

特集：改正介護保険制度

改正介護保険制度の内容とその意義

小山秀夫

国立保健医療科学院 経営科学部

Outline and Implications of Reform on Long-term Care Insurance System

Hideo KOYAMA

Department of Management Science, National Institute of Public Health

抄録

2005年6月に改正された介護保険法の柱は、予防給付内容の見直し、食費及び居住費に係る保険給付の見直しなど保険給付の効率化・重点化、地域密着型サービスの創設、有料老人ホームの見直しによる新たな住まいの検討、介護支援専門員の資格並びに事業者及び施設の指定等に係る更新制の導入によるサービスの質の確保・向上などである。このうち「食費及び居住費に係る保険給付の見直し」は、2005年10月1日から実施され、そのほかの介護報酬は2006年4月から実施される。介護報酬改定のねらいは、①中重度者への支援、②介護予防・リハビリテーションの推進、③地域包括ケア・認知症ケアの確立、④サービスの質の向上、⑤医療と介護の機能分担・連携の明確化ということにある。今回の改正は、大幅な改正であり、高齢者の尊厳を確保するという意味でも意義深いものである。

キーワード：介護保険，予防給付，介護報酬，質，包括ケア

Abstract :

In June 2005, the Long-term Care Insurance Law was amended. The purpose of the key provisions of the amendment is to review the sickness prevention benefits and the benefits for meals and accommodation, with the aim of making the benefits more streamlined and focused, to establish community-based services, to examine new types of residential housing for the elderly by overhauling the retirement housing (pay nursing homes), and to ensure quality improvement by introducing the periodical renewal of a licenses for care managers and the designation of providers.

The tariff for meals and accommodation had already been revised October 1st 2005. Meanwhile, other revisions of the tariff for long-term care insurance will be implemented from April 2006. The objective of the revision of the tariff is to provide support for the elderly with severe or moderate disabilities, to promote sickness prevention and rehabilitation, to build a total system (integrated care system) and provide care for the elderly in community suffering from dementia, to ensure and improve the quality of services, and to clarify functions and promote closer collaboration between normal health care and long-term care systems. This substantial overhaul has grave implications in terms of developing a long-term care policy and ensuring the dignity of the elderly.

Keywords : Long-term Care Insurance, sickness prevention benefits, community-based, quality, integrated care

1. はじめに

2000年4月に実施された介護保険制度は、老人福祉法から特別養護老人ホームや在宅高齢者福祉サービスなどを、

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6
2-3-6 Minami Wako, Saitama-ken, 351-0197, Japan

老人保健法による老人医療の分野から介護療養医療施設、老人訪問看護ステーション、デイケア（通所リハビリテーション）を引き継いだ。このほか医療保険適用療養病床から介護療養型の移行した病床や訪問リハビリテーション、居宅療養指導などが介護保険に移行した。老人保健施設は、創設時から医療保険の適用ではなく老人保健法上の老人保

健施設療養費という区分である。1983年の老人保健法の施行以降、医療保険の一般と老人医療という2区分になり、その後老健施設や訪問看護ステーションの療養費が導入されてきたという歴史があり、新規のサービスとして認知症のグループホームや特定施設などを加えたサービス体系で介護保険制度が創設されたというのが制度の発展経過である。

2005年6月に改正された介護保険法の柱は、予防給付内容の見直し、食費及び居住費に係る保険給付の見直しなど保険給付の効率化・重点化、地域密着型サービスの創設、有料老人ホームの見直しによる新たな住まいの検討、介護支援専門員の資格並びに事業者及び施設の指定等に係る更新制の導入によるサービスの質の確保・向上などである。このうち「食費及び居住費に係る保険給付の見直し」は、2005年10月1日から実施され、そのほかの介護報酬は2006年4月から実施された。介護報酬改定のねらいは、①中重度者

への支援、②介護予防・リハビリテーションの推進、③地域包括ケア・認知症ケアの確立、④サービスの質の向上、⑤医療と介護の機能分担・連携の明確化ということにある。今回の改正は、大幅な改正であり、高齢者の尊厳を確保するという意味でも意義深いものである。

以下では、改正介護保険制度の意義を検討するために、主に介護報酬の内容を整理し、若干の考察を加えてみたい。

2. 介護保険制度改正の全体像

改正介護保険制度の内容は、多岐にわたっている。その全体像は、図1に示す通りである。まず、改正の目的は、超高齢化社会の構築・制度の持続可能性・社会保障の総合化するとともに高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる社会を実現することにある。これらの目的を達成するために第1に、予防重視

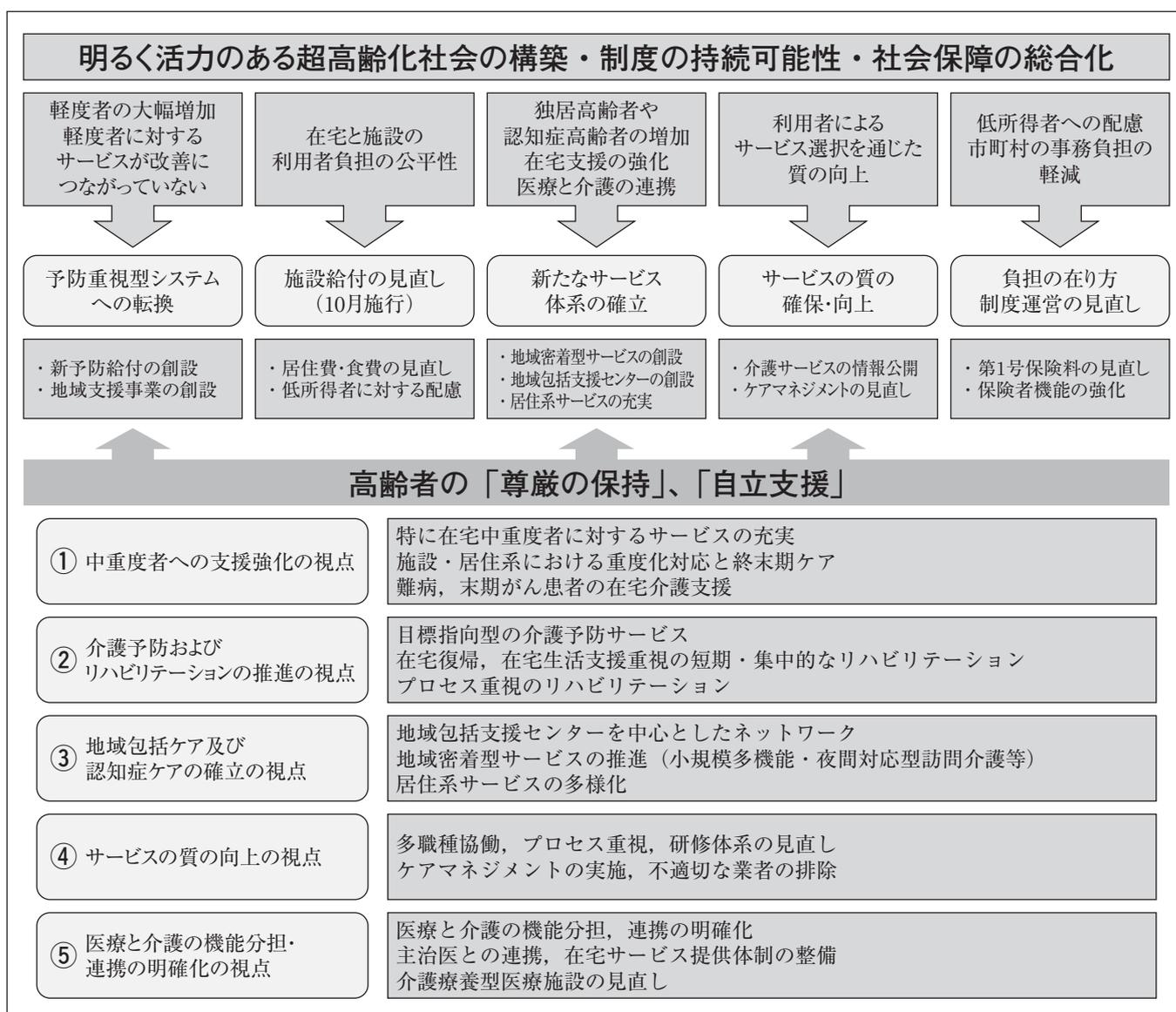


図1 介護保険法改正のポイントと視点

型システムへの転換として、これまでの介護給付に加えて、これまでの要支援者に対する予防給付を見直し新予防給付とするとともに、市町村が認可・監督する地域支援事業を創設した。第2に、在宅で介護保険サービスを利用する場合と介護保険施設の利用者負担が必ずしも費用面で公平でないという状況から、施設給付費の見直しを実施し、食費・居住費の利用者負担を導入した。第3に医療と介護の連携や在宅支援の強化策として、地域密着型サービスおよび地域包括支援センターを創設するとともに、居住系サービスを充実した。第4に、サービスの質の確保・向上策として、全国の介護保険サービス事業者に情報公表を義務付けるとともに、ケアマネジメントの提供方法を見直した。そして第5に、保険者としての市町村の権限強化や保険者機能の強化しつつ、制度運営の見直しを進めた。

以上の改革は、高齢者の尊厳保持と、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるという自立支援の理念を具現化すると同時に、制度施行後に山積みされた問題点を解決するためにもうけられた①中重度者への支援強化の視点、②介護予防およびリハビリテーションの推進の視点、③地域包括ケアおよび認知症ケアの確立の視点、④サービスの質の向上の視点、⑤医療と介護の機能分担・連携の明確化の視点ということから介護報酬に反映されることになった。

介護報酬改定の内容は、この5つの視点から検討が進められた。

- ①の中重度者への支援では、まず在宅軽度を平均マイナス5%の改定率とし、在宅中重度を平均4%プラスした。また、難病や末期がん患者への在宅支援や施設系も含めた重度化対応と終末期ケアに配慮している。
- ②の介護予防サービスは、目標指向型（成功報酬の導入といってもよい）とするとともに、各種加算を算定できるようになっている。また、リハビリテーションについては、短期・集中的な資源投下というプロセスを重視した報酬となっている。
- ③の地域包括ケアは、地域包括支援センターを中心としたネットワークを基本として予防給付が推進されていることを明確にするとともに、新設された地域密着型サービスについても、地域ネットワークを活用することを評価している。認知症ケアについては、新たに認知症短期集中リハビリテーション加算が導入されたほか、認知症対応型共同生活介護に医療連携体制加算が新設された。
- ④のサービスの質の向上については、まず、介護保険サービスにおける他職種協働、プロセスの重視（マネジメントの徹底）、研修体系の見直し及びケアマネジメントの強化が行われている。例えば、訪問介護では、特定事業所加算が新設され、ヘルパーに対する計画的な研修や健康診断、介護福祉士の割合や、経験などが報酬に反映されることになった。
- ⑤の医療と介護の機能分担については、介護療養型施設の5年後の廃止や療養病床の全体的見直しの影響が強いが、

この時期に将来像が明確になったことは、今後の医療と介護の連携にとって有効であるとともに、今後の居住系サービスの体系的整備のために必要である。

ここでは、介護報酬改定の概要の全てについて述べる余地はないが、これまでの5年間に介護保険サービス分野で山積みされてきた問題の大半を解消するとともに、地域包括支援、地域密着型サービスという新しいサービス提供形態の導入や、多くの人々から困難と考えられてきた介護保険施設の再編に着手したことは、公平に評価することができると思う。

3. 介護報酬改定のコスト・パフォーマンス

公表された介護報酬改定の内容を詳細にみていると、新しいサービスの導入やこれまでの問題を解決するための改定という側面とともに、何らかの考え方に基づいて改定作業が進められたのではないかと思えてならない。

結論からいうと、多分コスト・パフォーマンス（Cost-Performance）という考え方が導入されたのではないかということである。通常何らかの公共的料金の設定という作業では、必要なコストを積算するという方法が採用される。しかし、こと介護報酬については、コストを積算するとか、建築物のような設計上の積み上げコストといったものが見当たらない。

つまり、コストの積算や原価計算に基づいて介護報酬が設定されているわけではない。このことは、診療報酬についても同様である。なぜか。理論的には可能であるが、約14万の介護保険事業所のデータを収集できたとしても、データからどのように平均的なコストを算定できるかといったことと、また実際にそのようなことで合意がえられるかどうかは疑わしい。なぜなら、報酬自体が原価計算の結果からのみ導き出されるわけではないからである。

これまでの改定作業では、経営実態に関する調査が行われ、その結果から改定作業が進められる。この場合原価計算ではなく、特定のサービスにどの程度のコストが投入されているかといったことと、収支差額の状況が重視される。あたり前のことであるが、通常であれば、収支差がマイナスならばプラスという判断がなされる。このようなこと以外に、あるサービスの質を向上させる必要があると判断され、AというサービスよりBというサービスに移行するのが望ましいことになった場合、報酬上の誘導としてAを引き下げ、Bを引き上げるといったことが行われる。一種の経済誘導である。

このほかに、各種団体などからの要望や調整なども行われることによって、全体の報酬体系が決定される。これら一連の作業は、報酬政策と呼ぶべきもので、その過程は複雑である。

ここで明らかにしておきたいのは、介護報酬の改定が、単なる問題解決や調査結果によって決定されるというよりも、それ以外の要因で決定される場合があるということである。ただし、経済誘導するのであれば、当然、その根拠となる考

え方が明確に示される必要があるし、関係団体とのネゴシエーションも社会的に認められる狭い範囲でしかない。このようなことを理解した上で、再度介護報酬をみると、費用に対する効果とか有効性あるいは、性能といったことが、今回考えられたのではないかと思うのである。

介護保険サービスの介護報酬は、制度創設以前の各種サービスの費用額を参考に体系化されたものであり、前回の改定は、サービス毎の収支差を勘案したものであった。つまり、介護保険制度創設時に、各種サービスの原価計算やコスト積算がなされたという証拠はないということである。

このようなことは、今回も同様ではあるが、それ以前の問題として、介護保険創設時のサービス体系や質の確保といったことについて、そのまま継続するのではなく、現行の費用体系が、そもそも効果があるのかとか、費用に見合うサービスとなっているのかといった根本的な検討が今回、行われたように思う。

今回改定で最大の影響は、介護療養型医療施設の5年後の廃止である。このことについては、賛否があるものの、なぜそうなったのかということについて、わかりやすい議論があったわけではない。ただし、介護療養型医療施設はコスト・パフォーマンスが悪い施設であるという判断があったと考えられれば、重篤な入院患者は医療保険で対応し、介護療養型医療施設に入院し、医療の必要性が低い利用者は、老人保健施設等に移行してもらおうということになると思う。

また、後に述べる介護保険施設からの在宅復帰支援加算

や、栄養ケア・マネジメントやリハビリテーション・マネジメントは、明らかにコスト・パフォーマンスを追求するという考え方から採用されたと考えられるのである。

表1は、介護保険施設を比較するために作成したものである。まず、介護保険施設の多床室の全てをマイナス20単位とし、従来型個室は±0、ユニット型については、介護老人福祉施設以外は、一律プラス95単位としている。また、新加算・減算の導入によって、介護報酬にメリハリをつけたのが特徴である。介護保険施設共通のものとして、在宅復帰支援、経口維持加算および身体拘束未実施減算が新設された。介護老人福祉施設には、重度化対応、準ユニットケア、看取り介護、在宅入所相互加算などが、介護老人保健施設と介護療養型医療施設には、リハビリテーション加算と短期集中リハビリテーション加算が新設された。さらに、老健施設にのみ認知症短期集中リハビリテーション加算が、介護療養型にのみリハビリテーション体制強化加算が新設された。

このように介護保険施設を比較してみると、介護老人福祉施設では、入居者の重度化や、終末期ケアあるいは在宅復帰が、老健施設や介護療養型ではリハビリテーションに対して資源配分されていることがわかる。今回の改正は、若干ではあるが、複雑になった。しかし、コスト・パフォーマンスを高めるために必要な対応であったのではないかと思うのである。

表1 介護保険施設 介護報酬比較

	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 I						
	従来型 個室	多床室	ユニット型 個室準個室	従来型 個室	多床室	ユニット型 個室準個室	病院			診療所			
							従来型 個室	多床室	ユニット型 個室準個室	従来型 個室	多床室	ユニット型 個室準個室	
要介護1	577 (±0)	639 (▲20)	657 (+16)	702 (±0)	781 (▲20)	784 (+95)	671 (±0)	782 (▲20)	785 (+95)	652 (±0)	763 (▲20)	766 (+43)	
要介護2	648 (±0)	710 (▲20)	728 (+40)	751 (±0)	830 (▲20)	833 (+95)	781 (±0)	892 (▲20)	895 (+95)	704 (±0)	815 (▲20)	818 (+43)	
要介護3	718 (±0)	780 (▲20)	798 (+62)	804 (±0)	883 (▲20)	886 (+95)	1,019 (±0)	1,130 (▲20)	1,133 (+95)	756 (±0)	867 (▲20)	870 (+43)	
要介護4	789 (±0)	851 (▲20)	869 (+85)	858 (±0)	937 (▲20)	940 (+95)	1,120 (±0)	1,231 (▲20)	1,234 (+95)	807 (±0)	918 (▲20)	921 (+43)	
要介護5	859 (±0)	921 (▲20)	929 (+98)	911 (±0)	990 (▲20)	993 (+95)	1,211 (±0)	1,322 (▲20)	1,325 (+95)	859 (±0)	970 (▲20)	973 (+43)	
加算 減算	在宅復帰支援加算： 初期加算： 管理栄養士配置加算： 経口移行加算： 退所前後訪問相談援助加算：			10単位 30単位 12単位 28単位 460単位			経口維持加算Ⅰ：28単位、Ⅱ：5単位 栄養士配置加算： 療養食加算： 退所時相談援助加算：400単位			身体拘束未実施減算： 栄養マネジメント加算： 退所前連携加算：			▲5単位 12単位 500単位
	重度化対応加算： 準ユニットケア加算： 看取り介護加算：			10単位 5単位 160単位			リハマネジメント加算：25単位 短期集中リハ加算： 退所時情報提供加算：500単位 老人訪問看護指示加算：300単位			60単位			
	80単位 在宅入所相互加算： 個別機能訓練加算： 専従常勤医師加算： 精神科医師療養指導： 障害者生活支援員加算：			30単位 12単位 20単位 5単位 26単位			認知症短気集中リハ加算：60単位 リハ体制強化加算： 認知症ケア加算：76単位 緊急時治療管理：500単位 リハADL加算： 夜勤加算（病院のみ）： 療養環境減算： 認知症ケア加算：76単位 60, 100単位（診療所） 60, 100単位（病院） 25, 85, 115単位（病院） 60, 100単位（診療所）			35単位 30単位 23, 14, 7単位 25, 85, 115単位（病院） 60, 100単位（診療所） 120単位（H21.3で廃止）			
	80単位 在宅入所相互加算： 個別機能訓練加算： 専従常勤医師加算： 精神科医師療養指導： 障害者生活支援員加算：			30単位 12単位 20単位 5単位 26単位			認知症短気集中リハ加算：60単位 リハ体制強化加算： 認知症ケア加算：76単位 緊急時治療管理：500単位 リハADL加算： 夜勤加算（病院のみ）： 療養環境減算： 認知症ケア加算：76単位 60, 100単位（診療所） 60, 100単位（病院） 25, 85, 115単位（病院） 60, 100単位（診療所）			35単位 30単位 23, 14, 7単位 25, 85, 115単位（病院） 60, 100単位（診療所） 120単位（H21.3で廃止）			

		改正前		改正後	
身 体	30分未満	231単位	30分未満	231単位	
	30～60分未満	402単位	30～60分未満	402単位	
	60分以上	584単位	60分以上	584単位	
	+30分毎に	+83単位	+30分毎に	+83単位	
	●身体の後継続して生活を行なった場合		●身体の後継続して生活を行なった場合		
	+30分毎に	+83単位	+30分未満	+83単位	
			+30分～60分未満	+166単位	
			+60分以上	+249単位	
生 活	30～60分未満	208単位	30～60分未満	208単位	
	60分以上	291単位	60分以上	291単位	
	+30分毎に	+83単位	※生活援助は60分が上限		

		名称	単位数	内容
新 設 加 算 ・ 減 算	特定事業所加算		I. +20% II. +10% III. +10%	I. 体制, 人材, 重度対応要件全て満たす場合 II. 体制, 人材要件を満たす場合 III. 体制, 重度対応要件を満たす場合 (体制要件) ・事業所のヘルパーに計画的な研修を実施 ・サービス提供責任者がヘルパーに書類等で利用者情報を伝達, 事後に報告を受ける体制 ・ヘルパーの健康診断を定期的実施 (人材要件) ・事業所のヘルパーの30%以上が介護福祉士 ・サービス提供責任者の全てが5年以上の経験のある介護福祉士 (重度対応要件) サービス利用者の20%以上が要介護4, 5
	3級ヘルパー減算		基本×70%	現在は基本×90%の減算であるが, 70%に減算率拡大 3級ヘルパーに係る介護報酬の算定はH21年3月31日まで

		名称	単位数	内容
従 来 加 算	2人訪問		基本×200%	同時に二人の訪問介護員が訪問介護を行った場合
	夜間・早朝加算		+25%	午後6時～午後10時, 午前6時～午前8時までの時間に訪問介護を行った場合
	深夜加算		+50%	午後10時～午前6時までの時間に訪問介護を行った場合

図2 訪問介護の介護報酬

4. 訪問介護と通所サービスの介護報酬

介護報酬改定の柱のひとつとして「中重度者への支援」が打ち立てられた。これは、要支援者に対する予防給付の導入、在宅軽度のマイナス5%改定を受けたものである。ここでは、訪問介護に関する介護報酬について再確認しておきたい。

図2は、訪問介護の介護報酬を示したものである。改正前と改正後を比較すると身体介護および生活援助とも基本単位に変更がないことがわかる。ただし、生活援助については、今回60分が上限となった。これに伴い身体介護と生活援助が混在する場合においても、生活援助部分は60分が上限となった。生活援助だけを目的にする長時間の訪問介護については、これまでも問題視されていたが、中重度者への支援ということから上限が設定された。

訪問介護の加算・減算に「特定事業所加算」が新設された。この加算は、体制要件を全て満たした上に、人材要件が重度

対応要件のどちらかを満たすと報酬に10%の加算が、3要件とも満たした場合には20%分の加算が算定できるというものである。

体制要件とは①事業所の訪問介護員に対しての個別研修計画を年度の始まる3か月前までに、策定し研修を実施する。②訪問介護員全員が出席する技術指導会議を月1回以上サービス提供責任者が開催する。③サービス提供責任者が訪問介護員に書類等で利用者情報を伝達し、訪問介護員から報告を受ける体制とする。④健康診断を非常勤職員も含めて1年以内毎に1回以上事業主負担で実施する。以上の要件のすべてを満たすことが求められる。

人材要件は、①常勤換算方法により訪問介護員の30%以上が介護福祉士であるか②サービス提供責任者の全てが5年以上の経験のある者で、介護福祉士の資格を有することによって満たされる。重度対応要件では、3か月ごとに直近3か月の「利用実人数」の20%以上が要介護4ないし5であ

	通所介護	通所リハビリテーション
基本単位数	通常規模型通所介護費 (所要時間4～6時間未満) 経過的要介護 458単位 要介護1 508単位 要介護2 588単位 要介護3 668単位 要介護4 748単位 要介護5 828単位 ※このほか小規模型通所介護費がある	通所リハビリテーション介護費 (所要時間4～6時間未満) 経過的要介護 447単位 要介護1 515単位 要介護2 625単位 要介護3 735単位 要介護4 845単位 要介護5 955単位
	個別加算 個別機能訓練加算 27単位 現行の条件に加え、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員などが共同して、個別機能訓練計画書を作成し、計画的に実施した場合に算定	リハビリテーションマネジメント加算 20単位 現行の個別リハ加算(130, 100単位)を見直し、医師、PT, OT, STが利用者ごとに実施計画を立て、実施、定期的に記録、見直しを行う 短期集中リハビリテーション加算 退院・退所・認定日から1月以内 180単位 退院・退所・認定日から1月超、3月以内 130単位 退院・退所・認定日から3月超 80単位 ※リハマネジメント加算をとっていることが算定条件 (老健が行う通所リハのみ、PT, OTが居宅訪問し、検査などを行い、通所リハの計画作成・見直しを行った場合、550単位加算)
共通加算・減算	大規模事業所減算 基本単位数×90% 前年度1年間の1月あたり平均利用者数が900人を超える事業所は基本単位数の90%で算定 送迎加算の包括化 (基本単位に包括) 現在、算定できる送迎加算(片道47単位)は基本部分に包括 入浴介助加算 50単位 現在、2種類ある入浴介助加算(44単位, 65単位)を一本化 若年性認知症ケア加算 60単位 若年性認知症利用者適切に対応できる知識・技術がある看護職員・介護職員の配置、主治医との連携 若年性認知症利用者のみで構成される単位である場合 栄養マネジメント加算 100単位 月2回まで原則3ヶ月、管理栄養士を1名配置 低栄養状態にある利用者に対し、医師、管理栄養士、看護職員、介護職員、PT, OT, STが共同で、栄養ケア計画を作成、実施、評価、見直しを行った場合、算定できる 口腔機能向上加算 100単位 月2回まで原則3ヶ月、ST・歯科衛生士、もしくは看護職員を1名配置 口腔機能低下状態にある(おそれがある)利用者に対し、医師、歯科医師、ST、歯科衛生士、看護職員、介護職員が共同で、口腔機能改善計画を作成、実施、評価、見直しを行った場合、算定できる	

図3 通所サービスの介護報酬

れば、満たされる。

このような特定事業所加算の導入は、高く評価できる。それは、中重度者への支援のみならず、訪問介護員の質の向上に寄与するからである。なお、3級ヘルパーについては、これまで10%の減算であったが、今後は30%の減算となり、さらに2009年3月末で廃止されることになった。

一方、通所介護および通所リハビリテーションの介護報酬も大幅に変更された(図3)。これまでの通所サービスは、要支援、要介護1・2または要介護3・4・5の3段階であったものが、経過的要介護(次の要介護認定までの期間)を含めて6段階となった。また、送迎加算(47単位)が包括されている。さらに、栄養マネジメント加算や口腔機能向上

加算などは、介護予防給付と同等となっている。なお、若年性認知症ケア加算(60単位)は、若年性以外の認知症とは別のグループで授産作業的なアクティビティやスポーツ、創作活動などや、家族に対しての相談支援を行うサービスで、その成果が期待できる。

通常規模型通所介護費(所要時間4～6時間未満の場合)要介護1が508単位で、その後1ランクごとに80単位加算され要介護5で828単位となっている。前月の1月あたり平均利用者数が300人以下の小規模型通所介護費(所要時間4～6時間未満の場合)では、要介護1が588単位(通常型にプラス80)で、その後95, 110, 124単位を通常型にプラスし、要介護5で139単位加算の967単位になっている。

また、通所リハビリテーションでは、所要時間4～6時間未満で、要介護1が515単位、その後110単位加算され要介護5で955単位になる。結果的には、通所リハビリテーションの方がコスト高であるので報酬も高くなっている。ただし、前に述べた小規模型通所介護の要介護5は967単位となっており、小規模型通所介護における中重度者への支援が強化されていることがわかる。

この逆に、1月あたり900人を超える大規模事業所ではマイナス10%という減算がある。このことから大規模より小規模が重視されていることがわかる。

今回改定でリハビリテーションが再評価された。まず、栄養ケア・マネジメントと同様にリハビリテーション分野にもマネジメント加算が設定された。この加算は1日当たりの加算であるとともに、この加算が行えない場合は、新設の短期集中リハビリテーション加算が算定できない。

介護報酬と同時に改正された診療報酬においてもリハビリテーションは再評価され、一定期間内の比較的早期に集中してリハビリテーションを行い、生活機能の向上を図る方針が示され、介護保険におけるリハビリテーションも短期集中に移行したと考えられる。このことにより漫然と長期に渡り、効果が不明なりハビリテーションについては、低い評価しか与えられなくなった。なお、通所介護についても、以前から個別機能訓練加算(27単位)があるが、注が変更されチームケアで計画書を作成し、実施することが求められることになった。

介護保険施設と通所サービスを比較検討してみると、たとえば、小規模型通所介護の要介護5は967単位であるが、所要時間が6時間以上8時間未満であれば1,320単位である。特養の多床室の要介護5は921単位、老健施設でも990単位、介護療養型で1,322単位である。この単位を比較してみると、中重度者の介護報酬は、施設と在宅の間で一部逆転したことになるとともに、多額の投資が必要な介護保険施設と比較的投資が少ない通所サービスの間にほとんど差がなくなるとすれば、施設から在宅へという流れを加速させる意図があると考えられる。

5. 市町村の権限強化

冒頭に述べたように今回の改正の全体像は、多岐にわたっているが、最後に保険者としての市町村の権限強化や保険者機能の強化と言うことについて若干の考察を加えておきたい。

要支援や要介護状態になる恐れのある人々に対し、市町村が「地域包括支援センター」を設置し、地域をトータルにマネジメントするという考え方は、明らかに市町村の権限強化である。また、「地域密着型サービスの創設」によって誕生することになる小規模・多機能型サービスは、当該市町村の被保険者に限定したサービス提供を前提として、事業者の指定・指導監督などの権限を市町村長に与えるものである。このことは、事業者の指定・指導監督権の一部を都道府県知事から市町村に権限委託することと同様であるとも考

えられる。

改正法で示された「地域包括ケア」の概念は、これまで先駆的な市町村で進められてきた、市町村主導の保健・医療・福祉に関連するケアの包括的マネジメントを、全国の市町村で展開しようとするものである。新設されるセンターの設置者は、市町村であるが、法第115条の39では、地域支援事業の実施を市町村から委託を受けた者が設置できるとされている。ただし、この場合でも運営協議会の事務局は市町村である。

地域包括支援センターは、定義のとおり、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、地域支援事業のうちの包括的支援事業として、①介護予防事業のマネジメント、②介護保険外のサービスを含む、高齢者や家族に対する総合的な相談・支援、③被保険者に対する虐待の防止、早期発見等の権利擁護事業、④支援困難ケースへの対応などケアマネジャーへの支援、の4つの事業を地域において一体的に実施する役割を担う中核拠点として設置されるものであるが、市町村の権限強化を推進させざるを得なかった理由があるはずである。

まず第1に、中立性、公正性ということからの権限強化といったことがあるのであろう。ケアマネジャーを疑うわけではないが、自らのサービスを利用する人々の要介護認定調査を自ら行うことができるという現行の仕組みについては、制度の立案過程でも大きな問題となった。保険という契約の仕組みで、査定する人とサービスを担当する人が同じと言うことは考えにくい。結局、介護保険施設の利用開始に当たっての要介護認定調査は、市町村職員が行うことになった。

第2に、要支援・要介護1のいわゆる軽度者の増加が、要介護保険費用の増加の原因になったことは明らかであるが、その影には不適切な負担の実態ということもある。しかし、それとは別にケアマネジメントがどう考えても適正でないという判断があったことになる。居宅介護支援費としてケアマネジャーに支払われる費用は、年間2,000億円を超え、利用者の自己負担はない。このうち、要支援・要介護1の利用者分は、7割に当たる約1,400億円であるといわれている。このことを変更させ、ケアマネジメントを適正化するために、一部を予防給付として地域包括支援センターの保健師等にケアマネジメントさせ、残りの要介護給付を担当するケアマネジャーを主任ケアマネジャーが支援させるということにしたのであろう。

第3に、市区町村の構造変化ということがこの5年間進んでいるということも考えざるを得ない。介護保険制度の創設は、市町村に大きな業務負担となった。人口規模の小さい町村は、独自で制度を展開することが困難であり、周辺の市町村との事務組合や広域連合などといった方法で連携を強化させてきた。ちなみに、介護保険制度の本格実施の前夜の全国の市町村数は3,232市町村であり、これが来年3月31日には1,822市町村になる予定である。

「平成の大合併」といわれるが、実はこの大合併を進めさ

せたのは、介護保険制度であったと後の歴史家はいうのであろう。市町村の権限を強化するためには、市町村自体が強化される必要もあったし、逆に市町村が強化されれば、都道府県の権限委譲を進めた方が、介護保険制度は円滑に進むという理由と判断があったと考えることができる。

6. むすびにかえて

以上、改正介護保険の全体像や介護報酬の主な改正内容

について検討し、今後の地方の保健医療福祉行政に影響を与える市町村の権限強化について、若干の考察を行った。高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる社会を実現するために、今回の改正は有意義である。また、新しく導入された介護予防給付や地域包括支援センターの創設あるいは地域密着型サービスがいかに有効に機能するかは、それ自体今後の大きな課題であると考えられるものである。