

地域保健医療福祉への影響

三浦 公嗣

The roles of community health and welfare for the long-term care insurance

Koji MIURA

1. 制度創設のねらい

本格的な高齢化社会の到来に伴い、介護を必要とする高齢者の数は急速に増加している。平成6年ではおよそ1,800万人であった高齢者(65歳以上)人口は、平成37年には3,200万人に増加することが推計¹⁾²⁾³⁾⁴⁾されており、介護を必要とする高齢者数も大幅に増加することが予測されている。

多様な高齢者の介護ニーズを社会全体で支える体制の整備を目的として、2000年(平成12年)4月から介護保険制度が導入される。

介護保険制度のねらいとして、主に下記の各点を挙げることができる。

(1) 老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支援

平成7年の調査⁵⁾によると、高齢者が寝たきりとなる期間は平均8.5ヶ月であり、介護を必要とする期間は長期にわたっている。また、要介護者の割合は年齢とともに高くなっており、85歳を越える人口の1/4が要介護状態となっている¹²⁾。一方、介護者の約半数が60歳以上と高齢化⁶⁾してきており、介護を家庭内の資源で支えることが限界に達している事例が数多く生じるようになってきている。

介護問題が高齢者の最大の不安材料であるという指摘もこのような状況を反映したものと考えられる。

(2) 社会保険方式による給付と負担の関係を明確化及び利用者の選択による保健医療福祉サービスの総合的利用

高齢者が必要とするサービスが、保健医療福祉の各セクターに深く関わっていることから、一元的で総合的なサービスを効率的に提供する仕組みが必要とされることはかねてから指摘されていた。

本制度では、多様化する高齢者の価値観に対応して、高齢者自らの選択によってサービスが利用できることとし、社会保険制度として運営することにより、給付と負担の関係が明らかとなるようにしている。

(3) 多様なサービス提供主体の参入による良質で効率的なサービスの提供

本制度においては、介護サービスの提供を行う基盤の整

備が不可欠であり、公的機関のほかにも多様な民間事業者の参入を図ることによって、良質で効率的でサービスの提供が期待できる。

(4) 介護を医療保険から切り離し、社会保障構造改革の第一歩

本来、介護施設での療養がふさわしい高齢者が、医療と福祉の負担の違い等を理由として、医療施設での療養を受けるようなことは、適切な療養を受けるという観点からも望ましくない。社会保障構造改革が叫ばれている今日、介護保険制度はその第一歩となるものである。

介護保険制度は、上記のねらいをもって、老人保健福祉審議会等での議論を踏まえ、介護保険法案及び関連法案として平成8年11月に国会に提出され、9年12月に成立した。

2. 制度の概要

介護保険制度は、市町村及び特別区を保険者とし、国、都道府県、医療保険者、年金保険者が重層的に支え合う制度である。

被保険者は、65歳以上の第1号被保険者と、40歳以上65

表 介護保険制度によって給付されるサービス

	在宅サービス	施設サービス
要介護者	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護(ホームヘルプ) ・訪問入浴 ・訪問・通所リハビリテーション(デイケア) ・訪問看護 ・居宅療養管理指導 ・日帰り介護(デイサービス) ・短期入所介護(ショートステイ) ・痴呆対応型共同生活介護(グループホーム) ・有料老人ホーム等における介護 ・福祉用具の貸与・購入費の支給 ・住宅改修費(手すり、段差解消等)の支給 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護老人福祉施設 [特別養護老人ホーム] ・介護老人保健施設 ・介護療養型医療施設 療養型病床群 老人性痴呆疾患療養病棟 介護力強化病院 (施行後3年間)
要支援者	要介護者と同じ(グループホームを除く。)	—

歳未満の医療保険加入者である第2号被保険者から構成されている。第1号被保険者は所得段階別に定額の保険料を市町村に納めていただくこととなるが、第2号被保険者については医療保険料として医療保険者が徴収することとなっている。

本制度によって給付されるサービスは在宅サービスと施設サービスに大別される。(表)

サービスの給付を受けるためには、被保険者は要介護認定又は要支援認定を受けることが必要とされている。これによって、介護を必要とする高齢者に必要な介護サービスが提供されることとなる。

本制度の給付については、その財源の1/2を国・都道府県・市町村からの公費によっており、保険料で対応するのは残りの1/2である。

なお、本制度においては、保険給付の対象となる介護サービスと自己負担での介護サービスを組み合わせてサービスの利用が行えることとされている。

3. 要介護認定

サービスの給付を希望する被保険者(第2号被保険者については、脳血管疾患や初老期における痴呆等加齢に伴う疾病による障害のために介護が必要となっている被保険者)は、市町村に要介護認定の申請を行い、それに基づいて市町村はその職員又は指定居宅介護支援事業者や介護保険施設(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養

型医療施設)に所属する介護支援専門員による高齢者の心身の状況等に関する調査を行う。

また、市町村は、別途、当該申請者が指名する主治医に対して、身体上又は精神上の障害の原因である疾病又は負傷の状況等に関する意見を求める。

保健医療福祉の学識経験者によって構成され、市町村に置かれる介護認定審査会では、上記の調査結果及び主治医の意見に基づき、当該高齢者の介護の必要性について、さらに介護が必要な場合にあってはその程度について審査判定することとなっている。(図)

「要介護状態」および「要支援状態」になるおそれがある状態である「要支援状態」と判定された者については、介護を要する程度によって、利用できる上限量が決定されることとなる。

要介護認定は、公平公正に行われることが重要であり、そのためには、調査に従事する市町村の職員および介護支援専門員が正確に高齢者の心身の状況等を把握するとともに、審査判定が全国一律の客観的な基準に照らして行われることが不可欠である。なお、要介護認定に係る調査に従事する介護支援専門員は公務員と見なされることとされている。

また、要介護認定は迅速に実施されることが肝要であり、30日以内に行うことが求められているが、その有効性は申請日に遡ることとされ、事実上、申請日から介護保険の給付を受けられるようになっている。

なお、本制度は平成12年度からの施行であるが、要介護認定については制度施行に先立つ11年10月から開始することとしている。

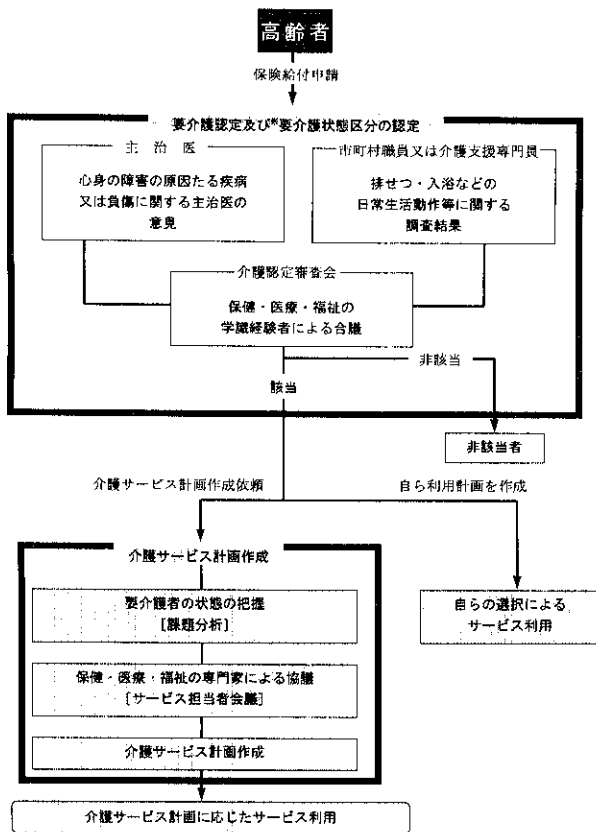
要介護認定については、円滑な導入を図るため、8年度より試行的事業を実施している。10年度では全市区町村(3,255市区町村)で試行が行われた。本事業においては、およそ4,000名の高齢者が現に受けている介護サービスを48時間にわたり記録し、その結果と高齢者の状態像との関係に基づいて、高齢者の介護の必要度を要介護認定等基準時間として推計する理論を用いており、要介護認定基準もこの要介護認定等基準時間に基づいたものとなっている。なお、要介護認定基準時間は、要介護認定のための尺度として利用するものであり、実際の介護に要する時間とは必ずしも一致しないことに留意すべきである。

4. 適切な介護サービス利用のための介護サービス計画

高齢者が障害等を持ちながらも介護保険で給付されるサービスの利用を通じて自立を図るためには、具体的なサービスの利用計画である介護サービス計画が適切に作成されていることがきわめて重要である。

介護サービス計画の作成は介護保険法で新たに規定された人材である介護支援専門員の役割である。介護支援専門員は、高齢者の依頼に基づいてその心身の状況等について問題点等を把握し(課題分析:アセスメント)、公平公正な立場から介護サービス計画を作成することとなる。その際

図 介護保険制度における要介護認定と介護サービス計画



に介護支援専門員が行うべき過程は、

- 1) 依頼者やその家族の希望を把握し介護サービス計画の原案を作成する。
- 2) 実際のサービス提供に従事する担当者等によって構成されるサービス担当者会議を開催し、具体的なサービス内容とその提供方法を改めて検討する。
- 3) 最終的に、作成した介護サービス計画について依頼者の承諾を得る。

確定した介護サービス計画に基づいて介護サービスが提供されることとなる。

なお、訪問看護等の医療系のサービスについては、医師の指示のもとに行われるべきものであり、介護支援専門員がそれらのサービスの指示を行うことはできない。

要介護認定の方式については全国一律のものを用いることとなるが、介護サービス計画作成に用いる課題分析（アセスメント）方式については、現に多様な方式がありそれぞれ特徴を有していることから、介護支援専門員が個々の要介護者に最も適切と考える方式を用いることとなる。

介護支援専門員には、医師、歯科医師、薬剤師、保健婦、看護婦を始めとする保健医療福祉の専門職や現場で活躍している者のうち、5年以上の実務経験を有し都道府県が実施する所要の実務研修を修了した者を充てることとされている。実務研修を受けるために必要な知識等を持っていることを確認するため実務研修受講試験に合格することが求められる。10年度の実務研修受講試験は10年9月から10月にかけて全国で実施されたところであり、それを受けて、合格者に対する実務研修も各都道府県で実施されている。

なお、前述したように、介護支援専門員は、所属する指定居宅介護支援事業者が市区町村から委託を受けた場合は、市区町村の行う要介護認定に係る調査に従事することとされている。

介護サービス計画の作成についても、平成9年度から試行的事業を実施している。

5. 利用料

利用料は、費用の1割の定率負担となっている。また、入院・入所者はそれに加えて食事の費用についての標準負担が求められることとされている。また、1割負担が高額になる場合は、医療保険における高額療養費と同様、高額介護サービス費として負担の上限を設けている。

6. 公衆衛生学の視点から見た介護保険制度

未曾有の高齢社会を迎え、高齢者の健康をめぐる様々な課題が指摘されている中で、介護保険制度は高齢者がその能力に応じて居宅での自立した生活を行うために必要なサービス利用を提供することを理念としている。

本制度と公衆衛生学、中でも市民の健康を維持増進を図ることによって生活の質の向上を目指す公衆衛生活動との関連はきわめて深い。特に、高齢者に対する様々な公衆衛生活動の際に常に指摘されてきたことが「保健医療福祉の連携」であり、この点からも、保健医療福祉サービスの一

体的総合的提供を目指す本制度が公衆衛生活動の一層の発展に寄与することが期待される。

一方、本制度との関係で公衆衛生活動の現場で業務を行う者が、何を目標にして、どのような点に留意して活動していくべきかということは必ずしも現時点で明確になっていくわけではない。公衆衛生活動において本制度をどのようにとらえるかは別の稿に譲るとして、ここでは、本制度から見て、公衆衛生活動に期待するものを論じていくことにする。

高齢者の自立を目指すためには、個別の疾病に注目して、その治療を行うことでは不十分であることは言うまでもない。むしろ、高齢者はいくつかの疾病を持ちながらもそれらと共生し、疾病によって心身の機能の一部が失われたとしても残された機能を十分活用しながら社会への貢献等充実した生活を希望している。これらの高齢者を支援するためには、公衆衛生活動の対象として高齢者の生活全体を捉えることが重要である。

保健医療福祉の各分野が自らを中心に置いて、その周辺に存在する利用者にサービスを独立して提供してきた従来の体制を抜本的に改め、各分野を意識せず、高齢者を中心として各分野のサービス提供者側が参集するのが「介護」の世界であり、この点で、各分野の従事者には意識革命が必要な場合がある。

つまり、高齢者を全人的に捉え、その生活の場に注目して公衆衛生活動を組み立てることが重要であり、供給側の理論を優先するだけではなく、高齢者というサービス利用者側の理論や価値観を十分に理解した上で、専門家として生活全体の問題を解決する能力が求められると言っている。

さらに、高齢者を社会全体で支えるという観点からは、高齢者の健康に対する予防対策という狭義の公衆衛生のみならず、例えば、財政、家計という経済的分野も視野にいった対応が求められる。

老後の生活の中で経済的な弱者になっている高齢者もあり、そのような観点からの配慮が公衆衛生活動の従事者には欠かせない。また、個々の高齢者への対応と同時に、同様な問題を抱える他の高齢者への対応を考えると、制度としての施策が求められる。そのような場合には、公的事業の実施に必要な財源的な措置や他の類似の制度の理解等がなければ、不効率な制度が新設されるだけである。

このように、公衆衛生活動も広い視野が求められ、例えば、単に保健所活動や保健婦活動としてどのような参入が考えられるのかということだけではなく、真に専門的な技術や知識によって高齢者の自立をどのように支援できるかという観点から、再度見直されるべきである。

新たな公衆衛生学的アプローチが大いに期待される理由をまとめると、

- (1) 高齢者の自立を支援するために必要な社会的資源が限られており、効率性、効果性、公正性が強く求められているため、その裏付けとなる科学的な実証が必要であること。

- (2) 介護保険制度では、負担と給付の関係が明確であり、給付の上限を定める要介護認定等に関して、個別の高齢者に対する客観的で合理的な説明が必要であること。
- (3) ボランティアや市町村単独でのサービスを含め高齢者自身の選択によって具体的なサービスの内容が決定されるとともに、選択に必要な情報が分かりやすく幅広く提供される必要があること。
- (4) 従来、保健医療福祉の各分野に縦割りされてきたサービスを一体的、総合的、効率的に提供する体制が必要であり、各分野を調整していく体制や関係者の努力が必要であること。

等が挙げられよう。

そこで、地域保健に従事する者の具体的な役割を介護保険制度の中に見いだすとするならば、

- 地域のサービス提供体制に関する将来計画作成に不可欠な資料の提供と計画作成作業への関与
- 要介護認定に係る調査の実施
- 介護支援専門員としてのサービス利用の調整
- サービスの直接的な実施

等ということになる。このうち、訪問調査、サービス利用の調整、サービス提供については、個別の要介護者への対応ということになるが、その際には、民間事業者を含めて介護保険に関連して業務を行う事業者との役割分担を考慮する必要がある。既に公衆衛生活動は多様な分野を担当しており、介護の現場で発生するこれらの業務の全てを担当する様な時間的余裕があるとはいえない。そのような状況の中でこれらの業務を適切に実施するためには、事業者の活用方法が課題になる。例えば、事業者がある程度確保できると見込まれる地域にあっては、訪問調査の全てを指定居宅介護支援事業者に委ねずに、むしろ精度管理として積極的にその一部を市区町村の保健婦が担当する方法もあり得るであろうし、また、サービス利用の調整に係る業務についても、個別の指定居宅介護支援事業者では担当できないような処遇困難な事例を担当する等、公衆衛生活動従事者の有する機能や能力の活用方法について、それぞれの地域の特徴を踏まえた上で公衆衛生活動の現場で具体的に

検討すべき時点に至っていると考えられる。

いずれにせよ、介護保険制度にとって不可欠なそれぞれの業務の質や量をいかに高めていくかは、個々の公衆衛生活動従事者の資質と努力によるところが大きいと言える。

都道府県と市区町村との関係について述べれば、都道府県は保険者である市区町村を支えることが求められる。

例えば、介護認定審査会は保険者たる市区町村に設置されることとなっているが、市区町村は審査判定を都道府県に委託できることとなっており、その場合には、都道府県に設置される都道府県介護認定審査会において審査判定が行われる。市区町村が行う要介護認定に不服がある場合は、都道府県に置かれる介護保険審査会において審査が行われる。

また、都道府県は、要介護認定に係る業務に関して福祉事務所又は保健所による技術的事項についての協力等の援助を行うことができることとされている。

さらに、介護認定審査会を共同で設置しようとする市区町村の求めに応じて市区町村間相互の調整を行うことができるほか、共同設置した市区町村に対して、その円滑な運営が確保されるように技術的助言等の援助を行うことができるとされている。

一方、市区町村の公衆衛生活動従事者は、保険者たる市区町村の職員として、地域で求められている介護サービスの同定、そのサービス提供に必要な基盤の開発、提供されている介護サービスの質の把握、サービスに関する苦情等の処理等に従事することが期待される。

このように、都道府県、市区町村という立場の違いによって、その業務に若干の特徴が生ずるが、相互の連携を通じて有する機能が十分に発揮されることが何よりも重要であることは言うまでもない。

参考文献

- 1) 国民生活基礎調査，厚生省大臣官房統計情報部
- 2) 社会福祉施設調査，厚生省大臣官房統計情報部
- 3) 患者調査，厚生省大臣官房統計情報部
- 4) 老人保健施設実態調査，厚生省大臣官房統計情報部
- 5) 人口動態社会経済面調査，厚生省大臣官房統計情報部
- 6) 平成7年国民生活基礎調査，厚生省大臣官房統計情報部