Kobe University Repository : Kernel

PDF issue: 2026-11-27

介護保険と地方自治の課題　「介護給付適正化事業」の取り組みから

藤岡，秀英

(Citation)
神戸大學經濟學研究年報,51:71-96

(Issue Date)
2004

(Resource Type)
departmental bulletin paper

(Version)
Version of Record

(JaLCDOI)
https://doi.org/10.24546/00422429

(URL)
https://hdl.handle.net/20.500.14094/00422429

介護保険と地方自治の課題
「介護給付適正化事業」の取り組みから

藤岡　秀英

1．はじめに

平成12年4月に介護保険制度が実施されてから5年目を迎え，制度全体の見直しが進められている。平成16年7月30日には，社会保障制度審議会介護保険部会から『介護保険制度見直しに関する意見』（以下，『意見書』）が取りまとめられた[1)]。そこでは，まず①「基本理念」を踏まえた施行状況の検証がおこなわれ，そこから明らかになる②「将来展望」に基づく新たな課題への対応，そして，介護保険設立当初から懸案事項とされてきた③「制度創設時からの課題」という3つの論点から議論を進めている。これらを踏まえた「見直しの基本的視点」は，(1)制度の「持続可能性」，(2)「介護予防」の重要性，(3)社会保障の総合化を目指す方向で整理されている。

本稿の前半では，この『意見書』をもとにして，介護保険制度全体の現状と課題，政策の方向性について整理するとともに，『意見書』に含まれる原理的な問題点を明らかにする。主として，今回の見直しに盛り込まれた新しい制度，「新・予防給付」と「被保険者・受給者の範囲」をめぐる論点について検討する。しかし，直感的にも明らかなことだが，「新・予防給付」や「被保険者の範囲の拡大」によって，給付費用を抑制し，安定した財政運営を実現することができるとは考えにくい。

そもそも今回の介護保険の「見直し」の目的は，予想を超えるスピードでの費用増大に対処することである。しかし，費用爆発はすべての自治体で発生しているわけではない。どのような条件の下で介護給付が増大するのか，という問題は，今回の『意見書』ではまったく扱われていない。特定の条件がそろった自治体で介護需要が増大するとすれば，その条件を解明することが先決である。同時に，どのような条件を組み込めば，介護保険への過剰な依存を避けることができるかという問題を考える必要がある。

筆者は，平成15年度に兵庫県多可郡黒田庄町での「介護給付適正化事業」の取り組みにかかわることができた。本稿の後半では，そこでの調査研究の成果をもとに，介護保険制度に内在する構造的な問題とともに，地方自治体が取り組むべき課題について明らかにしたい。

1）社会保障制度審議会介護保険部会は『介護保険制度見直しに関する意見』として83ページにわたる報告書を平成16年7月30日にまとめた。本稿では，以下『意見書』と略称を用いることとする。

2.『介護保険制度見直しに関する意見』について

2．1　介護保険の施行状況

まず，①「基本理念」を踏まえた施行状況の検証では，これまでに介護サービスの供給体制がほぼ期待通りに整いつつあることが評価されている。平成12年（2000年）4月に制度がスタートしてから，平成14年度末までの3年間に，ホームヘルプサービス，デイサービス，ショートステイのいわゆる在宅三本柱が急成長（2〜3倍）しており，同時に，ケアマネジャーの養成も約30万人に達した。さらに痴呆対応型共同生活介護（痴呆性高齢者グループホーム）は，平成11年と比較して事業規模が50倍の伸びを見せていることが記されている。（ちなみに平成16年3月時点で，痴呆性高齢者グループホームは4,585箇所となり，すでに目標の3,200箇所を上回っている）。

他方，『意見書』では触れられていないが，施設ケアの整備も，ゴールドプラン21（2000年）によって急速に進められている。「介護利用型軽費老人ホーム（ケアハウス）」についてみると，平成15年3月の実績は約5万9千人分であるが，平成16年度の目標として10万5千人分への増設，「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」は36万人分まで増設が予定され，「介護老人保健施設」については，29万7千人分が整備目標となっている。

筆者は，介護保険の給付の中でも，これらの「特別養護老人ホーム」「老人保健施設」「療養型病床」といった施設介護の増加が，制度全体の費用爆発につながることを懸念してきたが，この2年余りの間に，在宅介護サービスの利用増加も著しく，介護保険全体の給付は，平成16年度では6兆1千億円を超過すると見込まれている。この額は，平成16年度一般会計予算のなかでも「文教・科学振興費」（6兆1330億円）に匹敵し，防衛関係費：約4兆9千億円を大きく超える規模であることは留意すべきである。

このような介護保険給付の急速な拡大は，保険財政全体の費用を膨張させ，平成15年度（2003年）の「保険料と介護報酬の改定」につながった。各市町村の第1号保険料（65歳以上）の全国平均は，月額2,911円から3,293円へと約13%の上昇となった。同時に，介護報酬の改定として，在宅サービスは平均で0.1%のマイナス，施設サービスについては平均4.0%のマイナス改定がおこなわれた。今回の『意見書』でも，かつての老人医療費の伸びを凌ぐ勢いで介護費用が増大することから，「制度の持続可能性」の視点が強調されている。

2．2　介護保険見直しの内容

次に，「将来展望」に基づく新たな課題の分析を見てみよう。『意見書』で示されている，介護保障に関わる将来展望はけっして明るいものではない。「2015年の高齢者像」として，①65歳以上人口は2005年から10年間は30%増というスピードで増加する。②高齢者の独居世

帯が570万世帯になる。③痴呆性高齢者は250万人になる，という。そして，介護サービスの供給体制の整備には，これらの予測をもとに新しい視点から取り組む必要があるだけでなく，人材育成をはじめサービス体制の整備は長い期間を要するので，急いでこれに取り掛かる必要があるとされている。とくにサービス内容の見直しには，「独居高齢者」，「痴呆性高齢者」を念頭におくことが必要であるという。

「後期高齢者」「独居高齢者」「痴呆性高齢者」の増加を踏まえた，具体的な見直しの要点を整理すると次のようになる。まず，①制度全体を「予防重視型システム」へと転換すること，そのために「新・予防給付」を介護保険に設けること。次に，②「痴呆ケア」に軸足をおいて，「痴呆高齢者の多様なニーズに対応した『小規模でかつ多機能なサービス』が，小学校区や中学校区といった『生活圏域』の中で提供されるようにしていくこと」[2)]。さらに，③独居高齢者にとっては身近なところでの「地域ケア」が重要であり，そこでは介護ニーズだけではなく，それ以外の様々な生活支援ニーズに対応した「包括的ケア」と，最終的にターミナルケアにいたるまでの「継続的なケア」が提供される必要がある，となっている。

そして，「介護予防」「痴呆ケア」「包括的ケア」，これら3つの柱を結びつけるものして，新たな中核機関「地域包括支援センター（仮称）」の創設が必要であるという[3)]。その権能や配置のあり方は今後の検討課題とされているが，介護予防や痴呆ケア，ターミナルケアまでをコントロールする権能をもつ専門家としては，医師や看護師，リハビリテーションの専門家が念頭に浮かぶ。医療関係者との連携の重要性については，「医療と介護をめぐる課題」のなかでも，地域における医療と介護の包括的・継続的なケアマネジメントの必要性として強調されている[4)]。また，今後の「施設サービスのあり方」でも，入所者の「重度化への対応」，「ターミナルケア」を含めて，主治医との継続的な関わりをはじめ，医療との連携強化の重要性が唱えられている。筆者はかねてから介護保険制度の創設そのものが，医療保険の費用爆発に起因していること，医療関係者の新しい財源として介護保険が設けられた経緯に根本的な問題があると議論してきた[5)]。今回の「見直し」からも，医療関係者が介護保障システム全体の動向を左右しようとしている方向性がわかる。

2．3 「新・予防給付」の問題点

制度見直しの具体的内容のなかでも，「新・予防給付」の創設については，新しい給付制度を設けることになると同時に，保険財政全体への影響が大きいので慎重な論議が必要と思われる。『意見書』では，老人保健事業による介護予防の取り組みと介護保険事業を「一元

2）『意見書』，p.24より引用。
3）『意見書』，p.53を参照。
4）『意見書』，p.46を参照。
5）拙稿（2002）「介護保障システムの課題」『国民経済雑誌』第185巻第1号，pp.37-53を参照のこと。

化」していくことが必要との見地から「新・介護予防」の構想をまとめている。しかし，そもそも介護保険は，介護というリスクが具体的に発生した場合，つまり要介護状態になった場合にサービス給付をおこなう制度である。それに対して，要介護状態になる以前に「予防給付」をおこなうことは，制度そのものの主旨に反することになるのではないだろうか。

『意見書』では，予防給付の対象者として，基本的に介護認定によって「要支援」「要介護度1」の判定を受けた者が該当するとされている。さらに介護予防の対象者としてふさわしいかどうかを判定するため，適切なスクリーニングを要介護認定と一体的におこなうことが示されている。そして，軽度の要介護者に対して，従来の介護サービスや家事援助だけではなく，リハビリテーションを中心とした新しいメニューを設けて健康状態の改善をはかる。これによって，要介護者の重度化を防ぎ，保険財政全体の費用爆発を制御する仕組みを設けることが目的であるという。

「介護予防」のためには「何が必要なのか」という問題は，本稿にとっても大変重要なテーマである。介護保険の費用爆発を食い止めるためには，要介護状態になることを未然に防ぐ努力が不可欠である。だが，そのために「介護予防」そのものを介護保険の給付に位置づけることには問題がある。

第1に，「何が介護予防に有効か」ということは，それぞれの個人によって異なる課題である。「筋力向上トレーニング，転倒骨折予防，低栄養予防，口腔ケア，痴呆症状の進行や閉じこもりの予防，フットケアなど」をはじめ，介護予防に結びつく配慮は無数にある[6)]。介護予防のメニューとして，どのようなサービスが該当し，逆にどのサービスが給付対象とならないのか。その具体的なサービス内容は「科学的に検証されたものでなければならない」とされているが，医療関係者がその決定権をもつことはまちがいないだろう。しかし，介護予防や要介護状態からの回復にとってもっとも大切なことは，本人の生き方と心構えであり，それに加えて，健康に楽しく生活することの意味を家族や友人と共感できることこそが，本人の努力を支えているのではないだろうか。

第2に，「予防給付」の創設は，当然，給付費用の増大につながることが予想される。これを受けて，『意見書』では保険給付に際しての本人負担の割合（現行1割負担）を引き上げることや，「施設給付の見直し」「保険料負担等の見直し」等を通じた「保険財政の健全化」を課題としている。しかし，そもそも予防給付によって増大する費用に対して，実際に要介護度の悪化を防ぐことがどれだけできたかという評価は不可能である。予防給付によって節約される介護費用を算定できない以上，介護保険の財政をその内部からコントロールすることは不可能である。したがって，「予防給付」は，保険財政の増大を制御するどころか，費用爆発に拍車をかけることにつながりかねない。

6）『意見書』，p.34を参照のこと。

第3に，利用者の立場から見て，「予防給付」と従来の「介護サービス」のどちらを選択するであろうか。「要支援」や「要介護度1」の認定を受けた利用者は，限られた給付のなかでは「身体介護」や「家事援助」といった生活援助型のサービスを選択することが予想される。これに対して『意見書』では「利用者が自ら実施できるにもかかわらず，掃除，調理等を利用者に代わって実施する『家事代行』型については，自立支援の観点から，給付の対象，期間，方法について見直しを検討する必要がある」としている[7)]。これでは，従来のサービス給付を制限しながら，リハビリテーションをはじめとする「新・予防給付」へ誘導することにつながることが懸念される。

もとより社会保険は，社会的連帯性にもとづく強制的な保険料負担によって生活上のリスクに一定の援助をおこなうための制度である。介護保険の場合も，1号保険料は同世代のあいだでの相互扶助を意味し，2号保険料負担は世代間の連帯性にもとづいている。保険の給付はあくまで不幸にして要介護状態となった者に，「事後的に」介護サービスを提供するためのシステムである。そこに「事前的な」予防給付を組み込むことにはやはり無理がある。医療保険の費用をコントロールするために，病気を“予防するための薬”を医療保険で給付しようという発想も有効であるといえるのであろうか。

2．4　保険財政の安定化と「医療と介護の境界問題」

制度発足から2年目にあたる，平成13年度の介護給付の総費用は4兆6千億円であった。それが平成16年度には6兆1千億円を超える。3年間で約33%の増加である。高齢化の進行を上回る保険財政の膨張を前にして，財政的な安定化は，制度の持続可能性を保証するためには焦眉の課題である。

さて，日本の場合，いつも同じことの繰り返しであるが，「財政の安定化」をはかる手段とは，すなわち「新しい財源を確保すること」と読みかえられる。たとえば，1983年には，老人医療費の費用爆発に対処するために「老人保健制度」を創設した。老人保健制度は，民間健康保険組合に保険料収入の3分の1以上を強制的に拠出させ，これを老人医療費にあてる制度である。しかし，バブル経済が破綻した後は，民間部門での雇用削減と景気の低迷による追い討ちもあって，健康保険組合が老人保健制度への強制的な拠出金の負担に耐えかね，90年代から民間健康保険組合の財政破綻が相次いだ。そこで登場したのが「介護保険制度」である。介護保険の2号保険料の徴収は，医療保険の保険料と抱き合わせでおこなうこととしたが，医療保険の保険料率については，健康保険法による「上限」が定められていた。そこで健康保険法等の一部改正により，保険料率にかんする法定上限を外して徴収することになった。そして，介護保険は5年目ですでに費用爆発の兆候をあらわにしているわけである。

7)『意見書』，p.39より引用。

次は，誰から，どのような名目で「新しい財源」を徴収しようというのであろうか。

ここで留意しなければならないのは，「財政安定化」の考え方として，介護保険制度の全体の費用を抑制するための給付制限がまったく視野に入れられていないことである。日本では，医療保険も介護保険も「完全出来高払い」であるため，給付をおこなう段階で予算の制約はない。介護保険では要介護度と介護を受ける場所によって，介護報酬額の上限が定められているが，利用者が増加すると自動的に財政が膨張する。ドイツのように限られた財源で，それを分かち合う格好で給付をおこなっていくという発想は見られない。ドイツの介護保険では，保険財源は所得の1.7%の保険料を労使折半で徴収し，この予算の中で介護給付を提供している。高齢化が進むなかで要介護者も増加するが，予算制約の下にある要介護認定は厳しいものとなり，重度の要介護状態の者が優先されるので，軽度の場合は要介護認定を受けられないケースもある。また，老人ホームに入所しても，その費用をすべて介護給付で賄っているわけではない。ホテルコスト（居住と食事）は，入所者の自己負担が原則であり，介護サービス費用も，保険による給付では不足する部分を自己負担としている。「すべてを介護保険に委ねることは財政的に困難であること」を，国民の多くが納得しているからこそシステムの安定性が確保されるのである。

上述した「予防給付」の問題とかかわらせてみると，ドイツでも介護給付にたいして「予防」と「リハビリテーション」が優先されることが介護保険法に明記されている[8)]。ドイツの介護保険法では，「要介護者の自立性と自己責任の確保」「在宅介護の優先」とならんで，「予防とリハビリテーションの優先」が原則として掲げられている。しかし，リハビリテーションは介護保険の仕事ではない。リハビリにかかわる費用は医療保険が引き受ける。要介護認定を受けた者にたいしても，医療サービスを通じて状態の悪化を防ぐこと，医学的リハビリテーションによる回復を目指すことが強調されている。このようにドイツの介護保険では，保険財政の負担を軽減するためにも，介護保険と医療保険との役割分担を明確にすることが重要な課題と位置づけられてきた。

もちろん，医療保険と介護保険の境界問題は，ドイツの場合でも簡単に整理できる問題ではないが，日本の介護保険の今回の「見直し」では，医療保険（老人保健制度）を使ったリハビリテーションと介護保険に新設される「新・予防給付」の内容は明らかに重複する。このことを「医療と介護の連携」という言葉で前向きに評価すべきだろうか。むしろ，医療給付と介護給付に混乱を招き，2つの社会保険の費用をますます膨張させる危険性があると見るべきではないだろうか。

これにたいして，「介護保険ではすでに老人保健施設への入所・通所によるリハビリテー

8）*Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung*，(Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014)，“ § 5 Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation ”を参照。

ションが給付対象となっているから，予防給付によってその内容を充実させるだけである」という主張もありうる。しかし，むしろ社会的必要性が高まっている，理学療法士や作業療法士，言語療法士による専門的なリハビリテーションをより充実させるためには，リハビリテーションを専門医療の領域の仕事として明確に位置づけ，より多くの人材を育成し，「治療とリハビリとの連携」を密にすることこそが，その専門性を高め，より効果的なリハビリテーションを実践する道である。「リハビリと介護」ではなく，「治療とリハビリ」の連携の方が仕事の内容からも密接な関係があるはずである。

本来ならば，現在は介護保険の給付となっている，老人保健施設でのリハビリ，さらには特別養護老人ホームでの医療も含めて，医療保険の給付に戻すことの方が，「医療と介護の境界」を明確にすることにつながる。たとえば，特別養護老人ホームでは施設内の看護士によって褥瘡の治療や投薬などの医療行為がおこなわれているが，それらも医師の指示によって実践されている行為である。「医療と介護の境界」を明確にするならば，医師の指示によっておこなわれる医療サービスを医療保険の給付に位置づける方が望ましいのではないだろうか。いたずらに介護保険の給付と医療保険の給付を重複させるのではなく，両者の境界を明確にすることの方が，双方の制度の持続可能性をさぐる見直しにつながると思われる。

2．5　被保険者・受給者の範囲

今回の『意見書』のなかでもっとも注目をあびている課題が，「被保険者・受給者の範囲」の見直しである。介護保険の受給者は，基本的に65歳以上の高齢者に限定されている。しかし，65歳以上の高齢者からの保険料拠出だけでは，その費用は到底賄えない。だから，40歳以上65歳未満を2号被保険者として，事実上介護給付を受けられない年齢階層からも強制的に保険料を徴収してきた。たとえば40歳の障害者に所得があれば介護保険料を徴収されることになるが，彼は介護保険を通じた給付を受け取る権利がない。40歳から64歳の障害者は，介護給付を受け取れないだけではなく，逆に，所得があれば保険料を徴収されているのである。

つまり，現行制度では，①40歳以上65歳未満の被保険者は，事実上費用を負担するだけで介護給付を受けることができないこと。②その中には介護を必要とする障害者も含まれること。さらにいえば，③65歳以上の障害者は障害者福祉制度からの給付から「介護保険による給付」へ切り替えられ，それまで受けていた障害者福祉制度からのサービスを受け取れなくなる[9)]。介護保険と障害者福祉制度の併用がどれだけ認められるかについては，それぞれの自治体施策によって温度差があるため一般化できないが，自治体にとっては，高齢障害者に

9）介護保険の制定にあわせ，身体障害者福祉法等の中に，介護保険制度による給付と障害者福祉施策による給付の調整規定が設けられ，65歳以上の障害者にたいしては介護保険から給付されることになった。この経緯については，『意見書』p.66でも整理されている。

は介護保険を利用してもらう方が財政負担を軽減できる。

このような制度の根幹に関わる問題を抱えたまま5年目を迎え，今回の『意見書』では次の理由から被保険者と受給者の範囲を拡大する方向で検討されている[10)]。

①「介護ニーズの普遍性」という観点から対象者の制限をなくし，高齢障害者（要介護老人）と同様に，若年障害者もサービス受給者とすべきである。

②「介護保険財政の安定化」の観点から，制度の支え手を拡大するために，被保険者の年齢を引き下げる必要がある。

③「障害者施策の推進」の観点から，“ 支援費制度 ” の予算不足が懸念される障害者サービスについて，安定的な財源を確保するために，被保険者の範囲を拡大する。

『意見書』を筆者の視点から読み取ると，上記のような理由付けが見えてくる。まず，①「介護サービスの普遍性」については，介護保険を創設する当初から問題にされてきたことである。だが，当時は受給者の対象を若年障害者にまで拡大すると保険財政が膨張してしまい，とくに若年障害者の福祉予算に相当する分が，新しい介護保険制度の財源の大きな部分を使うことになることが懸念された。厚生省は，むしろ「高齢者のための」介護サービス，施設整備を推し進めることの方が重要であると判断した。また，障害者本人やその家族，支援団体には，その時点での「障害者福祉のサービス水準」を守ることが肝要であったため，あえて若年障害者も介護保険の受給者に組み入れることへの強い要望に結びつかなかった。それでも，障害者の家族にとっては，介護保険料を徴収されていながら，障害をもつ自分の子供や兄弟姉妹への介護給付につながっていないことへの憤懣が残されてきたといえよう。

このような問題，つまり “ 保険料の支払いを義務づけられる「被保険者」と介護給付を受け取る「受給者」に不一致がある ” という根本的な問題には何らかの解決が不可欠である。その点で，「介護ニーズの普遍性」をめぐる議論の整理は，介護保険制度に内在する問題点をひとつ浮き彫りしたという意味がある。しかし，その動機が②「介護保険財政の安定化」にあり，被保険者の範囲を拡大するための理由づけにすぎないとすれば，これまでのように保険財政の肥大化を推し進めるだけのことになる。むしろ，どこまで③「障害者施策の推進」の内容を考慮して議論されているかが問題であろう。

2．6　支援費制度と介護保険

障害者福祉制度には，平成15年度から「支援費制度」が導入された。そこでは，障害者にたいする福祉サービスを行政措置として執り行うのではなく，「普遍主義の原則」に立って障害者がみずからサービスを選択し，契約する仕組みを作ることが目的とされた。これまで

10）「第3 『被保険者・受給者の範囲』について」，『意見書』，同上，p.64以下を参照のこと。ただし，これらの整理は筆者によるものであり，『意見書』の整理とは異なっている。

の福祉施策では，行政サイドが，救済の必要な人々を「選別」し，福祉サービスの内容まで決定する権限を持っていた。が，国際的なノーマライゼーション思想の影響を受けた，「選別的な福祉」から「普遍的な福祉」への発想の転換は，福祉関係者からも歓迎されている。

もっとも，『意見書』のなかでも指摘されているように，「支援費制度」が開始されてまだ1年余りの状況では，この制度を介護保険に組み入れていくことには慎重にならざるをえない。むしろ，支援費制度そのものに内在する問題，課題について検討することの方が先決である。

ここでは以下3つの点を指摘しておきたい。

第1に，福祉サービスの提供に際して，本人と事業者の間に「契約」をむすぶ方式は，「擬似市場」を形成することである。そこで留意しなければならないことは，福祉サービスを必要とする本人が自分で判断し，「契約」を結ぶ資質・能力を備えているかどうか，という問題である。知的障害者，精神障害者，痴呆性老人など，みずから契約内容を確認し，契約の判断をおこなう能力がない場合，また，その判断に不安が残る場合，しかるべき後見人を立てる必要がある。これに関しては，「社会福祉基礎構造改革」のなかで，今後の「成年後見制度」の重要性と，これにたいする財政支援・行政支援が盛り込まれている[11)]。

しかしながら，成年後見制度をうまく機能させることは大変困難であることも事実である。現状では，家族の誰かが後見人の役割を担っているケースが大半であるが，逆に，障害者本人，痴呆性高齢者にとって信頼できる家族がいるとは限らない。誠実な後見人が見つからずに，不当な契約によって被害が発生することがもっとも懸念される問題である。また，行政や社会福祉協議会など，公的な機関のスタッフが後見人となる場合にも問題が残されている。もし，後見人が福祉サービスを供給する直接的な関係者であれば「利益誘導」につながる，逆に，行政関係者であれば，予算の関係から必要なサービスの提供を制限する立場をとる場合もありうる。したがって，福祉サービスの供給に携わる立場にある，行政関係者や社会福祉協議会のいずれも，厳密な意味では「後見人」としてはふさわしくない。家族以外の第3者を後見人として必要とする場合，どのような立場の人間がふさわしいか，という問題の整理は今後の研究課題でもあるが，少なくとも，成年後見制度を信頼できるシステムへと育て上げ，さらにこの制度が全国的に一般化するまでは，障害者福祉の分野に「擬似市場」を形成することは大変危険であることがわかる。

第2に，しばしば指摘されることであるが，障害者福祉サービスが，需要にたいして過少供給にある現状では，「対等な契約関係」は成立しない。とくに障害者のための施設が不足している場合，施設側が入所者を選別・選択することが可能である。措置制度の下では，行

11）社会保障審議会福祉部会（第9回（H16.4.20）資料2），『社会福祉事業及び社会福祉法人について（参考資料）』「1社会福祉基礎構造改革の実施状況について」のなかで成年後見制度の実施状況が報告されている（http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/04/s0420-6b.html）。

政サイドから施設への措置として，一定の権限が行政サイドにあったが，支援費制度では，施設側にも選択権があるため，入所を拒まれる可能性が高くなった。この問題は，介護保険制度でも同様である。重度の痴呆性老人にたいする入所拒否は現実にある。要介護度が施設にとっての介護報酬を大きく左右する以上，今では，施設経営の立場から入所者を選別することは当たり前になっている。

以上のような問題は，総じて「市場の失敗」にかかわる問題である。そもそも社会保障制度は，市場システムで発生する「市場の失敗」，つまり貢献原則に内在する問題への社会的対応として形成されてきた。具体的にいえば，幼児，児童，障害者，病床人，失業者，高齢者など，市場経済への個人的貢献が困難な人びとが分配から排除されてしまうという原理的な問題から，社会的な生活保障のシステムが整えられてきた経緯がある。このように市場で解決不可能な問題に社会的に対処することが社会保障の役割であるにもかかわらず，社会保障に「擬似市場」を導入することは，そこに再び「市場の失敗」を生み出すことにつながる。

第3に，支援費制度の導入は，障害者福祉を将来的に介護保険の中に組み入れることを念頭においたものであった。ただし，現在の支援費制度では，介護保険の要介護度のような等級を使った利用限度額の制限は明確に設けられていない。その代わりに，支援費制度の受給者認定とその際の必要サービスの申請に基づいて，1ヶ月間の利用限度がサービス毎に時間単位で決定される。

この制度によって，①障害者福祉にかかわるサービスの種類が明確にされたこと，②それらのサービスを全国のすべての地域で供給できるように努力することが自治体の役割になったこと，③認定基準を設けることで，利用者は，障害の程度に応じた必要なサービスを自ら請求することが可能になった。いずれも支援費制度の導入がもたらす積極的な内容であり，今後の課題として，福祉サービスの供給量，事業者数の地域間格差，わけても施設数の不足を埋めていく必要性が唱えられている。

しかし，このような成果とは裏腹に，支援費制度には財政システム上のジレンマが残されてしまった。障害の程度に応じた利用限度額が明確に定められていれば，支援費制度にかかわる予算と将来の必要財源に関する見通しを立てやすい。が，障害者の場合，要介護度の認定や給付限度額を明確に規定するものとはならなかった。これまでのところ，支援費制度における受給者認定と利用限度時間の決定は1年ごとにおこなわれている。利用限度の時間数は，本人・家族の申請にできるだけ応じるよう配慮されているようである。だが仮に，前年度に認定されていたサービス量（時間）にたいして，実際の利用時間が短かった場合，再認定では利用限度の時間数を減らす方向で見直しがなされる。行政としては，毎年の認定の段階で予算規模を確定し，不必要と判断される部分を削減することで財政調整をおこなってい

るわけである。

しかし，他方では，同じような障害の程度でも，本人の要請や生活環境によってサービス利用の限度に大きな格差が容認されていることに疑問の声もある。24時間のサービスが請求されて，実際に利用限度いっぱいまでサービスが利用されていた場合，翌年も同じサービス量が認定される。つまり，支援費の額は，本人の容態とおかれた状態によって発生するニーズに応じて大きな格差を生み出すことになった。このように本人の態様と本人・家族からの要求によって，支援費の支給額に格差が生まれることについては，公平性の観点から見てどの程度許容することができるかという問題がある。

そして，このような支援費制度の運用方法を，介護保険制度にそのまま持ち込むことが困難であることはいうまでもない。もし，利用限度額も明確にされないまま社会保険を利用すれば，膨大な超過需要をもたらして，財政破綻は必至である。

2．7　若年障害者と要介護高齢者

本人の態様と家族の状況に応じて必要なサービスの内容と量も異なってくる，という事情は若年障害者だけの問題ではない。要介護の高齢者も「中途障害者」であるから，その事情は同じである。しかし，だからといって，「若年障害者にも要介護度の認定とサービス利用限度を明確に定めるべきである」という主張は簡単には支持されないであろう。

まず，障害者の介護を担う家族・家庭環境には歴然とした格差がある。1人暮らしの障害者もいれば，家族介護に恵まれた人もいる。その事情は高齢者も同じである。しかし，介護を担う家族にとって，若年障害者との生活は一生の問題である。高齢者介護の場合は，対象者の年齢と状態に応じて介護期間の見込みを考えるが，若年障害者の場合は，毎日，一生涯，介護が必要である。したがって，行政からの福祉サービスの質と量の変更は，家族全員の人生に直接かかわる問題である。だからこそ，様々な障害者団体が形成され，何十年にもわたって障害者の利益を擁護するための運動を展開してきた。そして，ひとたび獲得された「権利」としての福祉サービスを，障害者の本人，家族が手放すことはない。既得権としての福祉の水準を切り下げられることには，徹底的な抵抗が予想されるところである。

支援費制度を介護保険へ組み入れることについては，すでに「社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会」から意見書「知的障害者福祉の安定と発展のために介護保険制度との統合は＜必然＞」が2004年6月に提出されている。そこでは，「介護保険制度は，当初は『障害者も対象とする』という方向で議論が進められていました。しかし，諸般の理由により高齢者のみを対象とすることになったのです。すなわち，障害者は『積み残された』のです。そのため，5年目の見直しにおいて，この課題が議論になるのは当然です」と切り出されている。ただし，その条件として「ケアマネジメントの制度化や要介護認定基準の見直しは不可欠です。

支給限度額を超えた利用への対応は，確実に保証する必要があります」と念を押して，利用制限のある介護保険制度だけでは不十分であること，少なくともこれまでの給付水準を保持することへの要望が強くなされている。

介護保険と支援費制度を統合する問題については，障害者団体の中でも賛成派と反対派に分かれているので，障害者福祉にかかわるすべての人が積極的な姿勢をとっているわけではない。しかし，支援費制度も2年目にして財政的な危機を迎えている。とくに障害者のホームヘルプサービスやガイドヘルプサービスといった地域生活支援事業の利用が予想以上に増大したことが大きい。加えて，地方自治体の財政が今後ますます厳しいものになることからも，障害者福祉の財源を安定的に保証するには新しい財源を確保する必要がある。この観点から，介護保険と支援費制度の統合が必要との見解が導かれているわけである。

厚生労働省としては，介護保険の被保険者の範囲を拡大することで，新たな財源を確保したいところである。ただし，そのためには若年障害者も受給者に加えなければつじつまが合わない。そして，支援費制度を介護保険に統合するには，若年障害者にも高齢者と同様に，利用限度額の制限を設けることが前提である。しかし，これには障害者団体から猛烈な反対が巻き起こっている。このような理由から，支援費制度の統合をめぐる“難解なパズル”を前に，今回の「見直し」では明確な結論に至っていないわけである。

本来は，若年障害者と要介護老人も，いずれも社会的介護を必要としていることに変わりはないが，障害者福祉施策が整備されてきた文脈と，介護保険制度の成立過程はまったく異なっている。とくに支援費制度を導入する段階で明確な利用限度額の設定をできなかったことが，今回の「見直し」で2つの制度の統合を困難にしている原因である。

さらに，上で見たように，介護保険も医療保険と同様に「完全出来高払い」である。介護給付にたいして，事業者から請求された費用を保険料で徴収する仕組みである。だから，今年の介護保険の財政規模がいくらになるかは終わってみないとわからない。そのような制度に，「必要なだけのサービス」を提供するという支援費制度を組み込めば，費用は無限大に膨張することになる。

この“難解なパズル”を解くことが，介護保険と支援費制度を統合し，要介護老人と若年障害者の両方を支えるべき「新しい介護保障システム」の課題である。だが，支援費制度との統合だけでなく，これまで見てきた今回の「見直し」に関する問題点は，いずれも原理的な問題と結びついている。したがって，もう一度，介護保険によって「誰に」「何を（どんなサービスを）」「どれだけ提供するのか」，そのために「誰が」「何を（保険料，公費を）」「どれだけ負担するのか」という基本原則から整理する必要がある。

3．地方自治の課題

最初に見てきたように，介護給付費用は，高齢者人口の増加にともなう自然増加率をはるかに超えるスピードで増大している。いったい「誰に」「どんなサービスを」「どれだけ提供した」ことが，この費用爆発につながっているのか。とくに自治体の間で無視できない保険料の格差が発生している原因の究明が必要である。ここからは「黒田庄町介護給付適正化事業」の具体例をもとに，介護保険の費用爆発を引き起こしている原因を明らかにしてみたい。

3．1 「黒田庄町介護給付適正化事業」

自治体ごとに決定される，1号保険者の保険料に無視できない格差が開いてきたことを，厚生労働省としても重大に受け止めてきた。そして，「介護給付適正化の取り組み」のための財政支援が，平成14年度補正予算と平成15年度当初予算において新規に盛り込まれた[12)]。黒田庄町も，平成15年度にこの財政支援を受けて，町内の介護保険給付が増大する原因の調査研究をおこない，その対策を検討し，平成16年3月に『黒田庄町介護給付適正化事業実施報告書』[13)] をまとめたところである。

黒田庄町は，兵庫県の中部にあり，町のほぼ中央部を東経135度線が南北にとおり，町面積約35キロ平米，人口約8,100名の自治体である。同じ多可郡にあり，隣接する自治体として，中町（約11,600人），加美町（約7,400人），八千代町（約6,200人）がある。多可郡の自治体規模はいずれも小さいものであるが，黒田庄町はそのなかでは中間規模といえる。

また，介護サービス事業者には，多可郡全域と西脇市を事業対象としているところもあり，施設数や事業者数の上で大きな差はなく，いずれの自治体でも同様のサービスを受けることができる。このように自治体の規模，地理的条件，サービス事業者数などがほぼ等しい条件下にあるため，4つの自治体での介護保険給付を比較することは，費用の増大の本当の原因を探る上で有益であった。なお，黒田庄町は南に隣接する西脇市（約37,600人）との「合併協議」を進めていることから，多可郡4町に加えて西脇市の介護保険事業も比較対象とした。

黒田庄町が「介護給付適正化事業」の対象となったのは，平成15年度から1号保険料が3,700円となったことにある。第1期の保険料は，多可郡すべての自治体で2,700円とそろえられていたが，第2期の保険料で，黒田庄町は3,700円に上昇，これに対して中町，八千代町は

12）「介護給付適正化事業」については，「全国厚生労働関係部局長会議資料（老健局）」（平成16年1月21日）を参照のこと（http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/bukyoku/rouken/）。

13）黒田庄町の調査研究は，役場職員の方々とともに，株式会社ぎょうせい総合研究所，研究員として加わられた松野東平氏（現：株式会社シティコード研究所）の尽力によるところが大きい。なお，本稿に掲載する図表資料はこの『黒田庄町介護給付適正化事業報告書』から転用している。

3,200円，加美町は3,000円にとどまった。同じ多可郡のなかで，500円から700円（15-16%）の差が開いてしまったことになる。なお，第2期の全国平均は月額3,293円であり，最も低い山梨県秋山村では1,783円，最高額は北海道鶴居村の5,942円となっている。黒田庄町は，全国平均よりも400円あまり高く，兵庫県下でも8番目に高い保険料になった。

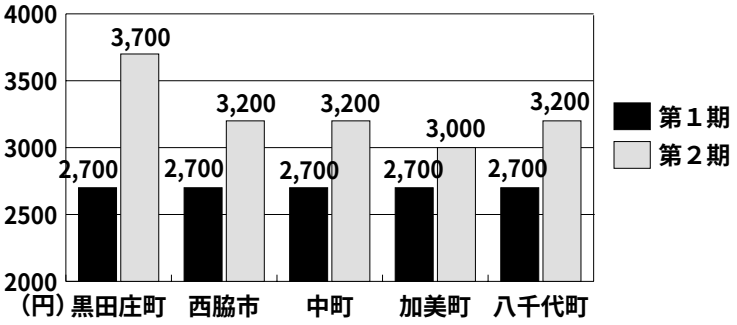


図１　**第1号被保険者の保険料**

ただし，ここで注意しなければならないことは，「適正化事業」という名称から，当該の自治体の介護保険運営は「適正ではない」というレッテルが貼られることである。しかし，介護保険制度の運営について，何が適正で，何が不適正であるかという基準はない。保険料が安いことが「良いこと」で，保険料が平均より高いことが「悪いこと」とは限らないのである。保険料が高くなるのは，それだけ自治体内での介護保険サービスが行き届いているからであるとも考えられる。また，地域の地理的条件，経済環境，生活環境の関係から，施設入所者が増えることもありうる。たとえ厚生労働省が「モデル事業」の基準を設定したとしても，「何が適正」であるか，ということは簡単には判断できない問題である。しかし，当然のことながら，保険料は「いくら高くても良い」というわけにはいかない。地域で保険料を負担できない人が増えたり，家計を大きく圧迫したりするほど高い保険料では，介護保険制度を継続することができなくなるからである。

3．2　近隣市町との比較分析

(1)　被保険者および要介護認定者について

黒田庄町の高齢化率は23.2%(平成15年2月)，第1号被保険者数は，1,831人である。同じ多可郡では，加美町の第1号被保険者数が1,867人とほとんど同数である。要支援から要介護5までの要介護認定者数は，偶然のことながら黒田庄町，加美町は同数の278人であった。しかし，先に見たように黒田庄町と加美町では，第2期の保険料に700円の差が開いている。図

2に示したように，黒田庄町と加美町は，西脇市と多可郡の中では，要介護認定率が高くなっている。が，そのことが直接，介護給付費全体の格差につながっているとは考えにくい。

また，図3は，要介護度の分布を示している。黒田庄町は要介護2，要介護3，要介護5の割合が西脇市・多可郡で最も高いなど，要介護度が高めとなっていることがわかる。

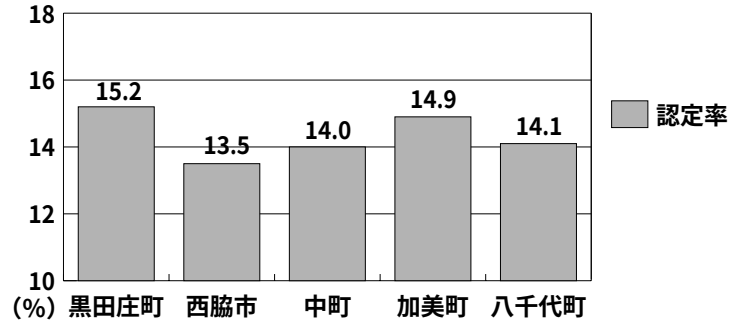


図2　**要介護(要支援)認定者数の割合/平成15年3月末**

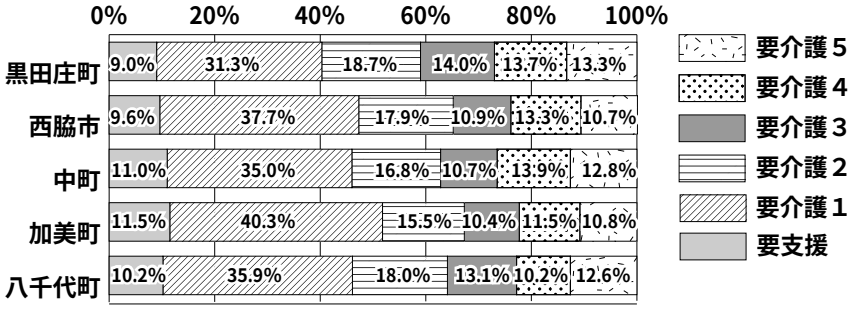


図3　**要介護度別認定者数の割合/平成15年3月末**

しかし，これら要介護認定者数の割合，要介護度の分布に見られる差は突出したものではない。したがって，西脇市，多可郡の各自治体での高齢化率や要介護認定の段階で発生する地域差から介護給付費の格差を生み出す原因を説明することはむずかしい。

(2)　居宅サービスと施設サービスの総費用比較

黒田庄町と加美町は，被保険者数，要介護認定者数のいずれもほぼ同数でありながら，介護保険料に無視できない差が開いているため，次に，黒田庄町と加美町に関して，居宅系サービスと施設系サービスの比較をおこなってみる。

表１　施設給付の比較（平成14年度月平均）

【施設】	第1号被保険者数	施設入所者数	施設介護サービス総費用	被保険者1人あたり総費用
黒田庄町	1,831人	68人	277,373千円	151,487円
加 美 町	1,867人	50人	190,731千円	102,159円
差	-36人	+18人	86,642千円	49,328円

両町の1人あたり総費用の差；a	49,328円
a×実効給付率(自己負担等を除く87%)＝b	42,915円
b×1号被保険者負担分(18%)＝c	7,724円
c÷12か月＝月額保険料換算額	643円

表２　居宅サービス給付費（平成14年度月平均）

【施設】	第1号被保険者数	居宅利用者数	居宅介護サービス総費用	被保険者1人あたり総費用
黒田庄町	1,831人	153人	189,786千円	103,651円
加 美 町	1,867人	169人	185,175千円	99,183円
差	-36人	-16人	4,611千円	4,468円

両町の1人あたり総費用の差；a	4,468円
a×実効給付率(自己負担等を除く90%)＝b	4,021円
b×1号被保険者負担分(18%)＝c	723円
c÷12か月＝月額保険料換算額	60円

表1と表2は，平成14年度の黒田庄町と加美町の施設給付費と居宅系サービスの給付費を月平均で計算したものである。月平均の格差を計算することで，第2期の保険料(1月分)に占めている給付費用の割合と，自治体間の差を見やすくすることができる。これによって，2つの自治体の保険料の格差を生み出す原因が一目でわかる。

平成14年度の1年を通じて，黒田庄町から特別養護老人ホーム，老人保健施設，療養型病床の入所者数は月平均68人（3.7%）であった。これにたいして加美町は50人（2.7%）である。つまり，黒田庄町では施設利用者が18人多いことで，被保険者1人あたりの総費用に月額643円の差が発生している。まったく同様に，居宅系サービスの総費用については，60円の差が生まれている。これを合計すると700円という保険料の差を説明することができる。

では，なぜ黒田庄町で施設利用者がきわだって多いのであろうか。他の自治体と比較して施設が多く，とくに施設を利用しやすい条件にあるわけではない。たとえば，加美町の場合，町内には老人保健施設はないが，隣接した自治体に2ヶ所の老人保健施設と町内にも特別養

護老人ホームがあるので，必ずしも施設数が不足しているとの理由で利用者が少ないわけではない。八千代町についても，町内に特別養護老人ホームがあり，隣町（中町）の老人保健施設へのアクセスも容易であるが，施設利用数は年間平均51人にとどまっている。中町でも，被保険者数（2,663人）にたいして施設利用は81人（3%）である。このように近隣自治体の住民にとって，施設へのアクセスはいずれも大差がない。そこで次に，黒田庄町の施設利用率が相対的に高くなっている要因を考えてみる必要がある。

(3) 老人保健施設の利用期間と在宅介護の経験

特別養護老人ホームには基準となる入所期間は設定されておらず，家庭での介護が不可能な高齢者にとって「終の棲家」としての役割を担っている。しかし，老人保健施設は，病院と居宅の「中間施設」として位置づけられているので，3ヶ月から6ヶ月が原則的な利用期間として定められている。現実には，表3に見られるように，全国的にもこの原則は十分に守られていない。が，黒田庄町の場合，全国平均と比較しても長期利用者が多く，老人保健施設を1年以上続けて利用しているケースが73.3%にのぼっていることがわかる。

表３　施設入所の期間

入所期間		3か月未満	3～6ヶ月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年以上
特養	黒田庄町（H15.8）	0.0%	4.5%	18.2%	13.6%	22.7%	40.9%
	全国（H13.9）	4.2%	5.3%	10.1%	17.9%	14.3%	47.6%
老健	黒田庄町（H15.8）	0.0%	21.1%	5.3%	26.3%	21.1%	26.3%
	全国（H13.9）	22.7%	17.9%	19.3%	23.3%	10.5%	6.1%

※全国数値は「平成13年度介護サービス施設・事業所調査の概況」より

今回の調査研究では，近隣自治体と比較して，施設利用者が顕著に多いことに加えて，老人保健施設での滞在期間が1年以上におよぶケースが7割を超えていることから，特別養護老人ホームと老人保健施設のすべての入所者を対象にヒアリング調査をおこなった。

その結果，老人保健施設の利用者のうち3年以上の人には，「検査入院で病院へ入ってから，そのまま老人保健施設へ入所して3年，一度も帰宅したことがない」という例をはじめ，1年以上の長期利用者のほとんどが「在宅介護」を経験していないことが判明した。

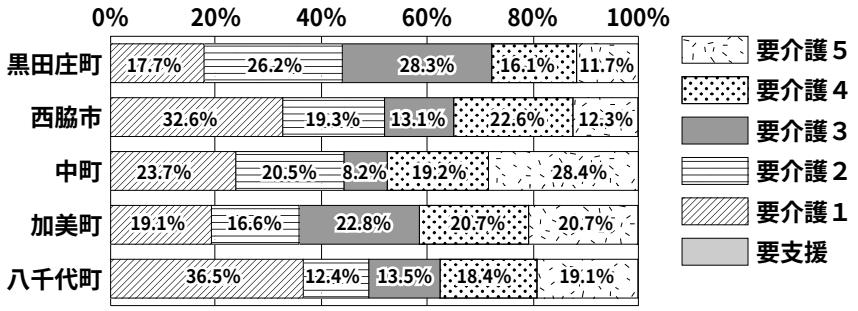


図４　**老人保健施設「要介護度別利用者の割合」/ 平成 14 年度月平均**

また，図4から読み取れるように，在宅への復帰率が低くなる原因として，老人保健施設の利用者の要介護度がとくに重いというわけではない。黒田庄町から老人保健施設を利用している人は，要介護3までの利用者の割合が72%を占めており西脇市・多可郡のなかで軽度から中度の利用者の割合が最も高い。

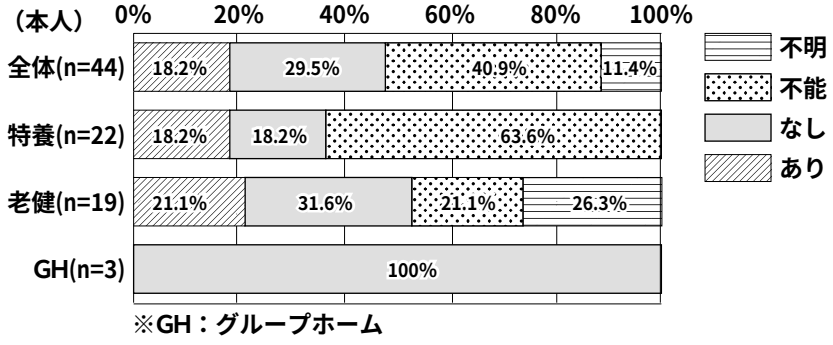


図５　**在宅復帰への希望（本人の意向）**

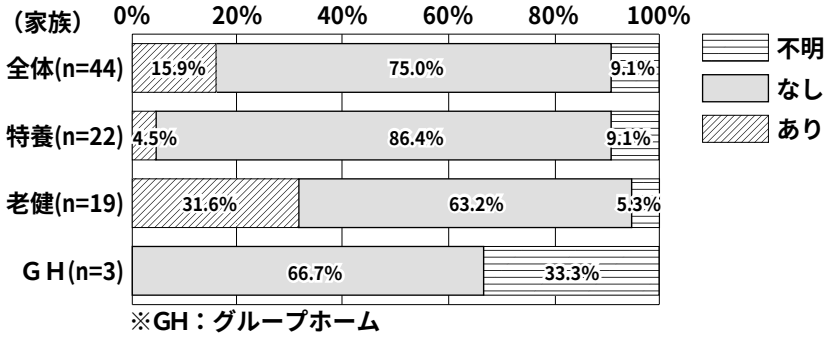


図６　**在宅復帰の受け入れ（家族の意向）**

そこで，老人保健施設から居宅へ復帰する意向について，入所者本人と家族にヒアリング調査をおこなった。家族については老人保健施設の職員の協力をえて間接的な調査となったが，図5，図6に見られるように，老人保健施設から居宅にもどる意思がある人は少なくなかったし，家族としても「条件が整えば自宅で介護したい」との意向が3割を超えた。集計値でみる限りでは，在宅復帰への展望が見えそうであるが，個別に本人と家族の意向を照らし合わせて見ると，実際には多くのミスマッチがあった。つまり，「本人が帰宅したい」場合は家族が拒否しており，逆に「家族が迎えたい」と思っていても本人が「迷惑をかけたくない」と遠慮するケースがほとんどであった。このようなミスマッチを含めて，老人保健施設での長期滞在が多い原因には，これまでに「在宅での介護生活」を体験したことがない，という経験不足の問題が考えられる。このことを裏付ける事実として，老人保健施設の利用者では，この1年間に「一時帰宅」さえしたことがない人が79%にのぼっている。

以上のことを整理すると，黒田庄町では老人保健施設の利用が長期におよぶ問題と，利用者のほとんどが在宅介護を経験したことがなく，居宅へもどることへの不安が，本人，家族ともに強いことがわかる。3年以上の長期にわたる老人保健施設の利用は行政指導によって簡単に解決できるかに見えるが，強制的な退所を命令すれば余分な摩擦を生み出すだけであろう。むしろ，スムーズに居宅へ復帰するためには，まず「一時帰宅」による「在宅介護」の経験を勧めることから始める必要があると思われる。しかし，介護保険制度では，「一時帰宅時の在宅サービス」を受給することができない仕組みとなっている。そこで黒田庄町では，平成16年から「一時帰宅」に際しても，社会福祉協議会をつうじた，独自の在宅介護サービスを提供していくことを決めている。

3．3　要介護度の変化と「包括的地域ケア」の必要性

介護保険制度に内在する問題については，2章でも明らかにしてきたが，ここでは保険者である地方自治体の立場から整理しておきたい。

第1に，要介護度が高くなるほど，多くのサービスを受けることができる。保険料を負担している限り，できるだけ多くのサービスを受け取りたいと考えるのは，被保険者にとって「合理的な選択」である。とくにその家族にとって，「要介護認定を高くしてほしい，重度に評価してほしい」という要求につながりやすい。事実，黒田庄町では要介護認定の再認定の申請が連日後を絶たないという時期があった。

第2に，介護保険料の格差は，自治体の規模が小さいほど開きやすい制度になっている。要介護になった人が1人増えるごとに保険給付も増加し，保険財政を支える人口が少なければ，1人当たりの保険料はより高くなる。

第3に，たとえ要介護度が同じでも，在宅サービスと施設サービスでは，給付額に格差が

設けられている。同じ要介護度でも施設サービスで高い給付額が設定されており，介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)，老人保健施設，療養型病床，グループホームなど，施設の形態によっても大きな差が生まれる。これが施設サービスの希望者を増加させる傾向につながるため，介護施設が建設されれば，その分だけ保険財政を膨張させることになる。さらに施設での保険給付も，要介護度が重度になるほど高くなるので，施設内での要介護度の悪化が容認される傾向をもたらし，それが「二重の意味での費用爆発」の原因となる。

今回の調査研究からは，これら3つの介護保険に内在する問題が，黒田庄町でも顕著に観察された。とくに要介護度の重度化傾向については，平成12年にさかのぼって個別のデータを整理しなおし，追跡調査をおこなった。この際，前期高齢者と後期高齢者では，一定期間内での容態の変化が異なることが予想されるので，これを分けて，要介護認定から3年間の変化を追跡したのが，図7，図8である。いずれの場合も，第1回目の認定で「要支援」であった人が3年後には平均で2ランク重度化し，「要介護2」以上になっている。前期高齢者では，「要介護1」であった人も平均2ランク重度化し「要介護3」となっており，後期高齢者では「要介護1，2」ともに平均1ランク重度化している。

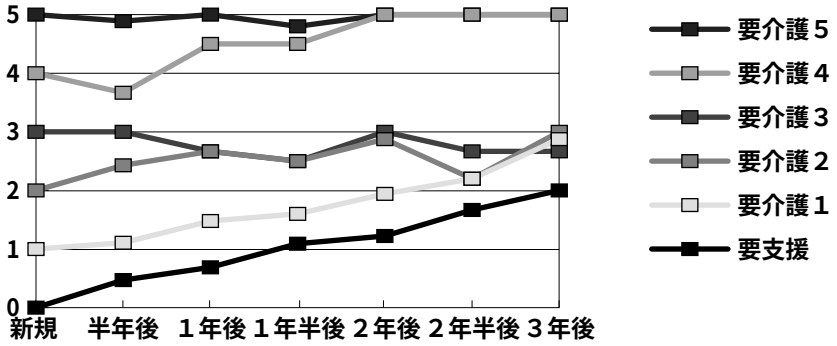


図7　**認定後の要介護度の動き・前期高齢者/平成12年度～15年度平均**

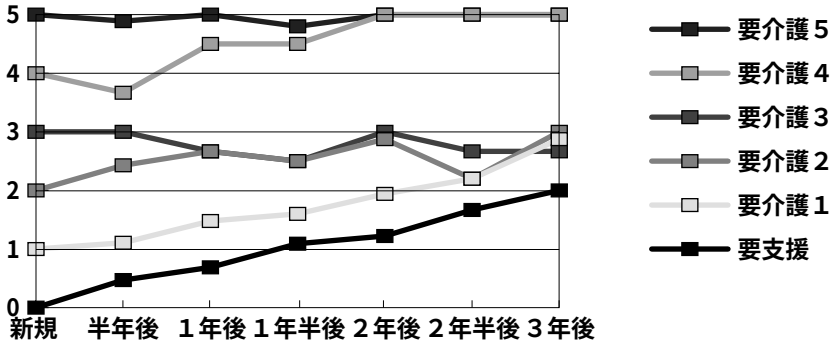


図8　**認定後の要介護度の動き・後期高齢者/平成12年度～15年度平均**

要支援や要介護度1，2の人が重度化していく傾向は全国的に観察されるが，黒田庄町場合，全国平均よりも速いテンポで重度化したことが明らかになった。要介護の重度化を「予防」する手立てとして介護保険の見直しで「新・予防給付」を組み入れることが提案されているが，この方法に関する問題点は既述したとおりである。「事後的給付」を前提とする社会保険制度に「事前的給付」を設けることは，制度内に矛盾を抱え込むだけでなく，給付費用の増大に拍車をかけることにつながる。したがって，この問題は，介護保険制度の内部で解決できる問題ではないと考えるべきである。

さらに，黒田庄町では，初回認定から調査時点までの要介護度の変化を，「悪化」「維持」「軽減」の3つのケースに分けて，要介護度別に集計した。

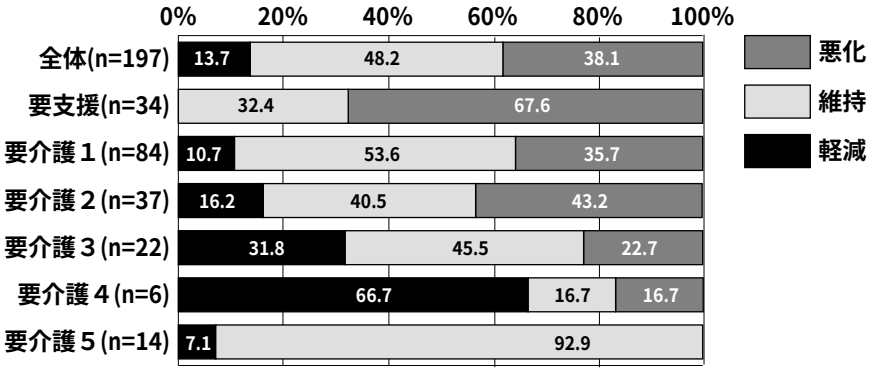


図９　**初回認定要介護度別の変化**

図9をもとに，初回認定時から最新認定時までの要介護度の変化をみると，認定者全体としては初回認定時に要支援だった人の68%が要介護度を悪化(進行)させている。しかしその一方，要介護4では67%，要介護3でも32%が初回認定後に要介護度が軽減していることがわかる。また，「悪化」した人と「軽減」された人ともに，年齢差による有意差はなかった。

要介護度が悪化(進行)した75人について介護度変更の理由をみると，変更の理由では「下肢筋力の低下」が28%で最も多く，次いで「痴呆症状の発症・進行」が20%，「病気の発症・進行」が12%となっている。また，要介護度が悪化した人の主疾患は，「脳梗塞後遺症」が23%，「老人性痴呆症・脳血管性痴呆」が21%と特に多くなっている。

要介護度が軽減した27人について介護度変更の理由をみると，「身体機能や痴呆症状が改善」(26%)，「介護サービス・リハビリの効果」(22%)などとなっている。

これらの事実を下に「黒田庄町地域ケア担当者会議」で，実際に介護に携わっているスタッフの体験的な実感と重ね合わせる議論をおこなった。地域ケア担当者の体験からは，「悪

化」するか，「軽減」するかの明暗を分ける要素としてもっとも重要なことは，「本人のリハビリへの意欲」とそれを支える「家族の励まし」であるとの意見が多かった。リハビリを勧めても，本人の意欲や家族の励ましがなければ長続きをしないこと，「悪化」の原因で28%をしめる「下肢筋力の低下」とは，要するに運動不足であることを考慮すれば，本人の取り組み方，生きる意欲がもっとも肝要であることが分かる。

もちろん，「脳梗塞後遺症」「老人性痴呆症・脳血管性痴呆」にたいするリハビリテーションや生活指導が重要であることに変わりはない。しかし，「予防的なリハビリテーションの給付を増やすことが有効ではないか」との問いかけには反対の声が多かった。介護予防やリハビリテーションへの意欲は，病気や事故によって要介護状態になる前に，どのような生活を営んでいたかに関係している。元気なころからの生活姿勢，家族関係，地域コミュニティとのかかわりが，要介護度の悪化にたいする本人の意識を左右する問題である。

今回の見直しに関する『意見書』でも，「地域とのかかわり」と「包括的ケア」の重要性が確認されて，新たな中核機関「地域包括支援センター（仮称）」の創設が提案されている。しかし，その前に，介護保険制度の導入によって，「在宅介護支援センター」の役割と機能が薄れてしまった問題について明らかにしておく必要がある。

在宅介護支援センターは，老人福祉施策の一環として，在宅介護に関する相談業務と1人暮らしの高齢者への戸別訪問によるソーシャルワークなどを担っていた。しかし，介護保険の導入によって，それまでの在宅介護支援センターの仕事は，保険給付として位置づけられていないために軽視されてきた。今では，もっぱら介護報酬につながる在宅の要介護者のケアプランを作成する場所になっている。つまり，在宅介護支援センターがはたしてきた「ソーシャルワーク」の部分が介護報酬に結びつかないため，その継続が困難になっているのである。

これにたいして，新たな中核機関「地域包括支援センター（仮称）」は，「新・予防給付」をともなって地域での包括的ケアを担当するという提案がなされている。ただし，そこで提供されるサービスは筋力向上トレーニングや転倒骨折予防，低栄養予防，口腔ケア，フットケアなど，具体的に報酬が計算可能なサービスに限られる危険性がある。名称は「包括」的であるが，地域社会での生活を質的に支援する，計算不可能な福祉サービスを提供することができるのであろうか。『意見書』では「痴呆症状の進行や閉じこもりの予防」も「新・予防給付」の例としてあげているが，それはどのような形で取り組まれるのかに注目したい。

3．4　地方自治の課題

平成15年に黒田庄町は西脇市との市町村合併を決意した。国策として進められている「平成の市町村合併」は，今後，地方自治のあり方を大きく変えていく問題であり，その是非を一概に判断することはできない。「三位一体の改革」によって国庫補助金，地方交付税の削減が進められると，規模が小さな自治体の存続は厳しくなる。1万人前後の自治体でも，今後ますます大きな財政負担が見込まれる，介護保険，医療保険の運営は困難になるだろう。そればかりか，すでに自治体による産業政策や生活関連サービスのすべてが財源不足で窮地に立たされている。このような事情から，黒田庄町も市町村合併に突き進むことになったわけである。

しかし，自治体を保健，医療，福祉をはじめとする生活関連サービスの主体としてみた場合，適正な人口規模はいったいどのくらいあろうか。ここでは介護保険を例に自治体の役割について考えてみたい。

これまで議論してきたように，介護保険制度は，制度そのものに財政規模を膨張させる性質をもっている。住民がより多くのサービス給付を望めば，要介護度の重度化が進むことになる。だが，ほぼ同じ生活環境にあり，自治体の規模も同じ多可郡の中町，加美町，八千代町では深刻な費用爆発は発生していない。加美町にいたっては，3,000円の保険料をさらに引き下げても当面の介護給付費を賄うことができると試算されている。また，八千代町は「敬老の日発祥の町」として“高齢者の生きがいづくり”に町を上げて取り組んできた。加美町，八千代町ともに県下でも屈指の「長寿の町」として誉れが高い自治体であり，いずれも高齢者が元気で，ピチピチと働いていることに誇りをもっている。要介護状態になっても，できる限り在宅で生活することが本人にとって幸せである。そのために町をあげて「介護予防」に取り組み，在宅介護を優先するように居宅介護の事業者を支援している。

八千代町に関していえば，保健・医療・福祉に責任を担う保健センターのスタッフは，町内に，どのような高齢者がいるか，要介護の容態はどの程度か，家族は介護をどこまで担えるか，という状況をつぶさに把握している。それゆえに「必要なサービス」を「必要な家庭へ」提供することができる。また，町内には，ユニットケアにも対応した新しい特別養護老人ホームがあるが，だからといっていたずらに施設介護への超過需要を生み出すことはない。このように地域コミュニティのなかで，行政サービスのレベルでも住民との相互理解が成立しているのは，人口規模が6,200人（世帯数1,717）という小さな規模だからである。介護保険，国民健康保険，支援費制度など，地域の保健・医療・福祉を機能的に運営するには，小さな規模の自治体が望ましいことは容易に理解できる。

そして，上でも述べたように，要介護状態が重度化するか，本人や家族の努力で軽減されるか，という問題も，健康で元気なときから，どのような生活を営んでいたかに関係してい

る。本人の生活姿勢，家族関係，地域コミュニティとのかかわりが，何よりも大切なことは明らかである。このように見ると，介護保険にすべてを委ねて安心を求める生き方そのものが間違っていることがわかる。むしろ，地域コミュニティの絆を深め，生きている限り元気でピチピチと活躍できるように努力すること，そのための行政施策を充実していくことが必要である。

21世紀は，福祉国家体制からボランティアやNPOが核となる「福祉社会」の時代になるといわれている。地域コミュニティの重要性は，10年前の阪神大震災以降，いろいろなかたちで提唱されてきた。それにもかかわらず，自治体としてコミュニティ施策に積極的に取り組んでいるところは数えるほどである。場合によっては，介護保険を通じたサービス，たとえば通所介護や通所リハビリで高齢者が集まり，そこで交流がはかられていることをもって，「介護保険がコミュニティづくりに貢献している」と評している場合さえ見受けられる。

少子高齢社会での世代間人口バランスの崩壊，景気の低迷のなかでの雇用の不安定化，高い経済成長がもはや望めない経済社会では，これまでの福祉国家型の社会保障は継続が困難である。だとすれば，次のヴィジョンである福祉社会を見据えた，新しい自治体行政のあり方を考えるべきではないだろうか。福祉社会とは，すなわち地域コミュニティを土台とする経済社会であるはずである。この観点から見たとき，「規模の経済性」を盾にとった「平成の市町村合併」は，時代に逆行していることにならないだろうか。

もちろん，それぞれの市町村には，これまでの地域文化，経済社会としての構造など，異なった事情がある。だから，一概に最適規模を規定することはできないし，市町村合併の是非も個別の実情にあわせて判断しなければならないことはいうまでもない。しかし，現在進められている「合併」のほとんどが，赤字財政の穴埋めや先送りのためのものであることを見れば，福祉社会をめざす自治体行政とは程遠いものになることが懸念される。

多可郡のなかでは，中町，加美町，八千代町の「3町合併」も，その準備が進められている。上述のように，これらの町では優れたコミュニティづくりの成果がある。それにもかかわらず，より大きな自治体を目指そうとしている。これにたいして，八千代町では「合併の是非を問う」住民投票を求める運動が巻き起こっている。住民による自主的な勉強会・研究会が開催され，地方自治とは何かという根本的な問題にも議論がなされている。この八千代町をはじめ　「平成の市町村合併」をめぐる論争が，新しい自治体のあり方を模索するものへとつながっていく可能性に期待したい。

4. むすびにかえて

本稿では，前半で『介護保険制度見直しに関する意見書』をもとに，介護保険の現状と課題，制度に内在する原理的な問題点を明らかにした。このなかで介護保険が直面している費用爆発に対処することがもっとも重要な課題であり，その方向性として「新・予防給付」にかかわる問題点と「被保険者・受給者の範囲の拡大」による新しい財源確保に関して考察を進めてきた。

とくに若年障害者の支援費制度と介護保険の統合の必要性は明白である。しかし，双方の制度の間には，大変困難な壁が立ちふさがっている。今や“難解なパズル”の様相を呈している，介護保険と支援費制度の統合問題は避けて通れない問題であると同時に，まさに焦眉の課題となっている。この件に関して，本稿では，具体的な政策提言にまで至っていない。が，これまでに議論してきた原理的な問題をふまえた，新たな体系をしめすことは，社会保障政策の研究者に与えられた課題である。

また，若年障害者と要介護老人のいずれにも関係する問題として，成年後見制度についても取り上げてきた。しかし，筆者は成年後見制度に関する研究を始めたばかりであるため，より具体的な課題の抽出と今後の方向性については次の機会にゆずらねばならない。

後半では，黒田庄町「介護給付適正化事業」での調査研究の成果をもとに，介護給付費の増加原因を実証的に分析してきた。介護保険の利用の仕方として，施設入所はもっとも単純に家族介護の負担を軽減する手段である。それゆえに施設への超過需要は際限なく拡大し，同時に，より多くのサービスと高い介護報酬を求めるために，要介護度の「悪化」が進む傾向にある。そして，要介護度の重度化については，これを介護保険制度の内部でコントロールすることは極めて困難である。「介護予防」は，本人，家族，地域コミュニティのあり方と深く関わっている問題であることも，今回の調査を通じて確信できたことがらである。

以上のように，本稿では，「介護保険制度の見直し」に関する問題から，これに直接取り組む「地方自治体の課題」にまで議論を広げることになった。介護保険をはじめ社会保障のあり方と地方自治は密接な関係にある。21世紀の福祉社会への展望を開くには，地方自治体によるコミュニティ政策との関連を議論する必要がある。コミュニティ政策の具体的展開については，兵庫県加西市における「あったか友愛システム」の実践から学ぶべきことが多いので，次の機会には，これらに関する研究成果も明らかにしていきたい。

Summary

THE LONG-TERM CARE INSURANCE AND ISSUES OF LOCAL GOVERNMENT: RESULTS FROM “THE ADJUSTMENT PROJECT OF LONG-TERM CARE INSURANCE SERVICES”

YOSHIHIDE FUJIOKA

This paper is examining the present condition and the subject of the Long-Term Care insurance (LTCI) on the basis of “the opinion document about the Long-Term Care insurance system reexamination”.

It is the most important subject to cope with the expense explosion with which the LTCI is faced. First I am examining theoretically many problems about “New Prevention Service", and “an Expansion of the Insured and the range of the Recipient” which were shown as the measure. However it is not thought that the expense of the LTCI can be controlled by these methods. Rather we have to regard that the expense of the LTCI differs for every municipality. Moreover we have to solve the cause which produces the gap of cost among municipalities.

I performed expense analysis of a LTCI on the basis of “the Adjustment Project of the LTCI in Kurodasho-cho” in the second half of this paper. The following thing became clear through this investigation.

As the method of use of the LTCI, “Institution Entrance” is a means to mitigate the burden of family care most simply. So the excess demand to institution is expanded without limits. Moreover in order to ask for more services and high care remuneration, it is in the tendency that the physical and mental condition of the insured gets worse. And it is very difficult to control these problems inside the-LTCI system. Rather the “Care Prevention” is deeply concerned with the way of his life, a family relation, and an activity of the local community. Therefore, a community policy by the municipality becomes still more important from now on.