

地域包括ケアシステムの検討

佐藤卓利

目次

はじめに

I 地域包括ケアの論点

- 1 「医療から介護へ」, 「病院・施設から地域・在宅へ」のねらい
- 2 「自助・互助・共助・公助」という考え方

II 「京都式地域包括ケアシステム」の検討

- 1 「京都式地域包括ケアシステム」とは
- 2 京都府内の地域包括支援センターの現状
 - i 民間委託の京都市の場合
 - ii 直営の京丹波町の場合
- 3 京都地域包括ケア推進機構の設置

おわりに

はじめに

「社会保障と税の一体改革と国民皆保険」(『立命館経済学』第62巻第4号掲載)で、「社会保障制度改革国民会議報告書」¹⁾を国民皆保険との関連で批判的に検討したが、厚生労働大臣の諮問機関である社会保障審議会介護保険部会は、「報告書」の提起する方向に沿って、介護保険制度改革に向け具体的な議論を開始した。「報告書」提出直後の2013年8月28日に第46回会合が開かれ、「地域包括ケアシステムの構築に向けて」をテーマとして、(1)介護保険事業計画、(2)在宅医療・介護連携、(3)地域ケア会議、(4)ケアマネジメントなどの個別論点ごとに具体的議論が始まった。議論はその後、急ピッチで進み11月27日に意見書案が提出され、2014年の通常国会に法改正案が提出される予定である。

本稿では、まず、介護保険部会での「地域包括ケアシステムに向けて」の議論の前提である「社会保障制度改革国民会議報告書」の「II 医療・介護分野の改革」をあらためて批判的に分析する。その上で、京都府が提案している「京都式地域包括システム」を検討する。

I 地域包括ケアの論点

1 「医療から介護へ」、[病院・施設から地域・在宅へ]のねらい

急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきたと「報告書」は言う。「主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした『病院完結型』の医療であった」が、今や「患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える『地域完結型』の医療」に変わらざるを得ないと言うのである。「地域完結型」の医療とは、「医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療」である。ところが、「日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない」というのが「報告書」の現状と課題についての認識である。

「地域完結型」医療は、川の流れにたとえられる。「高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容体急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度下では必要不可欠となる²⁾」。したがって、「医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない」。これが「地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくり³⁾」が求められるゆえんである。

しかし、これは「社会保障と税の一体改革」の一面であることに注意しなければならない。財務省が、「社会保障と税の一体改革」の説明会用に作成した「参考資料（平成24年4月26日）」表1⁴⁾を見ると、「充実」の項目に「病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等」に8,800億円、「在宅介護の充実等」に2,800億円、「マンパワーの増強」に2,500億円が掲げられている一方で、「重点化・効率化」の項目に「平均在院日数の減少等」でマイナス4,400億円、「外来受診の適正化」でマイナス1,300億円、「介護予防・重度化予防・介護施設の重点化（在宅への移行）」でマイナス1,800億円を見込んでいる。「報告書」で提起されている「地域包括ケアシステム」は、医療費削減計画と一体である。この現実を直視しなければならない。

医療費削減圧力の下、「医療から介護へ」、[病院・施設から地域・在宅へ]の流れが強まることになる。それは具体的には「急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らし早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく」、「病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していく⁵⁾」、という「効率的な医療提供体制への改革⁶⁾」を迫るものである。

「効率的」とは、本来、人的・物的資源が目的達成のため無駄なく使われことを意味する。医療の目的とは、人間の健康の維持・回復である。しかし避けられない老化、完治しない病気という現実がある。「報告書」が言うように、「病気と共存しながら QOL（Quality of Life）の維持・向上を目指す医療⁷⁾」も必要とされることは、間違いではない。医療の難しさは、その営みの何が「無駄で」、何が「無駄でないか」の判断の基準が何であり、だれが判断するのかという点にある。

表1 社会保障の充実と重点化・効率化

充 実	重点化・効率化
<p>【医療・介護】 ○医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化 —診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備—</p> <ul style="list-style-type: none"> • 病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等(8,800億円程度) • 在宅介護の充実等 (2,800億円程度) • 上記の重点化に伴うマンパワー増強 (2,500億円程度) <p style="text-align: right;">} ~1.4兆円程度</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 平均在院日数の減少等 (▲4,400億円程度) • 外来受診の適正化 (▲1,300億円程度) • 介護予防・重度化予防・介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1,800億円程度) <p style="text-align: right;">} ▲~0.7兆円程度</p>
<p>○保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策</p> <p>a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化</p> <ul style="list-style-type: none"> • 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 • 市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化(低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度)) <p>b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円程度) <p>d その他(総合算制度～0.4兆円程度)</p> <p style="text-align: right;">} ~1兆円程度</p>	<p>公費への影響は完全実施の場合は▲1,600億円 すでに提出した法案の施行時点では、公費への影響は縮小(▲400億円程度)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 介護納付金の総報酬制導入(完全実施すれば▲1,500億円) • 軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化 <p style="text-align: right;">} ▲~0.5兆円程度</p> <p>• 制度の持続可能性の観点から高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討するとともに、まずは年間での負担上限等の導入を目指す • 高齢者医療制度の見直し(高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえる) —高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬制導入、70歳以上75歳未満の患者負担を世代間の公平を図る観点から見直し検討</p>

(出所) 財務省「社会保障と税の一体改革」の説明会「参考資料」(平成24年4月26日)19ページより一部引用。

「効率的」という基準が、物的生産に適用される場合は明確である。物的生産に投入される資源がより少なく、物的生産の成果(生産物)がより多ければ効率的である。市場では、これをコスト(費用)とベネフィット(利益)として、貨幣で表示し評価している。この基準をそのまま医療に適用することはできない。しかし「効率的な医療提供体制への改革」が迫られるとき、貨幣で計られるコストのみが重視され、ベネフィット(それは、決して物的な利益だけでは計られない)が軽視されることになる。

社会の変化に合わせて医療にも改革が迫られていることは否定できないが、日本の医療の現実には、構造改革路線の下での医療費抑制政策がもたらした医療の荒廃である。したがって、なされなければならない改革は、人的・物的資源を医療に豊かに投入できる財政政策の転換であり、この方向に沿った「医療提供体制への改革」でなければならない。

2 「自助・互助・共助・公助」という考え方

社会保障制度改革国民会議は、社会保障制度改革推進法にもとづいて、その具体化を図るための機関として設置された。同法は、「基本的な考え方」として第2条で、「自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと」と謳っている。「地

地域包括ケアシステム」の提案は、この基本的考え方に貫かれている。

地域包括ケア研究会による「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」⁸⁾（2013年3月）は、「地域包括ケアシステム」を「自助・互助・共助・公助」という視点から整理しているので、これを素材に「地域包括ケアシステム」を検討しよう。

人々は、その一生を通じて様々な支え合い助け合いの仕組みの中で暮らしている。その仕組みを「自助・互助・共助・公助」という視点から捉え、整理するという分析方法は、一定の有効性を持つことは否定しない。しかし医療費削減計画と一体である「地域包括ケアシステム」に、その分析方法が適用されるとき、それは一面的分析となる。地域包括ケア研究会の「論点」は、「多様な支援の提供を『誰の費用負担で』行うのかという視点から整理するよう試みた」⁹⁾と言う。

その視点から、「地域包括ケアシステム」は、「公助」は税による負担、「共助」は「リスクを共有する仲間（被保険者）」の負担、「自助」は「自費で一般的な市場サービスを購入する」こと、「互助」は「費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの」というように切り分けられる。分析には総合が対応するが、「論点」では分析により分解された諸要素、すなわち「自助」・「互助」・「共助」・「公助」が、並列的にくっつけられているだけである。そしてそれら相互の関係は、「費用負担」の分担関係として論じられる。

このような考え方に医療費削減のバイアスがかかれば、『共助』『公助』を求める声は小さくないが、少子高齢化や財政状況を考慮すれば、大幅な拡充を期待することは難しいだろう。その意味でも、今後は、『自助』『互助』の果たす役割が大きくなっていくことを意識して、それぞれの主体が取組を進めていくことが必要である¹⁰⁾」との結論となる。

分析に対応する総合とは、分解された諸要素が再び有機的なつながりを持った全体として理解されることである。「地域包括ケアシステム」が、リアリティーのあるもの・現実的なものとして提起されるためには、それを構成する諸要素の有機的なつながりが示されなければならない。有機的なつながりとは、それが断ち切られてしまえば諸要素が死んでしまう関係である。税で支えられる「公助」なくして、「共助」を取り込んだ社会保険（その意味で社会保険は「公助」の性格を持つ）としての医療保険や介護保険は成り立たず、人々の自発的連帯にもとづく「共助」と「互助」において、はじめて自由と自律という意味での「自助」が実現する、そういう関係である。

地域で人間らしく生きたいと願うすべての人が、その願いを叶えるために、どのような支援を必要としているのかを把握し、必要な体制を組むにはどのような人々のあるいは組織の力が必要なのか、また既存の制度の活用と、制度をつなぎ制度を超える活動について検討すること、まずそこから出発しなければならない。したがって、現実的な「地域包括ケアシステム」は、地域における住民・医療福祉の専門家・自治体の試行錯誤の実践の中からはかき生み出されない。「論点」の一面性と弱点は、この視点の欠如にある。

たしかに「論点」は、「そのシステムは地域の実情に応じて構築されるべきである。したがって、地域包括ケアシステムの具体的な形は、大都市部、中小都市、各々の中心部と郊外、農漁村などそれぞれの地域で大きく異なる」と言い、「島嶼部や限界集落などの地域におけるケア体制については、別途、異なる視点からの議論が必要であろう¹¹⁾」とは言っているが、それが対象とする大都市部も含めて、地域ケアの実践がその提言に反映されているとは思えない。

各地の地域ケアの実践を総括し、その中から普遍的な地域ケアの仕組みを抽出し、その上で地域特性やケアを必要とする人やその家族の事情を勘案して、「地域包括ケアシステム」は構築されるべきである。その上で必要とされるケアのコストが計算されなければならない。そのコストを「誰が・どのように・どのくらい負担するのか」の問題は、政治経済の問題であり、自治の問題である。このことを避けて「地域包括ケアシステム」は論じられない。

II 「京都式地域包括ケアシステム」の検討

1 「京都式地域包括ケアシステム」とは

京都府は、2010年に「老後も安心して暮らせる地域ケアシステム推進プラン¹²⁾」を提起した。「推進プラン」は、「介護保険の利用者からの『医療と介護の連携が必要』との意見や、サービスの現場からも『個人的なネットワークや経験頼みになっている』との声があり、医療、介護、福祉の各分野のコーディネート機能が別立てとなっているなど連携不足が指摘されています」との現状認識に立ち、「高齢者の方が介護や療養が必要となっても、地域と関わりを持ちながら、自分の意思で生活の場を選択できるような環境整備が必要であり、個人の尊厳が尊重される社会の実現が求められます」と、取り組むべき課題を示している。

その目指すべき社会が「高齢者が住み慣れた地域で、医療、介護、福祉サービスを組み合わせることで24時間365日安心して暮らせる社会」であり、それが「京都式地域包括ケアシステムが実現される社会である」と言う。その目標達成年次を「団塊の世代」が75歳を迎える2025年に置き、当面の2010年から2013年を第1ステージとしている。

第1ステージでは、1「4つの領域を充実強化」するとして、「在宅医療サービス」「在宅医療サービスのバックアップ体制」「在宅介護サービス」「見守り、生活支援サービス」を挙げている。これに加えて、2「安心して暮らせる『すまい』の整備促進」、3「各領域をつなぐ『扇のかなめ』（ネットワーク）機能強化及び人材の育成」、4「『京都式』地域包括ケアシステムを支える機能の構築」が列挙されている。

現在、京都府は「第1ステージ（平成22～25年）の成果を検証し、残された課題に対応するとともに、認知症高齢者の増加や高齢者の看取り等の新たな課題に対応し、京都式地域包括ケアシステムの一層の充実を図るため、プランの改定を行います」として、「中間案¹³⁾」を示している。そこでは、「平成22年度に策定したプランに基づき、医療・介護・福祉の連携のもと、オール京都体制で、京都式地域包括ケアシステムの構築に取り組んできました」と述べ、先に列挙した項目に沿って実績が掲げられている。

全体としての自己評価は、「京都式地域包括ケアシステムの基本的な枠組みを構築することができた」、「市町村への伴走型支援により、各市町村の実情に応じた地域ケアシステムの取組を支援することができた」と、自賛している。たしかに、「地域ケアシステム」を「自助・互助・共助・公助」の並列でとらえ、責任主体を曖昧にする地域包括ケア研究会の「論点」に比べると、まだしも京都府は「医療・介護・福祉のオール京都体制で」、「京都地域包括ケア推進機構」を立ち上げ、独自の「京都式地域包括ケアシステム」の構築に努力している。その姿勢は評価できる。

表2 第1ステージの主な実績

区 分		主な取組（H22～24実績）
1 4 つ の 領 域 の 充 実 強 化	(1) 在宅療養を支える医療サービスの充実	<ul style="list-style-type: none"> • かかりつけ医となる医師を紹介する「ドクターズネット」の創設（983医師登録） • 訪問看護ステーション開設等への助成（新規15件、増設）等
	(2) 在宅医療サービスを支えるバックアップ体制整備	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅療養あんしん病院登録システムの創設（5,967人登録） • 認知症疾患医療センターの設置（5病院） • 認知症サポート医の養成、認知症対応力向上研修の実施等
	(3) 在宅介護サービスの充実	<ul style="list-style-type: none"> • 小規模多機能型居宅介護事業所や認知症グループホーム等、地域密着型事業所の整備に対する助成（89カ所）等
	(4) 見まもり・生活支援サービスの充実	<ul style="list-style-type: none"> • 京都高齢あんしんサポート企業の推進（843事業所・サポーター4,311名） • 暮らしのサポートコーディネーター」の設置への助成 • NPO等が行う生活支援事業への助成等
2	「すまい」の整備促進	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢者あんしんサポートハウスの整備助成（3カ所、130床） • サービス付き高齢者向け住宅の登録（43件、1,663戸）等
3	ネットワークづくり・人材育成	<ul style="list-style-type: none"> • 介護・福祉人材確保、多職種協働のための研修 • 看護職の離職防止・再就職支援等
4	市町村支援、推進体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> • 地域包括ケア総合交付金制度の創設 • 京都地域包括ケア推進機構の設立・運営等

（出所） 京都府「老後も安心して暮せる地域包括ケアシステム推進プラン中間案」2ページより引用

とはいえ、第1ステージの「4つの領域を充実強化」他の各項目の実績表（表2）には、数値が示されているが、当事者からの評価を伴わなければ一面的である。とくに「伴走型支援」の対象である市町村の実績評価がポイントである。2010年に出された「推進プラン」へのパブリックコメント¹⁴⁾に地域ケアシステムの「実施主体は市町村であることを明記し、市町村がどのような支援をするのか具体的に書いていただきたい」との府民からの意見に対し、府は「『京都市域地域包括ケアシステム』の実現に向けては、府のみならず、市町村、事業者、各団体等が一体となって進めていく必要があります。特に生活支援サービスにつきましては、市町村に主体的に取り組んでいただくべきと明記しております」と答えている。

次に、市町村が実施主体となっている地域包括支援センターの現状について見よう。

2 京都府内の地域包括支援センターの現状

2006年に改正された介護保険法は、新たに地域包括支援センター（以下センター）の設置を以下のように定めた。

「(地域包括支援センター) 第百十五条の四十六 地域包括支援センターは、前条第一項第二号から第五号までに掲げる事業（以下「包括的支援事業」という。）その他厚生労働省令で定める事業を実施し、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する。2 市町村は、地域包括支援センターを設置することができる。3 次条第一項の委託を受けた者は、包括的支援事業その他第一項の厚生労働省令で定める事業を実施するため、厚生労働省令で定めるところにより、あらかじめ、厚生労働省令で定める事項を市町村長に届け出て、地域包括支援センターを設置することができる。」

センターは、本来、市町村が責任を持って設置し運営すべきものであるはずだが、2項で「市

町村は、地域包括支援センターを設置することができる」と規定され、さらに3項で「委託」が可能とされている。そのため市町村直営と民間委託の2種類のセンターができることになった。京都府内26市町村のうち直営しているのは16市町村で、10市町は民間委託である。特に京都市は、61箇所あるセンターすべてが民間委託である。府内にはセンターが99箇所あり、そのうち京都市の61箇所を含む83箇所が民間委託となっている（表3）。民間委託率は、84%である。

ちなみに全国では、設置数は4,328箇所¹⁵⁾で、そのうち直営は1,268箇所（29.3%）、委託は3,042箇所（70.3%）である。委託先は、社会福祉法人、社会福祉協議会、医療法人などが主であるが、株式会社が受託している例もある。

i 民間委託の京都市の場合

ここでは、まず京都市の場合について検討する。京都市は61箇所すべてのセンターを民間に委託している。委託先には、さすがに株式会社はないが、市内で病院・介護施設を経営している医療法人・社会福祉法人など主である。図表4と図表5に示しているように、基本は保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャーの3専門職種を配置し、基本委託料は1550万円である。対象世帯数が多く1名の追加配置がある場合、500万円が増額される。筆者が聞き取りしたあるセンターは、専門職5名を配置しているが、担当圏域の被保険者数は7千名ほどであるため、委託料は4名分で計2050万円しか支払われず、専門職1名分と事務職0.5名分は法人からの持ち出しとなっている。したがって昨年は500万円以上の赤字であったという。京都市では、2012年度から1人暮らし高齢者の全戸訪問事業の実施のために、上記の職員に加え、各センターに1名ずつの職員を追加配置している。

センターの経営状況については、表6に61箇所の平均の収支決算が示されている。61箇所のうち、44箇所が単年度黒字、16箇所が単年度赤字となっている。平均値ではあるが、委託料（包括的支援事業）が約2千300万円に対し、人件費が約2千760万円であり、委託料だけでは、人件費が賄えていない実態が垣間見られる。

センターが担う地域支援事業は、介護保険給付費の3%を上限とすることになっている。平成24（2012）年度の京都市決算実績報告書の「介護保険事業特別会計」¹⁶⁾を見ると、保険給付費が100,537,824千円、地域支援事業費が2,607,803千円であり、率は2.6%となる。この他に「雇用対策事業特別会計」から、地域包括支援センター運営委託事業として23,188千円が支出されている。民間委託センターの経営状況改善のため、地域支援事業費の3%の上限までの支出が望まれる。

京都市は、「第5期京都市民すこやかプラン」の策定のために、「地域包括支援センターの課題、課題解決策等に関するアンケート調査」¹⁷⁾を実施し、2011年9月に「結果報告」を公表した。これは市内の61箇所のセンターを対象として、58箇所から回答を得たものである。その中から「問2 自己評価結果で『できていない』と評価された項目に関する理由と必要な支援」の中から、いくつかピックアップして紹介したい。

配置職員について「できていない」理由は、「必要な人材の確保が困難であることや、財政的支援が十分でないこと」にあり、具体的には、「専門資格を有する職員の配置が困難（特に保健師と主任介護支援専門員の専門職を配置することが難しい。そもそも人材が少ない。）」、「専門職種を雇用するにはそれ相応の給与面などの待遇も必要となるため、委託料のみで賄うことが困難である」と

表3 地域包括支援センターの設置状況

平成25年3月末現在の設置数

（単位：箇所）

圏域	保健所	市町村	センター数	設置主体						サブセンター設置数	プランチ設置数
				ア 直営	イ 社会福祉法人	ウ 社会福祉協議会	エ 医療法人	オ 社団法人	カ 財団法人		
京都・乙訓		京都市	61		41	5	11	3	1		
	乙訓	向日市	1			1					2
		長岡京市	1			1					4
		大山崎町	1			1					
		小計	3			3					6
小計		64		41	8	11	3	1		6	
山城北	山城北	宇治市	6		3				3		2
		城陽市	1			1				1	4
		八幡市	3		1		2				4
		京田辺市	1	1						1	5
		久御山町	1		1						
		井手町	1	1							1
	宇治田原町	1	1								
小計		14	3	5	1	2		3	2	16	
山城南	山城南	木津川市	1	1						2	4
		笠置町	1	1							
		和束町	1	1							
		精華町	1			1					
	南山城村	1	1								
小計		5	4		1				2	4	
南丹	南丹	亀岡市	5		3		2				3
		南丹市	1			1				4	
		京丹波町	1	1							11
小計		7	1	3	1	2			4	14	
中丹	中丹西	福知山市	1	1						3	9
	中丹東	舞鶴市	7	1	6						
		綾部市	4	1	2	1					
小計		12	3	8	1				3	9	
丹後	丹後	宮津市	1	1							4
		京丹後市	1	1						5	5
		伊根町	1	1							1
		与謝野町	1	1							
小計		4	4						5	10	
合計		106	15	57	12	15	3	4	16	59	
合計（京都市除く）		45	15	16	7	4		3	16	59	

（出所） 京都府「地域包括支援センターの設置状況」より引用。http://www.pref.kyoto.jp/kaigo/documents/13014 prt

表4 京都市地域包括支援センターの体制の考え方

高齢者人口	3千人未満		3千人～6千人		6千人～8千人		8千人以上
単身世帯数	950世帯未満	950世帯以上	1,900世帯未満	1,900世帯以上	2,500世帯未満	2,500世帯以上	—
18年度	2名		3名				
19年度	2名		3名		4名		
20年度	2名	3名		4名			
21年度							
22年度	2名	3名		4名		5名	
23年度							

表5 京都市地域包括支援センターの委託料

人員体制	箇所数	基本委託料	介護予防普及啓発委託料	二次予防事業対象者 ケアプラン新規作成実績払
2名	1	10,500,000	300,000	1 ケアプランあたり 3,000円 又は 4,400円(※)
3名	41	15,500,000		
4名	17	20,500,000		
5名	2	25,500,000		

※ 二次予防事業対象者ケアプラン新規作成加算を1件あたり、簡素なものは3,000円、従来同等のものは4,400円とする。

(出所) 平成22年度京都市長寿すこやかプラン推進協議会「第2回会議資料5」より引用。

表6 平成24年度京都市地域包括支援センターの収支決算（61センター平均）

(単位：千円)

収 入 内 容	
委託料（包括的支援事業）	23,005
介護報酬（介護予防支援）	11,448
その他	721
合 計 【A】	35,174
支 出 内 容	
人件費	27,635
管理費	3,634
委託費（介護予防支援の居宅介護支援事業所への委託）	819
その他	1,491
合 計 【B】	33,579
収支額 【A】－【B】	1,595

単年度黒字：44センター、単年度赤字：16センター

単年度収支均衡：1センター

(出所) 平成25年度京都市長寿すこやかプラン推進協議会「第1回会議資料2」より引用。

の指摘がなされている。

必要な支援としてセンターから上がっている声の中には「京都市の職員が直接支援する体制（本来は委託ではなく直営が望ましいと考える）を組んでもらうことも必要である」、「業務量が多くなっているので各地域包括支援センターごとにアドバイザー的な職員の配置が必要である」など、市の直接的支援を求めるものもある。

「地域の高齢者の実態把握」や「地域におけるネットワーク構築」が「できていない」理由については、「地域から提供される情報や地域との連携によるネットワーク構築は、地域包括支援センターが単独で行うには限界があり、取組を進めるためには、京都市からの情報提供や一層の支援が必要である」との意見が出されている。また「高齢者実態把握に関しては、個人情報をどのように開示できるかを整理して、京都市と地域包括支援センターが一体となって、情報共有をしていくことが不可欠である」との意見もある。

「地域におけるネットワーク構築」のために、市に求める支援として「各区・支所福祉事務所などがネットワーク構築に初期段階から関与してくれれば、地域の理解も得やすくなる」、また「認知症高齢者等及び家族への支援」では、「地域包括支援センター職員に任せきりではなく、各区・支所福祉事務所がもっと積極的に関わってほしい」など、「各区・支所福祉事務所」への要望が強い。

市の支援体制強化を求める声は、アンケート最後の「その他、ご意見、ご要望（自由回答）」にも見られる。「地域のネットワークは、地域包括支援センターのみでは構築できないので、医療をはじめとする関係機関と京都市との連携が問われる。」「京都市の地域包括支援センターは民間委託なので、行政のバックアップは必要不可欠である。」「各区・支所の福祉事務所体制を厚くしていただき、定期的に職員が各地域包括支援センターを巡回していただけるような体制が必要である。」

このような意見を踏まえると、大都市である京都市では、民間委託事業者への支援や連携は、区レベルでの強化が効果的であるように思われる。本来直営で行うべき地域包括支援センターの事業を民間へ委託している京都市の場合、財政的・人的支援を手厚くすることは、当然のことである。

ii 直営の京丹波町の場合

京丹波町の地域包括支援センターは、「保健福祉課内に京丹波町直営として置かれ、経験ある社会福祉主事、主任ケアマネジャー、保健師、事務職員各1名が配置されて¹⁸⁾」いる。また町内の介護サービス事業者（9法人11事業所）に「介護よろず相談所」を委託し、「地域包括のランチともいえる身近な相談場所としての役割を担って」もらっている。

「町内には計6か所の医療機関があり、うち4か所は町立。」「2011年度からは国保京丹波町病院を核に、3つの町立診療所の運営を一本化。」「2012年度からは同病院内に地域連携室を設置し、病病連携、病診連携をはじめ、介護保険事業所と連携を深め、……在宅医療の推進に取り組んでいる」。

センター業務の介護予防給付113件のうち、委託分は104件、直営分は17件である。センターは地域ネットワークづくり、生活支援に力を注いでいる。町内には、9か所の居宅介護支援事業所があり、その連絡機関として「ケアマネジャー協議会」を2007年度から立ち上げ、センターが事

事務局となり「事例検討会」「研修会」を定期的に開催してきた。

直営センターの良さについて、センター長は次のように語っている。「その状態をモニタリングし、行政施策に反映させ、必要なネットワークをつなげていくことは、直営、委託に関係なく、地域包括ケアシステムを構築していく上で求められている役割であると考えます。ただ行政職にあつて、介護現場にも住民の暮らしにもかかわりやすいというのは直営包括ならではの良さなのかもしれません」。

「支援困難なケースマネジメントに直面し、時にはさまざまな制度のグレーゾーンをくぐるような“ウルトラC”で乗り切る場合もあります」とのことだが、こうしたことが可能なのも、町職員として直営のセンターで働く「現場を守る専門職」の立場にあればこそ、と思われる。直営であることの優位性は、役場内の福祉課や保健課との連携を取りやすいことにある。京丹波町は、先に紹介したようにセンターは、保健福祉課内に置かれている。また町立国保病院を核とした地域医療も展開している。意識すれば役場内の「縦割り」を超えて、住民の生活支援について具体的な手立ても工夫できるであろう。

空き家が放置されている。人は住んでいるが家の中はゴミであふれている。死後何カ月かたつて一人暮らしの人の遺体が発見された。このようなケースは、どこの地域でも珍しいことではない。こうした問題の解決、またそれを未然に防ぐには、役場内の「縦割り」行政を超えなければならぬ。住民の生活支援は、多面的総合的アプローチを必要とする。そこには、地域住民の関わりも必要とされる。もちろん医療や福祉の専門家の支援も必要である。直営の地域包括支援センターであればこそ、ネットワークの中心となれるのである。

3 京都地域包括ケア推進機構の設置

京都府は「京都市地域包括ケアシステム」を実現するため、2011年6月に「医療・介護・福祉・大学等のあらゆる関係団体が結集してオール京都体制¹⁹⁾」で、「京都地域包括ケア推進機構」を立ち上げた。「高齢者を中心に据え、制度の縦割りや隙間を排除し、各関係機関が一丸となった『オール京都体制』」が、強調されている。「機構」の代表幹事には、京都府知事、京都市長、京都府社会福祉協議会会長、京都府医師会会長が就き、理事には京都府立医科大学学長はじめ医療・福祉団体の長、市長会会長・町村会会長など職能団体・行政関係者も加わっている。組織機構としては、たしかに「オール京都体制」である。

京都府は、「機構」を設置した2011年度に「京都市地域包括ケア推進費」として、58億円の予算を組んだ。その後も12年度に44億円、13年度に52億円が予算化されている。11年度の事業概要²⁰⁾によれば、「地域包括総合交付金の創設」に36億5千万円、「地域包括ケア推進機構の設置」に1億8千万円、「地域包括ケア人材の確保・育成」に7億9千万円、「地域包括ケアの基盤整備」に10億3千万円、「総合リハビリテーションの充実」に1億7千万円を予算化した。

「地域包括ケアの基盤整備」の主なものは、特別養護老人ホーム等の整備事業に5億9千万の助成、高齢者あんしんサポートハウス整備に2億2千万円の助成、認知症疾患医療センターの設置に1億92千万円支出など、ハード事業である。いちばん予算額が大きい「地域包括総合交付金の創設」の36億5千万円も、その内訳を見ると、「地域包括ケアプランの作成支援」などソフト事業に6千万円、それに比して「地域密着型小規模介護施設等の整備」などハード事業が35億9

千万円である。「京都市地域包括ケア推進費」58億円の内訳を見れば、本来整備すべき介護施設の費用を入れ込んで見かけを大きくしていることがわかる。

とは言え、新規のソフト事業として「地域包括ケア推進機構の設置事業費」1億8千万円のうち1億4千万円が、「地域包括ケアの要である地域包括支援センターの機能を図る」ため、「地域包括支援センターに介護予防マネジメントを担当する保健師等の専門職員を配置する」予算が組まれた。また、「地域包括ケア人材の確保・育成事業費」のうち、「介護・福祉サービス人材確保プランの推進」や「医療・介護の連携強化に向けた人材の育成」などに3億5千万円が予算化された。

このような予算措置により、「地域包括ケアの理解と職種間ネットワーク形成に関する研修」、「これからの認知症ケアについて考える—医療とケアの連携で暮らしをつなぐ—」、「排泄に関する援助技術の向上を図るための研修会」、「地域包括ケアシンポジウム」など、京都府介護支援専門員会、京都府介護福祉士会、地区医師会など専門職能団体が主催する研修会・シンポジウムが開催されている。

京都地域包括ケア推進機構が立ちあがってまだ2年目であり、その総体的評価は定まらない。京都府は、国＝厚生労働省に対しては、「京都市地域包括ケアシステム」を提起し、「機構」を立ち上げた2011年6月に、「平成24年度政府への政策提案²¹⁾」として「1 京都市地域包括ケアの制度化」、「2 地域包括支援センターの機能強化」、「3 地域医療センターの充実」を提案した。京都府は、このような提案とともに、これらの施策が中期的・安定的に継続できるために、全国的な制度化と財源措置を国に求めている。京都府が国への要求を掲げつつ、「京都市地域包括ケアシステム」を自らの責任において、人的・財政的に支える覚悟があるのか注目したい。

おわりに

地域で保健・医療・福祉のネットワークを形成し、日常的に高齢者の生活を支える活動は、先進的な地域では1970年代から始まっている（たとえば、当時の広島県御調町など）。こうした活動は、各自治体で保健・医療・福祉の専門家たちが担い、公的な社会保障の一環である医療給付や社会福祉サービスとして提供されていた。当初、在宅医療の展開は十分ではなく、社会福祉サービスは対象者が限定されていたが、高齢化が進む中で、その限界があらわになり、新しい制度が作り出されることになった。

しかし、新しい制度はサービス供給の拡大と同時に、公的な責任・守備範囲の縮小を伴うものであった。その背後には国の財政負担の軽減と公的サービスの市場化・民営化へのねらいがあった。

簡単に振り返れば、まず1997年の保健所法の廃止と地域保健法の施行である。これにより都道府県・中核市に設置されていた保健所は、住民への直接サービス機関から保健行政の事務的管理機関へと変化した。直接サービスは市町村に委ねられるとともに、保健師の担う業務も地域担当制から、高齢者・障害者・母子などの対象者ごとに分けられ、その業務に地域が意識されることはなくなっていった。

1997年の法成立、2000年施行の介護保険制度を契機に、高齢者福祉の大半は介護保険の給付事業に移された。福祉事務所には高齢者担当のケースワーカーは配置されなくなり、本来、高齢者保健と高齢者福祉を一体のものとして提供すべき市町村は、介護保険の給付管理に業務のウエイトを置くようになってしまった。介護保険への期待は大きかったが、現実には、介護保険のみでは高齢者の生活は支えられず、介護保険の主導者が唱えた「介護の社会化」は期待されたほどには実現されていない。

2008年には、老人保健法に基づき市町村が実施してきた基本健康調査が廃止されたことにより、市町村は地域住民の健康実態把握のためのツールを失った。市町村に代わって各医療保険の保険者が特定健康診査・特定保健指導を担うことになり、もっぱら医療費抑制を目的とした生活習慣病対策が強化されている。

こうした経過を振り返れば、地域包括ケアは、保健所や福祉事務所が手放してしまった住民の「いのちと暮らし」を守る仕事の再編であり、介護保険の限界を補う受け皿の形成であると言える。その際、民間事業者や地域住民の活用が目論まれている。その要の仕事を担うのが、市町村が設置する地域包括支援センターである。その地域包括支援センターまでもが、市町村の直営から民間への委託が主流となっていることはすでに見どころである。

保健・医療・福祉のネットワークの要としての地域包括支援センターは、直営であるべきだが、すでに8割が民間委託である京都府においては、せめて基幹型の地域包括支援センターを直営として設置し、市町村の保健・福祉業務と統合し、民間委託センターへの人的・財政的支援を強める努力が必要とされる。この点が「京都式地域包括ケアシステム」の評価基準となるであろう。

注

- 1) 社会保障制度改革国民会議『社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋—』（平成25年8月6日）<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusho.pdf>（2013年12月5日最終閲覧）
- 2) 『同上』25ページ。
- 3) 『同上』28ページ。
- 4) 財務省「社会保障と税の一体改革」の説明会「参考資料」（平成24年4月26日）19ページ。http://www.mof.go.jp/comprehensive_reform/sankou.pdf（2013年12月5日最終閲覧）
- 5) 『報告書』25ページ。
- 6) 『同上』27ページ。
- 7) 『同上』21ページ。
- 8) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング『〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』（2013年3月）http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf（2013年12月5日最終閲覧）
- 9) 『同上』4ページ。
- 10) 『同上』5ページ。
- 11) 『同上』1ページ。
- 12) 京都府『老後も安心して暮らせる地域包括ケアシステム推進プラン』（2010年10月）<http://www.pref.kyoto.jp/kaigo/documents/1292398024.pdf>（2013年12月5日最終閲覧）
- 13) 京都府『老後も安心して暮らせる地域包括ケアシステム推進プラン 中間案』（2013年10月9日）<http://www.pref.kyoto.jp/kourei-engu/documents/hp.pdf>（2013年12月5日最終閲覧）

- 14) 京都府『「老後も安心して暮らせる地域包括ケアシステム推進プラン」に係るパブリックコメント要旨及びこれに対する府の考え方』（募集期間は、2010年10月15日から11月18日まで）<http://www.pref.kyoto.jp/kaigo/documents/1292290175644.pdf>（2013年12月5日最終閲覧）
- 15) 三菱総合研究所『地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に関する調査研究事業報告書』（2013年3月）http://www.mri.co.jp/SERVICE/project/chuou/rouken/h23_03.pdf（2013年12月5日最終閲覧）
- 16) 平成24年度京都市決算実績報告書「保健福祉局決算の概況」34-35ページ。<http://www.city.kyoto.lg.jp/gyozai/contents/0000155/15524/24-5-2hokenhukusi.pdf>（2013年12月5日最終閲覧）
- 17) 京都市『地域包括支援センターの課題、課題解決等に関するアンケート調査 結果報告』（平成23年9月）<http://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/contents/0000120/120364/0.3.pdf>（2013年12月5日最終閲覧）
- 18) 京丹波町地域包括支援センター 井上祐子「直営包括が行政施策と一体化した取り組みを」『月刊ケアマネジメント』（2013年1月号）54-57ページ。
- 19) 京都地域包括ケア推進機構ホームページより。<http://www.kyoto-houkatsucare.org/>（2013年12月5日最終閲覧）
- 20) 京都府「平成23年度当初予算案主要事項説明」<http://www.pref.kyoto.jp/yosan/documents/1296475926537.pdf>（2013年12月5日最終閲覧）
- 21) 京都府「京都市地域包括ケアシステムの推進について」（平成23年6月）<http://www.pref.kyoto/seisakuteian/documents/1308037705795.pdf>（2013年12月5日最終閲覧）