第44回日本老年医学会学術集会記録

〈市民公開講座：介護保険と高齢者医療—2002 東京—介護保険は機能しているか〉

1) 基調講演：介護保険は日本の医療に何をもたらしたか

井藤 英喜

Key words：介護保険，医療保険，高齢者医療

(日老医誌 2003；40：242—244)

1) はじめに

平成12年4月より開始された介護保険は，高齢者の老後にある種の“安心”を与え，介護を必要とする高齢者に多くの恩恵をもたらした。しかし，医療と介護の両者からの支援を必要とするような状態にある高齢者が，医療保険制度の急速な変化とあいまって，医療保険制度と介護保険制度のはざまで行き場をなくすという事態も出現している。介護保険制度が医療にもたらした現実について，現場に働く医師としての実感を述べ，今後の介護保険制度および医療保険制度の改革の方向性を考察してみたい。

2) 介護保険制度の背景と目指したもの

日本では急速な人口の高齢化が進行している。それに伴い要介護高齢者が増加してきた。介護保険制度が開始されるまでは，要介護高齢者，とくに重度の介護を必要とする高齢者は医療施設に長期に入院することが多かった。介護が必要であっても，必ずしも医療が必要とはいえない高齢者の入院を“社会的入院”というが，このような“社会的入院”が医療保険財政の悪化の一因とされた。一方，伝統的に日本の高齢者の介護を支えてきたのは嫁あるいは娘といった女性であるが，女性の社会的進出が進むことにより，家庭の介護力は急速に低下してきた。女性の社会的進出は，同時に家族関係の変化をもたらした。高齢者夫婦のみの世帯や一人暮らしの高齢者世帯の増加をもたらした。このことも当然家庭の介護力低下の大きな要因となっている。

このようなことを背景に要介護高齢者を社会が支え，家庭，女性を介護から解放する制度として介護保険制度が創設された。従来，家庭や病院での介護が無理と判断

図1 医療保険医療費，老人医療費および介護保険費の推移（厚生労働省）

されたごく少数の高齢者のみが，行政サービス上の“措置”としての介護を受けることができた。しかし，介護保険制度では，介護保険料を支払うことにより被保険者としてサービスを受ける権利を獲得した高齢者が，受けるべき介護サービスを自ら選択し，サービス提供者と“契約”し，介護サービスを利用することが可能となった。介護が必要な高齢者のすべてが介護サービスを受ける権利ができたのである。このように介護保険の創設により，福祉のパラダイムが，“措置”から“契約”へと大きく変化したのである。

また，介護保険制度により，要介護高齢者のうち医療を要しない“社会的入院”の高齢者を医療施設から介護施設へ移すことや，介護施設を利用している高齢者への医療を事実上制限されたものにより医療費を抑制し，医療保険財政の悪化に歯止めをかけようとした。

3) 介護保険の経済効果

図1は，介護保険制度開始前後の老人医療費と医療保険医療費の推移についての厚生労働省の公表したデータを示したものである。介護保険制度の導入により，医療

Effects of care insurance on medical system for older populations

Hideki Ito：東京都多摩老人医療センター

保険医療費のうち老人の医療に支払われた老人医療費は11.8兆円から11.0兆円と0.8兆円低下した。また、介護保険制度前であれば医療保険から支払われていた費用1.7兆円が、介護保険からの支出となった（図では介護保険移行分として示している）。その結果医療保険医療費は28.5兆円から27.9兆円へと0.6兆円低下した。しかし、介護保険の総支出は3.6兆円であり、医療・介護総費用は、3.0兆円増加しているのである。

このような経済効果を、十分なものであったと考えるか否かは、むづかしい問題である。しかし、老人医療費の減少や医療保険医療費の減少は、認められたものの、期待より少なかったとは言える。そのことは、介護保険創設時、議論のあった高齢者の“社会的入院”が医療保険財政悪化の主要因の一つであるとする意見が、それ程的を得た意見ではなかったことを示している。また、医療・介護総費用が増加しているが、増加分の一部は保険料として高齢者、40歳以上の国民から支払われた資金である。このことは、高齢者や国民のもつ資金を市場に出し、介護専門員などの大きな雇用をつくったという側面もあり、ポジティブな経済効果と評価すべきことなのかも知れない。

さらに、経済効果が不十分であったことのみから、介護保険制度のすべてを否定することも誤りであろう。何故なら、介護保険制度は、要介護高齢者への従来にはなかったサービス提供と、高齢者に老後にある程度の“安心”を与えた制度であり、医療の改革のための大きな武器になったことは事実であるからである。

4) 介護保険が医療にもたらしたもの

介護保険が医療に何をもたらしたかを考えてみよう。

介護保険制度の創設により、高齢者における介護という問題がクローズアップされることとなった。その結果、高齢者医療には病気との闘いという視点のみならず、“生活”を支える医療・介護という視点が重要であることが意識されるようになった。高齢者医療・介護に関するパラダイムは、病気中心から、人間中心に大きく変わったのである。このことは、大きく評価されてよい。

また、介護保険制度の創設により、当然、老人医療の体系は大きく変化した。医療の枠内で、医療が高齢者に関する医療も介護も引き受けていたわけであるが、その一部が介護保険に移行することにより医療が分担すべきことがより明確となりつつある。また介護保険制度は、施設の機能分化を当初より明確にした。このことは、医療施設の今後の機能分化を図る上でのモデルとしての意味をもつことになるとも言える。

図2 医療と介護：医療保険（○）および介護保険施設（●）の位置づけとそれらのほざまに在る高齢者（●）。重篤な基礎疾患のため高い医療ニーズがあり、同時に介護ニーズの高い高齢者が利用できる施設はない。

また、介護保険制度の存在は、医療保険制度の改変をより容易なものとした。日本においては、総病床数、とくに急性期病床が他の先進国に比較し特殊に多い。そのことが、国民の医療に対する安心につながっているとも言えるのであるが、総医療費の増加の大きな要因ともなっている。また、ほとんどの病院が急性期病院を志向するという事態が、医療施設の機能分化を妨げる要因ともなっている。介護保険制度は、急性期病院からの退院の受け口となる施設や在宅サービスを提供し、急性期病院が平均在院日数短縮をはかることを可能とした。その結果、特定の急性期病院においては、より多くの急性期患者への医療が可能となった。このことは、患者を確保できなくなった急性期病院の療養型病院への転換を促すこととなるであろう。特定の急性期病院に医療資源を集中し、より効率的な医療を行なう医療体制を確立しやすくなったのである。このように、医療施設の適切な機能分化をはかるために、介護保険制度は大きな役割を果たすことになると考えられる。

5) 介護保険制度と医療保険のはざま

—今後の医療・介護制度の改革に向けて

要介護高齢者における介護ニーズと医療ニーズのあり方は実にさまざまである。この事実、要介護高齢者が必要とする介護支援や医療支援のあり方、組み合わせ（メニュー）が、さまざまであることを意味している。このようなことから、介護保険制度では図2に示したように、要介護高齢者のさまざまな医療ニーズと介護ニーズに応えるべく、介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設などの施設サービス、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、グループホームなどの

表1 介護保険施設および療養型病床（医療保険）の人員配置基準

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	療養型病床（医療保険）
医師	非常勤で可	1/100床	1/48床	1/48床
看護師	3/100床	9/100床	17/100床	17/100床
介護職員	31/100床	25/100床	17/100床	17/100床
定員：看護・介護職員数	3:1～4.1:1	3:1～3.6:1	2:1～3:1	2:1～3:1
理学療法士，作業療法士	規定なし	どちらか1人	規定なし	規定なし
ソーシャルワーカー	生活相談員1人	相談指導員1人	規定なし	規定なし
介護支援専門員	1人	1人	1人	規定なし

在宅介護サービスなど種々のサービスが提供される仕組みとなっている。しかし、介護保険制度での施設サービスはあくまで介護を主体としたサービスを提供施設であり、医療ニーズの高い高齢者の受け入れは困難である。

医療ニーズの高い高齢者に対しては医療保険を使用する療養型病床群が用意されている。しかし、療養型病床群の人員配置基準は、表1に示すように介護保険を使用する介護療養型医療施設とほとんど同じである。療養型病床群は、理学療法士，作業療法士，ソーシャルワーカー，介護支援専門員などを配置する必要がない分、むしろ介護保険を使用する介護療養型医療施設より、人手が不足している施設とも言える。この事実は、医療保険を使用する療養型病床群は、医療ニーズの高い高齢者をうけいれるような施設ではありえないことを意味している。

一方、急性期病院はますます長期の入院を必要とする患者を受け入れがたい状況となってきた。従来、平均在院日数21日以下が急性期病院の条件とされていたのであるが、平成14年10月からは平均在院日数が17日以下であることが急性期病院の条件となったからである。

このような医療制度や介護保険制度の下で、例えば脳血管障害による嚥下障害があり肺炎を繰り返す寝たきりの高齢者や進行した悪性腫瘍に罹患しつつもそれなりに医療の手さえ加われば落ち着いている高齢者など介護ニーズも医療ニーズも高い高齢者が利用できる施設はなくなってきた。というのは、急性疾患でないから急性期病院には入院適応とならない、かなり医療ニーズが高いから療養型病床群の入院適応ではなく、まして介護療養型医療施設の入所適応でもないからである。仕方なく、

在宅医療と在宅介護を併用して在宅で療養を継続することになるのであるが、重度の医療ニーズのある患者の在宅医療を引きうけてくれる地域の医師、看護師、介護専門員がなかなか見つからない、見つかったてもなかなかうまくチームワークができない。チームワークがうまくできたとしても、家族が医療や介護から解放される時間は僅少であり、時間の経過とともに家族も疲労困憊してくる。といったように問題が山積してくるのである。このように、本当に支援を必要としている高齢者、家族が制度のはざままで困り果てている現実があるのである。したがって、医療保険制度あるいは介護保険制度の改革に当たっては、このような制度のはざまでもっとも困難に直面している高齢者への配慮が必要と考える。

6) おわりに

介護保険制度は、軽度あるいは中等度の要介護度状態にあり、しかも重度の疾患をもたない高齢者には大きなメリットを与えている。しかし、医療制度の改革も加わって、重篤な基礎疾患をもちつつ落ち着いた状態にはあるが、それを維持するためかなりの医療援助を必要とし、しかも介護ニーズも高い高齢者の行き場が無くなってきている。

高齢者や家族の希望は多様であることから、医療保険および介護保険施設がこれらの高齢者を受け入れるべく制度が改革されることが必要である。しかし、高齢者においては、どのような状況になっても“在宅での介護”をという希望の強いことから、在宅医療・介護が、より充実される必要がある。平成15年度には介護保険の見直しが行なわれるが、介護保険制度がよりよい制度に改変されて行くことを期待したい。