

第2節 2自治体におけるハイリスク者の割合とその特徴 介護保険導入後のハイリスク者の状況変化とその理由、介護保険下での ケアマネジメントの効果

日本福祉大学大学院博士後期課程 加藤悦子

研究Ⅰ. 2自治体におけるハイリスク者の割合とその特徴

【目的】

虐待予防策と援助方法を検討する基礎作業として、自治体における放置、身体的精神的虐待ハイリスク者の割合とその特徴を明らかにすることを目的とする。

【対象と方法】

A、Bの2自治体で、介護保険導入前の1999年10月、2種類の調査を行った。介護保険利用申請のあった申請者本人に対する調査（調査1）と、その介護者に対する調査（調査2）である。

調査1は放置と身体的・精神的虐待のリスクを調べる目的で、要介護認定時に訪問調査員が確認する形で行った。調査2は介護者の介護負担や利用している保健・福祉サービスへの満足度などを確認する目的で、要介護認定時に訪問調査員が申請者宅に別冊の調査用紙を留め置き、記入後郵送で返送していただく形で行った。

ハイリスク者の特長については、調査1の対象者623名をハイリスクと評価された者（問題あり群）とそれ以外の者（問題なし群）とに分け、それぞれの群の要介護認定結果にどのような違いが見られるかを検討した。また、介護者についても、「問題あり群の介護者」と「問題なし群の介護者」とに分け、それぞれの群で回答結果にどのような違いがあるかを検討した。

そして介護保険導入後の2000年10月、調査1を同様な形式で再度行った。

【結果】

(1) ハイリスク者の割合と、(5) 問題あり群と問題なし群との違いの一部については2つの自治体で結果に差が見られたため、自治体別の結果も記載する。

(1) ハイリスク者の割合

介護保険導入前のハイリスク者の割合は両自治体合わせて要介護認定申請者623名中107名(17.1%)であった。

・ A自治体

介護保険導入前、ハイリスク者は要介護認定申請者310名中67名(21.6%)であった。介護保険導入後に行った調査では、ハイリスク者はその時の要介護認定申請者235名中12名(5.1%)であった。

235名のうち、介護保険導入前から引き続き調査を行った者が193名で、そのうちハイリスク者は10名(5.1%)、新規に調査を行った者は42名で、そのうちハイリスク者は2名(4.7%)で

あった。

表1 A自治体 ハイリスク者の割合

導入前		導入後	
調査人数	310	調査人数	235※
リスク者数	67	リスク者数	12
リスク者の割合%	21.6	リスク者の割合%	5.1

(※235名の内訳)

	継続	新規
調査人数	193	42
リスク者数	10	2
リスク者の割合%	5.1	4.7

・B自治体

介護保険導入前、ハイリスク者は要介護認定申請者 313 名中 40 名 (12.7%) であった。介護保険導入後に行った調査では、ハイリスク者はその時の要介護認定申請者 207 名中 28 名 (13.5%) であった。

207 名のうち、介護保険導入前から引き続き調査を行った者が 144 名で、そのうちハイリスク者は 18 名 (12.5%)、新規に調査を行った者は 63 名で、そのうちハイリスク者は 10 名 (15.8%) であった。

表2 B自治体 ハイリスク者の割合

導入前		導入後	
調査人数	313	調査人数	207※
リスク者数	40	リスク者数	28
リスク者の割合%	12.7	リスク者の割合%	13.5

(※207名の内訳)

	継続	新規
調査人数	144	63
リスク者数	18	10
リスク者の割合%	12.5	15.8

(2) リスクと要介護度の関係

介護保険導入前にリスクと判断された 107 名について、リスクと評価された項目数と要介護度の関係を調べた。

要介護度別に見ると、要介護 4 や 5 では、「起居移動動作」にリスクが多く、要介護 1 では「排

泄・清潔の保持等」「炊事など」にリスクが多かった。

虐待については、該当者の数が少なく計的に傾向を出すことはできないが、精神的虐待ではリスク者は比較的、要介護1に多く見られている。

表3 要介護度別 リスクと評価された項目の数の比較（両自治体合計）

要介護度	起居動作	排泄	炊事	掃除	身体的虐待	精神的虐待	計
非該当	1	1	2	2	0	1	7
要支援	6	7	6	7	3	5	34
要介護1	14	18	14	12	2	6	69
要介護2	6	10	5	5	3	4	33
要介護3	3	6	2	4	1	2	18
要介護4	14	10	5	4	3	5	41
要介護5	10	9	5	4	2	3	33
不明	3	3	2	1	1	2	12
計	57	65	41	39	15	30	247

斜め太字…項目別トップ

網がけ…要介護度別トップ

(3) リスクと介護の大変さとの関係

調査2で介護者に「お世話することがどの程度大変だと思うか」と問い、「非常に大変だと思う」から「全く大変だとは思わない」まで7段階の程度を設け、最も近いと感じる数字を選んでいただいた。その結果、放置項目については両自治体で回答の分布に共通性がなく明確な傾向は見出だせなかったが、身体的・精神的虐待については両自治体ともに、問題あり群の介護者は問題なし群の介護者よりもお世話することが大変と感じている傾向が見られた。

表4 介護の大変さとリスクとの関係

介護の大変さ	A自治体			B自治体			合計
	問題あり群		問題なし群	問題あり群		問題なし群	
	放置	虐待		放置	虐待		
1	3	0	4	0	0	5	12
2	0	0	15	1	0	8	24
3	6	1	19	0	0	25	51
4	5	1	27	2	0	30	65
5	4	1	35	1	2	30	73
6	3	2	18	4	2	23	62
7	5	3	29	6	2	27	72
無回答	1	1	4	1	0	5	12
合計(人)	27	9	151	15	6	163	371

斜め太字…項目別トップ

網がけ…回答数が多かったところ

(4) リスクと介護力との関係

両自治体で放置項目でのみハイリスクと評価された者 97 名のうち、独居、昼間独居、高齢者夫婦で介護者も体調不良など、そもそもインフォーマルな介護力に欠けている世帯は 48 名、全体の約半数を占めていた。

表 5 放置リスクと介護力との関係

	人数	%
独居、昼間独居、 高齢者夫婦で介護者も 体調不良である世帯	48	49.5
上記以外の 世帯	49	50.5
計	97	100

(5) 問題あり群と問題なし群との違い

・介護者調査と要介護認定の調査項目

介護者に行った調査と要介護認定の質問項目のうち、問題あり群と問題なし群とで回答内容に差が見られるかどうかを調べ、カイ 2 乗検定を行った。放置項目では、両自治体に共通して差が有意であった項目は、要介護認定の項目「立ちあがり」「尿意」「便意」であった ($P < 0.05$ 。以下同じ)。虐待については「大声を出す」であった。

介護者に行った調査の項目では、両自治体で共通な項目は見られなかった。放置項目について、A 自治体で有意であったのは「介護者に余計なお世話をする名の存在」と「不眠」、B 自治体で有意であったのは「介護者の健康状態」や「いざという時、介護などを代わりにしてくれる者の有無」であった。

・介護サービス利用状況

ハイリスク者のうち、介護保険導入後に状況の改善が見られた者について、介護サービス利用率は、A,B 自治体ともにリスクでない者に比べ高かった。

表 6 介護サービス利用状況

	A 自治体		B 自治体			
	人数	介護サービス利用率%	人数	介護サービス利用率%		
リスク者 以外	452	31.6	410	33.5		
ハイ リスク者	改善	16	47.6	改善	5	58.2
	変化なし・ 悪化	23	37.5	変化なし・ 悪化	6	30.2

【考察】

ハイリスク者の占める割合の多少については、本調査の結果のみで評価することはできない。訪問調査員がハイリスク状態にある者を正確に漏れなく選び出せていると実証的に確認できているわけではないからである。調査の妥当性の検討が今後の課題である。

リスクと要介護度の関係について、要介護度に応じて低下しやすい介護項目があることが示唆された。援助を行う際、ケアマネージャーや援助職は前もってどんな場合にどのような項目についてリスクが発生しやすいのかなど傾向を予想したタイムリーな情報提供、サービス提供を行うことが求められる。

それから、身体的または精神的虐待が疑われる者の介護者は、そうでない者の介護者に比べ、介護負担を重く感じていることが明らかになった。要介護認定の結果を比較すると、問題あり群では要介護認定時に痴呆の項目で大声を出すなど「問題行動あり」とされた者が多かった。日医総研が2001年3月から4月にかけて在宅532名、施設入所者2216名を対象に行った調査では、痴呆に伴う問題行動を6つのグループに分けてケア時間を調べたところ、グループ2（感情不安定、暴言暴行、大声を出す、介護に抵抗）およびグループ3（常時の徘徊、外出して戻れず、落ち着き無し）に大きな負担がかかっていることが明らかになっている²⁾。これら介護者にとって負担が大きい問題行動にどう対処していくのか、援助者はどうサポートしていけるか等は今後の重要な検討課題である。

その他、放置ハイリスク者で家族などインフォーマルな介護力に欠ける世帯には、介護力の補完を行うことでリスク状態からの脱却が期待できる。この者たちに実際にサービスがどの程度提供されているのか、リスク状態に十分対応しているのかなどの検討も今後の課題と言えよう。

【結論】

介護保険導入前のハイリスク者の割合は両自治体合わせて17.1%であった。リスクと要介護度の関係では要介護度に応じて不十分になりやすい介護内容が違ふこと、身体的または精神的虐待が疑われる者の介護者はそうでない者の介護者に比べ、介護負担を重く感じていること、放置ハイリスク者では、家族などインフォーマルな介護力に欠ける世帯が半数を占めることが明らかになった。

研究Ⅱ． 介護保険導入後のハイリスク者の状況変化とその理由、介護保険下でのケアマネジメントの効果**【目的】**

介護保険導入後にハイリスク者のリスク状態に変化が見られたか、見られた場合はどのようなことが理由として考えられるかを調査する。

【対象】

²⁾ 調査報告書は未発行、結果の概略のみ社団法人呆け老人をかかえる家族の会発行「老人をかかえて」260号11頁に記載あり。

両自治体で介護保険導入前に、訪問調査員によってハイリスクと判断された者 107 名である。
(A は 67 名、B は 40 名)

【方法】

質問紙を用い（調査 3）、調査対象者を担当しているケアマネージャーに、介護保険導入後のリスク状況について、導入前と比べた変化を改善、やや改善、変化なし、やや悪化、悪化の 5 段階で評価していただいた。さらに背景として考えられる要因として、自治体の担当者と話し合っ設定した 3 種類 7 項目について、とてもよくあてはまるから全くあてはまらないまでの 5 段階で評価していただいた。3 種類 7 項目の内容は、①高齢者本人の状態の変化 ②家族の変化 ③介護サービスによる影響（a. 足りない介護力を補えた b. 介護疲れが軽減された c. ケアマネジメントを担当する者が決められた d. 要介護者と介護者が離れて過ごす、または距離を置く機会が作られた e. その他）である。

さらに両自治体のリスク改善事例と悪化事例について、質問紙の「ケアマネジメントを行ううえで特に心がけたことがございましたらお教えてください」に対する回答と、担当者からの聞き取りをもとに、介護保険下でのケアマネジメントがリスク改善にどのような効果をもたらしたかを考察した。

【結果】

1. 介護保険導入後、ハイリスク者のリスク状態に変化が見られたか

両自治体あわせたハイリスク者 107 名のうち転居、回答なしなど 37 名を除いた 70 名中、改善は 35 名（50%）、変化なしは 30 名（42.8%）、悪化は 5 名（7.1%）であった。

放置と身体的・精神的虐待とを比較すると、放置ハイリスク者は身体的・精神的虐待ハイリスク者に比べ、改善しやすい傾向が見られた。両自治体あわせると、放置項目のみに問題があった 62 名のうち、死亡、転居、回答なしなど 13 名を除いた 49 名中、改善が 27 名（55.1%）、変化なしは 21 名（42.8%）、悪化は 1 名（2%）であった。身体的または精神的虐待が疑われた 25 名の場合、死亡など 4 名を除いた 21 名中、改善 8 名（38%）、変化なしは 9 名（42.8%）、悪化 4 名（19.0%）であった。

表 1 両自治体 リスク状況の変化（調査不能含む）

	高浜	%	武豊	%	人数計	%
改善	22	32.8	13	32.5	35	32.7
変化なし	23	34.3	7	17.5	30	28
悪化	5	7.4	0	0	5	4.6
調査不能	17	25.3	20	50	37	34.5
計	67	100	40	100	107	100

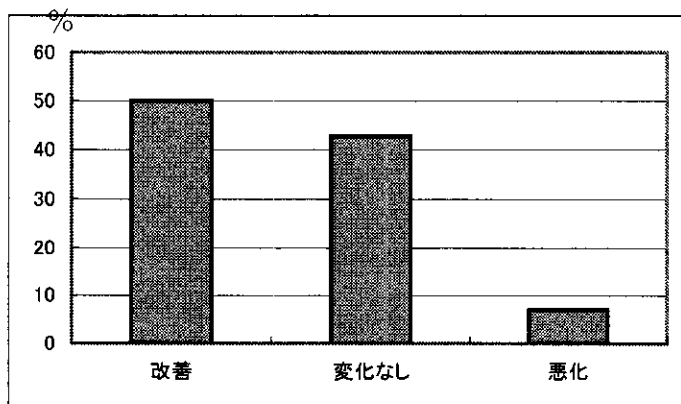


図 1 両自治体 リスク状況の変化

2. 介護保険導入後のハイリスク者の状況変化の理由

ハイリスク者全員について、介護保険導入前後の変化の印象と背景として考えられる要因（3種類7項目）との関連を調べた。

高齢者本人、家族の変化は状況の改善に有意な関係は見られず、介護サービスの影響についてのみが有意であった。統計的に有意であったのは（ $p < 0.05$ 、以下同じ）、介護サービスの影響のうち、3項目「足りない介護力を補えた」「介護疲れが軽減された」「その事例についてケアマネジメント担当者が決められた」であった。

ハイリスク者を放置のみの群と身体的・精神的虐待が見られる群に分けて調べたところ、放置のみの群では、「足りない介護力を補えた」「その事例についてケアマネジメント担当者が決められた」が有意であった。身体的・精神的虐待が見られる群では、有意な項目は見られなかった。しかし、改善が見られた者にのみ限定して関係を調べたところ、身体的・精神的虐待がみられる群においては「要介護者と介護者が離れて過ごす、または距離を置く機会が作られた」が有意であった。

3. 介護保険下でのハイリスク者に対するケアマネジメントの効果

改善事例35件と悪化事例5件について、サービス量の増加があったのは、改善事例35件中24件（68%）、悪化事例5件中4件（80%）であった。改善事例の状況変化の理由として主なものを挙げると、サービス量の増加により介護力が増した（補えた）7件、本人の行動範囲が広がった4件、サービスがリスクの緩衝材になった4件、介護者が正しい介護方法を覚えた2件であった。悪化事例では、介護者も病気、本人の病状が進行したなど状況変化が見られ、サービスがこの危機状態を量的にカバーしきれていなかった（4件）。

さらに調査票の記述と担当者への聞き取りにより、これら事例に対するケアマネジメントとして、以下4点の役割が明らかになった。①それぞれのリスクにあったサービスをコーディネートしている ②利用者の生活の安定を図る ③見守りの役目を果たす ④家族を介護に巻き込む推進力となる。

以下、ケアマネジメントが成功し、リスクが軽減した事例を2つ示す。放置の事例と、精神的虐待にリスクが見られた事例である。

- ・ サービス量の増加により介護力が増した（補えた）ことが状況改善につながった事例

事例1 Iさん

介護保険導入前は放置項目全てにやや問題。

導入後、「起居移動動作」「毎日の家事（炊事など）」「週に数回の家事（掃除など）」でやや改善。

（ケアマネージャーのコメント）

Iさんは息子と2人暮らし。昼夜独居が長時間であったが、3階の住宅に住んでおり、かつ視力低下、歩行不安定により外出が一人では困難な状態であった。ケアマネジメントの結果、ホームヘルパーを導入、それにより通院、買い物ができるようになった。また、屋内の環境整備、転倒防止に努めた。息子との関わりは少ない状況であった。

- ・ 要介護者と介護者が離れて過ごす、または距離を置く機会がつけられたことが状況改善につながった事例

事例2 Aさん

介護保険導入前は身体的虐待、精神的虐待に問題。

導入後、精神的虐待がやや改善。

(ケアマネージャーのコメント)

Aさんと嫁との仲がよくないため、お互いに離れる時間、ストレスを発散させる場をつくるように支援した。Aさんと嫁とが同じ場所で話をする機会をもたないよう心がけた。通所サービス、宅老所を利用。Aさんは外交的で、友人のつきあいも多い。Aさん本人と嫁、それぞれに話をし、接するように心がけた。

ただ、ケアマネジメントは介護保険制度のなかで運用されているため、事例によっては限界も生じていることが明らかになった。例えば、以下のような事例である。

- ・ もっとサービス導入が必要なのに金額の上限を超してしまい、思うようなサービス利用ができていない事例

事例3 Sさん

導入前は「身の回りの援助（排泄・清潔の保持等）」「週に数回の家事（掃除など）」がやや問題。

導入後、放置項目全てがやや改善。

(ケアマネージャーのコメント)

介護保険導入前はサービス未利用であった。痴呆、徘徊が見られた。介護保険導入後、毎日デイ利用。痴呆対応デイの単価では上限を超えるため、一般デイを利用している。サービスの余裕なし。在宅での限界。

この事例は、痴呆対応のデイサービスを毎日使いたいのだが、給付上限額を超過してしまうため、やむなく一般デイサービスを利用せざるをえなかったとの制度利用上の限界が見られる事例である。それから、このような事例もある。

- ・ 本人または家族の拒否により、サービス提供ができない事例

事例4 Tさん

導入前は「身の回りの援助（排泄・清潔の保持等）」、がやや問題。精神的虐待否定できず。

導入後、精神的虐待がやや改善。

(ケアマネージャーコメント)

サービス利用せず。別居の娘のところ引き取られ、在宅生活を送っており以前の家族関係や環境の変化があったためか、痴呆症状（物取られ、痴呆）、嫁との関係、ともに改善。以前、サービスの導入をしたが本人が拒否するため、続かなかった。現在になって、娘とともにサービス導入検討中。

事例5 Sさん

導入前は放置項目全てにやや問題、身体的・精神的虐待否定できず。

導入後、「身の回りの援助（排泄・清潔の保持等）」やや悪化、身体的・精神的虐待やや問題。

（ケアマネージャーコメント）

Sさんは血のつながりのない家族と同居している。お互いに遠慮があり踏み込んだ介護がなされていないため、通所、入所だけでなく日々の本人への援助を紹介しているが、Sさん本人、家族からの希望はない。

そもそも、介護保険制度は基本的に要介護者本人または家族の利用申請が必要である。しかし、このようにリスク状態にあるにも関わらず、要介護者本人や家族がサービス利用を拒否する事例があり、そのような場合は必要な援助が行えていないなどの問題点も見出された。

その他、放置項目を保つためには朝、夜中、休日のホームヘルプが不可欠であるが、サービスの供給そのものが十分でないために困っている事例、炊事が不十分のため配食サービスを利用したいが、そもそも介護保険のサービスメニューに入っていないことから十分な利用ができない事例なども見られた。

【考察】

1. 介護保険導入後、ハイリスク者のリスク状態に変化が見られたか

両自治体ともに、放置、身体的・精神的虐待どちらについても改善が悪化よりも多かった。ハイリスク者はそのまま放置されると、状況は悪化する可能性が高いと思われる。そのなかで5割も改善があったことを考えると、介護保険は、ハイリスク者に対しポジティブな効果があったと考えられる。

2. 介護保険導入後のハイリスク者の状況変化の理由

放置の事例では介護力を補完する援助とケアマネージャーのマネジメントが状況改善に有効、身体的・精神的虐待の事例では、要介護者と介護者との間に距離を置く形の援助が有効であることが示唆された。

3. 介護保険下でのハイリスク者に対するケアマネジメントの効果

ハイリスク者の状況改善に向けては、サービス量の増加だけではなく、サービス利用に関するケアマネジメントも不可欠であることが明らかになった。改善事例の68%にサービス量の増加が見られていることから、サービス量の増加は状況改善に大きく影響していることが考えられる。しかし、サービス量の増加だけでは不十分と思われる事例も少なくない。ハイリスク状態は、過大な介護負担であったり、人間関係であったり、様々な原因が絡み合って発生している。そのような状態に陥った要介護者や介護者は、自らサービスを申請し上手に活用して自分たちの生活の立て直しを図る能力に乏しい場合が多い。

リスク状況の改善を目指すためにはサービス量増加もさることながら、導入したサービスを介護者がうまく使いこなせるよう、第三者が関わり、必要なサービスのコーディネートを行うこと

が非常に重要と考える。そのためのマネジメントは欠かせない。例えば事例では、初めて行くデイサービスに不安を感じている高齢者に対し、慣れるまで毎日顔を出して声をかける、なかなか困っていることを口に出せない介護者にこまめに電話し、状況が変わっていないか確認するなどの試みが見られた。加えてハイリスク状態の家庭では、困っているのに介護サービス利用を拒んだり、高齢者自身も介護者も現状を変えることはできないとあきらめていたりする場合もある。そのような状況を無理なく、少しずつ変えていくためにも、彼らに受け入れられる援助として何が考えられるか、どのようにサービスを提供していったらよいかなど、利用者の事情に合わせたサービス提供を考えていくことが求められる。

現在、介護保険下で利用できるサービスは種類、量ともに限られており、ハイリスク状態の家庭にとって必ずしも十分であるとは言いがたい。今後はハイリスク状態を改善するための援助として何がどれだけ必要か、誰がどのように提供すべきかなどの検討が必要と考える。

【結論】

介護保険はハイリスク者に対しポジティブな効果があったこと、放置と身体的・精神的虐待の場合とではリスク改善に効果があるケアプランの内容が異なってくること、ハイリスク状況の改善に向けてはサービス量の増加だけではなく、ケアマネジメントも不可欠であることが示唆された。

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

分担研究報告書

介護保険制度の家計への影響

分担研究者 後藤順久 日本福祉大学経済学部助教授

研究要旨 構築した保健・福祉データベースにより、制度導入前後における独居高齢者の自己負担の違いについて分析することを目的とする。高浜市において1999年度後半（制度導入前）と2000年10月時点（制度導入後）の主要在宅サービスの利用頻度と自己負担額をミクロ的に比較した。ホームヘルプサービスで利用日数の変化はほとんどない。自己負担の増大という一因かもしれないが、ディサービスの利用日数は減少している。独居高齢者に限定した場合、導入前の自己負担額2,668円/月に対し、導入後3,953円/月となり、1,285円/月増加している。高浜市では、介護保険導入後も低所得者層の利用負担を軽減させるため、減免措置を講じており、今後、自己負担は大幅に増加すると予測される。本調査の結果として、在宅サービスでは、自己負担がサービス利用を抑制していると確定することはまだできない。利用料の減免がなくなり、完成した介護保険制度のもとでの変化を見るにはもう暫くの時間を要する。

A. 研究目的

介護保険料の支払いやサービス利用料の自己負担が介護サービスの需要を抑制するのではないかと指摘されていた。制度導入当初は介護保険料や利用料の減免により、想定より大きな影響を与えていないかもしれないが、構築した保健・福祉データベースにより、制度導入前後における独居高齢者の自己負担の違いについて分析することを目的とする。

B. 研究方法

高浜市において1999年度後半（制度導入前）と2000年10月時点（制度導入後）の主要在宅サービスの利用頻度と自己負

担額をミクロ的に比較する。構築した保健・福祉データベースから、

- ①介護保険導入前における要介護認定データの在宅サービスの利用状況
- ②導入後の介護保険給付実績
- ③国民健康保険における総所得データ
- ④福祉カルテにおける独居高齢者データのテーブルをつき合わせた。

C. 研究結果

独居高齢者における、ホームヘルプサービスで利用日数の変化はほとんどないが、自己負担の増大という原因かもしれないが、ディサービスの利用日数は減少している。導入後の所得による減免はホームヘル

プサービスに効きやすい（3年の期間、制度前減免対象者の一割負担が3%負担と減免されている）ため、確かに負担額の減少が見られる。

高浜市においては、導入前の自己負担2,668円/月に対し、導入後3,953円/月となり、1,285円/月も増加している。独居高齢者に限定した場合、確実に自己負担額は増加している。

D. 考察

高浜市では、介護保険導入後も低所得者層の利用負担を軽減させるため、減免措置を講じている。例えば、ホームヘルプサービスの利用では導入前に減免を受けている利用者が、導入後も継続して利用する場合、一割負担ではなく、3%負担となっている。こうした減免も制度開始時に限定され、徐々に負担割合は一割に近づけられる。こうしたことから、介護保険制度が安定した時点で自己負担額は6,000円/月を超えると予測され、増加幅はさらに拡大する。

E. 結論

一般に施設サービスでは、介護保険により自己負担が減少したといわれている。在宅サービスでは、自己負担がサービス利用を抑制していると確定することはまだできない。利用料の減免がなくなり、完成した介護保険制度のもとでの変化を見るにはもう暫くの時間を要する。今回はデータの制約から独居高齢者の分析に限定したため、普遍的な結論は今後委ねるが、低所得者全体の分析に拡大し、どのような低所得者対策を取るのか、慎重な分析が必要である。

第3節 介護保険制度の家計への影響

分担研究者 後藤順久 日本福祉大学経済学部助教授

1. 目的

介護保険料の支払いやサービス利用料の自己負担が介護サービスの需要を抑制するのではないかと指摘されていた。制度導入当初は介護保険料や利用料の減免により、想定より大きな影響を与えていないかもしれないが、構築した保健・福祉データベースにより、制度導入前後における独居高齢者の自己負担の違いについて分析することを目的とする。

2. 介護サービスの個人負担と所得

今回作成した保健・福祉データベースから、介護保険給付実績から作成した自己負担額と課税所得額のデータを抽出し、介護サービスの負担率の計算を所得階層別に算出した(表1)。平均個人負担額は課税所得額が100~200万円未満で最低となり、そこから所得が大きくなっても小さくなくても負担額は大きくなっていく。低所得者ほど負担率が大きくなっている。これは課税所得額が全くない高齢者が多いことが、この層の課税所得額の平均を押し下げているからである。

表1 高浜市における介護サービスの個人負担と課税所得

所得階層	課税所得額の平均	平均個人負担額	負担率
100万円未満	79,620円	11,016円	13.8%
100~200万円未満	1,407,983円	9,021円	0.6%
200~300万円未満	2,281,229円	12,071円	0.5%
300万円以上	18,730,930円	15,941円	0.1%

注：サンプル数は254である。

3. 主要在宅サービス別の負担額(独居高齢者)

医療分野で医療費の自己負担が需要の抑制につながっているように、良い意味でも悪い意味でも介護保険料や一割負担が介護サービスの需要を抑制する可能性がある。高浜市において1999年度後半(制度導入前)と2000年10月時点(制度導入後)の主要在宅サービ

スの利用頻度と自己負担額をミクロ的に比較する。構築した保健・福祉データベースから、

- ①介護保険導入前における要介護認定データの在宅サービスの利用状況
- ②導入後の介護保険給付実績
- ③国民健康保険における総所得データ
- ④福祉カルテにおける独居高齢者データ

をつき合わせた。多様なデータを付き合わせたため、すべてにマッチするデータ件数は当然少なくなる。介護保険制度導入前の所得による利用料金減免は個人所得ではなく、生計中心者の所得に規定されるため、ここでは独居高齢者だけを選択し、個人所得と生計中心者の所得を一致させた。利用日数と自己負担額を集計したものが表 2 である。独居高齢者であるので、ショートステイの利用は見られない。ホームヘルプサービスで利用日数の変化はほとんどないが、自己負担の増大という一因かもしれないが、デイサービスの利用日数は減少している。導入後の所得による減免はホームヘルプサービスに効きやすい（3年の期間、制度前減免対象者の一割負担が3%負担と減免されている）ため、確かに負担額の減少が見られる。ホームヘルプサービスの自己負担額が正規の一割負担となった場合、少なからぬ影響を与える可能性がある。一般に施設サービスでは、介護保険により自己負担が減少したといわれている。在宅サービスでは、自己負担がサービス利用を抑制していると確定することはまだできない。利用料の減免がなくなり、完成した介護保険制度のもとの変化を見るにはもう暫くの時間を要する。

表 2 独居高齢者の主要在宅サービスの利用変化(月平均)

	ホームヘルプ サービス	デイサービス	ショートステイ
1999 年度後半 (制度導入前)	8.0 日 2,632 円	4.8 日 1,425 円	0.0 日 0 円
2000 年 10 月 (制度導入後)	7.1 日 1,063 円	3.8 日 2,453 円	0.0 日 0 円

上段：一人当たり1ヶ月利用日数 下段：一人当たり1ヶ月自己負担額

注1：自治体による低所得者への独自の助成措置を含めた。

注2：前後の比較は独居高齢者同一人物12人で実施した。

4. 個人別の負担額(独居高齢者)

次に、同じデータを利用して、独居高齢者の主要在宅サービスへの自己負担が介護保険制度導入前後でどのように変化したかをまとめたものが表 3 である。高浜市においては、導入前の自己負担 2,668 円/月に対し、導入後 3,953 円/月となり、1,285 円/月も増加して

いる。独居高齢者に限定した場合、確実に自己負担額は増加している。高浜市では、介護保険導入後も低所得者層の利用負担を軽減させるため、減免措置を講じている。例えば、ホームヘルプサービスの利用では導入前に減免を受けている利用者が、導入後も継続して利用する場合、一割負担ではなく、3%負担となっている。こうした減免も制度開始時に限定され、徐々に負担割合は一割に近づけられる。こうしたことから、介護保険制度が安定した時点で自己負担額は6,000円/月を超えると予測され、増加幅はさらに拡大する。今回はデータの制約から独居高齢者の分析に限定したため、普遍的な結論は今後委ねるが、低所得者全体の分析に拡大し、どのような低所得者対策を取るのか、慎重な分析が必要である。

表3 主要在宅サービスにおける独居高齢者の自己負担額の変化(月平均)

	自己負担額
1999年度後半 (制度導入前)	2,668円
2000年10月 (制度導入後)	3,953円 (うち保険料は2,338円)

注1：サービス利用に対し、自治体による低所得者への独自の助成措置を含めた。

注2：前後の比較は同一人物12人で実施した。

注3：介護保険料にも所得に応じた5段階の増減を加味している。また、この時期、国の「特別対策」により、保険料(標準給付部分)は半額となっていた。

参考文献

- 1) 駒村康平；「介護保険給付の利用状況と利用者中心型システムに向けた課題」, 季刊家計経済研究, 2001年10月, p.15-22
- 2) 小山秀夫；「利用者意識および家計に及ぼす影響」, 介護支援専門員, 2001年1月, p.31-33
- 3) 日本経済新聞