

介護保険制度と福祉行財政

介護保険制度実施2年間のレビュー

山本 隆*

福祉国家は様々な形で変容を遂げ、政府と市場の役割は時に再考され、両者の活動領域の見直しが図られてきた。近年では、世界経済のグローバリゼーションにより、福祉国家のみとして成立し得ない状況が生まれている。政府は管理統制機能のみではなく、新たなサービス提供の機能を備えるように求められており、一方市場は政府とのパートナーシップの下で新しい機能を創出しようとしている。わが国の社会保障においても民間、とりわけ営利セクターの役割は重視されている。医療、年金制度の分野では、コストが増大しており、政府はその抑制策と民営化政策の導入を進めている。特に1990年代以降、医療、年金、社会福祉の各分野にわたる構造改革が議論されてきた。社会福祉基礎構造改革の中心をなす介護保険制度はサービスの量的拡大を図るという狙いをもっていたが、制度の実施に伴い様々な問題を生じさせている。小論では、福祉行財政の視点から、介護保険制度施行2年を踏まえて制度のレビューを行っている。今回、そのポイントは、介護保険施行前の市町村における在宅および施設サービスの決定に関する行政プロセス、保健、医療、福祉の連携状況、介護保険施行前後の市町村予算とサービス量の変化、介護支援専門員の実態把握に当てている。考察を通して、サービス利用における一定の進展は認められるが、全体として市場的アプローチによって様々な問題が生じている。つまり、民間事業者の参入によりサービス量が拡充した中で、様々なサービスの組み合わせやサービスの質そのものの点検が必要になっている。また何よりも重要なのは、利用料負担による利用抑制が明らかとなっている。

キーワード：介護保険制度、措置制度、施設ケアと在宅ケア、市町村、ケアマネジャー

目次

序

1. 福祉サービスの市場化への道
2. 措置制度におけるヘルパー派遣と施設入所の決定プロセスの検証
3. 介護保険制度実施に伴う事業費およびサービス量の変化について 近畿2府4県の市町村を対象にした財政調査に基づいて
4. 措置制度と介護保険制度における専門職者間の連携に関する比較

結論

序

福祉国家は様々な形で変容を遂げており、それを支える財政条件も変化した。政府と市場の役割は再考され、両者の活動領域の見直しが図られてきた。近年では、世界経済のグローバリゼーションにより福祉国家のみとして成立し得ない状況が生まれている。政府は管理統制機能のみではなく、新たなサービス提供の機能をもつように求められており、一方市場は政府とのパートナーシップの下で新しい機能を創出しよう

* 立命館大学産業社会学部人間福祉学科教授

うとしている。今、政府と市場は新しい枠組みと相互関係を構築する時代に入っているのである。

このトレンドはわが国の社会保障においても例外ではない。わが国の社会保障体制は20世紀後半の50年の間に国民皆保険・皆年金体制を機軸として発展を遂げてきた。その間、人口構造は変化して少子高齢社会が到来し、また経済も高度成長とバブル崩壊という大きな変動期を経て、現在では低成長とグローバリゼーションが基調となっている。そうした中で、社会保障では医療・年金制度のコストが増大し、政府はその抑制策と民営化政策の導入を進めている。このような政策動向にそって1990年代から、医療・年金・福祉の各分野にわたる社会保障および社会福祉の構造改革が具体的に議論されてきた。

1990年代後半以降、社会保障構造改革の動きは急を告げた。1996年に社会保障関係審議会会長会議が「社会保障構造改革の方向中間報告」において改革の方向を示し、1997年には財政構造改革法が制定され、医療保険制度および年金制度の改革が企図された。ただし、財政構造改革法は1998年に停止された。また、社会保障構造改革の第一歩として、介護保険法が制定され、続いて社会福祉の分野で社会福祉基礎構造改革が進められている。

さらに最近の動向をみると、2000年1月に「社会保障構造の在り方について考える有識者の会議」が創設され、同年10月に報告書「二十一世紀に向けての社会保障」の中で、高齢者等の負担の増大、社会保険方式を主とした財源の確保等が提言された。それを受けて2001年1月に設置された「政府・与党社会保障改革協議会」は、3月に「社会保障改革大綱」をとり

まとめ、具体的な対策の検討に入っている。一方、経済財政諮問会議は6月に「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」を閣議決定し、「基本方針」に基づく社会保障改革の検討を進めているところである。

小論では、社会保障、社会福祉の構造改革を見据えて、介護保険制度の実施に伴う諸問題を考察する。医療・年金の改革を前にして、2000年4月から介護保険制度がスタートした。保険方式による財政運営と準市場の導入などにより、介護サービス量は拡充され、サービスのアクセスも容易となった。しかしながら、介護サービスの質は必ずしも向上したとは言えず、介護市場は福祉労働者にとって不安定雇用の場と化している。また所得間の階層消費もみられ、まさに介護保険制度の施行に伴って多くの問題が生じている。

そこで、介護保険制度施行2年を経て、市町村行財政の視点から、

介護保険施行前のホームヘルパーの派遣決定および施設入所決定の手続き、
介護保険施行前の保健、医療、福祉の連携状況、
介護保険施行前後の自治体予算の増減、
介護支援専門員の連携をめぐる業務状況、
を明らかにしながら、制度のレビューを行いたい。

1. 福祉サービスの市場化への道

(1) 社会保障構造改革における公私の役割の転換

社会保障構造改革の基本的方向は、第一に国民経済と調和させて、社会保障に対する国民の需要に適切に対応すること、第二に個人の自立

を支援する利用者本位の仕組みを重視すること、そして第三に公私の適切な役割分担と民活を促進することの三つからなっている。政府と市場の関係性という視点から、特に最後の公私の役割分担について注目してみたい。政府のいう公私の役割分担論では、公私のシステムの並存ではなく、公的主导のシステムから民間主導のシステムへの「転換」が強調されている。

近年、医療や年金のみならず、社会福祉サービスへの市場原理の導入を説く意見は多い。例えば大野吉輝氏は、市場原理で供給される社会保障関連の財やサービスには数多くの種類があるとして、以下のように市場原理型サービスの分類を行っている。

社会福祉に対応する市場原理の財・サービスは数多く存在する。その多くは老人福祉に対応するものであり、シルバービジネスによって供給されている。主なものとして、有料老人ホーム、高齢者用ショートステイ施設、ホームヘルプ・在宅介護サービス、宅配の給食サービス、介護機器の販売・レンタルサービス、介護保険、緊急通報システムなどがあげられる。（中略）このようにみていると、市場原理の商品の種類がとくに多いのは、社会福祉に対応する分野であるといえる。その背景には、社会福祉サービスは多種多様であり、そのなかには市場原理になじむ度合いが高いものが数多く含まれているという事情がある。老人福祉はとくにそうであり、さきにあげた事例の大部分はそれに対応するものである。その多くは老人介護にかんするものである¹⁾。

また、公的制度に上乘せする形で、二層のシステムを提唱する意見もある。介護保険制度についていえば、その給付水準は強制加入である

限り、対象となる介護サービスは必要最低限に限定すべきであり、ミニマムを上回る部分は市場原理に委ねることによって、サービスの多様化、効率化によって資源配分の適正化を図ることができるという意見がある。例えば林宜嗣氏は、介護サービスに市場メカニズムを活用することのメリットについて、以下のように述べている。

これからの福祉サービスには、サービスの需給両面における自由化が不可欠であり、とくに供給主体が民間を含めて多様化することが求められる。これによって市場メカニズムがうまく機能し、資源配分が適正なものになる。だが、市場が十分に機能するためには、供給されるサービスの内容と、供給主体についての十分な情報が入手できる環境を整備しなくてはならない。その点では、供給側と需要側との間で情報の非対称性が存在する医療と違って、福祉サービスの場合には、いったんサービスの受け手となると、サービスの質や量に関しての情報を正確に入手できるという特長をもち、市場がうまく機能する条件を備えているといえる²⁾。

このような福祉の民営化論は果たして有効なのであろうか。それを反証する材料は介護保険制度の実施に伴って出揃ってきている。それは後に展開することとしたい。

（２）福祉改革と準市場の導入

ここでは、これらの民営化論とは別に、準市場という新たな形態をみてもおくことも重要であろう。準市場はイギリスにおいて医療などの社会サービスの民営化プロセスで議論されたものである。準市場とはどのようなメカニズムを持

つものであろうか。それは、公的なサービス供給体制を国家財政から切り離し、財源調達と供給を分離した上で民間部門と競争させるプロセスである。民間部門には、営利機関もあれば非営利機関もある。それらのサービス機関はもはや独占的な公共的コントロールの下に置かれることはない。したがって国家機関はサービスの条件整備主体（enabler）、調達主体（commissioner）、購入主体（purchaser）になる。特に国家機関は十分な量と質のサービスが供給されるように監視する責任を担う点に留意する必要がある。このように準市場の主たる目的は公共サービスに競争原理をもたらしことであり、さまざまな供給機関は契約をめぐって競争することになる³⁾。

なお、準市場は通常の競争市場との相違については、国による財源調達、専門家の介入、利潤の追求性をみておかなければならない。第一に指摘できるのは、準市場で提供されるサービスを購入する「購買力」は、個人ではなく国家によって確保されるということである。つまり、「購買力」は公的レベルでとらえられ、財源調達については国がその役割を担うのである。第二には、利用者がサービスを選択する場合、利用者 事業者の二者の関係ではなく、医師やケアマネジャーなどの専門家が介入することである。デマンド（需要）という言葉は個人の欲求度を表し、ニーズは専門家によって判定される必要度であるが、準市場においてもこのことが当てはまる。第三には、サービス供給の担い手にボランティア団体も含まれるため、供給主体のすべてが利潤の極大化を求めるとは限らないということである。例えば、ボランティア団体は自らが掲げるミッション（環境保護、協同事業、セルフヘルプ等々）を達成すること

で、社会的貢献を志向しており、必ずしも直接的な利益を求めるものではない⁴⁾。

上記の準市場メカニズムを踏まえた上で、次節からは、わが国の公的な社会福祉システムの典型的な形態をとった措置制度と介護保険制度との比較検証を行ってみたい。

2. 措置制度におけるヘルパー派遣と施設入所の決定プロセスの検証

(1) 調査の目的と方法

本章では、介護保険制度との比較を行うため、老人福祉法に基づくホームヘルパー派遣事業および特別養護老人ホームの入所決定に関する行政プロセスを明らかにしたい。この点に関し、介護施設入所とヘルパー派遣の決定をめぐる調査（介護保険制度施行直前の1999年現在）を行った。

調査対象は、政令指定都市12市、中核市18市、人口5万人～10万人規模の自治体18市、18町村、東京都下2市・7特別区の75市区町村を任意に選出した。調査方法は、自記式アンケート調査とし、調査内容は、主にホームヘルパー派遣事業の派遣決定と特別養護老人ホームの入所決定について質問した。質問項目は、ホームヘルパー派遣事業については、申請から派遣の手続き、調査に携わった職種、判定会議、ホームヘルパー派遣回数・派遣時間・サービス内容に関する基準の有無、派遣回数・派遣時間の上限、利用者負担等であった。また特別養護老人ホームの入所決定については、入所決定、調査、判定委員会等であった。調査日は2001年8月22日～9月4日で、回答結果は、政令指定都市9市、中核市16市、人口5万人～10万人規模の自治体15市、14町村、東京都下自

治体 8，回収率は82.7%であった。

（2）ホームヘルパー派遣の決定プロセスの検証

まず，サービスへのアクセスに関する質問をした。設問の「誰からの申請が多かったか」に対しては，「家族」が最も多く43%であった。次いで本人24%，在宅介護支援センター18%であった（図2-1-1参照）。

第二に，申請から派遣までの手続きについて尋ねたところ，「決定通知書の送付」，「調査」および「決定」が97%であった。これらの手続きがいわゆるルーティンであるのに対し，「判定会議」と回答したのは34%で，70%弱は会議が開催されなかった（表2-1-1参照）。申請があればほとんどの場合派遣を行っており，回数や時間，サービス内容については，派遣が開始された後に状況を確認しながらサービスの増減が図られていたと思われる。

第三に，調査を行っていた職種について尋ねたところ，「ホームヘルパー担当職員」が65%，ホームヘルパーは58%，保健婦は35%と低く，在宅介護支援センターが63%であった（表2-1-2参照）。保健と福祉の連携が重視されて久しいが，保健婦の関わりが低調といえる。調査に当たって在宅介護支援センター職員が単独で行っていた自治体は，1市のみであった。市町村の事情で，ホームヘルパー担当職員，ホームヘルパー，保健婦，在宅介護支援センターの職員がそれぞれ加わって行っていた。

第四に，判定会議のメンバーの参加者については，「ホームヘルパー担当職員」100%が最も多く，次いで「ホームヘルパー」95%，「保健婦」76%，在宅介護支援センター62%であった（表2-1-3参照）。在宅介護支援センターの参加率が低くなっている。

第五に，申請から派遣までにかかる日数については，「1週間以内」55%が最も多く，次いで「2週間以内」24%，「2～3日以内」11%であった（図2-1-2参照）。

第六に，緊急を要する場合の派遣を直ちに行っていた町村は95%であった（図2-1-3参照）。

第七に，訪問回数や時間の上限については，上限を設けていた割合は政令市78%および東京都63%が高く，反対に中核市では88%，5～10万規模の市で87%，町村で57%が上限を設けていないことが分かった（表2-1-4参照）。

最後に，ホームヘルパー派遣回数・派遣時間・サービス内容を決定するための基準の有無について尋ねた。回答では，「あった」は63%，「なかった」は37%であった（図2-1-4参照）。このことから，37%の自治体がホームヘルプサービスの内容をホームヘルパーと担当職員の裁量に任せていたことが分かる。

その基準については，「決められたランクはないが，本人の状態と家族の介護力により決めていた」は58%，「市独自のランクを設け，本人の状態と家族の介護力により決めていた」は21%であった（図2-1-5参照）。

以上から，限られた予算の中にあって，ホームヘルパー派遣の回数において「上限なし」とする自治体が多く見られた。介護保険制度導入前には，確かにホームヘルプサービスの総量は不足していたかもしれないが，自治体の努力も確認できた。

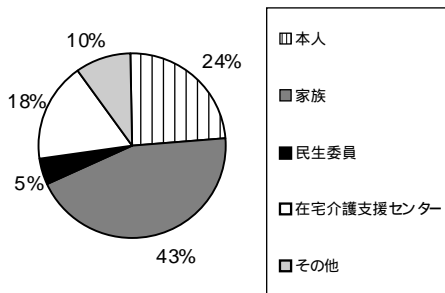


図2-1-1 ホームヘルパー派遣について、申請は誰からの申請が多かったですか。

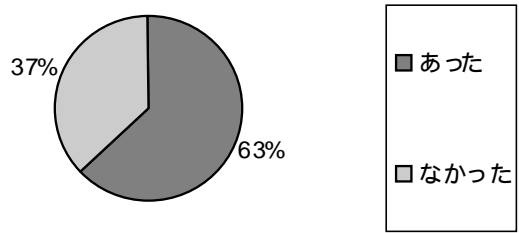


図2-1-4 ホームヘルパー派遣回数・派遣時間・サービス内容を決定するための基準はありましたか。

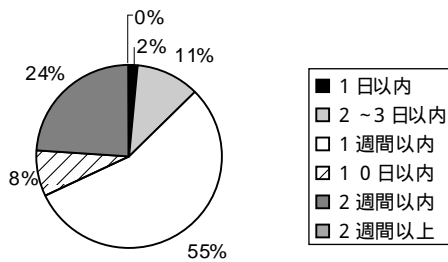


図2-1-2 通常の場合申請から派遣までにかかる日数はどのくらいでしたか。

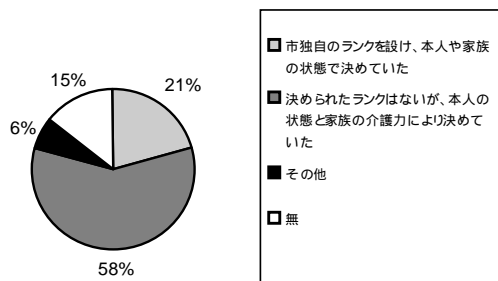


図2-1-5 それはどんな基準でしたか。

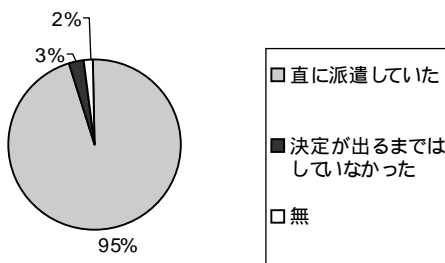


図2-1-3 緊急を要する場合の対応はどうか。

表2-1-1 申請から派遣までの手続き

	回答数	調査	判定会議	決定	決定通知書送付
東京都	8	8	4	8	7
政令市	9	9	4	9	9
中核市	16	16	3	16	16
5～10万の市	15	15	4	15	15
町村	14	12	6	13	13
合計	62	60	21	61	60
割合		97%	34%	98%	97%

表2-1-2 調査を行っていた職種

	回答数	ホームヘルパー担当職員	ホームヘルパー	保健婦	在介センター職員
東京都	8	5	6	3	2
政令市	9	7	5	4	3
中核市	16	10	11	3	13
5～10万の市	15	10	6	5	12
町村	14	8	8	7	9
合計	62	40	36	22	39
割合		65%	58%	35%	63%

表2-1-3 判定会議のメンバー

	判定会議実施市町村	ホームヘルパー担当職員	ホームヘルパー	保健婦	在介センター職員
東京都	4	4	4	2	0
政令市	4	4	3	4	3
中核市	3	3	4	2	2
5～10万の市	4	4	3	3	4
町村	6	6	6	5	4
合計	21	21	20	16	13
割合		100%	95%	76%	62%

表2-1-4 訪問回数上限の有無

	回答数	上限のない市町村	割合
東京都	8	3	38%
政令市	9	2	22%
中核市	16	14	88%
5～10万の市	15	13	87%
町村	14	8	57%
合計	62	40	
割合		65%	

（3）特別養護老人ホームの入所決定プロセスの検証

次に、特別養護老人ホームの入所決定に関する結果をみてみたい。

まず、「誰からの申請が多かったか」について尋ねた。回答では、「家族」が最も多く95%であった（図2-2-1参照）。

第二に、「申請から派遣までの手続きで行っていたこと」については、「調査」は100%、「判定会議」は97%、「決定」も100%、「通知書の送付」は61%であった（表2-2-1参照）。

第三に、「調査を行っていた職種」については、「施設入所担当職員」が最も多く70%であった（図2-2-2参照）。

第四に、「入所判定委員会の要否判定機能を高齢者サービス調整チームに付与していましたか」については、「していた」は20%、「していなかった」は80%であった（図2-2-3参照）。

第五に、「していない場合の判定委員会のメンバー」については、「施設長」76%「施設入所担当職員」66%、「医師」78%、保健所長

56%が判定に関わっている（表2-2-2参照）。このことから、施設入所についてはサービス調整チームが活用されなかったが、判定会議には医師や医師である保健所長のいずれかが加わっていたことが分かった。

最後に、介護保険制度開始までに「入所できなかった待機者に対してどのような対応をしましたか」については、「待機者の順番をそのまま継続できるようにした」は35%、「制度が変わるので待機順序は白紙になることを通知した」は37%、「その他」は28%であった（図2-2-4参照）。

調査結果をまとめると、介護保険制度の導入前では、ホームヘルパー派遣の決定については大部分が裁量による運営であったため、多少市町村間で運営手続きにおける差異が認められた。また、緊急時の対応や派遣回数、時間等については、上限を設けないなどの市町村が多く、行政努力がうかがえた。措置制度においても、自治体の工夫とその努力が確認できる内容であった。

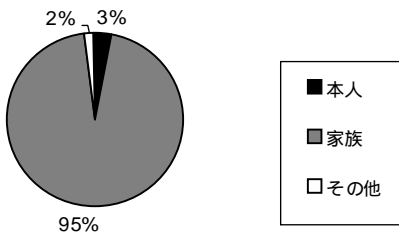


図2-2-1 申請は誰からの申請が多かったですか。

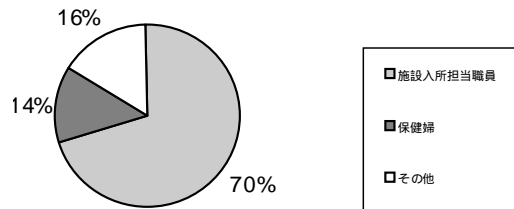


図2-2-2 調査を行っていた職種について教えてください。

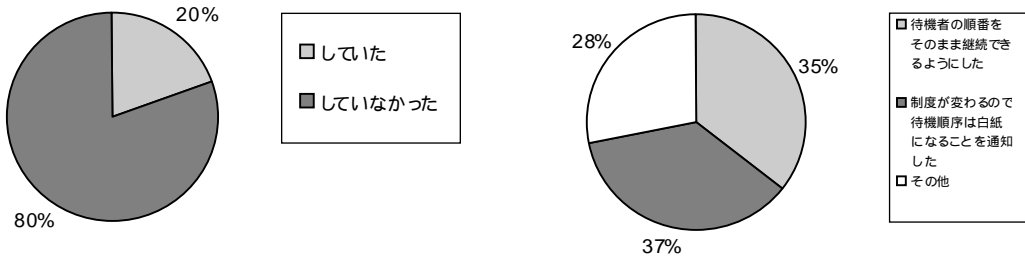


図2-2-3 入所判定委員会の要否判定機能を高齢者サービス調整チームに付与していましたか。

図2-2-4 介護保険実施までに入所できなかった待機者に対してどのような対応をしましたか。

表2-2-1 申請から決定までの手続き

	回答数	調査	判定会議	決定	決定通知書送付
東京都	8	8	8	8	12
政令市	9	9	9	9	7
中核市	16	16	14	16	9
5～10万の市	15	15	15	15	6
町村	14	14	14	14	4
合計	62	62	60	62	38
割合		100%	97%	100%	61%

表2-2-2 入所判定委員会メンバー

	判定会議実施市町村	福祉事務所長	施設長	入所担当職員	医師	保健所長
東京都	8	2	6	5	5	4
政令市	6	3	5	5	5	4
中核市	13	5	11	10	10	9
5～10万の市	15	6	14	8	12	8
町村	8	3	6	5	7	3
合計	50	19	42	33	39	28
割合		38%	76%	66%	78%	56%

3. 介護保険制度実施に伴う事業費およびサービス量の変化について

近畿2府4県の市町村を対象にした財政調査に基づいて

(1) 調査の目的と方法

この調査の目的は、第一に、介護保険制度の実施に伴って生じた市町村の事業費およびサービス量の変化を把握することであった。第二に、介護保険制度は在宅介護を支援する目的をもつため、制度の導入により居宅サービスの供給および需要が促進されると考えられることから、自治体（供給側）と利用者（需要側）の間の行動変化を検証することにした。

この仮定を検証するため、近畿地方2府4県323の自治体に対しアンケート調査を実施した。調査方法は郵送方式で、調査期間は2001年9月から10月、回収率は26.0%であった。なお、この調査結果の分析に当たっては、同志社大学大学院経済研究科塩津ゆりかさんの協力を得た。

(2) 調査内容とその結果

介護保険制度の実施前（平成11年度）と実施後（平成12年度）の居宅サービス関連事業および施設サービス関連事業の決算額を調査した。

平成11年度に関する質問項目については、老人福祉関係では、老人ホームヘルプサービス事業、在宅老人短期入所事業、デイサービス事業、老人日常生活用具給付等事業、訪問入浴サービス事業、高齢者住宅改造助成事業、特別養護老人ホーム委託措置費の事業費合計、また老人保健医療関係では、入院・入所、訪問看護・通院その他の事業費合計を記入してもらい、そ

の二つを合算した。

平成12年度決算については、老人福祉関係事業費、老人保健医療関係（介護保険制度関連分）、そして居宅介護・支援サービス費、施設介護サービス費、その他給付事業日を含む介護保険制度関係の事業費合計の三つを合算した。

次に、設問2では、平成11年度、12年度における利用者（件）数、利用回数、支出額を記入してもらい、比較した。設問対象となったサービス項目は、訪問介護、通所介護、短期入所、用具（貸与・購入）、住宅改修、特別養護老人ホームである。

設問3では、介護保険事業計画に対する平成12年度の利用状況を把握しようとした。特に対計画費から福祉系サービスと医療系サービスの比較を意図した。

設問4では、支給限度額利用割合と保険料段階、支給限度額利用割合と世帯構成とのそれぞれの関連性を把握しようとした。

回収については実に困難を極めたが、有効回答は84であった。

まず、介護保険制度実施に伴う事業費およびサービス量の変化から述べてみたい。実施前と実施後の比較を行うため、総事業費（居宅サービス関連事業費＋施設サービス関連事業費）に占める居宅サービスの割合の平均値をとったところ、前者が約33.8%、後者が約37.0%であった。このことから、居宅サービス関連事業費が微増していることが推測される。

表 3-1 各サービス事業費基本統計量

	H11			H12		
	居 宅	施 設	総事業費	居 宅	施 設	総事業費
平均	0.337563	0.662437	1836481	0.369905	0.630095	78635828
標準誤差	0.015836	0.015836	526302.3	0.010451	0.010451	75852255
中央値（メド）	0.323972	0.676028	477399	0.367383	0.632617	633814.5
標準偏差	0.145139	0.145139	4823640	0.095784	0.095784	6.95E+08
分散	0.021065	0.021065	2.33E+13	0.009175	0.009175	4.83E+17

次に、居宅サービス関連事業費の割合が制度実施前と実施後でどの程度変化したのかを検証するために、ウィルコクソン検定を利用した。有意水準 5% の両側検定を実施したが、P 値は下記のとおりである。

表 3-2 各推定 P 値

修正 P 値（非正規分布）	0.0036
修正 P 値（正規分布）	0.0041
修正前 P 値（非正規分布）	0.0035

検定の結果、制度の実施前後で有意な差が認められた。すなわち、全体として高い確率で居宅サービス関連事業費が制度の実施に伴い変化したのである。

次に、利用者の行動変化を明らかにするため、平成 11 年度と平成 12 年度の訪問介護、訪問入

浴、通所介護の利用日数および各支出額を検討した。これに対する有効回答は 68 であった。平成 12 年度訪問介護、訪問入浴、通所介護の利用日数と平成 11 年度の分を差し引いたものの平均値は、13496.42 日、185.9059 日、3655.924 日で、いずれも増加していた。

そこで、どのような要因に基づいて利用日数が増えたかを検討するため、最小二乗法を用いて推定を行った。その結果、要因としては、先述したように、事業費の変化、高齢化の進展、都市部、特養などの施設の影響が強いことが推察された。特に、訪問介護、訪問入浴については、きわめて高い確率で特養などの施設が利用を促進する効果をもっていることが分かった。一方、通所介護については、都市部であればやや強い利用促進効果がみられ、逆に特養などの施設は利用を抑制する影響がきわめて大きいこ

表 3-3 最小 2 乗法による推定結果

	定数項	事業費の 差分(千円)	高齢化率 (%)	都市ダミー 市制施行 = 1 それ以外 = 0	特養等施設 サービス 提供施設数
訪問介護	1298.96 (0.166472)	0.10140 (1.44495)	-335.978 (-0.997823)	-2838.56 (-0.669513)	6016.43*** (12.9141)
訪問入浴	457.265 (0.486089)	-0.545509 (-0.133041)	-28.5383 (-0.703874)	-448.465 (-0.874023)	153.714*** (2.84143)
通所介護	12589.8 (1.71180)	0.702651 (0.582013)	-428.989 (-1.35341)	7184.75* (1.78980)	-1269.72*** (-2.99542)

* は 10% 水準で有意、*** は 1% 水準で有意であることを表す。

表3-4 利用割合と所得水準の相関係数

保険料負担段階	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	第5段階
相関係数	-0.27016	-0.2744	0.500768	0.378698	0.443296

表3-5 利用割合と世帯人員

利用割合	20%未満	20~39%	40~59%	60~79%	80~100%	100%超
相関係数	0.999967	0.591797	-0.1206	-0.15807	-0.28878	-0.54653

とが分かった。

最後に、利用抑制についても検証した。調査では、保険料の負担割合と世帯人員数、利用割合、介護度について把握した。ここでの有効回答は13で、サンプル数に限りがあるため、それぞれの相関係数をみることにした。

利用割合と所得水準の相関係数では、所得の低い層では、利用割合が大きくなるにつれて、要介護度が低くなる傾向にある。これに対し、所得水準の高い層では、利用割合が大きくなるにつれて要介護度も高くなる傾向にある。

一方、利用を抑制するもの間では、所得水準が上がるにつれて世帯人員も多くなる。これに対し、利用を促進するもの間では、所得水準が上がるにつれて世帯人員が少なくなる傾向にある。

(3) 調査結果から得られた結論

以上、自治体アンケート調査に基づいていくつかの統計分析を行ったが、結論として以下の三点が推察される。

第一には、介護保険制度の実施に伴い、事業費が居宅サービスへとシフトしていることである。第二には、居宅サービスの利用は、当該地域に特養などの施設の有無やその数によって強く影響されていることである。第三には、利用割合と要介護度等の関連については、独居や高齢夫婦世帯では要介護度が低くても、利用促進

の傾向がみられることである。

このように、事業費やサービス量の点からは、在宅ケアへの流れが認められた。その在宅サービスを支えているのは施設であり、在宅ケアの供給源になっていることが分かった。またサンプル数が限られていたために参考資料の粋を出ないが、低所得層では利用割合が大きくなるほど、要介護度が低くなる傾向などが認められた。

4. 措置制度と介護保険制度における専門職者間の連携に関する比較

(1) 措置制度下における専門職者間の連携 岡山県市町村調査に基づいて

1 調査の目的と方法

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるためには、公的施策の充実とあいまって、保健・医療・福祉関係を中心とする公私の幅広い専門職者の連携が必要になっている。そこで、市町村の在宅保健福祉サービスの連携状況を把握するため、自治体の保健、福祉の関係者を対象にしてアンケート調査を行った。この調査結果に基づいて、措置制度の時期の連携状況をあらためて検証してみたい。

本調査は岡山県78全市町村を対象に郵送による自記式アンケート調査を行ったものである。調査期間は1996年10月11日から11月20日、7市、26町村、8村から回収し、回収率

は52.6%であった。主な調査項目は、保健、医療、福祉の連携の現状、保健、医療、福祉の連携の方法、会議の開催状況、会議の参加状況、サービス利用の依頼方法、情報交換の手段、連携の対象職種、今後連携したい職種、連携を図っている機関、今後連携をとる必要がある機関等であった⁵⁾。

2 調査の結果

調査結果を述べる前に、対象となった市町村の高齢者をめぐる概況について記しておく。まず、高齢化率の平均については、市レベルで18.2%、町レベルで25.8%、村レベルで27.0%であった。高齢者世帯の平均については、市レベルで4472.2世帯、町レベルで456.4世帯、村レベルで156.8世帯であった。一人暮らしの高齢者の平均については、市レベルで2718.1人、町レベルで215.2人、村レベルで41.5人であった。

痴呆の高齢者の平均については、市レベルで1232.5人、町レベルで23.6人、村レベルで5.9人であった。ねたきり高齢者の平均については、市レベルで913人、町レベルで76人、村レベルで13人であった。

次に、家族の同居率については、市レベルで37.2%、町レベルで60.2%、村レベルで74.9%であった。平均家族数については、市レベルで2.9人、町レベルで3.3人、村レベルで3.6人であった。

また、在宅者の平均人数については、市レベルで513.2人、町レベルで49.2人、村レベルで8.5人であった。

一方、入院者、入所者の平均人数については、市レベルで308.1人、町レベルで36.2人、村レベルで5.2人であった。

最後に、特別養護老人ホームの有床数の平均については、市レベルで386.3床、町レベルで65.7床、村レベルで15.0床であった。老人保健施設の有床数の平均については、市レベルで413.0床、町レベルで36.4床、村レベルで0床であった。また医療施設の有床数の平均については、市レベルで98.9床、町レベルで9.2床、村レベルで0床であった。

以上の高齢者に関する概況を踏まえて、調査の結果を検討することにする。ここでは保健、医療、福祉の連携の状況、会議の開催状況、サービス利用の依頼方法、連携の対象職種といった項目から、調査結果を確認することにした。

第一に、保健、医療、福祉の連携の状況について確認してみたい。

まず、保健、医療、福祉の連携について、機能していると答えたのはおよそ4分の1市町村であった。「保健、医療、福祉の連携がうまく行なわれていますか」という問いに対して、「うまく行なわれている」という回答は24.3%、「うまく行なわれている点もあり、うまく行なわれていない点もある」は68.2%、「難しい点が多い」は4.8%であった（図4-1-1参照）。

次に、保健、医療、福祉の連携の方法について、機能している市町村の方法は、組織の再編・統合であった。「うまく行なわれている」と回答した市町村において、「行政組織における保健部門と福祉部門との再編、統合」によるのが21.9%、次いで、「高齢者サービス調整チームの利用」および「社会福祉協議会の各種会議の利用」が17.0%であった（図4-1-2参照）。

また、機能している点もあり、機能していない点もある市町村の連携の方法で、機能してい

るケースについてみる。「うまく行なわれているもの」としては、「高齢者サービス調整チームの利用」が最も多く36.5%、次いで「在宅介護支援センターの利用」34.1%、「社会福祉協議会の各種会議の利用」31.7%、「行政組織における保健部門と福祉部門との再編、統合」26.8%であった（図4-1-3参照）。

機能している点もあり、機能していない点もある市町村の連携の方法で、機能していないケースをみると、「うまく行なわれていないもの」としては、「病院あるいは診療所との連携のための事前の取り決め」および「コンピューター等の利用によって、各種情報の共有化」が最も多く24.3%、次いで「高齢者サービス調整チームの利用」および「行政組織における保健部門と福祉部門との再編・統合」17.0%であった（図4-1-4参照）。

最後に、「難しい点が多い」市町村における連携での困難なケースをみると、「難しい点が多い」ものとしては、「高齢者サービス調整チームの利用」「在宅介護支援センターの利用」「地域における連携のための組織、会議を利用」「病院あるいは診療所との連携のための事前の取り決め」「他の職種との同行訪問」「行政組織における保健部門と福祉部門との再編、統合」が、それぞれ2.4%であった（図4-1-5参照）。

第二に、会議の開催状況について確認してみたい。

まず、最も多く開かれている会議は、高齢者サービス調整チームの実務者会議であった。「会議が開催されていますか」という問いに対して、「高齢者サービス調整チームの実務者会議」を開催していると回答した市町村は87.8%、「高齢者サービス調整チームの責任者会議」は53.6%、「保健所保健福祉サービス調整推進会

議」は56.0%、「地域におけるサービス調整会議など」は39.0%であった（図4-1-6参照）。

次に、高齢者サービス調整チームの実務者会議については、3分の2が常時参加していた。高齢者サービス調整チームの実務者会議に「参加したことがありますか」という問いに対して、「いつも参加している」という回答が65.8%、次いで「関係のある場合のみ参加している」および「開催されていない」が9.7%であった（図4-1-7参照）。

また、高齢者サービス調整チームの責任者会議については、4割強が常時参加していた。高齢者サービス調整チームの実務者会議に「参加したことがありますか」という問いに対して、「いつも参加している」という回答が41.4%、次いで「参加したことがない」19.5%、「開催されていない」17.0%、「関係のある場合のみ参加している」12.1%であった（図4-1-8参照）。

最後に、地域におけるサービス調整会議については、3分の1強は開催されていなかった。地域におけるサービス調整会議などに「参加したことがありますか」という問いに対して、「開催されていない」という回答が36.5%、次いで「いつも参加している」17.0%、「このような会議を知らない」14.6%であった（図4-1-9参照）。

第三に、サービス利用の依頼方法について確認してみたい。

まず、他機関等のサービス利用の依頼方法は、主に電話であった。「他の機関等のサービス利用を依頼する際に、どんな方法を取っていますか」という問いに対して、「電話で依頼する」が最も多く95.1%、次いで「文書で依頼する」65.8%、「自分が直接出向いて依頼する」48.7%であった（図4-1-10参照）。

次に、必要な他機関等との情報交換の手段は、

主に高齢者サービス調整チームであった。他機関等と情報を交換するうえで必要と思われた手段としては、「高齢者サービス調整チーム」が最も多く65.8%，次いで「電話の利用」60.9%，「ファックスの活用」36.5%であった（図4-1-11参照）。

最後に、連携の対象職種について確認してみたい。

最も連携の取れている職種は、ホームヘルパーであった。「最も連携の取れている職種」は「ホームヘルパー」が最も多く36.5%，次いで「保健婦・士」26.8%，「看護婦・士」9.7%であった（図4-1-12参照）。

次に、「今後、最も連携を強化したい職種」は、やはり医師であった。「今後、最も連携を強化したい職種」として、「医師」が最も多く51.2%，次いで「保健婦・士」17.0%，「ホーム

ヘルパー」12.1%であった（図4-1-13参照）。

また、「仕事を進めるうえで、連携を図っている機関」については、そのほとんどが民生委員であった。連携を図っていた機関等は「民生委員」が最も多く97.5%，次いで「社会福祉協議会」95.1%，「特別養護老人ホーム」87.7%，「市の福祉事務所あるいは町村の福祉担当課（係）」80.4%，「保健所」75.6%であった（図4-1-14参照）。

最後に、「仕事を進めるうえで、今後、連携を図る必要がある機関」は、民生委員および病院であった。連携を図る必要があると思われた機関等は「民生委員」が最も多く70.7%，次いで「病院」65.8%，「社会福祉協議会」60.9%，「特別養護老人ホーム」56.0%，「診療所」53.6%であった（図4-1-15参照）。

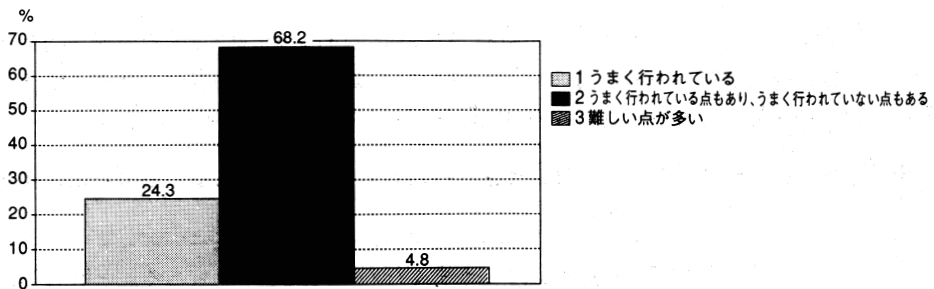


図4-1-1 連携の状況

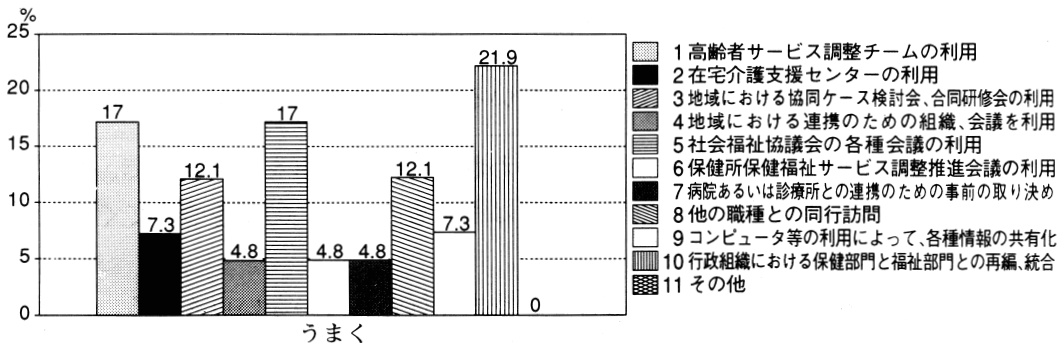


図4-1-2 うまく行われている

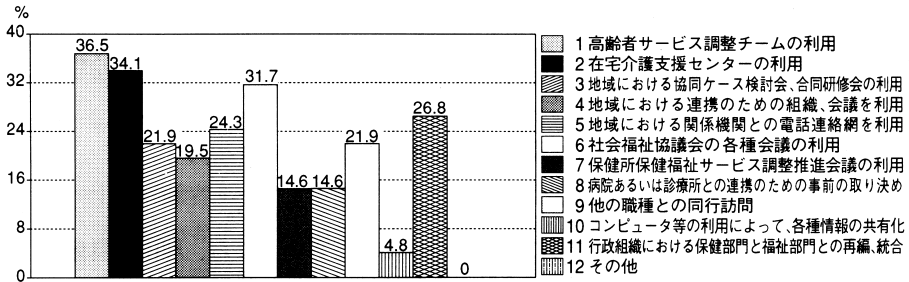


図4-1-3 機能しているケース

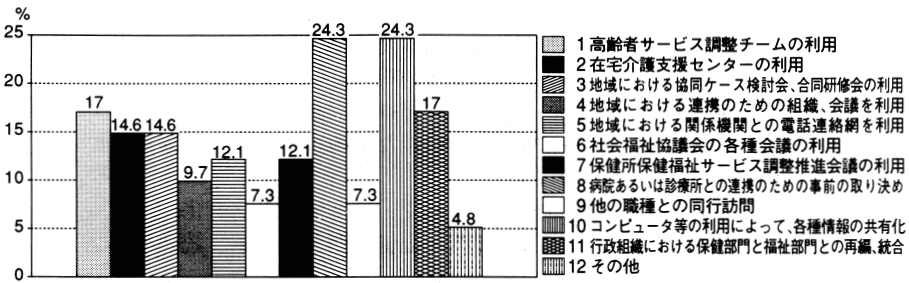


図4-1-4 機能していないケース

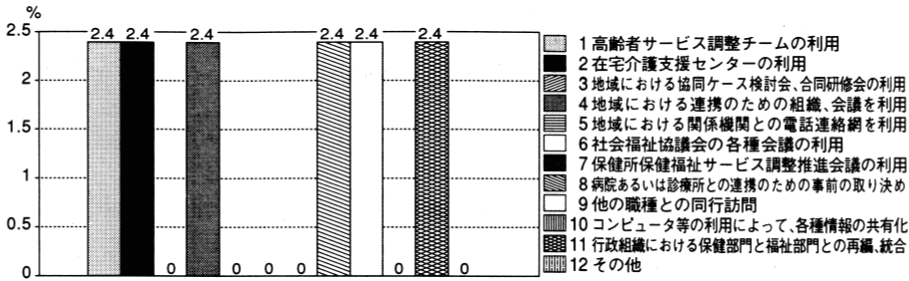


図4-1-5 難しい点が多い

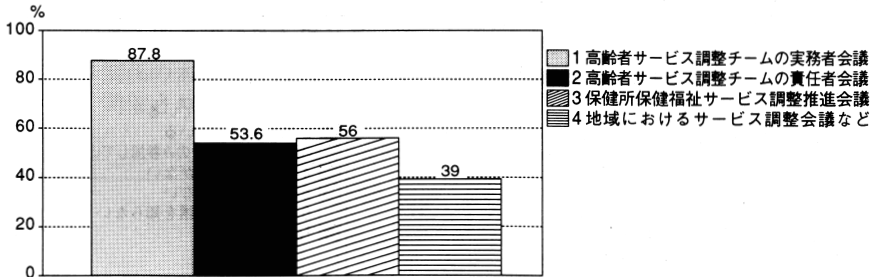


図4-1-6 会議の開催状況

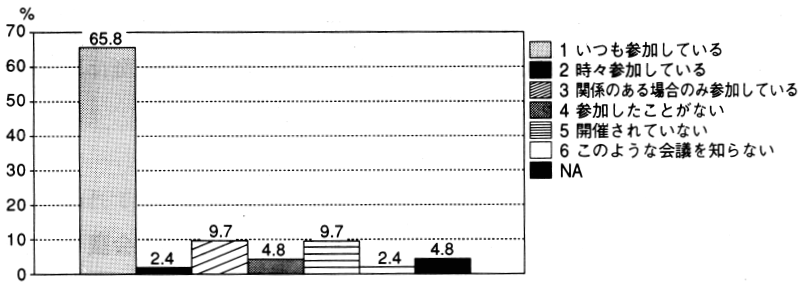


図4-1-7 実務者会議の参加状況

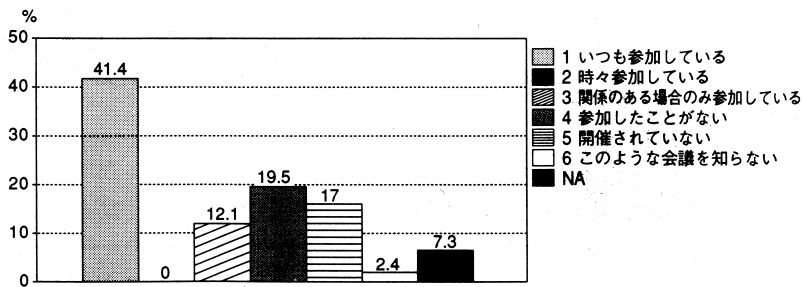


図4-1-8 責任者会議の参加状況

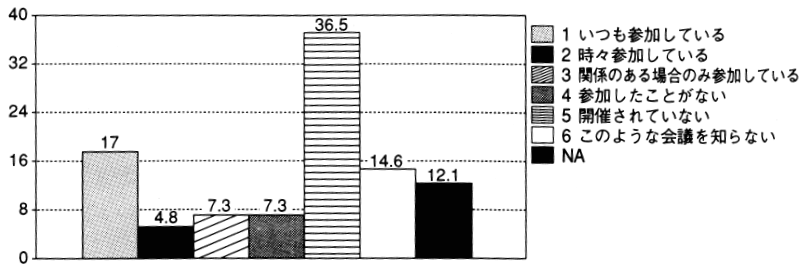


図4-1-9 地域調整会議などの参加状況

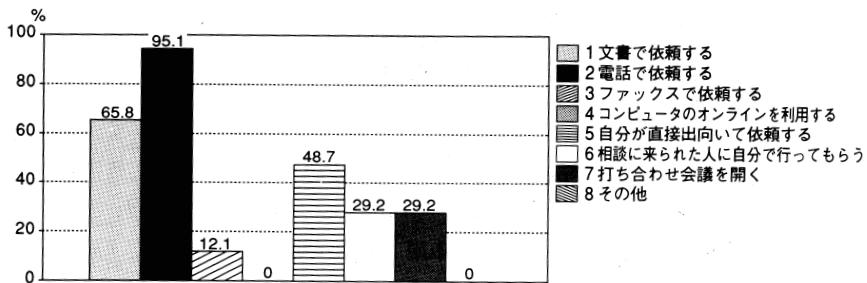


図4-1-10 サービス利用の依頼方法

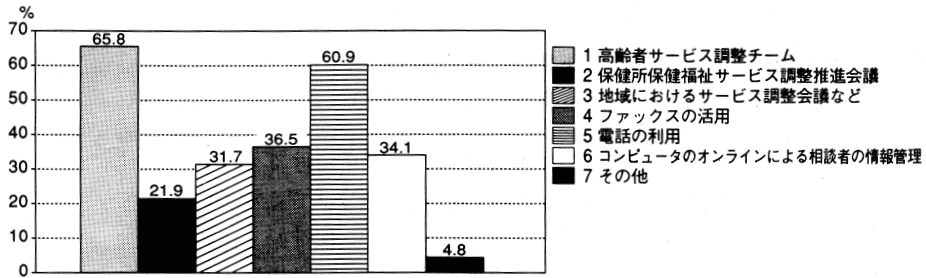


図4-1-11 情報交換の手段

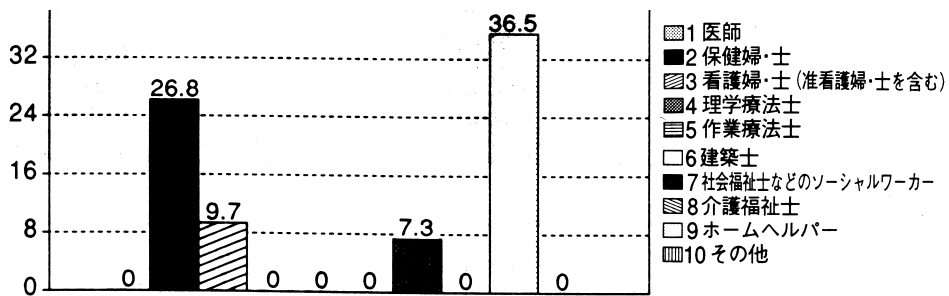


図4-1-12 最も連携の取れている職種

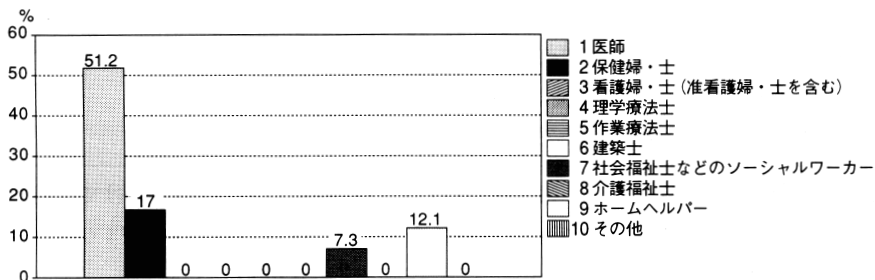


図4-1-13 最も連携を強化したい職種

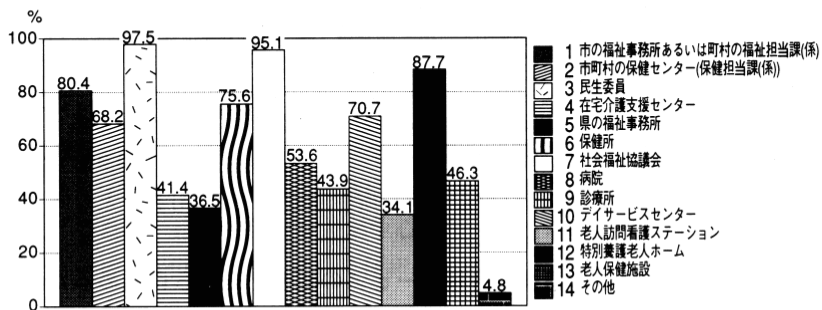


図4-1-14 連携を図っている機関

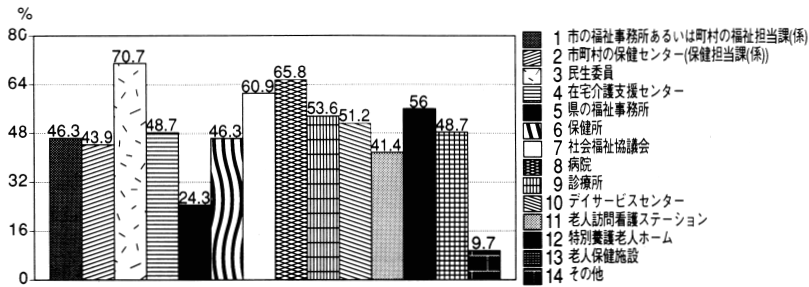


図4-1-15 連携を図る必要のある機関

3 若干の考察

保健，医療，福祉のサービスが同一の場において，つまり統合された形態で提供されることが理想的であるが，さまざまな隘路が生じていたことが調査の結果からわかった。その理由として，現場では保健，医療，福祉の基盤およびアイデンティティが異なっており，その「連携」について良好という結果はみられなかった。ここでは，連携調査が示唆したものを検討してみたい。

第一に，さまざまな機関や施設間の連携を促進していく上での最大の障害として，中核となる機関の欠如や基盤整備の不備などが要因としてあげられた。例えば，中核となる機関が地域によっては病院や自治体（市町村）であったり，在宅介護支援センターであったり，まさに千差万別であった。地域内における機関・施設間の連携・協力体制づくりが望まれるが，今回の調査結果から，連携がとりにくい機関・施設として市町村や病院が上位にあげられた。

第二に，医療・医師との連携が難しい状況にある町村が多く，公営病院と私営病院との間でかなり状況が異なっていたことがわかった。そのため，医師との連携を強化したいという要望が強かった。このことは，保健，医療，福祉の連携には，医療を軸とする連携パターンが定ま

らなければならないことを示していた。

第三に，民生委員との連携がとれている市町村はほぼ100%であった。よりよいサービスを提供していくためには，常に住民からのニーズ・期待を把握していくことが大切であり，そのためには住民との交互の情報交換の場および仕組みが必要である。保健・医療・福祉の提供主体は，常に利用者の立場で発想し，実践していく姿勢が大切であるが，調査時点では，民生委員などが中心となって絶えず住民のニーズと状況を把握し，そのことをサービス提供に反映していく仕組みが必要となっていた。

最後に，在宅介護支援センターよりは，老人訪問看護ステーションの方が重要視されていることがわかった。このことは，老人訪問看護ステーションと比べれば在宅介護支援センターの役割が比較的明確でないことと関連していたと考えられる。

（2）介護保険制度下における介護支援専門員の現状

倉敷市介護支援専門員の実態調査に基づいて

1 調査の目的と概要，結果

介護保険制度では，介護サービスを利用するためには要介護認定の申請を行い，認定を受け

必要がある。要介護度が決まると、介護支援専門員（ケアマネジャー）を中心に介護サービス計画（ケアプラン）を作成し、サービスを利用する。

介護支援専門員については、介護保険制度を施行するに当たって急遽養成が進められたが、拙速さのあまり様々な問題が指摘されている。本節では介護支援専門員に焦点をあて、実態調査に基づいて現状を検討したい。

介護保険制度では、要介護認定により要介護または要支援の状態にある者に対し保険給付を行う。サービスの提供は、自己作成によるサービス利用者を除き大方が介護支援専門員（ケアマネジャー）の作成したケアプランに基づいて行なわれる。

介護支援専門員は、利用者の心身の状況や残存機能の把握と生活環境等の評価を通じてその問題点を明らかにし、自立した日常生活を営めるように社会資源と利用者のニーズの調整を行い、利用者の生活の質（QOL）を高めるための長期及び短期目標とその達成時期、サービスを提供する際の留意点などを盛り込んだケアプランを作成する役割を担っている。

本節では、岡山県倉敷市における介護支援専門員の実態を把握することとした。

まず、実態調査の調査対象は、倉敷市内をサービス提供地域としている居宅介護支援事業所112カ所に所属する介護支援専門員とした。調査方法は郵送による自記式アンケート調査で、調査用紙3枚と返信用封筒（切手貼付）1枚を同封し、回収した。

調査内容については、項目は性別、年齢、職種、専任か兼任か、介護計画作成について（問題点・作成数）、ケア会議、業務上の問題点、介護支援専門員を辞めたいと思ったことの有

無、収入（月収・特別手当の有無）、利用者の意識、現任研修である。

調査日は2001年9月末～2001年10月19日（金）であった。

調査結果は112事業所中67事業所、139人、回収率は59.8%であった。⁶⁾

2 調査の結果

調査結果から四つの問題点が浮かび上がった。

第一の問題点は、ケアプラン作成についてである。

月平均の介護計画作成数では、「1人あたり50件」という国の基準を超えている人が13.9%であった。表4-2-1によると、専任では作成数30件以上の人が8割以上と多く、兼任では30件未満が多くなっている。しかし、兼任の22.8%が30件以上作成していると回答しており、負担が大きくなっていることがうかがえる。

表4-2-2の介護サービス計画の作成で困ることでは、「支給限度額を超えないように管理する」が58.0%、「利用者と家族の意見の違い」が46.6%、「1割の自己負担があるため必要なサービスを控える」が39.7%と多く、支給限度額や利用者の1割負担に難しさを感じている。また、この調査では、ケア会議については60.1%が開いているが、ケア会議にかかるケース数は「1～9件」が58.0%、「10～19件」が12.9%で全体の7割を占めていることが分かった。ケア会議にかけているのは一部のケースにとどまっている。また、「時間がない」や「電話で済ませている」との理由から、4割がケア会議を開いていないことも判明した。体系的でより良いサービスを提供するためには、ケア会議を数多く開催することが重要である。できる

表4-2-1 専任・兼任と介護計画作成数の関係

	0～9件	10～19件	20～29件	30～39件	40～49件	50件以上	
専任	3人 5.2%	2人 3.4%	3人 5.2%	14人 24.1%	20人 34.5%	16人 27.6%	100.0%
兼任	22人 27.8%	20人 25.3%	19人 24.1%	7人 8.9%	8人 10.1%	3人 3.8%	100.0%

表4-2-2 介護サービス計画の作成で困ること

	複数回答数	パーセント
支給限度額を超えないように管理する	76	58.0%
利用者と家族の意見の違い	61	46.6%
1割の自己負担があるため、必要なサービスを控える	52	39.7%
他の介護サービス事業者の情報不足	49	37.4%
医療と連携がとれない	41	31.3%
希望時間にサービスが提供できない	30	22.9%
利用者・家族と自分の意見の違い	29	22.1%
介護保険法定外サービスの不足	27	20.6%
介護保険法定サービスの不足	26	19.8%
希望事業者のサービスが提供できない	25	19.1%
他の介護支援事業者の情報不足	14	10.7%
支給限度額以上のサービスの提供	12	9.2%
相談相手がいない	9	6.9%
介護保険課と連携がとれない	3	2.3%

限り多くのケースについてケア会議を開けるよう、制度的にも支援していく必要がある。

調査の項目には入っていないが、利用しているサービスの種類が1種類という利用者も多いのが実情で、平成14年1月10日付け朝日新聞によれば長寿開発センターの実施した全国の介護支援事業所2,000か所を対象に行ったアンケート調査結果では、サービスの種類が1種類の利用者が49%を占めていると報告されている⁷⁾。1種類だけのケアプランではケア会議を開催するよりは電話等で済ませることになるのではないかと。

介護支援専門員は利用者のニーズと社会資源を結びつけ、自立や自己決定を尊重して、QOLの向上を図るという役割が求められるが、

今回の調査では利用者の希望や金銭的負担を重視するサービス計画になっていることがうかがえる。つまり潜在的な生活課題を掘り下げ、生活の質を向上させるというケアマネジメントの本来の効果が発揮されているとはいいがたく、実際にはその役割を十分に担いきれていないのが実情である。

第二の問題点は、労働条件である。

月平均の月収を尋ねたが、「20～29万円」が48.1%でほぼ半数を占め、「10～19万円」が26.3%である。7割弱の人は特別手当もなく勤務している。「他職種との兼任」はほぼ6割である。

「現任研修を受けた」と回答した人が85%と高いにもかかわらず、6割の人が介護支援専門員を「辞めたいと思ったことがある」と答え

ている。その理由としては、「時間に追われ、利用者と接する時間もとれない」、「なかなか訪問できず、家族・人間関係等、あまりふみ込む事ができず、中途半端になってしまう」、「忙しく、体調不良になる」、「仕事量の割にコストにつながらない」、「責任が重大」など、業務量の多さや利用者・家族との関係、介護報酬の低さが指摘されている。ケアプラン作成での負担は重く、収入で特に優遇されているわけでもなく、過酷な勤務状況になっていることが分かる。

第三の問題点は、機関との連携である。

介護保険制度では、保健・医療・福祉が連携して効果的・効率的な介護サービスを供給することを基本理念の一つにしている。連携について、介護計画作成で困ることでは、「医療と連携がとれない」が29.5%、「介護保険課と連携がとれない」が2.2%で、行政よりも医療との連携が困難となっている。

倉敷市医師会は訪問看護ステーションを設置し、介護保険制度開始前から訪問看護協会と共同で介護支援専門員の受験対策としての研修会を実施しており、連携もスムーズに行えるベースがあった。倉敷市の場合、在宅介護支援センターの委託先は医療法人が圧倒的に多く、看護職と医療との連携がとりやすい理由の一つである。また、ケアプランを優先的に医師会立の在宅介護支援センターの介護支援専門員(看護婦)に照会していた経緯がある。複合型施設の利用者の囲い込みに対する対抗措置という狙いがあったといえる。

表4-2-3が示すように、特に医療との連携については、看護婦・看護師の22%、介護福祉士の64%が「連携がとれない」と回答した。介護福祉士の6割以上が医療との連携がとれないのに対し、看護婦・看護師の8割近くは連携

表4-2-3 職種からみた医療との連携

	看護婦・看護師	介護福祉士
医療と連携がとれない	16人 21.9%	14人 63.6%
医療との連携はとれる	57人 78.1%	8人 36.4%

がとれており、職種による違いが顕著である。介護支援専門員が利用者の生活全体を支え、より適切なサービスを提供するためには、保健・医療・福祉の連携は必要不可欠な要素である。しかしながら、今回の調査で示されたように実際には連携が取り難い状況にあり、効果的・効率的なサービスの提供のためには、医療スタッフと福祉スタッフとの連携が望まれる。市は対策として、医師と介護支援専門員が連携をとり易くするために、医師会と居宅支援事業者連絡会との検討を始めている。

最後の問題点は利用者の意識の変化である。

表4-2-4が示すように、介護保険制度に伴う利用者の意識の変化では、「介護に関する関心が高まった」が46.9%、「希望や苦情を言いやすくなった」が38.3%、「サービスを積極的に使うようになった」が18.3%となっている。しかし、逆に「必要なサービスも控えるようになった」というのも、全体の30.5%を占めている。

介護保険制度では保険料を支払い、1割を負担することになったことで、利用者が積極的に権利意識をもつようになったといえる。しかし、希望や苦情に関して、半数の人は言いやすくなったとは感じていない。介護支援専門員は、要望のあるニーズに対応するだけでなく、自覚されない潜在化したニーズを引き出し、支援していくことが重要である。そのためにもゆとりをもてるケアプラン数で採算がとれるようにしなければ、現状のように兼任で業務を行わざるを

表4-2-4 利用者の意識の変化

	複数回答数	パーセント
介護に関する関心が高まった	60	46.9%
過剰なサービスを受けなくなった	50	39.1%
希望や苦情を言いやすくなった	49	38.3%
必要なサービスも控えるようになった	39	30.5%
サービスを積極的に使うようになった	24	18.8%
その他	11	8.6%

表4-2-5 倉敷市介護保険要介護者（在宅）アンケート調査結果の概要

項目	件数	割合	要支援～要介護2		要介護3～5		不明 件数
			件数	割合	件数	割合	
なんとか自分のことはできる	77	39.1%	62	80.5%	2	2.6%	13
現在は家族の介護で対応可能	57	28.9%	41	71.9%	11	19.3%	5
入院中	47	23.9%	17	36.2%	26	55.3%	4
他人が家庭に入るのが嫌	19	9.6%	12	63.2%	6	31.6%	1
他人に世話されるのが嫌	19	9.6%	12	63.2%	6	31.6%	1
介護は家族ですべき	17	8.6%	12	70.6%	3	17.6%	2
利用料を支払うと生活が苦しい	13	6.6%	8	61.5%	5	38.5%	0
どうしたらいいのかわからない	12	6.1%	9	75.0%	2	16.7%	1
施設の入所待ち	7	3.6%	3	42.9%	4	57.1%	0
サービスの内容に不満がある	5	2.5%	5	100.0%	0	0.0%	0
サービス提供事業者の対応が悪い	1	0.5%	1	100.0%	0	0.0%	0
その他	15	7.6%	11	73.3%	4	26.7%	0

得ず、限度額管理に終始する域を出ない状況が続くことになる。

3 若干の考察

改革プログラムというのは、レトリック、政策決定、実践、結果から検証していく必要がある。介護保険制度の場合、その狙いは中間層のサービス利用を拡大し、市町村の基盤整備の底上げを全国レベルで行うことにあった。また、要介護認定を受けた高齢者は介護サービスへのアクセスが容易になり、利用状況は前進するものと思われた。さらには、大幅な規制緩和が実現され、インターネット、雑誌等を通して介護サービス情報が比較的容易に入手できるように

なり、事業者間の連携による所管庁を超えた技術交流も想定された。

このような政策ビジョンに対して、実施後の利用者からの反応はどうであったのか。まず、中間層のサービス利用を拡大した反面、低所得層の負担は過重となったことである。倉敷市は在宅の介護保険要介護者を対象に、平成13年5月に在宅サービスの利用者満足度及び未利用者の理由調査を目的とするアンケート調査を実施している。調査対象として平成13年1月の給付実績より利用者から500人、未利用者から500人を抽出している。そのアンケートの中で、表4-2-5の倉敷市介護保険要介護者（在宅）アンケート調査結果のうち、「利用料を支払う

と生活が苦しいから」と応えている利用者が13人6.6%いることから利用料負担がサービス利用を控えていることを裏付けている。またサービスの質の点検も必要であるが、ホームヘルパーやケアマネジャーにみられるように介護サービスを提供する側のスタッフの身分が不安定になった。今や介護は不安定雇用の場合と化しているのである。このことはサービスの質と密接にかかわっており、利用者の利益にも影響する問題と言えよう。

結 論

介護保険制度は中間層のサービス利用を拡大し、全国市町村の基盤整備の底上げをするという狙いをもっていた。そのこと自体は適切な政策選択であろう。そこで国は、介護サービスの量的拡大を図るため、民間業者の参入を積極的に奨励してきた。その結果、要介護認定を受けた高齢者は、介護サービスのアクセスが比較的容易になったと言えよう。

一方、市場原理を前提にした社会保険方式は社会的ロスを生じさせている。サービスの質については、制度設計上、工夫はなかったのである。むしろ、それは競争原理の中で処理され、粗悪なサービスは市場から退出せざるを得ないという国の理解であった。とりわけ重要な問題は、介護サービスが地域密着型の性格をもつことに反して、介護保険制度はサービス提供のあり方を介護報酬に拘束してしまい、画一化をもたらしていることである。また経済的な問題として、利用者負担が介護サービスの利用を阻んでいることも懸念の材料である。

小論のまとめをしておきたい。

第一点は、措置制度の評価である。介護保険

制度実施前のホームヘルプ派遣決定の調査では、限られた予算の中にあつて回数「上限なし」という自治体が多かった。当時確かにホームヘルプサービスの総量は不足していたかもしれないが、自治体の努力もみてとれたのである。思い返せば、老人福祉法の改正を行い、ホームヘルプサービスの有料化を実施した時点で、国は中間層向けに抜本的な基盤整備の対策を講ずる必要があつた。1980年代初期に国のレベルで対象者を拡大する政策を打ち出すべきだったのである。措置制度では中間層のニーズに対応できないというのは一面的な議論であり、需要拡大期に政府の政策的な怠慢があつたといえるだろう。

第二点は、情報の提供と介護サービス事業者間の連携である。介護保険制度では、多様な供給主体が多様な内容のサービスを提供するが、どの事業者がどのようなサービスを提供しているのかを利用者が把握するのは困難である。そのため、保険者である市町村はサービスの利用者にも広く情報を伝達する必要がある。この点で重要な役割をもつのが介護支援専門員である。小論では倉敷市調査からこの問題を浮き彫りにしたが、国は介護支援専門員の捉え方として職種を広げすぎ、真の意味での専門職とは位置づけなかった。国は、介護支援専門員を制度的に位置づけていない実態を無視して、専門員の質の向上を研修などで補えると考えている。介護支援専門員やケアワーカーの質の保証は、もはや研修で補える次元のものではない。専門職としての位置づけが曖昧な点は、制度設計における失敗といえるだろう。特に問題は、介護支援専門員については兼務の多さである。これは介護報酬では採算がとれないという経営上の問題に起因している。

社会福祉基礎構造改革の流れの中で、「措置」利用から「選択（契約）」利用へと大きく変わろうとしている。クライアントが自らサービスを選択することに重きがおかれているが、対人援助サービスを行う者の立場からすれば、問題を発見するよりは、サービスを提供することに終始し、ましてやニーズを掘り起こすことへの時間的余裕は与えられなくなる。

また、利用者の立場からも問題がある。「表出ニード（expressed need）」という言葉が、ブラッドショーにより使われたが、「表出ニード」に基づいて介護保険事業計画を立てたとすれば、そのプロセスは「ニード」ではなく「需要」の積み上げたものとなる恐れがある。というのは、福祉サービスの利用者の大半はいわゆる社会的に弱い立場にあり、最も深刻な問題を抱える人たちはうまく実情を伝えることができず、特に自己決定能力が低下して、自らの意思を主張できない者はサービスにアクセスできないからである。そうなれば、ニーズを表明できる者たちのみが福祉サービスを利用できることとなる。対人援助サービスのあり方が改めて問われてくるのである。⁸⁾

最後に、公共管理の国際的な専門家である、エラスムス大学のクリストファー・ポリット教授（Christopher Pollitt）の見解を紹介しておきたい。ポリット教授は、公的サービスを民間に委ねる場合、standardizability（標準化可能性）、observability（監視可能性）、political salience（政治的重要性）、consequentiality（妥当性 生死にかかわる緊急性）の四つの要素に留意する必要があると指摘している。このことを対人援助サービスに適用すると、どうなるのか。結論として、教育や社会福祉などの分野は民間委託や民営化にはなじまないと教授は指摘してい

る。その理由は、対人援助サービスには個性があり、サービスの効果性や監視をするには時間を要するためである。またそれはすぐれて専門的であり、職業上の倫理に強くかかわるためである。この分野には十分な研修の機会を与えられ、適切な労働環境に置かれる必要があるという。ポリット教授の指摘は実に示唆に富むものである⁹⁾。

注

- 1) 大野吉輝『社会保障政策論』勁草書房、1999年、124 - 125頁。
- 2) 林宜嗣「高齢化の中の財政システム」『財政システム』有斐閣、1998年、112 - 113頁。
- 3) Norman Johnson, *Mixed Economy of Welfare*, Prentice Hall, 1999, p.121
- 4) 山本隆「福祉国家と行財政 福祉国家の変容とニューパブリックマネジメント」社会政策学会編『「福祉国家」の射程』社会政策学会誌第6号、ミネルヴァ書房、2001年、70 - 72頁。
- 5) 第4章第1節におけるデータは、岡山県立大学保健福祉総合研究所『「高齢者在宅保健福祉サービスの連携等についての調査結果」レポート』1997年、に基づいている。
- 6) 調査項目については、朝日新聞「特集・全国ケアマネジャー調査」、2001年4月5日、を参考にした。
- 7) 朝日新聞、2002年1月10日。
- 8) Bradshaw, J., *The Concept of Social Need*, *New Society*, 1972, 30 March
- 9) 2002年2月15日、同志社大学人文科学研究所主催の研究会にてポリット教授がニュー・パブリック・マネジメントに関するレクチャーを行った。教授はNPMの実施において民間委託が不適切な事例として対人サービスの分野を挙げた。

参考文献

- 伊藤周平『検証 介護保険』青木書店、2000年
伊藤周平監修『介護保険を告発する』萌文社、2001

- 年
相野谷安孝，小川政亮，垣内国光，河合克義，真田是編『介護保険の限界』，大月書店，2001年
加藤園子編『介護保険と人権』かもがわ出版，1999年
芝田英昭編『福祉国家崩壊から再生への道』あけび書房，2001年
石川満・自治体問題研究所編『先進自治体の介護保険制度』自治体研究社，2000年
神野直彦・金子勝『地方に税源を』東洋経済新報社，1998年
八代尚宏編『高齢化社会の生活保障システム』東京大学出版会，1997年
八代尚宏『少子・高齢化の経済学』東洋経済新報社，1999年
八代尚宏監修，通産省サービス産業課編『改革始動する日本の医療サービス』東洋経済新報社，1999年
成瀬龍夫「社会保障構造改革 制度再編の動向と展望」『介護保険 研究年報』((社)大阪自治体問題研究所研究年報 第3号)2000年。
神野直彦・金子勝編『「福祉政府」への提言』岩波書店，1999年
坂本忠次・和田八束・伊藤弘文・神野直彦編『分権時代の福祉財政』敬文堂1999年
本間正明・齊藤慎編『地方財政改革 ニュー・パブリック・マネジメント手法の適用』有斐閣，2001年
都市問題研究会『都市問題研究』平成13年11月号，第53巻第11号
『厚生白書(平成11年度版)』，ぎょうせい
竹内孝仁『ケアマネジメント』医歯薬出版，1996年
白澤政和『介護保険とケアマネジメント』，中央法規出版，1998年
白澤政和『新ケース・マネージメントの考え方と実際 「シニア・ケア・ネットワーク」の実践から』，フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団，2001年
Norman Johnson, Sandra Jenkinson, Ian Kendall, Yvonne Bradshaw and Martin Blackmore, *Regulating for Quality in the Voluntary Sector*, *Journal of Social Policy*, 27, 3, Cambridge University Press
Norman Johnson, *Mixed Economy of Welfare*, Prentice Hall, 1999.
Christopher Pollitt and Geert Bouckaert, *Public Management Reform A Comparative Analysis*, Oxford, 2000 .
Christopher Pollitt, *The New Public Management in International Perspective An Analysis of Impacts and Effects*, Kate McLaughlin, Stephen P. Osborne and Ewan Ferlie (eds.) *New Public Management: current trends and future prospects*, Routledge, 2000

Empirical Study on the Long-Term Care Insurance Scheme and Social Administration: A Two Years' Review on the Long-Term Care Insurance Scheme

Takashi YAMAMOTO *

Abstract: The Long-Term Care Insurance Law for the disabled elderly (covering institutional and domiciliary care) was implemented in 2000 ; it converts a selective scheme into a universal one, but 45% of the cost is covered by insurance contributions from everyone aged over 40, 45% comes from the central and local governments, and 10% comes from charges to the users. Although the fund is managed by the municipalities, private for-profit companies are permitted to provide services, and the number of such companies is growing.

The emerging picture is a complex one. On the one hand, there seems to be a widespread belief, derived from a government report, that most of the people are happy with the increasing amount of care services. On the other hand, some academics have criticized that the new scheme has produced a mess.

This paper seeks to compare the statutory sector of social welfare (Sochi Seido) with the Long-Term Care Insurance Scheme in terms of financing, procedures, and management of care services.

Firstly, this paper highlights a study of the workings of the statutory sector which has been open to government reform. Some of the municipalities tried hard to deliver care-services, and desperately needed the financial support from the central government.

Secondly, it examines the cost-sharing or cost-payment in the Long-Term Care Insurance Scheme based on a survey conducted by the author. The findings show an increase in costs for domiciliary care among municipalities. It is interesting to note that the amount of home- help services is correlated to the number of care homes. Also the low-income elderly are in a disadvantaged situation for using services by the cost-payment.

Thirdly, it identifies some of the serious issues concerning care managers, whose role is crucial in delivering services to the frail or disabled users. The care managers are not blessed with decent working conditions. Their irrelevant status suggests they are in need of incentives for producing care plans, coordinating services, holding care conferences, etc.

Keywords: the Long-Term Care Insurance Scheme, the workings of statutory sector of social welfare (Sochi Seido) , residential care and domiciliary care, municipalities, care managers

* Professor of the Faculty of Social Sciences, Ritsumeikan University