

## 論 説

### 高齢者介護組織の外部環境

#### —「社会福祉法人制度」と「介護保険制度」による影響—

深 山 誠 也

(北海道大学大学院経済学研究院 准教授)

#### I はじめに

本研究は、わが国の高齢者介護組織が「なぜ」そして「どのように」経営されるのかを実証的に解明し、高齢者介護組織の経営に関する理論構築を目的としている。

本稿では、高齢者介護組織の経営を本研究の理論的枠組「資源、活動、価値基準の組織能力パッケージ」にもとづいて詳細に分析するための準備作業として、高齢者介護組織の外部環境について概観する。1990年代から2010年代に、高齢者介護組織の外部環境は大きく変化した。特に、「社会福祉法人制度」と「介護保険制度」は、高齢者介護組織に大きな影響を及ぼした。本稿では、1990年ごろから2018年ごろまでの「社会福祉法人制度」と「介護保険制度」に注目し、外部環境による高齢者介護組織への影響を明らかにする。

#### II 社会福祉法人制度と介護保険制度

##### 1. 社会福祉法人制度

###### (1) 社会福祉法人の概要

社会福祉法人は、社会福祉事業を行うことを目的として、社会福祉法の定めるところにより設立された法人である。社会福祉法人が行える事業は、社会福

事業、公益事業、収益事業の3つである<sup>1</sup>。

このうち社会福祉事業は、表1のように、第1種社会福祉事業および第2種社会福祉事業に分けられる。

第1種社会福祉事業は、特に公共性の高い事業であり、入所施設を経営する事業が該当する。入所施設は、社会的あるいは経済的に弱い立場の人々、あるいは心身面で援助が必要な人々が、終日生活のすべてを送るところである。食事やケアなどの処遇面や経営面で問題が生じると、直ちに入所者の生活や個人の尊厳に対して悪影響を及ぼすことになる。そこで原則として、国・地方公共団体または社会福祉法人のみが、第1種社会福祉事業を経営できる<sup>2</sup>。

第2種社会福祉事業の経営主体には制限はない。第2種社会福祉事業を行う際は、都道府県知事に届出をすれば済む。ただし、老人福祉法や児童福祉法などの個別の福祉各法によって、別途経営主体には制限が課されている<sup>3</sup>。

表1 第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業

	第1種社会福祉事業	第2種社会福祉事業
内容	利用者への影響が大きいため、経営安定を通じた利用者の保護の必要性が高い事業（主として施設サービス）	比較的利用者への影響が小さいため、公的規制の必要性が低い事業（主として在宅サービス）
経営主体	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行政および社会福祉法人が原則。施設を設置して第1種社会福祉事業を営もうとするときは、都道府県知事への届出が必要になる。</li> <li>・その他の者が第1種社会福祉事業を営もうとするときは、都道府県知事等の許可を得ることが必要になる。</li> <li>・個別法により、保護施設ならびに養護老人ホームおよび特別養護老人ホームは、行政および社会福祉法人に限定されている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・制限なし。すべての主体が届出することにより事業経営が可能となる。</li> </ul>

出所：厚生労働省『生活保護と福祉一般：第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業』に依拠して筆者作成。

<sup>1</sup> 蟻塚（2004），p.134。公益事業は、例えば無償または実費に近い対価で使用させる会館経営や保育士養成施設などがある。収益事業は、例えば売店、不動産賃貸事業などがある。

<sup>2</sup> 河野他編（2004），p.77。

<sup>3</sup> *ibid.*, p.78。

高齢者介護に関して、第1種社会福祉事業に該当するものは、老人福祉法上の養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームである。他方、第2種社会福祉事業に該当するものは、老人福祉法上の老人居宅介護等事業、老人デイサービス事業、老人短期入所事業、認知症対応型老人共同生活援助事業、および福祉サービス利用援助事業である。介護保険制度が導入されて以来、営利法人が参入している事業の多くは、この第2種社会福祉事業である。

社会福祉法人には様々な規制・監督と支援策が一体的に行われ、質の高いサービスの継続的・安定的の提供を確保する仕組みが組み込まれている。規制・監督に関しては、①事業に必要な資産を保有しなければならない、②事業収入は原則として社会福祉事業のみに充当され、③社会福祉法人の適正な運営を担保するため、役員解職請求や法人の解散命令などの強力な公的関与の手段が法律上与えられている、④経営が悪化するなどの一方的な事情による安易な撤退は認められない、⑤事業を実施するために供された財産はその法人の所有となり、事業を廃止した場合にはその財産は最終的に国庫に帰属することとなっている<sup>4</sup>。

他方、支援策に関しては、①地方自治体からの公的援助、補助金などを受けやすいこと、②所得税法などに基づく、法人税などの国税や地方税が非課税になるなどの税制上の優遇措置、③地方自治体からの委託事業を受けやすいことなどがある<sup>5</sup>。

## (2) 2000年社会福祉基礎構造改革

1990年代、高齢者介護等の社会福祉に対する国民の要求が高まり、社会福祉サービスの新たな提供システムが模索された。他方、財政赤字の解消への圧力も強まり、1997年の財政構造改革法によって社会保障支出を抑制する社会保障構造改革が提起された。そして、その一環として社会福祉基礎構造改革が推し進められた<sup>6</sup>。

---

<sup>4</sup> 蟻塚 (2004), p. 132。

<sup>5</sup> *ibid.*, 増田 (2004), p. 81, 河野他編 (2004)。

<sup>6</sup> 木下他編 (2017), pp. 178-179。

社会福祉基礎構造改革においては、「措置制度」を廃止し、「利用契約制度」への転換が主張された。その先鞭が、1997年の介護保険法（2000年実施）である<sup>7</sup>。社会福祉法人が行っている社会福祉事業の大部分は、とりわけ介護保険法の施行前において、措置という行政事務の委託を措置権者である行政から受けて行っているものであった。このため、社会福祉法人は、行政事務の受託者という性格が強く、社会福祉法人が自主的な判断によって事業経営の効率性や透明性を確保しようとする環境が整っていないのが実情であった<sup>8</sup>。

その後、介護保険をモデルに、障害者福祉、児童福祉等の領域も利用契約制度への転換を図るために1951年の社会福祉事業法が廃止され、2000年の社会福祉法が制定された<sup>9</sup>。

この社会福祉法では、「社会福祉法人は、社会福祉事業の主たる担い手としてふさわしい事業を確実に、効果的かつ適正に行うため、自主的にその経営基盤の強化を図るとともに、提供する福祉サービスの質の向上および事業経営の透明性の確保を図らねばならない」という、社会福祉法人の経営の原則に関する規定が新設された。

### （3）2016年社会福祉法改正

2000年の社会福祉基礎構造改革以後も、変化する福祉ニーズに対応するため、社会福祉の様々な制度改正が実施された。2016年3月、「社会福祉法などの一部を改正する法律」が制定された。同法律では、「社会福祉法人制度の改革」が規定された。

社会福祉法人制度の改革の目的は、「公益性・非営利性を確保する観点から制度を見直し、国民に対する説明責任を果たし、地域社会に貢献する法人の在り方を徹底する」ことにあった<sup>10</sup>。具体的な内容としては、①経営組織のガバナンスの強化、②事業運営の透明性の向上、③財務規律の強化、④地域における

---

<sup>7</sup> *ibid.*

<sup>8</sup> 社会福祉法令研究会（2001），p. 152。

<sup>9</sup> 木下他編（2017），pp. 178-179。

<sup>10</sup> 柴・國見（2021），pp. 35-36。

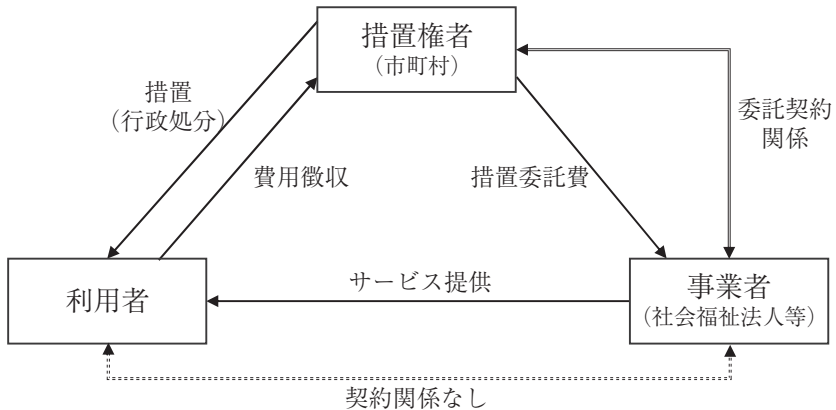
公益的な取り組み実施する責務，⑤内部留保の明確化と福祉サービスへの再投下要求，⑥行政監督の強化が含まれる<sup>11</sup>。

## 2. 介護保険制度

### (1) 措置制度と高齢者介護

戦後の日本では，高齢者介護の中心的な役割を担ってきたのは「措置制度<sup>12</sup>」を基本とする老人福祉制度である。

高齢者介護における措置制度は，特別養護老人ホーム入所やホームヘルパー利用などのサービスの実施に関して，行政機関である市町村が利用者の必要性を判断し，サービス提供を決定する仕組みである。その本質は行政処分である。費用の大部分は公費によって賄われるとともに，利用者に対しても所得に応じた費用徴収が行われていた<sup>13</sup>（図1）。



出所：千葉（2006），p. 36を参考に，筆者作成。

図1 措置制度の概念図

<sup>11</sup> *ibid.*, p. 41。

<sup>12</sup> 北場（2005），pp. 15, 247。

<sup>13</sup> 高齢者介護・自立支援システム研究会『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』（1994年12月），p. 77。

このシステムは、資金やサービスが著しく不足した時代において、サービス利用の優先順位の決定や緊急的な保護などに大きな役割を果たし、福祉の充実に寄与してきた<sup>14</sup>。しかし、措置制度に関しては、高齢者介護の状況が大きく変化する中で、次のような5つの問題点が顕在化していた<sup>15</sup>。

第1に、市区町村がサービス内容を決定する、いわゆる措置（行政処分）としてサービスを提供していたため、利用者が自らの意思でサービスを選択することができなかった<sup>16</sup>。

第2に、サービスの受給には資格審査（所得や家族関係など）を伴うため、利用に対する心理的抵抗をもたらした<sup>17</sup>。

第3に、財源は基本的に一般会計の財政収入であるため、財政的なコントロールが強く働き、予算の伸びが抑制される傾向が強かった<sup>18</sup>。

第4に、収入に応じて費用が徴収される応能負担のために、中高所得者の負担が重かった<sup>19</sup>。租税資金による行政措置であることや、介護を要する高齢者数に比べて施設が不足していたことを理由として、結果的に低所得者が優先された<sup>20</sup>。

第5に、社会福祉法人等の事業者にとっては、事業の効率性や創意工夫を促す誘因に欠けていた<sup>21</sup>。措置費は原則的に大幅な弾力運用が認められていなかった。その目的を限定して使うべきものであると認識されており、「予定された費用を使い切ることはよい運営をしている」と判断された<sup>22</sup>。このため、経営者の裁量は極めて限定的であった<sup>23</sup>。

---

<sup>14</sup> *ibid.*

<sup>15</sup> 岡本（2000），pp. 97, 100, 木下他編著（2017），pp. 130-131。

<sup>16</sup> 高齢者介護・自立支援システム研究会『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』（1994年12月），p. 77, 厚生労働省『厚生労働白書』（2016年度），p. 97。

<sup>17</sup> *ibid.*

<sup>18</sup> 高齢者介護・自立支援システム研究会『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』（1994年12月），p. 77。

<sup>19</sup> *ibid.*；厚生労働省『厚生労働白書』（2016年度），p. 97。

<sup>20</sup> 厚生省『厚生白書』（2000年度）。

<sup>21</sup> 社会福祉事業等の在り方に関する検討会『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）。

<sup>22</sup> 武居編（2014），pp. 19-21。

<sup>23</sup> 千葉（2006），pp. 11-12。

以上のような問題点をもつ措置制度による高齢者介護は、国によって意図的に確保された安定的な市場環境の中で展開され、事業者としての社会福祉法人に市場競争や経営戦略の発想は生じなかった<sup>24</sup>。

## (2) 介護保険制度

### ①介護保険制度の概要

介護保険制度は、「介護の社会化」を目的として創設された。急速な高齢化の進展に伴う要介護高齢者の増加や「社会的入院」などの問題により、介護ニーズはますます増大していた。他方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族の状況も変化していた。そこで、高齢者の介護の問題を一部の限られた人の問題として捉えるのではなく、社会全体で高齢者介護を支える仕組みとするために、1997年に介護保険法が制定され、2000年4月から施行された<sup>25</sup>。

介護保険法第1条では、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により」、「入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者」を要介護状態として認定し、そのような要介護の人々に対して、「これらの者が尊厳を保持し、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」ことを目的として、「必要な保険利用サービス及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制度」を設けることを規定している<sup>26</sup>。介護保険制度は、家族だけで支えることが困難となった要介護高齢者を社会全体で支援するために、措置制度による高齢者福祉ではなく社会保険の介護保険とすることで、介護サービスの供給と利用の拡大のためのより大きな財源を調達できる仕組みを構築したものである<sup>27</sup>。

制度の基本的な考え方は、図2に示すように、「自立支援」、「利用者本位」、「社会保険方式」の3つである<sup>28</sup>。

---

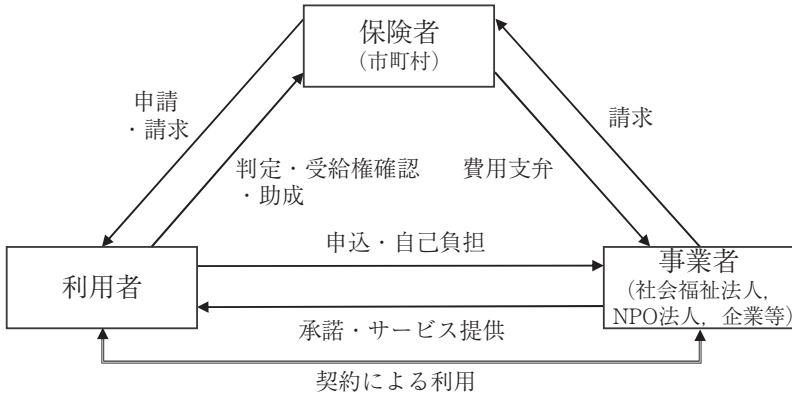
<sup>24</sup> 呉 (2015), p. 27.

<sup>25</sup> 厚生労働省『厚生労働白書』(2023年度), p. 43.

<sup>26</sup> 木下他編 (2017), p. 121.

<sup>27</sup> *ibid.*, p. 122.

<sup>28</sup> 厚生労働省『厚生労働白書』(2016年度), p. 98.



出所：千葉（2006），p. 49を参考に，筆者作成。

図2 介護保険制度の概念図

1つ目の「自立支援」とは、介護を必要とする状態（要介護状態）の高齢者に対して、単に身の回りの世話をするというを超えて、その有する能力に応じて、高齢者ができるだけ自立した生活を送れるよう支援することである<sup>29</sup>。

2つ目の「利用者本位」とは、利用者の選択により、多様な事業主体から保健医療サービスや福祉サービスを総合的に受けられるようにすることである<sup>30</sup>。要介護者が適切な介護サービスを受けられるように、介護支援サービス（ケアマネジメント）の手法を導入する。また、従来の老人福祉分野における措置制度を改め、介護サービスの利用手続きは、被保険者である要介護者とサービス事業者との間の利用契約制に変更する<sup>31</sup>。

3つ目の「社会保険方式」とは、介護サービスに関する給付と負担の関係を明確にする<sup>32</sup>とともに、介護費用の財源を安定的に確保するために、被保険者が共同連帯の理念に基づき公平に保険料を負担する方式である。社会保険方式

<sup>29</sup> 厚生労働省『厚生労働白書』（2016年度），pp. 98-99，一般財団法人厚生労働統計協会『厚生生の指標』68（10），pp. 152-153。

<sup>30</sup> 厚生労働省『厚生労働白書』（2016年度），pp. 98-99。

<sup>31</sup> 一般財団法人厚生労働統計協会『厚生生の指標』68（10），pp. 152-153。

<sup>32</sup> 厚生労働省『厚生労働白書』（2016年度），pp. 98-99。



の導入は、老人福祉分野における措置制度を、利用契約制度に切り替えるために行われた<sup>33</sup>。

介護保険制度の主な特徴は、以下の4つである。①利用者が自らサービスの種類や事業者を選んで契約を結んで利用すること、②介護支援専門員（ケアマネジャー）が介護サービスの利用計画（ケアプラン）を作り、医療・福祉のサービスを総合的に利用すること、③社会福祉法人だけでなく、民間企業、農協、生協、NPOなど多様な事業者によりサービスが提供されること、④利用者負担は、所得にかかわらず原則1割とすることである<sup>34</sup>。

介護保険制度は、保険者である市町村が運営するが、国がその仕組みの大枠を全国統一的に設計する。この統一的な大枠としては、1) 「被保険者」の規定、2) サービスの利用希望者に対して介護の必要度を測定する「要介護認定」、3) 測定された要介護度に基づき、利用するサービスの計画を立てる「ケアプラン」の作成、4) 介護保険で利用できる主な「介護サービスの種類と内容」、5) 介護保険の下で支払われる「介護報酬」がある<sup>35</sup>。

第1に、「被保険者」が規定される。表2に示すように被保険者は、第1号被保険者（65歳以上の者）と第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）に区分される。介護保険からの給付は、第1号被保険者が要介護状態または要支援状態と判断された場合と、第2号被保険者が老化に起因する疾病（特定疾病）に罹患し、要介護状態または要支援状態にあると判断された場合にそれぞれ行われる<sup>36</sup>。

第2に、「要介護認定」が行われる。利用者が要介護などの状態にあるかどうか、要介護状態にあるとすればどの程度かを確認するために、市町村が要介護認定を行う。まず、市町村が利用者からの申請を受ける。次に心身の状況等の調査を行うとともに、主治医の意見（主治医意見書）を聞いて、コンピュータ判定（1次判定）を行う。要介護度の一次判定は、高齢者に対してどれくらい

---

<sup>33</sup> 一般財団法人厚生労働統計協会『厚生指標』68（10）、pp. 152-153。

<sup>34</sup> 厚生労働省『厚生労働白書』（2023年度）、p. 43。

<sup>35</sup> 木下他編（2017）、p. 133-134。

<sup>36</sup> 中村・菅原（2017）、pp. 31-32。

表2 介護保険制度における被保険者・受給権者等

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳以上65歳未満の医療保険加入者
受給権者	・要介護者（寝たきりや認知症で介護が必要な者） ・要支援者（要介護状態となるおそれがあり日常生活に支援が必要な者）	左の内、初老期における認知症、脳血管疾患などの老化に起因する疾病（特定疾病）によるもの
保険料負担	所得段階別定額保険料 （低所得者の負担軽減）	・健保：標準報酬×介護保険料利率 （事業主負担あり） ・国保：所得割、均等割等に按分 （国庫負担あり）
賦課・徴収方法	年金額一定以上は特別徴収（年金天引）、それ以外は普通徴収	医療保険者が医療保険料とともに徴収し、納付金として一括して納付

の介護サービスが必要かを判断する指標として5つの分野ごとに計算される要介護認定等基準時間の長さによって示される。なお、この基準時間は実際のケア時間を示すものではなく、介護の手間が相対的にどの程度かを示すものである。その結果と主治医の意見書等に基づき、介護認定審査会において、審査・判定（2次判定）が行われ、その結果が申請者に通知される<sup>37</sup>。

第3に、「介護サービス計画（ケアプラン）」が作成される。介護保険では、利用者が自らの意思に基づいてサービスを選択し、決定することが基本となる。ケアプランは多くの場合、居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャーによって作成され、本人の同意後、市町村に届け出る形をとる。ケアプランの作成料は、介護保険から10割給付となり自己負担はないが、作成依頼ができるのは1事業者に限られる。介護保険施設の入所者の場合は、施設のケアマネジャーが、その人のケアプランを作成する。作成費用は施設サービスの給付に含まれる<sup>38</sup>。

第4に、介護保険制度の創設当初、介護給付において利用できる「介護サービスの種類と内容」は、大きく分けて、施設サービスと在宅サービスの2つであった。施設サービスは、要介護者が施設に入所して生活しながら介護サービ

<sup>37</sup> 一般財団法人厚生労働統計協会『厚生指針』68(10), p. 155.

<sup>38</sup> 伊藤(2001), pp. 48-49, 一般財団法人厚生労働統計協会『厚生指針』68(10), pp. 155-156.

スを受けるものであり、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の3種類によって提供される。これら3施設は介護保険施設と総称される<sup>39</sup>。

在宅サービスは、大きく訪問系サービス、通所系サービス、短期滞在系サービス、居住系サービスに分けられる<sup>40</sup>。介護保険制度の創設当初は、①訪問介護、②訪問入浴介護、③訪問看護、④訪問リハビリテーション、⑤居宅療養管理指導、⑥通所介護、⑦通所リハビリテーション、⑧短期入所生活介護、⑨短期入所療養介護、⑩認知症対応型共同生活介護、⑪特定施設入所者生活介護、⑫福祉用具貸与、⑬居宅介護福祉用具購入費等、⑭居宅介護住宅改修費、⑮居宅介護支援の15種類からなっていた<sup>41</sup>。

第5に、「介護報酬」が規定される。介護報酬とは、事業者が利用者（要介護者または要支援者）に介護サービスを提供した場合に、介護給付費単位数表に基づき事業者を支払われる対価である<sup>42</sup>。サービスの対価は、時間ごともしくは要介護度ごとに単位数で表されている公定価格である。原則として1単位10円で計算されるが、大都市などでは地域加算がある。介護保険の給付を受けるためには、都道府県知事の指定もしくは許可を受けた指定在宅サービス事業者や介護保険施設のサービスを利用しなければならない。具体的な金銭の流れは、サービスの利用があった場合、事業者などからの請求に基づき、保険者がサービス費用を事業者や介護保険施設に介護報酬の形で支払う。居宅介護支援サービスを除き、実際に支払われるのは、介護報酬単価の9割である。残りの1割分は利用者の負担<sup>43</sup>となり、事業者などが利用者から徴収する<sup>44</sup>。

## ②介護保険制度の開始による社会福祉法人の経営への影響

介護保険制度の開始は、社会福祉法人の経営に対してどのような影響を及ぼしたのであろうか。次の3つの影響があげられる。

---

<sup>39</sup> 伊藤（2001），pp. 50-57。

<sup>40</sup> 厚生労働省『厚生労働白書』（2016年度），p. 101。

<sup>41</sup> 一般財団法人厚生労働統計協会『厚生指標』49（14），p.179。

<sup>42</sup> 一般財団法人厚生労働統計協会『厚生指標』68（10），p.162。

<sup>43</sup> 後述の通り、2015年から高所得者の自己負担は2割になった。

<sup>44</sup> 伊藤（2001），pp. 50-51。

第1に、介護サービス事業者の増加による市場競争の生起である。介護保険制度は、従来、介護が福祉・医療・保健と異なる分野として、縦割りになっていたものを1つに取りまとめたものである。このことは利用者の利便性を向上させた。しかし、経営という観点からは、それまで別々の分野に属していた異なる種類のサービスの事業者が1つの市場で競争を行うことを意味していた。さらに、従来いずれの分野にもみられなかった企業等の新たな事業者が参入してきた<sup>45</sup>。

上述のように、2000年の介護保険制度の開始と社会福祉法の改正を機に、第2種社会福祉事業および介護保険事業の分野に、医療法人、生活協同組合、企業、NPO法人などの新たな事業者が参入することになった。介護サービス施設・事業者調査によれば、訪問介護における企業のシェア（事業所数）は、2000年の30.3%から2018年の67.6%へと2倍超増加した（図3）。また通所介護では、2000年の4.5%から2018年の51.0%へと11倍超増加した（図4）。他方、社会福祉法人のシェア（事業所数）は、訪問介護では43.2%から16.8%の3分の1に、通所介護では66.0%から37%の約半分それぞれ減少し、在宅サービスにおける事業者は社会福祉法人から企業に大幅に移行したのである。他方、介護福祉施設等については、原則として企業等の参入が認められておらず、社会福祉法人の独占状態が続いている（図5）。

---

<sup>45</sup> 千葉（2006），p. 57。

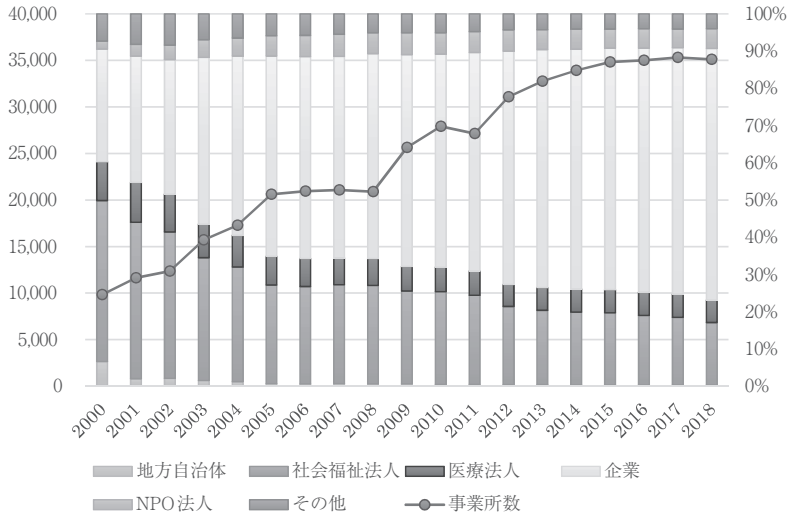


図3 訪問介護の事業所数と経営主体の構成割合の推移

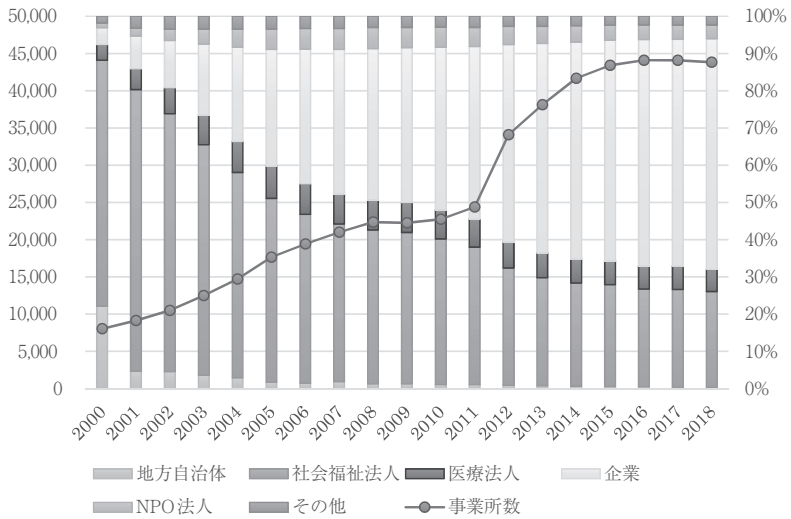


図4 通所介護<sup>46</sup>の事業所数と経営主体の構成割合の推移

<sup>46</sup> 2016年以降は、通所介護と地域密着型通所介護の合算。

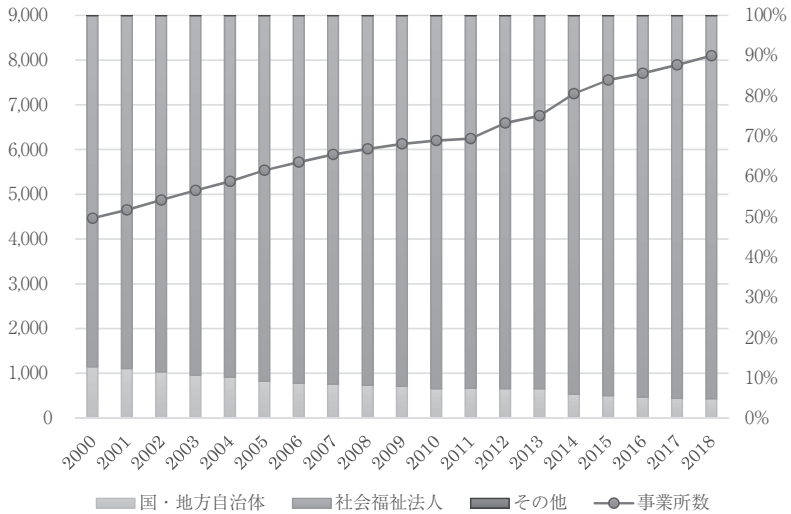


図5 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の事業所数と経営主体の構成割合の推移

第2に、事業者による裁量の増加である。介護保険制度の開始に伴い、介護報酬の用途についての制度的な規制は大幅に緩和された。従来の措置制度下では、措置権者が利用者の割り当てを行ってきたことから、事業者が利用者を選択される仕組みではなかった。他方、介護保険制度下では、利用者によるサービス事業者の選択が行われることになり、事業者は自らの努力によって利用者を選択されるサービスの質の向上を目指すことを重視するようになった<sup>47</sup>。

事業者は、厚生労働省により定められた職員配置基準を満たす必要がある。措置制度下では、特別養護老人ホームの介護職員の8割以上は、常勤職員でなければならないと定められていた。他方、介護保険制度下では、こうした規制はなくなり、常勤換算方式が導入された。常勤換算方式とは、常勤職員の勤務時間が1日8時間であるとすれば、パート職員4人が各々2時間勤務していても常勤職員1名とみなすというものである<sup>48</sup>。介護保険制度の開始は、介護内

<sup>47</sup> 千葉（2006），p. 56。

<sup>48</sup> 永和（2008），p. 26。

容の記録など、利用者への援助以外の業務も著しく増加させた<sup>49</sup>。この常勤換算方式により、社会福祉法人は、介護職員の非正規雇用化を進め、効率的な職員配置が可能になった<sup>50</sup>。

介護保険制度の開始と社会福祉法への改正とともに、同じ2000年の社会福祉法人会計基準の制定は、事業者の裁量を増加させた。この会計基準の大きな特徴は、社会福祉法人会計に損益計算が導入され、事業活動収支計算書の作成が義務付けられたことである。同時に、介護報酬などの収入を施設整備費の償還に充てることが認められる等、社会福祉法人の経営弾力化に向けた政策もとられた<sup>51</sup>。さらに、制定された社会福祉法人会計基準では、法人全体をひとつの会計単位とし、法人本部および各々の社会福祉事業ごとに経理区分を設定し会計管理が行えるようになり、適正な経営効率の測定が可能になった<sup>52</sup>。

第3に、利用する高齢者の重度化である。措置制度下では、介護保険施設への入所者は、親族の不在や低い経済状態にある高齢者が中心であった<sup>53</sup>。このため、入所する高齢者の介護の必要性は必ずしも高くなかった。介護保険制度の開始を機に、介護保険施設への入所者は、要介護度1以上に認定された者に限定された<sup>54</sup>。須田・浅川（2004）の特別養護老人ホーム施設長への探索的定性調査によれば、介護保険制度の開始によって、身体的自立を重視した要介護認定が行われるようになり、重度の要介護の高齢者が増加し、三大ケア（入浴、排泄、食事）の必要性が増した<sup>55</sup>。

### （3）介護保険制度の変化

介護保険制度は、1989年策定のゴールドプラン等の既存の制度を一部継承しながら新たな枠組を導入したものである。こうした介護保険の過渡的性格は、制度創設当初から理解されており、介護保険法は定期的に改正されてきた<sup>56</sup>。

---

<sup>49</sup> 武居編（2014），p. 194。

<sup>50</sup> 永和（2008），p. 26。

<sup>51</sup> 三宅（2023），p. 14。

<sup>52</sup> 呉（2015），pp. 27-28。

<sup>53</sup> 須田・浅川（2004），pp. 49-50。

<sup>54</sup> 武居編（2014），p. 193。

<sup>55</sup> 須田・浅川（2004），pp. 49-50。

2000年の介護保険法の附則には「法律の施行後5年を目途としてその全般に関して検討が加えられ、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講ぜられるべきもの」と規定され、2005年、第1回の見直しがなされた。その後も、3年ごとに介護保険法が見直された。介護保険法の改正は、基本的に改正された次の年から施行されてきた。2000年から2017年までに施行された介護保険法の改正は、2005年、2008年、2011年、2014年の4回にわたって行われた。

さらに、介護保険制度に関しては、3年ごとに介護報酬の改定が行われてきた。2000年から2017年までの間に、介護報酬の大きな改定は、2003年、2006年、2009年、2012年、2015年の5回行われた。介護報酬の改定は、介護保険法の改正に則したものであった。報酬の改定は、状況の変化に対応した柔軟な施策を事業者が可能にする一方、短期的なルールの変化に対応しなければいけない事業者の混乱も招いてきた<sup>57</sup>。

介護保険法の改正と介護報酬の改定の時期と内容は表3の通りである。以下、各介護保険法の改正と主な介護報酬の改正を説明する。

---

<sup>56</sup> 中村・菅原 (2017), p. 31。

<sup>57</sup> *ibid.*



表3 介護保険法の改正と介護報酬の改定の時期と主な内容

介護保険法	介護報酬	改正・改定の主な内容	改定率
2000年4月 介護保険法 施行			
	2003年4月 介護報酬改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援の観点に立った居宅介護支援（ケアマネジメント）の確立</li> <li>・自立支援を指向する在宅サービスの評価</li> <li>・施設サービスの向上と適正化</li> </ul>	△2.3%
2005年 改正介護保 険法		<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防の重視（要支援者への介護予防給付。地域包括支援センターの創設。介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施）</li> <li>・小規模多機能型居宅介護などの地域密着サービスの創設。介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定等</li> </ul>	
	2005年10月 介護報酬改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居住費に関する介護報酬の見直し</li> <li>・食費に関する介護報酬の見直し</li> <li>・居住費および食費に関連する運営基準等の見直し</li> </ul>	
	2006年4月 介護報酬改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中重度者への支援強化</li> <li>・介護予防、リハビリテーションの推進</li> <li>・地域包括ケア、認知症ケアの確立</li> <li>・サービスの質の向上</li> <li>・医療と介護の機能分担・連携の強化</li> </ul>	△0.5% (△2.4% :2005年10月 分を含む)
2008年 改正介護保 険法		<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護サービス事業者の法令順守等の業務管理体制整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化等</li> </ul>	
	2009年4月 介護報酬改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護従事者の人材確保・処遇改善</li> <li>・医療との連携や認知症ケアの充実</li> <li>・効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証</li> </ul>	3.0%
2011年 改正介護保 険法		<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアの推進。24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予（公布日）</li> <li>・医療的ケアの制度化。介護職員によるたんの吸引等。有料老人ホームにおける前払金の返還に関する利用者保護</li> </ul>	
	2012年4月 介護報酬改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅サービスの充実と施設の重点化</li> <li>・自立支援型サービスの強化と重点化</li> <li>・医療と介護の連携・機能分担</li> <li>・介護人材の確保とサービスの質の評価</li> </ul>	1.2%
	2014年4月 介護報酬改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消費税の引き上げ（8%）への対応</li> </ul>	0.63%
2014年 改正介護保 険法		<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療介護総合確保基金の創設</li> <li>・地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実（在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等）</li> <li>・全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化</li> <li>・低所得の第1号被保険者の軽減割合を拡大、一定以上の所得のある利用者の自己負担引き上げ（2014年8月）等</li> <li>・特別養護老人ホームの入所者を中重度者に重点化</li> </ul>	
	2015年4月 介護報酬改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化</li> <li>・介護人材確保対策の推進</li> <li>・サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築</li> </ul>	△2.27%
	2017年4月 介護報酬改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護人材の処遇改善</li> </ul>	1.14%

注) 改定率の△はマイナスを指す。本文についても同様である。

出所：社会保障審議会介護保険部会（第92回）『介護保険制度をめぐる最近の動向について』、pp. 28-29を参考に筆者作成。

### ① 2003年介護報酬改定<sup>58</sup>

2003年4月、介護保険制度開始後はじめての介護報酬の改定が行われた。介護サービスの増大とこれに伴う保険財政への影響や、賃金・物価の下落傾向、介護保険施行後の介護事業者の経営実態にもとづいて、保険料の上昇幅を抑制するために、△2.3%（在宅+0.1%、施設△4.0%）の改定が行われた。

改定の主な内容は、1) 自立支援の観点に立った居宅介護支援（ケアマネジメント）の確立、2) 自立支援を指向する在宅サービスの評価、3) 施設サービスの質の向上と適正化の3つであった。特に、3) 施設サービスの質の向上と適正化に関して、個室と共同スペースを備えた小規模生活単位（ユニット）型特別養護老人ホームで行われるユニットケアが評価された。このため、従来型の特別養護老人ホームよりも報酬が高く設定された。ユニットケアは、画一的な集団処遇ではなく、在宅での暮らしに近い日常生活を通じたケアに適し、推奨された。従来型の特別養護老人ホームでは、要介護度の高い者に配慮しつつ、全体としてマイナスの改定となった<sup>59</sup>。

2002年8月、2003年介護報酬改定に先んじて、厚生労働省は「指定介護老人福祉施設の入所に関する指針について」を示し、入所の必要性の高い申込者を優先的に入所させる旨の運営基準の改正を行った。施設入所の緊急度のより高い要介護者が入所するようになったが、利用者の重度化が進み、事業者の介護労働の負荷は大きくなった<sup>60</sup>。

### ② 2005年介護保険法改正<sup>61</sup>と2006年介護報酬改定<sup>62</sup>

2005年6月、介護保険法が改正された。この改正に関しては、2006年4月の施行を基本とし、「痴呆」から「認知症」への用語の見直しについては公布日施行、施設入所者の利用者負担の見直しについては2005年10月施行、介護保険料の徴収方法の見直しについては2006年10月施行であった<sup>63</sup>。

---

<sup>58</sup> 一般財団法人厚生労働統計協会『厚生指針』51（14）、pp. 164-165。

<sup>59</sup> *ibid.*

<sup>60</sup> 呉（2015）、p. 60。

<sup>61</sup> 一般財団法人厚生労働統計協会『厚生指針』53（14）、pp. 130-133。

<sup>62</sup> *ibid.*, pp. 123-127。

<sup>63</sup> 厚生労働省『厚生労働白書』（2005年度）、p. 253。

この改正の主な内容は、以下の4つであった。

第1に、予防重視型システムへの転換である。介護保険制度開始後の5年間で、要支援・要介護1の軽度者が大幅に増加した。これらの軽度者は、効果的なサービスを提供することにより、状態が改善する可能性が高いと考えられていた。介護保険制度においては、重度者も軽度者も、基本的に同じサービスが提供されており、現行のサービスでは、軽度者の状態の改善・悪化防止には必ずしもつながっていなかった。改正前の「予防給付」は、対象者の範囲、サービス内容、マネジメント体制などを見直した「新予防給付」へ再編された。

新予防給付の創設によって、要介護状態の区分は、これまでの「要支援・要介護1～5」の6段階から「要支援1～2・要介護1～5」の7段階へ変更され、新しく「要支援2」が創設された。「新予防給付」の対象者は、状態の維持・改善可能性にもとづいた審査を行い、要支援1と要支援2に該当すると決定された者である。要支援1は改正前の要支援に対応し、要支援2は改正前の要介護1の一部に対応した<sup>64</sup>。

「新予防給付」のサービス内容に関しては、既存の在宅サービスの内容・提供方法・提供期間などが見直された。軽度者に対しては、改正前のように重度者と同じサービスを提供するのではなく、運動器の機能向上や栄養改善等により生活機能の維持・改善に資するサービスを提供することが目指された<sup>65</sup>。具体的には、1) 介護予防訪問介護、2) 介護予防訪問入浴介護、3) 介護予防訪問看護、4) 介護予防訪問リハビリテーション、5) 介護予防居宅療養管理指導、6) 介護予防通所介護、7) 介護予防通所リハビリテーション、8) 介護予防短期入所生活介護、9) 介護予防短期入所療養介護、10) 介護予防特定施設入所者生活介護、11) 介護予防福祉用具貸与、12) 特定介護予防福祉用具販売、13) 介護予防支援、14) 介護予防小規模多機能型居宅介護、15) 介護予防認知症対応型通所介護、16) 介護予防認知症対応型共同生活介護の16種類が追加された。

また、予防重視型システムに関連して「地域支援事業」と「地域包括支援セ

<sup>64</sup> 一般財団法人厚生労働統計協会『厚生指標』53(14), pp. 130-131。

<sup>65</sup> 厚生労働省『厚生労働白書』(2005年度), p. 254。

ンター」が創設された。1つめの「地域支援事業」は、要介護状態・要支援状態になることを予防するとともに、要介護状態・要支援状態になった場合においても、住み慣れた地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するために、市町村によって行われる事業である。「地域支援事業」には、1) 介護予防事業、2) 包括的支援事業、3) その他の事業がある。これらは、要介護・要支援に「非該当」の高齢者を対象とした事業である。

2つめの「地域包括支援センター」は、地域における介護予防マネジメントや総合相談、権利擁護などを担う中核機関である。市町村などが運営主体となり、「地域支援事業」の包括的支援事業を実施するために、「地域包括支援センター」が創設された。地域包括支援センターは、市町村または市町村から地域包括支援事業の委託を受けた法人が設置・運営主体となり、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員という3職種が配置される。

第2に、施設入所者の利用負担の見直しである。当時、在宅サービスでは居住費用や食費は全額自己負担が原則であった。他方、施設サービスではそれらの費用が保険給付の対象であった。このため、利用者負担の公平性に問題が生じていた。そこで、施設における居住費と食費は保険給付の対象から外し、自己負担に変更された<sup>66</sup>。居住費は居住環境の違いを考慮した取り扱いとなり、食費は食材料費と調理コスト相当とすることになった。居住費と食費の具体的な負担は、利用者と施設の契約によって定められた<sup>67</sup>。

第3に、地域密着型サービスの創設である。地域密着型サービスは、要介護状態や認知症となっても住み慣れた地域で生活を継続できるよう支援するサービスであり、居住する市町村で利用される<sup>68</sup>。この地域密着型サービスは、1) 小規模多機能型居宅介護、2) 夜間対応型訪問介護、3) 認知症対応型通所介護、4) 認知症対応型共同生活介護<sup>69</sup>、5) 地域密着型特定施設入所者生活介護、6) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の6種類からなる。

<sup>66</sup> 厚生労働省『厚生労働白書』（2006年度），pp. 254-255。

<sup>67</sup> 一般財団法人厚生労働統計協会『厚生指針』53（14），pp. 131-132。

<sup>68</sup> 木下他編（2017），p. 137。

<sup>69</sup> 認知症対応型共同生活介護は、改正前には痴呆対応型共同生活介護として在宅サービスに位置づけられていたが、地域密着型サービスに移行された。

第4に、サービスの質の確保・向上である。介護保険制度によってサービス提供者として多様な事業者が参入できるようになった。しかし、不適切なサービス提供や介護報酬の不正請求などにより指定取り消しを受ける事業者も増加した。このため、①介護サービス事業者のサービスの内容や運営状況などの情報の公表の義務化、②事業者指定の6年ごとの更新制導入、③介護支援専門員（ケアマネジャー）の資格更新制導入と主任ケアマネジャーの創設が行われた<sup>70</sup>。

この介護保険法の改正に基づいて、2005年10月と2006年4月、介護報酬が改定された。2006年度介護報酬の改定の主な内容は、①中重度者の支援強化、②介護予防、リハビリテーションの推進、③地域包括ケア、認知症ケアの確立、④サービスの質の向上、⑤医療と看護の機能分担・連携の明確化であった。2005年10月の改定分と合わせた2006年度の介護報酬は、全体として△2.4%の改定であり、在宅サービスは△1.0%、施設サービスは△4.0%の改定であり、連続のマイナスの改定となった。

### ③ 2008年介護保険法改正<sup>71</sup>と2009年介護報酬改定<sup>72</sup>

2008年5月、介護保険法が改正された。この改正のねらいは、2007年ごろに発生した株式会社コムスンによる不正受給・指定基準違反の問題等を受け、介護サービス事業者の不正事案の再発を防止し、介護事業運営の適正化を図ることであった。法令順守などの業務管理体制整備の義務付け、事業者の本部等に対する立入検査権の創設、不正事業者による処分逃れ対策などが行われた。

2009年4月、介護報酬が改定された。この改定の主たる内容は、介護従事者の人材確保・処遇改善であった。高齢化が一層進展し、介護を必要とする高齢者の増加が見込まれる中で、質の高い介護サービスを安定的に提供するためには、介護従事者の処遇改善が喫緊の課題であった。介護サービスをめぐっては、介護従事者の離職率が高く、事業者による人材確保が困難であり、2008年5月には「介護従事者等の人材確保のための介護従事者の処遇改善に関する法律」

<sup>70</sup> 厚生労働省『厚生労働白書』（2005年度）、p. 258。

<sup>71</sup> 厚生労働省『厚生労働白書』（2009年度）、pp. 183-184。

<sup>72</sup> 一般財団法人厚生労働統計協会『厚生指針』56（14）、pp. 133-139。

が公布・施行されていた。

こうした状況を考慮した2009年介護報酬改定は、全体として+3.0%の改定が行われ、在宅サービスでは+1.7%、施設サービスは+1.3%の改定であった。介護保険制度の開始後はじめてのプラスの改定となった。介護報酬の引き上げは、介護従事者の処遇改善を目的としたものであった。

介護従事者の人材確保・処遇改善のための具体的な改定内容では、1) 各サービスの機能や特性に応じ、夜勤業務や重度・認知症対応など負担の大きな業務に対して的確に人員を確保する場合、2) 介護福祉士の資格保有者、一定以上の勤務年数を有する者、施設サービスにおける常勤職員が、それぞれ一定割合以上雇用されている場合、3) 大都市部や中山間地域においてサービスが提供される場合、などが評価されるようになった。

また、介護従事者の人材確保・処遇改善以外にも、医療と介護の機能分化・連携の推進、認知症ケアの推進、訪問介護事業所などにおける人員配置基準の見直しなどが行われた。

さらに、2009年10月、「介護職員処遇改善交付金」が創設された。介護職員処遇改善交付金は、2009年介護報酬改定に加えて、事業者に資金を国費で交付することにより、介護職員の処遇改善をさらに進めることを目的としたものである。2010年、介護職員（常勤換算）1人当たり平均月額1.5万円の賃金引上げに相当する資金が交付され、介護従事者のキャリア・パスに関する交付要件が追加された<sup>73</sup>。この要件を満たさない事業所の場合、交付率が減額され、介護従事者のキャリア・パスを策定する必要が生じる。

#### ④ 2011年介護保険法改正<sup>74</sup>と2012年介護報酬改定<sup>75</sup>

2011年介護保険法改正では、1) 日常生活圏域において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現、2) 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担の

<sup>73</sup> 厚生労働省『介護職員処遇改善交付金について』

<https://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/12/03.html>

<sup>74</sup> 一般財団法人厚生労働統計協会『厚生指標』59(10), pp. 22-29.

<sup>75</sup> *ibid.*, pp. 31-34.

バランスを図ることで、将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度の構築、の2点が見直しの基本的な考え方であった。特に、1つめの「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みが重視された。

「地域包括ケアシステム」とは、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、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様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義されている。地域包括圏域については、おおむね30分以内にかけてつけられる範囲であり、具体的には中学校区を基本としている。

2011年介護保険法改正の主な内容として、1) 定期巡回・随時対応訪問介護看護サービスの創設、2) 複合型サービスの創設、3) 介護予防・日常生活支援総合事業の創設、4) サービス付き高齢者向け住宅の創設などがある。

1つめの定期巡回・随時対応訪問介護看護サービスは、重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と、電話による応対・訪問などの随時の対応を行うサービスである。このサービスは、地域密着型サービスとして位置づけられる。

2つめの複合型サービスは、小規模多機能型居宅介護と地域密着型サービスを組み合わせて提供する複合型事業所を創設するものである。利用者にとっては、ひとつの事業所からサービスが組み合わせて提供され、サービス間の調整が行われやすくなるなどの利点がある。このサービスは、地域密着型サービスとして位置づけられる。

3つめの介護予防・日常生活支援総合事業は、市町村の判断により、要支援者・二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するものである。この事業は、地域支援事業の1つであり、多様なマンパワーや社会資源の活用等を図りながら、介護予防や配食・見守り等の生活支援サービス等が総合的に提供される。

4つめのサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）は、2011年の高齢者住まい法の改正によって、従来の高齢者円滑入居賃貸住宅、高齢者専用賃貸住宅、高

高齢者向け優良賃貸住宅を一本化して創設され、整備が推進されたものである。サ高住では、一定の基準を満たしたバリアフリー構造の居住空間があり、日中には社会福祉法人などの職員が常駐し、安否確認サービスや生活相談サービスを受けることができる。入居対象者は、単身の高齢者世帯または高齢者とその配偶者等の同居世帯である。国土交通省は、わが国における高齢者向け住宅が欧米各国に比較して少ないとし、全高齢者に対する定員数が0.5%にすぎない高齢者向け住宅を、2020年までに3~5%に引き上げる目標を掲げていた<sup>76</sup>。

これら以外にも、市町村による地域包括ケアを念頭においた介護保険事業計画の策定、介護職員等によるたん吸引など医行為の実施許可などの改正が行われた。

2011年の介護保険法改正にもとづいて、2012年介護報酬が改定された。この改定では、全体として+1.2%の改定が行われ、在宅分は+1.0%、施設分は+0.2%であった。

2012年介護報酬改定の主な内容は、1) 在宅サービスの充実と施設の重点化、2) 自立支援型サービスの強化と重点化、3) 医療と介護の連携・機能分担、4) 介護人材の確保とサービスの質の向上であった。

この介護報酬の改定によって、施設サービスでは、重度者への対応を促すため、要介護1と要介護2の報酬単価の下げ幅が要介護3以上より大きくなった。他方、通所介護サービスでは、機能訓練などによる重度化予防が評価されるようになった。

また、介護職員処遇改善加算が創設され、介護職員処遇改善交付金が引き継がれた。この加算を取得するためには、交付金同様に、賃金改善計画の策定・実施、介護職員の資質向上の取り組みなどが要件となった。

#### ⑤ 2014年介護保険法改正<sup>77</sup>と2015年介護報酬改定<sup>78</sup>

2014年介護保険法改正では、1) 地域包括ケアシステムの構築と 2) 費用負担の公平化の2つが介護保険制度の見直しの基本的な考え方であった。

<sup>76</sup> 一般財団法人厚生労働統計協会『厚生の指標』59(10), p. 29.

<sup>77</sup> 一般財団法人厚生労働統計協会『厚生の指標』62(10), pp. 174-175.

<sup>78</sup> *ibid.*, pp. 21-31.



1つめの地域包括ケアシステムの構築について、事業者に関わる主な改正内容は、1) 予防給付の見直し、2) 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の創設、3) 特別養護老人ホームの重点化である。1) 予防給付の見直しでは、要望給付のうち、訪問介護・通所介護については、2017年度末までに、市町村が地域の実情に応じて多様な取り組みができる介護保険制度の地域支援事業に移行することになった。2) 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の創設では、2011年の改正により追加された介護予防・日常生活支援総合事業は、市町村の任意事業であった。しかし、2014年の改正によって発展的に見直され、2017年4月までにすべての市町村で実施されることになった。要支援者に対する訪問介護・通所介護も、新しい総合事業において対応されることになった。3) 特別養護老人ホームの重点化は、新規入所者について、原則として、要介護度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された。地域包括ケアシステムの構築については、地域包括支援センターの機能強化の一環として、ケアマネジメントにおける多職種連携を図るため、地域ケア会議の取り組みの推進などの改正も行われた。

2つめの費用負担の公平化については、一定以上の所得のある利用者の自己負担の引き上げなどが行われた。

2014年介護保険制度改正の趣旨にもとづいて、2015年、介護報酬が改定された。この改定の主な内容は、1) 中重度者の要介護者や認知症高齢者への対応のさらなる強化、2) 介護人材確保対策の推進、3) サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築であった。

1) に関しては、医療ニーズを併せ持つ中重度の要介護者や認知症高齢者への対応として、引き続き在宅生活を支援するためのサービスの充実が図られた。特に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス、小規模多機能型居宅介護サービス、複合型サービスでの、一体的なサービスを組み合わせて提供する包括報酬サービスが評価され、新たな加算が創設された。2) に関しては、介護職員処遇改善加算のさらなる上乘せ評価の実施や、介護老人福祉施設などにおいて介護福祉士の配置割合が一層高い場合に評価されるようになった。3) に関しては、収支状況などを反映して基本報酬の引き下げが行われた。

介護報酬の改定率は、全体で△2.27%の改定であり、在宅分△1.42%、施設分△0.85%であった。

### III おわりに

本稿では、「社会福祉法人制度」と「介護保険制度」に注目し、高齢者介護組織、すなわち高齢者介護サービスを提供する社会福祉法人の外部環境について概観した。2000年の社会福祉基礎構造改革と介護保険制度の開始によって、高齢者介護組織の置かれている外部環境は、大きく転換した。2000年以降も、定期的に介護保険制度の改正や介護報酬の改定が生じた。高齢者介護組織は、これらの外部環境の変化に合わせて、経営戦略や組織構造・組織プロセスを変化する必要が生じた。高齢者介護組織の組織行動を分析する際には、これらの外部環境の変化との関係に基づき、検討する必要がある。

### 参考文献

- 蟻塚昌克 (2004), 『入門社会福祉の法制度——行財政の視点からみた全体図』 ミネルヴァ書房。
- 伊藤周平 (2001), 『介護保険を問いなおす』 筑摩書房。
- 永和良之助 (2008), 「介護保険制度下における社会福祉法人の経営変化」『社会福祉学部論集』 4, pp. 19-36。
- 呉世雄 (2015), 『介護老人福祉施設の経営成果と組織管理——福祉経営の時代における目指すべき経営と戦略』 お茶の水書房。
- 岡本祐三 (2000), 『介護保険の教室: 「自立」と「支え合い」の新秩序』 PHP研究所。
- 河野正輝・増田雅暢・倉田聡編著 (2004), 『社会福祉法入門』 有斐閣。
- 木下武徳・吉田健三・加藤美穂子編著 (2017), 『日本の社会保障システム——理念とデザイン』 東京大学出版会。
- 北場勉 (2005), 『戦後「措置制度」の成立と変容』 法律文化社。
- 社会福祉法令研究会 (2001), 『社会福祉法の解説』 中央法規。

- 柴健次・國見真理子編著（2021），『社会福祉法人の課題解決と未来の展望』同文館。
- 須田木綿子・浅川典子（2004），「介護保険制度下における介護老人福祉施設の適応戦略とジレンマ——探索的研究」『社会福祉学』，45（2），pp. 46-55。
- 武居敏編著（2014），『社会福祉施設経営管理論2014』社会福祉法人全国社会福祉協議会。
- 千葉正展（2006），『福祉経営論』ヘルス・システム研究所。
- 中村二郎・菅原慎矢（2017），『日本の介護——経済分析に基づく実態把握と政策評価』有斐閣。
- 三宅由佳（2023），『社会福祉法人・社会福祉協議会の経営と会計——ソーシャルイノベーションの創発に向けて』中央経済社。

