

論 説

介護保険制度の現段階

—— 高知県及びドイツ・デンマークの状況調査をふまえて ——

田 中 きよむ

I はじめに

介護保険制度が実施されて2ヶ月が経過したが、この日本型介護保険システムが公平性と効率性からみて、どのように機動しつつあると言えるのだろうか。また、制度導入のメリットとみなされていた権利性、選択性、サービスの質の向上、在宅福祉の充実などの理念は、現在および今後、内実のあるものとして実現しつつあるのだろうか。

本稿では、そのような問題意識のもとに、高知県の現状を考察の中心に据えつつ^(注1)、視察訪問（2000年3月）の成果として、保険システムを純粋な形で先行実施しているドイツ、それとは対照的に純粋な税方式を実施しているデンマークとの比較もおこないながら、介護システムの今後の課題を探りたい。

その場合、財政面および経営面からみた効率性、住民間および地域間の公平性、そして住民の生活の質や権利性を高めるうえで、日本の現行システムが最適な設計になっているかを検証することが中心課題となる。たとえ効率性が高まるとしても、住民・地域間の公平性や、介護をめぐる生活の質が損失を被るならば最適な制度とは言えない。また、公平性が一面的に追求されても、効率性が損なわれたり、生活の質が劣化するならば、社会的効用が低下することになる。一方、介護サービスの充実がたとえ住民の生活の質を高めるとしても、財政面での非効率が生じたり、公平性が担保されないのであれば、財政面および住民・行政間の信頼関係面から制度の基盤が揺らぐことになる。その意味で、

効率性、公平性、権利性は、相互に緊張関係をもつが、そのジレンマをできる限り縮小する介護システムを構築することが制度を最適なものに近づけ、安定性を保つ鍵になる。これまでの介護システム研究においては、その3つの評価基準のいずれかに軸足を置き、その不十分さを一面的に追求するというアプローチがとられてきた。しかし、それでは、異なる次元に立つ論者相互間の意志疎通が妨げられ議論の生産性が損なわれるだけでなく、総合的なアプローチに基づく最適な政策立案をおこなうことが難しくなる。

そこで、以下では、なぜ現行システムが必要とされたのか、という原点に立ち戻りながら、その理念と実態との比較を考察の縦軸におき、上の3つの評価基準を横軸におきながら現状分析をすすめ、今後の介護システムの課題を探ってみたい。

II 介護保険と措置制度、社会福祉基礎構造改革

介護保険制度の現状分析に入る前に、介護保険の導入理念がどのようなものであり、それが社会福祉システム全体の転換のなかでどのように位置づけられているのかを確認しておこう。

介護保険が導入された背景として、人口の高齢化が進むなかで介護を要する人が増える一方、介護の長期化・長時間化、少子化や家族規模の縮小、家族介護の主な担い手である女性の社会進出や介護者自身の高齢化が進むなかで、介護の社会化の必要性が高まってきたことがある。そのような状況のなかで、従来の介護システムである措置制度の再検討がおこなわれ、その問題点を解決してゆく意味で構想されたのが介護保険制度であった^(註2)。

では、その措置制度のどこに問題があるとされたのか。一つには、クライエントの権利性が希薄であるという問題がある。憲法25条1項においては生存権が規定されているが、個別具体法である老人福祉法においては、国民の側からのサービス請求権や不服申立てに関する明確な規定がなかった。憲法25条2項の国（および、それに委託された地方公共団体）の責任は、措置制度という形で老人福祉法においても行財政責任が明記されている。法解釈のうえでは、行

政責任に呼応する形で当然、国民の側に権利性が生まれるとする解釈が有力であるが、行政解釈としては、国民の給付利益は、行政責任の結果として反射的に発生するにすぎないとする見解（いわゆる反射的利益説）がとられてきた。行政の責任は明確になっているものの、国民の権利性については論争の余地を残してきたと言える。

介護保険法では、サービスは利用者の選択に基づくこと、認定などへの不服申立て権が明記された。さらに、保険方式により、特定の目的のために負担をしているという負担・給付意識の明確化が（経済的な）権利意識を醸成するということが強調される。行政によるサービスの種類・内容や事業者についての最終決定権を廃止することによって、行政がパターンリスティックに福祉責任を負うという性格が緩められることになった。介護サービスという特定の目的のために新たな負担をすることを前提に、行政の基本的役割を給付資格の認定にとどめ、国民が自分でサービスの種類・内容や事業者を決定できるようにしようというわけである。行政の包括的な責任主義を緩め、国民の経済主体的性格を強めることによって準市場的な権利性を高めるものと言える。

このようなシステム転換によって国民の自己決定権を確保できるというメリットが生まれるが、他方、選択的権利性、認定の公平性、給付と負担の合理性、苦情や不服申立ての有効性などがどの程度確保されるのかが問われる。その際、保険行財政に責任を負う保険者としての市町村、それを支援・調整する立場にある都道府県や国の責任はやはり問われなければならない。

第2に、選択的権利性との関わりで、それを実質的に担保するために、措置制度から契約制への転換が図られた。保育所制度が、1997年の児童福祉法改正によって選択的申請方式に改められたが、その場合、なお最終的な事業者決定権が行政に帰属するのに対し、介護保険の場合、契約制への転換によって、利用者による自己決定権を確実なものにしたと言える。利用者が給付限度額の範囲内で、どのような種類のサービスをどこから受けるかということが、個々の事業者と契約を結び、利用料を当該事業者へ直接支払うという形式を踏むことで決定される。ただし、この契約制は保険方式固有のシステムではない。税方式のもとでも、契約制を実施することは可能であるし、現に、障害者福祉の構

造改革はそれを実現しようとするものである（逆に言えば、保険方式が契約制を内部化する必然性もない）。

保険方式に固有のものかどうかは別にして、契約制は自己責任に基づく自己決定を必然化する。行政による決定権限を緩和し、利用者の自主的選択性を高めることによって社会的効用を高めるうえでは契約制が有効なものとなる。しかし、選択できるだけのサービスの量・種類が確保されていること、利用者が契約というルールに乗れる環境が整備されていること、選択に資する情報や相談の体制が整っていることが前提条件として満たされていなければ、利用者の効用は下がり、制度への不信につながる。したがって、その前提条件の整備に向けた行政の役割や住民の自主的活動が求められる。また、契約プロセスに移行する前の段階としての認定制度の公平性が担保されていなければ、契約プロセスが完備されていても無意味になる。その意味でも、保険者の責任は重要である。

第3に、従来の措置制度のもとでの費用負担のあり方も問題とされた。応能負担方式のもとでは、介護ニーズが普遍化するもとの、中高所得者に不公平感が生じるということと、所得調査への抵抗感が払拭できないことが問題視された。そこで、所得の多寡に関わらず、原則として費用の1割を負担するという応益的なフラット負担制が採り入れられた。福祉サービスを単に消費対象としてみれば、応益的負担の方が市場論理になじむうえ、給付と負担の関係を整合的なものにする。しかし、一律に応益的な負担を賦課することが、とりわけ低所得者のサービス・アクセスを困難にするという問題が残る。福祉政策として、受益に応じた公平性だけを一面的に追求することの妥当性が問われる。

第4に、従来の福祉保健サービスの供給主体は、地方公共団体やそれに委託された社会福祉法人、あるいは医療法人に限定されていたが、そのような参入障壁を取り除き、競争に基づくサービスの質の向上が必要であるという問題認識がある。介護保険のもとでは、民間企業やNPO法人、ボランティア団体でもサービス事業者になることができるようになり、現に多くの民間事業者が生まれている。従来のサービスおよび現在の保険サービスでは不足している内容、質、量を民間事業者が補い、住民の信頼が得られるならば、従来の事業者にも

刺激を与え、公正な競争が確保されるならば、それを通じて地域のサービス水準は向上するであろう。しかし、住民が事業者を積極的に選ぶための情報が存在するか、事業者による利用者の囲い込みはないか、サービス内容や契約内容に対する苦情やチェックの体制が整備されるのか、中小事業者にとって参入不利な条件はないか、という問題が検証されなければならない。また、サービスの内容、質、量を個々の住民のニーズに合致させてゆくうえで、住民と事業者とのパイプ役になるケアマネジャーの役割がきわめて重要になるが、ケアマネジメントの質の善し悪しが、サービスをめぐる生活の質に大きな影響を与えることにも注意を向けなければならない。

第5に、社会的入院等による老人医療費の上昇が医療保険財政を悪化させてきた一要因であるとして、資源配分の合理化が求められた。同時に、在宅福祉の充実が唱えられた。そこで、医療保険とは独立させる形で介護保険を創設し、病院（療養型病床群）においても、医療保険と介護保険の適用ベットの区別されるようになった。同時に、介護保険が介護サービスの供給を刺激し、医療から在宅等への福祉シフトが進むことが期待された。しかし、実質的にみて社会的入院が解消の方向に向かい、在宅等への移行が進み、地域における生活の質が高まるのかどうかを検証されなければならない。単に医療保険の財政問題を介護保険にシフトさせるだけということはないのか、逆に、医療保険の資源配分は合理的にコントロールされるのかどうか問われる^(注3)。

上のような介護保険へのターニング・ポイントがとくに措置制度との関わりで合理的なものであるかが一つの着眼点になる。それでは、この介護保険は、社会福祉全体の将来方向のなかで、どのような位置づけを与えられているのだろうか。

高齢者分野に限らず、障害者、児童分野も含めた対人サービスとしての社会福祉全体の基礎構造を改革することが介護保険法の成立と相前後して検討されてきており、本年5月、社会福祉事業法等の一部改正法が成立し、2001年度から社会福祉事業法から社会福祉法への名称変更もおこなわれる（障害児・者福祉および児童福祉施設における現行措置制度の変更は、それぞれ2003年度、2001年度から実施）。この法律、およびそれに結実する形で、各種審議会や厚

生省の報告書に盛り込まれた今後の社会福祉改革の基本方向を列举すれば、措置制度から契約制への移行、利用者と事業者の対等性の確保、公平かつ公正な負担、規制緩和の推進、民間企業など多様な事業主体の参入、地域福祉の推進、サービスの質の向上、事業運営の透明性、権利擁護制度の制度化などを主な内容としている。

すなわち、社会福祉に市場原理を導入することにより、行政の役割を相対的に縮小させ、利用者の選択と事業者間の競争を促進し、住民の消費者的権利性を維持向上させるために、サービスの質を高めたり、サービス利用を側面から支援する体制を整えようというわけである。そして、契約による競争原理をサービス供給の基本に据えつつも、地域のボランタリーなネットワークや権利擁護事業などで基本的なサービスを補完してゆこうという特徴が見出される。

介護保険制度は、直接契約制、多様な事業者の参入、応益的なフラット負担制などにより、上述の改革理念をほぼ実現しており、地域福祉の推進やサービスの質の向上、権利擁護なども保険制度を補完・補強するうえで重要視されているので、介護保険を中心とする介護システムとしては、社会福祉基礎構造改革のリーディング・モデルに位置づけられていることになる。しかし、介護保険制度はすでに法定・実施されており、今回の改革によって直接的な影響を最も受けるのは障害児・者福祉分野（身体・知的障害者の在宅・施設福祉および障害児の在宅福祉）である。障害児・者福祉においても、措置制度から契約制への変更、多様な事業者の参入、サービスの質を高める一環としてのケアマネジメントの導入などをおこなうことになっている（ただし、費用負担については、応益的な負担が維持されることになっている）。これに対し、児童福祉分野において、対象者が最も多く、少子化対策としても主要な役割を担う保育所制度の場合、直接、法律改正によらない運用事項として、民間企業の参入（民間企業が運営する保育所を認可施設として公的補助の対象とすること）が認められたが、契約制への移行にまで踏み込んでおらず、今回の改革の対象からは基本的に外されている。ただし、前回の児童福祉法改正に伴い、費用負担を段階的にフラット化してゆく方針は維持されている。障害児の在宅福祉以外で、今回の改革に伴う児童福祉法改正によって直接的な影響を受けるのは助産施設と母

子生活支援施設であり、この両者については、前回の法改正に伴う保育所制度の変更に合わせる形で、選択的申請方式（利用者による施設選択を法律上認めるが、最終的な事業者決定権は行政に帰属する）が導入される。

こうしてみると、介護保険が社会福祉基礎構造改革の呼び水的役割を担い、障害児・者福祉（施設・在宅福祉）がそのルール上に中心的な位置づけを与えられ、保育所制度とそれに追従する他の児童福祉制度がその後方の延長線上に位置づけられているというのが、今回の社会福祉基礎構造改革をめぐる相関図と言える^(註4)。その意味で、介護保険制度の功罪を検証することは、今後の社会福祉全体の動向の帰趨をうらなううえでも重要になる。

Ⅲ 介護保険制度の検証

(1) 保険対象者の範囲と所在

被保険者は、1号被保険者が65歳以上、2号被保険者が40歳以上65歳未満となるが、対象年齢を40歳以上に限定することは、介護サービスに権利性を付与するという導入根拠が40歳未満の人に該当しないという矛盾を生み出す。また、リスクおよび負担の拡散を図るうえでは、被保険者の範囲を広げる方が好ましい。

2号被保険者については、要介護原因を15種類の加齢に伴う疾病に限定しているが、受益確率がきわめて小さくなるために納付意欲にマイナス影響を与えるだけでなく、1号被保険者との間に不公平が生じる。高齢または加齢に伴う介護サービス給付であるという反論が予想されるが、保険料負担の算定根拠が高齢・加齢リスク（または、それぞれの給付費用）に応じて1号・2号被保険者間で負担額を変えているのではなく、介護給付総費用のうちの保険料負担分（50%分）に対して、1号と2号の人口分布に応じて17%：33%の比率で按分することによって、1号、2号全体の負担額を決めているのであるから（1号は、さらに各市町村ごとの給付費用に応じて基準保険料が割り出され、2号は、各加入医療保険者ごとに医療保険料とセットで徴収がおこなわれる）、2号のみ介護原因を特定して給付を限定するのは合理的ではない。

一方、対象年齢を引き下げの場合、支払い能力、支払いメリット、サービス調整が課題となる。稼働収入がない若年者への減額・減免措置や被扶養者扱い、長期納付による負担・給付メリットの付加、これまでの障害者福祉サービスとの水準調整などをおこなわなければ若年者から負担の合意を得ることができないだろう。ドイツの場合、医療保険における被保険者と被扶養者の関係が、医療保険の一部としての介護保険にそのまま踏襲されるので、被扶養若年者は保険料負担を免れることになるし、年齢や要介護原因の差別化がおこなわれていない。今後の参考材料となるだろう。

高知県の場合、2000年度における要介護高齢者は、居宅15,419名、施設8,117名、計23,536名であり、65歳以上人口189,316名に対する割合でみれば12.4%となり、介護保険事業計画の目標年度である2004年度では、居宅17,509名、施設8,241名、計25,750名で、65歳以上人口198,762名に占める比率は13.0%になると推計されていることになる^(注5)。県庁所在地である高知市の場合、2000年度の要介護高齢者数は、居宅4,543名、施設2,199名で、計6,742名は高齢者人口(57,651名)比では11.7%となり、2004年度では、居宅5,428名、施設2,269名、計7,697名の同比率は12.3%と推計されている^(注6)。要介護高齢者の比率は全国的にも1割程度と言われているが、高知県の場合、在宅対象者が5年間で13.6%増、施設対象者が1.5%増、高知市の場合、それぞれ19.5%と3.2%の増加率を見込んでいることになる。すでに2000年度で、施設対象者が国基準(高齢者人口比3.4%)をオーバーすること(高知県4.3%、高知市3.8%)を考慮しているというが、果たして、このように施設対象者の伸びが鈍り、在宅対象者の伸びが進むだろうか。

療養型病床群の介護保険診療報酬が当初の予定より引き下げられ、また、医療保険の対象になると病院が判断した場合(密度の高い医学的管理または治療を必要とする場合など)には医療保険の適用が認められることにもなったため、介護保険指定病床比率は高知県においても当初予想より減少したが(当初予想の介護保険55%：医療保険45%が44%：56%に逆転)、2000年度における特別養護老人ホーム：老人保健施設：療養型病床群の2000年度の定員比率は、全国状況が8：7：5であるのに対し、高知県の場合、7.7：4.0：8.3と見積もられて

いる^(注7)。地域間の過不足があり（高知県4圏域のうち中央圏域が施設全体で530名の過剰に対し、安芸圏域では172名の不足、全体では302名の過剰）、地域間バランスの是正の視点も必要であるが、療養型病床群の突出傾向は否めない。とくに、病院が集中している高知市の場合、2000年度における要介護者の入所者数比率でみて、551：352：1296と見積もられており^(注8)、療養型病床群への依存傾向は著しい。対照地域として、高知市の高齢者人口のほぼ10分の1（2000年度5,387名）である伊野町をみても、同比率は85：93：94となっており^(注9)、高知市の突出度合いの著しさがわかる。

高知県の場合、人口当たりの病院ベット数が全国一という特殊性があるが、問題は、現在の定員比率や入院状況を固定的に捉えて、それを計画化しているところにあり、そのことは他県とも共通する。地域でのノーマルな暮らしを支え、生活の質を高めるといふ政策理念とその具体的方法が積極的に打ち出されなければ、介護保険導入に際して唱えられた社会的入院の是正や在宅福祉の充実は進まないだろう。医療保険から介護保険に財布を変えても、実質的にみた社会的入院状態が変わらなければ、入所者の生活の質は向上しない。しかも、病院の判断により、医療保険の適用が可能であるので（入院者の状態や入院期間により介護・医療保険間の報酬額の比較が判断要素となる）、医療保険にとどまる傾向も出てきている。その点、伊野町の場合、「居宅サービスを質的に充実させることや、高齢者向け住宅の建築などにより、在宅生活を可能とする条件整備を行ったうえで、高齢者本人及び家族との話し合いを行い、施設から在宅への移行を推進していく」と在宅福祉への方向理念を的確に打ち出していること自体は評価できる^(注10)。視察訪問したデンマーク・コペンハーゲン市の厚生福祉局担当者の話でも、個人の意志を尊重しつつも、生活の継続性を維持するために、日本の特別養護老人ホームに相当するプライエム（plejehjem）を少なくしてゆき、入所者についても在宅復帰を重視しているという^(注11)。

保険財政の面からみても、介護報酬が相対的に高い施設対象者が多いことは、保険料の引き上げにつながり、収支バランスにも影響を与え、効率的とは言えない。

(2) 認定・選択プロセスとサービスの質

[申請・訪問調査体制]

具体的な利用手続きのプロセスの分析に移ろう。まず、市町村へ申請し、一次判定のための訪問調査を受けるという局面がある。高知市の場合、混乱を避けるため、申請者を誕生月でグルーピングし、在宅者は1999年10月～2000年1月の4ヶ月間に振り分けて申請するよう住民に依頼しており、施設入所者の場合、2000年3月までの申請日程を考えていた。申請者の当初推計では、12,000名が見込まれていたが、実際には、2000年1月21日現在で、5,490名の申請があり、内訳は、在宅3,347名、施設2,143名となっている^(注12)。前節の要介護高齢者数の2000年度推計値と比較すると、施設はほぼ推計値に達する状況であるが、在宅の場合、まだ1000名以上の開きがあり、出足の鈍さがうかがえる。南国市の場合、介護保険事業計画策定委員からの聞き取りによれば、2000年4月1日現在で、1,800名の当初申請見込み数（うち在宅1,200名、施設600名）に対し、実際の申請受付数は在宅904名、施設644名となっており、やはり、在宅の出足の鈍さがうかがえる。全国的には、2000年1月末現在（一部は先月末）で、申請見込み者数254万8,000人に対し、申請した高齢者は186万4,806人（73%）になっているという^(注13)。

県内の在宅介護支援センターや行政相談窓口担当者からの聞き取りによれば、費用負担への不安が根強いこと、制度の周知が不足していること、在宅への不安・不満があることなどの声が住民から上がっているという。それらの要因が絡み合いながら、出足の鈍さを生み出した可能性がある。

訪問調査体制は、高知市や西土佐村のように、市の直営体制でおこなわれているところもあれば、南国市や伊野町のように、一部直営・一部委託方式でおこなわれているところもあり、越知町のように医療法人が運営する在宅介護支援センターに委託しているところもある。訪問調査は、コンピュータによる一次判定のための85項目のチェックにくわえ、調査員の特記事項は2次判定に影響を与える。したがって、調査員による恣意性を排除し（最近起こった、サービス事業者でもある病院医師が委託訪問調査の際に認定を重くするための作為をお

こなった東大阪市の事件が教訓になる)、認定の公平性を確保するためには、保険者としての市町村による統一的な研修指導体制が少なくとも必要である(伊野町の場合、委託部分についても町立支援センターがチェックし、問題があれば改善させているという)^(注14)。ただし、行政関与による統一的調査体制が組める場合でも、保険者としての立場からバイアスが働く可能性がないとは言えない。そのことを考慮に入れば、将来的には、事業者からも保険者からも中立的な第三者的な調査・マネジメント機関を設置する必要があるだろう。

ドイツの場合、MDK (Medizinische Dienst der Krankenversicherung 疾病保険医療サービス：認定審査機関)の専任医師による訪問調査が認定に決定的な影響を与える。視察訪問したドイツのケルンMDKの専任医師の話によれば、MDKの運営費用は健康保険組合から出ているが、認定は健保組合からあくまで独立して中立的な立場でおこなうことが強調されていた。訪問調査を保険者とは独立した機能機関でおこなうことを考えるうえでは参考になるだろう。

[認定体制]

訪問調査を受けて、一次判定結果、調査員の特記事項、主治医の意見書の3点セットに基づき、二次最終判定をおこなう認定審査会の体制はどうか。高知市の場合、32合議体(ブロック)で192名の委員体制をとり、月2回の開催ペースで1件当たり4分程度の審査時間が目安になっている^(注15)。伊野町での聞き取りによれば、3合議体21名体制で週2回のペースで開催し、やはり1件当たり4分程度の所要時間になっているという。全国的にも同様の傾向があり、認定モデル事業段階から批判がおこなわれていたが、どちらの自治体でも、事前に資料を委員に送付していることもあり、所要時間の短さが問題になっている様子はないという。しかし、法律上認められている、必要に応じて審査会が利用者・家族から意見を聞くということはおこなわれていない。審査対象者を担当した訪問調査員が認定審査会に立ち会えば、特記事項の内容その他について、即時の受け答えが可能になり、利用者・家族の実状をより反映した認定をおこなえるが、そのようなこともおこなわれていない。越知町、佐川町、池川町、吾川村、仁淀村は5町村広域事務組合に委託する形で合同の認定をおこなって

いるが（そのうえで合議体に分かれる）、認定審査に担当訪問調査員が立ち会ってきたという（ただし、このシステムは2000年度から廃止された）。また、法律上、認められていないが、利用者・家族側からの審査会に自発的な陳述の機会も与えられていない。審査会の開催数、設置数、開催時間、委員数、訪問調査員と合議体とのリンクなどを調整しながら、より公平で民主的な審査体制を整える必要があるだろう。

認定審査結果は、どうなっているだろうか。高知市の場合、1999年12月末現在で、「自立」3.0%、「要支援」13.7%、「要介護1」27.0%、「要介護2」17.2%、「要介護3」13.5%、「要介護4」12.1%、「要介護5」13.6%となっており、1次判定から2次判定への変更率は24.6%となっている。12月7日時点での変更件数253のうち、変更理由として影響したものは、訪問調査員の「特記事項」140、「主治医の意見書」111、「状態像」63となっている^(注16)。市の資料によれば、12月末現在の変更率に関し、そのうち86.7%が重度変更になっている。1998年度におこなわれた高齢者実態調査では、施設における「自立」の割合が6.49%、居宅における「自立」の割合が23.2%となっていたことからすれば^(注17)、認定結果の「自立」の割合がかなり下がったこと、2次判定での重度変更率の高さがうかがえる。市の資料によれば、2000年3月末までの累計では、「自立」3.0%、「要支援」12.1%、「要介護1」24.9%、「2」16.5%、「3」13.0%、「4」15.0%、「5」15.5%となっており、また5月のみの変更率は25.7%であり、同様の傾向にある（ただし、変更のうち重度化は66.3%）。

南国市では、2000年4月1日現在の審査済件数1,340件のうち、変更率は11%で、うち重度変更率は8割にのぼっているという。伊野町での2000年3月初旬時点での聞き取りでは、「自立」は1～2%程度、変更率は27%程度で1ランク・アップが多いという（ただし、伊野町の場合、従来から公的サービス対象者については本来の対象者に限定してきたこともあり、それ以外の人からの申請はほとんどないという）。3月末現在の高知県全体および全国の状況は、「自立」4.5%（全国5.6%）「要支援」12.1%（12.4%）「要介護1」25.3%（23.4%）「要介護2」15.9%（16.7%）「要介護3」12.7%（13.6%）「要介護4」15.1%（15.0%）「要介護5」14.3%（13.2%）となっている^(注18)。都道府県別

比較では、3月末現在で、「自立」の割合の格差は2%~15%あるという^(注19)。高知県・全国の要介護3以上の割合は、42.1%・41.8%であり、厚生省の在宅のみを対象とする推計値23%と比較すれば、かなり上回る結果になっている。

施設を含めると認定レベルが高くなること、1次判定が身体面に偏る傾向があるため痴呆の判断が弱いこと、独居高齢者の生活不利条件が反映されにくいことなどを考えると、一概に認定が甘いと決めつけることはできないが、「自立」判定にみられるような格差の大きさは、認定がまだ試行錯誤の段階にあることを物語っている。県内の各市町村でも、認定が甘いとする声もあれば、おおむね妥当とみる意見、痴呆高齢者や重度者の判定が過小評価になっているという意見も聞かれ、評価が分かれている。問題は、認定システムの精度がまだ確立していないという点にある。とくに、1次判定の不十分さを二次判定で補う対応のしかたで、地域差・個別差が発生していると考えられ（高知県内市町村の場合、3月末現在、変更率の最低11.6%、最高35.6%）、一次判定の問題と、二次判定の公平な対応が課題となる。

ある市町村の認定審査委員の話によれば、10秒でも立位できれば「立てる」とみなされ、5メートルでも歩ければ「歩ける」とみなされ、視力障害者は屋外が不案内でも屋内の事情を理解していれば自立判定になるが、そのような判定が生活実態を反映するものと言えるだろうか、という疑問が寄せられた。別の市町村では、痴呆の判定が一次では難しいので、二次判定では一律に引き上げているという実情もある。とくに痴呆高齢者の場合、身体面で自立していると過小評価される可能性があるので、痴呆の判断を公平におこなえるよう、一次判定項目のあり方を見直す必要がある。それにくわえて、二次判定に大きな影響をもつ訪問調査員の「特記事項」および主治医の「意見書」のあり方や、審査委員の専門性が問われる。痴呆高齢者に対して、精神科でない医師が「意見書」を書いたり、認定審査において精神科医が加わっていないということが多く見られるのが現状であり、できる限り、専門的な対応の改善が求められる。たとえば、愛媛県中山町の場合、医大の精神科教室と連携し、まず、一般的な高齢者調査をおこなうなかで痴呆の早期発見等をおこなう→認定の訪問調査に同教室メンバーが同行する→両調査結果を主治医の「意見書」作成の参考資料

として提供する、というプロセスをとり、痴呆への専門的対応が図られている。今後の改善方向として示唆に富む事例と言えよう。

一次判定の精度の問題を別とすれば、訪問調査員（特記事項）、主治医（意見書）、認定審査委員（判定）の恣意性を極力排除する必要がある。訪問調査や意見書記載は単独行為になるので、行政主催や同僚間での統一的な研修を実施・強化して公平な調査、書類記載を確保しつつ、事後チェックも組み込むべきだろう。意見書や特記事項の量や質に個別差が大きいことが聞き取られているが、研修等を通じて、少なくとも書き込むべきポイント、必要のない事項を統一する必要がある（主治医がマニュアルすら読んでいない、という指摘もある）。認定審査についても、同一市町村内で複数ブロックに分かれる場合は、相互調整・チェックにより、ブロック間で不公平が発生しないよう努める必要があるが、さらに、市町村間・都道府県間の状況調査をおこない、全国的なモニタリングをおこなうべき時期に来ている。

日本の介護保険制度は、ドイツから認定制度を採り入れ、イギリスからケアマネジメントを採り入れた接ぎ木的な制度と言われるが^{2(注20)}、ドイツの認定システムの現状との比較をしておこう。

ドイツでは、前述のようにMDKが認定審査をおこなうが、これは各州に一つ設置される。視察訪問したノルトライン／ベストフアーレン（Nordrhein／Westfalen）州の場合は、ノルトライン地域（ここのケルンMDKを訪問）とベストフアーレン地域の2ヶ所に設置され、各地域ごとにさらに細分され、専門的なセンター（精神、介護、薬等）がある。認定のためには、MDKの専任医師等（一般医学、内科、精神科、小児科、介護士等）が一人で訪問調査し、1件当たり2時間程度で、身体面（脚、腕、全体的力、運動神経）、心理面、精神面など21項目にわたる調査がおこなわれる（体を洗えるか、歯を磨けるか、食事ができるか、自分で起きられるか、衣服の着脱ができるか、家事援助が必要か等）。

日本に比べて（座位・立位・歩行・入浴等の自立度や、視力、聴力、問題行動の有無など85項目）調査項目が4分の1と少ないが、その結果をもとに、疾病金庫（健康保険組合）の内部組織である介護金庫に対して、要介護度の推薦

がおこなわれ、介護金庫が最終判定をおこなう。日本のように2次にわたる判定プロセスを経ず、1回で決まる（マークシートによるコンピュータ判定もない）。しかも、訪問調査員の推薦の98%が介護金庫で認められているという。事実上、一人の訪問調査で認定がおこなわれていると言える。

ドイツでは認定が要介護度1・2・3の3段階しかない。要介護時間により、それぞれ90分、180分、300分の基準で区別されている^(注21)。ノルトライン／ベストフアーレン州では年間15万人（ケルンでは年間2万人）の認定がおこなわれるが、訪問時の聞き取りによれば、在宅介護（Ambulante Pflege）の場合、「要介護Pflegestufe1」41.3%「要介護2」17.9%「要介護3」4.3%「却下率 nicht pflegebedürftig（自立）」36.5%となっており、施設介護（Stationäre Pflege）の場合、「要介護1」36.2%「要介護2」35.9%「要介護3」8.6%「却下率（自立）」19.3%となっている。日本の現状にくらべて、「自立」の割合がきわめて高い^(注22)。ドイツの却下率が高い原因については、認定が要支援・軽度を対象にせず中度・重度中心になっていることがあり、要介護時間で比較すれば、ドイツの要介護度1は日本の4・5に相当し、ドイツの2・3は日本の5に相当するという指摘がある^(注23)。筆者のMDKでの質問に対しても、「ドイツの場合、日本より要介護ランクが少なく、敷居が高いことが（却下率格差の原因ではないか）」という回答を得た。

日本と比べたドイツの却下率の高さについては、そのように説明ができるとしても、ドイツでは、なぜそのように敷居が高いのであろうか。ドイツの場合、介護給付費用のほとんどが（98%という）保険料で賄われているうえ、在宅福祉の場合、給付限度額内であれば、自己負担がない（日本の場合、1割負担）というシステムになっているので、それだけ給付を抑える（認定枠を狭める）構造になっていると考えられる。逆に言えば、保険料の引き上げや、一部負担の導入を容認するならば、給付を広げることが可能ということになるだろう。

ドイツのこのような却下率の高さに対して不満が大きいことは、多くの指摘があるように、不服申立ての多さに表れている。ノルトライン／ベストフアーレン州でも、申請者の8～10%の割合で不服申立てが起こされており、日本全体で現在のところ208件（3月末現在、高知県では5月23日現在0件）という

状況と比べて著しい違いが明らかになった^(註24)。とくに、認定方法が身体中心で、痴呆の判断が弱いことが聞き取られた^(註25)。このため、1999年から、高齢者に指示を与える時間や徘徊にかかる時間が考慮に入れたり、セルフ・ヘルプ団体からの助言を採り入れるなどの見直しの動きが進んでいるという。日本と同様の問題点を抱えてきたと言える。

日本のように、給付費用の半分を公費負担したり、1割負担を設けながら給付幅を広げるのとは違い、保険料主義を貫きながら対象者を限定するドイツは、給付と負担の関係を単純に明確化するうえ、保険財政支出にも抑止機能を組み込んでいると言える。その意味で、ドイツの方が介護保険財政だけで見れば効率的と言えるが、後にも見るように、それが社会扶助支出への押し出し効果をもたらしており、マクロ総合的にみれば、必ずしも効率的とは言えない。

一方、税方式を代表するデンマークの場合、介護給付費用はすべて税金でまかなわれるが（視察訪問したコペンハーゲン市の場合、市民の平均税率は50%という）、給付決定は、従来の日本の措置制度のように、判定委員会がおこなう。ただし、その判定委員会は、ソーシャルワーカーやホームドクター等の日常的な福祉・医療従事者によって構成される。このホームドクターは市職員であるが、プライマリケアを担う医師として、個々の市民には必ず担当が義務づけられる（市内15地区において、地区内から市民が選ぶ）。市厚生福祉局担当者によれば、老人ホーム（プライエム）に入れない等の不服が過去にあったが、歴史的に繰り返すなかで、対象者やサービス対応に慣れてくるようになったという。また、判定委員会は、月1回、本人との相談日を設けているという。分権化を前提にした高福祉高負担に住民がそれなりに納得しながら、ソフトな形で給付判定がおこなわれていることがうかがえる^(註26)。税方式をとりながらも、負担と給付をなるべく納得できる形でリンクさせていると言える。税方式という点でドイツとは対照的であるが、介護費用財源を税なら税、保険料なら保険料というように純粹に一本化している点では共通している。

[ケアマネジメント・苦情処理・質の確保体制]

さて、日本、ドイツを中心に認定プロセスを追ってきたが、さらに、認定後

の利用手続きについて、日本を中心に論述を進めよう。

利用者が認定を受けた後は、自分でケアプランを作成する場合を除けば、居宅介護支援事業者を選択して、そこに所属する介護支援専門員（ケアマネジャー）にプラン作成を依頼することができる。現在、資格試験に合格しているケアマネジャーは多職種におよんでいるため、マネジメント業務の経験がないケアマネジャーが多く、この4月から実質的に稼働できているのはその一部である。また、稼働できるケアマネジャーの多くは、本職務と兼任しているため、マネジメントに多くの十分な時間を割くことができない。しかも、試験合格後、制度的に義務づけられている実務研修が32時間しかないため、とくに経験のないケアマネジャーは、現場実践に不安を抱えている^(注27)。

高知県内のある市町村では、先頃、訪問・通所サービスと短期入所サービスの給付限度枠が2本建てになっていることを誤解し、後者を前者の枠内に算入し、はみ出たサービス部分を全額自己負担として計算したため、高額負担に驚いた利用者がショートステイ利用を断念する（プラン変更）という事件が起こって県内に波紋を広げた^(注28)。短期入所枠の拡大措置が突然（3月）おこなわれるなど、国の方針の流動性に惑わされた側面もあったようであるが、今回のような場合、変更後のプランでサービスを受け始めていたため、ミスが気づかれにくい（放送記者の取材中、偶然に発覚した）。しかも、この事件の発覚後、その周辺市町村でも同じ誤解をしていたことがわかり、急遽、県が指導に乗り出すという経過を辿っている。

今回のような事件を防ぎながら、住民から信頼の得られるケアマネジメント体制を構築するためには、ケアマネジャーの研修の強化やレカレント教育の実施が是非必要である。制度変更の際しても、国からの通知が県から市町村に回されるだけの現状にあるが、講習会のような確実な周知体制を敷く必要がある。さらに、基本的なこととして、現段階では、マネジメントの正常プロセスが辿られていないという問題がある。県内のいくつかの市町村や居宅介護支援事業者からの聞き取りでも、利用者の生活実態・ニーズを把握するためのアセスメントをする余裕がなく、いきなりプラン作成をおこなっており、作成後のプランを利用者、ケアマネジャー、サービス事業者で確認し情報を共有するための

サービス担当者会議を開く余裕もない（ただし、事業者が一法人しかないので頻繁に会議を開いている例外的な自治体もある）ということが明らかになっている。

3月から4月にかけては、ケアプランが間に合わないのではないかという危惧が全国的に広がるなかで、従来サービスを利用していた人をそのまま継続利用につなげるべくプランに落とし込むのが精一杯という実態であった。しかし、今後は、マネジメントの定石を踏みながら、住民のニーズとケアマネジャーの専門性をすり合わせながら、生活の質を高めるためのマネジメント体制を整えてゆく必要がある。その際、単に、介護保険の枠組みだけでサービス利用を考えるのではなく、必要に応じて（保険給付でサービスが不足する場合や費用負担が難しい場合など）ボランティアなサービスや市町村事業を組み合わせながら、利用者のニーズに合わせてゆく総合的な視点も求められよう^(注29)。そのうえで、作成されたプランが過少サービスのため生活の質や生活権を損なうことがないか、逆に、認定のあり方にも関わるが、給付限度内でも過剰なサービスになって自立を妨げることがないか（資源配分の非効率にもつながる）、という意味でのサービス利用過程に対するモニタリングが重要になる。現在、すでにその両方のパターンが開き取られているが、前者の場合、地域資源の組み合わせの再検討や行政への制度再検討の指摘が求められるし、後者の場合、プランの修正のほか、利用者に再認定申請を勧める必要がある。

ケアマネジャーの資質を安定・向上させるうえで、支援事業者間やサービス事業者との間での情報交換やノウハウの伝達も重要な役割を果たすが、その場合、これまでの経験やノウハウの蓄積の豊富さという点で、在宅介護支援センターに中心的な役割が期待される。たとえば、高知市の場合、中学校区15ヶ所に設置された在宅介護支援センターに市の委託職員を各2名配置してきたが、1名はケアプランを担当させ（1名は従来型の地域福祉機能を担う）、安定化を図ろうとしている。また、居宅介護支援事業者の連絡協議会を発足させ、相互の連絡調整を促そうとしている（今年3月に立ち上げ、5月までで研修会を4回実施済み）。越知町でも、2月にケアマネジャー連絡協議会を立ち上げ、自主運営を始めている。

ケアマネジャーは、利用者とサービス事業者や行政とのパイプ役としての期待が大きいが、同時に、社会的評価の確立も今後の課題である。プラン作成、モニタリング、そして月末に多忙になる給付管理を含め、1件あたり要介護度に応じて6,500～8,400円の保険報酬でしかない。国が規制している受注件数の上限である月50件は採算の最低ラインとも言われているが、ケアマネジャーが不足している地域を除けば、それを確保するのは困難な状況にある。訪問調査の委託を受ける場合でも、高知県下では、委託料は在宅3,100円、施設2,100円でしかない（主治医意見書の場合、その作成だけで在宅5,000、施設4,000円となっている）。社会的評価の低さは、本来業務との関係もあり、実働マネジャーの量的確保に支障を来す可能性もある。高知市のように事業者が集中しているところは比較的足りており、地域差があるが、県内のある市では、実働できるケアマネジャーが支援センターに一人しかおらず、市役所職員が総動員でプラン作成に追われている状況にある。

プラン作成との関わりで、利用者が本当に事業者を選択できるのか、サービスを利用し始めてからの苦情相談は機能するのか、ということもサービスの質を確保するうえで重要なポイントになる。

現在のところ、従来からサービスを利用して来た人に対してプラン作成とサービス利用を整えることが優先されており、とくに同じ事業者からのサービスを継続利用するために、そのままプランに落とし込むというケースが多い。その意味で、利用者がよりよいサービスを求めて積極的に選択する段階になっているとは言えない。しかし、その原因の一つとして、利用者が選択するための情報が利用しやすい形で提供されていないという問題がある。市町村の相談窓口や在宅介護支援センターでは、どこの事業者がいいのか、という端的な質問がしばしば寄せられて当惑することがあるという（十分に情報をもっていない場合もあれば、もっていても自分の知識・判断に自信がもてない場合もあるし、みずからの所属する法人等のサービスに自信がある場合でもケアマネジャーに求められる公平・中立性とのかねあいがある）。利用者の選択に資する情報が不足していれば、介護保険のメリットとして喧伝されてきた「選択」の意義は疑わしいものになりかねない。逆に、要介護度の低い人を施設側が敬遠すると

いう事態も生まれている。

唯一、社会福祉・医療事業団が提供するWAM NET情報があり、これに事業者が情報登録すれば、事業者情報が掲載され、インターネットを通じてアクセスできる。しかし、その情報内容は、所在地や提供サービスの種類、空き部屋情報など基本的な情報が中心になっている。その種の情報も必要ではあるが、サービスの質の第三者的な客観評価に基づく情報が欠けている（従来、都道府県を主体としておこなわれてきた在宅・施設福祉サービス評価事業の結果は当該事業者を除き非公開になっている）。そのような情報が公開されていれば、ケアマネジャーが自らの所属する法人や既存事業者の利益を考慮して情報提供を制限することがない限り（すでに起こっていることであるが）、堂々と利用者の便に供することができる^(注30)。もっとも、その場合でも、利用者・家族にわかりやすい形での提供方法や相談体制の工夫が必要である。

介護サービスは、（より専門性の高い）医療サービスに比べて、情報の非対称性（供給者側への情報の偏り）が相対的に小さいという指摘があるが^(注31)、どちらも噂を頼りにせざるをえないという意味では同じ状況にある。むしろ、利用者（患者）が求めている情報は専門的知識よりも、どれだけの効用が期待されそうかという情報であるから、治療に比べて効果が把握しにくい介護の方が的確な情報を得にくい。そのような困難を少しでも解消するためにも、利用者の生活ニーズや自立、自己実現に向けた処遇プロセスがどのような方法・内容・水準でおこなわれているかをうかがい知るための情報基盤整備が必要になる。それによって、より多くの利用者・家族がより積極的に事業者を選び始めるようになれば、供給独占・寡占がない限り、競争原理を通じたサービスの質の向上が期待できるだろう。ただし、それが、利用者確保だけを目的とするダンピング競争や広告・宣伝合戦的な非価格競争になるならば、介護の質の向上は期待できなくなる。

その意味では、サービスの選択過程だけではなく、利用過程における苦情相談活動などのチェック機能が重要になる^(注32)。制度上は、国保連合会が都道府県レベルで苦情処理をおこなうが、なじみが薄いせいか、高知県では6月初旬段階までで苦情は寄せられていないという。また高知県では、苦情相談委員が

月1回ペースで施設訪問し、利用者から苦情相談を受ける事業（介護苦情相談員設置事業）を始めているが、吸収量は少なく、11施設に対して1999年8月～2000年3月の8ヶ月間で8件の苦情相談である（職員の態度や言葉遣いへの不満、薬の服用についての説明不足、リハビリ体制の強化要望など）。今年度は、希望施設が45施設に増えるというが、県から見知らない委員が突然訪れても、高齢者が簡単に胸の内を明らかにするとは考えにくい。現場職員の処遇努力があることや、昔に比べれば有り難いことだというような恩恵の意識が利用者根強く残っていることを割り引く必要があるにしても、保険料の本格徴収に伴って予想される意識変化や時代の流れに伴う意識変化への対応が求められる。

都道府県レベルだけでなく、市町村レベルでの苦情相談活動（単に受け付けるだけでなく事業者への調査や、改善に向けたアクションを伴う）や、事業者自身の努力（施設などに外部からの相談員を常設的に招き、利用者との関係をスムーズにする）、住民の自発的相談・評価活動（NPOの設立など）、利用者自身の自治的機能（利用者委員会）など多様な次元での取り組みが可能なのはである。それらを通じて、利用者、家族、事業者、住民、行政の福祉をめぐる主体的ネットワークが活性化すれば、地域の福祉水準は自ずと高まるにちがいない。たとえば南国市では、4月に入ってから、県内初の第三者による苦情相談窓口（「高齢者安心センター」）が設けられ（ボランティアが運営し、市が補助）、苦情を受けて事業者への調査や改善を求める活動が始められている。住民の主体的な取り組みとして注目される。福祉先進地として知られる岩手県宮古市では、今年度から、市が「サービス向上委員会」（市民代表5名、サービス事業者代表5名、公益代表2名）を発足させ、利用者からの相談等を受け付け、調整するという（6月現在、市民代表を公募中）。また、市内のほとんどの薬局・薬店の協力を得て「まちかど相談所」を設け、保健・福祉に関する相談全般を受け付け、在宅介護支援センターや行政につなげてゆく体制をとっている^(注33)。

サービス利用支援という意味では、自己決定が困難な人への地域福祉権利擁護事業や成年後見制度の活用も期待されるが、制度の稼働率はごく低調である。費用負担のあり方などが問われよう^(注34)。

ドイツの介護保険の場合、MDKが、認定と並んで品質管理をその主要な業務に位置づけている。ケルンMDKからの聞き取りによれば、具体的には、人事、サービス水準、介護者の質、どういう設備になっているか、利用者にあったサービスが提供されているか、介護記録がとられているか、利用者自身が満足しているか、効果があがっているか、などがチェック・ポイントになっているという^(注36)。改善点があれば、事業者への指示もおこなうという（ただし、事業者の25%がチェックを受けることを目標としており、すべての事業者が対象になっているわけではない）。日本の場合も、監査や従来サービス評価事業において、同様のチェックはおこなわれるが、利用者の満足度や効果は、少なくとも第三者的なサービスの質の評価という形式ではほとんどおこなわれていない^(注36)。ドイツの場合、現金給付が主要な選択肢になっていることもあり、家族介護の場合、きちんとした介護がおこなわれているかもMDKがチェックしている。ただし、ハンブルクで辱創死が社会問題化したように、その実効性が問われる。また、ドイツの場合も、サービスの質の評価結果は、当該事業者を除いて情報開示されていない（委託により、特定の品質の認可を得るという方法はあるが、全額事業主負担で費用が高いという）。両国において、情報開示を前提にしたサービスの質の評価は今後の課題と言えよう。

(3) 給付水準・内容

給付は、訪問・通所サービスの場合、要支援から要介護度5まで、月額6万1,500円～35万8,300円の支給限度額が定められたが、介護保険によって給付の水準が上がるのか下がるのか、ということが焦点の一つになる。介護保険実施後、高知県内のいくつかの市町村（高知市、安芸市、越知町、伊野町、芸西村、西土佐村）からの聞き取りを通じて、大別すれば3つのタイプが生じていることが明らかになった。一つは、支給限度額内サービスでは足りず、これまでのサービス水準より低下するケース（ケース1）がある。逆に、今までのサービス水準を維持するためには、支給限度額一杯までサービスを利用する必要がなく、限度額サービスより低いサービスで足りるというケース（ケース2）も見られる。そして、これまでのサービス水準や生活水準を維持するためにはサー

ビスを限度額まで利用する必要があるが、利用料負担に困難を感じ、やむなく限度額より少ないサービス量を選択しているケース（ケース3）がある。

ケース1は、重度高齢者や痴呆高齢者に見られやすいケースである。痴呆高齢者の場合、先述のように、1次判定が痴呆を過小評価する場合があること、主治医の意見書、訪問調査員の特記事項、審査員の2次判定において必ずしも専門的審査が確保されていないことがこのようなケースを生み出すと考えられる。もう一つは、サービスの種類によって、限度枠の設定がこれまでの実態を踏まえない低い水準になっていることが原因になっており、とくにショートステイの場合にあてはまる。

ショートステイは訪問・通所サービスとは別建てで限度枠が設定されており、6ヶ月のうち、要支援で1週間、要介護1・2で2週間、要介護3・4で3週間、要介護5で6週間の枠を設けていた。しかし、痴呆高齢者などにおいて、従来、月に1～2週間利用することによって在宅生活を維持してきた人の場合、認定によって水準が下がることが多い。このよう事態に直面した当事者らの不満に応じる形で、介護保険実施直前の3月になって、拡大枠が設けられることになった。その結果、要支援で7週間、要介護1・2で12週間、要介護3・4で13週間、要介護5で14週間の拡大利用が可能になった。

しかし、この拡大枠を利用するためには、同居家族による介護が困難な場合という条件が付けられたほか、当初の基本枠を超えた段階で、月2週間で限度に他の訪問・通所サービスをショートステイに振り替える必要があり、その振り替え分については、利用者がいったん全額自己負担しなければならない（たとえば要介護4の人が最初の1ヶ月で3週間の基本枠を消化した場合、残りの5ヶ月を毎月2週間まで拡大利用できるが、その振り替え分は償還払いになる）。県内でも、少なくとも基本枠によるサービス縮小の動きを受けて利用を断念し、ショートステイの空きベットが増えている地域も見られる。すでに神戸や名古屋でおこなわれているように、利用者への9割給付部分の払い戻しがおこなわれるまで（3ヶ月間）事業者がその部分の支払いを猶予するか（受領委任払い）、行政がそのうちの保険料負担部分を立て替えるかの措置が必要だろう。ショートステイの入所への切り替え措置も認められているが、老人ホームなどでの収

容能力の問題があるうえ、在宅重視という理念とのずれも生まれる。厚生省は4月に入ってから、訪問・通所サービスとショートステイの限度枠を早ければ来年度から1本化する方針を固めた。それによって、償還払いの必要性をなくそうとするものだが、その場合でも、1本化された限度枠内でショートステイの合理的利用がどのように確保できるかが問われる。

ホームヘルプやデイサービスについても、限度額で不足する場合の対応がほとんどの市町村で計画化されていない。後述の横だしサービスに関わる部分は、国の補助事業化によって市町村の積極性が見られるようになったが、この上乘せに関わる部分は、原則として全額自己負担と考える市町村が多い。保険料引き上げによる水準引き上げも困難な場合は、市町村の一般事業で補完するか(障害者福祉サービスの結合など)、ボランティアやNPOによるサービスのネットワーク化を推進する必要がある。

ケース2は、過重認定になっているか、当該地域サービスの水準が従来から低かったか、当該住民のサービス利用意識が低かったか、に原因を求めることができるだろう。過重認定であれば、認定方法の再検討が求められる。住民がサービス利用を自制すれば、とくに問題が起こらないが、費用負担能力があり、必要以上のサービスを限度額まで利用するようなパターンへと展開すれば(ケース2の拡張型)、過剰サービスが自立の妨げになる(生活の質の低下を意味する)のみならず、財政非効率にもつながる。客観的専門的見地からは必要であっても、費用負担の問題とは関係なく従来のサービス水準を甘受している場合には、ケアマネジャー・利用者間の話し合いを深めて合理的水準を確認しあう必要がある。住民の利用意識が低い場合、それが自立志向に基づくとすれば問題は小さいが、未経験等による消極的拒否・忌避であるとすれば、試し利用などを勧めて偏見・不安を払拭する必要がある。

ケース3は、ケース1とケース2の中間的なタイプと言えるが、ケアマネジャーにとっても悩みの種になっている(専門的見地から限度額までの利用が望ましい場合でも利用者の負担能力に合わせざるを得ない)。利用者からすれば、やむをえずサービス水準を下げざるをえないが、とくにそれによって生活困難が生じる場合、介護保険制度そのものへの不信につながる。実際、認定申請やケ

アプラン作成依頼の出足の鈍さが表面化しているが、その原因が利用料負担にある人は、ケース3の潜在的タイプと言える。これは、後述の費用負担システムの課題につながる。

介護予防や生活支援の観点から、自立判定を受けた人や認定された人への補完サービスの必要性、内容、水準、担い手も検討課題になる。たとえば、高知市では、市が必要と判断して従来サービスを利用していた人などで自立判定を受けた人については、補完デイサービスやホームヘルプを市の事業として用意したり（週1～2回程度）、直営または委託によるミニ・デイ（月1～2回程度）を実施するほか、宅老所の増設（99年度末実績で市内2ヶ所を本年度中に9ヶ所へ）、配食サービスや緊急通報装置の継続実施などを計画・実施している^(注37)。伊野町でも、先進的に実績を積んできたミニ・デイの対象を拡大したり、在宅介護手当（月1万円）を継続実施するほか、配食サービスの1日3食365日体制や自立判定者へのホームヘルプを住民参加型で実施することが計画化されている^(注38)。西土佐村では、自立判定者に対し、デイサービスやホームヘルプだけでなく、ショートステイも単独事業でおこなうという^(注39)。香北町や大野見村、中村市でも、ホームヘルプ（家事援助）や介護予防的なサービス等を保険対象外サービスとして位置づけている^(注40)。保険サービスは、あくまで生活支援サービスの一部であることが明らかになりつつあるなかで、多くの市町村でこのような保険外サービスの多様な展開が始まっている。効果的な内容・水準を考えつつも、市町村事業だけでなく、住民の主体的力量を育てる観点と効率性の観点から、ボランティアやNPOのネットワーク形成を推進することも重要である。

ドイツの場合、支給限度額は以下のように設定されており、在宅、施設サービスとならんで、現金給付が主要なオプションに位置づけられている（丸括弧内は1DM=60円とした場合の日本円換算額）。

「在宅サービス」要介護1：750DM、要介護2：1800DM、要介護3：2800DM
(45,000円) (108,000円) (168,000円)

「施設サービス」	要介護1：2500DM、 (150,000円)	要介護2：2800DM、 (168,000円)	要介護3：3000DM (180,000円)
「現金給付」	要介護1：400DM、 (24,000円)	要介護2：800DM、 (48,000円)	要介護3：1300DM (78,000円)

ハイデルベルク市からの聞き取りによれば、現金給付を受けている人の割合は8割（デュッセルドルフ市からの聞き取りでは6割）であり、依然として現金給付派が多い。現金給付の場合、現金のみの給付と、サービスとのミックス給付があるが、後者の場合、サービスの利用率が限度額の一部割合である時に、残りの未利用率を現金給付の限度額に掛け合わせて得られる額が（サービスとミックスする）現金給付の限度額になる。

在宅サービスの場合、たとえば要介護度2の人は、前述のように1日180分の介護時間が必要な人とされている。ハイデルベルク市でのヘルパー報酬は時給50マルクになっており、3時間で150マルク、30日で4,500マルクとなるが、支給限度額は1,800マルクであり、保険でまかなえる部分は3分の1程度になる（もっとも、基準時間の180分は素人のかかる時間であり、専門職であればもっと早く済ませるということであるから、実際には限度超過額を割り引いて考える必要がある）。施設の場合でも、介護ホーム（日本の特別養護老人ホームに相当）の実際の入居費用は要介護1で4,500マルク、要介護2で5,400マルク、要介護3で6,000マルクとなっており、保険でまかなえる部分は半額程度にすぎない。介護保険ですべてまかなえないと聞いて落胆した人が多かったというが、認定限度額で不足する場合や認定却下された人は全額自己負担となる。自己負担できない人は介護扶助（Hilfe zur Pflege）の適用を受けざるをえなくなる。ドイツの社会扶助は、日本の生活保護に比べて権利性が強く、利用しやすい（社会福祉に近い）という指摘があるが^(註41)、ハイデルベルク市の場合、社会扶助総費用2000万マルクのうち500万マルクが家族から返還されており、日本に比べて家族への負担逡及度が強い。

デュッセルドルフ市社会福祉局からの聞き取りによれば、まだ保険財政は赤字になっていないが、給付限度額でまかないきれない現状を変更すれば赤字に

なる可能性があるという。すでに、デイサービスについて限度枠拡大がおこなわれたばかりであるが^(注42)、保険料を引き上げない限り、給付枠を拡大することが容易でない事情がうかがえる。

ドイツの場合、保険方式を純粹に貫きながらも、実態としては、扶助（税）への押し出し効果を生み出す保険構造になっている。介護保険制度導入の経緯からみれば、社会扶助のうちの介護扶助の財政負担増という背景があったわけだが^(注43)、扶助の補完的役割は依然として大きいうえ、介護総費用はかなり増えており^(注44)、全体的にみれば効率的とは言えない。日本では保護率が1%にも満たない適用比率であり（デュッセルドルフ市の場合、8.5%）、市町村の一般事業にしても、認定漏れ対策という位置づけが強い。デュッセルドルフ市でも、認定却下された人への最低限の家事サービス（給食を含まない）、緊急通報装置、高齢者向け賃貸アパートなど在宅中心の対応が考えられているが、自己負担を原則としており、それが不可能な場合は社会扶助を考えている。

ドイツの場合、保険によるサービス給付が限定されていることが、本人への現金給付による家族介護の選択を多くしている原因になっていることも考えられる。日本の場合、家族への「介護慰労金」（最高年間10万円）が保険とは別枠で制度化されたが、要介護度4・5で1年間サービスを利用していない低所得者（住民税が世帯非課税）という条件が課せられたため、対象者はほとんどいない。ドイツのように、サービス給付より低い現金給付の選択肢を設け、それを選択する人が多いことは、介護保険給付の枠内では財政的効率性に資するし、利用者の選択肢が多いことは社会的効用を高める。しかし、それが、サービス給付の不十分さへの妥協に基づく消極的選択であったり、結果的に、ハンブルクの辱創死問題のような状況を生み出すならば、利用者の生活の質や権利性を損ない、制度の存在意義が問われることにもなる^(注45)。

ドイツのように、保険料方式を純粹化して目的に応じた負担という関係を鮮明にしている国では、税方式が生活保護という形で補完機能を強く発揮せざるをえなくなっている。日本の場合は、保険給付のなかに税負担を半分組み込み、さらに1割の利用料負担を課すことによって給付枠を広げている。負担・給付関係を保険において明確にしたうえで、税の補完的機能を強くするか（ドイツ）、

その関係を緩めながら給付枠を広げるか（日本）、税方式をとりながらも負担・給付関係を地方・住民自治の枠内に落とし込んで普遍性を強力に押し出すか（デンマーク）という三つの道が提示されている。

(4) 費用負担

給付に対応する負担の内容は、どうなるであろうか。1号被保険者については、2000年4月から半年間は徴収を凍結し、その後も1年間は半額に減額されることになったので、保険料徴収が始まるのは同10月から、本格徴収が始まるのは2001年10月からになる。2号被保険者については、予定通り2000年4月から徴収が始まっている。

1号保険料の全国平均は2,796円、高知県平均は3,178円と言われている^(注46)。2号被保険者の場合、国（国民健康保険）や事業主（被用者健保）による折半負担を除く自己負担額の平均としては、市町村国保1,280円、健康保険組合1,965円、政府管掌健康保険1,550円となっている^(注47)。

高知市の場合、1号保険料は最終的に3,108円の基準保険料となった^(注48)。1号被保険者の場合、所得に応じて5段階の標準的な保険料率が定められているが（生活保護や老齢福祉年金受給者である第1段階は基準額の0.5倍、世帯全員が住民税非課税である第2段階は0.75倍、本人が住民税非課税である第3段階は基準額通り、本人の年間所得が250万円未満の第4段階は1.25倍、同250万円以上の第5段階は1.5倍）、高知市が当初おこなう方向で検討して全国的にも注目を集めた基準額倍率の弾力化措置（低位段階を下げ、高位段階を上げるなど）は、第2段階の人口比重が相当高いという理由で見送られた^(注49)。

高知市の場合、年金額3万円未満の人が1号のうち23.94%と約4分の1を占め、普通徴収の対象である同1.5万円未満の人でも17.41%と2割弱を占める^(注50)。5段階区分をおこなっているとはいえ、定額徴収のため、逆進性は解消されない。負担と給付の関係を明確にするという保険原則に立てば、多様な負担区分を設けることは好ましくない。しかし、相当低所得の状態にある第1・2段階の人に応益的な負担を求めることは（第1段階でも2号なみの負担になる）、ペナルティを通じた保険制度からの排除作用をもたらす。

一般的な低所得を理由とする減免は国が認めていない（財政支援がない）ので、介護保険会計の枠内での減免はそれ以外の人の保険料引き上げをもたらす。それが難しい場合には、一般会計を通じた補填措置をおこなうか、国・県の財政支援を検討せざるをえないだろう（オランダの介護保険では、課税所得以下の低所得者は免除を受ける）。同じ社会保険でありながら、低所得者への減免措置を認めている基礎年金や国保とのバランスの問題もある。保険料収納率が低いことによって財政不足に陥る市町村に対して、都道府県財政安定化基金（国、都道府県、市町村で3分の1ずつ拠出）による不足額の交付がおこなわれるが、そのような事後的措置を前倒しして、減免財源に充当することを認めるという方法も考えられる。社会福祉法人利用者負担軽減事業（利用料を5%軽減し、その分を社会福祉法人と公費で折半負担）の適用も考えられるが、社会福祉法人の意向に左右されるうえ、市町村民税世帯非課税で、とくに生計困難な人というように、対象がかなり限定されている^(注51)。

2号（とくに国保加入者）とのバランスを考えれば、1号保険料の半額を公費負担するという事も考えられる。ちなみにドイツの場合、保険料は一律、収入の1.7%となっており（労使折半で、自営業者等の場合は1.7%）、日本の被用者よりは高くなっているが、年金受給者の場合は半額を年金保険者が負担している^(注52)。

利用料については、先述のように、その負担が難しいことを理由に、認定申請・プラン作成依頼をしなかったりサービス受給を削減・断念する人が現れている。従来の利用者については、特別養護老人ホームについての7段階負担措置（5年間のみ）と、ホームヘルプの3%措置（非課税の低所得者で3年間のみ）が国の経過措置として認められているが、それを他サービスや新規利用者に広げたりして（新規利用者を対象外にすることには合理性がない）独自の減免措置をおこなう自治体が増えつつある（厚生省が4月20日に発表した調査結果では247市町村）。高知市では、当初、高額介護サービス費の本人立て替え分（償還払い分）を貸し付ける方針をもっていたが、5月現在、受領委任払い（事業者へ的高額部分の後払い）を検討しているという。しかし、高額サービス費だけへの対応では、在宅サービス受給者のほとんどが対象にならず、意義

が小さい。やはり、低所得者に対しては、高額以外の基本負担分についても、サービスの種類や受給開始時点に関係なく軽減措置を実施してゆかざるをえないだろう。利用料負担を高めることが受給を抑制し、「モラル・ハザード」の防止を通じて保険財政の効率化をもたらすとする見方があるが、認定を受けた人が認定額までサービスを利用しようとするのがモラルの低下と言えるだろうか。もちろん、認定が過重になったり、そのうえで限度額まで利用することは考えられるが、それは認定システムのあり方やケアマネジャーの専門的力量に関わる問題である。なお、先述のように、ドイツでは限度額内の利用料負担というものはない。日本でも、1割負担分を限度額から差し引くという方法が考えられる。

(5) 基盤整備

[福祉計画をめぐる状況]

最後に、需要に見合うだけのサービス供給量が確保できるかどうかを検討しよう。このことは、老人保健福祉計画や介護保険事業計画に関係してくる。

サービス基盤整備の進捗率（1999年度末の旧・老人保健福祉計画の目標値に対する供給見込み量）で見れば、高知県全体（および高知市）の進捗状況は、ホームヘルプ45.9%（50.0%）、デイサービス88.2%（90.9%）、ショートステイ89.5%（126.9%）、訪問看護94.7%（196.4%）、機能訓練67.3%、訪問指導34.0%、特別養護老人ホーム102.1%（78.3%）、老人保健施設105.7%（109.2%）となっている^(注53)。現状で見れば、ホームヘルプの不足状況がきわだっている。また、訪問指導や機能訓練のような介護予防・リハビリにとって重要なサービスも不足している。その他のサービスは、デイサービスと高知市の特別養護老人ホームがやや不足気味であることを除き、おおむね達成ないし超過している。

2000年度では、県全体としては、旧計画との関係で不足がきわだつホームヘルプをふくめ、在宅福祉サービスについては利用見込み量に応じるだけの供給量が見込めることになっている^(注54)。施設についても、県全体としては、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）がやや不足することを除き、老人保健施

設（介護老人保健施設）と療養型病床群（介護療養型医療施設）では定員が利用見込み者数を上回っているが、県下4圏域の一つ（安芸圏域）で3種施設とも下回っているように地域差がある。

県全体で見れば、利用見込みに応じるだけのサービス供給量が見込めることになっている。それが計画通り、実際に充足されるかどうか、ということを検証してゆく必要があるが、それを別としても、考慮すべき点がいくつかある。一つは、利用意向に基づく利用見込み量に応じられるだけの供給見込み量がある（供給率＝供給見込み量÷必要量＝100%であることを意味する）としても、その利用意向（サービス対象者のうち利用意向をもつ人の割合）が今後、保険料支払いに基づく権利意識の醸成や認知・経験度の高まり、サービスの質の向上などに伴って増大してゆく場合、供給量との間にミス・マッチが生じないか、ということである。旧計画の「進捗率」という場合も、その目標値（需要量）は利用意向の従属変数になっていた^(注55)。高知市の場合、2000年度の利用意向は、ホームヘルプ34.2%、デイサービス54.3%、ショートステイ40.0%、訪問看護32.4%、訪問リハビリ26.3%となっているが、それらが、その後も計画最終年度の2004年まで毎年約4%ずつ伸びてゆくという計画になっている^(注56)。市からの聞き取りによれば、この伸び率は国から示された計算上の基準というが、この通りの推移を辿るかどうかが、少なくとも単年度ごとのチェックが必要である。

「進捗率」または「供給率」は、与えられた利用意向に応じられるだけの供給量が達成されているか、または見込まれるか、を示す指標であり、2000年度の供給率は、1998年度に各市町村でおこなわれたアンケート上の利用意向に基づいており、現実の有効需要を反映するものではない。利用意向を100%とした場合の供給率は「基盤整備率」と呼ばれるが（供給見込み量÷要介護者数への標準サービス量）、それでみれば、県全体の2000年度の基盤整備率は、ホームヘルプ31.27%、デイサービス48.98%、ショートステイ35.53%、訪問看護21.04%、訪問リハビリ21.63%などとなっている^(注57)。4月以降の実際のサービス利用状況は、現在のところ各市町村は把握できていない。ケアプランを市町村がチェックするシステムになっておらず、国保連合会からの報酬支払い書類

が送られてきた時に判明するため、数ヶ月のタイム・ラグがある。保険者としては、「保険あって介護なし」の状況を避けなければならないが（すでにサービス不足のため、種類によって保険給付枠を独自に制限設定している市町村もある）、逆に、先述の費用負担との関係などから、予想を下回る利用率になることも十分考えられる。いずれにせよ、少なくとも単年度ごとの計画チェックが求められる。

実際の利用率との関わりで、さらに考慮に入れておくべきこととして、先述の認定状況がある。予想をかなり下回る自立判定率になったということは、当然、予想以上に保険サービスの対象になる人の割合が高くなっていることを意味する。この認定状況は、新計画に組み込まれていない。費用負担などとの関わりで利用率が下がることも考えられるが、認定の問題を別にすれば、有資格認定される率が高くなることは需要引き上げ要因になることに注意しなければならない。基盤整備が進んだり事業者が増える市町村では、他市町村からの流入も考えられる。また、サービスの種類別の需要動向にも注意する必要がある。ショートステイの拡大措置による需要上昇が考えられるし、ホームヘルプのうち家事援助サービスが伸びているという状況もある。計画策定時に考慮されていなかった状況を定期的にチェックする必要がある。制度上は、3年後に計画の中間見直しをすることになっているが、それでは遅いだろう。

在宅福祉との関わりでは、住環境整備（ケアハウス、高齢者生活福祉センター、高齢者向け住宅、グループホーム）を数量的に計画化していない市町村が多い。介護保険の理念の一つが在宅福祉の充実になっているが、在宅福祉サービスが整備されても、その受け皿が整備されていなければ有効に機能しない。ニーズ調査に基づく計画的整備が求められる。

ソフトな基盤整備という点では、主に介護保険対象から外れる人へのサービスや保険対象外サービスを担うインフォーマル・グループ（ボランティアやNPO）の育成・支援が重要になる。ミニ・デイ、外出介助、配食サービス、移送サービス、買い物・布団干し・庭木の剪定等の家事援助、生活相談、安否の確認、声かけ、話相手などが考えられるが、それらは介護予防や生活支援のうえで意義がある。それは、住民の主体的な福祉力形成にとって重要な契機に

なるうえ、自助的セクターの活性化は、財政制約と福祉ニーズのジレンマを緩和する役割をも果たす。

[住民参加・民間パワーとサービス供給]

たとえば高知県内でも、日高村、土佐町、葉山村、西土佐村などが注目される。日高村では、民生委員が軸になりながら、福祉委員、ボランティア、近隣住民などがネット協力員（約200名）となって小地域福祉ネットワークを形成している。介護保険の対象であるかないかに関わりなく、要援護者を「見守り型」「日常的福祉サービス提供型（住民参加型サービス）」「種々の在宅福祉サービス提供型」「生活支援型」に区別し、ネット会議等で状況確認や情報交換をしながらニーズ発見・連絡・対応システムを築いている。高知水害を教訓に、高齢者だけでなく障害者も視野に入れた防災ネットワーク・マップも作成しており、住民の参加と意識変化を引き起こしている。土佐町でも、民生委員を中心に高齢者等調査によって、「今はまず問題ない」「地域で見守りが必要」「意識的な見守りが必要」というケアサポート・ランクづけをおこない、ネットワーク名簿（ケアランク、世帯状況、福祉サービス状況等）を作成している。そして、ネットワーク懇談会（民生委員、福祉推進委員、ボランティア、専門機関、家族が参加）を開きながら、ボランティア（見守りや生活支援）と要援護者を組み合わせたり、専門機関との連携を図っている。この活動を推進してゆくうえで、ボランティア・コーディネーター（社協職員）がキー・パーソンとして積極的役割を果たしている。葉山村では、社協がしあわせづくり相談所を開設し（常設相談員2名）、訪問・電話でよろず相談をうけつけ、自分で解決できる道筋をつけている（必要に応じて役場や専門機関と連携）。相談件数も多く（1998年度299件）、周知度・期待度が高いことも住民アンケートから確かめられる。その他、ふくしのむらづくり研修会（ボランティア、福祉委員、民生委員等による実践報告や意見発表）や、ふれあいいきいきサロン（高齢者・障害者など当事者住民とボランティアの共同企画に基づき、食事、レクリエーション、運動、血圧測定等を実施）、ふれあい給食（ボランティア42名による配食サービス）など多様な活動が住民参加のもとに取り組まれている。西土佐村では、

「自分たちの健康は自分たちで守る」という理念の下、「病気の早期発見」、「正しい治療」、「強い体質づくり」、そして「学習活動」を柱にして、地区保健推進委員（住民ボランティア）が中心になって「地区健康づくり活動計画」を計画、実行している。その結果、喫煙率の低下、国保一人当たり医療費の低下（53市町村中3位の低さ）、ねたきり高齢者の減少（Cランク3名のみ）等の効果が表れている^(注58)。

このような住民参加型のインフォーマル活動を推進してゆくうえで、ボランティア、民生委員、社会福祉協議会、NPOなどの果たす役割は大きい。民間パワーの一翼を担うという意味では、民間企業の動向も注目される。過疎地域や中山間地域では、事業所の立地条件や移動の効率性、利用者数などとの関わりで、参入が難しい場合が多いが、高知県内でも高知市など中心部では参入が進んでいる。現状では、利用者を拡大して大きなシェアを確保しているという状況ではない。たとえば土佐市では、比較的、在宅サービス整備が進んでいるが、新たに参入した民間企業やNPOが、委託事業を除けば、利用者確保に相当苦しんでいる（7つの事業者が競合するホームヘルプでは、新規参入した民間企業、NPOそれぞれの利用者は4月末現在では10人にも満たない）。サービス整備が進んでいる地域で従来の事業者が事業を継続しており、しかも、先述のように選択情報が利用しやすい形で提供されていない場合、とくに従来からサービス利用している高齢者は、現状適応的選好行動をとる傾向が強い。それにくわえて、ホームヘルプの場合、報酬単価が低い（回数も増やせる）家事援助サービスを予想以上に選好する利用者の行動傾向が表面化しており、シェア拡大を見込んで参入を図ろうとしていた民間企業等は、事業の縮小を迫られている。高知市でも、介護保険実施前から参入している民間企業（2社）からの実施前段階での聞き取りによれば、さしあたり従来の利用者へのサービスを中心に考えていたが、現在のところ新規参入1社をふくめ、ホームヘルプの新規利用者の拡大は進んでいないという（6月初旬段階の役所聞き取り）。西土佐村でも、民間企業2社等からの打診はあるが、利用者が既存事業者に固定化しているため、保険サービスでは参入しないだろうという（5月末段階の役場聞き取り）。逆に、伊野町や大野見村のように、従来の主要な事業者が撤退する

と同時に参入事業者がそのサービスを担う場合は、利用者を確保しやすい（参入事業者が、それまで利用者となつたあるヘルパー等を受け入れる）。

NPO 法人の場合、資金力が零細であり、とくに事業者が競合する地域では苦戦しているが、4月になって大蔵省が法人税の課税対象にする方針（年間所得が800万円以下で22%、それを超える場合は30%の税率、2001年度税制改正により実施）を固めたため、今後一層の困難が予想される。非課税の社会福祉法人とのバランスもあり、零細事業者への課税は、地域に根ざした多様なサービス供給を制限するおそれがあるので、再検討が求められる。民間パワーの可能性は、従来のサービスの内容、質、量において欠けている部分をどれだけ補足できるかにかかっている。それを補いながら、住民の信頼を得てゆけばサービスも伸びるだろうし、既存事業者にも刺激を与え、良質の競争が生まれれば、地域の福祉水準も向上する。NPOは、介護保険事業だけに特化する場合がみられるが、保険外のきめ細かいサービスを通じた地域福祉の向上にこそ、中心的役割があるはずである。その分野での実績を通じて築かれる住民との信頼関係が、保険事業の円滑化にもつながる。

ドイツでは、キリスト教の影響もあって、NPO（社会福祉慈善団体）の伝統が長い。視察訪問したドイツの代表的NPOの一つ、パリテート社会福祉協会 Der Paritätische Wohlfahrts-Verband（フランクフルト、1922年創立）は、高齢者介護を重視しながらも、児童、障害者、失業者などへの幅広い福祉活動に取り組んでおり、職員28万人、ボランティア100万人を擁し、協会所有の高齢者福祉施設だけでも、全国700ヶ所、65,000ベット、従事者17,000人という巨大組織である。NPOは、設備投資資金に限り、自治体、州、国から予算補助を受け、運営費は寄付金等でまかなう。介護保険導入後、民間ヘルパー団体が増えたが、営利を目的とするため、NPOの会員になれないという。協会のプラス収入は、買い物、掃除、話相手、読書など、介護保険で自立判定を受けた人のための活動に回しており、そのような活動こそ協会の重視する役割であると強調された。介護保険のもとでのNPOのあり方のモデルの一つを示していると言えよう。

税方式の典型国であるデンマークでも、民間パワーの果たしている役割は小

さくない。視察訪問した民間ホームヘルプ会社「PBH」（コペンハーゲン，1995年に株式会社化）は，利用者に満足してもらうことと，自分のことは自分でやれるようにすることを目的にしており，民活化する以上，ヘルパーには相当の訓練（4年間の徒弟制）をしているという。ヘルパー不足のため，行政サービスを補完しており，コペンハーゲン市から北部・西部にかけて20くらい自治体から受注しているという。デンマークでは，ホームヘルプと区別してホームサービスがある。前者は，公的機関がすべて財政責任を負い，判定で対象外になる人の場合や，公的機関で人手不足の場合に公的補助を受けて民間会社が派遣する。後者は，身体介助をふくまず清掃，窓拭き等の家事援助を中心とし，費用は個人負担50%，公的補助50%となっている。利用者は，国民登録番号があることのみが条件で，年齢・所得制限はない。市よりも民間会社を選ぶことができる（量的側面だけでなく，質的にも，公的サービスと利用者ニーズとのズレを補っているという）。デンマーク全体では10社くらいの民間ホームヘルプ会社があり，ホームサービスだけなら個人契約をふくめ4～5千社あるという。行政からの発注に際しては，利用者のニーズに基づく入札制をとり，資格，質，経歴，実績等で総合的に判断されるが，請負価格による落札はないという。サービスにあたっては，コミュニケーション，信頼関係，質などを重視しており，会社，ヘルパー，利用者の三味一体性が強調された。公的サービスを補完しながら，質本位に活動する民間事業者のあり方を示唆する事例と言える^(注50)。

IV おわりに

高知県社会保障推進協議会がおこなった「介護・高齢者110番」（2000年2月28-29日）によれば（高知市以外の県民からの相談をふくむ），ケアプラン作成中だが（サービス不足のため）計画通りサービスが受けられないと言われた，回りの人より痴呆症状が多いのに認定が軽すぎる，在宅介護手当はどうなるのか，ショートステイ利用日数が減り大変困る，ケアプラン作成をどこに依頼すればよいか，ヘルパー派遣をどこに依頼すればよいか，制度や手続きがわからない，保険料はどうなるのか，といった疑問や不安が（33件）寄せられてい

る^(注60)。これらの声は、介護保険をめぐる住民のおかれた状況をよく表している。疑問、不安、不満が渦巻くなかで、住民自身が制度を咀嚼したり、コミット、制御する段階に至っていない。

介護保険の保険者は市町村であり、支出（給付）と収入（負担）のあり方は、市町村と住民自身に問われている。保険サービスおよび保険料の水準をどこにおくのか、保険外サービスはどのような内容をどこが担うのか、給付の水準を引き上げたり内容を広げる場合の費用は自己負担なのか、保険料の引き上げなのか、税なのか、ボランタリーなのか、といったことが問われている。また、訪問調査や認定、ケアマネジメントはどのような体制でおこなうのか、相談や苦情はどこが受けるのか、事業者はどのように選ぶのか、といったことも問われる。それらの点について、住民と行政の間で合意形成ができていなければ、混乱は続く。その合意形成の土台は、介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画の策定プロセスであった。しかしながら、制度説明を中心とする住民説明会を開いた市町村は多いが、各市町村の福祉ビジョンである計画案そのものを広く住民全体に投げかけ、議論・意見調整・修正などをじっくりと民主的に進めたところはほとんどなかった。

高知県内でも伊野町では、当初の地区説明会にくわえ、計画中間段階（横出しサービス検討段階）でも説明会を開き、アンケートを実施している。さらに、地域ケア会議（仮称）を発足させ、行政、事業者、専門職が共同で計画管理をおこなおうとしている。西土佐村では、県内で唯一、市町村特別給付（保険料上乘せによる横出しサービス）をおこなおうとしたが、1999年8～9月の住民アンケートで反対が7割を占めたため、一般事業に切り替えたという^(注61)。岩手県宮古市では、計画策定懇話会（委員会）30名のうち13名を公募市民とした。地区説明会は、制度説明、計画内容、制度変更というように3回程度に分けて実施し、計画内容については、計画概要版を昨年10月頃に配布している。さらに、「いきいきシルバーライフ推進協議会（市民代表5名、サービス事業者代表5名、公益代表2名）を設け（6月現在、市民代表を公募中）、計画の進行・管理をおこなうという^(注62)。同県遠野市では、のべ230回程度の地区懇談会を開き、制度説明と併せて計画案の説明をおこなっている。そのなかで、上乘せ・

横出し部分を一般事業でおこなうことについて住民の納得を得たという。両市と同じく福祉先進地域として有名な秋田県鷹巣町では、住民の自発的なワーキンググループが福祉のまちづくりに政策提言をおこない成果をあげてきたが、介護保険計画においても、すべて公募の住民（60名の大所帯）だけで策定を進めてきた^(注63)。このような地域以外では、ほとんどの住民が自分の地域でどのように介護保険と関連サービスが計画され、それらを有効に機動させるための補完体制がどのように築かれているのかを知らない。計画の周知を図り、その実行性を担保し、必要に応じて見直しをおこなうための住民参加型計画実行・点検体制づくりが早急に求められる。同時に、訪問調査や認定、ケアマネジメント、苦情相談やサービスの質の評価、情報提供、地域福祉ネットワークといった、制度運営を具体的に進めるうえでの重要ポイントについて、公平性と効率性の観点からの構築と再検討が求められる。

視察訪問したドイツ・デュッセルドルフ市では、高齢者会議が20年前から発足しており、10区域から計20名の委員が選抜される（選挙人・被選挙人とも60歳以上）。そして、介護、自立支援、文化、交通など生活全般について提言をおこなっている。デンマークでも、自治体ごとに高齢者委員会が設置され、社会サービスに関する不満・要求を吸い上げ、政策提言をおこなっている^(注64)。当事者自身が主体的に政策意思決定プロセスに参画している先進事例として、住民自身の力量が問われる介護保険下の日本の今後の方向性を示唆するものと言える。保険方式であれ、税方式であれ、住民自身が給付と負担の關係に積極的な関心を持ち、政策決定や地域福祉の主体的な担い手としての参画がどれだけ成熟するかが、合理的で民主的な福祉コミュニティー形成の成否を左右するだろう。

注

- 1) 高知市における介護保険実施前の状況分析と提言をおこなったものとして、こうち保健福祉研究会「住民と行政のパートナーシップをめざして—高知市介護保険への提言—」（『高知自治体研究』第29号、2000年）を参照。

- 2) 以前に盛んであった措置制度と介護保険構想をめぐる論争に検討を加えたものとして、拙稿「介護保険と措置制度をめぐる論争に関する一考察」（『高知論叢』第59号，1997年）を参照。
- 3) 介護保険法の成立を受け、その実施の1年以上前の段階で、法制度を中心に課題を探ったものとして、拙稿「介護保険制度の諸課題」（『高知論叢』第64号，1999年）を参照。
- 4) 社会福祉基礎構造改革の意義と問題点について、関連資料・報告書を中心に分析したものとして、拙稿「社会福祉基礎構造改革の意義と問題点」（『高知論叢』第65・66合併号，1999年）を参照。介護保険は需要サイドの整備であり、基礎構造改革は供給サイドの整備である、との指摘があるが（駒村康平「介護保険，社会福祉基礎構造改革と準市場原理」『季刊社会保障研究』Vol.35，1999年，No.3，p.276），介護保険制度は財政面の改革だけでなく、供給面においても供給主体の多様化を組み込んでいるので、片面に限定した位置づけには疑問が生じる。なお、介護保険や基礎構造改革を、選別主義や公的責任後退の観点から強く批判する意見もあるが（たとえば、伊藤周平「介護保険と社会福祉基礎構造改革」『賃金と社会保障』No.1247，1999年，垣内国光「社会福祉基礎構造改革とは何か」同No.1250-51，1999年，浅井春夫「なぜ『社会福祉法』か」同No.1271，2000年），本稿は全面的な立場に立つものではない。
- 5) 高知県健康福祉部「高知県高齢者保健福祉計画及び介護保険事業支援計画」（2000年3月）pp.113-131
- 6) 高知市介護保険事業計画策定委員会（2000，2，14）配布資料「高知市介護保険事業計画素案」p.10，および，注1p.13（田中きよむ執筆部分）
- 7) 高知県高齢者保健福祉計画及び介護保険事業支援計画策定委員会第4回（2000，1，26）配布資料
- 8) 注6に同じ
- 9) 伊野町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会第5回（2000，3，2）配布資料「伊野町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（案）」p.42 同程度の高齢者人口かやや多い岩手県遠野市（7,340人）と宮古市（11,877人）も福祉先進地として知られるが、同比率は、前者が85：90：55，後者が163：186：67となっており，療養型の比重が低くなっている（遠野市「第二次老人保健福祉計画・介護保険事業計画」2000年3月，p.18，105，「宮古市老人保健福祉計画・介護保険事業計画」同年月，pp.29-33）。
- 10) 同上 pp.42-43
- 11) デンマークでは，1988年の生活支援法改正により，プライエムの新規供給はうち切れ，既存施設も，高齢者住宅や介護型住宅に改築されているという（仲村優一・一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉6 デンマーク・ノルウェー』旬報社，1999年，石黒執筆部分 p.53）

- 12) 注1 p. 14 (林照男執筆部分)
- 13) 毎日新聞社の全国調査による(2000年3月6日付朝刊)。
- 14) 客観公平性等の観点から、訪問調査は市町村職員のみでおこなうべき、との意見もある(横山純一「介護保険法の全面改定を」神野直彦・金子勝編『「福祉政府」への提言』(岩波書店, 1999年, p.82)。
- 15) 注1 p. 15 (林執筆部分)
- 16) 注1 pp. 16-17 (林執筆部分)
- 17) 注6「高知市介護保険事業計画素案」p. 8
- 18) 高知県の状況は、県介護保険推進課資料による。全国状況は、『週刊社会保障』No.2085, 2000年5月1日号, p.33参照。なお、1次→2次変更率は、3月末現在、高知県23.0%、全国21.3%となっている。
- 19) 朝日新聞社の全国調査による(2000年4月26日付朝刊)。
- 20) 岩村正彦・河野正輝・本沢己代子「介護保険法一意義と課題一」(『ジュリスト』No. 1131, 1998年, p. 14 (本沢)。その意味で、日本は、介護保険制度とケアマネジメントをつなぐ世界初の実験を始めたことになる(白澤政和『介護保険とケアマネジメント』(中央法規, 1998年, p. 126)。
- 21) ただし、ハイデルベルク市社会福祉課担当者の話によれば、この時間区分は素人がかかる時間であり、専門家はもっと早いという。なお、ニーズによる基準としては、「要介護1」が「1日1回以上、少なくとも2種類の援助を必要とするもの」、「2」が「1日少なくとも3回、異なる時間帯に援助を必要とするもの」、「3」が「夜も含め、常時援助を必要とするもの」という区別になっている(足立正樹編著『各国の介護保障』法律文化社, 1998年, 第5章「ドイツの介護保障」小林甲一執筆 p.69)。日本の場合は、「要支援」(掃除や食事支度で手伝いが必要)、「要介護度1」(部分的要介護、一部介助が必要)、「2」(中等度要介護、一部または全介助)、「3」(重度、全介助)、「4」(最重度、全介助)、「5」(過酷な要介護、生活全般全介助)というような状態例が厚生省によって示されている。
- 22) MDKの資料によれば、1999年1~12月の1年間では、ノルトライン/ベストフアーレン州において、在宅の場合の要介護「1」42.8%、「2」17.5%、「3」3.9%、却下率35.9%、施設の場合、要介護「1」36.4%、「2」36.9%、「3」7.7%、却下率19.0%となっている(MDK Nordrhein, MDK aktuell, Nr. I, 2000, S. 19)。1995年におけるドイツ全体(およびノルトライン/ベストフアーレン)の認定状況は「要介護1」27.5%(29.2%)「要介護2」23.1%(23.6%)「要介護3」10.8%(12.9%)で、却下率は26.3%(25.4%)となっており(岡崎仁史『ドイツ介護保険と地域福祉の実際』中央法規, 2000年, p. 22)、1996年(および1997年上半年期)のドイツ全体の在宅却下率は28.5%(29.1%)、施設却下率は23.8%(17.5%)となっており(古瀬徹・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障4 ドイツ』東京大学出版会, 1999年, 第16章:土田武史, p. 351)、日本より、かなり高い傾向が続いている。

- 23) 注21岡崎 p. 20, 32-34。ただし、この比較により、日本の申請者の現状をドイツに当てはめれば、7割程度が却下されることになる。岡崎も示唆するように、時間だけの比較では十分とは言えないだろう。なお、ドイツでも却下率の州間格差が大きい（1995年度で21.8%～40.5%）、その原因としては、医学的社会的な地域特性を別とすれば、審査員による研修の地域差が示唆されている（岡崎p.20）。社会扶助支出の多い地域における福祉事務所の働きかけの影響も示唆されている（本沢巳代子『公的介護保険—ドイツに学ぶ—』（日本評論社、1996年、p. 88）。この点については、年度により（世論を配慮した）大きな変化があること（却下率の大幅低下）のほか、サービス基盤整備率の差が影響を与えているという批判もあるという（河島修編『ドイツ介護保険の現場』労働旬報社、1997年、同執筆部分 pp. 91-93）。ただし、筆者が今回訪問したケルン MDK の担当者による限りでは、サービス基盤整備格差や財政力格差の認定へのバイアスは強く否定され、認定状況は全国的に同じ傾向にあるという。
- 24) ドイツの場合、認定結果に不服申立てを起せば、2人目の認定調査員が派遣され、同じ結果であれば1回目の認定が確定する（違う結果ができれば審査会で判断する）が、それでも不服の場合、訴訟を起こすことができるという。とくに、同じ結果が招かれる場合、不服申立てに対しても、一人の調査員（専任医師等）が実質的な決定権をもつ（日本の場合、9名以上の委員構成による都道府県介護保険審査会が不服申立てに対応するが、認定に関する審査請求は公益代表委員3名のみで扱うことについても疑義の指摘がある）ことで、十分な対応ができるのだろうか。現に、1995年において不服申立て却下への訴訟率が1割程度にのぼる州があるとの指摘（注22本沢 p. 89）のほか、1997年に起こされたドイツ全体の不服申立てにおいて最終決定となった3万5,949件のうち6,820件が訴訟に至っているという指摘がある（木下秀雄「ドイツの介護保障システムと介護保険法の現状」『総合社会福祉研究』第16号、2000年、p. 67）。
- 25) 同様の指摘として、注23本沢 pp. 87-88を参照。
- 26) デンマークでは、サービス供給事業の9割以上を自治体の自主財源でまかなうという分権化の下で、利用者と専門家が「合意形成的な」ニーズ判定をおこなっているが、とくに在宅ケアの場合、客観・数値化が困難な生活状況、精神状態、人間関係、地域の利便性なども考慮に入れる「総合的なニーズ判定」がおこなわれており、利用者の満足・納得度も高いという（伊東敬文「デンマークとドイツの介護政策と日本への教訓」『公的介護保険に異議あり』ミネルバ書房、1996年、pp. 165-167, 187-188）。ただし、ホームヘルプについては、利用者の増加に伴い、最近ニーズ判定が厳しくなったり、家事援助が軽視されるようになり、それをボランティア（友愛訪問）が部分的に補っているという（注11 石黒 p. 44, 58）。コペンハーゲン市厚生福祉局で後者に関わる質問をおこなった際には、ボランティアの補助的役割は確認されたが、ニーズ判定に関しては利用者との相談体制が繰り返し言及されるに

とどまった。

- 27) ケアマネジャーからのヒアリングを通じて、基本的な素養面からも不安が明らかにされている（注1 永森直子執筆部分 p. 18）。
- 28) 『高知新聞』2000年4月25日付朝刊
- 29) ケアマネジメントが介護保険の枠内に包摂されること（マネジド・ケア）に警鐘を鳴らし、ケアマネジメントの枠内に介護保険が包摂される逆の関係を本来の関係として強調するものとして、注20白澤 pp. 126-128を参照。
- 30) 介護サービスは品質に関する情報の非対称性が強く、情報収集コストが高価になる可能性があるため、政府が情報生産に補助する必要があると、との指摘がある（注4 駒村 p. 280）。利用者が十分な情報を提供されたうえで選択を行うならば、利用者の困り込みは公正中立原則に反しない、とする意見があるが（二木立『介護保険と医療保険改革』勁草書房、2000年、p.53）、利用者側から客観的な情報の開示を求めてゆく姿勢も必要である。
- 31) 山田誠「日本とドイツの公的介護保険比較」（日本経済政策学会編『経済政策の有効性を問う』勁草書房、1998年）p. 90、小塩隆士『社会保障の経済学』（日本評論社、1998年）p. 187
- 32) 4月末までに高知県内各市町村に寄せられている苦情相談例のうち、ホームヘルプに関するものとして、遅刻してくる、どのようなサービスをするかわからずに訪問してきた、掃除機で壁を壊された、洗髪のしかたが悪くむち打ちになった、等の例があげられている（県介護保険推進課資料）。他方、ヘルパーからは、家政婦扱いされたり、無理な依頼を受ける、という声も聞く。事業者、利用者双方への指導、アドバイス、調整が必要である。
- 33) 「宮古市介護保険サービス向上委員会設置要綱（案）」、注9 宮古市「計画」p.25, 40、および聞き取りによる。苦情を申し立てるには相当のエネルギーを要するため、訴えやすい環境の整備が課題となる（国光登志子「介護保険における苦情申し立てシステム」『地域福祉研究』No. 27, 1999年、pp. 1-8参照）。
- 34) 注4 拙稿 pp. 86-88、および注1 pp.22-29（森本朋之・水谷利亮執筆部分）を参照。高知県内では6月現在、権利擁護事業の契約に結びついた件数は準備中をふくめ4件、成年後見制度の申立に至った件数は3件（司法書士会関係のみ）となっている（県社会福祉協議会および司法書士会からの聞き取りによる）。
- 35) ドイツ介護保険に関わって、介護の質を確保するうえで、職業教育などを通じた専門職の確立や、十分な職員配置が必要であるとの指摘がある（上田真理「ドイツにおける医療・福祉労働としてのサービス給付と質確保」『海外社会保障研究』No. 129, p. 73）。
- 36) 介護の場合、利用者の生活の質が重要になることから、主観的指標も質の成果にとって重要になる、との指摘がある（同上）。高知県香北町では、高知医科大学と連携しながら、デイサービスや運動教室がADLに与えている影響のみならず、友

人関係や家族関係の満足度、生活満足度、幸福感などとの関係が検証されてきている。たとえば、デイサービスや運動に参加している人ほど、ADLが向上し介護負担が低下しているだけでなく、友人関係など主観的QOLも高いことが確かめられている。貴重な実践例と言えよう。

- 37) 高知市介護保険事業計画策定委員会・高齢者保健福祉計画推進協議会合同委員会(2000年1月24日)参考資料,注1 pp.30-31(田中執筆部分)。宅老所2ヶ所での聞き取りによれば,利用者自身やボランティアが指導役をつとめながら,絵手紙,陶芸,生け花,和菓子づくり等の活動をおこなっているほか,障害者や児童,地域住民との交流も図られている。主力となるボランティアは無償であるが,ほぼ全員が2~3級のヘルパー資格をもっている。市からは初年度設備費,家賃,常勤職員人件費1名分の補助を受けている(法人格取得が条件)。なお,保険サービスであるが,痴呆高齢者に対する著しい機能維持・向上効果を上げているグループホームを中学校区に1ヶ所(現在3ヶ所を15ヶ所121名分へ)整備するという積極姿勢も示している。
- 38) 注9 pp.64-69 および聞き取りによる。
- 39) 「西土佐村高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」(2000年3月) pp.17-19, および聞き取りによる。ショートステイは,認定を受けた人でも,拡大枠を利用しても足りない場合,単独事業で補完するという。
- 40) 「香北町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」(2000年3月) pp.54-60, 「大野見村高齢者保健福祉計画及び障害者福祉計画」(2000年3月) p.19, 「中村市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」(2000年3月) pp.36-38。介護保険の下でも,税サービス等の必要性はなくなるらない,との指摘は早くからあった(たとえば,竹内孝仁「ケアマネジメントと要介護認定」『月刊総合ケア』Vol.7 No.11, 1997年, pp.49-50)。
- 41) 法律上,保護請求権が明記されていること,日本と比べて外国人・労働能力のある困窮者・住所不定者への適用が多いという指摘(小川政亮「ドイツ連邦共和国連邦社会扶助法」『総合社会福祉研究』第15号,1999年, pp.108-109)のほか,とくに介護扶助は収入限度額や資産活用の点で利用しやすいという指摘(注24木下 p.70)がある。ドイツの場合,社会扶助のうち,「生計費の継続的扶助」(生活扶助)とは別枠で「特別な生活状況の扶助」が設けられ,後者に介護扶助が属する。日本の場合は,介護扶助の新設によって,給付限度額内の一割負担部分が現物給付としてカバーされるので(保険料は生活扶助による現金給付の対象となる),限度額では(恒常的に)不足する介護費用や認定却下された人の介護費用をカバーするドイツとは,介護扶助の支出基準・対象が異なる。
- 42) 1999年8月から,要介護1は月750マルクで現状維持,要介護2は1,500→1,800マルクに,要介護3は2,500→2,800マルクに変更された(注24木下 p.69)。
- 43) 足立正樹『現代ドイツの社会保障』(法律文化社,1995年) p.194,注21古瀬・

- 塩野谷編『先進諸国の社会保障4』第11章(春見静子) pp. 246-247, 16章(土田武史) p. 339を参照。その意味で、日本では、医療保険の財政問題が介護保険導入の背景の一つになっていたことと事情を異にする。ハイデルベルク市社会福祉課からの聞き取りによっても、社会扶助の受給者が減り、財政的安定を図れたことが介護保険の長所の一つに挙げられた。ドイツの場合は、介護保険の給付費用のほぼ100%が保険料でまかなわれるので(日本は50%が公費負担)、社会扶助から介護保険への移行が進むことは、自治体や州の財政負担の軽減に直結する。
- 44) 1994年に比べて1997年には、介護扶助支出が177億2,300万マルクから68億4,400万マルクへと減少したが、後者の扶助額と97年の介護保険支出296億500万マルクを足し合わせると、介護総支出は約2倍に急増していることになるという(注24木下 p. 71)。
- 45) ドイツ介護保険との関わりで、「マクロの資源節約の面から望ましい選択は、家族介護、在宅介護、施設介護の順である」との指摘や(注31山田 p. 91)、ドイツのように認定制度を採り入れる以上、現金給付によって選択性を高めるべき、という意見(注20, p. 14本沢)があるが、その選択動機の強度も問われなければならない。少なくとも、必要なサービスが代替的に用意されたうえでの現金給付選択をおこなえることが、選択による効用水準の高さを担保する条件の一つになる(注3 p. 85)。
- 46) 朝日新聞社の4月上旬の全国調査による(2000年4月26日付朝刊)。ただし、厚生省は、給付総額からの単純計算により、2000~2002年度の全国平均を約2,915円としている(『週刊社会保障』No. 2081, 2000年4月3日号, p.44)。また、高知県資料によれば、条例に定める全市町村保険料から単純計算した県平均は3,148円となっている(最高4,000円, 最低1,949円)。
- 47) 厚生省の2000年度予算ベースでの試算から事業主負担分を除いて導いたものであり、事業主負担をふくむ保険料率では、政府管掌健保0.95%, 組合管掌健保0.88%で、2号被保険者全体の(事業主負担をふくむ)平均保険料は2,630円となっている(『週刊社会保障』同上号 pp. 44-45)。
- 48) 「高知市高齢者保健福祉計画」(2000年3月) p.31
- 49) 高知市の第2段階の人口比重は全国平均29.0%に対し40.9%となっている。市町村独自に5段階区分を6段階にすることも認められているが、第5段階を再分割することしか認められておらず、第2段階を再分割することができないことも、弾力化を断念する理由になったことが確かめられている(注1 pp. 31-33平岡和久執筆部分)。高知県全体となると、第2段階は48.3%と、さらに突出する(県介護保険推進課資料)。
- 50) 注37合同委員会参考資料
- 51) 注1 p.34 平岡執筆部分。
- 52) 注24木下 pp. 65-66を参照。1.7%を全額負担する自営業者においては、滞納者が

- 増えているようで、その比率は8～10%にのぼると言われているという。
- 53) 高知県については注5 pp. 13-14, 高知市については注1 pp. 40-41 (川添俊明執筆部分), および注48 pp.82-83。
 - 54) 高知県全体ではホームヘルプの充足率111.0%をはじめとして、ほぼ達成ないし超過する見込みになっている(注5 pp. 66-77, ただし、訪問指導については示されていない)。高知市においても、聞き取りによれば、旧・計画との関係で不足が目立つホームヘルプは利用見込み量に応じられるという。
 - 55) 注3 pp. 100-101
 - 56) 注37合同委員会資料 p. 4
 - 57) 高知県高齢者保健福祉計画及び介護保険事業支援計画策定委員会第2回(1999, 7, 9) 配布資料 pp. 7-12を参照。1999年6月の各市町村からのとりまとめによる2000年度の推計値である。
 - 58) 村内32地区の地区ごとに保健推進委員(10名程度)を決め、喫煙・飲酒調査や食塩・添加物の健康影響調査等を自主的におこない、村民の健康意識を高めている。介護予防という点では、岩手県宮古市(健康推進課)も、脳刺激訓練(体操, 陶芸, 笑い等)によって痴呆軽減効果をあげ注目されているが、今年度から地域での自主的取組みに力点を移してゆくという。介護保険の対象化を防止することにより、QOLの維持向上と介護コストの効率化の両面でプラス効果が生まれる。高知県香北町でも、同市に学び、今年度から脳リハビリ教室を最重要課題として位置づけ、取り組んでいるという。
 - 59) PBH社の資料によれば、1999年度の全利用者意見調査の結果(回答率52%), 配置された固定ヘルパーに「たいへん満足」88.42%, その作業の質に対し「満足」81.10%という回答になっている(回答選択肢は「不満足」をふくめ3つ)。
 - 60) 2000年4月1日～5日間に全国の市町村に寄せられ都道府県に報告のあった苦情件数は977件であり、うち認定関係156件, ケアプランの遅れ, 内容等関係132件, サービス不足およびサービス内容関係176件, 利用者負担関係199件, その他314件という(『週刊社会保障』No. 2082, 2000年4月10日号, p. 17)。高知県内市町村へ寄せられた苦情件数は、4月末現在68件であり、うち認定関係6件, ケアプラン3件, サービス13件, 利用者負担24件, その他22件となっている(県介護保険推進課資料)。国, 県とも利用料への苦情が最も多くなっているが、10月以降, 保険料への苦情が加わることが予想される。
 - 61) 注39 pp.29-30および聞き取りによる。
 - 62) 「宮古市いきいきシルバーライフ推進協議会条例」, 注9 宮古市「計画」p.3, および聞き取りによる。
 - 63) 水谷利亮・永森直子・田中きよむ「中芸広域連合と介護保険—『福祉の地域づくり』システムの構築に関する分析—」(『高知短期大学社会科学論集』第77号, 2000年) pp. 163-179

64) 注11 pp. 55-57 を参照。ドイツの場合、法的影響力はないが、デンマークの場合、1996年に法定制度化されるようになり、政策影響力が強い。