



介護保険制度に思う

—その問題点—

豊平区支部 宇野 英二

◎介護保険制度は、秒読み段階へ

いよいよ来年の4月より介護保険制度が施行される。この制度は高齢者の介護を社会全体で支える仕組みで、社会保険方式を取り入れ、その運営は市町村が行う。今年の10月からは介護が必要かどうかを認定する『要介護認定調査』が始まり、いよいよ待たなしの状況である。介護保険制度導入の大きな狙いの一つは「介護を医療から切り離し、社会的入院解消の条件整備を図るなど社会保障構造改革の第一歩となる制度を創設する」とされている。実施を目前に控え様々な問題点を指摘されている介護保険制度だが、本稿では保険料水準を中心に解説を加えながら若干の私見をまじえて問題点を論じてみたい。

◎保険料の水準は？

介護保険の被保険者は40歳以上の一定要件を満たす住民で、強制加入とされている。その要件は、40歳から64歳までの医療保険加入者（第2号被保険者）と65歳以上の者（第1号被保険者）で、いずれも住所を定めている者である必要がある。制度開始時には第1号被保険者は2,200万人（加入対象者全体の34%）、第2号被保険者は4,300万人（同66%）と推定されている。しかし実際に保険給付の権利を有する者は、介護認定審査会で要介護（寝たきり・痴呆）または要支援（虚弱）と認定を受けた者に限られる。更に第2号被保険者にあつては要介護あるいは要支援の原因が老化に起因する疾病（特定疾病、初老期痴呆や脳血管障害等の全15疾患）である事が必須であり、交通事故などで介護が必要になっても保険給付は受けられない事とされている。以上の様な要件のため、実際には第1号被保険者では約270～280万人（第1号の12～13%）

の者が、第2号被保険者にあつては14～15万人（第2号の0.35%程）の特定疾病を有する者のうち3.3万人（同0.08%）が保険給付の対象と予想されている。特に第2号被保険者では、ほとんどの者が保険給付を受けない事になるため、形を変えた増税との批判がある。

第2号被保険者では、その加入している医療保険の種類ごとに全国一律の介護保険部分の負担額が決定され、もともとの医療保険分の料金と合わせて医療保険料として徴収される。つまり、従来までの医療保険料に介護保険料を加えたものを、新たな医療保険料として負担する事になる。但し介護保険料についても従来の医療保険料と同様に、事業主や国との折半があるため、実際にはその半額の負担となる。医療保険者を通じて集められた第2号被保険者の介護保険料（介護給付費納付金）は、支払い基金に一括プールされた後、被保険者に占める第2号被保険者の全国平均の2分の1の割合（33%）で、各市町村に交付（介護給付費交付金）される。第2号被保険者の月額平均保険料は厚生省の試算では、健保組合3,400円（半額1,700円）、政管健保2,600円（半額1,300円）、国保2,400円（半額1,200円）とされている。

これに対して、第1号被保険者の保険料は市町村がその介護保険サービスの給付水準に応じて独自に決定する。サービスの全体量が多かったり、単価が高いサービスの比率が多いなど、給付水準が高ければ保険料は高くなり、逆に給付水準が低ければ保険料は安くなる。また高齢者が多ければ、必要なサービス量も増えるため、保険料上昇の要因となる。第1号被保険者の保険料は、所得段階別に設定される（本人が住民税非課税の者が支払う保険料を基準額と定め、

その0.5倍、0.75倍、1.0倍、1.25倍、1.5倍の5段階で徴収する)。北海道では過疎や冬期の厳しい気候・風土、住民の医療・福祉に対する概念など、様々な地域の特性が絡み合っており、在宅より費用のかかる施設サービスを重視する傾向があり、制度開始時に国が目標とする在宅サービス基盤の整備目標（全員が在宅サービスを受けたと仮定した場合の必要量見込の40%）に達しない市町村が43.1%に達するであろうと報じられている。この様に道内では施設サービスが優位なので、保険料水準は国がまとめた全国平均2,885円（中間報告）よりも、道内市町村の保険料試算額平均は3,202円と割高になっている。特に在宅サービス基盤整備の進まぬ小規模自治体では、保険料水準が高くなりがちである。

◎第1号被保険者の保険料を下げるためには以下の様な方法があろう。しかし、単に財源論のみに捕らわれず、真に必要なサービスや将来の社会保障のあるべき姿など根本の議論を忘れてはならない。

1. 市町村が共同して介護保険事業の広域運営を行い事務経費や人件費を軽減する『広域化』の取り組みがある。特に保険料の統一を行う場合には、最初の3年程の間、国が保険料の一部を補助するという。しかし、前述した様に人口密度が低く冬期には苛酷な交通事情の北海道で、どの様な広域化が可能かは十分に検討する必要がある。

2. 調整交付金制度による国の財政援助がある。これは75歳以上の後期高齢者が多かったり、第1号被保険者の所得水準が低いなどの事情がある市町村に対して、財政力の格差を調整する目的で交付されるが、財源が約2,000億円に過ぎず、不十分であるとの指摘がある。

3. 施設数など単価の高いサービス量を制限する。国は施設入所者数の見込みに係る参酌標準を65歳以上人口の3.4%とし、介護保険施設である特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群等のベッド数の比を8:7:5としている。この内、前2者は経過措置によってみなし指定を受けるが、療養型病床群は申請・一括指定という流れを経て来年1月頃に介護保険適用病床

数が決定される。更に国は療養型病床群の費用が他の介護保険施設に比べ高い事を理由に、都道府県や市町村に対し介護保険適用療養型病床群の必要ベッド数を少なく見積もる様働きかけている（特別養護老人ホーム 月平均31.5万円、老人保健施設 月平均33.9万円、療養型病床群等 月平均46.1万円。いずれも平成10年度の標準的サービス単価を元に算出）。だが、特別養護老人ホームでは、現在1ベッド当たり施設整備補助金として月平均4~5万円が入り、外来医療費として月平均3~4万円使用されている事を加味すると、療養型病床群との格差は縮まる。しかし、何よりも問題なのは、サービスの中身を議論せず金ばかりを問題にする行政の姿勢である。すなわち療養型病床群では医師が常駐し、特別養護老人ホームの1.8倍の看護・介護体制に加え、理学療法士や作業療法士も配置しているなどのサービスの質を国民に明らかにせず、保険料負担軽減を錦の御旗に療養型病床群を不当に扱っているのが現状である。この様に財政論のみが横行する最近の風潮には、強い不快感を覚える。国は自らの責任において、情報公開と社会保障の将来ビジョンをはっきりと示し、国民の理解を得なければならない。また、前述した様に地域特性を無視してはならない。道は1970年代に市町村に対し盛んに施設整備を働きかけてきたが、介護保険を迎えて施設数抑制の方針へ転換しつつあり、市町村も困惑している。

4. 民間非営利団体(NPO)など、地域のボランティア活動を高め、より少ない負担で受けられる様々なサービスを開発する。医師は最大の関心を持って、医療・保健・福祉の連携を理解し実践して行かねばなるまい。その中で医療機関自らが地域住民に積極的に情報公開を行い、住民とも相互理解・関係のもと新しい世紀の地域医療体制を構築して行く事が期待されよう。

5. 今までの公共事業重視の姿勢から医療や福祉など住民の生活を重視した自治体へと生まれ変わる様、政策の転換を行政に要求する。医療を含めた社会保障は、決して消費ではなく、投資である事を忘れてはならない。これも、住民参加のもと推進すべき事項であろう。

6. 医師が積極的に疾病の一次予防を通じて住民の健康作りに貢献する必要がある。短期的には効果を認めにくいであろうが、要介護の原因として生活習慣病などの疾病を無視できない事を考えると、その責務は大きい。

◎終わりに

介護保険制度には、まだまだ沢山の問題点があるが、紙面の関係上触れていない。この制度は5年後を目処に見直す事になっているが、この様にいわば未完成の法律が施行される事態は、我が国では未だかつて例がない事だそう。介護問題は、高齢者医療と引き離して考える事は出来ない。医療と介護は一体のものであり、介護の根底には医療がある事を忘れてはならない。国の貧弱な老人福祉制度を医療が肩代わりしてきた歴史を忘れてはならない。社会の要請によ

り、やむなく高齢者を長期入院させてきた社会的入院（用語自体に違和感を覚えるが）は、決して非難のみ受ける性質のものではなかった。何よりも同じ厚生行政ながら、老人医療と老人福祉の縦割り制度を継続し、大きな問題が生じている事を知りながら放置してきた国の責任を決して忘れてはならない。介護保険制度が施行されれば、今までの厚生行政の矛盾が一気に吹き出し、我々、医師もその中に入り困惑する事であろう。しかし、誰よりも救いの手が必要であるべきはずの高齢者自身やその家族が最も大きな渦に巻き込まれるであろう事は間違いない。不十分な介護か不十分な医療かの選択を迫られる事になってはいけないのである。だから、我々、医師は決して介護保険制度に無関心ではられないのだ。
(愛内科クリニック)

札幌市からのお知らせ

○札幌市在宅ねたきり高齢者訪問歯科事業について

在宅でねたきり状態のために歯科診療所に通院することが困難な65歳以上の市民に対して、年1回歯科診査を行い口腔状態の改善を図っていただくために平成5年から行っている事業です。

受診希望者は各区の保健センターに申込み、札幌歯科医師会の協力医が希望者宅を訪問し、診査・診療を行います。費用は診査については無料、診療については医療保険等の扱いとなります。

(保健福祉局高齢保健福祉部高齢福祉課)