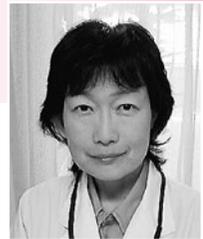


経済的制約による 介護サービスの利用制限 実態とその影響

山形・鶴岡協立リハビリテーション病院 SW 菅原 和佳子



調査の目的

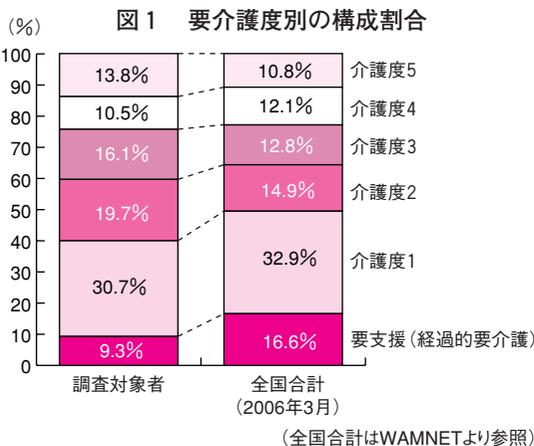
相談支援を行う中で、経済的困難からサービスの利用を控えるケースや在宅生活が長続きせず入退院を繰り返すケースの中にも、介護サービスの利用を制限している事例が見られた。

法人・関連法人のケアマネジャーの協力を得て、「経済的制約による介護サービスの利用制限～実態とその影響」について調査を行ったので報告する。

- 対象＝610人（法人・関連法人の居宅介護支援事業所6カ所において相談受理・ケアマネジメントを行ったケース）
- 調査対象期間＝2006年1～12月
- 方法＝ケアマネジャー（15人）にアンケート調査を行った。

調査の結果

要介護度別の構成割合は全国合計と同様に要介護1が約3割（図1）。

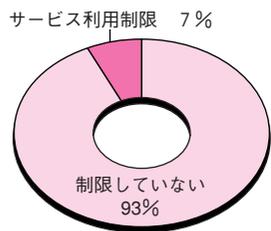


経済的制約により介護サービスを制限している人は42人で全体の約7%（図2）。

●サービス利用制限群の属性

- 【年齢】75歳以上の後期高齢者＝79%（図3-1）
- 【性別】男：女＝1：2（図3-2）
- 【要介護度別構成割合】要介護5が33%、3人に1人は要介護5（図3-3）
- 【家族構成】3世代同居＝48%（図3-4）
- 【本人の収入】4万未満＝52%（図3-5）

図2 経済的理由で介護サービスを利用制限している人の割合



（※約7割は国民年金の受給者）

●実態：制限しているサービスは通所系サービス・ショートステイ・施設入所が多く、ショートステイはどの介護度にも利用を制限する人がいた（図4-1）。サービスを制限している期間は1年以上が最も多く（45%）利用制限の期間は長期化していた（図4-2）。利用制限の原因は「利用料の増加・ホテルコストの影響」と「社会福祉法人利用者負担額減免非該当」の制度改正による利用者負担の増加をあげた人が約6割いた（図4-3）。

【介護保険料段階】基準額（第4段階）＝57%（図5-1）。鶴岡市全体との比較では基準額がともに50%を超えており同傾向にあった（図5-2）。

介護保険料は本人が非課税であっても同居家族に課税者（市町村民税）がいると基準額の保険料が賦

図3 介護サービス利用制限群の属性 (1)

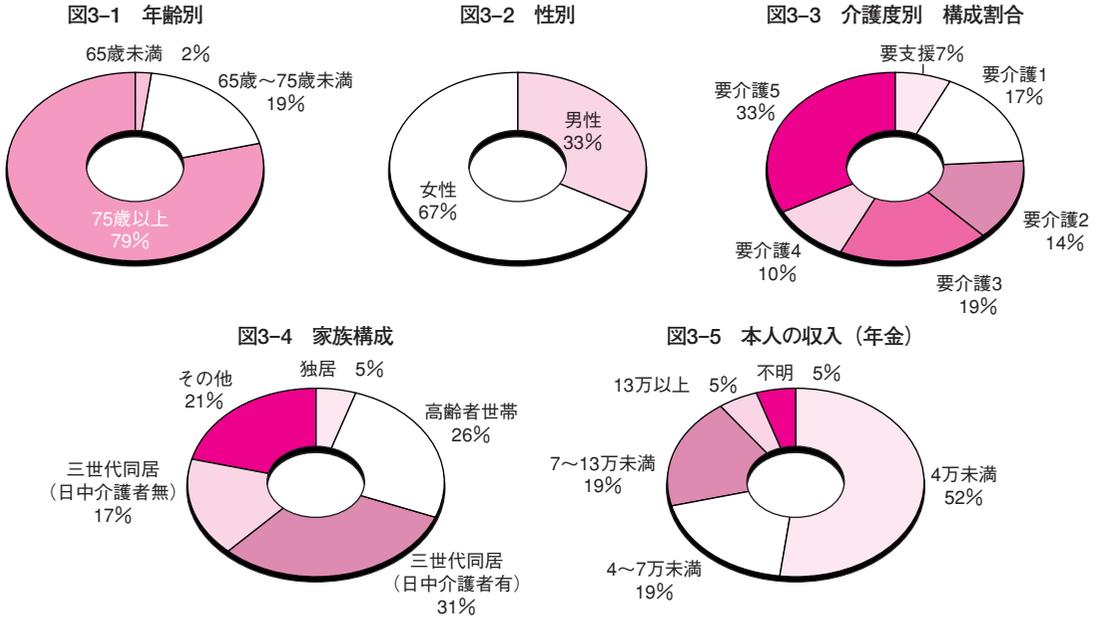


図4 サービス利用制限群の実態

図4-1 制限しているサービス内容

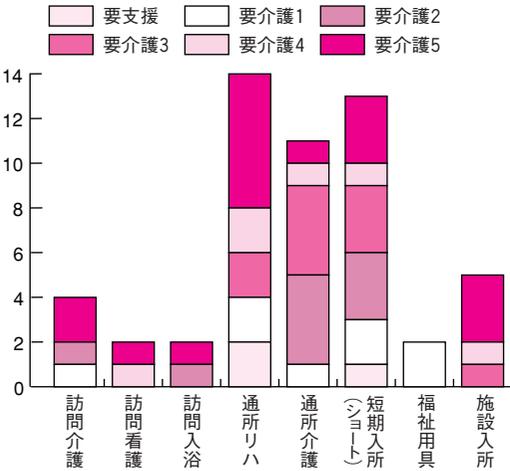


図4-2 利用制限している期間

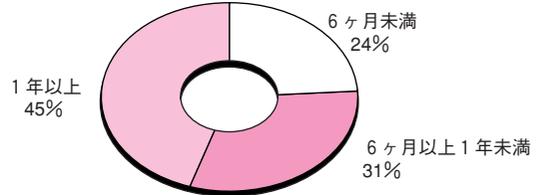


図4-3 利用制限している原因 (複数回答)

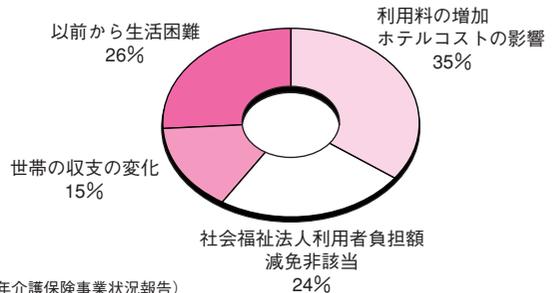


図5 介護サービス利用制限群の属性 (2) (出典:平成17年介護保険事業状況報告)

図5-1 介護保険料段階

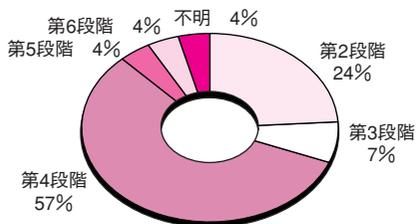


図5-2 鶴岡市

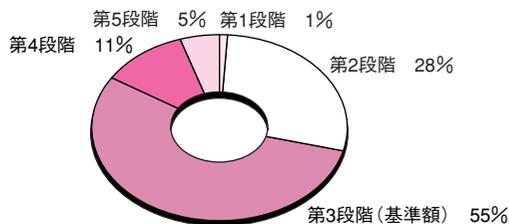


図6 心身の状況・ADLに与える影響維持と悪化の割合

図6-1 サービス利用制限群

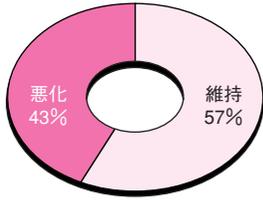


図6-2 サービス利用非制限群

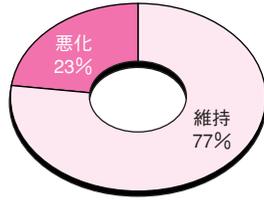
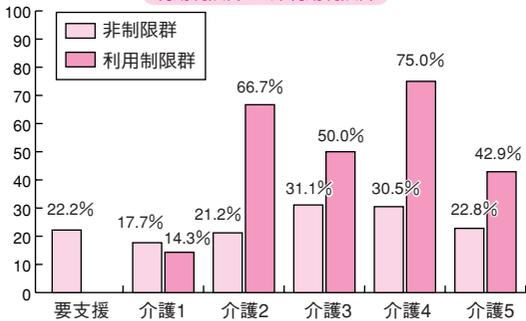


図7 要介護度別 悪化の割合

利用制限群VS非利用制限群



課される仕組みである。山形県のように三世帯同居率が高い地域では本人の年金が3万円であっても年金の10%を超える保険料が賦課され、年金が少ないほど収入に占める保険料の割合が高くなる。1号被保険者(65才以上)の保険料の算定方式は2号被保険者(40~65才未満)の所得に保険料率を乗じる算定方式とは異なっており、課税世帯における高齢者は所得が少ないほど保険料割合が高くなる「逆進的構造」となっている(※鶴岡市の基準額=第3段階と表示されているのは2005(平成17)年度の介護保険料段階が5段階であったため。2006(平成18)年度より介護保険料は6段階となり、基準額=4段階(図5-2))。

影響：利用制限による心身の状況・ADLに与える影響では維持が57%、悪化(注1)が43%(図6-1)。サービス利用非制限群では維持が77%、悪化が23%(図6-2)。利用制限群の悪化の割合は約1.9倍。さらに悪化の割合を要介護度別に見ると、要介護2以上で割合が高くなり、要介護2における悪化する割合の差は3.1倍。ただし、今回の調査では要支援、要介護1には悪化の差は見られなかった。(図7)

考察

1. 介護サービスの利用制限者は僅かな年金から基準額の介護保険料を負担しながら、ホテルコスト等の利用料増加の影響を受け、利用を控えているという実態があった。

介護保険のサービスを限度額一杯利用できるのは利用料の負担が可能な人であり、応益負担や利用料負担の増加は社会保障の中に格差を発生させている。保険料を負担しながら制度を利用できないということは、所得の再配分機能であるはずの社会保障において、所得の逆転が生じていることを示している。

憲法で保障される基本的人権は、人間であることを唯一の条件として、自由に差別なく生きることを保障しているが、低所得者を排除する制度は、この点において基本的人権に矛盾しているのではないかと。利用料を支払い契約によりサービスの提供を受けるという枠組み(市場化)においては、サービスを受けられない人の権利をどう擁護するかが課題となる。

「排除しない」というコンセンサスの基に減免制度・例外規定への働きかけが必要である。

2. 利用制限による心身の状況・ADLに与える影響は中・重度の要介護者において悪化のリスクが大きかったが、軽度者には利用制限による悪化の影響は見られなかった。「経度者は利用制限による影響を受けない」と考えるよりは軽度者は「悪化の現れ方が異なる」と考えることが出来ないだろうか。軽度者の場合、サービスの利用制限が他者との関わりの減少や精神的落ち込み、外出の機会の減少を招いているという報告(注2)からは、利用制限によるQOLへの影響が予想される。

サービスの利用制限は人間らしく生きること=人間の尊厳に少なからぬ影響を与えていると考える。

(注1) 悪化とは①要介護度が重くなった、②ケアマネジャーがアセスメントして、心身状態悪化・ADL低下を認めたものと定義した。

(注2) 第8回全日本民医連学術・運動交流集会 演題番号122403「介護区分が介護給付から予防給付に移行した3事例の分析-サービス量の削減による生活の変化-」(共立居宅介護支援事業所ほほえみ ケアマネジャー 堀 忍)