

# 日本における高齢化社会のもとでの地域ケア政策

日本福祉大学社会福祉学部 教授 平野 隆之

本報告は、日本において展開された高齢者介護の政策を、地域ケアという新たな視点から整理しようとするものである。施行から5年目に実施された介護保険制度の改正においては、地域ケアの推進が前面に打ち出される結果となったが、本報告ではこうした流れのなかで、保険者である市町村がどのように地域ケアを推進することができるのか、その可能性や課題を中心に論じる。報告の柱としては、第1に、地域ケアの考え方について触れる。日本の高齢者介護政策上、地域ケアについて明確な定義があるわけではない。しかし、今回の改正介護保険のなかで新たに「地域密着型サービス」が登場しており、こうした動きについて政策上の意義を整理する。

第2は、こうした新たな制度環境のもとで、市町村の介護行政が選択しうる地域ケアの推進策の可能性や課題について述べる。そこでは、介護保険制度のもつ市場パラダイム（民間事業者の自由参入と利用者による選択）に対して、公的部門である市町村に、どこまで地域ケアを推進するための介入ができるのかについて検討を加える。なお、改正介護保険制度の施行は2006年4月からであるが、2005年度の時点で、すでに改正への対応として市町村によって介護保険事業計画の策定が取り組まれている。本報告では、こうした計画策定をとおした地域ケアへの介入と推進方法を検討することが中心となる。

## 1. 高齢者の介護政策と地域ケアの推進

### 1) 地域ケア政策の捉え方

地方自治においては、「公共的な事務の責任は住民に最も身近な基礎的自治体によって遂行されるべき」とする近接性あるいは補完性の原理が重要とされるが、「地域ケア」は、その原理が当てはまる代表的な事業であると考えられる。つまり、国が「地域ケア」の政策内容を決めるのではなく、地方自治体が分権化された財源のもとで、地域特性に根ざしてその政策的推進を図るべきであるといえる。しかし、その方法として、地方自治体が直営によって「地域ケア」を提供することは、ケアの質や効率性の面からも無理があることから、自治体には、いかに良質の事業者を育成し、住民の参加を視野に入れた運営を確保していくかが問われている。

ここにいう「地域ケア政策」は2つの目的から整理することができる。ひとつは、施設（入所）

ケアに依存しすぎる介護の様式から転換する政策であり、もうひとつは自宅への社会的ケア配給を意味する在宅ケアに対して、自宅以外の地域での多様な居住の形態を前提にした社会的ケアの提供政策である。後者は、施設ケア+在宅ケア=地域ケアという地域での統合的なケアの総称としての発想ではなく、地域ケア=社会的ケア-施設ケア-在宅ケアという計算式が示すように、施設ケアと在宅ケアだけでは説明のつかない、第三のケアの形態として積極的に評価しようとするものである。

日本における高齢化社会対応の地域ケア政策は、1990年代に始まる分権を志向した市町村での計画行政の導入とともに、地域におけるケア政策として着手された。2000年の介護保険制度導入をはさみ、グループホームの導入などによる制度上の地域ケア推進とともに、事業者主導でさまざまな自発的な模索がされてきた経緯をもつ。その模索の多くは、身体的なケアの領域ではなく、認知症ケアの領域で取り組まれたものといえる。そして2005年度に取り組まれた介護保険制度の改正のなかで、施設ケアの小規模化・分散化を含む形で「地域密着型サービス」の制度化が図られ、地域ケアの方向が政策上明確に示されたといえる。制度として登場した地域密着型サービスは、「要介護者等の住み慣れた地域での生活を24時間体制で支えるという観点から、要介護者の日常生活圏域内にサービス提供の拠点が確保されるべきサービス」と制度上規定されている。

市町村（保険者）には、国の介護保険政策の実施過程において、3年をサイクルにして介護保険事業計画の策定が義務づけられている。2005年度に見直された計画では、「日常生活圏域」の設定を行い、その圏域に沿って地域密着型サービスの普及を計画的に図ることが課題となっている。国はその計画のなかで、地域ケアの方向を誘導するために、計画策定における目標値を「参酌すべき基準」として提示し、市町村がその基準を採用するという関係になっている。市町村からすると、地域ケアの政策化というよりは地域ケアの計画化といった段階であるが、以下では、計画化の内容について計画策定の実態を踏まえて紹介する。

## 2) 地域ケアの形態からみた政策展開

地域ケアの政策展開をサービスの形態をもとに時間軸で区分すると、次の3つの段階に整理できる（図1）。

地域ケアの最初の取り組みは、入所施設の機能の社会化として進んだデイサービスやショートステイの実施である（1980年代末）。それまで、介護福祉施設（特養）では、自宅や地域から切り離されて入所する人のみを対象として介護を実践してきた。一方、在宅サービスは、ヘルパーが自宅に訪問するホームヘルプサービスのみという状況であった。地域ケアの第一期は、施設がその専門的な機能を生かして、自宅で生活する高齢者を、日中、施設で介護するというデイサービスなどの在宅福祉サービスを整備する段階に相当する。しかし、この第一期の段階では、ケアを受ける空間からすると、自宅か、施設かの2元的な選択でしかなかったのであり、いまだ施設と自宅の中間的なケア空間は未形成であったといえる。

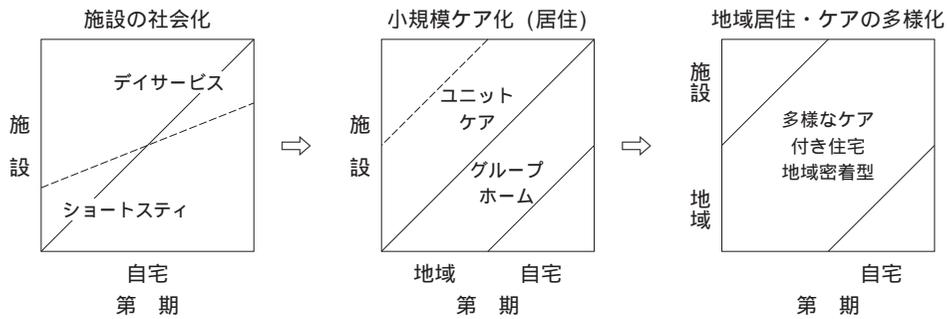


図1 地域ケアの展開過程

1990年代の後半、地域のなかにとどまる空間としてグループホームが先駆的に取り込まれ、入所施設と自宅以外のもう1つの選択肢ができる。自宅でも施設でもない新たなケアの小規模空間が地域のなかに用意される点に、新たな地域ケアの展開を見いだすことができる。なお、グループホームの動きに先駆けて、デイサービスの小規模化として認知症対応のデイサービス（小規模・毎日型）が92年に制度化され、認知症ケアへの対応としての地域ケア政策が実験的に展開されていた。この認知症対応のサービス形態は、要介護状態を唯一の保険事故と設定している介護保険制度においても、「認知症」を明記した保険サービスとして取り入れられ、地域密着型サービスにつながっていく。

他方では施設内において小規模なグループで生活を組織して、できる限り普通の生活を確保しようとする「ユニットケア」が制度的に採用されるようになった（2002年）。地域ケアが入所施設と自宅の中間の位置での居住に着目しながら、小規模ケアを模索する第 期の特徴をなす。

第 段階は、こうして進行した小規模ケアが、例えば特養という施設の枠組みを壊し始め、地域のなかに融合していく段階といえる。施設そのものの入所機能はそれぞれに居住とケアとが様々な組み合わせのなかで、地域のなかに分散していく。地域のなかに小規模の施設としてユニットケアが独立し、1つのケア付き共同住宅（小規模特養など）を構成することになる。在宅支援の面では、小規模多機能ケアが地域ケアとして重要な役割を持つようになる。この段階では、図1のようにいわゆる施設と自宅の領域は縮小し、それに代わって地域ケアの領域が拡大する。

制度的にはこうした地域で展開される小規模なサービスが「地域密着型」として総称されるようになった。地域密着型サービスの登場の背景には、先にもふれたように、認知症高齢者に対する大規模・集団ケアにおける施設ケアの限界から新たな小規模ケアの必要性が確認されたことが大きい。グループホームと並んで、その代表的なサービスとして位置づけられているのが、「小規模多機能型居宅介護」である（図2参照）。小規模多機能型居宅介護は、小規模な通所介護に相当する「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供することで、在宅での生活を継続的に支援するサービス類型で、日本で生まれた新たな地域ケアの形とみることができる。

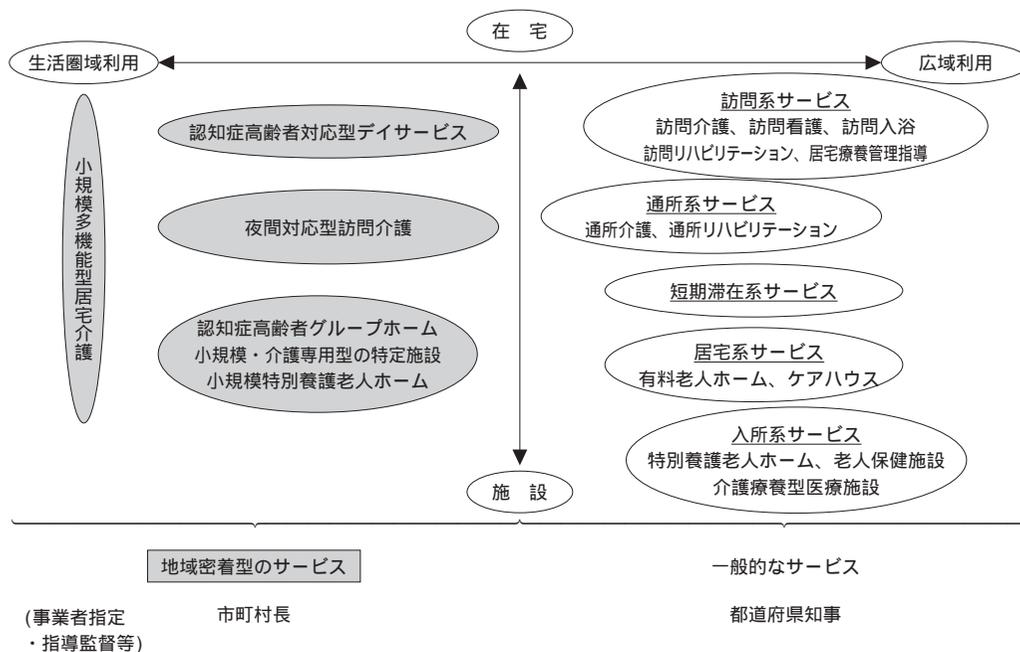


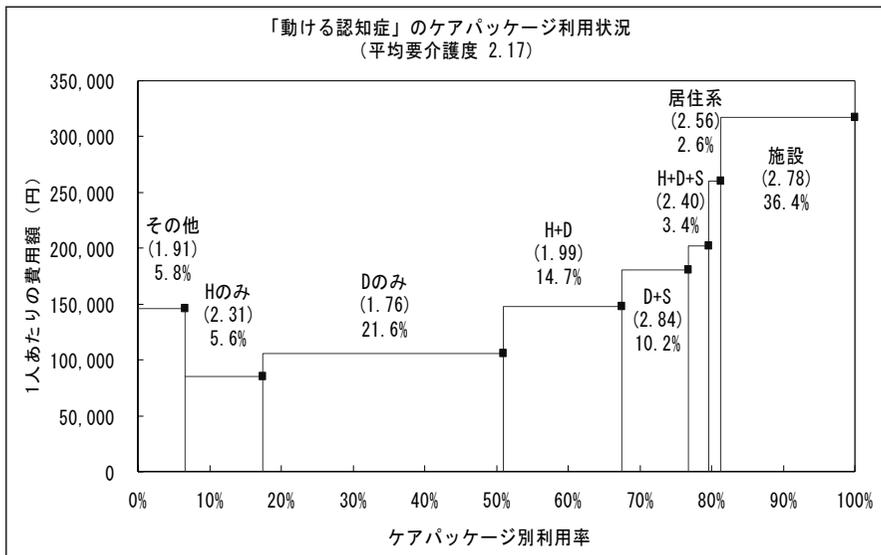
図2 地域密着型サービスの種類

### 3) 認知症高齢者における地域ケアの利用量

図1に示した「地域ケア」の領域は、介護保険制度のもとで実態としてどの程度の広がりをもっているのだろうか。地域ケアが認知症ケアから発展してきたことを前提に、「動ける認知症」高齢者を抽出して、そのケアパッケージ（ケアプラン）のデータを整理してみたい。ここでいう「動ける認知症」は、日常生活自立度によりねたきり度がA以下、かつ認知症度が以上の高齢者とした。図3は、横軸に当該パッケージの利用率をとり、縦軸に当該パッケージを利用する人たちの「1人当たりの介護費用額」をとっている。ここで、ケアパッケージごとに、横（利用率：人数の相対的な大きさを表す）と縦（1人あたりの費用）の数値を乗じたものがケアパッケージ別介護費用額（図では面積）を示すことになる。なお、例として提示した図3のデータは、人口10万人強の都市であり、2003年10月の給付実績値である。

地域ケアの範囲を、介護保険サービスの組み合わせの中で、通所系と居住系のサービス利用とすると、全体総費用額の52%を占める。利用者数では、全体の64%となる。このように、認知症高齢者の多くは、通所系サービスによって支えられていることがわかる。また、デイサービスのみの利用者（「Dのみ」）を除外し、多機能型ケアやグループホームという地域ケアの枠から利用（「H+D」「D+S」「H+D+S」「居住系」）をみると、費用や人数比でも3割を占めている。こうした人数比の高い割合は、虚弱や寝たきりの高齢者にみられない認知症高齢者特有の利用構造といえる。

この図3からは、これらのケアパッケージの費用総額（3割）が、「施設」（36%）と比べて小



H=訪問機能, D=通所機能, S=短期入所を表す.

( ) 内の数字は平均要介護度を表す.

最下段の数値は、「動ける認知症」総費用に対する費用割合を表す.

図3 2003年10月時における「動ける認知症」のケアパッケージ

さくなっていることがわかる。介護保険費用の抑制という政策課題からは、施設からこれら地域ケアへの移行が求められていることになる。この都市では、現在、全体総費用額で36%、人数比で約2割の「動ける認知症」高齢者が施設を利用していることになるが、地域密着型サービスの整備により、その割合を減らしていくことが求められている。また、現在の「H+D」「D+S」「H+D+S」といったパッケージが、必ずしも小規模で継続性を重視したケアとして提供されていないわけではない。そうした既存のケアパッケージの見直しを含めて、認知症高齢者が地域で住み続けることができる包括ケアの仕組みを作ることが求められている。

## 2. 自治体による地域ケア推進と介護保険事業計画による規制

地域ケアの具体的な政策として導入された「地域密着型サービス」では、市町村がその推進を担うことになる。今回の介護保険改正では、市町村が地域密着型サービスを普及させるために、次の3つのツールが導入された。それは、介護保険事業計画の策定における「日常生活圏域」の設定、これまでの補助金が廃止され、新たなサービスの整備費確保として導入された「地域介護・福祉空間整備交付金」の活用、これまで都道府県の権限として認められていた「事業者の指定・指導・監督」権限の市町村移管の3点である。その他に、国による地域ケア誘導策として、介護保険事業計画における施設（入所）利用者数の計画目標値の規制をあげることができる。以下では、2005年に自治体が行い取組んできた介護保険事業計画における「日常生活圏域」の設

定と、施設（入所）利用者数の規制を取り上げて、その有効性や課題について触れてみたい。

### 1) 介護保険事業計画による空間設計

はじめに、地域ケアの推進を空間的な面で計画化する方法についてみていく。今回の介護保険改正では、計画策定において「日常生活圏域」の設定が導入されたが、1990年の福祉計画においても、こうした空間的考え方が採用されていたといえる（図4）。

福祉行政における市町村主義を徹底しようとする1990年の福祉8法の改正は、市町村の政策能力を強化する方法として、市町村における老人保健福祉計画の策定義務化を導入した。この時点で、自治体ごとに具体的なサービス整備目標値を定めることとなり、身近な基礎自治体による計画的な高齢者介護の推進が着手されたといつてよい。整備が求められるサービス種類には、ホームヘルプサービスやショートステイとともに、デイサービスが重要な位置を占めている。

国の方針として中学校区がデイサービスセンターの空間配置の基準として示され、介護サービスの提供における圏域の設定がなされた。市町村のなかには、計画において中学校区などの福祉エリアを設定し、各エリア内にケア資源が適正に配置されることを計画的に誘導する市町村も現れてきた。当時先駆的なサービスを実施していた大阪府枚方市や東京都町田市などがその代表例といえる。市町村における地域ケアの推進策としては、この老人保健福祉計画におけるサービス圏域の設定が重要な意味をもち、それとセットで整備されるデイサービスが地域ケアの推進効果をもったと考えられる。

2000年に介護保険制度が導入されると、在宅部門については規制緩和を進め営利組織にまで参入を認めたこと、事業者の広域的な介護市場の形成を考慮して、指定権限を都道府県としたことなどから、市町村において取り組まれてきた中学校区を単位とする圏域設定は、その政策根拠を失うことになった。サービスの供給に関しては市場原理が導入されることとなったため、市町村として地域ケアを直接誘導する条件は乏しくなった。その一方で、地域ケアの代表的なサービスであるグループホームは、報酬単価の設定が好条件であったことから急速に数が増加し、地域への偏在やそれにとまなう介護費用の膨張、質の格差が問題となり、逆に規制を望む声が市町村から出される状況にもなった。

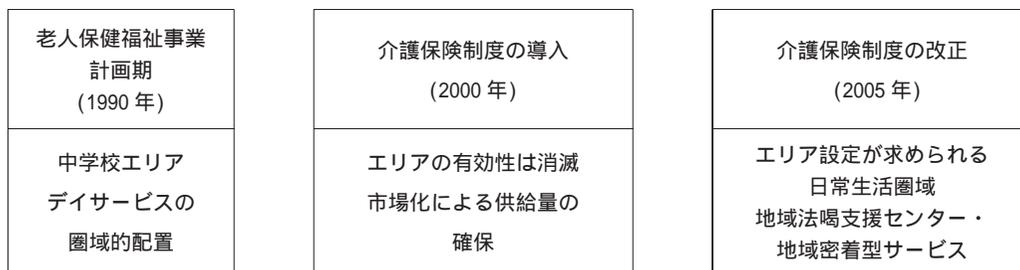


図4 計画「空間」の推移

こうした状況を受け、2005年に取り組みされた介護保険制度改正では、再度、地域ケアの推進において圏域設定の有効性が注目されることとなる。こうして導入された「日常生活圏域」は、地域密着型サービスなどの新しいサービスの目的を効果的に達成するための介入方法として、以前の中学校圏域を基盤としたサービス整備を求める「老人保健福祉計画」の指針を踏襲しているとみることが出来る。ただし、実際の計画策定現場では、計画上の日常生活圏域の設定においていくつかの課題も発生している。

その1つは、地域ケアと並んで改正の柱として視された介護予防において採用された圏域設定と、地域密着型サービスの圏域設定との調整という問題である。地域ケアの推進においては、すでに触れたように認知症ケアを地域密着型で推進するための圏域レベルを設定し、地域密着型サービスの空間的配置を計画することとなる。しかし介護予防の推進においても、介護予防プログラムを運営する地域包括支援センターの圏域ごとの配置が求められるために、国が推奨する日常生活圏域（人口2～3万人規模）において両者の圏域を一致させる必要が生じた。その結果、地域ケアを推進するための圏域よりも、介護予防を推進するためのエリア設定の意図が強く押し出され、地域ケア推進の圏域としては大きいエリア設定となる傾向にある。「地域密着型」という名称だけのサービス普及にとどまり、そのサービス理念である地域への密着性が確保されないという問題が生じる可能性がある。

もう1つは、圏域での数量規制を働かせる場合、参入事業者の質等を誰がどのように判断するのか、その基準と主体をどう設定するかがという課題である。これまで市町村はその機能を利用者の選択の結果に任せてきた。しかし、指定権限が市町村に降りたことを受けて、その質の評価に取り組むことになったのである。最初に触れたように地域ケアの推進は、分権的な運営によってなされるべきであり、そこに実行性をもたせるためには、市町村の介護行政のなかにケアの質を扱う業務・部署が形成されることが必要と考える。その際、地域密着型サービス指定のための独自の基準と委員会づくりが、利用者ともいえる住民の参加のもとで進められることが必要である。

## 2) 施設（入所）ケアの規制と代替しうる政策目標の設定

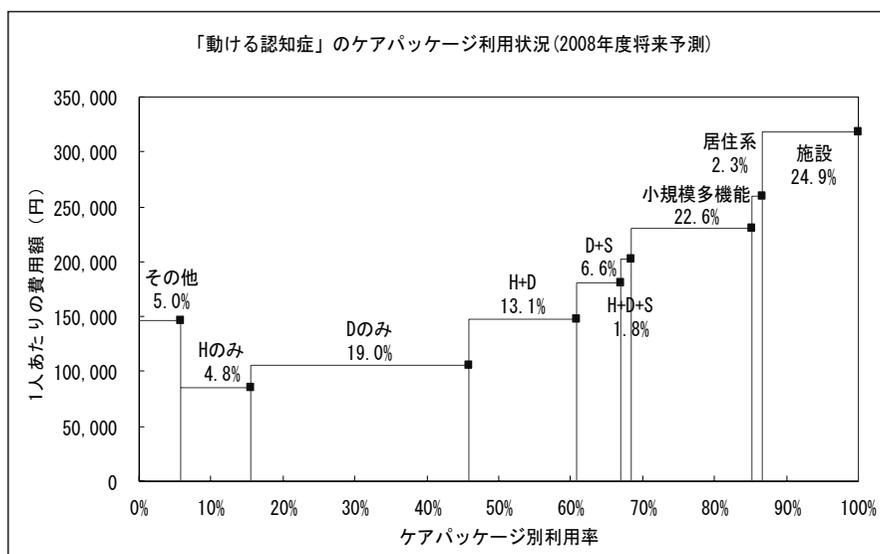
日常生活圏域の設定とともに、地域ケアを推進するもうひとつの方法として、施設（入所）ケアの利用者の計画数値を規制することが考えられる。今回の介護保険事業計画においては、2014年度に向けて、国から次の2点の参酌基準が示されている。1つは要介護認定者2～5に対する施設・居住系の割合を37%以下とすること、もう1つは施設利用者のうち、要介護度4・5割合を70%以上とすることである。これまでの参酌基準が、介護保険施設整備等に見られるように、高齢者人口に対する施設整備定員数にとどまっていたのに比べて、施設・居住系サービス量の増加を抑制することを明確に打ち出したといえる。こうした抑制を代替するサービスとして登場しているのが、地域密着型サービスにおける「小規模多機能型居宅介護」であり、その普及に数値目標の達成が左右されるともいえる。

こうした数値目標設定の背景には、1つに施設ケアの増大に伴う費用膨張の抑制があり、もう1つに施設ケアから地域ケアへの政策理念の転換がある。ではなぜ、地域密着型サービスとくに「小規模多機能型居宅介護」ということになるのであろうか。小規模多機能型のケアの重視は、北欧や英国が選択している集中的なホームヘルプの提供と異なる日本的な選択といえる。この背景には、小規模多機能型のケアが日本における同居家族介護への支援として有効なケア様式であるとする考えがある。また英国のようにケアマネジャーが予算の権限を持たないこと、さらには支給限度額が設定されていることなどから、介護保険が集中的なホームヘルプの提供になじまないこともその理由のひとつとなっている。

そこで、実際の事業計画において採用されている小規模多機能型居宅介護の整備計画をもとに、先の「動ける認知症」の利用状況を、自治体の規制により、施設・居住系サービスの基盤整備を抑制し、小規模多機能型居宅介護の整備を進めると2008年においてどのようなケアパッケージとなるのかをシミュレーションしてみた(図5)。

その結果、「動ける認知症」のケアパッケージは、施設入所者の割合が低下し、小規模多機能型居宅介護の利用割合が高まることになる。施設ケアと在宅ケアの中間領域に、小規模多機能ケアを中心とした地域ケアが広がりもつことが推計上は確認される。費用額においても、2003年10月の時点では1人当たりの費用額は166,423円に対して、2008年10月でのシミュレーション時には169,940円と微増の状況にとどまる。

では、これだけのサービスを担う事業者の参入を確保できることになるであろうか。小規模ケアの確保が困難なのは、事業経営上の不安定さである。この点は支援するためには、介護報酬単



H=訪問機能, D=通所機能, S=短期入所を表す。  
 数値は、「動ける認知症」総費用に対する費用割合を表す。

図5 「動ける認知症」のケアパッケージ2008年度未来予測

価を引き上げることが有効といえるが、すでにこの点ではグループホームでの質の悪い業者の参入という問題を引き起こしてきた経緯がある。先にも触れた市町村による指定権限の確保はそれへの対応ということになる。

小規模ケアの運営を安定させるためには、その利用を希望する認知症高齢者・家族の把握と、サービス利用につなげる支援が社会的に必要ということである。この点では、地域包括支援センターが一定の役割を果たすことが期待されているが、実際の動向を見ると介護予防の支援センターとなる可能性が強く、認知症高齢者への支援が後回しにされることが懸念される。市町村としては、地域ケアの推進において、サービス面での整備にとどまらず、こうした利用のための支援機能を同時に整備することが課題となる。さらにいえば、認知症ケアに強いまちづくりを目指すなど、より高い政策目標を設定することによって、サービスのデリバリー圏域としての「日常生活圏域」にとどまらない地域ケア政策に踏み出すことが必要といえる。