

高齢者施設福祉部会

「介護保険制度見直しに向けた意見」(平成16年12月17日 老人福祉部会)「養護老人ホームの「将来像」に関する要望書」(平成16年12月17日 老人福祉部会)から抜粋して整理したもの

〔提言項目1〕

1 介護保険制度見直しに関する事項

- 1 - 1 特別養護老人ホームの「社会福祉サービス」としての「生活支援」の強化
- 1 - 2 特別養護老人ホームを活用した地域密着型の小規模多機能施設の創設
- 1 - 3 特別養護老人ホーム利用者の医療保険の適用
- 1 - 4 介護保険の給付差は、利用するサービスでなく、要介護度ごとに統一すること
- 1 - 5 安心して老いるためには、福祉と介護と医療の組み合わせが必要

〔現状・課題、提言内容〕

1 - 1 特別養護老人ホームの「社会福祉サービス」としての「生活支援」の強化

介護保険制度見直しの中の施設サービスについて、居宅と施設の公平性を確保するという理由で、従来介護保険給付に含まれていた居住費、光熱水費、食費等に相当する生活費分を切り離して自己負担にすることが示されています。

特別養護老人ホーム利用者の80%が食費負担の減額対象者であり、現行でも利用者の年金収入などを越える部分は家族が負担しています。生活費分を自己負担化することは、利用者とその家族にとっては実質的に2世帯分を負担することになります。

介護保険では、収入が多い高齢者や家族ほど収入に占める負担は小さくなっていきます。介護保険の給付から「生活部分」を切り離し、その費用を自己負担とするならば、その面からみても、生活費部分には高齢者の収入状況に応じた「社会福祉サービス」としての「生活支援」システムが不可欠になります。そうでなければ、真に福祉サービスを必要とする高齢者が福祉施設から排除されることになります。なぜなら、特別養護老人ホーム利用者のおお半が明治から大正に生まれ、しかも女性が75~80%という実態からは一定の年金収入を前提とした自己負担の導入のみでは対応できない現実があるからです。

少なくとも介護保険で提供されるサービスについては収入に占める負担が大きいために利用を断念するような不公平が起きないシステムを確立することが求められます。高齢者が安心して老いていくためには住まいと共に社会福祉サービスとしての生活支援システムの確立、そして必要なサービスを利用できる公平な介護サービスシステムの確立が急がれています。

1 - 2 特別養護老人ホームを活用した地域密着型の小規模多機能施設の創設

特別養護老人ホームの施設機能を入所利用者へのサービス提供施設に集約せず、地域の拠点施設としての位置づけが求められています。

新しい地域密着型の自治体単位の高齢者施策を展開するために公費で整備されてきた特養のもつ資源を、地域の拠点施設として活用し、併せて虐待などの困難な状況に迅速、適切に対応するために、自治体と準公的（措置権機能）施設としての契約を交わし、その機能や役割が発揮できるシステム作りが急がれます。

1 - 3 特別養護老人ホーム利用者の医療保険の適用

部会で実施した「利用者家族意識調査」（平成 16 年 10 月実施）においても多くの利用者、家族が医療への不安を訴えています。特別養護老人ホームの入所については、緊急度による優先入所制度導入によって重介護化傾向が強まり、実際に要介護 4、5 の高齢者の利用が増えています。それに伴い、利用者の虚弱化が進み、入退院の繰り返しや日常的に医療的ケアを必要とする場合も多く、特別養護老人ホームにおいても医療管理が不可欠な状況になってきています。

しかし、実際の特別養護老人ホームは日常的介護やお世話の範囲で、医師や看護師の配置はあっても健康管理程度が想定されており、重度化に伴う医療的管理の体制はけっして十分ではありません。また、利用者の医療については、医療保険と介護保険（介護保険は配置医師等の報酬が含まれている等としている）の重複を避ける理由から、診療報酬に大きな制限が加えられ、結果として受診が制限されています。しかし、現実問題としては、重度化に伴う医療的ニーズの増加、また、そのような重度者に対する終末期ケアのニーズが高まっています。しかしながらそれらの体制は十分であるとは言えない現状です。

少なくとも在宅にあって受けられる程度の、また、それ以上の医療が、特別養護老人ホーム利用者においても受けられるために医療保険の適用見直しが求められています（提言項目 1 - 5 とも関連があります）。

1 - 4 介護保険の給付差は、利用するサービスでなく、要介護度ごとに統一すること

要介護認定は介護保険制度の根幹をなす給付の根拠として位置づけられています。しかし、実は介護保険の給付額は要介護度によって左右されるよりも、現実的には本人がどこにいて介護保険給付を受けるかにより、大きく異なっています。

例えば、介護度 5 の利用者が 1 ヶ月に受給できる給付額は表 1 のとおりです。多様な住み方、住み替えの議論も活発になっている今後のうごきを考慮すると、移動するたびに、また、生活する場が異なるたびに、給付額が変動するのは要介護度や認定の意義や信頼性が薄れます。制度の根幹にある認定の信頼性

をはかるためには、本人に給付される額は介護度のみを根拠に一定とし、それぞれの介護度に基づいて適切な介護サービスが提供されることが望まれます。

表 1：介護保険受給の場と給付額

(単位：円)

受給の場		介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
在宅 (上限額)		165,800	194,800	267,500	306,000	358,300
特定	痴呆対応	242,100	246,900	251,800	256,700	261,800
	有 料	166,900	187,300	211,300	228,100	248,800
施設	従来型特養	205,900	227,500	248,800	270,400	291,600
	小規模特養	238,400	252,700	267,300	281,900	296,200
	老人保健施設	249,100	264,000	280,100	296,500	312,600
	療養型病床群	249,400	282,800	355,200	385,900	413,600

介護報酬単価(日額) × 365 日 ÷ 12 ヶ月、1 単位 10 点で月額を算出。百円単位以下端数切捨。

ちなみに在宅と施設サービスの給付の不均衡(在宅サービスより施設サービスの給付が多い)が問題にされますが、これは施設サービスに食費や居住費が含まれているためではなく、施設の場合が 100% 給付になるのに比べ、在宅で生活されている方が給付の上限額を 100% 使い切らずに 40% 程度に留まっているからです。

要介護認定は本人の心身の状態からサービスの必要度をはかり、行政として公的に判定したものです。にもかかわらず、サービスが 100% 利用されていない理由はなぜか。このことが、今回の見直しでは検証されなければならない大きな問題でした。

例えば、サービスの量や質・あるいは種類・内容・利用料などの面から、なぜ 40% 程度に留まっているのか。100% 利用されてはじめて、家族の介護負担は軽減され、介護の社会化を実現し、在宅生活の継続につながるはず。そして、被保険者が納得し、保険料を納める信頼感が生まれたのではないのでしょうか。しかし今回の見直しでは、財源の確保を最優先し、給付の適正化、給付額の切り下げに関心が集中してしまいました。そのため、介護保険制度だけでは在宅での生活が難しくなってくるようです。

介護保険の信頼性を高めるためには、公平性とサービスの適切な給付が必要です。そして尊厳ある生を、老いて介護を要しても安心して生きられる制度づくりを期待したい。

1 - 5 安心して老いるためには、福祉と介護と医療の組み合わせが必要 介護保険制度の下で在宅サービスは介護を中心にしながらも福祉・医療の組

み合せが可能性として残っていますが、3つの施設が施設サービスとしてまとめられ、福祉も保健も医療もあいまいになってしまいました。しかし、施設サービスを利用される高齢者にとって生活・健康・予防・医療はいずれも欠かすことのできない側面で、現制度下ではケアプランのみで対応するには限界があります。今回の見直しにより、介護保険が介護に特化されていく方向が示されました。介護から外れる生活を包括的に支援する税による福祉サービス、医療保険による適切な医療保障を可能にする体制を、表2のとおり提案します。

【表2】在宅・グループホーム・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)別の制度適用(現状)

	在宅	グループホーム	介護保険法による 介護老人福祉施設 ① (特別養護老人ホーム)	老人福祉法による 特別養護老人ホーム (平成11年度まで)	
住まい ※1 (光熱水費や建物の維持管理費)	年金等	自己負担(年金等) (家賃+建築費を含む)	介護保険※2 (応益負担)+(金費)	措置制度(事務費+生活費) (応能負担)	
生活費 (日常的な生活費)	年金等	自己負担(年金等)			
生活支援	家族等	介護保険			生活 + 介護
介護	介護保険				
介護用品	年金等	自己負担(年金等)			
医療	医療保険	医療保険			医療保険(外来受診)

提 案
①特別養護老人ホームの改正 (介護老人福祉施設)
地域の介護拠点施設として機能できるよう自治体による予算措置の新設
原則自己負担(応能負担)
改正
人権尊重と保障、介護予防等の生活支援(利用者自身、家族、地域をめぐるとしての関係調整・介入等の援助を行う専門的社会保障に基づく「福祉の措置」機能(公費負担)
介護保険適用一在宅と同様の扱い。 (要介護度別の給付上限額)
原則自己負担(応能負担)
医療は受診の権利を保障するために医療保険適用

※1 日常的に地域の拠点施設として機能するために施設にかかるランニングコスト。

※2 在宅の場合、年金、医療保険、介護保険、本人や家族の力を総合的に組み合わせて生活しているが、特養の場合はすべてを介護保険に置きかえているために入院中のベッド確保、日常生活費の自己負担の範囲、介護度の低い人の受け入れ(福祉的側面)、入所者の受診制限等さまざまな混乱が未解決のままになっている。

〔提言項目2〕

1 養護老人ホームの「生活支援」機能を充実するとともに、大都市固有の課題への対応のため公的責任による「措置制度」の継続

〔現状・課題、提言内容〕

厚生労働省は平成16年10月28日に取りまとめられた「養護老人ホーム及び軽費老人ホームの将来像に関する研究会・報告書」を踏まえて、介護保険制度の見直しに合わせて、養護老人ホームの改革の検討に入っている。

この報告書は、措置制度の必要性を認め、これを存続させ、また、これまで利用できなかった介護保険の在宅サービスを利用可としている。しかし、介護保険サービスを利用できることとの引き換えに、措置の部分の職員配置基準を見直すことが提案さ

れている。すなわち、措置の要件から身体上の理由と精神上的理由を除いたことにより、措置施設の部分はケアハウス並みの要員で見守りが可能とし、これで不足のところはすべて外付けの介護保険サービスで賄うべきとしているのであるが、これは養護老人ホームの中心的機能であり生活支援に必要なマンパワーを過小評価していて非常に問題である。

養護老人ホームの機能と生活支援の実態を無視したこの改革案が強行されれば、現在の養護老人ホームは壊滅的な打撃を蒙り、養護老人ホームがこれまで果たしてきた高齢者の社会的要援護者に対する最後の生活保障の場としての役割を果たすことが到底できなくなる。

加えて、養護老人ホームの保護費負担金（補助金）が一般財源化する方向となったことについては、各自治体において養護老人ホームがその役割を引き続き適切に果たすことができ、自治体により利用者の保護に欠けるような事態が生じることのない国は適切な施策を講じるべきである。

〔提言項目 3〕

1 「多様な「住まい方」の選択肢の確保」を可能とするため、軽費老人ホームの「生活支援」機能を拡充し、そのための施設経営基盤の確保策の検討をすること

〔現状・課題、提言内容〕

軽費老人ホームは、A型、B型、ケアハウスの3つの類型からなり、このうちケアハウスはゴールドプランにも盛り込まれ施設数は増加している。また、介護保険制度では、軽費老人ホームは「居宅」として位置づけられ、「特定施設入所者生活介護」の受け皿ともなっている状況である。さらに、介護保険制度見直しの中では、「地域において、自宅以外の場所で、必要な介護や生活支援サービスを受けながら生活を継続できるよう、多様なケアと「住まい」の組み合わせの選択肢を用意していく必要がある」という提言も出されているところである。

この「多様な「住まい方」の選択肢の確保」の有力な担い手の一つとして、軽費老人ホーム（ケアハウス）が期待されるとともに、現行の3類型をどう整理していくのか、未整理の課題も多く残されている状況にある。

一方、「民間社会福祉施設サービス推進費補助」制度により、東京都独自の補助制度がある中で、国においては三位一体改革の一環として平成16年度より軽費老人ホーム事務費補助が一般財源化され、施設経営基盤の確保に大きな懸念が想定されている。

これまで軽費老人ホームが培ってきた要援護高齢者の介護予防と自立支援のための「生活支援」機能を充実することで、「多様な「住まい方」の選択肢の確保」も可能となると考える。