

# 「新しい総合事業」をどう考えるか～事業者の立場から～

世田谷区介護サービスネットワーク代表

特定非営利活動法人ソーシャルケア清和会 理事長 辻本さく夫

## 1 介護保険法改正に翻弄される利用者と事業者

介護保険法は3年ごとに見直しをすることになっており、平成12年法施行以来これまでに5回の法改正がなされた。その改正内容を簡単に回顧する。

### 1) 平成15年度改正

- ・訪問介護の報酬のアップ。
- ・訪問リハ、通所介護、施設系サービスの報酬削減。

### 2) 平成18年度改正

- ・要支援を1, 2に分け、要介護1の6割を要支援2に位置づける。
- ・要支援サービスに月額報酬制度を導入する。
- ・地域包括支援センターの設立：要支援利用者を居宅介護支援事業所から移動させる。
- ・ケアマネジャーの担当件数を50に制限する。
- ・介護予防理論の導入：要介護になることを予防することにより、費用を削減できる。
- ・軽度者からベッドと車イスを取り上げる。
- ・訪問介護の生活援助を90分に制限する。
- ・夜間対応型訪問介護の創設。(平成24年3月利用者数：約6,500人)
- ・小規模多機能を創設。

### 3) 平成21年度改正

- ・人材不足に配慮し、訪問介護の身体1を報酬増。
- ・ショートステイの報酬増。
- ・各種加算の創設(リハビリ偏重)。
- ・通所系、施設系報酬の増減→小規模デイサービスの激増。
- ・介護職員処遇改善交付金の創設。

### 4) 平成24年度改正

- ・定期巡回・随時訪問介護・看護制度の創設。(平成28年2月利用者数：1万3400人)
- ・複合型サービス(小規模多機能+訪問看護)の創設。
- ・訪問介護の生活援助を60分に制限する。
- ・通所介護の報酬削減：6～8時間サービスの多くが7～9時間サービスへ移行。
- ・介護職員処遇改善交付金を加算として制度に組み込む。
- ・加算種類の増大。
- ・居宅介護支援の担当件数を35件に制限。

### 5) 平成27年度改正

- ・地域包括システムの推進。
- ・要支援者の訪問介護と通所介護を地域密着型サービスに変更。(新しい総合事業)
- ・利用者負担 2 割を導入。  
単身者：年金 280 万以上、夫婦：346 万円以上
- ・高額介護サービス費の上限引き上げ。37,200 円から 44,400 円へ
- ・通所介護の報酬大幅削減：小規模型にとって厳しい内容になった。  
例：予防通所介護 2：4,236 単位→3,377 単位 (20.3%減)
- ・訪問介護の報酬削減  
例：身体介護 2：404 単位→388 単位(4%削減)

5 回の法改正において目立つのは、訪問介護の短時間化と生活援助の制限である。法制定当初は時間制限がなかったが、平成 18 年度に 90 分に制限、平成 24 年には実質的に 60 分に制限された。また、短時間の身体介護 1 が増えた結果、訪問介護の 1 回あたりのサービス時間は 50 分程度になってしまった。

訪問介護の時間制限により、家族介護者がサービス中に買い物に行くなどできなくなったため、結果として通所介護の需要が大幅に伸びた。特に平成 21 年度の改正以降は小規模デイサービスが大幅に増えることとなった。

平成 27 年度の法改正では、要支援者の訪問介護と通所介護を大きく制限し、いわゆる「新しい総合事業」に移行することが決まった。法改正の過程では要支援者へ対するサービスの制限に反対する声が多かったが、結果として厚労省の意向に沿った法改正となった。ただし、予防訪問介護と予防通所介護を合わせても全経費のわずか 3%程度であるので、社会保障費の削減にはほとんどつながらない。これを敢えて導入したのは、今後の法改正の中で更に多くの利用者の訪問介護と通所介護を削減するのが狙いであることは明白である。

## 2 介護事業への影響

### 1) 訪問介護への影響

要支援利用者のサービスの変更により、訪問介護事業所によっては大きな影響を受ける。特に要支援のサービス比率の高い事業所は、この数年で大幅に収支が悪化する危険が高い。訪問介護事業所が提供する「基準を緩和したサービス A」については、まだ人材養成も始まっておらず、必要なサービスを提供できるようになるかどうか、現段階では判断できない。仮にこのサービスを提供できるようになったとしても報酬は低く、また、ボランティアによるサービス B が供給されるようになれば採算の大幅低下は避けられない。

また、訪問介護については度重なる法改正に起因する現場の士気低下が気になりである。世田谷区が属するハローワーク渋谷管内でのパートの介護職の有効求人倍率は 30 倍を超えている。現在、現場を支えている介護職の年齢もかなり高くなっており、訪問介護単独では事業の存続も厳しくなっている。

### 2) 通所介護への影響

短時間でリハビリを中心としたメニューを提供する小規模通所介護事業所への影響は非常に大きい。この種の事業所は比較的新しい場合が多く、利用者の半数以上が要支援であるケースもある。また、要支援利用者のサービス単価の削減は20%強であることの影響も大きい。新しい総合事業において現行相当サービスは20%削減された単価が上限となることの影響も大きい。

訪問介護同様、通所介護単独での経営は相当厳しくなると考えられる。

これに対して規模の大きい事業所への影響は比較的小さい。規模の大きい事業所では要支援利用者の比率が比較的 low、また、施設も余裕があるので、新しい制度に沿った事業を展開することもできる。

今回の改正は急速に増えた小規模事業所を減らす明確な意図をもった改正といえる。明確な採算見込みがない場合は早めに事業所を閉鎖することも選択肢となる。

### 3) 2割負担の影響

昨年の8月に一部利用者の負担割合が2割になったが、そのことによって介護サービスの利用控えがどの程度発生しているかについては資料がない。しかし、1割負担が2割になるということは単純に支払額が2倍になることであり、個々の利用者にとっては影響が大きいと考えるべきである。要介護4で限度額までサービスを使った場合、支払額は7万円近くなり、負担感は大きい。高額介護サービス費を申請すれば44,400円との差額の2万5千円ほどが返ってくるが、高額介護サービス費を超えない場合は、すべて2倍になるので、当然サービス量を減らすインセンティブが働く。

そもそも単身者で280万円の年金があると2割になるが、280万円の年金の場合、月額10万円の家賃を払っていると可処分所得が年に160万円、月に13万円しか生活費がない。単身者で280万円、夫婦で346万円としたことにより、介護保険サービスを制限する選択した利用者は決して少なくないと考えられる。

2割負担の利用者の割合は約2割といわれているが、実数は公表されていない。

ちなみに医療費は年収370万円以下の場合1割負担である。

利用者のサービス利用削減は介護事業者にとっても痛手である。

## 3 新しい総合事業とどう向き合うか

### 1) 疑問だらけだが!!!

新しい総合事業は、高齢者を地域で支える仕組み作りを地方自治体に押しつけ、最終的には介護保険制度の対象を要介護3以上に制限するステップの一つである。地域のボランティアが高齢者を支える共助のシステムの必要性を正面から否定することは難しい。とくに「地域包括ケアシステム」といった概念を出されるとこれに異を唱えにくい。かつてあった「介護予防」と共通するものがある。高齢者が要介護状態になることを予防することで、社会保障費の増大を抑えようという考え方も否定しにくかったことを思い出す。

しかし、介護予防の名のもとに行われたのは、要介護1の利用者の多くを要支援2に認定し、結果的にサービスをカットした。今般の「地域包括ケアシステム」なる名の下での制度変更に際して「介護予防」の費用対効果について、誰が検証したのか。社会保障審議会の議論の中でよく「エビデンス」という言葉が使われているが、この件に関するエビデンスはどうなっているのか大いに疑問である。

## 2) 平成 30 年度法改正のリスクを折り込んだ対策を

次期法改正の内容は社会保障審議会で方向性を決め、介護保険分科会で具体的な内容を議論し、最後に給付費分科会で報酬などを決めることになっている。しかし、その前に財務省が方針を発表し、社会保障審議会はこの内容を追認することが多い。すべてが財務省の方針通りに運ぶわけではないが、危険なのはこの財務省の案がいつの間にか既定路線のように世の中で受け入れられてしまう点である。

さて、財務省の次期法改正に関する方針は大変に厳しい内容である。訪問介護の生活援助を制度から外す。新しい総合事業の対象を要介護 2 までに広げる。軽度者の住宅改修を認めない。福祉用具貸与の範囲を大幅に縮小する。居宅介護支援費に利用者負担を導入する。といった内容である。

一つだけ確かなことは、次期法改正でも大きな影響を受けるのが訪問介護と通所介護の 2 事業であることである。事業者は事業からの撤退も含めて対策を立てなければならない。

このような厳しい事業環境の中でどのようにして事業を継続するのか。すべては経営者の手腕にかかっていると見える。私の関与する事業所においては、10 年来、事業の多角化に努めている。当面、法改正のリスクを減らすには他に方法はないように思うが、今後は事業所の統廃合も視野に入れていく必要性を感じている。

平成 27 年度の法改正が確定してから、介護保険法施行以来サービスを提供してきたあるデイサービス経営者が昨年 9 月で廃業した例がある。私はその人の勇気たたえその労をねぎらった。

## 4 利用者、利用者家族との連携の強化が必要

国家の借金が 1,000 兆円を超える現在、社会保障費の増加を抑える対策は必要である。しかし、制度の目的をも失ってしまうような制度変更には賛同できない。先述の財務省案を進めたならば、結果として要介護高齢者の急増を招くことは避けられない。

高齢者に早い段階で支援の手を伸ばし、生活の質の低下、要介護化の抑制を図る方針は基本的に正しい。人間らしく生きる権利を定めた憲法 25 条の生存権、基本的人権を守ることは国家に課された基本的な役割である。

介護保険制度の再構築に関してここで基本的な方向性を提案したい。

### 1) 利用者と家族介護者を同時に支える制度へ

現在の介護保険制度は、利用者家族の支援に極めて消極的であるが、家族介護者支援を含めた制度構築により、施設サービス利用者の増加を抑えることができる。以下のデータで示したように、施設利用者一人にかかる費用は、在宅利用者 2.5 人分に相当する。在宅介護利用者にかかる費用を増やしても施設入所を防止できれば全体の経費を削減できる。

在宅介護において家族の代役となり得るのは訪問介護であり、訪問介護は在宅介護の要といえる。同居家族がいる利用者の生活援助制限などを止めて、家族介護者支援につながるサービスを現場の判断で使えるようにすることが必要である。また、終末期などにおいては区分支給限度額の適用をやめて終末期のケアを支えられるシステムにすることが必要である。

本来の意味での「地域包括ケアシステム」を構築して医療、介護、地域住民、ボランティア団体、行政などが連携して利用者と家族介護者を支えるようになれば、在宅での看取りも普通になるはずである。

社会保障費削減とより良いシステム構築を同時に行うことは可能である。

## 2) 介護事業の問題と対策

介護サービス業における課題として①小規模事業所が多く、キャリアパスの構築が難しい、②人材確保が困難である、③制度改定リスクが高い、④賃金が全業種平均よりも年 100 万円低い、⑤仕事に対する社会的評価が低い、⑥業界団体が未発達のため制度改正などに対して業界としての意見を反映できない、などを挙げることができる。

平成 27 年度と 30 年度の法改正への対応は必然的に事業者の統廃合と多角経営化をもたらすと予測できる。安定的に介護サービスを提供するとともに、一部の事業者はボランティア的活動も担える組織への脱却を図ると思われる。

## 5 まとめ

世田谷区も「新しい総合事業」に向けて動き出したが、基準を緩和した A 型事業やボランティア中心の B 型事業が期待された役割を担うまで相当の時間が必要と思われる。すべて人材が決め手であり、人材が集まらない場合は絵に描いた餅に終わる危険性も高い。

いずれにしても介護サービス事業の行く先には多くの困難があると思われるが、困難を乗り越えた先に本来あるべき姿の事業が待っているような気がする。当面は事業所が互いに協力してこの難局に立ち向かっていきたい。

(資料)

### ◆介護保険サービス利用者数と費用 (H28.2 の統計、厚労省発表)

有料老人ホーム、グループホームも施設系に換算した場合の数値。

- ① 全利用者数:517.2 万人、要介護利用者数:402.6 万人(77.8%)、要支援利用者数:114.6 万人(22.2%)
- ② 予防訪問介護にかかる費用 (要支援)  
利用者数 : 43.0 万人、一人あたり 20,344 円、全体に占める割合 : 1.1%
- ③ 予防通所介護にかかる費用 (要支援)  
利用者数 : 50.9 万人、一人あたり 29,568 円、全体に占める割合 : 1.9%
- ④ 訪問介護にかかる費用 (要介護)  
利用者数 : 97.8 万人、一人あたり 68,936 円、全体に占める割合 : 8.6%
- ⑤ 通所介護にかかる費用 (要介護)  
利用者数 : 139.1 万人、一人あたり 83,526 円、全体に占める割合 : 14.8%
- ⑥ 在宅利用者の人数と費用  
利用者数 : 378.1 万人、一人あたり 108,128 円
- ⑦ 施設利用者の人数と費用  
利用者数 : 139.1 万人、一人あたり 269,807 円