

医療と介護に関する社会保障制度のこれから

石 田 路 子

【要旨】

2018（平成 30）年度より、医療法の改正による第 7 次医療計画（5 カ年）及び介護保険法の改正による第 7 期介護保険事業計画（3 カ年）が同時に開始される。厚生労働省では、ここ数年前から医療と介護を一体的にとらえ、患者や利用者への切れ目ない医療・介護の相互連携サービス提供を推進していくという目標を掲げてきた。今回の同時改正によって、その実現への期待が寄せられている。

本論文では、上記のような医療と介護の一体的なサービス提供体制の構築を必要とする背景として、我が国の人口高齢化に伴う医療及び介護ニーズの現状について考察した。また、2018（平成 30）年までに行われてきた様々な施策や法改正の趣旨や概要について論述し、これからの医療と介護に関する社会保障制度の方向性を探った。

キーワード：社会保障制度改革、医療法の改正、介護保険法の改正、
医療・介護サービス改革

1. はじめに

2018（平成 30）年度には、医療法の改正による第 7 次医療計画（5 カ年）及び介護保険法の改正による第 7 期介護保険事業計画（3 カ年）が同時に開始される。ここ数年前から、医療と介護を一体的にとらえ、患者や利用者への切れ目ない相互連携サービスの提供を推進していくという目標が掲げられており、同時改正として時期が重なった 2018（平成 30）年からは、その実現にいよいよ期待が寄せられている。

医療と介護の連携については、2014（平成 26）年 6 月に成立した医療介護総合確保法をはじめ、医療機能の分化・連携と、地域包括ケアシステムの構築を一体的に推進するという政府の方針に基づき、第 6 次医療計画策定、あるいは第 6 期介護保険事業計画を策定していく過程で、社会保障審議会をはじめとする様々な議論や検討等が行われてきた。

例えば、2015（平成 27）年 3 月には地域医療構想（ビジョン）のガイドラインが発表された。そこで「都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた

医療機能の分化と連携を適切に推進」¹⁾していかねばならないことになった。

地域医療構想（ビジョン）の具体的な内容としては、①2025（平成 37）年の医療需要（入院・外来別・疾患別患者数等）に関する数値を予測する、②2025（平成 37）年に目指すべき医療提供体制、つまり、二次医療圏（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量の数値を予測する、③医療機能の分化や連携を進めるための施設設備の充実や、医療従事者の確保あるいは養成等について、目指すべき医療提供体制を実現する施策を考えることなどが挙げられた。

また、これに加えて医療保険制度改革法が 2015（平成 27）年 5 月に成立し、（1）医療保険制度の財政基盤の安定化、（2）保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、（3）保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等について、必要な措置を 2017（平成 29）年度までを目途に順次講じていくことになった。

一方、第 6 期介護保険事業計画においては、2025（平成 37）年までの将来を見通しつつ、①介護サービスの拡充、②地域支援事業による在宅医療・介護の連携、③地域ケア会議の推進、④認知症施策の拡大・充実、⑤生活支援および介護予防等の推進といった内容に重点がおかれた。

このように、2017（平成 29）年度の終わりまでには、診療報酬改定を含む第 7 次医療計画（5 カ年）及び介護報酬改定を含む第 7 期介護保険事業計画（3 カ年）の策定作業が同時に完了することになる。それでは、2018（平成 30）以降、医療や介護の領域でどのような変化が生じていくのだろうか。本論文では、これまでの医療制度および介護保険制度に関する法改正や様々な施策等の内容をたどりつつ、これからの医療と介護に関する社会保障制度の方向性について考察していく。

2. 医療及び介護を取り巻く状況

（1）高齢者人口の加速的増加

『平成 29 年版高齢社会白書』によれば、日本の総人口は 2016（平成 28）年 10 月 1 日現在、1 億 2,693 万人であり、その内、65 歳以上の高齢者人口は 3,459 万人で高齢化率が 27.3%となっている。とくに、75 歳以上人口は 1,691 万人となり、総人口に占める割合は 13.3%と、人口の高齢化が加速的に進んでいることが分かる。

高齢者人口は、いわゆる「団塊の世代」が 65 歳以上となった 2015（平成 27）年には 3,387 万人となり、その後も増加を続けて 2042（平成 54）年に 3,935 万人でピークを迎え、以降は減少に転じるものの、高齢化率は上昇傾向にあると推計されている。また、同推計によれば、2015（平成 27）年には高齢者 1 人に対して 15～64 歳の現役世代が 2.3 人で支えるという状況となっている。

一方、65 歳以上の高齢者のいる世帯は、2015（平成 27）年現在、2372 万 4 千世帯であり、

全世帯の47.1%を占めている。このうち「夫婦のみの世帯」が746万9千世帯と一番多く31.5%で、「単独世帯」が624万3千世帯で26.3%となっている。つまり、約6割が高齢夫婦あるいは一人暮らし高齢者ということになる。

このように高齢者人口の増加がさらに進むとともに、高齢夫婦や一人暮らし高齢者世帯が増えていく現状から、年金、医療、介護等に関連した社会保障の給付費が跳ね上がっていくことは明かである。同白書によれば、2014（平成26）年度の社会保障給付費は112兆1,020億円となり、過去最高の水準を示している。この社会保障給付費のうち、高齢者に関係した給付費は76兆1,383億円であり、社会保障給付費に占める割合は67.9%になっている。

さらに、2025（平成37）年には、後期高齢者数が2015（平成27）年（1691万人）の約4割増に達し、介護費用は現状の約10兆円から21兆円へ増加する、そして深刻なのは、高齢者ケアに携わる専門職も約38万人不足すると推定されていることである。現状のままでは、予算も専門職も不足し、医療や介護のみならず国家財政も崩壊の危機に晒されていくことになる。こうした状況下で、限られた医療・介護資源によってサービスの効率を高め、質も維持・向上させながら乗り切っていく方法を探り当てなければならない。

国は、この20年間で倍増している社会保障給付費総額をにらみつつ、社会保障制度の改革とともに、子どもや孫世代に負担を先送りすることがないように、財政健全化のための「社会保障と税の一体改革」の必要性を訴えている。

（2）高齢者に関する医療及び介護ニーズの背景

高齢者人口10万人当たりの推計患者数の割合で示される受療率を見ると、65歳以上の受療率は、2014（平成26）年において入院が2,840、外来が10,637である。この数値は、35～64歳までの入院575、外来4,474と比較しても、入院が4.94倍、外来2.38倍と格段に高い水準にある。さらに、65歳以上の高齢者の受療率が高い主な傷病をみると、入院では、「脳血管疾患」（男性398、女性434）、「悪性新生物（がん）」（男性395、女性203）となっている。また、外来では、「高血圧性疾患」（男性1,373、女性1,682）、「脊柱障害」（男性975、女性961）である。

高齢者の死因をみると、65歳以上人口10万人当たりの死亡者数から算出した死亡率は、2015（平成27）年において、「悪性新生物（がん）」が930.4と最も高く、次いで「心疾患（高血圧性を除く）」が532.5、「肺炎」348.9の順になっている。また、認知症高齢者数と有病率の将来推計についてみると、2012（平成24）年は認知症高齢者数が462万人と、65歳以上の高齢者の約7人に1人（有病率15.0%）であったが、2025（平成37）年には約5人に1人になるという推計も示されている。

介護保険制度における要介護又は要支援の認定を受けた人は、2014（平成26）年度末で591.8万人であり、これは第1号被保険者の17.9%を占めている。また、75歳以上で要介護の認定を受けた人は、75歳以上の被保険者のうちの23.5%を占めている。さらに、在宅で介護を行っ

ている場合、要介護者等と同居している主な介護者は約 7 割が 60 歳以上という「老老介護」の状況が進んでいる。

要介護者等について、介護が必要になった主な原因についてみると、「脳血管疾患（脳卒中）」が 17.2%と最も多く、次いで、「認知症」16.4%、「高齢による衰弱」13.9%、「骨折・転倒」12.2%となっている。とくに、男性の場合は「脳血管疾患（脳卒中）」が 26.3%と多くなっている

「日常生活を送る上で介護が必要になった場合に、どこで介護を受けたいか」という問いに対しては、男女ともに 60 歳以上では自宅での介護を希望する人が最も多かった。自宅以外では、「介護老人福祉施設に入所したい」（男性 18.3%、女性 19.1%）、「病院などの医療機関に入院したい」（男性 16.7%、女性 23.1%）、「介護老人保健施設を利用したい」（男性 11.3%、女性 11.2%）となっている。

また、「治る見込みがない病気になった場合、最期はどこで迎えたいか」については、「自宅」と答えた人が 54.6%で最も多く、次いで「病院などの医療施設」が 27.7%となっている。さらに、高齢者の延命治療の希望についてみると、65 歳以上で「少しでも延命できるよう、あらゆる医療をしてほしい」と回答した人の割合は 4.7%と 1 割をはるかに下回り、「延命のみを目的とした医療は行わず、自然にまかせてほしい」と回答した人の割合が 91.1%と 9 割を超えている。

こうした、高齢者の医療及び介護ニーズの背景にある現状に対して、まず医療面では、高度急性期への医療資源を集中投入して入院医療を強化することが必要ではあるが、回復期を経て維持療養期に入り、在宅生活を希望する高齢者には、安心して在宅療養が継続的に可能な体制の整備が重要である。また、介護の分野では、高齢者が要介護となっても、可能な限り地域で住み続けることができるように、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援としての地域包括ケアシステムが、それぞれの地域で構築されていくような施策の推進が重要になってくる。

(3) 医療と介護の連携に向けた一体的な改革

人口高齢化が進む日本で、医療や介護を必要とする高齢者の実情を鑑み、医療と介護の一体的な提供体制を築いていくために、国は様々な指針等を掲げている。2025（平成 37）年には、いわゆる「団塊の世代」が全て 75 歳以上となる。このことから、厚生労働省でも、超高齢社会を生きる人々が、医療や介護を必要とするようになって、安心してこれまでの生活を可能な限り継続できるような環境を整備していくために、2025（平成 37）年を目途として医療及び介護の総合的な確保を目指していくとしている。²⁾

例えば、高齢患者の場合は相対的に慢性疾患が多く、病気と共存しながら、生活の質（QOL）の維持あるいは向上を図っていくことが重要になってくる。一方、介護についても、医療を日常的に必要とするような、重度の要介護者や認知症高齢者も増加している。こうした状況

から、医療と介護が連動した一体的なサービス体制の必要性が、これまで以上に高まっている。また、認知症への対応については、症状に応じた適切なサービス提供の仕組みを確立し、早期からの適切な診断やケア等ができる体制の整備も急がれている。

さらに、医療及び介護の提供体制については、高齢化が急速に進む都市部や人口が減少する過疎地など、それぞれの地域の高齢化の実状に応じた対応策を講じていく必要があり、加えて、高齢者が安心して生活を維持していくことができる住まいの確保、その自立を支える生活支援、そして疾病予防や介護予防といった保健サービスとの連携も必要である。

ただし、こうした医療と介護のサービス体制の確立を目指していくとき、主要な財源としての医療保険と介護保険については、ともに制度の持続可能性を確保されるべきであり、人口構造が劇的に変化していく中で、負担と給付のバランスを取っていくことも重要である。そして、医療と介護の相互連携の重要性を押さえつつも、どの部分を医療保険が担い、どの部分を介護保険で対応するかという点について明確化しておく必要がある。

さらに、人口高齢化にともなって介護度の重度化に焦点が当てられることは否めないが、そもそも介護保険は「高齢者の自立的生活を支える」ためと、「介護をしている家族を支援する」ために設けられた公的社会保険であることを忘れてはならない。つまり、介護保険が第二の医療保険（＝医療の必要度が高い重度の要介護者へ特化されてしまう保険）に変容されてはならないという点を押さえておく必要がある。

3. 社会保障と税の一体改革における医療介護サービスの改革

(1) 社会保障と税の一体改革について

2011（平成 23）年 6 月 30 日に、政府・与党社会保障改革検討本部による決定として、社会保障・税一体改革成案³⁾が報告された。その内容は、「社会保障の機能強化を確実に実施し、同時に社会保障全体の持続可能性の確保を図るため、制度全般にわたる改革を行う。」というものである。

この改革成案は、(1) 子ども・子育て支援、若者雇用対策、(2) 医療・介護等のサービス改革、(3) 年金改革、(4) 貧困・格差対策、低所得者対策についてまず優先的に取り組むとされ、2 番目に取り上げられた「医療・介護等のサービス改革」については、以下のような内容が示された。

I) 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。

II) 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。

さらに、2012（平成 24）年 2 月 17 日には、社会保障・税一体改革大綱⁴⁾が発表された。この中で、医療・介護サービス保障の強化については、「高度急性期への医療資源集中投入な

ど入院医療強化、地域包括ケアシステムの構築等を図り、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を目指す。」ことが示されている。

これは、いわゆる団塊の世代が全員 75 歳以上を迎える 2025（平成 37）年を念頭において、地域の実情に応じた医療及び介護サービスの提供体制の機能強化を図るとともに、効率化や重点化を進めていくものである。しかし、限られた財源の中で、こうした社会保障制度の大きな改革が行われていく状況において、医療及び介護保障の中核的な理念は、つねに押さえておく必要がある。

つまり、どこに住んでいても、その人にとって最も適切な医療・介護サービスが、適時に受けられるような社会の実現であり、さらに疾病予防や介護予防を推進し、もし介護が必要になっても、その人らしく尊厳をもって最後まで生きられるように、「治す医療」と「支える医療・介護サービス」が同時に並行して確保されることを目指していくということである。

（2）医療・介護サービス改革について

社会保障と税の一体改革における医療・介護サービス改革では、医療サービスと介護サービスについて、その提供体制の内容が示されている。まず、医療サービスの提供体制に関して、制度改革の内容は以下のとおりである。

（1）急性期をはじめとする医療機能の強化

2011（平成 23）年 12 月 1 日の社会保障審議会医療部会で審議された「病床区分の見直し」⁵⁾では、急性期病床群の認定制度を導入することが決められた。つまり、急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化が図られることになった。

（2）病院・病床機能の役割分担・連携の推進

病院や病床の機能分化及び強化を推進し、地域における病院と診療所等の連携を推進していく。また、地域において医療と介護の連携による切れ目のないサービスを確保するとともに、一般病棟における長期入院の適正化を進めていく。

（3）在宅医療の充実

在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療については、その達成すべき目標や医療連携体制等を医療計画に記載することで、在宅医療の充実を図っていく。

（4）医師の確保対策

医師の地域間あるいは診療科間の偏在の是正を目指し、都道府県が担う役割を強化するとともに、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組みを推進していく。

（5）チーム医療の推進

多職種協働による質の高い医療を提供するため、例えば、高度な知識や判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みを導入するなど、チーム医療の推進を図る。一方、介護サービスの提供体制に関しては、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が提唱されている。

なお、地域包括ケアシステムの構築では、以下のような内容が掲げられている。

① 在宅サービスや居住系サービスの強化を図る

切れ目のない在宅サービスの提供により、居宅生活の限界点を高めるための 24 時間対応の訪問サービスを充実させる。または「通い」、「宿泊」、「訪問」を組み合わせ、家庭的な環境や地域住民との交流などによる生活支援や機能訓練を行う小規模多機能型サービスを量的に増やしていく。さらに、サービス付き高齢者住宅なども充実していく。

② 介護予防の推進、あるいは介護の重度化を予防する

要介護状態になる高齢者を減少させるとともに、自立した高齢者の社会参加を活発化するため、介護予防の取り組みを推進する。急性期あるいは回復期を経た人が、その生活を維持継続していくためのリハビリテーションへ積極的に取り組むことができるようにする。また、介護の重度化を防ぐために、適切なケアマネジメントの機能強化を図る。

③ 医療と介護の連携の強化

在宅で生活している要介護者に、適時・適切な医療サービスを確保する。医療と介護の多職種専門職によるチームケアを推進する。退院時や入院時における医療と介護の連携強化や、地域における必要な医療・介護サービスの提供を図る。例えば、小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供するという目的で、2012（平成 24）年の介護報酬改定で創設された看護小規模多機能型居宅介護（当初の名称は「複合型サービス」）では、退院直後の在宅生活へのスムーズな移行を目指し、がん末期患者の看取りや病状不安定な患者の在宅生活の継続、家族に対する負担軽減のためのレスパイトケアなどを行っているが、これには看護職と介護職の綿密な連携がサービスの核となっている。

④ 認知症対応の推進

認知症に対応するケアモデルを構築するとともに、地域密着型サービスの強化を図る。成年後見制度などにおける市民後見人の育成を進め、認知症の人の権利擁護の推進を図る。

これらの他に、診療報酬及び介護報酬の改定、あるいは補助金等予算措置等によって、例えば、生活習慣病予防等に関する外来受診の適正化、ICT の活用による重複受診や重複検査、過剰な薬剤投与等の削減といった取組みが推進されている。

(3) 医療及び介護に関わる法制度改革について

ここでは、社会保障制度改革に伴う医療と介護に関わる法制度について整理しておく。

2013（平成 25）年 12 月 13 日、社会保障改革プログラム法（正式名は「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」）⁶⁾ は、「受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、医療制度、介護保険制度等の改革について、①改革の検討項目、②改革の実施時期と関連法案の国会提出時期の目途を明らかにするもの」として公布された。これは、社会保障全般に関わる法律のため、少子化対策や年金制度に関す

る項目も含まれているが、医療及び介護に関しては次のような内容が挙げられている。

<医療制度>

- ・病床機能報告制度の創設（地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携を進めていく）⁷⁾
- ・国民健康保険の保険者や、その運営等の在り方の改革
- ・後期高齢者支援金について全面総報酬割制度の導入
- ・70～74歳の患者負担割合を見直し、1割から2割へ引き上げ
- ・高額療養費を見直し、70歳以上の上限金額の引き上げ
- ・難病対策の推進⁸⁾

<介護保険制度>

- ・地域包括ケアの推進
- ・予防給付の見直し（介護予防給付における訪問介護と通所介護について、市町村の地域支援事業へ移行）⁹⁾
- ・低所得者の介護保険料の軽減

2014（平成26）年6月25日には、医療介護総合確保推進法（正式名は「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」）が公布された。この法律は、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う¹⁰⁾ものである。その概要は以下の通りである。

- (1) 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（←地域における介護施設の整備促進法等）
 - ・都道府県の事業計画に記載された医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金（地域医療介護総合確保基金）を都道府県に設置する。
 - ・医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定する。
- (2) 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（←医療法関係）
 - ・医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）を医療計画において策定する。
 - ・医師の確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付ける。
- (3) 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（←介護保険法関係）
 - ・在宅医療・介護連携の推進など地域支援事業の充実とともに、予防給付のうちの訪問介護と通所介護については、市町村の地域支援事業へ2015（平成27）年から2017（平成29）年までの3年間の内に移行し、サービスの多様化を図る。

- ・特別養護老人ホームについては、在宅での生活が困難な中重度（要介護 3 以上）の要介護者を支える機能に重点化する。
- ・低所得者の保険料軽減を拡充する。
- ・一定以上の所得がある利用者の自己負担を 2 割へ引上げる。ただし、一般世帯の月額上限は据え置く。
- ・低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加し、一定の資産がある人には補足給付を行わないようにする。

(4) その他

- ・診療補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設する。
- ・医療事故に係る調査の仕組み¹¹⁾を位置づける。
- ・医療法人社団と医療法人財団の合併、あるいは持分なし医療法人への移行促進策の措置を行う。
- ・介護人材確保対策の検討として、介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を平成 27 年度から平成 28 年度に延期する。

この法律では、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を急務として掲げ、そのための補助金制度が創設されている。それが地域医療介護総合確保基金である。具体的には、2015（平成 27）年度予算で 1628 億円（そのうち医療は 904 億円、介護が 724 億円）が、消費税増収分を活用した新しい財政支援制度である基金として創設され、都道府県に設置された。つまり、地域医療構想（ビジョン）の実現に向けて、国から都道府県への財源と権限が委譲されたのである。

2015（平成 27）年 5 月 29 日に、医療保険制度改革法が公布された。この法律の正式名は「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」¹²⁾である。その趣旨は、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる」ものとされ、具体的な内容は以下の通りである。

(1) 国民健康保険の安定化を図る

- ・国民健康保険への財政支援の拡充により、財政基盤を強化する。具体的には 2015（平成 27）年度から約 1700 億円、2017（平成 29）年度以降は毎年約 3400 億円の支援を行う。
- ・2018（平成 30）年度からは都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国民健康保険運営に中心的な役割を担い、制度を安定化させる。

(2) 後期高齢者支援金への全面総報酬割を導入する

- ・被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施する。現行は 3 分の 1 が総報酬割であるが、2015（平成 27）年度には 2 分の 1 を総報酬割へ、2016（平成

28) 年度は3分の2を総報酬割にして、2017（平成29）年度に全面総報酬割を導入する。

(3) 負担の公平化等

- ・入院時の食事代について、在宅療養との公平を図るという観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げる。具体的には、現行の1食260円を、2016（平成28）年度には1食360円へ引き上げ、さらに2018（平成30）年度は1食460円にする。ただし、低所得者や難病あるいは小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない。
- ・特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者へ病状に応じた適切な医療機関を紹介するなどの措置を講ずることとし、紹介状なしの大病院受診には定額負担を導入する。
- ・健康保険の保険料算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を、121万円から139万円へ引き上げる。

(4) その他

- ・協会けんぽの国庫補助率を、当分の間16.4%に定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる。
- ・被保険者の所得水準が高い国保組合の国庫補助については、所得水準に応じた補助率に見直して調整補助金を増額する。
- ・医療費適正化計画を見直し、予防や健康づくりを促進するなど、医療費の水準や医療の効率的な提供の推進を計画の中に設定する。また、保険者が行う保健事業には、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加する。
- ・患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組みとして、患者申出療養を創設する。

2017（平成29）年5月23日に地域包括ケアシステム強化法が公布された。この法律の正式名は「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」¹³⁾であり、その趣旨は「高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする」となっている。その具体的な内容は、以下の通りである。

I. 地域包括ケアシステムの深化・推進

(A) 自立支援と重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組を推進する（←介護保険法）

- ・全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援や重度化防止に向けて取り組む仕組みを制度化する。
- ・国から提供されたデータを分析し、市町村は介護保険事業計画、都道府県は介護保険事業支援計画を策定する。また、これらの計画には、介護予防や重度化防止等の取組内容と目標を記載する。
- ・都道府県による市町村に対する支援事業を創設し、財政的なインセンティブを付与するといった規定を整備する。

- ・市町村による評価を義務づけ、地域包括支援センターの機能を強化する。
- ・居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与を強化し、とくに小規模多機能型居宅介護等を普及させる観点から、指定拒否の仕組み等を導入する。
- ・認知症施策の推進を制度上で明確化する。

(B) 医療・介護の連携の推進等（←介護保険法、医療法）

- ・「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設（介護医療院）を創設する。このとき、現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。また、病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用することとする。
- ・医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備する。

(C) 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（←社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制を築き、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定を努力義務化する。
- ・高齢者と障害児・者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度へ新たな共生型サービスを位置付ける。
- ・有料老人ホームの入居者保護のための施策を強化するため、事業停止命令を創設し、前払金の保全措置の義務に関する対象を拡大する。
- ・障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合、障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。

II. 介護保険制度の持続可能性の確保

(D) 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割に引き上げ（←介護保険法）

(F) 介護納付金への総報酬割の導入（←介護保険法）

- ・各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）については、被用者保険間では総報酬割（報酬額に比例した負担）とする。

以上のように、地域包括ケアシステム強化法の成立とともに、介護保険法、健康保険法、児童福祉法、医療法、社会福祉法、老人福祉法、高齢者医療確保法（正式名は「高齢者の医療の確保に関する法律」）、障害者総合支援法（正式名は「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」）などの法律の一部が改正された。しかし、例えば、介護保険法の一部改正に関して見ると、財政抑制による介護保険サービスの対象者の絞り込みは、本来の介護保険制度が目指した「介護の社会化」と相反するものになってしまいかねない。国が強調する制度の持続可能性は、財源的側面における制度の持続可能性のみならず、高齢者をはじめ、その家族など国民全体の安定的な生活の持続を保障する、堅固な社会システムの

基盤整備が前提とされなければならない。

また、社会福祉法や障害者総合支援法の改正に関連して、今回導入された共生型サービスは、障害のある人や高齢者への支援として、交流や連携を積極的に行うという点が評価されたものであるが、こうしたサービス形態については、高齢者と障害者を一緒の場所でケアすることで、サービスの効率を高める、あるいは生産性を向上させるといった観点から考えるべきではない。あくまで、誰もが高齢や障害という状況を受け入れられた上で、一人一人の個別のニーズに対して、専門的な支援によるサービスが提供されることが共生型サービスの中核であることを押さえておくべきである。

さらに、地域包括ケアシステムの構築では、地域住民による互助が強調されているが、これらの住民ボランティア等による協力体制の整備は、地域の介護専門職の人材不足を直接的に補うものではない。介護人材の確保については、その低賃金や厳しい労働条件の改善を最優先していくことが喫緊の課題である。そのうえで、医療と介護の積極的な連携が実現し、縦割りになっている制度の谷間の改善も可能になると思われる。

4. おわりに ―これからの医療・介護保障の方向性―

本論文の冒頭で述べたように、2018（平成 30）年度には、医療法の改正による第 7 次医療計画（5 カ年）及び介護保険法の改正による第 7 期介護保険事業計画（3 カ年）が同時に開始される。これまで、第 6 次医療計画や第 6 期介護保険事業計画の策定に伴い、様々な医療・介護サービス改革や、社会保障及び医療・介護に関連する法律改正について見てきた。最後に、これからの医療及び介護保障について、今後はどのような方向へ進んでいくのかを考えていく。

結論的には、医療介護総合確保推進法の成立において掲げられた「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が、これからの医療及び介護保障の基軸となると考える。この二つの柱は相互に深く関連しており、地域包括ケアシステムの構築は、医療提供体制の整備と介護提供体制が連動・連携することで、実体化・具体化されていく。ただし、その実現は容易ではない。

「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」では、具体的に、従来の病床機能が一般病床と療養病床であったものが、高度急性期、一般急性期、亜急性期等、長期療養の 4 区分へ細分化されることになった。また、医療機関は、今後、医療機能報告を行うことが義務付けられた。さらに、医療提供体制をより強化するために、地域医療構想（ビジョン）を策定することになったが、これは二次保健医療圏の単位で将来像を描くこととされている。

つまり、地域性を反映させながら多様な資源を有効活用する場合に、市町村では小さすぎ、都道府県では大きすぎるということであるが、実際に、この二次保健医療圏の単位での情報交流をはじめ、圏内の自治体や医療及び介護関係機関、その他関係者による合同協議の実施

や協働・連携体制の構築等は、これから取りかかっていくところが大半を占めていると思われる、この点に関する地域間格差が広がっていくことが予想される。

一方、「地域包括ケアシステムの構築」では、①市町村が主体となって進める介護予防等の地域支援事業を充実させる（予防給付のうちの訪問介護と通所介護を市町村の地域支援事業に移行する）、②在宅医療・介護連携を推進する（24 時間対応の定期巡回サービスなど、介護サービスを充実・普及する）、③認知症施策を推進する、④地域ケア会議（地域包括支援センター等が主催し、介護や医療などの多職種が参画）を推進する、⑤住民ボランティア等による見守り、外出支援、買い物、調理、掃除などの家事支援による生活支援サービスを充実・強化する、⑥特別養護老人ホームの新規入所者は、原則、要介護 3 以上に重点化する、といった目標が掲げられている。

これらを前提として、具体的には、もし高齢者などが住まいで急に倒れた場合、ただちに急性期治療が提供され、その後は回復期治療を経て、本人の希望により在宅あるいは施設へ速やかに移ることができ、地域での療養生活は、様々な資源を用いたケアシステムによって支えられているというプロセスが実現されていくことになる。この中で、どの部分が欠けても流れが滞ってしまうが、とくに最終の受け皿である在宅医療・介護の提供体制が進んでいないと、システム全体の流れが止まってしまい、医療部分の機能分化にも支障が生じるだろう。

一人の高齢者の体調や病状が、急性期医療から在宅医療・介護が必要な状態にまで様々に変化するため、それぞれの段階に応じたサービスが、適宜かつ切れ目なく提供されなければならない。しかし、医療も介護も、その財源やマンパワーの絶対的な不足が問題化している現状で、どのように効率を上げて、かつ連続的に医療・介護サービスの提供を実現していくのか。この問題を克服していく方法を早急に捻出していかなければならない。

例えば、患者・利用者の病状や体調、あるいはそのニーズなどについては、必要量と提供量の現状をより詳細に精査するとともに、ICT など活用して把握・管理していくことが必要である。また、これらの情報は、関係する多職種に共有化されるのみならず、一同の参画による会議等（通信機器を駆使したネット会議を含む）の開催によって内容の把握を深化させ、徹底化していく。さらに、地域包括支援センター等が主催する地域ケア会議においても、多職種連携に伴う業務の集約化や効率化の方法を検討していく必要がある。

そして、「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な方針」¹⁴⁾の中などに掲げられている、「医療・介護サービス提供体制の一体的な確保」といった一体化を強調する文言には、各分野の連携や各事例等の情報共有程度ではなく、医療と介護の人材レベルの共有という段階に進んでいく内容が含まれていることに着目すべきである。つまり、看護師やリハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士等）などは、これまで以上に、在宅医療や介護施設での勤務が増加することを見込まれている。また、2012（平成 24）年 4 月から「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」によって、介護職員等がたんの吸引や経管栄養への対応を行うようになり、介護職による医療的行為の

必要度も、さらに高まってくると思われる。

そして、これからは医療計画と介護保険事業支援計画が、それぞれのサービス必要量や提供目標量を相関させながら検討されていくことになる。医療計画や地域医療構想(ビジョン)においても、在宅医療の必要量の推計や、目標達成のための施策等の推進体制の状況について記載するなど、在宅医療に関する内容が増えていくことになり、当然ながら在宅介護との連携が不可欠になるからである。

さらに、地域包括ケアシステムの構築のためには、各地域で人材や財源の確保を行い、サービスの調整あるいは計画作成等までも地域で進めていくことになっている。これは、高齢化等の人口動態、医療・介護ニーズの状況、医療・介護資源に関する地域の現状等を踏まえ、各自治体が地域の基準を定めるとともに、その目標を掲げ、地域で多様な人的資源を確保していくことを意味している。これは、地域を丸ごと掌握して「医療や介護等の不安がないまちづくり」を図っていくことでもある。

こうした、自治体における「住民参加によるまちづくり」の動きは、国が推進している「我が事・丸ごと」の地域づくりに通底するものである。国は、「一億総活躍社会づくりが進められる中、福祉分野においても、『支え手側』と『受け手側』に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、公的な福祉サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる『地域共生社会』を実現する必要がある」¹⁵⁾としている。

そして、2017（平成 29）年 6 月 2 日に公布された地域包括ケアシステム強化法（「正式には「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法」」）とともに、社会福祉法の改正によって「我が事・丸ごと」の地域づくりを推進する体制づくりが市町村の役割として位置づけられ、その地域福祉計画は福祉各分野の共通事項を記載した上位計画となった。このように、いくつかの法改正を伴って、地域における医療・介護サービス連携の促進が、自治体を中心とした地域福祉の推進の動きと重なり、重層的な地域包括ケアシステムの構築につながっていくことが、国の目指している理想的な流れではある。しかし、その実現に向けては、未だ様々な障壁が立ちはだかり、一つ一つそれらを乗り越えていかねばならない。

例えば、地域住民等の助け合いなどが促進されれば、安否確認や生活支援のみならず、地域の医療や介護への意識喚起にもつながるといった効果は期待できるかもしれない。しかし、現在のところでは、不足している介護マンパワー確保と、住民による生活支援活動とが連結している状況とはいえない。また、外国人労働者による介護マンパワーの補完についても、越えるべきハードルが様々にあるというのが現状である。さらに、介護ロボットの導入については、現場における介護労働の負担軽減になることを肯定する一方で、多くのロボットが現在も開発の途上にあることから、実際に現場でどのくらい活用できるかについては未だ疑問が残るという意見も多い。

しかし、介護は「人の命を守る医療と連結・連携した専門分野」であるとともに、「人の生活を丸ごと支える一般分野」にまで裾野が広がる幅広い領域を対象としている。地域づくりや住民同士の助け合いに積極的な人々の力と、熟練から新人にいたる介護専門職による知識・技術力が、効果的かつ効率よく連結された新たなシステム¹⁶⁾の創出を目指し、まずは自治体単位から、将来的には二次保健医療圏内での発展的な取り組みが実現していくことを期待したい。

【注】

- 1) 厚生労働省「地域医療構想について」平成 27 年度都道府県等栄養施策担当者会議資料 P10
- 2) 厚生労働省 HP「医療と介護の一体的な改革」(2017.9.12 検索)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>
- 3) 内閣官房(閣議報告)「社会保障・税一体改革成案について」平成 23 年 7 月 1 日
- 4) 内閣官房(閣議決定)「社会保障・税一体改革大綱について」平成 24 年 2 月 17 日
- 5) 厚生労働省「病床区分の見直し」平成 23 年 12 月 1 日 第 24 回社会保障審議会医療部会 資料 1-1
- 6) 首相官邸「事務局資料(資料 3)」平成 26 年 7 月 17 日(2017.9.13 検索)
<http://www.kantei.go.jp/jp/headline/syakaihosyou2013.html#c1-4>
- 7) 2014(平成 26)年度の診療報酬改定では、急性期病床の大幅な絞り込みを意図した内容が盛り込まれ、同年 10 月から病床機能報告制度がスタートした。これによって、急性期病院から急性期・亜急性期・回復期・慢性期を併せ持つ中間的な病院への転換を決断する病院も少なからずあった。地域の基幹病院であっても、一定の患者の在宅復帰を実現させなければならないというハードルが課せられ、転院も亜急性期病床(地域包括ケア病床)・回復期病床を持つ病院との連携でなければならない。こうした病院との連携は、平均在院日数の短縮にも繋がっていく。
- 8) 「難病の患者に対する医療等に関する法律(難病法)」が 2014(平成 26)年 5 月 23 日に成立し、2015(平成 27)年 1 月 1 日から施行されている。
- 9) 介護予防給付(訪問介護・通所介護)については、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスの提供ができるように地域支援事業の形式に見直すとされた。市町村の事務負担等も踏まえ、2017(平成 29)年度末までにすべて事業へ移行することとなった。訪問看護や福祉用具等は引き続き予防給付によるサービス提供が継続となった。
- 10) 厚生労働省医政局「医療介護総合確保推進法(医療部分)の概要について」平成 26 年 9 月 19 日 第 106 回市町村職員を対象とするセミナー 資料 p1
- 11) 医療法の改正に伴い、医療事故調査制度が 2014(平成 26)年 6 月 18 日に成立している。この制度によって、医療事故が発生した医療機関では院内調査が行われ、その調査報告を民間の第三者機関である医療事故調査・支援センターが収集・分析するというように、再発防止につなげるための医

療事故に係る調査の仕組みが医療法に位置づけられた。

- 12) 厚生労働省 HP「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律について」(2017.9.15 検索)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000087166.html>

- 13) 厚生労働省 HP「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」(2017.9.15 検索)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/193-06.pdf>

- 14) 厚生労働省 HP「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な方針」(2017.9.15 検索) <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000057500.html>

- 15) 厚生労働省 HP「我が事・丸ごとの地域づくりについて」(2017.9.18 検索)

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihovenfukushibu-Kikakuka/0000153276.pdf>

- 16) 厚生労働省は、2025（平成 37）年に向けた介護人材の確保に向けて、専門性が不明確で役割の分担も整理されずに混在している介護現場の状況（まんじゅう型）を見直し、基礎から高い専門レベルまでの山を形づくって、其々のレベルに合わせた知識や技術の習得を行う富士山型の人材配置を目指すと発表した。

厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室「介護人材確保の総合的・計画的な推進～『まんじゅう型』から『富士山型』へ～」介護人材確保地域戦略会議（第 3 回）(H27.8.20-21) 資料 2-1 (2017.9.22 検索)

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihovenfukushibu-Kikakuka/document2-1.pdf>

【参考文献】

内閣府『平成 29 年版高齢社会白書』pp2-6

厚生労働省『平成 29 年版厚生労働白書』pp4-35

鈴木邦彦（2015）「地域医療における地域包括ケア病床の役割と課題」2015.1.1. 発行 『病院』74 巻 1 号
「特集 地域包括ケア病棟は医療を変えるか」pp46-53

カンパニーアシスト株式会社編(2012)「2025 年モデルの実現へ 医療・介護サービス提供体制再編の方向性」『医業経営情報レポート』2012 年 11 月号

権丈善一（2016）『医療介護の一体改革と財政』慶應義塾大学出版会

池上直己（2017）『日本の医療と介護歴史と構造、そして改革の方向性』日本経済新聞出版社

朝日新聞社取材班（2016）『日本で老いて死ぬということ—2025 年、老人「医療・介護」崩壊で何が起ころうか』朝日新聞出版

武藤正樹（2015）『2025 年へのカウントダウン—地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！』医学通信社

- 田中 滋（監修）（2014）『地域包括ケア サクセスガイド：地域力を高めて高齢者の在宅生活を支える』
メディカ出版
- 二木 立（2015）『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房

The Directionality of the Social Security Systems in Japan

It is based on the simultaneous revision of the Medical Law
and the Long-Term Care Insurance Act of 2018

Michiko Ishida

Abstract

Both the seventh medical care plan and the seventh long-term care insurance project plan will be started based on each related law revisions from the beginning of this coming 2018.

The Ministry of Health, Labor and Welfare has been set the goal to promote further mutual and collaborative services to patients and users for a couple of years. These simultaneous revisions are going to collect higher expectations from many people concerned.

In this paper, I considered the current situation of medical care and its need which is reflecting rapidly formed aging society in Japan, as a background of strong demand to assemble integrated services with a medical and nursing care service providing system.

I discussed about various policies and trials related to the law-revisions so far, and tried to investigate a proper direction of the social security system which would enrich future medical care as well as nursing care services.

Key Words: Social security system reform, Revision of medical law, Amendment to the Long-Term Care Insurance Act, Medical and long-term care service reform