

随 想

ずいそう

ワンライフプロジェクト東京支部 代表
女優

きた はら さ わ こ
北原 佐和子



純粋な心にふれて

私は平成23年夏にワンライフプロジェクト東京支部を立ち上げました。ワンライフプロジェクトとは、“たったひとつの命だから”この言葉につながるメッセージを集め、朗読を通じ命の大切さを考える活動です。

“たったひとつの命だから”は、骨肉腫で利き腕を失った少女が左手で書いた力強いメッセージです。この言葉に、九州筑後市の地域の方々が深く感銘し、“たったひとつの命だから”につながるメッセージを一般の方から沢山集め、小冊子を作りました。

このメッセージを朗読することで、いつも側にいる家族、友人の大切さに目を向け、人はひとりではないと感じ、温かい気持ち日々の生きる糧になると信じています。

最近では、小・中・高校の授業の一環で朗読会の依頼をいただく機会も増えてきました。最初は落ち着かない子どもたちも、朗読が始まると瞬きひとつせず乗り出して真剣な表情で聴いてくれます。

朗読会終了後に書いてもらう感想文は、自分の心と向き合う大切なひと時。どの児童・生徒さんも、先生が驚くほどの、長文を書いてくれるようです。

最近までいじめにあっていた事、教室でのいじめ事件の告白、または祖父母が亡くなったときの気持ちなど…。「無理して頑張らなくてもいいんだね、泣きたいときは泣いてもいいんだ!と今日の朗読会で知りました」など。

朗読を聴き、家族や先生、周りの人を心配させてはいけないと、小さな胸の内にしまっていた不安や悩みを正直に綴ってくれます。

「姉妹で私だけ怒る親を嫌いと思う!でも、朗読を聴いて、私はお母さんから生まれてきたんだと実感しました。帰ったら、ありがとうと言いたいです」といったようなことを、ほとんどの生徒さんが感想文に書いています。

また、ある生徒さんは、「心がほかほかになりました」と、ほかほかになった様子の少女の絵をかいてくれました。

保護者の方のメッセージには「慌ただしく過ごす中、ふと立ち止まり、家族の事を考える時間を持つてました」、
「私も子どもにきちんと愛を表さないと…」。

そうです、命は愛あって誕生しているのに、日常の忙しさの中で忘れがちな“愛”。朗読を聴いてくださった皆さんの潜在ポケットにしっかり納まってくれば、困っている方に出会ったとき、ポケットから“愛”がびよこり顔を出します!そんなときに自分の優しさに気づくはずですよ。

最近ではワンライフプロジェクトの活動で、学校を訪問することが増えています。児童・生徒さんにふれ合うことで童心に戻り、私自身が優しさを取り戻しています。子どもたちの素直で純粋な心と、透きとおった瞳に魅了されている今日この頃です。

生きがい

A Reason for Living



ボランティアを遊ぶ

作家宇野千代さんは、「行動することが生きることである」という著書のあとがきに「わたしは満91歳になるのであるが、この年になっても、私は、いつでも行動している。いつでも行動していると、前に行動したことのあとに後の行動がつづくので…、人生は行動である」と。

私は、この言葉に共鳴するところがあって、自分なりのボランティア活動を重ね合わせるがあります。行動が思考を引き出し、感動が生まれ、感動は次の行動に結びつき、人生を楽しむ。そして夢中になり、新しい何かを生み出す。今回は、私のボランティア活動についてお話ししたいと思います。

1 青春シニアめざして

身近に住む97歳の女性は、5人の子育てを終えて、70歳から生け花や俳句、書道などに挑戦。「人にできることは私にもできる」とどん欲に学び、80歳から詩吟を始め、週1回詩吟教室に15年間通い、今では「静岳」の雅号を授与されるほどの腕前。「長生きの秘訣は多くの友だちと趣味をもつこと」だと誇らしげに語られる。

柴田トヨさんが90歳から詩作を始め、「くじけないで」は白寿の処女詩集出版。100歳に第2詩集を出版するなどいまだ現役です。「生きかた上手」の日野原重明さんは100歳の現役のお医者さん。昨年沖縄県を訪れ、小学生を相手にご講演をなさるほどお元気です。

人生のお手本は、至る所で光っています。言い訳を並べず、年齢に関係なく「何か始めるとき」が新たな人生のスタートだと教えられました。社会の歯車から解放されて、みな平等に与えられた24時間を「どう使うか?」「どう生きるか?」現役時代からかせられた課題でした。

* マングローブとは単体の植物名ではなく、亜熱帯から熱帯にかけて分布するヒルギ科などの植物群の総称です。

2 再度赴任したふるさととは

大学卒業後初めて赴任したのは、郷里（沖縄県中部の離島宮城島）の中学校でした。生徒数275人の活気に満ちた学校で、新卒の教師も多く放課後は、毎日、海や山に生徒たちを連れて「島探検」へ出かけていました。「自然遊び」のすべてを子どもたちと共有したくて、海、山、川はもちろん「洞窟探検」まで思い切り3年間を楽しみました。

それから30年後、再び郷里の中学校へ赴任することになりました。校庭はひっそり、全校生徒44人、島全体が、風景も環境も一変して、ただただ驚くばかりでした。かつての教え子は父母となり、一緒に遊んだ集落の森は跡形もなく、農地は、区画整理され立派に見えましたが、高齢者ばかりで、あのカエルやバッタ、メダカも姿を消して見当たりませんでした。

この急速な変化は、昭和47年沖縄の本土復帰を機に、「本土並み復興」が叫ばれ、復興政策によって、急速な開発が沖縄中に進行したためでした。「本土並み工法」で、道路や建物等の改変、河川や海岸線は、コンクリートで固め、緩やかな時間の中で培われた豊かな自然は失われてしまったのでした。

島で唯一手つかずの自然が残ったのは、マングローブ*湿地でした。残された貴重な資源に感謝して、時

沖縄県 元中学校理科教諭
NPO法人マングローブEEクラブ 代表

ひら かわ せつ こ
平川 節子



間を見つけては、生徒たちと湿地に出かけ、生き物調査を始めると、大型のシジミガイやアナジャコ、シオマネキやトビハゼなどマングローブ湿地特有の生き物たちに出会い、楽しい毎日でした。

しかし、それもつかの間、マングローブ湿地の埋め立て計画があることを地域の人から知らされ、愕然となるばかりでした。環境問題が世界中で叫ばれている今日、マングローブ林の重要性も各地で叫ばれ、「環境教育の題材」として体験学習や生物多様性に富んだ湿地として重要視された場なのに、それを埋め立てて消滅させるなんて…貴重な自然を消していくなんて…じっとしていられなくなっていました。

3 何事も続ければ道は開く

身の回りの宝も、その価値が分からなければただの空虚なものにしてしまう。まず生徒たちとマングローブ林の素晴らしさを共有することだと考え、マングローブ湿地へ足しげく通い、生き物と夢中になって遊ぶことから始めました。しばらくして、調査や関連学習に取り組み、結果をまとめ、発表の機会をつくり、評価と課題を繰り返すうちに生徒たちのマングローブ保全意識が高まってきました。

生徒たちの活動成果は「沖縄県青少年科学作品展」で、年々向上し、2年目にして「金賞」を得て、宮城のマングローブが広く知られるようになりました。

受賞の成果は、地域の人たちの関心事となり、マングローブ保全の機運となって、ヒルギの種子が採れるまで湿地の埋め立てを3か月間延期する交渉も実りました。その後、生徒たちは、マングローブの育苗に取り組み、島内の川や海浜に植樹活動を繰り返しましたが、活着ならず途方にくれた時、島外のうるま市州崎に沖縄県が造成した人工干潟・マングローブ

テラスがあることを知り、植林の交渉を取り付けました。

平成10年7月、教育委員会、PTA、地域住民、近隣の小・中学校総出で宮城島のマングローブ植林が行われ、保全されるようになりました。

4年間の勤務を終えて、植林地に近い中学校へ転勤となり、気がかりなマングローブテラスを見回らううちに、私のボランティア人生は始まっていたのです。

4 ボランティアを遊ぶ

転勤後、後任の先生が活動を引き継いでくれ、州崎のマングローブは、手を入れるほど順調に育ち、3年で花芽をつけ、4年目で種子をつけるようになってきました。活動は、転勤先の生徒たちと、郷里の中学校の生徒たちと合同でマングローブ体験学習を行うようになり、ますますマングローブ湿地にのめり込んでいきました。退職のテープを切らない前に、ライフワークを決めたくて、環境保全活動を行っていたNPO法人で5年間、ボランティア活動をとおして法人のノウハウを学び、平成17年に退職教師たちを募って、「マングローブEEクラブ」を立ち上げることができました。

現在、会員は48人（元教員・現職教員で7割）となり、「大人と子どもの自然学校（マングローブ植樹、観察会・環境学習・クリーン活動・交流会）」を年7回開校しています。会員のそれぞれのスキルを生かして、「エコツアー」「出前講座」「総合学習サポート」「ネイチャークラフト講座」「親子体験教室」等々、地域の子ども会や小・中・高校生と連携して幅広く遊んでいます。また、学生のボランティアが先頭に立って、子どもたちとのコラボレーションを楽しみ、「行動することが生きること」を実感しています。自立して活動できる高齢者が最高の社会貢献だと自負しています。

Health



糖尿病は“甘い病気”ですか？

「糖尿病はコントロールすることはできるが、治らない病気」といわれていますが、それは子どもにも発症する「1型糖尿病」のことをさします。今や生活習慣病の代表格にもなった、ありふれた糖尿病(2型糖尿病といいます)は診断された際にきちんと治療を受けると、「病気になる前の状況に戻る」のです。2型糖尿病と診断された方々も「それまでは糖尿病ではなかった」、と理解すると納得していただけるでしょう。検診で糖尿病といわれているけれども「症状もないし、まだ大したことはないだろう」と無視、放置している方々はぜひ受診してもらいたいものです。

1 糖尿病はどんな病気？

からだの中では、食事や運動といった種々の日常の行動に対応して、すぐに元の安定した状況に戻すシステムが働きます。例えば、何か食べるとすぐに胃の裏にある膵臓から消化酵素を含んだ液が大量に分泌されます。炭水化物、脂肪、タンパクなどをまるでミキサーにかけたように消化し、それぞれを吸収しやすくします。吸収されたブドウ糖やタンパク、アミノ酸などの栄養素は血液に流入し、肝臓に流れ込みます。脂肪も吸収されます。

一方、「食事をとったよ」という情報により、同じ膵臓からインスリンが速やかに血液中に放出され、インスリンが肝臓をはじめとする全身細胞にブドウ糖をエネルギー源として効率よく利用させるのです。その結果、食後に少し上昇した血液中のブドウ糖レベル、これを血糖値といいます。すぐに食前の値に戻ります。すなわちインスリンの分泌量や、そのインスリンがどのように全身細胞に働いているかにより、血糖値が規定されています。

肥満のない一般的な人では、深夜睡眠中も1時間あたり、5~10gものブドウ糖が全身で利用されています。一方、そのブドウ糖は肝臓から放出されています。したがって、朝の血糖値は低くなく、高くもなく、80~100 mg/dl です。一方、食後には血糖値は一時期上がりますが、140 mg/dl を超えることはなく(180 mg/dl 以上

になると尿に糖が漏れはじめます)、1~2時間以内に食前の値に戻ります。そのからくりは、素早く分泌されたインスリンが、肝に流入したブドウ糖の大半を肝臓に取り込ませるのです。肝を通り抜けたブドウ糖が血糖値を少し高めますが、それらのブドウ糖は筋肉や脂肪細胞、全身の細胞に取り込まれるのです。

2型糖尿病では、このシステム、“糖のながれ”のどこかが破綻し血糖値が高い状況が続いているのです。

(図1) 食事摂取時の“糖のながれ”



2 糖尿病にいたる一般的な経過

一人ひとり血糖値が高くなった原因は異なるのです

順天堂大学大学院 教授

かわ もり りゅう ぞう
河盛 隆造



が、糖尿病にいたる一般的な経過を説明しましょう。

過食や運動不足が続くと、摂取され続けた過剰な栄養素は内臓脂肪組織、肝臓、筋肉に主に脂肪として蓄えられます。体内の脂肪の過剰な蓄積が各臓器でのインスリンの働きを弱め、ブドウ糖の利用が低下します。すると血糖値が上がり気味になることから、膵臓はがんばってインスリンの分泌を高めます。インスリンが過剰に分泌されている、過食が続いているとますます肥満を助長させますが、糖尿病にはなりません。ところが、インスリンを分泌する膵β細胞に長期間刺激がかかり続けることが肝心のインスリン分泌を障害することになります。さらに大切なことは、わずかであれ血糖値が高い状況が持続すると急激にインスリン分泌能力が低下することなどを私どもはマウスを用いて証明してきましたが、日常診療でよく経験していることです。すなわち、肥満になりつつあるのを放置しているとインスリンの働きが低下するのです。引き続き起こってくる血糖値が高い状況を放置するとインスリンの分泌能力が低下してしまうのです。

このように考えると、いかに“糖尿病放置病”が危険であるかご理解いただけるでしょう。

症状がまったくなくても、高血糖の状態が続くと、網膜や腎臓、神経などに栄養を与えている細い血管が障害され視力低下につながる「網膜症」や腎機能が低下する「腎症」、手足の指先がしびれたり感覚が鈍くなる「神経障害」などの合併症状を起こしやすくなります。また、太い血管の動脈硬化は、生命の危険にもつながります。

3 糖尿病の治療の目的は？

これまでの説明で、過食や運動不足による体重増加を放置しているとインスリンの過剰な分泌を介して、ますます肥満を引き起こすこと、やがて起こってくるわずかな高血糖を無視していると、インスリンの分泌が急激に

低下し、さらなる高血糖が持続する、という悪循環を形成することがご理解いただけたと思います。

したがって、血糖値が高いと判明すれば、放置せずそれを速やかに改善することが望めます。食事の栄養素のバランスや摂取量に乱れがあれば是正すること、運動不足があれば、積極的に「立っている時間を長くする」など工夫して、わずかなインスリンを有効利用することが必要です。

「血糖値を上げるのは、糖質だからそれを食べなければよい、それ以外は何をどれだけ多くとってもいい」という「糖質制限食」が一部の方々から提案されています。でもとても多くの問題点を抱えていますので、正しく理解することが必要でしょう。

①「糖質」とは炭水化物のことで、ご飯、パン、野菜などに含まれています。しかし食べたからといって急激に血糖値が上がるわけではありません。ゆっくり腸で分解され、ブドウ糖になります。ブドウ糖を多く含んだ清涼飲料水を飲んだ場合とは異なるのです。さらにご飯だけ食べることはありませんね。例えば食物繊維の多い野菜や肉、魚、乳製品などと一緒に食べていると炭水化物のブドウ糖への分解は実はさらにゆっくりになっています。

②「糖質以外はたくさん食べてもいい、血糖値を上げないのだから」と推奨されていますが、これは間違いです。例えばステーキだけを食べた際には、健康人では血糖値はあまり上がりません。タンパクから分解されたアミノ酸がインスリン分泌を高めて全身の糖取り込み率が高まり、同時にやはり膵臓から分泌されるグルカゴン分泌が高まり、肝・糖放出率が高まる、両者が一致するので血糖値が変わらないのです。ところがインスリン分泌が低くなっている糖尿病の人では、アミノ酸が刺激してもインスリン分泌が増えません。そのため全身の糖取り込み

次ページへつづく

率は増えず、しかしアミノ酸によるグルカゴンの分泌は強く刺激されて高まり、肝・糖放出率が一気に高まります。そのため、実は血糖値が高くなるのです。この事実は筆者が40年も前に証明していることなのです。

③お話ししたように全身の細胞は常にブドウ糖を利用しています。食事から炭水化物が摂取されないと、脂肪やタンパクからブドウ糖を作らなければ生存できません。この調整もインスリンがしていますが、糖尿病でインスリン分泌が低くなった働きもよくない状況では、この大切なシステムが働かないのです。

④糖質を制限するとエネルギーをとるためには乳製品、肉、魚を多く食べざるをえません。これらのタンパクや脂肪の処理にもインスリンが必須なのです。ところがインスリンが足りないので、血中の脂肪が急上昇しても処理できなかつたり、筋肉のタンパクが減少したりします。

⑤日本では、あるいは世界中で昔から炭水化物が多く摂取されてきました。そして糖尿病の患者さんは少なかったのです。この50年間に日本ではますますおいしくなったお米の消費が実に50%に低下しました。そして糖尿病患者数が激増したのです。その理由は、糖質摂取過剰ではなく、逆に乳製品や動物性脂肪摂取の増加による、体内での脂肪蓄積と捉えられています。それにもかかわらず脂肪摂取を今、お勧めするのはいかがなものかと考えます。

⑥糖尿病の治療法として、あるいは予防法としての食事療法は、90年前のインスリン発見以前から繰り返し討論されてきました。そしてこの30年は科学的な根拠が固まって、今のバランスのよい食事のありかたが定着したのです。そういえば「低インスリンダイエット」とか「バナナダイエット」とか絶えず次々提案されては、短期間に消えていきましたね。

⑦過食で肥満だ、インスリン分泌もむしろ多い、といった人では、食事の摂取エネルギーをバランスよく

減らすことが必要なのです。でも「糖質制限食」をしてみたい、とお考えの人は必ずかかりつけ医と相談の上、いまだ糖尿病の治療を受けていない人も医師と相談の上行ってください。実は多くの緊急事態発症が公表されているのです。

「糖尿病」と診断され、食事・運動療法に努力していても効果が十分に上がらない場合には薬物療法が必要になります。「薬は使いたくありません」という患者さんは少なくありません。しかし“血糖値が高い”状況が長く続くほど、ブドウ糖を全身細胞に利用させる大切なホルモン、インスリンの分泌がますます低下してしまうのです。インスリンの働きも低下するのです。薬を使って血糖値をいい状況に戻すことが大切です。いい状況に戻ると薬を中止することができます。

薬を使っている患者さんは、服用している薬がどのようなからくりで血糖値をよくしてくれているのか、ご存知でしょうか。糖尿病の薬の種類は多く、それぞれ役割が異なります。

糖尿病薬は次の表のように分類されます。

(表)

インスリン分泌促進薬	すい臓に作用し、低下したインスリンの分泌を促進します。
インスリン抵抗性改善薬	肝臓・筋肉・脂肪組織などでのインスリンの働きをよくします。
食後高血糖改善薬	小腸に作用し、食事とった炭水化物がブドウ糖に分解されるのを緩徐にすることで、食後の血糖値の上昇をゆっくりにします。
インクレチン関連薬	平成22年から広く使用され始めた薬です。食事をとった際に腸から分泌される“インクレチン”というホルモン群は神経を介して、あるいは素早く膵臓に作用して、インスリン分泌を促し、加えてインスリンの働きと拮抗して血糖値を上昇させる方向に働く“グルカゴン”というホルモンの分泌を抑えて、食後の血糖コントロールを良好にする力があります。

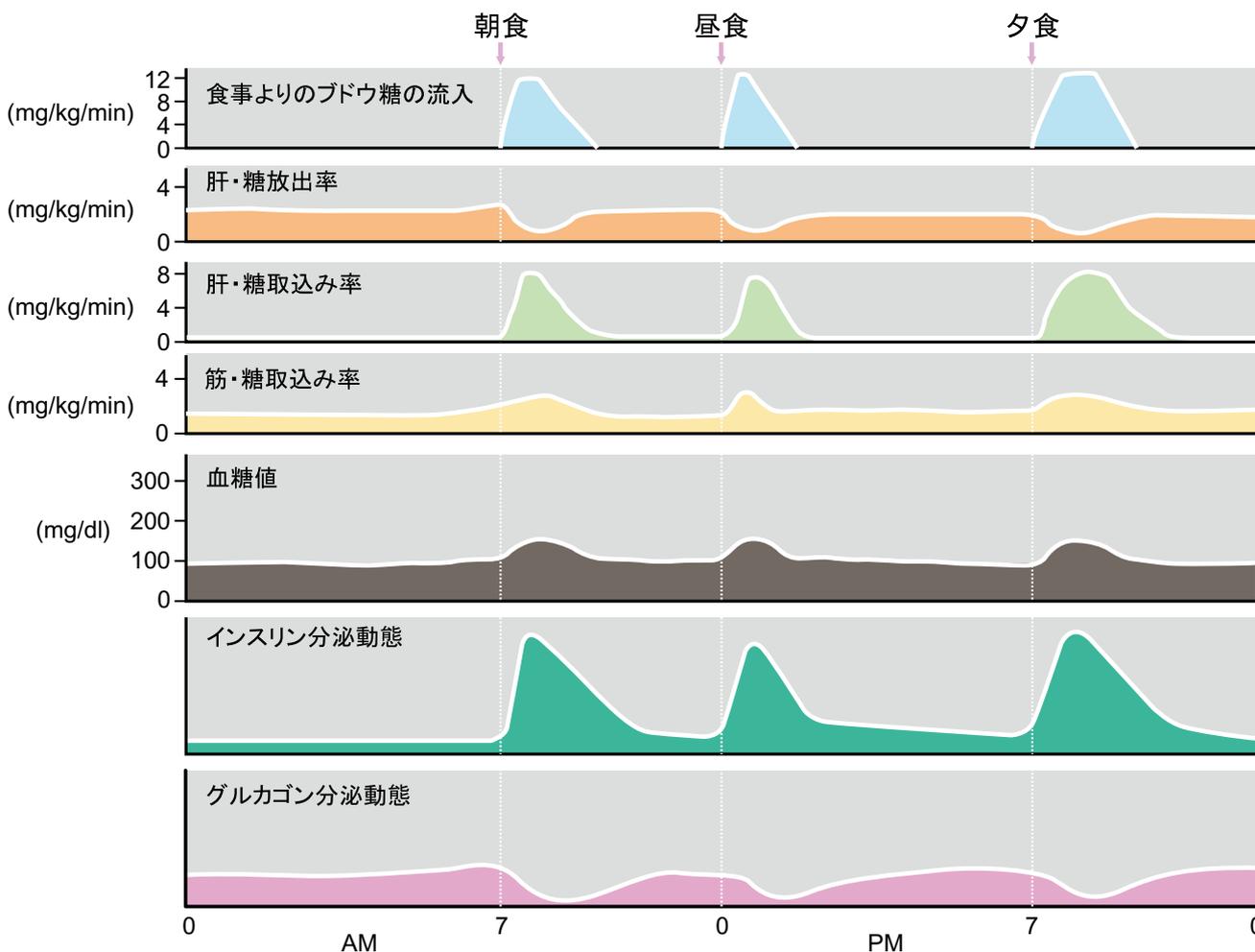
このように作用が異なるので、2種類、3種類の薬が同時に使われ、1+1の効果は3、1+1+1が6になるように使われていることも多いのです。食事前も食後も血糖値をいい状況にしておくことこそが、インスリンの分泌や動きを再びよくする上で大切なのです。膵臓の機能がすっかり疲弊してしまう前に手を打ちたいものです。

一方、飲み薬が無効になっていけば、注射でインスリンを補充することが求められます。インスリン注射が膵臓のインスリン分泌能力を回復させるのではなく、インスリン注射によって血糖値が高い状況を取り除くことこそが膵臓の機能を復活させるのです。

優れた治療薬の力を最大限に利用し、健常人の状況に復活させることこそが究極の治療法といえるでしょう。

糖尿病はもはや決して治らない病気ではなくなってきました。しかし、大切なことは「正しい生活習慣」を送ることが予防にもなり、治療でも必須事項だということです。自らの生活習慣を見直すとともに、健康診断などで異常を指摘されたら、早期治療に取り組むことを心がけましょう。

(図2) 健常人にみる“糖のながれ” “インスリンのながれ” “グルカゴンのながれ”





高齢者医療制度と介護保険制度

高齢社会が進んだことにより、わが国の平均寿命(平成23年)は男79.44歳、女85.90歳となっています。長生きの際に特に心配なことは「病気になった時」どうなる、「介護が必要になった時」どうなる、という問題です。今回は、高齢者の方の病気と介護について「公助」の制度である「後期高齢者医療制度」と「介護保険制度」について概要を解説いたします。

1 高齢者医療制度の変遷

昭和48年当時、国全体で70歳以上の老人医療費が無料化されたことにより、医療機関のサロン化や社会的入院による弊害が指摘されました。また、老人医療費が急増したため、昭和58年には老人保健法が制定され、患者負担(外来1月400円、入院1日300円)が導入されました。その後も、わが国の高齢社会の進展に伴い高齢者医療制度はさまざまな議論がされてきました。そして、平成18年6月、健康保険法等の一部を改正する法律によって老人保健法が改正され、平成20年4月から新たに「後期高齢者医療制度」が創設されました。これにより、国民健康保険の被保険者や現役で健康保険の被保険者に該当する人は、原則として「75歳」になると、それらの被保険者資格を喪失し、後期高齢者医療制度の被保険者とされることになりました。

2 後期高齢者医療制度の概要

後期高齢者医療制度の運営は、都道府県ごとの区域内のすべての市町村(東京都の特別区を含みます。以下同様)が加入する「後期高齢者医療広域連合」が行います。後期高齢者医療制度の被保険者は、その区域内に住所を有する①75歳以上の人(75歳の誕生日当日から資格取得)および②一定の障害のある65歳以上の人

(本人の申請に基づき、広域連合の認定を受けた人が対象となります。認定日から資格取得)となります。被保険者には、都道府県の後期高齢者医療広域連合から、新しい保険証が1人に1枚交付されます。医療機関等にかかるときは、交付を受けた保険証を提示し、かかった医療費の一部を窓口で支払います。原則1割負担ですが、現役並み所得者は3割負担となります。なお、75歳未満の人は後期高齢者医療制度の対象外のため、各医療保険制度の一般被保険者または国民健康保険の退職被保険者となり、自己負担割合は3割が適用されるのですが、現行では、70歳~74歳の人に対して負担軽減策を講じています。70歳以上の高齢者に対する医療費の自己負担割合と高額療養費の自己負担限度額(月額)は(図表1)のようになります。

(図表1)

70歳以上の高齢者に対する医療費の自己負担割合と高額医療費の自己負担限度額(月額)

		自己負担割合	外来+在宅の上限額 (個人ごと)	外来+入院の上限額 (世帯ごと)
一般	75歳以上	1割	12,000円	44,400円
	70~74歳	1割	12,000円	44,400円
現役並み所得者		3割	44,400円	80,100円+(医療費-267,000円)×1%
住民税非課税世帯	I	1割	8,000円	15,000円
	II			24,600円

出典：きんざいFP技能検定教本をもとに筆者加筆修正

- (注1) 一般の70歳~74歳の人は、平成20年4月から、自己負担割合が2割に引上げ予定とされていましたが、1割に据え置きとなっています。そのため、上限額も据え置きされています。
- (注2) 「現役並み所得者」とは、標準報酬月額28万円以上、かつ、年収が単身世帯で383万円以上、夫婦世帯で520万円以上の世帯の被保険者及び被扶養者をいいます。
- (注3) 住民税非課税世帯「I」とは、非課税であり、かつ、世帯員の所得が一定額に満たない世帯をいいます。

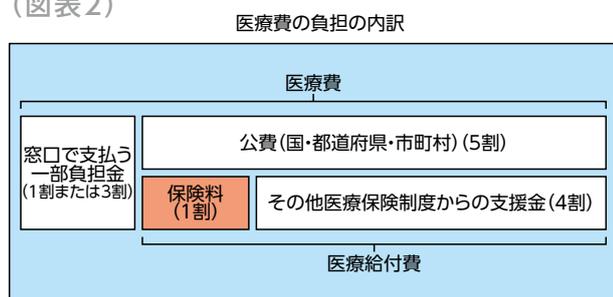
税理士・公益社団法人日本医業経営
コンサルタント協会会員

あお き けい いち
青木 恵一



後期高齢者医療制度の財源構成は、患者負担分(医療費の1割)を除き、現役世代からの支援金(医療給付費の4割)と公費(同5割)のほかに、高齢者からの保険料(同1割)で賄います(図表2参照)。

(図表2)



出典：東京都福祉保健局のホームページを参考に作成

公費負担については、旧老人保健制度と同様に、国・都道府県・市町村が4対1対1の割合で負担しています。保険料の設定については離島など一部地域を除き広域連合内で均一の保険料とされています。高齢者が負担する保険料の徴収は、年金額が18万円以上の場合には、原則として、公的年金から特別徴収(天引き)されます。ただし、選択により、口座振替により支払うことも可能とされています。

3 後期高齢者医療制度の今後

厚生労働省の発表によると、平成22年度の国民医療費は37兆4202億円で前年度に比べて1兆4135億円(3.9%)増となっています。医療費は毎年1兆円増える(自然増)といわれて久しく、特に増加を牽引しているのが高齢者の医療費です。平成22年度の人口一人あたりの国民医療費は、65歳未満の男は17万1600円、女は16万7300円に対し、65歳以上の男は74万8700円、女は66万8500円となっています。75歳以上に限ると、

男は95万4100円、女は83万2600円と高額になります。国民医療費は国家予算の約4割を占めており、また、平成37年には高齢化に伴い医療費は54兆円ほどに膨らむと予想されています。このような状況のなかで政府は、平成24年2月17日に閣議決定した「社会保障・税一体改革大綱」で、制度の廃止・改変を視野に「高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢者医療制度の見直しを行う」と明記しました。同年11月30日には民主、自民、公明の3党が設置を決めた「社会保障国民会議」の初会合が行われ、平成25年8月までの期間にかけて、医療や介護について「負担と給付の見直し」を検討することとなっています。参院選の結果によりますが、今後、大きな制度改革がされる可能性は否定できません。

4 公的介護保険制度の沿革

公的介護保険制度は、社会的入院などによる医療費の膨張を防止することや、急速な高齢化に伴う介護問題を個人や家族だけで抱え込むのではなく、社会全体で支え、利用者の希望を尊重したサービスを安心して受けられる制度を創設することを目的に、平成12年4月1日に医療保険、年金保険、労災保険、雇用保険に次ぐ5番目の社会保険としてスタートしました。その後、平成17年に予防重視の観点で大幅な制度見直しが行われ、平成18年4月、「介護予防サービス」や、要支援・要介護に該当しない人向けの「地域支援事業」が導入されました。また、地域の特性に合った柔軟で多様なサービスが提供できるように「地域密着型サービス」も創設されました。

さらに、平成24年4月施行の改正介護保険法では、「地域包括ケアシステム(地域において医療や介護を含めた多種多様な生活支援サービスが日常生活の場で提供できる体制)」の推進をめざし「24時間対応の定期巡

次ページへつづく

回・随時対応サービス」や、複数の居宅サービス・地域密着型サービスを組み合わせた「複合型サービス」が新設されました。

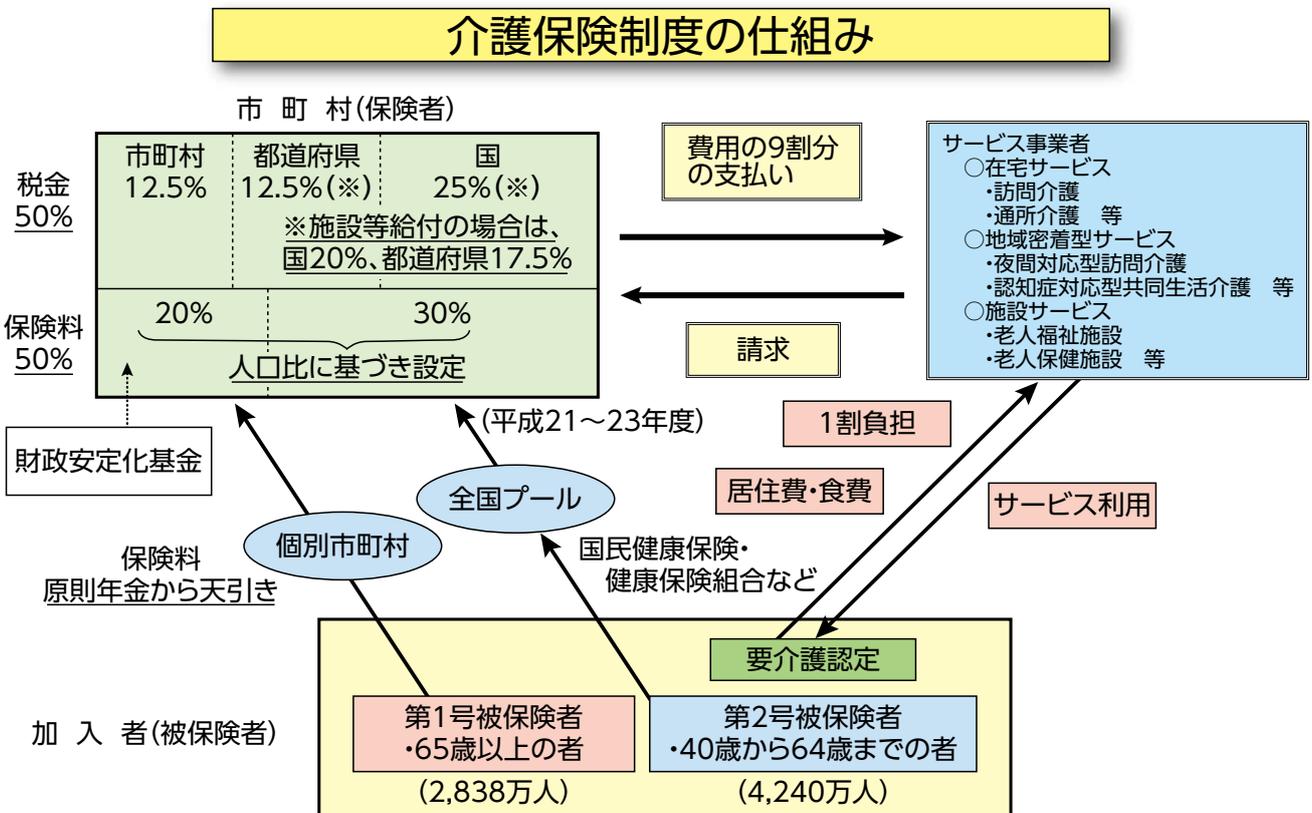
5 公的介護保険制度の仕組み

公的介護保険の保険者は市町村となっています。これを、国、都道府県、各医療保険者が支える構造をとっています。介護給付や予防給付に必要な費用は、全体の50%を被保険者の保険料で賄い、残りの50%について、国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%を負担する仕組みとなっています。介護保険の被保険者は、年齢により、①第1号被保険者(65歳以上の市町村の区域内に住所を有する者)と、②第2号被保険者(40歳以上65歳未満の市町村の区域内に住所を有し、医療保険に加入している者)に区分されます。両者では、介護サービスを

受ける際、第1号被保険者は介護が必要となった原因を問われませんが、第2号被保険者は、「特定疾病(加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病をいいます)」により介護や支援が必要となった場合に限り介護サービスを受けることができます。

介護保険料の支払いは、第1号被保険者の場合には、年金額が18万円以上であれば原則としてその年金から特別徴収(天引き)されます。年金受給額が18万円未満の人や年金受給額がない人、または、介護保険料と医療保険料を合わせた額が年金額の2分の1を超える場合は、納入通知書が送付されてきて個別に納める(普通徴収)こととなります。第2号被保険者の場合には、被保険者の加入する医療保険制度の算定基準に基づき保険料が決まり、医療保険料に上乗せして徴収されることとなります(図表3「介護保険制度の仕組み」参照)。

(図表3)



(注) 第1号被保険者の数は、「介護保険事業状況報告(暫定)(平成21年4月末現在)」による。
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成20年度内の月平均値である。

6 公的介護保険制度の利用と受けられるサービス

介護給付を受けようとする被保険者は、まず、市町村の要介護認定の申請が必要となります。主な流れは(図表4)を参考にしてください。また、介護保険の給付の種類は三つあります。

一つ目が寝たきり等の要介護者に対する「介護給付サービス」です。具体的には、介護老人福祉施設や介護老人保健施設などの施設サービスと、居宅サービスに位置付けられる訪問介護・居宅療養管理指導といった訪問サービス、通所介護など通所サービス、短期入所生活介護などの短期入所サービス、居宅介護支援、グループホームなどの地域密着型サービスなどがあります。

二つ目が虚弱な者等の要支援者に対する「予防給付サービス」です。これには介護予防訪問介護などの訪問サービス、介護予防通所介護などの通所サービス、介護予防短期入所生活介護などの短期入所サービス、介護予防支援、地域密着型介護予防サービスなどがあります。

三つ目が要介護者、要支援者に対する市町村独自で任意の「市町村特別給付」です。市町村特別給付には、配食サービスや移送サービスといったものがあります。

これら介護保険からサービスを受けた場合の利用者負担(自己負担)は、原則、かかった費用の1割となります。居宅サービスについては、要介護の区分に応じて支給限度額が定められているため、限度額を超えてサービスを利用する場合は1割とは別に自己負担で賄うことになります。

なお、ケアプラン作成は自己負担ゼロです。施設サービスには限度額の設定はありません。ただし、食費、居住費、日常生活費は介護保険の自己負担割合1割とは別に利用者負担となります。

また、介護による自己負担額が高額になる場合には、高額介護サービス費・高額居宅支援サービス費により、定められた負担額を超過した金額が還付されます。負担額(月額)の上限は、①一般の場合3万7200円、②世帯主が住民税非課税の場合2万4600円、③生活保護や高齢福祉年金受給者および年金収入等が80万円以下の

人で世帯全員が住民税非課税世帯の場合1万5000円とされています。

(図表4)

介護保険制度を利用する際の主なながれ

申請	介護が必要となったら、まず、要介護認定の申請が必要です。 本人または家族が本人の住んでいる市町村役場の窓口申請します。指定居宅介護支援事業者(ケアプラン作成機関)や介護保険施設による代行申請もできます。	
調査	介護が必要な状態が調査します。	
	認定調査	主治医意見書
	市町村の職員や市町村から委託を受けた調査員が家庭等を訪問し、介護を必要とする方の心身の状況を調査します。 コンピューターによる判定	主治医が病気の状態などをまとめた医学的見地からの意見書です。
審査判定	どのくらいの介護が必要かを審査します。《介護認定審査会》 コンピューターによる判定結果や主治医の意見書などをもとに、保健・医療・福祉の専門家が要介護(5段階)、要支援(1,2)、自立の判定を行います。	
認定	認定を行いその結果を通知します。 申請から原則30日以内に市町村が認定を行います。認定された要介護度の段階に応じて、保険給付の上限が決まります。心身の状況によっては、自立と判定される場合があります。	
サービス計画の作成	利用者の希望や状態に応じたサービス計画を作成します。 介護サービス計画は、本人や家族から依頼された介護支援専門員(ケアマネージャー)が、介護予防サービス計画は、地域包括支援センターが作成します。	
サービス利用	サービス利用に係る費用のうち、9割が保険による給付が受けられ、自己負担は1割となります。なお、この1割負担額が高額になる場合、自己負担の上限を設定します。(高額介護サービス費) 低所得者には高額介護サービス費や食費負担について、低い額を設定することになっています。	

出典：「北海道のホームページ」に記載されているものを筆者加筆修正