

高齢者介護問題と公的介護保険

公的介護保険は、介護問題をどこまで解決できるのか

町田 隆男

はじめに

- 1 介護問題とは何か
 - (1) 深刻な家族介護負担問題
 - (2) 介護サービスの質の問題 自立支援介護が基準
- 2 公的介護保険は、家族介護負担を大幅軽減できるのか
 - (1) 「必要なだけのサービス」を「どこでも、同じように」受けられるのか
 - (2) 「誰でも、いつでも、簡単に」受けられるのか
- 3 公的介護保険は、「介護サービスの質」をいかに位置づけているのか
 - (1) 高齢者介護のあり方と自立支援介護
 - (2) 自立支援介護と公的介護保険

はじめに

21世紀のわが国の高齢社会を、活性化した安心できる社会にするためには、高齢者の就業問題の解決とその介護問題の解決が必要と考える。

ここでは、高齢者の介護問題に限定して、しかもこの課題を、介護の社会化システムとしての公的介護保険と関連づけて考察することが本稿の目的である。

ところで、若者と違って先の短い高齢障害者（要介護者）を、その社会がどう取り扱うかは、その社会が本当に人間を個人として尊重する社会かどうかの試金石と考える。したがって、公的介護保険が提供する介護サービスの「質」の問題を重視していく。

1 介護問題とは何か

(1) 深刻な家族介護負担問題

わが国の介護問題の中心は、ほとんどの高齢者が抱く「介護不安」にあると見てよい。万一、要介護状態になった場合、「どこで・誰に、どのような」介護を受けるのかに関する問題である。人間誰しも、住み馴れた所でよく知り合った人々に囲まれて、最後まで人間らしく生きたいと願っ

ている。

ところが、在宅で介護を受ける最大の問題は、家族の介護負担問題である。この家族介護者への負担を考えると、在宅ケアを希望することに躊躇し、心が定まらないのが実態であり、これが問題の「介護不安」の中心的部分をなすといつてよい。折角、良好だった家庭の人間関係が、家族介護者の心身の疲労でトゲトゲしくなり破壊され、虐待や共倒れまで起こることは、お互いにとって不幸なことである。このことだけは防がねばならない。

ところで、このような深刻な介護問題は、「人生50年時代」にはほとんど生じなかった。それは、次の3つの理由による。1つは、人生50年なので介護期間が短くてすんだ。2つ目は、産業や労働市場が成熟していなかったため、専業主婦が多く家族介護力がさほど弱体化していなかった。3つ目は、実態としての長子相続制がまだ残っていてそれを経済的基盤にして、「介護は長男の嫁がする」のが「当然視」されていたからである。

ところが、「人生80年時代」の現在は、上述の3つの条件がいずれも崩れさっている。すなわち、医療技術の発達などで寿命が長くなっただけ介護期間が長くなっている。また、産業構造もサービス経済化の進展で高度化し、就業構造も多様化し女性の職場進出が一般化してきており、核家族化の要因も加わって、家族介護力が低下してきている。さらに、新民法の定着で、「何故、長男の嫁だけが介護負担をしなければならないのか」という意識が広がってきている。だから、三世帯同居（二世帯同居を含む）がまだ多いからといっても、子世代の都合で、地価が高くて持家が難しいとか、共稼ぎして現金収入を増やしたいために、家事・育児を親世代に任せようとして同居している場合が多い。したがって、三世帯同居でも現状の家族介護負担の深刻さを考えると、子供世代は要介護状態になった親の主たる介護をその配偶者（片親）にまかせている場合が農村でも多い。「老々介護」は、老夫婦世帯だけでなくこのように三世帯同居の複合家族でも増えてきている。このような流れからすると、片親だけになってその親が要介護状態になった場合は、嫁や娘が勤めを辞める場合もあるが、現状の家族介護負担の深刻さを考えると特別養護老人ホームや病院への入所・入院希望（要介護者本人の希望でなく、家族の希望で）が増えているのである。また、これが社会的入院や老健のたらい廻しの1つの背景となっているといつてよい。

ここで、われわれが介護職と家族介護者の疲労感の総合的な調査研究⁽¹⁾をしたものをもとに、私自身がヒヤリング調査した家族介護者の介護負担のいくつかの事例をみておきたい。

A（73歳）さんは、大都市近郊のS市に住み、78歳の夫を「老々介護」している。健康状態が悪い方にもかかわらず、「介護は家族がするもの」といった意識をもっている。

夫のADLは、入浴全介助、食事半介助、トイレ誘導で、ほかに痴呆症状が出てきている。介護は、1日実介護時間は15時間で、常に気にかかり、夜中は毎日のように起こされ、そのような介護期間が12年も続いている。老夫婦世帯で子供は遠くなので、介護に困ったときでも手伝ってもらえる人が居ない。相談相手は、訪問指導の保健婦だけ。

また、上述のような意識の持ち主なので、地域サービスの利用は、行政からの保健婦による「訪

(1) 雇用促進事業団『介護職・家族介護者の疲労感の実状とそれを規定する諸要因の総合的な研究』（1998年）〔（社）生活経済政策研究所〕。

問指導」、医者の指示による「訪問看護」、月4回の入浴車利用といった最低のため、心身の疲労感の頻度と強度は、「いつも」・「かなり強い」状態である。一番訴えたいことは、「自分の時間が全くもてない」ことで、せめて寝ていてくれる時だけが息が抜けるが、その時は自分も疲れているので寝てしまうという。そんな状態なら「特養」に入所希望を出しているのか聞くと、「本人が在宅ケアを希望するので、身体の続く限り最後まで在宅で見ていくつもりだ」という。そんな彼女に、どんな時に疲労感が軽減するのかと重ねて聞くと、病院へ連れていくのに市の福祉バスを利用できたとき（利用できないときは、車椅子に乗せて、休み休み押していく）と要介護者が感謝を強く表明したときだという。そんな彼女が、公に望むことは次の2点であった。車椅子を乗せられる福祉バスの増強、病院へ連れていくのも大変になった段階で、在宅で看とるために在宅診療のネットワークの確立。なお、私がヒヤリングしながら心配したのは、日常的にかなり疲れているようなので、共倒れになることであった。

このようなケースに、公的介護保険が適用されれば、家族介護者の介護負担がどこまで改善されるのだろうか。恐らくこのケースは、月2～3万円の利用者負担をする位なら、申請しないで潜在化する可能性が高い。

もう1つの具体的ケースをみておこう。92歳の姑を67歳の健康状態の悪い嫁が介護している事例である。相手のADLは、食事・入浴全介助、排泄は常時オムツ使用、歩行介助も必要うえに痴呆症状がかなり進んできている。1日の実介護時間は15時間以上で常に気にかかり、夜中には毎日のように起こされる状態が7年間も続いている。

このケースの場合は、現在地域サービスを、月10回のデイサービス、年10日のショートステイを利用しているが、その程度の利用なので、「自分の時間がもてない」ことを強く訴えており、疲労感の頻度・強度ともに「いつでも」・「かなり強い」状態が続いている。そのため、このケースでは、これまでは本人の希望を大切に在宅ケアを続けてきたが、現在では「入院・入所」させることを希望するようになってきている。

このケースに、介護保険が適用されたら、家族介護負担が大幅軽減されて、入院・入所させないで、要介護者が望むような在宅ケアを続けることができるだろうか。

ここでは、家族介護負担の具体的事例は、これら2つに留めるが、その代わりに、われわれが調査してまとめた表を2つほど掲げておきたい（表1⁽²⁾と表2⁽³⁾）。

ところで、このようにして、家族に要介護者が出た場合、家族が勤めを辞めないで、要介護者も

(2) 表1は、家族介護者の心身の疲労感が、介護にかかわるすべての職種のなかで、頻度・強度ともに最も重く、症状にも特徴があることを示している〔雇用促進事業団、前掲書〕。

(3) 表2は、家族介護者には上述のような疲労感の蓄積があるので、少し位の地域サービスの利用では、疲労感が軽減されず、地域サービス利用度が高いほど疲労感の頻度が高いといった逆相関にあることがわかる。これは、地域の介護基盤が未整備のため必要量を満たしていないことと、家族介護が限界にきてから「事後的」に利用を増やしても、焼け石に水的役割しか果たしていないことを示すとともに、それだけに家族介護負担が深刻なことを示すとみてよからう〔雇用促進事業団、前掲書〕。

表1 家族介護者及び介護職の疲労感の特徴

(%)

	有効 サンプル数	頻度					強度					症 状																		
		いつでもある	よくある	時々ある	ほとんどない	NA	かなり強い	やや強い	やや弱い	ほとんどない	NA	慢性指標			肉体的指標			慢性指標			情緒関連指標			集中力・無気力指標			職場指標		生活指標	
												朝寝起きて感じる	全身がだるい	腰痛がする	肩が凝る	眠りが浅くなる	ささいなことが	ちよつと怒りたす	自信がない	根気がない	好きなことない	気が散る	食欲がない	毎日の出勤が	仕事に興味が	生活に張り合い	NA			
介護職合計 (876人)	100.0	25.3	39.7	29.9	4.9	0.1	16.8	58.8	17.9	5.1	1.4	56.8	36.2	62.0	52.5	24.9	18.4	13.7	14.2	6.6	27.3	5.7	3.7	15.3	7.1	13.5	3.0			
施設介護職合計 (610人)	100.0	27.4	42.3	27.4	2.8	0.2	19.0	60.7	15.7	3.0	1.6	62.3	41.5	65.4	54.3	26.4	18.9	15.4	14.4	17.5	27.9	6.1	4.6	17.9	8.4	15.4	0.8			
東京・特養 (110人)	100.0	18.2	40.9	40.0	0.9	-	14.5	53.6	29.1	1.8	0.9	60.9	42.7	67.3	57.3	26.4	17.3	11.8	14.5	23.6	25.5	3.6	4.5	13.6	7.3	15.5	-			
自治体特養 (92人)	100.0	26.1	50.0	19.6	4.3	-	15.2	64.1	17.4	2.2	1.1	57.6	40.2	64.1	41.3	34.8	22.8	26.1	19.6	16.3	32.6	8.7	3.3	18.5	7.6	13.0	-			
法人特養 (90人)	100.0	23.3	48.9	25.6	1.1	1.1	11.1	68.9	16.7	2.2	1.1	63.3	45.6	67.8	57.8	24.4	22.2	15.6	17.8	15.6	28.9	5.6	3.3	17.8	4.4	13.3	1.1			
老 健 (198人)	100.0	28.3	40.4	26.8	4.5	-	24.7	57.6	11.1	5.1	1.5	61.6	41.9	63.1	52.5	26.3	19.7	19.2	15.2	14.6	24.2	5.6	6.6	22.2	10.6	17.2	0.5			
老人病院 (101人)	100.0	41.6	24.7	21.8	2.0	-	23.8	61.4	8.9	2.0	4.0	72.3	39.6	68.3	60.4	21.8	14.9	4.0	7.9	18.8	31.7	6.9	3.0	13.9	7.9	16.8	2.0			
ホームヘルパー小計 (266人)	100.0	20.7	33.8	35.7	9.8	-	11.7	54.5	22.9	10.2	0.8	44.4	24.1	54.1	48.5	19.2	17.3	9.8	13.5	14.3	25.9	4.9	1.5	9.4	4.1	9.0	7.9			
常勤市町村等ヘルパー (40人)	100.0	32.5	25.0	35.0	7.5	-	12.5	52.5	27.5	7.5	-	45.0	30.0	47.5	57.5	25.0	25.0	25.0	22.5	22.5	25.0	7.5	2.5	12.5	7.5	12.5	5.0			
常勤市町村等ヘルパー (150人)	100.0	24.7	44.0	26.7	4.7	-	16.7	58.7	17.3	7.3	-	53.5	26.7	62.0	48.7	22.0	16.0	9.3	12.0	12.0	29.3	6.0	2.0	10.7	2.7	9.3	6.7			
非常勤ヘルパー (76人)	100.0	6.6	18.4	53.9	21.1	-	1.3	47.4	31.6	17.1	2.6	26.3	15.8	42.1	43.4	10.5	15.8	2.6	11.8	14.3	19.7	1.3	-	5.3	5.3	6.6	11.8			
家族介護者 (274人)	100.0	44.2	25.2	21.5	2.6	-	23.0	49.6	16.1	7.3	4.0	46.7	24.1	51.8	43.1	40.9	21.2	19.0	4.0	15.3	29.9	9.9	7.7	-	2.2	28.8	5.8			

表2 サービス利用状況点数別、疲労感の頻度と強度

(%)

	サンプル数	頻 度					強 度					
		いつでもある	よくある	時々ある	ほとんどない	無回答	かなり強い	やや強い	やや弱い	かなり弱い	無回答	
合 計	274	121	69	59	18	7	63	136	44	20	11	
		44.2	25.2	21.5	6.6	2.6	23.0	49.6	16.1	7.3	4.0	
(サービス利用状況点数)												
0	28	10	5	10	3	-	2	12	8	6	-	
		35.7	17.9	35.7	10.7	-	7.1	42.9	28.6	21.4	-	
1 ~ 2	84	36	19	19	8	2	16	40	17	8	3	
		42.9	22.6	22.6	9.5	2.4	19.0	47.6	20.2	9.5	3.6	
3 ~ 4	82	34	21	18	4	5	21	43	10	3	5	
		41.5	25.6	22.0	4.9	6.1	25.6	52.4	12.2	3.7	6.1	
5 ~	73	37	22	11	3	-	21	38	9	2	3	
		50.7	30.1	15.1	4.1	-	28.8	52.1	12.3	2.7	4.1	
その他+無回答	7	4	2	1	-	-	3	3	-	1	-	
		57.1	28.6	14.3	-	-	42.9	42.9	-	14.3	-	

社会的入院や特養待ちにさせられないで、すなわち要介護高齢者が介護不安を抱くことなく、希望すれば在宅でケアを貫徹できるために必要な条件は、唯一つ、家族介護負担を大幅に軽減させるための、十分な在宅ケア支援サービスとそれを利用しやすいシステムの構築であるといつてよい。後述もするが、平日の昼間をディサービス・ディケア、ホームヘルパー、訪問看護等の地域サービスでカバーできれば、家族は介護のために勤めを辞めなくてもよい。また、このシステムのなかに、介護休暇やボランティア休暇なども入れこめばよい。さらに24時間巡回型ホームヘルパーや、特養・老健へのショートステイの「定期的活用」を実現できれば、「地域サービスが主、家族介護が従」のシステムのもと、家族の介護負担が大幅に軽減でき、上述の介護不安がかなり解消することは明らかである。

（2）介護サービスの質の問題 自立支援介護が基準

もう1つの介護不安がある。それは、要介護者が希望するところで、最後まで「人間らしく生きられるかどうか」の問題である。そのための条件を、ここでまとめておきたい。

人間は自由な存在として、どんな重度障害者になっても車椅子を使ってでも最後まで自立して生きることを望む。したがって、高齢者介護のあり方は、自立支援介護を本質とする。

自立支援介護は、本人と介護者（家族介護の担い手は、介護職が主で家族介護者が従）との協同による身体的・精神的自立の支援である。具体的には、失った身体的機能の生活リハビリなどによる回復、また、加齢などでその機能回復が限界にきたら残存能力の最大限の維持を目標とした介護、さらに加齢により最大限の努力にも拘わらず残存能力そのものが低下してきても、車椅子などの補助器具を使って自立した生活を続ける。ノーマライゼーションの理念にもとづいて、高齢障害者の生活圏が健常者と変わらないためには、そのような前向きな生きる意欲を支えてくれるような自立支援介護と、スウェーデン、デンマークなどにみられる「街作り」などの生活環境整備が必要となる。さらに、ターミナルケアにおいても、末期ガンなどでの激痛には痛み止めの治療をするだけで、死を受容して心安らかに生涯を送れるような精神的な自立支援介護が必要である。すなわち、最後まで人間らしく自分らしく生きることを支援する介護である。

自立支援介護とは、上述の介護を総称したものであり、人間に対する介護として望ましい介護であり、質の高い介護といつてよい。このような介護が、介護基盤整備などで家族介護負担が大幅に軽減されることを前提に具体的に推進されて始めて、国民の「介護不安」が解消するといつてよからう。

2 公的介護保険は、家族介護負担を大幅軽減できるのか

上述した介護問題の中心的課題である、悲惨ともいえる家族介護者負担が、導入が決まった公的介護保険制度でどこまで解決できるのであろうか。

ところで、家族の介護負担を大幅に軽減していくためには介護の社会化を進めていく必要がある。介護の社会化システムである公的介護保険は、この介護の社会化をどこまで進めようとしているのか。そのこととの関連で、家族介護をどのように位置づけているのか。

さらに今回の公的介護保険で、介護の社会化の理想的形態である、「要介護状態になった場合、誰でもがいつでも、必要なだけの社会的介護サービスを、簡単に受けられる」といった「普遍的な介護システム」を構築できるのであろうか。

これらの点を、これまでの介護システムである措置制度と対比して考察してみたい。

まず、措置制度のもとよりも、明らかに改善される点をいくつか挙げてみよう。

1つには、介護保険で、要介護状態が認定されると、平均以上の所得者にとっては社会的な地域サービスの利用が所得に応じた負担から1割の利用者負担に変わるので、現在より安くなり、利用しやすくなる。

また、利用できる地域サービスの量は制度的には、措置制度のもとより多くなるであろう。ここで、制度的といったのは、現在の措置制度のもとでも数年前よりは介護基盤も整備されてきているので、主な家族介護者が病気で倒れて在宅ケアを引き続き希望する場合など、必要なだけの地域サービスが市町村の福祉職員の裁量で恣意的にインフォーマルに供給されている現実があるからである。

それが公的介護保険が導入されると、制度的に改善される。判定された要介護度にもよるが、これまで措置制度のもとでは週2回のホームヘルパー派遣、週1回のデイサービス利用や入浴車利用などが一般的だったのが、ホームヘルパーが1日おき、デイサービスが週2~3回、訪問看護が週1~2回、ショートステイ利用が臨時的だったのが、定期的に月に7日利用できるなどの改善が、介護保険料と給付総額の1割の利用者負担さえすれば、この場合も各市町村の介護基盤が整備されていれば、実現されるであろう。

さらに、サービス受給までの手続きが申請して認定待ちの点で、措置制度と形式的にはあまり相違はないが、社会保険化で介護が社会化してきているので、70歳以上の高齢者や地方に多い「お上のお世話にはならない」とか「介護は家族がするもの」といった利用者意識は、だんだん消失していくことも確かであろう。

(1) 「必要なだけのサービス」を「どこでも、同じように」受けられるのか

介護基盤整備問題 新ゴールドプラン自体の低水準とその達成率及び地域格差

ところが、2000年に導入が決まった公的介護保険制度では、先の介護問題の中心的課題であった家族介護負担の大幅削減による介護地獄の解消は、次の点でかなり困難である。

まず第1に挙げられることは、保険者である各市町村の介護基盤整備状況が予想以上に遅れていることである。

全国の都道府県のなかでは、熱心にこの介護基盤整備の課題に取りくんできた、N県市町村の新ゴールドプラン（各市町村の老人保健福祉計画）の到達年度に当たる2000年における、トータルでみた介護基盤の整備見通しは、われわれの調査した結果⁽⁴⁾によれば表3の通りである。

(4) 松本短期大学介護福祉学科『N県市町村の介護基盤整備状況に関する調査概況』（1998）、
同上『市町村の介護基盤整備をめぐる総合的調査研究』（1998）

表3 トータルで見た2000年の介護基盤整備状況（N縣市町村）

	サンプル数	約100%	80～90%	60～70%	約50%	30～40%	10～20%	NA
市 町 村 別	合計	72 5.6%	4 30.6%	22 41.7%	30 6.9%	5 13.9%	10 1.4%	1 0.0%
	市	15 13.3%	2 53.3%	8 26.7%	4 6.7%	1 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	町	21 4.8%	1 33.3%	7 42.9%	9 4.8%	1 14.3%	3 0.0%	0 0.0%
	村（3千人以上）	21 4.8%	1 14.3%	3 57.1%	12 4.8%	1 19.0%	4 0.0%	0 0.0%
	村（3千人未満）	15 0.0%	0 26.7%	4 33.3%	5 13.3%	2 20.0%	3 6.7%	1 0.0%

これによると、合計でみて、新ゴールドプランの水準でさえ、100%クリアできる見通しの市町村は10%未満で、達成率60～70%がもっとも多い。

これを、市町村タイプ別にみると、財力が相対的にあり、住民の介護サービスに対するニーズも相対的に高い「市」では、予定達成率80～90%が最も高く53.3%だが、達成率50～70%の市が35%も占めている。これが町・村となるに従って、予定達成率がさらに低下してきて、人口3000人未満の村では、この予定達成率50%以下が40%にも達しているのである。

さらに、われわれのこの調査によれば、N県の市町村が上述の介護基盤整備上もっとも困難を感じている分野としては、人口規模の小さい村では、ホームヘルパーなどの介護マンパワーの量と質の確保といった介護基盤のソフトに関する分野と、特別養護老人ホーム（以下、特養）や老人保健施設（以下、老健）などの地域福祉のステーションとしての役割をもつ介護基盤のハード分野を挙げている。この点、市では、特養のほか、ホームヘルパーの質と在宅診療のネットワーク化の難しさを挙げている。

このように介護基盤整備問題は、新ゴールドプランの水準でさえ、公的介護保険制度がスタートする2000年をもってしても、市町村タイプ別に地域格差を含みながら、ハード・ソフト両面で、かなり遅れているのである。これでは、公的介護保険制度の給付水準でさえ、潜在的な介護ニーズが顕在化するのを待たずして、充足できないことは明らかであろう。

ましてや、この新ゴールドプランの水準自体、家族介護負担を大幅に削減して介護問題を解決していく本来の水準に比較して、かなり低い水準なのである。

ここで、この新ゴールドプラン水準自体が必要な介護サービス量に対しどの程度低いかを、考察しておきたい。

東京都M市は、老人保健福祉計画策定に先立って、市全体の65歳以上高齢者の3分の1に対する本格的な介護ニーズ調査を、住民基本台帳をもとに実施している。一次の郵送調査、2次の面接調査により9028人のなかから440人の要介護者を確定し、彼らを4ランクの障害の程度（要介護度）と6ランクの家族の介護支障条件とを組合せて24の社会的な介護サービス必要量の類型に分類し、一人ずつのケアプランを作成して、各サービスの種類別に、高齢化率の進展などを考慮して「ニード検討会数値」（それは、M市における望ましい在宅の高齢者介護サービスの必要総量で、その内実

は家族介護負担を大幅に軽減できるもの。)を算出している。この数値とゴールドプラン(新ゴールドプランではホームヘルパーの場合、その1.7倍の数値)の数値とを比較したものが表4⁽⁵⁾である。

表4 M市の在宅介護サービス「行政計画」と「新ゴールドプラン」の具体的位置付け

	ニード検討会	行政計画	ニード検討会数値	行政計画数値	ゴールドプラン
ホームヘルプ (ヘルパー)	要介護(PM1~PM4) タイプ別に必要時間を 算出(63h/w~1.5h/w) 最軽度(PM4平均の1/2) (2.5h/w) ひとり暮らし (9h/w~3h/w)	要介護(PM1~PM4) 障害重度・介護支障大 24時間対応(最大 42h/w)状況に応じ 7:00~22:00 7:00~19:00 週5日 9:00~17:00 と市民参加型 最軽度(市民参加型) ひとり暮らし 最軽度の方は市民参 加型(9h/w~3h/w)	要介護(PM1~PM4) 1,022人 最軽度 319人 ひとり暮らし 444人 計 1,785人	要介護(PM1~PM4) 760人 最軽度 0人 ひとり暮らし 140人 計 900人	293人
デイサービス (施設)	要介護(PM1~PM4) タイプ別に算出 (週6~1回) 最軽度(PM4平均の1/2) 週1回 ひとり暮らし 週3回	要介護(PM1~PM4) PM1(週1回) PM2(週3回) PM3(週1.5回) PM4(週1回) 最軽度(PM4平均の1/2) 週0回老人福祉セン ター等 ひとり暮らし 週1.5回	要介護(PM1~PM4) 80施設 最軽度 39施設 ひとり暮らし 14施設 計 133施設	要介護(PM1~PM4) 40施設 最軽度 0施設 ひとり暮らし 7施設 計 47施設	31施設
ショートステイ (床)	要介護(PM1~PM4) タイプ別に算出 (年12~1回) 最軽度(PM4平均の1/2) 年1.5回	要介護(PM1~PM4) 障害重度・介護支障大 (年8回) 状況に応じ (年6~1回) 最軽度 0回	要介護(PM1~PM4) 388床 最軽度 124床 計 512床	要介護(PM1~PM4) 218床 最軽度 10床 計 218床	143床
入浴サービス (回数)	要介護(PM1~PM4) タイプ別に算出 (週4~0回) 最軽度 該当なし ひとり暮らし 週1回	要介護(PM1~PM4) 必要な人には 週1回を確保 ひとり暮らし 週1回	要介護(PM1~PM4) 年間 47,202回 ひとり暮らし 年間 3,796回 計 50,998回	要介護(PM1~PM4) 年間 28,100回 ひとり暮らし 年間 3,796回 計 31,896回	

表4によれば、もっともその充足が困難視されているホームヘルパーの数に関してみれば、M市の常勤換算ホームヘルパーの新ゴールドプラン水準 = 293人 × 1.7 = 498人は、M市の65歳以上層の

(5) 拙稿「M市の在宅保健・介護・医療計画」(『大原社会問題研究所雑誌』452号, 1996年7月)。

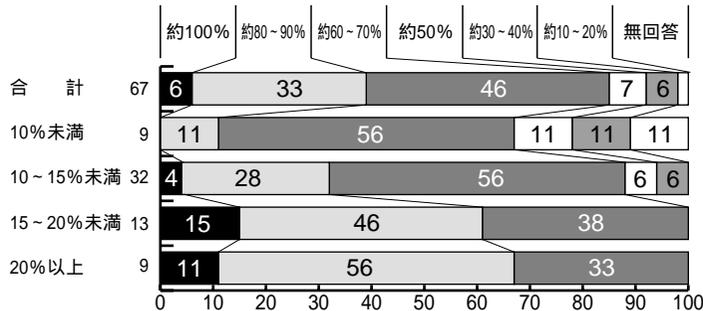
在宅介護サービスのホームヘルパー必要総量の498人÷1785人（ニード検討会数値）＝27.9%にすぎないのである。

65歳以上の市民の誰でもが、必要なだけの介護サービスを受けるためには、M市に関していえば、ホームヘルパーの数に関しては、新ゴールドプランの水準よりも3～4倍の人員を増員しなければならない。すなわち、この水準に限りなく近く介護基盤が整備拡充されて始めて、家族介護負担が大幅軽減されて介護問題解決への1つのメドがつくのである。

ところで、前述した介護基盤整備の遅れの実状は、先のわれわれの調査⁽⁶⁾によれば、次のような要因により規定されている。

何よりも相関が見られるのは、図1で一見してわかるように、各市町村の歳出総額のなかでの民生費比率との関係である。2000年における介護基盤整備状況が新ゴールドプランの目標値を100%クリアできる見込みの市町村は、民生費率15%以上に集中している。また、それが80%以上クリアできる見込みの市町村も民生比率15%以上に60～70%が集中している。これらに対し、その介護基盤整備見込みが50%以下の市町村は、民生費率10～15未満層に12%、10%未満層に33%が集中しているのである。このように、介護基盤整備状況は、何よりも各市町村の民生費率に規定されているのである。

図1 民生費率別のトータルで見た2000年の介護基盤整備状況



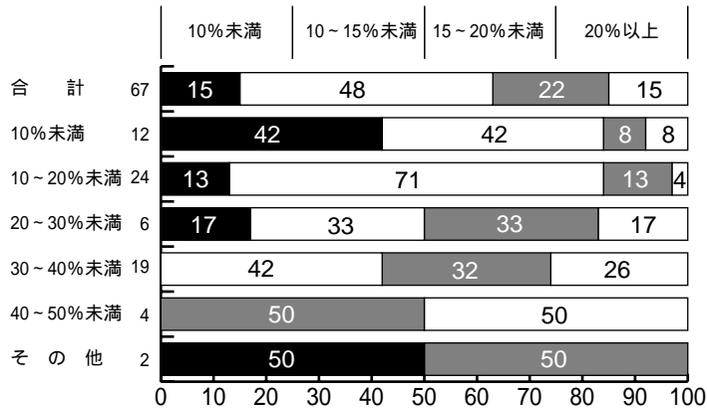
そこで、市町村別に民生費率の状況をみってみると、民生費率が15%以上と比較的高い市町村が市では72%、町では45%、人口3000人以上の村で16%、3000人未満の村で21%となっているのに対し、民生費率10%未満層は3000人未満の村の57%に集中している。このような各市町村の民生費率の構成の相違が、先の市町村タイプ別の介護基盤整備状況の相違の1つの背景となっているのである。

ところで、この民生費率は、各市町村の財政力を示す歳入総額のなかでの地方税比率と強い相関をもっている。図2をみれば一見してわかるように、地方税比率が20%以上の市町村でこの民生費率15%以上がかなり多い。他方、地方税比率が20%未満、とくに10%未満の町村では民生費率10%未満が42%も占めているのである。

(6) 松本短期大学介護福祉学科，前掲書。

このような各市町村の地方税比率の差異は、産業構造、就業構造を背景とした構造的な性格をもっている。この民生費率10%未満が多い、地方税比率10%未満の町村と、民生費率20%以上が多い、地方税比率40～50%の市町村との地域格差問題は、そのまま介護基盤整備状況の地域格差を示しているのである。この問題が構造的である以上、広域化に留まらずその徹底化としての町村合併が、国の財政構造の転換（過渡策として国の強力な補助政策）がない限り、この介護基盤整備の地域格差は半永久的に再生産されざるをえない。とすれば、「国民、誰もがどこでも同じように」といった普遍的な介護システムの構築は、かなり難しくなる。

図2 地方税率別民生費率



さらに、この民生費率を規定する要因として、上述の地方税といったどちらかという客観的要因と並んで主体的要因として、介護基盤整備に対する行政とりわけ各市町村の首長の姿勢をあげたい。

先の図2をみてもわかるように、地方税比率が同じ10%未満の町村でも、介護基盤整備を反映する民生費率が10%未満の町村と15%以上の町村とに分かれているし、最も多くの市町村が集中している地方税率10～20%未満層でも、民生費率10%未満もあるし15%以上の市町村もある。

このような民生費比率の分散は、各市町村行政の地域福祉に対する姿勢、とりわけ首長の姿勢によるといってよい。そして、その首長の姿勢を規定しているものに、首長自身のパーソナリティ（理念、政治力など）のほかに、地域住民自身の介護基盤整備に対するニーズの強さがあるといえる。そのような地域住民のニーズがあって、そのような首長も選出されるのである。

介護度ごとに定額制 上限の設定

公的介護保険による介護サービスの給付量は、介護度ごとの定額制で、医療保険制度におけるように必要なだけの医療サービスが出来高払い制で供給されるのとは異なる。

寝返りも自分ではできないような最重度ランクの在宅の要介護者に対し供給される介護サービスの総量は、定額で月29万円の給付額に該当する介護サービスとされている。

この月29万の定額の根拠は、最重度の要介護者を入所させる施設である特養の一人当たりの措置

費を基準にしたものといわれている。

しかし、集団介護する特養と異なり在宅ケアの場合の方がコストがかかるので、その分必要なサービス量は低下する。現に在宅での重度の場合、上述のサービス量では、通所サービスを受けない日だとか夜間における訪問サービス量が不足するので、少なからず家族介護力を当てにすることとなる。世帯構成が老夫婦だけで、しかもその配偶者の健康状態が悪い場合は、その家族に心身両面でまだかなりの負担がかかり、表1でみたように疲労感の頻度・強度も強い状態が残ろう。

とくに家族介護者の場合は、自分が実際に介護していない時でもいつも相手のことが気がかりで気持ちのうえでも「自分の時間がもてない」ことによる精神的疲労に特徴がある。このような疲労感を軽減していくためには、現場へ行った専門職による、家族介護者の介護の仕方に対する「指導」が必要となる。しかし、そのようなサービスは今回の介護保険ではカウントされていない。このように、定額制の介護サービスには問題が多いのである。

(2) 「誰でも、いつでも、簡単に」受けられるのか

申請による認定・判定の手続き

導入される公的介護保険が、普遍的介護システムを構築し、家族介護負担を大幅軽減して、国民的課題である介護問題を解決していけるかの大テーマにおいて、これまでに、「どこでも同じように」、「必要なだけのサービス」の給付を受けられるかの検討を具体的にしてきたが、ここでは、「いつでも、誰でも、簡単に」受給できるかを、医療保険制度と対比しながら考察していきたい。

周知のように、第2号被保険者の場合は、要介護状態になっても、その原因が老化による障害でない限り、保険料を払いながら介護保険の受給者となりえない。これは、「保険証だけで受給可能」以前の問題である。

確かに一般障害者の施設ケアは、リハビリの強化、職業訓練など多様な機能をもつのでその施設と高齢障害者施設（特養、老健など）との相違から、早急に公的介護保険の対象としてそれらを統合することは無理としても、少なくとも障害者の在宅ケアに対しては、近未来に介護保険の抛出と給付を20歳から第3号被保険者として拡大することと関連して、高齢者中心の介護保険との統合が必要であろう。さもなければ、とくに在宅ケアにおける高齢障害者と一般障害者とに対する介護支援施策が、同じ国民でありながら格差が固定化することになってしまうからである。

ところで、公的介護保険の65歳以上の第1号被保険者の場合も、医療保険制度のように、「誰でも」が保険証1つで「いつでも簡単に」医療サービスを受給（受療）できるのとは異なり、被保険者は要介護状態になったら、保険者である市町村に対し、要介護の認定と介護度の判定を「申請」する手続きをふまねばならない。しかも申請しても認定されるとは限らないし、認定されても6ランクのうち、どの要介護状態区分（介護度）に判定されるかによって給付額が異なる。

第1次判定は、調査員の面接による全国共通の調査表にもとづいてコンピューター判定となるが、調査員に対する研修が不十分だと調査結果にブレが生じるし、説得力のある特記事項を書けるかどうかで調査員の質が問われる。

認定審査会における最終判定でも、委員が医療関係職種中心だと、かかりつけ医の意見書が尊重されるし、それが福祉関係職種中心だと特記事項等が重視される。要介護状態の判定なのだから、

少なくともメンバーの半数は実務に詳しい介護関係職種の構成にすることを、政令で明記する必要がある。

また、介護の社会化を徹底せず家族介護力を暗黙の前提とする以上、本人の身体的・知的機能属性にのみ着目し、家族介護力などの社会的条件を考慮しない要介護認定には問題が残ろう。

さらにかかりつけ医の意見書も、在宅診療・往診もしていない医者では、要介護者の生活がみえてこないで、「傷病管理からみた介護に関する意見」を責任をもって書くことは難しい。

さらにまた、痴呆の要介護度の判定は難しい。その問題行動は定型化が困難なので、問題行動をタイプ化して具体化し、選択肢として列挙して客観化を図るなどの工夫が必要であろう。

このように、家族介護が大変な痴呆の場合も認定されないことがありうるし、認定されても要介護度が低く判定されたため、地域サービスの利用量が必要なサービス量より一層少なくなり、保険外のサービスを購入しない限りは、大変な家族介護負担があまり軽減されないことになる。

なお、このような要介護（度）の認定・判定に不服・不満の場合は、各都道府県に設置された介護保険審査会に審査請求する道が開かれてはいるが、その決定の迅速性と公平性には問題が残るといってよからう。

1割の利用者負担の重み - 「高齢介護サービス費」に対する期待

さらに、要介護状態になった場合、その申請に当たって、受給の際の1割の利用者負担を考えて、家族介護が大変な要介護者（重度障害者）ほど、申請をためらう場合が想定される。

それは、平均以下の所得階層に多いと思われるが、国民年金受給者や厚生年金受給者でも中小企業を転々とした高齢者の場合などは、とくに年金生活自体に余裕がほとんどないので、月2～3万円の利用者負担を定期的に捻出することは不可能に近い。

また、今後、公的年金水準自体が、85年の「大改革」、94年の「中改革」についてこの99年での「準大改革」で実質水準の低下が避けられないうえに、2003年予定の高齢者医療制度の独立でこの面でも高齢者負担が増大することを考えれば、この1割の利用者負担問題は、高齢介護サービス費が今後政令でいくりに設定されるかにもよるが、特定の低所得者だけの問題でなく、広く平均以下の所得階層を含めたかなり一般性をもった問題といえよう。この1割の利用者負担により要介護者の申請は手控えられ、要介護ニーズが潜在化し家族介護負担が再生産される可能性が充分あるのである。

そもそも、公的介護保険における当初からの本人の自己負担制は、医療保険制度の発足時におけると同様、政策的には避けるべきであったと考える。保険料や公費負担などの財政事情を考えての措置であるのだろうが、家族介護を大幅軽減して国民の介護問題を解決することが公的介護保険導入の政策目的としたならば、とくに現在70歳以上の高齢者の社会的サービスに対する「介護は家族がするもの」といった利用者意識などを考慮すれば、今回の当初からの1割自己負担制は、その政策意図を疑わしめるものがあるといっていよい。

したがって、すでに1割自己負担制が決定した現段階での政策的選択としては、家族介護負担を大幅軽減することが公的介護保険導入の政策目的である限りは、上述したように広く平均以下の所得階層を対象にして、2段階位の所得階層別に、「高額介護サービス費」を月5000～8000円位にして要介護者やその家族が経済的に負担しやすくして、申請や受給をためらって家族介護負担がその

まま再生産されることのないような施策が是非必要であろう。なお、私が庶民階層の聞きとり調査をした限りでは、月5000円位なら何とか定期的にも負担できそうだといった声が強かった。

3 公的介護保険は、「介護サービスの質」をいかに位置づけているのか

(1) 高齢者介護のあり方と自立支援介護

高齢要介護者の性格

公的介護保険の対象となる高齢要介護者のなかには、病院からの退院者が多くなってきている。彼等のなかには在宅で医学的療養するものもいるが、症状が落ち着いた高齢障害者として、在宅を生活の場として選んだものが多い。

したがって、彼等の性格は、慢性症状はもっていても「患者」ではなく、日常生活をするのに介護・支援を必要とする「高齢障害者」と見做すのが適切であろう。もちろん長い在宅ケア生活のなかで後期高齢期やとくにターミナルケアの時期には、患者の側面が強まる時期があるが、緊急入院の必要性がない場合は、日常的には高齢障害者であることが基本的性格であるといってよい。彼等が、在宅ケアを続ける限り、在宅診療や訪問看護などを必要とする場合も、患者として治療や看護を要するのは非日常的生活領域であって、日常的には介護をより必要とする高齢障害者の側面が強いのである。

このように、在宅ケアの要介護高齢者は、高齢障害者であることを基本的性格（側面）として、患者である側面をも持つので、適切な在宅ケアを行うためには、高齢障害者の基本的側面に対する「介護（福祉）」と、患者の側面に対する「医療」・「保健（看護）」との連携が必要となる。

介護のあり方 自立支援介護（介護サービスの質）

ところで、この高齢障害者を介護する「介護のあり方」＝介護サービスの質は、どのようにあるのが望ましいか。

高齢障害者であっても、最後まで自由な存在としての人間として、「自立」による自己決定・自己実現が生活目標となる。したがって、要介護者に対する介護のあり方は、この「自立支援介護」が目標となるといってよい。

自立支援介護の具体的内容は、つぎの3つの段階に分けて考えることができよう。1つは、要介護状態になった初期に多い、失った身体的な機能を回復することを内実とする自立化支援介護である。トイレ誘導を段階的に積み重ねることでオムツをはずしていくといった、失った機能を回復させる介護は、後述する「成功報酬」との対応がわかりやすい。

2つには、さらに加齢が進んで放置すると残存能力が低下して要介護状態が悪化するのを、残存能力を維持・活用する介護で最大限くい止める意味での自立支援介護である。この場合の成功報酬は評価しにくい。

3つには、一層加齢が進み身体的な残存能力はほとんどなくなり死期が近づいたターミナルケアで、死を受容し自己決定により人生を心安らかに迎えられることを支援できるような精神的な自立支援介護である。

このような自立支援介護が、介護サービスの「質」として問われるのである。

(2) 自立支援介護と公的介護保険

介護保険法と自立支援介護

介護保険法では、その第1条目的で、「要介護者があるに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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」としており、続いて第2条第4項でも、「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配慮されなければならない」としている。

また、第18条第3項では、「要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資する保険給付」を行うと自立支援介護を唱っている。

このように介護保険法のなかでは、自立支援介護が目標として唱われている。

しかし、それら自立支援介護の目標が、介護保険法を具体化した諸々の制度のなかでは生かされていない。このことを、以下具体的にみることにしよう。

前述もしたように、人間誰しも身体的・精神的自立を望む。自分の手で食事をとりたいし、入浴もしたいし、オムツをせずに自分でトイレに行って排泄もしたい。ところが、それらの生活上の行為が、高齢障害者である要介護者の場合、自由にできない。

介護のあり方は、それらの行為を要介護者に代わってやってあげるのではなく、時間をかけてでも要介護者が残存能力を活用しながら自分でやれるように近づける支援が必要である。それが自立支援介護であり、筆者はある施設で、オムツをとる介護計画を要介護者と介護職とが共同で立てて半年かかってそれができた時抱き合って喜んでいたケースに接したとき、これこそ介護のあり方だと実感した経験を持っている。

このように自立を支援する介護は、高齢者介護が目ざす介護であり、それができて始めて介護サービスの質が保障されるといってよい。導入が決まった公的介護保険では、上述の条文に唱われている自立支援介護が、単なる理念に留まっている気がしてならない。

「介護度による給付額」と自立支援介護

今回の介護保険では、措置制度のときと違って、要介護状態（介護度）により給付されるサービスの量（額）が異なる。このこと自体は、合理的な側面をもってはいる。

しかし、自立支援介護により、要介護状態が改善されたり、要介護状態の悪化が防止されれば、成功報酬がない限り、給付額が減少する。

この点、措置制度のもとの方が、自立支援介護を推進できた。何故ならば、措置制度による給付額は、自立支援介護に対しては「中立」、すなわち自立支援介護により介護度が改善されたり要介護状態の悪化が防止されても、給付額（措置費）は減少することも増加することもなかったからである。この措置制度のもとで自立支援介護を推進させたものは、介護理念を具体化しようとするサービス供給側の姿勢と、それに応じて自立支援介護で利用者の要介護状態が改善されるなどして要介護者やその家族の感謝や笑顔に接することのやり甲斐を求めてそのような介護を推進しようとした担い手である介護職のモラルであった。

これが、介護保険制度のもとで、同じように自立支援介護を具体化していけば、介護報酬（給付額）が減少するのである。このように、今回の介護保険における介護報酬システムは、自立支援介

護へのインセンティブが働かないだけでなく、むしろ自立支援介護を、措置制度のときよりも後退させる側面をもっている。何らかの形で「成功報酬」をとり入れなかったら、高齢者介護システムが措置制度から介護保険制度に移行して、介護サービスの質の方は低下することになるであろう。

ホームヘルプ介護の機能主義化と日本の生活環境など

今回の介護保険導入と関連して、わが国のホームヘルプ事業は大きく変化してきている。新ゴールドプランによるホームヘルパーの増員と、措置にもとづく委託制度の廃止見直しによる市町村の財政抑制で、社会福祉協議会への常勤ヘルパー委託が減少し、より単価の安い民間の社会福祉法人などへの非常勤ヘルパー委託が増えてきている。

このような非常勤・登録型ヘルパーの増加は、多くの場合（ワーカーズ・コレクティブの主婦のなかには、大卒で質の高いものもいる）、介護サービスの質を低下させる。何故ならば、これら非常勤ヘルパーには中年の主婦が多いが、彼女達をホームヘルパー研修でホームヘルパー2級にただけでは、短発的な介助はできても、多くの場合自立支援介護を推進していく能力に欠ける。介護の理念である自立支援介護を具体的に推進できるのが専門職としての介護福祉士の力倆であり、専門職である限り常勤が一般的であろう。とすれば、非常勤ヘルパーが増えていくということは、自立支援介護が後退し、介護サービスの質が低下することに連がるのである。

さらに、今回の介護保険の1つの目玉としての「24時間巡回型ホームヘルプ事業」は、かなり機能主義的である。主に排泄介助を短時間に「作業」としてだけ実施する機能主義では、これまでの滞在型による要介護者と介護職とのコミュニケーションにもとづく信頼関係を背景とした自立支援介護を難しくする。巡回型による1回20分ほどの排泄介助では、それが自立支援介護の一環と位置づけることが難しく、短発的なオムツ交換だけの単なる介助（作業）に堕してしまう危険性が強いからである。

ところで、この24時間巡回型の介護サービスは、北欧のそれと似ている。北欧では、このようなホームヘルプサービスでも自立支援介護が展開できている。したがって、日本でもこの24時間巡回型ホームヘルプサービスの機能主義でも、介護保険法第1条が目的としている自立支援介護ができる筈である。

問題は、自立を可能にする生活環境などの社会的条件が、日本の現状と北欧とは相違していることである。

北欧では、重度障害者でも車椅子へベッドから移乗の支援を受けるだけで、車椅子を使って一人でショッピングなどに行ける「街作り」の生活環境が整備されている。日本にはその条件がほとんどない。

また、北欧では人々は、幼い頃から自立意識を身につけていて、車椅子への移乗だけで、健常者とは車椅子を使うだけの相違で、最後まで自立した生活を楽しむ習慣を身につけている。

日本では、車椅子に移乗してもらっても、高齢で障害者となった多くの要介護者は、自立して生活を楽しもうとしない。しようと思っても生活環境が未整備なので、車椅子で外出などできない。健常者でさえ危険を感じる道路事情が中々改善されようとならない人間軽視、車優先の政治や行政が続いているからである。

このような生活環境や自立意識状況のもとで、24時間巡回型ホームヘルプ事業の機能主義介護は

かりが先行しても、夜中の家族介護負担は軽減できても、自立支援介護は後退し介護サービスの質は低下することとなる。

自立支援介護の担い手と介護報酬 結びに代えて

これまでに考察してきたように、介護サービスの質は、自立支援介護を内実とする。この自立支援介護により、寝たきり介護はゼロとなり、高齢障害者である要介護者はその障害をもったままでも人間としての自立した生活が可能になるのである。そして、このような自立支援介護によって、介護サービスの質が保障され、家族介護負担の大幅軽減問題と並んでもう1つの介護問題が解決するのである。

ところが、2000年導入が決まったわが国の公的介護保険は、このような自立支援介護を、上述した「介護度による給付額」の設定や条件未整備のままでの「24時間巡回型ホームヘルプ事業」の導入などに関する上述の考察でもわかるように、保障できていない。

しかし、自立支援介護のうえで上述したような問題があるにしろ、その担い手である専門職としての介護福祉士が、自立支援介護を具体的に推進していこうとする姿勢と意欲をもてば、何らかの形でその実現は可能であろう。

専門職である介護福祉士（自立支援介護を具体的に推進できる能力の持ち主であることが、その資格要件）が、そのような姿勢と意欲をもつためには、その能力と業績を公正に評価するシステム・条件が必要なのである。そこで、介護報酬や専門職としての介護職（介護福祉士）の賃金決定が重要となってくる。

わが国の公的介護保険制度には、自立支援介護の具体的担い手である専門職としての介護福祉士のやる気を喚起させるような介護報酬や給与水準が保障されていない。わが国の医療保険制度において1960年代の国民皆保険化の時期に、その出来高払いと診療報酬単価がそのインセンティブとなったのとは対照的である。

介護保険法（第41条等）によれば、介護報酬、介護サービス単価は、「保険給付の対象となる各種サービスの費用の額の算定基準であり厚生大臣が定める」、「それは、サービスの種類ごとに、要介護状態区分、事業所・施設の所在地等を勘案して算定されるサービス等に要する平均的な費用の額を勘案して設定する」とあり、現在医療保険福祉審議会は介護報酬の最終的な設定の時期である平成12年度の予算編成後に向けて、介護給付費部会を設けて、介護報酬を設定する際の平均的な費用の額を把握するため、介護サービス費用の実態調査を行う予定になっている。

このように介護報酬は、市場での介護サービス費用をもとに決めることになっているが、その実態は、介護サービスがとりわけ労働集約的であることから労働市場での賃金単価をもとにしてその単価に50%ほどの間接費用を上乗せして決めることが考えられている。

ところが、この賃金は、現実の介護職の労働市場が、バブル崩壊以降の構造的な不況で、労働力供給が構造的に過剰基調のため、買手の意向で決まっている実態がある。すなわち、市場価格というより管理价格的な賃金の決まり方なのである。このような場合は、厚生大臣が政策的に介護報酬をいかに決めるかによって介護職の賃金や介護サービスの費用が決まるという性格をもって来る。現に、ホームヘルプサービスの市場における平均費用は、介護職が構造的に供給過剰のため「措置費制度による人件費補助」を基準に、制度的・政策的にすなわち管理价格的に決まっている。

したがって、「公的介護保険における単価設定」については、次のような「基本的考え方」が意味をもってくる。すなわち、「単価の設定において考慮されるべき人件費水準は、事業者が責任をもってサービスの供給（量だけでなく質の面でも - 筆者）をはかるために、フルタイムで仕事に従事するケースにおいては類似の職業における年収を考慮しつつ、当該従事者の生活を保障するに足るものでなければならない」という考え方である。そして、公的介護保険が提供する介護サービスの質は、そもそもここでの主要テーマであるわが国の介護問題を解決していくという視点に立てば、「自立支援介護を具体的に展開したもの」である必要がある。

表5 介護職の職場別勤続年数別月収構造（96年10月）

	サンプル数	10万円(7・0未満)	10万円以上15万円未満(12・5)	15万円以上20万円未満(17・5)	20万円以上25万円未満(22・5)	25万円以上30万円未満(27・5)	30万円以上35万円未満(32・5)	35万円以上40万円未満(37・5)	40万円以上45万円未満(42・5)	45万円以上50万円未満(47・5)	50万円以上(50・0)	無回答	平均(無回答除く)
東京都 所在の特養 計	110	3 2.7	2 1.8	17 15.5	28 25.5	31 28.2	18 16.4	8 7.3	1 0.9	1 0.9	-	1 0.9	25.70
～ 1年	10	1 10.0	-	4 40.0	5 50.0	-	-	-	-	-	-	-	18.95
2～ 4年	49	-	-	12 24.5	15 30.6	16 32.7	5 10.2	1 2.0	-	-	-	-	24.23
5～ 9年	24	2 8.3	2 8.3	-	7 29.2	7 29.2	4 16.7	1 4.2	-	-	-	1 4.2	24.20
10～ 14年	15	-	-	1 6.7	-	3 20.0	5 33.3	5 33.3	1 6.7	-	-	-	32.83
15～ 19年	9	-	-	-	1 11.1	4 44.4	3 33.3	3 33.3	-	1 11.1	-	-	30.83
20～ 24年	2	-	-	-	-	1 50.0	-	1 50.0	-	-	-	-	32.50
25～ 29年	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30年 以上	1	-	-	-	-	-	100.0	-	-	-	-	-	32.50
都以外 特養・福祉法人 計	90	4 4.4	13 14.4	31 34.4	28 31.1	9 10.0	2 2.2	-	-	-	-	3 3.3	19.26
～ 1年	15	1 6.7	4 26.7	6 40.0	4 26.7	-	-	-	-	-	-	-	16.80
2～ 4年	28	2 7.1	5 17.9	13 46.4	6 21.4	-	1 3.6	-	-	-	-	1 3.6	17.46
5～ 9年	29	1 3.4	2 6.9	8 27.6	11 37.9	7 24.1	-	-	-	-	-	-	21.10
10～ 14年	5	-	1 20.0	1 20.0	2 40.0	1 20.0	2 20.0	-	-	-	-	-	20.50
15～ 19年	13	-	1 7.7	3 23.1	5 38.5	1 7.7	1 7.7	-	-	-	-	2 15.4	21.59
20～ 24年	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25～ 29年	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30年 以上	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
老人保健施設 計	198	3 1.5	37 18.7	90 45.5	46 23.2	11 5.6	-	1 0.5	-	-	-	10 5.1	18.26
～ 1年	59	-	18 30.5	26 44.1	13 22.0	-	-	-	-	-	-	2 3.4	17.06
2～ 4年	101	3 3.0	15 14.9	52 51.5	22 21.8	3 3.0	-	1 1.0	-	-	-	5 5.0	18.06
5～ 9年	35	-	4 11.4	9 25.7	11 31.4	8 22.9	-	-	-	-	-	3 8.6	21.09
10～ 14年	1	-	-	1 100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	17.50
15～ 19年	2	-	-	2 100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	17.50
20～ 24年	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25～ 29年	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30年 以上	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

このような、「自立支援介護の具体化」と「専門職としての生活保障」をキーワードとして考えると、専門職としての常勤介護職の賃金水準（この賃金水準をもとにした「介護報酬」）は、東京都内に所在する老人福祉施設の資格寮母の現実の賃金水準を、全国の標準として政策的に決めることが望ましい。何故ならば、そこでは、低すぎる国基準（寝かせておくこととなるような配員数）を遙かに上回る常勤介護職の配員数（国基準では常勤介護職1人当たりの入所者数約5人に対し、都では3人といった配員のゆとり）と、専門職である介護福祉士には都の行政職の給与表が適用されて生活が保障されているため、介護職のモラルが高く「自立支援介護」が一般化⁽⁷⁾しており、都民の介護サービスの質が維持されているからである。

表5にみられるような東京都に所在する要介護高齢者施設における常勤介護職の給与構造とそれ以外の県のそれとの格差⁽⁸⁾は、まさに措置費などの制度に制約された給与構造と、一定の介護サービスの質を都民のために保障するために措置費との差額に補助金を出している東京都の老人福祉政策との差異を示している。したがって、この種の問題は、理念をもって政策的に決められる必要があり、現在はそのことが可能な労働市場構造なのである。なお、この都の施策は、美濃部都政の時に介護サービスの質を考慮して導入され、鈴木都政をもってしても廃止できず現在まで続いているものである。

ところが、この施策が、今回の介護保険の導入で、介護報酬が市場で決まるということで、廃止の危機に面しているのである。まさに自立支援介護の危機でもある。そこで都民はもちろん国民全体が、質・量両面で安心できる介護体制を築くために、具体的にはこの都の介護サービスの質を維持するために、介護報酬水準と専門職としての介護職の給与水準が、単に市場にまかせられるのではなく、政策的に決められることを強く要望していくべきだと考えるものである。このことは、安上がりの介護サービスで良しとするか、一定の質をもった介護サービスを目標として自立支援介護を実現していこうとするかの、国民による政策の選択だと考えたい。

このような観点に立って、2000年導入が決まった公的介護保険をみると、これまでに考察してきたように、問題が山積みしているのである。

そのような現状のもとで、今後国民にとって質・量両面で安心できる社会的な介護体制を構築して、国民的課題である「介護問題」を現実的に解決していくためには、介護保険法は決定しても、当面必要なことは、政・省令にまかされた未決定の上述したような介護報酬や高額介護サービス費、自立支援介護に対する成功報酬などの重要事項に関して、国民の立場からの意見の表明を盛んにしていくことであろう。

（まちだ・たかお 松本短期大学教授）

(7) 雇用促進事業団，前掲書。

(8) 拙稿「介護福祉の専門性と給与構造」(『松本短期大学紀要』97年) 及び雇用促進事業団，前掲書。