

介護保険 3 年の検証と今後の課題

池田 省三

龍谷大学社会学部教授

● 着実に進む介護の社会化

介護保険施行第1期の3年は、サービスの量的整備が飛躍的に進められた時期と位置づけることができる。サービス利用者の数を見ると、在宅サービス利用者は2000年4月の97万人から2003年3月には198万人と倍増し、施設サービス利用者も52万人から72万人と5割増となった。また、利用者1人当たりの在宅サービス利用量についても、図1のように、要介護度2以上は利用サービスを増やしつづけている。「介護の社会化」は着実に進んでいることがわかる。

介護保険のシステムの中軸をなす要介護認定はどうであろうか。一部の福祉関係者・研究者や朝日新聞などのジャーナリズムのように、不公正・不正確と論じる者も少なくない。とりわけ、痴呆については低く認定されるというのが、あたかも

通説のように語られている。しかし、それらは風説にもとづくもので、データによる検証はなされていない。

そこで筆者は、要介護度別のサービス利用額の実態と、利用者の意識調査をもとに、要介護認定の実態について調べてみた。

まず、図2を見てほしい。これは、47都道府県について、要介護度別に在宅サービス利用者1人当たり平均利用額を示したものである。もっとも利用額が高いのは沖縄県であり、もっとも低いのは秋田県である。在宅サービスの利用が地域によってかなり格差があることがわかる。ここで、47本の線グラフがほぼ平行線を描いていることに注目してほしい。要介護度があがるにつれて、利用額は増加している。これは、要介護認定が実際のサービス利用のニーズと対応していることを意味している。仮に要介護認定が不正確であったならば、このような平行線を描くことはなく、ジグザグした線となるはずである。一定規模の市町村や事業者ごとに見ても、同じ傾向を示している。つまり、データで見ると、認定システムは予想以上に正確に動いているのである。

一方、認定された本人あるいは家族の受け止め方はどうであろうか。図3を見てほしい。これは、介護保険施行以後行なわれた、市町村、都道府県、関係団体の利用者意識調査を集計したものである。認定結果を納得ないし妥当（「予想より高い」

いけだ しょうぞう

1946年生。中央大学法学部卒。73年自治労本部に入り調査局、年金局を経て87年地方自治総合研究所事務局長。理事、政策研究部部長を歴任。のち、龍谷大学助教授、2000年より現職。著書に『介護保険は何を変えるか』『介護保険システムのマネジメント』（共著）などがある。

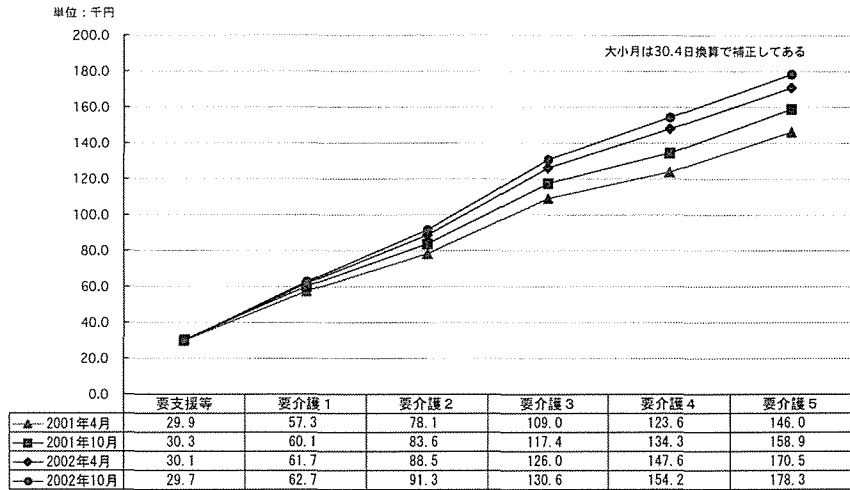


図1 利用者1人当たり在宅サービス費用額の推移・要介護度別

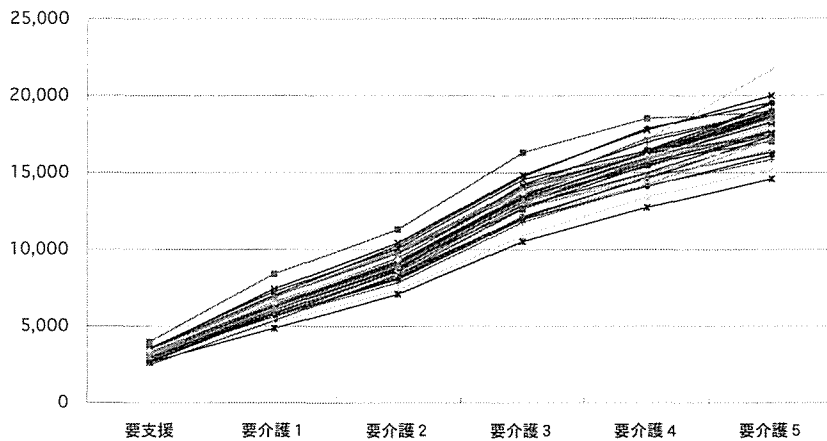


図2 都道府県別・要介護度別・在宅サービス利用額 2002年10月

も含める)は75%であり、不満とするもの15%程度である。制度についての意識調査は必ず13%程度の批判が出るのは通例であるから、これはきわめて高い納得度であるといえよう。また、痴呆の認定についてのデータはあまりないが、「呆け老人をかかえる家族の会」の全国調査では、予想通りと予想より高いとするものが8割を超えており、とくに不満が多いという結果にはなっ

ていない。

要介護認定システムは、本年4月からバージョンアップされており、さらに精度が高められている。不公平、不正確との批判は「わたしはそう聞いた」レベルのものであり、およそ科学とは無縁な情緒的発言であったことがわかるだろう。

医療と異なって、社会福祉とりわけ高齢者介護の世界は、「経験と勘」の世界にとどまっております。

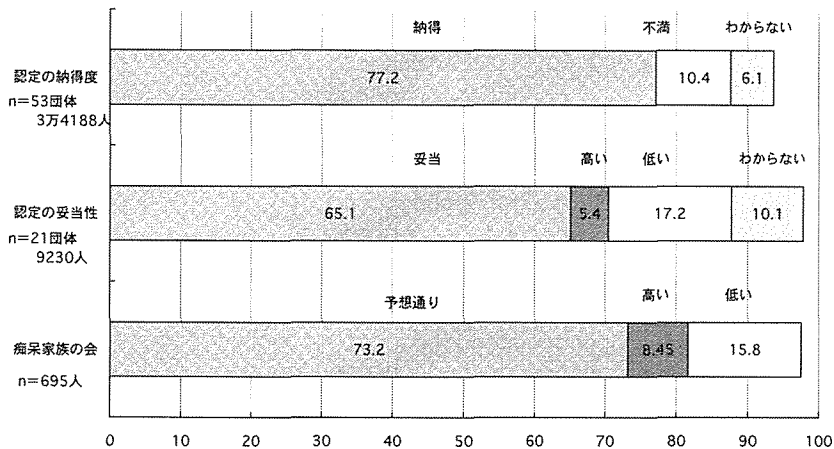


図3 要介護認定の納得度・妥当性

科学的な標準化と体系化が遅れている分野であるが、介護保険ははしなくもこれを暴露したといつてよい。

在宅サービス利用の現状

このことは、費用負担問題についてもいえることである。介護保険は、基本的にサービス費用の1割は自己負担とされている。この負担が高齢者には過酷で、サービス利用を抑制しているとの批判は、福祉関係者・研究者のなかでよく見られるものである。

ところが、高齢者1人当たりの在宅サービスの利用額を見ると、裕福な地域より貧しい地域のほうが高いという逆相関関係が見られるのである。ちなみに、もっとも在宅サービスを多く利用しているのは沖縄県であるが、周知のように沖縄県はもっとも所得水準の低い県である。これは在宅サービス利用者1人当たりの平均利用額で見ても同様な結果となっている。

図4に示したグラフは、県民所得（その地域のGDPであり、県民の収入それ自身ではないが、収入に強い相関関係がある）の上位5県と下位5

県の要介護度別に見た在宅サービス利用額を示した線グラフである。棒グラフは全国平均を示している。全体として、県民所得の低い県のほうが利用額は高い。したがって、より多くの自己負担を支払っているのである。

なお、要介護5では、沖縄県が低く、東京都が高くなっているが、これは施設入所率に大きな格差があり、家族介護力の弱いケースについて、沖縄県はほとんどが施設入所しており、東京都は施設不足により在宅介護を強いられているためと考えることができる。

さらに図5には、厚生労働省の調査を示した。介護保険は段階保険料方式を採用しており、生活保護受給者または高齢福祉年金受給者は第1段階として基準額の半分、世帯住民税非課税（ほとんどが高齢者のみ世帯）は第2段階で75%、住民税本人非課税世帯課税（多くは3世代同居世帯）は第3段階で基準額、住民税本人課税は第4、5段階で基準額の125%、150%を納付することとなっている。

グラフに示したものは、在宅サービスの支給限度額に対して何%の額のサービスを利用しているかを、所得段階別に調査したものである。もっと

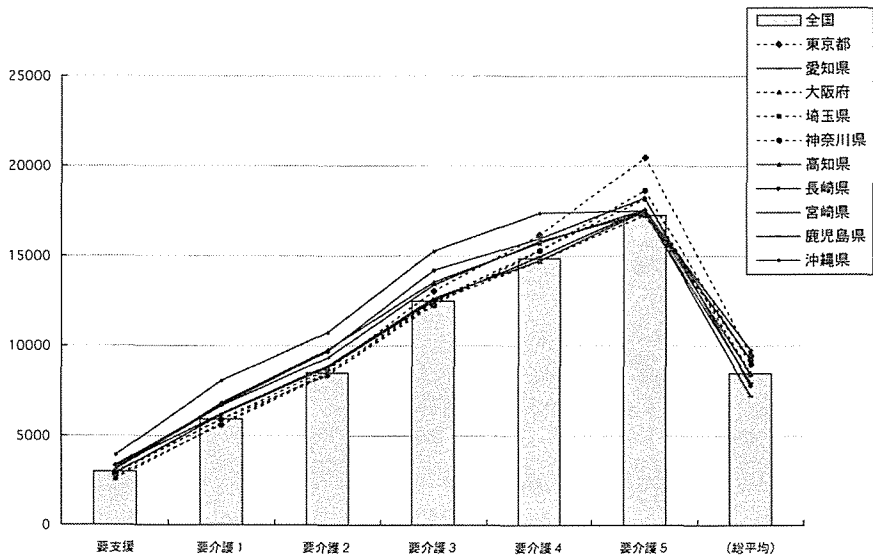


図4 要介護度別・訪問通所短期入所利用単位数 県民所得上位5県・下位5県 2002年4月

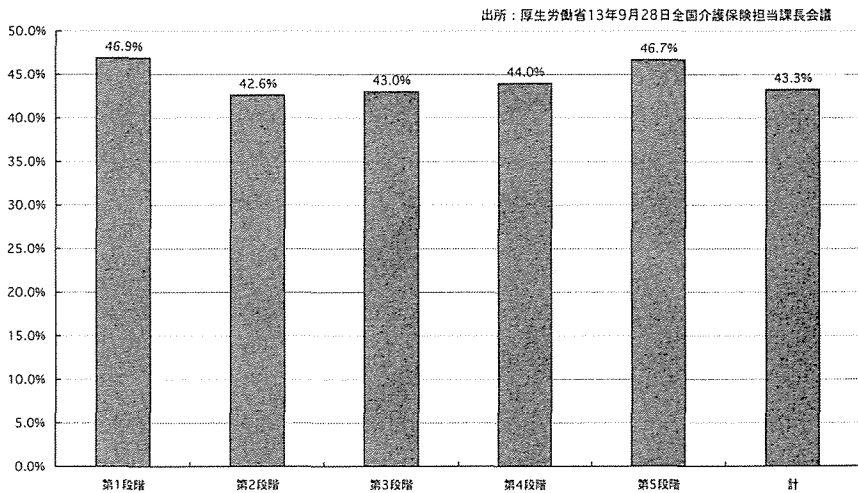


図5 支給限度額に対する利用割合 2001年8月30日 n=42保険者8万1000人

も高いのは第1段階であるが、これは生活保護受給者は介護扶助により実質的に負担していないことが理由であろう。第2段階と第3段階は負担能力がかなり異なると思われるが、ほとんど差はない。ただし、本人に一定の所得がある第5段階はやや利用額が高くなってはいる。

支給限度額の半分程度しか利用していないのは、1割自己負担のためではないかという反論も

予想される。たしかに1割自己負担はあまり必要のないサービスを利用することをためらわせる機能はもっている。しかし、日本の在宅サービス利用はそんなに低いのだろうか。

図6に、ドイツの介護保険との比較を示してみた。ドイツは日本より5年早く介護保険を施行しており、要介護度の認定と支給限度額の設定という点では、同様のシステムを採用している。ただ

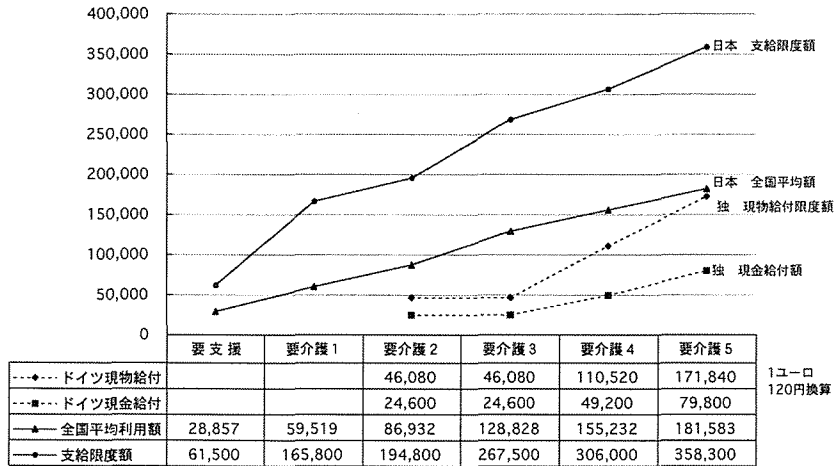


図6 日独の介護保険給付の比較 日本＝2002年8月

し、ドイツは、日本の要支援・要介護1レベルは給付対象とはしておらず、日本の要介護2.5程度以上の者を対象としている。また、現物給付のほか現金給付を選択することもできる。

● ドイツとの比較

ドイツの支給限度額は日本よりきわめて低額に設定されている。1ユーロ120円換算で、要介護度3レベルで、46,000円対267,500円と約6倍も日本のほうが高いのである。要介護5レベルでも2倍以上の差がある。また、日本の在宅サービス利用額はドイツの支給限度額をかなり上回っていることがわかる。

筆者は何度もドイツで介護保険の調査を行なっているが、これは為替レートによる差ではない。人件費が高いため、ドイツの介護報酬は日本と比較しても決して低くないからである。また、ドイツでは訪問看護は医療保険からの給付という点が異なるが、日本の介護保険においては訪問看護のシェアがきわめて低く、訪問看護費用を差し引いて比較してもそれほど差は縮まらない。

つまり、日本の支給限度額はきわめて高い水準に設定されているのである。なぜならば、要介護3程度までは高齢者のみ世帯を標準としてサービス設計がされているため、3世代同居の場合は家族がかなりの役割を果たすために、限度額いっぱいの利用は少ないということである。ただし、要介護5程度の単身高齢者は358,300円のサービスでは、生存は維持できるかも知れないが、生活を支えるということにはならない。この額は、特別養護老人ホームでの要介護5の入所者にかかる費用とほぼ横並びになっており、要するに特別養護老人ホームでかかる費用の上限までは保険給付するが、それ以上は家族あるいは本人の自助努力に委ね、それが困難な場合は施設入所により生活を支えるという制度設計になっているということである。事実、要介護5の単身高齢者が在宅であるというケースは基本的に存在しない。もし、あるとすれば、強力なNPO、ボランティアが支えているか、行政が保険外の給付を行なっているケースである。なお、要介護5の限度額設定に当たっては、日本の標準的な世帯の平均可処分所得は月額36万円程度であり、生活支援である介護保険給

付がこれを上回るについて、国民同意が得られるかという問題意識もあったものと思われる。

さて、認定や自己負担の問題について、誤解が横行しているのは何故だろうか。一言でいえば、それは「介護保険は福祉ではない」ということが理解されていないということである。医療保険を福祉という人はほとんどいない。介護保険も同様に、福祉のように所得や扶養関係による選別は行わず、すべての高齢者を対象とした普遍的なシステムなのである。また、高齢者一般は「社会的弱者」ではなく、とりわけ経済的にはかなり高い水準に達してきている。さらに、欧米と異なり、家族介護力はまだまだかなり残されている。

福祉関係者・研究者は低所得者ないし困窮者を対象とすることが多く、介護保険全体が見渡せないという弱点がある。一般の市民も従来の高齢者介護＝社会福祉という受け止め方が強く残存しており、それらがこのような誤解をはびこらせたといつてよいだろう。

● 問われるサービスの質

このように見てくると、介護保険の制度としてのシステムは順調に動いている。しかし、問題がないわけではない。むしろ、問題は山積しているといつてよい。

第1の問題は、サービスの質である。とりわけ、粗製濫造されたケアマネジャーは、予想されていたこととはいえ、目を覆うものがある。8割は「ご用聞きマネジャー」レベルで、ニーズ（生活の質改善や心身の状態の維持改善に必要なサービス）とデマンド（顧客の要求）の区別すらついていない実態にある。ケアプランの半数は1サービスだけで作られており、サービス斡旋業に堕しているとの誹りはまぬかれない。

在宅サービスも、生活リハビリを中心とした残存能力の維持改善という観点がなく、保護型介護により、むしろ廃用症候群を増進させ、機能低下

を促進するような「自滅型サービス」も多く見られる。通所系サービスも、家族の休養という面では大きな効果があるものの、本人の生活改善に役に立っているものはどれだけあるだろうか。多くの在宅サービスは「擬似家族サービス」レベルにとどまっており、サービスの目的、効果の検証、手順の標準化等が遅々として進んでいない。

これを抜本的に改革するためには、現行の時間払いの介護報酬体系を変える必要がある。サービスの価格は提供されたサービスそのものによって決定されるものである。「何のために、どんなサービスを、いくらで」提供するのかを取り決めるのが契約である。時間単位のサービスと報酬支払いは、これを曖昧にしてしまう。具体的なサービス内容が明示されていないため、サービス提供者と利用者の共通な認識が成立しない。利用者は、保険給付外のサービスも含め、時間内の最大限のサービスを求め、提供者は時間にとらわれて介護の目的や役割を見失う。事業者は、効果のないサービスであっても、長時間滞在型サービスを歓迎する。そうしたケースが生じてしまうのも無理はない。

したがって、介護サービスは、目的、効果、手順が明確にされたサービス単位（「サービスモジュール」）で示され、その組み合わせが訪問介護計画、通所サービスプログラムとなり、その集大成がケアプランとなるべきである（医療におけるクリティカルパスが参考となる）。利用者はこれを理解して契約し、事業者は契約に従って誠実にそのサービスを提供するシステムにしなければならない（もちろん、事態の変化によって、臨機応変にサービスモジュールを変更することは当然である）。

したがって、介護報酬は、原則的にサービスモジュールの組み合わせに支払われるものとすべきである。なお、厚生労働省老健局計画課の「老計」（第10号）は、基本的にサービスモジュールを整理した通知であるが、これをより精査する作業が

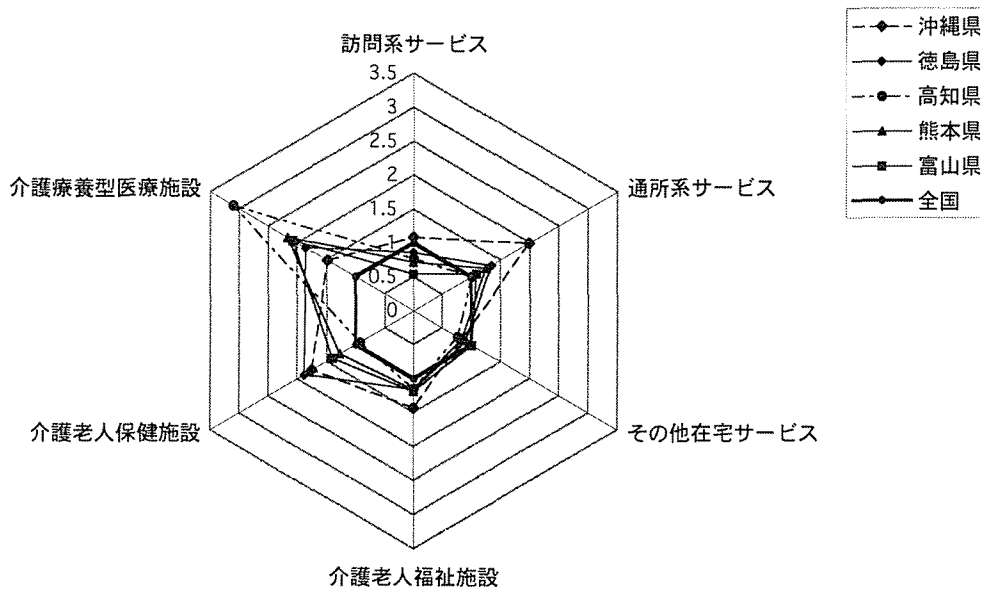


図7 高齢者1人当たりサービス種類別給付費の比較 上位5県 2003年2月

必要となる。

● 施設サービスと在宅サービスの 不均衡

第2の問題は、施設サービスと在宅サービスの不均衡である。厚生労働省の調査によれば、特別養護老人ホーム入所者の保険外負担も含めた月当たりの自己負担額は、34,000円である。制度では標準的に5万円程度の自己負担になる。しかし、入所者は施設に住所を移すため、単身高齢者世帯となり、自動的に住民税非課税世帯となる。住民税非課税世帯は、高額介護サービス費制度により、自己負担は24,600円、食費（食材料費相当）は1日500円となるため、ほとんどの入所者は49,600円の負担ですむことになる。さらに、介護保険施行以前から入所していた者は経過措置が講じられていたから、24時間ケア付き1泊3食で1,000円

強という信じられない額になるのである。

施設サービスは、ホテルコスト（賄い費を含む食費、光熱水費等の日常生活費）と家賃（建設費用の償還費用）は、基本的に公費ないし保険給付でカバーされている。一方、在宅の場合、これらは当然自分持ちである。在宅の要介護高齢者にかかる生活費用は5万円以上であるケースは普通である。これに、家族の心身の負担、介護保険の1割自己負担が加えられるのであるから、家族が施設志向となるのは経済的合理性から見て当然のことである。また、グループホームや特定施設は在宅扱いで、ホテルコストも家賃も自己負担であるから、施設サービスと対等な競争はできない。

社会的困窮者対象の福祉サービスならば、低廉な利用料も理解できるが、中産所得階層が利用者の大部分を占める介護保険制度では、これはあまりにも不合理である。新型特養については、4～5万円の自己負担（建設費の償還が中心）が必要

となったが、施設全体の自己負担を根底から見直す必要があるといわなければなるまい。

このほか、サービス事業者に対する権限が保険者たる市町村に与えられていないことも重大な問題である。介護保険の第1号保険料は、2003年度より全国平均で2,911円から3,293円と13.1%引き上げられた。高い地域は沖縄県平均4,957円で、これに徳島県4,251円がつづく。図7に示したレーダーチャートは、高齢者1人当たりの介護サービス給付額の上位5県について、サービスの種類別費用を示したものである。高齢者1人当たりの全国平均を100として比較してあるから、正六角形が全国平均ということになる。

いずれの県も老人保健施設や療養病床という医療系施設が突出している。給付費は保険料に跳ね返るのだから、保険料高騰の元凶が医療施設であることが理解できるだろう。しかし、保険者たる市町村はこの医療系施設の定数については何の権限も持っていない。つまり、保険料の水準については市町村に責任を求めることはできないのである。介護保険事業計画を策定しても、医療系施設が増床されれば、計画は無意味になり、保険料は高騰して制度自身の安定的な運営が困難になってしまう。したがって、市町村が各施設事業者と保

険給付定数分について契約し、それを上回る定数については他の保険者との契約を求めるなど、施設サービスをコントロールする権限を早急に与えるべきである。

さらに、事業者に対する権限は基本的に都道府県に与えられているが、調査、勧告、指定取り消し等の権限は本来保険者に属するものであり、市町村にもこれを付与すべきである。

なお、これ以外の最大の課題として、高齢者介護保険から普遍的な介護保険に成長させるため、年齢制限を撤廃し、障害者施策と介護保険の統合に着手することが急がれる。そのためには、まずファイナンスの統合（財政システムの統合）、サプライの統合（介護事業者の障害者分野への参加促進の誘導策）、そして保険給付の統合というロードマップを作成し、障害者特有のニーズも踏まえた新しい制度への移行が検討される必要がある。これは、間近に迫っている5年を目途とした見直しで行なわなければならない。なぜならば、施行準備期間、経過措置期間を考えると、この機会を逃せば、実施が10年以上遅れるからである。

介護保険はひとつの革命であったが、さらに第2次革命が求められているのである。

