

# 市政

令和2年10月号

# 特集

## 介護保険制度 20年

### 第1回 制度発足からこれまでの歩みを振り返る

介護の必要な高齢者とその家族を社会全体で支え合う仕組みとして発足した介護保険制度。介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で自立し、尊厳のある暮らしを可能な限り続けることを目的にしています。平成12年に創設され、3年ごとの見直しを通じて、実態に即したよりよい制度として定着してきました。

今回の特集では、介護保険制度20年の歴史を振り返り、学識者より介護保険制度創設の目的、制度設計における基本構想、法施行に至るまでの議論の展開などについてご寄稿いただきました。また、厚生労働省からは、介護保険法改正の推移などを基にした介護保険制度20年の歩みについて、都市自治体からは、保険者の立場で介護保険制度が地域の高齢者介護・福祉等に果たしてきた役割、地域の創意工夫の重要性などについてご寄稿いただきました。

寄稿 1

#### 介護保険制度創設までの軌跡

東京大学名誉教授 大森 彌

寄稿 2

#### 介護保険制度20年の歩み

厚生労働省老健局長 土生栄二

寄稿 3

#### 介護保険制度創設から20年 “保険者として重視してきたこと”

全国市長会介護保険対策特別委員会委員長 高松市長 大西秀人

# 介護保険制度創設までの軌跡

東京大学名誉教授

おおもり  
わたる  
**大森 彌**



## 介護保険制度の本格検討

中央政府が、介護保険制度に関する本格的な検討を始めたのは、平成6年4月、厚生省（平成13年から厚生労働省）が「高齢者介護対策本部」を設置してからであった。

### 高齢者介護対策本部の設置と目的

平成5年の衆議院選挙で、自民党は過半数割れし、昭和30年の結党以来38年間維持し続けた政権を失い、ついに一党優位の政党制が終焉した。代わって登場したのが、非自民・非共産連立の細川護国閣であった。細川内閣の大内啓伍厚生大臣の下で「高齢社会福祉ビジョン懇談会（宮崎勇座長）」が発足し、その報告書として、平成6年3月28日に、「新介護システムの導入」を明記した「21世紀福祉ビジョン」がまとめられた。

それを受ける形で、厚生省は4月13日に、事務次官を本部長とする「高齢者介護対策本部」を設置した。

厚生省ではそれまでも、省を挙げての取り組みを示すために「本部」という組織形態をとることはあった。しかし、専任事務局として省内各部局から独立した組織体制をとったのは、昭和55年6月の「老人保健医療対策本部」以来のことであった。本部の事務局は、厚生省大臣官房政策課に置かれ、若手職員が結集した。以降、この本部事務局は、平成10年に老人保健福祉局介護保険制度施行準備室の設置によって廃止されるまで、約4年間、介護保険制度の企画・立案の司令塔の機能を果たした。専任事務局の設置は、高齢者介護政策の新たな展開について、厚生省が不転換の覚悟を持ったことを意味していた。

本部設置の目的は次の通りであった。「高齢者、特に後期高齢者の増加に伴い、高齢者の介護ニーズは増大しつつある。一方、家族の多様化、小規模化の進行とともにこれまで家族の中で担われてきた介護機能が低下し、社会保障需要として今後一層顕在化してくることが予想される。現在、介護問題は国民の老後生活の最大の不安要因となっており、その不安の解消は急務である。先に公表された高齢社会福祉ビジョン懇談会（宮崎勇座長）の報告書『21世紀福祉ビジョン』においても、寝たきりや痴呆（2005年に「認知症」に改称）となったときの介護に関する不安を解消していくことが、『安心できる福祉社会づくりの大きなポイントである』としている。高齢者の介護は、福祉、医療、年金等社会保障の各分野にまたがる問題である。このため、高齢者介護施策について総合的に検討を行うこ

とを目的として、高齢者介護対策本部を設置することとした」

ここには、なぜ高齢者介護施策の総合的な検討が必要であるかの理由が簡潔に述べられていたが、若干の補足をしよう。

### 家族依存の日本型福祉社会論

老親が寝たきりや認知症となったときの介護を誰がするのか。高齢者の世話を家族（実際は妻・嫁・娘）がすることは、日本人の美風だとする社会的観念は根強かった。1970年代後半から、老親は家族が介護すべきであるという考え方を根拠とした「日本型福祉社会論」が台頭していた。昭和53年版厚生白書では、同居家族を「福祉の含み資産」と位置付け、昭和54年に策定された「新経済社会7カ年計画」には「日本型福祉社会」が盛り込まれていた。しかし、この家族依存の介護という考え方は実際には通用しなくなっていた。

### 措置制度と「社会的入院」

老親が寝たきりや認知症になり、それが長期化すれば、心身共に疲れ果て家族ではとても支えきれない。また、核家族が進み、一人暮らしや老老夫婦も増え、その介

護を誰が行うのかも問題になっていた。

これに対応すべき福祉サービスの仕組みはどうなっていたか。当時の高齢者福祉は、措置制度によって運営されていた。これは、低所得者など保護の必要な一部の人々に対し、市町村（公権力）による行政処分として、サービス提供（特別養護老人ホームの入所やホームヘルパーの利用など）を決定することを基本にしていた。経費は公費（税金）と所得に応じた費用徴収で賄われていたので、介護ニーズのある高齢者なら誰でもサービスを利用できるような仕組みではなかった。そのため、家族が支えきれない高齢者は老人病院等へ入院することになり、劣悪な看護体制の下で多くの患者がベッドで寝たきりになっていた。治療目的よりも介護などの必要から入院を続ける状態は、「社会的入院」と呼ばれていた。こうして、介護問題は誰にも訪れる老後生活の最大の不安要因となっており、その不安の解消が急務となっていたのである。

### ゴールドプランと市町村中心主義の高齢者福祉

他方、深刻化しつつあった高齢者問題を打開しようとする動きも出始めていた。昭

和63年の竹下登内閣時に消費税法が成立し、平成元年4月から税率3%が実施された。これを踏まえ、それまでの福祉予算抑制路線を見直すかのように、同年12月に、海部俊樹内閣の厚生・大蔵・自治の3大臣間の合意によって「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（通称「ゴールドプラン」）がまとめられた。高齢者の在宅・施設福祉サービスの整備推進のために、目標年度の平成11年度までの10年間に、約6兆円の予算を投入するというものであった。

このゴールドプランを地域レベルで推進する役割を担ったのが、平成2年の老人福祉法等の福祉八法改正であり、これにより、在宅福祉サービスが法定化されるとともに、市町村が在宅福祉と施設福祉を一元的に提供する体制が整備されることになった。高齢者福祉における市町村中心主義の台頭であった。さらに、都道府県と市町村は「地方版ゴールドプラン」とも言える「老人保健福祉計画」を平成5年までに策定することが義務付けられ、この計画策定作業を通じて、各地で高齢者介護の問題が大きく取り上げられた。在宅サービスのメニューとして、在宅介護支援センター（平成2年）や訪問看護制度（平成4年）が導入された。

## 高齢者介護・自立支援システム研究会 による制度構想

こうした状況を背景として「対策本部」が設置されたが、不転の最初の構えが、新介護システムを検討するための「高齢者介護・自立支援システム研究会（座長・大森彌。以下、システム研究会）」の設置であった。この研究会の名称自体が新システムの方向性を示していた。それは高齢者介護を「自立支援」の観点から組み直すことであった。

### メンバーから利害関係者を排除して検討

新たな制度や政策を打ち出すには、担当部局が起草した検討案を既設の審議会にかけて、関係者の意見・利害の調整を行い、成案を得るとするのが通常のやり方であった。しかし、対策本部は、業界団体などの利害関係者を一切排除し、まず専門の実務者や研究者によって構成されたシステム研究会による検討を選んだ。高齢者介護施策について総合的に検討を行うには、何よりも一貫した理念でシステムを構想する必要がある、介護についてどんな社会のイメージにするか、その具体案をしっかりと描かなければならないと考えたからであった。システム研究会には、厚生行政には批判的あ

るいは厳しいと見られていた人も参画し、あるべき高齢者介護システムを検討・構想する場となった。

システム研究会は、平成6年7月1日から、社会経済状況から見た介護問題の意義、介護・自立支援に関する現行制度の対応と課題、介護サービスマに求められる特性と基本的な在り方、介護サービスマを支える人材の確保・養成、将来の介護システムに関する論点整理などを具体的なテーマとして鋭意検討を進めた。研究会の庶務は本部事務局が務めた。内外の学識経験者からのヒアリングを含め12回にわたり会議を重ね、平成6年12月13日に報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」を本部長に提出した。

### 報告書のポイント

新介護システムの基本理念は、「最期を看取る介護」から、高齢者の「生活を支える介護」へ転換していくために「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支援すること」すなわち、「高齢者の自立支援」とされた。高齢者自身の意思・意向を尊重しつつ、その能力に応じて日常生活が送れるように社会が支援する、そういう考え方である。

この理念を踏まえて、創設する新介護システムは、①予防とリハビリテーションを重視、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マ提供、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を基本的な考え方、とするとしていた。

右記の②は、措置制度から利用者とサービスマ提供者間の契約を原則とする制度への転換を、③は、介護を必要とする高齢者については、24時間対応を基本とした在宅サービスマ体制の整備を、④は、個々の高齢者の生活と心身の状態に合わせて、きめ細かなサービスマに関する計画（ケアプラン）を作り、これに基づいて実際にサービスマを提供する仕組み（ケアマネジメント）を地域ごとに確立することを、⑤は、長寿化に伴って国民の誰にでも起こり得るリスクである介護問題を社会的に解決していくため、社会連帯を基本として相互扶助である「社会保険方式」に基礎を置いたシステムとして制度化することを、それぞれ意味していた。家庭内で家族が抱え込んでいた高齢者介護を、広く社会全体で担っていくという考え方が「介護の社会化」と呼ばれるようになったのは周知のとおりである。大きなパラダイム転換が目指されていた。

## 難産だった介護保険制度の創設

### 難航の末、介護保険法が成立

本部事務局は、この制度構想を踏まえて介護保険制度案を厚生大臣の諮問機関、老人保健福祉審議会（以下、老健審）にかけ、関係法案を国会に提出する心積もりであった。しかし、人選から利害関係者を排除して行われた「システム研究会」の新提案に対して、審議会の反発は強かったし、老健審を舞台にした関係団体との調整は困難を極めた。法案化ともなれば具体的な制度設計に追加・修正が必要になったし、さまざまな思惑を秘めた政党・政治家や各種団体の同意を取り付けなければならなかった。本部事務局は、与党の政治主導による膠着状態の打開を図りつつ、3会期にまたがる国会審議の結果、平成9年12月9日、介護保険法案成立に漕ぎつけた。

しかも、執行に向けた準備作業に入るものの、施行直前になって、家族介護を美德とする施行凍結論が政治レベルで唐突に浮上し、結局、平成12年4月から9月までの半年間は保険料を徴収せず国の負担とし、10月からの1年間は保険料を半額に軽減す

るという特別措置が取られることになった。難航の末の船出であった。

### 市町村は保険者になることに難色

なんとといっても、社会連帯を基本とした社会保険方式の採用は画期的であった。しかし、その保険者を誰にするかは大きな争点になった。社会保険方式と呼ばれたのは、介護保険の財源構成が、保険料と公費（国と自治体）の折半によっているからである。この方式によって、介護保険財政は一般会計から特別会計に替わり、介護ニーズに応えるためのサービス供給を保証することができる。問題は、保険者を国か都道府県か市町村のいずれにするのかであったが、合意形成は難渋した。保険者は市町村が最もふさわしいと考えられたが、保険者となる市町村の代表者からは、赤字で悩む国民健康保険の二の舞いになるのではないかと、要介護認定を行い、65歳以上の高齢者（第1号被保険者）から保険料を徴収し、介護保険の特別会計を自律的に運営するのは困難ではないかという強い懸念が表明され、なかなか合意が得られなかった。そこで、財政面では、要介護認定関係事務の2分の1相当額を国が交付する、都道府県に財政安定化基

金を置き、給付費増や保険料未納による保険財政赤字を一時的にカバーするための資金の貸与・交付を行うなどの措置が講じられ、事業実施面では、市町村は介護認定審査会を共同設置し、都道府県が市町村の委託を受けて審査判定業務を行うことができることとなった。

こうして、高齢者本人↓保険料納付（応能主義）↓要介護認定の申請↓市町村による調査・認定審査・決定↓介護支援員によるケアプラン作成↓事業者との契約↓サービス実施↓1割の利用料支払い（応益主義）という手順で、市町村を保険者とする介護保険制度が動き始めたのである。

#### 参考文献

和田勝編著『介護保険制度の政策過程―日本・ドイツ・ルクセンブルク国際共同研究―東京経済新報社、2007年（和田は高齢者介護対策本部のメンバーであった厚生省大臣官房総務課長を務めた）

介護保険制度史研究会編著『新装版 介護保険制度史―基本構想から法施行まで』（東京経済新報社、2019年、編著者…大森彌、山崎史郎、香取照幸、稲川武宣、菅原弘子）

大森彌『老いを拓く社会システム―介護保険の歩みと自治行政』（2018年、第一法規）

# 介護保険制度20年の歩み

厚生労働省老健局長

はぶえいじ  
土生栄二



介護保険制度は、高齢者が介護を要する状態になっても尊厳を持って自立した生活をおくることができるよう、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとすべく平成12年に創設された。それから20年が経過し、高齢者数は約1.6倍となる中で、サービス利用者は3倍超の約500万人となり、介護が必要な高齢者の生活の支えとして、また、介護離職を防ぐ手だてとして、定着、発展してきたものと受け止めている。市町村は、言うまでもなく、住民に最も身近な自治体であり、保険者としてその発展を導き、地域での高齢者の暮らしを支えてきた。ここでは、介護保険制度を中心に、介護や高齢者を取り巻く環境が、この20年間にあってどのような変遷をたどったのかを振り返りたい。介護保険制度が創設された時代背景や制度創設に当たったの基本理念・目的を振り返るとともに、介護保険制度が改正された主な趣旨や新たに導入された制度、その際の市町村の役割の変化について、時系列で述べることにする。

## 介護保険制度創設の背景と基本理念および目的

介護保険制度創設の議論が本格的に始まったのは平成6年頃においてであるが、それ以前のは昭和50年頃から、日本の高齢者問題は「寝たきり老人」という言葉が登場するなど大きな課題であった。当時、高齢化率は上昇の一途をたどっており、介護を必要とする高齢者が増加傾向にあった。一方で、核家族化の進行や、介護する家族自身も高齢化するなど、それまで介護の中心であった家族を巡る状況も変化しつつあった。寝たきりや認知症などの高齢者の増大と介護の長期化が進展する一方、家族はその形態の変化により、高齢者を支えきれず、疾病の治療という医学的な理由ではない社会的な理由での入院、いわゆる「社会的入院」を選択せざるを得ない高齢者が増加していたのである。

こうした背景から、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして創設されたのが介護保険制度である。介護保険制度において

は、自立支援がその基本的理念とされた。これは、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするということを超えて、高齢者の自立を支援することに力点をおいた制度設計を行うということである。また、高齢者自身が多様な主体から保健医療サービスや福祉サービスを選択できるようにすることも、制度創設時からの基本的な考え方である。費用負担については、受益と負担のバランスが明確となる社会保険方式で賄うこととされた。また、介護保険制度の創設には次のような目的があった。まず、社会全体で高齢者を支える「介護の社会化」を進めることである。これは、家族介護は前述したように制度検討時において、核家族化や高齢化により限界に達しつつあったため、介護の担い手を確保するという観点からも重要であった。次に、利用者である高齢者自身が、多様な主体によって提供されるサービスを選択することにより、サービス提供者間の競争を促し、介護サービスの質を向上させることである。介護保険制度が創設されるまでの高齢者介護のための公

的制度の一つである老人福祉制度は、契約制度ではなく措置制度であったために、サービス提供者間の競争が生まれにくく、サービスの質という観点から問題になることがあった。こうしたことを基本理念や目的として創設されたのが介護保険制度である。

### 介護保険法等の一部を改正する

#### 法律による制度改正（平成18年施行）

平成12年に介護保険制度が施行されると、介護保険制度を評価する意見が多く見られた。特に、制度創設の目的の一つであった、家族の介護負担を軽減することについては、高い割合で実感の声が上がった。他方で、介護給付費の増加は著しいものであった。その背景には、軽度の要介護者の増加が著しく、また介護サービスを受けたとしても要介護状態の改善につなげていないことがあった。

それを受け、平成18年には介護予防を重視した制度改正が行われた。具体的には、まず要支援、要介護となる前の段階の高齢者を対象とした地域支援事業が創設された。これにより、これまでさまざまな市町村事業により行われてきた予防事業が介護保険制度の中に位置付けられ、保険者である市町村が一貫性のあるマネジメントを行えることとなった。地域支援事業においては、要介護状態になる恐れが高い高齢者等を対象とした、介護予防サービス等の事業を実施することとされた。また、各市町村に地域包括支援センターを設置し、地域支援の相談窓口とするとともに、

介護予防マネジメントを行うことで、要介護状態となることの予防と要介護状態の悪化予防に一体的に対応することとした。

また、この制度改正の際に、市町村が保険者としてより主体的に介護保険制度を運営できるように、保険者としての機能強化を図った。具体的には、市町村が指定・指導監督権限を有する地域密着型サービスの創設、都道府県による事業者指定に当たつての市町村長の関与強化、市町村長の事業所への立ち入り権限の付与などを行った。

### 介護サービスの基盤強化のための

#### 介護保険法等の一部を改正する

#### 法律による制度改正（平成24年施行）

介護保険制度創設から10年が経過し、介護サービスの供給が順調に進展し、また人々からも介護保険制度を評価する声が多数得られるなど、着実に介護保険制度は高齢者の暮らしを支える仕組みとして定着していた。一方で、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、介護費用の増大やそれに伴う介護保険料の上昇、都市部における急速な高齢化の進展、認知症を有する人や単身・高齢者のみの世帯の増加、そして介護人材の確保といった課題が深刻化しつつあり、対策をとる必要があった。

そうした課題に取り組むために、「地域包括ケアシステム」の構築を目指し、実施されたのが平成24年に施行した介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改

正する法律に基づく制度改正である。地域包括ケアシステムとは、ニーズに応じた住まいが提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスを日常生活の場で適切に提供できるような体制である。

具体的には、24時間体制の訪問による看護・介護を提供する定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスに訪問看護の機能を持たせた複合型サービス（現在の看護小規模多機能型居宅介護）が創設され、医師や看護師のみに認められていた痰の吸引や胃ろうなどの経管栄養の実施といった医療的ケアを、研修を受けた介護職員等が実施できるよう法整備が行われた。

また、当時、要支援者に対しては予防給付の支給対象となる介護予防サービスが実施され、2次予防事業対象者（要介護・要支援ではないが、リスクの高い者）に対しては、介護予防事業等の地域支援事業に基づいてサービスが実施されており、それぞれ別々にサービスが提供されていた。そのため、市町村の判断により、既存の介護予防サービスの内容を含めて地域支援事業において、要支援者・2次予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる「介護予防・日常生活支援総合事業」を創設した。



## 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による

### 制度改正（平成27年施行）

平成27年の法改正に基づく介護保険制度の改正においても、引き続き地域包括ケアシステム構築のための制度改正が行われた。その背景には、慢性疾患の罹患率や認知症の発生率が高い75歳以上の高齢者が増加するのに伴い、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれることから、日常生活圏における在宅医療・介護の提供体制の構築と、その連携がますます必要であったことがある。また、地域包括ケアシステムを構築していく上で、介護サービスなどの充実だけでなく、急性期医療から早期かつ円滑な在宅への復帰を可能とする体制整備等が求められており、この点からも在宅医療と介護の連携が重要であった。

そうしたことを背景に、まずは市町村が円滑に医療と介護の連携事業を実施できるように、市町村が関係者相互間の連絡調整を行うことができる規定や、それを都道府県が支援できるような法的整備を行った。医療行政は、それまで都道府県を中心に行われており、市町村にノウハウがない中で、医療と介護の連携事業を円滑に進めるのは困難ではないかという懸念があったからである。そうした法整備を行った上で、地域支援事業において、地域の医療・福祉資源を市町村が把握し

活用していくこと、在宅医療と介護の連携に関する会議を実施すること、在宅医療・介護の連携に関する研修を実施すること、地域包括支援センターおよび介護支援専門員等を支援すること、退院支援に資する連携体制を構築することなどを制度的に位置付けた。

また、この改正により、全国一律で行われる予防給付のうち、訪問介護と通所介護が地域支援事業に移行することとなった。市町村を中心とした支え合いの体制づくりをこれまでに以上に推進することで、既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、多様な主体による多様なサービス提供を進め、利用者一人一人にふさわしいサービスの効果的・効率的な提供を目指したのである。

加えて、こうしたそれぞれの地域における、医療と介護を総合的に確保する取り組みを財政的な面からも支援するための新たな制度も、この制度改正により導入された。具体的には、各都道府県に医療と介護の基盤整備を図る事業に要する経費を支弁するための基金である、地域医療介護総合確保基金を設置した。都道府県は、市町村等と連携して、この基金を活用しながら、域内における医療・介護サービスの提供体制を計画的かつ総合的に整備することとされた。

## 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

### 法律による制度改正（平成30年施行）

平成30年には、地域包括ケアシステムの深

化・推進を図るための改正が行われた。まず、市町村の保険者としての機能を一層強化することが目指された。具体的には、市町村の取り組みを評価する指標を設定し、その指標の達成度に応じて交付される保険者機能強化推進交付金が創設された。指標においては、地域包括ケアを「見える化」したシステムを活用した地域分析の実施状況や、地域ケア会議の実施状況、通いの場への参加状況など、高齢者の自立支援・重度化防止の取り組みを客観的に評価する項目が置かれた。

また、共生型サービスという、介護保険と障害福祉の両方の制度に位置付けられたサービスが創設されたのも、この改正によるものである。共生型サービスが創設された背景としては、少子高齢化・人口減少により、介護保険制度と障害福祉制度という分立した制度では、それぞれのサービス提供に当たる人材や利用者を確保することが困難になると見込まれたことがある。そのため地域の実情に応じて、対象者や福祉の分野をまたがる柔軟なサービスの提供を行えるよう支援することで、利用者のサービス利用機会を一層確保する必要があることや、障害者が高齢になり介護保険の被保険者となった場合、その障害者がそれまで利用してきた障害福祉サービス事業者が、介護保険サービス事業者としての指定を併せて受けていなければ、その障害者は、それまでとは別の介護保険サービス事業者を利用しなければならず、馴染みの事業者を利用し続けられないことがあった。そうし

た背景を踏まえ、高齢者と障害者等が同一の事業者でサービスを受けやすくするための見直しを行った。

加えて、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と「生活支援施設」としての機能とを兼ね備えた新たな介護保険施設である「介護医療院」が創設されたのも、この改正によるものである。

### 地域共生社会の実現のための 社会福祉法等の一部を改正する 法律による制度改正（令和3年施行）

令和3年に実施される制度改正は、地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律に基づいて実施される。この法律は、地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保および業務効率化の取り組み強化、社会福祉連携推進法人制度の創設等のための措置を講ずるために制定された。

特に、市町村の包括的な支援体制の構築の支援については、重層的支援体制整備事業として、市町村において、既存の相談支援等の取り組みを生かしつつ、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的

な支援体制を構築するため、①相談支援、②参加支援、③地域づくりに向けた支援、を実施する事業を創設することとし、この事業を実施する市町村に対して、関連事業に係る補助金等について一体的な執行を行う事ができるよう、交付金を交付することとしている。この事業により、同一の窓口において、介護に係る相談だけでなく、例えば、子育てや障害、あるいは生活困窮に係る相談にも対応でき、地域住民の抱える分野横断的な課題への対応を可能とすることを目指している。

また、医療や介護分野の調査分析・研究を促進し、地域に応じた質の高いサービス提供体制を構築するために、現行収集している要介護認定情報・介護レセプト等の情報に加えて、通所・訪問リハビリテーションの情報や高齢者の状態やケアの内容等に関する情報、地域支援事業の利用者に関する情報についても、国や市町村が活用できる法整備を行った。こういった情報を活用し、それぞれの市町村において、一層、効果的・効率的な介護が実現されることを期待している。

### おわりに

自治体行政という観点で見ると、介護保険制度は、地方分権、地方自治のフロントランナーとしてスタートし、高齢者の生活を支える必須の制度として定着している。

これまでさまざまな見直しが行われてきたが、住民に最も身近な市町村を保険者とし

て、国、都道府県がそれぞれの責任の下に制度設計、体制整備、支援等を行うという制度の骨格は変わりようがなく、保険者機能がより発揮できるようにするという観点からも、地域包括支援センターの整備、介護予防に関する仕組みの見直し、医療との連携の強化、総合確保基金や保険者機能強化推進交付金といった財政支援の強化などの制度が整備されてきたということも言えるだろう。

制度発足当初から言われているように、この制度は一つのツールであり、インフォーマルな取り組みや相互の助け合い、そして、介護予防の自助といった取り組みは欠かせない。また、高齢者のみならず、障害者、さまざまな支援を必要とする人々を含め、地域包括ケアシステムの構築を通じて、地域で共生できる社会をつくっていくことが求められている。

国、自治体を含む行政、事業者、現場で働く職員、当事者、家族、関係団体、支援者、研究者などそれぞれの取り組み、連携した活動が今日までの道のりをつくってきたものであろうし、今後の道行きを決めていくことになる。わが国の今後の人口推移等を見ると、決して楽観視することはできないが、これまで、この制度を作り上げ、見直し、運営し、暮らし、働いてきた方々の思いに心を致しつつ、共同して努力することにより、道は開けるものと考えている。厚生労働省老健局もしっかりとその責任を果たしていきたいと考えている。

# 介護保険制度創設から20年 「保険者として重視してきたこと」

全国市長会介護保険対策特別委員会委員長 高松市長（香川県）たかまつ

おおにしひでと  
大西秀人



はじめに、および介護保険制度が果たしてきた役割

わが国の介護保険制度は、ミレニアムといわれにぎやかだった平成12年（西暦2000年）に創設され、本年で20年の節目を迎えた。わが国は、1970年代半ばから少子化現象が続いており、人口減少社会が到来するとともに、高齢者人口は増え続けることから、急速に高齢化が進展することは自明のことであつた。問題は、高齢社会における最大の不安要因となつてきた、高齢者介護の問題をどう解決していけるかであつた。

もともと、高齢者介護サービスは、老人福祉法と老人保健法の異なる制度に基づいて提供されていた。それを再編成し、国民の共同連帯の理念に基づき、給付と負担の関係が明確な社会保険方式により、社会全体で支える新たな仕組みとして創設されたのが、介護保

険制度である。

介護保険制度の基本理念は、高齢者が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支援することや、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減、もしくは悪化の予防である。こうした介護保険の趣旨を関係者と共有した上で、現在では、個人の健康づくりや介護予防の取り組みを支援するだけでなく、住民や事業者等、地域全体への普及啓発や介護予防のための通いの場の充実等、地域の実情に応じた自立支援・重度化防止に向けた取り組みが広く行われている。この20年間、介護保険制度が地域の高齢者介護・福祉等に大きな役割を果たしてきたことにより、保険者でもある市区町村が、高齢者が活動的で生きがいを持った生活を営むことができる地域づくりを推進できてきたとも言える。

私は、平成25年度から、全国市長会の介護

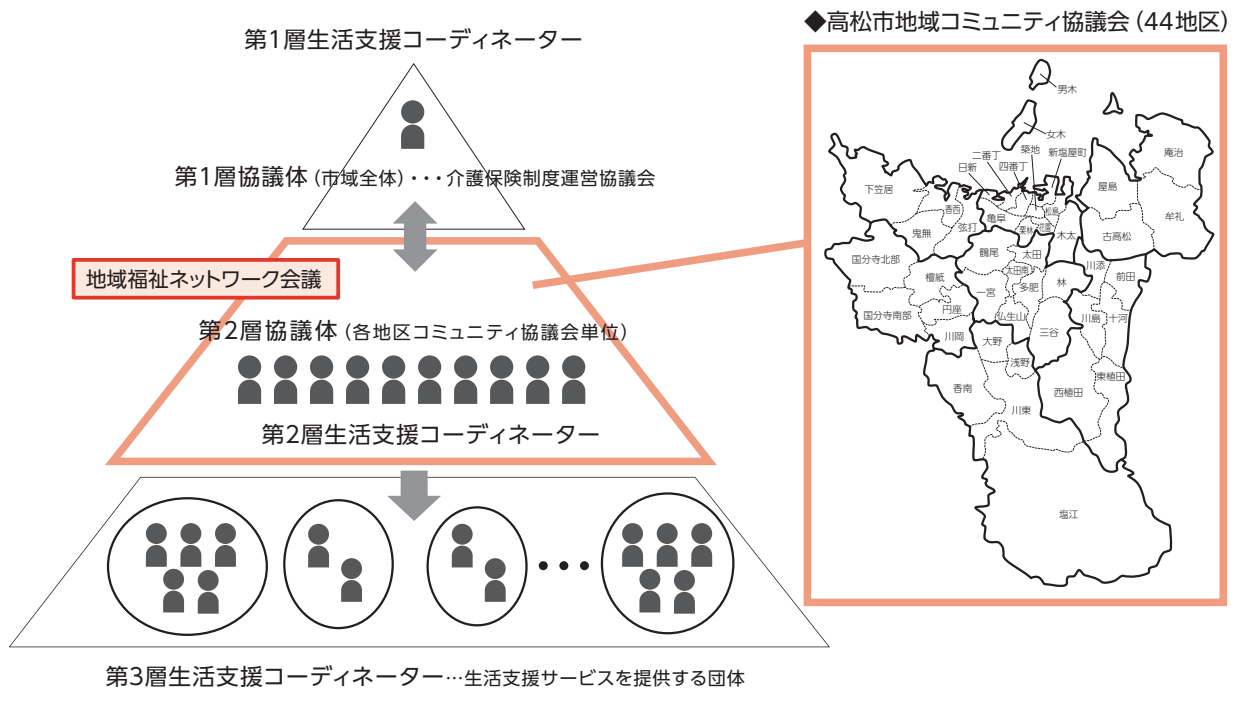
保険対策特別委員長を務めており、社会保障審議会介護保険部会、同介護給付費分科会の二つの会に委員として参加し、地域の高齢者福祉サービスの実施主体であり、介護保険の保険者である都市自治体を代表する立場から、意見なり要望を申し上げてきた。そこで、本稿をお借りして、これまでの部会や分科会の議論を通じて感じたことや、今後の介護保険の役割などについて、思うところを述べてみたい。

## 高松市の紹介

まず冒頭、高松市の概要を紹介させていた

だ。本市は、四国の北東部、香川県の中央に位置しており、日本で最初に国立公園に指定された多島美を誇る波静かな瀬戸内海に面し、これまで、人々の暮らしや経済・文化などさまざまな面において、瀬戸内海との深い関わ

## 協議体と生活支援コーディネーター



りの中で、香川県の県都として、また、四国の中枢管理都市として発展を続けてきた都市である。明治23年2月15日、全国で40番目の市として誕生し、本年度、市制施行130周年の節目の年を迎えている。

これまでに大正、昭和、平成を通じ、8回にわたる合併により、北は瀬戸内海から南は徳島県境に至る、海・山・川などの自然に恵まれた広範な市域の中に、にぎわいのある都市やのどかな田園など、都市機能・水・緑が程よく調和し、豊かな生活空間を有する中核市として発展してきた。

本年4月1日時点の総人口は42万4993

人、65歳以上の高齢者人口は11万8329人であり、高齢化率は27・8%と、ほぼ全国平均並みとなっている。将来人口については、緩やかな減少傾向で推移し、団塊の世代が全て後期高齢者となる令和7年には、42万2313人、本市の最大の人口集団である団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる令和22年には40万5629人にまで減少することが見込まれている。

その一方で、高齢者人口については増加傾向で推移し、令和7年には11万9348人（高齢化率28・3%）、令和22年には12万5323人（高齢化率30・9%）にまで増加することが見込まれている。

### 社会保障審議会介護保険部会で感じたこと

介護保険制度は、3年ごとに定められる介護保険事業計画に基づき、市区町村を保険者として運営されている。

介護保険事業計画が3カ年のものであるため、国においても、計画初年度から現行計画の検証をスタートし、次期計画期間における制度の見直しについては、厚生労働大臣の諮問機関である社会保障審議会の専門部会である介護保険部会において、今後の制度の在り方について、検討を重ねてきた。

審議会の議論の動向について感想を述べ

させていただと、現在の部会は、一部の学識経験者のほかは、ほぼ業界団体や職域団体からの代表者で構成されている。そのため、議論に当たっては、委員それぞれの立場から主張が交わされているものの、それが、ほとんど出身や所属団体の関心のある所だけの、縦割りの議論になる傾向があるように感じている。われわれ地方自治体は、地域の現場で全体を調整しながら、関係者・団体と適切に役割分担をして、制度を実際に運用している。特に、地域包括ケアシステムの構築の取り組みなどにおいては、部会の議論でも、互いの役割の調整を横断的に図ることができないような意見交換が行われれば、より充実した議論になるのではないかと感じているところである。

### 地域の創意工夫の重要性

介護保険制度については、これまでの20年間、さまざまな制度の見直しが行われ、現在に至っている。その中で、われわれ自治体にとって特に大きな見直しは、平成26年の介護保険法改正に伴い、「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）」が創設されたことである。この事業では、要支援者等の生活支援や介護予防ニーズに応えるため、地域の実情に応じて、多様な主体が参画して、高齢者の社会参加の推進を図りながら、

サービスを提供している。「地域包括ケアシステム」では、「自助・互助・共助・公助」の観点から、地域全体で高齢者を支える仕組みをつくっていくことが求められているが、この総合事業は、中でも「自助・互助」の取り組みを活性化させるものである。

この事業の取り組み例として、本市においては、平成28年10月から、それまでの介護予防サービスと同様のサービスのほか、人員等の基準を緩和したサービス、地域住民によるサービス、専門職による短期集中予防サービスを実施している。中でも、地域住民によるサービスについては、支え合いの地域づくりの中核を成すもので、本市では、おおむね小学校区を単位とする全市域に44ある「地域コミュニティ協議会」を活動の核とし、市社会福祉協議会に委託している生活支援コーディネーターと連携を図りながら、地域での支え合い、助け合い活動を推進している。

この総合事業については、市区町村の実情に応じた内容とすることができるとい面が大きなメリットである。特に、住民主体の生活支援サービスの提供において、住民自らが高齢者の支援に主体的に関わる体制づくりが広がってくれば、高齢者を支える地域包括ケアシステムの構築に資することとなり、まさに地域づくりの一環であると考えられる。そ

ういった点では、この総合事業の展開の在り方は、自治体の地域力というものが試されるものであるとも言える。

しかしながら、それぞれの市区町村が置かれた状況はさまざまで、都市部であれば取り組みが進めやすいのかというと、必ずしもそうではない。例えば、中山間地域や離島などであっても、元々土壌として住民相互の助け合いが根付いている地域では、そのことが、介護サービスが不足する不利な条件を補う仕組みとして、有効に機能していることが多々あると感じている。

いずれにしても、従前の介護予防相当のサービスを適切に運用しつつ、それぞれの自治体の状況に応じ、地域住民が主体となった検討会（第2層協議体）などの立ち上げや運営を支援し、住民主体のサービス提供体制の早期の構築を推進していくことが、今後においても重要となるものと考えている。

### 保険者として重視してきたことと今後の取り組み

介護保険制度がスタートした平成12年度以降、保険給付費は毎年増加し、本市においては、令和元年度では約370億円と、市町合併による利用者の増加もあってのことだが、初年度の4倍強にまで膨らんでいる。

一方、最近の介護報酬の動向を見てみる

地域包括ケアシステムの深化・推進によって、高齢者だけでなく、対象を障がい者や子どもにも広げた包括的な支援体制を構築し、対象者ごとの福祉サービスを「縦割り」から「丸ごと」へと転換することで、地域共生社会の実現を目指す

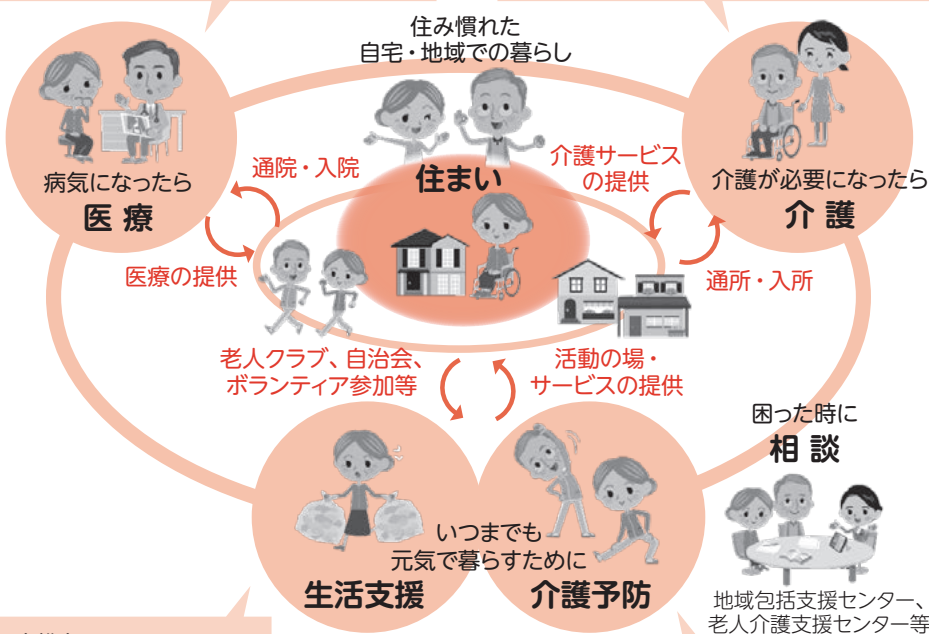
### 高松市の地域包括ケアシステムの概要

高松市では・・・

「高松市在宅医療介護連携推進会議」の開催等、在宅医療・介護の情報共有と連携強化を推進しています。

高松市では・・・

多様な居宅サービス、施設・居住系サービスがあり、サービスの質的向上にも取り組んでいます。



高松市では・・・

地域住民等の多様な主体による、居場所づくりや支え合い・見守りの体制づくりに取り組んでいます。

高松市では・・・

高齢者が、自主的に介護予防に取り組むための各種教室開催のほか、自治会、老人クラブ、NPO、ボランティア等による、さまざまな生活支援や介護予防の取り組みを推進しています。

と、平成27年度に、物価の動向や介護事業者の経営状況を踏まえた上で、介護職員の処遇改善や地域包括ケア推進のための費用の重点

化等も加味されたものの、介護報酬全体としては2・27%の減額となるマイナス改定が9年ぶりに実施された。平成29年度は、介護職

員のキャリアアップの仕組みを構築し、月額平均1万円相当の処遇改善を実施するため、臨時に1・14%のプラス改定が実施された。また、平成30年度には、団塊の世代が75歳以上となる令和7年に向けて、国民一人一人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進するため、0・54%のプラス改定となった。さらに、令和元年度には、経験・技能のある職員に重点をおいたさらなる処遇改善や消費税率引き上げに合わせた対応等のため、2・13%のプラス改定となった。

保険者としては、今後も膨らみ続けると想定される保険給付費に対応していくため、必要なサービス量やその事業費を見込み、介護保険財政の均衡を保つための保険料を設定するほか、以下の三つのことを重視する必要があるものと考えている。

一つ目は、「介護保険サービスの質の向上」である。

介護保険制度が広く市民に周知され、介護サービスの利用が浸透する中、多くのサービス事業者の参入により、介護サービスの供給体制は整いつつある。また、介護が必要になれば適切に介護認定を行い、利用者が真に必要なとするサービスを適切に提供できることに加え、医療と介護を効果的・効率的に受けられるなど、利用者およびその家族が安心と満足を得られる、質の高い介護サービスが求められている。

こうした要望に応えるため、市民に対して介護サービスに関する情報を適切に提供し、利用者に対する自己負担の軽減制度の活用促進等により、サービスの利便性を高めるとともに、サービスの質の向上を図るため、サービス事業者等に対する指導、助言を行っていく必要がある。

二つ目は、「介護給付適正化の推進」である。これは、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要なとする過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すことである。そして、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて、介護保険制度への信頼を高め、持続

可能な介護保険制度の構築に資するものである。本市では、「要介護認定の適正化」「ケアプラン点検」「住宅改修等の点検」「医療情報との突合・縦覧点検」「介護給付費通知」の主要5事業を実施することにより、介護給付の適正化に努めてきた。

今後、団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年、さらには、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年に向けて、地域の実情に合わせた地域包括ケアシステムを深化・推進していくためには、必要な給付を適切に提供するための適正化事業に、さらに注力していくことが必要となる。

三つ目は、「介護保険サービス提供体制の確保」である。

介護保険制度においては、高齢者自らが、心身等の状態に応じて、必要なサービスの種類やサービス事業者の選択を行うことが基本であり、そのためには、質・量ともに適切なサービス提供体制が整えられていることが必要である。このことから、必要となる介護人材の確保および資質の向上を目指す、介護の仕事の魅力の向上、多様な人材の確保・育成、生産性の向上を通じた労働負担の軽減等といった取り組みを推進してきた。

これらの取り組みは、他の保険者においても実施されているものであるが、本市においては、介護保険事業の持続可能性を確保し、地域包括ケアシステムの一層の充実を図るため、さらに広い視点から、高齢者・障がい者・子ども等、全ての人々が一人一人の生きがいと共に創り、高め合う社会の実現を目指して「高松型地域共生社会構築事業」に取り組んでいる。また、本市の最上位計画である「第6次高松市総合計画」において、まちづくりの目標の一つとして掲げる「健やかにいきいきと暮らせるまち」の実現を目指し、住民をはじめとする多様な主体が参画し、地域のさまざまな課題を解決する過程を通じて、将来的な地域の姿についての合意形成を図る、「地域づくり」を推進している。

今後においても、介護保険制度の果たす役割は、超高齢社会における基幹となる社会保障制度として、ますます大きなものとなることは間違いない。そのため、これらの取り組みを着実に実行していくとともに、切れ目のない医療と介護の提供体制の構築や介護予防事業、認知症施策を推進するなど、高齢者福祉施策に総合的に取り組み、持続可能な介護保険事業の運営に努めてまいりたい。

# 市政

令和2年10月号