

第9期介護保険事業計画の論点

法政大学大学院公共政策研究科 兼任講師 鏡 論

地方分権の試金石と言われた介護保険は制度改正を繰り返し、負担と給付のバランスから当初の理念とはかけ離れてきた。2024年自治体における介護保険事業計画策定に向け、今、何が必要なのか、介護保険制度作成にかかわった鏡論さんに現状と課題について寄稿をお願いした。

1. 介護保険制度改正にかかる七つの論点

第9期介護保険事業計画は、2024年4月からスタートする。それに向けて、現在各保険者である市町村では、介護保険事業計画を策定中である。第9期介護保険事業計画の策定に向けて厚労省介護保険部会での議論は次の通りであった。いずれも給付の縮減と負担の増にかかる検討が進められている。

- (1) 被保険者範囲・受給権者範囲
期限を定めず引き続き審議
- (2) 補足給付に関する給付の在り方
期限を定めず引き続き審議
- (3) 多床室(老健・介護医療院)の室料負担
介護給付費分科会で結論を出す(2023年末)
- (4) ケアマネジメントに関する給付の在り方
第10期計画開始までに結論を出す(2026年末)
- (5) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付
第10期計画開始までに結論を出す(2026年末)
- (6) 利用者負担2割の拡大(20%から30%)
第9期計画に向けて結論を出す(2023年末)
- (7) 高所得者の1号保険料の標準段階の多段階化
第9期計画に向けて結論を出す(2023年末)

2. 各自治体での論点

財務省や厚労省で進められる給付と負担の議論は介護保険がさらに脆く信頼を得られない制度になる危惧がある。したがって、自治体はそれらの議論に付き合う必要はなく、むしろ地道に市民生活を支援するための制度として地域支援事業等を使って、必要な仕組みを整備していく事が重要である。

制度的には介護保険制度が2000年にスタートして、23年を経ており、その意味では抜本的な見直しが必要と考える。具体的には、自ら課題を発信できない「認知症」・要介護状態だけではなく生活実態や支援体制が問題視される認知症問題、「特別養護老人ホーム」入所基準が介護保険法とは別の基準で運用されている特養問題。さらに、要介護認定が出る前の者に対応する「介護予防について」は介護保険制度から外して、自治体が責任を持って行う公費負担に移行することが必要と考える。

(1) 重度認知症には「面」のサービス整備を

現状の認知症に対するサービスであるが、認知症は病気であるから医療で対応すべき部分と生活を支援する部分とがあ

る。そして在宅で介護をするなら、認知症に対する医療の受け皿が地域になければ、立ち行かないのだが、残念ながらそのような受け皿が各地にあるという状況ではない。

また認知症の特徴として、もの忘れなど軽度な症状から不潔行為や徘徊などケアを必要とする重度な症状まで、非常に幅が広いことがある。徘徊によって鉄道の線路に入り込んでしまい事故を起こしたとして鉄道事業者から損害賠償を求められた事件(注1)の例が象徴的であるが、こうした重度のケースに対し、現状ではサービスが十分とは言えず、家族の重い負担となっている。グループホームやデイサービスはあくまで「線」のサービスに過ぎず、24時間、365日、目が離せない症状に対する「面」のサービスが圧倒的に足りないのである。

また介護保険が社会保険制度であり、サービスを自ら選ぶことが特徴としてあげられるが、重度認知症の場合は、自らサービスを求める事が難しい。したがって認知症については、保険制度よりむしろ、行政の責任で本人の生活を維持するためのプランをつくっていく必要があるのではないかと。

そのようなサービスを作っていくためにも、保険制度から外して、公費による支援に変えていく必要がある。特に高齢者の緊急一時預かり、緊急支援員、要援護高齢者調査、医師による初回訪問制度、医療受診勧告権等の制度化が求められる。

(注1) 2007年、愛知県大府市の91歳の認知症の男性が徘徊中に踏切内で列車にはねられ死亡し、JR東海は家族に約720万円の損害賠償を求め訴訟を起こした。最高裁まで争われ、16年3月に同居の家族は監督義務者にあらず賠償責任はないとの判決が確定した。

(2) 要援護高齢者調査

認知症の高齢者数は700万人時代と言われている。これは、現在介護保険を受けている人とほぼ同数という事になる。認知症の症状は、非常に幅が広く、MCRと呼ばれる軽度認知症では、もの忘れや妄想などの症状がみられる。

これに対して徘徊や不潔行為等が頻繁に症状として表れるようになると、家族等が常時見守り体制を作っていく必要があり、本人のみならず家族等の支援が重くなるのである。このように認知症高齢者を地域で支えていくためには、重層的な支援体制が必要になる。そのためには、認知症や認知症の疑いがある人、あるいは認知症の家族を抱えている家庭等



の調査を行い、各地域に何人くらい生活しており、さらにどのような支援を必要としているか、支援が十分か等を調査していく事が重要になる。

ある自治体では、65歳以上の高齢者を抽出し、世帯ごとの個票を作り、それを民生委員に配布し、7月1日を基準日として、各世帯を訪問し、認知症のある人またはその恐れがある人がいるかどうかの把握に努めている、それらを要援護高齢者と定義し、家族構成、及び緊急連絡先等を調査する。これを毎年継続的に行うのである。

地域の中に、一人暮らし高齢者や高齢者だけで暮らす夫婦、寝たきり老人をかかえる家族、歩行できる認知症性高齢者を支える家族など介護の必要はないが、何らかの支援を必要とする人がどのくらいいるのかを掴むことができる。

さらに自治体では、災害弱者の支援名簿の作成として手上げ方式(本人や家族が、支援の必要な家族と申し出る方式)での名簿作りを行っているが、それでは災害が起きた時の優先順位づけが難しい。本人は支援が必要と申し出たが、実は地域にはもっと重篤な人が生活しており、その人たちは声を上げることが難しい人がいるからである。その場合、誰を優先的に救うのかは難しい。したがって、1年に1回は必ず全市民を対象にした要援護調査を行う必要があるのである。そのうえで、優先順位を確認する事ができる。

この場合、議論になる点が個人情報の保護である。住民基本台帳から65歳以上を抽出したデータを民生委員に提供し、それを基に調査を行う。もちろん各市の個人情報保護審査会にかけて承認を得て、実施をする必要がある。孤独死や虐待・介護放棄の例が毎年数例報告され、都市に住む高齢者の大きな課題となっている。現実の問題を未然に防ぐため、地域や家庭を包括的に把握する必要があるのだ。このネットワークを構築するためには、支える側のお互いの人を知り、そして信頼関係をつくる事が前提となる。

(3) 認知症高齢者に対する医療と介護の連携(医師の初回訪問制度)

在宅で生活する認知症の患者の対応は、初期に医師により「認知症」という診断をしてもらうことに困難がある。認知症という現実を受け止めたくないとの考えや多少のボケ高齢者にはつきもので、まだまだ大丈夫といった楽観論まで様々である。そのため一般的に

【認知症高齢者の対応の流れ】

- ①認知症高齢者の発見(高齢者一人暮らし・高齢者夫婦・低所得家族)
- ②病院受診(本人理解・初回訪問)
- ③入院・入所等対応(本人理解・受け入れ施設)
- ④在宅医療・介護・看護(家族の見守り・支援が必要)

は認知症と診断されるのは、認知症の症状が出てからしばらくして受診するなど、発見が遅れがちになりがちである。

自治体では、一步踏み込んで状態を把握する高齢者に対する悉皆調査の実施(災害弱者把握・要援護高齢者把握)が重要であると同時に、認知症と確定した後は、介護保険や医療保険による給付や地域の見守りサービスなどが必要となる。介護保険内のサービスとしてはグループホームの整備。介護保険外としては地域包括支援センターの見守りネットワークや医療機関との連携、支援機関の初回訪問の制度化が必至である。

また、認知症の親を介護する息子や嫁による虐待事例も報告されており、介護者支援も重要な課題となっている。しかし、高齢者虐待防止法による自治体の介入は、なかなか個人のプライバシーや情報の取得の難しさがあり、進んではいない。また最近では、ヤングケアラーによる支援など家庭内の関係も複雑化している。これらに対しては自治体による調査権の行使(受診勧告)や緊急ショートや整備(一時保護)が課題となる。認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)では、次の7つの目標を掲げている。

- ①標準的な認知症ケアパスの作成・普及
- ②早期診断・早期対応
- ③地域での生活を支える医療サービスの構築
- ④地域での生活を支える介護サービスの構築
- ⑤地域での日常生活・家族の支援の強化
- ⑥若年性認知症施策の強化
- ⑦医療・介護サービスを担う人材の育成

自治体では、具体的な政策の実施が求められている。



○認知症高齢者数の推計
65歳以上の認知症高齢者数と有病率の将来推計についてみると、平成24(2012)年は認知症高齢者数が462万人と、65歳以上の高齢者の約7人に1人(有病率15.0%)であったが、37(2025)年には約5人に1人になるとの推計もある。(内閣府HPより)
「日本における認知症の高齢者人口の将来推移計に関する研究」(平成26年厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学 二宮教授)より内閣府作成のグラフ