

介護保険制度の改正の概要

介護保険制度施行5年を経過し、日本の高齢者介護制度は再び大きく変わりつつある。その変化とは、1つには老人保健法により提供されていた保健事業の新たな制度への吸収あるいは統合である。二つめは、介護に当たっての「予防的」視点の重視である。最後は、市（区）町村の役割の強化などを通じた地方分権の推進である。

1 新たな介護保険制度のしくみ

平成18年度の介護保険法の改正の基本理念は、サービスの改革～量より質へ～、在宅ケアの推進、地方分権の推進として整理された。各々の内容は次の通りである。

(1) サービスの質の改革

2000年4月の介護保険制度の施行は戦後つくられてきた日本の福祉制度の抜本的転換となった。これまでの税を基本とし、行政が給付管理を行っていたサービスの体系を、社会保険制度を導入し利用者のニーズに基づき、その選択を基礎にサービスを提供する体系に転換した。当初はサービスの不足が危惧された。そのため指定事業者の参入を促進することが優先し量的拡大を図ってきた。3年間が経過する中で、サービスの質について検証が始まり、それは一部指定サービスの運営基準の改正や、特養ホームのユニットケア等に反映された。

しかし今回の改正では、質の改善に向け、さらに以下のような具体的な取組が行われる。

サービス利用のしくみの支援

- ・ 事業者による情報開示の義務化
- ・ 第三者サービス評価の本格実施
- ・ 判断能力が不十分な人たちへの成年後見制度の利用促進

人材の確保

- ・ ケアマネージャーの資質向上の取組
- ・ 社会福祉士の業務の開拓 地域包括支援センター
- ・ 介護福祉士の業務の開拓 施設関係
- ・ 研修制度の充実 主任ケアマネ、その他研修

主任ケアマネについては、包括支援センターと独立型居宅介護支援事業所には必置の見込み

新たなサービスの視点

- ・ 要介護状態に陥ることの予防及び要介護状態の改善の視点
- ・ 介護予防のための研修・人材の確保等
- ・ ユニットケアの推進

(2) 在介ケアの推進

施設から在宅へとノーマライゼーション理念の実体化への取組が一層推進される。具体的には、施設利用者の重度化を図る一方で在宅の受け皿として新たな「住まい方」の整備の促進がめざされている。保険者である市（区）町村が管理する「地域密着型サ

ービス」が新設され、そこで施設入所ではなく在宅での継続した暮らし方の構築が行われることになる。

また、地域で暮らすためには要介護度の悪化の予防や虚弱高齢者が要支援や要介護に陥らないような措置が必要である。従前からのサービスにおいても介護予防の観点からリハビリテーション等の積極的活用が位置づけられていましたが、今回の改正では積極的に取り入れる方向で整理されている。

なお、その際重要なことは、筋トレや低栄養改善指導のみが介護予防というのではなく、訪問介護やデイサービス等の具体的なサービスのなかにその視点を組み込み、個々のサービスの内容に踏み込んだ改善が必要となる。

(3) 地方分権の推進

不十分に終わった三位一体改革等国と地方の権限と財源を巡る議論が続いている。

財源のない権限委譲は極めていびつなものであり、別の見方をすれば「責任の押しつけ」のみとなりかねない。しかし、三位一体改革に見られるように補助金の削減と財源の移行は今後の潮流となり、国による管理を残しつつ市（区）町村（保険者）の裁量枠が広がっていくことは確実である。地方にも国からの「自立」、「自己責任」が、介護保険利用者や事業者だけでなく求められるようになる。県や国からの指示待ちという従前の仕事の手法は今後通用しなくなり、その結果、市（区）町村格差となって現れるものと思われる。

新サービスの設計と管理

新制度では、新たに「地域支援事業」、「新予防給付」及び設定する圏域毎に「地域密着型サービス」の整備が必要となる。特に予防給付は介護保険事業計画に密接に関わるためにその効果的実施が必要となるし、また、入所施設の抑制から在宅の住まいとケアの整備・誘導が重要となる。

なお、地域支援事業に従前の老人保健事業が吸収される見込みである。

市（区）町村の見通しをと国の方針を踏まえた介護保険事業計画の作成

第三期介護保険事業計画から計画作成の方法が何点か変わる。大きなものとしては、

これまでの実績を基礎としたローリング計画ではなく、平成26年度のサービス整備目標を設定し、そこから逆算する方式に転換します。また、介護予防事業等の実施を前提に対象者数の「予防効果」による減少が組み込まれるので、先にも述べたがその効果的実施を行うことが必須と言える。

地域包括支援センター（仮称）の設置運営

高齢者等の要介護者や家族などの総合相談や地域の居宅介護支援専門員をバックア

ップ及び予防給付や地域支援事業のマネジメントを行う地域包括支援センターの設置運営を市（区）町村が行う。これは従前の在宅介護支援センターのバージョンアップ版である。ただし、介護保険施行に伴う補助金削減により在宅介護支援センターは機能不全に陥っていたので、単なるバージョンアップではなく、全く新たなものを立ち上げると考えた方が適切である。換言すると従前の在宅介護支援センターの看板の掛け替えだけでは機能しないということである。

生活圏域の設定と地域密着型サービス

第三期介護保険事業計画ではそこに「生活圏域」を設定することになっている。生活圏域毎に、市（区）町村がサービス量・内容を管理する地域密着型サービスを整備する。これは入所施設の代替としての機能を持たせたものである。

以上これらは市（区）町村が整備すべきとされるものである。

2 サービスの連続性

新制度のサービス設計では、非該当から要介護5に至るまでのサービスの連続が重視されている。図2のように、介護予防重視により状態像の改善を図るとともに、在宅の生活の場の整備して地域密着型サービスを展開することになった。

在宅生活を継続させる要件は、暮らしの連続性、住まいとケアの3つである。高齢者のみ世帯や、高齢単身世帯、障害単身世帯等の増加が予想されるが、その方たちが暮らせる住まいの整備は重要である。また、在宅での生活をより円滑に送るためのADLやIADLの維持・改善も重要である。介護予防を実施することで、要介護度の改善ができたとの実践報告は、表1のとおり改善効果が認められる。

しかし、全体としての効果についてはなお検証中である。

表1 神奈川県川崎市の介護予防の効果検証事例

事業 介護予防・パワーリハビリテーション事業

利用者 要支援～要介護3 54名（うち要支援・要介護1 32名）

成果 要支援・要介護1の者32名中22名が要介護度改善（改善率68.8%）
17名は非該当に（非該当率53.1%）

要介護度に改善が見られなかったのは全て脳卒中片麻痺

表-1 改善の内容

開始時介護度	人数	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	改善率
要支援	9	9	0				100.0%
要介護1	23	8	5	10			56.5
要介護2	21	4	4	11	2		90.5
要介護3	1	0	0	1	0	0	100.0
合計	54	21	9	22	2	0	77.8

（出典：社会福祉審議会介護保険部会資料から）

サンプル数が少ないので一般化については今後とも検証が必要と思われるが、効果のほどは大きいと言える。

現行サービスの利用の仕方が、上限額の範囲内でただ貼り付けるような形で利用される傾向があるが、これからは「その人らしい生活」の実現のために「要介護状態」の改善を常に視野にいれ、その人に何が必要かを一層考えながらサービスの提供と評価と見直しが必要になる。

そのために、例えば訪問介護であればどのような関わりを持つか、また、通所介護やデイケアであればどのような関わり方をするのか等、個別サービス毎に関わり方・援助方法等の見直しと点検を行い、サービスの提供目標を明確にして定期的な評価を

行うことが重要である。

3 地方分権と保険者の役割

図1及び図2にもあるように、今回の新制度の実施の成否を決めるのは、市(区)町村の取組みといっても過言ではない。制度のしくみの相当部分にわたり、市(区)町村の取組方が問われている。

市(区)町村による新制度の設計と運営

- ・ 特に今回は要支援・要介護1を中心とする「新予防給付サービス」及び「地域支援事業」の設計とそれをコーディネートする地域包括支援センター(仮称)事業は市(区)町村区事業として実施されることになり、その対象者のボリュームが大きいことからその出来具合の影響が大きい。結果として、市(区)町村の企画能力が問われることになる。
- ・ また、地域密着型サービスについても、市(区)町村が別個指定してサービスを展開する。ここではノーマライゼーションの理念の実践が期待される。施設から在宅へと方向感が示されても、それを実体化するのは区市町村である。施設から在宅へ、在宅での住まいを含めた暮らしの基盤をどのように設計するのか、また、介護度の悪化をどのように食い止め、可能であれば改善に結びつけるかは、保険者の制度設計による部分も大きい。

4 老人保健と介護の統合～地域支援事業～

これまで、別個に提供されてきた老人保健事業と、主に虚弱高齢者や一部要介護等を対象として実施されてきた介護予防・地域支え合い及び介護保険法のサービスでもあ る保健福祉事業等の統合が図られる。

(1) 老人保健事業の「地域支援事業」への統合

老人保健事業で実施されてきた6事業他が地域支援事業へ統合され、非該当から要介護への切れ目ないサービスとして再編される。具体的には次のとおり再編されこみである。

現行の老人保健事業		介護予防に資する事業
現行の老人保健事業のうち、主として生活習慣病予防に資する事業	現行の老人保健事業のうち、介護予防に資する事業	介護予防に資する新規事業
	健康手帳	医療の記録、健康教育、健康診査等の記録、各種事業の記録
	健康教育	歯周疾患、骨粗鬆症、転倒予防、痴呆
各ライフステージに応じた目標を定め、生活習慣病予防に資	健康相談	介護者の健康問題に関する教育・相談、
	健康診査	骨粗鬆症、歯周疾患等の健診
		生活機能に関する記録
		低栄養、うつ等
		低栄養、うつ等
		痴呆、うつ、運動機能

機能訓練	転倒予防、社会参加促進等事業	筋力向上、低栄養、口腔機能等
訪問指導	介護予防、福祉用具、痴呆対応、 介護者の健康問題に関する指導	生活機能評価等

全国介護保険担当課長会議資料を加工

(2) 地域支援事業（仮称）の概要

新たに創設される地域支援事業の概要は以下の通りである。

事業の趣旨

現行の老人保健事業、介護保険の法外給付である介護予防・地域支え合い事業及び介護保険被保険者1号保険料で実施する保健福祉事業のを再編し、利用者の自己実現を支援する。

事業の主体

市（区）町村、

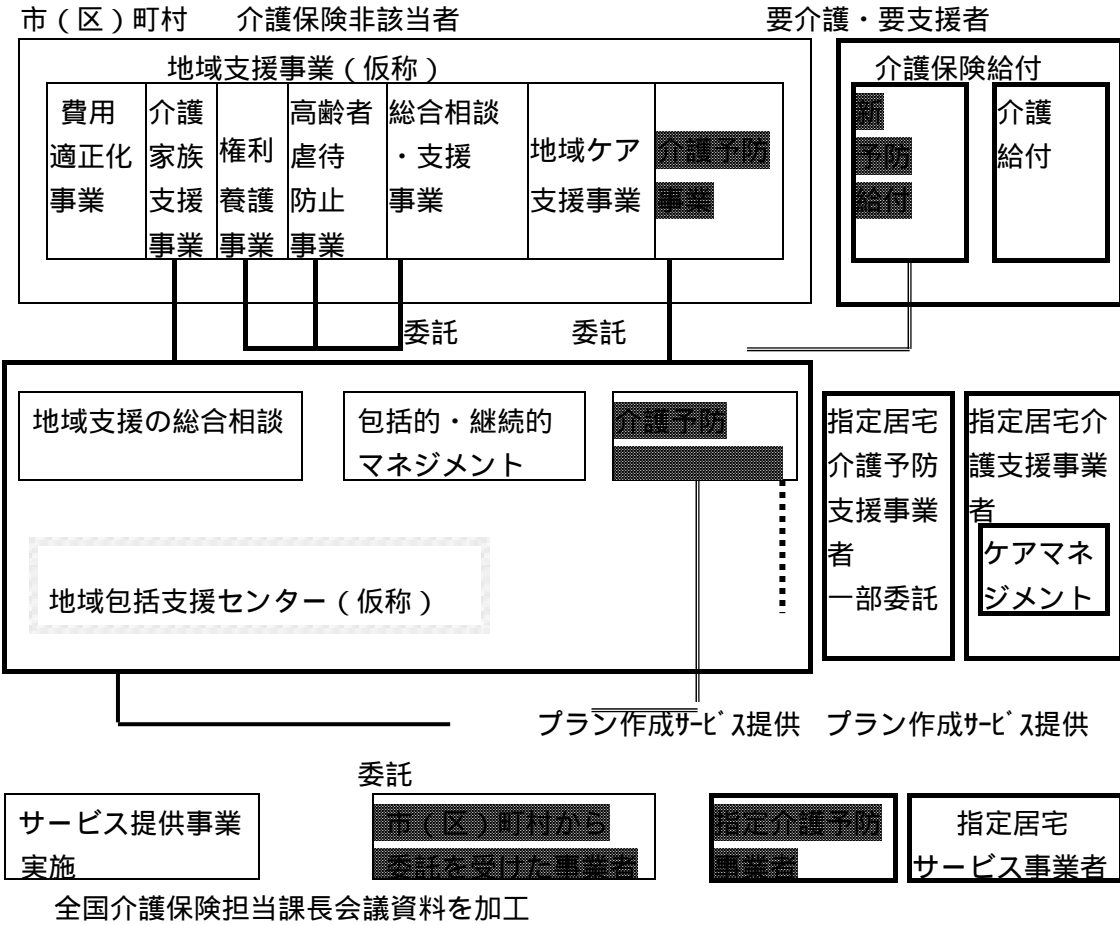
事業内容

- ・ 介護予防事業
要支援・要介護者以外の被保険者を対象とした介護予防マネジメントの実施及び介護予防サービスの提供
例 検診、健康教育的・機能訓練的事業等
- ・ 費用適正化事業
被保険者のコスト意識を喚起する事業等
- ・ 総合相談・支援事業
地域の高齢者の実態把握、被保険者・家族の相談支援
- ・ 権利擁護事業
成年後見制度利用支援、痴呆高齢者のネットワーク形成支援等
- ・ 高齢者虐待防止事業
高齢者に対する虐待防止のネットワーク形成支援等
- ・ 家族介護支援事業
家族介護者に対する支援等 例 家族介護者等へのレスパイト
- ・ 地域ケア事業
支援困難事例等への指導・助言・アセスメント支援等
例 ケアマネに対する日常的指導・相談、支援困難事例等への指導・助言

財源

- ・ 地域支援事業交付金（仮称）の創設
市町村は給付費の3%を上限として地域支援事業計画を策定
（平成18年度事業費ベースで2000億円程度）
- ・ 財源構成（給付費の財源構成と同様）
保険料（1号、2号） 50%
公費 50%（国25%、都道府県・市（区）町村各12.5%）

【イメージ】



5 地域包括支援センターの業務について

地域支援事業及び新予防給付等の新たなサービスの創設及び地域のケアマネジメント機関の支援等に対応し、その効果を一層確かなものとするために創設される「地域包括支援センター」の主な業務は次の通りである。同センターの実施主体は市(区)町村であり、サービスの制度設計と共にその効果的・効率的実施を担うものとして創設された。

地域包括支援センターの基本的な機能は、地域支援の総合相談、介護予防マネジメント、包括的・継続的マネジメントの3つである。

地域支援の総合相談

- ワンストップ相談 多面的（制度横断的）支援の展開
- ・ 実態把握 行政機関、保健所、医療機関、児童相談所等
- ・ 初期相談対応 を必要なサービスにつなぐ
- ・ 専門相談支援 など

社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャー（仮称）といった専門職を配置。

社会福祉士を中心に対応

介護予防マネジメント

要介護状態になることの予防と要介護状態の悪化防止の一体的対応

- ・ 新予防給付マネジメント
- ・ 新介護予防事業（仮称）のマネジメント

具体的な組み立ては介護予防サービス評価研究委員会で検討

保健師、主任ケアマネジャー（仮称）を中心に対応

包括的・継続的マネジメント

高齢者が住み慣れた地域で暮らせるよう、主治医、ケアマネジャーなど多職種協働・多職種連携による長期継続ケアマネジメントの後方支援

- ・ 施設・在宅連携、多職種連携実現のための支援
- ・ ケアマネジャーの日常的個別指導・相談
- ・ ケアマネジャーが抱える支援困難事例等への指導・助言 等

地域包括ケアシステム確立への取組

- ・ 地域住民・専門機関での地域ネットワークの形成 等
- 主任ケアマネジャー（仮称）を中心に対応

地域包括支援センター運営協議会（仮称）の設置

- ・ 地域包括支援センター運営協議会（仮称）に求められる機能を十全に発揮するために

関係機関との連携、地域の社会資源の開発・普及

協議会構成事業所によるセンター職員のローテーションを実施、センターの公正運営を確保

なお、運営協議会は、市（区）町村毎に設置され、関係者が集い、地域の実態に即した運営が求められている。

介護予防マネジメント

新予防給付の内容はあくまでも利用者の選択に基づき決定するもので、いわゆる措置とは異なる。

サービスの利用とマネジメントの分離を行うもの

6 地域密着型サービス

地域密着型サービスとは、要介護者等の住み慣れた地域での生活を24時間体制で支えるという観点から、要介護者の日常生活圏域内にサービス提供の拠点が確保されるべきサービスを言います。具体的には

保険者である市（区）町村がサービス事業者の指定権限を持ちます。その事業者のサービスを当該保険者の被保険者が利用する場合は介護給付の対象となる。

市（区）町村は、介護保険事業計画において、生活圏域を設定し、その生活圏域毎に、各地域密着型サービスのうち、小規模入所系のサービス及び小規模居住系のサービスの「必要利用者定員総数」を設定し、それを超えた場合には、事業者から

申請があつても指定をしないことができる（指定拒否）。

市（区）町村は、一定の範囲内で指定基準及び報酬の変更を行うことができる。

地域密着型サービスの種類

小規模（30人未満）介護老人福祉施設

小規模（30人未満）で介護専用型の特定施設（有料老人ホーム、ケアハウス等）

痴呆性高齢者グループホーム

小規模多機能型居宅介護

地域夜間訪問介護

地域見守り型は検討中

サービス提供に際して予防的視点が重要

- ・ 地域で暮らす前提としてのIADLの改善

7 まとめ

以上、介護保険制度の改正内容を介して、老人保健事業の地域支援事業への統合、介護予防の方向性、地方分権の方向等について概説した。各々のサービスの具体的内容については、各地域で行われている先進的事業の結果や今後の議論を経て形が明らかになってくると思われるが、その骨格についてはこれまで説明したように相当見えてきている。これらの事業を適切・効果的なものにするためには、関係者による並々ならぬ努力が必要である。

特に、サービスの提供に際して、要支援・要介護状態に陥ることへの積極的予防・改善を図る視点が必要である。これは例えば、筋力トレーニングや日常の暮らしのなかへの積極的なリハビリの取組等を取り入れるなどの工夫として。また、サービスの提供が

利用者の独立心や能力を奪う結果にならないよう、提供の仕方の工夫が必要である。これらは利用者一人ひとりの個性に応じて、関係する事業者等と利用者や家族の合意のもとに行われる必要がある。サービスの提供により何がどう変わるのか、メリットとデメリットを十分検証のうえ行われる必要がある。

そのためには、サービス標準の作成に当たってはそのような視点を入れると共に、サービス評価等の実施に当たっても、きちんと位置づけることが重要である。各々の役割をきちんと自覚して対処することが求められている。

また、これらの事業をより有効にするためには、地域の住民による有形・無形の支援が必要である。特に都市部及び都市近郊において、地域の連帯感が薄くなり、これまでその代替として機能した企業等の一体感が終身雇用の終焉と共に薄まる中で、住民同士のあらたな結びつきによる「暮らしの共同性」をかたちづくることは重要である。それらの実現の鍵は、いまや市（区）町村が握っているといえる。