

# 地域包括ケアの現状と経済的な利用可能性



同朋大学社会福祉学部准教授 鶴田 禎人

## ～要旨～

地域包括ケアの現状について、公的統計の分析から、訪問診療や訪問看護を行う医療機関、地域密着型や居宅サービスなどの在宅生活の継続を支えるストラクチャーが整備され、プロセスとして特に中重度者によるその利用が進められてきたことが分かった。

しかし、高齢者の多くは在宅での療養生活に不安を抱えており、その背景には、24時間のサービス提供や看取りを提供できる在宅療養支援診療所・病院、地域包括ケアの核となる定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護を始めとした地域密着型サービスの普及が未だ不十分なこと、自治体規模等によって資源整備に格差がみられることなどがある。

さらに、地域包括ケアにおける在宅の中心は、サ高住のような集合住宅に移りつつあるが、サ高住の経済的な利用可能性は、比較的収入が高い高齢者も多い、都市部においても必ずしも高くはない。医療・介護サービスにおける低所得者対策とともに、アフォードブルな住まいの整備が今後も課題となる。

## 1 地域包括ケアの概要

厚生労働省によると、地域包括ケアとは、団塊の世代が後期高齢者となる「2025年(令和7年)」を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう」に構築される、地域の包括的な支援・サービス提供体制のことを指す<sup>1)</sup>。地域包括ケアの構成要素を図示したのが、図1である。

「本人の選択と本人・家族の心構え」を地域生活を継続するための基礎としつつ、住居や家族を始めとした周辺の人々との関係性を指す「す

図1 地域包括ケアの構成要素



(出所) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 (2016) 15 ページ

まいとすまい方」、日常生活に関わる互助サービスを含む「介護予防・生活支援」が生活の土台として位置付けられている。その上に、「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・福祉」といった専門サービスがあり、これらが統合されることによって、地域包括ケアが成り立つと考えられている。

本稿では、地域包括ケアの構成要素のうち、フォーマルな医療、介護サービスを主な対象に、各種のデータからこれまでの地域包括ケアの到達点を明らかにするとともに、その土台となる住まいを中心に経済的な利用可能性について考察する<sup>2)</sup>。

## 2 サービスの整備状況①：在宅医療と看取り

まず、本節では、図1の枝葉にあたる医療分野の現状についてみていく。地域包括ケアの構築のためには、日常の療養支援や急変時の対応、看取りなど、多様化するニーズに応じた、在宅医療提供体制の整備が不可欠となる。そこで、資源の量を示すストラクチャー指標として、日常的に在宅患者訪問診療を行う診療所数を、厚生労働省『医療施設調査』各年版からみると、2002年の1万6,864ヶ所から、2014年には2万597ヶ所まで増加した後、2017年には2万167ヶ所となっている。診療所全体に占める割合は17.8%（2002年）から20.5%（2014年）に伸び、2017年は19.9%となっている。訪問診療を行う病院数およびその割合については、2002年には2,982ヶ所（32.5%）であったが、2011年に2,407ヶ所（28.0%）となり、その後、2017年には2,702ヶ所（32.1%）に増加している。両方とも近年、微減もしくは横ばいの状況ではあるが、2割～3割程度の診療所および病院が訪問診療を提供している。

また、24時間の往診や連絡、訪問看護体制

の確保、看取りの提供などを行い、在宅医療の要となる在宅療養支援診療所について、厚生労働省の資料から届出数をみると、2006年に創設された直後の9,434ヶ所から、2016年には14,845ヶ所に増加した。その後、一旦減少した後、2020年には14,615ヶ所まで再度増加している。そのうち、2012年に新設され、在宅医療を担当する医師を3名以上配置し、緊急往診や看取り実績が高く、地域医療を支えることが期待される機能強化型（単独・連携）の届出数は、2012年の2,825ヶ所（単独221、連携2,604）から徐々に増加し、2020年には3,507ヶ所（単独205、連携3,302）となっている。また、同じく24時間体制の往診、訪問看護体制の確保などを行う在宅療養支援病院は、2008年創設時点の7ヶ所から、2020年には1,546ヶ所に増加している。そのうち診療所とともに2012年に新設された機能強化型は402ヶ所（単独138、連携264）から、2020年には612ヶ所（単独214、連携398）となっている（厚生労働省2013；2021）。

次に、ストラクチャー指標として、看取りを行っている医療機関の数をみておきたい。必ずしも在宅医療は看取りだけを目標とするものではないが、最期の時まで住み慣れた在宅・地域で療養生活を営むことを目的とする地域包括ケアにとって、看取りの保障はその達成度を測る1つの指標と言える。厚生労働省『医療施設調査』各年版からみると、看取りを行う診療所は、2008年の3,074ヶ所から、2017年には4,729ヶ所に増加しており、診療所に占める割合は4.7%となっている。また、在宅看取りを行う病院数も、2008年の236ヶ所から2017年の583ヶ所に増加しており、病院全体に占める割合は6.9%となっている。

その他、地域包括ケアの医療分野における重要なストラクチャー指標として、訪問看護事業

所の数をみておきたい。レセプトデータを基にした分析から、訪問看護サービス利用者が有意に要介護度の悪化割合が低いことが実証されるなど（松田ほか 2021）、訪問看護は日常の病状確認から療養上の世話、看取りの提供まで行い、在宅療養生活の継続にとって不可欠なサービスとなっている。厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』各年版からみると、訪問看護ステーションの数は、2010年に5,119ヶ所であったのが、2019年には11,580ヶ所へ増加している。その中で、24時間の対応や緊急訪問を行う体制を整備し、24時間対応体制加算を申請している訪問看護ステーションは、2010年の3,868ヶ所から2019年には10,238ヶ所へと増加しており、整備が進んでいる。

### 3 サービスの整備状況②：介護サービスと在宅ケア

では次に、高齢者の日常生活を支える介護サービスについてストラクチャー指標をみていきたい。まず、住民の日常生活に直結した介護サービスを提供し、地域包括ケアの構築を進めることを目的に創設された、地域密着型サービスの事業所数をみたい。

厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』各年版によると、一日複数回の短時間の定期巡回訪問と、利用者の通報により応対・訪問を行う随時訪問・随時対応を組み合わせることによって、施設に代わって24時間中重度者の在宅生活を支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、創設後の2012年には76ヶ所であったが、2019年には1,020ヶ所に増加している。また、通い・宿泊・訪問を利用者に合わせて提供し、在宅療養生活を支える小規模多機能型居宅介護は、2012年の3,885ヶ所から2019年には5,502ヶ所に増加している。小規模多機能型居宅介護に訪

問看護を加え、多様な療養支援を行い、退院直後から看取りが必要な患者まで対象とする看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）についても、2012年の15ヶ所から、2019年には588ヶ所に増加している。

また、厚生労働省『介護給付費実態調査』『介護給付費等実態調査』『介護給付費等実態統計』各年4月版によって、地域包括ケアが政策文書に登場した2006年から2021年まで15年間の介護保険居宅サービス請求事業所数の伸び率を算出、比較すると、最も高い訪問リハビリテーションは2.48倍、通所介護は2.19倍と2倍を超えている<sup>3)</sup>。次いで、近年急速に伸びている訪問看護は1.53倍、訪問介護は1.33倍、通所リハビリテーションは1.30倍となるなど、在宅で利用できる介護サービス量は大幅に増加してきた。

以上、ストラクチャー指標から地域包括ケアの到達点をみると、訪問診療や訪問看護、看取りを行う医療機関、地域密着型サービス、居宅サービスなど、在宅療養を支えるストラクチャーの整備は進められてきている。この点は、診療・介護報酬の細かな見直しや各自治体の取り組みの見える化など、地域包括ケア政策の成果と言える。次節では、それらのサービスが実際にどれだけ機能し、活用されているのかについて、主に診療報酬や介護報酬の算定状況から、プロセス指標として考察したい。

### 4 サービスの利用状況

まず、医療分野では、在宅医療に関する診療報酬の算定状況について、厚生労働省『社会医療診療行為別調査』『社会医療診療行為別統計』各年版から、計画的な医学管理の下で定期的に訪問し、診療を行った際に算定される在宅患者訪問診療料をみると、その算定回数は2010年に1か月平均69万8,312回であったが、2016年に

は152万9,702回と2倍以上の伸びをみせており、計画的に訪問診療が行われていることがうかがえる。同様の状況は、在宅患者等に対する総合的医学管理を評価した医学総合管理料の算定回数からもみてとれる。全体的な医学総合管理料の算定回数は、2010年の1か月平均16万6,043回から、2020年には71万203回に増加しており、こちらも在宅における計画的な医学管理が進んでいることを示している。また、厚生労働省『介護給付費実態調査』『介護給付費等実態調査』『介護給付費等実態統計』各年版から、療養期の生活を日常的に支える訪問看護について、介護保険における算定回数をみると、2010年の約1,737万回から2020年には約5,690万回へ3倍以上に増加している。

次に、介護サービスのプロセス指標について、厚生労働省『介護給付費実態調査』『介護給付費等実態調査』『介護給付費等実態統計』各年版から、中重度者の在宅における療養生活を支援するために設定された身体介護20分未満の訪問介護の算定回数をみると、要介護5は制度が開始された2012年度の137万6,000回から2020年度には2,015万7,300回、要介護4は133万5,700回から2,499万3,500回、要介護3は101万300回から2,025万5,000回となっており、全体的に増加している。特に報酬算定要件が変更された2015年からは、要介護3以上の算定回数が急増しており、身体介護20分未満の訪問介護は、巡回介護サービスとして、中重度者の在宅生活の継続に一定の成果をもたらしている。

また、厚生労働省『介護給付費実態調査』『介護給付費等実態調査』『介護給付費等実態統計』各年版から、要介護度ごとに居宅サービスおよび地域密着型サービス受給者に対する、施設サービス受給者の比を、算出すると、要介護5では2010年4月時点で居宅1に対して施設サービス

利用者は1.23であったが、2021年4月には居宅1に対して施設サービス利用者は0.74となっており、居宅サービスの利用が進んでいることが分かる。要介護4は0.76から0.62、要介護3は0.37から0.31と同様の状況にある。介護サービスの利用実態をみると、地域包括ケアが構築される中で、要介護度が重くなっても居宅サービスを利用しながら地域で生活する高齢者が増加していることを示している。

以上、幾つかのプロセス指標の分析からは、地域包括ケアにおける資源の整備が、利用に結び付いていることが分かる。その1つの結果として、地域包括ケアの目標である看取りまでを支える、終末期医療の利用状況を示す指標として、厚生労働省『社会医療診療行為別調査』『社会医療診療行為別統計』各年版から、在宅患者訪問診療料に関連した加算の算定回数をみると、看取り加算は、2012年の1か月平均2,921回から2020年には11,146回へ、それまでの療養生活の継続を示すターミナルケア加算の算定回数は、2012年の1か月平均3,392回から2020年には11,034回へそれぞれ増加している。訪問診療を行う一般診療所数と在宅看取り死割合の間に強い相関関係があるという研究成果も示すように(垣内、内藤2021)、訪問診療の増加などに伴って、在宅における看取りおよびターミナルケアに関して対応できるようになってきていることが分かる。

## 5 サービス整備の課題

これまで地域包括ケアの現状について、公的統計の分析から、訪問診療や訪問看護を行う医療機関、地域密着型や居宅サービスなどの在宅生活の継続を支えるストラクチャーが整備され、プロセスとして特に中重度者によるその利用が進められてきたことが分かった。

一方で、厚生労働省『平成29年受療行動調査』2019年によると、入院患者に退院の許可が出た場合について質問したところ、「自宅で療養できる」が65～74歳では64.9%であったものが、75歳以上になると47.6%と大きく低下する。一方で、「自宅で療養できない」は65～74歳の14.7%から、75歳以上では31.3%に増加する。その中でも、特に病床機能の分化によって地域包括ケアの対象となると考えられる、療養病床を有する病院に入院している患者の場合、65～74歳の23.0%、75歳以上の40.2%が在宅療養生活の困難さを訴えている。

その背景には、前出のデータからも垣間見えるように、訪問診療を行う医療機関や24時間のサービス提供や看取りを提供できる在宅療養支援診療所・病院などの整備が近年伸び悩んでいることが挙げられる。規模の小さい調査ではあるが(n=79)、特に、在宅療養支援診療所の届け出を行わない理由として、「24時間の往診担当医の確保が困難であるため」と答えた診療所が83.5%に上っている(厚生労働省2021:42)。高齢化の進行や地域医療構想の実施によって、2025年には、在宅医療を利用する患者が100万人を超えることが推計されているが(厚生労働省2021:13)、サービス量の充実は引き続き課題となっている。

また、本稿では、全国レベルでのサービス供給に関する分析から地域包括ケアの現状を考察したが、本来、地域包括ケアは、市町村もしくはそれよりも小さな生活圏域を対象としている。厚生労働省『在宅医療にかかる地域別データ集』から算出すると、2019年度末時点で、全国1,741市町村のうち、在宅療養支援診療所がない市町村は489ヶ所(約28.1%)、在宅療養支援病院は1,151ヶ所(約66.1%)の市町村が未設となっている。同じく訪問看護事業所が1つもない市町

村は、464ヶ所(約26.7%)に上っている<sup>4)</sup>。

介護サービスでは、宮澤(2021)によると、関東地方において、ニーズが稠密な大都市では事業者の参入が盛んな一方で、事業所がみられないもしくは1ヶ所の保険者が、訪問介護や訪問看護では6%台、短期入所生活介護や訪問リハビリテーションでは10%台、短期入所療養介護では20%台となるなど、大都市部に施設が少ないことも含めて、サービスの偏在が明らかにされている。また、少々古いデータになるが、地域密着型サービスの地域的な広がりを見ると、2016年12月末時点で全国1,578保険者のうち、定期巡回・随時対応型訪問介護看護は403区市町村および広域連合、看護小規模多機能型居宅介護は88区市町村および広域連合に留まっており、十分な広がりを見せていない<sup>5)</sup>。そして、厚生労働省『介護保険事業報告』より算出すると、2019年時点で定期巡回・随時対応型訪問介護看護の年間サービス受給者数は633の自治体で0、小規模多機能型居宅介護でも340の自治体で0となっている。その結果、介護レセプトの調査から、特に小人口・低密度の地域では、サービスの日常生活圏域での完結は難しく、公的主体によるサービス整備や住み替えを含めた対策が必要な状況にある(佐藤2018)。

以上のようにサービスの絶対数の不足に加えて、自治体規模によって資源整備に大きな格差がある中で、住み慣れた地域でサービスが完結する地域包括ケアの構築は道半ばとなっている。

## 6 サービスの利用場所

次に、プロセス指標を踏まえた上で、サービスがどこで利用されているのか、地域包括ケアにおける在宅療養生活の「場所」に関する現状をみていきたい。

前述のように、在宅患者訪問診療料の算定回

数が増加してきたが、厚生労働省『社会医療診療行為別調査』『社会医療診療行為別統計』各年版からその内訳をみると、同一建物居住者以外の患家への訪問も、2010年の36万7,766回から2020年の65万8,702回へ増加しているが、同一建物居住者への訪問は、2010年の33万546回から2020年の87万1,000回へ、それ以上の伸びをみせている。

また、医学総合管理料の内訳をみると、在宅へ定期的な訪問診療を行う在宅時医学総合管理料の算定回数は、2010年の11万2,388回から2020年の27万2,294回へ増加している。一方で、有料老人ホーム等へ訪問診療を行う際に算定される施設入居時等医学総合管理料（旧特定施設入居時等医学総合管理料）については、2010年の5万3,655回から2020年には43万7,909回へと、在宅時医学総合管理料以上の増加となっている。2017年4月より有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅および認知症グループホーム居住者については、在宅時医学総合管理料ではなく施設入居時等医学総合管理料で算定することとなっている。

介護についても、少し古いデータになるが、20分未満の身体介護利用者の居住形態をみると、サービス付き高齢者向け住宅等が72.2%、持家12.2%、一般の民間賃貸住宅7.2%、一般の公営賃貸住宅1.4%となっている。「サービス付き高齢者向け住宅等」の内訳は、サービス付き高齢者向け住宅31.4%、有料・軽費・養護老人ホームにおける外部サービス利用型が64.5%となっている（三菱総合研究所2013：12）。定期巡回・随時対応型訪問介護看護では、2019年3月時点において、事業所と同一、隣接する有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等を対象にした減算対象者が、1事業所当たり平均51.5%となっている。そして、利用者ひとり当たり1か

月平均の定期巡回サービス提供回数では、減算対象外の利用者では、要介護3：70.6回、要介護4：82.3回、要介護5：85.4回となっている一方で、減算対象の利用者では、要介護3：136.9回、要介護4：151.5回、要介護5：148.3回と減算対象外の利用者に比べて2倍近いサービス提供が行われている。随時対応ではその差は4～6倍近くに広がる（厚生労働省2020：4、9）。

ここから、地域包括ケアにおける在宅医療や中重度者の介護サービス利用が住み慣れた自宅ではなく、サービス付き高齢者向け住宅などの集合住宅・住まいを大きな柱としながら展開され、より積極的なサービス提供が行われていることが分かる。そこで、次節では、それら住まいの経済的な利用可能性についてシミュレーションを行いたい。

## 7 住まいの経済的な利用可能性

2011年10月「改正高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）」の施行によって、従来の高齢者専用賃貸住宅など的高齢者住宅が一本化されるかたちで登録が始まったサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）は、原則として、25㎡以上の床面積、台所・水洗便所・収納設備・洗面設備・浴室の設置、段差のない床等のバリアフリー構造、ヘルパー等の日中常駐、生活相談・安否確認の付帯等が義務付けられている。加えて、多くのサ高住で食事等の生活支援や併設の介護サービスが提供され、契約面でも入院等による一方的な解約が禁止されるなど、高齢者が安心して居住できる地域包括ケアの要となる住まいである。サ高住は、創設から10年を経た2021年9月末現在、26万9,466戸が登録されており、急速な普及をみせている<sup>6)</sup>。

本節では、前述のように、地域包括ケアの住まいにおいて、サ高住等の集合住宅が占める位

置が高まっていることを踏まえ、サ高住の費用と高齢者世帯の経済状況から、その経済的な利用可能性について考察する。

まず、表1は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」に掲載されている東京都のサ高住377件のデータから、その居住費を算出したものである。単身・夫婦のみ高齢者世帯数が最も多い東京都のサ高住では、家賃、共益費、状況把握・生活相談費からなる生活支援サービス、食費（96%が提供）を合計した居住費として、月額平均20.2万円（年額242.4万円）が必要となる。中央値でも、月額平均18.9万円（年額226.8万円）が必要となる。23区内でみると、月額平均は22.1万円（年額265.2万円）、中央値は20.0万円（年額240万円）に引き上がる。また、サ高住では、光熱水費や介護保険費用など、状況に応じて負担は増えるため、上記はあくまで最低限入居に必要な費用となる。

一方、表2は、東京都の高齢者世帯の収入データをまとめたものである。東京都福祉保健局の調査によると、単身世帯では、年間収入100万円未満（無収入含む）が17.3%、100～200万

円未満が33.7%に上り、少なくとも半数以上が収入だけではサ高住の居住費を支払うことができず、入居が難しい状況にある（東京都福祉保健局2021）。夫婦のみ世帯の収入については、東京都福祉保健局の別調査によると、100万円未満が1.9%、100～200万円未満が12.6%となっており、14.5%が収入でひとり分の入居費を賄えない。夫婦入居となるとさらに入居に必要な費用は上がり、支払いが難しい層が増える（東京都福祉保健局2020）。

また、単身世帯のうち、持家は57.6%、借家・賃貸住宅が38.4%、夫婦のみ世帯のうち、持家は84.5%、借家・賃貸住宅は13.0%となっている（東京都福祉保健局2021：202、225）。夫婦のみ世帯は前出の収入データと対象者が違うが、概ね単身世帯の4割弱、夫婦のみ世帯の1割強が住宅資産を保持しておらず、収入の低さを住宅の処分等でカバーする余地がない高齢者が一定の規模で想定される。

さらに、単身世帯の18.1%、夫婦のみ世帯の7.4%が貯蓄なし、単身世帯の8.5%、夫婦のみ世帯の5.0%が100万円未満となっている（東京

表1 東京都におけるサ高住の居住費

(万円、月額)

	家賃	共益費	生活支援サービス	食費	計
平均	9.6	2.4	3.3	4.9	20.2
中央値	8.4	2.0	3.3	4.9	18.9
23区平均	10.9	2.6	3.7	4.9	22.1
23区中央値	9.5	2.2	3.3	4.8	20.0
23区外平均値	8.3	2.2	2.9	4.9	18.2
23区外中央値	7.5	2.0	3.0	4.9	18.0

(出所)「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」(<https://www.satsuki-jutaku.jp/>)より作成

表2 東京都における高齢者世帯の収入階層分布

(%)

収入階層	単身世帯	夫婦のみ世帯
100万円未満	17.3	1.9
100～200万円未満	33.7	12.6
200～300万円未満	22.7	24.2
300～500万円未満	12.5	32.7
500万円以上	5.2	23.0

(出所) 東京都福祉保健局(2020) p.29. 東京都福祉保健局(2021) p.214. より作成

都福祉保健局 2021：182)。また、内閣府の高齢者を対象にした全国調査によれば、持ち家以外の賃貸住宅世帯では貯蓄なしが25.5%、0円を除く100万円未満が25.5%に上るなど（内閣府2020：69）、上記の高齢者は貯蓄の面でも脆弱な状況にある可能性が高い。

その他、東京都福祉保健局の調査では、将来、介護などの支援が必要となって、もし自宅以外に住むことになった場合、月々どの程度支出できるか聞いたところ、「5万円未満」が19.3%、「5～10万円未満」の割合が25.7%となっており（東京都福祉保健局2021：113）、住み替えの難しさが表されている。

現状としてサ高住は、政策的な後押しを受けて、営利企業を中心にハイスピードで量的整備が進められている。しかし、その経済的な利用可能性については、必ずしも高いとは言えない状況にある<sup>7)</sup>。

併せて、本稿では住まいの経済的な利用可能性が中心となったが、要介護・要支援認定者がおり、かつ支払い能力の最も低い第1分位世帯のうち、実に17%が保健医療費支出や介護自己負担によって、貧困化の影響を受け、家計破綻をきたしていることが明らかにされている（橋本・徳永2021）。また、同居家族や公的年金の減少等によって、女性を中心に将来的に高齢者の貧困率が上昇することがシミュレートされており（稲垣2019）、地域包括ケアにおいては、専門サービスを含む経済的な利用可能性が、低所得層を中心に今後も大きな課題となる。

## おわりに

本稿では、地域包括ケアの現状について、公的統計の分析から、訪問診療や訪問看護を行う医療機関、地域密着型や居宅サービスなどの在宅生活の継続を支えるストラクチャーが整備さ

れ、プロセスとして特に中重度者によるその利用が進められてきたことが分かった。

しかし、高齢者の多くは在宅での療養生活に不安を抱えており、その背景には、24時間のサービス提供や看取りを提供できる在宅療養支援診療所・病院、地域包括ケアの核となる定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護を始めとした地域密着型サービスの普及が未だ不十分なこと、自治体規模等によって資源整備に格差がみられることなどがある。

さらに、本稿で分析したように、地域包括ケアにおける在宅の中心は、サ高住のような集合住宅に移りつつある。しかし、サ高住の経済的な利用可能性は、比較的収入が高い高齢者も多い、都市部においても必ずしも高くはない。医療・介護サービスにおける低所得者対策とともに、アフォーダブルな住まいの整備が今後も課題となる。

## 【注】

- 1) [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)  
(2021年11月23日最終閲覧、以下同様)
- 2) 地域包括ケアおよび地域共生社会の構築には、包括的な相談支援、日常的な生活支援サービス、住民等による見守りなどインフォーマルな協働を欠かすことはできない。そのような包括的な支援体制の構築に関する現状や課題については、鶴田（2022）を参照。
- 3) 通所介護については、2017年以降、地域密着型通所介護の事業所数を加えている。
- 4) <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>
- 5) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000067858.pdf>、看護小規



模多機能型居宅介護（複合型サービス）については、  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000149367.pdf> から算出。  
 6) [https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system\\_registration\\_01.pdf](https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system_registration_01.pdf)  
 7) その一方で、低家賃のサ高住に中重度の高齢者が集中し、介護サービスによる囲い込みが起きている（『読売新聞オンライン』2021年10月18日）。  
<https://www.yomiuri.co.jp/national/20211017-OYT1T50140/>

【参考文献】

稲垣誠一（2019）「将来の高齢者の年金額シミュレーション分析」『季刊個人金融』2019年冬号、pp.57-67。  
 垣内康宏・内藤春顕（2021）「神奈川県内における在宅死亡割合と医療社会的指標の地域相関分析」『日本在宅医療連合学会誌』2（1）、pp.1-13。  
 厚生労働省（2013）『在宅（その4）』。<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000027523.pdf>  
 厚生労働省（2020）『定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供状況に関する調査研究事業（結果概要）（案）』。<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000635466.pdf>  
 厚生労働省（2021）『在宅（その1）』。<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000823122.pdf>  
 佐藤栄治（2018）「介護サービスと移動」『農村計画学会誌』37巻3号、276-279。  
 鶴田禎人（2022）「地域共生社会におけるソーシャルワークの政策的位置付けと課題」『医療福祉政策研究』第5巻第1号（刊行予定）。  
 東京都福祉保健局（2020）『令和元年度都民の健康と医療に関する実態と意識』。[https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kiban/chosa\\_tokei/zenbun/reiwa1/r1houkokusyozenbun.files/](https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kiban/chosa_tokei/zenbun/reiwa1/r1houkokusyozenbun.files/)

p17-30.pdf)

東京都福祉保健局（2021）『令和2年度高齢者の生活実態』。[https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kiban/chosa\\_tokei/zenbun/reiwa2/r2houkokusyozenbun.html](https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kiban/chosa_tokei/zenbun/reiwa2/r2houkokusyozenbun.html)  
 内閣府（2020）『令和元年度高齢者の経済生活に関する調査結果』。<https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/r01/zentai/index.html>  
 橋本英樹・徳永睦（2021）「医療介護負担による家計影響と負担公平性」『医療と社会』31巻1号、pp.61-70。  
 松田晋哉・村松圭司・藤本賢治・峰悠子・高木邦彰・得津慶・大谷誠・藤野善久（2021）「認定調査データを用いた要介護度の悪化に関連する要因の分析」『日本ヘルスサポート学会年報』Vol.6、pp.1-14。  
 三菱総合研究所（2013）『訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況に関する調査研究事業報告書』。[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000051763.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000051763.pdf)  
 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社（2016）『地域包括ケアシステムと地域マネジメント』。<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000126435.pdf>  
 宮澤仁（2021）『都市高齢者の介護・住まい・生活支援』明石書店。

---

つるた よしと  
 金沢大学大学院人間社会環境研究科博士後期課程修了。  
 博士（経済学）  
 宮崎大学教育文化学部講師を経て、現職。  
 【専門】  
 社会保障論、医療経済学  
 【主な著書・論文】  
 「指標からみた地域包括ケアの到達点」『国民医療』No.338、2018年。  
 「地域医療構想から考える医療提供体制のこれから」『高齢期社会保障改革を読み解く』自治体研究社、2017年。  
 「サービス付き高齢者向け住宅のアフォーダビリティに関する分析」『都市問題』第104巻12号、2013年。ほか

---