

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。

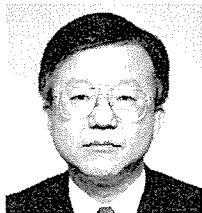


表1 サービスの利用による効果・影響
(全国老人クラブ連合会及び兵庫県神戸市の調査)

	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。