

「持続可能な高齢者介護制度を目指して
～介護保険制度と2025年の転換点～」

牧野 恭典・荒木 実代

“Aiming at sustainable elderly care system
～ Long-term care insurance system and turning point
in 2025 ～”

Yasunori Makino, Miyo Araki

神戸医療福祉大学紀要 第19巻 第1号
(平成30年12月)

<原著>

「持続可能な高齢者介護制度を目指して
～介護保険制度と2025年の転換点～」

牧野 恭典・荒木 実代

“Aiming at sustainable elderly care system
～ Long-term care insurance system and turning point in 2025 ～”

Yasunori Makino, Miyo Araki

The progress of Japan's aged society is asking about the sustainable long-term care insurance system. This paper aims to discuss the sustainability of the long-term care insurance system in the declining birthrate and elderly society after 2025. Clarify social welfare foundation structural reform. The ways of using welfare services changed from “Measures system” to “Usage contract system”. Consider the effectiveness of the regional inclusive care system in the future.

Key words : aged society, Nursing-Care Insurance system, reform
高齢社会、介護保険制度、改革

1 はじめに

今日の我が国の介護保険制度は、高齢社会の進展において将来にわたる持続性の在り方が問われている。本稿は、この課題について2025年を転換点とする激動の少子高齢社会において、介護保険制度の持続可能性について論究する。そして、これからの高齢者介護制度の本質的な視点を明らかにし、その動向の分析をすることと共に課題提起を目的とする。今後の高齢者介護制度を検討し課題提起することは、将来の我が国の少子高齢社会において意義があると考えられる。

2 研究方法

そのために、本稿の研究方法を以下の通りとする。

第1に、歴史的史実に沿って、我が国の老人福祉事業の生成と変遷を踏まえた介護保険制度施行以前の「老人福祉」領域の範囲について、整理する。

第2に、社会福祉基礎構造改革について、その理念や内容について整理する。そこでは、介護保険制度や支援費制度の始まりと、サービス提供の方法が「措置制度」から「利用契約制度」に変革したことについてまとめる。

第3に、介護保険法や介護保険制度の意義と役割について整理する。また、法や制度、報酬が人口推計などの変化により改正されて

いく流れについてまとめる。

第4に、「団塊の世代が75歳以上になる2025年」の人口推計などを確認する。それに向けての「地域包括ケアシステム」の有効性と限界性について推論をする。

第5に、将来に渡っての人口推計を俯瞰しながら、「持続可能な高齢者介護制度」、2025年以降の対策としている「地域共生社会づくり」について、その構想や制度の在り方について確認する。

これらのまとめとして、「将来持続可能な高齢者介護制度の課題」を提起したい。

3 我が国の老人福祉事業の生成と変遷

高齢者福祉サービスは、昭和30年代の老人福祉および老人福祉法の成立から始まる。ここでは、養護老人ホームをはじめとした老人ホームの始まりを、明治期、大正期から第二次世界大戦前、第二次世界大戦後の三期に分けて整理する。

(1) 明治期

19世紀後半の養老院は、必要に応じて孤児、浮浪者、行旅病人などを収容救護したことが記録に残されている。1895（明治28）年10月創設の聖ヒルダ養老院において、わが国において老人のみを保護の対象とする収容施設、すなわち養老院として老人福祉事業が初めて開始された。今でいう老人ホームの先駆けであった。これまでの混合収容から老人のみを対象とすることで収容救護施設の分化、分類が急速に進んでいった。この頃の養老院は、「東京市養育院を除けばすべて民間の宗教家や慈善事業家の手で設立され、経営されていたが、その財源は明治四十年代に入るまでほとんどが私費と寄付金であり、公費補助があったのは極めて稀な例であった。にもかかわらず、施設の創設にあたっては、県への

届けと許可が必要だった」¹⁾とされる。このため、「当時の養老院創設者たちの苦労は財源集めだけではなく、公的救済に消極的な行政の姿勢にたたかわなければならなかった」²⁾という状況下にあった。

(2) 大正期から第二次世界大戦前

大正期に入ると、社会事業の発展とともに養老事業も発展していった。1911（明治44）年の養老院数は、わが国で17施設だったが、1923（大正12）年になると32施設に増加し、収容人員も大幅に増員するなど、全国化していった。この時期、養老院が近代化した要因として、仏教などの関係者が、組織的支持母体をもっていたからであることが特筆される。また、貧困の広がりや、家族基盤の崩壊が進む中で老人の生活問題も全国的に広がっていったことが近代化の要因に挙げられる。さらに、大正期のできごとへの対策として、浴風園がある。浴風園は、1923（大正12）年に起きた関東大震災によって要救護状態に陥った老人を保護する施設として、大正天皇の御下賜金をもとに創設された。設立にあたって、「第一に収容を出来得るだけ大にし、第二に建築設備に於いても模範を示し、第三には収容者処遇の上に遺憾なからしめること」³⁾という3つの方針が示され、入園にあたって個別調査や、「看護と共に心の慰安が最も大切」⁴⁾という処遇方針、専門職員の配置など、その後の養老事業の近代化に大きな影響を与えていった。

1874（明治7）年に明治政府が制定した恤救規則が貧民救済として形骸化していたことから、大正末年から、それに代わる救護法制定の動きが始まっていた。1927（昭和2）年の昭和恐慌に続く1929（昭和4）年に起きた世界大恐慌を受けて、わが国初の公的救済立法である救護法が1929（昭和4）年に制定された。救護法は、「六十五歳以上の老衰者、

十三歳以下の幼者、妊産婦、不具廃疾者、疾病、障病等によって労働に従事することが困難でなおかつ貧困で生活できない者に限って、生活扶助、医療、助産、生業扶助、の四つの救護を行うこと」⁵⁾と定めており、救護の対象が制限的で相当に厳しいものであった。救護法では、居宅保護が基本原則であるが、二次的に救護施設への収容を認めるといった位置づけをしながら公的救済施設へと変化と遂げるようになった。

大正期の養老院の財源は、公費がなく寄付等が中心であった。それゆえ、運営を維持することに時間を割き、処遇に力が注げないという悩みもあっただけに、救護法制定後の養老院には安定的な運営ができるとの期待が強かった。救護法に基づく養老院に収容する老人はいたが、その割合は府県によって相当異なっていた。また、一人当たりの救護費の単価も同様であった。それゆえ、養老院の経営は、公費のみでは困難で、依然として寄付集めに奔走する必要があった。

養老院の処遇も徐々に充実される方向に向かいつつあった1937（昭和12）年に日中戦争が勃発し、戦時下体制に突入していった。さらに、1941（昭和16）年の太平洋戦争により、兵力増強、食糧増産、健民健兵政策のもとで社会事業は厚生事業と呼ばれるようになった。「一にも二にも戦力増強、生産力拡充と考えられる時に養老事業は足手まとひになると考えられがちであった」⁶⁾なかで、養老院への収容救護は次第に減少し、働ける老人は戦時下で労働力に加えられ、養老院に収容される対象は病弱な老人に限られていった。戦時下の物資不足の中でも深刻だったのが食料不足だった。しかし、老人は先にも述べたように病弱者、虚弱者であったことから、栄養不足と病弱を進行させ1944（昭和19）年から終戦の時期まで、先述の浴風園でも60%

近い死亡率を出すことになったのである。このように戦時下では、老人の生命や生活を守る養老院の機能が果たせなくなっていった。

(3) 第二次世界大戦後

第二次世界大戦後は、戦火により家や家族を失った子どもや老人の緊急救護から戦後の社会事業は始まった。130あまりあった養老院は80施設に減少していたが、焼失を免れた施設には老幼を問わずに収容していった。しかし、食料不足は深刻で、低い救護費であった。「当時の経済的混乱の中で多くの生活困窮者が発生し、それが物価上昇の進行でより深刻化していたのに対し、従来の救護法等ではどうして適切な対応ができないということから」⁷⁾、1945（昭和20）年12月15日に「生活困窮者緊急生活援護要綱」が閣議決定された。この要綱の内容は、①生活困窮者（失業者、戦災者、海外引揚者、在外留守家族等）に対する生活援護を行うこと。それは、現物給付であった。②実施機関は、旧来の機構に基礎を置くものとする。③大都市と引揚地を重点としたこと。④昭和21年4月から実施すること、であった。

SCAPIN 四〇四に対する、日本政府の回答を得たGHQは、1946（昭和21）年2月27日付の覚書「社会救済」(SCAPIN 七七五)で、以下の通り定めた。すなわち、公的扶助は、①国家責任の原則、②無差別平等の原則、③最低生活保障の原則であることを示した。このように、1946（昭和21）年9月、旧生活保護法の制定に伴い、養老院は生活保護施設に位置づけられ、公的な社会的施設になった。生活保護法の対象者は、一定所得以下の者で扶養者のいない者に適応されたため、救護法に比べて対象者は拡大した。ただし、基準額は極めて低いため、安定した生活は望めなかった。しかし、生活保護法の制定により、生活保護施設への入所は公的権限に決定権が

委ねられ、経営についても保護費により安定的に運営できるようになった。

次いで、1950（昭和25）年5月4日に、新生活保護法が公布された。新生活保護法には、憲法第25条の生存権の中で、保護の権利性が明確化し、旧生活保護法には認められていなかった具体的な保護請求権であることが明記された。また、無差別平等の最低生活の保障が明確化し、生活困窮者の保護に対する国家責任が明らかになった。保護の補足性の原則では、家族扶養が求められた。養老院は、新生活保護法では保護施設の一つとされ、「養老施設」に名称変更し、制度的に養老院はなくなった。生活保護受給者に限定した、福祉事務所の「福祉の措置」でしか入所できない公的な救貧施設として、養老施設は生活に困窮した要保護老人の増加とともに、施設数を1950（昭和25）年の170から1960（昭和35）年には607へと急増させていった。低い生活保護基準のため、衣食住の確保を中心とした、経済的な貧困者の救済や援助が中心だったと考えられている。「養老施設における処遇の展開については限られた資料しかなく、十分にそれを明らかにすることは困難である」⁸⁾が、戦前における浴風園の処遇理論が養老施設時代に展開され、経験として蓄積された形跡はない。むしろ管理的処遇の展開に特徴がみられる。

要援護老人を中心とした老人への処遇が展開される中、戦後の急速な出生率の低下とともに公衆衛生の向上等による死亡率の減少から、1970（昭和45）年には、全人口に占める65歳以上の人口が7.1%となり、高齢化社会が到来した。産業構造の近代化により、第一次産業部門の労働力需要が減り、老人の就業が困難になると予想された。また、戦後の民法改正により旧来の家長制度が崩壊し、夫婦を中心とした家族制度へ移行することとなっ

たため、家庭内における老人の居場所は不安定なものとなった。

老人福祉法制定への先駆は、1947（昭和22）年の「児童福祉法」の制定や1949（昭和24）年の「身体障害者福祉法」の制定の機運の中で、1949（昭和24）年の第一回の全国養老事業大会における「老人の福祉に関する法律を急速に制定すること」という請願文が決定されたことであった。その後、1953（昭和28）年には、養老事業関係者である潮谷総一郎と杉村春三による「老人福祉法案」が発表された。これらをきっかけに全国社会福祉大会や全国養老事業大会などにおいて推進の決議がなされ、老人福祉法制定への動きが加速し、1963（昭和38）年「老人福祉法」が公布された。老人福祉法の制定によって、対象がこれまで低所得などの経済的要因による要援護老人といった限定的な対象から老人へと広がった。老人の心身の健康及び生活の安定を目的とし、高齢者が固有に抱える生活障害に対応した施策の中で社会的に援助されることになっていった。また、従来の養老施設は、「生活保護法」から離れて、老人福祉法の老人ホームに姿を変えていくことになった。老人福祉法は保護を要する老人の「福祉の措置」のもっとも重要な施策として老人ホームへの入所措置を規定した。養護老人ホームは、低所得で心身上の障害や家族事情、住宅問題がある老人を対象とする。特別養護老人ホームは、心身の障害により常時介護が必要な老人を措置することになった。このように、保護施設であった養老施設は、生活保護法による性格を残す養護老人ホームと、心身の状態、健康に着目した特別養護老人ホームに分化していったのである。老人福祉法は、総合的にみて制度上の限界はあるが、社会福祉の中で福祉を目的とした老人福祉という独立した一分野を築いたことの意味は大きい。

4 社会福祉の基礎構造と介護保険制度 ～法制度と報酬の改正～

1) 社会福祉の基礎構造について

1951（昭和26）年に制定された社会福祉事業法により、いわゆる「社会福祉の基礎構造」が、措置制度という形で成立した。それは半世紀の間、安定的な福祉の措置や給付を供給してきた。しかしながら、福祉需要の質の変化が急速に進んでいった⁹⁾。そのため、国は助走をつけながら福祉改革を進め、2000（平成12）年に社会福祉事業法を「社会福祉法」と改正した。ここでは、社会福祉の基礎構造を検討するに至った背景から改正された社会福祉について整理する。

(1) 社会福祉の基礎構造の検討に至った背景

社会福祉事業法は、第2次世界大戦後の1951（昭和26）年に社会福祉事業法が成立した。敗戦の占領下の後の6年間にわたる占領期社会事業の総括する形で成立したと言われている¹⁰⁾。

社会福祉事業法は、次の6項目から整理される。

- ①社会福祉の種類を第一種および第二種に区分したこと。
- ②社会福祉事業の主旨を、援護・育成または更生の処置においたこと。
- ③福祉事務所を設置し、公的扶助の行政機関としたこと。
- ④社会福祉主事制度の確立と指導監督および訓練制度により、職員の資質向上を図ったこと。
- ⑤社会福祉法人の制度を創設し、公共性を高めたこと。
- ⑥共同基金を社会福祉協議会の表裏一体関係と規定したこと。

上記により、第一種社会福祉事業は、施設

の中で対象者が生活する事業であることが示された。原則として、経営主体は、国・地方公共団体または社会福祉法人に限定した。また、社会事業の推進にあたり、専門的技術を要することから、社会福祉主事の活動についても明示されている。さらに、公私分離の原則により、社会福祉事業経営の責任の明確化が図られた。すなわち、国及び地方公共団体は、民間社会事業の自主性を重んじて不当関与してはならないということであった。一方、民間社会事業は、不当に国及び地方公共団体の財政的・管理的援助を仰いではならないとした。

このように、社会福祉事業法の制定により、戦後の日本の社会福祉は発展していったが、福祉を取り巻く状況には、様々な変化がみられるようになってきた。

その変化の第1点が、少子・高齢社会の到来である。1970（昭和45）年には、高齢化率は7.1%となり、高齢化社会に突入し、世界最速のスピードで高齢化が進んだ。1994（平成6）年には、高齢化率が14%を超え、高齢社会を迎えた。

一方、1947（昭和22）年から1949（昭和24）年の第一次ベビーブームの時には、合計特殊出生率が4.3を超えていたが、1950（昭和25）年以降、急降下していった。1971（昭和46）年から1974（昭和49）年の第二次ベビーブーム期を含めて、ほぼ2.1台で推移していた。しかし、1975（昭和50）年には、再び下降傾向になり少子化が進行した。

第2点は、家制度の崩壊に端を発した家庭の機能の変化である。1947（昭和22）年の改正民法により「家」制度は崩壊し、「世帯」となり、法の上では相互に協力扶助をするという関係が明文化された。「親の扶養」が義務ではなくなったことから、親世代との同居率も低下し、核家族が増加してきた。働く場

所を求めて、農村から都市部へ進出したり、労働者として活動する子世代が増えていった。1985（昭和60）年の男女雇用機会均等法以降、女性の社会進出も増え続けている。晩婚化・非婚化が男女ともに年々増加し、少子化の進行に拍車をかけていった。

また、第3点は、国民の社会保障や社会福祉に対する意識の変化も挙げられる。1961（昭和36）年に開始された国民皆年金制度により、高齢者の医療ニーズは顕在化した。岩手県旧沢内村は、1961（昭和36）年には、60歳以上の老人医療費無料化を全国に先駆けて実施した。こうして、各地で老人医療費無料化が実施され、1973（昭和48）年から70歳以上の患者に対し、全国的に実施された。この年、政府が「国民福祉優先の予算」を編成し、国は「福祉元年」と名付けた。しかしながら、同年、第一次石油危機を契機に、福祉を取り巻く状況は暗転し、福祉改革へと向かうこととなる。その後、物価の高騰やインフレーションなどが国民の生活に深刻な影響を与えた。1974（昭和49）年には、全国高齢者大集会が東京で開かれ、年金の引き上げや、定年制の60歳延長など13項目にわたる提案がなされた。これらのことを端緒として、国民の社会福祉に対する意識の変化や、社会福祉制度への新たな期待が萌芽してきたのである。

社会福祉は、戦後の生活困窮者の保護・救済に始まり、さまざまな課題と福祉ニーズである少子・高齢社会の到来、家庭機能の変化、老人の医療ニーズ等、時代とともに旧来の保護・救済では対応しきれなくなってきた。社会福祉事業法は、増大・多様化する福祉ニーズに対し、幅広いサービスが求められることに対して、福祉ニーズと共に社会福祉の共通基盤が時代に合わなくなってきた。そのために、社会福祉制度そのものの転換が求められるようになったのである。

(2) 社会福祉法人制度と措置制度の検討と社会福祉基礎構造改革へ

こうした社会や福祉ニーズの変化の中で、1998（平成10）年、旧厚生省の審議会において、社会福祉事業法等の改正を始めとする社会福祉基礎構造改革の報告がなされた。これを受けて、1999（平成11）年4月に、社会福祉事業法等一部改正法案大綱が公表された。

基本理念規定の改正では、

- ①個人の尊厳の保持を基本とした福祉サービスの提供を基本理念として規定すること。
- ②地域福祉の推進に関する規定を設けること。
- ③福祉サービスの提供体制の確保、適切な利用の推進について、国、地方公共団体の役割を明確化すること。

の3点が示された。その具体的な改正内容として

- ①新たな社会福祉事業の追加。
- ②措置制度から利用契約制度への変更。
- ③事業の法定化。
- ④事務等の市町村への委譲。

の4点が主として示された。

これら社会福祉基礎構造改革の検討を受けて、社会福祉事業法を始め、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法など関連8法が2000（平成12）年に改正された。

この改正で、社会福祉事業法は、「社会福祉法」へと名称変更がなされた。改正理由の一つは、これまでの提供者中心であった福祉を利用者中心の視点で捉え直し、提供者と利用者が対等となるためである。もう一点は、社会福祉事業という狭い範囲から、福祉全般の共通・基本法となるように転換するという意味があると言われている¹¹⁾。

社会福祉法の狙いは、「誰もが家庭や地域の中で自立し、尊厳を持った生活を送ること

ができる制度へ向けて、措置制度等の社会福祉の仕組み全般を見直す」ことにあるとされている。

その具体的な内容は、

- ①措置制度から契約制度への転換。
- ②社会福祉サービスにおける公的責任の放棄および社会福祉の市場化。
- ③公的責任の財政支援への縮小化などと捉えること。

であった。

措置制度は、法改正の大きな論点となり、憲法第25条の「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」という社会福祉事業における国の責任が規定された中で、社会福祉サービスの行為は「措置」と位置づけられてきた。このいわゆる生存権保障のために、憲法第89条により「公金その他の公の財産は、宗教上の組織若しくは団体の使用、便益若しくは維持のため、又は公の支配に属しない慈善、教育若しくは博愛の事業に対し、これを支出し、又はその利用に供してはならない」と規定されていた。これは、戦後の占領下におけるGHQを中心として「国家主義に陥らないように」することとされた。それゆえ、国家による民間社会福祉事業に対する公金の支出を禁止されていた。しかし、戦後の立て直しを図ろうとする国や行政当局では、社会福祉事業を行うにも資源に限りがあり、民間資源の活用が必要なことを重視し認識していた。そこで、「社会福祉事業を担う責務と本来的な経営主体を行政（国や地方公共団体等の公的団体）としつつも、事業の実施を民間に委ね、かつ、事業の公益性を担保する方策として、行政機関（所轄庁等）がサービスの対象者と内容を決定し、それに従い事業実施が行

われる仕組み（以下「措置制度」という。）が設けられた。そして、措置を受託する法人に行政からの特別な規制と助成を可能とするため、「社会福祉法人」という特別な法人格が活用されたのである¹²⁾。」このようにして、社会福祉法人は、公の支配・監督を受ける形で、公益性、非営利性、所轄庁による設立認可などの性格を持つ公益法人として設立されることとなった。

社会福祉法人は民間事業者であるものの、行政サービスの受託者として「社会福祉事業」を経営する公的性格の強い法人となり、公の支配と非営利組織という原理原則の下、発展していくことになった。

社会福祉法人は長年にわたって、前述の性格を維持しながら60年近い体制を継続してきた。しかしながら、これまで整理してきたように福祉ニーズの多様化と増大の中、そもそもその在り方の見直しが行われることとなる。

それが、社会福祉基礎構造改革と呼ばれ、社会福祉法人制度も幅広い見直しが行われた。

- ①自主的な経営基盤の強化。
- ②福祉サービスの質の向上。
- ③事業経営の透明性の確保を内容とする社会福祉法人の経営の原則が法定された¹³⁾。

措置制度から契約制度への転換、利用者を中心に対等な関係でのサービス提供、サービスの質の向上、経営の効率化・安定化などが提起された。さらに、社会福祉法人は、これまでの措置制度下で行われてきた施設運営ではない、法人経営という視点を求められることになったのである。

(3) 高齢化の進行と国の財政負担

高齢者人口は、先述の通り、1970（昭和45）年に7%を超え、高齢化社会が到来した。人口の推移をみると、1970年のわが国の総人

口は、10,467万人に対し、15歳～64歳の生産年齢人口は7,212万人、65歳～74歳の人口は516万人、75歳以上の人口は224万人であった。1973（昭和48）年に老人医療費が無料化されたが、それ以降、高齢者の医療費は増大した。しかし、二度に渡るオイルショックにより、高度経済成長は停滞し、国の行財政改革が迫られるようになった。国の経済の安定化、緊縮財政への移行、高齢化の進展などの社会の変化により、その一環として、社会保障制度も全面的な見直しが行われた。そのため、老人医療費無料の見直し、社会保障費用の適正化・効率化を図った。そこで、健康づくりと老人医療費の公平な負担を目的とした老人保健制度が1983（昭和58）年に創設された。1984（昭和59）年には、被用者保険本人の1割負担など健康保険法等の一部改正が行われた。1985（昭和60）年には、年金制度における基礎年金の導入や給付水準の見直しによる給付と負担の公平化などが行われた¹⁴⁾。

1994（平成6）年には高齢者の人口比率が14%を超え、本格的な高齢社会が到来した。特に、合計特殊出生率が1989（平成元）年に1.57と、それまでの戦後の最低値を更新した。その後も低下し続けたことから、少子化がますます進行していき、2005（平成17）年に予想より早く人口減少社会に突入した。

少子高齢化の進展と併せて、バブル経済の崩壊を契機として、経済が長期にわたって低迷する中、社会保障給付費を国民全体で公平に負担し、経済社会と調和を図りつつ、社会保障制度に対する国民の需要に適切に対応するための改革が進められた。¹⁴⁾

2) 介護保険制度の始まり

社会保障制度の持続可能性を高める観点から、医療、介護、年金における制度の見直し

が図られて行った。1997（平成9）年に介護保険法が制定され、2000（平成12）年の介護保険制度の始まりを迎えたのである。この時点で、わが国の社会福祉は大きく舵を切っていくのである。

このように、多様化・増大化・顕在化する福祉サービスに社会福祉の基礎構造だけで対応することが困難となった。

それは、児童福祉分野においては少子化対策であり、保育所の入所待機児童の課題もあった。子供たちが「健やかに生まれ育つ環境づくり」と言いながらも、共働き夫婦においては十分な環境が整備されないまま今日に至っている。ワークライフバランスという掛け声や、「育ボス」などが示されてきたが現状の少子化現象に歯止めをかけるまでには至っていない。

障害福祉分野においては、施設から地域へという掛け声でグループホームや民間の住宅への地域生活への移行が進んだ。地域生活を支える資源は脆弱であり、理想と現実のギャップが大きいと言える。また、障害者の地域生活のうえで、「働く・暮らす」の保障が何より重要であるが、働く分野での支援の方法も脆弱であったし、制度改革が様々な形でなされてきた。障害福祉分野においても大きなパラダイムの転換期を迎えていた。

高齢者福祉分野においては、増大する要介護高齢者に対して設備・資源の整備と、それに伴うマンパワーの確保が最重要課題であった。高齢者保健福祉十か年戦略（ゴールドプラン）、新ゴールドプランに代表されるように、ニーズの増大に「福祉計画」が後追いつくという実情であった。

さらに、これらの3分野における福祉の措置・給付のあり方が国の財政上の喫緊の課題となっていた。そうした中で、国は「社会福祉の基礎構造」のあり方について鋭意検討を

してきた。児童の保育・障害の就労支援・高齢者介護の措置・給付において「応益負担」のベクトルへと進まざるを得ないほどに、財政は厳しい状況であった。

そこで、高齢者の介護について、優先順位とニーズの普遍性に即して、社会保険方式の「介護保険制度」を構想していった。そして、ドイツの介護保険制度をモデルとして、1997（平成9）年介護保険法が成立した。この制度の最大の特徴は、保険料が拠出型であること、応益負担で介護サービスを利用した場合、その量の1割を負担すること、被保険者の範囲の設定などがあげられる。

介護保険制度が、2000（平成12）年に開始された。このことは、我が国の社会福祉事業史上「何より大きな出来事」であったと言える。すなわち、1951（昭和26）年の社会福祉事業法により社会福祉法人制度が規定され、60年以上続いた「措置制度」「福祉の給付費のあり方」のパラダイムの転換を図るものであった。憲法25条の生存権においても、その尊厳に抵触するとさえ考えられた。

しかし、介護保険制度だけでなく、保育においても徐々に企業参入が始まっていたし、障害者の就労支援においても民間企業の参入も始まっていた。さらに、第二種社会福祉事業の経営を非営利組織・営利組織へ移行する動きもあった。即ち、社会福祉の領域での営利組織などによる市場原理の端緒であり、民間の市場経済化が目前であった。なぜなら、社会福祉事業のニーズがすでに措置制度を中心とする制度ビジネスだけでは対応できないところまで増大していたからである。福祉ニーズの顕在化、誰でもが福祉サービスを公平に使うという普遍化の証でもあった。この段階において、企業との競争市場ではなく、あらたな「社会市場」を導き出すことで社会福祉事業の独自性を担保しようとした¹⁵⁾。

さらに、2013（平成15）年、障害者の支援費制度の導入により、この史実は拍車をかける。障害者自立支援法、障害者総合支援法の成立へと国は大きく社会市場化を進めてきた。しかし、障害者自身の資産形成が弱く、また、障害者が経済的な市場に置かれてこなかった観点から、支援の方法や財源の確保も介護保険とは一線を画した。

このように、社会福祉基礎構造改革が行われ「措置から利用契約」へと、社会福祉事業を利用する仕組みが変わった。そして、この時期を境にして「福祉サービス」という言葉が、市民権を得て行った。

このような経過の中で公的な介護を行う「介護保険制度」が始まった。

国民が介護保険制度を利用する場合の手続きは、以下の通りである。

表1 介護保険制度利用の手続き

- | | |
|---|---|
| ① | 高齢者に介護が必要かどうかの状態となる（要介護者等） |
| ② | 本人もしくは家族が、市町村の関係部署にて相談（地域包括支援センターなどが代行する場合もある） |
| ③ | 市町村の担当者が居宅等を訪問して高齢者のADLやIADLを含めた74項目の調査や日常生活の様子聞き取り等を行う |
| ④ | 市町村主催の介護認定審査会で74項目のコンピューターによる1次審査と主治医の意見書等を付した2次審査により検討 |
| ⑤ | 介護認定審査会の結果 要支援・要介護（1～5）・非該当 |
| ⑥ | 結果の通知と介護保険者証の交付 |
| ⑦ | 居宅介護支援事業所（介護支援専門員）と契約 |
| ⑧ | 契約に基づいた介護支援専門員によるケアマネジメントの実施 |
| ⑨ | 介護支援専門員がケアプランを作成（入居・居宅サービス） |
| ⑩ | ケアプランにより介護事業所（入所・居宅サービス）との契約 |
| ⑪ | 介護保険サービス利用開始 |

（筆者作成：2018）

この手続きが、市町村に申請し認定通知まで原則30日以内であるが、即応性に課題があるとされている。公的な介護保険を利用する場合には、その介護給付、また事業所の介護報酬は保険財源から繰り出されるわけであり、公平で透明性が確保されなければならない。こうした手続きを経ながら、制度はすでに20年近く運用され国民の間では当然の福祉サービスという認識になっている。

この約20年間の介護給付費の支給をみると、年々増加の一途をたどり当初の予算規模を大きく上回ってきた。

それゆえ、介護保険料も3年に1度の報酬改定の度に見直しがなされている。2018（平成30）年現在で全国平均を見ると、概ね1月当たり6,000円弱となっている。

表2 第7期計画期間における介護保険の第1号保険料

	第6期保険料 基準額（月額） （前回公表数値） （円）	第7期保険料 基準額（月額） （円）	保険料基準額の 伸び率 （％）
全国 1,571保険者	5,514	5,869	6.4%

（厚生労働省、2018）

このことは、65歳以上の高齢者、75歳以上の高齢者、その中での要介護者や認知症を伴う人々の増加が反映されている。我が国における人口構造の中で、65歳以上人口が28%を超えてくる現状にあり、その中で要介護者の割合の増加も必然である。これらは、人口推計から予測していたが、実際にその時を迎えてみて行政・財政に大きな影響を及ぼすかが懸案事項となってきた。この顕在化したニーズにいかに対応するかで苦慮しているのが現状である。

こうした現状認識での介護報酬の改正の傾向を見ると、本体報酬は殆ど改正することな

く、付帯的な加算の種類を増加させている。また、介護のマンパワー不足と専門性の担保から、福祉・介護職員処遇改善手当を横付けで予算化している。社会福祉法人が経営する介護老人福祉施設等における会計処理や内部留保の問題などもあり、2015（平成27）年度の報酬改正ではマイナス改正となった。それは、2005（平成17）年の介護保険改正で示された「地域包括ケアシステム」の実現に向け、介護を必要とする高齢者の増加に伴い、居宅サービス、施設サービス等の増加に必要な経費を確保することであった。その結果、平成27年度介護報酬改定においては、介護職員の処遇改善、物価の動向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、▲2.27%の改定率となった。

5 持続可能な高齢者介護制度を目指した検討について

1) 2025年を見据えた「地域包括ケアシステム」について

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい人生を送れる社会を目指して、2025（平成37）年を目途に、「地域包括ケアシステム」が提起され、そして介護保険制度の活用方法が変わりつつある。2025（平成37）年は、第一次ベビーブームと呼ばれる1947年～1949年に生まれた「団塊の世代」の人たちが、75歳以上の後期高齢者になる。その数が、800万人になると予測されている。地域包括ケアシステムは、この少子高齢化に対応するために国の重点政策として位置付けられた。

地域包括ケアシステムの仮説として、まず、高齢者の中には、住み慣れた地域や自宅で日常生活を送ることを望む人が多くなると想定する。また、地域内で介護が必要な高齢者を円滑に支援するには、家族等や地域の医療機

関、介護の人材が連携し合い、状況に応じて助け合う必要が出てくる。そこで、地域における「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」の5つのサービスを一体的に提供できるケア体制を構築することが、地域包括ケアシステムなのである。それは、地域の実情や特性に合った体制を整えていくものである。全国一律ではなく、各地域で高齢化の頂点を想定し、その地域が目指すケアシステムを計画するものである。ここでいう「地域」とは日常生活圏域を指し、高齢者の住居が自宅であるか施設であるかを問わず、健康に関わる安心・安全なサービスを24時間毎日利用できることが目的である。

この地域包括ケアシステムを確立し、少子高齢化の進行により予測される問題に対処するために、地域住民の相談窓口として「地域包括支援センター」が創設された。その後、2011（平成23）年の同法改正（施行は2012年4月から）では、条文に「自治体が地域包括ケアシステム推進の義務を担う」と明記され、システムの構築が義務化された。2015（平成27）年の同法改正では、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療と介護の連携推進、地域ケア会議の推進、新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」の創設などがあった。

厚生労働省は、2014（平成26）年3月の地域包括ケア研究会報告書において、地域包括ケアシステムの構成要素と「自助・互助・共助・公助」について以下のようにまとめている¹⁶⁾。

その項目以下に要約する。

表3 地域包括ケアシステムの構成要素

- ① **【住まいと住まい方】**
生活の基盤の住まいが整備され、本人の希望に沿った住まい方が地域包括ケアシステムの前提である。
- ② **【生活支援】**
心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などの要因があっても、尊厳ある生活ができるように生活支援を行うこと。
- ③ **【介護・医療・予防】**
個々人に合わせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」の専門職による提供。ケアマネジメントに基づき、生活支援と一体的に提供。
- ④ **【本人・家族の選択と心構え】**
「住まいと住まい方」「生活支援」「介護」「医療」「予防」の5つの構成要素には含まれないが、単身・高齢者のみ世帯が主流で、在宅生活を選択する意味を理解し、心構えを持つこと。
- ⑤ **【費用負担による区分】**
「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などの負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」こと以外に、自費による市場サービスの購入も含まれる。「互助」は、相互に支え合い、制度的に裏付けのない自発的なものであり、主に住民やボランティアに支えられている。
- ⑥ **【時代や地域による変化】**
「自助・互助・共助・公助」は、時代とともに範囲や役割を変化させていく。2025年には、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより増加することが予想され、「自助」「互助」の概念や範囲、役割に新しい形が求められる。

（参考：地域包括ケア研究会、2014）

このように、「地域包括ケアシステム」をみると、まるで「地域丸ごと・我が事」のように、地域の中での高齢者の生活が担保され

るかのように見える。介護保険制度の財政状況を見ると、保険料が2013（平成25）年ベースで一人当たりの月の全国平均が4,500円程度で、介護給付費が8兆円強であった。推計で見ると、2025（平成37）年は、介護保険料が全国平均で8,200円程度、介護給付費は21兆円を超えると国は想定している。介護給付費においては、10年少々で3倍近い数値を示している。現在における被保険者の数は増加するが、2025年には全人口が減少してくるため被保険者の割合が高まるであろう。自己負担額も増加してくるのが当然である。

この「地域包括ケアシステム」の充実が、超高齢社会の重点施策とされ、その実現のために2005（平成17）年の介護保険法の改正で組み立てられたのが「地域包括支援センター」である。

表4 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、介護保険法で定められた、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関である。各区市町村に設置される。センターに保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士等が配置され、専門性を生かして相互連携しながら業務にあたる。法律上は市町村事業である地域支援事業を行う機関であるが、外部への委託も可能である。多くは、市町村の社会福祉協議会に委託されている。要支援認定を受けた者の介護予防マネジメントを行う介護予防支援事業所としても機能する。

（筆者作成：2018）

同センター制定の基本的な考え方は、在宅介護支援センターの全国組織の報告書¹⁷⁾にその原型がある。厚生労働省は、増え続ける医療・介護・福祉などの費用を抑えるため、自己負担の割合を増やし、医療や福祉から介護部分を切り出して介護保険制度を創設し

た。これは、現実に対して制度が後追いするという、対症療法的な対応であったと言えよう。そして、団塊の世代が高齢者となる近い将来に制度的な限界が来るとして、予防に軸足をおいた政策に転換したのである。

その運営面をみると、在宅介護支援センター等で行われていた相談業務等を外部委託できることになった。専門的な知識を持つ職員により相談業務が行われている。人口が10万人を超える都市や小規模自治体の一部は外部の法人（社会福祉法人等）に対して、それぞれ地域毎に委託運営されているが、委託形式の場合、その機能において一定の制限がある為に虐待等の発見及び対処が十分にされない場合がある。さらに、相談援助を希望してきた高齢者及び家族に対する地域の事業所紹介が運営受託法人優先になる可能性もあり、利用者・関係事業者への公平な対応がなされていない場合があるとされている。

受託法人が社会福祉法人に事実上限定されるために、特定の法人による地域への影響力が増す事例もある。

地域包括支援センターが「地域包括ケアシステム」実現の切り札になるのか、筆者の社会福祉法人経営実践の中で一例に過ぎないが現実がいかにあるかを概観する。

表5 地域包括支援センターサブセンターの事例

【地域包括支援センターサブセンターの事例】

〇県T市における地域包括支援センターである。T市は人口約10万5千人で、高齢化率が概ね26%である。T市がセンターの運営をT市社会福祉協議会に委託運営している。T市役所内にセンターの本部があり、T市を東西南北に分けて中学校区を目安に4つのサブセンターを置き特別養護老人ホームを運営している社会福祉法人に委託している。サブセンターがより地域に近い所でニーズを把握し、本部と連絡調整の業務を行っている。そこでは、介護予防を

中心とし、リスクのあるケースには早急に介護サービスに結び付けることを重点的にしている。

筆者の福祉法人経営実践では、サブセンターを受託し特別養護老人ホーム内に設置している。法人職員の社会福祉士1名が、T市地域包括支援センターへの出向という立場で業務についている。前身は、在宅介護支援センターである。サブセンターが対象とする中学校区には、小学校が4カ所ある。一つの小学校区の世帯数は、1,000～1,300世帯程度である。合わせると4,000世帯を超える規模である。この規模を、一人の社会福祉士がコーディネーターとして担当している。単純に考えても物理的に介護予防的な業務が可能かどうか、疑念が常にある。民生委員・愛育委員・連合町内会・各町内会・青壮年団などのフォーマル・インフォーマルな組織との連携や、市の保健師・高齢介護課との連携が不可欠である。

(筆者作成：2018)

次に、サブセンターの活動内容を見る。

表6 サブセンターの活動内容

サブセンターの課題実践の事例として、「小地域ケア会議」の役割や意義について連合町内会の会議で本部のコーディネーターと共に1時間を超える時間をかけるが、町内会の意識の醸成、介護予防について「何度も、何度も」説明しても温度差があり、かなりの労力を必要としている。このような集団に対しての啓発は、まだ浸透する可能性が高いと言える。それに対して、個別的な対応を必要とするケースであると、他の専門職との連携や実際に介護サービスに結び付けなければならないこともある。時間もかかり理解を進めることに困難な場合もある。

また、サブセンターの所属ではあるが基本は法人からの出向であり、公平性の確保も慎重にしなければならない。原則、利益供与の無いように、利用者の意思を十分尊重しなければならない。

(筆者作成：2018)

この事例を見ても、地域包括支援センターのサブセンターであっても対象地域の世帯・人口の多さ、介護予防の意義の啓発の困難さ、個別ケースでの利用者主体、センターの公平中立性の遵守等々多くの厳しさの中でコーディネーターの日常業務が展開されている。バーンアウトもあり得る。果たして、センターが置かれた状況で「地域包括ケアシステム」が出来上がるのだろうか。筆者は、福祉法人経営実践の観点からしても「長く大きな道のり」のように感じている。ただし、これは1事例にすぎず、検証されているものではない。

さらに、介護保険法の改正の中で平成27年度からの制度改正は、その後大きな影響を与えることとなった。この改正に至る過程について、今一度、介護保険法の制定・介護保険制度のこれまでの内容について整理する¹⁸⁾。

介護保険法は、2000（平成12）年4月に施行され、これまで次のような改正を行ってきた。2005（平成17）年改正（2006〔平成18〕年4月施行）介護保険は、施行から5年後を目的に、必要な見直しを行うこととされていた。社会保障審議会介護保険部会にて、「制度の持続可能性」「明るく活力のある超高齢社会の構築」「社会保障の総合化」を基本的視点として検討を重ね、法改正により主に以下の点について見直しを行った。

「予防重視型システムへの転換」

「施設給付の見直し」

「医療と介護の連携の強化等」

「介護人材の確保とサービスの質の向上」

「高齢者の住まいの整備等」

「認知症対策の推進」

「市町村（保険者）による主体的な取り組みの推進」

このような経過を経て、2014（平成26）年改正（以下、平成27年度介護保険法改正）の

大きな変化に至ることとなる（図1）。

平成27年度の改正（見直し）は、2008（平成20）年1月の社会保障国民会議の報告を元に、同年12月の「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」に端を発する。2012（平成24）年8月に、社会保障制度改革推進法が成立。年金、医療、介護、少子化の4分野での改革の基本方針が明記され、介護保険については、「介護サービスの効率化・重点化、保険料負担の増大の抑制を図る」とされた。改革の推進のために、「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」が、2013（平成25）年12月に成立。そして、制度改革の全体像と進め方を具体化に、「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（以下、医療介護総合確保推進法）」が、2014（平成26）年6月に成立した。

医療介護総合確保推進法は、介護保険法や

医療法などの法律を一括して改正するもので、「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」に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う」ことを趣旨とした。平成27年度介護保険法改正は、この法律によりなされた。

平成27年度の介護保険法改正の概要は次の通りである。

ここでは、地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化として

- ①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（介護予防訪問介護、介護予防通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化
- ②特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）について、在宅での生活が困難な中重度

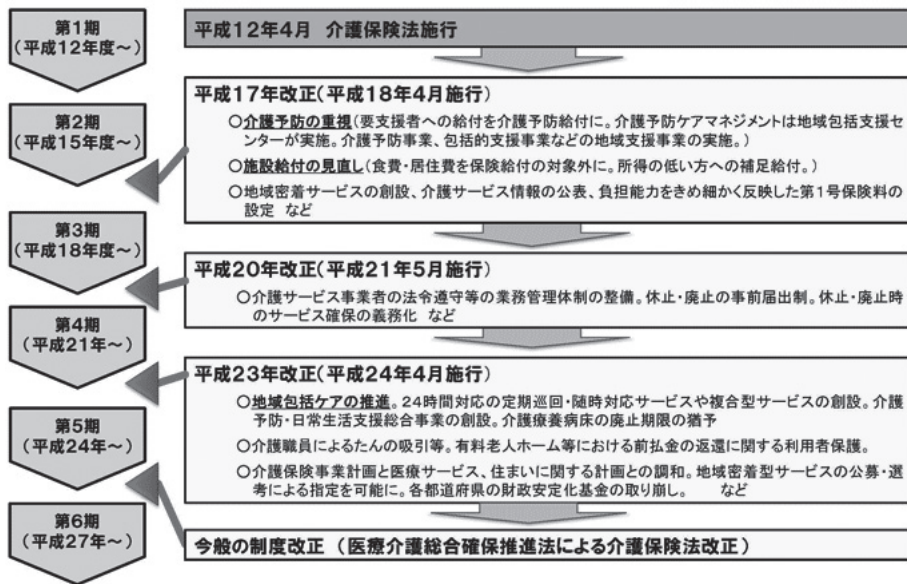


図1 これまでの介護保険制度の改正の経緯

(出典：厚生労働省資料を改編、2014)

の要介護者を支える機能に重点化

- ③低所得者の保険料軽減を拡充
- ④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する補足給付の要件に資産などを追加であった。

地域包括ケアシステムや特別養護老人ホームの利用に係る重要な事項は、として在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（介護予防訪問介護、介護予防通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化させこととした。

サービスの種類や内容、人員基準・運営基準、介護報酬（単価）などが全国一律となっている予防給付のうち、介護予防訪問介護、介護予防通所介護について、地域支援事業の介護予防・生活支援サービス事業の「訪問型サービス」「通所型サービス」として見直した¹⁹⁾。

また、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）のサービスと、予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせ利用することとした。

特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化した。平成27年4月より、原則、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）への新規入所者を、要介護3以上の高齢者に限定し、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を図ることとした。既に入所している者は、継続して入所が可能とした。要介護1、要介護2の者でも、やむを得ない事情により、市町村の適切な関与の下、特例的に特別養護老人ホームに入所することが可能であ

る。

これら法改正の具体的な内容において、課題は「地域包括支援センター」の機能と力量の乖離をどう解決していくかということである。また、特別養護老人ホームの入所要件が大きく変更になったことが国民の生活にどのような影響と負担を及ぼすかが懸念された。

特に従来の特別養護老人ホームの入所要件であれば、入所定員に対して要介護1～5の高齢者が3倍近くに膨れ、その待機問題が大きくクローズアップされていた。しかし、要介護3以上という足きりがなされ、入所要件が厳しくなることが「生活権の担保」という課題を新たに露呈させた。さらに、要介護1・2の高齢者を地域社会の中で支えることがいかに大きな課題であるかも提起した。平成27年度の法改正後の特別養護老人ホームの入所申込状況は以下の通りである²⁰⁾。

表7 特別養護老人ホームの入所申込者の状況

		単位 万人
全体		29.5 (100%)
うち在宅の方		12.3 (41.7%)
うち在宅でない方		17.2 (58.3%)

(出典：厚生労働省、2017)

表8 特別養護老人ホームの入所申込者の状況

	単位	要介護3	要介護4	要介護5	計
全体	人	115,270	103,658	76,309	295,237
	%	39.0	35.1	25.8	100.0
うち在宅の方	人	56,750	40,356	26,118	123,224
	%	19.2	13.7	8.8	41.7
うち在宅でない方	人	58,520	63,302	50,191	172,013
	%	19.8	21.4	17.0	58.3

(出典：厚生労働省、2017)

このデータは、平成29年3月27日に厚生労働省老健局高齢者支援課が、特別養護老人ホームの入所申込者の状況として公表したも

のである。そこでは、調査結果として「特別養護老人ホームについては、介護の必要性がより高い中重度の要介護者を支える機能を重視する観点から、平成27年4月より、新規に入所する者を、原則要介護3～5の者に限ることとする制度改正を行いました。今回の調査では、この新制度下での入所対象者数に該当する申込者の数を集計し、とりまとめたところです。」と述べている。この時の都道府県別の待機者状況を、待機者が多い順と少ない順にみると以下のとおりである。

表9 特養における都道府県別待機者数

待機者の多い順		待機者の少ない順	
1 東京都	24,815人	1 佐賀県	2,083人
2 神奈川県	16,691人	2 鳥取県	2,084人
3 兵庫県	14,983人	3 石川県	2,244人
4 北海道	12,774人	4 福井県	2,294人
5 大阪府	12,048人	5 高知県	2,584人

(出典：厚生労働省、2017)

この数字は、平成27年度の法改正後のものであり、要介護3以上の入所要件による。それゆえ、この改正以前であれば要介護1～5の入所申込者は倍以上に膨らむものと推量できる。

また、平成30年3月に福祉医療機構が「特別養護老人ホームの入所状況に関する調査²¹⁾」の結果について公表した。これによれば、平成27年度の法改正の影響で入所待機者が減少の傾向を示しているとした。しかしながら、ベッド数に対して1.7人という待機状況があり、一定期間の待機が必要であるとした。さらに、地域によっては空床という状況も見受けられるとしている。

これらの調査により断定はできないが、国が進めてきた介護給付費の抑制、特別養護老人ホーム利用の限定化がみえる。そして、要介護1・2の高齢者が地域で暮らすことが主軸

となり、そのための資源の開発等が進んでいるだろうか懸念する。しかし、待機者の現実には変化していない部分もあり、かつ、地域生活を支える方法が十分かどうかは確認できていない。

いずれにしろ、平成27年度の法改正が介護保険の在り方を政策誘導したという現実を確認することができよう。このことをマイナスの政策誘導と捉えがちであるが、ここでは「福祉の思潮」や社会福祉基礎構造改革による普遍的な福祉サービスという視点から、福祉の理念論として捉えなおしてみる。

社会福祉の理念として、「収容主義」の打破であったノーマライゼーションから見るとどうであろうか。

特別支援教育の教育理念が先行したメインストリーミングからインテグレーションへと、教育がなされていない子供たちを本流に、そして統合教育へとという思潮がある。その次に、ノーマライゼーションからインクルージョンとなり、普遍化から全ての子供たちを包摂した教育へとという思潮である。

国際障害者年の「完全参加と平等」というスローガンにより、ノーマライゼーションの思潮が全世界に広がった。アメリカのADA法により障害の社会モデルの確立、ICFへとつながる。そして、障害のある人もない人も包摂するインクルーシブ社会の構築へと進んできた。ノーマライゼーションは、デンマークのバンク・ミケルセンが知的障害者福祉法で提唱したが、周知のように源流は第2次世界大戦における「民族差別・迫害」にあった。スウェーデンのニルシエが障害者のあるべき生活を体系化し、さらに、カナダのヴォルフエンズベルガーがノーマライゼーションの理念と構造を設計した。それは、ノーマライゼーションは理念論だけでなく、障害者の環境・構造の改革を示した構造論でもある。

こうした福祉の理念・思潮を高齢者に対して試みる。我が国の老人福祉事業の生成と変遷から、高齢者の福祉の原初は、戦前の救護法や戦後の生活保護法による「養老院」による。1963（昭和38）年に老人福祉法が制定され、1960年代後半に「特別養護老人ホーム」が各地で創設される。そして、1971（昭和46）年の「社会福祉施設緊急整備5か年計画」で急増する。具体的な支援の方法としては、1980年代初頭に「老人ホーム処遇論」（全国社会福祉協議会）²²⁾などが著されるが、劣等処遇の感を免れない。そして、介護福祉士資格が制定され、処遇から介護へと変遷する。増大する高齢化への対応として「高齢者保健福祉十か年戦略」や介護保険法・制度の制定により今日に至っている。この流れを見る時、救貧的な収容主義から「生活の質を大切にす

であるとも言えよう。このことは、児童福祉・教育、障害者福祉の思潮と同様に流れてきているとも考えられる。共通していることは、最初は区別した存在や扱い方、地域社会から収容入所、一定水準の生活が担保されれば自立生活へという流れである。これは、民間社会福祉事業が先駆的であり、その後制度化され、そして主体性を支える制度へという道程と同様である。

こうしてみると、持続可能な介護保険制度を目指すうえで現在の「地域包括ケアシステム」の課題は過渡期の渦のごときとも考えられる。さらに、「共生社会」を目指している。何より、国民の理解と制度政策がうまく合致することが肝要であると考えられる。

2) 人口減少の節目に当たる2040年の高齢者介護の未来

2025年には団塊の世代が75歳以上になり、最も後期高齢者人口が多い時代を迎える。そ

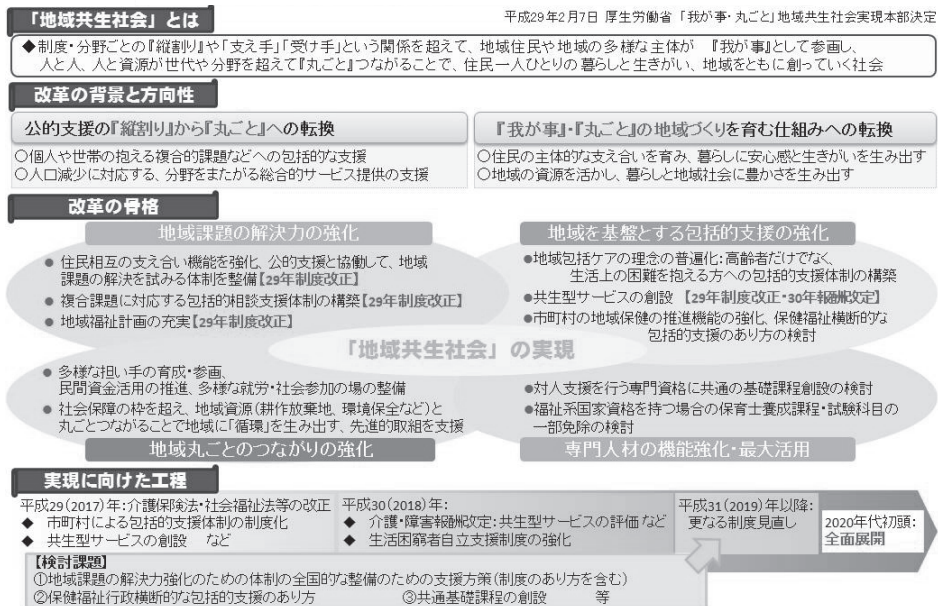


図2 地域共生社会の概要

（出典：厚生労働省、2017）

れゆえ、「地域包括ケアシステム」を円滑に機能させることで超高齢社会を乗り切ることを目指してきている。更に、「地域共生社会」の構築が加えられた。また、持続可能な介護保険制度にするため介護保険サービス利用の要件の変更がなされてきた。以下、地域共生社会について、その実現について整理する。

「地域包括ケアシステム」は、介護保険による、介護予防や要介護1・2の高齢者が地域で暮らすことを目途としている。さらに、厚生労働省は、改革の基本として「地域共生社会」の実現を掲げ、「ニッポン一億総活躍プラン」(2016年)や、『『地域共生社会』の実現に向けて(当面の改革工程)』(厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部、2017年)に基づいて、その具体化に向けた改革を進め始めた²³⁾。

(1) 「地域共生社会」の背景

かつて我が国では、地域の相互扶助や家族同士の助け合いなど、地域・家庭・職場という場面において、支え合いの機能が存在していた。社会保障制度は、社会の変化に応じて、それぞれの対象者の生活に必要な機能ご

とに、公的支援制度として、人々の暮らしを支えてきた。

我が国では、高齢化や人口減少のため、人々の生活の支え合いの基盤が弱まっている。誰もがお互いに存在を認め合い、支え合うことで、その人らしい生活を送ることが求められている。

また、人口減少の波は、多くの地域社会で社会経済の担い手の減少を招き、それを背景に、耕作放棄地や、空き家など、様々な課題が顕在化している。地域社会の存続への危機感が生まれ、人口減少を乗り越えるために、地域社会全体を支えていくことが、重要となっている。

「地域共生社会」とは、このような社会構造の変化や人々の暮らしの変化や、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民が主体として参画し、暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すものである。

(2) 「地域共生社会」の実現に向けた改革の骨格

「地域共生社会」の実現に向けた今後の改

○ 介護保険制度は、制度創設以来17年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.6倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.3倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

① 65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2017年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,446万人	1.6倍

② 要介護(要支援)認定者の増加

	2000年4月末		2017年4月末	
認定者数	218万人	⇒	633万人	2.9倍

③ サービス利用者の増加

	2000年4月		2017年4月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	381万人	3.9倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	93万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		80万人	
計	149万人	⇒	488万人※	3.3倍

※ 居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの。並びに、介護保険施設。(出典：介護保険事業状況報告) 地域密着型介護老人福祉施設、特定入所者生活介護(地域密着型含む)、及び認知症対応型共同生活介護の合計。 3

図3 介護保険制度開始以降の対象者・利用者数

(出典：厚生労働省、2017)

革の骨格は以下の項目のとおりで、取組みの進捗は以下の通りである。「地域共生社会」の実現に向けた今後の改革の骨格は以下の項目のとおりで、取組みの進捗は以下の通りである。

地域課題の解決力の強化については、地域住民による支え合いと公的支援が連動した包括的な支援体制の構築を目指し、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り、社会福祉法が改正された。(2018年)

①地域丸ごとのつながりの強化

「地域丸ごとのつながり」の具体的取組を普及する観点から、平成29年度から「保健福祉分野における民間活力を活用した社会的事業の開発・普及のための環境整備事業」を実施し、その中で、地域経済活動の活性化と参加者の健康増進、自立支援等の実現を目指す事業の支援に取り組むこととした。

②地域を基盤とする包括的支援の強化

高齢者と障害児者が同一の事業所でサービ

スを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置づけた。(2018年)

③専門人材の機能強化・最大活用

厚生労働科学特別研究において、保健医療福祉の共通基礎課程のあり方について検討を進めていくこととした²⁴⁾。

④今後の検討課題

当面の改革工程では、2019（平成31）年以降の改革について、以下の検討課題がある。

- ・地域課題の解決力強化のための体制の全国的な整備のための支援方策の検討（制度のあり方を含む）
- ・保健福祉行政横断的な包括的支援のあり方の検討
- ・保健医療福祉の共通基礎課程の検討

3) 持続可能な財政の検討

2000（平成12）年に始まった介護保険制度の対象者利用者の変遷を、厚生労働省は、以下左頁の表により説明している。

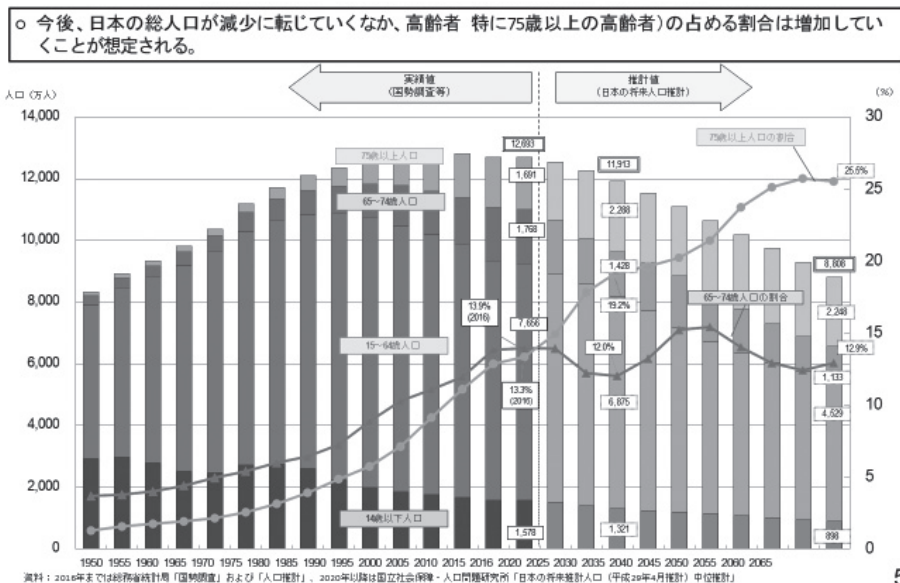
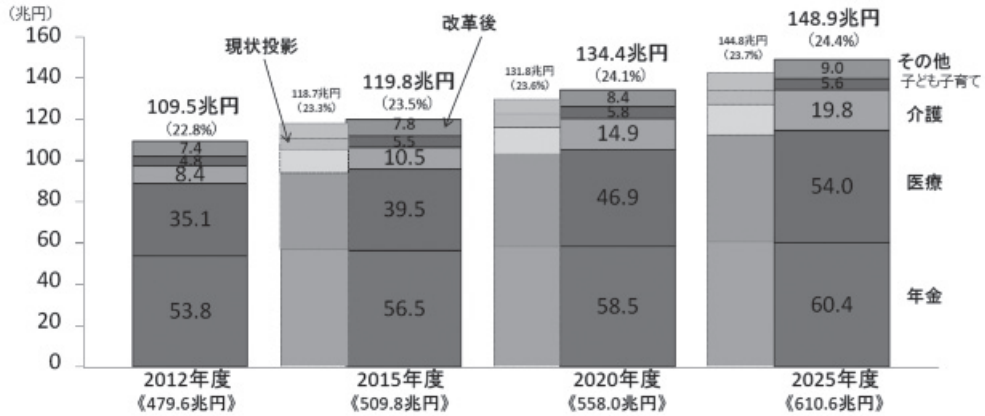


図4 75歳以上の高齢者の推計

(出典：国立社会保障・人口問題研究所、2017)

○給付費に関する見通し

給付費は2012年度の109.5兆円(GDP比22.8%)から2025年度の148.9兆円(GDP比24.4%)へ増加。



注1:「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。
 (ただし、「Ⅱ 医療介護等」の保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策) および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。
 注2:上図の子ども・子育ては、新制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子どものための現金給付、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診等を含めた計数である。
 注3:()内は対GDP比である。《 》内はGDP額である。

図5 社会保障に係わる費用の将来推計

(出典：内閣府、2012)

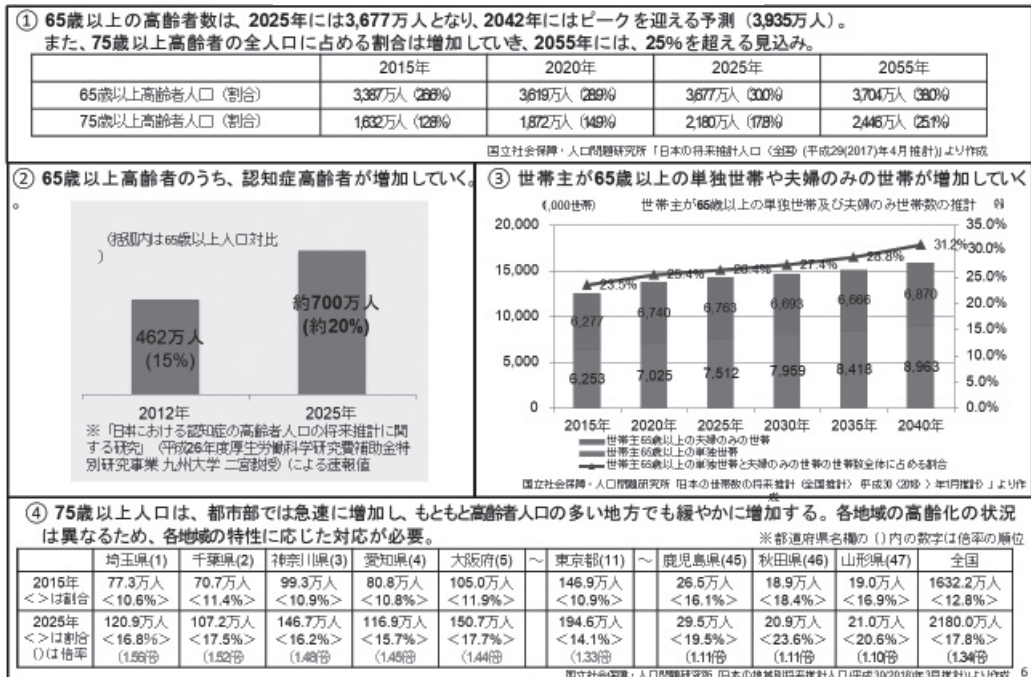


図6 今後の介護保険をとりまく状況

(出典：厚生労働省、2012)

注目すべき点は、2025（平成37）年まで75歳以上の人口は増え続ける。しかし、2025（平成37）年を境にして国全体の人口は大きく減少していく推計である。その中の65歳以上の人口の割合は増えるとされている²⁵⁾。

この表から読み取れる最も危惧されることは、2040（平成52）年を過ぎると高齢者が減少していくが、それまでの間は全人口の減少が激しく高齢者が占める割合が確実に増加していくことである。2015（平成27）年から人口減少社会が進んでおり、いわゆる現役世代が高齢者を支える負担が莫大に増えていくと予測される。

表10 日本の人口推移

年次	人口（1,000人）				割合（%）
	総数	0～14歳	15～64歳	65歳以上	
2015 (H27)	127,095	15,945	77,282	33,868	26.6
2020 (H32)	125,325	15,075	74,058	36,192	28.9
2025 (H37)	122,544	14,073	71,701	36,771	30.0
2030 (H42)	119,125	13,212	68,754	37,160	31.2
2035 (H47)	115,216	12,457	64,942	37,817	32.8
2040 (H52)	110,919	11,936	59,777	39,206	35.3
2045 (H57)	106,421	11,384	55,845	39,192	36.6

（出典：国立社会保障・人口問題研究所抜粋、2017）

次に社会保障に係る費用の将来推計について、内閣府は2012（平成24）年3月に以下のことを取りまとめて、社会保障制度の改革の方向性を示した。

これらの推計から2025（平成37）年の段階においても、7年間で45兆円の増加が予測されている。さらに、負担の額を見ても下図の通り重くのしかかっている。

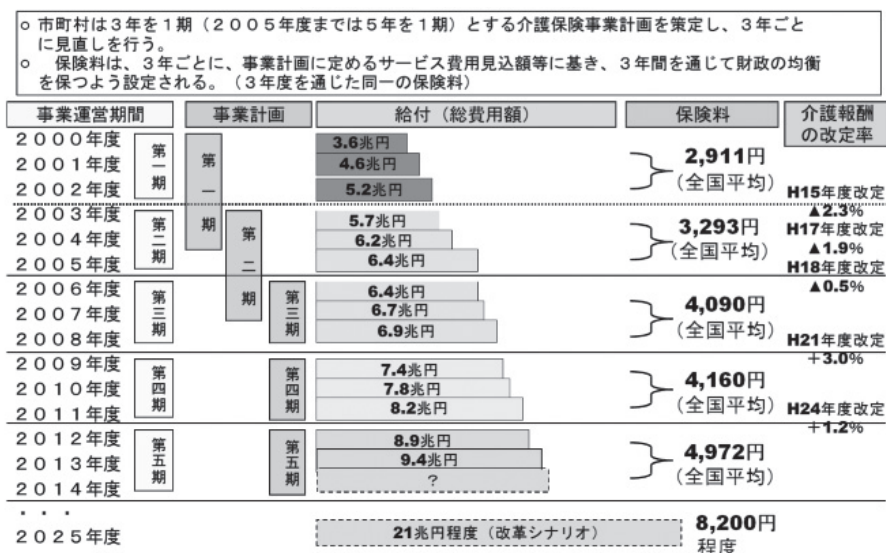


図7 介護給付と保険料の推移

（出典：厚生労働省、2012）

これらの表から、人口の推計と財政上の大きな課題についてまとめる。

表11 人口の推計の課題

人口の推計の課題	
1	2025（平成37）年に75歳以上の人口が最も多くなり、ピークとなる。
2	日本全体の人口は2015（平成27）年代を境にして減少傾向を増す。
3	2025年～2040年までは、75歳以上人口は増え、総体における割合も増える。これは、総人口が減少するので割合が増えてくる。
4	2040（平成52）年を過ぎると高齢者の人口も減少する。

表12 財政・財源上の課題

財政・財源上の課題	
1	2000（平成12）年介護保険制度施行以来、暫時、給付費全体が増大してきた。
2	社会保障関係費（医療・年金・介護・福祉）が、加速度的に増大している。
3	高齢者人口の増加に反して、生産労働年齢人口が減少するため高齢者のみならず国民全体の負担の割合が激増すると予測される。

このように人口推計と財政との相関性を雑駁にみると、人口の急速な高齢化による財源の増大、財源不足がある。そして、将来人口減少に伴いさらに財政的に厳しい状況を迎えるであろう。どのような「持続可能なシステム」が構築できるのであろうか。現在進行形の「地域包括ケアシステム」や「我がこと丸ごと共生社会」が有効性を持つだろうか。

特に今日のように、地域・コミュニティが崩壊しインターネット社会の進展により、従来の地域が持ってきた機能の再生は厳しいと考える。持続可能なシステムを仮説的に考えると、一つは福祉サービスの性格、もう一つは供給主体の在り方により持続可能を模索す

る。それは、次のようにまとめることができる。

- ①地域包括ケアシステムや共生社会のシステムは継続して実施
- ②政策的な人口論の取組み
- ③福祉サービスの差別化。官製市場の福祉給付サービス、社会市場²⁶⁾ 27) の福祉サービス、市場経済のサービスの峻別
- ④供給主体を非営利組織と営利組織に分けること

この4つの観点からすると、供給主体が今までの社会福祉法人の福祉サービスと、営利に近い社团的な供給主体、営利組織に分化していくのではないだろうか。そうなれば国民・利用者が福祉サービスを選択して、どの商品を買うのかということである。2000（平成12）年の介護保険の施行、2003（平成15）年の支援費制度の施行により、社会福祉基礎構造改革が全面的に実行された。それは、官製市場から徐々に社会市場への移行であった。2025（平成37）年を予測すれば、官製市場で残る福祉サービスと社会市場に殆どが移行する福祉サービスが併存していくものと考ええる。

6 まとめ 持続可能な高齢者介護制度を目指した課題提起

1) まとめ

本稿においては、今日の我が国の高齢社会の進展において、介護保険制度の将来にわたる持続性の在り方などが問われていることについて整理した。2025年を転換点とする激動の少子高齢社会において、介護保険制度の持続可能性について論究し、これからの高齢者介護制度の本質的な視点を明らかにし、動向の分析をすることを目的とした。

そのために、我が国の老人福祉事業の生成

を踏まえた「老人福祉」の守備範囲を確認した。老人の生活をどのように支えてきたかを明治期以降から現代までを整理した。

次に、社会福祉の基礎構造とは何かを確認し、「社会福祉基礎構造改革」についてまとめた。そこでは、介護保険制度の始まりと、サービス提供の仕方が「措置制度」から「利用契約制度」に変化することと、その意義について福祉サービスに変遷してきたことが確認できた。

介護保険法の役割や介護保険制度、介護報酬の意義や役割、そして改正されてきた経緯についてまとめた。同時に、人口推計などの変化による法・制度・報酬の改正のベクトルについて整理した。

「団塊の世代が75歳以上になる2025年」の推計を確認し、それに向けての「地域包括ケアシステム」の有効性と限界性について推論をした。

さらに、2025年から始まる人口の急激な減少の推計のもとに、「共生社会づくり」が柱とされているが、何より財政と国民の自己負担率が大きな課題であることを確認した。そして、将来に渡っての人口推計を俯瞰しながら、財政との関連で「持続可能な介護保険制度」について考察してきた。

2) 持続可能な高齢者介護制度を目指した課題提起

そこで、持続可能な高齢者介護制度を目指した高齢者福祉対策の提言を以下の通りとする。

①地域包括ケアシステムや共生社会のシステムは継続して実施することは必要不可欠であろう。しかしながら、地域包括ケアシステムはうたい文句としては多く出てきているが、現実には十分機能していないであろう。それを補完するための「共生社会」づくりを、

今以上に工夫して住民主体でかつ政策的な進め方が必要である。

②政策的な人口論の取組みとして、子どもを育てやすい環境づくりのための計画や次世代支援計画などの充実が必要。何より、ワークライフバランスに力点を置くべきであろう。

③福祉サービスの差別化を図ることである。官製市場の福祉給付サービスと、社会市場というまだまだ未成熟だが、福祉サービスが供給されるマーケットを明確化することが必要である。なぜなら、福祉サービスの供給主体の多様化により市場が変革し拡大する。そのことが、福祉サービスの質量に影響するからである。

④福祉サービスを、制度上同一事業をどのように利用していくかが重要である。③と関連して多様化にどのように対応していくかである。

⑤供給主体を非営利組織と営利組織に分けることは、同一社会福祉事業でも、供給体によって中身や処理の仕組が異なってくる。福祉サービスの供給主体・組織の継続的な経営とは、供給主体の違いにより状況が異なってくる。社会福祉の使命を十分に担保していくことが重要である。

今後は、社会福祉法人の福祉サービスと、営利に近い社团的な供給主体、営利組織に分化していくのではないだろうか。このことは、国民・利用者が供給主体の変化した福祉サービスを選択して、どの商品を買うかということである。とすれば、富を持つ者が利用する福祉サービスと、富を持たざる者が利用する福祉サービスは区別されるであろう。これは、諸外国の福祉国家が辿ってきた道である。そうした時に、国民の最低限度の生活の保障、セーフティネットとしての社会福祉そのものを根幹から揺るがすものである。国の財政基

盤と国民の福祉ニーズのマッチングを、福祉マネジメントがいかに円滑に進めるかである。政策に基づく経営、そして臨床が必要ということである。ここにおいては、今日までの「社会福祉観」の変革が迫られてくるのである。

2000（平成12）年の介護保険の施行、2003（平成15）年の支援費制度の施行により、社会福祉基礎構造改革が全面的に実行された。それは、官製市場から徐々に社会市場への移行であった。2025（平成37）年を予測すれば、官製市場で残る福祉サービスと社会市場に殆どが移行する福祉サービスが併存していくものとする。

ここまで見てきたように、我が国においては急速な高齢化に対して従来の社会福祉の基礎構造では対応し得なくなった。介護保険制度と共に福祉の給付の方法が、措置制度から利用契約制度に代わり、社会福祉基礎構造改革がなされた。この構造改革で、福祉サービスの市場が変化した。さらに続く少子高齢社会への対応として地域包括ケアシステムや共生社会づくりを進めている。これを政策的に実現するには、国家財政の大きな予算化と国民の高福祉に対する了解とパラダイムの転換が必要である。持続可能としていくには、福祉サービスが供給される市場の整理が必要である。同時に、これからの福祉サービスの市場の在り方が問われてくるものと提起する。

このように「持続可能な介護制度」について、提起を行うものである。社会福祉学は社会科学であり、社会が実験室である。これからの高齢者介護制度の歩みが、持続可能かどうかは、まさに社会と歴史が証明するはずである。本稿は、高齢者福祉の歴史や介護保険制度の現状、人口推計や財政の将来を見通して提言するものであり、その有効性については、現時点では限界が多くあることを確認し

ておく。

注・参考文献

- 1) 全国社会福祉協議会、老人福祉施設協議会：老人福祉施設協議会五十年史、21、全国社会福祉協議会、東京、1984
- 2) 前掲載書1)、22
- 3) 前掲載書1)、47
- 4) 前掲載書1)、48
- 5) 前掲載書1)、78
- 6) 前掲載書1)、98
- 7) 厚生省五十年史編集委員会：厚生省五十年史（記述篇）、583、中央法規出版、東京、1988
- 8) 前掲載書1)、114
- 9) この福祉需要の解釈には、三浦文夫のニード論による「貨幣的ニード」と「非貨幣的ニード」への福祉サービスの供給ということが広く論じられた。三浦文夫：社会福祉政策研究、全国社会福祉協議会、東京、1997
- 10) 吉田久一：社会事業法・社会福祉事業法の成立、日本社会事業短期大学研究紀要、25、41、1979
- 11) 厚生労働省：社会福祉基礎構造改革について（社会福祉事業法等改正法案大綱骨子）、東京、1999
https://www.mhlw.go.jp/wwwl/houdou/1104/h0415-2_16.html（最終閲覧日：2018.9.10）
- 12) 芝田英昭：社会福祉法の成立と福祉市場化、立命館産業社会論集、36（4）、12-25、2001
- 13) 厚生労働省：社会福祉法人制度の見直しについて（案）、第12回社会福祉法人の在り方等に関する検討会 資料、東京、2014
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougai>

- hokenfukushibu-Kikakuka/0000048373.pdf
(最終閲覧日：2018.9.10)
- 14) 厚生労働省：政策レポート 戦後社会保障制度史、東京
<https://www.mhlw.go.jp/seisaku/21.html>
(最終閲覧日：2018.9.10)
- 15) 国立社会保障・人口問題研究所：16 老人福祉、日本社会保障資料Ⅳ(1980 - 2000)、国立人口社会保障研究所、東京、2005
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/kaidai/16.html>
(最終閲覧日：2018.9.10)
- 16) 地域包括ケア研究会：地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業 報告書、三菱UFJリサーチ&コンサルティング、東京、2014
https://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8.pdf
(最終閲覧日：2018.9.11)
- 17) 全国在宅介護支援センター協議会：福祉サービストレンド これからの在宅介護支援センターの在り方—これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方に関する検討委員会報告書、東京、2004
<http://www.zaikaikyo.gr.jp/siryu/pdf/001.pdf> (最終閲覧日：2018.8.26)
- 18) WAM：これまでの介護保険制度の改正の経緯と平成27年度介護保険法改正の概要について、東京
<http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/kaigo-seido-0904.html> (最終閲覧日：2018.7.15)
- 19) 衆議院：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の概要、厚生労働省老健局資料、東京、2015
<http://www.shugiin.go.jp/internet/>
- itdb...nsf/.../18620140625083.htm
(最終閲覧日：2018.9.11)
- 20) 厚生労働省：特別養護老人ホーム入所申込者の状況、厚生労働省老健局高齢者支援課資料、東京、2017
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000157884.html> (最終閲覧日：2018.9.13)
- 21) WAM：経営サポートセンター リサーチグループ 調査員 守川美咲子、特別養護老人ホームの入所状況に関する調査の結果について、東京、2018.3.29
https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads//rr17020_3.pdf
(最終閲覧日：2018.7.10)
- 22) 全国社会福祉協議会・老人ホームにおける入所者処遇に関する研究会編：老人ホーム処遇論、全国社会福祉協議会、東京、1979
- 23) 厚生労働省：地域共生社会の実現に向けて、東京、2017.2
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit-suite/bunya/0000184346.html>
(最終閲覧日：2018.7.25)
- 24) 大西弘高研究代表など：医療関係職種養成課程内容共通度の調査研究、東京、2018
<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum...>
(最終閲覧日：2018.8.17)
- 25) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口(平成29年推計)、厚生労働統計協会、東京、2017
- 26) 社会福祉士養成講座編集委員会：福祉サービスの組織と経営 第5版、中央法規出版、東京、2018
- 27) 京極高宣：社会保障と日本経済「社会市場」の理論と実証、慶応義塾大学出版会、東京、2007

