

介護保険のしくみと問題点

……… 私の体験から………

小 森 治 夫

はじめに

2000年4月からの公的介護保険制度の導入を目前にして、テレビや新聞は、連日、公的介護保険問題を取りあげている。また、書店には、介護をテーマにした書籍が何冊もならんでいる。いわば“介護ブーム”である。

私は、最初、この公的介護保険制度について、家族ではもはや担いきれなくなった介護問題を社会全体で担う、すなわち、「介護の社会化」を目的とする制度であると理解していたので、漠然と「いいことだ」と思っていた。

しかし、私の現実の生活の中で公的介護保険制度とのかかわりあいがあると、「これはとんでもない制度だ！」との思いが日増しに強くなった。今では、「制度を根本的に改革しないとイケない！」と考えている。

思い返せば、介護保険法の成立後、高齢者福祉を専門に研究している友人たちは、「あの制度はダメだ！」「実施を延期すべきだ！」と強く主張していたのである。

「遅きに失したのでは……？」という思いはあるものの、ようやく公的介護保険制度の欠陥に私も気がついた。そこで本稿では、私の公的介護保険制度とのかかわりあいという個人的経験を紹介しながら、制度のしくみを概説し、制度の問題点について、私なりの考えを述べてみたい。

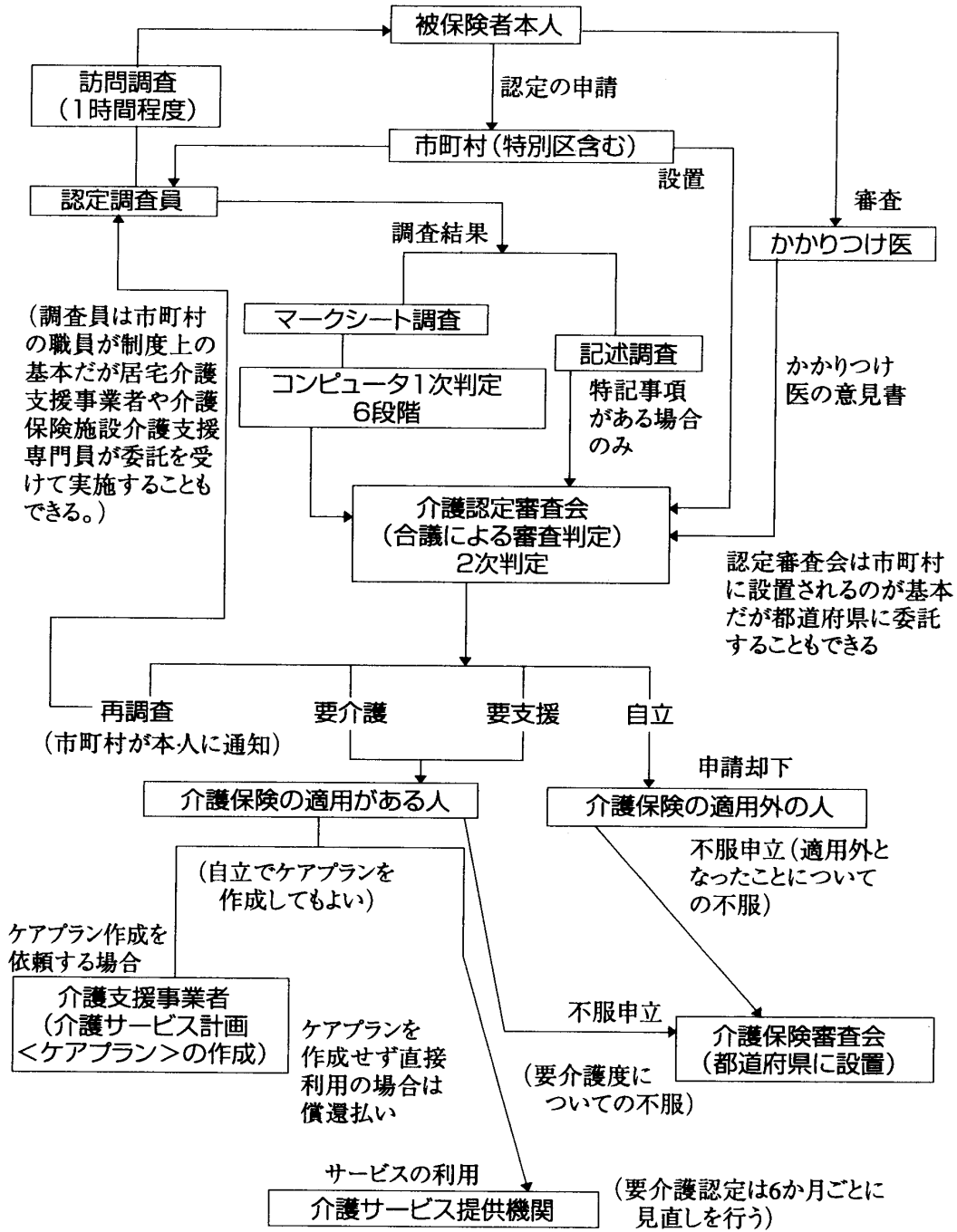
1 私と公的介護保険制度のかかわり

私と公的介護保険制度のかかわりあいに関する個人的事情を言えば、この1年以上、妻の母（76歳）が骨粗鬆症などで、病院と老人保健施設を出たり入ったりしている。介護保険制度のまさに対象者である。そのため、介護の要・不要を決める認定審査を受けるために、老人保健施設から申請書を提出してもらった。そして、訪問調査の際には家族の付添いを強く希望したのに、1999年11月12日、調査員は家族の付添いなしに訪問調査を実施した。さらに、12月上旬、「介護度3」という通知書が送られてきた。

「これはおかしい」と老人保健施設にクレームを付け、鹿児島市にも同様の苦情を言った。それでわかったことは次のようなことであった（以下に説明する要介護認定の手続きについては、図表1を参照）。

訪問調査の際の家族の付添いについて、妻は口頭で老人保健施設の担当者に強くその旨

図表1 要介護認定の手続き



(出所)伊藤周平「出直せ!介護保険」、P22

を希望していた。しかし、老人保健施設から鹿児島市に提出された認定審査の申請書には、「家族の付添いの希望は書かれていなかった」と鹿児島市の訪問調査員は言う。そして、訪問調査員は念の為、調査時に私の自宅に電話をしたが、「誰も出なかった」と言う。これが第一の問題である（この話だけを聞けば老人保健施設のミスのようにも思えるが、後日に入手した認定申請書には、家族の付き添いの希望の有無を記入する欄などはそもそもなかったのである）。

さて、家族が立ち会えないならば、入所者の日常の状況をキチンと説明するためには、老人保健施設の直接の介護担当者が訪問調査に立ち会うべきであろう。しかも、この老人保健施設では、1人の入所者に1人の介護主任ともう1人の副主任を置いているにもかかわらず、実際に立ち会ったのは空きベッドの管理をする人であった。このような状況にもかかわらず、訪問調査員は立ち会い人の身分・職掌を確認することもなく、訪問調査を実施したのである。痴呆がひどくて調査員の質問にとうてい答えられないという人以外は、家族の同席をとくに求めないという方針で調査を進めてきたようである。ただし、私どもと同様の苦情が多数あったらしく、現在では、家族の同席を求めているらしい。これが第二の問題である。

驚くべきことはまだあった。このようなズサンな訪問調査にもかかわらず、コンピュータの一次判定は介護度4であった。それを何と介護審査会が介護度3に引き下げていたのである。私の理解では、身体的調査項目中心のコンピュータによる一次判定だけでは不十分なので、主治医の意見書を取り寄せ、専門家で構成される介護審査会が審査することにより、一次判定で誤って低く介護度が出た人を救済するものだと思っていた。それがまったく逆なのである。鹿児島市の職員の説明によれば、介護審査会では、「介護の手間」の観点から、要介護度ごとに示された複数の「状態像の例」と一次判定結果とを比較して、一次判定結果を軽い方に変更する場合がある、と言うのである（図表2参照）。「状態像の例」を私も見せてもらったが、「状態像の例」でコンピュータの判定結果を介護度の軽い方へ変更させられてはたまらない。

このような不満を鹿児島市の職員に言ったところ、「よくわかった。今後このようなことがないようにする」と答え、介護認定については「変更申請書を出してくれば、再度調査する」と言う。鹿児島県に出す不服審査請求では時間がかかりすぎるので、今回は変更申請書を出すことにした。

なぜ訪問調査時の家族の付き添いにこだわったかについて、もう一言しておきたい。実は妻の母は痴呆症状がみられるのである。そもそも、一次判定の調査項目は身体的状況が中心である上に、痴呆に関する調査項目に対して、訪問調査員は「痴呆はない」と記入していたのである。家族が訪問調査に同席していれば、あるいは老人保健施設の介護主任がいれば、当然、「痴呆症状あり」と答えるであろう。このような決定的な調査ミスがある上に、主治医の意見書には「痴呆症状あり」と書かれているのに無視をされ、痴呆の専門家である精神科医がいるかわからない審査会で、介護度4を介護度3にされたのではたまらない。「いいかげんにしろ！」と怒鳴りたくなる。

このような個人的体験で得た怒りから、以下では、公的介護保険制度のしくみと問題点を検討することとする。

2 公的介護保険制度のしくみ

図表2 二次判定の方法

一次判定 (要介護認定等基準時間の 推計値)	二次判定 (状態像の例:1分間タイムスタディの 対象者から抽出)		
要介護5	状態像の例 状態像の例	5-1 5-2	◆要介護5
要介護4	(B) 変更あり 状態像の例 状態像の例	5-N 4-1 4-2	◆要介護4
要介護3	(A) 変更なし 状態像の例 状態像の例	4-N 3-1 3-2	◆要介護3
要介護2	状態像の例 状態像の例	3-N 2-1 2-2	◆要介護2
要介護1	状態像の例 状態像の例	2-N 1-1 1-2	◆要介護1
要支援	状態像の例 状態像の例	1-N 支-1 支-2	◆要支援
<p>A) :一次判定結果が要介護3であり、<u>要介護3の状態像の例3-2</u>にその状態像が相当又は近似しているため<u>変更しない</u>。</p> <p>B) :一次判定結果が要介護3であるが、<u>要介護4の状態像の例4-2</u>にその状態像が相当又は近似しているために<u>要介護4に変更する</u>。</p>			

(出所)厚生省資料

ここでは、公的介護保険制度のしくみについて、概説しておきたい。

公的介護保健制度は、従来の老人医療や老人福祉に替わる制度であり、2000年4月から介護サービスの提供がスタートすることは、みなさんもよくご存じであろう。

公的介護保険制度のカナメは「要介護認定」にある。この「要介護認定」によって介護サービスを利用する資格を与えられた人は、料金の1割を自己負担することにより、各種の介護サービスを受けることができる。その財源は、私たちが新たに納める介護保険料と、国や地方自治体の公費（税金）でまかなわれる。

介護保険は、原則的に40歳以上のすべての国民が加入を義務づけられている。

介護保険の運営主体＝保険者は、市町村と東京23区である。ただし、広域連合や一部事務組合が保険者となることもできる。

介護サービスを受けられる被保険者は、2つのグループに分けられる。65歳以上の第1号被保険者と、40歳から64歳までの第2号被保険者である。

第2号被保険者の保険料は、健康保険と同じく、それぞれの給料や所得、資産に応じて異なる。

65歳以上の第1号被保険者の場合も、所得や住民税の課税状況によって保険料に格差があるが、それ以前に基準額そのものが地域事情により差が生じるシステムになっている。それは、各市町村ごとに、提供するサービス料や利用者の状況を見ながら、独自に保険料を決めることになっているからで、安いところは千数百円程度、高いところでは1万円程度になるのではないかとみられている。地域によって介護施設や介護サービスを提供する業者の数にばらつきがあるので、スタート時点から4～5倍の地域格差が生じることが予測されている。

保険料の徴収方法は、65歳以上の第1号被保険者の場合、老齢・退職年金（遺族年金、障害者年金は対象外）が月額15,000円以上の者は年金から天引きされ（「特別徴収」）、月額15,000円未満の者は市町村が国民健康保険へ上乘せして徴収する（「普通徴収」）。当初は、「特別徴収」は月額30,000円以上の場合とされていたが、「普通徴収」の困難が予測されることから、市町村の強い要望により月額15,000円以上となり、高齢者の8割は年金天引きとなる。また、保険料は一律ではなく、高齢者本人が住民税非課税の「基準保険料」を軸として、50%軽減か、逆に50%割増しされることになる。

40歳から64歳までの第2号被保険者の場合は、加入している医療保険の保険料と一括して徴収され、健康保険、共済組合などは事業主が半分を負担し、サラリーマンの妻など被扶養配偶者の分も医療保険が負担する。ただし、65歳になれば、被扶養配偶者であった人でも保険料を納めなければならない。国民健康保険加入者についても、国保料（税）と一緒に介護保険料を納めれば保険料と同額の公費負担がなされるが、世帯主は第2号被保険者の世帯員の分も負担しなければならない。

この介護保険料は、スタート時から3年間は固定されているが、その後は3年ごとに見直されることになっている。

それでは、公的介護保険制度の導入により、最も大きく変わる点は何だろうか。

従来の老人医療や老人福祉では、70歳を越えている人なら、ほぼ一律に無料ないしは低額負担でサービスを受けられるというシステムであった。それが公的介護保険制度では、被保険者はまず「要介護認定」を受けた後に、どの程度の介護が必要かを示す6段階（要支援、要介護1～5）に分類されて、それぞれのランクごとに設定された金額までの介護サービスを1割の自己負担で受ける権利を得ることになる。逆に言えば、この認定で「自

立」と判定された場合、一切のサービスが受けられなくなる。

つまり、新しい公的介護保険制度のポイントは二つある。一つは、従来、無料ないしは低額でサービスが受けられる条件であった「年齢」が、「要介護認定」という新たなモノサシで段階的かつ限定的に分けられるということである。第二は、無料ないしは低額の負担で受けられたサービスが、すべて原則として1割の自己負担が必要になることである。そして、介護認定を受けていない人、または認定を受けていても認定段階ごとに定められた金額を超えるサービスを受ける場合には、1割負担どころではなく、全額自己負担でまかなわなければならないことである。

公的介護保険制度で利用できるサービスは、施設サービスが3種類、在宅サービスが12種類に分かれていて、さらに在宅にかかわる現金給付が3種類ある（具体的にどのような介護サービスが受けられるかについては、図表3を参照）。

それゆえ、介護サービスを必要とする人たちにとって、まず最も気になるのは「要介護認定」である。これは保険者である各市町村の責任において行われる。具体的には、本人または家族が、認定調査を市町村に申請する。申請を受理した市町村は、職員を調査員とし

図表3 介護保険のサービス

在宅サービス

- ◆訪問介護（ホームヘルプ） 介護、家事、相談、助言
- ◆訪問入浴
- ◆訪問看護 床ずれ治療、予防、食事、リハビリ指導、健康状態チェック
- ◆訪問リハビリテーション 機能の維持・回復、日常生活の自立を助けるリハビリ
- ◆日帰りリハビリテーション（デイケア）
老人保健施設、病院に通ってリハビリを受ける
- ◆居宅療養管理指導 医師、歯科医師による訪問診療など
- ◆日帰り介護（デイサービス）
デイサービスセンター、老人ホーム、老人福祉センターに通う
- ◆短期入所生活介護（福祉施設ショートステイ）
基本的に入所期間は7日以内、特別な理由がある場合は最長3カ月まで
- ◆短期入所療養介護（医療施設ショートステイ）
入院するほどではないが、短期入所生活介護では対応できない場合。入所期間は基本的に14日以内
- ◆痴呆対応型共同生活介護（痴呆性高齢者グループホーム）
痴呆性高齢者が少人数で生活する場
- ◆有料老人ホーム等における介護
介護保険では有料老人ホーム等も自宅として扱う。ホームにおける介護サービス
- ◆福祉用具貸与 車椅子、移動用リフト、特殊ベット、徘徊探知用具など

現金給付

- ◆住宅改修費の支給 手すり、段差の解消などにかかる費用
- ◆ケアプラン作成費 ケアプランの作成を依頼したときにかかった費用
- ◆福祉用具購入費 入浴、排泄など貸与が適さない福祉用具が対象

介護保険施設

- ◆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（老人保健施設）
- ◆介護療養型医療施設
療養型病床群・老人性痴呆疾患療養病棟・介護力強化病院（2002年まで）

（出所）春山満「介護保険・何がどう変わるか」、P81

て高齢者の自宅に派遣し、調査を行わなければならない。ただし、この調査員を居宅介護支援事業者、介護保険施設（民間の介護サービス事業者や介護施設）に委託することができる。本人からの聞き取り調査主体のコンピュータによる一次判定を行った後、市町村が任命した専門家で構成される認定審査会の二次判定を経て、支援ないし介護が必要かどうか判定されることになる。その段階は、最も軽度の「要支援」から始まって、生活の一部について部分的な介護を必要とする「要介護1」から、全面的な介護を必要とする「要介護5」までの6段階に分けられる（図表4参照）。

このように、公的介護保険制度は、基本的には、65歳以上の高齢者の介護サービスを目

図表4 要介護度と給付額（在宅サービスの場合）

要介護度	状 態	支給限度額(月額)	利用料
要支援 (虚弱)	日常生活の能力は基本的にあるが入浴や衣服の着脱などで一部の介護が必要	月 6万1500 円	月額 6,150 円
要介護 1(軽度)	立ち上がりや歩行が不安定。衣服着脱、掃除など一部介護が必要	月 16万5800 円	月額 16,580 円
要介護 2(中度)	起き上がりも自力では困難。食事、排泄、入浴などで一部介護が必要	月 19万4800 円	月額 19,480 円
要介護 3(重度)	起き上がり、寝返りが自分でできない。排泄、入浴、衣服着脱などで全体の介護が必要	月 26万7500 円	月額 26,750 円
要介護 4(最重度)	日常生活の能力はかなり低下。排泄、入浴、衣服着脱など多くの行為で全面的に介護が必要	月 30万6000 円	月額 30,600 円
要介護 5(過酷な介護を要する)	日常生活の能力は著しく低下。生活全般にわたり全面的介護が必要	月 35万8300 円	月額 35,830 円

図表5 特定疾病の種類

<ul style="list-style-type: none"> ・筋萎縮性側索硬化症 ・後縦靭帯骨化症 ・骨折を伴う骨粗鬆症 ・シャイ・ドレーガー症候群 ・初老期における痴呆 ・脊髄小脳変性症 ・脊柱管狭窄症 ・早老症 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ・脳血管疾患 ・パーキンソン病 ・閉塞性動脈硬化症 ・慢性閉塞性肺疾患 ・両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
--	--

*介護保険法施行令第2条(1998年12月24日)による。

的とする制度であるが、65歳未満の人でも、脳血管疾患や若年性痴呆症など、老化の結果として指定された病気が現れた場合は介護サービスが受けられることになっている（図表5参照）。

3 公的介護保険制度の問題点

ここでは、公的介護保険制度の問題点について、私の経験をふまえて、いくつかの指摘をしておきたい。

公的介護保険制度の第一の問題点は、要介護認定の問題である。

要介護認定の一次判定に使われている基本調査票は、85項目からなる非常に細切れなヒアリング項目になっている。立てるか立てないか、排泄はどうか、食事とか寝返りはどうかなど、身体介護の必要性しか聞いていない。つまり、要介護認定では、その人の生活環境、収入の多寡、家族状況などはいっさい無視して、身体介護の必要性だけで判定されるわけである。高齢者は季節によって、またその日その日によって体調が変動する。それを、たった1回きりの調査、それもわずか40分程度の調査で判定しようとするのである。

こうした一次判定の抱える問題点を、二次判定が克服することが期待されるが、実際に二次判定にかけられる時間は、1件あたり平均4～5分にすぎない。これでは二次判定は、一次判定を追認することにならざるをえない。また、基本調査票が身体介護の必要性しか聞いていないことから、問題になるのが痴呆症状をもつ高齢者である。徘徊などの問題行動があれば、介護の手間がかかるにもかかわらず、一次判定の結果は低くでるおそれが強い。さらに、二次判定を行う介護審査会に、痴呆の専門家である精神科医が十分配置されているのか、という問題もある。

厚生省のまとめた「要介護認定の実施状況」によれば、コンピュータによる一次判定の結果を認定審査会の二次判定で変更した事例は、全体の19.7%にあたる58,305件であり、一次判定よりも要介護度が高くなった人が15.3%に対して、低くなった人は4.4%である。「低め、低めの一次判定」と言えるのではないだろうか。

なお、介護保険先進国であるドイツの場合も、介護サービスを受けるにあたって要介護認定が行われているが、要介護度はシンプルな重度、中度、軽度の3ランクしかない。日本の場合は、「要支援」と「要介護1」から「要介護5」までの6ランクに分けられており、あまりにも細分化されすぎていると言えよう

このように、ドイツでは、シンプルな重度、中度、軽度というランク分けであるにもかかわらず、不服申し立ての件数は多かった。初年度に要介護認定を受けた124万人のうち、3分の1を占める40万件以上の不服申し立てが出されたのである。日本の場合、不服申し立ての件数はどうなるのであろうか。

第二の問題点は、要介護度ごとに金額で介護保険給付の上限が設定されていることであ

る。つまり、公的介護保険制度では、要介護認定で、要介護度ごとにサービス費用の支給限度額が決まってしまうので、それを越えたサービスを利用した場合は介護保険が効かず、全額自己負担となるのである。医療保険の場合は、原則として医師が必要と判断した医療サービスについては、治療が終わるまですべて保険が効くにもかかわらずである。

また、要介護認定は、身体障害者福祉法施行規則に定める、障害程度（等級）とも異なるものである。障害程度（等級）は級によって利用できる施策の範囲が変わる面があるが、各級の指定が直ちに個々の障害者に提供すべき社会福祉サービスの量を決定するわけではない。級は障害の程度を示すのであって、個々の障害者にどの程度の社会福祉サービスを提供すべきかは、相対的に別の次元で判断されている。

このように、要介護認定は介護給付のコントロールという性格をもっているのである。

以上、第一と第二の問題点を解決するためには、要介護認定を抜本的に改革して、障害と生活状態を把握するための調査とし、認定区分と給付限度額とのリンクを廃止するとともに、介護支援専門員（ケアマネージャー）が設定した給付を保障することである。

本来、社会サービス（教育、保健、医療、社会福祉など）の分野では、対象に直接援助する現場の専門職員が対象の状態、つまり健康・生活問題を総合的にとらえて、提供すべき社会サービス量を決定できなければならないのである。

第三の問題点は、保険料負担の問題である。

政府の「特別対策」により、65才以上の高齢者の保険料は、2000年4月から6カ月間は徴収延期となる。また、同年10月から1年間は半額となる。そして、2001年10月から、保険料は全額負担となる。しかし、政府の「特別対策」には、低所得者向けの恒常的な減免措置はない。保険料減免は災害にあつたり、前年に失業や倒産・病気などで家計収入が急変した場合などに限られている。低所得者にとっては、保険料の負担は重い。

しかも、国保料（税）と介護保険料は一体で徴収され、分けて納付することはできないことになっている。そのため、介護保険料が加わったために、国保料（税）を支払うことができなくなった世帯は、国民健康保険証を市町村に返還させられ、「資格証明書」を発行される可能性が高い（いわゆる国保証の取り上げ）。

それゆえ、保険料は定額ではなく、収入に応じた定率にして、収入のない人や住民税非課税の人については、その保険料負担を免除すべきである。介護先進国ドイツの介護保険料は、収入に応じた定率負担（収入の1.7%）になっている。また、わずかな収入しかない人については、保険料の支払いは免除されることになっている。

第四の問題点は、1割の利用者負担の問題である。

従来の老人医療・老人福祉システムでは、70歳を越えている人なら、ほぼ一律に無料ないしは低額負担でサービスを受けることができた。それが公的介護保険制度では、原則として、1割の自己負担が必要になるわけであるが、低所得の高齢者にとっては、この利用者負担は保険料負担よりはるかに重いものとなる。そして、介護認定を受けていない人、

または認定を受けていても認定段階ごとに定められた金額を超えるサービスを受ける場合には、全額自己負担でまかなわなければならない。1割の利用者負担が払えないので、本来は必要な介護サービスさえも、低所得の高齢者は「もういらない!」と断らざるをえなくなる。

介護先進国ドイツの介護保険では、福祉用具について1割の利用料がかかる以外は、保険の効くサービスについては利用者負担はない。日本においても、介護保険料を支払っているわけであるから、利用者負担は全廃するべきである。

第五の問題点は、制度の対象の問題である。

40歳から64歳までの第2号被保険者については、初老期痴呆や脳血管疾患など老化に伴う病気（特定疾病）が原因で、介護や支援が必要となったことが介護保険の適用条件とされている。しかし、この年齢の人たちが、介護や支援が必要になる原因で最も多いのは、交通事故である。交通事故はもちろん老化に伴う病気ではないから、介護保険は適用されないことになる。

40歳から64歳までの第2号被保険者については、介護が必要となった原因にかかわらず、介護が必要な人には介護サービスが提供される制度に改革すべきである。

4 財政問題から見た公的介護保険

ここでは、公的介護保険制度を支える財政のシステムについて検討してみよう。

公的介護保険制度の財源は、1割の利用者負担を除いて、その半分を公費（税金）でまかない、残りの半分を被保険者の保険料でまかなうことになっている（図表6参照）。

前者の公費の内訳は、国庫負担が25%（調整交付金を含む）、都道府県と市町村が12.5%づつの負担で、あわせて50%が公費負担となる。なお、調整交付金は、第1号被保険者に占める75歳以上の高齢者の割合、所得水準の格差などを考慮して、各市町村に交付される。

図表6 介護保険の財源(国の5%調整分を加味した場合)

利用料	1号保険料	調整	2号保険料	国	都道府県	市町村
	17%	5%	33%	20%	12.5%	12.5%

*国による5%の調整金は第1号被保険者の保険料収入に係る調整目的のため使われる。

上図の例示では第1号被保険者の保険料収入は17%と見込まれているために5%の調整交付金が支出される。

したがって、第1号被保険者の保険料が20%の場合は2%が、10%の場合は12%が調整金となる。算式は下記の通り。

●調整交付金=(22%-α%)-17%×後期高齢者補正係数×所得補正係数

α=特別調整交付金の調整率(全国ペースの総率)

(出所)伊藤周平『出直せ!介護保険』、P52

後者の保険料の内訳は、第1号被保険者が17%、第2号被保険者が33%である。

さて、厚生省は、一般市民向けのシンポジウムなどでは、公的介護保険制度の目的は家族介護に頼ってきた今までのしきみを改めて、「介護を社会全体で支えるしきみ」の確立、「介護の社会化」の実現にあると説明してきた。また、保険者である市町村向けの説明会などでは、「公的介護保険制度が導入されれば、市町村の負担は減る」と説明してきた。さらに、事業者向けの研究会などでは、「『福祉の市場化・民営化』を図るため」と説明するなど、いわば三枚舌を使ってきた。

しかし、厚生省が公的介護保険制度を導入する本当のねらいは、老人福祉措置制度を廃止して公費支出を削減するとともに、医療保険財政を建て直すことにある。

前者は、これまですべて税金で負担してきた高齢者福祉の費用の半分を、新たな国民の保険料負担に置き換えることで、福祉への公費支出（税支出）を削減しようとするものである（図表7参照）。後者は、これまで医療保険が負担してきた介護色の強いサービス費用の負担を、医療保険の給付から介護保険の給付に移すことで、医療保険の負担を軽減しようとするものである。例えば、公的介護保険制度が実施される2000年において、現行の福祉措置制度の廃止に

よる財政負担軽減額は、国が約3700億円、自治体が約2200億円と推計されているのに対して、同じ年の医療保険財政の負担軽減額は約1兆1600億円と推計されていることからみても、

図表7 老人保健(医療)・老人福祉・介護保険の財政負担割合

①老人福祉	国 1/2	地方 1/2	
↓			
②介護保険	国 1/4	地方1/4	保険 1/2
↑			
③老人保険	国 1/3	地方1/6	保険 2/1

<注> ①は特別養護老人ホームなど老人福祉を示す。②は介護保険の財政負担(①と③を含む)。③は老人保健のうち介護保険に移行する介護力強化病棟、療養病棟、老人保健施設、老人訪問看護ステーション等を示す。
(出所) 朝日健二「介護保険のポイント」桐書房、1999年、178頁。

公的介護保険制度導入の最大の目的は、医療保険財政の立て直しにあると言えよう。

つまり、今回の公的介護保険の構想はあくまでも財政的見地からでたものであり、公的介護保険制度の本質は医療・福祉への公費負担、とくに国庫負担を削減し、その分を保険料や利用料などの形で国民の新たな負担に転嫁しようとするものなのである。

同時に、公的介護保険制度の導入は、社会保障構造改革の第一歩でもある。公的介護保険制度の内容をモデルにして、今度は医療保険制度の改革（改悪）、さらには社会福祉全体の構造改革（改悪）が構想されている。例えば、介護保険の定率1割の利用者負担は、70歳以上の高齢者の医療費自己負担を定率1割にするための布石である。

この介護保険の財政問題を市町村の立場から見てみよう。

公的介護保険制度が始まると、これまで公費で負担してきた部分が保険料に置きかわるので、市町村の公費の法定負担部分はたしかに減少する。また、医療保険で負担していた

給付の一部が介護保険の負担にまわるので、市町村国民健康保険の財政負担も減少する。

しかし、公的介護保険制度のサービスで決定的に抜け落ちているのは、現在の福祉サービスがカバーしている生活援助の部分である。この福祉的な生活援助の部分を、住民の生活保障に責任をもつ市町村としては、切り捨てるわけにはいかない。このような福祉施策のために、一般財源（税金）を使わなければならないとしたら、市町村の財政支出はかえって増え、法定負担や国保負担の減少分を大きく上回るであろう。これまであった国や都道府県の補助がなくなり、市町村の単独負担となるのであるから。

それゆえ、財政的余裕のない市町村では、福祉施策自体の実施が困難となり、国や都道府県の財政支援がない限り、市町村間の福祉水準の格差はさらに拡大するであろう。

このように、公的介護保険問題を財政の視点から見直せば、「おおいに問題あり！」ということにならざるをえない。

おわりに……まだある問題点

公的介護保険制度には、この小論で取り上げた問題点以外にも、さまざまな問題点が指摘されている。

最も基本的な問題点は、「保険あって介護なし！」と言われるような、介護基盤整備の遅れである。とくに、特別養護老人ホームには数多くの待機者がおり、その増設が重要な課題となっている。また、施設に入所せずに、自宅で生活していきたいと望む高齢者には、その希望をかなえられる充実した在宅サービス制度をつくりあげなければならない。

在宅の場合には、家族介護の場合の金銭給付問題がある。介護は社会全体の問題であるという今回の制度改革の趣旨に反する、女性に家族介護が押し付けられる、家族の懐に入ってしまった本人のために使われないなどの反対意見から、金銭給付の採用は見送られた。そして、介護サービスを利用しない住民税非課税世帯について、年間わずかに10万円の介護慰労金が出されることとなったが、これは「家族介護は日本の美風」などという時代錯誤の主張から行われることになったものである。

介護先進国ドイツの場合、在宅介護なら、介護サービスを受ける権利を取るか、その半分の金銭給付を受け取るかを選択できる。さらにユニークなのは、在宅で介護を行っている場合、1年間に4週間の介護休暇を家族に与えるシステムがある点である。具体的には、春・夏・秋にそれぞれ1週間余り家族を介護から解放し、この間、業者に委託する際の介護費用を国が負担するのである。

また、「福祉の市場化・民営化」が進めば、「施設のテリトリー（縄張り）を決めて、儲けを分けあおう」という発想が出てくる。公的介護保険制度の本来の構想である、「利用者が介護サービスを自由に選択できるように」とは、全くあい反する事態が地域ではすすむことになる。それゆえ、保険者である市町村は、介護サービス提供者のリストを提供する

など、正確かつ的確な情報を公開し、利用者の選択権が有効に活用されるような条件づくりをしなければならない。

さらに、高齢者そのものに対する視点の問題であるが、高齢者を社会的弱者としてだけ見るのではなく、高齢者を地域の優れた人材として再評価し、高齢者に社会参画の機会を提供しその活動を支援する、という視点もまた重要であろう。

(付記)

介護保険に関する私の体験について、後日談を簡単に記しておきたい。

1月下旬に介護認定の変更申請書を提出した。訪問調査は1ヶ月後の2月25日に行われた。今回の訪問調査は自宅で行われたので、妻が付き添った。時間は約2時間かかった。前回は40分で終わったというのに。

「訪問調査にはこれくらいの時間がかかるのか？」と妻が聞いたところ、調査員は「そうです」と答えた、と言う。また、「今回の訪問調査員は物事がよく分かった人だ」とも妻は言っていた。

介護認定の結果は、3月9日に自宅に着いた。3月8日付けの通知書では、前回と違って、「介護度4」と認定されていた。しかし、義母は3月8日に亡くなった。

私と介護保険とのかかわりは、4月1日からの介護保険料の支払いという問題になった。私が介護保険のお世話になるのはまだ先のことだろうが、まともな介護保険制度にするために、これからも声を出していきたい。

参考文献・論文

- ・春山満【介護保険・何がどう変わるか】、講談社、1999年。
- ・伊藤周平【出直せ！介護保険】、自治体研究社、1999年。
- ・石川満【欠陥「介護保険」……改革・改善への提言】、自治体研究社、1998年。
- ・伊藤周平【介護保険……その実像と問題点】、青木書店、1997年。
- ・本沢巳代子【公的介護保険……ドイツの先例に学ぶ】、日本評論社、1996年。
- ・岡崎祐司「介護保険制度の構造と問題点……要介護認定と介護給付を中心に」、
全国障害者問題研究会【障害者問題研究】、第27巻第3号、1999年。