

地域医療・介護総合確保推進法案と今後の高齢者介護

訪問介護・通所介護の市町村事業への移行と地域包括ケアを中心に

横山純一

はじめに

二〇一四年五月一日に、地域医療・介護総合確保推進法案が衆議院厚生労働委員会において自民・公明両党の賛成多数で可決された。同法案は翌日の衆議院本会議で可決され、六月に参議院を通過する見込みで、成立が確実な状況である（六月一日、参議院本会議で可決、成立）。

同法案は、医療と介護を一体的に扱いながら、その効率化をねらった大きな改革案で、介護保険法の改正など関連する法案は全部で一九本にのぼっている。医療については、医療死亡事故の第三者機関への届け出や、患者の受け入れ態勢を整えるために都道府県に基金を設置することなどが盛り込まれているが、とくに問題が多いのは介護のほうである。

周知のように、介護保険制度は二〇〇〇年四月に施行されたが、二〇〇六年四月に予防給付の新設などの大改正が行われた。今回の改正は二〇〇六年の改正を上回る大改革ともいべきもので、介護保険事業における給付の抑制と利用者負担の

引き上げが明確に意図されている。今回の改正が実施に移されるのは、介護保険の第六期（二〇一五年四月）が始まる二〇一五年度（二〇一五年四月）からのものが多いが、今年の四月に消費税の増税が行われたばかりであるにもかかわらず、給付が抑制されて利用者負担が引き上げられることには、介護サービスの利用者や介護サービス事業者を中心に国民の強い反発が予想される。

1 介護改革の主な内容

今回の介護保険改正案（以下、今回の改正と略す）の主な内容は次のようになる。まず、要支援向けサービス（予防給付によるサービス）のうち訪問介護と通所介護を介護保険本体の給付から外し、市町村が取り組む地域支援事業に移行する。

次に、小規模通所介護を地域密着型サービスへ移行する。第三に、特別養護老人ホームの入所要件を厳格化し、原則、新規入所者を要介護度3以上に限定する。第四に、一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げる。第五に、六五歳以上の

高齢者が支払う介護保険料（以下、一号保険料と略す）の段階を一層多段階に設定することをすめるとともに、低所得高齢者の一号保険料の軽減割合を拡大する。第六に、特別養護老人ホーム等の施設を利用する低所得高齢者の食費・居住費補助の対象を縮小するために、「補足給付」の要件に資産などを追加する。第七に、居宅介護支援事業所の指定権限を市町村に移譲する。第八に、サービス付き高齢者向け住宅に住所地特例を適用する。このような改革の施行期日は図表1に示した。

なお、今回の改正では、先述した個別事項の改正のほかに、もう一つ大きな特徴がある。それは、第五期で開始された地域包括ケアの実現のための方向性を承継しながら、在宅医療・介護連携等の取り組みを一層すすめる二〇二五年を目標に地域包括ケアの完成がめざされている点である。このため中長期的な視点から介護保険事業計画を策定することが市町村に求められているのであり、個別事項の改正も多くは地域包括ケアの構築との関連が高いのである。

本稿では、紙数の都合で、訪問介護と通所介護

図表1 介護・医療関係の改正事項の施行期日

施行期日	改正事項
①公布の日	○診療放射線技師法(業務実施体制の見直し) ○社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律(介護福祉士の資格取得方法の見直しの期日の変更)
②2014年4月1日又はこの法律の公布の日いずれか遅い日	○地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律(厚生労働大臣による総合確保方針の策定、基金による財政支援) ○医療法(総合確保方針に即した医療計画の作成) ○介護保険法(総合確保方針に即した介護保険事業計画等の作成)
③2014年10月1日	○医療法(病状機能報告制度の創設、在宅医療の推進、病院・有床診療所等の役割、勤務環境改善、地域医療支援センターの機能の位置づけ、社団法人医療法人と財団法人の合併) ○外国医師等が行う臨床研修に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律(臨床教授等の創設) ○良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律(特分なし医療法人への移行)
④2015年4月1日	○医療法(地域医療構想の策定とその実現のために必要な措置、臨床研究中核病院) ○介護保険法(地域支援事業の充実、予防給付の見直し、特養の機能重点化、低所得者の保険料軽減の強化、介護保険事業計画の見直し、サービス付き高齢者向け住宅への住所地利の適用) <small>※なお、地域支援事業の充実のうち、在宅医療・介護連携の推進、生活支援サービスの充実(強化及び認知症施策の推進)は平成30年4月、予防給付の充実等は2017年4月までにすべき措置料である</small> ○歯科衛生士法、診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律(業務範囲の拡大・業務実施体制の見直し) ○歯科技工士法(国が歯科技工士試験を実施)
⑤2015年8月1日	○介護保険法(一定以上の所得のある利用者の自己負担の引上げ、補足給付の支給に資産等を勘案)
⑥2015年10月1日	○医療法(医療事故の調査に係る仕組み) ○看護師等の人材確保の促進に関する法律(看護師免許保持者等の届出制度) ○保健師助産師看護師法(看護師の特定行為の研修制度)
⑦2016年4月1日までの間にあって政令で定める日	○介護保険法(地域密着型通所介護の創設)
⑧2018年4月1日	○介護保険法(居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲)

【出所】「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料」2014年2月25日。

の市町村事業への移行、地域包括ケアの内容と課題に絞って検討することにした。なお、今回の個別事項の改正についての詳細は、別稿を準備中であるので参照されたい。

2 高齢者のおかれている状況と高齢者介護の現状

高齢者のおかれている状況や高齢者介護の現状

についてみてみよう。

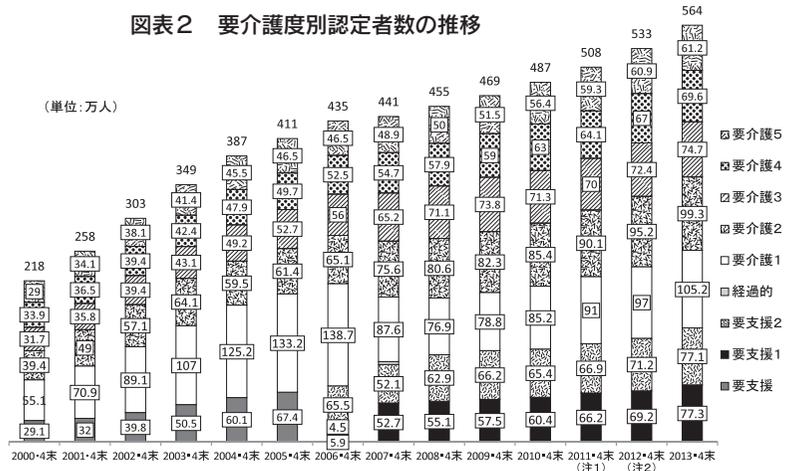
まず、高齢者人口である。二〇一二年八月現在の六五歳以上の高齢者人口は三〇五八万人(高齢者比率は二四・〇%)、同じく七五歳以上の高齢者人口は一五一一人(後期高齢者比率一・八%)であったが、二〇二五年には前者が三六五七万人(三〇・三%)、後者が二七九万人(二八・一%)となる見込みである。そして、二〇一七年には後期高齢者数が前期高齢者数を上回り、二〇二五年には後期高齢者数は前期高齢者数を約六〇〇万人上回るものと予想されているのである。

このような高齢化の進行の中、世帯主が六五歳以上の単独世帯や六五歳以上の夫婦のみの世帯が増加することが確実視されている。つまり、世帯主が六五歳以上の単独世帯は二〇一〇年の四九八万世帯から二〇三五年の七六二万世帯に、世帯主が六五歳以上の夫婦のみの世帯は二〇一〇年の五四〇万世帯から二〇三五年の六二五万世帯に増加する見込みとなっているのである。世帯主が六五歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯の世帯数全体に占める割合は、二〇・〇%(二〇一〇年)から二八・〇%(二〇三五年)に上昇し、実に三・五世帯に一世帯の割合で世帯主が六五歳以上の高齢者の単独世帯か六五歳以上の高齢者夫婦のみの世帯になるのである。とりわけ一人暮らしの高齢者の増加率が高い。今後も女性の一人暮らしの高齢者数が男性の一人暮らし高齢者数を上回る状況が続くが、伸び率では男性の一人暮らし高齢者が女性の一人暮らし高齢者を上回るものと見込まれている。

さらに、ヨーロッパ諸国や韓国と比べ、日本の高齢者は別居している子どもとの接触頻度が低いのが特徴である。また、六五歳以上の高齢者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度2以上の高齢者数が、二八〇万人(六五歳以上の高齢者数に占める割合が九・五%)から四七〇万人(同二・八%)に増加すると予想されている。現在、老老介護が注目されているが、今後は認認介護が大きな社会問題となる可能性が高いのである。さらに、一人暮らし高齢者とくに男性一人暮らし高齢者の介護や生活の質にかかわる問題(生活の質の低下)が深刻なものになるおそれが高いのである。

要介護度別認定者数の推移を示した図表2をみてみよう。要介護・要支援の認定者数は、介護保険がスタートした二〇〇〇年四月には二一八万人であったが、二〇一三年四月には二・五倍の五六四万人になった。二〇一三年四月における要介護5は六一万人、要介護4は六九万人、要介護3は七四万人、要介護2は九九万人、要介護1は一〇五万人、要支援2は七十七万人、要支援1は七十七万人である。このなかでは要支援の伸びが最も大きく、二〇〇〇年四月に比べて二〇一三年には五・三倍以上の伸びとなっている。また、中重度(要介護3以上)の高齢者数が介護保険スタート時には九四万人だったが、二〇一三年には二〇〇万人を突破していることが注目される。そして、このような高齢化に伴う要介護・要支援認定者数の増加により介護保険事業における給付費が増加した。介護の総費用は二〇〇〇年度に三・六兆円であったが、

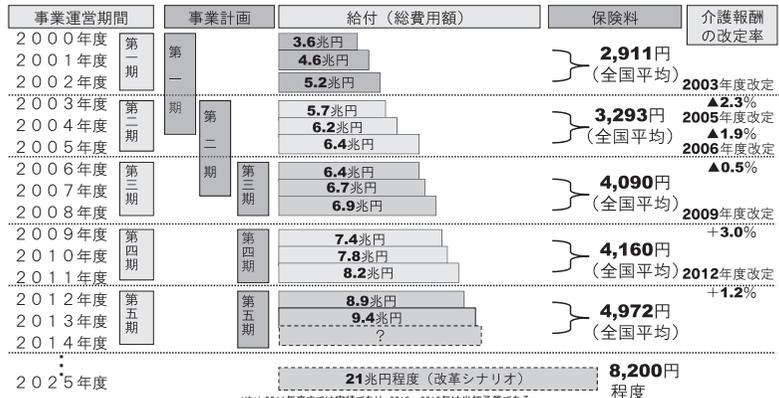
図表2 要介護度別認定者数の推移



(注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。
 (注2) 檜葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。
 [出所]「社会保障審議会介護保険部会(第34回)資料」2013年12月20日、より作成。

二〇一三年度には二・六倍の九・四兆円に増加した。これに伴い六五歳以上の高齢者が支払う介護保険料は二九一一円(第一期、保険料基準額、全国平均月額)から四九七二円(第五期)に上昇した(図表3)。なお、介護の総費用に影響を与える要因の一つである介護報酬はマイナス改定が多く、プラス改定の場合も高い改定率ではなかった。

図表3 介護給付と保険料の推移



(注1) 2014年度までは実績であり、2012～2014年度は当初予算である。
 (注2) 2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(2012年3月)
 (注3) 2012年度の資金水準に換算した値
 [出所]「社会保障審議会介護保険部会(第54回)資料」2013年12月20日。

3 予防給付によるサービス(訪問介護サービス、通所介護サービス)の市町村事業への移行

介護保険法の改正により、二〇〇六年から要介護と要支援を分け、要介護者についてはこれまでと同様にケアマネジャーが作成するケアプランに

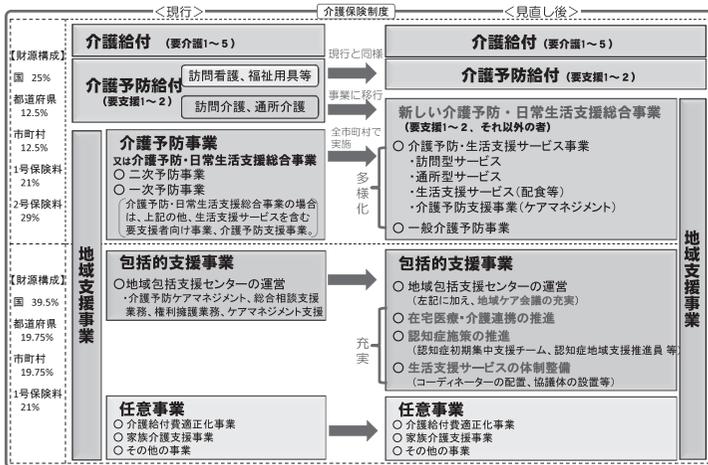
基づく介護給付によるサービス、要支援者については新たに設けられた予防給付(地域包括支援センターの保健師等が作成する予防プランに基づく)によるサービスが提供されることになった。このような予防給付の新設の際に介護予防が強調されたことから判断できるように、給付の抑制が主たる目的であった改正であったということが出来る。予防給付は介護給付と同様に、サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・介護報酬単価・利用料などが全国一律になっている介護保険の事業である。

今回の改正では、予防給付のうち訪問介護サービスと通所介護サービスを全国一律の基準から外し、市町村事業(地域支援事業)に移行させることになった。予防給付によるサービスには訪問看護、福祉用具等もあるが、今回の改正では変化がなく、これらについては予防給付によるサービス提供が継続されることになっている。

訪問介護サービスと通所介護サービスが市町村事業に移行することに伴って、現在行われている要支援者と要支援以外の者(二次予防事業対象者)たとえば自立と判定されていても今後要支援、要介護になるおそれのある者等を対象とする介護予防・生活支援サービス事業と、すべての高齢者が利用できる体操教室等の普及・啓発等を内容とする一般介護予防事業によって構成される、介護予防・日常生活支援総合事業(二〇一三年度創設、以下、総合事業と略す)の見直しが行われる。

現在、総合事業の実施については市町村の任意で、二〇一二年度は二七保険者（市町村、広域連合）、二〇一三年度は四四保険者が実施しているにすぎなかった。今回の改正では、この総合事業の実施を二〇一七年四月までにすべての市町村が開始することとなったのである。訪問介護サービスと通所介護サービスは、生活支援サービス（配食・見守りサービス）と並んでこのような新しい総合事業の中心的な役割を担うことになる。このような新しい総合事業は介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業に分かれるが、前者が中心になる。介護予防・生活支援サービス事業を利用できるのは、要支援者と要支援以外の介護予防・生活支援サービス事業の対象者である。要支援者は地域包括支援センターの保健師等によるケアマネジメントに基づき総合事業のサービスと予防給付サービス（訪問看護など）を組み合わせて利用できる。要支援者が訪問看護等の予防給付サービスを利用しないで新しい総合事業の介護予防・生活支援サービスを利用する場合は、要支援以外の者と同様に基本チェックリスト該当で利用できる。一般介護予防事業は、要支援以外の高齢者を元気高齢者と二次予防事業対象者に分けていた現在のシステムを改め、両者を区分せずに扱い、要支援者を含むすべての高齢者を対象に、地域リハビリテーション活動支援事業など地域においてリハ職を活用して自立支援に資する取り組みや、体操教室等の普及・啓発等を推進し、介護予防を機能強化する。

図表4 新しい地域支援事業の全体像



このような新しい総合事業を推進するために、国は指針を策定し市町村による事業の円滑な実施を支援し、基盤整備を推進することになった。また、総合事業に移行することにあたり、総合事業の事業費の上限は、事業への移行分をまかなえるように見直しを図るとされた。なお、このような新しい総合事業の財源構成はこれまでと同様である。総合事業を含む地域支援事業の全体像は図表4のとおりである。

厚生労働省は、このような新しい総合事業によ

り、支援を必要とする高齢者が要支援認定を受けなくともサービスを受けることができるため地域で暮らせるとしている。さらに、訪問介護サービスと通所介護サービスが市町村事業になることにより、既存の介護事業所によるサービスに加えて、町内会、老人クラブ、NPO、民間企業、ボランティア、コミュニティサロンなど地域の多様な主体を活用することができるようになる。単価設定においても全国一律単価ではなく、市町村独自の単価設定、たとえば住民主体による低廉なサービス単価の設定が可能になり、利用者の利用負担の軽減も実現できることになっている。しかし、このような市町村事業への移管には、次にみるように課題が多い。

二〇一二年度の介護予防サービスの費用額は四六八五億円で、このうち訪問介護が一〇八三億円、通所介護が一七二三億円、両者の合計は二八〇六億円で、介護予防サービス費用額全体の約六割を占めている（図表5）。また、介護保険の給付費に占める割合は三割を少し上回る程度である。今回の改正では、介護予防サービス費の多くを占める訪問介護と通所介護の市町村事業への移管により、サービスの提供方法や提供主体の多様化、市町村独自の単価設定などを通じて費用の削減が意図されているのである。衆議院の厚生労働委員会においては、野党から「今回の改正は「要支援切りだ」との厳しい批判が出された。

さらに、筆者は次の点も心配している。それは、サービス提供の担い手がどの程度生まれるのか

図表5 2012年度介護予防サービス費用額

	年間累計費用額	要支援1	要支援2	構成比%
総数	468,512	149,199	318,578	—
介護予防居宅サービス	411,670	125,859	285,133	87.9
介護予防訪問介護	108,378	41,797	66,369	23.1
介護予防訪問入浴介護	197	21	175	0.0
介護予防訪問看護	11,935	2,828	9,069	2.5
介護予防訪問リハビリテーション	3,474	751	2,718	0.7
介護予防通所介護	172,355	49,272	122,864	36.8
介護予防通所リハビリテーション	62,677	15,255	47,357	13.4
介護予防福祉用具貸与	18,190	5,134	13,036	3.9
介護予防短期入所生活介護	3,824	671	3,115	0.8
介護予防短期入所療養介護	533	73	448	0.1
介護予防居宅療養管理指導	3,235	1,314	1,909	0.7
介護予防特定施設入居者生活介護	26,871	8,743	18,073	5.7
介護予防支援	48,554	21,578	26,946	10.4
介護予防地域密着型サービス	8,288	1,763	6,499	1.8
介護予防認知症対応型通所介護	507	175	330	0.1
介護予防小規模多機能型居宅介護	5,304	1,588	3,701	1.1
介護予防認知症対応型共同生活介護	2,477	—	2,468	0.5

(注)総数には、月の途中で要支援から要介護に変更になった者を含む。
 [出所]「社会保障審議会介護保険部会(第54回)資料」(2013年12月20日)より作成。

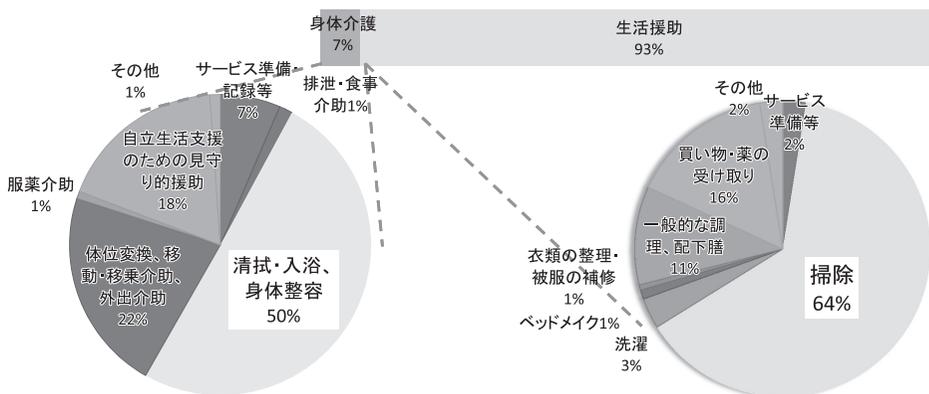
不透明なことである。低廉なサービス単価では民間事業者の参入は難しくなる。住民主体によるサービスについても、都市部では町内会の未加入率が高いし、過疎地域の町村では人口減少と高齢化で町内会自体が成り立たないケースが出てきている。NPOについても、近年の傾向としては介護関係のNPOの伸び率が低くなってきている。費用の効率が前面に出てきているなかで、担い手不足が懸念されるのである。また、市町村事業に積極的に取り組む市町村とそうではない市町村との格差や、住民主体によるサービスが活発に行われる地域とそうではない地域の格差が大きくなることも予想される。さらに、広大な面積の市町村

が多い北海道では、高齢者宅を訪問する際に移動時間がかかることも、住民主体によるサービスの円滑な進行を難しくしているということができているのである。

さらに、根本的なことを言えば、住民主体によるサービスで、どの程度までホームヘルパーの仕事の代わりができるのだろうかという疑問がある。要支援者向けの訪問介護は家事援助と身体介護に分かれる。図表6の要支援者向けの訪問介護に関する二〇一〇年度財務相予算執行調査結果によれば、生活援助が訪問介護全体の九三%を占めている。その生活援助の六四%が掃除で、次は買い物・薬の受け取り(二六%)、三位は一般的な調理・配下膳(一一%)となっている。身体介護では清拭・入浴・身体整容、体位変換・移動・移乗介助・外出介助が多い。このほか排泄・食事介助、洗濯、衣類の整理、被服の補修など要支援向けの訪問介護は幅広い。これまで事業所のホームヘルパーが調理や掃除などで高齢者の支援に工夫を凝らしている場合が多くみられるだけに、筆者は気がかりなのである。

なお、今回の改正では、市町村の総合事業の実施方法として、市町村の事務負担の軽減等を図るために予防給付と類似した指定事業者制を導入することとした。これにより、事業者と市町村の間で毎年度委託契約を締結することが不要となる。指定事業者は予防給付の場合は都道府県だが、総合事業の場合は市町村となる。施行時には、原則、都道府県が指定している予防給付の事業者(訪問

図表6 介護予防訪問介護利用者(445名)における利用行為内容別の割合(利用時間で算出)



(注)2010年度財務省予算執行調査を厚生労働省老健局で再集計。
 [出所]「社会保障審議会介護保険部会(第54回)資料」2013年12月20日。

介護、通所介護)を、市町村の総合事業の指定事業者とみなす経過措置を講じ、市町村の事務負担の軽減を図ることとされている。しかし、今回の改正は住民主体によるサービス

に重点がおかれた改正であるので、市町村自らが事業を直接実施したり、事業者への委託、事業者への補助といった方法がとられる必要性が高くなるだろう。そうなれば委託費・補助費等は市町村が独自に設定するので知恵と工夫が市町村に求められることになるだろう。ましてや市町村自らが事業を実施する場合は一層の創意・工夫が求められるだろう。現在、社会福祉協議会が積極的に事業を展開している市町村が少なからずあり、社会福祉協議会と市町村のコラボレーションにより住民主体によるサービスが充実する可能性が高い市町村も一部にある。市町村が事務負担軽減ばかりに目を向けるのであれば、住民主体によるサービスや総合事業は円滑に進まないだろう。

4 地域包括ケアシステムの構築について

今回の地域医療・介護総合確保推進法案では、二〇二五年を目途に、地域包括ケアシステムの構築を実現したいとしている。つまり、団塊の世代が七五歳以上になる二〇二五年を目途に重度な要介護状態となっても高齢者が住み慣れた地域で最後まで暮らし続けることができるようにすること、今後認知症高齢者の大幅な増加が見込まれるため認知症高齢者の地域での生活を支えるようにすること、今後高齢化が一層すすむが七五歳以上の高齢者が急増する大都市部、七五歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部という具合に高齢化の進展状況には地域差が大きいいため、市町

村や都道府県が地域の特性に応じたシステムを構築することが必要なこと、以上のことにより地域包括ケアシステムが重要になるのであり、二〇二五年を目途に地域包括ケアを完成させたいとしているのである。

では、地域包括ケアシステムとは何か。介護保険の第5期に向けた二〇一一年の介護保険法の改正では目立った改正は行われなかったが、地域包括ケアが強調されたことが注目された。地域包括ケアを要約して述べれば、自宅や地域で安心して暮らし続けるために、介護サービス、保健・医療サービスを、福祉サービス、インフォーマルサービスを有機的に結び付け、高齢者のニーズや状態の変化に対応するトータルサービスのことである。そして、このようなフォーマルとインフォーマルを包括する各種サービスの有機的な連携を通じて、施設ではなく、在宅での暮らしを高齢者に徹底しようという考え方になっている。地域包括ケアシステムは、おおむね三〇分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定されている。

しかし、実際には課題が多い。たとえば、健康管理や療養指導などを継続的に行えるようにするには地域での医療サービスや往診体制、訪問看護サービスの充実を図ることが必要になると思われるが、現状では、在宅医療についての診療報酬が引き上げになり都市部では訪問診療が進みつつあるが、町村部を中心に訪問診療の人的な資源に限界があることや、在宅医療に対する医師の意識の

問題等があり、在宅医療を行うことが難しい地域が少なくない。また、地域包括ケアの重要な一翼を担うと期待されている訪問看護サービスについても、担い手不足や訪問介護に比べて高い利用料金がネックになっているのが実情である。二四時間対応型随時訪問介護サービスを提供する事業者については、一部の都市にしかないのが現状である。さらに、相談、安否確認、声かけ、見守りなどの地域福祉にかかわる住民活動については、その活動の質・量において自治体間で大きな差があるし、同一自治体の中でも地域による差が大きいケースがみられる。また、都市部では町内会の加入率が低下して五割を切っている地域があるし、農村部では過疎化が進み、集落の人口が極少数になつて町内会が維持できない地域も多くなつていく。

そして、重要なことは、地域包括ケアを担う中核部分と期待されている地域包括支援センターについては、関係する団体や組織とのネットワーク形成や地域のニーズ調査、地域の課題把握、地域ケア会議の実施など多様な役割が求められるが、果たして地域包括支援センターがこのような役割を担うことができるのかどうかである。地域包括ケアの導入により、地域包括支援センターは開設時のような予防プラン作成、総合相談の実施と関係機関との連携、ケアマネジャーへの指導などを主な任務とするものから大きく変化した。地域包括ケアの導入により、地域包括支援センターは、在宅医療や訪問看護が継続して必要な要介護

度の高い高齢者から、例えばごみ処理が苦手で「ゴミ屋敷」の住民になってしまった要介護認定で「自立」の一人暮らしの男性高齢者、ならびにその近隣住民や町内会、NPOまでを対象にしなければならなくなつたのである。そのことは、在宅医療を展開する医師から高齢者、近隣住民や町内会、NPOまでを対象としてかわらなければならぬことを意味している。そして、さまざまな団体や組織、個人との幅広い連携が求められ、その核に地域包括支援センターがなることが期待されている。職員体制の見直しや職員の意識改革、市町村の積極的な取り組み姿勢と意欲、財源面での支援が重要になる。

さまざまな団体や組織、個人との幅広い連携の核となり、コーディネート役割を果たす機能が地域包括支援センターに求められるのであれば、地域包括支援センターは市町村直営で運営する必要があるだろう。コーディネイトの役割を民間にゆだねても成果が上がるとは思えない。実際、筆者は、この間、各地域でのシンポジウムや民間の関係職員（医師、看護師、保健師、MSW、社会福祉士など）との話し合いを通じ、コーディネイトの役割やネットワークの核となる部分は市町村が担うべきであるとの意見を多数聞いてきた。市町村は民間に丸投げすることなく、創意工夫を行つて政策形成を行うべきであるし、財源をしっかりと振り向けることが大切である。さらに、地域包括支援センターの職員体制の大幅な見直しや、地域包括支援センターの職員の意識改革が必要で

ある。また、市町村の各部門の担当者の意識改革も不可欠で、縦割りを超えて活動する気構えをもつとともに、しなやかに発想するのりしろのある職員像が求められているのである。

現時点では、地域包括支援センターの運営方法や地域包括ケアの内容については、まずごく一部の市町村や地域での優れた実践が注視されるべきであろう。そして、それ以外の多くの地域では、地域の実態と課題把握に努めるとともに、連携の工夫と、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保などが置かれるべきであろう。現在、二〇〇六年の開設時の地域包括支援センターの役割をそのまま踏襲して予防プランセンターになっている地域包括支援センターが少なくない。地域包括支援センターの職員や市町村職員は地域包括支援センターの新しい役割をしつかりと認識することが必要である。そして、今現在、何ができ、何ができないかをしっかりと見きわめ、自らの力量や地域の人的資源の状況を直視することが重要なのである。

なお、地域包括ケアを考える際に留意すべきことは以上の点だけにとどまらない。根本的な問題が横たわっている。つまり、これまで高齢者夫婦だけの世帯では夫婦のどちらかが要介護2以上になった場合、介護する側の状況をも考えれば在宅では厳しくなるといわれてきた。そのような認識や状況があるにもかかわらず、今日、地域包括ケアによって在宅が奨励されていることをどのよう

に考えたらよいのだろうかという問題が存在している。果たして地域包括ケアがすすむと家族の負担は本当に軽減されるのか、どれくらい軽減されるのだろうか。そのところがはっきり示されてこないと、地域包括ケアは割高な施設給付費や医療費の単なる抑制策になってしまうおそれがある。今後、やや長いスパンで、地域包括ケアの動向や、市町村の取り組みに注目し続けなければならないのである。

へよこやま じゅんいち・北海学園大学法学部教授

【注】

(1) 今回の介護保険制度の改正案の主な内容については、以下の資料を参照した。社会保障審議会介護保険部会（第五三回）資料、二〇一三年一月二七日、社会保障審議会介護保険部会（第五四回）資料、二〇一三年二月二〇日、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料、二〇一四年二月二五日。

(2) 横山純一「二〇一四年介護保険法の改正と第六期介護保険の課題―地域包括ケア、給付の抑制、利用者負担引き上げ、保険料問題を中心に―（仮題）」北海学園大学開発研究所『開発論集』一九四号、二〇一四年九月掲載予定。

(3) 高齢者のおかれている状況と高齢者介護の現状については、注1の資料を参照した。

(4) 筆者が産業や福祉面などでまちづくりに関わり長くかかわってきている北海道内のA市とB市（札幌市近郊の市）、C市（中核市）、D市（過疎化が進んでいる市）の事例。

(5) 近年、筆者が行つた複数のケアマネジャーからのヒアリングによる。