

論 説

続・地域包括ケアシステムの検討

佐藤卓利

目次

はじめに

- I 地域包括ケアシステムの実践と概念
 - 1 広島県公立みつぎ総合病院の実践
 - 2 地域包括ケアシステムの概念
- II なぜ地域包括ケアシステムが必要とされるのか
 - 1 介護保険の限界
 - 2 医療の生活への接近
- III 医療と介護の供給体制と地域包括ケアシステム

はじめに

本稿では、佐藤 [2014] で論じた地域包括ケアシステムについて、あらためてその実践と概念について振り返り、そのねらいを確認する。そのうえで、2014年6月18日参議院本会議で可決・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に関する法律」（医療介護総合確保推進法）により、地域包括ケアシステムの構築が進んでいくことになるが、その問題点を明らかにする。

I 地域包括ケアシステムの実践と概念

1 広島県公立みつぎ総合病院の実践

高橋 [2012] によれば地域包括ケアシステムという概念は、「広島県公立みつぎ総合病院の院長を務めた山口昇医師が、昭和50年代以来、御調町（現在は尾道市に合併）で展開した医療と福祉にまたがる、ケアの実践に与えた名称である」という。

山口 [2012] は、自らの実践を次のように振り返っている。「筆者が地域包括ケアシステムを初めたのは1974（昭和49）年後半のことである。国に在宅ケアに関する制度が何もない頃であったが、病院を退院後寝たきりになってしまうケースが増えていったという単純な理由から、訪問看護、訪問リハビリ等の在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦を始めた。まさに病院医療の転換であ

ったが、同時に健康づくり（保健・予防）および介護・福祉との連携を伴う仕組みを構築していった」。

公立みつぎ総合病院（当時は御調国保病院）の実践は、介護保険制度を構想中であった厚生省（当時）においても注目されることになった。1994年4月に省内に「高齢者介護対策本部（本部長は厚生事務次官）」が設置され、本部長の私的研究会として「高齢者介護・自立支援システム研究会」が同年7月から12月まで開催された。この研究会に山口医師は、委員として参加し、同研究会の報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」（1994年12月）の作成に加わった。

当時、高齢者介護対策本部事務局の専任スタッフであった増田雅暢氏は、この研究会のねらいを次のように述べている。「この研究会の特徴は、制度案をつくるのではなく、高齢者介護をめぐる基本的な論点や考え方を整理することを目的にしたことである。それは、正式な審議会である老人保健福祉審議会につなげていくというねらいと、研究会の議論、報告等を通じて、高齢者介護問題の重要性や介護保険創設の必要性を、一般の人々に伝えていくという効果をねらいとしている」[増田, 2003]。

二木 [2001] は、「地域包括ケアの先進地域（町）」としての御調町の事例を、高齢者医療費の視点から『国保直診（国民健康保険直営診療施設）と新しい介護システムに関する研究報告書』（1996年）をもとに、次のように評価している。

「御調町はわが国の地域包括ケア最先進地域で、それにより寝たきり老人が激減したことはよく知られている。この報告書でも同町の寝たきり老人比率はわずか0.9%にすぎず、類似の2町2.6%の3分の1にすぎないことが確認されている。……／他面、御調町の老人1人当たり医療費は広島県内の類似2町より1割以上高く、老人千人あたり（医療以外の）保健福祉サービス量は類似町より4倍も多い」。

「よく考えてみればこれは当然の結果である。一般の医療・福祉に比べてはるかに労働集約的（人件費比率は約7～8割）な在宅ケアでは、効率化の余地はごく限られているため、『良からろう、安からろう』は困難であり、『良からろう、高からろう』にならざるを得ないからである」。

「上記報告書では、御調町の意外な事実も明らかにされている。それは、同町の65歳以上人口の長期入院比率が5.4%で、類似2町の1.2%の5倍に達していることである」。

二木は、「報告書では、『長期入院比率』と書かれているが、おそらくは老人保健施設と特別養護老人ホームへの入所も含んでいると思われる」と推測したうえで、「御調町はわが国の地域包括ケア最先進地域で、いわば介護保険を先取りした高水準の在宅ケアを提供している。このことを考えると御調町の経験は、今後わが国で介護保険制度により在宅ケアを大幅に拡充しても、施設ケアを減らすことはできないことを暗示している」と予言した。二木の予言は妥当であったと筆者は判断する。

多くの国民の期待を担って生まれることになった介護保険は、その誕生以前から実践されてきた地域包括ケアの何を取り入れ、何を取り入れなかったのが問われなければならない。

2 地域包括ケアシステムの概念

(1) 高齢者介護研究会報告（2003年）

2000年4月に介護保険制度が始まって以降では、地域包括ケアシステムという用語は、「高齢

者介護研究会」の報告書『2015年の高齢者介護』の構成項目のなかに見出される。同研究会は、「中長期的な介護保険制度の課題や高齢者介護のあり方」などについて検討するため、厚生労働省老健局の求めに応じ2003年年3月に設置され、同年6月に報告書を提出した。

「同報告書」は、介護保険実施3年後の時点で、財政的側面からその持続可能性について次のような危機的認識を示している。

「介護保険制度を持続可能なものとしていくことが必要である。この3年間の実施状況を見ると、高齢者の増加のスピードを大幅に上回ってサービスの利用が伸びており、この事態が続けばこれからの介護保険財政は極めて厳しい状況に直面することが予想される」。

制度開始後3年目にして早くも、介護ニーズの増大による介護給付の増大が、介護保険財政の危機を生むとの認識が表明された。こうした認識が介護保険の給付費増を極力抑制し、その結果介護給付からはみ出る部分については、介護保険以外の制度や仕組みを使って対応するという構想につながる。こうした構想に立って、「同報告書」は、介護保険の守備範囲を限定し、「自助・共助・公助」論にもとづき介護保険以外の社会資源の活用を提起している。

「そこで、自らの尊厳保持のため、自助の努力を尽くし、さらに、地域における共助の力を可能な限り活用することにより、結果において公的な共助のシステムである介護保険制度の負担を合理的に軽減させるなど、広い見地からフォーマル・インフォーマル、自助・共助・公助のあらゆるシステムをこれまで以上に適切に組み合わせながら、これからの高齢社会において「高齢者が尊厳をもって暮らすこと」を実現していくことが、国民的課題である」[高齢者介護研究会, 2003, 2]。

とりあえずここでは、後に検討する「自助・共助・公助」論にもとづき、介護保険が「公的な共助のシステム」として性格づけされていること、介護保険の負担の軽減のために、介護保険以外の「システム」との「組み合わせ」が提起されていること、その背景には介護保険財政危機論があることを確認しておく。

次に、「同報告書」の地域包括ケアシステムを論じた箇所の一部を引用する。

〔4〕地域包括ケアシステムの確立

これまで、一人一人が住み慣れた街で最期までその人らしく生きることを保障するための方法として、現在の在宅サービスを複合化・多機能化していくことや、新たな「住まい」の形を用意すること、施設サービスの機能を地域に展開して在宅サービスと施設サービスの隙間を埋めること、施設において個別ケアを実現していくことなどについて述べてきた。／このようなサービス基盤が整備された際においても、要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みが必要であることには変わりはない」[高齢者介護研究会, 2003, 15]。

「介護保険の介護サービスやケアマネジメントが適切に行われたとしても、そのみでは、高齢者の生活を支えきれものではない。／高齢者の中には、介護が必要な状態であることに加え、医療が必要であるケース、高齢夫婦二人暮らしで介護をしている人に精神的負担が大きくなっているケース、目が不自由である等の身体障害を併せ持っているケース、家族との関係に問題を抱えているケースなど、様々な社会的支援を必要とする人も多い」[高齢者介護研

究会, 2003, 16]。

「このように、介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するには、介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア（地域包括ケア）を提供することが必要である」[同上]。

この報告書における地域包括ケアと介護保険の関係を整理すると、次のようになる。地域包括ケアは介護保険サービスを「中核」とはするが、それを補完するために「保健・福祉・医療の専門職相互の連携」や「ボランティアなどの住民活動も含めた連携」を活用した「地域の様々な資源を統合した包括的なケア」であると。

介護保険実施以前に取り組まれていた地域医療の一部（介護療養型医療施設・訪問看護・訪問リハビリテーションなど）が、介護保険に取り込まれたが、地域保健や地域福祉など地域包括ケアの主要部分は、市町村の保健事業・福祉事業として残ることになった。

(2) 地域包括ケア研究会報告書（2009年）

宮島 [2012] によれば、地域包括ケアシステムを明確に定義したのは、平成20（2008）年度の老人保健健康増進等事業による「地域包括ケア研究会」報告書であるという。同報告書は、地域包括ケアシステムを以下のように定義している。

「地域包括ケアシステムは、『ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制』と定義してはどうか。その際、地域包括ケア圏域については、『おおむね30分以内に駆けつけられる圏域』を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とすることとしてはどうか」[地域包括ケア研究会, 2009, 6]。

ここでは先の高齢者介護研究会の定義に「日常生活圏域」の概念が付け加えられた。この定義が、平成21（2009）年度の「同研究会」報告書においても踏襲されている。

なおこの報告書で注目すべき点は、介護サービスにおける「自助・互助・共助・公助」の役割分担を提起し、社会保険である介護保険を「共助」の仕組みであると断言していることである。先に見た「高齢者介護研究会報告」における「公的な共助のシステムである介護保険制度」との性格づけが変更されている。この考え方の変更は、現在の介護保険制度改革と「地域包括ケアシステム」の構築につながる重大な問題点をはらんでいる。当該箇所を引用する。

「介護費用が増大する中で、すべてのニーズや希望に対応するサービスを介護保険制度が給付することは、保険理論からも、また共助の仕組みである社会保障制度の理念に照らしても適切でない。一定限度までの介護サービスを、その内容と成果を吟味しつつ介護保険制度が給付することは当然であるが、自助・互助・公助との適切な役割分担を検討していかなければならない」[同上, 3-4]。

ここでは、介護保険のみならず社会保障制度までも「共助の仕組み」としているが、この点は、社会保障制度の理解としては同意できない。介護保険を社会保障制度の一環として位置づける筆者の視点からは、介護保険を「共助の仕組み」と性格づけることは、介護保険の公的性格の希釈化、すなわち介護保険の運営と財政についての公的責任の後退あるいは縮小を意味する。

佐藤〔2011〕では、この視点から「地域包括ケアシステム」の構築自体は否定されるべきではないが、それが介護保険の「共助」化＝保険原理強化の手段として、あるいは「共助」化された介護保険の補完物として利用されるのではないかと論じた。介護保険給付の増大傾向を抑制する制度改革と一体となって進められる「地域包括ケアシステム」の構築では、社会保障制度である介護保険の公的性格がますます弱められることになる。そして介護保険は、「自助」「互助」「共助」「公助」に分割された介護サービスの「共助」部分だけを担うものとされ、「地域包括ケアシステム」の中軸部分としてその中に包含されるが、その範囲が財政的側面から限定されると、「自助」「互助」「公助」との役割分担を、あらためて整理しなくてはならなくなる。「同報告書」のサブタイトルが「今後の検討のための論点整理」となっている所以である。

なお里見〔2014〕は、「自助・共助・公助」概念の変遷を振り返り、近年の厚生労働省の新解釈への批判を展開しているので参照されたい。

（3）改正介護保険法（2011年成立）、プログラム法（2013年成立）

「地域包括ケアシステム」という用語がはじめて法律に明記されたのは、2013年12月に参議院で可決・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」（プログラム法）においてである。その第4条の4で以下のように規定されている。

「地域包括ケアシステム（地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう）」。

第5期介護保険事業計画（2012～2014年度）に合わせて2011年に改正された介護保険法には、地域包括ケアシステムという用語は明記されていないが、その第5条第3項として以下の条文が付け加えられた。

「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない」。

下線部が、地域包括ケアシステムの内容を意味している。

松本〔2014〕によれば、「『地域包括ケアシステムの構築』がいわば介護保険・高齢者福祉の政策的メニュー（スローガン）であるとするならば、自治体が作成する介護保険事業計画はそれを具体化するためのレシピだ」という。国から市町村に示された第5期（2012～2014年度）の「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（案）」では、地域包括ケアシステムは、次のように定式（スローガン）化された。

「地域包括ケアとは、高齢者が要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域において継続して生活できるよう、1 介護、2 予防、3 医療、4 生活支援、5 住まいの5つのサービスを一体化して提供していく考え方」。

さらに2015（平成27）年度から始まる第6期介護保険事業（支援）計画のために示された「基本指針（案）の構成」厚生労働省老健局〔2014〕では、地域包括ケアシステムの基本理念が、次の

ように定式化されている。

「1 介護給付等対象サービスの充実強化， 2 在宅医療の充実及び在宅医療と介護の連携による継続的な支援体制の整備， 3 介護予防の推進， 4 日常生活を支援する体制の整備， 5 高齢者の住まいの安定的な確保」。

この定式においては，介護保険の守備範囲は，主に1と2の項目に限定され，地域包括ケアシステムが1から5の項目を包含する関係にあることが明確に示されている。したがって，介護保険財源から支出される部分も，主に1と2に限定されることになる。

II なぜ地域包括ケアシステムが必要とされるのか

地域包括ケアシステムが必要とされる理由は二重である。1つは介護保険の財政的制約である。介護保険は，公的な介護保険（社会保険）であるが，税財源投入抑制の圧力が強まれば，そして税と保険料の負担割合が固定されていることを前提とすれば，介護サービス需要の増大に対して保険給付の抑制を強めなければならなくなる。その手段が社会保険の保険的側面の強調，つまり保険原理＝「共助」の性格を強く訴えることである。

介護保険制度の改革は，この方向にそって進められてきた。この方向への推進は，医療制度の改革により一層加速化される。いわゆる「自助・互助・共助・公助」論による，サービスの切り分けが，この方向で進んでいる。

もう1つの理由は，医療の生活への接近，あるいは「治療モデル」から「生活モデル」への移行というより普遍的な変化である。まず，財政的制約の視点から問題を検討し，その後で，医療モデルの転換について考察したい。

1 介護保険の限界

介護保険が「介護の社会化」を実現し，要介護者もその家族も介護の問題から解放されると国民が期待したのは幻想であったと，介護保険を制度化した当の元厚生労働官僚が述べている〔宮島，2012a〕。まず，その言い分を引用する。

「介護保険ができれば，高齢化に伴う生活やケアの問題のすべてが解決できるような幻想がふりまかれた」。

「介護保険が2000年に創設されてから，これで高齢化に伴う問題はほぼ解決できるという楽観的な考えが生まれ，自治体では，いろいろな福祉事業から手を引く動きがあった。その反省から，2005年の介護保険法の改正で，地域支援事業が生まれ，地域包括支援センターも制度化された。地域包括ケアは，この流れの延長にあるが，その何もかもを介護保険制度でカバーしようとするものではない」。

介護保険の限界を，これほどあからさまに指摘するのは，地域包括ケアシステム構築へ人々の意識を誘導する意図があるのではないかと推測する。

佐藤〔2008〕は，介護保険の限界を「介護サービス市場外の諸制度・諸機関との調整—地域包括支援センターの役割」と題して以下のように論じた。そこでは，介護サービス市場の管理の強

化＝介護保険給付の抑制が、市場外の仕組みの活用と調整を必要とせざるを得ないとの論点を提起した。すこし長いが重要な論点なので引用する。

「1 介護保険の限界

介護保険は、もともと高齢者の生活全体を支える仕組みではない。介護保険によって社会化された「介護」の範囲と内容は、身体介護に偏したものである。認知症ケアの充実を図ることを目的に「地域密着型サービス」が、介護保険法改正によって新設されたとはいえ、介護保険が理念として掲げる高齢者の「尊厳の保持」と「自立支援」は、それが提供する介護サービスだけでは実現されない。

こうした介護保険の限界は、高齢者保健と高齢者福祉の制度によって補われる必要がある。また在宅での高齢者の生活は、家族や地域による支え合いというインフォーマルなサービスにも依存せざるをえない。

高齢者の保健や福祉について責任を負う機関は基礎自治体である。制度としての保健や福祉のサービスを、家族や地域のインフォーマル・サービスと結びつけて機能させる機関として「在宅介護支援センター」があったが、2006年の改正介護保険法施行により、事実上その機能は停止した。従来介護保険の隙間を埋める働きをしてきた「在宅介護支援センター」は、新しく創設された「地域包括支援センター」に統合されることになった。

もともと介護保険は、限定された介護サービスを提供するものであるが、その抑制がさらに進めば高齢者およびその家族が抱える多様な生活問題が、介護保険制度の外にすなわち介護サービス市場の外に一層顕在化することになる。したがって、介護サービス市場の管理の強化は、市場外のインフォーマル・サービスや保健・医療・福祉の諸制度・諸機関との調整をますます必要とするようになる。

2 地域支援事業の開始

こうした背景のなかで介護保険法改正によって2006年から地域支援事業が開始された。

それは従来の老人保健事業と介護予防・地域支えあい事業を介護保険に統合したものであり、財政的にみれば公費（税）による保健事業から介護保険の財源を使った事業への転換である。

もうひとつの背景は、「医療と介護の機能分担と連携強化」という要請である。それは、高齢者医療費の抑制政策による入院期間の短縮・リハビリ算定日数の制限・療養病床の削減などの厳しい医療環境下で、介護保険に医療の受け皿としての機能が期待されているということである。

こうして介護保険の事業と保健・医療・福祉の諸機関・諸制度をつなぐ調整機関として、また地域のインフォーマル・サービスを組織化する機関として、地域包括支援センターが設置されることになった」。

2 医療の生活への接近

竹内〔1995〕は、介護保険導入以前の特別養護老人ホームでの自らの医療と介護の実践から、従来の特養ホームでの「病院型待遇」すなわち入居の高齢者たちを「医学的対象」として扱ってきたケアのありかたを失敗と総括し、その自己批判に立って近代医学の方法論に対して反省を迫った。この問題提起は、現在進められている地域包括ケアシステム構築にも大きなヒントを与えてくれると思われる¹⁾。その要旨を紹介したい。

「病への接近，臓器，細胞，免疫，遺伝子や分子生物学への切り込みは，方法論としては当然の成り行きであったし，そこから多くの成果も得たが，残念なことにその過程で『生活』が見失われていった。いいかえれば，私たちが出発点として与えられた生活の回復には，本来多くのアプローチがあったはずなのに，かたくなに『疾病治療』に執着しすぎて他をかえりみないところに，初期の失敗があったといえよう」。

「疾病のみを対象とした方法論からの脱却は，癌患者のターミナルケアに顕著にみられるものである。そこでは癌そのものをどうするかという視点から，苦痛の少ない精神的安らぎのある生活へとテーマが移っていて，QOL（quality of life=生活の質）がさかんに用いられ，そのことを中心に据えた概念としてターミナルケアが，あるいはそのための施設としてホスピスが論議されている」。

「疾病から生活へのアプローチの転換が，末期癌という生命の終わりの時期に登場するのは，経過からみてやむをえないとはいえ，遅きに失した感もなくはない」。

「人間的な生活はだれしも望むところであり，QOLはすべての病者，障害者，高齢者，そして健常者にとって共通する核心的なテーマであるはずである」。

「より人間らしい充実した生活—QOLのより高い生活を求め援助するには，癌患者のターミナルケアがもつように，疾病学的観点からトータルな生活へのわれわれの視点の転換が必要であった」。

「私たちはこれを『生活への接近』と呼びたいと思う」。

おそらく現在，地域医療や地域介護の現場で日々業務に精勤している人々は，多かれ少なかれ，こうした問題意識を共有していると思う。「地域包括ケアシステム」もこうした実践のうえに立って，地域での専門職種のネットワークが形成されることが合理的である。

二木 [2012] は，「地域包括ケアシステム」を「複眼的に評価」しているが，その肯定的評価は，「地域包括ケアシステム」の定義が，日本リハビリテーション病院・施設協会が長年提唱している「地域リハビリテーション」の定義とほとんど一致していることを理由としている。参考のために，その定義を紹介する。

「地域リハビリテーションとは，障害を持つ人々や老人が住み慣れたところで，そこに住む人々と共に，一生安全にいきいきとした生活が送れるよう，医療や保健・福祉及び生活に関わるあらゆる人々がリハビリテーションの立場から行う活動のすべてを言う。／その活動は，障害を持つ人々のニーズに対し先見的で，しかも身近で素早く，包括的継続的そして体系的に対応するものでなければならない。また活動が実効あるものになるためには，個々の活動母体を組織化する作業がなければならない」。

二木 [2012] によれば，「日本の医療・福祉改革は，厚生労働省が法律を通し，医療・福祉施設がそれに従うという単純な上下関係になく，一部の医療・福祉施設が先進的活動を展開し，それを厚生労働省が後追的に政策化してきた側面も無視できず，しかもそれはリハビリテーション医療で顕著である」という。そして「地域包括ケアシステム」は，その「最たるもの」であるという。

「地域包括ケアシステム」が，専門家による長年の実践を踏まえて作られてきたものであれば，そこには合理性があるとみてよい。しかし，他面においてそこには，公的財政支出抑制の観点に

立った上からの強制と誘導が働いているがゆえに矛盾がある、というのが本稿の主張である。この点を、次節で論じたい。

Ⅲ 医療と介護の供給体制と地域包括ケアシステム

医療と介護については、2012年2月17日に閣議決定された「社会保障・税の一体改革大綱」に、今後の改革の方向が集約されている。宮島〔2012b〕は、改革のシナリオを以下のように説明している。

「供給体制については、一言でいえば『機能強化』である。医療において、病院・病床機能の強化により平均在院日数の短縮を図るとともに、退院した患者の地域での生活を可能とするために、介護を中心に在宅医療との連携を図り地域包括ケア体制を確立する」。

「かいつまんで説明すると、医療の病床数は減少し、平均在院日数も大幅に減少する。そして、病院は、高度急性期、一般急性期、亜急性期等に機能分化していく。これに伴って、急性期病院の医師数、看護職員数が増え、入院患者に対する医師、看護師の配置が厚くなると見込まれる」。

「つまり、病院は、人員配置を厚くして、よりインテンシブな医療を提供する。その結果、平均的な在院日数は下がり、患者はより早く退院する。これを、在宅医療、訪問看護、介護サービスが地域包括ケア体制を構築することによって、地域で対応できるようにしていこうという構図である」。

この構図のねらいは、「高齢者の増加に伴う医療ニーズの増大に病床数を増やさず対応することにあると、医療法改正を審議する社会保障審議会医療保険部会長の遠藤久夫氏は述べている。「増やさずにどういう提供体制をつくるのか」というと、一つは、病床機能の分化と連携の推進です。次に平均在院日数を短くします。それによって病床稼働率の向上させることができます。しかしそうはいいまして高齢者が増えています。そこで在宅医療を推進します。あるいは介護保険サービスを使う。地域包括ケアを進める。こういった考え方です」〔遠藤、2014、39〕。

このような考え方にもとづいて、公的財政支出抑制の観点に立った上からの強制と誘導が進められることになる。医療介護総合確保推進法は、まさにそのための法律である。

同法の趣旨は、「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に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う」〔厚生労働省、2014〕と記されている。

その要点を、公的財政支出抑制の観点に立った上からの強制と誘導という視点から見る。

同法は、19の法律からなる一括法である。厚生労働省作成の「法律案の概要」〔厚生労働省、2014〕は、4つの項目でその概要を示している。すなわち

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）
2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）
3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

4. その他

である。

1. では都道府県に新たな財政支援制度として基金を設け、以下の事業に基金を支出する。①病床の機能分化・連携のために必要な事業。②在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業。③医療従事者等の確保・養成のための事業である。基金の財源は国が3分の2、都道府県が3分の1負担する。

全国一律の医療法や診療報酬制度による医療機関・病床の機能区分では、医療と介護の連携強化が進まないとみて、都道府県に権限と財源を与え医療・介護資源の重点的配分を実施するための措置である。

2. では病床機能報告制度の創設がなされる。そのねらいは、病床の機能分化を進めるために、医療機関に対して現状の医療機能と一定期間後の医療機能の予定を、都道府県に病棟単位で報告するよう求めるものである。医療機能は、①高度急性期、②急性期、③回復期、④慢性期の4区分となっている。

医療機関が提出した医療機能報告をもとに、都道府県は「域医療構想（ビジョン）」を策定する。ビジョンでは、医療資源の必要量を2次医療圏ごとに医療機能別に見積もる。目標とすべき必要量を実現するために、医療機関の自主的な取り組みと医療機関相互の協力で、医療機能の分化・連携を進めることになっているが、計画通り進まない場合、都道府県知事は、民間病院には「要請」を、公的病院には「命令」を発することができるようになった。

3. では「地域包括ケアシステムの構築」が「費用負担の公平化」とセットで進められる。①全国一律の介護保険制度である介護予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が実施する地域支援事業に移行し多様化する。サービスの市町村間の格差と質の低下が危惧される。②特別養護老人ホームには、今後は要介護3以上の重度者しか入所できなくなる。③低所得者の保険料減免を拡充するが、④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割に引き上げる。⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補てんする「補足給付」の要件に資産などを追加する。預貯金が単身で1000万円、夫婦で2000万円以上ある場合は「補足給付」は打ち切られることになる。

費用負担の公平化というよりも、総じて利用者の負担の増大が意図されている。介護保険のサービスから排除された高齢者は、在宅や地域での「自助」や「互助」による無償のあるいは安価なサービスに依存する度合いを強めることになる。地域包括ケアシステムの構築は、こうした問題点を包含して進められている。

注

- 1) 生活の視点から医療提供体制を論じることは、一般的になってきている。最近の論考から1つ紹介したい。飯島〔2014〕は、在宅医療の基本的な考え方を「治す医療」から「治し支える医療」へと題して次のように論じている。

「今後とも病院医療は重要な役割を果たすが、それに併行して、高齢期であってもいかに生活の質を保ち、よく生き切って人生を閉じることができるかという時代の要請に応える在宅医療も求められている。すなわち、「患者は病人である前に『生活者』なのである」という理念を医療・介護関係者すべてがあらためて認識し直し、我々が生活者として生き切れるよう地域の中で包括的な体制でみて（診て、看て）ゆく方向へと医療の提供体制を大きく変えなければならない。言い換えれば、従来の

「治す医療」から「治し支える医療」への転換が必要な時期に差し掛かっている。そのためには、在宅医療の基盤作りと底上げが必須となる」。

参考文献

- 飯島勝矢, 2014, 「第2章 在宅医療の基本的な考え方」, 東京大学高齢社会総合研究所編『地域包括ケアのすすめ』東京大学出版会, 17-18。
- 遠藤久夫, 2014, 「医療制度改革のゆくえ—2025年の医療制度の姿を展望する—(下)」, 京都府保険医協会, 『グリーンペーパー』No.2010, 2014年2月25日, 39-44。
- 厚生労働省, 2014, <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/186.html>。
- 厚生労働省老健局, 2014, 「全国介護保険担当課長会議資料①」(2014年7月28日), 9。
- 高齢者介護研究会, 2003, 『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～』厚生労働省 www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html。
- 佐藤卓利, 2008, 『介護サービス市場の管理と調整』ミネルヴァ書房, 197-198。
- 佐藤卓利, 2011, 「介護保険と地域包括ケアシステム」『賃金と社会保障』旬報社, 26-38。
- 佐藤卓利, 2014, 「地域包括ケアシステムの検討」『立命館経済学』第62巻第5・6号, 336-349。
- 里見賢治, 2014, 「厚生労働省『自助・共助・公助』の特異な新解釈と社会保障の再定義」『賃金と社会保障』旬報社, 4-27。
- 高橋紘士, 2012, 「1章 地域包括ケアシステムへの道」『地域包括ケアシステム』オーム社, 3。
- 竹内孝仁, 1995, 『医療は「生活」に出会えるか』医歯薬出版, 56-58。
- 地域包括ケア研究会, 2009, 『地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～』厚生労働省。
- 二木立, 2001, 『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房, 195-197。
- 二木立, 2012, 『TPPと医療の産業化』勁草書房, 177-178。
- 増田雅暢, 2003, 『介護保険見直しの争点—政策過程からみえる今後の課題』法律文化社, 40。
- 松本均, 2014, 「地域包括ケアシステム実現へのレシピ」『介護保険情報』社会保険研究所, 2014年9月号, 76-77。
- 宮島俊彦, 2012a, 「地域包括ケアの展望【その1】課題の方向」『社会保険旬報』社会保険研究所, 2510号, 18-25。
- 宮島俊彦, 2012b, 「地域包括ケアの展望【その2】課題の方向」『社会保険旬報』社会保険研究所, 2511号, 22-24。
- 山口昇, 2012, 「2章 地域包括ケアのスタートと展開」『地域包括ケアシステム』オーム社, 13。