

高齢者をめぐる医療・介護・福祉政策の最近の動向について

石橋敏郎、緒方裕子、紫牟田佳子、角森輝美

- I はじめに
- II 介護保険制度改革の最近の動向 (石橋敏郎)
- III 医療計画と地域医療構想 (緒方裕子)
- IV 在宅での看取り政策の推進 (紫牟田佳子)
- V 高齢者虐待防止と介護者支援策 (角森輝美)
- VI おわりに

I はじめに

2018(平成 30)年 5 月 21 日、経済財政諮問会議において、政府による社会保障給付費の将来推計が公表された。それによると、今から 22 年後の 2040 年度には、社会保障費は今年度(2018(平成 30)年度は約 121 兆円)の約 1.5 倍にあたる 190 兆円が必要であるとのことである。他方で、社会保障費の増加を上回る勢いで、高齢化は進んでいる。厚生労働省の発表によれば、2016(平成 28)年の日本人の平均寿命は、女性 87.14 歳(世界 2 位)、男性 80.98 歳(世界 2 位)といずれも過去最高を更新したことが分かっている。当然のごとく、介護を必要とする高齢者も増加している。47 都道府県の介護保険事業支援計画を基にした推計では、65 歳以上の高齢者のうち介護が必要となる高齢者は 2025 年度には現在より約 141 万人増え、約 770 万人(現在の 1.22 倍)に上ることが明らかとなった。国民医療費は、2015(平成 27)年度は、42.3 兆円だったものが、2025 年には、1.4 倍の 57.8 兆円(1.4 倍)に増加するものと予想される。このうち、65 歳以上の高齢者の医療費は、23.5 兆円(2015(平成 27)年度)の約 1.5 倍にあたる 34.7 兆円にも達すると見込まれており、この数値は国民医療費の 6 割を占めるまでに至っている。こうなると、当然のごとく、現行の社会保障制度を将来にわたって維持すべく、国民にいつそうの負担増を求めるとともに、これにあわせて各種社会保障給付の廃止・削減・変更を行うという厳しい財政削減政策が打ち出されてくることになる。

負担増の例はあげればきりが無い。熊本県の場合、2018(平成 30)年度の国民健康保険料の標準保険料は、加入者 1 人当たり年平均額では 8 万 8090 円となり、2016(平成 16)年度に比べると

3746 円の増である。熊本市の介護保険料は、2000(平成 12)年度制度発足当初の 2911 円から、現在(2018(平成 30)年度)の 5700 円、2019 年には 6760 円、さらに 2025 年度には 9102 円まで上昇するものと予想されている。介護保険利用者の一部自己負担は、制度発足時是一律 1 割負担であったものが、2015(平成 27)年には一定所得以上(単身で 280 万円、夫婦で 346 万円)の高齢者は 2 割自己負担、2018(平成 30)年 8 月からは高額所得者(年収 465 万円以上の世帯)については 3 割の自己負担となった。

医療費抑制策の一環として、2016(平成 28)年 4 月からは、地域のかかり医の紹介状なしに病床 500 床以上の大病院(大学病院、公立病院、日赤病院等。2018(平成 30)年 4 月からは 400 床以上)を受診した場合、患者は 5000 円以上の追加料金を初診料に加えて支払わなければならないことになった。また、医療介護総合確保推進法(2014(平成 26)年 6 月)により、病院や診療所に対しての病床機能報告制度の創設、都道府県による地域医療構想の策定を通じて、病院の病床数を全国で 10%程度削減する政策が進められている⁽¹⁾。これらを見ると、「かかりつけ医」の強化、「病院から地域(地域包括ケアシステム)へ」という医療費抑制策としての明確な動きが着々と進められてきていることがわかる。さらにこれを進めて、2018(平成 30)年度の医療・介護診療報酬同時改定では、終焉の場所をこれまでの病院から介護・福祉施設あるいは自宅へと誘導すべく、病院以外での看取りに対する優遇措置や加算が設けられることになった。

最近の報道をみると、2018(平成 30)年に財務省がまとめた社会保障改革案では、①現在は全国一律になっている診療報酬を都道府県別に設定する、②現行の 1 カ月単位の初診料を受診のたびに一定の窓口負担とする、③後期高齢者の医療費自己負担を現行の 1 割から 2 割にする、④現在、市町村の地域支援事業へと移行された要支援者の訪問介護・通所介護を要介護 1、2 の高齢者まで広げる、⑤現在、10 割保険負担となっているケアプラン作成に自己負担制を導入する、⑥訪問介護の生活援助(掃除・洗濯・調理など)は原則自己負担とするなどの大幅な負担増施策が打ち出されてきている⁽²⁾。しかし、他方では、医療・介護に従事する職員の不足はますます深刻になってきている。厚生労働省は、2025 年には、介護職員が全国で 33 万 7000 人程度不足するおそれがあるとの推計を公表している⁽³⁾。これに対して、厚労省は医療・介護ロボットの普及や情報通信技術(ICT)の活用を推進しようとしているが、人材不足の問題はこのような政策によって直ちにカバーできるような簡単なものではない。

もちろん、高齢者介護関係で改善された点もいくつかある。たとえば、財産管理のみならず、意思決定支援・身上監護も重視する等の内容を盛り込んだ「成年後見制度の利用の促進に関する法律」(2016(平成 28)年、法 29 号)が制定されたこと、障害者が 65 歳以上になってもこれまでの障害者福祉サービスが引き続き受けられるような新たな「共生型サービス」が新設されたことなどがそれである。こうしたいくつかの改善点はみられるものの、しかしながら、ここ数年の高齢者医療・介護・福祉制度の見直しはやはり負担増・給付削減という財源対策の色彩が強いものになっていると言わざるを得ない。制度の将来像や保持しなければならない基本的理念というものを明示しないまま、ほつれかかった部分を単に負担増によってつくろうようなその場しのぎの対応策では、なかなか国民の理解は得られないであろう。そこでこの論文では、高齢者医療・介護・福祉政策に関する最近の改革の動向について、その改革に至った背景、評価すべき点と問題点、残された課題、将来の展望ないしは方向性等さまざまな視点から、それぞれの項目ごとに批判的

意見も踏まえながら、若干の検討を加えてみたいと考える。

Ⅱ 介護保険制度改革の最近の動向

1 予防重視型・要介護度悪化防止型システムへの転換

介護保険制度分野における財源対策として行われる保険料の引き上げ、一部自己負担増に関しては、国民に一番身近な出来事であり、その意味ではだれもが関心をいさぐ問題であろう。しかし、政治的関心事としてはともかく、学問的あるいは理論的には負担増は取り扱いにくい問題の一つであるといえる。もちろん、どこまでが国民一般あるいは高齢者にとって負担限度額といえるのか、あるいは、その負担は低所得者を含めて「公平性」を保っているといえるものであるのかといった議論はできるかもしれない。しかし、この種の議論には、極めて政策的・技術的な要素がいくつも含まれており、誰もが納得できるような形で、しかも理論的にスッキリするような明解な回答を出すことが難しいという側面をもっているからである。そこで、本章では、経費削減・財源節約・負担増＝制度の持続可能性の確保というわが国の社会保障政策の基本的な考え方を背景にしながらも、介護保険制度における負担増・給付切り下げといういわば直接的な財源対策についてではなく、間接的な財源対策とでもいうべき3つの施策について検討することにした。すなわち、①予防重視型システムへの転換、②地域包括ケアシステムの推進、③市町村事業への移行(地方分権)あるいは地域住民同士で支え合う「地域共生社会」の実現という3つの施策についてである。

予防重視型・要介護度悪化防止型システムへの転換は、介護保険法の2005(平成17)年改正によって打ち出された考え方である。2000(平成12)年4月にスタートした介護保険制度は、当初は、制度に対する理解がいまだ十分にいきわたっていなかったことや、高齢者や家族が制度を利用することに対して抵抗感をもっていたこともあって、利用者が予想していたほどには伸びず、その結果、初年度こそ介護保険財政はどの市町村でも黒字財政となっていた。しかし、その後、制度の周知が普及していくにつれ利用者が増え続けていったこと、それと同時に要介護高齢者数自体も増加していき、3年後の介護保険料改定期には赤字財政に転落する市町村がかなりの数に達していた。熊本県の場合でも、2004(平成16)年度には、68団体のうち32%にあたる16団体が赤字になっており、その総額は3億2000万円にも達していたことが報告されている。

財源が足りない場合の対策としては、大まかにいって次の3つの方法が考えられる。①保険料、利用料(一部自己負担)を増やす。被保険者年齢を引き下げて、たとえば20歳以上から保険料を負担させるようにする。②給付の無駄がないか点検する。給付対象者を限定する。一定のサービスを給付の対象から除外する。利用回数・日数を制限する。③なるべく要支援・要介護状態にならないように日頃からの健康維持に努める。あるいは、現状の要支援・要介護状態をできるだけ維持し、その状態が悪化しないように努める(予防重視型システムへの転換)。

①については、2005(平成17)年改正法により、在宅で生活する高齢者と施設利用者との負担の公平性を図るという観点から、それまで保険給付によってまかなわれていた介護保険施設の居住費用(部屋代)と食費が全額自己負担となったことがあげられる(低所得者のための補足給付あり)。

この点について、いまだ結論に至っていないのが、被保険者の範囲を現在の 40 歳以上から 20 歳以上に引き下げるという議論である。介護保険制度の創設を審議した老人保健福祉審議会の最終報告(「介護保険制度の創設について」1996(平成 8)年 4 月)において、被保険者の範囲については、65 歳以上、40 歳以上、20 歳以上の 3 論併記がなされて以後、ほぼ 5 年ごとに行われてきた介護保険改正時には常に議題に上ってきた問題である。しかし、被保険者を仮に 20 歳以上とした場合に、受給権者を 65 歳以上(老人性疾患の場合は 40 歳以上)に限定すると、65 歳以下の者は受給権がないにもかかわらず保険料負担だけが課されることになり、そうした世代が一気に拡大する現象をもたらすことになる。このような考え方が社会保険制度として適当であるかという反対論がいまも残っている⁽⁴⁾。

②のうち、給付の無駄をなくすという観点からは、2005(平成 17)年改正法によって創設された「地域包括支援センター」もその役割の一端を担って登場してきたといえてよい。新たに新設された要支援者に対する予防給付のケアマネジメントが市町村を責任主体とする地域包括支援センターに任されることになったのには、それなりの理由がある。ケアプランを作成する介護支援専門員(ケアマネジャー)は、指定居宅介護支援事業所に勤務し、そのケアプランをもとに別組織である指定居宅介護サービス事業所のホームヘルパーが実際の居宅サービスを提供することになっている。しかし、両者は 9 割以上が同一の事業者による併設施設となっているのが現実であり、そうすると、ケアマネジャーのなかには、自らの事業所のサービスを優先的に配置したり、サービス量を水増しする者もいるかもしれないという懸念があった。そこで、一番利用者の多い要支援者に対するケアプラン作成を市町村に行わせることになったのである。財源を支出する側の市町村がケアプランを作成すれば、財源が厳しい現実を知っているので、無駄なサービス提供は極力控えるであろうと予想されるからである。しかし、この業務は民間事業者に委託することもできるようになっているので、委託された場合は、同じような水増しの懸念がぬぐえないのではないかという指摘がなされている。

③ところで、2005(平成 17)年改正で一番注目された政策は、「予防重視型システムへの転換」という考え方である。具体的には新予防給付の導入と市町村が行う健康増進事業である地域支援事業の創設がこれにあたる。新予防給付とは、従来の要支援者と要介護 1 を再編成して、要支援 1 と 2 に分け、そこに属する高齢者には筋力トレーニング、栄養指導、フットケア等を実施して要支援状態を維持し、要介護状態に転落することを防止しようとするものである。地域支援事業とは、65 歳以上のすべての高齢者を対象とした介護予防一般高齢者施策と、要支援や要介護状態になる可能性の高い虚弱高齢者を対象にした介護予防特定高齢者施策をいい、なるべく要支援・要介護状態にならないように各種予防サービスの提供を行う事業をいう⁽⁵⁾。

その後、2014(平成 26)年改正時には、介護予防の考え方に新しい要素が加えられることになった。すなわち、これまでは、介護予防とは、健康体操をすとかリハビリをすといった、いわば個人個人の医学的な面からの身体的機能維持・回復訓練を指すものと思われてきたが、これからは高齢者の社会的活動参加および生きがい対策といった、いわば精神的な健康面を含めて介護予防とするという新しい考え方である。つまり、高齢者が地域のなかに生きがいや役割を持っていきいきとした生活ができるような居場所づくりや出番づくりを行うこと、あるいは、高齢者をサービスの受け手としてだけでなく、地域での生活支援サービスの提供者たる担い手としての

役割を果たしてもらうこと、そうしたことを支援しながら心身共に健康ではつらつとした生き方をしてもらいたいという発想に立っている⁽⁶⁾。これは、やがて、これからの高齢者政策は、行政だけに頼るのではなく、住民同士で助け合う仕組みをつくり、できる限り地域で高齢者を支えていく「地域共生社会」の実現という方向につながっていく。

介護予防の重要性とその意義については疑いをはさむ者はだれもない。問題は、介護予防に真剣に取り組まないとか、あるいは熱心ではないとみられる場合、その個人や事業者、市町村に対して、何らかの制裁的措置みたいなものがとれるかどうかということである。たとえば、筋力トレーニング等に積極的に取り組まなかったために要介護状態が悪化したような場合、それは本人の非であるとして、サービスを停止したり、制限することができるであろうか。ドイツの介護保険法6条「もし、被保険者が、予防とリハビリテーションの措置に参加し協力しなければ、被保険者の受給の権利は保障されない。」⁽⁷⁾というような明文の規定のないわが国では、予防に消極的であるという理由で給付を制限することはできないであろう。それでは、予防に積極的に取り組まなかった事業者に対してはどうであろうか。この場合、健康な高齢者を要支援・要介護状態にならないようにするという意味よりも、現状の要支援・要介護状態を悪化させないようにするという意味で事業者側に悪化防止についてなんらかの責任を問うことができるかどうかという問題になるであろう。

これについては、2018(平成30)年、医療介護報酬同時改定にあたり導入された要支援・要介護状態改善事業所への成功報酬加算制度が導入されたことが気にかかる。たとえば、通所介護(デイサービス)では、日常生活に必要な動作の維持・改善の度合いが一定の水準を超えた場合、その事業所に対する報酬を引き上げることとし、反対に自立支援に消極的な事業者には報酬を引き下げるというものである⁽⁸⁾。たしかに、要介護度があがっていけばそれに応じて介護サービス費が高くなる(事業所の収入が増える)という現在の介護保険制度の仕組みの中では、事業所が熱心にリハビリ等に取り組んだ結果、本人の要介護状態が改善することになれば、逆に事業所への収入は減ってしまうという矛盾をかかえているのは事実である。そのため、各事業所は自立支援(要介護度改善)に後ろ向きになりがちで、インセンティブが働かないという批判が介護保険制度創設当時からあがっていた。

これをふまえて、2006(平成18)年度改定では、介護予防通所介護等において事業所評価加算が導入され、2012(平成24)年度改定では、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能加算が導入され、2015(平成27)年度改定では、訪問リハビリテーション等において社会参加支援加算⁽⁹⁾が導入されるなど、事業所の努力に対するアウトカム評価が順次導入されてきている。2018(平成30)年度の介護報酬改定に関する審議では、「通所介護への心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入」と称して、通所介護事業所において、自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL(日常生活動作)の維持または改善の度合いが一定の水準を超えた場合には、報酬を高くすることで評価するという方針が打ち出されている⁽¹⁰⁾。自立にむけて利用者と協力してリハビリに努めた事業所とそうでない事業所とで何らかの差異を設けるべきだという主張は一般的には理解できよう。しかし、どのような基準で改善を評価し、どのような方法でどの程度の差異を設けるかについてはやはり慎重な議論がなされなくてはならないであろう。社会保障審議会介護給付分科会でも、介護報酬に改善加算を設けることに対して、次のよ

うな課題が指摘されていた。①どのような評価項目で改善とか悪化とかを判断するのか、判断基準があいまいになりがちであること、②高齢者の身体的・精神的状態は、悪化や改善を繰り返すことが多く、評価時点で内容が変わってくること、③状態の改善・悪化は本人や家族の取り組み姿勢にも影響されるので、事業所だけが努力しても思うような効果は上げられない場合があること、④高齢者はさまざまなサービスを組み合わせて利用しているので、そのなかのどのサービスが一番効果的であったのかを特定することが難しいこと等である⁽¹¹⁾。また、こうなると事業所側での選別、つまり状態が改善しそうでないわば軽度の利用者だけを選別して取り込もうとする危険もあるのではないかと意見も出されていた。その他にも、要介護状態改善に対してメリットを与えることについて、「特養において利用者の意に反して栄養を投与し、リハビリを重ね、歩行器で歩かせることを強いるような」事態が危惧されるとか⁽¹²⁾、「要介護度の改善…」を評価尺度としたインセンティブあるいはディスインセンティブ措置は、要介護状態を悪とする偏見を助長する」、「高齢者の意志に基づかない身体的自立に偏重した自立支援は、介護保険法の目的である高齢者の『尊厳の保持』に反する」⁽¹³⁾とかの反対意見も表明されている。

そうした反対意見を受けながらも、2018(平成 30)年度の介護報酬改定において、通所介護事業所のアウトカム評価と加算の程度は、おおよそ以下のような要件で実施されることになった。①評価対象期間(1月から12月までの1年間)に連続して6か月以上通所介護を利用した要介護者について、総数が20名以上であること、②要介護度が3、4、5である利用者が15%以上含まれること、③利用対象期間の最初の月と6か月目で事業者の機能訓練指導員が Barthel Index⁽¹⁴⁾を測定し、その結果が報告されている者が90%以上であること、④6か月後の Barthel Index 数値から最初の Barthel Index 数値を引いた数値(ADL 利得＝改善度数値)が上位 85%の者につき、各々の ADL 利得が 0 より大きければ 1、0 より小さければ -1、0 ならば 0 として合計したものが 0 以上であること。これらを満たした事業所については ADL 維持等加算として月 3 単位が加算されることになった。これをみると、アウトカム評価は個人単位ではなく、20 名以上の集団についての評価であること、改善加算は 3 単位とそれほど高くはないように思われることなど、過大な影響はないのかもしれない。また、今回の改定では報酬減額についての基準は示されていないようである。しかし、実際にこの基準でアウトカム評価をした場合にどのような数値が出て、どれくらいの事業所が加算に該当することになるのか、それが事業所ないし職員のインセンティブにどの程度の影響を与えるのか等については不明なままであり、今後の実施状況を見て判断する以外にはない。

介護保険制度は、措置から契約へと移行することにより、利用者の選択権・自己決定権を尊重したサービス提供を行うことを旨として制定されたものである。すなわち、「保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが…提供されるよう配慮して行わなければならない。」(介保法 2 条 3 項)と規定されている。したがって、利用者の意思を無視した自立支援は介護保険法の趣旨に反することは言うまでもない。そもそも自立支援という概念は、支援する者と支援される相手方があつての話であり、相手方である利用者の理解と協力なしには実現できない性格のものである。それを、状態改善という結果だけで判断しようとする利用者意思を無視した自立支援というような批判を受けることになる。要介護度改善に真剣に取り組んだ事業所とそこで働く職員の努

力に報いるという考え方は理解できるとしても、その方法として、介護保険制度のなかで全国一律に一定の基準で評価して、それに基づいて報酬に増減を加える仕組みを作ることは、その実施にはかなりの無理が伴うといわざるを得ない。要支援・要介護高齢者の ADL 向上・低下は当該高齢者のもつ疾患の種類とその状態、体質、本人の意思、これまでの生活歴、家族関係、周りの人の協力等により大きく異なる場合が多く、事業所や職員の努力の範囲を超えている部分もある。まして、熱心に取り組まなかった事業所には報酬を減額するという一種の制裁措置ともいえるものを含んでいる場合はなおさらである⁽¹⁵⁾。むしろ、事業所のインセンティブの向上を図るという目的のためには、地方自治体ごとの表彰制度や優良事業所の認証制度といったやり方の方がなじみやすいように思われる⁽¹⁶⁾。

2 市町村への権限移譲、地域共生社会の実現

介護保険制度を創設する際の論点の一つは保険者を誰にするかということであった。1995(平成 7)年 2 月から始まった老人保健福祉審議会では、「利用者のニーズに直接応えられる必要があり、そのためには地域で総合的にサービスを提供できるような…市町村の役割を重視する」(第 5 回会合、4 月 17 日)といったように保険者を住民に一番身近な存在である市町村とするという意見があった。その一方で、当事者である市町村は、サービス供給の責任主体になることには理解を示していたが、財政責任は国が負うべきであるということ強く主張していた。それは、市町村には国民健康保険の赤字を抱えて毎年多額の費用を一般会計予算から繰り出しているという事情があり、その上、介護保険まで引き受ければ、赤字は一層増大するのではないかという危機感を市町村がもっていたからである(第二国保問題)。結局、これまでの老人保健福祉事業が市町村を中心に実施されてきたことや、1990 年代から強力に推進されてきた地方分権の動きもあり、最終的には市町村を保険者とする地域保険方式とすることが決定された⁽¹⁷⁾。すなわち、保険者を市町村とすることにより、「地域の実情等に応じた保険給付を行うとともに、地域ごとのサービス内容・水準に応じた保険料とする」(1996 年 2 月 15 日老人保健福祉審議会、厚生省提出資料)という基本的な考え方で介護保険制度はスタートしたのである。この際に、市町村の介護保険財政に対する不安を和らげるために、都道府県に財政安定化基金を設置し、保険給付費の増大や、保険料収納率の低下からくる財政困窮に対処するために、一時的な資金貸付の仕組み等が導入された。しかし、後述するように、要支援・要介護高齢者の増加による保険料の高騰と、介護保険事業から市町村の地域支援事業へと移行する事業が増えることによって、市町村はその財政と運営に苦慮することになったのである。

地方分権の観点からいえば市町村への権限移譲は望ましいことかもしれない。しかし市町村からみれば、財政的裏付けが十分でないままに、単に事務量だけが増大したにすぎないと写るような制度改革では、市町村にしわ寄せがくるのは目に見えている。この動きは 2005(平成 17)年の介護保険法改正から始まったと言ってよいであろう。2005(平成 17)年改正による市町村の権限強化・事業範囲の拡大の例としては、地域密着型サービスの創設と地域支援事業があげられよう。

(1)地域密着型サービス

地域密着型サービスとは、高齢者がたとえ要支援・要介護状態になったとしても、できる限り

住み慣れた自宅や地域で自立した生活を送ることができるように、市町村の判断で実施できる介護サービスのことである。したがって、利用者は原則当該市町村在住の住民ということになる。具体的には、当初、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)、地域密着型介護老人福祉施設入所者介護(利用定員 29 人以下の小規模特養、以下「地域密着型特養」と呼ぶ)など 6 種類でスタートしたが、後に、24 時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス、地域密着型通所介護(利用定員 18 人以下の小規模通所介護)が加わり、現在は 9 種類となっている。地域密着型サービスは、都道府県知事への届出と、必要な場合は知事の助言・指導という規定はあるが、原則として市町村長が事業所の指定や指導・監督の責任を負っており、市町村ごとの判断で事業が展開できるし、地域の実情に応じて弾力的な指定基準の設定、報酬の決定が可能となっている(介保法 78 条の 4、42 条の 2)⁽¹⁸⁾。こういう意味では地方分権(地域主権)の先進事例であるともいえようか。ただし、市町村長の判断でたとえば地域密着型特養を設置する、あるいは、介護報酬を独自に設定することができるが、当然、その費用の一部は住民の介護保険料に上積みされることになる。市町村に設置・運営権限を与える代わりにその費用の負担も当該市町村の住民で負ってくださいという趣旨の地方分権だと理解することができる。

地域密着型サービスの基準については、「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」(地域主権一括法、2011(平成 23)年法 37 号)により、地域密着型サービスの人員・設備・運営に関する基準については、これまで厚生労働省令によって定められていたものが、市町村条例で定めるものと変更されることになった。ただし、最低限度のサービス水準を維持するために、厚生労働省令に拘束される内容のものを「従うべき基準」、合理的理由がある場合には条例で別な内容を規定することができるものを「標準」、異なる内容の条例が可能のものを「参酌」という 3 つの基準が設けられ、これに従って条例化されることになった。例えば、職員の数、居室の床面積、処遇、安全確保などの重要事項については厚生労働省令に「従うべき基準」とされたために、これらに関しては市町村が独自の基準を定めることはできないことになっている(介保法 78 条の 4 第 3 項)。こうすることによって、最低限度のサービスの質を確保するというナショナル・ミニマムの要請を満たそうとする趣旨である。しかし、多くの重要な事項がこのように「従うべき基準」とされたのでは、市町村が地域の実情に応じて独自のサービスを提供するということができなくなり、地方分権が徹底されているとはいえないとして、地域密着型サービスについては、職員数、居室面積、定員なども含めて市町村の裁量に任せるべきだという意見もある⁽¹⁹⁾。地方分権による市町村の裁量権拡大と国のナショナル・ミニマム保障責任との兼ね合いが問題となるところである。

(2)地域支援事業

地域支援事業とは、2005(平成 17)年介護保険法改正により創設されたもので、「被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等になった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援」(介保法 115 条の 45)することを目的として、介護保険給付費の 3%程度を使って実施される市町村の事業のことである。対象者は、自立高齢者(一次予防事業対象者)、要介護状態に移行しやすいハイリスク高齢者(二次予防事業対

象者)および要支援 1、2 の高齢者である。内容は、介護予防事業、包括的支援事業(介護予防ケアマネジメント事業、総合・相談支援事業、権利擁護事業、包括的・継続的マネジメント事業)、任意事業(家族介護教室の開催、介護給付等費用適正化事業など)の3つの事業から構成されていた。このうち、包括的支援事業は、市町村が新たに設置する地域包括支援センターが運営することになった。地域包括支援センターは市町村直轄が原則であるが、社会福祉法人等への委託も可能になっているので、都市部では委託されている場合がほとんどである。地域包括支援センターは、社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員(主任ケアマネジャー)の三者体制が基本であるが、三者の人材を確保することがむずかしく、実際にはそれに準ずる資格保有者や研修修了者をもって充てているところが大半である。また、地域包括支援センターの仕事量が増大する一方で、人員の配置には市町村ごとに大きな開きがあり、現実には数少ない職員で無理をしながらなんとか職務をこなしているという実態がある。人材不足はここでも深刻である。

2011(平成 23)年改正では、市町村の判断により、要支援者・介護予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる制度(介護予防・日常生活支援総合事業。たとえば、介護予防のほか配食、見守りサービス等)が創設され、市町村・地域包括支援センターが、利用者の状態や意向に応じて、従来の予防給付で対応するのか、今回の総合事業を利用するのかを判断することとされた。さらに、2014(平成 26)年改正では、要支援者に対する介護予防訪問事業と介護予防通所介護を市町村の地域支援事業に移行させることや、高齢者の社会参加や住民同士の支え合い(互助)を強調する形で、市町村による地域支援事業は再編成されることになった(新しい介護予防・日常生活支援総合事業。市町村には 2017(平成 29)年度までの実施を求めている)。こうした地域支援事業の創設とその後の展開は、現在、国が緊急の課題として取り組んでいる「地域包括ケアシステム」の構築に向けての動きの一環として理解されるべきものである。

新しい介護予防・日常生活支援総合事業は、おおよそ以下のような内容になっている。①互助の強調。地域包括ケアシステムの実現のためには、公助(租税による政策、自治体が行うサービス)、共助(介護保険・医療保険など国民の相互扶助)、互助(ボランティアなど地域住民相互の助け合い)、自助(住民自身や家族による対応)の4つの要素が重要であること。②高齢者の生活支援には、これからは、ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等、地域の多様な主体がサービス提供を行えるような仕組みが必要であること。③高齢者の介護予防は、これまでどちらかといえば運動や体操などの医学的面から考えられがちであったが、これからは高齢者の社会参加や生きがいといった精神面・社会面からのアプローチが必要であり、高齢者に社会的役割を持って地域で活動してもらうことを求める。こうすることによって、高齢者がサービスを受ける側ではなく、サービスを提供する側に回ってもらうこと。

つまり、地域に在住する高齢者の生活支援、具体的には、見守り、安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除などの家事支援といったサービスについては、元気な高齢者も含めて、地域住民によるボランティア、NPO、社会福祉法人、民間企業といった地域住民同士の支え合いによって実現していこうという考え方である。それを手助けするために、新たに生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)を配置することになっている。これは、介護保険給付の問題というより、地域での助け合い・支え合い組織をつくろうとする「地域づくり」の話である。これに基づき、訪問介護、通所介護も、住民の自主活動としてできるように基準が大幅に緩和されることになっ

た。たとえば、訪問介護サービスは、訪問介護員(ホームヘルパー)による身体介護・生活援助のほかに、訪問型サービス A、B、C、D が設けられ、家事などの生活援助を行う訪問型サービス A では、人員等を緩和した基準(ホームヘルパーの資格取得を緩和)⁽²⁰⁾によって実施できるようになり、B では個人情報の保護等の最低限度必要な基準を設けた上で住民の自主活動として生活援助が行えるように変更された。通所型サービスも同様であり(A、B、C の 3 種が新設)、たとえば、B では、住民主体による体操・運動等の活動をする自主的な通いの場が通所型サービス B に指定されている。体操教室のようなものを通所型と呼ぶには抵抗を感じる人もいるだろうし、そもそもこうした専門性がかなり希薄化されたサービスが介護保険サービスとしての質を保障できるのかといった疑問がわくことも至極当然であるかもしれない。

ともかく、要支援 1、2 の高齢者向けの訪問介護と通所介護が介護保険給付からはずされて、市町村の地域支援事業に移行することによって新しい地域支援事業(新しい介護予防・日常生活支援総合事業)がスタートした。これが実施されて 1 年以上が経過したが、市町村がこの事業の運営に苦慮している様子が浮き彫りになっている。共同通信が実施した調査によると、回答した 1575 自治体のうち約半数の 45%がその運営に「苦慮している」と答えている。その理由としては、最も多かったのが「新たな担い手の確保が難しい」(49, 5%)であり、これに続いて「運営のノウハウがない」(20, 7%)、「移行させたことに無理がある」(12.6%)などがあげられている⁽²¹⁾。新しい地域支援事業は、介護事業所だけでなく、住民団体などもサービスを提供できるようになっているが、人員配置基準を緩和する反面、報酬が低く抑えられていることもあって、この事業を実施あるいは手伝おうという住民が集まらないというのが一番の悩みになっているようである。その結果、住民主体型の訪問介護・通所介護は 7%と実施率が極めて低くなっている。また、利用者やその家族からは、地域格差がますます拡大するのではないかと不安も広がっている。これまで介護保険による要支援者への訪問介護・通所介護を引き受けてきた事業所が、新地域支援事業になってその採算性の低さを理由に撤退し、今後は、報酬が比較的高い中重度要介護者へのサービス提供に力を入れるという事態も起きているという(71 市区町村)。このほか、「度重なる制度改正で業務量が飽和状態に近かったところに、新たな総合事業が加わり、既に処理可能な業務量を逸脱している」、「地域資源が少なく、多様なサービスを提供することは非常に困難」、「軽度者が専門的な支援から遠のく地域が出るのではないかなど市町村の悲鳴にも似た声が聞こえてくる。

2017(平成 29)年 5 月 26 日、「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」(法 52 号)が成立した。この法律は、名称に「地域包括ケアシステムの強化」という文言が入っていることでもわかるように、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を目的としたものである。この法律によって、社会福祉法が改正され、地域住民等は、地域共生社会の実現に向け、福祉サービスを必要とする地域住民およびその世帯が抱えるさまざまな分野にわたる地域生活課題を把握し、その解決に資する支援が包括的に提供される体制を整備するように努めるという条項が追加されることになった⁽²²⁾。また、こうした地域福祉・地域づくりを推進できるよう、市町村は地域福祉計画を策定するように努めるとともに、地域福祉計画には福祉の各分野における共通事項を定めて、他の福祉計画の上位計画として位置づけることにしている。

「地域共生社会」とは、子ども、高齢者・障害者などすべての住民が地域、暮らし、生きがい

を共につくり、高め合うことができる社会と説明されている。これを実現するために、地域共生社会の実現を地域住民が「我が事」として主体的に取り組む仕組みをつくとともに、市町村においては、地域づくりの取組みの支援と公的福祉サービスへのつながりを含めた「丸ごと」の総合相談支援の体制を進めることが期待されている。「我が事」とは、他人事と考えずに、自分や家族が暮らしたい地域を自分たちで考えるという主体的・積極的な取り組みの広がり、地域で困っている課題を解決したいという気持ちで活動する住民の増加等を意味するものであり、「丸ごと」とは、介護、子育て、障害、病気等から、住まい、就労、家計、孤立等くらしと仕事の生活全体を地域住民と行政とで協働して丸ごと支える仕組みをつくろうとするものである。具体的には、福祉のほか、医療、保健、雇用・就労、司法、産業、教育、家計、権利擁護、多文化共生等多岐にわたる連携体制と包括的な相談支援体制の構築があげられている。これをみると、新地域支援事業の時よりも、いっそう住民の主体的な地域活動参加や地域での支え合いの重要性が強調されているように感じられるが、しかし、上記したように市町村が抱えている財源不足と人材確保に関する不安は依然として拭い去られていない。そのため、今回の改正で、都道府県は、市町村の新しい総合事業に対して支援に努めるものとされ、これに対して市町村は県と必要な連絡調整ができることになり、また、関係者には事業に協力するように努めるという条項が新たに追加されることになった。だが、どのような形で、どの程度の支援が行われるのかについては未知数のままであるし、これによって、市町村が安定的に新しい地域支援事業に取り組んでいけるのか、それだけの財源と人材確保が保障されるのかについては、やはり不安材料の方が多いと言わなくてはならない。

3 小括

介護保険受給者の増加に伴って、介護費用の抑制が急務の課題となっている。それは介護保険制度の持続可能性と直結しているからである。ここ数年の介護保険改革では財源対策としての制度改革の色彩がいっそう濃厚になってきている。2108(平成30)年8月からは、現役並みの所得を有する高齢者(単身では年収340万円、夫婦では463万円)の3割自己負担が実施されることになった。負担増となるのは利用者全体の3%弱に当たる約12万人と推計されている。2割負担になったときもそうであったが、負担増をきっかけにサービスを中止または減らす利用者が出てくるのが懸念される。予防重視・重度化防止もその理念そのものに反対できる人はいない。また、予防・重度化防止にインセンティブを与えて、これに努力した個人や事業所になんらかの努力賞を与えようとすることも理解できなくはない。問題はそのやり方である。たとえば、医療保険の分野では、一部の健保組合や市町村がやっているように、予防に熱心に取り組む加入者にヘルスケアポイントを与え、そのポイントが貯まったら健康グッズと交換できるなどの試みが行われているが⁽²³⁾、同様な試みが介護保険サービス受給者に行われることになっても何ら問題はない。また、重度化防止に努力した事業所を表彰することもありえよう。しかし、それを超えて、たとえば、要介護度を悪化させたのは本人または事業所の責任だとして、本人の自己負担を増額するか、事業所の報酬を減額するというような政策が取られたとしたら、これには疑問を提示せざるを得ない。状態の悪化は本人や事業所の責任ではない場合も多いからである。

地域のことをよく知っているのは市町村だから、市町村が地域の実情にあわせて、それぞれが工夫して「我が町らしい」介護サービスを実施するという建前はもっともらしいが、現実にはうまく機能していない。財政が豊かなごくわずかの市は除いて、大部分の市町村は財政面で困難を抱えたまま苦労して介護保険制度を運営している実態があるからである。介護保険費用をさらに抑制する目的で、低い報酬単価を設定しておきながら、報酬は少ないですが、その代わりに従事者の資格を緩和しますので、市町村でなんとか人材を確保して、やり方を工夫しながら新しい地域支援事業をつつがなく実施してくださいというのでは、市町村がその運営に苦慮することは誰の目から見ても明らかであろう。また、緩和された有資格者もしくは無資格者によるサービス提供ではサービスの質の低下が懸念される。

「地域共生社会の実現」もしかりである。社会保障財源に限りがあるので、これからは住民相互の助け合いの精神やそれを実現するための組織が重要なことは誰しも理解できることであるが、こうした住民組織に多くを頼るような介護保険サービスでは、長続きはしないこともまた分かり切っている。住民同士の支え合いの組織には限界があるからである。まして、ボランティア等の人材を確保できない山間地ではなおさらのことであろう。国や地方自治体による人材の確保と財源的な措置があつてこそ、住民同士の支え合いも生きてくる。単なる介護費用の抑制策としてではなく、たとえ重度であっても住み慣れた地域で暮したいという高齢者の願いが叶えられるような十分な財政的裏付けと確実な人材確保戦略が提示されることが先決であつて、その上での地域包括ケアシステムの実現であつてほしい。まずもって国がそれを行なつてから、地域住民にもそれぞれの立場での活躍と協力を求めるという構図を描くのであれば多くの国民の理解を得られようが、その逆の構図であれば、地域包括ケアシステムについては不安のみがつものという住民の気持ちは無理からぬところであろうと思われる。

(石橋敏郎：熊本県立大学名誉教授、熊本大学教育学部シニア教授)

- (1)ちなみに、全国の病院が 5 年後の 2023 年に予定しているベッド削減数は現状の 3.5%にとどまり、病床削減が予定通り進んでいない実態が報告されている(熊本日日新聞、2018(平成 30)年 5 月 1 日)。
- (2)2018(平成 30)年 6 月 5 日の経済財政諮問会議に出された「骨太方針」では、これに加えて、70 歳以上であっても現役世代並みの所得がある高齢者(夫婦で年収 520 万円以上)は 3 割自己負担とする方針などが盛り込まれている(熊本日日新聞、2018(平成 30)年 6 月 6 日)。
- (3)厚生労働省が出した 2025 年介護職員確保見込み割合(充足率)をみると、最も悪い福島県・千葉県では 74.1%、上位の山梨県 96.6%、佐賀県 95.7%(熊本県は 94.1%)と地域差が大きいことが報告されている。熊本日日新聞 2018(平成 30)年 6 月 22 日。
- (4)介護保険制度史研究会編著『介護保険制度史—基本構想から法施行まで』(社会保険研究所、2016(平成 28)年 5 月)176 頁。被保険者年齢を 20 歳に引き下げる議論は、介護保険法 2011(平成 23)年改正の基礎となった社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(2010(平成 22)年 11 月 30 日)でも、賛否両論併記となっており、いまだに決着がついていない問題である。
- (5)石橋敏郎『社会保障法における自立支援と地方分権—生活保護と介護保険における制度変容の検証』(法律文化社、2016(平成 28)年 2 月)173 頁。
- (6)社会保障審議会介護保険部会(第 51 回)2013(平成 25)年 10 月 30 日、資料 1「予防給付の見直しと地

域支援事業の充実について」

- (7)豊田謙二『質を保障する時代の公共性―ドイツの環境政策と福祉政策』(ナカニシヤ出版、2004(平成 16)年)191 頁。
- (8)熊本日日新聞、2017(平成 29)年 8 月 24 日。厚労省としては、積極的に改善に取り組む事業所とそうでない事業所とで報酬支払いにメリハリを付けたいという考えであることが報じられている。
- (9)社会参加支援加算とは、リハビリをしたことにより、日常生活動作(ADL)や手段的日常生活動作(IADL：日常生活動作以外に買い物、調理、お金の管理、交通手段の活用など社会生活を送る上で欠かすことのできない手段)が向上することにより、家庭内での家事や社会への参加ができるようになり、他のサービスへと移行した場合に算定される加算のことである。
- (10)今回の通所介護サービスにおける要介護状態改善評価に限らず、すでに、2006(平成 18)年度に介護予防通所介護等において事業所評価加算が導入され、2012(平成 24)年度改定では介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能加算、2015(平成 27)年度改定では、訪問リハビリ等において社会参加支援加算が導入されるなど、事業所の実績評価(アウトカム評価)が順次導入されてきている。
- (11)社会保障審議会介護給付費分科会第 145 回、2017(平成 29)年 8 月 31 日、資料 1「介護サービスの質の評価・自立支援に向けた事業者へのインセンティブ」、同「参考資料」。
- (12)全国老人福祉施設協議会「いわゆる『自立支援介護』について(意見)」2016(平成 28)年 12 月 5 日。
- (13)日本社会福祉士会「高齢者の自立支援・重度化防止に向けた取組の推進に対する声明」2017(平成 29)年 4 月 7 日。
- (14)Barthel Index とは、ADL の評価にあたり、食事、車いすからベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計 10 項目を 5 点刻みで点数化し、その合計点を 100 点満点として評価するものである。
- (15)同様のインセンティブ政策は医療保険の分野ではすでに行われている。予防・健康づくりに熱心に取り組む医療保険者に対するインセンティブをより重視するため、後期高齢者支援金の加算・減算制度につき、平成 30 年度から、特定健診・保健指導実施率のみによる評価を見直し、後発医薬品の使用割合等を追加し、複数の指標により総合的に評価する仕組みを作るとの提案がなされている。「医療保険制度改革骨子」社会保障制度改革推進本部決定(2015(平成 27)年 1 月 13 日)、保険者による健診・保健指導等に関する検討会第 26 回、「後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し・平成 30 年度～35 年度の検討状況」2016(平成 28)年 12 月 19 日、
- (16)たとえば、神奈川県川崎市では、2016(平成 26)年度から要介護度やADLの改善があったときは、市長による表彰や、認証シールの交付が行われているという。社会保障審議会介護給付費分科会第 145 回、2017(平成 29)年 8 月 31 日、資料 1「介護サービスの質の評価・自立支援に向けた事業者へのインセンティブ(参考資料)」。
- (17)増田雅暢『逐条解説・介護保険法』(法研、2014(平成 26)年 4 月)70、71 頁。
- (18)介保法 78 条の 4 第 5 項は、「市町村は、第 3 項に規定にかかわらず、同項第 1 号から第 4 号までに掲げる事項については、厚生労働省令で定める範囲内で、当該市町村における指定密着型サービスに従事する従業者に関する基準及び指定密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準を定めることができる。」と規定されており、これを受けて施行規則 131 条の 12 では、市町村は、厚生労働大臣が定める地域密着型サービス基準のうち、利用定員及び登録定員に関する基準、事業所又

は従業者の経験及び研修に関する基準、従業者の夜勤に関する基準並びに運営に関する基準を下回らない範囲内で、従業者に関する基準及び設備・運営に関する基準を定めることができるようになっている。これを見ると、78条の4第3項に規定する「従うべき基準」、「標準」にかかわらず、市町村は従業者・設備・運営に関する基準を定めることができるようになっている。ただし、「厚生労働省令が定める基準を下回らない範囲内で」、被保険者、学識経験者等で構成される地域密着型サービス運営委員会の意見を聞くことという条件が付けられている。

- (19)「市町村が独自に実施する地域密着型サービスの施設系サービスでは、『従うべき基準』でなく、『標準』ないし『参酌』基準とすれば、市町村の独自の取り組みがより一層期待されるようにも考えられよう。」小西啓文「介護保険法にみる地方分権改革推進の功罪」社会保障法第 27 号(2012(平成 24)年)34 頁。
- (20)例えば、訪問介護を担う人材も、これまでの訪問介護員初任者研修(130 時間以上)の半分以下(59 時間)の研修時間で「生活援助従事者研修」が終了したことにする等の大幅な基準緩和がなされる。
- (21)熊本日日新聞、2017 年 8 月 19 日。ちなみに、熊本県内 45 市町村のうち 34 市町村が回答しているが、50.0%の自治体が「運営に苦慮している」と答えている。
- (22)改正された社会福祉法 4 条には新たに以下のような内容の 2 項が加わった。「地域住民等は、地域福祉の推進に当たっては、福祉サービスを必要とする地域住民及びその世帯が抱える福祉、介護、介護予防、保健医療、住まい、就労及び教育に関する課題、福祉サービスを必要とする地域住民の地域社会からの孤立その他の福祉サービスを必要とする地域住民が日常生活を営み、あらゆる分野の活動に参加する機会が確保される上での各般の課題(地域生活課題)を把握し、地域生活課題の解決に資する支援を行う関係機関との連携等によりその解決を図るよう特に留意するものとする。」。
- (23)原田啓一郎「健康づくり・介護予防と社会保障―予防重視型システムのあり方を考える」増田幸弘・三輪まどか・根岸忠編著『変わる社会福祉の論点』(信山社、2018(平成 30)年 6 月)212、213 頁。

Ⅲ 「医療計画」と「地域医療構想(ビジョン)」

1 医療提供体制の改革とその背景

2025 年、いわゆる「団塊の世代」がすべて 75 歳以上となり、超高齢社会が到来する。様々な生活上の困難があっても、地域の中でその人らしい生活が続けられるよう、それぞれの地域の特性に応じた医療、介護、福祉、子育て支援、および年金のあり方について、「社会保障制度改革国民会議」⁽¹⁾は、2013(平成 25) 年 8 月 6 日に報告書をまとめ、今後の政策の方向を示した。その審議の結果等を踏まえ、社会保障制度改革推進法第 4 条の規定に基づき、「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(以下、「社会保障制度改革プログラム法」という)」が第 185 回国会に提出され、2013(平成 25)年 12 月 5 日に成立した。これを受けて、2014(平成 26)年 6 月 25 日、医療法や介護保険法等関連の 19 法案の改正を行うため、「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(以下、「医療介護総合確保推進法」という)」が成立した。同法においては、「医療計画」と「介護保険事業(支援)計画」の整合性を図るために、2014(平成 26)年 9 月にこれらの上位指針である「地域における医療及び

介護を総合的に確保するための基本的方針(以下、「総合確保方針」という)を国に指示をするといった構図が描かれている。同方針に沿って、厚生労働省は「医療介護総合確保促進会議」を設置する等、この法律の成立を契機に、中学校区単位の「地域包括ケアシステム」の構築を目指して、医療・介護提供体制の見直しが動き出した⁽²⁾。

さらに、同報告書では、医療需要の量的増加のみならず、超高齢社会における疾病構造の変化に対応できるよう、地域の医療資源を有効に活用した質の高い医療提供体制を構築するために、医療機能の分化・連携を強力に推し進めることを求めている。具体的には、急性期医療に人的・物的資源を集中投入し、その後を引き継ぐ回復期の医療は、医療や介護サービスの充実によって全体として入院期間を短縮して、早期の家庭復帰、社会復帰を実現することを目指している。同時に、慢性期以降は、「地域包括ケアシステム」を構築することによって、在宅において医療から介護までの提供体制を一体として確保し、患者の QOL の向上を目指そうとする考えである⁽³⁾。そして、高度急性期から在宅介護までの一連の流れを川の流れに例え、入院病床の機能分化を「川上の政策」、在宅医療や在宅介護といった退院患者の地域受入体制を「川下の政策」と表現して、医療・介護の同時改革を急ピッチで進めようとしている。

この「川上の政策」と表現される医療提供体制改革を実現するために、国は都道府県に対して、医療介護総合確保推進法に基づき「地域医療構想(ビジョン)」の策定を義務づけた。「地域医療構想(ビジョン)」とは、将来の医療ニーズを客観的データに基づき算出し、その見通しを踏まえた、その地域に相応しいバランスのとれた医療提供体制の設計図のことである。「医療計画」は、その実行計画として位置付けられている。この制度改革の基本的な考え方については、2040 年頃までの長期的な将来の地域社会の状況に基づいた医療需要を予測して「医療計画」を作成しようとするものであるが、当面は、2025 年を念頭に置いた「地域医療構想(ビジョン)」を策定し、それに基づいた二次医療圏ごとの「医療計画」を作成することを指示している。

ところで、もう既に「地域医療構想(ビジョン)」の策定は開始されている。国は、その第一歩として、地域における医療施設の機能別病床数の把握のため、2014(平成 26)年 10 月から「病床機能報告制度」による調査を開始した。その調査結果を参考としながら、2015(平成 27)年 4 月からは、次のような手順で、「地域医療構想(ビジョン)」の策定に着手していく。まず、「医療計画の見直し等に関する検討会」において、医療計画基本方針を 2016(平成 28)年 12 月に取りまとめ、2017(平成 29)年 3 月 31 日付厚生労働大臣告示をもって都道府県知事宛てに通知した。そして、都道府県は、この基本方針に基づき 2017(平成 29)年度中に「地域医療構想(ビジョン)」を策定したうえで、2018(平成 30)3 月 31 日までに第 7 次医療計画を確定させ、同年 4 月から同計画をスタートさせるという計画である。

本章においては、まず、同報告書以降の医療制度改革関連の諸政策や計画、方針を整理しながら、「川上の政策」の中心を担う「地域医療構想(ビジョン)」とその実施計画としての「医療計画」の位置づけを明確にすること、次に、政策表明に留まってきたこれまでの「医療計画」と比較して、今回の法改正により、その性格がどのように変貌したか、その実効性を含めて評価を行うこと、また、更なる改革推進のための問題点や課題は何かを検証することを主な目的としている。もちろん、最終的なサービスの享受者であり費用の実質的負担者でもある、当事者としての地域住民の理解や指示を得たうえで、質の高い医療提供体制の構築となりうるのかどうかも重要

な視点として加えておきたい。

2 医療提供体制における「医療計画」の位置づけ

(1)「医療計画」とは何か

わが国の医療提供体制は、医療計画制度の導入によって推進されてきた。「医療計画」とは、医療法第 30 条の 4 に基づき、「都道府県が地域の実情に応じ、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する医療提供体制の確保を図る」という法理念を実現するために、体系的な整備計画を策定する行政計画であり、概ね 5 年に一度見直しが行われてきた。但し、現行の第 7 次医療計画からは、その対象年度を 2018(平成 30)年から 6 年間とすることが決定している。事業年度を現在の 5 年から 6 年とすることで、事業年度が 3 年間である「介護保険事業(支援)計画」との整合性を図る狙いがあるからである。

さて、「医療計画」の目的は、医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質の高い医療を受けられる体制(医療連携・医療安全)の整備、および医療機能の分化・連携を推進することにより、急性期から在宅医療に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進することに集約できるであろう⁽⁴⁾。「医療計画」の性格としては、都道府県における医療体制を図るための計画であり、医療という対象を明確にした行政計画である。そして、その期間は 6 年間と定められているが、厚生労働省の設置する関連の検討会では、3 年毎の見直し論も登場しており、比較的に短期的性格が強いといえる。また、国または地方自治体の行政上の指針を示すもので、法的拘束力は持たないが、医療法の中で考慮事項や計画内容の提示が規定されている。さらに、国が定める医療計画基本方針に基づき策定される実施計画であり、到達目標は地域の状況に則して数値化されるなど進化してきた⁽⁵⁾。

そこで、なぜ、従来の「医療計画」では 2025 年問題に耐えうる体制の構築が達成できなかったのか、なぜ「地域医療構想(ビジョン)」という新しい考え方を「医療計画」に取り込むことになったのか、また、それに何が期待されるのかを整理するために、医療法改正と「医療計画」の変遷について簡単に振り返っておきたい。

(2)医療法の改正と「医療計画」

「医療計画」は、1985(昭和 60)年の第一次医療法改正によって、医療法に初めて規定され、制度化されたものである。そもそも医療法は、戦後の医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の人員、設備等の施設基準等医療提供体制に関する基本的な法律として、1948(昭和 23)年に制定された。終戦直後は、劣悪な栄養状態や公衆衛生環境悪化により感染症の急性疾患が蔓延していたが、戦災で多くの病院が破壊・閉鎖され、医療品や衛生材料が不足する等医療は困窮しており、フリーアクセスを基本とする医療機関、および医療従事者の量的拡充が急務であった。そこで、医療法に公的医療機関に対する助成が規定され、国庫補助を充当した公立病院や公的病院の整備が進められた。また、1950(昭和 25)年、医療法人制度の創設により、民間病院の開設が加速化した。さらに、1961(昭和 36)年、国民皆保険が実現し、経済成長という社会環境も手伝って、医療需要の拡大と共に医療施設の総量も増加していった。1956(昭

和 31)年には、社会保障制度審議会の勧告において、公的病院の濫立が指摘されるに至り、1962(昭和 37)年、議員立法により、病床過剰地域における公的病院の病床規制(開設または増床)に関する改正が行われた。しかし、民間病院は施設基準を充たせば、どこでも自由に開業できる自由開業制であり、診療科に対しては、医療法で定められた標榜科目から自由に選択できる自由標榜制がとられていたため、都市部を中心に民間病院の開業が増加した。こうして、1955(昭和 30)年からの 10 年間で民間病院の病床数は、198,096 床から 424,224 床へと倍増した⁽⁶⁾。

その一方で、医師は、1970(昭和 45)年時点で、人口 10 万人あたり 127 人と不足していたため、厚生省(当時)は、昭和 60 年までに人口 10 万人あたり 150 人の医師を確保するという目標を設定し、大学の医学部の定員の増加や一県一医大の設置を進め、医師の養成を図った。その結果、1983(昭和 58)年には、医師は人口 10 万人あたり 152 人となり、逆に医師の過剰が憂慮される事態となった。このように、無秩序な整備が進行したことから、医療の過剰地域と不足地域が現れ、地域格差が生じた。さらに、1973(昭和 48)年の老人医療無料化によって、医療費の適正化や抑制等といった「医療の不均衡」が問題化した。その結果、医療資源の効率的な活用が指摘されるようになり、体系的で総合的な医療整備計画が求められるようになったのである。

その後、計画的な医療機関整備を巡って、厚生省(当時)は国会に医療法の改正案を提出したものの、廃案・継続審議を繰り返し、1985(昭和 60)年、都道府県医療計画の導入、医療法人の指導監督規定の整備、一人医師医療法人制度の導入を柱とする第一次医療法改正がようやく成立した。これにより、地域の実情にあった「医療計画」に沿って、公私の医療施設の整備を進めることとされた。従来の公的病院の病床規制に加え、民間病院も対象に、二次医療圏単位で必要病床数を設定し、それを上回る病床過剰においては、都道府県知事は都道府県医療審議会の意見を聴いたうえで、病院の開設、増床に関して勧告を行うことができるようになる等、病床規制を中心とした医療提供体制の見直しを開始された。しかしながら、医療計画制度の施行にあたっては、病床規制を回避する思惑から「駆込み増床」の誘発を招き、昭和 60 年から平成 2 年までの 5 年間に、病床は 17 万床も増加した。都道府県の「医療計画」により、全国 345 の医療圏が定められたが、必要病床数は医療計画作成に伴う混乱を避けるために、膨らんだ病床数を追認するかたちで、精神病床 30 万床、結核病床 6 万床、その他の病床 116 万床と定められた。

このように医療の量的整備は達成したが、患者の大病院への集中や、同域内での高額医療機器等医療資源の多重投資、長期入院にかかる人員・施設の適正化等医療提供体制の新たな課題が表面化した。また、もう一つの側面として、患者の QOL の尊重と医療の質の向上があった。これを受けて、1992(平成 4)年 6 月、第二次医療法改正法案が成立した⁽⁷⁾。改正法の主な内容は、第一に、医療の倫理規定を明記したこと、第二に、新たに「特定機能病院」および「療養型病床群」を制度化し、医療施設機能を体系化したこと、第三に、医療に関する適切な情報の提供を規定したことである。そして、その確実な施行のため、1993(平成 5)年 5 月、診療報酬の改定が行われたが、このことは、医療法の改定に追従して診療報酬を改正するといった政策の起点となった点で注目に値する⁽⁸⁾。

1997(平成 9)年、介護保険法が成立し、第 3 次医療法改正が施行された。主な改正点は、総合病院制度が廃止され、かかりつけ医への支援として、紹介患者への医療情報提供、施設・設備の共同利用や開放化、救急医療の推進や地域の医療従事者の研修などを行う能力を備え地域医療の

確保を図るに相応しい医療施設として「地域支援病院」が創設されたこと、また、療養病床群制度が診療所へ拡大されたことである。これらの法改正を受け、「医療計画」に必要な記載項目として、療養型病床群の整備目標、医療施設相互の機能の分担と業務の連携が追加された。

2000(平成 12)年の第 4 次医療法改正においては、まず、精神病床、感染症病床、結核病床以外の、これまで「その他の病床」と規定されていた病床について、主として慢性期の患者が入院する療養環境に配慮した「療養病床」と、医師・看護師の配置を厚くした「一般病床」に区分された。また、「医療計画」の必要な記載項目である必要病床数は基準病床数に改められた。さらに、医療の高度化・専門化が進む中で、全人的な診療能力を持つ医師を確保するため、新医師臨床研修制度を創設し、従来、努力義務とされていた医師・歯科医師の臨床研修を義務化した。医師は、平成 16 年度から臨床研修指定病院での 2 年間の研修が必修化され、歯科医師は、平成 18 年度から 1 年間の研修が実施されることとなった。

2006(平成 18)年の第 5 次医療法改正を受け、2008(平成 20)年から開始した第 5 次計画からは、5 疾病 4 事業ごとの医療機能の把握、適切な医療提供体制の明示と将来の姿を志向した数値目標の設定、数値目標を達成するための実効計画としての「医療計画」の立案、立案した「医療計画」に基づく事業の実施、事業実施後の客観的な政策評価による「医療計画」の見直しを行うことが「医療計画作成指針」に提示された。さらに、第 6 次医療計画からは、PDCA サイクル活動(循環評価システム)を「医療計画」の作成から実施に至る一連の政策の流れに導入することとしたのである。

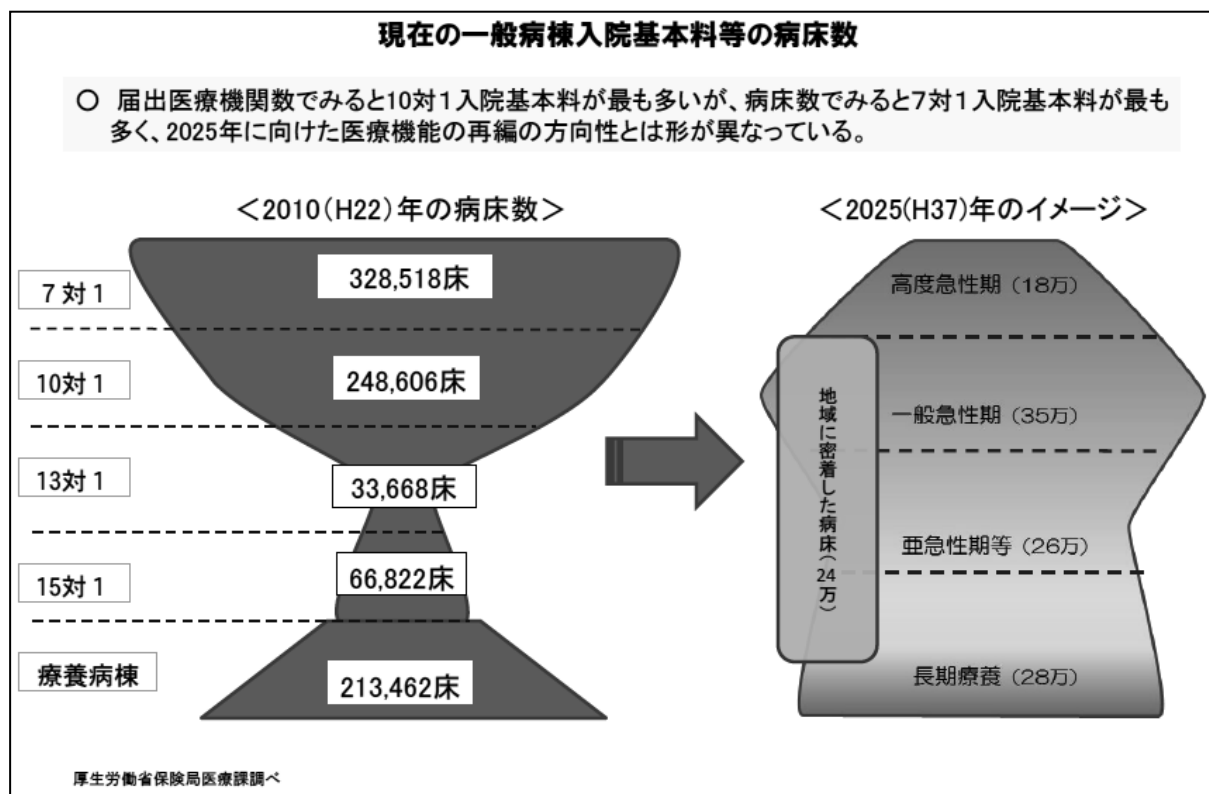
(3)「地域医療構想(ビジョン)」創設の背景

2008(平成 20)年 11 月、「社会保障制度改革国民会議」の前身である「社会保障国民会議」⁽⁹⁾において、わが国の医療提供体制の課題が指摘された。その内容は、諸外国と比較して、病床数の多さ、急性期・回復期・慢性期等病床機能の不明確さ、医師・看護師等医療職配置が手薄であること、勤務医の過重労働、診療科目や地域に対する医師の偏在、地域における医療機関の連携と役割分担の推進を課題に挙げ、これらの課題に対して、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化、人的・物的資源の計画的整備、あるべきサービスの姿を実現するための費用試算を行うべきであると提言したのである。これを踏まえ、当時の民主党政権は、「社会保障・税一体改革大綱」(2012(平成 24)年 2 月 17 日閣議決定)を取りまとめ、「社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法等一部を改正する等の法律」や「社会保障制度改革プログラム法」等の法整備を行った。さらに、医療機能の分化・連携を具体的に進める実効的な手段として、「地域医療ビジョン」を打ち出したのである。

「地域医療ビジョン」提唱の要因の一つに、2006(平成 18)年度診療報酬改定で施行された看護師配置 7 対 1 入院基本料の創設がある。入院患者に対し看護師配置常時 7 対 1 配置を規定し診療報酬が高く設定された病床群に医療機関の届出が集中したことによって、医療需要に対する急性期病床が過多となり、地域の実情にそぐわない病床機能が整備されることとなった。また、この入院基本料が手厚い看護師配置を要することから看護師の獲得競争が激しさを増し、看護師はより賃金の高い大都市圏に集中し、地方では看護師不足が深刻さを増すという、施設や人的偏在が極めて深刻な社会状況を招いたのである。当時、看護師を多く配置する病床は、高度な医療サ

一ビスを提供できると定義づけされ、急性期入院診療の平均在院日数の短縮を図るには手厚い看護職員の配置が必要であるとの考え方があった。それ以前の診療報酬では、一般病棟入院基本料の最も高い点数が一日当たり 1,209 点であったのに対し、2006(平成 18)年度診療報酬改定において

【図Ⅲ-1】病床数の偏在



【出典】第 10 回社会保障国民会議 資料
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai10/sankou1.pdf>

て、7 対 1 入院基本料は、一日当たり 1,555 点という高い診療報酬が設定された。高い報酬を得るためには、当時の診療報酬の評価水準を大きく上回る看護職員の配置が必要なることから、相当の人件費の負担を要するため、多くの医療機関が届出る見込みはないとの政策側の認識に反して、全国的に短期間に数多くの届出が行われた⁽¹⁰⁾。その結果、7 対 1 入院基本料病床の適正化が思うように進まないまま現在に至っており、それは 1985 年の第一次医療法改正が招いた「駆け込み増床」に酷似した状況をもたらした。しかし、わが国の医療提供体制は民間病院を主軸とする自由開業制を採用していることから、これを抑制するには、診療報酬による誘導政策だけでは実行力が得られず、何らかの法規制を行う必要があると認識されたのである⁽¹¹⁾。

ところで、「地域医療ビジョン」は当初、地域における具体的な病床の推計値へ向けて必要な整備を進めていくという基本的な考え方に沿って、都道府県が将来の医療の必要量を医療機関ごとに評価して構想を描き、このビジョンに基づいて「医療計画」を作成することになっていたが、第 10 回社会保障制度改革国民議(平成 25 年 4 月 22 日)において、「地域医療ビジョン」は、2018(平成 30)年度とは言わず前倒しで作成し、そのビジョンの実現に向けて、都道府県は「医療

計画」を、市町村は「地域包括ケア計画」を一定年間隔で策定すべきとして、医療介護総合確保推進法制定をもって「地域医療構想」と改称し、急遽、第6次医療計画に盛り込まれることとなったのである⁽¹²⁾。

3 「地域医療構想」とは何か

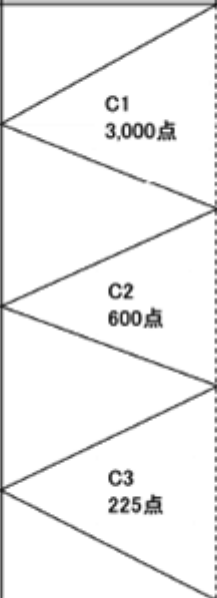
「医療計画」に「地域医療構想」が包摂されたことによって、これまで「絵に描いた餅」に終わっていた「医療計画」が実効性のあるものになる環境が整ったといえるであろう⁽¹³⁾。それは、まず、「地域医療構想」が社会保障制度改革プログラム法を受けて成立した医療介護総合確保法によって法定化され、都道府県は2018(平成30)年3月までに策定することが規定されたこと、次に、政策推進の手段として、①病床機能報告制度、②新たな財政支援制度としての基金の創設、③協議の場の設定が制度化され、また、医療法改正により、④都道府県知事の権限が強化されたことによる。

(1)病床機能報告制度

「病床機能報告制度」とは、医療介護総合確保推進法に基づく義務で、医療法第30条の12に基づき、各医療機関が自院の病床機能について、病棟単位で、①高度急性期、②急性期、③回復期、④慢性期の4区分から一つを選び、毎年6月の診療データと併せて、都道府県に報告する仕組みである。都道府県は、毎年10月末までに医療機関から報告された結果を基に、「地域医療構想」と突合し、将来の医療提供体制を構築するというものである。なお、将来の医療需要の基礎データは、厚生労働省が一元的に整備して都道府県に提供する。また、医療機関に対し、病床機能区分の目安として、診療実績に即した一日当たりの医療資源投入量(患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高で換算した値)を明示した。同制度の施行は、都道府県の医療資源の把握という側面のみならず、医療機関が現在の自院の等身大の姿を確認のうえ、将来のビジョンを策定するよう、また、将来の医療の姿を地域や医療機関に考えてもらう機会とすることが期待されている⁽¹⁴⁾。

地域における医療機能の需要や必要量を具体的に把握・検討するには、予めどのような地域単位で検討を行うかという区域設定を行う必要がある。「医療計画」では、二次医療圏、三次医療圏という行政区分を用いているのに対し、「地域医療構想」では、これとは別の構想区域として設定される。構想区域とは、現行の二次医療圏を原則としつつ、将来の人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセスを勘案して設定する。都道府県は、それぞれの構想区域について、4つの病床機能区分ごとに医療需要を推計し、それに見合った医療提供体制のあり方を検討することとしている⁽¹⁵⁾。急性期や回復期、慢性期については、原則として構想区域内での完結を目指すとしているのに対し、高度急性期については他の構想区域への流出入することもやむを得ないとの考え方が示されている。

【図Ⅲ-2】病床機能別分類の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期		救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期		在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、回復期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

【出典】「地域医療構想策定ガイドライン」(厚生労働省ホームページ)
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000088510.pdf>

(2)地域医療介護総合確保基金の創設

医療・介護サービスの提供体制の改革を進めるため、地域医療介護総合確保法第6条に基づき、新たな財政支援制度として「地域医療介護総合確保基金」が創設された。その対象事業は、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、④医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業とし、2014(平成26)年は904億円を実施した。その内訳は、病床の機能分化・連携のために必要な事業に174億円、在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業に206億円、医療従事者等の確保・養成のための事業に524億円である⁽¹⁶⁾。都道府県は、基金の活用計画を厚生労働省へ提出し、厚生労働省は審査のうえ交付対象となる事業を絞り込む。国と都道府県の負担割合は、国が3分の2で、都道府県が3分の1により交付を受けるという仕組みである。

日医総研によれば、基金の配分は2014～2017年度の平均で、「病床の機能分化・連携」に対してが45.8%を占めた。また、都道府県別では、最大で76.9%、最小で20.1%とバラツキがある⁽¹⁷⁾。一方で、「在宅医療の推進」は1割を切っており、ほとんど計画されない県もあると指摘している⁽¹⁸⁾。なお、平成18年度予算においては、基金の医療分の配分934億円のうち、「病床の機能分化・連携」に500億円以上を充てることから、病床の統合・再編に傾注していることが窺える。

【表Ⅲ-3】医療介護総合確保地域保基金の内訳

国・地方(公費)を国2/3、地方1/3で配分する		(億円)				
		2014年度 国・地方	2015年度 国・地方	2016年度 国・地方	2017年度 国・地方	2018年度 国・地方
子ども・子育て支援	子ども・子育て支援新制度の実施			5,593	6,526	6,526
	社会的養護の充実	3,060	5,189	345	416	416
	育児休業中の経済的支援の強化			67	17	17
医療・介護	病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等					
	地域医療介護総合確保基金(医療分)	544	904	904	904	934
	診療報酬改定における消費税財源等の活用分 ※	353	392	422	442	473
	地域包括ケアシステムの構築	43				
	地域医療介護総合確保基金(介護分)		724	724	724	724
	介護職員の処遇改善等		1,051	1,196	1,196	1,196
	地域支援事業(在宅医療・介護連携、認知症施策など)		236	390	429	434
	国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置	612	612	612	612	612
	国民健康保険への財政支援拡充	—	1,864	2,244	3,564	3,351
	被用者保険の拠出金に対する支援	—	109	210	700	700
	高額療養費制度の見直し	42	248	248	248	248
	介護保険1号保険料低所得者軽減強化	—	221	218	221	246
	難病・小児慢性特定疾病への対応	298	2,048	2,089	2,089	2,089
年金(年金受給資格期間の25年から10年への短縮等)		10	20	32	300	694
合計		4,962	13,620	15,295	18,388	18,659

※)2016年度以降国保組合の国庫補助の見直し(減額)を含む
*財務省「平成30年度社会保障関係予算のポイント」ほかから作成

【出典】前田由美子(主席研究員)、「地域医療介護総合確保基金の現状(2017 年度都道府県計画)」日医総研リサーチエッセイ No.65(2018 年 7 月 4 日)、5 頁、<http://www.jmari.med.or.jp/download/RE065.pdf>

(3)協議の場の設定

「地域医療構想」の策定にあたっては、「協議の場の設定」が義務付けられている。従来の「医療計画」で必要とされたのは、都道府県医療審議会および市町村であったのに対し、この「地域医療構想」では、構想区域ごとに、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、市町村、保険者および後期高齢者医療広域連合が共同して組織する保険者協議会を加えた「地域医療構想調整会議」を設けた。そして、同会議では、①地域の病院、有床診療所が担うべき病床機能、②病床機能報告制度による情報等の共有、③都道府県計画に盛り込む事業に関すること、④その他の地域医療構想の達成の推進に関することについて、関係者との連携を図りつつ、将来の必要病床数を達成するための方策や、「地域医療構想」の策定段階からタウンミーティングやヒアリング等、様々な手法により患者や住民の意見を反映する手続きをとる等、「地域医療構想」の達成を推進するために、必要な協議を行うこととしている(医療法第 30 条の 14)。また、構想区域における必要な病床の調整にかかる基金活用について、計画にどう盛り込むかを当該会議で議論としている。同会議が機能すれば、実質的に医療機能の分化と連携の推進が期待できるという点で意義が大きい⁽¹⁹⁾。

(4)都道府県知事の権限強化

従来、「医療計画」では、地域的偏在の是正を図るため、医療圏を設定し、病床種別ごとの必要病床数に達成している医療圏域での病院開設や増床、病床種類の変更については、都道府県知事の勧告権限が定められ、勧告に従わない場合は、法定要件を満たす限り開設は許可するが、保険医療機関の指定を行わないとする、いわゆる「病床規制」が行われてきた⁽²⁰⁾。「地域医療構想」においては、従来の病床規制に留まらず、「地域医療構想調整会議」の協議で構想の実現が進まない場合は、都道府県知事は、表Ⅲ－４のような対応を講ずることができるようになった。また、民間病院に対しても、都道府県はこれまでよりも強い権限を持つことになった⁽²¹⁾。

【表Ⅲ－４】都道府県知事が講ずることができる措置(医療法規程)

①病院の開設等の許可に付する条件(条件付許可)

開設許可の際、不足している医療機能を担う等の条件を付与することができる。

(法第 7 条第 5 項)

②過剰な病床機能への転換防止の要請・命令

都道府県知事は、病床機能報告に係る基準日病床機能と基準日後病床機能(6 年後)とが異なる場合、構想区域の病床数が病床の必要量(必要病床数)に既に達しているときは、報告病院に対し基準日病床と機能と基準日後病床機能とが異なる理由等を記載した書面の提出を求めることができる(法第 30 条の 15 第 1 項)。その理由等が十分でないときは、当該報告病院等に対し、協議の場に参加するよう求めることができる。(法第 30 条の 15 第 2 項)

協議の場の協議が整わない場合は、都道府県医療審議会において理由の説明等を求めることができる。(法第 30 条の 15 第 4 項)その理由がやむを得ないと認められるときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、基準日後病床機能に変更しないこと等を要請(公的医療機関には命ずる)ことができる。(法第 30 条の 15 第 6・7 項)

③不足している病床機能に係る医療の提供等の要請・命令

協議の場における協議が整わない等の際には、都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供することなどを要請(公的医療機関には指示)することができる。(法第 30 条の 16)

④稼働していない病床への対応

病床過剰地域において、正当な理由がなく病床を稼働していないときは、当該病床の削減を要請(公的医療機関は命令)することができる。(法第 7 条の 2 第 3 項、法第 30 条の 12)

⑤地域医療構想の達成の推進のための勧告

命令に従わない病院に対する対応として、都道府県医療審議会の意見を聴いて、病院の開設、増床、病床種別の変更、診療所の病床設置及び増加に対して勧告することができる。(法第 30 条の 17)

⑥要請または命令・指示に従わない場合の対応

(法第 27 条の 2 第 1 項、法第 29 条の第 3・4 項)

○公的医療機関等が命令・指示に従わない場合

医療機関名の公表／地域医療支援病院・特定機能病院の不承認又は承認取り消し／管理者の変更命令等

○公的医療機関等以外の医療機関が正当な理由なく要請に従わない場合

勧告／許可に付された条件に係る勧告に従わない場合は命令

当該勧告に従わない場合は、医療機関名の公表、地域医療支援病院・特定機能病院の承認又は承認取り消し、管理者の変更命令等

【出典】厚生労働省「第 125 回市町村職員を対象とするセミナー」資料(平成 29 年 5 月 22 日)を参照して筆者が表形式に編集したもの

https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000114063_7.pdf

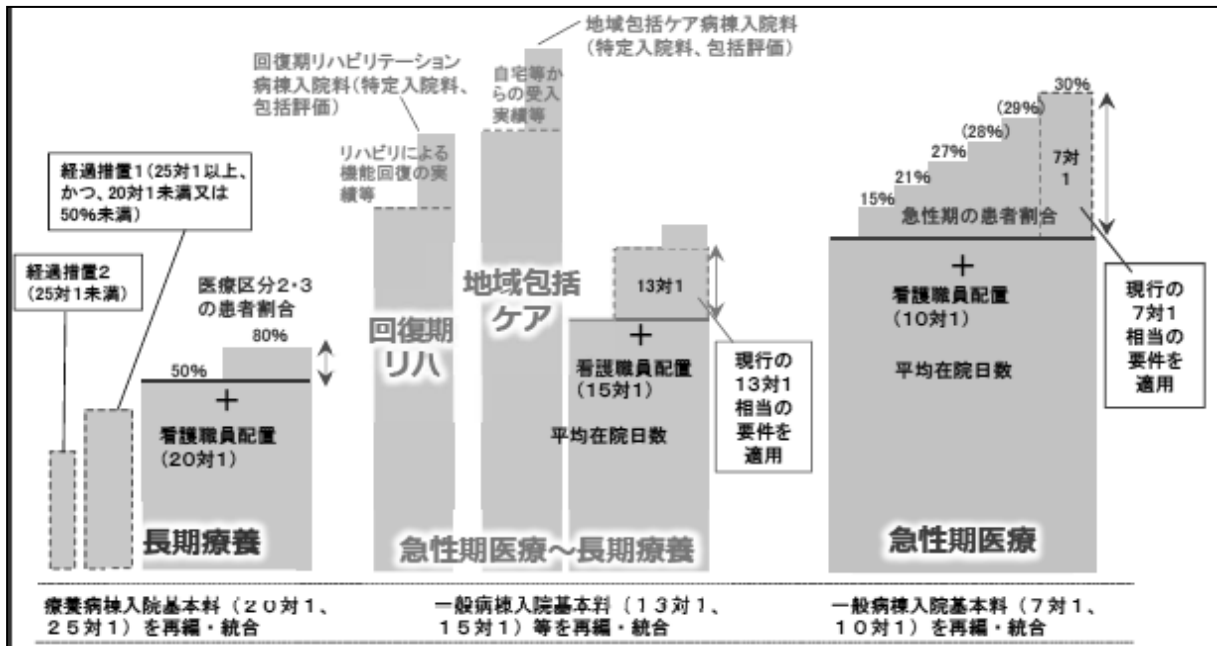
(5)「地域医療構想」をめぐる最近の動向

「第 7 次医療計画」は、「第 7 期介護保険事業(支援)計画」と共に、2018(平成 30)年 4 月から開始されたが、今後、2019(平成 31)年度中に見直しの必要な事項を整理し、2020 年度に中間見直しを実施する予定である⁽²²⁾。その設計図である「地域医療構想」は、関係者の自主的な調整を理想するものだが、現在は未だ「地域医療構想推進会議」での議論を活発化し合意形成を図ろうとする段階である。そのため、厚生労働省は、医政局に設置した「医療計画の見直し等に関する検討会」の下部組織として、「地域医療構想ワーキンググループ」を置き、「地域医療構想」の推進を図ることとした⁽²³⁾。当初、このグループでは、「医療計画」に定める基準病床数は、現時点において必要とされる病床数であるのに対し、「地域医療構想」においては、将来(2025 年)の病床の必要量を定めているため、この考え方の整理を課題としていた。ところが、最近では、病院の再編・統合、地域医療構想アドバイザーの設置、実態に即した内容とするよう病床機能報告書への定量的基準(例えば、急性期、回復期等医療機能を考えるにあたっての基準や指標)の導入等、医療提供体制の構築へ向けた政策方針にまで議論が及んでいる。従って、ここでの議論は、わが国の医療提供体制のあり方の議論を探るうえで重要な手掛かりとなっている。

一方で、近年、医療・介護関連法の整備と密接な関係を示す診療報酬改定の動きも、併せて理解しておく必要がある。例えば、「医療計画」における 5 事業 5 疾病の PDCA 評価の一環として、「DPC 制度(DPC/PDPS)(急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度)」の DPC 係数の一つである地域医療係数に反映する等その関連が認められる。また、「地域医療構想」、「地域包括ケアシステム」、「医療機能分化・強化、および連携の推進」の抱える各々の課題についても、それらに対応する政策を具現化するように、病床再編を加速する狙いが窺える。2018(平成 30)年度診療報酬改定では、入院医療の評価体系を「急性期一般入院医療料」、集中的なりハビリ提供や退院支援を行う「地域一般入院医療料」、長期療養する入院患者への医療提供を行う「療養病棟入院料」の 3 つの病床機能を軸に統合・再編が図られた。

まず、急性期については、10 対 1 以上を急性期の標準に位置付け、従前の 7 対 1 と 10 対 1 の間に中間の評価を設けて診療実績に応じた 7 段階の評価とした。具体的には、7 対 1 病床を「急性期一般入院医療料 1」にまとめ、一般病床における急性期の患者割合を現行の 25%以上から 30%以上へ引き上げた。さらに、10 対 1 病床の急性期の患者割合を「急性期一般入院医療料 2～7」の 6 段階に区分し、その割合の高い順に診療報酬の点数を高く設定する等厳格化した。このことによって、以前の診療報酬体系に比べ、看護師配置負担が減少したうえに収益性が高い領域が登場するため、7 対 1 病床から 10 対 1 への移行を促すことができる。併せて、急性期の患者割合の測

【図Ⅲ-5】平成 30 年度診療報酬にみる入院病床の再編



【出典】厚生労働省「平成 30 年度診療報酬改定説明会」（平成 30 年 3 月 5 日開催）資料
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197980.pdf>

定方法として、DPC データの H ファイル(研修を受けた看護師が患者個別に重症度評価を実施・登録した情報)から、E・F ファイル(出来高による診療報酬の診療行為をどれだけ実施したかという情報)に基づく診療実績に応じた評価方式を新たに導入し、可視化を進める方針を示した⁽²⁴⁾。

次に、回復期については、13 対 1、15 対 1 を平均在院日数や重症患者の割合の有無によって、「地域一般入院医療料 1～3」の 3 段階評価とした。また、回復期リハビリテーション病棟は、看護師や看護補助者、リハビリ専門職、管理栄養士等医療職の配置や、リハビリ計画書栄養項目記載の有無、休日リハビリの実施、在宅復帰率 7 割以上、重症者の割合等によって、「回復期リハビリテーション病棟入院料 1～6」の 6 段階の評価とした。さらに、地域包括ケア病棟は、自宅からの入院患者割合や在宅訪問看護の算定実績、介護サービスの実施、在宅復帰率 7 割以上、見取りに関する指針策定等の実績に応じて、「地域包括ケア病棟入院料 1～4」と 4 段階評価とした。地域包括ケア病棟については、自宅からの入院患者が占める割合が 10%以上、自宅等からの緊急入院数が 3 カ月で 3 人以上の要件を充たすかどうかで入院料に歴然とした差を設け、在宅医療への取り組みを強化すれば、高い報酬となるよう設計されている。このように、地域包括ケア病棟は、「地域包括ケアシステム」の中核となるよう、在宅医療支援の拠点をおく病床群であることを明確にしたものになった。

そして、慢性期については、急性期一般病棟からの転院・転棟の受入れや、自宅や介護施設からの入院患者や家族への治療方針意思決定への支援に加算を設け、受入体制の促進を図ったが、入院料については 2 年間の経過措置を設け、緩やかな改革を行うとしている。そのうえで、20 対 1 の看護師配置を要件とした「療養病棟入院料」に一本化し、医療区分 2・3 の該当患者割合に応

じ2段階の評価に見直すこととした。なお、従来の25対1の療養病床は、介護保険施設サービスの介護療養型医療施設と共に、新たな施設類型として新設される「介護医療院」への移行が提案されている。「介護医療院」とは、長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象とし、日常的な医学管理や看取り、ターミナルケア等の医療機能と「生活施設」としての機能とを兼ね備えた施設であり、長期療養を必要とする高齢者の処遇に焦点を当てたものとなっている。国は、この新しい類型化を推進するために、医療・介護療養病床などから介護医療院への転換支援策として、最初の転換日から起算して1年間に限り、「移行定着支援加算(1日当たり93単位)」を算定可能とする等インセンティブを設けている。

入院料以外では、予め入院が予定される患者に対して、入院早期から退院直前までの切れ目のない支援を評価した「入退院支援加算」、地域包括ケア病棟や療養病棟への急性期病棟からの患者受入れと在宅からの受入れを分けて、「急性期患者支援(療養)初期加算」、「在宅患者支援(療養)初期加算」を設定するなど、連携に対する加算を充実し、更なる地域医療機能の連携の推進を図ったものとなっている。

4 問題点と課題

高度急性期から急性期、回復期と患者の病態は変化するため、これに応じた人的・物的資源を備えた機能を持つ施設間で連携し、役割分担を行うことで医療の質を担保する。また、慢性期以降は、家庭復帰、社会復帰を支える在宅医療や在宅ケアをニーズに応じ充当する。このような医療から介護までの提供体制を連携により一体的に確保するという「地域包括ケアシステム」の理念は、今後、社会保障制度の持続性という観点からのみならず、地域共生社会の維持、存続を図るうえでは欠かせない。特に、高齢者が地域の実情に応じて自立した日常生活を営むことができるよう考えるとき、最終的に高齢者は医療よりも介護ニーズが高い、もしくは、日常的に介護ニーズを抱えながら傷病を発症する特性がある場合が多いことから、「川下の政策」はもっと重厚な整備を行うべきである。しかし、国はこのような実情を把握しながら、2015(平成27)年度介護保険改革では、要支援1・2の訪問介護と通所介護を介護保険から除外し、特養入所は要介護3以上に限る等対象者を縮小させた現実がある。

今後、「川上の政策」は、「地域医療構想」の推進により、高度急性期から急性期の領域にかけては、適正值に整理されていくことが予測される。ところが、回復期以降については、変革が始まったばかりである。まず、課題の一つであった「回復期リハビリテーション病棟」や「地域包括ケア病棟」といった回復期は、前述のように、2018(平成30)年度診療報酬改定によって、概念の整理と機能の体系化の整理がつけられたものの、改革の方向性が示されたに過ぎず、今後、幾度か改革を繰り返しながら時間をかけて充足していくと予想されるため、ある程度時間を要するものと思われる⁽²⁵⁾。次に、慢性期については、サービスの必要数の調査等実測や目標設定が十分とは言えず、それは、「地域医療構想」全体にとっても、実状に即した内容とは言えない。これには次のようなサービスの構造上の特性があるため、必要とするサービス量や投入したサービス量について、測定しづらい側面があるからである。第一に、慢性期のサービス提供の施設類型が、医療保険を適用する医療療養病床、介護療養病床(2017(平成29)年度設置終了)、介護老人保健施

設等で医療提供を行う分類や、特別養護老人ホームや有料老人ホーム等、医療保険事業と介護保険事業に跨っていること、第二に、慢性期は多くの診療行為が療養病床入院基本料に包括評価され、どのような患者にこういった診療行為が実施されているのかという情報が不足しているため、実際の医療資源投入量が把握出来ず、急性期と比較して大雑把な推量であること、第三に、慢性期は比較的医療依存が低い患者層と位置付けられているが、この領域の患者の病態は様々で、容態が急変するリスクを包含しているため、突然に急性期医療を必要とする場合の対応が必要となる等、多様な評価が求められるという困難さが挙げられる。

このように、高度急性期から回復期医療の「川上の政策」よりも、むしろ確実に計画性が必要なのは回復期を過ぎて移行した慢性期以降であり、慢性期以降のあり方が「地域包括ケアシステム」においては当然のことながら、「地域医療構想」においても、成功の鍵を握っているといえる。この点については、国も早い段階から問題点として認識し、2006(平成 18)年度の医療制度改革において、既に医療保険・介護保険の一体的見直しの議論を開始している。しかし、国が「地域医療構想」に着手するまで、この議論は本格化しなかった。2015(平成 27)年 7 月 10 日、ついに、厚生労働省医政局に「療養病床の在り方等検討会」が設置され、改革へ向けた方向性が検討された。その議論の成果の一つに、慢性期の診療実態の把握がある。2018(平成 30)年度診療報酬改定においては、療養病床の医療実施情報を集積する目的で、200 床以上の病院を対象に DPC データの提出加算が設けられた。主に急性期の診療実績を分析・評価するために開発された DPC データ項目を合理化したうえで、慢性期に特徴的な項目を追加して、慢性期の患者像の把握に切り込もうとしている。続いて、2016(平成 28)年 6 月 1 日、社会保障審議会に「療養病床の在り方等に関する特別部会」が設置され、平成 29 年度末に廃止後の設置期限を迎える介護療養病床および医療療養病床のうち看護人員配置が 25 対 1 の病床の医療・介護ニーズについて検討を行い、2018(平成 30)年度介護報酬改定において「介護医療院」が創設されたことは、前述のとおりである。

「地域医療構想ガイドライン」によれば、「看護人員配置が 20 対 1 の病床で医療依存が低い療養病床に入院する医療区分 1 の患者のうち 70%の在宅復帰」を見込んでいるが、家族の介護力や地域の介護サービス提供体制といった地域の受容力が大きく低下している現状があり、これを実現するのは容易ではない。また、特別養護老人ホームをはじめ、公的な介護施設への入居待ちが解消されないため、政府の後押しにより、「サービス付き高齢者向け住宅(以下、「サ高住」という)」の整備が民間ベースで進んでいるが、このような住まいの外付けで医療や介護のサービスを提供するスタイルへの変換が、また新たな問題を創出している⁽²⁶⁾。例えば、サ高住は比較的介護度が低い利用者を対象としているため、新たな高齢者の受容力の増量とはならず、むしろ、このような介護サービス力や医療との連携が弱い場合には、医療が必要になると退居させられる、あるいは、サ高住の整備状況を市町村の保健担当者が把握していないため、気が付くとサ高住が開所され、そこで膨大な量の在宅医療ニーズが発生する等の混乱を起こし始めているという⁽²⁷⁾。「地域医療構想」を進めるうえで、医療依存の低い慢性期以降の退院患者を地域で見ていくためには、療養病床、在宅、介護の 3 つのサービス部門の組み合わせにより、受入体制を構築すること以外には方策がない⁽²⁸⁾。しかしながら、これら 3 つの組み合わせの方法や割合については、現在のところ、行政担当者、サービス提供者および享受者といった当事者に委ねられるため、自ずと地域格差が生じることは明らかである。地域の実情に応じた体制づくりが最も優先されなければなら

ないのである。その場合、これらのサービスを連結する在宅医療の推進が重要な課題の一つになるのは間違いないだろう⁽²⁹⁾。

5 小括

「地域医療構想」の議論を進めるとき、提供サイドの理論では、自分たちに都合の良い体制を、政策側の議論では財政的基盤を優先しがちである。このような発想では、まずは目標値を設け、それに適合するように構想区域の中で機能別病床の枠組みに当てはめようとするが行われる。さらに医療機関等供給サイドでは、診療報酬による誘導に呼応するのと同様に、「地域医療構想」においても、より経営が安定する方向に納まろうとする意思が優先する可能性がある。そういう意味では、現行の「地域医療構想」の進め方は、あまりにも性急さを求めるものであり、結果として、実際と掛け離れた形式的な構想になってしまう危険性を孕んでいる。その前例として、2000(平成12)年、介護保険施行時の介護保険計画では、計画書を作成すること自体が目標となり、多くの自治体がシンクタンクを使って策定したため、地域の特性にそぐわない、どこも似かよった計画になってしまった経験がある⁽³⁰⁾。

また、医療保険制度改革法においては、「医療費適正化計画」に関し、『「地域医療構想」』と総合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の促進)を計画の中に設定する」と記載されており、「地域医療構想」により医療提供体制のあるべき姿を構築するのみならず、医療費削減が大きな目的であることが窺える。そのため、「医療費適正化計画」と「地域医療構想」との調和的な目標が求められることとなり、「地域医療構想」そのものが不透明になるのではないかと危惧する指摘もある。その他、第2期全国医療費適正化計画も同時に進行し、経済財政諮問会議における議論は、「地域医療構想」について、人口・年齢構成や疾病構造に対応する合理的かつ妥当な水準の医療需要を地域ごとに算定したうえで、支出目標として医療費の適正化を狙うことや、社会保障・税の一体改革の推計に基づき平均在院日数の短縮を図る等、医療費削減に余念がない。このような状況では、側面から非当事者が口を出して本質が見え辛く混沌とした様相に陥るのではないかと。ゆえに、まずは、「地域医療構想」のガイドラインが示す正確な医療資源量と将来の患者推計等データに基づき、医療の現状をきちんと理解したうえで医療提供体制を変えていく必要があると、多くの研究者が指摘している。その一人、松田晋哉氏は、「一言に急性期といっても、20年前の急性期と今の急性期では状況が違う。患者の主体が60歳前後だった時代は、心疾患や脳血管疾患といった急性期がイメージされるが、現代は、後期高齢者が増大したことによって、慢性期疾患をベースに肺炎や骨折を発症していく。現代に求められる急性期とは、以前とはその対応が自ずと異なってくる。まず、介護や在宅で予防的な対応に加え、日常的に認知症という問題も生じている。このような医療現場の現状について、どの程度国民の理解が形成されているのか。医師や看護師といった医療職にある者でさえも明確な意識は持ち得ていない可能性がある。まず、超高齢社会においては、急性期から慢性期、在宅、さらには介護まで、どのような提供体制が望ましいのかという共通認識をもつことが、議論をしていくうえで前提となるべき」とし、「その際、医療提供者のみならず医療を受給する患者や地域住民の参加は不可欠である。なぜならば、住民こそ一番の当事者であるからだ」と指摘している。

わが国の医療政策は、少子高齢化の進行により、増大する医療費の負担と給付の関係を含めて、国民的合意形成がより一層困難になっていくに違いない。結果として、「地域医療構想」が地域住民に不利益を強いることにならないよう、地域医療に関係する多様な立場のステークホルダーがその策定プロセスに参画すること、そして、そこに如何に住民の意見を反映できるか、そのうえで合意形成を図ることができるのか、このことが「地域医療構想」の最大の課題とされるのである⁽³¹⁾。

(緒方裕子：福岡赤十字病院医療情報管理課長)

- (1)2012(平成 24)年 8 月 22 日に議員立法により成立した「社会保障制度改革推進法」に基づき設置された。
- (2)医療介護総合確保促進会議において、医療計画と介護保険(支援)計画の同時改定が行われる 2018(平成 30)年を見据え、改定に向けた議論が行なわれた。厚生労働省「第 10 回医療介護総合確保促進会議」(2016 年 11 月 28 日)
- (3)社会保障国民会議は、「高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時には逆流さえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入体制の整備という川下の政策と同時にされるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる。そして、こうしたネットワークの中で、患者の移動が円滑に行われるよう、医療機関だけでなく、患者側にもインセンティブが働くシステムとなることが望ましい」と超高齢社会を支える医療・介護体制のあるべき姿を描いた。「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」(2017 年 8 月 6 日)25 頁
- (4)厚生労働省「第 1 回医療計画の見直し等に関する検討会」(2016 年 5 月 20 日)
- (5)行政計画の定義については、新田秀樹「第 5 章介護保険制度における市町村の責任」(『社会保障改革の視座』、信山社出版、2000 年 12 月 10 日)、畑本裕介「社会福祉計画とは何か」(『社会福祉行政 行財政と福祉計画』、2012 年 4 月 20 日)、山本隆「第 2 章社会福祉行財政と計画」(神野直彦・山本隆・山本恵子編『社会福祉行財政計画論』、法律文化社、2011 年 7 月 30 日)を参照した。
- (6)厚生労働省編『平成 19 年度版 厚生労働白書』(ぎょうせい、2007(平成 19)年)5 頁
- (7)吉原健二「第 27 章医療法の改正」(『日本医療保険制度史』、東洋経済新報社、1999 年 12 月 30 日)384 頁
- (8) 吉原(7)、前掲著、383-384 頁。改正法は、特定機能病院は患者の紹介制を原則とし、高度の医療技術と医療機器を駆使した先進的な診断、治療を期待し、療養型病床群には慢性病の長期入院患者に対して、看護、介護に重点を置き、生活面を重視した医療を期待したものであるが、特定機能病院や療養型病床群が実際にこのような機能を果たすためには、診療報酬のうえでもそれが適切に評価されることが必要であった。このような考え方から、次のような診療報酬の改定が行われた。
 - 一 特定機能病院について、高度医療を評価した入院診療科を新設し、紹介患者の初診については、紹介率が 30%以上か 30%未満かに応じ、紹介患者加算を設け、他の医療機関に患者を紹介した場合、情報提供料を新設する。なお、紹介状なしに特定機能病院に受診する患者の初診については、紹介患者加算相当額を患者負担とする。
 - 二 看護、介護体制の整備された療養型病床群の看護料を手厚く評価するとともに、検査、投薬、駐車等の費用を包括した入院医療管理料を新設する。
 - 三 新築、改築等により、病室面積、廊下幅、食堂、談話室が一定の基準を満たした療養型病床群について、施設管理料を新設する。
 - 四 患者が希望により、椅子、電気スタンド等特別の療養環境を備えた病室に入院した場合、室料差額料を自己負担する特定入院料を新設する。
 - 五 療養二群の老人医療費の負担割合は 5 割とする。
- (9)社会保障のあるべき姿について、国民に分かりやすく議論を行うことを目的として、2008(平成 20)年 1 月 25 日に閣議決定により開催が決定し、第 1 回社会保障国民会議(同年 1 月 29 日開催)の場で、

- 3つの分科会の設置が決まり、年金・雇用を議論する「所得確保・保障分科会」、医療・介護・福祉を議論する「サービス保障分科会」、少子化・仕事と生活の調和を議論する「持続可能な社会の構築分科会」が設置された。
- (10)看護師の需要が急速に逼迫する一方で、7対1入院基本料導入の趣旨に合致していない病院が届け出をしているという指摘もなされた。こうした状況の中で、平成19年1月に中医協からその改善方策について建議が行われるに至った。厚生労働省中央社会保険医療協議会・第125回診療報酬基本問題小委員会資料(平成21年12月2日)、「7対1入院基本料について」
- (11)石田道彦は、「二次医療圏を基盤とした医療計画の下では、病床規制を通じた病床数の制御が重視される一方、医療機関や診療科、医療従事者の偏在を是正し、地域の医療需要に対応して医療提供体制を整備するといった機能は不十分であったといえる」と指摘している。「医療提供体制における医療計画と情報提供制度の展開」(河野正輝先生・菊池高志先生古希記念論文集刊行委員会編『社会法の基本理念と法政策—社会保障法・労働法の現代的展開—』、法律文化社、2011年7月30日)、190-191頁
- (12)「医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを目標として各地域の医療・介護需要ピーク時までの地域医療・包括ケアビジョンを作成すべき。その際、地域医療ビジョンは、平成30年度とは言わず前倒しで作成。そのビジョンの実現に向けて、都道府県は地域医療計画を、市町村は地域包括ケア計画を、一定年間隔で策定すべき。それに沿った医療機能の分化・連携を促すための基金を創設(財源として消費税増収を活用)し、診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは補助金的手法で誘導すべき。医療機能の分化・連携が進んだ後、補助金的手法にあてていた消費税増収分を、順次医療機能ごとの診療報酬重点配分に移行していくべき」第10回社会保障制度改革国民議(平成25年4月22日)配布資料、「これまでの国民会議における議論の整理」(医療・介護分野)
- (13)「地域医療ビジョン／地域医療計画ガイドライン(暫定版)」(地域医療計画実践コミュニティ(RH-PAC)東京大学公共政策大学院、2014年11月)、2-3頁
http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/2014-10-12/d/Guideline_all.pdf
- (14)相澤孝夫「地域医療構想ガイドライン等に関する検討会」(2016年3月10日、厚生労働省医政局)
- (15)2025年の医療需要の推計方法として、構想区域の2025年の医療需要＝〔当該構想区域の2013年度の性・年齢階級別の入院受療率×当該構想区域の2025年の性・年齢階層別推計人口〕を総和したもの。「地域医療構想ガイドライン」
- (16)消費税率は2014年4月1日に5%から8%へ引き上げられた。消費税増収財源は社会保障の充実と社会保障の安定化(年国庫負担1/2など)に充当することになっている。消費税増収分に社会保障の重点化・効率化による財政効果を加えたものが社会保障充実財源となる。2014年度の社会保障充実分財源(国・地方)は4,962億円であり、基金(医療分)に544億円充当された。2014年度には、消費税増収財源以外から360億円上乗せされたので、基金(医療分)は合計904億円である。2015年度には消費税増収財源が毎年度分になり、社会保障の充実分は1兆3,620億円になった。基金(医療分)904億円に加え、基金(介護分)724億円が創設された。基金(医療分)は2016年度、2017年度も904億円である。2018年度には消費税率の引き上げはなかったが、社会保障の重点化・効率化により、基金(医療分)に30億円上乗せされて934億円になった。基金(介護分)は2015年度創設以降724億円で維持されている。前田由美子(主席研究員)、「地域医療介護総合確保基金の現状(2017年度都道府県計画)」(日医総研リサーチエッセイ No.65(2018年7月4日))、4頁
<http://www.jmari.med.or.jp/download/RE065.pdf>
- (17)前田由美子、同上書、14頁
- (18)前田由美子、同上書、15頁
- (19)厚生労働省医政局地域医療計画課「第125回市町村職員を対象とするセミナー」資料(平成29年5月22日)
- (20)稲森公嘉「医療提供体制の確保に関する医療法の展開」(法律時報89巻3号、2017年)、26頁
- (21)医療介護総合各語法に関する国民会議 資料(平成26年7月28日)
- (22)「第10回医療計画の見直しに関する検討会」資料(平成29年3月8日)
- (23)グループの検討課題は、①基準病床数と病床の必要量の関係性の整理、②基準病床数制度との関

- 係をどのように考えるのか、③都道府県知事の権限行使の具体的な要件等について整理を行うこととして開始されている。「第一回地域医療構想ワーキンググループ議事録(平成 28 年 7 月 29 日)」
- (24)次期報酬改定での活用の視点について、現行の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を判定する際に、その一部の項目について DPC データ(EF 統 2 合ファイル)を用いることが可能ではないかと考えられた。なお、DPC データを用いて判定した該当患者割合は、全体として低くなる傾向があるため、DPC データを用いて判定した該当患者割合を用いる場合の基準値を検討することや、DPC データを用いるかどうかは医療機関が自ら選択する、項目の該当割合を適正に設定する、など現場が適切に対応できるような条件を慎重に検討する必要があるとした。
- 中央社会保険医療協議会・入院医療等の調査・評価分科会(平成 29 年 11 月 17 日)、「入院医療等の調査・評価分科会における検討結果報告」
- (25)松田晋哉「鼎談・地域構想を問う」(月刊保険診療 71 巻第 9 号(通巻 1521 号))、9 頁
- (26)村上正泰、前掲誌(25)、13 頁
- (27)鈴木邦彦・越田理恵、厚生労働省「在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループ」(2016 年 8 月 3 日)
- (28)松田(24)、前掲書、11 頁
- (29)松田は、「これはあくまでも病床数の推計であって患者数の推計ではない。地域医療ビジョンガイドラインにもとづいて、療養病床の医療区分 1 の 7 割が在宅に移ったと推定した場合の病床数である。我々は、同じ定義でみた場合に患者数はこのぐらいで、(病床稼働率で割り戻すと)病床数はこのぐらいだろうという目安を出したに過ぎない。在宅医療と介護施設で医療を受ける人も含めて慢性期としているが、この慢性期の患者を病床で診るのか、在宅あるいは介護施設で診るのかは、それぞれの構想の中で決めていただくわけで、実際に利用可能な資源をどう活用していくかは、調整会議で議論していただくものと理解している」としている。2025 年の医療機能別必要病床数推計結果に関する松田晋哉産業医大教授の発言「全日病ニュース・紙面 PDF」(2015 年 7 月 1 日号)、「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」(6 月 15 日)後の記者会見
<https://www.ajha.or.jp/news/pickup/20150701/news05.html>
- (30)厚生労働省は 2018 年 6 月 22 日、地域医療構想調整会議の議論を活性化するための方策を都道府県に通知し、その中で、「地域医療構想アドバイザー」の選出を求めた。「地域医療構想アドバイザー」に関しては、地域医療構想の進め方に関して地域医療構想調整会議の事務局に助言を行う役割や、地域医療構想調整会議に参加し、議論が活性化するように参加者に助言を行う役割を担う。厚労省は都道府県の推薦を踏まえて都道府県ごとに「地域医療構想アドバイザー」を選出したうえで、その役割を適切に果たせるよう、研修の実施やデータの提供など技術的支援を実施するとしており、政策側の意向が反映されやすい危惧がある。「ニュース記事 No.4915」(日本医事新報社、2018 年 7 月 7 日)
- (31)東京大学公共政策大学院(13)、前掲書、2 頁

IV 在宅での看取り政策の推進

1 在宅での看取り政策の推進の目的

わが国の 2017(平成 29)年の出生数は 94 万人、死亡数は 134 万人、2018(平成 30)年 1 月 1 日の人口は 1 億 2,659 万人であり、総人口に占める 65 歳以上の割合が 27%を超え、依然として少子高齢化が進んでいる。2025 年には、団塊の世代の者が 75 歳になり 5 人に 1 人が後期高齢者ということで、医療や介護や年金にかかる社会保障費の増大が深刻になっており、これに関するさまざまな問題を一括して「2025 年問題」と表現されている。問題の一つに「多死社会」があり、年間死亡数は、2025 年まで増加を続け、団塊の世代の者が 80 歳代後半となる 2030 年代には 160 万人を超える見通しであり、これ以降も年間 150 万人以上と推計されている。この多死社会に関連

する問題は医療機関だけでは十分に対応をすることができない。医療・介護総合確保推進法により、医療機能ごとに過剰な病床を再編し効率的な医療提供体制をつくるという「地域医療構想」がすすめられ、医療のサービスの効率化や縮小化が徹底されてきている。具体的には、高齢者が長期間にわたり入院することが出来なくなったり、高齢者でなくても癌末期や重症の者も最期には医療機関から退院するような仕組みとなっている。医療機関というのは、治療の場であり、医療従事者、医療機関、医療費というのは、限りのある医療資源であることを踏まえておく必要がある。今後は、国民誰もが、最期の状況になった時に、生活の場である自宅や介護施設などにおいて看取りをすることについて考えておく必要がある。そこで、本章では、在宅での看取りについて、本人の意思を十分に尊重して人生の最期をどこで過ごしたいのか、だれがどうそれを支えていくのかなどについて考察したいと考える。

2 在宅での看取りが困難であった理由と在宅での看取りを進める理由

(1) 高齢者の入所や入院にかかる費用

高齢者の入所や入院にかかる平均の期間は、表Ⅳ-1 の通り、168 日間から 1,405 日間であり、それにかかる 1 ヶ月平均の費用は 25.5 万円から 59.6 万円である。

表Ⅳ-1 高齢者の入所や入院にかかる 1 人の平均の費用と期間

	保険	1 ヶ月の平均費用	H25 の平均期間(日)
①医療療養病床 20 対 1	医療	約 59.6 万円	168 日
②医療療養病床 25 対 1		約 45.8 万円	
①介護療養病床	介護	約 35.8 万円	484 日
②介護老人保健施設		約 27.2 万円	311 日
③介護老人福祉施設		約 25.5 万円	1405 日

【出典】一般社団法人日本経済団体連合会「医療・介護制度改革に関する経団連の考え方ー当面の具体的改革項目に対する意見ー(概要)2016 年 10 月 18 日」

https://www.keidanren.or.jp/policy/2016/093_gaiyo.pdf(2018 年 5 月 13 日検索)と平成 29 年 11 月 10 日第 55 回社会保障審議会医療部会資料 5「5.療養病床の現状と課題」を参照して筆者作成。

療養病床には、介護保険が適用される介護療養病床と医療保険を適用して症状の重い患者に治療を行う医療療養病床との 2 種類がある。介護療養病床には、治療を必要としない社会的入院の高齢者が多いという問題があったため、このことが介護保険財政を圧迫してきた。このため、2006(平成 18)年、厚生労働省は、2011(平成 23)年度末迄に介護療養病床の廃止と新しい介護保険施設を設置することとした。すなわち、医師、看護師の人員配置などの施設基準が手厚く費用が高い介護療養病床にいる社会的入院の高齢者を介護療養病床の病院より費用が低い老人保健施設などに移して、医療と介護を明確に分けようとしたのである。しかし、「介護療養病床の新施設への転換」が進まなかったため、2017(平成 29)年度末で、介護療養病床の廃止と看護師配置 25 対 1 の医療療養病床の廃止を決定して、2024 年 3 月末までの移行期間を設けることになった。介護療

養病床の数は、2006(平成 18)年 3 月時点で約 12.2 万床、2012(平成 24)年 3 月時点で約 7.8 万床、2016(平成 28)年 3 月時点で約 5.9 万床となり、徐々に減少している。介護療養病床を持っている病院や有床診療所は、2024 年 3 月末迄に病床を閉じるか、あるいは別の機能の病床に転換するかを決めることになる。次に、介護療養病床の廃止後の受け皿と言われている介護医療院について、みてみよう。

(2)介護医療院

新たな介護保険施設である介護医療院の新設が決まった背景には、介護療養型医療施設数の減少や介護老人福祉施設における医療ニーズの増大、そして、医療療養病床でのケアにかかるコストの増大などの問題があげられる⁽¹⁾。高齢者の入院生活が長期にわたり、実質的には生活の場になっている実態を踏まえて、これからは、生活施設の機能を備えて、日常的な医学管理が必要な重度の介護者の受入れや看取りもできる施設が望ましいと考えられたからである。このため、介護保険法を改正する法律が 2017 (平成 29)年 6 月に公布され、医療療養病床と介護療養病床(介護療養型医療施設)の転換先として、2018(平成 30)年 4 月に「介護医療院」が創設されることになり、6 月末時点で 15 道県 21 施設が設置され、転換した療養病床数が 1400 床(I 型 781 床、II 型 619 床)ある。介護医療院とは、介護保険法に定義されている施設であり、第 8 条第 29 項において、「要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設」と定められている。医療機関を退院した後に在宅療養を支援する家族などがいない者には、生活施設としての機能も兼ね備えた施設が必要とされ、これが介護医療院である。介護医療院には、介護療養病床相当のサービス I 型と老人保健施設相当以上のサービス II 型との 2 つがあり、地域医療構想および医療計画では、療養病床の入院患者のうち、相対的に軽微な医療区分 1 の患者の 70%が在宅医療で対応できる患者であると考えられている。在宅療養を行なっている患者の状態が悪化した場合の受け皿も必要とされることから、生活施設の機能、日常的な医療ケア、看取りもできる介護医療院は、これらのニーズに応える施設となることが期待されている。医療ケアが十分ではない特別養護老人ホームよりニーズに応えた施設として利用者に評価されるであろう⁽²⁾。

(3)在宅で看取りが困難であった理由と在宅での看取りを進める背景

1950 (昭和 25) 年頃の日本では、在宅で看取ることが普通であったが、現在では、約 80%の者が医療機関で人生の最期を迎えている。内閣府がおこなった「高齢者の健康に関する意識調査(2012 (平成 24) 年)」によると、「治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか」については、「在宅 54.6%」という結果がでている。しかし、その調査結果とは裏腹に、実際には最期を在宅で迎えることができていない。その理由というのは、人生の最期であることを意識して在宅で療養していても、食が細くなったり、意識が徐々になくなってきたりして、結局家族が心配して入院の方を選んでしまうというものであった。また、家族が、看取りの為に何日も仕事を休むことができなかつたり、家族の負担が大きくなつたりして、気持ちが揺らいでしまい、在宅での看取りを諦めるということもあろう。このほか、看取りを頼める子供も親戚もいないとい

う理由もあったようである。今でも、在宅で、医療や介護のニーズを併せ持つ高齢者の世話や看取りをすることは困難である状況にはかわりはない。「看取り」というのは、医療・介護総合確保推進法に基づいた地域における効率的、かつ効果的な医療体制の実現を目指す「地域医療構想」の中の医療機関の役割として含まれておらず、今後は、看取りは「地域包括ケアシステム」の課題と言われている。終末期の高齢者を病院で看取るとそれにかかる医療費の増大は避けられないため、代わりに地域包括ケアシステムにその役割を担わせようとするものである。地域包括ケアシステムを構築することによって、保健、医療、介護等を調整して地域での高齢者の生活を支え、また、かねてから多くの高齢者が、住み慣れた自宅で最期を過ごしたいと希望してきたこともあり、在宅での看取りができるように整備がすすめられている。

3 在宅での看取りを推進するための条件

(1)看取りの場所と看取りを支える人

熊本県日本看護協会では、「死とは、特別なことではなく生を受けた者であれば誰もが行く道であり、通る道である。その過程における保健、医療、福祉、介護等の専門職の支援を受け、安らかに生を終えるためのケアと体制を看取りケアと定義する。多様な住まいとは、自宅、グループホーム、サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム等の居住系サービス施設等を含む生活の場と定義する。」と明示している⁽³⁾。看取りに関わって医療と日常生活を結ぶ役割を担っているのは、訪問看護の拠点である訪問看護ステーションである。ここでは、看護師約 33,000 人、准看護師約 3,500 人、理学療法士約 6,600 人、作業療法士約 3,000 人が働いており、いずれの職種も年々増加している。訪問看護ステーションの全従事者に占める看護職員の割合は 73%である⁽⁴⁾。看取りの場所として、在宅を考えていても、末期高齢者の苦痛や意識低下などの場面で、家族が対応することが難しく、不安を感じる場合は、介護施設に看取りを相談することも可能である。2015(平成 27)年 4 月の介護報酬改定において、介護施設の「看取り介護加算」の要件が見直されたことでもわかるように、人生の最終段階を穏やかに過ごす環境を整える方向で準備が進められている。公益財団法人全国老人福祉施設協議会が実施した「特別養護老人ホームにおける看取り介護の推進に関するアンケート調査」によると、看取り介護を実施している施設の約 8 割で対象者全員を最期まで施設で面倒を見ていることが明らかになっている⁽⁵⁾。

(2)アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning:ACP)

看取りの準備は、地域包括支援センターに配置されている介護支援専門員に相談したり、在宅医やかかりつけ医に往診や看取りの対応をしてくれるかどうかの相談をしたりすることから始まる。その後、本人や家族の状態に応じて、在宅医、在宅歯科医、歯科衛生士、薬剤師、看護師、理学療法士、管理栄養士、ヘルパーなどで編成される看取りチームが作られる。在宅で提供される医療サービスは医療保険の適用となり、訪問看護は疾患名によって医療保険もしくは介護保険が適用されることになる。看取りの主体は、あくまでも本人であるので、看取る場所を自宅にするのか介護施設などにするのかも含めて本人の意思を尊重し、その人の人生にとって最善だと見

込まれる医療やケアを提供し、看取りを実現することは、残された家族にとっても極めて重要な意味を持つと思われる。中には、「予め、病状が悪化した時や看取りのことを考えるなど縁起でもない。その時になったら考えればよい」などと言う患者や家族もいるが、その反面「看取りについて、自分の意思が尊重されることが大切であり、家族と話し合うきっかけになって良かった」という意見も多いようである。これからは、医療やケア、そして、看取りについて自分の考えを家族や医療関係者と話し合っ、文書に残したりすることで、自分の希望や思いが医療やケアに反映されるという「アドバンス・ケア・プランニング」が重要になってくる⁶⁾。本人や家族が、死期をタブー視しないで、死期に向けて準備することで、自分の最期についての不安を減らしていることこそが残された人生を充実させることに繋がると考えられる。

(3)「在宅での看取り」の啓発

在宅での看取りというのは、住み慣れた部屋で、慣れ親しんだ家族らに介護をしてもらいながら最期の瞬間を迎えることになるので、本人や家族らにとって、死ぬことへの不安が軽減される。地域包括ケアシステムの構築が推進されていることで、「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けること」に対する地域住民の関心やニーズが高まっている。ただし、死期が直前に迫った場面で、本人や家族が、在宅での看取りの説明をきいたとしても、その段階では、在宅での看取りのために仕事を休んだり、自宅の環境を調整したりすることなどができるとは考え難い。そのため、病気の進行や加齢に伴う機能低下などの状態に応じて、本人や家族に「アドバンス・ケア・プランニング」を行って、病院や施設において死を迎えるだけでなく在宅での看取りが可能であることを伝え、そのことについて家族で十分に考えたり話し合ったりする時間を設ける必要がある。

地域住民には、日常的に、在宅での看取りの勉強会や相談会などを行い広く啓発していくことが重要であるといえる。看取りについては、「在宅ターミナルケア、看取りケア、看取り看護、終末期看護、終末期医療、在宅医療、ホスピスケア、平穏死、満足死」など幾つもの表現があり、時代によって、また、個々によって考え方が違うからである。かつて、看取りは、主に自宅で行われており、いよいよとなれば、数日あるいは数ヶ月前から、医師に何回か往診してもらいながら、最期の別れがきた時に、または、死亡しているのを発見した時に家族が医師をよびに行き、医師が患者宅に出向いて死亡の確認をするということが行われていた。このように、容体が急変した場合でも病院への搬送は望まず、医療処置を受けずに自然な形でそのまま息を引き取るのを見守るという看取りの方法もある。この場合も、本人の意思を確認しながら、また、かかりつけ医師や看護師と連携しながらすすめていく必要がある。かかりつけ医や看護師は、家族に心理的な負担をかけないように、「看取りの瞬間に家族が立ち会えないことがあっても、罪悪感をもたなくていいこと、看取りの瞬間に、かかりつけ医師や看護師が立ち会わなければいけないということではないこと。」を必ず説明をしておく必要がある。また、「速やかに、かかりつけ医や看護師に連絡をすること。その場で慌てて救急車を呼んでしまうと病院に搬送されてしまうことや死亡していた場合には、救急車が帰った後に警察がきたりすること。」なども伝えておく必要がある。具体的な内容や実例の説明を繰り返して行うことで、家族の側で深く考えるきっかけとなり、取り乱したりすることがなく在宅での看取りをするための必要最低限の備えができるようになると

思われる。

(4)在宅での看取りと仕事との両立

「危篤」という場面において、それが今晚なのか、2～3日後なのか、あるいは危篤状態を脱するのかというように終末期は先がわからないため、仕事を休むことに気が引けてしまい、結局、亡くなってから駆けつける場合がある。ましてや、在宅での看取りを決断したとしても仕事を休むことができない場合もあると思われる。また、病気の進行や加齢に伴う機能低下が個人によって異なるので、突然急死してしまう場合や逆に介護状態から看取りまでに数十日間から数ヶ月間を要する場合もある。労働者が、家族を在宅で看取とることを決意した場合、それが原因で離職をするのは避けなければならない。そのために介護休業や介護休暇制度が設けられている。介護休業とは、①労働者が要介護状態にある対象家族を介護するためにする休業である。要介護認定を受けていなくても、介護休業の対象となる。②対象家族は、配偶者(事実婚を含む)、父母、子、配偶者の父母、祖父母、兄弟姉妹及び孫で、介護関係の子の範囲は、法律上の親子関係がある子(養子を含む)のみである。同居・扶養の条件はない。③対象家族1人につき3回まで通算93日までとることができる。④労働者から介護休業の申し出があれば事業主は原則として拒むことはできない。介護休業は休む2週間前までに申し出る。一定条件を満たす場合には、介護休業給付金(休業開始時賃金日額×支給日数×67%)が支給される。介護休暇とは、1年度で最大5日間、介護対象が2人以上の場合は10日間、有給休暇とは別に1日単位もしくは半日単位で取得できる制度である。

労働者が、家族を在宅で看取とることを見据えて休みが取れるか否かで、家族間の関わり方や医療や介護のサービスの頻度、時間、費用なども変わってくるため、このことについては、日頃から家族間で話し合いをしておく必要がある。これと合わせて、国は在宅での看取りを推進する以上は、介護休業と介護休暇の周知と内容の充実に努力することが求められる。仕事を休むことができる環境をつくらなければ、在宅での介護・看取りを行うことは困難である。働き方改革の動きが活発化しているが、仕事をしながら、在宅での介護や看取りを行うには「ワーク・ライフ・バランス」の実現に向けて調和のとれた生活が送れるように社会全体で支え合う仕組みを作る必要がある。これとは別に、介護保険も医療保険もほぼ使わずに、家族の介護や「自助」によって、在宅で介護も看取りも行った場合には、本人の保険料が掛け捨て状態になるという考え方もあるので、介護や看取りを社会的に評価する「現金給付」があれば、高齢者の自己決定権の尊重や在宅での看取りの推進に繋がることになるだろう。

(5)看取りを頼む家族がいない者の「ホームホスピス」での看取り

看取りを頼む家族などがいない者で、自宅のような環境で自然な看取りができる場所として、「ホームホスピス」がある。これは、ホスピス病棟とは異なり、普通の一軒家を改装して居室をつくり、5～7人程度の高齢者の生活から看取りまでを看護師や介護士やヘルパーが支援するというものである。かかりつけ医の往診もあり、医療や介護のニーズにも対応が可能である。「ホームホスピス」においても、多死社会に伴って、自宅や介護施設での看取りの需要が高まることを踏まえ、本人が家族や医療関係者らと事前に繰り返し話し合うACP(アドバンス・ケア・プランニ

ング)が始まっている。

4 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

(1)在宅医療

往診とは、患者側の要求により患者宅に医師などが不規則に出向いて診察や治療を行うものである。在宅医療(訪問診療)とは、ケア計画に基づいて定期的に訪問して治療や経過観察をする医療行為を行うもので、医師が訪問して診察や経過観察を行う訪問診療、看護師が訪問してケアを行う訪問看護、理学療法士や作業療法士が行う訪問リハビリテーションなどが含まれている。在宅医療は、入院よりも費用を低く抑えることができるが、家族などの協力が必要であり、1人暮らしの高齢者などの場合は限界もある。入院すれば、スタッフや設備が整っているため緊急時にも対応できるが、在宅医療だと迅速な処置が難しいため、かかりつけ医との連携体制と24時間対応の訪問看護サービスを利用することなどが必要である。

(2)人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

人生の最終段階の期間は数日間の場合から数ヶ月間の場合もあり、様々な状況の中で、本人の人生観や価値観を尊重して意思決定の支援をすることは非常に困難なことである。人生の最終段階の者が入院する場合であっても、集中的な医療が必要な期間に限って、それぞれに必要な医療機能の病院に入院することになるため、毎回、同じ病院に入院するというわけにはいかず、病院、介護施設、自宅へと療養の場がかわることもある。厚生労働省では、人生の最終段階における医療・ケアの在り方について、患者や医療関係者を問わず、国民に広くコンセンサスが得られるように、表Ⅳ-2の通り、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を示している。

表Ⅳ-2 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- | |
|--|
| <p>①医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本とした上で、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。</p> <p>②人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。</p> <p>③医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家</p> |
|--|

族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。

④生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

【出典】厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン改訂平成 30 年 3 月」

このガイドラインは、多死社会を見据えて、①地域包括ケアの在宅医療・介護の現場での医療・ケアチームに介護従事者が含まれることを明確にしていること、②本人と関係者が日頃から繰り返し話し合うこと、③本人が自らの意思を伝えられない場合に備えて、本人の意思を推定する者を前もって定めておくことの重要性を記載すること、④単身世帯の場合、前記③の信頼できる者の対象を家族から家族等や親しい友人等に拡大すること、⑤話し合った内容を文書にまとめて、本人や家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性を記載することなどがあげられている。このガイドラインの活用の一策として、平成 30 年度診療報酬改定で算定要件等が新設されているので、次に、みてみよう。

(3)診療報酬改定

2018(平成 30)年度診療報酬改定では、基本方針として、具体的方向性の一つに「国民の希望に応じた看取りの推進」が盛り込まれている。看取りの場を医療機関ではなく、在宅や介護施設等に対応していくことを明確にしており表IV-3 の通り加算されている。

表IV-3 2018(平成 30)年度診療報酬改定の在宅ターミナルケア加算と訪問看護ターミナルケア療養費

旧		改正後	
在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)		有料老人ホーム等とそれ以外の居住患者	
機能強化型在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院			
病床を有する場合	6,000 点		6,500 点
病床を有しない場合	5,000 点		5,500 点
在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院	4,000 点		4,500 点
その他の医療機関	3,000 点		3,500 点
訪問看護ターミナルケア療養費	20,000 円	療養費	1.25,000 円
		療養費	2.10,000 円

【出典】厚生労働省「訪問看護療養費」

www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000193527.pdf(2018 年 6 月 9 日検索)。

この要件は、訪問診療や訪問看護のターミナルケアの評価について、厚生労働省の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に沿うこととしている。本人の意向を尊重した看取りを推進するため、訪問診療・訪問看護により在宅のターミナルケアを提供していた患者または家族の意向に応じて入院医療機関で最期を迎えた場合に、訪問診療等を提供していた医療機関等の看取りやターミナルケアを実績として評価するものである。

5 小括

在宅での看取りについて、本人や家族が、さまざまな不安を感じることがあるかもしれないが、最期をどのように迎えたいと考えているのかを話し合うことがスタートであり、話し合いを重ねていけば看取りに向けて必要最低限の備えができるようになると思われる。病気で急に亡くなる場合もあれば、老衰で徐々に弱って亡くなる場合もあり、状況に応じて医療・介護の内容や費用が異なることになるが、本人や家族も含めて医師や看護師、そして、施設職員等が、事前に相談し準備をしていれば、自宅で「看取り」を行うことは可能である。一人ひとりの国民が、自分のニーズや生活スタイルに応じて、きめ細かく多様なサービスを受けようとする場合は、地域の実情に応じて「自助」の領域を充実させることも効果的である。「自助」といっても、家族が負担をどこまで担うことができるのか、家族介護の限界も踏まえたうえで、介護休業や介護休暇の充実、家族による在宅での介護や看取りを社会的に評価する看取り手当という現金給付の創設なども在宅での看取り実現の一助になると思われる。身よりのいない者などの看取りの場合には「共助や公助」が考えられるが、これとて医療機関や介護施設等の者に任せておけばいいというものではなく、看取る場所をどこにするのか、遺体の引き取りや葬儀・遺骨の引き取り、家財道具等の片づけなどをどうするかについても避けられない支援である。多死社会に備え、今後は、看取りや孤独死等に備えて身内の連絡先を把握することが必要であろう。身内が誰もいなかったり、把握できなかつたりした場合には、誰が遺体の引き取りから家財道具等の片づけなどを行うのか、それにかかる費用を誰がどう負担するのかなどの具体的なシステムをつくることも必要であろうと考える。

現在、わが国は、重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で人生の最期をむかえることができるよう、「住まい、医療、介護、予防、生活支援」が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築することによって、医療機関で看取りを行うのではなくて、地域で看取りを支えるという大きな転換期を迎えている。多くの国民も、「在宅での看取り」を希望しているのだから、「看取り」をタブー視することなく「医療、介護、予防、生活支援、住まい、看取り」を明示して、継続的で包括的なネットワークづくりを推進する必要がある。市町村や地域包括支援センター職員らも看取りの知識を備え、地域の各専門職種間の連携をしていくことが求められる。

(紫牟田佳子：大牟田市役所保護課、助産師)

- (1)藤森 敏雄「新設される介護医療院－医療・介護療養病床の転換と在宅医療へのつながりを－」生活福祉研究 通巻 94 号 August 2017、50 頁。

www.myilw.co.jp/publication/.../myilw_no94_feature_4.pdf(2018 年 5 月 5 日検索)。

- (2)藤森 敏雄「新設される介護医療院－医療・介護療養病床の転換と在宅医療へのつながりを－」生活福祉研究 通巻 94 号 August 2017、57 頁。

www.myilw.co.jp/publication/.../myilw_no94_feature_4.pdf(2018 年 5 月 5 日検索)。

医療制度上の医療区分 3 とは、スモン、医師及び看護師による 24 時間体制での監視・管理を要する状態であり、中心静脈栄養、24 時間持続点滴、レスピレーター使用、ドレーン法・胸腹腔洗浄などの医療処置を行う。医療区分 2 とは、筋ジストロフィー、多発性硬化症、筋委縮性側索硬化症などで、透析、喀痰吸引、気管切開、血糖チェックなどの医療処置を行う。医療区分 1 とは、医療区分 3 と 2 に該当しないものをいう。

- (3)公益社団法人熊本県看護協会熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課「多様な住まいの場に勤務する看護・介護職員のための看取りケア手引書」
- (4)厚生労働省「第 142 回社会保障審議会介護給付文科会資料(H29.7.5)参考資料 2 訪問看護(参考資料)」14 頁。
- (5)みずほ情報総研株式会社「地域包括ケアシステムにおける特別養護老人ホームの実態・役割に関する調査研究事業(報告書)平成 28(2016)年 3 月」44 頁。
www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou.../0000136601.pdf(2018 年 5 月 1 日検索)。「看取り介護」とは、食事や排せつの介助や褥瘡の防止などの日常生活のケアが中心に行われることをいう。
- (6)日本医師会「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える」
www.med.or.jp/doctor/rinri(2018 年 5 月 5 日検索)。
- (7)厚生労働省保険局医療課「平成 30 年度診療報酬改定関係資料(医科・調剤)」平成 30 年 3 月、233 頁。(www.mhlw.go.jp/file/06...12400000.../0000196430.pdf...2018 年 7 月 21 日検索)。

V 高齢者虐待防止法と介護者支援策

1 「高齢者虐待防止法」からみた養護者支援

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(以下、「高齢者虐待防止法」と呼ぶ)が 2005(平成 17)年に制定され、2006(平成 18)年 4 月から施行された。この法律で養護者とは、「高齢者を現に養護するものであって養介護施設従事者等以外のものをいう。」とされている。本稿での「養護者」とはこの法律の定義と同じ意味で用いる。この法律は、2001(平成 13)年の「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律」(DV 防止法)や、2000(平成 12)年の「児童虐待の防止等に関する法律」(児童虐待防止法)と違って、高齢者と養護者の双方への支援が盛り込まれていること、つまり養護者の支援等についても明文化されていることが特徴といえる。また、2011(平成 23)年に制定された「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」(障害者虐待防止法)はこの法律と同じ構成になっている。

この法律の目的は、高齢者虐待防止に向けた国の責務、虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置とともに、養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対して、養護者による高齢者虐待の防止に資する支援(以下「養護者に対する支援」という。)のための措置等を定めることにより、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって高齢者の権利利益の擁護に資することを目的とするとなっている(第 1 条)。養護者による高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等については、第 6 条と第 14 条に以下のように明文化されている。

(相談・指導及び助言)

市町村は、養護者による高齢者虐待の防止及び養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護のため、高齢者及び養護者に対して、相談、指導及び助言を行うものとする(第 6 条)。

(養護者の支援)

市町村は、第 6 条に規定するもののほか、養護者の負担軽減のための、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を講ずるものとする(第 14 条)。

法律の養護者支援はいずれも高齢者の安全確保のための負担軽減についての支援となっている。このことについて日本社会福祉士会は「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等」

関する法律の改正及び運用改善に関する意見」として以下のような指摘をしている⁽¹⁾。

養護者支援の明確化(14 条)

養護者支援は虐待の解消と再発防止が目的であることを明確にするために、14 条に「負担の軽減」に加えて「虐待の解消と再発防止のための」の文言を付け加える。その理由として、①現場では、本人保護と養護者支援の考え方に混乱が見られる面があるので、養護者支援の目的が「虐待の解消と再発防止」にあることを明示する必要がある。②養護者支援については、虐待対応としての支援と虐待終結後における継続的な支援を分けて考える必要がある。③養護者支援に、誰がどのように関わるのか支援計画の中で明確にしていくような対応とそれに対する評価が重要である。

児童虐待防止法は養護者支援という名目では唱っていないが、11 条で児童虐待を行った保護者に対する指導や指導を受ける義務について規定している。「児童虐待を行った保護者について児童福祉法により行われる指導は、親子の再統合への配慮その他の児童虐待を受けた児童が良好な家庭的環境で生活するために必要な配慮の下に適切に行われなければならない。」ものとする」とされており(第 11 条第 1 項)、養護者支援についての内容が含まれている。

「高齢者虐待防止法」の論点の一つとしては、虐待の対応に関する事例研究や調査、地域づくり、高齢者虐待防止ネットワークづくりなどを含めて被虐待高齢者の権利擁護施策とともに、虐待を行った養護者をどう支援していくかということについての施策が盛り込まれている。本章では、「高齢者虐待防止法」にうたわれている養護者支援の中の在宅での養護者支援について、2006(平成 18)年に厚生労働省老健局から出された「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援についてのマニュアル」、2008(平成 18)年度から厚生労働省が行った「高齢者虐待防止法」に基づく対応状況調査や事例を通して、虐待者となった養護者を対象とした「養護者に対する支援策」について論じることとする。

2 高齢者虐待と養護者の実態

厚生労働省が行なう高齢者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査結果(厚生労働省の調査)から高齢者虐待と、養護者の実態を見ておこう⁽²⁾。

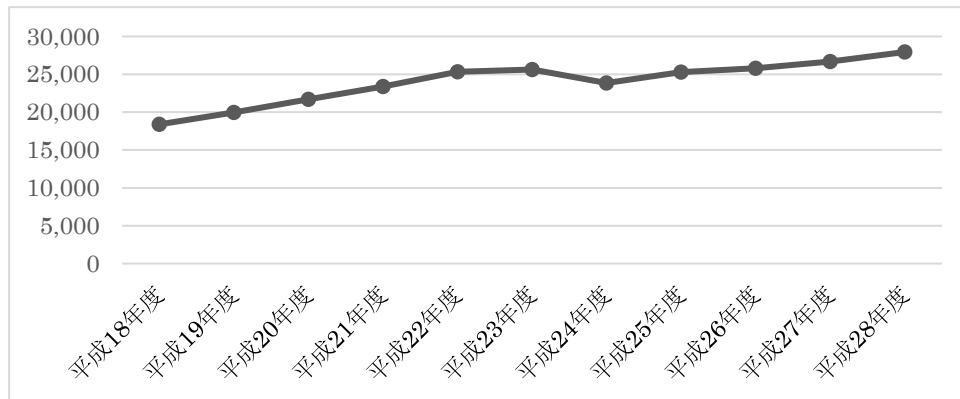
(1)虐待の相談・通報件数

虐待の相談・通報件数について調査が開始された 2006(平成 18)年度からの推移を厚生労働省の調査結果からみると、相談通報件数は増加傾向にあることがわかる。高齢者虐待についての認知度が高くなった影響とも考えられる(図 V-1)。

(2)虐待者と被虐待高齢者との続柄(息子)

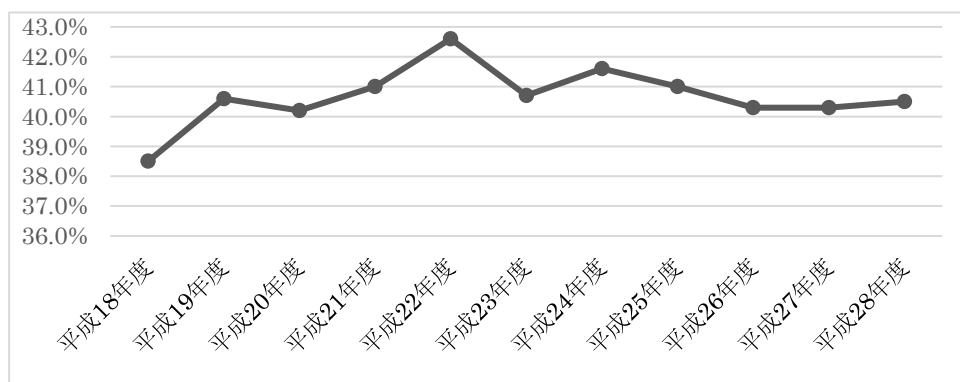
高齢者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査をみると、虐待者と被虐待高齢者の続柄では息子が一番多く、その割合の年次変化をみると近年 40%台を推移している(図 VI-2)。また厚

図 V-1 養護者による高齢者虐待者の相談・通報件数の年次推移



生労働省の国民基礎調査による主な介護者のうち男性の割合をみると、2007(平成19)年度 28.1%、2010(平成22)年度 30.6%、2013(平成25)年度 31.3%、2016(平成28)年度 34.0%と増加傾向にある。2013(平成25)年の日本高齢者虐待防止学会・朝日新聞大阪本社共同調査事業報告書によると、介護保険開始前に比べ息子の虐待は2倍に増加、嫁の虐待は1/10に減少という数値になっている⁽³⁾。

図 V-2 虐待者と被虐待高齢者との続柄(息子)の割合の年次推移



【出典】高齢者の虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する対応状況等に関する調査結果
厚生労働省(平成18年度—平成28年度)

(3)虐待の発生要因

高齢者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査(厚生労働省)では、2012(平成24)年度からは「虐待の発生要因」という項目が追加された⁽⁴⁾。その結果はいずれの年度も上位3位は「虐待者の介護疲れ・介護ストレス」、「虐待者の障害・疾病」、「家庭内における経済的困窮(経済的問題)」となっている。この調査では要因項目は細かく分けて集計されているが、「被虐待者と虐待者の虐待発生までの人間関係」、「養護者の他家族(虐待者以外)との関係の悪さほか家族関係の問題」、「虐待者の性格や人格(に基づく言動)」、「被虐待者本人の性格や人格(に基づく言動)」など養護者や被虐待者に直接由来する要因をあわせると、2012(平成24)年度 24.5%、2013(平成25)年度 25.1%、2014(平成26)年度 31.8%、2015(平成27)年度 29.5%、2016(平成28)年度 29.9%となってお

り、「虐待者の介護疲れ・介護ストレス」、「虐待者の障害・疾病」、「家庭内における経済的困窮(経済的問題)」よりも、むしろこうしたことが上位に位置する要因となっていることがわかる。しかもこれらは増加傾向にある(表V-3)。このことは鶴沼らが行った虐待者が息子である場合の調査で述べられているように「虐待を行う『息子』の特徴として、他の続柄に比較して、『介護疲れ』が必ずしも虐待の要因とはならない。」⁽⁵⁾としていることと同じである。

表V-3 虐待の発生要因

要因	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
・虐待者の介護疲れ・介護ストレス	22.7%	25.5%	23.4%	25.0%	27.4%
・虐待者の障害・疾病	23.0%	22.2%	22.2%	23.1%	21.3%
・家庭内における経済的困窮(経済問題)	16.5%	16.8%	16.1%	14.4%	14.8%
・家庭における被虐待者と虐待者の虐待発生までの人間関係	12.6%	11.5%	12.5%	12.6%	10.4%
・家庭における養護者の他家族(虐待者以外)との関係の悪さほか家族関係の問題	2.7%	1.5%	2.4%	3.0%	3.6%
・虐待者の性格や人格(に基づく言動)	7.0%	9.2%	12.6%	10.4%	12.0%
・被虐待者の性格や人格(に基づく言動)	2.2%	2.9%	4.3%	3.5%	3.9%

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査

(厚生労働省 平成24年度～平成28年度) 筆者作成

3 高齢者虐待の実態事例からみた養護者支援の課題

次に高齢者虐待の実態事例からみた養護者支援の課題について考えてみよう。大腿骨骨折後病院から退院した77歳のAさんは、幼少時は別居していた息子(48歳)と初めての二人暮らしをはじめた。Aさんの性格は気丈で語気も荒く、人との付き合いが苦手で短気な息子とは常に言い争いが絶えなかった。言い争いの多くは、帰宅した息子に何かを依頼するのであるが息子から満足いくようにしてもらえないことへのAさんの不満であった。こうした不満に関する言い争いから、そのうち息子が手を上げることへとエスカレートしていった。反面、息子は調理ができないAさんのために毎日食事を準備し、昼の食事も息子が準備して仕事に行っていた。夏は食事をクーラーボックスに入れておくなどの気遣いをするという細やかな面もあった。

2年後、Aさんへの息子の身体的虐待の疑いがあるということで、ケアマネジャーからの行政への通報後、養護老人ホームへの措置入所となり、そこで被虐待者への支援は終了となった。現在、面会制限継続中であるが、息子への支援も終了している。被虐待者の母親が措置解除となっても、在宅療養にもどる可能性は考えにくい、養護者を支援することによる親子の関係の修復は、面会等で活かされ、虐待者の今後の人生においてのささえとなると考える。

この事例からみえる課題は、被虐待者自身が入所になり、その時点でケアマネジャーの支援も終了し、息子への支援者もいなくなったという状況である。このように高齢者自身の地域での生活が終了し、施設への入所が行われると、それまでの介護保険法上の支援担当者は残された家族(この場合は息子)への支援を継続することができないようになってしまう。こうした場合には、地域を対象に活動し、家族を支援していく自治体の保健師等の活動が期待される。

4 最近の動向からの課題

「高齢者虐待防止法」は、2007(平成 18)年の法律の施行から 10 年が経過し、その間、介護者の状況も変化し、息子による介護が増加するとともに、息子による虐待も増加してきている。2016(平成 28)年の 65 歳以上の一人親と子の同居率は 20.7%であり、1989(平成元)年の 11.7%に比して増加している。このことによって、今後も息子による虐待の増加が懸念される⁶⁾。虐待者の変化により、虐待の背景も変化してくることから、養護者への支援のあり方も当然変わらなければならない。法律の附則第 3 項で、高齢者虐待の防止・養護者支援制度のあり方については、施行後 3 年を目途として施行状況等を勘案して改めて検討を行い、必要な措置が講じられることが予定されていた。しかし、制定後 11 年が経過してもいまだこの附則に基づく改正はなされていない。養護者支援を含めた制度の充実のために、以下の 2 点について提言したいと思う。

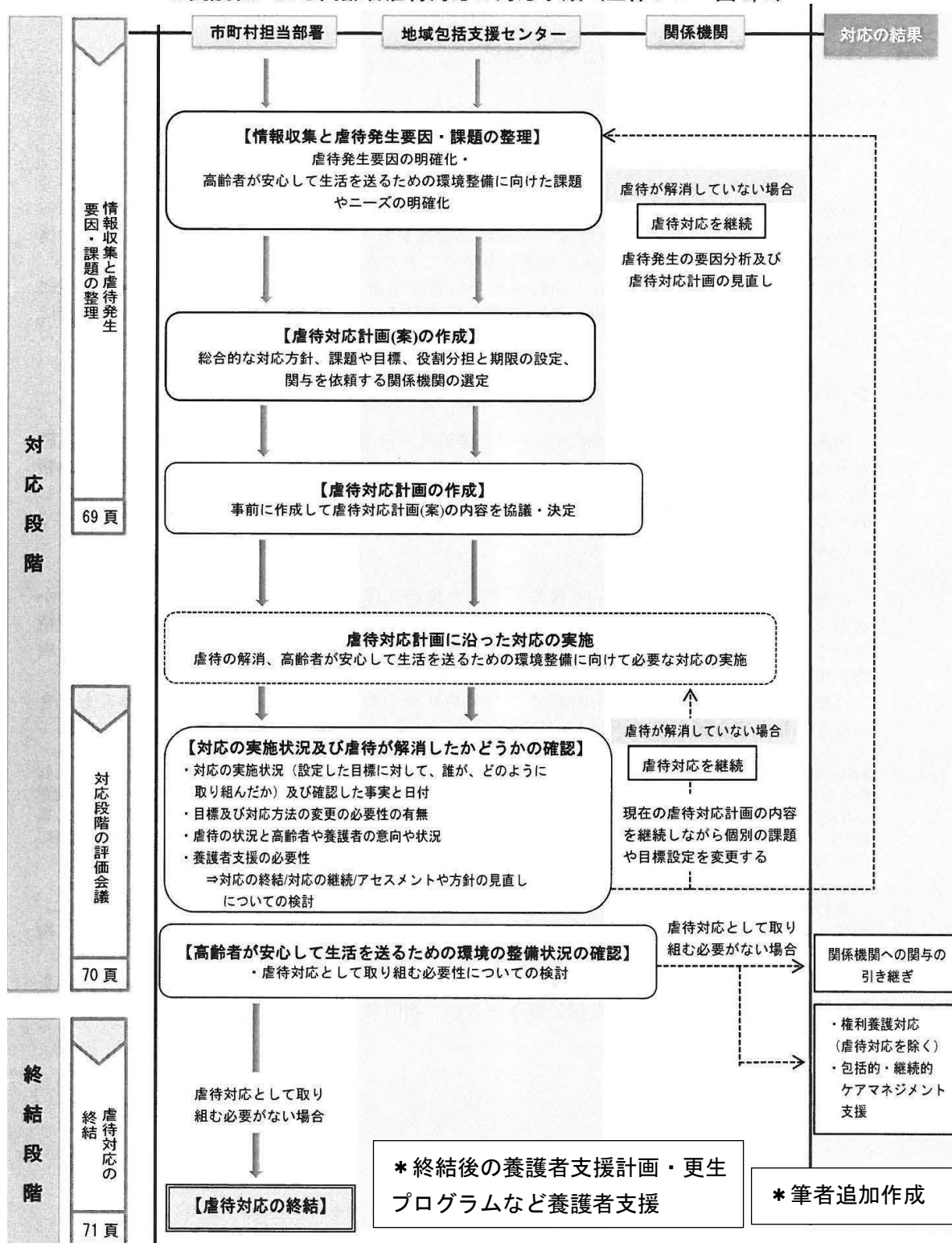
①市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について、2018(平成 30)年 3 月厚生労働省老健局では、養護者(家族等)支援と支援の際の視点ということで、養護者自身の抱える課題への対応の項目が追加されたが、対応手順にも高齢者虐待対応の終了後も養護者に対する支援が継続して行われるように「終結後の養護者支援」という文言を明記すること。

「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について(平成 30 年 3 月厚生労働省老健局)の対応手順」によると、最終的には「援助の終結」という項目で終わり、その後の支援については明記されていない。被虐待者への虐待の終結のみならず、終結後の養護者支援についての施策を明記することが必要である⁷⁾。終結後の養護者への支援が遂行されることで、この法律に規定する養護者に対する支援の目的が達成できると考えるからである(図 V-4)。

日本高齢者虐待防止学会研究調査委員会・朝日新聞大阪本社との合同調査報告の、各自治体の担当者の自由記載内容をみると、養護者支援に求められる取り組みのうち、なかでも専門職に求められる取り組みとして、被虐待者入所とともに、分離後の養護者支援があげられている⁸⁾。また、この調査で、虐待消失・終結後の専門職の支援として、専門職が一時的な虐待状況の消失をもって、これで養護者支援の必要なしと判断した例が全体の 30%もみられたとしている。この結果をもとに「分離後の養護者支援計画も専門職の任務であり、義務であることの自覚が欲しい」と述べていることが注目される。また、津村らの調査でも「専門職による虐待消失後の虐待支援必要なし、ないしは、終了が 30.8%で、そのうち虐待支援なし・終了との判断に至った主な根拠は、分離が 95.3%であった。」と述べられている⁹⁾。そして、「この状況から、専門職が一時的な虐待状況の消失をもって、養護者支援の必要性なしと判断したことが判る。」と結論づけている¹⁰⁾。

介護保険法では、総合相談事業や高齢者の権利擁護事業のひとつとして、高齢者虐待の早期発見、介入、予防等の対応は地域包括支援センターの業務とされている。しかし、地域包括支援センターは設置圏域、職員体制などが介護保険の保険者の裁量にゆだねられている。委託型、直営型があり、委託型で行った場合、高齢者虐待対応は市町村との連携に問題があるとされていることもあり、虐待事例終結後の家族支援はさらに困難があると考えられる。「高齢者虐待防止法」の運用の改善策として、鶴沼が「高齢者虐待防止法第 9 条 2 項にある一時保護等の措置によって分離するのみならず、むしろこうした親子関係の修復を目的とする長期的展望に立った介入・支援こそが中心的施策として求められる。」としているように、虐待者・被虐待者の分離の措置や

図 V-4 ●養護者による高齢者虐待対応の対応手順（全体フロー図 2/2）



出典：社団法人 日本社会福祉士会、市町村・地域包括支援センター・都道府県のための養護者による高齢者虐待対応の
手引き、中央法規、2011、207p.、38-39. を元に作成

第 14 条に規定する「養護者の負担軽減」措置だけでは、真の養護者の支援とはならないと考えられる⁽¹¹⁾。被虐待高齢者の権利擁護と養護者の支援のために、まず、条文にそれらを明文化することと、それに基づくマニュアルに終結後の支援を明記すること、そのうえで、事例検討段階でもその後の家族(養護者)支援までを含めて検討するような体制づくりが必要である。

②養護者を対象とした、更正プログラムの構築

坂田は「日本において、養護者(虐待者)の介護負担の重さや、被虐待者とのこれまでの複雑な関係、被虐待者の態度等に虐待の要因があることも養護者を対象とした更正プログラムがないことの要因かもしれない。もちろん、認知症の認識不足で認知症の親を受け入れられない養護者には、認知症を理解してもらうことも、介護保険の申請や、様々な介護サービスなどを導入して介護負担を軽減することも大切である。しかし、多様なタイプの虐待防止の再発防止への対応の一つとして、虐待している養護者自身に直接働きかける更正プログラムの早期開発が必要である」と述べている⁽¹²⁾。

また、佐々木らは「高齢者の虐待と支援に関する研究で高齢者と加害者とのこれまでの家族生活での人間関係や現在の高齢者と加害者の相互関係が虐待に大きく影響していることが明らかになった。」としている⁽¹³⁾。また高崎も「老人と介護者や加害者との人間関係や、その他の身内との関係の悪い人が多く、事例から考察すると、老人と介護者・加害者における長い間の家族生活や人間関係、親子関係が大きく影響していることが明らかにされた。」と述べている⁽¹⁴⁾。

5 小括

高齢者をとりまく課題としては、虐待の問題のほかに、孤立死や、セルフ・ネグレクト等がある。また池田の『セルフ・ネグレクト』を虐待類型に追加する意見」にもみられるように、今やセルフ・ネグレクトが問題視されてきている⁽¹⁵⁾。高齢者虐待の要因は、親子関係、親族や家族との人間関係がその一つであることがいわれている。高齢者がセルフ・ネグレクト状態に陥る背景の一つとしても、親族や家族との人間関係があるとされている⁽¹⁶⁾。また、包括支援センター職員又は委員・支援員に対し行った事前調査でも、セルフ・ネグレクト状態になった要因は「家族・親族・地域・近隣等からの孤立、関係悪化など」の人間関係による要因も大きかったとしている。しかし、要因は単独でセルフ・ネグレクトを引き起こす場合もあれば、複合的にからみあって症状を形成していく場合もあり、何が問題の基点だったのかを特定することは必ずしも容易ではないとしている⁽¹⁷⁾。しかし、セルフ・ネグレクトにも共通する要因もあると考えられるのだからこそ養護者への支援を一人の高齢者に対しての高齢者虐待の終結で終わりにすることなく、その後も継続していくことが、次の虐待への予防につながると思われる。虐待をした養護者も問題を抱えている。だからこそ、その養護者を支える仕組みが必要であり、現行の法律ではこのことが欠けている。津村らは養護者支援についての提言として、「専門職は、分離後の養護者の生活自立・社会的自立策を養護者と共に取り組む姿勢が必要である。」としている⁽¹⁸⁾。しかし、そのことのみならず、更正プログラムの作成・構築のために、養護者や被虐待者のそれまでの生き方、背景、価値観、家族関係等にも目を向けて、それらを配慮した更正プログラムの作成と、そのための材料となる事例の分析研究が必要であろう。特にこの法律は、2012(平成 24)年に施行された障害者

虐待防止法と同じ構成になっていることを考えると、再度虐待に至ることがないように更正プログラムを含めた養護者支援や、サービスの導入のみならず、二度と虐待をおこさせない支援についても議論される必要性がある。

(角森輝美：福岡看護大学教授)

- (1)「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者にする支援等に関する法律」の改正及び運用改善に関する意見（2010年10月16日、日本社会福祉士会）4頁。
<http://www.jacsw.or.jp/05seisakuteigen/files/010/101224.pdf>(平成28年8月13日閲覧)
- (2)高齢者虐待防止関連調査・資料
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/boushi/(平成30年4月22日閲覧)
- (3)25年度日本高齢者虐待防止学会・朝日新聞大阪本社共同調査事業報告書平成25年、13頁。
- (4)注(2)、前掲資料
- (5)鶴沼憲晴・関根薫「虐待者である『息子』の特徴と高齢者虐待防止への視点—研修参加訪介護員へのアンケート調査からの知見—」(社会福祉学、第47巻第4号、2007年)119頁。
- (6)『厚生指標 増刊 国民衛生の動向』vol.64 NO.9 2017/2018
- (7)「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」
平成30年3月、厚生労働省老健局、34頁。
- (8)注(3)、前掲報告書。本調査では、専門職とは、自治体福祉保健関係専門職員、民間地域包括支援センター、介護事業所、訪問看護ステーション等の福祉保健関係専門職員を指すとしている。
- (9)津村智恵子・榊田聖子・臼井キミカ「事例からみた養護者支援の実態と課題—個別養護者支援の実態調査」(高齢者虐待防止研究、第10巻第1号)、38頁。
- (10)津村智恵子・榊田聖子・臼井キミカ 注(10)、前掲書、39頁。
- (11)鶴沼憲晴・関根薫 注(5)、前掲書、120頁。
- (12)坂田伸子「高齢者虐待における養護者支援に関する一考察」(東洋大学社会学部紀要 50巻2号、2012年度)、152頁。
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.ja__(平成28年7月10日閲覧)
- (13)佐々木明子他「高齢者の虐待と支援に関する研究〔2〕3県の実態調査から」
(保健婦雑誌 vol.53 No.5 1997年5月)、389頁。
- (14)高崎絹子他「高齢者の虐待と支援に関する研究〔1〕埼玉県市町村保健婦に対する実態調査から」
(保健婦雑誌 vol.51 No.12 1995年12月)、976頁。
- (15)池田直樹『『虐待』対応はなぜ必要か権利擁護の視点から』(保健師ジャーナル vol.69 .No.03(2013)、179頁。
- (16)岸恵美子「虐待対応に必要な保健師の地域づくり」(保健師ジャーナル vol.69 .No.03 2013)、183頁。
- (17)平成22年度内閣府経済社会総合研究所委託事業報告書(平成23年3月)「セルフ・ネグレクト状態にある高齢者に関する調査—幸福度の視点から」48頁。
- (18)津村智恵子・榊田聖子・臼井キミカ 注(10)、前掲書、40頁。

VI おわりに

日本の医療・介護・福祉制度は大きな転換期を迎えている。理由は、超高齢社会を迎えて、社会保障財源が不足しているからである。いまや、社会保障制度改革の中心におかれている発想は、個人の負担を増やすことによって社会保障財源を確保していくことと、サービスを受ける対象者を限定したり、サービス量を減らすことによって全体的にサービスを節約しようとするものである。地域包括ケアシステムの構築もその延長線上に構想されようとしているのであればかなり問題であろう。地域包括ケアシステムは、高齢者がたとえ重度の要介護状態になっても可能なかぎり住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが連携した包括的な支援を可能とする仕組みである。そうした仕組み自体については誰も賛成できるであろう。しかし、費用のかかる病院あるいは介護施設から、患者や要介護者を地域に無理やり戻すことによって経費の削減を図ろうという趣旨が前面に出るような仕組みになってしまうとしたら、地域包括ケアシステムの本来の目的を達成できないばかりか、患者や高齢者が量的にも質的にも低いサービスのまま地域に放置されるという事態にもなりかねない。それをボランティア等の地域力でカバーしようとしてもそれは無理な話であろう。すぐに訪れる多死社会では、すべての高齢者の最期を病院で迎えさせることは、事実上不可能である。介護施設あるいは自宅での看取りは避けられない課題である。ただ、介護施設での看取りも、絶えず医療機関との緊密な連絡や密接な連携が必要であるし、人の死を看取るという作業は施設職員にとってもかなりの負担である。そこには専門的な知識の取得や精神的面での訓練が不可欠となる。ましてや自宅で家族が高齢者を看取るとしたらその身体的・精神的負担はなおさらのことであろう。医療機関以外での看取りを可能にすることも地域包括ケアシステムの重要な役割の一つであるが、地域住民が安心して自宅での看取りに踏み切れるような環境にはいまだ至っていないことを認めざるを得ない。

医療の分野では、地域医療構想によって、病院は急性期医療に集約化して、回復期や慢性期の病院のベッド数を削減するという方向に動いている。介護保険の分野では、特別養護老人ホームの入所者は原則として要介護度3以上の中重度高齢者に限定されることになった。いずれもあとは地域包括ケアシステムが受け皿になってケアするという構想であるが、肝心の地域包括ケアシステムの方はいまだに十分に整備されているとはとても言い難い。特養待機者が、2016(平成28)年の時点で全国に約36万6千人いるという厚労省の調査報告は、現状ではとても地域でのケアは困難であるという住民の意思の表れと見るべきであろう。川上の改革(医療供給体制)はほとんど先行して行っているのに、川下の改革(地域包括ケアシステム)の方は一向に進展していないという事態は、これから十分なケアが受けられない高齢者がますます続出するのではないかとこの不安を抱かせる。

福祉人材の不足が言われて久しいが、こちらの問題も一向に解決の兆しが見えてこない。「ニッポン一億総活躍プラン」(2016(平成28)年6月2日閣議決定)では、介護人材を確保するために、他産業との賃金格差がなくなるように、2017(平成29)年度から介護職員のキャリアアップの仕組みを構築し、月額1万円相当の改善を行う等の方針が打ち出された。2017(平成29)年4月の介護報酬改定では「処遇改善加算」が実施され、その結果、介護事業所で働く常勤介護職員の平均給

与月額が 29 万 7450 円となったと報告されている。しかし、この金額も他産業の平均賃金と比較すると依然として低いままである。また、実際の施設の現場では、介護福祉士等の有資格者のほか、資格をもたない職員も大勢働いており、専門性の点でもまだまだ課題は残されたままになっている。

厚生労働省「保健医療 2035 策定懇談会」提言書(2015(平成 27)年 6 月 9 日)は以下のように述べている。

「これまでの保健医療制度は、ややもすると近視眼的な見直しを繰り返し、却って制度疲労を起こしている。例えば報酬改定による価格面からのコントロールに偏っており、診療報酬のマイナス改定により一時的には給付費の削減を図ったとしても、一定期間経過後には需要が喚起され、量的な拡大を引き起こすといったような現象も見られた。また、保健医療以外の産業で有効な手法をそのまま転用したり、斬新的な自己負担増や給付の削減のためのアプローチだけでは、その効果に限界がある上、国民と未来展望を共有することはできない。このように、単なる負担増と給付削減による現行制度の維持を目的とするのではなく、新たな価値やビジョンを共有し、イノベーションを取り込み、システムとしての保健医療の在り方の転換をしなければならない時期を迎えている。…2035 年に向けて、介護などの関連サービスはもとより、住まい、地域づくり、働き方と調和しながら機能する『社会システム』とするため、これまでの保健医療制度を規定してきた根底の価値規範、原理、思想、すなわち『パラダイム』を以下のように根本的に転換すべきである。量の拡大から質の改善へ、インプット中心から患者にとっての価値中心へ、行政による規制から当事者による規制へ、ケア中心からケア中心へ、発散から統合へ。」。

この提言のうち「このように、単なる負担増と給付削減による現行制度の維持を目的とするのではなく…」という箇所には賛同できるが、新たな保健医療の在り方が、設備や人員配置の規制を改め、効率的活用やアウトカムを重視する制度への転換、あるいは、公的規制ではなく、患者・医療従事者・保険者・住民などの当事者による自律的なルールづくりといった点に及んでいることについては疑問を抱かざるを得ない。地方分権あるいは地域自治に関しては、これまでその地域の実情に合った政策が出せるというメリットが強調されてきたが、しかし、医療や介護といった分野では、「その地域の実情に合った」という言葉は、財源や人材が乏しい地域では「それなりのサービスで良い」という意味に聞こえてくる。医療や介護は地域特性が発揮しにくい分野であり、むしろ本質的には、どんな地域に住んでいても、高い水準の十分な医療・介護サービスが受けられるというナショナル・ミニマム保障が基本となるべきである。これを住民自治や当事者自治をあまりに強調してしまうと、ナショナル・ミニマムを割り込むサービスになってもそれは地域住民や当事者で決めたことだからしかたがないという言い逃れができることになってしまわないか。医療・介護分野での国民の自己負担はそろそろ限界にきているようであるし、負担増を気にして必要なサービスを受けるのを差し控えることにでもなれば、それこそ要介護度の悪化につながりかねない。無駄な給付や給付の重複は当然調整されても仕方がないことであるが、現在行われている給付削減、対象者限定、介護従事者の資格緩和といった政策は、必要でない給付の見直しとか不必要な規制を緩和するといった性格のものではないように思われる。同じ様に、財源対策重視、安上がりの医療・介護の実現方法として地域包括ケアシステムが推進されることがあってはならない。そうなれば、サービスの質の低下はもとより、サービスを受けられない医療難

民・介護難民が多数出てくることは想像に難くない。負担増・給付削減による制度の維持ではなく、思い切った社会保障財源の確保を国民に提案して、その理解を得ることの方が将来に禍根を残さない選択であるように思われる。

(熊本県立大学アドミニストレーション研究科で介護保険の研究をされていた今任啓治氏が、介護保険に関する論文で博士の学位を取得された後、2017(平成 29)年 10 月 28 日、突如としてこの世を去られた。私たち大学院で学んだ仲間は、氏のあまりにも早い死を悼み、また、生前、氏から受けたさまざまなご厚情に感謝しながら、追悼と感謝の意味を込めてこの論文を共同で執筆することにした)。