

高齢者介護サービスと自治体の役割

恩田裕之

目次

はじめに	II 国の規制が地方に及ぼす影響
I 地方再生の試み	1 地域密着型サービス
ー介護サービスにおける地方独自の取り組みー	2 外国人労働者の活用
1 介護保険制度における市町村の役割	III 地方の課題
2 給付と負担の関係	1 住民の意見を反映する施策
3 保険料負担に見る地域格差の現状	2 住民と自治体の橋渡し
4 地域格差と地方の取り組み	3 介護サービスの質の確保
	おわりに

はじめに

我が国で介護を必要とする人は年々増加しており、要介護（要支援を含む）の認定を受けている人だけでも、平成17年4月末時点で400万人を超えている（図1参照）。平成12年に介護保険法（平成9年法律第123号）が施行され、介護は家庭内で家族が行うものという考え方から、社会で支える仕組みの構築に向けて変化しつつある。介護保険制度の下では、住民と市町村（東京都特別区を含む）は、被保険者と保険者の関係に位置付けられている。市町村には、負担と給付との関係を決める権限と責任が与えられ、独自のサービスを展開するケースも多く見られるようになった。この結果、市町村が取る施策によって、サービスレベルなどに格差が生じ始めた。厚生労働省の担当者は、「訪問介護や施設利用など、基本的なサービスについては、ある程度の水準は守らなくてはならない。ただ、介護保険制度の趣旨からすれば、地域によって介護サービスに差が出るのはむしろ当然。」との見解を示している⁽¹⁾。

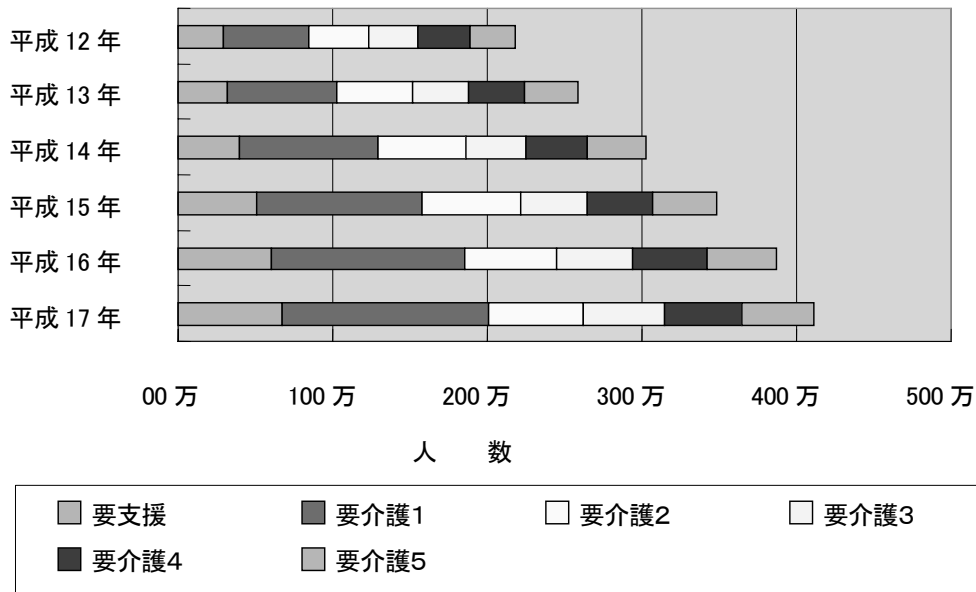
地方再生を進めるためには、市町村が創意工夫により独自の施策を行うことが好ましい。社会経済指標を基にして、日本の市町村を住みよさ順に配列した「住みよさランキング」では、地方税収の高い地域や、介護保険施設が充実している地域などが上位に格付けされている⁽²⁾。介護サービスが充実しており、手厚い給付を行っている地域は、一般的に住民の満足度が高いと考えられているようである。その一方、若年者や、元気な高齢者の中には、介護保険料が取られ損であると考えている人もいる⁽³⁾。手厚いサービスを重視するか、あるいは、住民の負担

(1) 中井清美『介護保険 地域格差を考える』（岩波新書）岩波書店、2003.3, pp.53-54. 厚生労働省老健局企画官の樽見英樹氏の発言を一部省略して引用。

(2) 「第2特集 3大都市圏238市区 住みよさランキング」『週刊東洋経済』5970号、2005.7.23, pp.108-115.

(3) 後述 I章4 (2) 東京都千代田区と稲城市の事例。

図1 要介護・要支援者数の推移



(出典) 厚生労働省ホームページ「介護保険事業状況報告月報(暫定版)」平成12年～17年のそれぞれ4月末時点のデータより作成。(http://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html)

をできるだけ少なくすることを重視するか、住民の意見が反映された施策が行われているかどうか重要である。社会福祉法(昭和26年法律第45号)第107条では、市町村が地域福祉計画を策定・変更する際に、また、介護保険法第117条では、介護保険事業を策定・変更する際に、それぞれ住民の意見を聞くなどの措置を講じる必要があると定めており、介護サービスは、計画し、実行し、再計画する、というプロセスの中で、住民の参加が不可欠となっている⁽⁴⁾。

我が国で現在生じている地域格差は、住民の選択によって生まれたものであろうか。本稿では、現在生じている介護給付と負担の地域格差を検証した上で、住民の意見が反映され、地域ごとに特色ある施策が取られるようにするためにはどうすべきか、特に規制緩和と地方分権に係る論点を中心に検討したい。

I 地方再生の試み —介護サービスにおける地方独自の取り組み—

近年、全国の多くの自治体で、独自の創意工夫による介護サービスが見られるようになってきた。限られた保険財政の中で、いかにして住民が満足する介護サービスを提供することができるか模索され、また、保険料を負担する住民に対して、公平感のある給付と負担の関係を構築しようとする努力が見られる。

1 介護保険制度における市町村の役割

介護保険法が施行されるまでは、高齢者介護は、老人福祉法(昭和38年法律第133号。施設サービス、在宅サービス、高齢者の生きがい対策等について規定)、老人保健法(昭和57年法律第80号。高齢者

(4) 綱辰幸「高齢者福祉と住民参加に関する現状とその課題」『長崎県立大学論集』39巻1号, 2005.6, pp.123-132.

のための総合的な保健事業、医療、費用負担等について規定)などに定める制度の下で行われていた。当時より、市町村の果たす役割は大きかったが、介護保険制度によって、住民と市町村が、被保険者と保険者の関係となったことで、市町村の果たす役割はさらに大きくなった。市町村の主な役割を挙げると以下の通りである。

- ① 居住する住民のうち、誰が被保険者なのか把握・管理する。
- ② 第1号被保険者(65歳以上)の保険料を設定し、徴収する。
- ③ 介護認定審査会を設置し、申請者を訪問し要介護認定を行う。
- ④ ケアプランに基づいて、介護サービスを提供する。
- ⑤ サービス必要量を把握し、介護保険事業計画を立て、実施する。
- ⑥ その他、配食サービスなどの、地域独自のニーズに応じたサービスを提供する。

上記②⑤に見られるように、市町村が担うべき役割のうち最も重要な点は、住民の負担と給付との関係を決める権限と責任を持つようになったことであろう⁽⁵⁾。老人福祉法・老人保健法などの制度の下で介護が福祉サービス等として行われていた時には、サービスの供給量は予算によって制限されていたため、一部の住民がサービスを受けられないような場合には、予算の増減の議論を引き起こすことにつながっていた。しかし、介護保険制度導入により、住民は介護保険料を支払う義務を負うと共に、サービスを受ける権利を持つようになった。そのため、住民がサービスを受けられないような場合には、住民は保険者である市町村に対して、直接不満を訴えることができるようになった。さらに、利用者がサービスメニューと事業者を自ら選択できるようになったことで、質の悪い事業者に対する不満が発生するなど、権利意識が拡大する傾向が見られるようになった。これらの不満に対して、市町村はサービス需要に合わせたサービス提供を行うことが求められ、予算が不足する場合には、保険料の増額などについて住民の理解を求めるなどの対応が必要となった。⁽⁶⁾

2 給付と負担の関係

住民が利用する介護サービスの総費用の財源は、公費が2分の1(国4分の1、都道府県8分の1、市町村8分の1)、保険料が2分の1(65歳以上の住民が支払う第1号保険料と、40歳以上65歳未満の住民が支払う第2号保険料)となっている。平成17年度の場合、第1号保険料は財源の約6分の1を占めている。

市町村が介護保険料やサービス供給量などを決める権限を持つようになったことにより、どこに居住するかによって、負担と給付の格差が生ずることになった。地域の格差を示す指標としてわかりやすいのが保険料であろう。第2号被保険者(40歳以上65歳未満)の場合には、加入する医療保険ごとに保険料が設定されているため、居住地とは無関係だが、第1号被保険者(65歳以上)の場合には、市町村が保険料を設定するため、居住する市町村ごとに異なる。介護サービスの総費用を押し上げる原因としては、以下のようなことが考えられる。

- ① 介護サービスの量が多い⁽⁷⁾：高齢者のうち、要介護認定を受けている人の割合が大きい、または、要介護度の高い人が多い。

(5) サービス必要量と被保険者の保険負担額は、市町村が5年ごとに改定する介護保険事業計画によって決定される。

(6) 小林良彰・名取良太『地方分権と高齢者福祉』慶應義塾大学出版会、2004.8, pp.12-17.

(7) 介護サービスの中でも、特に施設サービスの量が多いことが、第1号保険料をより一層増加させることにつながる。介護療養型医療施設に入院する高齢者が多いとその傾向はさらに顕著となる。これは、介護療養型医療施設の介護報酬額が高いためである。第1号保険料を増加させないために、在宅サービスを拡充して、施設サービス(特に介護療養型医療施設)からの退院を促す施策を取る自治体もある。

- ② 国の基準を上回るサービスを提供している：いわゆる「上乘せサービス」と呼ばれているもの。
- ③ 国の定めるサービスメニュー以外のサービスを提供している：いわゆる「横だしサービス」と呼ばれているもの

①のサービス量が多いか、または②、③が充実していることは、第1号保険料を増加させることにつながる。一方、保険財政に比較的ゆとりがあったり（介護保険準備基金が十分にあるなど）、サービスの必要性に住民が理解を示している場合などに、①～③を充実させる施策をとることができる⁽⁸⁾。

3 保険料負担に見る地域格差の現状

介護保険が導入されてから3年後⁽⁹⁾の平成15（2003）年4月に、各市町村の第1号保険料が改定された。高齢化の進行などを背景に、全国平均は、介護保険導入時には、月額2,911円（第1期介護保険料）であったものが3,293円（第2期介護保険料）に上昇した。最低は山梨県秋山村（人口2,319人、高齢化率24.6%）で1,783円、最高は北海道鶴居村（人口2,666人、高齢化率22.1%）で5,942円であった⁽¹⁰⁾。

(1) 保険料負担が最低の市町村 —山梨県秋山村—

山梨県秋山村は、第1期の第1号保険料は全国で3番目に低かったが、第2期では最低となった。介護保険サービスの受給者は第1号保険者の4.2%と全国平均⁽¹¹⁾から見てかなり低い。村内では、高齢者の多くが健康に生活しており、このことが利用率が低い一因となっているとの見方もあるが、必ずしもそれが理由のすべてではないようである⁽¹²⁾。

村内には、特別養護老人ホームなどの施設はなく、居宅サービスのみを提供している。提供されている居宅サービスも、訪問介護、通所介護（デイサービス）、訪問入浴の3種類のみで、その他のサービス（リハビリテーションなど）は、村外で提供されているサービスに依存している。このため、施設での介護を希望する高齢者は、村外に設置されている遠方の施設へ入所しなくてはならない。近年、比較的近隣に特別養護老人ホームが設置され、入所希望者が出てきている。希望者が入所することになれば、次期介護保険料改定で、第1号保険料が大幅に上昇する可能性がある。現在、同村では、要介護4や5の重度の認定を受けているにもかかわらず、介護サービスを全く利用せずに家族が世話をするケースが見られる。潜在的に、施設入所を希望する人が多くいると考えられ、施設が整備され、需要が掘り起こされれば、利用者は増えると考えられている⁽¹³⁾。

(8) 静岡市の場合には、条例によって短期入所サービスの回数を増やすなどの上乗せ・横だしサービスを行っている。住民からの声として「保険料が高くなっても充実したサービスを受けたい」との声があったことが一因となっており、住民と自治体との対話の中で上乗せ・横だしサービスが計画されているとのことである。
大谷強「上乘せ・横だしなどの独自サービスに市民合意を取りつける過程の重要性（介護保険と市民社会）」2000.8.
(<http://www.ops.dti.ne.jp/~t-otani/kaigo200008.html>)

(9) 介護保険法第129条第3項に基づき、保険料は概ね3年ごとに見直しが行われる。

(10) 「特集 どうして介護保険料はこんなに違うのか」『介護保険』93号、2003.11、pp.8-15。

(11) 全国の第1号保険者数は、25,299,839人。そのうち要介護認定者は、4,055,666人。認定者のうち、居宅サービスの受給者は2,446,951人（第1号保険者数の9.7%）、施設サービスの受給者は、772,332人（同3.1%）。（厚生労働省ホームページ「介護保険事業状況報告月報（暫定版）」平成17年7月末時点のデータより）

(12) 秋山村のケースについては、前掲注（10）、p.15.による。

(13) 同上

要介護認定についても、同村では、平成14年度の認定率は6.7%で、山梨県平均11.9%と比べてかなり低い。要介護認定は一定のルールに基づいて行われているが、最終的な認定の権限は市町村にある。サービスの充実度が認定に影響を与えていることは従来から問題となっており、介護基盤が整備されていない地域では、認定さえしてもらえなかったり、重症度が評価してもらえなかったりする実態がある⁽¹⁴⁾。

(2) 保険料負担が最高の市町村 —北海道鶴居村—

北海道鶴居村は、第1期の第1号保険料は、3,602円だったが、第2期で5,942円に上昇した。第1期の介護保険料を設定した時期に見込まれていた施設入所者数を大幅に上回る入所希望者があったのが、急増の大きな原因と考えられている。独居老人や、高齢者夫婦のみの世帯が多く、施設への入所希望が潜在的にあったと分析されている。また、北海道は、他の都府県に比べて、介護療養型医療施設が多いことも要因になっている。さらに、在宅介護を受けている高齢者を対象に、上乘せ・横だしサービスが行われており、①在宅介護サービスの自己負担額の2分の1を助成、②家族介護用品（紙おむつなど）の購入費の助成（月額上限6,250円）、③家族介護者に対する月額10,000円の支給、④家族介護者への村内宿泊施設での宿泊料の助成（上限7,000円）などのサービスを行っている⁽¹⁵⁾。

第1号保険料の上昇については、住民説明会を開催し、自治体が住民から広く意見を求めたほか、計画策定委員会などにおいて村が説明を行っている。介護サービスを拡充する一方で、平成15年からは、それまで行っていた高齢者への一泊無料宿泊券の交付を取りやめるなど、高齢者全員を対象としたサービスの一部を縮減して、財源の捻出に当たっている。一泊無料宿泊券の配布等については、以前から賛否の意見があったようであり⁽¹⁶⁾、第1号保険料の上昇については、住民から村への問い合わせが数件あったのみとのことである⁽¹⁷⁾。

4 地域格差と地方の取り組み

冒頭でも指摘したとおり、地方再生の観点から、地域格差が生まれることはある程度当然のことであり、住民の選択と自治体の努力によって地域ごとにそれぞれサービスメニューが実施されることが望ましい。介護サービスの全てが全国一律に定められたものであれば、自治体は介護サービスの運営を行い、住民は自治体の運営に不備があれば批判する、という立場を取ることにとどまっていたであろう。

地域に格差が発生したことで、住民は自分の住む自治体の行っているサービスが全国的に見てどの程度のサービスレベルにあるのか知りたいと考える傾向が見られ、介護サービスについても、近隣に見習うべき自治体があるのならば、住民は自ら声を上げ、サービスを実現するよう自治体に働きかける動きが見られるようになった。

例として埼玉県的事例を見てみよう。埼玉県では、介護保険法施行時点で、92市町村のうち26市町で保険給付の上乗せサービスを行っていた。こうした先進的自治体の事例を全県に広げようと、埼玉県社会保障推進協議会が取りまとめ役となって、住民と自治体の関係部課長の間

(14) 中井 前掲書, pp.44-46.

(15) 鶴居村広報『つるい』2005.8, p.5.

(16) 鶴居村広報『つるい』2003.5, p.7.

(17) 前掲注 (10), p.12.

で意見交換、懇談などが頻繁に行われてきた。この結果、自治体独自に抱えている課題に対する解決方法を模索しようとする動きをもたらし、その後、上乘せサービスを行う自治体が増えている⁽¹⁸⁾。

このような、先進的自治体の事例は住民から大きな関心が寄せられている。以下では、様々な自治体に取り組んでいる独自のサービスの事例を挙げたい。

(1) サテライト型特養（特区）

老人福祉法が制定された当時は、特別養護老人ホームの施設数が少ない状態であった。昭和46（1971）年から社会福祉施設緊急整備5ヵ年計画がスタートし、また平成元（1989）年にはゴールドプラン、平成6（1994）年には新ゴールドプランが策定され、特別養護老人ホームの建設が次々と進められるようになった⁽¹⁹⁾。特別養護老人ホームには、一定数以上の介護・医療スタッフが配置されており、健康状態の急な変化などに迅速に対応できるという点で優れている。しかし、市町村に1、2か所しかないケースも多く、入所者は自宅から遠く離れて生活することも多い。また、特別養護老人ホームのような、大規模施設に入所することは、生活から家庭的な雰囲気感が奪われてしまうと感じる利用者も少なくない。こうしたことが、入所者の心にも影響を与え、認知症が悪化するなどの事例もある⁽²⁰⁾。

このような状況の中、複数の自治体が「サテライト型特養」と呼ばれる施設の検討を進め、複数の自治体が、構造改革特区（以下、「特区」とする）として実施の段階に移行している。サテライト型特養は、既存の特別養護老人ホーム本体の支部として作られた小規模施設のことであり、現在の規制（人員、設備、立地）の下では実現が困難である（表1参照）。サテライト型特養の場合、特別養護老人ホームのスタッフは、本体と小規模施設の両方の入居者のケアに当たり、緊急時には小規模施設にも駆けつけられる体制を取る。こうすることで、利用者は特別養護老人ホームのサービスを受けつつ、自宅近くの小規模施設に入居することができ、より家庭的な雰囲気生活することができる⁽²¹⁾。

表1 サテライト型特養（特区）における規制緩和
（長岡市の例：平成17年1月特区として認定）

	現在の規制	特区としての規制緩和
人員	サテライト部分には、特養本体とは別に介護スタッフを配置することが必要。	特養本体部分とサテライト部分で介護スタッフが兼ねられる（合計して特養の人員基準を満たせばよい）。
設備	サテライト部分の特養と同等に機能させるために調理室が必要。	サテライト部分は、簡易な調理設備でも可。
立地	サテライト部分の立地は、特養本体同様、民間（国または地方自治体以外）からの賃貸は不可。	サテライト部分の立地については、民間からの賃貸も可。

（出典）長岡市ホームページ「構造改革特別区域計画の認定申請について」2005.1.
<http://www.city.nagaoka.niigata.jp/dpage/kouhou/kaiken/050128/siryou2.pdf>

(18) 平成12年の1年間で、全県92市町村において、1自治体70分程度の懇談が行われた。渡辺繁博「地域の取り組みを考える」石川満・自治体問題研究所編『資料と解説 先進自治体の介護保険制度』自治体研究社、2000.8, pp.107-116.

(19) 老人福祉法が施行した昭和38（1963）年時点で、特別養護老人ホームは1施設であった。翌年、昭和39（1964）年時点には、13施設となり、その後、整備が進められ、昭和46（1971）年：197施設、平成元（1989）年：2,125施設、平成6（1994）年：2,576施設、平成15（2003）年：5,084施設と増加している（厚生労働省大臣官房統計情報部『社会福祉施設等調査報告』平成15年上巻、p.38.等による）。

(20) 今瀬俊彦「グループホームの理解と開設形態の検討」『日経ヘルスケア』142号、2001.8, pp.119-122.

(21) 石田光広「稲木市の地域包括ケアの実践と今後の方向」『介護支援専門員』7巻2号（通号36号）、2005.3, pp.34-35.

特区で認められているサテライト型特養の場合、本体と小規模施設を併せた入居者定員は既存の特別養護老人ホームと同じであるため、入居定員を増やすことにはつながらないが、既存の施設で生活する要介護者が減ることで、個室を増設することが可能になるなど、より快適な生活環境を提供できるようになる。サテライト型特養の建設については、アパートの空室や商店街の空き店舗などを改装する構想もあり、住民が流出して閑散としていた地域に、高齢者、その家族、介護労働者などの流入を生み出し、そのことが地域経済の活性化につながると期待している自治体もある⁽²²⁾。厚生労働省は、平成15年に出した報告書「2015年の高齢者介護」の中で、「将来的には、サテライト方式の通所介護拠点を強化し、利用者のニーズに応じて訪問・宿泊・居住機能を備えることが考えられる」とし、サテライト型特養は、「在宅での生活と施設での生活との間に断絶が生じないように、その隙間を埋めるものとして大きな役割を果たす⁽²³⁾」として期待されている。

(2) 保険料負担の控除の検討

介護サービスを充実させれば、第1号保険料の上昇につながる。これについて、介護サービスを利用しない元気な高齢者に、取られ損という意識を生じさせる傾向がある。このため、保険料の増額を伴った介護サービスの充実には反対の声が上がるケースも見られる。介護サービスの充実と、保険料負担の抑制を両立させるために、東京都千代田区や稲城市は、ボランティア活動をした高齢者に対して、介護保険料を控除する仕組みを検討している⁽²⁴⁾。ボランティアの対象として想定されているのは介護保険施設での付き添いや配膳などである。これにより介護施設での人件費も節減でき、元気な高齢者が、身体を動かすことで、要介護状態に陥ることも防止されると期待されている。控除された保険料は介護保険準備基金から充当する計画となっている。

厚生労働省は、平成17年10月に「介護保険料設定の弾力化について(案)」を提示し、その中で、第3期の介護保険料設定に適用できるよう法令を改正する方向を打ち出している。今後、保険者からの意見を広く集めた上で検討を進めたいとしている⁽²⁵⁾。一方で、介護保険準備基金から充当することは、将来余裕がなくなった場合、高齢者の保険料に転嫁される可能性がある、として疑問視する意見もあり、実施までにはなお議論が必要な状況である⁽²⁶⁾。

(3) 自治体独自の上乗せ・横だしサービス

国の基準を上回る独自のサービスを行っている事例もある。前述の北海道鶴居村では、家族介護者に月額10,000円を支給しているが、そのほかにも、愛知県高浜市では、要介護者に対して、国の基準を上回るサービス費給付を行っている。特徴的なのは、要介護者の状態悪化を防止する目的で、要支援や要介護1といった比較的軽度の要介護者に対して特に手厚い支給を行っている。具体的には、要支援の人に対しては、月額97,500円、要介護1の人に対しては、月額

(22)「構造改革特区 空知の2件認定 長沼「どぶろく」／芦別「サテライト型居住施設」『北海道新聞』2005.7.9.

(23) 厚生労働省「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～(高齢者介護研究会報告書概要)」2003.6. (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/2.html>)

(24) 2005年8月に、厚生労働省に政令交付などを求めている。

(25) 厚生労働省老健局「全国介護保険担当課長会議資料」平成17年10月31日, p.97-104.

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/051031/dl/4-1.pdf>)

(26)「介護保険控除、自治体の試み」『読売新聞』2005.8.9.

219,800円となっている。国の基準はそれぞれ、月額61,500円、月額165,800円であるから、それぞれ、58.5%増し、32.6%増しでの支給となっていることになる。最重度の要介護5の人の場合には、月額420,100円で、国の基準月額358,300円を17.2%上回っている⁽²⁷⁾。

II 国の規制が地方に及ぼす影響

第I章で見たように、自治体独自の創意工夫が見られる一方で、国の規制が自治体の独自性に影響を及ぼす例も見られる。本章では、国の規制が地方に及ぼす事例として、「地域密着型サービス」、「外国人労働者の活用」を取り上げる。前者については平成17年の介護保険制度改革により規制が緩和され実行に移される段階となったが、規制によって阻まれていた過去の実態から規制が緩和された現在の状態を概観する。後者については、引き続き規制緩和の議論が行われており地域が抱える問題点や今後の見通しについて述べる。

1 地域密着型サービス

(1) 地域密着型サービスが誕生した背景

平成12年に介護保険制度が発足し、介護サービスの基盤整備が進められた。介護保険制度が導入されたことにより、在宅サービス等は民間の参入が認められるようになったが、特別養護老人ホームについては、民間の参入が認められていない。このため、特別養護老人ホームの建設費用の一部には、公的資金が投じられているが、近年、財政難・規制改革の流れの中で、施設整備費などの公的資金が抑えられる方向に向かってきた。一方、高齢化はますます進んでおり、日本の各地で介護施設が不足する状況が見られ、都道府県・市町村は引き続き、建設にかかる補助金の要求を行っている。このように、ここ数年、補助金をめぐる国と地方（都道府県・市町村）の綱引き状態が続いている⁽²⁸⁾。

特別養護老人ホームには、人員配置や施設の規模など、一定の水準が求められており、施設は大規模なものとなる。利用者の立場から見ると、このことは、日常生活とは大きく異なる環境で過ごすことを強いられ、ストレスを感じる人も少なくない。このように、国からの補助金削減、地方における施設不足、住民からの家庭的なケアの要望、という状況の中で誕生したのが地域密着型サービスである⁽²⁹⁾。

(2) 介護保険法改正と地域密着型サービスの意義

地域密着型サービスとは、平成17年の介護保険法改正により認められたサービス類型であり、平成18年4月から施行される。介護保険法で定める地域密着型のサービス類型は6種⁽³⁰⁾あるが、これまで認められていなかった新しい類型には、「小規模多機能型居宅介護」と「夜間対応型

(27) 介護施設に入所していない要介護者に対して、居宅介護支援券が配布される（要介護度3以下は2万円分、要介護度4、5は4万円分）。この券は、市内の指定店舗で、紙おむつ・清拭剤などの介護用品や、理容・美容サービスの代金に充てることができる。高浜市ホームページ〈<http://www.city.takahama.lg.jp/>〉(last access 2005.12.7.) (以下同じ)

(28) 苛原実『あなたが始める小規模・多機能ホーム』雲母書房、2004.9, pp.10-31.

(29) 同上

(30) 「夜間対応型訪問介護」「認知症対応型通所介護」「小規模多機能型居宅介護」「認知症対応型共同生活介護」「地域密着型特定施設入居者生活介護」「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」の6種（介護保険法第8条第14号）。

訪問介護」がある。前者は、「居宅要介護者について、居宅で、またはサービス拠点に通わせ（通所）、もしくは短期間宿泊（ショートステイ）させ、介護、日常の世話をを行う」ことで、一つの施設で総合的にケアを行うものである（介護保険法第8条第17項）。後者は、「居宅要介護者について、夜間において、巡回訪問により、または通報を受け、居宅において、介護、日常の世話をを行う」ことで、24時間、ヘルパーの世話を受けることができるものである（同法第8条第15項）。地域密着型のサービスについては、厚生労働大臣が政令等で定める範囲内で、市町村はサービス事業者の基準を定め（同法第78条の4第4項）、監督を行う権限を持ち（同法第78条の6）、介護報酬を決定できるようになった（同法第42条の2第4項）。

地域において、小規模多機能型居宅施設によるサービスが行われることによって、利用者は自宅での生活を続けながら、状態の変化に応じて、様々な介護サービスを切れ目なく、適時かつ適切に受けることができるようになる。また、ヘルパーは、特定の利用者に対して、様々なサービスを行うことができ、中長期的な経過を見ながら、ケアを行うことも期待されている。また、近隣に住んでいるヘルパーに従事させることによって、地域ぐるみのネットワークの中で、利用者に対して身近な安心を提供しようと試みる自治体もある⁽³¹⁾。

また、夜間対応型訪問介護のサービスによって、在宅において、24時間切れ目のないサービスを提供することが可能となる。わが国でききがけて夜間巡回型介護サービスを行った福岡県の介護事業者によると、このサービスによって、家族介護者が安心して睡眠をとる事ができ、昼間に要介護者を伴って外出し、散歩することができるようになったなど、大きな効果があったという⁽³²⁾。

(3) 地域密着型サービスと財政方式

従来も小規模多機能型居宅介護のような施設は存在していたが、滞在型施設であるグループホームの一種として扱われていたため、他の市町村の住民が利用する場合、グループホームの所在地の市町村が負担を負っていた。このため、同種のサービスを行っていない近隣の自治体から、利用者が流入してくるなどの問題が発生していた。

群馬県では、介護保険法施行後、県内でグループホームが急増（平成12年末は36事業所、平成14年末は109事業所）し、平成14年時点で、県内グループホームの利用者の約8.2%が県外の人となっていた。このため同県は、介護保険負担の増加を抑えるため、平成14年6月に要綱を作成し、新規参入の規制を行っている⁽³³⁾。神奈川県秦野市では、平成14年時点で、地域内の大型の有料老人ホームでは、地元住民の利用は約2%であり、その他は遠方からの利用者となっていた。このため、平成14年10月に、市は有料老人ホームの設置調整要綱を制定し、有料老人ホーム等の新規設置を規制し、入所者の7割以上を1年以上市内に住んでいる住民とすることを基準として設けた⁽³⁴⁾。

地域密着型サービスの場合には、市町村ごとに事業者の基準を定め、監督を行い、介護報酬を決定するため、市町村ごとのサービスという傾向が強くなる。地域外からの利用者は、介護

(31) 埼玉県志木市では、小学校区ごとに地域密着型サービスの拠点を置き、なるべく同じ校区内に住むヘルパーを従事させる計画を立てている（志木市役所訪問の際の担当者の説明による）。

(32) 大熊由紀子「24時間対応ホームヘルプへの挑戦」『介護保険情報』6巻3号、2005.6、pp.38-41。

(33) 「施設過剰で開設規制 介護の質低下防ぐ県が整備計画 行政指導で禁止もグループホーム」『上毛新聞』2003.4.4。

(34) 「有料老人ホーム、お断り!? 自治体が建設規制」『読売新聞』2002.12.13。

保険の請求ができず、全額自己負担することが決定されている⁽³⁵⁾。

(4) 地域密着型サービスの今後の課題

地域密着型サービスは利用者にとって歓迎される制度と言えそうだが、事業者サイドからは、小規模事業者が様々なサービスを展開することは、介護労働者に過度な負担を強いることになり、運営が困難になるのではないかといった懸念がある。例えば、「夜間対応型訪問介護」を考えると、特別養護老人ホームであれば数十人の介護スタッフが常勤しているため、交替で夜勤を担当することで対応が可能になるが、地域密着型の場合には、少人数でこれをこなさなければならないため、現実的に可能かどうか疑問視する向きもある。また、地域密着型サービスはその役割から見て、通所ケアを中心とし、宿泊ケアは必要に応じて行うのが望ましい。しかし、事業者の経営の観点からは、宿泊ケアの高齢者が定員一杯いることが好ましい。事業者が経営面を重視して宿泊ケアを優先して受け入れるようになると、緊急的に宿泊ケアを利用したい本来の利用者に不便を強いるなどの不具合が生じ、地域密着型サービスの本来の機能を失いかねない⁽³⁶⁾。

また、介護保険法では、市町村が地域密着型サービスに対して決定する介護報酬は、厚生労働大臣が定める額の範囲内と定められている。一方、サービスの質を確保するために、地域の状況に応じて、人員配置が多いなどの要件を満たしている場合について、その範囲を超えた高額報酬を設定できるようにするべきとの案が政府から出されている。しかしながら、この案については、市町村が高額報酬を定めると、通常の介護報酬と同様に一部を国が負担することになるとして反対する意見も出されており、今後の議論を要する⁽³⁷⁾。

2 外国人労働者の活用

(1) フィリピンからの要請とその後の動き

近年、ホームヘルパーなどの介護労働者のニーズは急増し、人員不足の状態になっている。今後も高齢化の進行に伴い、ニーズの増加が予想され、一層人員不足の状況が深刻になるであろう⁽³⁸⁾。また、訪問看護サービスが促進されており、要介護者が訪問看護を利用するケースが増えている。このため、訪問看護ステーションに従事する看護師も増加の傾向にあり、今後、高齢化の促進に伴って、介護士、看護師の不足が予想されている⁽³⁹⁾。自治体には、限られた財政の中でよりよいサービスを展開することが求められている。人員の不足は、サービスの量を低下させるだけでなく質も低下させる。そうしないためには、住民の選択によって、質の悪い業者や従事者が排除されるような仕組みが求められる。

こうした介護士・看護師の不足が見られる中、フィリピンから、看護師・介護士の日本での就労を認める要請がある。出入国管理及び難民認定法（昭和27年法律126号）では、外国からの

(35) 厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」平成16年9月14日（<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/040914/index.html>）

(36) 三浦研「宅老所から小規模多機能へ：その可能性と課題」『住宅』625号、2004.10、pp.53-54.

(37) 厚生労働省「社会保障審議会介護給付費分科会（第31回）資料 新規サービス等の報酬体系に関する議論等の整理（案）」平成17年10月12日（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/dl/s1012-7b2.pdf>）

(38) 「労働者の過不足状況」『介護事業所における労働の現状 平成16年版』財団法人介護労働安定センター、2004.7、p.14.

(39) 恩田裕之「医療提供体制の改革の論点－在宅医療の拡充への動き－」『調査と情報－ISSUE BRIEF－』498号、2005.10.21、p.7.

看護師は4年以内の研修が認められているだけであり、介護士については単純労働者とみなされて、いずれも就労目的での入国が認められていない⁽⁴⁰⁾。2002年以降、日本、フィリピン間で、看護師・介護士の受け入れを巡って協議が行われ、フィリピン側からの要請に対して、日本側からは言語の違いによる障害などの回答がなされた⁽⁴¹⁾。

会合での協議の成果を受ける形で、2004年11月に、看護師・介護士の受け入れを認める方向で合意がなされた。具体的には、一定の要件を満たすフィリピン人の看護師・介護福祉士候補者の入国を認め、日本語等の研修を受け、国家資格を取得した者には引き続き就労を認めるとするものである。この合意に基づいて、2005年中に、「日本・フィリピン経済連携協定」を締結し、看護師・介護士の受け入れの具体的な条件などを決定する予定であったが、条文交渉等に遅れが発生し、2005年11月現在、締結に至っていない⁽⁴²⁾。

(2) フィリピン人看護師の実態

フィリピンでの看護師養成の実態について見てみると、国の認可を受けた養成校に入り、養成課程を学んだ上で、国家試験に合格する必要がある。看護師の人気は高く、養成校に入るとは狭き門と言われている。また、国家試験の合格率が低い学校は閉鎖されることもあるため、養成校では校内試験を行うなどして受験する生徒を絞り込んでいる。養成校の卒業生が4～5万人であるのに対して、国家試験受験者は2万人程度に絞り込まれているものの、国家試験の合格率は49%で、日本の合格率80%と比べてかなり低い。既に、アメリカ、イギリスなどの英語圏の国々がフィリピンの看護師を受け入れているが、こうした国での労働の門戸が開かれていることが人気を呼び、国策としてフィリピン人看護師・介護士の信頼性を維持しようとするインセンティブにつながっている⁽⁴³⁾。

2004年11月の合意では、日本に入国し、研修を受ける前に、フィリピンでの看護大学または4年制大学を卒業することが要件として含まれており、特に質の高い労働者が入国してくると予想されている⁽⁴⁴⁾。

(3) フィリピン人労働者活用のための課題

今後、両国の合意内容を実施するに当たって幾つかの問題点が浮上している。①日本語教育の費用負担、②在宅サービスへの従事問題、などである。フィリピンから入国した看護師・介護士に対しては、日本語教育を提供することが合意されている。これまで看護師を研修生として受け入れた実績に基づく、1人当たりおよそ1000万円程度の費用がかかると言われている。日本語教育は、経済産業省所管の財団法人海外技術者研修協会（AOTS）と国際交流基金が行うことで、日本とフィリピンの間で合意されているが、誰が費用負担するかは今のところ明確ではない⁽⁴⁵⁾。AOTSが負担するとの情報もあるが、全額を負担するかどうかについては疑問

(40) 井田敦彦「少子高齢化と外国人労働者」『総合調査報告書 少子化・高齢化とその対策』（調査資料2004-2）国立国会図書館調査及び立法考査局，2005.2，pp.247-248.

(41) 経済産業省ほか「日・フィリピン経済連携協定合同調整チーム報告書について」2003.12. 〈http://www.meti.go.jp/policy/trade_policy/epa/html/philippine_houkoku.html〉

(42) 「フィリピン、日本 FTA、年内署名困難に」『日本経済新聞』2005.10.24.

(43) 山本新一「看護師、介護士がやってくる ～日本・フィリピン経済連携交渉⑤ 養成校の乱立や定数増に伴い看護師国験受験者の質が低下」『フェイズ・スリー』250号，2005.6，pp.86-87.

(44) 外務省「共同プレス発表日本・フィリピン経済連携協定」2004.12. 〈http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/philippines/hapyou_0411.html〉

(45) 前掲注 (43)

の声があり、最終的に雇用先となる病院や介護施設、あるいは地方自治体などに費用負担が発生する可能性がある。受け入れに当たっては、日本人であるかフィリピン人であるかによって、報酬に差はつけないとの合意がなされているため、人件費が大幅に軽減されるというようなことはあまり考えられず、雇用先がこれらの費用を負担するメリットが少ないとも言われている⁽⁴⁶⁾。

フィリピン人看護師・介護士は事業所と契約をして施設で従事することが条件となっており、在宅サービスを行うことは想定されていない⁽⁴⁷⁾。外国人労働者に対しては、不法滞在などの懸念から、当面慎重に対応するべきであるとの見方がある⁽⁴⁸⁾。地域においては、特別養護老人ホーム等の大規模施設でのサービスから、地域密着型へと移行し、在宅に近い形でのサービスが求められている。当面は、施設で従事するにとどまるが、今後、フィリピン人が働くことが定着すれば、地域に密着したサービスへの拡大の声が上がると考えられ、不法滞在等に対して何らかの対応策が迫られる可能性があると言われている⁽⁴⁹⁾。

以上見たように、国の規制のあり方が、直接、地域における、介護・看護マンパワーのあり方に影響を及ぼすこととなり今後の動向が注目される。

III 地方の課題

国の規制が緩和されることにより、今まで行われていなかったサービスが展開され、新しい事業形態によるサービスを可能にするが、そのために、住民間に不公平が生じたり、介護サービスの質が低下することも懸念される。こうした事態を発生させないようにすることは、自治体に課せられた任務と言えよう。本章では、住民と自治体との間で双方向の情報伝達が行われるための方法、また、粗悪な業者を排除するための、監視システムのあり方について論じる。

1 住民の意見を反映する施策

(1) 情報の公開・伝達

介護保険によって利用者本位のサービス提供を実現するためには、情報の公開・共有が必要である。特に介護を必要とする高齢者が自ら情報を入手するのは困難な場合が多く、単に公開するだけでなく、情報を適切に利用者に伝達することも必要である⁽⁵⁰⁾。

情報公開・伝達にあたっては、ケアマネージャーの果たす役割が大きい。ケアマネージャーは利用者のケアプランを作成する際に、利用者に対して、利用することができるサービスや、サービスを行う事業者について適切に説明を行い、利用者を選択させる必要がある。また、自治体独自のサービス（家庭内介護者への金銭給付など）を展開している場合には、ケアマネージャーがそれらを熟知して、必要に応じてケアプランに盛り込まなくてはならない。しかしながら、実際にはケアマネージャーの業務量が多いため1人1人にきめ細かいサービスが行われておらず、ケアマネージャーの技量によってばらつきが見られることもある⁽⁵¹⁾。

(46) 山本新一「看護師、介護士がやってくる ～日本・フィリピン経済連携交渉② 動き始める医療、福祉現場 日本語研修コストの負担先は？」『フェイズ・スリー』247号, 2005.3, pp.80-81.

(47) 同上

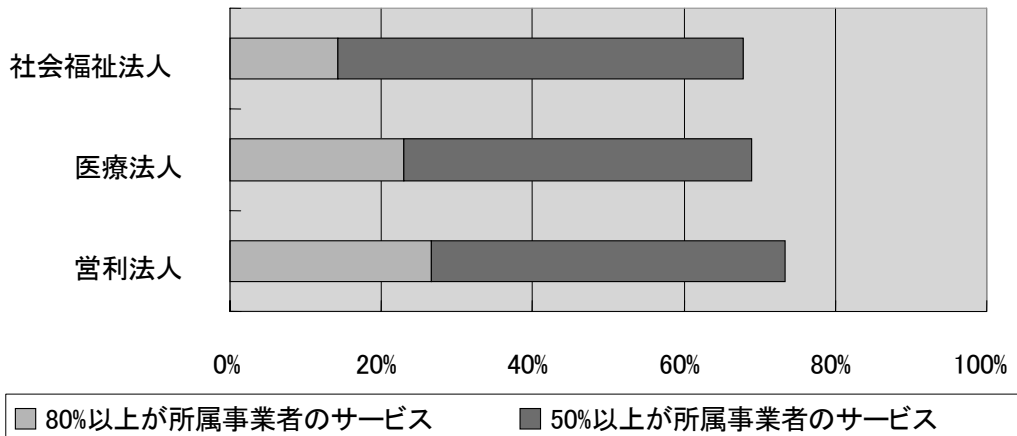
(48) 同上, p.81.

(49) 同上

(50) 小林・名取 前掲書, pp.150-151.

(51) 同上, pp.152-153.

図2 ケアプランがケアマネージャーの所属する事業者の提供サービスで占められている事業者の割合



(出典) 山田誠『介護保険と21世紀型地域福祉 地方から築く介護の経済学』ミネルヴァ, 2005.4, pp.126-127. をもとに作成。調査は、2004年5月に鹿児島県内において介護支援専門員協議会に加入している事業所1003か所(有効回答323)、同地域の介護保険者96(有効回答96)に対して、聞き取り調査を行ったもの。

(2) 住民の自己選択

現行制度では、ケアマネージャーがサービス提供事業者に所属することが認められているため、ケアマネージャーの所属する事業者のサービス内容によって、ケアプランに差が生じることが問題点として指摘されている。鹿児島県域で行われた調査によると、ケアマネージャーが所属する事業所によって提供されるサービスで占める割合が50%以上の事業所は、運営母体によって数字は異なるが、いずれも60%以上となっている(図2参照)。営利法人に限ると、26.7%の事業所が、サービスの80%以上を所属事務所の提供するもので占めるプランを作成している。利用者側から見た場合でも、介護サービス事業者の決定は、ケアマネージャーからの勧めが22.2%、病院・医師からの勧め⁽⁵²⁾が15.8%となっており、両者を合わせると、自分や家族主導で決めた割合を上回る。これらのデータから、サービスの提供側と受け手側とで情報の偏在があり、サービス選択に当たって、提供者側が大きな影響力を持っていることが読み取れる⁽⁵³⁾。

(3) 市町村がなすべきこと

住民の自己選択を尊重する観点からは、住民が自ら必要なサービスを決定し、適切なサービス事業者を選択することが重要である。そのためには、ケアマネージャーの質を高める方策が必要となる。ケアマネージャーには、①地域内のサービス供給状況についての情報収集能力、②利用者に対して適切なケアプランを作成する能力、が求められ、さらに施策面では、③公正中立な業務展開のためにケアマネージャーを独立した事業者へ転換させる制度、が必要となる⁽⁵⁴⁾。

また、要介護認定のための訪問調査や、ケアプラン作成をケアマネージャーに“丸投げ”す

(52) 疾病により入院し、治療後、医師が介護サービスの必要性を判断し、介護保険の受給の申請に至るケースがある。こういったケースは全申請者の20.8%を占めている。

(53) 山田誠『介護保険と21世紀型地域福祉 地方から築く介護の経済学』ミネルヴァ書房, 2005.4, pp.126-129.

(54) 同上, pp.130-131.

る自治体が多い。その結果、利用者が必ずしも必要としないサービスを勧められ、介護保険財政を悪化させると指摘されている。鹿児島県川内市⁽⁵⁵⁾では、平成16年4月に訪問調査をケアマネジャーへの委託から、市の嘱託職員に切り替えた。この結果、新規の認定者は33%減り、認定が軽度化した人も大幅に増えている。認定を軽度化して報告することは、事業所の減収につながるため、担当ケアマネジャーがそのような報告を控えていたことが原因と考えられている。平成16年度から、要介護認定のための国の補助金が廃止されたため、全国で“丸投げ”をする自治体は増えていると推測されている。ケアマネジャーによって過度のケアプランが作成される傾向も指摘されており、介護サービスが住民に公平に提供されるような地方の施策が必要である。川内市のように、市が自ら調査を行うなどして、公平なサービスを行うことが求められている⁽⁵⁶⁾。

平成17年8月、厚生労働省は要介護度の低い（「要支援」など）人について、栄養改善、筋力向上などにより、要介護度が改善した場合、事業者に対して、介護報酬を上乗せして支払う方針を決定した。方針によると、まずは通所系サービスについて事業所評価を行い、その実施状況を踏まえて、訪問系サービスに対しても拡大の方向で検討するとのことである。要介護度が改善するなど成功事例に対して報酬を上乗せすることは、介護事業者に対して努力目標が与えられ、よりよい介護サービスを提供する効果が期待される。一方、成果が出ないのに、要介護度の低い人に対して長期にサービスを続けるような事業者が排除され、介護給付費の無駄を防ぐと考えられている⁽⁵⁷⁾。

2 住民と自治体の橋渡し

サービス基盤が十分整備されていない地方では、サービスが十分提供されていなかったり、サービスを受けたくても受けられない現実があるが、そのような場合に、住民の声をサービス基盤の整備に反映させるプロセスが必要となる。社会福祉法（昭和26年法律第45号）第109条第1項では、市町村社会福祉協議会は「社会福祉を目的とする事業の企画及び実施」を行う地域社会福祉の拠点として活動することが定められている。社会福祉協議会には福祉活動専門員（公的財源による職員）が配置されており、社会福祉協議会には、行政と住民との橋渡しの役割を担うことが義務づけられている。すなわち、厚生省通知（平成6年社援発第300号）で「市区町村の区域における民間社会福祉活動の推進方策について調査、企画及び連絡調整を行うとともに、広報、指導そのほかの実践活動の推進に従事する」ことが定められている⁽⁵⁸⁾。

しかしながら、このような役割が果たされていない社会福祉協議会も多い。要介護者の人数や介護事業者の数に対して職員数が少なく、多忙を極め、地域の住民と対話を持つ機会が少ないケースや、職員が行政からの出向などで占められており、理事会や事務局が形骸化しているケースも見られる⁽⁵⁹⁾。社会福祉協議会が本来行うべき住民の窓口としての役割を強化し、必

(55) 合併により、現在は薩摩川内市。

(56) 小宮英美「軽度者の増加、犯人は市町村？ 問題の多い、訪問調査の業者“丸投げ”」『月刊介護保険』108号、2005.2、p.34。

(57) 厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会介護予防ワーキングチーム（第7回）資料「「目標の達成度に応じた評価の仕組み」に係る議論の整理（案）」平成17年10月18日〈<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/s1018-5.html>〉

(58) 山田 前掲書、pp.138-139。

(59) 「横浜市社会福祉基礎構造改革検討会報告書」〈http://www.city.yokohama.jp/me/fukushi/keikaku/houkokusyo_pdf/12shakaifukushi.pdf〉

要な人員を配置するなどの対策が求められる。特に期待される役割としては、①24時間365日体制、②相談の継続性、③地域への訪問、が挙げられる。①は特に、認知症や精神障害を負っている高齢者やその家族にとって必要となる。②は、1つの相談を介護サービスのレベルにとどめずに、回復後の就労支援や生きがい発見を促すことを意味する。③は、相談の機会が乏しい高齢者の声を聞いたり、サービスが行き届いていない地域の情報を収集したりする機能である。より身近に相談ができ、行政に働きかけができる機能が望まれている⁽⁶⁰⁾。

3 介護サービスの質の確保

(1) 自治体による指定・監査

介護保険制度では最低限遵守しなければならない基準が設けられおり、最低基準を遵守させるために、都道府県には、指定の権限、指定の取消しの権限、監査・改善命令等の権限が与えられている。

質の悪い訪問介護事業所が指定取消処分を受けており、年々増加傾向にある。取消処分となった主な原因は次の通りである。①架空の、又は時間や回数の水増しによる介護サービス報酬の請求、②無資格者によるサービスの提供、③虚偽の指定申請、④人員基準違反等⁽⁶¹⁾。しかしながら、指定を取り消された業者は氷山の一角であると指摘されている。また、介護事業者による要介護者に対する身体拘束を含む虐待が後を絶たない⁽⁶²⁾。この点について、都道府県だけではなく、介護サービスの現場を担う市町村にも立ち入り検査などの権限を与えるべきではないかとの指摘がある。これを受けて、平成17年の介護保険法の改正により、市町村も立ち入り検査などを行うことができるようになった⁽⁶³⁾。また、平成17年に高齢者虐待防止法（平成17年法律第124号）が成立し、第7条第1項で「高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、（中略）市町村に通報しなければならない」と定められ、高齢者虐待防止において市町村の役割は大きく位置付けられている。

(2) 第三者評価

行政が行う監査は、法令に基づき、事業者が遵守すべき「最低基準」をチェックするものである。一方、第三者評価とは、利用者の観点から、より望ましいサービス水準を外部の者が評価することである。最低基準に関する指導監査体制のみでは達成できない、より質の高いサービスの実現を図ることを目的とする。都道府県は、公正中立な立場で評価を行うことができる法人として評価機関を選定する。

厚生労働省令により、平成14年10月から、認知症高齢者グループホームについては、定期的に第三者評価を受けることが義務付けられた。このほか、第三者評価を推進している自治体もあり、東京都では、平成16年6月までに、特別養護老人ホームのうち6割程度が第三者評価を受けている。

(60) 藤井博志「地域が一体となって進める総合相談・地域ケアシステム構築の取り組み」『月刊福祉』88巻10号、2005.9、pp.90-95。

(61) 岩間大和子「介護・福祉サービスの質保障のための政策の展開と課題」『レファレンス』651号、2005.4、p.12。

(62) 神奈川県が2002年4月に行った調査によると、県内の施設（特養、老健）において身体拘束を行っているのは、全体の約90%にのぼることがわかった。同様に、2002年4月に千葉県が行った調査でも、75.9%の施設が身体拘束を行っていた。（川越智子『高齢者施設内実態の現実 誰が老人を救うのか』全日出版、2003.7、pp.210-211.）

(63) 介護保険法第90条第1項

第三者評価が、介護事業者や職員が、自らのサービスの問題点に気づく契機となり、その改善に努めることが期待される。しかしながら、法的に義務化されていないために、自治体レベルもしくは事業所レベルで実施の有無や評価の質にばらつきが見られる。また、利用者が事業所を選択する際に有効に活かされるようにするためには、住民に広く情報提供される必要がある。さらに第三者評価の実施には、事業所の費用負担が大きいことが問題となっている。事業者が第三者評価を受けるインセンティブが働くよう、第三者評価が住民の選択に大いに影響を与えるような施策が求められる。第三者評価に関する新通知「福祉サービス第三者評価事業に関する指針について」（平成16年5月）が出され、評価基準の全国的な均質化、都道府県による評価機関の認証のあり方などを定めたガイドラインが示された⁽⁶⁴⁾。今後、この指針に基づいて、各自治体がどう第三者評価を定着させていくかが注目される。

おわりに

高齢化が進行する状況の下で、介護サービスに関する法整備が行われてきた。よりよい介護政策が、住民の選択と自治体の努力によって構築できる状態になっている。自治体には、住民の声に耳を傾け、それを反映させる施策が求められている。介護保険制度が発足してから5年が経過して、そうした動きが見られるようになりつつあるが、住民が自分の自治体で行われている介護政策について把握し、どのようにすればよりよい介護サービスが展開できるか声をあげ、自治体もそれを取り入れるという仕組みが整っているとは言いがたい。

こうした仕組みを整えるためには、自治体は、ケアマネージャーなどを通じて、住民に情報を提供したり、住民の窓口である社会福祉協議会などを活用して、ニーズ・不満を広く集めることが求められる。

また、事業者や介護労働者に対しては、より質の高いサービスを提供するようなインセンティブを働かせる施策が必要である。国が進めている、介護度の改善に対して成功報酬を与えるなどの施策も有効と考えられるし、自治体は、苦情処理手続きを整備するなどして、住民にサービス選択のための情報を与えることも効果が期待できるだろう。

(おんだ ひろゆき 社会労働課)

(64) 岩間 前掲論文, pp.15-17.