

介護保険政策の課題（下）

——地域包括ケアの可能性と問題点 介護保険と福祉の関係——

芝 田 文 男

I はじめに

——介護保険政策の課題（上）の小括と（下）の問題意識

介護保険制度創設より12年で制度の定着と要介護者の家族の負担軽減などについて、一定の評価が得られている。産大法学第46巻第2号に掲載した「介護保険政策の課題（上）」では、2025年及びそれを超えて進む高齢化や団塊の世代の後期高齢年齢の到達で介護需要が急速に増加する一方、介護人材の確保や少子化による現役世代の負担感の増大で制度の持続可能性に注意信号が点灯している状況及び国際的に比較して対象者の範囲の広い日本の介護保険制度の特徴を見た。また、介護者本人の住み慣れた自宅までできるだけ長く過ごしたいという意向やより効率的な制度運営という観点を踏まえて、国が進むべき方向としている「地域包括ケア」の内容とその課題について見た。

「地域包括ケア」とは、「ニーズに応じた住宅が供給されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域の体制」（地域包括ケア研究会（厚生労働省が三菱UFJリサーチ&コンサルティングに委託、田中滋氏を座長とする）報告書（2009））とされ、おおむね30分以内にサービスが提供される中学校区を基本とする日常生活圏域内での提供体制の構築を目指すとされている。そしてこのようなサービスが24時間365日提供できるようにすることを理想としている。

この「介護保険政策の課題（下）」では、地域包括ケアの現状と課題を分析することを目的とする。

まずⅡでは関西の市町村の介護保険及び老人保健福祉担当課に出した「地域包括ケア」に関する調査の結果を見て、各市町村の現状と課題を見たい。次にⅢでは地域包括ケア構想の前提とされるニーズに対応した住宅として国土交通省が厚生労働省と連携して整備を進めている「サービス付き高齢者住宅」について、国土交通省のホームページの「サービス付き高齢者住宅の情報提供システム」に開示されている大阪府、京都府及び兵庫県 サービス付き高齢者住宅の情報を分析し、その特徴と課題を見てみたい。最後にこれらの調査結果の分析から、地域包括ケアの現状と課題について分析と簡単な考察を試みたい。

Ⅱ 関西市町村の地域包括ケア調査の概要

1 調査の概要

関西6府県（大阪府、京都府、兵庫県、滋賀県、奈良県及び和歌山県）の介護保険及び老人保健福祉担当課に対して調査票を送った。⁽¹⁾

残念ながら回答市町村は54市町村（27.6%）にとどまったが、その結果を紹介したい。また、筆者の地元である京都市は、政令市という都市的環境であるが、人口の伸びはとまり高齢化率は全国平均程度である。今回の調査とは別に長寿福祉課の担当者にはヒアリング調査をさせていただいたのでその結果も随時交えて紹介したい。

表Ⅱ-1 関西市町村介護保険担当者アンケート回答状況

	対象数	回答自治体数	回答率
政令市・中核市・10万以上市	40	15	37.5%
10万未満市町村	156	39	25.0%
市町村 計	196	54	27.6%

出典：筆者作成

2 地域包括ケア構想の介護事業計画における位置づけ及び構想に対する意見

まず市町村の2012～14年度の介護保険に係わる事業の計画を定める介護保険事業計画に「地域包括ケア」に関する記述があるかという問いに対しては、国が目標として掲げ推進していることもあり、51市町村（94.4%）が記述ありと回答している。

次に、地域包括ケア構想に対する意見について、aそう思う、bどちらかといえばそう思う、cどちらかと言えばそう思わない、dそう思わない、のいずれかを選択してもらったアンケートに対しては、「目指すべき構想であり、実現していくべきだ」という質問に対してaとbの肯定的回答は98%に達した一方、「課題が多く実現がかなり難しい構想」という質問に対しては、cが54%と一番多かったものの、aとbの合計も46%と半数弱であり、課題が多いことについても半数近くが賛意を示している（表Ⅱ-2）。

表Ⅱ-2 地域包括ケア構想についての意見

	そう思う	どちらかとい え ば そう思う	どちらかとい え ば そう思わない
目指すべき構想で実現すべき	54%	44%	2%
課題が多く実現がかなり難しい 構想	17%	29%	54%

出典：筆者作成。そう思わないという回答はどちらの質問も0。

特にどういう面に、課題があるかという質問に対しては、居宅で24時間365日支える介護サービス体制と在宅医療・訪問看護等の医療体制に課題があるという市町村が多いが、後述のようにそれ以外の住宅、生活支援等についての質問についてあまり対応していない所も多いので、質問を受けた介護保険・老人保健福祉担当課が、住宅や生活支援等についてむしろ自分たちが主として対応すべき仕事と考えていない可能性もある。

表Ⅱ-3 あなたの市町村で課題が多く進んでいないと考える分野

	市町村数
地域包括ケアセンターを中心とした関係者の連携体制	23 (42.6%)
重度介護者を居宅で24時間365日支える介護サービス体制	44 (81.5%)
24時間対応の在宅医療・訪問看護等の医療体制	47 (87.0%)
効果的・効率的な介護予防体制	29 (53.7%)
高齢者の住宅環境の整備	25 (46.3%)
認知症高齢者の権利擁護システム（成年後見等）	22 (40.7%)
見守り・配食・買物等の生活支援サービスの確保	23 (42.6%)
介護本体サービス以外のサービス財源の確保	20 (37.0%)

出典：著者作成

3 地域包括ケア会議等ネットワークづくり

次に、地域包括ケアは市町村内に中学校区等を基準に設ける地域包括支援センターを核に、介護事業者、医療関係者、民生委員・児童委員等の関係者との連携体制を作ること、ケアを必要とする者を把握し、関係者の間のネットワークを作ることが求められている。国は、地域包括ケア会議を開催し、関係者が緊密な連携をとることを推奨しているが、その開催状況について聞いてみた。

結果は、毎月1回以上開催している市町村が32.1%ある一方で、開催していないという市町村も18.9%という状況であった。

京都市は61の地域包括支援センターがあるが、地域包括ケア会議の状況は地域によって差があり、地域包括ケアセンター管内に1～10数か所、平均すれば3～4か所ある各小学校区単位で、地域の要援護者の状況を把握し、行政や地域自治会とのパイプ役となっている民生・児童委員と⁽²⁾老人福祉員とともに、センター職員が年に3～4回会議を開き地域の要援護高齢者の実情の把握と対策の協議を行っている状況が平均的のこととであった。地域によっては、介護事業者や医療関係者が参加している所もあるようだが、今後府としても標準となる形を検討し、指導していく

表Ⅱ-4 地域包括ケア会議の開催頻度

	市町村数
月に1回以上開催	17 (32.1%)
3月に1回(年4回)以上開催	10 (18.5%)
6月に1回(年2回)以上開催	5 (9.4%)
年1回開催	—
不定期又は不明	10 (18.5%)
開催していない	12 (18.9%)

出典：筆者作成

方針とのことであった。

調査票の自由記載欄の好事例では、介護事業者、地域の在宅医療関係者、医師会・歯科医師会・薬剤師会等の医療関係者、警察・消防の代表、弁護士、司法書士等が毎回ではないものの必要に応じ参加しているという市町村もあった。

4 地域包括ケアの各種事業の現状と課題

(1) 介護保険事業——新規事業を中心に

2011年介護保険法改正は厳しい財源状況の中、新規事業は少なかったが、24時間365日比較的重度の要介護者が居宅で生活することを支える事業として、会員方式で要介護者を登録し、必要に応じて1日に数度短時間に、また緊急時の連絡に随時対応する24時間対応の定時巡回・随時対応訪問介護事業が加えられた。また、従来から25人ほどの登録された要介護者を対象に民家等を改造した小規模な拠点から、必要に応じ訪問介護、日中のデイサービス、ショートステイを互いに顔なじみの職員と要介護者の関係の中で提供する小規模多機能事業が提供されているが、重度になると医療的管理も必要になるということから、小規模多機能事業者が訪問看護事業も合わせて提供する複合事業が新規事業として認められた。

(上)でも見たように、定時巡回・随時対応サービスを2014年度時点で計画している保険者は330（全保険者1,580中の20.9%）、複合サービスも234保険者（14.8%）にとどまっていたが、関西の今回の調査の回答市町村でも、定時巡回随時対応訪問介護事業について30%、複合事業について26%しか整備計画がなかった。整備計画がない理由の回答は、郡部地域でニーズがない、提供事業者が現れない等であった。他方、それではどのように地域包括ケアの理想に介護の整備体制を近づけていくのかという問いへの自由記載回答では、表Ⅱ-5にもある小規模多機能の計画的整備、訪問系（介護・リハ・看護）サービスの充実、訪問介護と在宅医療（往診・薬剤提供）等の回答があった。

表Ⅱ-5 居宅介護新規サービス等の整備計画状況

	市町村数
定時巡回・随時対応訪問介護の整備計画ある	16 (30.0%)
小規模多機能の整備計画ある	29 (56.0%)
小規模多機能と訪問看護の複合事業の整備計画ある	13 (26.0%)

出典：筆者作成

(2) 医療事業との連携——在宅医療・訪問看護

(上)で見たように厚労省は、在宅医療の拠点として診療報酬上の制度として在宅療養支援診療所（2010年届出12,487か所）と在宅療養支援病院（2010年届出331か所）を設け、報酬点数を優遇しているが、同時に同診療所中緊急往診しなかった17.5%、在宅で看取りなかった39.1%、同病院中緊急往診しなかった23.9%、在宅で看取りなかった32.0%など期待した機能が十分に果たされていない状況であった（2010年度厚労省中央社会医療協議会診療報酬フォローアップ調査）。

関西市町村の調査でもこれらの診療所が市町村内又は市町村を含む2次圏域内にあるという所は10数%から30%台にとどまり、24時間対応可能かどうかの状況も介護・老人福祉担当課においては把握している所は少な

表Ⅱ-6 在宅医療診療所・病院の存在と24時間対応の把握

	市町村内又は 2次圏域内にある	24時間対応可能な 状況を把握している
在宅療養支援診療所	20 (37%)	8 (14.8%)
在宅療養支援病院	7 (13.0%)	2 (3.7%)

出典：筆者作成

い状況にあった。また、2の地域包括ケア会議を開催している42市町村中、同会議に医療関係者を参加させていると回答した市町村は25 (59.5%)にとどまる等医療との連携体制の構築が課題と思われる。

(3) 介護予防

介護予防事業は全市町村で行われているが、今回の関西市町村の調査で効率的な対象者把握に工夫している市町村は34 (62.9%)であり、具体的には対象者へのチェックリストの郵送を回答する所が多かった。また対象者の予防事業参加促進の工夫を行っている市町村は24 (44.4%)であり、個別の通知と電話・訪問による勧誘等が見られた。この他好事例として、ふれあいサロンでの健康チェック、健康づくり推進員の任命や地域ごとの友愛チームによる閉じこもり防止事業等が挙げられていた。

(4) 住宅対策

サービス付き高齢者住宅の事業者からの分析はⅢで行うが、そこでも見られるように立地が都市部に偏っているため、関西市町村調査では、回答54市町村中、市町村内に整備計画ないが41 (76.0%)と多数を占めている。その理由として、サービス事業者が現れないという回答以外に、住宅は都道府県がやること、介護事業計画の対象でないのでコントロールできない等、無関心や計画を乱しかねない事業者という回答が少数見られたことは残念であった。地域包括ケア会議に関係者が参加という市町村は1のみでしかも住宅管理者というよりは、合わせて行っている居宅介護事業者として参加しているという状況であった。なお、好事例として地域包括ケア会議に公営住宅管理者が参加している市町村があった。

この事業以外に住宅対策として行っていることを質問した回答として、

介護保険の住宅改造事業に対する補助の上乗せと回答した市町村が11(20.4%)、グループホーム等居住系介護保険対象事業の計画的整備が23市町村(42.6%)であった。

(5) 認知症高齢者対策1——医療対策

認知症高齢者対策の柱の一つである医療事業による早期発見・治療については、専門医療機関(認知症疾患医療センター)の設置35.2%、専門医(認知症サポート医)の存在63.0%といった状況であり、認知症研修を受けたかかりつけ医の存在も38.9%等であった。これからの一層の推進が望まれる。医療は都道府県が行うことといった意見もあり、府県と市町村相互の関与・連携が望まれる。

表Ⅱ-7 認知症高齢者に関する医療・保健事業

	存在把握・実施している市町村数
認知症疾患医療センターが市町村・圏域内にある	19 (35.2%)
認知症サポート医が市町村内にいる	34 (63.0%)
認知症研修を受けたかかりつけ医が市町村内にいる	21 (38.9%)
認知症早期発見のための健診等予防事業を実施している	2 (3.7%)

出典：筆者作成。

(6) 認知症高齢者対策2——権利擁護

認知症高齢者対策のもう一つの柱である成年後見等の権利擁護事業については、市町村長の申立てやその経費、その場合の専門職である成年後見人の報酬の一部補助事業の実施について半数前後の市町村が実施と回答した。生活保護受給者の場合等必要に迫られて市町村が成年後見の申立を年数回行い、補助する所が多いようであった。

京都市のヒアリングによれば、2000～2010年度の10年間の申立件数の合計は4,070件(京都家裁調べ)、成年後見人の56%が親族であり、残りの44%のほとんどは専門職後見人とのことであり、京都家裁への専門職の成年後見人の登録数は401人(弁護士199人、司法書士122人、社会

福祉士 80 人、2011 年 6 月現在）であった。関西市町村への調査では市民後見人を養成している市町村は 3 と少ないが、京都市では 2012 年度から年に 25 人ずつ程度養成していく計画である。応募のあった市民 70 人ほどから作文・面接等で選考し、10 月から来年の 3 月にかけて毎週 1 日 3 時間、20 回、高齢者・障害者の特徴、成年後見制度及び介護保険制度等について合計 55 時間 30 分の研修を行い、養成していく考えのようだ。

表Ⅱ-8 権利擁護事業の実施状況

	実施市町村
市町村長による成年後見申立事業	33 (61.1%)
成年後見申立費用の補助事業	29 (53.7%)
成年後見人の報酬補助事業	26 (48.1%)
市民後見人の養成	3 (5.6%)

出典：筆者作成。

(7) 生活支援サービス

要支援者等の比較的軽度の方が調理・買い物等で訪問介護サービスを利用することはかえって費用がかかり非効率な面がある。また、要支援にも至らない高齢者でも郡都市町村の特に中心市街でない周辺地域では近くに日用品を販売する店もなくなり車の運転も困難な交通弱者の高齢者にとって大変不便な状況が進行している。こういったことから見守り、配食、買物支援等を民間の有料サービスや地域ボランティアを活用することでできるだけ長く住み慣れた地域で生活できるようにすることが求められている。

2011 年介護保険法改正では介護予防事業と要支援にもあたらな高齢者の生活支援事業を総合的に介護保険の経費全体の 3% の範囲で切れ目なく利用できる介護予防・日常生活総合事業を市町村の判断で実施できるようにしたが、関西市町村の調査では、実施 2 (3.7%)、実施に向け検討中 18 (33.3%)、実施する考えはない・検討していない 30 (55.6%)、無回答 4 (7.4%)⁽³⁾ という状況であった。まだ財政への影響も不明で様子見という市町村が多いようである。

表Ⅱ-9 生活支援サービスの実施状況

	実施市町村数
地域住民・ボランティア等による見守り事業	20 (37.0%)
うち郵便・新聞・ガス・生協等民間事業者の活用	11 (20.4%)
認知症高齢者が徘徊時の地域での搜索の仕組み	23 (42.6%)
地域高齢者が立ち寄れるサロンづくり	12 (22.2%)
配食サービス—公費による一部支援	43 (79.6%)
配食サービス—民間事業者の斡旋	6 (11.1%)
買物支援 民間事業者の活用	4 (7.4%)
買物・通院等のための福祉バス・タクシー	22 (40.7%)
安心して利用できる地域商店等の登録・推奨	1 (1.9%)
ボランティア確保策—介護保険料一部減額	2 (3.7%)
ボランティア確保策—実績ポイント登録将来サービス利用	1 (1.9%)

出典：筆者作成。

表Ⅱ-10 公費による配食サービスの1食あたり費用と
利用者負担別市町村数

	1食あたり費用	利用者負担額
0-199円	1 (2.4%)	2 (4.8%)
200-399円	3 (7.1%)	8 (19.0%)
400-599円	8 (19.0%)	32 (76.2%)
600-799円	10 (23.8%)	—
800-1000円	20 (47.6%)	—
計	42 (100.0%)	42 (100.0%)

出典：筆者作成

注：1 費用・利用料欄が空欄の市町村が1つあった。

2 利用者負担が所得に応じて異なる市町村が5ほどあったが
上記表ではその中央値に記載した。

生活サービスの事業内容としては、公費による配食サービスが79.6%と最も多く、一人暮らしや要介護高齢者世帯等に対し1食200～1000円の費用、400円～599円の利用者負担により提供している市町村が多い。

この他見守り事業、認知症高齢者の徘徊時の搜索の仕組み、買物・通院等の福祉バス・タクシー等の足の確保対策が40%前後の実施率、地域の高齢者が立ち寄れるサロンづくりが22%等であった。他に配食サービス、買物配達等の民間事業者の斡旋・活用、郵便・新聞・ガス・生協等の見守り事業への活用、ボランティア協力者の介護保険料の一部減額やボランティア実績を記録しておいてそのポイント分利用できるようにする仕組み等の工夫をしている所も少数見られた。

京都市は、認知症安心サポーターの養成研修（2014年度までに5万人目標、2011年度までに34,710人養成）、一人暮らしお年寄り見守りサポーター（2011年度13,500人）の登録等を行っているが、これらのボランティアには日常見かけた際の声掛けや支援、新聞や郵便のたまり具合の確認等の無理のない範囲での協力を求め、何か異変を感じた時には、地域の民生・児童委員や老人福祉員を通じた地域包括支援センターへの連絡や区・市役所への通報を期待しているとのことである。

また、京都市では2012年度より一人暮らし老人・障害者の地域包括支援センターや障害者福祉センター職員による全戸訪問（ひとり暮らし高齢者で7万人）を開始しており、訪問時に同意を得られればその状況を地域の民生・児童委員や老人福祉員に提供して日常的な見守りにつなげる方針である。個人情報・プライバシー保護と、異変の把握や孤独死防止の必要性という相反する要請の狭間で、都市部の高齢者の生活支援ニーズの把握を行う好事例の事業である。

5 地域包括ケア事業の財源確保

地域包括ケアは介護や予防といった介護保険本体が対象とする事業だけでなく、在宅医療との連携、認知症高齢者の医療や権利擁護、生活支援サービス等を行うが、これらは介護保険制度の地域支援事業を活用する場合もあるが、その税財源及び介護保険料財源の対象外の事業もある。

関西市町村の調査で財源確保が負担であるかという問いに対して46市町村（85.2%）が負担であると回答している。その財源対策として、老人

福祉関係予算等市町村一般会計予算の確保という回答が20市町村(37.0%)、地域住民・NPO等ボランティアの活用という回答は12市町村(22.2%)、民間企業の斡旋が5市町村(9.3%)であった。また、財源確保について国に望むこと(複数回答)としては、現在介護保険の費用の3%を上限に生活支援等の地域支援事業に充てることができるが、その上限の引上げを求めるという回答が18市町村(33.3%)、地方交付税の中で地域包括ケア関連の費用に充てることができる制度の創設・増額という回答が15市町村(27.8%)、通常の国庫補助と異なりあまり用途に制限のない交付金の創設という回答が28市町村(51.9%)、使途を制限した国庫補助の創設・増額という回答が18市町村(33.3%)となっている。

また、地域包括ケア構想に関する自由記載欄には、地域包括ケアセンターが核となるのでその専門職の人材確保が可能となるような補助の増額といった具体的な要望の他、街づくりの視点が重要、地域包括支援センターだけでなく、市町村の様々な部署との連携による街づくりとして何重にも支える仕組みが必要といった、街づくりや総合的な視点からの連携や施策の推進を求める意見が複数見られた。

註

- (1) この調査は関西大学経済政治研究所「財政・社会保障研究班」からの一部補助を得て行った。
- (2) 民生・児童委員は厚生労働大臣委嘱の役職であるが、老人福祉員は京都市長委嘱で各地域の高齢者に関わる要援護者の把握や地域とのパイプ役を勤めている(2010年度で1,314人委嘱)。
- (3) 京都市長寿福祉課のヒアリング結果。

Ⅲ 大阪府・京都府・兵庫県のサービス付き高齢者住宅の現状に関する調査

重度の介護者の生活の場として、従来介護又は医療療養病床(俗にいう老人病院)、老人保健施設及び特別養護老人ホームがあるが、どれも運営

費が月 50 万円～ 30 万円かかるとともに、医療・介護人材の確保について特に都市部では苦勞する現状にある。他方、療養病床は 1 人当たり床面積が 6.4m² とベット以外に居場所がない場合が多く、最も広い特別養護老人ホームも個室ユニット型は 2011 年度 19% に過ぎない。また、要介護 1 以上でしか入所できないので、夫婦が別々に暮らすことが多い。

このため、国土交通省は厚生労働省と連携し、2011 年に「高齢者の居住の安定確保に関する法律」を改正し、サービス付き高齢者住宅を整備しようとしている。この住宅は、25m² 以上（浴室、食堂等共有スペースのある場合は 18m² 以上）の個室面積を持ち、バリアフリー構造を持つ住宅であり、高齢者とその家族のみが住む住宅である。また、24 時間生活相談や緊急連絡対応ができる管理人对応が必須サービスとなっている。食事や介護サービスは必須ではなく、食事は後述のように希望する利用者には住宅自身で提供することが多いが、介護サービスは、生活相談や管理人を通じて、提携介護事業者等から提供を受けることが多い。

Ⅱ(4) で関西市町村の介護保険・老人保健福祉担当課に行った調査では、都市部以外にあまり整備計画はなく、かつ介護側の行政担当者はサービス付き高齢者住宅について把握していないことが多かった。そこで、国土交通省ホームページの「サービス付き高齢者住宅情報提供システム」でインターネット上に開示されている情報⁽⁴⁾から、大阪府、京都府及び兵庫県⁽⁴⁾の住宅の現状を見てみた。3 府県の同住宅は 272 住宅、戸数は 11,118 戸であった。うち大阪府 164 住宅、6,815 戸、京都府 28 住宅、1,083 戸、兵庫県 80 住宅、3,220 戸であった。

経営主体別にみると、住宅数も戸数も 8 割前後が株式会社等の営利法人であり、次いで医療法人が 12% 台、社会福祉法人は 5% 台である。

住宅の戸数規模では、20 戸以上 50 戸未満の規模が 42.2% と最も多く、次いで 50 戸以上 100 戸未満が 22.1% で 100 戸以上の規模は 4.4% にすぎない。

住宅の所在地の人口規模別に見ると、人口 100 万以上が 31.6%、20 万以上の都市部にある住宅が 73.1% と都市部が大半を示す。関西市町村に

表Ⅲ-1 経営主体別住宅数・戸数

経営主体	営利会社	社会福祉法人	医療法人	NPO	生協・農協	個人
住宅数	213 (78.3%)	16 (5.9%)	35 (12.9%)	3 (1.1%)	2 (0.7%)	3 (1.1%)
戸数	8,931 (80.8%)	626 (5.6%)	1,367 (12.3%)	60 (0.5%)	72 (0.6%)	62 (0.6%)

出典：筆者作成

表Ⅲ-2 住宅戸数規模別

戸数規模	20 戸未満	20 戸以上 -50 戸未満	50 戸以上 -100 戸未満	100 戸以上
住宅数	45 (16.5 %)	155 (42.2 %)	60 (22.1 %)	12 (4.4 %)

出典：筆者作成。

対して行った調査が裏付けられた形だが、前述のように営利会社が大半ということもあり、ニーズが多く採算のとりやすい都市部の立地が多いということであろう。

家賃と共益費というハード部分の利用料は7万円未満が26.7%で、7万円以上10万円未満が37.9%と最も多い。15万円以上の高い家賃・共益費の所は計4.6%に過ぎず、いわゆる富裕層を対象とする有料老人ホームの

表Ⅲ-3 所在地市町村人口規模別

人口規模	100 万人以上	50 万人以上 100 万人未満	20 万人以上 50 万人未満	10 万人以上 20 万人未満	5 万人以上 10 万人未満	1 万人以上 5 万人未満
住宅数	86 (31.6%)	48 (17.6%)	65 (23.9%)	38 (14.0%)	21 (7.7%)	14 (5.1%)

出典：筆者作成。

表Ⅲ-4 家賃・共益費合計額別住宅戸数

家賃・共益費	7 万円未満	7 万円以上 10 万円未満	10 万円以上 12 万円未満	12 万円以上 15 万円未満	15 万円以上 20 万円未満	20 万円以上
戸数 (比率)	2,969 戸 (26.7%)	4,213 戸 (37.9%)	2,016 戸 (18.1%)	1,416 戸 (12.7%)	296 戸 (2.7%)	208 戸 (1.9%)

出典：筆者作成。

ような形態はあまり多くないようである。

一方必須サービスとしての管理人としての生活相談や24時間緊急時に連絡し対応するサービスの価格は、2万円未満の価格としているものが53.7%と半数以上を占め、次いで2万円以上4万円未満が37.7%と4万円未満で91.4%と大半を占めている。

表Ⅲ-5 生活相談・緊急時対応の価格

価格	2万円未満	2万円以上 4万円未満	4万円以上 6万円未満	6万円以上
戸数	5,969 戸 (53.7%)	4,194 戸 (37.7%)	672 戸 (6%)	283 (2.5%)

出典：筆者作成

サービス付き高齢者住宅が必ず提供しなければならない必須サービスである家賃、共益費、生活相談・緊急時対応の費用の合計額を見ると7万円以上10万円未満が40%と最も多く、次いで12万円以上15万円未満が24.4%となっており、基礎年金を満額支給された場合の月額水準である7万円を超える利用料の戸数が9割以上である。厚生年金受給世帯を主なターゲットとしていると言われていたとおりであるが、むしろ7万円未満で利用可能な住宅戸数が7.3%あることが意外な感を受ける。

表Ⅲ-6 家賃＋共益費＋生活相談・緊急時対応（必須サービス費用計）

費用計	7万円 未満	7万円以上 10万円未満	10万円以上 12万円未満	12万円以上 15万円未満	15万円以上 20万円未満	20万円 以上
戸数	809 戸 (7.3%)	4,451 戸 (40.0%)	1,700 戸 (15.3%)	2,713 戸 (24.4%)	1,066 戸 (9.6%)	379 戸 (3.4%)

出典：筆者作成。

3府県で272住宅中、住宅で食事を提供しており、その価格を開示している住宅は227住宅（83.5%）であるが、その月額の価格は、4万円台が68.3%と最も多く、次いで3万円台が18.9%となっている。家賃・共益費・生活相談等必須サービスとともに食事の提供を受けると11～14万円が最も多いようである。

表Ⅲ-7 食事提供価格（月額）

価格	3万円台	4万円台	5万円台	6万円台	7万円以上 10万円未満
住宅数	43 (18.9%)	155 (68.3%)	22 (9.7%)	6 (2.6%)	1 (0.4%)

出典：筆者作成。

住宅自ら又は提携先が提供しているサービスとして、ネット上開示されているサービスとしては、家事関係では、前述のとおり食事提供が229住宅（84.2%）ある他、調理・洗濯・清掃等家事サービスが63住宅（23.2%）、通院介助・金銭管理等のその他生活支援サービス32住宅（11.8%）、血圧測定等健康管理76住宅（27.9%）であった。

他方、介護・医療関連サービスとしては、多い方から訪問介護が111住宅（40.8%）、ディ・通所リハビリ・認知症ディ等通所系サービスが71住宅（26.1%）、居宅介護支援（ケアマネジャー）が64住宅（23.5%）、有料老人ホームとして自ら介護サービスを提供する所が45住宅（16.5%）、診療所等医療サービスの提携が43住宅（15.8%）であった。この他、訪問看護24住宅（8.8%）、小規模多機能9住宅（3.3%）、ショートステイ7住宅（2.6%）、訪問リハビリ5住宅（1.8%）、福祉用具4住宅（1.5%）、特別養護老人ホーム・老人保健施設3住宅（1.0%）等となっている。

このような居宅介護サービスを自己負担上限まで利用して3.7万円、医療の自己負担に2万円程度使うとすると、前述の必須サービス、食事提供の利用と合わせて16～19万円程度の月額費用計となり、モデル的な厚生年金と基礎年金の平均的受給額である17万円（単身厚生年金受給）～モデル年金額（夫厚生年金受給・妻3号被保険者で基礎年金のみ受給23万円）にほぼ対応することとなる。

この調査から見える課題としては、都市部でない地域での立地、厚生年金受給層でない者の利用できる住宅制度の開発普及ではないかと思われる。

註

- （４） 2012年10月末現在既に開設及び2012年度内に開設予定の住宅として開示されている情報をもとに調査した。

Ⅳ 地域包括ケアの現状と課題の考察

地域包括ケアはⅡでみたように、国及びほとんどの市町村が目指すべき方向性として掲げている構想であるが、医療・介護・予防・生活支援サービスを24時間365日概ね中学校区である日常生活圏域において利用できるという構想の理想を実現するには多くの課題があるようである。施設でなく高齢者にとって住みやすい環境にある住宅で、24時間対応巡回又は必要に応じて訪問介護サービスを受けるという仕組みは、デンマークと⁽⁵⁾いった北欧に多くみられる形態であるが、これらの国々は公的住宅の比率が高く、訪問介護も公的又は自治体が圏域ごとに包括的に委託したサービス主体によって提供されるなど、公的主体により包括的・計画的に提供することが多い。しかし、日本の医療及び介護サービスは、提供システムは公的保険であるが、サービス提供主体は民間が中心で複数かつ多様な業種・業態が互いに競争し、利用者がそれらの者の中からそれぞれのサービス事業者ごとに契約によって選択する仕組みである。

従って、そのような多様な主体が効率的・かつ包括的にサービスを提供できる体制を作るには、第一に、多様なサービス主体が連携するための仕組みを作る必要がある。個々人が受ける介護保険だけのサービスの調整であれば、ケアプランの作成と調整を行うケアマネージャーが行うことも可能であるが、介護だけにとどまらない医療・生活支援サービス・住宅・認知症高齢者の権利擁護等となると、これらの多様な主体をつなぐ会議等の場が必要になる。国が進める方向としては、前述の地域包括ケア会議があるわけだが、地域により、開かれていなかったり、回数が少なかったり、参加する関係者が限られているなど課題が多いようである。今後地域包括ケア会議の一層の活性化や、それにとどまらない関係者間のネットワークの好事例の普及が求められる。

第二に、地域包括ケアはまさに地域に合った仕組みを作るためのものである。介護・医療・生活において多様な民間サービス主体が多いが、住民同士の地域的つながりが少なく隣近所の高齢者の生活実態がわかりにくい

都会と、民間サービスは少なく周辺地域では買物等にも困難が生じている一方、地域のつながりが強く声掛けなどインフォーマルな生活支援サービスが作りやすい郡部地域とでは地域の状況が大きく異なる。それぞれの地域の特性にあったサービス提供体制の型を各地域で作る必要があると思われる。例えば、都会では多様な介護・医療事業者、民間営利の配食サービス等を活用したサービス体系を作ったり、地域のつながりの少なさを京都市が行っているように認知症高齢者サポーターや一人暮らしお年寄り見守りサポーターが日常生活の中で無理のない範囲で高齢者を見守り、異変を感じた時に地域の担当のある老人福祉員・民生委員・児童委員や行政に情報をつなぐシステムを作ることも有効と思われる。他方、郡部地域では採算ベースに乗りにくいサービスを公立や委託形式による一部費用補助による介護・医療事業で補完したり、比較的強い地縁関係や郵便事業を活用した見守り・生活支援サービスネットワークの構築、買物困難者の足の確保、民間業者の配達事業の活用などのサービスが考えられる。

第三に、国土交通省と厚生労働省が連携して整備をすすめようとしているサービス付き高齢者住宅は、バリアフリーと24時間生活相談・緊急対応サービスを標準サービスとしたものであり、持家中心の居宅か、それが困難になった個別の要介護高齢者ごとの施設・病院への収容という対応から、高齢者世帯が世帯としてより長く住み慣れた環境で暮らす自宅の一形態として今後さらに発展することが期待される。

Ⅲで見たように、サービス付き高齢者住宅の実態は営利経営が中心で都市部に立地が偏っており、必須サービスの利用料が7万円を超える住宅が9割以上である等厚生年金受給層を中心ターゲットとしている実態が明らかになった。さらにⅡの関西市町村への調査では、地方郡都市町村において、そもそも立地を期待しておらず、都市部においても介護福祉行政部局との連携は取れていない状況が見てとれた。

しかしながら、郡部地域においてもサービス付き高齢者住宅を中心市街地に誘致することで、周辺限界集落からの移住によるコンパクトシティ化で居住と買物・病院・居宅介護サービス等が受けやすくすることも可能と

思われる。都会においても急速に高齢化している公民の集合住宅、郊外ニュータウン、中心市街地に取り残された高齢者世帯などに対して、コミュニティ単位の都市計画の中でのサービス付き高齢者住宅の誘致、公営住宅・UR団地・民間マンションへのディサービスや訪問介護ステーションの併設等多様な住宅と居宅介護・在宅医療の連携体制を整備することで高齢化に対応した街づくりを計画していく必要があると思われる。

さらに厚生年金受給層でない高齢者世帯への対応についても、7万円未満の住宅戸数が7%あったということは逆に公有地の提供・公的融資の活用、税制上優遇されている社会福祉法人立の高齢者住宅の誘致を図ることで、中低所得者層向けのサービス付き高齢者住宅を計画的に供給することも可能ではないかと思われる。一方で生活保護受給層を対象に質の悪いサービスで保護費や年金のほとんどを利用料として請求する貧困ビジネスについては、条例・法律で規制していくことも必要であろう。

註

- (5) 松岡洋子『デンマークの高齢者福祉と地域居住』新評論（2005）はデンマークの事情を知ることができる。

V おわりに

以上、Ⅱで地域包括ケア構想への取組み状況について、関西市町村へアンケート調査を行うとともに京都市の長寿福祉課に対するヒアリングを行った結果をまとめた。また、Ⅲで構想の前提となるニーズに対応した住宅の状況を調査するため、大阪府、京都府および兵庫県のサービス付き高齢者住宅について、国土交通省の「サービス付き高齢者住宅情報提供システム」で開示されている情報からその現状と課題を分析した。そして、Ⅳでこれらの調査から見えた課題について簡単な考察を試みた。

今後、地域包括ケア会議その他の関係者間の連携の在り方、介護・在宅医療・生活支援・認知症高齢者の権利擁護等各事業について、それぞれ先

行的に取り組んでいる市町村に対してヒアリング調査を行うことで、地域包括ケアの現状と課題についてより深く掘り下げて研究し、介護保険の進むべき方向性の考察を進めていきたい。

参考資料

- 芝田（2012-1）「介護保険制度創設より10年間の足跡の評価と今後の課題——関西
地方市町村担当者のアンケートを参考に——」関西大学経済・政治研究所『研究
双書』第153刷「社会保障と財政を考える」（2012）に所収
- 芝田（2012-2）『社会保障政策』嵯峨野書院（2012）
- 高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社（2012）
- 本間義人『居住の貧困』岩波新書（2009）
- 松岡洋子『デンマークの高齢者福祉と地域居住』新評論（2005）