



新・介護保険 を考える 7

一住まい・生活支援・ 介護・医療一

理事長 鈴木 恂子



介護保険法が1997（H9）年12月に成立し、2000（H12）年4月から施行されてから、満13年が経ち、14年目を迎えました。その間、3年ごとの制度の見直しと各保険者（自治体）、自治体の介護保険事業計画（サービスの提供量と保険料の決定）が繰り返されてきました。今年（H27）は第6期の事業計画に向けて準備が始まりました。国の社会保障審議会等の議論から65歳以上の高齢者がピークになる2015年からの高齢者対策のために大きな改革が予測されています。併せて、消費税率の引き上げと社会保障の一体改革が叫ばれ、社会保障制度改革国民会議の報告書が発表されました（H25年8月6日）。これを受けて、10月15日政府社会保障制度改革の手順を決めた「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」（プログラム法案）を閣議決定しました。

高齢者の年金、医療、介護も大きな制度改革が予測されます。高齢者の医療、介護の目標のひとつが「地域ケアシステム」の考え方です。高齢者が安心して住みなれた地域で生活を継続するためには住まい、生活支援、介護、医療が断絶することなく提供できるシステムづくりが2015（H27）年度の介護保険事業計画の柱ともいわれています。今回はその4つのキーワードをもとに現状を居場所を中心にまとめました。費用は介護保険の給付対象になるもの、自己負担-サービスを購入するものになります。

●●● 本来の主目的ではないが、一部にその機能をもつ。例えば特定加算の扱いなど。

		住まい	生活支援（家事-見守り）	予防（活動）
介護保険施設	介護療養型医療施設			●●●
	介護老人保健施設			
	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	多床室・個室（従来型） 個室ユニット型（新型特養）		
介護保険特定施設	養護老人ホーム			
	軽費老人ホーム・ケアハウス			
	有料老人ホーム			
地域密着	グループホーム			
老人福祉施設	養護老人ホーム			
	軽費老人ホーム・ケアハウス			
住居	有料老人ホーム			自主活動 自治体サービス 介護予防活動
	サービス付き高齢者住宅		見守り ●●●	
自宅	公営住宅		近隣・家族 福祉サービス 自治体 有料サービス	
	賃貸住宅			
	持家			

介護 リハビリ	医療	特色（説明）
●●●		介護保険適用の病院。別に医療保険適用の療養型がある。
●●●	●●●	概ね6ヵ月を期限としている。老人保健法→介護保険法に移行した。リハビリ・在宅復帰を目標とする。近年特養待機利用も多いといわれている。
●●●	通院・入院	原則住民票を移して生活する施設。終の棲家的に入所される方が多く、施設内で看取ることもある。老人福祉法の施設。
	通院・入院	H18年度より介護サービスを内包する特定施設化が進められたが東京ではこの選択をした施設はない。
	通院・入院	特定施設入居者生活介護を提供する。原則自立した方が対象だが、経年の中で要介護度の方も増加している。
	病院と連携している場合が多い	介護保険適用で介護サービスを提供する。基準外のサービスはオプション、食事、生活支援も自己負担になる。
	往診・通院・入院	認知症の方を対象とした個室ユニット型。9名を1ユニットとして最大2ユニットまでが基準で、各自治体が指定する地域密着型サービス。
通所介護	通院・入院	老人福祉法の施設。各自治体が入所判定手続きを経て措置決定する。外部の介護サービスを利用できるようになった。入所時自立していても経年のなかで要介護2～3の方もいる。措置の壁があつくなかなか入所につながらない。
訪問介護	通院・入院	施設と直接契約・食事・見守り・相談・入浴設備などがある。やはり経年のなかで介護度2～3の方も増えている。外部サービス利用可。
短期入所	通院・入院	住宅型は、介護は外部サービス利用。健康型は、介護が必要になると原則退去となる。
通所介護	通院・入院	H23年度国土交通省が高齢者向け住宅を一本化し、厚生労働省と新たに作った住宅「サ高住」といわれ急増している。見守り必須（コーデイネーター配置）食事は有料で提供。介護サービスは外部利用。
訪問介護	（通院・入院）病院	高齢者の一人暮らし、二人暮らしの場合、食事をはじめとする家事を誰がどう支えるか、見守りを誰がどのようにするか、介護保険からはずれるサービスが課題。H18年以降自助互助でと言われてきたが、H27（2015）年度に向けて自治体の責任で、NPO法人や社会福祉法人等多様な事業者によるサービス提供を、と言われていたが…。

高齢者の生活の場は、急速に多様化しています。いずれも利用者負担が高く、市場で住宅やサービスを調達する流れになりました。かつて老人福祉法に基づく特別養護老人ホームや養護老人ホームは公の責任によってその方の生活を保障するという制度でしたので、収入に応じて負担額が決まる応能負担であり、所得の少ない方も安心して生活ができました。しかし特養が介護保険制度下となり、養護老人ホームは措置費が各自治体の一般財源化されたため入所の間口が狭くなり、入所しにくくなりました。結果として経済力も含めさまざまな力が弱くなった高齢者は、ひとり暮らしの自宅に取り残されゴミ屋敷化したり、孤独死につながったりしています。また、生活保護受給者の居場所は貧困ビジネスに救いを求めている現実です。

一方、自立した生活を営んでいた高齢者も加齢や病気、怪我などをきっかけに食事・買い物・掃除・金銭管理等々自宅での生活に不安を感じ、早期に有料老人ホームや「サ高住」に転居する方も増えています。それなりの負担が伴うこと、更に介護が必要となったときにどうするのか、また次なる将来の不安が生まれます。生きること、老いることが難しい現実です。安心して老いを迎えるために、自宅での生活を継続するために、自分の住んでいる地域、自治体でどのような仕組みがあればよいのでしょうか。地域包括ケアシステムがその答えになるよう、それぞれの立場で取り組んでいく時を迎えています。

（編集：法人事務局 青木 志乃）