

公的介護保険と介護基盤整備問題

町田 隆 男

1. 何故、公的介護保険なのか；

高齢者介護問題の中心は、わが国の介護を主に担っている家族介護者の「介護疲れ」―「家庭破壊」の問題である。医療等の発達とともに介護期間が長期化している。3年以上が47%にも達している。それに核家族化の進展とともに介護者の高齢化が進み80歳台の母親を60歳台の娘が介護しているケースが珍しくなくなってきている。さらに、女性の社会的進出が高まってきていることが家族の介護力を一層低下させてきている。

このように介護側の事情から、これまでのように「家族介護を主にして、社会的サービスでサポートする」システムでは、どうしても家族介護に無理がかかり、介護疲れや高齢者の虐待、介護拒否が生じ、これらの事情を背景にして、社会的入院が増え、老人保健施設が中間的な通過施設から滞在施設化し、在宅からの特別養護老人ホーム入所待ちは2年以上が一般化することになる。

しかも、団塊世代が要介護状態になりやすい後期高齢期の75歳以上になる2025年までは、わが国の本格的な高齢化が急速に進展するのである。

したがって、これからの介護システムは、問題の多い家族介護を社会化していった、「社会的な介護サービスが主で、家族介護は従」のシステムに変えていき、無理のない家族介護体制を築いていくことで介護側の福祉を考慮するとともに、介護される側も人間として自分らしく暮らせるように自立支援介護を受けながらもその社会的サービスを自らが選択できるようにしていく必要がある。それが長い介護期間を人間らしく生活していく条件でもあろう。

現行の介護システムである措置制度は、施設への入所や在宅でヘルパーを利用する際、市町村の判定委員会が必要度を判定しサービスの提供を決定するシステムであって、その本質は行政処分といえる。

確かに、措置制度には施設にとっては運営の安定化による職員の身分保障などのメリットはあるが、利用者にとっては施設やサービスを選択できないといったデメリットをもっている。例えば特別養護老人ホームに入ろうとしても、入所ができるかどうか、またどこにするかは役所が決める。これでは、高齢者の介護ニーズはなかなか出てこないし、施設の方もより良質なサービスを提供しようとする意欲が一般的には出てこない。たまたま、施設長が特

別に意欲的でもない限りサービスの質も向上しない。

また、措置制度の下では、役所が決める行政処分なのでサービスの受給に対する権利意識がもてないので、介護サービスに対するニーズが出てこない。

これが、公的介護保険システムの下では、契約関係となるので、施設やサービスを利用者が選び決定できるし、保険料拠出の見返りとしてサービス給付に対する権利が生ずる。介護サービスの供給が不足していたら、そのサービス提供への圧力が高まるであろうし、利用者がサービスの質を選ぶ決定権をもつのでサービスの質も向上していく可能性が出てくる。サービスの供給量が当面不足しても、サービスの質のよい施設には入所待ちが殺到するであろう。

さらに、今後、財政事情が一段と厳しくなるなかで、税に対する信頼度が北欧諸国などより低いわが国では、公的介護保険の方が措置制度の税方式よりも、とくにソフト面での介護基盤整備のための財源を確保しやすいというメリットももっている。

このように、「在宅介護サービスを急速に拡充していかねばならない」という見地に立つと、介護ニーズの掘りおこしや財源の確保しやすいの点で、現在の日本では公的介護保険制度の方が、措置制度よりベターといえるのである。

これに対しては、「利用者・住民が社会福祉サービスにアクセスするための手続的権利、オンブスマン制度、サービス供給体制の運営・経営に住民・利用者が参加する権利などを明確にするような改革を行なうならば現行措置制度をもとにして、高齢者介護サービスの権利を明確にするシステムに発展させることも可能であり、その前提として国家の財政負担を大幅に増やすことが必要である」〔注1〕とする見解もあるが、「その前提として国家の財政負担を大幅に増やすこと」の困難性は、新ゴールドプランのための予算上乗せに対する大蔵省等の抵抗の強さからしてもすでに立証されているといつてよからう。

いずれにしろ、今後一層急速に介護基盤を整備し家族介護を社会化していくためには、措置制度を公的介護保険制度に早急に変えていく必要があるといえるのである。

2. 公的介護保険の内容をめぐる主な論点；

ここでは、わが国で現在検討されている公的介護保険の内容をめぐる問題点について、介護基盤整備を進める観点に立って、論ずることとする。

(1) 保険者

まず保険者（経営主体）については、老人保健福祉審議会で検討中の案では、市町村が有力である。

そもそも、社会保障の下での社会保険は、「国家」による「国民」に対する社会的な広義の生活保障政策の一要素を構成する。したがって、介護保健が社会保険方式をとる以上、保険者は国家で、受給者（一般的には被保険者と一致）は国民となる。

このように、公的介護保険の経営主体は国家にあると考えるのが原則ではあるが、市町村等の地方自治体が国家に代って経営主体になることはできる。しかし、その場合でも究極の責任は国家にある。

ところで、この問題は介護サービス自体の地域性や市町村単位の老人保健福祉計画などのこれまでの高齢者福祉行政の流れや、地方分権へのニーズの高まりを考えると、住民にもっとも身近な主体である市町村を保険者にすることが適切であろう。

しかし、市町村間で高齢化率などが異なり、介護サービスニーズやサービスの基盤整備に格差が生じている現状や小規模市町村の財政力などを考えると、財政主体と給付主体を分離して前者を国家にするという見解が成り立つ。この場合は、国が財政に責任を負うので、保険料はもちろん給付内容・水準も全国一律となる。

しかし、本来社会保険では、責任ある適切な地域の実情に応じた制度運営を確保するためには、保険者が給付の実施主体であるとともに財政運営の主体となることが基本であることから、保険者は市町村としておいて上述のような分離はしないで、財政問題に関しては別の方策を考えるべきであろう。

そこで、公的介護保険の導入を契機に、市町村の統合・広域化を推進することや、市町村間の財政調整に留まらず国庫による財政調整が必要となってこよう。なお、この国庫調整の根拠は、前述もしたように社会保険の最終責任は国家にあり、地方自治体が保険者になる場合も国家の代りとしてであって、究極の責任は国家がとることになるからである。

そこで、段階的・現実的に保険料負担や介護サービス基盤の地域格差を縮小していくためには、保険者（財政主体+給付主体）は市町村にして、広域化や市町村間の財政調整のほかは国による財政調整を行うことが、望ましいと考えられる。その際必要なことは、単なる財政調整に終わらせないために、介護基盤整備の市町村格差を縮小していくための具体的措置である。

このように、保険者を市町村とする場合も、市町村「国保」の反省から、国がきちんと財政調整する仕組みを作るとともに遅れた地域の介護基盤整備拡充の具体策を用意することが必要となってこよう。

(2)被保険者について

被保険者の範囲については、「20歳以上の日本国民」とする意見が有力である。

負担能力がある国民がすべて、社会連帯の理念にもとづいて公的介護保険料を負担するというこの考え方に異論はない。

同じ社会保険である国民年金制度も20歳以上加入なのでそれとの整合性がとれるし、「40歳以上」説などに比較して広く薄く負担することで国民とくに高齢者も負担しやすくなる。

しかし、被保険者を「20歳以上」とすることから生ずる問題としては、次の2つが考えられる。

その1つは、20歳台の若者の意識の問題から生ずる未加入者問題である。若くて健康な若者にとっては、介護不安問題は中々自分達の問題となりにくい。

「自分の親を誰が介護するのか」の問題を考慮の対象とすれば、多くの若者も自分達の問題との関連をかなり納得できるであろう。また、なかには、小さい時に世話になった好きな祖父母の問題として高齢者の介護問題を考える者も居るであろう。

いずれにしろ、この介護保険料を負担することは、「人間が連帯する社会作り」に自らが参加することにもなるのだが、若者に対しては自分の親の介護を社会的に解決していく方式として理解を得ていく必要があるだろう。ともかく公的年金に比較して公的介護保険は、より完全な賦課方式なので、より一層の社会連帯意識が必要とされているのである。

もう1つの問題点は、受給者を「一定の状態の高齢者」だけにするか、障害者一般にまで拡大するかの問題とからんでいる。

国民年金で学生に加入を義務づけた時は、学生時代に障害になった時の保障をPRした。現在考えられている介護保険では、被保険者は20歳以上としながら受給者は65歳以上の高齢障害者に限定し、障害者一般を除外している。65歳未満の国民は、介護保険料を支払いながら要介護状態になっても公的介護保険の受給権を持ってないことになる。

このように、65歳未満の障害者の公的介護保険受給権を認めない理由は、65歳未満の障害者には就業を中心にした総合的な福祉施策があり、それで対処した方がベターであるとする判断があるようである。

しかし、65歳以前に脳卒中で倒れたり早期痴呆症になったりした場合、入所する施設もなく悲惨なケースが少なくない現実をどのように考えるのか。受給者を65歳以上とする場合は、これらの問題に対する適切な対応が前提となる。

(3)保険料

介護保険給付のための費用の財源は、国や地方自治体が税財源から出す公費負担と被保険者（20歳以上の国民）の支払う保険料と介護サービスを受ける要介護高齢者本人が払う利用料の三つの柱から構成されるという案が有力である。

ここでは、保険料を中心に公費負担をめぐる問題に関して論ずることとする。

まず、保険料に関してだが、厚生省は「学生を除く20歳以上の全国民（支払能力のある成人）」からの徴収を基本に検討しており、高齢者や要介護認定者も同じように負担することになる。

ここでは、保険料が一人当たりいくら位になるかを試算することにする。新ゴールドプランによる介護基盤整備が一応整う2000年には介護費用は約4.4兆円と推計されている。なお、この新ゴールドプラン程度の介護基盤整備では介護サービス供給体制としてみてかなり不十分であることについては後でふれたい。

ところで、この約4.4兆円を20歳以上の国民約1億人で一律に負担し合うと月約3700円とな

り、半分を公費で負担すると、保険料は1人当たり月約2000円となる。これを労使折半で負担するととなると一人当たり月1000円ほどになる。

この介護保険料の企業側の負担については経営側が反対しているときく。その反対の根拠を知りたい。

そもそも、恵まれていた労働者同志の「相互扶助」が行詰って、強制加入と経営側の負担を要件とする「社会保険方式」が1880年代以降に歴史的に登場してきた。社会保険である以上、経営側も負担するのが一般的である。わが国では企業は「法人実態」でもあるし、個人とは別の法人格体として応分の社会的責任を果たすことが望ましい。ミクロの企業の論理に立っても、労働力の再生産や労働者の標準的能率の発揮を確保するうえでその負担は容認できないことではなかろう。同じ社会保険である医療保険や年金保険では経営側も負担している。それらは負担しながら介護保険だけ負担できないということには納得することが難しい。

ドイツの経営者も、94年4月に公的介護保険法が成立する際その負担に強く反対した。その理由は、国際競争上の危機感であり、労働コストを引き上げないため、その経営者負担を年間休日1日返上と取引きをした。わが国の経営者の公的介護負担反対理由がドイツのようによく見えてこないのである。

ところで、措置制度に代って公的介護保険導入による問題点の1つに、保険料未加入・滞納の問題があるといつてよい。

学生を除く20歳以上の国民全体を強制加入にした場合、つぎの3つの階層の未加入・滞納が問題となろう。その1つは、介護問題を身近に感じない若い世代であり、2つには低収入の主婦層である。前者についてはすでに触れた。後者に関しては、家族介護の社会化が進み社会的な介護サービスの供給への信頼性が高まれば、未加入・滞納が減ってくるものと思う。

問題は3つ目の自営業者層であるが、彼等の所得が捕捉しにくいことが最大の問題（そのためあって保険料は本来の定率でなく定額が予定されているようだ）で、しかも彼等の滞納率が高いのは公的年金で実証されている。その年金保険料の約15%が滞納され、ほかに1割強の人達が年金への加入を拒否している。介護保険に関しても、年金と同じような問題が発生することがすでに懸念されているのである。

つぎに、保険料は定率にするか定額にするかの問題がある。現在の検討案では少なくとも制度のスタート時は定額にしようとする意見が有力と言う。

本来、社会保障制度の下での社会保険としては、所得再分配機能や応能負担の原則からして、逆進的で低所得者により負担が重い定額よりも、定率の方が望ましい。それにも拘らず、何故定額としようとするのか、その理由が色々と言われているが、そのいずれもが説得力に欠けるといえよう。

今後、介護基盤の整備が拡充され、サービスの質も新介護システムの基本理念である自立支援介護の具体的実践により向上し、その専門的担い手である介護職等の労働条件等もその

労働の質に見合って改善されていけば、保険料は当然上昇せざるをえない。ところが、定額の保険料を上げていくことの難しさは、イギリスのベヴァリッジ体制のフラット制の行詰りで経験済みである。したがって、介護サービスの質・量の拡充を本気で考えていくのなら、当初から定率にすることを強く提言するものである。

公費負担問題についても、ここで言及しておきたい。

社会保障制度の下での社会保険の特質は、給付に公費負担があることにある。したがって今回の公的介護保険の導入に、最初から公費負担があることは理解できる。

ところが、導入時にすでに費用の50%の公費負担を前提としていることをどのように理解したらよいか。その理由としては、すでに医療費や年金給付に関して50%近い公費負担があり、そのなかから介護部分を抜き出して介護保険を作るのだからと説明されているが、その狙いはこの公費負担で国民の介護保険料負担を軽減して公的介護保険の定着化を意図していると思われるのである。国としても本格的な高齢化社会での国民の介護ニーズを50%の公費負担で済ませれば、相対的にみて介護に関する国庫負担を軽減できるのである。

ところで、「公費負担50%」での公的介護保険のスタートは、「日本的」といってよい。というのは、北欧型のように「介護問題は公の責任」として100%税方式をとるのと異なり、また公的負担を一切しないで保険料一本のドイツ型とも異なり、「介護問題は、公的責任であると同時に家族責任でもある」といった責任問題の「曖昧さ」を、この公費負担50%は意味していると思われるからである。

(4)利用料

公的介護保険の費用負担の1つとして、利用者（受給者）は、介護費用の1割ほどの利用料（利用者負担）を負担することが決まりそうである。

この利用料負担の根拠として、応益負担がいわれているが、それは理論的にみて根拠が弱い。

そもそも、被保険者（受給者）はリスク（受給、利用）に備えて予め保険料を拠出して負担している。したがって、保険料を拠出していればリスクの生じた時、一定の要件を備えたものは負担なしで給付を受けられるのが原則である。

したがって、利用料をとる根拠は理論的根拠からではなく政策的必要性からである。政策的必要性としてはモラルハザードによる過剰利用を防いで給付を抑制し介護費用節約が目的である。そのような目的は否定するにしても、それは上述のような政策的効果をもっている。

問題は、導入当初からそのような給付抑制措置が必要かどうかである。

われわれが今回措置制度よりも公的介護保険導入に原則として賛成するのは、前述もしたように、1つには、遅れている介護基盤整備の拡充を図り家族介護の社会化を実現して無理のない在宅介護体制を確立し、社会的入院や特養待ちを減らしていくことにある。

そのためには、まだ日本では家庭内化しがちである介護ニーズを最大限社会化していく必

要がある。それにはできるだけ一般に利用しやすい公的介護保険でなければならない。

したがって、利用者負担は将来は導入の必要性が出てくるかもしれないが、現段階での導入には原則として賛成することができないのである。

さらに、この利用料1割負担問題は、高齢者世代の医療費負担をもこれまでより増やすことにも連がる。

現在、医療保険では、70歳以上（寝たきり状態は65歳以上）の高齢者の自己負担は定額で、入院が1日700円、外来は1か月1010円で、平均して老人医療費全体の4%程度となっている。すなわち、高齢者は若い世代と同じ所得でも負担は少なくなっている。

このことをそのままにして介護保険を導入すると、病院に入院している方が負担が安い。これでは、高齢者・家族ともに要介護認定よりも病院入院の方を選ぶので社会的入院はこの面からも減らない。したがって、この問題を解決していくためには、利用料1割の介護保険を導入することで、介護保険と老人医療の自己負担を同じ水準に1割の方向で揃える必要があり、そのため老人医療における高齢者負担が増えるという問題が生ずるのである。

(5)給付範囲・給付水準（現物給付としての介護サービス）

現在考えられている介護サービスの現物給付は、図1の通りである。

在宅サービスの対象範囲は、具体的には①ホームヘルプサービス、②デイサービス・デイケア、③ショートステイ、④訪問看護サービス、⑤福祉用具サービスであって、現在メニューは出揃っている。また、ホームヘルプサービスのうち家事援助業務、住宅改造サービスも図1の斜線の中に示されているように適用される。さらに、現に介護を提供している養護老人ホームなども図1のように含まれる。

しかし、在宅ケアに関係した、かかりつけ医による医学的管理サービスや訪問歯科指導、訪問服薬指導は、図1でみるように斜線外として介護保険でなく医療保険が適用される。

施設介護のうち介護保険の対象は、図1のごとく特養、老健、'老人病院'などである。なお、現に介護を提供していても一般病棟への入院患者に対しては、介護保険が適用されない方向で検討されている。

上述の介護保険の対象範囲に関しては、おおむね妥当といえよう。

問題は給付水準とそのための介護基盤整備（後述）に関してである。

表1は、現在老人保健福祉審議会で検討され一応承認されている給付水準の具体的なケースである。要介護者が自分で寝返りすることができず、介護者が虚弱な高齢配偶者の事例である。

このケースでのホームヘルプサービスの具体的なサービス量は週約11時間20分である。これが、新ゴールドプランが終了する2000年時点での高齢者のニーズに応じた標準的なサービス水準なのであろうか。後述するM市の行政計画の目標数値と比較するとその不十分さがわかる。

図1. 介護保険の給付対象範囲 (斜線の範囲)

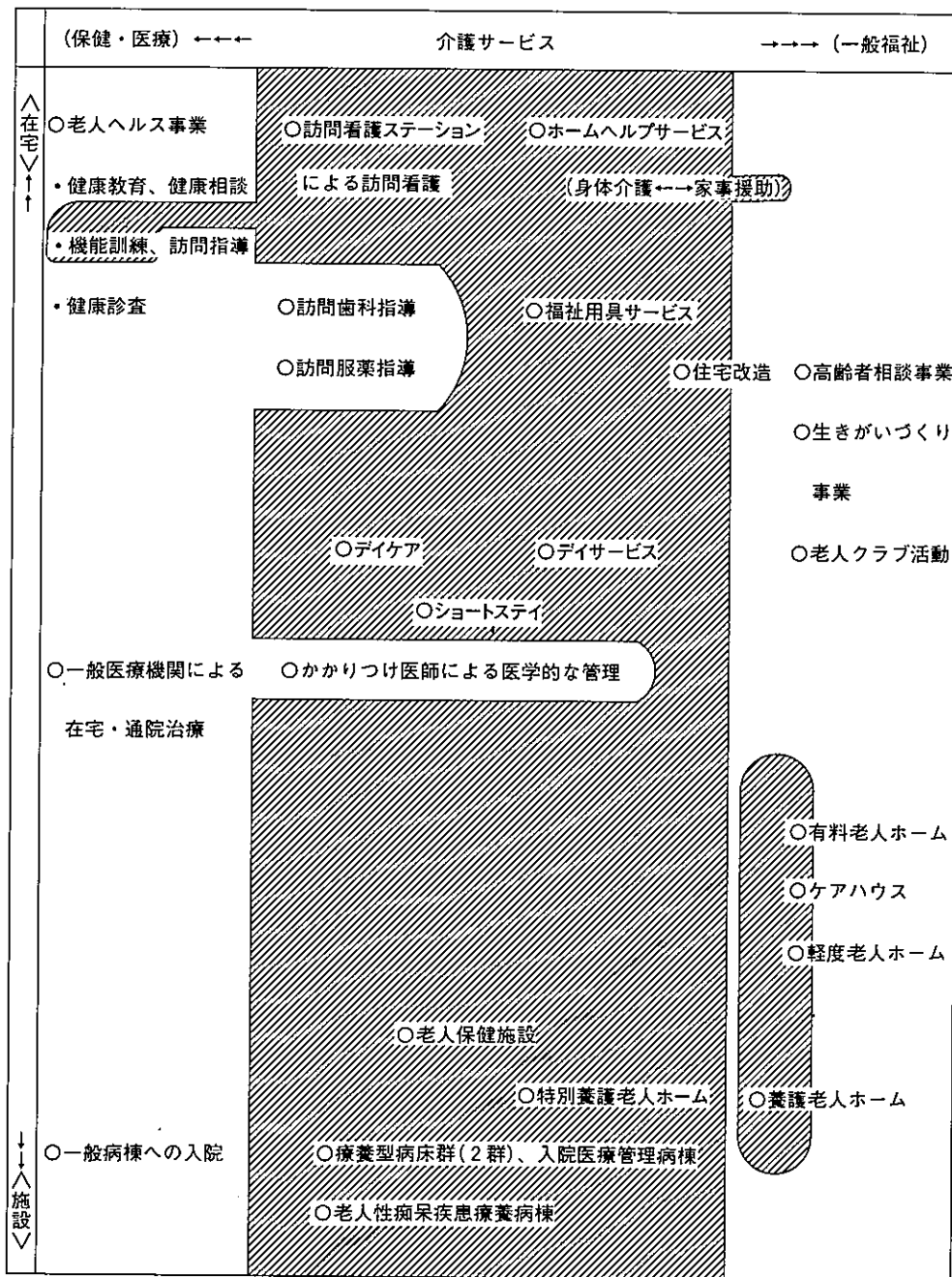


表1. 自分で寝返りすることができず、日常生活行動には介護を必要とし、深夜巡回のホームヘルプサービスが必要であり、療養上の管理を必要とするケース。要介護高齢者が虚弱な高齢配偶者と夫婦で生活している場合。

項目	高齢者の状態	対応するサービス
寝返り	自分で寝返りをすることができない	
移動	ベッド上に限られる	デイサービスにより外出し老人同士、介護スタッフと交流を行う
摂食	介護を要する	
排泄	介護を要する	必要に応じて排泄、安全管理等のために深夜1回の巡回及びオンコールサービスを行う
着脱	介護を要する	
入浴	介護を要する	デイサービスにより週3回の入浴、外出等を行う
調理	困難	週7回(家事)のヘルパーの援助に合わせて適宜行う。
掃除等	困難	
疾病	療養上の管理を要する	週2回の訪問看護等により療養・衛生上の管理を行う
家族	家族に対するケアを要する	上記のほか月1回1週間程度のショートステイで負担軽減を行う
その他生活全般		週1回はヘルパーによる援助が行われそのうち月1回は訪問看護婦、ヘルパー、家族、必要な場合にはソーシャルワーカー、保健婦などによる居宅での話し合いが行われる。 老人及び家族に対するその他のケア、孤立や家族関係の調整等の諸問題につき市町村のソーシャルワーカー、NOP等との連携による生活全般の支援が行われる

具体的なサービス量

- (1) ホームヘルプサービス 週14回訪問 約11時間20分/週
- (2) デイサービス 週3回通所 18時間/週
- (3) 訪問看護 週2回訪問
- (4) ショートステイ 月1回入所 7日間

	午前	午後	夜間	深夜
[月]	ホームヘルプ 訪問看護		ホームヘルプ	巡回ヘルプ
[火]	デイサービス/デイケア			巡回ヘルプ
[水]	ホームヘルプ		ホームヘルプ	巡回ヘルプ
[木]	デイサービス/デイケア			巡回ヘルプ
[金]	ホームヘルプ	訪問看護	ホームヘルプ	巡回ヘルプ
[土]	デイサービス/デイケア			巡回ヘルプ
[日]	ホームヘルプ			巡回ヘルプ

月1回1週間程度の
ショートステイ

医学的管理

リハビリ

※ このほか、訪問歯科指導、訪問服薬指導、福祉用具等のサービスが考えられる。

※巡回ヘルプとともに訪問看護が行われるケースがある。

このケースは高齢夫婦の介護サービス事例だが、家族が常勤で介護者が在宅していないケースの介護サービスなどは、家族が勤めを辞めなくとも在宅介護を実施できるような給付水準が保障され確保されているのであろうか。

また、表1のケースでもこの程度の給付水準で虚弱な高齢配偶者にとって無理のない介護が続けられるのであろうか。さらに、要介護者に対する自立支援介護はどの程度なされるのであろうか。

しかし、表1のケースの給付水準は、従来水準と比較するとかなり改善されてきていることは評価したい。問題は、高齢化が進む2000年時点で、この水準の給付量ですら確保するために必要な介護基盤整備は、人的・物的に、新ゴールドプランが達成されたとしたら、実現可能なのであろうか。このことに関しても、後述するM市の事例が参考となろう。

(6)現金給付（家族介護手当）

公的介護保険の給付に関しても、医療保険のような現金給付を導入すべきかどうか議論されている。医療保険の場合の現金給付は、傷病手当金という本人への入院時などの所得保障であるが、介護保険の場合は家族への介護手当をめぐるのそれである。

1993年現在、65歳以上の1690万人のうち病院の長期入院者と施設入所者とが全体の3%で53万人、ほかに在宅で家族介護を受けている要介護高齢者が5%で83万人と推計されている（厚生省調べ）。

この在宅の要介護高齢者を家族が介護している場合に、高齢者本人か家族を対象に現金を支給するかどうかの問題である。

公的介護保険が導入されて保険料は払っているのに家族介護を選択した人には見返りがないとすると、家族にとっては要介護高齢者を施設に入所させたり、ホームヘルパー依存を強めることが得だとして家族介護が放棄され介護保険の費用が増大する恐れがある。

このことは、施設サービスを利用している場合との公平性等に問題があることを示している。

しかし、後述もするように家族介護手当を設けることによるマイナス面も少なくないのである。

さて、ここで重要なことは、高齢者介護問題の現在の課題をどのように考えるかである。私は、現在の高齢者介護問題の所在は、「社会的な在宅介護サービス不十分なままでの家族介護の限界」にあると考えている。特養待ちも、社会的入院も、老健の滞在施設化も、家族介護者の介護疲れも、要介護高齢者のいじめ（虐待）も、いずれもが社会的な在宅介護サービスの不十分さ（介護基盤整備の遅れ）が根本にあると考えられるのである。

最近の総理府の世論調査で「家族介護を中心にホームヘルパーなども利用したい」とするものが4割以上、「家族だけの介護を希望」が2.5割もいるとあるが、このなかには長期化し重度化した家族介護の大変さを経験していない観念的な意見が多いと思われる。私の身近に

も、高齢の老母を介護した母思いの娘が、夜も眠れないため1か月で手を挙げてしまったような事例をいくつか知っている。

「無理のない」家族介護のあり方が望ましいとされているが、それには具体的には「在宅介護サービスの利用が主で、家族介護が従」のような地域介護システムの確立が必要と考える。上述の「家族介護を中心に、ホームヘルパーなどで補う」程度では、家族の介護疲れを避けることはできないであろう。家族の介護疲れを避けるためには、社会的な介護サービスの拡充が大前提なのである。

したがって、現在の高齢者介護問題の最大の課題は、社会的な介護サービスの拡充＝ハード・ソフトの介護基盤整備にある。

ところが、家族介護手当＝現金支給が制度化すると、上述の介護サービスの拡大が停滞する恐れが強いのである。何故ならば、社会的な介護サービスを利用せず家族が介護を担えば、利用料を節約できるだけでなく現金給付を受けられるので、多少無理をしても家族介護を選択する人が増え、社会的な介護サービスへの切実なニーズは減ると思われるからである。

また、家族介護への現金給付は必ずしも適切な介護とはならずその家族介護を固定化し、多くの場合女性を家族介護に縛りつけその社会的活用が妨げられる恐れも強い。

さらに、この現金給付は、要介護再認定での重度別給付の下では寝たきり状態を継続させた方が得なので、かえって要介護高齢者の生活リハビリ等による自立を阻害しかねない。

これらの点からしても、現状での家族介護手当の支給には反対せざるをえない。

その場合、前述した施設入所をさせているケースとの公平性の実現には、その家族介護に対する評価としては、現金給付によらずに税制上の控除措置などを厚くすることで、ある程度は対処できると思われるのである。また、現金給付をどうしてもする場合は、介護用品など在宅での介護に必要な物品費に換算して、要介護者本人に支給した方がベターではなからうか。

(7) 保険運用のシステム

ところで、要介護状態の認定は実際にはどのように行われるのであろうか。

利用者からみた新介護システムの下での介護サービス利用のプロセスは、図2のごとくに決まると思われる（介護保険審議参考資料）。

申請のあった要介護高齢者が介護保険の対象となり給付を受けられるか否かの判定は、身近な市町村レベルの要介護認定機関（当初の計画では、県レベルの第三者機関で行なわれる予定であった）で、認定担当者の設問調査によるADL情報や、かかりつけ医の診察による医学的情報などを総合した、介護・医療・看護の専門家の合議により行われ、その際「重度」「軽症」などの要介護度も判定される。

ついで、「ケア担当者会議（ケアカンファレンス）」で本人か家族が加わって、介護サービスの具体的内容・「ケアプラン」を作成し介護サービスが提供される事になっている。

図2. 利用者からみた新介護システムにおけるサービス利用のプロセス

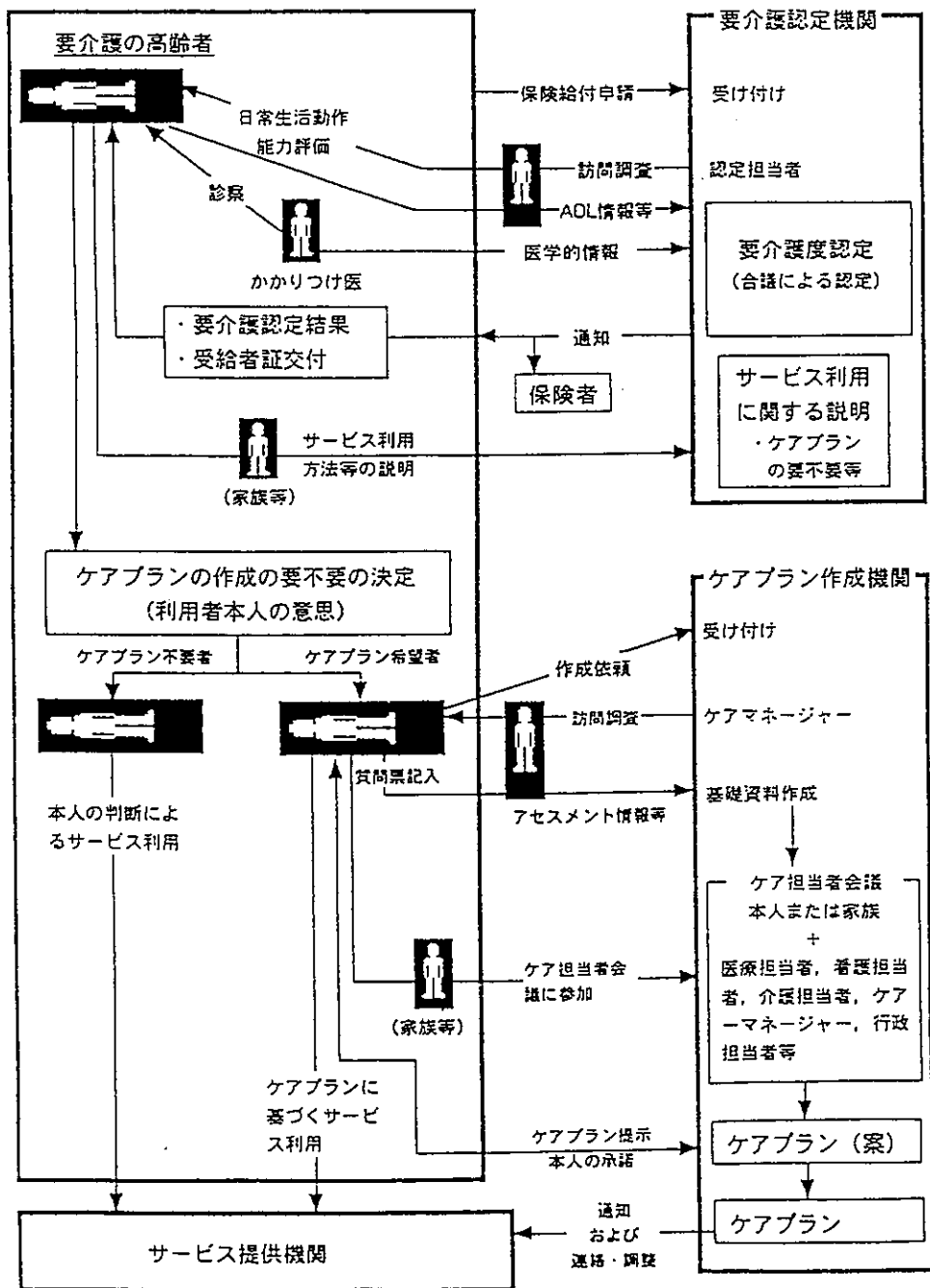
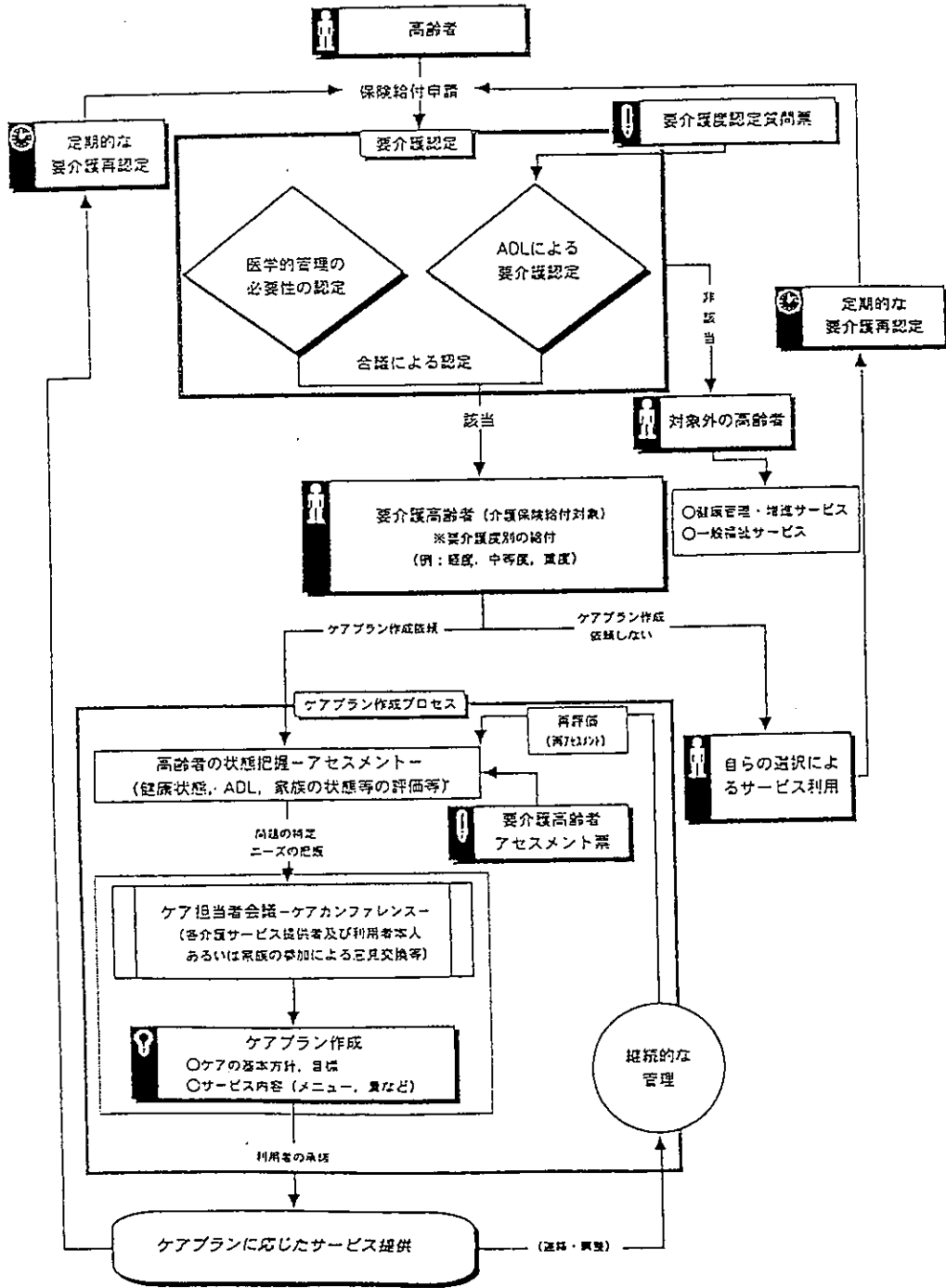


図3. 新介護システムにおける要介護認定とケアプラン



恐らく実際的には、上述の2つの機能は、各地域の在職介護支援センターが中心になって担っていくと思われる。

ところで、その認定の際の問題点は、要介護の認定を厳しくすると、保険料を支払いながら介護サービスを受けられない人が多くなり国民の不満が増大する。そして、社会的入院が続く。

他方、認定の基準を緩めると、介護保険の給付が増大し保険財政が危機となる。したがって国が決める認定基準の中味と客観性及びその運用が重要となる。

さらに、図3からもわかるように、数か月おきの定期的な要介護再認定が予定されている。この要介護再認定には、要介護状態の有無だけでなく要介護度別判定もなされ給付額が変動する。

この要介護再認定に関しては、前述もしたように、介護の質としては望ましいリハビリ等の自立支援介護を進めると要介護度が低くなり、在宅の場合もし家族介護手当が支給されるとすればその額が少なくなったり、施設の場合も収入が減る。この種の「矛盾」をどうするかといった問題につき当らざるをえないのである。

3. 現場（特養・老健）をめぐる若干の論点；

(1)特養

介護施設のうちで公的介護保険導入の影響をもっとも受けるのは、措置制度で運営されている特別養護老人ホーム（以下特養）であろう。

この導入で施設とクライアントにとってプラス・マイナスの影響が予想されるが、ここではとくにクライアントにとってのマイナスの影響を中心にみてみたい。

定額の措置費に代って、障害段階別に異なる公的介護保険からの給付額が予想されているが、このことにより重度のクライアントの入所を避けていた特養の収入は他の条件を一定にすれば減少することは合理的といえよう。しかし、このことと関連して、重度で入所したクライアントが望ましい自立支援の介護（寝たきりが車椅子の生活に、常時おむつをしていた人がおむつが取れるなど）を受けることなく、重度の寝たきりの介護を受け続けるケースが増えてくるのが懸念されるのである。

現在、特養のなかには施設長などの介護理念の具体化により、定額の措置費（財政が安定し計画が立てやすいというメリットがある）を前提に、ショートステイなどを活用して、国の低い定員基準（50床に寮母11人。これでやっている施設はどこにもない。多くは県単補助の上乗せで1～2人増員。しかし、この人数でも寮母に夜勤などでしわ寄せさせるだけでなく自立支援介護はできない）は論外として、施設独自のやりくりをしてさらにそれに上乗せし16～18人の寮母などで、クライアントの自立支援介護などにとりくんで成果をあげている特養が、私の身近な狭い見聞の範囲でも、N県の富竹の里、K県の潤生苑、都の至誠ホー

ム、合掌苑などいくつかを数えることができる。

このような介護の質を追求している特養にとって、現在は措置費が定額なので、自立支援介護を進めて、初めは大変でも全面介助のクライアントを1部介助の要介護状態に改善できても、施設の収入は減少しない。しかも、クライアント本人や家族には感謝されている。

ところが、数か月ごとに見直して障害段階別に給付額が異なる公的介護保険が導入されれば、上述の事例では施設の収入が減ることになる。そうなればこれまで自立支援介護を具体的に進めていた施設は、この望ましい介護の仕方を続けることに躊躇するであろう。これでは、公的介護保険の導入がクライアントにとってマイナスとなる。

確か、公的介護保険導入は自立支援を基本理念とする新しい介護システム確立の一環として考えられていた筈である。したがって、予想される公的介護保険の下で自立支援介護を適切に評価する技法を見出せないとすれば、障害段階別の給付額ではなく、むしろ定額の方が上述のような先進的な施設での具体的な自立支援介護の実績を拡充していく観点からしては、望ましいと考えられるのである。

(2)老人保健施設

老人保健施設（以下老健）に対する公的介護保険導入による影響も色々と考えられるが、ここではそこの介護職員に対する処遇問題に限定して考察することにする。

現在、老健は医療施設と位置づけられているので、介護職の人件費の財源は医療保険から支給されている。周知のように医療保険からの収入は医者診察行為による診療報酬が主となっていて、介護職の人件費の少なからざる部分はその配分金から形成されている。

問題は、その配分基準及び介護職自身の介護行為に対する報酬等が、多くの老健ではナースの職務群のなかの無資格の看護補佐（助手）の賃金に準じて決められていることである。

正看ナースの各県の賃金表は、専門学校卒が多いということを根拠に、地方公務員の高卒適用の行政職表を基準に決められていて決して高くない。唯、入職3年から5年目位までは社会的なナース不足を反映して労働市場の需給関係から、3年制のナース専門学校卒の賃金が4大制の薬学部卒の賃金より高くなっている病院が多い。しかし、それ以降の中堅ナースの賃金構造は、これも内部労働市場の需給状況を反映してそのカーブが寝てきている。

正看ナースの賃金構造でさえ、上述のような賃金構造なので、無資格な看護補佐に準じた介護職の賃金構造は、より低くなる。そして、患者1人当たりの医療費が病院と老健で異なる主なる理由の1つは、この人件費構造の差にもとづいている。

ところで、介護職種には今のところ名称独占に過ぎないが、介護福祉士の資格制度が出来ている。さらに、社会的には介護サービスの質が問われてきている。このような状況下で、いつまでもこれまでのような処遇体系ですませることができない。

各老健では、質のよい介護職を確保し活用するために、色々と経営内やりくりをして介護福祉士の資格手当等の形で上乗せしているのが実態である。

この処遇改善は、老健レベルで解決できる問題ではない。社会的に解決していかねばならない課題といえよう。

ところで、今後公的介護保険が老健にも適用されることで、老健の介護職に対する処遇体系も、せめて特養なみに改善されていくことが予想される。

特養の介護職の賃金構造は、地方公務員の高卒適用の行政職賃金表に準じているので、上述のようなそれ以下の多くの老健の医療保険にもとづく現在の処遇体系は、公的介護保険の導入で、その特養水準までは改善されていくものと思われるのである。

さらに、これからはナースの世界も変わっていくと思われる。何故ならば、4大卒のナースが増えてくるからである。それは、考えて看護するナース、病室を明るくするナース（大卒は短大卒を含め幅の広い人間を育成できる）を育ててきている。そのなかから看護の立場から患者の治療に関して、若い医者にアドバイスできるだけの能力をもったベテランで優秀なナースも出てくるであろう。そのような高度専門職の処遇体系としては、医者と大差のある現在の賃金構造では適切といえなくなってしまう。

このようなナースの世界の変化と同様に介護職の世界も、公的介護保険の導入と同時に変わってくると思われる。それは、ケアプランの導入とそのアセスメントの業務の中核が、クライアントの生活と最も多く・長くかかわる介護職の役割とならざるをえないからである。

寝たきりのクライアントをいかにして残存能力を活用させてそれなりに自立させていって、クライアントに生きていく自信を与えられるような介護、また寝たきりの生活から脱して車椅子の生活が可能となり、生活領域が広がって行ってショッピングしたり友達に会いに行けたりして生活を楽しむことができるようにする介護、さらには、「死にたい」と訴えるクライアントに生きる希望を与えたり、安心立命を可能にするような宗教的・哲学的な心の介護ができるような、介護職に対する高度専門職としての質の高いサービスニーズが「人間を本当に大切に作る社会」を目指すなら、高まってくると思われるのである。

現在の介護職の賃金構造は、上述のような高度専門職に相応するものとはなっていない。食事・排泄・入浴介助などの基本介助が、単に技能的にできるだけの不熟練・半熟練的な賃金構造となっている。だから、介護福祉士の資格も名称独占に過ぎないともいえよう。なお、これには、それに相応したサービスしか提供していないという供給側にも問題がある。

公的介護保険が導入されれば、上述の心の介護はともかくとして、ケアプラン、そのアセスメント、それらにもとづくクライアントの自立支援介護が各ケースごとに適切に行なわれるためには、介護担当者の仕事内容にかなりの専門性が要求される。決して、不熟練・半熟練的な補助的職務内容ではない。とすれば、これまでの不・半熟練の賃金構造をその労働の質に見合った適切なものに改善していくことが望ましい。その結果、その分、公的介護保険の予想保険料なども上がることとなる。厚生省が95年12月20日に老人保健福祉審議会に報告した2000年における高齢者介護費用4.4兆円は、恐らく介護職の従来賃金水準・構造のもと

での試算であろう。

もちろん、保険料が上がることには国民の合意が必要である。しかし、国民各層も自分の賃金（給与）が能力・仕事に応じて適切に処遇されたいというニーズをもつ以上、上述の介護職の賃金水準・構造の改善にも最終的には納得が得られると思う。

このような改善は、措置制度より社会保険方式の方がやりやすいといえるのであろうか。医療保険のもとで、中堅ナースの賃金構造の改善が中々進んでいないことや、特養の介護職の賃金構造が老健のそれよりもいくらか高い現実からして、必ずしも社会保険方式の方が改善しやすいとはいえないことがわかる。

これらの公共性をもった職種の賃金水準・構造が、団体交渉はもちろん市場のメカニズムによっても必ずしも決まるものでない（ナースの賃金を最終的に規定しているものは公が決める診療報酬体系）以上、公がそれら労働の質を適切に評価しようとする姿勢と政策が必要なのである。

われわれは、国民の一人として介護や看護のサービスの質を維持・向上していくという視点から、公のこれら職種に対する賃金政策に対しても、今回の公的介護保険導入を契機に、その改善を要望していくものである。

4. 介護基盤整備をめぐる課題——結びに代えて——

さて、介護保険が導入されて要介護者の潜在的な介護サービスニーズが顕在化しても、そのニーズを充足できる介護サービス供給体制がどこまで整備されているのかの問題が残る。すなわち、介護基盤整備の問題である。この問題に関しては、全国的にみても絶対的水準の問題と市町村による地域格差の問題があるといえよう。

前者の全国的にみても水準の問題に関しては、20世紀末に向けての新ゴールドプランに示された老人福祉保健計画の水準が基準となろう。各地域でこの新ゴールドプランが実現されれば、介護基盤は一定の水準に達するといつてよい。そこでこの問題の1つは、この水準をこの時期までに達成できる市町村が全国的にみてどの程度の割合に達するかである。周知のように、この新ゴールドプランは、旧ゴールドプランを93年の全国市町村老人保健福祉計画の積み上げにより上方修正したものである。

さらに問題となることは、この市町村計画が3分の1の地域では厚生省の指導数値を机上で若干の修正を加えたものにすぎないといわれている。それ以外の3分の2も外部委託したものが多く、行政が責任をもって地域のニーズを調べたうえで設定したものはかなり少ないのである。

ところで、このような市町村計画をもとにした新ゴールドプランに問題があることを指摘しておかねばならないが、それはそれとして、介護保険導入の圧力も加わって全国の市町村当局がかなり努力してその目標年次までにこの新ゴールドプランの水準をかなりの数の市町

村がクリアできたとしても、その水準自身に問題が残る。果たして、この新ゴールドプラン水準の介護基盤整備で、各地域の要介護者の顕在化ニーズをどの程度まで充足できるのだろうか。例えば、今後、高齢化が進むなかでホームヘルプサービスが週で合計して何回・何時間提供できる水準になるのであろうか。新ゴールドプランではその辺の具体的・現実的水準が見えてこないのである。

要するに、各地域の在宅を希望する要介護者全体が在宅ケアを実施できるためにはどれだけの介護サービスが必要となるのか。すなわち、介護基盤整備の望ましい目標数値はどの位に達するのか。これは、公的介護保険の給付水準の望ましいあり方にも関係してくるといえよう。

そこで、新ゴールドプラン水準が各地域の在宅介護サービスニーズの全体的必要量をどこまで充足できるのかを具体的に見極めるために、福祉の先進地域といってよい東京都町田市における介護基盤整備に関する「行政計画」〔注2〕について是非ふれておきたい。

町田市は、在宅の高齢者が要介護状態になっても、住み馴れた自宅で希望すれば住み続けられるために、市全体でどれだけの在宅介護サービス量が必要かの実態を把握し、それを在宅介護基盤整備のための「行政計画」に反映させるために、92年8月から93年1月にかけて市独自の「高齢者保健福祉調査」を実施した。

この調査は、まず第一次調査として、住民基本台帳をもとに「ひとり暮らし及び施設などに入所・入院している高齢者を除いた65歳以上の全高齢者の3分の1（9028人）」を対象に、その家族に高齢者のADL（日常生活動作）と精神状態（痴呆度）を郵送で尋ねたものである。

続いて実施された第二次調査では、第一次の郵送回答でADLにおいて「歩行・食事・着替え・入浴・排泄の場合一部介助及び全面介助が必要な高齢者」及び総合ADLが「身の回りのことは何とかできるが、日中でも寝たり起きたりの生活」の水準より重い高齢者のうち1つでも該当している高齢者と、精神状態が「自分の年齢がわからないことが多い」など12項目のなかで1項目でも該当する高齢者が対象とされた。その彼等に今度は面接形式で一次調査と同じ質問と、家族内での主・副介護者の負担感、支障条件やいくつかのサービスの利用希望など100問の詳しい調査をした。その結果、要介護高齢者は440人に達することがわかった。

つぎに、この要介護高齢者440人を①障害の程度（4段階）と②家族内の介護力、すなわち介護者の支障条件（6段階）とを組合わせて24のニーズ類型に分類し、類型別に要介護高齢者すべて（440人）に対して、ケアプラン作成フォーマットを1人ずつ作った。

表2は、障害重度がもっとも重く、家族介護の支障条件がもっとも大きい類型Aの某さんのケアプラン作成フォーマットである。これによれば某さんの1日単位のケアプランと週単位のケアプランの目標量がわかる。

表3. ニーズ類型別ケアプラン集計 (平均値)

在宅要介護高齢者総数440人

高齢者の障害程度	身体	痴呆	家庭介護の支障条件						計	
			支障大 ← → 支障小							
			F1 高齢+ α 不健康 +2 α	F2 高齢のみ 不健康 + α	F3 常勤+ α 常勤のみ	F4 2 α	F5 ストレス のみ	F6		
障害 重度	PM1 重度	重度 中度 軽度 なし	総数	(33)	(7)	(12)	(8)	(52)	(2)	114
			ホームヘルプ	41.37h/w	44.0 h/w	27.42h/w	32.5 h/w	11.92h/w	6.0 h/w	25.39h/w
			デイ	2.61t/w	3.0 t/w	3.17t/w	2.25t/w	1.79t/w	3.0 t/w	2.30t/w
			ショート	10.52t/y	11.43t/y	10.5 t/y	11.5 t/y	6.98t/y	9.0 t/y	9.0 t/y
入浴	1.52t/w	1.29t/w	1.25t/w	2.0 t/w	0.94t/w	2.5 t/w	1.26t/w			
配食	6.12m/w	4.0 m/w	5.25m/w	2.63m/w	2.77m/w	1.5 m/w	4.04m/w			
訪問リハ	1.06t/w	0.86t/w	1.25t/w	0.88t/w	0.49t/w	0.5 t/w	0.78t/w			
訪問看護	1.74h/w	0.43h/w	0.58h/w	3.5 h/w	0.83h/w	1.0 h/w	1.23h/w			
介護相談	0.64t/w	0.86t/w	0.5 t/w	0.56t/w	0.28t/w	0.25t/w	0.46t/w			
			<A>		<C>	<D>	<E>	<F>		
障害 中度	PM2 中度	中度 軽度 なし	総数	(1)	(2)	(6)	(1)	(17)	(1)	28
			ホームヘルプ	18.5 h/w	22.0 h/w	17.67h/w	18.0 h/w	13.0 h/w	9.0 h/w	14.88h/w
			デイ	4.0 t/w	5.0 t/w	5.83t/w	6.0 t/w	4.24t/w	4.0 t/w	4.68t/w
			ショート	12.0 t/y	12.0 t/y	12.0 t/y	12.0 t/y	10.94t/y	6.0 t/y	11.14t/y
入浴	- t/w	1.0 t/w	- t/w	- t/w	0.12t/w	- t/w	0.14t/w			
配食	10.0 m/w	7.0 m/w	4.83m/w	- m/w	3.59m/w	3.0 m/w	4.18m/w			
訪問リハ	- t/w	0.25t/w	0.04t/w	- t/w	0.19t/w	- t/w	0.14t/w			
訪問看護	0.25h/w	0.25h/w	- h/w	- h/w	0.35h/w	- h/w	0.24h/w			
介護相談	1.0 t/w	0.75t/w	0.86t/w	1.0 t/w	0.69t/w	0.5 t/w	0.75t/w			
			<G>	<H>	<I>	<J>	<K>	<L>		
障害 軽度	PM3 軽度	軽度 なし	総数	(33)	(6)	(19)	(5)	(73)	(7)	143
			ホームヘルプ	16.83h/w	13.67h/w	10.0 h/w	7.8 h/w	6.77h/w	5.86h/w	9.80h/w
			デイ	2.82t/w	3.0 t/w	4.11t/w	5.6 t/w	3.10t/w	3.0 t/w	3.24t/w
			ショート	6.55t/y	8.33t/y	4.84t/y	6.0 t/y	4.93t/y	5.0 t/y	5.48t/y
入浴	0.55t/w	0.67t/w	0.21t/w	- t/w	0.22t/w	- t/w	0.29t/w			
配食	7.18m/w	3.5 m/w	5.26m/w	0.8 m/w	2.45m/w	1.14m/w	3.84m/w			
訪問リハ	0.52t/w	0.25t/w	0.26t/w	0.05t/w	0.42t/w	0.11t/w	0.39t/w			
訪問看護	0.28h/w	- h/w	0.05h/w	- h/w	0.08h/w	- h/w	0.11h/w			
介護相談	0.37t/w	0.33t/w	0.32t/w	0.25t/w	0.36t/w	0.29t/w	0.35t/w			
			<M>	<N>	<O>	<P>	<Q>	<R>		
障害 軽度	PM4 軽度	軽度 なし	総数	(30)	(13)	(21)	(8)	(55)	(28)	155
			ホームヘルプ	7.5 h/w	6.46h/w	6.02h/w	6.31h/w	3.65h/w	3.38h/w	5.04h/w
			デイ	2.6 t/w	2.31t/w	2.62t/w	2.75t/w	2.35t/w	1.68t/w	2.33t/w
			ショート	4.7 t/y	3.92t/y	3.0 t/y	3.38t/y	2.73t/y	2.0 t/y	3.15t/y
入浴	- t/w	- t/w	- t/w	- t/w	- t/w	- t/w	- t/w			
配食	5.23m/w	4.62m/w	4.76m/w	4.13m/w	2.33m/w	2.5 m/w	3.56m/w			
訪問リハ	0.38t/w	0.29t/w	0.60t/w	0.13t/w	0.46t/w	0.25t/w	0.40t/w			
訪問看護	0.09h/w	0.08h/w	0.10h/w	- h/w	0.09h/w	- h/w	0.07h/w			
介護相談	0.30t/w	0.23t/w	0.24t/w	0.28t/w	0.24t/w	0.08t/w	0.23t/w			
			<S>	<T>	<U>	<V>	<W>	<X>		
計			97	28	58	22	197	38	440	

(注) α は介護者の支障条件 (他に世話を要する人あり など)。

このようにしてケアプランを立てた440人の介護サービス量を24タイプごとに集計し、平均値を求め、在宅介護サービスの必要量を種類別に明らかにしたものが表3であるといつてよからう。

この表3の数値をもとに、調査後に病院から退院した要介護者を加えたうえで3倍し、さらに市の10か年計画の最終年の2003年までの高齢化率の進展1.9309を掛けて要介護者全体数を出した。それによると、町田市での2003年における65歳以上の要介護者は全体で3000人と推計された。そして、このニーズ類型別3000人の在宅介護サービスの種類別ニーズ総量が表4の「ニード検討会数値」である。なお、この数値はホームヘルプの場合、結果的に奇しくも北欧水準となっている。

ところで、この数値は、まさに町田市における在宅の高齢者がそれぞれ住みなれた自宅で住み続けるために必要な在宅介護支援サービスの必要量といつてよい。すなわち、町田市では2003年までにこれだけの在宅介護基盤整備が必要とされているのである。

しかし、これだけのものを責任をもって供給するには、市の財政事情等が許さない。そこで、障害の程度の重度者や介護支障度の大きい者へのサービスは重点的に確保するが（表2でのA・B・G・Hの4類型）、中程度の高齢者のサービス量は抑制して、市として責任もてる「行政計画」の目標量を設定し直した。それが同じ表4での「行政計画数値」である。

この行政計画数値が、先のニード検討会数値の何%に当るかを、この表4でホームヘルプサービスでみてみると、900人/1785人で50%と半減しているのである。

そして、同じ表でこの行政計画数値を、町田市での新ゴールドプラン水準のホームヘルプサービスと比較してみると、新ゴールドプラン水準は293人 \times 1.7=498人なので、498人/900人となり、その水準は在宅介護基盤整備の目標とされたニード検討会数値より半減している行政計画数値のさらに55%にすぎないのである。

表2での具体的数値でみると、ニーズ類型Aではホームヘルプサービスが41.37h/w必要にも拘らず、新ゴールドプランではその55%の22.75h/wしか充足されないのである。

ここで初めて、新ゴールドプランの在宅介護基盤整備のうえでの限界が、具体的に明らかにされたといつてよい。

さて、このような水準の新ゴールドプランでさえ、達成が危ぶまれている市町村が少なくないことを考えると、介護基盤の市町村格差を含めて、介護基盤整備の拡充が、この介護保険導入を契機に一層急がれる課題となつてきていることがわからう。冒頭での「何故公的介護保険か」の主な論点も、公的介護保険の導入が新ゴールドプランの基盤整備の上に、税方式と比較して介護基盤整備を一層躍進すると考えたからであった。

医療保険が国民皆保険化したことを契機に医療の供給体制の整備が促進されたことが、この介護保険導入問題と関連してよく事例として出されるが、医療保険でそれが可能になったのには次の条件があった。

表4. 町田市の在宅サービス「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・介護支援大 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・介護支援大 (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 0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	

(注) ・目標年度[2003(平成15)年度]の数値。ゴールドプランは2003(平成15)年に換算して表示。

・新ゴールドプランはゴールドプランの一定の修正値となる。

医療サービスである診療行為の報酬方式が出来高払制で、医者の診療行為がかなり高く経済評価されたことが、医療供給体制の整備を促進したとあってよい。

ところで、公的介護保険の導入に当って、介護サービスの担い手であるケアワーカーの専門性がどこまで高く評価されるであろうか。先に賃金構造で指摘したように現実には期待されている割には、かなり低いのである。そこで医療の専門性と比較して、ケアワーカーの労働の質を高めていくことを前提にして、介護職の改善された賃金構造の下での給付水準の見直しも必要となってこよう。

また、新しい介護システムの基本理念である、要介護者の生きる気持を支えることのできるような「自立支援介護」（単なる排泄介助でない人間味ある介助の仕方）を具体的に進めていくためにも、人間味あるケアワーカーの養成とともにそのような自立支援介護を適切に評価できるシステムを早急に整備していくことも今後の課題となってこよう。

〔注1〕 老後保険情報資料集12

武田宏「公的介護保険と“介護保険”の構想」

〔注2〕 町田市「高齢社会総合計画」