

施行5年目の改革課題

池田 省三

龍谷大学社会学部教授

1 はじめに

介護保険施行5年を迎えて、制度改革の準備が進められている。改革課題は多岐に渡るが、これまでに絞り込まれてきたものは次の5点にまとめられるだろう。

- ①制度の安定的な持続性を確保のためのサービスの効率の向上。
- ②科学的な根拠のあるサービスの開発。
- ③地域における権利擁護システムの確立。
- ④保険者機能の強化としての市町村への権限付与。
- ⑤普遍主義の徹底としての被保険者・サービス受給者の年齢制限撤廃。

これらは、社会保障審議会介護保険部会の報告(7月30日)において、まとめられたものである。ただし、年齢制限の撤廃だけは、引き続き検討を進めることとされ、11月末までには、同部会で

いけだ しょうぞう

1946年生。中央大学法学部卒。73年自治労に入り、調査局、年金局を経て自治総研事務局長。のち龍谷大学助教授を経て現職。著書に『介護保険は何を変えるのか』『VDU労働』『介護保険システムのマネジメント』(共著)などがある。

結論を得ることとなっている。いずれも、大きな制度改革を必要とするもので、抜本改革の名に値するものである。

2 ホテルコストの徴収

介護保険の給付額は、施行初年度の3.6兆円(11ヶ月分のため、12ヶ月換算すると3.9兆円)から、5年目の平成16年には6.1兆円と1.6倍に伸びている。今後も、高齢者数が増大し、サービス利用意向が高まることを考えれば、さらに増大していくことは避けられない。サービスの財源は保険料と公費によって賄われているから、これは保険料の引き上げと公費支出の増大に直結する。もちろん、必要なサービスは確保されなければならない。しかし、無駄や不合理な給付があれば、貴重な財源を浪費していることになり、改革が必要である。

今回の改正で焦点となっているものは、施設サービスのホテルコスト、および軽度認定者に対するサービスの効果である。

現在、施設サービス利用者は受給者の25%(認定者の19%)であるが、給付額は52%となっており、明らかに施設給付に偏している。また、施設サービスの割安感も強く、食費と家賃の扱いが浮き上がってきた。施設は、調理費用(栄養士・調理員の人件費、厨房費用)は保険給付とさ

れ、食材料費相当分のみが自己負担となっている。ただし、高額介護サービス費により、住民税非課税世帯（特別養護老人ホーム入所者は施設に住所を移すため、単身高齢者世帯となり、ほとんどが住民税非課税世帯となる）は、その食材料費相当分すら一部保険給付となる。一方、グループホーム、有料老人ホームは、食事に関する費用はすべて自己負担となっており、在宅の場合も給付はない。また、建設費用償還等の費用である家賃は、建設費の3/4が公費で負担されるために、個室の新型特別養護老人ホームを除いて、徴収されていない。

この結果、特別養護老人ホーム入所者の負担は、月額4万円を割っており、在宅の場合と比して、著しく負担が低いという事実がある。このため、介護保険3施設について、調理費用、家賃の自己負担化が検討されており、場合によっては、前倒しで来年からの実施も予想される。ただし、低所得者には、減免措置が用意される。

このことにより、グループホームや有料老人ホームとのイコールフットイングに近づき、居住系サービスの品質競争が始まる。福祉施策であった施設が、本当の市民サービスに転換していく点から、評価できる改革である。なお、介護保険3施設の食事提供費は、利用者1人当たり月額4万円程度であり、給付全体の8%を占めるから、完全に利用者負担とされると年間給付の1ヶ月分が削減されることとなる。

3 介護予防給付の新設

要支援、要介護1レベルの軽度認定者は、認定者全体の48%を占め、保険給付は20%程度となっている。これらの者が利用しているサービスは、家事代行サービスの訪問介護、送迎・食事・入浴つきの通所系サービス、そして車椅子・電動ベッド等の福祉用具貸与が中心である。

しかし、これらのサービス利用の結果、廃用症

候群が進行し、要介護度が悪化するという事態が生じている。たとえば、鹿児島県の調査によれば、軽度の訪問介護利用の回数が多いほど、また福祉用具の利用率の高いほど、要介護度が悪化しており、通所系サービスを最も多用している群がさらに悪化率が高いという報告がある。これでは、介護保険によって中重度の要介護高齢者を増やしていることになり、制度の趣旨に逆行する利用が行われていることになる。

一方、各市町村では、補助金事業として「介護予防・地域支え合い事業」が行われている。国の1/2補助の予算が400億円であるから、総事業費は800億円を超えるものである（各種メニューのうち、もっとも大きい事業である「生きがい活動支援通所事業」は、平成15年度より一般財源化されたため、実質的には1000億円を超えるとも推定される）。筆者らの調査によれば、これらの事業は効果測定は全くと言ってよいほどなされておらず、介護予防の効果があると考えられない内容で、ほとんど予算消化型事業となっている。壮大な無駄遣いと言ってよい。従来の予防サービスとは、引きこもり防止のために「生き生きデイ」で月1～2回の通所サービスなど、情緒的な施策でしかないものがほとんどである。

しかし、介護保険施行後、筋力向上トレーニング、低栄養改善という科学的な根拠と効果測定が可能なサービスが開発され始めており、劇的な改善例も数多く報告されている。

今回の改正では、こうした介護予防給付を新設することとなる。この介護予防の責任主体は市町村であり、軽度認定者について、介護予防の対象とするかをスクリーニングして、必要な予防施策を指示し、民間の事業者によるプログラム実施を経て、市町村がその効果測定を行う。介護予防給付対象の軽度認定者は、家事代行の訪問介護給付の対象とはならず、無用なサービス費用の削減となる。ただし、一方で予防給付の費用が生じるから、短期的にはさほど大きな削減にはならないと

考えられる。しかし、介護予防が成功すれば、中長期的には大きな財政効果を示すこととなる。

これは、はじめての本格的な予防給付の試みであり、その成功が強く期待される。

4 地域包括支援センターの創設

1989年のゴールドプラン策定から、在宅介護支援センターの設置が始まり、現在までに約8700箇所となっている。在宅介護支援センターは、在宅高齢者に対する総合的な支援を実施する機関とされ、介護保険施行以前は、それなりに機能してきた。しかし介護保険施行移行は、補助金の削減もあって、居宅介護支援事業所との二枚看板で運営されているところが多く、本来の役割が空洞化している。

一方、選択と契約が基本の介護保険では、痴呆等の権利擁護が宙に浮いて、虐待や処遇困難事例に対する適切な対応がきわめて遅れている。たとえば、施設入所も契約当事者が本人であることは少なく、8割以上は家族が署名捺印している。子供が親の代理はできないから、成年後見制度を利用していなければ、これらはすべて無効契約であり、刑事的にも私文書偽造という違法行為であるが、家庭復帰の困難さ、家族の過酷な負担が考慮されて見逃されている。いわば、介護保険にすべてを任せて、「社会福祉が眠り込んでいる」のが実態である。

このような違法行為が見過ごされ、介護保険法の趣旨に反するようなサービス利用が行われていることが、いつまでも許されるはずはない。とくに、被保険者・受給者の年齢制限が取り払われ、65歳未満の身体・知的・精神障害者にも介護保険サービスが提供されるようになれば、問題はもっと深刻なものとなる。

従来の在宅介護支援センターでは、この課題に対応するのは無理がある。そこで、今回改正で出された考えが「地域包括支援センター」（仮称）

である。まだ、詳細な設計は示されていないが（年齢制限撤廃と強く関係するため、その結論が出るまでは抽象的なものしか提示できないからだと思われる）、基本的には、市町村が責任主体、社会福祉士、保健師、スーパーバイザー的ケアマネジャーの専門職員の必置、総合的な相談窓口機能、介護予防マネジメント、包括的・継続的マネジメントを業務とし、将来的には生活圏域（かならずしも校区ではない）ごとに置くものとされている。あとで述べる「地域密着型サービス」と関連して、要介護高齢者が住み慣れた地域（かならずしも自宅でない）での生活を継続して、ケアサービスを受けられるシステムを追求しようとするものである。

問題の第一は、この機能を在宅介護支援センターが引き継ぐことができるかにある。機関型在宅介護支援センターは、ほぼ引き継げるだろうが、地域型の多くはきわめて困難であろう。その整備をどうするかが焦点になる。また、業務については、介護予防は切り離し、地域包括支援センターは権利擁護事業、障害者ケアマネジメントに専念した方が現実的であるとも考えられる。介護予防も含めると、すべてが中途半端になる恐れが強い。

いずれにしても、年齢制限撤廃の方向が明確になれば、具体的な設計が明らかにされてくるはずであり、これまで例外的にしか存在しなかったソーシャルワークの本格的なフィールドが設定されるという面から、その活動と発展がきわめて注目される。

5 地域ケアシステムと保険者機能の強化

介護保険事業者の指定、調査、取り消し等の権限は、都道府県にあり、市町村は保険者であるにもかかわらず、事業者への権限を有しなかった。したがって、頼みもしない老人保健施設や療養型病床群、あるいは通所リハが過剰に進出し、保険

料が高騰しても何の対応もできなかった。これでは、介護保険事業計画を策定しても、たんなる作文に終わってしまう恐れも強い。また、市町村が適切なサービス配置を考える気力を失い、財政管理だけを行うという国保と同じ状況になってしまう。これでは、せっかく市町村を保険者にした意味が失われる。現実には、医療系の強い地域では、そうした事態が生じている。

今回改正では、市町村が地域ケアシステム構築を進めるために、地域密着型サービスという考え方が提起されている。これは、住み慣れた地域での生活を24時間支えるという観点から、日常生活圏域内にサービス提供の拠点を確保するというものであり、小規模・多機能型サービス、地域夜間対応型サービス、地域見守り型サービスが想定される。グループホーム、30人未満の小規模特別養護老人ホームも含まれる。この地域密着型サービスについては、保険者たる市町村が指定権限を有し、生活圏域毎に「必要利用者定員総数」を定め、それを超えた場合は、指定しないことができ、一定の範囲内で指定基準や報酬を独自に定めることもできる。財源は、一般サービスと同様に介護保険の給付とされ、これまでの上乗せ横出しサービスが第1号保険料で賄われることとされていたことと比べ、格段に使いやすい制度とされている。

問題は、市町村の権限が地域密着型に限定され、介護保険3施設をはじめ、広域的に提供されるサービスには適用されないことにある。とくに、老人保健施設と療養型病床群は給付の増大、保険料の高騰を招く元凶であり、これに対して、市町村が定員管理等を行えないことは矛盾しているし、給付管理が困難な状況を解決することにはならない。もう一步踏み込んで、介護保険適用の医療系施設等についても、市町村毎に必要な定数を定め、その範囲内で事業者とサービス提供定数の契約を行うことのできる権限等を付与するべきではないだろうか。

6 年齢制限の撤廃

残された課題は、介護保険の被保険者・受給者の年齢制限の撤廃である。介護保険は、40歳以上の住民を被保険者とし、原則的に65歳以上の第1号被保険者を受給権者としている。40～64歳の第2号被保険者は「加齢に伴う」特定疾病が原因の場合のみ、受給でき、先天・中途障害は給付の対象とされていない。

この年齢制限を撤廃し、すべての介護を必要とする住民にサービスを提供するシステムに改革することについては、9月末から、社会保障審議会介護保険部会が再開されて、審議されている。この問題は、障害者施策あるいは支援費制度と介護保険の統合という誤解から、かなり混乱した経過がある。年齢制限の撤廃は、身体・知的・精神の3障害を含むのは当然であるが、必ずしも介護保険と障害者施策の統合を意味するわけではない。なぜなら、障害者のニーズは介護にのみ包括されるものではなく、教育、就労、社会参加等、別途の制度によって保障しなければならないニーズも存在するからである。

身体・知的障害については、昨年度から「支援費制度」が始まっているが、この制度は根本的な矛盾を抱えている。ひとつは、本人の選択と契約によるサービス利用という介護保険そっくりの形態をとっているにも関わらず、財政的には予算主義を採用していることである。利用量の上限も定めていないから、需要予測は困難である。にもかかわらず、財政が膨張したときの対策が考えられていない。したがって、赤字を出した場合、サービス量を規制せざるを得ず、制度の趣旨に反する対応に追い込まれる。しかも、それは初年度から引き起こされてしまった。利用者にサービス選択を委ねる場合は、介護保険のように決算主義を採用して、サービス量に対応して財源を確保できる仕組みを用意しないと安定的な運営はできない。

支援費設計者の無責任さは誹りを免れないと言ってよい。

いまひとつの問題は、精神障害者へのサービス保障がないということにある。別途に用意されている精神障害者福祉施策の予算は、わずか438億円。支援費の6%、介護保険の0.7%にすぎない。7万人を超える人々が社会的入院を強いられ、在宅にあってもサービスは皆無に等しい状況にある。

介護保険の年齢制限を撤廃することにより、支援費サービスの多くの部分を引き継ぐことができ、安定的な財政運営が可能となる。精神障害者についても飛躍的にサービス量を増加させることができる。もちろん、介護保険でカバーし得ない部分については、独自の障害者施策が必要なのは言うまでもない。社会保障制度にあっては、単一の制度がすべてを担うのではなく、特例的に存在するニーズについては、補完的制度を置くのが通例である。そうでなければ、財政的に肥大化して、制度そのものが自壊してしまうからである。現実を見ても、高齢障害者は介護保険と支援費の併用が認められている。

これは、介護保険の普遍主義を徹底するということであり、一定の経過措置を必要とするため、今回改正で手をつけなかったら、国・自治体の財政事情から、障害者施策全体についても大きな悪

影響を広げる恐れが強い。

7 おわりに

介護の世界は、介護保険施行以前は社会福祉として提供され、効果と効率を考えない行政サービスであり、サービスの中身そのものも「経験と勘」の世界に自足していた質の低いものに過ぎなかった。しかし、介護保険は膨大なデータをもたらし、これまでのサービスの欠陥を広く認識させることとなった。

このことが、施行5年目の見直しに繋がっており、抜本的な改革が用意されようとしている。これを先送りにすれば、医療や年金の轍を踏むこととなろう。負担増を悪とする考え方は止めなければならぬし、保護と依存の介護から、本人の意志決定を尊重し、その実現を社会的に支援するという介護保険の思想に立ち返った論議が必要である。

介護保険創設はひとつの革命であったと言えるが、今回の改革は第二次革命である。のみならず、今後も、ケア理論の発達と新しいケアサービスの開発、さらには世代交代や社会状況の変化によって、引き続き発展していく「永続革命」として捉えることも出来るだろう。■

