

# 地域包括ケア研究会

2040 年：多元的社会における地域包括ケアシステム  
-「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会-



三菱UFJリサーチ&コンサルティング



## <目 次>

1. 2040年の多面的な社会.....	5
(1) 高齢者を平均像で語れない時代.....	6
■ 「人生100年時代」の到来を知り、準備できる世代.....	6
■ 平均的な高齢者像では語れない多様性と格差の時代.....	7
(2) 個人と家族の変化.....	8
■ 家族介護を期待しない・できない時代.....	8
■ 多様化する家族と住まい方.....	8
■ 個人を単位とした仕組みへの再編.....	9
(3) 地域社会の変化.....	9
■ 住まいと地域の多様化.....	9
■ 多様な地域の自治.....	10
2. 多元化する社会における「尊厳の保持」.....	12
(1) 多元化する社会と社会的包摂.....	12
■ 「尊厳の保持」は、地域包括ケアシステムの出発点.....	13
■ 本人の「尊厳」は守られてきたか.....	13
■ 「生活者へのエンパワーメント」に向けて.....	14
(2) 参加・協働による地域デザイン.....	15
■ 地域の実情を踏まえた一人ひとりに寄り添う地域デザイン.....	15
■ 実はすでに組み込まれている「参加・協働による地域デザイン」の仕組み.....	17
(3) 参加と協働のための「場づくり」と「コーディネーション機能」.....	18
■ 参加と協働には、学びの「場」が必要.....	18
■ 「場」を動かすコーディネーション機能.....	18
3. 生活全体を支えるためのサービスと地域デザイン.....	19
(1) 「包括報酬型」在宅サービスで支える.....	19
■ 「包括報酬型」在宅サービスの更なる包括化.....	19
■ 新たな複合型サービスの開発.....	20
(2) 「包括報酬型」在宅サービスと地域社会の融合.....	20
■ 生活支援と社会的な人のつながりをどのように組み込むか.....	20
■ 地域との親和性が高い小規模多機能型居宅介護.....	21
■ 小規模多機能型居宅介護を地域づくりの拠点と考える.....	21
(3) 事業者の参入を促進するための方策.....	22
■ 安定的な経営を実現するために.....	22
■ 大都市部での事業者の参入促進策.....	23
(4) 保険者による独自施策の可能性.....	23
■ 地域密着型サービスを促進するための独自施策はすでに用意されている.....	24
4. 2040年に向けて再整理・再定義すべきもの.....	26

(1)	2040年に向けて増大する「生活支援」ニーズ.....	26
■	生活支援サービスの事業化.....	26
(2)	医療ニーズがあっても在宅継続できる体制.....	26
■	在宅医療の担い手を増やすだけでなく、負担の分散も必要.....	26
■	事業者間の連携の強化の必要性.....	27
(3)	住まいの多様化とサービスのあり方.....	28
■	施設の住まい化と多様化.....	28
■	住まい化の中で施設のあり方を見直す.....	28
■	住まいの多様化に対応したデータ把握.....	28
(4)	地域包括ケアに関わる専門職の育成.....	29
■	関係性を意識した働きかけができる人材を.....	29
■	医療・看護人材の育成に地域の視点を.....	29
■	介護人材は数の問題だけでは議論できない.....	30
(5)	2040年のケアマネジメント.....	30
■	「生活全体を支えるマネジメント」へ.....	30
■	ケアマネジメントの業務改善.....	31
5.	行政・保険者の役割の再定義.....	32
(1)	多角的な社会における保険者の機能のあり方.....	32
■	保険者の機能の拡大.....	32
■	保険者の機能の再整理.....	33
(2)	行政の今後の方向性.....	34
■	地域デザイン機能とは何か.....	34
■	今後、行政が注力すべきは、「地域デザイン機能」.....	34
■	プラットフォーム・ビルダーとしての行政.....	35
■	求められる行政の業務スタイルの変化.....	35
■	行政によるサービスの質の確保への関わり.....	36
(3)	地域包括支援センターの役割.....	36
■	全世代・全対象者対応型の地域包括支援センターへ.....	36
■	本来業務である地域マネジメントに注力できる体制づくり.....	37
(4)	国において検討すべき制度面での縦割りからの脱却.....	37
(5)	行政・保険者に対する支援.....	38
■	データを活用した戦略立案にむけて.....	38
■	行政・保険者を支援するための体制整備.....	38
6.	おわりに.....	40

## 地域包括ケア研究会

### 研究会メンバー

氏名	現職
かたやま むつひこ 片山 睦彦	藤沢市 福祉健康部長
かわごえ まさひろ 川越 雅弘	埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 埼玉県立大学研究開発センター 教授
こんどう かつのり 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 教授 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
たかはし ひろし 高橋 紘士	高齢者住宅財団 顧問 東京通信大学 教授
◎たなか しげる ◎田中 滋	埼玉県立大学 理事長 慶應義塾大学大学院 名誉教授
つつい たかこ 筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
とちといちきひろ 栃本一三郎	上智大学 総合人間科学部 社会福祉学科 教授
にった くにお 新田 國夫	日本在宅ケアアライアンス 議長
ほつり しんじ 服部 眞治	医療経済研究機構研究部 主任研究員 兼 研究総務部次長
ほつた さとこ 堀田 聡子	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授
やまだ ひろし 山田 尋志	社会福祉法人 リガーレ暮らしの架け橋 理事長 地域密着型総合ケアセンターきたおおじ 代表

（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が行った。

岩名 礼介	事務局統括 社会政策部長／上席主任研究員
窪田 裕幸	社会政策部 研究員
三浦美恵子	社会政策部 アシスタント

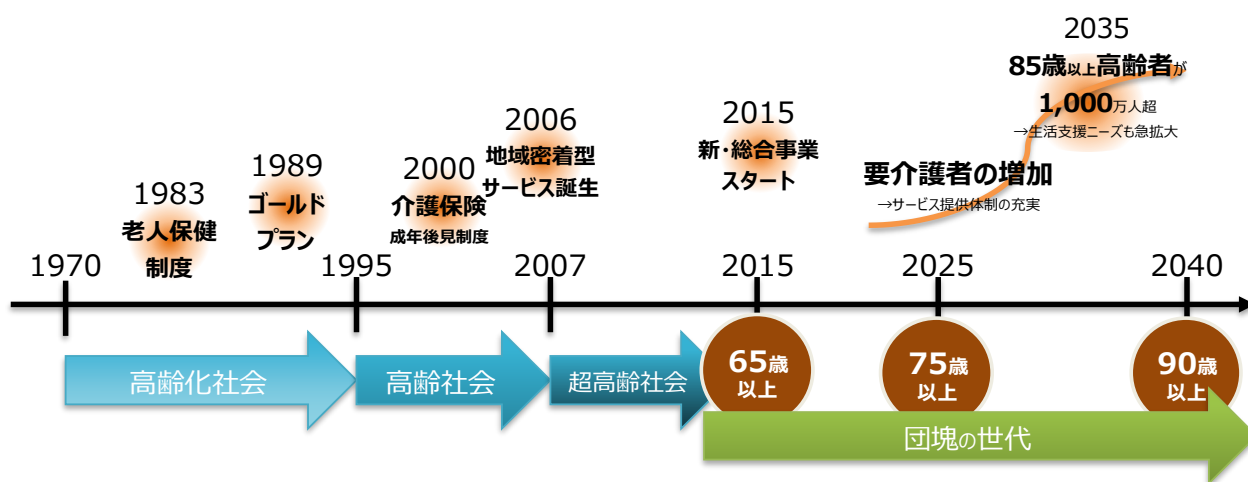
## 会議の開催

研究会は、本研究会を4回、作業部会を4回開催した。

開催日		主 な 議 題
第1回 本研究会 平成30年9月5日		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本年度研究会における検討事項・論点</li> </ul>
作業部会	第1回 作業部会 平成30年10月2日	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 2040年の社会の姿</li> <li>■ 2040年に向けた「地域包括ケアシステム」の構築における体制はどうあるべきか</li> </ul>
	第2回 作業部会 平成30年10月25日	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 施設の活用、住まいのあり方</li> <li>■ 保険者機能の強化に向けて</li> </ul>
第2回 本研究会 平成30年11月28日		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 作業部会での議論の報告</li> <li>■ 2040年の社会の姿と地域包括ケアシステム</li> </ul>
作業部会	第3回 作業部会 平成30年12月18日	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 報告書骨子案について</li> <li>■ サービスの提供体制について</li> </ul>
	第4回 作業部会 平成31年1月21日	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 地域包括ケア研究会報告書素案について</li> </ul> <<委員からの報告>> <ul style="list-style-type: none"> <li>・山田尋志委員「小規模多機能の機能を拡大することについて」</li> <li>・服部真治委員「地域包括ケア研究会第4回作業部会での議論のために」</li> </ul>
第3回 本研究会 平成31年2月20日		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 地域包括ケア研究会報告書素案について</li> </ul> <<委員からの報告>> <ul style="list-style-type: none"> <li>・栃本一三郎委員「いくつかのコメントと留意点」</li> <li>・片山睦彦委員「地域包括ケア推進に向けた自治体の主な課題について」</li> </ul>
第4回 本研究会 平成31年3月19日		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 地域包括ケア研究会報告書素案について</li> </ul>

# 1. 2040年の多元的な社会

- 日本社会は、1970年に高齢化社会、1995年に高齢社会、そして2007年に超高齢社会<sup>1</sup>と高齢化率が上昇していく中で、老人保健制度やゴールドプラン、介護保険制度の創設など、それぞれの時代に必要な対応を進めてきた。「高齢者介護研究会<sup>2</sup>」は、人口のボリュームゾーンである団塊の世代の全員が65歳以上に到達する2015年を最初の目標年に設定し、住民の地域生活を支える仕組みとして地域包括ケアシステムの基本となるコンセプトを提示してきた。
- その後、地域包括ケア研究会は、団塊の世代の全員が75歳を超える2025年に向けて、要介護者の増加を見据え、地域生活を継続するための医療・介護連携に基づくサービス提供体制や、地域づくりの基本枠組みを提案した。
- 今後、2040年に向けては、要介護者の増加は当然のこととして、さらに、1,000万人を超える85歳以上高齢者が、単身者も含め、地域生活を送ることになる<sup>3</sup>。それは、単に医療・介護サービスの需要が増えることを意味するだけでなく、介護は必要なくても、生活のちょっとした困りごとを抱える高齢者がこれまでにない規模で増加することを意味している。



- 本報告書は、次期介護保険事業計画期間を念頭に制度改正のあるべき姿を直接提案するものではない。2040年の社会の姿を念頭に、これからおよそ20年の間に、私たちの社会が準備しなければならない取組を中長期的な視点から提案している。私たちは、目の前の現実社会が変化しているにも関わらず、考え方や発想が、前の時代のままで固定化されているような状態に

<sup>1</sup> 高齢化率が7%に達した社会を高齢化社会、14%に達した社会を高齢社会、21%に達した社会を超高齢社会と呼ぶ。

<sup>2</sup> 2003年に堀田力氏を座長に設置された研究会。後述するように、高齢者介護における「尊厳の保持」の重要性を提言した。

<sup>3</sup> 85歳以上人口は、2020年に約620万人、2035年頃に1,000万人を超えると予想されている。

しばしば陥る。次の世代に向けた新しい社会や新しい現実が目の前に現れているにも関わらず、古い考え方のまま、次の世代のケアのあり方を考えることがないよう、まずは、2040年の社会において着眼すべき変化について整理し、議論の出発点にしたい。

## (1) 高齢者を平均像で語れない時代

### ■ 「人生 100 年時代」の到来を知り、準備できる世代

- 介護保険創設時の要介護者の多くは、幼少期の厳しい衛生環境や戦争という「乳幼児・若年者が多く亡くなった時代」を生き抜いた世代であり、自らがその年齢まで生きていることを若い頃に想像するのは難しかった世代である。長寿を前提とした老後の準備を積み上げてきた高齢者ではなく、いわば「思いがけず長生きした高齢者」であったといえる。
- そうした時代に比べ、2040年の社会では、要介護者の多くが、高齢期に入る前に介護保険の誕生を目の当たりにし、介護予防の重要性を知り<sup>4</sup>、65歳まで、あるいはそれ以上に就労継続することが当たり前の時代を経験している。「人生 100 年時代」を迎え、現在の中高齢者は、自らの人生の最終段階までの生活を十分に検討し、選択する時間が与えられている。そうした準備を経て 2040 年を迎えたときに、高齢者や要介護者のイメージはこれまでの時代と同様であろうか。
- すでに 2040 年に向けて、前向きな変化もみられる。高齢者の社会参加が心身状態に与える積極的な効果についても研究が進んでいる。日本国内の「体力・運動能力調査」の結果を見ても、年々高齢者の平均体力は向上しており、直近 15 年間で高齢者の身体状況が 5 歳程度若返っていることが明らかになっている<sup>5</sup>。また、近年の研究成果によれば、欧米における年齢区別にみた認知症の発症率が 10 年前後で約 2 割改善しているという<sup>6</sup>。したがって年齢階級別の要介護認定率も 2040 年までには、改善していく可能性がある。
- 高齢者の社会参加も進んでいる。高年齢者雇用安定法の改正以降、65 歳以上の就労環境は継続的に改善されており<sup>7</sup>、高齢期の就労継続は、当たり前の時代になっている。こうした傾向は、2040 年に向けて心身機能や生活機能の維持だけでなく、社会関係資本や社会とのつながりの面でもプラスの効果を生み出すだろう。
- 心身状態の改善だけでなく、近年目覚ましく進化している IoT（モノのインターネット）や ICT

<sup>4</sup> 2040 年に後期高齢者になる世代は、介護保険創設時の 2000 年に 35 歳、介護予防・日常生活支援総合事業が開始された 2015 年には 50 歳に達しており、予防の重要性が強調された時代を経験していることになる。

<sup>5</sup> 「体力・運動能力調査」文部科学省

<sup>6</sup> Roehr S, Pabst A, Luck T, Riedel-Heller SG (2018) "Is dementia incidence declining in high-income countries? A systematic review and meta-analysis", *Clinical Epidemiology* 2018:10 1233–1247. ただし同論文で日本の Hisayama study では増えていると報告されている。

<sup>7</sup> 総務省「労働力調査」（平成 29 年）



(情報通信技術)、SNS(社会ネットワークサービス)の活用についても、次世代の高齢者は、その活用能力もより高く、スマホやタブレットなどの情報端末を活用した生活は、2040年の高齢者には一般的なものになるだろう。ビッグデータやAI(人工知能)の活用もさらに進み、社会課題の解決のアプローチもより進化していくことが期待される。また、自動運転などの技術が実用化されていく中で、現在の技術では解決が難しい地域生活上の移動(モビリティ)の課題も容易に解消しているかもしれない。私たちが2040年に目にする高齢者とその社会は、かつてと現在の高齢者像が同じではないように、やはり新しいイメージをもって私たちの目の前に現れることだろう。

## ■ 平均的な高齢者像では語れない多様性と格差の時代

- しかし、こうしたポジティブな変化は、社会全体の平均値としての変化である。私たちが2040年に目撃するのは、そうした平均的な改善ではなく、むしろ平均的な高齢者像ではとらえきれない多様性の時代である。実際、すべての高齢者が75歳まで働き、地域の体操教室に通い、地域の助け合い活動に積極的に取り組めるほど心身状態が良好なわけではない。健康的な生活を送っていても、怪我や病気で心身状態が悪化することは誰にでもあるし、地域内の付き合いを好まない人や、自宅に閉じこもる人、あるいは安定的な職業人生を定年まで送ることが難しい人もいるだろう。
- 高齢者にとっての「年齢」のもつ意味も、一元的なものではなく、人によって異なる意味を持ち、「90歳でも健康維持に励み、元気に社会参加する人」もいれば、「65歳でも慢性疾患のためにひきこもりがちな生活を送らざるをえない人」もいるという社会が、今まで以上に鮮明になってくるだろう。年齢によるイメージが意味を持たなくなり、したがって、平均的な高齢者像に基づく施策が意味を持たない時代になっていくことを意味している。
- 経済的な格差も拡大していく。1961年の国民皆年金制度の導入で、ほとんどの高齢者が、理論的には公的年金制度に包摂された。その後、給与生活者が増加する中で、厚生年金受給者が増加していくなど、全体として高齢期の所得保障は改善されている。しかし一方で、年金未納者の問題や、非正規雇用の増加などを受け、老後に向けて十分な保障を持たない高齢者の増加も懸念されている。高齢期の所得格差は、若年層よりも拡大しており、こうした傾向の継続は、今後も予想される。所得や教育年数と健康水準の関係性も注目されており、所得格差が拡大していく今後の流れの中で、「健康格差」として議論されている<sup>8</sup>。

<sup>8</sup> 「健康日本21(第2次)」、近藤克則(2017)「健康格差社会への処方箋」医学書院

## (2) 個人と家族の変化

### ■ 家族介護を期待しない・できない時代

- 介護保険制度創設時から、介護を家族だけの責任とするのではなく、社会全体で支えようとする「介護の社会化」を目指してきたとはいえ、実際の現場で家族介護が果たしている役割はいまでも大きい。介護保険創設後も、すべてを専門職に任せてきたわけではなく、また事業者も、家族による介護をあてにしなければ、在宅生活を支えられない場合があるのも事実だ。
- 戦後を通じて、日本の世帯人員数は縮小してきたが、今後は、高齢者のひとり暮らしが増加し、2035年には、高齢者に占めるひとり暮らしの割合が20.2%になると推計されている<sup>9</sup>。また、50歳までに一度も結婚を経験しないいわゆる生涯未婚率<sup>10</sup>も、2000年に男性で12.6%であったが、2015年には23.4%に、2040年には約3割に達すると見込まれている。単身の男性が、高齢の両親の介護に直面するといった状況もこれまで以上に一般的になり、やはり家族介護を前提とすることは現実的ではないことがわかる。
- さらに、近年では、80歳代の高齢の親と50歳代の単身・無職の子が同居しているといった、いわゆる「8050問題」などが指摘されるなど、家族介護の可能性以前の問題として、高齢者が現役世代を経済的に支えている状況も生じている。2040年を考える際には、家族介護を前提とせずに要介護者を支えられる提供体制の整備や制度設計を考えることが不可欠である。

### ■ 多様化する家族と住まい方

- 住まい方も多様になっていこう。「ひとり暮らし」、「高齢夫婦のみ世帯」、「三世帯同居」といった単純な区分で家族の特徴や介護の問題を議論することは、今後ますます困難になる。高齢者のひとり暮らしであっても、近隣に娘や息子が住んでいるいわゆる「近居」も増えており<sup>11</sup>、同じひとり暮らしでも、家族が果たしている役割は多様である。
- 例えば、ICTやSNSの活用によっても家族の関わり方や役割は多様化してくる。今後の高齢者は壮年期にインターネット等に触れている人も多く、例えば、単身高齢者であっても、スマート（AI）スピーカーやTV電話システムなどを活用して、遠隔地の家族と日常的にコミュニケーションをとるケースもみられるだろう。他方、こうしたツールに触れる機会がなく、遠隔地に住む近親者とのコミュニケーションが希薄といった家族の形も残るだろう。またそうした中

<sup>9</sup> 「平成29年度 高齢社会白書」

<sup>10</sup> 50歳の段階で一度も結婚したことがない人の割合。国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」における45歳～49歳未婚率と50歳～54歳未婚率の平均で算出した数値。

<sup>11</sup> 総務省「住宅・土地統計調査（平成25年調査）」によれば、平成20年との比較において、高齢者の単身世帯及び高齢者のいる夫婦のみ世帯の両方で、子が「片道15分未満の場所に住んでいる」、「片道1時間未満の場所に住んでいる」割合が増加している。

でも、近隣の知人・友人との関係性の中で生活している人もいれば、家族からも地域からも孤立した生活を送る人もでてくるだろう。

- また、同居世帯であっても、介護や生活を支える家族の姿は、多様である。平均寿命の延伸によって、「95歳の高齢者の生活を支える子供も70歳の高齢者で、それぞれが別のところに住んでいる」といった、これまでの典型的な家族イメージを越える住まい方も増えていく。さらに、同居世帯や三世帯同居であって、経済的な問題を抱える世帯や、障害のある家族が要介護者と同居しているなど、世帯を単位として生活課題が複合化・複雑化しているケース、要介護者本人だけでなく、他の家族の支援も同時に検討しなければ問題が解消しないケースも増えている。
- 家族の抱える問題は、多種多様になっており、「典型的な家族課題」を設定することは難しく、「それぞれの個人が抱える問題」が相互に複雑に絡み合った状態に対してどのように支援していくかを考えていく必要があるだろう。

#### ■ 個人を単位とした仕組みへの再編

- また、社会全体の制度の視点で考えると、現在、世帯を単位として設計されている社会保障制度を、いかにして個人単位及び後述の地域単位を組み込んだ社会保障制度に切り替えていくかも重要な観点である。
- 欧米の個人単位の設計とは異なり、年金制度も生活保護制度も、日本では、世帯を単位とした設計が主流となってきた。様々な統計や給付等の試算においても、いわゆる「標準世帯」（夫婦と子供2人の4人で構成される世帯のうち、有業者が世帯主1人だけの世帯に限定したもの<sup>12</sup>）が用いられてきたが、現実の社会ではむしろ少数派になっており、単身者こそが、最も多い世帯となっている<sup>13</sup>。2040年に向けて家族の介護力を前提とできない以上、今後は、社会保障の仕組みも、個人を基準とした制度に組み替えていく必要があるだろう。

### (3) 地域社会の変化

#### ■ 住まいと地域の多様化

- 日本社会は、2010年頃を境に人口減少の局面に入り、当面この傾向は、改善を期待できない。また今後の人口動態によっては、中山間地域の住民の市街地への住み替えや、東京をはじめとする大都市へのさらなる人口集中が進む可能性もある。他方で、日本の市町村で最も人口規模

<sup>12</sup> 総務省統計局の定義による。

<sup>13</sup> 国勢調査（平成27年調査）によれば「世帯の種類」は、「単独世帯」が34.6%で最多、次いで「夫婦と子供からなる世帯」で26.9%、「夫婦のみの世帯」が20.1%、「その他の世帯」が9.4%、「ひとり親と子供からなる世帯」が8.9%、となっている。

が大きい横浜市でさえ、2020年を境に人口が減少局面に入るという予測もあり<sup>14</sup>、大都市で  
一様に人口増加が進むわけでもない。

- また、比較的人口集積のある駅前を中心市街地などにおいても、空き家・空き店舗が増加して  
おり、地域によっては駅に近いエリアの戸建てほど空き家率が高いといった状況も指摘されて  
いる<sup>15</sup>。地域の中に空き家が増加していく中で、このようないわゆる地域の「スポンジ化」が進  
んでいくことも指摘されており、不動産においては、売却も賃貸も困難な、「負動産」ともいわ  
れる住まいが増加するなど、面として空き家・空き地が発生してくるような傾向が指摘されて  
いる<sup>16</sup>。
- さらに、都市部ではタワーマンションの建設が進んでいるが、大規模マンションほど、管理費  
等の滞納率が高くなるといったデータも示されており、将来的には、コミュニティとしての  
形を維持することの困難さや、相続放棄問題なども懸念される<sup>17</sup>。
- こうした状況は、市町村の人口規模や人口密度等によって、必ずしも一様な傾向があるわけ  
ではなく、これまでの都市計画のあり方や再開発の状況など、地域によって相当の違いがある。  
多くの要因が地域の状況を左右していく時代にあっては、市町村合併の影響もあり、同一の自  
治体の中にも過疎化が進む地区と、人口の集積がさらに進む地区が混在するのは珍しいこと  
ではない。地域もまた、今後ますます多様な姿をみせるようになっていくだろう。一部では、地  
域包括ケアシステムの前提である「地域」が成り立たないところも少なからずでてくること  
も予想される。

#### ■ 多様な地域の自治

- 地域における「近所付き合い」の頻度も、全国的には低下傾向が認められるが、近年では、地  
域づくりを目指す各種の事業の有効活用によって、局所的には具体的な成果を生み出す地域が  
生まれている<sup>18</sup>。そうした成果は、必ずしも人口減少が激しく、住民が主体的に取り組まざる  
をえないような中山間地域に限定されているわけではなく、首都圏や地方都市も含め全国的  
で見られるようになってきている。古くからの地域のつながりが残っている中山間地だから地域づく  
りができる、あるいは逆に、都市部で近所づきあいが希薄だから地域づくりはできないといっ  
た平均的な地域自治のイメージを持つことにも、意味がなくなっている。

<sup>14</sup> 「横浜市の人口ピークは2019年、2065年の人口は約302万人に」横浜市記者発表資料 政策局政策課（平  
成29年12月1日）

<sup>15</sup> 国土交通省社会資本整備審議会第42回住宅地分科会資料（2015年10月26日）

<sup>16</sup> 国土交通省「都市のスポンジ化に関するこれまでのご意見・ご提案」

<sup>17</sup> 野澤千絵「人口減少社会における土地利用・住宅政策のあり方～都市・郊外・地方部、それぞれの空き家問題と  
その処方箋～」国土交通省第199回政策課題勉強会資料。国土交通省「2013年マンション総合調査」のデータ  
をもとに野澤氏がデータ加工。

<sup>18</sup> 生活支援体制整備事業だけでなく、社会・援護局の「地域力強化推進事業」や、総務省の「地域力創造アドバイ  
ザー制度」、内閣府の「地方創生」など、多種多様な地域づくりの取組事例が生まれている。

- 地域の伝統的な自治会や町内会も、増え続ける地域課題に単体で対応できない状況がすでに各地で見られる。一般的に、自治会や町内会は、それぞれの集落や地域に一つの団体しか存在しないものの、自治会・町内会以外の地域の自発的なグループやNPO、ソーシャルビジネスなどの参加を得なければ、現実的に課題解決を進めることが難しくなっている。また、課題解決に関わる住民グループとは別に地域の課題解決のデザインを協議するような場を構築し、「地域経営型」自治を目指す方向性も広がりつつある<sup>19</sup>。まさに、地域における生活者の生活スタイルなど、様々な面で多様化・多元化していくのにあわせて、地域づくりも多様な資源の組み合わせで対応する時代になっていくだろう。

---

<sup>19</sup> 総務省地域力創造グループ地域振興室「暮らしを支える地域運営組織に関する調査研究」（平成 28 年 3 月）

## 2. 多元化する社会における「尊厳の保持」

### (1) 多元化する社会と社会的包摂<sup>20</sup>

- 2040年に私たちの社会が迎えるのは、これまで見てきたように、平均像では説明できない社会である。一人ひとりが、実に多様な人生を過ごし、多様な住まいで、多様な家族のありようと住まい方を通じて、多様な課題を抱えながら生活している社会である。そして、多様性のある社会は、所得や生活環境、健康状態も含め、多くの格差が生じている社会でもある。所得に問題を抱える人や、家族関係に問題を抱える人、障害や健康問題を抱える同居家族がいる要介護者もいるだろう。
- そうした多様な社会では、例えば「地域」という表現も、助け合い・支えあう場としてとらえる人もいれば、単に職場から帰って寝るだけの場所として理解する人もいるだろう。同じ地域に住んでいても、それぞれの住民にとっての「地域」の役割や期待、重要度が異なっており、私たちはそのような「多元的な社会」の中で生活しているといえる。
- それぞれ異なる地域生活上の課題や問題を抱えた人々が、それでも一つの地域の中で排除される（社会的排除）ことなく多様な人々を包み込んでいく過程、それが、2040年の多元的な社会に向かっていく際の基本的なアプローチである。これを「社会的包摂」と呼ぶ。包摂的な社会は、社会が一丸となって、一つの価値観の下で共存するイメージではなく、避けられないものとしての格差の中で、住民の参加を得ながら、いかにして社会が分断しないように、住民を包摂するかが重要になる。
- そして、社会的包摂は、一人ひとりの意思が尊重され、その地域・社会の中で排除されることなく、生活を継続できることとも言い換えられるだろう。それは「個人が単一的な社会の枠組みに無理やり押し込まれるか、排除されるか」といった社会ではなく、「社会が個人の意思決定に可能な限り寄り添える社会」ということもできる。現在、厚生労働省は「地域共生社会の実現」を政策として掲げている。「多元的な社会」を「包摂」していく過程の先には「あらゆる人々が“地域で共に生きる社会の実現”＝「地域共生社会」があると整理できる。

<sup>20</sup> 社会的包摂（ソーシャルインクルージョン：Social Inclusion）は、社会的排除（Social Exclusion）と反対の概念とされる。社会的排除は、単に低所得であるとか、貧困であるという「状態」ではなく、社会の一員として、不利な立場に置かれたり、享受できるはずの権利や立場から排除されていく「過程」に着目する。主に1970年代以降、欧州を中心に普及した概念であり、こうした社会的排除から社会の一人ひとりを脱出させるアプローチを社会的包摂と定義することができる。

■ 「尊厳の保持」は、地域包括ケアシステムの出発点

- こうした「個人の意思に寄り添う」という考え方は、地域包括ケアシステムの当初からの議論においても「尊厳の保持」として強調されてきた。地域包括ケアシステムという表現が普及する前の2003年（平成15年）に「高齢者介護研究会」が、その報告書の中で、高齢者介護における「尊厳の保持」の重要性を提示している。報告書の中では、「尊厳」が保持される社会を、「自分の人生を自分で決め、また周囲からも個人として尊重される社会」と定義している。
- その後、2005年（平成17年）の介護保険法改正において、第一条に「尊厳の保持」の文言が付記されたことは、地域包括ケアシステムのいわば出発点ともいえるだろう。その後、地域包括ケアシステムが、2013年（平成25年）の社会保障改革プログラム法の中で政策として法的に位置づけられたのは周知の通りである。

高齢者介護研究会報告書（抄）

人生の最期まで、個人として尊重され、その人らしく暮らしていくことは誰もが望むものである。このことは、介護が必要となった場合でも同じであり、また仮に、痴呆の状態になったとしても、個人として尊重されたい、理解されたいという思いは同じである。

そうした思いに答えるためには、自分の人生を自分で決め、また、周囲からも個人として尊重される社会、すなわち、尊厳を保持して生活を送ることができる社会を構築していくことが必要である。また、高齢者介護においても、日常生活における身体的な自立の支援だけでなく、精神的な自立を維持し、高齢者自身が尊厳を保つことができるようなサービスが提供される必要がある。

介護保険は、高齢者が介護を必要とすることとなっても、自分の持てる力を活用して自立して生活することを支援する「自立支援」を目指すものであるが、その根底にあるのは「尊厳の保持」である。

■ 本人の「尊厳」は守られてきたか

- また、地域包括ケア研究会においても、地域包括ケアシステムの全体構成を図示したいわゆる「植木鉢」の絵で、植木鉢の受け皿として、すなわち地域包括ケアシステムの前提として、「本人の選択と本人・家族の心構え」が必要であることを明示し、本人の意思決定の重要性を強調している。
- 要介護者がどこに住むのか、どのようなサービスを使って生活するかは、それぞれ本人の自由である。ただ、実態としては、本人が要介護状態になった際に、本人の意向とは別の選択が取られることも少なくない。本人は在宅生活を望んでいるが、家族の生活を守るために、施設入所を選択するといったことは日常的に発生している<sup>21</sup>。

<sup>21</sup> こうした状況に対して、本来の姿をあらためて確認する意味で、「地域包括ケアの植木鉢」における受け皿（鉢受皿）も、当初（平成25年度研究会報告）は「本人・家族の選択と心構え」としていたが、個人の意思決定の重要性を鑑み、『本人の選択』と『本人・家族の心構え』と、その後改訂している（平成28年度研究会報告書）。

- 一方で、2040年に向けては、これまでみてきたように家族の姿は多様化しており、要介護者と同居する家族がいなかったり、同居者も必ずしも夫婦や親子といった本人に最も近い関係性の親族とは限らなくなっている。近年では、同居者がいても、あるいは同居していない生活上の意思決定に関わる近親者が、甥や姪、あるいは知人といったケースも見られるようになっていく。これまでのような「家族なのだから本人のことを尊重するだろう」といった想定が通用せず、本人との関係性が希薄な関係者が本人の意思を十分に尊重できないケースも出てくるだろう。そうした時に、本人の意思を尊重し、守れるのは誰なのかという問題について2040年に向けて改めて検討していく必要があるだろう。

#### ■ 「生活者へのエンパワーメント」に向けて

- 意思決定とその支援は、家族機能が変化し、個人の尊厳が重視される2040年に向けた大きなテーマである<sup>22</sup>。認知症の人への意思決定支援については、2018年6月に厚生労働省が提示した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」が意思決定支援の基本原則を提示しているものの、具体的な意思決定支援の仕組みづくりには、さらに検討を要する。

【「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の概要（抜粋）】

【趣旨】 認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方（理念）や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すもの。

【意思決定支援の原則】 認知症の人が、意思決定が困難と思われる場合であっても、意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくことの重要性について認識することが必要。本人の示した意思は、それが他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り尊重される。また、意思決定支援にあたっては、身近な信頼できる関係者等がチームとなって必要な支援を行う体制（意思決定支援チーム）が必要である。

厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の概要より

- 高齢者介護の分野においても、意思決定支援の仕組みとして、介護保険制度が創設された際、制度の原理が「措置」から「契約」に転換したことに合わせ、本人の意思や自己決定の尊重、ノーマライゼーション等の観点から、「成年後見制度」が創設されている。しかし、その運用において、主にサービスの契約や財産の管理のみが重視され、本人の利益や生活の質の向上のために財産を積極的に利用するという視点に欠けるなどの硬直性が指摘されてきた。2040年に向けては、住まいや医療行為も含めた本人の生活全体に関わる意思決定支援が不可欠になるこ

<sup>22</sup>すでに障害者福祉の分野では、障害者基本法に「障害者の意思決定の支援」に関する行政の責任を明記している。障害者基本法第23条「国及び地方公共団体は、障害者の意思決定の支援に配慮しつつ、障害者及びその家族その他の関係者に対する相談業務、成年後見制度その他の障害者の権利利益の保護等のための施策又は制度が、適切に行われ又は広く利用されるようにしなければならない。」



とから、「生活者へのエンパワーメント」の仕組みとしていくことが求められるだろう。こうした意思決定支援の必要性は、だれにでも起こりうる今後の生活課題といえる<sup>23</sup>。

- なお、医療行為の選択の点では、近年は ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する研究や実践も増えており、2018年3月には厚生労働省の従来のガイドラインが「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」として改訂され、報酬にも反映されるなど取組が進んでいるが、医療行為以外の意思決定の場面における支援も含め、引き続き検討を深めていくべきである。
- ただし、「本人の意思の尊重」とは、家族の要望や意思に配慮しないということではない。ここでの問題は、本人を優先するのか、家族、あるいは本人を支援する親戚や知人を優先するのかといった二者択一の問題ではなく、家族もまた悩みを抱えるひとりの個人であることを前提に、それぞれの人生に対する個人の意思を尊重できる状況をどのように折り合いをつけ実現するかという点である。そのためには、介護の問題のみならず、地域生活上の課題を抱える住民に対して、本人を含む「家族」や「世帯」を最小単位として支援するのではなく、「本人」と「家族のメンバー」それぞれに対して支援を行うという発想に基づいて、社会の制度や支援の仕組みを再検討することが重要であろう<sup>24</sup>。

## (2) 参加・協働による地域デザイン

### ■ 地域の実情を踏まえた一人ひとりに寄り添う地域デザイン

- 地域や家族、あるいは個人を平均像で語れない多様な社会になり、また地域資源についても、地域間格差が拡大していく以上、全国標準サービスで一斉に多様な住民のニーズに応えることが難しいのは明らかである。
- そもそも、地域包括ケアシステムは「地域の実情にあった」仕組みを、その地域ごとに設計することが前提になっているという意味で、きわめて分権的な仕組みである。地域の実情が、地域ごとに異なる以上、「地域ごとに住民が望む地域の姿を描き、そのための仕組みづくりやサービスづくりに参加し協働して地域づくりを進めること」（地域デザイン）が必要である。先進自治体の取組を単にコピーしたり、各自治体が全国統一の手法をトップダウンで実施するといっ

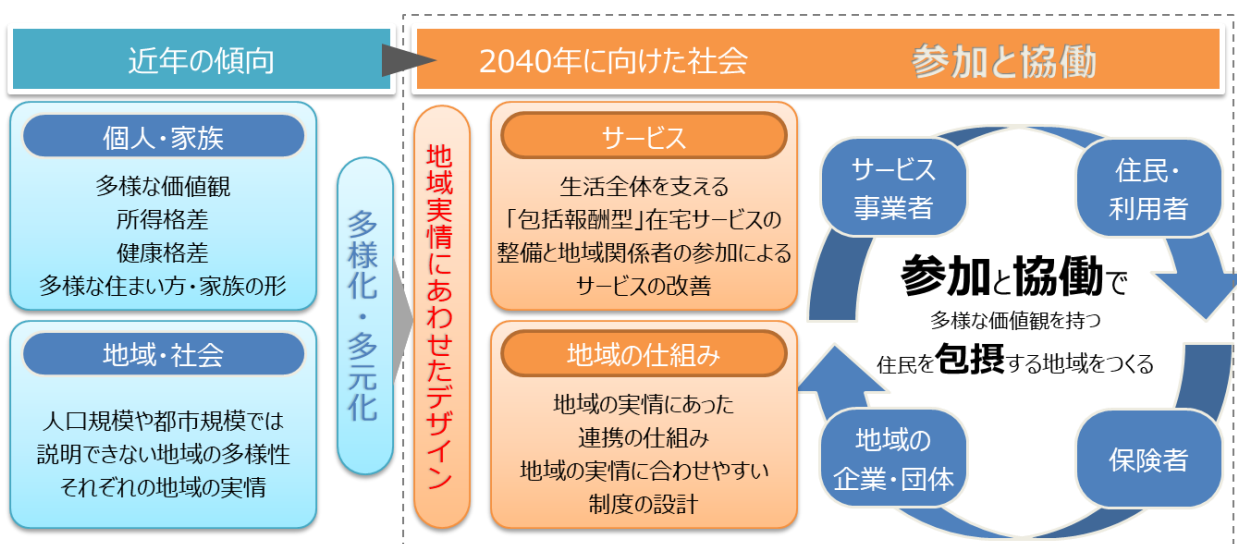
<sup>23</sup> 内閣府消費者委員会は、今後の高齢者の単身化傾向などを踏まえ、2017年1月に「身元保証等高齢者サポート事業に関する消費者問題についての建議」を消費者庁、厚生労働省及び国土交通省に提示し、対応を求め、厚生労働省も実態の把握と具体的な対応を進めている。いわゆるライフサポートに関するサービスが登場しているが、その適切な運用についても今後の課題である。

<sup>24</sup> 例えば、障害者支援の分野では、比較的早くから、障害者と家族を切り分けて考える傾向がある。高齢者介護では、一般的に介護者側が遺されるが、障害児者の場合、遺されるのは「障害児者側」であることが多い。障害者支援においても家族の役割は大きい。最終的に家族の存在を当てにした制度設計では、人生の最終段階まで支えることはできないこともあり、当事者に焦点をあてた支援の検討を進めてきた。

た手法では、その地域にあった仕組みを作ることはできないだろう。

- したがって、それぞれの地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを担うサービス提供体制を実現するには、行政・保険者やサービス提供事業者側が一方的に「利用者にとって、良いだろう」と思うサービスをデザインするのではなく、そのサービスの持つ価値やそのサービスを利用する意義を、住民・利用者と提供者が、支えられる側と支える側という関係性を越えて共に話し合い、改善を繰り返しながら、その地域の住民にあったサービスの使い方を考えていく過程が重要になる。つまり、出来合いのサービスを提供するだけではないということの意味しており、その点で、今後は、「参加と協働」の過程が求められる。
- その地域の住民・利用者にあったサービスをデザインしていくといっても、一人ひとりにあったサービスを一つひとつ設計・開発するわけではない。例えば、個人のレベルであれば、ケアマネジメントを通じて介護支援専門員や介護サービス提供者が利用者とケアの目標を共有し、地域にあるサービスを本人の目標にあわせて調整（チューニング）していくイメージといえる。

### 2040年の多元的な社会における「参加と協働」



- また地域の仕組みのレベルでは、地域支援事業を活用することで、保険者と専門職・事業者が多職種連携を通じて、また住民との協働を通じて、それぞれの地域の実情に適合した仕組みを作っていくことができる<sup>25</sup>。また制度のレベルでは、全国統一の保険サービスの一部について市町村の独自の施策を展開することで、それぞれの地域の実情に応じた提供体制を模索することができるだろう。
- 行政・保険者がこうした地域デザインを地域関係者と協働で積極的に取り組んでいくためには、国が、参加と協働を支援する制度枠組み、例えば後述するような地域密着型サービスに対する

<sup>25</sup> すでに介護予防・日常生活支援総合事業により、各自治体の裁量のもとで、それぞれの地域の実情に応じたサービスのデザインが行われている他、在宅医療・介護連携推進事業を通じて、入退院支援のための地域のルールや仕組みを構築している。

独自施策や、介護予防・日常生活支援総合事業を、可能な限りシンプルで柔軟性の高いものに改善していく努力が欠かせないだろう。とりわけ、地域共生社会を視野にいれ、制度分野や対象者を越えた地域の仕組みをデザインしていくのであれば、住民目線にあわせたりわかりやすく柔軟性のある仕組みが不可欠である。

#### ■ 実はすでに組み込まれている「参加・協働による地域デザイン」の仕組み

- 実はこのような「参加と協働」の取組は、決して新しいものではなく、すでに過去 10 年の間に、地域包括ケアシステムにも積極的に採用されてきた。例えば、地域密着型サービスでは、利用者の家族や地域住民が介護医療連携推進会議や運営推進会議に参加し、サービスに対する意見を表明し、事業者とともに、地域の課題やサービスの改善を進めていく過程に関わっている。まさに個別性を尊重したそれぞれの地域における「参加と協働」の過程の実例といえるだろう<sup>26</sup>。
- そもそも、包括報酬型のサービスは、出来高払い型のサービスとは異なり、サービス提供の量やタイミングの点で、柔軟性が高く、利用者の日々の状態変化に合わせやすい特徴をもっている。小規模多機能型居宅介護の「通い」「訪問」「泊り」の提供バランスが、事業者によって異なるのも、その裁量権の大きさを反映している。ただし、その裁量が、利用者も含む「参加と協働」で活用されていなければ、経営者側の効率の観点からだけの一方通行なサービスのデザインになってしまうことを意味している。その点からも、参加と協働が重要なのである。
- 平成 27 年度から始まった新しい地域支援事業にも、「参加と協働」を具体化するツールがすでに組み込まれている。生活支援体制整備事業における協議体は、住民の主体性を尊重した地域資源の開発を進める場として活用されている。また、在宅医療・介護連携推進事業においても、保険者と地域の専門による継続的な協議の場が設けられている他、地域ケア会議もまた、専門職のみならず、住民の参加によって地域をデザインしていく場としての機能が期待されているのである。
- つまり、「参加と協働」とは、それぞれの地域における実情を踏まえ、そこに住む利用者やその家族などとのやり取りの中で、その地域の実情にあったサービスや、その提供体制をデザインしたり、調整したりすることと定義できる。近年、地域包括ケアシステムの先進事例として取り上げられる取組の多くが、こうした住民・利用者との双方向のやり取りの中で、作り上げられているといえるだろう。「体操教室」に集まる高齢者が発展的に地域で生活支援の取組を始めたり、「暮らしの保健室」のように、専門職と住民・利用者の交流を通じて、専門職に気づきを与え、住民もまた専門職との多様な接点を持つことで、生活を支える地域の仕組みに参加していくといったことは、こうした「参加と協働」の取組の好事例といえるだろう。

<sup>26</sup> いうまでもなく、単に会議を運営し、住民が参加することに意味があるのではなく、その場で、双方がサービスの価値や意義を議論しあうようなファシリテーションが不可欠であり、単に、サービス事業者側が一方向的に運営情報を開示しているだけでは、参加と協働の状態にならないという点で、すべての事業所が価値を共創できているとはいえないだろう。

### (3) 「参加と協働」のための「場づくり」と「コーディネーション機能」

#### ■ 「参加と協働」には、学びの「場」が必要

- 「参加と協働」の実現には、地域住民や事業者、行政の学びの場が必要である。関係者間の相互理解を進めるためには、リーフレットや研修会といった普及啓発の活動だけではなく、定期的に両者が話し合ったり、自由に意見交換したりするような機会や「場」の設定が効果的である。それは、それぞれの立場が、それぞれの要求を単にぶつけ合う場ではない。また、単に住民に専門知識を提供するという一方的な意味で行われるのではなく、専門職側も利用者の生活の実態を適切に把握するといった意味を持っている。単に課題を出し合うだけでなく、提供者と利用者の持つ情報を相互に共有し、共通理解を深めたうえで、持続可能な地域資源や仕組みを作り上げていくものである。

#### ■ 「場」を動かすコーディネーション機能

- 「参加と協働」を進めるためには、こうした「場」に関わる鍵となる人物や組織が欠かせない。利用者と提供者、事業者と行政などが、対等な立場で地域をデザインするには、地域関係者間をつなぐ「コーディネーション機能」を誰がどのように実現するかという課題がある。コーディネーション機能を持つ人や組織は、「場」において、参加者の意見を引き出し、議論を前向きに積み上げていくファシリテーターの役割が期待されている。また、地域の中から必要に応じて参加者を見つけてきたり、数多くの場を積み上げることで、その地域の課題や、隠れた資源を見つけ出し、行政や事業者に伝えるといった役割を担う場合もあるだろう。
- すでに地域支援事業においては、コーディネーション機能を果たす役職として、多種多様な「コーディネーター」<sup>27</sup>が設置されており、コーディネーション機能を果たしている場合もあるが、これら制度上のコーディネーターだけが、地域でコーディネーション機能を果たすわけではない。「コーディネーター」という名称がつかない人（あるいは機関）であっても、地域の関係者の中で、目指す目標を共有し、「場」を使って、地域のデザインに関わる事業者や専門職、あるいは行政職が存在する。職名にこだわらず、地域の中でコーディネーション機能を果たす人物や組織を見つけ、支えていくことが重要である。
- 言うまでもなく、こうした「場」づくりや「コーディネーション機能」を、すべての地域に作り出す上で、行政の関わりが極めて重要になる。この点については、「5. 行政・保険者の役割の再定義」で改めて整理することとする。

<sup>27</sup> 地域支援事業においては、生活支援体制整備事業の中で「生活支援コーディネーター」が、在宅医療・介護連携推進事業の中で「在宅医療・介護連携相談コーディネーター」が、認知症総合支援事業の中で「認知症地域支援推進員」が配置されている。

### 3. 生活全体を支えるためのサービスと地域デザイン

- 地域での生活を継続するためには、「生活全体を支える地域の仕組み」として介護や医療だけでなく、住まい、生活支援等が、社会保険制度に限定されず、様々な資源の組み合わせで一体的に提供される必要がある。これまで、介護保険制度では、そうした一体的なケアを実現するための中核的・基盤的サービスとして「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「小規模多機能型居宅介護」「看護小規模多機能型居宅介護」を開発してきた（ここでは、これらを「包括報酬型」在宅サービスと呼ぶ）。
- 2040年に向けては、これら「包括報酬型」在宅サービスの機能と役割をさらに拡充するとともに、これらのサービスを活用しながら、どのように利用者が地域とのつながりを継続させていくかといった視点が重要になる。

#### (1) 「包括報酬型」在宅サービスで支える

##### ■ 「包括報酬型」在宅サービスの更なる包括化

- 「包括報酬型」在宅サービスとしては、2006年に小規模多機能型居宅介護が、2012年に複合型サービス<sup>28</sup>及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護が創設された。実態としての利用者像は、事業者によっても異なるものの、おおむね小規模多機能型居宅介護では認知症の人、看護小規模多機能型居宅介護では医療ニーズの高い利用者、また定期巡回・随時対応型訪問介護看護では、単身生活者の利用が多いといった特徴がみられる。
- しかしながら、サービス利用者の心身状態は、特に後期高齢者では変化を伴うものが一般的であり、事業者は常に一定の状態像の利用者だけを支援しているわけではない。むしろ、心身状態の変化に柔軟に対応しながら可能な限り人生の最終段階まで支えるのが一般的である。包括報酬の採用により、小規模多機能型居宅介護では、利用者の状態にあわせて、定期巡回・随時対応型訪問介護看護のような形態で訪問サービスを提供することも可能だ。つまり、既存の定期巡回・随時対応型訪問介護看護でも、小規模多機能型居宅介護でも、看護小規模多機能型居宅介護でも、「柔軟な対応ができ、多様な心身状態に対応できるサービス群」である点では、共通している。
- むしろ、心身状態が変化する利用者への包括的・一体的なケアの提供のため、同一地域でサービスを提供するのであれば、これらの「包括報酬型」在宅サービスのメニュー間の垣根を取り

<sup>28</sup> 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護の中から2種類以上組み合わせて提供することが、特に効果的かつ効率的と考えられるサービスの総称。

払い、特定の事業者が多様なメニューを適宜使い分けながら地域を担当するといった方式も検討していくべきであろう。こうした柔軟なサービス提供の切り替えが可能になれば、事業者も、職員配置の状況によってケア提供の方法を柔軟に変更することも可能になり、経営の安定に資するであろう。

## ■ 新たな複合型サービスの開発

- また、2011年度の制度改正では、複数のサービスの組み合わせ提供を想定して、「複合型サービス」が創設された。「複合型サービス」は、看護小規模多機能型居宅介護の旧名称のように理解されていることも少なくないが、本来は、訪問介護や通所介護など既存のサービスを複合的に提供する場合のサービスの総称として規定されている。現状は、複合型サービスとして、「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護」を組み合わせたサービスのみが「看護小規模多機能型居宅介護」として報酬上設定されているにすぎない。
- 2012年以降、新たな複合型サービスは報酬設定上、規定されていないが、今後、こうした組み合わせ提供が在宅生活を支える主力サービスになる以上、事業者の実践事例から学び、検討を重ね、報酬化を進めて、さらなる複合型サービスを開発していく必要があるだろう。

## (2) 「包括報酬型」在宅サービスと地域社会の融合

### ■ 生活支援と社会的な人のつながりをどのように組み込むか

- 在宅生活を支える中核的介護サービスとはいえ、「包括報酬型」在宅サービスだけで生活全体を支えるわけではない。要介護度が重くなっても、毎日の調理、買い物、掃除などの生活支援は不可欠であるし、なじみの関係性のある友人とのコミュニケーションや、地域とのつながりが不要になるわけではない。むしろ、そうしたつながりこそが、社会的孤立を防ぎ、尊厳ある生活を支える上で重要になってくると考えるべきであろう。
- 特に在宅生活では、生活支援が不可欠である。今後2040年において、家族が傍らにいない状態で後期高齢者が在宅生活を送るとき、生活支援が在宅限界点の低下を防ぐ重要な要素のひとつとなるだろう。一人ひとりが社会のつながりから排除されない包摂的な社会を志向していくならば、「包括報酬型」在宅サービスも単に心身を支えるサービスだけでなく、社会的・文化的な生活を支えるための支援を組み合わせることこそ、生活全体を支えるという意味で重要になる。
- その場合、これらの支援は、必ずしも介護保険の給付の中から行われる必要はない。地域の多様な資源をうまく組み合わせることで対応は可能である。この点で、「包括報酬型」サービスと、保険外サービスと組み合わせる混合介護によって在宅を支えるあり方も、今後広がっていくだろう。
- 例えば、小規模多機能型居宅介護は、通いの場を中心にデザインされてきたが、専門職サービ

スは訪問でサービス提供しつつ、地域の中に要介護者が通える住民主体の「通いの場」や「居場所」にも参加するといった形もすでに実現している。また定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、専門職の訪問による包括的なサービス提供で利用者に大きな安心感を与えているが、他方で、地域とのつながりやインフォーマルな生活の側面については、家族のつながりが中心になっており、現状、介護・医療事業者の関わりが限定的な場合も多い。しかし、今後、単身世帯が増加し、家族の形が多様化していく中においては、保険外のサービスを専門職によるサービスとどのように組み合わせていくかという点は課題である。

#### ■ 地域との親和性が高い小規模多機能型居宅介護

- 小規模多機能型居宅介護の最大の特徴の一つは、地域とのつながりの中で在宅生活を継続できることであろう。広域型の介護保険施設の場合でも、職員は利用者の入所前の生活を知ることができるが、それはいわば「かつての在宅生活時の情報」であり、入所後はそれまでの地域とのつながりから切り離されるのが一般的である。
- 小規模多機能型居宅介護では、利用者が元気だったころの近所との付き合いや生活のリズム、あるいは居住空間も含め、利用者はありのままの情報を、いわば「地域や在宅から引き連れてサービス事業者にやってくる」と表現してもよい。つまり小規模多機能型居宅介護は、地域との継続性を保ちやすい特徴があるといえるだろう。
- また、小規模多機能型居宅介護は、訪問単体のサービスとは異なり、「通い」という物理的な拠点施設を持つため、地域住民との交流に適したデザインともいえる。例えば、福岡県大牟田市内の小規模多機能型居宅介護事業所は、そのほとんどに併設された住民交流施設で、町内の会合などが開催され、自然に地域交流の拠点となっている。人口約 11 万 5 千人<sup>29</sup>の市内に 26 か所の小規模多機能型居宅介護事業所が整備されており、中学校区よりも小さい圏域をそれぞれの事業所がカバーしている。こうした体制が発展していくことで、地域の社会的・文化的資源を生活の中に組み込んでいく可能性も広がっていく。

#### ■ 小規模多機能型居宅介護を地域づくりの拠点と考える

- 小規模多機能型居宅介護が、専門職サービスと地域住民をつなぐ役割を果たせるのであれば、事業所がその地域の支援拠点として機能しているといえる。特に小規模多機能型居宅介護は、地域包括支援センターよりも小地域に計画的に整備されている場合もあり、地域づくりの拠点として機能するのであれば、現在の地域包括支援センターには難しいより小地域の地域社会と連続性を持つこともできるだろう。
- とりわけ人口減少が進む中で、行政の職員確保も困難になっており、直接的なケアを提供する事業所が地域づくり機能を兼ね備えることも今後は想定していくべきだろう。また、地域包括支援センターのブランチとして小規模多機能居宅介護の事業所が機能すれば、事業所職員は、

<sup>29</sup> 大牟田市住民基本台帳（平成 31 年 3 月 1 日）

介護サービスだけでなく、地域づくりや高齢者以外の地域課題に向き合う機会を得ることになり、人材育成の観点からも効果的な OJT が期待される。特に、これからは生活全体を支えるケアが求められる時代となる中で、地域の様々な資源とのコミュニケーションを活かせる人材は、地域共生社会を支える人材として期待されるだろう。

### (3) 事業者の参入を促進するための方策

#### ■ 安定的な経営を実現するために

- 「包括報酬型」在宅サービスの経営上の特徴は、一定の顧客数を恒常的に確保しなければ経営が安定しない点である。利用者の状態は、身体機能だけでなく、経済的な問題や家族関係など様々な要素が絡みあい、その生活も支援ニーズも時間と共に変化する。特に利用者が中重度者の場合は、報酬単価は高いものの、死亡等によりサービス利用が短期間で終了となることも多く、また日常生活圏域においては、利用者の発生頻度も必ずしも高いとはいえないなど、需要の安定性に課題がある。現在の「包括報酬型」在宅サービス事業者は、こうした収入面での不安定性を法人の規模や他事業の収益で補っている場合も多く、このことは、事業への参入の障壁、あるいは事業継続上の課題となっている。
- したがって、報酬の考え方についても、より安定的な経営を実現し、安定的なサービスの提供体制を維持するために、より柔軟な発想でこれらの仕組みを支えることを検討すべきであろう。一般的に報酬の支払い方法は、①個人へのサービス提供内容ごとに報酬を支払ういわゆる出来高払い（訪問介護や通所介護）、②個人への一定範囲のサービス提供に対する包括払い（「包括報酬型」在宅サービスで採用）、③地域の取組や体制の保持に対する包括報酬または事業費（総合事業における一部の補助制度もこれに該当）などが考えられる。
- 今後は、「包括報酬型」在宅サービスが地域のインフラとしてサービス提供体制を維持しているコストをカバーするといった発想から、一定のサービス基盤を維持していることに対する包括報酬の支払い（ここでは仮に「地域包括報酬」と呼ぶ）を検討していくことも必要だろう。サービス提供事業者の経営の安定性を確保することは、人材の確保や事業者の健全な経営を守るためにも重要な観点である。
- 「地域包括報酬」の考え方は、離島や中山間地の集落などにも適用できる。これらの地域においては在宅介護サービス事業所を複数整備することが現実的でない場合も多い。単に需要が少ないだけでなく、利用者像も刻々と変化するため、固定的な機能しか持たない介護サービスでは、ニーズに応じることは困難である。こうした地域では、行政が担ってきた地域の仕組みづくりや地域包括支援センターの一部の機能を持たせたような複合的で多機能な拠点を、現行の基準よりも、より地域の実情にあった形で緩和して整備することができるようモデルを検討していくべきであろう。



## ■ 大都市部での事業者の参入促進策

- サービス資源及び人材は、地域によって大きな格差が生じている。すでに、若年層の流出が激しい地方の中山間地においては、訪問介護における若い職員の採用が極めて限られており、登録型ヘルパーの高齢化とともに撤退する事業所もみられる。こうした地域では、比較的経営規模の大きい法人であっても新規サービスへの参入に慎重な場合があり、サービス整備が進んでいない場合が多い。
- また、一定の利用者の確保が可能と思われる都市部でも、参入に躊躇するケースが少なくない。例えば、小規模多機能型居宅介護については、経営効率の観点から、地域密着型特別養護老人ホームやグループホーム等との合築を検討する場合があるが、一定規模のまとまった土地の確保が難しいため整備を断念するケースも少なくない。こうした制約から、より土地の確保に余裕がある郊外などにその代替として広域型の施設の建設が計画される場合もある。その結果、利用者が住み慣れた地域を離れて入所するという問題も生じてしまう。
- また、郊外に建設された施設は、仮に当該地域においては供給過多であっても、住所地特例により都市部の利用者を受け入れ、満床を目指すのが経営の面からも合理的な選択となってしまう。その結果、ただでさえ人材確保が難しい状況の中、都市部からの施設入所者を支えるために、郊外の在宅サービスの介護人材が、施設サービスに流出するとともに、郊外の在宅介護サービス資源が弱体化し、郊外の利用者も住み慣れた地域を離れるといったことも懸念される。
- こうした悪循環を断ち切るためには、中心市街地など土地の確保に制約がある地域においても効果的に事業を展開できるよう、設備基準の緩和や上述した多機能化による経営の安定策を積極的に検討していくべきであろう。また、こうした基準や機能の具体的な内容については、それぞれの地域によって事情が多様であることから、一定の範囲で、都道府県または保険者の裁量が認められるべきである。特に中心市街地において、小規模多機能型居宅介護を中心として、各種の地域密着型サービス併設や多機能化といったタイプの地域拠点を実現できるようなモデルを模索すべきである。

## (4) 保険者による独自施策の可能性

- 地域包括ケアシステムを支える中核的サービスである地域密着型サービスについては、多くの地域の介護保険事業計画で期待が寄せられ、整備方針が示されているものの、その整備目標は、参入事業者の見込が立たないことなどから控えめな設定が続いている。
- 他方で、地域によっては通所介護や訪問介護を併設した住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅による外付けサービスを前提としたビジネスモデルが広く展開している地域も見られる。こうした保険者の思惑と、事業者の参入意向に差が生じているが、多くの保険者ではこうした状況に対して、十分な対策が取られていない状況である。

■ 地域密着型サービスを促進するための独自施策はすでに用意されている

- たとえば、地域密着型サービスの参入促進策としては、保険者とサービス提供事業者が、地域の実情に応じた仕組みをデザインするための独自施策が用意されている。独自施策は、サービスの整備や、供給量コントロールを行う上で、保険者の裁量で活用できる具体的な手法であり、保険者は地域の事業者と共に議論しながらこれらの独自施策を積極的に活用することで、それぞれの地域にあったサービスを構築していくべきである。
- 地域密着型サービスの整備促進に向けた手法として、「公募制」や「市町村協議制」、「地域密着型サービスに対する保険者の独自報酬の設定」など、多種多様な施策ツールが用意されている。しかし残念ながら、ほとんどの保険者は、これらの独自施策を活用しておらず、担当者によっては存在を知らないという場合も少なくない<sup>30</sup>。
- 独自施策の多くは、三年ごとの報酬改定にあわせ導入されることが多いが、各保険者は介護保険事業計画の策定に追われ、十分に導入を検討する余裕もなく、改定を迎えてしまうために、活用が進まないといった側面もある。一方で、実際に導入を検討するとなると、前例が少ない施策については、特に都道府県との交渉や、事業者との調整など保険者として対応しなければならない事項も多く、取組が進んでいないといったこともあるだろう。
- 現在、一部の地域では、訪問介護や通所介護など介護保険創設時から存在する、いわゆる「単独サービス」が市場に広く普及し、また継続的に事業所が増加しているために、その後導入された「包括報酬型」在宅サービスの市場参入が厳しい状況にあるといった問題も起こっている。
- こうした状況に対して、市町村協議制や独自報酬などの手法は、後発の「包括報酬型」在宅サービスの普及を後押しする有力な手法となっている。今後は、これらの独自施策に関する適切な情報提供と、その円滑な活用に向けた使い勝手の一層の改善を進めていくことが、多種多様な地域と介護市場に適応した保険サービスのマネジメントを実現する上で重要になるだろう。

<sup>30</sup> 例えば、地域密着型サービスについて市区町村の独自報酬が設定できるという制度についての認知度では、25.8%の市区町村が「聞いたことがない」と回答している。三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング「高齢者の在宅生活を支えるための市区町村における独自施策についての調査研究事業」（平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）、p.3

## 介護保険サービスの整備に向けた市町村の独自施策の例

		事業者募集	事業者指定			報酬設定		
		公募制	基準緩和	条件付加	指定拒否	独自報酬(加算)	単価の引き下げ	
在宅		訪問介護・通所介護 ・短期入所		△ 基準該当サービス	△ 市町村協議制、県への意見提出による条件付加	△ 市町村協議制		
		その他の 在宅サービス		△ 基準該当サービス (在宅サービスの一部)	△ 県への意見提出による 条件付加			
地域密着型	定期巡回・ 小多機・看多機	○	○	○		○	○	
	夜間対応型訪問介護		○	○		○	○	
	地域密着型通所介護		○	○	○ 総量規制		○	
	認知症GH、地域密着型特 定施設、地域密着型特養		○	○	○ 総量規制		○	
	その他の 地域密着型サービス		○	○			○	
施設・居住系	特養、老健、特定施設				△ 県への意見提出による 総量規制			
	上記以外の 施設・居住系サービス							

資料) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「高齢者の在宅生活を支えるための市区町村における独自施策についての調査研究事業」平成 29 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

## 4. 2040 年に向けて再整理・再定義すべきもの

### (1) 2040 年に向けて増大する「生活支援」ニーズ

#### ■ 生活支援サービスの事業化

- 本報告書の冒頭でも触れた通り、2040 年は 85 歳以上の高齢者が 1,000 万人以上生活している社会であり、介護あるいは常時の生活支援を必要としていなくても、生活の中の困りごとを抱える人が地域の中に数多くいる社会である。したがって、地域における多様な生活支援ニーズに応える体制の構築は、介護保険の範囲を越えた地域全体の課題と理解すべきであろう。
- 現在は、軽度者を対象とした介護予防・日常生活支援総合事業で、生活支援や介護予防の一部を事業化し、それぞれの地域の実情にあった取組が可能になっている。ゆっくりではあるが住民主体の取組や、顔の見える関係性の中で地域の助け合いが芽生える地域もでてきている他、民間サービスの活用が進む地域もみられる。
- 一方で、現在の制度枠組みでは、地域の多様な支援資源の活用は、基本チェックリストの対象者及び要支援 1・2 の対象者に限定されており、要介護 1 以上の対象者や、障害者、地域の一般住民にとっては、利用や参加がしにくい仕組みになっている。掃除や買い物、調理、通いの場などについては、一部の特別な対応を必要とする利用者以外は、要介護 5 までも含めて非専門職でも対応可能な共通のニーズが少なくない。生活支援の事業化が軽度者だけに限定されていることには、それぞれの地域でサービス提供を担う主体にとっては、市場規模や活動範囲が制限されているという点で、メリットが小さい。むしろ、多様な地域資源を活用した市町村事業に切り替え、地域の商工事業者等のビジネスチャンスや住民活動の場を広げていくことも必要であろう。
- 当然、要支援者とは違い、要介護者の場合は、身体介護を必要とする利用者が多く、身体介護と生活援助の一体的な提供が前提となる場合も多い。したがって、総合事業のように、すべての訪問介護を保険給付から市町村事業に転換するのではなく、専門職による生活支援を残しながら、より多様な選択肢を増やす方向で、市町村事業化を検討していく必要があるだろう。

### (2) 医療ニーズがあっても在宅継続できる体制

#### ■ 在宅医療の担い手を増やすだけでなく、負担の分散も必要

- 急性期の対応としての入院機能は引き続き提供されることを前提に、慢性期の疾病管理を継続しながら在宅生活を継続するには、在宅医療の整備が不可欠である。しかしながら、現状の在宅医療は、医療従事者にかかる負担も大きく、人口減少も進む中、単純に在宅療養支援診療所

等の医療資源を増やすといった目標設定だけでは、在宅医療体制を構築することは困難である。

- むしろ、現在の在宅医療が抱える大きな負担を、いかにして医療職の間で分散させ、また一部の業務負担については、他の専門職種との連携が強化されることによって、結果的に軽減されるといった方策を検討すべきである。例えば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護が日中帯に予防的な視点から利用者の状況を適切にモニターしていれば、夜間の急変を減らすことができるといった形での負担軽減を目指すべきである。
- また、夜勤体制も含め、地域の仕組みづくりを加速させる必要がある。現在は、一部の地域で主治医・副主治医制度を通じて在宅療養支援診療所の負担を軽減する取組がみられるが、より効果の高い方法として、たとえば10万人程度の圏域で当番制による夜間体制を構築できれば、在宅医療の負担はより軽減されるだろう。すでに一般の診療においては、医師会が夜間・休日急病センターなどを運営しているが、在宅医療や訪問看護、あるいは訪問介護も含めて、夜間を地域で分担するようなモデルを早急に検討すべきであろう。こうした地域の仕組みを構築していくことで、一時的な入院期間があっても、在宅での生活やひとり暮らしでの看取りなどが実現する体制構築が可能になっていくだろう。

#### ■ 事業者間の連携の強化の必要性

---

- また、安定的な経営という観点からは、医療介護サービスの法人経営のあり方も、今後の地域資源の確保においては、重要である。医療分野では、現場のサービス提供主体のレベルでは、地域医療連携推進法人のような形態が模索されたものの、現時点では、検討中ないしは設立交渉中のところが多く、参考事例が少ない状況にある。社会福祉法人や介護サービス事業所は、経営基盤の脆弱さから十分な採用活動もできず、人手不足から存続の危機が迫っている事業所も少なくない。
- サービス間の業務提携については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護における再委託などで実績がある以外は限定的であるが、組織間連携としては、法人の間接業務（経理や人事管理、物品調達）における法人間連携が実証的な取組として進められている。
- 人口減少が進む中であって、事業者間の連携の推進は重要なテーマである。特に、夜間体制に代表されるような業務負担の大きい体制を単体の事業者で構築・維持することは、一部の先進事例を除けば現実的とはいえない。また、365日24時間の体制構築にあたっては、特に深夜帯には、需要が減少することを考慮すれば、地域のすべての事業者が深夜の提供体制を維持する必要もない。地域に必要となる需要を客観的に把握しつつ、診療報酬・介護報酬の設定も含め、事業者間の連携体制の構築を後押ししていくべきであろう。

### (3) 住まいの多様化とサービスのあり方

#### ■ 施設の住まい化と多様化

- 介護保険の創設以来、「グループホーム」や「特定施設」、「地域密着型介護老人福祉施設」といった居住系サービスや施設の多様化に加え、外付けサービスの利用を前提とした「サービス付き高齢者向け住宅」や「住宅型有料老人ホーム」、あるいは「グループリビング」といった多様な住まいも増加する中、「施設」と「在宅」という分類は意味を失っている。むしろ、一般の居宅から介護医療院までの「住まい」の連続体の中に、多種多様な住まいが存在している状況である。
- 2040年には、こうした多様な選択肢の中で、一人ひとりのニーズにあった「住まいの多様化」と「住まいを支える仕組み」がいかに整合しているか、つまり、それぞれの住まいにおいて、人生の最終段階まで過ごせるのかといったことが議論の中心になる。したがって、重度者を受け入れるための施設、軽度者用の施設といった整理ではなく、それぞれの住まいで心身状態が変化したらどのように支えるのか、という議論が必要になるだろう。

#### ■ 住まい化の中で施設のあり方を見直す

- また、施設を「住まい」としてとらえなおした場合、例えばリビングや談話スペースなどの共有部分と専有部分の比率をみても、一般的な住まいと従来の介護施設で大きな違いがみられる。マンションであれば、プライバシーが保たれた専有部分が大半を占めており、共用部分は、限定的であるのが一般的である。一方で、介護施設では、共用部分が大きく、個人の専有スペースが限定的となっている。
- 他者とのつながりを持つための共用スペースは、必ずしも建物内に限定される必要はなく、地域の通いの場や公民館など外部の場所でも問題はないだろう。住まい化の進展は、介護施設と地域の中で施設の再定義を行うことに他ならないだろう。

#### ■ 住まいの多様化に対応したデータ把握

- また、多様な住まいでの在宅生活を適切に実現するには、保険者の視点からは、外付けの介護サービスの利用状況の把握が重要になる。サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームの場合、住まいの運営事業者と外付けサービス提供事業者が同一の法人という形態も多く、一般居宅とは明らかに異なるサービス提供（利用）が行われているケースも少なくない。今後、2040年に向けてこうした外付け型が一般化する中で、適切なサービス提供が行われているかを保険者が注意深くモニターすることが必要である。
- しかしながら、現在の介護保険のレセプトデータは、一般居宅の居宅介護サービス利用者と、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームの入居者（レセプト上は居宅介護サービ

ス利用者)を区別することができない。今後、住まいの多様化によって、居宅介護サービスの利用パターン分析などは一層重要になることを見込み、レセプトデータや要介護認定データ上の住まい種別の特定が可能なよう、データ項目の仕様変更も検討すべきである<sup>31</sup>。

#### (4) 地域包括ケアに関わる専門職の育成

##### ■ 関係性を意識した働きかけができる人材を

- 今後、包摂的な地域社会を構築し、生活全体をケアすることができる人材を確保していく方向の中では、単に専門的サービスを提供する従事者としてではなく、地域との関わりをもった専門職人材を育成していくことが不可欠である。また、IPW（Interprofessional Work：多職種連携）やIPE（Interprofessional Education：多職種連携教育）についても、単なる専門職間での連携にとどまらず、地域住民や家族、本人を交えた地域全体の中に、多職種連携を位置付けることが重要である。
- 地域包括ケアシステムは、地域での一人ひとりにとってのあたりまえの生活の継続を目標としている。「地域における人の生活」は、血縁・地縁・関心縁など人と人の様々なつながり（関係性）の中で営まれており、したがって、本人と本人を取り巻く環境との関係性を理解し、尊厳ある一人の人間として関わるすることができる「当人理解」の能力を基礎として、本人と家族、地域等の関係性（エコシステム）を意識した働きかけができる専門職人材が不可欠である。すでに触れたように、専門職と利用者が地域の中で多様な人々との接触を前提に生活を支える小規模多機能型居宅介護事業所は、まさにそうした人材を必要とする場でもあり、また育成する場ともいえるだろう。
- また、障害や子ども、低所得の問題など、多様な課題が交錯する地域で専門職人材として活躍するには、縦割りの専門知識を脱し、現在の地域の実態にあった包括的な知識体系が必要である。地域共生社会の実現に向けて、「ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定)」を契機に検討が本格化している保健医療福祉の専門資格における共通基礎課程の創設にあたって、地域での生活全体を支える視点が重要となる。

##### ■ 医療・看護人材の育成に地域の視点を

- 医師における教育課程においても、より地域を意識した視点を取り込んでいくことが不可欠である。現在、総合診療専門医の育成が進められているが、患者を多角的に診るだけでなく、家族や生活背景、地域全体を見ながら、健康の社会的決定要因を理解して、地域の生活者を支え

<sup>31</sup> 大阪府は、サービス付き高齢者向け住宅の入居者のサービス利用状況を分析するため、レセプト内の住所地データを、サービス付き高齢者向け住宅の登録情報と突合しながら分析を実施し、一般居宅とサービス付き高齢者向け住宅でサービスの利用傾向が異なることを明らかにした。利用の特殊性を明らかにしたが、レセプトデータに住まいや住まい方に関する情報が欠けているため、こうした分析には、現状、膨大な作業量を要している。

る専門医として位置付けることが重要であると共に、医学教育の中で2040年の社会を前提とした医師の役割を学ぶ機会を提供していくべきであろう。

- また、医師のみならず、看護師も含め、急性期病棟でしか働いたことのない専門職にとって、回復期リハビリテーション病棟の機能や、地域包括ケア病棟、病院外の地域の役割を知る機会は、日常業務の中では限定的である。地域生活を支える多様な医療機関の役割や多様な職種の機能を学ぶ機会を設けるといった取組は、多職種連携を進めていく上で、基本となるだろう。

#### ■ 介護人材は数の問題だけでは議論できない

- 介護人材の不足も、大きな課題となっているが、単に職員数がそろえばよいということではない。介護職員の中にも、掃除や買い物、調理、話し相手などの家事援助中心型の人材、家事だけでなく介護も担える人材、重度の心身障害にも対応できる人材、そしてこうした人材をマネジメントしつつ、その他の専門職や、地域のインフォーマル資源と利用者との関係性をつなぐといったマネジメントの可能な人材まで、幅広い人材が存在する。
- 介護人材の中でも、とりわけ専門職としての高度人材を育成していくためには、それぞれのサービスの技術を高める範囲にとどまりやすいOJTだけでは、他の地域資源との関わりや他の職種の様子を俯瞰することも難しく、限界があると言わざるをえない。したがって、仮に時間や財源が必要だとしても、中長期的な投資として、高等教育機関において介護・福祉職としての理論構築を進め、新たな指導者群を養成するといった努力をこの段階から積み上げておくべきであろう。

### (5) 2040年のケアマネジメント

#### ■ 「生活全体を支えるマネジメント」へ

- 2040年に向けて、家族のニーズではなく、本人のニーズに合った生活の実現に向けて地域資源を結び付け、その活用を通じて、可能な限り本人の望む生活を支援していく個別性の高いケアマネジメントを実現していくことが求められる。
- 介護支援専門員は、医師や看護師、介護福祉士等の資格とは異なり、歴史的に介護保険制度の中でその役割が規定されてきた経緯もあり、ケアマネジメントが介護保険制度内のサービス給付管理の範囲にとどまる傾向も見られる。今後、ケアマネジメントは、介護保険以外の公的制度と連携していくことは当然として、地域の民間サービスや住民主体の活動など、地域で生活を継続していく中で必要とされる資源を適切に組み合わせる能力がこれまで以上に求められるであろう。すでに、介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防ケアマネジメントや、自立支援型地域ケア会議において、ケアマネジメントの視点は、介護保険制度の枠をこえて、民間サービスや地域の住民活動までその範囲を広げている。



## ■ ケアマネジメントの業務改善

---

- また、一方で、こうした役割を十分に果たすには、給付管理に追われる現在の業務のありかたについても再整理し、地域社会に関わるソーシャルワーク機能に注力できる環境を整備することも重要である。特にケアマネジメントの業務のうち、定型化されているもの、情報通信技術等で軽減できる業務は徹底して効率化を進め、ソーシャルワークにかかる業務により集中すべきである。
- すでに民間の決済については、電子マネーだけでなく、スマホによるチケット発券、スマホとコンビニ端末の活用による宅配便伝票の宛先記入の省略などペーパーレス・キャッシュレスが普及しており、連絡調整には、メッセージャーやSNSが一般的になっている中で、介護保険の現場では、電話やファックスによる調整が依然として大きな役割を果たしている。効率化を進めるためには、現場の努力だけでなく、保険給付に関する書式や必要とされる情報の簡素化、実地指導等における証跡のデジタル化を認めるといった制度側の標準化に向けた取組も不可欠である。
- 今後、地域包括ケアシステムが「生活全体を支える仕組み」に向かっていく中で、介護支援専門員の機能が変化しないのであれば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の計画作成責任者やサービス担当責任者、あるいは小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員が現在のケアマネジメント機能の大半を担うことも考えられるだろう。

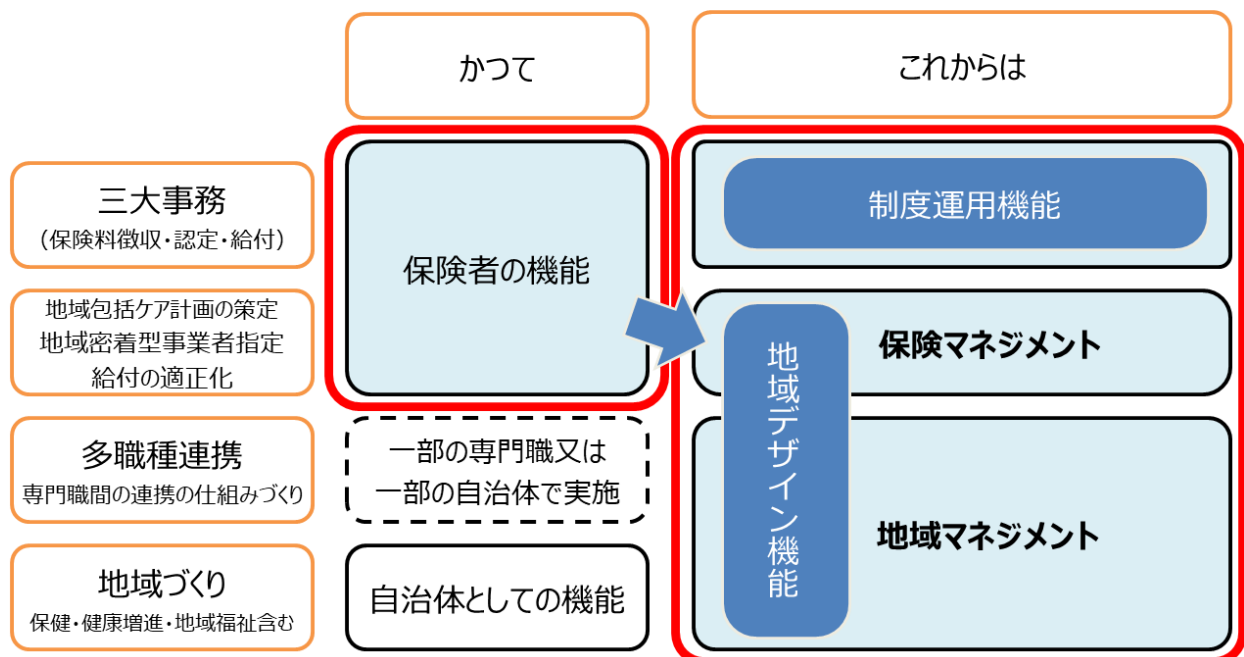
## 5. 行政・保険者の役割の再定義

### (1) 多元的な社会における保険者の機能のあり方

#### ■ 保険者の機能の拡大

- 介護保険創設当初より「保険者機能」の重要性が強調され、制度運営の基本である「保険料徴収」、「介護認定審査会」、「保険給付の管理」の三大事務に加え、介護保険事業計画の策定などが、基本的な保険者機能とされてきた。一方、地域の見守りネットワークといった地域づくりに関する取組の多くは、それまでの地域福祉活動の流れもあり、自治体機能として整理されてきた。
- しかし、2006年以降、従来の被保険者個人に対する保険給付に加え、従来、自治体業務と理解されてきた地域づくりも含め、より幅広い業務として「地域支援事業」が設定され、2015年からは地域ケア会議や、在宅医療・介護連携、介護予防・日常生活支援総合事業など、多様な事業や取組が組み込まれた。2018年度からは、保険者機能強化推進交付金が導入され、その評価指標に地域支援事業の各事業が組み込まれ、地域包括ケアシステムの構築全体が保険者の取り組むべき業務として明示されるようになった。

#### 介護保険・地域包括ケアシステムにおいて保険者に期待されている機能



- さらに、社会福祉法の改正によって地域力の強化と包括的な支援体制づくりに向けた自治体の責務が明確化され、地域福祉計画が上位計画と位置付けられた中で、地域支援事業だけでなく、

より広範囲な自治体の機能と保険者機能を連動させていくことが求められている。すでに介護以外の分野でも、地域生活支援事業（障害）、生活困窮者自立支援事業、子ども・子育て支援事業、健康増進事業など地域を基盤とした支援事業が次々と打ち出されている。

- こうした事業化の過程で行政・保険者の事務や取り組むべき業務は急速に増加した。国からは、地域支援事業を活用した人員体制の増強施策が提示されたものの<sup>32</sup>、各自治体においてその業務量に応じた増員には及んでいないのが現状である。2015年に拡張された地域支援事業は、地域に直接出向いて地域の関係者との対話を必要とするものも多く、単に事務的な処理では取組が進まず、既存職員の兼務での対応では限界があるといえる。

#### ■ 保険者の機能の再整理

- こうした状況も踏まえ、地域づくりを具体的に推進するためには、保険者機能の再整理を行い、それぞれの保険者において、優先課題を明確にした上で、すべてを行政で実施するのではなく、濃淡をつけた取組を検討することが必要である。
- まず、保険者機能のうち、保険制度の運営に関わる業務として、保険料徴収、要介護認定、保険給付の管理にかかる事務といった制度運営に不可欠かつ定常的な事務（いわゆるルーティン業務）を抽出し、これらを「制度運用機能」とする。これらの事務の多くは定型的ではあるが、遵守すべき規則や仕組みが複雑であり、基本的な仕組みを理解するだけでも一定の期間を必要とする業務である。しかし、地域ごとの違いは少なくマニュアル化も比較的容易である。
- 一方で、地域におけるサービスの提供体制の構築や、専門職の連携、地域づくりなど、それぞれの地域の実情に応じて仕組みや取組をデザインする業務を包括的に「地域デザイン機能」として整理する。「地域デザイン機能」には、大きく2種類のマネジメントの対象分野が含まれている。地域包括ケア計画の策定や地域密着型サービスの指定及び指導、給付の適正化など介護保険制度の運用に関わる「保険マネジメント」と、地域づくりや多職種連携のための仕組みや取組を担う「地域マネジメント」の2種類が考えられる。地域マネジメントは、介護保険制度においては、地域支援事業に該当する取組とその大部分が重なる。
- 2つのマネジメントは、排他的なものではなく、相互に関係しあい、重複しているが、いくつかの点で異なる特徴がある。「保険マネジメント」は、介護保険制度のマネジメントであり、保険給付額のデータなど、比較的客観的な数値でとらえやすいのが特徴である。これに対して、「地域マネジメント」は、事業者だけではなく、住民やボランティアグループ、民間サービス事業者など、地域の多種多様な関係者が参加することから、実態の把握や課題の抽出、目標の設定まで、客観的な数値だけでは把握できない要素も多く、また具体的な取組の内容の決定、役割分担など、それぞれの工程で関係者間の調整がより重要な意味を持つ。

<sup>32</sup> 消費税における社会保障充実分を活用することで、生活支援コーディネーターや在宅医療・介護連携相談コーディネーター、認知症地域支援推進員を新たに雇用することで、保険者側の体制強化を目指した。

## (2) 行政の今後の方向性

### ■ 地域デザイン機能とは何か

- 「制度運用機能」が、介護保険制度など既存の仕組みを円滑に実施していく定常的な業務であるのに対して、「地域デザイン機能」は、将来目指す社会のイメージを設定し、その実現に向けて取組を進めていく発展的な取組であるといえる。
- 現在の状態を前提として、その延長線上に 2040 年の社会像をイメージするのではなく、2040 年の社会のあり方、つまりビジョンやイメージをゴールとして固定し、そこから時間をさかのぼりながら、それぞれの将来の時点において到達しているべき具体的な指標を設定し、必要な取組に分解していく（バックキャスト）過程を「地域デザイン」と定義することができる。昨今の事業計画策定において、ビジョンや地域の目標設定が強調されるのも、こうした地域デザインの考え方に依拠しているためだ。
- 現状の延長線上に将来像を設定しない以上、設定したビジョンやイメージに到達するためには、その過程で、何らかのイノベーションを必要とすることも多いだろう。これまでのやり方の延長線ではなく、これまでは発想しなかった、あるいは何らかの理由で躊躇していたようなやり方を採用する必要もあるかもしれない。こうしたイノベーションを、行政主導の一方的なマネジメントで実現することが困難だからこそ、地域の関係者による「参加と協働」が不可欠なのである。

### ■ 今後、行政が注力すべきは、「地域デザイン機能」

- 現在、各自治体で進められている地域支援事業（地域マネジメント）は、地域デザイン機能を必要とする業務であり、従来の「制度運用機能」を前提とした行政の視点で取り組むと、どうしても「マニュアル通りにやれば結果がでる」あるいは「先進事例をコピーしよう」といった発想に陥りやすく、地域の実情にあった取組が生まれにくい。したがって、まずは、行政の地域支援事業に対する理解を一新し、企画調整を中心とした業務であることを前提とした体制づくりも求められるだろう。
- したがって、今後は、各自治体の人員を最大限「地域デザイン機能」に集約していくことが必要である。厳しい定員管理の中、地域デザイン機能に十分な人員を投入するためには、定型化されている「制度運用機能」に係る業務を、外部の専門機関または、広域を単位とした組織に一括委託し、行政・保険者が本来業務である「地域デザイン機能」に注力するための余力を作りだすべきである。要介護認定業務については、制度創設当初から広域連合や一部事務組合、共同設置をはじめとして外部化が進められているが、さらに、保険料徴収、給付の管理などについても、より広域単位での委託等で対応が可能だろう。

## ■ プラットフォーム・ビルダーとしての行政

- 多様化する地域の状況に加え、人口減少が進行していく中、行政もまた地域の守り方を変える必要がある。すでに全国のすべての市町村が、統一的な取組手法で、地域住民の生活を守ることは非現実的になっている。例えば、現在、地域包括支援センターには、三職種の配置が原則とされているが、地域によっては、介護サービス事業所の職員確保も困難な状況にあり、三職種を配置することが現実的ではない場合も少なくない。また専門職の配置を優先すれば、地域の介護サービス提供者を失う可能性もある。むしろ、三職種にこだわらず、既存の介護サービス事業所が、地域包括支援センターの機能の一部を代替するといった柔軟な運用も地域によって必要だろう。
- このような問題は、地域包括ケアシステムの構築の場面に限らず、地方行政の傾向として、様々な場面で表出するだろう。総務省「自治体戦略 2040 構想研究会」の第一次報告<sup>33</sup>も、今後の人口減少社会において、自治体は、行政がすべての役割や機能を自前で担うといった「行政のフルセット主義」を排し、地域の多様な資源が協力し合う場を設定する「プラットフォーム・ビルダー」になることを求めている。
- このプラットフォームには地域の医療・保健・福祉・介護などの各分野の専門職に加え、住民やボランティア、地域のNPO・企業などのビジネス分野も分野を越えて関わっていくことが想定されている。そこに参加する具体的な関係者は、まさに、地域の実情を反映したものになり、このプラットフォームにおける関係者間の化学反応で、その地域に特有の仕組みや地域の形が生まれていくのである。
- 地域デザインを進める上で欠かせないコーディネーション機能を行政が担う場合もあるだろう。実際、生活支援コーディネーターを行政職員が担当している場合も少なくない。誰が担うかは、それぞれの地域によって異なる。また、こうした「場」の立ち上げは、仮に行政の外側にコーディネーション機能を果たす人がいるとしても、行政がかかわった方が、関係者の参加に向けた心理的なハードルも下がりやすい。地域の先進的な取組も初期の段階は、どうしても特殊な取組に見えてしまい、周囲の関係者が参加しにくい場合もある。先進的な取組を進める際には、行政がプラットフォーム・ビルダーとして後見的な役割を果たすことも期待されるだろう。

## ■ 求められる行政の業務スタイルの変化

- 地域の課題解決を行政が丸抱えし、施策を検討し、実行、あるいは実行を依頼するといったスタイルから、地域の各種専門職団体や事業者、住民グループや地縁団体等の参加を得つつ、多様な主体が結合・連携する場を提供するためのコーディネーション機能を持つスタイルに移行すること、すなわち「参加と協働」を重視した行政を志向していく。このような役割を行政が担うためには、行政職員が「地域包括ケアシステム」を介護保険事務の延長として考えるので

<sup>33</sup> 総務省「自治体戦略 2040 構想研究会 第二次報告～人口減少下において満足度の高い人生と人間を尊重する社会をどう構築するか」（平成 30 年 7 月）

はなく、地域づくりのための企画業務であるということを強く認識し、そのミッションを担う人事を検討していくことが重要である。

- また、地域づくりという視点に立てば、従来の財政方式による取組だけではなく、近年、各地で試みられているソーシャルインパクトボンド（Social Impact Bond）などの社会的な価値向上というアウトカム（成果）重視の財政方式の拡大も、今後の方策として積極的に検討していくべきであろう。ともすれば、行政は、最も安く確実に仕様書通りに取組を実施できる事業所に業務委託してきたが、今後、地域デザイン機能を十分に発揮するためには、社会的インパクトや価値向上という成果に重点をおいた投資的な取組も必要になっていくだろう。

#### ■ 行政によるサービスの質の確保への関わり

- また、サービスの質の確保も保険者の機能として重要な機能である。従来の制度枠組みにおいては、実地指導や監査といった形で行政が質の確保に取り組む形態が主流であったが、行政が、医療介護の専門職としての視点から指導監査を行うことは、体制面や技術面からも困難であり、一般的には、国が示した基準に適合しているかについての指導監査となることが多く、事前に告知した書類の不備を確認するといった形式的な指導監査になりやすい。こうした指導監査は、いわゆる最低基準を満たしていることを確認する仕組みとして機能することが多く、ともすれば、最低基準が最高基準となってしまうことも懸念される。
- こうした過去のサービス提供実績が、基準に適合しているかといった規則への適合評価だけでなく、事前に取り決めた成果指標に基づき評価することも必要であろう。あわせて、複雑になっている加算制度は、こうした書類確認型の指導監査の原因であり、「包括報酬型」サービスの促進を進めつつ、報酬体系の簡素化を進めるべきであろう。
- また、地域における標準的な研修の実施などによって、一定の価値観の共有を前提とした認証制度等、地域における関係者間の目線をあらかじめ合わせておくような手法を用いることも検討すべきだろう。こうした評価方法の構築を、各地域単位で作り上げていくと、指導の基準や観点は、今まで以上に多様化し、それぞれの地域の「ご当地基準」が形成されていくことになる。ある地域の評価指標や指導監査の視点が、他の地域では、有効活用できないといったことは、すでに地域密着型サービスの指導監査でも見られるが、今後はさらにこうした傾向が強まっていくだろう。

### (3) 地域包括支援センターの役割

#### ■ 全世代・全対象者対応型の地域包括支援センターへ

- 2040年に向けては、地域包括支援センターの基本的な機能である総合相談の観点からは、全世代・全対象者対応型の相談窓口としての機能を持つ地域の拠点となることが前提になる。すでに触れたように、家族の抱える課題の複合化に加え、単身世帯の増加など、個人の抱える課

題の複雑化は避けられず、また地域資源の組み合わせも、これまで以上に多様になることが想定される。

#### ■ 本来業務である地域マネジメントに注力できる体制づくり

- 一方で、地域包括支援センターの使命の中には、地域の多様な関係者とともに地域の仕組みづくりを進める業務（地域マネジメント）も重要な位置を占めており、業務は単に個別ケースの支援への対応にとどまらない。しかしながら、2006年以降、介護予防支援の役割を従来の居宅介護支援事業所から地域包括支援センターに集約する過程において、地域包括支援センターは現業を持ち、多くの時間を割くことになったことから、地域マネジメントという本来の役割について、十分な関わりを維持できなくなってきた経緯もある。
- 2040年に向けて、地域包括支援センターの地域マネジメントにおける役割を明確化するとともに、その主たる担い手として体制構築を進めつつ、地域によっては、小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービス事業所に地域包括支援センターのブランチ機能を持たせる方法や、中学校区よりも小さい圏域にコーディネーション機能を持つ職員やコーディネーターを配置するなど、多様な方法で地域マネジメントを実現するための改善を進める必要があるだろう。
- 一方で、地域包括支援センターの業務負担は、看過できない水準にもあり、現在のように個別支援を丸抱えした状態では、地域マネジメントの役割を果たすことは困難である。地域支援事業の多くは企画業務であり、地域の関係者と対話を深めながら価値観を共有し、地域を創造していく過程であることから、地域包括支援センターがこうしたプラットフォーム・ビルダー（場や機会を提供する主体）として機能するためには、いわゆる現業である介護予防支援などの個別支援業務の負担を軽減し、地域マネジメント業務に振り向ける余力を生み出すべきではないだろうか。
- ただし、地域マネジメントを円滑に進めるためには、地域包括支援センターを含めた行政が、単にマクロの数値だけをもとに施策を検討しても、それぞれの地域の実情に即した取組を推進することは難しい。あくまで個別支援の積み上げから得られるミクロの視点からの経験や情報と、統計的なデータから得られるマクロの情報の双方を行き来しながら、その地域の実情にあった取組が生まれてくる。地域ケア会議など、個別支援の情報を得る場面に継続的かつ主体的に地域包括支援センターが関わっていくことを前提として、個別支援と地域マネジメントのバランスをいかにして保持するかが、今後の大きな課題であろう。

#### (4) 国において検討すべき制度面での縦割りからの脱却

- 生活全体を支える仕組みづくりについては、市町村やサービスの提供の現場だけの努力では対応しきれない部分もある。すでに見てきたように、実際の現場の課題の多様性、また制度を越えた課題の複合化が進む中、医療保険と介護保険、障害者支援制度が別々の制度として運営さ

れることの限界を認識し、時間をかけて制度間の縦割りから脱却する努力も行うべきであろう。

- 介護保険は、財源においても、また制度の面でも医療保険や福祉制度から分離されて設計されたが、利用者へのサービス提供の一体性の保持の観点からは、今後、これらの制度間の連携をより強化し、地域共生社会へと向かうロードマップの通過点として制度のあり方も検討していくべきではないか。

## (5) 行政・保険者に対する支援

### ■ データを活用した戦略立案にむけて

- 各市町村が、それぞれの地域の実情に応じた戦略を立案するには、個別ケースの支援を積み上げだけでは不十分であり、多種多様なデータの把握・検討が欠かせない。すでに、日常生活圏域ニーズ調査や要介護認定データを活用した在宅介護実態調査などが調査としては標準化されており、日常生活圏域ニーズ調査については、厚生労働省の「見える化」システムにも今後収載され、全国の自治体との比較もできるようになる。国保のデータベースであるKDBについても各市町村の貴重な情報源である。全国規模のデータベースであるNDBについてもすでに運用が始まっている。
- しかしながら、行政・保険者においては、こうしたビッグデータやICTを活用するための人材あるいはノウハウが十分ではない。したがって、国や都道府県、研究者等がこれらのデータを分析・加工することによって市町村や保険者による活用支援を進めるといったことを、より積極的に推進すべきであろう。例えば、多地域や多時点、多施設間での比較評価が有用であり、そのためにはデータ収集方法や評価指標の国による標準化が必要である。

### ■ 行政・保険者を支援するための体制整備

- 市町村が保険者機能を高め、特に「地域デザイン機能」の面で実効性の高い取組を自律的に実施できるように支援していくには、座学研修等による基礎的な知識・情報の習得（Off-JT）と、実際の個別の市町村現場での直接支援（OJT）の2つをバランスよく組み合わせることが重要になる。特に、地域デザイン機能については、その範囲も広く、介護保険の知識だけでなく、介護保険以外のまちづくりの視点、データの読み方、プロジェクトマネジメントなど幅広い知識や情報を必要とする。
- 2018年度から保険者機能強化推進交付金が導入されたこともあり、市町村に対する地方厚生局・支局や都道府県の支援体制の強化が進められている。しかしながら、都道府県職員もまた、自治体の人事異動の中で支援のノウハウを蓄積することが難しく、実効性の高い市町村支援体制を構築することは困難である。
- したがって、都道府県が市町村支援を行うにあたっては、一定の専門知識の提供が可能であり、かつ現場に展開し、具体的な支援を実施できる基盤を持つことが重要になる。その観点から、



例えば、保健師養成の機能がある大学や、地域に根差した大学・研究機関、各地域の実情に精通した NPO や民間企業、各種団体等の役割も、今後の保険者機能の強化において期待されるだろう。

## 6. おわりに

- 本提言では、2040年の日本社会が多元的な社会に転換していくことを軸に、地域包括ケアシステムのあるべき姿について提案してきた。これまでの医療・介護の仕組みは、全国共通のサービスと仕組みを基盤として、比較的標準化されたケアを提供する仕組みをベースに運営されてきた。今後は、医療・介護・生活支援等のニーズの増大と人口減少の中で、そして何よりも社会の多元化の中で、いかにして個人また地域のそれぞれの実情にあったケアとサービスを各地域でデザインしていくかが大きな課題となる。
- 国においては、介護サービスのデザインを出来高払いによる単品サービスから、「包括報酬型」在宅サービスに転換していく流れをさらに推し進めるべきである。またサービスの提供現場においては、個人の尊厳と個別性を尊重した生活を支援するため、決められたサービスを決められた時間に一方通行にサービス提供するのではなく、生活全体を利用者と共に支えるケアに転換していくことが、これまで以上に重要になるだろう。このことは、地域住民側からみれば、専門職や行政にお任せの地域の仕組みづくりではなく、住民や利用者も参加・協働するまちづくりとして地域包括ケアシステムを進めていくことを意味している。
- また、こうした地域づくりを推進するために、行政・保険者が、介護保険の制度運営を円滑に進めるための制度運用の業務から、地域デザインを住民関係者とともに進めるためのプラットフォームづくりに業務の重点を移していくことを意味している。
- そして、これからの地域包括ケアシステムの構築においては、現状の延長線上に2040年の社会をイメージするのではなく、2040年の多元的な社会を包摂できる地域の仕組みをまずそれぞれの地域でイメージし、その実現のため、残された時間に実施すべき取組をそれぞれの地域で明確にしていくことが何より大切であろう。

<索引>

「植木鉢」の絵 .....	13	参加・協働.....	15, 17, 40
「包括報酬型」在宅サービス	19, 20, 22, 24, 40	参加と協働.....	16, 17, 18, 34, 35
8050 問題.....	8	三大事務 .....	32
ACP .....	15	施設の多様化 .....	28
ICT.....	7, 8, 38	自治体戦略 2040 構想研究会.....	35
IoT .....	6	市町村協議制 .....	24
IPE.....	29	市町村事業化 .....	26
IPW.....	29	指導監査 .....	36
KDB .....	38	社会的孤立.....	20
NDB .....	38	社会的排除.....	12
OJT.....	22, 30, 38	社会的包摂.....	12
SNS.....	7, 8, 31	住宅型有料老人ホーム .....	23, 28
インフォーマル資源.....	30	主治医・副主治医制度 .....	27
運営推進会議.....	17	生涯未婚率.....	8
介護医療連携推進会議 .....	17	小規模多機能型居宅介護	17, 19, 20, 21, 23, 29,
介護支援専門員 .....	16, 30, 31	31, 37	
介護人材 .....	23, 30	人口減少 .....	9, 10, 21, 26, 27, 35, 40
介護の社会化.....	8	人生 100 年時代.....	6
介護予防・日常生活支援総合事業	6, 16, 17, 26,	スポンジ化.....	10
30, 32		住まい化 .....	28
回復期リハビリテーション病棟.....	30	住まいの多様化 .....	28, 29
家族介護 .....	8	生活困窮者自立支援事業.....	33
協議体.....	17	生活支援6, 10, 16, 17, 18, 19, 20, 26, 30, 32, 33,	
行政のフルセット主義 .....	35	35, 40	
暮らしの保健室 .....	17	生活支援体制整備事業 .....	10, 17, 18
ケアマネジメント.....	16, 30, 31	生活者へのエンパワーメント.....	14, 15
健康格差 .....	7	生活全体を支える地域の仕組み.....	19
健康増進事業.....	33	生活全体を支えるマネジメント.....	30
高齢者雇用安定法.....	6	制度運用機能 .....	33, 34
高齢者介護研究会.....	5, 13	成年後見制度 .....	14
コーディネーション機能.....	18, 35, 37	全世代・全対象者対応型.....	36
コーディネーター.....	18, 33, 35, 37	総合診療専門医 .....	29
子ども・子育て支援事業.....	33	ソーシャルインパクトボンド.....	36
サービス付き高齢者向け住宅 .....	23, 28, 29	尊厳の保持.....	5, 12, 13
在宅医療・介護連携推進事業 .....	16, 17, 18	体操教室 .....	7, 17
在宅療養支援診療所.....	27	多元的な社会 .....	5, 12, 15, 16, 32, 40

多職種連携.....	16, 29, 30, 33
地域医療連携推進法人 .....	27
地域共生社会 .....	12, 17, 22, 29, 38
「地域経営型」自治 .....	11
地域支援事業 .....	16, 17, 18, 32, 33, 34, 37
地域デザイン... ..	15, 16, 17, 19, 34, 35, 36, 38, 40
地域デザイン機能.....	33, 34, 36, 38
地域包括ケア計画.....	33
地域包括ケア病棟.....	30
地域包括支援センター .....	21, 22, 35, 36, 37
地域包括報酬 .....	22
地域マネジメント.....	33, 34, 37
地域密着型サービス....	16, 17, 23, 24, 33, 36, 37
地方厚生局・支局.....	38
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	19, 21, 27,
	31
出来高払い.....	17, 22, 40
当人理解 .....	29

独自施策 .....	17, 23, 24, 25
独自報酬 .....	24
ニッポン一億総活躍プラン .....	29
認知症の人の日常生活・社会生活における意思 決定支援ガイドライン.....	14
バックキャストイング .....	34
ビッグデータ .....	7, 38
ひとり暮らし.....	8, 27
標準世帯 .....	9
複合型サービス .....	19, 20
負動産 .....	10
プラットフォーム・ビルダー.....	35, 37
包括払い .....	22
保険者機能.....	32, 33, 38, 39
保険者機能強化推進交付金 .....	32, 38
保険マネジメント.....	33
学びの「場」 .....	18
「見える化」システム .....	38

平成 30 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の深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究  
報 告 書

平成 31 (2019) 年 3 月

発行 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

住所 〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2 オランダヒルズ森タワー