

研究員の主張

介護保険制度定着のために

開かれた地域ケア体制づくりを

求められる介護サービスの情報発信

荘銀総合研究所
加藤和徳

介護保険制度が今年四月から施行されたが、その実態が一般国民の目からはなかなか見えてこない。「介護の社会化」を基本理念とした制度であるが、そのスタートにあたってはいくつかの緩和措置が施されており、制度はまだ助走段階にある。介護保険制度が見事に離陸を果たし、定着していくには、行政・事業者双方からの情報発信が不可欠である。

自助・公助から共助へ

社会福祉制度では、支援の順序として自助 互助 共助 公助という順番で行われるべきであるという考えがある。「自助」の主体は文字通り本人であり、「互助」は家族や隣人などの支援、「共助」の主体は隣組や部落・地域共同体などの自治組織であり、「公助」の主体は行政である。

従来の日本においては、高齢者介護について「自助」（ないしは「互助」と「公助」の二元的な対応のみで、「共助」は存在しなかったといつてよい。

行政の「措置制度」という言葉に象徴されるように、行政からの御仕着せのサービス提供による「公助」と、地域のしきたりや世間体にも阻まれ、また「行政の世話にはなりたくな

い」との意識も相まわつての「自助」と「互助」がない交ぜになつた家庭内介護によって県内の介護が賄われてきたのが実情である。

しかし、日本の少子高齢化が世界で類を見ないスピードで進んでいるなかで、核家族化による「老々介護」（老人が老人を介護する状態）や、長寿化による介護期間の長期化などにより、介護問題はもはや「公助」や「自助」だけで解決できるレベルを超えてしまつてい

る。「自助」努力だけではすでに手に負えず、すべてを「公助」に委ねれば、高齢者の自立が失われ行政の財政も極端に肥大化してしまつ。介護保険は、二十一世紀に向けた「共助」の思想の実験でもある。

各市町村ごとに策定された『介護保険事業計画・老人保健福祉計画』の多くで、「地域ケ

ア会議」の開催がうたわれている。すなわち、行政と高齢者、現役世代を含む住民、介護事業者などによる小地域ネットワークを形成しようという試みである。「共助」のシステムが定着するためには、住民の地域福祉に対する当事者意識と「見守り」、そしてそれを可能にするための行政及びサービス事業者等からの積極的な情報開示と発信が不可欠である。

麻酔を打つての介護保険スタート

県内の介護保険料は、最低は二千七十八円から最高は三千二百円まで、市町村によって独自に、多様な保険料額の設定がなされた表1参照。ただし、この金額は基準額であり、実際には高齢者の所得の状況に応じて、この額を中心とした五段階の保険料額になる。

介護保険料の設定には、実は、従来の国からの補助金制度にはなかつた画期的な市町村への財源委譲のシステムが仕組まれている。

介護保険制度においては、給付総額の一七%をその市町村の六十五歳以上高齢者第一号被保険者の負担によつて賄う。四十歳から六十四歳までの現役世代(第二号被保険者)の保険料は医療保険とセットで全国一律割合で徴収され、全国プールされたのち、各市町村

に給付費用の三三%が交付される。残り五〇%については、国が二五%、都道府県二二・五%、そして市町村が一・五%を負担する。つまり、介護保険は高齢者が自分の負担をすれば、現役世代の拠出金と公費が連動して入ってくる仕組みとなっている。市町村が高齢者の合意を得て、第一号保険料を決定すれば、市町村は地域の介護サービスの水準に応じて費用を必要なだけ調達できるのである。

元気な高齢者も自分の負担を行い、いわば「痛み分け」によって「介護の社会化」を図っていく事が介護保険制度の基本的な理念である。

ところが、政治的思惑も絡み、施行直前になって、介護保険の施行後半年間は六十五歳以上高齢者の保険料を徴収せず、その後一年間は半額とすることが決定された。

また、サービス利用者の一割自己負担についても、従来からホームヘルパーを利用して利用する者について自己負担を三%にする（段階的に引き上げ）などの緩和措置が施され、いわば「痛み止め」を注入した形で介護保険制度は開始された。

高齢者からの保険料の徴収が始まる本年十月以降に、介護保険問題が再度クローズアップされてくる可能性が高い。市町村が地域住民の理解を仰ぎ、介護保険制度を浸透させていく過程で、そのマネージメント力が問われることになる。この正念場を乗り切るキーワードも、やはり行政及び事業者両面からの「情報発信」と地域の「ネットワーク化」であろう。

求められる情報交流

ひとつの事例として、県内に所在するA町の状況を見てみる。人口七千人余りのA町の在宅要介護者数は百十六人であるが、うち十五人は本人の意向により介護サービス給付を辞退している（表2参照、施設入所者含まず）。介護保険では要介護度によって支給限度額が設けられているが表2、a欄参照）介護サービス給付を受けている百一人のケアプラン上における利用率は、支給限度額のおよそ二割強にすぎない。各市町村とも支給限度額についての利用は想定しておらず、仮にすべての要介護者が一〇〇%の介護給付を要求すれば市町村の介護保険事業は破綻するが、かといって、二割程度の利用では制度自体が定着せず、サービス事業者の経営も立ち行かなくなるであろう。

A町の例は介護保険施行直後の四月時点のものであり、その後の状況は改善していようが、忌憚のない情報の発信こそ相互理解を深めていくための方策である。二十一世紀を目前にして施行された介護保険は、地方分権・自治の大きな潮流の中で、その理念においても財源委譲の点でも、極めて重要な仕組みを包含している。事業者主体である市町村と住民が一体となり、なんとしても制度を定着させなければいけない。そのための当面の課題は、行政・住民・事業者相互間の情報交流のための仕組みづくりであろう。地域の福祉情報ネットワークが必要とされる所以である。

【表2】A町の介護サービス利用状況（12年4月現在）

介護度	支給限度額 (a)	人数 (b)	限度総額 (a)×(b)	ケアプラン計画額	限度額対利用割合	1人月平均利用額	介護辞退者
要支援	61,500	12	738,000	274,863	37.2%	22,905	3
要介護1	165,800	28	4,642,400	933,330	20.1%	33,333	5
要介護2	194,800	23	4,480,400	901,354	20.1%	39,189	2
要介護3	267,500	12	3,210,000	837,744	26.1%	69,812	2
要介護4	306,000	11	3,366,000	639,602	19.0%	58,146	2
要介護5	358,300	15	5,374,500	1,236,388	23.0%	82,426	1
合計		101	21,811,300	4,823,281	22.1%	47,755	15

【表1】市町村別介護保険第一号保険料

市町村名	保険料
山形市	2,616
上山市	2,525
天童市	2,500
山辺町	2,675
中山町	2,668
寒江市	2,420
河北町	2,460
西川町	2,460
朝日町	2,440
大江町	2,456
村山市	2,400
東根市	2,612
尾花沢市	2,774
大石田町	2,488
新庄市	2,572
金山町	2,622
最上町	2,858
舟形町	2,600
真室川町	2,078
大蔵村	2,625
鮭川村	2,286
戸沢村	2,408
米沢市	2,708
南陽市	2,636
高畠町	2,624
川西町	2,633
長井市	2,750
小国町	2,784
白鷹町	2,725
飯豊町	2,600
鶴岡市	2,752
酒田市	2,500
立川町	2,400
余目町	2,600
藤島町	2,580
羽黒町	2,760
櫛引町	2,580
三川町	2,690
朝日村	2,473
温海町	2,725
遊佐町	2,366
八幡町	2,200
松山町	3,200
平田町	2,520
県平均	2,576