

### 介護保険制度とデータから見たエイジングイン プレイスに関する研究

NISHINA, Nobuko / 仁科, 伸子

---

(出版者 / Publisher)

法政大学経済学部学会

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

The Hosei University Economic Review / 経済志林

(巻 / Volume)

89

(号 / Number)

2

(開始ページ / Start Page)

369

(終了ページ / End Page)

395

(発行年 / Year)

2022-03-20

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00025157>

# 介護保険制度とデータから見た エイジングインプレイスに関する研究

仁 科 伸 子<sup>1)</sup>

## 1. 本研究の目的

エイジングインプレイスは、住みなれた地域に住み続けたいという多くの人に共通する願いであり人生後半の生き方である。「住み慣れた地域に住み続けたい」という願いは日本人だけでなく、世界的に共通している。本研究は、エイジングインプレイスという高齢期の生活の目標の実現可能性について、介護保険法が保障する内容とデータによって、介護が必要になっても住み慣れた地域に住み続けることが可能かどうかについて検証することを目的としている。

日本の介護保険法は施行（2000年）から21年を迎えた。介護保険法の導入は、戦後社会福祉の歴史の中で、いくつかの画期的な変化を社会福祉サービスにもたらした。介護保険法導入以前の老人福祉法に基づく措置制度と異なり、所得にかかわらずだれもが利用可能なユニバーサルな社会保険制度として、サービスは地方公共団体の直接供給ではなく、営利非営利の民間事業者が市場において供給する仕組みとして設計された。自宅で家族の介護を受けるか、施設に入るかの二者択一の老人福祉法時代からは、考えられない大きなサービス市場が育っている。介護保険の給付の内容及び水準は、「被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応

---

1) 熊本学園大学社会福祉学部教授

じ自立した日常生活を営むことができるよう」(介護保険法第5条3)サービスや施策が展開されるよう努めることが国及び地方公共団体の責務であるとされている。つまり、介護保険は、住みなれた地域に住み続けることを目的に、市場の介護サービスを利用し、保険による給付を受けるシステムとして確立したのである。

## 2. 先行研究

2020年、介護保険施行後20年を迎えたことで、介護保険に関しては最近かなり多くの論文が出され、研究が蓄積されてきた。まず、介護保険制度成立に関する研究では、大森彌、山崎史郎、香取照幸らによる介護保険法成立に向けた検討が始まった1996年から2000年に至る経緯が集大成された『介護保険制度史』がある。本書には、従来の高齢者介護は、高齢者の身体を清潔に保ち、食事や入浴の面倒をみる「お世話」にとどまりがちであったが、介護保険の導入により、重度の障害を有する高齢者であっても、例えば、車椅子で外出し、好きな買い物ができ、友人に会い、地域社会の一員として様々な活動に参加するなど、自分の生活を楽しむことができるような、自立した生活の実現を積極的に支援することが介護の基本理念であるとされた[大森ほか, 2019]。そして、この自立支援にふさわしい新介護システムの柱として提言されたのが①高齢者自身の選択、②介護サービスの一元化、③介護マネジメントの確立、④社会保険方式の導入であったと述べている[大森ほか, 2019]。この4つの介護保険の柱こそが、エイジングインプレイスの基盤であり、自己の選択に基づいたサービスや支援を受けながら、自分の意志で地域の中で暮らし続けるための条件である。

柴田、服部らが、介護保険施行からの20年を振り返り、社会的入院の解消、介護の社会化、介護離職の解消が制度により達成できたかどうかという観点から検証を行っている[柴田, 2020][服部, 2020][香取, 2020]。2005年には、エイジングインプレイスに関して重要な法改正が行われた

が、これについて服部は、介護保険の中心的な受給者が中度から重度に移行し、軽度の利用が抑制されたとしている〔服部, 2020〕。つまり、施設は重度の入所者中心となり、自宅で十分なケアを受けられない一人暮らしの高齢者は、自宅では十分な介護を受けられないのに施設入所の機会を抑制されたと主張している〔服部, 2020〕。介護保険サービスの利用による家族介護の軽減は、エイジングインプレイスのための重要な要素であるが、服部は虐待発生の状況から見て家族介護は軽減されていないのではないかと指摘している〔服部, 2020〕。

介護保険法に基づく地域包括ケアでは、自助、共助、互助、公助による地域ケアの構築を目指しているが、2020年の法改正では、「介護予防・日常生活支援総合事業」を受けている者（介護予防の対象者）が、要介護者となっても本事業のサービスを本人の意思で継続することができるとしたことが公助を縮小する方向につながるとして懸念を示している〔柴田, 2020〕。

介護保険をつかって地域で暮らす仕組みとしての地域包括ケアは、エイジングインプレイスに関連する重要な要素の一つであるが、二木は、各年の地域包括ケア研究会の報告書を分析し、これについて容易に理解できる人が少ないと指摘している〔二木立, 2016〕。その理由として地域包括ケアシステムは、システムと呼ばれているが、制度のような決まったものではなく、地域の実情に合わせて地域のことを最もよく知っている市町村が地域の自主性、主体性、特性に応じて作り上げていくものであり、保健医療中心のものや福祉中心のものがあるが、システムと呼ばれるために何か制度のようなものが与えられるのではないと考えてしまうとしているということ、地域包括ケアは、概念や範囲が進化していっており順を追って理解している人が少ないとしている〔二木立, 2016〕。

「住み慣れた地域に住み続ける」（エイジングインプレイス）ことは、介護保険の理念でもあり、多くの人々の切実な願いでもある。介護保険に関する先行研究を踏まえつつ分析を進めていきたい。

### 3. 研究方法

第一に介護保険法は、世界に類を見ないスピードで高齢化が進む中、介護の社会化と高齢者の自立支援を目指して導入されたが、予め制度の中に3年ごとの見直しや改正が組み込まれている。これらの改正の中には、地域包括ケアの重点化や地域密着型施設整備といったエイジングインプレイスに大きな影響を与えたのではないかと考えられる改正がみられることから、まずは、法改正の側面からエイジングインプレイスの支援状況に関する制度の状況について検証する。

第二に、介護が必要な状態になった高齢者が住み慣れた地域で過ごすことができているか、具体的には、介護保険上重度な介護が必要な状態である要介護4～5と認定されたものについて都道府県ごとにその割合を算出し実態を明らかにする。毎月出される介護保険事業状況報告書をもとに、居宅において要介護4、5と認定されている者の割合を都道府県ごとに算出し、その分布からエイジングインプレイスの実態を描き出す。

介護保険の中では、在宅とは自宅だけを意味するのではなく、住まいとは、地域包括ケアの大前提でもある「地域生活継続の保障」に必須の条件として、生活の場、すなわち、地域という考え方でエイジングインプレイスが組み込まれている〔香取, 2020〕としており、認知症対応型グループホームや居宅介護サービスを利用しているものが広い意味でのエイジングインプレイスであると解釈する。

以上の二つの方法から、介護保険制度が目的としてきた「可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」=エイジングインプレイスが実現されているかどうかを検討する。

## 4. 研究結果

### 4.1. 介護保険法の精神と法改正におけるエイジングインプレイスのための条件整備

#### (1) 介護保険の成り立ち

介護保険制度が施行される以前、1990年代には「ねたきり老人」100万人時代といわれるようになり〔香取, 2020〕, その頃北欧には寝たきり老人はいないと紹介されると〔大熊, 1990〕, 核家族化の進展や共働きによる家族介護体制の崩壊を背景に, 介護をめぐる問題が人々の日常生活の中に身近になった。介護保険法以前の老人福祉法によるサービスは, 所得や困窮度に基づき行政の判断によってサービスが措置される仕組みであった。また, サービス事業者の選択は, 行政に一任されていた。高齢者の介護は家族中心に行われることが当然と考えられ, 家族が介護を行うことが困難であって, かつ, 低所得である者が措置によってサービスを受ける仕組みであった。老人福祉法の下では, 在宅福祉サービスの供給量が限定的であり, 必要な介護について専門的にアセスメントを行って介護サービス計画を立案するケアマネジメントも確立していなかったため, 家族介護を中心として在宅で過ごすか, 施設に入所するかの二者択一の選択であった。何らかの理由で家族による介護がかなわなければ, 子どもに迷惑をかけぬように施設に入ろうと考える人もいたが, サービスの質の問題から「ねたきり」にさせられるという不安をぬぐえなかった。

三世代で暮らす家族のあり方や子どもが親の老後の世話をする生活が, 産業構造の変化によって崩壊していく中で介護保険法が検討された。検討の傍ら, 介護保険のための社会資源の整備をゴールドプラン, 新ゴールドプランで進められ, 介護保険法の成立は, このような二者択一の状態から, だれもが介護が必要な人がサービスを受けながら, 自分が主体的にサービスを選択し, 住み慣れた地域に住み続けるという選択をすることを可能に

した。

1970年代に始まったホームヘルプサービスやデーサービスなどの在宅サービスは、当初行政による直接供給，市町村が設立した第三セクター，または，民間福祉事業者への委託によってサービスが供給されていた。その後有償ボランティアによる民間組織などがホームヘルプサービスに参入するようになり，1990年代半ばごろからは，ゴールドプランによってサービス提供拠点や社会資源として，デイサービスセンター，訪問介護，ホームヘルプサービス，特別養護老人ホーム，老人保健施設といったサービス機関が計画的，大量に整備された。そして，このような準備の後に1997年に介護保険法が成立した。

2000年4月介護保険は，「介護を必要とする人が尊厳を保持し，その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように必要な保健医療サービスおよび福祉サービスに係る給付を行うこと」（介護保険法第一条）を目標として施行された。介護保険法は，高齢者の介護を社会全体で支え合い，自立支援，利用者本位，社会保険方式という特徴を備えた制度という特徴を備えていた〔厚生労働省老健局，2016〕。

家族介護の弱体化はさらに進み，2000年の65歳以上の高齢者を含む世帯の家族類型では，夫婦世帯と三世代世帯が主要な構成要素であったが，2015年では，夫婦世帯と単身世帯が主要な世帯構成要素に変化し，三世代世帯の数は三分の二程度に減少している（図1）。このような家族の変化は，家族介護を困難にし，介護の社会化を不可欠とし，介護保険は高齢者の暮らしを支えるかけがえのない制度として期待されることになった。

## (2) 介護保険法の目的と理念に示されたエイジングインプレイス

介護保険法の目的は，その第一条において要介護状態となっても「尊厳を保持し，その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう，必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため，国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け，その行う保険給付等に

関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ること」を目的とするとされている。さらに、第二条4において、「保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。」と定められており、法の理念は、介護が必要な状態になっても尊厳を保ち、可能な限りその居宅において過ごすというエイジングインプレイスを目指している。

### (3) 2006年介護保険改正による地域化と制度維持のための抑制

介護保険法改正においてエイジングインプレイスに最も関係が深いのは、2006年の介護保険改正である。この改正では、介護予防の導入、サービスの地域化、尊厳の保持の強化が行われた。

この改正の背景として、介護保険導入後3年目に出された報告書『2015年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』が指摘したいくつかの課題が深く関係している。この報告書が指摘した内容とは次のようなものである。

日本の高齢化率は世界に類を見ないスピードで進んでおり、戦後ベビーブーマー層が65歳になる2015年における介護のあり方を早急に考える必要性が指摘された。2003年の調査の結果、介護保険法導入前に予想されていなかった事態が生じていた。一つは、要支援、要介護1という軽度の介護保険利用者が増加していたことである〔高齢者介護研究会、2003年〕。軽度の要介護者の増加を防ぐためには、介護予防及びリハビリテーションの充実、生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系、新しい認知症ケアモデルの確立、サービスの質の確保と向上が重要であることが指摘された〔高齢者介護研究会、2003年〕。

報告書の提言に基づき、ベビーブーマー層が75歳以上になる2025年を目標年次として重度な介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けていくことができるように、介護資源を充実し地



域での生活を充実することを目標とした地域包括ケアが導入された。これに基づいて、2006年の介護保険改正では、(1) 地域包括支援センターの設置、介護予防に重点を置く地域支援事業が創設された。(2) 市町村を主体としてサービスの整備を行う地域密着型サービスの創設、(3) 要支援の細分化による支援の強化により、在宅ケアと予防を充実することとなった。これらは、介護保険サービスにおける在宅ケアの柱となった。特に注目すべきは、この改正で地域包括ケアが導入された点である。地域包括ケアは、地域包括支援センターを中心とした在宅ケアのネットワークとされていた[田中滋, 2012]。このように2006年改正は、地域化を一層進めることになった。

また、次のような制度改正が行われた。介護保険導入当初には、日本人に特徴的な塩分の高い食事によって脳卒中などを発症し、急性期病院から老人保健施設に移ってリハビリを行い自宅を改造して住み続けるという脳卒中による介護モデルを中心に制度が作られていた。しかし、5年間運用してみた結果、要介護1、2という運動不足とタンパク質摂取の不足による要介護者が大量に発生した。要支援は、制度創設当初は、一段階しかなかったが、2005年法改正によって、要支援1と2に二段階に分かれた。この改正は、増大する軽度の要介護者を未然に防ぐために、より予防に力を入れるための改革であったが、実際には抑制の効果ももたらした。2000年に699,692人であった要介護1のサービス利用者は、2005年には当初の二倍近い1,373,659人にまで膨らんだ。しかし、翌年年度末には、868,426人にまで減少した。代わりに、2005年3月に705,550人だった要支援は、2つに分けられ翌年には、要支援1が518,577、要支援2は、490,336人合わせて1,008,913人と爆発的に増加した。つまり、要介護1とされていた対象者が、給付額の低い要支援1と2に大量に移行したのである。

2006年に行われた法改正では、地域や日常生活圏を中心にサービスを受けながら住み続けるというエイジングインプレイスの考え方が一層明確化されたと同時に、制度の存続を目的として、予防への転換とが行われ、結

果的に制度利用の抑制につながった。介護サービスの対象は、中度から重度の要介護者中心となり、軽度者は介護予防サービスの対象者となった〔田中滋, 2012〕。介護予防は市町村が主体となり、地域包括支援センターが実施することになった。

#### (4) 地域密着型サービスによる切れ目のないサービス

地域密着型サービスは、市町村が指定、監督を行い、要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるため、その市町村の住民のみが利用でき、地域を細分化した圏域（小学校）において必要な整備量を定め適正なサービス基盤を構築するために導入された〔大和田, 2017〕。2006年に6つ、2014年に2つの地域密着型サービスが創設された。その種類は、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症高齢者グループホーム、地域密着型特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）、地域密着型特別養護老人ホーム、定期巡回・随時対応型訪問介護（24時間地域巡回型訪問サービス）、看護小規模多機能型居宅介護などである。これらのサービスの指定基準や介護報酬設定は地域の実情に応じて実施することができる。また、地域密着サービスの整備においては、市町村が指定、監督を行うことができることから市場によるサービス供給に対して、保険者である市町村が調整する機能が確保された。さらに日常生活圏の中心に地域包括支援センターを拠点として設置することで、在宅ケアを充実させようという意図が読み取れる。介護が必要になった人が、尊厳を保持することができるということが地域密着型サービス整備の目的に明記されている。このように、市場の調整機能や地域を基盤としたサービスの展開を目的とした新サービスであるが、残念ながらその整備は、保険者によってむらがある。

表1 地域密着型居宅サービスの種類とその内容

名称 (根拠)	サービスの内容
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (指定地域密着型サービスの事業の 人員、設備及び運営に関する基準第 3条の2)	指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、夜間において定期的な巡回または随時通報によりその者の居宅を訪問し、排泄の介助、日常生活上の緊急時の対応その他の夜間において安心して居宅において生活を送ることができるようにするための援助を行う。 定員18人以下の通所介護事業
夜間対応型訪問介護 (指定地域密着型サービスの事業の 人員、設備及び運営に関する基準第 4条)	夜間において、定期的な巡回又は、巡回又は随時通報によりその者の居宅を訪問し排泄、日常生活上の緊急時の対応、その他の夜間において安心してその居宅において生活を送ることができるようにするため援助を行うものでなければならない 認知症の利用者を対象とした利用定員12人以下の通所介護事業
地域密着型通所介護(指定地域密着 型サービス事業の人員、設備及び運 営に関する基準第19条)	居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立官の解消および心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る
認知症対応型通所介護(指定地域密 着型サービスの事業の人員、設備及 び運営に関する基準第41条)	認知症である利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持または工場を目指し、必要な日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。利用定員18人以下の通所介護事業所。
小規模多機能型居宅介護(指定地域 密着型サービスの事業の人員、設備 及び運営に関する基準第62条)	指定小規模多機能型居宅介護の事業は、要介護者について、その居宅において家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにする事業所。 施設への通いを中心として短期間の宿泊や利用者の自宅への訪問を組み合わせ、家庭的な環境と地域住民との交流の下で日常生活上の支援や機能訓練を行う
看護小規模多機能型居宅介護(指定 地域密着型サービスの事業の人員、 設備及び運営に関する基準第170 条)	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護に限る)の事業は、要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身機能の維持回復及び生活機能の維持また向上を目指すもの 利用者の選択に応じて施設への通いを中心として短期機関の宿泊や利用者の自宅への訪問(介護)に加えて、看護師などによる訪問も組み合わせることで、家庭的な環境と地域住民との交流の下で介護と看護の一体的なサービスを提供
認知症対応型共同生活介護(指定地 域密着型サービスの事業の人員、設 備及び運営に関する基準第89条)	共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事などの介護その他の日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営む 一つの共同生活住居に5～9人の少人数の利用者が介護スタッフとともに共同生活を送る。
地域密着型特定施設入居者生活介 護(指定地域密着型サービスの事業 の人員、設備及び運営に関する基準 第109条の)	指定地域密着型特定施設入居者生活介護の事業は、地域密着型特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事などの介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行う 指定を受けた入居定員29人以下の有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム
地域密着型介護老人福祉施設入所 者生活介護<ユニット型>(指定地 域密着型サービスの事業の人員、設 備及び運営に関する基準第)	ユニット型指定地域密着型老人福祉施設は、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるように配慮し、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援する。 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、保健医療サービス、福祉サービスを提供するものと密接に連携してサービスを提供する ユニットケアは、全部が個室で、プライバシーに配慮した作りとなっている。ユニットは10人以下で構成され、今までの生活と変わらない生活を送れることを志向している

[大和田, 2017] を参考に筆者が作成

#### (5) 地域包括ケア

介護保険において地域包括ケアこそがエイジングインプレイスの要である。2006年に初めて地域包括ケアという用語が登場してから内容は進化している。2009年には、地域包括ケアシステムという用語が登場し、2012年には、地域包括ケアシステムの基盤強化が介護給付費分科会報告書において提言された〔田中滋, 2012〕。

特に、制度創設以来「住まい」が重視されている。この地域包括ケアについては、先に二木による指摘としてシステムという語から与えられている誤解について述べたが、この点については、介護保険の創設メンバーの一人だった香取も同様に地域包括ケアはネットワークであるという解釈をしている〔香取, 2020〕。様々なサービスや支援をネットワーク化することによって、日常生活圏において切れ目のないサービスを提供することを目指すとしている〔厚生労働省老健局振興課, 2019〕。2015年度改定には、現在につながる重要な改定が盛り込まれた。

2018年法改正では、地域包括ケアの中には、自助、互助、共助、公助を柱に、介護、医療、保健、福祉の専門家によるサービスのみではなく、住民主体によるサービスも組み込まれた（訪問型サービスB）。また、これらを適切に活用するための支援を行う生活支援コーディネーターが設置された。介護予防のためのウォーキングや体操などを自主グループで実施している例がみられる。

地域包括ケアとは、重度なケアが必要な状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域の状態のことである〔厚生労働省老健局振興課, 2019〕。高齢化の状況や高齢者の年齢層、地域の状況には格差があり、活用できる社会資源も異なるため、市町村や地域包括支援センター、住民が独自のネットワークを築き上げていく必要がある。

2020年改正では、訪問サービス、通所サービス、その他の生活支援サー

ビスの中に、住民参加型のサービスが互助の強化として組み込まれた。ここで想定されているのは、訪問型サービスは、住民主体による支援、保健・医療の専門職による短期集中型のサービスや移動支援である。通所型サービスに関しても体操、運動、活動などの自主的な通いの場が想定されている。

#### (6) 住まい

介護保険では、通所系、入所系、居住系の三種類のサービスへの保険給付が想定されている。サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームの中で介護サービスを受けるなどを含む多様な住まいに住み慣れた地域の中で住み替えることを含めて暮らすことを想定している。特に介護保険の中で導入された地域密着型小規模多機能型居宅サービスや、地域密着型認知症対応型グループホームなどのサービスは、かなり重度の介護が必要になったときに利用するものとして想定されている。これらの居住系サービスを利用し、切れ目のないサービスを受けながら住み慣れた地域に暮らすことが想定されている。

このように2006年改正によって、介護保険は大きく地域化したのである。

## 4.2. データから見る要介護者の動向とエイジングインプレイス

### (1) 要介護者発生の状況

まずここで最近の要介護者の状況を概観しておく。2020年3月現在で、65歳以上人口（ここでは第一号被保険者の数を用いた）のうち要介護認定を受けている者は481,0075人、第一号被保険者に占める割合は13.4%である。経年変化を見ると、2000年度末には10.0%であったが徐々に上昇し2020年度には13.4%となっている。実数ベースでは、2000年3月から2020年までの20年間で、要介護者の数は約2倍になっている。詳細な変化に着目すると、2006年には要介護者数は前年の3,469,181人から3,196,954人に減少している。割合では、13.4%から11.9%に凋落している。これは既に述べた法改正の影響である。2000年から2020年の20年間の要介護者率の伸び

が、3.4%であるのに対して、2005年から2006年では1年で1.9%も減少したことを考えると政策の影響は少なくない。つまりは、介護保険の利用が抑制されたことの表れである。

## (2) 居宅介護を受ける人の割合

これらの要介護者のうち、居宅において介護を受けて暮らす在宅要介護者数は、2020年では、3,866,608人で、要介護者数全体の約8割が在宅で暮らしている。また、要介護4及び5と認定された重度の介護が必要な者のうち、在宅で暮らしている者は、611,034人、割合で見ると43.5%となっている。居宅介護の内訳には、グループホームや小規模多機能型居宅介護のサービスを受けている人が含まれている。これらの施設は厳密には家ではないが、住み慣れた地域という意味ではエイジングインプレイスという概念には適合する。要介護者率は、20年間で約3%の伸びを示したが、在宅要介護者は1,327,025人から3,866,608人へと実数ベースで概ね3倍近くになった。要介護者のうち、居宅で介護を受けている「在宅要介護者割合」は、59.3%から80.4%に伸びた。2000年度は59.3%、徐々に増加して2015年では85%に達するが、一時的に少し低下し、その後2020年では80%を超えている。これだけ多くの重度な介護が必要な人々が在宅で暮らしていくには、居宅サービスの充実が実に重要になってくる。

## (3) 在宅重介護者の推移

ここでいう在宅重介護者数とは、厚生労働省介護保険事業状況報告書各年3月において報告されている居宅介護を利用する要介護4及び要介護5の数を合計したものである。在宅重介護率は在宅重介護者数を施設サービス利用者及び、居宅介護利用者の両方を合わせた要介護4及び要介護5の全体の数で除したものである。この数値によって、重度の介護が必要になっても、住み慣れた地域において居宅サービスを利用する重度の要介護者がどれだけいるかを把握することができる。この数値は、在宅介護サービ

スの充実を表すものであると同時に、特別養護老人ホームの待機者も含まれていると考えられる。在宅重介護者数は、2000年の243,993人から、2020年には611,034人と20年間に2.5倍になっている。その割合は、2000年には34.9%から2020年には43.5%と8.6%増加した。2020年では、重度の介護を必要としている人のうち43%が居宅で介護を利用して暮らしていることがわかる。これらの経年変化から、介護保険の在宅指向に傾向していることが明らかである。

表2 要介護者数及びその割合の経年変化

年度	要介護者総数 *1	要介護者率 *2	在宅要介護者 数*3	在宅要介護者 割合*4	在宅重介護者 数*5	在宅重介護率 *6
2000年	2,236,584	10.0%	1,327,025	59.3%	243,993	34.9%
2001年	2,491,168	10.8%	1,562,737	62.7%	264,591	36.0%
2002年	2,830,072	11.8%	1,863,467	65.8%	285,870	35.9%
2003年	3,119,688	12.7%	2,143,030	68.7%	324,204	36.5%
2004年	3,285,121	13.1%	2,367,358	72.1%	338,109	36.8%
2005年	3,469,181	13.4%	2,524,344	72.8%	340,880	35.9%
2006年	3,196,954	11.9%	2,454,654	76.8%	354,607	35.7%
2007年	3,228,490	11.7%	2,544,682	78.8%	375,272	36.3%
2008年	3,323,356	11.7%	2,653,972	79.9%	389,288	36.6%
2009年	3,475,457	12.0%	2,791,884	80.3%	431,761	37.7%
2010年	3,606,158	12.4%	2,960,511	82.1%	465,628	39.2%
2011年	3,781,946	12.7%	3,133,089	82.8%	491,575	39.9%
2012年	3,961,839	12.8%	3,320,730	83.8%	514,447	40.7%
2013年	4,102,261	12.8%	3,510,771	85.6%	532,330	41.7%
2014年	4,241,302	12.8%	3,681,832	86.8%	542,678	41.9%
2015年	4,352,284	12.9%	3,819,250	87.8%	550,820	42.0%
2016年	4,459,086	13.0%	3,796,882	85.1%	561,865	42.1%
2017年	4,555,858	13.1%	3,587,690	78.7%	571,162	42.2%
2018年	4,632,085	13.1%	3,665,594	79.1%	585,035	42.7%
2019年	4,711,679	13.3%	3,665,594	77.8%	585,035	42.1%
2020年	4,810,075	13.4%	3,866,608	80.4%	611,034	43.5%

厚生労働省介護保険事業状況報告月報各年3月分よりデータを引用し筆者が作成

\*1 要介護総数は、要介護者の数から要支援、要支援1及び2を除いた数値

\*2 要介護者総数を第一号被保険者数で除した数値

\*3 要介護1～5までの居宅介護者の合計

\*4 居宅介護者数を要介護者総数で除した数値

\*5 居宅において暮らす要介護4及び5と認定された者の合計

\*6 居宅において暮らす要介護4及び5と認定された者の数を要介護4及び5と認定されたものの総数で除した数値

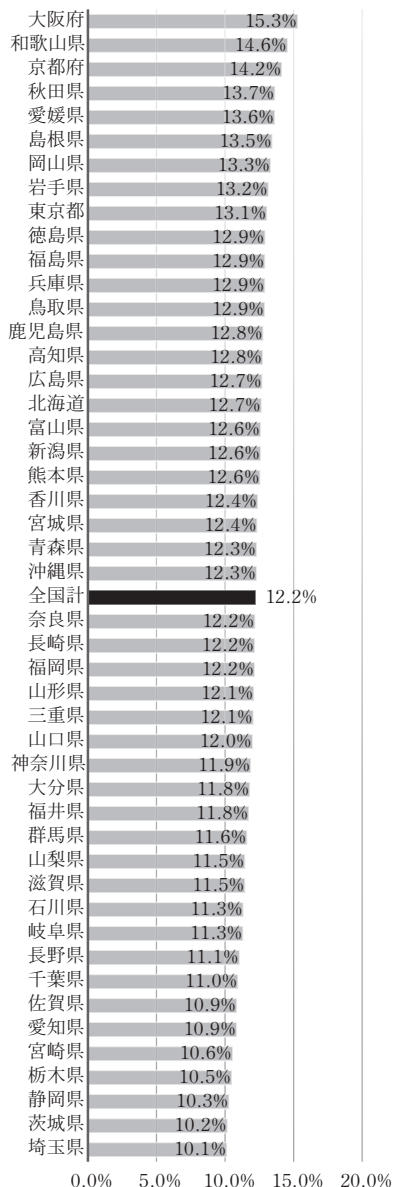
注：この数値は毎月の都道府県の速報データであり修正の可能性がある



さらに、都道府県別に要介護者の発生率を見てみる。要介護者発生率は、要介護認定1～5と認定されている人数を第一号被保険者の数で除して求めた。まず、全国の要介護者発生率は12.2%、最も発生率が高い大阪府では15.3%、最も発生率が低い埼玉県では10.1%と5%以上の差がみられる。要介護者の発生率は都道府県間の格差がみられる。

要介護認定率が最も高かった大阪府は、在宅重度介護率においても最も高い値を示しており、54.6%と、要介護4及び5と認定されている人の半分以上は、居宅介護を利用している。全国値は、43.2%であるが、最も低位の高知県では、25.5%となっている。大阪では重度の介護を必要とする2人に1人が在宅で暮らしており、高知では、4人に1人が在宅ということになる。

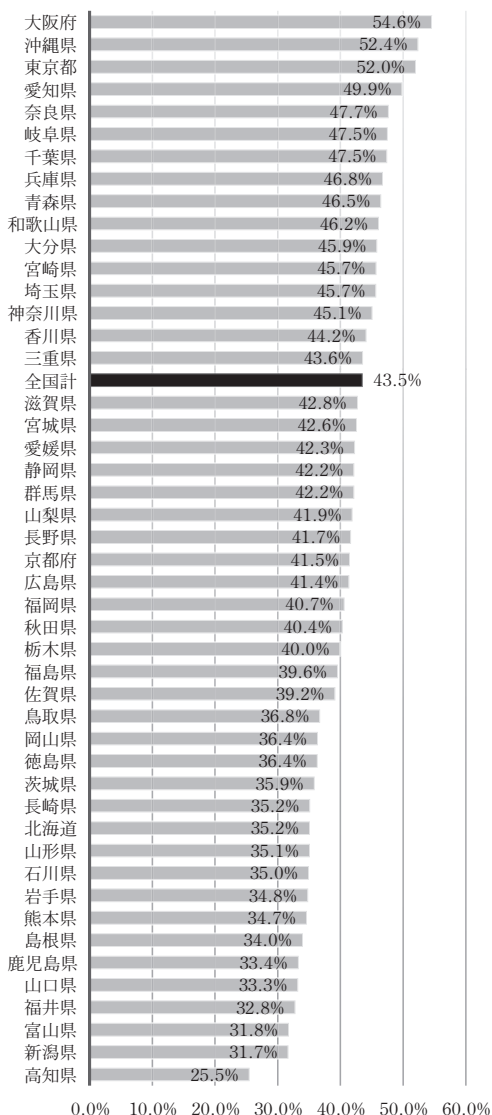
施設入所率は、要介護認定を受けている者のうち、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設のいずれかに入所している者の数を要介



厚生労働省介護保険事業状況報告月報  
2020年3月分よりデータを用いて筆者作成

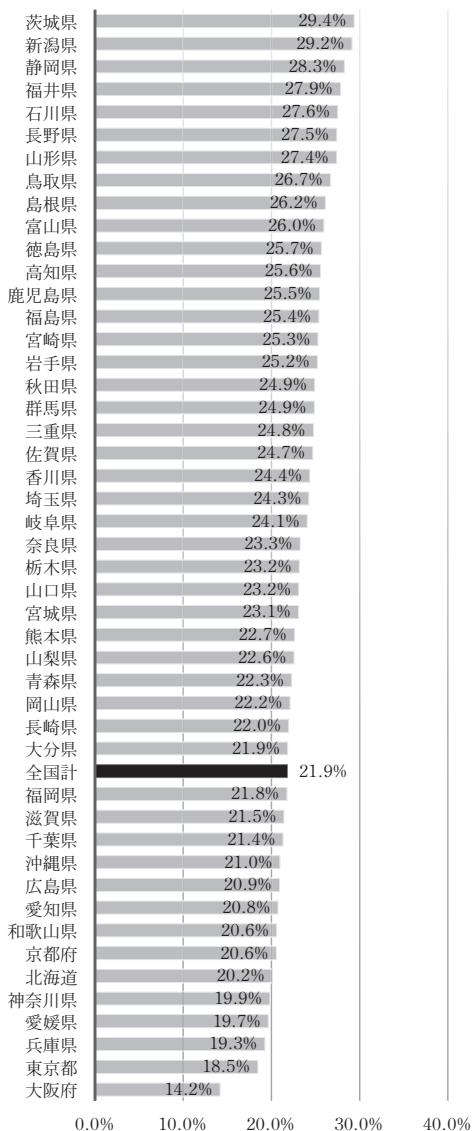
図1 要介護発生率（都道府県別）





厚生労働省介護保険事業状況報告書より  
2020年3月分よりデータを用いて筆者作成

図2 在宅重度要介護者率



厚生労働省介護保険事業状況報告書より  
2020年3月分よりデータを用いて筆者作成

図3 施設入所率

介護認定者全体の数で除して算出した。全国値は、21.9%、最も多い茨城県は29.4%、最も少ない大阪府は14.2%となっている。

全国都道府県の比較で特徴的なのは、大阪府は、最も介護認定率が全国一高いが、重度の介護必要になっても在宅で介護を受ける者の割合が全国一最も、施設入所率は最も低い、エイジングインプレイスの実現都市であるといえる。しかし、この在宅率の高さについては、入所施設の不足から在宅で暮らさざるを得ない待機者なのか、地域密着型入所施設の充実によるものなのかは検証する必要がある。同じ都道府県にあっても、保険者ごとにサービスの状況や重度の介護が必要になった場合の社会資源の状況は異なると考えられ、在宅介護の可能性市町村ごとに検証してみる必要がある。

#### 4.2. 大阪府と高知県の介護サービス資源の比較

在宅重度要介護者率を一つの指標としてみた場合には、大阪府は全国で最もエイジングインプレイスが進んでおり、高知県は最もその割合が低いという結果になった。重度の介護を在宅で受ける高齢者が多い場合、特別養護老人ホームの絶対的な数の不足によって在宅を余儀なくされている場合もある。この点を検証するために、介護サービス量について検証する。厚生労働省によって運営されている地域包括「見える化」システムを用いて、通所、居住、入所施設の一人あたり整備率を比較する。さらに、特別養護老人ホームの待機者の割合について、資源の過不足の観点から、また、社会的サポートの欠如が虐待につながりやすいことから、高齢者虐待割合について検証する。服部は、高齢者虐待は、家族による介護が困難な状況に陥っているかどうかを検証するための一つの指標となるとしている〔服部, 2020〕。

##### (1) 通所系サービスの整備状況

要介護認定されている人一人当たりの通所系サービス定員を見ると、全

国は0.230、高知県は0.24となっており高知県の通所系施設整備状況は、全国よりも水準が高い。他方、大阪府は、0.173と低い。

つまり、大阪府は通所系サービスの整備率が要介護人口に対して低いということになる。

**表3 通所系介護サービス定員（要介護者一人当たり）**

	全国	大阪府	高知県
通所介護	0.121	0.088	0.108
地域密着型通所介護	0.038	0.036	0.056
通所リハビリテーション	0.044	0.033	0.052
認知症対応型通所介護	0.006	0.004	0.009
小規模多機能型居宅介護（宿泊）	0.012	0.006	0.012
小規模多機能型居宅介護（通い）	0.007	0.003	0.005
看護小規模多機能型居宅介護（宿泊）	0.002	0.002	0.002
看護小規模多機能型居宅介護（通い）	0.001	0.001	0.002
通所系サービス合計	0.230	0.173	0.247

厚生労働省による地域包括ケア「見える化システム」よりデータを抽出し筆者作成  
介護保険事業状況報告 令和3年9月月報のデータが使用されている

## (2) 入所系サービス整備率

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養医療施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活、介護医療院を合わせた入所系施設の要介護者一人当たり整備率の合計は、全国0.155、大阪府0.109、高知県0.142人である。大阪府は全国の三分の一程度の整備率となっている。また高知県も全国レベルより低い。

**表4 入所系介護サービス定員（要介護者一人当たり）**

	全国	大阪府	高知県
介護老人福祉施設	0.086	0.063	0.090
介護老人保健施設	0.056	0.038	0.042
介護療養型医療施設	0.004	0.001	0.006
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0.009	0.007	0.004
介護医療院	0	0	0
入所系介護サービス定員合計	0.155	0.109	0.142

厚生労働省による地域包括ケア「見える化システム」よりデータを抽出し筆者作成  
介護保険事業状況報告 令和3年9月月報のデータが使用されている

## (3) 居住系介護サービス

居住系サービスの整備率を見ると、有料老人ホームなどにおける介護サービスである特定施設入居者生活介護は、有料老人ホームなどで暮らす要介護認定を受けた高齢者のためのサービスであるが、全国では0.046、大阪府は0.041、高知県は0.028となっており、このタイプのサービスの整備率は低い。その代わりに、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）、サービス付き高齢者住宅、軽費老人ホーム等小規模な居住施設において介護サービスを付加する地域密着型特定施設入居者生活介護は、高知県での整備率が高い。

表5 居住系介護サービス定員（要介護者一人当たり）

	全国	大阪府	高知県
特定施設入居者生活介護	0.046	0.041	0.028
認知症対応型共同生活介護	0.032	0.022	0.052
地域密着型特定施設入居者生活介護	0.001	0.001	0.005
居住系サービス計	0.079	0.064	0.085

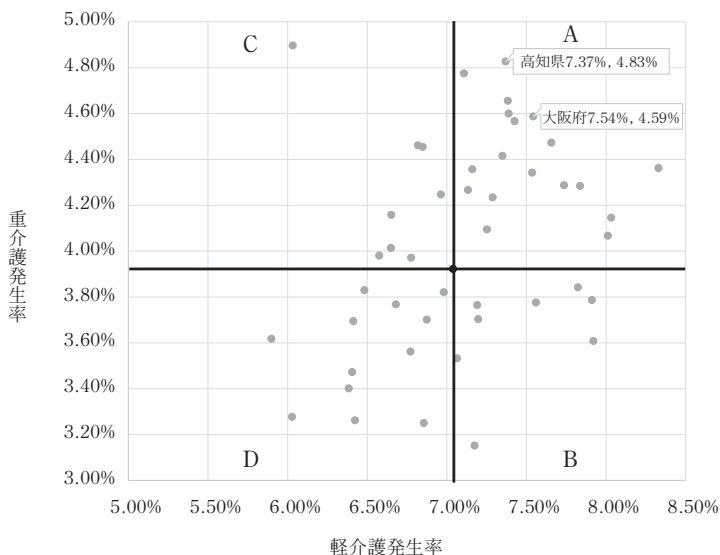
厚生労働省による地域包括ケア「見える化システム」よりデータを抽出し筆者作成介護保険事業状況報告 令和3年9月月報のデータが使用されている

## (4) 軽介護及び重介護の発生率

このようにみても、大阪府は、高知県より人口が若く重度の介護を必要とする人の割合が少ないのではないかと考え、次のようなカテゴリーを試してみた。

要介護1と2を合わせた人数を全要介護者数で除した発生率を軽介護発生率、要介護4と5を合わせたものを同様に処理したものを重介護発生率として図に現してみると、全国値を中心に、A：重介護発生率、軽介護発生率とも全国より高いグループ、B：軽介護発生率は全国より高く、重介護発生率は全国より低いグループ、C：軽介護発生率は、全国より低いが、重介護発生率は全国より高いグループ、D：軽介護発生率も、重介護発生率も全国より低いグループに分類した。その結果、大阪府と高知県の座標はかなり近い位置にあり、同じAグループに属することが分かった。

したがって、要介護者発生の特性が、大阪府と高知県の在宅率の差に影響しているとは考えにくい。

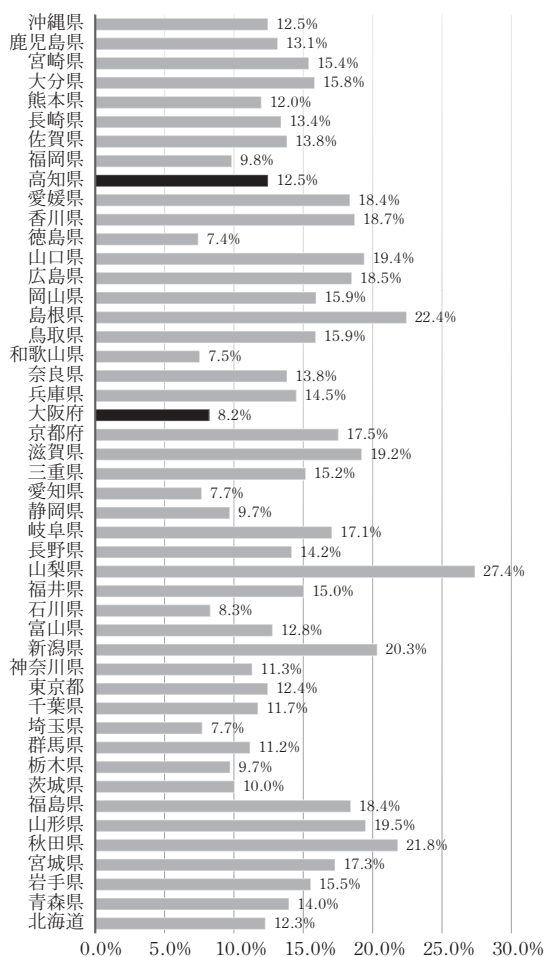


介護保険事業報告書（2019年3月）をもとに筆者作成

図4 軽介護・重介護の発生率

#### (5) 特別養護老人ホームの待機率

2019年に実施された特別養護老人ホームの申込者で入所はしていない待機者について、同じ年の要介護3～5の者の合計で除して、特別養護老人ホーム待機者を算出した〔厚生労働省、特別養護老人ホームの入所申込者の状況、2019〕。これによると、大阪府は、8.2%、高知県は12.5%となっており、大阪府は全体の中でも最も低位に留まっている。高知県はちょうど中ほどである。したがって、大阪府における在宅指向は、極端に特別養護老人ホームの数が少ないことを要因としているためではないと考えられる。



2019年に老健局高齢者支援課によって実施された特別養護老人ホームの申込者の状況から都道府県別の待機者数を介護保険事業状況報告書（2019年3月）の第1号被保険者のうち要介護3～5の者を合わせた数によって除して算出した数を用いて筆者作成

図5 特別養護老人ホーム待機率（2019年）

## (6) 高齢者虐待の状況

社会的介護や家族介護に対するサポートや社会資源の不足は、高齢者虐待につながりやすい[厚生労働省, 2019][服部, 2020]。2019年に全国で実施された「高齢者虐待防止, 高齢者の養護者に対する支援等に基づく対応状況に関する調査結果」により虐待発生件数を第一号被保険者数で除した発生率を全国, 大阪府及び大阪市, 高知県の三者で比較すると, 全国は0.05%, 大阪府(大阪市を含む) 0.08%, 高知県0.04%となっており, 大阪府において虐待と判断された件数は, 高知県の2倍, 全国よりも高い値を示している。これについては, 在宅重介護率の高さが, 直接虐待につながっているかどうかは判断できないが, 注視すべき値である。

表6 2019年高齢者虐待の判断件数, 相談, 通報(養護者による)

	虐待と判断した件数	通報件数	虐待と判断した割合*2	通報割合*2
全国	16,928	34,057	0.05%	0.10%
大阪府*1	1,918	4,455	0.08%	0.19%
高知県	97	235	0.04%	0.10%

\*1 大阪府は政令指定都市であるため独自の調査を実施している。このため数値は大阪府と大阪市が行った調査を合わせた値を大阪府の値としている。

\*2 割合は, 調査が行われた年度末における第一号被保険者の人数に対する割合。全国及び大阪府, 大阪市, 高知県による高齢者虐待防止, 高齢者の養護者に対する支援等に基づく対応状況に関する調査結果より筆者作成

## 5. 結論

### 5.1. 制度に関する考察を中心として

#### (1) 介護保険法改正と地域包括ケアに関する評価

介護保険法の改正によって地域包括ケアは, 少しずつ変化し, 居住系サービスの導入や切れ目のないサービスの導入などエイジグインプレイスを実現するためのサービス体制が整ってきている。しかし, 今後ベビーブー

マーが後期高齢者になることから都市部に爆発的に高齢者が増加することが懸念されている一方で、中山間地域を中心とした人口減少地域ではすでに高齢化のピークを過ぎて、高齢者人口減少に転じている町村もみられる。このように都市部と農村では、まったく異なる状況であるため、地域に合わせたエイジングインプレイスの条件整備が必要になる。

都市部でも、都心のマンションと郊外のニュータウン地域では、地域包括ケアのあり方、サービス供給戦略も異なる。

介護保険サービスは、市場において供給されることになっているが、利用者が多く、効率的にサービスが展開される都市部では多様なサービス資源が市場において供給されていく。他方、中山間地域や離島などでは、サービスの種類が限られ、採算性も悪い。

したがって、エイジングインプレイスの実現を考える際に、地域によってサービスの種類を変更することや、供給の手法自体も地域に合わせた方法を考える必要がある。特に、地域密着型サービスに関しては、それぞれの保険者の抱える課題に合わせた社会資源の供給量を保険者としてコントロールしながら、供給手法について検討する必要がある。

## (2) 住民の主体形成と住民によるサービスの提供

マクロソーシャルワークの観点から見ると、地域包括ケアの中で提案されているような住民の主体形成や住民参加型のサービス提供などは、住民自身が地域の課題を共通に認識し、互いに協力し合って自分たちに必要なサービスを構築していくというのは、かなり高度なことである。

エイジングインプレイスを目標に住民自らがこのような自分たちが地域の中で暮らしていくためのサービスを立ち上げている例が、アメリカに数多くある。20年前にボストンのビーコンヒルから始まったヴィレッジという取り組みで、現在では、全米に300以上のヴィレッジが立ち上げられている。ヴィレッジは全く住民の自主的な活動であり行政の関与はない。

地域において住民を組織化していく手法は、住民自身の自立やエンパワ



メントと関連が深い。また、日常生活圏においての住民参加という考え方に立つときに、町内会組織や老人会組織を利用して行政のニーズに当てはめるような手法を用いることが多いが、このようなやり方は、アメリカのヴィレッジの手法とも、コミュニティ・オーガニゼーションの手法とは乖離がある〔仁科伸子, 2019〕〔石神圭子, 2021〕。

## 5.2. 居宅重介護率からみるエイジングインプレイス

重度な介護が必要になっても住み続けられることの可能性について、在宅重度要介護率から考察したが、果たして大阪府において住み慣れた地域に住み続けるために最適なサービス資源が整備されているかどうかはデータの上からは、確認できなかった。軽度、重度の要介護者の発生率が高いにもかかわらず、比較的少ない資源で対応できているならばサービス効率がよいといえる。

まず、在宅重度要介護者率から観察すると、大阪府は、重度の介護が必要になっても在宅している割合が全国で最も高く50%を超えている。逆に、施設入所率は、全国最低で14.2%で、その次に位置する東京都よりも一段と低い。それでは、入所施設不足によって在宅率が高くなっているのであるかどうかを検証するため特別養護老人ホームの待機率を比較すると、大阪府は8.2%と全国的にも低い位置づけにある。在宅介護の負担が過重になると高齢者の虐待が起きやすいが、これについて全国、大阪府、高知県を比較してみると第一号被保険者の数に対する虐待件数をみると虐待の割合は大阪府が最も高い。通所系在宅サービスの状況を見ると、大阪は、全国、高知県と比較して最も少ない。第一号被保険者一人当たりの居住系サービスの定員を見ると、前出と同様に大阪府が最も低い。軽介護の発生率と重介護の発生率を散布図（図4）に落としてみると、大阪、高知とも全国よりも高い発生率を示している。

以上のような大阪府のデータからエイジングインプレイスが最も進んだ地域と判断するのは短絡的であろう。大阪府は、何らかの理由によって在

宅指向が強いことはまちがいない。今後、在宅指向の要因を明らかにするためには、市町村レベルでの分析が必要である。さらには、地域包括支援センターのサービス圏域別の状況を分析する必要がある。なぜなら、保険者は、都道府県ではなく市町村であること、一つの都道府県の中に中山間地域と大都市が含まれるような場合は、サービス資源や住まい、介護サービス市場に大きな違いがあることから、都道府県レベルでの研究には限界がある。

地域間の違いという点に着目して大阪を見てみると、今後2025年問題といわれる戦後ベビーブーマーが後期高齢者になるという時期において、大阪はまさにそのベビーブーマーの受け皿となった千里ニュータウンを北部に、泉北ニュータウンを南部に抱えている。大阪環状線周辺には戦災で焼け残った木造住宅地域、スプロール地域なども抱えている。これらの地域に暮らす人々の年齢や家族の状況は地域ごとに異なるであろう。したがって、「すまい」とエイジングインプレイスのためのサービスの問題についてそれぞれの地域で異なる状況や課題があるということだ。

今後の研究課題として、市町村レベル及び地域包括支援センターの圏域において研究を進めていく。さらには、特に大都市部の集合住宅地域のような人口が集中している地域と、郊外の戸建て住宅地域のような地域においてどのような社会資源が必要とされているのか、ニーズ面からの研究を進めていく必要がある。

## 〈引用文献〉

- 厚生労働省. (2019年12月25日). 特別養護老人ホームの入所申込者の状況. 厚生労働省プレスリリース.
- 厚生労働省. (2019). 令和元年度「高齢者虐待防止, 高齢者の養護者に対する支援などに関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果. 厚生労働省.
- 厚生労働省老健局. (2016). 日本の介護保険制度について. 東京都: 厚生労働省.
- 厚生労働省老健局振興課. (2019). 介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方. 東京都: 厚生労働省.
- 香取照幸. (2020). 介護保険制度創設20周年を振り返る. Monthly IHEP, 1-5.
- 香取照幸. (2020). 介護保険制度創設20周年を振り返る 介護保険の成り立ちと課題 (2). Monthly IHEP, 1-5.
- 高齢者介護研究会. (2003年). 2015年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～. 高齢者介護研究会.
- 柴田英昭. (2020). 介護保険施行20年 介護保障は達成できたのか. 東京都新宿区: 自治体研究社.
- 仁科 伸子. (2019). 人口減少社会のコミュニティ・プラクティス. 東京都: 御茶の水書房.
- 仁科 伸子. (2021). ビレッジ・ムーブメント 住み慣れた地域に住み続けるための活動 シカゴ・ハイパーク・ビレッジ. わたしたちの福祉第78号, 10-11.
- 石神圭子. (2021). ソール・アリスキーとデモクラシーの挑戦 20世紀アメリカにおけるコミュニティ組織化運動の政治史. 札幌: 北海道大学出版.
- 大熊由紀子. (1990). 「寝たきり老人」のいる国いない国. ぶどう社.
- 大森 彌, 山崎史郎, 香取照幸, 稲川武宣, 菅原弘子. (2019). 介護保険制度史 基本構想から法施行まで. 東京都中央区: 東洋経済新報社.
- 大和田 修弘. (2017). 地域密着型サービスの概要. 関東甲信越厚生局.
- 田中滋. (2012). 報酬改定からかご保険制度の進化を考える. Monthly IHEP, 1-7.
- 二木立. (2016). 地域包括ケアシステムから「全世代・全対象型地域包括支援」へ. 著: 二木立, 地域包括ケアと福祉改革 (ページ: 16-24). 東京都文京区: 勁草書房.
- 服部万理子. (2020). 介護保険の誕生からたどる現在の課題. 著: 柴田英昭, 「検証 介護保険施行20年」(ページ: 69-94). 東京都新宿区: 自治体研究社.

## A Study on Aging in Place through the Japanese Long-term-care Insurance System

Nobuko NISHINA

### 《Abstract》

This study is about aging in place under the revision of the Long-term Care Insurance Law and the data of long-term care insurance. The Long-term Care Insurance Law is focused on aging in place as the preferred option. Many revisions have been made to the law since its enactment. In the 2005 revision, the concept of community-based comprehensive care was introduced. Community-based comprehensive care is defined in various ways according to the actual conditions of the community, but since the establishment of the community based comprehensive care system, the theme has been to “continue to live in a familiar community.”

In order to objectively observe the degree to which aging in place has been realized, the ratio of persons receiving long-term care and living at home at level 4 and level 5 was considered by prefecture. As a result, looking at the data, Osaka Prefecture had the largest number of people living at home with care. By way of contrast, in Kochi prefecture, the percentage of people who receive long-term care services at home was low. Further analysis of Osaka Prefecture revealed that the amount of service supplied at home and in the hospital was the lowest in Japan.