

介護保険制度における在宅介護

——「介護の社会化」とは——

武藤 宏典

はじめに

介護保険制度は2000年4月1日から施行されている。介護保険は、わが国では、医療保険、年金保険、労災保険、雇用保険（失業保険）、に続く5番目の社会保険制度となる。

従来、わが国の介護関連制度は福祉と医療の分野に分かれて別々に対応させてきた。介護保険制度は、これを再編成するため、社会保険方式(注1)を基盤にして、利用者本位に立った、誰に対しても公平で利用しやすい介護サービスシステムの構築を目指すものである。これにより、高齢社会の不安要因である介護問題に対し、どの地域に住んでいても、介護が必要になった時に安心して生活することができる社会づくりを狙いとしている。

介護保険制度については、その検討が行われた1990年代半ばから、社会保険方式の是非はもとより、保険者のあり方、被保険者の範囲、要介護認定の手続き、保険料水準、低所得者対策、サービス基盤の整備、財源確保など、多くの論点が審議会、省庁、国会、マスコミ、地方行政関係者、福祉・医療関係者、研究者などの間でさまざまな議論が行われた。

2000年4月の施行から2003年の3年間で、被保険者は6,600万人。要介護認定を受けて要支援・要介護と認定された人たちは340万人と、国民の40人に1人が介護が必要な人（要介護）になった。利用される介護サービス量も制度導入前に比べて急増している。「要介護認定」や「在宅サービス」、「特別養護老人ホーム」、「グループホーム」、「ケアマネジャー」、「福祉用具」といった言葉が、一般に語られるようになってきた。介護保険は私たちの生活に定着してきたといえる。

さらに介護保険制度は、措置制度(注2)の見直し、利用者本位の利用システム、サービスの選択、民間事業者の参入など、従来の老人福祉分野の介護制度を一変させるだけでなく、社会福祉基礎構造改革の契機ともなった。また、医療保険制度をはじめ、他の社会保障制度の見直しにも影響を及ぼしているほか、地方分権の試金石といわれ、市町村の広域行政の典型例となった。世界的に見て、ドイツに続く本格的な介護保険制度の創設は、内外の研究者の注目を集め、隣国の韓国では介護保険制度の検討を始める契機になっている。わが国の社会保障の歴史の中でも、新時代を画する制度であろう。

しかし介護保険制度の施行前から施行後に至っても様々な問題点に対する議論は消えない。社会保険方式の是非、被保険者の範囲、低所得者対策、施設体系の見直し等、数々の議論の余地が残されているのが現状である。本論はその中でも在宅介護の見直しについて考察していく。

介護保険法第2条第4項の規定に「保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように配慮されなくてはならない」と規定されている。しかし、介護保険制度が施行されて以来、在宅サービスの利用者は増加傾向にあるものの、それ以上に施設サービス志向が顕著になっている現状にある(注3)。こうした問題をどのように考えたらよいだ

ろうか。本論では、まず介護保険制度の概要を論じ、問題点をあげ、在宅介護への提言を試み、「介護の社会化」とは何か考察していく。

第1節 介護保険制度の概要

1 介護保険法の制定の背景

介護保険法の制定の背景としては、主として、①人口の高齢化の急速な進展による介護を必要とする高齢者(要介護高齢者)の増大と介護リスクの一般化、②家族形態の変化や介護問題を取り巻く状況の変化による家族介護の限界、③老人福祉制度や老人保険制度等の現行制度による対応の限界、があげられる。

少子化傾向や長寿化の進展等により、わが国の人口高齢化は急速に進んでおり(注4)、高齢化が進んでいるといわれていた西欧諸国と比較しても、すでに高い水準となっている。日本社会の人口高齢化の特徴は、高齢化のスピードが急速なことと、高齢化したときの水準が高いことである。国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口」(2002年1月推計)によれば、今後とも高齢化が進行し、2020年には高齢化率27.8%と、人口の4人に1人は65歳以上の高齢者になり、高齢者人口は3,460万人という、世界でも最高水準の高齢社会を迎えることが予想されている。当然、高齢者人口の増大とともに、介護を必要とする高齢者(要介護高齢者)の数が急増していくものと見込まれている。

在宅の要介護高齢者は約200万人と、在宅で家族等により、身の回りの世話を受けて生活を送っている高齢者は多い。しかし、家族による介護は「老老介護」、「遠距離介護」、「介護放棄」、「介護虐待」、「介護離婚」(注5)といった言葉に象徴されるように、介護者にとって大きな負担になっている。さらに、要介護状態の長期化や重度化等に対応するためには、専門的な技術をもたない家族の介護よりも、専門的な介護技術が必要なのである。

従来の制度では、老人福祉法に基づく老人福祉制度と老人保険制度に基づく老人医療分野で高齢者介護問題に対応してきたが、それぞれ改善すべき種々の課題を抱えていた。

老人福祉分野では、措置制度の利用の煩雑さや利用者がサービスの種類や提供期間を選択できないこと、福祉は低所得者が利用するものといった心理的な抵抗があり、一般には気軽に利用しにくい制度となっていた。

老人医療分野では、医療の必要性がないにもかかわらず介護を必要とした一般病院への長期入院(社会的入院)の存在や、生活環境等の面で長期療養する場としては施設環境が不十分等の問題があった。さらに、福祉制度と医療制度との間で、利用者負担の水準や利用手続き上において、不均衡が存在していた。概して、医療分野のサービスの方が利用しやすく、定年退職後の被雇用者等の一般の利用者にとっては利用者負担の水準も低いので、在宅福祉や施設福祉サービスの量的不足傾向とあいまって、医療分野が実質的に介護サービスの担当部分を担うこととなった。老人病院や老人保健施設の登場がその表れであった。一方で、長期入院や社会的入院、医療費の増大等の要因となってきた。

これら種々の要因が重なって、近年の世論調査では、老後の不安として、健康や介護にたいして不安を感じる人々の割合が、常に上位を占める結果となってきた。

2 介護保険制度創設の意義

介護保険制度創設の意義として旧厚生省は、次の4点をあげている。

第1に、老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支える仕組みを創設するという「介護の社会化」、第2に、給付と負担の関係を明確にし、国民の理解を得られやすい仕組みである「社会保険方式」の導入、第3に、現在の縦割りの制度を再編成し、利用者の選択により、民間事業者も含めた多様な主体から保険医療サービス・福祉サービスを統合的に受けられる「利用者本位のサービス利用システム」の創設、第4に、社会的入院解消の条件整備を図るとともに、医療保険から介護部分を切り離して疾病の治療という本来の目的にふさわしいものとする前提をつくるなどの「社会保障構造改革の第1歩」(注6)という4点である。

上の4点に加えて、増田雅暢は次の4点も意義に加えている(注7)。

第1に、介護保険制度では、高齢者自身も自立した被保険者として制度を支える側に位置付けられている点であり、これは従来の社会保険制度にはみられない新しい仕組みである。保険料負担に若年世代(第2号被保険者)から高齢世代(第1号被保険者)(注8)への支援という世代間支援と、高齢世代内の世代内連携との双方の考え方が組み込まれていることとなる。また利用者負担についても、高齢世代も若年世代も、同じ1割の定額負担となっており、医療保険制度及び老人保健制度と異なり、費用の面で世代間での差を設けていない。さらに、老齢退職年金(注9)から保険料を天引きするという年金制度を活用した新しい保険料徴収方法が創設されている。

このような社会保険制度における新しい視点からの試みの背景には「高齢者像」に対する新しい見方がある。高齢者一人一人が、社会保障制度の給付対象であるばかりでなく、社会保障制度を支える側に立つという考え方は、今後の少子高齢社会の中の社会保障制度の仕組みを考えるうえでも重要な点である。

第2に、介護分野の市場の開拓・拡大である。利用者本位のサービスシステムの構築を図るためには、利用者が自由にサービスを選択できるように、サービスの供給量をニーズの増大に合わせて拡大する必要がある。従来の制度では、老人福祉分野の介護サービスは、措置制度により供給されていたために、サービス主体が市町村か、市町村の委託を受けた社会福祉協議会や社会福祉法人等の非営利団体に限定されていた。民間部門は、ホームヘルプ事業等の介護サービスを実施することは可能であったが、利用者負担が無料に近い公的サービスに対して、そもそも価格面で競争することができなかった。この結果、サービスシステムは、行政機関等の供給者中心の仕組みとなっていた。これに対して、介護保険制度では、一定の基準を満たすものであれば、同じ水準の介護報酬で評価されるので、民間部門の価格面の不利が解消され、サービスの内容や質、利用のしやすさ等の面が中心となる。このように、介護保険制度では、在宅サービスにおいて、事業者間の健全な競争によるサービスの質的向上を図ることとしている。

その狙いどおり、在宅の介護サービス分野に全国展開する企業が現れたほか、有料老人ホーム(特定施設入所者介護)やグループホームに対する一般企業の積極的な参入等、福祉サービスの提供主体の多元化が進んでいる。高失業率の現下の経済情勢において、介護分野が雇用拡大の場としても期待されている。

第3に介護サービスに対する利用者の意識が変わるという点も大きい。従来、ホームヘルプ等の在宅福祉や特別養護老人ホームへの入所利用者は、低所得者中心のイメージがあり、定年退職後の被雇用者のように年金制度により一定の収入がある者にとっては、福祉サービスを受けることに対しては、心理的な抵抗感があった。「福祉のお世話になる」という言葉がこうした

イメージを表していた。介護保険制度では、要介護等の一定の要件に該当すれば、所得の多寡や家族形態の相違を問わず、誰でも一律の負担で介護サービスを利用できる。サービスに対する利用意識が一般化すれば、利用者数や利用量は飛躍的に増加していくであろう。2000年から2003年の3年間を振り返ってみれば、予想以上の介護サービスの利用の拡大がみられた。

第4に介護保険制度の導入による地方行政の活性化があげられる。介護保険の運営をはじめ福祉行政に積極的に取り組む地方自治体の登場がみられ、サービス提供主体におけるボランティア団体やNPO法人の参入、施設等に対する自主的な監視制度等、地域住民の活動も活発となっている。被保険者にサービス利用に対する権利意識が高まり、保険者である市町村に対する要求も今後いっそう強まってくるであろう。こうした住民の介護保険制度に向ける期待にこたえられるかどうか、地域の介護不安を解消できるかどうかは、保険者である市町村の努力にかかっているため、介護保険制度は「地方分権の試金石」といわれている。逆にいうと、市町村は、介護保険制度の運営を通じて、地域の特性や住民の要望に応じた介護システムを構築していくことが可能であり、それが、さまざまなスタイルの地域福祉社会の創造につながっていくことになりえる。

3 介護保険制度の概要

介護保険の仕組みは、図表1のようになっている。

① 介護保険制度の建て方

介護保険制度は他の社会保障とは独立した制度で、市町村を保険者とし、40歳以上の居住者を被保険者とする地域保険方式をとっている。

② 保険者

保険者は、市町村及び特別区（東京23区）である。ただし、市町村（以下特別区を含む）保険者に対して、保険者としての事務の実施や費用負担が軽減されるように、国、都道府県、医療保険者、年金保険者等が重層的に支え合う仕組みとなっている。

さらに、複数市町村が共同で介護保険業務を実施する事務の広域化が奨励されている。

③ 被保険者

被保険者は、市町村の区域内に住所を有する人（住民）のうち、40歳以上の人全員である。このうち、65歳以上の人を第1号被保険者、40歳以上65歳未満の人を第2号被保険者という。（この2種の相違については図表2参照）

保険給付の範囲については、第1号被保険者の場合には、原因を問わず、要介護者（寝たきりや痴呆等の状態）または要支援者（虚弱状態）になると、保険給付の受給権が生じる。一方、第2号被保険者の場合には、初老期痴呆、脳血管障害等の老化に起因する15種の疾病（特定疾病）による要介護の状態に限定されている。

これら以外の要介護状態の場合には、従来どおり障害者福祉施策で対応される。

保険料負担については、第1号被保険者の場合には、市町村保険者単位で保険料が算定される。第2号被保険者の場合は、それぞれ加入する医療保険のルールに基づいて設定され、医療保険料と一括して徴収される。

賦課方法については、基本的に5段階の所得段階定額保険料として、所得水準に応じた保険料設定としている。

④ 保険給付の手続き

被保険者は、保険給付を受けるにあたっては、要介護状態または要支援状態に該当するかと

うかの保険者による認定（要介護認定または要支援認定という）を受け、認定後、原則として介護支援専門員（ケアマネージャー）に介護サービス計画（ケアプラン）を作成してもらい、この計画に基づきサービスを利用する。

⑤ 保険給付の内容と利用者負担

保険給付には、要介護者に対する介護給付、要支援者に対する予防給付と、市町村が独自に条例で定める市町村特別給付の3種類がある。

保険給付のサービスは、在宅サービスと施設サービスとに2区分される。在宅サービスには、訪問サービスとして訪問介護（ホームヘルプサービス）、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション及び居宅療養管理指導（医師、歯科医師等による訪問介護）の5種類、通所サービスとして通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーション（デイケア）の2種類、短期入所サービスとして短期入所生活介護（特別養護老人ホーム等へのショートステイ）、短期入所療養介護（老人保健施設等へのショートステイ）の2種類、その他の入所系サービスとして痴呆対応型共同生活介護（痴呆性老人のグループホーム）と特定施設入所者生活介護の2種類、さらに居宅介護支援サービス、福祉用具貸与、福祉用具購入費の支給及び住宅改修費の支給という4種類、計15種類のサービスがある。

施設サービスとしては、介護保険施設と総称される、介護老人福祉施設（特別養護老人施設）、介護老人保健施設（老人保健施設）及び介護療養型医療施設（療養型病床群等）の3種類がある。

利用者負担については、それぞれのサービスに設定された介護報酬に基づき、その費用の1割を負担する。施設サービスの場合には、1割の定額負担に加えて、食事の標準負担や保険給付対象外の日常生活費が自己負担となる。この自己負担が高額の負担にならないように、月額負担上限額を定めた高額介護サービス費の制度がある（月額37,200円が上限）。また低所得者に配慮して、高額介護サービス費や食事の標準負担を一般利用者よりも低く設定している。

⑥ サービス提供機関と介護報酬

保険給付は、原則として、都道府県知事の指定（老人保健施設の場合は許可）を受けた事業者または施設からサービスを受けた場合に行われる。都道府県知事の指定は、事業者または施設が法人格を有していること、旧厚生省令で定める人員基準や施設設備・運営基準を満たしていることが要件となる（注10）。

介護報酬とは、厚生労働大臣が定めるもので、保険給付の対象となる各種介護サービスの費用の額の算定基準である。現物給付の場合、保険者から事業者等に直接支払いが行われるのは、介護報酬の9割で、残りの1割が利用者負担として、利用者が直接事業者に対して支払う。

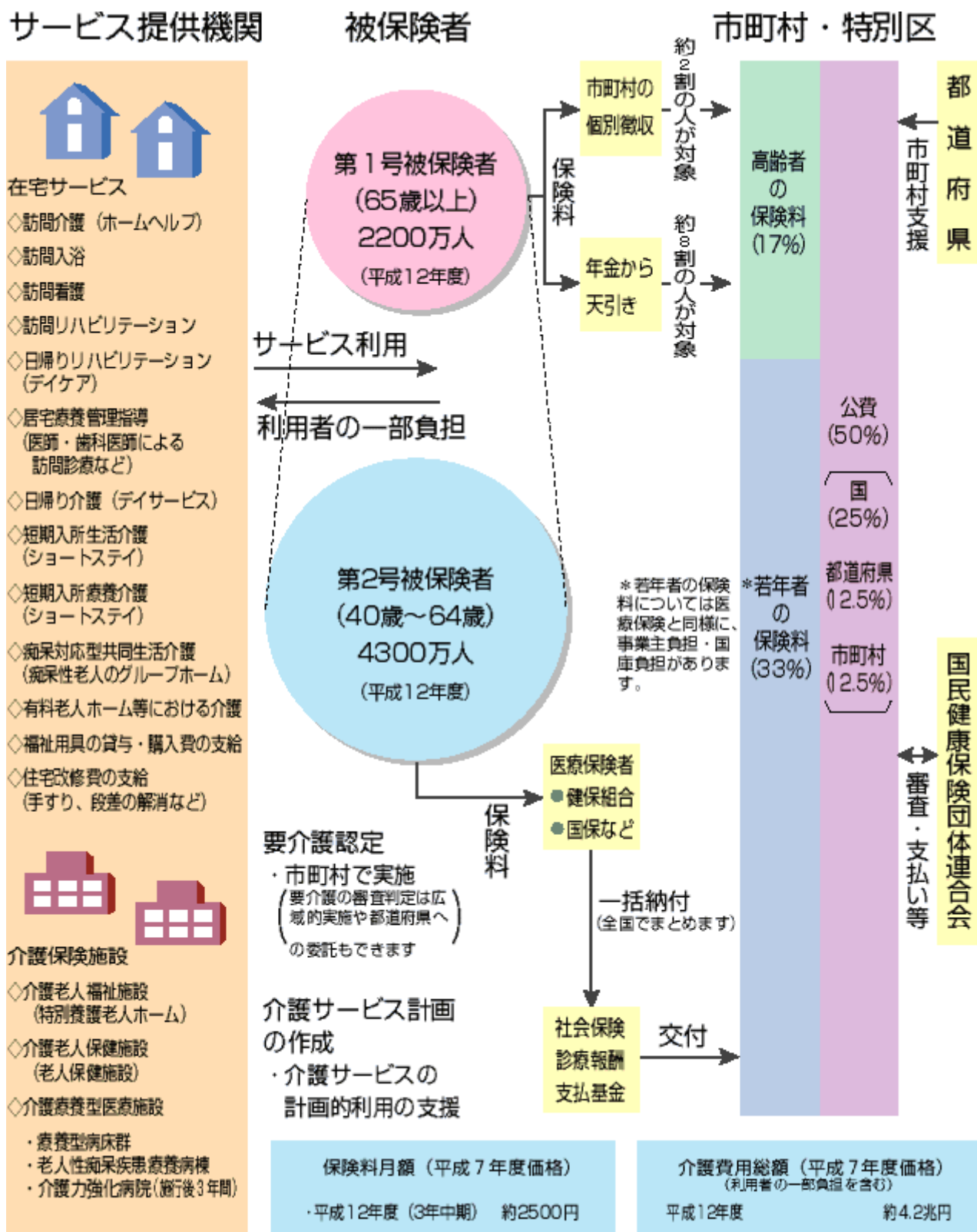
⑦ 費用負担

介護保険制度の財源構成は、介護給付費のうち50%を公費負担（国が25%、各都道府県が12.5%、各市町村12.5%）としている。残りの50%が保険料負担である。

⑧ 不服申し立て

市町村が行う要介護認定の決定をはじめ、被保険者証の交付等の保険給付に関する処分や、保険料の賦課徴収等に関する処分に不服がある者は、都道府県に設置される介護保険審査会に審査請求し、不服申し立ての審理・裁決を受けることができる。介護保険審査会は、市町村代表委員、被保険者代表委員及び公益代表委員の三者構成による第三者機関である。とくに、要介護認定の処分に関する審査要求の処理の迅速化、中立化を図る観点から、公益委員のみにより構成される合議体において審理・裁決を行うこととされている。

図表1 介護保険の仕組み



（出所）厚生労働省ホームページ http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99_4/kaigo5.html

図表 2 第 1 号被保険者と第 2 号被保険者

	第 1 号被保険者	第 2 号被保険者
対象者	65 歳以上の者	40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者
受給権者	・ 要介護者（寝たきり・痴呆） ・ 要支援者（虚弱）	左のうち、初老期痴呆、脳血管障害等の老化に起因する疾病によるもの
保険料負担	市町村が徴収	医療保険者が医療保険料として徴収し、納付金として一括して納付
賦課・徴収方法	・ 所得段階別定額保険料（低所得者の負担軽減） ・ 年金額一定額以上は年金天引 それ以外は普通徴収	・ 健保：標準報酬×介護保険料率（事業主負担あり） ・ 国保：所得割、均等割等に按分（国庫負担あり）

（出所）平成 9 年高齢者介護対策本部全国厚生関係部局長会議資料

第 2 節 現行の介護保険制度の問題点と改革案

1 現行の介護保険制度の問題点

介護保険制度はその政策過程から、保険者の在り方、被保険者の範囲、障害者福祉との関係、介護保険給付の内容、介護手当の創設をめぐる家族介護の評価の問題など、さまざまな論点があった。これらの論点は、新たな社会保険制度をスタートさせるために調整や関係者間の合意形成を図られたものもあれば、将来への課題として残されたものもあった。

介護保険制度は、施行後 5 年を目途とした法制度全般の見直しを盛り込んでおり、制度の見直しは、施行以来常に論点になってきた。本節では、「介護の社会化」を考えるなかで重要だと思われる在宅介護以外の問題点に触れていきたい。

① 被保険者の範囲

被保険者の範囲を 40 歳以下の世代にまで拡大するか否かというテーマは、今回の見直しに当たっての重要課題であり、政策過程における主要な論点のひとつであった。

被保険者の範囲を 40 歳以上と政策決定をした旧厚生省は、その理由として以下の 2 つをあげている。第 1 に、介護保険が対象とする老化に伴う介護ニーズは、高齢期のみならず、40 歳以上の中高年期においても生じる可能性があること、第 2 に、40 歳以降になると、一般的に老親の介護が必要となり、家族という立場から介護保険制度による社会的支援という利益を受ける可能性が高まること。さらに高齢者介護対策本部事務局内では、第 3 の理由として、高齢期の介護問題から年齢が離れている 20～30 歳台からは保険料徴収の理解を得ることが困難であり、保険料の未納問題につながるおそれがあるという認識があった。第 1 の理由については介護保険制度の保険給付の範囲が「加齢に伴う要介護状態（要支援状態も含む）」に限定されていることと関係している。

一方、20歳以上とする案の理由は、第1に、社会全体で支えるという観点からは、なるべく若い世代まで拡大することが適当であること。第2に、被保険者の範囲を拡大することにより、1人あたりの保険料負担が軽減すること。第3に、本来、介護サービスの必要性は年齢を問わないものであること、といった理由があった。第1の理由については、介護保険制度として20歳という年齢にどのような意味があるのか、保険制度として適当なのか、という問題が出てくる。第3の理由については、「加齢に伴う要介護状態（要支援状態も含む）」という限定を付けることにより、これ以外の要介護状態（要支援状態も含む）についてはそもそも対象外としてしまった。

第2の理由については、現行の制度のままだと、20歳～40歳未満の者に保険給付がないまま保険料負担を求めることとなる。

この保険給付がないまま保険料負担を求めることは、保険料未納・滞納の問題が起こる可能性が出てくる。しかし、第2号被保険者は保険料負担があるに関わらず、保険給付の適用範囲を、特定疾病に起因する要介護状態（要支援状態も含む）に限定されている。この問題は、現役世代から高齢世代へという一方通行の負担と捉えられ、現役世代の負担感や不満につながる恐れがあるとされる。

② 若年障害者の介護保険適用問題

今回の見直しにあたって、最大の課題のひとつが若年障害者（65歳未満の者）に対する介護保険の適用問題である。この問題は、関係者間の認識の違いや、サービス類型の確立の困難、現行施策との調整、などの問題で結論が先延ばしとなっていた。

しかし、介護保険法の制定以後、障害者福祉において大きな変化があった。支援費制度の導入である。介護保険制度の成立等を契機に、社会福祉制度全般を見直す社会福祉基礎構造改革の検討が進められ、2000年4月に社会福祉事業法をはじめ身体障害者福祉法、知的障害者福祉法等の一部改正が行われた。これにより、2003年度から、障害者福祉分野において、措置制度に代わり支援費制度というサービス利用制度が導入されることとなった。

厚生労働省は、支援費制度を「ノーマライゼーションの理念を実現するため、これまで、行政が「行政処分」として障害者サービスを決定してきた「措置制度」を改め、障害者がサービスを選択し、サービスの利用者とサービスを提供する施設・事業者とが対等の関係に立って、契約に基づきサービスを利用するという新たな制度（「支援費制度」）とするものである。支援費制度の下では、障害者がサービスを選択することができ、障害者の自己決定が尊重されるとともに、利用者と施設・事業者が直接かつ対等の関係に立つことにより、利用者本位のサービスが提供されるようになることが期待される。」と位置づけている。

支援費制度は社会保険方式ではないが、利用者本位の考え方や、サービス利用者とサービス提供機関との間の契約関係を前提とすることなど、介護保険制度の理念と類似している点が多い。支援費制度は、介護保険制度とは別の制度としてスタートしているが、両者の関係をどのように整理することが障害者福祉にとって望ましいのか、ということが課題として出てくるであろう。

③ 介護サービスの質の向上と介護予防の充実

この問題に対して、増田雅暢は次のような問題提起をしている。「介護保険制度は、介護サービスの一般化や利用拡大を通じて、サービスの質の向上に対する関心を高めることに貢献した。政策面においても介護サービスの質の向上にむけた取り組みが講じられた。たとえば、痴呆介護の充実、身体介護ゼロ作戦の推進、介護サービスの評価の検討、特別養護老人ホームの全室個室・ユニットケアの推進、ケアマネジメントの質の向上(注11)といった施策が講じられた。し

かしながら、法制面からみると、こうしたサービスの質の向上に関する取り組みの根拠となる規定はなく、法制度の運用の一環として行われている。(中略) 介護保険法は、法律上の構成・内容としてはこれまでの社会保険各法のものを引き継いでいるが、法制度の全般的な見直しの機会に、社会福祉法の規定に見られるようなサービスの質の向上に関する事業者の責務、利用者の利益の保護、苦情解決の仕組み等について、法律上の規定を明確にすることが望ましいものと考えられる(注12)。」

これは介護保険法が、社会保険関係の法律であり、先行する国民健康保険法や健康保険法の構成を参考にして作成されたことに関係する。保険給付の手続きや内容、財源負担、保険料の賦課・徴収等の規定は詳細である一方、サービス内容やサービスの提供・利用の当事者に関する事項に関する法律上の規定が少ないことが影響している。

介護予防については現在、介護予防事業として、転倒骨折予防教室、痴呆予防・介護事業といった事業が展開している。要介護状態にならないようにする介護予防や、要介護状態の程度を改善するための事業が重要であり、それは高齢者本人や家族にとって望ましいことであるし、保険財政にとっても望ましいことである。介護保険制度では、要介護者に対する保険給付の名称は「介護給付」であるが、要支援者に対する保険給付の名称は「予防給付」である。したがって、要支援者に対するケアプラン作成にあたっては介護予防という視点が重要である。さらに、増田雅暢は施設サービスにおける介護報酬の中に、要介護度が改善した場合にそれを評価する仕組みを組み込む工夫が必要であろうとしている。

④ 低所得者対策

介護保険の総費用はサービス利用の拡大に伴い、増加している。それに伴い、被保険者の保険料負担は増大していく。第1号被保険者の保険料は全国平均ベースで2000～2002年度の3年間の月額2,911円と比較して、2003～2005年度の3年間は月額3,293円(+13.1%)に増加している(注13)。利用者負担も1割負担であるが、在宅サービス利用の場合にはサービス量に比例して利用者負担額の総額も増額する。高齢者の場合、収入の多くを公的年金に依存していることから、低年金額となっている人、あるいは無年金者のような低所得者にとっては、保険料負担や利用者負担を重く感じるであろう。

制度上の低所得者対策としては、保険料負担面では、第1号保険料における所得段階別定額保険料制、利用者負担面では低所得者に対する高齢介護サービス費水準の定額設定や介護保険施設におけるにおける食費負担の軽減等がある。また、生活保護制度において介護扶助制度が創設されている。制度当初からの仕組みに加えて、地方自治体が独自に保険料減免制度を設けたり、社会福祉法人による利用料の減免等の措置も行われている。

しかしながら、一方で収入が少なく、保険料負担や利用料負担が困難である高齢者が存在することも事実である。

⑤ 地域格差

介護保険制度の地域格差として、まず考えられるのは、保険料に関する格差である。保険料は要介護認定者の人数やサービス供給力について、市町村が実施する実態調査をもとに、市町村が独自に金額を算出する。つまり、高齢者人口の多い地域、介護保険施設を数多く建設した地域、独自の介護サービスを行い地域のサービス基準が高い地域等では、それだけ保険料は上がるということになる。

また逆に、市町村の介護サービスを受ける際の格差もある。介護保険は要介護認定を受けると支給限度基準額という、どの程度まで介護サービスを受けることができるか、給付限度を金額で示したものが決定される。例えば、要介護度5の人の支給限度基準額は、月額35万8300

円であり、これを超えたサービスを利用しようとするれば、全額自己負担となる。したがって、支給限度基準額の範囲内でいかに効率よくサービスを利用するかが、ケアプラン策定の大きなポイントであり、介護を必要とする高齢者にとって支給限度基準額は、文字どおり介護保険制度の基準になるのである。この支給限度基準額について地域格差があるのだ。厚生労働省が定めた支給限度基準額は、必ず満たされなくてはならない最低基準だが、市町村によっては必要量を提供できないところがあるからである。介護保険制度ではこの点を、基準を満たすまでの一定期間だけ、支給限度基準額を下回る額を、市町村独自の基準にすることができるようになっている。この減額には、もちろん下限額が設定されており、支給限度基準額の2分の1としている。しかし、もとなる金額が何十万円単位であり、こうした市町村に居住する高齢者にとっては、深刻な問題だといえるだろう。地域格差は、その他にも、要介護認定の際に要介護度に差がでること等が指摘されている。

中井清美は、介護保険制度が全国一律のものにならず、市町村によって大きな地域格差が生じる要因として、次のような事柄をあげている。市町村の財政事情、高齢者人口や住民の意識といった地域性、市町村の介護サービスの取り組み等である(注14)。

簡単に介護保険制度の地域格差を言うと、介護保険制度に積極的な市町村に住んでいる人と、消極的な市町村に住んでいる人とは、同じだけの介護サービスを必要としていたとしても、受けられるサービスがまったく違うということである。

⑥ 介護認定基準

要介護・要支援認定は、申請のあった被保険者が介護保険の給付を受ける要件を満たしているかどうか、またどの程度の介護や支援を必要としているかを認定するものであり、「全国一律の客観的な基準」を用いて保険者である市町村が行う。認定は、訪問調査の結果と主治医(かかりつけの医者)の意見に基づいて、市町村が設ける介護認定審査会(保険・医療・福祉に関する学識経験者の合議体)で行われるのだが、訪問調査結果のコンピュータによる一次判定についてのさまざまな疑問が各地で出され、特に痴呆性老人の認定結果が低く出すぎるといって指摘が多い。その他、介護認定審査会による二次判定方式の改善など、認定方法について一層の改善が必要とされている。

以上6つの問題点を簡単に見てきたが、この他にも、社会保険方式の意義、施設体系の見直し、年金制度や医療保険制度も含めた社会保障制度全体の統合の問題等、介護保険制度が抱える問題点はさまざまな分野に広がる。

2 介護保険制度の見直しに関する意見

社会保障審議会介護保険部会は2004年7月に『介護保険制度の見直しに関する意見』を報告した。これは、介護保険法附則第2条の規定を踏まえ、介護保険制度全般に関して検討を行うため、2003年5月以来16回にわたって審議を行ってきたものである。

この『介護保険制度の見直しに関する意見』は、(i)制度見直しの基本的な考え方、(ii)制度見直しの具体的内容、(iii)被保険者・受給者の範囲について、の3つから成り立っている。

(i)制度見直しの基本的な考え方では、以下の3つの論点を中心に、制度見直しの方向性について検討を行っている。3つの論点とは、制度創設時の「基本理念」を踏まえた4年間の施行状況の検証、「将来展望」に基づく新たな課題への対応、被保険者・受給者の範囲など「制度創設時からの課題」についての検討、の3つである。これらの論点を検討するに際して、基本的

視点として、(1) 制度の「持続可能性」、(2) 「明るく活力ある超高齢社会の」の構築、(3) 社会保障の総合化、をあげている。これら 3 つの基本的視点には、給付の効率化・重点化、予防重視型システムへの転換、経済活性化等が含まれている。

4 年間の施行状況を検証し明らかになった課題として、サービスの質の向上、在宅支援の強化、利用者負担の見直し、地方分権の推進等をあげ、今後の新たな課題としては、高齢者人口増大に伴う予防モデルの確立、痴呆ケアへ重点の移行、地域ケア体制の整備等を考えている。

(ii) 制度見直しの具体的内容では、(i)での基本的な考え方を踏まえ、給付の効率化・重点化、新たなサービス体系の確立、サービスの質の確保・向上、負担の在り方を見直し、制度運営の見直しの 5 つの観点について、具体的内容に触れている。また、制度見直しにおいては、準備期間や実行方法・プロセスの違いから大きく 2 つの項目に区別して、施行スケジュールを検討する必要があるとしている。2 つの項目とは、地域の基盤や実施体制の整備に一定の準備期間を要する項目と、サービスの適正化や保険財政の健全化の観点からできる限り速やかに実施すべき項目の 2 つである。

(iii) 被保険者・受給者の範囲については、問題の所在を、対象年齢を引き下げるかどうかに関し、介護保険制度との関わり、障害者施策との関わりへの影響を論じている。またこの問題は積極的な考えと慎重な考えに分かれ、一定の結論を得るには至らなかったため、今後も議論を進めていくことになった。

ただ、こうした見直しの意見も、まだまだ問題の一面でしかなく、国民的な議論をさらに深めることが重要だと感じる。特に被保険者・受給者の問題は高齢者だけの問題ではなく、20～65 歳未満の若年世代にも関わる大きな問題である。また介護保険制度が、年金制度や医療保障制度をも含めた社会保障制度全体の統合の問題を含んでいる以上、これまで以上の議論や啓発活動が重要になってくると考える。

第 3 節 介護保険制度下での在宅介護の問題点

1 施設介護サービス利用の増加

介護保険制度は、従来の老人福祉施策ではなかなか進展しなかった在宅介護を充実させることを目標としている。介護保険法第 2 条第 4 項「保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように配慮されなくてはならない」と規定されており、「在宅介護の重視」は介護保険制度の基本的目標のひとつである。

しかし、実際は、措置制度時代よりも介護保険制度下の方が、施設への入所待ちの高齢者の数が増えている。なぜ、介護保険制度の導入が施設入所希望に拍車をかけてしまったのだろうか。その理由としては、①施設入所の手続きが簡便になったこと、②施設と在宅の費用負担にアンバランスがあり、③在宅における家族の介護負担が重いこと、④在宅生活を支える仕組みが不十分であること、があげられる。厚生労働省は施設と在宅の費用負担のアンバランス(注 15)を施設志向の理由とし、在宅と施設の利用者負担の不均衡の是正、在宅支援体制の強化(重度者の対応、介護と医療の連携等)、施設入所者の対象の重点化を課題としてあげている。

また高齢者医療においては「保険・医療・福祉の連携と統合」がキーワードとなり、介護保険制度においても基本的目標となっている。二木立は、わが国の高齢者は医療への依存心が高

いため、医療・福祉サービスを一体的に提供する動きは、介護保険の主たる給付対象となっている要介護者の多くがすでに医療機関の管理を受けているわが国において、施設介護サービス利用の大きな後押しになるであろうとしている(注16)。

2 家族介護の評価

現行の介護保険制度下では、在宅介護は1日の多くを家族等の介護者が介護を行うことが依然として多い。これは、介護保険制度による介護サービスの利用が拡大しても、家族介護者の介護時間や介護負担を減少させていないことを示している。この問題の解決は在宅介護を推進させる大きな契機になりうるだろう。筆者は第4節で論じるように、介護手当等の支給を通じて家族等の介護者による介護労働を社会的に認めることによって、在宅介護を支援する方法が適当ではないかと考える。このことは、ひいては「介護の社会化」にも大きく寄与するであろう。

第4節 在宅介護への提言

1 介護手当の制度化

日本とドイツの介護保険制度を比較すると、一見似ているようであるが、具体的な内容を見ると差異が多い。もっとも大きな相違のひとつが、保険給付の中の介護手当の有無である。ドイツでは介護手当は介護保険給付として導入され、導入後も主要な保険給付として積極的に利用されている。

一般に介護手当というと、高齢者などが、病気や事故等の原因で寝たきりの状態や痴呆症状になって在宅で介護を受ける場合に、要介護者本人か家族に対して行政機関から支給される現金、と定義される。しかし、一口に介護手当といっても、その意義、目的、給付水準、給付方法等いろいろなバリエーションがある。

増田雅暢は介護手当は、誰に給付するか、どのような目的で給付するのかということによって、制度設計に大きな違いが生じるとしている(注17)。

図表3を参照しながら、こうした点について見ていきたい。まず、誰に給付するのかという受給対象者であるが、要介護者自身に給付する場合と、介護者に給付する場合とに分かれる。受給対象者の違いによって介護手当の目的も異なってくる。

このように受給対象者と目的を区別してみると、介護手当の支給水準についても高低の目安がつく。水準が低く設定されそうなものとしては、①要介護本人への慰謝・激励及び⑤介護者に対する慰労・激励だろう。逆に最も高い水準となりそうなのが、⑧介護に伴う逸失利益(機会費用)の補填である。

このように介護手当の設計について、受給対象者、目的、給付水準について検討していくと、現金給付によくある「ばらまき福祉」といった批判には、制度の仕組みさえ工夫すれば、防止することは十分可能である。

実際に介護費用に使われず、遊興費に使われるのではないかと、といった疑問にも、介護手当を家族等の介護労働に対する対価として位置づけるならば、通常の所得同様、多様な使い道があって当然であると答えることが可能である。

介護手当は他にも、①保険給付の選択の幅が広がる、②家族や友人・知人、地域のボランテ

ィアといった、日頃からよく知った介護者といった点で、利用者に安心感をもたらすこと、③現在、介護保険料の負担は生じているのに、「家族介護者がいるので介護サービスは不要」等の理由で介護サービスを利用していない被保険者の社会保険制度に対する共同連帯の意識の強化、④「無償労働」として位置づけられていた家庭内労働を社会的に評価すること、⑤介護手当支給額が、新たな物品の購入等を通じて社会全体の財の生産活動に寄与することになる、⑥何よりも在宅生活を支える大きな手段になること等に大きく寄与すること、などの意義がある。

こうした介護手当の制度化により、介護保険は、一定の要件に該当すれば誰でも保険給付を利用できるという、さらに身近な社会保険制度になる。

図表3 介護手当の種類

受給対象者	要介護者（介護を受ける人）				介護者			
目的	①要介護者本人への感謝・激励	②保険給付以外の介護費用の補填	③自らの裁量に基づく介護サービスの利用	④施設・在宅サービスの受給者との均衡	⑤介護者に対する慰労・激励	⑥保険給付以外の介護費用の補填	⑦介護労働に対する対価	⑧介護に伴う逸失利益（機会費用）の補填
考え方	要介護状態になったことによる本人の精神的負担を軽減し、激励する	おむつの購入代等、保険給付以外の介護費用に対して援助する	自ら家族・知人等をヘルパーとして選択し、介護サービスを受ける場合にヘルパーに支払う報酬	外部サービスを利用せずに介護者から介護サービスを受けていることから施設・在宅サービスの受給者との均衡を図る	公的に慰労することによって、介護者の精神的負担を軽減し、介護者を奨励する	おむつの購入代等、保険給付以外の介護費用に対して援助する	介護者による無償労働を外部サービスと同様に労働として評価し、報酬を支払う	介護者が介護労働に従事することによって、退職・休職等をした場合に失われた経済的損使途を補填する
支給額の水準	一定額（低額）	購入費等の一部	現物給付による支給水準との見合い	保険給付の場合の相当額	一定額（低額）	購入費等の一部	訪問介護報酬との見合い	介護者の逸失利益
具体例	地方単独事業による介護手当		ドイツ介護保険制度における介護手当 フランスの公的介護給付（PSD）	ドイツ介護保険制度における介護手当	地方単独事業による介護手当 2001年度から実施されている家族介護慰労金		スウェーデンの有給家庭内介護者給付や市（コミュニティ）介護手当	スウェーデンの近親者介護手当

（出所）『介護保険見直しの争点－政策過程からみえる今後の課題－』P.162.

2 介護手当の例

すでに介護手当を制度化しているドイツ、スウェーデンではどのような形で行われているのか、具体的に見ていきたい。

要介護者に対する介護手当では、ドイツの介護保険制度における介護手当がある。ドイツにおける介護保険制度は1994年に介護保険法が制定され、段階的に施行されてきた。95年から在宅給付に関して保険料の徴収が開始され、95年から在宅介護関係、96年から施設介護関係の保険給付が開始された。

介護保険法の一般原則には、保険給付に関する自己決定と自己責任の原則、在宅介護優先の原則、予防・リハビリテーション優先の原則、介護保障の責任に関する連邦・州、保険者、介護提供事業者の共同責任原則、およびそれぞれの個別責任がある。介護提供事業者にはさらに、その多様性の確保のため自主性・独立性を保障されており、介護サービスの提供に関しては民間経営者が優先し、公共経営主体は補助的役割を担うものとされている。

要介護者の介護等級は、介護等級Ⅰ（かなりの要介護者）、介護等級Ⅱ（重度要介護者）、介護等級Ⅲ（最重度要介護者）の3つである。介護保険では、在宅介護の場合の給付を最優先し、つぎにデイケアやショートステイなどの部分的な施設介護、最後に入所介護施設での介護を位置づけている。在宅介護の場合の基本的な保険給付は、介護等級Ⅰが月額750マルクまでのサービスの現物給付（基本介護と家事援助）または月額400マルクまでの現金給付、介護等級Ⅱが月額1,800マルクまでの現物給付または月額800マルクまでの現金給付、介護等級Ⅲが月額2,800マルクまで（終末介護のように、要介護状態が特に厳しい状況にあるときは、3,750マルクまで）の現物給付または1,300マルクまでの現金給付である。要介護者は、現物給付と現金給付を組み合わせることもでき、たとえば、現物給付の6割を使い、現金給付のなかの4割分の額が支給されるといった具合である。その他に、介護補助器具（消耗品・消耗品以外）や1改造につき5,000マルクまでの住宅改造補助の請求することができる。また、在宅介護では十分な介護が保障されない場合には、介護等級に応じた、部分施設介護（デイケアやショートステイなど）が請求できる。

介護者に対する給付としても、法定年金保険の保険料の軽減、介護家族やボランティアに対しての法定災害保険の保護がある。また、介護に従事していた者が所得活動に戻ろうとする場合には、扶養手当を受けながら全日制の職業教育を受けたり、公的な職業紹介・斡旋をうけたりすることができる。これらは、家族やボランティアの無償の介護が、有償労働と同様の社会的価値を有するものと評価されたものであり、ドイツで最も評価された点でもある。

介護者に対する介護手当はスウェーデンにおいても制度化されている。近親者介護手当・有給休暇制度、家族ヘルパー等がある。近親者介護手当は、死のリスクのともなう重病人の介護にあたる家族ならびに友人などの近親者に、1人の病人につき最高60日間給付され（病人、介護人ともに国民保険加入者でなければならない）、数人が順番に介護することが可能である。1人の介護者の年間給付は45日間で、介護の場所は家庭に限らず、国内であれば病院などの施設でも受けられる。

スウェーデンではコミューンという、日本の市町村に相当する地方自治体が全国に288ある。平均的なコミューンの人口は、約3万人である。最も大きなコミューンはストックホルムで人口約80万人で、規模の大きさからさらに24の自治区に分かれている。コミューンが担当する主な事業は、社会福祉サービス、学校教育（基礎学校・高等学校）、成人教育、居住環境の維持・整備（住宅供給、環境規制、土地利用計画、電気・暖房の供給、上下水道、ゴミ処理、地域交通、その他）と地方労働市場対策である。家族などが高齢者を介護する場合、このコミューンから介護手当を貰うか、家族ヘルパーとしてコミューンに認定・雇用され、その労働に応じて報酬を受けることができる。

こうしたスウェーデンの制度の背景には、高齢者の人格尊重、自己決定がある。同じ介護保険制度でもドイツ、日本とは、また違ったものである。自分の住み慣れた地域でできる限り長く住み続けるための援助、ノーマライゼーションが高齢者行政の原則として考えられていることも影響していると考えられる。

ドイツ、スウェーデンの他の例には、フランスの介護特別給付制度（PSD）があげられる。この制度は1998年に施行された60歳以上の要介護者（重度のみを対象）の介護費用に関し、給付を行う制度である。2002年には高齢者自助給付制度（APA）が施行され、中程度の要介護者も支給対象とすること、所得による給付制限の撤廃（ただし、所得に応じた自己負担（0～80%）あり）、といった点が介護特別給付制度（PSD）と比較し、改善されている。

3 施設介護との関係

在宅介護を考える上で重要なことに施設介護との関係もある。ただ単に、施設をなくせばよいというものではない。介護保険制度の掲げた在宅の推進という目標は、施設よりも在宅の方が満足度が高いという視点であったが、在宅における家族介護には、介護が担えなくなった時に施設という選択肢があることという安心感も必要である。佐藤義夫は、そうした安心感をつくり出すためにも、どこまで在宅でどこからが施設といった線引きが必要であるとし、在宅介護と施設介護の問題は、施設か在宅かの二者択一の問題ではなく、相互補完的なシステムという点から考えなくてはならないとしている。あまりに強い在宅志向は、かえって施設か在宅かという二元論になり、介護システムを硬直化させる可能性があるという(注18)。

また、坂本忠次は、「介護の社会化」のためには、施設サービスへの移行や居宅サービスの利用の推進という方策だけでは不十分であると指摘している。そのための介護プロセスとして、「施設入所は家族や地域生活との終焉を意味するものではなく、施設は、家族介護等の在宅介護や地域資源を、日常的に活用していくべきである。(中略)施設自体も施設入居者も地域を構成する一員であることを介護サービスの提供の中で真剣に考えていくことが求められている(注19)」としている。

介護保険の施設としては3つあり、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設(注20)である。この3つの施設体系のあり方も見直しのテーマになっており、法律附則では第4条の規定により、事業者及び施設に関する規定の見直しは「施行後10年が経過した場合」とされている。増田雅暢は、施設の機能分担の明確化や今後の機能強化のための方策等の検討が必要であるとして、介護保険3施設については、将来的に、日常生活を送りつつ身体介護サービスを受ける生活介護型と、医療的な対応が多い身体介護サービスが中心である医療型に2分することが適当であるとしている。例えば、老人保険施設に対しては在宅復帰のためのリハビリテーションの強化、死亡退所が多い特別養護老人ホームには終末ケア体制の確立、などを提案している(注21)。

以上のような、施設サービスと在宅サービスとの、係わり方の考えや方策は「介護の社会化」を考えていくなかで非常に重要なことだと思われる。

結 論

1 ノーマライゼーションという考え方

「介護の社会化」とは、介護を社会的に支えることである。とくに家族介護力を予定しないですむ在宅介護サービスの量の充足を中心とした社会的介護の拡充や介護家族の生活への理解や共感、自立した生活が重視されている。具体的には、バリアフリー住宅等の住環境整備、介

護機器の開発と普及、介護手当・介護休業制度等の労働、経済保障、専門的マンパワーの確保、社会的サービスへのアクセス、などがあげられる。以上のような介護に関する意識や社会的変革が必要になってくるのだが、こうした意識、社会的変革への啓発の方法としてノーマライゼーションという考え方があると筆者は考える。

ノーマライゼーションの概念は、1959年のデンマークの精神遅滞法で「精神遅滞者の生活を可能なかぎり通常の生活に近づけるようにする」ことであるとした定義に始まったものである。その後、この思想の提唱者の一人であるN・E・バンクミッケルセンによって「精神遅滞者の住居、教育、仕事、そして余暇の条件を通常にすること」といったような具体的な定義がなされた。このように、もともと知的障害者の運動から始まったものであるが、その後1981年の国際障害者年を契機に、福祉政策の理念として普遍化し、世界的に普及した。その理念とは、いかなる人も一人の人間として人格が尊重され、一般の人々と対等で主体的な生活と参加を地域社会のなかで保障しようとする人権・平等思想の一つで、より実践的な理念でもある。

ノーマライゼーションの目的は、誰もが共に生きる社会を実現しようとすることであり、高齢者福祉の場合、年をとったからといって、介護が必要になったからといって、社会のなかで役割を失うことなく生きていくことであると考え。日本は2020年頃、世界で最も高齢化が進んだ国になるだろうと予想されており、日本の高齢化への対応に世界中の注目が集まることになるであろう。こうした社会の情勢にあわせノーマライゼーションを進めていかなくてはならないと考えられる。

2 「介護の社会化」とは

今後、さらに少子高齢化が進むことによって、要介護者の人数が増え、介護者の人数が減ることは明らかである。昔のように家族だけによる介護には限界がある。高齢化による終わりの見えない介護の長期化、そして重度化が介護者の心身の疲労やストレスとなり家族介護の限界を超えて大きな問題となっている。こうした問題に対処するため、各家庭にあった介護の形を見つける必要がある。そのためには、「介護の社会化」という概念が重要である。家族のみでみきれなくなった要介護者を社会全体で、協力してみていく体制が必要となる。介護保険制度は、こうした動きの中、公的サービスを利用することによって、より質の高い介護につなげるための制度である。

高齢者の多くが住み慣れた地域で家族とともに生活を送りたいと思っているが、さまざまな事情で在宅介護を受けることが困難である場合が存在する。在宅介護への介護手当の支給は、日本においては、現金給付は女性を介護に縛りつける、公的介護サービスの普及を阻害するといった情動的にもみられる理由から見送られた。しかし、筆者は、上記に論じたように、在宅介護における現金給付を含む介護手当の制度化は必要であると考え。重要なのは、多様化する高齢者の状況に介護サービスも多様化してくことであると考えからだ。

現金給付が導入されれば介護保険料が値上がりし、国民の支持は得られず、保険料未納者が激増するといった見方もある。しかし、それは家族介護が限界を超えたためにできた、社会全体で介護を担う介護保険制度の理念を放棄した捉え方ではないのか。介護保険制度とは「誰が介護を担うのか」という基本的な問いかけに、家族ではなく社会全体で、と答えたものではないだろうか。家族による介護は、介護保険制度を利用しても軽減されるというぐらいが実態に近い。家族による介護は、まだどうしても必要なのだが、家族の身体的、精神的負担を、地域での助け合いやボランティア活動など社会全体で支えてはいけなだろうか。介護者が介護に疲

れたら、誰にはばかることなく休養がとれる。後ろめたさを感じずに、ショートステイなどを利用する。こういった価値観や制度が社会になじむことになれば、介護の負担ゆえの無理心中や介護者による虐待などは減少するであろう。

しかし、まだ「介護の社会化」に信条面で反対という人々はある。そこでは、高齢者の介護を社会で支えるよりも、「子が親をみる」という美風を重視した考え方が存在している。子が親のめんどうをみることは、もちろん美しいことであるが、それだけが美しいことではない。現在の家族のかたちは多様なものであり、家族をつくらない生き方もあれば、家族と暮らさないことを選択する場合もある。人それぞれが選んだ暮らし方を、認めなくてはならないはずだ。子が親をみる場合においても、岡本祐三は「自らの生存が、子どもの生活や自己実現の犠牲のうえに成り立つ状態とは、人間の「尊厳」あるいは「誇り」とはほど遠いものではないだろうか(注 22)」としている。「子が親をみる」美風だけでなく、自立した高齢者を支え、それぞれが自立した生活を営むべきである。そのための理念として「介護の社会化」が必要なのである。

現在は、本格的な少子高齢社会への過渡期にしかすぎない。家族介護の存在しない時代はやって来るのである。いやおうなく自立意識を求められるのだ。心身の状態が生活の障害になろうとも、どういう生活を選ぶかの意思決定はできる。その意思決定を実現するために、必要なサービスを利用するのが「介護の社会化」なのである。こうした自立による社会参加の可能性は、これからの高齢社会における一つの「豊かさ」のモデルとして示すことができるのではなかろうか。

注

(注 1) 社会保険方式...被保険者の加入を強制とし(強制加入原則)、保険料は所得比例拠出が一般的であり(応能負担)、使用者にも負担させること(労使折半負担が原則)、給付を受ける条件として一定期間以上の保険料拠出を行うこと(給付対反対給付の原則)などである。

(注 2) 措置制度...行政機関である市町村が、措置権者として、公費(租税)を財源にして、法に基づく要件に該当すると判断する人を対象に、必要な福祉サービスの内容を決定し、提供するという行政処分としての措置を行う仕組み。

(注 3) 介護保険事業状況報告(平成 16 年 1 月暫定版)によると、在宅サービスの利用者は 221.1 万人(利用者全体の約 58.7%)、施設サービスの利用者は 73.4 万人(同約 19.5%)であるが介護給付費では、在宅サービスは 1,978 億円(47%)であるのに対し、施設サービスは 2,223 億円(53%)となっている。

(注 4) 総務省統計局によれば、2003 年 10 月 1 日現在では、高齢化率 19.0%、65 歳以上人口 2,431 万人となっている。

(注 5) 「老老介護」...高齢者が高齢者を介護すること。

「遠距離介護」...仕事などのために都会に住む子供が、郷里にいる親の介護のために、飛行機や電車、車を使いながら定期的に通いながら介護を行うこと。

「介護放棄」...介護者である家族がストレスや精神的・経済的負担から、要介護者

の介護を放棄すること。

「介護虐待」...介護者である家族がストレスや精神的・経済的負担から、要介護者に虐待行為を行うこと。

「介護離婚」...誰が介護をするかをめぐって家族や夫婦関係に溝が生じることが原因の離婚。

(注6) 社会保障構造改革...社会保障は国民生活の安定に不可欠の役割、少子・高齢化の進展に伴い社会保障費用の増大は不可避との見解から、今後の社会保障についての国民の不安を解消し、成熟した社会・経済にふさわしい社会保障とするために必要。高齢化のピーク時において国民負担率50%以下という目標を踏まえ、社会保障制度を再編成するために推進されている。

厚生労働省ホームページ「社会保障構造改革について」<http://www.mhlw.go.jp/index.html>

(注7) 増田 [2003], P.89-93.

(注8) 第1号被保険者...65歳以上の者

第2号被保険者...40歳以上65歳未満の医療保険加入者

(注9) 対象となる老齢退職年金給付はすべての国民が共通して受ける老齢基礎年金と、老齢基礎年金創設前の老齢基礎年金相当を含む旧法の老齢年金・退職年金となる。

(1) 国民年金法による老齢基礎年金(旧陸軍共済組合組合員等の特例を含む)

(2) 昭和60年改正前の各法(旧法)による次の老齢退職年金給付

①旧国民年金法の老齢年金・通算老齢年金

②旧厚生年金保険法の老齢年金・通算老齢年金・特例老齢年金

③旧船員保険法の老齢年金・通算老齢年金

④旧国家公務員等共済組合法等の退職年金・減額退職年金・通算退職年金

⑤旧農林漁業団体職員共済組合法の退職年金・減額退職年金・通算退職年金

⑥旧私立学校教職員共済組合法の退職年金・減額退職年金・通算退職年金

⑦旧地方公務員等共済組合法等の退職年金・減額退職年金・通算退職年金

(注10) 離島など指定事業者や基準該当サービスの確保が困難な地域では、これらの基準に該当しなくても市町村が必要と認めたときには、保険給付の対象とすることができる。ただし、指定事業者の場合には、利用者は現物給付(利用者は1割の利用者負担を支払うだけでサービスを利用できる仕組み)によりサービスを利用できるが、指定事業者以外の場合には、原則として償還払い(利用者はいったん費用の全額を支払い、その後費用の9割部分について保険者である市町村から費用の償還を受ける方式)で行われる。

(注11)

痴呆介護の充実

全国3ヶ所に高齢者痴呆介護研究センターを開設し、痴呆介護技術の向上のための専門研修、痴呆介護の研究等を推進。

身体介護ゼロ作戦の推進

介護保険施設等において、緊急やむを得ない場合を除き、入所者の身体を拘束すること

がないように、推進会議を開催してその対策の検討を進め、介護保険施設の運営基準に明示したほか、介護現場用の手引きの作成等。

介護サービスの評価の検討

利用者が介護サービスを選択しやすくなるようにチェックリストの作成や、痴呆性高齢者グループホームにおけるサービスの自己評価項目の参考例の取りまとめ等。

特別養護老人ホームの全室個室・ユニットケアの推進

2002年度から特別養護老人ホームの施設整備にあたって個室・ユニットケアを基本としている。

ケアマネジメントの質の向上

ケアマネジメントリーダーの養成や活動支援、ケアマネジャーの研修の充実。

(注12) 増田 [2003], P.153.

(注13) 社会保障審議会・介護保険部会『介護保険制度見直しに関する意見』より。

(注14) 中井 [2003], P.52.

(注15) 介護保険事業状況報告 2004年1月サービス分によると、在宅の利用者数は全体の223万人で75%、施設の利用者数は74万人で25%。保険給付額は、在宅1,979億円で46%、施設2,318億円で54%である。

(注16) 二木 [2000], P.39.

(注17) 増田 [2003], P.162□165.

(注18) 佐藤 [2002], P.38□43.

(注19) 坂本 [2003], P.258.

(注20) 3つの施設はそれぞれ対象者が違い、以下の様になっている。

介護老人福祉施設...常時介護が必要で生活が困難な要介護者

介護老人保健施設...病状安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリテーションや看護・介護を必要とする要介護者

介護療養型医療施設...病状が安定している長期療養患者であって、カテーテルを装着している等の常時医学的管理が必要な要介護者

(注21) 増田 [2003], P.146□149.

(注22) 岡本 [2000], P.38.

参考文献

1. 増田雅暢 [2003], 『介護保険見直しの争点—政策過程からみえる今後の課題—』, 法律文化社。
2. 坂本忠次編 [2003], 『現代社会福祉の諸問題—介護保険の現状と財政を中心に—』, 晃洋書房。
3. 二木立 [2000], 『介護保険と医療保険改革』, 勁草書房。
4. 松本圭三編 [2002], 『介護保険政策集』, 大学教育出版。
5. 佐藤義夫 [2002], 『在宅介護をどう見直すか』, 岩波書店。
6. 中井清美 [2003], 『介護保険 地域格差を考える』, 岩波書店。
7. 仲村優一編 [1998], 『世界の社会福祉1 スウェーデン・フィンランド』, 旬報社。
8. 仲村優一編 [2000], 『世界の社会福祉8 ドイツ・オランダ』, 旬報社。
9. 高島昌二 [1997], 『スウェーデンの家族・福祉・国家』, ミネルヴァ書房。
10. 高島昌二 [2001], 『スウェーデンの社会福祉』, ミネルヴァ書房。
11. 花村春樹 [1998], 『「ノーマライゼーションの父」 N. E. バンク・ミケルセン[増補改訂版]』, ミネルヴァ書房。
12. 岡本祐三 [2000], 『介護保険の教室 「自立」と「支え合い」の新秩序』, PHP 研究所。
13. 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/index.html>