

# パターナリズムからの脱却は可能か

池田 省三

龍谷大学社会学部教授

介護保険が施行されて6カ月が経った。介護サービス事業者や審査支払機関である国保連では、かなりの混乱が見られたが、利用者の満足度は高く、順調な滑り出しといえることができる。

本年6月までに、認定申請者は279万5,752人を数え、認定率は95%程度であるから、ほぼ266万人が要支援・要介護と認定されたことになる。2000年度厚生省予算では、介護保険給付の対象となる要支援・要介護高齢者を約270万人としているから、ほぼ予定通りである。日本の統計の信頼性の高さを感ぜさせる。

## 1 介護認定システムの問題

もっとも危惧された要介護認定への不服もきわめて少ない。本年6月末までに、介護保険審査会に不服が申し立てられたのは、321件。しかも、そのうち126件は取り下げられているから、実際に争われたケースは200件に満たない。うち、6月末までに、45件が不服を認められている。1995年に介護保険を施行したドイツでは、初年度には37万件という不

服申立があり、その43.2%が認められたことと比較すると、日本の不服申立はゼロに等しい。

これは、日本の要介護認定システムの信頼性が高いことを意味するが、それだけではない。まず、認定自身がかなり甘く運用されていると思われる。自立・非該当とされた高齢者は5.3%（在宅7.3%、施設0.5%）であるが、昨年10月時点で、100程度の市町村の調査では、ホームヘルプサービス、デイサービスを受けている高齢者の14%程度は自立と想定されている。これと比較すると在宅の自立・非該当は半分程度に減っており、厚生省が認定ソフトを修正し、要支援の幅を広げたのではないかという疑いが残る。さらに、二次判定では、一次判定の要介護度を上げる上位変更が16.3%、下位変更は5.6%となっている。これも、科学的な二次判定というよりも、情実による変更の多さを疑わせる数字である。利用者にとっては、好都合であるが、将来的にモラルハザードの危惧が残る。

さらに、介護保険の支給限度額はかなり高く、認定された高齢者は、平均して40%程度しか、サービスを利用しないから、かりに低い要介護度に認定されても、サービス利用の上で困ることは生じない。

こうした事情から、認定システムは順調に動いているといえることができる。

一方、痴呆性高齢者の要介護度について、一次判定は低く出るということがマスメディアでよく取り上げられる。しかし、呆け老人を抱える家族の会が行った調査では、「予想通り・予想以上の認定」と答えた家族が75%、「予想より低い」との回答は15%にとどまっている。痴呆性高齢者の家族の不満は、か

### いけだ しょうぞう

1946年生。中央大学法学部卒。73年自治労本部書記、87年地方自治総合研究所事務局長。龍谷大学助教授を経て現職。総務庁規制改革委員会参与、厚生省介護関連事業振興政策会議委員。

表1 東京都一3区7市2町(849人)の在宅要介護認定者調査

| サービス | 3月     | 4月      |       |
|------|--------|---------|-------|
| 訪問介護 | 7,982回 | 10,776回 | 1.35倍 |
| 通所介護 | 2,518回 | 3,196回  | 1.27倍 |
| 短期入所 | 367日   | 712日    | 1.94倍 |
| 訪問看護 | 1,023回 | 1,024回  | 1.00倍 |

表2 神戸市における在宅サービス量の変化

| 在宅サービスの種類                               | 3月分                                   | 4月分                                       | 5月分                                       |
|---|---------------------------------------|---|---|
| 訪問介護 利用者<br>利用時間<br>(増加率)               | 5,165世帯<br>63,337時間<br>(100%)         | 7,146人<br>96,039時間<br>(151.6%)            | 7,198人<br>109,526時間<br>(172.9)            |
| 訪問入浴 利用者<br>(増加率)<br>利用回数<br>(増加率)      | 646人<br>(100%)<br>1,673回<br>(100%)    | 682人<br>(105.6%)<br>2,113回<br>(126.3%)    | 697人<br>(106.3%)<br>2,278回<br>(136.2%)    |
| 訪問看護 利用者<br>(増加率)<br>利用回数<br>(増加率)      | 2,032人<br>(100%)<br>11,631回<br>(100%) | 2,084人<br>(102.6%)<br>10,271回<br>(88.3%)  | 2,095人<br>(103.1%)<br>10,561回<br>(90.8%)  |
| 通所介護 利用者<br>(増加率)<br>利用回数<br>(増加率)      | 5,978人<br>(100%)<br>23,620回<br>(100%) | 6,625人<br>(110.8%)<br>28,286回<br>(119.8%) | 6,825人<br>(114.2%)<br>31,617回<br>(133.9%) |
| 通所リハ 利用者<br>(増加率)<br>利用回数<br>(増加率)      | 1,612人<br>(100%)<br>11,274回<br>(100%) | 1,871人<br>(116.1%)<br>11,663回<br>(103.5%) | 1,938人<br>(120.2%)<br>12,454回<br>(110.5%) |
| 短期入所 利用者<br>生活介護 (増加率)<br>利用日数<br>(増加率) | 1,651人<br>(100%)<br>15,651日<br>(100%) | 1,258人<br>(76.2%)<br>8,752日<br>(55.9%)    | 1,562人<br>(94.6%)<br>10,770日<br>(68.8%)   |
| 短期入所 利用者<br>療養介護 (増加率)<br>利用日数<br>(増加率) | 219人<br>(100%)<br>1,790日<br>(100%)    | 175人<br>(79.9%)<br>1,317日<br>(73.6%)      | 237人<br>(108.2%)<br>1,490日<br>(83.2%)     |

注1) 訪問介護と通所介護は、介護保険給付のほか、「あんしんすこやかプラン」によるものが含まれている。

注2) 訪問介護サービスのうち、介護保険サービスは、4月94,345時間、5月107,996時間。

注3) 介護保険給付の訪問介護は、家事援助型が4月47.8%・5月46.8%、複合型が4月29.3%・5月30.2%、身体介護型が4月22.8%・5月23.0%となっている。

ならずしも高いわけではないようだ。

とはいえ、痴呆性の認定は、二つの面から、解決されるべき問題を残している。

ひとつは、痴呆性高齢者への望ましいケアとは何かが、国際的にも手探り状態であることから、「ケア

投入必要量」が標準化できないという問題である。

一次判定のコンピュータソフトは、ケアレベルの高い施設における実際のケアサービスの提供状態を基礎としたシステムであり、心身の状態の特徴に応じて、提供されるべきケア量を標準化している。ケア行為

自身が標準化できていなければ、認定の標準化もあり得ない。痴呆性ケアの科学的な標準化がなければ、ソフトをいくら修正してみても、解決にはつながらない。したがって、まず急がなければならないのは、あるべき痴呆性ケアの標準化と体系化である。厚生省も、この問題については対策を強め、2001年度予算に「高齢者痴呆介護研究センター運営事業」と「痴呆高齢者介護指導者要請事業」を組み込んでいる。

いまひとつは、痴呆性介護の強度が、家族の場合と社会的サービスの場合とでは、大きく異なり、これが認定への不満となって現れることが多いという点にある。親や配偶者が痴呆となった場合の家族のストレスはさきわめて大きい。しかし、それは「ケア投入必要量」とは異なる性質のものである。例えば「弄便」という問題行動は、家族にとって耐え難いストレスを与える。しかし、これを社会的サービスに置き換えれば、汚物の清掃という軽いケアにとどまる。介護保険の認定の上で、家族のメンタルな負担は基本的に反映されない。これが、家族に理解されず、「こんなに大変なのに」という要介護度の乖離を感じさせるわけである。これは、社会的介護サービスの性格を家族に理解してもらおう努力を続けなければならない問題であろう。

## 2 在宅介護サービス量の変化

在宅介護サービスは、予想以上に伸びている。表1・2に東京都と神戸市の調査を掲げたが、ホームヘルプサービスは、介護保険施行直後から急増しているし、デイサービスもニーズが高い。ただし、デイサービスは施設を必要とし、利用者定数に限定されるから、ホームヘルプサービスほどの勢いはない。訪問入浴は、1回1万2,500円という高いコストのために減少することが予想されていたが、逆に伸びている。

苦戦しているのは、訪問看護とショートステイであ

る。

訪問看護は、ホームヘルプサービスと同様の内容であるものも少なくなく、訪問介護ならば1時間未満で4,020円であるが、訪問看護の場合は、医療機関からの派遣で5,500円、訪問看護ステーションからの派遣であれば8,300円となるから、安い訪問介護に切り替えるという傾向が出ている。ただし、医療保険による訪問看護に振り替えられた部分もあり、サービス利用状況はほぼ横這いと見られる。

ショートステイは大きく減少している。全国老人福祉施設協議会の調査では、4～6月のショートステイのベッド稼働率は44.3%で、前年同月比70.1%と低迷していることが示されている。この理由は、従来のショートステイは、ショートではなく、1カ月2～3週間というミドルまたはロングステイが、かなりあったためである。介護保険は、訪問通所系サービスとは別に、ショートステイの利用限度日数を規定しているから、これらのミドル・ロングステイが使えなくなって、利用日数が減少したことと、「いざという時のためにとっておく」という心理が、減少の原因であろう。事業者の経営を心配する声も強いが、措置制度と比較して、介護報酬はかなり引き上げられており、利用回数がかなり減っても、収入は逆に増えている施設も多い。なお、ショートステイの利用率は、信頼度の高い施設はそれほど減っておらず、施設によって大きな格差が見られる。

厚生省も、このショートステイの減少は予想外のことらしく、利用の枠拡大の措置をとり、さらに2002年度からは、これまで区別していた訪問通所系とショートステイの利用量を統合して、最高月30日のショートステイ利用を可能とすることとしている。

もともと、ショートステイは、家族の旅行や事故、あるいは休息に用いられるものであって、半施設入所であるミドルステイやロングステイはイレギュラーな利用方法であり、要介護高齢者本人にとっては、環境の激変を招き、かならずしも高くないケアレベルの施設も少なくないことから、望ましい利用方法とはいええない。特別養護老人ホームへの入所待機者、24

表3 17団体の満足度調査

| 市町村(団体)名   | 満足  | 不満  | 回答者数       |
|------------|-----|-----|------------|
| 兵庫県神戸市     | 91% | 9%  | 727人       |
| 千葉県千葉市     | 92% | 7%  | 200人       |
| 茨城県日立市     | 86% | 7%  | 909人       |
| 山口県山口市     | 67% | 7%  | 260人       |
| 東京都稲城市     | 53% | 4%  | 認定者の3分の1程度 |
| 愛媛県東予市     | 91% | 6%  | 228人       |
| 岡山県奈義町     | 68% | 11% | 66人        |
| 山梨県富士吉田市   | 90% | 7%  | 323人       |
| 長野県長野市     | 66% | 10% | 708人       |
| 兵庫県川西市     | 72% | 7%  | 144人       |
| 富山県高岡市     | 79% | 9%  | 100人       |
| 福岡県福岡市     | 90% | 10% | 221人       |
| 神奈川県横浜市    | 89% | 7%  | 1153人      |
| 神奈川県相模原市   | 84% | 8%  | 1177人      |
| 兵庫県伊丹市     | 96% | 不明  | 989人       |
| 群馬県大泉町     | 93% | 不明  | 301人       |
| 大分県大分市     | 89% | 不明  | 693人       |
| 全国老人クラブ連合会 | 84% | 9%  | 805人       |

注) 山口市は「普通」が30%、稲城市は「普通」が44%となっており、「満足・普通」では90%を超える。

時間拘束の家族にとっては、緊急避難的サービスであるから否定はできないが、在宅サービスの充実置き換えられていく必要があるだろう。

### 3 異常に高い利用者の満足度

いくつかの自治体や団体が、介護保険給付サービスに対する利用者の満足度を調査している。その結果を表3に掲げたが、満足が80~90%、不満が10%以内に収まっているものがほとんどとなっている。これは、施行6ヶ月間は、65歳以上の第1号被保険者の保険料徴収が猶予されたことが、もっとも大きな理由であろう。保険料の納入がないから、従来の措置制度下のサービスとの区別はつかない。新たに1割自己負担が必要となったが、これも住民税世帯非課税の低所得者には、ホームヘルプサービスが3%の自己負担、社会福祉法人のサービスは5%自

己負担という軽減措置がとられている。

こうした「痛み止め」の効果により、措置制度と同様に「行政から介護サービスをいただいて、文句は言えない」という意識を醸成しているのではないだろうか。

これは、決して望ましいことではない。在宅介護サービスは、急造サービス事業者、急造職員も多く、ケアレベルはまだ低い。質向上のためには、なにより利用者の注文、苦情が大きな力を発揮するはずである。また、措置制度に強く見られた「お任せ福祉」や「おしきせ福祉」などのパターナリズムから脱却して、利用者が選択する社会サービスに転換していくためにも、これは危険な兆候である。介護保険は、いわば「苦情の自由化」であり、このように高い満足度は異様なものにとらえなければなるまい。

10月から介護保険料の徴収が始まり、保険料納入とサービス給付の関係が、利用者にも明確に見えてくるはずであり、これが介護保険制度を鍛え上げていくことを期待したい。

## 4 急がれるケアマネジャーの スキルアップ

介護保険施行前後、もっとも多忙で混乱したのは、ケアマネジャーである。全国16万人が試験に合格し、研修を受けたが、そのうち6万人程度が実際の業務に従事している。ほとんどがペーパードライバーであり、ケアマネジャー見習い的な性格を持っている。

ケアマネジャーの混乱は、まず抱えるケースの多さの悲鳴となってあらわれた。ケアマネジャー1人につき、50ケースが標準だといわれたが、それではまともなマネジメントができないという悲鳴である。たしかに、月50人のケアプランを作成し、そのためのサービスを調達するのは過酷である。しかし、介護保険では、6カ月ごとに認定更新を行うことになっているから、毎月8人程度の認定者に対して、アセスメント-ケアプラン作成-本人・家族の合意-サービスの調達を行えば、6カ月で50人を管理することとなる。週に2人程度であるから、これなら可能であるはずだ。ところが、3月にこの50人すべてを行うことになったのであるから、通常業務の6倍の負担となったわけである。

さらに、利用者の費用管理、介護報酬請求事務という、まったく新しい業務がこれに加わり、まともなケアマネジメントは困難になってしまった。この結果、従来のケアサービスをプランに引き写しただけという暫定ケアプランが数多く作られることになった。つまり、ケアマネジメントなきケアプランが横行したわけである。

加えて、デマンド（利用者の要求）とニーズ（本当に必要なサービス）の区別がつかず、利用者のいいなりになる「ご用聞き」マネジャーに堕しているケースもすくなくない。その結果、家事援助の割合が高くなり、しかもホームヘルパーを家政婦代わりに使おうとする利用者のモラルハザードも出てきた。

厚生省の95市町村調査によれば、ホームヘルプ

サービスの利用状況は、身体介護45.6%、複合型20.4%、家事援助34.0%となっているが、利用サービスが家事援助に偏っている地域では、1時間未満1,530円の介護報酬のため、事業者の経営が困難となり、介護サービス市場の形成という介護保険のもっとも重要な戦略が挫折する恐れも出てきている。利用者の意識変革も当然必要であるが、ケアマネジャーが本来の「消費アドバイザー」的役割を発揮し、在宅介護サービスの適切な設計、スポット型身体介護の普及につとめることこそが重要になっている。

ケアマネジャーの混乱も収束しつつあるから、いま、もっとも急がれることはケアマネジャーのスキルアップであろう。介護保険を成功させる上でも、おそらくもっとも重要なことである。

## 5 パターナリズムからの脱却

このほか、一部市町村による第1号保険料の減免などの問題、低所得者の1割自己負担による利用抑制等の問題があるが、これらについては、21世紀の超高齢社会を展望するならば、軽率に公費を投入した低所得者対策を行うのではなく、市町村によるリバースモーゲージ型の資金融資（死後遺産で精算等の返還）等が検討されてしかるべきである。こうした施策は、誰もが自分の力で介護保険という連帯システムに参加することを意味する。低所得者だから、連帯システムから排除するのではなく、低所得者でもフローがなければ、ストックで参加するという市民社会の論理と倫理を、21世紀に向けて定着させていく上で、きわめて重要なことなのである。

人間の尊厳は、「こころの自立」にある。社会福祉が抜きがたく持っていたパターナリズムから脱却し、自己決定・自己表現・自己実現・そして自己責任という、「自立を支援するシステム」としての介護保険という観点を最後に強調しておきたい。

# 介護保険の施行状況と今後の施策展開

高井 康行

厚生省老人保健福祉局介護保険課長

介護保険制度については、本年4月に施行されてから7か月余りを経過しましたが、市町村関係者やサービス事業者の方々の多大な御努力により、全体としてみれば、大きな混乱もなく概ね順調に実施されてきています。4月から開始されている現役世代の保険料徴収に続いて、10月から高齢者からの保険料の徴収も開始されており、制度を国民の間に定着させていくため、今後一層の努力が必要になりますが、まず、ここでは、サービス利用者と事業者の状況を振り返り、課題についてふれてみたいと思います。

## 1 施行状況

### (1) 介護サービス利用の状況

本年6月末の段階で、全国で約280万人の方が要介護認定の申請をされています。そのうち、認定結果がまだ出ていない方や自立と判定された方を除くと、在宅サービスの利用者が約150万人、施設サービスの利用者が約60万人

と推計されます。残りの30万人の方は、認定を受けたが病院に入院しているなど、当面サービスを利用しない方であると考えられます。また、各自治体などが行った調査でも、8割から9割の方は要介護認定の結果に納得しているとの結果が出ています。

次に、サービスの利用量等についてですが、各自治体などの調査によれば、介護保険の導入によりサービスが利用しやすくなった結果、本年4月時点で既に、サービス利用者が20パーセント以上増加しています。また、従来からサービスを利用していた方についても、サービスの利用量自体が増加しており、介護保険の導入により、サービス利用の幅と厚みが増したと言えるのではないかと考えています。

サービスに対する満足度についても、前記の調査によれば、利用者の9割近くが満足していると回答しているほか、サービスの利用による効果・影響として、「通所サービスで外出機会が増え毎日の生活にはりが出てきた」、「介護負担が軽くなり家庭内の雰囲気明るくなった」等のプラスの面の効果も現れています(表1参照)。

### (2) 事業者のサービス提供状況

介護保険導入によりサービス利用量が増えた結果、事業者の活動も全般的に活発になっています。特に、従来から地域に密着した活動を展開し、利用者信頼関係が築けた事業者が、概ね良好な成績を上げる傾向が見られます。また、NPOなどのサービス実績も増加していま

#### たかい やすゆき

1954年生。東京大学法学部卒。78年厚生省入省。老人保健部計画課、三重県社会課長、官房会計課長補佐、国際協力室長、介護保険制度準備室長などを経て現職。

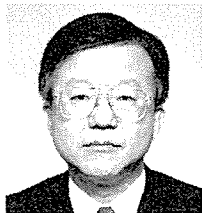


表1 サービスの利用による効果・影響  
(全国老人クラブ連合会及び兵庫県神戸市の調査)

|                              | 全国老人クラブ連合会 | 兵庫県神戸市 |
|------------------------------|------------|--------|
| 通所サービスで外出機会が増え毎日の生活にはりが出てきた。 | 29.3%      | 24%    |
| 継続して在宅の生活を送ることに意欲的になった。      | 24.8%      | 27%    |
| 介護負担が軽くなり家庭内の雰囲気明るくなった。      | 22.8%      | 41%    |
| 施設入所を希望していたが在宅生活を継続することとした。  | 6.2%       | —      |
| 従来は別居していたが家族と同居することとなった。     | 1.4%       | —      |
| 自分で身の回りのことをしようとする意欲が出てきた。    | —          | 19%    |
| 自分で身の回りのことができるようになった。        | —          | 12%    |

表2 指定事業所の指定件数の状況(在宅サービス)

|        | 4月1日    | 7月1日    | 増減       |
|--------|---------|---------|----------|
| 総数     | 54,826件 | 58,404件 | + 3,578件 |
| 営利法人   | 13,450件 | 15,541件 | + 2,091件 |
| N P O  | 539件    | 672件    | + 133件   |
| 社会福祉法人 | 24,218件 | 24,783件 | + 565件   |
| 医療法人   | 9,318件  | 9,811件  | + 493件   |
| 農協     | 749件    | 807件    | + 58件    |

す。営利法人についても、一部で撤退しているなどの報道もありましたが、全体としてみれば、4月以降も引き続き参入が進んでおり、7月までの3か月間で、総数で2,091件の指定件数の増加が見られます(表2参照)。

各自治体が行ったサービス提供量の調査でも、訪問介護(ホームヘルプ)や通所介護(デイサービス)については、介護保険導入前と比較して、かなり提供量が伸びています。ただ、短期入所(ショートステイ)については、提供量の減少が見られます。

## 2 今後の課題と施策展開について

### (1) 訪問介護の適正化について

介護保険施行後行った自治体や事業者団体との意見交換会等において、訪問介護について、概ね次の問題点が指摘されました。

- ・ 家事援助サービスは、モラルハザード防止の観点から、家族等と同居している場合、「家族等の障害、疾病等の理由により、家事を行うことが困難な場合」に限り行うこととされているが、家族の要望で、家族分

の洗濯や炊事、庭の草むしりなどの保険給付の対象外である家事代行的行為まで行っている例がある。

- ・ 身体介護的な内容が含まれており、本来、身体介護中心型又は複合型になるにもかかわらず、給付限度額内でサービス回数を増やすため、家事援助中心型としてサービスを提供する例がある。

このため、厚生省より、こうした不適正な事例等を提示するとともに、

- ・ 不適正なサービスを求められた事業者は、利用者にその旨を説明した上で、サービス提供を拒否できる旨
- ・ 保険外の家事代行的サービスは、保険対象サービスと明確に区分された形で、利用者の自己負担により購入すべきである旨

などの対応を明示したところであり、介護支援専門員（ケアマネジャー）や訪問介護事業者等に対し、今後ともその周知徹底を図ることとしています。

## (2) 支給限度額の一本化について

短期入所サービスと訪問通所サービスの支給限度額は、別枠で設定されているところですが、サービスの自由度を高めるため、訪問通所サービスと短期入所サービスの支給限度額を一本化することとしています。

この支給限度額の本一化の実施時期については、この措置が支給限度額の管理を行う審査支払システムの基本的な部分の変更を伴うものであり、これに関する各種のシステムの変更やそのテストのための期間が必要であることから、平成14年1月に実施します。

また、支給限度額の本一化が実施されるまでの間においても、短期入所サービスを利用しやすくしてほしいという御要望に応えるため、現在の訪問通所サービスのうち利用しない部分を短期入所サービスに振り替えて利用できるという

措置や、その措置に伴うサービス利用時の利用者負担が一部ですむ、いわゆる受領委任方式の実施について促進を図っているところです。こうした措置により、現実的な需要に相当程度対応できると考えています。

## (3) 利用料負担の低所得者対策

低所得者の利用料負担については、既に、負担月額上限の特例や訪問介護利用者の経過的軽減措置などが実施されています。

また、個々の利用者の状況に応じ社会福祉法人が利用者負担を原則として1/2に軽減する措置が講じられていますが、全国的に十分には浸透していない状況にあることから、今後、その実施を推進することとしています。

## (4) 介護基盤の整備

介護基盤の整備は、市町村の介護保険事業計画、都道府県の介護保険事業支援計画、さらに国においては「ゴールドプラン21」に基づき、在宅及び施設サービスの提供体制の整備を進めています。また、介護予防の重要性に鑑み、その事業の拠点となる施設等の整備を進める必要もあります。厚生省においては、12年度の予算に加え、補正予算においても、予算の確保に、努めているところです。

## (5) 介護支援専門員に対する支援体制

介護保険制度が真に定着していくためには、介護現場において制度運用の要として期待されている介護支援専門員（ケアマネジャー）が、その役割を十分に果たすことが不可欠です。

しかし、制度が開始されてまだ間もなく、ケアプランの作成など新たな業務を含む様々な業務対応に追われている現状では、必ずしも期待されている役割を十分に果たせていない状況も見られます。

このため、介護支援専門員の活動を支援する



ことを目的に、厚生省の担当者と外部の有識者による介護支援専門員支援会議を開催し、その支援策を総合的に検討しています。

また、都道府県においても、介護支援専門員支援会議を開催し、実態調査などによる活動状況の把握を踏まえ、事務軽減など支援方策についての協議を行うことや、保健・医療・福祉の専門家からなる「ケアプラン指導研修チーム」を市町村に派遣しケアプラン作成技術の向上を図るなどの支援を、市町村においては、「地域ケア会議」や「介護支援専門員支援相談窓口」、「ケアプラン指導研修チーム」を設置することなど、地方自治体での具体的な取り組みもなされています。

### (6) 要介護認定の適正な実施

要介護認定については、痴呆性高齢者の要介護度が低く評価されているのではないかと指摘されますが、訪問調査をする段階で高齢者の日頃の心身の状況をよく聞き取って特記事項として記載することや、介護認定審査会における判定において総合的に評価することにより、その結果は一定の水準に達していると考えています。

しかし、要介護認定基準については、痴呆介護に関し、新たな工夫が加えられケアの充実が進んでいることなどの変化を認定に反映できるよう、一次判定のあり方について検討を進める必要もあります。

### (7) サービスの質について

介護保険サービスについては、措置制度から、利用者が自ら選択・決定する契約制度に転換しています。このことから、利用者が自らのニーズに合致した事業所を適切に選択できるよう、事業所の評価の手法等を検討することとしています。

また、痴呆性高齢者の処遇方法については、まだまだ多くの課題を抱えているのが実際のところでありますので、全国に3カ所、「高齢者痴

呆介護研究センター」を設置して、研究と研修を進めることとしています。

また、介護保険法の施行に伴い、介護保険施設や痴呆性高齢者グループホーム等において身体拘束が原則として禁止されましたが、その趣旨を徹底し実効をあげていくためには、現場において身体拘束を廃止するための努力を重ねるとともに、それを関係者が支援していくことが重要です。このため、厚生省としては、身体拘束の廃止に向けての幅広い取組みを「身体拘束ゼロ作戦」として取りまとめ、関係者の協力の下でその推進を図ることとしたところです。

### (8) 介護保険料について

介護保険は、老後における最大の不安要因である介護の問題を国民皆で支える制度ですから、高齢者の方も所得に応じた一定の保険料を支払っていただくこととなります。第二号被保険者（40歳以上65歳未満で医療保険制度に加入している方）については、本年4月より保険料納付が始まっています。

こうした基本的な考え方について、周知しご理解を得ていくことがこの制度の定着に必要と考えています。

## 3 最後に

介護保険制度の課題として、挙げられる課題は、数多くの点がありますが、当初の基本的目標である、①高齢者介護に対する社会的支援、②高齢者自身による選択、③在宅介護の重視、④予防・リハビリテーションの充実、⑤総合的、一体的、効率的なサービスの提供、⑥市民の幅広い参加と民間活力の活用、⑦社会連帯による支え合い、といった点から、その実施状況を不断に点検していく必要があると考えています。

# 介護保険で見えてきたもの ——流山市からの報告

石原 重雄  
千葉県流山市介護支援課長

## 1 はじめに

社会保障改革の重要な柱であるとか、地方分権の試金石とか言われた介護保険制度が、スタートして半年が過ぎ、この10月からは65歳以上の高齢者からも介護保険料の徴収も始まっている。

ここでは、介護保険制度施行後半年を迎えて介護保険法が理念としていた介護の社会化をはじめとした重要な課題がどのようになっているのか、利用者・事業者・保険者はどのように変わってきたのか、果して市民一人一人が住み慣れた地域で安心して生活できる地域社会づくりを目指すためには何が課題なのかといった点を念頭に、地方自治体の現場から報告したい。

### いしはら しげお

1973年東洋大学卒。74年流山市役所入庁。秘書課長、業務課長、公園緑地課長などを経て99年より現職。



## 2 流山市における介護サービスの状況

介護保険の理念としている「介護の社会化」については、在宅サービスの代表的な訪問介護（ホームヘルプサービス）の供給状況の推移から見ても確実にすすんでいる（図表1）。

3月までの措置制度に比べて、5月分の利用者数で12%増加、利用時間数では25%増加しており、この状況はその後も増加している。

このような増加は従来の貧民救済的な措置制度のもとでは、決して実現されなかったもので、需要に応じた供給が生まれるという「介護市場」を民間活力によって生み出した介護保険制度ならではのものとして評価したい。

在宅サービスでは、訪問介護（ホームヘルプサービス）と並び多くの利用のある通所介護（デイサービス）でも同様な傾向であるが、この利用は措置の時代に比べて5割から市町村によっては10割も増えている。

それでは、介護保険制度では要支援から要介護5まで6段階の区分に応じて保険で利用できる「法定限度額」を決めているが、ケアプラン作成による利用の実態はどのようになっているのかを見ると、意外に枠内で半分程度の利用にとどまっていることが判明している（図表2）。

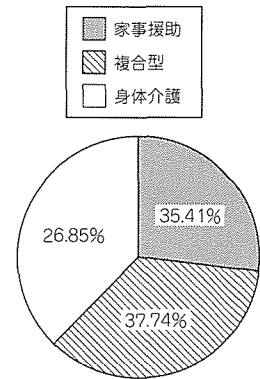
流山市の場合、本年5月の利用者911人のうちから99人を選び出して利用率を調査したところ、

図表1 訪問介護（ホームヘルプサービス）供給状況調査結果—千葉県流山市

訪問介護供給状況の推移

|          |      | 3月分       | 4月分                           | 5月分                           |
|----------|------|-----------|-------------------------------|-------------------------------|
| 利用者数(実数) |      | 309人      | 324人(104.9)                   | 346人(112.0)                   |
| 内訳       | 家事援助 | 2,437時間   | 1,272時間<br>1,949,408円         | 1,632時間<br>2,664,110円         |
|          | 複合型  |           | 1,595時間<br>4,138,270円         | 1,739.5時間<br>4,577,320円       |
|          | 身体介護 | 1,251.5時間 | 1,022時間<br>4,353,360円         | 1,237.5時間<br>5,221,200円       |
|          | 合計   | 3,688.5時間 | 3,889時間(105.4)<br>10,441,038円 | 4,609時間(105.4)<br>12,462,630円 |

5月分訪問介護内訳



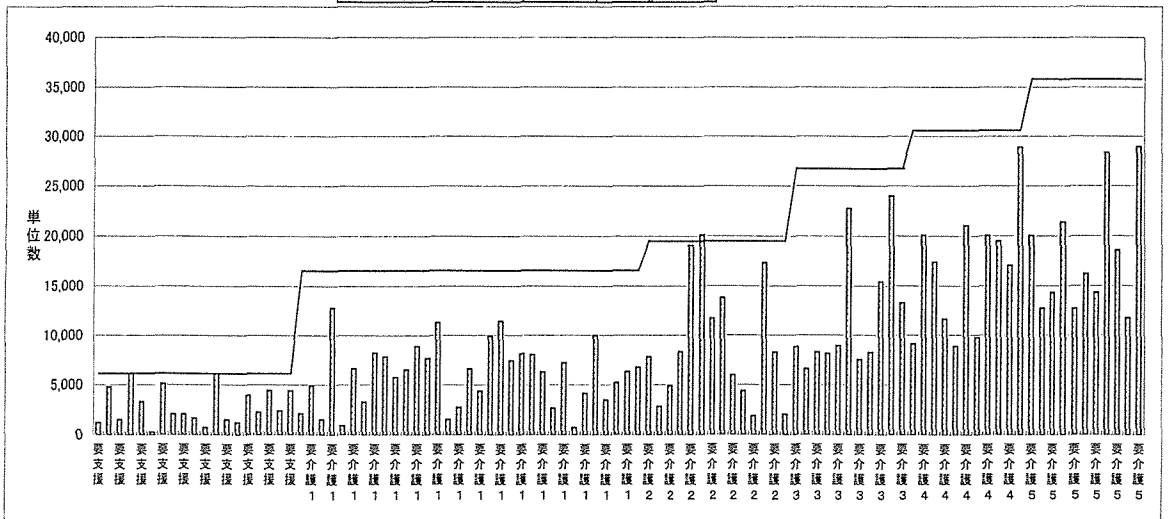
※割合は提供時間による

- ・「30分未満」は「0.5時間」として、「30分以上1時間未満」は「1時間」として（以下同じ）カウントしました。
- ・4月分、5月分の「金額」欄については、収入予定額（利用者負担+請求額）です。
- ・（ ）内の数値は、3月分を「100」とした場合の指数です。

図表2 介護保険居宅サービス利用状況—千葉県流山市

(平成12年5月サービス提供データ)

| 要介護度 | 法定限度単位 | 最大利用単位 | 最小利用単位 | 平均利用単位 | 利用率    | 標本数 | 利用者数 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|-----|------|
| 要支援  | 6,150  | 6,150  | 306    | 2,914  | 47.38% | 19  | 169  |
| 要介護1 | 16,580 | 12,824 | 765    | 6,117  | 36.89% | 33  | 304  |
| 要介護2 | 19,480 | 20,115 | 1,899  | 9,186  | 47.16% | 14  | 131  |
| 要介護3 | 26,750 | 23,985 | 6,608  | 12,018 | 44.93% | 11  | 104  |
| 要介護4 | 30,600 | 28,895 | 8,885  | 16,678 | 54.50% | 11  | 99   |
| 要介護5 | 35,830 | 28,983 | 11,734 | 18,129 | 50.60% | 11  | 104  |
| 合計   |        |        |        | 平均利用率  | 46.91% | 99  | 911  |



要支援で47.38%、要介護1で36.89%、要介護2で47.16%、要介護3で44.93%、要介護4で54.50%、要介護5で50.60%、平均利用率46.91%となっている。

この数字で見ると、全体の利用がかなり手控えられているが、これは制度の開始後間もない時期であり、ケアマネージャーも本格的なケアマネジメントすることなく、暫定的なケアプランによって計画を立てていたことや、利用者の家庭にも介護力がまだ残っていることからの必要最小限の利用で良いと考えていること等によるものと考えており、10月からの保険料徴収に伴い、権利意識も徐々に高くなり、利用率も高くなっていくと考えている。

### 3 低所得者に配慮した「6段階保険料」

10月からの高齢者の保険料徴収に合わせて全国でいくつかの自治体で、法令に反する独自の低所得者減免を実施する動きが出ている。

低所得者の負担軽減について、一般財源を投入して保険料の減免や全額免除することは社会全体で支え合うという介護保険の連帯と自治の精神に反することで、とうてい理解できない。

流山市の場合には、実はこのような状況を見越して、平成11年11月の段階で全国に先駆けて低所得者に配慮した『介護保険料6段階方式』というものを打ち出し、本年3月市議会に提案した「介護保険条例」を全会一致で可決して、この10月から保険料徴収をはじめている。この6段階区分の介護保険料は、『流山方式』と呼ばれ、横浜市はじめ全国で9自治体で取り入れられている(図表3)。

流山市の場合、年間所得1,000万円以上の高齢者の保険料を基準額の2倍とし、第1段階と第2段階の保険料をそれぞれ引下げた。最初から5段階方式を6段階とすることによって市民の理解と

協力のもと、一般会計からの財源の投入なしで低所得者対策を実施する制度であるが、厚生省からも地方分権時代にふさわしい独自の取り組みとして評価され、今も全国からこの制度の導入を検討しようとする首長、議員の視察が続いている。

## 4 公募市民による「介護保険制度モニター」

低所得者の保険料と同じく介護保険制度についてのサービス利用者の苦情対策が叫ばれているが、流山市では介護サービスの利用に伴う苦情や相談に迅速に対応していくことを目的に公募市民18名による「介護保険制度モニター」を6月23日に創設している。

この組織は、多くの自治体で介護保険をスムーズに根付かせるために設置しているシルバーサービス事業者連絡会や介護支援専門員連絡会といった組織に次いで立ち上げたものである。市内で介護サービスを受けている本人かその家族、または介護経験のある18名の市民に市長から、①介護サービスの情報を収集すること、②市が送付する調査票に回答すること、③市が開催するモニター連絡会議に出席することを職務として委嘱されるボランティアである。

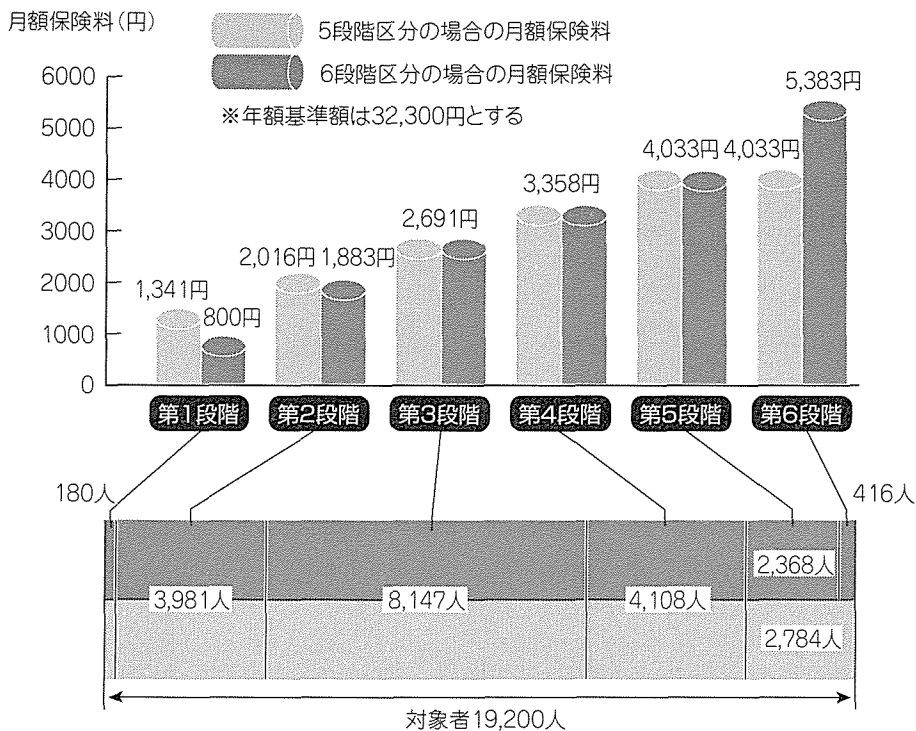
全国的に見ると保健・医療・福祉にかかわる有識者や法律家等が構成員となり第三者の立場からサービスを評価する機関(オンブズマン)を設置しているところはある。しかし、第三者機関ではなく、利用者や家族による組織としたのは、介護保険法では事業者の指定取り消しは県知事、要介護認定に関する不服は県の認定審査会、事業者と利用者間のトラブルについては国保連と、権限が明確にされていることから、市町村がもっていない権限を与えることはできず、たとえオンブズマンを組織しても活動の効果はおのずと限界があると判断

図表3

流山市の第1号被保険者の6段階保険料区分

| 段階   | 対象者   | 月額保険料    |          |
|------|---|----------|----------|
|      |   | 5段階(標準)  | 6段階(市独自) |
| 第1段階 | 生活保護受給者または老齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税の場合等   | 基準額×0.5  | 基準額×0.3  |
| 第2段階 | 世帯全員が住民税非課税の場合等   | 基準額×0.75 | 基準額×0.7  |
| 第3段階 | 本人が住民税非課税の(世帯内に住民税課税者がいる)等<br>※所得額で年間約125万円未満。<br>公的年金収入のみの場合は約266万円未満(月額約22万円) | 基準額×1.0  |          |
| 第4段階 | 本人が住民税課税で前年の所得額250万円未満等<br>※公的年金収入のみの場合は約433万円未満(月額約36万円)                       | 基準額×1.25 |          |
| 第5段階 | 本人が住民税課税で前年の所得額250万円以上1000万円未満等   | 基準額×1.5  |          |
| 第6段階 | 本人が住民税課税で前年の所得額1000万円以上   | —        | 基準額×2.0  |

5段階区分および6段階区分の保険料の比較



した結果である。利用者の直接の声を拾い上げることで、シルバーサービス事業者連絡会や介護支援専門員連絡会にも協力を求め、良質のサービスを提供できる事業者の育成ができれば、その方がはるかに実効性が高いと考えている。

このような、市民参加の介護保険への取り組みの中で、10月の保険料徴収について約19,300人を対象に保険料を通知したところ、苦情や問い合わせの件数も500件を下廻り、類似規模の都市に比べてかなり少ないものとなっており、市民の方々にも、少しずつ理解が得られていることを物語っている。

## 5 より良い介護保険に育てるための 今後の課題

今後、この介護保険制度をより良いものに育てていくためには、ひとつは私たちがこれまで厚生省に対して制度発足前から主張している「短期入所サービスの支給限度額の一本化」への取り組みを一日も早く具体化することであり、もうひとつは介護保険制度の成否のカギを握るケアマネジャーの育成強化に国・県・市町村が本気で取り組むことである。

まず、第1点目の短期入所サービスについてであるが、短期入所生活介護の利用者が40%程度に激減したことにより経営問題としてクローズアップされている。むしろ私はかねてより利用者の立場から「利用日数が少なく、使い方が難しい」との声に応えるためには、短期入所サービスは本来在宅サービスの一種類であり、在宅で介護する家族の休養を目的にしたもので、家族の在宅介護を少しでも軽減するためのサービスであることから訪問・通所系サービスと自由に組み合わせができる一本化を厚生省に機会があるごとに求めてきた経緯がある。

したがって、平成14年1月からは現在の2つの区分の支給限度額管理はなくなり、一本化する方向が打ち出されたことを大いに評価している。流山市においては『振替利用』の拡大措置が償還払いとなっている制度をいち早くサービス事業者と受領委任払いの契約を結び、現物給付と同様の扱いを行ない、市民の利用拡大に努めてきた。当面は訪問通所サービスの振替え利用の枠を現行2週間から最大30日に拡大することにより、短期入所サービスの一本化後と同様の水準が1日も早く実現できるように望んでいる。

第2点目は、ケアマネジャーの育成についてである。9月1日の津島厚生大臣との意見交換会の席でも「ケアマネジャーの作成するケアプランの報酬を引き上げ、1人が30ケース程度担当することより、利用者に本当に必要なサービス提供のためのアセスメントができる時間を与えるべきではないか」と述べたが、介護保険制度の成否は、ひとえにケアマネジャーの意欲と手腕にかかっている。

したがって、ケアマネジャーの実力向上のために、保険者としての市町村が連絡組織をつくり必要な研修などを国・県と一体となって実施していくことはもちろん大切なことである。そして、介護サービス事業者から身分的にはともかく精神的に独立して、文字どおり利用者としての市民の立場に立って十分なアセスメントを行ない、利用者や家族に「介護保険となって、本当によかった」と言われるような制度とするためには、何と言ってもケアマネジャーの報酬を1.5倍程度引上げ、30ケース程度の利用者をかかえてもう少しゆとりをもって仕事ができる環境づくりが大切であり、介護報酬の引上げを求めたい。

介護保険制度は「走りながら考える」と言われただけに課題も多い。しかし一方で多くの市民の期待と喜びも日増しに大きくなっている。制度への確信を深め、一步一步前にすすめてゆく努力が市町村に求められている。

## 介護保険半年の到達点

福井 英夫・福井 久  
滋賀県大津市高齢福祉・介護課

### はじめに

「保険あってサービスなし」「不公平な要介護認定」「福祉の営利化」など多くの誤解を背負った介護保険制度がスタートして半年余りが経過した。心配された保険料の徴収も、肩すかしを食ったと言っているほどスムーズに行われ、一部の報道機関が「待ち構えていた」ような混乱もなく、順調に運営されている。加えて市民、事業者、行政それぞれが介護サービスの向上のため工夫と努力を始める一方、高齢者介護の政策立案過程に市民が積極的に参加するなど、自己決定を基本に高齢者の自立に向けたサービス提供と、地方分権への地殻変動が静かに起こりつつある。ここでは、介護保険を運営する保険者の立場から、介護保険制度施行による成果と現状、今後の課題について論じる。

#### ふくい ひでお

1954年生。大阪府立大学農学研究科修士課程修了。80年大津市役所入庁。経済部農林課、企画部広報課、企画部企画調整課などを経て、2000年より現職。

#### ふくい ひさし

1956年生。大阪市立大学法学部卒。81年大津市役所入庁。建設部都市計画課、総務部人事課、福祉保健部高齢福祉課などを経て、2000年より現職。

### 1 「介護」に市民権

大津市では、一昨年から数百回もの介護保険説明会を行ってきた。昨年中は、介護の大変さを実感している女性が制度の趣旨に大きく共感しているのに対し、「家族が介護する」と発言しながら、その「家族」の中に自分自身を入れていない男性は、新たな負担のみに目を奪われ、しかめっ面で説明を聞いていた。

しかし、マスコミが頻繁に「介護」という言葉を発信し、介護の実態を報道したこともあり、男性も「いつかは、私が」という実感を持つようになり、質問の内容も相談窓口やサービスの上手な利用法など具体的なものになってきた。これまで高齢者福祉という言葉で語られ、一部の人の問題と考えられがちであった介護が、自分も立ち向かうであろう困難な出来事として理解され、自らの課題として取り組まなければならないという認識が広まってきている。

このような認識の深まりとともに、介護についての具体的な行動を起こす市民が出始めた。大津市で本年1月から3月にかけて開講した「グループホーム・宅老所開設講座」には、当初予定した50人の4倍の200人が集まった。また、高齢者の権利を守り、サービスを適正に実施するための市民活動を支援しようと11月から募集した「介護相談入門講座」にも予想の数倍の市民が応募するなど、身近

な所に介護サービスを創っていき、質の高いサービスに携わっていきという市民が多く生まれてきている。これまでの介護サービスを「与えられる」だけの住民から、まちの主役として自ら役割を担っていきという意思を持った市民の活動が、介護保険制度施行を契機として始まりつつある。

## 2 負担あればサービスあり

天津市では、積極的に介護サービス事業者の誘致を行ってきたこともあり、訪問介護サービス事業者は、昨年の1事業所から26事業者（2000年8月現在）にも増えた。他のサービス事業所も順調に増加している。

また、サービス利用量についても、介護保険制度施行以前から介護サービスを利用している258人を無作為に抽出し、4月と7月の訪問通所系サービスの変化を調査したところ、全体として20%も利用量が増加していた。ことに訪問介護では25%、訪問入浴介護では50%以上も増加していることが明らかになった。本年3月までの措置制度下では、市が決めた内容のサービスしか利用できなかったが、介護保険制度施行後、利用者の希望を尊重したサービス提供が始まっている証左である。保険料という負担をするのだから、必要になればサービスを使うという権利意識も徐々に高まってきており、利用者によるサービス事業所の選択も始まっている。

## 3 苦情こそ介護保険を育てる情報源

措置によりサービスを選べない状況で、注文を付けて事業者の心証を害してしまうと「何かあったときに面倒を看てもらえない」という不安があっ

た。このため利用者は、苦情が言えない状況が続いてきたが、事業者数の増加により少しずつ「苦情の自由化」が進んでいる。

天津市で昨年11月に作成した苦情処理マニュアルの表紙には、「苦情こそ介護保険を良くする大切な情報源です」と記している。利用者本位のサービス提供のためには、苦情の一つひとつに誠実に対応し、サービス改善につなげていかなければならない。苦情を言うのは、「サービスを良くしてほしい」という利用者の期待の現れであり、事業者は、適切な対応を行うことで信頼感を勝ち取ることができる。先見的なサービス事業者は、利用者に「選ばれる」事業者になるため第三者評価や苦情解決手法の導入などを始めるなど、これまでの競争もなく提供側の論理で展開されてきた介護サービスが、利用者本位に転換し始めている。

しかし、まだまだ介護サービス事業者が利用者より優位にあるという状況は十分に改善できず、利用者は苦情を言うと不利益をこうむるのでは、という不安感をぬぐうことができない。利用者サービス事業者の情報格差もいまだ大きく、利用者の選択権を保障し、権利を守るため事業者の徹底した情報開示を進めなければならない。

## 4 高齢者の自立を支える介護サービス提供を

### (1) 介護サービスの質の向上

介護保険説明会で「介護保険は誰のため」と質問すると、介護者家族のためと答える人が意外に多い。「介護の社会化」といわれるように、介護保険制度の実施に合わせて過酷な家族介護をみんなで支えようという考え方が広まったが、障害を持ったり、痴呆のため支援の必要な高齢者が、介護サービスを利用し自立した暮らしを送るという「自立支援」の考え方は、まだまだ浸透していない。

介護保険法の施行に合わせて介護支援専門員が



誕生し、専門的な立場から適正なサービス利用を調整するという画期的なシステムが確立された。ところが、多くの介護支援専門員には、要介護者の意思を尊重しながら「自立」に向けた介護計画を作成するという力量が十分に備わっていない。

介護保険制度の成否は、介護支援専門員の力量形成にかかっていると言っても過言ではない。保険者は、介護支援専門員育成のための研修体系を確立し研修機会を保障するとともに、介護支援専門員自らが自己研鑽の機会を創っていかなければならない。また、高齢者のQOLの向上とは何か、自立に向けた介護サービスはどのように提供されるべきかを、十分に議論し、高齢者の自立に向けた質の高い介護サービスを介護支援専門員が中心となったケアチームが提供できるよう、介護サービス全体の質的向上が急がれている。

## (2) 痴呆についての理解を

天津市の在宅要介護高齢者約3000人のおよそ3分の2は、何らかの痴呆症状を有している。このように非常に多くの高齢者が痴呆であるにもかかわらず、正しい理解が広まっていない。痴呆は、加齢に伴い一般的に起こる病気であるということをもっと多くの人々が理解すれば、痴呆への適切な介護を求める声は、大きくなると予想される。痴呆についての専門家も少なく、グループホームを中心にした介護資源もまだまだ不足している。今後、急増が予想される痴呆介護へのニーズに応えるとともに、痴呆についての正しい理解を広げるため、各保険者において痴呆性高齢者への対策を充実していく必要がある。

## 5 介護予防の充実

介護保険制度施行により要介護者への介護サービスの供給体制は整ったが、最も好ましいのはPKO（ピンピン・コロリ・おだ仏）である。誰もが、いつ

までも元気で天寿をまっとうすることを望んでおり、保険者としても要介護という介護保険制度の「保険事故」が減ることは、保険運営の健全化と被保険者の保険料負担軽減のために望ましいことである。

要介護の主な原因は、脳血管疾患による障害や痴呆、役割の喪失などによる廃用性症候群など数多く挙げられ、その多くは食事や運動などの基本的な生活習慣や生きがいなど精神活動や文化に根ざしたものであり、一朝一夕に転換を求めることは困難である。また、介護予防施策については、体系的な取り組みがなされているとは言い難く、事業効果の検証も不十分である。今後、どのような施策をどれほど行うとどのような効果を生むかという定量的な検証を行うとともに、地域で元気に老いる基盤を確立していかなければならない。

## 6 介護保険は地方自治の試金石

介護保険条例の制定過程において、従前のように厚生省が示した準則によらず、総合介護条例として独自の条例を制定した自治体が数多く出てきた。また、サービス事業者のガイドブックの発行や介護サービス利用の標準契約書の作成など、介護保険を円滑に運営するためのさまざまな取り組みが多くの市町村でなされてきている。

自治体職員が市民とともに地域を見据えて、自らの頭で考え、行動し政策を創っていくという「住民主権」と「地方自治」本来の姿が介護保険とともに始まった。生まれたばかりでヨチヨチ歩いては転ぶかもしれないが課題にぶつかるたびに成長し、数年後には磐石たる基盤を築くと期待している。私たちは、これまでの「物作り中心の国づくり」から「暮らし中心のまちづくり」へ時代が大きく転換するなか、バリアフリーの街づくりやコミュニティづくりなど、すべての人が活き活きと暮すためのさまざまな試みを市民とともに挑戦していかなければならない。