

## Ⅳ. 介護保険制度の改善課題を検証する

### —医療福祉生協連の介護保険利用状況調査から—

津止 正敏

本稿は、日本医療福祉生活協同組合連合会（医療福祉生協連）の情報誌「comcom」（NO. 529、2011年9月号）に、同会理事の立場で掲載したものを表現等一部改めたものである。その後2012年4月に施行される改定介護保険法を巡っては政府「社会保障と税の一体改革」において以下のような新たな情勢も生まれているので若干補足しておこうと思う。そこでは、介護保険制度の効率化、給付の重点化を掲げ介護サービスの大幅な抑制と利用者負担増の方向を打ち出している。要支援1、2の人の利用料負担を1割から2割にする、要介護1、2の人の施設利用料を引き上げる、ホームヘルパーの掃除・洗濯・買物などの生活援助の提供時間を60分から45分に短縮する、一定所得以上の利用者の利用料負担を1割から2割へ引き上げる、ケアプラン作成の有料化、特別養護老人ホーム等施設の個室以外にも居室料負担を課す、施設の低所得者向け負担軽減の対象の制限、要介護度1、2の施設入所者の負担増、等々が検討されている。2011年6月に一旦棚上げにされたかに思えた種々の論点が「社会保障と税の一体改革」と看板を替えて再度浮上している。本稿で取り上げている介護保険の利用状況調査に表れた実態は、改めて上記の政策動向への厳しい批判となっていることを実証している。安心の介護保障を求める実践と運動の根拠として活かしていきたい。

#### 1. 介護保険利用状況調査

2011年6月15日に介護保険改定法が参院で可決され、事業にかかる財源確保や医療行為の介護職員への拡大など不安定要素を抱えながらも2012年4月から施行となります。

医療福祉生協連では、介護保険対応小委員会を組織し、この課題への対応方

針を探ってきました。改定法の方向性を先導した社会保障審議会「介護保険制度の見直しに関する意見」(2010年11月)への医療福祉生協連の態度表明を2011年1月に発表し、その正当性を改めて検証するために取り組んだのが、本稿にて紹介する介護保険利用状況調査です。予防的観点に立てば、軽度者を介護サービスから除外することは、その介護ニーズをさらに深刻な事態に誘導しかねないこと、とりわけ認知症ケアの場合は、初期対応こそ本人にとっても家族介護者にとっても極めて重要であること。また、利用者負担のこれ以上の強化は、今でも経済的要因がサービス利用を控えている利用者が多くいる中で更にこの傾向を加速させる要因となりかねないこと、という医療福祉生協連の主張を確認するための調査です。

調査概要は以下に示す通りです。

#### ①調査実施期間

2011年3月3日～2011年3月31日

#### ②調査対象期間

2010年10月1日～2010年10月31日

#### ③調査対象

医療福祉生協連加盟生協のうち、福祉事業収益高上位10生協を含む18生協の居宅介護支援事業所所属のケアマネジャーが給付管理を行う介護保険利用者を対象とした。

#### ④調査方法

ケアマネジャーに質問票を配布して、上記調査対象期間に給付管理を行っていた利用者について、以下の項目を記入してもらった。

\* 利用者の介護度、独居加算・認知症加算の有無と受給額

\* 利用限度額50%未満の利用者と利用限度額上限額超過者の介護・生活状況を居宅介護支援事業所1か所につき利用者各5人を上限に記入してもらった。

#### ⑤調査回答者数

\* 介護度、独居加算、認知症加算の有無、受給額：5,383件

\* 受給額50%未満の利用者の事例調査：159件

\* 利用限度額上限超過者の事例調査：134件

## 2. 介護保険利用状況調査結果の概要

### (1) 25%の利用者が経済的理由により介護サービスの利用を控えている

受給者の18.8%が利用限度額に対し20%未満の利用となっており、40%未満では受給者の39.3%にのぼります(図1)。また、利用限度額に対し50%未満利用の者の事例調査(159人)からは、25%もの利用者が経済的理由により介護利用を抑制していることが明らかになりました(図2)。

事例(1) 生活保護の老齢加算廃止後より利用を控える傾向で、デイサービスも食事代の負担を避け利用停止中。入浴はショートステイ利用時の月2回のみ(要介護度2)。

事例(2) 同居の孫は介護により勤務できないため遺族年金のみで2人が生活。利用料負担の問題から福祉用具レンタルのみの利用(要介護度3)。

利用者の利用料負担能力は確実に受給率に影響しています。安心して必要な時に必要な介護サービスを利用できる制度として改善していくためには、保険料軽減策の充実と負担能力を勘案した利用料制度とすることが必要です。利用者負担の一層の強化は、さらに利用抑制を加速させ制度崩壊を招くことになりかねません。

図1

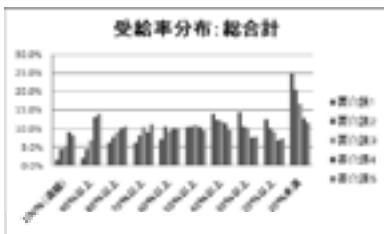
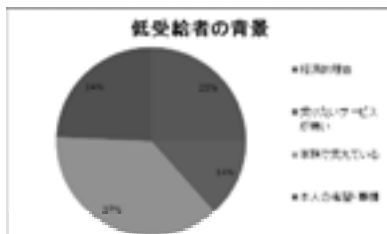


図2



### (2) 軽度者を排除してはいけない

今回の調査は医療福祉生協連加盟のうち18医療福祉生協の居宅介護事業所でケアプランを作成している利用者5,383人のデータによっています。要支援

者は前回の改定にて地域包括支援センターの介護予防対象となり多くが居宅介護支援事業所所管を離れたため、今回の調査ではその利用実態に迫ることが出来ませんでした。

ただし、要介護度1の軽度利用者から類推すれば以下のような指摘が可能です。

要介護度1の利用者の平均自己負担額は今回の調査では、6,848円となっています。全体平均受給率より10ポイント以上も低いものの、それでも受給率は41.3%です。1人暮らしや認知症の方の場合、同じ介護度1でもそれぞれ受給率は45.濃密な介護サービスを必要としていることがわかりました。

今回の改定法では見送られましたが、「介護保険制度の見直しに関する意見」で提起されたような軽度者を対象外とする政策が実行され全額自己負担となった場合、負担額は10倍の6.8万円となり、要介護度5の利用者負担額(2.1万円)の3倍を超えます。何よりも介護サービスのサポートがあって初めて介護生活が成り立つような1人暮らしや認知症の利用者への影響は甚大です。

また、認知症や1人暮らしの利用者が制度的には対象ではあっても経済的やその他理由によって、結果的に介護保険の対象から外されてしまうということは、今回の改定法で導入された「日常生活総合支援事業」とも関連して考えれば、市町村の判断如何では介護保険から排除されかねない要支援1・2の利用者の課題に通底することでもあります。

### (3) 要介護度5の半数以上が認知症を伴う利用者

要介護度1の利用者のうち認知症加算対象者は9.5%となっています。重度になるにつれ認知症を伴う方の占める割合は増加する傾向にあり、要介護度5の利用者の56.9%は認知症加算対象者で、平均受給率も63.8%と他を圧倒しています。軽度から重度に至る境界を跨いで発症する連続性への対応こそ認知症ケアに特有で必要な視点です。私たちは、軽度者の保険給付除外は認知症利用者への保険給付除外につながり、さらには認知症状の重症化を招きかねないことを特段に危惧しています。

事例(3) 認知症による不穏状態を理由に老健より入所を拒否される。娘3人がお金を出し合いショートステイの利用料を支払っているが、毎月上限額は超過

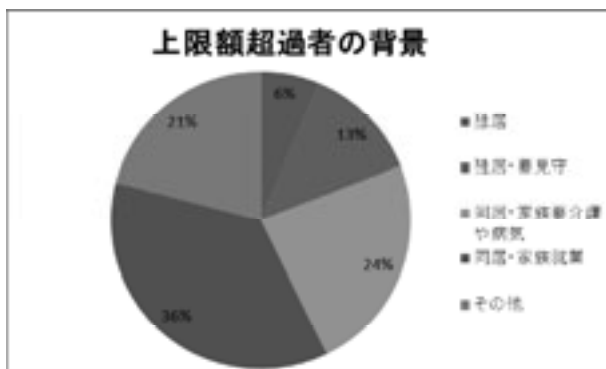
している。グループホームは利用料が高すぎて選択できない。(要介護度3)

#### (4) 家族介護者への支援が必要だ

給付限度額超過者(134人)のうち、60%の利用者は家族の病気や就業を背景に、上限額を超える介護サービスを利用しています(図3)。これは決してケアマネジメントの「失敗」ではなく、むしろ、後述の利用者実態にも象徴されるような、家族介護を前提として家族に依存しているという介護保険制度の欠陥です。

施設での介護は、施設設備や介護職員の配置基準もあり一定のケアの標準化も可能かもしれません。しかし、在宅の介護はそうはいきません。本人の要介護状況や家族介護者の条件、今とこれまでの家族関係、地域の介護資源の整備状況等々複雑な変数要因の組み合わせによって介護のカタチがまとまり、それゆえ一つの要因変化によって刻々と変化していきます。殆ど利用のない家族もいれば、倍加してサービスの利用が必要な人もいます。在宅介護こそ標準化が最も困難な場面といえましょう。

図3



事例(4) 両親を介護するため、息子が仕事を辞めて同居をしている。息子以外に協力者がなく2人をシングル介護の状態(父要介護度5、母要介護度3)。

事例(5) 1時間に4~5回の吸引が必要。独居のため娘が通いで介護をしていたが夜間介護の疲れからダウンし、以後介護サービスを増やし夜間は家政婦を

利用している。月の負担額は50万円超と高額になっている（要介護度5）。

2010年国勢調査（速報）によれば、高齢期・高齢者の暮らしが激変しています。1人で暮らす、ケアを受けながら暮らす、ケアしながら暮らす、男性もケアする、みんなと施設で暮らすなど、家族も介護もそのカタチは様々ではありません。家族はもはや安定した強い介護資源でなくなっています。こと介護に限ってみれば、むしろ放置すれば介護する側もされる側も共倒れの危険にある、家族はそれほど弱く脆いものに変容しています。

介護を必要とする本人支援の一層の拡充と同時に、介護する家族への支援策について積極的に体系化するとともに、家族介護者への包括的支援を可能とする根拠法（介護者支援法）を制定すること、これが私たちの主張です。

## おわりに

要支援者は介護保険の認定者の4分の1を占めており、受給者の2割に上ります。要介護1も含めると、軽度者は認定者でも受給者でも4割以上という大きな数を占めます。介護ニーズをスペクトラム（連続体）として把握するという視点は、介護予防としても、また、介護される人・する人の生活の質を高めるということからも意義のある視点です。

今日の介護や家族の構造変化を考慮すると、介護が必要となった初期にどのような支援システムを構築できるかが決定的に重要です。受給者の4割を占める軽度者への支援が蔑ろにされれば、介護を契機として発生する家族間の厳しい葛藤要因をより拡大し、また介護度が重症化することにつながります。一層深刻な介護危機に襲われることとなります。経済的理由による利用抑制や排除も絶対にあってはならないことです。

私たちは、本調査結果を真摯に受け止めたいと思います。そして、医療福祉生協連の強み資源としてある医療と福祉・介護、そして組合員のネットワークを地域での介護保障運動のエンジンとして、時代が求める新しい介護支援政策の実現のために力を尽くしていきたいと思っています。

（医療福祉生協連情報誌『comcom』NO. 529 2011年9月号）