18日に成立した地域医療・介護推進法。65歳以上が3割になる2025年以降も、医療や介護が破綻しないための改革を盛り込んだと国はいう。国民にさらに負担を強いる改革だが、本当に安心につながるのだろうか。

▼1面参照

高齢者に痛み 遠い安心

医療・介護改革法 成立

「要支援切り」地域格差に懸念

介護サービス 市町村移行

「ヘルパーさんのサービスがなければ家の中はグチャグチャになる」。東京都目黒区のマンションで1人暮らしをする「要支援1」の女性(80)は改革の影響に不安を隠せない。15年間続いた亡き夫の介護でひざを痛め、家事をヘルパーに頼らざるをえない。

「要支援」サービスの一部は、介護保険から市町村の独自事業に移る。市町村の裁量でサービス内容や料金が決められ、ボランティアにも担い手になってもらうことで、コストを抑えるのが国の狙いだ。

だが現場の懸念は尽きない。要支援サービスは、介護の初期で悪化を防ぐ意味がある。家事援助で専門家のヘルパーが心身の変化や認知症に気づき、対応につなげる例もある。国会審議では「『要支援切り』で、かえって利用者の要介護度が上昇し、全体のコストは増えるのでは」という指摘が相次いだ。

厚生労働省は25年時点で、ヘルパーによる要支援サービスの半数がボランティアなど新たな担い手に代わると見込む。しかし担い手が確保できない自治体では、サービスの質や量が低下する懸念がある。

自治体の格差はすでに生じつつある。東京都武蔵野市は、自立度が高い人の支援を社団法人のシルバー人材センターなどに委託して費用を抑えたい考えで、すでに検討を進める。一方、滋賀県のある自治体は「新たな担い手を掘り起こすノウハウはない」と戸惑う。

見直しの柱である利用者負担引き上げでは、負担増になる対象者を決めた根拠そのものが揺らいだ。

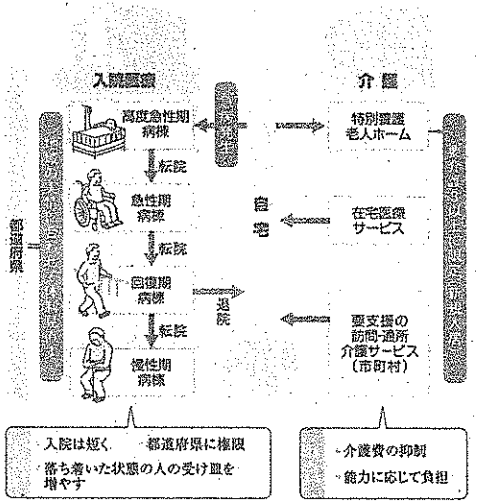
厚労省は、利用者負担の割合を1割から2割に引き上げる対象者について、「年金収入で年280万円以上」と説明する。この所得層の可処分所得から消費支出を引くと年間60万円残る。家計調査に基づく試算が根拠だった。ところが国会審議でこのデータの計算の誤りがわかり、「60万円」の試算は撤回に追い込まれた。

しかし田村憲久厚労相は「サービスと負担を見直さなければ、介護保険自体が持たない」と強弁。引き上げ対象者の再検討はしなかった。国民に痛みを強いる改正だけに、不信感を残した。年金収入280万円のボーダー層で預貯金が乏しい人にとっては、2割負担はかなり厳しいという専門家も少なくない。

国会の公聴会に出席した山田啓二・京都府知事は、政府にこうクギを刺した。「財政再建の観点から安物の福祉を押し付けるなら本末転倒だ」

（毛利光輝、伊藤舞虹）

地域医療・介護推進法のしくみ



病院の役割分担 地元異論も

地域医療再編 知事に権限

病院のベッドは全国に約90万床ある。診療報酬が高く、症状が重い人向けの急性期用のベッドが7割近くを占める。しかし、状態が安定した患者まで急性期病院に入院し、非効率な診療で不必要に医療費が膨らんでいる。

増大する医療費を減らそうと、診療報酬改定や安い薬の使用促進など、様々な手段をとってきた。だが、ベッドの効率的な利用が最大の課題だった。

このままだと25年にはさらに30万～40万床必要だ。しかし、現実的にこれ以上増やすことは無理だ。新制度は、回復した患者の受け皿を増やし、病院の役割をはっきりさせる。症状に合わせて転院させ、患者の行き場がなくならないようにする。医師や看護師を適正におくことで医療費も抑えられる。それを、都道府県が計画を作り、主体的に進めることを求めている。

愛知県では今春、先駆けて名古屋大病院と名古屋逓信病院が連携を始めた。

逓信病院は医師が不足し空きベッドが多い。一方、名大病院はより多く重症な患者を受け入れたい。名大病院が逓信病院に医師と、状態の安定した患者を送る。家で療養中の患者が再び悪化すればいつでも逓信病院に入院できるようにする。

国はこうした連携などの事業に都道府県に作られる基金を通じ財政支援する。

一方、市町村の利害が対立し、思うようにいかない場合もある。

今年4月、千葉県東金市に最重症患者を診る3次救急医療機関「東千葉メディカルセンター」が開院した。構想段階の2000年当初は9自治体が運営に参加し、東金市の県立病院は廃止、近隣の二つの国保病院は縮小して支援病院として連携。医師不足が深刻なこの地域で、最適化を図るはずだった。

しかし、県から開設許可が下りた06年4月、4町村が合併してできた山武市の市長選で椎名千収・現市長が病院維持を公約に当選すると、市民から「地元の病院を残せ」との声が強まり計画は破綻。今、センターを運営するのは東金市と九十九里町だけ。県立病院は廃止されたが、二つの国保病院との連携は進んでいない。

今回の改革では、千葉のような混乱を避けるため、都道府県知事に権限を与えた。都道府県がたてた計画をもとに医師会などと協議し、医療機関による自主的な再編を促す。不調に終われば是正を命令し、従わない病院は補助金を認めないなどの措置がとれる。

奈良県の荒井正吾知事は社会保障審議会医療部会の委員として、知事の権限強化を盛り込ませた。これに対し、3年前に知事選で対立した同県医師会の塩見俊次会長は「必ずしも医療に詳しくない知事に強大な権限を持たせる問題は大きい」という。地域医療をしがらみや政争からどう切り離すかが今後の課題だ。

（辻外記子、石松恒）

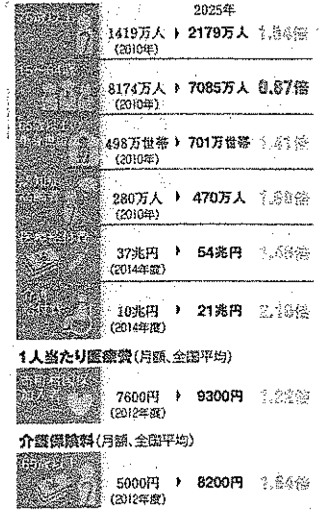
抑制目的 実態踏まえず

服部万里子・立教大学コミュニティ福祉学部講師の話　今回の改正は介護保険の給付額を抑えるのが大きな目的で、現場の実態を踏まえていない。特別養護老人ホームの入居制限も、独居や老老介護の人の行き場が細り、追い詰められた家族による虐待が増える恐れもある。

入院から在宅へ 連携を

島崎謙治・政策研究大学院大学教授の話　現状の医療計画の多くは、データ解析が不十分で実態にあっていない。都道府県が新たにつくる地域医療構想も、本腰を入れて取り組まないと机上のプランに終わりかねない。入院治療から在宅医療へうまくつなげる仕組みづくりがかぎだ。

どうなる2025年　厚生労働省などの資料から



	2025年	
1419万人 (2010年)	2179万人	1.54倍
8174万人 (2010年)	7085万人	0.87倍
498万世帯 (2010年)	701万世帯	1.41倍
280万人 (2010年)	470万人	1.68倍
37兆円 (2014年度)	54兆円	1.46倍
10兆円 (2014年度)	21兆円	2.10倍
1人当たり医療費（月額、全国平均）		
7600円 (2012年度)	9300円	1.22倍
介護保険料（月額、全国平均）		
5000円 (2012年度)	8200円	1.64倍

団塊75歳 迫る「2025年問題」

約650万人いる団塊の世代（1947～49年生まれ）が75歳以上に達する25年。都市部では訪問・通所介護を受けるのにさえ待機者が目立ち、特別養護老人ホームに入るのは至難の業だ。医師不足で、救急車のたらい回しは当たり前。運良く入院できてもすぐ退院を迫られる。急増する認知症の高齢者に行政の対応は追い付かない――。

国が医療・介護制度の改革に乗り出したのは、この「2025年問題」を放置すると、こんな世の中になりかねないとの危機感からだ。予測データには、現実味を帯びる数字が並ぶ。

社会保障費増大 人手は不足

厚生労働省などによると、75歳以上の人口は、10年の1419万人から25年には2179万人に増加。総人口の5分の1に迫る。その多くが首都圏や大阪、愛知など大都市圏に集中。保険料の担い手や働き手として支える現役世代は1割以上減り、医療・介護の需給はひっぱくする。

75歳以上は1人当たりの医療費も桁違いだ。年間89万円で、65歳未満の約5倍かかる。介護サービスのニーズも75歳を境に急速に増える。このため、年金や福祉を含む社会保障給付費は14年度の115兆円から、25年度には151兆円に達する。15年10月に消費税を10%にしても穴埋めは難しく、保険料を上げるにも負担できる限界に近づく。

高齢化、人口減、財政難の「三重苦」。そこに人手不足が追い打ちをかける。厚労省は25年に介護人材が最大100万人不足すると推計。人手不足は建設や外食など幅広い業種に広がる。お金があってもサービスを受けられない事態に陥りかねない。

限られた財源や人材を、サービスを必要とする人や地域に適切に振り分けて乗り切る。何より健康を維持することで、「負担の総和」を減らすことなくして制度の維持は難しい。

6/19 朝日

介護保険の大転換

制度改正 ポイントは

自己負担率を引き上げ、特別養護老人ホーム入居は原則、要介護3以上に――。18日に成立した「地域医療・介護推進法」。2000年に介護保険制度がスタートして以来の大きな見直しが決まった。利用者から見た改正のポイントをまとめた。▼1面参照

利用料の自己負担率

年金280万円以上、2割

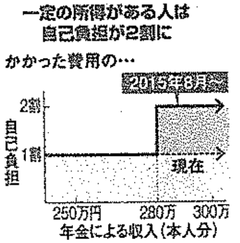
介護保険サービスを利用するには、かかった費用の一部を自分で負担する必要がある。いまは原則1割だ。見直しで、一定以上の所得がある人は自己負担率が2割に上がる。

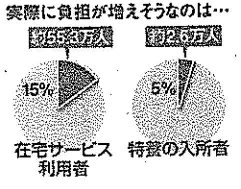
収入が年金だけの人の場合は、年280万円以上の人が2割負担となる方向だ。厚生労働省は、在宅サービス利用者の約15%、特養の入居者では約5%が対象になるとみている。

2割負担になるかどうかは、世帯ごとではなく個人ごとの所得で決まる。たとえば、夫婦の年金収入が合計で360万円の世帯があるとする。このうち夫分が280万円、妻が80万円なら、自己負担は夫が2割だが、妻は1割。夫と妻が180万円ずつだと、負担はともに1割になる。

サービスは要介護度ごとに支給限度額が決まっている。国の基準額だと要介護5なら約36万円、要支援1なら約5万円だ。この金額を超えた分は、全額が自己負担となる。こうした自己負担が高額になった場合には、医療保険の「高額療養費制度」のように一部が払い戻される「高額介護サービス費」制度がある。

この制度も、一定以上の所得がある人は自己負担の上限額が引き上げられる。いまは一般の課税世帯の限度額は月3万7200円。見直しで、年金収入が383万円以上ある人に限り、4万4400円に引き上げられる。





施設の食費や部屋代

補助認定基準 厳しく

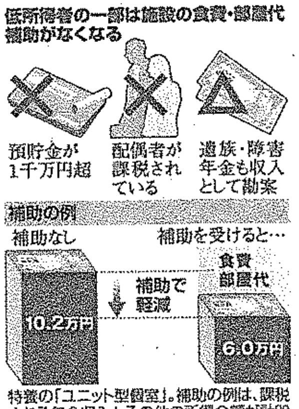
特別養護老人ホームや介護老人保健施設などに入って生活する場合、食費や部屋代は原則として自己負担だ。ただし所得が低い人には一部を補助し、負担を軽減する仕組みがある。今は約103万人が補助対象だ。この認定基準が厳しくなる。

共有の生活スペースがある特養の「ユニット型個室」では、介護保険の1割負担を除いた食費などの利用料は補助がない場合、月10万円前後になる。補助率は所得などに応じて3段階ある。

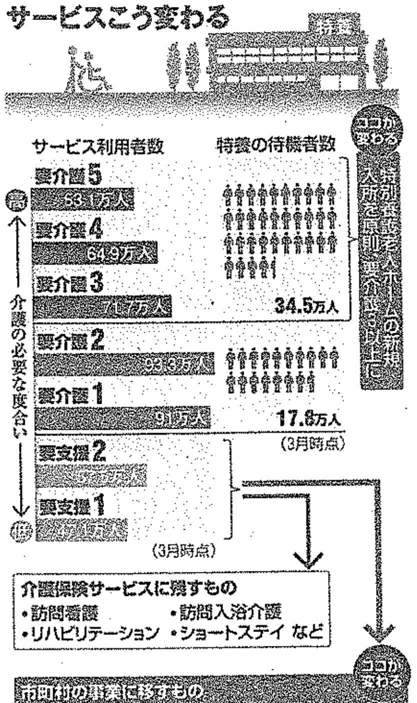
例えば、課税される年金収入と所得金額が合わせて80万円を超え、市町村民税が非課税の人の場合、食費2万2千円、部屋代2万円が補助される。

見直し後は、所得が低くても、預貯金が個人で1千万円、夫婦で2千万円を超える場合は、補助対象から外れる。本人の申告で判定する。不正に補助を受けたことが発覚すれば、補助受給額の3倍を徴収するペナルティーを科す。

また、本人の所得が非課税でも、配偶者が課税されていたら補助の対象外にする。さらに非課税扱いの遺族年金と障害年金についても、収入とみなして補助の有無を判定する。


低所得者の一部は施設の食費・部屋代補助がなくなる
預貯金が1千万円超
配偶者が課税されている
遺族・障害年金も収入として勘案
補助の例
補助なし
補助を受けると…
食費
部屋代
補助で軽減
10.2万円
6.0万円

特養の「ユニット型個室」。補助の例は、課税される年金収入とその他の所得金額が計80万円超で、市町村民税が非課税の人の場合



利用者にとっては…

- 住んでいる地域によってサービスの内容や価格に差が出る
- サービスの提供者が介護の専門職だけでなく、NPOやボランティアになることも
- 訪問介護と通所介護のみをつかう時は要介護認定は不要に

要支援向けサービス

市町村で中身に違い

介護保険のサービスは、要介護認定を受けた人が対象だ。市町村から、介護の必要度が高い順に「要介護5～1」「要支援2、1」の7段階で判定される。要介護度が高いほど多くのサービスを受けられる。要介護5は食事や排泄など全ての行動に介護が必要な状態、要介護3は身体的な介護が必要で、家事、金銭管理などにも支障が出る状態が目安になる。要支援1は身の回りのことはほぼ自力でできるが、一部に支援が必要な状態が目安だ。

このサービスのうち、「要支援」向けの訪問介護と通所介護（デイサービス）の二つが、市町村の事業に移される。訪問介護は、ヘルパーが自宅を訪れ、移動や入浴などの身体的な介護のほか掃除、料理なども手助けしてくれる。通所介護は日中、施設に通って、レクリエーションや食事、入浴、機能回復のための訓練などを行う。

いまは国の基準に沿って、介護事業者がサービスを実施している。全国どこでも同じサービスが受けられることになっている。

市町村事業になると何が変わるのか。まず市町村の判断で、サービスの中身や利用料を決められるようになる。介護事業者だけでなく、NPOやボランティアにも委託できる。利用者から言えば、住んでいる自治体によって、料金やサービスの中身に違いがでることになる。窓口は市町村のままだ。2015年度から準備が整った市町村から徐々に移行し、17年度末までに全市町村で実施する。要支援向けサービスのうち、専門性が高い訪問看護や訪問・通所リハビリテーションなどは、介護保険の全国一律のサービスとして残る。

特養への新規入所

原則要介護5～3に

特別養護老人ホームにはいま、要介護と認定されれば入る権利がある。これが来年4月からは原則、要介護5～3の人に限られるようになる。

特養は比較的利用料が安く、要介護度が重い人でも援助してくれる。入居を待っている待機者は3月時点で52万4千人に達する。このうち、入居の必要性が高い「在宅暮らしで要介護3以上」に限っても約15万3千人いる。こうした人たちに優先して入ってもらう。

ただし待機者には、要介護1、2の人も計17万8千人いる。身体の介護の必要性が要介護3以上の人より低いと認定されても、住宅や家族の事情はさまざまだ。認知症で徘徊の症状が激しく、介護の負担が大きい人もいる。

このため「やむをえない事情」があれば、要介護1、2でも特例として入所できることにする。厚生労働省は①認知症などで常時の見守りが必要②知的・精神障害などで症状が安定しない③虐待の恐れがある場合――を具体例として示している。詳細な基準は今後、検討していく。

なお、要介護3以上は新規入居の基準であり、すでに入居中の要介護1、2の人は、そのまま住み続けられる。

65歳以上の保険料

低所得者の軽減拡大

65歳以上の高齢者が支払う介護保険料は市町村によって基準額が異なるが、全国平均で月額4972円になる。所得が低い人の保険料は基準額よりも段階的に軽減されている。この軽減率が来年4月から拡大される。

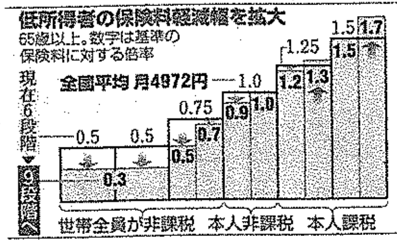
保険料軽減の対象になる人は、その世帯全員の市町村民税が非課税か、本人が非課税であることが前提だ。さらに本人の年金収入が80万円以下なら保険料は基準額から50%、80万円を超えれば25%、それぞれ軽減される。軽減の対象者は全体の3割ほどになる。

見直しで、この軽減率が最大70%まで拡大される。所得に応じた保険料の区分けは、現在の6段階から9段階に増える。

年金収入で80万円以下の人は、軽減率が50%から70%に拡大。同じく年金収入が80万円超で120万円以下の人は25%から50%に拡大される。年金収入が120万円超の人の軽減率は30%になる。さらに同じ世帯に市町村民税を支払う人がいても、本人が非課税で年金収入が80万円以下ならば10%割り引かれる。

反対に、高所得層の保険料負担は重くなる。本人が市町村民税を払う所得の多い人は、現在でも基準額に25%から50%が上乗せされている。これが最大で70%の上乗せになる。

自治体が独自に軽減率や上乗せ率を決めている場合もあるので、見直しの影響は市町村によって異なる。

（畑山敦子）