

要約

公的介護保険が 2000 年度に導入されることがほぼ確実となった。この保険は施設に比べて在宅での介護を優先しており、介護者の視点からみると問題点が少なくない。そこで本稿では、公的介護保険のポイントを簡単に整理し、在宅介護に内在する問題点を指摘するとともに、その解決策を提示する。公的介護保険の目的は、要介護者と要支援者が自立した生活を営むことができるよう必要な医療・福祉サービスを提供することにある。このため、施設に比べて在宅での介護を優先している。基本的な仕組みは、65 歳以上の全国民と 40～64 歳の医療保険加入者から保険料を徴収し、原則的には 65 歳以上の要介護者及び要支援者に対して介護サービスを給付するというものである。介護サービスはホームヘルプサービス、デイサービス等現物給付のみであり、要介護者は要介護状態に応じて決められた給付額の範囲内で、希望するサービスを 1 割の自己負担で受けることになる。このように公的介護保険は在宅介護を優先しているが、その政策には以下の問題点がある。

1. ソフト（在宅サービス）供給量の大幅な不足。
2. ミクロ・マクロ両面における経済非合理性。すなわち、ミクロ的には機会費用を含めた介護費用の問題（在宅は施設対比高コストとの試算結果）。一方、マクロ的には経済成長率鈍化を通じた国民生活水準切り下げの懸念（在宅介護の広がりによる介護目的の離職者数の増加は、1996～2000 年の実質 GDP を年平均 0.25% ポイント押し下げるとの試算結果）。
3. 要介護者と介護者の意向のミスマッチ。具体的には介護者に対する憎しみ・虐待に発展する懸念。

在宅介護成立の大前提は、介護者と家族の協力である。この意味において、公的介護保険定着のためには、在宅・施設間の格差の解消、介護者の社会的地位の保証、等を通じた生活者の支持獲得が必要不可欠である。そのための具体的な改善策として、以下の 3 点が指摘できる。

1. 民間企業の参入を通じた介護サービス供給力の一層の拡大。
2. 現金給付の導入。
3. 介護者に対する社会保障の整備。具体的には、年金保険金の支払い免除、労災の適用等。

さらに、生活大国実現の観点からは、上記介護問題の克服に加えて、マクロ経済対策の断行が喫緊の課題。具体的には、以下の通り。

1. 車椅子でも移動可能な交通インフラの整備や在宅診療が可能となるような情報インフラの構築等、未来型社会資本の充実。
2. 高齢者や女子労働力の積極的な活用を企業に促すための環境整備等。

1. はじめに

介護保険法案が本年 5 月 22 日に衆議院で可決されたことにより、2000 年 4 月 1 日の公的介護保険導入がほぼ確実となった。この保険は、要介護状態（注 1）にある者（要介護者）、あるいは要介護状態となる恐れのある

る者（要支援者）が、その有する能力に応じて自立した生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスを提供することを目的にしており、施設に比べて在宅での介護を優先している（注2）。しかし、実際に各家庭で要介護者を受け入れる介護者あるいは家族の側からみると、在宅介護の環境は依然として未整備なものにとどまっており、同制度制定に際して生活者の視点が欠けているとの感拭えない。そこで本稿では、在宅介護を優先している公的介護保険の問題点を生活者の視点から整理するとともに、生活者重視の介護保険の姿を模索してみた。本稿の具体的な構成は以下の4ステップからなる。まず、第1ステップとして、現時点で想定されている公的介護保険の概要をサーベイする（第2章）。次に第2ステップでは、同保険が優先している在宅介護に内在する問題点を(1)ソフト不足、(2)ミクロ・マクロ両面における経済非合理性、(3)要介護者と介護者間の意向のミスマッチ、の観点から整理する（第3章）。最後に第3ステップでは、公的介護保険定着のためには介護者とその家族の協力が不可欠との立場から、第2ステップで指摘された問題点の解決策を提示する（第4章）。最後に第4ステップでは、マクロ経済対策の必要性を指摘するとともに、本稿の簡単なまとめを記した（第5章）。

2. 公的介護保険の概要

1) 設立の背景と目的

これまでの介護サービスは、福祉制度や医療保険（老人保健）制度等、異なった制度のもとで別々に運営されていた。このため、(1)利用者負担や利用手続き等において格差が生じる、(2)個々のニーズに見合ったサービスが総合的に提供されない、等の指摘があった。さらに、公費を財源とする福祉の措置制度では、(1)利用者によるサービス選択が困難である、(2)所得調査等利用者のプライバシーが侵害される、等の問題もあった。このような状況下、保健・医療・福祉サービスを一体的・効率的に提供するとともに、利用者本位を確保する観点から、「21世紀福祉ビジョン」（高齢社会福祉ビジョン懇談会報告、1994年3月28日）を契機に介護サービス体制の見直しが行われ、公的介護保険が設立する運びとなった。公的介護保険の目的は、加齢により要介護状態になった者が、その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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスを提供することにある。その際、要介護者の希望が尊重されることが大前提との観点から、(1)利用者によるサービスの選択、(2)住み慣れた家庭や地域での生活を営むことができるよう在宅介護の重視、等が盛り込まれている。

2) 仕組み

公的介護保険の保険者は市町村又は特別区、被保険者は65歳以上の全国民（第一号被保険者）および40～64歳の医療保険加入者（第二号被保険者）である。サービスの受給権は、被保険者が要介護者、あるいは要支援者になった時に発生する。もっとも、65歳以上についてはその原因とは無関係に受給権が認められる一方、40～64歳については、その原因が若年性痴呆や脳血管障害等、加齢に求められる時にのみ認められる。保険料については、2000年度における介護費用が4兆2千億円と見込まれることから、40歳以上の被保険者の1人当たり平均分担額は月2,500円前後となる見通しである。実際の負担額及び徴収方法についてみると、まず65歳以上の第1号被保険者は2,500円全額が自己負担となり、対象者の7割が年金からの天引き、残り3割は市町村又は特別区からの直接徴収になる。一方、40～64歳の第2号被保険者については、まず、大企業のサラリーマンが加入する組合健康保険の場合、保険料は医療保険と一括して徴収される。その半額は事業主負担となるが、扶養者分の負担も加わるため、保険料は1人当たり平均で月3,400円（本人負担は1,700円）となる。次に、中小企業のサラリーマンが加入する政府管掌健康保険の場合、組合健康保険と同様に保険料は医療保険と一括して徴収され、半分は事業主負担となる。保険金額は、組合健康保険に比べて扶養者の数が少ない、国庫からの補助がある等により、1人当たり平均月2,600円（同1,300円）程度となる見込みである。最後に、自営業者等が加入する国民健康保険の場合、国が半分負担することになっており、保険料は1人当たり平均月2,400円（同1,200円）前後になる見通しである。なお、これらの保険料は2000年度の金額であり、

65 歳以上については 3 年に 1 度、40～64 歳については毎年度改定される見込みである。

3) 具体的な手続き

具体的な手続きについては、まず、市町村又は特別区（以下、市町村）の窓口申請がなされる（図表 1）。次に、市町村による判定が行われる。具体的には、まず、市町村の調査担当者が被保険者を訪問し、全国共通の調査票に基づいて日常生活動作や痴呆の場合の問題行動、家族の状況等、数十項目にわたり要介護状態をチェックする（第一次判定）。次に、この訪問調査結果及びかかりつけ医の診断書等を踏まえて、医師や看護婦、福祉専門家等（市町村長により任命）により構成される介護認定審査会が(1)保険給付の適否、(2)給付される場合の要介護度、の 2 つについて判定を下す（第二次判定）。申請が却下された場合、被保険者はサービスを受けられないが、判定に不服がある場合には、都道府県に設置された介護保険審査会に不服申し立てを行うことができる。なお、申請から判定までの期間は原則として 30 日以内である。要介護状態が認定された場合、被保険者は保険対象である介護サービスのなかからケアプランを作成、各々のサービス提供機関と契約を結ぶことにより、サービスを受けることになる。メニューの選択、サービス提供機関との契約については、ケアプラン作成機関に委託することも可能である。費用負担については、要介護レベルに沿った給付額の範囲内では 1 割の自己負担で各種サービスを受けることができるが、それ以上のサービスを希望する場合には、超過分は全額自己負担となる。

4) サービス内容

サービス内容には、在宅 12 種類、施設 3 種類の計 15 種類があり、被保険者は要介護度に応じた給付額の範囲内でサービスを選択することができる（図表 2）。厚生省は、要介護度に応じた具体的なサービス・メニューをモデルケースとして作成している。これによると、まず、要介護度は、食事、着替え等基本的な生活行動は自分でできるが、調理や掃除等について時々支援を必要とする要介護度 1（「虚弱」）から、寝たきり状態で全面的に介護が必要な要介護度 6（「最重度」）まで 6 段階に分かれている（図表 3）。次に、具体的なサービス内容については、要介護度が同水準でも、一人暮らし、老夫婦のみ世帯、複数世代同居世帯等、被保険者の家族状態により異なっている。例えば、要介護度 4 についてみると（図表 4）、複数世代同居のケースでは、ホームヘルプサービス週 7 回、訪問看護週 1 回、デイサービス／デイケア週 3 回、ショートステイ 2 カ月 1 回 1 週間程度が想定されている。一方、一人暮らしのケースでは、ホームヘルプサービスが週 4 回と複数世代同居のケース対比減少している一方、週 11 回の巡回ヘルプサービスが加わっている。訪問看護、デイサービス／デイケア、ショートステイについては同一頻度が想定されている。具体的な給付限度額は現段階では未定である。ちなみに、厚生省が作成したサービス・モデルを 95 年度価格で金額換算すると、最低が要介護度 1 の 6 万円、最高が要介護度 6（夜間の巡回ヘルプサービスを必要とする「過酷なケース」、複数同居世帯）の 29.8 万円となっている（図表 5、注 3）。

3. 在宅介護優先の問題点

前章では、公的介護保険の概要をサーベイした。本章では、同保険が採用している在宅介護重視について、その問題点を指摘する。

1) ソフト不足 在宅介護優先の問題点の第 1 は、ソフト（在宅サービス）供給量の大幅な不足が見込まれる点である（注 4）。介護サービスの設置目標を掲げている新ゴールドプラン（94 年 12 月）によると、99 年度末の在宅サービスとして、ホームヘルプサービス 17 万人、ショートステイ 6 万人分、デイサービス／デイケア 1.7 万カ所、ホームヘルプステーション 1 万カ所、老人訪問看護ステーション 5,000 カ所が設けられる計画である。同プランは 5 年前の 89 年に策定されたゴールドプランの改訂版であり、旧プランに比べて在宅サービスが大幅に拡充された内容となっている（図表 6）。しかしながら、急速な高齢化の進展を背景に、在宅サービスについて新ゴールドプラン対比一層の上積みが必要の状態になっている。そこで、在宅サービスの供給不足の程度について、ショートステイを例に簡単な試算を試してみた。前述の厚生省のモデルケースに

よると、要介護者の要介護度が虚弱と痴呆でない場合には、1 カ月から2 カ月に1 回、7 日間のショートステイが計画されている。仮に、2 カ月に1 回、7 日間（1 カ月当たり 3.5 日間）のショートステイが基本パターンであるとする、99 年度末時点におけるショートステイの定員は1 カ月当たり延べ 180 万人（6 万人×30 日）であることから、ショートステイ受益可能者は 51.4 万人（180 万人日÷3.5 日）と算出される。一方、2000 年における要介護者数は 334 万人、うち 65 歳以上の高齢者については 279 万人と推計される（図表 7、注 5）。これら要介護者のうち、在宅介護を希望する者は 186 万人、65 歳以上では 155 万人と見込まれる（注 6）。この結果、ショートステイに対する充足率は 27.6%、対象が 65 歳以上の高齢者に限定された場合には 33.2% となり、3～4 人に 1 人しか同サービスを享受できないこととなる。

2) ミクロ的な経済非合理性

第 2 の問題点は、在宅介護はミクロ的にみると決して経済的ではない点である。すなわち、個々の家計における介護費用を在宅・施設・病院で比較すると、在宅は施設対比割高となる公算が大きい。厚生省資料によると、施設サービスの利用者負担額は、特別養護老人ホームで月 4 万円程度、一般病院で同約 4 万円となっている。もっとも、施設によっては入院付添費、差額ベット代、お世話料等が別途かかるため、実際の支払金額は厚生省のデータに比べて増えることが予想される。そこで、日本労働組合総連合会（連合）が 94 年 10～12 月にかけて実施したアンケート調査結果により、介護に要した費用をみると、特別養護老人ホーム（社会福祉法人が経営するもの）で月 5.7 万円、一般病院で同 9.3 万円となっている。一方、在宅における介護費用は同 4.4 万円であり、施設対比 5～8 割の水準にとどまっている（図表 8）。もっとも、介護のために職場を退いたことによる機会費用を勘案すると、在宅介護のコスト面でのメリットは減衰する。すなわち、主たる介護者が介護のために退職したことによる家計収入の減少額（機会費用）を算出すると、在宅介護の方が施設や病院における介護者に比べて離職率が高いため、在宅が月 3.7 万円、一般病院が同 1.8 万円、特別養護老人ホームが同 0.4 万円と在宅が最も高くなる。この結果、機会費用を含めた介護費用の合計は、特別養護老人ホームが月 6.1 万円、在宅が同 8.1 万円、病院が同 11.1 万円となり、施設が在宅を抑えて最も少なくなる（図表 8）。

3) マクロ的な経済非合理性

第 3 に、マクロ的にみても、在宅介護の広がりには介護目的の離職者数の増加を通じて、わが国経済に対してマイナスに作用することが見込まれる。家族の介護・看護のために 66 年 1 月～92 年 10 月の間に離職した就業者 95.4 万人のうち、92 年 10 月時点で無職の状態にある者は 57.8 万人であった。92 年 11 月以降についてはこれに連続するデータが現時点では入手不可能なため、「雇用動向調査報告」（雇用者数 5 人以上の事業所が対象）により介護のために離職した就業者数をみると、93 年が 2.7 万人、94 年が 3.4 万人、95 年が 3.0 万人であった。仮に、(1)92 年 11～12 月までの介護目的の離職者数がゼロ、(2)93～95 年までの介護目的の離職者数が 95 年末時点で再就職していない、という 2 つの前提条件のもとで 95 年末時点の介護目的の離職者数を算出すると 67.1 万人となり、要介護者数の 23.1%に相当する就業者数が仕事の継続を断念していることになる。今後を展望しても、要介護者数の増加に伴って介護を目的として離職する動きが根強く続く場合、わが国経済は労働投入量の減少を通じて成長ペースが鈍化する懸念が大きい。そこで、(1)就業者数が 15～70 歳人口の増減率で増減するケース（基本ケース）、(2)潜在的な就業者数は基本ケースと同じであるものの、新たに要介護者となった人数の 23.1%に相当する就業者が年々労働市場から撤退するケース（離職進展ケース）の 2 つのケースについて、2000 年までの経済成長率を試算してみた。これによると、96～2000 年までの 4 年間の実質 GDP 成長率は、基本ケースが年平均 2.53%、離職進展ケースが同 2.28%となり、離職推進により経済成長が 0.25%ポイント押し下げられる結果となる（図表 9）。このようなマイナス圧力の顕在化は、少子化の進展により潜在成長力の鈍化が必至であるわが国経済にとっては深刻な事態であり、仮にこの状態を放置したままでは、わが国国民は、所得の伸び悩み（あるいは減少）を通じて生活レベルの低下を余儀なくされる懸念が大きい。

4) 要介護者と介護者の意向のミスマッチ

さらに、在宅介護に対する要介護者と介護者・家族の意向を比較すると、両者の間にミスマッチが見受けられる。前述の連合によるアンケート調査によると、在宅介護を希望する者の割合は、要介護者が 58.5%と約 6 割を占めているのに対し、主たる介護者・家族は各々 40.6%、36.8%と約 4 割にとどまっている。一方、施設入居（病院を含む）を希望する者の割合は、要介護者の 28.2%に対して主たる介護者・家族は各々 49.2%、49.4%と要介護者の 2 倍近くに達している（図表 10）。このような意向のミスマッチは、介護期間の長期化に伴って身体的・精神的負担を増幅させ、介護者の要介護者に対する感情悪化をもたらす懸念が大きい。すなわち、24 時間目を離せないこと等による自由時間の剥奪や介護に携わらない親族からの無言・有言の圧力、さらにはいつまで介護が続くのかという将来の不安等により、介護者のストレスが鬱積する結果、要介護者に対する感情が当初の「愛情」から「憎しみ」に変わるケースが少なくない。この現状を前述のアンケート調査によりみると、在宅介護の場合、要介護者に対して憎しみを感じたことのある主たる介護者の割合は 71.1%（いつも感じている 1.9%、ときどき感じている 32.7%、あまり感じない 36.5%の計）、虐待（オムツの交換や食事等の世話の放棄、暴力、暴言等）の経験のある者の割合は 49.6%（よくある 2.0%、ときどきある 14.4%、あまりない 33.2%の計）に達している（図表 11）。

4. 生活者の支持獲得に向けた具体策

第 3 章でみたように、公的介護保険が採用する在宅介護優先路線には、様々な問題点がある。この制度のもとでは、保健・福祉・医療の専門家が一体となって介護に取り組むこととされているが、介護者と家族の協力がその前提にあることはいままでのない。この意味において、公的介護保険定着のためには、(1)コスト面、身体・精神的な負担面等における在宅介護と施設介護間の格差の解消、(2)介護者の社会的地位の保証、等を通じて、生活者の支持を獲得することが必要不可欠である。具体的には、第 1 には、介護サービスの供給力の一層の拡大が求められる。ハード・ソフトともに供給不足が予想されるなか、(1)要介護者による希望する介護サービスのアベイラビリティ、(2)介護者が仕事を継続できる環境の整備、のためにも、十分な供給体制の構築は喫緊の課題である。民間企業の参入促進を通じて介護市場の拡大を図るとともに、価格・品質両面においてサービスの多様化が促進されることが求められる。第 2 には、現金給付の導入である。今回の介護保険法案では現金給付が見送られたものの、(1)在宅介護において突出している機会費用、(2)介護の社会的行為としての評価の必要性、等の観点から現金給付の導入が求められる。ちなみに 95 年に介護保険が導入されたドイツでは、要介護者の要介護状態のランクに応じて現金給付が認められている（注 7）。現金給付の水準は現物給付の約半分であるが、現物給付とのミックスも可能である（注 8）。第 3 には、介護者に対する社会保障の整備である。前述のドイツのケースについてみると、介護者（その住環境において、職業人としてではなくに少なくとも週に 14 時間は介護している者）は、年金、健康、失業等、社会保険の枠内において法的に保護を受けている。例えば年金保険については、介護者が規則的に週 30 時間を超えて生計活動に従事できない場合、その保険料は保険者が肩代わりすることになっている。このため、介護者は保険料を支払うことなしに、年金の受給要件である保険年数を計算するに際して、介護に携わった期間を保険料の支払い期間として加算することができる。わが国においても保険料の免除、労災の適用等、介護環境を社会保障面からも整備することが求められる。

5. おわりに

以上みてきたように、在宅介護が抱える問題点を克服するためには、介護環境の整備や介護者の社会的地位の保証等を通じて、生活者の支持を確保することが不可欠である。さらに、生活大国実現という観点からは、上記介護問題の克服はもちろんのこと、これに加えてマクロ経済対策の断行が喫緊の課題である。すなわち、高齢化の進展や介護目的の離職者数の増加等によって経済成長率の低下が見込まれるなか、(1)車椅子でも移動可能な交通インフラの整備、在宅診療が可能となるような情報インフラの構築等、未来型社会資本の充実、

(2)高齢者や女子労働力の積極的な活用を企業に促すための環境整備、等を通じて国内需要の喚起と供給能力の拡大を図ることが肝要である。2000年度の公的介護保険導入まで3年を切った。この間、国民が介護保険の内容の理解に務め、生活者の視点からの改革案を積極的に提起するとともに、政府サイドでも国民の意見を幅広く受け入れ、両者の間で闊達な議論が展開されることが期待される。

注

- 1.要介護状態とは、身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排泄、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、常時介護を必要とすると見込まれる状態をいう。
- 2.介護保険法案では、「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ければならない」と定められている（第2条第4項）。
- 3.要介護度1と要介護度6（過酷なケース、複数世代同居世帯）の給付限度額算出の前提となっているサービスは、以下の通りである。
 - ・要介護度1：ホームヘルプサービス週1回、訪問看護週1回、デイサービス／デイケア週3回、2カ月1回1週間程度のショートステイ。
 - ・要介護度6：ホームヘルプサービス週7回、訪問看護週2回、デイサービス／デイケア週3回、深夜の巡回ヘルプサービス週7回、月1回1週間程度のショートステイ。
- 4.施設についても、ソフトと同様に供給不足が見込まれる。新ゴールドプランによると、99年末時点の施設サービスは、特別養護老人ホーム29万人分、老人保健施設28万人分、ケアハウス10万人分となっている。仮に、これらの施設については同プランが100%達成され、その他の施設については収容人数が95年と同レベルであるとする、2000年における施設への入居可能者数は95万人と算出される。一方、施設入居を希望する者は147万人（65歳以上は124万人、注5）と推計される。この結果、未充足率は35.4%（入居者が65歳以上に限定された場合には23.1%）となり、3～4人に1人は施設への入居が不可能になる。
- 5.要介護者数の推計は、以下の通り。
$$\text{要介護者数} = \text{在宅要介護者数} + \text{施設入居者数} + \text{病院等への6カ月以上入院者数}$$
$$\text{在宅要介護者数} = \text{年齢階級別人口} \times \text{年齢階級別要介護発生率}$$
$$\text{施設入居者数} = \text{年齢階級別人口} \times \text{年齢階級別施設入居率}$$
$$\text{6カ月以上入院者数} = \text{年齢階級別人口} \times \text{年齢階級別長期入院率}$$
- 6.在宅介護希望者数の推計は、以下の通り。
$$\text{在宅介護希望者数} = \Sigma (\text{在所別要介護者数} \times \text{在所別在宅介護希望率})$$
なお、施設入居希望者数は、「要介護者数－在宅介護希望者数」により算出。
- 7.ドイツでは、保険料の徴収が95年1月から、在宅介護に対する給付が同年4月から、施設介護に対する給付が96年7月から開始された。わが国との比較は、図表12の通りである。
- 8.ドイツの給付水準は、図表13の通り。