

医療費抑制と高齢者の地域生活支援

Healthcare containment and support for the elderly's community life

後藤 康文 (岐阜協立大学経済学部)

キーワード：医療費抑制、地域包括ケアシステム

Keyword: Health care costs containment, Comprehensive community care system

1. はじめに

日本において、医療費を保障するための制度は、社会保険と公費負担保険医療に大別できる。社会保険は、対象者を強制的に加入させ、保険料拠出と引き換えに医療給付を受ける仕組みであり、医療保険と労働者災害補償保険(いわゆる「労災」)にわけられる。

本稿で取り上げる医療保険には、75歳未満を対象とする被用者保険(組合管掌健康保険：組合健保、全国健康保険協会管掌健康保険：協会けんぽ、国家公務員や地方公務員・私立学校教職員の共済組合)と、地域保険(国民健康保険、国民健康保険組合)、そして75歳以上を対象とする後期高齢者医療制度があり、それぞれの保険種別により運営主体・財源が異なる多元的な制度体系になっている。

もっとシンプルに体系整理をするなら、被用者保険である「職域保険」、都道府県などの自治体が保険者である「地域保険」、「後期高齢者医療制度」にわけられる。

厚生労働省の速報値(プレスリリース2023：令和5年9月1日)によれば、これら医療保険制度による医療費の総額は、2018(平成30)年度から2022(令和4)年度までの5年間で42.6兆円から46.0兆円に3.4兆円増加し、約8%の伸び率である。2022(令和4)年度の対前年度比による増加額は1.76兆円(伸び率約4%)であり、5年間で増加した額の半分以上を占める。対前年度比の増加額のうち、0.91兆円(対前年度比の伸び率約5.3%)が後期高齢者医療で占め、増加額の約52%にあたる。

高齢者医療費の増加の背景には、1970(昭和45)年の高齢化社会、高齢社会(1994：平成6)、超高齢社会(2007：平成19)と続く人口高齢化があり、2024年の今日に至る50年余まで、幅広い領域で高齢社会対策に取り組まれてきた。

その政策変遷は、医療保険制度のみならず高齢者福祉領域にも及んでいる。

本稿は、増大している医療保険給付費の抑制政策を踏まえつつ、高齢者医療制度に関する政策推移、近接領域における政策推移を整理し、高齢者の地域生活支援について社会福祉の視点から考察を試みるものである。

そのため、まず日本における医療保険制度の創設・変遷について概観し、近年の医療保険給付の推移とその影響による医療保険政策の変遷について取り上げる。その中で高齢者の医療制度・保健制度に触れ、社会福祉政策としての高齢者介護政策・地域生活支援政策について述べていく。

2. 医療保険制度と高齢者医療制度の創設

2-1. 医療保険制度の創設

日本の公的医療保険制度の始まりは、第二次世界大戦以前の「旧健康保険法」の制定(1922：大正11)にさかのぼることができる。ドイツのビスマルク政権下における疾病保険制度にならったものだといわれ、被保険者は、危険・有害な事業（製造業、鉱業等）を行い、常時10人以上雇用する事業所の「正規雇用の労働者（ブルーカラー）」といった限定的な範囲であった。以後、事業所規模や加入者範囲（ホワイトカラー）の拡大(1933：昭和9)、職員健康保険法の制定(1939：昭和14)、旧健康保険法と職員健康保険法の統合(1940：昭和15)により、ほとんどの正規被用者が被保険者としてカバーされ、後に被用者の家族も加入できるようになり、職域保険（被用者保険）として発展していく。

職域保険が確立する一方、被用者ではない農山漁村の人々は医療を受けることができず、病気がまん延していた。農山漁村の住民は収入も低く、医者がいっても医療費が払えないため、医者にかかることができず、衛生状態の悪さから、高い死亡率、トラホームや結核、寄生虫病のまん延といった状況におかれていた。

こうした状況において、民間レベルでは、産業組合法(1900：明治33)に基づき、組合員の出資によって医療利用組合をつくり、その組合が病院を設置し、組合員に低い負担で医療を提供する動きが広まっていた。1928(昭和3)年に青森県に設立された医療利用組合を契機に、東北地方を中心に10数府県に広がりを見せ、所管省庁である農林省が注目し「農村保健運動の施設」として位置づけられるようになったこの取り組みは、後に産業組合法が廃止され、農業協同組合法の制定(1947：昭和22)により設立された厚生農業協同組合連合会（厚生連）の病院として運営され今日に至っている。

農村の窮乏に組合システムで対応した農山村住民の取り組みの一方、政府(内務省社会局)は「農村医療調査」(1934：昭和9)を行うとともに、『医療利用組合ノ概観』(1934：昭和9)といった検討を行い、市町村区域を単位とする国民健康保険法案を国会に提出、1938(昭和13)年に可決・成立した。いわゆる地域保険の始まりであり、これにより被用者のみならず、農民や自営業者も公的な医療保険制度の対象に加わった。

職域保険制度に国民健康保険制度が加わったことで、国民の多くが加入する公的医療保険制度の整備は一応の進展を見せたが、日本は、満州事変(1931：昭和6)・国際連盟の脱退(1933：昭和8)・日中戦争(1937：昭和12)・第二次世界大戦(1941：昭和16)へと突き進み、国防力増強の要請が高まっていく。

当時の国民健康保険制度は、農民の救済法としての側面と同時に、農民救済を通じて健康な兵力を確保し「挙国銃後の護(まもり)」を図るという戦時立法の性格も合わせ持っていた。

内務省から衛生局及び社会局が分離される形で、厚生省が設立(1938：昭和13)されたのもこの時期である。設立に大きく関わったのが、陸軍省医務局長の小泉親彦であり、小泉を中心に「衛生省」設立案が作成(1937：昭和12)された。軍部とは別に、第一次近衛文麿内閣では、社会不安を緩和する目的として、社会改良的施策を担う新省設立を考えていた。小泉は、内閣に対して新省設立を約束させ、いわば軍部案と政府案との折衷案として厚生省が設立されたのである注2)。

戦時体制が強化されていくにつれ、国民健康保険も国家統制色が強くなり、1942(昭和17)年には地方長官が必要と認めた時には組合を強制的に設立させることができるなどの改正が行われるなど、国の主導で国民健康保険組合の普及促進が図られることになる。その結果、1942(昭和17)～1943(昭和18)年頃、町村部で約98%、全体でも95%の市町村で組合が設立された。

戦時下ではあるものの、国民の大多数をカバーする国民皆保険制度の確立まで寸前のところまで到達し

ようとしていたが、戦局の悪化による医療保険制度の機能不全、そしてポツダム宣言の受諾(1945:昭和20)により、日本の医療政策はGHQ（General Headquarters：連合国軍最高司令官総司令部）が主導する「間接統治」の下に進められることになる。GHQで医療政策を担ったのは、軍医サムスを局長とするPHW（Public Health and Welfare Section：公衆衛生福祉局）であった。

PHWは、戦時下に健民健兵政策として取り組まれていた保健所に着目し、衛生思想の向上、栄養の改善および食品衛生、環境衛生、母子衛生、歯科衛生など、公衆衛生施策の拡充に着手する。また「専門家による技術行政の重視」の視点から、保健所長を医師と定め、保健婦（現在の保健師）、薬剤師など、多くの専門職の配置を進めるため、PHWと厚生省の検討により保健婦助産婦看護婦法（現在の保健師助産師看護師法、1948：昭和23）の制定による免許制の導入などを進めた。同年には、医療提供施設の開設・管理に関する事項などを定めた医療法、医師の職務・免許・業務等を定めた医師法も制定されている。

公衆衛生や医療機関・医療人材に関する制度構築にとどまらず、PHWは、戦後、崩壊寸前であった医療保険制度の立て直しと普及にも注力していく。

1945(昭和20)年11月にGHQは、「軍人恩給等の停止に関する覚書」(SCAPIN338)を出し軍人恩給等を停止し、すべての市民に公正な社会保障制度を構築するよう指示した。この覚書を受けて「社会保険制度調査会」が設置(1946：昭和21)された。この年には日本国憲法も制定され、第25条に「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」存在に位置づけ、あわせて「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と国の責務を規定した。

社会保険制度調査会は「失業保険制度要綱」(1946：昭和21年7月)を出し、続けて公表した「現行保険制度の改善方策」(同年12月)により、政府管掌健康保険（現在の「全国健康保険協会管掌健康保険」、通称は「協会けんぽ」）と国民健康保険を統一して地域組合により運営すること、被用者の傷病について労働者災害保障責任制度を設けることとなった。

さらには「社会保障制度要綱」(1947：昭和22年10月)を答申し、全国民が所得に応じて拠出し、傷病、廃疾、死亡、出産、育児、老齢、失業等に対して、最低生活保障を目的として均一の給付を行うという「生活保護制度をも吸収した全国民のための革新的な総合的社会保障制度」構想を示したが、この制度案は費用が巨額になるため実現しなかった。

間接統治のもとで政府が社会保障制度のリニューアルを進める一方、国内は、戦災による工場の消失や軍需生産の停止等により大量の失業者が発生していた。職域保険の被保険者は大幅に減少し、また国民健康保険制度による保険料徴収も滞る状態であった。医薬品や衛生材料の不足も著しく、激しいインフレーションで闇相場が横行する中、患者自身が闇の包帯を買って医師に提供しなければ、手術も受けられない状態であり、また医師は安い保険診療報酬を嫌い、患者は自費でなければ診療を受けることができなかった。

こうした事態に、厚生省は1945(昭和20)年～1948(昭和23)年までの間に、診療報酬を6回にわたり引き上げたことで、確実に診療費が確保できるというメリットから保険診療が広がりを見せしていく。

その一方、保険診療の請求・支払いに係るシステムは、医療機関と保険者の双方にとって、大きな負担を与えるものであった。当時の医療保険制度では、診療報酬の審査支払い事務を医師会や歯科医師会が担い、何千とある保険者に請求しなければならず、また保険者においても何万とある医療機関に支払いを行うというもので、保険診療の普及を妨げる要因が残されていた。

これに対し、そもそも医療機関が審査支払いを行うことに反対であったPHWにより、保険者が審査支払い事務を担うことになったが、実態としては職員不足による事務の滞り、何か月にもわたる診療報酬支払

いの遅滞といった事態を招いた。

厚生省は、社会保険診療報酬支払基金(いわゆる「審査支払機関」)の創設構想をPHWに持ちかけ、医師会や歯科医師会は迅速な支払いが期待できることから賛成し、1948(昭和23)年に創設された。審査支払機関は、医療機関と保険者の間に立ち、各医療機関からの請求をまとめて各保険者に伝え、各保険者からの支払いをまとめて各医療機関に支払うものであり、医療機関と保険者の双方にとってメリットのある仕組みとして導入された。

医療保険制度のリニューアルにより、医療機関の経営は保険診療報酬に依存するようになり、保険診療の普及が進む反面、日本は戦後不況から脱却できず、健康保険財政は赤字状態であった。この危機を救ったのが、朝鮮戦争(1950：昭和25)による特需であり、1951(昭和26)年度の健康保険財政は戦後初めて黒字になり、被保険者数も大幅に増加した。

朝鮮戦争特需の到来を待つまでの間、GHQの要請により、アメリカから連邦社会保障行政部に所属する4人の調査団(団長はウィリアム・ワンデル)が来日する。調査団は、当時の社会保障制度全般について、約1年間にわたり分析・検討を行い、GHQに報告書(1948：昭和23)を出し、勧告が行われた^{注3)}。ワンデル勧告といわれる提言により、諮問機関「社会保障制度審議会」が設置(1949：昭和24)され、戦後日本の社会保障制度整備の方向を示した「1950(昭和25)年勧告」を吉田茂内閣総理大臣に対して発出される。

この勧告の「序説」(社会保障制度審議会会長 大内兵衛)には、「ゆりかごから墓場まで」というイギリスの「ベヴァリッジ報告書」(1942：昭和17)に示された社会保障制度の理念に触れつつ、「貧と病とは是非とも克服されねばならぬ」問題であり、この勧告は「日本の当面する最大の問題について現在の日本において得られる最善の案であると信ずる」制度案と記されている。

1950年勧告は、日本の社会保障制度の基本的方向を示したものとして評価されているが、時の政府は、この勧告に沿って全面的に制度構築したわけではなく、部分的には消極的とも映る対応に、社会保障制度審議会は、加えて「社会保障制度推進に関する件」(1950：昭和26)と題する勧告を行っている。

サンフランシスコ講和条約の発効(1952：昭和27)により、GHQによる間接統治は終わり、日本の主権は回復した。

日本の戦後復興が進み、『経済白書』(1956：昭和31)が「もはや戦後ではない」と述べるほど経済成長する中、「国民年金法」が制定(1959：昭和34)され、その施行により1961(昭和36)年のいわゆる「国民皆保険・皆年金体制」が成立し、日本の社会保障体制の両輪が確立する。

2-2. 後期高齢者医療制度成立までの流れ

社会保障体制の確立経緯の中に、社会福祉分野を見ると、福祉三法体制(1947：昭和22年の児童福祉法、1949：昭和24年の身体障害者福祉法、1950：昭和25年の新生活保護法)、福祉六法体制(1960：昭和35年の知的障害者福祉法、当時は「精神薄弱者福祉法」、1963：昭和38年の老人福祉法、1964：昭和39年の母子父子寡婦福祉法、当時は「母子福祉法」)へと拡充していく。

このうち制定当時の老人福祉法では、病気の予防や早期発見・早期治療を目指し、65歳以上の高齢者に対する「健康診査事業」を規定している。また、生活保護法に規定されていた「養老施設」が、老人福祉法の「養護老人ホーム」という類型で引き継がれ、新たに「特別養護老人ホーム」と「軽費老人ホーム」という高齢者福祉施設の類型が加わった。

経済成長は、国内の労働移動を加速させ、1970(昭和45)年には総人口の46.1%が三大都市圏に居住するようになり^{注4)}、生活様式や生活意識が都市化する中で「家族制度の変革、若年層を中心とした人口の都市集中、核家族化、住宅事情等の要因がからんで、老人扶養の問題を始めとして、家族間の結びつきが稀薄化するなどの問題」を生じさせた^{注5)}。全国社会福祉協議会が行った「居宅寝たきり老人実態調査」

(1969：昭和44)注6)により、寝たきりの高齢者が18人に1人の割合で存在すること、その3分の1は話し相手もなく、半数近くが医師の診断を受けていないことが判明した。

日本が「高齢化社会」に入った1970(昭和45)年に、厚生省は「社会福祉施設緊急整備5か年計画」により福祉施設の量的整備を急いだ。

その財源は経済成長による豊富な果実である。政府は国民福祉優先の予算を編成し、福祉政策として70歳以上の老人医療費の公費負担(いわゆる「老人医療費無料化」)、健康保険法改正(家族7割給付、高額療養費制度)、年金制度改正(給付水準の引上げ、物価・賃金スライド制の導入)などに取り組んだことで、1973(昭和48)年は「福祉元年」と呼ばれるようになった。

老人医療費無料化政策のねらいは、疾病の慢性化による負担の多額化に対し、一般的には経済的に脆弱とされる老人の医療費負担を軽減し安心して医療を受けられるよう経済的に保障することであった。

その後も順調に成長を遂げると思われた日本経済は、第4次中東戦争の勃発(1973：昭和48)により第一次石油ショックにみまわれ、経済が低成長へと転換する。依然と続く人口高齢化と経済成長の低迷は、医療や福祉の合理化議論(福祉見直し論)を促進させた。

福祉政策は福祉サービスという現物給付を施設入所により提供する「施設福祉」から、福祉見直し論による「在宅福祉」へと転換していき、日本の社会保障は戦後の拡大路線から縮小へと舵を切ることになる。

高齢者医療においては、老人医療の無料化が医療費の急増を招いたこと、治療に偏り健康づくりなどの予防対策が手薄であったこと、各医療保険制度間に老人加入者割合のばらつきがあり保険者負担の不均衡が生じたことなどの問題を生じさせた。

高齢者医療の支出は1980(昭和55)年までに1973(昭和48)年以前の4倍以上に膨れ上がり、財源の持続可能性に対する懸念が広がり、また当時、地域の医療機関では、待合室の「サロン化」や高齢者福祉施設の整備が追い付かない中での「社会的入院」の増加といった現象がみられた。

このような背景のもと、1982(昭和57)年に老人保健法が制定された。制定当時の老人保健法に基づく保健事業は、「医療以外の保健事業」と「医療等」に大別され、後者の事業は診療報酬請求やその支払い事務が発生するものである。

この法律で、医療保険の加入者のうち、高齢者に対して定額の自己負担を課すことになったことから、10年続いた老人福祉法に基づく医療費無料は廃止され、健康診査事業は老人保健法の管轄となった。さらに老人保健制度における財源は、各保険者(国保や健保など)が老人医療費の負担を分担する拠出金制度を導入したことで、拠出金、公費、一部負担金で賄われることになった。老人医療政策が福祉制度から保健制度へと移行したのである。

しかし、この財源確保の仕組みは、納めた保険料の一部が拠出金として市町村に入る構造であり、加入している医療保険(保険料の納付場所)と拠出金が使われる場所(市町村)に齟齬が発生する問題を生んだ。

また当時の定年年齢は、55歳から60歳に引き上げられようとしている時代であり、現役被用者が医療サービス利用時に支払う額と、老人保健法に基づく負担額とに不公平さを発生させた。

そもそも当時は、退職した被用者は国民健康保険に加入するのであり、これが人口高齢化によって、国保財政を圧迫するというのは構造上の問題である。これへの対応として、健康保険法が改正され、退職者医療制度が創設(1984：昭和59)された。その対象者は、国民健康保険の被保険者で65歳未満、厚生年金等の被保険者期間が20年以上ある者もしくは40歳以降に10年以上加入して老齢年金を受けている者であり、一定の認定基準を満たすことができれば被保険者の扶養者も対象となった。運営主体は国民健康保険の保険者である市町村であったが、財源は退職被保険者等の保険料と被用者保険の保険者が拠出する拠出金で賄われていた。この退職者医療制度は、2008(平成20)年4月に創設された新たな高齢者医療制度により廃止

される。

老人保健制度は、疾病予防や健康づくりを含む総合的な老人保健医療対策の推進を目的として創設された制度であるが、負担の公平性を図るため、1987(昭和62)年に法改正される。具体的には、老人の一部負担の改正(外来1か月400円→800円、入院1日300円：二か月限度→400円ただし低所得者は300円：いずれも二か月限度)し、保険の加入者按分率を50%から引き上げた。老人保健施設の創設が規定されたのもこの改正である(施行は1988：昭和63年度)。以後、按分率の推移は1990(平成2)年までに100%に移行する。

消費税3%が導入された1989(平成元)年12月に「高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)」が策定される。厚生省、大蔵省、自治省(いずれも当時の省庁名)の三省合意で策定されたゴールドプランは、1999(平成11)年度までの10年間に総事業費6兆円強を投じ、具体的な目標数値を掲げて、在宅福祉対策(ホームヘルパー、ショートステイ、デイサービスセンター、在宅介護支援センターなど)、高齢者施設対策(特別養護老人ホーム、老人保健施設、ケアハウスなど)、地域における寝たきり予防対策(機能訓練の実施、在宅介護支援センターにおける保健婦・看護婦の計画的配置など)を進めることが盛り込まれていた注7)。

ゴールドプランは、1990(平成2)年の福祉関係八法改正(正式には「老人福祉法等を一部改正する法律」)につながり、例えば、65歳以上の者について、老人デイサービスセンターやショートステイの利用決定に関して市町村に権限が移譲されるとともに、在宅福祉サービスは、社会福祉事業法(現在の「社会福祉法」)の「第二種社会福祉事業」に位置づけられた。また老人福祉法改正により、市町村において老人保健福祉計画の策定が義務づけられた。

1991(平成3)年の老人保健法改正では、老人医療費の自己負担額が外来1ヶ月1,000円、入院1日800円に引き上げられた。また同年には障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準が設けられ、翌1992(平成4)年の医療法改正と同時に「老人訪問看護ステーション」が創設された。

医療・保健・福祉の三分野に及ぶ制度体系ではあるが、それぞれのサービス提供は保険制度と措置制度という異なるものであった。

老人医療は、福祉サービスの基盤整備が不十分であったことから、介護を理由とする一般病院への入院長期化が続くのだが、そもそも治療を目的とする病院に生活上の介護を要する老人が長期に療養するには、スタッフ不足など不十分な体制であった。また、人口高齢化は、医療ニーズへの対応を急性期中心から慢性疾患中心に変化させるものであった。

老人福祉サービスは、市町村がサービスの種類や提供機関を決めるため、利用者がサービスを選択できない、本人と扶養義務者の収入に応じた応能負担となるため中間所得者層にとっては負担が重いなどの問題があった。こうした状況は、従来の老人福祉、老人医療制度による対応では限界を生み、医療と介護を一体として継続的なケアを提供する必要性が高まっていく。

そこで、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして介護保険法が成立(1997：平成9。施行は2000：平成12)する。消費税率が3%から5%に変更されたときである。被保険者は40歳～64歳までを「第二号被保険者」に、65歳以上の者を「第一号保険者」に整理した。第二号被保険者は加齢に伴う指定疾患を患った場合に介護保険給付を受けられる。介護保険制度では、利用者自らがサービスの種類や事業者を選ぶことができ、介護サービスの利用が措置から契約に変わった。しかし実際は、情報の非対称性により利用者によるサービス・事業所選択が難しいため、新たな専門資格「介護支援専門員(ケアマネジャー)」を設けた。介護保険サービスの利用の際には、要介護認定を受ける必要があり、保険給付には認定された程度に応じた「支給限度基準額」が設けられた。支給限度基準額を超えるサービスを受けた場合、超えた分の費用は全額自己負担となる制度である。また、介護保険法の施行により、市町村は老人保健福祉計画と一体的に介

護保険事業計画を策定する義務が規定された。

医療分野と福祉分野から介護を抽出し新たな保険制度を構築したわけだが、人口構造が国保財政を圧迫することには変わりはない。それは、現役被用者が加入する職域保険と比べ、国民健康保険制度は、退職後に、つまり人生の高齢期に国民健康保険に加入することとなり、少子化・生産年齢人口の縮小も相まって、国民健康保険の財政は圧迫される構造だからである。

政府は「健康保険法等の一部を改正する法律」（2002：平成14）の附則第2条第2項の規定に基づき、「(1) 保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系の在り方、(2) 新しい高齢者医療制度の創設、(3) 診療報酬体系の見直し」に関する「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」を閣議決定（2003：平成15）する。

このうち「(2) 新しい高齢者医療制度の創設」では、高齢者医療制度を「75歳以上の後期高齢者と65歳以上75歳未満の前期高齢者のそれぞれの特性に応じた新たな制度とする」とし、高齢者医療制度を前期・後期の高齢者に二分することとした。「個人の自立を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みである社会保険方式を維持」することが基本的な改革方向であり、これによって、老人保健制度の新制度への移行、退職者医療制度の廃止、医療保険給付全体における公費割合の維持と世代間・保険者間の保険料負担の公平化及び制度運営に関する責任主体の明確化、現役世代の加重負担防止に向けた高齢者の医療費の適正化を企図した。

具体的な医療制度改革がすすめられ、2006（平成18）年の医療制度改革により、75歳以上の後期高齢者については保険料を約1割とし現役世代からの支援金と公費で残りの約9割を賄う新たな制度が創設され、65歳から74歳までの前期高齢者については各々が職域保険もしくは地域保険に加入した状態で、保険者間の財政調整を行う仕組みが創設された。前者は後期高齢者医療制度という独立した1つの医療保険制度であり、後者は前期高齢者医療に係る財政調整の仕組みである。

後期高齢者医療制度の創設は、それまでの老人保健事業を横滑りさせるだけでなく、都道府県単位で全市町村が加入する後期高齢者広域医療連合を設立し、そこに後期高齢者が被保険者として加入する仕組みとなった。

2006（平成18）年の医療制度改革は、健康保険法、国民健康保険法、老人保健法をはじめとする様々な法律に及び、順次、関係法令の改正・施行が進められた^{注8)}。

このような経緯により、高齢者医療制度が改正され、また老人保健事業の一部を吸収した介護保険制度が確立され、現代にいたっている。つまり高齢者に対する保険制度は、65歳～74歳までの前期高齢者は被用者保険や地域保険が支える「前期高齢者財政調整制度」により医療サービスを利用し、75歳以上の高齢者は「後期高齢者医療制度」による医療サービス利用、介護サービスが必要な場合には介護保険給付を受けるといった、医療と介護を利用する体系となった（いずれも公費は投入されている）。

3. 近年の高齢者関連保険給付の推移と介護保険制度の改正

3-1. 高齢者関連給付費の推移

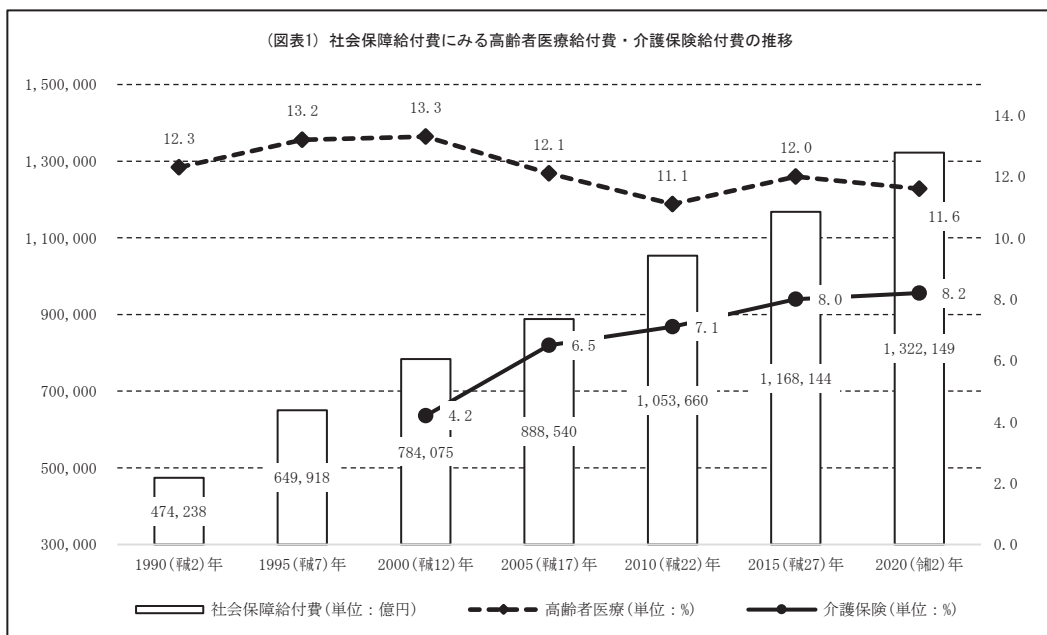
ここでは、医療・介護に関する高齢者関連給付の状況をみていくこととする。

国立社会保障・人口問題研究所『令和3年度 社会保障費用統計』（2023：令和5年8月4日公表）の「第31表 制度別社会保障給付費の推移（1989～2021年度）」をもとに、1990（平成2）年度～2020（令和2）年度までの社会保障給付費の額、これに占める高齢者医療給付費と介護保険給付費の割合を「(図表1) 社会保障給付費にみる高齢者医療給付費・介護保険給付費の推移」に示した^{注9)}。

ただし、高齢者医療には、2007 年度までは医療を含む老人保健事業全てが計上され、2008 年度は後期高齢者医療制度からの医療給付額及び老人保健制度からの 2008 年 3 月分の医療給付額等が含まれている。

社会保障給付費は、1990(平成 2)年度から 2020(令和 2)年度の間で約 2.8 倍の増加している。その中で高齢者医療が占める比率は、計上する制度に変更があったものの 11～13%の間で推移している。これに対し、介護保険は、制度施行の 2000(平成 12)年度から増加の一途をたどり、2020(令和 2)年度の 20 年間で、ほぼ倍の比率となった。

また高齢者医療と介護保険の変化を比べると、高齢者医療の比率は上昇下降が認められるが、介護保険は一貫して上昇傾向であり、近年はゆるやかな伸び率になっている。社会保障給付費全体に占める高齢者医療と介護保険の比率は、徐々に近づきつつあり、2000(平成 12)年度に 9.1 ポイントの差であったのが、2020(令和 2)年度はわずか 3.4 ポイント差まで縮まり、介護保険の割合が社会保障給付費全体の一割に到達する勢いである。



3-2. 介護保険制度の変遷

3-2-1. 2005 年の介護保険改正

施行から四半世紀が経過しようとしている今日までの間、介護保険法(1997：平成 9 年成立、2000：平成 12 年施行)は幾度かの改正が行われると同時に、市町村における計画的実施が続けられている。

最初の介護保険法改正は 2005(平成 17)年である。制度のスタート後、要介護認定を受ける高齢者の中で、特に軽度者が大幅に増加し、認定者の半数を占めていた。軽度者には、転倒・骨折、関節疾患などにより徐々に生活機能が低下していく「廃用症候群(生活不活発病)」やその可能性の高い高齢者が多く、適切なサービス利用により「状態の維持・改善」が期待された。このことから、2005 年改正の介護保険制度は「予防重視型システム」への転換を目指すことになった。

具体的には、従来の予防給付について、対象者の範囲(「要支援」認定のうち特に軽度者を「要支援 1」に、やや重度な者を「要支援 2」に二分)、サービス内容(介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーシ

ョン、介護予防訪問介護、介護予防福祉用具貸与などの新設)を見直し「新たな予防給付」を設けた。同年の法改正で新設された地域包括支援センターには、軽度者に対する新予防給付のケアマネジメント業務「介護予防ケアマネジメント事業」や、地域の多様な社会資源を活用した様々な支援が包括的かつ継続的に提供されることを目指す「包括的・継続的ケアマネジメント支援」に取り組むこととされ、あわせて「総合相談支援」、高齢者虐待の早期発見・防止などの「権利擁護」といった四つの基本的機能を発揮する機関に位置づけられた。

2005 年改正では、保険給付サービスだけでなく、要支援・要介護状態になる前からの介護予防の推進と、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村が実施する「地域支援事業」を創設し、介護保険事業計画にその内容、事業費を定めることとされた。

2005 年改正の介護保険制度によるサービス種別は下表のように整理できる(図表 2)。

(図表 2) 2005 (平成 17) 年介護保険制度改正による給付・事業の体系

	予防給付	介護給付
都道府県が指定・監督	○介護予防サービス [訪問サービス] ・ 介護予防訪問介護 ・ 介護予防訪問入浴介護 ・ 介護予防訪問看護 ・ 介護予防訪問リハビリテーション ・ 介護予防居宅療養管理指導 [通所サービス] ・ 介護予防通所介護 ・ 介護予防通所リハビリテーション [短期入所サービス] ・ 介護予防短期入所生活介護 ・ 介護予防短期入所療養介護 [その他] ・ 介護予防特定施設入居者生活介護 ・ 介護予防福祉用具貸与 ・ 特定介護予防福祉用具販売	○居宅サービス [訪問サービス] ・ 訪問介護 ・ 訪問入浴介護 ・ 訪問看護 ・ 訪問リハビリテーション ・ 居宅療養管理指導 [通所サービス] ・ 通所介護 ・ 通所リハビリテーション [短期入所サービス] ・ 短期入所生活介護 ・ 短期入所療養介護 [その他] ・ 特定施設入居者生活介護 ・ 福祉用具貸与 ・ 特定福祉用具販売 ○居宅介護支援 ○施設サービス ・ 介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護療養型医療施設
市町村が指定・監督	○介護予防支援 ○地域密着型介護予防サービス ・ 介護予防小規模多機能型居宅介護 ・ 介護予防認知症対応型通所介護 ・ 介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	○地域密着型サービス ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ 夜間対応型訪問介護 ・ 認知症対応型通所介護 ・ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ・ 地域密着型特定施設入居者生活介護 ・ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
その他	・ 住宅改修	・ 住宅改修
市町村実施の事業	○地域支援事業 [介護予防事業] [包括的支援事業] ・ 総合相談支援事業 ・ 権利擁護事業 ・ 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ・ 介護予防ケアマネジメント事業 [任意事業]	

3-2-2. 2011 年の介護保険改正

施行後 10 年が経過し、サービス利用者は制度創設時の三倍に増加した。給付の量的拡大だけでなく、重度要介護者や医療ニーズの高い高齢者の増加、高齢者のみの世帯の増加による家庭介護力の低下など、高齢者の医療・介護・福祉課題への対応が求められるようになった。また、2025(令和 7)年には、いわゆる「団塊の世代」800 万人が 75 歳以上の後期高齢者となることから、日本の人口高齢化の問題は、その「速さ」から「高さ」へとシフトし、同時に認知症高齢者の急激な増加、都市部における高齢者の居住など、それま

では異なる問題が顕在化してきた。高齢者の地域自立生活を可能とするため、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の実現が眼前の課題となる。

2011(平成23)年には、「医療と介護の連携の強化等」「介護人材の確保とサービスの質の向上」「高齢者の住まいの整備等」「認知症対策の推進」「保険者による主体的な取組の推進」「保険料の上昇の緩和」を主要課題とする介護保険制度改正(正式名称:介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律)がおこなわれる^{注10)}。

このうち、地域における取り組みに関して具体的にみていくと、「医療と介護の連携の強化等」では、重度や単身の要介護者等に対応できるよう、24時間対応可能な定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)を創設し、また、予防給付と生活支援サービスの総合的な取り組みである「介護予防・日常生活支援総合事業」を地域支援事業の中に創設し、その実施は市町村の判断によるものとした。これは、市町村・地域包括支援センターが、利用者の状態・意向に応じて、予防給付で対応するのか、新たな総合サービス利用とするのかを判断するものとなっている。市町村介護保険事業計画は、日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた計画を策定することとされた。高齢者介護予防や生活支援に関するニーズ・社会資源を自治体単位ではなく、小地域区分で把握し、対策を講じるものである。

「認知症対策の推進」では、市民後見人の育成・活用など、市町村において高齢者の権利擁護を推進するとともに、市町村介護保険事業計画に地域実情に応じた認知症支援策を盛り込むこととなった。認知症の進行抑制や予防に関する小地域への着目により、地域資源の活用ウエイトが拡大した。

3-2-3. 2014年の介護保険改正

地域包括ケアシステムの実現を目指した2011(平成23)年改正から4年にして制度改正が行われる。**改正には「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」が閣議決定(2008:平成20)されたことが背景にある。**これを受け「社会保障制度改革推進法」が成立(2012:平成24)し、年金、医療、介護、少子化の4分野での改革の基本方針が明記され、介護保険については「介護サービスの効率化・重点化、保険料負担の増大の抑制を図る」とされている。

社会保障制度改革国民会議が設置され、その報告(2013:平成25)を踏まえた「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)」が成立(2013:平成25)する。社会保障制度改革の全体像と進め方を示したプログラム法を具体化するものとして、「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(通称:医療介護総合確保推進法)」が成立(2014:平成26)した。

医療介護総合確保推進法は、介護保険法や医療法をはじめ、19の法律を一括して改正するもので、改正趣旨には、プログラム法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」とされている。

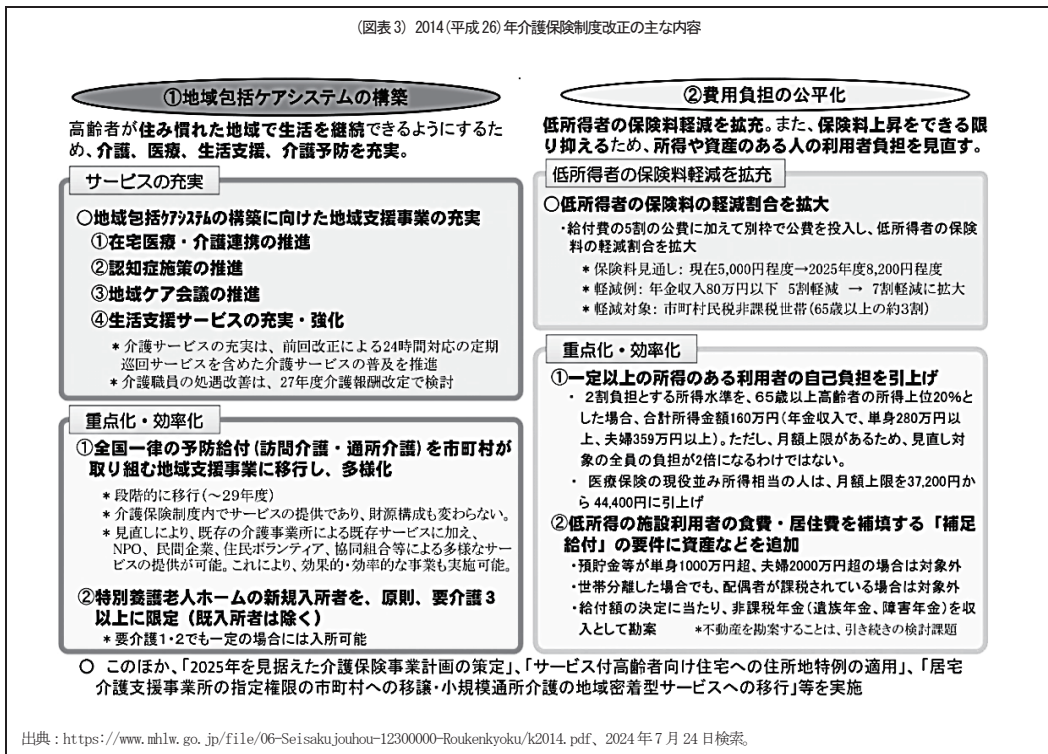
2025年問題まで残された10年で地域包括ケアシステムの構築を急ぐこととなった2014(平成26)年の介護保険制度改正の概要は下表(図表3)のとおりである。また同年は、消費税率が8%になったときでもある。

2014(平成26)年改正を地域における取り組みの視点からみると、「認知症施策の推進」では、認知症の人が地域で生活を継続できるよう、医療機関や介護サービス事業所、地域の支援機関との連携支援や、当事者やその家族を支援する相談業務などを担う「認知症地域支援推進員」(医師・保健師といった医療保健専門職、社会福祉士や介護福祉士といった福祉専門職など)を設置(2017:平成29年度末までに全市町村で実施)することとなっている。認知症状を有する高齢住民の地域生活維持に特化した専門人材の地域配置整備

である。

介護予防にあたっては、高齢者が社会参加・社会的役割を持つことにより、生きがいや介護予防を高めようとするねらいから、「介護予防・日常生活支援総合事業」として、生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援サービスコーディネーター（仮称）」の配置などを、市町村が取り組む地域支援事業に位置づけ、多様な生活支援サービスが利用できるような地域づくりを基礎自治体が支援するという構想になっている。単身世帯や軽度の高齢者の増加に伴い、生活支援の必要性が増加していることを受け、ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援サービスを提供する体制構築を目指したものである。

（図表 3） 2014（平成 26）年介護保険制度改正の主な内容



3-2-4. 2017年の介護保険改正

2017（平成 29）年改正法の正式名称は「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」である。名称が示すとおり、地域包括ケアシステム強化を目指し、保険者である市町村の機能発揮のもと、自立支援・重度化防止に取り組むことが示された（図表 4）。

データを活用した課題分析と対応によって、具体的な取り組み内容と数値化された目標値を市町村介護保険事業計画に盛り込むことで、指標による実績評価、要介護状態の維持や改善の把握、その結果を踏まえた地域ケア会議での検討といった、エビデンスに基づく進行管理システムを導入している。

この取り組みは、当然、介護保険財政に反映されることになるであろうし、介護予防と終末期医療の推進のために「介護医療院」の新設が示されている。

一方、社会福祉の目的が「地域共生社会の実現」とされたことで、「地域住民と行政等との協働による包括的支援体制」の構築が示された。「住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合

的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制」づくりを進めるのであるが、その役割を担う拠点機関の一つに地域包括支援センターが位置づけられている。さらに、障害福祉と介護保険の両制度にまたがるサービスとして「共生型サービス」を位置づけ、障害福祉サービス事業所等（ホームヘルプ・デイサービス・ショートステイなど）であれば、基本的に介護保険事業所の指定も受けられる特例を設けることとした。

(図表 4) 2017(平成 29)年介護保険制度改正案の主な内容	
地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント	
平成29年5月26日成立、6月2日公布	
高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。	
I 地域包括ケアシステムの深化・推進	
1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）	
全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化	
・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業(支援)計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載	
・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設	
・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備	
(その他)	
・ 地域包括支援センターの機能強化(市町村による評価の義務づけ等)	
・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化(小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入)	
・ 認知症施策の推進(新オレンジプランの基本的な考え方(普及・啓発等の関連施策の総合的な推進)を制度上明確化)	
2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）	
① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設	
※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用することとする。	
② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備	
3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）	
・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化	
・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける	
(その他)	
・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化(事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等)	
・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し(障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。)	
II 介護保険制度の持続可能性の確保	
4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）	
5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）	
・ 各医療保険者が納付する介護納付金(40～64歳の保険料)について、被用者保険間では『総報酬割』(報酬額に比例した負担)とする。	
※ 平成30年4月1日施行。(II 5は平成29年8月分の介護納付金から適用、II 4は平成30年8月1日施行)	
1	
出典：https://www.nhlw.go.jp/content/000640410.pdf、2024年7月24日検索。	

3-2-5. 2020年の介護保険改正

2020(令和2)年改正は「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」によるものである。日本における社会福祉の基盤法である社会福祉法が改正されたことに伴い、「地域共生社会の実現」方策がすべての社会福祉法制の基本理念となった。法律名称はこれを反映するものであり、具体的な改正法の一つに介護保険法が含まれている(図表5)。

厚生労働省は「地域共生社会は地域包括ケアの上位概念」であり、今まで高齢福祉分野で進めてきた「包括」を「障害のある人、子ども等への支援にも普遍化」し、8050問題やダブルケアなど「課題が複合化していて、高齢者に対する地域包括ケアシステムだけでは適切な解決策を講じることが難しいケースにも対応できる体制をつくる」との方向性を示した(2017：平成29年4月5日衆議院厚生労働委員会)。

2005(平成17)年の介護保険法改正で示された「包括」が、社会福祉全般の概念に拡大されたといえる。

これに関する具体的な法改正(2017：平成29、2020：令和2)は社会福祉法で行われ、「包括的支援体制整備事業」や「重層的支援体制整備事業」(市町村任意事業)を新設し、市町村は「相談支援」「参加支援」「地域づくり」に取り組むことになった。これにより高齢者だけでなく「属性・世代を問わない相談・地域づく

りの実施体制」の確立を目指すことが社会福祉全体の目標に位置づけられた。

(図表5) 2020(令和2)年介護保険制度に関する改正案の主な内容	
地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律(令和2年法律第52号)の概要	
改正の趣旨	地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人制度の創設等の所要の措置を講ずる。 <small>※地域共生社会：子供・高齢者・障害者など全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる社会（ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月2日閣議決定））</small>
改正の概要	<p>1. 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援 【社会福祉法、介護保険法】 市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う、新たな事業及びその財政支援等の規定を創設するとともに、関係法律の規定の整備を行う。</p> <p>2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進 【介護保険法、老人福祉法】 ① 認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国及び地方公共団体の努力義務を規定する。 ② 市町村の地域支援事業における関連データの活用の努力義務を規定する。 ③ 介護保険事業（支援）計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）の設置状況の記載事項への追加、有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。</p> <p>3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進 【介護保険法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】 ① 介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求めることができると規定する。 ② 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）等の医療・介護情報の連結精度向上のため、社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。 ③ 社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に、当分の間、医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する。</p> <p>4. 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 【介護保険法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律】 ① 介護保険事業（支援）計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取組を追加する。 ② 有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。 ③ 介護福祉士養成施設卒業業者への国家試験義務付けに係る現行5年間の経過措置を、さらに5年間延長する。</p> <p>5. 社会福祉連携推進法人制度の創設 【社会福祉法】 社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。</p>
施行期日	令和3年4月1日（ただし、3②及び5は公布の日から2年を超えない範囲の政令で定める日、3③及び4③は公布日）
出典：https://www.mhlw.go.jp/content/000640392.pdf、2024年7月24日検索。	1

介護保険制度の改正に注目すると、市町村実施の「地域支援事業」である「介護予防・日常生活支援総合事業」が強化されている（図表6）。この事業には「一般介護予防事業」と「介護予防・生活支援サービス事業」とがあり、その実施にあたって、2015（平成27）年に発出した「介護予防・日常生活総合支援事業のガイドライン」（以下、ガイドライン）を改正（2022：令和4）し、事業の円滑な実施を市町村に周知した。

ガイドラインでは「一般介護予防事業」の考え方について、市町村の独自財源事業・地域の互助活動・民間サービスの役割分担を踏まえ、「高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する」とされ、リハビリテーション専門職を活用した自立支援を推進するとともに、「要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域を構築する」ことで介護予防を推進するとしている。

「介護予防・生活支援サービス事業」ではその実施方法として、「住民主体の支援をその自主性・自発性といった性格を損なうことなく効果的に総合事業の中で実施することができるよう、市町村が訪問型サービス、通所型サービス及び生活支援サービスを提供する者に対して補助（助成）する方法も可能」とした。

「介護予防・日常生活支援総合事業」は、介護やリハビリテーションといった専門領域からのサービス提供と、住民による「通いの場」づくりや「人と人とのつながり」を活用した地域づくりを一体的に構築することを企図したものである。ただし、この取り組みは、公的・専門的なフォーマルサービスと非公的・非専門的なインフォーマルサービスとが混在することから、ガイドラインでは、サービス・支援の内容ごとに実施方法例を示して整理している（図表7）。

(図表 6) 2020 (令和 2) 年介護保険制度改正による介護サービスの種類

	予防給付	介護給付
都道府県が指定・監督	○介護予防サービス [訪問サービス] ・ 介護予防訪問入浴介護 ・ 介護予防訪問看護 ・ 介護予防訪問リハビリテーション ・ 介護予防居宅療養管理指導 [通所サービス] ・ 介護予防通所リハビリテーション [短期入所サービス] ・ 介護予防短期入所生活介護 ・ 介護予防短期入所療養介護 [その他] ・ 介護予防特定施設入居者生活介護 ・ 介護予防福祉用具貸与 ・ 特定介護予防福祉用具販売	○居宅サービス [訪問サービス] ・ 訪問介護 ・ 訪問入浴介護 ・ 訪問看護 ・ 訪問リハビリテーション ・ 居宅療養管理指導 [通所サービス] ・ 通所介護 ・ 通所リハビリテーション [短期入所サービス] ・ 短期入所生活介護 ・ 短期入所療養介護 [その他] ・ 特定施設入居者生活介護 ・ 福祉用具貸与 ・ 特定福祉用具販売 ○施設サービス ・ 介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護療養型医療施設 ・ 介護医療院
市町村が指定・監督	○介護予防支援 ○地域密着型介護予防サービス ・ 介護予防小規模多機能型居宅介護 ・ 介護予防認知症対応型通所介護 ・ 介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	○居宅介護支援 ○地域密着型サービス ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ 夜間対応型訪問介護 ・ 地域密着型通所介護 ・ 認知症対応型通所介護 ・ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ・ 地域密着型特定施設入居者生活介護 ・ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ・ 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)
その他	・ 住宅改修	・ 住宅改修
市町村実施の事業	○地域支援事業 (介護予防・日常生活支援総合事業) <一般介護予防事業> ・ 介護予防把握事業 ・ 介護予防普及啓発事業 ・ 地域介護予防活動支援事業 ・ 一般介護予防事業評価事業 ・ 地域リハビリテーション活動支援事業 <介護予防・生活支援サービス事業> <包括的支援事業> ・ 地域医療・介護連携推進事業 ・ 認知症総合支援事業 ・ 生活支援体制整備事業 ・ 総合相談支援事業 ・ 権利擁護事業 ・ 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ・ 介護予防ケアマネジメント事業 <任意事業>	

出典：https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf：2024 年 7 月 24 日検索を参考に後藤作成。

(図表 7) 2020 (令和 2) 年介護保険制度改正による「介護予防・日常生活支援総合事業」の実施方法例

	(例)	直接実施	委託	指定事業者によるサービス提供	補助
介護予防・生活支援サービス事業	①従前の介護予防訪問介護等に相当するサービス	—※	—※	○	—
	②緩和した基準による生活支援、ミニデイサービス(訪問型・通所型サービスA)	△	○	○	△
	③ボランティアなどによる生活支援、通いの場(訪問型・通所型サービスB)	△	△	—	○
	④保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス(従来の2次予防事業に相当)(訪問型・通所型サービスC)	○	○	—	—
一般介護予防事業	介護予防に資する住民主体の通いの場づくり				○

※ 市町村が実施する場合も、原則第 1 号事業支給費の支給により実施する。

(注) △は、一般的なケースとしては考えていないが、このような形式をとることも可能。

出典：厚生労働省『介護予防・日常生活総合支援事業のガイドライン』2022(令和 4)年改訂版。p.104。

3-2-6. 介護保険制度変遷の概観

介護保険制度は、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして、自立支援・利用者本位・社会保険方式を基本的な考え方において、1997(平成12)年に成立、2000(平成12)年に施行された。

本稿で取り上げた制度改正を振り返ると、2005(平成17)年改正では、介護予防を重視して新たな予防給付を創設し、その実施機関として地域包括支援センターを創設した。また「地域密着型サービス」や「地域支援事業等」という市町村事業を新設し、介護度の進行予防と介護給付を利用する以前の段階において、高齢者の健康維持をめざすこととした。

2011(平成23)年改正は、地域支援事業に「介護予防・日常生活支援総合事業」を加え、進行抑制や介護予防に対して給付と事業のどちらで取り組むのか、市町村が判断することを求めた。軽微な生活支援について身近な地域住民が関わる領域を設定するものである。

そのため、高齢者の生活ニーズについて、日常生活圏域ごとに把握し、その取り組みを市町村介護保険事業計画に盛り込み進めることを企図している。この方向性は「認知症対策の推進」でも同様で保険給付だけでなく、地域資源の積極活用が示されている。

2014(平成26)年改正では、医療介護総合確保推進法により、「地域における医療及び介護の総合的な確保」を目指す一環として介護保険法が改正された。

とりわけ、認知症高齢者の地域生活の継続を目的とする「認知症地域支援推進員」の配置とともに、高齢者の社会参加や社会的役割の保持に向けて「生活支援サービスコーディネーター（仮称）」を配置するだけでなく、多様な生活支援サービスが利用できるような地域づくりのため、多目的な主体による多機関協働体制の構築を目指した。

こうした高齢者に対する介護重度化の抑制・介護予防・健康維持・生活支援について、2017(平成29)年改正では、データ活用によるエビデンスに基づき進行管理する考え方を導入する。その実施主体は保険者である市町村が担う制度設計である。

一方、「地域共生社会の実現」政策と相まって、住民と行政との連携強化を図ることで、身近な小地域で「分野を超えて地域生活課題」に総合的に応じ、専門的な知見・技術を要する課題については「関係機関と連絡調整等を行う体制」によって、対応する仕組みを目指すことになった。その取り組みには、介護保険法を根拠法にもつ地域包括支援センターだけでなく、障害福祉の相談機関も含まれる。また、対象者が異なる障害福祉と介護保険に存在するサービスの一部を「共生型サービス」に位置づけ直し、機能の一体化を試みている。

2020(令和2)年改正の特徴は、「介護予防・日常生活支援総合事業」の強化によって、社会保険方式である介護保険制度に、保険給付とは異なる「相互扶助」の考え方を取り入れ、その具現化をめざすものとの見方ができる。「ボランティアなどによる生活支援、通いの場」や「介護予防に資する住民主体の通いの場づくり」の取り組みがこれにあたる。

これらの取り組みには、指定事業者が参入せず、実施財源は「補助」であるものの、住民による取り組みの実績は、データ活用により効果測定され、管理対象となることも考えられる。言い換えれば住民の地域福祉活動をエビデンスに基づきPDCA管理することを志向したものである。住民主体による地域福祉活動が介護保険事業の一つに位置づけられ、高齢者の自立生活維持や脆弱化の抑制に対して、医療費・介護費抑制の観点から政策評価の対象に位置づけられた。

このことは財源抑制のために住民活動を活用するのか、政策実施への住民参加と受け止めるのか、解釈が分かれるところであろう。

4. 高齢者の地域生活支援

4-1. 高齢者の退院支援

厚生労働省『令和2年(2020)患者調査(確定数)の概況』の「年齢階級別にみた退院患者の平均在院日数の年次推移」では、病院と一般診療所のいずれも「65歳以上」がもっとも長い在院日数で推移している。また「傷病分類別にみた年齢階級別退院患者の平均在院日数」で「65歳以上」の在院日数が長い「傷病」は「精神及び行動の障害」(497.1日。血管性及び詳細不明の認知症など)、「神経系の疾患」(118.6日。アルツハイマー病など)、「循環器系の疾患」(45.8日。脳血管疾患など)の順である。

これら長期の在院日数を抑制するため、厚生労働省は、在院日数を短くすれば診療報酬面で優遇するなどの政策誘導を行ってきた。それは医療機関における援助の終了を意味し、多くの患者は、家庭・地域に戻ることになる。

野田(2018)は「短い期間で退院支援を行うには、入院患者をスクリーニングし、ハイリスク群の発見と抽出を行うシステムと組織内連携と院内クリティカルパスの徹底が不可欠である」と指摘したうえで、退院支援におけるアセスメントは、「患者・家族の身体精神的機能、患者・家族の身体精神的能力、患者・家族の社会性、患者・家族の環境、患者・家族の社会的環境に分類」し、かつ、それらの分析にあたっては「ストレングス(強み)に着目」することを強調する。

野田によるこの指摘は、医療ソーシャルワーカーの「急性期病院での入院時を想定して分析方法の検討」をしたものであるが、絡み合うさまざまな分析項目や要素を全体的に把握し、その検討結果を活用することの重要性は、退院後の高齢者の地域生活支援においても一定の示唆を与えるものと考えられる。

ただ一方で、退院高齢者の地域生活支援を念頭に置いた場合、地域における資源開発について注視する必要があるだろう。

4-2. 高齢者の地域生活支援に必要な地域包括ケアシステム

高齢者に限らず地域生活支援には、個別性への着目が不可欠である。それは、身体的に要介護状態であったり、認知症状や障害を有していたり、8050問題のように世帯構成員全体に支援が必要であったりと、多様な課題事象がみられるからである。

こうした対象者を包括的に支援するシステム構築には、自治会や近隣住民、町内会などによる「地縁ネットワーク」、子ども会や学校、老人クラブやボランティア団体、NPO法人等の「地域福祉協力者ネットワーク」、医療関係者や弁護士、地域包括支援センターや介護・福祉事業所による「専門職ネットワーク」の三層が機能する必要がある。

これら三層のネットワークは、一見、それぞれの個別事象に対応しているかのように映り、機能発揮によるノウハウの蓄積は普遍性を有し、別の個別事象においても一定の有効性を発揮する。

もちろん、事象によっては、ネットワーク資源と分断されている例もあるだろう。たとえ、そうであっても、暮らしの維持・継続には、商店や郵便局・宅配など、さまざまな社会生活資源を用いている。

このようにみた場合、野口(2016)は「地域包括ケアのつながり」をネットワークとシステムに着目して描いている(図表8)。

図表内にある「A群」(破線の円)は「要援護者に対するデリバリーシステム」であり、アウトリーチによるアセスメントや福祉情報提供、他の福祉資源との結束などのシステム整備が求められる領域である。

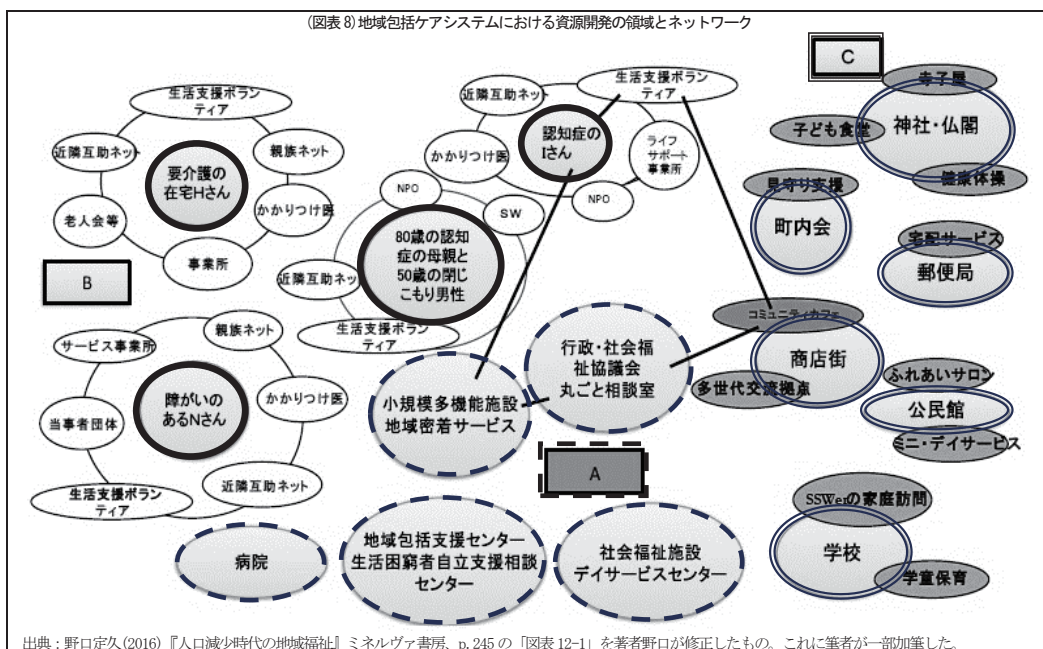
「B群」(太実線の円)は「要援護者および家族のサポートネットワーク」であり、当事者の状況に応じ個別具体的な支援の展開や、当事者の参加支援を働きかける領域である。

「C群」(二重線の円)は「生活そのものを支えるネットワーク」であり、そこには衣食住に関する資源だけでなく、娯楽への参加や当事者

が役割発揮できる居場所といった生きがい獲得と発揮の領域である。

筆者はこれを「資源開発の領域とネットワーク」の様相として解釈している。それは図表8に示された要素や関係性が、一部の地域で実体化している例は見られるものの、全国的には未だ成立途上であり、資源の開発余地とネットワーク化が地域包括ケアシステムの成否を左右するからである。

課題事象としての当事者（太実線）をさまざまな公私の支援者・機関が連携して囲むように支え、地域福祉協力者ネットワーク（破線）は、個別事象それぞれにコミットしつつ、当事者の個別支援ネットワークへの介入やバージョンアップを働きかける。それは、個別の課題事象への対応に限定するものではなく、地域の生活資源（二重線）へのアプローチに広げ、それぞれが有する機能の拡充を働きかけるものでもある。



5. おわりに

地域包括ケアシステムの構築によってつくられる状態が、図表8のような姿を示しているとするなら、それは、社会保険的な価値と社会福祉的な価値が融合する領域として福祉コミュニティを想起しなければならない。

医療費抑制の政策意図により、後期高齢者医療制度が成立し、その文脈の中で高齢者生活支援のために介護保険制度の改定が繰り返された。介護保険制度の改定変遷は、抑制志向と変化する課題事象への対応を目指す中、社会福祉そのもののキー概念が「地域共生社会」におかれたことで、保険システムとは異なる市民性を基盤とする有形・無形の、新たな資源開発を目指すものになった。

この変化は、政策的にも、あるいは国民意識においても、地域レベルで共同体を再構築することの重要性につながるものである。

加齢による心身機能の低下への対応は、医療や介護サービスの利用といった機能回復や機能補助・代替といったステージでとらえられがちである。これを社会保険的な価値あるいは倫理とするなら、在院期間

の短縮化により地域生活に戻った高齢者や、あるいは軽度の認知機能低下では介護保険サービス利用を制限された高齢者を支えるのは、社会福祉的な価値・倫理であろう。

社会保険が傷病や介護状態という事後対応あるいは保険事故へのセーフティネットであるなら、地域の共同体によるセーフティネットには、予防と進行抑制という保健的な役割発揮が期待されている。

医療・保健・福祉の連携はかねてから強調されていたものであり、それは事後的な対応に主眼をおいていた。地域包括ケアシステムは、より予防志向を重視し、かつ生きがい獲得や参加の支援といった社会的存在としての人間に意義をおいた地域づくりを志向する、進化型セーフティネットの構築といえるだろう。

注

注 1) 1930 年代の「医療利用組合」の動向については、次の文献に詳しい。

- ・ 青木邦夫(2010)「医療利用組合と国民健康保険・再考 ―国民健康保険事業代行をめぐる(上)」『日本医療経済学会会報 第 29 巻第 1 号』p. 41-73。
- ・ 青木邦夫(2010)「医療利用組合と国民健康保険・再考 ―国民健康保険事業代行をめぐる(下)」『日本医療経済学会会報 第 29 巻第 2 号』p. 18-57。
- ・ 青木郁夫(2012)「1930 年代における健康・医療問題と医療利用組合運動」『阪南論集 人文・自然科学編 vol. 47 No2』p. 37-48。
- ・ 相澤興一(1994)「1930 年代日本農村の医療利用組合運動と国民健康保険法の成立」『経済学研究 第 59 巻第 5・6 号』九州大学経済学会、p. 1-20。

注 2) 小泉は、国民健康保険法の制定(1938：昭和 13)を推進し、「国民皆兵」をもじり「国民皆保険」を造語した。小泉は 1941(昭和 16)年に厚生大臣に就任している。

逢見憲一(2023)「第二次世界大戦前・戦中の医療と公衆衛生の再考」『日本健康学会誌 第 89 巻第 2 号』p. 33-36。

注 3) ワンデル勧告(報告書)は計 326 ページにも及ぶ膨大な報告書である。前半部では、現行の社会保険、生活保護、公衆衛生・医療など各法の分析と批判が展開され、後半部では、日本が実現可能な社会保障計画が詳細に提案されていた。

石岡常久(2014)「戦後日本における社会保険中心主義の成立過程に関する研究」『佛教大学大学院紀要 42 号』p. 1-15。

注 4) 『戦後日本の人口移動と経済成長』

https://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/keizai_prism/backnumber/h20pdf/20085420.pdf、2024 年 7 月 24 日検索。

注 5) 『コミュニティ―生活の場における人間性の回復―』1969(昭和 44)年、国民生活審議会調査部会コミュニティ問題小委員会。

注 6) この調査は、全国社会福祉協議会が民生委員の協力により 70 歳以上の高齢者 388 万 6 千人を個別訪問して行ったもの。

注 7) ゴールドプランは、施設・サービスなどの目標値を上方修正した「新・高齢者保健福祉推進 10 か年戦略(新・ゴールドプラン)」(1994：平成 6)、介護保険法施行後の高齢者の健康づくりも加味した「今後 5 か年間の高齢者保健福祉の方向(ゴールドプラン 21)」(1999：平成 11) といった流れで高齢者保健福祉の施策が進められ、施設中心福祉から在宅・地域を中心とする高齢者福祉に変化していった。

注 8) 2006 年医療保険制度改革については、次の文献に詳しい。

新田秀樹(2021)「医療政策ヒストリー座談会 第 7 回 2006(平成 18)年医療保険制度改革 解説」『社会と医療 Vol. 31 No2』公益財団法人医療科学研究所、p. 182-189。

注 9) 社会保障給付費の額は「千万円」単位を四捨五入している。

注 10) 介護保険制度は、2008(平成 20)年にも改正されている。この改正は、介護サービス事業者による不正事案に対する再発防止を目的として、事業者に対する立ち入り検査や事業者指定・更新の欠格事由などの厳格化に関するものであり、本稿趣旨とは異なるため取り上げないこととした。

参考文献

本稿「2. 医療保険制度と高齢者医療制度の創設」は、おおむね次の文献を参考にしている。

厚生労働統計協会(2016)『厚生指標 第63巻第12号』p. 43-46。

厚生労働統計協会(2016)『厚生指標 第63巻第15号』p. 49-53。

厚生労働統計協会(2017)『厚生指標 第64巻第1号』p. 44-48。

厚生労働統計協会(2017)『厚生指標 第64巻第2号』p. 52-56。

野口定久(2016)『人口減少時代の地域福祉』ミネルヴァ書房。

宮川公男・大守隆 編『ソーシャル・キャピタル－現代経済社会のガバナンスの基礎－』東洋経済新報社。