

介護保険制度改正と訪問介護事業

NPO 法人ソーシャルケア清和会 辻本きく夫

筆者の所属する事業所は、平成12年の介護保険法施行と同時に訪問介護事業を始めた。その後、2度の組織見直しを経て現在は特定非営利活動法人として事業を行っている。

介護保険制度は3年ごとに制度の見直しをすることになっており、これまで平成15年、18年、21年と3回の見直しを行っている。来年は4回目の見直しである。ご存知のように先の2回の「改正」では、訪問介護の報酬引き下げが行われ、事業の採算性が大きく低下した。また、3回目の「改正」では、3%の報酬引き上げを行ったが、極端な介護人材不足を解消するにはほど遠く、「処遇改善交付金」を2.5年間に限って実施することとなった。

以下では訪問介護事業が現在かかえる問題点を整理するとともに、制度自体に内包されている問題点を事業者の立場から明らかにし、このあとの議論に話題として提供したい。

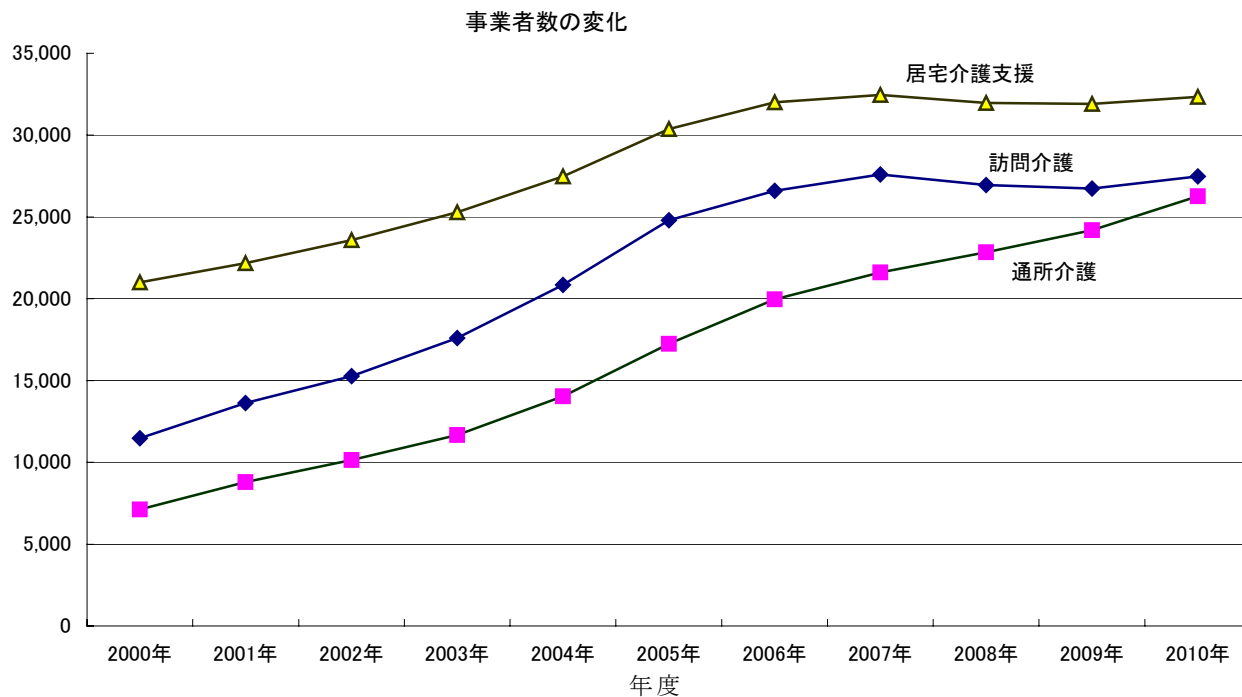
1 統計からみえる訪問介護事業の現状

① 3業種の事業所数の変化から

訪問介護は、利用者の在宅生活を支える上で要ともいえる事業であると多くの人は思っているが、現実には度重なる制度解釈の変更により、もはやその地位は大きく低下している。最初のグラフでは、訪問介護、通所介護及び居宅介護支援の事業所数を比べてみた。グラフから分かるように、訪問介護と居宅介護支援の事業所が2006年以来やや減少気味か大きな変化がないのに比べ、通所介護は順調に伸び続け、2011年度にも事業所数で訪問介護事業所を逆転しそうな勢いである。

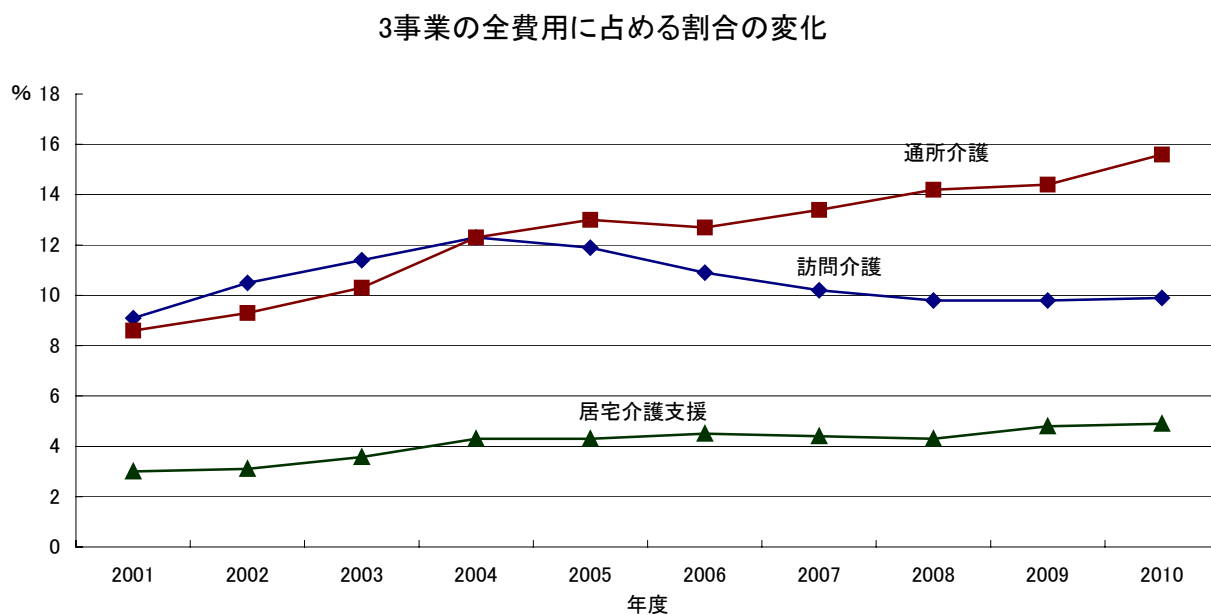
通所介護は、日中に利用者を預かるサービスであり、家族等の介護者にとってはありがたいサービスかも知れない。しかし、自己選択・自己決定という福祉サービスの原則からすると、多少問題があるように思う。というのは、訪問介護のサービスが短時間化された結果として、利用者本人の選択ではなく、介護者の選択で利用している場合が多いように思う。たしかに、今の訪問介護サービス1回当たりの平均利用時間は、1時間程度になっており、サービス中に介護者が買い物などに行くことも困難になっている。利用者が、家

族のことを思って本当は行きたくないデーサービスに行っているとしたら、それは福祉サービスの原則である自己選択・自己決定を無視したことになるのではないか。



② 3業種にかかる費用の変化から

通所介護の増加にともない、訪問介護に費やす費用も大幅に低下している。



2010 年度においては、通所介護に支払う費用は全費用の 15.9%に達しているが、訪問

介護に支払う費用はピーク時の 2 割減の 9.9%になっている。2006 年度を境に訪問介護利用が減り、通所介護が急速に増加しているのは、報酬引き下げとともに、サービスの短時間化、散歩目的の外出の禁止、配食利用の推進などのサービス制限があったことは間違いない。

このほかに、訪問介護員の不足により、サービス提供ができないケースが増えたことも原因となっている。訪問介護員の中でも非常勤訪問介護員（登録ヘルパー）の不足は、大都市圏で目立っている。

有効求人倍率を見ると 2006 年法改正時に、筆者の事業所のある世田谷区を管轄する渋谷ハローワークでは、非正規介護職の倍率は 22 倍であった。2011 年 5 月においては、7.7 倍となっている。これは訪問介護に限らずに施設系も含めた倍率であり、報酬が安く身分が不安定であり、また、収入の変動が激しい訪問介護に限っての統計が取れたらば、この数倍になることは間違いない。絶望的ともいえる人材不足は、現在も続いているのである。

③採算性の悪い訪問介護事業

国では、法改正の前年に「介護事業経営実態調査」を行っている。これまで、2002 年、2005 年及び 2008 年に調査を行い、今年も冬に調査結果が公表されることになっている。

2002 年の調査では、訪問介護の収支差は 0.6%、通所介護は 9.8%、居宅介護支援は -17.0%であった。2005 年には、それぞれ、-4%、7.4%、-14.4%であり、2008 年には、同様に 0.7%、7.3%、-17.0%であった。2008 年には、訪問介護事業の収益が若干改善されたが、約半数の事業所は、赤字経営が続いている。居宅介護支援事業は、更に劣悪な経営状況におかれている。

2009 年 10 月から介護職員処遇改善交付金が支給されるようになって、現在は若干改善されているとはいえ、訪問介護事業の採算性の悪さは変わらない。訪問介護事業の採算性の悪さは構造的なものであり、報酬を数パーセント上げるくらいで解決できるものではない。

2 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律について

今年 6 月 22 日に成立したこの法律の中に「24 時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスの創設」が謳われている。前者は 24 時間定期又は随時訪問で訪問介護及び訪問看護サービスを提供するものであるが、この新たなサービスがパブリックコメントの募集もなく国会を通ったことに対して懸念を抱いているので、簡単に触れておきた

い。

訪問介護や訪問看護がいつでも来てくれるのは、利用者や介護者にとって大変心強いだろうことは想像ができる。しかし、一見理想的なサービスをいわば現政権の成果として、宣伝目的で、報酬はいくらが妥当であるかなど十分な議論もなく、強引に国会を通したことは、これまでの法改正の流れを見ても異常としか言いようがない。

なぜ問題なのか、簡単に説明しよう。第一に類似する「地域密着型夜間訪問型訪問介護」事業が、全国で 5,800 人しか使わなかったことに対する十分な調査が行われていないことを指摘しておこう。「突然知らない人が入ってくる」、「家族が目覚ましてしまう」、「訪問する人を選べない」、「鍵を預けることが心配」などがサービスを利用しない原因であり、新たなサービスでも変わりがない。また、ニーズ調査が行われていない（公表されていない）。訪問看護事業所と訪問介護事業所の連携も可能なように書いてあるが、条件等が示されていない。少なくとも訪問看護については、緊急加算をとっている事業所が多く、現在でも必要とときに訪問しているはずであるが、実態調査が公表されていない。あまりにも不明瞭な形で決まってしまった。一見理想的で必要性に疑問を投げかけにくい状況にして強引に成立させてしまったが、大手が利用者を囲い込みする道具に使われることにならないように、しっかりと監視しなければならない。

3 介護保険の向かうべき方向

以下では、長期的視点に立って介護保険制度の進む道を考えてみたい。

①「居宅系サービス」と「施設系サービス」の分類について

介護費用の算出などの介護保険に関する統計には基本的な問題がある。「施設系」に分類されるのは、介護福祉施設（特養）、老人保健施設（老健）及び介護療養型医療施設の 3 類型のみである。残りはすべて「居宅系」に分類されるわけである。しかし、大半の特定施設生活介護（主に有料老人ホーム）、認知症対応型経堂生活介護（グループホーム）及び地域密着型介護老人福祉施設サービスについては、その形態から見て「施設系」に分類されるべきである。

利用者一人当たりの月額費用で比べると厚労省発表の統計上(H22.12 月)では、居宅系 10.5 万円、地域密着型 21.3 万円、施設系 28.8 万円であるが、地域密着型を居宅系と施設系に振り分け、特定施設を施設系に入れて再計算すると^{注)}、居宅系 9.1 万円、施設系 27.2 万円となる。すなわち、施設系入居者には、在宅で介護を受ける者のほぼ 3 倍の費用がか

かっている。

注) 特定施設入居者生活介護、短期利用以外の認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設サービスを「施設」として扱う。

この分類で整理すると、施設系利用者数 116.4 万人で 3,303 億円の費用がかかっており、居宅系利用者数 350.7 万人で 3,191 億円の費用がかかっていることになる。介護サービス受給者のうち約 4 分の 1 の施設サービス利用者が、全費用の約 5 割を使っているわけである。

施設サービスが必要であることに異を唱えるつもりはないが、「在宅生活を支えるための居宅サービス介護保険」ではなく、施設介護中心の介護保険制度になっている。

今後は、居宅系サービスの充実により在宅生活を維持できるように制度を改める必要がある。このことにより、費用のかかる施設入所を減らし、介護保険財政の健全化を図るべきである。「最後まで在宅で暮らす」ことができる制度にすることは、多くの人々の願いでもあるはずである。

②在宅生活を困難にしている要因は何か

2009 年に高齢者世帯は 20% を超え、単独世帯 24.9%、夫婦のみ世帯 22.3% となった。世帯当たりの構成人数も 2.62 人となり、家族で支え合う旧来型日本社会は、遠い昔の話となった。本来、この介護力の低下を社会で支える（介護の社会化）ことこそが介護保険制度の目的であったはずであるが、在宅生活を諦めて施設入所する傾向は高まっている。介護保険制度が十分機能していないことは明らかである。

理由はいくつかあるが、その一つが訪問介護の規制強化と短時間サービス化であることは間違いない。たとえば、認知症の親を介護している家族介護者にとって欲しいサービスは、中長時間の見守りのサービスであるが、現在の制度ではこれを行うことはできない。代わりに認知症対応型通所介護を使うようにケアマネジャーから勧められるに違いない。認知症への対応は個別性が高く、通所介護で適切な環境を提供するのは困難である。利用者本人が安心し、落ち着いて生活できるようにするためには、ケアプランを柔軟に作成できる環境が必要である。

介護者が追いつめられるもう一つの理由は、生活援助の規制である。未だに家族が同居していると生活援助を受けられない状況が続いている。介護者の負担軽減に必要なサービスは介護者が選択肢し、柔軟に提供できるようにすべきである。

③区分支給限度額は居宅系では不要

要介護区分ごとの支給限度額が低く設定されていることも問題である。身体1生活2の訪問介護を毎日2回使い、訪問看護2を週2回使うと、要介護4でも限度額に達してしまう。在宅生活を支えるのに必要な介護を必要なだけ利用できるようにしたからといって、限度額以上のサービスを必要とする利用者数は限定されており、介護保険の全費用を増大させることはない。むしろ、要介護度が高くなっても在宅生活の維持が可能であれば、高額な有料老人ホームや特養などに入所する必要もなく、施設整備費や施設運営費などの社会的負担は軽くなるはずである。

先に述べたように、在宅系サービス利用者は施設系サービス利用者の3分の1程度しか介護保険制度の恩恵に浴していない。この不均衡は、是正する必要がある。

設問の仕方によっても異なってくるが、厚労省の調査でも在宅で最後まで生活したいと希望する高齢者は6割以上に達しており、在宅生活を支えられるように介護保険制度を見直すことが急務である。

4 訪問介護事業の当面の課題

訪問介護事業を取り巻く環境がたいへん厳しいことを先に記した。採算性が悪く、仕事が減り気味であり、人材が集まらない、報酬を上げる財源もない。しかし、こうした環境であってもできることはあるはずであり、以下にまとめる。

①事業所間連携から事業所統合へ

訪問介護事業所の場合、事業所規模が小さいほど採算性が低いことが明らかになっている。(介護経営実態調査参照)したがって、事業所規模を拡大したいところだが、人材不足の中では容易でない。この状況下では、地域の事業所間が連携して人材を有効に活用し、採算性を上げる取り組みが必要である。また、キャリアパスを構築するためにも事業所統合も視野に入れるべきである。

②訪問介護事業者の協働

私が代表を務めている世田谷区介護サービスネットワークでは、部会の一つである訪問介護連絡会で多くの研修を実施している。訪問介護の社会的地位向上には、サービスの質向上が欠かせない。この部会には全事業所の約6割が加入しており、訪問介護事業者団体として注目されるようになってきた。今後は、理不尽な法解釈の現状などを世論に訴え、行政の解釈を変えさせる活動が期待される。

ホームヘルパー全国連絡会などの訪問介護事業者・労働者団体が、一致協力して課題に取り組む姿勢をもつことも重要である。

③訪問介護員の専門性の向上

本日の他の会場でもこのことを目的とした討論が行われているが、訪問介護員が備えるべき技術や知識を明確にし、一人ひとりの訪問介護員の専門性を向上させることが必要である。

2級ホームヘルパー養成講座や介護福祉士制度とは距離をおきながら、事業者・労働者団体が独自に取り組み、一定の成果を上げることが求められている。かつて介護福祉士受験資格問題で政府が出した資料に「ヘルパーは、概ね中卒程度の学力をもつ者」と記載されていたことを思い出す。役人にその程度の認識しかない現状を打破するには、介護の現場を守る我々が専門職として認められる能力を社会に示すしかない。

5 おわりに

団塊の世代の末尾にいる筆者としては、在宅で最後まで暮らせる制度を作ること、そして、それを支える職員（労働者）を育成することを夢・目的として、日々の仕事に取り組んでいる。自分らしく最後まで生き抜きたい。判断力が低下しても、私の意志を無視して施設に放り込まないでほしい。それは、私の願いでもあり、多くの高齢者の願いでもあると思う。