

1. 介護保険の動向

飯島 節

Key words : 介護保険, 予防重視型システム, 看取り難民, 高齢者虐待, 尊厳

(日老医誌 2008; 45: 377-380)

はじめに

2000年にスタートした介護保険制度は、2005年6月に最初の大きな見直しが行われ、2006年4月に新たなスタートをきった。今回の制度見直しにおける基本的視点としては、制度の持続可能性や明るく活力ある超高齢社会の構築がとりあげられ、予防重視型システムへの転換が図られた。この背景には、制度利用者の自立度の低下や施設待機者の増加、介護保険財政の逼迫などがある。一方、施設介護を抑制し在宅介護を推進する方向はさらに強化され、施設利用者の負担増額や介護療養型医療施設の廃止などが打ち出され、「介護難民」の流出が危惧される状況となっている。

本稿ではこうした現状を踏まえて、今回の見直しの要点と今後の課題について述べたい。

予防重視型システムへの転換

今回の見直しでは、一貫性・連続性のある総合的な介護予防システムの確立が謳われ、介護保険枠内の「新予防給付」と市町村が実施する「地域支援事業」が創設された。新予防給付創設にあわせて要介護区分も見直され、あらたに要支援1および2という区分が新設された。新予防給付は、居宅要支援者（要支援者であって、居宅において支援を受けるもの）を対象とし、「介護予防サービス」と「地域密着型介護予防サービス」とからなる。介護予防サービスとしては介護予防訪問介護や介護予防訪問入浴介護などが、地域密着型介護予防サービスとしては介護予防認知症対応型通所介護や介護予防小規模多機能型居宅介護などが新設された。介護予防サービスは、これも新たに設置された地域包括支援センターの保健師

が作成する「介護予防サービス計画」に基づいて提供されることになった。地域包括支援センターは、総合相談・支援や他に必要なサービスとの連携、包括的・継続的マネジメントの実施、高齢者の虐待防止のための相談や権利擁護などの包括的支援事業を行う¹⁾。地域包括支援センターは、介護予防において中心的役割を果たすことが期待されているが、業務があまりにも多岐に渡るため十分に機能しうるのか不明である。

その他の改正点

負担の公平化という名目で、介護保険施設の居住費・食費が保険給付対象外となり、2005年10月から前倒しして実施された²⁾。サービスの質の確保・向上を図るためとして、事業所情報公表の義務付け、事業者指定や介護支援専門員資格の更新制が導入された。負担のあり方や制度運営が見直され、負担能力に応じた第一号保険料設定や、特別徴収対象の遺族年金や障害年金への拡大、市町村の保険者機能の強化などが行われた。また、介護予防通所介護などの一部のサービスには月極め定額制が適用され、生活援助サービスについては1時間を超える部分の追加単位は認められなくなった。住宅改修では着工前の事前申請が必要となり、福祉用具貸与種目も変更された。これらの改定は訪問介護事業者の経営を困難にする結果にもなった。

営利事業者による介護サービス

介護保険法第二条には「適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者または施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない」と述べられており、民間事業者の参入を促している。その結果、営利事業者による介護サービス提供が急速に拡大した。開設主体別事業所構成割合の推移を訪問介護についてみると、営利法人（会社）の占める割合

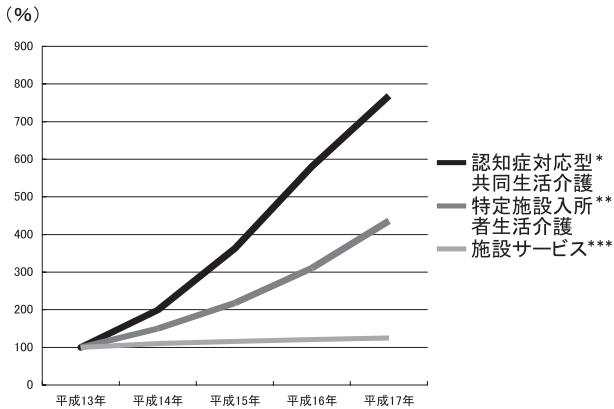


図1 年間累計受給者数の伸び (対平成13年度)

平成16・17年度介護給付費実態調査による

*グループホーム, **有料老人ホーム, ***介護老人福祉施設, 介護老人保健施設, 介護療養型医療施設

は2001年には34.0%に過ぎなかったものが、2005年には53.9%まで急伸している。逆に社会福祉法人は42.0%から26.5%へと急速にシェアを失った。

そうした中で、大手訪問介護事業者による介護報酬の不正請求が大きな問題になっている。当該事業者の親会社の会長は介護を食いのものにしてフェラーリを購入したなどと批判されているが、ウェブ上で当該事業者の2006年下半期の事業報告をみると実際には12億円あまりの営業損失を出している³⁾。すなわち、不正をしてもなおかつ赤字という状態であり、これについて、制度改正により訪問介護事業では利益の確保が困難となったこと、今後は施設介護事業を収益の柱とする方針であることが述べられている。もちろん不正そのものはいかなる理由があるにせよ決して許されるべきものではない。しかし、全国展開する大手事業者においてさえ経営が困難な現状は、零細事業者のそのまま末端で働くヘルパーにはさらに過酷な状況になっていることを意味している。一部には、何でも民間に任せれば直ちに質の高いサービスが効率的に提供されるようになるという幻想が存在しているが、これはあくまでも適正な報酬があつての話である。財政的な締め付けが行き過ぎると、悪徳事業者しか生き残れない結果となる恐れもある。

高齢者世帯の増加と施設指向

65歳以上の高齢者のいる世帯は、1980年から2005年までの25年間に約850万世帯から約1,850万世帯に急増した。また、高齢者のいる世帯に占める単独世帯と夫婦のみ世帯の割合はすでに50%を超えている。さらに2015年には高齢者の独居世帯が約570万世帯に達し、

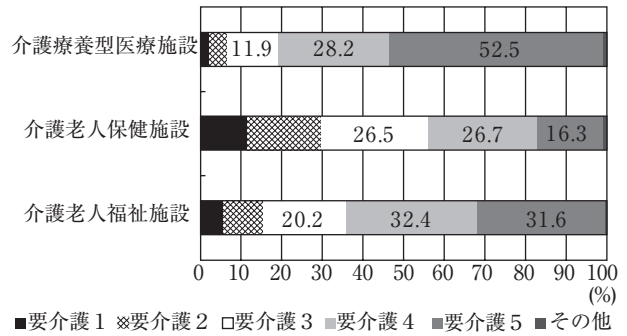


図2 施設利用者の要介護度別構成割合

平成18年 介護サービス施設・事業所調査結果速報による

高齢者夫婦のみの世帯も約610万世帯に増加すると予測されている。このように、これまでわが国の在宅介護を支えてきた家族構造が大きく変化しているにもかかわらず、介護保険制度による在宅サービスはそれを代替するにいたっていない。こうした状況を背景にして、介護保険制度発足後むしろ施設待機者が急増する結果となったが、国は引き続き在宅介護推進を唱えて施設サービスの供給を強く抑制している。その結果、自宅ではない居宅、すなわちグループホームや有料老人ホームが急増した(図1)。高額の入居金を払ってこれらの施設に入れる人たちは、居宅介護サービスを利用することにより、結果的に介護保険制度から大きな恩恵を受けることになった²⁾。しかし、長い待機者リストに掲載されたその他の人々については、家族による過酷な在宅介護が続いている。

このような状況にあるにもかかわらず、国は療養病床の再編と称して、介護療養型医療施設の全廃を打ち出した。廃止した療養病床は老人保健施設や有料老人ホームへの転換を促すとしている。療養型利用者の多くが社会的入院だからというのが国の言い分であるが、実際には介護保険3施設のうちでは療養型医療施設利用者の要介護度がもっとも重くなっている。平成18年度の各施設利用者の要介護度別構成割合をみると、介護療養型医療施設では要介護5の利用者が52.5%を占めており、全体の8割以上が要介護4以上となっている(図2)。たださえ介護保険施設が不足している中で、このような重度の要介護者の受け皿の確保は非常に難しく、介護難民の流出が危惧されているところである。

要介護高齢者の看取り

今回の改正では、要支援や要介護1の軽度の利用者の

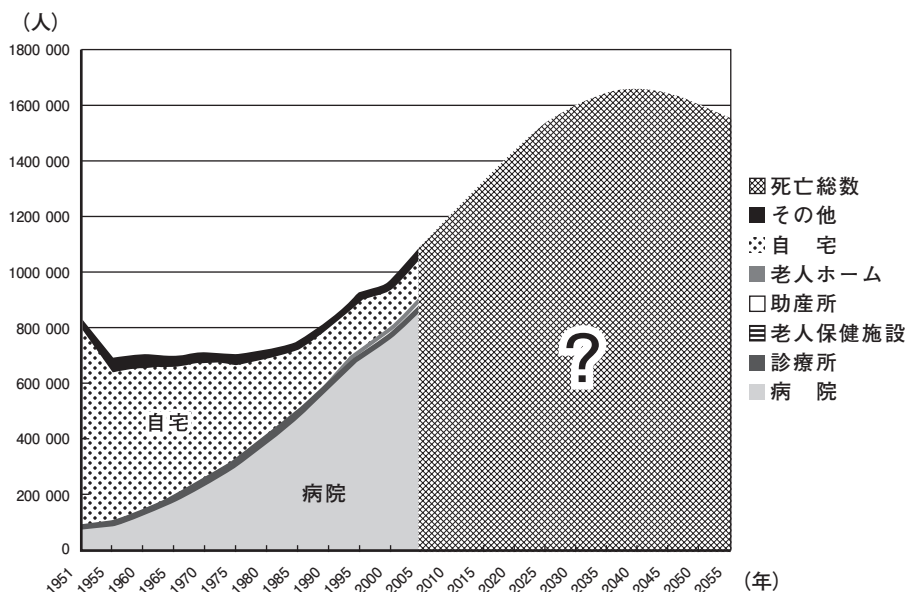


図3 年間総死亡数と死亡場所の推移

2005年までは実績（人口動態統計による）、2010年以降は推計（国立社会保障・人口問題研究所による）

重度化が問題とされたが、より重要な課題は要介護者の中には亡くなる方が多いことである⁹⁾。制度利用者が、その終末期において、果たして十分な介護サービスを受けているのかがもっと問題にされなくてはならない。いうまでもなく人間の死亡率は100%であり、決して予防できるものではない。そして、突然死を除けば、死の前には何らかの介護や看護を受けながら、家族や友人に看取られる必要がある。我が国の年間総死亡数は2003年に100万人を突破し今後も増加し続けると予測されている。近年はその8割以上が、病院を中心とする自宅以外の場所で亡くなっている（図3）。これに対して国は自宅での看取りを増やすために様々な施策を打ち出している。しかし、それらの施策がどんなに成功したとしても、今後の増加分のすべてを自宅でカバーすることは絶対的に不可能であり、同時に病院における高齢者の看取りをこれ以上増やすことも難しい状況にある。したがって、今後さらに増加する高齢者の死亡に備えて看取りの場所と人手の確保が喫緊の課題であり、介護難民ならぬ看取り難民の出現が危惧される状況である。

そうした背景から、介護保険施設における看取りが期待されるようになり、2006年4月から介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）における介護報酬に看取り介護加算が新設された。その算定には、常勤看護師1名以上、24時間連絡体制、看取りに関する指針の策定、看取りのための個室などからなる重度化対応加算の基準を

満たした上で、計画書の作成や週1回以上の家族への説明などが必要とされている。実際にはこれらの条件をすべてクリアして、1日160単位、最大4,800単位（約48,000円）の報酬を確保することは容易ではない。そもそも特別養護老人ホームは老人福祉法に規定された福祉施設であり、現在の施設基準のままで看取りを増やせば、施設職員に過大な負担を押しつける結果になる。したがって、加算のような小手先の対策ではなく、施設内での看取りを前提として、特別養護老人ホームの施設基準そのものを見直す必要がある。

高齢者の虐待・介護殺人

介護保険制度発足当時には、介護の社会化によって、介護地獄とまで称された介護者の負担を軽減することが謳われていた。しかし、実際には地獄の解消にはほど遠く、むしろ介護負担に苦しむ介護者による虐待や殺人が顕在化する結果となった。そこで、2006年4月に「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）」が施行された。その第一条には「高齢者に対する虐待が深刻な状況にある」という現状認識に基づき、「養護者の負担の軽減を図ること等の措置等を定める」と述べられている。すなわち高齢者虐待の防止には高齢者の養護者（介護者）の負担を軽減する必要があるという正しい認識に基づいた法律であるが、本来、介護者の負担軽減は介護保険制度の役割であっ

たはずである。にもかかわらず、あらたに虐待防止法を必要としたことは、介護保険制度が本来の役割を果たせていないことを示していると言わざるを得ない。

おわりに

介護保険制度下における今後の課題は、高齢者世帯の増加、死亡数の増加、高齢者虐待など、重度あるいは終末期の要介護者をめぐるものである。したがって、介護資源に限りがあるのであれば、それをより重度の要介護者に集中し、比較的軽度の者には可能な限り自助努力を求めるとするのが、自然な方向であろう。しかし実際にはそれとは逆に、予防重視型制度への転換という、むしろ軽度者に対するばらまき型になってしまい、重度の要介護者をめぐる諸問題は隠蔽されてしまったかにみえる。

ところで、今回の介護保険法改正では第一条に「尊厳を保持し」という文言が付け加えられた。重度の要介護

者もしくは終末期にある要介護者にとっては、人間としての尊厳の保持こそがもっとも重要である。残念ながら今回の改正には尊厳の保持に直接繋がるような具体的な改正点は見出せないが、今後はこの文言を根拠にして、重度の要介護者の尊厳が守られるように介護保険制度が運用されることを期待したい。

文 献

- 1) 工藤恵子, 飯島 節: 改正介護保険法と地域包括支援センター. リハビリテーション連携科学 2007; 8 (2): 85-92.
- 2) 飯島 節: 介護保険制度見直しと医師の役割: 施設給付の見直し. クリニカルプラクティス 2005; 24(11): 1136-1140.
- 3) 株式会社コムスン: 第13期中間事業報告. (オンライン) <<http://www.goodwill.com/gwg/pdf/b1906c.pdf>>, (参照2007. 6. 15).
- 4) 飯島 節: 改正介護保険法と終末期ケア. Geriatric Medicine 2006; 44 (11): 1567-1571.