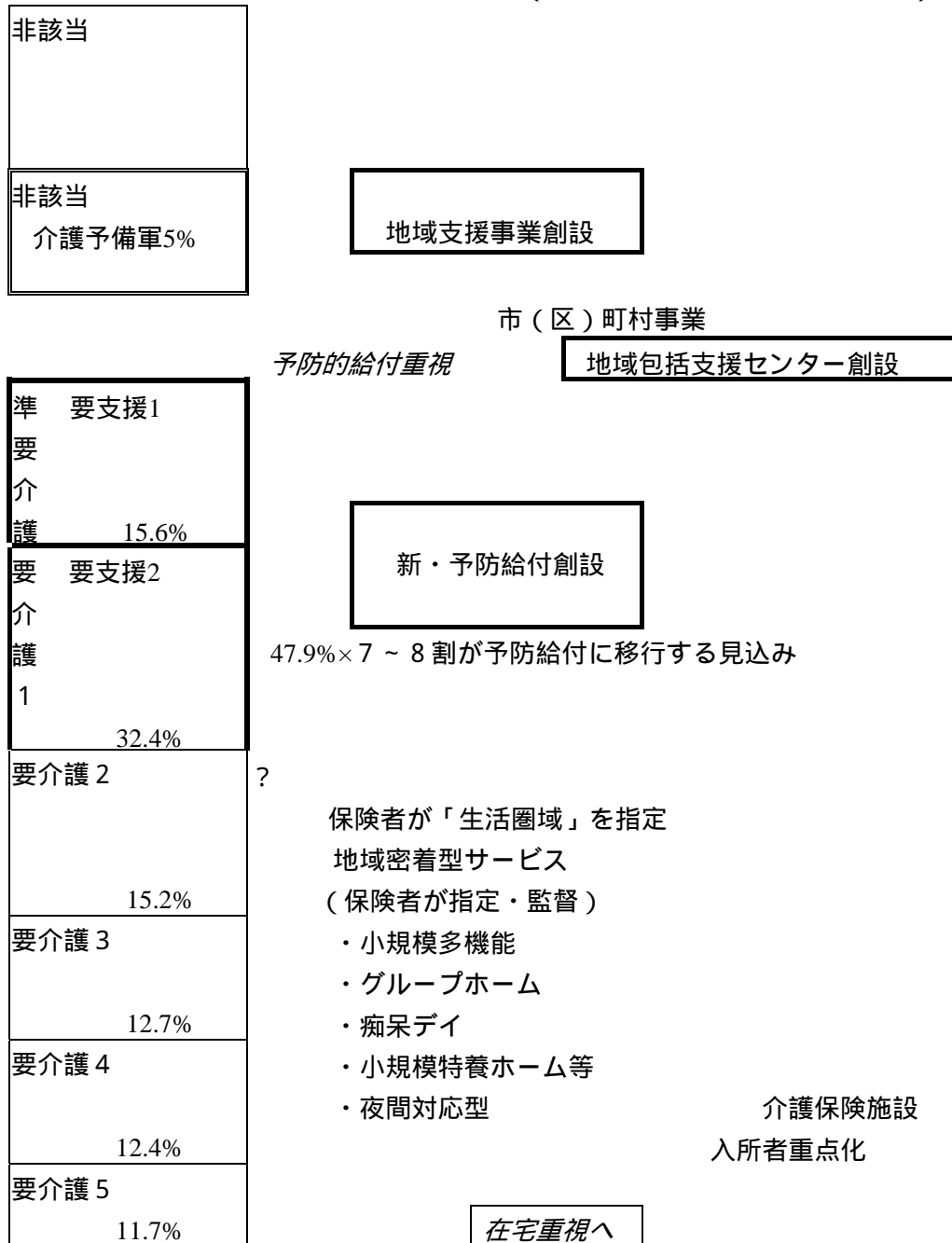


介護保険制度改正の概要

1 新介護保険制度下の新しいサービス体系

図 - 1 新介護保険サービス体系イメージ図（厚生労働省会議資料等から作成）



住まいの在り方の拡充へ

- ・ 特定施設入所者生活介護の拡大（養護老人ホームの転換・他）

現時点での改正についての評価を行う。評価はどのような視点を評価軸に置くかによって大きく異なる。今回の介護保険制度の改正の基調として、超高齢化社会を迎えつつある中での社会保障費用の抑制、特に国庫負担の抑制の視点があったことは否めない。それは一つの立場であるし、その結果として「折り合える」ものとなっていれば問題が 無いとは言えないが許容範囲と言えるだろう。介護保険制度に関しては多くの利害関係 者がいる。

行政、サービス事業者、関係職種の団体、その他・・・しかし、最も重要なのは、国民・利用者である。制度改正により、国民はどうなるのか、その視点が最も重要な視点と言える。以上のことから、利用者の視点、行政、事業者等の視点から評価を試みると共に、それらを含め全体として制度がどこに向かおうとしているのかを推測し、評価してみたい。

1 利用者の立場

利用者の立場からみると、否定的な評価とならざるを得ないだろう。理由は改正が「負担増と給付抑制」のセットになっているからである。負担増は、介護保険にとどまらず、消費税や年金保険料、所得税、医療保険料と多くの負担増の一つにすぎない。また、給付抑制も、介護保険にとどまらず、年金や今後医療保険等においても予想される。そのような改正が、全体としてやむを得ないものと言えるかが最大のポイントである。

なお、負担増とあわせて「サービスの質の改善」がいられている。これは負担増を納得し貰うための手段の意味合いもあるが、あわせてサービスの改善に繋がるかについて も考えたい。

負担

総事業費の拡大にともなう介護保険料の引き上げ、また入所施設を中心としたホテルコスト分の徴収、食費負担の見直し等により確実に負担が増加する。

負担増は、実際のサービス利用者とサービスを利用していないものとの間では評価が大きく異なる。10%程度の利用者を残りの高齢者や中高年が保険料を拠出して維持する制度であり、意見の相違を内包したしくみと言える。

給付

サービス体系の再編、新予防給付によるサービス利用の制限、入所施設の利用者の絞り込みと入所施設建設の抑制等により、以前と比べて自由なサービス利用が制約を 受ける。

サービス体系の変更に伴い、要支援・要介護1対象の8割前後が介護保険給付から新介護予防へと移行する。これは300万人が利用しているとしておおよそ120万人前後であろうか。この対象者に対してどのようなサービスが提供されるか、全体像は明らかになっていないが、市(区)町村による予防プランの作成と市(区)町村が指定した事業者からのサービス利用とドラスティックな変更となる。また、あわせて入所施設利用対象が要介護2以上の認定者となると共に、重度者にシフトする。資源の有効活用という観点からは必要性はあるが、その代替サービスが整備できるか否か

が評価の鍵となる。この分野にも市（区）町村の関与が大きくなるので、市（区）町村の企画力・実施体制により格差が広がると考えられる。

ア、入所施設

入所施設の需要は以前として高いが、利用者の重度者へのシフトと施設整備の抑制が考えられることから利用者にとってはこれまで以上の待機が生じると思われる。

施設入所の必要性の検証が十分行われないうままに、ユニットケアの推進ということで従前と比べて建設に抑制が働く。

イ 居宅サービス

施設入所はますます困難となり、その分在宅での暮らすための住まいを含めたサービスの充実が求められる。施設の代替となる「暮らしの場」が地域の中に整備されないと、「家族の介護地獄」への逆戻りに繋がる。

その対策として、市（区）町村が介護保険事業計画の中に位置づけ、その整備計画も明確にする「地域密着型サービス」の導入等が予定されている。当該保険者の制度設計能力により、大きな市（区）町村格差が発生することが見込まれる。

地域の中にどのような継続して在宅で生活することが困難な高齢者等の「住まい」を整備していくのか、それができなければ「さすらいの介護ジブシー・介護地獄」への逆戻りとなる。それはハードの整備だけでなく、具体的なサービスの仕掛けというソフトの分野の整備もあわせ必要になる。ソフトが不十分であり、かつハードの方向も定まっていない現状では、「利用できるサービスがない」状態の発生が市（区）町村によっては生じると思われる。

サービスの選択

介護保険制度創設時の「うり」は、措置時代の市（区）町村が管理したサービス提供から、自らサービス事業者を選択できるしくみへの転換であった。

今回の見直しに際しては自由な選択の幅が狭まる。要支援・要介護高齢者の4～5割弱が新予防給付に移行する。そこでは市（区）町村が作成（一定の要件下での委託は可能）する「予防プラン」を踏まえたサービス利用及び提供となる。予防的サービスを選択しないとサービス利用の一時保留等の制約が課せられる見込みである。

また、サービス総量の抑制もそれに拍車をかけられる。

例えば、介護保険事業計画によるサービス量の整備が、これまでの過去3年間の実績の伸びを踏まえたサービス量の拡充という視点から、現時点でたてる2016年の必要なサービス見込みから逆算して作成する介護保険事業計画へと転換する。過去の実績を踏まえて3年ごとにサービス量の拡充を図るのではなく、10年先の需要予測を現時点で推計し、それを目標値として逆算したサービス量を計画化する。このことにより過去の実績の伸びから解放され、より数値目標による計画的サービス整備が可能になる。そのことによって、ニーズと供給のミスマッチが生じてサービス利用の抑制が働く可能性がある。

また、地域密着型サービスは保険者が指定するが、サービスの整備総量は保険者が策定し、その範囲内の整備となる。この結果、他の保険者に属する被保険者の利用の

制限に繋がるとともに、サービス量の上限が設定されるために選択の幅が狭まる可能性が残っている。

以上の結果、サービスの選択の幅は確実に狭まると考えられる。

利用者本位、自立支援について

介護保険サービスの提供にあつては「利用者本位のサービス提供」や「自立の支援」という言葉が先行しているがその内容についての詰められた国民的議論は起きていない。利用者本位という場合の利用者像はどのようなものか、自立支援というときどのような標準的枠組みをもち、提供されているのか、具体的なツメは不十分である。

例えば、人の生活習慣は人により大きく異なるし、またその文化も異なる。長い時間をかけて形成された人の価値観や性格、行動様式はなかなか直らないし、また直さないといけないものということも危険である。元気なケアマネージャーたちは、自分たちの価値観で利用者を見るという過ちを犯していないか。言葉だけがひとり歩きし

空転する。ケアマネジメントの専門スキルが無い者が「利用者本位・自立支援」を安易に口にするのは、サービスの正当化等の「ブラックボックス」を生み出す。

利用者本位の内容及び自立支援の内容・定義が具体的に明確に示されていないま

ま、保険者や事業者の関係職員により解釈され、実施されている。人によっては自立＝要介護度の軽減や介護保険サービス利用からの離脱と考える者もでる。また、利用者本位の意味が、利用者との関わり方として捉えられないまま空転している例が多い。

総括

以上、今回の改正を利用者の観点から見れば、負担増と給付制限となっている。問題は、これを受け入れる大儀があるかどうかである。仮に大儀があったとして、今回の見直しは妥当かどうかである。

2 保険者及び都道府県

今回の改正では保険者（市（区）町村）の権限と責任の強化が際だっている。保険者は、新介護保険制度の中で必要とされる役割をきちんと果たす必要がある。しかしながらこれまでの日本の福祉行政システムが国都道府県市（区）町村とミラミッド型の上意下達の権力構造になっており、それは補助金等によりコントロールされてきた歴史がある。ために、市（区）町村が自ら考え、行動することは難しい。これは都道府県も同様である。示されたことに違反すると補助金交付がされないという仕掛けは、パブロフの犬にも通じるものがある。いわれたこと以上はやらない、ひたすら指示を待っている、これが従前の多くの自治体の姿勢であった。「お役所仕事」とはこのような構造が生み出した合理的な仕事のやり方と言える。そのような中で、自らの責任で考え、実行することが求められたのが今回の改正である。

介護保険制度等の設計管理

以下の業務が考えられるが、これらの企画・実施が17年度から求められる。現時

点で組織改正を含む対応をしている保険者はどの程度あるだろうか。ほとんどが指示待ちでないだろうか

ア 地域包括支援センター（仮称）による「地域支援事業」及び「新予防給付対象」の管理（予防プランの作成・サービス提供及び事業者の指定、居宅介護支援事業所の支援、成年後見等の対応・他）

- ・ 地域包括支援センター及び地域支援事業の設計
- ・ 新予防給付の実施体制の整備

イ 要介護認定調査への関与の強化（原則市（区）町村職員による調査の拡大）

- ・ 要介護認定調査についての行政職員によるチェック、難易度が高いが安易に委託することなく対応が必要

ウ 生活圏域の設定と地域密着型サービスの整備目標の設定と事業者指定及び指導等（在宅の暮らしの全体像の設計と整備計画の作成他）

・ ニーズの想定と介護保険事業計画の策定、その際に、地域サービスの戦略は市（区）町村が中心となり展開する必要があるため、その内容の精査と具体化に向けたプログラムの作成が必要である。安易なコンサル会社への委託は禍根を残しかねない。

- ・ 地域密着型の整備目標の明確化と参入の呼びかけ

エ 介護保険対象外サービス（インフォーマルなサービスを含む）の設計

オ 地域の支え合いのシステム構築

給付の抑制等公的給付の限界が見える中で、地域での安心した暮らしの実現には、地域住民同士の支え合いが不可欠となるだろう。しかし高度経済成長と人口移動を通じて解体した「地域」の再生は都市部では特に難しい。

市（区）町村の役割の転換

今回の制度改正で、都道府県の役割が減少し、市（区）町村が正面に出てきた。市（区）町村は従前の待ちの姿勢ではなく、実態把握・分析・戦略の構築という積極的な攻めの姿勢が求められる。それが利用者へのサービスの質として直接的に反映されることになる。自らの介護保険を含む地域の福祉政策の形成が必要となる。当面実施すべき主な事柄は列記すると次のようになる。

ア 地域密着型サービスの建物整備の申請準備

生活圏域を設定し、圏域毎にどのサービスをどのくらい整備するか、早急に結論を出す必要がある。

イ 地域支援事業

介護保険対象外の高齢者等に対するサービスの再編

ウ 地域包括支援センターの設置運営

財源措置の削減により機能喪失した在宅介護支援センターの本来機能に加えて、ケアマネージャーのバックアップや成年貢献制度の利用支援を行う「地域包括支援センター」の設置及び運営についての意志決定が必要。なお、イとウをあわせた財源は、当該保険者の介護保険事業費の3%を上限と国による枠がはめられているために、介護保険対象外サービスの充実を図ると地域包括支援センターの設置や運営に支障がで

る作りとなっているので、市(区)町村は対応に苦慮することが予想される。地域包括支援センターや地域支援事業は社会福祉審議会介護保険部会の議論の俎上に登ることなく、事務局とりまとめの過程で提案されたものである。介護予防や地域支え合い事業及び老人保健6事業を廃止し創設する者であり、また市(区)町村の権限強化の相談や利用者支援及び事業者支援の核ともなるべき地域包括支援センターの運営や地域支援事業の実施が、実施前から財政的制約で十分展開できない危惧が指摘されている。

再考すべきところである。

エ 市(区)町村による事業者指定の準備

地域密着型サービス、地域支援事業、新予防給付の事業所指定の事務は市(区)町村の事務となる。18年4月の実施を目指すとするれば、施行前17年の10月には具体的作業に入るものと思われる。

法改正前ではあるが、市(区)町村は組織改正を含め準備が必要となる。

都道府県

市(区)町村が介護保険制度等福祉施策の中核として明確になった。それを踏まえ、市(区)町村をどう支援するかの視点が必要となる。国との関係、市(区)町村との関係でその存在感の低下は免れ得ない。都道府県の役割としては、来るべき医療保険制度改革に大きな役割が期待されていると思われる。

が、当面の措置として、市(区)町村の自立に向けたノウハウ支援が必要となる。具体的には下記事項について支援が必要となると思われる。

ア 地域密着型等サービス事業者指定の支援

イ 新サービス体系の支援

- ・ 小規模多機能
- ・ 小規模特養ホーム等
- ・ 在宅継続の暮らし方支援

これらについて、情報収集やノウハウ開発を行い、対応ができていない市(区)町村とうを支援することが重要

ウ サービススタンダードの作成と研修マニュアル等の作成

- ・ サービスのスタンダードがなく、運営基準を最高基準とした経験的なサービス提供されているのが現状である。とすれば、自立支援なり利用者本位のサービスの具体的展開の仕方を、少なくとも主なサービスについて検討し、事業者に示すと共に保険者にも示す必要があるだろう。

エ 地域の支え合いネットワークモデルの提示等

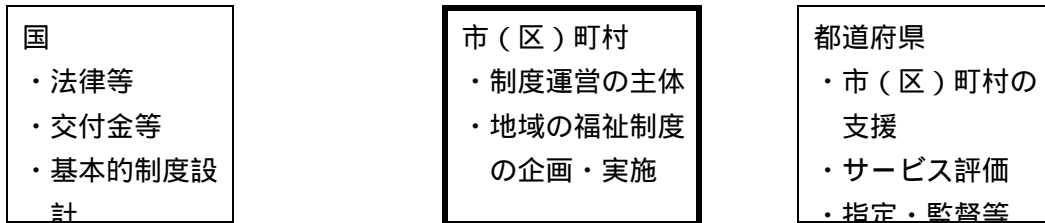
今回の法改正では、利用者の負担の増加と給付の制限、選択肢の縮小等があり、

利用者の生活を支えるためには、地域の支援が必要となる。フォーマルなサービスとしての介護保険サービスや地域支援事業であるが、インフォーマルな住民同士の支え合いも、一層必要になる。その形態は地域の特性により異なると思われるが、地域特性を踏まえた具体的モデルを市(区)町村に提示することが必要となる。

まとめ

以上のように今回の改正で行政間の役割分担が大きく変動する。国は法律等の制度設計と交付金等による誘導により本質的な権限は維持しているものの、その実働は市(区)町村になる。都道府県はその間に合って役割が見えにくい。しかし、図化すると次のようなイメージとなる。都道府県の主要な役割は、21世紀の高齢社会にあって社会保障制度改革が進行するなか、市(区)町村の役割転換期にあたって、その妥当性について国に意見を言うとともに、市(区)町村が施策の展開がやりやすいよう「具体的なノウハウやその他」の支援を行うことである。国の権限と市(区)町村の権限が強まる中で、メッセンジャーボーイとしてしか役割を果たせないとすれば、ITの発達した現在、都道府県はその存在理由を失う。福祉サービスの実施責任主体が市(区)町村に移行しつつあるとすれば、都道府県の役割はその円滑な実施支援である。

福祉制度の実行体制



図でも分かるが、財政負担とか広域性とかを除けば都道府県はほとんど不要である。ましてに述べた業務が適切に実行できないとすれば、なまじ期待幻想をだかせるだけでない方が市(区)町村の覚悟が固まるだろう。

このような役割からみて、自治体間の役割の再整理の考え方が進んでいると思われる。苦しいのは、政策形成主体は国であり、都道府県も市(区)町村もその実行部隊に過ぎなくなることである。これは地方分権に反する。

| | |
|--------|---------------------|
| 国 | 制度設計 年金 |
| 都道府県 | 国民健康保険、高齢者医療保険等医療分野 |
| 市(区)町村 | 介護保険、支援費その他福祉分野 |

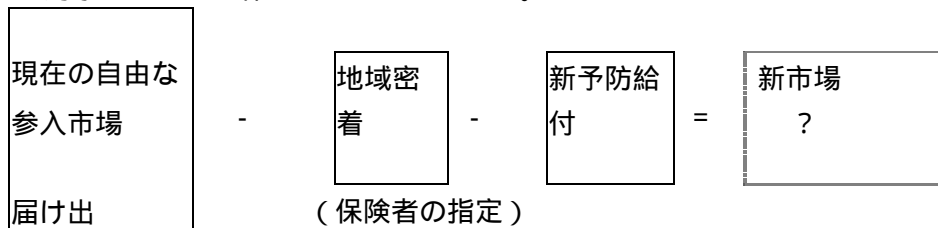
3 事業者

ア 自由な参入の制限

介護保険制度の導入により、民間企業を含む多様な事業主体の参入の規制緩和・自由化が謳われた。しかし、今回の改正では、要件を満たせば届け出るだけで事業者として参入できた「介護市場」は施行後わずか5年で大きく様変わりする危険が生じている。

そのひとつは「地域密着型サービス」は市(区)町村の指定が必要になり、市(区)町村にはサービス量が一定量を超えたときは指定を拒否できる権限が付与されることになる。例えば、痴呆性高齢者グループホームは設立要件を満たしたとしても、市(区)町村の計画量を超えたときは指定をしないことができることになる。これは地域密着

型対象サービス全体にいえることである。



また、市場規模も、地域密着型サービスと新予防給付が自由に参入できる市場から排除されるために相当程度の縮小が見込まれる(図-)。

イ 事業者の事業戦略の転換を引き起こしたもの

高齢化の進展と参入規制の緩和の中で、人を雇い、事業を大きく伸ばしてきたサービス事業者は、新介護保険制度下での事業展開に危惧を持っている。事業を継続して大丈夫なのか。市場の変質と規模の抑制が生じると思われる中では、事業の拡大等に二の足を踏む。「事業所の拡大がサービスを掘り起こした」、その結果「事業規模の拡大」になったとの認識からは、事業者が躊躇することは効果ありとなるが、事業者から見れば死活問題でもある。また、それは利用者の利用制限にもつながる。

今回の見直しに際しての視点で絶対的にかけているものは、「現状の評価」である。利用者の増加がなぜ悪いのかの検証がない。介護保険前は措置制度のために必要とする利用者が自由にサービスを使えない。介護保険では利用者が自由にサービスを選択でき、利用できる、と制度の効用が広報された。その観点からの総括がないままに、ただ事業量が大きく伸びたので、それは無駄なサービスを使っているかも分からないし、事業者がサービスを掘り起こしているかもしれないので、サービス総量を抑制し、事業者の自由な参入を規制するでは、矜持かけると言われても仕方がないだろう。事業量の増大が利用者本位のサービスの保証である可能性も高いわけである。

4 サービスの質の改善

今回の改正の理念のひとつは「サービスの量から質へ」である。質の改善としては

ア 入所施設のユニットケア化の推進

特養ホームの新設はユニットケアに限定。また地域居住型のサテライト特養ホームの新設による個室化・地域化の促進

イ 従事者の階層化等の推進による人材確保と研修の強化

経験年数を基礎とした主任ケアマネージャー制度の創設、介護福祉士に重点を置いたケアワーカーの質の改善、社会福祉士の地域包括支援センターの配置基準への位置づけ等による専門職重視の方向性

ウ サービス情報の開示の徹底

サービスの改善や利用の際の判断材料に資するためのサービス事業所情報の開示の義務化の推進

エ 地域包括支援センターによる居宅介護支援事業所のケアマネージャーの支援体制

個別の居宅介護支援事業所のケアマネージャーを地域包括支援センターが相談・支援する体制をつくり、ケアマネージャーの質の改善に努める

オ 成年後見制度等の普及

全国的にみて身上監護の観点から普及が不十分な成年後見制度等の普及をはかる

カ その他（例 地域密着型サービスの創設等）

等があげられている。この一つひとつを個別に検証していくと、その限界が見えるとともに、なぜ現状の評価を明らかにしないままに行おうとしているのか。これにより現在のサービスの問題等は解決するのかの疑問に解答できる内容となっていない。例えば、主任ケアマネについて、ケアマネジメントは水泳や岩のぼりと同じように一定の技術に裏打ちされ、個人の向き不向きもあると思うが、一定のスキルが必要な分野である。そのスキルの評価ではなく経験年数を基礎に研修を受け「主任ケアマネージャー」として活用しようとしている。ケアマネジメントは介護保険制度の施行に伴い、日本の福祉分野にとって重要な位置を占める者である。現在のケアマネジメントが、介護報酬の給付管理に偏っているとわれ、多くの研修にもかかわらず全体としての問題点の解消に至っていない。その現状を見つめることなく、経験年数と機能してこなかった研修で「主任ケアマネージャー」を作り出すとすれば、それは将来に禍根を残すだろう。ケアマネジメントの自殺行為ではないか。ケアマネ研修受講資格試験の導入に際しても利害関係団体の要望等があったと言われている。今回も同様なことがあるとすれば、制度の私物化も甚だしいと言わざるを得ない。

5 最後に

以上3回にわたり、介護保険制度の見直しの内容とそれについての簡単な評価を行った。繰り返しになるが、見直しの動機は少子高齢化の進展による「社会保障制度の危機」意識である。それが5年前の措置制度からの脱却と介護保険制度の創設につながった。今回の改正は、5年前の介護保険制度創設時にあたった、利用者の選択、必要なサービスの利用、多様な事業者の参入促進等の理念に抵触する内容を多く含んでいる。5年前の理念を継承したのでは、財政的に好ましくないとの判断・選択の元で、利用者負担の増と給付の制限、サービス事業者の自由な参入の規制強化、サービスの選択への一部制限へとつながっている。

この制度下で制度として機能させるためには何が必要なのか。それらを含めて全体として国民に安心を与えるものになっているのか。この答えはやがて出るが、その前に今何が必要で何が問題化は、各々の立場で考えるべきと思う。

（社会運動 号から）