

講演 2

今後の介護制度改革の行方 ～地域包括ケアシステムを考える～

淑徳大学総合福祉学部社会福祉学科教授

結城康博



講演2では、淑徳大学の結城教授が、「今後の介護制度改革の行方～地域包括ケアシステムを考える～」と題して講演された。

介護・福祉関係の職場を経験され、社会保障審議会介護保険部会委員も務められた結城教授は、介護現場の現状や問題点、現在進められている「地域包括ケアシステム」の仕組みや見通し、予算急増による問題も予測される介護保険の今後の展開について、現場経験者ならではの視点で解説された。さらに、介護現場に医療や薬の知識を伝える必要性、医薬品業界と協業の可能性のある分野などについても触れられた。

*講演内容は、当日の講演からテープを起こし、「卸薬業」編集スタッフの文責において掲載したものです。

■日時:平成27年7月8日(水)10:00～11:30 ■場所:東京ガーデンパレス「高千穂の間」

はじめに

本日、皆さんとお会いするに当たって、介護の世界と薬の世界というのは、これからの超高齢社

会において、どういう接点があるのかを考えました。まずは介護現場の現状を伝えて、いまの介護保険の制度改革について紹介し、どのように仕事に生かしていけるかを皆さんが考える材料にしていだければと思います。

会場を見ると、恐らく40代から50代くらい、親の介護が心配な世代の方が多いようなので、まずは商売のことよりも、自分の親の介護のこととして聞いてください。恐らく皆さんも介護に直面する日が近い、または実際に親の介護に直面して困っている方が結構いらっしゃるのではないかと思います。有料老人ホームのお金を仕送りしたり、在宅で看たりしている方もあると思います。そういうつもりで聞いていただければ、何か仕事に生かせるのではないかと思います。

自宅介護の事例イメージ

●自宅介護の3ケース

はじめに、介護の現場をイメージしてもらうために、私のケアマネジャー時代の自宅介護のケースを少しご紹介します。

〈ケース1〉金銭を使わずに亡くなる高齢者

介護現場で一番の問題は、やはり在宅の方と、認知症の問題です。このあたりを考えていくことが大事だと思います。

はじめに紹介するのは、都心のマンションで一人暮らしをする男性高齢者です。独身で1回も結婚していません。性格的には、あまり人間関係が上手ではない方です。自分で弁当や総菜を購入して生活していましたが、軽い認知症があり、マンションの管理人から役所の福祉課に相談がありました。

大きな会社に勤めていたので、お金は持っていたのですが、人が信用できないようで周りを警戒していました。私は担当ケアマネジャーとしてサービスをたくさん入れようとしたのですが、何かのセールスマンと勘違いされて、「極力サービスは入れないでくれ」と言われました。

この方がある日、脳梗塞で倒れて病院に運ばれ、数日後に亡くなりました。こういう方の場合はゴミ屋敷状態になりがちです。市役所の関係者と一緒に片づけると、札束やお金が入っている通帳などが出てくるという状況でした。結局、親族が見つからず相続人がいないということで、残ったお金などは国庫に入りました。

〈ケース2〉信念のある高齢者

次は、経済的に厳しい事例です。アパートで一人暮らしの女性高齢者です。一人息子は妻の親の介護をしているので、迷惑をかけずにできるだけ一人で頑張るという方です。

収入は遺族年金と国民年金で毎月7.5万円程度、家賃や水光熱費を差し引いた残り1万円程度で、100円の缶詰を購入したりしてなんとかやっている状況でしたが、生活保護は受けたくないということでした。70代、80代くらいですと、まだ生活保護を受けることに抵抗があるのです。しかし、こういう方が実は一番貧しく、生活保護者も低所得ではありますが保険料や自己負担がありませんので、私はむしろ生活保護になっていただいたほうがいいのではと考えたのですが、「国の世話にはなりたくない」ということでした。預貯金が200万円ほどあり、それを通院のタクシー代などに使っていただくように言ったのですが、それは自分の葬式代だといって使うこともされませんでした。

〈ケース3〉生活保護受給者

割とわがままな男性高齢者のケースもありました。60代前半に病気になって以降、生活保護を受けて6畳一間のアパートで一人暮らし。寝たきりでしたが、比較的元気でした。生活保護受給者なので、サービスメニューを増やし、医療機関に往診も依頼しました。ところが本人は、ヘルパーが毎日来ることを望みながら援助してくれる人たちと喧嘩するなど、わがままな一面が見られ、私も担当としてたびたび呼びつけられ、「ヘルパーの態度が悪い」などと強い口調で苦情を言われました。「病院で死にたくない、共同生活は嫌だ」というのが口癖でしたが、冬に風邪をこじらせて入院し、そのまま亡くなりました。

●多い薬の飲み忘れ

私がケアマネジャーの仕事をして目についたのは、家に入ると、飲み忘れた薬だらけというケースです。高齢者の薬の飲み忘れが多いことや、何軒もの医療機関にかかって薬をもらって、高齢者がそんなにたくさん薬を飲むのか、といったことが新聞などでも議論されています。なぜこん



地域包括ケアシステムについて解説する結城教授

なに薬を無駄にして、医療費を余計に使っているのかということです。

このような事態に対処するために、国は「薬剤師による居宅療養管理指導」というサービスを導入しました。薬剤師が訪問して薬の飲み忘れを注意したり、薬が多すぎる場合はケアマネジャーと相談して、医師とサービス担当者会議を行うといった内容です。

複数の医療機関にかかっている、医師同士が連携しているわけではありません。そして高齢者は、なかなか自分で意思表示をしなかったり、認知症だったりして、もらったままに薬を飲んだりしています。在宅医療に熱心な診療所の医師ではありません。病院の医師の中には、ほとんど在宅のことなどには興味がない方もいます。そのようなところに高齢者が3か所も通ってしまうと、こういう薬の無駄、食事よりも薬のほうが多いのではないのかといった状況になるので、いま国は、薬剤師による訪問やケアマネジャーの会議を一生懸命に推進しています。

ただ、この薬剤師による訪問にはお金がかかります。そこに1割として553円の自己負担をするならヘルパーに1回来てもらいたい、ということもあるわけです。在宅高齢者のキーマン、つまりその人の生活環境が一番分かっているのは、ケアマネジャーや介護ヘルパーですから、薬剤師の在宅介護への関わり方をどうするかについては、まずケアマネジャーに仕事内容や必要性を理解してもらうことが大事だと思います。そしてケアマネ

ジャーの7割以上は福祉系で、看護師や理学療法士出身という医療系は2~3割しかいません。ヘルパーや介護福祉士も社会福祉士系の出身者がほとんどです。ですから、ケアマネジャーに対して、在宅における薬の問題を啓発していくことは一つの方法だと思います。

在宅高齢者の現場では、これからどんどん一人暮らしと老夫婦が増えます。普通、経済学というと、需要と供給の関係ですが、はっきり申し上げると、特に75歳を過ぎた高齢者の判断能力はどうしても低下していますので、需要と供給という合理的経済学は成り立ちません。そのためにケアマネジャーという制度があるわけです。医師の理解や講習も大切だと思いますが、ケアマネジャーはポイントになると思います。

地域包括ケアシステムとは

●在宅で看取りまでを支援

地域包括ケアシステムとは何かというと、簡単に言えば、なるべく病院や施設ではなく、自宅で最後を迎えてくださいということです。病院や施設でお金をかけるよりも、家族介護や、一人もしくは老夫婦になっても最後まで住み慣れた地域、つまり自宅で過ごすほうが、現状では安く済む、あるいは生活のクオリティが高いということで推進されています。そのために、住まい、医療、介護、生活支援、介護予防をシステム化していこうというもので、介護保険、医療保険を中心に調整し、看取りまで行っていくということが検討されています。

ただし、自宅で生活していく場合、自分でできることは自分でやりましょうという「自助」、介護保険はこれから財政が少なくなってきて厳しいので、なるべく近所づきあいを再構築して、みんなでボランティアを活性化させてやりましょうという「互助」、それでもダメな場合は、介護保険や医療保険を使う「共助」、それも難しい場合は最悪、生活保護で救っていきましょうという「公助」、とこういう順番で構築されています。

●ボランティアが担い手

薬の関係は医療行為ですから、医療従事者でないに関われません。しかし、薬を飲んでいない・いないといったチェックは、ヘルパーを中心にケアマネジャーが行っています。ここに、今後、地域住民などのボランティアが入ってきます。国は、在宅のヘルパーはこれから集まりにくくなるということで、在宅の要介護1くらいまでの方は、ヘルパーの代替として住民主体の有償ボランティアを再構築して活性化させ、買い物支援や掃除・洗濯などの支援を行おうとしています。

特に国が推進しているのは、65歳から70歳の元気な方が、この公的サービスの代替になって、掃除や買い物、見守りなどをやりましょうということなのです。この有償ボランティアの組織化のために、介護保険の一部のお金を使うことになっています。

有償ボランティアの仕事は、孤独死の対策として一人暮らしの認知症の人の見守りなどがありますが、薬の飲み忘れなどに対する視点も大事だと思います。例えば、「薬の一包化」も一般の人には分からない言葉です。高齢者は、薬が分からなくて困っているとか、飲み忘れたとって声は上げませんので、一包化は有効な方法です。有償ボランティアの人たちが、薬を飲み忘れる高齢者がいたら、一包化について専門の人やケアマネジャーなどに伝えていく必要性も出てくるでしょうから、プロのヘルパーやケアマネジャーと同様、有償ボランティアにも薬の重要性や知識などを啓発していくことが、地域包括ケアシステムでは役立つのではないかと思います。

●実現にはまだ課題が多い

もう一つ、薬の分野に関してほとんど知らないのは、地域包括支援センターの職員だと思います。今年から、地域包括支援センターが中心となる「地域ケア会議」というのが必須になりました。これは、ケアマネジャーやヘルパー、理学療法士、デイサービスのスタッフが、その地域の自宅で暮らす高齢者のニーズに応じて、医療・介護・福祉サービスをコーディネートする会議です。そこに薬剤師は

ほとんど関わっていませんので、地域包括支援センターの職員にも、先ほど紹介した高齢者に関する薬の問題について、情報提供が必要かなと思います。

65歳を過ぎるとほとんどの人が何らかの薬を飲んでいますが、薬剤師さんによく聞かれるのは、どうやって介護保険の中で薬剤師の存在意義を出していけばいいのか、ということです。医師や看護師、ケアマネジャー、ヘルパーは、在宅介護のキーマンとなりますが、そこに薬剤師が入っていくのはなかなか難しいわけです。先ほど紹介した「薬剤師による居宅療養管理指導」もなかなかしてもらえません。それにはやはり、地域包括支援センターなどの職員に対する情報提供が重要になるので、ここへのアプローチも必要かなと思います。

地域包括ケアシステムは、その理念には賛同できますが、在宅の現場においては、例えばボランティアで公的サービスの代替をするには、本当は本日、ここに集まっている皆さん方が担い手になるくらいでないと間に合わないという現実があります。このような難しい課題があるため、このシステムは、一部の地域では実現できたとしても、全国的には机上の空論となるのではないかと予測しているところではあります。

●健康寿命と平均寿命

地域包括ケアシステムでは、いま介護予防にも力を入れています。これには平均寿命と健康寿命の問題が関わってきます。できるだけ「ピンピンコロリ」でいけるといいわけですが、細かく見ていくと、平均寿命と健康寿命の差はどんどん開いています。

介護予防をすると、みんな元気に長生きできると考えますが、必ずしもそうではありません。平均寿命と健康寿命の差を縮める介護予防であれば、財政的には非常にメリットがありますが、単に健康寿命だけ延ばしても、財政的なメリットはありません。また、どんなに介護予防を熱心に行っても、健康寿命も平均寿命も延び過ぎていくと、介護予防でかえって社会保障費が増えるという結果に陥ってしまいます。果たして、どうすれば平均

寿命と健康寿命の差を縮められるのか、そのあたりの研究を進めてほしいところです。

看取りの場の変化

●施設で看取りまで

国は、最後の看取りの場として在宅を進めているわけですが、これからは老人ホームや老人保健施設などの施設も増えていきます。例えば、いままで特別養護老人ホームでは、具合が悪くなった方は病院に入院してもらい、そこで亡くなっていたのですが、国は、特養で看取りまでやることを進めています。

一般的に、施設でよく問題になるのが「誤薬」です。介護士はいま、ぎりぎりの人数でやっており、看護師も24時間いるわけではありません。例えば100人いれば、100通りの薬の管理が必要で、介護士など職員は非常にナーバスになります。

特養で看取りまでやることになると、この薬の問題、看護師の問題も出てきます。それで、これは一部困り込みとされるので慎重に言わなければなりません、ある特養の施設長が、「誤薬をなんとか防ぎたいし、介護士たちも誤薬に対してナーバスになっているのでこれらを解消したい」ということで、入所者の薬に関しては、できる限り1～2か所の薬局に調剤をお願いするようにコーディネートしました。薬局に対しては、すべての薬を一人ひとりに対して一包化することを依頼します。特養の非常勤の嘱託医や家族にも上手に説明しないとなりませんし、薬剤師は半分ボランティアで施設に薬を届けることになります。施設には入所者別の箱があるので、薬剤師が、一包化した薬をそれぞれの人の箱に入れていきます。もちろんその後、介護士がダブルチェックします。

これによって、薬局は、100人収容の施設なら100人分の調剤を一手に扱えます。また施設のほうも、介護士の精神的な負担を軽減でき、介護人材離職に対しても一つの効果が見られるという例がありました。

このような方法は、施設はもちろん、薬局にも、卸業の皆さんにもメリットがあるので、調べて検

討されることをお勧めします。施設でも、ほとんどの老人保健施設には医師がいますからそのような問題はないかもしれませんが、特別養護老人ホームや小さなグループホームなどと、薬剤師との連携はこれから広がるのではないかと思います。また、こうした方策により、施設での看取りはこれから増えていくのではないかと思います。

●自宅での最後と孤独死

地域包括ケアシステムは、在宅で最後を看取ろうというものですが、在宅死の中に、実は孤独死が増えていることは見過ごせません。

いま年間3万人くらいの方が孤独死で亡くなっています。国の推計でいくと、死後4日以上経過して発見された方が約1万5000人、死後2日になると約2万7000人で、その約7割が男性です。在宅死が増えたといっても、在宅での看取りと孤独死は分けて考えるべきだと思います。

在宅で看取られるというと、一人暮らしのお年寄りでも、看護師、在宅支援診療所の医師を含めたチームが見ていて、翌日看護師さんが行くと息を引き取っていた、というイメージですが、そういう例は、以前よりはだいぶ増えたとはいえ、実はまだ少ないのです。国も、在宅支援診療所や訪問看護ステーションに力を入れて、医療と介護の連携を進めていますが、圧倒的に多いのは孤独死です。私は、恐らく今後も、在宅死が増えたとしても、孤独死のほうがより多くなるのではないかとみています。

●サービス付き高齢者住宅

在宅と特別養護老人ホームなどの中間の施設を国は一応「在宅」としています。近年、サービス付き高齢者住宅というものが増えています。ですから今後、このサービス付き高齢者住宅で亡くなる方も増えていくと思います。ここにも一つ、ビジネスチャンスがあると思います。

サービス付き高齢者住宅は、特別養護老人ホームと違って、形式上、完全な住宅です。住宅にヘルパーやデイサービスが付いているものです。国は、特養や老健も微増ながら増やしてはいますが、

このサービス付き高齢者住宅のほうが自費の部分が多いので、より力を入れて増やしているわけです。厚生年金系の方に関しては、こちらに入っていただくようなイメージでいるのだと思います。

サービス付き高齢者住宅ができたのは2011年で、入っているのはまだ軽度の方です。要支援1・2、要介護1くらいまでの方が圧倒的に多いのですが、もちろん薬も飲んでいるので、今後、例えば、サービス付き高齢者住宅の運営会社と地域の薬局が提携を結ぶことも考えられます。

サービス付き高齢者住宅もだいたい1～2か所の診療所と提携しています。前回の診療報酬改定で、サービス付き高齢者住宅等への訪問診療については、最大75%の診療報酬マイナス改定になりました。あれは、サービス付き高齢者住宅の場合、訪問診療は同一の建物内を回るだけですから非常に楽です。それでサービス付き高齢者住宅と提携して高収益をあげていた診療所があったわけです。実際、サービス付き高齢者住宅と訪問診療は一つのビジネスモデルになっていたのです。

今後、在宅を増やしていく中で、サービス付き高齢者住宅での看取りもこれから増えていくと思います。ここでは形式上、ヘルパーや訪問看護ステーションが同じ建物の1階にあり、ヘルパーなどが誤薬に対して非常にナーバスになっているのは同じですから、そこでの薬の管理における連携も出てくるのではないかと思います。

●薬剤管理の負担軽減を

私がこれまで、専門外ともいえる薬のことに触れてきたのは、深刻になりつつある介護人材不足に関わる問題だからです。いろいろな介護士の方から話を聞いても、やはり薬の管理というのは、非常に神経を使うということでした。在宅のヘルパー、施設のヘルパーも同様に、薬にナーバスな部分を少し軽減するだけでも彼らの負担が減るのです。

薬の管理については、公式には看護師や医師と連携して行うことになっていますが、実際の介護現場では、介護士が薬を机の上に置いて飲ませるところまで管理していることが多いのです。です



結城教授の講演に耳を傾ける聴講者

から、不足している介護士の負担を軽減する意味でも、薬剤師、薬局と何らかのシステムが構築できないかと考えています。

もう一つは、先ほど在宅のところでも紹介したように、認知症の方が間違えて薬を飲んだり、飲み忘れてきたときにどうするかです。現在、認知症で日常生活自立度II以上の高齢者は345万人くらいいると言われます。これが2025年には470万人になると推計されています。しかも認知症の方の半分は在宅で暮らしています。ですから、認知症の方の薬をどう適切に扱っていくかも、地域包括ケアシステムでは課題になっています。

●混合介護の推進

日本のこれからの介護システムは、正直なところ、介護保険だけでは成り立たないので、いま国は「混合介護」も推し進めています。介護保険を使える部分と全額自費の部分をミックスさせながら、いま介護システムは動いています。

例えば、先ほど説明したサービス付き高齢者住宅も本来は混合介護です。住宅市場を活用して、外付けでヘルパーを入れたり、介護保険サービスを利用したりするものです。

これは先ほどの地域包括ケアシステムの「自助」の部分だと私は理解しています。自分でできることは自分でやろうということは、公的な介護保険サービスだけではなく、自分でお金を払って、例えば家政婦さんを一部雇うというのも一つの方法です。同様に、何かシルバービジネス的なものと

して、先ほどの薬の管理の問題などで何かできないかと思うところです。

例えば、一人暮らしの高齢者が、病院に行って処方箋をもらって、さらに薬局に行くのは面倒です。いまは介護保険で、ヘルパーに薬を取ってきてもらうことができますが、診療所の中は介護保険がきかないので自費を3000円払うか、ヘルパーが自腹を切ってボランティアで行っています。病院内の介助は看護師が行うことになっているので、保険で在宅のヘルパーにやってもらうことができないからです。そういう医薬分業に関わる負担を軽減する、何らかのビジネスがあるといいと思います。高齢者が「薬剤師による居宅療養管理指導」を利用していたらかなり融通がきくので、私はそれを活用するのが一番いい方法ではないかと考えています。

先ほども触れましたが、地域包括ケアシステムは実際のところ、在宅で最後の看取りまで行っていくのは非常に難しいので、現状のままでは成功する地域は2割くらいではないかと思いますが、これからは厚生年金を持った方もかなり増えていきますので、この混合介護の視点で、自費の払える高齢者に関する何らかのアプローチで改善する方法があるのではないかと考えています。

今後の介護保険の行方

●自己負担の増加

次に、今後の介護保険制度の行方についてお話しします。介護保険制度は、3年に一度介護保険法が改正されます。高齢者の社会保障の医療、年金、介護の3つのうち、国は介護を一番重要視している、つまり介護費用が非常に危ない状態だと思っているということです。

社会保障にかかる費用の将来推計では、介護費用は10年後に倍増します。もちろん医療費も1.5倍、年金も1.1倍ですが、介護に関しては2.4倍、20兆円を超えていくと考えられています。これから団塊の世代が75歳に突入していく、そして平均寿命と健康寿命の差がどんどん大きくなると、当然、介護の費用が増えていくことになるからです。財務

省は、介護費用は少しでも削りたいと思っているだろうと思います。

公共事業費は、一度約5.3兆円まで下がり、震災で2012年は約7.1兆円まで増え、また戻ったとはいえ2014年は約6.0兆円で、最近も少し増え出しました。私は、公共事業を増やす分を、多少でも介護に回してほしいと思っています。

さて、次の改定がある2年半後に介護保険はどう変わっていく可能性があるかですが、このままいけば、またマイナス改定だろうと思います。なぜかという、先ほど言った20兆円を超えた介護費用を少しでも下げたいからです。ある程度上がるのは仕方ありませんが、上げ幅をできるだけ緩やかにしたいとの考えだと思います。

もう一つ、ケアマネジャーの費用については、いま自己負担がありませんが、1割負担になる可能性が出てきます。利用者はケアマネジャーの費用は無料だと思っているわけですが、1割負担が入ると1か月1万円～1万3000円程度をケアマネジャーのコーディネーター料として払わなければならなくなります。

介護保険ができて15年になりました。地域の偏在はありますがケアマネジャーの数は不足しているわけではありません。そして、ケアマネジャーは福祉系出身者が多いので、医療知識を持った人は少なく、特に薬関係のことは分からない人がいます。今後1割自己負担となれば、利用者に選ばれることになるので、ケアマネジャーも緊張感を持ち、質の高いケアマネジャーになるためにもっと努力するだろうと思われれます。こういうところに、医学情報を提供して、「売り」を付けさせるのも一つの方法だと思っています。

●軽度者へのサービスカット

今年度から、3年間の経過措置はありますが、要支援1・2のヘルパーとデイサービスは、介護保険の中の地域支援事業に移行しています。これがもう少し効率化される可能性が出てきます。それから、低所得者に関しては一定程度の補助は出しますが、軽度者である要支援1・2、要介護1の福祉用具や住宅改修については、ある程度自己

負担でやってもらうことになります。このようなことが介護保険制度改革で、次の2018年改定に向かって議論されています。

最近、薬局が、介護保険の福祉用具会社とタイアップしているところがあります。介護保険の福祉用具以外の、大人用おむつや車いすなどの介護用品を一緒に売っているところもあります。卸の皆さんの中には、そういう薬局と一緒に仕事をしている会社もあると思いますので、今後、介護保険は、福祉用具の保険適用が厳しくなりそうだという念頭に置いておかれたほうがいいと思います。

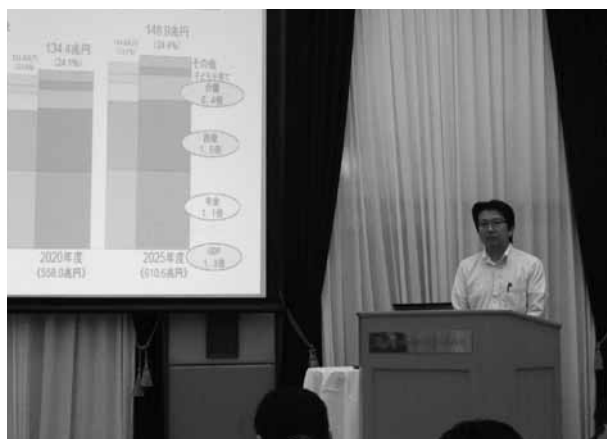
財務省が提案しているのは、要支援、要介護1・2あたりが利用する福祉用具貸与対象の車いすや特殊寝台、手すり、スロープ、歩行器、移動用リフト、自動排泄処理装置など11品目、特定福祉用具販売対象の腰掛便座、特殊浴槽などの5品目については全額自己負担にし、低所得者に関しては補助金を出すという形の給付のカット、そして、住宅改修も自己負担分を上げていくことです。これでかなりの経費削減を図ろうということです。こういう内容が2015年から2017年くらいの間で議論される可能性が出てきています。

また、地域支援事業に移行した要支援1・2のヘルパーとデイサービスも、メニューの統合などにより、簡略化して経費を削減する可能性が出てきます。詳しくは分かりませんが、結果的に、利用者からすると、要支援1・2のヘルパーとデイサービスを中心に、経費削減のためサービスカットになる可能性があるということです。

●保険は重度対象の考え

基本的に、ここで国というのは、財務省と厚生労働省と内閣府の3つがあります。それぞれの提言について議論し、融合していくのだと思います。

その中の財務省の資料を見てみると、財務省はかなり前からドイツの介護保険を例に挙げています。ドイツの介護保険は、要介護3からでない保険適用せず、要介護1・2や要支援には保険適用がありません。ですから、財務省は、介護保険を重度の方を中心に整備し、軽度の要介護2くら



資料を使い分かりやすく解説する

いまでの方は自費なり何らかのボランティアでしてもらう考えのようです。もちろん、低所得者対策は必要だとは言っています。ですから財務省は、将来的には、介護保険は重度者を対象に特化していく方向性を推し進めていると考えられます。

介護保険15年の歴史を見ても、初期の2003年くらいから財務省はそういう提言をしており、スピードは遅いのですが、徐々に軽度者のサービスカットが実現されていることは否めません。

なぜ私がこれまで、ヘルパーとボランティアに薬の知識や医学の知識を教えてくださいと言ったかということ、特に軽度者の掃除や買い物などのヘルパーサービスは削りたいというのが財務省の本音で、そうなるとう当然薬の管理は地域の有償ボランティアが担当する可能性が出てくるからなのです。

●自己負担割合の引上げ

このほかの改正介護保険のポイントとしては、今年8月から、年金等で280万円以上の収入がある方は介護保険の自己負担が2割になっています。現在、現役高齢者を入れた65歳以上で、不動産収入や年金を合わせて280万円以上もらっている方はおおよそ5人に1人、介護保険を使っている人では、在宅で15%、施設で5%くらいの人たちです。

このカットラインの280万円をもう少し下げる議論があり、2年半後の2018年からは200万円くらいに下げてもいいのではないかとされる可能性が出ています。そうすると、現在手取り月収20万円

くらいの方の自己負担は2割になっていますが、手取りが15万円くらいの方も2割負担になってしまいます。

余談ですが、自分が65歳になったら年金がいくらもらえるのかは、57、58歳くらいになると来る「ねんきん定期便」で分かります。ただ、その年金額は、介護保険料や健康保険料の天引き分は記載されていませんので、実際の手取額はそこから1万5000円くらい引いて計算する必要があります。介護保険料は3年おきにどんどん増えており、2年おきに医療保険料も増え、2025年には、年収310万円以上の年金や不動産収入がある方は、介護保険料が一番高いラインで1万2000円くらい、年収250万円以上で1万円くらいになります。

これが何を意味するかといえば、2025年に団塊の世代がピークに突入したときには、年金手取額がかなり減るということです。年金が増えることは今後ないと思われるので、定期的に目減りしていくことになります。そうすると、年収がある程度高くても、2割負担というのはかなり痛いと思います。

●未解決の諸問題

さらにこれからマイナンバー制度が導入されます。私は正直なところ、貯金が3000万円も5000万円もある方は介護保険3割負担でもいいと思っています。ですから、いま自己負担分はフローの部分しかチェックできませんが、マイナンバー制度が始まって預貯金などの金融資産も勘案できるのなら、それでもいいのではないかと考えています。

また、2年半後の介護保険法改正では、認知症のケアをどうするかが問われています。また、独居高齢者や老夫婦世帯へのアプローチをどうするのか、これから在院日数も短縮され、薬の問題も含めて医療ニーズがどんどん増えていきますから、そういう人たちへ医療的な情報提供を進めていくための研修方法なども、考えるべきポイントになっていくでしょう。

介護現場でもう一つ問題になっているのは、介護報酬が介護度によって変わるため、元気にさせて介護度が軽くなると介護報酬は下がり、事業所

から見ると損になるという矛盾が生じることです。元気な高齢者になると、事業所が受け取る介護報酬が下がってしまうわけです。

そして、一部、外国人介護士が増えていく可能性がありますので、外国人介護士のケアをどうしていくかも問題になっています。

介護保険は、2009年以外はほとんどマイナス改定で来ており、今後どんどん介護事業所の経営が厳しい状況になりそうです。そうすると、必要な介護サービスはどうか現状維持になるとしても、先ほどの居宅薬剤管理指導などの部分がどうなっていくのかは心配されるところです。

いずれにしても、地域包括ケアシステムに国は大きく舵を切っていますので、在宅でとにかくなんとか頑張ろう、孤独死が増えていくかもしれないけれども在宅介護で進めよう、最後の看取りができないなら施設で看取っていこう、という流れになっています。ただ、福祉・介護の現場では、なかなか医療知識に精通している人がいませんので、そのあたりの意識の共有は大事だと思います。

今後の介護政策のあり方

●介護政策が社会を維持

ところで、なぜ介護保険ではこれからマイナス改定が続くのか。よく言われるのは、社会保障費の7割以上が高齢者に行っているから、少し少子化対策に回したほうがいいのではないかと、という意見です。しかし私は、これは政府側の思惑に沿った説明ではないかと思っています。

多分これから、50代の人たちの介護離職がどんどん増えます。最近では男性の介護離職もありますが、主には女性です。いま日本の企業は、再雇用を入れるとだいたい65歳までの雇用が確立しつつあり、男性も女性も65歳までは働くようになってきています。労働人口はこれから減っていきますから、65歳までが労働人口となっているわけです。

しかし、50代になるころから親の介護がありますので、まずは介護離職がだんだん深刻化していきます。ここで公的な介護サービスの費用を減らすと、さらに介護離職が増えてしまいます。特に

女性の離職者が増えます。いま安倍内閣では、女性の社会参加として、女性管理職を3割か、せめてクォーターくらいにと議論されているようですが、50代で介護離職となると、まずは女性が辞めてしまうのです。ですから、子育て世代で女性の男女共同参画を促進しようと保育園など子育て政策や保育施策を充実させても、介護政策も充実させなければ、女性が65歳まで安心して働くことはできなくなってしまいます。

私は、介護政策と、子育て政策や男女共同参画社会というのは、連動している問題だと思っています。介護保険制度では、困っている一人暮らしの高齢者や老夫婦、子どもと離れて暮らしている高齢者を助けるような、要介護高齢者に目を向けた介護政策が議論されてきました。しかし今後は、現役世代、特に50代以上の人たちが安心して働ける介護政策が必要だという発想に転換していかない限り、介護費用が増えるから少しでも削りたいという流れは消えないと思います。

ですから、介護政策は社会投資でもあり、困っている高齢者を助けるというより、社会の原動力を維持するという意味で、65歳まで男女共同で働く社会をつくるためのセーフティネットであるという発想が必要です。

要するに、介護政策イコール雇用政策、社会・経済の担保のためにあるという発想にならないと、恐らく介護費用の削減は止まらないでしょう。

●同世代での互助

皆さんの中にも両親の介護をされている方がいると思いますが、50代から60代前半になると親の介護に直面します。2025年に向けて地域包括ケアなどの施策が進められているように、団塊の世代の介護がこれから深刻になりますが、この世代の方々、生きるか死ぬかまでいくことはなく、なんとか大丈夫だと思います。そうでなさそうなのは、実は私たち団塊ジュニア世代なのです。

団塊の世代の出生数は年間約260万人、団塊ジュニア世代は約200万人です。しかし、団塊ジュニア世代の子ども世代では約110万人～100万人と団塊ジュニア世代の半数程度です。30年後、私たちが



結城教授に質問する聴講者

75歳になったとき、親の介護に直面する子ども世代が半数しかいないとなると、私たち親世代が大丈夫だとは言えません。恐らく貧富の差が激しくなり、ある程度貯蓄のある方は逃げ切れますが、圧倒的多数は逃げ切れないことになるでしょう。老後危機というと、団塊の世代のことがよく言われますが、私は団塊ジュニア世代のほうがもっと老後危機が深刻化すると分析しています。

ですから、団塊の世代の人たちも、同級生同士で面倒を見るのが一番ではないかと思っています。先ほど言ったマイナンバー制度で、例えば資産3000万円以上持っている人は介護保険3割～5割負担にするなど、要するに自身が持っている資産を同じ時代を生きた同級生に、まず世代内で助け合うようにしていかないと制度が持たないと思います。

現実では、恐らく団塊の世代は団塊ジュニア世代が支えるでしょう。しかし次は、我々団塊ジュニア世代をその子ども世代に背負わせることになり、介護の問題が非常に難しくなると思います。ですから、いまからでも団塊ジュニア世代同士が支える仕組みをつくっていくべきではないかと考えているところです。そのようなことを申し上げ、話を終えさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。