

第134回月例セミナー 【ダイジェスト】
「介護保険制度改正及び今後の推進について」
厚生労働省老健局老人保健課長 三浦 公嗣

●見直しの視点

介護保険制度が施行されて5年が経過し、介護保険制度の改革が行われ、特に来年4月には介護報酬の改定をはじめ大きな転機を迎えます。

介護保険制度は1997年に法律が成立し、約3年の施行準備を経て、2000年から施行されました。当初は、「保険あって介護なし」「保険あってサービスなし」といわれ、「認定が混乱しないか」など、危惧の声もありました。

今となってみれば、介護保険制度の専門用語である「ケアマネージャー」「要介護度」などは、日常会話に出てくるようになり、介護保険制度は着実に定着してきていると思います。

今回の介護保険制度の見直しは、介護保険制度の持続可能性の担保と、高齢者の自立支援、利用者によるサービスの選択、利用者本位の制度、介護サービスの社会化など、介護保険制度の理念を質的に高めていくことが、大きな課題でありました。

「保険あって介護なし」というのは、制度導入前夜の当時の我が国の介護基盤を表現した言葉だと思います。施行後5年間に量的な問題を越えて「介護保険の中でサービスの質をどのように高めていくのか」ということも具体的な課題であると思います。

また、昨年7月の介護保険部会報告で、決着できなかった問題が、介護保険の被保険者、受給者の範囲をどのように拡大していくのかでした。両論併記という形で賛成と慎重の立場で、両者の意見が両論併記されました。今回改正された法律の附則にも、引き続き検討し、平成21年を目途に所要の見直しを図るとされています。

被保険者・受給者の範囲という問題は介護保険の普遍化とも言われます。普遍化とは、介護保険制度と障害者施策が融合し、1本化するのではないのです。現在も65歳以上の障害手帳を持っている方々には、介護保険制度が優先され、足りない部分や介護保険の給付の対象にならない、個別の障害サービスについては障害者施策から提供されます。つまり介護保険と障害者施策の重層でサービスが利用されています。

介護保険の対象者が拡大した場合、65歳以上の方に行われている現在の仕組みを基本とすると考えます。国会では障害者自立支援法案の審議が行われ、今後、介護保険制度と障害者政策の関係について明らかにしていくことになるものと考えられます。

改正介護保険法は今年の6月に成立し、公布されました。10月に行われた施設給付の見直しで、食費、居住費が介護保険の給付対象外になり、介護報酬の改定が行われました。来年4月には、今回の見直しが基本的には完結すると考えられますが、例えばそれぞれの市町村におかれる地域包括支援センターについては、設置猶予が2年間認められます。ただし、多くの自治体は来年4月から地域包括支援センターを設置し、新予防給付に移行する予定としていると理解しています。

●高齢者人口の将来

団塊の世代が65歳以上の高齢者になる2015年問題、75歳以上の後期高齢者になる2025年問題が指摘されています。介護保険では65歳以上74歳までと、75歳以上では介護サービスの利用状況が違うのが現実です。2025年に向けて、準備を進めていく必要があります。

また、現在は、高齢者の増加が最も早い時期に当たっており、介護保険制度が現在直面している問題に対応していくことも緊急の課題です。

5年間の施行状況を検証してみますと、高齢者の被保険者数が約15%増加しているのに対して、要介護認定者数は約2倍に増加しています。支える側の数が大きくならないで、支えられる側の数が急増しているということは、支える人一人ひとりの負担が重くなることであるということを理解いただけたと思います。また、介護保険の総費用では毎年10%を越える伸びとなっており、制度施行時の3.6兆円が、今年の予算では約7兆円になり、金額でもほぼ倍増しています。

月当たりの平均保険料も当初の約2900円が現在3300円になっています。保険料の見直しは3年ごとですから、3年間の伸びは約30%になります。従って、自然体では来年度からの平均的な保険料は月当たり約4300円、平成24年度からの3年間では約6000円になる可能性があります。このように第1号被保険者の保険料が大きく伸びれば、市町村からは、「6000円の負担はあまりにも高く、住民の方々に保険料負担を説明できないのではないか」と言う声を聞きます。介護保険は特別徴収として保険料を年金から天引きする仕組みがありますので、大きな欠損が保険料徴収上生じることは想定されませんが、普通徴収として窓口で保険料を支払う方には、6000円の負担が非常に重く感じられるのではないでし

ようか。

●今回の介護保険制度の見直しを検討

今回の制度見直しでは、介護保険制度全体の効率化・スリム化をめざします。したがって、第 2 の介護保険ブームが来るのではという予想は私どもの全く意図しないところであり、逆に起こるとは考えられないと思います。また、この制度をスリム化・効率化していくため、10月に行われた施設給付の見直しで、食費、居住費を給付対象外にするとともに、在宅の軽度の方々の増加に対しては、状態の改善をもたらす介護予防の効果を期待とします。また、サービスの質を高めることも重要な課題であると考えております。

施設と在宅でのサービスのバランスについては、施設に入所されている方々は利用者の 4 分の 1 ですが、給付で財源の半分を消費している現状がありますので、今後は、施設から在宅へシフトしていくことが重要です。

●介護予防

介護予防という言葉について、介護とはサービスのことですから、サービスを予防するとはどういうことかなど、いろいろな議論がありました。介護予防とは、新たに要介護状態になることの予防や要介護状態の軽減です。（「要介護状態予防」）

介護保険制度の当初からの理念として自立支援が謳われており、それを具体的に表現したものが介護予防です。

要介護別に介護が必要になった原因疾患をみると、要介護度が重くなるに従って脳卒中などの脳血管疾患の割合が増えていますが、要支援や要介護 1 では廃用症候群（生活不活発病）の占める割合が高いという特徴があります。廃用症候群では生活の不活発さを改善し、活動的な生活をすることで生活機能が回復する可能性があるため、今回の見直しでは廃用症候群の対策が特に注目されています。

●要支援、要介護 1 の増加

軽度者が急増しています。介護保険制度が導入された理由として、当時の措置制度ではサービスを利用しにくいという問題があり、介護保険制度では市町村に要介護認定の申請書を出せば、ほぼ自動的にさまざまな手続きが進みますので、軽度の方々もサービスを使いやすくなったことが挙げられます。今後は、要支援、要介護 1 の方々が重度化したりこ

れ以上増えないような新たな仕組みが求められます。

高齢者はいろいろなきっかけで生活機能が大きく低下します。私たちは「水際作戦」と言っていますが、今回の介護保険制度の見直しの中で、生活機能の低下を速やかに把握し、サービスにつなげていくことによって重度化を予防することが重要であると考えています。水際作戦では、医療機関が大きな担い手と考えられます。高齢者が体調を崩し受診したときに病気を治すことはもちろん、合わせて生活機能を維持し生活を支える視点からの支援につなげていくことが必要になってきます。そのためには、誰かが1人が何かすればいいのではなく、地域全体で高齢者を支えていくきめ細かな対応が求められます。その中心的役割を果たすのが地域包括支援センターではないかと考えます。要介護状態に陥りそうな高齢者を把握した場合には、速やかに地域包括支援センターが対応していくことが期待されます。

●要介護状態の予防、軽減、悪化の防止

介護予防のシステム化が必要です。要支援者の方々に対するサービスは、導入当初から予防給付とされています。また、要介護状態になる前の方々に対する事業として介護予防事業が提供されることになり、要介護・要支援状態になる前からの対応が図られるようになったことは大きな改正であると思います。

今回の見直しでは、要介護認定で改善の維持や可能性の審査が新たに加わります。

現在の要支援、要介護1の方々のうち、維持、改善の可能性が見込まれる方には予防給付、見込まれない方には、現在と同じく介護給付が提供されます。

認定審査について、60あまりの市町村でモデル事業をやっていただきましたが、その中で誤解が生じました。例えば心筋梗塞の既往がある方の審査では、筋力トレーニングは危険だという理由で介護給付と判定したということがありました。新予防給付では筋力トレーニングしかメニューにないという誤解です。新予防給付では16種類のサービスから本人の状態に最も合う、また利用したいサービスを選択し使っていただくことになります。新予防給付＝筋トレ＝マシンということではありません。また、まだ要支援、要介護状態になっていない方々は地域支援事業の利用がが可能です。

新予防給付と地域支援事業のケアマネジメントは、地域包括支援センターがを担うことになります。

●要介護予防

老人保健事業は、高齢者に対する保健医療福祉サービスが計画的に進められ、地域の基盤整備が急速に進むなど大きな成果を挙げてきた一方で、事業評価が難しいなど課題も持っています。

地域支援事業にケアマネジメントが導入されることによって、的確にサービスを利用していただく基盤ができるのではないかと考えます。

●新予防給付

16種類のサービスから構成される新予防給付についてご説明します。介護保険制度施行後、ケアマネジメントの中で、要介護状態になった方々に対してどのようなサービスが提供されてきたのかを見てみますと、その人の失われた生活機能を補完することを目的として、外部サービスを導入してきたきらいがあります。その方の生活を支えるという点では重要なことだと思いますが、問題は軽度の要介護者であって回復可能性がある場合、外部のサービスが提供されることによって、かえって生活機能の回復の機会を失し、回復可能性の芽を摘んでしまうことがあります。現在できないことを単に外から補完するサービス提供は軽度の方々については、要介護状態になった原因、背景というものを十分に把握した上で、その方が今できていないことがどのようにできるようになるのか、そして能力はあるが現実にしていないことがあるのならば、するようになることが大切です。今回の見直しによって、特に軽度の方々に対する介護サービスにおいては、できることはできるだけ本人がやることをめざすこととなります。

新予防給付については、サービス内容の変更が注目されがちですが、このように、まずケアマネジメントの充実がかかせません。介護予防のケアマネジメントについて考えると、従前のケアマネジメントと基本的には変わらないと考えられます。「できることは自分でやる」という考え方に基づいて、サービスが提供されるべきことは、軽度の方々に対してだけでなく、重度の方に対してのケアマネジメントも同じであると言われていています。ただし、特に軽度の方々については、廃用症候群を念頭に置き、その原因をどう取り除くことができるのか、さらに介護保険の理念にある利用者本位からいえば、利用者の意向に基づいてサービスが利用されることが大切になります。それに加えて重要なことは、生活機能の向上に対する積極的な意欲を利用者自ら獲得できることが重要です。

高齢者の介護を巡って、「介護予防の成果が上がらないことを本人の意欲がないからと理由づけるのはおかしいのではないかと」と専門家の中でも議論された経緯があります。つま

り、本人の意欲をどのように引き出すのかということも専門家としての役割になります。

●地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターは、被保険者からいろいろな相談を受けたり、新予防給付や介護予防のマネジメントをしたり、地域のケアチームの支援を行います。被保険者からの総合相談は社会福祉士が行い、ケアマネジメントは保健師等が行い、地域のケアチームの支援は主任介護支援専門員が行うなど、それぞれの職種が分業して対応するような誤解がありますが、それぞれの職種が協力しながら業務を進める、「多職種協働」が重要です。地域包括支援センターでは自らサービスは提供しないことを原則とするなど、高い中立性が求められます。

●既存サービスの内容

既存サービスの内容を改め、新予防給付として位置づけていく場合、軽度者に利用されている3大サービスについて検討することが効率的です。

まず、一番目が訪問介護です。介護予防訪問介護という名称になりますが、生活機能の維持向上という観点から、適切なケアマネジメントに基づいて提供されることが肝要です。

第二が通所介護・通所リハビリテーションといういわゆる通所系サービスです。これらは、それぞれ介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションという名称になります。これらのサービスには、運動機能向上を始めとして新しいプログラムが導入されます。

第三が福祉用具の貸与・購入です。福祉用具については、現在、適切な利用を図るためのガイドラインが設けられていますが、今後は、それをさらに徹底していくことになると考えられます。

以上の3大サービスで、軽度の方の給付額の8割～9割ぐらいを占めています。

先ほど新予防給付は16種類のサービスから構成されると申しましたが、これ以外にもサービスは多くあります。医療系サービスとしての訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導や、ショートステイやグループホームなども対象サービスに含まれます。

●新たなプログラム

今回の介護保険の見直しの中でやや過熱した部分としては、筋力トレーニングなど。新たなプログラムの導入に関するものです。検討の結果、筋力トレーニングというプログラムではなく、運動機能の向上、栄養改善、口腔機能の向上といったプログラムが導入されることとなりました。骨・関節、そしてそれを支える筋肉などによって構成される運動器の機能は高齢者の生活機能の維持に重要ですが、栄養状態の改善や口腔機能の向上も、運動器の機能向上に強いつながりをもっていると考えています。運動をするには栄養摂取が大切で、栄養摂取には、口腔機能、つまり、摂食嚥下機能が欠かせません。従って、これらの 3 つのプログラムが連携しながら高齢者に提供されることが一番望ましいこととなります。

これらのプログラムについては、介護予防通所介護や介護予防通所リハビリテーションの中で実施することが想定されており、例えば、運動器の機能向上というプログラムが 1 つのサービス形態として設定されるわけではありません。あくまでも通所介護、通所リハビリテーションというサービスの中の、1 つのオプションとして提供されることが想定されているということです。

運動器の機能向上について、先ほどから通所介護、通所リハビリテーションの場で行うとお話して参りましたが、そこで使用するマシンの購入に要する費用等については報酬の対象外と考えており、通所介護等の場に何らかの機械、器具を入れたとしても、その分を報酬で償還していく考えはありません。

従前、高齢者に対してさまざまな栄養指導が行われ、管理栄養士から「これは食べてはダメだ。これを食べなきゃダメだ」と言われ、結果的に食事がとれなくなるようなことがなかったかどうか考えてみる必要があると考えます。栄養改善の取組の中で、高齢者の尊厳という観点からも高圧的な「指導」ではなく、むしろ生活を立て直し、つくり上げていくことが重要であり、「相談」という言葉がふさわしいと考えています。

栄養改善では、好きなものを好きなだけ摂っていただくことがねらいです。要介護状態になるおそれがある方に対して「脂肪を摂ってはいけない」「塩分を摂ってはいけない」というよりも、「しっかりと栄養を取ってください」ということです。栄養改善は、低栄養状態の改善を主眼とします。

専門家の方々に対策を議論していただいた際、「高齢者に低栄養状態があれば筋タンパクや内蔵タンパクが低下し、ADL や免疫機能の低下によって、誤嚥から肺炎になることもあ

り、寝たきり状態になって褥瘡が発生します。癌が出てきたり感染症が発生し、結果的にQOLが低下し亡くなってしまふ。」という、医学的には正しくても高齢者が自ら意欲をもって生活するにはちょっと受け入れがたいと思われるような議論がありました。

議論の結果、「食べることを大事にすることによって、筋タンパクを初めとするエネルギーやタンパク質の十分な摂取が進みます。それは身体機能の維持や内蔵機能の維持につながり、免疫機能の維持向上につながるのです。このことが実現すれば要介護状態や重度化を予防することができ、結果的に幸せになります。」という考え方に変わっていきました。食べることを大事にすることを強調し、低栄養問題に対するアプローチを改める必要があると思います。

●今後の新予防給付で受ける3大サービス

軽度者が利用している3大サービスは訪問介護、通所介護、通所リハビリテーションです。

軽度の方々に対する通所介護については、共通的服务としての生活機能維持向上のための支援、つまりそこに滞在することに伴って必要となる支援等に関するサービスに、選択的サービスとして運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上のプログラムが加わり提供されます。これらを含めて月決めの定額報酬とする方向で審議会での議論が進められています。

通所リハビリテーションも通所介護と同様に、生活機能維持向上のための支援に加えて、リハビリテーションを必須とした共通的服务と、運動器の機能向上等の選択的サービスとの組み合わせで実施することとし、これらを含めて月決めの定額報酬とする方向となっております。

訪問介護は、家事援助などの生活支援と、排泄や食事等のお世話についての身体介護を一体化するとともに、時間制の報酬体系から月決めの定額報酬に変更することが議論されています。

●介護予防が目指すもの

介護予防自体は目標ではなく手段であり、究極の目標は日常生活における自己実現の達成支援です。利用者の意欲を重視して自主的で継続的な取り組みをすることが必要です。例えば、専門家のいる通所介護の場に来たときだけ何かをするのではなく、その人にとっ

て日常生活は自分の家であり、そこには家族がいるわけですから、生活の中で自ら取り組んでいつまでも長続きする仕組みをつくる必要があります。そのためには高齢者本人の努力ももちろん必要ですが、地域で支えるためのネットワークが必要になってきます。この介護予防のネットワークを通じて、地域が 1 つのネットワークとして形成されていくことが望ましいと考えます。

地域支援事業には、地域のネットワーク支援やボランティア支援も含まれると考えています。その意味で、「まちづくり」を応援する観点から、それぞれの地域で議論していただきたいと思います。

●施設給付の見直し

10月に施設給付についての見直しが行われ、介護保険3施設などの居住費、食費が保険の給付対象外になりました。一方で、低所得者の負担を軽減するため、補給給付を実施しています。この見直しによって、17年度の予算で1300億円の給付減で、保険料では、毎月約200円の縮減になると考えております。

従前の食費負担の中には栄養管理に関する費用が含まれていたこともあり、栄養管理に要する費用については、本体の給付の中に加算して位置づけることになりました。高齢者施設では約4割の人たちが低栄養状態となっていることから、特に低栄養問題を重点的に取り扱うことになりました。その基本的な考え方は「好きなものを好きなだけ摂っていただく」ということです。

施設経営の関係者が栄養問題について調べたところ、入院・入所時に体重を測っていない、毎月の体重を把握していないなど、十分な対応をしていない施設が相当あること、また、低栄養状態に対する対応をしていないと、褥瘡の発生率は全く違うことなどが分かりました。

食べる環境も問題です。匂いや見栄えも重要な要素です。今回、食費を自己負担にしたことによって、楽しいところでおいしくご飯が食べられるよう、それぞれの施設できめ細かな対応をしていただくことが求められると考えられます。

一人ひとりの好みを把握し、誤嚥、嚥下のリスクを評価した上できめ細かな対応が求められます。どのようにすれば、好きなものを安全に食べられるのか、個別のサービスとして食事が位置づけられていく必要があります。

栄養管理に関する報酬では、栄養管理の体制として栄養士・管理栄養士がいるかというストラクチャーについての評価、栄養ケア・マネジメントという食事サービスとその内容の管理に関するプロセス評価についての評価、従前は特別食と呼ばれていた加算のうち、流動食に関する部分を除外した療養食についての評価を組み込んでいます。

4月改定に関する今後のスケジュールとしては、12月の中旬から月末に予定される国の予算編成で全体の枠組が決まれば、来年の1月に介護給付費分科会を開催し、報酬案に関する諮問・答申が行われることが予定されています。

●新たな報酬体系

来年4月の報酬改定においては、今回改正された介護保険法の施行に伴って新たに導入されるサービスなどへの対応が求められます。具体的には予防給付の内容が変わり、地域密着型サービスが創設されます。さらに地域包括支援センターで介護予防のためのケアマネジメントが行われることとなります。

報酬改定の基本的課題として、新予防給付、小規模多機能型居宅介護や夜間巡回型訪問介護などの地域密着型サービスといった、今までにないサービスがメニューに加わっています。そのような新規メニューの報酬やその基準、例えば施設、人員、運営についてどのように考えるのか検討する必要があります。

ケアマネジメントについても、地域包括支援センターが行う介護予防に関するケアマネジメントは従前にはない取り組みですから、報酬、基準が検討課題として重要です。

施設から在宅へという流れを作るため、中・重度者であっても、「在宅で生活を継続したい」方に対応して支援が必要です。さらにはグループホームでの健康管理、特別養護老人ホームでの夜間看護体制など、医療との連携の問題があります。また、認知症ケアは、小規模多機能型居宅介護の利用など新たな取組を進める必要があります。

●これまでの主な議論の整理

現在まで、社会保障審議会介護給付費分科会で議論された内容について簡単にご紹介します。

まず、基本的な考え方として、本人のできることは本人が行うことを重視しながらサービスが提供されていくことです。

また、目標指向型サービスとして、漫然とサービスを提供するのではなく、サービスを通じて何を実現するのかということを確認し、その実現に向けてサービスが提供されることが重要です。

さらに、利用者の意欲の向上が求められますし、地域包括支援センターの役割、業務範囲、責任が問われます。地域包括支援センターは基本的には市町村が設置し、その業務の一部を他の事業者へ委任、委託できますので、ケアマネジメントの一部については、居宅介護支援事業所に委託されることが想定されています。

介護予防という観点からは、外に出て行くこと自体が介護予防につながるため、通所系を中心としたプランが必要であると言われていた一方、ホームヘルプも一定の役割を果たしているという主張もあり、在宅サービスでは通所系のサービスと訪問系のサービスのバランスもよく見ていく必要があります。

新予防給付について、報酬と人員・設備・運営に関する基準を設定していくことになります。サービスの質を担保しながら、できるだけ効率的にサービスを提供できるようにすることが重要です。

利用者の意欲を引き出すことにより、自主的で継続的な取組が行われる要に留意する必要があります。

新予防給付においては目標の達成度合いに応じた介護の報酬の設定についての議論が行われています。従来、ややもすると「成功報酬」と呼ばれがちでしたが、個人の改善度に着目する「成功報酬」ではなく、集団としての利用者の状況に着目することから、「事業評価に関する報酬」として考えるべきとの意見があります。つまり、事業者単位での評価を行うこととし、客観的な指標として要介護度を使用することが検討されています。大数の法則という観点から、小規模事業者は、事業評価に関する報酬を適用しない方向で検討されています。

したがって成功報酬ではなく、事業評価報酬などいろいろな言い方をします。事業評価に関する法律や事業者評価の報酬など、言葉が定着していませんが、成功報酬という呼び方はしないということです。

また、口腔機能の向上に関するプログラムでは、歯科医療機関との連携の重要性が指摘されています。また、栄養改善、口腔機能の向上に関するプログラムは、要支援状態だけ

ではなく、中・重度者に対して必要であるといわれています。

新予防給付における通所介護、通所リハビリテーションについては月単位の定額報酬とし、生活機能の維持向上のための支援などに関する共通的サービスと、運動器の機能向上をはじめとする選択的サービスの組み合わせによる利用が検討されています。通所介護、通所リハビリテーションについての議論として、支給限度額との関係、要支援 1 と 2 での報酬水準などが挙げられます。

新予防給付としての訪問介護については、月単位の定額報酬とし、身体介護と生活援助を一本化していく方向で検討されています。重度者への訪問介護には通院等乗降介助とあって、福祉タクシーと呼ばれるサービスの報酬が設定されていますが、軽度者について設定するかどうかを検討課題となっています。

福祉用具の貸与・購入について、軽度の方々の使用が想定しにくい福祉用具は原則として保険給付の対象を外すことが提案されています。例えば、要支援者の方に対する車椅子です。

今回、創設される地域密着型サービスの中でも、小規模多機能型居宅介護や夜間巡回型訪問介護は全く新しいサービス体系ですので、どの程度の費用がかかるのか、実際に事業を始めてみなければ分からない部分が残ります。従って、当初から報酬を確定して設定した結果、事業が立ち行かなくなることがないように、それぞれの自治体である程度は柔軟に報酬を変更できる仕組みにしてはどうかという提案をいただいております。

また、夜間対応型訪問介護は、定期的な巡回と随時対応の訪問介護の組み合わせによることになると考えられます。利用対象者としては独居の高齢者や高齢者夫婦世帯が想定されるのですが、これに限定しない方向で検討されています。報酬の体系としては、定額報酬と出来高報酬を組み合わせる方法、全体を月単位の定額にするような方法など、いくつかの考え方があります。人口が密集している地域の方が事業展開しやすいと考えられますが、都市部以外でも実施できる方法を考えることが宿題です。

特定施設入居者生活介護などは、現行のサテライト型の事業形態を基本として検討されています。

グループホームは質の向上が一層必要です。利用者の健康管理を行う観点から看護体制の取り扱いが議論になっています。現在グループホームの 4 割に看護師さんがいると考えられます。グループホームは閉鎖的な環境になりがちと指摘されて、認知症専用のデイサ

ービスなど、多機能化が求められています。地域密着型サービスは市町村による事業者指定となりますが、来年の4月以降は総量規制が行われることから、それ以前に駆け込みが生じる可能性があると考えられることから自治体として対応が必要になります。

認知症対応型通所介護については、グループホームにおけるデイサービスなどが想定されています。