

平成27年度介護保険法改正に向けて

執筆者：関西国際大学 教育学部教授（学長補佐） 長谷憲明 氏

医療・介護総合推進法（正式名称「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」）が、平成26年6月18日に成立しました。

平成27年4月から順次施行される改正介護保険法では、①地域包括ケアシステムの構築と、②費用負担の公平化 が大きなトピックで、介護保険制度のなかで地域に求められる役割のさらなる増大が見込まれるとともに、自己負担や保険料の見直しが大きな話題となっています。

本特集では、3回に分けて、法改正の内容や、執筆者の視点でとらえた今後の課題などについて、事例等を用いて、できるだけ分かりやすくお伝えします。

前回の特集記事(平成25年度掲載「介護保険の動向と実際例」)は⇒[こちら](#)

執筆者紹介

長谷 憲明(ながたに よしはる)氏

1970年から2002年3月まで東京都の職員として福祉事務所勤務、保護課、障害、高齢、企画等の仕事に従事し退職。同年4月～2008年度 関西国際大学経営学部教授、2009年度～2011年度 同大学客員教授(学長特別補佐)、2012年4月からは、同大学教育学部教授(学長補佐)に着任。そのほか、2005年度～2011年度 明治大学公共政策大学院ガバナンス研究科兼任教員、2009年度～2011年度 公益財団法人東京都福祉保健財団事業者支援部参与。

現在、大学で教鞭を執るかたわら、地域研究所等において社会福祉に関わる取り組みを多数行なっている。単著『新しい介護保険のしくみ』(発行:瀬谷出版)、共著『介護支援専門員養成研修教本 基礎編 三訂版』(発行:公益財団法人東京都福祉保健財団)、『通所介護等の仕事』(通所介護等検討会 編)(発行:公益財団法人東京都福祉保健財団)、共著『認知症ケアのプランと実践』(発行:ひかりのくに株式会社)など。

第1回 地域包括ケアシステムについて

平成26年07月29日掲載

はじめに

*平成26年6月18日介護保険法改正法(「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」)が成立しました。今回の改正のポイントは、サービスの利用対象の変更(要支援Ⅰ、Ⅱ認定者について訪問介護・通所介護(デイサービス)の対象から外す、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の利用対象を原則として要介護3以上とする等)と同時に、医療についての病院の機能分化や入院期間の短縮等に対応する「地域包括ケアシステム」の構築にあります。

* 改正の狙いは、医療が必要な人、重度の要介護の人、一人暮らしの高齢者、認知症の人達を、入院入所ではなく、地域で支え、**地域で生活ができるしくみを構築すること**にあります。

* これは、理念としての**ノーマライゼーション**（注1）や、**ソーシャルインクルージョン**（注2）をいかに、各地域に実現し作り上げるかということです。

* 一方で、20歳から39歳までの若年女性が2040年には半減し、自治体としての存続が危ぶまれる「消滅可能性都市」と定義され、消滅の危機にある自治体が890程度あるという報告もあります。そこでのシステム構築にもなりますから、**極めて難易度は高い**といえます。

（注1）理念としてのノーマライゼーション……障害のある人もない人も、互いに支え合い、地域で生き生きと明るく豊かに暮らしていける社会を目指す「ノーマライゼーション」の理念（厚生労働省HPより抜粋）

（注2）ソーシャルインクルージョン……社会的包摂、地域の支え合い

1 地域包括ケアシステムとは何か



http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/

概要は上記の図のとおりですが、今回の介護保険制度改正を踏まえてより実践的にみると、以下のように考えることができます。

1 - (1) 入院・入所から在宅での暮らしの実現

医療・介護サービスの利用について、入院・入所は今以上に限定されます。また、要支援者については、訪問介護と通所介護（デイサービス）が予防給付の対象から外れ、地域支援事業の対象となります。

- * 病院の入院期間の短縮や、老人保健施設の退所の促進が、医療報酬や介護報酬で誘導される方向なので、病院や施設からの退院・退所は今より増えることが見込まれます。
- * そこで、その受け皿としての住宅や、在宅での医療・介護の提供及びそれらのネットワーク化等が必要とされています。
- * 制度改正によるその必要性は認識されていますが、どのように展開すればよいかの具体性をもった対応ができています市（区）町村は、きわめて少数と思われる。
- * 医師会サイドでの取組も始まっていますが、介護部門や地域との連携に課題を残しています。医療と介護の連携についての調整は今後となると思われるが、その調整のタイムスケジュールを作っている地域はまだ少数と思われる。

1 - (2) 介護保険外サービスの利用等

今回の改正の枠組みでは、地域で暮らすためには、公的介護保険サービスや医療サービスだけではなく、様々な事業者等の提供するサービス、地域の自治会やNPO等が提供する生活支援サービス等も活用することが必要となってきます。

- * 要支援者に対する生活支援サービスは、一部介護保険の事業者が担うことがあっても、介護報酬の対象から外れ、各市（区）町村が定める別の補助単価となるので、従前と同様なサービス提供は困難になることが見込まれます（移行に当たっての経過措置は検討されている模様）。
- * その代わりとなる主体として期待されているのが、自治会、ボランティア、近隣の助け合いを行っている団体です。そして、それらの団体の組織化を市（区）町村が図ることになります。しかしながら、現時点ではその認識がない自治体もあるようです。

1 - (3) 住民参加の生活支援サービス等の提供

上記に関連して、要支援者に対する生活支援サービス等は、市（区）町村の地域支援事業に移行することになります。その担い手としては、2000年の介護保険制度ができる前は、住民団体による「有償家事援助サービス」が多く存在していました。

それらの多くが法人格を取得し、介護保険サービス事業者へ転換する中で、今回は、自治会等任意団体がサービスの担い手として期待されています。要支援者への訪問介護・通所介護の廃止に合わせて、市（区）町村が中心になって、地域の団体等としくみを構築することになります。

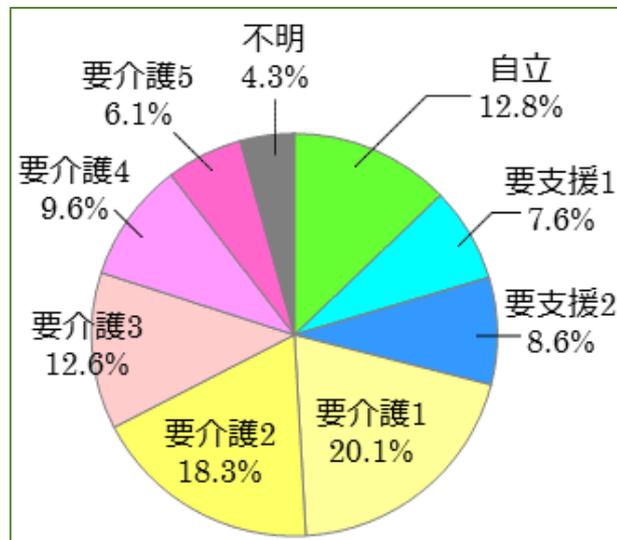
- * 先の「1 - (2) 介護保険外サービスの利用等」と同様の課題ですが、「高齢化率が50%を超え、冠婚葬祭などの社会的共同生活の維持が困難な限界集落」とまではいかないまでも、地域の支え合い等がうまくできていない地域や、これから新しく作らねばならない地域等も数多くあります。
- * また、今回の制度改正についての市（区）町村幹部の認識にも大きな格差があるようです。今回の制度改正についての認識ができていないところでは、対応は後手後手に回らざるを得ないでしょう。そのつけは、住民や事業者が引き受けることとなります。

1 - (4) 住宅

入所サービスが抑制される中では、在宅での生活が困難な人については、介護保険施設以外の居宅系の入所施設や、サービス付き高齢者向け住宅等を考える必要が生じます。

- * 平成 23 年 10 月から「サービス付き高齢者向け住宅」制度が開始されたことで、自宅から施設ではない新しい住宅への転居という選択肢が出てきました。その課題は、面積は 25 m²、一部供用があれば 18 m²という居住水準、利用料金も、住居費に食費を入れると地域差があるが 20 万円弱、小遣い等を含めると、20 万以上の収入が必要となること、また要介護になったときは外部からのサービスを利用しますが、最後まで受け入れてもらえるか等の点です。
- * また、経営は安定しているか、重度になっても支えてくれるか、特養ホームのように日中活動のサポートは受けられるのか、部屋で閉じこもりにならない仕組みはあるのか等の、新しいがゆえの課題も抱えています。

入居者の実態について、若干触れるとつぎのとおりです。



(サービス付き高齢者住宅の入居者の要介護度 (平成 24 年 8 月現在 厚労省調べ))

(平成 24 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 サービス付き高齢者向け住宅等の実態に関する調査研究 より)

- * 上の円グラフにあるように、要支援、要介護の者が多く入居しています。現在入居定員は 15 万人程度といわれていますから、推計すると、要介護 3 以上の人が、28%強、約 42500 人、要介護 1 と 2 で 38.4%、57600 人程度、要支援 1.2 で、16.2%、24300 人程度になります。自立の人は 12.8%、約 2 万人弱です。
- * 職員配置は、最低相談員 1 名です。要介護等になったら外部の事業所や医療機関を利用することになります。
- * 入居者の要介護度の分布について、もともと在宅では生活が困難な高齢者等を対象としたサービスなので、この結果は当然かもしれません。
- * しかし、施設処遇がユニットケア等、小さな単位でのサービス (処遇) 向上をめざし、その質の改善を図っている現状と比較すると、ここの入居者たちの日常生活はどのように営まれているのでしょうか。サービス付き高齢者住宅の設置運営者にも、運営に関するスキル・工夫が求められていることが見えてきます。

1 - (5) ケアマネジャーのスキルアップ

今回の法改正では、介護保険以外の多様なサービスの利用、入退院の支援、入所・退所の支援について、新しい研修を受けた、パワーアップしたケアマネジャーが調整してくれるので、ケアマネさんに相談すれば問題は解決する、というしくみをめざしています。

* ケアマネジャーの研修のあり方、実務研修試験の受験要件の検討は今回の改正に先立ち見直しが行われました。新しい研修の組織的開始は 28 年度からと先送りされましたが、制度改正によるサービス利用方法の変更は 27 年度から始まります。

* また、介護保険以外のサービスをケアプランに位置づける考え方は 2000 年の制度創設以来ありましたが、実情はほとんどないに等しく、地域のネットワークや介護保険外の地域（コミュニティ）サービスやシルバー／コミュニティビジネスを検討し、必要な場合はケアプランに位置づけるということはあまり行われていなかったと思われます。

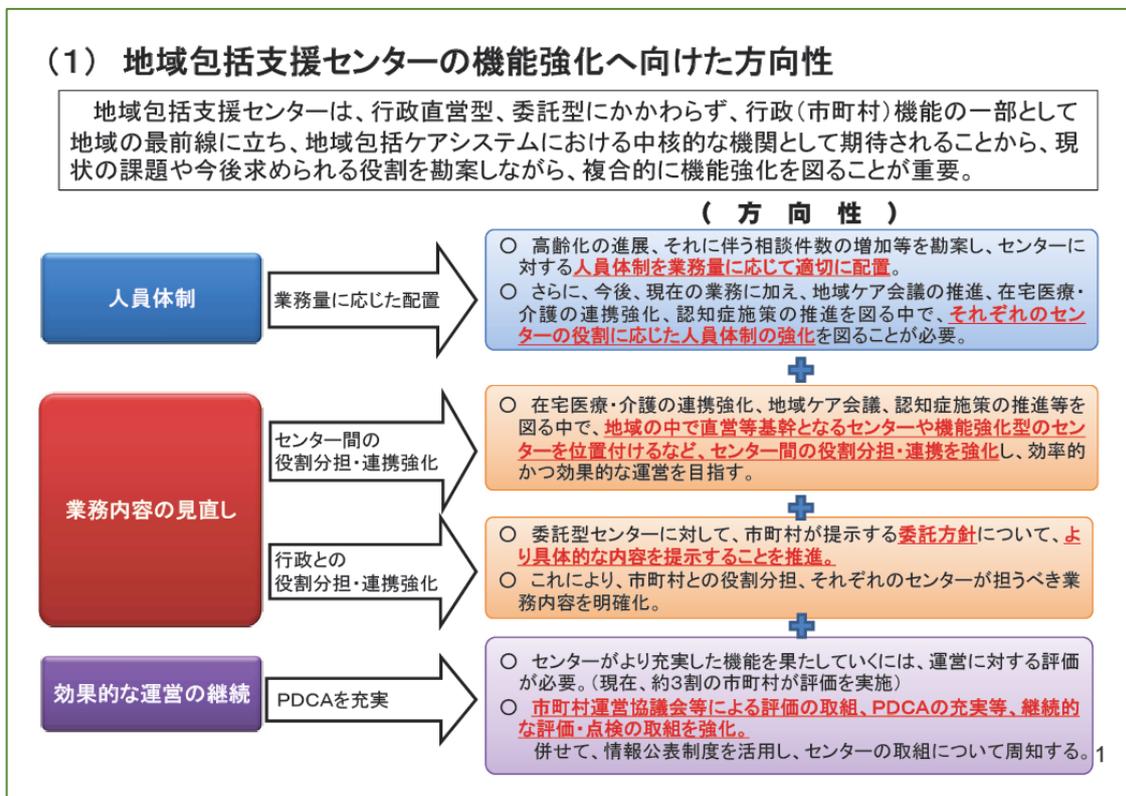
今回の改正はケアマネジャーの仕事の大転換です。

1 - (6) 地域包括支援センター

今回の改正に伴う様々な課題の調整については、市（区）町村が実施主体である「地域包括支援センター」を強化し、対応することが求められています。

地域包括支援センターの強化に必要なものは、人材であり、このような仕事について知識と実践できる技術を持った人材です。人材の配置等が財政難で厳しいなか、かつトレーニングされた人材の配置と言うことになり、ハードルは高い状況です。

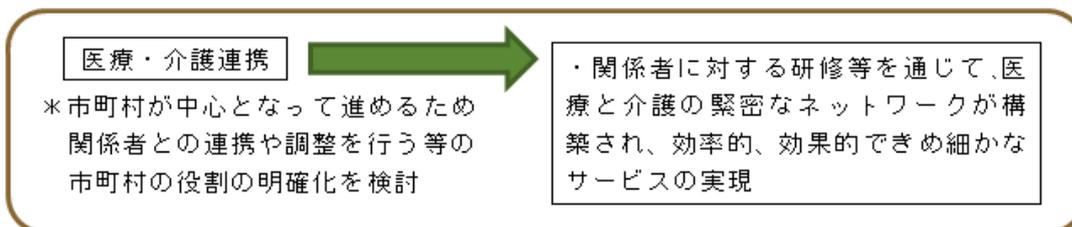
* 下図のように、地域包括支援センター強化のための方向性が国から示されていますが、地域包括ケアシステム構築の最前線となるセンターの機能強化には、一部の市（区）町村を除き、時間を要すると思われます。



(平成 25 年 10 月 30 日 厚生労働省 第 51 回社会保障審議会介護保険部会 資料 3 より)

1 - (7) 医療・介護の連携

- * 医療と介護の連携については、介護サイドだけではなく、医療サイドからアプローチが行われます。
- * 例えば、以下のような説明がなされています。



- * しかし、本当に一部の自治体を除いて、医療介護連携は、まだこれからの大きな課題に過ぎません。とはいえ、入退院の促進や、在宅での医療が必要な要介護者を支えるためには必要不可欠な分野です。
- * 実際にターミナル期の方の退院が増え、医師との調整、訪問看護との調整、その他サービス事業者や家族との調整等に関わったケアマネジャーさんも増えているようです。新たな研修よりも現実が先行しています。(ケアマネジャーの研修については、当ページ上部 1 - (5) ケアマネジャーのスキルアップ を参照)

1 - (8) 地域包括ケア

今回の介護保険法の改正に伴い、平成 27 年度からは地域包括ケアの存在を前提とする介護保険のしくみに転換します。制度改正に合わせて都道府県及び市（区）町村が、整備することになっています。

- * 市（区）町村等が行うべき「地域包括ケア」は、関係機関の連携と介護保険等で不足するサービスを地域に新たに作り出し、それを活用できる仕組みとすることです。現時点で、それを短期間のうちに、地域で実現できる市（区）町村がどのくらいあるのか、気になります。

以上のように、サービスの利用についての抑制等がありますが、地域包括ケアシステムが構築されると、高齢者は、介護が必要になったらケアマネジャーに相談すれば、地域で安心して生活ができる総合的な情報提供やサービスの利用法等の提案を受けることができるようになります。

また、ケアマネジャーは、困ったら地域包括ケアセンターに相談すれば、的確なアドバイス・情報提供・支援が受けられ、新しい研修効果と相まって安心して、ケアマネジャーとしての仕事を全うできることになります。

2 高齢者等の状況

2 - (1) とりまく状況

日本は、2007年以降人口減少社会になっていますが、その中でも65歳から74歳までの前期高齢者の比率と、75歳以上の後期高齢者の絶対数がまもなく入れ替わる更なる「超高齢社会」に入ります。

そこでの課題は、高齢者については後期高齢者の増加による、**要介護高齢者や認知症の高齢者の増加**です、加齢に従って要介護の発生率は上昇しますし、認知症についても同様です。

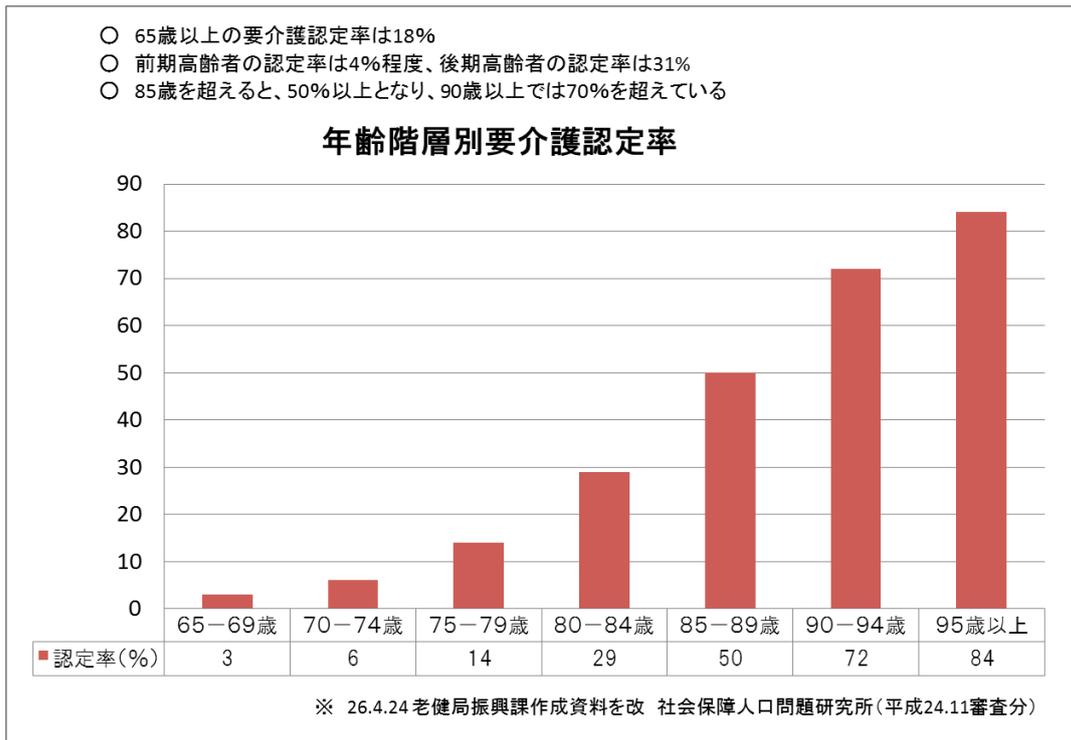
年齢（4区分）別人口の推移と将来推計

年次	人 口 (1,000人)					割 合 (%)			
	総 数	0～19歳	20～64歳	65～74歳	75歳以上	0～19歳	20～64歳	65～74歳	75歳以上
1947*	78,933	35,837	38,520	2,880	865	45.9%	49.3%	3.7%	1.1%
1970	103,720	33,887	62,502	5,118	2,213	32.7	60.3	4.9	2.1
1995	125,570	28,572	78,607	11,091	7,170	22.8	62.6	8.8	5.7
2011	127,799	22,781	75,266	15,044	14,708	17.8	58.9	11.8	11.5
2015	126,597	21,760	70,885	17,494	16,458	17.2	56.0	13.8	13.0
2020	124,100	20,146	67,830	17,334	18,730	14.5	54.7	14.0	15.1
2025	120,659	18,492	65,593	14,788	21,786	15.3	54.1	12.3	18.1
2050	97,076	12,970	46,430	13,830	23,846	13.4	47.8	14.2	24.6
2060	86,737	11,045	41,050	11,279	23,362	12.7	47.3	13.0	26.9

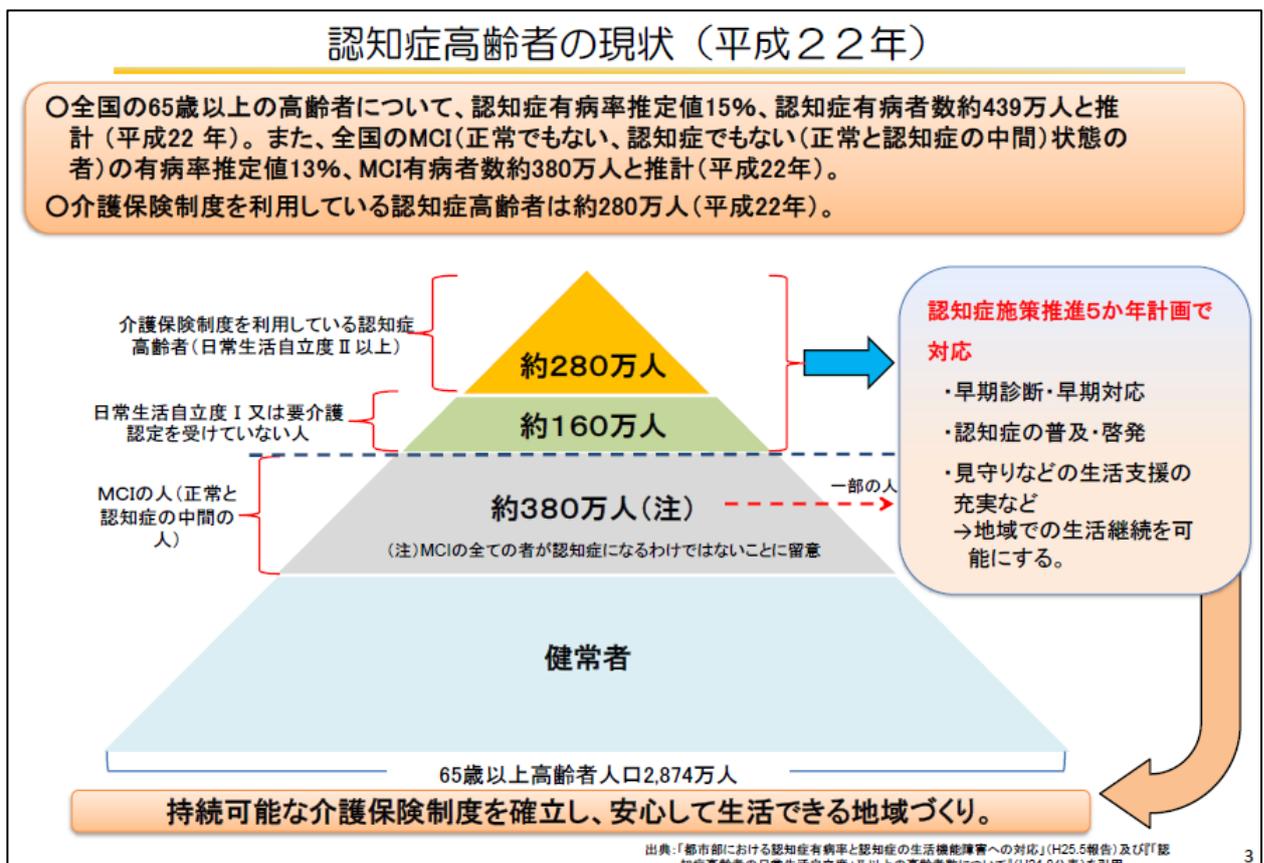
2020年には、75歳以上の人口が、65-74歳の人口を上回る

総務省統計局『国勢調査報告』および国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』（平成25年3月推計） * = 国勢調査結果に基づく補正人口。

◇ 年齢別要介護等認定率



認知症の発症率についても加齢と共に上昇します。また、将来の認知症高齢者数の予測と現在の認知症高齢者の暮らしている場所はそれぞれ以下のとおりです。



(平成26年6月11日 厚生労働省 第102回社会保障審議会介護給付費分科会 資料1より)

また、生活の場としては、下表のとおり、半数は在宅で暮らしています。

3. 認知症高齢者の居場所別内訳（平成22年9月末現在） （単位：万人）

	居宅	特定施設	グループホーム	介護老人福祉施設	介護老人保健施設等	医療機関	合計
日常生活自立度Ⅱ以上	140	10	14	41	36	38	280

※端数処理の関係により合計は一致しない。
※介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれている。

（平成24年8月24日 厚生労働省 報道発表資料「認知症高齢者数について」より）

以上のように、人口減少下で少子化・高齢化が一層進む中で、要介護者が増加し、認知症高齢者も増加します。

これらの高齢者の人達が、人生を終えるまでの期間、QOL（Quality of Life:生活の質）を維持し、あるいは「生きてきたことを後悔して亡くなる」ことがないように、医療・介護・地域等の受け皿を整える必要があります。

2 - (2) 自助、互助、共助、公助

今回の制度改正にあたり、従来は「自助、共助、公助」であったものに**互助**が加わり「自助、互助、共助、公助」の考え方が提示されました。

作成 長谷

	従前	今回
自助	自分のことは自分で対処	同左
互助		近隣住民の支え合い・助け合い 理念としてのソーシャルインクルージョン →例 自治会等の生活支援サービス
共助	個人で対処できない事柄について、共に助け合う仕組みとしての社会保険制度 → 例 介護保険制度	同左
公助	共助でも困難な課題については、税による対応 →例 税による対応、措置制度等	同左

* 「比較的軽度の人については、地域支援事業として市（区）町村が地域の实情に応じた多様な実施方法で対応して欲しい。それによりコストを下げると共に、地域の絆を回復し、新たなまちづくりのきっかけになれば良い」、という考え方によるものと思われます。

* 地域の絆の喪失の問題や、絆の重要性は、阪神・淡路大震災や東日本大震災の復興で重ねて指摘されています。その絆の回復は、地域における介護の分野においても、一定の有効性は認められるはずですが。一人暮らし高齢者が増え、やがて亡くなっていきます。**今後、病院や施設での「死」に加えて、在宅での「死」が増えることは確実となっています。**

* また、そこに至らないまでも、孤独・居場所等日常の暮らしに関わる部分、あるいは**高齢者宅のゴミ出しや、ちょっとした交流等は一層必要になります**。それらが自然に行なわれる地域が必要ですが、その地域がないとすれば作り出すことが重要となってきます。

- * また、**自助**の問題も大きな問題です。個人の生き方に関わる問題でもあり、それは外部からいうべき問題では無いことが前提となりますが、介護等の分野では「**どう死にたいのか（どう生きていきたいのか）**」を明確にしておくことは、ますます重要になってきます。
- * 例えば、リハビリでは本人の意欲はとても重要です。暮らし全般でも本人の意欲はとても重要です。**その意欲をどう引き出すか**は、ケアマネジャーやサービス事業者の問題ですが、高齢者自身の問題としては、**どう生きていきたいのか、医療・介護サービスとどう向き合っていくのか**等を考える必要があります。人の生き方については、他人があまり口を出すべき問題ではないと思いますから、微妙な問題なので、なればこそ余計に自助ということについて考えることが必要と思います。

3 まとめ

- * 高齢者を取り巻く環境、介護保険や医療保険制度の改正、「自助・互助・共助・公助」という考え方の変化等と同時に、**少子化の問題**や、東京圏への**人口の一極集中**の問題も起きています。社会福祉の大枠は、**起きてしまったあるいは起きてしまうであろう「社会問題」への公的関与・救済等手段の構築**にあります。高齢者介護が大きな課題であり、それへの対応は重要ですが、同じ社会の問題として、**少子化**や**生涯未婚率の上昇**、**非正規就労の増加**等は、医療・介護に係る社会問題に関連し、よりその問題を複雑にします。
- * 例えば、**若者の非正規就労の増加**は、自分の生活が手一杯であれば、近隣の**助け合いへの心のゆとりはなくなる**でしょうし、未婚率の上昇へつながり、**子どもの減少**となり、高齢社会の進展に拍車をかけるなどです。
- * また、人口減少下で「**移民**」の問題が出てきています。その中では介護分野での移民の問題が出てくるかもしれません。そうしたときに、日本の若者の**働くこと・結婚・子育てへの関心・行動**はどう変化していくのでしょうか。
- * 今回の改正が進む中で、**社会福祉法人や医療法人のあり方**等も検討されています。福祉サービスの提供主体として1951年以来60年以上存在し続けた**社会福祉法人**は、これからどこに向かうのでしょうか。
→「社会福祉法人の在り方について」の報告書が7月4日に公表されました（[厚生労働省HP「社会福祉法人制度の在り方について」\(報告書\)](#)）。そこでは、社会福祉法人の公益性に鑑（かん）み、「地域への貢献の取り組み」が強く打ち出されています。その他、理事会等のガバナンスの明確化、財務諸表等の公表、規模の拡大、医療法人等とのホールディングカンパニー化等の方向性が示されています。
- * 目を海外に転じると、介護移民の問題だけでなく、**介護事業の海外との連携**も散見されます。
- * **今回の制度改正は、周辺に様々な問題を孕（はら）む、難易度の高い改正のようです。**