

介護保険制度の創設について

井川 芳 宣

徳島県高齢保健福祉課長

平成9年12月の第141回臨時国会で、介護保険法が賛成多数で可決、成立しました。この平成12年度から施行される介護保険制度は、我が国のこれまでの高齢者福祉制度の仕組みを大きく変革させるものとなります。

はじめに、介護保険制度創設の背景や考え方を紹介します。

深刻化する介護問題

まず、高齢化が進む我が国では、介護問題は誰にでも起こりうる、起こって不思議でない「身近な問題」になってきています。総理府が行った世論調査でも介護問題が最大の不安要因となっています。また、最近出された年齢別の要介護高齢者の割合をみれば、85歳以上の方の実に3人に一人が何らかの介護を必要としているという結果がでています。

この介護問題は、社会的な要因と制度的な要因とが相まって家庭や地域でますます深刻な状況になりつつあります。

要介護者の増加

介護問題が深刻化する社会的な要因の一つは、平均寿命の伸びに伴う長寿化が進行しており、介護を必要とする高齢者が急激に増加してきていることです。

国の推計によると、我が国は今後、毎年約十万人のペースで要介護高齢者が増加していき、平成37年には高齢者数が3千3百万人に達し、現在の2倍以上の520万人の方が介護が必要となります。

介護の長期化・重度化

また、最近の調査によると、3年以上寝たきり状態である方は全体の約半数に上っています。このように、かつての介護は、亡くなる前の最期を看取る間の介護であり、その期間が短かったのに対し、近年は長期間にわたって高齢者の生活を支える介護になってきています。あわせて、寝たきりの方の状態も重度化してきており、介護の重労働化が進んできているといわれています。

家族機能の変容

我が国は確実に核家族化が進行しており、ひとり暮らしも含めた高齢者世帯が増加しています。さらに女性の社会進出、共稼ぎ世帯の増加もあって、家族の介護力そのものが低下してきています。介護をしている人の年齢をみると、過半数が60歳以上であり、50歳以上なら約8割を占めるなど、中高齢者が介護をしている状況が一般的になってきています。

このような状況においては、肉体的・精神的に負担が大きくなってきた介護を、昔のように家族だけに依存することは限界を迎えています。現実には介護者のうち、3人に一人が相手に憎しみすら感じているという調査結果もあります。

そこで、家族の肉体的、精神的な負担を軽減し、介護が必要な人を精神面から支えるという家族の一番重要な役割を果たすことができるよう、介護に対する社会的な支援の仕組みが求められてきたところでもあります。

福祉と医療の一元化

一方、介護が深刻化してきたもう一つの要因は、これまで福祉制度と医療制度が二つに分かれて介護サービスを提供してきたこと（もちろん11年度までは現在の制度は続きます。）にあるといわれており、これが制度上の問題として、介護が大きな社会問題化してきたところです。

まず、福祉制度では、利用者によるサービスの選択が行われず、市町村の行政措置としてホームヘルパー等のサービス提供が行われてきていました。

また、申請時の所得調査や税金で賄われていることなどに対し、利用する側に心理的な抵抗感が生じていたといわれていますし、収入に応じた利用者負担があることから、サラリーマンOBなどの中間所得層にとっては、自己負担額が過重となる仕組みであることが指摘されました。

さらに、行政側の反省点でもありますが、競争原理が働かず、サービスが画一的となりがちであったといった点があげられます。

それに対し、医療制度については、福祉基盤の整備不足や利用者負担が軽いことから、本来的に介護サービスが必要な方が一般病院に長期入院するという現象、いわゆる社会的入院が発生し、医療費が非効率に使われてきた問題が指摘されています。

もちろん、治療目的の病院では、介護に従事するスタッフが少ないことや一人当たりの専有面積、食堂、風呂などの設備が十分ではなく、生活環境としての配慮はされていないわけです。

介護保険制度のねらい

このような社会的、制度的な要因から生じる介護問題は、今後高齢化が進むに従い、ますます深刻化すると考えられ、抜本的な改革の必要性が求められてきたところからです。

そこで、来るべき21世紀の高齢社会における新たな高齢者介護システムの創設に向けた検討が、平成7年2月から国の老人保健福祉審議会で開催され、30回にわたる長期間の審議の末、介護保険制度が示された訳です。

介護保険制度の目指すものとして、次の5点に整理してみました。

- 1 家族介護の負担を軽減し、高齢期の介護に対する不安の解消を図る。
- 2 福祉、医療などの一元化により、必要なサービスが適切かつ効果的に提供できる仕組みとする。
- 3 利用者本位の制度として、利用者がサービスを選択できるような仕組みとする。
- 4 社会保険方式により、負担と給付の関係を明確化する。
- 5 将来までの安定的な介護費用を賄う仕組みとする。

また、表4からもわかるように、高齢化率が高くなることに伴い、高齢者を支える生産年齢（15～64歳）世代の比率は、現在の5人で一人の状況から、2000年（平成12年）には4人で一人、2010年には3人で一人、2025年には2人で一人という推計が出されています。このことから、介護システムのみならず現在の社会保障制度全般を再構築し、公平で効果的なシステム作りを目指す構造改革の第一歩となる改革という位置づけもなされています。

次に介護保険制度の仕組みや具体的な利用手続きについて、概略を説明いたします。

保険者は市町村

介護保険を実際に運用するのは、住民に最も身近な行政単位である市町村です。この市町村を、財源負担や保険料設定、介護基盤の整備などのさまざまな面から国や県などが支援していく仕組みとなっています。

介護保険対象者は40歳以上

介護保険において、保険料を納め、介護サービスの給付を受けるのは、40歳以上のすべての方となります。

このうち、65歳以上の方は第1号被保険者と呼ばれ、原因が何であれ寝たきり等になり、介護が必要になれば、介護保険の給付対象となります。

一方、第2号被保険者と呼ばれる65歳未満の方は、老化に起因するもの、例えば初老期痴呆や脳血管障害等によるものが給付対象となり、それ以外は従来どおり障害者福祉施策等により対応されることとなります。

介護保険料

介護保険の運営に必要な費用は、公費（税金）と被保険者が納める介護保険料により、概ね半分づつ負担することになります。その負担比率は国が25%、県と市町村がそれぞれ12.5%づつ、残りの50%が介護保険料で賄われます。国の試算によると平成12年度は、平均して一人当たり月額2500円程度の介護保険料になります。なお、実際には所得に応じて保険料の金額が変わってきます。

この介護保険料についても1号被保険者と2号被保険者では徴収の仕方が違ってきます。1号被保険者（65歳以上）のうち、一定の年金を受給している方は年金から天引きされ、それ以外の方は市町村に直接納めることとなります。一方、2号被保険者は、現在加入している健康保険などの医療保険と一緒に納めることとなります。ただし、高齢化率など地域のアンバランスを調整するために、この2号被保険者の納めた保険料は、居住する市町村に直接入るわけではなく、一度、全国規模で集めた後、全国の各市町村に同じ比率で交付されることになっています。

介護サービスの利用手続き

さて、実際に寝たきりや痴呆等になって介護が必要となったとき、どのように介護サービスを利用すればよいのかについてですが、以下順を追って概略を説明します。

1 要介護認定

- ① まず、市町村に要介護認定の申請を行います。これは、本人もしくは家族などが行うことになります。
- ② 申請を受けると市町村の担当者または市町村の委託を受けた介護支援専門員が、訪問調査に来ます。ここで調査された身体状況や日常生活動作などは、全国統一基準のコンピュータ処理により第一次判定が行われます。
- ③ さらに市町村では、かかりつけ医から心身の障害や病気等に関する意見書を提出してもらいます。
- ④ 市町村に設置される介護認定審査会において、前述の②と③の結果をもとに審査を行い、申請者が介護を要するかどうか、介護を要する場合はどの程度の介護を要するのかについて最終判定が行われます。
- ⑤ 介護認定審査会の判定に基づき、市町村が要介護認定を行い、申請者に通知が行われます。この認定された要介護度に応じて受けられる介護サービスの限度額が設定されることになります。

2 介護サービス計画の作成

- ① 要介護認定を受けた申請者は、介護サービス計画を作成する必要があります。介護サービス計画とは要介護者に対し、一週間単位で、どんなサービスを、いつ、どのように提供していくかというスケジュールでもあります。
- ② この介護サービス計画は、自らが作成してもよいわけですが、介護支援専門員等介護サービスの専門家を有する介護サービス計画作成機関に依頼することができます。実際の介護サービスを利用する場合の連絡調整も実施してくれるので、専門家に依頼する方が便利と考えます。
- ③ この介護サービス計画作成機関では、要介護者の状態を把握し、さらに家族や地域の状況、要介護度を勘案して、保健、医療、福祉の専門家による協議を行いながら計画を作成します。そして、最終的に本人又は家族の了解を得て作成完了となります。

3 介護サービスの利用

- ① 介護サービス計画により、要介護者に介護サービスが提供されることになります。介護サービスの利用にあたっては、介護費用の割を利用料として納めることになります。
- ② 在宅サービスでは、最重度の場合は、月額2万9

千円程度の利用料になると試算されています。また、特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設サービスでは、平均して食費も含め月額4万7千円から6万1千円程度になると考えられています。

- ③ この利用料については、低所得者対策として食事の負担額の軽減や高額介護サービス費の支給などが実施されることになっています。
- ④ なお、具体的な利用料等の金額は、今後、国の審議会等の意見を踏まえて決定されていくこととなります。

4 要介護認定の更新等

要介護認定は、一定の有効期間が定められることになります。従って、一定期間後にはもう一度要介護認定の申請が必要となります。また、介護の状態が変化した場合も要介護認定の変更が必要となります。

以上が介護サービス利用の概略ですが、この他にも急激な身体状況の変化等があった場合には、要介護認定前でも特例的に介護給付が行われるなどの制度も設けられています。

介護保険制度の課題と対応

最後に、介護保険制度の抱える課題について、主なものをいくつか整理してみますと、これまで有識者やマスコミ等により、様々な観点から介護保険制度の問題点が指摘されているところです。

よく言われているのが「保険あって介護なし」となるのではないかという指摘ですが、介護保険を円滑に運営する上で、また、住民の方から介護保険に対する理解を得る上で一番重要となるのが介護サービス基盤の確保となります。これは施設サービス面、在宅サービス面ともに言えることですが、特にホームヘルパーを中心とする在宅介護の充実が必要と考えています。人数などの量的な部分が指摘されているわけですが、介護保険の趣旨にそった介護サービスとするためには、資質面での充実も重要なわけです。

また、要介護認定が公正・公平に行われるのかどうかも指摘されています。平成8年度から本県でも要介護認定のモデル的な試行を実施していますが、調査員の資質の向上やかかりつけ医の意見書の記載方法、痴呆性の程度の把握などについて、さらに正確な判定が可能となるよう取り組んで参らねばなりません。また、判定に地域間格差が生じることのないよう取り組んでいく必要があ

ります。

このほかにも、保険料徴収上の問題、低所得者対策、介護報酬の設定など数々の課題が指摘されていますが、実は介護保険法では詳細な判断や区分などが政令や省令等に任されることとなっています。これから国の審議会で議論が開始する部分が多いことから、現実的な姿が見えてこない、諸準備を進めながら対応法策を講じていく

部分や実際に制度を運用しながら改善されていく部分やあると言われてしています。

いずれにしても、今後、市町村が策定する介護保険事業計画やその他の諸準備を進めていく中で十分な対応策を講じていく必要があります。県としても残された2年程度の準備期間でどのように取り組むかが、本県の高齢者介護の成否を握っていると考えています。

介護保険法成立をめぐる

：訪問看護ステーションの問題

《政、省令検討中の300項目に期待を寄せて》

花岡 姿子

徳島市医師会

訪問看護ステーション

公的介護保険法が、昨年12月9日20時50分、多くの問題点の積残しを指摘されながら成立する。

翌日、朝刊のトップは2000年度から保険料徴収を揚げて、申し込みは、手続きは、利用者負担は等々、官報を分かり易く解説したり、専門家、学者、有識者のそれぞれの検証と介護保険によるサービス提供機関となる現場スタッフの切実な問題提起や、介護認定のプロセスまで踏み込んだ認定不服申し立て、保険料滞納者への罰則の規定、介護保険法成立後も100或いは300項目を超えるというまだ検討中の政、省令、平成11年9月介護保険実質スタートに向けて、財源の未知数部分、人の基盤整備の絶対的不足、編集のまとめには、生活者の側から見た師走を往く街の“声”も世代別に聞き、介護保険は『老いの安心』なお遠い、と締めくり厚生省が100年の計として『社会保障制度』の変革と位置づけた『公的介護保険』の全容が初めて国民に紹介された。我々訪問看護婦が介護保険法成立で残念に思う事は、国民的な議論がなされなかったと感じる事である。国民とは寝たきり老人、改善する希望が持てない障害者、低所得で老人が老人を介護するもろい在宅療養者、虚弱な年金生活者等を含めてという意味である。

たしかに介護保険が、産声をあげようとした頃、日本は一連のサリン事件、阪神淡路大震災、エイズ薬害問題、神戸学童の痛ましい事件、大企業や銀行倒産、近くは介護保険成立前夜に地球温暖化防止国際会議議長国など、

かって我が国が経験しない事柄が、介護保険に議論の時間を与えず一気に通り過ぎたという不運も重なったかも知れません。厚生省は議論は尽くした、ワーキングチームにより全国公聴会も6回、国民的インホームドコンセントは充分との見解である。厚生省が欧米福祉先進国にも学び研究し、社会保障制度としての介護保険の趣旨、理念にその英知を結集し又サービスを現金給付とせず、直接サービスを提供するとしたシステムは、国情に見合った選択として評価する。

さて訪問看護ステーションが介護保険サービス提供機関となり、加えて看護婦もケアマネジャーの受験資格も与えられた。介護保険は訪問看護ステーションの懸案であった『老人医療保険』と介護保険の併用の名文がなく、介護保険法成立を最大歓迎した訪問看護ステーションは、いま少し失望へと変わりつつある。指定訪問看護制度発足当初は“男は黙ってサッポロビール、としより黙って訪問看護”とささやかれ、訪問看護職の質と力量への不安はしばらく続いたが、今日在宅医療の中核としての役割はかかりつけ医師の訪問診療に次ぐ存在となり、当然、量的或いはその他の多くの役割ではかかりつけ医師をも凌駕している。在宅療養者の重症化はステーションがスタートした、5年前の比ではなく在宅ターミナルケアも患者さんの強い意思となって増えつつある。介護保険時代の平成12年にも地域医療の医師のもとで、訪問看護婦は在宅療養者の期待と信頼を担い続けたいと願い、