

# 地域共生社会を見据えた地域包括ケアシステムの現状・課題と事業機会



横内 瑛



下松未季

## CONTENTS

- I 地域包括ケアシステムとは
- II 地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みの現状と課題
- III 地域課題の解決に向けた手立て
- IV 地域包括ケアシステムを基盤とする地域共生社会の実現へ

### 要約

- 1 2005年に地域包括ケアシステムという概念が示されて以来、その実現に向けた多様な議論がなされてきた。2015年に介護保険法が改正され、同法を根拠法として、国は介護予防・日常生活支援総合事業や、包括的支援事業などの地域支援事業創設といった制度設計を進めてきた。
- 2 すべての市町村は2018年4月までに上記事業への着手が義務づけられたものの、取り組みの質に自治体間で大きな格差が存在する。すべてのステークホルダー・地域住民を巻き込んだ取り組みの難しさ、部署異動を前提とする行政職員による地域企画・マネジメントの限界などさまざまな要因が絡み合うため、いまだ地域ビジョンや、明確な目標もなく取り組みを進めている地域も少なくない。
- 3 こうした課題を解決するにあたり、一部の先進地域では、地域ケア会議を活用して地域課題を把握し、解決に向けた検討を進めている。多職種の知見や経験、地域としてのあるべき姿を踏まえつつ、地域の実態を精度高く捉え、効果的な施策を展開することができれば、地域の求める地域包括ケアシステムの理念である、誰もが住み慣れた地域で自分らしい生活を実現することが可能となる。
- 4 地域包括ケアシステムをの概念を深化させ、住民が世代や背景を超えてつながり、相互に役割を持つことで支え合う「地域共生社会」の実現にあたっては、行政や地域住民の力だけでは足りず、民間事業者の積極的な関与が求められる。民間企業にとって、地域課題はいわば事業機会の源泉でもあり、地域住民・行政・民間企業それぞれが恩恵を享受できる関係を築くことができるといえる。

## I 地域包括ケアシステムとは

わが国は2010（平成22）年にWHO（世界保健機関）の定める「超高齢社会」（65歳以上人口の割合が全人口の21%以上を占めている社会）に世界で初めて到達し、18年10月時点では高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）が28.1%を超えた。また、75歳以上人口の占める割合は14%を超え、今後さらに増加することが見込まれている。国は約800万人いる団塊の世代が後期高齢者になる25（令和7）年に、国民の医療や介護の需要が急増する可能性を見越し、「地域包括ケアシステム」という考え方を打ち出した。

具体的な取り組みとしては、14年に医療介護総合確保推進法が公布され、これを根拠法として地域包括ケアシステムの構築に向けた各種施策が遂行されてきた。15年4月以降、地域支援事業を通じて、地域における在宅療養や介護サービスの基盤整備が進められている。

以降では地域包括ケアシステムの趣旨について述べるが、この概念は高齢者のみを対象とするものではない。障がい者や在宅療養を必要とする成人・小児の難病患者なども対象に含まれている。地域包括ケアシステムは現状では高齢者について語られることが多く、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組みを指している。ただし、全国の市区町村の地域特性や、医療特性、住民特性、医療・介護などの人的・社会的資源が一様ではないように、地域の自主性や主体性に基づき、地域特性を考慮した取り組みを保険者である市町村や都道

府県が作り上げていくことが求められている。

昨今では、前述した医療介護総合確保推進法の施行から数年が経過し、市区町村によっては、国が提示してきた手引きや研修の枠にとらわれず、自地域の特性やニーズを汲み取る形で認知症施策との連動や全世代・各領域（母子・障がいなど）や災害時の対応を捉えた試みを行う自治体も現れつつあるなど、それぞれの実情に応じて、各地で工夫に富んだ取り組みが進められつつある。その一方で、在宅生活を継続するための日常的な生活支援などについては、わが国の厚生行政だけではなし得ない多様な課題が散在している。

次章では、地域包括ケアシステムの実現に向けた具体的な施策である地域支援事業の取り組み状況などを詳述しつつ、地域の実情を踏まえた地域づくりのあるべき姿や、民間企業による支援事例などを紹介する。その上で、官民が連携した超高齢社会への対応について論じることとしたい。

## II 地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みの現状と課題

厚生労働省は、2025（令和7）年の地域包括ケアシステムの実現に向け、14（平成26）年に介護保険制度を改正した。現在の各取り組みは、この改正の際に重点が置かれた医療、介護、生活支援、介護予防の4点の充実を図る目的で推進されている。また、次に示す4項目は、介護保険法第115条の45、第117条で規定され、15（平成27）年厚生労働省告示第70号で示された「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」の中でその方向性が示された（図1）。

図1 地域支援事業を構成する4つの柱

在宅医療・介護連携 34億円（公費：68億円）	認知症施策 57億円（公費：113億円）	地域ケア会議 24億円（公費：47億円）	生活支援の充実・強化 81億円（公費：162億円）
地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修などを行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進	初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応などを行い、認知症の本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる地域の構築を推進	地域包括支援センターなどにおいて、多職種協働による個別事例の検討などを行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進	生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置などにより、担い手やサービスの開発などを行い、高齢者の社会参加および生活支援の充実を推進

出所) 厚生労働省 社会保障審議会介護保険部会「地域支援事業の推進」より作成

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

このほかにも、14年介護保険制度改定では、地域包括ケアシステムの構築を目的に、重点化・効率化すべき事項として、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化させる旨が示された。それぞれの機能・サービスの拡充については、図2に示した事業に位置付け、進められた。事業実態などの詳細は次章以降で紹介するが、在宅医療・介護連携推進事業、介護予防・日常生活支援総合事業、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業、地域ケア会議の充実が、全国各地で推進されている。

こうして、地域包括ケアシステムの構築を目的とした取り組みの大きな方向性と具体的な事業項目が示され、平成のうちに全国の市区町村において大方の事業基盤の構築が進められた。

以降、方策ごとの進捗状況や現状の課題など、事業推進主体である保険者（都道府県・市区町村）の視点で実態を説明する。また、第三章において現状課題の打開策や解消方法について論じた後、第四章で民間企業の支援機会および事業機会について触れることとする。

## 1 在宅療養における現状と課題

地域包括ケアシステムの基盤形成には、在宅療養の推進は必要不可欠であり、地域における体制の構築なくして、その実現は難しい。前述した介護保険制度改正の流れを受け、わが国では2015年度より在宅医療・介護連携推進事業が地域支援事業に位置付けられ、全国の市町村が中心となって主体的に取り組むことが決まった。

一方で、これまで医療行政を担当することのなかった市町村にとって、医療関係団体などとの調整といった各取り組みは困難なものとなった。在宅医療・介護連携推進事業の実施については、猶予期限である18年4月を過ぎ、全国すべての市町村が同事業に取り組んでいる状態にあるとされている。本事業は地域を

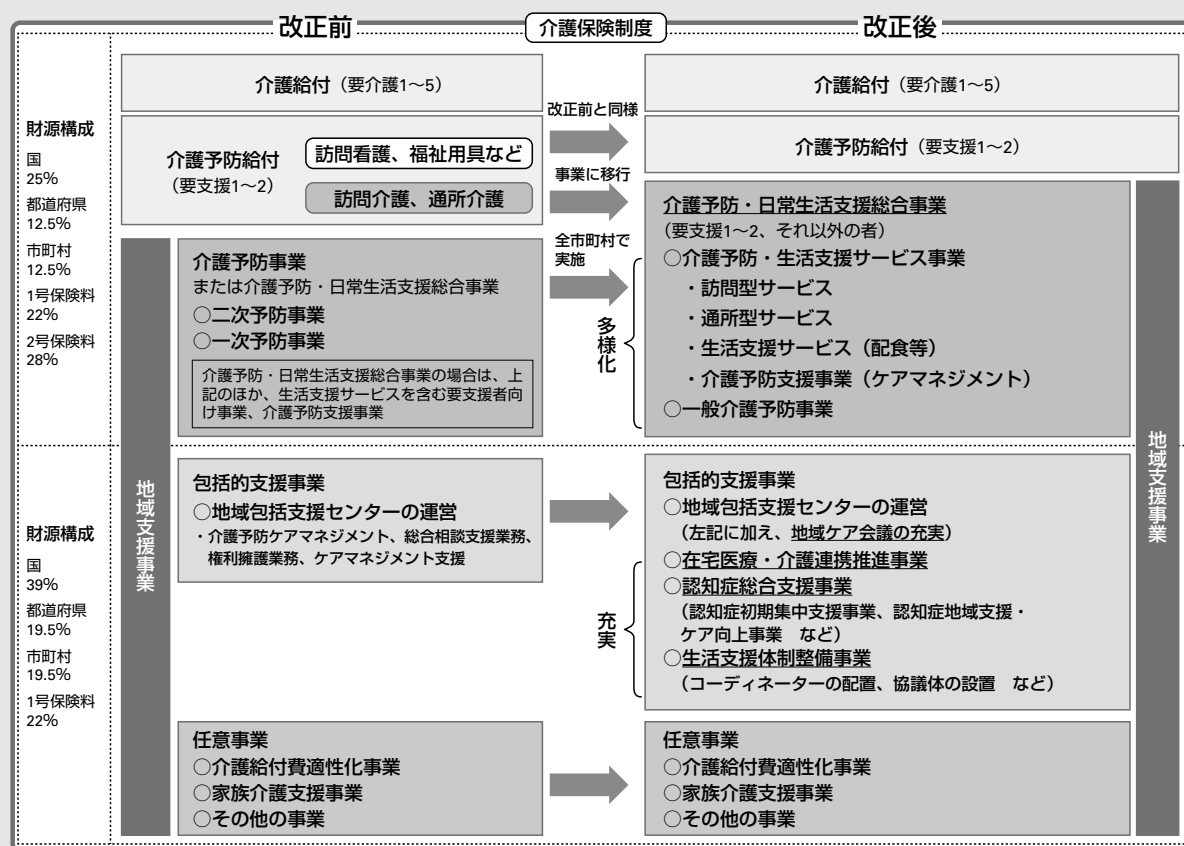
基盤とする郡市区医師会などとの連携により、在宅医療・介護の一体的な提供体制の構築と継続的な提供を目的としている。医療と介護の一体的な提供が掲げられる事業特性上、医師、歯科医師、薬剤師、看護師など幅広い専門職（多職種）の連携が求められている。

しかし、現時点では市町村によって取り組みが表層的なものに終始し、在宅医療・介護連携推進事業に求められてきた医療と介護の連携を図るという事業趣旨を達成できていない状況にある。

手引きに示された事業項目の実践により、大半の市区町村において、在宅医療・介護連

携推進事業の一応の基盤は整いつつある。しかし、実態としては、事業に着手することに目的がすり替わっている地域も存在する。実施すべき内容を整理し、地域の実情に応じた課題を抽出した上で、対策を講じる必要性を訴求していくべきである。その際は、地域の医療・介護資源と将来の患者推計、現状の医療・介護レセプトデータから見いだされる医療と介護の連携状況などのデータを踏まえた取り組み方策の検討が重要であるが、現状では具体的な取り組みは進んでいない。また、地域では、一連のデータに基づいて地域で目指す理想像（目標）を描いた上で、地域の実

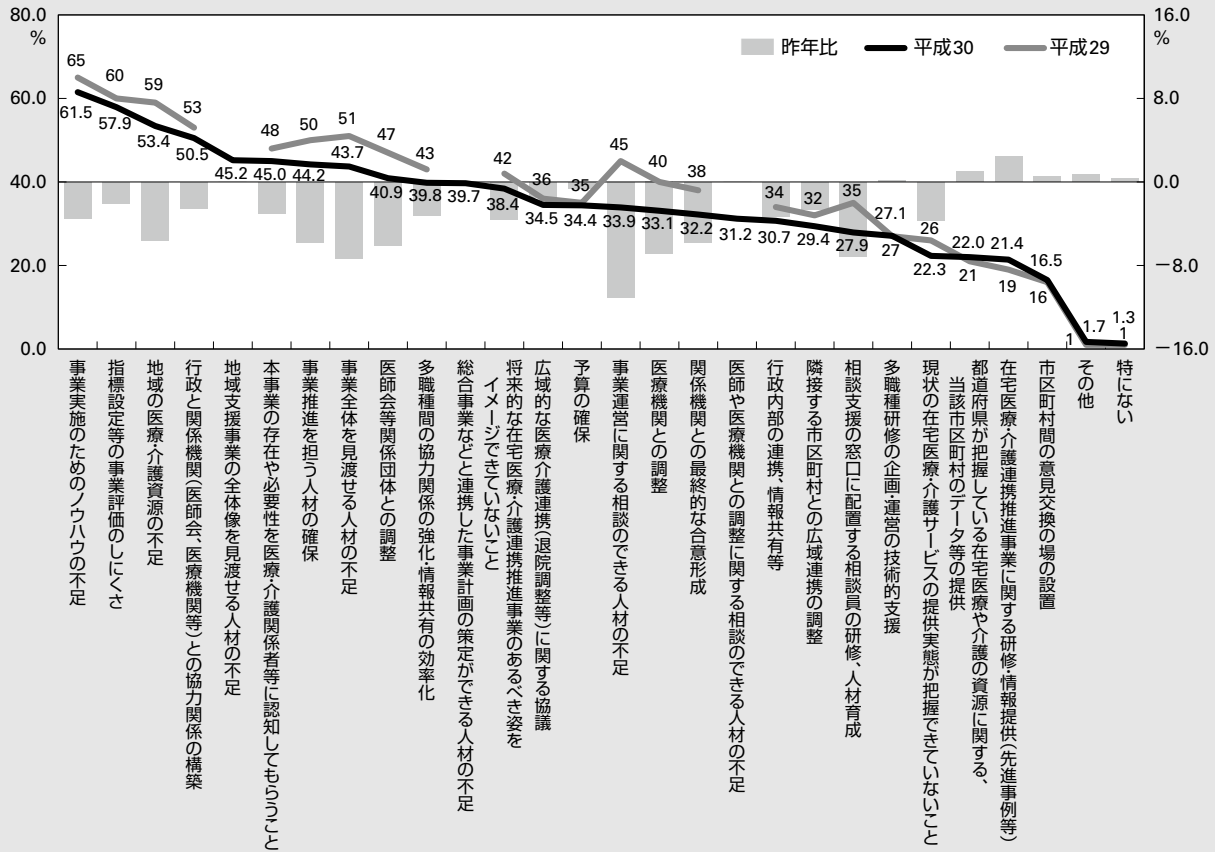
図2 新しい地域支援事業の全体像



出所) 厚生労働省 社会保障審議会介護保険部会「地域支援事業の推進」より作成



図3 在宅医療・介護連携推進事業における行政担当者の課題意識の変化（平成29年度、30年度比較）



出所) 野村総合研究所「平成30年度老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業 報告書」より作成

情に合った事業展開を推進すべきであるが、こういった取り組みも十分には進んでいない(図3)。

17年度および18年度に筆者らが実施した同事業の実態把握を目的に実施した悉皆調査<sup>2</sup>では、市区町村が在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中で課題として感じているものを尋ね、時系列で問題意識がどのように変遷していったのかを追跡調査している。なお、事業項目別の着手状況についても上の調査を通じて明らかにしているの、詳細はそちらを参考にされたい。

同事業の推進における問題意識に目を向けると、最も多い回答は「事業実施のためのノウハウの不足」で61.5%、次いで「指標設定等の事業評価のしにくさ」57.9%、「地域の医療・介護資源の不足」53.4%となっている。事業を推進するためのノウハウや人材をはじめとする医療・介護資源が不足している中で、どのように、在宅医療・介護連携推進事業の取り組みの進捗状況の評価すべきか悩んでいる状況がうかがえる。

地域によっては、事業推進を目的にアドバイザーを設置しているが、現状ではこのアド

バイザーが集まらない地域や設置していない地域が7割と、まだまだアドバイザーの数は少ない。一方で、アドバイザーを設置している地域では、事業実施計画が定められる割合が高いという調査結果もあり、事業がより効果的・効率的に進められている（図4）。

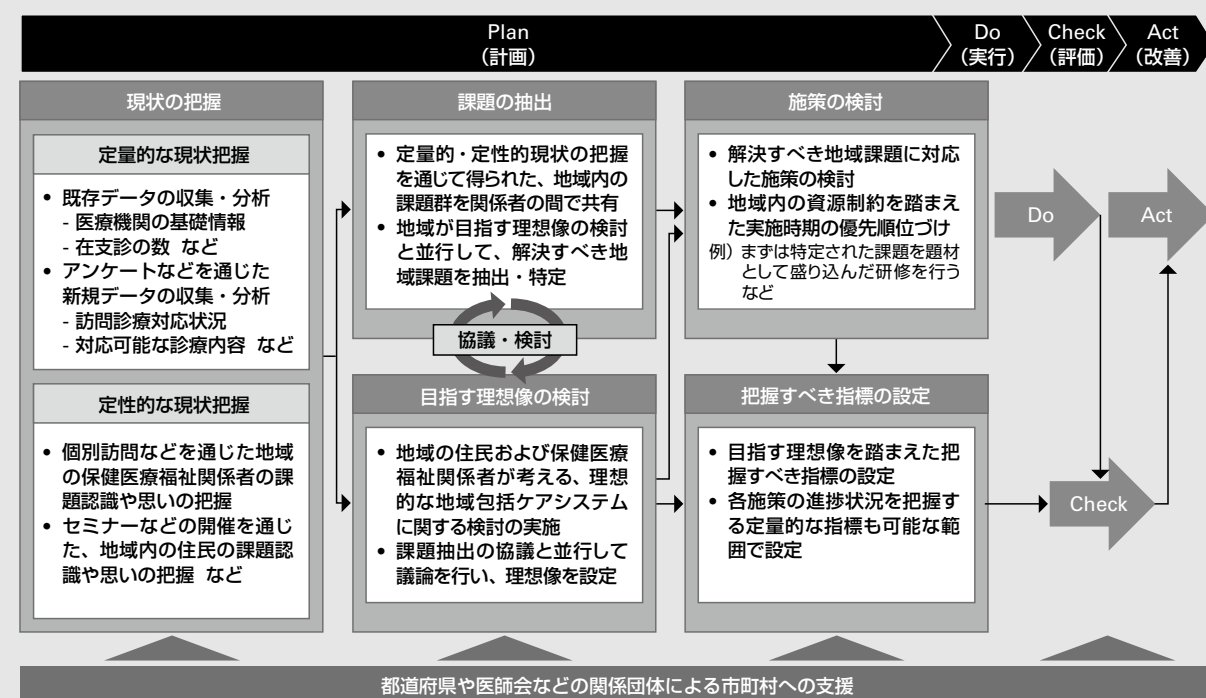
国では、事業の推進効率を高め、地域の取り組みの質・在宅療養の提供体制の早期構築を目的にPDCAサイクルの運用を浸透させようとしてきた。しかし、地域で目指す理想像（目標）の整備がまともでならず、適切な評価指標による事業進捗のモニタリングができていないことなどを理由に、その運用が進んでいない状況もある。

実際、指標を用いた事業評価を実施している市町村は3割程度しか存在していない（図

5）。大半の市町村ではモニタリングのみを実施し、PDCAサイクルにおける施策検討には定量データを活用できていない。事業企画人材が比較的豊富と考えられる、人口規模の大きな市区町村などが事業評価に着手し始めた様子は見受けられるが、まだまだ取り組みの途上にある。

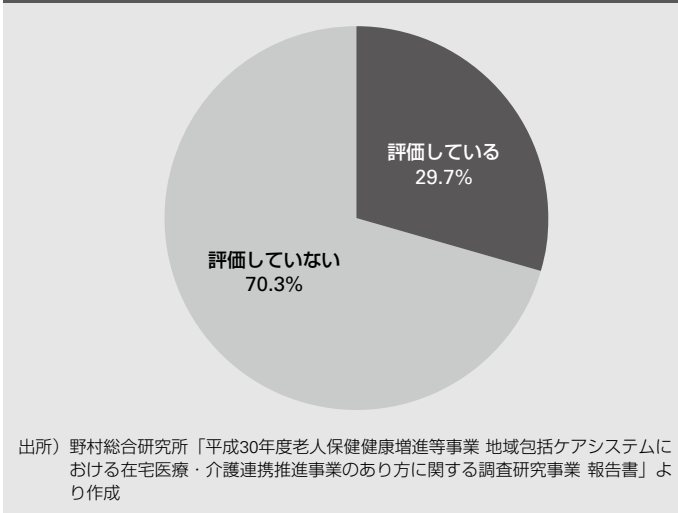
最後に、在宅医療・介護連携推進事業の推進に向けて取り組むべき課題・論点について整理する。筆者は、15年度から現在までの取り組みを通じ、体制整備は図られてきたと考えている。冒頭でも述べたように、今後は質の向上の実現が期待されることから、同事業の推進にあたっては次の5点を強化することが求められる。

図4 在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCAの運用の考え方



出所) 野村総合研究所「平成28年度老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に関する調査研究事業 報告書」より作成

図5 在宅医療・介護連携推進事業における事業評価の実施状況（平成30年度調査）



- ① 将来の医療・介護需要を捉えた正確な実態把握
- ② 在宅医療資源の構築・創設
- ③ 在宅医療・介護の恒常的な実施
- ④ 評価指標を用いた事業評価によるPDCAサイクルの運用
- ⑤ 都道府県・民間企業との連携による市区町村共通の取り組み事項の実施・支援

各地域で事業に着手して数年が経過したが、あらためて事業の方向性を見定める上で、現状把握は慎重に進める必要がある。たとえば、現状の在宅療養の要介護度別の需給率や、在宅医療の提供の場・施設を的確に把握することなどが求められる。このように、在宅医療・介護連携推進事業は、機能している資源の的確な把握に基づき、地域の実態に即した施策展開を通じ、在宅療養の質をより一層高めていく、「質」を重視するステージに突入したといえるだろう。

## 2 介護予防における現状と課題

医療技術の進展により、日本の平均寿命は2017年時点で男性は81.09歳、女性は87.26歳と過去最高の記録を更新しており、世界でもトップクラスとなっている。また、寿命の延伸に伴い、介護需要も増加し、介護費の増大が顕著になりつつある。このほかにも、少子高齢化も相まって若年層の負担の増大や財政の圧迫も大きな問題となっている。

そうした中、政策的にも注目を集めているのが、「健康寿命の延伸」である。これは、ただ寿命を延ばすのではなく、介護を必要とせず、健康で自立した生活を営める期間を延ばし、QOL（Quality of Life）の充実を図るという概念である。

このような概念の実現を目的として、要介護状態に陥ることを予防し、健康寿命を延伸するための方策として地域支援事業の中に位置付けられたのが、「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）」である。総合事業は、高齢者の社会参加と自立支援を目的とし、住民主体の多様なサービスの充実を図ることを目的としている。

17年の介護保険法改正により、国は地域の实情に応じてサービス提供体制の整備を行う主体を自治体へと移行した。しかし、これまで主に介護事業者の管理・監督を行ってきた市町村の担当者にとって、地域の实情を踏まえながら、サービスを企画し、実行するというのは難易度が高かった。

18年度に野村総合研究所（NRI）が実施した「平成30年度老人保健健康増進等事業 地域支援事業における介護予防の取り組みに関する調査研究事業」でも、そうした傾向が見て取れる。

総合事業には、基本チェックリストに該当した高齢者を対象とする介護予防・生活支援サービス事業と、すべての高齢者を対象とする一般介護予防事業がある。要介護へ移行するリスクの比較的高い高齢者を対象とする介護

予防・生活支援サービス事業は、訪問介護員によるサービスが必要なケースや生活機能の向上のための機能訓練を行う現行相当の訪問介護・通所介護とは別に、それ以外の多様な生活支援のニーズに対応するサービスとして、

表1 訪問型サービスの類型

種別	A (緩和した基準によるサービス)	B (住民主体による支援)	C (短期集中予防サービス)	D (移動支援)
内容	生活援助など	住民主体の自主活動として行う生活援助など	保健師などによる居宅での相談指導など	移送前後の生活支援
対象者やサービス提供の考え方	状態などを踏まえながら、住民主体による支援など「多様なサービス」の利用を促進		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 体力の改善に向けた支援が必要なケース</li> <li>• ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース</li> <li>• 特に閉じこもりなどの心身の状況のために通所による事業への参加が困難で訪問による介護予防の取組が必要と認められる者が対象</li> <li>• 3～6カ月の短期間で行う</li> </ul>	Bに準ずる
実施方法	事業者指定・委託	補助（助成）	直接実施・委託	
基準	人員などを緩和した基準	個人情報の保護などの最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
提供者（例）	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）	

出所) 厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン（概要）」「地域支援事業実施要綱」より作成

表2 通所型サービスの類型

種別	A (緩和した基準によるサービス)	B (住民主体による支援)	C (短期集中予防サービス)
内容	ミニデイサービス 運動・レクリエーション など	体操・運動などの活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善などのプログラム
対象者やサービス提供の考え方	状態などを踏まえながら、住民主体による支援など「多様なサービス」の利用を促進		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケースなど</li> <li>• 居宅や地域での生活環境を踏まえた適切な評価のための訪問を実施した上で介護予防プログラムを実施</li> <li>• 3～6カ月の短期間で行う</li> </ul>
実施方法	事業者指定・委託	補助（助成）	直接実施・委託
基準	人員などを緩和した基準	個人情報の保護などの最低限の基準	内容に応じた独自の基準
提供者（例）	主に雇用労働者＋ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）

出所) 厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン（概要）」「地域支援事業実施要綱」より作成



表1、2の7つの種別が想定・類型化されている。

これらのサービスの中でも、身体の機能が低下した状態から、元の生活に復帰させるという側面が強いのは「短期集中予防サービス」（以降「サービスC」）である。これは保健・医療の専門職により提供される支援で、3～6カ月の短期間で行われる。最終的には一般介護予防事業による支援や、社会参加につなげていくものとして、最も介護予防の概念に近いサービス類型といってもよい。しかし、サービスCの実施状況はいまだに低く、訪問型・通所型のいずれのサービスCも実施していない市町村は56.2%に上る（図6）。

また、本来サービスCは、新しい介護予防

の考え方にに基づき、保健・医療の専門職が支援を行った後、一般介護予防事業による支援やその他の社会参加ができる場などにつなげていくことが求められている。しかし、従前の二次予防事業をそのまま引き継ぐなど、単にサービスメニューとしてそろえるだけにとどまる自治体も少なくない。

実際、サービスCの利用者数を見ても、10人以下の自治体が、訪問型は8割弱、通所型も3割弱にまで上る。特に顕著なのがサービス利用者数0人という比率の高さであり、訪問型で36.9%、通所型で9.3%に上る。これらの数値からも分かるように、行政としてサービスCというメニューを用意はしていても、利用につながっておらず、サービスを活用し

図6 短期集中予防サービス（サービスC）の実施状況（平成30年度調査）

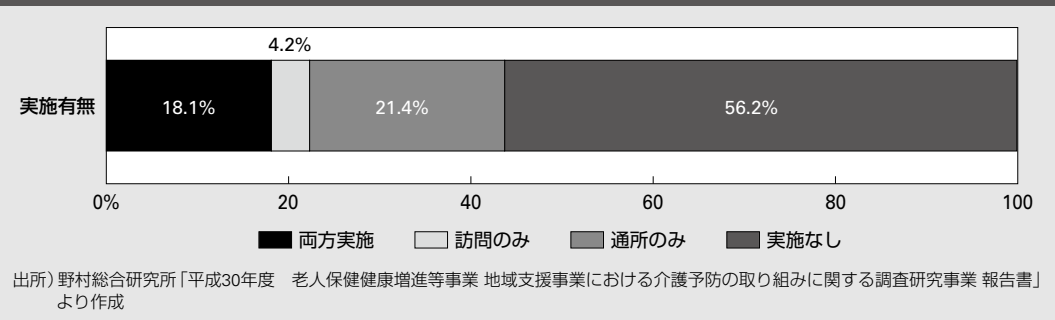


図7 サービスCの利用者数（平成30年度調査）

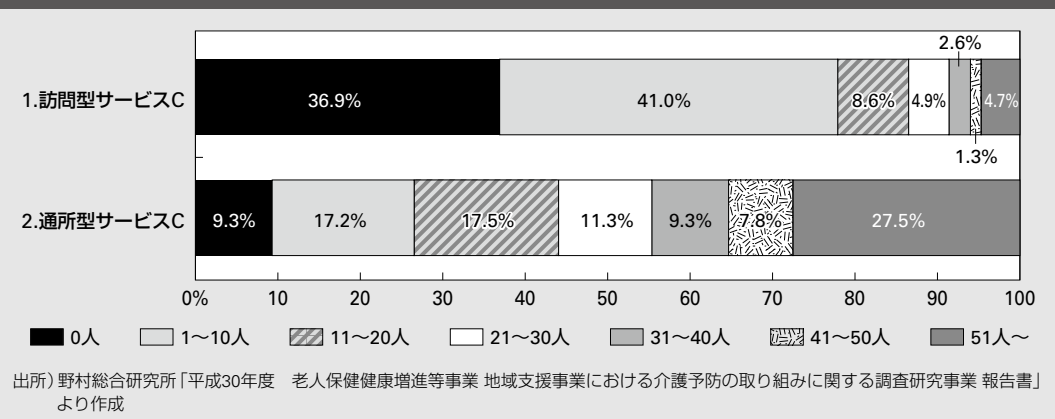
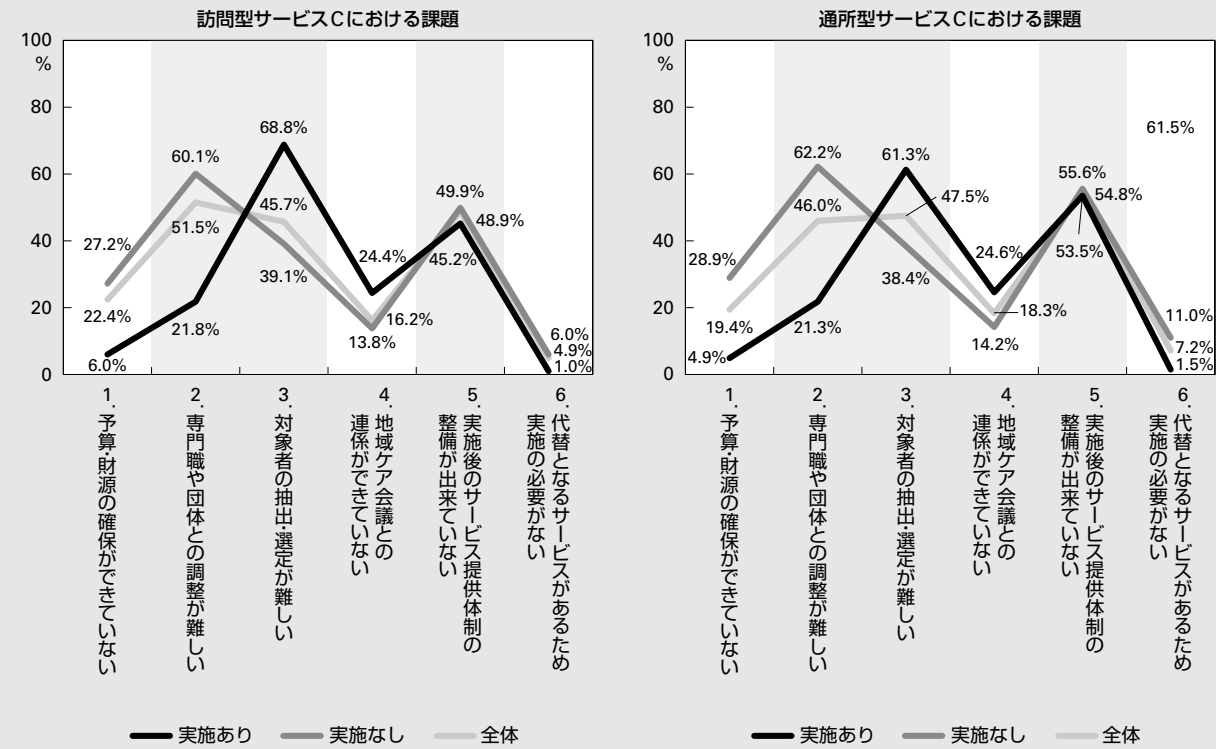


図8 サービスCの課題（平成30年度調査）



出所) 野村総合研究所「平成30年度 老人保健健康増進等事業 地域支援事業における介護予防の取り組みに関する調査研究事業 報告書」より作成

切れていないというのが多くの自治体における実態である（図7）。

では、実施主体である自治体はどういった点に難しさを感じているのか。アンケートでは、主に「専門職や団体との調整」「対象者の抽出・選定」「実施後のサービス提供体制の整備」に課題意識を持っていることが明らかとなった（図8）。

また、それ以外にも、サービスの計画・実施・評価の各段階で多くの課題が存在することが、行政へのヒアリングや意見交換会を通じて明らかとなった。

高齢者ができる限り地域の中で自立した生活を維持するためには、自治体ごとに高齢者にどのような暮らしをしてもらいたいのか、

ひいてはどのような地域を目指すのかといったビジョンを作ることが何よりも重要である。ビジョンがあった上で、その実現のためにはどのようなサービスが必要か、地域課題を踏まえて検討する必要がある。

そして、その実現には自治体だけでなく民間事業者の力も必要であろう。介護資源の状況は各地さまざまであるが、介護資源にとどまらず、高齢者が集まる小売店や薬局など、さまざまな場を活用し得る。地域の多様な主体が一緒になって、さまざまな状態の高齢者が住みやすい地域を作り上げることが求められるだろう。

### 3 認知症対応における現状と課題

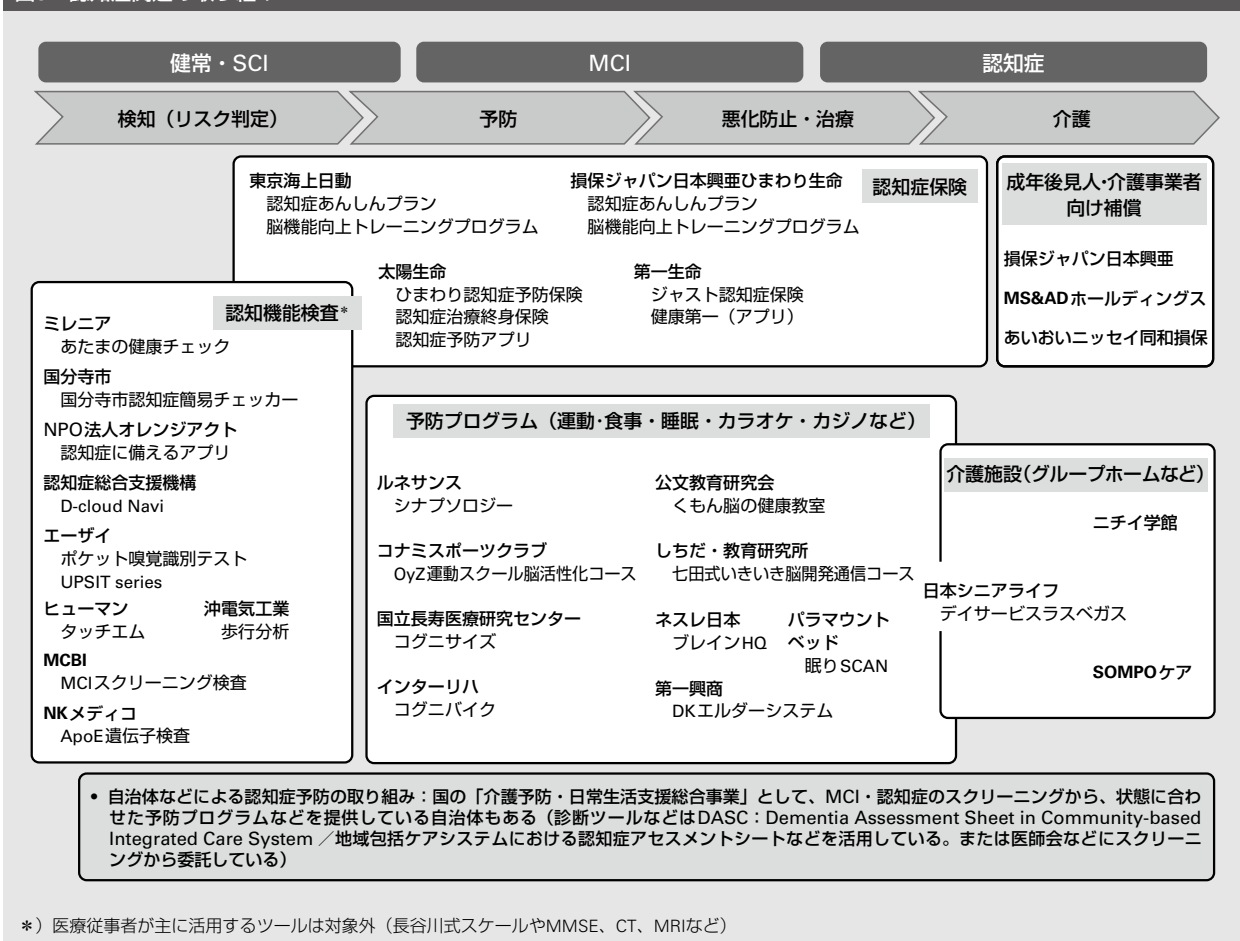
「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(2014年度、厚生労働科学研究費補助金特別研究事業)によると、国内の認知症患者の数は増え続け、12年に約462万人、65歳以上の高齢者の約7人に1人と推計されている。正常と認知症との中間の状態である軽度認知障害(MCI)と推計される約400万人を合わせると、高齢者の約4人に1人が認知症またはその予備群ともいわれており、認知症対策は超高齢社会の日本における主要な課題の一つとなっている。

認知症施策も「ボケ」や「痴呆」と呼ばれ

ていた時代から多くの変遷を遂げている。大きな方向付けがされたのは、12年に公表された「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」である。オレンジプランは、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会を目指した数値目標である。

この後、オレンジプランの方針を踏襲し、15年に新オレンジプランが策定された。ここでは、今まで以上に「地域づくり」が主眼に置かれるようになり、認知症高齢者のみならず、その家族や介護者、周辺住民など、認知症にかかわるさまざまな主体を地域でどのように支

図9 認知症関連の取り組み



えるかといった視点が盛り込まれている。

新オレンジプランにおける方針の一つにもあるように、認知症は早期発見・早期対策が重要になる。MCIの段階で適切な対応をすれば約半数が回復するともいわれており、認知症を早期に検知する技術や、認知症を予防するための取り組みが求められる。これらについては、民間企業の技術・サービスが求められるところでもある。

既に幾つかの先進的な企業が認知症の早期発見に向けた認知機能検査を行うほか、運動や食事療法などの対策方法も開発されつつある（図9）。

しかし、これらの民間企業が独自にサービスを提供しているだけでは、一部の健康意識の高い高齢者にしかリーチできない。特に認知症対策で最も難しいのは、本人の意思とのせめぎ合いである。認知症は高齢者にとって認めたくない問題であり、「恥ずかしい」という意識もいまだに強く、検知や予防、その他の支援を受けようとしないう高齢者も多い。そのため、こうした高齢者に対しての啓発が必要になってくる。自治体と協力し、健康診断と一緒に認知症に関してのセミナーや取り組みを紹介するなど、認知症の早期発見・予防に関する官民一体の取り組みは必要不可欠になってくるだろう。

一方、自治体にとっても課題は多い。認知症は高齢者にとっていわば指摘されたくない事項である。いくら予防プログラムや早期発見に向けた取り組みを行っても、なかなか利用してもらえないという自治体も多い。また、検知後のケアの体制が整わないと、たとえ早期に検知ができて高齢者に心理的な負荷を背負わせるだけになってしまう。認知症

は状態・程度や本人の意思、家族の支えの有無など、個別的な要素が強い。それらに対して真摯に向き合おうとすると人手が足りず、手が回らないといった悩みを抱える自治体も多く見受けられる。

認知症の高齢者を早期に支えるための仕組みとして、認知症初期集中支援チームがある。複数の専門職が訪問して集中的に支援し、自立生活をサポートするものである。こうした仕組みが地域ケア会議やその他のサポートプログラムと連動しておらず、最大限活かされていないことも多い。

自治体に求められるのは、こうしたさまざまな仕組みやサービスをまとめ上げ、適切な人を適切に配分することであろう。それを実現するにあたっては、民間企業や認知症サポーターなどの地域住民の協力も不可欠であり、これらを積極的に活用していく姿勢が必要である。

### Ⅲ 地域課題の解決に向けた手立て

第Ⅱ章で述べた通り、地域包括ケアシステムの現状は、制度理念とはほど遠い状況にある。地域課題の適切な把握がなされた上でサービス設計がされている自治体は依然少なく、サービスが断片化してしまっており、サービスの横断的利用や移行のタイミングでの適切な連携がなされていないことが多い。

こうした状態を打開するための仕組みとして、地域ケア会議がある。地域ケア会議は、多職種が連携して、利用者の状態を踏まえた適切な支援内容についてケアマネジャーに助言・提案することで、ケアマネジャーだけでは最適化できない部分を補完することが期待

されている。地域ケア会議に参加する行政職員には、地域における介護保険受給者のケアプランを地道に検討していく過程を通じ、地域における共通事象や地域ならではの問題を捉え、解消すべき地域特有の課題を抽出することが求められている。そのため、事例検討の後、参加する多職種を交えた振り返りを通じ、どのような地域づくりを推進すべきか、また地域にある社会資源をどのように活用すべきかなど、地域のネットワークや資源の活用を踏まえた政策形成と実行が今後より一層重要になる。

ここでは、地域ケア会議の先行的な取り組みとして兵庫県洲本市の事例を紹介したい。

#### 自立支援型地域ケア会議（兵庫県洲本市）

兵庫県洲本市では、「誰もがいつまでも暮らせる地域を時代の変化とともに、住民・行政・民間が協力してつくる」ことを目的として、2016年度から自立支援型地域ケア個別会議を実施している。

同市の自立支援型地域ケア個別会議には、市の担当者や担当ケアマネジャー以外にも、栄養士や理学療法士をはじめ多くの専門職が参加する（図10）。

同市では、基本的に毎週、3時間にわたる会議を実施している。会議では、合計5つ前後の事例をそれぞれ30分程度かけて検討する。対象となる事例の選定方法としては、令和元年度は基本チェックリストの運動・認知・栄養のいずれかにチェックが入っている方、またはBMIが20未満の方で、更新の2～3カ月前のケースをピックアップし、担当ケアマネジャーに市から声をかけている。

検討にあたっては、ケース対象者の介護状態や利用サービス、本人の意思、家族の協力状況、性格に至るまで、細かく情報を共有した上でその人に適した支援のあり方を検討する。個人に即した情報に基づいた検討となっているため、専門職からの指摘やアドバイスも具体的で、その内容もすぐに取り入れられるような栄養面の工夫や、要支援者との接し方など幅広いものとなっている。また、検討の最後には、ケアマネジャー自身の言葉で、会議で得られた学びを発表してもらうことで、多職種のアドバイスを踏まえて、よりよいプランや今後の接し方を検討してもらうきっかけを作っている（図11）。

こうした、一人一人の状況に応じた具体的な検討プロセスはもちろん重要であるが、最も重要なのは全体での振り返りである。すべての事例の検討が終了した後、全体を通した振り返りを30分ほど行い、個別の事例を把握する過程で表出した地域の課題や、それを解決するために必要な施策の案などを議論している。

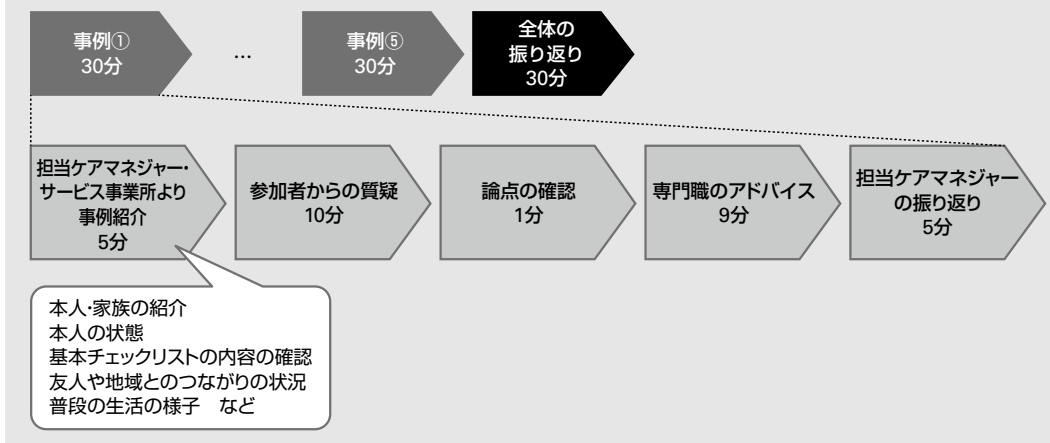
これまででも、義歯や補聴器におけるアフターケアの必要性の啓発、高齢者の農作業における安全性の確保などの具体的なニーズに基づいた課題や、山間部など過疎地域における

図10 洲本市自立支援型地域ケア個別会議 構成員

- 洲本市担当者：介護福祉課長、介護福祉課長補佐、介護保険係長、長寿支援係長、理学療法士、健康運動指導士（生活支援コーディネーター）、地域包括支援センター（主任ケアマネジャー、社会福祉士、ケアマネジャー）
- アドバイザー：薬剤師、保健師、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士 など
- 担当ケアマネジャー
- サービス提供事業者
- 司会者（理学療法士）



図11 洲本市におけるケア会議の進行手順



対応、事業所の偏在への対応など、構造的な課題までさまざまな議論がなされてきている。具体的な事例に基づいた課題について議論するため、行政職員だけで実施するよりも一歩踏み込んだ検討につながっている。行政職員と専門職が一体となって必要な対策を議論することで、その後の施策検討へとシームレスに連動させることができている。

地域ケア会議の役割として、ケアプランの点検が主眼に置かれがちであるが、本来の役割はそれにとどまるものではない。ケアプランの議論を通じて地域の課題を捉え、その解決のために必要な方策を多職種で検討することにこそ、その真髄があるといえるだろう。

#### Ⅳ 地域包括ケアシステムを基盤とする地域共生社会の実現へ

これまで、高齢者を中心とした地域包括ケアシステムについて述べてきたが、近年はそれを深化させた「地域共生社会」という概念が着目されつつある。地域共生社会とは、住民が世代や背景を超えてつながり、相互に役

割を持ち、「支え手」「受け手」という関係を超えて支え合う社会を指している。

周知の通り、わが国では高齢者、障がい者、子どもなどの対象者、生活に必要な機能ごとに、公的支援制度の整備と公的支援の充実が図られてきた。

一方で、行政的な縦割りによって分野ごとに所管されてきたため、制度の狭間で複雑化した課題を抱えたまま、構造的に救済されなかったり、対応困難な事例になってしまったりなど、弱者を生み出すことにもつながった。

こうした公的支援では埋め切れない溝、または対応が困難なケースに対し、地域住民や民間企業などの多様な主体が参画し、住民一人一人の暮らしと生きがい、地域をともに創っていくとするのが地域共生社会である。

地域共生社会を実現する上で、地域課題を他人事からわが事にし、地域社会の活性化を図るという目的から、地域社会の課題を就労や社会参加の機会を提供する機会として捉えることも重要である。

現在の日本は、少子高齢化、耕作地放棄、空き家、共働き世代の増加、保育園の不足な

ど、多様な社会課題に直面している。同時に、働けるにもかかわらず機会を付与されなかったり、社会とのつながりを持たずに孤立したり、生きがいを見いだせずにいる高齢者や障がい者、生活困窮者も多く存在する。こうした方々を有効な地域資源として、地域の課題解決に取り組んでもらうという考え方もある。

これまでの取り組みとして、高齢者がそれぞれの得意とする能力を地域社会の課題解消に活用する取り組みが奏功してきた。たとえば、定年退職以前に教鞭をとってきた高齢者が、フリースクールでさまざまな理由から塾に通えない小中学生・高校生の放課後の学習指導にあたった事例や、市町村などの認める家庭的保育者として、自身の居宅などで少数の乳幼児の保育にあたる元保育士や子ども好きな高齢者の取り組み、健診データを基に地域住民への受診勧奨に取り組む事例、障がい者であれば機能する身体機能を活かして就業する事例など、取り組みを挙げようとするれば枚挙に暇がない。

同時に、これだけの幅広い課題に対応しようとする、自治体の取り組みだけでは十分にカバーしきれない。民間企業としても、こうした地域課題の解決に向けた取り組みはビジネスチャンスにもなり得る。地域の高齢者を中心として集客を図ろうとする小売店や薬局にとって、地域の通いの場など高齢者が集まる拠点を作ることで、顧客接点を拡大できる。また、製薬企業、医療機器メーカーや保険会社、流通・小売業などの民間企業がコンソーシアムを組み、地域行政などと一丸となって地域住民の健康管理を支援したり、適切なタイミングで適切な量の医療・介護へのア

クセスを促したりするなどの取り組みが進むことも予想される。民間企業が地域の健康増進、医療、介護といったヘルスケア領域において、行政ではカバーできない部分を担おうとすれば、その参入余地は多分にある。

筆者らは、地域共生社会の実現には、社会参加の場の創造が不可欠であるが、そういった地域づくりは行政、地域住民だけでは難しく、社会参加の場を提供できる民間企業の果たす役割が大きいと考えている。日本社会には、能力を有する人とその能力を適切に発揮できる場のマッチングをする場も少なければ、そうした取り組みを大きな潮流にしようとする動きも、厳しくいえば一部の限定的なものに終始してきた。別の見方をすれば、高齢化の進展は、こうした対策が講じられてこなかった社会課題に対応していく一つのきっかけともとることができる。

超高齢社会に突入したわが国は、世界的には年老いた社会の課題先進国として注目されているが、社会的孤独への対処については現場レベルでの対処に任されており、まだまだ社会参加の場の確保は道半ばといえる。

企業活動と地域資源を結び付けることで、地域課題を解消していくことは地域共生社会の一つの側面でしかない。しかし、地域課題をも一つの社会資源と見なし、ビハインドを逆手にとった地域づくりを加速させていくという姿勢は、今後、わが国に求められる効果的な地域社会との対峙の仕方とも考えられる。

今後、全国各地では、高齢化がますます進み、さらに後期高齢者数の大幅な増加によって、やりがいや生きがいを求める高齢者の増加、介護予防・認知症患者への対応など、地

域課題は複雑多岐にわたることが予想される。行政、地域住民、民間企業が協奏し、理想的な地域共生社会の実現に向けた取り組みが進展することを期待する。

**注**

厚生労働省 老人保健増進等事業

**著者**

横内 瑛（よこうちあきら）

野村総合研究所（NRI）グローバル製造業コンサルティング部主任コンサルタント

専門は在宅医療・介護連携、介護予防などの社会保障政策研究、医療・介護関連事業の経営戦略・事業戦略の立案、生産性向上、実行支援など

下松未季（したまつみき）

野村総合研究所（NRI）グローバル製造業コンサルティング部コンサルタント

専門は介護予防・認知症などの社会保障政策研究、医療・介護関連事業の経営戦略・事業戦略の立案、生産性向上、実行支援など