

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

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>

地域包括ケアシステムと地域マネジメント



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

平成 28(2016)年 3 月

【目次】

はじめに.....	1
1. 地域包括ケアシステムを構築するための「地域マネジメント」	2
試行錯誤が続く自治体の地域包括ケアシステム構築	2
「地域マネジメント」とは何か	2
2. 2040年に向けた地域包括ケアシステムの展望.....	4
利用者からみた「一体的」なケアが求められている	4
地域特性にあった地域包括ケアシステム	5
地域包括ケアシステムと「自助・互助・共助・公助」.....	8
人生の最終段階におけるケアのあり方を模索する	11
進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」	12
3. 自治体による地域マネジメント	16
地域マネジメントに必要な「現状把握」「目標設定」.....	16
自助・互助の促進には、新しい地域マネジメントの視点を	18
介護サービスの基盤整備に向けた地域マネジメント	21
医療・介護連携と多職種連携の促進	24
各種行政計画の調整	25
4. 地域マネジメントを強化するために	27
自治体の地域マネジメント力を向上させるための取組	27
都道府県の役割	31
国の役割	33
5. 「一体的」なケアを提供するためのケアマネジメント	34
介護保険法における基本的な視点の再確認	34
インフォーマル資源とケアマネジメント	35
ケアマネジメントの基本の再認識	35
ケアマネジメントのプロセスの協働化	36
居宅介護支援事業所の指定権限の市町村移譲に向けて取り組むべきこと	37
おわりに.....	38

はじめに

- 地域包括ケア研究会は 2008 年に、厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として、田中滋慶應義塾大学大学院教授（当時）を座長に、高齢者政策の専門家によって設立された。これまで 4 期にわたり研究会が開催され、地域包括ケアシステムの基礎的な考え方や政策の方向性について広く社会に提案してきた。
- 特に提案にあたっては、①中長期的な視点を踏まえて政策の大きな方向性を提案すること、②地域包括ケアシステムを介護保険制度の仕組みと考えるのではなく「自助・互助・共助・公助」のバランスの中で検討し提案すること、③単に、介護の仕組みとして考えるのではなく、医療や生活支援、住まいなども含めた複数の構成要素を包括的に結び付ける仕組みとして地域包括ケアシステムを整理してきた。
- 2008・2009 年度（第一期～第二期）の研究会では、地域包括ケアシステムの定義として「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」とし、地域包括ケアを支える「システム」と「人材」の観点から具体的な論点に対して提案を行った。
- その後、2012 年度（第三期）の研究会では、地域包括ケアシステムをより広く社会に説明するため、システムの基本的な要素として「自助・互助・共助・公助」や「地域包括ケアシステムの構成要素」を「植木鉢の絵」でわかりやすく提示するなど、システムの骨格となる概念整理を行ってきた。また 2013 年度（第四期）においては、医療と介護連携や医療系サービスの重要性も強調するなど、その議論を深めてきた。
- いよいよ 2025 年まで 9 年を切り、自治体ごとに地域包括ケアシステムの構築をさらに加速化させる必要がある。2015 年度（第五期）は、地域包括ケアシステムの構築を進めるために求められる自治体の大きな役割を、「地域マネジメント」の実践として整理し、自治体がその力を十分に発揮し、地域包括ケアシステムの構築に向かうための具体的な提案について議論を行った。

1. 地域包括ケアシステムを構築するための「地域マネジメント」

試行錯誤が続く自治体の地域包括ケアシステム構築

- 2008 年度（第一期）の地域包括ケア研究会の立ち上げからすでに 8 年が経過しており、地域包括ケアシステムの構築をめぐる社会的な認識や検討すべき課題も大きく進展した。各自治体では、地域包括ケアシステムに関する委員会や講演会が数多く開催されるようになり、多くの自治体の介護保険事業計画が、地域包括ケアシステムに言及するようになってきている¹。
- また、厚生労働省の「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—」でも地域包括ケアシステムと共通の理念が明確に示され、日本の福祉サービスが「高齢者、児童、障害者など対象ごとに充実・発展してきた」歴史を踏まえながら、近年は「様々な分野の課題が絡み合って複雑化したり、世帯単位で複数分野の課題を抱えるといった状況がみられる」こと、その結果、地域全体で「分野を問わず包括的に相談・支援を行うこと」の必要性を指摘している。
- 一方、地域の実情にあわせた地域包括ケアシステムの構築については、従来の全国一律の制度運用とは異なるアプローチが不可欠だが、ほとんどの自治体が試行錯誤の段階にあり、必ずしも円滑に取組が進んでいるとはいえない。2015 年度から開始された介護予防・日常生活支援総合事業は、地域包括ケアシステム構築の入り口に位置づけられる事業であるが、2015 年度中に事業を開始した自治体は 283 自治体にとどまっている²。さらに、地域ケア会議や在宅医療・介護連携推進事業についても、それぞれの地域資源の状況やこれまでの取組の蓄積によってとるべきアプローチが異なることから、自治体主導の取組にはさらに時間が必要である。
- こうした地域包括ケアシステムの必要性の高まりの中で、自治体が多く課題を抱えながら取組を進めている今日の状況を踏まえ、今年度の地域包括ケア研究会では、自治体が円滑に地域包括ケアシステムの構築を推進するための「地域マネジメント」の必要性について議論を行った。

「地域マネジメント」とは何か

- 本報告書における「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行うことで、目標達成に

¹ 介護保険事業計画で地域包括ケアシステムの構築に関する基本理念を定めた保険者は 1,150 保険者 (72.8%)、介護保険事業計画のタイトル、副題、本文において「地域包括ケア」に言及した保険者は 1,054 保険者 (64.0%) であった (厚生労働省による「第 6 期介護保険事業 (支援) 計画に関するアンケート結果」、平成 28 年 3 月 7 日)。

² 厚生労働省、平成 28 年 1 月調査「介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業実施状況」による。介護予防・日常生活支援総合事業は、平成 27 年 4 月の実施を原則としているが、それぞれの自治体の実情にあわせ平成 29 年 4 月まで実施を延期できる。

向けた活動を継続的に改善する取組」と定義している。これを適切に繰り返す過程は、まさに地域包括ケアシステムの構築における工程管理といえるだろう³。

- 地域マネジメントにおける「地域」とは、具体的にどの単位を意味するのだろうか。一言で「地域」といっても、「向こう三軒両隣」や町内会などのイメージから、自らの住んでいる市区町村のイメージまで幅広い捉え方がある。決められた物理的な範囲を示すのではなく、「なじみのある関係性がある範囲」の意味で捉えることもできるだろう。
- 一方、中学校区をおよその基準としている日常生活圏域は、地域包括ケアシステムを検討する際の一つの単位として定着しているため、地域マネジメントの単位として日常生活圏域も想定されうるだろう。ただし、その構築主体は、「自治体＝保険者」であるため、「地域包括ケアシステム」構築過程における「地域マネジメント」は、「保険者機能」の延長線上にあると捉えるのが自然だ。したがって、地域マネジメントの単位としては、自治体が適当と考えられる。
- 自治体による「地域マネジメント」においては、地域の実態把握と課題分析を通じて設定された地域の目標を達成するために、「自助・互助・共助・公助」に基づく「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」「介護予防・生活支援」「住まい」の各資源をいかに発掘・整備し、組み合わせ、ニーズに対応していくのかの検討していくことになる。

³ これは、個人を対象とした「ケアマネジメント」が、「インテーク(本人の意向の確認)」「アセスメント」「目標達成に向けたケアプランの作成(ケアマネジャーによる原案の作成、サービス担当者会議を通じた修正・確定)」「ケアプランの実施」「モニタリング」「評価・ケアプランの見直し」と表されるプロセスで実施されることと、概ね同様と考えられる。また、「地域マネジメント」の中で、地域目標を達成するために必要とされた資源が、実際にその求められる機能を十分に発揮するためには、現場の「(個別援助計画を含めた)ケアマネジメント」を通じた実際のサービスに「地域マネジメント」の理念を如何に反映するかが重要となる。そのためには、データ等に基づく地域の実態把握・課題分析等を通じ、地域の共通目標を設定し、これを関係者間で共有するあり方が重要となる。

2. 2040 年に向けた地域包括ケアシステムの展望

- では、各自治体は、地域マネジメントを行うことによって、2040 年に向けて、どのような機能をもった地域包括ケアシステムを構築していくのだろうか。
- 地域マネジメントの出発点は、地域の課題が何か、またどのような地域社会を作るのかに関しての、関係者間での目標や考え方の共有（規範的統合）である。企業であれ、スポーツチームであれ、組織内での「目標の共有」や「考え方の共有」が成果を上げる要因とされることも多い。地域には、多様な立場と考え方を持つ事業者や専門家、住民がいる。一人ひとりの意見を尊重しつつ、関係者に共通の理解を求めていくことは、それ自体が困難な過程であるが、人口減少社会において、地域の潜在力を高めるためには、可能な限り、各関係者が共通の目標に向かって力を合わせていくことが重要になる。
- ここでは、地域マネジメントに基づき形成される地域包括ケアシステムが目指すものが、①利用者からみた「一体的」なケアを提供する仕組みであること、②その具体的な姿や構築の過程は一定の共通点が認められるものの、地域ごとに異なるものであること、③地域資源は、「自助・互助・共助・公助」のバランスの上に作られ、とりわけ自助・互助のもつ潜在力が重要であること、④時代の進展に伴い人生の最終段階に関する考え方やケアのあり方が変化していくこと、⑤また地域包括ケアシステムの構成要素は、社会やそれに対応した政策の変更によって柔軟に進化していくものあることについて、これまでの研究会の提言も振りかえりつつ整理していく。

利用者からみた「一体的」なケアが求められている

- 地域包括ケアシステムは、地域の住民が心身の状態が悪化した場合でも、住み慣れた地域において生活を継続できるような仕組みとして定義されている⁴。要介護者の地域生活は、介護だけでなく、生活の前提となる住まいと、自立的な暮らしのための生活支援や社会参加の機会が確保され、必要に応じて専門職による医療、看護、介護、リハビリテーション、保健・福祉サービスなど多様なサービスや支援が必要になる。
- また、在宅生活に臨む本人や家族は、介護の負担や心身状態の急変など、様々な面で不安感を抱えている。こうした不安を払拭するためには、ニーズに応じた多様なサービスや支援が、仮に複数の事業者や専門職から提供されていても、一つのチームから提供されていると感じられる「利用者からみた一体感」が重要になる。
- しかしながら、実際のサービスや支援は多様な法人や団体、事業者によって提供されているのが一般的であり、ともすると利用者は複数の提供者と個別に付き合うことになってしまうケースも少なくない。民間の居宅介護サービスについては、一法人一事業者一事業所といった小規模の場合も多く、地域内で連携を取る場合も、事業者ごとの方針の違いが障壁になりやすい。地域包括ケアシステムは、こうした多様な資源が、

⁴ 地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点」、平成 20 年度老人保健健康増進等事業、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

利用者からみて一体的に提供される体制（あるいは、利用者がそのように感じられる状態）を実現する地域の仕組みづくりである。

- また、連携不足は、地域包括ケアシステムの構築において中心的な役割を果たす自治体の内部でも起こりやすい。例えば、介護保険課、高齢者福祉課、市民協働課、商工課などが、同じ市役所の中におかれた部署でありながら、縦割りによってそれぞれの施策の連携がとれていない状況も発生している。こうした行政内部のバラバラの状況も、一体的な提供体制を構築する上では改善されるべき点といえるだろう。
- サービスの現場や行政の施策において、利用者にとって一体的に見えるケアを実現するためには、地域を単位として、事業者・専門職間の様々な面での相違点の背景を明らかにし、互いの隙間を埋めていく努力が大切である。そのためには、提供者間の情報共有やそのための情報書式の標準化も必要であるし、基本的な手順やケアに対する考え方の統一も不可欠と言える。
- このような過程は、地域資源間の連携、協働、標準化、共有、統合といった様々な形で具体化され、地域資源全体のつながりを強化し、利用者からみた一体的なケアの提供につながっていくことが期待されている⁵。まさに、こうした一体的なケアを提供するための体制づくりを計画的に推進していく主要な手段が、地域マネジメントであると理解しなければならない。

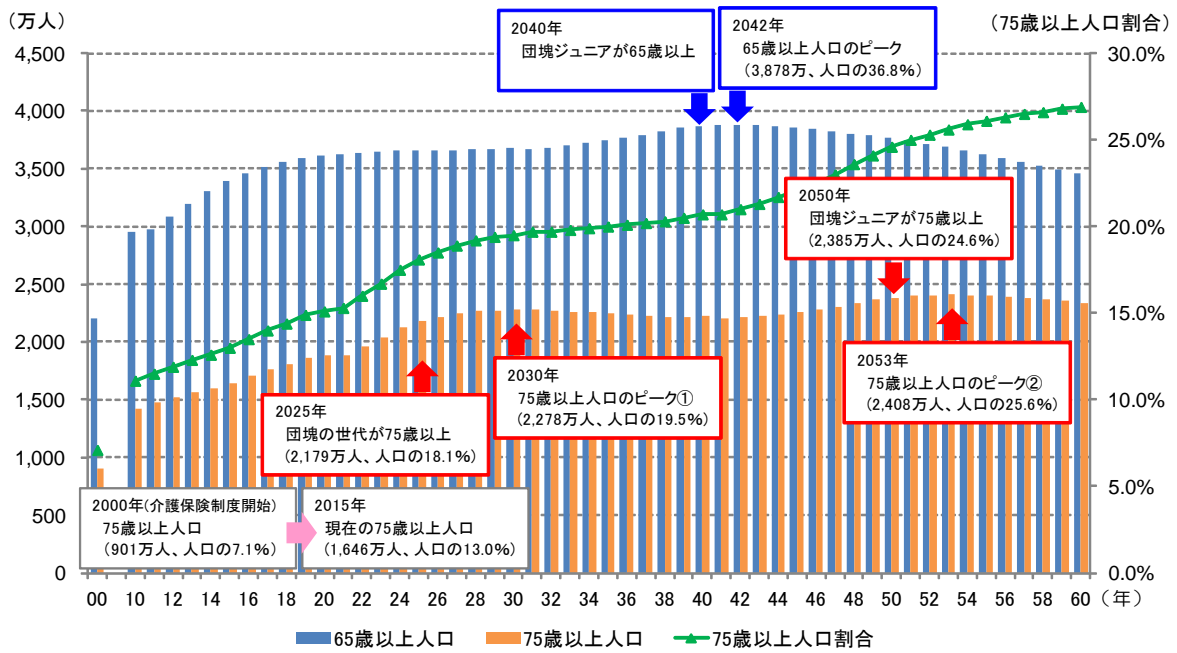
地域特性にあった地域包括ケアシステム

■ 全国的な「地域包括ケアシステム」の必要性

- 地域包括ケア研究会では、団塊の世代すべてが前年末までに後期高齢者に達している2025年を、地域包括ケアシステムの構築における目標年度として設定してきたが、全国的には2025年以降も介護需要は増加し続ける趨勢が明らかである。また、担い手となる生産年齢人口も減少し、2040年前後には、団塊ジュニア世代が現役を引退する65歳に到達する。つまり、2025年は、介護需要の急増に向けた入り口にすぎず、サービス提供体制の維持において様々なリスクが発生する状況は、2040年頃を越えて長期間にわたり継続する。
- また、2025年から2040年にかけては、団塊の世代が75歳から85歳以上に移行する過程で疾病リスクが高まり、また死亡者数も増加し続ける。2039年は、死亡者数のピークと予想されており、そうした意味でも、人生の最終段階における考え方の再整理や看取りの体制や方法について、具体的な検討を行い、実践できる体制を整備する必要性が高まっていく。

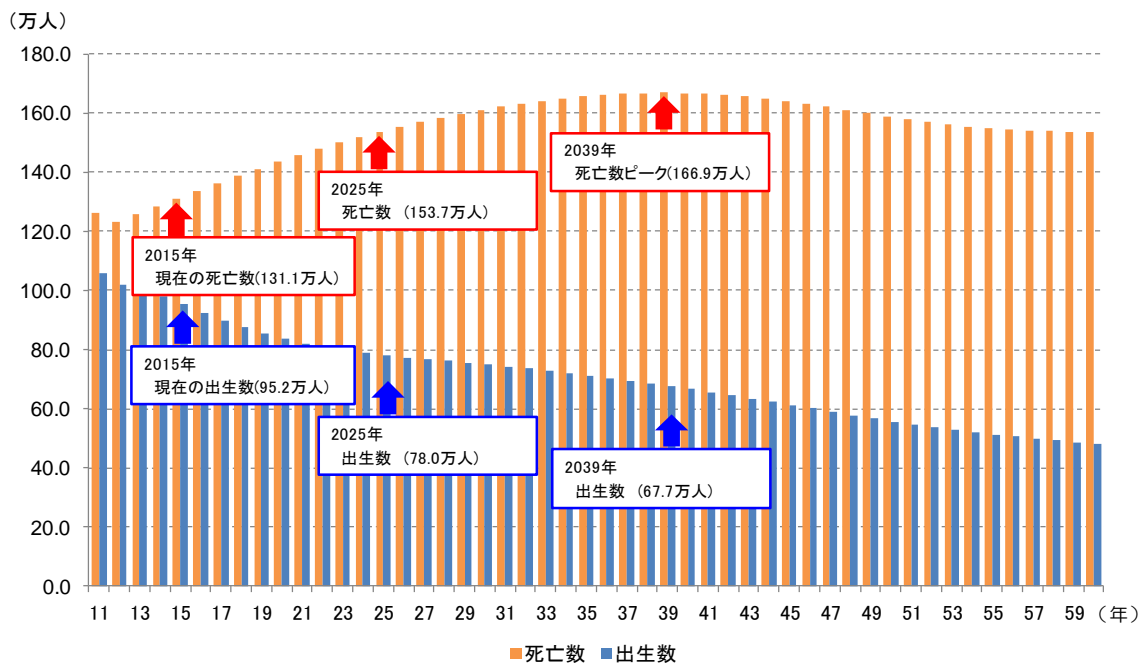
⁵ 地域包括ケアシステムに関する統合の考え方については、筒井孝子「地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略-integrated careの理論とその応用」、中央法規、2014年3月、筒井孝子「地域包括ケアシステムのサイエンス-integrated careの理論と実証」、社会保険研究所、2014年5月を参照。

＜65歳以上人口と75歳以上人口の将来推計＞



資料) 日本の将来人口 (平成 24 年 1 月推計) 国立社会保障・人口問題研究所
ただし、2000 年については、人口推計 (総務省統計局)

＜死亡数と出生数の将来推計＞



資料) 日本の将来人口 (平成 24 年 1 月推計) 国立社会保障・人口問題研究所

○ 一方で、出生数は長期的に減少が続いている。したがって、この傾向に変化がない限り、担い手側の分母が大きくなることは期待できない。今後は、元気な高齢者が担い手側に加わるあり方や、働き方の転換などによって、限られた担い手でいかに生産性の高い支援体制を構築していくかを社会全体で考える必要があるだろう。

- 人口減少社会における介護需要の増加という困難な課題に適切に対応しなければ、家族介護者の負担を軽減できないばかりか、介護離職を引き起こし、企業経営や地域経済への悪影響等も懸念されるなど、マクロ経済や地域生活の様々な局面において社会全体がリスクを背負う事態になる。
- 人口構造の変化やそれに伴う疾病構造、健康水準の変化、死生観も含めた人生に対する価値観の変化の中で、こうした課題に対して適切に対応する必要がある。地域包括ケアシステムは、「あればより幸せ」といった楽観的な姿勢から求められているものではなく、極めて現実的に、地域生活の継続を維持するために不可欠な仕組みとして理解されるべきである。

■ それぞれの地域の実情に合った「地域包括ケアシステム」が必要になる時代

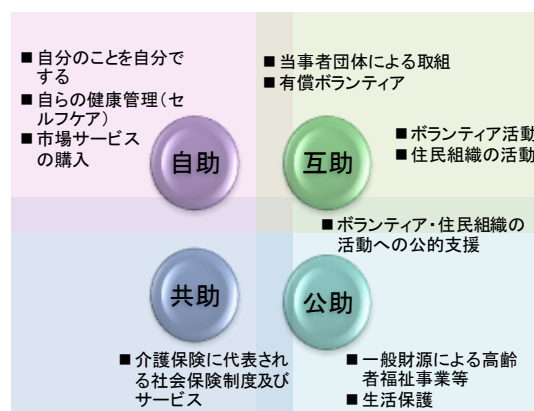
- 実際、すでに人口 10 万前後の地方都市においては、後期高齢者の増加と若年人口の減少を同時に経験しつつある。東京、大阪、名古屋などの大都市に近接する自治体では、そこに住む若年層の勤務先として大都市部が選ばれやすく、地元の介護人材の確保が大きな課題となるだろう。また、大都市においては、担い手となる生産年齢人口の減少は限定的または横ばいであるが、要介護リスクの高い後期高齢者の急速な増加が予想されており、やはり相対的に担い手が十分な状況にはない。
- 中山間地域や過疎地域では、後期高齢者数が横ばいしないし減少傾向の地域も多く、介護需要の急増は想定されないが、担い手側の若年層も含めた人口全体が急速に減少し、地域生活のための基盤の維持が困難なために、市街地への住み替えなどを検討しなければならないコミュニティも珍しくない時代がやってくるだろう。こうした地域では、地域包括ケアシステムを高年齢者への対応としてのみでなく、地域機能の維持・存続の観点からも議論する必要があるなど、地域包括ケアシステムがより大きなリスクへの対応手段として求められている。
- また、2040 年頃に都市部で想定される人口構造に近い状況にすでに直面している中山間地域や過疎地域もあらわれており、全国統一の標準的な地域包括ケアシステムの姿を規定することはできない。逆に、過疎地の現在の姿は将来の都市部と同様だとしても、財政的な環境は 2040 年の状況ほどは厳しくない現在の状況が前提となっており、過疎地の成功事例が、将来の都市部で有効ともいえない。
- このように、各地域が 2040 年に向けて抱える課題はそれぞれ異なるものになる。「高齢化」の進展は全国共通の特徴だが、その「高齢化の姿」は、地域によって様々であり、そのため高齢化によって生じる課題も地域によって異なると想定される。地域の実情にあわせて取組を行う地域包括ケアシステムにおいては、画一的な答えやモデルは存在しない。そうした意味で、これからは地域の数だけ「地域包括ケアシステム」が不可欠になる時代を迎えているといえるのである。

地域包括ケアシステムと「自助・互助・共助・公助」

■ 自助・互助の潜在力

- ただし、こうした状況は、まったく対処が不可能な「打つ手のない」課題というわけではない。地域の資源は有限だが、専門職によるサービス提供体制を見直し、非効率な運営を効率化すれば、同じ数の専門職でもより多くの利用者にサービスを提供することができる場合もある。人口減少という現実はあるが、またあればこそ、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。
- さらに、地域における自助と互助の持つ潜在力も再評価すべきである。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。

<地域包括ケアシステムを支える「自助・互助・共助・公助」>



資料) 地域包括ケア研究会

- それぞれの地域における「自助・互助・共助・公助」のバランスは、文化や経済状況、人口構造、疾病構造、健康水準など様々な要素によって変化する⁶。大都市でも、互助が強く残る地域もあれば、居住者の出入りが頻繁で近隣住民との交流が希薄な地域も

⁶ 2012年度(第三期)の地域包括ケア研究会では、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。自助は、いうまでもなく、自分で自らの生活を支えることであり、自らの暮らしを自分で行うあり方以外にも、市場サービスの購入によって、自らの生活を支える方法も含まれている。互助は、家族や地域の支え合いなど、市場とは異なる生活空間の中で支えあう地域の機能である。共助は、介護保険や医療保険など、社会保険制度を通じて連帯制度化された支えあいの仕組みを指す。公助は、公費を財源とした公的な福祉サービスなどが該当する。

ある。中山間地域などにおいても、地域振興協議会といった互助が仕組みとして確立されている地域や、自然な形で伝統的な農漁村等の中で互助が成立している地域もみられ、単純に自治体の人口規模でバランスが決まっているわけではない。都市部や都市郊外では、「地域の支え合いなどほとんどみられない」といった悲観的な声も聞かれるが、逆に、そうした声が出る理由は、自助や互助の潜在力が十分に活用されていない地域だからともいえ、今後、その潜在力を活用できる余地が残っている地域と考えてもよいだろう。

- 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 2025 年から 2040 年を念頭におけば、「自助・互助・共助・公助」のバランスを改めて考えなくてはならない。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、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、自治体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。

■ 自助の促進から互助への広がり意識する

- 地域生活を継続する際の基礎は、自らの生活を自らで支える「自助」である。自助は単に家事などを自分ですることだけでなく、介護保険法第四条に示されている通り、心身の状態が悪化し、要介護状態にならないよう、自らの健康に対して、適切な知識や情報を得て、具体的に行動し、健康・介護予防に対して自らが責任を持って管理する努力（セルフマネジメント）も含まれている。
- セルフマネジメントが一定程度実現すると、放置していれば悪化したかもしれない健康・介護予防上の問題を回避できたり、問題発生時期を遅くできたりする可能性があり、その結果、要介護状態にならなかつたり、重度化を予防できるケースも期待される。要介護状態の原因となる疾患の中には、長期間の生活習慣に起因するものも多く、若い頃からの食事や運動に関する知識をはじめ、正しい健康に関する知識を住民が確実に得て積極的に実践することや、各自がその能力を最大限活用しつつ、地域社会とのつながりを希薄化させずに、地域の活動に参加していく姿勢が、結果的に健康寿命の延伸や生活の質の向上につながるだろう。
- 高知県高知市の「いきいき百歳体操」、大阪府大東市の「大東元気でまっせ体操」、静岡県静岡市の「しぞ〜かでん伝体操」等は、こうしたセルフマネジメントに関する行政の働きかけから住民の自発的な体操教室が市内全域に展開した成功例である。現在は、同様の取組を全国に展開すべく厚生労働省による支援も行われている。

- また、体操教室の中には、自助としてのセルフマネジメントの範囲を超え、住民の通いの場、あるいは生活空間の一部として認識され、互助を生み出す土壌として成長している事例もみられる。住民主体で取り組まれている体操教室の参加者が、長期間の参加を通じて、なじみの関係を形成し、お互いの困りごとに対して「ちょっとした手助け」をする形で互助が生まれている。足が悪くなった参加者に対して他の参加者が送り迎えを手助けする、帰りがけに買い物と一緒に出かけるなどの互助がみられる地域もある。
- こうした互助は、体操教室を立ち上げる際に行政が具体的に目標として設定したわけではなく、通いの場を長年にわたって住民自身の意欲に基づいて継続してきた結果、副産物として生まれてきたインフォーマルな地域の助け合いである。互助は、社会の正式な制度ではなく、住民の自由な意思の集まりとして、地域の環境の中で築かれる関係性であり、行政による意図的な互助の構築は容易ではない。
- ただし、行政が、自助や互助を直接作ることとはできなくとも、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。

■ 介護保険（共助）の本当の役割と意義を地道に伝える

- 介護保険制度は、その創設以来、介護職員等の専門職によるサービスを保険給付の対象として保障するという方法によって、本人および家族の介護負担を社会で広く受けとめる仕組みとして機能してきた。しかしながら、生活の困りごとのすべてが共助の仕組みである介護保険で対応できるのだろうか。人類はその誕生以来、それぞれの生活は自らの努力（自助）によって成り立ってきた。自助では不十分な事態にあっては、一族や地域の助け（互助）も得ながら、暮らしを継続する場合も多かっただろう。
- 介護保険制度は、「自助」や「互助」だけでは介護負担を受け止められなくなった社会状況に対応して誕生した。ただし、その目的は、「自助」や「互助」を介護保険（共助）で置き換えるものではない。あくまで「自助」や「互助」では対応しきれない部分や、所得等の経済力によって逆選別となりがちだった公助では対応しにくかったニーズに対して、「共助」がこれに対応するとの認識のもとに、介護保険制度は設計され、発展してきた。
- 介護保険法は第4条で、介護保険給付の前提として、国民が自らの健康増進を行い、要介護状態になることを予防するよう努める義務を定めている。介護保険や行政の支援は、最終的に必要な全ての人に提供されるべきであるが、そのような状況の一部は、個々人の努力によって回避又は軽減できる場合がある。自助や互助の積極的な取組は、結果として共助としての介護保険制度の持続可能性を高めると考えられる。
- こうした意識共有のためには、時間をかけて地域文化として定着させていく地道な取組が欠かせない。介護サービスの利用が必要になった段階ではじめて介護保険と向き合うのではなく、元気な時から介護保険について正確な理解を促進するための機会の

提供が重要である。埼玉県和光市では、長年にわたり、地域の自治会や住民グループの求めに応じて、介護保険に関する出前講座を通じて、その制度の解説だけでなく、基本的な考え方も含めて丁寧に説明してきた。こうした地道な努力の積み上げが、「考え方の共有（規範的統合）」という難しい課題への取組として役立つはずである。

人生の最終段階におけるケアのあり方を模索する

■ 人生の最終段階における考え方は今後変化する

- 1960年代頃までは自宅で最期の時を迎える人が多かったが、現代においては医療機関における死亡が約8割となる時代になった。人生の最終段階における考え方や医療介護の連携のあり方、死生観、倫理観、道徳、哲学は、時代によって変化していく。2040年に向かってさらに高齢化が進展すると、病院ではなく、地域の中で人生の最終段階を迎えるあり方も一般的なものになっていくだろう。こうした変化が、改めて新しい死生観を生み出すといった、実態と倫理の変容が循環する進化もみられるだろう。
- 人生の最終段階における医療や介護は未だ標準化されておらず、現状ではたとえ同じような心身状態であっても、在宅、施設、病院等、人生の最終段階をどこで迎えるかによって対応する医療サービス、介護サービスが異なりうる。このことは、人生の最終段階における実際の医療や介護の対応が、本人の意思よりも社会環境に大きく影響を受けることを意味している。超高齢者社会においては、「治す医療」のみでは限界があり、人生の最終段階の医療や介護のあり方を含め、「治し・支える医療」が求められているという変化は、社会保障改革国民会議報告が2013年に的確に指摘した通りである。人生の最終段階に関する多様な考え方に対応した医療・介護サービスのあり方についての社会全体の議論が重要である。

■ 人生の最終段階における意思決定のあり方

- 今後、単身者、認知症の人が一層増加する中で、特に施設入所者や在宅単身者等の人生の最終段階における意思決定について、本人の意思の尊重は極めて重要である。さらに自己の意思決定は、時間の経過に伴い変化することを前提に、変化に対応する仕組みの構築も欠かせない。
- 自己決定に支援が必要になる個人が、必要な支援を受けられる体制を築くため、家族の代諾に係る基準についても、個人の意思を十分に尊重したものとして作成されるべきである。また、家族がいるとしても、家族関係の複雑さの中での意思の確認や、家族間の意思疎通不足等の理由により、本人の意思とは違う判断が行われる可能性があることも踏まえた慎重な検討が求められる。
- 現在も、急性期病院に本人の意思確認が不明確なままで看取り段階の患者が搬送されてくるケースがある。急性期医療は、医療技術の観点からみれば人生の最終段階に対応する可能性を持つとしても、患者との長い関係性の中での意思の確認を取れる環境ではない。こうした人生の最終段階における意思確認の問題は、将来の問題ではなく、現在進行形の課題といえる。さらに、サービス付き高齢者向け住宅などの新しい居住

形態が増加する中で、高齢者本人の意思を明確に確認しながら、人生の最終段階の意思決定に沿ったケアを提供する体制構築も、大きな課題となってくるだろう⁷。

■ 地域の中で形成する人生の最終段階のケアのあり方

- 地域の中での看取りを推進するためには、関係者間で看取りに関する共通認識を持ち、これを具体的なルールとして確立するとともに、対象者一人ずつについて関係者が特定のプランを共有しなくてはならない。また、どの職種がどのような役割を担うのかを、地域の専門職の中で相互に明確に認識する体制が重要である。そうした意味では、実際の意思決定支援は、個別の医師やケアマネジャー、後見人などが一人で担うのではなく、チームケアで取り組む姿勢を徹底すべきである。
- また、看取りのあり方は死生観にも関わる価値観のあらわれであり、押し付けるものではない。また短時間で共有できるものではなく、個別の事例と経験を地域の中で時間をかけて試行錯誤しながら積み重ねる過程が基本になるだろう。地域の中で、事例と経験を積み上げるとともに、人生の最終段階におけるケアの選択肢が豊かになっていく進化も、本人の意思を尊重した意思決定を行う上で、大切な前提条件になるだろう。

進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」

- 2012年度（第三期）の地域包括ケア研究会では、地域包括ケアシステムの構成要素を示すものとして、植木鉢をかたどった模式図を提示した。「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」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、「生活支援と福祉サービス」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⁸。
- 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。したがって、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

⁷ たとえば、イギリスでは看取りにおける意思決定は、第一に本人、第二にかかりつけ医、第三に家族と位置付けられている。またアメリカでは、判断が困難な場合は(すべてのケースではないが)、医療機関の倫理委員会で決定する仕組みが存在する。日本においてどのような仕組みが最良かをめぐり、単一の職種に判断を委ねるか否かも含め、社会全体で議論を深めていくべきだろう。

⁸ その後、2013年には「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」(社会保障制度改革プログラム法)、翌2014年には「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」(医療介護総合確保推進法)が成立し、地域包括ケアシステムの定義が法定化され、「医療」、「介護」、「介護予防」、「住まい」、「自立した日常生活の支援」が明記された。

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。

- 今年度の地域包括ケア研究会では、近年の政策の動向や今後の社会構造の変化を踏まえて、地域包括ケアシステムの中で提供される「一体的なケア」の姿を整理するため、2012年度（第三期）で提示した植木鉢の絵について、改めてその構成要素を見直すこととした。

■ 介護予防・日常生活支援総合事業の実施

- 要支援者に対する介護予防が、2015年度より介護予防・日常生活支援総合事業として実施され、介護予防は生活支援と一体的に、住民自身や専門職以外の担い手を含めた多様な主体による提供体制へと移行していくとされた⁹。こうした介護予防に係る具体的な方策の軌道修正にあわせ、従来の植木鉢に示されていた「予防」について考え方を整理しておく必要がある。

< 進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」 >



- 「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¹⁰、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以上、全国一律な支援・サービスではなく、それぞれの地域の特性を反映した要素から構成される。
- したがって、これまで「葉」の中に位置づけられてきた軽度者向けの予防活動の多くは、自助や互助などの取組を通して、社会参加の機会が確保され、それぞれの人の日

⁹ なお、中重度者等に対する重度化予防の取組は専門職によるサービスの提供を主体として、介護の一部として引き続き提供される。

¹⁰ たとえば、これまでの要支援者に対する訪問介護等に相当するサービスがあるほか、地域リハビリテーション活動支援事業などを通じて、住民主体の活動が専門職の支援を受けることが想定されている。

常生活の中で生活支援や介護予防の機能が発揮されるため、今回の図では、生活支援と介護予防を一体のものとして再整理した。

- 他方で、重度化予防や自立支援に向けた生活機能の改善は、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。

■ 「利用者」のための専門職に加え、「地域」のための専門職を

- 専門職は多くの場合、自らの持つ専門知識や技術を最大限に用いてサービス提供する業務を通じて、利用者や患者の抱えている問題や課題の解決を図っている。地域包括ケアシステムを表す植木鉢の絵においては、「医療・看護・介護・リハビリテーション・保健・福祉」は葉として表現されている。
- しかしながら、2040年までの後期高齢者や要介護者の増加と同じペースで専門職を増員しつつしていくことは、現実的には困難であろう。むしろ、地域包括ケアシステムの中では、専門職が個々の「利用者」に対してサービス提供を行う日常業務は当然として、さらに、「地域」に対する貢献が今後の役割として期待されている。
- たとえば2015年度の介護保険法改正で地域支援事業に新たに位置づけられた「地域リハビリテーション活動支援事業」は、介護保険施設や病院等に所属するリハビリテーション職種が、地域住民や他の法人などに対して技術的な支援を行う場合に、所属元の施設等に財政的な手当を行うことができる制度である。他法人の訪問介護事業所の訪問に同行し、リハビリテーション職種としての助言を行って訪問介護員の技術レベルの向上に貢献し、さらに地域ケア会議に参加して自立支援に向けた技術的な助言を行い、住民主体の体操教室の立ち上げ段階に体操指導で関わるなどの形で、地域の活動に貢献することが想定されている。
- 専門職の知識や経験をより地域の中に広く浸透させる工夫によって、それぞれの住民や他の専門職種が取り組める内容がレベルアップするような支援の方向性も、人口減少社会においては大切な取組である。

■ 保健・福祉を地域包括ケアシステムの重要な要素として改めて位置付ける

- 介護予防の役割が住民主体に移っていても、健康管理の健康指導など、健康意識の向上やセルフマネジメントの知識を住民に広めていく上で、保健師の役割はこれまで以上に拡大する。住民主体の取組に対しては、専門職による側面的・間接的な支援が有効であり、たとえば、地域でのサロン等への出前講座や、健康教育、あるいは相談窓口での対応などでは、その専門性が最大限に活用されるべきだろう。
- さらに、今後2040年に向けては、単身高齢者や、低年金の高齢者の増加に伴う経済格差の拡大と貧困問題など、複雑な福祉的課題を抱えた高齢者世帯数の増大が予測さ

れており、社会福祉の専門性を活かしたソーシャルワークの重要性は、これまで以上に大きくなると考えられる。

- 元来、地域包括ケアシステムは、その対象を高齢者に限定しない概念として展開されてきた。その観点からみても、保健・福祉の専門職は、高齢者のみならず地域の諸課題に対処するプロフェッショナルとして、今後の地域包括ケアシステムにおいてその必要性がさらに強調されるだろう。
- 高齢者介護の分野にあっては、身体的な自立に重点が置かれるケースが多いが、実際には、社会的孤立も含め、地域で生活課題を抱える人々の問題は身体面にとどまらない。心理的自立支援、社会的自立支援が欠かせない人々など、ニーズの幅はこれまで以上に広がっている。こうした 2040 年に向けた地域課題への対応として、地域包括ケアシステムに専門職（業）が関わる分野として「保健・福祉」を改めて強調する意味は大きいだろう。

■ 本人の選択が優先される仕組みに

- 2012 年度（第三期）の地域包括ケア研究会で提示された植木鉢の絵においては、「本人・家族の選択と心構え」というコンセプトが組み込まれ、それぞれの個人が地域生活を継続するための基礎が示された。しかしながら、今回の研究会では、これまでの考え方を踏襲しつつも、地域生活の継続を選択するにあたっては、「家族の選択」を越えて、本来は「本人の選択」が最も重視されるべきであり、それに対して、本人・家族がどのように心構えを持つかが重要であるとの考え方から、「本人の選択と本人・家族の心構え」と改めた。家族は、本人の選択をしっかりと受け止め、たとえ要介護状態となっても本人の生活の質を尊重することが重要である。

3. 自治体による地域マネジメント

地域マネジメントに必要な「現状把握」「目標設定」

■ 計画における具体的な目標の設定

- 地域包括ケアシステムの構築を推進する具体的な手法の一つである地域マネジメントを行うにあたり、最も重要な点は、「どのような地域社会を作りたいか」という理念と、その進捗を評価できる具体的な「目標と指標の設定」である。最終的な目標とその進捗の評価が可能になれば、地域包括ケアシステムの構築における各々の段階において優先的に取り組むべき課題や取組は、自ずと明確になってくる。一定期間の中で投入できる財源や人的資源、時間が限られている以上、目標に対して必要となる取組の優先順位の付与は地域マネジメントにおいて重要な要素といえるだろう。
- 介護保険事業計画は、地域が目指す理念を明示し、その達成に必要な具体的な方策と、その評価指標を設定する役割を担っており、住民参加の議論を通じて、計画が策定されている。しかしながら、介護サービス市場の需要や事業者の希望、事業者の参入意向を追認する形に止まっている自治体が多く、中長期的かつ戦略的なサービス基盤の整備方針を打ち出している自治体は少数とみられる¹¹。また、現在の第6期介護保険事業計画は「地域包括ケア計画」として位置付けるとされているが、多くの自治体の計画では、地域包括ケアシステムの構築に向けた目標やその達成までの道のりを具体的に定めず、植木鉢の5つの要素ごとに従来の事業を再整理したにすぎない計画もある。さらに、第6期計画の策定にあたり、第5期計画の達成状況の点検及び評価を行っていないことも明らかになっている¹²。
- 地域包括ケアシステムは、地域住民が「出来る限り住み慣れた地域での生活を継続」する姿の実現を目指す。その達成を評価する検証可能な客観的なアウトカム指標が設定されている例は少ない。数量的に達成状況の把握が難しい指標、たとえば「安心して生活できる地域づくり」のように達成の有無の検証が困難な理念ではなく、例えば「認知症の周辺症状が生じて、在宅生活の継続に不安を感じない地域づくり」のように、数量的に評価しうる具体的な目標¹³を設定し、これを関係者間で共有する工夫が大切である。また、最終的な目標のための指標だけでなく、目標を達成するために必要となる個別のアウトプットに関する指標（アウトプット指標）の設定も重要となる。

¹¹ 介護保険事業計画策定の中で実施した実態調査の分析結果を元に施策・事業化を行い、第6期計画に反映させた保険者は、人口や世帯数などの基本情報に関する分析については426保険者(27.0%)、居住状況に関する分析(定住意向、在宅意向等)については271保険者(17.2%)、認知症に関する分析については415保険者(26.3%)、であった(厚生労働省による「第6期介護保険事業(支援)計画に関するアンケート結果」、平成28年3月7日)。

¹² 介護保険事業計画の中で実施した第5期計画の達成状況の点検及び評価を行った保険者は785保険者(49.7%)であった(同上)。

¹³ たとえば、「在宅で生活する認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者のうち80%以上が在宅生活の継続に大きな不安を感じない」といった指標は、既存のデータやアンケート調査などで数字を把握することが可能であり、事後的に成果を検証できる。

- 地域マネジメントは、実態把握→課題の抽出→対応方法の検討→計画・実施→評価→見直しのサイクルを繰り返すものであり、目標に対する客観的なアウトカム指標の設定は、「地域マネジメント」において重要である。仮に、指標の設定が難しいとしても、目標としている地域の有り様（たとえば在宅の認知症の人やそのご家族の不安が軽減してきているか）に近づいているかの視点で取り組みを振り返ってみることが重要である。設定される目標は、自治体によっても異なるが、こういった目標が設定しうるのかについては、指標の設定の仕方、また指標のためのデータの把握方法なども含め、国や都道府県が具体的な例示を行うことも自治体への支援として必要であろう。

■ 整備が進むデータの「見える化」

- 目標設定や現状分析のためにも、地域マネジメントを行う際に、マネジメントする対象の「見える化」は重要な出発点である。地域が一体となって取り組むためには、直面している課題を具体的な数値等で「見える化」することが有効となる。多数の関係者間で合意形成を行うためには、数値化を進め、改善すべき対象が明示され、これらの目標達成のための責任主体が明らかになることで、事後的に改善を客観的に検証できるようになる。こうした基礎的なデータ分析を支える仕組みとして、すでに各地域において実施している「日常生活圏域ニーズ調査」を活用することが重要である¹⁴。
- また、厚生労働省では、介護保険に関する様々なデータの「見える化」を推進し、インターネット上に自治体単位や日常生活圏域単位の集計・分析結果を公開している。現段階でもすでにデータを閲覧できるが、どのデータをみてどのように判断して、具体的な行動につなげていけば良いかについては、専門的な知見や経験を必要とするため、さらなる活用に向けて改善が求められる。

■ データの「見せ方」「使い方」「集め方」にも工夫を

- 今後は、自治体職員がこうしたデータを読み取る能力を高める努力も必要だが、データの利用者が平易にデータの意味を理解できるようにする工夫はより重要である。例えば、見る側の納得感に訴える要素が大きいものに焦点を当てて、カギとなるチャートや分析結果をあらかじめ絞りこみ、「コア指標」「推奨指標」「オプション指標」など指標やデータ表示の層化を行うことや、GIS（地理情報システム）への落とし込みなどによって、データの「見せ方」を工夫するなど、具体的なデータの提供方法の検討も不可欠である。
- また、地域ケア会議で検討対象となる個別事例のような質的なデータと地域全体の量的データの両方を見比べた結果、具体的な仮説が浮かび上がるケースも多い。データは分析だけでなく、専門職間のコミュニケーションツールとして活用される場合もある。たとえば、地域内でショートステイを長期利用する在宅生活者が多い日常生活圏域がデータで示された場合、どこに問題があるのか、解決の糸口は何かといった点について専門職間で議論をする素材になる場合もある。データを単純に眺めるのではな

¹⁴ 計画の策定には十分に活用されていないとの指摘もあったが、従来の日常生活圏域ニーズ調査の見直しも進められおり、日常生活圏域単位での分析が可能になるよう改善が図られつつある。

く、データを提示する場面や、活用の仕方も含めた能力の向上及び分析支援が求められるだろう。

- さらに、地域マネジメントのために必要となるいくつかの重要なデータのうち、低コストで継続的かつ精度の高い調査として、全ての要介護認定者を対象に定期的に実施される「認定調査」の活用も効果的ではなかろうか。認定調査を活用すれば、追加的なコストを最小限に抑えたまま、未回収者が生じない調査を実施できるため、母集団が小さい日常生活圏域単位間の比較なども容易になるだろう。

■ データを活用した進捗の管理と見直し

- あわせて、計画立案にあたっては、計画策定年度は集中的に検討されるものの、その後は計画値と実績値の状況を分析する作業が十分に行われていないのではないかと。計画立案にPDCAサイクルを導入する観点から、目指すべき基本的な目標を設定した上で、計画値とそれに対応する実績値を分析し、その結果を次期計画の内容に反映させる手順が重要である。
- なお、現行の介護保険事業（支援）計画は、各種サービスの利用量の見込みの推計が中心となっているが、現在別立てとされている介護給付費適正化計画も含め、自治体における地域包括ケアシステムの構築に向けた各種取組や、都道府県における保険者支援の取組についても記載し、これらの取組の達成目標も具体的に設定し進捗管理を行う内容に拡充すべきである。

自助・互助の促進には、新しい地域マネジメントの視点を

- 自治体は、これまでも、地域福祉計画の枠組みの中や、平成18年度から導入された地域支援事業などの中で地域づくりを行ってきたが、平成27年度に生活支援体制整備事業及び介護予防・日常生活支援総合事業が開始されたことにより、地域の自助や互助を促進するための地域マネジメントが、これまで以上に自治体の役割として大きく注目されるようになった。
- 自助や互助の強化は、サービス事業所や専門職に対する地域マネジメントとは異なり、住民やボランティアが対象となるため、自治体の設定する基準や金銭的なインセンティブのみによる動機づけは困難である。したがって、自助や互助の促進に向けた地域マネジメントにおいて重視されるべきは、従来型の行政手法における慣習から脱却し、住民側に行政が溶け込みながら、ファシリテーション¹⁵を行っていく努力となる。
- 自助や互助を強化する際、その主体はあくまで住民側にあり、行政はその側面的な支援者である。地域の取組は、住民自身の意欲によるものでなければ継続することが難しく、したがって、地域の取組は「行政業務の住民への依頼」であってはならない。目指すべき方向は、客観的な地域の課題や困りごとを住民間で共有し、自発的なアイデアや取組の芽が生まれてくる展開である。

¹⁵ 会議やワークショップなどを含む多様なコミュニケーションの場で、参加者の発言や意見、アイデア等を引き出したり、議論を整理したり、合意の形成を確認するといった間接的な介入を行うことによって、コミュニケーションを活性化させ、意思決定や協働を促進する技術。

- その過程として、①地域の現状と将来像を客観的な数値等に基づき住民が正確に把握し、それを共有する、②近隣住民の具体的な困りごとなどを皆が理解し、その解決の方法を考える、③地域の実態を受けて住民の発意による取組の可能性を、住民自身が提案する、④行政が、可能な限りこれを側面的に支援するといった流れが想定される。したがって、最終的には、住民の自由な発想による様々な形の取組が想定され、最初から「落としどころ」が決まっているような形での行政から住民への働きかけでは、うまく機能しない。

■ 地域に入り込む行政のスタンスが重要

- 仮に、住民主体の活動を活発化させるのが困難だとすれば、それは住民側に「助け合う力」がないのではなく、地域の現状や課題が地域住民に共有されていないことが原因かもしれない。自助や互助など、本来ならば公的機関が支援しなくともよいものであっても、地域単位での考え方や課題の理解を共有化していく過程の支援は、自治体の役割として不可欠である。
- そのため、行政が地域に入り込むスタンスも重要である。すでに触れたように、行政が外向き、住民と膝詰の対話を継続すること、出前講座等の小規模の説明会等を根気よく継続することなどが重要となる。いずれも地域マネジメントにおいて基礎となる考え方の共有（規範的統合）を、時間をかけて行う対応が成功へのカギとなる。
- 住民との膝詰の対話では、行政はファシリテーターとしての役割が期待されるが、ファシリテーションの技術は、専門的な技術であり、定期的な異動が前提の行政職員が短期間でその技術を身につけることは必ずしも現実的とはいえない。自治体職員に不慣れた役割を担わせずに取組を推進するという観点から、研究者や、市民活動等を支援するファシリテーターなど、外部の人材の有効活用も検討すべきである。

■ 地域づくりにおける地域包括支援センターの役割

- すでに触れたように、自治体は、地域づくりにおける主たる役割を果たすことが期待されているが、より現場に近い部分では、地域包括支援センターは、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として設置されており、地域づくりの拠点として重要な役割を果たすことが期待される。2015年度の制度改正では、地域支援事業の包括的支援事業に、保険者が取り組むべき事業として、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援サービスの体制整備、地域ケア会議の強化など、地域づくりに関わる多方面の活動が位置付けられ、その結果、圏域単位における地域包括支援センターに期待される役割も増えている。
- 特に、日常生活圏域をいくつも有する比較的規模の大きい自治体では、同一市町村内であっても特色の異なる地域があり、それぞれの特徴を活かした地域づくりをすすめることが必要な場合も多い。このような場合、圏域の単位においては、市町村よりも地域包括支援センターが中核となった取組が有効となる可能性が高い。増えていく役割の中で、期待に応えられる業務体制を整えていくべきである。

- また、地域包括支援センターは、指定介護予防支援事業者として介護予防ケアマネジメントを担う機関でもあり、ケアプランの中にインフォーマルサポートを組み込んでいく機会も珍しくないはずである。住民に近い場所に位置している地域包括支援センターは、今後の地域づくりにおいてますます大きな役割を果たすであろう。
- こうした地域包括支援センターの役割の強化を具体化するためには、財政的な裏付けを国が明確化することが重要であり、家族支援の充実等の視点から、消費税を財源とする新たな地域支援事業との効果的・効率的な連携を含め、財源のあり方について検討されるべきであろう。

＜地域包括支援センターが推進する取組の例＞

東京都 大田区	緊急連絡先や医療情報等を地域包括支援センターに登録した高齢者に対し、登録番号と地域包括支援センターの電話番号のみが記載された「高齢者見守りキーホルダー」を配布。「高齢者見守りキーホルダー」を身に付けることで、救急搬送や保護された際には、24 時間体制で医療機関や警察からの照会に対し、地域包括支援センターから情報提供をすることができる。
広島県 尾道市	地域包括支援センターが、地域資源マップとして高齢者にやさしいサービス等を提供する商店、医療機関等の情報を掲載した「ねこのて手帳」を作成。市のホームページに公開されており、高齢者の生活を支える多様な資源を紹介している。
東京都 墨田区	高齢者を地域で見守るための拠点として、区内全域を網羅する 8 か所に設置された「高齢者みまもり相談室」と高齢者支援総合センター（地域包括支援センター）がオンラインで緊急連絡先や高齢者の介護保険サービス利用等の情報を共有している。また、相談内容を定期的に分析することで、センターとしての対応方法の改善を図っている。

- また、委託型の地域包括支援センターについて、委託法人の運営方針にも左右され、十分に機能を発揮していないといった指摘もあるところだが、行政一体型、委託型いずれにおいても保険者が業務毎の責任の範囲や明確な方針を示し、その進捗を管理するなど、両者の密接な連携を図るべきである。さらに、地域包括支援センター及び保険者の業務に関する評価は、自己評価はもとより、第三者評価の導入が検討されるべきだろう。
- また、在宅医療・介護連携推進事業において設置される在宅医療・介護連携に関する相談支援の窓口が、どのように機能し、地域包括支援センターとどのように連携していくかについても各地域の関係者間で考え方を整理し、共有する努力が欠かせない。

■ 地域包括支援センターと生活支援体制整備事業

- こうした日常生活圏域レベルにおける地域づくりは、地域包括支援センターごとの圏域を中心として取り組まれることが望ましいが、人的な資源にも限度があり、すべてを地域包括支援センターだけで対応するのは現実的ではない。また、地域における多様な主体による多様な取組をつくるためには、市町村を核とした支援体制の充実・強化が必要である。このため、2015 年度から開始された生活支援体制整備事業では、協議体や生活支援コーディネーターといった、地域包括支援センターだけでは十分な実施が難しい「住民主体の取組」を支援するための仕組みが導入されている。

- 地域づくりが住民主体を基本としているとの理解を念頭におけば、協議体や生活支援コーディネーターは、住民自身により近い場所や人に置かれるべきであろう。地域の中には、行政では把握しきれないような住民の活動が数多く存在しており、こうした潜在的な自助や互助の活動は、アンケート調査や行政の会議では把握できないものも多数含まれている。生活支援コーディネーターは、行政職員の枠を超えて、地域の中に直接入り込み、地域の潜在的な資源を発掘するとともに、住民主体の活動の契機を仕掛けていく工夫が重要だろう。

介護サービスの基盤整備に向けた地域マネジメント

■ サービス供給に係る管理

- 介護保険制度においては、制度創設以来、民間事業者の積極的な市場参入の促進により地域のサービス基盤の整備を進めてきた。しかしながら、市場における参入と相互の競争に委ねているだけでは、最適なサービス基盤を構築するには十分ではなかった。
- 介護サービスは、地域格差が加味された全国統一の介護報酬単価やサービス基準（基準省令）等に基づき設定されており、いわば一定のルールで統制された“準市場”で整備が進められてきた。つまり、自由市場において提供体制が発達してきたわけではなく、報酬改定の時々に政策的意図が示されつつ、国全体で一定の政策的誘導が図られてきた。
- また、同時にそれぞれの地域において求められるサービスのあり方が地域毎に異なる以上、地域ごとの政策の意図を実現するためには、保険者による整備方針の提示が不可欠だった。しかしながら、介護保険事業計画を、サービスの必要量を定めた整備計画としても活用し、整備に向けた誘致や参入の要件の提示を行うような積極的な取組を行う保険者は一部に留まっており、過去のサービス利用傾向の延長として、今後の将来の利用見込みを推計する従来の手法による保険者も多い。

■ 資源管理における指定権限の行使とその課題

- 介護保険制度の施行当初、通所介護や訪問介護等の広域型サービスや介護保険施設の指定権限は、都道府県に限定されていたが、政令市・中核市については権限移譲が進められた。また、地域密着型サービスについては保険者が指定権限を持つようになり、また広域型サービスについても、地域密着型サービスの確保・普及を目的とした保険者と都道府県間の協議制が導入されるなど、制度上は、保険者が主体性を発揮しやすい環境が整いつつある。
- 本来であれば、質の担保を図りつつ、地域ですでに充足している施設等については新規指定をしないなど、事業者数が過剰にならないような管理が保険者としては求められている。一方で、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等のサービスを確保するための都道府県協議制や公募制といった仕組みも活用しつつ、地域に必要なが整備されていないサービスの誘致を保険者として推進していかなくてはならない。しかしながら、実態としては、保険者による積極的な管理や計画的な整備が行われている例は限られている。

- 介護保険制度の創設を契機とした事業者の積極的な市場参入は、地域において介護サービスを提供する基盤を築いてきたといえるが、「地域マネジメント」の中で設定された具体的な地域目標の達成に向けた、必要な資源の検討・整備・活用など、サービス供給に係る質と量の管理が求められている。
- 従来のようにサービス量不足が大きな課題であり、量の拡大が最優先とされてきた時代から、今後は地域マネジメントに基づく「適切な連携および質と量の管理」が求められる時代へと、既にその潮目が変わりつつあることについて、介護サービス事業者、行政の職員、住民が共通の認識を持つべきである。
- たとえば、一部の地域では、今後、介護保険施設のベッドに空きが出る事態も想定される。空床のままでは経営的に成り立たないため、定員割れの介護保険施設は、他自治体の住民の入所を積極的にすすめる可能性も考えられる。そうした事態が起きると、職員確保のため、当該地域の在宅介護を支えている介護人材が施設に吸収され、在宅介護サービスの提供力を低下させ、さらなる施設需要を生み出す悪循環も懸念される。すでに多くの地域では若年人口が減少しているので、こうした将来的な見通しを行いながらの資源管理が重要な段階にきていると認識すべきだろう。
- 自治体がこうした資源管理の裁量権を十分に行使できるかどうかは、地域の中で具体的なサービス供給量が把握されているだけではなく、行政職員が、サービスの基盤整備が必要な背景や地域のニーズ、課題の構造や因果関係を十分に理解していることが前提になる。地域ですでに充足しているサービスを指定しない仕組みの拡充を検討するなど、サービス供給量を管理するための仕組みづくりにあわせ、行政機関がこれを適切に行使できるようにするための技術的な支援も重要である。

■ 地域の実情に応じたサービス開発の可能性

- 介護保険制度においては、サービスの内容を法令上も明確に定義した上でその提供を全国一斉に開始し、その後生じた様々な問題への対応は、報酬改定や制度変更により対応してきた。
- しかしながら、今後は高いレベルで地域マネジメントを行う自治体が、それぞれの地域の資源整備状況やニーズに対応して新サービスを開発するといった「社会実験」を行う試みなども期待される。すでに、介護予防・日常生活支援総合事業においては、要支援者に対する訪問・通所型のサービスについて、各自治体の創意工夫によるサービス・支援方法の開発が可能になっている。
- 今後は、保険給付で行われている要介護者向けのサービス等も含め、先進自治体が社会実験として行う新サービス開発の促進も必要ではないか。その場合、地域の自主性を尊重した形でサービス開発を支援するような制度的な枠組みを検討していく視点も忘れてはならない。

■ 事業者の自由な発想を活かす、介護イノベーションの創出に資する指定基準

- さらに今後、75歳以上高齢者の増加と生産年齢人口の減少が急速に進む中、我が国のケアの質を継続的に維持・向上させるためには、その担い手の確保とあわせ、多様な視点から生産性の向上に向けた取組が必須となる¹⁶。
- ICT¹⁷やIoT¹⁸の活用による事業者内、あるいは事業者間の情報連携については、すでに実践的な取組が事業者の中でみられる。特に定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護のような複数の機能を持つ包括的なサービスにおいては、こうした情報システムの導入が事業の効率的な運営には不可欠である。また、介護ロボットについては、その実践的な導入のあり方については、今後の検討課題とはいえ、生産性の向上に資するような活用方法を積極的に検討していく段階と思われる。介護人材の負担を軽減する可能性から、将来に向けて事業者によるイノベーションが期待される。
- また、介護サービス事業所の運営、人員、設備基準については、より柔軟な運用を認め、事業者の創意工夫を引き出すことも必要になってくるだろう。今後は、介護サービスの提供に係る事業所の生産性を高めるため、現状の施設の人員配置などのストラクチャーを重視した指定基準から、多様な手段を前提としたアウトカム重視の指定基準への移行を進め、介護領域におけるイノベーションの創出につなげる努力が欠かせない。

■ 地方都市における単一事業者が高いシェアを占める状況について

- 介護保険制度には、サービスの利用が特定の事業者に不適切に誘導される事態を防止する仕組み（集中減算など）が設定されているため、地域におけるサービス供給が特定の事業者に偏ることを避けようとする傾向がある。しかしながら、人口減少が進み、地域支援の確保が困難な地方の市町村で多様なサービスを提供する場合には、単一の法人等が複合的にサービス提供を担うあり方が、より効率的で合理的である場合も想定される。
- すでに大規模な社会福祉法人等が、地域の中で多様な介護サービスを展開し、包括的にサービス提供を行い、地域住民から強い信頼を得て利用者確保している状況がみられる。特に、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などは、単一事業所が一定の地域を担当する方が、運営が効率的であり、また地域に密着したサービス展開が可能になるため、望ましい結果につながるケースもあると考えられる。

¹⁶ 『「日本再興戦略」改訂2015・未来への投資・生産性革命-』においては、「未来投資による生産性革命」として、自由な発想が生かされる競争環境の整備と効率的・効果的な投資を通じた「生産性革命」の重要性が掲げられている。

¹⁷ ICT: Information and Communication Technology の略。情報通信技術のこと。

¹⁸ IoT: Internet of Things の略。モノのインターネットとも訳され、様々なモノがインターネットに接続され、情報のやり取りをすることで、データの蓄積・分析などを通じて、付加価値を生み出すことをいう。

- 一方で、特定の事業者のシェアが高まる結果、悪質なサービス提供となるのではないかとの警戒感もある。自治体としては、特定事業者に「丸投げ」になるリスクもあり、事業者に「振り回される」懸念もでてくる。特定の事業者が提供する地域包括ケアシステムについて、それによって得られるメリットを享受しつつ、生じる懸念や問題点を緩和する努力を行うなど、適切な地域マネジメントが必要になるだろう¹⁹。
- 特定の事業者にサービス提供が集中する事態への懸念を緩和する方法として、例えば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護では介護・医療連携推進会議におけるモニタリングの実施が義務付けられているが、こうしたモニタリング機能を、サービス単位ではなく法人単位で設置する方法も考えられるだろう。あるいは、地域で包括的なサービスを提供する事業者の理事会等に住民代表を組み込み、地域ニーズにあった法人運営をモニタリングするような仕組みを検討すべきかもしれない。何より、医療の世界におけるDPCのように、標準化されたデータセットの開発と、それを利用したデータの報告と公表が有効と思われる。

医療・介護連携と多職種連携の促進

- 各自治体において、医療介護の連携に向けた協議会等が設置され、その初期段階の目標である「顔の見える関係づくり」に向けた取組などが進められている。しかしながら、現状では多くの自治体において、「顔の見える関係」を築いた後の具体的な活動内容を、十分にイメージできないという声も少なくない。厚生労働省から発出された「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」に示された事業内容の「(ア)～(ク)」にこだわり、本来の目的がみえないまま、取組の一部分だけを切り取り実施している自治体も少なくない。

■ 医師会との協働による仕組みづくり

- 住み慣れた地域に暮らし続ける観点からは、医療機関から在宅への退院支援やそのための地域連携パスなどが、目前の課題として対応が求められており、関係者間で問題が共有されつつある²⁰。まずは、関係者間で具体的にイメージしやすく、共有しやすい課題から議論を行うことが、取組を前進させる上で効果的である。
- ただし、退院支援にせよ、地域連携パスの作成にせよ、医療介護連携は、行政的な仕組みというよりは、臨床における専門職間の連携であり、仕組みそのものを行政が検討するのは難しい。行政の主な役割は、多職種が集まり仕組みづくりを検討する場を準備し、提供するところに求められる。仕組みを検討する際に必要となる、客観的データの収集と提示、他地域における事例の収集と整理なども行政の役割と言えよう。

¹⁹ また、岡山市では通所サービス提供者らが自らのサービスの基準を定めるといった取組をすすめる手法をもって、さらには、そのアウトカムについても事業者団体で検討する取組により、介護市場の適正化を行ってきたが、これらの成果が示されつつある。岡山市では、このアウトカム評価に基づき、高い質を示した事業者に対する表彰制度と共に報奨金制度を成立させ、適正化を図っている。

²⁰ 今後、市町村では、医療機関からの退院支援に加え、在宅から医療機関に入院してからも、継続的なフォローを行う循環型地域連携パスの実施が求められるだろう。このパスは、地域の資源の種類や多寡によって異なるが、作成にあたっては臨床における専門職間の連携を調整する仕組みが欠かせない。こうした支援の具体的な役割として、行政がどのように担うかも、今後の大きな課題である。

- 在宅医療・介護連携推進事業においては、郡市医師会への事業委託も可能となっている。自治体で取組を抱え込むのではなく、医師会が有する地域のネットワークやこれまでのノウハウの活用によって、事業を推進することが重要であろう。

■ 仕組みができれば、日々の連携を進める

- 地域の仕組みができれば、これを活用した実践を積み上げていく過程を踏まなければならない。医療介護連携は仕組みを作っただけで実現するものではなく、日々の実践の積み上げによって、その地域の経験が蓄積され、それぞれの関係者の動きが円滑になり、よりよいケアにつながっていく。退院支援のための仕組みを作ったら、これを定期的に評価・検討する場を設け、実践を蓄積し、評価し、これを多職種間で共有するシステムが重要である。
- 地域ケア会議は、こうした多職種による実践の積み上げの場でもあり、また改善に向けた議論や取組の場にもなりえる。実績の積み上げの中で不足しているもの、改善が必要な部分が明らかになってくれば、そうしたアイデアは、地域の仕組みをさらに改善していく契機になるであろう。
- 地域包括ケアシステムの構築において、在宅生活を支える医療介護連携を強く推進していかなければならないが、専門用語や考え方などの医療と介護の文化の違いが阻害要因になっているといったかねてから指摘され続けている実態も、地域の仕組みと日々の連携の積み上げの上に、改善を進めていくべきである。

各種行政計画の調整

- 現在、自治体は、老人福祉計画・介護保険事業計画に加え、障害・子ども子育て・生活困窮や住生活、健康増進、母子保健、食育推進など多くの行政計画を立案している。これらの計画で規定される施策は、いずれも地域包括ケアシステムの一部といえる。このため地域マネジメントの推進に当たっては、同一自治体において策定される各種行政計画の調整、整合性を図る工夫が求められる。
- たとえば川崎市のように「地域包括ケア推進ビジョン」を個別計画の上位計画として策定した上で、各計画は地域包括ケア推進ビジョンを軸として内容を反映させる方法もあれば、地域福祉計画によって全体を包含するといった方法もある。
- また、病床の機能分化と連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築と、地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、都道府県が策定する医療計画および地域医療ビジョンと、介護保険事業計画（市町村）及び介護保険事業支援計画（都道府県）については、一体的かつ整合性を持って作成することが必要である。平成 30 年度以降、医療計画と介護保険事業（支援）計画のサイクルが一致する制度への見直しも踏まえ、都道府県の後方支援の下に、特に在宅医療と介護の連携を進めるための具体的な取組を盛り込んでいく必要がある。
- さらに、在宅医療・介護連携においては、県が医療計画を策定する一方で、市町村が介護保険事業計画を策定するなど、策定単位が異なっている。稲城市では、全国の市

町村としては初めて医療計画を市町村単位で策定したが、こうした取組は、単に自治体の意欲だけで出来るものではない。二次医療圏と市町村の範囲が異なる自治体も多く、計画策定過程における具体的な手法の開発と普及は喫緊の課題である。

4. 地域マネジメントを強化するために

自治体の地域マネジメント力を向上させるための取組

- 自治体における地域マネジメントを阻む要素を除去していく取組も重要である。まずは、行政にある「必須でない」「余裕がない」「ノウハウがない」という3つ「ない」状態の解消が、地域マネジメントの改善に向けて、当面の課題となるだろう。

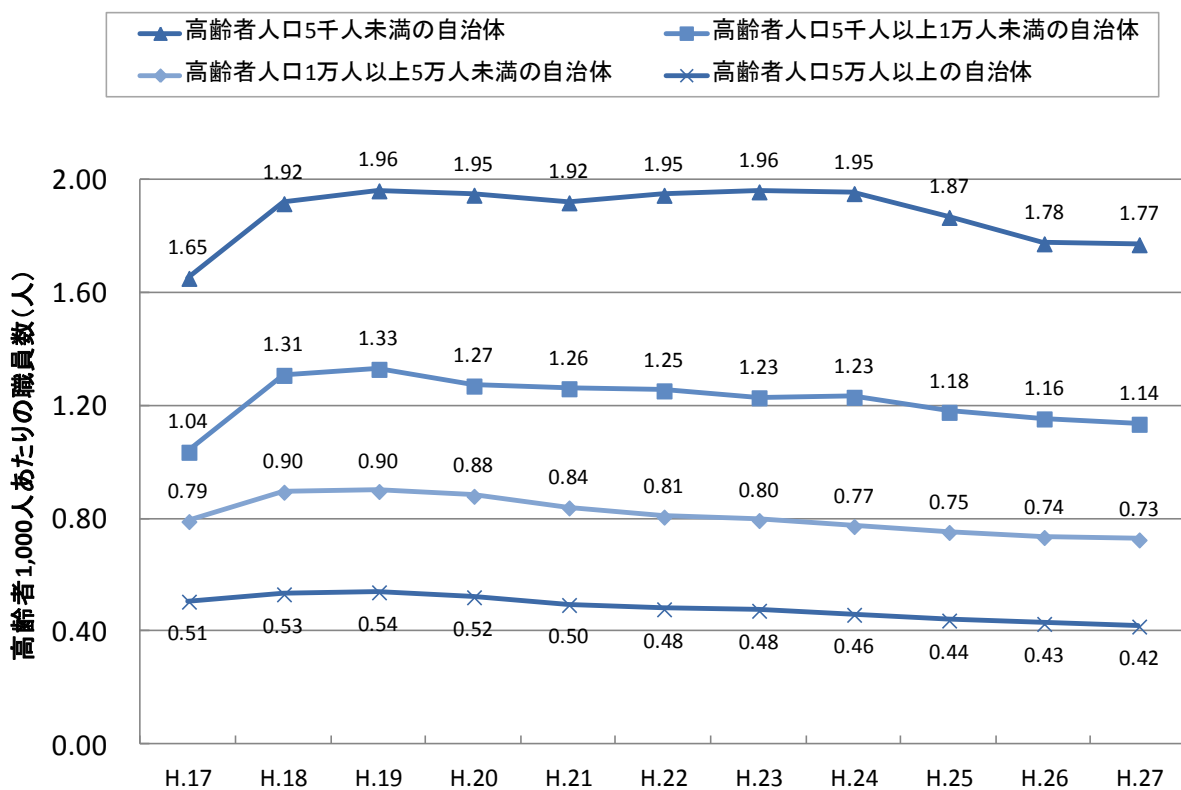
■ 企画業務の「法定化」と専門職員の配置

- 介護保険行政においては、法令で規定されている「保険料徴収」「要介護認定」「給付管理」が介護保険事務の「三大業務」として位置づけられている。それに対し、地域の現状や課題の分析、必要な資源の明確化など、地域マネジメントに不可欠な取組は、法定業務ではないために後回しにされる場合が少なくない。また、介護保険行政においては、いわゆる「三大業務」以外の人員を追加的に配置する余裕がない状態となっているのが実情である。
- 現状では、地域包括ケアシステムの構築のために必要となる取組のうち、介護保険事業計画の策定などが必須業務として位置付けられてはいるものの、それらは地域包括ケアシステムを構築していく際に必要となる取組のごく一部にすぎない。一般的な市町村においては専任の部署・職員は配置されておらず、部署間の縦割りの問題が常に認識されているだろう。
- 地域包括ケアシステムは、三大業務を処理しているだけでは構築できないことを認識し、地域包括ケアシステムの構築にかかる諸業務を法令上の義務的業務として明確に位置付けていくべきである。また、政令指定都市や中核市を中心に、ある程度の規模を有する自治体では、組織の大規模化に伴う部門ごとの連携構築を目的に「地域包括ケア推進室」などの調整部門を設置する取組がみられる。今後は、こうした組織面での体制の整備も重要になってくるだろう。
- また、現場レベルにおいては、企画機能を持つ部門や職員の配置が不可欠である。現在は、介護保険及び高齢者支援の各部署の職員が、それぞれの所掌事務の中で地域包括ケアシステムについて検討すべき事項を分担している。しかしながら、たとえば「地域包括ケア企画」を担当とする管理職など、キーパーソンとなる分野横断的な職種配置を求める制度改革も検討しなければ、自治体側での十分な余力は生まれないだろう。
- 地域包括ケアシステムは、まったく新しい地域資源を次々と作っていく作業ではなく、むしろ既存の地域資源間の調整や連携を進めていく仕組みである。三大業務を担当する職員も、地域包括支援センターの職員も、市民協働を担当する職員も皆、地域包括ケアシステムに重要な貢献をする。こうした豊富な地域資源を調整し、つなげていく分野横断的な職種や部門の設置は、取組を推進する上で有効となるだろう。

■ 事務の簡素化によるゆとりの「創出」

- 自治体においては、前述の三大業務などの必須業務に割かれる時間が多いため、地域包括ケアシステムの構築のための取組を行う時間や人員の確保が困難な状況となっているが、これらの負担は、今後も要介護者の増加にあわせ、さらに大幅に増大すると見込まれる。
- 一方で自治体において職員の増員は困難であり、実際、平成 17 年度以降の職員配置をみると、地域包括支援センターが導入された平成 18 年度に職員数が増加したものの、その後の高齢者人口あたりの職員数は漸減しており、ニーズの増加に対して職員配置は追いついていない状況が分かる。
- このような状況の中で、限られた人員を、地域包括ケアシステムの構築のために重点的に配置するには、業務の法定化だけでなく、三大業務等に係る事務負担の大幅な軽減を積極的に図っていかなくてはならない。また、そのためには個々の自治体による工夫だけでは限度があり、国が中心となって、制度改正を含めた対応の検討が必要である。

＜高齢者 1,000 人あたりの介護保険事業に係る職員数＞



資料) 地方公共団体定員管理調査(4月1日現在)(総務省) 高齢者数については、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(3月31日現在)(総務省) ※ただし、平成26年、平成27年については1月1日現在。

■ 要介護認定業務の簡素化

- 業務負担軽減策の一つとしては、たとえば、要介護認定に係る事務負担軽減が考えられるだろう²¹。現在、介護認定審査会の委員は全国で約 5 万人と見込まれており、これら地域の専門職が、年間約 570 万件の申請を膨大な資料の読み込み作業とともに審査している。しかしながら、要介護認定における二次判定での変更率は、かつては 20% を越えていたが、現在では全国平均で 10% を下回る状況が続いている。二次判定を行う必要性が高い申請に限定して審査を行うなどの負担軽減策を推進すべきではないか。
- また、介護認定審査会の二次判定件数を削減できれば、地域の専門職の審査会への参加時間や、行政職員の準備と事務局運営にかかる時間は大幅に短縮される。負担軽減によって生じる余裕を、職員の削減に向けるのではなく、むしろ地域ケア会議を開催することで、介護保険サービスの内容について自立支援に資するよう協議ができる。これにより、地域の専門職の投入時間を増やすことなく、地域包括ケアシステムに必要となる取組を推進することが可能になるのではないか。

■ 三大業務の積極的な外部委託

- さらに、三大業務についてより柔軟な外部委託の形態を模索していくべきではないか。すでに、要介護認定業務については、広域連合や一部事務組合など地方公共団体に対する委託が行われているが、今後は、委託先の範囲を拡大し、一部の業務については、民間団体等への委託等についても検討していくべきだろう。
- 特に、保険料徴収については、国保保険料徴収においてすでに民間委託が行われているなど先例もみられる。また、窓口業務、保険料滞納者への督促状の発送、高額介護サービス費の申請勧奨等について民間委託の活用等により、職員の事務負担を軽減する等、地域マネジメントに必要な取組に従事する職員を確保するための環境整備が必要ではないか。
- こうした業務の大幅な合理化は、単に自治体の業務量を減らすことが目的ではない。合理化によって生じる余力を地域包括ケアシステムの構築に向けた企画業務等に振り向ける改革が、その主たる目的である。

■ 地域包括ケアシステムに関する業務の「分散化と協働化」

- 自治体における「ゆとり」を創出するための取組として、業務の分散化と協働化も重要である。地域包括ケアシステムは、単に「高齢者」部門の取組ではなく、また「介護」に限定された取組でもない。対象者の観点からは子どもや障害者、子育て世代、元気な高齢者も含め、すべての市民を対象者と位置付け、また支援やサービスの内容も、医療、看護、介護、リハビリテーション、保健、福祉などの専門的なサービスを

²¹ すでに、要介護認定の有効期間については、平成 16 年以降、おおむね 3 年ごとに有効期間の延長が行われ、平成 27 年度からは、総合事業を開始した自治体において、要支援者についても 24 ヶ月の有効期間の適用が可能となっている。しかしながら、要介護認定の有効期間の延長では、増加しつづける申請件数によって、軽減分が相殺されてしまい、実質的に自治体側に「ゆとり」をもたらす結果は生じていない。

始め、住まいや住まい方、地域の空家の問題などにも関連があり、さらに民間市場サービスや地域の支え合いの取組、町内会、自治会などすべての資源が関係する取組に他ならない。

- しかしながら、実態としては、地域包括ケアシステムは、「高齢者部門の業務である」として、他部署の関わりは消極的になる現状が見受けられる。他方で、地域包括ケアシステムの構築を理由に、高齢者部門に対して職員の増員措置が取られるケースは少ない中で、業務量だけが增加する状況にある。
- こうした状況を改善するためには、首長を中心としてトップダウンによる各部門への業務の分散化・協働化を進める対応も必要ではないか。特に自治会や市民協働、ボランティア、商工事業者関連団体等を所掌する部署は、地域包括ケアの「関連部門」としての位置づけを越えて、「主要部門」ともいうべき部署である。
- ただし、こうした活動を推進するためには、自治体内部における考え方の共有（規範的統合）も極めて重要と言える。地域包括ケアシステムという言葉が高齢者介護を基点として発信されるケースが多いため、他部署から所掌外として、協力が得られない状況も想定される。部門を越えた協働体制を実現するためには、各自治体のトップが、自治体としての方針を明確に打ち出し、全部署で検討を進めるよう指示するあり方が求められる。
- 広島県東広島市のように、地域包括ケアに関する認識を全庁内で共有するため、外部講師による講演会を、幹部会議、高齢者介護部門、全庁全部署の係長以上の職員といった形で対象者ごとに一日に複数回開催し、理解の浸透を図った例もみられる。また、奈良県大和高田市は、副市長をトップとする「大和高田市地域包括ケアシステム構築会議」を開催し、庁内の各部門長が参加した組織横断的な会議体を立ち上げ、全庁的な取組に向けた準備を進めている。

■ 名物職員が育つ人事マネジメントを

- いわゆる「先進事例」と呼ばれる取組は、意欲の高い特定の事業者や職員によって主導されてきた印象がもたれやすく、「あの法人があるから」、「あの名物職員がいるから」といった解釈がなされる例もしばしばみられる。しかしながら、そうした「名物職員」も、かつては一般の職員と同様に、高齢者介護の分野や地域包括ケアでの経験が乏しかった職員であったはずであり、そうした先進的な取組を主導するための人材を育て上げた自治体の人事マネジメントこそが、現在の地域包括ケアシステムの構築に求められていると考えるべきである。
- 地域包括ケアシステムの構築は、数年程度の短期間で実現するものではなく、多くの場合、取組が緒に就いてから一定の成果を上げるまで5年～10年を必要とする。現在、先進自治体といわれる地域も、そうした中長期的な取組の成果として広く知られている。だからこそ、自治体においては、中長期的な職員の育成も視野にいたした人事ローテーションを検討していく改革が求められている。介護保険業務の運用とは異なり、地域包括ケアシステムの構築は、自治体における企画部門の業務と位置付けられ

る以上、短期間の人事ローテーションでは対応できないことを、首長が十分に理解する必要がある。

- いわゆる先進自治体の中核的な職員の人事ローテーションに着眼すれば、一か所の部署に長年にわたって従事しているよりは、障害者、介護、生活保護、地域包括支援センター、保健福祉センターなど関連性の高い部門を継続的に担当し、地域包括ケアシステムの構築に必要な経験と知識を身につけていることが分かる。こうした経験から学び、自治体は専門家を養成する人事システムの採用を図らなければならない。

都道府県の役割

- 小規模自治体では、人員や財源の制約もあり、他の市町村からのノウハウの吸収や、他の市町村との客観的な比較に基づく評価分析など、地域マネジメントに必要な情報収集について不十分になるおそれがある。こうした小規模自治体に対して地域包括ケアシステム構築を支援するためには、都道府県の役割を強化する必要がある。
- 特に、近年では、介護保険事業所の指定監督権限の政令市・中核市への移譲が進められるなど、都道府県では事務負担が一部軽減されているのに対し、市町村においては地域密着型サービスの推進、介護予防・日常生活支援総合事業の実施など、事務負担が増大する傾向にある。そのような状況において、今後は、地域包括ケアシステムの構築に向けて都道府県が果たすべき役割を、再定義していく必要がある。

＜都道府県の支援策の例＞

広島県	地域包括ケアの推進に向け、地域包括ケア推進センターを設立し、市町村への技術的な支援を行っているほか、医療・介護のデータベースを統合した独自の「見える化システム」を提供し、地域包括ケアの進捗を評価するための指標づくりを実施。
埼玉県	厚生労働省の各施策について、公開資料だけでは、伝わらない政策意図も含めきめ細かく必要に応じて市町村に出向いて政策の解説を行うなど、積極的な市町村支援を実施。こうした取組の成果もあり、県内のすべての市町村が平成 27 年度中に生活支援体制整備事業を開始した。
大分県	各地域にリハビリテーション職を派遣する地域リハビリテーション広域支援センターを、県内に 11 か所設置し、各市町村に必要なコーディネーション機能を構築。その他、埼玉県和光市のコミュニティケア会議を参考に、県内の市町村に対して、地域ケア会議の立ち上げ・運営支援を行い、普及促進を図ることにより、認定率を低下する効果を実現している。
千葉県	全国の先行自治体や有識者を招いた介護予防・日常生活支援総合事業への早期移行を推進するための連続セミナーを開催し、県内 29 の市町村の早期移行を支援した。

■ 医療介護連携・多職種連携における都道府県への期待

- 医療介護連携の推進には専門職の知識や経験、各地域の職能団体等と自治体の協働が不可欠である。しかしながら、小規模の自治体の場合、その市町村圏域で完結する職能団体を持たない地域も多く、こうした地域では、自治体単独での医療介護連携の推進は、極めて困難な状況におかれている。また、退院支援を推進する際には、市町村

圏域を越えての医療機関との連携も不可欠であり、同様の小規模の自治体にとっては、ハードルが高い取組と言わざるをえない。

- また医療に関するノウハウの蓄積が少ない自治体では、医師会との協働関係を構築するまでに時間を要する場合もあるだろう。小規模自治体における医療介護連携にあつては、都道府県や保健所の役割がより重視されるべきであり、複数の市町村の連携による体制づくりを基本としつつ、都道府県や保健所が技術的にもバックアップすることが不可欠である。二次医療圏を対象とする地域マネジメントを通じた、地域医療ビジョンと連動した在宅療養支援体制の構築、先進的な取組に係る情報共有化、市町村の分析等からの、地域包括ケアシステムの構築に向けた改善案の提案なども考えられるだろう。

■ 介護サービス事業所への情報支援

- 近年は、地域包括ケアシステムの構築を目指した制度の改正が進められており、サービスを一体的に提供する包括性の高いサービスの導入や普及（たとえば、看護小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護など）、事業者の経営規模の拡大に関する議論や、地域ケア会議や医療介護連携パスなどにみられるようなケアの方法に関する標準化の流れなど、その政策の方向性が比較的明確に示されている。
- しかしながら、事業者において、政策の方向感や新しいサービスに関する理解が十分でないために、自治体の期待するサービスへの参入が得られないケースも少なくない。本来、経営者は報酬改定の方向を先取りし、求められているサービスの方向性を理解した上で、経営方針を立案していくべきだが、改定への対応に追われ、長期的な経営方針を立てにくいとの声も事業者から聞かれる。
- 政策の方向性に関する情報を包括的に整理し、事業者が正確に理解するため、今後は、行政による的確な情報提供支援もこれまで以上に重要となってくるだろう。特に新たな事業に参入する場合、事業を開始するためのノウハウが欠かせないが、中小規模の事業所ではこうしたノウハウを持たない場合がほとんどである。
- たとえば埼玉県では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護への事業参入を支援するための調査事業や事業所に対するサポート事業を実施し、採算ラインや事業モデルを提示するなど、県下の事業所に対する具体的な経営支援を行っている。こうした取組は、市町村単位では財政的にも、具体的な実施の面でも困難なため、都道府県が中心となって実施してくべきであろう。

■ 都道府県立大学など外部資源の有効活用も

- さらに、都道府県のみでなく、同様の役割を果たせる外部のファシリテーター等の積極的な活用も図るべきである。各地域の大学には、地域社会をフィールドとして活動する研究者が多数在籍しており、こうした人材は、行政が把握できないような地域の細かな情報を持っている場合も多く、また、地域に根ざした活動をしている研究者は、時間をかけて地域関係者と独自のネットワークを構築していることも多い。たとえば、

各都道府県に設置されている都道府県立大学は、こうした人的資源を有していることから協働していくことも考えられるだろう。

国の役割

■ 都道府県を支援する国の役割

- 国の役割としては、都道府県による支援も含め、市町村による地域マネジメントがしっかりと機能するような制度的枠組みの整備が求められる。具体的には、①地域分析の基盤となる地域包括ケア「見える化」システムによる各種データの提供、②目標設定も含め、自治体の地域包括ケアシステム構築に向けた取組の法令上の位置付けの確立、③各種の政策の背景や意図について、適切なタイミングで市町村に伝達できるような情報支援体制の確立、④目標の達成状況を踏まえたインセンティブ付与のための支援、などが考えられる。
- すでに触れたように、「見える化」については、厚生労働省がその内容の充実も含め事業を進めているが、情報支援体制の構築についても、平成 28 年度より、全国の地方厚生局・支局で、新たに地域包括ケア推進課を設置し、専門の職員が配置されることとなった。国においては、このような組織等を通じて、個々の都道府県では把握できない全国の先進的な事例やノウハウ等について、都道府県の職員を対象とした研修などを実施し、より広範に展開させていく役割が期待される。

■ サービスの包括化にあわせたデータマネジメント

- また、今後、地域包括ケアシステムの構築が進められる中で、サービスや報酬の包括化が進められた場合は、事業者が適切にサービスを提供しているかどうかのモニタリングや評価を可能な限り客観的な視点から行う仕組みの構築が重要となる。その場合、行政が定量的なデータを全国統一的な基準の下で把握し、分析するため、研究者を活用した専門的な取り組みが欠かせない。
- 現在、包括化された居宅サービスとして提供されている定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護については、事業所による自己評価としてストラクチャー評価、プロセス評価等の枠組みが提示されているが、サービスの提供内容を客観的に把握する定量的なアウトプット指標については、全国統一の基準は多くは設けられていない。
- サービス提供において、複数のサービスを一体的に提供する形態は、地域包括ケアシステムの今後の方向性として有力であるが、サービス内容のデータの把握については、各サービス提供事業者の採用するコンピュータシステムや書式等に委ねられており、全国で統一的なデータの収集を行えない状況にある。特に包括報酬の中で、事業者がどのような内容のケアを提供しているかの把握は、出来高払いのサービスに比べ、より困難となってくる。効果的な ICT の導入は、通常業務におけるサービス提供の効率を高める点で有効であり、サービスの効果的なモニタリングの観点からも実施するために不可欠であり国による主導的な取組が期待される。

5. 「一体的」なケアを提供するためのケアマネジメント

- ここまで、自治体による地域マネジメントの課題について整理してきた。しかしながら、実際に地域において、取組を具体化するためには、ケアマネジメントが自治体と同じベクトルを有していることが不可欠である。地域マネジメントの効果を最大化するためのケアマネジメントの今後のあり方について、最後に整理をしておきたい。

介護保険法における基本的な視点の再確認

- ケアマネジメントのあり方を考えるにあたり、改めて介護保険法の記載に立ち戻ると、法第1条では、要介護者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保険給付を行うと定められている。また、同法第2条第2項では、保険給付は要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するよう行われなければならないと定められている。保険給付は、被保険者の選択に基づき行われるものであるが（同法第2条第3項）、それは要支援者・要介護者の自立支援という理念に沿って検討されなくてはならない。

【介護保険法】（抜粋）

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（介護保険）

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

（国民の努力及び義務）

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

（介護支援専門員の義務）

第六十九条の三十四 介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。

- また、そのサービスは、特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることがないように、公正かつ誠実に業務が行われなければならないとされているが、ケアマネジャーが偏りのあるケアプランを作成しているのではないかと指摘もある²²。また、区分支給限度額の範囲内であれば、利用者の希望次第でいくらかでもサービスが利用できるとの考え方も未だに一部にみられる。
- 介護保険法第4条では、国民自身の努力や義務（自助）について定めており、改めて法の理念や原点に立ち戻り、保険者、サービス提供事業者、利用者、被保険者すべての人が、「介護保険は自立支援のための仕組み」として創られた歴史を再確認する必要がある。このような考え方からすれば区分支給限度額ぎりぎりまでサービスを増やすことが目的化したようなケアマネジメントは適切ではなく、むしろ、自立支援のための給付を受ける権利さえ歪めているとさえ言える。

インフォーマル資源とケアマネジメント

- また、法第2条3項は保険給付が総合的かつ効率的に提供されるよう配慮されることを求めており、保険給付と地域の互助などのインフォーマル資源を組み合わせた利用も想定している。しかしながら、インフォーマル資源を把握した上でのケアマネジメントは、実際の現場において、十分に活用されているだろうか²³。こうした原則を実践レベルでどの程度実現できているか、またそれを阻害している要因は何かについて、十分に検討すべきであろう。
- またインフォーマルサポート資源については、利用者の生活している所与の環境として理解する見方も欠かせない。それぞれの利用者は、要介護認定の申請をする以前の段階で、近隣や友人などとの日常的な付き合いの中で生活をしてきたはずである。こうした生活環境は、ケアマネジメントが入ってきた段階で共助（介護保険サービス）に代替されるものではなく、また、サービスとして位置付けられるものでもない。「はじめからそこにあるもの」としてのインフォーマルサポートを強く意識することも、適切なケアマネジメントを考える上で重要な視点である。

ケアマネジメントの基本の再認識

- たとえば自立支援を基本として具体的なケアマネジメントを検討していく際に、ケアマネジメントに関しては、課題として「入浴ができない」状態を挙げ、「入浴できるようにする」ために、「通所サービスを利用する」といった判断がなされたとする。

²² 会計検査院法第30条の3の規定に基づく報告書「介護保険制度の実施状況に関する会計検査の結果について」、平成28年3月においても特定の介護サービス事業所の利用が集中している点が指摘された。

²³ サービス担当者会議前に「地域における社会資源の特徴（ボランティアの活動、民生委員の関わり、近隣商店街の生活支援となる活動等）の最新情報を把握」を「あまりしなかった」「全くしなかった」と回答した介護支援専門員は、全体の47.9%であった。「介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業報告書」、平成25年度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。

しかしながら、これでは「既存のサービスで、できない事柄をどのように代替するか」といった判断に留まっている。

- 「入浴ができない」という生活上の課題を解決するためには、なぜ入浴ができないのかの原因を身体面だけに着目するのではなく、本人の身体状態、精神状態（意欲）、住環境、家族の状況、経済状況等、総合的なアセスメントを行って生活上の課題を発生させている要因（複数の因子の関連を含めて）を明らかにする。さらに各専門職に詳細なアセスメントおよび解決策の提示を求め、利用者の自立と QOL が保たれるよう、多職種が総合的に支援できるように調整する過程が自立支援を目指すケアマネジメントにおいて欠かせない。こうしたアセスメントと自立支援に向けた取組を実現していく上では、リハビリテーション職も含め、医学的な観点からの適切なアセスメントが行われ、これが、介護職に的確に伝達され、自立支援を実現するためのケアが提供される流れが重要である。
- さらにケアマネジメントを改善するためには、利用者が関わる問題の状況に応じて階層化されたケアマネジメントについても検討していく必要性を指摘できる。例えば、顕在化されていない生活能力を引き出すためのセルフマネジメント、慢性疾患に対しては医学管理とディジーズマネジメント（疾病管理）、また、貧困や虐待などが関連し、生活環境の調整に多くの福祉的な調整が必要な事態に対してはケースマネジメントといった手法が考えられる。

ケアマネジメントのプロセスの協働化

- ケアマネジメントは、介護保険の施行にあわせて導入され、新たな専門職としてケアマネジャーが中心となってこの業務を担ってきた。ケアマネジメントは、住み慣れた地域での生活を継続していく仕組みとしての地域包括ケアシステムにおいて、この先も欠かせないものである。
- しかしながら、介護保険サービス（共助）のみならず、民間市場サービス（自助）や近隣の支え合いやボランティア（互助）、あるいは福祉サービス等（公助）を含めた多様な資源を効果的に組み合わせて生活を支える地域包括ケアシステムにおいて、ケアマネジャーが一人で広範で多様な地域資源のマネジメントを担うあり方は、業務量の面でも負担が大きいと言わざるをえないだろう。
- そのような中、地域密着型サービスとして近年導入された定期巡回・随時対応型訪問介護看護においては、計画作成責任者がケアマネジャーと共同ケアマネジメントを行う考え方が示されるなど、ケアマネジメントのあり方には変化もみられる。また、地域ケア会議において、個別ケースの検討を中心とした取組が進められているが、従来のサービス担当者会議とは異なり、サービスの提供を行っていない専門職が参加することで、ケアマネジャーだけでは気がつかなかった新しい視点がケアチームに持ち込まれるなど、ケアマネジメントの改善の観点からも、ケアマネジメントを多職種で取り組むメリットは大きい。生活支援体制整備事業で設置される生活支援コーディネーターが地域ケア会議に参加すれば、そうしたインフォーマルな地域資源について、より多くの情報獲得も可能になる。

- ケアマネジメントのプロセスの協働化・チーム化を進めるためには、医師や看護職、介護職、リハビリテーション職等の養成過程において、ケアマネジメントに関する教育課程を組み込むという見直しも必要である。また現場レベルでは、地域ケア会議が、まさに多職種の中でケアマネジメントの協働化を体現する場となっており、地域におけるケアに対する考え方を共有していく場としての機能が期待されている。
- 今後は、より高度なケアマネジメントを追求する過程で、チームケアをベースとした多職種によるケアマネジメントの推進が求められる。またこうしたチームケアにおいてケアマネジャーが果たす役割は、より高度な水準になると想定すれば、たとえば、現在ケアマネジャーが行っている給付管理にかかる事務部分については、一般の事務職員で対応し、ケアマネジャーは専門職として、自立支援、公正中立、各サービスの総合的かつ効率的な提供の観点から利用者本人に適切なサービスが行われるよう、チームをまとめあげることに集中することが考えられる。

居宅介護支援事業所の指定権限の市町村移譲に向けて取り組むべきこと

- すでに、平成 30 年度からは、居宅介護支援事業所の指定権限の保険者への移譲が決まっているが、これは、ケアマネジメントの質の担保について、保険者が責任を持つ体制を意味している。保険者は、地域包括ケアに資するケアマネジメントという視点から、どのようなケアマネジメントを行うのかという点について、より具体的な方向性を示す能力が求められる。
- すでに、ケアマネジメントの改善に資する取組として、ケアプラン点検や地域ケア会議などが各自治体において取り組まれているが、これらの実施は、法令上、自治体の必須業務とはなっていない。指定権限が保険者に移譲される改正を考慮すれば、保険者の能力の向上は必要不可欠であり、必須業務と考えるべきだろう。
- 他方、こうしたケアマネジメントのあり方について地域に徹底する役割を、保険者だけに委ねるのは難しい。地域ケア会議などを活用し、個別のケースを積み上げながら自立支援への方針転換を行える保険者は限られているだろう。ケアプラン点検を実施するためのマニュアルやガイドライン等を、専門職と保険者の協働によって作成する取組を通じて、自治体職員の能力向上を目指すことも有効と思われる²⁴。

²⁴ 川崎市では、市役所を事務局とした編集会議を立ち上げ、地域包括支援センター、川崎市介護支援専門員連絡会、在宅サービス事業者などの参加を得て、「ケアマネジメントツール～地域資源のつなぎ方～」を作成した。

おわりに

- これまでの地域包括ケア研究会では、その将来イメージやコンセプトなどを中心に全体的な概念について比較的幅広く提言を行ってきたが、すでに地域包括ケアシステムの議論が、具体的な構築プロセスに入っていることを踏まえ、今年度はより具体的な構築上の課題として「地域マネジメント」に焦点を当てた議論を行った。
- 元来、地域包括ケアシステムは、高齢者や介護の問題を越えた幅の広い概念であるが、過去数年の実際の状況を見ると、自治体内における横断的な組織体制の構築や、住民主体の積極的な取組、地域の支え合いの仕組みづくりの流れが生まれてきたことは、すでに、「高齢者」や「介護保険」の範囲を飛び越えた取組として地域包括ケアシステムの構築が、ゆっくりと、しかし着実に進んでいることを示すものだろう。
- 今年度の報告書では、主に自治体の機能に着眼したため、議論し尽くせなかった重要なテーマも残されている。介護人材確保・育成の問題、介護サービス事業者の経営のあり方、医療介護連携の取組など、サービスの提供体制にかかる課題については、十分に触れられなかった。
- 地域包括ケアシステムの取組は、数年で完了するものではない。2025年、そしてさらにその先の2040年、2060年に向けて、長い道のりになる取組である。今年度のテーマとして設定した「地域マネジメント」が少しでも実効性のあるものとして、機能し、各地域の地域包括ケアシステムの構築が進むことを期待したい。