

基礎研 レポート

「治る」介護、介護保険の「卒業」は可能か

改正法に盛り込まれた「自立支援介護」を考える

生活研究部 准主任研究員 三原 岳

(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに

「治る」介護、介護保険の「卒業」は可能か。筆者は先月25日、「自立支援は誰のため？」と題するイベントで講演者及びモデレーターとして関わり、「和光方式」と呼ばれる行政主導の地域包括ケアを独自に構築している埼玉県和光市保健福祉部長の東内京一氏、元日本経済新聞編集委員で福祉ジャーナリストの浅川澄一氏、約100人の参加者とともに、国の「自立支援介護」について議論した¹。

ここで言う「自立支援介護」とは、リハビリテーションの充実などを通じて、「治る」介護、あるいは要介護認定²を外れる介護保険の「卒業」を含め、要介護状態の維持・改善を目指す国の政策であり、増大する介護給付費の抑制が主な目的である³。特に経済財政諮問会議（議長：安倍晋三首相）では、要介護認定率が下がった和光市や大分県の事例を引き合いに出し、自立支援介護を強化する必要性が主張され、来年4月施行の改正介護保険法では⁴要介護度を改善した市町村を財政的に優遇するインセンティブ制度が盛り込まれたほか、来年4月に控えた介護報酬改定でも重点項目として挙げられている。

しかし、要介護度の維持・改善を図る「治る」介護、あるいは介護保険の「卒業」がどこまで可能なのだろうか、そしてどのような論点や課題があるのだろうか。本稿では自立支援介護を巡る動向を考察し、「治る介護」や介護保険からの「卒業」がどこまで可能かどうか検証する。その上で、自立支援介護の論点や課題を考えると同時に、イベントの内容を通じて、必ずしも和光方式が要介護認定の引き下げを狙っているわけではない点を指摘する。

さらに、和光方式が給付抑制の手段として国策に位置付けられたり、自治体の注目を集めたりしている背景を考察し、①介護保険を巡る負担と給付の在り方を考える必要性、②地域の事情・特性に応じたケア体制を整備する重要性—を論じることにしたい。

¹ これは都内で開催された「自立支援は誰のため？」というイベントであり、今年2月9日の第1回に続く第2回。イベント開催ではボランティアスタッフ、会場を提供して頂いたサイボウズ㈱、登壇した東内氏、浅川氏、フリーライターの中澤まゆみ氏、指定発言者にご協力を頂いた。この場を借りて感謝したい。第1回の概要はウェブサイトを参照。

<https://jiritsushien.jimdo.com/>

² 要介護認定は軽程度の要支援1~2、重程度の要介護1~5があるが、原則として要支援も含めて「要介護」で統一する。

³ 「自立支援介護」は特に法令上、定義された言葉ではないが、本レポートでは「介護予防の強化を通じて、要介護度の維持・改善を図ることで、給付抑制を目指す国の政策」と定義する。

⁴ 法律名は「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」。

2—自立支援介護を巡る制度化プロセス

最初に事実関係を整理しよう。介護保険の総費用は制度創設時の3.6兆円から2015年度までに9.8兆円に増加し、介護給付費を抑制するための手段として、自立支援介護を強化する動きが強まった。

制度化に繋がる議論が本格化したのは2016年4月の経済財政諮問会議だった。臨時委員として出席した塩崎恭久厚生労働相（肩書は当時、以下は全て同じ）が要介護認定率を引き下げた和光市と大分県の事例を挙げつつ、「保険者機能、つまり市町村を通じた介護予防等に関する好事例の全国展開を進める。（中略）こういうことをやっていかなければ、長持ちする良い制度はできない」と説明した⁵。

その後、同年5月に開催された社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）介護保険部会でも同じ資料が紹介され、厚生労働省は「効果的な介護予防の仕組の横展開」を進める際の事例候補として、和光市と大分県の名前を挙げた⁶。具体的には、和光市の取り組みについては、①自立支援に資する高齢者に対するケアプラン（介護サービス計画）の調整・支援、②効果的ケアマネジメントの質の向上による給付適正効果—などを挙げたほか、多職種が集まる地域ケア会議（後述）を拠点に「要支援・要介護者を元気」にすることを目指す大分県の事例が紹介された。

こうした流れを受けて、同年6月に閣議決定された「骨太方針2016」では自治体の好事例を全国展開するとし、保険者機能の強化や市町村による高齢者の自立支援・介護予防を通じた給付の適正化に向けたインセンティブ設計などについて、年末までに結論を得ると定めた。

さらに、塩崎厚生労働相は2016年10月の経済財政諮問会議で、やはり先進事例として和光市と大分県について「要介護認定率の低下や保険料の上昇抑制を既に実現している」と説明した上で、こうした事例を全ての市町村に拡大するための法改正に取り組むと表明した⁷。2016年11月の財政制度等審議会（財務相の諮問機関）建議でも地域差の是正に向けた市町村の権限強化と給付適正化に向けた市町村向けインセンティブ制度の創設を訴えた。こうした流れを踏まえ、2017年の通常国会で成立した改正介護保険法では、▽要介護の維持・改善を図る自立支援介護の強化、▽要介護度を改善した市町村を財政的に優遇するインセンティブ制度の創設⁸—が盛り込まれた。

給付抑制の観点だけでなく、経済成長戦略を話し合うために創設された未来投資会議（議長：安倍首相）の動きもあった。会議では「要介護になった人をもう一度自立状態に引き戻す介護」の必要性が論じられ、安倍首相は「目の前の高齢者ができないことをお世話する」従来の介護に代わり、「高齢者が自分でできるようになることを助ける自立支援」に軸足を置くことで、「本人が望む限り、介護は要らない状態までの回復をできる限り目指す」と述べた⁹。

⁵ 2016年4月4日経済財政諮問会議議事要旨。なお、これに先立つ動きとしては、2014年4月の経済財政諮問会議で新藤義孝総務相が前日に和光市を視察した経験に触れ、「介護保険料が下がり、介護対象から外れる人も出ている」と紹介していたほか、2015年6月の経済財政諮問会議に提出された塩崎厚生労働相の資料でも「介護予防や住民主体の活動の取組等が進んでいる自治体で要介護認定率が低下しているとのデータもあることから、効果が出ている自治体の取組の全国展開」としており、同月に閣議決定された「骨太方針2015」に「効果的な予防と介護を実現している自治体の取組を全国に拡大」という文言が入っていた。新藤総務相の発言は2014年4月22日の経済財政諮問会議議事要旨、塩崎厚生労働相の資料は2015年6月10日の経済財政諮問会議提出資料を参照。

⁶ 2016年5月25日第58回社会保障審議会介護保険部会資料。同様の資料は同年9月30日の第65回でも提出された。

⁷ 2016年10月21日経済財政諮問会議議事要旨。

⁸ インセンティブを巡る議論は本レポートで詳しく触れないが、2017年11月10日の介護保険部会では自治体の取り組みを評価するインセンティブ指標案として、79項目が示された。

⁹ 2016年11月10日未来投資会議議事要旨。その後、2017年6月の「未来投資戦略2017」によると、①次期介護報酬改定で効果のある自立支援を評価、②自立支援の効果が科学的に裏付けられた介護の実現に向け、必要なデータを収集・分析する

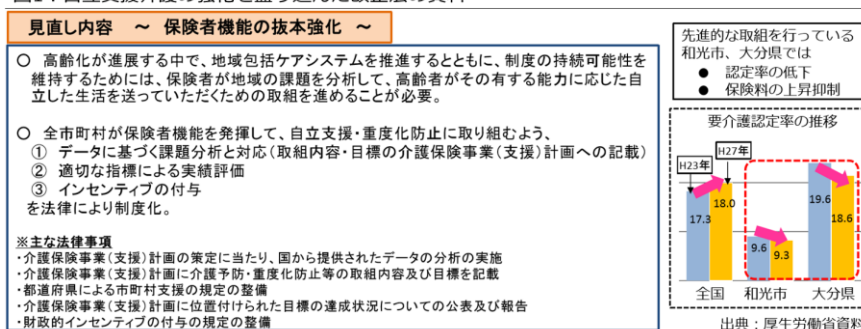
こうして自立支援介護が注目されているわけだが、以上の経緯を踏まえて、どんなことが言えるだろうか。第1に、「介護給付費を抑制する切り札」として、自立支援介護が政治サイドから発せられた議論であることが分かる。

第2に、要介護認定率が下がった事例として、和光市と大分県が頻繁に引き合いに出される点も指摘できる。例えば、介護保険法改正時の資料では図1の通り、2011～2015年の間で和光

市は9.6%→9.3%、大分県は19.6%→18.6%に要介護認定率が下がった点を挙げている。

インセンティブについての考察は他日を期すとして、本レポートでは11月25日のイベントの内容や議論も含めて、自立支援介護の論点を考察する。

図1：自立支援介護の強化を盛り込んだ改正法の資料



3—国の自立支援介護を巡る論点

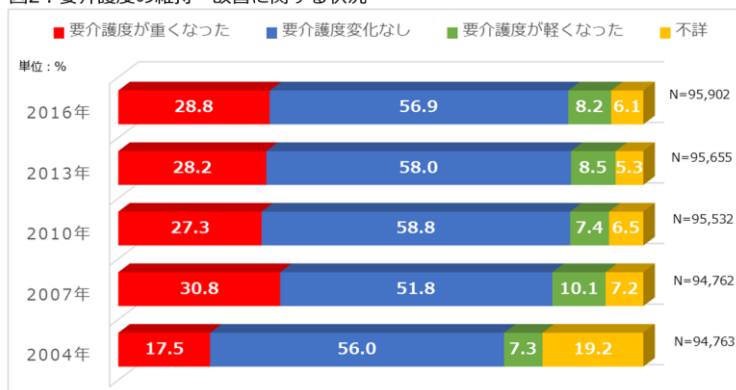
1 | 全ての高齢者に当てはまるのか

一見すると、自立支援介護は高齢者が「元気」になるだけでなく、要介護度が下がれば介護保険給付費も抑えられるため、「一石二鳥」に映る。

だが、①全ての高齢者が要介護度を維持・改善できるわけではない、②元々は「高齢者の自己選択による尊厳」を掲げていた「自立」の意味が変化した、③介護保険が掲げた「自己選択」の理念が失われる危険性がある、④要介護状態に備えた保険料を使い、要介護度の維持・改善を図るのは論理的な矛盾をはらむ、⑤和光方式は予防に限らない—という点に留意する必要がある。

以下、順を追って考察すると、まず「治る」介護や介護保険の「卒業」がどこまで可能なのだろうか。1年前の要介護度から改善したかどうか3年ごとに尋ねている厚生労働省の「国民生活基礎調査」を見ると、図2の通りに要介護認定が変化していない人は50%以上、軽くなった人は7～10%程度に及ぶ。このように要介護度を維持・改善する人がいる以上、介護予防の効果を全ては否定できない。

図2：要介護度の維持・改善に関する状況



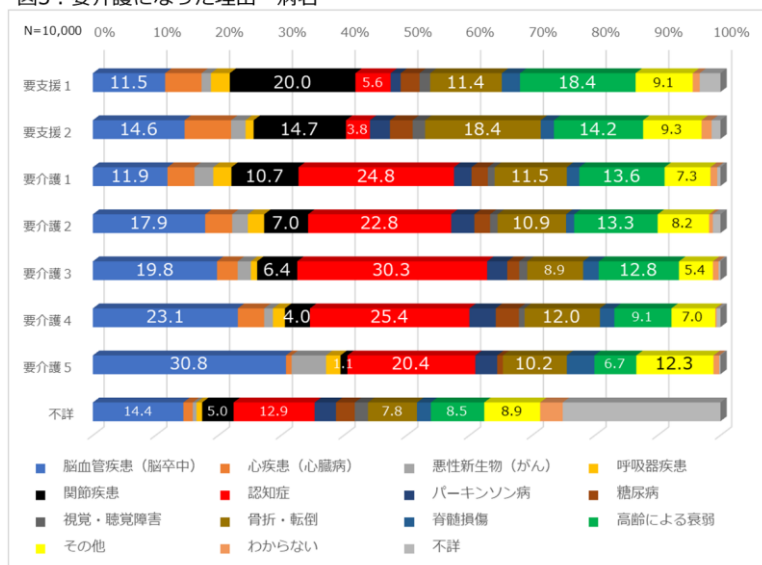
しかし、全ての高齢者が「治る」または介護保険を「卒業」できるわけではないことに留意する必

データベースを2020年度までに本格運用、③データ分析による科学的な効果が裏付けられた介護サービスについて、2021年度以降の介護報酬改定で評価するとともに、そうしたサービスが受けられる事業所を公表する—といった文言が入り、「科学的介護」の検討は2017年10月に設置された厚生労働省の「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」で論じられている。

要がある¹⁰。実際、要介護になった理由・病名を見ても、図3の通り、要介護1～5では認知症が20～30%を占める。今後、高齢化が進む中で、認知症ケアは重要となるが、認知症の人は専門職や地域住民、家族などの支えでQOL（生活の質）を維持できたとしても、要介護状態から脱却することは難しいと言わざるを得ない。

介護は個人差が大きいので、個々の状況やデータを見ていく必要があるとはいえ、「治る」介護や介護保険からの「卒業」が全ての高齢者に当てはまるわけではないことを踏まえる必要がある。

図3：要介護になった理由・病名



出典：厚生労働省「2016年国民生活基礎調査」を基に作成

2 | 「自立」の意味が変化しているのではないか

第2に、「自立」の意味が変化した点である。これを理解する上では介護保険が2000年4月に創設された際の経緯に立ち返る必要がある。

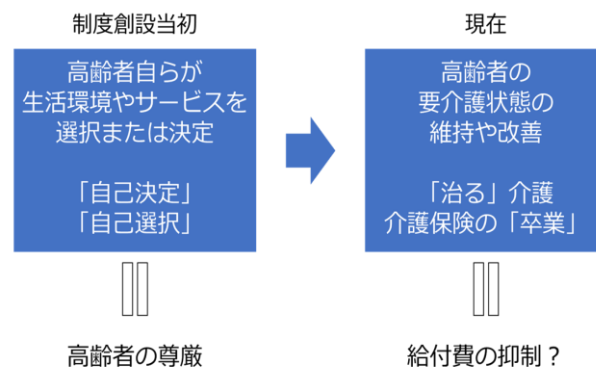
当時、高齢者がニーズに応じてサービスを自ら選択し、サービスを使いつつ、その人らしく暮らすことを支援することに力点が置かれており、この背景には従来の高齢者介護に対する反省があった。介護保険が導入される以前、市町村が高齢者に対する支援の内容を一方的に決める「(行政)措置」制度であり、高齢者に選択権はなかった。

これに対し、介護保険は制度創設当時、高齢者が自らサービスを選ぶことに力点を置いていた。介護保険制度創設の流れを形成した旧厚生省の有識者委員会「高齢者介護・自立支援システム研究会」が1994年12月にまとめた報告書を見ると、「社会の中心的担い手として行動し、発言し、自己決定してきた市民が一定年齢を過ぎると、制度的には行政処分（注：ここでは措置を指す）の対象とされるのは成熟社会

にふさわしい姿とは言えない」「社会環境の変化を踏まえ、介護が必要となった場合、高齢者が自らの意思に基づいて、利用するサービスや生活する環境を選択し、決定することを基本に据えたシステムを構築すべき」と指摘していた。結局、こうした議論は制度化の論議でも踏襲され、介護保険法に「自己選択」の文言が入った。

学識者として制度創設に関わった大森彌氏による書籍でも「自立支援」とは高齢者による自己選択

図4：「自立」の意味の変化



出典：筆者作成

¹⁰ そもそも要介護認定とは病状の重さや軽さを評価するのではなく、食事など日常的な行為についての手間暇に要する時間をベースにしている分、高齢者の状態や認定者の判断などで認定の判定が変わる可能性がある点に留意する必要がある。

権の現われとし、自己選択を通じて高齢者の尊厳が保たれるとしている¹¹。言い換えると、要介護状態になっても自己選択することを「自立」と指摘しており、介護保険法が想定している「自立」とは本来、「治る」介護や介護保険の「卒業」を意味していなかった。

これに対し、国の自立支援介護で言う「自立」は介護保険の給付費を抑制するため、「治る」介護、あるいは介護保険からの「卒業」を含めて、要介護状態の維持・改善を目指しており、図4の通りに「自立」の意味が「自己選択による尊厳→給付抑制のための介護予防」に変化したと言える。要介護認定の結果、介護保険の給付対象外となる「非該当」の高齢者を一般的に「自立」と呼んでおり、同じ言葉を使っている分、違いが分かりにくくなっているが、「非該当となるように高齢者を支援する」と言い換えれば、図4の変化が浮き彫りになるだろう。

介護給付費の抑制は必要なテーマとはいえ、同じ「自立」という言葉でも意味が大きく変わった点、しかも制度の根幹に関わる修正を含んでいる点がどこまで関係者の間で認識されているだろうか。

3 | 自己選択の理念は失われないか

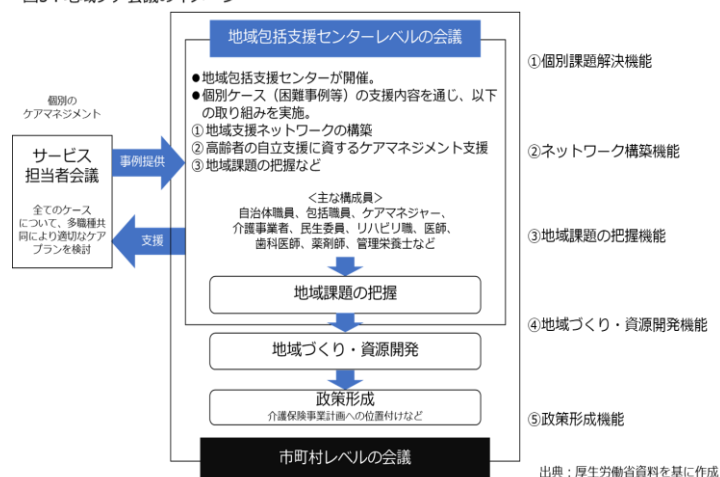
第3に、行政の介入が強化される結果、介護保険が掲げた自己選択の理念が失われる危険性である。政府の自立支援介護で重視されているのは、個別の事例について多職種が連携する「地域ケア会議」という場であり、そのイメージは図5の通りである。これは和光市の取り組みを横展開した制度であり、2015年の制度改正で全ての市町村に設置が義務付けられ、図5のように5つの機能を果たすことが期待されている。

さらに、政府の自立支援介護では地域ケア会議を拠点にしつつ、介護予防を強化している。

具体的には、要介護者のニーズを把握したり、サービスを調整したりするケアプラン（介護サービス計画）の内容チェックを含めて、介護予防を強化することが想定されている。

ただ、行政主導の地域ケア会議は介護保険のコンセプトと合わない面がある。現在の仕組みでは、市町村が介護の必要度を要介護認定で判定し、主にケアマネジャー（介護支援専門員）と呼ばれる専門職がケアプランを作ること、利用者はケアを受けられる。これは制度創設時に「要介護認定の段階で市町村がケアの内容まで介入すると、措置と変わらなくなる」という判断があり、要介護認定とケアプラン作成の主体、プロセスを切り離すことで、市町村がケアの内容に過度に介入することを避けようとした経緯がある¹²。

図5：地域ケア会議のイメージ



¹¹ 大森彌編著（1992）『高齢者介護と自立支援』ぎょうせい pp7-10。

¹² 当時の政策立案者らが書いた介護保険制度史研究会編（2016）『介護保険制度史』社会保険旬報社 pp75-76 では「措置制度を廃止し社会保険方式を導入していく以上、行政がケアマネジメントを独占し、サービス内容を一方的に決定していく仕組みは採り得ない」要介護認定という新たな概念の導入は、問題をさらに複雑化させた。問題の第1は、要介護認定は性格上、保険者が行うべき行為であるが、これによってサービス内容が一方的に決定されるのであれば、実質的に措置制度と変わら

これに対し、政府の自立支援介護では、地域ケア会議を中心にケアプランの内容に自治体が踏み込む可能性がある。ましてや、そこに財政インセンティブが絡めば、優遇措置目当ての自治体が要介護度の改善を目指して必要以上に介入する危険性がある。これは措置に近い状況となり、介護保険が当初に掲げた「自己選択」の理念が失われる危険性を伴わないだろうか。

4 | 論理的な整合性が取れているか

第4に、予防強化のため、介護保険料を充当することが制度の趣旨に沿っているのか考える必要もある。確かにリハビリテーションなどを通じて虚弱化を避けられる可能性があり、介護給付費を抑制できれば、税金や保険料の負担が減ることになり、納税者や被保険者はメリットを受ける。

しかし、高齢になれば誰も心身に不具合を感じることは避けられず、介護保険制度は本来、高齢者人口の増加に伴って介護が国民にとって日常的なリスクになったため、その時に備えて保険料を出し合う目的で創設された。そして社会保険といえども「保険」である以上、保険料を払った人には反対給付を伴う必要がある。

では、給付抑制を目指す予防強化のため、保険料を大々的に使う場合、どんなことが起きるだろうか。40歳以上の国民は加齢に伴う要介護状態に備えて介護保険料を強制的に払わされているにもかかわらず、保険を使わせないための事業に保険料を充当することになる。さらに、政府の議論によると、介護サービスを使わない状態に「卒業」した場合、介護保険料から「ご褒美」としてインセンティブを付与するとしている。これは論理的矛盾をはらんでいないだろうか。

予防対策に保険料を使うことを全て否定できないが、こうした論理的な整合性を常に意識しなければ、制度に対する国民の信頼性が下がることになりかねない。

5 | 和光方式は予防だけか

さらに、和光方式が予防に限らないにも留意する必要がある。25日のイベントで東内氏は以下のように説明した。

- ▽ 高齢者だけでなく、障害者や生活困窮者、子育て、食育、データヘルスなど保健福祉、子育て政策を横断的に進めている。
- ▽ マクロの介護保険事業計画策定とミクロのケアマネジメントを融合している。例えば、日常生活圏域ごとに、虚弱化、尿失禁、足のトラブルなど個別事例の積み重ねを通じた地域課題の「見える化」を進めているほか、そのためにニーズ調査を通じて要介護状態などの生活ニーズのほか、個人の認知機能や生活課題、居住環境を把握している。
- ▽ 保険料を上乗せし、栄養改善や紙おむつ、送迎サービスを市町村特別給付として実施している。
- ▽ グループホームの家賃助成や介護保険料の費用助成などを市単独事業として実施している。
- ▽ 訪問介護系定期巡回・随時対応型訪問介護看護の導入率が高く、在宅ケアを重視している。

ないことになってしまうのではないかと。問題の第2は、要介護認定においても評価が行われるならば、ケアマネジメント機関が行うアセスメントと内容がほぼ重複してくるのではないかとという点であった」とし、要介護認定とケアマネジメントを切り分ける判断に至ったとしている。

▽ 身体、精神、経済のアセスメントを基に、それが個人的因子なのか、環境的因子なのか分析し、尊厳確保と QOL の向上を目指す。悪化しても見捨てないし、改善しても介護保険の対象から外れるだけなので、予後予測やケアの対象であり続ける。要介護認定率の引き下げを目的としない。

こうした全体を俯瞰した説明を通じて、和光方式が予防に限らないことが分かる¹³。公権力を持つ行政機関が主導する弊害¹⁴として、専門職の専門性が損なわれる危険性などに留意しなければならないが、地方自治法で「自治事務」¹⁵に位置付けられている介護保険は制度創設時、「地方分権の先駆け」と言われていたことを踏まえると、多くの人的資源や予算を投入しつつ、市町村独自の判断で上記のような政策を総合的に実施している点は評価される必要がある。

4——自立支援介護に注目が集まった背景

1 | 「和光方式＝予防」のイメージ

では、これだけの論点や課題を抱えた自立支援介護が十分に検証されないまま、なぜ政府の制度になったのだろうか。

まず、「和光方式＝予防」という理解が広がった経緯を見る。和光方式を網羅的に紹介する著書としては、東内氏が監修者になる形で2015年に発刊された『埼玉・和光市の高齢者が介護保険を“卒業”できる理由』（メディカ出版社）が挙げられる。ここでは冒頭、表1の7点を和光方式の特色として列挙しており、和光方式の全体像を解説している。

その一方、本のタイトルにある通り、要介護認定が外れたケースを介護保険の「卒業」と表記した上で、表2の事例を用い、和光市では自立を後押しする介護サービスの提供によって、要支援者の約40%が毎年、介護保険を卒業していく」と強調している¹⁶。政府の自立支援

表1：和光市の取り組みを紹介する書籍に書かれた和光方式の特色

- ①高齢者を自ら元気になるために「頑張る気」にさせる工夫
- ②高齢者の心と身体、生活の実態を把握する調査・分析
- ③綿密な調査・分析に基づくサービス基盤の整備
- ④介護保険にない和光市独自のサービス整備
- ⑤高齢者の心や身体、環境にも配慮したきめ細かな支援
- ⑥市の方針である介護予防、自立支援を実践する専門職の育成
- ⑦支援目標を共有する専門職による多職種連携

出典：宮下公美子著、東内京一監修（2015）『埼玉・和光市の高齢者が介護保険を“卒業”できる理由』メディカ出版pp8-9を基に作成

表2：和光市の取り組みを紹介する書籍に書かれた和光方式の「卒業」の事例

年月	状態
～2011年12月	夫とともに30年間にわたり、弁当屋を営む。心身共に健康で、ソーシャルダンスを楽しみ、新宿や渋谷までコンサートに出掛けるなど活動的に過ごす。
2011年12月	心筋梗塞で緊急入院。一時、心停止し、蘇生術を受ける。3カ月間、ほぼベッド上で安静に過ごす。
2012年3月	退院に向けて受けた要介護認定では「要介護4」。
2012年7月	更新認定で「要介護1」。
2013年1月	更新認定で「要支援2」。
2013年8月	更新認定で「要支援1」。
2014年1月	更新認定を受けず、介護保険を「卒業」。体操などを行う送迎付きの地域支援事業プログラムに週2～3回通う。
2014年8月（現在）	送迎なしの体操教室に週1回、片道35分かけて歩いて通う。

出典：宮下公美子著、東内京一監修（2015）『埼玉・和光市の高齢者が介護保険を“卒業”できる理由』メディカ出版p9を基に作成

¹³ なお、筆者が和光方式の説明を体系的に聞いたのは3回目である。

¹⁴ 11月25日のイベントでは和光市で働くケアマネジャーから「介護保険サービスからケアプランに落とし込むのではなく、課題からプランを作り上げたり、インフォーマルなサービスをプランに入れたりできるので、教科書通りにケアマネジメントができる」といった和光方式を評価する意見が示された一方、行政主導を通じてケアマネジャーの専門性が失われたり、市民のサービス選択が阻害されたりする危険性を懸念する声も出た。

¹⁵ 2000年の地方分権一括法では、国が自治体に事務を代行させていた「機関委任事務」が廃止され、パスポートの支給など国が法律に基づいて自治体に委任する「法定受託事務」と、自治体の判断で内容や進め方を決定できる「自治事務」が創設された。介護保険は自治事務であり、法令に違反しない限り、自治体の判断で独自政策を展開できる。

¹⁶ なお、11月25日のイベントで東内氏は「最近『卒業』という言葉を使っていない」と述べた。

介護が、こうした「卒業」を重視する流れの上であり、「横展開」を目指しているのは既述した通りである。

メディアの報じ方を見ても、こうした切口で和光方式を取り上げてきた。主要新聞のデータベースを使い、介護予防を通じて要介護認定を外れることを介護保険の「卒業」と紹介した初めての記事を検索すると、『朝日新聞』は国の制度化が決まる2017年6月17日まで登場しないが、『日本経済新聞』は2009年6月17日、『読売新聞』は2013年12月7日までさかのぼることができる。

その他の媒体でも「介護からの“卒業式”」と題したNHKクローズアップ現代の番組が2014年5月12日に放映され、『週刊朝日』2015年11月13日号には「4割以上が介護保険“卒業”」という見出しで和光方式を紹介している。

2ページで述べた制度化プロセスを見ても、2014年から経済財政諮問会議で和光方式が話題になっており、「和光方式=予防」というイメージは2013~2015年頃からイメージが固まったと言える。

2 | 国の事情

しかし、メディアの報道やイメージだけで国の政策として位置付けられることはない。ここには国、自治体など政策当局者の判断が影響していると考えられる。

まず、国の事情についてみると、給付抑制や負担増の議論を避けるため、自立支援介護が期待されている面がある。冒頭に触れた通り、介護費は制度創設時の3倍程度に増加し、財政の健全性や持続可能性を高める上で、筆者としては、①軽度者向けの給付抑制、②40歳以上65歳未満を対象とした第2号被保険者の年齢引き下げ、③高額所得高齢者の保険料引き上げ、④財源を確保した上で、給付費の50%を投入している税金の増加—などの対策は避けられないと考えている。

しかし、政府・与党には負担と給付の関係を真正面から考える議論を避ける傾向が強く、むしろ10月の総選挙公約でも「50万人の介護受け皿整備」「介護職員の更なる処遇改善」（自民党）、「低所得高齢者の介護保険料の負担軽減」「介護従事者の賃金引き上げなど処遇改善」（公明党）という政策を掲げていた。こうした中、国民の反発が少ない自立支援介護が給付抑制の手段として注目されていると言える。

3 | 自治体の事情

自治体の事情も影響している。自治体は現在、日常的な生活圏域で最期まで暮らすことを支援する地域包括ケアの推進が求められており、何か新しい政策に取り組まなければならない雰囲気がある。そこで、行政主導で進められている和光方式の一部分だけに注目している可能性がある。

言い換えると、予防強化による「卒業」というイメージ先行で自治体が和光方式に飛び付いている、あるいは飛び付きやすくなっている構図が生まれているのではないか。これは制度創設時に「地方分権の先駆け」と位置付けられることで、地域の事情・特性に応じて独自の政策を自ら立案・推進するように推奨された介護保険制度の本来の姿からかけ離れているのではないだろうか。

5 — おわりに

中国を初めて統一した秦の始皇帝は不老不死を求め、その薬として水銀まで飲んだという説がある。

平均寿命が上がった今もなお、始皇帝の願望は実現できていないが、要介護度の維持・改善を図る自立支援介護は給付抑制の目的だけでなく、不老不死という人類の望みを反映しているのかもしれない。

しかし、人は必ず老い、衰弱し、死んでいく。2025年には65歳以上人口が人口の3分の1を占める中で、認知症を含めて高齢化に伴う要介護状態は誰にでも起きる問題になる。介護保険制度は本来、こうしたリスクが国民にとって日常的になったため、その時に備えて保険料を出し合う目的で創設されたのである。

この状況では自立支援介護を通じて「治る」介護、介護保険の「卒業」を目指したとしても、限界がある。確かにリハビリテーションや介護予防の重要性を全て否定するわけではないが、全ての高齢者に当てはまるわけではないことを認識しなければならない。

さらに、要介護度の維持・改善を促す自立支援介護は本レポートで述べた通り、様々な課題を持っている。むしろ、自立支援介護の制度化が進んだプロセスや背景を探ると、負担増や給付抑制などの議論を避ける政治や、一部分を模倣しようとしている自治体の姿が浮き彫りになる。

今後の高齢者介護をどうするか、そのための仕組みをどう地域で作るのか、あるいは費用の負担を社会全体でどう支えていくのか。自己選択や地方分権などを掲げた介護保険の原則をベースにしつつ、国レベルで負担と給付の在り方を考えるとともに、地域の事情・特性に応じたケア体制を構築する方が重要なのではないだろうか。