

## 特定高齢者の決定方法等の見直しに関する意見

2007年3月30日

全日本民主医療機関連合（全日本民医連）

東京都文京区湯島2-4-4 平和と労働センター7F

「特定高齢者の決定方法等の見直しについて」では、特定高齢者候補者および決定者を増やすことを目的に、全体のしくみは維持したまま、候補者、決定者を選定する際の「該当基準」を緩和する方向が打ち出されています。

この背景には、地域の65歳以上高齢者人口の5%を特定高齢者として選定し、予防プログラムを実施するという当初の思惑に反し、特定高齢者（決定者）が0.45%（候補者は1.17%）、そのうち予防プランを作成し、予防サービスの利用に至った高齢者が3分の1にとどまっており、特定高齢者施策が大きく立ち後れている現状があります（2006年11月30日現在 厚労省調査）。

私たちは、今後いっそう高齢化が進展していく中で、高齢者の「生活機能」の低下を早期に発見し、早期に必要な対応をはかることは、高齢者が住み慣れた地域でその人らしく生き生きと暮らし続ける上で重要な課題と考えています。その立場から、以下意見を述べます。

【1】 今回の「該当基準」の緩和は、特定高齢者候補者、および決定者を増やすことにつながると考えます。例えば「運動機能向上」においても、全項目に該当しなくても機能の低下が認められるケースが多数存在するからです。

【2】 しかし、「該当基準」の手直しだけで、果たして、特定高齢者施策全体がその位置づけにふさわしく推進されていくのか、疑問を感じざるを得ません。

第1に、現行の基本健診（+生活機能評価）を中心とした特定高齢者の把握システム自体がもつ限界です。生活機能の低下によって、外出等に支障が生じている高齢者を、基本健診を通じて把握することには困難な側面があります。

第2に、そのためには、基本健診にとどまらない様々なルートを通じた実態把握が必要となりますが、なかでも地域包括支援センターの果たす役割が重要です。しかし、現在の地域包括支援センターは、居宅介護予防支援業務に追われ、本来業務を適切に遂行していく上で重大な困難を抱えています。特定高齢者施策全体を機能させていく上でも、地域包括支援センターの体制強化、そのための財政の保障など十分な条件整備が必要です。

第3に、介護予防事業自体の基盤整備が遅れています。特定高齢者に選定されても、予防サービスを実施する事業所がなかったり、あっても本人の意欲やニーズに合致せず、プログラムに参加しないケースがあります。特定高齢者を増やすことと併せて、魅力あるプログラムの開発をふくめた量、質両面での基盤整備が不可欠です。

第4に、予防や健康づくりは、高齢者自身の自主性・主体性が尊重されることによって初めて効果が発揮されるものです。「第3期介護保険事業（支援）計画」の参酌標準において、改善効果の数値目標化がはかられました。制度の持続可能性＝介護給付費の抑制が今改定法の最大目的とされるなか、改善効果目標の達成が「ノルマ」として保険者に押しつけられ、予防や健康づくりが高齢者の自己責任として強制されることにならないか危惧されます。現行参酌標準の再検討を求めます。

【3】より根本的には、現在の高齢者の生活実態をよくふまえた、在宅生活をささえる総合的な施策が必要です。基本的な生活基盤の確立、社会環境の整備なしには、有効な介護予防、健康づくりは成り立ち得ません。

私たちは、昨年10月～11月、65歳以上の高齢者2万人を対象に、「高齢者生活実態調査」を実施しました（有効回答数20,521人）。

対象者のうち、介護認定で「非該当」が6,041人、このうち1,221人（20.2%）が、「日常生活の上で何らかの支障がある」と回答しています。この層（「非該当」かつ「支障あり」層）が将来の介護保険サービス利用者の「予備軍」であり、機能低下を予防する特定高齢者施策の対象になると想定されます。

以下、主な特徴を紹介します。

健康状態は、「よくない」「あまりよくない」が64.7%を占めています。支障の具体的内容（重複回答）では、「外出」が圧倒的に多く（52.1%）以下「仕事・家事」（33.6%）、「運動」（27.1%）と続いています。1週間の外出頻度では「ほとんどしない」「まったくしない」との回答は26.6%に達しており、その理由（重複回答）として、「健康上の理由」が最も多く（56.3%）以下、「行くところがない」（22.7%）、「外出すると金がかかる」（21.6%）、「道が悪いなど外出しにくい事情がある」（17.5%）、「連れて行ってくれる人がいない」（15.8%）と続いています。

また、本人収入で、月10万円未満が46.9%を占めており、昨年6月の税制改定に連動した住民税・保険料の引き上げに対して、「生活費をきりつめている」23.3%、「貯金を取り崩している」12.0%などの回答が寄せられました。切りつめている費用（重複回答）では、「食費」が最も高率（60.2%）で、以下「被服費」（57.3%）、「教養娯楽費」（43.5%）、「高熱水費」（38.2%）と続いています。また、本人収入が低い層ほど、生活上の支障を多くかかえ、健康に対する主観的評価や外出頻度が全体として低くなる傾向がみられました。

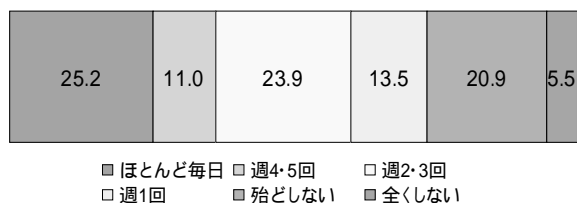
こうした生活実態のもとで、全体の6割が現在の現状の生活に対する心配ごと、8割が将来への不安があると答えています。

以上の調査結果をみると、健康面、経済面を

健康状態(%) N=1,219



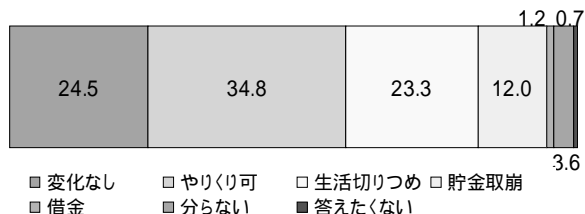
外出頻度(%) N=1,181



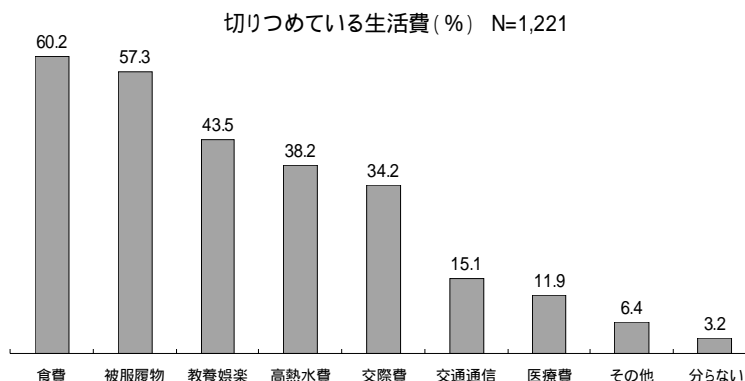
本人月收入(%) N=1,046



税・保険料改定の影響(%) N=1,190



はじめとするさまざまな事情から、生活機能の低下がみられても適切に把握されず、施策の対象から事実上排除されている高齢者が現状では多数存在していると推測されます。例えば、「外出」に支障がある高齢者にとって、基本健診の受診や予防プログラムへの参加は困難ですし、家計が大変で食費をきりつめている高齢者に「栄養改善」をいくら指導しても有効な改善は望めません。



予防や健康づくりの推進のためには、何よりも基本的な生活基盤がしっかり確立されていることが前提です。そのためには、年金などの所得保障をはじめとする社会保障制度の改善・充実が不可欠です。その点では、今後計画されている医療、介護の保険料や窓口負担の引き上げは、家計をいっそう圧迫し、健康・生活機能の悪化、生活全体の後退をもたらすものと考えます。

あわせて、低所得層ほど、生活上の支障をかかえ、健康に対する主観的評価、外出頻度が低い等の傾向がみられることは、収入状況に十分配慮した予防・健康づくりのとりくみが必要なことを示唆しています。単身世帯、老々世帯など世帯構成を配慮したとりくみも必要です。

「ソーシャルサポートがある高齢者ほど、傷病の有無に関係なく、生活体力が高く、老いに対して肯定的な意見をもつ」というエビデンスも出されています(産業医大・松田晋哉教授)。外出をふくむ日常生活へのきめ細かな支援、地域組織・地域活動への参加を可能とする条件づくり、さまざまな社会的サポートなど、ひとりひとりの高齢者が、住み慣れた地域で自分らしく暮らしていくことを支える総合的なとりくみ、外出を可能とする環境整備や地域づくりなしに、特定高齢者施策をふくむ高齢者の介護予防・健康づくりは全体として有効な形ですすまないと考えます。

「該当基準」の緩和は、個々の高齢者の身体機能にのみ着目した見直しですが、それにとどまらず、生活者としての高齢者の実態や地域の現状を視野に入れた、高齢化の進展にふさわしい総合的な施策を講じることを重ねて求めます。

以 上