

## 「コムスン問題をどう考えるか」

株式会社わかば 専務取締役 辻本きく夫

本年4月に訪問介護の大手3社（コムスン、ニチイ学館、ジャパンケアサービス）の介護報酬不正受給問題が明らかになった。このうちコムスンについては指定停止処分が適用される前にその事業所を廃止するという手段で処分逃れをしたことに批判が集まり、結果としてコムスンの系列親会社であるグッドウィルグループが介護関連事業すべてを他社に売却することが報道されている。

この問題は「不正」を行った悪質事業者が世間の批判で破綻に追い込まれたという縮図に押し込められがちであるが、その背景にある現介護保険制度の欠陥については、これまでほとんど報道されていない。「不正」としたのは、不正すなわち「不法」、「あくどいことをした」と単純に捉えられがちなことに対して異議を唱えるものである。不法であるとしたらそれは法に背いたということになるが、その法が解釈で融通無碍に変化するものであるとしたらどうであろう。今の介護保険制度で最大の問題はその点にあるといい。といって、コムスンを擁護するつもりは全くない。失礼かも知れないが、この会社の指導者には福祉の仕事をするにふさわしい人柄を感じ取ることができない。営利企業が福祉サービスを提供すること自体が問題であるとの論調も盛んであるが、NPO、社会福祉法人、行政なら高品質のサービスを提供できるかというところと全くそうではない。以下では「不正」とされることの内容を検証するとともに、介護の現場でいま何が起きているかについて介護保険制度の問題点を主として訪問介護について論じる。

### 「不正」を検証する

#### 1 人員基準の問題

コムスンの指定取消処分の理由は、指定取得時の人員基準違反とされている。それも過去に遡って、指定取得時に要件とされる人員が確保されていなかったことが直接の原因のようである。それでは指定時の人員要件はどのようなものであろう。

平成11年3月31日付厚生省令37「指定居宅サービス等の事業の人員、運営に関する基準」に訪問介護事業を始める場合の人員基準が定められている。これによると、訪問介護サービスを提供する介護福祉士または訪問介護員を2.5人以上置く必要がある。また、1名のサービス提供責任者と1名の管理者を常勤で置く必要がある。ただし、サービス提供責任者は2.5人に含むことができ、また、管理者はサービス提供責任者を兼務できるので、結果として有資格者の常勤2名と非常勤1名を置けば指定条件をクリアできる。

指定を受けたとしてもすぐに事業が成り立つわけではない。最初は利用者が0名から始めるわけであり、介護保険からの介護報酬と利用者負担を収入源とする訪問介護事業が赤字を解消するまでに2

年から3年程度かかるのが普通である。それまでに営業活動をして非常勤訪問介護員を段階的に増やし、利用者を増やしていかなければならない。したがって、訪問介護事業を志す者はその間の人件費を手当てする必要がある。最低限の人員で運営したとしても500万円から1000万円の資金がないと基準に適合した事業展開はできない。

実際にはそれほどの資金力がない場合が多いので、利用者数の少ない初期段階においては常勤職員の給料を低く抑える必要がある。小規模な個人事業に近い形態で運営する場合は、経営者自身の給料をカットしたり、他の事業収入を投入することで堪え忍ぶことになる。ところが大手企業の新規事業所の場合は、できるだけ短期間に利益を上げるように上部から事業所責任者に圧力がかかるため、常勤のはずが実際は非常勤であったり、訪問介護員のサービス調整や指導をするべき担当のサービス提供責任者が本来の業務をせず常勤訪問介護員として働くことになる。コムスの場合は指定申請時に勤務していない者の名前を使って指定を受けたとのことなので、このことは詐欺行為であり許してはいけない。しかしながら、指定申請時に勤務していた職員が指定後すぐに辞めてしまうことはよくあることであり、そのことは違法ではないし、その場合は新たな職員を雇って変更申請すればすむことである。報道されている内容から推定すると、コムスは常勤職員数が常に基準を満たしていなかった可能性が高い。

常勤換算の訪問介護員2.5人あたりにサービス提供1名を配置する必要があるなど、訪問介護事業にはスケールメリットがあまり働かない構造になっており、その構造を無視して無理に利益確保を図ったために違法状態が長期間に及んだと考えるのが妥当である。見解はいろいろあろうが、訪問介護事業が採算ラインに乗るには、利用者数が60から80人、非常勤訪問介護員が30から40人必要であると考えられる。コムスの場合、事業所あたりの利用者数が平均30人程度であり、人員基準を守っていたとしたら訪問介護事業全体でみて黒字になることはなかった推定される。

「指定居宅サービス等の事業の人員、運営に関する基準」の第24条と第28条にはサービス提供責任者の責務が規定されているが、それによるとサービス提供責任者は訪問介護計画書の作成と訪問介護利用の申込みに係る調整と訪問介護員の技術指導などを行わなければならない。しかしながら、基準上は自らも訪問介護サービスを行えるため、多くの事業所でサービス提供責任者が常勤訪問介護員化する傾向がある。その背景には慢性化した人材不足のためにサービス提供責任者が訪問介護サービスを提供せざるを得ない事情もあるが、利潤を重視した場合は故意が働く場合もあろう。

訪問介護事業においてサービス提供責任者の果たすべき役割はたいへん大きい。ケアプランに基づいて各利用者の希望に沿って訪問介護計画書を作成し、サービスの手順を決め、訪問介護員を配置し、適切なサービスが提供されているか確認し、必要に応じて研修や指導を実施しなければならない。訪問介護員の不平不満を聞いたり、訪問介護員の生活上の相談に乗ったり、利用者からの苦情にも対応しなければならない。良い訪問介護を提供できるかどうかはサービス提供責任者しだいといえるほど、

重要なポジションである。ケアマネジャーのプランが優れていてもサービス提供責任者が悪ければ良いサービスは提供できないし、逆にプランに問題があっても良いサービス提供責任者はケアマネジャーに問題をフィードバックすることで良いサービスを提供できるようプランを変更させることができる。このように重要な仕事でありながらサービス提供責任者の業務には介護報酬が全く支払われない。

このようにみえてくると、利潤を追求するとサービス提供責任者が常勤ヘルパー化してしまう現在の人員基準に問題があることが分かる。サービス提供責任者はそれぞれの介護の現場を熟知していることが求められているので、ある程度の時間数まで自らもサービスを提供できる制度であるべきである。その前提でサービス提供責任者が雇用者に搾取されずに本来業務を全うできるようにするためには、訪問介護サービスに携われる時間を月に 50 時間程度に制限する代わりに、サービス提供責任者の作成する訪問介護計画書ごとにケアマネジャー並の報酬を支払う制度にする必要がある。

## 2 介護保険サービス外のサービスの返還問題

大手 3 社は東京都の監査の結果、それぞれ数千万円の報酬返還を求められている。理由としては実際に行っていないサービスの報酬を請求した場合など当然のものもあるが、同業者からみてこれも返還の対象かと驚く内容も含まれている。その一端を紹介しよう。

(事例 1) 「散歩」は介護保険外サービスと指摘され、報酬を返還させられた例。

歩行が不安定な高齢者が散歩に行くのに付き添った場合、そのサービスは介護保険サービスになるか。答えは「なる場合もあるが、ならない場合が多い」である。基本的に散歩介助というサービスは介護保険上認められていないが、平成 17 年以前はこれを容認してきた歴史がある。当然といえば当然であるが、高齢者が散歩する目的は、気分転換や歩行機能の維持向上である。高齢者の身体機能維持に役立つサービスが介護保険外サービスであるとは思わないのが普通である。しかしながら、介護保険制度では「散歩は目的地をもたない単なる気晴らしなので介護保険サービスにはならない」というのがほとんどの都道府県や市区町村の見解である。介護保険制度上では訪問介護は訪問した先の利用者宅において提供されるサービスであり、居宅外で行われるサービスは通院などの目的地が定まったごく一部の外出介助のみである。(通院介助については後述。) 保険者(区市町村)によっても解釈が違うが、最近の解釈では目的地が特定できない散歩は介護保険外サービスと見なされることが多い。ただし、下肢筋力の維持や閉じこもりの防止を目的とした外出でケアプラン上に位置づけられていれば介護保険サービスとして認められることがある。しかし、その場合でも「散歩」と書くと不適切サービスと烙印を押され、報酬返還を求められることが多くなっている。大手 3 社のみならず他の事業所でも訪問介護報告書に「散歩」と書いてあると有無をいわずに報酬返還させられている事例が多数報告されている。

社会福祉制度は、行政による措置から「自己選択・自己決定」を原則とする制度に移行してきており、福祉サービスの基本は自立支援とされている。この場合の「自立」には自分一人ではできないことを自己決定で社会資源を用いて行うことも含まれると解釈するのが一般的である。また、移動の自由を確保し、社会参加を可能にするのが社会福祉サービスの目的の一つになっている。介護保険制度が社会福祉制度の一部をなすならば、一人で外出することができない者や歩行時に転倒等の危険を伴う者に対して「移動の自由」を担保できるものでなければならない。移動できなければ当然にして社会参加はできない。このことを考えると、介護保険制度は、社会福祉制度の世界的潮流を無視した制度であるといつて過言ではない。

現状では保険者やそれを監視する都道府県が不適切あるいは「不正」と判断すれば、事業者には対抗する手段がなく、報酬を返還するしかない。ここでは報酬を返還したサービスがすべて本来の意味での不正なサービスとは言い切れないことを指摘しておきたい。

(事例2) 通院介助を介護保険で認めない自治体が増えている。

先に述べたとおり通院介助は居宅で行うことが原則の訪問介護に許された特例的外出介助である。この特例が適用されるのは「家族等が対応できない」ことが前提になっており、等にはボランティアや知人などが含まれるとされる。現実には通院ボランティアが整備されている自治体は少ないので訪問介護を利用することとなる。

通院に訪問介護を利用する場合にもいくつかの条件がある。ただし、保険者によって、また、都道府県によって解釈に微妙な差異が認められることがある。以下が一般的な解釈である。

) 一人で移動できない、あるいは転倒の危険がある利用者の場合は、往復の移動介助や診療受付、支払い等を介護保険サービスで行うことができる。

) 待ち時間は常時見守りが必要な場合のみ介護保険に含むことができる。(認知症や座位が安定しない場合など。)

) 診療時間や検査時間は含まない。

この解釈によるならば、認知症がなく座位が安定している場合は待ち時間を介護保険に含むことができない。仮に往復に40分、受付・支払いに15分、診療時間5分、待ち時間1時間とすると、55分のみ介護保険算定可能になり、残りの1時間5分は自費請求せざるを得ない。事業所によって自費単価は違うが自費生活援助費を1000円/30分とすると、利用者は通院の度に介護保険自己負担分約400円+2000円(自費)=2400円負担しなければならない。この金額は待ち時間だけでは1時間2000円ずつ増加する。2時間待てば4400円になる。

高齢者世帯の80%以上が年収200万円以下であることを考えるとこの負担は限界を超えている。結果として多くの高齢者は介護保険を利用して通院することを控えざるを得ない。憲法25条をもち出すまでもなく、「健康」の前提である医療サービスを受ける権利を実質的に制限している通院介助の

規程は基本的人権に抵触している恐れがある。

こうした制限の多い通院介助であるが、介護保険を利用した通院介助を一切認めない保険者が多くなっているようである。

「不正」と指摘されたサービスにも通院介助が含まれていると考えられる。

(事例3) 同居家族がいる利用者の生活援助サービスを返還させられた例。

厚生労働省告示 19 号によれば、「単身の世帯に属する利用者又は家族若しくは親族と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者又は当該家族等が家事を行うことが困難であるものに対して、生活援助が中心である指定訪問介護を行った場合に所定単位数を算定する。」となっている。この条文は、同居親族があれば原則的に生活援助サービスを受けることができないことを意味している。

そこで問題になるのは、「同居とはどのような状態をいうか」と「当該家族等の障害、疾病等が何を指すか」である。この二つの解釈しだいで生活援助を受けられるかがどうかが左右される。最近では生活援助を軽くみる傾向があるが、高齢者が健康に生活するためには、掃除、洗濯、調理などのサービスが必須である場合は多い。要介護度が軽くてもこれらの家事を十分行えない高齢者は多い。

例によって同居の定義は保険者で多少ならず異なる。世田谷区では、「生計の同一性がない場合」別居、家屋の構造上、玄関・居室・台所・浴室が独立している場合は生活形態で判断するとしている。当然、同じマンションの違う階に家族が住んでいる場合は別居である。若干曖昧な面はあるが、他の自治体と比べて同居を比較的狭く解釈していることにより生活援助を利用できる可能性が高い。これに対して、同居の範囲を広げ、生計を別にしている二世帯住宅は同居、階数が違って同じマンションに家族が住んでいれば同居、同じ敷地内にあれば別棟でも同居、歩いて5分以内にすんでいる場合も同居とする自治体もある。

複数の自治体にわたってサービスを提供している事業者は多く、ある自治体では介護保険を使っても別の自治体では使えない場合があるため、現場は混乱している。

同居の解釈のために「不正」とされ、介護報酬を返還させられた例は多い。

つぎに、同居家族がいてもその者に「障害、疾病等がある」場合は生活援助を受けられることになっている。介護者が要支援等に認定されている場合や疾病・障害で家事を行うことができない場合に生活援助が受けられるのは当たり前である。問題は「等」である。

その他の理由で同居家族がいても家事をしてもらえない場合として想定されるの

は、同居家族の介護拒否や介護放棄などが想定される。近年高齢者虐待が社会問題とされる中、同居家族への扶養義務を強めると結果的に虐待を受ける高齢者が増える恐れが高まる。それ故に「等」として家族に問題があれば生活援助を受けられる可能性が残されている。

しかしながら、家族の状況の如何を問わず同居家族がいれば生活援助は一切できないと解釈する自治体が増えている。このため複数の自治体でサービスを提供している事業者の中には、「不正」とされて介護報酬を返還させられる事態が起こる。

最近、世田谷区の包括ケア会議で虐待の危険性のある同居家族に対して「介護放棄をする旨宣言をさせて印鑑をもらうように」との指導がなされた。世田谷区の公式見解でない可能性もあるが、高齢者虐待をしそうなその家族に介護放棄＝虐待の意思確認をせよとは言語道断である。この指導を実施したら高齢者虐待が増加してしまう。ケアマネージャーは利用者本位に考えるのが任務であり、介護放棄が懸念される場合には訪問介護の生活援助をプランに入れることがある。この場合も、「不正」と見なされて報酬返還の憂き目にあう確率が高い。

(事例4) やむなく延長したサービスを介護保険外とされた事例。

訪問介護の仕事はケアプランに基づいて実施される。それはサービスの基本であるが、介護の必要な利用者の多くは身体状況が不安定であり、プランに入浴が位置づけられていても体調によって入浴できるときもできないときもある。また、退出間際に失禁などがあればそれを放置してプラン通りに帰ることはできない。その場合のサービス内容は現場の訪問介護事業所の判断に任されることが多い。事後承諾によりプランを遡って変更することになる。

ところが最近行われている監査、指導では、事前にプラン変更しない場合に延長したサービスの報酬を認めないとの見解が示されている。要するに「不正」請求であるとの判断である。これでは利用者本位の訪問介護サービスはできなくなってしまう。

逆に朝の更衣介助だけ依頼されており、かかる時間が15分だった場合も「不正」請求として報酬を返還させられている。「身体1」すなわち報酬の要求できる最低時間数は20分という規程があるためである。

「不正」に括弧をつけた理由は、これらの事例をお読みいただければお分かりいただけると思う。大手3社の「報酬不正請求」事件以来、すべての事業所の自己点検や監査・指導が行われており、巨額の報酬を返還させている。実は私の事業所でも問題のあるサービス(利用者不在時のサービス等)が発見されたために一部の報酬を返還することになった。訪問介護員の知識不足、事業所の監視・指導不足を指摘されれば平身低頭謝罪するしかない。云うまでもないことであるが、指導・監査による指摘の多くが担当者の立場として、権限の上からも公正なものであったろうことを否定するつもりは

ない。しかしながら、調査・監査で指摘された不正の内容については国民の知るところではなく、介護保険制度のあるべき姿を考えたときに、不正とすべきかどうか公の議論に付したいと考える。

## 平成 18 年度の法改正と問題点

グッドウィルグループ会長はテレビの番組の中で平成 18 年 4 月の介護保険法改正で導入された「介護予防で採算が悪くなった」と語った。平成 18 年 4 月施行介護保険法改正の目玉の一つといえるのが「介護予防」であるが、この法改正では報酬の見直し（報酬の切り下げ）、地域包括支援センターの設置を含めて大規模な制度改正がなされた。以下では世間であまり認識されていない法改正の内容と法改正が事業者に及ぼした影響について検証する。

### 1 介護報酬の切り下げ

法改正による報酬改定の目標は、0.5%切り下げだが平成 17 年 10 月に行った報酬改定を含めると 2.4%の切り下げである。このうち在宅分が 1%の切り下げ、施設分が 4%の切り下げである。この数字を見る限り介護事業の状況を知らない人には、わずかな切り下げに思えるかも知れないが、その影響は甚大である。

厚労省の発表している平成 17 年度の経営実態調査によれば、訪問介護事業の損益は 0.8%であり、100 万円売り上げごとに 8,000 円赤字が出ることを示している。調査の対象に地方自治体や社会福祉協議会など税金が投入されている団体や様々な補助金を受けている社会福祉法人などが 40%ほど含まれているので、その他の事業所の収益はこの数字よりもはるかに悪いのが実態である。

訪問入浴介護に関してはさらに悪く、損益が 10%を超えている（補助金を含まないベース）。通所介護や訪問介護については収支がプラスになっているが、経営環境は良好とはいえないが、在宅介護の柱ともいえる訪問介護に更なる減収を迫る報酬切り下げは介護保険制度自体の存在を危うくするものである。

訪問介護の報酬切り下げの手法も巧妙である。家事が中心となる生活援助を 1.5 時間とする。運用の厳格化とのことで身体介護も基本的に 2 時間まで、1 日に複数回サービスを利用する場合は 2 時間以上間をあける。介護予防訪問介護の報酬を月極にし、年間で減収になるように設定するなどの改正がなされた。1 回あたりの平均サービス時間が短くなることで、サービスごとの報酬が下がるとともに、訪問介護員に係る移動時間の比率が上がり収益率を大幅に低下させた。

改正前には要支援で訪問介護を利用していた利用者の多くが制度改正後にサービス利用をやめていることも影響している。

もともと赤字の訪問介護事業は、今般の介護職不足の中で継続が極めて困難になっている。

## 2 「介護予防」とは何か

(財)東京都高齢者研究・福祉振興財団のホームページによれば、『「介護予防」とは、要支援や要介護の状態になることを予防し、いつまでも元気で、自分らしく、いきいきと暮らしていくための手段』ということになっている。この財団は、介護保険に関する東京都の事業を手広く下請けしている東京都の天下り機関であり、この定義に「介護予防」なる言語の問題が内包されているとあってよい。

社会福祉を多少なりとも勉強した人は、社会福祉の目的は「自立支援」であると教育を受けたはずである。「介護予防」というのは紛れもない新造語である。善意に解釈すれば介護を受けないですむように予防する各種政策ともとれるが、悪意に解釈すれば介護報酬を切り下げるための口実とすることもできる。いずれにしても、なぜ自立支援ではいけないのか、理解に苦しむ。「介護予防」という言語をとおして新たな福祉サービスを展開しようということなのだろうが、深読みするならば自立支援という言語の背景に存在する社会福祉の歴史を否定することが目的のようにもみえる。

少々前段が長くなったが、社会福祉において使われる「自立」という言語は 1970 年代にアメリカ合衆国で展開された障害者の自立生活運動で用いられた自立生活：“Independent Life”における independent の訳語であり、日本語で自立という語が意味する内容とかなり違うことに注意しなければならない。自立生活運動における自立とは、経済的にも日常生活上も人の手を借りざるを得ない状況でスティグマ:stigma(「負い目」と訳すべきか?)を負わされてきた重症障害者が、そのスティグマから解放され、自らの判断で福祉サービスを利用して、自らの希望にもとづいた生活を送ることである。福祉サービス提供者が行うのが自立支援であるが、この自立の定義からして当然のことながら決定権は利用者自身にある。自立支援が利用者にスティグマを与えるものであってはならない。

日本の社会福祉サービスとりわけ生活保護の現場では、申請者にスティグマを与えることで利用を抑えようとする傾向がある。たとえば、いろいろな事情があっても「まだ若いだから働けるはず」などと断定して申請者を追い返すことが日常的に行われている。社会福祉の世界的潮流から考えれば、あってはいけない対応である。

本論に戻って介護予防の定義を改めてみると、「要支援や要介護の状態にならないように」行う予防ということは、要支援に認定されたものが受けるのは介護予防ではなく、介護サービスということになる。揚げ足を取るようだが、要支援に認定された高齢者が介護状態になるのを予防すべき人たちがどうかの議論が必要である。実際に介護の現場にいれば、要支援と認定されようと要介護と認定されようと、利用者が必要とするサービスにほとんど差がないことが分かる。また、要支援と認定する基準は明確なものではなく、申請者やその家族を納得させることのできるものではない。

実際に要支援 1 または 2 に認定されると、これまで親身になっていろいろなサービスを調整してくれていたケアマネージャーが外されることになる。代わって地域包括支援センターのケアマネージャーが担当することになる。この段階でこれまでのケアマネージャーは仕事を一つ失う。ケアマネージャーにとって一番苦勞する点は利用者との間に信頼関係を築くことであって、ようやく信頼関係を築



いて良いプランを提供できるようになっても認定しだいである日突然利用者から引き離されるいまの制度は利用者からみても理不尽なものである。また、世田谷区の場合、地域包括のケアマネージャーが作るプラン数は平均 70 強にのぼるため、利用者の状況を常に把握し、必要に応じてプランの変更を行うことは不可能に近い。

介護予防の報酬が月単位であることも合理性を欠く。要支援 1 又は 2 に認定されると介護予防訪問介護を使えるが、その報酬は週 1 回程度（1 回でもサービスがあればよい）の利用を「措置」されると、1,234 単位である。月によって週 4 回のときも 5 回のときもある。週 4 回で 309 単位/回、週 5 回だと 247 単位/回となる。改正前の訪問介護の生活援助でみると、これまで 1 時間以上 1 時間 30 分未満の報酬が 291 単位であったので、訪問介護員の賃金を変えない限り週 1 回 1.5 時間のサービスを行うと 5 週目のサービスはほぼ収入ゼロでサービスを行わなければならない。1 回あたりのサービス時間は決められていないので、制度改正直後には、地域包括のケアマネージャーから週 1 回、3 時間/回のサービスを入れるように指示があったことがある。それは違法ではないけれども、生活援助に関する訪問介護員の報酬は 1 時間 1,100 円（わかばの場合）なので、3 時間で 3,300 円支払わなければならない。それに対する報酬は月 4 回で 309 単位 = 3,312 円、月 5 回で 247 単位 = 2,647 円である。事業所の経費を考えると持ち出しになってしまう。さすがに 1 回 3 時間のサービスを入れるようにとの指示はなくなったが、1.5 時間のサービスを入れると年間では年間では減収になる。ほとんどの事業所では利用者のことを考えて 1.5 時間/回のサービスを入れているが、コムスンなどでは 1 時間/回のサービスしか行っていない。このことは違法ではなく責めることはできないが、利用者本位からはほど遠い経営方針である。

他の介護予防サービスの多くも月単位であり、これを逆手にとって月 1 回だけのサービスで 1 ヶ月分の報酬請求をしている事業所もある。見学のはずが 1 ヶ月分の自己負担金を取られたとの報告もある。

なんでこのような報酬制度にしたのか全く理解できない。高齢者は状態が不安定なのでキャンセルはよくあることである。1 回あたりの報酬設定にするのが合理的である。

### 3 事業所加算の導入

今回の法改正では、様々な「加算」が導入された。リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション加算、栄養マネジメント加算などは肯定的に捉えることができるが、居宅介護支援と訪問介護に関する加算には問題がある。

このうち居宅介護支援に新設された特定事業所加算を受けるためには、主任介護支援専門員の管理者を置くこと、常勤専従の介護支援専門員を 3 人以上置くこと、中重度者（要介護 3～5）が 60%以上を占めること、24 時間緊急呼び出しに対応することなど、通常の事業所では不可能な算定条件になっている。現時点では、主任介護支援専門員の講習は地域包括勤務者以外にはほとんど認められてい

ないため、全国でも加算を取っている事業所は数件しかない状況である。また、地域包括で 24 時間対応しているところがあるとは聞いたこともない。

訪問介護の特定事業所加算に関しては、体制要件、人材要件、重度対応要件の 3 要件があり、全部を満たすと 20%、体制要件と他の一つの要件を満たすと 10%の加算が認められる。体制要件としては、研修体制の確立、サービス提供責任者の業務重視、ヘルパーの健康診断が必要である。人材要件としては介護福祉士が 30%以上、サービス提供が 5 年以上の経験をもつ介護福祉士であることが必要である。重度対応要件は、要介護 4 又は 5 の利用者が 20%以上となっている。世田谷区内ではコムスンと他のある大手事業所のみ 5 , 6 件の事業所が加算を取っている。

訪問介護の加算の問題は、加算事業所を利用すると介護保険限度額で受けられるサービス時間が減ってしまうことである。実際にあった話だが、複数の訪問介護事業所利用者の身体状況が悪くなったために利用時間を増やすために認定区分変更申請をし、要介護 5 に認定された時期に一つの事業所が加算を取ったために利用できる時間が逆に減ってしまったことがある。

加算を取る事業所は、複数ある事業所の介護福祉士を一つの事業所に集め、また、要介護度の高い利用者をその事業所に集めることで要件を満たしている。実際には経験の豊富な訪問介護員より介護福祉士の方がサービスの質が高いと思われない状況では、加算事業所を利用するメリットは利用者にとってほとんどない。加算事業所であるかないかに関わらず、各事業所のサービスの質に関する情報は地域の多くのケアマネージャーの知るところであり、質に差が認められない場合は利用者負担の面から加算事業所を選択しないことが多い。

利用者本位を理念として掲げる世田谷区内の中小の訪問介護事業所では、特定事業所加算を取る動きはいまのところみられない。報酬切り下げで厳しい経営状況ではあるが、加算を取ると仕事の依頼が減る現状では事業上のメリットは少なく、また、加算により利用者の訪問介護利用時間上限が減少する状況では今後も加算を取る事業所は少ないものと思われる。

#### 4 地域密着型サービスの創設

法改正前の介護事業はすべて都道府県が申請に基づいて指定する方式をとっていたが、法改正で導入された地域密着型サービスは地域の実情を把握している地方自治体（保険者）が独自の判断で指定できるサービスである。地域密着型サービスには以下の 6 類型がある。

小規模多機能型居宅介護（介護予防を含む）

夜間対応型訪問介護

認知症対応型通所介護（介護予防を含む）

認知症対応型共同生活介護（介護予防を含む）

地域密着型特定施設入居者生活介護

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

このうちコムスンなど大手が行っているのが夜間対応型訪問介護である。サービスの内容は、定期巡回の訪問介護、随時訪問介護、常時電話対応できるオペレーションサービスであり、どのサービスに対応するかによって報酬が異なる。24時間サービスがなくなるを危惧する声があるが、担い手や報酬の点で持続可能な制度かどうか判断できるだけの情報がない。

介護保険法における小規模多機能型居宅介護は、訪問介護、通所介護及びショートステイを組み合わせたものであるが、本来は最終的な住居も提供するサービスのことである。このサービスの目的はそれぞれのサービスを使うときに担当する介護職が変わらないことで、新しい人になじみにくい認知症高齢者でも安心して利用できることである。

このサービスは、要介護によって月極報酬になっており、利用者が急に病気になったために通院介助をしても報酬が上乘せされないこと、良いサービスをして利用者の介護度が下がった場合に報酬が大幅に下がる問題がある。また、基準の人員配置では十分なサービスが提供できないため、採算性は低いと推定される。小規模多機能型居宅介護を以前から行っている事業所では、事業の運営が困難な指定基準を嫌って、地域密着型サービスの指定を受けないところも多い。

他のサービスに関しては実際のサービスが始まって1年経っていないところが多く、今後の情報を分析しないと介護報酬で運営できるものなのかどうか分からない。

## 5 密室で行われる要介護認定

どのようなサービスをどのくらい受けられるかは要介護度によって異なる。要介護認定は介護保険サービスの最重要事項である。しかしながら、この一年くらいの間に認定更新時に要介護3が要支援2に認定された、要介護2だったものが要支援1にされたなどの話が頻繁に聞かれる。

認定制度では、認定調査員の調査結果をもとにしてコンピュータによる1次判定をし、これと主治医の意見書を参考にして認定審査会で介護度を決める。もちろん、認定の基準はあるのだが、決定は密室作業であり、認定を低く出す方針があるのかどうか知る由もない。確実にいえることは、認定結果に不満のある利用者、家族が多くなった事実があるということである。

認定審査会でどのような議論がなされているのか、少なくとも利用者とその家族には知らせるべきであろう。現在利用者に公開されているのは、認定調査表と主治医の意見書だけである。判定に不満があった場合には不服申立ができるが、その間サービスが使えなくなるため実際に申立をするものは少なく、その場合は区分変更などの申請をすることが多い。

一次判定結果、認定調査表の特記事項、主治医の意見書をもとに要介護認定を行う認定審査会のメンバーになっている医師にも不評の制度である。というのは同業者である他の医師が書いた意見書にも必要事項を丁寧に記載している例は極めてまれであり、介護保険制度に対する医師の意識の低さに閉口することが多いと聞く。要介護度をどの区分にすべきか意見の言いようがないことが多い中で、保険者主導で認定が行われているのが現状のようである。十分な聞き取り調査をしない認定調査員も

多く、これでは認定制度の信頼性が担保できない。

#### まとめ

コムスン問題を語るときに事業者の倫理観の欠如を追求するだけでは、問題の背景がみえてこない。発足7年の介護保険制度が抱えている様々な問題を理解しない限り、本質的理解に到達できない。

コムスン問題で介護保険サービス、とりわけ訪問介護に世間の目が集まったことをいい機会と捉え、介護保険制度をとりまく法的問題と解釈で融通無碍に変化する運用の現状を紹介することにした。

介護保険は保険であって福祉制度ではないと言う者もあるが、本来は日本の社会福祉制度の重要な柱の一本のはずである。この制度が社会福祉制度であるならば、当然にして世界の社会福祉制度発展の歴史で培った社会福祉思想を実現できるものでなければならない。

「介護予防」という名目でなされた「措置」サービスは、自己決定を前提にした自立支援という社会福祉の歴史に逆行するものであることは間違いない。措置制度の欠陥の一つは、利用者にスティグマを与える点である。欲しいサービスを選択して介護を受けることは基本的人権として捉えられなければならない。

介護者への負担を社会で分担するという「介護の社会化」も、同居家族がいる場合の生活援助原則禁止で介護保険制度から消えてしまった。家族の介護と仕事の両立に苦しむ介護者は、制度からの支援を受けられなくなってしまった。かつて認められていた「日中独居」では生活援助を受けられない。

自分が行きたいところに行くという「移動の権利」も介護保険制度から外されようとしている。「移動の権利」を奪われることがどれだけ悲しいことか、また、それによって生活が大きく制約されることか。移動の権利が基本的人権であることを再確認することが必要である。

コムスン問題を契機として介護保険制度の問題点に対する理解が進み、安心して年を取ることできる制度が実現することを望みたい。繰り返すようであるが、介護保険制度は現在介護サービスを受けている者だけの問題ではなく、生きていれば必ず高齢者になるすべての者の問題であることを指摘して本拙文を終える。

平成 19 年 6 月 22 日 (株)わかばにて  
(読者のご意見を入れ一部修正しました。同年 7 月 2 日)