

論 説

介護保険制度の諸課題

田 中 きよむ

I はじめに

1997年12月の介護保険法の成立を受け、2000年4月からの施行を前にして、今年99年10月には、給付申請の受付や要介護・支援認定等の事務を開始することが予定されている。制度実施が目前に迫っているにもかかわらず、制度設計の具体的中身や、各自治体や個々の施設での実施体制に関して、疑問や不安の声が絶えるどころか、現実味が出てくるにつれてむしろ増幅している様子が見えがえる。

先の拙稿では¹⁾、従来の介護システムである措置制度と、介護保険構想との比較検討という、いわば介護システムの立脚点に関わる論争の考察をおこなった。ここでは、現実に介護保険が実施されるという前提に立ち、新しい政策動向や研究状況、あるいは高知県における事例をふまえて問題点を洗い直しながら、今後とりうべき方向を見定めたい。高知県は、高齢化率が全国でもトップレベルの高さにあり（1998年10月1日現在で県平均22.5%）、かつ病院・入所施設が多い（人口当りの高齢者向け長期療養型ベッド数が全国一）ことから、保険給付の増大と保険料負担の高騰にどう対応するかという問題が切実になっている。また、在宅福祉サービスの整備、病院・施設から保険対象外として漏出して来る高齢者の受け皿づくり、高齢化が進み財政面・運営面で不安を抱える過疎地域特有の問題など、高齢化進展県であるだけに、より迅速に対応が急がれるべき課題を抱えている。

介護保険法では、施行後5年を目処に、被保険者の範囲、給付内容、保険料

負担のあり方等の再検討をおこなうことが明記されている（附則第2条）。そのように制度の基本枠組みに関わる事柄が可變的要素として開かれていることをも念頭に置きながら、介護保険論議の主な対象になっている諸論点ごとに再検討をおこなってゆきたい。それは、同時に、誰が、どれだけの負担で、どのようなサービスを受けられるのか、という国民にとって最も基本的な関心部分を中心に²⁾、制度内容がどれだけの合理性をもつかを検討することでもある。

Ⅱ 対象者

介護保険の場合、保険給付を受ける者と保険料を負担する者が一致する。この点で、保険料負担の免責（経済的理由による減免措置を別として）が、年齢によって区別される年金保険や、扶養者が被扶養者かによって区別される医療保険と異なり、介護保険においては、負担と給付がより強くリンクしている。ただし、サラリーマンや公務員など被用者の被扶養者が実質的に保険料負担を免れる点では、国民（基礎）年金制度における第3号被保険者と同じである³⁾。

保険給付・保険料負担の適用を受ける者は、市町村区域内に住所を有する者のうち、65歳以上である第1号被保険者と、40歳以上65歳未満の医療保険加入者である第2号被保険者に分かれる（法第9条）。厚生省の推計によれば、2000年度において、1号被保険者約2200万人のうち実際に給付対象になる者は約280万人（13%）と見積もられており、2号被保険者については約4300万人のうち約15万人（0.35%）が対象になると見積もられている。1号被保険者に比べて2号被保険者の対象者割合が極めて小さいのは、前者の場合、要介護原因が問われないのに対し、後者の場合、要介護リスクが小さくなることにくわえ、加齢に伴う疾病であることを給付要件としていることによる⁴⁾。

1号被保険者については、加齢に伴わない原因により障害をもっても給付を受けられるのに対し、2号については障害原因を限定するのは合理的といえない。とくに、2号被保険者のうち自主納付をおこなう自営業・農業者らの納付意欲を損なわせかねない。

さらに、保険料納付による経済的な権利意識の醸成と⁵⁾、それによる介護サー

ビス事業者や行政への供給インセンティブの付与というメリットを40歳以上だけに限定するのも合理的でない。若年障害者への介護サービスの質的量的向上や行政責任の醸成を図り、また、保険リスクを広く分散させるためには、被保険者集団を拡張する必要がある⁶⁾。もともと、たとえ障害原因を問わない前提で、たとえば、20歳以上に被保険者を拡張したとしても、障害リスクの小さい若年者にとって長期間納付のメリットがなければ同意が得られにくい、という問題がある。支払い能力の問題もあるので、正規就労していない学生や障害者らを減免扱いにする措置も必要であろう。そして、実際に保険料を納付している若年者については、たとえば65歳になるまでの間、通常の病気などで入院した場合、一部負担金を軽減・補助するなどのメリットを付与することも考えられる。もちろん、介護保険の趣旨からすれば、介護サービス給付や利用者負担金についてのメリットを設けることも考えられるが、要介護リスク自体が小さいために、それだけでは納付インセンティブがあまり働かない可能性がある。さらに、たとえば40歳未満の者については、保険料を低く設定することも、給付との関係から可能だろう。

介護保険は年金保険と異なり、要介護者の家族にも受益（介護負担の軽減）が及ぶのであるから、賦課方式（世代間再分配）をとる根拠が十分にある、という見方もある⁷⁾。しかし、年金の場合でも、それが社会保険として存在していなければ、家族による私的扶養という形での影響が生じる（逆に言えば、年金保険によって私的扶養が軽減されている）。また、とくに40歳未満にも被保険者の範囲を広げる場合、その人の納付時点での受給者（要介護者）からみて孫の世代に該当する場合が多くなるが、子の世代に比べれば直接的な受益は小さくなる。やはり、長期納付に配慮したメリットないし軽減措置が必要ではないか。

Ⅲ 申請手続き

保険給付を受けようとする者は、市町村に申請し（痴呆等の場合、家族や介護支援事業者による代行が可能）、市町村に設けられた介護認定審査会での審

査を経て、受給可能な要介護・支援状態であるか、可能だとして、実際にどの要介護状態区分（要介護度Ⅰ～Ⅴ）ないし要支援度レベルに該当するか、という判定を受ける。このプロセスにおいて、市町村は、自らの職員または介護支援事業者（介護支援専門員）への委託によるマークシート方式の訪問調査を経て、コンピュータ処理による一次判定をおこなう。そのうえで、その判定結果、調査員の特記事項、およびかかりつけ医の意見書に基づき、認定審査会が最終判定（二次判定）をおこなう。

判定を受けることは同時に、自分の受けられるサービス給付の上限額が要介護度の軽重に応じて決定されることを意味する。給付可能な判定を受けた場合、上限額の範囲内で、実際にどのようなサービス・メニューを選択するかは、最初から自分で決定してもよいし、ケアプラン作成機関（介護支援事業者）または介護保険施設に依頼して、本人・家族の同意の下にプランの作成を受けたり、サービス事業者等との連絡調整の便宜を受けることができる（法第7条18～22号）。依頼する場合、在宅についてのプラン作成費用は保険からの10割給付となる（法第46、58条）。

介護支援事業者が依頼を受けると、実際にプラン作成を担う介護支援専門員（ケアマネジャー）は、サービス支給限度額の範囲内でサービスメニューを考えなければならない。その意味で、彼女・彼の専門的見地からのサービス必要量と支給限度額との間に矛盾が生じる可能性がある。資源の有効利用という観点から枠をはめるのはやむを得ない面があるにせよ、プラン作成に不自然な作用が働くことについて疑問なしとしない。

認定の有効期間は一定期間内（3ヶ月から6ヶ月程度と言われている）に限定される（法第28条1項、33条1項）。したがって、期間満了後について、被保険者は要介護・支援認定の更新を申請するか（法第28条2項、33条2項）、期間内であっても、要介護状態区分の変更認定を申請することができる（法第29条）。また、市町村の側から、要介護度が低下ないし要介護・支援者に該当しなくなったと認めるとき、要介護状態区分の変更認定ないし認定の取消しをおこなうことができる（法第30、31、34条）。市町村側から変更認定や取消しをおこなうのは状態が軽減した場合だけに限られている。また、要支援者からす

れば更新申請をおこなうことはできるが、有効期間内において、要介護状態へとランクアップする変更認定の申請をおこなえる規定はない。つまり、ここでは、法文上、軽度化に「肩入れ」した偏りが認められる。重度化をも視野に入れた公平な取扱い規定に改められる必要がある。

申請をしてから認定までの期間は、法律上、特別の理由がある場合を除き30日以内に済ませることが原則になっている（法第27条14項）。本当に30日以内で処理できるか疑問視されているが、1ヶ月で判定を受けたとしても、数ヶ月後には認定の更新によって再認定を受けなければならない⁸⁾。結局、認定に相当の時間とコストをかけることになる。反面、厚生省のモデル事業では、一人当たりの認定にかけられる時間は約5分と言われている。決定が下りるまでの期間が長いわりには、個別の認定審査は、コンピュータによる一次判定を追認するような時間しかかけられない。認定審査会の委員は5名程度と考えられているが⁹⁾、委員をもっと多く任用したうえで、審査会の設置数や開催回数を多く設ける必要がある。その際、個々の要介護者や家族から、本人の心身の状態などに関して意見陳述をおこなう機会を確保し、認定審査会との間で意思疎通がおこなえる環境のなかで民主的な決定がおこなえることが望ましい¹⁰⁾。

審査判定は市町村から都道府県に委託することもできる（法第38条）。京都市は全国で初めて業務受託することを決めた¹¹⁾。府下31町村から受託し、府内5ブロックに分けて審査会を設置するという。委員の人材不足からやむを得ない面もあるが、各地域の自治能力を高めてゆく観点からすれば、都道府県にゲタを預けるのは問題がある。また、規模が大きくなるだけに、審査判定がかえって非効率になる恐れもある。暫定的な措置にするか、せめて町村間の共同設置（法第16条）にとどめ、各自自治体の保険者としての主体性を育てるべきではないか。

認定の非効率性を問題視する立場から、要介護認定をケアマネジメントに組み込むべきだという意見もある¹²⁾。しかし、この場合、個々のケアマネジャーの責任が相当重くなるうえ（不服申立ても、個別判断への不満が起点となる）、事実上の認定が個別化することによって公平性が一層担保されにくくなるという問題がある。ケアマネジャーが自分の属するサービス提供機関に「利用者の

困い込み」をおこなう懸念があり¹³⁾、しかも認定審査会がケアマネジャーの判断を「追認」する程度の存在になるか、存在そのものを否定されるならば¹⁴⁾、なおさら公平性や中立性の問題は無視できなくなる。ケアマネジメントへの一元化をめざすとすれば、相異なるサービス提供機関に属する（あるいはサービス提供機関から独立した）何名かのケアマネジャーによる合議制のマネジメント（サービス担当者会議とは異なる）を義務づけるなどして、客観性をなるべく担保する工夫が必要になるであろう。

なお、厚生省のモデル事業で検討されている認定基準の基本的考え方が、要介護者の心身状態のみに着目し、生活環境の要素（家族の介護力や家族関係、被保険者や家族の経済力など）を捨象していることを批判する意見がある¹⁵⁾。しかし、それらの条件を認定基準に含めさせることが、かえって被保険者や家族にとって不利に作用する可能性もある。たとえば、家族が意に反して過重な介護負担をしていますが、家族介護がかなりフォローしているという理由で認定が軽く（給付限度額が低く）されたり、仕事を犠牲にして介護している家族がいるとしても、介護者がいるという理由で認定が過小評価になる、という従来見られたような問題が生じかねない。被保険者の経済力が低い場合、給付外のサービスを購入できないことも懸念されているが、それは後述のように、上乘せサービス等をどのような負担システムでまかなうか、という別の次元で論じべき問題である。ただし、要介護度レベルとそれに応じた給付限度額の設定において、介護家族がいる・いないに関係なく（ということは、論理上、いない場合を想定すべきことになる）、基本的に給付すべきサービス量はどれだけか、という問題は制度実施後も絶えず検証されてゆく必要がある。

認定結果に不服がある場合には、それを審理・裁決する機関として都道府県に介護保険審査会が設けられ（法第183～190条）、提供されるサービスについて苦情がある場合は、国民健康保険団体連合会が受け付け、調査や事業者への指導・助言をおこなう（法第176条¹⁶⁾）。介護保険審査会は、市町村委員3名、被保険者代表委員3名、公益代表委員3名以上で構成されるが、認定に関する審査請求は公益代表委員3名のみで取扱うことについて、選任のあり様次第では、申立て者に不利にならないか、との指摘がある¹⁷⁾。いずれにせよ、不服申立て

や苦情処理が制度上、都道府県レベルのみでの対応になっており、トラブルが多発した場合のことを考えると¹⁸⁾、市町村レベルでの対応が必要であり、同時に、意思表示が困難な人のための権利擁護システムを整備しておかなければならない¹⁹⁾。

IV 給 付

給付は、前述のように、要支援および5段階の要介護度に応じてランク別のサービス給付がおこなわれ、現金給付は原則としておこなわれない。現金給付をおこなうと家族介護を固定化するという議論も、介護の社会化の必然的な流れに即せば理解できるが、家族からみて納得できるサービスが展開されるとしても、日本の場合、まだ、本人・家族の福祉意識が積極的に外部サービスを受容しているとは言い切れない²⁰⁾。たとえ少数派だとしても、家族だけで介護をおこなおうとする人々がいる場合、より多くの肉体的・精神的疲労や機会費用を伴うにもかかわらず、負担の見返りがないのは問題であろう。外部サービスを望んでいない人々にも強制的に負担を課す以上、給付に選択の余地を設ける必要があるだろう。

家族に犠牲をおしつける、という意見も、家族が代替サービスを望んでいるにもかかわらず、それが提供されない場合には合理性をもつ。しかし、外部サービスを利用できる状況下で、あえて家族介護を選択しようとする利用者・家族に、家族だけであるな、と言うことはできないだろう。家族が代替サービスによる負担軽減を望んでいる時には、必要なサービス資源が確保されており、家族だけでおこなう場合には代替給付が用意されている、というように、本人・家族の価値観・選択に対して中立的な政策をおこなう方が社会的効用を高める。その意味で、家族犠牲論は、現金かサービスか、という給付内容の次元よりも、必要な時に必要なサービス量が確保されているか、というサービス基盤整備の次元で論じられるべき性格のものであろう。

しかも、介護保険は、サービスによる全面介護を前提しておらず、事実上、家族による部分介護を前提している。利用者からみて、そのような補足的サー

ビス（とくにホームヘルプ）が家族による世話と効率的に組合わさっていない、あるいはサービス回数・時間・内容が負担軽減に効果的でない、と感じられる時、他人が家に入ることの抵抗感に耐えてまで、サービスが求められないかもしれない。また、サービスの基盤整備の目安である新ゴールドプランは、1999年度の厚生省概算要求において事実上、目標達成が断念されている²¹⁾。かりに達成されるとしても、要介護者全体をカバーするには程遠い。需要が整備量を超えて表面化することになれば、供給とのミス・マッチが生じる。それらの場合、代替給付が求められる²²⁾。

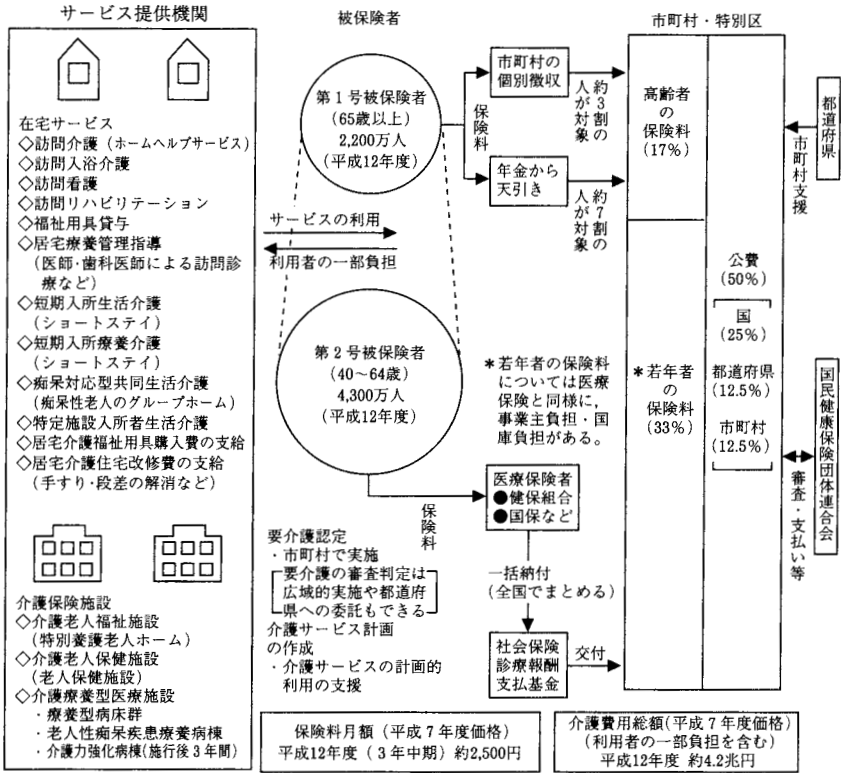
高知県は、中山間地域が多くヘルパーが効率的に活動できない、ヘルパーの確保が難しい、との理由で、全国に先駆け、ヘルパー資格をもつ家族への現金支給を提唱していたが、厚生省も、第三者によるサービス計画作成の義務づけ、身体介護に限定、家族への介護はヘルパーとしての活動の半分以下であること、通常の介護報酬より低額に設定、近くに利用可能なサービスがない、などの条件をつけたうえで、自分の家族を介護するヘルパーへの現金給付を検討している²³⁾。検討している審議会内部にも異論があるようで、現実化するかどうかは予断を許さないが、前向きに検討されてよい。ただし、家族がヘルパーとしての資格をもち、活動している以上、その介護に関して、家族以外のヘルパーとの間に区別を設けることの根拠が希薄になる。ヘルパーとしてのサービス対象の一部にその家族が加わるからといって、その部分だけ報酬を低くするのは合理性がない。また、ヘルパーの不足する地域だけに適用を限定することも根拠が問われよう。家族ヘルパーに依頼するか、家族以外のヘルパーに依頼するか、あるいは、家族がヘルパーとしての道を選ぶか、その他の職業に就くかは、利用者や家族自身が選択すべき問題である。

一般的にあって、家族が担わない介護労働は外部ヘルパーが担う。そのヘルパーの代わりに、家族が資格をもち職業的に活動したとしても変わるところはない。スウエーデンでも同様の制度があるが、家族で介護する場合、介護時間に応じて公務員ヘルパーと同額の報酬（ヘルパーとして市が雇い上げる）かパート代が支払われる²⁴⁾。漠然と本人や家族に現金給付するのは違い、資格をもって職業的に活動する家族にヘルパー報酬を出すのならば、現金給付が介護報酬

以外に流用されるという懸念もなくなる。もつとも、ヘルパー資格をもたない家族が介護し続ける場合の報酬をどうするか、という問題が残る。その場合にも、現金給付をおこなう（資格がないぶん、ヘルパー報酬より低くすることもありうるし、少なくとも、従来、市町村や都道府県の事業として支給されてきた介護手当を充実させつつ継続することが考えられる）ほか、家族自身が将来、上乘せ給付として利用したり、介護休業制度などとリンクさせつつ換金できるような利用券の発行をおこなう方法²⁵⁾も考えられる²⁶⁾。

サービス給付については、まず、認定との関わりで、対象者の把握が適切におこなわれなければならない。最も軽いレベルの要支援者については、東京都の現状と比較して、介護保険で想定されている2000年度の出現率が3分の1程度低くなっているという指摘がある²⁷⁾。痴呆高齢者（重度の場合、介護保険では要介護度Ⅳに相当）についても、実態調査に基づき、従来の人数（および痴呆性高齢者のうち要介護とする比率）把握のしかたは過小評価になっている、という指摘がある²⁸⁾。

実際のサービス内容は、在宅サービスでは、従来のホームヘルプ、デイサービス、ショートステイのいわゆる在宅三本柱のサービス内容、リハビリ、訪問看護などのほか、痴呆高齢者向けグループホームや有料老人ホームでの介護をも対象としている。施設サービスでは、措置制度のもとでの特別養護老人ホーム以外に、老人保健施設や老人病院まで対象施設に含まれている（図表1）。その限りで基本的なサービスは網羅されているが（法第7条5～23項）、後述のように、そこに含まれないサービス部分にどう対応するかが一つの問題になる。それにくわえて、要介護・支援レベルに応じてサービス給付の上限が設定されることの内容が問われる。国が現在のところ示しているサービスモデルでは、要支援者および要介護度Ⅰ（軽度）で複数世代同居の者の場合、週1回1時間程度のホームヘルプということになっているが、現状すら下回るそのような派遣で一体どのようなことが期待できるのか、という当然の疑問が生じる²⁹⁾。生活能力を配慮したサービス・メニューが組めるような給付上限額が設定される必要がある³⁰⁾。それでも不十分な場合、後述のように各自治体で対応すべき課題として残されることになる。逆に、要介護度Ⅴ（最重度）の場合、たとえ



出所）厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室監修『介護保険制度の手引』（中央法規出版、1998年）

図表1 介護保険制度の概要図

ばデイサービスが週3回想定されているが、全面介助を要する人であるだけに、個別対応や医療との連携が首尾よく図れるか、という懸念がある³¹⁾。高知県各地域のデイサービス・センターでのヒアリングにおいても、これからは重度者の利用が多くなるが、スタッフの体制や設備（特殊入浴設備などが必要になる）、ノウハウなどの面に対応に不安がある、という声をよく聞く。

事業者からみてサービス給付を安定的におこなうためには、報酬形態や報酬単価のあり方が問題になる。報酬形態については、ホームヘルプの場合、1998年度から、従来の人件費補助方式から事業費補助方式に全面移行し、デイサービスの場合、同年度については両方式を選択実施することになっている。いず

れも、保険制度実施に向けたシステム変更である。

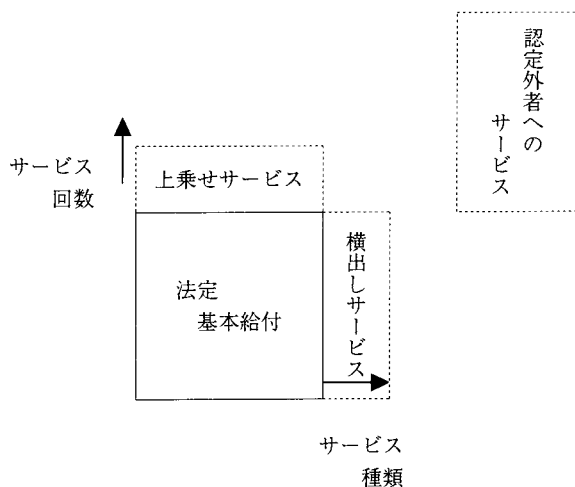
人件費補助方式の場合、たとえば常勤ヘルパーに関しては年額ないし月額で一括交付されていたが、事業費補助方式は、訪問先での実働時間に応じた出来高払い（時間単価に実働時間数を乗じた補助方式）であり、非常勤ヘルパーと同様の報酬形態になる。その結果、1997年度の補助単価に基づく試算では、一人当たり、介護中心業務で年額約6万円、家事援助中心業務で約3割の削減になる、という指摘がある³²⁾。高知県においても、事業者によっては年間数百万円から一千万円近い減収になるため、常勤職員の臨時・パート化が進んでいるという³³⁾。高知県の資料によれば、1998年度のホームヘルプの総事業費と補助基準額の比較では、後者が前者の100%以上であるのは53全市町村のうち5町村のみで、50%以上80%未満が31市町村、50%未満も12町村ある。

デイサービスについても運営は厳しくなる。高知県の資料によれば、県下48市町村のデイサービス施設64施設において、事業費補助運営費から定額補助（人件費補助）運営費を差し引いた試算集計結果（1998年度比較）では、黒字になる施設は4施設のみで、残りは赤字施設になっている（ただし、県での聞き取りによれば、当年度内に実際に事業費方式に移行するのは10市町村である）。このため、社会福祉協議会など運営主体の間では不安がひろがっており、ホームヘルプをふくめ委託事業を継続するかどうか、という検討もおこなわれている。デイサービスについては1999年度から事業費補助方式へ全面移行することが予定されていたが、全国デイサービスセンター協議会が選択実施の継続を要望するなか、「原則移行」になる見通しである³⁴⁾。

事業費補助方式は、クライアントに対する直接的な実働部分だけに注目する出来高払いのため、公費支出面だけから見れば効率的な方法とも言えるが、実際の現場での職務実態を無視することになる。直接的な介護以外にも、サービス提供前後のミーティングや記録といったデスクワークや、研修、訪問先への移動・送迎など、付属的ではあるが必要不可欠の職務がある。それらを事実上、正規の職務とみなさず補助対象から外すのは現実的でない³⁵⁾。事業者サイドで採算の見通しが立てられなくなれば、サービス供給が縮小してしまい、介護保険実施の根幹を揺さぶることにすらなりかねない。常勤職員のパート化などで

当座を凌いだとしても、職場の不安定化が進み、将来に向けた人材確保に支障を来すことにもなりかねない。介護保険の報酬単価の最終的な設定は2000年度予算編成後に予定されているが、少なくとも従来の人件費方式による補助水準を維持できるような単価水準を設定するか、介護のための間接的労働時間をも正當に評価した報酬対象の拡大が求められる。それは、サービス供給量を安定的に確保するだけでなく、サービスの質を維持・向上させてゆくうえでも必要なことである。

さて、前述のように、介護保険が基本的な種類・程度のサービスを提供するとしても、各地域でのこれまでの実践やクライアントの生活実態からみて補せざるをえないサービス部分にどう対応するかという問題は、これから各自自治体で早急に検討すべき課題である。いわゆる上乗せサービス（不足するサービス回数を上乗せする）、横出しサービス（不足するサービス種類を補足する）、そして認定されなかった人々へのケアをどうするか、という問題である（図表2）。それらを誰の負担で、どのような水準・内容で、どこが担うのか、ということを示さずに放置すれば、住民の不満・不信が表出するおそれがある。たとえば、デイサービスの場合、認定されそうもない比較的元気な高齢者が多く



図表2 介護保険の基本サービスと「はみ出しサービス」

利用しているが、アフターケアなしに門前払いすれば、生きがいにすらなってきた機会を奪うことになる。その結果、家に閉じこもり、心身機能の衰弱を早めるという事態も予想される。グループホームにしても、痴呆の進行を抑えたり、症状を改善するなどの目覚ましい成果をあげているところがあるが、その結果、保険対象外になって退居した場合、かえって症状が悪化することを心配する声もある。

1997年度から高知県の高齢者福祉サービス評価委員として各市町村の役場や施設（サービス種類ごとに各市町村1施設）でのヒアリングをおこなっているが、とくにデイサービスにおいては、利用者の適正な判定基準を設定・実施しているところが少なく、事実上、フリーパスになっているところが目立つ。その結果、個別援助計画を作成・実施できていないところが多く（1996・97年度の自己評価では、58%の施設・市町村が未実施であり、ホームヘルプやショートステイに比べて未実施率が20～30%ほど高い）、また、サービスマニュアルの策定・実施やケアカンファレンスも不十分になっている場合がある。いわゆる元気高齢者が多く利用しているため（利用者の6～7割を占めるデイサービスセンターも少なくない）、本来の要援護高齢者を除けば、サービスの専門化・システム化を進めにくいのは、ある意味で当然とも言える。

一方、従来から、本来の要援護高齢者だけに利用を限定し（日常生活自立度判定基準でAランク以上）、それ以外の高齢者については各地区ごとにミニ・デイサービスをボランティア的なマンパワーで実施して受け入れ、年々参加者を増やしている自治体もある。介護保険が実施されても対象者に混乱が生じないと聞かすが、そのような県内の1～2の先進的な事例に学ぼうとする自治体も出てきている。デイサービスを通じた心身機能の予防的効果を考えれば、元気高齢者は公的サービスの対象外として割り切ることに疑問の余地がないわけではないが、在宅福祉の建前からすればやむを得ないだろう。その代わり、きちんとした受け皿づくりをして混乱を避けなければならない。

入所施設についても、同様のことが指摘できる。高知県が全国に先駆けておこなった調査によれば、特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群や介護力強化病院に入所・入院している1万561人のうち（再調査を要する276人

を除く)、14%の1456人が「自立」ないし「要支援」に該当し、保険対象外になる、という^{※)}。施設・病院への依頼調査なので、実際の認定ではもっと増えるという見方もあるが、いずれにせよ、それらの人への対応が急がれる。とくに、特別養護老人ホーム（5年間の経過措置がある）以外の施設・病院からの退所が予想される人々については、在宅の保険サービス（「要支援」の場合）とならんで、インフォーマル・ケアを保険実施前に整えておく必要がある。高知県のように病院・施設入所の比重が高い所では、保険料上昇圧力への不安が強いこともあって、在宅シフトが切実な課題になっている。その意味では、住宅整備も重要である。従来、高齢者生活福祉センターの一部に高齢者用住居を組み入れる措置は中山間地域等に限定されていたが、1998年度から全市町村へ拡大することが認められている。また、グループホームについて、1998年度から、老人ホームと同様の施設整備費補助基準（国50%、県25%、設置者25%）が設けられるようになった。高知県においても、両ホームの利用者の評価は高く、ニーズが強くなることが予想される。現在のところ整備はあまり進んでいないが（前者は8カ所、後者は1カ所）、ケアハウスの建設や公営住宅のバリアフリー化と合わせて、これらの制度改正を活用してゆくことが期待される。

さらに、保険サービスをどこまで上乘せ、横出しして、それをどう担保するか、ということも各自治体の検討課題になる。配食サービスや外出介助、緊急通報装置、保健婦の訪問指導などは保険の基本サービスに含まれていないが、それらのうちどこまでを横出しサービスとして実施するのか。また、ホームヘルプやデイサービス、ショートステイについて、支給限度額を超えて回数を上乘せするのか。自治体の判断で保険給付に含ませるとすれば（市町村特別給付）、当該自治体の1号被保険者の保険料を引き上げることになる。あるいは、保険からは外し、利用者の全額負担に委ねるのか。さらに、それを民間事業者の守備範囲とするのか、それともボランティアの育成によって住民参加を図るのか。または、市町村の単独事業としてフォローするのか。それらを厳密に明確化するのは難しいかもしれないが、自治体として一定のビジョンを住民に提示しなければならない。高知県の場合、高齢化率が高い基盤上で現在の病院・施設入所への偏りを前提すれば、基本給付部分に限定しても保険料上昇圧力が働く。

それにくわえて、上乘せや横出しを保険料引き上げに直結させるのは難しいだろう³⁷⁾。民間事業者についても、過疎化の進む中山間地域への参入はあまり期待できないのではないかと³⁸⁾。オプション・サービスを自己負担化するにしても、負担能力を考えると、受け入れは比較的少数の特定階層に限定されるだろう³⁹⁾。現実的な選択肢としては、市町村の単独事業化か、ボランティアの推進ということになるだろう。単独事業の方向に向かわざるをえないとしている自治体もあるが、その場合でも、国や県の支援抜きには難しい、という声もある。いずれにせよ、住民との合意形成を図りながら、国や県との協議もふくめ、早急に詰めてゆかなければならない。

給付に関わって、無視できない問題として、モラルハザードの問題がある。認定の際の過剰給付という可能性も（同時に過少認定の可能性も）否定できないが、それは、認定基準の客観・公平化を通じて、ある程度コントロールすることができるだろう。問題は、サービスを受けてから（あるいは受ける前の）クライアント側と事業者側双方に起こりうる自立化遅延行動である。クライアント側については、施設入所や在宅福祉の受益を継続させたいためにリハビリ等を怠る可能性がある。事業者側についても、要介護度レベルが高いほど介護報酬額が増えるため、処遇を緩める可能性がある。介護保険の導入によって、介護技術の水準やその効果が下がることになれば、本末転倒である。施設や在宅での個別処遇を定期的に（あるいは不定期に）チェックする機能を各自治体で育てる（行政内部に委員会を設置するか、住民の自発的な活動を公認するか、あるいはその両方）ことが不可欠である。高知県では、特別養護老人ホームや病院のサービスの質を評価して情報公開してゆくための検討委員会を設け、1999年度からモデル事業を実施してゆくという⁴⁰⁾。県レベルだけでなく、各市町村独自の（あるいは住民の自発的な）チェック機能も必要ではないか、入所施設・病院だけでなく在宅サービスの質の評価も必要ではないか、希望する施設・病院だけを対象にするとしているが希望を出さない所の評価はどうなるのか、「底上げ」を目的として施設名まで公表される見通しだが「見せしめ」的になりはしないか（利用者の選択に資するためなら質の高い所に限定してもよいだろう）、といういくつかの疑問が生じるが、利用者の立場に立ってサービ

スの質を評価する試みとして検討に値する。

V 費用負担

現行措置制度の下では、サービス利用者は直接的には利用者負担金を支払うだけであり、残りの措置費を国が50%、都道府県が25%、町村が25%（ただし、老人ホーム入所において、市または福祉事務所を設置する町村の場合、国50%、市町村50%）ずつ公費負担することを原則としている。介護保険制度のもとでは、利用者負担金以外の保険給付費は、保険料50%、国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%という財源構成になる。違いは、前者の利用者負担金が応能負担金になっており、利用者本人の収入および扶養義務者の所得税納税額に基づいて徴収されるのに対し、後者の利用者負担金は介護費用総額の1割を原則として一律徴収する意味で応益負担金になっているという点にある。そして、後者の場合、保険料が50%投入されるために、利用者負担金の割合が若干異なるものの（前者の場合、トータルでは10数%になる）、それを別にすれば、公費負担は2分の1ないし4分の1に軽減するという違いもある。

まず、保険料であるが、1号被保険者については3年平均で算出され、2号被保険者については毎年改定される。1号被保険者の全国平均保険料（1995年度価格）は約2500円であり、「(2000～2002年度の給付費)×17%（全被保険者に占める1号被保険者の割合を保険料50%分にあてはめた概数値）÷1号被保険者数の3年分÷12ヶ月」という算式によって得られる。2号被保険者の全国平均値は約2400円（1995年度価格）であり、「2000年度の全国ベースの保険給付費×50%（保険料負担分）÷被保険者総数÷12ヶ月」という算式によって得られる（図表1⁴⁴）。いずれも、保険給付費（介護総費用－利用者負担金）から公費負担分を除いたものを被保険者数で割り切った単純な平均値であり、以下の通り、実際の具体的な保険料算定方法や保険料額とは異なる。

1号被保険者の具体的な保険料は、各市町村ごとに設定される。当該市町村の給付費の約17%を1号被保険者住民数で割った値が当該市町村の保険料基準額になる。したがって、高齢化率が高い（より正確には、要介護高齢者が高齢

者全体に占める比率の高い)地域や、要介護者の施設・病院への入所・入院比率の高い(在宅に比べて介護費用が割高になる)地域ほど、給付との関係で保険料上昇圧力が高まる。さらに、その保険料基準額は一律に徴収されるのではなく、所得段階に応じて5段階に分けられる。その限りで、応能的原理が組み込まれている。具体例として、第1段階：老齢福祉年金受給者(基準額×0.5)、第2段階：世帯が住民税非課税(基準額×0.75)、第3段階：本人が住民税非課税(基準額通り)、第4段階：住民税課税(基準額×1.25)、第5段階：住民税課税(基準額×1.5)というモデルが示されているが、保険給付費(したがって保険料基準額)や保険料率の設定方法については、法令上の基準に従い、市町村が条例で定めることになっている(法第129条⁴⁰⁾)。保険料率の設定に際しては、法施行令第38～39条に基づき、①各段階の基準額に対する割合、②第4段階と5段階を区別する基準所得額、③場合によっては第4・5段階を第4～6段階に細分することは、各市町村の判断により変更・決定できるものとされている⁴¹⁾。徴収方法は、老齢・退職年金額が政令で定める基準額(月3万数千円程度の老齢福祉年金額と言われている)を超える人は年金から天引きされる(特別徴収)が、それより少ない人は市町村の個別徴収(普通徴収)の対象になり、後者の場合、同一世帯の世帯主や配偶者も連帯納付義務を負う(法第131～135条⁴²⁾)。

2号被保険者の保険料は、医療保険者が医療保険料とセットで徴収し、支払基金に納付する(介護納付金)。被用者健康保険加入者の場合、保険料率は、各保険(政府管掌健康保険、各組合健康保険、共済組合)ごとに、「介護納付金(全国一律の一人当たり負担額×2号被保険者総数)÷被保険者の標準報酬総額」という算式によって決まる。したがって、全国的ないし職域的なベースで徴収されることになる。国民健康保険加入者の場合の保険料率は、保険者である各市町村に賦課される介護納付金総額を均等割、所得割等に按分し、それぞれの額を2号被保険者数、所得総額等で割って計算するが、具体的な設定方法は法令に従い条例で定める(法第150条⁴³⁾)。そして、被用者健康保険加入者の場合は事業主が、国民健康保険加入者の場合は国庫が、それぞれ折半負担する。

高知県は、各市町村ごとに1号被保険者の保険料を試算した結果を公表し、厚生省の示した約2500円という全国平均値を大きく上回ったことから、注目を集めた⁴⁵⁾。それによれば、53市町村中、全国平均値以下であるのは5町村のみで、それ以外は上回り、最高6100円、最低1900円、県内平均約3800円になるという。これは、2000年度の高齢者人口推計と、98年度のサービス利用実績から、介護費用を市町村別に推計し、その17%を負担する1号被保険者の月額保険料を割り出したものである。在宅に比べて施設・病院に入る率が高く、また後期高齢者比率の高い地域ほど、保険料が高くなる傾向がある。この公表後、「2500円」の発表後と同様、自分の地域はいくらになる、という形で数字が一人歩きしている感がある。

しかし、上の試算では、まだ財政調整が考慮されておらず、いわばそれ以前の粗い試算である。実際には、調整交付金などの財政調整・安定化措置があるため、一定の保険料格差縮小等が図られることになる⁴⁶⁾。まず、調整交付金であるが、これは、保険給付費の国負担分である25%のうちの5%を、高齢化地域や低所得地域への調整財源として充てるものである。具体的には、①市町村間で後期高齢者比率に格差（全国標準より高い市町村について、全国標準と同じとみなした時の保険料収入を超過する部分）がある時、②市町村間で1号被保険者の所得水準に格差（全国標準より低い市町村について、全国標準と同じとみなした時の保険料収入と比べて不足する部分）がある時、③災害時の保険料減免等特殊な場合の3つを基本的な調整事由とすることが予定されている（法第122条⁴⁷⁾）。より具体的には、「当該市町村において調整交付金が介護給付費等に占める割合（%）＝（22%－ α %）－（17%×後期高齢者補正係数×所得補正係数）」という算定式（案）が示されている⁴⁸⁾。

ここで、22%とは、給付費のうち1号被保険者が負担する17%に、調整交付金5%を加えたものである。後期高齢者補正係数は、後期高齢者比率が全国標準より大きい時には1より小さく、小さい時には1より大きくなる。所得補正係数は、所得水準が全国標準より低い時には1より小さく、高い時には1より大きくなる。 α は、療養型病床群の過剰整備等の市町村の責によらない給付水準の違いのうち一定範囲のものと、災害等の場合に関わって調整するための特

別調整交付金率（交付金の調整率）を意味する。したがって、 α が0とすれば、後期高齢者比率が全国標準より大きかったり（小さかったり）、所得水準が全国標準より低ければ（高ければ）、調整交付金が給付費に占める割合は5%より大きく（小さく）なり、全国標準と一致する場合のみ5%通りの交付を受けることになる。

高知県の場合、後期高齢者比率が全国平均より高い地域が多く、所得水準が平均より低い（たとえば、5段階の保険料のうち、第1段階や第2段階に相当する人の比重が高い）地域が比較的多いと考えられるので、1より小さい補正係数によって（5%より大きい交付金比率によって）調整される地域が多くなるであろう⁴⁹。ただし、後期高齢者補正係数に関して言えば、後期高齢者比率が高ければ、それだけ要介護者発生率が高くなる可能性があるとしても、必ずしも正比例するわけではない。後期高齢者比率がより小さい地域が、より大きい比率の地域よりも要介護者比率が高くなる場合がありうる。したがって、正確には、前期高齢者を含め、要介護高齢者比率（いわば、要介護高齢者補正係数）によって補正すべきである。

また、高知県の場合、人口に占める病床数が全国でもトップレベルであり、在宅に比べて施設サービスの比重が高くなると考えられるが（前述の県の試算でも、保険開始時に在宅サービスを受ける人は1万5460人、施設サービスを受ける人は1万400人と想定されており、厚生省の想定する全国平均「在宅75%：施設25%」に対し、高知県は「在宅60%：施設40%」と想定されている）、それだけに α のもつ意味は大きい。

α の具体的な交付率及び交付方法は未定（1999年の秋頃までに政令として公布される予定）とされているが、算定式案を見る限り、 α が後期高齢者・所得補正を相殺する働きをもつ。つまり、特別調整交付金が交付される場合は、その部分を除いた部分について後期高齢者・所得補正をおこなうと説明されている通り⁴⁸、高齢化・低所得のための調整交付金の対象となる地域であっても、特別調整交付金を受ければ、前者の調整作用は後者によって抑えられることになる。 α を22%から控除するという算定式になっているように、高齢化・所得補正そのものによっては調整交付金比率が5%より大きくなりうる可能性があっ

ても、 α によっては5%より小さくなりうる。したがって、高齢化・低所得にくわえて病床比率の高い地域は、調整効果が減殺される。 $(22\% - \alpha\%)$ をむしろ $(22\% + \alpha\%)$ に変更した方が、当該地域の実情に合わせた総合効果を挙げることができる。案通りの算定式になるとすれば、調整効果に大きな期待をできないかもしれない。その場合には、在宅シフトに向けた努力を推進してゆくよりほかなくなる。

財政安定化措置としては、財政安定化基金が設けられる。これは、国、都道府県、市町村（第1号保険料財源）がそれぞれ3分の1ずつ拠出して都道府県に基金を設け、給付費増や保険料収納率悪化によって財政収支に不均衡が生じる場合、当該市町村に交付または貸付をおこなうものである（法第147条⁵⁰⁾）。具体的には、3年間を通じて、通常の努力をおこなってもなお生じる収納率悪化により財政不足が生じる場合、収納不足額（財政不足額のほうが下回る場合は財政不足額）の2分の1が交付され、2分の1が貸与される。また、見込みを上回る給付（市町村独自の上乗せ給付を除く）費増により、財政収支に不均衡が生じた場合、その不足額について貸付がおこなわれる。いずれの場合も、保険料収納率が著しく低い場合、交付額、貸付額とも減額される。貸付額の償還は、1号被保険者の保険料財源により、3年間で分割償還することになっている。

高齢化が進んで給付が予想以上に増加する（たとえば、高知県の前述の試算では、厚生省と同様、在宅サービス利用率が40%と想定されているが、保険制度施行後、それ以上に高まる可能性がある）地域や低所得者の多い地域では収納率や財政収支が悪化する可能性が高いが、貸付を受けた場合、その償還財源は1号被保険者の負担になる。その結果、保険料が引き上げられることになるが、それによって一層収納率が低下する、という悪循環が発生しかねない（また、収納率が悪化すれば、貸付・交付額が減額される）。しかも、貸付・交付を受ける市町村を多く抱える都道府県は、かりに3年間で首尾よく貸付償還を受けられるとしても、基金規模を拡張しなければならない。その場合の3分の1の拠出も、1号被保険者の負担増加に結びついてゆく。それらの状況を推察すれば、償還財源や基金拠出金の一部をすべて1号被保険者の負担とするのは

難しいだろう。2号被保険者からも負担を求められるルートを設けるか、給付増の場合に限定した一般会計からの繰り入れを認めることも考えられよう。

もう一つの財政調整措置として、市町村相互財政安定化事業が制度化されている。これは、財政単位を広域化して財政運営を安定させるため、複数市町村間で財政調整をおこなうことを認めたものである（法第148・149条⁵¹⁾）。具体的には、3年間において、当該市町村すべての給付支出額と保険料収入額が均衡するように、共同の保険料率を設定する（調整保険料率）。都道府県は、市町村の求めに応じて必要な調整をおこなったり、保険料率の基準を提示する。そして、調整保険料収入額が給付費を上回る市町村は、その超過額を不足する市町村に対して負担する、というものである。

財政規模が小さく、運営に不安を感じている市町村にとっては、現実的な選択肢となるだろう。しかし、たとえば、サービス基盤整備が遅れているために給付費が少なく財政的に余裕のある地域が、基盤整備が進んでいるために給付費が増大して不足が発生する地域に所得移転をおこなうことになれば、前者の住民の側で不満が起こる可能性がある。そのようなトラブルを避けるためには、基盤整備率が同程度の市町村間で事業運営するか、そうでない場合、基盤整備の平準化に向けて共同目標を設け、努力義務を協定化する（たとえば、達成時期を明示する）ことなどが考えられよう。

いくつかの課題があるものの、以上のような財政調整・安定化措置によって、市町村間の保険料格差や財政不安は、ある程度緩和されるだろう。しかし、被保険者個人レベルで考えれば、たとえ保険料水準が市町村間でどのように平準化したとしても、経済的理由で支払いにくいケースが将来にわたって生じ続けるであろう⁵²⁾。とくに、1号被保険者のうち、個別徴収の対象となる低所得者や、2号被保険者のうち、国民健康保険料すら支払い困難な状況にある人々から、滞納者が出てくるであろう。滞納した場合、給付率の9割から7割への切り下げや給付の一時差止めなどがおこなわれる（法第66～69条）。保険料の減免は、市町村が条例の制定によっておこなえることになっているが（法第142条）、その場合の「特別の理由」の解釈に関わって、「保険料の減免は、一般的な低所得の状況に着目して行われるものではなく、災害等の特別な理由によ

り一時的に負担能力が低下した状態に着目して行われることを想定したもの」という見解を厚生省は示している⁵³⁾。

しかし、国民年金保険料や国民健康保険料については低所得者に対する減免措置を認めているにもかかわらず、介護保険だけ減免事由を狭く限定することの根拠が問われる。経済的理由による減免措置を認めるべきだろう。その際、たとえば、老齢福祉年金受給者（徴収対象者とすることに批判が強い）を減免対象者にすることが考えられる。払えなければ罰則という割り切りは、現実には難しい⁵⁴⁾。さらに言えば、1号被保険者について2号被保険者と同様、公費折半負担をおこなったり、2号被保険者について1号被保険者と同様、段階的保険料を設定するなどして、統一的な運用をおこなうことも考えられる⁵⁵⁾。

利用者負担金についても、応能負担から応益負担への切り替えを機械的におこなえば、低所得者を中心にサービス受給を断念する人が相当出てくることが予想される。高額サービス費によって負担限度額を設けること（法第51・61条）にくわえて、数段階の簡略化した応能負担を設けることなどが考えられてよい⁵⁶⁾、⁵⁶⁾。

VI 基盤整備

介護保険制度が開始された時点で、サービスの需要に見合うだけの供給が確保されるだろうか。国全体の在宅サービス整備率は、2000年度40%、2005年度60%、2010年度80%というように設定されている。すなわち、2000年度において、要援護者のうち4割の人が実際に在宅サービスを利用する、という想定に立っている。この割合は、新ゴールドプラン（自治体老人保健福祉計画の全国集計値にほぼ相当）に基づいて算出されたものであるので、1992年に、各自治体が老人保健福祉計画の作成に向けておこなったニーズ調査の際に示された利用意向の全国平均的な割合を示している。

当時の利用意向が保険制度スタート時点において、あまり変わっていないとすれば、需要と供給にギャップは生じない。しかし、この間、サービスに対する認知度や経験度が高まっており、さらに、実際に保険証を所持し、保険料を

払い始めると、権利性が自覚され、潜在的需要が喚起されるであろう。果たして、その2000年度時点において、8年前の利用意向に変化が生じていない、と考えることが現実的であろうか。現在、各自治体において、2000年度以降5年間の計画年度とする介護保険事業計画および老人保健福祉計画の再策定に向け、ニーズ調査が進められつつあり、その結果が出そろわないと断定的なことは言えないが、おそらくニーズは伸びているだろう⁵⁷⁾。混乱を避けるためにも、基盤整備が急がれよう。

2000年度の在宅サービス整備率がかりに妥当な範囲にあるとしても、その目標値が達成されないとすれば、やはり需要との間にミス・マッチが生じうる。高知県の場合、1997年度末段階の目標達成率はホームヘルパー50.1%という。また、特別養護老人ホームやケアハウスは1999年度末には整備目標を超える見込みだが、療養型病床群は介護力強化病院を含めると目標の4.3倍にも上る、という⁵⁸⁾。病院が異常に突出した整備状況と言えるが、かりに在宅サービスをホームヘルプ、施設サービスを特別養護老人ホームに代表させるならば、この時点での整備比率は1:2以上、ということになる。これに対し、先の高知県の保険料試算の際の2000年度利用率は在宅3:施設2である。県民意識調査でも、在宅の希望比率の方が高い、という結果が示されている⁵⁹⁾。できれば在宅で介護を受けたい、という希望に沿うためにも（利用者の選択を尊重するという介護保険創設の趣旨に照らせば重要である）、コスト面での効率化を図るうえでも、ホームヘルパー等の基盤整備が急がなければならない。

利用者のニーズを尊重しつつ、どのようなサービスをどれだけ整備するか、を各市町村ごとに明確にするためには、介護保険事業計画がカギになる。そのためのニーズ調査を的確におこなったうえで、現実可能な範囲でどこまでおこなうかを計画しなければならぬ。ニーズ調査においては、以前の老人保健福祉計画策定時のように、単に利用意向があるか否かだけを聞くのではなく、どのような種類のサービスをどれだけの水準で望んでいるのか、というところまで掘り下げる必要があるだろう⁶⁰⁾。そのうえで、上乘せサービスをするのか否か、するとすればどの水準でやるのか、横出しサービスをするのか否か、するとすればどのような種類にまで広げるのか、ということを住民ニーズとコス

トの両睨みで決めなければならない(図表2)。そのような「はみ出しサービス」を住民の保険料引き上げや全額負担でファイナンスするとすれば、サービスメニュー・水準と負担コストの両方をきちんと提示し、計画策定プロセスで合意形成を図る必要がある⁶¹⁾。そのためには、シンポ・説明会、アンケート調査、インターネット、電話、意見書、広報誌などを通じて住民と行政の対話を促進する必要があるし、計画策定委員に住民代表を参画させることも重要だろう(その意味で、今回、各地で公募制を導入する動きが見られるのは評価されてよい⁶²⁾)。制度実施まで残された期間は短い、できるだけ合意形成を図っておくことが、制度を円滑に運営してゆくための前提条件になる。

同時に、認定されなかった人に対して、どのような代替サービス(たとえば、生き甲斐づくりや、ミニ・デイサービス)を用意し、それを誰が担うのか、ということも計画化する必要がある。いわば、認定から外れた人への受け皿づくりである(これは、再策定される老人保健福祉計画の課題項目になる)。この局面では、ボランティアが主力になるであろう。

たとえば、高知県では、1998年度からリフレッシュサロン事業というものを県単独事業としておこなっている⁶³⁾。これは、デイサービスセンター利用者の適正化を図りつつ、虚弱高齢者の重度化予防の観点から、高齢者の交流・社会参加の機会(たとえば、給食、レクリエーション、入浴など)を提供しようとするものであり、県の補助のもとで一種のミニ・デイを促進しようというものである。実施場所は地区集会所などの既存施設、対象者は65歳以上の虚弱高齢者(自立度判定基準Jランク相当)、補助額は年間延べ実施回数に1万円(必要に応じて送迎費として5千円加算)を乗じた額、という内容であり、実施主体は市町村であるが、運営はボランティアを活用することになっている。事業化されて1年目ということもあって、各市町村に十分周知されているとは言えないが、それでも10数市町村で活用されるという広がりを見せている。当初は介護保険実施までの「つなぎ」と聞いていたが、その後の県でのヒアリングでは、1999年度から国庫補助もつき、2000年度以降も継続する見通しという。県の事業ではあるが、認定外者の受け皿づくりを進めるうえでの一つのモデルケースと見ることができる。

また、ボランティアとの関わりで、高齢者自身が福祉活動の主体になってもらう、という視点も重要である。高齢者は、すべてが介護サービスを受ける予備軍ではなく、むしろ多数派は元気に社会活動し続けてゆこうとする人々である。そういう人々に福祉活動の場を提供することは、その人々に主体的社会活動の機会を提供することであると同時に、福祉マンパワーの育成につながる。

その意味で、高知県において1995年度から開始された「シルバー介護士」の養成は注目を集めており、実際にも活動の幅が広がりつつある。これは財団法人高知県ふくし交流財団が事業実施主体になり、おおむね60歳以上の人を対象に、介護の基礎知識・基礎技術を受講してもらうものである⁶⁴⁾。講座の履修時間は35時間以内(1998年度の場合、8日間、35時間で3講座開設されている)、受講料は無料となっており、課程修了者には認定証書が交付され、「シルバー介護士」として人材登録される。財団資料・ヒアリングによれば、98年9月時点で認定者310名、所在地域は53市町村中30市町村に広がっており、全市町村が目ざされている。ただし、この310名中、外部サービスのボランティアをめざしているのは100名くらいであり、残りは家族への介護を考えているという。外部サービスの場合、上述のリフレッシュサロン事業や市町村社会福祉協議会のおこなう配食サービスの担い手になっているという。家族介護の場合、さらに3級ヘルパーなどの資格を取得すれば、前述の通り現在検討されている介護報酬の対象にもなる。ボランティア養成の試みとして、一つのモデル・ケースと言えよう。

ボランティア育成の中心を担ってきたものとして社会福祉協議会があるが、各市町村社協は、ボランティア活動、住民参加型サービスなど本来の非収益活動を追求するのか、介護保険のルールによって収益事業者としての道を追求するのか、あるいは両方をめざすのかの選択を迫られている。高知県下の各市町村社協においても対応が検討されており、98年度中にスタンスを明らかにすることになっている⁶⁵⁾。1998年12月時点で、正式に結論を出しているのは数町村のみで、残りは検討中という。保険事業者としての道をめざす場合、従来のような措置受託者ではなくなり、前述の事業費方式への転換もあり、相当の経営手腕が求められることになるだろう。事実上、在宅サービスの多くを担ってき

たことを考えると、保険事業者になる道を多くの社協が一斉に放棄すれば、サービス供給に支障が出るのではないか（その意味でも事業費方式をめぐる介護報酬のあり方は再考を要する）。一方、認定から外れる人々への受け皿づくりを進めるで、社協の存在は欠かせない。重い課題ではあるが、両機能を具備してゆくことが望まれよう。

Ⅶ おわりに

介護保険制度の諸論点をめぐって検討を進めてきたが、このまま実施するには多くの問題を抱えている。まだ未確定の部分があるにせよ、遅くとも5年後の見直しの時期には、制度の基本枠組みに関する部分をふくめて変更が迫られるだろう。

高知県のように高齢者を多く抱える自治体では、費用負担を中心に不安が大きい。現場に与える影響の大きさという点で、制度設計のあり方が基本的に重要であることは言うまでもないが、それとならんで重要なのが、繰り返し強調したように、各市町村における計画策定と、それに向けた住民の合意形成、および実施に備えた実践的取り組みである。ただ単に制度を批判するだけでなく、一定の条件のもとで、なにができるのか、あるいは、すべきなのか、ということも考えてゆかなければならない。

これから実施までに制度内容や各自治体の状況がより具体化するなかで表面化してくる問題や、実施されてみて初めて表面化してくる問題があるだろう。それらの検討は他日に期したい。

注

- 1) 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）
- 2) 高知県民を対象にするアンケート調査（1997年10～12月実施）では、介護保険の内容関心度において、費用負担、サービス内容、保険の対象範囲の順に高いという結果が出ている（田中きよむ・高知県地域福祉研究会「地域住民の福祉意識・ニーズの動向と展望 ―高知県におけるアンケート調査を事例として―」『高知論叢』

- 第61号, 1998年, p. 254)。
- 3) この部分の合理性をめぐっては、年金制度と同様の議論の余地がある。年金制度における議論を検討したものとして、拙稿「年金政策の負担・給付システムをめぐる諸論点の検討 ー第3号被保険者問題を事例としてー」(『高知論叢』第62号, 1998年)
 - 4) 厚生省の研究会レベルでは、1999年3月に予定される政令での決定に向け、2号被保険者の要介護原因として、初老期痴呆や脳血管疾患など15の特定疾病が候補に挙げられている(『朝日新聞』1998年5月12日付朝刊)。
 - 5) 京極高宣は、権利性(ないし選択性)に関して、里見賢治の公費負担方式優位論に議論を投げかける形で、保険(保険料を支払える国民)のもつ明確な権利性を対置している。しかし、両者の議論においては、経済的な意味での権利性と法的な意味での権利性が区別されずに混同されている。京極が言うような意味での権利性(保険料支払いに基づく給付の確実性)は、特定目的のための個別拠出という負担・受益関係による権利性であり、経済的な意味での権利性と言うべきであろう。京極高宣『介護保険の戦略』(中央法規, 1997年) pp. 171-177, および前掲・拙稿「介護保険と措置制度をめぐる論争に関する一考察」を参照。
 - 6) 日本に先行して介護保険が実施されているオランダやドイツでは、医療保険の一部ないし、その基盤上に別枠で介護保険が設けられ、すべての年齢階層が被保険者ないし、その被扶養家族として適用されている。堀勝洋『現代社会保障・社会福祉の基本問題』ミネルヴァ書房, 1997年)「第10章 オランダの介護保険」pp. 222-225, 本沢巳代子『公的介護保険』(日本評論社, 1996年)「第2章 ドイツの介護保険」pp. 52-53, 足立正樹編著『各国の介護保障』(法律文化社, 1998年)「第4章 オランダの介護保障(足立正樹)」p. 48, 「第5章 ドイツの介護保障(小林甲一)」pp. 68-69を参照。
 - 7) 小塩隆士「公的介護保険の経済学」(『経済セミナー』1998年1月号) p. 96
 - 8) 認定の更新の際も、新規認定の場合と同様の調査、審査判定の手続きをおこなうものとされている(厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室『介護保険制度Q & A』中央法規出版, 1998年, p. 159)。
 - 9) 同上 p. 98
 - 10) 介護保険法が、認定審査会が必要と認めるときに限って被保険者や家族などから意見を聞くことができる、としている点(法第27条9項)について、被保険者側から意見を述べたり、説明を求めることができる規定を設けるべきだ、という重要な指摘がある(佐藤進・河野正輝編『介護保険法』法律文化社, 1997年, 阿部和光「保険給付」p. 81, 河野正輝「小括」pp. 139-140)。とくに、いったん認定審査会で給付申請を(あるいは介護保険審査会で不服申し立てを)却下されて、再認定を受ける場合、本人ないし家族が意見を述べておきたい、という要求が高まることが予想される。認定審査会は決定を下すだけで、当事者は、求められたときのみ意見

見を言えるだけ、というのでは、権利性が確保されているとは言い難い。その意味で、措置制度批判として指摘された、クライアントは決定をまつだけの存在、ということが、介護保険法のもとでも、認定審査会の性格いかんによっては、サービスの選択以前の問題として蘇りかねない。

- 11) 『朝日新聞』1999年1月28日付朝刊。1997年9月に全国の市区町村を対象におこなわれた調査では、要介護認定を「都道府県に委託」する意向をもつ自治体は22.2%、「市町村で実施」36.2%、「近隣の市町村と共同で」35.7%という回答分布になっている（日経産業消費研究所編集・発行『公的介護保険と高齢者福祉』1998年、pp. 10-11）。
- 12) 伊藤周平『介護保険』（青木書店、1997年）pp. 205-206、同「介護保険と要介護認定」（『賃金と社会保障』No. 1229、1998年）p. 50
- 13) 伊藤周平「介護保険とケアマネジメント」（『賃金と社会保障』No. 1231、1998年）pp. 34-36。もちろん、営利企業だけの問題でない。なお、伊藤は、厚生省のケアマネジメント観は「自立」に向かって努力すべきという特定の人間観の押しつけである、と批判している（同 pp. 33-34）。伊藤が言うように、厚生省が本当に「自立」の意味を身体的自立に限定し、しかも「押しつけ」しているとすれば、問題視すべきだろう。しかし、人間が自分の心身機能の残存能力を生かし、自己実現や生きがいを達成・拡張できる機会を得られるように支援することは介護やりハビリの基本目的ではなからうか。「何もしていない」ことをそのままにして、他人が手とり足とり、すべての世話をすることは、他人への依存心を強め、心身の諸機能の後退を促進することにもなる。グループホームでの痴呆高齢者への役割付与が本人の表情や生きがいを回復させている、という実践例もある。もちろん、強制や「押しつけ」によるものではない。
- 14) 前掲・伊藤「介護保険と要介護認定」p. 58
- 15) 会津文雄「介護保険制度における要介護認定の問題」（『総合社会保障』第36巻3号、1998年）pp. 40-42、前掲・伊藤「介護保険と要介護認定」pp. 53-54
- 16) 厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室監修『介護保険制度の手引き』（中央法規出版、1998年）pp. 53-55
- 17) 本沢巳代子「公的介護保険の意義と課題」（健康保険組合連合会『社会保障年鑑 1998年度版』東洋経済新報社）p. 59
- 18) ドイツにおける介護保険制度施行初年における不服申立て件数を日本にそのまま当てはめると、全国で14万件に及ぶ不服申立てが起こされる計算になる、という指摘がある（伊藤周平「介護保険制度の問題点と改善点」全国老人福祉問題研究会『老後保障最新情報資料集⑬』あけび書房、1998年、pp. 8-9）。
- 19) これらの点については、介護の社会化を進める1万人市民委員会編集・発行『介護保険法案に市民修正を』（1997年）pp. 4-7・26-29、前掲・佐藤/河野編『介護保険法』（石橋敏郎「不服申立て、権利保障」pp. 129-138、河野正輝「小括」

- pp. 149-154), 石川満『欠陥「介護保険」』(自治体研究社, 1998年) pp. 133-135, 池田省三「社会福祉政策を転換する介護保険」『ジュリスト』No. 1131, 1998年) p. 40を参照。なお, 全国の市区町村を対象におこなわれた調査では, 国保連合会とは別に, 福祉サービスに関する苦情処理制度を独自に設置する計画はあるかという質問に対し, 「計画がある」2.5%, 「ない」91.5%という回答結果になっている(前掲・日経産業消費研『公的介護保険と高齢者福祉』p. 17, 22)。自治体の消極的な姿勢がうかがえるが, 自治体が動かないとすれば, 住民や事業主体(たとえば自己点検評価), あるいはサービス利用者自身(たとえば施設内利用者委員会)の自発的な取り組みに期待するしかないだろう。
- 20) 高知県民を対象に実施した福祉意識調査において, ホームヘルプ, デイサービス, ショートステイについて利用意向を尋ねたところ, 「抵抗があるので利用したくない」という回答はほとんどみられず, 回答者343名(20歳以上)中, 6~7割の人が何らかの利用意向を示しており, サービス受容意識の醸成がうかがえる。しかし, その利用意向の内訳をみると, 「必要になれば, 積極的に利用したい」という回答とならんで, 「抵抗はあるが, 必要になれば利用せざるをえない」という消極的意向を示す回答が同程度の比重を占めている(ただし, デイサービスについては積極派がかなり多い)。さらに, 「わからない」という回答も2~3割ある。そのように消極的, または保留的なスタンスに位置する人々は, 場合によっては, 実際の要介護場面では家族介護を指向する可能性がある。前掲「地域住民の福祉意識・ニーズの動向と展望」pp. 252-253参照。また, 1997年10~11月におこなわれた県民意識調査では, 介護が必要になった場合, 在宅サービスと施設サービスのどちらを選ぶか, という質問に対し, 前者と答えた40~64歳(309名)のうち, その理由として「介護に当たれる家族がいる」を挙げた人(他の回答選択肢として「地域のつながりが強く, お互いに助け合える」, 「施設での共同生活になじめそうにない」, 「その他」)が62.1%と最も多く, 65歳以上(403名)でも68.9%と最も多い, という結果が示されている(介護保険に関する高知県市町村協議会・高知県保健福祉推進室「高齢者介護サービスに関する意識調査報告書」p. 13)。
- 21) 伊藤周平「介護保険と在宅サービス —生活援助サービスから企業型サービスへ—」(『賃金と社会保障』No. 1235, 1998年) pp. 42-43
- 22) その意味で, サービス基盤が整うまでの当分の間(たとえば保険実施後3年間), 現金給付を認めるべきではないか, という意見が見られる一方で(藤田伍一「介護保険の課題と将来」『週刊 社会保障』No. 1999, 1998年, p. 126), 現金給付を認めないことが, 家族介護とのバランス上, かえってサービス給付の水準を抑制することにつながる, という指摘もある(一圓光弥「介護保険と費用負担」『季刊 労働法』181号, 1997年, p. 40)。
- 23) 『高知新聞』1998年10月17日, 18日付朝刊, 同11月19日付夕刊, 『朝日新聞』10月18日付朝刊

- 24) 山井和則『世界の高齢者福祉』（岩波新書，1991年）p.80，前掲・足立編『各国の介護保障』「第3章 スウェーデンの介護保障」（岡光昇）p. 41。ドイツの介護保険の場合，給付限度額の範囲内で，サービス給付，現金給付，両者の組み合わせ給付を選択できる（前掲・本沢『公的介護保険』pp. 64-67，足立編『各国の介護保障』第5章・小林 pp. 69-70）。オランダの介護保険においても，要介護者本人への現金給付が導入されるようになった（前掲・堀『現代社会保障・社会福祉の基本問題』p. 229，足立編『各国の介護保障』第4章・足立 p. 60）。
- 25) 前掲・拙稿「介護保険と措置制度をめぐる論争に関する一考察」pp. 107-109
- 26) ドイツにならって，介護者への年金保険料補助，労災保険・損害賠償責任保険や雇用促進事業の適用，家族支援事業の保険給付化などをおこなうべき，という提案も前向きに検討されてよい（前掲・本沢『公的介護保険』pp. 68-71，175-178）。
- 27) 石川満『欠陥「介護保険」』（自治体研究社，1998年）p. 38
- 28) 真田順子・上村直人・北村ゆり「痴呆性老人の現状と問題点」「痴呆性老人の実態把握の問題点」（井本正人・真田順子・藤岡純一編『高知の高齢者と保健福祉』高知文化振興事業団，1997年）pp. 55-62，78-83
- 29) 前掲・石川『欠陥「介護保険」』pp. 37-40
- 30) 在宅介護の支給限度額についての厚生省の1998年度試算では，95年度試算と比較して，要介護度Ⅴでは月23～29万円から35万円へ，Ⅳでは23万円から31万円へ引き上げられている一方，Ⅱでは14～16万円から17万円への引き上げ，Ⅰでは6万円のまま据え置きということになっている（『高知新聞』1998年12月2日付夕刊）。
- 31) 前掲・石川『欠陥「介護保険」』p. 46
- 32) 前掲・伊藤「介護保険と在宅サービス」p. 46。また，ある市における1996年度の常勤ヘルパー実績（家事援助が中心）に基づく1997年度単価による試算でも，事業費方式への移行により72.3%にまで減収，すべて身体介護中心業務に置き換えたとしても1割程度の減収になる，ということが，従来の人件費方式でも決して十分ではないことと合わせて指摘されている（明星智美「ホームヘルプ整備の遅れと補助金制度の問題点」日本福祉大学社会福祉学会編『真の公的介護保障をめざして』あけび書房，1998年，pp. 189-192）。
- 33) 『高知新聞』1998年5月1日付朝刊
- 34) 『デイサービス』21号（1998年）p. 16
- 35) 移動時間については，30分を超える場合には，補助を受けられる。しかし，高知県内のいくつかの市町村でのヒアリングでは，一人当たり30分以下の移動時間であっても，少なくない時間（たとえば20分程度）が多くの人に該当すれば（とくに中山間地域では，そのようなことがある），トータルの移動時間は無視できなくなる，という声が聞かれた。
- 36) 『高知新聞』1998年11月9日付朝刊
- 37) 上乗せ・横出し分の費用負担（後述の調整交付金の対象とならない）を1号被

- 保険者の保険料で賄うとすれば、保険料基準額が約2.5倍ないし、それ以上に上昇するという推計もある（東京市町村自治調査会『介護保険と市町村の役割』中央法規，1998年，pp.106-107）。
- 38) 全国の市区町村を対象におこなわれたアンケートでは、今後の福祉サービスの整備をどうするか、という問いに対し、全体では、「自治体直営の公的サービスと非営利型サービスを中心に強化」という回答が78.2%、「シルバー産業などの営利型サービスを積極的に導入」は15.2%となっており、内訳では、市部に比べて町村部の方が、また人口規模が小さくなるほど、前者の回答比率が大きく、後者のそれが小さくなっている（前掲・日経産業研『公的介護保険と高齢者福祉』pp.35-37）。
- 39) 高齢・過疎化進展地域での所得や貯蓄の事例調査によれば、高齢者の経済能力はかなり低い（拙稿「高齢・過疎化進展地域の高齢者の経済的生活実態と福祉ニーズ」『高知論叢』第57号，1996年）。「支給限度額を超えたサービス利用については、民間保険を活用するなどにより、全額自己負担によりサービス利用することとなる」という厚生省介護保険担当者の説明があるが（朝川知昭「介護保険制度創設のねらいと概要」『ジュリスト』No.1131，1998年，p.31），それを一般原則化するのには現実的にみて無理だろう。
- 40) 『高知新聞』1998年10月17日付夕刊，99年1月28日付朝刊
- 41) 両保険料の算定式については、前掲・厚生省『介護保険制度 Q & A』p.111を参照。
- 42) 前掲・厚生省『介護保険制度の手引き』pp.45-49，『介護保険制度 Q & A』pp.106-108
- 43) 介護保険制度実施推進本部「全国介護保険担当者会議資料（平成11年1月27日）」pp.10-14
- 44) 前掲・厚生省『介護保険制度 Q & A』pp.114-115
- 45) 『高知新聞』1998年7月18日・同23日付朝刊
- 46) たとえば、高知市の場合、後述の特別調整交付金等を考慮せずに調整交付金を折り込んだ場合の現段階での保険料基準額は3900円と試算されており、前述の県の公表額4100円より安くなる（高知市健康福祉部長寿生活課「簡易な費用試算及び粗い保険料推計」平成11年2月5日）。
- 47) 前掲『介護保険制度 Q & A』pp.241-244
- 48) 介護保険制度実施推進本部「全国介護保険担当者会議資料（平成10年10月29日）」pp.256，同（平成11年1月27日）pp.8-9
- 49) たとえば高知市の場合、第1・2段階が全階層に占める人口構成比は76.8%（1997年度末）であり、全国平均30.6%よりかなり比重が高く、所得補正係数は0.808になっており、また後期高齢者補正係数は0.978である。その結果、特別調整交付金を捨象すれば、調整交付金比率は5%より大きく、8.6%と試算されている（前掲・高知市「簡易な費用試算及び粗い保険料推計」）。

- 50) 前掲『介護保険制度の手引き』 pp. 49-51, 『介護保険制度 Q & A』 pp. 231-234
- 51) 前掲『介護保険制度の手引き』 pp. 51-52, 『介護保険制度 Q & A』 pp. 236-240
- 52) 1号被保険者の場合、段階保険料であっても定額であるため、収入に対する保険料の比率でみれば、低所得者になるほど(第5段階から第1段階に向けて)負担が重くなるという逆進性の問題も例示されている(武蔵野市「介護保険について武蔵野市からの提言」『賃金と社会保障』No. 1211, 1997年, pp. 72-73)。
- 53) 前掲『介護保険制度 Q & A』 p. 122。ただし、1999年1月27日の衆議院予算委員会では、保険料・利用料の減免理由に経済的理由を含めるべきでは、という議員質問に対して、厚生大臣がそれを肯定する発言をおこなっている。
- 54) 全国の市区町村へのアンケートでは、保険料未納率が「国民健康保険よりも増える」という回答が75.3%を占める一方、未納者への罰則規定については、「現実的には適用できない」45.3%、「ケースバイケースで対応」42.9%、「規定どおり適用」8.5%となっている(前掲・日経産業消費研『公的介護保険と高齢者福祉』 pp. 13-16)。なお、オランダの介護保険の場合、保険料は年金や資産収入にも課されるが、所得控除が認められ、課税所得以下の人は免除される(前掲・堀『現代社会保障・社会福祉の基本問題』 p. 231・235)。
- 55) 前掲・拙稿「介護保険と措置制度をめぐる論争に関する一考察」 pp. 111-114
- 56) 伊藤周平は、10割給付を原則として利用者負担を廃止すべきとしつつ、それが困難でも、市町村が減免する場合の「特別の事情」(法第50・60条)に低所得を含めるべきだと、主張している。後半部分については同意するが、前半部分については疑問の余地がある。というのも、サービス費用の一部を負担させることは、「社会福祉の大原則である『必要なものすべてを給付する』という10割給付の原則を根底からくつがえすものでもある」と述べているが、少なくとも資本主義社会において、そのような「原則」が広く確立ないし承認されてきたとは言えない。日本人の一般的意識に照らしても、医療制度において過去にその類型があったにせよ、現在では違和感の方が大きいのではないか。伊藤周平「負担面からみた介護保険—応能負担と10割給付の原則の転換—」(『賃金と社会保障』1998年, 1233・34合併号) pp. 46-48。なお、オランダの介護保険の場合、利用者負担金は応能負担制になっている(前掲・堀『現代社会保障・社会福祉の基本問題』 p. 232)。
- 57) 1994年12月から95年1月にかけておこなった特定地域調査では、92年当時の行政把握ニーズと比較して、同じ対象者(要援護高齢者)に関して、ホームヘルプで4%程度、シヨトステイで6%程度、デイサービスでは28%程度、利用意向率が増えていることが明らかになった。92年当時の把握が実態を踏まえたものであるとすれば、この比較的短い期間内でも、利用意向が伸びていることになる。森裕之・田中きよむ「北川村—過疎で無医村—」(前掲『高知の高齢者と保健福祉』) pp. 63-77。また、高知市の場合、前回の老人保健福祉計画策定時におこなわれたニーズ調査では、在宅福祉3本柱の利用意向(必要度)は5.7~41.9%となっていたが

(サービスの種類や要援護高齢者の類型によって異なる)、今回の調査では、38.4～57.8%となっている(「高知市高齢者保健福祉計画」1993年、前掲・高知市「簡易な費用試算及び粗い保険料推計」)。

58) 『高知新聞』1999年1月1日付朝刊

59) 40～64歳では、在宅サービス希望派39.8%：施設希望派37.6%となっており、65歳以上では、在宅48.6%：施設31.6%、75歳以上では在宅52.7%：施設26.4%となっており、年齢が上がるにつれて在宅希望率が高くなっていることがわかる(前掲高知県市町村協議会・保健福祉推進室「高齢者介護サービスに関する意識調査報告書」pp. 12)。

60) 筆者は、ニーズをより正確に把握するうえで、この点を強調してきたが、今回のニーズ調査における高知県の調査票モデルでは、要介護高齢者用の場合、在宅主要サービスについて利用希望回数まで尋ねる形式になっており、実際にそれに倣っている市町村もある。その点は、改善点として評価されてよい。

61) 費用負担と給付水準について住民が選択できるようにすることは、介護の社会化を無駄と考える利害とのバランスをとるうえで重要だ、とする指摘がある(前掲・一圓「介護保険と費用負担」p. 41)。

62) 朝日新聞社が1999年1月に、全国の政令指定都市や県庁所在市など79自治体を調査したところ、56%の自治体が計画策定委員(平均約24名)に公募住民(2～4名が多い)を加えているという(『朝日新聞』1999年1月26日付朝刊)。高知市でも、計画策定委員15名のうち2名を公募被保険者に行っている。もっとも、全体の委員数から見て公募枠は少ない。

63) 「高齢者リフレッシュサロン事業実施要項」

64) 「高知県シルバー介護士養成研修事業実施要項」

65) 高知県社会福祉協議会「市町村社会福祉協議会の介護保険への対応について」