高知の医療・福祉を考える（その7）

介護保険で問われるもの（その2）

医療法人地塩会 理事長
社会福祉法人土佐清風園 理事
社会福祉法人ふるさと自然村 理事
南国中央病院 院長 山本 浩志先生

いま要介護認定の客観性が問われている

――二〇〇〇年四月の介護保険の導入まで一年余りとなりました。介護保険料については高知県の場合は約三千八百円と言われていますが、果たして自分は要介護と認定されるのか、認定は客観的に正しく行われるのかといった不安もあります。まずこの点からお伺いしたいと思います。

山本　介護保険は要介護あるいは要支援と認定されることで、要介護度別の支給限度額が決まります。その意味では要介護（要支援）と認定されることが重要ですが、これは申請者ごとに、麻痺（まひ）があるか、物忘れがあるかなどの八十五項目を調査し、それをコンピュータに入力することで要介護度を判定するものです。ただ平成十年度に行われたモデル事業では、肝心のコンピュータ（認定ソフト）そのものがおかしいのではないかと言われ、その苦情や問い合わせが厚生省に殺到しています。

――先生は南国市の介護認定審査委員として、平成十年度のモデル事業にかかわっていますが、認定ソフトについてはどのように思われますか。「認定ソフトが要介護」と悪口を言われることもあるようですが。

山本　確かに認定ソフトの判定がおかしいという症例もありました。ただ要介護度がどのランクに属するかは、病気の種類や障害の程度によるのではなく、介護に要する時間によって決まります。しかもこの時間は実際の介護に要する時間ではなく、施設での四千症例をもとにした「一分間タイムスタディ」という特殊な時間によるものです（詳細は略）。

――要介護度の認定では、体重五十キログラムの人と百キログラムの人とでは、介護の難しさもそれにかかる時間も当然違ってくると思います。また食事の介助時間にしても、十五分の人もいれば一時間の人もいます。そういった個々の人の特性は要介護度に反映されるのでしょうか。

山本　それは要介護度にはまったく反映されません。もし個々の人の置かれている状態を考慮して判定しますと、少なくとも二百～三百の調査項目が必要で、それは調査するのに時間がかかりすぎ現実的ではありません。反対に実際にかかった時間をもとに要介護度を判定しますと、介護の上手、下手によって介護時間が変わってきますのでこれも問題です。

その意味では現在の要介護認定は、どうしても問題ある事例が出てくることは避けられない気がします。ただそれを防ぐ意味で、市町村に介護認定審査会が設けられ、そこでかかりつけ医の意見書などを参考に要介護度を変更できる仕組みになっています。

ただこの点、厚生省も平成十一年十月の要介護認定の本番までには、認定ソフトの内容も一部は公開するようです。全部を公開して要介護度を高めるマニュアル本がでてもいけないので、一部公開にとどめる方針のようです。

在宅サービスの基盤整備と家族介護への現金給付が当面の課題

――次に在宅サービスについてお聞きしたいのですが、肝心の在宅サービスの基盤整備は整っているのでしょうか。高知県は五十三市町村中、四十六市町村が中山間地域ですので、サービスの基盤整備は大変だと思いますが。

山本　この点につきましては、前回の新聞紙上で詳しく述べましたのでここでは繰り返しません。ただ、中山間地域（特に過疎地）での在宅サービスは採算性が合いませんので、赤字覚悟でホームヘルプなどに参入する民間企業があるかどうかは分りません。

南国市の場合、農協や生協に問い合わせても、現時点では整備されていないとのことです。また地域の福祉ネットワークやボランティア活動にしても、現状では限界があると思います。そうなりますと、中山間地域で在宅サービスを成り立たせるためには、私は次の三つの方法しかないと思っています。

（一）市町村の別枠の補助金（交通費など）

（二）四～五人の要介護者を一ヵ所に集めて介護する体制を整える。

（三）中学生や高校生にヘルパーの資格を取ってもらい、家事援助などを行なってもらう。

幸い中山間地域では、食事、入浴、排泄などの身体介助よりも、食事の後片付け、掃除、洗濯などの家事援助の割合が高いので、中高校生でも在宅サービスの重要な担い手となってもらえると思います。

――それは学生さんにとっても生きた福祉教育になりますし、また地域との交わりという点でも望ましいですね。ところで高知県では、家族介護にも現金給付を認めるべきという意見が多いようですが。

山本　介護保険の理念は、①介護サービスの質や量を拡充させることで利用者の自立を助ける。②家族の介護負担を軽減する――などですので、現金給付はその理念にはまさしく反します。

しかし、現実問題として、中山間地域や過疎地でホームヘルプなどが確保できなくて、家族に介護を頼る以外方法がなければ、家族への現金給付はやむをえないと思います。「在宅介護サービスが受けられないので保険料は払わない」というのは正論だと思いますので、そうなると介護保険制度そのものが根底から揺らぐことになります。

したがって厚生省も家族への現金給付を認める方向で検討しているようです。その際の条件は、

（一）家族のヘルパー資格の習得。

（二）非営利の介護サービス団体への加入。

（三）第三者が作成した介護計画に基づく。

（四）家事援助ではなく、身体介助に限る。

（五）家族への介護は、ヘルパーとしての時間の半分以下。

（六）市町村がやむをえないと判断した場合。

多分こういった条件の下に、家族への現金給付は認められる方向にあると思います。

年金・医療・福祉が連動し社会保障制度が見直される

――ところで介護保険が導入されますと、医療や福祉さらには年金制度なども変わってくると思いますが、介護保険はそれらにどのような影響を与えるのでしょうか。

山本　介護保険の保険料は、六十五歳以上の第一号被保険者は原則として年金から天引きされ、四十～六十四歳の第二号被保険者は医療保険料とともに徴収されます。つまり介護保険は年金と医療保険に連動し、今までバラバラであった年金、医療、福祉（介護）が相互に関連し合う仕組みになっています。

厚生省も「社会保障構造改革の第一歩としての介護保険の創設に続き、医療、年金、福祉の改革に順次着手する」としています。

――となりますと介護保険の保険料はこの先どうなるのでしょうか。

山本　介護保険料は年金と医療と連動していることで、一方的に上がり続けることはなく、将来は地域や市町村の保険料の格差も小さくなってくると思います。

――介護保険は医療、とりわけ老人医療にどのような影響を与えるのでしょうか。

山本　「二十一世紀福祉ビジョン」の提言では、現在の年金、医療、福祉の5：4：1の割合を、将来は5：3：2にしたいとしています。それだけ医療福祉の分野は医療から福祉にシフトするということです。

実際、介護保険導入後は、特別養護老人ホーム、老人保健施設、老人病院（介護療養型病床群）は介護保険対象の施設になり、入院に関しては医師の裁量権はなくなります。それだけ医師の権限も少なくなります。また、介護保険と医療保険の整合性という点からも、

（一）老人医療も一割の定率負担となる。

（二）介護保険の支給限度額と同様に、医療も診断グループごとに上限が設けられる。

（三）介護報酬が要介護度状態のほか、地域差などを考慮することにならい、医療保険の診療報酬も地域差がでてくる。

以上のように、医療保険も変わってくると思います。そして将来は高齢者の医療と福祉（介護）が一体となった制度が創設される可能性もあると思っています。

――年金制度についてはどうでしょうか。

山本　介護保険の保険料の徴収は被扶養者も含めて、完全に個人単位となっています。このことはやがて社会保険や税制全般にわたって個人単位化される方向にあることで、いわゆる国民総背番号制の導入に結びつくものです。

また介護保険や年金の公平な負担、あるいは確実な徴収という意味で、個人の収入だけではなくその資産にも着目し、介護保険や年金の滞納者はその資産を差し押さえる方法もとられてくると思います。

個人資産を担保に保険料に充てるリバースモーゲージ案

――高知県が介護保険で導入を検討している「リバースモーゲージ」制度もその一端と言えますね。

山本　これは中山間部を中心に家や土地などの資産を担保に、保険料が払えない人に必要な額を融資し、返済できない場合はそれを売却して返済に当てるものです。ただ高知県の場合、それが売却できなくて不良債権化する可能性も大きいと思います。

東京や大阪の大都市に発信し、それを利用あるいは購入してくれる人を探す努力を今からしておく必要があるかも知れません。要は制度以上に、企画と営業努力が問われる時代になったということだと思います。

保険料を効率的に運用する手腕が市町村に求められる

――これからは行政機関も企業並みの努力が必要となってくるかも知れません。ところで介護保険の運営主体が市町村に決まったことで、市町村の役割はどのように変わってくるのでしょうか。

山本　介護保険は地方分権の切り札となることは間違いありません。介護保険を通して市町村の能力や努力が問われることにもなります。

その際これまでのように道路や橋、文化会館といったいわゆる箱物の誘致以上に、高齢者対策や高齢者福祉が重要視されます。しかもそれは単に国や県が決めた政策の実行ではなく、介護保険下では市町村自らが「介護保険事業計画」を策定しなければなりません。また策定にあたっては、策定委員会を設け、委員には学識経験者や医療、福祉の関係者とともに、被保険者である住民の参加がうたわれ、住民の意見が反映されるようになっています。まさに行政への住民参加、福祉の市民化が介護保険を通して起こってきます。

――市町村の介護保険事業計画とは具体的にはどのようなものでしょうか。そのほかにも介護保険下では市町村はどのような事業を行うのでしょうか。

山本　介護保険事業計画は市町村における要介護者の人数やサービスの種類ごとの量の見込みなどを決めるもので、それによって介護保険の保険料が決まるという現実的で重要な計画です。

その他にも市町村は条例で、介護保険の対象者以外の人に対しても、介護教室、健康づくり教室、家族リフレッシュ事業などの保健福祉事業を行うとされています。

――市町村の事務手続きの中に、第一号被保険者からの保険料の徴収というものがあるようですが、高知県は低所得者の割合も高く、この点市町村の作業も大変となると思いますが。

山本　六十五歳以上の第一号被保険者の保険料は原則として年金から天引きされるといいましたが、無年金者や低年金者（月額一万五千円以下）は、市町村が直接徴収する仕組みになっています。その際低所得者には所得に応じての負担の軽減措置がありますが、収入の少ない人からの保険料の徴収は、市町村にとって大変な仕事になることは間違いありません。

――保険料の滞納者がでることも考えられますね。

山本　それはあると思います。しかし国民の共同連帯や公平な負担というか介護保険の趣旨からして、この滞納者の割合をいかに少なくするかは、市町村の重要な任務だと思います。

実際、市町村はお金を集める苦労をしてこそ、それを効率的に使おう、効果的に使おうという発想も起こってきます。しかもこの第一号被保険者の保険料によって、市町村独自の特別給付や保健福祉事業が行われるとあってはなおのことです（表1）。

私個人の考えでは、介護保険事業計画と保険料の滞納者の割合を見れば、市町村が介護保険にどれだけ真剣に取り組んでいるかが分かる気がします。

保険料に見合ったサービスや権利を求める住民意識が芽生える

――市町村にとっては介護保険はまさに開国の黒船に匹敵するものですね。ところで介護保険の財源が公費（税金）だけでなく、保険という方式を採用したことで、住民の意識はどのように変わってくるでしょうか。

山本　保険というものは、給付と負担の関係を明確にするとともに、保険料を払っているという権利意識を高めるものです。直接財布の中身にひびくという点でも、自分の払っている保険料は適正か、またそれはどのように使われているかの監視の役目も担ってくるものです。

そして払った保険料に見合ったサービスが受けられなければ、それは市町村への不満にもつながりますし、さらには保険料を払っていない人への批判となって表われるかも知れません。

そしてやがてそれが、国が最低生活を保証してくれる「生活保護法」そのものの見直しへとつながる可能性もあります。といいますのも中山間部などでは、たとえ介護保険料を払わなくても、最後は生活保護法が何とかしてくれると考える人も増えているからです。これは介護保険制度そのものを揺るがすことになりますし、本当に生活保護が必要な方に対してもあやまった認識をもたらすことにもなります。

福祉も国家責任から自己責任へとシフトやがて生活保護法の見直しの可能性もある

――生活保護法については詳しく分かりませんが、仮に介護保険料を払わなくても、最後は国が最低生活を保障してくれると考える人たちは増えるかもしれませんね。ところで先生は生活保護法についてどのように考えられますか。

山本　生活保護法に関しましては、昭和二十五年に改正されてから五十年間、一度も手直しされていません。このことが社会保障制度の矛盾とゆがんだ発達のもとになっている可能性もあります。

昭和二十二年の生活保護法では、「能力があるにもかかわらず、勤労の意志のない者、勤労を怠る者、その他生活の維持に努めない者は保護をなさない（第二条）」とされていました。それが昭和二十五年にGHQの指令のもと、最低保障の国家責任（第一条）と保護の無差別平等の原則（第二条）と大きく変わったのです。

法（制度）というものは、政治の所産であり、それは国民の所産でもあり、その時代のあり方や環境によって大きく変わってくるものです。戦後の混乱期において、疾病や失業が国家責任であることは十分理解できることです。

しかし五十年たった現在においては、何もかも国家責任に帰するのではなく、もう少し個人の自立と自己責任の原則が適応されてもよいように思います。その上での相互扶助、共同連帯でなければおかしな気がします。特にこれからの我が国は低成長というようなマイナス成長もありうることを考えますと、すべての責任を国家に負わすことは難しいように思います。

介護保険を通してこのことが問われるかどうかわかりませんが、社会保障の基礎となる生活保護法を問い直すことは、現在の自由と民主主義、さらには人権のあり方そのものを問い直すことでもあると思っています。

高齢者一人ひとりが自立し生きがいを持てる社会へと変わる

――生活保護法については、なかなか難しい面もあると思いますが、最後に何か付け加えることはありませんか。

山本　ちょっと話がそれるかも知れませんが、戦後の医療、福祉を振り返ってみて、最も問題であった制度や政策は、医療では昭和四十八年の老人医療費の無料化（十年間続く）であり、福祉では昭和三十八年の老人福祉法の制定であったと思います。

医療費の無料化により、医療はただという意識が国民に浸透し、すぐに病院にかかる、すぐに入院するということで、病院病床の急激な増加と、後の国民医療費の高騰を招く結果となりました。

また老人福祉法は、老人だけを対象とした世界最初の福祉制度として制定されましたが、結局は老人を弱者、あるいは保護する者として捉え、現在の問題とされる「措置制度」のもととなったものです。

なぜそういう制度や政策が作られたかは、結局は高度成長期の心の余裕（おこりともいえる）つまりは精神的バブルによってもたらされた可能性もあります。何もバブルは経済だけにおこるとは限りません。

多分そういった制度や政策がなければ、介護保険は現在のような形はとらなかったと思いますし、導入する必要すらなかったのかも知れません。

最後にこれは余談ですが、昭和三十八年の老人福祉法のあとをうけ、昭和四十一年から九月十五日は、「老人の日」が「敬老の日」に変わりました。老人という「主体」から、人々に敬われる「客体」に変わったのです。

言葉は、その言葉自体が意味するところより、その言葉がつくられ、語られる時代背景が実は重要だということはあります。当時は高度成長期の煽（あお）りを受け、非生産集団の老人は徐々に追いやられ、自立し生きがいを持つことが難しくなっていました。それだけ老人は、主体性のない弱い存在だったといえます。しかし、これからの高齢者は、一人ひとりが自立と生きがいを持って生活することが求められており、その意味では主体である老人という呼び名の方が敬老よりもふさわしい気がします。「敬老の日」をもう一度「老人の日」に戻すことを望んでいます。

――今日は長時間にわたってどうもありがとうございました。

インタビュアー小椋 克己さん
高知県立坂本龍馬記念館館長
RKC高知放送顧問

表1 ■給付の種類と財源

種類	対象者	サービス	財源
介護給付	要介護者	居宅・施設	第1号被保険者 第2号 〃 公費
予防給付	要支援者	居宅のみ	
市町村特別給付	要介護者・要支援者	市町村独自	第1号被保険者のみ
保健福祉事業	すべての被保険者		

企画・制作／高知新聞社広告局
(有)昭和メディカル　四国医療サービス(株)　高知第一薬品(株)　(有)シー・エム・エス・里の会　(有)ハウス美装