

21 世紀日本における高齢者福祉のあり方と介護保険

- 個人と地域が自立した社会の構築を目指して -

1999年12月

21世紀政策研究所

〔エグゼクティブ・サマリー〕

2000年4月の導入を間近に控え、介護保険制度をめぐる議論が揺れ動いている。それは、ある意味で当然ともいえる。介護保険という世界的にも例が少ない制度を日本社会のなかに新たに定着させるためには、摩擦の発生や試行錯誤はある程度覚悟しなければならないほか、一片の法律の制定をもって高齢者介護という問題が一挙に解決するとは到底考えられないからである。

しかしながらそれにも増して、介護保険制度の導入により今問われているのは、21世紀におけるわが国の高齢者福祉体制をどのような原則に基づき構想し、それを実行に移していくかということではなからうか。この点に関し、われわれとしては、高齢者の尊厳と自立を維持する、介護が必要となった場合でも「寝たきり」にさせない、住み慣れた家や地域で一生を終えられるようにする、ことを最終目標に掲げ、その実現に向けた体制を効率よく構築していく必要があると判断している。そして、そういった目標を達成するためには、介護保険制度を含むわが国の高齢者福祉体制を次のような方向で改善することが求められる。

まず、介護サービスの提供体制の充実を図るためには、官民の役割分担を見直し、規制緩和の大胆な実行を媒介として民の参入を促すことにより介護サービスにかかわる市場を創出する一方で、情報公開の徹底と監視機能の強化を通じて介護サービスの提供者を規律づける必要がある。また、保険者としての市町村の権限強化や、介護保険を地域ごとの個別特性に配慮した多様なトライアルが認められる柔軟な制度とすることが重要となる。加えて、市町村に対しては住民との協働の下、民の知恵と活力を活かしつつ予防医療や高齢者の自立支援策を積極的に展開していくことが求められる。さらにまた、高齢化の急速な進展を背景とする介護需要の増大を前提とすると、活力に満ちた社会を維持していくためには、介護保険制度における給付と負担との関係にも配慮しなければならない。このような認識に基づき、われわれは次に掲げる5つの原則に基づき、21世紀日本における高齢者福祉体制の充実を狙いとして、具体的な政策提言を試みることにした。

（5つの原則）

目 的：高齢者の自立および尊厳ある生活の実現

手 段：介護サービスにかかわる市場の創出、自治体の権限の強化、自立支援策の充実

到達点：個人と地域の自立

規律づけメカニズムの導入：情報公開の徹底と監視機能の充実

費用の最小化：民間部門の知恵と活力を活かすとともに市町村の経営能力の向上を図る

そして、以下に述べる政策提言のうち、抜本的な制度変更を伴わないものについては速やかな実行を求める一方、重要な制度変更が必要なものについては、介護保険制度導入後

の2年間を試行期間、各種データの収集期間と位置づけたうえで、1年の分析期間を経て、3年後に改革を目指すという2段階的アプローチに基づいて対応する必要があると考える。

(政策提言)

1．民の自由な参入を促す規制緩和と情報公開・監視機能の充実

官民の役割分担を明確にし、社会福祉法人制度のあり方について見直す。また、法人格を有しない事業者に対し、指定居宅（在宅）サービス事業者としての指定が可能となるようにする。これらの事業者サービスについても現物給付の対象とする。その一方で、情報公開を徹底するとともに、市町村による苦情処理業務と第三者評価の実施など監視機能の充実を図る。

2．保険者としての市町村の権限強化

国が定める事業者・施設の指定基準や介護報酬については、標準的なモデルにとどめ、市町村に対して、極力拘束力をもたせない。

要介護度の認定基準として設けられた要介護区分については、市町村の住民に対する説明責任義務にも配慮のうえ、できるだけ簡素なものとする。

都道府県が有する事業者・施設の指定および指導監督権限は、全面的に市町村に移管する。

国民健康保険団体連合会に委託する扱いとなっている介護サービス費の審査・支払い事務については、市町村に移管する。

要介護度の認定に際し必要とされる訪問調査については、原則として市町村職員が実施するものとし、介護サービス計画（ケアプラン）は、市町村職員の参加のもとで作成することとする（ただし、介護支援専門員（ケアマネージャー）の社会的地位が確保されるとともに、公平中立性が担保される場合を除く）。

3．高齢者の社会参加の促進および寝たきり予防策の推進

廃校になった小中学校等、既存施設を有効活用した交流スペースを地域において整備する。そして、当該施設の運営を民に積極的に委ね、民の知恵と活力を活かしながら、さまざまな特色を有する交流スペースの整備を図る。また、地域において住民を主体とした健康づくりの担い手となる「健康づくり支援者制度（仮称）」を創設し、「自らの健康は自らがつくる」という意識を醸成する。

4．介護保険制度運営にかかわるデータの収集・分析を通じて給付と負担の関係を改めて議論する

介護保険という新たな制度を持続可能な制度とするためには、試行錯誤のなかで得られた貴重な経験を今後の制度設計においてどのように活かしていくかが重要となる。したがって制度導入後、収集された各種データを分析・検討のうえ広く情報公開し、保険給付の対象者の範囲、保険給付の内容や水準、被保険者の範囲や保険料について見直していく。

目 次

	頁
エグゼクティブ・サマリー	
はじめに	1
1. 高齢者福祉体制の現状と課題	
わが国における高齢者福祉体制は現在、どうなっているのか	2
高齢者福祉サービスは誰に対しどのくらい提供されているのか	3
2. 21世紀における高齢者福祉をどう構想するか	
介護サービスにかかわる市場の創出を目指す	4
高齢社会には地域で対応する	5
高まる予防介護、介護と医療の連携の重要性	6
3. 介護保険制度の仕組みとその再検討	
介護保険の導入による高齢者福祉サービスの向上	7
介護保険制度の改善方向	8
求められるもう一段の規制緩和	8
規律づけメカニズムとして重要性が高まる介護関連情報の開示	9
求められる保険者としての市町村の権限・機能強化	10
公平で客観的な要介護認定をどのようにして確保するか	11
持続可能な制度とするため、給付と負担のバランスにも配慮すべき	11
介護保険制度に内在する問題にも配慮の要	12
4. 政策提言	
基本的視点	13
具体的提言	
(1) 民の自由な参入を促す規制緩和と情報公開・監視機能の充実	14
(2) 保険者としての市町村の権限強化	16
(3) 高齢者の社会参加の促進および寝たきり予防策の推進	17
(4) 介護保険制度運営にかかわるデータの収集・分析を通じて 給付と負担の関係を改めて議論する	18
おわりに	
高齢社会において望まれること	18

21 世紀日本における高齢者福祉のあり方と介護保険 個人と地域が自立した社会の構築を目指して

はじめに

介護保険をめぐる議論がここへきて迷走している。2000 年 4 月からの実施を半年後に控えた本年 10 月に至り、介護保険料徴収の一時延期・軽減論が連立与党内部において急浮上し、結局、高齢者からの介護保険料の徴収を半年間凍結することなどで合意をみた。これに対し、介護保険制度の発足に向け準備を進めてきた市町村から「政府による背信行為」といった批判が聞かれる。一体、何が起きているのだろうか。ひとつ確実にいえるのは、高齢者の福祉体制が介護保険制度の導入により現状との比較においてどのように改善されるのかという問いかけに対し、政府は大多数の国民が納得できる回答を提示しえなかったということであろう。政府に対して多少とも好意的な受け止め方をすれば、国民の間に介護保険の導入により保険料や自己負担分の増大というかたちで新たな費用負担が求められるにもかかわらず、介護サービスそのものの大幅な質的改善は期待しがたいという失望感が高まっているため、介護保険制度定着のための時間をずらせる施策と認識することができるかもしれない。

われわれとしては、来るべき本格的な高齢社会において人々が活力溢れる豊かな毎日を安心して過ごせる環境を整備するためには、介護保険制度の導入を通じて高齢者福祉体制を充実する必要があると考えている。もっとも、介護保険は、高齢者の日常生活支援を目的とするものだけに、医療保険とは異なり、被保険者においてはできるだけ多くのサービス給付を受けたいという誘因が働く可能性が否定できないため、どういった人を対象としてどのような介護サービスを提供するかという制度設計のあり方がきわめて重要となる。より多くの高齢者により多くの介護サービスを提供しようとする、保険料や税金といった国民負担が増大する。その一方で、介護サービスの給付対象を絞り込むと、「介護保険あってサービスなし」と称されるように、国民の不満が増大するからである。

しかしそれにも増して、介護保険導入により真に問われているのは、21 世紀日本における高齢者福祉体制をどのような原則に基づき構想し、それを実行に移していくかということである。すなわち、介護保険制度のあり方を議論するに際しては、高齢者の尊厳と自立を維持する、介護が必要となった場合でも「寝たきり」にさせない、住み慣れた家や地域で一生を終えられるようにする、といったことを最終目標とする高齢者福祉制度の構築を目指すという観点から検討する必要がある。その場合、各地域のなかで住民自らが望ましいと判断した介護のあり方が選択できるとともに、多様化する国民のニーズにマッチした介護サービスが効率的かつ肌目細かく提供される環境を整備するためにも、民が容易に参入できるよう各種規制の緩和を果敢に行い、介護サービス分野に競争的な市場の形成

を促すことが重要なのはいうまでもない。

われわれとしては、こうした観点から介護保険制度のあり方を検討するとともに、そこから導かれる改善策を政策提言として取り纏めることにした。

1. 高齢者福祉体制の現状と課題

わが国における高齢者福祉体制は現在、どうなっているのか

わが国の社会保障分野における高齢者施策は一般に、年金の給付を除いては、高齢者の健康の維持・増進を目的とする保健・医療サービス（入院、外来医療、訪問看護など）および専門家による介護サービス等の提供を柱とする福祉サービス（ホムヘルパー、ショートステイ、特別養護老人ホームへの入所など）に大別される。わが国の高齢者福祉制度は1963年に制定された老人福祉法に始まるが、その後、1983年における老人保健法の創設など、その時々々の社会的なニーズに応えるべく漸次拡充され、今日に至っている。そして、高齢者福祉制度の場合、保健・医療と福祉とが縦割りの独立した制度として構成されるとともに、「疾病および貧困の脅威からの解放」に主眼がおかれてきたという国全体としての社会保障政策の影響を色濃く受け、福祉よりも医療に偏しているところに特色がある。

しかしながら、高齢化の急速な進展とともに、医療に重点をおいた高齢者福祉の仕組みでは国民の福祉ニーズに十分応えきれなくなってきたのも事実である。実際、わが国においては他の先進諸国が今まで経験したことのない急速な勢いで高齢化が進展しており、1998年の高齢化率（65歳以上人口が総人口に占める割合）が16.2%にも達したほか、将来人口推計によると2020年ごろには全人口の4人に1人が65歳以上という、世界でも最高水準の高齢社会となることが予想されている。その一方で、高齢者介護サービスの提供体制の整備が遅れていたため、重度の要介護者を抱える家族の肉体的・精神的・金銭的な介護負担の増大や社会的入院による健保財政の圧迫といったかたちで高齢者の介護問題が大きく現出し、1980年代後半以降、国民各層の関心を広く集めるようになった。

そういった状況下、政府においては、高齢社会の本格的な到来への対応を目指して1990年度から高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）をスタートさせるなど、高齢者福祉サービスの整備・拡充に乗り出した。そして、1994年には高齢者介護対策の一層の充実を狙いとしてゴールドプランが全面的に見直されるとともに新ゴールドプランが策定され、1995年度からスタートした。第1表は、政府が現在、高齢者向けに提供している在宅福祉サービスおよび施設福祉サービスのうち主なものの概要および新ゴールドプランに基づく整備目標と進捗状況を取り纏めたものである。このうち特別養護老人ホームは常時介護が必要で、在宅での生活が困難な高齢者を対象とする施設であり、また老人保健施設は入院治療は必要ではないが、家庭に復帰するために機能訓練や介護が必要な高齢者を対象とする施設のことをいう。この表からも明らかのように、在宅・施設サービスとも近年、

急速な勢いで整備が進んでいる。しかし、それでもなお、国民ニーズとの比較において介護サービスの提供体制は、質・量ともに不足しているという指摘がしばしば聞かれる。

それゆえ、厚生省では、介護サービス提供体制のさらなる充実を目的として、今年度で終わる新ゴールドプランを継承のうえ新たな数値目標を盛り込んだ五ヵ年計画、スーパーゴールドプラン（仮称、2004年度目標）の策定に着手しつつある。このスーパーゴールドプランの場合、ホームヘルパーの数を今年度末の1.5倍にまで増やす一方で、費用割高な特別養護老人ホームや老人保健施設については1割程度の増加にとどめるなど、在宅介護サービスを重視する姿勢がより鮮明に打ち出されているところに特徴がある。実際、離島や山村など採算的にみて民間セクターによる参入が見込み難い地域においてホームヘルパーの養成を行う民間事業者に対する補助制度の新設が検討されているほか、軽度の痴呆高齢者を対象とした「グループホーム」についても設置目標が2000年末までに新たに設定される予定にあると伝えられている。

政府は、このほか、要介護または要支援高齢者に対する各種の自立支援策を実施している。いわゆる「寝たきり」は、高齢者が尊厳を保ち、自立した高齢期を過ごすうえで大きな障害ではあるが、そのこと自体、必ずしも避けられないものではない。寝たきりのかなりの部分は、適切な予防医療、訓練と介護の実施により十分防止できるからである。実際、政府では、そうした考え方に基づき、「新寝たきり老人ゼロ作戦」のほか、市町村保健センターを中心とした地域リハビリテーション事業の推進、脳卒中、骨折等の予防を狙いとする保健事業の充実、市町村保健センターの整備などを推進している。

高齢者福祉サービスは誰に対しどのくらい提供されているのか

以上、わが国における高齢者福祉体制の整備状況を簡単に振り返ったが、それでは、実際に介護を要する高齢者に対して一体、どこでどのような福祉サービスが提供されているだろうか。第2表は、各種の統計資料を組み合わせ作成した、在宅および施設における要介護者の高齢者人口に対する割合を示したものである。この表からも明らかのように、わが国の場合、寝たきりなど介護を必要とする高齢者は高齢者人口の8.42%にのぼるが、介護施設の量的不足を背景として、その過半を占める4.93%の高齢者は在宅で家族による介護あるいは公的機関等による介護サービスを受けているものと思われる。この傾向は各年齢層に共通してみられるが、施設介護の状況に目を転じると、65～74歳の前期高齢者においては病院・診療所への入院患者の割合が特別養護老人ホームへの入所割合を凌駕している。そして、75歳以上になると、これらの割合は肩を並べ、85歳以上では特別養護老人ホームが要介護高齢者向けの介護施設として重要な役割を果たしていることが分かる。

このことはまた、特別養護老人ホームの場合、施設数が絶対的に不足しているため、入所者の大多数は介護の必要性がとくに高い75歳以上の後期高齢者により占められる一方、介護を必要とする前期高齢者の多くは在宅あるいは病院・診療所等において入所待ちの状態にあることを意味していると思われる。このうち、医学的な入院治療の事由が消失した

にもかかわらず、高齢者が家族・住宅などの社会的理由によって長期入院を余儀なくされることを「社会的入院」という。ちなみに、総務庁の行政監察結果（1996年8月）においては、特例許可老人病院¹の入院患者の28%が社会的入院で占められているのみならず、その半数以上が特別養護老人ホームへの入所待機者であることが報告されている。

いうまでもなく、社会的入院の現出は福祉サービスの基盤整備が十分でないことに起因するが、そのほか次の点も指摘することができる。すなわち、老人福祉制度と老人医療制度との間における高齢者の取り扱いの相違が影響を与えているという事実を見逃すことはできない。例えば、特別養護老人ホームの場合、利用料金が本人および扶養者の合算所得を基準に設定されることを主因として、サラリーマンOBなどの中高所得者に重い費用負担を課す構造にあるため、中高所得層に対しては費用割安な一般病院への長期入院を促している。その一方で、一般病院の運営費用は特別養護老人ホームや老人保健施設との比較において割高となっているため、社会的入院の増大は、医療費の無駄使い要因ひいては健保財政の悪化要因として作用している。

また、わが国の高齢者介護をめぐる問題として、寝たきりとなっている期間が長期化する傾向が強いことも挙げられる。実際、厚生省が1995年に実施した調査によると、3年以上の寝たきりが全体の48.9%と半数近くを占めているほか、約4分の3が1年以上の寝たきりとなっている。

2.21 世紀における高齢者福祉をどう構想するか

介護サービスにかかわる市場の創出を目指す

以上のとおり、わが国における高齢者福祉体制は、ここ10年間のうちに急速な勢いで整備・拡充されている。しかしながら、増大する国民の介護ニーズと比較すると、量的不足感が解消されるまでにはなお至っていない。加えて、問題は高齢者福祉サービスの量的不足だけにとどまらない。国民の多種多様な介護ニーズに肌目細かく対応できるかという質的側面に関しても、国民の多くは必ずしも満足しているわけではないからである。そういった質的な面での不満足感が醸成される背景としては通常、次の3点が挙げられることが多い。すなわち、第1に、老人福祉制度の場合、行政が施設入所やサービス提供を決定するという措置制度で運営されているため、利用者に十分な選択権が与えられていない。第2に、福祉サービスの提供機関は市町村あるいは社会福祉事業法に基づく社会福祉法人が中心で、行政による関与度合いの強い供給者優位の市場となっている。第3に、個々の機関が提供する福祉サービスの内容に関する情報公開が十分進んでいない。

¹ 主として老人慢性疾患の患者を収容する病院で、医療法に基づき都道府県知事の許可を受けたものをいう。特例許可は概ね65歳以上の老人慢性疾患患者の収容比率が60%以上であり、かつ、一般の慢性疾患患者を含んだ収容比率が70%以上である病院について、病棟を単位として行われる。

その結果、老人福祉制度の場合、行政が自らの判断でサービスの量と質を定めるのが原則となっているため、利用者が福祉サービスの内容、さらには提供機関を自由に選択できない環境に事実上おかれている。加えて、施設建設等の適否が地域的な需給状況を勘案のうえ行政当局により判断されるため、コストやサービスの品質面での創意工夫を競い合うという競争原理が提供機関相互間で十分働かない。そのため、サービスの内容が画一的となる傾向が強く、利用者の多様なニーズを十分満たしているとは必ずしもいえない。この間、運営面に目を向けると、介護サービスの提供主体は行政あるいは行政が強く関与しているセクターによる事実上の供給独占という市場構造にあるため、高齢者向け福祉サービスそのものが効率的に提供されておらず、国民に割高な費用負担を強いている可能性がきわめて高い。

このような事態を改善するためには、介護サービスの提供は官のみの役割という従来の発想を見直し、介護サービスにかかわる利用手続きの弾力化・自由化を図る必要がある。加えて、各種規制の緩和・弾力を通じて介護サービス分野への多様な主体の参入を促し、国民が自らのニーズに合致した介護サービスを自由に選択できる仕組みへと改編することが強く求められる。そしてまた、かつて欧州主要国が追求・挫折した福祉国家の建設よりも、高齢者福祉にかかわる官と民との役割のあり方の見直しを媒介として介護サービスにかかわる市場をつくり、利用者からみて満足のいくサービスが効率的に提供される環境の早期整備を目指すほうがより重要であると考えられる。

こうした流れのなかで、当然のこととして、国、都道府県および市町村の機能の再定義が求められよう。われわれとしては、活力あふれる豊かな社会をつくるためには、「小さな政府」を目指していくことが重要と判断している。市町村は自らがサービスの提供主体となることを目指すのではなく、実際のサービス提供は民に委ねることを原則としていくのが望ましいと思われる。ただし、山間地域等、民間事業者の参入が見込めない過疎部においては、市町村が引き続きサービス提供者として機能せざるをえないが、そういった場合でも、可能な限り農業協同組合や消費生活協同組合、NPO などの地域の介護資源を積極的に活用することを忘れてはならない。

高齢社会には地域で対応する

このほか、21 世紀の少子高齢社会においては、高齢者が長年にわたって積み重ねてきた知識や経験、技能が地域において十分活用され、若い世代とともに地域社会を支えていくことが従来以上に重要となってくる。高齢者が何らかのかたちで社会に貢献していることを自ら実感することができたとき、高齢者の生きる意欲や喜びにつながるからである。そうした高齢者にも魅力ある社会をつくりあげるためには、地元自治体と同様に、そこに住む住民が果たす役割が非常に大きいと考えられる。わが国においては、公共領域はもっぱら官が支配する領域という意識がなお根強いが、今後、住民が多くの公共領域を担っていくことが期待される。地域における隣人愛に満ちた「相互助け合い」は高齢者福祉を考

るうえでも大きな財産であり、高齢者介護問題への対応に際しては、その有効活用が図れる環境の整備にも配慮する必要がある。

こうした観点からは、介護保険制度の創設とあわせて高齢者の生きがいづくり、自立あるいは社会的孤立の防止を促す施策の実施や、寝たきりを防ぐためのインフラを整備することが強く求められる。例えば、在宅サービスの提供のみならず、高齢者と社会との接点の維持を狙いとした交流スペースの整備（移送サービスを含む）を充実するといった方策の実施が挙げられる。高齢者の自立を促すとともに寝たきりを防止するためには、普段からの社会参加が必要不可欠となるからである。このほか、ひとり暮らしの高齢者の孤独を解消するためにも、少人数の高齢者がプライバシーを維持しつつ、共同で生活を送れるような住宅が地域において積極的に整備されることも望まれる。

高まる予防介護、介護と医療の連携の重要性

しかし、それだけで十分かと問われれば、否と答えざるをえない。まず第一に、「自分の健康は自分で守る」という意識が住民の間に根づいていなければ、各種施策のほとんどは有効に機能しえないからである。それゆえ、個人個人に対しては、若い時から自己責任の原則に基づき「自らの健康は自らがつくる」よう心掛けることや、加齢等によって心身の機能が低下したとしても、一層の悪化を防ぎ日常生活が継続できるよう自ら努力する姿勢を堅持することが求められる。在宅福祉の充実は必要ではあるが、その結果、在宅での寝たきりが増えたのでは意味がないからである。それゆえ、市町村に対しては、介護インフラの整備のみならず、住民の健康維持および健康増進意識の高揚を狙いとして、健康相談、予防医療および予防介護にかかわる体制についても早期充実を図ることが求められる。

また、高齢化というと、とかく暗いイメージがつきまとうが、長命は人類の長年の夢であったことを忘れてはならない。長命であることを本当に喜び合うとともに社会の活力を維持していくためにも、国や市町村に対しては、高齢者が社会参加しやすいようユニバーサルデザイン²という発想に基づき「はじめから障壁をつくらない」という環境を整備するほか、寝たきりをなくすよう努力することが求められる。とりわけ、寝たきりの多くは脳血管疾患、糖尿病といった疾病や骨折に起因するが、健康管理が普段から徹底して行われていると、その発生頻度はかなりの程度削減することができる。このほか、要介護状態に陥ったとしても、リハビリを始める時期が早ければ早いほど、寝たきりとなる確率を低下させることができる。そのためには、高齢者の自立意識や家族の粘り強い励ましに加え、医師や看護婦、理学療法士、作業療法士などによるチーム医療、あるいは介護と医療との連携の重要性が従来以上に高まっている。高齢者福祉体制の構築に際しては、多数の要介護者の存在を前提としつつも、「健康にまさる宝はない」という事実にも着目のうえ、介護を必要とする高齢者数そのものを削減する努力を忘れてはならない。

² 高齢者や身体障害者だけでなく、一般の人にも使いやすい形の製品。バリアフリーをさらに発展させたコンセプトによるもので、誰もが共有できるものを目指している。

3 . 介護保険制度の仕組みとその再検討

介護保険の導入による高齢者福祉サービスの向上

政府でも、本格的な高齢社会の到来を前にして、高齢者向け福祉制度が現在直面している問題およびその改善の必要性を十分認識しており、1997年12月には高齢者に対しより肌目細かな福祉サービスの提供を狙いとする介護保険法が制定され、明年4月から施行される予定にある。この介護保険制度の場合、医療保険や年金制度と同じく、国民が共同連帯して高齢者を支えるという理念の下、社会保険方式に基づき介護あるいは日常生活支援に必要な保健医療サービスや福祉サービスが自ら適当と判断した機関から提供されるところに特色がある。そして、介護保険制度の創設を契機として、先に指摘した高齢者介護にかかわる各種の問題が解消あるいは改善することが期待される。とりわけ、介護保険の導入とともに、民間企業など多様な主体の参入を前提として、利用者自らがサービス提供者とサービスの内容を個別に選択できるようになったほか、従来の縦割りの制度を再編成のうえ、保健医療・福祉サービスを総合的に受けられる仕組みが創設された点は評価できる。

介護保険制度の仕組みは概ね、次のとおりである（第1図参照）。最初に、被保険者は65歳以上の第1号被保険者と、40歳以上64歳以下の第2号被保険者からなる。そして、第1号被保険者の場合、常に介護を必要とする、あるいは日常生活支援が必要とする状態に至った時に保険給付のかたちで必要なサービスが受けられる。一方、第2号被保険者に関しては、初老期の痴呆、脳血管疾患など老化が原因とされる病気になって要介護、要支援状態に陥った時に保険給付が行われる。介護保険からの給付を受けるためには、寝たきりや痴呆など介護あるいは支援が必要な状態にあるか否かに関する認定（要介護認定または要支援認定）を得る必要がある。この認定を受けた後、要介護（支援）者は居宅介護支援事業者（ケアプラン作成事業者）を選び、その事業者に属する介護支援専門員（ケアマネージャー）を中心にして本人の希望・心身の状況等を勘案した介護サービス計画（ケアプラン）を作成してもらうことができる。

介護保険に基づき保険給付のかたちで被保険者に提供される介護サービスの内容は、第1図のとおり具体的に定められている。そして、利用者は在宅・施設両面にわたって多様な保健・医療・福祉サービスが原則として対象費用の1割の自己負担を条件に提供される。なお、保険給付については、在宅サービスの場合、要介護度に応じて支給限度額が、施設サービスの場合には、施設類型ごとに要介護度に応じた給付額がそれぞれ設定されている。また事業者・施設に支払われる各種サービス費用の算定基礎となる介護報酬は、地域における物価、人件費の違い等を考慮のうえ、厚生大臣が定めることとなっている。

このほか、介護保険制度においては、住民に最も身近な基礎自治体である市町村が制度運営を担当する保険者に任命される一方で、保険財政の安定化および事務負担の軽減を狙

いとして市町村を国、都道府県が共同で支える重層的な制度として構築されている。

そして、介護保険制度の導入は、従来の地方自治のあり方を大きく変える可能性も秘めている。介護保険制度においては、市町村の介護保険事業計画³は住民参加により策定され、同計画に基づき供給される介護サービスの量が65歳以上の高齢者に対する保険料の高低に反映される扱いとなっている。このことはとりもなおさず、提供されるサービス量とそれに見合う負担を住民の意思に基づき決定していくという、本来の地方自治の姿を実現するものにほかならないからである。介護サービスの量（受益）と保険料（負担）が住民参加のもと決定するというシステムを通じ、住民の市町村行政への関心も高まり、そうしたなかで首長や議会に対する評価も変わるようになるであろう。

介護保険制度の改善方向

このように措置制度を含む従来の制度に代わる介護保険制度の導入は高齢者福祉の向上につながることを期待されるが、その一方で、改善すべき点がまったくないわけではない。また、高齢者介護という世界各国の政府を悩ませている問題が、介護保険制度という制度の導入とともに速やかに解消するとも到底考えられない。加えて、介護保険制度においては公平性の確保という観点が重視され、全国一律の中央集権的な仕組みが多く存在している。しかし、介護問題自体、日常生活のなかで発生するものであるため、第一義的には市町村が住民とともに望ましい介護のあり方を柔軟に選択できることが必要であると判断される。一方、国に対しては、全国一律の基準は必要最低限の範囲にとどめ、個々の市町村が地域特性に応じた高齢者福祉サービスにかかわるベストプラクティスの達成を目指してその力量を互いに競い合う、あるいは最大限の努力を払うよう後押しすることが求められる。

そして、多様化する国民のニーズにマッチした介護サービスが効率よく提供されるよう民が容易に参入できる環境整備が図られ、21世紀の高齢者福祉体制の最終目標が実現する制度を目指して、介護保険制度の改善の方向性を探ることにしたい。以上の視点からわれわれとしては、次の5点を指摘することができる。

求められるもう一段の規制緩和

第1に、介護サービス分野への民の参入を促すと同時に、民間事業者による肌目細かな介護サービスの提供を促すためにも、もう一段の規制緩和策が求められる。従来、老人福祉制度における介護サービスの提供主体は、社会福祉事業法やその他の法令に基づき自治体あるいは社会福祉法人という公的セクターに関連する主体に限定されてきた結果、良質のサービスを廉価で提供するという競争原理が働かず、効率性が悪い、サービス内容が画一的、といった批判が幾度となく寄せられている。こうした事態の早期改善を図るた

³ 介護保険の給付対象となるサービスの種類ごとの見込み量、介護保険の事業費の見込み等を盛り込んだ計画。市町村は3年ごとに、5年を1期とする計画を定めることとなっている。

めにも、介護サービス分野に対する民間事業者等の多様な主体の参入を促し、高齢者や家族などのニーズによりマッチした質の高いサービスが効率的に提供される体制を構築していくことが求められる。

介護保険制度の導入後、従来の措置制度とは異なり、サービス提供事業者は市町村からの委託を受けなくても一定の指定基準を満たせば、個々の介護サービス市場に自由に参入できる。しかし、その一方で、社会福祉法人に対する施設整備補助金や税制上の優遇措置は従来どおり維持される見通しにあるため、NPO や民間企業などが介護サービス市場において社会福祉法人と同等の条件で果たして競争できるかという疑問が投げかけられている。こうした疑問を解消するためにも、社会福祉法人のあり方を見直していくことが求められる。また、高齢者の多様なニーズに合致した介護サービスの提供体制を構築するためには、事実上の参入規制として機能する外形的な基準については最小限の範囲にとどめ、サービスの内容に着目した事業者指定が可能となるよう配慮することが求められる。

規律づけメカニズムとして重要性が高まる介護関連情報の開示

第2には、情報公開の徹底や監視機能の一層の充実が求められる。われわれは、効率的な介護サービスの提供体制の確立を目的として介護サービスにかかわる市場の創出を目指しているが、市場原理の導入を単純に主張しているわけではない。介護サービスの場合、その特性を反映して、要介護者の自宅あるいは施設の居室において個別にかつ第3者に見えないかたちで提供されるため、当該サービスにかかわる質および量の優劣を評価することが非常に困難になっている。そして実際に、老人福祉施設でのサービス水準は質・量ともに十分満足できる水準には必ずしも達していないという批判がしばしば聞かれる。これは一種の市場独占、情報統制による弊害であり、そういった事態の解決を図ると同時にサービス提供者を規律づけるためにも、個々の施設において一体どのような介護サービスが提供されているのかという事実に関する情報の開示が強く求められる。

情報の開示が進めば、住民自らがどの施設が優れているかを容易に判断できるようになるだけでなく、そういった市場での評価が個々の介護サービス提供者に対し質・量両面でのサービス向上を促し、国民利益の向上につながることを期待されるからである。とりわけ、介護保険制度の導入とともに高齢者やその家族が在宅あるいは施設サービスの提供者を自由に選択できるようになった暁には、住民自らが自己のニーズに最も合致した提供者を選択できる環境を整備するという観点からの介護サービスの内容にかかわる一層の情報公開が求められる。

もっとも、情報の開示だけでサービス提供者を十分監視できるかと問われれば、十分ではないといわざるをえない。提供者の選択時におけるチェックのみならず、サービス内容にかかわる日々の監視も重要と考えられるからである。こうした観点からすると、行政当局による立ち入り検査のほか、利用者によるサービス内容にかかわる不平・不満なども重要な参考情報となる。それゆえ、利用者からの苦情に関しては事業者・施設、行政当局と

も真摯に受け止め、利用者が率直に問題点を指摘できる体制の整備に努めるとともに、問題が現に発見されれば、しかるべき方策を速やかに講じる必要がある。そして、そういった監視結果についても、定例的に公表していくことが求められよう。このほか、「開かれた介護」を目指して、住民が日常的に監視するメカニズム、例えば施設を住民に広く開放する、いつでも気軽に入出入りできるといったことも、彼らを規律づけることにつながると考えられる。

求められる保険者としての市町村の権限・機能強化

第3に、保険者としての市町村の重要性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市町村に付与されていないことが挙げられる。保険契約の場合、保険者がサービスの内容、料率、保険給付機関の指定や保険請求の正当性審査など、保険運営にかかわる広範な権限を有するのが一般的となっている。第3表は、介護保険制度における市町村、国等の主な役割を一覧表形式でまとめたものである。この表からも明らかのように、介護保険制度運営のあり方を規定する要介護認定基準、介護報酬のほか事業者・施設等の基準については、国が全国一律の基準を決定する扱いとなっている。都道府県に対しては、市町村の求めに応じて行う要介護認定にかかる審査判定業務の受託や、事業者・施設の指定や指導監督といった権限が付与されている。

また、都道府県知事から指定を受けた事業者・施設が提供した介護サービス費の審査・支払いについては、表面的には市町村の権限となっているが、実際には介護保険法に基づき国民健康保険団体連合会（各都道府県に設置されている）にその事務を委託する扱いとなっている。同連合会は、利用者等からの苦情の処理業務も担当する。そのほか、介護サービス計画（ケアプラン）については、居宅介護支援事業者や特別養護老人ホームなどの介護保険施設の介護支援専門員（ケアマネージャー）が中心となって作成することとなっている。

結局のところ、保険者としての市町村の主な役割は、被保険者管理事務、第1号被保険者の保険料の賦課徴収、要介護認定、会計事務、介護保険事業計画の作成およびこれに基づく介護サービス基盤の整備等の事務しか残されていないのである。国・都道府県等が重層的に保険者たる市町村を支えると同時に市町村の事務負担の軽減を図ること自体、表面的には市町村への配慮と映るかもしれない。しかし、そういった構造そのものが市町村による独自の創意工夫や自治行政にかかわる力量の発揮を妨げる可能性についても、十分留意する必要がある。おりしも去る7月16日、「地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律」、いわゆる地方分権一括法が公布され、介護保険法と同じく2000年4月1日から施行されることとなった。地方分権一括法は、国と地方の関係を「上下・主従関係」から「対等・協力関係」とすることにより従来の中央集権型行政システムを改めるとともに、地域の自主性・自立性を高め、個性豊かで活力に満ちた地域社会の実現を目指している。

こうした観点に立って考えると、高齢者介護問題についても、個々の市町村が地域の実情等を考慮した独自の介護サービスの提供が可能となる基盤の整備を目指して、国による全国統一的な基準は必要最低限の範囲にとどめると同時に、都道府県の権限については速やかに市町村に移管することが求められる。というのも、多様な要介護者に対し介護サービスを肌目細かく提供していくためにも介護の社会化は、国主導ではなく、地域主導で進める必要があると判断されるからである。それはまた、当然のこととして、地域間の違いを容認することを意味しており、市町村が光り輝く地域づくりを目指し、互いに切磋琢磨することを媒介として、日本全体としての高齢者福祉の量的・質的水準が自律的に底上げされることが期待できるからである。

公平で客観的な要介護認定をどのようにして確保するか

第4は、保険給付を決定する要介護認定の公平性、客観性確保にかかわる問題である。これまでの医療保険制度の症例に応じた現物給付制度とは異なり、介護保険制度の場合、介護サービスの提供を希望する高齢者はすべて訪問調査結果と医師の意見書に基づき保険給付に相当するか否かの判定を受けなければならない。そして、要介護（要支援を含む）と判定された高齢者のみが、その要介護度に応じて保険給付を受けられる。とりわけ、わが国の場合、介護保険制度の早期定着・普及に配慮のうえ、多くの高齢者に保険給付が広く行き渡ることを狙いとして、第4表のとおり要介護度が要支援から最重度まで6つの区分で幅広く設定されている。

そして、要介護区分が肌目細かく設定されたため、個々の要介護状態の境界線が曖昧化し、例えばⅠの部分的な介護とⅡの軽度の介護、Ⅱの軽度の介護とⅢの中度の介護の判定に恣意性が残ってしまうおそれが否定できない。そして、先に述べたように、この要介護認定は保険給付額に直結しているため、公平な認定が保障されない限り、身体的機能の低下度合いが同じ程度の高齢者であっても保険給付額が異なるという事態が現出しかねない。これは介護保険制度運営を揺るがしかねない大きな問題に発展するおそれがあるため、国、都道府県および市町村に対しては、公平で客観的な認定をどう確保・維持するかが問われているといえることができる。

持続可能な制度とするため、給付と負担のバランスにも配慮すべき

第5に、介護保険制度を持続可能な高齢者福祉制度としてわが国に定着させるためには、給付と負担のバランスあるいは保険財政運営にも配慮しなければならない。この問題は、上記の要介護認定と密接に関連している。厚生省の推計によると、介護を必要とする高齢者は2000年度で280万人、2010年度には390万人、そして2025年度には520万人にまで膨れ上がる。そして、介護費用（1995年度価格）に関し2000年度は約4.2兆円、2010年度

には約 6.9 兆円にまで増大することが見込まれている⁴。このように、わが国においては現在、他国に類を見ないスピードで進展している高齢化を背景として、増大する介護需要にいかに対応していくかが 21 世紀における高齢者福祉のあり方を考えるうえでの大きな課題となっている。

高水準の福祉を維持していくためには、それに対応した負担が求められるのはいうまでもない。加えて、欧州における福祉国家の建設が必ずしも順調には進んでいないとか、高福祉実現のためには高負担が不可欠という事実にも目を向ける必要がある。ちなみに、わが国の介護保険の場合、社会保険という形態を採ってはいるものの、第 2 図のとおり財源の 50%は公費負担により賄われるなど、多額の税金が投入されている。それゆえ、われわれに求められているのは、給付と負担とのバランスにも配慮のうえ、限られた財源のなかでいかに効率的にサービスを提供していくか、介護の社会化が必要な範囲をどこに設定するのか、という困難な課題への挑戦であり、これを抜きにしては真に豊かな長寿社会を実現することはできない。

このほか、要介護者の範囲に関しては、わが国の場合、第 4 表に掲げたように身体的機能の低下した高齢者が広く対象とされている。その結果、厚生省の試算（第 5 表参照）によると、介護費用のかなりの部分は要支援者や介護の必要性が比較的低い要介護者層により占められている。それゆえ、介護を要する高齢者が急速な勢いで増大することが見込まれる状況下、一定水準以上の要介護状態に陥らなければ介護保険給付の対象とならないというドイツの認定制度（第 6 表）を参考にしつつ、わが国においても今後、幅広い観点から要介護認定を見直す必要が生じる事態に陥るかもしれない。

介護保険制度に内在する問題にも配慮の要

こうした一般的な給付と負担とのバランスに加え、わが国の介護保険制度の場合、高齢者の金銭的な負担限度額まで介護サービスの給付額が自動的に膨張する、あるいは市町村の効率的な制度運営に向けたインセンティブが十分に働かない可能性があるという構造的な欠陥を抱えている点にも留意する必要がある。第 2 図は、介護保険制度の下での被保険者、国、都道府県および市町村の費用負担割合を示したものであるが、この図および脚注の説明からも明らかなように、各市町村における介護費用総額を前提として、サービスの受益者が 1 割を負担した残りの 9 割を保険料および税金で負担する仕組みとなっている。その 9 割（介護給付費）の内訳は、半分は公費負担（国 25%⁵、都道府県 12.5%、市町村 12.5%）とする、40 歳から 64 歳までの第 2 号被保険者の保険料は全額、社会保険診療報酬支払基金において一旦プールのうえ、高齢者の割合が全国平均より高い市町村に対しても同じ割合で配分される（介護給付費の 33%に相当）、65 歳以上の第 1 号被保険者の保険

⁴ 1995 年度価格で厚生省が試算。2000 年度の概算要求ベースでは、初年度（2000 年度）の介護費用推計は約 4.3 兆円と増加している。

⁵ ただし、国負担分 25%のうち 5%は、75 歳以上の後期高齢者等が多い市町村に対する調整交付金となっている。

料は年金からの天引きあるいは市町村が個別に徴収する（介護給付費の 17%に相当）こととなっている。このように、高齢者および市町村の負担は費用総額の一定割合に固定されているため、例えば高齢者が保険料および 1 割の自己負担の増大を厭わず、市町村の公費負担の増額に住民の理解が得られれば、高齢者および市町村の負担の数倍の金額が自動的に保障される仕組みとなっている。

このことは裏を返せば、仮に市町村が介護費用総額の抑制を目指しても、財源的には市町村の公費負担や 65 歳以上の被保険者の保険料（合計で介護給付費の 29.5%に相当）が減少するととどまるということを意味している。こうした制度設計自体、保険者たる市町村の効率的な制度運営に向けた努力の発揮を妨げる方向で機能するという可能性を排除できない。

それゆえ、今後は、高齢者人口が急速な勢いで増大することにも鑑み、貴重な財源のなかで、より効率的な介護保険制度の運営を目指す意欲ある市町村が、評価される仕組みを導入する方向で検討することの重要性が高まるものと思われる。

4 . 政策提言

基本的視点

21 世紀におけるわが国の高齢者福祉体制を構想するに際し、われわれとしては先に述べたように、高齢者の尊厳と自立を維持する、介護が必要となった場合でも「寝たきり」にさせない、住み慣れた家や地域で一生を終えられるようにする、ことを最終目標としたうえで、そういった目標の達成を目指して高齢者に各種の介護サービスが効率よく提供される体制の整備に努める必要があると考える。そのためには、地域ごとの個別特性に配慮のうえ、介護保険制度のあり方自体を各市町村によるベストプラクティスの達成に向けた多様なトライアルが認められる柔軟な制度となるよう設計することとあわせて、規制緩和の大胆な実行を媒介として民の参入を促し、介護サービスにかかわる市場を創出することが求められる。

それと同時に、高齢化の急速な進展を背景とする介護需要の増大を前提とすると、活力に満ちた社会を維持していくためには、給付と負担との関係に配慮することも求められる。そのためには、官民における介護サービスの提供方法にかかわる学習効果の蓄積を通じてより効率的なシステムが選択され、公費投入額の増大を食い止めるメカニズムを介護保険制度のなかに埋め込むことの重要性が高まっている。われわれとしては、このような観点に立って、次に掲げる 5 つの原則に基づき、具体的な提言を試みることにしたい。

（ 5 つの原則 ）

目 的：高齢者の自立および尊厳ある生活の実現

手 段：介護サービスにかかわる市場の創出、自治体の権限の強化、自立支援策の充実
到達点：個人と地域の自立
規律づけメカニズムの導入：情報公開の徹底と監視機能の充実
費用の最小化：民間部門の知恵と活力を活かすとともに市町村の経営能力の向上を図る

ただし、介護保険制度を 21 世紀における高齢者福祉制度として日本社会のなかに定着させるためには、世界的にも例が少ない制度だけに、ある程度の摩擦の発生が避けられないのも事実であろう。介護保険法という法律の制定をもって、高齢者介護にかかわる諸問題が一挙に解消するとは到底考えられないからである。問題は、そういった摩擦あるいは試行錯誤のなかで得られた貴重な経験を今後の制度設計においてどのように活かしていくかであろう。それゆえ、介護保険制度導入後 2 年間については試行期間、各種データの収集期間と位置づけたうえで、高齢者の健康状況と介護を要する程度との相関関係、高齢者の介護ニーズと必要なサービス量、疾病状況とリハビリによる改善結果、地域として活用できる介護資源、要介護者に提供されたサービスの種類や費用とその効果、給付された介護サービスの具体的内容と費用総額など、介護保険制度の制度設計に際し必要とされる基礎データを細大漏らさず収集し、匿名性を維持したうえで広く情報公開することが求められる。

そして、こうしたデータの分析を通じて介護保険制度運営にかかわる問題を洗い出すとともに、改善の方策を検討することが必要となろう。ちなみに、介護保険法では、その附則において制度発足後 5 年を目途として制度の見直しを行う旨明定されているが、このこと自体、政府においても、多様な国民ニーズに応えていくためには、状況を見ながら介護保険制度のあり方を柔軟に修正していくことの重要性が認識されていたことを示唆していると思われる。それゆえ、われわれとしては、以下に述べる提言のうち、抜本的な制度変更を伴わないものについては速やかな実行を求める一方で、例えば保険者としての市町村の機能強化など、重要な制度変更が必要な提言に関しては、2 年のデータ収集期間、1 年の分析期間を経て、3 年後に改革を目指すという 2 段階的アプローチに基づき対応する必要があると判断している。

具体的提言

(1) 民の自由な参入を促す規制緩和と情報公開・監視機能の充実

官民の役割分担を明確にし、社会福祉法人制度のあり方について見直す。

法人格を有しない事業者に対し、指定居宅（在宅）サービス事業者としての指定が可能となるようにする。これらの事業者サービスについても現物給付の対象とする。

情報公開を徹底するとともに、市町村による苦情処理業務と第三者評価の実施など監視機能の充実を図る。

介護保険制度の導入とともに、介護サービスの提供に官がどのようなかたちでかかわるのが重要となる。われわれとしては、官は介護サービスの提供業務から一歩身を引いたうえで、介護保険制度の運営者として各種ルールの設定、提供機関が生産した介護サービスに対する監視、および苦情の受け付けと対応を媒介とした提供機関の規律づけに戦力を集中するのが望ましいと考える。また、社会福祉法人制度のあり方に関しては、介護保険制度導入後の民の参入状況等を検討しながら、例えばその事業内容を将来的には重度かつ低所得者層を対象とする福祉サービスに限定するなど、採算的にみて民間事業者による参入が見込み難い分野に特化させることが望まれる。

また、介護保険制度においては、指定居宅（在宅）サービス事業者は、法人格を有し、一定の基準を満たすことが必要とされている。そして、それらの要件を満たし、都道府県知事の指定を受けることで現物給付の対象事業者となる。しかしながら多様な主体の一層の参入を促すためには、法人格を有しない事業者においても、指定居宅（在宅）サービス事業者としての指定を可能とする規制緩和が求められる。現実には、介護保険制度においては、基準該当居宅サービス事業者（法人格がないなど、指定基準を満たしていても市町村が個別に判断して保険給付の対象とできる事業者）が提供する介護サービスについては、利用者が一旦立て替え払いを行い、その後、保険者（市町村）から償還を受けるといった償還払い方式が例外的に認められている。外形的な指定基準よりむしろ介護サービスの内容を重視する立場に立てば、法人格を有する指定居宅（在宅）サービス事業者に現物給付を認め、法人格を有しない事業者には現物給付を認めないという格差を設ける十分な根拠は見当たらないと思われる。したがって、法人格を有しない事業者であっても指定居宅（在宅）サービス事業者としての指定を可能とし、現物給付の対象とすることを提唱したい。

もっとも、民の参入を促進するだけで、直ちに介護サービスが質・量の両面で著しく改善するとは必ずしもいえない。ニーズによりマッチした介護サービスの提供体制を構築するためには、競争原理の導入に加え、民間企業を含めサービス提供機関を規律づけるメカニズムを介護市場にも導入する必要がある。それゆえ、介護サービスにかかわる情報公開の徹底および第三者による監視機能の充実が求められる。そして、そのためにも、例えば、自治体が介護サービスの提供機関に対し一定の基準に基づく介護関連情報の開示を求めるという官主導による情報開示体制の整備に加え、事業者・施設においても、介護サービスにかかわる情報を各種のパンフレットやインターネットのホームページを通じて自ら積極的に開示していくことが重要となる。このほか、行政による監視に加え、住民が日常的に監視できる仕組みを構築していくことが不可欠となっており、そのためにも、施設事業者に対しては、施設の常時開放などが求められよう。

また、現行の制度的枠組み上、利用者からの苦情については各都道府県の国民健康保険団体連合会において処理される扱いになっているが、そういった苦情情報は個々の提供機関による介護サービスの内容を判断するうえでの格好の材料となりうる。それゆえ、苦情

処理の窓口に関しては、住民からみて最も身近な自治体である各市町村に設置し、重大な問題が発見された場合には、当該機関に対し改善方策を求められるよう、苦情処理権限を市町村へ早急に移管する必要がある。このほか、提供機関ごとのサービス内容に関し第3者機関による評価を実施のうえ、その結果を公表していくことも重要となろう。

(2) 保険者としての市町村の権限強化

国が定める事業者・施設の指定基準や介護報酬については、標準的なモデルにとどめ、市町村に対して、極力拘束力をもたせない。

要介護度の認定基準として設けられた要介護区分については、市町村の住民に対する説明責任義務にも配慮のうえ、できるだけ簡素なものとする。

都道府県が有する事業者・施設の指定および指導監督権限は、全面的に市町村に移管する。

国民健康保険団体連合会に委託する扱いとなっている介護サービス費の審査・支払い事務については、市町村に移管する。

要介護度の認定に際し必要とされる訪問調査については、原則として市町村職員が実施するものとする。一方、介護サービス計画（ケアプラン）は、市町村職員の参加のもとで作成することとする（ただし、介護支援専門員（ケアマネージャー）の社会的地位が確保されるとともに、公平中立性が担保される場合を除く）。

介護保険制度において保険者とされた市町村のより一層の権限強化を図ることにより、地域において望ましいと判断された介護のあり方を市町村が住民とともに選択できる体制の整備を目指す。また、介護保険制度運営を通じて市町村の力量あるいは自治体経営能力を鍛え上げることができれば、地方分権型社会の実現に資することが期待される。そのためには、介護保険制度において現在、国・都道府県・国民健康保険団体連合会等に付与されている各種の権限を、極力市町村の手元に移管することが求められる。

保険者に本来的に有する権限を付与された市町村が運営する介護保険制度としては、次のようなものがイメージされる。すなわち、市町村は、地域の介護資源（社会福祉法人、民間事業者、生協、農協、住民参加型のNPO、ボランティアなど）の実情を調査するとともに潜在的な介護資源の積極的な掘り起こしを行い、提供可能な介護サービスを掌握する。そして、質の高いサービスをより効率的に提供できる主体を介護保険の支給対象として指定する。また、市町村は介護の必要性が高いと見込まれる高齢者に対する訪問調査を実施し、要介護度を認定する。要介護認定者に対しては、利用者の意向を尊重しつつも、利用者の生活環境やボランティアにより提供されるサービスをも勘案のうえ、市町村職員が同席の下、介護支援専門員（ケアマネージャー）が介護サービス計画（ケアプラン）を策定する。このケアプランに基づき提供された介護サービス費用（利用者負担を除く）については、事業者・施設からの請求を受け、市町村が内容を審査のうえ支払う。市町村はまた、

利用者等からの苦情を受け付け、第3者による評価を実施のうえ、必要に応じ事業者・施設を指導するほか、その結果を公表する。その一方、より良いサービスをより効率的に実施したと認められる事業者・施設については、インターネット等で公表する。市町村は、こうした制度運営の積み重ねを通じて、住民の参加を得てより地域特性にマッチした特色ある介護保険事業計画を策定するとともに、65歳以上の保険料を定める。

以上はあくまで、介護保険運営にかかわるひとつのイメージに過ぎない。しかし、これに限らず、介護保険制度に関しては、地域が主体となって多様なトライアルが可能となる柔軟な制度として構築することが重要であり、そうなれば、市町村どうしがベストプラクティスの達成に向けて互いに競い合い、住民利益の向上につながっていくことが期待される。そうした市町村の行動を支援するためにも、介護保険制度運営に際し優れた力量を發揮した市町村を表彰する表彰制度や、全国に事例を紹介するシステムの創設も考えられる。このように市町村どうしが介護サービス市場において互いに競争あるいは切磋琢磨するなかで自治体としての経営能力が高まるとともに自立が促されるため、保険者としての権限の市町村への移管は分権型社会の実現を後押しすると考えられる。こうした状況を作り出すこと自体、先に述べた地方分権一括法の趣旨にも合致すると思われる。その一方で、地方分権一括法の附則⁶において規定されているように、国と地方公共団体との役割分担に応じた地方税財源の充実確保のための必要な措置が早急に講じられることが求められる。

(3) 高齢者の社会参加の促進および寝たきり予防策の推進

廃校になった小中学校等、既存施設を有効活用した交流スペースを地域において整備する。そして、当該施設の運営を民に積極的に委ね、民の知恵と活力を活かしながら、さまざまな特色を有する交流スペースの整備を図る。

地域において住民を主体とした健康づくりの担い手となる「健康づくり支援者制度(仮称)」を創設し、「自らの健康は自らがつくる」という意識を醸成する。

誰もが住み慣れた地域で尊厳と自立を維持しながら一生を終えられるよう、地域レベルで高齢者の社会参加の促進および寝たきり予防策を推進する。そうした目標達成のためには、自治体の役割が重要なものというまでもないが、地域住民と協働(コラボレーション)のうえ民の知恵と活力も活かしつつ、これらの課題に取り組んでいくことが従来以上に重要となっていると判断される。実際、一部の市町村においては、廃校となった中学校を改修のうえ福祉施設(デイサービスセンターなど)を設置する動きが散見されはじめている。市町村においては今後、福祉施設に限定せず、高齢者はもちろんのこと、子どもから大人まで多数の人々が気軽に集まれるスペースを地域レベルで整備のうえ、その運営については

⁶ 地方分権一括法 附則 第251条

政府は、地方公共団体が事務及び事業を自主的かつ自立的に執行できるよう、国と地方公共団体との役割分担に応じた地方税財源の充実確保の方途について、経済情勢の推移等を勘案しつつ検討し、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

積極的に民に委ねるという姿勢への転換が求められる。

また、寝たきりをゼロとするためには、住民一人ひとりが「自分の健康は自分で守る」という自己責任の原則に基づき、普段から健康管理に努める必要があるのはいうまでもない。そういった個人による健康意識の増進を図るためにも、地域において住民ボランティアを主体とした「健康づくり支援者制度（仮称）」を創設のうえ、市町村長が任命することを提唱したい。すなわち、健康づくり活動や広報活動は同支援者を中心に実施する体制を構築のうえ、そこに住む住民が自ら計画・実行し、市町村は側面的に支援することが望ましい。

（４）介護保険制度運営にかかわるデータの収集・分析を通じて給付と負担の関係を改めて議論する

現在の介護保険にかかわる制度的な枠組みは既存の制度の下で想定された介護サービスに対する需要量を前提として構築されたものであるため、実際に介護保険制度が運営されるに至った暁には本当に維持可能か否かという点に関しては、誰も回答を持ちえていないといっても過言ではない。しかし、これは新たな制度を導入するに際しては避けられないことであり、誰も責めることはできない。それゆえ、先にも述べたように、制度発足後２年間に介護保険制度のわが国への定着期間、制度運営にかかわる各種のデータ収集期間として位置づけることが求められよう。

そして、収集されたデータを分析・検討のうえ、保険給付の対象者の範囲、保険給付の内容や水準、被保険者の範囲や保険料について予断なく見直し、介護保険制度をすべての国民が納得できる制度へと昇華させることが求められよう。

おわりに 高齢社会において望まれること

わが国においては今、世界に類をみないスピードで高齢化が進んでいる。高齢社会といえば、とかく暗いイメージが連想されがちである。長命が本当に実現したことを素直に喜び合えないのは、問題であるといわざるをえない。しかしその一方で、長命が人類の長年の夢であったことを決して忘れてはならない。われわれとしては、長命であることを本当に心から喜び合えるような社会を実現していきたいと考えている。例えば、高齢者が住みなれた家や地域で、家族の暖かい眼差しや聞きなれた声に囲まれ、地域住民とも触れ合い、社会の一員として存在感を感じつつ、人間としての尊厳を保ちながら一生を終えることができたらどんなに素晴らしいことであろうか。高齢者が何らかのかたちで社会に貢献していることを自ら実感することができたとき、それは高齢者の生きる意欲や喜びにつながるであろう。

それゆえ、高齢者と若い世代とが積極的に触れ合える機会があり、趣味や学習、スポー

ツ活動やボランティア活動に高齢者が積極的にかかわれるような社会の実現を目指していきたい。加えて、身体能力が低下し、介護が必要となった場合でも、「開かれた介護」として社会との接点を維持できるよう努めることが望まれる。家庭や施設という閉ざされた空間のなかで介護を受けるより、ボランティアなど地域の人々が気軽に介護の現場に入ることができ、一見無駄とも思えるおしゃべりやほんのちょっとしたスキンシップが可能な介護空間を創造のうえ、高齢者を不安や孤独から解放することが強く求められるのではなからうか。隣人による暖かな援助を通じて、高齢者が地域とのかかわりを肌で感じることも可能になるであろう。

そのためには、高齢者の生活を地域全体で支えていくという相互連帯の意識の高まりが非常に大切なこととなる。地元自治体はもちろん、そこに住む住民の役割は非常に大きいからである。幸いなことに、自由時間の増大等を背景としてボランティア活動への参加意欲が高まるなど、日本人の意識も近年、確実に変化しはじめている。高齢者介護問題への対応についても、こうした人々の意識の変化が大きな力となる。地域における隣人愛に満ちた「相互の助け合い」は、地域社会における大きな財産である。このように介護保険という高齢者介護を目的とした制度的な受け皿を期待どおりに機能させるためには、われわれ自身の意識改革も必要とされる。住民は積極的に介護保険事業計画の作成に参画するなど、介護保険は「われわれでつくる」という意識をもつ必要がある。そうした取り組みのなかで地方自治も大きな変化を遂げていくことが期待できる。

その意味で、アメリカの第16代大統領となったジョン・F・ケネディの大統領就任演説での「この国が諸君のために何を成し得るかを問うのではなく、諸君がこの国のために何を成し得るかを問え」という有名なフレーズが介護保険の創設を通じて今、われわれ日本国民に投げかけられているのではなからうか。

以 上

第1表 新ゴールドプランにおける主なサービスの目標値と進捗状況ならびにその概要

区分	年度	新ゴールドプラン 目標値(1999年度)	1992年度 実績	1997年度 実績	進捗率 (1997年度実績/目標)	1999年度 予算	事業および施設の概要
在宅	訪問介護員(ホームヘルパー)	170,000人	56,543人	136,661人	80.4%	178,500人	日常生活に支障のある高齢者がいる家庭を訪問して介護・家事サービスを提供
	短期入所生活介護(ショートステイ)	60,000人分	17,797人分	43,566人分	72.6%	63,000人分	寝たきり老人等の介護者に代わり、特別養護老人ホーム等で短期間、高齢者を預かる
	日帰り介護(デイサービス)/日帰りリハビリテーション(デイケア)	17,000か所	2,743か所	9,616か所	56.6%	17,150か所	送迎用バス等で日帰り介護施設(デイサービスセンター)に通う高齢者に、入浴、食事、健康チェック、日常動作訓練等のサービスを提供
	在宅介護支援センター	10,000か所	791か所	4,155か所	41.6%	10,000か所	身近なところで専門家による介護の相談・指導が受けられ、市町村の窓口に行かなくても必要なサービスが受けられるよう調整
	老人訪問看護事業所(老人訪問看護ステーション)	5,000か所	—	2,559か所	51.2%	5,000か所	在宅の寝たきり老人等に対し、かかりつけの医師の指示に基づき、介護に重点を置いた看護サービスを提供
施設	特別養護老人ホーム	290,000人分	196,279人分	262,961人分	90.7%	300,000人分	常時介護が必要で、家庭での生活が困難な高齢者のための福祉施設
	老人保健施設	280,000人分	71,336人分	180,855人分	64.6%	280,000人分	入院治療は必要ではないが、家庭に復帰するために機能訓練や看護・介護が必要な寝たきり老人等のための施設

資料：「高齢社会白書平成11年版」、「平成11年版厚生白書」、厚生省老人保健福祉審議会基盤整備分科会資料より作成

第2表 在宅・施設における要介護等の高齢者の割合（％）

	65歳以上	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上
在宅の要介護者	4.93	1.55	2.68	4.68	10.23	20.90
全く寝たきり	(0.76)	(0.14)	(0.45)	(0.68)	(1.53)	(3.71)
ほとんど寝たきり	(0.87)	(0.20)	(0.41)	(0.85)	(1.65)	(4.40)
寝たり起きたり	(2.26)	(0.80)	(1.17)	(2.07)	(4.62)	(9.63)
その他	(1.05)	(0.41)	(0.65)	(1.08)	(2.43)	(3.17)
特別養護老人ホーム	1.24	0.21	0.48	1.12	2.40	5.91
老人保健施設	0.69	0.05	0.23	0.68	1.55	3.26
病院・一般診療所	1.56	0.71	0.91	1.47	2.68	5.35
合 計	8.42	2.52	4.30	7.95	16.86	35.42

資料：「高齢社会白書平成11年版」より作成。出典は厚生省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」（平成7年）、「社会福祉施設等調査」（平成9年）、老人保健施設調査（平成9年）、患者調査（平成8年）

第3表 介護保険制度における市町村（保険者）・国・都道府県等の主な役割

実施主体	役割の内容
市町村（保険者）	被保険者管理事務、第1号被保険者の保険料の賦課徴収、要介護認定、会計事務、介護保険事業計画の策定、介護サービスの基盤整備
国	要介護認定・介護報酬・事業者・施設等の基準の設定、制度全体の枠組みの決定、基本指針作成
都道府県	要介護認定に係る審査判定業務の市町村からの受託、保険取扱事業者・施設の指定・指導監督、介護サービスの基盤整備（施設整備、マンパワーの確保）、介護保険事業支援計画の策定
国民健康保険団体連合会	指定居宅サービス事業者・介護保険施設が提供した介護サービス費の審査・支払事務、サービスに関する苦情処理業務
居宅介護支援事業者・介護保険施設に属する介護支援専門員（ケアマネジャー）	介護サービス計画（ケアプラン）の策定、訪問調査の市町村からの受託

資料：平成11年版介護保険ハンドブック（月刊介護保険編集部/編）より作成
あくまで主な役割を明示したものであり、費用負担等全ての役割を網羅したものではない。

第4表 日本の介護保険における要介護度の判定基準

段階別	平均的な状態	一次判定の基準時間
要支援	社会的支援を要する状態	1日あたり30分未満であって、全体の介護の時間が25分以上か、または洗濯・掃除などの家事援助や機能訓練の合計が10分以上である状態
要介護1	部分的な介護を要する状態	1日あたり30分以上50分未満である状態
要介護2	軽度の介護を要する状態	1日あたり50分以上70分未満である状態
要介護3	中等度の介護を要する状態	1日あたり70分以上90分未満である状態
要介護4	重度の介護を要する状態	1日あたり90分以上110分未満である状態
要介護5	最重度の介護を要する状態	1日あたり110分以上である状態

資料：厚生省資料に基づき作成

要介護4・5は、一般的には身の回りのことや排泄が自分ではほとんどできず、理解力の低下が見られるといった状態をいう。

第5表 在宅サービスにおける要介護度別の対象者数及び費用額

	対象者(万人)	割合(%)	費用総額(億円)
要支援	47.9	24.2	1,100
要介護1	71.7	36.1	4,400
要介護2	32.4	16.3	2,300
要介護3	21.1	10.6	2,100
要介護4	14.6	7.4	1,600
要介護5	10.7	5.4	1,400
その他費用			1,900
合計	198.4		14,900

資料：厚生省2000年度概算要求資料より作成

第6表 ドイツ介護保険における要介護度

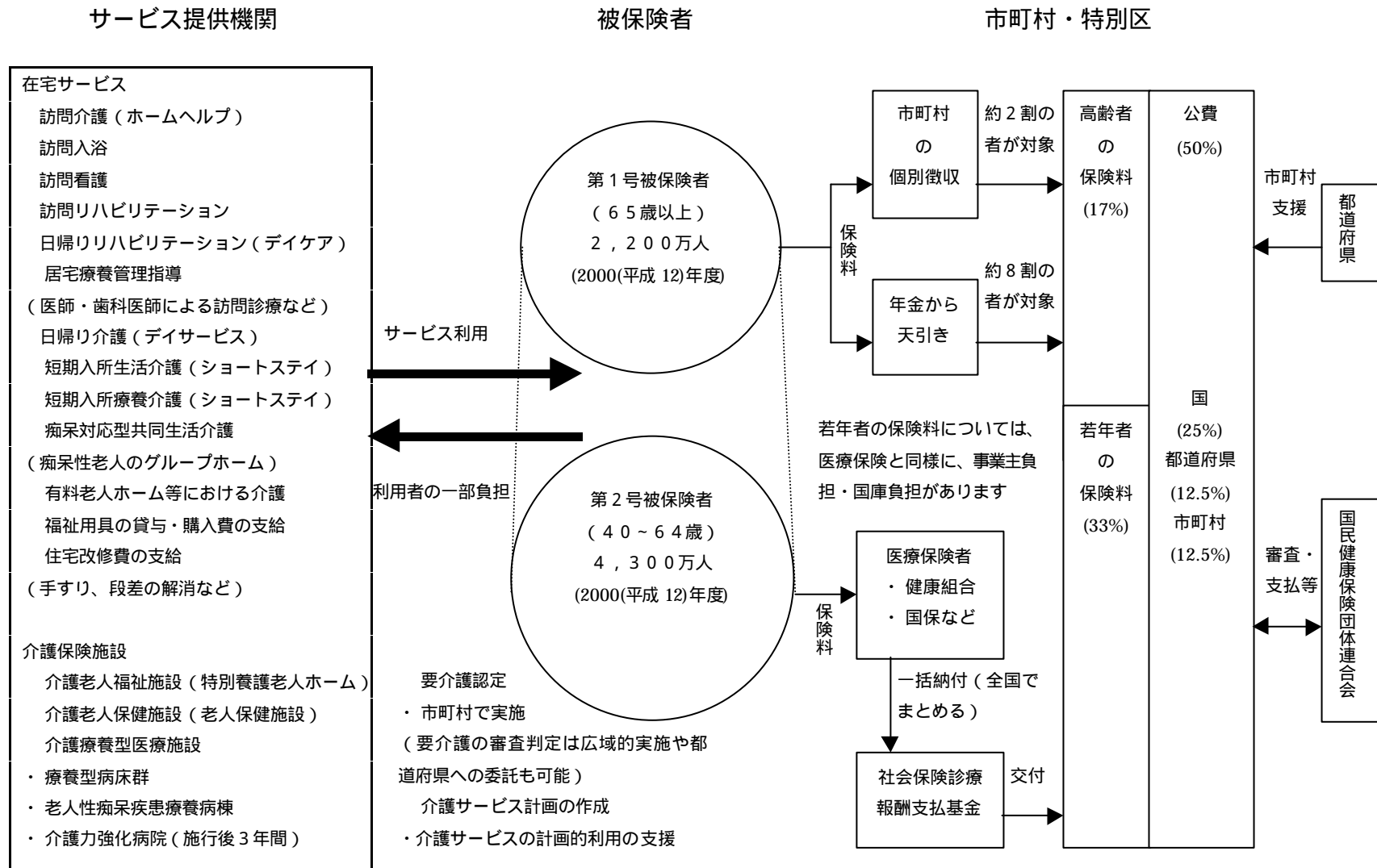
	週間介護時間	援助の必要度
要 介 護 度	一日平均 一時間半 以上(合計)	(身体の手入れ、食事、動作) ・一ないし複数の分野の最低二つの活動に、毎日最低一回 (家事) ・週に複数回
要 介 護 度	一日平均 三時間 以上(合計)	(身体の手入れ、食事、動作) ・異なった時間帯に毎日最低三回 (家事) ・週に複数回
要 介 護 度	一日平均 五時間 以上(合計)	(身体の手入れ、食事、動作) ・夜間を含めて毎日24時間体制 (家事) ・週に複数回

(資料：厚生省老人保健福祉審議会介護給付分科会資料により作成)

要介護認定の際、判断の対象となる活動は以下の通り。

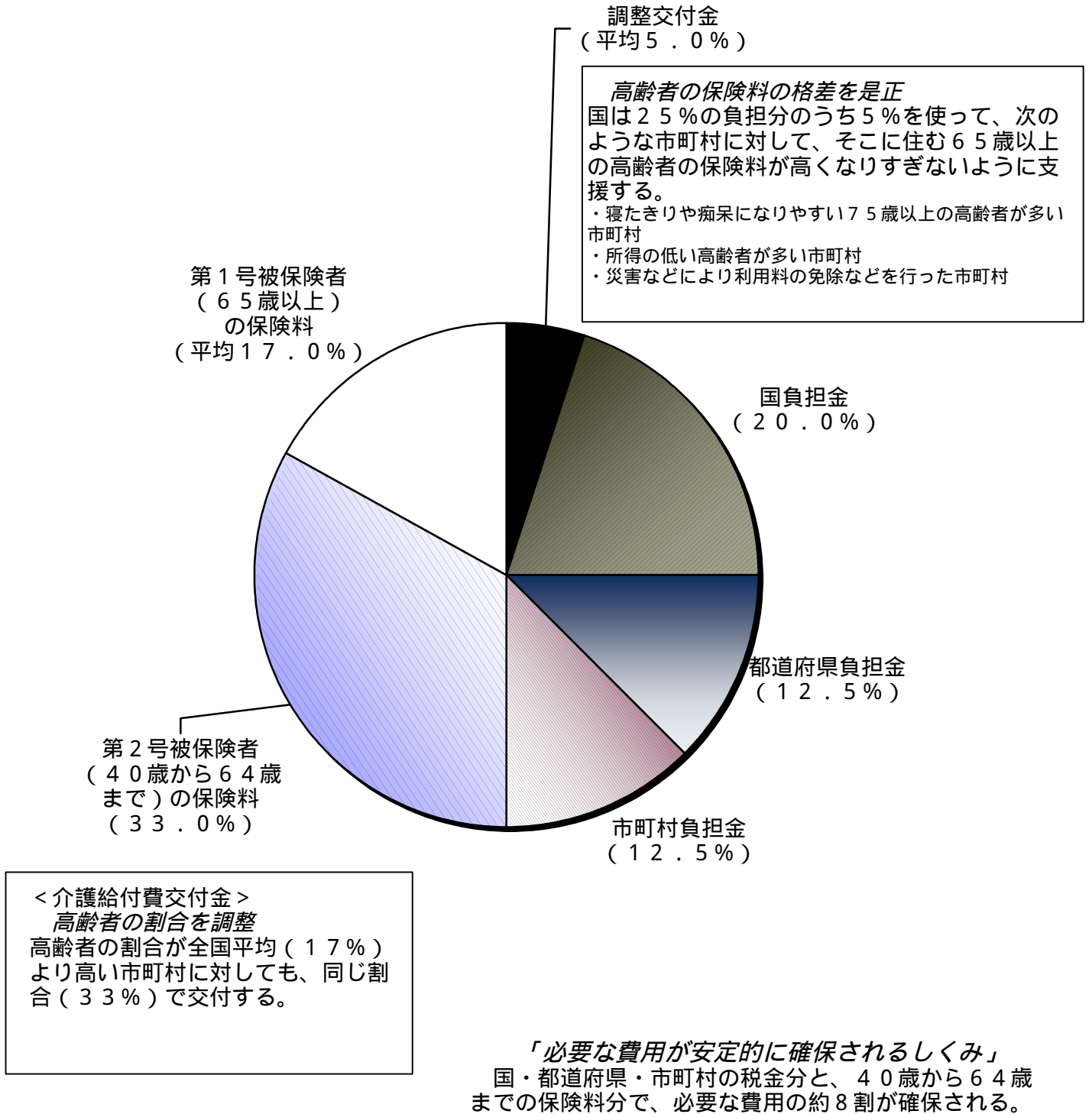
- ・身体の手入れの分野... 体を洗う、シャワーを浴びる、入浴、歯磨き、整髪、髭剃り、排便・排尿
- ・食事の分野... 食物を切り分ける、食物の摂取
- ・動作の分野... 起床、就寝、着脱衣、歩行、立位、階段の昇降、外出・帰宅
- ・家事の分野... 買物、料理、掃除、食器洗い、衣類と洗濯物の交換及び洗濯、暖房

第1図 介護保険制度の概要



資料：平成11年版 厚生白書

第2図 介護保険の財政のしくみ



資料：厚生省老人保健福祉局 介護保険制度施行準備室 監修 パンフレットより作成