

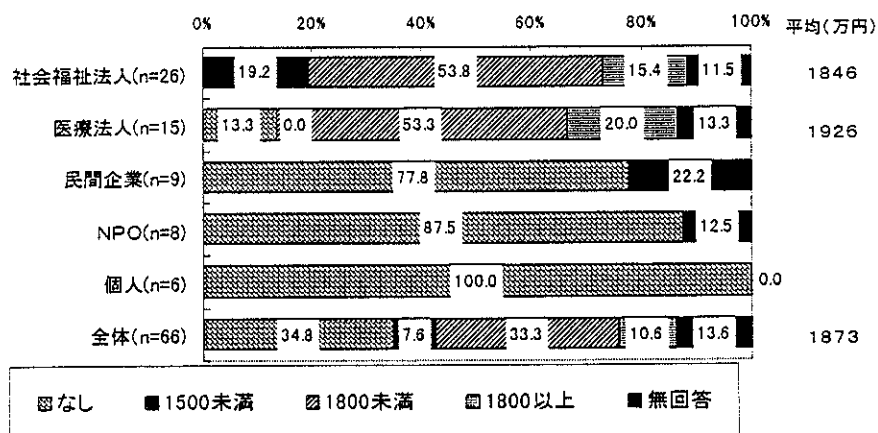
ただし、今回の調査はあくまでも標準的なケースで、民間企業、NPO、個人は入居の形態が必ずしも長期を前提としている訳ではなく、短期の期限付きの入居のケースも見られる。同じ条件で比較することには多少困難な点があることを指摘しておきたい。

なお、このような料金格差が生じる理由は、自治体等からの委託料、措置費が毎月支払われるグループホームが社会福祉法人や医療法人には多く含まれていることによる。

## (2) 自治体補助

グループホームは介護保険実施前は自治体による措置入所が行われていた。痴呆性高齢者は自治体に申請することにより、措置によりグループホームに入居することができる。ただし、このような措置の対象となっているのは、基本的には非営利の社会福祉法人や医療法人に限られている。自治体は措置の対象となったグループホームに対して委託費というかたちでその経費を支払っている。今回、このような措置費・委託費がどの程度支払われているかを調査した。その結果、措置費・委託費の平均金額は年間 1873 万円となった(図表 14)。しかし、図に示したように民間企業、NPO、個人の運営主体がこのような措置費・委託費を受けている割合はゼロである。これに対して、社会福祉法人では措置費・委託費がゼロの割合は 19.2%であり、医療法人では回答のあったグループホームでは全部が措置・委託費を受けていた。そして、社会福祉法人の平均金額は 1845 万円、医療法人では 1925 万円に達していた。これらは月間の金額になおすと、社会福祉法人では 154 万円、医療法人では 160 万円になる。

図 14 自治体からの措置・委託費



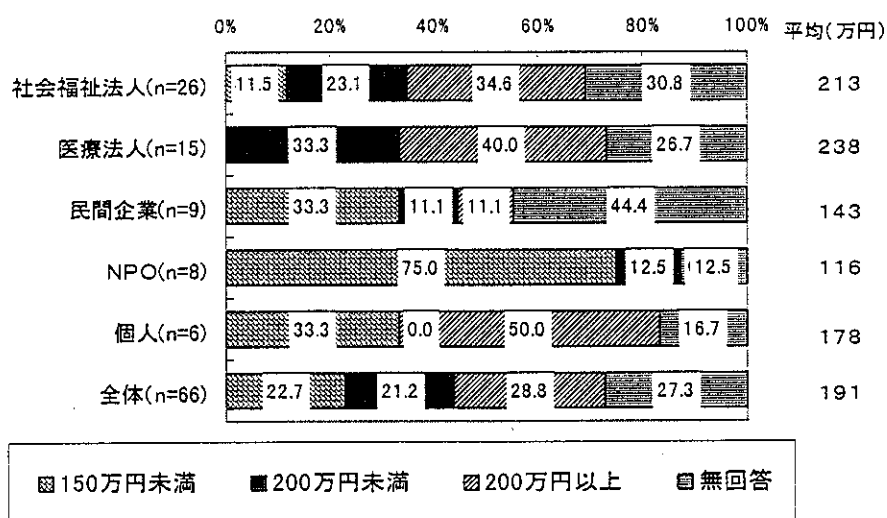
注) 平均値は措置費・委託費が支給されているグループホームのみの集計値

### (3) 経費

#### ア) 経費総額

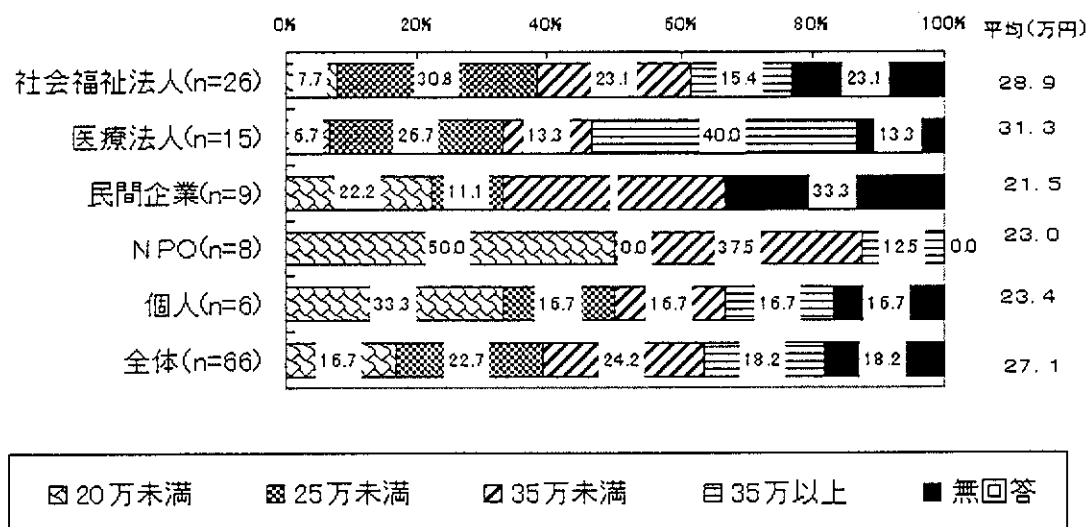
次に、グループホームの経費面を調査した。まず、1か月にかかる経費については図表 15 に示すとおりである。全体平均で見ると1か月 191 万円かかっている。ただし、150 万円未満が 22.7%ある一方、200 万円以上かかっているグループホームも 27.3%ある。運営主体別に見るとNPOが最も低く、150 万円未満が 75%と4分の3を占めている。平均金額も 115 万円であり、社会福祉法人や医療法人のほぼ半額となっている。民間企業もこれについて低く、やはり 150 万円未満が 33.3%である。これに対して医療法人や社会福祉法人は平均が 200 万円を超えており、比較的潤沢な経費となっている。

図表 15 1ヶ月の経費総額



次に、入居者1人当たりどのくらいの経費がかかっているかを調べるために、今述べた経費の総額を入居者数で除した金額を算出した。これを図示したものが図表 16 である。これで見ると、全体の平均は 27.1 万円となった。やはり、社会福祉法人と医療法人の平均金額は高く、それぞれ 28.9 万円、31.3 万円となっている。これに対して、民間企業、NPOはほぼ、25 万円を下回っている。介護保険のグループホームの平均報酬は 25.2 万円となったので、単純にみると民間企業、NPO、個人は平均費用の中に一応収まっていることになる<sup>(注)</sup>。

図表 16 入居者 1 人当たりの月間経費



#### 4. 今後のグループホーム拡充の方向性－提言に替えて－

痴呆性高齢者グループホームの意義が急速に認知されてきている。公的介護保険制度の中でも在宅介護の一環として位置づけられ、報酬単価も昨年の仮単価より高く設定され、運営がしやすくなった面がある。厚生省もゴールドプラン2 1で 2007 年度までに 3,200 カ所の設置を計画し、これに自治体単独の事業が加わり、さらに民間事業者、個人、NPO といった事業者が参入し、今後急速に増加していくことが予想される。しかしながら、一方ではその不足がすでに心配されている。例えば、東京都では 5 年後でもグループホームは必要量の 28% と低水準にとどまる見通しであるという（朝日新聞、2000.01.30）。今後の痴呆性高齢者グループホームの拡充に向けていくつかの点を指摘しておきたい。

##### (1) 個室の確保

痴呆性高齢者グループホームの設備基準はすでに述べたとおりであるが、この中で特に個室の問題を検討してみたい。これまで、高齢者の福祉施設において、入居者に個室を用意する施設はなかった。例えば、特別養護老人ホームの場合は 4 人以下の部屋を確保することが明記されており、個室の必要性については言及されていない。これに対して、グループホームの方は、初めから個室を要求しており、従来の福祉施設とは大きく異なる。

個室の必要性は、グループホームはあくまでも普通の生活をするところであり、家庭的なケアといっても、プライバシーの保護が必要であるという認識からである。グループホームの先進国であるスウェーデンでも、個室が原則となっている。今回のアンケート調査

においては、NPO、民間、個人のグループホームでの定員に対する個室の割合が3割程度ということであり、この点は基本的に改善されることが望まれる。一部には、2人部屋の方が入居者にとってケアの面で優れているという意見もあるが、このようなケースは例外的と考えるべきである。

## (2) 自立を援助

痴呆性高齢者は、生活障害であり、プライドは失っていない。このような人に対しては、できるだけ自立をサポートするケアが必要である。何から何まで援助するのではなく、入居者ができることはできるだけ自分でできるようにサポートすることが必要である。特に、日常生活で発生する食事の準備、買い物、洗濯など自分でできることをさせることは重要である。これらの作業をすることにより、過去の失われた記憶や、作業体験などを思い出すこともできる。

## (3) 地域との交流の積極的推進

高齢者が地域で生活することは、健常な高齢者の場合は一般的にみられることである。ある意味で、地域が生活の拠点でもあるといえる。グループホームの場合も、入居者が地域と触れあうことは介護の観点からも望ましいといえる。この具体的な方法としては次の点が考えられる。

### ① 設立時に地域の町内会長や自治会長に説明をきちんと行う

グループホームを設置する場合、当初は地域住民の正しい理解がなかなか行われていない可能性がある。ともすれば、反対運動にあう危険性もある。しかし、初めにグループホームをできるだけ住民に理解してもらうことは、その後の運営に大きな影響を及ぼす。

### ② 入居者が地域のイベントに参加する

グループホームの入居者が地域と接触する機会はそれほど多くはない。このような機会は例えば、祭りなどの各種イベントがあるが、ここに機会を作っただけ参加することが望まれる。このような実際に入居者と地域住民が接触することにより、地域の理解も進むものと考えられる。

### ③ 散歩などの外出を頻繁に行う

多くのグループホームは散歩は日課のように行っている。むろん、行きたくない場合には強制することはないが、日常的な散歩は、地域の人との接触の機会にもなるし、地域からみれば、グループホームの入居者の顔などは覚えることができるかもしれない。そのことが、入居者が外出し見当識を失ったときに、地域の人が援助してくれる可能性が期待で

きる。

#### (4) 外出の自由を確保

普通の生活を営む際に、入居者が自由に外出できることが重要である。そのためには、施設の出入り口はロックせず、誰に断りもなく外出できるような仕組みが望まれる。むろん、ケアする方で放置するのではなく、外出して不安のある入居者の場合は、スタッフが後からついていくなどのサポートが必要である。ただし、外出させても安心であるという入居者に限るとか、道に迷っても地域の人が連れ帰ってくれるという、地域に対する信頼性を確保できれば、外出を自由化することもかなり可能となる。

#### (5) 設置場所の選定

これまで述べたように、地域との交流はグループホームにとってはきわめて重要である。つまり、普通の生活を営む上で、周りに地域社会が存在していなければならない。その意味では、人里離れた場所にグループホームを設置することは望ましくないと考えられる。やはり、人家が適度に存在していなければならない。

設置場所でもう一つ重要な点は、あまり交通量が多くない地域を選定することである。入居者が外出自由にするためには交通事故が心配である。出入り口にロックする理由の半分は「交通事故などの心配」という回答であり、設置場所を配慮すべきであろう。

#### (6) 透明性の確保

痴呆性高齢者グループホームは、その運営にあたって「密室性」が問題視されることがある。この理由は2点あると考えられる。

①ケアの内容が外部にわかりにくいこと

②入居者の特性として、情報を伝えることが難しいこと

このような点から、グループホームのケアの方法をできるだけ外部に伝えていくことが望まれる。そのための方法として以下の点を指摘したい。

##### ①地域住民との交流

前述したように、地域住民と交流をもつことは、情報開示の一つの方法である。交流の中で、地域住民はある程度、グループホームの中で行われているケアの内容を知ることができるし、問題が万一発生した場合でも、その理由などを推測することができる。

##### ②グループホームの公開

地域住民などの一般的な人との交流以外に、専門家による視察も必要である。確かに、外部の人がグループホームの中を見ることは、そこで生活している入居者に見せられ、

異質の人間が入ることで精神的には望ましくない状況も生まれることは考えられる。すべての視察者に対して受け入れることはできないが、外部からの訪問に対して、基本的なルールのもとで受け入れていくことが必要であろう。

### ③ボランティアの受け入れ

ボランティアは介護の一端を担い、スタッフの労力の軽減にもつながる。さらに、グループホームの内部をボランティアという外部の人にみてもらうという意味では重要である。

### ④家族会の開催

入居者の個々の家族に対する説明や、相談は入居時だけでなく常時行われることが必要であることはいうまでもない。これに加えて、入居者の家族を一同に集めた説明会、懇談会の開催が求められる。家族会としてまとまって行動することで、もしグループホーム側に運営上問題があった場合には、それを集団として交渉することがやりやすくなる。このようなチェックバランスが必要であろう。

### (7) スタッフの育成

介護職員の教育研修は重要である。そのための交流会や研修会などの開催を積極的に行うことが必要である。

以上、痴呆性高齢者グループホームの問題と課題についてまとめてきたが、痴呆性高齢者にとって、本制度はきわめて望ましいケア方法であり、今後の急速な拡大が期待されることと、質の確保もあわせて行われることを期待したい。この場合、スウェーデンはこの面では先進国であり、多くの優れた点を取り入れていくことが必要と考えられる。

注) ここで調査している経費は、人件費、家賃、食費、光熱費等すべてを含んだものである。一方、介護保険では、グループホームの介護報酬は主として人件費部分を対象としており、家賃、食費等の経費は別途入居者から徴収することができる。今回の調査では、平均して家賃として3万円、食費として3万4千円程度入居者から徴収しており、平均してみると介護報酬とこれらの費用を合算すれば31.6万円程度となり、医療法人の31.3万円を上回る。

### 【参考文献】

- ・グループホームケア研究会(1999):「全国デイホーム・宅老所・グループホーム案内」、簡井書房
- ・林崎光弘、末安民生、永田久美子(1996):「痴呆性老人グループホームケアの理念と技術—その人らしく最期まで—」、バオバブ社
- ・長谷川和夫監修(1997):「痴呆—予防と介護—」、PHP研究所
- ・今井悟(1999):「グループホームを立ち上げるために」、総合ケア 1999年10月号、38-48

- ・川崎市痴呆性老人グループホーム検討委員会(1998)：「痴呆性高齢者のためのグループホームに関わる検討報告書」
- ・三上美美子（1999）：高齢者福祉サービス、丸尾直美、塩野谷祐一編著『スウェーデン』、東大出版会、253-274
- ・中澤 健編著（1999）：「グループホームからの出発」、中央法規
- ・中野区（1995）：「中野区における痴呆性高齢者グループホーム調査」
- ・奥村芳孝（1998a）：「スウェーデンにおける高齢者ケアとグループホームー第2回 スウェーデンの高齢者ケア2」、シルバービジネス、1998.10、84-88
- ・奥村芳孝（1998b）：「スウェーデンにおける高齢者ケアとグループホームー第4回グループホームとは何か」、シルバービジネス、1998.12、62-65
- ・折茂肇（1999）：「新老年学」第2版、東大出版会
- ・下村恵美子(1998)：「『宅老所よりあい』から見るグループホームの存在論」、総合ケア、8(10),49-60
- ・東京都高齢者施策推進室（1999）：痴呆性高齢者グループホーム開設の手引
- ・横浜高齢者グループホーム連絡会（1999）：「痴呆性高齢者の新しい暮らし方ー横浜の産声ー」、横浜市高齢者グループホーム事業報告書
- ・全国痴呆症高齢者グループホーム研究フォーラム'98 実行委員会(1998)：「小さいことはいいことだー報告と提言ー」、筒井書房

# 地域別の介護需給指標とサービスの動向

東北文化学園大学（ライフデザイン研究所）

矢口和宏



## 1. はじめに

本年4月1日より介護保険法が施行される。介護保険法は今後の高齢者福祉政策の根幹を担うものであり、21世紀の高齢者福祉政策の基礎となるものである。介護保険法では、原則として、公費を基礎とした行政の措置制度が廃止され、サービス供給は契約にもとづくことになった。その際の供給主体としては、従来から供給している社会福祉法人等の民間非営利主体をはじめ、NPOのような住民参加型団体、さらには民間営利主体にも期待が寄せられている。

介護保険法では、保険者が基礎自治体であることからわかるように、地域の主体性が基本となっている。これは、地方分権の流れにそうものであり、地域の独自性が出るという点では、非常に好ましいことである。その意味では、本格的な地域福祉が確立される絶好の好機である。しかし、その反面、各地域の介護への取り組みが全面的に出るので、介護保険運営全般についての地域格差が顕在化し、地域の福祉のあり方が地方政治の大きな争点となる可能性をも秘めている。

措置制度は、中央政府の指揮・監督が強く、地域の独自性をしばっていたといえる。しかし、このことは地方政府が中央政府を頼ることができたということの裏がえしであり、介護に関心のない自治体からみれば、措置制度は都合のよい制度でもあった。したがって、今後の介護問題は、単に高齢者福祉の世界だけにとどまらず、広く地域問題としてとらえる必要が生ずる。

本稿は、上記に示したような現状と問題意識に立ち、重要な視点である地域を念頭において、介護サービスのいくつかの動向を分析したものである。本稿の構成は以下のとおりである。

引き続き第2章では、介護保険施行前の政策体系の中心であった措置制度について言及している。ここでは、措置制度の歴史的背景と共に、本稿の問題意識である地域の主体性との関連についても言及している。第3章では、措置制度下でのサービス基盤の地域格差を示しており、筆者の過去の研究をふまえ、都道府県別の格差の指標に触れている。第4章では、保険料とサービス給付の動向について分析している。ここでは、地域格差が出る第1号被保険者の保険料の決定要因に触れ、さらには、給付サービスの内容とその性質についても分析している。ここまでは、事実解明的な分析である。第5章では、介護サービスの供給方法と供給主体についての分析を、公共経済学的な視点にもとづき規範的に論じ

ている。供給方法に関しては、いくつかのケースを想定しても、中央政府が一元的にサービスを供給するよりは、地方政府が独自でサービス供給を行うことの方が効率的であることを示している。また、供給主体については、公共経済学にもとづく規範的な分析や消費者の意識調査の結果もふまえて、民間非営利主体と民間営利主体が同等の立場で供給することが求められることを主張した。さらには、サービスの性質や社会福祉基礎構造改革の基本理念をも考慮し、契約で入所する人だけを介護する、民間営利主体の特別養護老人ホームを認めてもよいことも主張している。そして、本稿の要約と最近話題になっている介護保険の広域的な取り組みに対する示唆を示し、本稿を終えている。

## 2. 措置制度の変遷と地域の主体性の動向<sup>1</sup>

措置制度、いわゆる措置行政の起源は戦後すぐにさかのぼる。当初GHQ（連合軍総司令部）は、宗教・慈善・教育などを目的とした民間団体に対する政府の公費助成を禁止した。具体的には、1946年2月27日にGHQ公衆衛生福祉局から出された覚え書「社会救済」（SCAPAIN 775）で規定された。この規定では、政府の公設公営で福祉事業を行うことを指示しており、それは、民間社会事業団体の創設や再興に対して中央政府や地方政府が補助金を支出してはならないことを示している。GHQがこのような方針を掲げた理由は、町内会や同胞援護会など軍人援護団体の民間団体が、準行政機関として活用され、民主化の阻害となったという認識をGHQがもっていたからである。さらには、当時のアメリカ合衆国では、政府補助金が特定の個人の裁量において浪費されているという実態があり、このことを反面教師として捉えたといういきさつもある。

戦前の社会福祉事業の財源は自主財源と旧社会事業法にもとづく政府からの補助金であったが、戦後間もない困窮状態では、自主財源の確保は大変困難であった。したがって、GHQの方針が実施されれば、原則として国庫補助の道は途絶えることになり、社会福祉事業は成り立たなくなるところであった。実際、当時のGHQ公衆衛生福祉局長であったサムズは、公私の明確な分離を指示していた。

これに対し、厚生省は公の支配に属する慈善・博愛の事業に補助することは可能であるという反対解釈で理論武装した。当時は、敗戦によって民間の社会事業施設は約3,000へと半減し、経営状態は悪化していた。しかし、公立の社会福祉施設は少なく、社会福祉事

---

<sup>1</sup> 本節の記述は武智 [1996] にかなり負っている。

業の遂行は民間施設に依存せざるをえなかった。この問題を解決するために、措置委託という方法が考えられた。つまり、公的責任に属する事業を民間施設へ委託し、その必要経費を行政が補助し支出するという仕組みである。そして、GHQ公衆衛生福祉局との交渉を重ね、いくつかの条件を満たすという限定つきで、生活保護法上の民間保護施設への補助金支出の承諾を得たのである。

その条件とは、入所者処遇費については、公的な施設で収容する適当な施設がない場合には、民間社会事業施設へ収容を委託してもよいこと。ただし、その場合の公費支出は一人当たり単価を基準として計算した額でなければならなかった。施設整備費については、以下に示す3つのことを条件とした。

- ①現在の社会事業団体の施設を再興、改造又は修理したものであること。
- ②その施設を使用することがその地方において生活困窮者の保護のためもっとも経済的で、かつ実行しやすいものであること。
- ③公設の施設で再興、改造、拡張又は修理を必要とするものがないこと。

これらは、現在における措置費の原型である。

このように、措置行政の原型は、社会福祉の中でも生活保護に限られていたが、1951年には、社会福祉事業法が制定され、この法律によって社会福祉法人が設立された。措置委託のしくみは、生活保護施設に続き、社会福祉事業法での施設にも認められた。この社会福祉法人は、人事や財政の面から行政機関の強いコントロールを前提としており、政府の補助を受けて民間社会事業を行うという位置づけであった。措置行政は、この1951年をもってその基盤が成立した。地方分権、ないしは地域主体という考え方は、この段階ではまだ登場していない。むしろ、生活困窮者の救済という目標にプライオリティがあったので、その点では、中央政府によるコントロールが有効に機能する状況であったともいえる。

その後、1960年代から1970年代にかけて、福祉三法から福祉六法へと社会福祉の法制度の整備が進んだ。その特徴は、福祉の専門分化とそれに伴う措置行政の発展である。高齢者福祉では、1963年に老人福祉法が制定された。この老人福祉法は、基本的訓示規定と具体的な措置規定の2つから成っており、この法をもって、高齢者施設は生活保護上の養護施設から新たに規定された老人ホームへとかわったのである。そして、1970年の「社会福祉施設の緊急整備について」と「社会福祉施設緊急整備五ヶ年計画」により、養護老

人ホームに加えて、軽費老人ホームと特別養護老人ホームの設置が新たに認可された。なお、1970年に入り、高齢化社会の到来と共に、高齢者福祉の拡充を通じて社会福祉サービスの普遍化、すなわち福祉サービスの低所得対策からの分離が意識されるようになったとされている<sup>2</sup>。しかし、この段階においても、地域主体という考え方は登場していない。この時期には、サービスが生活困窮者や低所得者の弱者を救済するという位置づけから、生活支援サービスへと変化してきた。今振り返れば、この時代にこそ、地域主体という考え方を徹底するべきであったように思える。

その後、所得水準が上昇し、サービスニーズが多様になってくると、措置行政のしくみに疑問が出されるようになってきた。そして、それを呼応するかのごとく、高齢者福祉では施設サービスから在宅サービスへという方針がうちだされるようになった。また、行財政改革や地方分権といったマクロの社会・経済事情の流れとも関連し、国庫補助率は低下し、機関委任事務は団体委任事務へと変わった。それは1980年代に大きく展開された。

まず、1985年の財政改革によって、国庫補助負担比率の改定が行われた。その結果、施設入所措置の国庫補助負担比率は、1985年度に8/10から7/10へと引き下げられ、1986年度以降は1/2へと引き下げられた。逆にこの時期には、在宅サービス重視の流れで、ホームヘルパー派遣事業、デイサービス事業、ショートステイ事業への国庫補助負担率は1/3から1/2へと引き上げられた。また、1986年には「地方公共団体の執行機関が国の機関として行う事務の整理及び合理化法」（第2次機関委任事務整理法）により、高齢者福祉のいくつかの分野が機関委任事務から団体事務化された。

団体委任事務は都道府県や市町村がいっさいの処理を任せられ、法令で定められたもの以外に国から指揮・監督を受けることはない。一方、機関委任事務では、都道府県や市町村はあくまでも中央政府である国からの仕事を委託されたのであり、都道府県議会や市町村議会が異議・申し立てをする余地はなく、都道府県知事は中央省庁の大臣から、市町村長は都道府県知事から指揮・監督を受けることになる。したがって、機関委任事務のもとでは、国、都道府県、市町村の間で上下関係が生じてしまう<sup>3</sup>。その点をみれば、機関委任事

---

<sup>2</sup> 加藤・丸尾編著 [1998] の第1章（城戸喜子執筆）を参照。

<sup>3</sup> 1999年7月に成立した「地方分権一括法」により、機関委任事務は地方固有の事務である「自治事務」と、国の事務を地方が代わって処理する「法定受託事務」とに区分され、機関委任事務は廃止されることになった。また、団体委任事務は「自治事務」となる。

務の団体事務化は地方分権の流れにそったものである。しかし、上記の第2次機関委任事務整理法では、団体事務化でも「政令の定める基準に従い」実施することが多くの事項で明記されている。具体的には、政令・省令・通達によるコントロールであり、高齢者福祉の分野では、これらのコントロールが多いのは周知の事実である。また、このような方向でのコントロールが進められ、地域主体の実態は薄められていった。

1990年代に入ると、本格的な高齢者福祉政策が展開される。まず、1989年に制定された「高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略（ゴールドプラン）」の制度条件を整備するため、1990年に老人福祉法等福祉八法の改正が実施された。ここでは、特別養護老人ホームなどへの入所措置権限を都道府県福祉事務所から町村へ移管し、老人保健福祉計画の策定を都道府県と市町村に義務づけた。しかし、この市長村の計画による数字を積みあげると、ゴールドプランを上回るサービス量の必要なことが具体的な数値で明らかになった。それを受け、1994年12月には、サービスの目標水準を引き上げた「新ゴールドプラン」が策定された。この新ゴールドプランでは、在宅サービス重視と共に、地域主体の考え方が盛り込まれている。また、この頃には、在宅サービスの民間委託はさらに進んだ。この頃の大きな特徴は民間営利主体への委託が進んだことである。時として、民間営利主体の参入障壁ともなっていた「シルバーマーク」も、1997年の通知で「国の関与のない民間の自主的な取組と位置づけられる」ことになった<sup>4</sup>。

一方、1994年の「高齢者介護・自立システム研究会報告」では、高齢者の自立支援を基本理念とした、社会保険方式にもとづいた介護システムの創設が提言された。これを受け、1995年の社会保障制度審議会では、公的介護保険制度創設を勧告した。そして、1996年11月の第139回臨時国会において「介護保険関連三法案」が提出され、2度の継続審議を経て、1997年年末の第141回臨時国会において、介護保険関連三法案は可決され、同年12月17日に介護保険関連三法が公布となった。

介護保険の施行は2000年4月1日であり、施行後は、一部の例外的な状況を除き、措置制度は廃止される。従来の「原則措置・例外契約」から「原則契約・例外措置」への移行が実現される。また、介護保険の保険者は基礎自治体であり、保険料やサービス整備を通じて、地域主体がこれまでになく強くなると同時に、地域の取り組みがためされるよう

---

<sup>4</sup> 1997年1月16日 老振第6号 都道府県知事、各指定都市支庁、中核市市長あて老人保健福祉局通知「シルバーマークに係る国の関与の廃止等について」

になった。

### 3. 措置制度下におけるサービス基盤の地域格差

本章では、これまでの高齢者福祉政策の概観として、措置制度下におけるサービス基盤の地域格差について言及する。

措置制度については、前章で、その歴史的展開を含め詳しく触れたが、機能面からみてそれを特徴づければ、公費投入を通じた、行政の指揮・監督によるサービス供給である。サービス実施の有無、供給主体の決定や供給量は、措置権者である行政が一方的に決定する。実際のサービス供給は、地方政府を含めた行政が直接行うこともあるが、「公の支配」に属する社会福祉法人への事業委託、さらには社会福祉法人単独によるものが多い。社会福祉法人、医療法人以外の民間非営利主体や民間営利主体への事業委託はまれであった。措置制度は、介護保険法や社会福祉基礎構造改革の基本理念であるところの、多様な主体によるサービス供給といった点からは、かけ離れた状態であった。さらに、措置制度では、公費による補助が入っているため、措置制度の枠外のサービスと比べて利用者負担が格段に低い。したがって、措置制度以外でのサービス需要はごくわずかとなり、それだけでも民間営利主体の事業参入意欲はそがれることになる。

なお、介護保険の給付対象サービスでもある特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）は、社会福祉事業法においては、第一種社会福祉事業として位置づけられており、在宅サービスやデイサービス等の通所施設が主の第二種社会福祉事業と比較して、厳しい規制が課されている（第2条・定義）。なお、第一種社会福祉事業とは、主として入所施設を営営する事業であり、要援護の基準が反映されたものである。また、老人福祉法においても、特別養護老人ホームの事業主体は、地方自治体と社会福祉法人に限られている<sup>5</sup>（第15条・施設の設置）。そのため、措置制度下では、特別養護老人ホーム事業は地方政府、社会福祉法人、日本赤十字社に限られており、民間営利主体や社会福祉法人以外の民間非営利主体には、事業を営める資格はなかった。

このように、措置制度下でのサービス供給主体は、行政と行政からの事業委託も含めた社会福祉法人が主である。以下に、供給主体に関する規制が比較的少ない、在宅サービスの供給主体別割合をデータで確認する（図表1）。

---

<sup>5</sup> 設置に対しては、市町村が事前届出、社会福祉法人は認可を必要とする。

図表1 在宅サービスの供給主体別にみた利用者の割合（複数回答）

（単位：％）

サービス供給主体	訪問介護 （ホームヘルプサービス）	日帰り介護 （デイサービス）	短期入所生活介護 （ショートステイ）
市区町村	42.0	—	—
社会福祉協議会	33.6	—	—
社会福祉施設	8.4	69.6	64.3
老人保健施設	—	13.6	19.0
民間会社・民間事業者	5.1	4.4	6.8
ボランティアグループ	2.8	1.2	1.1
その他	2.3	3.2	2.3
わからない	2.3	3.3	3.8

資料：厚生省大臣官房統計情報部編「平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査の概況」（平成9年10月調査）

このデータは、各在宅サービスの利用者割合を供給主体別にみたものであり、利用者数からみた供給シェアをあらわしている。なお、調査時点は平成9年である。このころはむろん措置制度下であるが、以前よりも増して民間委託がすすんだ時期でもある。

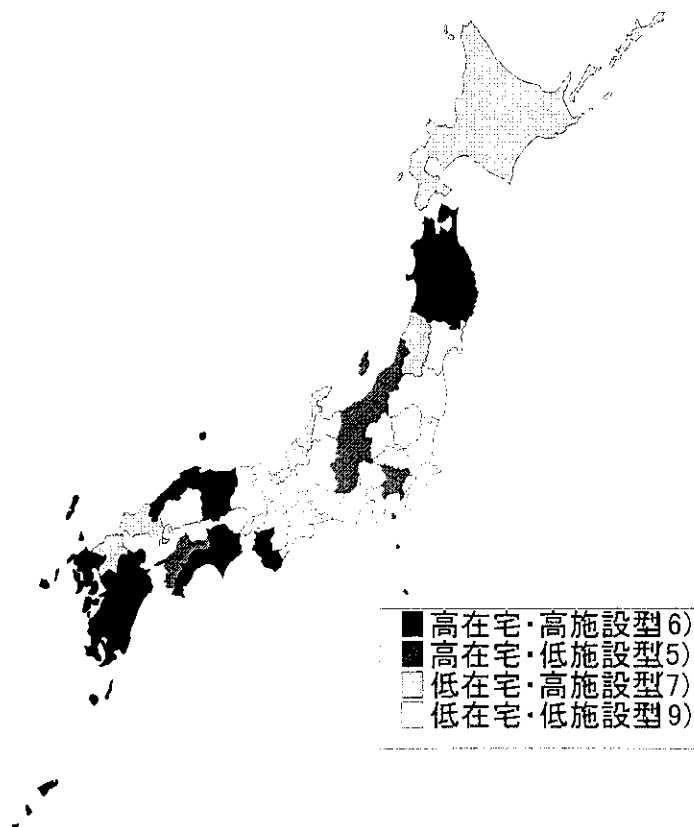
これをみると、行政、民間営利主体（民間会社、民間事業者）、社会福祉施設等の民間非営利主体等様々な主体がサービスを供給していることがわかる。訪問介護は、市区町村と社会福祉協議会で75%以上を占めている。日帰り介護と短期入所生活介護は、社会福祉施設と老人保健福祉施設で80%以上を占めているが、中でも社会福祉施設の占める割合が高く、共に、60%以上である。また、3つのサービスとも、民間会社・民間事業者の割合が低く、おおむね5%前後である。

このように、在宅サービスの供給主体としては、市区町村、社会福祉協議会、社会福祉施設のシェアが高いことがわかる。総じて、行政、民間非営利主体、民間営利主体の順となっており、供給主体に関する規制が比較的少ない在宅サービスでさえも、民間営利主体の供給シェアは低いことがわかる。先に示した特別養護老人ホームの供給主体の現実とも照らし合わせれば、介護サービスの供給主体は、行政と行政からの事業委託も含めた社会福祉法人が主であったことがあらためてとれる。

一方、措置制度を地域的な視点でみた場合には、地方交付税交付金等の地方財政調整制度との関連が重要である。したがって、財政力の弱い地域でも、地方財政調整制度による地域間再分配により、その地域が本来保持する財政力以上の介護サービスを供給することが可能となる。財政調整を行う前は、財政力は都市部よりも郡部の方が弱い。また、郡部の方が人口は少なく、絶対的な要介護者が少ないということを考えると、都市よりも郡部の方が要介護者1人当たりのサービス量は多くなると考えられる。これは、郡部の方が都市部と比べてサービス基盤が厚くなるということである。

ここで、上記に示した問題意識にもとづき、筆者が以前に行った、措置制度下におけるサービス基盤の地域格差推計の一例を紹介する。なお、ここでの地域のくくりは都道府県であり、サービス基盤は、要介護者1人当たりのサービス量でみた。また、設定年は、国勢調査が行われた1995年であった<sup>6</sup>。

図表2 措置制度下でのサービス基盤の地域格差（1995年）





高在宅・高施設型	高在宅・低施設型	低在宅・高施設型	低在宅・低施設型
青森県、岩手県 秋田県、和歌山県 鳥取県、島根県 岡山県、徳島県 香川県、高知県 佐賀県、長崎県 熊本県、大分県 宮崎県、鹿児島県 (16 県)	東京都、神奈川県 新潟県、長野県 愛媛県 (1 都 4 県)	北海道、山形県 石川県、福井県 山口県、福岡県 沖縄県 (1 道 6 県)	宮城県、福島県 茨城県、栃木県 群馬県、埼玉県 千葉県、富山県 山梨県、岐阜県 静岡県、愛知県 三重県、滋賀県 京都府、大阪府 兵庫県、奈良県 広島県 (2 府 17 県)

資料：矢口 [1998] の 18 ページより

図表 2 では、在宅サービスと施設サービスのサービス基盤が、47 都道府県の平均を上回れば「高在宅・高施設型」と呼び、その反対に、両方のサービス基盤が、平均を下回れば「低在宅・低施設型」と呼んでいる。また、在宅サービスのサービス基盤は平均を上回るが、施設サービスのそれが平均を下回っている場合には「高在宅・低施設型」と呼び、在宅サービスのサービス基盤は平均を下回っているが、施設サービスのそれは平均を上回っている場合を「低在宅・高施設型」と呼んで、47 都道府県を 4 つのタイプに分類している。

なお、個々の自治体で見れば、財政力や首長の福祉に対する考え方等の様々な事情によって、サービス基盤が整備されていないところに属していたとしても、サービス基盤が充実している自治体もある。また、その逆の自治体もある。したがって、ここでみているのは、そのようなミクロ的な状況を平均的にならしたものである。

これによると、政令指定都市を擁している都道府県の要介護者 1 人当たりのサービス量は、在宅、施設共に、全国平均を上回るところがなかったことがわかる。一方、在宅、施設共に全国平均を上回ったのは 16 県であり、南九州（佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島）、四国（徳島、香川、高知）、北東北（青森、岩手、秋田）といった、あまり財政力の強くないところに多いことがわかり、郡部の方が都市部と比べてサービス基盤が厚いということが、都道府県単位ではあるが確認された。

<sup>9</sup>詳しくは、矢口 [1998.2] を参照されたい。

措置制度下においては、地方政府は公費負担と強力な地方財政調整制度によって、本来保持している財政力以上の介護サービスを供給することができた。このことを消費者の立場からみた場合には、公費負担によって実際自分がどれ位の金額のサービスを受けているのか不明なため、負担と給付の関係がはっきりとはわからない状態であり、「財政錯覚（fiscal illusion）」が起きているといえる。まさに措置制度は、消費者に、そして地方財政調整制度を通じて地方政府にも財政錯覚を与え続けてきた制度だといえる。介護保険施行後は、保険システムと措置制度の廃止により、負担と給付の関係が以前にも増して明確になる。その際に注目されるのは、保険料がどのような水準になるかということである。そこで、次章では、介護保険による保険料、そしてサービス給付の状況をみることにする。

#### 4. 保険料とサービス給付の動向について

##### (1) 保険料の動向

介護保険は5割の公費負担があるので、純粋な保険システムではない。しかし、負担（保険料）と給付の関係は従来の措置制度に比べて明確になる。それは、65歳以上の第1号被保険者の保険料に明確にあらわれることになる。最も単純に考えれば、第1号被保険者の保険料は以下の式のようにあらわされる<sup>7</sup>。

$$\frac{\text{各市町村での給付費総額等（3年平均）} \times \text{約} 17\%}{\text{各市町村の第1号被保険者数（3年平均）}}$$

\*17%は、公費負担比率である1/2と全保険者に占める第1号被保険者の割合である1/3を乗じた、1/6に該当する。

これより、各市町村の保険料は、大まかにみればその市町村が給付するサービス水準と第1号被保険者数に依存することがわかる。また、各市町村の給付費総額は以下のように

---

<sup>7</sup> 厚生省老人保健福祉局・介護保険制度施行準備室監修 [1999] の「各市町村の保険料の基準額の見込み方（年額、ごく粗い考え方）」を参照した。

展開できる<sup>8</sup>。

$$\text{給付費総額} = 1 \text{人あたり給付費} \times \text{要介護者数}$$

さらに、要介護者数は、第1号被保険者数に要介護発現率を乗じたものであるとすれば、上の式は以下のようなになる。

$$\text{給付費総額} = 1 \text{人あたり給付費} \times \text{要介護発現率} \times \text{第1号被保険者数}$$

上記の式を先の保険料に代入すると、第1号被保険者数が分母と分子にあらわれるので相殺され、保険料は以下のようなになる。

$$\text{第1号被保険者の保険料} = 1 \text{人あたり給付費} \times \text{要介護発現率} \times \text{約} 17\%$$

これより、各市町村の第1号被保険者の保険料は、1人あたり給付費と要介護発現率に依存することがわかる。1人あたり給付費は、サービス基盤が充実しているところほど、要介護別の基準内において多額にできる。また、1人あたり給付費はサービス費用と大いに関係する。サービスの費用は、施設サービスの方が在宅サービスより高い。また、介護保険法では、療養型病床群が新たに給付対象サービスとして加わっている。療養型病床群の建設は既存の介護力強化型病院の改造を含め、急ピッチで進められている。それを、便宜上「医療サービス」と呼べば、費用は医療、施設、在宅の順に高い。したがって、サービス基盤が充実しているか、同じような水準のサービス基盤なら、医療や施設の方が在宅と比較して充実していれば、その分1人あたり給付費は多くなり、保険料は高くなる。

また、保険料は要介護発現率にも依存する。第1号被保険者の数が多くなればなるほど保険料収入が増えるので、実際に支払う保険料は安くなるように思える。しかし、問題は、第1号被保険者の中身である。第1号被保険者の中には、介護を全く必要としない人がいる。むしろ、要介護にならない人の方が多い。したがって、第1号被保険者の中で要介護

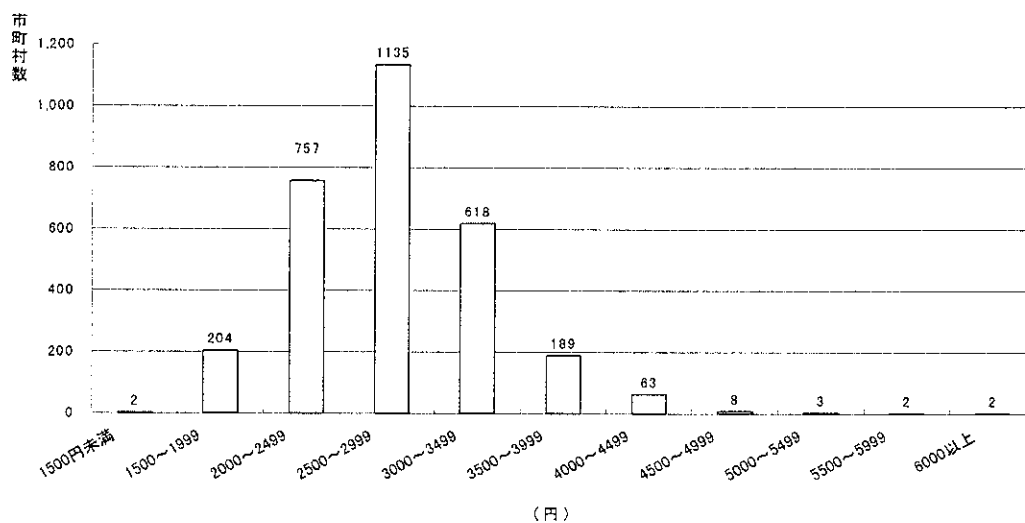
---

<sup>8</sup> 以下の式展開にあらわれる変数は、全て各市町村単位で3年平均のものである。表記の簡略化のため、これらのことは以後省略している。

状態になる人が多い市町村、つまり要介護発現率が高い市町村ほど、その分介護費用がかさむ。一方で、要介護発現率の低い市町村ほど介護費用は節約できる。実際、75歳以上の後期高齢者ほど要介護になる確率が高い。その点をふまえれば、第1号被保険者に占める後期高齢者の割合、つまり、高齢者に占める後期高齢者の割合が高い市町村ほど、保険料は高くなる。

サービスの内訳や要介護発現率の他にも、保険料を決定づける要因がいくつか考えられる。それは、介護保険の運営効率、家族介護の度合い、地域における介護保険以外の高齢者対策に関する取り組み、さらには地域固有の地理的な特徴等があげられよう。なお、厚生省の1999年7月における中間集計では、3年間（2000年度から2002年度）の保険料の市町村分布は、以下のようになっている（図表3）。

図表3 第1号被保険者の保険料の市町村分布（月額）



資料：厚生省資料より

これをみると、2,000円代後半が1,135市町村で全体の38.0%を占める。続いて2,000円代前半が757市町村、3,000円代前半が618市町村、3,000円代後半が189市町村である。なお、加重平均の保険料基準額は2,885円であることも報告されている。

先にみたとおり、保険料が高いところは、医療・施設サービスの方が在宅と比較して充実しているところと、高齢者に占める後期高齢者の割合が高いところである。一例として、