

介護保険の10年

佐藤卓利

目次

- 1 介護保険以前の介護
 - (1) 家族介護
 - (2) 措置制度による介護
 - (3) 医療のなかでの介護—社会的入院
 - (4) 介護保険への期待
- 2 介護サービス市場の創出
 - (1) 介護サービス市場の特徴
 - (2) 介護サービス市場の拡大
 - (3) 介護サービス市場のなかの営利企業
 - 1) コムスン事件
 - 2) 大手企業の売上増大
 - 3) 小規模事業者の倒産
 - 4) 目立つ指定取り消し
 - 5) 有料老人ホームの経営難
 - (4) 介護サービスを担う労働者
- 3 介護保険の運営
 - (1) 中央政府（厚生労働省）による統制
 - (2) 市町村（基礎自治体）による運営
 - (3) 住民の参画

1 介護保険以前の介護

(1) 家族介護

介護保険が施行された2000年以前の介護について、まず振り返ってみよう。「介護」の一般的な定義を『社会福祉辞典』（大月書店、2002年）から引くと、「心身の障害によって、日常生活が一部または全般にわたって不自由な状態となった人に対して、その人に代わってその不自由になった部分に対して援助することであり、その援助過程そのものを指す」（野口典子）とある。この定義にもとづけば介護の対象者は、高齢者に限られるものではないが、介護保険はサービス利用者を65歳以上の高齢者と40歳以上の「特定疾病」をもつ人に限定しているので、以下の叙述では、介護の対象者を高齢者に限定して論じることにする。

『福祉社会事典』（弘文堂、1999年）の「介護労働」の項では、「公的な文書に介護の用語が登場したのは老人福祉法の制定を求めた『老人福祉施策の推進に関する意見』（1962）であり、『広辞苑』に採録されたのが1983年だという」（春日キスヨ）と述べているから、「介護」という言葉によって人々が一般的にイメージするのは高齢者に対する介護であり、その言葉が社会的に定着するのは、1970年代から1980年代にかけてと見てよいであろう。このころまで、介護の場は家庭であり、介護の担い手は家族であった。

家族による介護は、家事労働の一部であり、家族の中の私事と見られていた。したがって介護を身内の女性が担うことも、その労働が無償であることも当然のように考えられていた。そして妻や娘や嫁が、家の中で病床に伏す夫や父や舅姑の介護をすることが、わが国の古くからの習慣であるとの誤解が広く流布していた。脳卒中などの脳血管疾患（1950年代から70年代まで死因の第1位であった）で倒れた高齢者は、入院することも少なく在宅で療養し、医師の往診がなされても注射や点滴などによる水分と栄養補給が主であり、比較的短期間に肺炎などで死亡することが多かったと言われている。したがって家族の介護もその期間で終了することが一般的であった。

医師の岡本祐三は、小津安二郎監督の名作『東京物語』（1953年）を題材にして、このころの日本の家族関係と家族介護の現実を論じている。昔は在宅で長期の介護を受ける「寝たきり老人は」はいなかった、というのが岡本の主張である¹⁾。しかし、その後の国民皆保険制度の発足（1961年）による医療費負担の軽減と救命救急医療の進歩は、高齢者の長期生存を可能にしたが、皮肉なことに家族介護の負担を大きくすることにもなった。家族介護の誤解は、介護の当事者たちを苦しめることになったのである。

1968年に全国社会福祉協議会は、はじめて全国で「居宅寝たきり老人実態調査」を実施した。それによれば、「日常ほとんど寝ている高齢者は、およそ20万人（女性59%、男性41%）とはじき出された。このうち排泄に人手を借りなければならない人が55%と半数以上を占め、看病しているのは嫁49%、配偶者27%（妻が大部分）、娘14%であった²⁾」。この調査は、家族介護の実態を全国的にはじめて公にしたものと言えるが、それがはらむ矛盾が社会的に認識され、したがって社会的に解決されるべき課題であるとの認識が人々の間に定着するまでには、まだしばらくの時間を必要とした。同じ年に日本フェビアン協会が東京都に住む高齢者300人に調査をおこなったが、「老人ホームに関心がなく、いやな所、とする人が56%に上った。ホームヘルパーを知っている人は22%」という結果であった³⁾。社会福祉サービスとしての介護は、人々には「お世話になりたくないもの」として意識されていたと言ってよい。

（2）措置制度による介護

家族のいない、あるいは家族の介護を当てにできない高齢者に対しては、「福祉の措置」による介護がなされることになっていた。旧老人福祉法（1963年施行）の第10条の3は、「市町村は、65歳以上の者であって、身体上又は精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障があるものが、心身の状況、その置かれている環境等に応じて、最も適切な処遇が受けられるように居宅における介護等の措置及び特別養護老人ホームへの入所等の措置の総合的な実施に努めなければならない」と謳っていた。

旧老人福祉法の制定にあたって、それ以前に「生活保護法に位置づけられていた養老施設が養

護老人ホームという類型で引き継がれたほか、新しく特別養護老人ホームと軽費老人ホームという類型が付け加わった。養護老人ホームが、養老施設の流れを汲んで、経済的に困窮している高齢者を入所対象としていたのに対し、特別養護老人ホームは、心身の障害が著しいため常時介護を必要とするにもかかわらず居宅において養護を受けることが困難な高齢者を入所対象とした。これにより、我が国で初めて、経済的な状況にかかわらず介護を必要とする高齢者を養護する施策が、制度的に登場した」と『平成12年版 厚生白書』は述べている。

しかし現実には「当初掲げられていた意図どおりに順調に展開されたわけではなかった」と総括し、その原因を以下のように分析している。「介護を必要とする高齢者の数に比べて施設が不足したため、結果的に、入所は緊急度の高い低所得者等が優先された。また、入所に当たっては、所得調査を受けることが必要であり、一般の人にとって必ずしも利用しやすいものではなかった。このほか、世帯収入に応じた利用者負担が求められたことから、中所得者層にとって重たい負担⁴⁾となるといった問題も指摘されていた」。

その数の絶対的少なさや行政による優先順位づけが、利用者の低所得者・困窮者層への偏りをもたらすとともに、その処遇の低水準（個室が少なく、雑居部屋が多いなど）とも相まって、特別養護老人ホーム（特養ホーム）への入所に対する強い抵抗感を生み出していた。しかし高齢化の進展とともに家族介護の困難も深刻化し、特養ホームへの入所を申請した後、長期にわたって待機を余儀なくさせられる高齢者が増えていった。

1987年度東京都福祉局の『老人福祉施設における入所者の健康実態調査』によれば、入所待機している場所は、自宅が42.1%、病院が38.9%、その他が軽費老人ホームなどの他の施設であった。また別の調査は「病院からの入所が増加する傾向にある」と報告していた。「家族のなかには老人病院から特養ホーム入所を希望する人が少なくない。『ホームに入れるのは世間体が悪い。それより病院のほうが』といった偏見がなくなりつつあることも大きい。またいったん、特養ホームに入所すれば、退所を言い渡される心配がない」という介護を担う家族の意識変化が、1980年代には見られるようになった⁵⁾。

1990年代に入ると家族介護の矛盾が一層深刻化し、人々の間に介護の社会化への要求が広がり始めた。他方で、後に述べる「社会的入院」が、高齢者医療費の負担問題として議論されるようになった。こうした社会的背景のもとで、介護保険への誘導として措置制度への批判が強まることになったのである。

「社会福祉基礎構造改革」は、まさに措置制度をターゲットとして、その解体を狙うものであった。「社会福祉の基礎構造改革について（主要な論点）」（1997年11月25日）では、主な検討事項の1つとして「措置制度」が取り上げられた。そこでは「現行の措置制度は、一般的に事業の効率性や創意工夫を促す誘因に欠け、利用者にとってはサービスの選択や利用のしやすさの面で問題がある。また、事業者補助であるため透明性を欠き、これが腐敗につながる場合もある。このため、行政処分を行うことによりサービスを提供する措置制度を見直し、個人が自ら選択したサービスを提供者との契約により利用する制度を基本と必要がある」と主張された。

措置制度の評価をめぐるのは、それが時代遅れであり利用者の立場に立っていないという否定的意見と、憲法に定められた生存権とそれに対する国家責任を具体化した制度であるという肯定的意見の対立があった。しかし憲法の生存権の理念を具体化するはずの措置制度の運用が、財政

的制約と行政的管理によって利用者のニーズの量的・質的高まりに十分に応えられない現実の中で、介護の負担や不安に悩む人々、とくに中所得層以上の人々に介護保険への期待が強まっていたのである。

(3) 医療のなかでの介護—社会的入院

先にも述べたように1963年に実現した国民皆保険制度の下で、医療費負担の軽減が図られた。さらに1973年老人福祉法の改正により医療保険における高齢者の一部負担が公的に肩代わりされ、いわゆる老人医療費の無料化が実現した。このことは、高齢者にとっては経済的な心配をせずに医療にかかることを意味したが、同時に急速に医療ニーズを顕在化し拡大することにもなった。そうした中で、従来から在宅での介護負担に苦しみ、特養ホームへの長期の入所待ちに耐えていた高齢者やその家族が頼りにしたのは、医療保険がカバーする病院での療養であった。

措置制度による特養ホームへの入所においても、利用者および扶養義務者の所得に応じて利用料の徴収がなされるようになり、中高所得者層にとっては費用負担が入院を上回る事態が生じていた。また高齢者が相対的に多く加入する国民健康保険の財政赤字が深刻化していった。国民医療費のうち65歳以上の医療費を老人医療費として区別し、その伸び率が国民医療費全体の伸び率を上回り、年々その割合を増やしていることが問題視されるようになった。

国民医療費の増大と国民健康保険の財政の赤字が社会問題化するなかで、高齢者の長期入院に社会の関心が向けられるようになった。社会の関心は、まずマスコミを通じた老人病院などでの、薬漬け、身体拘束、雑居部屋などの劣悪な療養環境と人権無視の処遇への批判として高まった。さらに集中的な高度医療は必要なく、在宅での療養や通院でも生活可能であるにもかかわらず、在宅あるいは施設での受け皿がないため入院を続けざるをえない実態が「社会的入院」として問題視されるようになった。

社会的入院を解消するためには、医療が必要であっても急性期でない場合は、在宅での従来からの生活を維持し、家族や地域の人間関係を継続できる生活環境を確保する必要がある。その仕組みとして、地域での医療と介護の連携が構築されなければならない。しかし、1980年代から始まった現実の社会的入院の解消策は、医療費抑制政策であり、診療報酬の改定による長期入院抑制策や地域医療計画に基づく病床規制が進められた。そのため長期入院の高齢者が、その後の療養環境を考慮されることなく、病院から退院を求められるケースが広まったのである。

(4) 介護保険への期待

家族介護の深刻な実態は、「介護地獄」や「介護殺人」というショッキングな見出しでマスメディアにもたびたび取り上げられるようになった。他方で、北欧の進んだ高齢者福祉のレポートが頻繁に登場するようにもなった。市民の中にも女性を中心に介護の社会化を求める運動が広まり始めた。1990年の老人福祉法と老人保健法の改正によって、都道府県・市町村に「老人福祉計画」の策定が義務づけられた。「計画」作りは行政主導で進められ、コンサルタント会社への外注の事例も多く見られた。しかし事例が少なかったとはいえ「計画」の策定にあたって住民参加が追求され、住民の声が「計画」に反映されたケースもあった。

「1990年代は、住民が自分たちの暮らす地域で、年をとってもひとり暮らしでも、快適で安心

できる生活が可能となるような社会福祉の施設と在宅サービスのプランをつくり、その実現に向けて国や自治体に要求していくことが実践的な課題として意識されるようになった時代でもあった⁶⁾」と言えよう。

家族による私的な介護から社会によって支えられる介護へ、高齢者政策を転換する必要性と緊急性が、国政のレベルでも意識されるようになった。基本的な方向性としては2つの選択肢があったと言える。1つは従来の措置制度の使い勝手の悪さと利用者の意向を軽視する運用を、財源の大幅な投入と利用者の基本的人権＝市民的権利を尊重する運用へと転換する方向であった。もう1つは社会保険の方式により財源を確保し、消費者の権利と選択の自由を契約によって保証する公的介護保険の方向であった。

細川連立政権の国民福祉税構想の挫折（1994年2月）が、介護保険への方向を決定づけた。消費税率の引き上げによる財源確保が、当面不可能となったのである。その直後、厚生省に高齢者介護対策本部が設置され（同年4月）、7月には高齢者介護・自立支援システム研究会が発足、研究会は12月に社会保険方式による介護保険の骨子を提案した。

2 介護サービス市場の創出

(1) 介護サービス市場の特徴

1997年12月に成立した介護保険法は、2000年4月より施行され、老人福祉法の措置制度の規定は残しながら、介護サービスの利用は介護保険法にもとづくものが優先されることになった。介護保険では介護サービスの利用が、利用者と提供者（事業者）との契約にもとづくものとなった。介護は事業者から購入するサービスとなったのである。

契約にもとづくサービス利用がスムーズになされるために、利用者を援助する介護支援専門員（ケアマネジャー）という新しい職種が作られた。サービスの質のチェックは、介護サービスの情報や知識が利用者と提供者の間では均等ではなく、利用者が十分に提供されるサービスの質をチェックし選択することが難しいという「情報の非対称性」の問題もあって、市場メカニズムだけでは解決できないため、行政の監督が義務づけられた。また契約当事者としての能力が不十分な人には、それを補うものとして「成年後見制度」等の「地域福祉権利擁護事業」の創設がなされた。

おおまかに言えば、市場メカニズムによる介護サービスの需給調整と、それを補完する所得支持制度（介護給付）および公定価格制度（介護報酬）、消費者主権を保証する消費者保護行政、これらが措置制度に取って代わった介護保険制度の経済的骨格であった。

介護サービス市場は、1990年代にイギリスで実施され始めた医療制度改革「NHS（国民保健サービス）改革」において導入された準市場の特徴を備えていると言われる。それは①サービス供給者には非営利団体に加えて営利企業も含まれ顧客を求めて競争する、②消費者が直接サービスを購入するのではなく公的部門が購入し配分する、③サービスの選択に当たっては家庭医（GP）などの専門家が関与するなどの点において純粋な市場とは異なっている。

以上の特徴を介護保険と照らし合わせてみると、①については、在宅サービス部門には株式会

社等の営利企業の参入が認められ、これまでサービスを提供していた社会福祉法人等の非営利法人との競争が始まった。②については、費用の9割が保険給付されるという「利用者補助方式」であり、イギリスのような公的部門による「サービス購入方式」ではない。③については、介護保険の導入にあたってはケアマネジャーという新たな職種が生まれ、サービス利用にあたってはケアプランの作成が義務づけられた。

(2) 介護サービス市場の拡大

2000年のスタートから10年、介護サービス市場は大きく拡大した。介護サービス市場は、介護保険がカバーする範囲と、それ以外の全額自己負担によるサービスの購入部分からなるが、ここでは介護保険がカバーする範囲を中心に論じる。

この10年間の介護サービス市場の拡大をいくつかの指標で見よう。介護保険の費用総額は、2000年の3.6兆円から2010年の7.9兆円へ2.2倍。要介護認定者の数は、218.2万人から479.9万人へ2.2倍。65歳以上の被保険者（第1号被保険者）数は、2165万人から2882万人へ1.3倍。65歳以上の平均保険料月額は、2911円から4160円へ1.4倍。施設の利用者数は、51.8万人から83.4万人へ1.6倍。居宅サービスの利用者数は、97.1万人から290.3万人へ3⁷⁾倍などである。

介護サービス事業者の全国的な概況を、厚生労働省の『介護サービス施設・事業所調査結果の概況』から見ておこう。介護保険施設は、2000（平成12）年10月において介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が4,463施設、介護老人保健施設が2,667施設、介護療養型医療施設が3,862施設であった。それが2008（平成20）年10月において、それぞれ6,015施設（35%増）、3,500施設（24%増）、2,252施設（16%減）となっている。利用者数は、それぞれ416,052人、291,931人、92,708人で、合計数は、800,691人である。開設主体別で見ると、介護老人福祉施設は、5,503施設（91.5%）が社会福祉法人、介護老人保健施設は2,577施設（73.6%）が医療法人、介護療養型医療施設は1,809施設（80.3%）が医療法人である。施設については、営利企業の参入は認められていない。

営利企業の参入が認められた居宅サービスでは、営利企業の市場シェアが大きくなっている。2008（平成20）年現在で訪問介護は、全国で20,885事業所あるが、そのうち営利法人（会社）は、11,498事業所でシェアは55.1%である。通所介護は、全国22,366事業所のうち第1位は、社会福祉法人9,230事業所（41.3%）で、次いで営利法人9,081事業所（40.6%）である。とくに営利法人のシェアが高いのは、有料老人ホームなどでのサービスにあたる特定施設入居者生活介護で、2,876事業所のうち1,976事業所（68.7%）、福祉用具貸与が4,974事業所のうち4,457事業所（89.6%）、特定福祉用具販売が5,027事業所のうち4,678事業所（93.1%）などである。

(3) 介護サービス市場のなかの営利企業

1) コムスン事件

介護保険は、とくに居宅サービス事業と介護用具レンタル・販売事業における営利企業の拡大を促した。しかし介護サービス市場が急速に拡大するなかで起きたコムスン事件によって、営利企業に対し世間から厳しい批判の目が向けられることになった。

コムスン事件は、訪問介護事業所の指定を受ける際に職員数を水増しするなど虚偽の申請をし

たことが発覚し、2007年6月に厚生労働省が同社の事業所の継続や開設を認めない処分を下したことで、事業継続ができなくなり、親会社のグッドウィルが介護事業から撤退、コムスは解体され、その事業は他の法人・企業に引き継がれることになった事件である。この騒動は、ホームヘルパーなどの介護労働者の低賃金と劣悪な労働条件が、介護報酬の切り下げにより一層深刻化し、人手不足が事業拡大の桎梏となるなかで、とりわけ事業におけるモラルを欠いた営利企業が引き起こしたものであった。介護サービス市場における営利企業の存在とあり様については、措置制度に代わる介護保険のメリットとして強調された「競争による質の向上」と事業についての「事前規制から事後チェックへ」に関わる本質的問題であり、その実際の事業分析を踏まえて評価が下される必要がある。

2) 大手企業の売上増大

ここでは、大手介護関連企業の業績を見ておこう。2007年にコムスの訪問介護事業所の指定打ち切りと解散、その事業の他事業者への分割譲渡がなされた。コムスから事業譲渡を受けた業界最大手のニチイ学館は、2008年度3月期決算では、事業継続にともなう初期費用の増大により、営業利益が前年比マイナス9.5%の18億2千万円となった。また介護報酬のマイナス改定の影響により介護関連部門の売上も780億2千7100万円、前年比マイナス1.7%となったものの、利益率は2.3%を確保した。

2009年度、同社の介護関連部門の売上高は997億2100万円と前年比25.2%の高い伸びとなったが、これは事業譲渡を受けた旧コムスの居住系介護事業が寄与したものである。営業利益は、居住系介護施設の新規オープンにともなう先行費用の発生により、7億5千8百万円の損失を計上した。業界第2位のベネッセホールディングスの売上高は403億5千4百万円、営業利益は26億3千5百万円、利益率6.5%、3位のツクイは、それぞれ361億7千9百万円、16億3千6百万円、4.5%であった。⁸⁾

3) 小規模事業者の倒産

他方、小規模事業者の苦境が目立つ。2009年度の訪問介護事業者の倒産件数は、24件で前年度(13件)の倍近い件数となった。24件のうち16件が従業員5人未満の事業者であった。介護保険が発足した2000年度から03年度までは倒産した事業者は、1件のみであったが、06年度14件、07年度21件と近年増加傾向にあり、06年度の介護報酬マイナス改定と単価の低い介護予防事業の新規実施が影響しているものと考えられる。24件の倒産企業は、小規模企業が多く、業績不振や低収益などから再建の可能性が乏しく21件が「破産」を選択した。⁹⁾

4) 目立つ指定取り消し

また介護事業所の指定取り消しが営利企業に著しく偏っている。厚生労働省は、2010年3月5日に開催した「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」で、08年度の介護サービス事業者の指定取り消しが、過去最高の116件に上ったことを明らかにした。その内訳は営利法人96件(82.8%)、特定非営利活動法人6件(5.2%)、医療法人12件(10.3%)、社会福祉法人1件(0.9%)、地方公共団体1件(0.9%)であり、圧倒的に営利法人の数が多い。2000年度からの累積件数を見ると、全体で699件、うち営利法人513件(73%)、特定非営利活動法人55件(7.9%)、医療法人70件(10.0%)、社会福祉法人36件(5.6%)、地方公共団体8件(1.1%)、その他17件(2.4%)であった。

主な指定の取り消し理由は、介護給付費の不正請求、設備や人員の基準を満たしていない、虚偽の報告などであるが、指定の取り消しは悪質な場合であり、そこまでに至らない場合でも、サービスに対する改善勧告が出される。08年度の改善勧告総数は527件で、そのうち営利法人442件（83.9%）、特定非営利活動法人11件（2.1%）、医療法人35件（6.6%）、社会福祉法人39件（7.4%）であった。サービスの質の点でも営利企業に問題が集中していることがわかる。¹⁰⁾

5) 有料老人ホームの経営難

営利企業の経営問題を有料老人ホームについて見てみよう。有料老人ホームは、老人福祉法に規定された老人ホームであるが、施設ではなく自宅と同じような住居とみなされ、営利企業でも経営が可能である。このような施設を特定施設と言い、そこで提供される介護サービスは居宅サービスとなる。特定施設には有料老人ホーム以外にも、ケアハウスや養護老人ホームが含まれる。

介護保険開始直前の2000年3月31日現在で、特定施設の数には150事業所であったが、10年4月30日現在で3,281事業所がWAM NET「介護事業者情報」に全国の集計結果として掲載されている。小竹雅子『介護情報 Q&A 第2版』（岩波ブックレット）によれば「有料老人ホーム（民間有料老人ホーム）は、全国に2,671施設あり、入居しているのは約11万人（2007年度）」である。有料老人ホームには、「健康型」「住宅型」「介護付」の3タイプがあり、介護保険による特定施設入居者生活介護の指定が受けられるのは「介護付」のみである。

有料老人ホームの設置者は、老人福祉法により都道府県に届け出の義務を負っているが、届け出のある有料老人ホームは、3タイプ合わせて09年3月現在4,110施設（定員20万2千に）に達している。¹¹⁾ 同年4月末に厚生労働省の指示で都道府県が調査したところ、無届け施設が446施設あった。¹²⁾ 不動産や建設などの異業種からの参入も多く、なかには悪質な業者もあり、入居者とのトラブルも目立つ。「全国の消費生活センターに寄せられた苦情は、07年度で327件と過去最多。08年度は集計中だが、400件に迫る勢いで、記録が残っている98年度の5倍以上」と報道されている。¹³⁾

異業種から参入し、経営の見通しもノウハウもないまま、有料老人ホームの急増による競争の激化のなかで、経営困難に陥るケースが増えている。経営譲渡により事業が継承されるならまだしも、最悪の場合は施設の閉鎖という事態となり、入居者が転居を余儀なくされ途方にくれるという事態も起きている。読売新聞によれば2006年度以降、少なくとも65の有料老人ホームが閉鎖され、事業主体が変わったケースを含めると342件に上る。¹⁴⁾¹⁵⁾

高齢者の生活を支えるサービスを民間企業に委ね、その質を「事前規制」ではなく競争による「事後チェック」で担保するという、市場メカニズムの介護サービスへの導入は、きわめて危ういものである。規制の強化が求められている。

(4) 介護サービスを担う労働者

介護保険の導入を契機に介護労働者の性格も大きく変容した。ここでは、利用者の居宅で介護サービスに従事するホームヘルパーに焦点を当て、その労働の変容を跡づけ現状を確認する。

措置制度においては、サービス提供の公的責任原則により、ホームヘルプ事業は基礎自治体である市町村が直接行うか、あるいは社会福祉法人等に委託され行われていた。その内容は、厚生省（当時）が定めた「老人ホームヘルプサービス事業運営要綱」（1995年改定）に示されていた。

それは、大きく分けると1) 身体の介護に関すること、2) 家事に関すること、3) 相談、助言に関することであった。費用負担に関しては、所得にもとづく段階的な費用徴収がなされていたが、生活保護世帯、所得税非課税世帯は無料、最高段階で1時間当たり920円であった（1996年度）。

介護保険が導入されて、それまでの老人福祉法によるホームヘルプサービスは、「やむを得ない事由により介護保険法に規定する訪問介護を利用することが著しく困難であると認めるとき」（老人福祉法 第10条の4）にのみ利用可能な例外的なものとなった。先にも述べたように、株式会社等の営利企業の参入が可能となり、利用者は提供者からサービスを購入するという仕組みが一般化した。

介護保険への移行をにらんで1997年に国から市町村への補助金方式が変更された。それまでヘルパー1人当たり年額で算定されていた定額の補助金が、「身体介護」と「家事援助」に分けられ1時間単位の事業実績で算定されるようになった。97年度はそれぞれ2,860円、2,100円であったものが、2000年度の介護保険の介護報酬単価では、4,020円と1,530円となった。この単価では、措置制度の下で正規雇用していたヘルパーを、介護保険制度の下で、同一条件で雇用し続けることは困難であった。この補助金方式の改定は、介護保険の導入を前に、居宅介護事業者にヘルパーの賃金・雇用条件の変更を迫るものであった。介護保険の導入を契機に、ヘルパーのパート化が進められ、非正規雇用が一般化することになった。

ヘルパーの賃金は、事業主とヘルパーの雇用契約によって決まるが、雇用主は介護報酬から必要経費を引いた範囲で利潤を考慮して、賃金額を決めることになる。介護報酬は3年ごとに見直されるが、03年と06年の改定では報酬単価が引き下げられた結果、訪問介護（ホームヘルプサービス）部門の赤字が構造化した。事業者は、通所介護など他の事業の収益からの繰り入れで、経営を維持せざるを得なかった。厚生労働省は、介護報酬設定のための基礎資料を得ることを目的に、「介護事業経営概況調査」を実施したが、2004（平成16）年と、05（平成17）年の「調査の概要」によれば、訪問介護の損益比率は04年がマイナス1.3%、05年がマイナス0.8%であった。

訪問介護事業の構造的赤字は、ヘルパーの賃金・労働条件にしわ寄せされた。介護労働安定センターの「介護労働実態調査」によれば、ヘルパーの非正社員の割合は、06年の53.7%から07年の60.1%に増えた。所定賃金は、05年206,800円、06年191,250円、07年186,863円と悪化の一途をたどった¹⁶⁾。

介護保険制度の下では、ヘルパーに限らず介護職種全体が、低賃金労働者である。厚生労働省の「2008年賃金構造基本統計調査結果」では、介護支援専門員（ケアマネジャー）の平均月額賃金は250,700円、福祉施設介護職員は203,400円、ホームヘルパーは194,400円であった。介護業界の低い賃金水準が、介護職員の高い離職率（およそ20%）、と短い勤続年数（平均4年程度）の原因となっている。

低賃金と労働条件の厳しさから、介護業界は慢性的な人手不足に悩み、介護の質の低下が深刻な問題となっている。このような事情を反映して、09年度の3回目の介護報酬改定では、はじめて3%の増額がなされたが、「焼け石に水」と言わざるを得ない。

介護労働者の処遇がどの程度改善したのかについて、厚生労働省は2010年1月に実態調査の結果を明らかにした。それによれば、ヘルパーを含む介護職員の平均月額賃金は、約8,900円増の

199,854円であった。¹⁷⁾一方、介護労働者の労働組合である日本介護クラフトユニオンの調査では、訪問系介護職員の賃金を、改定前の09年3月と改定後の8月と比較した結果が報告されている。月給制組合員は、163,869円から169,491円へ5,622円（3.4%）増、時給制組合員は、身体介護が1,325円から1334円へ9円（0.7%）増、生活援助が1,073円から1,096円へ23円（2.1%）増であった。¹⁸⁾3%の介護報酬の効果は薄く、とりわけパート労働者へは全くと言っていいほど効果がなかった。

多くの介護労働者の賃金・労働条件は、個別的労使関係によって決められ、何ら社会的規制がない。せいぜい地域別最低賃金が、下支えしているにすぎない。このような状態を放置しておくことは、介護保険制度をサービス供給の面から劣化させ、さらにサービス利用者の状態をも悪化させていくことになるであろう。

3 介護保険の運営

(1) 中央政府（厚生労働省）による統制

介護保険は、全面的な市場メカニズムの導入ではなく、準市場的性格を持つ仕組みである。その仕組みは中央政府が決定し、市町村はその制度の枠内で介護保険を運営しなければならない。

そのおもな特徴は、以下の3点である。①介護サービスの価格は、需要と供給で決まる自由価格ではなく、国（中央政府）が決める公定価格である。②介護サービス費用のうち利用者が負担するのは1割であり、残りの9割は税と保険料による公的負担である。③介護サービスの購入は自由ではなく、行政窓口での申請、訪問調査、コンピュータ判定（1次判定）、介護認定審査会による2次判定を経て、要介護度が決定される。その要介護度（7段階）ごとに決められる支給限度額の範囲で、ケアプランの作成をして、はじめてその利用が可能となる。

介護サービスの供給は、居宅サービスにおいては営利企業も含めた新たな民間企業の参入が可能になったと先にも述べたが、施設サービスにおいては非営利を原則とする社会福祉法人・医療法人等に限定されている。施設定員数については、国が示す参酌標準にもとづき都道府県（広域自治体）と市町村（基礎自治体）が作成する3年ごとの施設整備計画によって統制されている。特別養護老人ホームの建設費には、03年まで国の補助金が付き、補助金の付け方によってその定員数の統制が可能であった。

朝日新聞の調査によれば、全国の自治体の施設整備計画（2006～08年度）で立てられた介護保険施設の定員を約15万2千人分増やす計画は、実際は半分以下の約7万5千人分にとどまった。この背景を同紙は、以下のように伝えている。「施設整備が進まない背景には、建設時の補助金削減や運営費に充てる介護報酬の引き下げが響いている。従来は特養をつくる際は国が建設費の2分の1、都道府県が4分の1の補助金を出していたが、三位一体改革で国の補助金は04年度で廃止。税源が地方自治体に移されたが、財政が厳しい都道府県は介護施設に対する補助金を抑制しがちだ。また、介護ケアと医療の両方が必要な高齢者が長期入院する療養病床（介護型）は、計約1万1千人分増やす計画だったが、06年に国が医療費削減のため介護型を全廃する方針を打ち出したことで、逆に2万4千人分減った¹⁹⁾」。

特別養護老人ホームの待機者は、全国で36万人いると同紙は伝えているが、介護保険施行から10年たっても施設不足が解消されない大きな原因は、国の介護給付費・医療費抑制政策にある。介護保険制度の主設計者であり統制者である国の責任が問われるべきである。

（2）市町村（基礎自治体）による運営

介護保険は、市町村（基礎自治体）が運営している。市町村は、3年を1期とする介護保険事業計画を作成するが、それは介護保険サービスの各メニュー（訪問介護などの居宅サービス15種類、特別養護老人ホームなど施設サービス3種類など）の需要を過去の実績と整備計画を踏まえて予測し、国が示した公定価格である介護報酬（各サービスの単価）にもとづいて給付総額を見込む。3年間の給付総額の伸びを勘案して、各年度同額の保険料（第1号被保険者保険料）を算定するが、その収支は税（国が2分の1、都道府県と市町村がそれぞれ4分の1の分担）および第2号被保険者保険料を合わせて3年間で均衡させなければならない。

国は、市町村が3年ごとに給付に応じて保険料を改定し、それにより介護保険財政の安定を図るよう介護保険制度の設計を行った。給付に応じて保険料が決まる。つまりより多くの介護サービスを利用者が望み、市町村がそれに応じて給付を増やすならば、それは保険料に跳ね返る仕組みである。それはまた市町村と住民に、従来の措置制度ではほとんど意識されることがなかった介護サービスの「コスト」を意識させる仕組みでもある。したがって、介護サービスの自由な拡大は、それぞれの市町村の介護保険財政によって制約されざるを得ないものであった。

介護保険制度は、当初から給付の拡大を抑制する装置を内蔵していた。つまり保険財政の収支均衡の原理が、抑制装置として働くことが期待されていた。しかしサービス給付の拡大が保険料の値上げに跳ね返るこの仕組みのもとで、3年ごとの改定のたびに保険料の値上げがなされてきた。全国平均の月額保険料（基準額）は、第1期2,911円、第2期3,293円、第3期4,090円、第4期4,160円と値上げされ続けてきた。積極的に介護施設を整備し在宅サービスを充実した市町村ほど、保険料は高くなった。

保険料の値上げが未納者を生み、未納者の増大がさらなる保険料の値上げをもたらすという悪循環を恐れる厚生労働省は、介護保険制度の「持続可能性」の観点から、保険料の値上げを抑制するために給付の抑制を強めることになった。それが「保険者機能」の強化であり、「介護予防」の強調であった。

当初、介護保険は地方分権の「試金石」と言われ、市町村の自主的運営が期待されたかのようであったが、実際に手っ取り早い給付抑制の方法として行われたのは、厚生労働省による要介護認定基準の改定であった。2009年4月からの改定によって、それ以前よりも軽度で判定されるケースが多発した。介護認定審査会を運営する市町村からは、現場軽視の声も聞かれ、介護関係団体からの批判も広がったため、10月には再度の認定基準の改定がなされた。この間の厚生労働省の対応は、介護保険制度への信頼を揺るがすものであったと言える。

他方で、被保険者・利用者の側でも、保険料の支払いに加えて1割の自己負担が重く申し掛かり、サービス利用を自己抑制せざるを得ないケースを生んでいる。

(3) 住民の参画

介護保険事業計画の策定は、「市町村の自治行政能力と住民自身の自治能力」を試す絶好の機会であり、「住民参加による計画策定が真の住民自治への道筋を切り拓くものとなる」との期待²⁰⁾もあった。またこうした意気込みで計画の策定に取り組んだ自治体もあった。

確かに介護保険法第117条第5項（公布時）は、「市町村は、市町村介護保険事業計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、被保険者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるものとする」と規定しており、計画へ「被保険者の意見」が反映される仕組みとなっている。

ただし、市町村が介護保険法に従い介護保険事業計画策定委員会を設置したとしても、そのことが自動的に住民の介護保険事業への参画を保証するものではない。行政のもとに置かれた審議会・委員会が一般に、行政のシナリオにもとづいて運営され、行政による原案を承認する場になっていることが多いと言われるが、介護保険事業計画策定委員会の運営と審議内容について、住民サイドからの検証が必要である。現在、第4期の介護保険事業計画にもとづいて、介護保険事業が進められているが、当初の意気込みが継続し、市町村の事業運営が進められているのか、「市町村の自治行政能力と住民の自治能力」の自己評価と点検も必要な時期であろう。

注

- 1) 岡本祐三『医療と福祉の新時代』日本評論社、1993年、23-31ページ。
- 2) 福祉文化学会編『高齢者生活年表 1925-1993』日本エディタースクール出版部、1995年、48ページ。
- 3) 同上、49ページ。
- 4) 厚生省監修『平成12年版 厚生白書』ぎょうせい、2000年、120ページ。
- 5) 山口道宏編『東京で老いる』毎日新聞社、1994年、92ページ。
- 6) 佐藤卓利『介護サービス市場の管理と調整』ミネルヴァ書房、2008年、19ページ。
- 7) 「朝日新聞」2010年5月14日付
- 8) 「シルバー産業新聞」2008年6月10日付および2009年6月10日付
- 9) 「シルバー産業新聞」2010年5月10日付
- 10) 「介護サービス事業所に対する監査結果の状況」『平成22年3月5日 全国介護保険・高齢者保険福祉担当課長会議』提出資料、71-83ページ。
- 11) 「朝日新聞」2009年5月24日付
- 12) 「朝日新聞」2009年10月19日付
- 13) 「朝日新聞」2009年5月24日付
- 14) 「読売新聞」2009年12月18日付
- 15) 「同上」
- 16) 「シルバー産業新聞」2008年8月10日付
- 17) 「朝日新聞」2010年1月26日付
- 18) 「シルバー産業新聞」2009年11月10日付
- 19) 「朝日新聞」2009年6月9日付
- 20) 高橋信幸『介護保険事業計画と福祉自治体』中央法規出版、1999年、「はじめに」