

持続可能な地域福祉社会の構築のために：「地域包括ケアシステム」の検討を通じて

小幡, あゆみ
九州大学大学院法学府法政理論専攻：修士課程

<https://doi.org/10.15017/1800882>

出版情報：決断科学. 3, pp.71-81, 2017-03-23. 九州大学持続可能な社会のための決断科学センター
バージョン：
権利関係：



持続可能な地域福祉社会の構築のために 「地域包括ケアシステム」の検討を通じて

小幡 あゆみ

労働政治学

はじめに

現代日本の地域社会は、人口減少と高齢化の進展という社会の転換の中で、存続の危機に直面している。とりわけ福祉政策の領域においては、肥大化する医療・介護のニーズに対し、いかにして限られた資源の公正かつ効率的な配分を行い、「持続可能」な福祉システムを構築していくのかが問われているといえよう。そのような状況下において、2000年代前半から逼迫する介護保険財政を受けた制度改革をめぐる議論の中で、「地

域包括ケアシステム」の構築が政策として焦点化され、2014年の通常国会において可決された「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」の中では明確に政策目標としてその定義が示されることとなった。本稿は、この現在注目を集めている「地域包括ケアシステム」の内実とその課題について考察することを目的としている。決断科学プログラムの統治モジュールでは、現場での実習やその経験の理論化を重ねながら、教育や産業などの多様な視点から持続可能な地域構築のための方途が検討されてきた。本稿は、その問いに対す

る福祉の視点からのアプローチである。

1. 地域包括ケアシステムのはじまり

まず、ここでは、そもそも地域包括ケアシステムがどのようなシステムを指しているのかについて、そのはじまりとされる事例を紹介し確認した上で、そのようなシステムが必要とされるようになった背景を確認していきたい。

1. 1. 広島県旧御調町での取り組み

この地域包括ケアシステムは、昭和50年代から広島県公立みづぎ総合病院の院長であった山口昇医師によって取り組まれた広島県御調町（現在は市町村合併により尾道市に統合）での医療・介護・福祉にまたがるケアの実践につけられた名前であった^{※1}。山口氏によれば、

※1 高橋敏士（2012）『地域包括ケアシステムへの道』（高橋敏士編『地域包括ケアシステム』、オーム社、pp.12-37. 所収）

御調町での地域包括ケアシステムは次のような取り組みによって生まれた地域内の連携体制である^{※2}。

①退院後に自宅で寝たきり化してしまう住民を減らす目的で訪問診療・看護・リハビリテーションを看護師・保健師・リハビリスタッフの派遣によって実施
②住民の容態にあわせ、在宅ケアに関する専門職を集めたケアカンファレンスによるディスカッションでケアプランを作成
③健康づくり・疾病予防のために、医師や歯科医師、管理栄養士、訪問看護師等多様な専門職と住民との間でのワークシヨップを開催
④車いすやヘルパーなど行政福祉サービスが必要となる住民のため、町長・議会を説得した上で、役場の住民課と厚生課を病院内に移管（その後、国保・介護保険部門も設置される）

※1 山口昇（2012）『地域包括ケアのスタートと展開』（高橋敏士編『地域包括ケアシステム』、オーム社、pp.21. 所収）

⑤福祉バンクという住民ボランティア組織によるボランティアの設立…1時間1点の時間貯蓄制で、自身が要介護になった際、点数分の介護を受けることができる（市町村合併時に解散）

このような取り組みの結果、当時の御調町では公立みづぎ病院を中核とした多機関間の連携システムが構築されていった。山口医師は、この経緯を振り返り、「…地域住民のニーズに応じていくうちに、自然に現在のような地域包括ケアシステムのハードとソフトが出来上がってきた」^{※3}と述べている。

1. 2. 地域包括ケアシステム登場の背景

このような地域内の医療・介護を連携させる取り組みは、その後多くの地域で実践が積み重ねられてきた^{※4}。

※3 山口（2012）、前掲、p.37.

※4 厚生労働省のHPには、全国各地の地域包括ケアの取り組みが50事例紹介されている。（参考：厚生労働省（2014）『地域包括ケアシステム』事例集〈くわんくわん探〉の素材集）URL: http://www.kaiyokkensaku.jp/chitki-houkatsufiles/mhlw_care_system_2014.pdf

それでは、なぜ地域包括ケアシステムが現代社会において必要とされるようになったのであろうか。この背景としては、①健康概念の変化と②ケアの社会化への要請が挙げられる。まず、①健康概念の変化については、「医学モデル」から「生活モデル」への転換が重要である。ヘルスケア政策を専門とする猪飼周平氏によれば、従来、医学的病気がない状態が健康とされ、健康回復手段がもつばら医学的治療によるものとされてきた健康概念（Ⅱ医学モデル）が、21世紀に入り、生活の質を基準として定義（Ⅱ生活モデル）されるようになったことで、医療だけでなく、リハビリテーションや他者との交流といった要素を組み合わせた「包括的」なケアによって、いかに当事者が健やかな生活を送ることができるといった問題に関心が集まるようになったという^{※5}。また、従来家族内の女性によって担われてきたケアの領域は、女性の社会進出や核家族化の進行といった時代状況の変化によって、社会全体がそれを担うべきだといった

※5 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―』（社会政策学会「社会政策」、第三巻第三号、pp.21-38. 所収）

議論が起るようになる。それが、②ケアの社会化への要請である。特に、日本社会においては、高齢化の急速な進展と高齢者世帯の増加が介護の社会化という問題を顕在化させた。そこでは、旧来の家族に代わり、「地域」が新たなケアの担い手として着目されるようになったのである。この①と②の変化が、人びとが住み慣れた地域で最後までよく暮らすことのできる包括的なケアの体制である地域包括ケアシステムを生み出したといえるだろう。

それでは、このような背景から登場した実践としての地域包括ケアシステムはいかにして政府の政策課題とされ、政策化がすすめられていったのだろうか、次節ではそれを確認していききたい。

2. 地域包括ケアシステムの政策化

本節では、地域包括ケアシステムが介護保険制度の改正の議論の中で政策課題として浮上してきたことを確認し、その政策化の流れの中で地域に求められるように

なった役割について検討していききたい。

2. 1. 介護保険制度の創設と行き詰まり

第1節で述べた①健康概念の変化および②ケアの社会化への要請という時代状況の変化は、政府にも旧来の社会保障システム^{※6}からの転換を求めることとなった。そこで、2000年に立ち上げられたのが、介護保険制度である。この介護保険制度は、次の意味でそれまでの社会保障の在り方に大きな転換を求めることとなる。その転換とは、サービスの提供形態が行政処分から契約主義に転換したということに加え、高齢者福祉における自治体の役割が大きく変化したことにある^{※7}。つまり、

※6 日本では、終身雇用や年功賃金制、企業別の福利厚生¹⁾の提供といった性格に基礎付けられた日本型の雇用システムの下で働く男性稼ぎ主が世帯収入の中心となり、育児や介護などのケアの領域は家庭内の女性によって担われるという構造により、他の先進国よりも低い社会保障費の割合を維持することができていたといわれており、政治学者の三浦まり氏は、このような日本の福祉体制を“welfare through work”「雇用を通じた福祉」であったと評価している²⁾。Man Mui (2012) *Welfare Through Work: Conservative Ideas, Partisan Dynamics, and Social Protection in Japan*, New York: Cornell University Press.

※7 介護保険の財源は、50%が保険料（第一号保険者：22%、第二号保険者：28%）残りの50%が公費（国：25%、都道府県：12.5%、市町村：12.5%）の構成になっている。

それまでは中央政府から配分された予算の中で、市町村などの自治体が職権に基づきサービスの対象やその種類を決定してきた。一方、介護保険制度の下では、保険料を拠出した住民がそのサービスを受ける権利者として現れ、自治体は介護保険の保険者としてその認定やサービス提供を行うという契約が、自治体と住民の間に結ばれることになった^{※8}。ここでは、自治体に「：地域の実情を反映したサービスを、住民の財政的負担と比較考慮しながら提供していくこと」^{※9}が求められるようになり、ここにおいて、市町村レベルの「地域」が高齢者福祉の最前線として、その役割と責任を拡大されたのである。この大きな転換は「地方分権の試金石」であると評されたほどであった^{※10}。

しかし、介護保険制度は創設後まもなく利用者の増大による介護保険財政の逼迫に加え、高齢者の生活課題の

多様性や社会的排除といった状況が顕在化したことで、介護保険が提供できるサービスの範囲や人的資源では対応しきれないといった「高齢期の生活課題と介護保険が提供するサービスのミスマッチ」^{※11}が問題視されることとなる。そして、この問題への対応を検討する中で、注目されるようになったのが「地域包括ケアシステム」であった。

2. 2. 「地域包括ケアシステム」の政策化

この「地域包括ケアシステム」ということはが政策課題として注目を集めることになったのは、介護保険制度の改正を議論するために立ち上げられた高齢者介護研究会が2003年に提出した報告書「2015年の高齢者介護」の中で取り上げられたことによるとされている^{※12}。

※8 大森彌 (2006) 『分権型社会を創る① 分権改革と地域福祉社会の形成』、ぎょうせい

※9 小林良彰名取良太 (2004) 『地方分権と高齢者福祉——地方自治の展開過程』、慶応義塾大学出版会、p.1.

※10 大森 (2000)「前掲」pp.196-197.

※11 井上信宏 (2014) 「生活保障システムの転換と地域包括ケア」(宮本太郎編『地域包括ケアと生活保障の再編 新しい「支え合い」システムを創る』、明石書店 pp.70-117、所収) p.88.

※12 宮本太郎 (2014) 「地域社会をいかに支えるのか——生活保障の再編と地域包括ケア」(宮本太郎編『地域包括ケアと生活保障の再編 新しい「支え合い」システムを創る』、明石書店 pp.15-44、所収)

この報告書の中では、今後の高齢者介護の課題が、以下のように述べられていた。

…自らの尊厳保持のため、自助の努力を尽くし、さらに、地域における共助の力を可能な限り活用することにより、結果において公的な共助のシステムである介護保険制度の負担を合理的に軽減させるなど、広い見地からフォーマル・インフォーマル、自助・共助・公助のあらゆるシステムをこれまで以上に適切に組み合わせながら、これからの高齢社会において「高齢者が尊厳をもって暮らすこと」を実現していくことが、国民的課題である^{※13}。

さらに、同報告書の中では、高齢者の尊厳を支えるためには、介護保険制度の仕組みを持続可能な制度にしていくため、「より効率的な保険運営が行えるよう、地域の実情に応じて保険者が独自性を発揮できる、より柔軟な仕組みを検討する」^{※14} が必要であるとも述べ

※13 高齢者介護研究会報告書（2003）「2015年の高齢者介護」 URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/>（2017.2.2閲覧）
※14 高齢者介護研究会報告書（2003）「前掲

第1号保険料の全国平均推移（月額）		（介護保険制度の改正点）	地域包括ケアシステムに関する改正点	その他の主な改正点
第1期 （2000～2002年）	2,911円	2000年	介護保険制度創設	
第2期 （2003～2005年）	3,293円	2005年	・地域包括ケアシステム概念の提示 ・地域包括支援センターの創設 ・市町村による「地域支援事業」（介護保険財源で市町村が取り組む事業）の実施	・施設給付の見直し （居住費用・食費の全額利用者負担）
第3期 （2006～2008年）	4,090円			・業務管理体制の整備
第4期 （2009～2011年）	4,160円	2008年	・地域包括ケアの推進という目標設定 ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設 ・予防給付と生活支援サービスの総合的な実施が市町村の判断によって可能に ・日常生活圏域ごとに介護保険事業計画を策定	・介護職員による痰の吸引が可能に ・都道府県の財政安定化基金の取り崩し
第5期 （2012～2014年）	4,972円	2011年		・一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引き上げ（通常1割負担）
第6期 （2015～2017年）	5,514円	2014年		・地域ケア会議の推進

表1. 介護保険制度に関するこれまでの主な改正点（筆者作成）

られている。そして、それらを実現できるモデルとして取り上げられたのが「地域包括ケアシステム」だったのである。この提言を受け、2005年の介護保険制度改正の中では、「地域包括ケアシステム」の構築が目標とされ、拠点となる「地域包括支援センター」の創設が規定された。その後も、制度改正のたびに、「地域包括ケアシステム」構築のための多様な政策が導入されている。また、「地域包括ケアシステム」が政策に導入されていくと同時に、介護保険費の利用者負担額の増加や、介護予防の支援事業に関する事務の自治体への移管などが進められている（表1）。

このような「地域包括ケアシステム」の政策化の背景には、「2015年の高齢者福祉」の中でも述べられていた、自助および互助・共助の領域におけるケアの再編と役割の強化を求める流れが存在している。そしてここでは地域における「高齢者の尊厳のある暮らし」を維持しうるサービスを提供しながら、同時に介護保険財政を含む限られた資源の中で、持続可能性を構築していくためのさらに大きな責任が、地域、特に自治体に委ねられ

るようになったのである。それでは、そのようなシステムを構築するために、今後地域が取り組むべき課題にはいかなるものが考えられるのだろうか。最後に、その点について検討していきたい。

3. 地域包括ケアシステム構築のために

ここまでの検討では、地域包括ケアシステムが政府によつて政策に取り込まれていくことで、全国の自治体に対して、介護保険制度の持続可能性を念頭においた上でのサービスの提供が求められるようになったことが確認できた。しかし、第1節で確認したようにこの地域包括ケアシステムとは固有の地域独自の取り組みとして始まったものであり、他の地域の実践を見ても、地域ごとに異なる多様な実践が行われているため、そこに単一のモデルのようなものを構築することはできない。そのため、この地域包括ケアシステムという政策を契機としてその構築に取り組む自治体には、自身の地域の実情にあわせたより主体的な判断と行動が求められることにな

る。その上で、今後自治体が地域包括ケアシステムの構築に取り組みにあたっての課題として考えられるものを以下、検討していきたい。

3. 1. 地域ニーズの発掘と住民参加

それぞれの地域において、地域包括ケアシステムを安定的かつ効率的に機能させるためには、その地域が抱えるニーズを適切に把握していくことが不可欠である。統治モジュールのフィールドとなっている八女市でのヒアリングの中では、地区によって、比較的都市部においては地域のコミュニティの希薄化が問題視され、一方過疎地域においては交通インフラおよび福祉施設・病院等の不足などが異なる課題として認識されていた。そのため、その地域が必要としている課題を明確化した上で、取り組むべき政策の優先度を組み込んだ計画を策定していくことが必要であろう。また、この作業を通し、目指すべき目標を地域の人びと（地域内の事業者や住民）と共有し、計画を推進していく協力体制の構築につながるこ

が望ましい。限られた資源の中で適切なサービスの配分を行うっていくためには、地域の人びとの同意と協力を調達する必要があるためだ。そのためにはアンケート調査の実施だけでなく^{※14}、住民と直接対話をしていく中で地域の目指すべき姿とその道筋である計画を生み出せる場を創造していくことが求められる。

3. 2. アクター間の連携と地域包括支援センターの機能強化

また、地域包括ケアシステムは、第1節で触れた広島県旧御調町の実践からもわかるように、医療・福祉という旧来分断されて提供されてきたサービスを横断させることによって可能になるシステムである。そこでは、自治体をはじめとして病院や介護施設などの民間事業者と自治体行政あるいはNPOなどの非営利法人といった多様なアクターのネットワーク化とそのマネジメ

※14 現在、ほとんどの地域が介護保険事業計画の策定にあたって、厚生労働省の勧める「日常生活圏域アンケート調査」を実施している。

ントおよびコーディネートが必要とされ、これまで介護保険制度の中でコーディネーターとしての役割を担っていたとされるケアマネジャーだけでなく、新たに創設される地域包括支援センターがその中核的存在となっていくことが期待されている。しかし、地域包括支援センターは、マネジメント業務に加えて、要支援レベルのケアプラン作成や相談業務など多岐に渡る業務を行っているが、三菱総合研究所が2016年に行った調査によれば6人未満の人員で構成されているセンターが半数を占めている^{※16}。さらにこれらの地域包括支援センターの中には支所を設けているものもあることを考えると、地域包括ケアにおけるマネジメントおよびコーディネート業務という取り組みは限られたものになっているのではないかと考えられる。そのため、マネジメント能力を持った人材の育成とあわせ、適切な業務配分と人員の確保が今後必要となろう。さらに、現在全国では4,685箇所の地域包括支援センターが設置されているが、その実

施主体の割合は介護保険者である自治体の直営が26%であるのに対し、委託が73.9%を占めており、これらのセンターにとっては、行政による事業の丸投げを防ぐためにも、密な連携体制を構築することが求められている。

3. 3. より広義の「包括」へ

最後に、この地域包括ケアシステムを持続可能なものにしていくためには、地域の福祉を担う現役世代が地域の生産活動の担い手として、安心して活動することのできる生活基盤の確立が不可欠となる。ここでは、育児や雇用政策だけでなく、ひいてはまちづくりといった他政策領域を文字通り「包括」した支えあいの仕組みづくりが求められるだろう。現在、全国の地域では、介護施設と保育施設を統合し、介護職員の育児離職のリスクを軽減する取り組み^{※17}や、生活困窮者の就労と高齢者の居

※16 三菱総合研究所（2016）「地域支援事業の包括的支援事業及び任意事業における効果的な運営に関する調査研究事業報告書」URL: <http://www.mhiw.go.jp/file/06-Saisakujuhou-12300000-Roukenkyoku/0000136642.pdf>(2017.2.2閲覧)

※17 東京都江戸川区の江東園などが有名である。（江東園HP: <http://www.kotoen.or.jp/>）

住介護を結びつける取り組み^{※18}など、多様な実践が始まっている。これらの取り組みは、ケアを必要とする人々を統合することで、ケアコストの削減だけでなく、雇用を保持あるいは創出し、地域社会での人とのつながりといった社会的資源の構築にも結びついている。

このように、持続可能な尊厳のある暮らしを地域で続けていくためには、地域で暮らし人びとが暮らし続けたいと思える地域像を模索し、それを実現するための支え合いの基盤をそれぞれの地域で構築していく必要がある。地域包括ケアシステム構築の取り組みを通して、地域の課題がそれぞれの主体によって認識され、その克服を望む人びとの自生的なネットワーク構築の契機となることが望まれる。

おわりに

決断科学プログラムの統治モジュールでは持続可能な

※18 宮本(2014)の中では、東京のNPO法人「自立支援センター・ふるさとの会」による取り組みが高く評価されている。

地域社会構築に求められるガバナンスとはどのようなものかという問いの下、日々学習やフィールドワークを重ねている。本稿で取り上げた地域包括ケアシステムは、政府によって政策化されたことにより、すべての地域にローカルガバナンスの実践を求めることとなった。

その実践は画一的なものではあり得ず、地域のニーズや資源に大きく左右されることとなる。そのような多様な実践に対し、学問がどのような役割を担うべきなのかという点について、決断科学プログラムでの活動を通し、今後とも検討していきたい。また、地域包括ケアシステムの構築がより推進されていくためには、地域の行財政体制の在り方や中央政府との権限配分等についても深く検討する必要があるが、本稿ではそこに至ることができなかったため、これらの点に関しては今後の課題としたい。

本稿の執筆にあたっては、2016年12月16日と2017年1月24日に行った八女市市民福祉部介護長寿課と星野地域包括支援センターでのヒアリングを参考

にさせていただいている。ヒアリングに協力して下さった方々に、この場を借りてお礼申し上げたい。



小幡あゆみ おばた あゆみ

九州大学法学府法政理論専攻 修士課程1年
決断科学大学院プログラム 統治モジュール

1989年福岡県直方市生まれ。九州大学卒業後、九州労働金庫勤務。
退職後、2016年4月より九州大学法学府所属。
専門は、労働政治学・地方政治。