

地域包括ケアシステム構築と行政の役割

沼尾 波子

1. はじめに

少子高齢化の進展とともに、高齢者の生活の質の維持、向上や、増大する高齢者医療・介護費用への対応を通じた「持続可能な保険制度」の構築が求められるようになった。それをうけて、医療・介護・福祉の分野では「地域包括ケア」「地域連携クリティカルパス」という考え方が示され、地域で医療、保健、介護、福祉分野の担い手が連携、協力することで、途切れることなく、QOL（＝生活の質）の向上を目指すという考え方が提唱されている。

介護の分野では、2005年の介護保険法改正により、「予防重視型システムへの転換、新たなサービス体系の確立（地域密着型サービスや地域包括支援センターの創設等）による制度の持続可能性を高める」ことが打ち出された。また、医療の分野でも、2006年の医療制度改革を通じて、「平均在院日数の短縮等を通じた医療費の適正化、社会的入院の是正を目的とした療養病床の再編成、後期高齢者医療制度の創設」が掲げられている。高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組みを進めることが政府により示されることとなった。

本稿では、この地域で人々の暮らしを医療・保健・介護の面から支えるという意味での「地域包括ケア」に焦点を当て、その仕組みづくりについて考察を行う。高齢化と人口減少が深刻な地方圏を中心に、医療や介護分野が若年世代の就労先の一つとなっており、こうしたケアに関わる産業は、地域で人々が定住するために必要な稼働機会の確保という点でも、重要な機能を果たしつつある。

地域の人々の生活基盤を支えるとともに、勤労世代の雇用創出にもつながるケアシステムに着目し、その成立要件、ならびに地域の実情について、愛媛県松前町の事例を取り上げ、システム構築の課題ならびに自治体の役割について検討する。

2. 地域包括ケアとは何か

(1) 「地域包括ケア」の概念整理

はじめに、「地域包括ケア」について整理しておく。長寿社会開発センター編(2011)では、地域包括ケアを「地域住民が住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続することができるように、介護保険制度による公的サービスのみならず、その他のフォーマルやインフォーマルな多様な社会資源を本人が活用できるように、包括的および継続的に支援

すること」として、主に高齢者を対象とした介護保険制度を念頭に置き、周辺領域との連携を通じて途切れることのないケアを目指すことであるとしている。

その背景には、進行する少子高齢化とそれに伴う要介護（支援）認定者の増加、単独および高齢者夫婦世帯の増加、認知症高齢者数の増加、家族機能の低下、地域の相互扶助の弱体化、人々のニーズの多様化や変化があげられる。

すでに国では、2025年、団塊世代が75歳以上の後期高齢者になる時期に、都市部の高齢者数の激増、認知症高齢者数の増加が生じることなどを見据えて、その対応が検討されている。

(2) ケアのための連携の仕組み

連携によるケアを継続的に実施することを目指して、2005年の介護保険法の改正により、新たに以下のことが示された。第1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（地域包括ケア）を推進すること、第2に、日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定すること、第3に単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設すること、第4に保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とすること、そして第5に介護療養病床の廃止期限（平成24年3月末）を猶予するが、新たな指定は行わないこととし、改革のペースをゆるやかなものとしつつも、在宅でのケアを推進することである。

このほか、日常生活圏域のニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握するとともに、計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け、実行していくことが期待されている。

これら一連の事業は、介護保険法の中で「地域支援事業」と規定され、その内容および財源は、表1のとおりである。

表1 地域支援事業の構成及び目的

介護予防事業	1次予防事業 ○	国25% 都道府県12.5% 市町村12.5% 1号保険料20% 2号保険料30%
	2次予防事業 ○	
包括的支援事業	介護予防ケアマネジメント事業 ○	国40% 都道府県20% 市町村20% 1号保険料20%
	総合相談支援事業	
	虐待の防止、虐待の早期発見等に関する事業（権利擁護等）	
	包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	
市町村の判断により実施する事業	要支援者に対する介護予防サービス ○	
	要支援者・2次予防事業対象者に対する自立した日常生活の支援のための事業で厚生労働省令で定める事業 ○	
	要支援者（予防給付対象とならない）に対するケアマネジメント事業 ○	
任意事業	介護給付費等適正化事業、家族介護支援事業等	

注：○のついている事業を「介護予防・日常生活支援総合事業」として実施する場合には、これらの総合事業の財源構成として、国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%、1号保険料20%、2号保険料30%が適用される。

**地域支援事業交付金の交付対象となる地域支援事業費の上限
（保険給付費見込額（審査支払手数料，特別給付費を除く）の一定割合）**

地域支援事業費	3.0%以内
うち介護予防事業費	2.0%以内
うち包括的支援事業費+任意事業費	2.0%以内

(3) 地域包括支援センター

こうした包括的な業務を担ううえで一定の機能を担うことが期待され、創設されたのが地域包括支援センターである。介護保険法第115条の45では、地域包括支援センターについて、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」と規定している。また、長寿社会開発センター（2011）では、「高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように包括的および継続的な支援を行う地域包括ケアを実現するための中心的役割を果たす」こと、「地域包括ケアシステムの構築は市町村の責務、その構築に向けての中心的役割を果たすことが求められる」こと、「保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員がその専門知識や技能を互いに活かしながらチームで活動し、地域住民とともに地域のネットワークを構築しつつ、個別サービスのコーディネートをも行う地域の中核機関として設置」することなどが示されている。

長寿社会開発センター（2011）では、地域で必要な人のところに必要なサービスが必要な時に確保されるには、①総合性（高齢者の多様な相談を総合的に受け止め、尊厳ある生活の継続のために必要な支援につなぐ）、②包括性（介護保険サービスのみならず、地域の保健・医療・福祉サービスやボランティア活動、支え合いなどの多様な社会資源を有機的に結びつける）、③継続性（高齢者の心身の状態の変化に応じて、生活の質の確保を目指し適切なサービスを継続的に提供する）、④予防性（地域の高齢化率の推計、世帯形態などの予測、地域住民の声の把握などをもとに、地域における高齢者個別のニーズおよび地域の課題を把握する）の確保が必要であると整理する。このほかに付け加えるとすれば、個々の状況に応じたきめ細かな対応を図れるような柔軟性が求められることになる。

具体的にセンターには、地域のネットワーク構築機能、ワンストップサービス窓口機能、権利擁護機能、介護支援専門員支援機能が期待されている。

(4) 地域連携クリティカルパス

一方、医療分野の領域でも、病院や診療所相互の連携を図る地域連携クリティカルパスの構築が要請されている。

そこではまず、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いることが期待される。また、診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明する。また、施設ごとの治療経過にしたがって、診療ガイドライン等に基づき、診療内容や達成目標等を診療計画として明示することで明確化をはかる。これらの取組みにより、患者が安心して医療サービスを受診できるようになることが期待されるほか、回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかをあらかじめ把握できるため、重複した検査をせずにすむなど、転院早々から効果的なりハビリを開始できる。在院日数の短縮が期待されている。

厚生労働省（2011）によれば、地域連携クリティカルパスの構築により、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現することが可能となると整理されている。ただ実際には、地域の医療従事者にクリティカルパスの概念が十分浸透していないうえ、系列医療機関どうしではスムーズにいても、複数の公的病院、複数の医師会において面的に推進できるかということが課題となっている。

3. 地域包括ケアに求められるもの

一連の法制度改正を通じて、地域の中で住民の生活を多面的に支える担い手が連携する仕組みが要請されてきた。しかしながら、地域で一人一人の暮らしを支えるための包括的なケアシステムの構築には、多くの課題が残されている。

(1) 地域包括支援センターの運営状況

実際の状況を把握するため、厚生労働省（2011）から、地域包括支援センターの運営状況について確認しておくこととする。

表2は、地域包括支援センターの設置数を示したものである。ここから2008（平成20）年度以降、すべての保険者がセンターを設置していることが分かる。また、ブランチ（地域住民から相談を受け、集約したうえで地域包括支援センターにつなぐ窓口）やサブセンター（包括的支援事業の総合相談支援業務等を行う十分な実績のある在宅介護支援センター等）を設置する地域も増えている。センター設置数は年々増えているが、地域によってセンターの運営主体や業務内容は異なっている。

表2 地域包括支援センター設置数

	H22 調査 (平成22年4月末)	H21 調査 (平成21年4月末)	H20 調査 (平成20年4月末)	H19 調査 (平成19年4月末)	H18 調査 (平成18年4月末)
センター設置数	4,065箇所	4,056箇所	3,976箇所	3,831箇所	3,436箇所
設置保険者数	1,589保険者	1,618保険者	1,657保険者	1,640保険者	1,483保険者
	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(98.2%)	(87.8%)
未設置保険者数	0保険者	0保険者	0保険者	30保険者	207保険者

○ブランチ設置数：2,445ヶ所

○サブセンター設置数：381ヶ所

出典：厚生労働省資料

表3は、地域包括支援センターの設置数を設置主体別にみたものである。2010（平成22）年4月末の時点で、行政直営のセンターは全体の29.7%となっており、また直営の割合は年々下がる傾向にあることが分かる。実際、多くの地域では、その運営を委託する傾向にあり、委託先として一番多いのは民間の社会福祉法人（サービス事業者）、次に社会福祉協議会となっている。

行政が直営でセンターを運営することにより、直接の訪問のみならず、権利擁護の際の措置権行使も可能となるなど、アウトリーチが容易である。また、年金、納税、消費生活相談など、行政の他の業務部門との連携を図ることが比較的容易となる。だが、行政が直営で運営するほうが、人件費等の費用がかかるため、多くの地域では、委託方式を採用している。

表3 地域包括支援センター設置主体

設置主体	H22調査 (平成22年4月末)		H21調査 (平成21年4月末)		H20調査 (平成20年4月末)		H19調査 (平成19年4月末)		H18調査 (平成18年4月末)	
	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合
直 営	1,208	29.7%	1,279	31.5%	1,409	35.4%	1,392	36.3%	1,265	36.8%
うち広域連合等の 構成市町村	148	3.6%	130	3.2%	118	3.0%	112	2.9%	86	2.4%
委 託	2,810	69.1%	2,729	67.3%	2,567	64.6%	2,439	63.7%	2,171	63.2%
社会福祉法人 (社協除く)	1,504	37.0%	1,445	35.6%	1,366	34.4%	1,277	33.3%	1,085	31.5%
社会福祉協議会	526	12.9%	524	12.9%	467	11.7%	447	11.7%	427	12.4%
医療法人	482	11.9%	463	11.4%	448	11.3%	436	11.4%	396	11.5%
社団法人	91	2.2%	92	2.3%	87	2.2%	86	2.2%	76	2.1%
財団法人	63	1.5%	70	1.7%	70	1.8%	68	1.8%	70	2.0%
株式会社等	66	1.6%	64	1.6%	63	1.6%	58	1.5%	50	1.5%
NPO法人	23	0.6%	23	0.6%	21	0.5%	21	0.5%	14	0.4%
その他	55	1.4%	48	1.2%	45	1.1%	46	1.2%	53	1.5%
無回答	47	1.2%	48	1.2%	—	—	—	—	—	—
計	4,055	100.0%	4,056	100.0%	3,976	100.0%	3,831	100.0%	3,436	100.0%

出典：厚生労働省資料

一方、表4の地域包括センターの職員配置状況をみると、2006（平成18）年から2010（平成22）年にかけて、人数が増える傾向にあることがみてとれる。高齢者数の増大とともに地域包括支援センターの業務も拡大する傾向にあり、その規模が拡大していることが分かる。

表4 地域包括支援センター職員配置状況

人数	H22調査 (平成22年4月末)		H21調査 (平成21年4月末)		H20調査 (平成20年4月末)		H19調査 (平成19年4月末)		H18調査 (平成18年4月末)	
	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合
12人以上	296	7.3%	265	6.5%	172	4.3%	133	3.5%	52	1.5%
9人以上～12人未満	263	6.5%	285	7.0%	185	4.7%	149	3.9%	73	2.1%
6人以上～9人未満	783	19.3%	716	17.7%	478	12.0%	413	10.8%	236	6.9%
3人以上～6人未満	2,380	58.6%	2,389	58.9%	2,600	65.4%	2,596	67.8%	2,546	74.1%
3人未満	339	8.3%	401	9.9%	541	13.6%	540	14.1%	529	15.4%
計	4,061	100.0%	4,056	100.0%	3,976	100.0%	3,831	100.0%	3,436	100.0%

出典：厚生労働省資料

以上のように、地域包括支援センターは、その数と規模を拡大している。ところが、これによって介護サービスがきめ細かく充実するようになったかという点、必ずしもそうとはいえない。たとえば結城（2011）では、地域包括支援センターが介護予防のケアプラン作成に追われてしまい、本来のきめ細かなケアに関わる業務にまで手が回らないことを指摘している。また、設置主体が民間事業者の場合、地域の中でケアの担い手を結びつけるプラットフォームとしての機能を果たすことが難しい。

(2) 地域包括ケアシステム構築の要件

医療・保健・介護の供給体制を構築するためには、以下のようなことが必要となる。第1に医療・介護・福祉・見守り等の担い手（専門性をもった多様な主体）の確保である。連携を図るには、多様な専門性をもった担い手が地域にいることが大前提となる。第2に必要な時に必要なサービスが受けられるよう、施設等の基盤整備である。ある程度の規模の施設が整備されていることにより、自宅でのケアが困難な場合の対応をはかることができる。第3に個々の状況を把握し、利用者を必要なサービスと結びつけるコーディネーター、またはそれを判断するための事業所と利用者に関する情報の把握である。これらの調整役を担う存在の確保が必要不可欠である。第4に「地域包括ケア会議」などの地域ケアのネットワーク構築である。そして第5に、サービスを受ける当事者側の主体的判断能力や、費用負担能力があることが必要であり、負担能力がない場合には、公的支援などの対応が求められることとなる。

だが、実際には、医師や看護師、介護福祉士、ヘルパーなどの担い手が各地で不足しているほか、こうした担い手の連携や協体制度も地域によって異なっており、必ずしも十分とはいえない状況であることが先行研究によって指摘されている¹⁾。

(3) 次代のヘルスケアシステムとしての「地域包括ケア」

地域包括ケアの機能と役割を考えるにあたり、猪飼（2011）におけるヘルスケア概念が一つの手掛かりになる。それによれば、「現在は、20世紀医療＝治療医学に主導された医療の時代が終焉を迎え、生活の質（QOL）の増進を目標とするヘルスケアの時代へと進む移行期に位置している。」²⁾として、治療を軸とした医療に支えられた「医学モデル」から、生活の質の向上を目指す方向、すなわち「生活モデル」へと変容を遂げると指摘する。

「単に病気が治ることが健康を回復することではなく、病気が治ることで、あるいは治らなくとも適切な対処によって、当事者に健やかな生活をもたらされることが健康になることを意味するのである。このような健康の理解の仕方は「生活モデル」とよばれている。」³⁾そ

1) 詳しくは、結城（2011）などを参照。

2) 猪飼（2011）p. 3.

3) 猪飼（2011）p. 5.

して、この生活モデルに基づいたケアのあり方について、「次代のヘルスケアが地域包括ケアとよびうるものとなるであろうこと、および、20世紀医療における治療医学によって規定される健康/病気（障害）の認識枠組みである医学モデルが、生活の質によって規定される「生活モデル」へと移行することによって、次代のヘルスケアがある種の特質や課題を帯びる」⁴⁾として、生活モデルを支えるサービス給付体制こそが地域包括ケアであると指摘している。

予防→治療→生活支援という流れを、それぞれ保健・医療・福祉や介護の領域が担ってきたとすれば、これらの連携による包括的な疾病・障害対策は地域性をもったものとなる。

20世紀型の治療を目的とする「医療」が中心であった。しかし、「高度な専門的・先端的医療機能に特化を急ぐ先端的な病院にとって、治療必要度の低い患者の入院は病院の運営の効率や医療従事者の技能形成を阻害する要因となる。」⁵⁾ そうであるならば、それらの人々が治療を終えて地域に戻った後の生活を成り立たせるための対応が、別途求められることになる。

(4) ヘルスケアの地域性

ヘルスケアの仕組みを考えると、地域の役割は非常に重要なものとなる。これについて猪飼（2011）を手掛かりに整理する。

まず、人々は自分が暮らしてきた地域の中で生活を求める傾向にあることに留意する必要がある。実際、地域の中では、それまでの暮らしの中で充足していた生活要素を引き継ぐことが可能であり、一から人間関係や衣食住の確保の仕組みを構築せずに対応できる。

他方で、人によって求める「生活の質」が多様であり、いかなる事態にも柔軟に対応することが求められるとすれば、地域の中に、これに対応するための多様な社会的資源が必要となる。地域の中にはこうした多様な資源を有するポテンシャルがあるが、それをシステム化することが求められる。そして、当事者の「生活の質」の確保が目標となるならば、支援主体も当事者の生活環境に対する十分なアクセスを持つ必要があり、その場合、支援主体も地域で活動することが効率的であり、自治体をはじめ、地域での取組みが求められることとなる。そうであるならば、自治体、とりわけ市町村の機能と役割は大きなものとなる。

4. 当事者の視点に立った地域包括ケアの実現と財源保障

このように、個々の状況に応じた柔軟なケアを考える際、家族や地域コミュニティがそれを担う限り、状況は個別的なものであってもさほど問題にならない。厄介なのは、それを行政が担う場合である。これについて、猪飼（2011）の以下の文章を手掛かりに、考えてみる

4) 猪飼（2011）p. 3.

5) 猪飼（2011）p. 13.

こととする。

「生活モデルによって問題を把握して生活支援を行う場合、ナショナルミニマムという戦後の社会保障政策が生存権保障を実行する上で主要な役割を果たしてきた水準概念を放棄しなければならないということである。生活モデルにおいては、生活の質に関わる要素は、それが資源としてあるということに焦点が置かれているのではない。それが資源としてどのように機能するかということに焦点が置かれている。そしてその機能は、他の要素との関係の中で決定されるという意味において状況依存的である。つまり、生活モデルにおいては、最低限の生活要素（いかなる状況においても生活に不可欠な資源として不変の機能を有する要素）の成立は特殊なケースにすぎない。とすれば、生活モデルに基づいて生活を支援するにあたっては、生活資源のエコロジーにおける状況依存的機能を理解することが、それが有効な支援たり得るためにもっとも必要なことであり、普遍的により最低限的な要素を見出すことではないということにならざるをえない。かくして、生活モデルに基づく生活支援は、それがさしあたり目指す生活水準にかかわらず、生存権保障的ではないということになるのである。」⁶⁾

個々の状況に応じて、必要なサービスを提供するには、まず、ケアを必要とする人の身近なところに、当事者を支えうる「資源」自体の存在していることが必要であり、さらにその資源の有機的連関を通じて、ケアが包括的・連続的に行われるよう、その機能が発揮されていく必要がある。

家族や地域コミュニティでの支え合いより、こうしたケアが成立していればよいが、そうでない場合に、それを補完する必要性が生じる。ところが、こうした現物給付には、多様なニーズにきめ細かく対応した個別のサービス提供や、個々の状況に応じた柔軟なサービス提供が求められる。さらに、サービスの充足に向けて目標を設定することが難しく、できるところからやっていくという対応を図ることが求められるという側面を持つ。したがって、最低所得保障のように、一定水準の現金給付を通じて購買機会を保障する場合とは、事情が大きく異なる。現金給付の場合、財政支出水準と給付による所得保障水準との関係が明確である。だが、現物給付の場合には、一人一人が必要とするサービスの内容や水準は異なるものであり、またサービス提供に要する財源も、地域によって異なるものとなる。

このように、不定型で柔軟にサービスを提供できる体制づくりが必要になってくるが、こうした領域は、実は行政がもっとも苦手とする領域でもある。事業や施策に対する成果が見えにくく、分かりづらく、予算化しづらいのである。さらにいえば、施設整備や人材確保等が、個別・多様なニーズに柔軟に対応できるサービス給付につながる保証はなく、したがって、現物給付の世界では、財政運営の効率化の議論が当てはまりにくい。

したがって、こうした特性をもつケアのためのサービス供給に係る財源保障を行おうとす

6) 猪飼 (2011) p. 9.

れば、個別具体的な財政需要額の算定が困難である以上、その計算は、人口や人口密度などを尺度としたものとならざるをえない。

これに対し、現在、国が介護保険制度の枠の中で定めている地域包括ケアの考え方は、個々の状況に対応したサービスの枠組みを決め、それを積み上げ、重ねあわせることで包括ケアを達成しようという発想である。介護保険制度のもとでの地域包括支援センターもまた、前掲表1に示した事業を行う主体として位置づけられるにとどまっている。この方法は、事業費を積み上げて予算化を行うことができ、事業に対する成果の把握も容易なものとなるが、しかしながらサービスの提供がパターン化されるため、個々の状況に応じて異なる対応を図ることが難しくなる。まして、地域でケアを担う多様な主体が集まり、個々のニーズを補うといったソーシャルキャピタルとしてのプラットフォーム構築という考え方は含まれていない。

5. 地域包括ケアシステム構築の事例～愛媛県松前町⁷⁾

では地域の中で、顔の見える関係を強化し、ケアの仕組みを強固にするべく、地域包括支援センターの機能を強化し、本来の地域包括ケアシステムを構築することは可能なのであろうか。その可能性について考えるために、以下では、愛媛県松前町の事例を取り上げる。

愛媛県松前町は、県庁所在地である松山市の郊外に位置し、2008年の人口は31,442人、高齢者数7,363人、高齢化率は23.3%である。面積は20.32km²と小規模である。1955年、(旧)松前町、岡田村、北伊予村が合併して、松前町が誕生した。この旧3町村を単位として、町は、松前地区、岡田地区、北伊予地区の3地区に区分できる。松前地区は漁師町であり、北伊予地区とともに、比較的高齢化率が高い。一方、松山市と接する岡田地区はそのベッドタウンとして開発が進み、子育て世帯が流入していることから、高齢化率は低い。地区ごとに異なる特徴をもつことから、集落別高齢化率分布は15～35%、独居率分布は2～23%と多様である。また、介護保険の第1号保険料率(2009～2011年)は、標準月額で4,400円となっている。

松前町の地域包括支援センターは町の直営で、町では担当職員を3名配置している。またこのうち1名は主任ケアマネジャーとして民間からベテランの看護師の経験者を配置したもので、町内事業所のケアマネジャーとの強い人脈を活かしたケアのネットワークづくりに大きく貢献している。松前町の地域包括支援センターは、町役場の中で「65歳以上のあらゆるケアを担う」ワンストップ行政の窓口として位置づけられており、高齢者の様々な相談についての窓口機能を担っている。

7) 本稿執筆にあたり、愛媛県松前町介護保険課、地域包括支援センター、ならびにランチを担う事業所のケアマネジャーの方々より貴重なお話を伺った。(2011年3月8日。)この場をお借りして御礼を申し上げたい。

松前町の地域包括支援センターのもう一つの特徴は、地元で介護保険事業所を運営する4つの法人（うち1つは社会福祉協議会、1つは医療法人）との連携・協働のシステムを介護保険制度立ち上げの時期から創り上げてきた点にある。2000年の介護保険制度立ち上げ以前から、役場では、これらの民間事業所の職員を集め、一緒に介護保険法の勉強会を実施していた。その際に、事業所それぞれが個性を発揮することで、競合ではなく共存できるような関係構築を推奨したという。各事業所がそれぞれの強みを発揮するよう努力と工夫を行った結果、認知症に強い事業所、重度の介護に強い事業所など、事業所ごとに特徴をもったサービス供給体制が構築されてきた。

介護保険制度創設以前、町では、これらの4事業所に「在宅介護支援センター」としての機能を担ってもらい、つねに情報を共有し、町内高齢者の状況をきめ細かく把握するよう努めてきた。現在では4事業所は地域包括支援センターのランチとしての機能を持ち、役場（地域包括支援センター）と一体的に、高齢者ケアのネットワーク構築に貢献している。4つの事業所はランチとしての機能をもつが、地区ごとに担当事業所が決められているわけではない。利用者が相談しやすい事業所に対して、いつでも地域包括支援センターのランチとして問い合わせを行えるよう、体制が構築されている。いわば、運命共同体として、一体的に地域の介護事業を担う4事業所と、それを束ねる町の地域包括支援センターとの関係が形成されている。

事業所のケアマネジャーによれば「各事業所がそれぞれの得意分野を把握しているため、自分のところに依頼が来ても、他の事業所にケアプラン作成を回すこともよくある。」とのことである。介護保険制度が目指したのは、市場競争原理を通じたサービスの質の向上であったが、松前町では、事業所が分業と連携を図ることで、町全体のケアのサービスを役場、医療機関、異なる特性を持つ複数の介護保険事業所などが一体的に担う仕組みが構築され、サービスのネットワークが構築されてきたといえる。

役場では、このネットワークを強化し、個々のニーズに対応したサービスを提供できるよう、情報共有や能力向上に向けた取組みを図っている。具体的には、各事業所のケアマネジャーが地域包括支援センターで定期的実施する連絡会議をこまめに実施し、他の事業所が対応している町内の高齢者の状況を含め、情報共有を図っている。また、それぞれが抱える困難処遇ケースを報告し、ケース検討会を行うこともある。それらの情報は、役場の地域包括支援センターにある地図情報とあわせてストックされる仕組みになっている。

こうした情報共有の場が構築されることは、若手の介護職の学びの場としても機能しているという。役場によれば、「ケアマネジャー、ヘルパーの間での情報共有と連携が図られ、風通しがよくなることで、町全体で若手専門職を育成する場が形成されている。」「事業所は異なっても、若手職員が会合の場などを通じて互いに学びあうことで、成長が図られている。また地域全体で高齢者を支えるという仕組みが図られ、最終的には町の地域包括支援センターが対応することにより、事業所で働く職員の孤立化が生じにくく、若手職員の離職が

他に比べると少ないという効果もみられる。」との指摘がある。実際に、他の地域で介護職として勤務していた地元出身でない若者が、就業機会を求めて町に流入してくるケースもあるという。

こうしたネットワークは、高齢者の権利擁護の場面でも、効果的に機能しているという。町内で高齢者虐待に関する通報があった場合、町の地域包括支援センターに情報が入る。役場は虐待で分離が必要と判断した場合、一時保護のための空きベッドを捜し、その提供をブランチである4事業所に依頼、すぐに地域包括支援センター職員が措置により、虐待されている高齢者を空きベッドのある事業所に収容するという仕組みである。行政が地域包括支援センターを直営で運営し、かつ事業所のベッドの空きをすぐに把握できる仕組みがあることによって、迅速に対応できるのである。

6. 地域包括ケアシステム運営の財源

(1) 松前町の事例にみる地域包括ケアの財源

地域包括支援センターが、介護予防をはじめとした特定の事業を実施する際、それに要する費用は、介護保険制度の枠組みで負担される。しかしながら、松前町の事例にみられるように、地域包括支援センターが、4つの事業所と連携を図りながら、高齢者の見守りをきめ細かく行い、情報共有を図るという場合、それに要する財政需要を経費として介護保険で賄うことは難しい。これらの経費は直接的なサービス給付に関わるものでないためである。

松前町によれば、「要支援」と認定されたにもかかわらず、実際のサービス利用がない人については、ブランチの職員が訪問することとしており、これに対して、1軒あたり1か月につき4,200円を支給するほか、各ブランチに対して、固定経費として月額5万円を支給しているという。しかしながら、高齢者の暮らしにきめ細かく目配りをしようとするれば、ケアマネジャーによるきめ細かな対応が必要となり、金額に見合わない回数での訪問が行われることもあるという。

事業所へのヒヤリングでは、「地域包括ケアの部分を取り出せば、民間事業としては採算が取れているとはいえない。だが、地域で一体となって関係を構築しておくことにより、無秩序な他の事業者の参入、利用者の松山などへの流出はそれほど起こらない。また要介護者の施設での受入れの際に、利用者の状況をきめ細かく把握できているので、対応しやすいという利点もある。訪問は諸々含めれば赤字だが、施設のほうで収入を得ることで、対応している。」とのことであった。

一方、松前町における、介護保険特別会計上の地域包括支援センターの支出は次のようなものである。土日もなく1年365日対応で、多様な地域支援事業を展開しているにもかかわらず、地域支援事業全体の経費は介護給付費総額の2%強であり、介護保険制度で認められている3%上限には達していない。松前町の場合、他の自治体とは異なり、介護予防事業に

については支出可能額6～7割程度であるが、包括支援事業、任意事業についてはほぼ上限まで実施されている。担当課によれば、「今の地域包括支援センターは、本来なら6人程度の職員数で行うだけの事務を、3人体制でこなしており、介護予防事業を上限まで実施することは、マンパワーの観点から難しい。」とのことである。

ここから、予防事業のための財源とともに、それを担い、ケアを支えるための職員人件費の確保が必要であることがうかがえる。多くの自治体では、地域包括支援センター自体を民間委託しているが、松前町の場合、プラットホームとしての機能をもち、虐待発見時の措置や、その他事務との連携などの機能を考えると、行政直営での対応が必要とのことであった。多くの自治体が義務的経費の抑制に向けて、人件費削減を進めており、また国の集中改革プランの中でも、自治体に人件費の削減目標を打ち出し、改革を図ることが求められてきた。しかしながら、2005年に松前町では、地域包括ケアシステム構築のために町職員増員を図るという対応を図っている。

(2) 地域包括支援センター運営費用と財源確保

上述のとおり、介護保険制度のなかで、地域包括支援センターには多様な役割が期待されており、松前町の事例にみるように、高齢者のケアに関するあらゆる業務を地域包括支援センターが担う場合もある。

介護保険法では、そのうちの地域支援事業については、市町村の一般財源以外に、1号保険料、さらに2号保険料や国・都道府県からの地域支援事業交付金によって賄うとされ、事業費が高齢者の第1号保険料率にはねかえる仕組みになっている。また事業費の上限は、保険給付費全体の3%以内とされている。松前町では、地域包括支援センターが、通常予防事業のほか、ケアマネジャーによる定期的な連絡会議の開催、見守りのためにきめ細かな訪問、そして担当者相互で情報共有を行い、ときには高齢者虐待に対する権利擁護まできめ細かく対応している。これに対し、毎回の会合費や、高齢者の見回り等に係るコストを追加的費用として財政需要に積み上げているわけではなく、各事業所にはランチとしての運営経費が総額で配分されている。したがって、細かな会合等に係る経費については、事実上行政担当職員や事業所の職員による持ち出しとなっている。

全国的にみると、地域支援事業交付金として2010年度予算では698億円が計上されているが、きめ細かな地域包括ケアシステムを立ち上げ、それらに要する経費を積み上げていけば、予算規模はもっと大きなものとなることが想定される。

このほかに、地域包括ケアシステムを支えるための国の補助制度がないわけではない。地域支え合い体制づくり事業、市町村地域包括ケア推進事業、生活介護支援・サポーター養成事業、地域包括ケア推進指導者養成事業、地域包括支援センター職員研修等研修事業、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス事業などがあげられる。これらの事業の多くは、地域包括ケアシステムを構築するためのIT化などの基盤整備や、担い手育成のための研修費

などを補助するものである。だが、これらは、ケアのための情報システム構築、情報収集、民間企業やNPO等の事業立ち上げなどに対する補助制度であっても、恒常的なケアのネットワークを構築・維持するための財源ではない。あくまでも期間限定型の事業費補助金であり、恒常的な仕組みの維持には、安定的な一般財源が必要となっている。

(3) 社会保障と税の一体改革にみる地域包括ケアシステムの経費

2011年6月に出された社会保障と税の一体改革成案では、地域包括ケアシステムの財源について、図1のように整理している。

これによれば、介護予防の推進、機能訓練等の重度化予防等を通じて、要介護者の減少を図るとともに、地域包括ケアシステムの実現を通じて、在宅への移行を図ることを掲げ、それにより2015年までに1,800億円程度の歳出減を見込んでいる。しかしながら、要介護者の減少、および在宅への移行を実現するには、地域包括支援センターが、きめ細かいケアを支える体制を構築しなくてはならない。松前町の事例をみても、それには事業所に属するケアマネジャーが、地域で生活する高齢者の日常を把握しながら、自立が困難になった場合や、家族等によるケアだけでは生活が成り立たなくなったときに、それを支援する体制を構築しておく必要がある。しかしながら、そのための人員の確保や体制の構築に関する財政需要の議論はここでは行われていない。医療・介護の現場でのマンパワー増強に係る人員増については見込まれているが、これらの専門家をネットワークで結び、不測の事態に対応しながら、情報を共有するためのシステム構築は、地域内での努力に委ねられており、それに対応する

図1 介護サービスの改革 ～地域包括ケアの確立～

<p>今後の急速な高齢化の進展や、単身・高齢者夫婦のみの世帯増加のなかで、高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めて行く介護サービス提供体制の実現に取り組むため、</p> <p>①「地域包括ケアシステム」(※)の確立のための在宅サービス等の充実</p> <p>※日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される体制</p> <p>②介護予防の推進、重度化予防等の高齢者の自立に資する給付への重点化等に取り組む。</p>	<p>所要額（公費） 2015年</p> <p>0.1兆円程度</p> <hr/> <p>重点化に伴う マンパワー増強 0.2兆円程度</p>
--	---

<p><現状></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢化の進展に伴い、介護保険制度の給付費は急増 12年度3.6兆円 → 22年度7.9兆円 ○ 一方、サービス間や医療・住宅等の他の施策との連携が不十分。 ○ 都市部での高齢化等により単身・夫婦のみの高齢者世帯は一層増加。 ○ 今後、更なる増加が見込まれる認知症高齢者に対するサービスの質・量が不十分。 ○ ケアマネジメントも含め、サービスが必ずしも利用者の自立につながっていないとの指摘。 	<p style="text-align: center;">充 実</p> <p><改革の具体策></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケアシステムの確立を図るため、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等の在宅サービスの充実、ケアマネジメントの機能強化、医療との連携強化を推進。 ○ 小規模多機能型居宅介護やグループホームの拡充により、認知症への対応を強化。 ○ 施設について、ユニット化等の個別ケアを推進。 ○ サービスの充実を支える介護職員の処遇の改善。 (合わせて2,500億円程度) (2,400億円程度) <p style="text-align: center;">重点化・効率化</p> <p><改革の具体策></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防の推進、機能訓練等の重度化予防に資する給付への重点化等により、要介護者数の減少を図る。 ○ 地域包括ケアシステムの実現により、重度者を含む要介護高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることを可能とし、在宅への移行を図る。 (合わせて▲1,800億円程度)
--	---

資料：内閣官房社会保障改革担当室（2011）より

ための財源や人員の確保については、試算の対象に入っていないのである。

地域包括ケアシステムの構築には、ケアに必要な施設や設備のほか、専門性を持った人材、多様なサービス（資源）を当事者のニーズにあわせて配分し、きめ細かい対応を行うことができる柔軟な供給体制が必要である。地域包括ケアシステムが、人々のQOLの引き上げを目指すならば、サービス量の確保だけでは、必ずしも目標を達成できるとは限らない。サービス（資源）の情報を把握し、利用希望者のニーズも把握しながら、それを結びつけるコーディネーターの存在が重要である。専門家とコーディネーターの育成と、彼らの所得水準の確保が、地域包括ケアの担い手確保には必要であり、インフォーマルセクターを通じた相互扶助に頼ることが難しいとすれば、その費用負担のあり方が模索されなくてはならない。

7. むすびにかえて

本稿では、地域包括ケアに期待される役割について整理し、地域包括支援センターの機能と運営状況について、愛媛県松前町の事例をもとに検討を行った。地域包括ケアの仕組みは、家族機能のさらなる低下、コミュニティの弱体化が進めば、ますます重要性を増すことになる。また、雇用機会が限られた地域では、若者の就労の場としても期待される。

しかしながら、現実には、地域包括支援センターの多くは、民間事業者が予防給付などのサービスを担っており、プラットフォームとしての地域包括ケアシステムの構築には、まだ課題も多い。全国の約3分の2の自治体で地域包括支援センターの運営を民間に委託しているが、サービス（資源）の情報、住民の情報を把握し、アウトリーチをかけることのできる行政の役割は大きい。実際に、松前町の事例から、行政職員としてのコーディネーターの確保が、きわめて重要であることが分かる。

しかしながら、現行の介護保険制度の下では、保険給付費の3%相当を地域支援事業とすることが可能となっているが、その費用の一部に1号保険料が含まれており、高齢者の保険料率に影響するシステムとなっている。また地域ケアシステム構築のための連携の仕組みを維持するための費用を賄う補助制度はない。プラットフォーム構築に向けた、給付と負担の仕組みの検討が必要である。

松前町のような地域包括支援センターの運営を通じて、住民の満足度の向上の程度、それに要する追加的な財政支出額について、詳細な検討が必要となるが、それについては今後の課題としたい。

参考文献

猪飼周平（2011）「地域包括ケアの社会理論への課題 ―健康概念の転換期におけるヘルスケア政策」『社会政策』第2巻4号

- 川越雅弘（2008）「わが国における地域包括ケアシステムの現状と課題」『海外社会保障研究』162号, pp. 4-15 国立社会保障人口問題研究所
- 京都府保険医協会編（2011）『国がすすめる「地域包括ケア」を考える』かもがわ出版
- 厚生労働省（2011）「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料（2011年2月22日）」
- 社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国地域包括・在宅介護支援センター協議会編（2011）『地域包括支援センター等による地域包括ケアを実践するネットワークの構築の進め方に関する調査研究事業報告書』
- 地域包括ケア研究会編（2010）『地域包括ケア研究会報告書』三菱UFJリサーチ&コンサルティング
- 長寿社会開発センター編（2011）『地域包括支援センター業務マニュアル（改訂版）』長寿社会開発センター
- 内閣官房社会保障改革担当室（2011）「社会保障・税一体改革成案における改革項目」
- 中村康子（2007）「社会福祉制度の改正と権利擁護事業～介護保険制度改正を通して～」『人間福祉研究』10号 pp. 13-27
- 結城康博（2011）『日本の介護システム』岩波書店