

介護保険法改正の影響と 次期法改正の課題

辻本さく夫 世田谷介護サービスネットワーク代表、(株)わかば専務取締役、社会福祉士

2006(平成18)年度の介護保険法改正はその前年10月の改定を含めて在宅介護報酬を平均1%(軽度者5%)、施設分を4%削減すると同時に、介護予防サービスの導入、地域密着型サービスの創設、ケアマネジャーの担当件数の制限、訪問介護の時間制限、軽度者への福祉用具貸与制限など大規模な改正となった。

以下ではこの法改正が利用者の生活や介護保険サービス事業へ与えた影響と介護関連事業の経営状況などを分析する。また、次期法改正に向けたいくつかの論点を提示したい。

利用者にと与えた影響

2006年度の法改正は、要支援や要介護1、2に認定された利用者には極めて不評である。第一の理由は、要支援1、2に認定されると時間をかけて信頼関係を築いてきたケアマネジャーが突然解任され、地域包括支援センターなるところのケアマネジャーに強制的に変更され、事実上の措置に戻ったことである。また、月単位利用料が導入されたため、サービスをキャンセルしても負担が減らないだけでなく増加する場合もある。また、要介護1以下に認定されたとたん貸与されていた介護用ベッドを取り上げられ、やむなくベッドを購入した利用者も多い。さらに、腰や膝が痛くて

できないから掃除のサービスを頼んでいるのに一緒に掃除しないといけないと事業者からいわれる。軽度利用者からみて制度改革には理不尽としかいいようのない点が多い。

中・重度の利用者でも同居家族がいる場合には生活援助が大幅に制限され、また、歩行機能維持のための外出助も受けられなくなった自治体が多い。法改正に盛り込まれた「法の厳格な運用」を実施したためである。現法は、ノーマライゼーションやソーシャル・インクルージョン(介護の社会化)という福祉制度の基本を軽視している。

新たに導入された介護予防サービスは、目的を達成するための仕組みが揃わないままスタートした感がある。各種介護予防サービスがどのような予防効果を上げたのか検証が必要である。

地域密着型サービスの導入による恩恵を受けている利用者もあるが、大多数を占める利用者にとって制度改革を肯定的に受け取れる材料はほとんどないのが現状である。

各種サービス利用の状況

新たに創設された地域密着型サービスを除く事業で2005(平成17)年と2006年を比べると、増加したのは、特定入居者生活介護(有料老人ホーム、以下で特定施設と呼ぶ)39%、認知症対応型共同

生活介護 24%，短期入所生活介護 20%および介護老人保健施設(以下で老健と呼ぶ)4%である。減少したのは、訪問入浴 13%，介護医療型療養施設 9%，介護老人福祉施設(以下で特養と呼ぶ) 8%，訪問介護 3%である。一般的にみて在宅系のサービスが減少または抑制されているのが特徴となっている(2006年介護サービス施設・事業所調査結果の概況)。

受給者一人あたりの費用を比べると、居宅系が約9万円、施設系が約26万円(2006年10月審査分)となっており格差は実に3倍近くになっている。利用者数は居宅系が257万人(72.5%)、施設系が81万人(22.8%)で3倍以上の開きがあるが、総給付額は居宅系2330億円(48.8%)に対し施設系2115億円(44.3%)と均衡している。これは居宅系サービスでは、利用者がその所得に応じてサービス利用を自己規制して限度額の4~5割程度しか利用していないのに対し、施設系では実際のサービス内容にかかわらず限度額まで使わされるシステムになっているためである。

取り上げられたので状況が良くなっているとは考えられない。

これらの一般的な状況とは別に介護事業を取り巻く環境は大都市圏、とくに東京区部と地方都市では大きく異なることに注意しなければならない。通常、地方の場合は収益率が高く、大都市圏では収益率が低い。不動産価格や家賃および人件費が大きく異なるためであって、全国平均が黒字でも大都市圏の施設を運営する事業者の中には赤字経営のものがある。一方、地方の社会福祉法人などのなかには介護報酬から多額の内部留保ができる法人もあり、その資金をもとに東京圏などへ進出を図るケースが多くなっている。この現象は介護保険事業全般にいえることである。

新たに創設された小規模多機能型生活介護事業が東京区部で極端に少ないのは、事業として成立しにくいからである。介護報酬は地域差を考慮して最大で7.2%補正されているが、経営に直結する賃金や家賃などの格差はこれよりはるかに大きい。

事業所の経営状況

厚生労働省から介護事業経営実態調査の概要が公表されている。法改正後の調査結果はまだ公表されていないが、2005年の調査から法改正の影響をある程度推測できる。

この調査結果で赤字になっているのは、居宅介護支援14.8%(100円の報酬に対して約115円のコストがかかっている)、訪問入浴介護9.5%および訪問介護0.1%であり、他事業は黒字になっている。2006年度の改正内容とサービスの利用実態を踏まえるならば、これら3事業で赤字幅が増大していると考えられる。居宅介護支援の報酬は引き上げられたが、ケアマネジャーの担当件数を大幅に引き下げられた上、要支援者のケアプランを

人材の問題

NHK報道などで福祉・介護職の人材不足が世間に知られるようになってきた。筆者の事業所のある世田谷区などでは人材不足は危機的な状況にある。訪問介護に関しては、一事業所でサービスをまかなえないために一人の利用者に3、4事業所が入るのは当たり前の状況になっている。また、複数の特養を運営している社会福祉法人のなかには事業存続のため、その1件を閉鎖して他事業所に人員を集中させることも検討している。

2006年の職業安定業務統計(厚生省職業安定局)によると介護関連職種の有効求人倍率は、常勤で全国平均1.16、東京1.84であるのに対し長崎0.53となっている。パートでは全国平均3.02、東

京5.40、に対し沖縄1.07となっている。2005年の介護労働安定化センターの調べで東京をさらに詳しくみると、常勤で高いのが渋谷職安管内の9.0、低いのが都下の0.6となっているのに対し、パートでは渋谷職安管内の22.1、低いのが都下の2.8となっている。東京都においても地域差が大きい。パートに関する渋谷職安管内の22.1という数字は人材補給が事実上不可能な数値である。このように人材不足の状況は地域と雇用形態によって異なるが、現場からみてこの1年間に問題はさらに深刻化しているように思える。

有効求人倍率は、給与に大きな影響を及ぼす。訪問介護の非常勤の時給(身体介護と生活援助の平均)は、東京で1382円であるのに対し、福岡で1058円となっており、その格差は23.5%ある(介護ビジョン2007.7)。また、常勤給与を特別養護老人ホームでみると、東京26万4831円、福岡17万4127円と約34.3%の差がある(介護ビジョン2007.12)。

人材不足の影響はさまざまな形で表れる。不足する人員のもとでサービスを継続すると個々の職員への負担が増大する。施設系では夜勤回数の増加などで、意識の高い職員からバーンアウトしやすいことが指摘されている。訪問介護にしても訪問介護計画書を作成し、ヘルパーの日程調整をし、ケアマネジャーとの連絡調整などにあたるサービス提供責任者が常勤ヘルパー化する現象が起きている。人員不足のために本来の業務に加えて自らも訪問介護サービスを長時間こなさなければならぬ事業所は多い。当然、自らの研修やヘルパーの教育に時間を費やすことができず、サービスの質低下につながる事が憂慮される。

介護保険法の課題と提案

これまでの法改正はもっぱら報酬削減を目的と

しており、結果的には利用制限などで利用者の不興を買うとともに、人材不足や現職者の志気低下を招いている。以下では利用者の満足度向上と介護関連職の意欲を向上させる方策をいくつか提案したい。

1) 連携推進のために報酬を

先述したとおり法改正以降の特定施設の増加は少々異常といえる。制度発足当時の法の目的は在宅介護を支えるシステムの構築であったはずだが、現在は施設に誘導する制度になっている。特定施設の増加は2006年度に発表された療養病床削減計画も一因と考えられるが、居宅系と施設系に対する介護給付のアンバランスを考慮するならば、特定施設では実際に提供した必要不可欠なサービスのみを支給対象にすべきである。

在宅維持のポイントは医療と介護の連携であるが、その要となるケアマネジャーが連携のためのケアカンファレンスを開いても医療関係者や介護事業者などの出席者に報酬が支払われることはない。このような状況で連携が積極的に行なわれることはあり得ず、結果として在宅介護の維持が困難になり、次善の策としての特定施設指向が高まっていると考えられる。次期制度改正では医療と介護の連携にインセンティブを与える報酬制度の導入が必要である。また、在宅での終末期ケアが一般的になるように医療と介護の両制度間の調整も進めていかなければならない。特養と老健に関しても在宅介護の環境を整えることで将来的には削減可能と考える。

2) 保険としての機能の維持

昨年、高所得利用者の自己負担を3割に引き上げるという論調が目立つようになったが、これは高齢者のおかれている現状を無視した暴論である。高齢者世帯の約62%が年収300万円以下、約43%が200万円以下、約15%が年収100万円以下

である(2006年版高齢社会白書)。現状の自己負担率1割でも低所得者のサービス利用抑制効果は大きい。低所得者にはさまざまな負担軽減措置があることをもって低所得者への影響は少ないと論じる者もあるが、東京圏では年収が300万円あったとしても余裕のある暮らしはできない。年収がさらに多い場合でも高齢者所得控除の廃止、国民健康保険料と介護保険料の値上げ、消費者物価上昇などにより高齢者の生活は相当程度圧迫されている。3割負担に耐えられる高齢者は極めて少数である。

何よりも重要なのは介護保険をすべての国民の高齢期を支える制度にすることである。そのためには1号保険料の格差を容認するとしても、介護サービスが必要になったときには1割負担で平等に利用できる制度でないと高負担者の理解を得られない。誰もが高齢期を迎えることを考えれば、2号被保険料の引き上げと20歳以上の加入で財源確保を図るべきである。

3) 人材確保のために

福祉・介護職に関する今般の人材不足は制度の根幹を揺るがせる状況にある。求人広告を出してもまったく応募がないことは珍しくない。介護福祉士養成の専門学校の多くは定員割れし、訪問介護員2級講座の廃止も広がっている。人材供給量は急速に縮小している。

このような状況を改善するには資格や地域差を十分考慮した介護報酬引き上げを早急に行なう必要がある。また、引き上げが福祉・介護関連職の給与アップにつながるよう、各事業所の最も給与の高い職員(経営者を含む)と最下位の常勤職員の年収差を3倍以内にするなど規制が必要である。また、資格、経験、技術などに応じて給与アップが実現できるように、専門介護福祉士などの資格制度の創設と資格に応じた給与引き上げが可能になる段階的な報酬引き上げ計画を早めに示すこ

とでキャリアパスを確保することも重要である。最終的には公務員なみの報酬を可能にしなければならない。

訪問介護に関しては、サービス提供責任者が常勤ヘルパー化しないように訪問介護計画書作成にケアプラン同様の報酬を設定するとともに、サービス提供責任者自身が実施できる介護サービスの時間を月50時間程度に制限するのが有効である。また、介護職の入口に位置する訪問介護員2級の供給を確保するために、最低10年程度訪問介護員の制度を現状のまま維持することが必要である。

まとめ

2006年の法改正による在宅サービスの制限は、利用者の衛生・栄養状態、身体機能の悪化や介護負担の増大を招いている。また、報酬の切り下げは、とくに居宅系サービスに大きな影響を与えており、東京では、2007年4月から12月までに廃止・休止数で居宅576減、訪問介護585減、新規指定を引いた居宅で325純減、訪問介護で341純減している。コムスの指定取り消しの影響も若干あるが、採算の悪化とともに人材不足で事業継続ができないケースも相当数あると考えられる。世田谷区ではすでに必要量のサービスを確保できない現象が起こっている。2009年を待つことなく前倒しで報酬を改定して人材流出を防ぐことが急務である。

また、次期法改正においては在宅ケアに重点を置いた制度への転換を図らなければならない。

辻本さく夫 ● つじもとさくお

株式会社わかば

〒154-0024 東京都世田谷区三軒茶屋 2-5-8-100