

介護保険制度の概要と問題点

渡 辺 啓 子

はじめに

1997年12月9日の衆議院本会議において、介護保険関連三法案「介護保険法案」「介護保険施行法案」「医療法の一部を改正する法律案」が可決成立し、2000年（平成12年）4月1日から、在宅介護サービスと施設介護サービスの同時実施が決定した。

老後の最大の不安要因である介護を、社会全体で支える仕組みとして成立した介護保険法は、ようやく骨格が定まったところであり、保険料や介護報酬（サービスの単価）をはじめ多くの事項が未定で、今後約300項目に及ぶ内容が1999年末をめどに政令や省令で定められていく。介護保険制度は高齢者に対するものであり、その運用についての詳細は問い続けねばならないが、医療・保健・福祉の統合、社会保障構造改革の第一歩として、これまでの介護保険制度に対する論点も含めて、本制度の基本的課題を考察する。

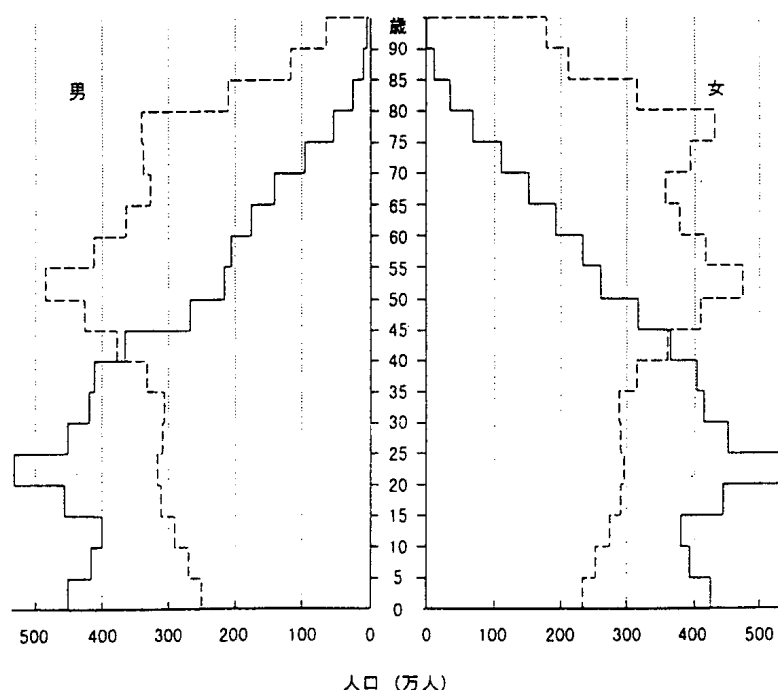
なお、本稿は、早急に詰めねばならない問題点が多々あることを認めた上で、介護保険が必要だという前提に立つものである。まず、介護保険制度導入の必然性を人口高齢化から説明する。

1. 介護保険制度導入の必然性

人口高齢化とは総人口のなかで65歳以上の人口割合が7%に達してなお増え続けることをいう。日本では1970年に65歳以上人口割合が7%になり、その後急速に上昇を続け、国立社会保障・人口問題研究所1997年推計によると、2025年には27%を越え、21世紀半ばにはほぼ33%の水準に達する見込みであ

る¹⁾。また、これらを高齡化元年ともいわれる1970年と2025年の人口ピラミッドによって比較すると(図1)、高齡層人口の著しい増加と若年層人口の著しい減少が明らかである。と同時に、労働力人口もまた大幅に減少することが明らかである。

図1 1970年と2025年人口ピラミッドの比較



このことは、急速に増大する高齡者層を、家族はもちろんのこと、社会がどうやって支えていくかという重大な問題を突きつけるものである。高齡化の進行は出生率低下と死亡率低下によるが²⁾、死亡率低下は平均寿命の伸長に見られるように、人の生存期間をより長くするものであり、今後一層の伸長が見込まれている³⁾。これを65歳時における平均余命で表すと、高齡期がいかに長期化するかが明らかである(図2)。

さらに、これからの高齡化は単に65歳以上人口割合が増えるだけでなく、後期高齡者(オールドオールド)といわれる75歳以上が急速に増加するという新たな段階に移行する(図3)。それに伴って、高齡者介護が重大な問題になってくることは避けられない。

そこで、介護を要する高齡者がどれくらいいるか。平成10年版厚生白書に

図2

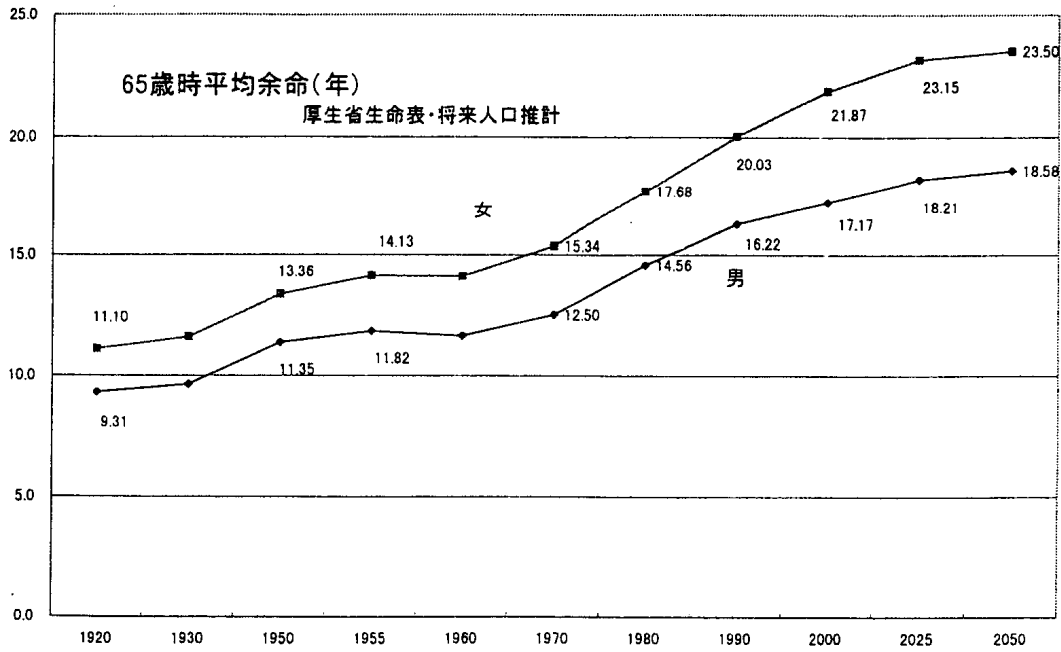
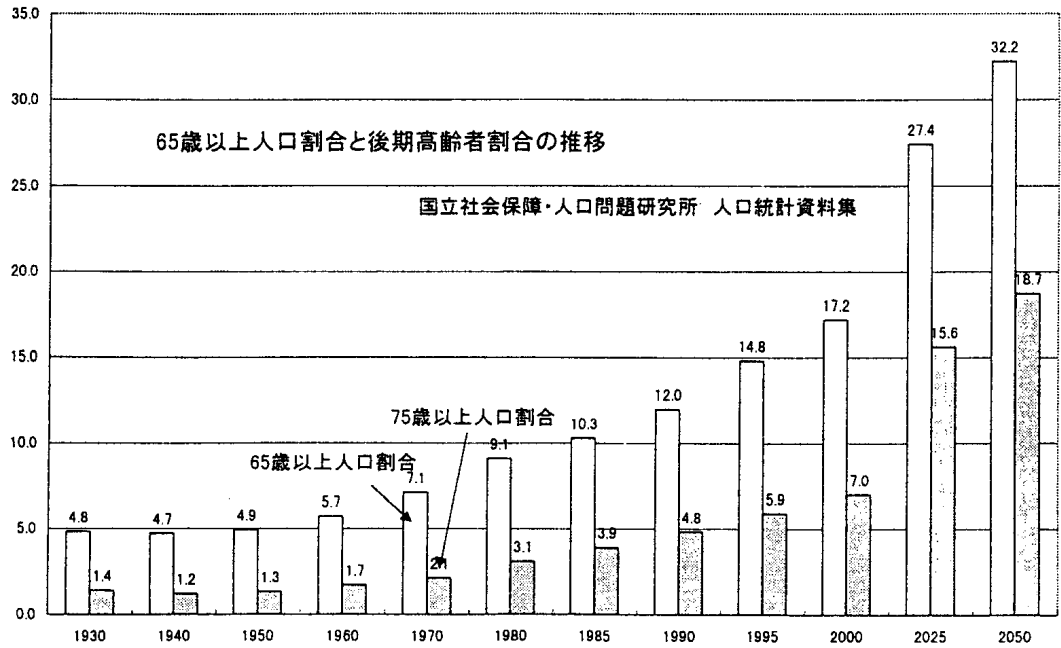
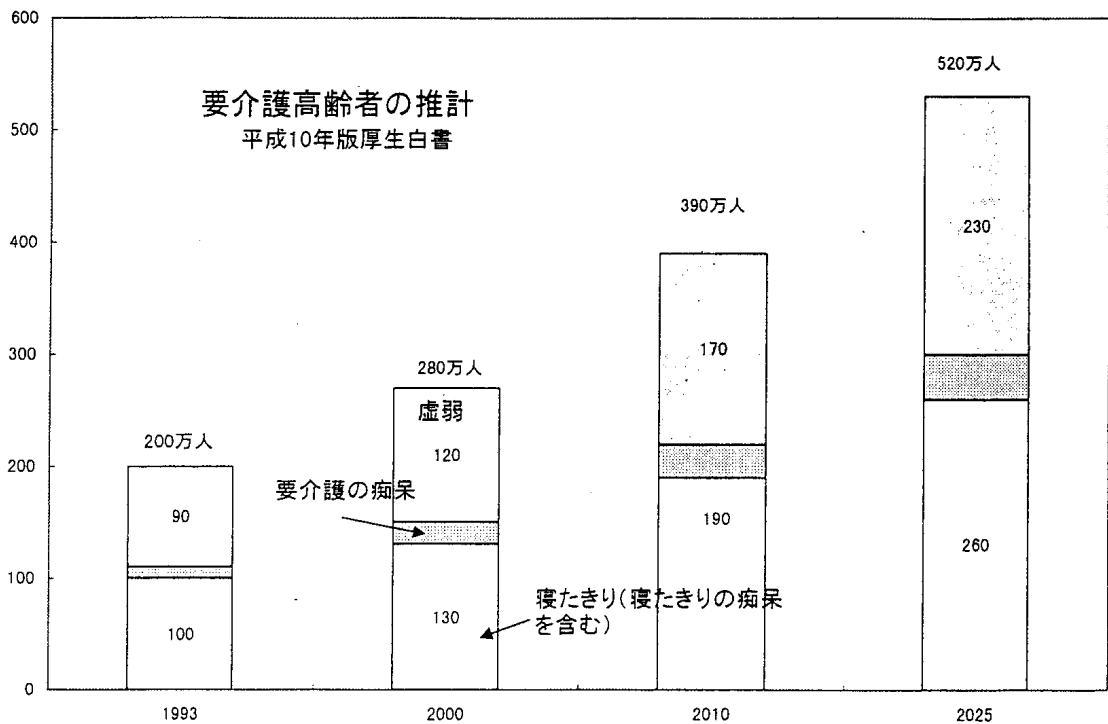


図3



よると、要介護高齢者は急速に増加の一途をたどる。そして、21世紀初頭には520万人に達し、その半数が痴呆をもつ寝たきりと重度の痴呆と見られている⁴⁾ (図4)。つまり、長命化は進むが、それが必ずしも健康で幸せな長寿化にはならないという一面をもつということである。

図4



では現在、要介護高齢者はどこで介護を受けているのか。

表1 在宅・施設別要介護高齢者の割合(千人対)

	65歳以上	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85歳以上
計	82.3	25.1	43.5	79.7	166.2	342.1
在宅の要介護者	49.3	15.5	26.8	46.8	102.3	209.0
全く寝たきり	(7.6)	(1.4)	(4.5)	(6.8)	(15.3)	(37.1)
ほとんど寝たきり	(8.7)	(2.0)	(4.1)	(8.5)	(16.5)	(44.0)
寝たり起きたり	(22.6)	(8.0)	(11.7)	(20.7)	(46.2)	(96.3)
その他	(10.5)	(4.1)	(6.5)	(10.8)	(24.3)	(31.7)
特別養護老人ホーム	11.7	2.1	4.9	11.1	23.0	55.4
老人保健施設	5.0	0.4	1.9	5.1	11.5	23.6
病院・一般診療所*	16.3	7.1	9.9	16.7	29.4	54.1

厚生省「国民生活基礎調査」1995年(ただし、阪神・淡路大震災により兵庫県を除く)・同「社会福祉施設等調査」「老人保健施設調査」・「患者調査」、総務庁『高齢社会白書』平成9年版による。

*厚生省「患者調査」、6ヶ月以上入院している患者数推計による。

表1より65歳以上全体でみると、65歳以上の82.3%が要介護状態にあり、その6割が在宅である。さらに、在宅の要介護状態は極めて重度であることも分かる。施設は特別養護老人ホーム・老人保健施設・医療機関への入所入院を合わせても在宅者に及ばず、いかに要介護高齢者が家族に支えられているかが分かる。もちろん、年齢の高まりにともなって施設介護も増えてはいるが、在宅には遠く及ばない。しかも、在宅要介護は年齢が高くなるほど増加し、家族介護の厳しさが推察される。同時に最晩年の要介護が、施設介護と同じ程度で病院に依存し、医療保険制度に重大な問題を生じさせている。

一方、見方を変えて要介護高齢者がどんな家族に属しているかを見ると⁵⁾(表2)、寝たきりの高齢者の約半数は3世代世帯に属しているが、単独世帯(つまり寝たきりでありながら一人暮らし)や核家族、特に夫婦だけの核家族に属する人もかなりいて、家族の小規模化が進む中で、重度の要介護を家族介護に頼ることの困難さが増しているといわざるを得ない。ここに、介護の社会化の必要性があり、高齢者介護を世代間で支える社会保障制度の確立が求められる大きな理由の一つである。

以上のことから、介護保険制度は社会保障制度の重要な柱の一つとして必然的に生まれてきたといえる。これが、介護保険制度が必要だという前提に立つ所以である。

表2 在宅寝たきり高齢者の世帯帰属率

寝たきり高齢者=100

寝たきり者の 年齢階級	単独世帯	核家族世帯	うち 夫婦のみ	三世代世帯
65歳以上	4.7	22.3	15.1	48.4
60~69歳	3.9	53.9	33.4	31.4
70~79歳	3.2	34.0	23.7	45.1
80歳以上	5.4	12.6	8.3	51.9

厚生省「国民生活基礎調査」1995年(ただし、阪神・淡路大震災により兵庫県を除く)。

寝たきりが2人以上いる場合は年齢の高い方をとる。

2. 介護保険制度の概要⁶⁾

介護保険制度は、40歳以上のすべての人が被保険者となり、市町村（東京は特別区）が保険者となる。65歳以上の介護を希望する人は、原則として保険者に申請し、認定審査会で要支援あるいは5段階の要介護の状態であると認められれば、1割の利用料を払って認定度に応じて定められた限度額分のサービスが受けられるものである。そこで、介護保険制度の基本的な内容に触れておきたい。

1) 給付の上限

医療保険は医療ニーズに従って原則的に無制限に給付されるのが特徴である。これに対して介護保険は要介護認定の段階に応じて給付額が限定される。この給付限定の理由の1つは、介護が生活の一部であるからである。入浴を例にとれば週2回より、毎日来て貰えるならそれを望むのが自然であろう。従って、要介護者の希望どおりに給付すれば財源はたちまち崩壊する。

第2は、介護が生命に直結しないだけに、医療ほど普遍平等の原則を適用する必然性に乏しい点である。医療保険では、保険診療と自費診療の混合診療を禁止しているが、介護保険ではそれが自由にできる。例えば、給付レベルの範囲内で、週2回のサービスとされた場合に、さらにあと2回追加希望すれば、介護保険が2回分負担し、残りの2回分は自己負担にすることで、週4回のサービスを受けることが認められている。

2) 給付内容の決定

医療保険では医師が給付内容を決定するのに対して、介護保険では基本的に本人・家族がそれを決めるのが原則である。それは、介護が本人の生活の一部であるため、サービスの内容も分かりやすいためである。本人が希望するサービスはそれを提供する介護サービス機関を通して決定される。各介護サービス機関において要介護者の希望を聞き、ニーズを分析してケア計画を作成しなければならない。そのために、介護支援専門員（ケアマネージャー）⁷⁾

という新たな認定資格を有する者が、本人・家族の協力者として配置され

る。

3) 給付内容の決定基準

これまでの老人福祉は、本人の状態と家族の介護能力を評価してサービスの提供、施設の入所を行政の措置として決めていた。その場合、たとえ障害が軽度であっても、身寄りのない高齢者の方が、家族がいて高度の障害がある高齢者よりも優先されていた。しかし、介護保険では家族の介護能力とは無関係に本人の状態だけで給付が決定される。つまり、要介護度が同じであれば、同じ給付金額分のサービスを受けることになる。これが、従来の福祉の措置制度とは全く異なる点である。従来のように家族の介護力を見込んでサービス給付を決めると、その家族が倒れるまでサービスを受けられないことになり、冒頭に述べたように、社会の責任において介護を提供するという介護保険の趣意にも反することになる。

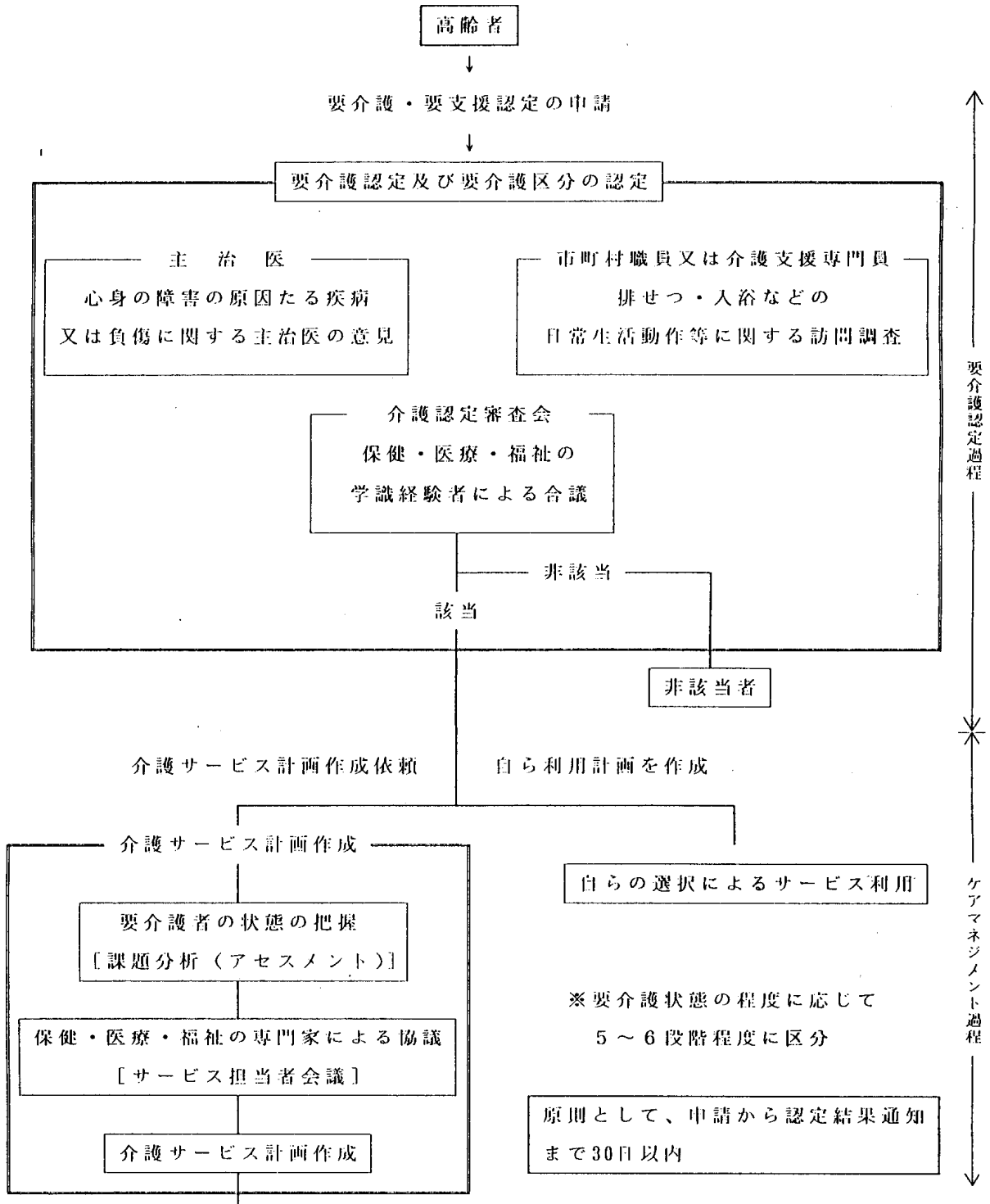
4) 介護保険の利用手順 (図5)

介護保険制度におけるサービスの利用手続きの概略は図5のとおりである。サービス利用手続きは、①被保険者が保険給付を受ける要件を満たしているかどうかを確認するための「要介護認定・要支援認定」の過程と、②要介護認定・要支援認定を受けた被保険者に対する「介護支援サービス」の過程に大別される。

(1) 要介護・要支援認定の申請

介護保険の保険給付を受けようとする者は、まず市町村の窓口にて要介護認定・要支援認定の申請をする。介護保険制度は、2000年4月からスタートするが、その時点から受け付けるのではなく、1999年10月頃より、受付・認定ともにスタートする予定である。申し込みの際必要なものは介護保険証・給付申請書・かかりつけ医の意見書である。

図5 介護保険の利用手順



また、申請の時点で緊急に要介護者本人に訪問サービスが必要であったり、特別養護老人ホームや療養型病床群の入所・入院が必要である場合、先に介護サービスを提供し、手続きは後からでもよい。

(2)訪問調査の実施

給付の申請を提出すると、市町村職員である調査員または、市町村が委託した介護支援専門員が被保険者を訪問し、本人や家族から聴き取り調査を行う。この調査の内容は、質問書をもとに、排泄・入浴・食事等の日常生活動作や、寝たきり・痴呆・問題行動の状況など、認定に必要な85項目にも及ぶものである。その結果を、かかりつけ医の意見書と共に市町村が設ける「介護認定審査会」に提出する。

(3)審査・判定・認定・通知

介護認定審査会は保健・医療・福祉の学識経験者で構成され、訪問調査結果とかかりつけ医の意見書の内容をもとに、全国一律の基準に照合して要支援及び5段階の要介護区分（表3）のどの段階に該当するかを審査・判定する。市町村は、この判定結果を申請から30日以内に申請者に通知する。

(4)介護サービス計画（ケアプラン）の作成

要介護認定の審査・判定の通知を受けて、在宅サービスを利用する場合は、介護サービス計画の作成を介護支援専門員に依頼して、その介護サービス計画に基づくサービスを利用するか、要介護者本人が作成する利用計画に基づくサービスを利用するかを選択する。介護支援専門員は、要介護高齢者の状態や希望など把握した後、介護支援専門員を中心とした保健・医療・福祉のサービス提供者から構成されるチームで協議をした上で、介護サービス計画の作成を行う。また、介護サービス計画作成にあたっては、利用者本人を主体とすることが基本であり、その計画に基づき利用者は介護サービスを利用することになる。

5) 介護保険の給付内容

介護サービス計画に基づいて受けられるサービス内容は、居宅（在宅）サービスと施設サービスに分けられる（表3）。

表3 介護保険証で使える居宅・施設サービス
 〈介護保険法上の名称で表示。()内は現在の名称等〉

<p>【居宅サービス（在宅サービス）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護（ホームヘルプサービス） ・訪問入浴サービス ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・居宅療養管理指導（医師，歯科医師，薬剤師の療養指導） ・通所介護（デイサービス） ・通所リハビリテーション（老人保健施設，病院，診療所などでのリハビリ） ・短期入所療養介護（ショートステイ） ・痴呆対応型共同生活介護（グループホーム） ・特定施設入所者生活介護（有料老人ホーム入居者等への介護サービス） ・福祉用具貸与 ・住宅改修
<p>【施設サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉施設（特別養護老人ホーム施設） ・介護保健施設（老人保健施設） ・介護療養型医療施設（療養型病床群，老人性痴呆疾患療養病棟，介護力強化病院 → 施行後3年間）

居宅(在宅)サービスの中で注目すべきことは、痴呆性老人のグループホーム(痴呆対応型共同生活介護)が法的に認められていることである。痴呆のお年寄りが出る限り家庭的な雰囲気の中で共同生活していくために、施設ではなく在宅サービスとして介護保険の対象としている点である。但し、要支援認定者はこのサービスを受けることができない。

また、有料老人ホームの場合も入所している人を住民の一人として考えるため、その有料老人ホームが様々なサービスをパッケージとして提供していれば、それは在宅での介護保険の対象とする。在宅サービスのうち、住宅改修は、手摺りをつけて廊下を歩き易くしたり、玄関の段差を無くすなどの小

規模な改修に限り、一度だけではあるが別枠の費用が認められる。これは、毎月の要介護の費用には含まれない。福祉用具貸与も1カ月の上限の中に含まないと予測されている。

一方、施設サービスは特別養護老人ホーム・老人保健施設・療養型病床群・痴呆性疾患療養病棟が給付の対象となる。その他に介護力強化病院については、法施行後3年間で療養型病床群へ転換することを条件として給付の対象とする。介護保険の関連法案として同時成立した「医療法(第3次)改正案」の中で、有床診療所についても療養型への転換を求めている。また、療養型病床群は原則として、病棟単位で介護保険専用または医療保険専用の何れにするか、医療機関が選択することになる。

3. 介護保険制度の課題

以上、介護保険の概要を述べてきたが、次に2000年4月の実施に向けて、幾つかの課題を指摘しておきたい。

1) サービスの量と質

介護サービスを利用する者にとって、自分の住む地域に満足できるサービスが準備されているか、が最大の関心事である。「保険あってサービスなし」「安かろう、悪かろう」といったことがないように、サービスを量的、質的に保証する基盤整備が急務である。

新ゴールドプランにより、最低保証とする施設サービス、在宅サービスは、ともに量的に整備されてきた。と同時に対人援助に相応しい専門職の育成も進みつつある。さらに今後、介護保険制度実施に向けて、介護保険施設、サービス提供事業所などの組織と、第一線でのサービス提供者の充実が必須である。

2) 適正な介護必要度認定

介護の必要度認定は、誰もが納得できる明確なスケールがなく、複数の専門家による合議での認定ではあるが、地域差や訪問調査体制の充実度なども

絡んで、非常に困難なものになると予測される。認定事業の基準確立が大きな問題である。

3) 利用者負担金

老人保健の定額負担と異なり、介護サービスの利用者は、毎月納入する介護保険料の他に、利用料として給付額の1割という定率負担が課せられる。保険料は原則として終生、年金から天引き（特別徴収）されると共に、サービス利用料も払い続けるという負担を負うことになる。

4. 介護サービス供給母体の整備と問題点

介護保険は、現在進行中の新ゴールドプランが終了する翌年の2000年度からスタートするが、このゴールドプランの目標数値⁸⁾がすべて達成されても、なおかつ介護保険サービスは要介護・要支援認定を受けた人が給付の上限までフルにサービスを使うとすると十分な供給量とはいえない。そこで、大型の施設ではないが、今ある町や村の中に溶け込んでいけるような小形の施設を造っていくといった工夫がどうしても必要である。例えば、全国どこにでもある小中学校などの空き地を使ったり、公共の建物には必ずデイサービスセンターを設置するなどが考えられる。このように、2000年度から始まる介護保険制度は、さらに新たな基盤整備計画をスタートさせていかないと機能していかないのではないだろうか。

もう一つ注目すべき点は、現在、社会福祉事業法の抜本的な改正準備が進められていることである。介護保険制度では、施設面で特別養護老人ホーム・老人保健施設・療養型病床群が、利用者の獲得をめぐる競争することになる。が、それぞれの施設の設置や設備投資に関わる課税・資金の獲得方法などの競争条件が全く異なるため、これを何とか統一したものにすることが社会福祉事業法抜本改革の一つの目的である。

特別養護老人ホームは、社会福祉法人が運営している場合にはすべて非課税であるが、減価償却は出来ないという難点がある。設置資金の4分の3の補

助金があるため、開設者負担は4分の1である。しかし、その4分の1の負担金が支払えなくて悪戦苦闘しているのが現状であり、そのために、減価償却してほしいという願いがある。医療法人は、法人税も適正に収めていて減価償却も出来る。そこで、介護保険施設となる医療施設と福祉施設のサービス提供の事業主体の条件を統一していきたいということが、この社会福祉事業法の抜本的改正の一つの原動力となっている。前述のとおり現在は、特別養護老人ホームなどの福祉施設を造るときには、資金の4分の3は公的補助金として援助される。しかし、これからの公費負担は、この補助金を廃止して、サービス提供者（特別養護老人ホーム・老人保健施設・療養型病床群）は全部自前で、という形で、病院などの医療施設の開設と同じように福祉の側にも求めていく、という改正になる可能性が取り沙汰されている⁹⁾。この改正は、介護保険制度の実施までに行われるといわれているので、この点を注目したい。

おわりに～介護保険のめざすもの

介護保険制度は、介護を医療から切り離し、財政改革を踏まえた社会保障構造改革の第一歩として成立したものである。その第一の目的は、要介護高齢者の在宅生活における自立と生活の質（QOL）の向上にある。現在、施設介護を希望しても、量的な未整備から在宅生活を余儀なくされている高齢者及びその介護に当たっている家族にとって、施設介護は量的に未整備なので、新ゴールドプランの進行や検討中の社会福祉事業法改正による民間事業者の特別養護老人ホームの経営参入などには、大きな期待が寄せられている。

しかし、望むと望まないに拘わらず、現在まで、長年在宅生活を続けてきた要介護者本人にとっては、施設ができたから、保険ができたからといって、すぐに施設入所を希望するものであろうか。高齢者にとって、生活環境の変化は大きなストレスである。また、家族にとっても、今まで何とか過ご

してきた生活を、すぐに変えようと望むであろうか。恐らく、まずは、これまでの介護負担が介護保険の在宅サービスによって軽減されることに期待して、これまでの在宅生活を続けようとするのではないかと思われる。とすると、介護保険による在宅サービスがどれだけ要介護者のQOLを高め、家族介護の負担を軽減できる内容であるかが大きな問題点となる。つまり前述した介護保険の課題の一つであるサービスの量と質の問題のうち、在宅サービス提供者の量と質が第一に問われることになる。

介護保険制度の目的からも、在宅サービスの基盤整備が進められるであろうが、在宅生活を続ける要介護高齢者及びその家族にとって、最も利用頻度が高いと思われるサービスは生活援助としての訪問介護であろう。これまで、ややもすれば孤立しがちであった要介護高齢者、またその家族が、誰にはばかる事なく生活の援助を、権利として他人に依頼することができるはずである。しかし、それだけに、生活の援助をする人の量と質によって、そこから先の生活が大いに違ってくる¹⁰⁾。

現在、地域ケアシステムとして、フォーマル・インフォーマルケアサービスの一体的な提供が目標とされている¹¹⁾。複数のサービス提供者が、一人の利用者に効率的なサービスを提供をするには、常にメンバー全員の意思統一が必要である。例えば、病院や福祉施設において同様のことが行われる場合、定期・不定期のケースカンファレンスを通じてメンバー間の情報交換が行われ、それに基づいて新たな役割分担が行われる。そのことによって、メンバー間の、ケアをされるものと、するものとの相互理解が生まれ、よりよいケアプランが作成され、メンバー個々の資質の向上が図られている。また、そうすることによって、共通目標達成への使命感が高まるというメリットもある。同一組織に所属していることは、各々の職責や職業倫理を超えての帰属意識、仲間意識が共通の目標への使命感となって共同作業との認識が深まることが多々ある。

しかし、介護保険によって実施される在宅サービスは、一人の利用者に対し、多組織・多職種の、専門職・非専門職の人々が、殆どそれぞれ別々の時

間帯にサービス提供を行うことになる。そのための最も望ましい人材のほりつけプランを作成するのが介護支援専門員の役割であると期待されているが、果たして介護保険制度実施と同時にその期待にこたえ得るであろうか。

第1回介護支援専門員実務研修受講試験が1998年9月～10月に実施され、全国で約21万人が受験し、約9万人が合格した¹²⁾。合格者には、さまざまな医療職、福祉職が含まれているが、このうちの何人が多職種の調整役としての機能を担っていただけるのであろうか。全く経験したことのない事態であるだけに、かなりの困難が予想されると考えざるを得ない。

我が国は、世界に例のない高齢社会を迎えようとしている。介護保険制度もまた、誰もが経験したことのない運用が始まる。制度が成るか成らぬかは、すべてその運用にかかっている。人のための制度である介護保険もまた、人の運用にその成否がかかっている。

そのためには、介護サービス提供に関わるすべての人が、まず自らの役割を確実に果たし、他のメンバーの役割を十分に理解した上での連携が進められなければならない。その上で、利用者を含むメンバー全員の声を、制度の運用・改革に反映させていく態勢作りが介護保険の基本的課題であると考えらる。

注

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所編『日本の将来推計人口』, p.25, 1997年4月.
- 2) 人口問題審議会編『日本の人口・日本の社会』, pp.27-30, 東洋経済新報社, 1998年.
- 3) 注 1, pp.19-20.
- 4) 平成10年版『厚生白書』, p.234.
- 5) 総務庁『高齢社会白書』平成9年版, p.57.
- 6) 厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会監修『介護支援専門員標準テキスト』, 第1巻, 第2巻による, 長寿開発センター, 1998年.
- 7) 注 6, 第1巻, p.98.

- 8) 注 4, p.243.
- 9) 厚生統計協会『国民の福祉の動向』, 第45巻第12号, p.88, 1998年.
- 10) 同上, p.191.
- 11) 注 6, 第1巻, pp.147-148.
- 12) 『社会保険旬報』, 1998年12月1日号, p.5, 社会保険研究所, 1998年12月.

参考文献

- 池上直己・J. Cキャンベル『日本の医療』, 中央公論社, 1996年.
- 財団法人厚生統計協会『国民の福祉の動向』, 各年版.
- 岡本裕三『高齢者医療と福祉』, 岩波書店, 1996年.
- 厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会監修『介護支援専門員標準テキスト』
第1巻, 第2巻, 長寿開発センター, 1998年.
- 厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室監修『介護保険関係法令実務便覧』,
第一法規出版, 1998年.
- 小山秀夫『高齢者ケアのマネジメント』, 厚生科学研究所, 1997年.
- 社会保険研究所『社会保険旬報』, 各旬版.
- 水野 肇『医療・保健・福祉改革のヒント』, 中央公論社, 1997年.
- 『厚生白書』, 1998年版.