部会、生活と仕事の調和関係省庁連携推進会議（2020）「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）レポート2019」

http://www.cao.go.jp/wlb/government/top/hyouka/report-19/h_pdf/zentai.pdf（2020年5月5日）

下野恵子（2019）『介護保険解体の危機－誰もが安心できる超高齢社会のために』法政大学出版局

社会保障制度改革国民会議（2013）「社会保障制度改革国民会議報告書－確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>

東京商工リサーチ「2019年『老人福祉・介護事業』と『障害者福祉事業』の休廃業・解散調査」https://www.tsr-net.co.jp/news/analysis/20200214_01.html（2020年5月10日）

日本経済団体連合会（2012）「社会保障制度改革のあり方に関する提言」、

https://www.keidanren.or.jp/policy/2012/081_honbun.pdf（2020年4月30日）

日本ヘルパー協会（2017）「訪問介護の専門性に関する調査研究報告書」

https://www.helpa.jp/pdf/research/visit_care_rearch.pdf（2020年5月5日）

- 林泰則（2017）「第9章 介護保障につなぐ制度改革」、岡崎祐司・福祉国家構想研究会『老後不安社会からの転換－介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店、p312-362
- 福祉医療機構（2020a）「2018年度訪問介護事業所の経営状況について」、
https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/200319_No016.pdf（2020年5月7日）
- 福祉医療機構（2020b）「2018年度通所介護事業所の経営状況について」、
https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/200313_No015.pdf（2020年5月7日）
- 増田雅暢（2016）『逐条解説介護保険法』法研
- 三菱総合研究所（2016）「訪問介護の今後のあり方に関する踏査研究事業報告書」
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000136646.pdf>
（2020年5月5日）
- 三菱UFL リサーチ&コンサルティング（H26年度）「介護予防・日常生活支援総合事業への移行のためのポイント解説」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000087547.pdf>（2020年5月5日）
- 三菱UFL リサーチ&コンサルティング（H27年度）「新しい総合事業の移行戦略－地域づくりに向けたロードマップ」https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_02_01_h27.pdf
（2020年5月5日）
- 横山壽一（2017）「第8章 高齢者ケアの財政論－社会保障のために」、岡崎祐司・福祉国家構想研究会『老後不安社会からの転換－介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店、p292-311