

日本の介護保険制度の現状及び若干の問題点

金 善 英

1. はじめに

2000年4月からスタートした介護保険制度はまる2年を経て今年3年目に入った。介護保険制度は完全に確定した安定的な制度というより、今後の制度の実施状況や関連する諸制度の状況、社会経済情勢等を踏まえ、柔軟に見直しが行われるべきものとして位置づけられている^①という。とはいえ、介護保険制度は「介護」という質の問題を量で図る社会保険方式で運営していくという特殊な性格を持つため、複雑な問題を起こしやすいことをまず指摘しておきたい。

本論文はこの2年間の流れから、介護保険制度がどのような役割を持ち、如何なるサービスを提供していくのかを追求する手掛かりを探ることを狙いとす。

2. 日本の老人介護

日本における老人介護が、どのように行われているのかをまず考察しよう。日本の老人介護は、大きく介護保険制度実施以前と以後にと分けることができると思われる。なぜならば介護保険制度の実施により、老人介護サービスを社会福祉サービスから社会保険給付サービスに切り替えたからである。

「措置」は社会福祉サービスの中心になってきた制度として法的性格、恩恵的性格を持ち、「保護」と同様な意味で理解され、権利性が曖昧であることなどの問題性は論じられてきた^②。

このように「措置」というのは「行政処分」^③を意味し、福祉サービスが必要な者に対して適切なサービスの量や方法などを提供側である行政の方から費

用負担も含めて決める仕組みである。即ち、介護保険制度実施以前の日本における老人介護は、「介護」が必要な老人に対して、この措置制度にそって施設サービスを主とした福祉サービスが提供されてきた。

日本の老人福祉サービスは「老人福祉法⁴⁾」と「老人保健法⁵⁾」の下で実行されてきた。提供されるサービスは居宅と施設福祉サービスである。まず、居宅介護サービス⁶⁾ではホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ、日常生活用具の提供が定められている。また施設福祉サービスは施設への入所⁷⁾が主で、それぞれ社会福祉事業⁸⁾として行われてきた。

このような老人福祉サービスは平成元年の高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略（ゴールドプラン）以来、老人保健福祉計画、新高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略（新ゴールドプラン）に基づき制度転換が図られていった。その転換の基本的方向は、第1には、在宅福祉サービスを重視した社会福祉サービスの量的増大、社会福祉サービスの計画、提供の主体として地方自治体に大きな役割を与えたことである。

老人保健福祉計画は平成2年6月の老人福祉法等の改正で、全市町村及び全都道府県に対して策定が義務づけられた計画である。この計画は、市町村老人保健福祉計画と都道府県老人保健福祉計画の二つに区分されている。これらは相互関係をもちながら事業の計画を図るものである。

まず、市町村老人保健福祉計画は、市町村が地域の高齢者の保健福祉需要と将来必要とされる保健福祉サービスの量を明らかにし、保健福祉サービスの提供体制を計画的に整備する計画である。

また、都道府県老人保健福祉計画は、都道府県が市町村の区域を包含する広域的な地方公共団体として、広域的な視点から市町村を支援していくために市町村の規模、地域の特性、施策の取り組み状況等に応じたきめ細かな広域調整を行う計画である。このような地方自治体を主体とする保健福祉サービスの体制整備は介護保険制度で市町村を保険者とする根拠となった。

この老人保健福祉計画を集約して平成6年12月に新・高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略（新ゴールドプラン）が策定されている。⁹⁾

平成6年12月、大蔵・厚生・自治3大臣合意で策定された新・高齢者保健福祉推進十ヵ年計画（新ゴールドプラン）は高齢者保健福祉推進十ヵ年計画（ゴールドプラン）を全面的に見直したものである。

1995年7月4日の社会保障制度審議会の勧告「社会保障体制の再構築—安心して暮らせる21世紀の社会を目指して—」では、「利用者が自分で選択してサービスが受けられるようにする」という観点から現在の社会福祉制度における措置制度を見直し、さらに福祉施設への入所については「一方的な措置によるものから利用者との契約に改める」ことを提言した。

以上のように、老人介護に関して近年進められてきた制度改革の基本的な方向は、以前国中心あるいは職域（組合）中心による社会保障制度を市町村レベルや地域に絞り、また利用者本人が選択できるサービスを目指すということであり、介護の社会化が図られてきたといえる。介護保険制度の導入もまた以上のような基本的方向の延長線上に位置づけることができる。

3. 介護保険制度

以上のような経緯をふまえて介護保険制度が、平成9年12月、介護保険法が公布され、5つ目の社会保険制度として誕生した。介護保険制度創設の目的⁹⁾は、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係わる給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図る」ことである。

介護保険の保険者は市町村であり、被保険者は第1号被保険者（65歳以上）と第2号被保険者（40歳以上～65歳未満）である。この介護保険では、加齢に伴う症状に対する介護だけを給付の対象にし、65歳未満の障害者は外している。また第2号被保険者であっても、加齢に伴う疾病に限って給付が提供される。

財政は、自己負担（一割）、保険料、公費で構成されている。1割自己負担費はサービス利用時に発生する。保険料と公費はそれぞれ半分ずつ賄われている。保険料の拠出は、第1号保険者は年金から天引きされ、第2号保険者は医療保険に上乘せられるのが原則である。

そして給付としては、要介護認定を経て決められる要介護度に合わせた現物

給付を原則とし、社会福祉サービスの提供という形で介護保険は給付される。保険給付¹¹⁾の種類は三つで、①介護給付¹²⁾は「要介護者」の認定を受けた被保険者に対する保険給付、②予防給付¹³⁾は「要支援者」の認定を受けた被保険者に対する保険給付、③市町村特別給付¹⁴⁾は「横だし」「上乘せ」とも言われる給付サービスで、要介護状態となることの予防又は介護状態の軽減、悪化の防止のために、市町村が条例の定めによって行う保険給付である。

このような保険給付によるサービスの形態は大きく2種類¹⁵⁾あり、居宅サービスと施設サービスとなっている。

介護保険制度によるサービスの提供において重要な位置を占める仕組みとして、要介護認定とサービス計画であるケアプランの作成について説明しておく必要がある。介護保険給付を受けようとする場合、被保険者は保険者である市町村に要介護認定もしくは要介護支援認定を申請し、保険給付の対象となる要介護状態もしくは要支援状態にあるという認定を受けなければならない¹⁶⁾。

要介護認定もしくは要支援認定を受けた受給権者が利用できるサービスは居宅サービスと施設サービスである。居宅サービスを利用する場合、要介護度ごとの支給限度額内で状況に応じて、指定居宅支援事業者¹⁷⁾に介護サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼するか、自ら利用計画を作成して介護サービスを受けることになる。作成を依頼した場合にかかる居宅介護サービス計画費は、介護給付の支給対象になる(利用者本人の負担はない)¹⁸⁾。これに対し、施設サービスを利用する場合、施設サービス計画の作成が施設に義務づけられている¹⁹⁾。

現行の要介護認定の仕組み²⁰⁾をみると、基本調査である一次判定(いわゆるコンピュータ判定)と介護認定審議会における二次判定によって要介護度が認定される。その認定は6ヶ月ごとに行われ²¹⁾、不服がある場合は申し立てることで、調整できる仕組みである。

要介護認定²²⁾においては、「介護の手間」を表す「ものさし」としての時間が重要な基準とされている。「要介護認定基準時間」の仕組みが設定されていて、これに応じて個々のケースの要介護度が判定される。

この要介護認定による判定は、自立、要支援、要介護度1～5で表示される。この判定に基づき、各要介護度ごとに上限を設定された給付額に合わせて現物給付として保険給付が行われる。

介護保険の給付の基準になる、要介護度とサービス利用上限月額をみる²³⁾と、

要支援は 6.4 万円，要介護 1 は 17.0 万円，要介護 2 は 20.1 万円，要介護 3 は 27.4 万円，要介護 4 は 31.3 万円，要介護 5 は 36.8 万円とそれぞれ定められている。

要介護度に応じた介護サービスは，介護サービスを行うのにかかる所要時間で分類し（直接生活介助・間接生活介助・問題行動関連介助・機能訓練関連行為・医療関連行為），標準化して定量化されている。まず，身体介護サービスの場合も家事援助サービスの場合も 30 分を単位として⁹⁸，かかる手間の時間で介護サービスの設計を行う。各要介護度で与えられたサービス時間に居宅サービスを組み合わせてケアプランを作る。

その作成されたケアプランに従ってサービスが提供されることが，介護保険の下での介護サービスである。

さらに，介護保険制度では介護報酬制度によるコスト計算が行われる。介護報酬の構造は全国一律の医療保険の場合とは違って地域単位⁹⁹であり「単位」という表現が採用される。単位数に地域別単位 10 円から 10.72 円を乗じて算定される。報酬基準の算定方式はサービス提供時間別のもの，要支援・要介護度別のもの，均一点数の 3 種類が混在¹⁰⁰している。

4. 介護保険制度の現況および問題

介護保険制度は，2000 年 4 月制度スタートから 5 年を 1 期としながらそのうち 3 年目は見直しを行う市町村介護保険事業計画¹⁰¹で進められている。制度を定着させ介護サービスの基盤整備を整えながら，今後の見直し体制と考えられる第 1 期市町村介護保険事業計画の施行で諸実態調査を行い，それに基づいて制度見直しを図る。そして平成 15 年からの第 2 期の市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画は地域における介護サービスの浸透など，制度施行後 3 年間の実績を踏まえた介護保険制度全般の円滑な実施を目指す公表された。

しかし，2000 年 4 月スタートした介護保険制度は，拠出と給付において補足法案を取り入れながら進められている。まず，拠出の場合，第 1 号被保険者の保険料徴収は 1 年間の半額や減額の施策を取り入れるなど遠回りをしてきたが，漸く 2001 年 10 月から第 1 号被保険者の保険料徴収が始まったことによ

て制度本来の財政構造にはなった。また給付でも各要介護度の上限額内における短期入所日数が問題になったが、サービス利用の一本化を取り入れ、各要介護度の上限額の中に入るようになった。これはまた違う場面で今後サービス量の問題として浮かび上がるだろう。

介護保険制度の実施状況⁹⁾をみると、第1号被保険者は2,256万人で第2号被保険者は4,286万人(平成13年度見込み)である。このうち、要支援・要介護認定者数⁹⁾は268万人(うち65歳以上は258万人(被保険者の11.4%))である。サービス利用状況をみると、居宅介護(支援)サービス受給者数142万人、施設介護サービス受給者数65万人(特別養護老人ホーム30万人・介護老人保健施設24万人・療養病床等11万人)である。

上記の要介護認定者の中にはサービスを受給していない人もいる。このような状況から考えられることは、サービス受給者数は旧措置制度下の居宅介護サービス利用者と施設入所者も含めた人数であるので介護保険制度の実施によって新たに生じた要介護者ではなく、今後高齢人口の増加に伴う要介護者の増加に対応できるスタートラインとして見る必要があると思われる。

ところで、介護保険制度実施による要介護者の利用サービスの幅が確実に増えたと言える部分は療養病床等の11万人分であるが、以前社会的入院と呼ばれた長期入院の老人患者を吸収した人数とは言えない。また病院に対する療養型病床施設の違いが明らかではないことなど、療養型病床施設について慎重に検討することを今後の課題としなければならないだろう。

保険者である市町村側は、これから実態調査などを行いながら制度を改善していく¹⁰⁾とし、現行の介護保険制度実績を前提に今後の対応を図っていく姿勢を見せている。ここでは、現制度の理念や市町村レベルで行われる実態調査から要介護者の現状を分析し、問題について述べようと思う。

まず、介護保険の基本理念は、①要介護状態のみならず要介護状態となるおそれがある状態に関しても必要な保険給付を行う(以下下線は筆者添加一介護保険法第2条1項)②保険給付は、要介護状態の軽減も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ように行われねばならない(介護保険法第2条2項)③保険給付は、被保険者の身体の状態、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮し

て行われねばならない（介護保険法第2条3項）④保険給付の内容及び水準は、要介護状態に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に配慮されねばならない（介護保険法第2条4項）などである。

①と②は予防給付について述べているが主に要支援に認定された被保険者を対象にすることで、被保険者になる前の年齢層まで含めた予防の概念とは異なると思われる。また、③と④はそれぞれ「選べるサービス」と「居宅において日常生活を営む」という理念の上で制度の定着を図ろうとする余り、制度実行上すべての介護サービスを介護保険制度が担っていくような誤解を招く認識を広めたのではないかと懸念される。旧制度では使えたのに介護保険制度が始まってから使えなくなった場合や上限額を超えてサービス利用を望む場合、必要とするサービスの量とサービス利用に伴って生じる保険額の支払いについて混乱を起こしている。この場合、ケアマネジャーも利用者も自己負担にならない方向でケアプランを立てて、自己負担額への不満を抑える傾向が見られる。これは、制度の単なる初期的な問題ならばよいが、利用上限額がより高い要介護度への調整を求める苦情が後を絶たないのを見ると、今後サービスの質の低下に結びつくのではないかと懸念される。また社会保険としての介護サービスとその外枠としての介護サービスをどう区分けするのが、介護保険制度の効率的な運営ということと介護サービスの質の期待ということとを両立させていくための根本的問題であろうと思われる。

さらに、現行の介護保険制度が要介護者の真のニーズに応えるサービスを提供しているのか、という観点から検討する必要もあろう。

以下は各要介護度に該当する状態である。

〈各要介護度の状態〉⁹⁾

区分	状態	具体的状態
要支援	社会的支援を要する。	<ul style="list-style-type: none"> ・居室の掃除などの身の回りの世話の一部に何らかの介助（見守りや手助け）を必要とする。 ・立ち上がりや片足での立位保持などの複雑な動作に何らかの支えを必要とすることがある。 ・排泄や食事はほとんど自分ひとりで行える。 などの方が含まれる状態です。

要介護度 1	部分的介護を要する。	<ul style="list-style-type: none"> ・みだしなみや居室の掃除などの身の回りの世話に何らかの介助（見守りや手助け）を必要とする。 ・立ち上がりや片足での立位保持などの複雑な動作に何らかの支えを必要とする。 ・歩行や両足で立位保持などの移動の動作に何らかの支えを必要とすることがある。 ・排泄や食事はほとんど自分ひとりで行える。 ・問題行動や理解の低下がみられることがある。 などの方が含まれる状態です。
要介護度 2	軽度の介護を要する。	<ul style="list-style-type: none"> ・みだしなみや居室の掃除などの身の回りの世話の全般に何らかの介助（見守りや手助け）を必要とする。 ・立ち上がりや片足での立位保持などの複雑な動作に何らかの支えを必要とすることがある。 ・歩行や両足で立位保持などの移動の動作に何らかの支えを必要とする。 ・排泄や食事に何らかの介助（見守りや手助け）を必要とすることがある。 ・問題行動や理解の低下がみられることがある。 などの方が含まれる状態です。
要介護度 3	中等度の介護を要する。	<ul style="list-style-type: none"> ・みだしなみや居室の掃除などの身の回りの世話が自分ひとりできない。 ・立ち上がりや片足での立位保持などの複雑な動作が自分できない。 ・歩行や両足で立位保持などの移動の動作が自分できないことがある。 ・排泄が自分ひとりできない。 ・いくつかの問題行動や理解の低下がみられることがある。 などの方が含まれる状態です。
要介護度 4	重度の介護を要する。	<ul style="list-style-type: none"> ・みだしなみや居室の掃除などの身の回りの世話がほとんどできない。 ・立ち上がりや片足での立位保持などの複雑な動作がほとんどできない。 ・歩行や両足で立位保持などの移動の動作が自分ひとりできない。 ・排泄がほとんどできない。 ・多くの問題行動や全般的な理解の低下がみられることがある。 などの方が含まれる状態です。
要介護度 5	最重度の介護を要する。	<ul style="list-style-type: none"> ・みだしなみや居室の掃除などの身の回りの世話がほとんどできない。 ・立ち上がりや片足での立位保持などの複雑な動作がほとんどできない。 ・歩行や両足で立位保持などの移動の動作がほとんどできない。 ・排泄や食事がほとんどできない。 ・多くの問題行動や全般的な理解の低下がみられることがある。 などの方が含まれる状態です。

筆者が府中市で参加している介護サービス事業者協議会の勉強会で得た知見から、現実の介護ニーズと上述の「具体的状態」の定義とがうまくかみ合っていない点として、2つの点を指摘しておきたい。

第1には、現実の介護の場面においては、本人との意思伝達がどこまでできるか、という点が介護に要する困難度を大きく規定しているにもかかわらず、上記のような要介護度の定義においては、意思伝達能力の決め手となる理解力・精神力について十分な配慮がなされていないという点である。

第2には、介護サービスを実施するにあたっての家族の負担能力という要素が現行スキームではどこにも考慮される場所がないという点である。上述の定

義からみると、確かに個人保険を目指す介護保険制度であるという制度の狙いはよく分かる。しかし介護保険制度苦情事例⁹⁹をみると給付サービスをめぐる苦情が圧倒的に多く、なかでも要介護者本人よりも家族からの苦情が目立つ。要介護者底辺には常に本人と家族が深く関連していることを示しているのではないと思われる。

第2点についてはさらに補足するデータがある。東京都府中市が地域福祉計画を作成するために、平成13年11月30日から12月17日まで実施したアンケート調査⁹⁸が行った。それをみると、同居家族状況を問う項目では65歳以上の2,481人のうち、451人が一人暮らし、1,327人が配偶者と同居、1,008人が子供と同居している。また、要介護認定者2,549人（在宅）のうち、436人が一人暮らしで、1,014人が配偶者と同居、1,259人が子供と同居していることが分かった。また、介護を受ける際、20歳以上の場合44.8%、40歳～64歳の場合48.1%、65歳以上の場合34.7%、認定者の場合42.5%が、家族の世話だけでなく、在宅福祉サービスも受け、家庭で生活すると答えた。介護者になった場合には、40～64歳の場合45.9%、65歳以上の場合22.9%が、自分が中心ではないが何らかの形で介護者としてかかわりたいと答えた。

とりわけ、サービス利用部門の認定者に関する質問では利用サービス満足度調査項目がある。利用できなかったサービスに関する項目の中で「空きがなかったので希望するサービスがうけられなかった」という項目がある。その項目に対する返答をみると、特別養護老人ホームが57.1%、短期入所生活介護（ショートステイ）が14.3%で1位と2位に取り上げられた。

これは、要介護者になったら在宅でのサービス受給を望むが介護者になったら在宅に限らなくサービス利用を望むことと上記の調査対象は要介護者であっても必ずしも本人が記入したとは受け止められないデータである点をよく認識した上で考え直すと介護保険制度の根本的な問題が一目で分かるのではないかと思う。

つまり、以上の数字から多くの要介護者が、いわゆる老老介護問題や家庭内介護の負担を抱える環境にあることが分かった。施設介護サービスから在宅介護サービスへの転換に取り組む介護保険制度であるにもかかわらず、実際の歯車は多少違う方向に動いているように思われる。

5. 今後の課題及び提言

介護保険制度実施後の現状と問題点について現実の介護ニーズとの整合という問題点を中心にした考察を行ってきた。本論文で指摘した問題点は制度の根幹に関するものであって、必ずしも初期段階に固有の混乱として済ませられる問題ではない。

現行制度を批判するという立場からではなく現行制度を本来の意図に沿って発展させていくため、何を改善していく必要があるのかという観点から、以下に課題の明確化と提言を試みたい。

第1に、制度の創設意図として最も根本であった施設や病院が係わる老人介護への改善や社会的入院等による老人医療費増加の解決のために、介護保険制度がどこまで寄与しているのかを明確に示していく必要がある。

第2に、老人福祉サービスであれ、介護給付サービスであれ要介護者のサービス利用のニーズは、本人の意思や病態だけでなくその家族状況にも深く関係している。施設か在宅かという選択や在宅の場合のケアプラン作成において家族状況に応じてサービスを提供できるように現行制度を改善していく必要があるのではないだろうか。

第3に、旧制度でも問題であった施設入所についてもさらに検討すべき課題は多い。利用者側から申請が可能になり入所待機者は一層増えたように見える。しかし、中には複数の申し込みがあったりして入所待機者の動向把握が問題になった。そのうえ施設別の待機順位のばらつきや在宅介護サービスを受けている要介護度1、2の要介護者が、要介護度が高くなることを見込んで事前に入所申請を行うケースが続出しているのをみると、施設サービスのあり方について改めて検討する必要があるだろう。

第4に、保険者である地方自治体の役割についてもさらに改善していく余地が大きい。介護保険制度は金額ベースで示したものを現物給付で行う制度である。制度運営のギャップを少なくすることが最大の課題であろう。保険財政をいかに最適化するかを考えるのであれば、リスクが発生した際に、費用をいかに抑えるかということや、リスク発生率を下げるためにいかに予防するかということも保険者としての自治体の役割だろう。社会保険制度（現金給付）と社会サービス（現物給付）の提供、なかでも特定財の消費量の増加が生じやすい

現物給付⁹⁰（介護サービス）を効率的に運営するためには、給付転換のルスを小さくする取り組みが重要である。また不足分については保険給付外のサービスも必要であり、補足の仕方に関する問題⁹¹についての対策が必要だと思う。

保険者として市町村には、多くの役割が期待されている。だが同時に介護サービスの多くの部分が対人福祉サービス⁹²地方自治体の単独事業として実施されているため、自治体間の格差が広がることも懸念される問題である。

要介護状態になるというのはいわゆる生活習慣病や世帯構造など、長年に渡って個々人の生活実態と関係することであり、保険者はそれに焦点を当てて今後対策を講じなければならない。

第5に、ケアプランの運用においてより一層の柔軟性が求められる。現在のケアプランの修正と介護報酬請求業務をみると、例えば、在宅介護サービスを受けている要介護者が緊急入院することになった場合、入院と同時に在宅で利用していた諸介護サービスが一時中止になるため、プランの修正や各事業所への連絡が、速やかに行われなければ、サービス利用票とサービス提供票の不一致が生じ、そのまま介護報酬請求をすると給付額がおりないということが生じる。その場合、自己負担になるか事業所やケアマネジャーの負担になるため、トラブルの種になる。ケアマネジャーの調整⁹³によりトラブルを防いでいるが、要介護者の病態の急変やケアマネジャー1人が多くのケースを抱えている現状が続くのであれば、当然ケアマネジャー本来の役割は果たせないだろう。

第6に、施設介護サービスと在宅介護サービスの関係を整合化する必要がある。すなわち、介護負担に関する問題や老人介護サービス体系をトータルに改善していかなければならない。前述のように、介護保険制度は、在宅介護サービスへの転換を目指す。介護サービスの利用において、要介護者本人の意思、痴呆状態、要介護期間、家庭事情などに応じて施設か在宅かの選択がなされる。ところが、在宅サービス利用者であれ、施設サービス利用者であれ総合的なケアが必要になると特別養護老人ホームなどの施設入所を希望する傾向が徐々に現れている。

様々な問題点を列挙してきたが、筆者は、「要介護度」という区分けに問題の本質が潜んでいると思われる。

現在、制度上で6つに分けられた要介護度は、時間ベースで上限額を決め、要介護状態に応じる手間を換算したものである。上限額が高いということが、

必ずしも病状の重きを指すのではない。このような基準があるにもかかわらず、提供サービス体制をみると、家事・身体介護・医療行為になっている。また、利用サービス種類をみると、介護タクシーあるいは付き添いヘルパーサービスだけの利用、福祉用具・住宅改修などを単独に使う場合と家事援助と身体介護を並行して利用する場合とトータルに利用する場合などに分けられる。

より具体的に言うと、家事・身体介護・複合介護という大きく3つの分け方をしている。その分け方には家事援助時のトラブルや低い報酬単価が多く作用されたとも言える。

例えば、介護サービス計画の例要介護度2で30分以上1時間未満の訪問介護サービスを受ける場合、身体介護中心は402単位（おおむね1単位＝10円、注25参考）、身体介護・家事援助が同程度は278単位、家事援助中心は153単位である。

これは、介護報酬に家事援助と身体介護の報酬差が大きく反映されたからである。そもそも医療保険から長期入院者を介護保険へ転換させられなかった⁸⁸原因なども介護報酬と深く関係している。介護報酬と診療報酬の一番の違いは上限額の有無にある。介護報酬においては要介護度別の支給限度額があり、診療報酬においては療養型病床群⁸⁹でも、複雑な処置、手術、画像診断などは出来高払いを体系にしている。しかも医者サービス提供者になるので医療行為として行ったのか、介護行為として行ったのかの判断はひたすら医者に委任されている。介護報酬についての給付区分の分析をさらに検討していくことが課題といえよう。

要介護度が高いと訪問介護や施設介護や福祉用具などを組み合わせたサービス提供パターンが多い（いわゆる複合型介護が多い）。他方、要介護度が低いと家事援助か身体介護かあるいは福祉用具・入浴サービス・住宅改修と部分的な領域のサービスニーズが多い。制度実施後定着していく一つのパターンにもなり、これはまた上限額を超えた場合優先的に選ぶサービス領域とでもある。

そういう現状から考えられることは、現在の要支援・要介護度1～5という、必ずしも病態の軽重とは関係しない、特に家事援助と痴呆には反映しにくいという弊害を改善する方法として、身体的介護及び介助（機能支援群）と精神的介護及び介助（精神的支援群）、そして総合的介護及び介助（総合支援群）という区分をあらかじめ要介護認定のスキームの中に導入しておく、というのが

筆者の提案である。そうすることによって、加齢に伴う衰えの対応を個人レベルで行う領域と社会的レベルで行う領域と仕分けていくことが可能になる。

しかし、このような提言を実行するには、市町村が保険者として介護サービスの多様化及び充実化のために最適な財政構造を築いていくことが前提となる。その前提が成り立つのであれば、要介護者の利用サービスや生活環境の分析などの技術的課題は、それほど困難なものではない。

財政問題については、さらに1割自己負担というのがネックとなっている点を指摘しておきたい。

6. 最後に

以上、介護保険制度実施状況及び問題点を考察し、今後より安定した制度として位置付けられるために必要とする諸課題や提言を論じた。

財政安定や給付サービスを完備するためには、特に保険者である市町村の今後の対策が注目されるし、その取り組みによって介護保険制度が信頼性のある制度として定着できるに違いないと思う。

現在、各市町村ではそれぞれの介護サービス実績集計や実態調査を行っている。単なる結果を取り上げるための作業に留まらず、徹底した調査や分析を行って、本論文で課題として取り上げた介護保険制度の医療費増加の解決への寄与、在宅サービスと施設サービスのあり方、制度運営に伴う市町村の保険者役割及び制度の最適化が図られると、日本の介護保険制度は高齢社会に対応できる社会保障制度として位置付けられるだろう。

あらためて、上記の諸点について早急に対策を講じ、より身近な利用しやすい介護保険制度に育てていかなければならないと思われる。

- (1) 尾形裕也, 「介護保険制度をめぐる諸問題」『季刊社会保障研究』, 国立社会保障・人口問題研究所, Vol. 36 No. 2, 165 頁
- (2) 高藤昭, 「社会保障・福祉における“措置から契約へ”論(上)」, 『週刊社会保障』, N0.2040, 1999.6.7, 22 頁
- (3) 小笠原裕次, 「福祉サービスと措置制度」, 『社会福祉研究』, 鉄道弘済会, 第73号, 45 頁
- (4) 1963年制定。
老人福祉施設への措置, 家庭奉仕員の派遣, その他の措置などを規定。
1990(平成2)年改正で老人福祉計画などを規定
- (5) 1982年制定。
老人医療, 医療等以外の保健事業及び老人保健施設などを規定。
1990年改正で介護の総合的施設及び老人福祉計画などを規定
- (6) 老人福祉法第10条3項
- (7) 同法第11条
養護老人ホーム入所, 特別養護老人ホーム及び養護委託
- (8) 老人居宅介護支援事業一老人居宅介護等事業(ホームヘルプサービス)
老人デイサービス事業
老人短期入所事業(ショートステイ)
老人福祉施設一老人デイサービスセンター, 老人短期入所施設, 特別養護老人ホーム,
養護老人ホーム, 経費老人ホーム, 老人福祉センター
- (9) 山崎史郎, 「老人保健福祉計画の現状と課題」, 『週刊社会保障』, N0.1999, 1998.8.3-10, 106 頁
- (10) 介護保険法, 第1章 第1条
- (11) 同法 第18条一第69条
- (12) 同法 第40条一第51条
- (13) 同法 第52条一第61条
- (14) 同法 第62条
- (15) *居宅サービス
: 訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導・通所介護・
通所リハビリテーション・短期入所生活介護・短期入所療養介護・痴呆対応型共同生活介護・
特定施設入所者生活介護・福祉用具貸与・居宅介護支援・福祉用具購入・住宅改修
*施設サービス
: 介護福祉施設サービス(特別養護老人ホーム)・介護保健施設サービス(老人保健施設)・介
護療養施設サービス(療養型病床群)
- (16) 介護保険法 第27条・第32条
- (17) 同法 第79条
- (18) 同法 第46条・第58条
- (19) 同法 第7条第20項~第23項
- (20) 厚生省介護保険制度実施推進本部, 『都道府県等要介護認定担当者会議資料』, 1999年7月29日
- (21) 要介護者の病床や状況により認定有効期間は1年になる場合もある。それも介護認定審議会で決める。現状1年間の有効期間を適する市町村が多くある。
- (22) 平成11年4月30日, 厚生省令第58号
- (23) 日本経済新聞, 1999年10月11日掲載
- (24) 『月刊介護保険』, 1999年7月号, No.40, 55 頁
- (25) 東京都国民健康保険団体連合会, 『介護保険事業所説明会資料』, 平成12年4月

◎介護給付費単位数表

サービスの種類	一単位あたりの金額				
	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
居宅療養管理指導、福祉用具貸与、居宅介護支援	10.00 円	10.00 円	10.00 円	10.00 円	10.00 円
訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護	10.48 円	10.40 円	10.24 円	10.12 円	10.00 円
介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護療養施設サービス					
訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護	10.72 円	10.60 円	10.36 円	10.18 円	10.00 円

◎要介護度分布に基づく報酬額の設定

→固定部分+変動部分（直接処遇職員等の人件費）

- ①事業所／施設ごとの利用者 1人当たりの平均的な収入額を算出
 - ②介護報酬実態調査から、①で算出した収入額の中の固定費相当部分と変動費用部分を算出
 - ③事業所／施設の利用者の平均要介護度（及び平均要介護認定等基準時間）を算出
 - ④平均的な収入額のうちの変動部分を平均要介護認定等基準時間で除して得た 1分当たりの収入額にそれぞれの要介護度ごとの時間を乗じ、固定部分を加えて報酬額とする
 - ⑤（通所サービスのみ）3段階の区分に合わせ、軽度は要支援、中度は要介護 1・2、重度は要介護 3・4・5 の報酬額の加重平均より算出
- 26) 小山秀夫, 『介護報酬』『季刊社会保障研究』, 国立社会保障・人口問題研究所, Vol.36, Autumn 2000 No.2, 227 頁～228 頁
- 27) 厚生省老健局, 『全国介護保険担当課長会議資料』, 平成 13 年 9 月 28 日, 135 頁
- 28) 同上, 2 項。平成 13 年 6 月現在, 同年 4 月介護報酬支給額から集計
- 29) 要支援(32.9 万人), 要介護 1 (74.1 万人), 要介護 2 (50.7 万人), 要介護 3 (36.8 万人), 要介護 4 (37.5 万人), 要介護 5 (35.5 万人)
- 30) 厚生省介護保険制度実施推進本部, 『介護保険制度関係資料集第 12 集』, 平成 12 年 3 月 8 日
- 31) 介護保険制度実施推進本部, 『介護保険制度関係資料集 (第 9 集)』, 厚生省, 平成 11 年 9 月 17 日, 151 頁～168 頁
- 32) 東京都国民健康保険団体連合会, 『東京都における介護サービスの苦情相談白書』, 2001 年 11 月, 63 頁～65 頁。

項目	総件数
要介護認定	1,135
保険料	3,622
ケアプラン	312
サービス提供量	193
介護報酬	134
その他制度上の問題	575
行政の対応	289
サービス提供 保険給付	3,806
その他	325

33) 府中市地域福祉計画等検討会議主催アンケート調査

調査名	調査対象	調査方法	実施数	有効回収数	有効回収率
①高齢者一般	65歳以上高齢者 (③除く)	郵送配布 郵送回収	3,000	2,481	82.7%
②若年一般	40~64歳	郵送配布 郵送回収	1,000	580	58.0%
③在宅介護保 険認定者	在宅で生活する 介護保険認定者	郵送配布 郵送回収	3,414	2,549	74.7%
④施設介護保 険認定者	介護保険施設入 所者	施設依頼 郵送回収	459	423	92.2%
⑤福祉一般	21歳以上	郵送配布 郵送回収	3,000	1,514	50.5%

東京都府中市の平成13年3月現在総人口220,712人、高齢者人口31,848人、被保険者数32,392人、要介護認定者数3,588人。

* 東京都府中市の平成13年3月現在(実績)

被保険者数(32,932人)のうち第1号被保険者数(32,224人)

34) 例、それぞれ要介護度1、2の老夫婦の場合、病院への付き添いや外出支援サービスを行うさいに要介護者にしか対応できないから二人のヘルパーが必要であるが、保険料の関係ではそれが成立しない。

35) 三浦文夫訳、『社会福祉と社会保障—新しい福祉をめざして—』、東京大学出版会、1971、69-70頁

36) 京極高宣、『現代福祉学レクシコン』、雄山閣出版、1998、163頁引用。

定義：社会福祉の中で、生活上の困難な問題に直面する個人、家族及び集団に対し、それぞれの対面的な関わりを通して、個別具体的に提供されるサービスを言う。具体的に身の回りの世話や相談助言などを内容とする施設福祉及び在宅福祉である。

37) 府中市介護サービス事業者協議会、『平成13年度府中市介護サービス事業者協議会アンケート調査報告書(1.集計結果報告書)』、平成13年12月18日、14頁

<訪問介護部門・訪問介護分科会・訪問介護事業者>

(問7) サービス途中で減免になった利用者への返金、各種書類作成等、事務手続き全般について負担に感じる時はありませんか。

①感じない(2) ②やや感じる(11) ③負担(3)

(問8) ケアプランの作成に間違いがあり、キャンセルになった場合、だれが費用を負担しますか。

①ヘルパー事業者(4)

②ケアマネ事業者(0)

③お互いに折半(0)

④今まで問題になっていない(12)

38) 府中市地域福祉計画等検討審議会、第4回高齢・介護分科会(平成14年4月23日)資料

ゴールドプラン及び新ゴールドプランを基にしてサービス計画値を算定し、平成12年~平成16年までの見込みに対して平成12年と平成13年度12月までの実績値との比較。

計画値と実績値の比較から特徴的にとられることは、医療保険請求と介護保険請求が分けられなく、医師や医療機関が請求する際医療保険でも介護保険でも適用される部門の比較が興味深い。

* 療養型病床群に該当される部門

1. 訪問看護

2. 訪問リハビリテーション
3. 居宅療養管理指導
4. 短期入所療養介護

<介護保険評価表>

サービス		H12	H13		H14
			年間	～12月	
訪問介護 (ホームヘルプサ ービス) (回/年)	計画値	267,644	341,952	256,464	396,448
	実績値	205,328	284,165	213,124	
訪問入浴介護 (回/年)	計画値	1,976	2,288	1,716	2,496
	実績値	3,806	4,700	3,525	
訪問看護 (回/年)	計画値	31,824	42,848	32,136	52,936
	実績値	12,240	14,719	11,039	
訪問リハビリテ ーション (回/年)	計画値	4,472	5,148	3,861	5,668
	実績値	145	39	29	
居宅療養管理 指導 (回/年)	計画値	17,160	17,992	13,494	18,668
	実績値	2,020	2,964	2,223	
通所介護 (回/年)	計画値	51,480	60,320	45,240	69,160
	実績値	59,228	62,653	46,990	
通所リハビリ テーション (回/年)	計画値	31,980	31,980	23,985	42,640
	実績値	17,959	20,977	15,733	
短期入所 生活介護 (日/年)	計画値	25,914	25,914	19,436	32,480
	実績値	18,726	23,815	17,861	
短期入所 療養介護 (日/年)	計画値	21,896	28,098	21,074	28,098
	実績値	2,152	4,659	3,494	

㉔ 厚生省介護保険制度実施推進本部、『第12集介護保険制度関係資料集』、平成12年3月8日、149項、介護報酬関係資料5-介護報酬と診療報酬について-