

## 地域包括ケアシステムの課題と展望

筑後 一郎<sup>\*1</sup>

### 要約

本稿では、地域包括ケアシステムが策定された経緯と、策定されてから10年が経過した現在の状況を概観し、適正化、効率化のもとで動いている地域包括ケアシステムの展望と課題を議論している。わが国は、2025年には65歳以上人口、75歳以上人口がそれぞれピークに達するため、そのピークに備えた地域包括ケアシステムを構築している。現在ある医療・介護保険制度のなかで、適正化と効率化を図りつつ、システムの持続的な維持を考えているが、一方で地域にしながら最期を迎えるための準備が整っているとはいえない。その理由として、提供主体の地域に3つの困難があることを指摘し、その困難のなかでも多様な医療者、介護職員、自治体に存在する介護支援者を仲立ちするシステムの脆弱さがあると考えられること、これを仲立ちする担い手が急務であることを提示した。

### 1. はじめに

わが国は、世界でも類を見ない高齢化に直面している。今後、高齢者数は増加することが予測されており、そのため持続可能な医療・介護制度を構築することが急務となっている。国はそれに対応するため、地域包括ケアシステムを構築し、制度の持続可能な維持を推進している。一方で、提供主体である地域は、システムに十分対応できる準備が整っているとはいえない。本稿では、わが国の人口や予算の状況を概観し、それに対応する施策の整理を行ったうえで、地域包括ケアシステムの展望と課題を検討することを目的とする。

### 2 医療・介護を取り巻く予算と人口状況

#### 2.1 予算の状況

平成28年3月に国会で可決された予算によれば、一般会計予算における平成28年度の社会保障関係費は、平成27年度予算と比較して1.4%増の31兆9,738億円となり、一般会計の歳出総額（96兆7,218億円）と比較すると33.07%を占めることとなった。医療、介護、年金に限った内訳をみると、年金給付費が前年度比1.7%増、介護給付費が前年度比3.6%増となっ

ているが、医療給付費は0.5%増に過ぎない<sup>1)</sup>。これについて財務省は、経済・財政計画の目安に沿って抑制しているとしているが、一般会計の歳出総額全体で見ると、およそ3分の1が社会保障関係費として計上されることがわかる。

社会保障が自然に増加する理由はいくつかあるが、大きな理由としてあげられるのが高齢化の進展による自然増である。後述するが、現在、我が国の高齢化率は26.7%であり、それによる医療や介護サービスが必然的に増えることが、自然に増加する根本的な理由である。国は、このメカニズムによる自然増をできるだけ抑制し、持続可能な社会保障サービスを維持するために、前出の経済・財政計画の目安に基づいて自然増の伸び率を抑制しようとしているのである。

この経済・財政政策の目安とは、正確には「経済財政運営と改革の基本方針2015」という。この中で、社会保障の項目をみると、3点の基本方針が掲げられている。すなわち、第1：社会保障・税一体改革の推進と経済再生、財政健全化、制度の持続可能性の維持の実現を目指した改革、第2：社会保障の実質的増加が1.5兆円程度と見込まれることから、

\*1 川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部 医療福祉経営学科  
(連絡先) 筑後一郎 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学  
E-mail: chikkey@mw.kawasaki-m.ac.jp

2018年度までは社会保障の自然増伸び率の抑制基調を維持しつつ、効率化・予防化に取り組む。さらに、2020年度には消費税引き上げと同時に社会保障の充実と自然増の増加分を増税分の水準にとどめる、第3:医療・介護提供体制の適正化、生活習慣病の予防・介護予防、負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、後発医薬品の使用促進を含む医薬品等に係る改革等<sup>2)</sup>、である。今後自然増が見込まれる医療、介護、年金については、財政健全化をふまえて、自然増の伸びをできるだけ抑制するために、重症化予防や後発医薬品の使用促進、負担能力に応じた負担のあり方などについて、改革を推進することが方針として掲げられているといえる。

## 2.2 人口の動向

高齢化の進展に伴い、高齢者数は増加の一途をたどっている。総務省統計局の平成28年3月報のデータによると、65歳以上人口は3392.1万人で、全体の26.7%となる<sup>3)</sup>。今後10年の間に、濃厚な医療サービスが必要となると考えられる75歳以上人口は、同データによると1667万人であり、全体の13.1%を占めている。すなわち、少なく見積もっても、今後10年の間に2000万人もの国民が、濃厚な医療サービスを受益するという構図が現れるわけである。

一方、これからの国を支える若年層の低下は著しい。厚生労働省の資料によれば、1995年ごろから0~64歳人口が減少しはじめ、2060年代にはほぼ半減するという推計がなされている<sup>4)</sup>。すなわち、それだけ税や保険料を納付することができる人口が減少するということであり、現在の水準の社会保障サービスを維持するためには、税、または保険料負担を上げるしか方法はないと考えられる。

それゆえ、前述した経済財政運営と改革の基本方針2015は、高齢者人口の増加と税や保険料負担が可能な若年者人口の減少の2点をふまえた方針となっており、そのために限られた財源を有効に活用し、かつできる限り負担を抑えた制度設計が求められる。

## 3. 医療・介護政策の改革遍歴

### 3.1 医療制度改革法の概要

2025年になると、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上の高齢者となる、いわゆる2025年問題が発生する。それに備えるため、国はこれまで様々な施策を講じてきた。2005年に改正介護保険法が成立した後、その翌年の2006年に、政府は医療制度改革関連法を成立させた。これは、来るべき超高齢社会に備えた環境整備のために提出されたもので、3つの方針が含まれている。第1に、医療保険や介護保険の制度改革の進行である。前述したように、1995

年ごろから64歳以下の人口が減少に転じており、税や保険料収入に限りが見えてきたことから、制度の変更なくしては医療、介護制度を維持できなくなることは自明の理であったからである。第2に、地域のなかにある医療資源の効率化である。地域のなかには、多様な医療資源が存在する。高度な医療を提供できる総合病院から、個人病院、訪問看護、訪問介護サービス、それに付随する様々な付属サービスに至るまで、広い裾野の資源が存在する。しかし、住民がそれを適切に選択し、利用できる環境であったかといえば、必ずしもそうではなかった。それゆえ、国民のなかにある総合病院志向や入院の長期化といった、医療費が増大する原因を解消できなかったのである。そこで、地域のなかにある医療資源を適切に利用できるよう、効率化が図られることとなったのである。第3に、尊厳のある一生を過ごすことができる制度設計である。昭和40年代には、病院で亡くなる人と自宅で亡くなる人の割合はおおむね2:8であったといわれている。一方で、現在の割合は、7:3程度になっているという。おおよそ50年で、自宅と病院で亡くなる人の割合が逆転したことになる。この割合をできるだけ病院外に移行することで、最期は安らかな日々を自宅等で過ごせるようにしたいということが、制度設計のねらいであったという。この医療制度改革関連法が、現在国で推進している地域包括ケアシステムの原点になっているのである。

この医療制度改革関連法が成立する前に、1つの重要な決定がなされている。それは2005年6月に、小泉政権下で策定された骨太の方針2005である。この中に、「医療費の適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、達成のための必要な措置を講ずる<sup>5)</sup>」という記述があるが、この当時から医療費を適正化すること、そのための政策目標を策定すること、さらにそれを達成するために必要な措置を講じることの3点について、推進するための方策として考えられたのが、制度改革、地域資源の効率化、尊厳ある一生を送るための制度設計として現れたと考えるのが妥当であると考えられる。

### 3.2 医療制度改革法とシステム改正

2006年に成立した医療制度改革法には、医療費を抑制するためのさまざまな取り組みが組み込まれている。この当時、地域医療計画、生活習慣病予防の推進、平均在院日数の短縮、高齢者医療制度の変更、ITの推進化などが取り組みの主なものとして提示されており、現在推進されている医療制度改革の原型はここで作られたといえる。

例えば、生活習慣病予防の推進では、これまでの

知見により重症化を防ぐための手立てとして取り組みが組み立てられており、たとえばメタボリック・シンドローム検診を40歳以上の健康診断に取り入れ、基準を超える受診者には痩身や運動を促すなどの指導を行い、加齢を重ねた際に重症化するのを防ぐための手段がとられている。

高齢者医療制度の変更では、65歳から75歳の高齢者を前期高齢者、75歳以上の高齢者を後期高齢者に分割し、医療費の負担割合を現役世代と高齢者世代で明確化した。さらに、高齢者も保険料を支払い、所得に応じた医療費負担の割合も引き上げられている。

その他にも、地域医療計画では医療圏の整理を行うことで効率化を図る狙いがあり、各都道府県で医療計画を策定することが義務付けられている。平均在院日数の短縮では、2006年当時の全国平均在院日数が36日であったものを、現在の水準の14日間に短縮するための取り組みが明記された。IT化の推進では、電子カルテ化の推進により、医療費の効率的な執行がなされているかを保険者が確認しやすくするシステムが構築されている。

このように、現在推進されている医療費の適正化システムは、医療制度改革法が制定されてから10年が経過して明確な形が現れるようになってきた。現在の医療保険制度を維持しつつ、負担割合の増加はあるものの、できる限り現行のシステムを維持するための様々な取り組みが行われているのである。

### 3.3 地域包括ケアシステムの概要と課題

厚生労働省は、前述した2025年に起こる問題に対応するため、地域包括ケアシステムの構築を推進している。このシステムの解説がなされている資料を確認すると、このシステムについて次のように説明している。すなわち、2025年を目的として、高齢者の尊厳の保持、自立生活の支援を目的として、自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進することで、包括的な支援・サービスの提供体制を推進するというものである。2025年には、前述の通り65歳以上の人口が総人口の約33%、75歳以上の人口が総人口の約20%となることが想定されており、高齢者数のピークを迎えることとなる。その際、限られた財源のなかで、できる限り重症化を防ぎつつ、最期まで地域で暮らしていくことが可能なシステムを包括的に提供することが狙いとなっていると考えられる。

それを検討する際に考慮すべきことは、尊厳の保持と自立生活の支援であると考えられる。松繁の主張をもとに議論したいと思う。

まず第1に、尊厳の保持について、できる限り住

み慣れた自宅で、最期のときを穏やかに迎えられるよう支援することが主眼である<sup>6)</sup>としているが、これはすなわち自宅での看取りを推進することにあると考えられる。前述したように、現在は病院で最期を迎える国民が多数であり、この点は国民の意識を変えていく何らかの手段が必要であることは考えておかなければならない。

第2に、自立生活の支援についてであるが、人生の最期まで続けるためには、家族への教育、きめの細かい訪問診療、看護、介護サービスが住み慣れた地域で受けられるかどうかにかかっていると、その際に公的介護保険でカバーできるものが、必要十分であるかを考慮する必要がある<sup>6)</sup>という。現行の介護保険制度下では、要介護5でも公的介護保険範囲内限度額は3万6千円までである。身体介護時間は最大で週あたり12.5時間まで、訪問看護・入浴はそれぞれ週あたり1回までとなっており、自立生活を支援するための手段として必要十分であるかといえ、疑問の余地がある。医療保険ではカバーしきれない部分をカバーするために、2000年に介護保険法が施行されたが、最も重い要介護5であっても、公的介護保険の限度額では前掲したサービスが限度となる。それ以外は家族が介護を行うこととなると考えられるが、介護する家族が存在すればそれも可能であるが、介護する家族がそもそも存在しなかったり、遠方に居住しているといった場合には、自立した生活を営むことができるかといえ、現行制度では困難であることは想像される。

地域包括ケアシステムについて、提供する主体である地域の視点からまとめると、2点に集約することができる。第1に、地域にあるさまざまな資源を活用し、多様な担い手が連携をしつつ、必要な支援を提供すること、第2に、病院や施設から在宅介護へ移行をスムーズに行わせ、医療や介護財政の安定化をはかりつつ、持続可能なシステムとして展開することを期待している<sup>6)</sup>ことである。このことについて、沼尾の指摘をもとに、自治体の課題を考えてみたい。

沼尾によれば、自治体の困難さとして3つの困難があるという。第1に、高齢者の生活実態把握が困難なこと、第2に、担い手の確保を通じたサービス提供の困難さ、第3に、地域のなかで多様な担い手が集まって、方向性を決めるための場作りの困難さ、の3点<sup>7)</sup>である。

第1の困難さであるが、高齢者の生活実態を把握するためには、頻回な訪問や家族からの聞き取り等、きめ細かい確認が必要となってくるわけであるが、独居、または高齢者夫婦のみの世帯の居住実態を正

確に把握することは難しく、だれにも看取られずに死亡していたというケースは数多ある。第2の困難さである担い手確保のサービス提供であるが、介護職の慢性的な不足に伴い、それを解消するために介護保険で介護職への給与増額のための加算を行っているものの、担い手確保の決定的な解決策とはなっていないのが現状である。

第3の困難さである、多様な担い手が集まったうえでの方向性決定の場づくりであるが、沼尾によれば医療者や介護施設の職員、自治体職員、民生委員、町内会役員などの、多様な人材が集まって協議しようとしても、専門的用語が飛び交う中でそれを理解できない関係者が協議するための受け皿が十分でない<sup>7)</sup> ために、場を形成することが難しいと指摘している。医療者や介護職では、通常の行為である専門的用語であったとしても、自治体職員や民生委員、町内会役員などの担い手は、必ずしも専門的用語に通じているわけではない。とくに、民生委員や町内会役員は、委託されている業務内容が多くあり、若年者が仕事をもちながら遂行することは難しいという理由から、高齢者がその役を担っているケースが多くみられる。それゆえ、方向性を決定するための

場を形成するためには、仲立ちを手助けするコーディネーターが必要であるが、そうした人材を作るための施策がとられている地域は極めて少ない。しかし、沼尾の指摘した3つの困難を克服し、限られた財源で維持するためには、地域内での協働が不可欠であり、それを推進するためにも、場を仲立ちする人材の育成が急務であるといえる。

#### 4. 結び

本稿では、地域包括ケアシステムの概要と、それに伴う課題について検討してきた。限られた財源のなかで、現在の医療水準を持続させるためには、ある程度の効率化や適正化は避けられない。しかし、それが行き過ぎることで国民が不安に思うようなシステムでは、理想的なシステムであっても持続することは困難である。それゆえ、それを持続させるためには、各地域の担い手の協働は欠かせない。本稿では、その担い手を仲立ちするための人材育成の必要性を指摘したが、今後の展望としては、この担い手育成のための事例をさらに深耕していく必要がある。この点については今後の検討課題としたい。

#### 文 献

- 1) 財務省：平成28年度予算。  
[https://www.mof.go.jp/budget/budger\\_workflow/budget/fy2016/](https://www.mof.go.jp/budget/budger_workflow/budget/fy2016/), 2016.  
(2016.3.12確認)
- 2) 内閣府：経済財政運営と改革の基本方針2015。  
<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2015/decision0630.html>, 2015.  
(2016.3.12確認)
- 3) 総務省統計局：人口推計（平成28年3月概算値）。  
<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/new.htm>, 2016.  
(2016.3.12確認)
- 4) 厚生労働省：日本の人口の推移。  
<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/d1/07.pdf>, 2014.  
(2016.3.12確認)
- 5) 首相官邸：経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2005。  
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/050621honebuto.pdf>, 2005.  
(2016.3.12確認)
- 6) 松繁卓哉：地域包括ケアシステムにおける自助・互助の課題。保健医療科学。61(2), 113-118, 2012.
- 7) 沼尾波子：地域包括ケアシステム構築と行政の役割。月刊福祉, 98(4), 19-22, 2015.

(平成28年5月11日受理)

## Issues and the Prospect of Integrated Care System

Ichiro CHIKUGO

(Accepted May 11, 2016)

Key words : Integrated Care System, national budget, regional alliances, main provider of care

Correspondence to : Ichiro CHIKUGO

Department of Health and Welfare Services Management

Faculty of Health and Welfare Services Administration

Kawasaki University of Medical Welfare

Kurashiki, 701-0193, Japan

E-mail : [chikkey@mw.kawasaki-m.ac.jp](mailto:chikkey@mw.kawasaki-m.ac.jp)

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.26, No.1, 2016 79 – 83)