

介護保険財政の現状と課題

鹿児島大学法文学部法政策学科 松田 典久

【目次】

1. はじめに
2. 介護保険財政の仕組みと保険料の算定
3. 介護保険サービスの給付状況
4. 保険財政対策
5. 今後の課題
6. おわりに

1 はじめに

「老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支え、利用者の希望を尊重した総合的なサービスが安心して受けられる仕組み」を基本理念に、介護保険制度が平成12年4月に施行されてから、やがて3年になります。省みると、介護保険法が9年12月に制定されて以来2年余りの期間、国・県・市町村だけでなく、医療・福祉の関係団体や施設・事業者が懸命になって、国民の啓発、人的・財政的体制の整備、サービス供給体制の整備など準備に取り組み、混乱の中でスタートしました。最初こそ、利用者も事業者も戸惑いや理解不足がみられましたが、3カ月後には、「概ね順調なスタート」という評価がなされました。

しかしながら、2年度目の13年度を経過する頃から、にわかに介護保険財政運営が逼迫している自治体が散見されるようになり、次期介護保険事業計画策定において、介護保険料の大幅な上昇と市町村財政の負担増が懸念されるようになってきています。

そこで、介護保険財政を中心に、介護保険制度の仕組みと介護保険財政の現状を検証し、今後の課題について、考察してみたいと思います。

2 介護保険財政の仕組みと保険料の算定

(1) 介護保険制度の仕組み

介護保険制度のねらいとしては、

- ① 老後の最大の不安要因である介護を国民みんなで重層的に支える仕組み、つまり「介護の社会化」を基本理念としていること
- ② 社会保険方式により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
- ③ これまでの措置制度から自由契約制度に転換し、利用者の選択により多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる仕組み
- ④ 介護を医療保険から切り離し、「社会的入院」をなくし、医療の必要な人に医療サービスを、介護の必要な人に介護サービスを利用できるようにする仕組み

となっています。

介護保険制度は、医療保険制度と同様の社会保険制度となっており、介護の総費用から1割の利用者負担を除いた額（以下、「給付費」という。）の1/2を公費（国1/4、県1/8、市町村1/8）で、残りの1/2を保険料等で賄うことが法定されています。

また、保険料等とは、第1号被保険者の保険料（以下、「介護保険料」という。）及び第2号被保険者に係る介護給付費交付金（政令で負担率を規定：現行33%）から構成されています。

したがって、原則として介護保険料以外（公費及び介護給付費交付金）は、介護の総費用に応じて精算され財源が保障される仕組みとなっているため、保険財政運営上は、介護保険料の水準とその確保が重要な課題となってくるわけです。

介護保険制度は、国民健康保険財政とよく比較されますが、介護保険財政の仕組みの特徴としては、次のような点が挙げられます。

- ① 市町村が介護保険料として徴収する部分は、給付費の1/6と小さいこと
- ② 特別徴収の導入（年額18万円以上の年金受給者は年金天引き）により、介護保険料の高い徴収率を確保する仕組みとなっていること
- ③ 調整交付金（高齢化や所得水準の差による市町村間の財政力格差の調整）により、保険者間の地域格差の調整機能を有すること
- ④ 財政安定化基金の設置と資金の貸付・交付により、保険財政の独立性が保持できる仕組みとなっていること

（2）介護保険料の算定

介護保険料は、市町村等保険者が、被保険者の代表や学識経験者、事業関係者の意見を反映させながら介護保険事業計画（計画期間5年、事業運営期間3年）を策定する中で、利用する在宅サービス及び施設サービスのサービス量を見込んで、算出されます。

こうして算出された介護保険料は、基準額であり、個々に賦課される介護保険料の額は、原則として5つの所得段階に区分され、基準額の0.5倍、0.75倍、1.0倍、1.25倍、1.5倍となっています。低所得者に対する乗率は負担能力に比べて高く負担が大きくなっているという指摘も多く、一部自治体では介護保険料の単独減免や6段階の導入等の対応が行われています。

（3）介護保険料の実態

現行の各保険者の介護保険料（基準額）をみると、全国平均が月額2,911円に対し、鹿児島県平均は月額3,116円と若干高くなっています。（表1）後期高齢者の割合の高い鹿児島県としてはやむを得ないと言えます。^{注1}

表1 現行の介護保険料

区 分	鹿児島県	全 国
平均的な保険料（月額）	3,116円	2,911円
最も高い保険料（月額）	3,800円	4,499円
最も低い保険料（月額）	2,350円	1,533円
格 差	1.6倍	2.9倍

（注）鹿児島県資料による

注1 平成12年国勢調査によると、後期高齢者（75歳以上）の総人口に占める割合は、全国が7.1%、鹿児島県が9.9%となっており、鹿児島県は全国第3位の高い水準となっています。

これを保険者ごとにみると、全国では、月額約1,500円から月額約4,500円まで2.9倍の格差がみられますが、鹿児島県では、月額2,350円から月額3,800円までと1.6倍の格差にとどまっています。

また、徴収率をみると、12年度分及び13年度分は、全国で98.6%、98.9%、鹿児島県で99.3%、99.0%と高くなっています。^{注2} 国民健康保険保険料に比べて高いのは、老齢退職年金を受給する者について同年金から天引きして徴収する特別徴収の方法による調定額が全体の約8割を占めるためです。

この介護保険料水準は、どのように受け止められているのでしょうか。国が全国77保険者において実施したアンケート調査結果（以下、「全国アンケート調査」という。）によると、61%が「妥当」と回答しているものの、「高い」「やや高い」が32%となっています。また、鹿児島県が平成13年度に実施した「介護サービス評価事業」のアンケート調査（以下、「評価事業アンケート」という。）によると、高齢者（利用者を含む）の約43%が「妥当」としているものの、約40%が「高い」と回答しています。内訳をみると、一般高齢者よりも利用者の方が、また制度のねらいに対する理解度が高いほど「妥当」とする方が多くなっています。

（4）介護保険料の減免

介護保険料の減免については、介護保険法142条により、条例の定めるところにより特別の理由がある者に対してできることとなっていますが、国は、この特別の理由については、介護保険財政の独立性を担保するため、災害等年度当初保険料を賦課した時点では想定し得なかった事情により一時的に負担能力の低下が認められる場合に限ると指導しています。したがって、国は、①介護保険料の全額免除、②収入のみに着目した一律の減免、③介護保険料減免分に対する一般財源の繰入れを行う単独減免は制度の趣旨から適当ではないとしています（いわゆる「3原則」）。しかしながら、法に根拠がある以上、最終的には保険者の判断です。このため、平成14年4月1日現在で、全国431市町村（全市町村の約13%）が単独減免を実施していますが、うち314市町村はこの3原則を遵守しています（鹿児島県では、単独減免市町村はなし）。これは、低所得者層にとっては、現行介護保険料が過重な負担となっているという市町村の自主的な判断による施策であり、尊重すべきものと考えます。ただし、介護保険制度の趣旨からは、安易な介護保険料の減免は好ましくなく、可能な限り制度的対応が必要であると考えます。

3 介護保険サービスの給付状況

（1）介護認定の状況

認定の状況を平成14年3月末でみると、全国では、計画の278万1千人に対し、約298万2千人と、7.2%の増加を示していますが、高齢者（65歳以上人口）に占める要援護高齢者の割合である認定者率は、12.4%と計画より微増にとどまっています。

注2 介護保険制度の円滑導入のための特別対策として、平成12年4月から9月まで全額免除、12年10月から13年9月まで半額免除の措置が執られ、12年度は通年ベースの1/4、13年度は通年ベースの3/4の保険料徴収となっています。

一方、鹿児島県では、計画の約5万4千人に対し、約7万人と、29%の大幅な増加を示し、認定者率も計画の13.3%を大きく上回る16.4%となっており、沖縄県に次いで全国第2位の水準となっています。この増加要因は明確にはありませんが、①介護保険制度施行以前からサービス利用者が多かったため意識が高かったこと、②事業者等による掘り起こしが精力的に行われたこと、③要介護認定申請の周知が徹底したことなどが、理由として類推されます。(表2)

また、認定者の介護度分布を全国平均と比較すると、鹿児島県は要支援で7.6%、要介護度1で2.9%、全国平均を上回っており、介護度の低い層に分布が偏っているのが特徴となっています。(表3) このため、受給者1人当たり支給額は、全国第45位と非常に低くなっています。

表2 認定状況(平成14年3月末)

区 分	鹿児島県	全 国
認定者総数 A	69,999人	2,982千人
計画認定者総数 B	54,275人	2,781千人
増 減 (A-B)	15,724人	201千人
増 減 率 (A/B)	129.0%	107.2%

(注)「全国介護保険担当課長会議資料」、鹿児島県資料による。

表3 介護度分布の比較(平成14年3月末) (単位：%)

区 分	鹿児島県	全 国	格 差
要 支 援	20.7	13.1	+7.6
要介護1	32.2	29.3	+2.9
要介護2	15.0	18.9	-3.9
要介護3	10.1	13.0	-2.9
要介護4	11.4	13.0	-1.6
要介護5	10.6	12.7	-2.1
計	100.0	100.0	-

(注)「全国介護保険担当課長会議資料」、鹿児島県資料による。

(2) 給付実績

給付実績は、全国が、平成12年度3兆2270億円で、予算額の85%程度に止まっています。一方、鹿児島県は、12年度780億円、13年度945億円となっており、ほぼ予算通りの実績となっています。

(3) 市町村の動向

平成12年度の鹿児島県内市町村別の給付実績を当初見込みと比較すると、30%を超える増加を示した団体から、逆に30%を超える減少を示した団体まで様々です。変動が大きかったのは、全く初めての推計であったことから無理もないと考えられますが、比較的小規模の団体の変動が大きい傾向にあります。これは、小規模の保険者ほどサービス利用の見込みの違いが保険財政に大きな影響を及ぼすことを如実に物語っています。

増加の大きかった団体が挙げた主な増加の理由としては、①見込みより要介護認定者数が増加したこと、②見込みよりサービス利用者数が増加したこと、③在宅サービスの利用率が高かったこと、④見込みより介護度の高いものが増加したことなどが挙げられています。

特に③については、鹿児島県で突出して利用の多い通所リハビリの利用が高いことがその主因と推測されます。地元新聞の報道であったように、一部の地域では、医療機関同士が競争してサービス利用の掘り起こしを行うなど「要介護者の囲い込み」現象が見られます。^{注3}

こうした事態は、わが国の介護保険の要と言われるケアマネジャーの中立性が確保されず、グループ事業所の先兵として関係サービスの受給者を開拓する任務を負わされていることに起因すると考えられます。要するに、ケアマネジメントが有効に機能せず、利用者の選択権が侵害されているということになります。さらに、こうした行為が団体の給付実績を増加させ、保険財政運営を逼迫させていると言われています。潜在的なサービス需要者に必要なサービスを提供することは、介護保険の趣旨からも望ましいことではありますが、一部の事業者等が営利のために必要でない又は被保険者が望まないサービスを提供することは、保険財政運営の健全性の面からも許されないことと考えられます。

(4) サービス種類別給付実績

在宅サービスの種類ごとにみると、全国では、①訪問介護、②通所介護、③通所リハビリ、④短期入所の順となっています。特に短期入所は、平成14年1月から訪問通所サービスと短期入所サービスの支給限度額一本化の改善がなされたことから利用しやすくなり、急激に増加しています。

鹿児島県では、①通所リハビリ、続いて②訪問介護、③通所介護、④短期入所の順となっています。特に通所リハビリは、全国で最も高い割合を占めており、鹿児島県の特徴となっています。

(5) サービス利用の満足度

サービス給付実績は着実に増加してきていますが、サービス利用の実態とその満足度はどうなっているのでしょうか。

まず、居宅サービスの利用率をみると、鹿児島県が、全国に比べ高くなっています。(表4) 介護度別にみると、鹿児島県は、特に要支援など介護度の軽い層において全国に比べ利用率が高くなっています。国は、当初4割程度を見込んでいましたが、鹿児島県の

表4 居宅サービスの利用率(対支給限度額) (単位：%)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	全体
全国	46.0	32.9	39.0	40.7	41.2	42.5	38.7
鹿児島県	55.5	37.6	43.4	44.1	46.5	47.3	43.1

(注) 全国は14年1月審査分、鹿児島県は13年12月報告分

注3 南日本新聞(平成14年3月29日付け)「介護保険かごしま：デイケア利用突出」

利用率はそれを上回っており、それが介護給付費の増につながっています。

全国アンケート調査によると、サービスの量に対する満足度・質に対する満足度ともに、「満足」「ほぼ満足」の合計が88%を占めており、かなり高い満足度となっています。また、鹿児島県の評価事業アンケートによると、利用者の78.4%が「満足」「ほぼ満足」という回答で、全国と同様に満足度が高くなっています。

国及び鹿児島県の両調査において、「やや不満」「不満」と回答している者が数%いるという事実も真摯に受け止め、改善の努力を行っていく必要があると思いますが、総じてサービス利用について、概ね良好とする国及び地方自治体の評価も納得できるところです。

なお、認定を受けながら介護保険サービスを受けていない方もいますが、その理由については、①今のところ家族介護で何とかやっつけていける（59%）、②今のところ自分でなんとかできる（36%）、③外出したり、他人と関わりたくない（17%）、④病院に入院している（11%）の順となっており、「利用者負担（総費用の1割）が払えない」という回答は3%に過ぎない結果となっています。

また、介護保険制度全般について、施行後の制度自体に対する評価（全国アンケート調査）をみると、

- ① 家族の介護負担が軽くなった（39%）
- ② 気兼ねなく利用できるようになった（34%）
- ③ 自分にあったサービスを受けられるようになった（31%）
- ④ 要求・苦情を言いやすくなった（29%）
- ⑤ 自宅で生活を続けることができるようになった（25%）

等となっており、概ね高い評価となっています。

4 保険財政対策

（1）保険財政の状況

鹿児島県全体としては、平成12年度95.3%、13年度100.7%と、ほぼ予算通りに推移していますが、市町村別にみると、上述したとおり、かなりの増減が出てきており、保険財政運営に苦慮している団体も多いようです。

また、介護保険料の徴収率をみると、12年度は、99.3%と高い水準となっていますが、これは、介護保険制度の円滑導入のための特別対策により、徴収の対象が通年ベースの1/4であったことも影響していると考えられます。したがって、13年10月以降の本徴収以降の徴収率が課題となると考えられます。

全国ベースで国負担25%のうちの5%相当額である調整交付金は、保険者間の後期高齢者の割合や所得水準の格差を調整するために設けられた財源ですが、鹿児島県の保険者は、5.3%から10.8%まで分布しており、平均で7.3%と高くなっています。つまり、全国平均に比べ、後期高齢者の割合が高く、所得水準が低いという実態を反映したものとなっているわけです。

（2）赤字市町村の対応

介護保険財政は特別会計で処理することとなっていますが、収支の状況はどのようになっているのでしょうか。平成12年度において、歳入歳出差引がマイナスになった団体は

ありません。これについては、制度として、歳入歳出差引がマイナスになることが見込まれた場合、いくつかの対応措置が組み込まれており、最終的には県の財政安定化基金からの借入により補てんできる仕組みとなっています。

収支が赤字と見込まれた場合の対応措置としては、次の方法が考えられます。

- ①円滑導入基金の前倒し充当^{注4}
- ②介護保険給付費準備基金からの充当^{注5}
- ③県財政安定化基金からの借入
- ④保険料の改定

①については、介護保険制度を円滑に導入するために1年半の間減免した額を国が保障する財源として、平成11年度に積み立てた円滑導入基金から前倒しで取り崩して財源補てんするものですが、基本的には12年度のみを活用できる措置です。②については、原則として条例で設定した保険料率は3年間同額ですので、給付費を上回る介護保険料収入がある場合は、それを介護給付費準備基金に積み立てることができることとなっています。その基金を取り崩して使う方法です。③は、①及び②の措置で対応してもなお収支の赤字が見込まれる場合、都道府県に積み立てている財政安定化基金から借入を行う方法であり、年度内調整の最終的手段となります。^{注6}

なお、④については、翌年度以降に向けての対応となりますが、13年度に喜界町が、月額2,600円から3,000円に改定しています。

(3) 財政安定化基金の借入状況

それでは、財政安定化基金の借入状況は、どうなっているのでしょうか。

全国では、平成12年度は78保険者、6億68百万円でありましたが、13年度には390保険者、109億69百万円の借入となっています。一方、鹿児島県では、12年度は6保険者、69百万円でありましたが、13年度には25保険者、5億35百万円の借入と大幅に増加しています。本来ならば、2年度目は介護保険料財源の余裕があるはずですので、14年度はさらに増加すると予測されます。

表5 財政安定化基金の借入状況 (単位：千円)

区分	保険者数	借入額	高齢者数	高齢者1人当借入額
12年度	6	69,453	18,647人	3.725
13年度	25	535,037	92,265人	5.799

(注) 鹿児島県資料による。

注4 円滑導入基金とは、介護保険制度の円滑導入のための特別対策として免除・減額される介護保険料相当額が、平成11年度に国から交付され、その額を積み立て、12年度及び13年度に取り崩して充当するために設置される基金です。

注5 介護保険給付費準備基金とは、介護保険事業特別会計において発生した剰余金等を積み立て、財源不足時に取り崩して充当するために設置される基金です。

注6 財政安定化基金は、一定の要件のもとに資金の貸付や交付により保険者の財政安定を図るため、国、都道府県、保険者（介護保険料）が1/3ずつ負担して、都道府県に設置される基金である。貸付を受けた資金は、次期以降最大3期事業運営期間（3年～9年）までに返済することとなり、その返済分は介護保険料に上乗せされます。

なお、13年度の借入額は、沖縄県が約27億円と圧倒的に多く、鹿児島県は、全国第5位となっています。(表5) この借入増による次期以降の介護保険料への影響が懸念されています。

(4) 介護保険料の改定

現在、各保険者においては、次期財政運営期間における介護保険料を決定する作業に取り組んでいるところであり、介護保険料が上がるのか、またどのくらい上がるのか、が大きな関心事となってきています。14年8月に中間発表された介護保険料でその動向をみてみましょう。(表6)

全国では、平均が月額3,200円台で約11%の上昇に止まっていますが、最も高い介護保険料は月額9,000円弱と前期の約2倍の非常に高い水準となっており、格差も8.7倍と前期の2.9倍より大幅に拡大しています。

鹿児島県では、平均が月額3,800円弱で約22%の大幅な上昇となっており、最も高い保険料も月額6,000円弱と前期の約1.6倍となり、格差も2.9倍と前期の1.6倍より拡大しています。

制度上、介護保険料に保険者格差が出るのは予想されたことではありますが、介護保険料が月額5,000円を超えるような高い水準になってきますと、介護保険料に対する住民の理解が得られるか、また保険財政運営の維持存続が可能か、といった問題が懸念されます。

表6 次期の介護保険料試算額 (平成14年8月28日現在)

区 分	鹿児島県	全 国
平均的な保険料 (月額)	3,787円 (+21.5%)	3,241円 (+11.3%)
最も高い保険料 (月額)	5,967円 (+57.0%)	9,000円弱
最も低い保険料 (月額)	2,040円 (-13.2%)	1,000円台前半
格 差	2.9倍	8.7倍

(注) 南日本新聞記事に基づく。

5 今後の課題

以上、サービス給付と介護保険財政の現状をみてきましたが、政府の「概ね順調なスタート」を確認することができた反面、将来に向けた制度運営を不安視させる要素も垣間見ることとなりました。そこで、制度運営が始まったばかりで、改善を検討すべき課題は、数多くあると考えられます。

(1) 要介護認定の適正化

まず、要介護認定の問題です。痴呆の扱いや在宅介護への配慮が不足しているということで、一次判定ソフトに重大な欠陥があると指摘されていますが、これについては、国において、15年度に向けた改訂作業が進められています。

次に、認定調査及び二次判定の客観性・公平性の問題です。認定調査については、多くの自治体において、認定調査を支援事業者等のケアマネジャーに委託していること、また上述したとおり、サービス事業者等が、同系列の支援事業者のケアマネジャーを営利追求

のための先兵として活動させ、要介護者の囲い込み現象を引き起こしている現状から、認定調査に問題があるのではないかと考えられます。また、二次判定については、痴呆のある場合一律介護度を引き上げる自治体があるなど地域格差が見られます。

要介護認定の信頼性を高めるためには、まず認定調査員、介護認定審査会委員及び主治医の研修を徹底すべきであると考えます。現在でも実施されていますが、さらに徹底した研修を行い、認定調査や二次判定の精度の向上を図ることが必要です。また、認定調査を委託する市町村としては、認定調査の客観性と適正性を点検するため、数回に1回市町村職員が直接認定調査を行うとか、認定調査を複数の事業所で交替して担当するような委託方法を行うなど、相互にチェックできるような体制を執る等の工夫がもっと必要であると考えます。^{注7}

また、認定期間が6カ月と短いことから、認定の申請・認定調査・二次判定までの手続を煩雑にさせていると推測されますので、効率化の観点から認定期間の延長も検討することが必要であると考えます。

(2) 介護保険料の上昇と保険者格差への対応

制度上介護保険料に保険者格差が出るのは予想されたことではありますが、先の次期財政運営期間における介護保険料の見込みをみると、全国では9倍近い格差が見込まれています。これだけの格差が出てくると、介護保険料の算出の考え方自体の妥当性や保険財政運営の維持存続の可能性など制度根幹に関わる点が問題となってくる恐れがあります。しかし、介護保険料水準の変動の大きな保険者をみると、比較的小規模な保険者が多くなっており、保険財政規模が小さいほどサービスの見込みの変動に大きく左右され、不安定となることがうかがえます。

したがって、自治体としては、まず市町村合併を含む保険財政の広域化を図り、保険財政基盤の強化と、被保険者にある程度納得してもらえるような保険料水準の維持に努めることが必要となります。沖縄県においては、保険料の上昇見込みに対処し保険財政の安定化を図るため34市町村で構成する沖縄県介護保険広域連合が、14年8月に発足しました。

また、介護保険料については、「第二の国保」にならないためにも減免措置を拡大するのではなく、介護保険料の所得段階の増や段階別の乗率の変更により負担能力に応じた保険料負担となるような柔軟な制度的対応を行うなどして、低所得者の負担感を軽減する必要があると考えます。

(3) サービス利用の適正化

サービス利用については、先のアンケート結果等によると利用者のサービスの量及び質に対する満足度は高く、良好な状況となっています。しかし、一部では、事業者等が営利追求に走り、いわゆる「要介護者の囲い込み」を行い、系列の事業者等のサービス提供を優先するとともに支給限度額一杯のサービスを利用するケアプランを作成するなどの現象を惹起しており、それが利用者の選択権の形骸化を招いているとも言われています。

注7 鹿児島県の日置広域連合では、施設入所者の認定調査を施設に委託する場合に、各施設間で認定調査員を派遣して認定調査を実施しています。

こうした問題の原因としては、①支援事業者とサービス事業者が同系列である方が合理的とする現行の報酬体系と事業者指定基準、②市場原理の導入が利益第一主義の経営を指向させていること、③ケアマネジャーはあくまでも法人等の被雇用者であるため、経営方針に反する行為を行うことは困難であることなどが挙げられます。

したがって、ケアマネジャーの中立性の確保と質の向上を図るためには、現行の現任研修の充実とともに、地域におけるケアマネジャーの自主的な研修を行うほか、法人の理事長や事務長等経営担当者の研修も合わせて行うことが必要です。次に、支援事業者が自立できるような報酬体系の見直しや独立性を高めるような事業者指定基準の見直しも検討する必要があります。さらに、ケアマネジャーの身分の確立の問題について、公務員又は準公務員にすべきであるという意見もありますが、現行の行財政の状況から困難であり中長期的課題として取り組むことが必要であると考えます。

(4) 弱者へのしわ寄せ

最後の課題として、介護保険制度が創設されて間もないことから、(あまり適切な表現ではないが) いわゆる弱者に未成熟であるが故の問題がしわ寄せとして及んでいることを取り上げましょう。ここでの弱者とは、負担者としての低所得者、介護保険サービスを提供する事業者等の職員である従事者、介護保険サービスを受ける利用者です。

まず、低所得者にとって過重と言われる介護保険料負担については、上述したとおり、今後ますます介護保険料基準額が上昇することが見込まれる中で、住民の意向を反映する自治体の裁量による減免又は所得段階の増や乗率の見直し等により適切に対応していく必要があると考えます。なお、利用料負担の減免については、制度の転換に伴う経過措置として、5年程度の一定期間に限定すべきであると考えます。

次に、被雇用者である従事者については、特に訪問介護のホームヘルパーについて、労働条件の悪化、待遇の悪化等(非常勤化、低賃金など)の問題が指摘されています。これは、家事援助の報酬単価が低かったことも原因とされていることから、国においては引き上げる方向で検討が行われていますが、良質のサービスが安定的に供給できるような事業者の体制整備が急務となっています。

また、介護保険制度は利用者本位の制度であることが特徴とされていますが、現実のサービスの現場では(特に施設関係)、利用者が弱い立場で希望や苦情を訴えられず適切なサービスを受けられない事例も散見されます。また苦情処理制度もありますが、十分に機能していない状況にあります。このため、自己評価システムや介護オンブズマンの普及及び監査体制の強化が期待されます。

こうした問題の背景には、市場原理の導入によりサービスの低廉化と質の向上を実現しようという制度のねらいにもかかわらず、わが国の事業経営者の社会的意識が成熟していない点があります。したがって、事業経営者の社会的責任の自覚と意識改革を図るため、研修実施等の取組が望まれます。

6 おわりに

介護保険財政の観点を中心に、介護保険の現状と課題をみてきましたが、保険財政が厳

しいという理由で一方的にサービス利用を抑制することは好ましくありません。しかし、予想を上回る給付費の増とそれに伴う介護保険料の上昇等を考え合わせると、自治体はサービス給付の適正化による歳出の縮減と介護保険料の確実な徴収に努め、安定的な保険財政運営をしていくことが必要です。また、公費方式にすべきであるという意見もありますが、それは利用者のコスト意識を希薄にするとともに働き盛りの年齢層の税負担を過重にすることにつながる恐れがありますので、社会保険制度の利点を活かしながらの改善努力が必要であると考えます。

介護保険制度をさらによくするために解決すべき課題としては、評価事業アンケート(利用者・一般高齢者)によると、

- ① 制度が複雑 (39%)
- ② 認定の手続きが面倒 (28%)
- ③ 制度全般の情報不足 (23%)
- ④ 介護保険料が高い (23%)
- ⑤ 自己負担額が高い (20%)

などとなっております。改めて、制度の趣旨や仕組み等についての情報提供や説明の必要性を痛感させられます。

半世紀に一度と言われるような制度の抜本的見直しの中で生まれた介護保険制度ではありますが、生まれてまだ3年です。まだまだ多くの課題を抱えていますが、自治体は、住民や事業所等と連携・協力しながらそれらを解決し、より良い制度に育てていく必要があります。

鹿児島県における介護保険制度創設に携わった筆者自身としては、制度の改善に向けて次のような希望を持っています。

- ① 介護保険制度は「地方分権の試金石」と言われたにもかかわらず国の関与が大きいという印象を持っています。もっと地域の特性を尊重して、地方自治体に自由度を付与してもらいたい。
- ② 良い意味での競争原理が働く環境づくりが必要です。そのためには、事業経営者の教育の徹底や資格の検討のほか、NPOの参入促進を図っていくことが必要であると考えます。
- ③ 一定期間介護保険サービスを利用しない高齢者の保険料を減額するなど、自立意欲を助長する措置を講ずることも必要ではないかと思えます。(利用抑制策にならないように)

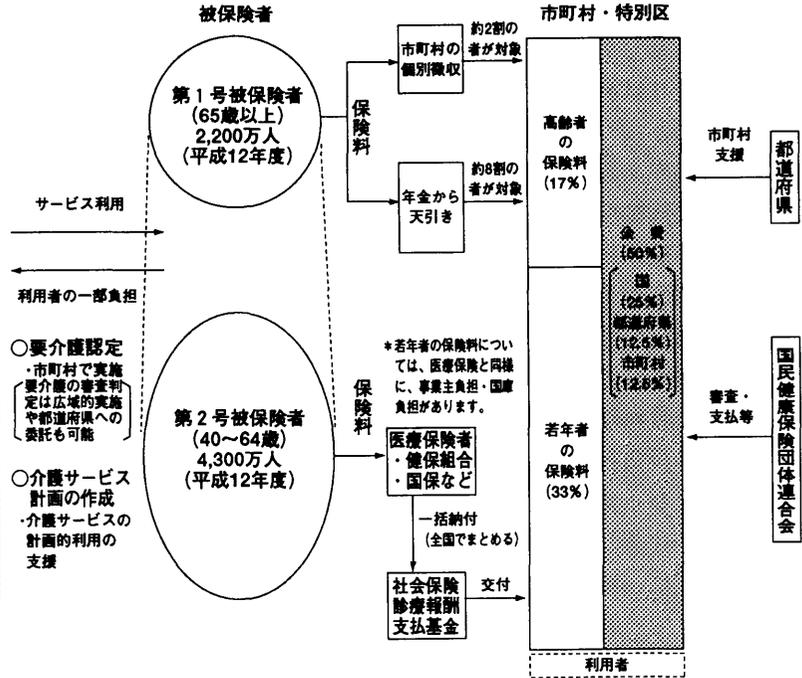
最後に、介護保険制度は、大きく3つの主体の活動から構成されています。つまり、①保険料を負担したりサービスを利用する被保険者(利用者)、②サービスを提供する事業者・施設、③保険財政を運営する保険者(市町村等)であります。今後、これらの主体が、お互いに、被保険者が納得して保険料を納め、利用者が納得して利用者負担を納めて、満足のいくサービスを受け、事業者等も適切なサービスの提供により安定的な経営ができ、保険者も安定的な保険財政運営ができるよう、保険者がリーダーシップを発揮しながら、共同連帯の理念に基づき介護問題を全体で支える明るい地域社会を実現することを期待したいと思います。

介護保険制度

概要

サービス提供機関

- 在宅サービス**
- ◇訪問看護（ホームヘルプ）
 - ◇訪問入浴
 - ◇訪問看護
 - ◇訪問リハビリテーション
 - ◇通所リハビリテーション（デイケア）
 - ◇居宅療養管理指導（医師・歯科医師による訪問診療など）
 - ◇通所介護（デイサービス）
 - ◇短期入所生活介護（ショートステイ）
 - ◇短期入所療養介護（ショートステイ）
 - ◇痴呆対応型共同生活介護（痴呆性老人のグループホーム）
 - ◇有料老人ホーム等における介護
 - ◇介護用具の貸与・購入費の支給
 - ◇住宅改修費の支給（手すり、段差の解消など）
- 介護保健施設**
- ◇介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
 - ◇介護老人保健施設（老人保健施設）
 - ◇介護療養型医療施設
 - ・療養病床
 - ・老人性痴呆疾患療養病床
 - ・介護力強化病院（施行後3年間）



1. 制度のねらい

- (1) 老後の最大の不安要因である介護を国民皆で支える仕組みを創設
- (2) 社会保険方式により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を創設
- (3) 現在の縦割りの制度を再編成し、利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられる仕組みを創設
- (4) 介護を医療保険から切り離し、社会保障構造改革の皮切りとなる制度を創設

2. 保険者

保険者は市町村及び特別区とし、国、都道府県、医療保険者、年金保険者が重層的に支え合う制度とする。

3. 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 ・要支援者	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) ・老齢退職年金給付年額18万円以上は年金天引。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)

(出典)「平成13年版 厚生労働白書」