

厚生労働大臣殿・東京都知事殿・市区長殿

## 介護保険制度改正に向けての提案書

2003年5月

東京・生活クラブ運動グループ福祉協議会

会長 麻生純二

介護保険制度が導入されて4年目を迎えました。私たちが継続して行ってきた「介護保険制度検証のための基礎調査」も4年目に入り7回の調査を完了したところです。

2003年度には、介護報酬の改定が行われました。保険者である自治体では3年のローリングでの介護保険事業計画の見直しによる変更で、保険料の改定もすでに決定しました。要介護認定者が増えていることと、限度額利用率も5割を超えるようになったこと等で、サービスの量を増やす必要があることから、保険料の値上げは全国的に必要なとの判断が主流でした。しかし、多くの自治体では介護保険準備基金(国からの調整交付金+給付が見込みより少ないための黒字)残高が多いので、保険料の上げ幅を抑えるための方策として、基金を取り崩して保険料に充てることが目的に叶っているという判断が働き、上げ幅は低く抑えられました。保険料減免についても、公費を入れない、0徴収はない、所得収入のみで判断しない等の3原則を守りつつ、いくつかの自治体では6段階方式を導入しました。

私たちは、都内約500人の高齢者のサービス利用実態を定点調査として実施してきました。介護保険制度施行の背景の中で、介護の社会化は徐々に進み、地域福祉においては介護保険制度の範囲とそれ以外の高齢者保健福祉サービスの両方の充実が求められている事がはっきりしてきました。その結果から得た改善点を介護保険制度改正に向けての提案書にまとめました。歳をとっても、介護が必要になっても安心して暮らすために、地域福祉の充実に必要な改善として、本書を厚生労働省、東京都および都内各基礎自治体(市及び区)に提案し、今後開始される介護保険制度改正の議論に加えご検討いただくことを要望いたします。

東京・生活クラブ運動グループ福祉協議会

生活クラブ生活協同組合(東京)

23区南生活クラブ生協、北東京生活クラブ生協、

多摩南生活クラブ生協、多摩きた生活クラブ生協、

東京ワーカーズコレクティブ協同組合、社会福祉法人悠遊、

特定非営利活動法人アビリティークラブたすけあい、

東京・生活者ネットワーク

事務局/連絡先 市民シンクタンクひと・まち社

東京都新宿区歌舞伎町2-19-13 ASKビル5F

TEL&FAX 03-3204-4342

# 介護保険制度改正に向けての提案書

介護保険サービスの財源は、今年度、多くの自治体で実施された介護保険料の改訂によってこの先およそ10年までの見通しで確保されるものという前提に立ち、以下の改善点を提案いたします。

## ・在宅介護の充実に向けて

### 1. ケアマネジメントの質を高める

現状ケアマネジャーの仕事の内容は利用者を訪問しケアプランを作成し、サービス提供事業者を決定し、給付管理事務を行ういわばケアパッケージを提供することである。しかし制度の普及、利用の促進のみならず、利用者や家族の心を開き個々の尊厳が保障される生活になるよう、介護の社会化を進めるキーパーソンとしての役割がもう一つの大切な仕事として期待されている。ケアマネジャーの仕事の質を高めるためにも担当ケースに十分な対応が可能になることを優先することが急がれる。その実現のために以下の改善を求める。

#### ケアマネジャーの事務の軽減を図る

担当件数は30～50件を目標にし、ケアマネジャーの事務量を軽減し本来の業務を遂行できるようにする。報酬単価も改めて見直す必要があるが給付管理のうち請求事務はケアプラン料の外に出し、事業所への支援策のひとつとしてパソコン及びソフト導入の支援策を設ける。

#### 研修を義務付ける

より良いケアプランをつくるために、最低限、新しい介護技術や痴呆への対応、住宅改修に関する知識、事例検討を中心とするソーシャルワークの演習等の研修を定期的に行い、研修会等の参加回数をポイント換算し、一定の点数に満たない者は減算対象となる仕組みをつくるなど受講を義務付ける。医療系と福祉系の良い点が交流できるようなしくみを研修に盛り込み、段階的に自立を高める目標に立ったケアプランが作成できるよう課題を解決する。

#### 困難事例の対応に新しいルールをつくる

虐待や介護放棄、サービス拒否、医療との複合・連携など困難事例の困難事例は、介護保険対応の問題というより住民の生活を守り、地域福祉の増進を図る責務を負う自治体が、社会福祉の考え方に基づく対応を確立する必要がある。たらい回しにした挙句NPOに丸投げするようなことのないよう、基幹型在宅介護支援センターにケアマネジャーリーダーを配置し、自治体としての責任ある対応を検討した上で、改めて信頼できるケアマネジャーに委託するなどのルールを定める必要がある。在宅で生活する人々が安心して地域で暮らすために重要な役割があり、現在市町村が委託事業として実施をしているが今一つ機能していない在宅介護支援センターの役割を強化する上でも必要なことである。

サービス担当者会議を実現させる

2003年度からケアマネジャーの減算の対象にサービス担当者会議を取り上げたことは評価するところである。しかしサービス担当者会議は特に医師等医療系の担当者の出席が困難といわれている。ケアマネジャーは診療時の記録等を活かすなどの方法で担当者の連携をはかることとし、チームケアが可能となるよう開催率を高める工夫も必要である。そのために、目的を確認した上で、医師が作成する診断書等の必要書類の開示を求めるとともに、開示された内容をケアマネジャーが正確に読み取るための研修なども提供することが必要である。

## 2. ヘルパーの専門性を高める

ヘルパーの意識改革のための研修を充実させる。

多くの高齢者は自分で何かをしようという意欲が乏しいといえる。要介護者のありのままを受け入れることは大切であるが、要介護者が言うままの介護をする事が良い介護とはいえない。意欲を喚起するまでの支援が現場で担当するヘルパーの専門性として問われている。一般的に報酬が高ければ、心のゆとりが生まれ介護技術の習得などの研修に時間をかける等、良い介護ができるはずである。しかし雇用形態に社会保険がないことなどに起因し、ヘルパーの10円でも高い時給を求めての流動化現象は続いている。事業所はヘルパーの意識改革のために専門性を高め、要介護者の自立を高める介護が提供できるヘルパーを養成することが課題である。そのために、事例検討などを軸にした定期的な研修が必要であり、事業者は研修受講率を高める条件を整える必要がある。

新たな医療行為の概念を構築し、ヘルパーの業務内容にやむをえない場面での（必要最低限の準）医療行為を実行できるよう改善する

在宅介護ではヘルパーは痰の吸引、胃ろうからの摂食、褥そうの手当て、浣腸、摘便等の処置を主治医の緊急避難という判断で行っている例もある。医療と介護の垣根を低くして、医療担当者は介護担当者に現場での研修を支援するなど、利用者が安心して介護が受けられる環境を整えるべきである。そのためには、前述の痰の吸引等を「介護の必要に応じて行う医療に準じた行為」とする新たな概念を構築する必要があり、やむをえない場面での必要最低限の準）医療行為をヘルパーの業務内容に加えるべきである。

医療情報の本人開示を実現する

介護保険が導入されて以来、サービスを利用している利用者本人への介護サービスに関する情報開示は徹底されている。しかし、要介護認定の意見書など医療に関する内容については本人が請求しても開示されていない。本人への情報開示は、介護計画やサービス提供内容を確認する意味から望ましいことといえる。医療情報の開示を望む人には本人に限り、開示可能なしくみを整えるべきである。

訪問介護員養成研修（2級課程）に、「薬」についての研修項目を新設する

現在2級課程を修了したヘルパーは身体介護を提供することができる。在宅においても要介護5までの介護が必要であり、現場では、与薬、軟膏の塗布、点眼などが行われているのが実態である。現在の2級課程養成研修には薬に関する項目は全く含まれていないので、介護をする上での基礎的な知識として「薬」についての研修項目を新設する必要がある。

訪問介護サービスに痴呆介護加算を行う

今回の報酬改訂では、訪問介護サービスが2類型に整備され、身体介護は一回1.5時間以上は30分ごとに830円(地域加算差あり)の加算となり実質上の切り下げとなった。痴呆の見守りは身体介護にあたり、在宅介護の現状からみると24時間の見守りが必要なケースもある。痴呆の重さによって、訪問介護に痴呆加算を行う必要がある。これによって痴呆に対応できるヘルパーの確保や家族の心身の負担を軽減させることが可能となる。これに伴い、要介護者の利用限度額に痴呆加算をすることも検討する必要がある。

### 3. 安心できる移送サービスを保障する

民間非営利事業の移送サービスは、タクシー会社に準じる扱いで介護保険サービスに組み込む

現在タクシー事業者が介護保険サービス事業者として登録した場合、1回の移送につき1,000円の給付が認められている。NPOのサービス提供事業者では乗車降車の際のヘルパーの費用が介護保険で認められている。同じ行為にも係らず扱いが違ふことで料金の考え方が違ふなど利用者には大変解りにくい。特に通院のための移動手段とする場合にはケアプランに盛り込むサービスとして扱うことを検討するなど、タクシー会社に準じる扱いで介護保険サービスに組み込むことが課題である。

移送に関しては様々なサービスが混在しているが、どれも使い勝手が不十分でなかなか解りにくい現状がある。行政の支援もタクシー券・福祉バス・介護保険による移送サービス等様々である。高齢者には路線バスはドア to ドアではないので利用しにくいことや、自家用車は運転できない等、要介護者が通院のために安心して利用できるサービスを確立する必要がある。

### 4. 住宅改修を在宅介護の効果的なサービスメニューにする

東京都は、住宅改修の考え方を明らかにすると共に住宅改修マニュアルを整備する

住宅の改修と福祉用具の活用は、転倒防止やリハビリ効果など、残存機能を活かした介護生活には重要な意味を持つサービスメニューである。しかし、住宅改修は専門知識を必要とすることや業界の慣例のために、ケアマネジャーが係わりたくてもなかなか効果の上げにくいサービスである。東京都は、住宅改修の考え方を明らかにすると共にマニュアルを整備し、それに基づく事業者の指導、ケアマネジャーの研修等を実施し、効果的な介護保険サービスメニューとする責任を持つ必要がある。

住宅に関する相談業務への対価を新設する

住宅改修まで持ち込まれない改善、例えば、畳のへりをなくす・家具の配置を変える・使いやすい器具に替える等の改善で転倒防止やリハビリ効果を上げる例がみられる。このような相談業務に関する対価は、これまでも認められてなかったうえに、今年度の理由書廃止にともない、ますますケアマネジャーが関わりにくい状況となった。ケアマネジャーの仕事に位置づけるためにも、住宅改修、福祉用具の購入等の相談業務を介護保険の対象に加えることが本来の介護保険サービス事業の目的に添った充実につながるものと考え、相談業務への

対価の新設を求める。

## 5．通所施設での入浴・リハビリ・送迎の拡充

デイサービス、デイケアでの入浴単価を見直し、どの施設でも入浴サービスを提供できる環境整備を進める

要介護者本人にとっても家族にとっても在宅での入浴は不安が大きく、デイサービスでの入浴の希望が高い。少なくとも週2回のサービスが期待されている。しかし、介護保険後、東京都単独の補助制度がなくなったこともあり、都内のデイサービスセンターでは単価の低い入浴を休止している例がある(12,500円×地域加算×0.1=自己負担額 区部1,340円/市部1,326円/青梅1,272円)。自己負担をしてでも入浴を確保したいという声は大変多い。デイサービスでの入浴サービスを十分に行うためには利用者人数加算方式にするなどの改善が必要である。自治体では地域特性を把握し、入浴サービスの提供を徹底する取り組みが望まれる。

個別介護計画に基づくリハビリの提供を実現する

デイサービスやデイケアを利用したくない理由の一つに集団リハビリが挙げられている。また、ショートステイではほとんどリハビリが提供されず帰宅後ADLの低下が見られる例がある。どの施設においても個別の介護計画が策定されているはずであり、介護計画の目標に応じた意欲を引き出す個別の生活リハビリが提供される必要がある。あわせてPT、OT等の専門スタッフの計画的確保を図ることが必要である。

多様な短期入所施設を認め、緊急対応も可能な量的整備をすすめる

ショートステイは2ヶ月前からの予約がないと利用できないほど空きがない状態で、緊急なニーズの対応が困難な現状が続いている。特別養護老人ホームや病院などに数床併設される例が多いが、もっと多様な形態のショートステイを整備し、ニーズに応える量を確保する必要がある。例えば医療・介護との連携を条件に送迎付で保養地(温泉)の旅館、駅前のホテルといった既存の施設との契約や、ショートステイだけの小規模な専用施設を新設すること、また、自宅や保養地の契約施設へのヘルパー派遣といった新しい展開ができるよう環境を整える。

また、ヘルパーを要介護者の自宅に派遣する泊まり込みによる出前ショートの手配も検討する必要がある。

## 6．在宅でのターミナルケアを支援する

在宅でのターミナルケアを提供する総合的なしくみをつくる

生の終末を畳の上で迎えたいという人は多い。本人にとっても家族にとっても、その希望をまっとうするにはまず死についての考え方を明確にするところからのケアが必要となる。その上で在宅医療、介護と看護の関係が構築されなければ不可能である。慢性疾患、急性心不全、癌などに不安なく対応できる訪問診療と在宅介護は、介護の社会化の究極の目標であるともいえる。地域医療と地域福祉の連携で在宅でのターミナルケアを支援する具体的なしくみをつくる必要がある。

## 2．入所施設での生活の充実に向けて

### 1．特養での生活を豊かにする

待機者の重複申請を避けるために申請の受付は行政が行う

特養の入居決定は待機の順番を優先していたが、訪問調査を実施し入居判定会議をもって緊急性に配慮した判断がなされる方向に変わってきた。申請者は待機者が重複申請を行っているため、本当に入りたい施設でなくても早く順番が来た施設に決めてしまう傾向にある。介護保険の基本的な考え方に添って選択性を高めるためには、申請の受付を行政が担うことによって重複を避けると同時に希望に沿った入居の実態をつくることができる。

特養での生活の幅を広げる支援

入居者が一か月に1度も外出できない特養もある。散歩は1対1の対応になるため、外出できる人数に限りが生じる。特養の生活の質を高め、メリハリを持たせるためにはボランティアの位置づけと活用方法を明確にし、外出を慣例化する条件を整える。

また、ペットセラピーが行えるように犬・猫・ウサギなど動物の訪問や施設での飼育を通して、心豊かな生活を作りだすゆとりが必要である。

### 2．老人保健施設の機能を回復し在宅への中間施設に位置づける

老健を入院から在宅への復帰施設と位置づけ、自立の目標を持ったリハビリを提供する

医療施設であることや小規模であるため地域での建設が促進され、待機者の少ない施設になっている。そのことが現実には特養が空くまでの待機施設として利用され、リハビリを十分に提供されない例も横行し、自宅ではトイレに行けた人がオムツにされるなど、生活意欲やADLが低下してしまうケースもみられる。最長入所期間3ヶ月を復活させ、本来の社会復帰のための中間施設の役割を果たすことが必要である。退所後の在宅のサービスを充実させることが老健が老健らしい役割を果たせる条件となる。

### 3．療養型病床におけるオムツ代自己負担への支援

医療保険適用療養型病床のおむつ代を自治体の助成対象にする

介護保険適用療養型病床のおむつ代は介護保険給付に含まれるが、医療保険適用の場合、自費負担になっている。都内のある市では市の助成制度に基づきおむつ利用の補助を入院中は現金で支給し、在宅は現物で支給している。どこに入所していても均等な支援が受けられるよう保険者の責任として統一性を図ってほしい。

### 4．有料老人ホームでの介護保険を使いやすくする

有料老人ホームは特定入所施設の指定を義務づける

有料老人ホームは共同生活施設ということで介護保険サービスは在宅扱いで受けると言われながら有料老人ホームの終身介護権との関係から、訪問看護の併用などではできないところがある。入居者は訪問介護サービス事業者を利用し、入院時洗濯物を届けることや居室での簡単なケアサービスを使っているが十分なケアを受けられると感じていない。介護保険サ

ービスが十分に使えるよう、すべての有料老人ホームが特定入所施設の指定を受けるなど運営上の指導が求められる。在宅の介護保険を利用することによって外の目が入り開かれた施設運営も可能となる。あわせて、保険財政を健全化させるためにも有料老人ホームやケアハウス、グループホームに住所地特例を設けるべきである。

## 5 . グループホームの改善

入居者の加齢に伴い重介護が生じた場合、要介護4・5を対象に介護保険の居宅サービスを併用できるようにする

グループホームは共同生活が営める痴呆性高齢者の少人数での生活施設であるが、共同生活が営めなくなった時点で退去を検討する事になっている。このため入居時に特養に申請しておく事を勧めるホームもある。しかし加齢に伴い要介護度も痴呆度も上がり、重介護になっても、利用者家族の要望や退去先がないなどの理由でグループホームでの生活を続けている例が見られる。グループホームはターミナルケアを予定していないので、現在の施設要件でこの状況に対応することは、人員配置、エレベーター、入浴設備等において困難を極めていいる。グループホームでは在宅サービスを包括的に提供することになっているが、要介護4・5の入居者を対象に医療保険、介護保険の併用を認め、訪問看護、訪問介護、訪問入浴等を地域の事業者から受けられるよう制度を改めることで介護度の高い入居者の生活が安定できるようにする必要がある。

また、ターミナルケアについては、医療との連携など、在宅での看取りを早急に研究する中から、それに準じたサービスを提供することを検討する必要がある。

グループホームでの入居金（保障金）の用途を利用者に明らかにする

グループホームによっては入居一時金を取っているところがある。利用者は家賃（部屋代）、介護保険利用料（1割負担）、食費、日用品費等を毎月支払っている。入居金が何に使われているかを知ることにより、信頼や納得の度合いが高まる。入居一時金の用途を入居者にあらかじめ知らせる事を義務付ける必要である。

## 6 . 施設における介護計画の充実

介護計画を大切にしたいしくみにする

入居者の身体機能と意欲を見ながら、ここまでならできるという目標に向けての投げかけから、少し頑張るという気持ち生まれ、生活と動きの良い循環ができてくる。このような変化を入居者、家族、施設の介護者が共有し、介護計画を第1段階、第2段階、第3段階と短期長期の目標を持った内容に充実させる必要がある。ともすると集団と捉えた介護に陥りがちな施設において、個別の介護計画に基づくサービスを徹底する事で、その人らしい生活の場としての施設をつくりあげることが可能である。

### 3. 保険者として取り組む改善点

保険者（自治体）は情報の収集・分析及び蓄積、必要に応じた現場へのフィードバックを大きな役割として持っている。事業者への情報提供など必要な支援を行うと同時に、単身・高齢世帯等情報弱者といわれる利用者の実態を的確に把握し適切に対応する事が求められている。

ケアマネジャーの独立性中立性を保障するための情報提供などケアマネジャー及び居宅介護支援事業所への支援を行う

ほとんどのケアマネジャーがサービス提供事業所に席を置いている。しかし事業所の営業活動的ケアパッケージを売り込む仕事に追われている実情も浮かびあがっている。保険者だからこそできる行政の役割として、ケアマネジャーの独立性中立性を担保し利用者にあったサービスを組み立てるために、ケアマネジャー個人に対しても利用実態や動向に関する情報や事業者情報等を提供することが必要である。また、独立型居宅介護支援事業者が、利用者の立場に立った本来の目的に叶ったケアマネジメントを提供する事業者となるための無利子融資・物品援助・事務所貸与、給付管理 PC ソフト購入費の援助等、支援策を充実させる必要がある。

介護虐待を発見する仕組みをつくり、緊急避難を可能にする

暴力を振るわれている高齢者の場合発見は難しい。虐待についての定義を行政が明らかにすることによって初めて虐待の実態が表に出てくる。発見者等の第三者が相談できる窓口の設置とともに、例えば、福祉事務所、在宅介護支援センター等の機能を活用した虐待防止対応マニュアルの整備等を自治体に義務付ける必要がある。また、虐待している側をカウンセリングするシステムもマニュアルに盛り込む必要がある。

緊急受入体制としてはショートステイの確保整備が必要であるが、その先の施設入所等にも道を開く必要がある。

介護者（家族、ヘルパー、ケアマネジャー等）を対象とする身近な相談機能をつくり、研修を提供する

私たちの調査でも介護者の約 50% が 5 年以上の長期介護を担っている。介護者の心身を健康に保つことが介護の社会化の中で大きな課題となっている。自治体は NPO やボランティアと協力して、介護者のための悩みを聞き心身のケアを提供する身近な相談機能をつくり、デリケートな対応が求められる相談員の研修などを提供する必要がある。

また、ケアマネジャーやヘルパーなど、プロとして利用者をケアする立場の人をケアする仕組みが、なかなか事業所内にはつくりにくい現状があり、専門家による相談機能を設置する必要がある。

成年後見制度を支援する制度を整備する

痴呆の要介護者の生活を保障していくためには成年後見制度のように第三者が介入するシステムが必要であるが、なかなか使い難い制度といわれている。成年後見制度の市町村長が申し立てをする事ができる規定に基づき、自治体が要綱を策定するなど制度を使いやすくするための支援制度の整備を義務付けるべきである。初期段階で的確なアドバイスができるよう相談窓口の設置、在宅介護支援センターとの連携などの相談機能の充実を図り、相談内



容の情報整理をしていくことが大事である。この事は後見制度に至る以前に人権擁護を身近にするためにも必要である。

介護予防に力点をおく施策を充実させる

スポーツ、料理、マージャン・囲碁将棋などのゲーム、要介護者の話し相手、介護技術、など様々な介護予防、痴呆予防のプログラムを元気な高齢者の参加で提供し、元気になった事例を広く普及していくことが大事である。また、パワーリハビリのような体力気力維持に効果があるメニューを増やす努力が必要である。

痴呆に関する学習の機会を設ける

痴呆は初期の発見と対応の仕方での後の進行状況に影響が出ると言われている。痴呆についての知識が乏しいために家庭での初期対応によっては症状の悪化を招いている例が見られる。痴呆症状を持つ要介護者の介護の視点に古くからのジェンダー感覚にとらわれていることで、痴呆症状を認めない等もおおきな弊害になっている。痴呆に関する基礎的な知識や対応の仕方を学習する機会を広く繰り返し行うことで後期痴呆の発症を予防する事が可能である。

## 4 . NPO への支援のあり方

NPO の財政的支援のために非営利事業の資金プールを可能にする

介護保険制度の導入においてはNPO型事業者がオンブズ的役割を果たし、制度の普及等、基盤整備に貢献してきたと言える。NPO 事業所の大きな課題は活動費の確保である。零細な非営利事業所への支援が必要だが現状そのような制度は十分に整備されていない。少なくとも、寄付、会費等非営利部門の資金を本来活動のための基金としてプールすることを認めるべきである。

NPO に関する税制改革は、寄付の所得税控除を新設する。

税制改革の方向としては、他の公益法人とは切り離し、寄付を所得税控除の対象にするなど個人からの資金調達を可能にする支援策を求める。

## 5 . 保険料徴収と利用料 1 割負担について

保険料の徴収方法は当面変更しない

保険料は3年ごとに見直すルールに基づいて、2003年度から数年先の需要を見通しほとんどの自治体が、段階的な値上げの方向を打ち出したところである。介護保険準備基金を取り崩して、徴収金額を低く押さえる方法も多くの自治体が決定した。また徴収方法も5段階方式から6段階への移行が平等・公平性を高めるとして多くの自治体が採用している。現在40歳から保険料を支払っているが今後迎える超高齢社会においては財源の確保を考えていく必要があり、全体像の改革とともに保険料徴収対象者をいずれ広げる事も必要になってくる。議論の方向として、障害者と一本化すること、税で何を賄うかなどを十分議論し、20歳以上からの徴収が0歳からの徴収かなどの検討を行い社会保障としての福祉の本質に

基づいて算出する必要がある。しかし、若年層は年金制度への不安、現在の労働市場の低迷、若年者の失業など、厳しい雇用環境にあり、移行にあたっては経過措置を講じるなど、いたずらに混乱を与えないように配慮すべきである。

利用者の1割負担を堅持する

介護保険の1割負担を医療保険並みの2割3割にするのは無理がある。利用者負担は現状の1割を堅持すべきである。現在も取り組んでいる生活困窮者に対しては、行政がある程度の負担をすることは必要である。支援の範囲は原則に基づき自治体が決めて良い。

## 6 . 福祉サービス第三者評価

小規模な事業所でも福祉サービスの第三者評価を受けることができるよう支援をする

利用者のサービス選択に資することと、事業者のサービスの質の向上を目的として、2003年度から福祉サービスの第三者評価が実施されている。評価の必要性についての理解を深め、小規模な事業所も第三者評価を受けることにより開かれた事業にしていくことが大切である。どのような事業所でも第三者評価が可能になるよう保険者は様々な支援をする必要がある。特にグループホームのように第三者評価が義務付けられたサービスに対しては、評価に係る費用の一部を介護保険で賄うなどのしくみを検討する必要がある。