

介護保険を考えるV

鈴木 恂子

来年四月一日からの実施に備えて、十月からの要介護認定のための調査が始まります。現在、在宅サービスを利用されている方が新しい制度の下で引続きサ

ービス利用できるようにするためには、今から介護度を決定し、その上で介護サービス計画（ケアプラン）を立てて、四月に滞りなく移行する必要があるから

です。
デイサービス利用の多くの方は必ずしも介護を必要とする方ではありません。むしろ予防と自立のために利用されている方

が多いので、要介護度に重心をおいた介護保険制度では対象にならない方もおられます。そのため保険ではなく税による保健福祉施策の充実が不可欠です。そこで今回はデイサービスについて考えてみました。（4・5ページ）

また、七月末に「現場から公的介護保障を考える会」でまとめた介護保険の七つの矛盾点及びその改善点についての一覧表をご紹介します。安心して利用できる制度にするために、ご一緒にお考え下さい。

介護保険制度矛盾点のワースト7

介護保険には多くの問題点があり、実施しながら改善すると言われていますが、以下の矛盾点だけは実施前に改善しないと不安と混乱が募り、制度への信頼をなくします。

一九九九年七月三十日
現場から公的介護保障を考える会より

介護保険制度	矛盾点・不整合性	改善策
一、保険料 ①保険料は要介護高齢者の増加、サービスの量の増加と連動する（介護供給体制を整えると保険料が高くなる）。 ②療養型病床群等、施設が多い自治体は保険料が高くなる。 ③措置制度から自由な契約になる。	①保険料の上昇を抑えるために、サービスを抑制する→介護の充実、介護の社会化につながらない。また、介護基盤のない自治体ではサービスが受けられない。当初保険料は介護基盤を4割以下で試算している。10割になれば保険料は倍以上!! ②施設整備のインセンティブを阻害する。保険給付額の算出が住宅は要介護施設は現行制度によっている。 ③公費（税金）による施設整備が税を負担する住民に還元されない。保険料が自治体内のサービス基盤と連動しているのに「行政法の合理的差別」を認めないのはおかしい。	①設定ランク上限額のサービスの提供を可能にする基盤体制が前提である。 全国共通の認定であるなら、要介護度に応じたサービス内容の供給量はどこにいても受けられること。 ②保険料の算出は、供給体制でなく要介護高齢者数に連動させるようにする。 ③提示されている保険料で満足できるサービスが提供されることを期待している。それが不可能ならはじめからその数字を示すべき。
二、要介護認定 ①コンピューターによる一次判定を全国共通の「ものさし」とする。 ②この「ものさし」は2日間の施設における1分間タイムスタディから推測して作成した。 ③調査員、認定審査会、種類作成、コンピューター設備、ソフト等々を各自自治体で準備すること。 ④保険給付は9割、利用者は1割を負担する。	①コンピューター判定は保険給付の根拠であっても、利用者が納得できる受給の根拠ではないことを3カ年のモデル事業が実証した。 ②在宅の利用者の状態は多種多様。施設の「ものさし」では決まらない。サービスの必要量は本人の状態像だけでは決まらない。 ③利用者には直接利益につながらない手続きに時間と費用がかかりすぎる。 ④1割を負担できるかどうかが介護内容を決める仕組みでは、介護度を認定する意味がない。保障のない行政処分（区分認定）である。	①介護区分別の上限額をなくし、最上限額のみを設定してケアマネージャーが総合的に介護計画を立てて給付する。 ②要介護者の状態は不安定かつ個別的である。共通のものさし（コンピューター判定）はやめる。 ③莫大な中間経費はやめ、サービス充実のために使用する。 ④認定された介護度に必要なサービスは保障する。 ⑤区分認定するなら1割の利用料はなくす。
三、利用料1割負担		

四、施設サービス	①介護施設サービスとして、療養型病床群・老人保健施設・特別養護老人ホームを総合的に一元化する。 ②施設サービスの介護報酬は、従来の医療医療費、老人福祉法措置費を算出根拠とする。	①それぞれの施設機能の特性は利用者の選択に任せ、単に財源のみを一元化した。 ②税による生活保障及び医療保険対象の一部を介護保険に組み入れるため、介護経費を膨張させ施設の多い自治体の保険料を高くしている。在宅サービスとの整合性がない。	①それぞれが目的を持つ三つの施設なので特性を尊重する。 ②介護部分については在宅と同じ基準で介護保険を適用し、医療は医療保険、福祉は税による委託費を組み合わせることに。 ③あえて在宅サービスと施設サービスを区分する必要はない。 ④どこにいても介護に対してのみ保険給付の対象とする。
五、調査員	①調査員は自治体職員等が行う。 ↓多くは介護支援専門員のいる居宅介護支援事業所に委託される。	①調査員とケアプランを立てる介護支援専門員を同一人が兼ねることは営利に偏る恐れがある。 ②住民への責任が間接的になり、自治体の公的責任の放棄につながる。	①調査員は公的責任を直接担う公務員とする。ケアプランを作成する介護支援専門員は公共性・公平性を確保するため公務員であることが望ましい。事業所に委託する場合は公共性・公平性を保障する規定を明記し、非営利性をシステムとして確保する必要がある。 ②認定をした上での1割の利用料負担の是非に関係する議論が不十分。
六、高額介護サービス費等の支給 (参考) 老齢福祉年金・三四、一三三円/月	①利用者負担の上限設定 イ 一般・三七、〇〇〇円/月 ロ 市町村民税非課税者等・二五、〇〇〇円/月 ハ 老齢福祉年金受給者等・一五、〇〇〇円/月 在宅サービス 要支援 I 0.6 0.6 0.6 II 1.7 1.7 1.5 III 2.0 2.0 1.5 IV 2.6 2.5 1.5 V 3.1 2.5 1.5 単位：万円 介護老人福祉施設 2.7 2.5 1.5 介護老人保健施設 3.0 2.5 1.5 介護療養型医療施設 3.7 2.5 1.5	①全国の65歳以上（第1号被保険者）の76%が市町村民税非課税である。大半がロ、ハに該当し、利用料負担は定額化している。 ②在宅と施設に区分する意味は薄い。その差額は保険料高騰につながっている。 ③月額三四、〇〇〇円余りの年金から一五、〇〇〇円の1割利用料は非現実的。低所得者対策にはなっていない。 ④低所得者ほど保険給付は受けにくい。 ⑤高所得者ほど有利に作用する。 ⑥経過措置とは従来の制度の継続。 ⑦措置とは公的責任によるもの、老人福祉法第12条との関係（H5法改正時追記されている）。	①個人単位の制度に、世帯合算の考え方の混乱は避ける（高齢者介護サービス費に意味を持たせるものに過ぎない）。 ②もともと上限額の設定されている制度に高額介護サービス費の意味は薄く、低所得者対策とはいえない。 ③個人単位の制度に、世帯合算の考え方の混乱は避ける（高齢者介護サービス費に意味を持たせるものに過ぎない）。 ④所得保障が不十分な中で実施する保険制度の限界（低所得者排除の弊害が残る）。
七、現措置入所者の保障	①5年間の経過措置を置く。 ②H12年4月1日に施設設置者と利用者で個別に契約する。 ③利用料、食費、日常経費は本人負担（減免あり）。 ④退所を目標とするケアプラン。	③負担増とりわけ生活費負担は利用者にとって根本的な不利益処分。減免は同一の生活の場での差別感を生む。 ④退所先がない（特に要介護I、II）。	③新制度による契約は退所。



デイサービスの現状と

※利用者は泉苑とあさひ苑（平成11年3月31日現在）合計。（ ）内は実数。 —デイサービスは介護を目的とする託老所で

事業名	Ⅰ. 現 状	
	1. 利用者の要介護度の分布	2. 事業の目的と主たる活動内容
基本事業（計105名）		1. 利用者の自立的な生活の保持 2. 虚弱化、孤立化を防ぎ、ひいては寝たきりにならないように、ボケないようにという予防 以上2点を主たる目的とした事業で活動内容は、 ①趣味活動（作業活動として書道・アンデルセン手芸・手芸・籐細工・和紙工芸・粘土細工など） ②教養活動（音楽・俳句・生け花・囲碁・将棋など） ③レクリエーション（体操・ゲーム・カラオケなど） ④グループワーク ⑤日常動作訓練 ⑥行事（花見・バスハイク） ⑦養護などである。
機能訓練（計58名）		機能訓練は、特養ホームの施設開放としてスタートしたが、老人保健法の成立により、保健事業に位置付けられ、心身機能の維持回復を図るために必要な訓練を行い、日常生活の自立を助けることを目的に実施している。理学療法士・作業療法士・言語療法士などの専門職による機能評価により、個別の訓練プログラムを立て、目標を設定し実施されている。 その内容は、 ①運動を主とした活動 ②制作・創作・表現活動 ③生活関連活動 ④自主活動 ⑤言語コミュニケーション活動などがある。
痴呆性デイ（計60名）		活動内容は、 ①身体的活動のプログラム（散歩・風船バレーなど） ②知的・情緒的活動プログラム（ちぎり絵・茶話会など） ③療法的プログラム（音楽・作業） などに分けることができる。 また、これらプログラム活動から、離れマンツーマンの対応まで幅広い活動をしている。 そのほか、この事業には、家族が日中自由な時間を得る。緊張感から開放されるという目的もある。また、必要に応じて、時間外や通所予定日以外も家族送迎でご利用いただいている。
入浴（計106名）		お身体が不自由なため、自宅での入浴が困難な方を、センターの特殊浴槽（寝た状態で入浴）やリフター浴槽（座った状態で入浴）を使用し入浴を援助する。入浴回数は、概ね週1回となっている。 体力の弱った方々の入浴援助に加えてヒゲそり・爪きりなどまで行っている。 入浴前後の血圧測定や水分補給など細かな配慮も必要としている。 また皮膚疾患の発見や家族への助言なども重要な活動となっている。 利用者にとっては清潔保持とともに気分転換・憩いのひとときでもある。

介護保険

はないのですが……



Ⅱ. 課 題	Ⅲ. 提 案
介護保険下での不安	1. 基本事業は、生きがいや予防を目的としたものなので、対象となる方は、自立か要支援の方である。介護保険制度ではサービスは不要あるいは最も少なくてもよいということになる。自立・要支援併せて53パーセントの方は、生きがい・予防事業を必要としている。現在この事業によって多くの利用者が外出の楽しみ・物作りの喜び・体を動かすことの大切さなどに気づき、人とのふれあいの中で豊かな時間を過ごされている。こうした事業が、量・質とも低下するならば早期に老化が加速し、介護を必要とするようになる。介護度を評価する物差しではなく、保健福祉施策の中で現在のサービスレベルが低下しないことをまず要望したい。そして支援が必要な方々が負担増により「サービスが利用できなくなる」ことがないように、特に低所得者への対策が不可欠である。 2. 医療系の「通所リハビリテーション」とは異なる生活的な機能訓練は、とりわけ高齢者にとっては重要な事業である。社会復帰を目指すリハビリというより日常動作や生活リハビリに重点をおいた、従来通りの機能訓練事業が引き続き実施されるよう、自治体での独自の取り組みが求められる。 3. 全体について（共通） ①一日の介護度別利用者数×介護報酬が事業実績となり、その実績により運営していくことになる。 ア. サービス内容・レベルよりも数を多くこなすことが第一義になる。 イ. 介護報酬が高くなければ人件費や建物・設備を維持していくのが難しくなる。しかし、介護報酬が高いと利用者の利用回数が少なくなる。また一回の利用料も高くなり、通いたがらないお年寄りも出てくるだろう。介護報酬を抑えるためには、自治体の委託事業として基盤的経費が保障され、市民の財産としてセンターを利用できるようにすることが、新しい制度によってサービス低下を起さない重要なポイントではないだろうか。 ②現在、いずれの事業も職員が運転・添乗し、より身体の弱い方々が通所する事ができるよう、ドアツードアで送迎が実施されている。しかし当然のことながら、人件費の負担は大きく、サービスのレベル・質をどう考えるかによって送迎のあり方も左右される。 これらの活動を通し現状のデイサービスは、同世代を生きてきた、利用者間の新しい友との出会い、人とのふれあい、また弱い方を助けたり、といった生活の広がりも生まれている。また、若い職員やボランティアの方々と世代を超えた支えあいも利用者にとって、新鮮な時を過ごす場になっている。
介護保険下では「通所リハビリテーション」として、医療系のデイサービスに位置付けられている。福祉施設の機能訓練は介護保険のサービスになっていない。 この事業の利用者は、「センターに通えなくなるのだろうか」と不安になる。 おそらくは一般財源	
この事業は、利用者ご本人にとっての事業目的と家族の介護負担を軽減するという目的を持っており、まさに介護保険制度の目的を達成する事業の一つである。しかし、現在の柔軟な対応の方が、はるかに家族の需要に応えているのではないかと思います。 ①痴呆の方が適切に要介護認定されるかどうか。常時目が離せずマンツーマンで対応しなければならない痴呆の方は、身体的には全く問題なく、主に動作から介護度を計る「物差し」では全くの自立である。②家族の介護負担軽減のためには回数の制限、利用料負担による制限がネックとなる。③利用時間を延長したり、回数を増やすということは、低所得者には負担増となり利用しにくい。④最も社会的支援が必要な方のサービスが負担能力によって左右されることに制度の矛盾を感じ不安が募る。	
現在寝たきりの方が多く利用しているが、デイサービスのプログラムに入浴サービスが組み込まれると、重度な方は体力的に何時間もセンターに滞在することは無理であり、訪問入浴に移行せざるを得ないだろう。外出の機会の減少、センターとの関係は希薄化は、本人・家族にとって不安につながる。	