

少子高齢人口減少社会と介護保険

Declining Population in the Aging Society with the Dwindling Birthrate and Kaigo Hoken

山 田 亮 一

Ryoichi Yamada

(要 約)

日本では少子高齢化が進行し、さらに、人口減少が顕著になってきた。この少子高齢人口減少社会は私たちの日々の生活に影響を与えている。私たちの暮らしを支える社会福祉や社会保障制度においても、持続可能なシステムへの転換を進めている。高齢者介護においても、平成 12 年から始まった介護保険制度は 2 度の改定を経て、「地域包括ケアシステム」に編成されることになった。このシステムが目指すものは「公助」「共助」に基づく制度からの転換であり、地域を中心とする包括ケアシステムの構築である。しかしながら、この新システムは運用するにおいて何かしら危を感じざるを得ないものがある。

(キーワード)

少子高齢人口減少社会、地域包括ケアシステム、認知症

1. はじめに

日本では少子高齢社会に対応し、「家族による介護」から「社会による介護」への転化となる介護保険制度が創設された。その後 2 度の制度改正を通して「地域による介護」として生まれ変わろうとしている。平成 23 年に改正された介護保険法『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』は、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステムの構築に取り組むことを目的としたものである。しかし、平成 18 年の介護保険法改定でも見られることであるが、「公助」の役割を削減し、「自助」「共助」にその役割を求める動きが強くなっている。その延長上にあるのは間違いない。「自助」を高齢者や家族介護者等に求めるには限界がある。また地域やボランティアに「共助」を求めるにはそれを受入れるシステムが不備なままである。さらに、地域包括ケアシステムを機能させるに行政や専門機関の取り組みが十分ではないとの指摘がある。

今後、ますます少子高齢人口減少社会へと歩みを進める日本。このような社会形態において、地域包括ケアシステムが「地域による介護」としてその機能を果たすのか検討したい。

2. 日本の少子高齢人口減少社会の現状

(1) 少子高齢化と人口減少社会の到来

2011(平成 23)年 10 月 31 日、国連(UN)は世界の人口が 70 億人を超えたと公表した。この日に生まれたすべての子どもに対して 70 億人目として認定されたことの報道がマスコミをにぎわしたもの記憶に新しいものである。国連人口基金(UNFPA)によると、1804 年には 10 億人でしかなかった世界人口は、1987 年には 50 億人、1999 年には 60 億人を超え、そして 2011 年には 70 億人超に到達した。さ

らに、今世紀末には 100 億人を突破するとも推計されている。人口爆発はスピードを落としているものの、世界の人口は増大基調にあることには変わりない。一方、日本についてみると 総務省が発表した平成 22 年に実施された国勢調査の確定値によると、国内に居住する日本人の人口は平成 22 年 10 月 1 日現在、1 億 2,535 万 1,294 人であり、平成 17 年の国勢調査の日本人の人口に対して 37 万 1,294 人(0.3%) の減少となった。(外国人約 164 万人と国籍不詳の 105 万人を加えた総人口は 1 億 2,805 万 7,352 人であり、前回の国勢調査に比べ 28 万 9,358 人の増加を示すものの、増加率は 0.2% にとどまっている。) 日本の将来推計人口においても平成 18 年 12 月国立社会保障・人口問題研究所が公表した「日本の将来推計人口」(出生中位・死亡中位推計結果による)によると、人口減少過程に入り、平成 37 年には人口が 1 億 2,000 万人を下回り、平成 58 年には 9,938 万人となり、平成 67 年には 8,993 万人なるとも推計されている。(平成 24 年 1 月に発表した「日本の将来推計人口」においても同様な傾向として推計されている。)

65 歳以上の高齢者人口は 1950(昭和 25)年には総人口の 5% に満たなかったものが、1970(昭和 45)年には 7% を超え「高齢化社会」に、1994(平成 6)年には 14% を上回り「高齢社会」へ、2012(平成 24)年には高齢者人口は 3,000 万人を上回り、高齢化率も 24.1% と「超高齢社会」へと突入している。この高齢化傾向は団塊の世代が 75 歳以上となる 2025(平成 37)年には 3,500 万人に達し、2042(平成 54)年の 3,863 万人でピークを迎える、その後は減少に転じるとされる。

一方、出生率については低調であることに変わりない。平成 2 年に合計特殊出生率が 1.57 まで低下し、国民の関心を引いたが、その後も減少し、平成 17 年には 1.26 まで低下した。ここ数年では若干回復傾向がみられ、平成 22 年には出生率が 1.39 にまで回復しているが、今後とも急激な V 字回復の見込みは少ないと予測している。

生産年齢人口(15~64 歳)も減少傾向にある。平成 7 年調査では過去最高の 8,726 万人であったが、平成 22 年国勢調査では 8,173 万人へと減少した。今後の予測としては出生中位推計でも平成 25 年には 8,000 万人、平成 39 年には 7,000 万人を割り込むとされている。

老年従属人口指数(この指標は生産年齢人口 100 に対する老人人口の比でも表わされ、世代間扶養の割合ともいえる)についても、平成 24 年には高齢化率が 24.1% であったから、約 3 人で 1 人の高齢者を扶養することとなる。出生中位推計に基づく老年従属人口指標によると平成 22 年には 36.1(働き手 2.8 人で高齢者 1 人を扶養)から平成 34 年には 50.2(同 2 人で 1 人を扶養)へと上昇し、平成 72 年には 78.4(同 1.3 人で 1 人を扶養)となるものと推計している。しかも、この間 65 歳から 74 歳の前期高齢者よりも 75 歳以上の後期高齢者の増加が大きくなるとも推計されている。人類にとって戦争や災害等により幾度か人口減少という局面を経験したことはあるものの、日本が直面している社会とは人類の経験したことのない少子高齢人口減少社会だと言えよう。

(2) 家族形態の変化と扶養力の低下

国勢調査では家族を世帯という概念で把握しているが、国政調査の結果としては世帯数の増加と家族規模の縮小であり、家族形態における核家族世帯化、単身世帯の増加がその特徴といえる。昭和 25 年

までは平均5人強の世帯規模であったのが、昭和45年には3.41人に減少し、平成2年には3人を割り込み、平成17年の国勢調査では2.55人を示している。さらに家族形態を世帯別でみると、核家族世帯、その他の親族世帯、非家族世帯、単身世帯で区分するのであるが、昭和45年には一般世帯が3,000万世帯に達しているが、そのうち約1,720万世帯(57%)が核家族であった。昭和55年には核家族の総世帯に対する割合は60.3%をピークに徐々に減少傾向にある。核家族でも夫婦と子どもの世帯、片親と子ども世帯は昭和45年には46.9%から平成17年には38.3%に減少している。三世代同居家族を含むその他の世帯も減少しており、昭和45年代の22.7%から平成17年には12.1%まで減少している。これに反して世帯の単身化、単独世帯は増加している。昭和45年には単身世帯は613万世帯(20.3%)から昭和60年には789万人(20.5%)と増加し、平成17年には世帯全体の3割を占めている。単身世帯の増加は20歳から30歳代の未婚化による増加と高齢期の単身者の増加がある。

65歳以上の高齢者のいる世帯についてみると昭和60年には940万世帯であり、全世帯数の24%であったものが、平成17年に1,853.4万世帯と増加し全世帯数の39.4%となった。平成21年には世帯数が2,013万世帯と全世帯数の41.9%であり、高齢者のいる世帯数は今後も増加していくことが予測される。また、高齢者のいる世帯の世帯構造別の構成割合でみても、三世代世帯の減少傾向、単独世帯、親と未婚の子のいる世帯は増加傾向にある。昭和55年では世帯構造の中で三世代世帯の割合が一番多かったが、平成21年では夫婦のみの世帯が一番多く、3割程度を占めている。また、高齢者夫婦世帯と高齢者単独世帯を合わせると半数を超える状況である。

このように日本の高齢化の進行、高齢者のいる世帯数の増加は日本社会への大きな圧力となっている。

(3) 地域社会の相互互助力低下

日本では昭和30年代から40年代に高度経済成長によって、特に若年層の就労目的とした大都市への人口移動が誘発された。人口は三大都市圏へと集中し、その他の地域、特に都市圏から遠く離れた地域では人口流出が止まらず、それによって都市への人口集中と過密化、及び地方農村部における過疎化や高齢化などの現象が起こった。地方農村部では過疎化の深化によって一部の集落は崩壊又は解体されていった。

地域の相互支援活動は様々な地域集団によって営まれてきたが、地域からの青壯年層の流出によって共同活動の衰弱化してきた。青年団や婦人会の活動、消防団等結成すらも困難となり、地域での活動は低下している。さらに、地域に生活する担い手の高齢化は地域の行事(祭り)や相互支援活動をより困難なものとしている。独居高齢者の多い集落では地域社会での生活を持続することも困難になっている。このような集落は限界集落と言われるものである。大野晃によると限界集落とは「65歳以上人口が50%を超えており、集落機能が低下した」集落としている。平成22年総務省自治行政局過疎対策室の報告でも「過疎地域は人口では全国の9%を占めるに過ぎないが、全国市町村数1,725あるなかでその4割以上、面積では国土の半分強を占めている。市町村アンケートの回答として、全国過疎地域の6万4,954集落のうち今後10年以内に454集落(0.7%)が、また2,342集落(3.6%)がいずれ消滅の危機にある。」としている。これらの地域は人口減少が著しく、全国に先駆けた高齢社会であり、財政的にも脆弱な地域で

ある。

この様な地域でも従来なら、家族の支援サービスを受けられない場合は地域社会の相互関係から、または個人や団体からの支援・援助を受けて生活してきたものであるが、地域の互助力、助け合いも分断されているから、支援・援助は期待できない。しかし、このところ限界集落でなくても地域のセーフティネットワークからも疎遠になり、支援・援助が受けられない「買い物難民」「医療難民・介護難民」や「孤立死」「孤独死」等の問題が噴出してきた。

(4) 要介護(支援)認定者の増加

平成 21 年度の社会保障給付費についてみれば、総額 99 兆 8,507 億円で、前年と比べて 5 兆 7,659 億円増加しており、伸び率は 6.1% となっている。平成 22 年度は社会保障給付費の総額が 100 兆円を超えた。さらに、平成 37 年には 150 兆円に接近すると予測されている。平成 21 年部門別給付費では「年金」「医療」「福祉その他」の順で 51.8%、30.9%、17.3% となっている。そのなかでも「福祉その他」の対前年度伸び率は 15.8% となっている。また、介護対策費は介護保険制度を利用したサービス費用を集計したものであるが、平成 21 年には 7兆162 億円であり、対前年比では 6.7% の伸びとなっている。介護保険制度利用者についても、制度運用が始まった平成 12 年 4 月には 218 万人であったものが 9 年後の平成 21 年には 469 万人(2.15 倍)増加している。平成 23 年には 500 万人を上回り、さらに、平成 37 年には 700 万人に達すると推計される。介護保険財政でも平成 12 年では 3.6 兆円であったものが、平成 17 年には 6.4 兆円、平成 22 年には 7.9 兆円と増大し、平成 37 年には 19 兆円(現状維持ケース)とも予測されている。このような状況を回避するために、介護保険制度においても持続性が維持できるように、増大する介護対策費を抑制する方向に、また、効果的・効率的なものとなるように幾度か制度改定を行ってきた。

3. 地域包括ケアシステムと介護保険

(1) 平成 23 年改定介護保険について

介護保険法の 2 度目の改定が行われ、平成 23 年 6 月に「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」として成立した。

介護保険制度見直しの基本的考え方として次の 2 点が挙げられる。

A, 日常生活圏において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的且つ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを進めること

B, 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図ることで将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築すること

また、介護保険の改正点としては次の 6 項目があげられる。

① 医療と介護の連携の強化等

- ・医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した継続的な地域包括ケアの推進
- ・日常生活圏ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画の策定
- ・単身・重度の要介護者に対応できるよう、24 時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サー

ビスの創設

- ・保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする
- ・介護療養病床の廃止期限の猶予
- ⑤ 介護人材の確保とサービスの質の向上
 - ・介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施
 - ・介護福祉士の資格取得方法の見直し
 - ・介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法違反者を追加
 - ・公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公開制度の見直しを実施
- ⑥ 高齢者の住まいの整備や施設サービスの充実
 - ・有料老人ホーム等における前払い金の返還に関する利用者保護規定を追加
厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅供給を促進
- ⑦ 認知症対策の推進
 - ・市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進高齢者の権利擁護の推進
 - ・市町村における介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援対策を盛り込む
- ⑧ 保険者による主体的な取組の推進
 - ・介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保
 - ・地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする
- ⑨ 介護保険料の上昇の緩和
 - ・都道府県の財政安定化基金を取り崩して保険料の軽減等に活用

(2) 地域包括ケアシステムに向けて

高齢化が進展し、認知症高齢者や一人暮らし高齢者が増加するなか、介護を必要とする高齢者ができる限り住み慣れた地域での生活を継続できるように、支援を充実することが必要となる。1人ひとりの高齢者のニーズに応じて、介護サービスだけでなく、予防サービス、医療サービス、見守り等の生活支援サービス、住まい、また、それを支えるボランティア等の資源を適切に組み合わせて、24時間・365日提供可能なサービスが中学校区を基本として、地域包括支援センターのマネジメントを介して提供される。

たとえば、独居の認知症高齢者であれば、認知症の原因疾患の特徴を理解した訪問看護の提供、デイサービスにおいて認知症対応の個別サービスの提供が望まれる。さらに、権利侵害からの保護や金銭・財産管理、服薬管理、食事摂取確認の訪問サービス等が状況に応じ24時間365日を通じて提供されることになる。地域包括ケアを実現するために、次の5つの視点での取組みが包括的、継続的に実施される。

① 医療との連携の強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化

⑤ 介護サービスの充実強化

- ・特別養護老人ホームなどの介護拠点の整備
- ・24時間対応の在宅サービスの強化

⑥ 予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組みや自立支援型の介護の推進

⑦ 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援の確保や権利擁護など

- ・1人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り）配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービスを推進

⑧ 高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備

- ・サービス付き高齢者向け住宅と生活支援拠点の一体的整備
- ・持ち家のバリアフリー化

(3) 地域包括ケアシステムの課題

平成12年介護保険制度では「介護の社会化」を進めてきたが、改正介護保険法では地域包括ケアシステム「地域による介護」へと方向転換が図られた。これは慢性疾患を抱えた社会福祉システムを医療と福祉の連携により、安価で効率的なケアシステムとしての統合ケア(integrated care)へと転化したが、さらにそこから介護予防の公衆衛生的な予防活動に加えて、低所得者対策として住宅政策も統合の対象としてシステム化し、これらをその属する地域圏域を基盤とし、そこで展開しようとするのが地域包括ケアシステム(community-based integrated care)である。

地域には社会福祉サービス(公助)、介護保険サービス(共助)、医療保険サービス(共助)、住民主体のサービスやボランティア活動(互助)、セルフケアの取り組み(自助)等の多くの資源があるが、これら社会資源の多くは市区町村においても十分に整備されているわけではなく、断片化し、偏在していることが多い。今まででは介護保険サービス・医療保険サービス・社会福祉サービス等の共助・公助のシステムに依存してきたのだが、社会資源の効率的運用ができず、財政赤字を経験してきている。制度として持続性を維持するためには各々の地域が持っている自助・互助・共助・公助の役割分担を踏まえながら、これらが有機的に連動して提供されるようなシステムを構築することが求められるようになった。

しかし、地域包括ケアシステムを整備するうえでも、自助・互助・共助・公助のうちいずれのケア提供主体がイニシアチブを取るかという論点が明確でない。今後、そのイニシアチブを地域に求めるのであろうが、地域にも自助や互助には自ずと限界があり、少子高齢化し、人口も減少しているような地域ではなおのこと困難である。新システムで前提となっている地域の規模であるが、これは身近な小学校区ではなく、中学校区としていることにある。中学校区において、地域包括支援センターを中心として各種社会資源を活用し、地域包括支援としてマネジメントする仕組みを作り上げると提案しているが、地域包括支援センターが仕組みも未完であり、その機能を果たしていない中では地域包括ケアシステムの運用は困難とも言えよう。安易に地域福祉（コミュニティケア）に転嫁することは避けるべきであろう。

4. 地域包括ケアシステムと認知症

(1) 介護保険と認知症

高齢化の進行とともに要介護高齢者の増加は社会問題化する。日本では老人福祉と老人医療に分立して発展してきた。介護保険制度では高齢者介護の問題点を高齢者医療と高齢者医療を統合し、社会全体で支え合う社会保険方式（介護保険）へと転換したものともいえる。また、介護保険制度は「自立支援」「利用者本位」「社会保険方式」を基に制度設計されたもので、これにより「高齢者が心身の健康を維持しつつ、介護をする状態となつても、尊厳と生きがいを持って人生を送れるような長寿社会の実現」に寄与することとなった。

介護保険認定者数も介護保険制度が始まった平成12年における要介護認定者数256万人から平成22年の要支援・要介護認定者は506万人と倍増している。介護保険給付関係においても、平成22年度介護保険給付累計総数は1億1,789万件、同費用額でも7兆5,550億円、利用者負担を除いた同給付費でも6兆8,396億円となっている。また、1人当たりの介護保険給付額も24万9,000円となり、制度導入時の平成12年度と比べても1.7倍に増えてきた。

後期高齢者の増加に伴い認知症高齢者も増加傾向にある。日常生活の自立度が低下し、支援が必要な認知症高齢者(日常生活自立度II以上の高齢者)として厚生労働省が発表した認知症高齢者数の推計によると、平成22年には280万人であった。ただし、この推計では要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれていない。平成24年には認知症高齢者は305万人へと増加し、平成37年には470万人へと増大すると推計されている。

表-1 「認知症高齢者の日常生活自立度」II以上の高齢者数について

将来推計	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度II以上	280万人	345万人	410万人	470万人
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※日常生活自立度IIとは、日常生活に支援を期すような症状・行動や意思疎通の困難さがあつても、だれかが注意すれば自立できる状態。

※下段は65歳以上人口に対する比率(%)

※ 厚生労働省資料(2012.8.24発表)

認知症高齢者の生活の場としては居宅(自宅等)が最も多く、医療機関(精神病院を含む病院)への入院、さらには、介護保険制度を利用した介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)や介護老人保健施設等(介護老人保健施設等)等の施設入所が多い。認知症高齢者の暮らしを支えるサービスは医療・介護・地域との連携の下で行われている。市町村は必要な介護サービスを確保するとともに、それぞれの分野の活動支援や推進を図っている。

表-2 認知症高齢者の居場所別内訳(平成22年9月現在)

	居宅	特定施設	グループホーム	介護老人福祉施設	介護老人保健施設等	医療機関	合計
日常生活自立度II以上	14万人	10万人	14万人	41万人	36万人	38万人	280万人

※ 厚生労働省資料(2012.8.24発表)

(2) 認知症とは

「認知症」とは正常であった脳の知的な働きが、後天的な病気（特に多いのが脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症であり、その二つとその混合型を合わせると、認知症全体の8割から9割を占める。）によって引き起こされる脳の機能の持続的に低下した状態のことである。

認知症の症状としては知的能力の低下（健忘・見当識障害・思考障害・知的障害）、心の症状（夜間せん忘・不眠・厳格・妄想・抑うつ・弄便）、行動の障害（徘徊・不眠・暴力・異食）、日常生活能力の低下（食事、排泄、入浴、着替えなどの日々の基本的動作ができない）、身体の障害（歩行障害・嚥下障害・膀胱直腸障害）がある。これらの症状は現在の生活環境、過去の生活歴や性格等によって1人ひとり個人差があり、認知症の症状のレベルによっても違いがある。

認知症の初期には症状が目立たないこともあります、いつもの様子と違う時には病院で受診をするなど、早期発見、早期受診、そして早期対応することが、高齢者の状態の安定と家族の介護等の負担軽減につながる。長寿化、高齢化の進行とともに認知症を発症する人が増える。認知症の人をどう支援するかは個人や家族だけの問題ではなく、どのように支援していくのかが社会全体の課題となってきた。

(3) 認知症高齢者への支援対策

平成12年からは急増する高齢者のニーズに応えるため介護保険制度が開始された。

「認知症の人がいつでも、どこでもその人らしく」を目指して、1人ひとりの個別の心身と生活上の障害を総合的にとらえ、本人の有する力や意向や希望に沿った支援を自宅でも、グループホームや施設でも、継続的に行うことができる「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」によるケアマネジメントが保障されるようになった。この方式では現場の介護士・看護師や医師等の多職種連携により、本人を中心としたチームでの支援が行われるようになってきた。

平成18年の介護保険の改正では介護が必要な状態にならないように、予防を重視する予防重視システムへと転換するものであった。地域で生活する要支援・要介護状態になる恐れのある人に対し地域支援事業を創設し、介護予防事業、包括的支援事業、総合相談事業を推進する地域包括支援センターの下でケアマネジメントをおこなうようになった。この改定では地域密着型サービスとしてグループホームや小規模多機能居宅介護が創設された。本人が住み見慣れた場や地域で暮らし続けるために、暮らしの流れや求めに応じた個別支援を地域の多様な人々とともに目指すことになった。平成23年の改正では認知症に関する調査研究の推進規定が設けられた。また市町村介護保険事業計画では、認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項を定めるようになった。

今後目指すべき基本目標－「ケアの流れ」を変える－の実現のため以下の7つの視点に立って、施策を進めていく。

① 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- ・認知症の状況に応じた適切なサービスの提供

② 早期発見・早期対応

- ・かかりつけ医の認知症対応力の向上

- ・「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ・アセスメントのための簡単なツールの検討・普及
 - ・「身近型認知症疾患医療センターの」の整備
 - ・認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備
- ⑤ 地域での生活を支える医療サービスの構築
- ・「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 - ・一般病院での認知症の人の手術や処置の実施の確保と対応力の向上
 - ・精神科病院の入院が必要な状態の明確化と円滑な退院・在宅復帰の支援
- ⑥ 地域での生活を支える介護サービスの構築
- ・医療・介護サービスの円滑な連携と認知症施策の推進
 - ・認知症にふさわしい介護サービスの整備
 - ・地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進
 - ・在宅生活が困難になった場合の介護保険施設等での対応と施設での認知症対応力向上
- ⑦ 地域での日常生活・家族の支援の強化
- ⑧ 若年性認知症施策の強化
- ⑨ 医療・介護サービスを担う人材の育成

(4) 認知症対策 —「ケアの流れ」を変える— の課題について

介護保険制度に基づく認知症対策は本格的な運用が始まっていないため、十分な検証とはなっていないが、ここでの認知症対策とは医療・福祉・保健サービスを包括した統合ケアを前提として運用されるものであり、より効率的なヘルスケアとして運用されるものである。よって、今まで老人福祉施設等で生活していた利用者が施設等から早期帰宅が促がされたり、社会資源供給サイドの制約から認知症の利用が制約されないかということが課題となろう。さらに 地域では地域包括ケアシステムによって万全な態勢としているが介護保険サービス(共助)、医療保険サービス(共助)、ボランティア活動(互助)、セルフケア(自助)、社会福祉サービス(公助)の役割分担が地域によって異なるため、必要とするサービスが各地域で提供されることは限らない。たとえば、認知症利用者が必要とする 24 時間のヘルプサービスを例にとっても、十分に提供できる状況にはないことは明らかのことである。地域で不足するサービスの開発、各種社会資源との連携を推進し、地域で提供できる地域包括ケアシステムの一層の充実を図ることが必要となっている。

5. おわりに

私たちの暮らしを守るセーフティネットの一つとして創設された介護保険制度は介護サービスに限定したサービス提供の制度として創設された。しかしながら、私たちが生活を営む上では介護サービスだけでなく、日常生活圏において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的且つ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」(community-based integrated care)の実現に向けた取

り組みが望まれている。平成 23 年に改訂された介護保険法「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」ではこの「地域包括ケアシステム」を謳っている。

高齢化が進展し、認知症高齢者や一人暮らし高齢者が増加するなか、介護を必要とする高齢者ができる限り住み慣れた地域での生活を継続できるように、支援を充実することが必要である。1人ひとりの高齢者のニーズに応じて、介護サービスだけでなく、予防サービス、医療サービス、見守り等の生活支援サービス、住まい、また、それを支えるボランティア等の資源を適切に組み合わせて、24 時間・365 日提供可能なサービスが中学校区を基本に、地域包括支援センターのマネジメントを介して提供されることになる。

しかし、少子高齢人口減少社会が進行する日本において地域にそのイニシアチブを委ねる「地域包括ケアシステム」が本格稼働するようになればいくつかの課題が発生することが予測される。たとえば、今まで老人福祉施設等で生活していた利用者が施設等から早期帰宅が促がされたり、社会資源供給サイドの制約から認知症の利用が制約されないかということである。コミュニティケアの多くの実践例からでも言えることであるが、コミュニティケアの運営は一様ではなく、運営が困難なケースが多い。責任が国から地方に移行すると財政的、政策的な手立てを十分に持ちえない市町村では地域包括ケアシステムの運営が今までよりも増して困難となることにもなる。特に限界集落のような地域においては尚更のことである。地域包括支援ケアシステムを運用するにあたり私たちはその動向にしっかりと注目していく必要があろう。

参考資料

- ・国立社会保障・人口問題研究所 「日本の将来推計人口」 平成 18 年 12 月
- ・国立社会保障・人口問題研究所 「日本の将来推計人口」 平成 24 年 1 月
- ・国立社会保障・人口問題研究所 「平成 21 年度社会保障費用統計」 平成 23 年 11 月
- ・総務省自治行政局過疎対策室 「平成 22 年度版・『過疎対策の現状』 平成 23 年 10 月
- ・玉里恵美子 「集落限界化を超えて」 ふくろう出版 2009 年 11 月
- ・社会保障審議会介護保健部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」 厚生労働省資料 平成 22 年 11 月 30 日
- ・厚生労働省老健局「介護保険制度改革の概要及び地域包括ケアの理念」 厚生労働省資料 平成 24 年 10 月 3 日
- ・厚生労働省 「介護サービス基盤強化のための介護保険法等の一部を改正するための法律」 厚生労働省資料、平成 23 年 9 月 27 日
- ・ND ソフトウェア株式会社 「平成 24 年 4 月介護保険制度改正概要」 平成 23 年 9 月 1 日
- ・一般財団法人 長寿社会開発センター 「地域包括支援センター運営マニュアル 2012」 平成 24 年 3 月
- ・厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム 「今後の認知症の方向性について」 平成 24 年 6 月 18 日
- ・社保審介護給付費分科会資料 「認知症への対応について」 平成 23 年 6 月 16 日
- ・社会保障審議会介護保健部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」 平成 22 年 11 月 30 日
- ・社保審一介護給付費分科会資料 2 「認知症への対応について」 平成 23 年 6 月 16 日
- ・厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム 「今後の認知症施策の方向性について」 平成 24 年 6 月 18 日

少子高齢人口減少社会と介護保険

- ・厚生労働省老健局 「介護保険制度改革の概要及び地域包括ケアの理念」 平成 24 年 10 月 3 日
- ・NHK 出版 『認知症の人の生活支援』 「NHK テキスト社会福祉セミナー 2011 年 4 月 - 7 月」 平成 23 年 4 月