

基軸

危機に瀕する
医療・介護 ⑥

全国保険医団体連合会 寺尾正之



入院病床の再編・縮小
などで川上（病院・施設）から押し出された患者は、川下（地域・在宅）で診るようになる。
社会保障制度改革国民会

議の報告書では、在宅での医療・介護や看取りが「QOD（クオリティ・オブ・デス）」死の質を高めると強調している。

政府は、社会保障プログラム法で「地域の実情に応じて、高齢者が自立した生活を営む」体制と

「死の質」決める地域ケア

費用負担耐えられず、漂流も

して、受け皿に「地域包括ケアシステム」をつくることを表明した。「自立した生活」とは、医療や介護などの公的保険を極力使わないことに他ならない。

地域包括ケアは絵に描いたモチに終わる可能性が高い。核となるのが、市町村ごとに設置する「地域ケア会議」だ。「公的サービスののみならず社会的資本

総合法では、要支援者1・2の訪問・通所サービスを介護保険から除外し、市町村の事業への移管を決定。介護費用の総枠が決まっていることから、市町村はサービス単

に、要支援者のサービスは企業やボランティア、NPOも担うことになる。政府の方針に、地方の視線は冷ややかだ。239の議会が「市町村に受け皿はなく、地域格差が生じる」との意見書を国に提出、懸念を示した。

ち、34%を占める要介護1・2を対象外にする。一定所得の要件は所得160万円以上（年金収入280万円以上）で、低所得でも預貯金が単身で1千万円以上あれば施設の居住費・食費を補助しないことも示されている。

地域包括ケアは、「30分以内に医療・介護・保健・福祉・住まいが提供されるネットワーク」だ。構想自体は支持できるものだが、住民本位の

源も活用しながら、在宅生活の限界点を上げる」とし、公的保険を抑制しながら在宅患者の増加に対応するという。

価や人件費の切り下げ、利用者負担増で対応しなければならぬ。厚労省の担当者が「ボランティアにすれば人件費は安くなる」と話しているよう

医療・介護総合法で打ち出された介護の切り捨てはこれだけに留まらない。特別養護老人ホームの入所を要介護3以上に制限し、一定所得者の介護保険利用料を2割に引き上げる。特養の待機者は現在、52万人。そのう

態に拍車をかけることになる。必要なケアを受けられずに重症化する高齢者が増加することは目に見えている。