

介護保険施行に向けての課題

池田 省三（龍谷大学社会学部助教授）

介護保険施行まで、あと1年を残すのみとなり、市町村は準備に忙殺されている。しかし、介護保険制度の細部設計についてはいまだ論議が残り、未確定のものも少なくない。細部設計の対立は、おもに関係団体の利害にからむものであるが、これは悲しむべき事態である。介護保険が国民の生活保障にかかわる制度であることから、個別利害を超えて、普遍的な利益にたった論議が求められている。

1. 療養型病床群と保険料

介護保険料は、利用できるサービスの費用を賄うために徴収されるのであるから、サービスの少ない市町村では、65歳以上住民（第1号被保険者）の保険料は低くてすむはずである。ところが、在宅介護サービスがきわめて脆弱で、かつ施設サービスがない町村において、第1号保険料が跳ね上がるという逆説的な事態が生じてきている。これは、介護サービスがない町村では、介護は家族に委ねられ、家族で対応できなくなったら、近隣の自治体の老人病院に入所・入院させ、そこから請求書が送られてくるからである。

全国的にみて、介護保険施行に伴い、介護力強化病院はほぼすべて療養型病床群に転換するばかりか、有床診療所も転換しはじめており、当初整備目標19万床を大幅に超えるものとなっている。病院関係者は、療養型病床群に転換しないと経営が存続できないという風評にまきこまれ、雪崩をうって転換が始まっているのである。

療養型病床群の整備数は、都道府県によって大

きな格差が生じており、富山県、山口県、徳島県、高知県、熊本県に集中している。この結果、たとえば高知県では、介護保険の第1号保険料は、全国平均で2,500円、高知県では3,800円となると試算されている。

療養型病床群は一般病院より、患者1人当たりの基準面積が広く、大都市部では地価の関係もあって少ないが、そのかわり近郊都市部に偏在化しているという状況にもある。ただし、埼玉県のT市では、療養型病床群は全国平均の10倍程度あるが、第1号保険料は3,000円を超えないものと試算されている。理由は、入院している者のほとんどが都民だからである。

介護保険の給付（月額）は、在宅サービスの場合、要支援（在宅）が6万円、在宅の要介護Ⅰ～Ⅴが17～35万円、筆者の試算では加重平均24万円であり、施設サービスの場合は、特別養護老人ホーム31.5万円、老人保健施設33.9万円、療養型病床群46.1万円となっており、療養型病床群が群を抜いて高い。これは、福祉施設と違って、施設建設費用が設置者負担となっているため、その償却費用が含まれていること、医療施設であり、医師・看護婦の配置が義務付けられ、人件費コストが高いことなどが理由であり、根拠のないコストではない。しかし、1人当たりの面積6.4㎡の4人部屋であり、特別養護老人ホームの10.65㎡を大きく下回り、居住環境は劣悪である。さらに、経過措置的に認められている転換型の療養型病床群は、食堂、談話室、浴室がなくともよく、1人当たり面積も6.0㎡以上でよしとさ

れている。

介護保険の主要な理念のひとつは、「社会的入院の解消」であったはずだが、要介護高齢者の長期療養のための医療施設が、そもそも19万人分も必要なのであろうか。医療関係者の発言を見ても、昨年の「21世紀の高齢者医療を考えるシンポジウム」で、青柳俊日本医師会常任理事は「6ヶ月以上入院の高齢者は30万人。うち退院可能な老人は13万6,000人」と述べており、日本看護協会の3ヶ月以上長期入院患者についての調査では、「訪問看護があれば、在宅療養が可能と思われる患者は49.9%」とされている。

介護保険料の水準は、サービスの量だけではなく、質とも対応しなければならない。2000年度施行に向けて、なりより整理が急がれるのはこの課題である。

療養型病床群問題は、老人保健福祉審議会ではほとんど議論されず、国会審議でも強く追求されることはなかった。医療界の個別利害の温存、厚生省の介護施設定数のつじつまあわせという思惑のなかで、療養型病床群の介護保険適用は所与の前提とされていたのではなかろうか。しかし、最後の段階でその矛盾が顕在化してきたのである。

厚生省も、事態の深刻さに対して、一定の対応を始めようとしている。療養型病床群は、介護保険適用の病棟・病室と医療保険適用病棟・病室に区分されることとなっているが、厚生省は、介護保険適用病棟・病床を、二次医療圏ごとに整備目標の高齢者人口0.8%のベッド数に抑え込みたいと考えているようである。あるいは、医療的要素の強い要介護高齢者については、医療保険適用を検討するなどの発言もある。また、療養型病床群のベッド数は、市町村がコントロールすることができないことから、療養型病床群の偏在化による保険料高騰の市町村については、調整交付金（国庫負担25%のうち5%分が原資）による特別財政調整も行われるものと考えられる。介護保険指定事業者の指定は、この7月から始まるが、療

養型病床群の指定は7月以降にずれ込むことがアウンスされており、今後の厚生省の対応が注目される。

しかし、これらの対応で問題が最終的に解決されるのではない。社会的入院が解消されるわけではないからである。基本的には、施設入所者や老人病院入院者が地域に帰るためには、新しい自宅としての住宅づくりが必要となり、これに充実した在宅サービスを提供できる体制を整えることが必要である。高齢者生活福祉センターの増設が開始されているが、さら質の高いケアハウス、グループハウス、シニア・レジデンスなどの住宅政策を明らかにしていくことが重要になっている。医療関係者をはじめ、介護保険関係者は、療養介護保険を「老人病院保険」としないため真摯な論議を行うべきである。

2. 介護保険と広域行政

介護保険を広域的に取り組みする市町村が増えてきている。もっとも多いのは、介護認定審査会の共同設置であるが、保険者を一本化した広域連合や一部事務組合で運営しようとしている市町村も増えている。この問題は、保険者運営の安定化・効率化と、基礎自治体の責任の所在という両面から考えなければならない。

まず、小規模町村では、単独で保険者を運営することの危険性を検討する必要がある。介護保険の財政は、高齢化率の格差は完全に解消されるシステムとなっているから、高齢化の状況は心配するには当たらない。問題は、リスクの偏在化である。社会保険は「大数の法則」が基本にあるが、一定以上の人口であれば、要支援・要介護者の発現率は平均化するが、小規模であると発現率が偏る恐れがある。つまり、ある町は「寝たきり町」で、ある村は「元気村」という格差が生じてしまうということである。

このリスクを分散化させるためには、人口1万人未満のような町村は、広域行政による介護保険

財政の統合を図らないと、第1号保険料にかなりの格差が生じる可能性がある。にもかかわらず、5,000人を切るような小規模町村では、このことに無自覚なところが多い。指摘をしても、合併を恐れるあまり広域行政を忌避するという傾向も見られる。

小規模自治体の広域連合としては、北海道空知中部、高知県中芸、島根県隠岐などが健闘しており、これらをモデルとして各地域で真摯に取り組む必要がある。また、山間部、離島の過疎地域は、県の積極的な支援が望まれている。

一方、介護保険は市町村が保険者であるが故に、介護保険特別会計の決算を見れば、その自治体で利用できるサービスの種類毎の量が明確に示される。たとえば、療養型病床群の費用が過大であり、在宅サービスが過小であることも示されるし、在宅サービスの内容も巡回介護、滞在型身体介護、滞在型家事援助のホームヘルプ・サービスの総提供時間、デイサービス、デイケア、ショートステイの回数も一目瞭然のはずである。つまり、介護保険は介護サービスの実態についての情報公開の機能を有しており、住民の政策決定への材料を提供する。だから、市町村が保険者とされたと考えることもできよう。しかし、多数の市町村が保険者を一本化して運営すれば、地域ごとの状況は見えなくなる。これでは、せっかくの介護保険の長所が生かされないことになってしまう。

福岡県の町村会は、全町村と一部の市による巨大広域連合の設置を図ろうとしているが、基礎自治体の責任放棄の典型として、今後の推移を見守る必要がある。また、佐賀市を中心とした2市16町村の広域連合も同様の性格を有している。

なお、広域行政で進める場合、一部事務組合方式は、住民の意思反映が困難であり、東京の日の出町のゴミ処理場の水質汚染問題を見ても、責任の所在が不明確となっており、採用すべきではない。広域連合は、直接請求が認められていることのほか、都道府県の権限委譲の受皿たりうるこ

と、首長、議員の公選制の採用が可能であることなどを勘案し、住民のつかいやすい形で設置すべきであろう。

施行まで1年を切った現在、これまで検討してこなかった自治体では、改めて広域連合や一部事務組合を設置することは困難である。しかし、介護保険施行以降、矛盾が露呈し、5年後の見直しに向けて、広域連合のみならず、市町村合併の動きも顕在化してくるものと考えられる。

3. 介護報酬とサービスの変化

介護保険は、在宅サービスについて市場を民間に開放し、非営利・営利を問わず、民間セクターの参入によるサービスの飛躍的拡大を狙ったものである。この場合、もっとも注目されることは、介護報酬の水準である。経営可能な水準でないとは非営利団体も参入できないし、利潤が見込めないと営利企業は参入してこない。民間セクターが参入しないと、行政が関与する社会福祉協議会や第三セクターがサービス提供事業者とならざるを得ないが、これらの団体は現在でもコスト意識はないに等しく、介護に要する社会的コストは逆に高くなってしまおうという望ましくない状態が産み出される。したがって、介護報酬は、当初は政策的にやや高めに設定し、民間セクターに参入のインセンティブを与えるべきであろう。少なくとも、適正な利潤が可能な水準に設定することは前提となる。

介護報酬は、本年4月に各事業者のサービスコストを調査し、本年中または来年にずれ込むかたちで水準が決定され、2000年2月に大臣告示されるという日程で、施行寸前までもつれ込むこととなる。

ただし、たとえばホームヘルプ業務については、1997年度から「事業補助方式」による国庫補助金単価が示されており、これを介護報酬移行のプロセスと見ることができる。従来「人件費補助方式」として、常勤ホームヘルパー1人に340

万円程度の補助金が支出されていたが、実際に提供したサービスの時間に応じて支給するものが「事業補助方式」である。この3年間の単価の推移は次のようになっている。

サービスの種類	1997年度	1998年度	1999年度
巡回介護（1回20分）	1,430円	1,450円	1,870円
家事援助型介護（1時間）	2,100円	1,790円	1,460円
身体介護型介護（1時間）	2,860円	2,890円	3,730円

このように巡回介護、身体介護の金額は上昇し、家事援助は下降している。家事サービスは、東京の家政婦協会のサービスが1時間1,800円程度であるから、事務費や利潤を考えると低く抑えられているといえるが、主婦パートの時間給が800円程度であることを考えれば、かなり高い水準ともいえる。

巡回介護や身体介護は、基本的に常勤職員なみの給与が必要であると考えれば、人件費比率を65%と仮定すると、年収290万円程度となり、低きに失するであろう。従来の人件費補助方式のホームヘルパーの年収を少し改善し、仮に年収360万円を保障とするならば、1時間4,500円を超える金額としなければならない。

一方、サービスを購入する利用者の観点からみれば、1時間4,500円という価格は、少なくとも家事援助には出せない。しかし、モーニングケア（起床・着替え・洗面・食事・排泄等へのパッケージされたケアサービス）には容認されるだろう。

これらのことから、介護報酬の設定は、従来のホームヘルプサービスの在り方を大きく変化させる可能性が強い。つまり、9時～5時労働・土日休業ではなく、セブンイレブン（7時～11時）・365日のサービス体制、パッケージ・ケアサービスやスポットの巡回介護が、要介護者のニーズに

あわせて提供される体制を組まないと、事業者はペイしないということである。滞在型の家事援助（掃除・洗濯・買い物・話し相手等）は、パート職員による提供でコストを抑えることとなる。

このことは、従来の措置制度に安住してきたかなりの社会福祉協議会のサービスに打撃を与えるのは必至であろう。いま多くの社会福祉協議会が事業展開型に転換しようとしているが、従来型の9時～5時労働・土日休業・滞在型家事援助サービスでは、事業として成立しないからである。むしろ、都市部においては、行政の関与するサービス提供は撤退し、シルバービジネスや医療サービスと提携した事業体など、民間セクターに道を開くこととなろう。しかし、高齢過疎地域においては、外部から民間セクターが入ってくるのには時間もかかり、事業型社会福祉協議会への転換、あるいは行政が主導して、コミュニティ・ビジネスともいべき地場介護産業の形成をはかっていくことが求められる。この場合も、ホームヘルプサービスだけではなく、多様なサービス提供の複合体としてつくりあげていく必要がある。その点から、宮城県登米地区で見られる8町による在宅介護サービス会社の設立と社会福祉協議会からのヘルパーの移管、コムスン創設者による経営という試みは注目される。

介護保険者たる市町村の多くは、介護報酬によるコスト意識を持った経営、サービス内容の変化について鈍感である。介護保険施行から、これらの自治体はかなりの混乱が予想される。しかし、それはくぐり抜けねばならない混乱でもある。

介護保険の準備で、いまもっとも重要なことは、国レベルでは、療養型病床群への対応、在宅サービス拡大への政策誘導とその受け皿としての住宅政策、そして介護報酬の設定である。それ以降は、自治体が主役となる。市町村のみならず、都道府県の役割が改めて点検されなければならない。（いけだ しょうぞう）