

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じさせる。

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