

2015年介護保険制度改革と 地域包括ケアシステムの構築に向けた検討

古川博文

【要 旨】

わが国は少子高齢化という社会問題を抱えており、世界で最も高齢化が進んだ国と言われている。現在、この問題の解決策のひとつとして、地域包括ケアシステムの構築が進められている。地域包括ケアシステムとは、重度の要介護者であっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、一体的に支援・サービスを提供する体制である。

本稿では、このシステムが構築されなければならなかったわが国の高齢者を取りまく現状と課題の認識、とりわけ高齢者問題を通じて高齢者の実像を明らかにするとともに、システム導入の背景とその実施に至る「法整備の流れ」から地域包括ケアシステムの実際について概観した。さらに、地域包括ケアシステムと2015年の介護保険制度改革の関係性を給付抑制の観点から検討した。

その結果、地域包括ケアシステムの構築は必ずしも給付抑制を目的としているシステムではないとの結論に至った。

【キーワード】

高齢者を取りまく現状、団塊の世代、地域包括ケアシステム、2015年介護保険制度改革の改正、給付の抑制

はじめに

地域包括ケアという用語は、2006年の介護保険制度改革（以下、「該当年度をつけ制度改革」とする）の際に用いられた語¹⁾であり、専門的にはそれ以前にも使われてきた用語²⁾でもある。また、介護保険制度で「地域包括ケアシステム」という用語が使われはじめたのは、2012年の制度改革以降である³⁾。

厚生労働省は両者の概念の違いを、地域包括ケアは「ひとりひとりの高齢者を自助・互助・共助・公助の組合せにより、地域で包括的に支えること」とし、地域包括ケアシステムは「この

1) 2005年の介護保険法改正において地域包括ケアの概念が初めて明示される。（介護保険法第5条第3項）

2) 地域包括ケアという概念をはじめて提唱したのは国保病院の山口 昇医師。

高橋紘士（2013）「1章 地域包括ケアシステムへの道」高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社、p.3.

ようなケアの提供を可能とする地域のしくみや体制」と説明している⁴⁾。このような概念で用いられてきた地域包括ケアシステムが、2015年の制度改正に伴い、団塊の世代が75歳以上となる2025年を完成目標に、いま各市町村で構築へ向けた取り組みが進められている。完成までの期間の長さは、地域包括ケアシステムの完成に「時間がかかる」と「構築の難しさ」を示している。

このように完成に時間と難度の高さを要す地域包括ケアシステムの構築が、なぜ介護保険制度の改正で求められているのだろうか。

そこで本稿では、地域包括ケアシステムに関しての理解を深め、今後の高齢者施策の方向性を明らかにするために、まず高齢者を取りまく現状と課題を整理し、次に地域包括ケアシステムの実際をシステム導入背景と法整備の経緯からその役割を推定し、そして最後に地域包括ケアシステムの構築が給付抑制を意図したものであるかどうかを、2015年の制度改正における介護予防・日常生活支援総合事業の見直しを中心に検討した。

1. 高齢者を取りまく現状と課題の認識

1-1. 急速な高齢化

わが国は現在、世界のどの国も経験したことのない超高齢社会を迎えている。高齢者人口(表1)は介護保険制度創設時と比較すると、約2,204万人(2000年)から約3,300万人(2014年)に増加し、高齢化率は17.4%から26.0%へ上昇した⁵⁾。高齢者人口の増加は2041年に約3,877万人でピークを迎え、その後は減少するが、75歳以上の高齢者人口についてはその後も増え続ける。直近の統計では、75歳以上の高齢者人口は2014年で約1,592万人、その人口割合は12.5%である。団塊の世代(約800万人)が75歳以上となる2025年には、約2,179万人(国民の18.1%)に増え、2060年に2,336万人(国民の26.9%)となり、4人に1人が75歳以上の高齢者となることが推計されている⁶⁾。

なお、高齢化の要因は大きく分けて、「平均寿命の延伸による65歳以上人口の増加」と「少子化の進行による若年人口の減少」の二つと考えられている⁷⁾。75歳の高齢者の平均余命(2014年)は、男性で11.94年、女性で15.60年⁸⁾。平均寿命(2013年)は、男性で80.21年、女性で86.61年。健康寿命(2013年)は、男性で71.19年、女性で74.21年。平均寿命から健康寿命を引いた「健康ではない期間」は、男性で9.02年、女性で12.40年となる。また、要介護認定率は年齢とともに上昇する。要介護状態となる可能性は75歳を境にして高くなる⁹⁾。

3) 地域包括ケアシステムという用語は、2006年の介護保険制度改正の第3期介護保険事業計画において使われているが、条文化されたのは2012年の介護保険制度改正の時である。この改正の条文に、「自治体が地域包括ケアシステム推進の義務を担う」と明記された。

4) 第99回市町村職員を対象とするセミナー(2013.11.8)における厚生労働省老健局振興課地域包括ケア推進官岡島さおりの「地域包括ケアシステム」についての行政説明。

5) 総務省(2015)「人口推計(平成26年10月1日現在)」p.5.

6) 国立社会保障・人口問題研究所(2012)「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」

7) 内閣府(2014)「平成26年版高齢社会白書」p.7.

8) 厚生労働省(2015)「平成26年簡易生命表の概況」p.2.

9) 要介護認定率は65～69歳で3%、70～74歳で6%、75～79歳で14%、80～84歳で29%、85～89歳で50%、90～94歳で71%、95歳以上で84%、と年齢とともに上昇する。

厚生労働省(2014)全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議「介護保険制度の改正案について」p.19.

表1. 総人口, 年齢2区分 (65～74歳, 75歳以上) 別人口及び人口割合

単位: 万

年次	総人口	高齢者 (65歳以上)	65～74歳	75歳以上
2000年	12,693万人	2,204万人 (17.4%)	* 1,303万人 (10.3%)	901万人 (7.1%)
2014年	12,708万人	3,300万人 (26.0%)	* 1,708万人 (13.5%)	1,592万人 (12.5%)
2015年	12,660万人	* 3,395万人 (26.8%)	1,749万人 (13.8%)	1,646万人 (13.0%)
2025年	12,066万人	* 3,658万人 (30.3%)	1,479万人 (12.3%)	2,179万人 (18.1%)
2041年	10,628万人	* 3,877万人 (36.5%)	1,676万人 (15.8%)	2,201万人 (20.7%)
2060年	8,674万人	* 3,464万人 (39.9%)	1,128万人 (13.0%)	2,336万人 (26.9%)

出典: 次の統計より筆者作成、*印は筆者計算

2014年までの実績は、総務省 (2015)「人口推計 (平成26年10月1日現在)」より

2015年以降の推計は、国立社会保障・人口問題研究所 (2012)「日本の将来推計人口 (平成24年1月推計)」より

従って、今後、長い晩年に医療と介護を必要とする人が一層増加することが予想される。特に75歳以上の高齢者の対策が重要課題となる。

1-2. 介護保険の認定とサービス利用

高齢者の増加と平均寿命の延伸に伴い、要支援・要介護認定者数やサービス利用者数が、介護保険制度創設時に比べ倍増した。認定を受けている高齢者の数は、創設当初の約256万人 (2000年度) から約584万人 (2013年度) となり、2倍以上に増加した。同様に、認定を受け実際にサービスを利用している高齢者の数は、約184万人 (2000年度) から約482万人 (2013年度) となり、創設時に比べ約2.6倍に増加している¹⁰⁾。

介護保険の認定を要支援・要介護状態区分ごとにみると、各区分とも認定者数は年次ごとに増加している。要支援・要介護状態区分ごとの認定構成比 (2013年度) は、要支援1で14.0%、要支援2で13.7%、要介護1で19.0%、要介護2で17.6%、要介護3で13.1%、要介護4で12.1%、要介護5で10.4%となる¹¹⁾。軽度区分 (要支援1～要介護2) の認定割合が64.3%、重度区分 (要介護3～5) の認定割合が35.6%と軽度区分の認定割合が高い。

2015年9月のサービス利用状況 (表2) を要支援・要介護状態区分ごとにみると、サービス利用率は、要支援1で58.3%、要支援2で72.3%、要介護1で84.9%、要介護2で94.7%、要介護3で99.2%、要介護4で95.7%、要介護5で90.7%となり、要支援1から要介護度が高くなるにつれて利用が上がり、要介護3を境にして利用が下がっている。サービスの未利用率からをみると、要支援1の未利用率は高く、要支援、要介護と要介護度が高くなるほど低くなり、要介護3を境にして再び高くなっていることが特徴としてあげられる。同様に各種介護サービス (表2) の利用状況については、居宅サービスが74.7%、地域密着型サービスが7.8%、施設サービスが17.5%と、居宅サービスの割合が高い¹²⁾。

介護保険の認定や利用する者は年次ごとに増えている。しかし、認定を受けることが必ずしも利用に繋がらない。認定を受けてもサービスを利用しないのは軽度か重度認定者に多い。そして、居宅サービスを希望する者が多いことが調査から窺えた。介護保険の利用は介護保険制度改正の際の評価となり、そのサービス体系にも影響を及ぼす可能性が高い。その点を踏まえて、未利用率の

10) 厚生労働省 (2015)「平成25年度 介護保険事業状況報告 (年報) のポイント」pp.1-2.

11) 前同「平成25年度 介護保険事業状況報告 (年報) のポイント」p.1.

12) 厚生労働省 (2015)「介護保険事業状況報告 (暫定) 平成27年9月分」

表2. 介護保険サービスの利用状況

単位：人

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
要介護・要支援 認定者数	885,273	850,175	1,200,234	1,074,114	804,169	740,782	609,746	6,164,493
居宅サービス 受給者数	511,828	607,887	890,859	818,130	496,519	346,301	229,969	3,901,493 (74.7%)
地域密着型サービス 受給者数	4,455	6,420	75,912	93,479	99,529	75,360	54,752	409,907 (7.8%)
施設サービス 受給者数	4	5	51,705	105,231	201,648	286,945	268,427	913,965 (17.5%)
要介護別合計	516,287	614,312	1,018,476	1,016,840	797,696	708,606	553,148	5,225,365
サービス利用率	58.3%	72.3%	84.9%	94.7%	99.2%	95.7%	90.7%	84.8%
サービス未利用率	41.7%	27.7%	15.1%	5.3%	0.8%	4.3%	9.3%	15.2%

出典：厚生労働省（2015）「介護保険事業状況報告（暫定）平成27年9月分」より筆者作成

*合計欄の（ ）内は各種介護サービスの利用状況の割合

高さから給付を検討する必要もある。しかし、未利用率が高いからといって、給付の必要性までが押し量られるものではない。なお、要介護3を境にして要介護区分が高くなるほど未使用率が高くなっていくことについては、病院・施設への入所（介護保険から外れる）が理由と考えられる。

1-3. 認知症高齢者の増加と社会問題

2025年の認知症高齢者数は700万人を超え、高齢者のおよそ5人に1人が認知症となると見込まれている¹³⁾。2012年時点で約462万人と公表されていたことを踏まえれば、着実に増加していることが窺える。これに認知症の前段階である軽度認知障害（MCI）の高齢者が加わると、3人に1人が認知症患者とその予備軍になると推計されている。

また、認知症が原因で、生活上での混乱や周囲とのトラブル等からいくつかの社会問題が生じている。徘徊等による行方不明者、ゴミ屋敷、孤立死、虐待、消費者被害等があげられる。特に認知症行方不明者の問題は、「NHKスペシャル“認知症800万人”時代」¹⁴⁾で大きくクローズアップされ、各報道機関も一斉に取り上げた。2014年に警察が認知症が原因で、家族等からの届出を受理した行方不明者は10,783人で、前年より461人（4.5%増）多く、2年連続で1万人を超えている¹⁵⁾。今後、高齢化の進展や高齢者人口の増加とともに、このような認知症高齢者が増えていくことは必須である。

2015年に厚生労働省は、関係府省庁と共同して「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を策定した。その基本方針は、「認知症の人の意思が尊重され、住み慣れた環境で自分らしく暮らし続けられる社会の実現をめざす」ことである。認知症高齢者とその家族とともに住み慣れた地域で暮らしていけるような、地域ぐるみの取り組みやそのシステムづくりが求められる。

1-4. 高齢者の孤立化

近年、高齢化社会の深刻な問題のひとつに「ひとり暮らし高齢者」の問題がある。以前は

13) 厚生労働省（2015）「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」

14) 日本放送協会『NHKスペシャル』「認知症800万人時代行方不明者1万人 ～知られざる徘徊の実態～」2014.5.11

15) 警察庁生活安全局生活安全企画課（2015）「平成26年中における行方不明者の状況」p.3.

「独居老人」とも呼ばれていた高齢者のことである。急速に進む少子高齢化社会の中、このひとり暮らし高齢者の割合が急激に増えてきている。2014年現在で、高齢者のいる世帯の構造は「夫婦のみの世帯」が約724万世帯（高齢者のいる世帯の30.7%）で最も多く、次いで「単独世帯（ひとり暮らし高齢者）」が約596万世帯（同25.3%）、となっている¹⁶⁾。年次別にみても、このような高齢者世帯は増加傾向にあり、今後も増加していくことが見込まれる¹⁷⁾。

高齢者が社会的に孤立してしまうことによる問題点はいくつかあげることができるが、最大の問題はひとり暮らしを当の本人が望んでいない場合が多い点である。つまり、多くのひとり暮らしの高齢者は、仕方なくひとり暮らしに追い込まれていることになる。このような高齢者の社会的孤立は、①生きがいの低下、②消費者被害、③犯罪、④孤立死等と、社会問題を引き起こす要因としても認識されている¹⁸⁾。

また、高齢者のひとり暮らしについては、体力の低下で日常生活に支障をきたしたり、介護が必要になったときに支援してくれる同居者がいないこと等が心配される。ひとり暮らし高齢者に関する意識調査¹⁹⁾の結果、「日常生活の不安」については、健康や病気のこと（58.9%）が最も多い。次いで、寝たきりや身体が不自由になり、介護が必要となる状態になること（42.6%）、自然災害（29.1%）、生活のための収入のこと（18.2%）、頼れる人がなくなること（13.6%）、の順となっており、「介護」、「自然災害」、「貧困」に関連した不安をあげている。

ひとり暮らしの高齢者にあっては、このような事項に対する不安の軽減はもとより、望んでいないひとり暮らしを地域でどう支えていくのか、それが重要なポイントとなる。

1-5. 高齢者と住環境

住と暮らしは一体的に捉える必要がある。住まいとは、その意味で「居住の場」であり、「生活の場」でもある。高齢者が「どこで生活したいのか」、「もし介護を受けるとしたら、どこで介護を受けたいのか」、このような高齢者の意向をくみ取ることは、今後の高齢者の住環境を整備するうえで重要な視点となる。

高齢者が住みたい場所

60歳以上の高齢者の7割強（76.3%）は現在の住居に満足している。いま住んでいる住宅についての不満理由（複数回答）については、「住宅が古くなったり、いたんだりしている」が63.8%と最も高く、次いで「住宅の構造や設備が使いにくい」が32.2%、「家賃、税金住宅維持費等の経済的負担が重い」が24.8%等の順となる²⁰⁾。

介護を受けたい場所

高齢者が介護を受けたい場所は「現在の住まい」が37.3%で最も多く、「特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設」が26.3%、「介護付きの有料老人ホームや高齢者住宅」が

16) 厚生労働省（2015）「平成26年国民生活基礎調査の概況」p.4.

17) 国立社会保障・人口問題研究所（2013）「日本の世帯数の将来推計（全国推計）2010（平成22）年～2035（平成47）年2013（平成25）年1月推計」p.14.

18) 内閣府（2011）「平成23年版高齢社会白書」pp.67-68.

19) 内閣府（2015）「平成27年版高齢社会白書」p.57.

20) 内閣府（2015）「平成26年度 高齢者の日常生活に関する意識調査結果（全体版）」

21) 内閣府（2010）「平成22年度世論調査,介護保険制度に関する世論調査」

18.9%、「病院」が12.9%等の順となる²¹⁾。

いずれの調査報告からも高齢者は現在の住まいで居住し、生活したい意向がくみ取れる。また、ひとりで生活することが困難になった高齢者を受け入れているのは特別養護老人ホームなどの介護老人福祉施設であるが、入居希望者が年々増えているためなかなか空きがない状況²²⁾である。

このような高齢者の意向と状況のなか、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」が改正（2011年4月28日）され、「サービス付き高齢者向け住宅」の登録制度が創設された。サービス付き高齢者向け住宅（以下、「サ高住」とする）とは、介護サービスや医療機関との提携によって高齢者の生活を支えるバリアフリー住宅である。また、サ高住は施設（特別養護老人ホーム等）の代替機能を果たしているともいわれている。しかし、サ高住が施設の代替機能を担っているのであれば、一般の賃貸住宅と同様に市場で供給することの是非やサービスの質の確保など解決すべき課題も多い²³⁾。

2. 地域包括ケアシステムの実際

地域包括ケアシステムの考え方²⁴⁾がはじめて示されたのは、2006年の制度改正である。さらに、2012年の制度改正で、国及び地方公共団体の責務として包括的に推進することが位置づけられた。2013年に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（以下「社会保障改革プログラム法」とする）では「地域包括ケアシステム」の文言が明文化され、構築に向けての積極的な取り組みが求められた。その後、地域包括ケアシステムは、2014年に成立した「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」（以下「医療介護総合確保推進法」とする）の公布とともに、2015年の介護保険制度改正のなかで取り組みが始められることになる。

このような展開でつくられてきた地域包括ケアシステムが、どのような経緯で生まれたのかを「導入の背景」とその実施に至る「法整備の流れ」から概観していく。

2-1. 地域包括ケアシステムの導入背景

市町村や私的法人レベルで行っている地域は少数であるが、地域包括ケアシステムの実践は、わが国でもすでに存在していた²⁵⁾。当時、この取り組みは「包括医療」や「地域リハビリテーション」として行われていた。

このような状況のなかで、わが国の地域包括ケアシステムの取り組みの原点とされるのが、広島県御調町（現、尾道市）にある国保病院（現、公立みつぎ総合病院）の実践（1974年）である。地域包括ケアという概念をはじめて提唱したのは、この国保病院の山口 昇医師であった。

山口は退院後に寝たきりになってしまう脳卒中等の後遺症患者の長期的なかわりを通して、

22) 特養待機老人数は2013年で52.4万人に達する。

23) 井上由起希子（2015）「4 高齢者の住まい 改めて問う、私たちはサ高住に何を求めているのか」『地域包括ケアをリードする医療と介護Next』MC メディカ出版，pp.30-35。

24) 2006 年の介護保険制度改正で、地域包括ケア体制の整備として地域包括ケアの考え方が示された。

25) 1996年9月の段階で、大貫 稔らは成果を挙げている地域として20か所選定している。

大貫 稔・李 昌喜（1998）『包括的地域ケア・システムとは何か』一橋出版，p.29。

治療のみならず、生活支援としてのケアが医療と同等に必要であると考え、地域の保健・医療・福祉の協働という実践から「地域包括ケア」（1988年頃から「地域包括ケアシステム」という用語を使用）を提唱した。山口の実践は、まさに今日の地域包括ケアシステム構築の先駆けとなるものであった²⁶⁾。

一部の市町村や私的法人で実践されるなか、2003年に厚生労働省老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会が報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～²⁷⁾」を公表し、改めて地域包括ケアシステムの確立の必要性が確認された。そして2006年の制度改革により、地域包括ケアシステムは構築に向けて、その第一歩を踏み出すことになる。

以後、介護保険制度の改正に伴い、地域包括ケアシステムの推進および構築の取り組みが具体的に示されていく。2012年の制度改革で、国および地方公共団体の責務として、地域包括ケアシステムの実現に係る理念規定（介護保険法 第5条第3項）が介護保険法に明記され²⁸⁾、目標として達成すべき政策概念として用いられるようになった。

2013年8月の社会保障制度改革国民会議において、地域包括ケアシステムの考え方が社会保障のサービス体系を再構築するための理念とされ、2015年の介護保険制度の改正のなかで市町村が進める取り組みとして推進されていく。

2-2. 地域包括ケアシステム実施に至る法的整備の経緯

地域包括ケアシステムを法的に定義しているのは「医療介護総合確保推進法」である。医療介護総合確保推進法はその正式名称に示されているように「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」を目的とする法律である。

具体的には、社会保障制度を将来も維持していくために、医療法や介護保険法などの関係法律を整備し、医療・介護提供体制の構築や医療・介護を対象とした新たな税制支援制度の確立、地域包括ケアシステムの構築等を行い、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進していくこととなる。その取り組みは次のとおりである。

(1) 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

「病床の機能分化・連携」、「在宅医療の推進・介護サービスの拡充」、「医療従事者などの確保・育成」といった医療・介護の事業計画を各都道府県が作成するとともに、これらの事業を実施するため、消費税増税分を財源とした基金を各都道府県に設置する。

(2) 地域における効率のかつ効果的な医療提供体制の確保（医療関係）

医療機関が医療機能の現状と今後の方向性を都道府県に報告する病床機能報告制度の運用を2014年度から開始する。都道府県はこれらの報告などを活用し、地域の医療提供体制のめざすべき姿を示す地域医療構想（ビジョン）を策定する。

(3) 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関連）

高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる

26) 小林甲一・市川 勝（2015）「地域包括ケアシステムの理念と仕組み -公立みつぎ総合病院を訪ねて-」『名古屋学院大学論集』社会科学篇，第52巻，第2号，pp.89-107

27) 報告書は団塊の世代が65歳以上になる2015年までに実現すべき高齢者介護の姿を描いたものである。

28) 2012年の介護保険制度の改正では、国および地方公共団体の責務として、地域包括ケアシステムの推進を図る趣旨が条文化され、介護、医療、住まい、介護予防、生活支援サービスなどを総合的に提供する「地域包括ケア」という考え方を提示した。

よう、在宅医療、介護連携などの地域支援事業（介護保険財源で市町村が取り組む事業）の充実を図り、地域の包括的な支援・サービス提供体制を構築する。全国一律の予防給付を地域支援事業に移行し、多様化を図る。

費用負担については、特別養護老人ホームは在宅での生活が困難な中重度の要介護者に特化したり、一定以上の所得のある方の自己負担割合を現行の1割から2割へ引き上げるなどの費用負担の見直しを行う。

2015年の制度改正は医療介護総合確保推進法に基づき行われた。改正のポイントは、「地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化」である。とすれば、医療介護総合確保推進法の成立なくして地域包括ケアシステムの構築はないといっても過言ではない。その医療介護総合確保推進法の成立までの経緯は次のとおりである。

2013年12月に、今後の改革の進め方を規定した社会保障改革プログラム法が成立した。プログラム法とは特定の政策を実現するための手順や日程などを規定した法律であり、社会保障改革プログラム法は医療制度及び介護保険制度の見直しのために必要な法律案の提出を目指すものである。この規定に基づいて提出された法律が医療介護総合確保推進法である。

医療介護総合確保推進法は医療と介護を一体的に改革しようとするところに特徴があり、その改革の中心は医療と介護のサービス提供体制の改革におかれている。国はその改革を「川上から川下へ」と表現し、川上の政策を医療制度改革、川下の政策を介護保険制度改革として、この二つの改革を常時一体にやっていると説明している²⁹⁾。川上の政策として、病床機能報告制度による病床削減などを行い、増大した退院患者の受け皿として想定されているのが川下の政策としての地域包括ケアシステムである³⁰⁾。病床機能報告制度や地域包括ケアシステムの構築は医療介護総合確保推進法に盛り込まれた法律である³¹⁾。ここに医療介護総合確保推進法のなかで求められている地域包括ケアシステムの役割が窺える。

3. 地域包括ケアシステムの構築と2015年の制度改正

厚生労働省は、地域包括ケアシステムのイメージを「2025年の地域包括ケアシステムの姿」（図1）を通して、「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます」と説明している。図1は2025年の高齢者と各サービスとの関係を示したものである。中央の要介護高齢者の生活基盤として「住まい」が提示され、その生活基盤の周辺に「医療」、「介護」、「生活支援・介護予防」のサービスがあり、これらのサービスのコーディネーターとしてケアマネジャーが配置されている。

29) 厚生労働省は、「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」（2014.2.25）にて説明する。

30) 伊藤周平（2014）「医療・介護総合確保法案のねらいと課題（上）」『賃金と社会保障』No.1611，6月上旬号，旬報社，p.10.

31) 医療介護総合確保推進法は2014年6月に公布とともに施行された。医療介護総合確保推進法は、社会保障・税一体改革の道筋を示した社会保障改革プログラム法に基づき、医療法や介護保険法など19本の改正案をまとめ、一括に成立させた。この一括改正に基づき、介護保険制度の改正は、2015年4月より順次施行されている。

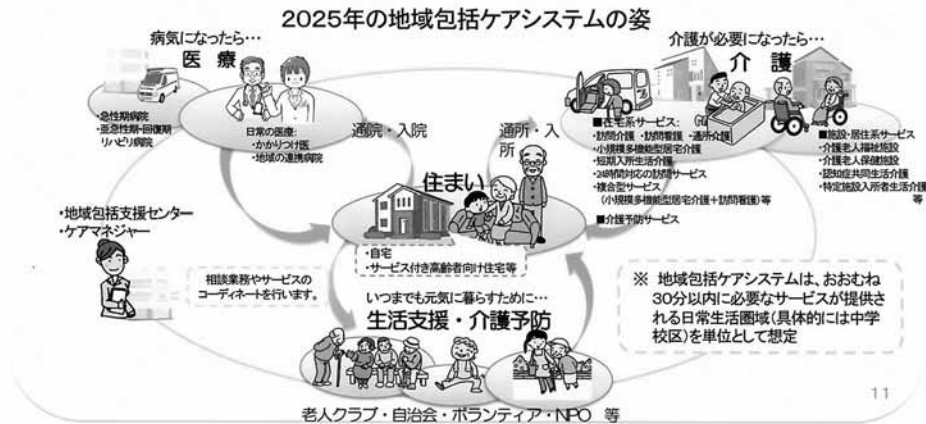


図1. 2025年の地域包括ケアシステムの姿

出典：厚生労働省『介護保険制度の見直しに関する意見』平成25年12月20日介護保険部会概要資料より

地域包括ケアシステムを構築するうえで、これらのサービスの整備状況を理解することが必要である。国は、医療と介護については市町村によって差はあるものの、医療制度、介護制度の改正により一定の成果はあげてきたと捉えている。しかし、生活支援・介護予防については、成果は十分ではないとして捉え、改めてそのサービス提供のあり方（地域の包括的な支援、サービスの提供体制）を問うているのが、今回の地域包括ケアシステムに関する2015年の制度改正である。

地域包括ケアシステムのサービス基盤のひとつである生活支援・介護予防のサービスは、「介護予防・日常生活支援総合事業」に基づき実施されていることが多い。この2015年で見直された介護予防・日常生活支援総合事業を検討することによって、地域包括ケアシステムで提供されるサービスの質について評価する。

3-1. 介護予防・日常生活支援総合事業とは

介護予防・日常生活支援総合事業は、市町村が中心となって、地域の特性に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とする事業である。

介護予防・日常生活支援総合事業には、2012年の制度改正の際に創設された事業（以下「旧総合事業」とする）と2015年の制度改正の際に見直された事業（新総合事業）がある。

旧総合事業が創設された背景は、要支援者に対する介護予防事業や配食・見守り等サービスも含めた生活を支えるための総合的なサービスが提供できていないこと、二次予防事業対象者に対して提供できるサービスが少なく予防に向けた取り組みが進みにくいことがあげられている。旧総合事業が見直された理由として、市町村の必須事業でないこと、実施した市町村（27市町村）が少なかったことが考えられる。

新総合事業は、旧総合事業を発展的に見直した市町村必須の事業である。その内容は「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」³²⁾（以下「ガイドライン」とする）によって、

32) 厚生労働省老健局長（平成27年6月5日）「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」老発0605第5号

市町村が最低守るべき基準として通達された。ガイドラインに法的拘束力・強制力はないが、市町村はその内容を無視できない。国も遵守することを求めている。

このガイドラインで、新総合事業の法的性格（市町村裁量の強化）から窺える事項を三つあげることができる。第一に、新総合事業は市町村が行う事業で介護保険から外れているが、介護保険と同様に限度額管理を適用していることである。サービス単価は市町村で決めることができるが、国が定める額（予防給付額）を上まわることにはできない。その内容に“縛り”が含まれていることは否めない。第二に、ガイドラインは新総合事業の実施にあたって、効果的・効率的な事業の運営を求めている。その取り組みとして、住民主体の多様なサービスの充実を図ることで、その目標値（費用の効率化）を達成することを促している。住民主体の多様なサービスとは、主にボランティアや元気な高齢者等が行うサービスである。ボランティアや高齢者等を活用することで、お金のかからないサービス展開を求めていると推察できる。第三に、新総合事業では、旧総合事業の「二次予防事業対象者把握事業」のような対象者の把握のための基本チェックリストの配布は行わない。市町村や地域包括支援センターに相談に来た対象者に対して基本チェックリストを使用し、本人の状況を確認するためのツールとして用いている。ここから基本チェックリストは、積極的に活用しない、しないことでサービスの利用に繋がらないようにも受け取ることもできる。

このような法的性格を内包する新総合事業に予防給付の訪問介護と通所介護が生活支援として2017年度末までに新総合事業に移行することになった。

3-2. 訪問介護や通所介護（予防給付）の新総合事業（地域支援事業）への移行

従来、介護保険給付のなかの予防給付でサービスが提供されていた訪問介護や通所介護が、市町村が行う新総合事業で実施されることになった。この移行については「要支援外し」、「保険外し」ともいわれ、悪評されている。このような悪評を伴う訪問介護や通所介護の総合事業への移行と同サービスが給付から外れることにより、どのような影響をもたらすことになるのであろうか。

まず、その影響のひとつとして、給付と地域支援事業の性格の違いが考えられる。給付は介護保険の枠内で行われ制限はないが、地域支援事業は介護保険の給付費見込額の3%以内という上限（財源的制約）のなかで行われる事業である。そのため、場合によっては給付制限を受けかねない。サービスを受けたくても受けられないことになる。また、市町村によってサービスの量や質に差が出てくることも十分に考えられる。国は「地域の特性に応じて」と地域包括ケアシステムの構築を市町村に委ねているが、サービスの量や質の地域格差についてどう捉えているのだろうか。この点については、住民の不満や苦情が延いては住民活動の成長を促し、サービスの向上につながることも考えられる。確かに、住民が行政に不満を述べることで、積極的な住民活動（ソーシャルアクション等）や意識の変化（受け身から攻め）も期待される。また、行政もそのような住民活動に対して、何らかのアクション（サービスの上乗せ等）を起こす可能性も否定できなくはない。

おわりに

2025年は団塊の世代が75歳になる年であり、この団塊の世代の生活の有り様が問われている年である。要介護状態となる可能性は75歳を境にして高くなる。このことを踏まえると、75歳以上の高齢者の対策が重要課題となる。筆者は、高齢者を取り巻く現状と課題の認識を深めるために、昨今の高齢者問題を取りあげた。いずれの問題も自宅暮らしでいけるような地域ぐるみ

の取り組みやそのシステムづくりが求められていた。地域包括ケアシステムは、重度の要介護者であっても自宅で生活できるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供するシステムである。この点において、地域包括ケアシステムは介護の有無を問わず、何らかの支援を要する高齢者に対して必要なサービスを提供できるシステムであり、今後において支援対象の拡充の余地のあるシステムといえよう。

また、地域包括ケアシステムは、新たに導入されたシステムではない。一部の市町村や私的法人で、すでに実践されていたシステムであった。そのシステムの構築が期限つきで行われようとしている。その取り組みの開始にあたっての法的整備も、医療介護総合確保推進法によって比較的短い期間で一括で成立している。そこに社会保障制度改革の緊急性の高さが窺えるとともに、地域包括ケアシステムは医療と介護を一体的に改革する医療介護総合確保推進法のなかで、医療制度改革により生じた退院患者の受け皿としての役割が期待されている。医療制度改革が医療の給付抑制を目的とするのであれば、地域包括ケアシステムとは医療の給付抑制のために生じた退院患者を地域で生活できるようにしようとするシステムとなる。

筆者はこのような地域包括ケアシステムの構築を医療の給付抑制だけではなく、介護の給付抑制も担っているシステムでないかと懸念し、システムの構築を2015年の制度改革の実践を通して検討することを試みた。具体的には、2015年の制度改革における主な変更点のひとつである旧総合事業の見直しから、地域包括ケアシステムで提供されるサービスの質について評価した。

その結果、①新総合事業費（地域支援事業）の上限設定に伴うサービスの利用制限の可能性、②ボランティアなどの活用による非専門職によるサービスの提供と軽度者（要支援者）に対する給付制限（お金のかからないサービス展開）、③基本チェックリストは積極的に活用しない、しないことでサービス利用に繋げないなど、給付抑制的要素が強い見直しであることが推察できた。また、予防給付の訪問介護や通所介護が新総合事業に移行したことにより、同サービスは市町村の裁量による生活支援として提供されることになった。このようにサービスの利用制限と給付抑制が地域包括ケアシステムの構築目的であるとすれば、地域包括ケアシステムとは給付の増大を抑制し、介護保険制度の持続可能性を模索しているシステムとなる。

さらに、システムの可能性（サービス提供主体）の模索はここだけで終わってはいない。ボランティアや元気な高齢者等でサービスの提供を行うことによって次のようなことが懸念される。ボランティアや元気な高齢者等で満足度の高いサービスを提供することができるのか。行えるサービスが専門的知識や技術を要しないものと限定されていても、その判断は誰がするか。また、ボランティアや元気な高齢者等を集めるといっても容易でない。実際にボランティアや元気な高齢者等の招集は市町村が行うこととなるが、招集人数についても市町村の特性により差がでることは否めない。地域の互助機能の低下は介護保険制度の導入の際のひとつの要因である。今後において、ボランティアや元気な高齢者等による互助機能が強まることについては疑念を抱かざるを得ない³³⁾。このような課題を内包するシステムを市町村は2025年までに構築していくこととなる。以上のことから、地域包括ケアシステムとは重度要介護者の医療から介護へのシフトであり、シフトに伴う給付の抑制を狙っている（探っている）システムであるといえよう。

確かに、コストの高い医療から介護に移行し、サービス提供をボランティアや高齢者が担い、給付から外れることで、医療や介護の給付抑制を目指しているとの主張も頷けないこともない。

33) 星 貴子 (2015) 「地域包括ケアにおける住民組織の役割と求められる対応」『JRIレビュー 2015』 Vol. 6, No.25, p.140.

とすれば、地域包括ケアシステムとは、コストのかかる病院や施設から、重度の要介護者を自宅に戻しまたは生活できるように住まいを提供し、コストのかからない生活支援などのサービスを提供することで、医療や介護の給付抑制を図るシステムとなる。この点について、重度の要介護者については在宅ケアの費用の方が施設ケアに比べて高いことから、地域包括ケアシステムによって医療や介護費用が低下することはないとの主張もある³⁴⁾。このことから地域包括ケアシステムは、決して医療や介護の給付抑制を担うシステムであるとはいえないことになる。繰り返すこととなるが、地域包括ケアシステムは重度の要介護者であっても自宅で生活できるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供するシステムである。介護を要する者が自宅で生活することを前提とした場合、むしろ前述で疑念した地域の互助機能の強化、さらに地域力の活性化・再生化を図ることを目的としたシステムといえるのではないだろうか。

最後に地域包括ケアシステムの構築が今後の高齢者施策に与える影響について言及する。当初、介護保険制度は「介護の社会化」と「利用者本位」を理念に、介護を社会全体で支えるシステムとして創設された。しかし、家族介護が依然として存在し、継続していることは自明である。この点において、地域包括ケアシステムは「家族の存在」を必ずしも想定していない、家族機能の一部を代替するシステムとして構想されたものである³⁵⁾。

このような構想のもとで地域包括ケアシステムが適切に機能すれば、家族介護からの解放、高齢者問題の解決に繋がる可能性も高く、今後の高齢者施策の方向性を示すものとなり得よう。

参考文献

- ・伊藤周平 (2014) 「医療・介護総合確保法案のねらいと課題 (上)」『賃金と社会保障』No.1611 6月上旬号, 旬報社.
- ・井上由起希子 (2015) 「4 高齢者の住まい 改めて問う、私たちはサ高住に何を求めているのか」『地域包括ケアをリードする医療と介護Next』MC メディカ出版.
- ・大貫 稔・李 昌喜 (1998) 『包括的地域ケア・システムとは何か』一橋出版.
- ・太田卓司・森本佳樹編 (2012) 『地域ケアシステム・シリーズ① 地域包括ケアシステム - その考え方と課題-』光生館.
- ・日下部雅喜 (2014) 『「改正」介護保険 要介護外し新総合事業に立ち向かう』日本機関紙出版センター.
- ・小林甲一・市川 勝 (2015) 「地域包括ケアシステムの理念と仕組み - 公立みつぎ総合病院を訪ねて-」『名古屋学院大学論集』社会科学篇, 第52 卷, 第2 号.
- ・高橋紘士 (2013) 「1 章 地域包括ケアシステムへの道」高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社.
- ・筒井孝子 (2014) 『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略 - integrated care 理論とその応用-』中央法規.
- ・二木 立 (2015) 『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房.
- ・星 貴子 (2015) 「地域包括ケアにおける住民組織の役割と求められる対応」『JRI レビュー 2015』Vol.6, No.25.

34) 二木 立 (2015) 『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房, p.184.

35) 筒井孝子 (2014) 『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略 - integrated care 理論とその応用-』中央法規, p.32.

参考ホームページ

- ・ 岡島さおり (2013.11.8) 第99回市町村職員を対象とするセミナー「地域包括ケアシステムの構築に向けた最近の動向と具体例について」
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoseminar/dl/02_99-04.pdf (2015.11.10 アクセス)
- ・ 警察庁生活安全局生活安全企画課 (2015)「平成26年中における行方不明者の状況」
<http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/fumei/H26yukuehumeisha.pdf>
(2015.11.10 アクセス)
- ・ 国立社会保障・人口問題研究所 (2012)「日本の将来推計人口 (平成24年1月推計)」
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/sh2401top.html> (2015.11.10 アクセス)
- ・ 国立社会保障・人口問題研究所 (2013)「日本の世帯数の将来推計 (全国推計) 2010 (平成22) 年～2035 (平成47) 年 2013 (平成25) 年1月推計」
<http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2013/t-page.asp> (2015.11.20 アクセス)
- ・ 厚生労働省 HP「地域包括ケアシステム」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
(2015.11.10 アクセス)
- ・ 厚生労働省. 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議 (2014)「介護保険制度の改正案について」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000038295.html> (2015.11.5 アクセス)
- ・ 厚生労働省 (2015)「平成26年簡易生命表の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life14/> (2015.11.10 アクセス)
- ・ 厚生労働省 (2015)「平成25年度 介護保険事業状況報告 (年報)」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoo/13/> (2015.11.20 アクセス)
- ・ 厚生労働省 (2015)「介護保険事業状況報告 (暫定) 平成27年9月分」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoo/m15/1509.html> (2015.12.30 アクセス)
- ・ 厚生労働省 (2015)「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html> (2015.11.5 アクセス)
- ・ 厚生労働省 (2015)「平成26年国民生活基礎調査の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa14/> (2015.11.5 アクセス)
- ・ 厚生労働省老健局長 (平成27年6月5日)「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」老発0605第5号
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000074126.html> (2015.11.10 アクセス)
- ・ 総務省 (2015)「人口推計 (平成26年10月1日現在)」
<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2014np/index.htm> (2015.11.20 アクセス)
- ・ 地域包括ケア研究会 (2013)『地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』三菱UFJリサーチ&コンサルティング, 平成25年3月
http://www.murc.jp/thinktank/rc/public_report/public_report_detail/koukai_130423
(2015.11.10 アクセス)
- ・ 内閣府 (2011)「平成23年版高齢社会白書」
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf_index.html
(2015.11.20 アクセス)

- ・内閣府 (2014) 「平成26年版高齢社会白書」
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/26pdf_index.html
(2015.11.20 アクセス)
- ・内閣府 (2015) 「平成27年版高齢社会白書」
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/zenbun/27pdf_index.html
(2015.11.20 アクセス)
- ・内閣府 (2015) 「平成26年度 高齢者の日常生活に関する意識調査結果 (全体版)」
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h26/sougou/zentai/index.html> (2015.11.10 アクセス)
- ・内閣府 (2010) 「平成22年度世論調査, 介護保険制度に関する世論調査」
<http://survey.gov-online.go.jp/h22/h22-kaigohoken/2-2.html> (2015.11.10 アクセス)