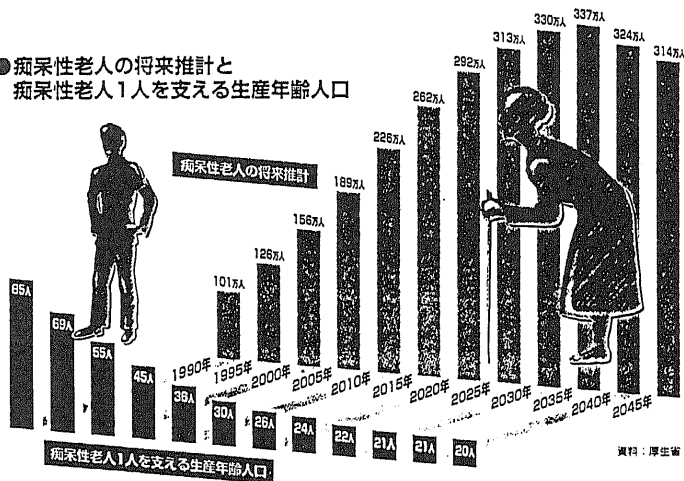


これからの高齢者医療について (98・7・16)

横田 英夫 (昭16・理甲)

こういう大変な演題が付きまして、これだと厚生大臣か日本医師会長がしゃべるような演題ですけれども、最近問題になっております介護保険のことを主にしてお話いたします。次頁の図1は一九九三年度の実績を元に作られたものですが、痴呆性老人が段々増加することを示したものです。一九九〇年には一〇一万人だったものが年々増加して、五〇年後の二〇四〇年には三三七万人になり、この年をピークにして下がっています。これは痴呆が治ったのではなくて、老人が死んで絶対数が減ってくるということです。それから子供の生まれる数も少なくなりますので全体の人口が減って、二〇六〇年頃になると六千万か七千万になるという統計もございます。この痴呆老人を支える若者ですが、一九九〇年には一人のボケ老人を八五人の若者が支えていたものが、二〇四〇年には一人のボケ老人を支える若者が二〇人しかいなくなることを示しています。要するに、こういう老人

●痴呆性老人の将来推計と
痴呆性老人1人を支える生産年齢人口



●ゴールドプランの整備目標と達成状況 (93年度実績)

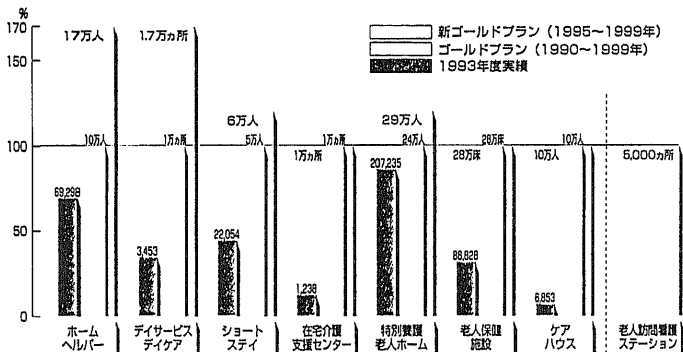


図 1

医療にかかる費用が、パンクしてしまうということです。下の方のゴールドプランというのは、厚生省が立てた老人ケアのプランで、一九九三年度実績を黒の棒グラフで示しています。一〇〇％に横線が引いてありますがこれが一九九〇年に厚生省が作ったゴールドプラン、更に一九九九年を目指して新ゴールドプランを作りました。ゴールドプランではとても間に合わないので一九九五年に練り直したのです。この資料が発表された後に、政治情勢は刻々変化しますので、このプランもどのように変わって行くか分かりません。

このゴールドプランの表を見ますと、一番左がホームヘルパー、看護婦ではなくて、家事手伝いに来てくれる派出婦のような人です。それが一九九三年に八万九千人であったものを一〇万人にしようとゴールドプランで言っていました。それでは間に合わないのので一七万人に上方修正したのです。二番目のデイサービスは、老人を連れて行って遊んだり作業したりする、所謂デイケア施設が一九九三年に三、四五三か所あったものを一万か所にしようと言ったが、それでは足りないから一万七千か所にしようというのが新ゴールドプランです。一九九三年度実績は、特別養護老人ホームを除くその他の老健施設は非常に低い値です。

「人口の高齢化がこのまま進めば。効果的な医療費抑制策を講じない限り、わが国の国民皆保険制度は崩壊する危険がある。」と言われ、今の保険制度を維持するにはどうすべ

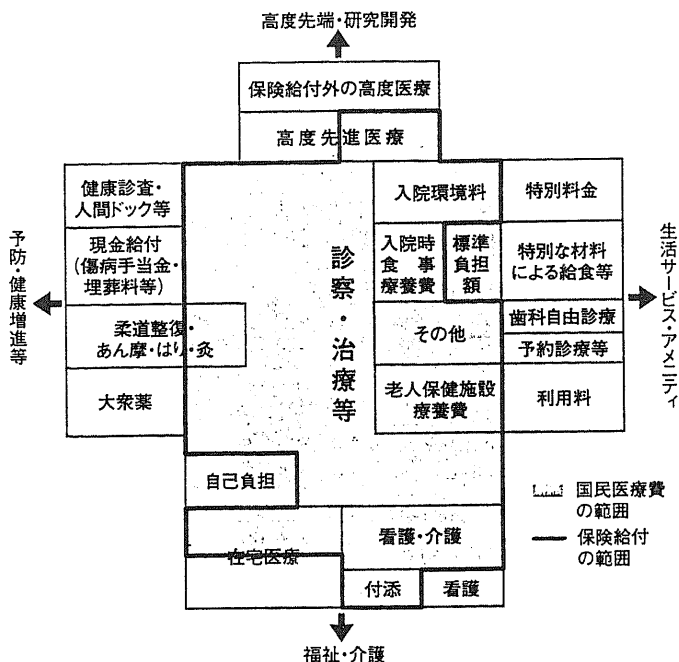


図 2

きかについて三つの対策が考えられます。

対策の第一は患者の自己負担増ですが、これは避けられません。事実、一九九七年の九月から患者の自己負担が大幅に増えました。三割費うと一日分三〇〇円、四割費うと一日分六〇〇円というようなことで、なんとか受診を抑制しようとしています。対策の第二は、自由診療と保険診療の混合診療の導入で、その可能性は高いです。第三の選択肢は、医療の無駄を省いて合理化

を図ることで、このことに真剣に取組む必要があります。

国民医療費と保険給付の範囲を示すのが図2で太い実線で囲ったところが保険給付の範囲で、診察・治療等他幾つかの項目が含まれます。そこからはみ出したところに書かれた項目は自費で、左側には人間ドック、柔道整復、埋葬料が書いてあります。上の方に書いてあるのが先端医療で、CTスキャン、MRIは以前は自費でしたが、最近保険に取り入れられました。新しい機器ができましたも、それが一般化するまでは保険の対象とはならず、そうした検査や治療は自費で受けることとなります。右側にはみ出して書かれている項目に、入院時の部屋代の差額、特別のご馳走を頼んだときの食費等があります。歯科の治療もある程度自由診療です。下の方に看護・介護が書いてあり、ある程度は医療保険で見てくれますが、付添料とか訪問看護は対象外というふうになってきます。

結局、医療費が膨大になって、賄いきれないので、介護に関連するものは医療から切離そうという発想が出て、介護保険が生まれたのです。この介護保険の法案は既に国会を通り、平成一二年に実施されます。次頁の図3に介護保険の仕組みを示しました。その右の方に、経費の負担のことが書いてあります。つまり、半分は公費で賄う。国が二五%、都道府県と市町村が一・五%ずつ負担する。残りの五〇%は保険料として皆さんから頂くことになっております。介護保険と言われてもあまり若い人は実感がありませんから、

●介護保険制度の仕組み●

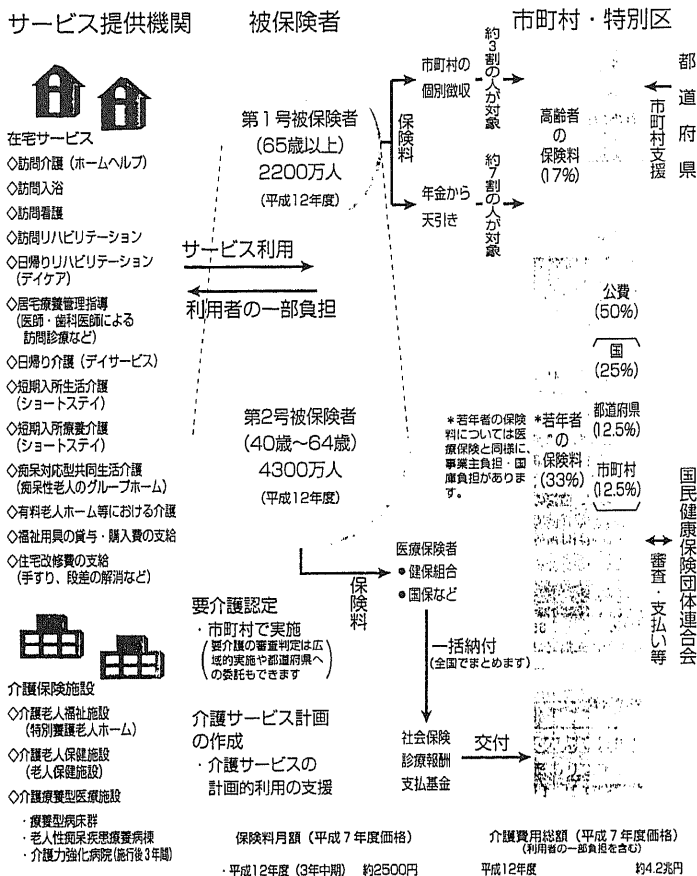


図 3

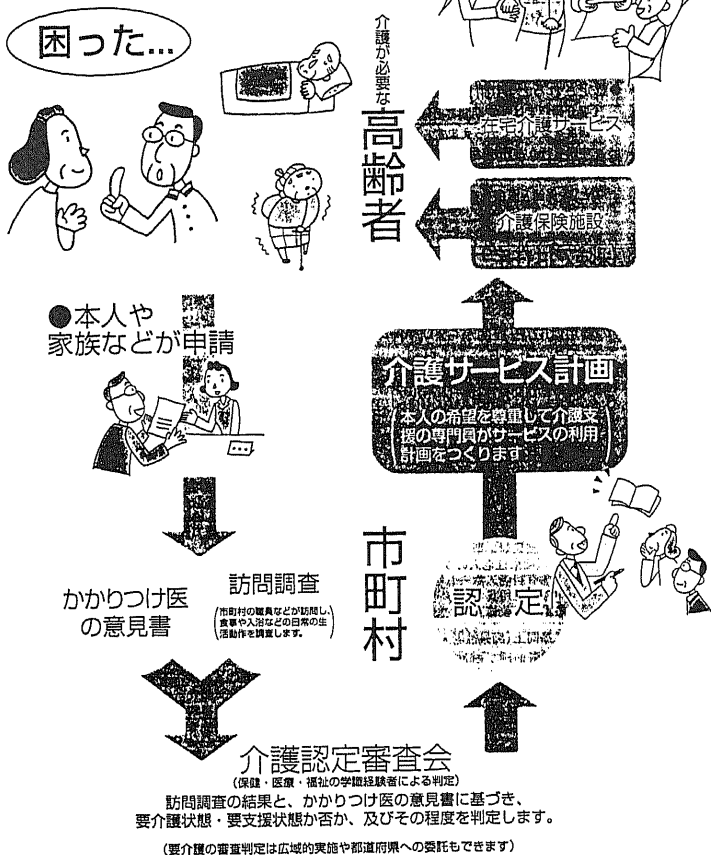
四〇才から保険料を徴収することになりました。四〇才から六四才までを第2号被保険者、六五才以上を第1号被保険者と言います。第2号被保険者は健康保険組合なり国民健康保険組合に保険料を払うときに介護保険料を上乗せして支払います。第1号被保険者で年金をもらっている人からは、年金を支払うときに天引し、年金をもらわない人からは市町村が個別に徴収します。

高齢者つまり第1号被保険者の支払う保険料が一七%、若年者つまり第2号被保険者の支払う保険料が三三%、合わせて五〇%、公費の五〇%を加えると丁度一〇〇%になります。

それではどういうサービスを受けるかが一番左にかいてあります。訪問入浴、訪問看護、リハビリテーション等々に書かれていることは既にやられています。ショートステイというのは、何日間か病院等の施設に老人を預ってもらうことで、結婚式等で帰郷するか、家族旅行をするとか、介護休養のためとかで、その間老人を病院へ預けるなどということは現在でも行われています。こうした仕組みを全部介護保険に組入れようということです。

左下に介護保健施設が書いてあります。特別養護老人ホーム、これは現在もごさいます。老人保健施設、これは非常に少ないのです。病院で退院していいと言われても自宅に帰れ

●要介護認定とサービスの利用方法●



ない、病院に入院する程でもない老人を預るところで、これは医療とは特に関係はありません。介護療養型医療施設、これは痴呆の老人等を預る医療施設で、こういった施設は現在もありますが、それを介護保険の仕組に取入れようということです。

こういった介護保険施設を利用するにはどうすればいいのかを書いたのが前頁の図4です。介護サービスは黙っていても受けられません。老人がぼけたり、寝たきりになったときには、本人や家族などが申請することが必要です。市町村や区役所で申請を受け付けますと、訪問調査員、ケアマネージャーが訪問し、老人の食事や入浴などの日常生活活動を調査し、かかりつけの医者意見書も添えて、一番下に書いてあります「介護認定審査会」へ出します。どのように審査を行うかということですが、全部コンピュータで行うことになっていきます。歩けるかとか、痴呆の程度はどれくらいかとか、全部点数になっているのですが、主治医は意見書を出すだけで、認定審査は機械が行うということです。実際に三度とか四度とかに認定されますと、そこで介護サービスが決められて、この人は入院した方がいいとか、在宅のままでもいいとか、週に一度看護婦さんが訪問するといったことが決められてきます。問題は介護認定審査会ですが、今まで医者や看護婦が訪問して色々やってあげていたことが、介護サービス計画になると、この人は歩けるのだから、もっと

軽くしていいということになってサービスが低下する恐れがあり、実際にスタートしてみないとどのように運営されるか分かりません。

この認定審査委員会に委員や委員長がいるのかどうか、コンピュータが委員長ではちょっとおかしいと思います。

しかし、介護保険に関することは非常に早く決って、準備は始っています。平成一二年にスタートしますと、第2号被保険者は四月から、第1号被保険者は一〇月から保険料が徴収されます。

我々は既に老人ですから寝たきりにならないよう頑張らなければなりません。しかし、日本人の高齢化が進み、身近に介護を必要とする人が出ないとは限りません。そうした時に備えて、介護保険制度について紹介させて頂きました。

(横田医院)