緑の風

MIDORI NO KAZE

10月号
vol.185
『住民と自治』2015年10月号付録
2015年9月30日

●編集
NPO法人
多摩住民自治研究所
日野市神明3-10-5
エスプリ日野103　〒191-0016
TEL：042-586-7651
FAX：042-514-8096
E-mail●tamajitiken1972@space.ocn.ne.jp
URL●http://www.tamaken.org/

特集

医療・介護

医療・介護総合法とこれからの医療・福祉制度

緑の風 MIDORI NO KAZE
もくじ 2015 10月号 vol.185

特集 医療・介護

医療・介護総合法とこれからの医療・福祉制度

国民の生活実態と医療・介護の行方
日本福祉大学教授、社会福祉学　石川　満　2

介護保険制度の改定の変遷と居宅介護の現場
～NPO法人の小規模事業所の実践から
東久留米市在住　井口　信治　12

無料低額診療事業とは？
～困難な人と結びつくための医療機関の役割について
稲城市市議会議員　山岸　太一　17

［実態調査から見えてきたもの］ 介護報酬削減・総合事業移行
事業所は危機、利用者もサービス後退に　21
日野社会保障推進協議会 副会長　橋本　輝夫

ワシントンから見える日米外交の実態
多摩平和イベント実行委員会　木内　慧　27

【財政研究会リポート 第23回学習会】
何が何やら国保財政 PartⅡ
多摩住民自治研究所事務局 財政研究会　伊藤　栄一　30

山口映写室 vol.25 「映画祭であたらしい世界観に触れる秋に」　ぐっち　35
タマの風 *special* vol.28 「タマ氏の憂鬱と希望」　神子島　健　36
8月の活動・編集日誌　42

特集

医療・介護

医療・介護総合法とこれからの医療・福祉制度

特集
医療・介護

国民の生活実態と医療・介護制度の行方

日本福祉大学教授　社会福祉学
石川（いしかわ）　満（みつる）

1．国民の生活実態

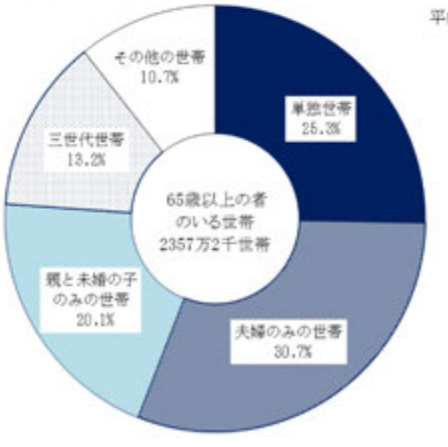
厚生労働省が毎年実施している国民生活基礎調査は、保健・医療・福祉・年金・所得等、国民生活の基礎的事項を調査し、厚生労働行政の企画及び運営に必要な基礎資料を得ることを目的とするものである。「平成二六年国民生活基礎調査の概要」が公表されたのは、二〇一五年七月二日であった。この調査結果の概要から高齢者を中心に国民生活の実態を見ることとする。

（1）六五歳以上の者のいる世帯の世帯構造（参照 グラフ1）

六五歳以上の者のいる世帯を見ると、単独世帯が二五・三%、夫婦のみの世帯が三〇・七%と、全体の五六%となっている。三世代世帯は、一三・二%に止まり、いまや同居の息子世帯や娘世帯の介護力を期待する状況ではないことは明らかである。また夫婦世帯でも、一方が要介護状態になった際は、老老介護（夫婦とも認知症となり、

石川 満（いしかわ みつる）
1951年生まれ。講師は東大和市役所を経て、1999年日本福祉大学赴任。専門分野は社会保障・社会福祉の行財政、介護保険制度、地域保健福祉計画など。社会活動として、社会福祉法人えいぶる理事長、公的扶助研究会等で活動。介護保険制度改革等、多くの提言を行っています。

グラフ1　65歳以上の者のいる世帯の世帯構造



注：「親と未婚の子のみの世帯」とは、「夫婦と未婚の子のみの世帯」及び「ひとり親と未婚の子のみの世帯」をいう。

認認介護となることもある）となる可能性も高い。

（2）各種世帯の所得等の状況

前年一月一日から一二月三一日までの一年間の所得についての調査結果である。

平成二五年の1世帯当たり平均所得金額は、「全世帯」が五二八万九千円となっている。また、「高齢者世帯」が三〇〇万五千円、「児童のいる世帯」が六九六万三千円となっている。

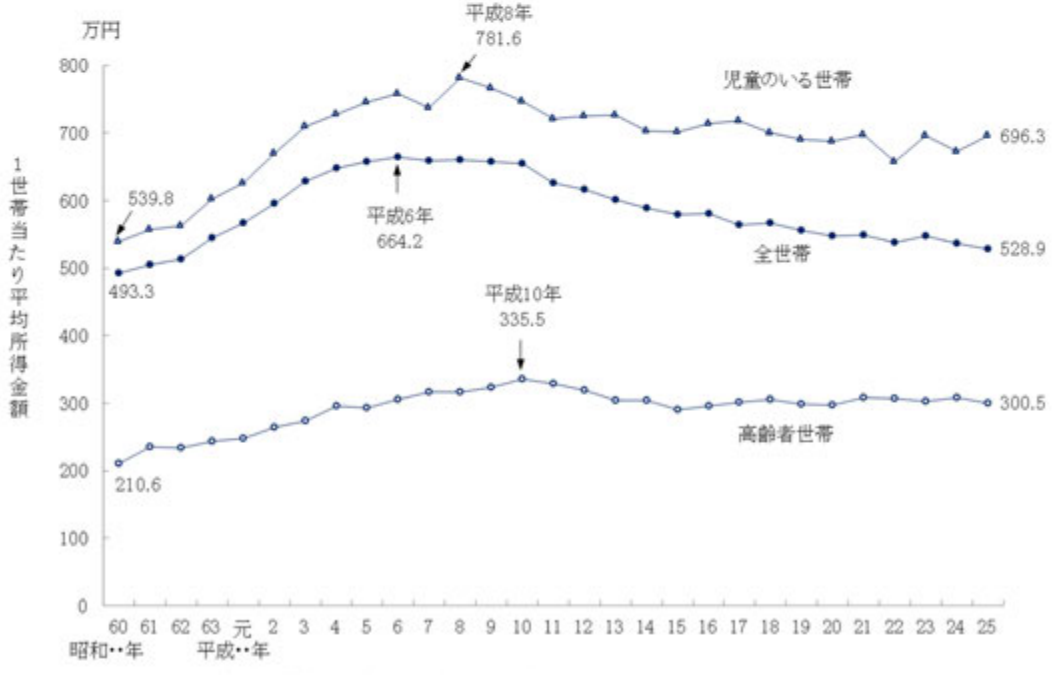
①年次別の所得の状況（参照 グラフ2）

この所得調査結果の特徴であるが、全世帯を見ると、平成六（一九九四）年から平成二二（二〇一〇）年まで大きな所得の減少傾向が続いている（六六五万二千円から五三八万円）ものの、平成二三年にはわずかに増加し、五四八万二千円となっているが、平成二五（二〇一三）年にはまた減少して五三七万二千円、平成二五（二〇一三）年には五二八万九千円となった。やはり継続的な減少傾向あることは指摘できる。

高齢者世帯は平成一〇（一九九八）年の三三五万五千円から平成二三（二〇一一）年には三〇三万六千円、平成二五（二〇一二）年三〇九万一千円、平成二五（二〇一三）年三〇〇万五千円となっている。対前年わずかに増加した年（平成一六，一七，一八，二一年）もあるが、最近の平均所得増加要因は新規年金裁定者の年金支給額が影響していると思われる。

二〇〇五年からの公的年金等の控除の減少、老年者控除の廃止（所得税五〇万円、住民税五八万円）、二〇〇七年の所得税と住民税の定率減税の廃止（二〇〇五年度まで所得税二〇%、住民税一五%を定率減税し、二〇〇六年度は二分の一に縮小し、二〇〇七年度全廃）などに加え、国民健康保険税の増額、二〇一二年度からの介護保険料・後期高齢者医療保険料の増額などにより、高齢者の負担は増加した。

グラフ2　一世帯当たり平均所得金額の年次推移



注：1）平成６年の数値は、兵庫県を除いたものである。
　　2）平成22年の数値は、岩手県、宮城県及び福島県を除いたものである。
　　3）平成23年の数値は、福島県を除いたものである。

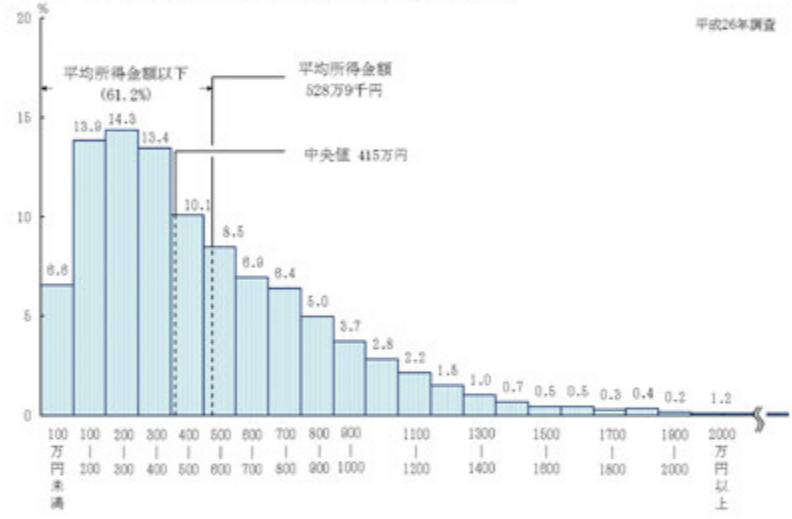
また、年金支給額は特例水準の解消により、二〇一三年度以降マイナス二・五％引き下げとなることも看過することはできない。

実際の引下げ率は、二〇一三年一〇月から一％減、二〇一五年五月からさらに〇・七％減（本来は一％下げとなるところであるが、消費者物価が〇・三％上昇したことに伴い、〇・七％減となった）の引下げであった。

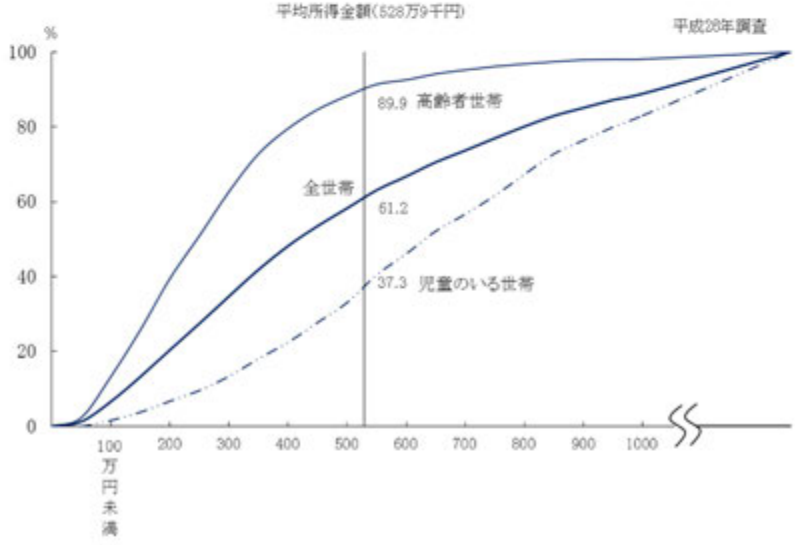
このほか、年金支給額についてはマクロ経済スライド（そのときの社会情勢［現役人口の減少や平均余命の伸び］に合わせて、年金の給付水準を自動的に調整する仕組み）が実施されている。少子高齢化や平均余命の伸びを前提にすれば、このマクロ経済スライド下では年金支給額は毎年、自動的に削減されることとなる。

二〇一五年五月の支給額は、名目手取り賃金変動率二・三％増、特例水準解消〇・五％減、マクロ経済スライド〇・九％減でその結果〇・九％増となった。このマクロ経済スライドは二〇一六年度以降も年金の支給額削減をもたらすことに留意が必要である。

グラフ3　所得金額階級別世帯数相対度数の分布



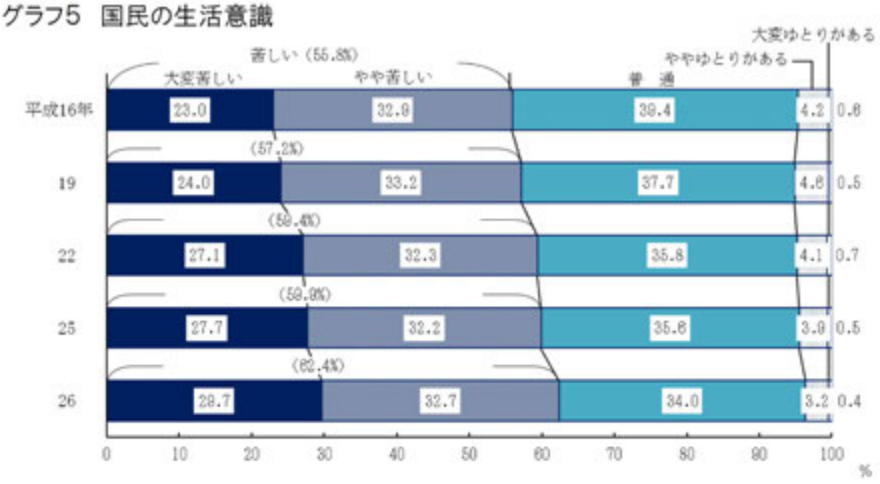
グラフ4　所得金額階級別世帯数相対度数の分布



二〇一五年五月からは消費税が八％となり、さらに二〇一七年五月には一〇％となることが予定されている。その上、二〇一五年六月に成立した「医療・介護総合確保推進法」や第六期介護保険事業計画（二〇一五，二〇一六，二〇一七年度、第五期平均介護保険料は四九七二円、第六期は五五一四円に）などにより、高齢者の負担は増加することが確実である。したがって年金のみで生活をしている高齢者にとって、支給額は減少するし、負担増は避けることができない。今後の高齢者の負担のあり方を

どう考えるか、大きな検討課題である。私個人としては、所得再分配機能を強化する以外に解決方法はないと考える。

グラフ5　国民の生活意識



②所得の分布状況

所得金額階級別に世帯数の相対度数分布をみると**（グラフ3，4）**、「二〇〇～三〇〇万円未満」が一四・三%、「一〇〇～二〇〇万円未満」が一三・九%、「三〇〇～五〇〇万円未満」が一三・四%となっている。要するに所得階級の低いところに大きな山があるのである。中央値（所得を低いものから高いものへと順に並べて2等分する境界値）は四一五万円（前年は四三二万円）であり、平均所得金額五二八万九千円（前年は五三七万二千円）以下の割合は六一・二%となっている。高齢者世帯では平均所得金額以下は八九・九%となっている。

③国民の生活意識（参照 グラフ5）

これも毎年厳しさを増している。

（3）介護の状況

（大規模調査年のみ実施 ― 平成二五年の調査結果概要から）

要介護者等が家族・親族等や訪問介護事業者から受けている一六項目の介護内容について、介護者の組合せの状況をみると**（次ページ、グラフ6）**、「事業者のみ」の割合が最も多いのは「入浴介助」の六四・一%で、次いで「洗髪」が六三・五%、「身体の清拭」が四六・四%となっている。「洗髪」と「入浴介助」については通所系サービス利用を反映していると思われる。

「主な家族等介護者のみ」による介護の割合は、「洗髪」「入浴介助」「身体の清拭」以外のすべての項目で最も多くなっている。また、「事業者と家族等介護者」による介護の割合は、「排泄介助」二〇・六%、「話し相手」一七・三%、「体位交換・起居」一六・一%、「着替」一五・二%、「食事介助」一五・一%と多くなっている。

要介護者等と同居している主な介護者の介護時間について二〇〇五年，二〇〇七年，二〇一〇，二〇一三年を比較**（表1）**すると、「ほとんど週日」が増加傾向にあることに留意していただきたい。これは二〇〇五年の介護保険法改正の影響や、特別養護老人ホーム等への入所困難により家族介護の比率が高まっていることなどが影響していると考えられる。

二〇一三（平成二五）年の結果を見ると、二〇〇七年・二〇一〇年よりさらに家族の介護負担が増加している。

二〇〇八年からの生活援助サービスの制限的利用及び特別養護老人ホーム待機者増等が影響しているものと考えられる

このように国民の生活実態は毎年厳しさを増している。これに追い討ちをかけるの

（次ページ、グラフ6）

が二〇一七年五月からの消費税が一〇％に増税されることである。このような実態を見る限り、アベノミクスによる金融緩和・財政政策・成長戦略は完全に失敗したのである。

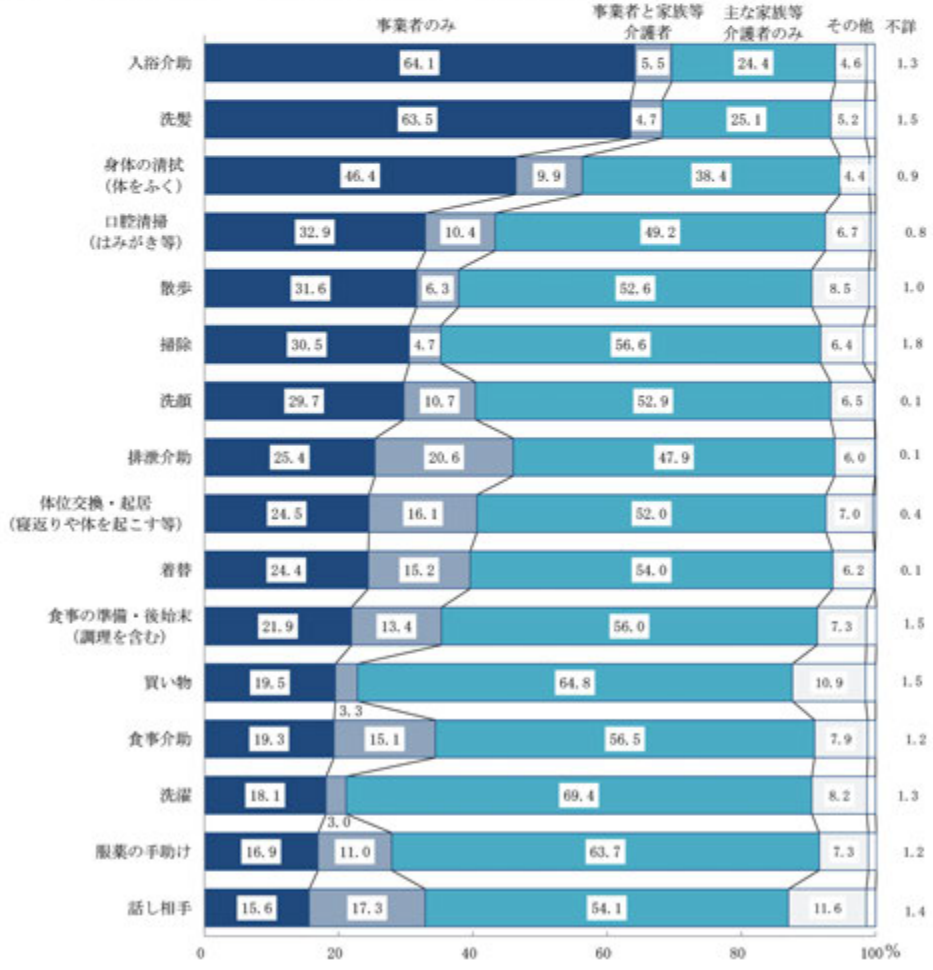
特に低所得層や平均的所得層に対する所得再分配政策や、福祉サービスなどの現物給付を拡充しない限り、国民の生活実態は改善しないし、国内総生産も上向かないのである。

その上、二〇一五年六月に閣議決定した「骨太の方針二〇一五」（経済財政運営と改革の基本方針二〇一五 ～経済再生なくして財政健全化なし～）は今後の社会保障関係給付費の伸びを大幅に抑制するものであり、小泉構造改革以上に国民生活に大きな影響をもたらすことは避けられない。唯一避けられる方法は、総選挙により内閣の構造を変える以外にないのである。

2．医療・介護総合確保推進法

昨年六月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」により、医療・介護改革が粛々と進められている。このように医療法関係と介護保険法関係の法律を一括で改正するというのも、これまでなかったことであり、乱暴な改正である。厳しく抑制するためのものである。これらはいずれも社会保障給付費の伸びを

グラフ6　介護内容別にみた介護者の組合せの状況の構成割合（平成25年）



注：「その他」とは、「主な家族等介護者とその他の家族等介護者」「その他の家族等介護者のみ」をいう。

これらはいずれも社会保障給付費の伸びを

医療法関係では、医療機関が都道府県知

表1　要介護者等と同居している主な介護者の介護時間の比較

	ほとんど終日	半日程度	2～3時間程度	必要な時に	その他	不詳
2004年	21.6%	7.9%	9.9%	44.7%	8.0%	7.9%
2007年	22.3%	10.0%	11.0%	37.2%	11.1%	8.3%
2010年	22.8%	11.1%	10.9%	40.2%	9.9%	5.1%
2013年	25.2%	9.6%	11.4%	42.0%	9.1%	2.7%

事に対し病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、それに基づき「地域医療構想（ビジョン）」が策定されつつある。

　このような病床機能ごとの病床数を地域医療ビジョンで定めるのであるが、その特徴は、高度急性期病床も、急性期病床も、慢性期病床も大きく削減することである。その結果、高齢者等の入院者はかなりきびしい在宅復帰を迫られるのである。そのための地域の受け皿が「地域包括ケア」なのである。このように医療も介護も一体的に給付費の伸びの削減を図るものなのである。

　介護保険法関係では、主に次の四点の改正（改悪）が実施された。

　第一に、要支援一・二の訪問介護と通所介護を二〇一七年度までに地域支援事業に移行させる。二〇一五年度四月段階では、全国で一一四市町村（全市町村の七％程度）が移行した。この事業の実施主体はＮＰＯや住民参加型事業等が想定され、市町村が支払う金額もこれまでの介護保険制度より低く設定される見込みである。またこのことは軽度者の給付が介護保険からはずれ、一貫したケアプラン体制の確保も困難にした。

　第二に、特別養護老人ホームについて、入所者を要介護三以上に重点化した。入所の必要性を市町村が認めた場合には、要介護二以下でも入所は可能である。

　第三に、一定以上所得者の自己負担を二割に引き上げた。これは八月から実施された。単身者の場合、年金所得金額では単身者で二八〇万円以上、二人上世帯で三四六万円以上が該当となる。ご丁寧に市町村からは「介護保険証」に加え、「負担割合証」が交付される。

　第四に、介護保険施設入所者の補足給付（低所得者の食費・室料軽減）について、資産要件が追加された。単身者では預貯金一〇〇〇万円、夫婦では二〇〇〇万円を超えると、補足給付の対象とはならない。すべての市町村で入所者の所得や資産調査がすでに実施され、八月から施行されている。皆さんの居住市町村の窓口でも、入所者の預貯金調査（預金通帳写しの提出や金融機関調査同意書の提出など）が実施されたはずであり、利用者も、市町村も困惑をしたのではないでしょうか。このように、まるで生活保護を受けるときのような資産調査は、果たして全高齢者を対象とする社会保障制度として、妥当なものなのでしょうか。

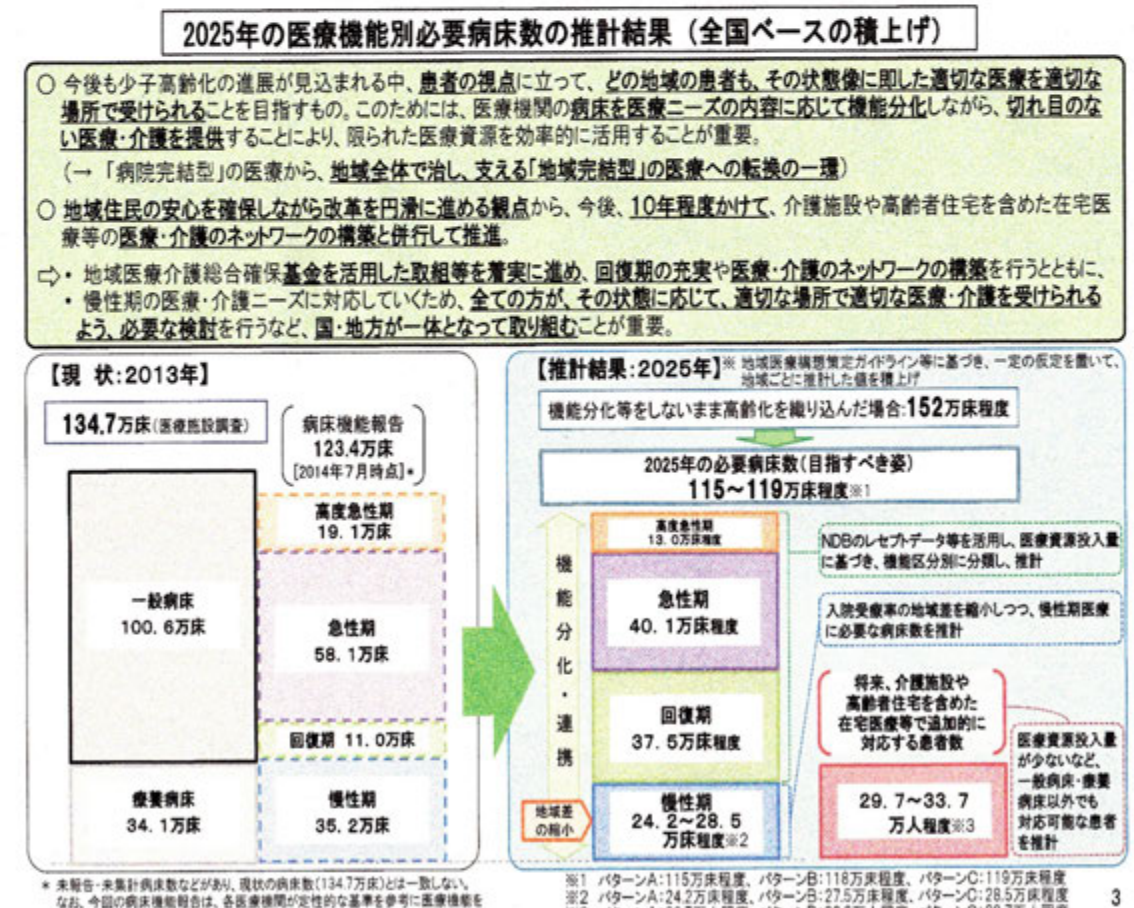
　なお、特養入所で世帯分離をした場合でも、配偶者が（住民税）課税対象であれば、やはり補足給付の対象とはならない。これはこれまでの世帯分離により補足給付の対

象となったものを、そうはさせないという改正（改悪）である。いずれにせよ、低所得の高齢者の「終の棲家」は事実上なくなった、といっても過言ではない。

3．今後の病床削減

今後の病床削減をどう進めるか、ということについては、次の二点を指摘する。第一に、七対一看護（看護師の配置基準が一番多い）の要件の厳格化である。これはすでに二〇一四年一〇月から実施されている。具体的には、平均在院日数一八日以内（高度急性期でこれを確保することも容易ではない、特に退院先が確保できない際は達成できない）、重症度・医療看護必要度一五％以上、在宅復帰率七五％以上などである。これに関連して「地域包括ケア病床」への転換も一定数進められた。

在宅復帰先としては、回復期リハ病床、在宅復帰機能強化加算算定の療養型（在宅復帰率五〇％以上）、在宅復帰支援型の老健（在宅復帰率五〇％以上）、居住系特定施設（グループホーム）、家庭（自宅）などである。今後高度急性期で残るためには、まず在宅復帰率７５％以上を確保しなければならないが、療養病床や老健（老人保健施設）に返したとしても、その療養病床や



老健自体が在宅復帰を熱心に行ってないといけない、ということである。仮に自宅に戻した場合、在宅の訪問診療や訪問看護等がいつでも利用できる状況にないと、生活の継続はできないのである。

いずれにせよ、高齢者等の入院者は高度急性期または急性期→回復期→慢性期→在宅復帰の流れが一層激しくなることは必死である。地域の高齢者の多様な住まいも確保しなければならない。

このような在宅医療が確保できない中で、自宅死をすると、死体検案をすることにもなりかねない。

二〇一四年三月に厚生労働省は二〇一三年度の特養入所待機者を五二万二千人と公表した。これは入所申請書を提出済みの人数であり、このほか潜在的な待機者も想定される。皆さんの市町村では、一体何人の医療・介護難民が今後生じることになるのであろうか。そして市町村はそのことを十分意識して介護保険事業計画等を策定し、地域包括ケア体制を確立したであろうか。残念ながら、そのような危機感はすべて先送りして今期の介護保険時事業計画等が策定されたのではなかろうか。その結果、すべての市町村で医療・介護難民が生じることになるのは必死である。

第2に、病床機能の届出に基づく、都道府県の地域医療ビジョンによる病床の医療機能の位置づけである。これについては、二〇一四年七月までに病床機能の届出を多くの病院で行ったが、当初厚生労働省が想定したより、高度急性期等の届出が多かったので、それを厚生労働省の推計に基づき、都道府県ごとで削減の調整を進めることとなる。

全国の病床数は、二〇一三年度では百三十四万七千床（一般病床一〇〇万六千床。療養病床三十四万一千床）あるが、二〇二五年度の必要病床数を一一五～一一九万床に削減する方向で検討されている。具体的には、高度急性期一三万床、急性期四〇万一千床、回復期三七万五千床、慢性期二十四万二千～八万五千床である。

これは、「医療・介護

表2　二次医療圏ごとの急性期医療レベルと介護ベット準備率レベルのマトリックス

大都市		介護（介護ベット準備レベル）						
		少ない ←					→ 余裕	
		1	2	3	4	5	6	7
医療（急性期医療密度レベル） 余裕 ↑	7							
	6		札幌（北海道） 仙台（宮城） 福岡（福岡）	京都（京都） 大阪（大阪）	北九州（福岡）			
	5	区中央部（東京） 区西部（東京）	区南部（東京）　明石（兵庫） 区西南部（東京） 区西北部（東京） 区東部（東京） 一宮（愛知） 高槻（大阪） 枚方（大阪） 東大阪（大阪） 松原（大阪） 堺（大阪）	千葉（千葉） 川崎南部（神奈川） 名古屋（愛知） 北名古屋（愛知） 豊中（大阪） 尼崎（兵庫） 広島（広島）	区東北部（東京） 平塚（神奈川） 神戸（兵庫）			
	4	船橋（千葉）	松戸（千葉）　厚木（神奈川） 立川（東京）　瀬戸（愛知） 三鷹（東京）　春日井（愛知） 横浜南部（神奈川）　岸和田（大阪） 藤沢（神奈川）	和光（埼玉） 春日部（埼玉） 小平（東京） 横浜北部（神奈川） 相模原（神奈川）	さいたま（埼玉） 八王子（東京） 川崎北部（神奈川） 大和郡山（奈良）	川口（埼玉） 横浜西部（神奈川） 横須賀（神奈川）		
	3			上尾（埼玉）				
	2							
↓ 少ない	1							

情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第一次報告」（二〇一五年六月一五日）で示されている。さらにこの報告書では、都道府県ごとの推計結果も公表しており、東京都では現在の一〇万人三〇〇床を一一万三九〇〇床に増床しないと、不足になるという。東京都及び東京圏と大阪府を除けば、すべての都道府県で病床削減が必要と推計している。

東京都及び東京圏（埼玉県・千葉県・神奈川県）を考えた場合、果たしてこのような病床増加（特に回復期等）が期待できるであろうか？仮にこれが不可能ということになると、東京都内の医療・介護難民の数は一層厳しく増加することとなる。

二〇一五年六月四日に日本創成会議の首都圏問題検討分科会は「東京圏高齢化危機回避戦略」を公表し、東京圏の高齢化問題への対処の必要性を指摘し、東京圏高齢者の地方移住環境の整備を提言した。この報告に即し、すでに東京圏の高齢者の受け皿を検討し始めた自治体もあると聞く。この報告と一体のものとして「全国各地の医療・介護の余力を評価する」（国際医療福祉大学大学院　高橋泰教授）で二次医療圏ごとの急性期医療レベルと介護ベット準備率レベルのマトリックスを公表している。（表2）

ここでいう介護ベッド準備率レベルとは、現在の整備率（高齢者人口の八・一%）をそのまま固定して将来推計（二〇四〇年）しているが、果たして東京都のような大都会で全国平均の八%で十分なのかという疑問がある。老老介護・認認介護、孤立、孤独死などの問題もあるはずなので、多様な高齢者の住まいが一層重要なはずだ。さらに、急性期病床等から在宅復帰ことも想定していない。それでも東京圏がかなり危機的状況になることは十分に予想される。

多摩の各市町村の住民・行政などが果たしてこのことにどう対応するのか、それ以前に、この問題に対し、どれだけ敏感になっているか、心配は尽きない。

4．死亡場所の推移

厚生労働省の人口動態統計から最近の四年間の死亡場所についてまとめたものが下記の表（表3）である。二〇一三年の年間死者数は一二六万八五三二人（前年より一万二〇七三人増）である。全死亡数のうち、施設内が八五%、施設外が一五%である。施設内のうち病院が七五・六%、特養が四・六%（特養での看取りが増えつつある）となっている、自宅死は全体の一二・九%に止まっており、これを今後どう高めるか、そのための在宅医療との統合が図られた真の意味での地域包括ケアをどう確立するかが、大きな課題である。

最近では機能強化型訪問看護ステーション（二四時間対応やターミナルケアも行い、常勤看護職員数が七人以上または五人以上）が地域包括ケアステーションとも言われ、

表2　死亡場所の割合（2010～2013年）

	H22(2010)年	H23(2011)年	H24(2012)年	H25(2013)年
施設内	85.1%	84.0%	85.0%	85.0%
病院	77.9%	76.2%	76.3%	75.6%
診療所	2.4%	2.3%	2.3%	2.2%
老健	1.3%	1.5%	1.7%	1.9%
特養	3.5%	4.0%	4.6%	4.6%
施設外	14.9%	16.0%	15.0%	15.0%
自宅	12.6%	12.5%	12.8%	12.9%
その他	2.3%	3.5%	2.2%	2.2%

二〇一四年一〇月現在で全国でⅠ型一一〇箇所、Ⅱ型一二七箇所設置されている。また看護小規模多機能居宅介護（従来の複合型サービス、カンタキともいわれる）などの実践も各地で進められている。このような訪問看護の拡充はきわめて重要である。

5．骨太の方針二〇一五

二〇一五年六月一五日に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針二〇一五～経済再生なくして財政健全化なし～」の経済見通しについては、二〇一四年度の実質成長率が〇・九％減（消費増税の夜影響が主な要因）になったにもかかわらず、あいも変わらずアベノミクスにより実質成長率二％を目指している。その一方、「主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題」の第一に「社会保障」を上げ、「安倍内閣のこれまで三年間の経済再生や改革の成果と合わせ、社会保障関係費の実質的な増加が高齢化による増加分に相当する伸び（一・五兆円程度）となっていること、経済・物価動向等を踏まえ、その基調を二〇一八年度（平成三〇年度）まで継続していくことを目安とし、効率化、予防等や制度改革に取り組む。この点も含め、二〇二〇年度（平成三二年度）に向けて、社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指す」としている。

具体的には、医療・介護提供体制の適正化、インセンティヴ改革、公的サービスの産業化、負担能力に応じた公平な負担・給付の適正化、薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革、年金（マクロ経済スライドの強化、高所得者の給付見直し等）、生活保護等（一層の見直し）について触れている。おおむねこれまで検討されてきた内容ともいえるが、一方から言えば、この社会保障全般についての給付の見直し・効率化が財政改革の本丸という指摘もできるものである。

このような社会保障全般についての国民的議論がされない中で、常に財務省サイドから社会保障制度改革が進められていることを、私たちはどう考えたら良いのだろうか？

さらに注意しなければならないのは、これに先立って、財政制度審議会財政制度分科会で二〇一五年四月二七日に検討された資料「社会保障」である。

この資料はかなり膨大で詳細なものである。全体で八四ページになるため、全体を紹介することはここではできない。ただし、今後の社会保障給付のあり方について相当具体的に示しているのである。

例えば、介護保険制度については、要介護二までの住宅改修と福祉用具について、保険給付からはずし、一部補助方式に変えて競争原理が働くようにすること、要支援一・二のすべてのサービスを地域支援事業に移行すべきこと、その上で要介護一・二に対するサービスの介護保険給付からはずし。地域支援事業に移行すべきことの検討などが盛り込まれている。

そのほか、サービス利用時の自己負担を医療保険とあわせすべて二割負担とすること、高額介護サービス費を医療保険の高額療養費とあわせるよう見直す（自己負担額の引き上げ）をすることなども検討されている。これらは今後社会保障制度審議会の関係部会に諮られるものと考えられる。

このように、常に財務省サイドからの社会保障制度の改革（改悪）が進められ、国民不在、利用者不在となっていることを看過することはできない。

このような社会保障改革（改悪）はいわば集団的自衛権関連法とコインの裏表の関係にある。主権者・主体者としての私たちがこれらにどう取り組むか、私たち自身が問われているのである。

（了）

特集
医療・介護

介護保険制度の改定の変遷と居宅介護の現場

～ＮＰＯ法人の小規模事業所の実践から

東久留米市在住　井口（いぐち）　信治（のぶじ）

はじめに

私どもＮＰＯ法人が掲げた理念は福祉の環境よくしてゆくこと、主婦の社会的活動参加を確保してゆくことの二つでありました。そして介護保険事業における基本方針は①「住み慣れた地域で暮らしたい」という願いに応える、②「利用者とその家族の願い」を大切にする、ことにおきました。

措置制度にあった介護が二〇〇〇年四月から介護保険制度としてスタートしました。私どもはＮＰＯ法人のコアの事業として訪問介護を、独自の活動として「助け合い活動」（介護保険が適用されない移動困難者の移送、庭の草取り、犬の散歩等）を二〇〇二年六月から始めました。数年遅れて二〇〇六年八月から通所介護事業を始めました。そして二〇一四年一月末に、人的体制不足、資金不足等により閉鎖に致するという経緯をたどりました。この間、五回にわたる介護保険制度、それに伴う介護報酬等の見直しが行われましたが、その多くは発足した制度を後退させるものであったと受け止めてきました。ここに改定された制度と報酬の見直しにそくして、その時々に現出した問題や課題などについて紹介していきたいと思います。これから日本の介護の在り方について問題提起になればと思います。

○訪問介護

1．二〇〇三年四月改定
複合型サービスの廃止、生活援助は独居者に限定

【制度の改定】

（1）介護保険制度発足から実施されていた身体介護と生活援助の複合型の訪問介護でしたが、これが廃止され身体介護と生活援助の二つとなりました。複合型では、訪問介護のサービス内容が、身体介護中心で生活援助もある、生活援助が中心で身体介護もある、のいずれかのサービスということで介護報酬は上記の二つに区分されたものと変わりませんでしたから、サービス内容が拮抗している場合、利用者にとってもヘルパーにとっても矛盾が生じる悩ましいところがありました。

（2）生活援助におけるヘルパー利用が同居の家族がいる場合原則使えなくなりまし

た。トイレ・おふろの掃除、買い物、選択等は家族の仕事に戻してしまったことです。ただし、ケアマネージャーが同居の家屋がいても特別の理由があるというケアプランをたてている場合は良しとされました。介護の認定を受けてもヘルパーを利用できないという、現在も大きな問題となっています。

【報酬改定】

① 身体介護の場合

三〇分未満（単位数二三一）、三〇分以上一時間未満（単位数四〇二）、一時間以上一時間三〇分未満（単位数五八四）、一時間三〇分以上の場合（三〇分ごとに八三単位追加）

② 生活援助

三〇分未満（制度なし）、三〇分以上一時間未満（単位数二〇八）、一時間以上一時間三〇分未満（単位数二九一）、一時間三〇分以上の場合（三〇分ごとに八三単位追加）一時間を超えると大幅な報酬ダウンとなり、一時間半を超えた仕事分だけ時給を下げることはできませんから、事業所にとっては大きな痛手でした。

発足当初は利用者も少なく、事業所としては家賃（月額七万円）を払うのが精いっぱいで、ヘルパーとして従事したのは、NPO法人の理事が三人で交通費と時間給三〇〇円という内容で維持していました。訪問介護が二つに区分されたことを機に、ヘルパーの報酬を、身体介護の時給一，六〇〇円、生活援助の時給一，三〇〇円と設定しました。訪問介護の仕事はスーパーマーケットのレジの仕事のように一定時間継続して働ける状況ではないことから時間単価としては、一般的なパートの時間給九〇〇円前後より割高に設定しました。

介護保険制度の発足時点から生活援助中心型の報酬は低く訪問介護事業は人件費を抑えて辛うじて経営を成り立たせてきたのが事業所の大小を問わず共通していたと思います。

【利用者等からの意見】

家族同居では、トイレと風呂場の掃除、買い物、洗濯等のサービスはできないなんて約束と違う。おかしいよ。（利用者と同居の家族）

2. 二〇〇六年四月改定
要支援Ⅰ・Ⅱの導入、食事代実費、生活援助九〇分で打ち切り、要支援は予防給付となり月ぎめ報酬へ等

【制度改定】

（1）介護予防給付制度の導入で、要介護Ⅰが要介護Ⅰと要支援Ⅱに分けられ、約四割が要支援Ⅱとされました。

（2）生活援助のサービス時間が九〇分で打ち切りとされました。

（3）車いす、介護ベッドの利用制限が導入されました。

（4）小規模多機能居宅介護が導入されました。

【報酬改定】

① 要支援Ⅰ・Ⅱに方で週1回程度（おおむね1時間）のサービスでは報酬、月あたり一二三四単位

② 要支援Ⅰ・Ⅱ週二回程度（おおむね1時間）報酬、月あたり二四六八単位

③ 九〇分打ち切りで収入減

④ 介護Ⅰの四〇%が要支援Ⅱに移行し収入減

【利用者等からの意見】

この時の改定（改悪）で利用者、ヘルパーから出された怒りの声は以下のとおりでした。

・ケアプランを立ててくれるケアマネジャーがいなくて困る（要支援Ⅰ・Ⅱ，の方）

・車いす、介護ベッドを取り上げるのはひ

どい、約束と違う。（利用者・家族）
・月ぎめの利用料になって、都合で月に一回しか利用しないときでも一ヶ月分払うのはおかしいんじゃないの。（要支援の利用者）

3. 二〇〇九年度の改定
一〇〇％国の財源で処遇改善交付金の導入

ヘルパーの待遇改善をという世論に押され麻生内閣は介護保険とは別枠で介護職員の処遇改善に限定した、二年半という限定つきの補助金を予算化しました。

継続されるものでないことから私ども事業所では、維持金として全額を月額給与の実績比例で配分しました。これ自体介護職員には大変喜ばれました。二年半後は、処遇改善加算としては継続されましたが、財源は利用者から利用料に上乗せするものであり、利用者負担で介護職員の給与不足を補っているのが現状です。あきれた状況です。

【報酬改定】

生活援助についての報酬の見直し（引き上げ）と時間上限一時間三〇分となりました。生活援助三〇分以上六〇分未満（単位数二〇八→二二九）、一時間以上一時間三〇分まで（単位数二九一変わらず）

初めて生活援助報酬が引き上げられたことで、私どもの事業所では生活援助、身体介護の時間給をそれぞれ二〇円アップし、一，三二〇円と一，六二〇円と改定しました。

介護保険制度始まって以来初めての報酬引き上げであり、宿院の給与も少しではあるがアップすることができた年でした。

4. 二〇一二年度の改定
定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの導入と要支援Ⅰ・Ⅱを区市町村の地域総合事業への移管（選択制）の導入、細切れ訪問介護の導入

【制度改定】

（1）訪問介護に係る大きな改定は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの導入と要支援Ⅰ・Ⅱを区市町村の地域総合事業への移管（選択制）の導入でした。定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスは、初めてのことですが区市町村が指定した事業所に限定するというものでした。一定規模以上の事業所でなければ対応できないものでした。最近になって（二〇一四年ころから）ようやく利用者からの要望に対応できる事業所が稼働し始めてきていると思われます。これは同時に通常の訪問介護の利用を減少させる側面を持っているものでした。

（2）訪問介護単位時間が短縮され、細切れ訪問介護といわれるようになったのがこの時期の改定でした。

【報酬改定】

①身体介護（二〇分サービスの導入）
新設二〇分未満（単位数一七一）、現行三〇分未満（単位数二五五）→新二〇分以上三〇分未満（単位数二五五）、現行三〇分以上一時間未満（単位数四〇四）、現行一時間以上（単位数五八七）、以下三〇分増すごとに八三単位プラス

②生活援助
現行三〇分以上一時間未満（単位数二二九）→新二〇分以上四五分未満（単位数一九〇）、現行一時間以上（単位数二九一、一時間三〇分で打ち切り）→新四五分以上（単位数二三五で打ち切り）

（1）以上の通り訪問の時間短縮は実質報酬引き下げとなり今期の改定では利用者もヘルパーも事業所も被害を受けた改定で最悪の改悪でした。

（2）これまで生活援助単独では三〇分以

内は制度としてなかったものが、身体介護に続いて行う場合はありとして、時間は三〇分ではなく二〇分にされました。
　しかも単位数は三〇分八三単位であったものが七〇単位に設定されました。

【利用者等の意見】
・利用者にとってはヘルパーに頼みたいことも言いづらくなり、会話する時間もとれなくなってしまった。
・ヘルパーにとってはますます小刻みの仕事が割り振られ無駄な時間を多くとられる仕事としては間尺に合わない。
・事業所は双方から苦情が集中し、報酬も実質減収となってしまいました。

○通所介護

1．二〇〇六年度の改定
小規模多機能型等の地域密着型サービスの導入

　二〇〇六年の制度改正のもう一つに地域包括支援センターと地域密着型サービスの導入がありました。
　この間の訪問介護の仕事を通じて利用者の家族の方々からの要望もあり、「住み慣れたところで暮らしたい」という願いに応えて、訪問介護、通所介護、必要な時にお泊りができる居宅介護事業として、地域密着型の小規模多機能型を目指して検討に入りました。訪問介護だけでは経営的にも先が見えないことから実現を目指しましたが、宿泊の施設要件が厳しく断念し、小規模通所介護に参入（二〇〇六年八月）することにいたしました。
　週三日から始め三年目の後半からは週五日営業のデイサービスになり、利用者にも喜ばれ、経営的にも安定してきました。
　私共のデイサービスの特徴は
① サービス提供時間帯は六時間以上八時間以内を選択
② 楽しく元気に一日を過ごしていただくモットー
③ 身体の体操と頭の体操そして生活の中でリハビリを
④ 毎日ピアノで元気に歌う（午前中）
⑤ お風呂は毎日、安全入浴（スタッフ２人体制で）
⑥ 手作りの昼食を楽しく
⑦ お散歩を欠かさず
⑧ 社会参加の機会を
　こうして、利用者も二〇一二年ころまでは一〇人定員の八人～一〇人の利用者があり経営は低空飛行ではありましたが何とかやってこられていました。

2．二〇〇九年度の改定
処遇改善交付金の新設

　訪問介護の項で書きました通り、二〇〇九年度から二年半の限定付きで、通所介護報酬の一・九％分が交付金として制度化されました（訪問は報酬の四％分）。
　介護職にとっては朗報でありました。訪問介護と同様通所介護の介護職員に年度末全額一時金として支給いたしました。

3．二〇一二年度改定
利用時間帯の変更、処遇改善交付金が給付金に変更

【制度改定】

二〇一二年度四月の介護の効率化方針を理由に小規模通所介護のサービス時間帯を大幅に変更しました。多くの小規模デイサービスが採用していた六時間以上八時間未満（単位数六七七）を廃止し、五時間以上七時間未満（単位数六〇二）と七時間以上九時間未満（単位数六九〇）を導入しました。（以上は介護度Ⅰの方の場合）

【報酬改定】

このことは人的体制上七時間以上九時間未満を選択できなかった事業所は確実に一〇％以上の減収となりました。

処遇改善交付金が処遇改善給付金に変えられ、訪問と同様通所介護利用者負担で職員の給与の一部を補てんすることとなりました。

私共の事業はこれに加えて一一年末ころから利用者の減少が始まり（死亡、施設入所等により）小規模事業所の急速な増加と相まって新規利用者の確保が難しくなってきていました。

まとめにかえて

以上制度改定と報酬改定の経緯と訪問介護事業への影響等を経年的に述べてまいりましたが、二〇一二年度の改定がされた時点で、ＮＰＯ法人理事会は事業の継続の可否を議論してまいりました。主体的力量不足（人事体制、資金調達力）もありましたが、介護保険制度の改悪の継続が予測されることから決断を迫れてきました。

こうした厳しい状況で二〇一四年度を迎えましたが、管理者の健康上の問題もあり年度の途中で休止する方針を総会で決定し、延べ三〇〇人余の利用者、二〇〇人余ヘルパー等に支えられてきた介護事業所は二〇一五年一月末をもって閉鎖いたしました。利用者並びにご家族、スタッフの皆様には感謝の気持ちでいっぱいです。なお、利用者とスタッフにつきましては希望された方々には小規模の良心的な事業所にそれぞれ移動していただきました。

これからの高齢者介護について一言申し添えてみたいと思います。

介護保険制度発足からこの一五年間を振り返ってみますと、発足時政府（厚生労働省）の言っていた、①介護を個人の責任から社会の責任へ、家族介護の負担を背負っている女性の解放、②お仕着せ（措置制度）の介護から利用者が事業者を選べる制度へ、③みんなで支える介護財政（国・自治体・国民の保険料）で公平・公正に、と言われていましたが、①非営利の事業者は数少なく選択の意義は見当たらなくなってきています。②家族同居の利用者は使えない訪問介護（生活援助）、介護から解放されない、③国の負担の後退保険料、利用料の引き上げで自己負担増へ、となってきており制度の抜本的見直し、つまり、やはり介護は保険商品ではなく社会保障・福祉であり「利用者と家族が利用したいときに利用したいだけ利用できる」制度でなければならないとつくづく思います。財政面から抜本的に位置づけなおしてゆくしかないと思います。厚生労働省の問題ではなく財務省・政府の問題だと思います。（了）

特集
医療・介護

無料低額診療事業とは？
～困難な人と結びつくための医療機関の役割について

稲城市議会議員　山岸（やまぎし）　太一（たいち）

医療と介護は、地域の中で社会保障制度を支える重要なファクターのひとつです。しかし、医療と介護はそれぞれの法令によって複雑に規制をされています。とくに医療、その中でも病院は医師法、医療法に加えて診療報酬点数とそれに伴う施設基準や療養担当規則、各都道府県の医療計画などが絡み合って運営をされています。規模が大きくなればなるほど診療科の種類、スタッフの人数、各種数字が大きくなり、外部の人間が運営状況や経営実態を把握するのが困難になっています。いま、全国的に自治体病院に対する攻撃がすすみ、経営赤字を理由にした縮小や再編が強行されています。

自治体病院をどのように守っていくのか。また、地域の中で社会的経済的に困難をかかえている住民に対してどのように援助を広げていくのか、ますます自治体病院の役割は大きくなっていくのではないでしょうか。本稿では筆者のつたない経験ではありますが、医療機関の社会援助の制度のひとつとして大いに活用できる無料低額診療事業について報告をして、各地域での取り組みの一助としたいと思います。

1．医療機関の収入の実態について

医療機関の収入はどこから生み出されるのでしょうか？例えば、筆者の住んでいる稲城市の稲城市立病院の平成二六年度決算では特別利益等を除いた、いわゆる医業収益は約五七億円でした。その中をさらに細分化すると、患者が窓口で支払う自己負担分と、国民健康保険連合会（国保連）や社会保険診療報酬支払基金（支払基金）からレセプト（診療報酬請求明細）に基づいて支払われた分、その他の室料差額として自己負担された分の三つに分類できます。一般的には自己負担分は全体の収入の一割～三割程度になりますので、概ね五七億円のうち約四〇億円以上がレセプト請求によって支払われたと考えられます。つまり、医業収益として計上されたもののうち圧倒的多くがレセプト請求をして支払われたものとなるのです。このレセプト請求が医療機関の経営を複雑なものにしています。

山岸 太一（やまぎし たいち）
四月末の一斉地方選挙で現職に。以前は病院や診療所、介護施設を運営する医療生協法人で一三年間勤務。その間に病院で六年、診療所で一年、他にも別法人の調剤薬局で一年間、事務系の管理職として働き、外来の受付から、診療報酬の請求、予算決算の作成、行政への届出の提出など病院の運営について一通りを経験。

まず、レセプトによる支払いは請求をしてすぐに支払いがされるわけではありません。医療機関は月末までの医療行為を患者一人毎の明細を作成して、翌月一〇日までに請求書を送ります。この請求書が「レセプト」と呼ばれているのです。国保連や支

払基金は届いたレセプトを審査して、翌々月末に所定の口座に振り込むのです。つまり、四月の医療行為が現金として医療機関に支払われるのは六月末となります。

2. 未収金の見方

四月の収益として計上をしたお金が実際に入ってくるのは六月末なので、損益計算書では収益に計上して、貸借対照表では未収金として計上されるのです。一般的に「未収金」というと、「本来窓口で支払うべき自己負担金を支払わなかった（支払えなかった）ために回収できていない」物として認識をされます。しかし、病院会計の貸借対照表にはこの「三ヶ月後に入金される未収金」と「自己負担金を払っていない未収金」が同じ項目で「未収金」として計上をされているのです。丁寧な決算書などでは、後から入金される分を「基金未収金」に、自己負担金を払っていない分は「自己負担未収金」として分けて計上をされています。

なお、稲城市立病院の決算書は前者、筆者が前職で働いていた法人の決算書は後者でした。前者のような場合、一般的に「未収金はいくらですか？」と質問をしても、「レセプト請求によって月遅れで入金をされてくるお金としては〇〇円です」という答えが返ってきて、本来聞きたかった「自己負担金が回収できていない金額」についてストレートに答えてくれない場合が多々あります。

3. 自己負担未収金から見えてくるもの

医療機関の職員、特に受付で会計を担当する職員にとって「自己負担未収金」の問題は頭の痛い問題です。自己責任論が強調をされる環境の中では、内外から「なぜ、払うべきお金を払っていないのを、そのまま放置をするのか？」と指摘をされて、年間を通して自己負担未収金の金額が増えようものなら会計担当者や管理者は「適正に業務を執行していない」と叱責をされてしまいます。筆者も前職の病院事務長時代に外部監査の役割の方から「内容証明郵便や簡易裁判の手法を使っても、回収に努力をすべきである」と強く言われた経験があります。それは、市民の財産を預かっている自治体病院ですとなおさら圧力は強くなることは十分に理解できます。

しかし同時に、自己負担未収金の発生は社会の貧困と密接に関係しています。多くのケースが保険料を支払うのに精いっぱいな人たちが突然のけがや病気によって入院や通院を余儀なくされ、自己負担金が支払えなくなってしまっているのです。場合によっては身寄りのない高齢者が緊急入院をして、数日後に亡くなってしまったために誰にもどこにも請求をすることができなくなってしまったケースもあります。相談体制が整っている医療機関では、経済的に厳しそうな方だと分かった時点で相談員が相談にのって生活保護などに緊急につなぐこともできますが、すべての人がそうではありません。仕事はしている、持ち家がある、一定の収入があるなどの様々な理由で生活保護の基準をギリギリ上回ってしまう人が、やむを得ず医療費の自己負担金を滞納してしまうのです。

まさに、地域の中の医療機関の自己負担未収金の増減は、地域の貧困や経済的困難な人の増減のバロメーターになるのではないでしょうか。自治体病院の決算書などでは、なかなか自己負担未収金の状況は見えてきませんが、これを経年的に追っていくことで一つの実態が浮かび上がってくると思います。

4. 無料低額診療事業とは

いま、この自己負担が払えない方の救済

や援助の方法として注目されているのが、「無料低額診療事業（通称・無低診）」という制度です。筆者は前職の最後の一年間、台東区にある診療所で事務長をしていたのですが、その時に一番力を入れたのが無低診制度の導入でした。台東区では二番目の制度実施事業所となりました。

無低診制度は、「社会福祉法」で規定をされている制度です。社会福祉法は、

第二条　この法律において「社会福祉事業」とは、第一種社会福祉事業及び第二種社会福祉事業をいう。

と規定しています。第一種社会福祉事業とは生活保護法や児童福祉法、老人福祉法などのさらに別の法律によって規定をされている、いわゆる「社会保障制度」全般に関わる事業です。そして、第二条の三で「次に掲げる事業を第二種社会福祉事業とする。」といくつかの項目を列挙している中の、九番目に「生計困難者のために、無料又は低額な料金で診療を行う事業」と規定をされています。昭和二六年に社会福祉法が制定をされたときに作られた制度で、その時代からずっと条文として残っているのです。

もともとは、やはり昭和二五年に生活保護法が作られたのですが、当時は現在と比べても生活保護制度がうまく機能しておらず、特に医療分野ではホームレスの人などへの医療支援が課題であったために、生活保護を補完し代替するものとして考え出されたのではないかと言われています。都内では五一の医療機関が無低診制度を実施していますが、そのうち三九は昭和二六年～三〇年代に宗教法人が設立母体になっている医療法人がホームレス支援などの社会援助の一環として事業を始めたと思われます。

無低診制度の最大の特徴は、「自己負担金の免除もしくは減額」ができるということです。前述をしたように医療機関の収益は、患者の自己負担金とレセプト請求金の二種類に分けられます。無低診制度の対象となった患者に対しては、レセプト請求は通常通り行い、自己負担金の分だけを貰わない（減額する）となるのです。これを単純な言葉で言い換えれば、窓口でのお金を「値引きする」行為となるのです。この値引き行為は医療機関では厳禁となります。レセプト請求を行う医療機関が守るべき法律のひとつに「保険医療機関及び保険医療養担当規則」というものがあります。ここでは、

（経済上の利益の提供による誘引の禁止）
第二条の四の二　保険医療機関は、患者に対して、第五条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

と規定をされています。この規定により、基本的に医療機関では勝手な値引き行為やそれこそポイントカードなどの特典をつけての患者の囲い込みを禁止しているのです。

（健康診断や予防注射などの自費医療などは別）無低診制度というのは、原則禁止をされているいわゆる「窓口での値引き行為」を、一定の条件のもとならば例外的に許可をするという制度なのです。

それでは、この値引きをしたお金は公費等で補われるのか？というと、そういうことは一切ありません。まさしく、値引きをしたお金は医療機関の負担となります。会計上は「自己負担未収金」とはならずに、収益の減額として表わされるのです。それでは、医療機関がこの制度を実施するメリットや必要性は何なのか？私が前職の診療所で、無低診制度を始めたいと提起をした際にも周りからは「収入が下がるだけで意味

がないのでは？」「なぜ、わざわざ値引き行為をするのか？」などの声が出されました。しかしこの制度の最大のポイントは、「自己負担金を気にして、病院や診療所に来たくても来られなかった人を、来られるようにする」ということです。それは、貧困や経済的困難な方々への援助であると同時に新たな患者の確保にもつながるからです。社会的な援助を広げながら、さらに今まで来られなかった患者が来院することで収入増にもつながるという、誰にとってもプラスとなる制度であることを強調して、始めました。

それでは、私が実際に関わって無低診制度を使ったケースを数例紹介いたします。

ケース①

九〇歳代女性、一人暮らし。

本人の年金は月五万円。往診時に「お金がないから訪問看護をやめたい」と言われた。ケアマネージャーと相談をして、往診のお金を全額免除にしてその分を訪問看護等に回すことにした。

最終的には生活保護を取得して、介護施設に移ることができた。

ケース②

八〇歳代女性と六〇歳代の息子と二人暮らし。

年金は恩給あわせて月一〇万円。息子は食堂を経営しているが、食堂自体は赤字でアルバイトをして生計を立てている。今のままでは往診の継続も危ぶまれたので、看護師から息子に無低診制度の活用を勧めた。

ケース③

八〇歳代女性、家族と同居。

夫が施設に入所したために家族も経済的に厳しくなり、家族から「往診を止めて二ヶ月に一回車いすで連れて行く、その時に六〇日分の薬を出してほしい」との相談があった。

看護師と家族が相談をして無低診制度を開始。これまでは往診の回数が増えるといつも厳しい顔をしていたが、開始以降は積極的に治療を受け入れてくれるようになった。

三つケースとも往診の患者が中心です。

他にも外来患者のケースもありましたが、やはり往診は二四時間緊急呼び出しの往診をするようになると自己負担金が月に一万円を超えてくるようになり、経済的な負担が重くなるので無低診制度を利用することが多かったです。

無低診制度の特徴と利点について説明をしましたが、もう一つ強調したいのは「無低診制度ですべて解決はできない」ということです。この制度はあくまでも、医療費の支払いについては免除や減額がされますが、薬局での薬の支払いは別途発生がします。また、そもそもの経済的な貧困や生活困難な問題について解決されるものではありません。基本的には生活保護や保険料の減額措置、その他必要な制度を使っての生活の立て直しや援助が必要となります。しかし、多くの社会的に困難を抱え、困っている人と最も結びつく可能性があるのが医療機関ではないでしょうか。とにかく「お金を心配しないで医療にかかれる」という状況を作って、そこから様々な社会援助の制度につながっていくこともできると思います。そういう意味での、よいきっかけがこの無低診制度になるのではないでしょうか。

この制度は作られてからの時間は長いのですが、決して多くの人に知られている状況ではありません。私はこれからの地域医療の要となる自治体病院でも、この無低診制度を大いに活用して、困っている相談先となることを願って自身の街からも取り組んでいきたいと思います。

（了）