

平成15年7月25日

福祉自治体ユニット 介護保険改革への提言

代表幹事

北海道奈井江町 町長 北 良治
千葉県我孫子市 市長 福嶋 浩彦
愛知県高浜市 市長 森 貞述
長崎県佐世保市 市長 光武 顕

福祉自治体ユニット

東京都新宿区市谷田町2-7-15
近代科学社ビル4階

TEL 03-3266-9319
FAX 03-3266-0223

介護保険改革への提言

20 世紀最後の 10 年において、ゴールドプランから介護保険施行にいたる制度改革は市町村の最大の仕事であった。多くの市町村の努力により、介護保険の運営はさいわいにも全般的に順調である。今後は、定着した介護保険を基礎に、それぞれの社会資源を活用した地域ケアシステムを創り上げていくことが課題となる。このことを通して、市町村は 21 世紀最大のテーマである地方分権の主体としての位置を確立していかなければならない。

しかし、いまだに保険者を都道府県や国とするよう求める市町村が残っていることは、地方分権を放棄するものとして悲しむべき現実である。地域の実状に応じて、ローカルオプティマムとしてのケアシステムを創り上げていくためには、これまで以上に市町村は介護保険を主体的に運営していかなければならないし、制度自身もより地方分権的な仕組みとしていくことが求められている。

介護保険法は、施行後 5 年を目途として制度全般の見直しを図ることを定めている。介護保険には、残された課題もあり、施行以後の経験の中から改革すべきものも見えてきた。私たち福祉自治体ユニットは、地方分権の立場に立って、以下に問題点を整理し、改革すべき事項を提言する。厚生労働省をはじめとする関係各位が真摯に検討され、その実現に努力されることを、こころから期待するものである。

介護保険改革への提言（概要）

すべての住民に介護サービスを保障するために

提言 1 普遍的な介護保険システムの確立

被保険者の年齢制限を撤廃し、普遍的に介護サービスを保障する。

提言 2 障害者サービスの介護保険給付への移行

統合の第 1 段階として、財政システムを統合する。

障害者サービス供給体制の整備を急ぐ。

障害者サービスについては一定の経過措置を置く

提言 3 高齢者 障害者を通じた総合的ケアマネジメント体制の整備

地域に相談窓口を置き、ソーシャルワークを行う。

「権利擁護委員会」を置き、調査権、行政への勧告権を与える。

サービスの質向上とコミュニティケア確立のために

提言 4 介護報酬体系の改革

介護報酬を時間単位の支払いからサービス単位の支払いへ変更する。

科学的なサービス単位（ケアモジュール）を精査 整理し、体系化する。

提供されたケアモジュールの効果測定を行い、サービスの質向上を図る。

提言 5 保険給付区分の見直し

介護ニーズに対応させ、予防給付、自立支援給付、身体介護給付に区分する。

家事代行サービス、痴呆見守りサービスは別立ての包括的給付とする。

通所系サービス、施設サービスのプログラムもニーズに対応したものとする。

提言 6 在宅・施設二元論からの脱却

施設サービスの住環境向上を進めるとともに、ホテルコストを自己負担とする。

低所得者への家賃補助の新設のほか、介護扶助・住宅扶助を柔軟に適用する。

市町村が住民に責任を持つために

提言 7 施設定数のコントロール権の付与

施設の保険給付定数について、保険者が事業者と契約を結ぶ権限を付与する。

提言 8 保険者機能の強化

事業者についての調査権限を保険者にも付与する。

事業者に対する指定取り消しの権限を保険者にも付与する。

改革へのロードマップを明確に

すべての住民に介護サービスを保障するために

提言 1 普遍的な介護保険システムの確立

－ 被保険者の年齢制限を撤廃し、普遍的に介護サービスを保障する

現在の介護保険は基本的に高齢者介護保険であり、40～64歳の第2号被保険者は特定疾病による要支援・要介護状態にのみ保険給付が行われる。さらに、40歳未満は被保険者とはされず、保険給付も行われない。

65歳未満の介護ニーズを持つ住民は、基本的に障害者福祉施策によってサービスが提供されることとなっているが、その受給状況は、障害の種類、市町村の施策によって異なり、まったくのゼロからかなり高い給付を受けているケースまで、きわめて格差が大きい。

そもそも年齢による介護サービスの給付を区分する合理的な理由は見あたらない。先行して介護保険を施行しているドイツやオランダなども年齢による選別は行っていない。わが国においても、高齢者対象の介護保険として出発したのは、あくまでプロセスであり、ゴールドプランによるサービス基盤整備が先行した高齢者介護から始めるという意味があったはずである。

2003年度から始まった支援費制度は、障害者の選択によるサービス利用という点では、介護保険と共通したものがあるが、サービス基盤整備は決定的に遅れており、いわば「ゴールドプランなき介護保険」にとどまっている。さらに、財源を租税によっているため、現下の国、地方を通じる財政危機の中で、ニーズに対応したサービスの伸びを保障する財源を確保する見通しはきわめて暗い。のみならず、財源の移譲なしの一般財源化により、結果的に障害者サービスの充実がさらに困難になることすら予想される。

介護保険は、すべての住民の介護ニーズに対応する普遍的な制度として完成される必要がある。高齢障害者と若年障害者を選別するのではなく、すべての

住民を被保険者とし、すべての介護ニーズを持った住民にサービスが提供されるシステムとして介護保険を改組することを、次回改正の中心に置かれなければならない。そのために、年齢制限は撤廃すべきである。

提言 2 障害者サービスの介護保険給付への移行

－ 障害者の在宅サービス水準の大幅引き上げを

介護保険と障害者施策は、これまで異なった制度として運営されてきたため、一朝一夕には統合することができない。障害者の介護ニーズに的確に対応した制度とするためには、計画的なプロセスの提示が必要である。

このプロセスは、財政システム（ファイナンス）、サービス供給システム（サプライ）、保険給付システムという3つのステージにまとめられる。

最初に行うべきものは、財政システムの一元化である。その際、被保険者の拡大により保険料収入の基盤は一層安定的なものとなる。ただし、今後のサービス量の増加に対応した保険全体からみた財源確保策は必要である。そのためには、まず支援費制度等に投入されてきた公費を継承、もしくは拡大することを前提に公費の半額負担を維持することは必須である。さらに、介護サービスの主たる利用者が高齢者であることを考え、第1号、第2号被保険者の区分を引き続き行うこととした上で、高齢者がふさわしい保険料負担を担うよう、第1号、第2号の負担割合を見直すべきである。

次に、サービス供給システムについては、支援費制度により社会福祉法人以外の民間セクターの参入が可能になったが、これを全面的に展開していくことが求められている。要介護の高齢者は広範に存在するが、障害者は地域に点在することが多い。したがって、過疎の地域などにおいても障害者サービスを普遍的に提供できるようにするために、高齢者向けのサービス事業者が積極的に障害者サービスに参入するよう政策誘導的な施策も必要となる。また、立ち遅

れた障害者サービスの基盤整備のために、介護保険財源のうち一定部分を投入できるような仕組みが求められる。

保険給付の一元化、とりわけ在宅サービス給付の一元化は、ただちには困難であろう。要介護高齢者と若年障害者の介護サービスニーズは必ずしも同じものではなく、若年障害者に特有なメニューもあると考えられる。したがって、施設サービスについては、新たな障害者施設給付を設定するなど、基本的に保険給付の統合を進めるが、在宅の障害者サービスについては一定の経過措置が必要である。

いずれにせよ、保険給付の種類、水準、あるいは別施策による支援のあり方について、十分な検討を行っていかねばならない。この検討に当たっては、保険者たる市町村、および障害者の当事者団体の参加と意見尊重は必須の条件である。

なお、普遍主義の立場に立つならば、介護保険料負担、利用料 1 割負担については、障害者、高齢者とも選別なく取り扱うことが必要であるが、一方で障害基礎年金の見直しの検討も必要となるであろう。

提言 3 高齢者・障害者を通じた総合的ケアマネジメント体制の整備

－ 地域単位の権利擁護システムの構築へ

介護保険の理念のうち、今後も継承発展させていかねばならないものは、自己決定の尊重と自立支援という考え方である。しかし、介護保険施行 3 年を超えても、高齢者の自己決定が尊重され、高齢者の意思に基づいたサービス提供が行われているとは、かならずしも言い難い状況が残されている。家族の要望を先行させた在宅サービス、本人の希望を無視した施設入所、あるいは一部の介護放棄・虐待も否定できない現実である。

また、現在の介護支援専門員（ケアマネジャー）は、ソーシャルワークのト

レーニングをうける機会も保障されないまま、家族関係の調整、処遇困難事例への対処などを担うケースも少なくない。これは、ケアマネジャーにとっても、利用者にとっても不幸なことである。一方、市町村行政は、問題事例における入所等の措置、成年後見申し立て、あるいは介護扶助の適用(町村を除く)についての権限を持つにもかかわらず、権利擁護は十分に機能していないことも、残念ながら認めざるを得ない現実にある。

こうした現実には、高齢者だけでも重大な問題であるが、介護保険と障害者施策の統合にあたっては、地域で支える権利擁護システムの確立は必須条件となる。

したがって、こうしたシステムの具体的なイメージづくりを早急に進める必要があり、たとえば校区(当面中学校区、将来は小学校区)ごとに相談窓口を設け、専任のソーシャルワーカー(グレードアップした介護相談員等も想定される)を置き、住民が容易にアクセスできる体制を構築することが求められる。さらに、相談を待つだけでなく、積極的な問題事例の把握、解決を図るために、専門性を有した住民によって構成された「権利擁護委員会」(仮称)を設置し、自己発意に基づいた調査、行政への勧告(措置の発動、成年後見申し立て、介護扶助の適用等)の権限を与えるべきである。

基本的には介護支援専門員は「介護支援」を受け持ち、生活支援要素の強いケースについては、ケアマネジメント全体を含めてソーシャルワーカーが担当するが、介護支援専門員とソーシャルワーカーは「チーム」方式により、適切に連携するべきである。

サービスの質向上とコミュニティケア確立のために

提言 4 介護報酬体系の改革

－ 時間単位の報酬からサービス単位の報酬へ

介護保険施行により、在宅サービス利用者は倍増し、サービス量も飛躍的に増加した。第 1 期の介護保険は介護の社会化とサービス量増大という第一の目的はかなり達成したと言える。次の課題はサービスの質である。

介護サービスは、本来利用者の生活の質（QOL）の向上、残存能力の維持改善のために提供されるものである。すなわち、自立支援のためのものでなければならない。しかし、現実のサービスは、保護型介護により利用者の依存を招き、その結果残存能力の衰退をもたらすものも少なくなく、通所系サービスや短期入所も、家族のレスパイトのみに終わっているケースが見られる。他方で、利用者の側も介護サービスの意味と役割を理解せず、ホームヘルパーを家政婦扱いするケースも耳にするところである。

総じて介護サービスの意味が見失われ、介護サービスの目的が忘れ去られている。その大きな原因は、多くの介護サービスが時間単位で提供され、時間単位で報酬が支払われるところにある。

サービスの価格は提供されたサービスそのものによって決定されるものである。たとえば、整髪が 30 分で終わろうが、2 時間かかろうが、同じ髪型に整えるのに価格の差はない。「何のために、どんなサービスを、いくらで」提供するのかを取り決めるのが契約である。時間単位のサービスと報酬支払いは、これを曖昧にしてしまう。具体的なサービス内容が明示されていないため、サービス提供者と利用者の共通な認識が成立しない。利用者は、保険給付外のサービスも含め、時間内の最大限のサービスを求め、提供者は時間にとらわれて介護の目的や役割を見失う。事業者は、効果のないサービスであっても、長時間

滞在型サービスを歓迎する。そうしたケースが生じてしまうのも無理はない。

したがって、介護サービスは、目的、効果、手順が明確にされたサービス単位（以下「サービスモジュール」という）で示され、その組み合わせが訪問介護計画、通所サービスプログラムとなり、その集大成がケアプランとなるべきである（医療におけるクリティカルパスが参考となる）。利用者はこれを理解して契約し、事業者は契約に従って誠実にそのサービスを提供するシステムにしなければならない（もちろん、事態の変化によって、臨機応変にサービスモジュールを変更することは当然である）。

したがって、介護報酬は、原則的にサービスモジュールの組み合わせに支払われるものとするべきである。なお、平成 12 年 3 月 17 日通知の厚生労働省老健局計画課の「老計第 10 号」は、基本的にサービスモジュールを整理した通知であるが、これをより精査する作業が必要となる。

さらに、給付管理システムの中にサービスモジュールの提供状況が蓄積されることにより、他方で原則 6 月ごとに記録される要介護認定結果（要介護度・79 項目の状態像・痴呆度等）との関係を分析することにより、望ましいケアとは何か膨大なデータによって検証されていく。介護サービスの質向上が科学的な標準化を通して進められていくためにも、サービスモジュールの開発は重要である。

提言 5 保険給付区分の見直し

－ ニーズに応じた給付体系への改革

サービスモジュールの組み合わせは、介護サービスの意味と目的を明確化させ、介護サービスの効果をモニタリングすることができる。一定の状態像に対して、どのようなサービスが効果的で効率的かを検証していくと、現行の給付体系の見直しも必要となってくる。

たとえば、要支援・要介護1の多くは、身体介護はほとんど必要なく、筋力トレーニング、食生活改善、引きこもり防止のためのデイサービスなど、予防給付が必要である。軽度から中度の要介護者は、残存能力を保持・改善するリハビリ等の自立支援型サービスが必要なのであって、いたずらな家事サービスの代行や保護型の身体介護は、むしろ状態を悪化させることが多い。重度化している場合は、清潔と安心感、そして生活の質向上のための身体介護が中心となるだろう。

また、自立支援のために利用者とともに行う家事や買い物とは区別されて、家事代行サービスは保険給付に含めるかが再検討される必要があるが、保険給付に含めるにしても、給付体系は別立てとする必要がある。また、痴呆性高齢者に対する見守りサービスは、滞在型にならざるを得ないため、一定の見守り時間に対して包括的な報酬を支払うなど、やはり別立ての給付体系が検討されるべきである。この場合、安易な短期入所に代えて、夜間付き添いの訪問介護サービスなどの新設も必要となる。

こうした観点から、現行の訪問介護の身体介護、生活援助の2区分を改め、予防給付、自立支援給付、身体介護給付の3区分を行い、これに家事代行サービス、痴呆見守りサービスを別枠で設定し、状態像に応じた給付体系に組み直すべきである。なお、ニーズに応じたサービスという観点は、通所介護・リハビリのプログラムにも適用されるべきであり、施設におけるケアプランも同様に検証される必要がある。

また、保険給付について、保険者が独自に介護報酬の設定ができるようにすることも検討されるべきである。介護サービス、とりわけ痴呆ケアは発展途上にあり、今後、効果的効率的サービスの開発が求められる。事業者が、効果のある新しいケア手法を生み出した場合、これを促進・定着させていくために、そのサービスについて特別の介護報酬を定めて支払うこととすれば、サービスの質向上に寄与する。あるいは、NPOなどの見守りサービスについて、独自の

包括的介護報酬支払いの制度があってもよい。

提言 6 在宅・施設サービス二元論からの脱却

－ 本格的なコミュニティケアシステムの構築を

在宅重視とは、住み慣れた自宅での介護生活のみを意味しているわけではない。必要に応じて、バリアフリーの住居、介護サービスの利用しやすい住居への住み替えもあり、介護サービスを内蔵した集合住宅への転居もあり得る。これからは、住み慣れた地域で生活を継続することが施策の中心に置かれなければならない。

そうした観点から、在宅・施設サービス二元論から脱却する必要がある。施設は限りなく自宅に近づかなければならないし、自宅には介護機能を備えたハードが求められる。介護保険 3 施設も、基本的には介護サービスを内蔵した集合住宅として捉え直すべきである。

そのためには、今後は、特別養護老人ホームだけでなく施設全体が個室・ユニットケア方式を原則に整備されていくべきである。また、良質なグループホームや特定施設の健全な市場形成のための政策誘導も必要となる。シルバーハウジング、高齢者向け有料賃貸住宅等についても、省庁縦割りではなく、統一的な施策による整備が求められる。つまり、高齢者のための総合的住宅政策が明確に位置づけられなければならない。

そのために、まず介護保険 3 施設とグループホーム・特定施設、そして在宅サービスとの給付の不均衡を是正することが求められる。

2001 年 9 月の厚生労働省の調査では、入所者 1 人当たりの平均利用料月額（保険外も含む）は、特別養護老人ホーム 3 万 3954 円、老人保健施設 6 万 2141 円、療養型病床群 6 万 7346 円となっている。特別養護老人ホームの自己負担は、制度上は 5 万円前後となるが、多くの入所者は住所を施設に移し、単身高齢者世

帯すなわち住民税非課税世帯となって、高額介護サービス費が適用されることから4万円を切る負担で済んでいる。

在宅サービス受給者の食費、日常生活費は、当然自分持ちであるが、施設サービス受給者の食費負担は一部であり、家賃は無料である。介護保険3施設とほぼ同様の機能を持つグループホームや特定施設もこれらは利用者負担となっている。家族の施設志向は経済的合理性から当然の現象であり、グループホームや特定施設は同じ条件での競争はできない。

困窮者対象の社会福祉であるならば、低廉な利用料であることに意味はあるが、すべての要介護者を対象とする介護保険においては、食費を含む日常生活費（ホテルコスト）と家賃（建設費の償還部分）は、原則的に自己負担とするのが妥当である。負担困難なケースについては、家賃補助、利用料減免等を講じるべきであって、保険給付や公的補助をすべての利用者に行うのは不合理である。

したがって、特別養護老人ホーム等については、個室・ユニットケアなど住環境の向上を進めるとともに、日常生活費や家賃、食費については原則、自己負担とすることが求められる。

なお、低所得者排除が起きないように、収入を入所条件とすることを禁止し、家賃補助制度の新設、住宅扶助、介護扶助を柔軟に運用するものとする。

こうすることにより、グループホームや特定施設は、ようやく介護保険3施設とイコールフットイングが担保され、サービスの質の競争がはじめて可能になる。したがって、施設の在宅化も急速に進むことが予想される。こうした制度改革の中から、地域で暮らしを継続し、地域が支えるコミュニティケアシステムの構築を図っていくことが重要なのである。

市町村が住民に責任を持つために

提言 7 施設定数のコントロール権の付与

－ 事業者とのベッド数契約の権限を

2003～2005年度の介護保険料（第1号被保険者保険料）は、全国平均で3241円と11.3%アップした。最高額は5942円、最低額は2613円と倍以上の差が生じている。介護保険のサービス利用が進めば給付額が増加し、当然保険料は上昇する。これは避けられないことであるが、サービスを効率的に使うことにより、保険料の上昇を抑制するのは、保険者としての責務である。

給付が膨らむもっとも大きな原因は、施設利用率である。給付額上位5県の状況を見ると、施設給付費は、全国平均の約1.5倍となっている。とりわけ、老人保健施設と療養型病床群の利用の高さが目立つ。

厚生労働省「介護保険給付費実態調査月報」（平成15年4月審査分）によれば、利用者1人当たりの費用月額、在宅サービスの場合、要支援の2万8700円から要介護5の17万8700円まで、要介護度による違いはあるが、平均で8万7700円となっている。これに対して施設サービスの平均費用月額は、特別養護老人ホームは33万6900円、老人保健施設は34万9100円、療養型病床群は44万8100円である。つまり、施設サービスは、在宅サービスの4倍以上のコストがかかっているのである。

市町村は、必要なサービス量を勘案して、介護保険事業計画を策定し、介護保険料を算定する。しかし、無秩序に施設が増えれば、介護保険事業計画は意味を失い、保険料は高騰する。

現在、介護サービス事業者の指定権限は都道府県にあり、保険者たる市町村はサービス量をコントロールする権限を持っていない。

事業者の活動は広域にわたることもあり、指定権限を都道府県とするのは不

合理ではないが、保険者たる市町村に施設利用定数を決める権限を与える必要がある。したがって、保険者は、介護保険事業計画に基づいて、施設サービス事業者と利用定数を個別に契約する権限を持つものとする。

提言 8 保険者機能の強化

－ 調査、指定取り消しの権限の付与

介護保険法は、都道府県については事業者に対して報告や記録等の提示を「命じる」ことができるが、保険者たる市町村については「求める」ことしか出来ない規定となっている。また、事業者の指定取り消しの権限も都道府県のみを与えられている。

サービス事業者の品質維持と向上は、保険者たる市町村の責務であり、明確な調査権限を与えていないのは不合理である。また、悪質な事業者を排除する権限を持っていないことも、住民に対する責任という観点から納得できるものではない。したがって、保険者機能の強化という観点から、市町村の権限の見直しを行うものとする。

改革へのロードマップを明確に

以上のような介護保険制度の改革を進めるためには、一定の経過措置を必要とすることはいうまでもない。

そして、3年ごとの介護報酬改定のタイミングを考えると、今回の見直しにおいて、介護保険改革に真剣に取り組まなければ、2010年度以降まで改革の機会がなく、これに施行準備期間を加えると、改革の実施は、実に10年以上遅れることとなると考えられる。

厚生労働省には、こうした改革へ向けての将来的なスケジュールとロードマ

ップを明確にした上で、関係者とともに十分な論議を踏まえた取組みを行うことを望むものである。