
第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

ねらい

高齢化の進行に伴い、寝たきりや痴呆などにより、介護を必要とする高齢者が増加している。社会経済、家族、地域社会のあり方が変貌する中で、高齢者を家庭で支える家族の高齢化も進み、家族による介護だけでは対応することが難しくなっている。こうした中、2000（平成12）年4月から、介護を必要とする高齢者を国民皆で支えるための新たな仕組みとして、介護保険制度が導入された。

介護保険制度は、これまで充実を図ってきた高齢者に対する保健福祉サービスを基礎としながら、これを更に発展させる新しい仕組みである。

これまでの高齢者保健福祉の歩みを紹介しながら、介護保険制度が何を指そうとしているのか、その制度の特色を解説する。

なお、介護保険制度の円滑な実施に向けた取組み状況は、第2部で紹介する。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第1節 これまでの高齢者保健福祉

1 老人福祉法の制定

コラム 「介護」という言葉

「介護」という言葉は、すでに、1963（昭和38）年の老人福祉法の中で、特別養護老人ホームの機能を説明する概念として使われている。しかしながら、その後の特別養護老人ホームの歩みと同じように、この「介護」という言葉が一般になじみのある用語として定着するのは後のことであった。この言葉は、広辞苑第三版（1983（昭和58）年）に「病人などを介抱し看護すること」として登場しているが、ちょうどその頃は、21世紀に向けて高齢化の一層の進展を前にして、改めて高齢者の介護の問題に焦点が当てられ始めた時期であった。

1-1 加齢による介護ニーズを位置づけた老人福祉法

（老人福祉法の制定）

1959（昭和34）年に国民年金法が制定され、いわゆる国民皆年金体制は整ったが、こうした年金制度を別とすれば、当時の我が国の高齢者福祉施策は、ごく一部の低所得者を対象に、生活保護法に基いて養老施設へ収容保護する事業が行われる程度であった。当時は、多世代同居が一般的であり、高齢者の世話話は家族の仕事と考えられていた。

しかし、高齢者の増加、産業構造の変化による高齢者の就業機会の減少、人口の都市集中に伴う家族制度の変化など、高齢者を取り巻く環境も変わりつつあった。こうした状況を受けて、高齢者の福祉を幅広く推進し発展させていくための独立した制度が期待されるようになり、1963（昭和38）年に老人福祉法が制定された。ここでは、国と地方公共団体が高齢者の福祉を増進する責務がうたわれた。高齢者福祉施策は、それまでの低所得者を保護する救貧施策の枠を越えて、加齢に伴う一般的な介護ニーズを制度の対象として位置づけたものとして、一つの節目を迎えることとなる。

老人福祉法には、具体的施策として、老人福祉施設の設置、健康診査の実施、社会参加の奨励などが盛り込まれた。このうち、老人福祉施設については、生活保護法に位置づけられてきた養老施設が養護老人ホームという類型で引き継がれたほか、新しく特別養護老人ホームと軽費老人ホームという類型が付け加わった。

養護老人ホームが、養老施設の流れを汲んで、経済的に困窮している高齢者を入所対象としていたのに対し、特別養護老人ホームは、心身の障害が著しいため常時介護を必要とするにもかかわらず居宅において介護を受けることが困難な高齢者を入所対象とした。これにより、我が国で初めて、経済的な状況にかかわらず介護を必要とする高齢者を養護する施策が、制度的に登場した。

表4-1-1 高齢者保健福祉の変遷～救貧的施策から普遍化・一般化へ～

表4-1-1 高齢者保健福祉の変遷～救貧的施策から普遍化・一般化へ～

1960年代 高齢者福祉の創設	
1962 (昭和37)	訪問介護（ホームヘルプサービス）事業の創設
1963 (昭和38)	老人福祉法制定
1968 (昭和43)	老人社会活動促進事業の創設（無料職業紹介など）
1969 (昭和44)	日常生活用具給付等事業の創設 ねたきり老人対策事業（訪問介護、訪問健康診査など）の開始
1970年代 老人医療費の増加	
1970 (昭和45)	社会福祉施設緊急整備5か年計画の策定
1971 (昭和46)	中高年齢者等雇用促進特別措置法制定（シルバー人材センター）
1973 (昭和48)	老人医療費無料化
1978 (昭和53)	老人短期入所生活介護（ショートステイ）事業の創設 国民健康づくり対策
1979 (昭和54)	日帰り介護（デイサービス）事業の創設
1980年代 保健・医療・福祉の連携と在宅サービスの重視	
1982 (昭和57)	老人保健法制定（医療費の一部負担の導入、老人保健事業の規定） ホームヘルプサービス事業の所得制限引上げ（所得税課税世帯に拡大、有料制の導入）
1986 (昭和61)	地方分権法による老人福祉法改正（団体委任事務化、ショートステイ・デイサービスの法定化）
1987 (昭和62)	老人保健法改正（老人保健施設の創設） 社会福祉士及び介護福祉士法制定
1988 (昭和63)	第1回全国健康福祉祭（ねんりんピック）の開催 第2次国民健康づくり対策
1989 (平成元)	高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）の策定 健康長寿のまちづくり事業の創設
1990年代 計画的な高齢者保健福祉の推進	
1990 (平成2)	福祉八法改正（在宅サービスの推進、福祉サービスの市町村への一元化、老人保健福祉計画） ねたきり老人ゼロ作戦 在宅介護支援センターの創設 介護利用型軽費老人ホーム（ケアハウス）の創設 高齢者世話付住宅（シルバーハウジング）生活援助員派遣事業の創設
1991 (平成3)	老人保健法改正（老人訪問看護制度創設）
1992 (平成4)	福祉人材確保法（社会福祉事業法等の改正）
1993 (平成5)	福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律制定
1994 (平成6)	新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）の策定
1995 (平成7)	高齢社会対策基本法制定
1997 (平成9)	介護保険法制定
1999 (平成11)	痴呆対応型老人共同生活援助事業（痴呆性老人グループホーム）の創設 今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）の策定 介護休業の義務化
2000年代 新たな介護制度の開始	
2000 (平成12)	介護保険法施行

表4-1-2 老人福祉法における施設入所者の規定

表4-1-2 老人福祉法における施設入所者の規定

養護老人ホーム	65歳以上の者であって、身体上もしくは精神上又は環境上の理由及び <u>経済的理由</u> により居宅において養護を受けることが困難なもの
特別養護老人ホーム	65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい障害があるために <u>常時の介護を必要とし</u> 、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なもの

(利用水準の伸び悩み)

このように、特別養護老人ホームは、加齢に伴って介護を必要とする者を、その経済的な状況に関わりなく対象とすることとしていたが、その後の実際の入所者をみると、当初掲げられていた意図どおりに順調に展開されてきたわけではなかった。介護を必要とする高齢者の数に比べて施設が不足したため、結果的に、入所は緊急度の高い低所得者等が優先された。また、入所に当たっては、所得調査を受けることが必要であり、一般の人にとって必ずしも利用しやすいものではなかった。このほか、世帯収入に応じた利用者負担が求められることから、中高所得層にとって重い負担となるといった問題も指摘されていた。

1-2 徐々に充実してきた高齢者福祉行政

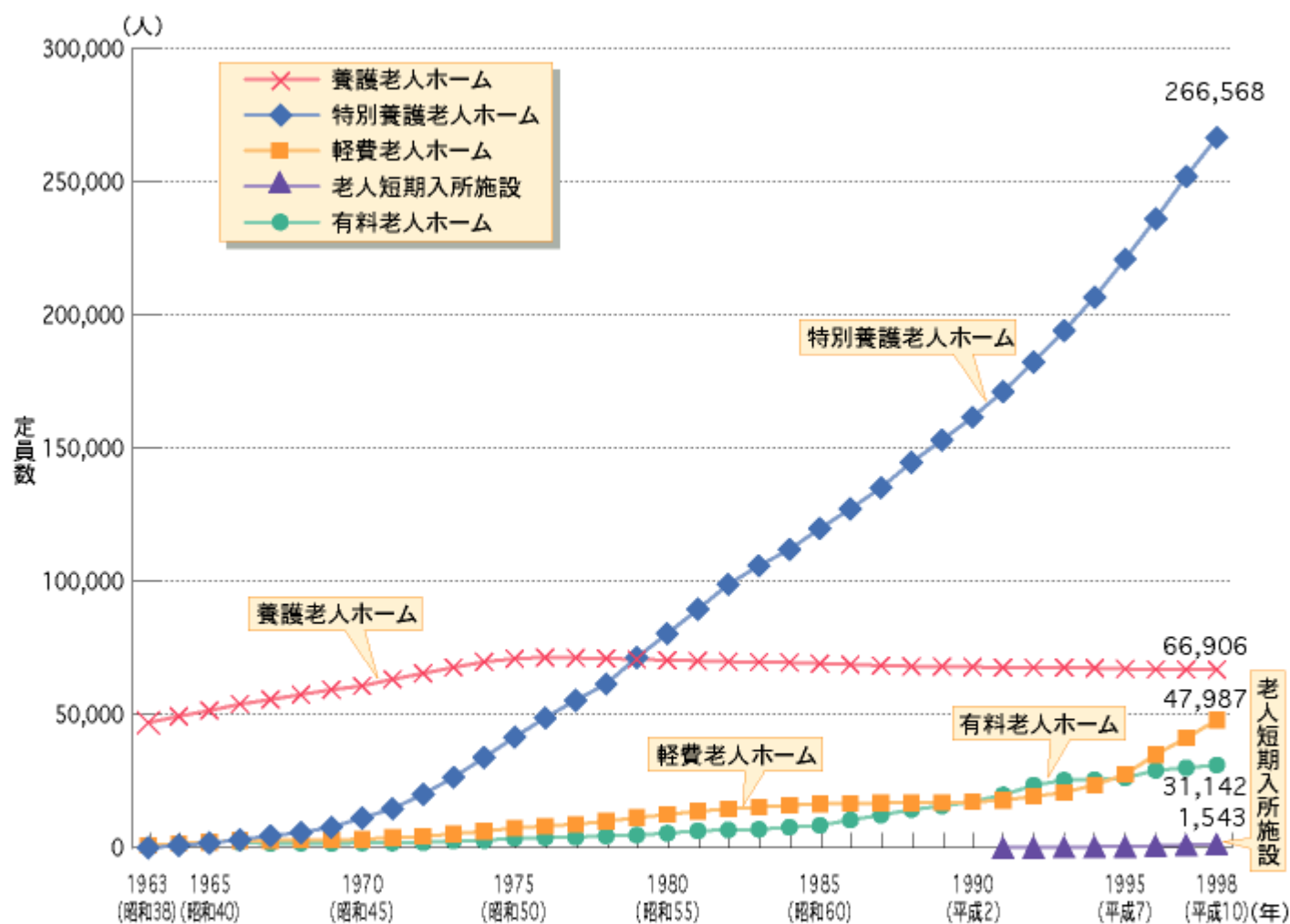
(施設整備の促進)

老人福祉法の制定以降しばらくは、老人福祉施設の設備や運営の基準を定めるなど、制度の定着に向けた取組みが続けられた。

その後、1970年代に近づくとも、寝たきりの高齢者の数やその生活実態の深刻さが明らかにされるなど、高齢者介護サービスが、一部の低所得者だけでなく、徐々に一般的・普遍的なニーズとして顕在化してきた。こうした状況を受け、1971（昭和46）年を初年度とする社会福祉施設緊急整備5か年計画が策定されるなど、高齢者福祉の拡充と量的整備への取組みが進められた。この計画により、特別養護老人ホームは、5年間に年平均100施設のペースで増加したが、養護老人ホームの施設数を上回ったのは1979（昭和54）年になってからであった。

図4-1-3 老人福祉施設の定員数の推移

図4-1-3 老人福祉施設の定員数の推移



資料：厚生省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」

(注) 老人短期入所施設は単独設置型のショートステイ専用施設であり、ショートステイ床としては、これ以外に特別養護老人ホーム等に併設して設置されるものがある(1998年度 合計49,242人分：厚生省老人保健福祉局調べ)。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第1節 これまでの高齢者保健福祉

2 高齢者介護ニーズの一部も担った医療

2-1 老人医療費無料化政策の功罪

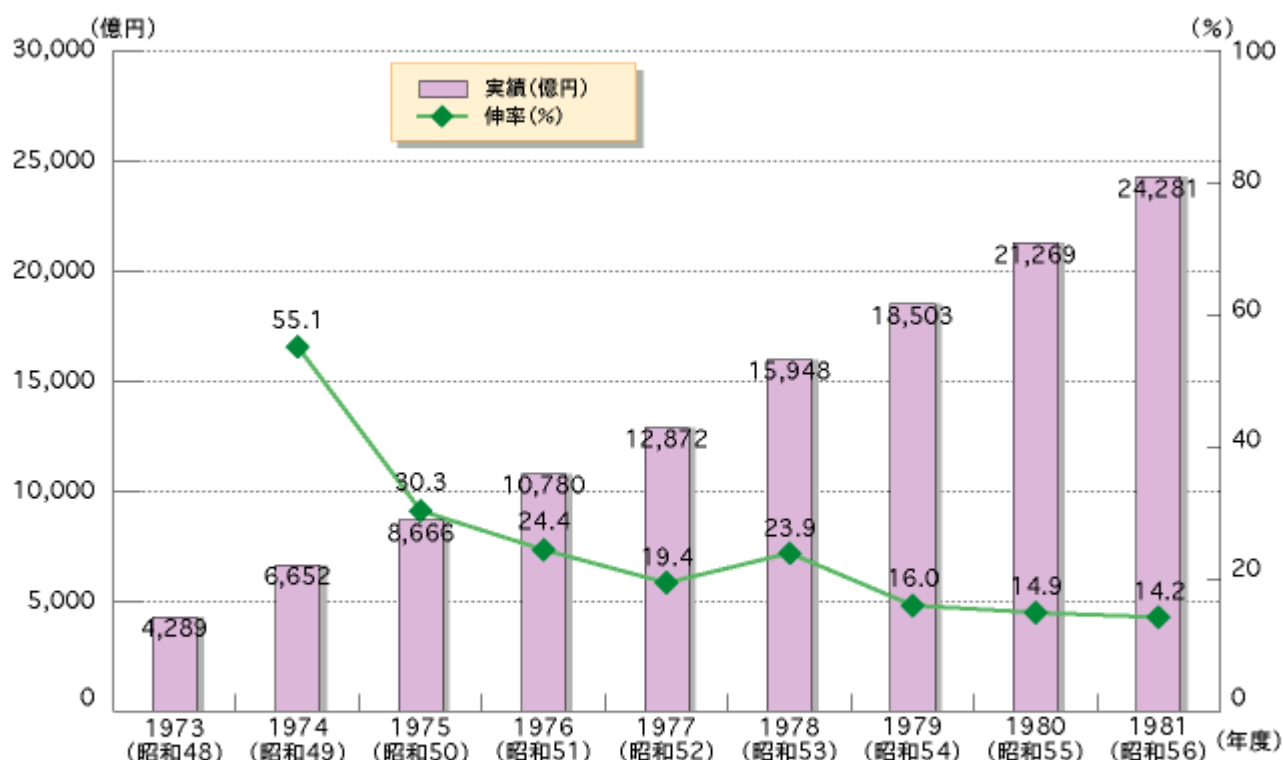
(老人医療費無料化の実施)

高齢者の介護ニーズへの対応の必要性を認識し、高齢者福祉は徐々に充実が図られてきた。しかしながら、より関心を集めていたのは、高齢者の医療費負担であった。1961（昭和36）年に国民皆保険は達成されていたものの、当時は、加入する医療保険によって保険給付率が異なり、複数の病気を抱えて長期の療養生活を送ることも多い高齢者の医療費負担をいかに軽減するかが大きな問題となっていた。こうした中で、1969（昭和44）年に秋田県と東京都が老人医療費の無料化に踏み切ったことを契機に、各地の地方公共団体がこの動きに追随し、1972（昭和47）年には、2県を残して全国で老人医療費が無料化される状況となった。

このような背景の中で、1973（昭和48）年から、国の施策として老人医療費支給制度が実施されるに至った。この制度は、70歳以上（寝たきり等の場合65歳以上）の高齢者に対して、医療保険の自己負担分を、国と地方公共団体の公費を財源として支給するものであった。

図4-1-4 老人医療費の推移

図4-1-4 老人医療費の推移



資料：厚生省老人保健福祉局「老人医療事業年報」

(注) 老人医療費は、旧老人医療費支給制度の対象者に係るもの。

(老人医療費無料化の効果)

この制度により、経済的理由から高齢者の受診が抑制されることがなくなり、高齢者は受診しやすくなった。その反面、ややもすると健康への自覚を弱め、行過ぎた受診を招きやすい結果ともなり、「必要以上に受診が増えて病院の待合室がサロン化した」あるいは「高齢者の薬漬け、点滴漬けの医療を助長した」との問題も指摘されるようになった。また、この制度導入後の高齢化の進展もあいまって、老人医療費は著しく増大し、各医療保険の財政を圧迫した。

その一方で、介護サービスを必要とする高齢者が、家庭や福祉施設に受け皿がないために病院への入院を余儀なくされたり、あるいは福祉施設との費用負担の格差や手続きの容易さから入院を選択するという、いわゆる「社会的入院」を助長しているとの指摘がなされるようになった。疾病の治療を中心とする医療サービスの枠組みの中だけでは、高齢者の能力の維持・向上を図るとともにその生活全体を支援する看護や介護のニーズを十分カバーできない点や、また、医療の側にとっても、限られた資源が医療本来の機能のために有効に使われていないという点で、課題を抱えていた。

2-2 老人保健制度の創設

老人医療費支給制度を導入して以降、老人医療費は著しく増大した。日本経済が高度成長から安定成長に移行する中で、各医療保険者、とりわけ高齢者加入率の高い市町村国民健康保険の財政負担が大きいものとなった。また、同制度は、高齢者の治療に偏り、予防からリハビリテーションに至る総合的な保健医療サービスの提供という視点が欠けているという問題も指摘されるようになった。

こうした中で、高齢者の医療費の負担の公平化と壮年期からの総合的な保健対策による高齢者の健康の確保を目指して、老人保健法が1982（昭和57）年に制定された。

老人保健法においては、70歳以上（寝たきり等の場合65歳以上）の高齢者が受診する際の定額負担を新たに導入し、健康維持への自助努力を促して行き過ぎた受診を防ぐとともに、世代間の負担の公平化を

厚生白書 (平成12年版)
目指すこととされた。

また、40歳以上の住民を対象に、健康相談や機能訓練など各種の保健事業を実施し、予防から治療、リハビリテーション、在宅療養に至る一貫した保健医療サービスを提供することも盛り込まれた。

さらに、高齢者加入率の格差による医療保険者間の負担の不均等を解消するため、全国平均の高齢者加入率に基づいて算定された拠出金を各医療保険者で等しく負担する、老人医療費の負担の仕組みが新たに導入された。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第1節 これまでの高齢者保健福祉

3 在宅介護サービスの創設と医療・福祉の連携

3-1 在宅介護サービスの創設

高齢者福祉の分野では、1970年代半ば頃までは施設整備に重点が置かれていたが、1970年代半ば以降は、住みなれた地域の中での生活を支援する観点から、在宅福祉が重要であるとの認識が高まってきた。

在宅福祉施策は、地方公共団体の先行する動きを受ける形で、1980（昭和55）年頃から、その充実が図られるようになった。現在、在宅介護サービスの3本柱と呼ばれる3施策のうち、通所介護（デイサービス）、短期入所生活介護（ショートステイ）が制度化されたのもこの時期である。訪問介護（ホームヘルプサービス）は、従来から行われていたが、1982（昭和57）年には、所得制限が引き上げられ、所得税課税世帯も利用料を負担すれば利用できるようになった。

3-2 施設サービスにおける医療と福祉の連携強化

（老人保健施設の創設）

高齢化の進展とともに、さらに、高齢者にふさわしい看護や介護に重点をおいたケアの必要性が高まり、医療と福祉の連携した、総合的なサービスの提供が求められるようになった。

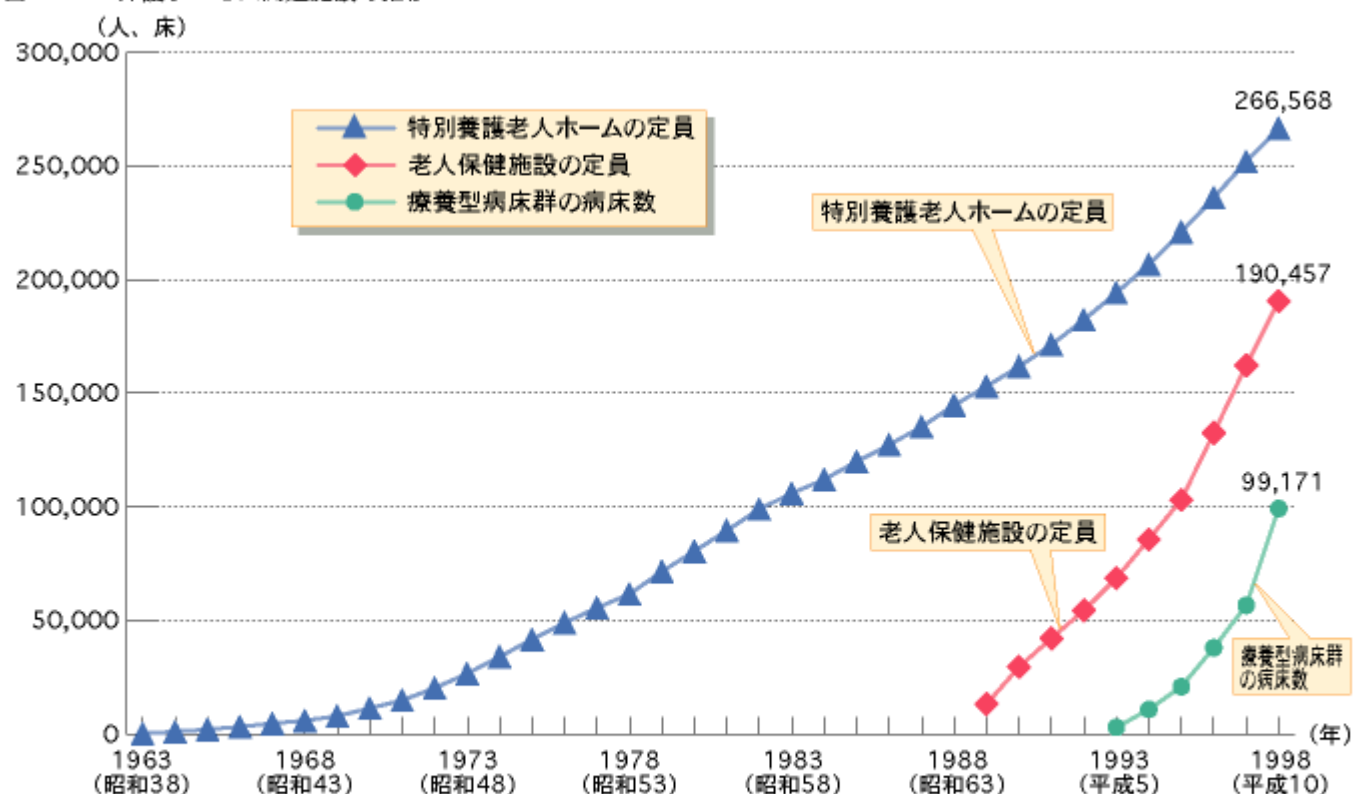
こうした中で、病状がほぼ安定して、病院での入院治療よりも看護、介護、機能訓練に重点をおいたケアを必要とする高齢者に、必要な医療ケアと日常生活サービスを提供するための施設として、1986（昭和61）年に老人保健施設が創設された。

老人保健施設では、慢性疾患が多いなどの高齢者の心身の特性に合わせて、看護、介護や機能訓練中心の療養を行うため、収入の基本部分について、出来高払い方式ではなく利用者の入所期間に応じた定額払い方式を採っている。この結果、過剰な投薬などが減り、日常生活についての指導を重視した医療が行われるようになった。

老人保健施設の入所に当たっては、行政が入所施設を決定する措置制度のような手続は不要であり、利用者は自らが選択した施設との契約に基づいてサービスを受けることができる。また、施設の利用料は、入所者が、所得審査を受けて負担能力に応じた額を負担するのではなく、食事その他の受けるサービスの内容に応じて負担する仕組みとなっている。

図4-1-5 介護サービス関連施設の推移

図4-1-5 介護サービス関連施設の推移



資料：厚生省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」「老人保健施設調査」「医療施設調査」

(注) 療養型病床群の病床数には、1998年4月から新設された一般診療所の療養型病床群の病床数を含む。

なお、このほかに介護力強化病院の病床が134,417床、老人性痴呆疾患療養病床の病床が5,360床ある(1998年 厚生省老人保健福祉局調べ)。

(高齢者にふさわしい医療・介護サービスの提供)

病院での医療サービスにおいても、1983(昭和58)年に、高齢者の慢性疾患にふさわしい医療と介護を提供するため、特例許可老人病院制度が設けられた。また、その診療報酬については、老人保健施設での成果を踏まえて、1990(平成2)年には、特例許可老人病院入院医療管理料などの定額払いの方式が導入されている。さらに、1992(平成4)年には、長期の療養にふさわしい療養環境と人員を備えた療養型病床群が制度化され、看護、介護を必要とする高齢者等への対応も図られてきた。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第1節 これまでの高齢者保健福祉

4 在宅介護サービスの充実

4-1 高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）の策定

1980年代に入って在宅福祉に力が入られるようになったが、在宅介護の充実にとって大きな節目となるのは、1989（平成元）年12月に策定された「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」である。この中では、在宅福祉対策や施設福祉対策などについて7つの主要な柱を立て、1999（平成11）年度までに実現すべき目標を掲げているが、在宅福祉対策の緊急整備に最も重点が置かれている。

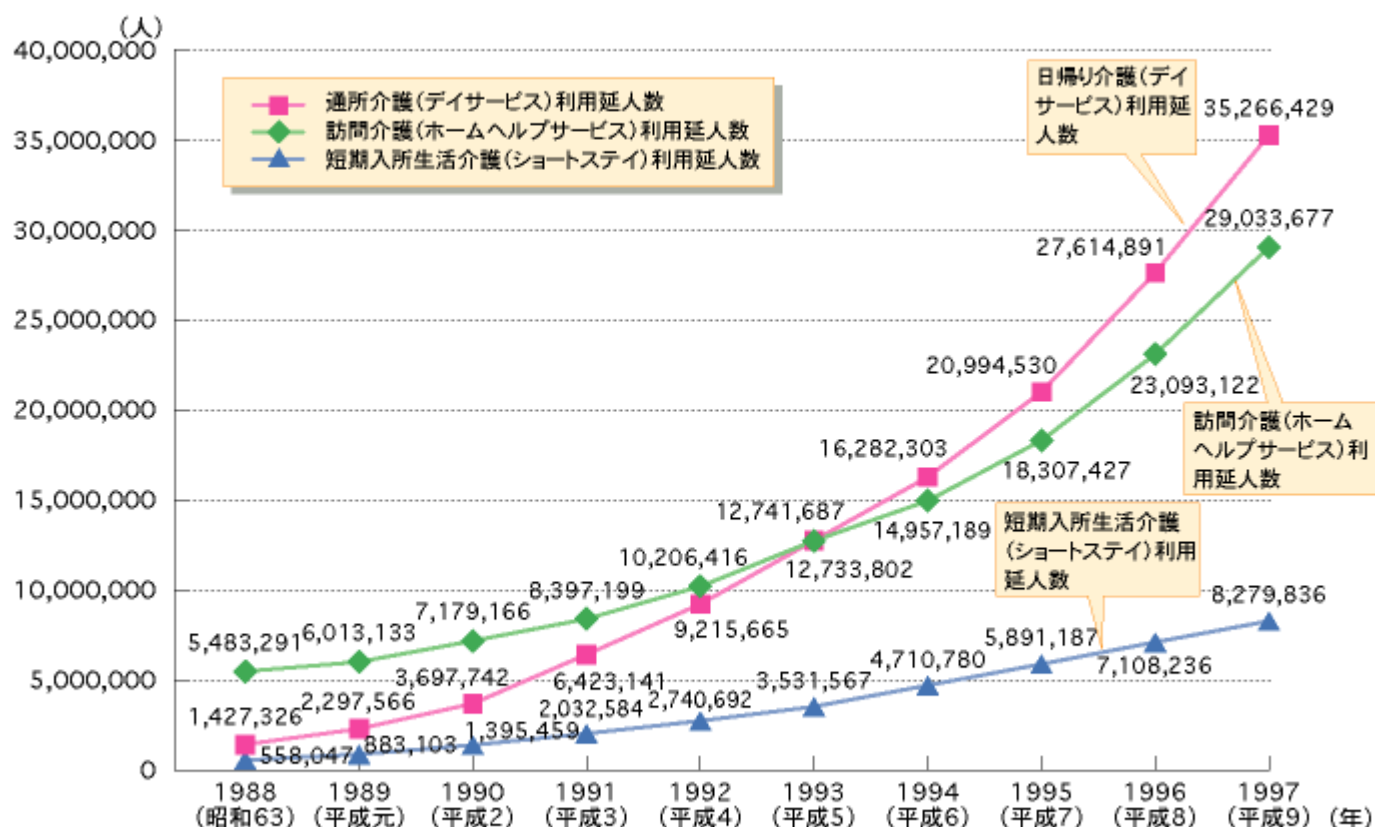
高齢者の多くは老後も住み慣れた地域で、家族や親しい人とともに暮らしていくことを希望している。そこで、介護を要する在宅の高齢者の生活を支援するため、当時のサービス水準と比較して、ホームヘルプは約3倍、デイサービスとショートステイは約10倍にすることを目指すなど、在宅福祉事業を積極的に進めていくこととされた。

また、計画を円滑に推進するため、1990（平成2）年には老人福祉法等が改正された。この改正は、在宅サービスを積極的に推進するための条件整備を図ることをその最大のねらいとしていた。具体的には、在宅福祉サービスが法律上に位置づけられるとともに、それまでの市に加えて、町村についても特別養護老人ホーム等の入所決定権が都道府県から移譲され、併せて施設サービスへの町村の負担も導入された。また、全市町村および都道府県において老人保健福祉計画の作成が義務づけられるなど、住民に最も身近な市町村が、在宅福祉と施設福祉を一元的かつ計画的に提供できるような体制が整備された。この頃から、市町村を中心とした地方分権型の介護保険制度に向けた流れが形作られたといえよう。

さらに、全国の地方公共団体で作成された老人保健福祉計画の内容を踏まえ、ゴールドプランの策定から5年後の1994（平成6）年には、計画の内容を見直して一層の充実を図る「新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）」が策定された。ゴールドプランと新ゴールドプランの推進により、高齢者保健福祉サービスの基盤整備が急速に進んできた（新ゴールドプランの進捗状況については、第2部第1章参照）。

図4-1-6 在宅サービス利用状況の推移

図4-1-6 在宅サービス利用状況の推移



資料：(財) 長寿社会開発センター「老人保健福祉サービス利用状況地図数値」
 (注) 通所介護(デイサービス)には、老人保健施設通所(デイケア)を含む。

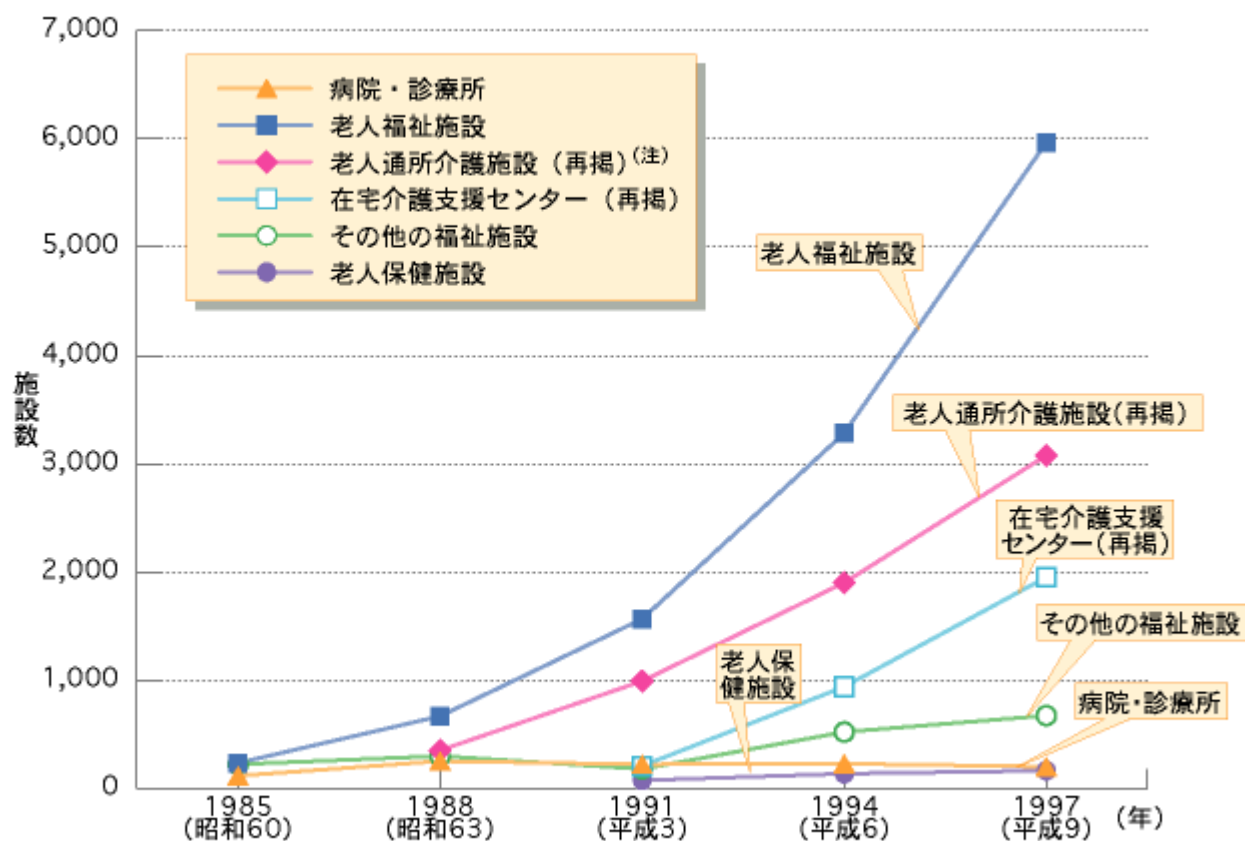
4-2 在宅介護を支える機能の強化

(在宅サービスの拠点としての施設、地域の中の施設)

1980年代に入って在宅サービスの充実が進められる中で、老人福祉施設も、単なる入所施設という側面以外に、施設内の高齢者にサービスを提供してきた経験の蓄積を活用して、地域で在宅サービスを提供する拠点としての役割も持つようになってきた。特別養護老人ホームに通所介護施設などが併設されたり、介護職員として経験を積んだ者をホームヘルパーとして訪問させる施設も増えた。また、次に述べる在宅介護支援センターも、特別養護老人ホームや老人保健施設等の機能を活かし、24時間対応できるものとして整備が進められた。施設は、従来ややもすると地域からの孤立を指摘されることがあったが、こうした地域における在宅サービスの拠点としての施設が増加したことによって、施設と地域との関わりを深めるという効果ももたらされた。

図4-1-7 特別養護老人ホームの主な併設施設数の推移

図4-1-7 特別養護老人ホームの主な併設施設数の推移



資料：厚生省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」

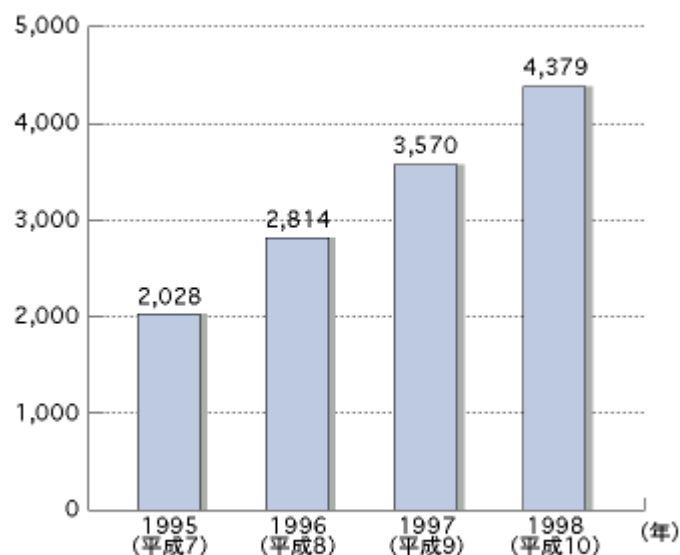
(注) 1994年以前は「老人デイサービスセンター」。

(在宅介護支援センターの創設)

高齢者の視点に立って医療と福祉の両分野にわたる在宅介護サービスを適切に組み合わせて提供していくため、市町村に高齢者のサービス調整チームを設けるなどの取組みも行われてきた。こうした中で、1990（平成2）年には、在宅介護支援センターが創設された。在宅介護支援センターは、利用者の身近なところで、ソーシャルワーカー（生活の相談・援助を行う者）、看護婦、保健婦、介護福祉士といった専門家が利用者からの様々な相談に応じ、必要な保健福祉サービスを受けられるよう関係機関との調整を行うこと等をその役割としている。利用者の要望に応じてサービス提供を調整する点で、介護保険の中で位置づけられた居宅介護支援（ケアマネジメント）にもつながるものであった。

図4-1-8 在宅介護支援センター数の推移

図4-1-8 在宅介護支援センター数の推移



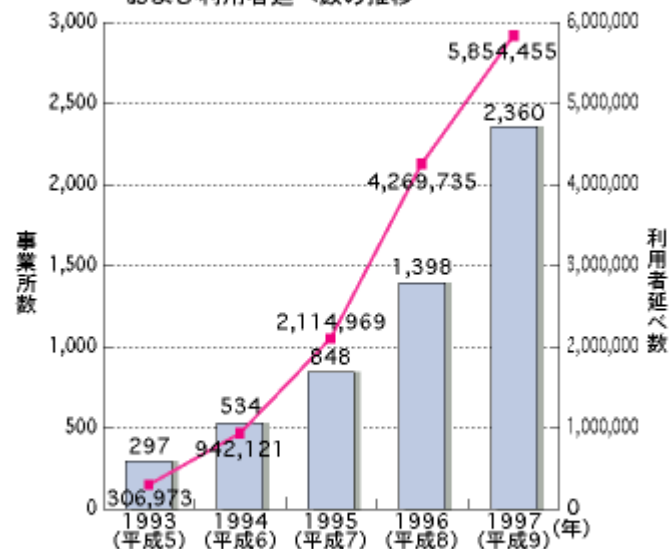
資料：厚生省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」

(訪問看護の推進)

ホームヘルプサービス等の在宅福祉サービスの拡充が進む中で、在宅医療の分野においても介護体制の充実を図るため、1992（平成4）年から老人訪問看護制度が創設された。それまでも病院や診療所からの訪問看護が認められてきたが、退院後の継続看護だけでなく在宅での療養上の世話も含めた幅広いサービスを行う訪問看護事業所（訪問看護ステーション）を整備し、在宅医療の推進、在宅ケアの質の向上や、在宅介護支援センターと連携した保健、医療、福祉にわたる総合的ケアの確立等を図ることとした。

図4-1-9 訪問看護ステーションの事業所数および利用者延べ数の推移

図4-1-9 訪問看護ステーションの事業所数
および利用者延べ数の推移



資料：厚生省大臣官房統計情報部「訪問看護統計調査」

(注) 事業所数は、各年12月末現在。

厚生白書 (平成12年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第2節 介護を必要とする高齢者の自立を国民皆で支援

1 高齢者介護への新たな対応の必要性

先に述べたゴールドプランを中心として、1990年代に入って、高齢者保健福祉の基盤整備が急速に強化されてきたが、21世紀の本格的高齢社会を控え、寝たきりや痴呆の高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大することが見込まれるようになった。その一方で、これまで要介護の高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も、核家族化の一層の進行、介護する家族の高齢化、子どもの数の減少など大きく変わりつつあり、介護の問題が、家族にとって身体的にも精神的にも大きな負担としてのしかかってくる状況が生じてきた。

このように普遍的な問題となってきた高齢者介護の問題に対しては、幅広い社会的な支援が必要である。

これまで、高齢者に対する介護サービスは、一部は老人福祉法に基づいて行政側がサービスの内容を決める、いわゆる「措置」に基づくサービスとして提供され、また、一部は老人医療の中で担われていた。しかし、従来の公費による措置制度を基本とする高齢者福祉の対応では、その性格上、予算の制約の下で、行政機関によってサービスの利用対象者や内容が決められ、これ以上の介護サービスの飛躍的な拡充が期待し難い面があった。このため、これまでの制度の単なる延長だけではなく、思い切った改革に取り組むことが不可欠であった。

こうした中で構想されたのが、新しい介護保険制度であり、高齢者の介護の問題を一部の限られた問題としてとらえるのではなく、高齢者を等しく社会の構成員としてとらえながら、国民皆で高齢者の介護の問題を支え合おうとするものである。これにより、介護サービスを受ける高齢者の数も利用されるサービスの量も大幅に増加すると見込まれる。

次に、その制度の基本的な考え方を紹介する。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第2節 介護を必要とする高齢者の自立を国民皆で支援

2 自立支援の理念

介護保険法では、制度の目的として、要介護状態になった者が「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」必要な介護サービスを提供することと規定し、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというを超えて、「高齢者の自立支援」をその理念として掲げている。

介護サービスを必要とする状態になった場合でも、持てる能力の維持・回復を目指し、その心身の状況や生活環境に応じて、サービスを自ら選んで受けながら、できるだけ自立した生活を送ることは、多くの高齢者が望むところであろう。

この理念は、一つには、本人が希望する場合に、住み慣れた地域での生活を続けられるよう、自立を支える多様な在宅サービスを重視している点に表れている。これは、1980年代からの、在宅サービスを充実してきた流れを受けたものである。

また、介護報酬においても、リハビリテーションや機能訓練が手厚く評価されるほか、施設からの退所に際して居宅での療養に必要な指導を行った場合などに、施設サービスの加算として介護報酬が支給され、在宅復帰に当たっての指導等も進められるよう配慮されている。

さらに、要介護状態までは至らなくても、「要支援状態」として、要介護状態の発生を予防する観点から在宅サービスを提供することにも、自立支援の理念が表れている。

こうした理念を踏まえ、後に述べる居宅サービス計画（ケアプラン）の作成においても、自立を目指したサービスの利用に配慮することが求められている。

写真 介護保険制度周知のポスター

介護保険制度周知のポスター



第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第2節 介護を必要とする高齢者の自立を国民皆で支援

3 高齢者の介護ニーズに普遍的に応える仕組み

これまでの措置制度による高齢者福祉施策は、行政が公費によりサービスを提供する制度であり、利用に当たっては、家族状況や経済状態などの資料を求められ、行政からの恩恵的な施策という心理的抵抗感がぬぐい難い面があった。その一方で、医療分野では、保険証1枚で容易にサービスを受けることができ、そこでも担われている介護サービスとの差異が課題となっていた。

介護保険制度は、介護ニーズが普遍的に増加し、それを取り巻く家族の状況が変化していることを踏まえて構想されたものであり、これまでの措置による制度とは考え方を大きく異にしている。制度に加入する高齢者が身体上または精神上の障害のために介護を必要とする状態にあるかどうかという介護ニーズのみに着目して、サービス提供が決定されることとなる。制度に加入している者は、権利として、適切な介護サービスを選択して受けることができる。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第2節 介護を必要とする高齢者の自立を国民皆で支援

4 公平・公正な要介護認定の実施の仕組み

(要介護認定・要支援認定)

介護保険制度の下で、介護サービスを利用するためには、まず市町村による要介護認定や要支援認定を受けることが必要となる。

要介護認定や要支援認定は、高齢者の心身の状況が、介護を必要とする状態または日常生活に一定の支援を必要とする状態にあるか、必要であればどの程度のサービスを必要とするかを審査判定する手続である。

この認定は、客観的な心身の状況に基づき、「介護の手間がどれだけかかるか」を判断の基準として行われる。これにより、所得や家族の状況に関わらず、必要な介護サービスが受けられることが明確にされた。

また、認定は、介護の手間という観点で判断するため、疾病が重いか軽いかといった医学的な診断とは必ずしも一致するものではない点にも注意する必要がある。

(認定の客観性と公平性の確保)

介護保険制度は、公費や若い世代の負担も含めて、全国で負担をすることで成り立っている仕組みである。こうしたことから、サービス提供の前提となる要介護認定や要支援認定は、全国を通じて一律の、客観的で公平な基準に基づいて行うこととされている。こうした仕組みは制度への信頼を得るためにも不可欠である。

要介護認定や要支援認定は、保健・医療・福祉の学識経験者おおむね5名によって構成される介護認定審査会が合議によって審査判定を行い、市町村長が認定することとなる。審査判定は、申請者の心身の状況等に関する調査結果から介護の手間の程度について推計した一次判定（実際に高齢者に提供されている介護サービス量に関するデータに基づき作成された全国共通のコンピュータソフトウェアを用いる）の結果を原案とし、主治医の意見書や心身の状況等についての特記事項の内容を加味して行われる。

なお、認定の客観性と公平性を確保するため、申請者の心身の状況等について調査を行う調査員は、都道府県の実施する研修を受講し、全国一律の調査の手引きにしたがって調査を実施することとなっている。

表4-2-1 要介護認定状況

表4-2-1 要介護認定状況

2000（平成12）年3月末現在

	在 宅		介護保険施設		その他施設		全 体	
非 該 当	85,456	5.4%	2,058	0.1%	814	0.1%	88,328	5.6%
要 支 援	181,663	11.6%	11,061	0.7%	2,416	0.2%	195,140	12.4%
要 介 護 1	297,913	19.0%	61,385	3.9%	8,171	0.5%	367,469	23.4%
要 介 護 2	192,154	12.2%	63,334	4.0%	7,358	0.5%	262,846	16.7%
要 介 護 3	131,021	8.3%	74,810	4.8%	8,154	0.5%	213,985	13.6%
要 介 護 4	116,230	7.4%	105,815	6.7%	13,503	0.9%	235,548	15.0%
要 介 護 5	107,039	6.8%	84,138	5.4%	16,567	1.1%	207,744	13.2%
合 計	1,111,476	70.7%	402,601	25.6%	56,983	3.6%	1,571,060	100.0%

資料：厚生省老人保健福祉局調べ

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第2節 介護を必要とする高齢者の自立を国民皆で支援

5 社会全体で支える制度～高齢者も制度の担い手

介護保険制度では、自らの老後や老親の介護が現実的問題と感じられるようになる40歳以上のすべての者を加入者として、国民皆で介護サービスを支えていく仕組みをとっており、少子高齢化が進行する中で、若い世代だけでなく、高齢者自身も制度を支えるという立場を明確に位置づけている。

これまでの介護サービスは、高齢者福祉施策として行われていた部分は全額公費で、社会保険方式を基礎とする老人保健制度として行われていた部分は公費と医療保険料半分ずつで賄われてきた。社会保険方式に基礎をおいた制度である介護保険制度では、従来の老人保健制度として行われていた方式を受けて、財源の5割を公費負担とし、残りの部分は保険料により負担する仕組みになっている。また、医療保険制度とは異なり、介護保険では、高齢者一人一人に所得に応じた保険料の支払いを求めている。

介護保険制度の創設に当たっては、介護が限られた人だけに生ずるリスクではなく普遍的で深刻なリスクとなっていることから、将来にわたって必要な財源を安定的に確保できる、社会連帯を基本とした相互扶助の仕組みがふさわしいとされた。今後、増加していく介護費用を賄っていく仕組みとしては、給付と負担の対応関係が明確であり、開かれた議論を通じて負担に対する国民の理解を得やすい社会保険方式が現実的と考えられる。また、社会保険方式は、社会扶助方式に比べ、利用者によるサービスの選択の保障や権利としてのサービス利用という点で優れた制度といえよう。

写真 介護保険制度周知のポスター

介護保険制度周知のポスター

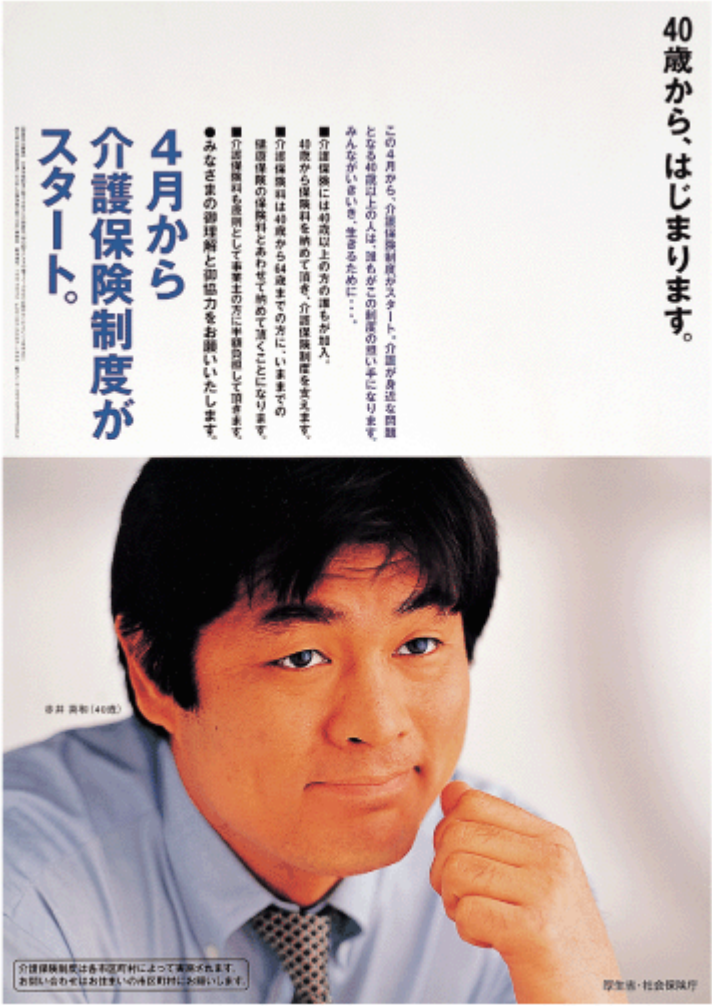
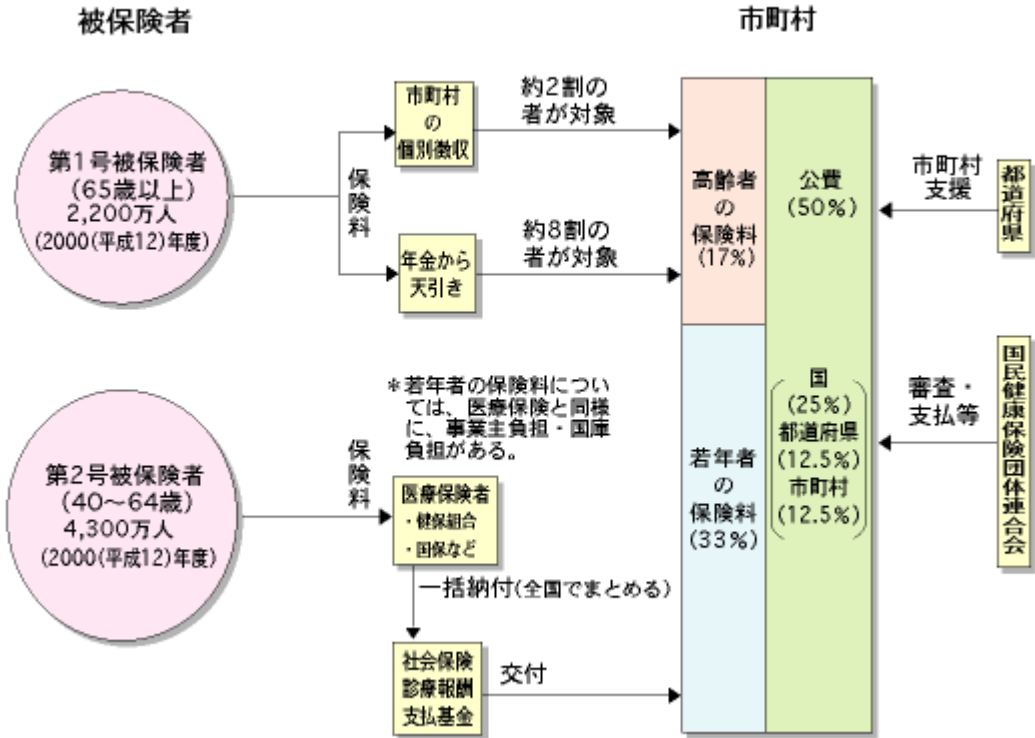


図4-2-2 介護保険制度の財源構成

図4-2-2 介護保険制度の財源構成



(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第3節 高齢者の立場に立ったサービスの総合化

1 福祉と医療の垣根を取り払った介護保険

これまでの高齢者福祉が事実上低所得者を中心とする枠組みを超え難かったこともあり、増加する介護ニーズを高齢者福祉施策のみではまかないきれない中で、介護ニーズの一部を、事実上医療施設が担ってきた側面があった。高齢者介護が高齢者医療と高齢者福祉の二つの分立する体系で実施されてきた中で、いかに、その間の連携を図り、利用者にとって望ましいサービスを提供していくかが課題となっていた。

こうした経緯に立って、介護保険制度では、これまで高齢者福祉サービスと高齢者医療サービスの双方に分かれていた介護サービスを、一つの制度として統合した。利用者は、従来の福祉サービスと医療サービスに含まれていたサービスを含む総合的なメニューの中から、その希望に応じて選択することができる。また、居宅介護支援（ケアマネジメント）という仕組みを取り入れ、様々なメニューをもつ在宅サービスを中心として、利用者が自らにふさわしいサービスを適切に選び、サービス提供機関との連絡調整を行うことを専門的観点から支援することとした。

これにより、福祉分野と医療分野に分かれ、利用手続きや利用者負担も異なっていた点が改善され、介護を必要とする高齢者が、ふさわしい介護サービスを総合的に利用しやすい仕組みとなった。

図4-3-1 従来の高齢者福祉・高齢者医療の介護保険への再編成

図4-3-1 従来の高齢者福祉・高齢者医療の介護保険への再編成

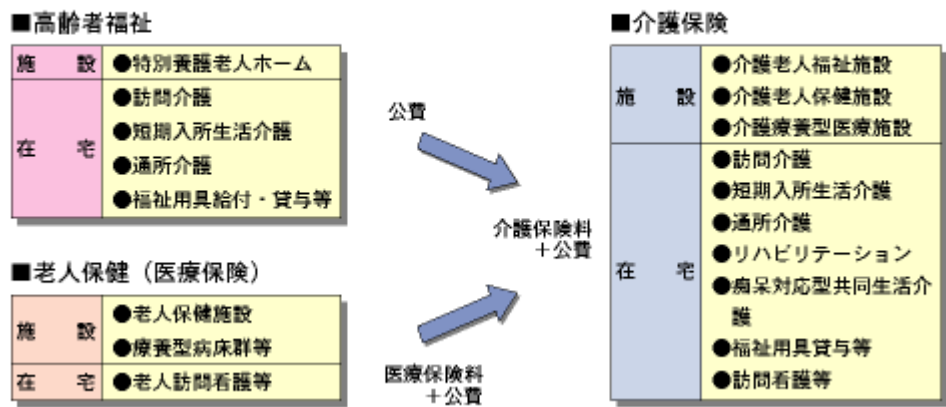


表4-3-2 在宅・施設サービスの種類

表4-3-2 在宅・施設サービスの種類

(在宅サービス)

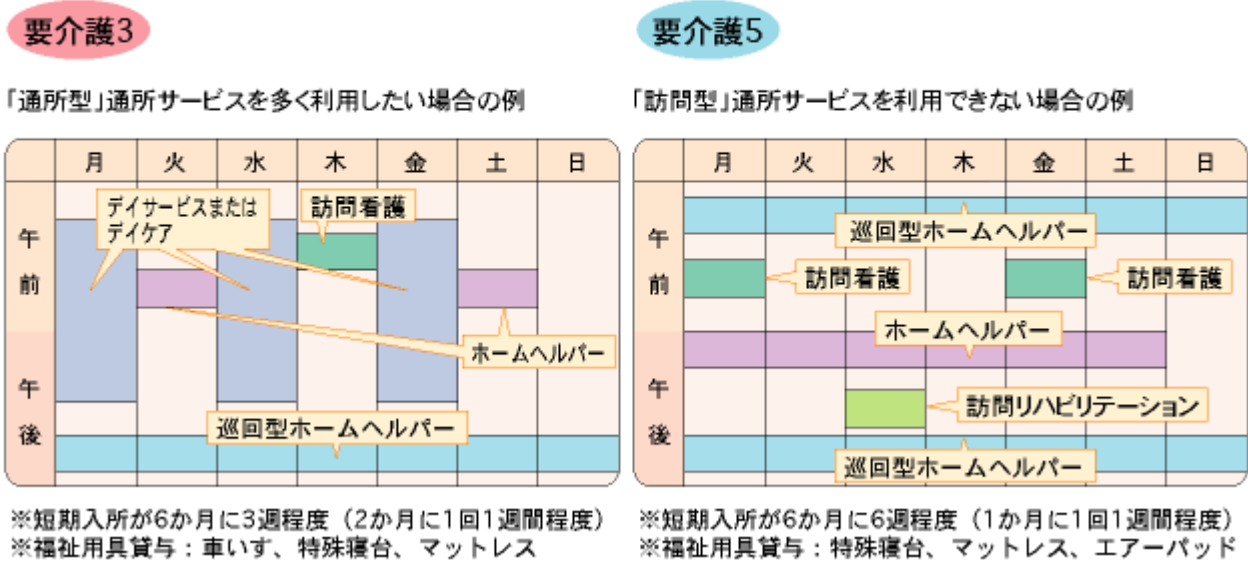
サービスの種類		サービス内容の定義
居宅サービス	訪問介護 【ホームヘルプサービス】	居宅で介護福祉士等からうける、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話
	訪問入浴介護	居宅で、浴槽を提供されてうける入浴の介護
	訪問看護	基準に適合する居宅要介護者等が、居宅で看護婦等からうける、療養上の世話と診療の補助
	訪問リハビリテーション	基準に適合する居宅要介護者等が、居宅でうける、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるための理学療法・作業療法等のリハビリテーション
	居宅療養管理指導 【医師等による管理・指導】	病院・診療所・薬局の医師・歯科医師・薬剤師等からうける療養上の管理と指導
	通所介護 【デイサービス】	老人デイサービスセンター等の施設に通ってうける入浴・食事の提供（これに伴う介護を含む）その他の日常生活上の世話と機能訓練
	通所リハビリテーション 【医療機関でのデイケア】	基準に適合する居宅要介護者等が介護老人保健施設、病院・診療所でうける、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるための理学療法・作業療法等のリハビリテーション
	短期入所生活介護 【ショートステイ】	特別養護老人ホーム等の施設や老人短期入所施設への短期入所でうける、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話と機能訓練
	短期入所療養介護 【ショートステイ】	基準に適合する居宅要介護者等が介護老人保健施設・介護療養型医療施設等への短期入所でうける、看護、医学的管理下の介護と機能訓練等の必要な医療と日常生活上の世話
	痴呆対応型共同生活介護 【痴呆性老人グループホーム】	比較的安定した状態にある痴呆の要介護者が、共同生活を営む住居でうける、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話と機能訓練
	特定施設入所者生活介護 【有料老人ホーム等】	有料老人ホーム等に入所する要介護者等が、サービス内容・担当者等を定めた計画により施設でうける、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話
	福祉用具貸与	日常生活上の便宜を図る用具や機能訓練のための用具で、日常生活の自立を助けるもの（厚生大臣が定めるもの）の貸与
【特定福祉用具の購入】 居宅介護福祉用具購入費等		福祉用具のうち、貸与になじまない入浴や排せつのための用具（厚生大臣が定めるもの）の購入費の支給
【住宅改修】 居宅介護住宅改修費等		手すりの取付け等の、小規模の一定種類（厚生大臣が定めるもの）の住宅改修費用の支給
居宅介護支援 居宅介護サービス計画費／ 居宅支援サービス計画費		在宅サービス等を適切に利用できるように、心身の状況・環境・本人や家族の希望等をうけ利用するサービスの種類・内容等の計画を作成し、サービス提供確保のため事業者等と連絡調整等を行うとともに、介護保険施設入所が必要な場合は施設への紹介等を行う

(施設サービス)

	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護療養型医療施設	医療保険適用の療養型病床群
			介護 保 険			医療保険
対 象 者	常時介護が必要で在宅生活が困難な要介護者		病状安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリテーションや看護・介護を必要とする要介護者		病状が安定している長期療養患者であって、カテーテルを装着している等の常時医学的管理が必要な要介護者 (右に該当する者を除く)	病状が安定している長期療養患者のうち、 ・密度の高い医学的管理や積極的なリハビリテーションを必要とする者 ・40歳未満の者および40～65歳未満の特定疾病以外の者
介護保険施設に係る指定基準	居室（1人当たり10.65g以上） 医務室 機能回復訓練室 食堂 浴室 等 廊下幅 片廊下1.8m以上 両廊下2.7m以上		療養室（1人当たり8g以上） 診察室 機能訓練室 談話室 食堂 浴室 等 廊下幅 片廊下1.8m以上 両廊下2.7m以上		病室（1人当たり6.4g以上） 機能訓練室 談話室 浴室 食堂 等 廊下幅 片廊下1.8m以上 両廊下2.7m以上	病室（1人当たり6.4g以上） 機能訓練室 談話室 浴室 食堂 等 廊下幅 片廊下1.8m以上 両廊下2.7m以上
※人員基準については100人当たり	医師(非常勤可)	1人	医師(常勤)	1人	医師	3人
	看護婦	3人	看護婦	9人	看護婦	17人
	介護職員	31人	介護職員	25人	介護職員	17人
	介護支援専門員	1人	理学療法士 又は作業療法士 介護支援専門員	1人 1人	介護支援専門員	1人
	その他 生活相談員 等		その他 支援相談員 等		その他 薬剤師・栄養士 等	その他 薬剤師・栄養士 等

図4-3-3 在宅サービスの利用例

図4-3-3 在宅サービスの利用例



第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第3節 高齢者の立場に立ったサービスの総合化

2 ケアマネジメントによるサービスの計画的な利用

介護保険制度では、多様な介護サービスの中から一人一人の高齢者のニーズにふさわしいサービスが提供されるよう、ケアマネジメントの考え方を取り入れている。

ケアマネジメントに求められることは、まず、高齢者自身がサービスを選択することを基本としながら、利用者である高齢者や家族の相談に応じ、その要介護度やニーズを適切に把握した上で、ふさわしい介護サービスの計画的な利用について、その具体的内容を定めることである。その上で、実際にサービスが提供されるよう、地域でサービスを提供する様々な事業者と連絡調整を行い、継続的なサービス利用を確保することが必要である。

こうしたケアマネジメントを担う新しい専門職として、介護支援専門員（ケアマネジャー）を位置づけている。ケアマネジャーは専門知識に基づいて、利用者にふさわしいサービス内容をまとめた居宅サービス計画（ケアプラン）の作成や、サービス事業者等との利用調整などを担う。ケアプランの作成に当たっては、自立支援という理念について、ケアマネジャーが十分理解し、また、その意義を高齢者に説明して、具体的にプランの中に取り入れるよう努力していかなければならない。

ケアプラン策定の費用は全額が保険から給付され、自己負担の必要はない。

なお、介護保険制度の下で、在宅介護支援センターは、引き続き、要介護状態でない高齢者も含めた地域の高齢者の実態把握や介護サービスのケアマネジメント、在宅介護等に関する総合的な相談、関係行政機関、サービス実施機関等との連絡調整といった機能を果たし、地域の高齢者保健福祉体制を構築していく上で、重要な役割を期待されている。

表4-3-4 介護支援専門員(ケアマネジャー)の職種別合格者数

表4-3-4 介護支援専門員（ケアマネジャー）の職種別合格者数
(1998（平成10）年度及び1999（平成11）年度の合計）

職 種	合格者数	
		構成比率
看護婦（士）、准看護婦（士）	58,851人	36.7%
介護福祉士	21,718人	13.6%
相談援助業務従事者、介護等業務従事者	16,462人	10.3%
保健婦（士）	14,552人	9.1%
薬剤師	12,527人	7.8%
医師	12,477人	7.8%
その他	23,567人	14.7%
合計	160,154人	100.0%

資料：厚生省老人保健福祉局調べ

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第3節 高齢者の立場に立ったサービスの総合化

3 公平な利用者負担

従来福祉分野と医療分野に分かれていた介護サービスでは、利用者負担の方式が異なっていた。

介護保険制度においては、こうした制度間や利用者間にあった利用者負担の不均衡が是正されており、原則としてかかった費用の1割を公平に利用者が負担する仕組みが採られている。

定率の利用者負担の導入は、高齢化が進み、世代間の公平性の確保も求められる中で、今後は、介護サービスの利用者も応分の負担をし、1)サービスを利用する者と利用しない者との間の公平な負担を確保すること、2)サービス利用についての適切な費用（コスト）意識を持つことで、費用の効率化にも資すること、3)リハビリテーション等への自覚を促すことなどの考え方に基づいている。

また、サービス給付は基本的に要介護度に応じた定額払い方式をとっており、利用者は、定額の1割を負担する。しかし、その負担分が一定額を超える場合は、所得や世帯の状況に応じて、超えた分の払い戻しを受けることができ、負担が過重にならないように配慮されている。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第4節 高齢者の選択に基づくサービス提供

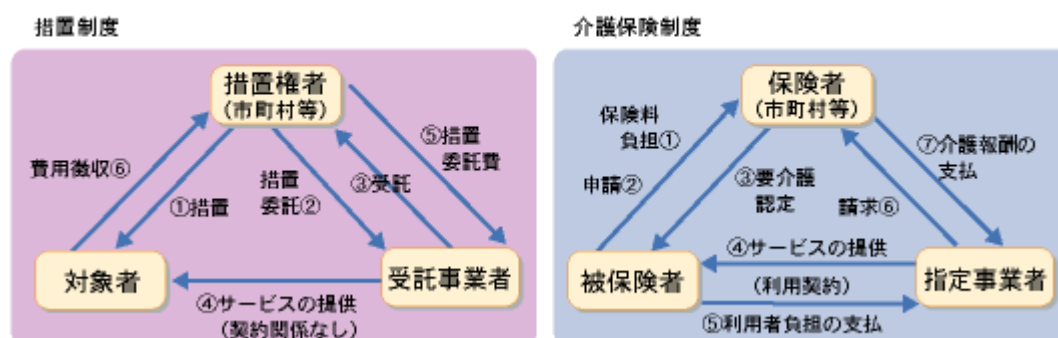
1 介護サービス市場の登場

これまでの措置制度に基づく高齢者福祉の下では、サービスの提供について行政が責任を持ち、実際には行政からの委託を受けた社会福祉法人等がその担い手となることが多かった。このような方式では、利用者がどの事業者からサービスを受けるかを自由に選択することは制度的には保証されていなかった。また、事業者は、利用者とはサービス提供の対象という関係にとどまるため、サービス内容についての利用者の要望は、事業者が届きにくかった。

介護保険制度では、基本的に行政はサービスを提供する主体ではなくなり、多様な事業者が、利用者と相対して、契約に基づいてサービスを提供するようになった。ここでは、利用者も、事業者を選択し、契約を結ぶ当事者として、介護サービスを利用することとなる。このような介護サービス市場の登場により、今後、市場を通じたサービス供給量の増加と質の向上が期待される。その一方で、健全な競争の中でサービス提供が行われるような、環境整備も重要となる。

図4-4-1 福祉サービスの利用方法の変化

図4-4-1 福祉サービスの利用方法の変化



第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第4節 高齢者の選択に基づくサービス提供

2 利用者による選択と競争を通じた質の向上への期待

措置制度の下では、国が設備や職員等に関する基準を定め、また、地方公共団体がサービス提供の委託先である事業者へ個別に指導したり、場合によって処分を行うことを通じて、提供されるサービスの質の向上を図ってきた。

介護保険制度の下では、国による基準の設定と、それに基づく個別の事業者への必要な規制や指導などは引き続き行われるが、何よりも新たに登場した介護サービス市場において、利用者が、自ら好ましい、より良いサービスを選択することを通じて、事業者間の競争が生じ、その結果として、提供されるサービスの質の向上や事業の効率化が進むことが期待される。

(介護サービスを担う多様な主体)

介護サービスを担う事業主体は、従来は市町村の委託がなければ事業の展開が難しかったが、今後は、一定の条件を満たせば都道府県による指定を受けて参入することができる。これにより、多様な主体の参入と、それに伴うサービス基盤の充実と選択の幅の拡大が期待される。特に、福祉系を中心に在宅介護サービス事業については、原則として法人格があればよく、事業主体による参入規制はないことから、公的主体や社会福祉法人だけでなく、医療法人、民法法人、民間企業、農協、生協、特定非営利活動法人といった多様な主体の参入が期待される。また、地域のボランティア団体のような法人格を持たない事業主体についても、人員や設備について一定の要件を満たせば、市町村の判断により、在宅介護サービスについて保険給付の対象として認めるなど、柔軟な仕組みが採られている。

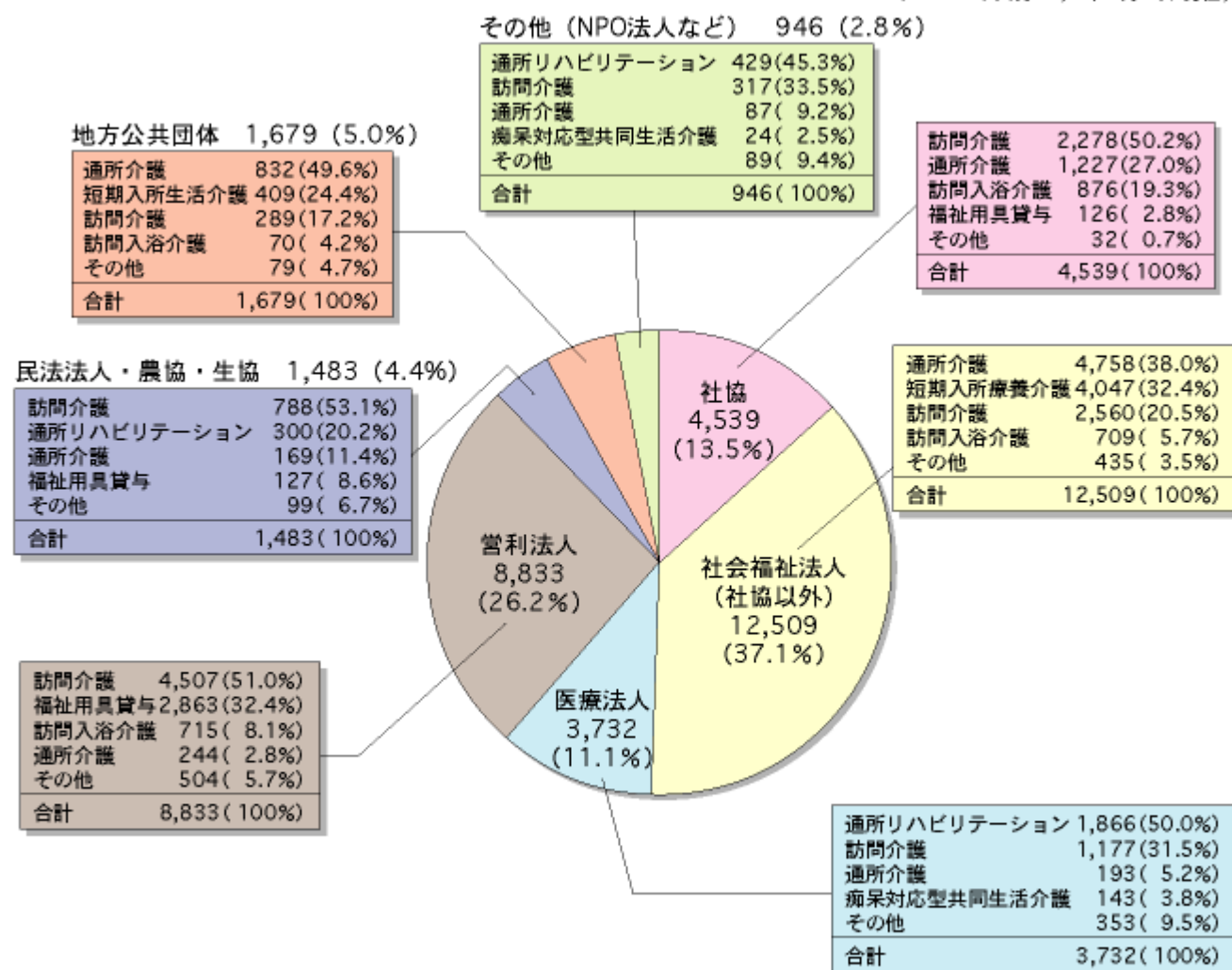
また、利用者は、サービスを提供する事業者だけでなく、ケアプランを作成する居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）についても、ニーズに適切に応えてくれる者を選択することができる。

さらに、高齢者の数の増加と介護保険の導入を一つの契機として、介護保険の給付対象となる分野だけでなく、移送サービスや配食サービスなどの高齢者の生活の質を高めるサービスについても、民間事業者なども含む多様な主体の取組みが登場しつつある。

図4-4-2 主体別に見た居住サービス指定件数

図4-4-2 主体別に見た居宅サービス指定件数

(2000 (平成12) 年4月1日現在)



資料：厚生省老人保健福祉局調べ

(注) 指定居宅サービス事業所の指定件数の中には「みなし指定」を受けた事業所は入っていない。

表4-4-3 措置費と介護報酬の比較

表4-4-3 措置費と介護報酬の比較

	措 置 費	介護報酬	(参考) 診療報酬
性格	一定のサービス提供を委託により実施するための費用	サービス提供の対価	サービス提供の対価
使途 (積算の考え)	施設運営費 〔人件費＋管理費〕 ＋入所者生活費 ・施設整備等の経費及び法人本部の経費に充てることは、原則、認められない。	制限なし ・事業主体の判断により、事業活動支出（減価償却費を含む）や事務費支出（法人本部の経費を含む）等に充てられる。	制限なし ・事業主体の判断により、医療費用（減価償却費を含む）や本部費用等に充てられる。
地域差の取扱い	人件費－公務員の調整手当に準じて調整 管理費－一律 生活費－生活保護の区分に準じて調整（老人保護措置費に限る）	介護職員・看護職員等の人件費相当分について、実態を踏まえて調整。 訪問系サービス（訪問リハビリテーションを除く）については、離島等サービスの確保が困難である地域は、15%加算。	一律 ・ただし入院環境料について公務員の調整手当に準じて調整
規定額と支払額 の関係	規定された金額どおりに委託費として支払われる。	事業者によっては介護報酬の額から一定率の割引きを行うことが可能。	規定された金額どおりに報酬が支払われる。
支払方法	当月分を前払い	2ヶ月後に支払い	2ヶ月後に支払い

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第4節 高齢者の選択に基づくサービス提供

3 介護サービス市場の特色

(介護サービス市場の確実性)

介護サービスの提供事業そのものは全く新規の事業分野として2000（平成12）年4月を境に突然現れたわけではない。例えば、1995（平成7）年度には、市町村の委託や医療保険からの給付により、2.2兆円相当のサービスが、福祉施設や在宅介護サービス事業者、医療機関などによって提供されていた。介護保険制度の実施で新たに登場するのは、様々な事業主体による競争と利用者による選択が行われる場としての「市場」である。

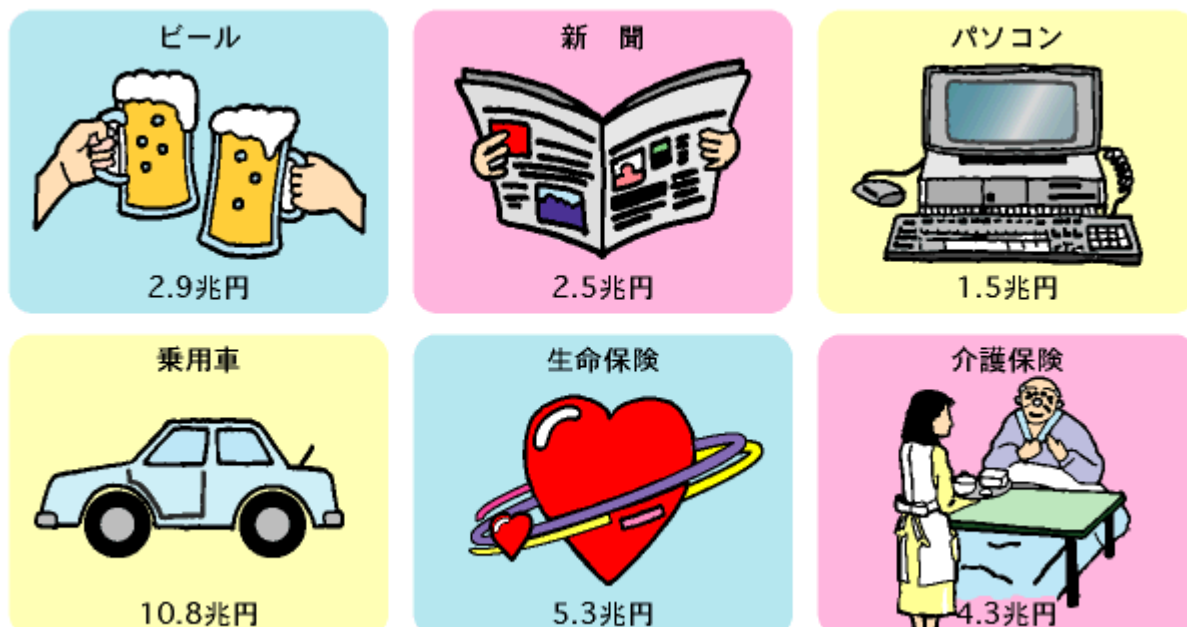
それでは、新しい介護サービス市場は、どのような特色を持っているだろうか。

第一に、この市場は、常に一定規模のサービス需要を支えるだけの財源が確保されていることに特色がある。介護保険制度では、実際に利用された介護サービスの費用を保険から給付する仕組みを採用しており、使い道を問わない現金での給付は行わないため、保険給付額のすべてが介護サービスに消費される。保険給付額に自己負担額を加えた総費用は、2000年度で4.3兆円に上ると見込まれており、介護保険による介護サービス市場に限ってもかなり大規模な市場が登場したといえよう。

また、高齢化の進行に伴って、今後、介護を必要とする高齢者は急速に増加すると見込まれており、介護サービス市場の規模も急速に成長していくと推計されている。

図4-4-4 他の産業の市場規模

図4-4-4 他の産業の市場規模



資料：介護保険以外は総務庁「平成7年度産業連関表」

表4-4-5 介護に係る社会保障給付費の将来推計

表4-4-5 介護に係る社会保障給付費の将来推計

	2000（平成12）年度	2010（平成22）年度	2025（平成37）年度
高齢者人口	2,187万人	2,813万人	3,312万人
介護に係る社会保障給付費	4兆円	8～10兆円	14～21兆円

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口平成9年1月推計」
厚生省「社会保障の給付と負担の見通し（改定版）」（1997（平成9）年9月）

（介護サービスの柔軟性）

介護サービスは、公的な保険制度の下でのサービスであるため、価格の上限が定められているなど、通常の市場と異なる面もあるが、これまでの高齢者福祉と比較すると、柔軟な仕組みになっている。

まず、利用者が個々にサービスを利用する際、標準的な水準を上回る多様かつ幅広いニーズについても対応できるよう、介護保険によるサービスと保険給付外のサービスを自由に組み合わせることができる。つまり、利用者が費用を負担すれば、介護保険によるサービスの量を上回るサービスや、配食サービスなど保険の対象とならないサービスを、保険給付の他に事業者から受けることができる。

また、事業者によっては、都道府県へ届け出て、上限価格から割り引いた価格でサービスを提供することもできる。

さらに、市町村は、高齢者の保険料を財源にして、在宅サービスの区分ごとの給付上限を引き上げたり（上乘せサービス）、法定外のサービスを保険給付の対象としたり（横出しサービス）することができる。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第4節 高齢者の選択に基づくサービス提供

4 健全な介護市場を育てる基盤整備

解説 介護関連事業振興政策会議

厚生省では、総合的に民間介護事業の振興を図るため、介護関連の幅広い事業者や有識者の参加を得て、1999（平成11）年9月以降、「介護関連事業振興政策会議」を開催している。ここでは、介護保険下のサービス供給への円滑な移行、起業・参入等の支援・育成、利用者の適切なサービス選択のための仕組みづくりなどの課題について検討が進められている。これも踏まえて、2000（平成12）年度においては、サービスの評価基準の策定や、事業者情報の利用者への提供、事業者への支援の充実等の施策に取り組んでいる。

医療福祉サービスは新規成長分野として、市場規模の拡大や雇用の創出などで注目されているところであり、この点でも、民間市場も含めた介護分野の事業振興は重要な課題である。

コラム 身体的拘束の原則禁止

介護保険制度においては、特別養護老人ホームや老人保健施設等の運営基準で、身体的拘束の原則禁止が規定されている。

「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」第12条第4項

指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない。

身体的拘束をなくしていく取組みは、施設等の現場でこれまでも進められてきた。1998（平成10）年10月には、福岡県内の10の病院が「抑制廃止福岡宣言」を出し、一般市民を含めて医療内容を外部からチェックする取組みを進めている。このような動きを受けて、沖縄や熊本などで自主的な活動が広がりつつある。

抑制廃止福岡宣言

－老人に、自由と誇りと安らぎを

- 1) 縛る、抑制をやめることを決意し、実行する
- 2) 抑制とは何かを考える
- 3) 継続するために、院内を公開する
- 4) 抑制を限りなくゼロに近づける
- 5) 抑制廃止運動を、全国に広げていく

身体的拘束は、身体機能の低下や、拘縮や感染症の可能性の増大といった身体的な問題を生じさせるだけでなく、受け手の自主性や人間としての尊厳といった面で問題が多い。これまで、転倒などの事故を防ぐ、点滴や経管栄養の管を抜くことを防ぐなどの理由から身体的拘束が行われてきたケースも見られるが、今後は、介護の現場においては、本人や家族の理解を得ながら、拘束をしないための具体的なケアの工夫を重ねていく取組みが求められている。

4-1 介護関連事業の振興

介護保険制度は、利用者の選択を通じて、質の高い多様なサービスの効率的な提供を目指す仕組みである。多様な主体がその特性に応じて参入し、健全な競争が働く中で、サービス供給の充実が図られることが期待され、そのためにも基盤整備に取り組むことが重要となる。

厚生省では、サービス事業者に対する情報提供、相談、支援等介護事業の振興に取り組んでいる。

また、介護報酬は、現在の平均収入額を基に、現行制度でサービス事業者に支払われている水準とおおむね同程度となるよう設定されている。特に離島や山村など採算の合いにくい地域における訪問サービスについては、介護報酬上、15%の加算措置が講じられている。また、こうした地域においては、各地方公共団体が、民間企業のほか、社会福祉法人、医療機関、農協、非営利団体などの参入を促すとともに、国保の直営診療所を中心とした保健福祉施設を整備するなど、サービスの確保に向けた努力が求められる。

4-2 利用者の選択の支援と保護のための仕組み

介護関連事業の振興と並んで重要となるのは、利用者の選択の支援と保護のための仕組みである。利用者本位の介護サービスを実現するための仕組みとして、以下のような様々な措置が講じられている。

1)一定のサービス水準の確保

事業者が提供する介護サービスの種類ごとに、人員基準や設備基準、運営基準が定められており、一定のサービス水準が保障されている。都道府県は、事業者がこれらの基準を満たしているか審査を行い、満たされていない場合には、その事業者を介護保険の指定事業者として認めないこととなる。また、人員基準、設備基準や運営基準の違反があれば、都道府県が指導や監査を行い、最終的には、事業者や施設の指定の取消しを行うこととしている。

2)利用者の選択を支援する情報の提供

利用者は、ケアマネジャーによるケアプランの作成を通じて、サービス事業者の情報を得ることができる。このほか、自分に合ったサービス事業者などが選べるように、サービスの種類、営業時間、介護報酬の加算、サービスの空き状況、サービス地域などの情報が、社会福祉・医療事業団の運営する情報ネットワーク（WAMNET）や在宅介護支援センター等を通じて提供されている。

・事業者による情報開示

事業者は、あらかじめ、利用申込者またはその家族に対し、従業員の職種や人数、サービスの内容および利用料などの重要事項を記した文書を交付して説明を行うこととされている。

・サービスの評価事業

厚生省では、これまで、特別養護老人ホームや老人保健施設については1993（平成5）年度から、また在宅介護サービスについては1996（平成8）年度から、都道府県に設置された委員会においてサービス内容の評価を行う事業を行っているが、新たに介護保険の対象となるサービスも含め、サービスの評価のあり方について、2000（平成12）年度から検討を行うこととしている。

3)契約の支援

・地域福祉権利擁護事業（福祉サービスの利用援助）

1999（平成11）年10月より、都道府県の社会福祉協議会では、痴呆性高齢者など判断能力が不十分な者に対し、福祉サービスについての情報提供や助言、契約締結など、福祉サービスを利用するための支援

を行っている。この支援は、利用者と社会福祉協議会等との契約に基づいて行われる。介護保険との関係では、要介護認定の申請手続きの援助、介護サービス事業者との契約締結に関する手続援助などを行うことが期待される。

- ・ 成年後見制度

上記の地域福祉権利擁護事業は契約に基づくため、利用者の判断能力が低下し、事業の契約内容を理解できない人は利用することができない。その場合には、民法の規定に基づく成年後見制度を活用することが考えられる。成年後見制度については、保護の内容が画一的で硬直的であるなどの問題点が指摘されていたが、1999（平成11）年12月の民法等の改正により、自己決定の尊重、残存能力の活用、ノーマライゼーション等の新しい理念と従来の本人の保護の理念との調和を図るための見直しが行われた。具体的には、個人個人の多様な判断能力および保護の必要性の程度に応じた柔軟かつ弾力的な措置を可能とするため、現行の禁治産・準禁治産の制度を、「補助」、「保佐」、「後見」の制度に改めるなどの改正が行われた。

4) サービス内容に関する苦情処理や事業者との調整

- ・ 苦情処理窓口の設置

サービスに関する苦情は、ケアマネジャーなども通じ、サービスを提供した事業者はもちろんのこと、市町村や国民健康保険団体連合会で受け付けている。ここでは、相談等の対応を行うほか、必要に応じて調査し、さらに改善の必要がある場合には、事業者に対して助言・指導などを行う。また、指定基準違反の疑いがある場合は都道府県が対応することとなる。

- ・ 介護相談員派遣事業

一連の苦情処理の仕組みは設けられているが、サービス事業者との日常の付き合いのある中で、とすると、利用者は苦情や不満の声を上げにくい面もあると懸念される。こうしたことから、苦情処理や監査等の事後的な問題解決とは別に、苦情が生じるのを未然に防げるよう、研修を受けたボランティアである介護相談員が利用者の不満や疑問にきめ細かく対応し、現場で改善の途を探るような取組みを行うモデル事業を、2000年度から市町村において行うこととしている。介護相談員は、施設等を訪問して、利用者と事業者の橋渡し役として、介護サービスについて利用者の話を聞いたり、サービスに関して気づいた点などについて事業者との意見交換や助言等を行うなど、問題提起・提案解決型の取組みを行う。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第5節 市町村を中心に地域がつくる介護サービス

コラム 広域的な取組み

介護保険制度の実施に当たり、隣接する市町村が協力して広域的に取り組む動きが多く見られる。特に要介護認定関係の事務については、都道府県への委託を含めると、8割近くの市町村で広域的に取り組まれている。連携により、多岐にわたる事務の効率的な処理、安定的な財政基盤の構築、効率的なサービス提供体制の確立といった効果が期待される。

表4-5-3 広域的な保険者運営

表4-5-3 広域的な保険者運営		2000（平成12）年1月現在			
形態	概要	地域	市	町	村
一部事務組合	地方自治法に基づいて設置された一部事務組合が保険者となるもの。保険財政を一つにして保険料水準をそろえ、協力してサービス基盤の整備を進めることができる。	26	16	125	26
広域連合	地方自治法に基づいて設置された広域連合が保険者となるもの。広域連合は、一部事務組合よりも多くの権限が与えられている。	28	21	167	53
市町村相互財政安定化事業	介護保険法に基づき、複数の市町村で高齢者の保険料率（市町村の独自の給付分を除く）を統一し、高齢者の保険料で賄うべき給付費に応じて各市町村に配分するもの。	5	3	23	7

表4-5-4 認定審査会の設置形態

表4-5-4 認定審査会の設置形態

2000 (平成12) 年1月現在

形 態	概 要	地域	市	町	村
一部事務組合	上表の保険者運営を一部事務組合で行うものの他、保険者運営は各市町村で行いながら要介護認定関係の事務を一部事務組合で行うものがある。	147	113	664	216
広域連合	上表の保険者運営を広域連合で行うものの他、保険者運営は各市町村で行いながら要介護認定関係の事務を広域連合で行うものがある。	55	50	296	142
機関の共同設置	地方自治法に基づいて、複数の市町村が介護認定審査会を共同設置するもの。	264	112	726	178
事務の委託	市町村が自ら審査・判定業務を行うことが困難な場合等に、地方自治法に基づいて、都道府県に審査・判定を委託するもの。	(48)	—	40	8

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第5節 市町村を中心に地域がつくる介護サービス

1 介護制度の運営主体は市町村

(市町村が保険者)

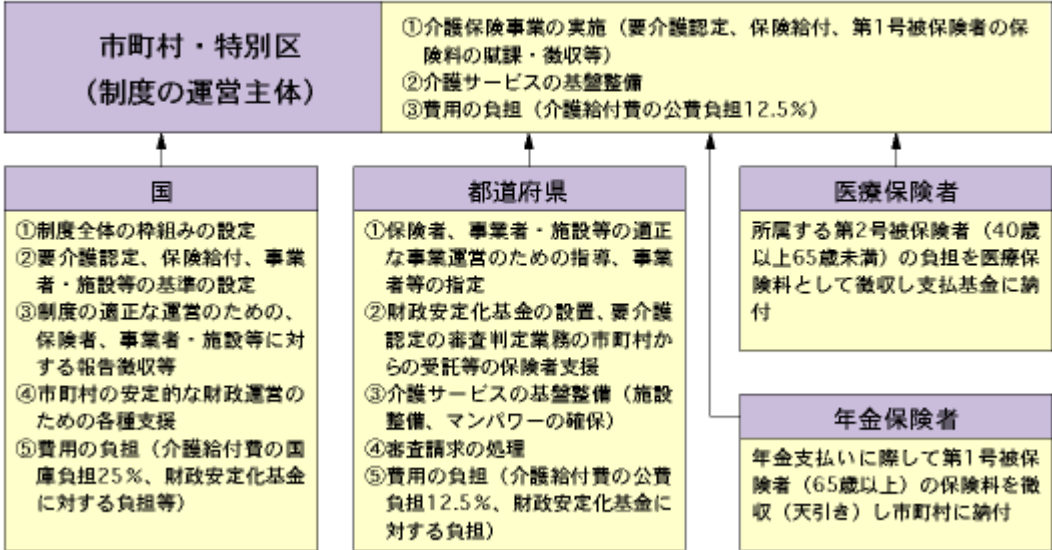
介護保険制度では、市町村が保険者となる。これは、介護サービスの地域性や、高齢者福祉や高齢者保健における市町村のこれまでの実績を勘案し、また、地方分権の流れも踏まえて、住民に最も身近な行政単位である市町村を、介護保険制度の中心的な運営主体として位置づけたものである。

市町村は、65歳以上の被保険者の管理や被保険者証の発行、住民の要介護認定や要支援認定、保険給付のための費用の支払いなどを行う。また、各年度の介護サービスの種類ごとの供給量と費用の見込みをたて、必要な費用を高齢者から保険料として徴収する。

また、国は、市町村の安定的な財政運営のための各種支援などの措置を講じ、都道府県は、サービス事業者の指定・監督や財政安定化基金の運営などを行う。

図4-5-1 介護保険制度における市町村等の役割

図4-5-1 介護保険制度における市町村等の役割



(市町村行政に与える影響)

市町村が保険者となることは、市町村行政に大きな影響を与える。

第一に、住民の意見を踏まえた行政が促される点である。介護保険制度では、市町村が、サービス量の見込みを立てて保険料を計算する基になる市町村介護保険事業計画を定める際には、市町村の実情に

じて、住民代表を交えた計画策定委員会を設置したり、あるいは公聴会や説明会を開催するなどして、住民の意見の反映を図ることが求められている。

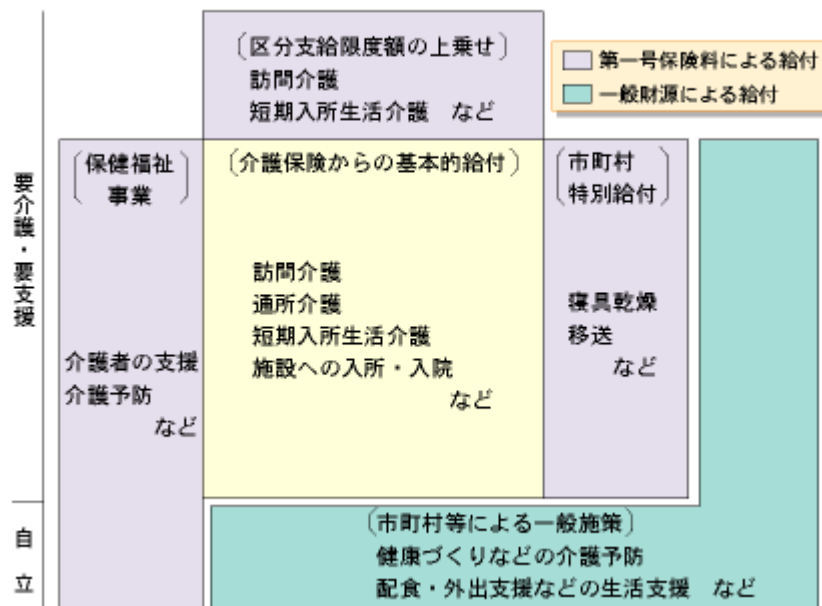
第二に、サービス供給のための負担についても市町村が責任をもつ点である。市町村は、介護サービスにかかった費用のおおむね17%を地域に暮らす高齢者の保険料として、賦課徴収することとなっている。サービス供給の水準をどの程度にするか、あるいは介護予防にどれだけ取り組むかといった点が保険料にも影響してくるため、保険料を決定する過程で、負担面とのバランスを取りつつ、これらについて考えていくことが必要となる。このほか、保険料負担は、所得に応じた段階的な負担とすることとされているが、基準となる算定方式とは別に、市町村独自の工夫により、所得の高い方の負担を少し多くし、それによって所得の低い方の負担を更に軽減する方式をとることも認められている。

第三に、市町村の判断で制度を柔軟に組み立てられる点である。介護保険においては、要介護認定や要支援認定は全国を通じて公平に行われなければならないが、提供されるサービスの内容は、住民の要望や地域のサービス資源に応じて、地域ごとに柔軟に決定できることとされている。そのため、市町村には、高齢者の保険料を財源として、給付限度額の引上げや独自の給付（移送や寝具乾燥など）、保健福祉事業（介護教室、家族介護者のリフレッシュ交流会など）を行うなどの、給付の設計に関する権限が委ねられている。このほか、一般財源も用いながら、要介護認定や要支援認定から外れた人への支援を行うなど、関連する単独事業を行うこととしている市町村も多い。

介護保険制度では、多くの役割が市町村に期待されている。実際には、高齢者福祉に関するこれまでの取り組み状況の違いから、地域によってサービスの水準に差はみられるが、住民のニーズに応え、地域の間で切磋琢磨することで、介護サービスの基盤が充実していくことが期待される。制度をどのように運営し、また魅力あるものにしていくか、市町村の取り組みが注目されるところであり、まさに地方分権の試金石といえよう。

図4-5-2 市町村による上乗せ・横出し給付の概念図

図4-5-2 市町村による上乗せ・横出し給付の概念図



第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第5節 市町村を中心に地域がつくる介護サービス

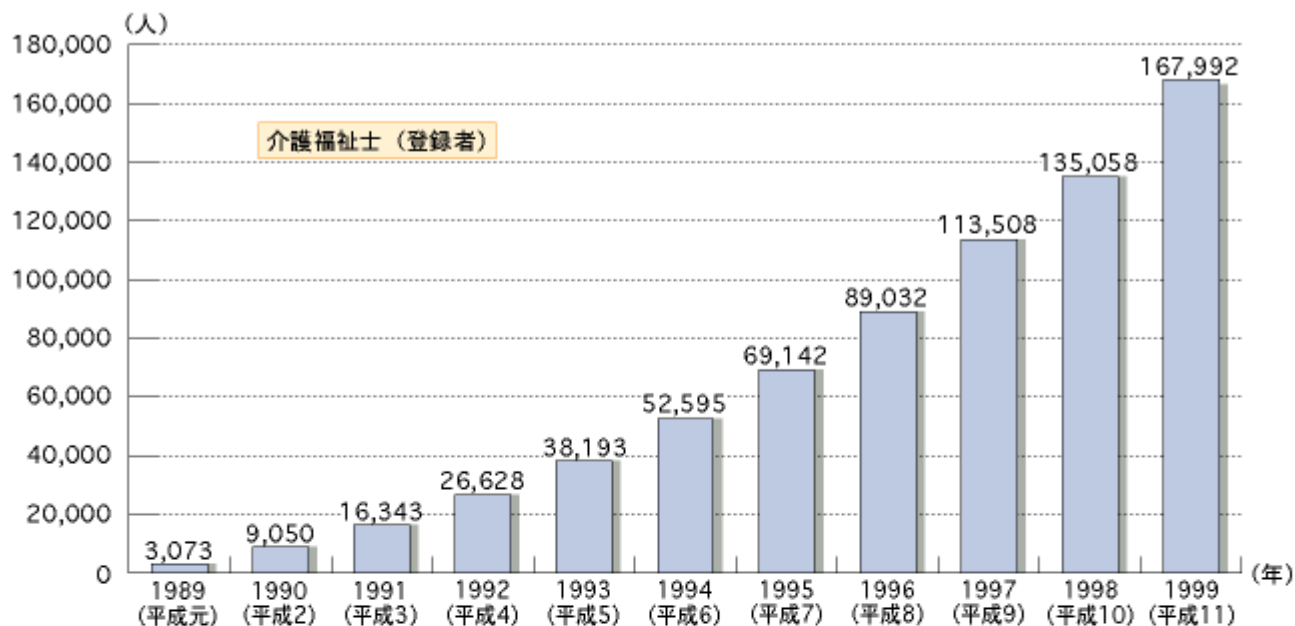
2 地域に密着したサービス提供

(地域でのサービス供給の確保)

地域において、需要に見合うサービス供給を確保することも、市町村が担う重要な役割である。介護保険制度では、在宅介護サービスの担い手として、多様な主体を認めているが、地域の実状を最も良く知る市町村が中心となって、それぞれ地域にふさわしい地域ケアのシステムを構築することが期待されている。

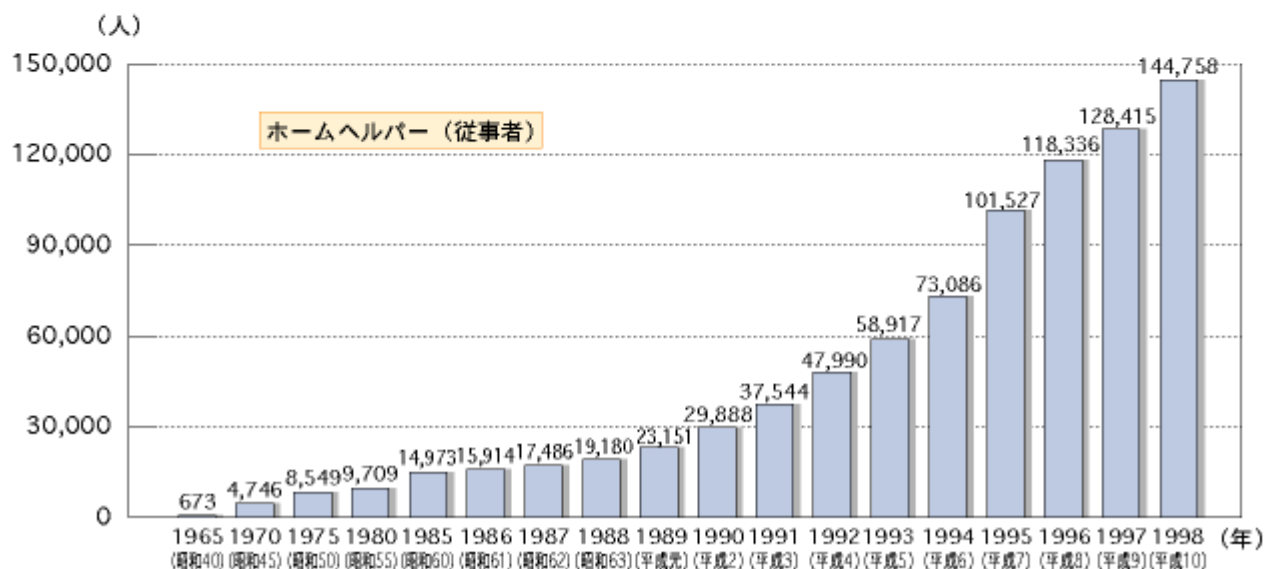
図4-5-5 介護福祉士、ホームヘルパー数の推移

図4-5-5 介護福祉士、ホームヘルパー数の推移



資料：(財)社会福祉振興・試験センター調べ

(注) 人数は各年度末の登録者数 (1999年度は、2月末現在)。



資料：厚生省大臣官房統計情報部「社会福祉行政業務報告」

(注) 人数は各年度末の従事者数。なお、ホームヘルパーは、老人ホームヘルパーを指す。

(地域産業としての介護サービス)

多くの介護サービスは、高齢者の自宅や入所している施設において、サービスの担い手が受け手と向かい合う形で提供される、労働集約型のサービスである。総支出や事業収入に占める人件費の割合を見ると、施設介護サービスではおおむね4割程度、在宅介護サービスではおおむね6割程度と推計される。このように、介護サービス事業は、地域の中で安定的な雇用機会を作り出す側面も持っている。

また、多くの介護サービスは対人サービスであり、サービスの担い手の資質がサービス内容の質的な面に大きな影響を与える。豊かな人間性と強い倫理性を持ってサービスの受け手の立場に立ち、知識と技術に裏付けられた高い技量を維持することが、サービスの担い手に求められる。こうしたことから、地域で質の高い介護サービスを確保するため、事業者を含めた地域全体で、高い資質を持った担い手を育成していくことも今後一層重要となる。

2000 (平成12) 年度からは、ホームヘルパーのより上級に向けた研修 (ステップアップ研修) への支援や、人材の確保が難しい離島等の地域におけるホームヘルパーの養成への支援等が行われる。また、介

護労働者の雇用管理の改善等に関する法律が2000年3月に改正され、介護分野における良好な雇用機会の創出等を支援するための助成措置が創設されるとともに、介護労働安定センターにおいてホームヘルパー等の教育訓練が行われることとなった。

第1編
第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－
第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度
第6節 より良い介護保険制度に向けて

解説 介護保険制度についての“御意見大募集”

厚生省では、現実介護の問題を抱えている国民の声や現場の実状に耳を傾けることが重要であるとの観点から、「より良い介護保険に育てる会」での提案を踏まえ、2月から4月にかけて、介護保険制度に関する意見、心配、苦情等を、広く国民から募集した。この結果、現に介護を受けている者、介護をしている者、事業者、若人、行政関係者など、幅広い方々から合計513件の意見等が寄せられ、その内容は、保険料や要介護認定、サービス内容など多岐にわたっている。厚生省では、個別具体的な内容に係る質問について回答するとともに、運営等に関する意見については制度運営に当たっての参考とし、ショートステイの利用限度の弾力化などの措置を講じたところである。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第6節 より良い介護保険制度に向けて

1 社会保障の新たな方向を示す介護保険

介護保険制度の導入は、社会保障の歴史において半世紀ぶりの大事業であり、戦後の高齢者福祉の発展の中で定着してきたこれまでの制度の枠組みを大きく変えることとなる。

これまで説明してきたように、この新たな制度は、高齢者を等しく社会の構成員として捉えながら、老後の最大の不安である介護を国民皆で支え合い、高齢者の自立を支援していこうとするものである。こうした介護保険の理念とこれを具体化した仕組みは、これからの社会保障の新たな方向性を示すものでもある。

1997（平成9）年12月に介護保険法が制定されて以降、2年以上にわたり、市町村、都道府県、サービス提供などに関わる様々な関係者が、懸命に、介護保険制度の実施の準備を重ねてきた。こうした努力は、21世紀の高齢社会においても国民が安心した生活を送ることができる新たな社会保障の仕組みを、社会全体で切り拓いていく努力でもある。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第6節 より良い介護保険制度に向けて

2 新たな介護保険制度がもたらすもの

介護保険の導入を一つの契機として、地域における介護サービスの提供のあり方やそれに必要な費用の負担を皆で考えたりする中で、地域の中で共に支え合おうとする機運が育まれつつある。また、介護保険制度は、サービスに応じた保険料が設定されるという意味で地方分権の考え方を持つ制度であり、さらに、介護保険の実施のため、要介護認定にとどまらず介護保険運営そのものを広域的に行おうとする動きも出てきており、地方自治のあり方の上でも大きな影響を与えている。

このように、介護保険制度は、単に社会保障制度として新しい方向を示しているにとどまらず、これからの少子高齢社会の介護という大きなテーマを通じて、社会全体のあり方にも様々な効果をもたらしたものとして評価される。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第4章 高齢者の自立を支える新しい介護制度

第6節 より良い介護保険制度に向けて

3 より良いものに皆で育てていく制度

これまで述べたように、多くの国民に関係がある新しい制度であるため、施行はされたものの、課題は残されている。介護を国民皆で支え合う制度として創設されたこの制度の普及と定着を図るとともに、より良いものに皆で育てていくことが必要である。

こうした観点から、厚生省では、厚生大臣の主催による「より良い介護保険に育てる会」を2000（平成12）年1月から開催しており、介護サービスの質の確保等について有識者と率直に意見を交換し、国民からの声も聞きながら、今後の施策および制度運営に反映させるように図っている。

介護保険法においては、法律の施行後5年を目途として、制度全般に関する検討と必要な見直し等の措置を講じることとされているところである。様々な場で、国民各層の議論が重ねられ、より良い介護保険制度に国民全体で育てていくことが切に期待される。
