地方分権化時代と介護保険

落 合 孝 義

介護保険制度が、本年４月１日からスタートする。いよいよ介護元年へのカウントダウンのはじまりである。世界では、ドイツについで２番目の介護保険、日本では５番目の社会保険である。介護保険が福祉制度ではなく、社会保険として施行される意義は極めて大きい。

わが国における福祉制度は、救貧対策から出発し、家族扶助の補完を基本にしながら、行政による措置（処分）と負担における応能主義の原則の下に実施されてきた。

しかし､21世紀の超高齢社会の到来を目前に、介護を必要とする高齢者の激増が見込まれるなかで、質量ともに充実した介護サービスとそれに見合う財源を確保し、家族の苛重な介護負担を軽減するために、従来の福祉制度に代わる新たな社会保険制度が必要とされたのである。

介護保険は、市町村が保険者となり、65歳以上の第１号被保険者と40歳以上64歳までの第２号被保険者から保険料を徴収し、常に介護が必要な高齢者や特定疾病のために介護を要する人に対して、費用の１割負担を条件に本人の選択と契約に基づいて、認定基準に沿った医療・保健・福祉サービスを提供する制度である。

この介護保険制度の導入によって、日本の高齢者福祉が大きく向上することはまちがいない。しかし､問題がまったくないわけではない。むしろ地方分権化という歴史の流れのなかで、保険者である自治体がかかえる課題は数多くある。ここでは、制度の根幹にかかわる問題３点と自治体にとっての制度運営上の課題３つを取り上げて、考えてみたい。

問題点１
被保険者の範囲が狭いため
保険料が割高

第１の問題点は、被保険者の範囲と保険料負担の関係である。

介護保険の仕組みでは、まず、2000年度から2002年度までの３年間に要する介護保険の費用総額が算出される。この費用総額のうち、サービス利用者が負担する保険給付費の１割を除く９割について、半分が保険料、残りの半分が公費でまかなわれる。保険料のうち第１号被保険者の保険料が17%、第２号被保険者の保険料が33%である。この比率は、３年間の被保険者数の平均割合である。要するに介護保険の総費用のほぼ半分を40歳以上の被保険者が負担するということである。このため被保険者１人あたりの保険料は割高となる。

昨年８月、厚生省は、介護保険導入時の全国各自治体の保険料試算を発表した。最高額は月額6200円、全国平均は当初厚生省が予測していた2500円を上回って、2800円程度とされた。これは、約200万人の要介護者が保険を利用するものと仮定し、その費用の年額４兆8000億円をもとに被保険者の数などから算定したものである。

これに対し、各方面から「保険料が高すぎる」との反発が相次ぎ、政府は、保険料軽減のための特別対策を講じざるを得なくなった。

負担は、「広く、薄く」を原則とすべきである。介護保険においては、被保険者は40歳以上の者とされている。脳卒中や初老期痴呆等により介護が必要となる可能性が高くなるとともに、自らの親が要介護状態となった場合、介護保険によって介護負担が軽減されるなど「恩恵」を蒙ると考えられるからである。しかし、脳血管疾患などは40歳以下の若年者にもおこりやすく、また老親の介護は家族全員で支えている現実からすれば、40歳以上という年齢ゾーンを被保険者の範囲とする必然性はまったくない。むしろ、世代間の連帯により社会全体で「介護」を支え合うという介護保険の趣旨を貫き、被保険者を若年者にまで拡大すべきである。

保険料は、第１号被保険者の場合、個人から徴収されるが、第２号被保険者は、世代間の連帯という観点から、医療保険を通じ全体的に負担することとなっている。こうしたことからも、第２号被保険者の対象範囲については、先輩国ドイツと同様、若年者を含む医療保険の加入者全員にまで拡大すべきである。今後、要介護者の増加が予想されるなかで、介護保険財政の安定的確保を図る上からも必要なことではなかろうか。

問題点２
保険料に算定されない基盤整備費

第２の問題は、保険料と介護サービス基盤整備の財源確保についての問題である。

介護保険では、第１号被保険者と第２号被保険者が、それぞれ介護保険の費用を保険料として負担する。

第１号被保険者の保険料は、介護保険の給付費、財政安定化基金の拠出金など、保険給付に直接必要な費用に基づいて、それぞれの市町村ごとに決定される。サービス基盤の整備費用は、それら保険料算定の対象には含まれず、基盤整備のインセンティブが機能するようになってはいない。介護保険は賦課方式のため、サービスの給付費が保険料に反映する。サービス給付が十分でなければ、安い保険料で済むが、そのかわりサービス基盤が整わず、サービスが不足するという悪循環が繰り返されることになる。

また、第２号被保険者の保険料は、そのうちの保険給付費だけをもとに医療保険ごとの負担率に応じて決められるため、当然基盤整備費は算定されない。

一方、介護保険は、サービスの提供主体を民間等の多様な主体に拡げ、サービス基盤の拡充を図ることをねらいとしている。しかし、実際には小規模の自治体や高齢者人口の少ない地域などでは、事業者の参入や介護保険施設の進出は望めない。サービス基盤を整備・充実させようとすれば、自治体自身がサービス提供者となるか、経済的提携を通じてサービスの誘致を図る以外にはない。いずれにせよ、自治体財政への圧迫は大きなものとなる。

高齢者が、いつでも、どこでも、だれでも、必要とするサービスを利用するためには、介護保険制度のなかで、サービスの基盤整備を全国的にすすめる必要がある。

そのための財源をどこに求めるのか。１つは、基盤整備のコストを算入した保険料である。単独の自治体で、しかも第１号被保険者のみに負担させようとすれば、その保険料は驚くほど高くなるだろう。したがって、第１号、第２号を問わず被保険者全体に賦課し、社会保険診療報酬支払基金のように全国的にプールする。

もう１つは、国及び都道府県の基盤整備の予算である。厚生省は、介護保険の導入に合わせ、介護保険施設の増設やホームヘルパーなどのマンパワーを倍増する計画をたてている。この際、その計画に要する国、都道府県の財源を介護保険に組み入れるとともに、サービス基盤整備の

コストを反映させた保険料を加え、介護保険のなかに「基盤整備基金」を設け、それを財源としてサービス基盤整備をすすめる制度を確立べきである。

そうすることによって、介護保険制度全体として、低額の保険料の自治体や財政基盤の弱い市町村においても、基盤整備のインセンティブが機能することになるのではなかろうか。

問題点３
保険者としての自治体の権限強化

第３番目の問題は、保険者としての自治体の役割が強調されているにもかかわらず、介護保険制度運営にかかわる各種の権限が付与されていないことである。

介護保険法では、国の役割は、①介護保険事業計画の基本指針作成、②要介護認定基準・介護報酬・事業者の基準等の決定、③制度に関わる枠組みの構築等とされている。

また、都道府県の責務は、①保険者である市町村の指導・支援、②審査判定の受託、③介護保険事業支援計画の作成、④介護保険審査会の設置・運営、⑤サービス事業者・施設の指定、許可、許可の取消、指導、監督、⑥財政安定化基金の設置・運営等と定められている。

つまり、要介護認定の基準や介護報酬の決定、サービス事業者の指定・監督等という介護保険制度運営の根幹に関わる業務については、国ないしは都道府県に権限が与えられ、保険者である市町村の関与外のこととされているのである。結局、保険者である市町村の主な役割は、介護保険事業計画の作成、介護認定審査会の設置、要介護認定、被保険者の管理事務、第１号被保険者の保険料の賦課徴収等に限定されている。

これは、市町村の事務の負担増に対する国や都道府県の配慮であると同時に、国、都道府県が保険者である市町村を支援するという介護保険の理念の現われととれなくもない。

しかし、反面では財源を移譲しないまま、市町村へ膨大な事務を押し付けることへの「気兼ね」と解釈することもできるし、自治体の創意工夫や独創的な制度運営への牽制と考えることもできる。

介護保険と期を同じくして、地方分権一括法が2000年４月から施行されることになった。もはや、国と市町村との関係は、上下・主従関係から対等・協力関係へと移行する。

介護保険についても、国による全国統一的な基準の設定や規制は、必要最小限に留め、国や都道府県の権限について、可能なものは迅速に市町村に移譲することが求められている。

今後の高齢者介護の理念は、「普遍性」「統合性」「協働性」に加えて「地域性」である。高齢者が住み慣れた家・地域で、自らが望んだ最適の介護サービスを享受し、世代を超えて社会全体に支えられながら、老後を暮らしていくためには、それぞれの市町村・地域の特性や実情に合った介護保険の運営が必要になってくる。それはまた、地域間の違いを認識したうえで、よりよい介護サービスをめざす市町村同士の「競争」と、切磋琢磨をつうじて高齢者福祉の質的・量的水準を引き上げることにつながるものでもある。

次に、保険者としての市町村にとって、制度運営上の課題を取り上げてみたい。

課題１
サービス調整機関の設置

第１の課題は、介護サービスの公平給付に関する課題である。

介護保険は、増大する介護需要に対応し、介護供給を円滑にするため、サービス提供体制の拡充を図るとともに、新しい介護市場を形成する側面をもった制度である。これまで、行政

もしくはその委託事業者に限定されていた介護サービスは、民間、法人（社会福祉法人などに限らない）、協同組合など、あらゆる提供主体に「開放」される。介護の分野に市場原理が導入され、サービス事業者間の自由競争が展開されることになる

事業の複合化、サービスの統合化がすすめられ、コーディネーターとしての介護支援専門員（ケアマネージャー）が居宅介護支援事業者を通じてサービス事業者に組み込まれ、ケアプランの作成からサービスの提供まで、事業の系列化が促進される。民間のリサーチ会社が東京都新宿区のサービス事業者を調査したところ、単独では赤字だが、複合型では利益がアップするとの結果が出ている。

確かに、複合化、系列化は、サービスの効率的提供のうえでは有利である。しかし、利用者にとってはどうであろうか。懸念されるのは、利用者の選択権の保障と公平なサービス利用が実現していくか、否かということである。

介護保険では、12種類の在宅サービスと３つの施設サービスのなかから、利用者が希望するサービスを選択し、要介護状態の度合いに応じ、介護支援専門員の作成したケアプランに沿って、介護サービスを受けるシステムになっている。

サービス事業の統合化、系列化がすすむなかで、希望するサービスを選べず、必要でもない介護を押し付けられることはないだろうか。サービスが偏重するおそれはないだろうか。事業者による「囲い込み」現象が起こらないだろうか。

もちろん、介護サービスが公共サービスである以上、事業者にはそれにふさわしい規律と節度を求めることはできる。

肝心なのは、利用者の選択権と公平なサービス給付を保障するために、サービス事業者に対する規制・関与のシステムをいかにつくりあげるかである。

一部の自治体では、介護支援専門員を雇用し、直営の居宅介護支援事業に乗り出しているところもみられる。また、市町村段階で事業者からの了解を取りつけたうえで、「指導」を行なうことを考えている自治体もある。

しかし、介護保険法では、市町村は、サービス事業者に対して「……文書その他の物件の提出若しくは提示を求め、若しくは依頼し、又は当該職員に質問若しくは照会をさせることが出来る」（法台23条）と定められているに過ぎない。保険者である市町村には、サービス事業者・提供者を管理・監督する権限は与えられていないのである。

そこで、考えられる方法は、サービス事業者を社会福祉協議会などの公共的な機関の下に組織し、「サービス調整委員会」（仮称）を設置するなどの方法である。

この委員会は、利用者から得られるサービスの満足度などに関する情報収集役となり、居宅介護支援事業者のレベルでは解決できない苦情等の対策にあたる。また、適正なサービス提供をはかるため、ケアプランの事前提出を求め、そのチェックを行なう。さらに事業者ごとのメリット・デメリット量を公表したり、抜打ち的なモニタリングチェックを実施したりもする。

こうしたことを通じて、サービス事業者は公平なサービス提供のための自主規制を行ない、過度な競争による摩擦を回避する競争ルールをつくるようになる。それが、ひいては利用者の選択権を保障することにつながっていくのではなかろうか。

もちろん、こうした組織を設置しただけで、高齢者への介護サービスが一挙に望ましい形で展開するものではない。しかし、こうした試みは、介護を社会的に支えるサービス事業者としての倫理と矜持を促すことになるとともに、公平・公正な介護市場を形成するうえで大きな効

果をもたらすものと思われる。

課題２
非該当・「自立」高齢者等への対策

第２は、介護認定で非該当とされた人などへの対策である。

介護保険と他の社会保険、とくに医療保険との大きな違いは、介護保険で保険給付を受けるためには、認定を要するという点にある。これは、介護保険が、その人の介護を要する状態に応じてサービスを給付しようとする制度だからである。

介護認定は、被保険者本人の申請に基づいて行われ、介護を必要とする状態を「要支援」「要介護１～５」の６段階に区分する。この６区分のいずれかに該当しなければ、「非該当」とされ、介護サービスは受けられない。

認定では、心身の状態等から介護の必要性の度合いを判定し、要介護状態の区分を決定する。その際、統計上のデータをもとにつくられた「要介護認定基準時間」と、身体機能や状態の良し悪しを総合的に評価する「中間評価項目」を用いて、介護の必要度を測定する。

ひとり暮らしで、食事や身の回りのことでいくらかの支援が必要と思われる高齢者であっても、認定基準時間に満たないほどの状態であれば、非該当とされる。また、軽度の痴呆がある人でも身体の機能や状態に支障がなく、問題行動等が少なければ非該当とされる場合もある。

介護認定で非該当とされた人は、認定基準に照らして、「対象外」とされたのに過ぎず、健康や身体機能が何ら問題ないというのではない。むしろ、これから要介護あるいは要支援状態になるおそれのある人たちである。介護が必要になる前から適切なサービスを利用していれば、自立した生活を送れるような人たちである。そうした人たちのなかには、現に家事援助型のホームヘルプサービスやデイサービスなどの福祉サービスを利用している人はかなりの数にのぼる。

さらに、現在元気で健康な生活を送っている自立した高齢者のなかにも、今後高齢化につれて、虚弱や寝たきりになり、身体機能が損なわれ、生活上、支援や介護を要するようになると不安をもつ人がいる。そうした人たちは、今の段階では介護認定の申請はしていないが、かなりの数になるものと思われる。

したがって、非該当とされた人たちや「自立」高齢者に対するサービスは今まで以上に必要であろうし、介護保険が導入されたからといって、現行のサービスを止めるわけにはいかない。

非該当・「自立」高齢者等への対策は、当然一般福祉サービスとして行われることになるが、それは、介護保険から除外された人への救済措置ではない。高齢者が寝たきりにならず、生き生きと生活するための元気・健康推進策に他ならないのである。

次ページの図は、非該当・「自立」高齢者等へのサービス対象範囲のイメージ図である。

サービスの対象者は、具体的には次のとおりである。（図の斜線部分）

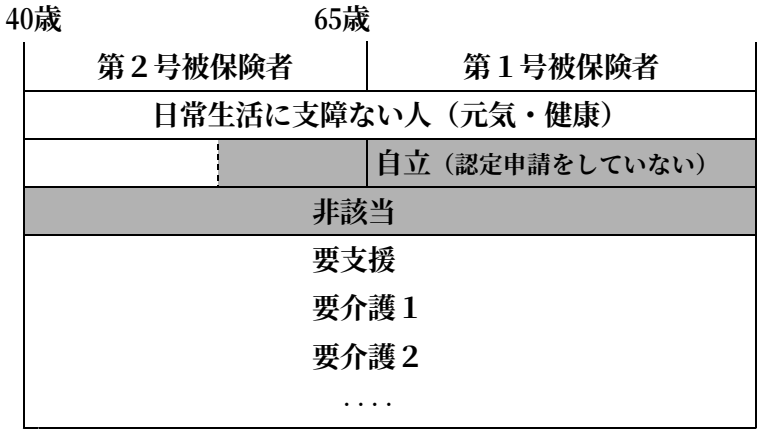
①第１号被保険者のうち、認定申請をして「非該当」と認定された人

②第１号被保険者で認定申請をしていないが、自立支援が必要と判断された人

③第２号被保険者で特定疾病該当者のうち、認定申請をして「非該当」と認定された人

③第２号被保険者で特定疾病該当者のうち、認定申請をしていないが、自立支援が必要と判断された人（60歳程度以上）

非該当・「自立」高齢者等に、具体的に、どのようなサービスを提供するかは、自治体ごとの事情によるだろうが、少なくとも、身体的介護を要しないものの自立支援を行なうとの観点



から、家事援助のホームヘルプサービス、生きがい対応型デイサービス、給食サービス、住宅改修（居宅設備改善）等は最低限必要である。その他、保健事業として機能訓練Ｂ型や利用目的を限定した短期入所（ショートステイ）等についても検討すべきであろう。

課題３
低所得者対策

第３番目の課題は、低所得者対策である。

内容は2つに別れる。ひとつは、保険料徴収における低所得者対策。もうひとつは、サービス利用時の１割の自己負担に対するそれである。

第１号被保険者の保険料は、市町村の条例によって決められ、基本的には５段階の所得段階別の定額保険料となっている。

低所得者の負担軽減を考慮して、もっとも所得の低い、世帯全員が住民税非課税で老齢福祉年金受給者の保険料は基準額の半額、全国平均で月額1800円。それよりやや所得水準の高い、世帯全員が非課税の場合は基準額の４分の３、月額2100円程度となる見込みである。

震災、風水害等の災害により損害を受けたときや死亡・長期入院等により、収入が減少した場合等には、保険料の減免が行われる。

また、第２号被保険者の保険料についても、各医療保険者ごとに所得に応じて徴収することとなっており、健康保険や共済などの場合は事業主が半額、国民健康保険の場合には国が半額を負担する。さらに、社会保障制度側からのフォローとして、生活保護のなかに新たに「介護扶助」が設けられるとともに、生活扶助による保険料の補填など、被保護世帯の負担増に対しても配慮が行われている。

このように、保険料の徴収に関しては、それなりに低所得者対策が講じられていると評価することができよう。

したがって、市町村における保険料徴収に係る低所得者対策としては、低所得者のうち保険料負担に真に耐えられない生活困窮層の負担軽減をどのような形で条例に盛り込むのか。また、国保保険料と併せて保険料を徴収することになる第１号被保険者の普通徴収該当者ならびに国保加入の第２号被保険者に対して、制度の趣旨を理解してもらいながら、保険料徴収のための啓発をいかにすすめるかが課題となろう。

保険料以上に重要なのが、自己負担における低所得者対策である。

介護保険では、要介護認定のランクごとに定められた限度額の範囲内でサービスを利用することができ、それにかかった費用の１割を利用者が負担する。

例えば、「要介護３」の人が、26万4000円の支給限度額いっぱいのサービスを利用した場合は、その１割２万6400円を自己負担しなければならない。ホームヘルパーに1時間来てもらう

と、介護報酬額5840円の１割、584円を事業者に支払わなくてはならず、デイサービスを利用すれば、要介護３の人で１回あたり643円が必要となる。

昨年11月、政府は「介護保険法の円滑な実施のための特別対策について」と題するコミットメントを発表した。そのなかで、ホームヘルプサービスを利用した場合、低所得者の自己負担を当面３％にすること、サービス事業者である社会福祉法人が低所得者に自己負担の減免を行なった場合には、補助金を交付すること、などの方針を明らかにした。

介護保険を実施する自治体にとっては、低所得者対策は、制度導入のための一時的なものではない。ましてや、反発を緩和するための懐柔策などでは決してない。高齢者が、いつでも、どこでも、だれでも、必要とする介護サービスを受けられるという介護保険の理念を実現するための不可欠の制度なのである。

したがって、すべてのサービス、すべての事業者を軽減の対象にしたうえで、低所得の高齢者がサービスを利用した場合には、自己負担が軽減されるよう、ひとつの制度として確立すべきであると考えている。

かつて、老人医療費の無料化が地方から国に及んだように、市町村が行なう低所得者対策がやがて保険制度のなかで実施されていくことは間違いない。しかし、一方で、老人医療費の無料化が、医療費の急増を招いたように、低所得者対策は、サービス給付費が支給限度額いっぱいまで膨張しようとする動きを加速させるおそれがあるということを見逃してはならない。

対策の対象となる「低所得者」の規定にあたっては、厳格な位置付けと運用が必要である。また、自己負担の軽減率についても、福祉制度への逆行とならないよう、介護保険との整合性を踏まえて考えるべきであろう。

以上、介護保険における問題点と市町村における課題について考察した。

問題解決や課題の実現のためには、いずれも制度の改革や関係法の改正をまたなければならないものがほとんどである。幸い、介護保険法は、その附則において「この法律の施行後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する」と謳っている。

「走りながら考え、考えながら走る」といわれるように、介護保険は未完の制度である。

制度をめぐるさまざまな議論と自治体における取り組みを積み重ねながら、今回掲げた問題の外に、制度運用上の問題点や改善すべき点を整理し、完成された制度をめざし、改正に結び付けていく必要があるのではないだろうか。

（おちあい　たかよし・京田辺市介護保険準備室長）