

平成 28 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書

地域包括ケア研究会 報告書

-2040 年に向けた挑戦-

平成 29(2017)年 3 月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

目次

はじめに	1
事業概要	2
1. 地域共生社会の実現	5
■ 地域包括ケアシステムとの関係性	6
2. 2040年に向けた地域包括ケアシステム	7
(1) ニーズの変化	7
■ 要介護者・中重度者・看取りニーズの増加	7
■ 人的・財政的制約	9
(2) 2040年に向けた「前向きな視点」	10
■ 発想を転換する絶好の機会ととらえる	10
■ 人材に対する考え方の変化	10
■ 2040年に向けて求められる4つの取組	12
3. 「尊厳」と「自立支援」を守る「予防」	13
■ 「高齢者介護・自立支援システム研究会」と「高齢者介護研究会」の理念	13
■ 「地域共生社会」でもキーワードは変わらない	13
■ 自立支援は心身機能の改善ではなく、高齢者の尊厳の保持のためにある	14
(1) 「予防」の強化と「もうひとつの予防」	14
■ 2040年に向けて予防はさらに重要なテーマに	14
■ もうひとつの予防:「地域でつながる」	15
■ 「地域環境」「社会環境」の整備・改善<ゼロ次予防>	16
4. 中重度者を地域で支える仕組み	18
(1) 多様な住まいの選択肢	18
■ 多様化する住まい	18
■ コンパクトシティと地域包括ケアシステム	18
■ 市町村の「住まい」に関する取組のアプローチ	19
(2) 在宅医療・介護連携から多職種連携へ	19
■ 連携・統合のレベル	20
■ 多職種連携の求められる3つの場面	20
■ 多職種連携教育(IPE)の必要性	21
■ キャリアの複線化	22
(3) 行政における在宅医療・介護連携推進事業のあり方	22
■ 在宅医療政策における責任の所在の明確化	22
■ 市町村による在宅医療の整備方針の検討	23

■	市町村に対する技術的支援	23
5.	2040年に向けた事業者の姿	24
(1)	一体的な提供体制	24
■	バラバラに提供されてきた在宅サービス	24
■	各サービスの強みを活かした一体的提供の実現が必要	24
(2)	サービス事業者の法人としての選択肢	25
■	介護・福祉版の地域連携推進法人の設立	25
■	地域単位で人員配置を考える段階に向かう	26
(3)	事業者の創意工夫を活かした地域包括ケアシステムの必要性	26
6.	地域マネジメント	28
(1)	2040年に向けた地域マネジメントの姿	28
■	目的・定義・対象	28
■	実施主体とプロセス	28
(2)	地域マネジメントにおける「場」の重要性	29
■	市町村・保険者から見た「場」	29
■	地域の関係者からみた「場」	29
■	行政の関わりの強弱	31
(3)	それぞれの分野における「場」	31
■	「計画策定」の場	31
■	「サービス提供体制構築」の場	32
■	ケアの考え方を積み上げる場	32
■	「地域づくり」の場	33
(4)	地域マネジメントを円滑に推進するために	33
■	人口減少社会における地域マネジメントの基本的視座	33
■	効果的な地域マネジメントを実現するために	34
■	部局横断的組織はコーディネーター役	35
(5)	市町村支援のあり方	35
■	地域マネジメントの具体的プロセスの達成度に基づく支援	35
■	市町村の負担を軽減する情報提供のあり方	36
■	アドバイザー等の派遣	36
■	ボランティア・NPO等に対する支援	37
■	広域行政による支援	37
<参考1>	市町村の取組事例	41
<参考2>	地域包括ケアシステムの「植木鉢」と「自助・互助・共助・公助」	49
(1)	地域包括ケアシステムの「植木鉢」	48

■ 「植木鉢」の基本的な考え方	48
(2) 地域包括ケアシステムと「自助・互助・共助・公助」	50
■ 「自助・互助・共助・公助」とは？	50
■ 時代や地域性に伴う変化	51
■ 自助・互助の潜在力への期待	52

はじめに

地域包括ケア研究会は2008年度に最初の報告書¹を提示して以来、2025年までに社会全体として準備しておくべき地域包括ケアシステムの基本的な概念を提案してきた。2013年12月に成立した社会保障改革プログラム法²及び2014年6月に成立した医療介護総合確保推進法³に「地域包括ケアシステム」が明記され、国の政策として法的にも明確に位置付けられ、地域包括ケアシステムは、一部の先進的な市町村の取組ではなく、すべての市町村が取り組むべき事業となった。

しかしながら、2025年はあくまで対応すべき課題の出発点であり、2040年に向けて急増かつ変化していくニーズへの対応が求められている。今年度の研究会では、予想されるニーズや社会環境、資源の変化を踏まえ、2040年に向けた基本的な方向を示し、「尊厳と自立支援を守るための予防」の考え方について議論するとともに、改めて「中重度者を地域で支えるための仕組み」と、そのための「2040年に向けた事業者のあるべき姿」を整理した。

さらに、これらの対策を実現するために不可欠となる「地域マネジメント」については、昨年度に引き続き議論を深めた。なお、地域マネジメントについては社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」の中でも言及されているが、本報告書では、2040年に向けた地域のより幅広い課題に対応すべく、また地域共生社会の実現にも資するものとして、その対象範囲を介護保険行政に限定せず、地域を支える多様な関係者の参加や連携を推進するものとして位置付けた。

なお、本編の最後には、これまで地域包括ケア研究会が提示してきた基本的なコンセプトである「地域包括ケアの植木鉢」や「自助・互助・共助・公助」の概念を簡単に整理している。はじめて地域包括ケアシステムに触れる方は、まずは巻末を一読されたい。

¹ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」(平成20年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業) なお、過去の地域包括ケア研究会の報告書については、http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01.html (地域包括ケア研究会ホームページ)を参照されたい。

² 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律

³ 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律

地域包括ケア研究会

研究会メンバー

- | | |
|--------|--|
| 川越 雅弘 | 国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部 部長 |
| 肥塚 浩 | 立命館大学 経営学部 教授 |
| 近藤 克則 | 千葉大学予防医学センター 社会予防医学研究部門
社会予防医学分野 教授 |
| | 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
老年学・社会科学研究センター 老年学評価研究部長 |
| 篠田 浩 | 大垣市福祉部高齢介護課 課長 |
| 高橋 紘士 | 一般財団法人高齢者住宅財団 理事長 |
| ○ 田中 滋 | 慶應義塾大学大学院 名誉教授 |
| 筒井 孝子 | 兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授 |
| 中澤 伸 | 社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進部長 |
| 新田 國夫 | 日本在宅ケアアライアンス 議長 |
| 服部 真治 | 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
研究部 研究員 兼 研究総務部 次長 |
| 堀田 聰子 | 国際医療福祉大学大学院 教授 |
| 松田 晋哉 | 産業医科大学医学部公衆衛生学 教授 |
- (以上、五十音順・敬称略、○は座長)

事務局の運営

事務局は、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社(社会政策部)が行った。

事務局：岩名礼介 社会政策部長 上席主任研究員（統括）

小川美帆 主任研究員（経済政策部）／鈴木俊之 主任研究員／窪田裕幸 研究員

三浦美恵子／白土典子

会議の開催

会議は、全8回開催した。

開催日	主 な 議 題
第 1 回 平成 28 年 8 月 1 日	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本年度研究会における検討事項・論点 ■ 今後の在宅サービスのあり方 <<ゲストスピーカー>> <ul style="list-style-type: none"> ・つしま医療福祉グループ 代表 対馬 徳昭氏 「特別養護老人ホームを核としたノテ地域包括ケア」
第 2 回 平成 28 年 9 月 29 日	<ul style="list-style-type: none"> ■ 事業者経営 <<話題提供者>> <ul style="list-style-type: none"> ・肥塚委員 「介護サービス市場の動向と事業者経営」 <ul style="list-style-type: none"> ■ 地域を基盤としたサービス提供体制 <<ゲストスピーカー>> <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉法人 協同福祉会 理事長 村城 正氏 常務理事 大國 康夫氏 「「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みと今後の課題」 「「10の基本ケア」があるから「安心システム」が構築できる」
第 3 回 平成 28 年 10 月 31 日	<ul style="list-style-type: none"> ■ 共生型社会 <<ゲストスピーカー>> <ul style="list-style-type: none"> ・川崎区役所地域みまもり支援センター 担当部長 明田 久美子氏 ・川崎市 健康福祉局 地域包括ケア推進室 ケアシステム担当課長 鹿島 智 氏 企画調整担当課長補佐 菅野 智宏氏 「川崎市における地域包括ケアシステムの構築」 <ul style="list-style-type: none"> ・特定非営利法人 サービスグラント 代表理事 嵯峨 生馬氏 「プロボノによる地域包括ケア推進の可能性について」
第 4 回 平成 28 年 11 月 28 日	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療介護連携 <<ゲストスピーカー>> <ul style="list-style-type: none"> ・稲城市 副市長 石田 光広氏 「稲城市医療計画等の策定について」 <ul style="list-style-type: none"> ■ 本年度研究会においてさらに議論が必要な論点
第 5 回 平成 28 年 12 月 26 日	<ul style="list-style-type: none"> ■ 介護予防・生活支援 <<話題提供者>> <ul style="list-style-type: none"> ・服部委員 「1 ミリでも進める「介護予防・生活支援」 ～「全力応援」と「つかずはなれず支援」～」 <ul style="list-style-type: none"> ■ 医療介護連携 <<ゲストスピーカー>> <ul style="list-style-type: none"> ・武蔵野市 健康福祉部 地域支援課 副参事 兼 在宅医療・介護連携担当係長事務取扱 勝又 玲子氏 「武蔵野市における医療介護連携の取り組み」

第6回 平成29年1月24日	■ 地域包括ケア研究会報告書素案について
第7回 平成29年2月20日	■ 地域包括ケア研究会報告書素案について
第8回 平成29年3月27日	■ 地域包括ケア研究会報告書素案について

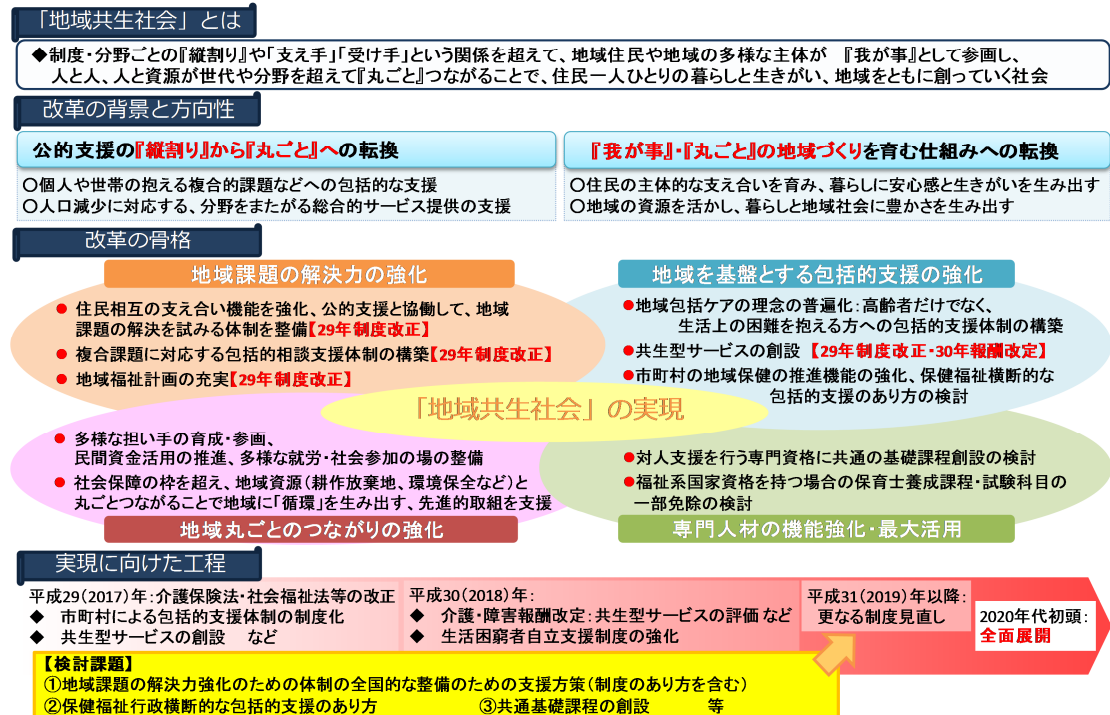
1. 地域共生社会の実現

国では2016年7月に「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部が立ちあげられ、「地域共生社会の実現」が目標として設定された。地域共生社会は、これまで分野・対象者別に進められてきた縦割りの地域の支援の仕組みを見直し、地域住民を中心としたすべての関係者が「我が事」として、生活課題に「丸ごと」対応できるような地域社会を、今後日本社会が目指すべきイメージとして提示している。

地域共生社会の実現は、社会の支援ニーズの変化による要請でもある。地域生活における課題も多様化・複雑化しており、子育てと介護を同時に抱えるダブルケアや経済的な問題を抱える世帯の介護の問題、老々介護、認々介護など、従来から存在する生活課題であるが、近年、より焦点があてられるようになっている。

国では地域共生社会の具体化に向け、「地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会（地域力強化検討会）」が立ち上げられ、分野を越えた支援体制の構築や、協働の中核を担う「相談支援包括化推進員」の配置などが議論されている。

「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】



出所)厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部資料

■ 地域包括ケアシステムとの関係性

1994年の「高齢者介護・自立支援システム研究会」は、今日の地域包括ケアシステムに関する議論の出発点とみることができる。当時の議論は、高齢者人口の急速な増加への対応策としてスタートしており、その後の「地域包括ケア研究会」における議論も基本的には、高齢者ケアを中心的なテーマとして据えてきた。しかし同時に、議論の中で「多職種連携」や「システムの統合」、「自助・互助」の重要性がクローズアップされるにしたがい、地域包括ケアシステムを構成する多様な仕組みやツールが、他の分野との協働にも十分に活用できることが明らかになってきた。

すでに、介護サービス事業者による、障害者向けのサービスや子育て関連事業の実施は珍しくなくなっている。また、2015年度から開始された生活支援体制整備事業は、住民主体の活動を重視しているが、住民活動はそもそも対象者や分野を区切った対象者別の活動を行っているわけではない。その意味で、地域づくりは、地域共生社会を実現するための取組そのものといえる⁴。

「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現に向けた取組として提示されている「困りごとの総合相談窓口の設置」や「専門人材のキャリアパスの複線化」、あるいは「障害や介護におけるサービス資源の共有」等も、地域包括ケアシステムと共有できる地域の基盤であり、また地域包括ケアシステムがこれまで模索してきた方向性と一致している。

地域共生社会と地域包括ケアシステムの関係について整理すると、「地域共生社会」とは、今後、日本社会全体で実現していこうとする社会全体のイメージやビジョンを示すものであり、高齢者分野を出発点として改善を重ねてきた「地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」であるとまとめられる。

高齢者ケアの分野で培ってきた地域包括ケアシステムの考え方や実践は、他分野との協働にも活用できる汎用性の高いもの⁵であり、したがって、地域包括ケアシステムの深化と進化は、地域共生社会というゴールに向かっていく上では、今後も欠かせないものといえるだろう。

⁴ むしろ、生活支援体制整備事業や介護予防・日常生活支援総合事業を所管している市町村の担当課の多くが高齢者関連の部局であるため、対象者を越えた住民主体の取組を高齢者に制限しないように十分に配慮すべきである。

⁵ 一種のプラットフォームと考えてもよいだろう。

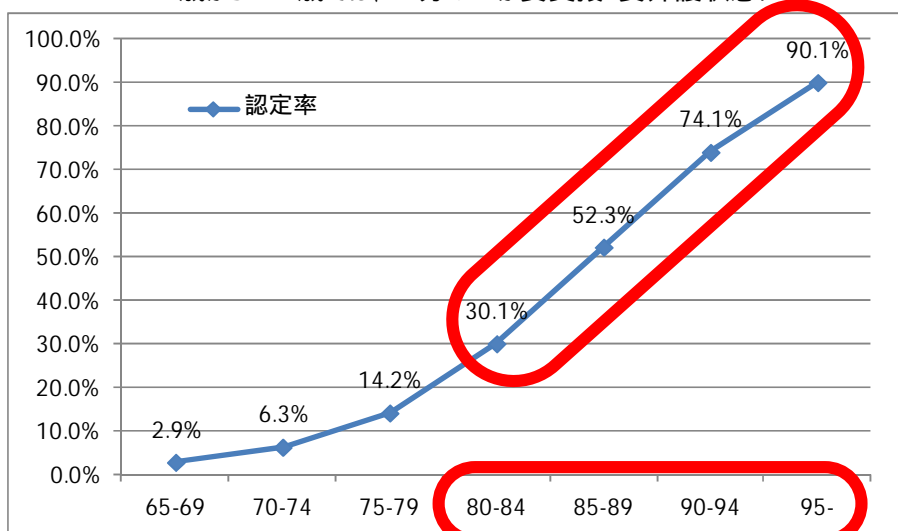
2. 2040 年に向けた地域包括ケアシステム

(1) ニーズの変化

■ 要介護者・中重度者・看取りニーズの増加

地域包括ケア研究会では、団塊の世代全員が 75 歳を超える 2025 年を最初の目標年度として設定してきたが、この目標年は、2025 年までに制度や地域の取組の枠組みを準備しておく必要があるという意味であり、介護ニーズが増大する 2025 年以降はより対象となる課題が大きくなっていくため、2025 年から 2040 年に向けてこれらの課題にいかんして向き合うかが、本当の意味での挑戦になる。

< 80 歳から 84 歳では、三分の一が要支援・要介護状態に >

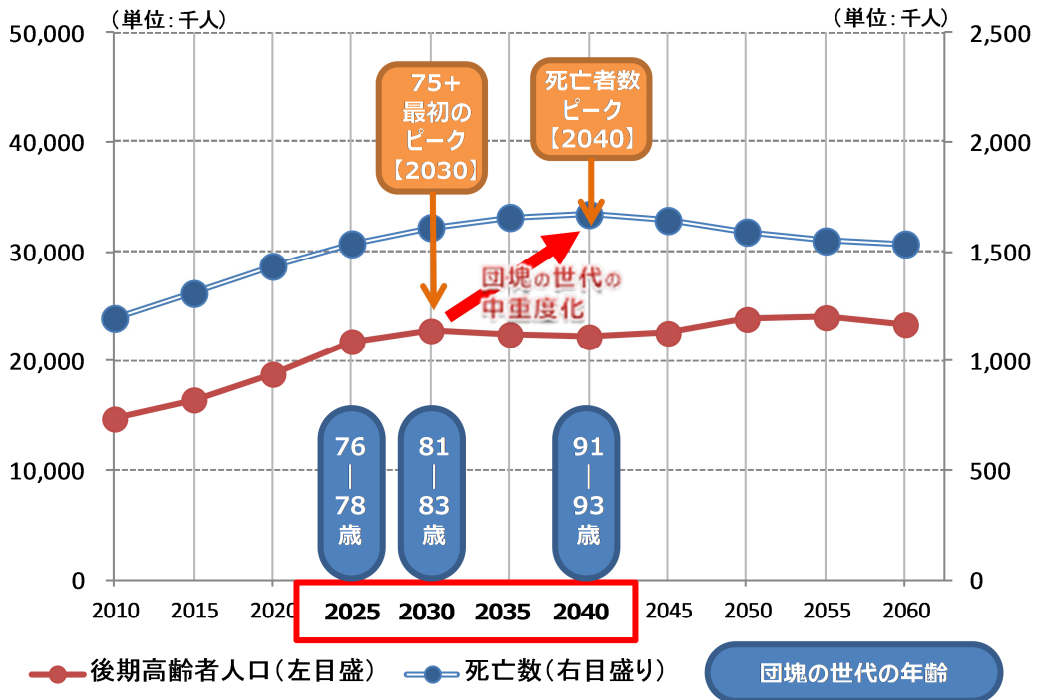


資料) 厚生労働省

最大の環境変化は、全体としての要介護者数の増加である。要介護者数は、高齢者人口の増加だけでなく、高齢者の年齢構成の変化にも連動する。現代の 75 歳未満の高齢者は比較的元気で、就労を継続している人も多く、要介護リスクも必ずしも高いとはいえない⁶。しかしながら、要介護認定率は 75 歳から 80 歳で 14.2% となり、80 歳から 84 歳で 30.1% と、急激に上昇する。80 歳前後が社会的な支援ニーズの増加を考える上での現段階における分岐点といえるだろう。すべての団塊の世代が 85 歳以上となるのは、2035 年頭であり、2040 年には死亡者数がピークに達する。したがって 2040 年に向けては、量的な観点からも増大する要介護者への対応が課題となる。

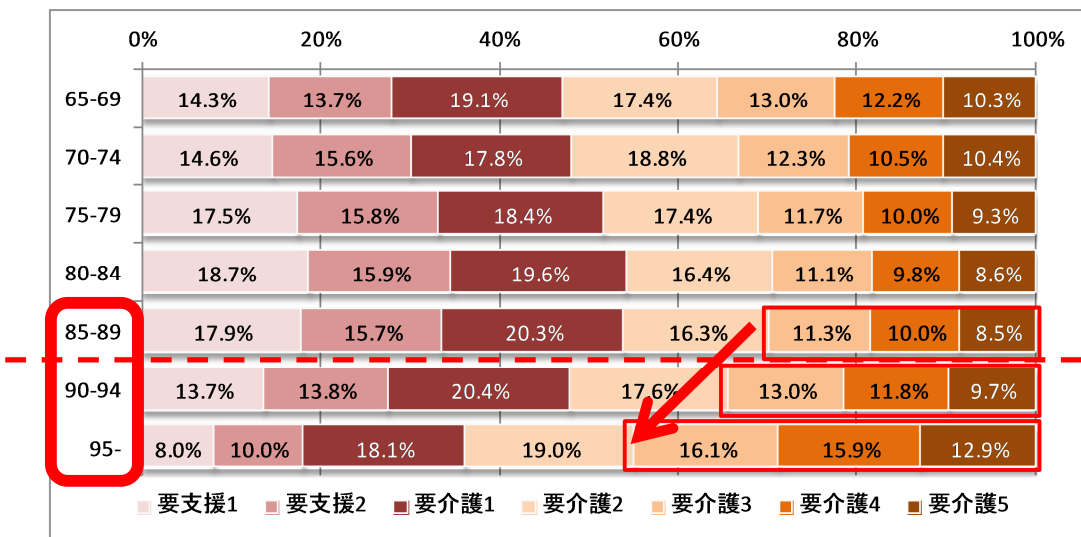
⁶ たとえば、要支援・要介護認定を受ける人(認定者)が人口に占める割合は、前期高齢者では平均すれば 5% 前後となっている。

< 団塊の世代の高齢化とともに続く需要の増大 >



資料) 2006年、2010年は厚生労働省「人口動態統計」による死亡数(いずれも日本人)。2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果(日本における外国人を含む)

< 85歳以上では中重度者の占める比率が高くなる >



資料) 認定者数: 介護給付費実態調査 (H26.12)、年齢区分別人口: 住民基本台帳年齢階級別人口 (H27.1.1)

人は誰もが年を取り、そして心身能力は低下していく。これを止めることはできないが、2040年に向けた需要爆発の緩和に向け、要介護リスクが高まる年齢 - 現状ではおおむね80歳前後 - を後ろ倒しする「予防」の推進は、今後の社会全体の目標となるだろう。

中重度者の増加への対応も大きな挑戦である。年齢階層別の要介護度の分布をみると85歳を越えたあたりから、中重度者の占める割合は増加していく。今後、地域生活の継続を目指していくなら、2040年度に向けて、中重度者の増加への対応が大きな課題となるだろう。

要介護者の増加、とりわけ中重度者の増加は、少し遅れて、看取りのニーズの増加にもつながっている。死亡者数がピークに達するのは、2040年頃であり、現在の約1.3倍の人が一年間に亡くなっていく。まさに、団塊の世代が90歳に達する頃であり、そういう意味で、2040年に向けた課題は、「いかにして団塊の世代を看取るか」という点に集約されていく。

さらに、今後は単身の高齢者の増加や生活課題の複合化も大きな課題である。社会参加の意識が近年高まっているとはいえ、引き続き、地域とのつながりが希薄な人や、支援やサービスにアクセスできないまま、課題が複合化・複雑化しているケースもみられる。今後、世帯単位が小さくなっていく中で、こうした課題は一層増加していくだろう。すでに触れたように、こうしたニーズへの対応に向けて、地域包括ケアシステムの他分野への展開や地域共生社会の実現が不可欠になるだろう。

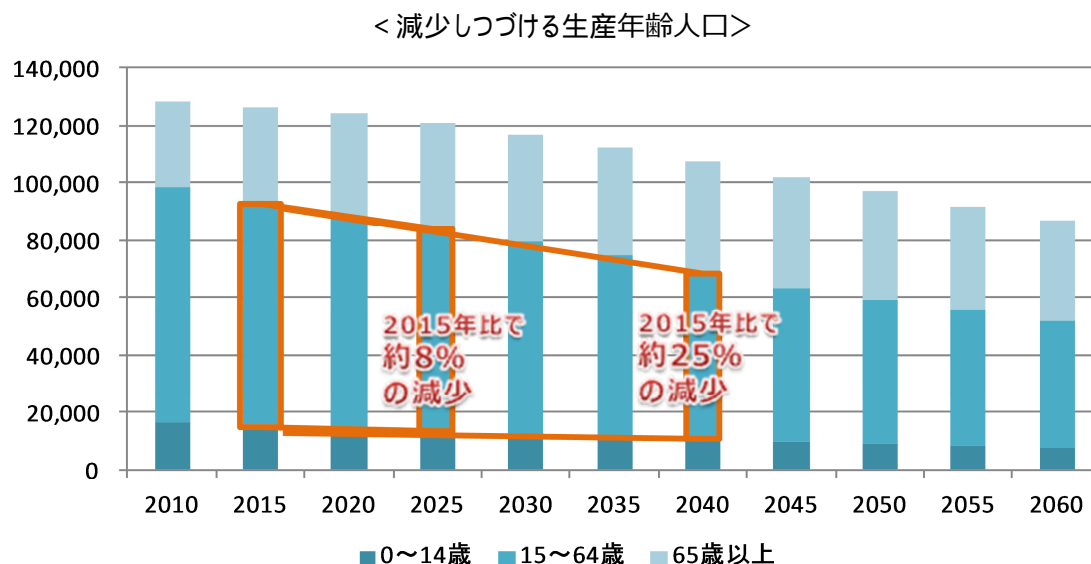
■ 人的・財政的制約

日本の総人口は減少を続けており、特に、医療・介護の担い手を考える上で重要になる生産年齢人口は、2025年には、2015年に比べ約8%の減少、2040年では約25%の減少が予測されている。特に地方都市における若年層の減少は、大都市圏に比べるとより顕著である。

要介護高齢者の増加に対して、若年層の人口が減少していく中であって、従来通りの水準での専門職の確保は極めて困難になってくるだろう。この状況は2025年を待たず、すでに地域のサービス提供体制に大きな影響をもたらしつつある。介護保険施設の運営にも影響を与えており、職員が確保できないために、利用者の受入が困難になっている施設も見られる。こうした状況は、居宅介護サービスの事業者であって同様であり、いかにして限られた人材の中でサービス提供体制を構築するかがそれぞれの地域の課題になる。

また、社会保障財源上の制約も2040年を乗り越えるための対策を検討する前提として重要である。高齢者人口の増加にあわせて必要とされる財政負担の増加は見込まれるものの、政府の債務残高は増加の一途をたどっており、社会保障分野における財政制約の緩和は想

定しにくい。このように 2040 年に向けた課題の増大には、人的・財政的な制約の中での取組が必要になっている。



資料) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成 24 年 1 月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果(日本における外国人を含む)

(2) 2040 年に向けた「前向きな視点」

■ 発想を転換する絶好の機会ととらえる

このような制約条件を整理していくと、2040 年に向けては不安な材料が多い中、「暗い未来予測」しか見えないように感じてしまうが、それは、従来の手法のまま 2040 年を迎えた場合に直面する未来の姿である。社会の変化にあわせて、新しい発想と方法で取り組み、少しでも明るい未来を拓く必要がある。

増大し続ける需要にどう量的に対応するかを考えるのではなく、「どのようにして需要増加のスピードを減速させられるか」、「現在の人材でどこまで生産性を高めて、効率的に効果の高いケアシステムを作れるか」といった視点が重要であり、従来の手法や体制の見直しは「明るい未来予想」には不可欠である。そのためには「量的な対応」以上に「質的な変化」が求められている。

■ 人材に対する考え方の変化

また、専門職の人材不足についても、単に人材の必要数を示すようなマクロの数合わせから議論するだけでなく、医療介護人材の機能の整理をさらに進めるべきであろう。その際には、全体としての処遇の改善のみに焦点を当てるのではなく、プロフェッショナルとし

での「技術の向上」「生産性の向上」といった観点から、介護プロフェッショナルキャリア
段位制度⁷等の活用によって、より良い職場環境の形成や、チームケアに必要な高い専門性
をもった職員の役割、機能の明確化により、専門職が能力向上を続け、この業界で仕事を
続けていくための動機づけができるような取組を進めるべきである。また、専門職による
他の専門資格の取得を容易にするといった「キャリアの複線化⁸」も求められている。

さらに、必要となるサービスや支援のすべてを専門職で提供するといった発想ではそもそ
も 2040 年を乗り越えられない。この課題に関しては、住民同士の助け合いによる地域活
動への積極的な支援や、自助の具体的な形としてのセルフマネジメントの推進⁹、及びセル
フマネジメントに必要となる知識・情報の提供を担う専門職の関わりが求められている。
専門職によるサービス提供は、従来、利用者や患者に対する「一対一」が基本となってき
たが、今後は、「一対多」のような形も目指すべきだろう。たとえば、住民グループが地
域で体操サークルの立ち上げる際に、専門職が技術指導を行うことで、その後は、住民だ
けの運営が可能になっていく。こうした支援は、専門職の技術や知識を、より大きな範囲
に広げていくことになるだろう。

従来の介護サービスの利用現場では「支え手側」「受け手側」と認識されがちだった関係
性についても、変化が求められるだろう。たとえば、認知症があっても、生活の場では様々
な支援を受けていても、通いの場で誰かを支える役割を担うケースはありえるし、外出に
は一定の支援を必要としたとしても、外出の支援さえあれば、通いの場でたとえば手芸を
教えるといったことを通じて、社会の中で役割を持つ場合もあるだろう。地域での生活を、
いわゆるサービスだけで支えようという発想自体からの脱却も求められているのである。

団塊の世代は「長寿」に向けた準備をできる世代

- 現在の 80 代・90 代の高齢者は、戦中期に 10 代、20 代を過ごしており、青年期に自らの 90 歳
をイメージすることが難しかった世代である。現実には、その後、医療技術の進歩と皆保険制度発
足をはじめとする様々な社会の変化により、多くの人々が当時では想像できなかった長寿を経験し
ている。一方で、団塊の世代は、すでに親の世代が 80 代 90 代に到達している姿を見ており、自ら
の長寿をイメージできる世代であり、2040 年前後に 80 歳 90 歳に達する前に、様々な準備を進
められる世代である。
- したがって、2040 年に向けて団塊の世代は、自らの健康づくりや老後の生活の仕方、地域社会へ
の参加、そして人生の最終段階のあり方を一人ひとりが考え、2040 年の未来予想に向けた準備を
進めるべきであり、社会も、これを支援していく必要がある。

⁷ 介護プロフェッショナルキャリア段位制度の概要および進捗状況については、同制度のホームペー
ジ(<https://careprofessional.org/careproweb/jsp/>)を参照のこと。

⁸ 塩崎臨時議員提出資料「経済・財政再生計画に沿った 社会保障改革の推進」平成 28 年第 8 回
経済財政諮問会議(平成 28 年 5 月 11 日), P3.

⁹ このセルフマネジメントの推進については、平成 25 年度の地域包括ケア研究会報告書 P9-10 に、
地域包括ケアシステムの構成要素「本人の選択と心構え」の解説にあたって詳述されている。

■ 2040年に向けて求められる4つの取組

このように前向きな新しい視点と取組を前提として、2040年に向けては、第一に、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。できる限り自立した生活を継続でき、支援を受ける期間を短くする工夫、すなわち、高齢者が要介護状態になる事態をできる限り防ぐ（遅らせる）工夫（介護予防）が、需要増大による専門職不足や、財政制約を緩和するためには必要である。また、仮に要介護状態になっても、その状態を可能な限り維持できるように努力すること（重度化予防）も同様に重要である（「3．「尊厳」と「自立支援」を守る「予防」」参照）。

第二に、中重度者を支える地域の仕組みの構築である。この中には、重度化予防や人生の最終段階に向けた看取りも含まれるが、地域の中で中重度になっても生活を継続できるようにするには、チームケアの体制の構築が必要であり、そのための在宅医療・介護連携等を通じた多職種連携の仕組みの構築が重要となる（「4．中重度者を地域で支える仕組み」参照）。

第三に、介護サービス事業者にあっては、限られた専門職人材を最大限に有効に活用するため、提供体制の効率化を進め、生産性を高めるような努力が強く求められる。地域包括ケアシステムが、地域資源を様々な側面で統合していく過程であると整理すれば、専門職、事業体、行政組織が、ケアに対する考え方、技術、情報等のやり取りを標準化していく方向性の中で、生産性の向上を目指すべきであろう（「5．2040年に向けた事業者の姿」参照）。

最後に、これらの基本的な方向性を実現していく手法として、市町村を中心とした「地域マネジメント」を議論しておく必要があるだろう。地域マネジメントは、地域の実情にあわせた地域包括ケアシステムを構築していくための工程管理の手法であり、今後、それぞれの地域において市町村を中心に取組を進めるべきである（「6．地域マネジメント」参照）。

3. 「尊厳」と「自立支援」を守る「予防」

本章では、地域包括ケアシステムにおける「予防」のあるべき姿について議論するとともに、従来の考え方との違いなどについても触れておきたい。いうまでもなく、予防は「手段」であり「目的」ではない。「予防」が重要であるのは論をまたないものの、まずは「予防」で住民一人ひとりの何を実現するのかという観点から整理を行う。

■ 「高齢者介護・自立支援システム研究会」と「高齢者介護研究会」の理念

介護保険制度創設に向けて1994年に取りまとめられた「高齢者介護・自立支援システム研究会¹⁰」報告書で重視された基本理念は、「高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること（高齢者の自立支援）」であり、その具体的なあり方として「予防」や「リハビリテーション」の重要性が指摘されていた。

また、2003年に「高齢者介護研究会¹¹」のもとでとりまとめられた報告書「2015年の高齢者介護」では、自立支援の根底にある「高齢者の尊厳の保持」を重視した提言がなされた。高齢者の尊厳を保持するケアの意味を、「高齢者がたとえ要介護状態になったとしても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること」と定義している。なお、この報告書でも、具体的な手法として「予防」や「リハビリテーション」に言及している。

■ 「地域共生社会」でもキーワードは変わらない

「高齢者介護・自立支援システム研究会」から22年以上が、「高齢者介護研究会」からも13年以上が経過しているが、その基本理念である「自立支援」や「高齢者の尊厳」、あるいは重視される取組としての「予防」や「リハビリテーション」の重要性は、今日も色あせてはいない。むしろ、介護保険制度が定着した今日、改めて「高齢者の自立支援」と「高齢者の尊厳の保持」に果たす「予防」や「リハビリテーション」の役割を確認すべきだろう。

また、「尊厳」と「自立支援」は、地域共生社会の実現が社会の目的として明示される中、高齢者の文脈を離れても共有できる価値観と理解することができる。すなわち、「すべての住民が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援することで、その人らしい生活を送ることを可能にする」という考え方は、障害者であっても、子育てをしながら地域で働く人にも共通する価値観であるといえよう。

¹⁰ 座長：大森彌東京大学教授(当時)

¹¹ 座長：堀田力さわやか福祉財団理事長(当時)

■ 自立支援は心身機能の改善ではなく、高齢者の尊厳の保持のためにある

今日、「自立支援」はこれまで以上に注目されているが、その意味するところが、単に心身機能の改善ではないという点には注意が必要である。自立支援にせよ、高齢者の尊厳にせよ、共通しているのは、「高齢者本人の意思に基づいている」ことである。したがって、本人への意思決定支援がまずは強調されるべきであろう。

寝たきりの状態になっても、今までできていた生活動作などができなくなっても、本人の意思決定のもとに行われる自分らしい生活を支援する取組が自立支援であり、心身機能の向上は、あくまでも自らがしたいと思うこと（目的）を実現するための手段にすぎない。

自立を狭く理解し、「自分でなんでもできる状態」のようにとらえれば、支援プログラムそれは、本人の意思に基づいたものではなく、単なる強制的なトレーニングのような介入になってしまうだろう。一方で「本人が希望しない」からといって支援をしない放置に近い対応も不適切である。2040年に向けて地域包括ケアシステムが目指している最終目的は、あくまでも本人の（表出しない潜在的なものを含む）意思に基づく生活への支援であると確認すべきである。

(1) 「予防」の強化と「もうひとつの予防」

■ 2040年に向けて予防はさらに重要なテーマに

心身状態の維持は、本人の意思に基づく自分らしい生活を実現するための手段として、大きな役割を果たす。心身の状態が良好であれば、自分の希望をかなえられる機会や選択肢はより広がる。「予防」は、2040年に向けた取組の中心的なキーワードである。

介護予防は、「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと」と定義されており、より具体的には、一次予防から三次予防に分けて整理されてきた。今般の介護予防・日常生活支援総合事業は、主に軽度の高齢者を対象とした一次予防と二次予防を地域づくりの中で実現していこうとする取組である。専門職による個人への関わりだけでなく、住民主体による通いの場や体操教室など、社会参加を通じた日常生活の活動の活発化が結果的に虚弱化を遅らせるような取組を推進している。

三次予防は、すでに要支援・要介護状態にある高齢者の重度化を遅らせるための取組であり、リハビリテーションや重度化予防などである。そのためには、リハビリテーション専門職だけでなく、他の医療職、ケアマネジャー、介護職等との多職種連携をベースとしたチームケアが不可欠である。在宅医療・介護連携を通じた多職種連携の取組は全国の市町

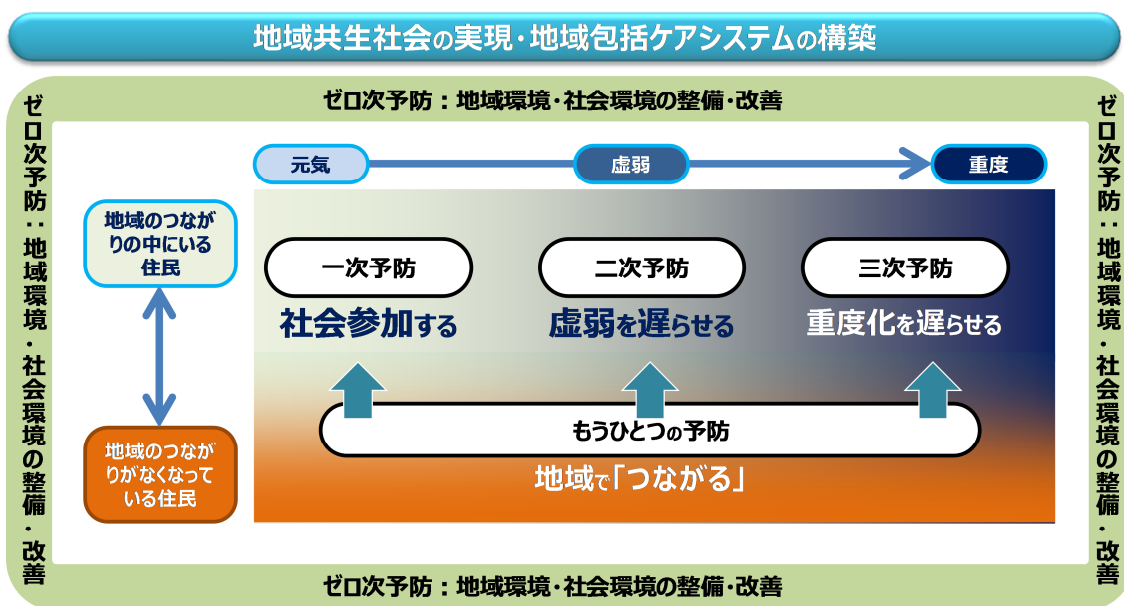
村で推進されており、テーマのひとつとして、重度化予防の実現が期待される。重度化を遅らせることができれば、限られた地域資源の中でも在宅生活を維持できる可能性は高まるとともに、社会全体としての介護サービスの需要の減少にもつながるだろう。

< 介護予防の定義 >

一次予防	主として活動的な状態にある高齢者を対象に、生活機能の維持・向上に向けた取り組みを行うものであるが、とりわけ、高齢者の精神・身体・社会の諸側面における活動性を維持・向上させることが重要。
二次予防	要支援・要介護状態に陥るリスクが高い高齢者を早期発見し、早期に対応することにより状態を改善し、要支援状態となることを遅らせる取り組み。
三次予防	要支援・要介護状態にある高齢者を対象に、要介護状態の改善や重度化を予防するもの。

三菱総合研究所「介護予防マニュアル改訂版」平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）介護予防事業の指針策定に係る調査研究事業

< 2040 年に向けて地域包括ケアシステムで取り組むべき予防の方向 >



■ もうひとつの予防：「地域でつながる」

こうした、従来（どちらかと言えば心身機能や生活機能を重視してきた）の介護予防の概念に加えて、「もうひとつの予防」として、地域や社会に参加し、住民が「つながる」状態に向けた支援も 2040 年に向けた重要なテーマである。一人ひとりが「地域でつながる」姿は、いわば心身機能や生活機能で捉えた「虚弱化」と「重度化」を遅らせる取組の前提

である。一次予防～三次予防は、地域とのつながりの中で促進される場面が多いため、地域のつながりの希薄化に対する予防は、介護予防の推進に不可欠である。

地域社会のつながりと距離がある住民は、たとえば地域活動への参加の機会を逸していたり、専門職の関与が得られないまま生活問題を抱え込んでしまうといった状態も懸念される¹²。とりわけ、定年退職を迎えた団塊の世代の元給与生活者の中には、地域活動には興味があるけれどきっかけがない、自分からうまく溶け込めない、あるいは、地域社会に関心が持てないといった人も珍しくない。

高齢者に限らず、子育て中の家族や障害者などが、社会資源にうまくアクセスできないといった問題を抱えている場合もあるだろう。こうした人々を地域住民が見守り、支え、社会の中に包摂していくための支援が、「もうひとつの予防」ともいうべき「地域でつながる」ことを支援する取組である。

さらに、地域とのつながりが希薄化している人々の中には、個人の心身の問題を超えて、深刻な生活困窮や家族問題、精神疾患などを複合的な課題について世帯単位で対応が求められるケースも存在する¹³。深刻なケースにおいては、保健や福祉の専門職との連携も重視される。複合的な課題へのアプローチは、まさに、国が推進する「地域共生社会」が想定している方向と同一線上にあるテーマといえるだろう。実際、厚生労働省「『地域共生社会』の実現に向けて（当面の改革工程）」の中でも、「つながりの再構築」が改革の4つの柱の一つとして提示されている。

■ 「地域環境」「社会環境」の整備・改善<ゼロ次予防>

介護予防を効果的に進めるためには、本人の自発性に基づく取組が重要なため、一次予防～三次予防、「もうひとつの予防」のそれぞれにおいて、本人への働きかけは介護予防の基本である。しかし、本人の自発性は、その人の生活環境からも影響を受ける場合があることが知られている。地域環境の改善や社会環境の整備・改善によって、本人が動機づけられる場合もある。

たとえば、地域の中に通いの場が多数つくられ、地域住民がボランティアとして積極的に参加するような雰囲気や役割、多様な選択肢が地域の中に生まれれば、本人が通いの場に参加する機会が増えるといったことが考えられる。また、地域の相談窓口や気軽に相談できるような拠点の整備により、自らの健康や生活についての関心が高まるといった効果も

¹² たとえば介護予防・日常生活支援総合事業では、住民主体の通いの場づくりや短期集中による訪問サービス（いわゆる訪問型C）による引きこもり予防などの取組を活用して、地域と距離がある高齢者を地域とつなぐ取組が行われている。

¹³ たとえば、川崎市では、2016年度より保健師・社会福祉士を各地域に配置し、地区担当制のもと、分野にとらわれず幅広く住民の見守りを行うための取組を開始した。こうした取組は地域共生社会の実現を見据えた地域包括ケアシステムの構築の取組として注目される。

期待できるだろう。こうした一次～三次予防、「もうひとつの予防」の前提となるような社会や地域の環境改善を、「ゼロ次予防」として位置付け、取組を推進すべきである。

また、これまで日本の社会では60歳で定年退職を迎えるのが一般的な人生設計であったが、60歳以降の人生が長く続く予想を若いころから持てた初の世代である団塊の世代、およびそれ以降の世代にとっては、より長期間にわたる社会参加が当たり前になってくるだろう。65歳を超えても、心身が元気なうちは働き続ける人が増えてくれば、就労人口の急速な減少を回避できるだけでなく、担税力のある高齢者の増加で財政面でもプラスになるだろう。定年後の再雇用等の社会制度や地域でのボランティア活動が普及し、地域社会の中で何らかの役割を果たすといった生活が当たり前になることで、一人ひとりの生活のスタイルが変化し、社会全体として団塊の世代およびそれ以降の世代の虚弱化を遅らせることに貢献する可能性もある。こうした社会制度や社会的な雰囲気醸成もまた「ゼロ次予防」と考えられるだろう。

4. 中重度者を地域で支える仕組み

(1) 多様な住まいの選択肢

■ 多様化する住まい

地域包括ケアシステムの植木鉢図（巻末参照）でも示している通り、地域で生活を継続する際に、基本となるのは住まいであり、この住まいの上に、生活（生活支援・介護予防）があり、さらに、利用者のニーズにあった医療・介護等のサービスの組み合わせが提供されることで成立するものと考えられる。基本的に、住まいや住まい方は、個人の選択にゆだねられるものであるが、心身の状態が悪化していく過程において、とりわけ医療サービスが必要な段階にあっては、必要なサービスが組み合わせられた自宅以外の住まいが地域の中の選択肢として提示されていることが望ましいだろう。

サービス提供側からみれば、限られた人的・地域資源の効率的な活用という点で、また利用者側からみれば、住み慣れた地域の中での多様な選択肢という点で、多種多様な住まいが介護保険制度創設以前から徐々に整備されてきた。いわゆる介護保険施設以外にも、居住系のグループホームや有料老人ホームなどが展開され、近年はサービス付き高齢者向け住宅が増加している。今後は、中重度でも生活を継続できる場として、どのような機能を付与した「住まい」を展開していくのが重要になってくるだろう。

現在、整備が進められている多様な住まいに対して、どのような形で医療サービスを提供していくかはひとつのポイントになるだろう。集住型であっても外付けサービスで対応するのか、ある程度、事業所の内部に医療サービスを位置付けるかなど、地域の医療資源の状況も含め、まさにそれぞれの地域住民のニーズにあった住まい政策の推進が必要である。また、所得の面で問題を抱える利用者の住まいの確保は重要な課題であり、低賃な公営住宅や民間賃貸住宅等に円滑に入居できる支援を行うとともに、安心して暮らせる地域の体制整備が必要である。

■ コンパクトシティと地域包括ケアシステム

また、近年は、コンパクトシティに関する議論が盛んになってきている。人口減少が進んでいく中で、各地域における効率的なサービス提供体制の整備は、それぞれの地域の持続可能性を高める観点からも重要である。そのためには、「高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることを目指す」地域包括ケアシステム実現に向けて取り組むのとあわせ、各種サービスを包括的に提供するため、コンパクトシティ施策に取り組む市町村に

においては、都市の将来像や高齢者の居住地、交通網の状況を考慮するなど、コンパクトシティの形成を地域包括ケアシステムの構築と一体的に検討することが重要である。

また、この問題は、それぞれの地域におけるライフケアコストをどう考えるか、すなわち、介護や医療だけでなく、広く地域での生活を継続するために、必要な社会的なコストをどう考えるかという視点も必要である。客観的なデータを用いて、このままの街づくりで2040年を迎えた場合と、コンパクトシティやスマートシティを構想した場合でのコストの客観的な比較も必要であろう。また、ライフケアコストを検討するにあたっては、金銭には換算が難しいものの、「自助」と「互助」は地域生活において不可欠であり、これらに対する評価のあり方は、まさに日本社会の「地域」に対する考え方を示すものであり、将来に向けて議論すべきである。

■ 市町村の「住まい」に関する取組のアプローチ

住まいの重要性は、地域包括ケアシステムの「植木鉢」のベースとなる部分であり、地域包括ケア研究会でも、初期の段階からその重要性を指摘してきた。しかしながら、一般的に安全や防災に係る側面を除き、市町村には「住まい」を担当する部局は、公営住宅等がある市町村を除けば限られており、住まいを巻き込んだ地域包括ケアシステムの議論は、市町村にとってはいまだハードルの高い分野となっている。

また、主にハード面を専門とする住宅の担当者の視点からみた地域包括ケアシステムは、使用する用語や考え方も異なるため、暮らし全体を支えるソフト面も含めた「住まい」論に、主体的に関わるのは難しい。また、住まいや住まい方は個人の選択に委ねられるため、外部から介入が難しい分野でもあり、地域包括ケアシステムの取組に理解と協力を得るには、介護・福祉側からのアプローチが欠かせない。国においては、市町村の両部局が連携して住まいの施策に積極的にアプローチするよう、厚生労働省と国土交通省で合同会議を開催するなど連携して取り組んでいるが、引き続き、国から市町村の両部局を支援することが重要である。

(2) 在宅医療・介護連携から多職種連携へ

中重度の状態になっても、地域の中で生活を支えるためには、専門職によるサービス提供が不可欠である。2015年度からは、包括的支援事業のひとつとして「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられているが、その取組は、まだ始まったばかりである。

全国で「在宅医療」や「在宅介護」、「在宅医療・介護連携」といった表現が頻繁に使われているが、これらは、現状、医療と介護がバラバラに存在することを前提とした表現であり、2040年までには、医療と介護は、より「統合された状態」となり、「多職種連携

によるチームケア」が当たり前になっている状態が不可欠である。一般の住民も「在宅医療」と「在宅介護」を別のもと誤解しやすく、「多職種連携チーム」や本来の「在宅ケア」のイメージから遠ざかってしまう。医療だけで在宅を支えることも、介護だけで在宅を支えることもできないとの明確な理解を関係者、住民、市町村が共有し、多職種連携によるチームケアを一般的な理解として普及させていくべきである¹⁴。

■ 連携・統合のレベル

連携・統合のレベルは、その結び付きの度合いから「連携(Linkage)」「協調(Coordination)」「統合(Full integration)」といった3つのレベルが想定される。「連携(Linkage)」とは、医療機関同士における紹介状のように、必要な時に、必要なサービスにつなぐといったつながりであり、全体の調整機能には至らない個別の仕組みを言う。「協調(Coordination)」は、組織間の連携がより強く、また構造化されている状態であり、多様な職種が統一したケアの考え方を共有し、退院支援のためのルールなどが定められている状態が該当する。そして、「統合(Full integration)」は、必要なサービス資源が統合されている状態であり、特定のニーズをもった利用者を対象とした一体的・包括的なサービス提供体制などが該当する。利用者からみて多様なサービス一体的に提供されているように見えるのが特徴といえるだろう。看護小規模多機能型居宅介護などは、看護、介護、通い、訪問、泊まり、ケアマネジメントなど、必要なサービス資源がひとつの事業体のもので提供されており、「統合(Full integration)」に近い形態といえるだろう。

現状、多くの「在宅医療・介護連携」の取組は「連携(Linkage)」のレベルにとどまっており、「協調(Coordination)」や「統合(Full integration)」に至っている地域は限られている。2040年までには「連携(Linkage)」から「協調(Coordination)」または「統合(Full integration)」への移行を目指していくべきである。

■ 多職種連携の求められる3つの場面

多職種連携が求められる場面は、おおむね、退院し在宅に戻る際と(急変時以外での)入院の際、在宅での日常的な生活(急変時対応を含む)、人生の最終段階(看取り)の3つに整理できるが、2040年に向けて対象者数の多さと期間の長さという視点から課題の中心となるのは、「在宅での日常的な生活」を支える多職種連携である。在宅で生活する要介護者にとって、一番長い時間は、日々の生活であり、毎日の生活をいかに安定的に、

¹⁴ すでに、船橋市をはじめ、西東京市などの地域で、多職種によるチームの形成が進みつつある。こうした取組の手法を普及においては、単に、その手法を紹介するだけでなく、チームケアが各専門職の抱えている課題を解決する契機となることがあることや、初期段階においては連携に係るコストが生じるものの、中長期的にみれば、それぞれが抱える負担が軽減することに対する理解も重要である。

また変化が生じそうな時にはその影響を最小限にして生活を継続できるかが、地域における多職種連携に与えられている最大の課題といえる。

また、在宅での日常的な生活を支える多職種連携では、常時なんらかの医療サービスが提供されている状態というよりは、介護サービスが行われる中で看護職や介護職を中心として日常生活を継続的にアセスメントし、悪化や変化の予兆をできるだけ早くとらえられる体制が求められる。なお、安定している状態においては、地域の果たす役割も過小評価されるべきではない。地域とのつながりは、中重度になっても、とりわけ心身状態が安定している時には、地域住民としての役割を果たすことを前提として支える体制を構築すべきである。

「 人生の最終段階（看取り）」の支援は、そこでの適切な対応を実現するためには、「在宅での日常的な生活」の段階から本人の選択と本人・家族の心構えを引き出し把握しておくことが不可欠である。こうした意思決定は、長い療養生活を支える多職種との信頼関係の中で、それぞれの利用者の生活歴や考え方を理解し、家族と共に逡巡していく中で本人の意思決定が行われ、また家族もその決定を受け止めていく。その意味で、人生の最終段階におけるケアは、サービスを提供するだけでなく、本人の意思決定支援の側面も大きく、それは、「在宅での日常的な生活」を支える多職種連携の延長線上にあると考えられるべきであろう。

「退院し在宅に戻る際と(急変時以外での)入院の際」については、現在、多くの地域で多職種の仕組み作りが試みられているが、入退院時支援は、医療機関と在宅のケアチームの間に恒常的なルールと仕組みが構築されれば、比較的円滑な実施が期待できるテーマといえる。一方で、退院後の生活をイメージしながら退院支援を行う過程においては、病院だけで対応するのは困難なため、東京都武蔵野市や、長野県駒ヶ根市、岐阜県高山市、広島県庄原市等が実施しているように、行政が調整役となり、医師会や訪問看護ステーション、介護サービス事業者、介護支援専門員らによる統合的なサービス提供体制を構築し、患者の退院後の生活支援を行う取組を推進すべきである。

■ 多職種連携教育（IPE）の必要性

在宅医療・介護連携を推進するためには、地域の仕組みの構築に加え、サービス提供に従事する職員の能力開発や意欲の醸成が重要になる。こうした能力の開発は、それぞれの専門職としての技術や知識を向上させるような専門職ごとの研修会を重ねるだけでなく、多職種連携教育（IPE：Interprofessional Education）の機会の提供によって実現されるべきである。

イギリスの大学教育では、専門教育としてIPEを必修科目として設定し、様々な職種が協働する体験を教育プログラムの中に組みこむなど、医療職・介護職の双方が共通した理解

に基づく連携が可能となるような取組を進めている。日本においても千葉大学・埼玉県立大学・富山大学をはじめとして、大学での実践が始まっており、今後、全国的に専門職の教育課程に IPE を必修科目として設定するべきであろう。

専門職に対する研修の場の提供は、市町村が積極的に担う役割であるが、実効性のある研修を企画するためには医療や介護の専門性の観点が必要であることから、地域の専門職（団体）の主体的な運営への関わりが必要である。また、それぞれの専門職が有する資格やキャリア、職種などによってフラットな関係での意見交換や研修の実施が困難な場合もある。それぞれ異なる役割の職種が相互の専門性や強みを認識、尊重し、顔の見える関係だけでなく、対等に話せる雰囲気醸成も大切である。

■ キャリアの複線化

さらに、若年人口の減少にあわせ、貴重な人的資源を最大限に活用する観点からも、専門職キャリアの複線化を具体化すべきである。一般的に、キャリアの複線化とは、同一の組織内に、複数のキャリアコースが併設されているような人事制度を指す。ケアの専門職の分野では、医療・介護等の複数の専門職資格を取りやすい環境の整備が想定される。こうした方向は、単に、一人の専門職が複数の資格を持つという意味だけでなく、専門職が他の専門職の考え方や業務の内容を理解するという意味でも重要であり、多職種連携を進めていく上では、2040年に向けて不可欠な取組といえる。

こうした考え方は、厚生労働省の地域共生社会実現の「当面の工程」においても、「専門人材の機能強化・最大活用」として改革の柱が示されており、「養成課程のあり方を『縦割り』から『丸ごと』へと見直していく」ことも示唆されている。

(3) 行政における在宅医療・介護連携推進事業のあり方

■ 在宅医療政策における責任の所在の明確化

地域における医療政策は、広域的な観点から基本的に都道府県が担ってきており、市町村立病院の整備・運営や学校保健などを除けば、市町村が主体的に地域の医療政策を主導した経験はほとんどない。他方で、日常生活圏域をひとつの単位とした地域包括ケアシステムの議論では、都道府県による各地域レベルでの診療所の機能や連携体制の検討・計画立案は現実的ではない。市町村において在宅医療・介護連携の具体的な取組を議論するためには、その担当部局についても、市町村は早急に定めていく必要があるだろう。

「住み慣れた地域における生活の継続」が地域包括ケアシステムの目標として設定され、在宅医療もまたこの目標を共有する以上、地域包括ケア・介護保険事業計画を所掌する部

局と連携・協働可能な部局が在宅医療について担当するのが妥当である。そのためには、在宅医療を担う部局を新設にするにせよ、既存の部局が担当するにせよ、市町村にとって新しい業務となるため、国・都道府県からの適切な技術的支援が欠かせない。こうした支援がなければ、在宅医療・介護連携は、意欲的な一部の先進市町村のみの取組となって全国への展開は極めて困難になるだろう。

■ 市町村による在宅医療の整備方針の検討

多職種連携の推進にあたって、市町村における在宅医療及び介護の整備に係る計画等の策定は、将来的に欠かせないものになるだろう。すでに、東京都稲城市や武蔵野市が市独自の在宅医療の整備に係る計画の策定を行っており、介護保険事業計画とは別建ての計画として位置づけられている。ただし、第六期計画期間より、介護保険事業計画は「地域包括ケア計画」と位置付けられている点から考えれば、こうした在宅医療の整備に係わる計画は、既存の介護保険事業計画の中に包摂されるのが適当であるため、両計画の整合性を確保する必要があるだろう。その取組にあたっては、地域の医療機関も、都道府県の医療計画に歩調をあわせながら、サービスの提供体制を構築してきた過去の経緯を踏まえる必要がある。

実際に、計画を立案するにあたっては、地域内の医療機関及び医師等の関心を高め、十分な時間をかけて計画を立案する必要がある、そのためには、地域の現状の把握と目標の設定に加え、規範的統合（目標の共有）への相当の時間の投入が必要になるだろう。これまでの介護保険事業計画のように、国が計画のフォーマットを示して市町村が計画を立案するといった方法では、地域の医療関係者の理解を得るのは困難だろう。

■ 市町村に対する技術的支援

今後、全国の市町村で在宅医療・介護に関する取組を進めるには計画立案の基礎となるデータの収集をどのように円滑に行うのか、分析手法についての考え方の整理など、準備すべき事項は多い。先行して計画の策定に取り組んだ稲城市においても、数値的な将来推計を行うには、市町村が得られるデータが必ずしも十分ではなく、分析手法についても、十分に確立されているわけではない。

また、厚生労働省の研究プロジェクトでデータ分析のためのツールの開発を推進しており、すでに一部が公開されているものの、実際に市町村で活用される段階にはいたっていない状況もある。こうしたツールの未活用は単に広報的な問題だけでなく、データを見るための基礎知識の普及・伝達や活用方法のわかりやすい提示も含め、こうしたツールを扱うことができる人材育成のための OFF-JT の取組を強化すべきである。

5. 2040 年に向けた事業者の姿

(1) 一体的な提供体制

■ バラバラに提供されてきた在宅サービス

在宅での介護を支えるには、多職種連携に基づくチームケアが不可欠であることはいうまでもなく、利用者側からみて一体的なサービスの提供体制の構築は、地域での生活を希望する住民にとって大きな安心感につながっていく。一方で、提供者側は、限られた人的資源を最大限に活かしながら、連携にかかるコストを可能な限り最小化しつつ、一体的なサービス提供体制の構築が強く求められている。

かつて、ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略）が高齢社会に必要な社会資源として「在宅三本柱」の整備推進を提案したこともあり、在宅生活を支えるためのサービスの整備においては、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイの3つの柱を軸に事業者の参入が続いた。

その後、介護保険制度が2000年から導入され、それぞれのサービス供給量は、拡大し続けて今日に至っている。しかしながら、在宅の三本の柱は、はたして同じ屋根を支えてきたのだろうか。本来、これらの在宅三本柱が一体的に提供され、あるいは強く連携した状態での提供がイメージされていたが、実態としては、これらのサービスがバラバラに提供される状況となっている。

■ 各サービスの強みを活かした一体的提供の実現が必要

介護保険創設から17年が経過し、在宅サービスは三本柱ではなく、また介護保険外のサービスや地域の助け合いも含め、実に多様になってきた、それぞれのサービスの供給量が増加した今日こそ、各サービスの強みを最大限に活かしつつ、サービス間の連携を強化し、利用者からみて一体的なサービス提供が可能となる方策を模索すべきである。その提供方法については、画一的なものではなく、それぞれの地域資源の量や形態等を踏まえ、各地域の事業者の試行錯誤、創意工夫によって生み出されていくものだろう。

いうまでもなく小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護といった地域密着型サービスは、こうした一体的な提供体制を支える中核的サービス形態として提示されている。そして、これらのサービスを提供する事業者の中には、生活支援サービスや通い、泊まりなど、介護保険内外のサービスや地域の支援の組み合わせにより、在宅生活を支えるより柔軟で、かつ強固な体制を構築しつつある。

(2) サービス事業者の法人としての選択肢

今後のサービス提供事業者に与えられている選択肢は、第一に「現状維持」、第二に「法人規模の拡大」、第三に「他事業者・法人との連携」、第四に「経営統合」の4つのシナリオであろう。前節でみたように、利用者からみて一体的なサービス提供を前提とすると、小規模法人が現状維持で持続可能なサービス提供体制を構築していくのは今後ますます困難になるだろう。法人規模の大小に関わらず、第二から第四のいずれかの選択が地域ニーズに応える上でも、また法人の経営の持続性の観点からも不可欠である。

第二の「法人規模の拡大」は、各種法人がサービス拠点あるいは施設を増やしていく方法、社会福祉法人が医療法人を実質的に設立するか、あるいはその逆の方法、社会福祉法人あるいは医療法人が行おうとする営利事業を株式会社として展開するなど、法人を増やしてグループ化を図る方法、あるいはこれらの組み合わせが想定される。

第三の「他事業者との連携」は、サービス連携と組織間連携の2つがある。前者のサービス連携は事業連携とも表現でき、継ぎ目のないサービスを提供するため、あるいは多職種連携を実現するために、別々の法人によって行われる。後者の組織間連携は、人材確保・育成・配置、総務機能、情報システム共有、バックヤード業務委託などを別々の法人で担うといった方法が考えられる。こうした工夫によって、生産性と経営の効率化を図り、経営力量を向上させることが求められている。

第四の経営統合には、合併または事業譲渡の2つの方法がある。前者は、社会福祉法人や医療法人がそれぞれ複数の法人の経営統合を図る場合である。後者は、例えばNPO法人を医療法人や社会福祉法人に移管するといった方法が想定される。いずれの方法を採るにせよ、利用者・利用者家族にとって、また法人・法人従業員にとって、地域・市町村にとって、どのようなプラスとマイナスの効果があるのかをよく検討すべきであろう。

■ 介護・福祉版の地域連携推進法人の設立

医療サービスの提供においては、医療法の改正により2017年度より地域医療連携推進法人を創設できるようになっている。いわば、地域医療のアンブレラ法人のような位置付けとして、地域の法人間の連携強化が期待されている。今回の改正では、社会福祉法人も地域医療連携推進法人への参加が認められているが、現行の仕組みは、医療法人が中心との印象はいなめず、将来的には、社会福祉法人・医療法人の区別なく、地域包括ケア推進法人のような形で多様な法人が地域の中で連携していく形を実現していくべきである。

たとえば、地域で統合的なケアを提供していくためには、複数のサービス提供事業者間の情報共有が重要になるが、現状では、ICTの活用についても同一のシステムの一括導入に関

して、現実的には、法人の壁が障害となるような状況もありえる。また、研修の実施等については、費用面でも、また時間の確保の面でも小規模事業者の大きな負担となっており、多職種連携を推進する際の課題である。地域連携推進型の法人が介護・福祉事業者まで幅広く展開すれば、今後の共生型の地域包括ケアシステムを推進する際にも大きな後押しとなるであろう。

■ 地域単位で人員配置を考える段階に向かう

現在、専門職の配置基準は、事業所単位を基本とし、一部において複数サービス種別での兼務が認められているものの、基本的に必要な職員数は、サービス単位で細かく設定がされている。こうした基準は、一定の合理性のもとに設計されていると思われるが、あくまでサービスを単体でみた場合に必要となる人員数を前提に計算されており、サービスを統合的に提供したり、複数サービスが連携して提供される場合、あるいはチームとして複数の事業者が連携してサービス提供を行う場合などは、異なる視点から適切な人員配置を検討する必要があるだろう。

(3) 事業者の創意工夫を活かした地域包括ケアシステムの必要性

事業者による活発な創意工夫やイノベーションの提案が期待される一方で、そうした取組に対する保険者の対応は、それぞれの地域包括ケアシステムの方向性を決めていく上で、重要な意味をもつだろう。

介護保険制度の導入初期には、保険給付としての公平性と統一性を担保しつつ、制度の全国的な普及と健全な市場を形成するため、国は介護保険サービスに関する様々な基準を提示し、全国どこでも同じようなサービスを利用できる体制の構築を推進してきた。しかし、制度・市場の成熟と、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築の必要性から、事業者や保険者にその運用の裁量が任される範囲が年々大きくなっている。特に地域密着型サービスが普及していく中で、介護サービス事業者は、人口密度の違いや確保できる人員体制などに応じて包括払いの中で、より効果的・効率的なサービス提供を模索しつつある¹⁵。

事業者の創意工夫の中には、時に公平性や公益性の観点から規制を必要とする場合もあると思われるが、他方で、保険者が従来の全国統一の考え方の延長線上で柔軟性を欠いた判断を行ってしまったら、事業者の成長を阻害してしまう。地域の実情にあった地域包括ケアシステムの構築を進める上で、硬直的な判断は回避されるべきである。特に、地域のサ

¹⁵ たとえば中山間地域では定期巡回サービスなどにおいて、小規模多機能型居宅介護を拠点として訪問サービスを展開するといったことに取組む事業者もあるが、現行の規定では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と小規模多機能型居宅介護の職員兼務が認められていないため、効率的な人員配置が阻害されている。こうした取組を推進するには制度の改正等が必要になるだろう。

ービス資源や人材に限りがある地域や、地理的な制約が大きい地域にあっては、法令の範囲内において、各保険者は柔軟かつ積極的に事業者の提案を検討すべきだろう¹⁶。

こうした適切な判断を保険者職員が行うためには、単なる法令の理解や解釈だけでなく、それぞれの地域の実情や課題の適切な理解と、地域が向かうべき方向性やサービスが目指している機能の適切な理解が最低限必要である。

¹⁶ 定期巡回・随時対応サービスでは継続的なアセスメントに基づき、ケアの目標にあわせたサービス提供が想定されているため、提供されるサービス内容については、事業者が柔軟に判断することができるが、訪問介護に適用されるいわゆる「老計第10号」に定められた家事援助の自費サービス提供を認めていない保険者も存在するなど、保険者による規制のあり方には地域差がみられる。

6. 地域マネジメント

2040年に向けた地域包括ケアシステムの実現に、市町村の役割は欠かせない。地域資源の状況がそれぞれ異なる以上、地域生活を支える仕組みづくりの最適解はひとつではない。だからこそ、市町村の積極的な関与によって、地域全体で課題解決を図る「地域マネジメント」が必要とされ、2017年の介護保険法改正においても最重要テーマの一つとされているのである。本章では、昨年度の報告書でも議論した地域マネジメントについて、さらに議論を深め、その姿について描いていく。

(1) 2040年に向けた地域マネジメントの姿

■ 目的・定義・対象

地域マネジメントとは、保険者・市町村が、地域包括ケアシステムの構築を目的とした工程管理に用いる手法である。地域マネジメントは、「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し実施することで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組」と定義できる。

地域マネジメントは、社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」の中でも介護保険者機能の文脈で言及されているが、本報告書では、2040年に向けたより幅広い地域の課題に対応すべく、また地域共生社会の実現にも資するものとして、その対象範囲を介護保険者による介護保険行政に限定せず、地域を支える多様な関係者の参加や連携による地域包括ケアを推進するものとして位置付けている。

したがって、地域マネジメントの対象は、植木鉢でいうところの「葉っぱ間の連携の仕組みづくり」=多職種連携/在宅医療・介護連携、「土」=生活支援・介護予防、「植木鉢」=住まいと住まい方、「皿」=本人の選択と本人・家族の心構えのすべてが対象となり、専門職から地域住民まで、広範な地域の関係者が含まれる。

■ 実施主体とプロセス

地域マネジメントの主体は、介護保険行政に係る部分については保険者であり、取り扱う課題が介護保険行政外の事項、たとえば住民主体の活動への支援や他分野との協働等に及べば、市町村となる。ただし、最終的な責任者は、住民に選ばれている市町村長であり、また選出した住民である。市役所の担当部局は、地域マネジメントにおける事務局機能を担っていると整理できるだろう。

地域マネジメントのプロセスは、いわばP D C A (Plan-Do-Check-Act) のサイクルであり、計画 (目標の設定)、実施、評価、改善の流れの繰り返しが基本にある。より具体的には、調査や各種のデータを活用しながら地域の現状を把握した上で、到達したい地域社会のイメージを関係者間で議論し、それを達成する上で克服しなければならない課題を明らかにした上で、目標の設定を具体的に行い、これを関係者間で共有し、それぞれの地域関係者の役割を明確にし、取組を実施、一定期間においてモニタリング・評価して改善を検討していく。このプロセスの繰り返しにより、全体の進捗を把握し、よりよい仕組みへと組み上げていく。

(2) 地域マネジメントにおける「場」の重要性

■ 市町村・保険者から見た「場」

ただし、市町村が、一方的に目標を定め、庁内で共有し、取組を実施し評価したところで、地域全体が地域包括ケアシステムの構築に向かうのは容易ではない。地域生活を支える仕組みづくりには立場や利害の異なる多種多様な関係者が関わる。できるだけ円滑に地域マネジメントを進めるためには、関係者間での目的意識の共有が欠かせない。

そこで、運営協議会、各種計画の策定委員会、地域ケア会議、サービス事業者協議会、協議体などの「場」を活用して、関係者間での目標の共有を進め、具体的な取組に向けた話し合いを進めていく。これらの「場」は「目標達成に向かうための場」として、地域の中に多種多様なものがすでに設置されている。したがって、市町村は、関係者の積極的・主体的な関わりを損なわないよう配慮して既存の「場」を運営していれば、地域マネジメントのために新しい「場」を作る必要はない。

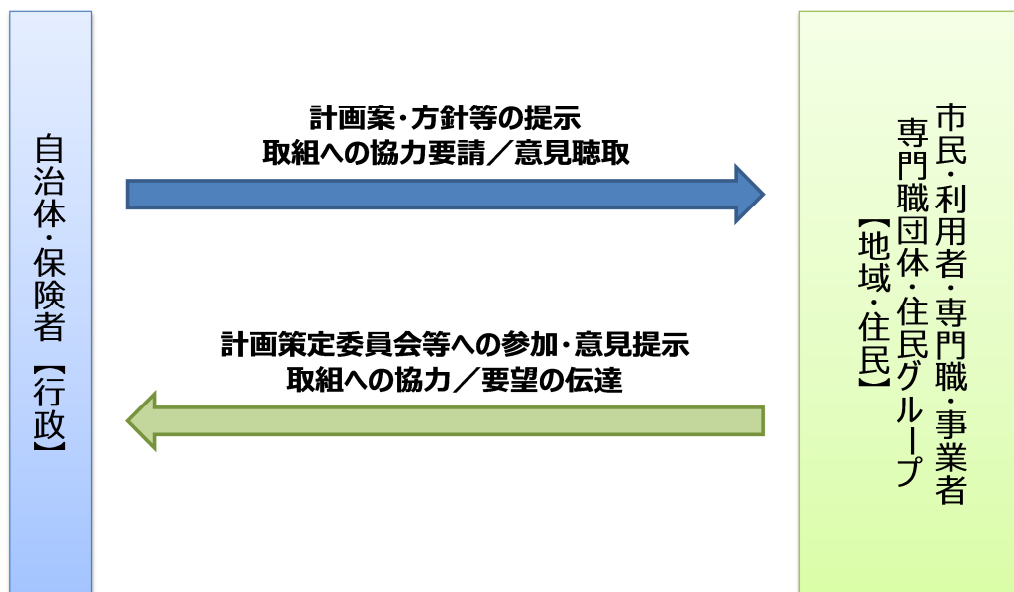
たとえば、それぞれの「場」は、「市町村案を承認する場」や「市町村案に意見を述べる場」というよりも「参加者の考えやアイデアの表明」や「参加者全体としての意思決定」を目指す場として運営されるべきであり、かつ「落とし所があらかじめ決まった会議をする場」としてではなく、「積極的に意思決定に参加しようとする場」として運営されるべきである。

■ 地域の関係者からみた「場」

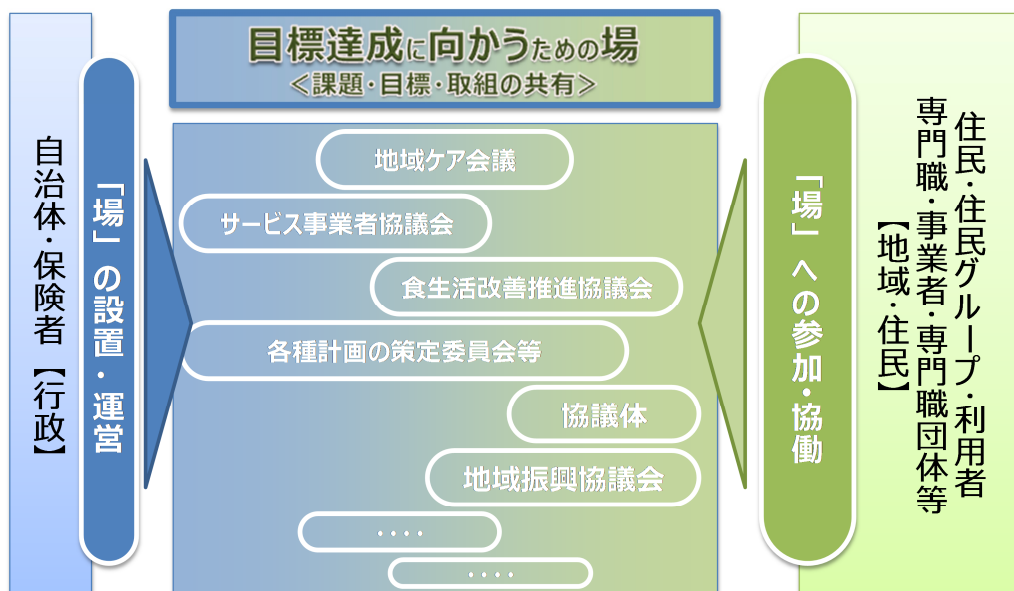
また地域の関係者は、こうした「場」を地域包括ケアシステムの構築への参加ととらえ、積極的に参加していくべきである。地域の声を地域包括ケアシステムの構築につなぐ「チャンネル(経路)」のようなものと理解してもよいだろう。こうした「場」の活用を通じて、旧来のような一方的な関係性(次ページの上段の図)では、届かなかった地域や住民の声も、市町村・保険者に届くようになっていくだろう。

地域マネジメントでは、その過程を役所・役場の内部だけで完結させるのではなく、むしろ役所・役場の外に地域の関係者が集まる『場』を設置し、これを運営することが市町村による地域マネジメントの前提条件といえる。

<従来の「行政」と「地域・住民」の関係>



<2040年に向けた「行政」と「地域・住民」の関係>



■ 行政の関わりの強弱

ただし、行政の関わり方は、取り扱うテーマに応じて多様である。たとえば住民主体の活動支援のような、住民の意欲、動機づけが重視されるテーマでは、住民同士の話し合いの流れの中で、当初とは異なる取組に変わってしまうような状況は一般的によくあることであり、目標そのものの変更も珍しくはない。P D C Aのような評価・モニタリングが適していない場合も多いため、こうしたケースに対して行政が強く介入し管理するようなマネジメントは、適切ではない。むしろ、住民主体の取組では、行政は、つかず離れずのスタンスで住民の議論と工夫を側面的に見守り、支援が必要な時は全力で応援するような姿勢が求められる。

他方で、介護サービス事業者等、多数の利害関係者が関わる仕組みづくりでは、取組の過程において適切にモニタリングを行い、目的や内容の大幅な変更で円滑な進捗が妨げられることがないよう配慮する必要があるだろう。専門職や事業者等の組織が関わる「場」では、むしろ行政（あるいは専門職団体等、その過程に主体的に取り組む組織や団体）が、P D C Aに基づき、その「場」のマネジメントの適切な実施に積極的に関わるべきである。

また、「目標達成に向かうための場」の運営の仕方も、地域の既存の取組の蓄積や活動の経緯などから、また各地域のサービス提供体制からも多様な運営方法があり得るだろう。市町村主導の場合もあれば、専門職団体主導の場合もあるだろう。また地域振興協議体のような既存の住民組織が協議体として機能する場合は、住民主導の性格が強くなるだろう。

(3) それぞれの分野における「場」

■ 「計画策定」の場

介護保険事業計画は、地域マネジメントのロードマップであるが、決して、事業者に対する一方的な計画や指示ではない。ロードマップであるということは、その策定は、継続的に地域の中で積み上げてきたP D C Aの集大成として向こう3年間の道筋として示されるものと理解すべきである。

地域マネジメントにおいて規範的統合、すなわち考え方の共有が不可欠である以上、日常的な意見交換や事業計画の策定過程に、利用者・事業者も含めた地域関係者がどれくらい関わったかは、地域マネジメントの成否に直結するといえるだろう。鹿児島県霧島市では、介護サービス事業者の連絡協議会の計画策定への主体的な関わりによって、実効性の高い事業計画の策定に成功している。地域マネジメントにおいては、どのようにサービス提供を管理するかにかかわる視点以上に、どのように事業者や利用者と共に歩むかを考える視点と具体的な仕組みが重要である。

■ 「サービス提供体制構築」の場

地域のサービス事業者の参加は、専門職によるサービス提供体制を構築していく上で欠かせないものである。たとえば保険者と地域密着型サービス事業者の関係性は、介護保険行政の上の指定権者とサービス提供者であり、また指導する側と指導される側の立場であるが、地域マネジメントの観点からは、両者は地域包括ケアシステムの構築を協働するパートナーであり、事業者は、地域包括ケアシステム構築の議論の伴走者ともいえる。社会福祉法人や医療法人が、実践を通じて地域包括ケアシステムのあり方を示すような地域もあるだろう。

地域マネジメントにおいて最も重要な取組のひとつは、保険者と事業者が、地域課題と目標を共有する仕組みをどのように構築するかという点である。サービス事業者協議会などの「場」は、専門職によるサービス提供体制を構築する際の「目標達成に向かうための場」としての機能を果たすことが期待されている。

たとえば、福岡県大牟田市では、介護サービス事業者連絡会の事務局が市役所内に設置されており、事業者と市役所の連携や考え方の共有に大きく寄与している。また岡山県岡山市では通所介護事業者が保険者とともに、サービスの評価基準をサービスの質の向上という文脈から設定するといった取組が行われている。また千葉県松戸市においては、認知症の早期発見という共通の目標の下で、地域包括支援センター、医療機関、介護事業者、薬局等が利用者の状況をみてアセスメントを実施し、認知症の早期把握および受診勧奨をするという試みもはじまっている。さらに大阪府大東市においては、地域の居宅介護支援事業者が大東市における「自立支援」の定義を作成する取組を通じて、ケアマネジメントに関する意識の統一を図っている。こうした「保険者の方針」と「現場」を結び付けるための仕掛け作りが地域マネジメントを円滑に進めるためのカギになるだろう。

■ ケアの考え方を積み上げる場

地域におけるケアを改善していくために、個別の事例の検討を丁寧に積み上げていく「地域ケア個別会議」は、関係者間のケアマネジメントに関する視点を共有するための場として重要である。平成 27 年度から導入された介護予防・日常生活支援総合事業においては、軽度者を対象とした介護予防ケアマネジメントの考え方について「したい、できるようになりたい」といった利用者の希望を目標として設定したケアマネジメント、特に共助以外の自助・互助も踏まえたケアマネジメントの重要性が再確認されている。また、今後は、軽度者に限らずすべての要介護者について、重度化予防に向けた取組も期待されている。地域ケア個別会議は、こうしたケアマネジメントの視点を地域で共有していく上で、中核となる仕掛けである。

地域ケア個別会議と混同されやすい取組として、サービス担当者会議がある。サービス担当者会議は、実際に目の前の利用者に対して、今ある地域の資源で何をできるのかを検討するため、現状の資源の制約の中で検討せざるをえない。他方で、地域ケア会議は、サービスを担当していない専門職も含めて、あるべき姿を検討するため、中長期的な視点に立って自立支援や在宅生活の継続に必要な地域のサービス資源や連携のあり方を議論し「現在はないが今後必要なもの」を特定していく場としての機能が期待されている¹⁷。

■ 「地域づくり」の場

地域住民もまた、地域マネジメントにおける重要な参加者である。住民参加で地域づくりを進めることは、住民自身が当事者として地域の「ありたい姿」を実現していく仕組みを考えていくという点で大きな意義があるだろう。

ただし、地域で助け合いの仕組みづくりに参加する意欲のある住民でも、何も無いところから取組を計画したり、実行することは難しい。地域の多様な協力や支援を得て、時間をかけて取組を発展させていく姿が一般的である。現状、生活支援体制整備事業の開始に伴い、協議体や生活支援コーディネーターが地域づくりのツールとして導入されている。

協議体は、まさに地域の実情に応じて地域ごとにその組織にあり方から、議論の進め方、構成員を自由に設計できるものであり、市町村にとっては、住民とともに地域マネジメントを実践する絶好の場といえる。また生活支援コーディネーターは、地域づくりに参加する住民の支援者や、住民のよき相談相手、あるいは、行政とのパイプ役としても期待されている。

(4) 地域マネジメントを円滑に推進するために

■ 人口減少社会における地域マネジメントの基本的視座

すでに日本の総人口は、減少基調にあり、2015年の国勢調査では、調査開始以来、初めて総人口の減少が確認された¹⁸。大都市部を除くほとんどの市町村においては、人口減少の中で増加し続ける高齢者の支援ニーズに応えていくことになる。従来の日本の仕組みは、こうした課題に対して「サービス」の量的な拡大によって対応してきた。しかしながら、

¹⁷ 地域ケア会議においては、多様な取組が全国各地で進められており、すでに亡くなった方を振り返る形での「デスカンファレンス」(死後のカンファレンス)を通じて、状態の悪化予防にどういった手段がありえたのかといったことの検討を通じて、在宅医療・介護連携に限らず地域の必要な資源や連携のあり方を協議することも可能になる。

¹⁸ 平成27年(2015年)国勢調査確定値によると、前回の国勢調査(平成22年)に比べて、約96万3千人の減少が確認された。大正9年(1920年)の調査開始以来、人口の減少が国勢調査で確認されたのは平成27年の調査が初めてとなった。

人口構造の面からもまた、財政制約からも、これまでのような「成長」を前提とした地域の仕組みづくりだけで2040年に向けた課題を乗り越えることは難しい¹⁹。

2040年に向けて、行政が住民の要望に応じてサービス提供するといった単純な量的拡大、あるいは「成長」の視点では地域の課題に対応できないとすれば、地域の実情に応じてカスタムメイドで作り上げていく他に方法はない。このことは、複数の選択肢の中から、実現可能な選択肢を選びとり、地域住民が納得できる選択とそれに伴う覚悟の上で、地域づくりをしていく実践が必要になってくる時代を意味している。また、それぞれの地域には、歴史的にも文化的にも固有性があり、その地域固有の価値観が存在する。今後は、地域固有の価値観を無理に制度にはめ込むのではなく、制度を地域の価値観に合わせていく工夫も必要になるだろう。

■ 効果的な地域マネジメントを実現するために

地域マネジメントの主体である市町村が行政組織である以上、職員の人事異動は避けられないが、ノウハウの蓄積や継承は、地域マネジメントを実効性のあるものとしていく上で、重要なポイントである。特に地域づくりでは、人間関係や取組の継続性が、従来の一般的な行政事務以上に求められる。人事異動のサイクルを一定期間に延ばしたり、複数職員の異動のタイミングをずらすといった方法によって、継続性を担保する市町村も見られる。人間関係やノウハウを継承する仕組みを各市町村で検討していくことが求められるであろう。

一方で、地域包括ケアシステムの構築は、市町村の法定化された業務として位置付けられているわけではなく、現状では、市町村職員がその必要性を理解した範囲でしか活動が広がらない印象もぬぐえない。地域包括ケアシステムの構築が市町村の将来にとって効果的であり、有意なものであることを客観的に示すとともに、構築の過程を業務として明確に位置付ける体制が、全国の市町村の取組を進めていくために必要である。

また、市町村での取組を推進するには、たとえば管理職レベルでの「地域包括ケア推進マネジャー」といった専従職員の配置も考えられるだろう。地域包括ケアシステムの構築においては、行政内部だけでも複数の部局との協働が必要であり、所掌事務を越えた視点からシステムづくりに関わるキープレーヤーとしての職員が必要である。

さらに、市町村における地域包括ケア体制を推進するためには、当該分野関係業務の比重の高まりに応じた適切な人員が確保されることが必要である。急進する少子高齢化に対応

¹⁹ さらに、集落や市町村単位でみると、人口が減少し続け、街としての機能の維持が困難となる地域も増加が予想されている。こうした人口構造の変化の中で、人口規模が小さく、人口減少に歯止めがきかない市町村や、限界集落等では、今後、集落単位で「村納め」が行われるような地域も生じてくるだろう。医療介護サービス事業者が撤退を視野に入れたしていくような状況や、サービスの提供範囲を縮小せざるをえない事業者もでてくるなど、地域としての撤退マネジメントも必要になってくるだろう。

するための社会保障制度改正が矢継ぎ早に実施されており、地方財政に占める、介護保険事業歳出などの地域包括ケア関連業務の歳出は増大しているとともに、業務の難易度は非常に高まっている。一方で、市町村内では、従来の人員配置が継続されがちであり、質・量ともに十分な人材を確保できない市町村も多い。

この点については、もちろん、当事者である市町村の努力が重要だが、国としても、地域包括ケア関連業務における市町村職員の確保について、明確かつ強いメッセージを出すことが重要ではないか。あわせて、市町村業務全般のバランスの問題であることから、単に厚生労働省に留まるだけではなく、総務省などの他省庁とも緊密に連携した上で、政府全体として、こうしたメッセージを出すとともに、必要な施策（地方交付税への反映）を検討していくことが望ましい。

■ 部局横断的組織はコーディネーター役

都道府県レベルでは、過去数年間に「地域包括ケア」等の表現を持つ部局の新設や組織改編が進められている。こうした部局横断的な組織改編は、川崎市をはじめとして、政令市においても進められている²⁰。地域包括ケアシステムは、本来的に高齢者や介護保険に限定されたものではなく、障害者福祉、子育て、健康増進、生涯教育、公共交通、都市計画、住宅政策など行政が関わる広範囲なテーマを含む「地域づくり」であることから、行政における部局横断的な組織の立ち上げや取組の推進は、積極的に評価すべきであろう。

しかし、部局横断的組織が形成された結果、逆にその部局がすべてを所管するかのような印象をもたれるケースもあり、他部局との連携よりも、地域包括ケアシステムに関するすべての業務が当該部局に集中し、かえって他部局との連携が希薄になる事態も懸念される。部局横断的組織は、あくまでもコーディネーターや司令塔としての役割を持つものであり、実際の体制は、関連するすべての部局を横串で刺すような組織となるよう配慮する必要がある。

(5) 市町村支援のあり方

■ 地域マネジメントの具体的プロセスの達成度に基づく支援

地域マネジメントは、従来より、一部の市町村では十分に実施されてきたが、その一方で、必ずしも、十分に実施できていない市町村も少なからず存在している。こうした市町村間の取組の差異は、様々な要因があると思われるが、短期間で介護保険制度・医療制度が失

²⁰川崎市は、組織改編により地域包括ケア推進室を新設しただけでなく、総合計画の下に「地域包括ケア推進ビジョン」を策定し、市内のすべての計画は、地域包括ケアビジョンを参照するような形として、市全体で地域包括ケアシステム推進の体制づくりを進めている。

継ぎ早に改正される中で、市町村が地域マネジメントを推進するために、具体的に何をなすべきかが見えにくくなっていることも大きな理由の1つになっている。

このため、国は、各保険者における地域マネジメントを推進するために、地域マネジメントの推進に向けた具体的かつ一般的なプロセスを整理して市町村に提示すべきである。この際、地域マネジメントの内容は地域の実情に応じて多種多様なので、法令等に則り、全国的に汎用性のあるプロセス項目を選定することが重要である。こうしたプロセス指標に基づき、市町村ごとの強み・弱み、達成度合い等を把握し、結果に応じた具体的な支援策（ガイドラインの提示、事例集の提供など）を検討・実施していくべきである。

また、国からは地域マネジメントを行う際の重要な分析ツールである地域包括ケア「見える化」システムが提供されているが、地域マネジメントを実効あるものとするためには、単に介護給付等の状況が「見える」だけでは不十分であり、「分かる」ことが必要である。このため、「見える化」システムの「分かる化」を進める方策の検討も非常に重要である。

■ 市町村の負担を軽減する情報提供のあり方

地域包括ケアシステムは、全国統一の仕組みではなく、それぞれの地域の実情にあったものとして設計されるため、国は前提となる制度や財政の枠組みの提示、事例の紹介を中心に市町村を支援してきた。特に、地域支援事業の見直しにあたっては、包括的支援事業を拡張し、在宅医療・介護連携や生活支援体制整備事業など地域包括ケアシステムを具体的に推進するための各種の政策ツールや事業を市町村に提案してきた。

しかしながら、急速に増加する事業量に対し、市町村の人員不足が指摘されており、国の提示する資料を十分に咀嚼する時間も十分ではないといった状況もある。そのため、各市町村における取組の進捗は、必ずしも円滑なものとはなっていない。国から提示されるガイドライン等の資料について、市町村職員の負担が過剰にならないよう情報を整理する、わかりやすく編集するといった配慮だけでも、市町村の負担は軽減するだろう。

■ アドバイザー等の派遣

職員数が少なく、複数の事業を一人で担当している市町村は、取組の検討や設計等を一人で抱え込まざるをえない場合もあり、同僚や関係者と十分な検討を行う時間もなく、近隣市町村の状況を横目でみながら、とりあえず事業を遂行するといった形になりがちである。こうした職員数が限定的な市町村に対しては、都道府県や地方厚生局・支局が施策に関する

る協議の相手として参加することで、市町村側が考え方などを整理する機会になると思われる²¹。

近隣市町村その意見交換などについても、一対一よりは、複数の市町村が一堂に会する機会を設けるほうが効果的であろう。また、多くの知識や経験を要する事業を効果的・効率的に展開していくためには、市町村の枠を越えて広域的に支援できるアドバイザー制度等を検討する必要もあるだろう。

■ ボランティア・NPO 等に対する支援

生活支援体制整備事業が開始されたことで、住民団体や NPO、ボランティア団体への支援の枠組みは準備されたが、財政支援以外の技術的な面での、市町村による適切な支援は、人的余裕の面からも、また技術やノウハウの面からも、現実的に困難である。こうした状況に対して、中間支援組織と呼ばれる「利用者を支援する団体を支援する」組織が市町村、都道府県、あるいは全国レベルでの取組を徐々に拡張している。地域住民の活動を全国的に活性化するためには、こうした中間支援組織の各地域での展開を後押しすることが重要である。

とりわけ、今後は、団塊の世代や技術をもった若年層を地域の潜在的かつ有効な人材としてとらえ、十分に活用して NPO 等を支援する取組も推進していくべきだろう。特に都市部では、三次産業の集積が多く、たとえばデザイン関係や WEB 作成などの事業を手掛ける民間事業者も多い。こうしたサービスに従事する現役層が、たとえば休日を使ってボランティアとしてその技術を NPO やボランティア団体などに提供するといった、いわゆる「プロボノ」などが大都市部を中心に活動を広げている。

企業や専門分野では珍しくないような、当然もっているべき技術が、ボランティア団体や NPO にとってはニーズが高いにもかかわらず、高価で手が届かない技術であったりする場合も多い。地域のニーズと専門技術を持つ人々をマッチングする機能については、今後、中長期的な視点にたって、都道府県などの広域単位で整備していく必要があるだろう。

■ 広域行政による支援

市町村支援にあたり、都道府県の役割は大きい。医療計画 / 地域医療ビジョン、人材の確保、施設整備等、都道府県の担うべき役割はもちろんのこと、市町村の地域マネジメントに対する支援も重要な役割である。都道府県の市町村に対する支援は、これまでも行われてきたが、その内容について、単発的な支援が中心となってきた傾向がある。

²¹ たとえば広島県及びの広島県地域包括ケア推進センターの専門職は、それぞれの市町村に定期的に出向き、具体的な施策を検討する際の相談相手として機能している。

すでに述べたように、地域マネジメントにおいては、実態の把握や目標の設定、関係者間での目標の共有、事業の実施と評価などのプロセスがある。都道府県は、市町村の地域マネジメントの各プロセスに必要な支援を見極めた上で、支援策を検討していくことが求められている。また、一部の都道府県では、市町村が都道府県の支援策を有効に活用できるよう、市町村支援に関する10年単位の長期計画を示すといった取組も行われている²²。また、都道府県内には、人口規模や商業資源の集積などの点で格差があり、タイプの大きく異なる市町村が存在している。したがって、市町村支援についても、都道府県内で統一的な取組を提供するのではなく、地域特性にあった支援の提供が重要であろう²³。

また、国による都道府県支援も重要である。平成28年度からは、各地方厚生局・支局に新たに地域包括ケア推進課が設置され、都道府県への情報提供や意見交換などが厚生局の主導によって実施されつつある。都道府県の職員が厚生局単位で集まり、情報・意見交換する場は、限られている。厚生局単位の限定的な人数での会議であれば、より深い意見交換も可能になるだろう。また、平成29年度には国立保健医療科学院において、保険者機能強化支援をテーマに都道府県の介護保険担当者を対象とした研修が行われる予定となっている。ここで研修内容が都道府県および市町村にとって有益な実践的なものとなると期待される。

²² 奈良県では、2025年までの長期的な支援計画を立案するとともに、短期計画として向こう数年間の取組における数値目標を具体的に設定している。県が実施するモデル事業への参加市町村数などが具体的な数値目標として設定されている。

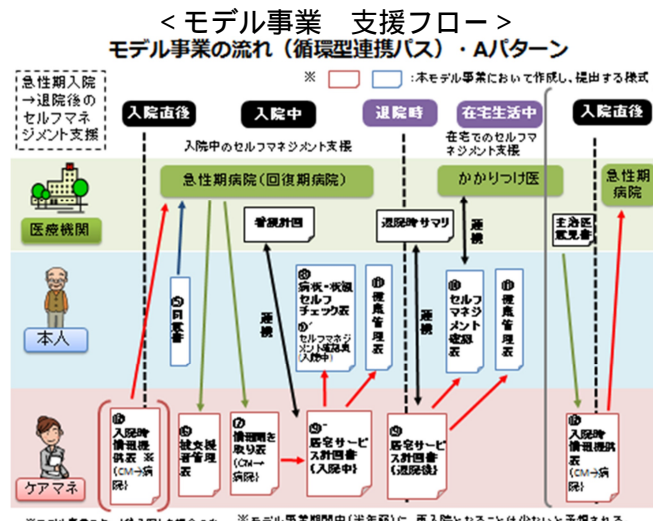
²³ たとえば、広島県では、市町村の規模や地域特性を大まかに分類し、地域包括ケアシステムの構築イメージを複数提示することで、類似する市町間の議論を促進している。

< 参考 1 >

市町村の取組事例

武蔵野市における在宅医療・介護連携

- 武蔵野市では、市（保険者）が医師会や病院の協力を得て、在宅医療・介護連携に取り組んでいる。1984年に医師会が、地域の関係者を集めた勉強会（毎月1回）を始めたのを契機に、介護保健事業者連絡会の設置（2000年）、脳卒中地域連携パス（2008年）や認知症もの忘れ相談シート（2011年）の作成等を行ってきた。
- 2015・2016年度には、脳血管疾患高齢者について、急性期からの医療・介護連携とセルフマネジメント支援を行うモデル事業²⁴に協力し、ケアマネジャーと病院（急性期・回復期）が患者の入退院前後の情報を共有するツールや、ケアマネジャーと回復期病院の看護師による共同アセスメントの検証を行った。退院後の在宅生活を見据えた支援のため、入院中にケアマネジャーが面接を行う等、切れ目のない支援をめざし、結果、脳血管疾患の再発、重症化予防に資する仕組みを検討した。ケアマネジャーがいない場合は、在宅介護・地域包括支援センターが支援者を選定するなど、支援体制の構築を進めている。
- また、退院後の在宅生活を維持するため、ケアマネジャーとかかりつけ医との連携については、平成27年7月より、医療機関や介護関係者の相談窓口として、武蔵野市医師会に「武蔵野市在宅医療介護連携支援室」を設置した。医療機関に関する相談・紹介・調整、往診・訪問診療に関する情報提供、在宅で療養する市民の入院調整、医療機関への介護サービスに関する情報提供などを行っている。
- 現在、武蔵野市では、2025年の医療需要に向けて目指すべき医療提供体制、及びそれを実現するための施策に関する「武蔵野市地域医療構想（ビジョン）2017（案）」を策定中である。今後も引き続き、病院機能の充実や在宅療養生活を支える仕組みづくり、地域包括ケア推進のための人材確保及び育成に取り組むことになっている。



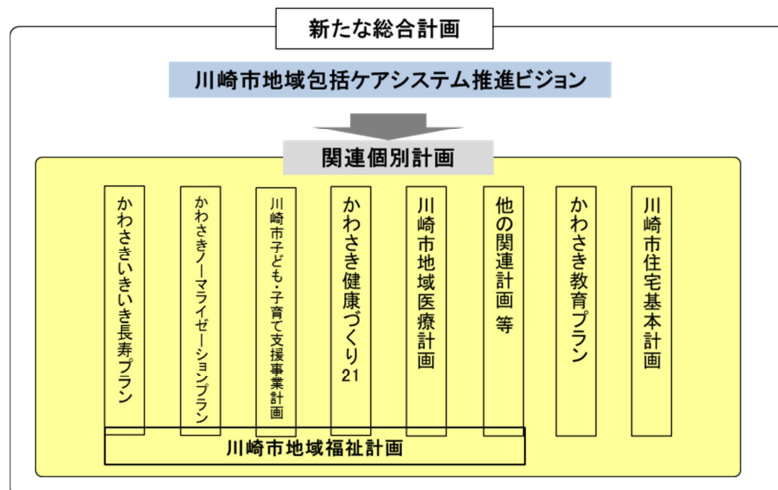
出所) 平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)「要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するための介護支援専門員支援ツール開発及び 効果検証のための調査研究事業報告書」P142
[URL:http://jmar-im.com/healthcare/news/selfmanagement_h27-60final.pdf](http://jmar-im.com/healthcare/news/selfmanagement_h27-60final.pdf)

²⁴「要支援・要介護者に対する入退院時における継続的な支援を実現するための介護支援専門員支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業報告書(平成27年・平成28年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業)」(株式会社日本能率協会総合研究所)内で実施

川崎市における地域包括ケアシステム構築に向けた取組

- 川崎市は、地域包括ケアシステムの構築に向けた特徴的な取組として、平成 26 年 4 月に健康福祉局の中に部局横断組織である「地域包括ケア推進室」を設置し、平成 27 年 3 月には、川崎市の地域包括ケアシステムに対する基本的な考えを示した「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン²⁵」を策定し、平成 28 年 4 月に 7 区役所の保健福祉センター内に、「地域みまもり支援センター」を設置している。
- 川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンは、「生活」と「地域づくり」を主なテーマとして掲げ、高齢者や障害者、子ども等、すべての地域住民を対象としており、「医療福祉分野以外の行政施策にも関わりがある」、「市民をはじめ地域団体や関係機関、事業者等の地域内の多様な主体の取組が重要である」ということを基本的な考え方としている。各個別計画の上位概念として位置づけており、各個別計画を「策定」する過程で、段階的に具体的な施策展開を図っている。

< 川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンの位置づけ >



- 川崎市は、各行政区役所に求められる機能として、「総合調整機能」、「地域支援機能」、「専門的支援機能」の 3 つに整理している。地域みまもり支援センターは、これら 3 つの機能の連携強化を図り、「自助・互助」の促進と「共助・公助」の適切な実施を図ることを目的として設置されている。また、市内を 40 地域に分け、各地域にそれぞれ 2 ～ 3 名の保健師を配置し、医師、歯科医師等の専門多職種が連携しながら地域課題を把握するとともに、「個別支援の強化」と「地域力の向上」に向けて取り組む体制を構築している。
- その他の取組として、川崎市は、地域包括ケアシステムの市民理解度を、平成 27 年度の 10.1% から平成 37 年度は、42.0%とすることを目標に掲げている。その目標を達成に向け、川崎市の市政広報誌に、地域包括ケアシステムに係る説明を漫画形式で掲載するなどの工夫を行っている。

出所) 川崎市

²⁵神奈川県川崎市ホームページ URL: <http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000076904.html>

霧島市における市（保険者）と事業者の連携

- 霧島市では、地域密着型サービス事業者を市（保険者）の事業を展開していく上でのパートナーであるとし、平成 23 年 5 月に設立された「霧島市地域密着型サービス事業者連合会」と協働して市の施策を展開している。
- 当連合会には、市内の地域密着型サービス事業者全て（小規模多機能ホーム、グループホーム、認知デイ、小規模デイ：計 70 事業者）が加入しており、市（保険者）や地域包括支援センターも会員となっている。
- このような体制となった背景には、平成 18 年に活動を開始した「霧島市小規模多機能型居宅介護事業者・開設予定者意見交換会」の存在がある。平成 19 年 7 月に「霧島市小規模多機能ホーム連絡会」に名称を変え、毎月 1 回開催される会合には市や地域包括支援センターの職員も参加していた。
- 連合会と連携した地域包括ケア体制構築の取組みのひとつとして、地域密着型サービス事業所に、本人中心のケアを実践できるライフサポートワーカーの配置が挙げられる。ライフサポートワーカーを配置している事業所が、地域におけるたまり場、ひろばとしての機能を担っている。
- 第 7 期高齢者福祉計画・第 6 期介護保険事業計画策定において、ライフサポートワーカーと介護事業所職員等で構成される作業グループを設置し、介護の現場の意見を反映させるようにした。会議や研修、イベント等を通じて、事業者と市（保険者）や地域包括支援センターが、日々の活動の目的を共有することを常に意識しながら取組みを進めている。

< 地域密着型サービス事業所と連携した地域包括ケア体制構築 >

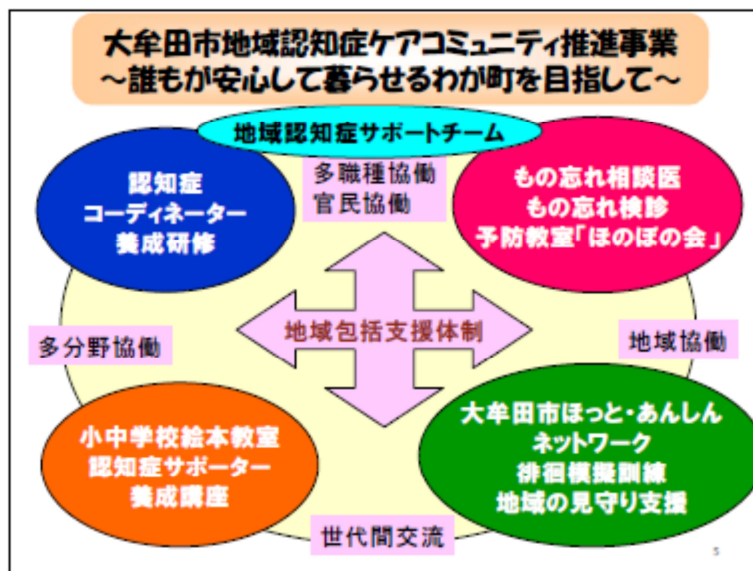


出所：霧島市地域密着型サービス事業者連合会資料

大牟田市における市（保険者）と事業者の連携

- 大牟田市では、2001年以降、「地域全体で認知症の理解を深め、認知症の人と家族を支える」街づくりを進めている。本人本位・自立支援のケアを実践するだけでなく、ケアのあり方を事業所内の職員に波及させたり、地域づくりに貢献できる人材の育成を目的とした「認知症コーディネーター養成研修」の実施、徘徊高齢者を可能な限り地域で見守り、保護していく「ほっと安心ネットワーク」の構築等、様々な取組みを行っている。
- これらの取組みが着実に推進され、成果を挙げてきたこと背景には、市内全ての事業者が加入する「大牟田市介護サービス事業者協議会」（以下「協議会」という。）の事務局を市が担ってきたことがある。市役所内に事務局を設置していることから、市と事業者が情報や考え方の共有を円滑に行うことが可能であり、これまで多くの事業者の声を施策や制度に反映させてきた（大牟田方式）。
- 協議会が発足したのは2000年3月のことであるが、当時から事業者は「認知症ケア」、特に身体拘束廃止のための対応への関心が高かった。そこで、市は協議会の下に「認知症ケア研究会」（平成25年度より「認知症ライフサポート研究会」に名称変更）を設立した。
- 認知症ケア研究会の目的は、「自分のところの事業所」だけがよければよいというのではなく、すべての事業所が質の高い認知症ケアを提供できるようになることである。認知症ケア研究会の発足が、上記の認知症をめぐる各種取組みにつながっており、市と事業者の連携により、地域包括ケアシステムが構築されているといえる。

< 認知症の人と家族を地域全体で支える仕組みづくり（地域認知症ケアコミュニティ推進事業） >

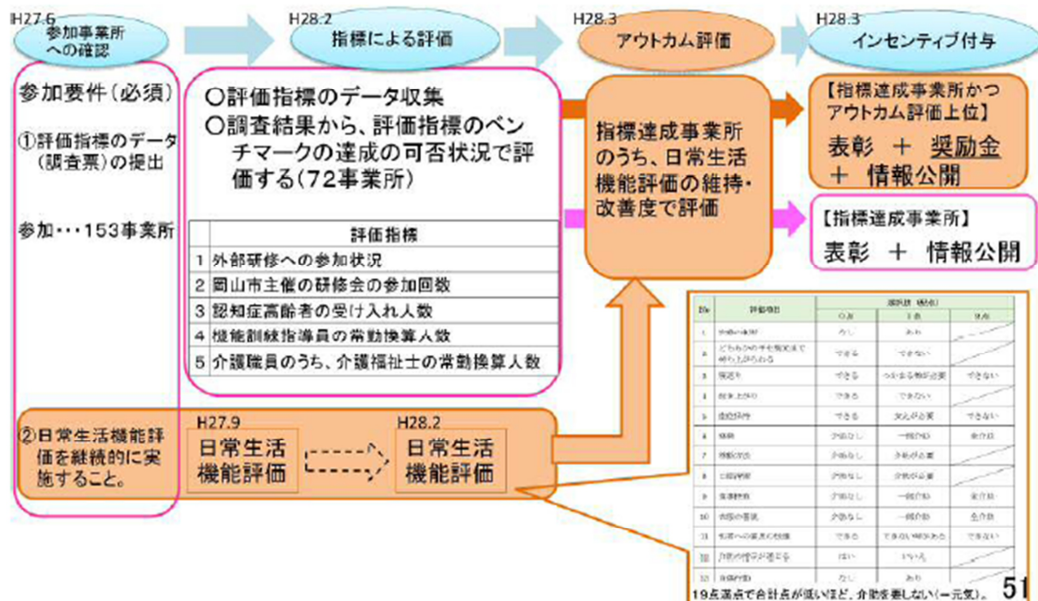


出所：平成24年度老人保健健康増進等事業「大牟田市認知症ケアコミュニティ推進事業」報告書

岡山市における通所介護の評価基準策定

- 岡山市は、在宅介護にかかる規制の緩和等を求める総合特区を申請し、2013年2月に指定された。その中で、介護保険への成功報酬制度の導入（デイサービスに対する質の評価制度導入）に係る規制緩和の提案を行い、協議の結果、試行的な事業として調査研究が進められることになった。
- 岡山市の取組みの特徴は、通所介護サービスの質を評価する指標づくりに、市（保険者）と市内の通所介護事業所が共同して取り組んでいることである。介護保険の理念である「自立」を頂点に、ストラクチャー（構造）、プロセス（経過）、アウトカム（成果）に関する指標を作成し、その取組を通じて、規範的統合が進められている。また、アウトカム指標には、要介護度に代わる、利用者の心身機能の変化を表すものとして、病院の看護必要度のうちADLを図る尺度である「日常生活機能評価票」を導入している。
- 事業者に対するインセンティブとしては、指標を達成した事業所の公表、アウトカム評価で上位の事業所に奨励金（平成28年度8万円/事業所×12事業所）を与えるなどの取組みを行った。
- 今後は、指標への在宅医療・介護連携などの項目の付加や、日常生活機能評価得点の傾向と、医療・介護レセプトデータの相関関係の分析などを実施予定であり、取組みを深化させる見込みである。

＜総合特区デイサービス改善インセンティブ事業の概要（平成27年度）＞

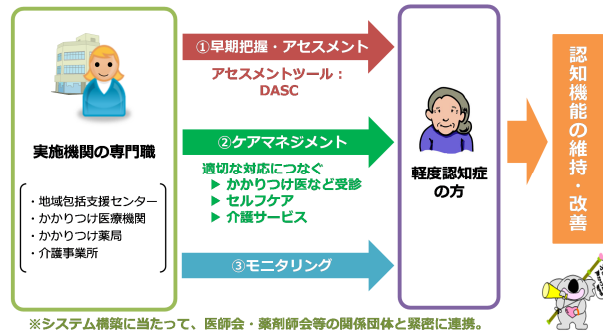


出典：岡山市「通所介護サービスにおけるアウトカム指標に関する調査研究事業」（平成27年度老人保健健康増進等事業）

松戸市における認知症早期診断・予防の取組

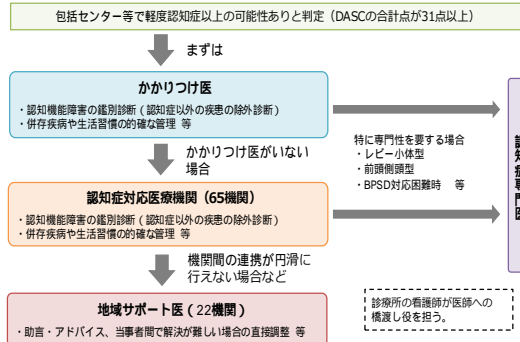
- 松戸市では、2015年度に、急性期からの医療・介護連携とセルフマネジメント支援を行うモデル事業に協力した経験を基に、我が国の認知症早期支援における課題（軽度認知症の把握および認知症の早期の受診勧奨の難しさ等）を解決するための仕組みとして、認知症をテーマとした、医療・介護連携に基づくセルフマネジメント支援である「まつど認知症予防プロジェクト」を2016年度から実施している。
- 松戸市における認知症初期集中支援チームは、チームで対応方針を検討し、看護師などの専門職が家庭訪問で本人と面接を行うなど関係づくりといった支援を実施し、2年間で合計23件の実績を上げている。これに加えて、当該プロジェクトでは、地域包括支援センター、地域の医療機関、薬局、居宅介護支援事業所、介護事業所と連携することで、アセスメント、かかりつけ医などの医療機関への受診、セルフケアといった支援を実施し、1年間で91件の実績が上がっている。これによって、重層的な認知症の支援体制が構築されることとなった。当該プロジェクトは、2016年度はモデル事業で実施されたが、2017年度から市の事業としての実施が予定されている。
- 松戸市では、当該プロジェクトの実施のために、かかりつけ医をベースにした医療連携を図ることにしているが、かかりつけ医を持っていない場合や、かかりつけ医だけでは対応できない場合もあるため、重層的な医療連携体制を構築するとともに、認知症の早期支援に関するかかりつけ医の役割（「認知機能障害の鑑別診断（認知症以外の疾患の除外診断）」及び「併存疾病や生活習慣の的確な管理」）について、松戸市医師会の了解・協力の下、市内の医療機関に対する協力依頼を行っている。

< まつど認知症予防モデルプロジェクトの基本コンセプト >



< 認知症早期支援における重層的な医療連携体制の構築 >

【医療連携のフロー（イメージ）】



出所) 平成 28 年度第 2 回松戸市地域ケア
会議資料 (平成 29 年 2 月 7 日)

松戸市医師会理事 川崎正平氏講演資料「まつど認知症予防プロジェクトにおけるかかりつけ医との連携」に基づき作成。

< 参考 2 >

**地域包括ケアシステムの「植木鉢」と
「自助・互助・共助・公助」**

(1) 地域包括ケアシステムの「植木鉢」

■ 「植木鉢」の基本的な考え方

地域包括ケア研究会では、2012年度（第5期）～2015年度（第6期）にかけて、地域包括ケアシステムの各構成要素を「植木鉢の絵」として表現してきた。その中で、2015年度（第6期）の地域包括ケア研究会では、「すまいとすまい方」を植木鉢、「介護予防・生活支援」を土、「医療・介護・保健・福祉」を葉に例えて、そのあるべき姿を示した。

これは、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」の3枚の葉が、専門職によるサービス提供として表現され、その機能を十分に発揮するための前提として、「介護予防・生活支援」や「すまいとすまい方」が基本になるとともに、これらの要素が相互に関係しながら、包括的に提供されるあり方の重要性を示したものである。

例えば、「すまいとすまい方」を地域での生活の基盤をなす「植木鉢」に例えると、それぞれの「住まい」で生活を構築するための「介護予防・生活支援」は植木鉢に満たされる養分を含んだ「土」と考えることができる。また、「介護予防・生活支援」という「土」がない（機能しない）ところでは、専門職の提供する「医療」や「介護」「保健・福祉」を植えても、それらは十分な力を発揮することなく、枯れてしまう。さらに、これらの植木鉢と土、葉は「本人の選択と本人・家族の心構え」の上に成り立っている。

<地域包括ケアシステムの「植木鉢」>



また、「介護予防・生活支援」と「医療」・「介護」も互いに影響を与える存在である。「介護予防・生活支援」は、介護予防・日常生活支援総合事業における取扱いにもみられるように、専門職の関わりを受けながらも、その中心はセルフマネジメントや地域住民、NPO等も含め、それぞれの地域の多様な主体の自発性や創意工夫によって支えられる。

従来のサービスでは、「介護予防・生活支援」の提供について、医療・介護の専門職が中心的な役割を担うケースもみられたが、これがより多様な主体によって担われるようになれば、医療・介護の専門職は本来の役割である医療・介護に注力でき、在宅での介護の限界点の向上につながると考えられる。

他方で、重度化予防や自立支援に向けた生活機能の改善が必要なケースでは、生活リハビリテーションを中心に、専門職による多職種連携によって、これまで以上の取組強化が介護予防・日常生活支援総合事業においても示されており、引き続き専門職（葉）の重要な役割となる。

したがって、植木鉢の絵は、ある一人の住民の地域生活を支える地域包括ケアシステムの構成要素を示すものとして提示されている。地域住民の抱えている課題によって、「医療・看護」の葉が大きく表現され、「保健・福祉」が小さい葉として表現される場合もあれば、「介護・リハビリテーション」と「住まい」が大きく表現される場合もある。

地域の中に多数の植木鉢が存在し、それぞれの住民のニーズにあった資源を適切に組み合わせ、様々な支援やサービスが有機的な連携の下、一体的に提供される体制が担保されてはじめて、「住み慣れた地域での生活を継続する」未来が可能になる。したがって、地域包括ケアシステム構築とは、単に地域資源の量的拡大を議論するのではなく、地域資源をどのようなバランスで組み合わせ、相互に連携させるかにかかわるマネジメントの仕組みとして議論すべきテーマと理解しなくてはならない。

そして、その選択を行うためには、幾つかの植木鉢・土・葉の組み合わせが選択肢として提示され、それを選択した場合の影響が伝えられ、信頼のおける専門職からの適切な助言があってはじめて有効な選択が実現できるといえる。

(2) 地域包括ケアシステムと「自助・互助・共助・公助」

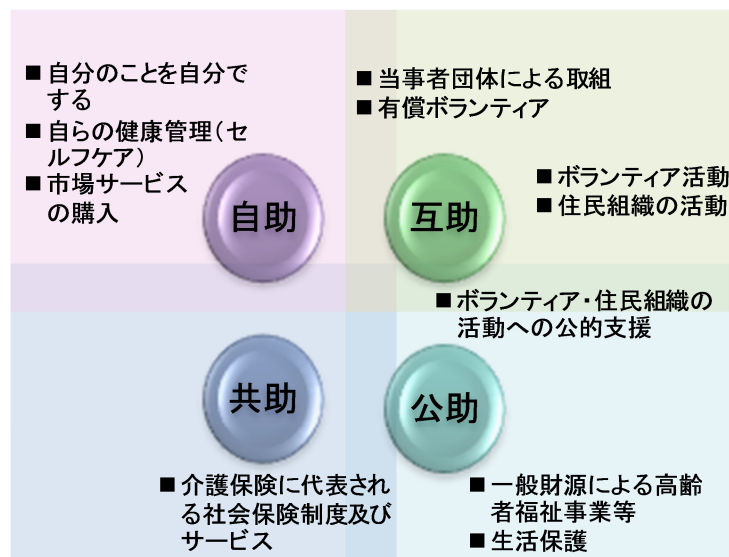
■ 「自助・互助・共助・公助」とは？

地域包括ケア研究会（2008年度（第3期））では、「地域包括ケアシステム」の「5つの構成要素」を実際に支える方法として、地域を支える負担を誰が担うのかという視点から、「自助・互助・共助・公助」の区分を提案し、地域包括ケアシステムは、それぞれの地域資源のバランスの中で構築される予測を示した。

「自助・互助・共助・公助」を費用負担者による区分でみた場合、「公助」は公の負担、すなわち税による負担、「共助」は介護保険や医療保険にみられるように、リスクを共有する仲間（被保険者）の負担、「自助」は、文字通り「自らの負担」と整理することができる。「自助」の中には、「自分のことを自分でする」という以外に、自費で一般的な市場サービスを購入するという方法も含まれる。たとえば、お弁当を購入するのも、調理しているのは自分ではないが、その対価を自ら負担しているという意味において、これも「自助」と考えるべきである。

また、介護保険は、費用の負担で見ると、「自助」である自己負担が費用の1割、残りの保険給付分の負担を「共助」である保険料と「公助」である税が折半しているが、全体としては、社会保険の仕組みをベースとする「共助」の仕組みと考えることができるだろう。

< 地域包括ケアシステムを支える「自助・互助・共助・公助」 >



これに対して、「互助」は、相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なものであり地域の住民やボランティ

アという形で支援の提供者の物心両面の支援によって支えられていることが多い。また、寄附金などの形で不特定多数の支援を受けている場合もあるだろう。

さらに、いわゆる有償ボランティアとして、利用者から金銭を受け取っているものの、市場価格には及ばない部分的な報酬のみを受け取っている場合は、「互助的要素」と、「自助的要素」を重複して備えているといえる。また、ボランティア組織の取組に、市町村が部分的に補助金を交付している場合などは、「互助」と「共助・公助」が重複していることになる。

■ 時代や地域性に伴う変化

「自助」「互助」「共助」「公助」は、時代とともに、その範囲や役割を変化させていく。例えば、戦後の日本社会では、三世代同居世帯を標準的なモデルとして、伝統的な「家文化」に支えられた家族のイメージが前提とされ、介護の問題は、「家族の中の介護」というケースが多かった。

他方、2025年には、郊外型の団地などを典型として、ひとり暮らしや高齢者のみの世帯が一層増加してくる。このような新しい時代には、「自助」「互助」に求められる範囲、その役割についても、新しい形が求められるようになるだろう。

また、地域性の観点からは、都市部と都市部以外の地域でも、「自助」「互助」の果たしている役割は異なる。「互助」は期待されるものではあるが、必ず存在するものではない。住民間のつながりが希薄な都市部では、意識的に「互助」の強化、地域づくりを行っていかねば、強い「互助」を期待するのは難しい。一方で、民間サービス市場が大きく、「自助」によるサービス購入が可能な部分も多いと考えられ、より多様なニーズに対応することができる。逆に、民間市場が限定的であるものの、住民間の結びつきが強い都市部以外の地域では、「互助」の果たしている役割が大きくなっている。

このように、「自助」「互助」「共助」「公助」の相互の役割分担は、時代や地域によっても変化していく。したがってそれぞれの時代や地域における「自助」や「互助」の持つ意味の変化にあわせ、「共助」や「公助」の範囲やあり方についても、再検討していくことが重要である。

「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。

■ 自助・互助の潜在力への期待

日本全体では、2025年から2040年にかけて、生産年齢人口の減少による担い手の減少と需要の増加が進むことが予測されており、そのような将来に向けては「自助・互助・共助・公助」のバランスを改めて考える必要がある。人口減少という現実の中で、稀少な人材や地域の資源を、いかにして無駄なく効率的に活用し、地域を支えるのかに焦点を当てるべきである。

全国的には、制度の持続可能性を鑑みながら、共助たる介護保険制度の給付範囲の再定義という制度上の課題として、また保険者単位では、地域の実情に応じた適切なサービス量の管理や整備方法をめぐる課題として議論を深める必要があるだろう。医療・介護・福祉にかかわる専門職の機能の対象は、専門職にしかできない業務への重点化が基本的な方向となっていく。

また、介護保険制度の導入以来、ともすると共助（介護保険）の活用に重点が置かれ、その重要性の認識が低下していた自助・互助の役割について、市町村の側面的な支援によってより強化する方向で議論を進めておかなければならない。人口減少社会の中でニーズの増加に対応するためには、これまで意識的には地域の支える側には参加していなかった住民や関係者も含め、より多様な人々が地域活動に参加するような仕掛けが必要になる。

すなわち、地域における自助と互助の持つ潜在力の再評価である。現在、高齢者は65歳を基準として定義されているが、65歳～69歳における要介護認定率はわずかに3%程度である。20年前の65歳と、現在の65歳、20年後の65歳の心身の状態は、同じではない。医療技術の革新や自分自身で健康管理や介護予防を行うセルフマネジメントの推進、社会環境の整備などによって、より元気な状態で高齢期を過ごすことができる可能性は十分に考えられる。そうした高齢者像の変化も踏まえると、今後の人口減少社会において、高齢者自身による積極的な社会参加（自助）や地域の高齢者による支え合いの活動（互助）の潜在力を過小評価すべきではないだろう。

行政は、自助や互助を直接作ることはできなくとも、体操やサロンなどの社会参加活動が持つ予防効果を住民に伝えたり、住民の気づきの機会を提供するなどして側面的に支援する工夫は可能である。とりわけ、都市部や都市郊外において住民のつながりが希薄化している地域では、地域の中に潜在的に存在している自助・互助に対して意識的な働きかけを進める工夫が不可欠である。