

保険者からみた改正介護保険制度の現状と課題

森 詩 恵
藤 澤 宏 樹
桑 原 武 志
橋 本 理

1. 問題の所在
2. 介護保険制度の状況変化と2005年改正の概要
 - (1) 介護保険制度5年間の全体的な変化
 - (2) 2005年介護保険制度改正の概要
3. A市における介護保険制度の現状と課題
 - (1) 介護保険制度の現状——ヒアリング調査をもとに
 - (2) A市の取り組み課題
4. B市における介護保険制度の現状と課題
 - (1) 介護保険制度の現状——ヒアリング調査をもとに
 - (2) B市の取り組み課題
5. 保険者からみた介護保険制度の課題——むすびにかえて

Keyword: 介護保険制度, 2005年改正, 地域包括ケア

1. 問題の所在

本稿の目的は、わが国の高齢者介護保障政策においてその中核的役割を果たす介護保険制度、とくにその保険者の現状を検証することによって、介護保険制度がその地域の特性に応じた制度として維持・運営されるための方策を探ることである。

周知のとおり、わが国の高齢者介護政策は、これまで1963年に制定された老人福祉法のもとでの措置制度を中心に、医療・保健分野とも関わりながら運営されてきた¹⁾。しかし、急速に進行した高齢化や医療技術の進歩によって要介護高齢者が増加する一方で、制度の不備や制度間の不整合などにより要介護高齢者を支える基盤の整備・充実がその課題となっていた。このような背景のもと、1990年代には新しい介護システムの構築が目指され、

1) 介護保険制度導入以前までのわが国の高齢者介護保障政策の変遷に関しては森 [2004] を、介護保険制度導入前後における利用者の介護サービス利用の変化については森 [2001] を参照されたい。

紆余曲折ののち、高齢者の「自立支援」を掲げた介護保険法が1997年に成立、2000年4月から施行された。介護保険法は、市町村が保険者となり40歳以上の者が保険料を拠出し（財源の半分は公費）、自らが望むサービスを選択・利用するシステムで、これまでの措置制度とは異なり地域の実情を考慮した制度設計が行える仕組みとして期待された²⁾。

実際に制度が施行されると、制度に対する認識も少しずつ国民に浸透してきたことなどからサービス利用者が増大し、その費用は年々と増加の一途をたどっている。それは、保険料の増加や財政安定化基金を利用する市町村の増加という形であらわれてきている。さらに高齢化率も2005年には22.7%となり、わが国が超高齢社会へと突入したことから考えても、今後介護費用が増加することは簡単に予測できる。

ところで、介護保険制度の特徴の一つとして、介護サービス事業者に営利企業が参入可能となった点があげられる。それは多種多様なサービス事業者がそれぞれの特徴を出すことによってより質の高いサービスが提供され、利用者は数多くのサービスの中から自分の望むサービスを選択できるという考えであった。

しかし、創設当初から予測されていたように、地域によってそのサービスが存在しない、また介護サービス事業者が限られているなどの問題から、実質的には利用者のサービス選択が難しい状況も見受けられる。そして、介護保険制度の最も重要なポイントであるケアマネジメントにおいても、そのサービスを提供する介護支援専門員の量及び質の向上が喫緊の課題となっている。

このような状況では、費用面及び機能面において高齢化が進んだ社会に耐え、われわれが安心して高齢期を迎えられるシステム作り、その地域の介護システムの整備という点では介護保険制度は未だ道半ばなのである。

今後もこの制度をどのような形に作り上げていくのかは運営の中核を担う市町村の手腕にかかっている。そこで本稿では、まず介護保険制度創設以降の変化をおさえたうえで、介護保険制度の初めての大幅改正となる2005年改正を概観する。さらに、今回は介護保険制度で中心的役割を担う市町村にヒアリングを行うことによってその現状を探り、今後の介護保険制度における保険者としての課題について検討してみたい。

2. 介護保険制度の状況変化と2005年改正の概要

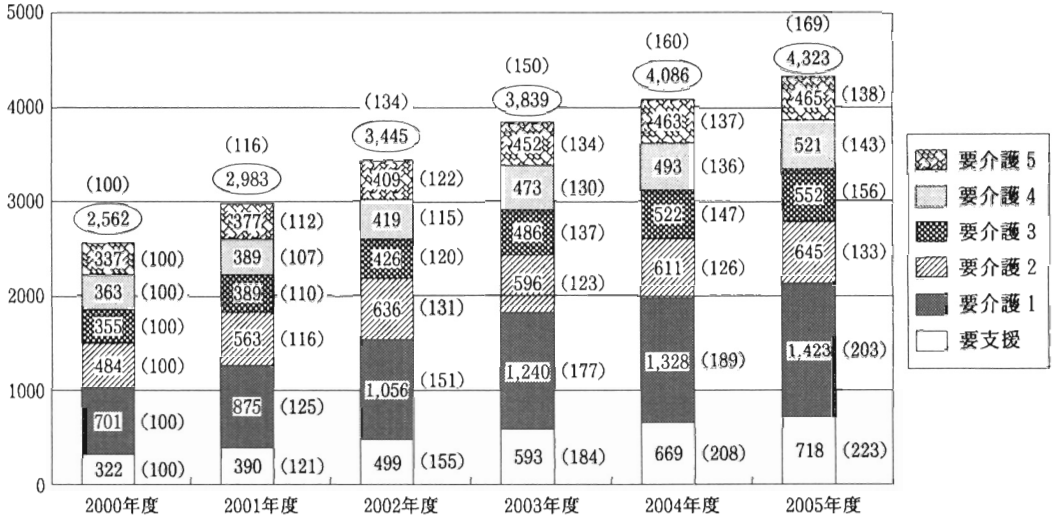
(1) 介護保険制度5年間の全体的な変化

それでは、過去5年間の介護保険制度の全体的な変化をみてみよう。まず、第一号被保険者数は、2000年度末の2242万人から2588万人（2005年度末）へと346万人増加している。同様に、要介護認定者総数も256万人（2000年度末）から432万人（2005年度末）へと176万人増加している。また、第一号被保険者における要介護認定者数の内訳をみると、

2) わが国の介護保険制度の創設背景・仕組み、導入後から2003年度までの全体的状況については森 [2006] を参照のこと。また、国と都道府県レベルの財政状況から介護保険制度の持続可能性の分析をしたものとしては、田近・油井・菊池 [2005] がある。

図表1 要介護認定者数(年度末現在)の推移

(単位：千人)



※ ()内の数字は、2000年度を100とした場合の指数である。

(出所) 厚生労働省ホームページ「2005年度介護保険事業状況報告(年報)」

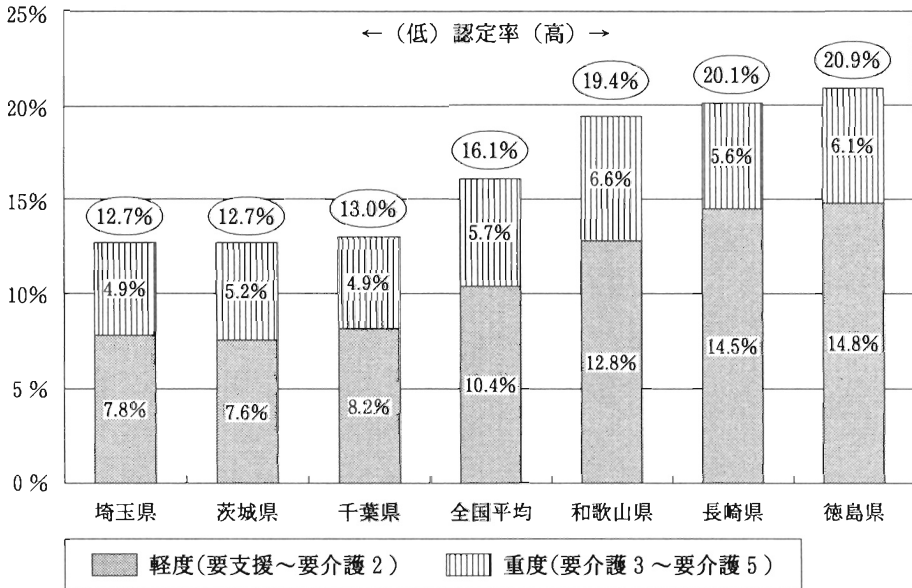
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/05/index.html>), を一部修正。

2000年度末から最も増加しているのは要支援の約2.3倍、次いで要介護1の約2倍である。そして、2005年度末に要介護認定者数のうち最も多いのは要介護1の約33%であり、軽度(要支援～要介護2)でみると、全体の64.4%を占めている状況である(図表1)。

また、要介護認定率を都道府県別にみると、全国平均は16.1%、認定率が最も低いのは埼玉県・茨城県の12.7%、最も高いのは徳島県の20.9%となっている。また軽度の認定率をみると、最も低いのは茨城県の7.8%、最も高いのは徳島県の14.8%となっており、約2倍の地域格差が示されている(図表2)。

次に、居宅サービス受給者は、124万人(2000年度末)から258万人(2005年度末)へと約2.1倍、施設サービス受給者は60万人(2000年度末)から79万人(2005年度末)へと1.3倍であり、居宅サービス受給者が急増している。またサービス種類別にみると、居宅サービスでは訪問介護が45万人(2000年9月)から97万人(2004年9月)へと約2.2倍、通所介護が62万人(2000年9月)から100万人(2004年9月)へと約1.6倍となっており、この2種類のサービス利用の伸びが非常に著しい状況である。また、居宅介護サービス事業者を開設(経営)主体別に(2005年10月)にみると、訪問介護では営利法人が53.9%、ついで社会福祉法人が26.5%、また認知症対応型共同生活介護においても営利法人が50.5%、ついで社会福祉法人が23.2%となっており、営利法人の参入が著しい状況である。また一方、訪問入浴介護では社会福祉法人が58.4%、ついで営利法人が34.8%、通所介護では社会福祉法人が49.3%、ついで営利法人が31.4%となっている。そして、営利法人の参入が激しいサービスは福祉用具貸与の88.6%、特定施設入所者生活介護の79.5%の順となっている。

図表2 要介護認定率



(出所) 図表1と同じ，を一部修正。

そして、保険の給付費（利用者負担を除く）についてみると、3兆2427億円（2000年度末）から5兆7943億円（2005年度末）へと約1.8倍になっており、対前年度（2004年度累計）と比較すると2349億円増（4.2%増）である。また、年度別給付費の推計（一ヶ月平均）から施設サービスと居宅サービスの構成状況を見てみると、2000年度末では施設サービスが66.1%、居宅サービスが33.9%であったものが、2005年度末には施設サービスが48.1%、居宅サービスが51.9%と、ほぼ同じ割合へと変化している。また、都道府県別に第一号被保険者一人あたりの給付費をみてみると、最も低い埼玉県で約17万円、最も高い徳島県で約28万円と約1.7倍の地域格差があり、ここでも地域差を確認することができる。

第一号被保険者の保険料（全国平均）をみてみると、第1期（2000～2002年度）では2,911円/月であったものが、第2期（2003～2005年度）には3,293円/月、さらに第3期（2006～2008年度）では4,090円/月と高くなっており、第2期と比べて第3期では24.2%増である。また、保険料基準額の分布をみてみると、最も高い市町村で6,001円以上が1団体、最も低い2,001円以上～2,500円以下が14団体となっている。そして、財政安定化基金から借入れを行っている市町村・広域連合は、2003年には170団体、2003～2005年度の累計で423団体に上り、全1681団体の25%を占める状況となっている。

(2) 2005年介護保険制度改正の概要

以上のように、介護保険制度5年間の全体的な状況をふまえたうえで、2005年に改正された制度の概要をみてみよう。この改正の経緯としては、まず法附則第2条に基づき社会

保障審議会介護保険部会で2005年2月に審議が開始され、同年7月30日に介護保険部会報告で「介護保険制度の見直しに関する意見」がとりまとめられた。その後も被保険者・受給者の範囲などについて審議された結果、2006年2月の通常国会へ介護保険制度改革関連法案が提出され、同年6月16日に可決・成立に至った³⁾。

2005年改正は、制度の基本理念である「高齢者の自立支援」、「尊厳の保持」を基本とし、「制度の持続可能性」「明るく活力ある超高齢社会の構築」「社会保障の総合化」の三つの基本的視点をふまえて、具体的に5つの項目で制度改正が行われた。ここでは、その具体的な内容をみていこう。

① 予防重視型システムへの転換

要介護度別の認定者数では軽度者が認定者数の6割を占め、介護費用の増大を促進しているという背景から、今後は健康な高齢者ができる限り要支援・要介護状態にならないように、またこの急増した要支援者・要介護者が重度化しないよう「介護予防」を重視したシステムの確立を目指し、新予防給付・地域支援事業の創設が行われた⁴⁾。また、新予防給付の創設によって、要介護状態区分がこれまでの「要支援・要介護1～5」の6段階に新しく「要支援2」が創設され、「要支援1～2・要介護1～5」の7段階へと変更された⁵⁾。

次に、市町村は介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から地域支援事業を実施する。地域支援事業の主な事業内容は、1)介護予防事業（地域の高齢者のうち要支援・要介護になるおそれのある高い者を対象に介護予防事業を実施）、2)包括的支援事業（権利擁護事業、介護予防マネジメント事業など）、3)任意事業（介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業など）であり、財源構成は1)2)は公費と保険料（第一号・第二号保険料）、3)は公費と保険料（第一号保険料）である。

② 施設給付の見直し

介護保険制度創設の目的は、介護サービス利用によって地域で望む在宅生活ができるような自立支援を行うということであったが、実際は、制度施行によって施設サービス利用

3) 2005年改正の経緯については、伊藤 [2005] を参照されたい。

4) 2005年改正法の附則によると、政府は、法施行後3年を目途として、(新)予防給付及び地域支援事業について、その実施状況等を勘案し、費用対効果の程度等の観点から検討し、その結果に基づいて所要の措置を講ずることとなっている。

5) 新しく見直された要介護認定では、「要介護1相当」については、「その状態の維持または改善の可能性」について追加的な審査・判定を行い、改善可能性の高い人を「要支援2」、改善可能性の低い人を「要介護1」に区分することとなった。ここでいう「改善可能性の低い人」とは、疾病や外傷等により心身の状態が安定していない状態の人や認知機能や思考・感情等の障害により、十分な説明を行ってもなお新予防給付の利用にかかる適切な理解が困難な状態の人、また心身の状態は安定しているが、新予防給付の利用が困難な身体の状態にある人といった内容である。

図表3 介護保険制度改革の全体像

改革の全体像

介護保険制度については、制度の基本理念である、高齢者の「自立支援」、「尊厳の保持」を基本としつつ、制度の持続可能性を高めていくため、以下の改革に取り組む。

I 介護保険制度改革

1. 予防重視型システムへの転換

「明るく活力ある超高齢社会」を目指し、市町村を責任主体とし、一貫性・連続性のある「総合的な介護予防システム」を確立する。

⇒ 新予防給付の創設、地域支援事業の創設

2. 施設給付の見直し

介護保険と年金給付の重複の是正、在宅と施設の利用者負担の公平性の観点から、介護保険施設に係る給付の在り方を見直す。

⇒ 居住費用・食費の見直し、低所得者等に対する措置

3. 新たなサービス体系の確立

痴呆ケアや地域ケアを推進するため、身近な地域で地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供を可能とする体系の確立を目指す。

⇒ 地域密着型サービスの創設
⇒ 地域包括支援センターの創設
⇒ 医療と介護の連携の強化

4. サービスの質の向上

サービスの質の向上を図るため、情報開示の徹底、事業者規制の見直し等を行う。

⇒ 情報開示の標準化
⇒ 事業者規制の見直し
⇒ ケアマネジメントの見直し

5. 負担の在り方・制度運営の見直し

低所得者に配慮した保険料設定を可能とするとともに、市町村の保険者機能の強化等を図る。

⇒ 第1号保険料の見直し
⇒ 市町村の保険者機能の強化
⇒ 要介護認定の見直し、介護サービスの適正化・効率化

II 介護サービス基盤の在り方を見直し

高齢者が住み慣れた身近な地域で暮らし続けることができるよう、地域における介護サービス基盤の計画的整備を推進する。

⇒ 地域介護・福祉空間設備等基金の創設

見直しの基本的視点

明るく活力ある超高齢社会の構築

制度の持続可能性

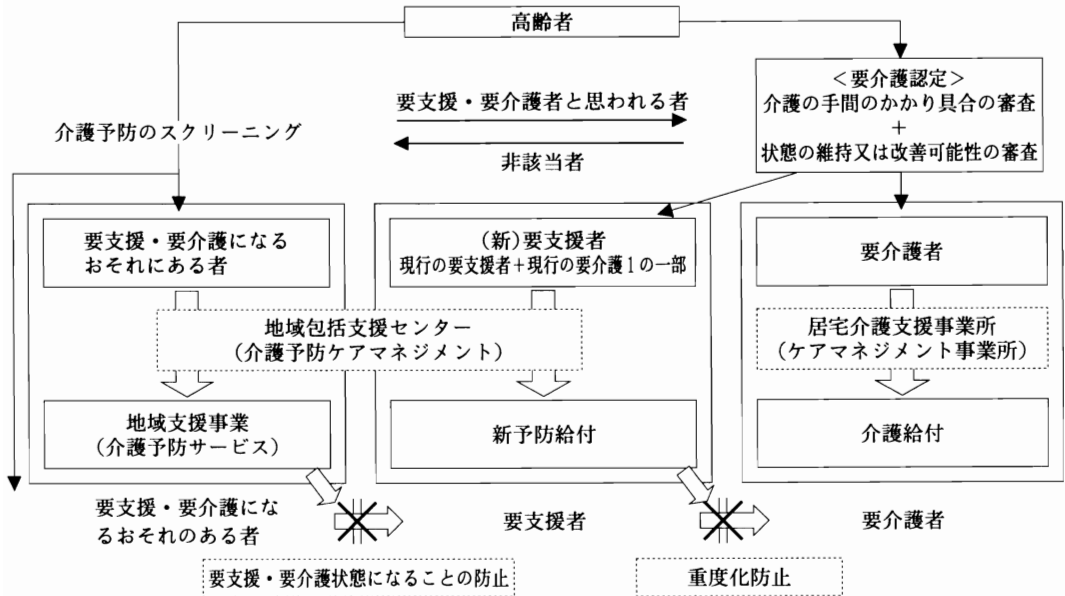
社会保障の総合化

(出所) 厚生労働省ホームページ「介護保険制度改革の全体像～持続可能な介護保険制度の構築～」(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/h1222-3.html>) 2004年12月22日、を一部修正。

の流れに歯止めをかけることはできなかった。その背景には、居宅サービスの支給基準限度額の上限が低いことや、居宅サービスの利用では食費や居住費が自己負担であるのに対して、施設サービス利用では保険給付内で支給されることも大きく影響していると考えられる。また、施設サービスが多い地域では保険給付費用が高いという結果も出ており、保険給付の増大を避けるためにもその給付範囲や水準を見直すことが求められた⁶⁾。

そこで、今回の改正では、居宅サービスと施設サービス間における給付の負担の公平性

図表4 予防重視型システムへの転換(全体概要)



(出所) 厚生労働省ホームページ「介護保険制度改革の概要」
 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/index.html>) 2006年3月発行。

を確保し、介護保険と生活費用の基礎的部分をまかなっている年金との重複を調整するため、施設入所者の居住費・食費は保険給付対象外とすることになった(図表5)。ただし、所得の低い利用者に対しては過重な負担とならないよう負担限度額を定め、基準費用額と負担限度額の差額を保険給付で行う仕組み(補足給付)を創設した。

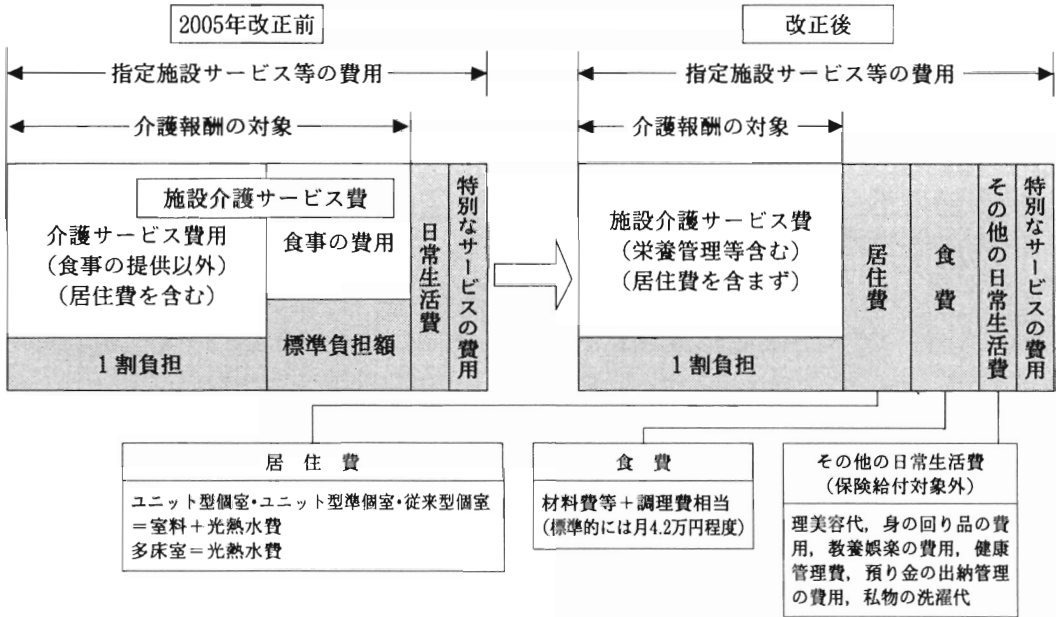
③ 新たなサービス体系の確立

認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加等をふまえ、一人ひとりができる限り住み慣れた地域で生活が続けられるように、サービス体系の見直し(地域密着型サービスの創設)や地域における総合的・包括的なマネジメント体制の整備を行う(地域包括支援センターの創設)等が行われた。

まず、今回新しく創設された地域密着型サービスの特徴は、1)指定権限を市町村に移譲し、その市町村の住民のみがサービス利用可能、2)市町村内をさらにこまかく分けた圏域で必要な整備量を定め、地域のニーズに応じバランスのとれた整備を促進、3)地域の実情

6)『平成17年版厚生労働白書』(ぎょうせい, 50頁)において、「施設サービスの利用者等が多い地域は介護費用や保険料が高くなっている」ということが述べられており、「介護保険制度は給付と負担が連動する仕組みとなっており、高齢者1人当たり給付月数が高い地域は第1号被保険者の保険料が高くなることとなり、都道府県別の施設サービス利用率と保険料基準額についても、強い関係がみられることとなった」との記述がある。

図表5 施設介護サービス費の給付範囲の変更



(出所) 介護支援専門員テキスト編集委員会『三訂 介護支援専門員基本テキスト』第1巻, 長寿社会開発センター, 2006年, 158頁。

に応じた指定基準, 介護報酬の設定, 4)指定 (拒否), 指定基準, 報酬設定に地域住民, 高齢者, 経営者, 保健・医療・福祉関係者等が関与し, 公平・公正透明な仕組み, である。具体的なサービスの種類は, 1)小規模多機能型居宅介護, 2)夜間対応型訪問介護, 3)認知症対応型通所介護, 4)認知症対応型共同生活介護 (グループホーム), 5)地域密着型特定施設入所者生活介護 (小規模 (定員30人未満) で介護専用型の特定施設), 6)地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (小規模 (定員30人未満) 介護老人福祉施設) の6種類である。

次に, 地域包括ケアシステムの整備を進めるため, その中核機関として「地域包括支援センター」が新設された。地域包括ケアシステムとは, 2003年に高齢者介護研究会が「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」において, 高齢者の尊厳を支えるケアの確立への方策として提案したものである。この地域包括ケアシステムは, 「要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには, 個々の高齢者の状況やその変化に応じて, 介護サービスを中核に, 医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」として位置づけられている。つまり高齢者の尊厳を支えるケアの確立のためには, 「介護以外の問題にも対処しながら, 介護サービスを提供するには, 介護保険サービスを中核としつつ, 保健・福祉・医療の専門職相互の連携, さらにボランティアなどの住民活動も含めた連携によって, 地域の様々な資源を統合した包括的なケア (地域包括ケア) を提供することが必要である」といえるのである。

図表6 介護サービスの種類

| | 都道府県が指定・監督を行うサービス | 市町村が指定・監督を行うサービス |
|-------------|--|---|
| 介護給付を行うサービス | <p>◎居宅サービス</p> <p>---【訪問サービス】---</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護(ホームヘルプサービス) ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 <p>○特定施設入居者生活介護</p> <p>○特定福祉用具販売</p> <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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 | <p>◎地域密着型サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○夜間対応型訪問介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| 予防給付を行うサービス | <p>◎介護予防サービス</p> <p>---【訪問サービス】---</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問介護(ホームヘルプサービス) ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 <p>○介護予防特定施設入居者生活介護</p> <p>○特定介護予防福祉用具販売</p> <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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 | <p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム) <p>◎介護予防支援</p> |

(出所) 図表5と同じ, 143頁。

そして、この地域包括ケアが有効に機能するためには、各種のサービスや住民が連携してケアを提供するよう、関係者の連絡調整を行い、サービスのコーディネートを行う機関が必要となり、今回の改正で「地域包括支援センター」がその役割を担うこととなった⁷⁾。地域包括支援センターの運営主体は、市町村、在宅介護支援センターの運営法人(社会福祉法人・医療法人等)、その他の市町村から委託を受けた法人である。職員体制は、保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士の三職種の専門職種またはこれらに準じる者となっている。

7) 地域包括支援センターの業務等については、「地域包括支援センター業務マニュアル」(厚生労働省老健局, 2005年12月19日), を参照されたい。また、地域包括支援センターとこれまで地域ケアを支えるために重要な役割を果たしてきた在宅介護支援センターとの関係については、「地域支援事業における在宅介護支援センターの活用～地域包括支援センターと在宅介護支援センターのあるべき関係～」(全国在宅介護支援センター協議会, 2005年8月25日)を参照されたい。

④ サービスの質の確保・向上

利用者のサービス選択は、介護保険制度だけでなく福祉サービス全般にわたって現在実施されつつあるが、そのサービス選択を行うひとつの基盤として、「介護サービス情報の公表」の義務化が今回の改正で行われた。これはすべての介護サービス事業者が介護サービス情報（介護サービスの内容及び運営状況に関する情報）を都道府県知事または都道府県知事が指定した指定情報公表センターで公開し、利用者がその情報を利用してサービス選択をできるようにする仕組みである。

次に抜本的にサービスの質を確保し向上させるため、訪問介護における専門性の向上を目的とした「介護職員基礎研修」導入などの研修体系の見直し、施設における生活・療養環境の改善をはかるなど「サービスの専門性と生活環境の向上」が行われた。

そして、介護保険制度導入後、摘発された不正事業者などに対する事後規制ルールを強化する観点から、指定の欠格事由・指定の取り消し要件の追加、指定の更新制の導入、勧告・命令等の追加という「事業者規制の見直し」が行われた。

さいごに、介護保険制度のなかで非常に大きな役割を果たすケアマネジャーの専門技術である「ケアマネジメント」に関してもその見直しが行われ、地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメントの推進、ケアマネジャーの資質・専門性の向上（ケアマネジャー資格の更新制など）、公正・中立の確保等（ケアマネジャー標準担当件数の引き下げと多数担当ケースに係る報酬逡減制の導入など）が盛り込まれた。

⑤ 負担の在り方・制度運営の見直し

今回の改正では、現行の方式（所得段階別の定額保険料）を原則としつつ、所得段階をさらに細分化し、より負担能力にあわせて保険料を負担できるような形へと変更した（新第2段階の創設）。また、要介護認定の見直しが行われ、要介護認定初回の認定調査の実施を市町村が原則で行うこととなった。さらに、市町村の保険者機能が強化され、保険者による給付等のチェック機能の強化（事業者への立入権限等の付与、指定取消要件に該当した事業者の都道府県への通知）、サービス面への関与（地域密着型サービスに対する指定・指導監督等、都道府県の事業者指定に当たっての意見提出）、地方自治体の行政事務の外部委託に関する規定の整備が行われることとなった。

3. A市における介護保険制度の現状と課題

(1) 介護保険制度の現状－ヒアリング調査をもとに

前節でみたように、2005年改正では制度全般についての見直しが行われ、新しいサービスの創設や施設給付の見直し、地域における総合的・包括的なマネジメント体制の整備、保険者の機能の強化等が行われることになった。今回の改正では、とくに保険者である市町村の果たす役割がさらに重要となっており、今後さらに、地域の実情に応じた介護保険制度を作り上げるためには市町村の取り組みが非常に大きな意味を持つてくるといえよう。

そこで、全国的な資料・データから浮かび上がる市町村の姿だけでなく、実際の市町村介護保険担当者の声を聞くことでその市町村の現状や今抱えている課題、そしてこれから必要な支援が明確になると考え、政令指定都市に隣接するA市（人口約35万人）と地方中核都市B市（人口約55万人）にヒアリング調査を行った。ヒアリング項目は、過去5年及び2005年改正後の市の介護保険制度の状況、利用者のサービス利用状況、介護サービス事業者の状況、保険料・財政状況、低所得者対策等である。この2市でのヒアリング調査のみですべての市町村の現状や課題をつかめるというものではないが、それでも介護保険制度を運営する保険者の状況を概観する点で有意義である。この節ではまずA市に対するヒアリング調査の結果を検証し、その課題を探りたい。

① A市における介護保険制度の全体的状況

まず、施行後5年間におけるA市の介護保険制度の全体的状況をみてみよう。A市の高齢化率は2000年度末に12.8%であったのが、2005年度末には16.7%へと上昇している。地域によっては高齢化率が30%近くのところもあるが、市全体としては都道府県内平均高齢化率（20%近く）と比べると若干低くなっている。また、要介護認定者数は急速にのびており、出現率は2000年度末の11.6%から2005年度末の18%へと上昇している。高齢化率の上昇のスピードと比べても要介護認定者数の増加が高いため、当然、サービスの利用も増大する傾向にある。

次に、施設サービスと居宅サービスの利用変化については、受給率はほぼ一定（75%前後）で大きな変化はないが、2005年度末では居宅サービスの利用が増加している。その背景には、A市内の施設サービス数が増加していないことや居宅サービス事業者の順調な増加が考えられる。

② サービスの利用状況

次に、サービス利用状況をみてみよう。2005年度末のサービス利用を保険給付額からみると、訪問介護と通所介護の2種類のサービスで全体の約半分を占めており、その一方で訪問看護サービスは少ない状況となっている。また、介護老人福祉施設の待機者は、約800人のべ1,800人程度となっており、1人が2つ程度の施設入所を申し込んでいる状況である。施設入所待機者は、現在、介護老人保健施設やグループホームへ入所しながら、介護老人福祉施設への入所を待っているといった状況も見受けられる。しかし、A市では入所施設は今後2つ程度建設される予定であるが、団塊世代が施設入所を希望すると、今以上に受け入れが困難な状況になると予測される。

③ 介護サービス事業者の状況

介護サービス事業者の状況については、全体的にみて事業へ参入しやすい状況である一方で、利益が少しでも上がったサービスでは介護報酬が低く変更される傾向にあるため、それが直接介護サービス事業者の経営や労働条件に跳ね返る状況となっている⁹⁾。そのた

め、介護労働者の労働条件が悪く、離職率の高さや派遣労働者の多さが目立っているように思える。

サービス種類別にみるとA市では通所介護が市内で飽和状態となっており、かなり空きがあるケースも見受けられる。施設に併設されている通所介護のなかには、25名定員でも2～3名しか利用者がいない状況もあり、送迎対象の地域を広げてサービス提供を行おうとする事業者もでてきている。

また、A市では介護サービス事業者同士が情報交換などを行うために、同市介護保険課が事務局を担当する事業者連絡会（任意団体）が設立されている。しかし、この連絡会もサービスが飽和状態という状況のもとではサービスに対する温度差や互いの利害が関係する状況もあるため、運営の面で難しい側面もある。

そして、これまで社会福祉分野などでは特定非営利活動法人の役割が注目されてきた。しかし、介護保険分野では、制度で決められた人員基準があること、異種産業からの参入の多いことなどから、財政基盤の弱い特定非営利活動法人がこれまでのボランティアの延長として介護保険サービスへ参入した場合は、その運営が厳しいものであると考えられる。A市では介護保険制度導入以前は介護サービス事業者が少なかったこともあり、これまで特定非営利活動法人を育てる方向で支援してきたが、制度導入後、介護サービス事業者が増えるなかで、特定非営利活動法人をどのように位置づけるかについては岐路にたっているといえよう。問題意識の高い特定非営利活動法人の役割は重要であり、今後の方向を見つけだし、よい方向へ向かってほしいと考えている。

④ 新しいサービスと地域包括支援センター

2005年改正によって新設された「地域密着型サービス」においては、実際にその数が増加しているのは認知症対応型共同生活介護のみである。この認知症対応型共同生活介護においても職員体制はまだまだ厳しいが、夜間対応の職員数に関しては改善された。家族からは「特別養護老人ホームなどの施設に入所すると安心だが、刺激がなくなるので一週間したら顔を忘れた」などの意見があるため、今後も認知症対応型共同生活介護のサービスを求める声は強くなると予測される。

また、小規模多機能型居宅介護はなかなか増えない状況である。その理由として、介護報酬が低いため採算がとれず、経営が難しい状況が予測できるためと考えられる。そのため、小規模多機能型居宅介護の経営が維持されるためには、母体施設への併設、または安い土地の確保といった条件が整わないと難しいのではないだろうか。

そして、2005年改正で設置されることになった地域包括支援センターの整備方針は、市直営で運営し既存の地域保健福祉センターに地域包括支援センターの機能を付加し対応す

8) 財団法人介護労働安定センターが行った「事業所における介護労働実態調査」によれば、介護事業を運営するうえでの問題点として、全体では「今の介護報酬では十分な賃金を払うことが出来ない」が57.3%と最も多く、ついで「経営が苦しく、労働条件・福祉環境の改善ができない」が44.4%となっている（財団法人介護労働安定センター『平成18年版介護労働の現状』2006年）。

ることである。現在は2カ所の地域包括支援センターが設置・事業を開始しており、さらに4カ所が設置予定である。最終的には、合計6カ所の地域包括支援センターでA市全体をカバーすることとなっている。

⑤ 保険料と低所得者対策

A市の保険料は、全国平均4,090円(基準額)よりは少し高く4,128円となっており、保険料の収納率は98%である。また、保険給付額は2000年度末と比べると約2倍となっている。市の負担は介護保険財政上では12.5%だが、2003年度まで国から半額支給されていた介護認定審査会の事務費が支給されなくなったため、現在は市の一般会計から持ち出しとなっており、市の負担が増す状況である。また調整交付金は2.4~2.5%程度で、第一号被保険者の保険料が実際は20%を超えている。

そして、社会福祉法人では2005年改正によって食費・居住費が自己負担になっても、低所得者の受け入れを多く行っているため、そのまま差額を利用者負担に積み上げられない状況が起こっており、依然として厳しい経営状況となっている。また、社会福祉法人の利用料軽減制度はあまり利用されておらず、予算額の2.5%程度で全国的にみても利用は進んでいないと思われる。

その他にも、A市では独自の「利用料助成」と「デイサービスの食費助成」を行っている。前者の「利用料助成」の対象は世帯全員が市民税非課税の場合は利用者負担額の25%、世帯全員が市民税非課税で本人が高齢福祉年金を受給している場合は利用者負担額の50%を助成し、居宅サービス、特定福祉用具購入および住宅改修に適用される。予算は一般会計から年間7,500万円で行われている。後者の「デイサービスの食費助成」は、1回100円(約850万円支出/半年)、実績は2,919人(2005年)となっている。

また、保護率も上昇しており、保険料の滞納による給付制限も少しずつ行われるようになった(介護保険制度が施行されてから老人福祉法での措置による入所は行われていないが、養護老人ホームへの入所は行われている)。今後はさらに低所得世帯の保険料滞納問題とそれに伴う利用者のサービス利用問題が浮上してくると予想される。

(2) A市における介護保険制度の課題

以上のように、A市に対するヒアリング調査の結果から、大きく4点の課題が明らかになった。

第1は、サービス利用に関する課題である。全国的にみてもA市も同様に高齢化の進展、要介護高齢者数の増大は当然であるが、サービス受給率が5年間でほぼ一定となっていることから、未だサービス利用に至っていない潜在的な要支援・要介護者が存在すると考えられる。また、訪問介護や通所介護は利用率も高く、介護サービス事業者も多いことから、利用者が希望する介護サービス事業者を選択することは比較的容易と考えられる。しかし、訪問看護や介護老人福祉施設が不足している現状から、希望しても利用できないサービスも存在している。また、今後、保険料の滞納によりサービス給付を制限される者などがで

てくる可能性があり、老人福祉法による措置入所ケースの扱いが課題となるであろう。

第2は、介護サービス事業者に関する課題である。介護サービスを法人種別ごとにみると、社会福祉法人の運営する施設サービスでは依然として厳しい経営状況となっているところが多いようである。その理由として、低所得者やボーダー層の利用者が多く入所していることがあげられる。2005年改正で行われた「食費・居住費の自己負担」により、多くの負担が難しい利用者は居住費が安価な施設を選択するようになるであろう。その点から考えると、福祉の理念を実現するため古くから施設運営を行ってきた社会福祉法人に低所得者の入所が増加することも予測される。利用者のサービス選択も重要であるが、ボーダー層に対しては介護保険料を低く設定している等の対策に加えて、抜本的な低所得者対策を考えることが必要ではないだろうか。また、2005年改正で創設された地域密着型サービスに関しては、介護報酬の低さから採算を見込めず、参入する事業者が少ない状況となっており、今後、介護サービス事業者をどのように確保していくのか検討する必要がある。

第3は、介護サービス事業者のなかでもとくに特定非営利活動法人の動向に関する課題である。特定非営利活動法人は、今後、介護保険制度だけでなく障害者自立支援法等などの政策に対して各法人がどのような関わり方をしていくのか検討すべき時期を迎えているといえよう。あくまでもボランティア活動を中心とするのか、または制度の範囲のなかで他の事業者とともにサービス提供を行うことに主眼をおくのかといった活動の方向性、そして法人の方針を明確化することが重要となる。

第4は、介護保険財政に関する課題である。A市の第一号被保険者の保険料は、全国平均よりも少し高めだが都道府県内ではそれほど高いとはいえない。しかし、第一号被保険者の保険料は所得段階別であり、A市民の所得階層分布や介護サービス事業者の整備面からみた場合、保険料をこれ以上低く設定することは難しいと考えられる。また、介護保険制度の給付費用以外の制度を運営していくうえで事務費など必要となる費用が多く、この点は利用者には見えにくい状況となっているといえよう。また、A市ではこれまでの市施策の流れを受けて地域包括支援センターを市の直営で行っている。また、地域密着型サービスは、事業者の指定基準や介護報酬も一定の範囲内で市町村が変更できるため、市町村の財政状況やその支援体制の充実が2005年改正に創設されたサービスの展開の鍵を握っているとみえよう。

4. B市における介護保険制度の現状と課題

(1) 介護保険制度の現状－ヒアリング調査をもとに

① B市における介護保険制度の全体的状況

続いて、地方中核都市B市のヒアリング結果を検証し、その課題を探りたい。まず、B市の2005年4月1日現在の高齢者率は18.8%である。要介護認定者数も年々増加し続け、出現率は2000年の13.2%から2005年には21.1%まで上昇している。また、要介護認定者数を要介護度別にみると、要支援、要介護度1で約55%を占めている。

介護保険サービス利用者の状況に関しては、介護保険の要介護認定を受けている男女1,000人を無作為抽出したアンケートの結果によれば、訪問介護、通所介護の利用者が多く、サービスを利用していない人も14%近くいるという結果となっている。

このように、高齢化率、出現率の上昇によりサービス利用は年々伸びているが、給付件数をみると、特に2003年度以降、認知症対応型共同生活介護の大幅な伸長を除けば、全体としてはやや落ちつく見込みとなっている。

介護保険制度全体の問題点としては、1)事業者から提供されるサービスの質・サービスに対する考え方の問題、2)利用者の介護保険制度に対する認識の問題、があげられる。前者は、介護サービス事業は異業種・他業種からの参入があるため、サービスが平準化されていない、また利用者のニーズが多岐にわたるため介護保険制度での「介護」の枠の中ではとらえられない幅広い「生活」の問題まで踏み込む事業者があるため、サービスの質や介護サービス事業者間においてサービスの提供に対する考え方に差が生じているということである⁹⁾。そして後者からは、介護サービス事業者同士のサービスの取り組みに対する温度差と利用者の介護保険に対する認識の異なりから、サービス提供に関しての認識のずれが生じ、苦情につながるケースが多く生じている状況がうかがえる。

② 2005年改正後の状況

まず、2005年改正に関するサービス利用等をみると、要支援者の訪問介護・通所介護の利用回数の減少や福祉用具レンタルの制限が行われたため、利用者が本来の自立した生活を維持できるのか不安の残る状況がある。また要介護認定では、要介護1から要支援2への変更が105件（3～6月）あり、利用者からは「状態がかわってないのに」という声もあがってきている。

次に、今回の改正で創設された地域包括支援センターは、B市では公募制により各地域ごとに選定した。実際、地域包括支援センターは13カ所設置され、その内訳は社会福祉法人が6法人、医療法人が6法人、医師会が1カ所となっている。

また、B市の特徴としては市社会福祉協議会が要介護認定の訪問調査を請け負っており、市社会福祉協議会が地域包括支援センターを設置していないことがあげられる。しかし、市社会福祉協議会はB市より、地域包括支援センターの現状を把握するため、各地域包括支援センターより毎月の実績報告と2ヶ月ごとの課題を提出してもらい、そのとりまとめを行う事業を委託されている。市社会福祉協議会がこのような地域包括支援センターのとりまとめに関する委託事業を受けている事例は少なく、注目される。

そして財政面では、改正により行われた食費・居住費の自己負担については、利用者の理解が得られつつあるなかで、食費・居住費で浮いた費用を財源をまわすことが可能となった。しかし、B市にとっては依然として財政負担が非常に重く、第一号被保険者の保険

9) 介護保険制度から提供される介護サービスと本来必要とされる介護サービスとの間のズレに関しては、森 [2003] を参照されたい。

料も5,000円を超えており「保険料が高い」といった苦情や税制改正による非課税から課税への変更による問い合わせが多くあったのも事実である。そのため、やはり国庫負担を増大させてほしいと考えている。

また、改正により重点化した予防施策の効果も見込んで第3期の予算をたてているため、予防施策の効果が低い場合は財政状況が赤字になる可能性も否定できない。また今後さらに高齢化率や出現率の上昇によるサービス利用者の増大が進めば、制度自体を維持できるのかという不安をぬぐい去ることが難しい状況である。

(2) B市の取り組み課題

以上のようなB市のヒアリング調査の結果から、今後の介護保険制度の課題をまとめてみよう。

まず、介護保険制度全体に関しては、常に課題として述べられる「サービスの質」が問題点としてあげられる。それはこれまで、介護労働者の質が悪く適切なサービスを提供していない場合や、利益目的だけで利用者の日常生活を支援するといった視点の欠けた事業者の存在などが、「サービスの質」の向上との関わりから指摘されてきた。しかし、今回のヒアリング調査によって、介護サービス事業者の問題だけでなく、利用者の介護保険制度から提供される介護サービスへの認識という観点も、サービスに対する苦情に関係していることがわかった。つまり現状では、利用者の介護保険制度上で提供されている「介護」に対する認識がさまざまであり、そのさまざまな認識で判断される「サービスの質」は、必ずしも適切な判断ではないものもあると考えられるのである。そのため、介護保険制度から提供される介護サービスの範囲や内容は、介護保険制度自体の課題として今後検討されるべきであるが、介護保険制度から提供される「介護」について、利用者の理解の促進がこれまで以上に課題となると思われる。

次に、2005年改正については、やはり要介護認定の問題が生じており、要支援者に対するサービスの充実が求められているといえよう。B市が行った「高齢者意識調査アンケート」（調査実施期間：2005年9月1日から9月26日、調査対象者数：2,000、総回収数：1,416、有効回収率：70.8%）によれば、関心のある介護保険サービスは、「運動器の機能向上」「栄養改善」などの生活の質を向上させる内容、「認知症予防・支援」などという結果になっており、この結果からみても、地域包括支援センターや介護予防施策の役割が非常に重要であると考えられる。また、保険料の上昇や自己負担の増大、そして増える市町村負担の問題など、費用に関する問題も残されている。

5. 保険者からみた介護保険制度の課題——むすびにかえて

本稿では、介護保険制度の運営を担う市町村が2005年改正後どのような状況に置かれているのかを把握し、地域の実情に応じた介護保険制度を維持・運営するための課題を探った。ここでは、とくに保険者である市町村に対するヒアリング調査を通して明らかになっ

た課題を大きく4点にまとめむすびにかえたい。

まず第1は、当然のことだがサービス提供体制のさらなる充実が求められることである。地域によっては、制度創設時より提供されているサービスについてもサービスによっては未だ不足状態となっているものもある。また、団塊世代が介護保険制度の利用者となる今後は、施設入所の待機者も増すと考えられるため、利用者が本当に望むサービスを選択できるようサービス提供体制を充実させる必要がある。

そして、高齢者がその尊厳を保持しながら自立した生活を送るためには、地域包括ケアシステムの確立が重要であり、その中でも今回の改正によって新しく導入されることとなった地域密着型サービスや地域包括支援センターは非常に大きな役割果たすことになるであろう。しかし、小規模多機能型居宅介護などは採算面から思うように伸びない状況も見受けられ、また地域包括支援センターも地域によっては完全に整備されていない状況である。そのため、介護サービス事業者の状況も十分把握しながら、今後もその整備に関して市町村の取り組みが大きな鍵を握っているといえるだろう。

第2は、介護保険制度上における低所得者対策の再検討の課題である。現在も第一号被保険者における保険料の段階設定や社会福祉法人による利用料軽減など、低所得者に対する対策は行われている。しかし、2005年改正で行われた施設給付の見直しなどから自己負担の範囲が広がるなかで、低所得者に対する対策を総合的に再検討する必要があるだろう。低所得者対策は、利用者本人に関係することだけでなく、低所得者の受け皿となる可能性を含む社会福祉法人などの経営にも大きな影響を与える。そのため、市が独自で行っている対策に関しても精査し、介護保険制度全体として取り入れられる内容があれば検討することも必要である。

第3は、市町村の負担軽減への取り組みについてである。介護保険制度が市民に浸透すればするほどサービス利用者は増加し、また今後のさらなる高齢化率の上昇も予測されるなか、市町村の負担は増加の一途をたどることが予測される。保険財政の赤字により財政安定化基金を利用している市町村も多く、被保険者の保険料や利用者負担には限界があることから、今後も市町村が保険者として制度を維持するためには、運営にかかる事務費の補助などを再度検討する必要があるのではないだろうか。そして介護予防に対する市民の要望もあるなかで、今後、費用の問題なども含めて、制度自体をどのように維持していくかが大きな課題といえよう。

第4は、介護保険制度の制度変更や情報についてより理解を得られるよう広報活動の充実があげられる。介護保険制度施行後、サービス利用は年々伸びているが、今後も被保険者だけでなく幅広く市民全体に介護保険制度に対する理解を深めてもらえるような広報を行っていく必要があるといえよう。このような地道な活動を行うことによって、制度自体や改正等の変更に伴う利用者の苦情も減少すると考えられる。また、今回の改正によって、介護サービス情報の公表が義務化された。今後は、介護サービス事業者だけでなく、市町村の取り組みもクリアに市民に伝わるような努力が必要といえるだろう。

介護保険制度創設から保険者である市町村はその膨大な事務処理に追われ、その状況を

脱しきれない状態である。さらに今回の改正でもわかるように、地域支援事業や地域包括支援センターの整備など、介護保険制度を運営し牽引する役割を果たす市町村の責任はますます大きいものとなっている。そのため、市民や介護サービス事業者を巻き込みさまざまな取り組みを工夫していくことが、その地域の実情に応じた介護保険制度の基盤を作るために最も基本的なことであり、重要であることを再認識する必要があるといえよう。

(本稿は、平成18年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)による成果の一部である。)

【参考文献】

- 伊藤周平『「改正」介護保険と社会保障改革』山吹書店、2005年。
 ———『権利・市場・社会保障——生存権の危機から再構築へ』青木書店、2007年。
 厚生労働省老健局「地域包括支援センター業務マニュアル」2005年12月19日。
 財団法人介護労働安定センター『平成18年版介護労働の現状』2006年。
 坂本忠次編著『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、2003年。
 杉澤秀博・中谷陽明・杉原陽子編著『介護保険制度の評価——高齢者・家族の視点から——』三和書籍、2005年。
 全国在宅介護支援センター協議会「地域支援事業における在宅介護支援センターの活用～地域包括支援センターと在宅介護支援センターのあるべき関係～」2005年8月25日。
 田近栄治・油井雄二・菊池潤「介護保険制度の持続可能性——国と県レベルの分析——」(国立社会保障・人口問題研究所『社会保障制度改革——日本と諸外国の選択——』)東京大学出版会、2005年、263～285頁。
 筒井孝子「改正介護保険法における地域包括ケア体制とは——地域包括支援センターの課題」『保健医療科学』55(1)、国立保健医療科学院、2006年3月、10～18頁。
 古川孝順・副田あけみ・秋元美世『現代社会福祉の争点(下)～社会福祉の利用と権利』中央法規、2003年。
 増田雅暢『介護保険見直しの争点』法律文化社、2003年。
 森詩恵「介護保険制度における保険給付額の基本問題——介護サービスのナショナル・ミニマムを求めて——」『経済学雑誌』第101巻4号、大阪市立大学経済学会、2001年、149～165頁。
 ———「ソーシャルワークの視点からみた介護保険制度の位置づけとその諸問題——日常生活の維持・自立支援を視野に入れた介護サービスの提供に向けて——」『雇用関係の変貌』(社会政策学会誌第9号)、2003年3月、118～130頁。
 ———「高齢者介護保障政策の萌芽とその発展」(玉井金五・久本憲夫編著『高度成長のなかの社会政策——日本における労働家族システムの誕生——』)ミネルヴァ書房、2004年、41～61頁。
 ———「地域と介護——地域の特性を活かした介護保険制度を目指して」(重森暁・藤本高志・森詩恵『新地域政策のすすめ』)法律文化社、2006年3月、85～99頁。

山田誠『介護保険と21世紀型地域福祉——地方から築く介護の経済学』ミネルヴァ書房，2005年。

（付記）ヒアリング調査にご協力いただいた市町村職員の皆さま，多くの情報やアドバイスを下さった方々に対して，心よりお礼申し上げます。