

介護保険2014年「改正」への疑問

**予防給付の見直しで、
在宅での生活が困難に！**

.....
「予防給付見直しによる影響予測調査」が
明らかにした「改正」の問題点

2014年2月
全日本民主医療機関連合会

東京都文京区湯島2-4-4 平和と労働センター7F
Tel.03-5842-6451 FAX.03-5842-6460

予防給付は こう変わる！

市町村事業への丸投げで、要支援者の 訪問介護・通所介護が大幅に後退!!

政府は、次期介護保険制度見直しにおいて、要支援者が利用しているサービス全体の6割を占めている訪問介護、通所介護（デイサービス）を現在の予防給付から切り離し、市町村が実施する事業に移行させる方針を示しました。

現在、図のような「新しい総合事業（介護予防・生活支援サービス）」を市町村が創設し、要支援者の受け皿にするとされています（図1）。

この「新しい総合事業」については、①サービスの質に関わる基準を国として一律に定めない、②ボランティアを活用するなど非専門職によるサービスの提供を可能とする、③事業者へ委託する場合の単価は現在の訪問介護、通所介護（予防

給付）の報酬以下とする、④利用料金の下限は要介護者の負担割合を下回らないしくみとする、⑤個々の利用者に対し予防給付と総合事業の総額管理を行う、と説明されています。

さらに、予防給付・総合事業の事業費の伸び（自然増で年5～6%）を後期高齢者数の伸び（年3～4%）以下に抑えることで「費用の効率化」を図ることも打ち出されています（図2）。

図2 費用の効率化

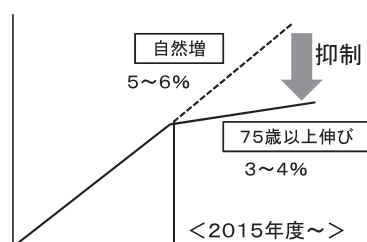
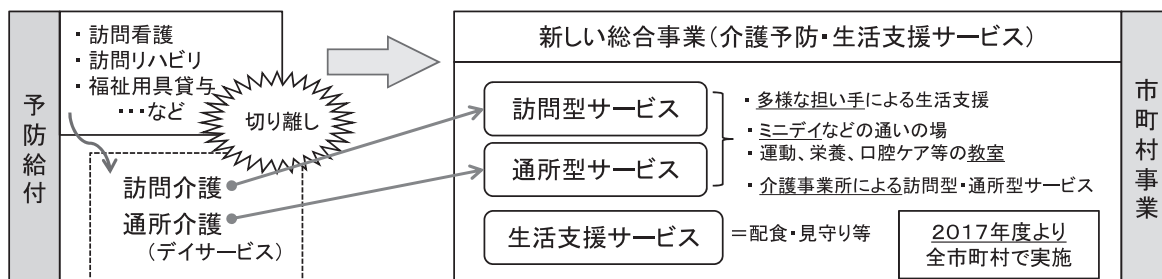


図1 予防給付から総合事業へ



予防給付の見直しでどのような影響が予測されるか

以上の見直しがこのままの形で実施されれば、現在の訪問介護、通所介護（デイサービス）の内容、水準が大幅に後退したものとなることは確実です。また、市町村の判断による高額な料金設定や、総合事業のサービスで不足する場合に自費サービスを利用し追加負担が発生するなど、費用負担が現状よりも増大する可能性も否定できません。市町村の事業費が上限（後期高齢者の伸び）を超えた場合は国が「個別に判断する」と説明されていますが、あくまでも例外とされており、市町村は事業費を上限内に抑えることに腐心することになるでしょう。

私たち民医連では、「予防給付の見直し」が強行されたとき、「現在の要支援者・世帯の生活・介護にどのような影響が生じることが予測されるか」を明らかにすることを目的に、昨年（2013年）9月末から約1カ月、要支援者の給付管理を実際に担当しているケアマネジャーを対象に事例調査を実施しました。

最終的に914事例を集約し、そのうち今回の見直しの対象とされている訪問介護または通所介護（もしくは両方）を利用している767事例について結果をとりまとめました。

以下、調査結果の概要を紹介します

「予防給付見直しによる影響予測調査」結果の概要

現 状

◆要支援者の多数が訪問介護、通所介護（デイサービス）を利用

図3 利用しているサービス

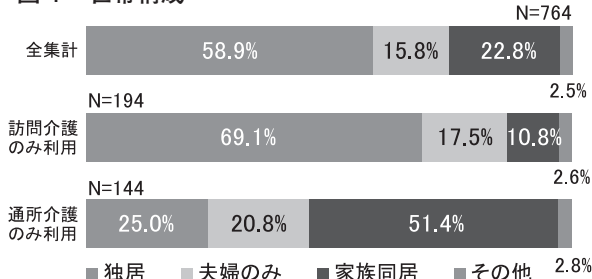
N=767		
訪問介護	567	73.9%
訪問入浴	2	0.3%
訪問看護	63	8.2%
訪問リハ	21	2.7%
通所介護	399	52.0%
通所リハ	61	8.0%
短期入所	12	1.6%
特定施設	2	0.3%
福祉用具	211	27.5%

最も利用が多かったサービスは訪問介護で対象者の73.9%が利用、次いで通所介護（デイサービス）の利用が52.0%でした。このうち、「訪問介護のみ利用している事例」は194事例、「通所介護のみ利用している事例」は145事例でした。

（※以下は、未回答分を除いた集計です）

◆予防給付が、ひとり暮らし、家族介護を支えている

図4 世帯構成



「訪問介護のみ利用」の事例では「独居」がもっとも多く、「全集計」を上回る69.1%と7割近くを占めました。一方、「通所介護のみ利用」では「家族同居」がもっとも多く51.4%でした。訪問介護は一人暮らし要支援者の生活支援、通所介護は家族介護者の支援（レスパイト）において、なくてはならぬサービスとして重要な役割を果たしていることがうかがえます。

◆欠かせない初期の認知症への支援

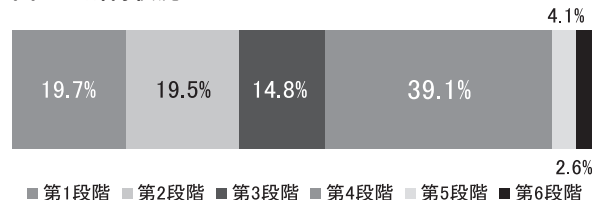
図5 認知症状



「全集計」で83.9%に何らかの認知症状がみられました。特に、最も軽いランクである認知症自立度Ⅰ（注：何らかの認知主症状を有するが日常生活は自立）が多くを占めており（全集計で65.5%）、予防給付のサービスを通して認知症の初期段階での関わりが確保されていることを示しています。

◆経済的事情の厳しさが浮き彫りに

図6 所得状況

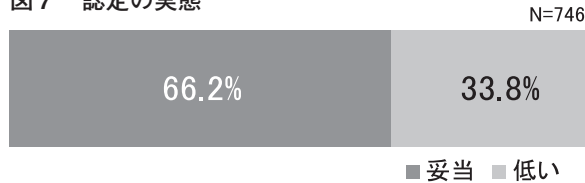


低所得対策の対象となる「第1段階～第3段階」の所得層は「全集計」で半数を超え54.1%でした。特に「独居」では、男性48.6%に対して、女性では66.8%と高率になっています。一人暮らしの女性が経済的に厳しい状況におかれていることがうかがえる結果となりました。

◆認定の矛盾を指摘－3分の1が「低い判定」

担当ケアマネジャーから見て現在の介護度が「実際の状態よりも低い判定となっている」との事例が33.8%と3分の1を占めました。「独居」及び何らかの認知症状がみられる事例で「低い判定となっ

図7 認定の実態



ている」との回答が相対的に多くなっています。「見直し」により、要支援1、2という“線引き”で「給付から事業へ」移し替えられることとなりますが、そもそも認定が実際の状態と乖離している実態がある中で、認定制度そのものの矛盾が改めて表面化するおそれがあります。

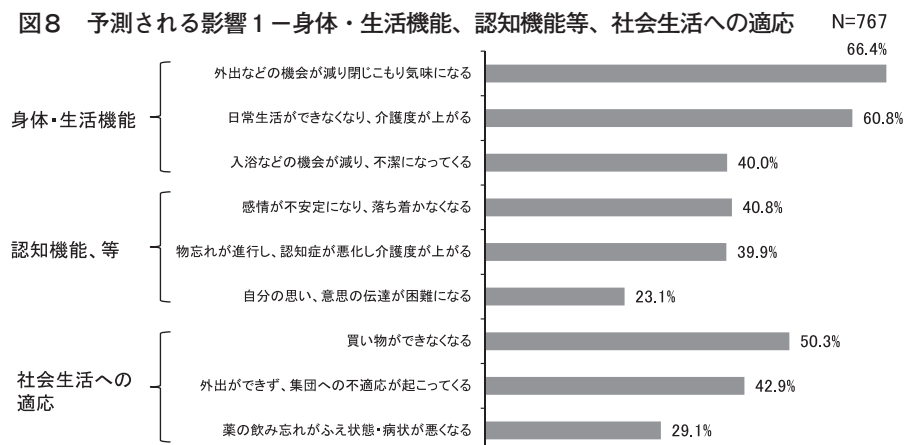
影 響

◆身体・生活機能、認知機能、社会生活への適応

身体・生活機能では、「日常生活ができなくなり、介護度が上がる」とみられる事例が60.8%に上るなど、状態悪化を懸念する声が多く寄せられました。認知機能については、「感情が不安定になり落ち着かなくなる」(40.8%)、「認知症が悪化し介護度が上がる」(39.9%)などの指摘がありました。

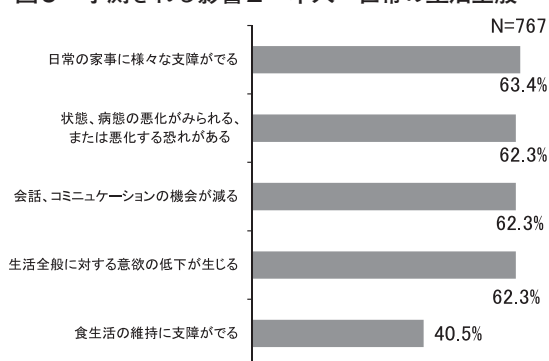
社会生活への適応については、「買い物ができなくなる」(50.3%)、「外出ができず集団への不適応が起こってくる」(42.9%)などの回答が寄せられています。

図8 予測される影響1－身体・生活機能、認知機能等、社会生活への適応



◆本人・世帯の生活全体への影響

図9 予測される影響2－本人・世帯の生活全般



「全集計」で多かった回答は、「日常の家事に様々な支障がでる」(63.4%)、「状態、病態の悪化がみられる、または悪化する恐れがある」、「会話、コミュニケーションの機会が減る」、「生活全般に対する意欲の低下が生じる」がそれぞれ6割を超えていました。

特に、「訪問介護のみ利用」の事例では、「日常の家事に様々な支障がでる」(75.8%)が最も多く、「通所介護のみ利用」では、「会話、コミュニケーションの機会が減る」(69.0%)がトップでした。その他の項目では、「訪問介護のみ利用」では「食生活の維持に支障が出る」、「通所介護のみ利用」では「家族の介護負担が増える」との指摘が目立ちました。

事例

◆在宅生活を支えている予防給付サービス

(事例) 88歳女性・要支援2・独居。訪問介護週3回利用。疼痛や眩暈等の症状に加え、A D Lに支障がある。訪問介護の利用により、掃除の他に1、2品の副食を作ってもらい、何とか独居生活をしている現状。利用できなくなれば、事故発生リスクも高まり、買い物に支障がみられるため独居困難となる。

この事例のように、多くの要支援者が何らかの病気や障害を抱えながら訪問介護を定期的にご利用することで在宅生活を続けることができます。サービスが減らされたり打ち切られると、現在の生活が立ちゆかなくなることは明かです。また、現行の予防給付ですら支援が不足しているとの事例も多数寄せられました。

◆病状、病態が悪化するおそれ

(事例) 68歳男性・要支援1・独居。訪問介護を週2回利用。糖尿病の合併症で腎不全になり、透析に週2回通っている。立って調理をすることや腎臓食を作ることは困難なためにヘルパーが支援。これがなくなると栄養管理ができなくなり病状が悪化する。

(事例) 84歳女性・要支援2・独居。通所介護週2回利用。A D L低下に伴い外出が困難になっているが、デイサービスに通い他者と話すことを楽しみにしている。回数が減ったり利用できなくなると、自ら出る機会が極端に少なくなり、閉じこもりがちになる可能性がある。

高血圧、腎疾患、糖尿病などの慢性疾患の病状悪化、生活環境悪化による転倒や骨折の危険性、

会話などの機会が減ることによる認知症の進行などを危惧する報告が多く寄せられました。2つ目の事例(84歳女性)は、通所介護が社会との関わりや本人の生きる意欲を支える重要なサービスとして機能していることを示しています。同様の事例が多数寄せられました。

◆家族の介護負担が増大—仕事を続けることも困難に

(事例) 81歳女性・要支援2・家族同居。以前に大腿骨頸部骨折をしたことがあり、デイサービスのリハビリで、転倒予防を行っている。利用できなくなること、今後、転倒し、骨折となれば、寝たきりになるおそれがある。同居の息子は日中から夜中に仕事をしており、自宅に帰るのは朝方。寝たきりになれば、今まで本人がやっていた家事ができなくなり、息子や別居している娘の介護が必要になり、家族の仕事にも影響が出てくると考えられる。

通所介護の見直しは、家族の介護負担の増大、そのことによる「介護離職」など、世帯全体の生活に大きな影響をもたらすと考えられます。

◆これ以上の費用負担は困難

(事例) 87歳女性・要支援2・独居。訪問介護を週1回利用。現在の訪問看護を利用できなくなると浴室や居室の掃除を本人が行うことになり腰痛が悪化する恐れあり。家計はギリギリの状態で利用料が高くなっては困る。

現状の利用料の負担が精一杯であり、これ以上負担が増えたらサービスを利用できないという事

例が多数でした。その一方、経済的に余裕があり、いざとなれば保険外の有料サービスの利用可能という事例も少数ですがありました。見直しによって経済事情による新たな利用格差が生じることが危惧されます。

◆ボランティアに振り替えられない

（事例）64歳女性・要支援2・独居。小児麻痺が原因で歩行状態が悪く、腰痛や下肢痛があり松葉杖なしでは歩けない。週3回、買い物、掃除等の支援を受けている。ヘルパーとの信頼関係が障害を乗り越えようとする意欲につながり、買い物などの家事の支援だけでははかれない心のケアとなっている。なくなると生活に対する意欲低下がおこり、身体状況を悪化させることが予測される。

単に調理や掃除をすることだけがヘルパーの仕事ではありません。精神的なサポートをふくめ、利用者の生活を総合的に支える専門職としての関わりが重要であることを示しています。

◆介護度と実際の状態との乖離

（事例）87歳男性・要支援2・家族同居。在宅酸素療法施行。肺・心臓疾患あり、トイレへ移動するのも苦しい状態であり玄関へも歩いていけない。要支援2という認定は低い。

この事例のような内部臓器疾患や独居、認知症などの事例で、本来要介護1以上と判定されるべき利用者が要支援1、2と判定されているケースが報告されています。

年寄り早く死ねということなのか！

週3回の訪問介護を利用している一人暮らしの89歳女性。認知症状があり物忘れが著明。下肢の痛み、筋力低下もあり、家具や壁につかまり何とか移動しているが時々転倒。転倒に対する不安があり、ほとんど家の中での生活となっている。訪問介護での買い物や調理等の生活支援や安否確認の支援があるため在宅生活が何とか続けられている状況。加齢に伴う認知症の進行や身体レベルの低下により、今後一人暮らしが継続できなくなる可能性がある。

本人「介護保険料を支払っているのに使えないサービスがあるのは不平等。年寄りは早く死ねということなのか」と。

＜担当ケアマネジャーより＞

「介護の社会化」に逆行、 納得できる見直しではない！

高い介護保険料を安い年金から何年も支払いを続けてきた高齢者の方にとって、予防給付の見直しはとても納得出来るものではないと思う。介護予防に重点を置くことを掲げているにも関わらず、要支援の方たちを切り離すことに矛盾を感じている。要支援の認定を受けている方たちは何らかの疾患や認知症があり、ヘルパーの支援にて在宅生活が成り立っている方も多い。軽度の方こそしっかり支援すべきではないか。また、軽度者の切り捨ては「介護の社会化」に反するものであり、介護保険制度そのものの信頼がますますなくなり、地域により格差が生じたり責任の所在が曖昧になることも考えられる。介護職の社会的な地位がさらに低下するのではないか。

調査を通して浮き彫りになった 「予防給付見直し」の問題点

新たな「介護難民」をつくりだす

要支援者は、決して“不要”支援者ではありません。一人一人が疾病や障がいを抱え、定期的な訪問介護、通所介護を利用することで在宅生活を続けることが可能になっています。訪問介護、通所介護の切り捨て・市町村への「丸投げ」は、新たな「介護難民」（＝予防介護難民）をつくりだすものに他なりません。

さらに、住民税非課税の本人・世帯が半数以上を占める中で、総合事業の利用料金が高額に設定されたり、追加で有料サービスが必要になることで費用負担がさらに増えることになれば、利用を減らしたり、利用をとりやめざるを得ない事態が生じることになるでしょう。「金の切れ目が介護の切れ目」ともいべき利用格差が要支援者の中でいっそう拡大することになります。

専門職の切り捨ては許されない

状態変化の早期発見と対処、リスクの回避、認知症への対応、利用者との時間をかけた関係づくり、信頼の構築や相談援助など、ホームヘルパーの仕事はボランティアで代替することはできません。「ボランティアでも可能」という政府の方針は、介護の専門性を真っ向から否定するものです。

認定制度の矛盾が改めて露呈

身体的な機能に偏重した認定システムのもとで、認知症、一人暮らしなどが軽度判定される傾向は介護保険がスタートしてから一貫して指摘されてきました。併せて都道府県によって認定率に大きな差があることも見逃せません。「要支援認定」による機械的な切り分けは、現在の認定システムとの矛盾をさらに拡大させることになるでしょう。

事業所にとっても甚大な影響

要支援者を比較的多く抱えている小規模事業所では、収益が減ることで事業の存続そのものが大きく左右されることになるでしょう。職員にとっては処遇条件の切り下げにつながったり、場合によっては仕事自体を失うことにもなりかねません。

市町村間格差の拡大

「新しい総合事業」の内容が市町村の裁量に委ねられているため（政府公認のローカルルール）、各市町村の財政力、社会資源の事情などにより、提供されるサービスに大きな格差が生じることになります。介護保険という全国一本の制度であるにもかかわらず、住んでいる市町村によって受けられるサービスが異なるという不平等な事態がいっそう拡大することになります。

さらに、政府の一連の政策そのものに逆行

予防給付の縮小は、この間推進されてきた「予防重視」の方針を否定するに等しいものであり、要支援者から専門職と接する機会を奪うことは、認知症の初期対応の重要性を掲げた「認知症施策5カ年計画（オレンジプラン）」とは相容れないものです。在宅生活の継続に困難をもたらすことになれば、政府を挙げて大々的に推進しようとしている「地域包括ケア」の理念にも反することになるでしょう。政府は、「持続可能な制度の実現」を掲げ、増大し続ける介護費の伸びを抑制しようとしています。「予防給付の見直し」によって予防給付費の当面の「節約効果」が期待できるかもしれませんが、要支援の段階で必要なサービスを縮小・削減することで状態悪化・病状悪化を加速させ、結果として介護給付費のいっそうの増大をもたらす事態をまねくことになるでしょう。

私 たち の 要 求

「予防給付見直し」の撤回を

一連の調査結果をふまえ、「予防給付の見直し」に対して以下の点を要請します。

- ①すべての要支援者が在宅生活を継続できるよう、予防訪問介護、予防通所介護を市町村事業に移し替える「改正」案を撤回すること
- ②訪問看護、福祉用具貸与をふくめ、必要なサービスが要支援者に保障されるよう、予防給付全体の拡充をはかること
- ③低所得者の利用料負担を軽減すること
- ④実際の状態像が認定結果に正確に反映されるよう、現行の要介護認定制度を抜本的に改善すること

併せて、次期制度見直しの課題として、「特養入所者の重点化」、「一定所得以上利用者の利用料の引き上げ」、「補足給付要件の厳格化」も提案されています。さらなる給付抑制と負担増をもたらす内容であり、これらの見直しの撤回を重ねて要請するものです。