

特集：介護保険における保険者機能強化の現状とこれから

＜総説＞

保険者が「地域デザイン」に基づく地域包括ケアシステムの構築に向かうための条件と課題

岩名礼介

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社政策研究事業本部共生・社会政策部

Conditions and challenges for long-term care insurers to move toward building a community-based integrated care system based on “community design”

IWANA Reisuke

Policy Research & Consulting Division, Social Policy and Inclusion Dept., Mitsubishi UFJ Research and Consulting Co., Ltd.

抄録

各保険者で3年毎に策定される地域包括ケア計画（介護保険事業計画）は、保険者が地域の実情に沿った地域包括ケアシステムを構築する上での基本計画である。しかし、多くの自治体における計画は、個別事業が厚生労働省の基本指針に則って列挙されてはいるが、最終的な目標の記述も抽象的であり、各事業がどのように連動してゴールに向かっていくのかについて、十分に説明できていない。

本稿は、今後保険者が保険者機能を高めつつ、地域包括ケアシステムの構築を着実に推進していく上での手法と課題を、「地域デザイン」の考え方に基づいて整理した。

地域デザインは、長期的に目標とする地域の到達イメージを設定しながら、バックキャストイングの手法によって、現段階において必要となる取組を組み合わせ設計していく手法である。

保険者が目指すゴールイメージについては、「住み慣れた地域での生活の継続」と「自立した日常生活／自分らしい生活」と規定している。またその実現のためには、受給者の生活環境が頻繁に変化する状態の抑止が不可欠としている。この状態の実現を「人がケアにあわせる仕組み」から「人にケアをあわせる仕組み」への転換と位置づけている。

また本稿では、ケアの提供体制の転換によるアウトカム評価を数値化する手法として「在宅生活改善調査」などいくつかの調査・分析ツールが提供されていることを紹介している。

また地域包括ケアシステムの目標を達成するために実施される地域支援事業が、「多職種連携・医療介護連携」と「地域づくり」の2系統に分類できること、それぞれの取組原理が異なることなどを、「地域包括ケアの植木鉢」を参照しながら解説している。最後に、保険者が地域デザイン機能を発揮する上で必要になる条件と、今後の課題について言及している。

キーワード：地域包括ケアシステム、地域包括ケア計画、保険者機能、地域支援事業、地域デザイン

Abstract

A community-based integrated care plan (long-term care insurance plan), formulated by each insurer every three years, serves as the basis for insurers to construct community-based integrated care systems tailored to local circumstances. However, plans by many local governments simply list individual projects in

連絡先：岩名礼介

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2オランダヒルズ森タワー

Holland Hills Mori Tower, 5-11-2 Toranomon, Minato-ku, Tokyo 105-8501, Japan.

E-mail: iwana@murc.jp

[令和5年11月28日受理]

accordance with the guidelines of the Ministry of Health, Labour and Welfare, and the descriptions of the ultimate goals and how each project works together to achieve the goals are also abstract. In reality, we have not been able to adequately explain how we are moving toward this goal.

This paper summarizes the methods and issues that insurers should face in steadily promoting the construction of community-based integrated care systems while improving their insurance functions in the future, based on the concept of “community design.”

Community design is a method of designing a combination of initiatives that are necessary at the current stage using the backcasting method while setting a long-term image of what the community will achieve.

The goal images that insurers aim for are defined as “continuing to live in the familiar area” and “independent daily life/living one’s own way,” and the prerequisites for achieving this are intermittent changes in the recipient’s living environment. A situation in which a person’s behavior is affected is classified as a situation in which deterrence is required. This is seen as a shift from “a system that matches people to care” to “a system that matches care to people.” It also introduces several survey and analysis tools such as the “Home Care Improvement Survey” that are used to quantify the evaluation of system changes.

In addition, community support programs implemented to achieve the goals of the community-based integrated care system can be categorized into two types: “multidisciplinary collaboration/medical and nursing care collaboration” and “community development” and the principles of each approach are different. These are explained with reference to the “flowerpot of community-based integrated care.” Finally, the conditions necessary for insurers to exercise their community design functions and future challenges are discussed.

keywords: Community-based integrated care system, Municipal Plan for community-based integrated care, insurer function, community support program, community design

(accepted for publication, November 28, 2023)

I. はじめに～目標を見失った保険者

本稿は、地域包括ケア計画（介護保険事業計画）^{注1)}の策定を担う市町村保険者が、地域包括ケアシステムの構築に着実に向かうために、最終的な目標をどこに設定し、どのような切り口から取り組みを設計すべきかについて、地域デザインの観点を出発点として解説を試みている。

本稿における議論の背景として、3年毎に市町村保険者で策定される地域包括ケア計画が、単に個別事業の羅列となり、最終的な目標が不明確なまま、また個別の事業がどのように連動して最終的な目標に向かっていくのかについて、十分に説明できていない実態がある。

地域支援事業をはじめとして国から次々と提示される事業は、本来、保険者が目標と現在位置から逆算し、「地域の実情に応じて」取捨選択あるいは優先順位をつけて設計し実施するものだが、多くの自治体で、国の基本指針に沿って各事業を計画骨子に嵌め込み、ひたすら個別事業の遂行に勤しむ姿がある。

評価の面でも、「地域ケア会議の開催回数」や「通いの場の数」など、指標は個別事業のアウトプットが大半であり、全体の目標に向けての進捗を測る指標はもとより、各保険者の現在位置すらつかめない状態が続いている。

正確に言えば、最終的な目標は提示されているものの、抽象度が高く、取組全体の進捗実感が得られないという

方が正しい。地域包括ケアシステムの目標自体は、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で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」と法律上で定義されている^{注2)}。あるいは、厚生労働省ではより汎用的な表現として「可能な限り住み慣れた地域で、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」としている。

こうした定義があるにも関わらず、地域包括ケア計画のみならず保険者が最終的な目標を見失ってしまうのは、地域住民・被保険者がどのような状態になっていれば「成功」といえるのか、少なくとも成功に近づいているのかという点について、関係者間に標準的なイメージや理解がないことである。

本稿では、まず、「地域デザイン」の考え方について整理した上で、地域デザインに不可欠な長期的なあるいは最終的な目標設定を行うため、地域包括ケアシステムの目標を確認し、その可視化、取組アプローチについて順を追って解説していくことで、今後の保険者の取組の改善に向けた一助としたい^{注3)}。

II. 地域デザインとは何か？

地域包括ケアシステムの領域において地域デザインの考え方が提示されるようになった契機のひとつは、地域包括ケア研究会報告書での言及だろう[1]。報告書がリリースされた数年前には、地域支援事業も刷新（2015

年度)されており、保険者に求められる機能が高度化したことも背景としてあるだろう。この点は、保険者機能の変化の項で後述したい。

地域包括ケア研究会は、地域デザインを「長期的に目標とする地域の到達イメージを設定しながら、バックキャストの手法によって、現段階において必要となる取組を組み合わせ設計していく手法」と定義している。つまり、高齢期の住民生活が、システム構築の結果としてどのように変化するかを具体的に設定し、そこに到達するのに必要な取組を検討していく手法である。過去から現在までの取組の延長線上に、将来像を設定するのではなく、将来からの逆算において現段階の取組を検討するため、前例踏襲を避け、ある種の飛躍的な(イノベティブな)取組として設計することが求められる点で、必ずしも行政が得意とするアプローチではないかもしれない。

また、地域デザインは、必要な取組を「組み合わせで設計していく手法」とされる通り、地域包括ケアシステムに内在する複数のマネジメント領域を連動させるように全体を設計していく。個々のマネジメント領域の取組原理(ここでは、取組の実施方法の考え方や基本ルール、アプローチを意味する用語として用いる)は異なるため、保険者にはより高度なデザイン機能が求められる。この点も、従来の行政手法よりも一段高いレベルの取組が求められる点だろう。より詳細には、以下に解説していく。

いずれにせよ、地域デザインで基本となるのは、「長期的に目標とする地域の到達イメージ」(本稿では、以下「最終的な目標」とする)を設定することである。まず、地域包括ケアシステムが何を目指しているのかを確認しておきたい。

III. 地域包括ケアシステムの目標とは何か?

1. 「人にケアを合わせる仕組み」への転換

地域包括ケアシステムの目標におけるキーワードは、「住み慣れた地域での生活の継続」と「自立した日常生活/自分らしい生活」とされているのは先述した通りである。この2つの目標イメージは、一般的には加齢に伴う心身状態の悪化が、住み慣れた地域での生活の継続を阻害し、その結果、本人がなじみの生活環境を変えざるをえず、自分らしい生活がより困難になる今日の我が国の地域生活の実態を反映している。

生活環境の断続的な変化を強いられる背景には、そもそも在宅サービス基盤の脆弱さもあるが、介護施設の機能が、要介護高齢者の多様な状態像に対応できるように設計されておらず、各介護関連施設の人員配置や運営が特定の一時期の状態像を前提としてデザインしていることにも一因がある。

その結果、入居(所)者の状態像が変化し、施設の提供しているサービス機能に整合しなくなれば、利用者は自らの心身状態の変化にあった新たな居所をもとめて転

床・転居する必要がある、あるいはせざるをえない実態がある。つまり「人がケア(提供者の都合)に合わせる仕組み」となっている。在宅を諦めて施設入所しても、最終的に病院で看取られるその時まで、転居・転床を繰り返すのが日本の施設ケアの実態である。

また、こうした「人がケアに合わせる仕組み」は、ケア資源の配置のありかたにおいて、最終的には「病院での看取り」を前提としており、実際に死亡者の約7割は病院死という現実を生み出している[2]。

自分らしさを発揮できない(つまり自分ならば「こちらを選択する」ということが難しい)生活環境は、上記のような居所の変更の中で、その制約が増大するのが一般的であり、食べたいものの選択や、就寝時間、話したい相手、入浴の可否やタイミングなどあらゆる生活上の選択が、多くの施設生活の中で強い制約を受ける。

こうした「人がケアにあわせる仕組み」を「人(の状態変化)にケアを合わせる仕組み」に転換しようとするのが、少なくとも外形的に把握しうる地域包括ケアシステムの最終的な目標のイメージと考えられる^{註4)}。

「人にケアを合わせる仕組み」においては、利用者に対して外部から提供するケアを調整していくことで心身状態の変化に対応し、現在の生活環境や現在の場所での生活を維持していくのが基本的な考え方である。

軽度のうちは、地域の多様な資源や、訪問介護・通所介護などを組み合わせで支え、重度化が進めば、レスパイトを目的としたショートステイ(短期入所生活介護)を組み合わせたり、医療的なケアの必要性が高まれば訪問診療や訪問看護を組み合わせるといった状態が想定される。

IV. 目標は可視化できるか?

1. 可視化のポイントは「転々生活」

「人にケアを合わせる仕組み」の成果をどのように可視化するかは、市町村保険者にとって重要な問題だ。地域包括ケアの取組が本格化して10年以上が経過する今日、地方議会をはじめとして行政はその成果を問われる場面も増えており、何より厚生労働省もPDCAサイクルに基づく取組のマネジメントを保険者に強く求めている。

介護保険の保険者機能を評価する「保険者機能強化推進交付金」^{註5)}の評価項目の中には、アウトカム指標と想定しうる指標として「要介護状態の維持・改善の状況等」すなわち「平均要介護度の変化率」と「健康寿命の延伸」が設定されている[3]。重度化防止が地域包括ケアシステムの重要施策であるとはいえ、アウトカム指標と設定するには違和感も大きい。

「人生の最終段階まで」という表現には、実態としては「要介護状態が悪化してもなお」ということを含んでいるが、住み慣れた地域で生活を継続することが目的となっている以上、要介護度の改善こそが地域包括ケアシステムの構築のアウトカムとはいえないだろう。また健

康寿命についても、その延伸に与える因子については、介護保険外の変数の影響も小さくないことが想定されるため、保険者としては、その成果のために何に取り組むべきか判断にも迷うだろう。

では、「人がケアにあわせる仕組み」が、「人にケアをあわせる仕組み」に転換した場合に、外形的に変化する指標は何か。本稿では、加齢に伴う住み替えや転床、つまり居所変更の減少であると仮定する。「転々生活」を可能な限り減少させることが地域包括ケアシステムを目指すところではないのだろうか。

地域におけるこうした転々生活の実態は、特定の時点における要介護者の療養場所を調べる調査では把握できない。例えば、要介護認定者の居所データについては保険者が保有しているの、ある時点での要介護者の居所は把握できるものの、その集計結果における居宅生活者／施設入所者の比率は、単に当該地域の施設等の資源の多寡を反映するだけで、当該地域の在宅ケアの限界点を反映するものとはいえない。したがって、転々生活を把握するためには、一定期間の要介護者の居所の変更、つまり動態を把握することが不可欠である。例えば、「過去1年間に在宅から居所を変更した人の割合」や「過去1年間に施設から居所を変更した割合」を把握することが想定される。

2. 可視化を実現するツール

こうした数値の把握は、①回答者に過度の負担をかけずに定期的に把握できること、②保険者の集計・分析に過大な費用や労力がかからないこと、③他地域との比較検討が可能であることなどが自治体での実行と政策の反映においては重要な要素となる。こうした条件を踏まえたツールとして、すでに「在宅生活改善調査」や「居所変更実態調査」が開発されている^{注6)}。同ツールでは集計・分析・報告書までを自動化したツールが無償で提供され、全国の自治体で活用されている。

在宅生活改善調査では、過去1年間に在宅療養から居所を変更した利用者^{注7)}の在宅療養者に占める割合や、その要介護度の分布や移動先（施設種別及び市町村内外の比率）を分析可能な他、現在の利用者の中で、在宅生活の継続が困難な利用者の割合や世帯類型、要介護度などを把握できる。これらの数値は、転々生活の初期段階を計量化する重要な情報であり、その因子については、回答したケアマネジャー等へのヒアリングや議論を通じて、より焦点の絞られた施策の検討につながっていく。

また、居所変更実態調査は、介護保険三施設、グループホームなどの居住系サービス、住宅型有料老人ホームなどの高齢者の住まい等を対象に、過去1年間の入所・退所の経路を調査している。施設単位の分析を行えば、同じ施設種別であっても、法人によって、看取りや居所変更の割合が異なることも把握できる。地域の施設全体で居所変更率を指標化していることから、施設限界点の向上や「転々生活」をアウトカム指標として設定するこ

とも可能になっている。

まずは、地域における被保険者の動態を把握し、転々生活の規模や要介護度分布を知らなければ、具体的な施策の検討を始めることもできないであろう。

V. 転々生活を軽減するには何が必要か？

1. 地域包括ケアの植木鉢

地域包括ケアシステムが「転々生活」を軽減するには具体的にどのような取組が必要だろうか。図1に示した「地域包括ケアの植木鉢」は、その取組を4つの構成要素として説明している。植木鉢の図は、田中滋氏が提案したコンセプト図が原型となり、第三期「地域包括ケア研究会」（田中滋座長）の議論を経て図案化・公表されたものである^{注8)}。



図1 地域包括ケアシステムの植木鉢 [4]

地域包括ケアの植木鉢ではシステムを構成する4つの構成要素を「葉っぱ」「土」「鉢」「皿」で表現している^{注9)}。「葉っぱ」は、地域包括ケアシステムに関わる専門職を表現している^{注10)}。「土」は「介護予防・生活支援」と記されているが、制度や事業というよりは、予防機能・生活支援機能を有する多様な地域の主体・資源と考える方が理解しやすい。具体的には商店、コンビニ、町内会、NPO・ボランティア団体、住民活動、近所づきあいなど、地域内のあらゆる関係者と活動が含まれる。

「鉢」は「住まいと住まい方」である^{注11)}。一般的な自宅だけでなく、ここには「鉢」に「土」があらかじめ組み込まれた「サービス付き高齢者向け住宅」もあれば、「鉢」に「土と葉」が植えられた「介護保険施設」もある。

「皿」は、「本人の選択と本人・家族の心構え」であり、これを支える具体的な地域の仕組みは、意思決定支援としての情報提供や相談機能、またケアマネジャーによる適切なアセスメント・ケアマネジメントである。

2. 在宅医療・介護連携推進と生活支援体制整備

これら4つの構成要素のうち、すべての保険者で整備されている地域包括支援センターを除けば、地域支援事業の包括的支援事業（社会保障充実分）中核は「葉っぱ」間の連携を促進する「在宅医療・介護連携推進事業」と「土」を耕す「生活支援体制整備事業」である。

在宅ケアのサービス提供（医療も含め）が、異なる法人・主体から提供されることが多い我が国においては、統合的な提供サービスの組み合わせを実現し、「人にケアを合わせる仕組み」を機能させるためには、心身状態の変化にあわせて柔軟に事業所間の連携が取られることが不可欠になる。したがって、在宅医療・介護連携推進事業は、地域での転々とした生活を減少させていく上で最も中心となる取組となる。

また、心身状態の変化によって日常生活活動に制限が増えていくことから、個人的嗜好性の高い生活支援領域のサービスにおいては、可能な限りサービスや支援の「選択肢」を増やしていく方向で地域基盤整備を進めることが重要になる。地域支援事業においては、生活支援体制整備事業がこの取組に該当し、とりわけ小地域単位に配置されている生活支援コーディネーターがその中核的な役割を担っている。

3. 異なる2つの取組原理の使い分け

在宅医療・介護連携推進事業と生活支援体制整備事業は、異なる2つの取組原理で推進されている。この点が保険者に十分に理解されていないことも、目標の方向感を持たないまま取組が進められ、進捗が停滞している一因と思われる。ここでは、本来あるべき取組原理をそれぞれの事業において整理したい。

医療介護連携は、その本質において、事業所間の手法や視点の「差異を最小化」することで、より効果的・効率的なサービス提供を実現しようとする。このため、取組は「統合・標準化・共有・共通化」など事業所間または専門職間の差異を最小化して「まとめる」方向性で進められる。実際に、医療介護連携に向けた取組のほとんどは、地域単位で事業者間の考え方や手法、視点、情報などを「まとめる」要素を含んでいる。ケース検討を通じた連携強化は、視点や技術、知識の「共有」に、各種の連携パスは支援方法の「標準化」に関連しているし、現場レベルにおけるICTの導入は、コミュニケーション方法の「標準化」と情報の「共有」に関係している。

逆に、各保険者で展開している既存の医療介護連携の取組について、「地域の何をまとめているのか」という視点で再点検すると、取組の目的が明確化されるとともに、目標が不明確な取組においては、取組の焦点を絞ったり、関係者の意識喚起、取組の改善・改良を行う際のヒントになる。

一方、人口減少による担い手不足と住民の生活スタイルの多様性により、生活支援領域においては、より多様なサービス・支援が求められており、その開発にあたっては、保険者の強いイニシアティブよりも、地域資源（住民団体・民間企業など）の自律的な動きと柔軟な発想が原動力となる。したがって、地域資源開発の中心となる生活支援体制整備事業においては、地域資源間の組み合わせが化学反応を起こし、新たな取組を生み出すなど、多様性を前提とした掛け合わせで資源を生み出していく

ことから地域関係者が「まじわる」ためのコーディネーション機能やプラットフォームの提供がより重視される。それぞれの地域関係者の主体性や意思を十分にくみ取らず「まとめる」方向で画一的な取組を進めれば、地域ニーズのごく一部にしか対応できず、多様化する地域課題に対応できないだろう。

また通いの場づくりなどでは、「住民主体」といいながら、住民側に実施を直接的に依頼したり、あるいは、間接的であれ実施方法に行政が制約をかけるような「行政主導型住民主体」が多くなるのも、こうした行政の伝統的な取組原理が表出することによるものであろう。むしろ地域づくりにおいては、情報やヒントは行政側から提示しつつも、住民側の主体的な意欲に寄り添う「待つ」姿勢にもとづく支援も重要である。

4. 行政内における使い分けの難しさ

取組全体を戦略的に組み合わせ最終的な目標に接近していくことを難しくしているのは、取組原理が異なる医療・介護連携と生活支援体制整備の2事業の実施が、同一の主体で行われていることにも関係している。地域支援事業の実施主体が、本庁であるか地域包括支援センターであるかを問わず、大規模自治体を除けば、多くの保険者において同一の部署で両事業に取り組んでいる。また、現場レベルにおいても同様であり、介護予防や地域づくり活動の側面的な支援を地域密着型サービス事業所が担うことはありえるし、また事業所を拠点として、地域における通いの場などが形成されることも決して珍しくない。

さらに、一般的に従来型の行政事業は、国のデザインした取組を現場に落とし込むようなアプローチが多いこともあり、それぞれの関係者間の進みたい方向に寄り添いながら背中を押すような「黒子に徹する」アプローチが得手とはいえない^{注12)}。

従来自治体業務とは異なる取組原理に対応しながら地域にアプローチすることが保険者に求められる場面は、地域包括ケアシステムに関する考え方の発展とともに益々増えている。

VI. 保険者機能の変遷

地域包括ケアシステム構築に関して、ここまで「目標の確認・設定」、「目標の計測・可視化」、「取組原理の確認」という形で解説してきた。このプロセスは、冒頭で解説した「地域デザイン機能」を保険者が発揮するための最低限の視点といえるだろう。この点に関する理解をさらに深めるため、行政の取組原理の転換の必要性の観点から介護保険制度創設以来の保険者の役割の変化を追っておきたい。

1. 初期の保険者機能

2000年4月に介護保険が開始された際の介護保険者と

しての主たる機能は、保険料の徴収、要介護認定の適切な実施、給付を中心とした制度運用に関する機能であった。制度本体を設計した厚生労働省も含め、現場で具体的にどのように運営するかについては、誰も答えを知らない状態でスタートしたことから、保険者はエース級の職員を配置して企画・準備を進めた。ただし、これらの制度運用業務は自治事務とは位置付けられたものの、保険者の裁量で設計する部分は限定的であり、基本的には、法律、省令、通知などを元に、公平・公正な運用となるよう現場での設計がおこなわれた。

もう一つの制度発足当初からの保険者機能は、介護保険給付に関わるマネジメントである。3年間の給付見込に基づき保険料算定を行う業務であり、保険財政の安定化において最も重要な責任を負う業務である。これらの業務は、介護保険事業計画としてまとめられることもあり、介護保険制度の創設当初においては、各自治体で相当の工数を費やして取り組まれた。

保険料の算定と事業計画の策定は、いわば保険マネジメント業務であり、多くの業務は、国の提示した骨格を基本として、選択的に詳細部分で保険者の裁量が認められるにとどまった。地域密着型サービスの公募における独自の条件付加を活用することで、地域資源のポートフォリオ^{注13)}を劇的に変革させた保険者も現れたが、この裁量権を最大限に発揮できた保険者は限られていた^{注14)}。

2. 新しい地域支援事業の登場と保険者機能

保険者の機能を劇的に変化させたのは、2015年4月より導入された新しい地域支援事業である。介護予防・日常生活支援総合事業では、要支援者等へのサービスの一部が市町村事業化されたことにより、各保険者レベルでの報酬の設定やサービス内容の再設計が求められた。この点は、従来のような地域密着型サービスの整備方針の作成のレベルを大きく超えるマネジメント機能の拡張であった。

また、新しい地域支援事業では、多職種連携を推進するための在宅医療・介護連携推進事業や地域づくりを目的

とした生活支援体制整備事業が重要な事業として設定された。包括的支援事業に位置付けられたこれら2事業は、従来の保険マネジメントとは決定的に異なる特徴を有している。

制度運用機能や保険マネジメントとは異なり、両事業はともに、実際に取組を行う当事者の多くが行政職員ではなく現場の専門職や地域住民である。取組の主体が住民や専門職・事業者である以上、保険者の決定したものを関係者が実行するという形ではなく、協働が基本になる。保険者の役割は、基本的な方針の提示と、現実的には、地域関係者への動機付け及び全体のコーディネーションに変化していく。

地域には多数の利害関係や、これまでの取組の経緯が存在するため、保険者の鶴一声で取組を進めることが難しいという点においても、これまでよりも高いレベルでのマネジメント、すなわち地域マネジメントが必要とされているのである(図2)。

VII. おわりに～今後の課題

ここまで見てきたように、保険マネジメントと地域マネジメントの双方において保険者はより高度なマネジメントを要請されており、これらを効果的に組み合わせ最終的な目標である「人にケアを合わせる仕組み」を構築していく地域をデザインしていくことが求められている。決して低くないハードルであるが、従来の上意下達型の事業運営に比べれば、現場の裁量権が大きく拡張されており、職員にとっては、やりがいの大きい業務となっている。やりがいのある業務とを感じるためには、地域包括ケアシステムの取組が、どのような点で、従来の行政の取組原理と異なるのかを理解することが不可欠である。本稿の意図はそこにあった。

意欲のある職員が、地域をデザインしていくためには、行政システム全体として取り組むべき課題もある。2～3年単位で人事異動が行われる自治体行政の在り方については、少なくとも地域包括ケアシステムにかかわる企

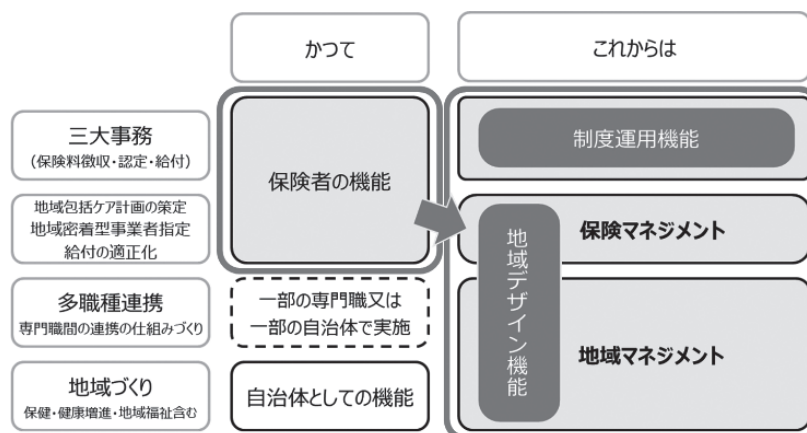


図2 介護保険者機能の変化 [1]

画担当職員には、制約が多すぎるだろう。筆者の経験の範囲ではあるが、地域の課題構造を見極めるだけでも数年は必要だと思われる。3年程度の間に中長期的な取組の方向性を見極め、予算要求して事業を立ち上げるのは、ほぼ不可能と思われる。また、矢継ぎ早に国から提示される事業についても、取捨選択と優先順位付けが必要であるが、現在の保険者機能強化推進交付金をはじめとする交付金の仕組みは、できる限り多くの事業に着手させるインセンティブが強く、対応できるだけの人員を持たないほとんどの保険者は「薄く広く」取り組む以外になく、結果的に良好な成果が得られていないのではないだろうか。

地域包括ケアシステムの当初の目標年度は「団塊世代」が75歳以上の後期高齢者となる2025年であった。すでに国の目線は、団塊の世代が看取りのピークを迎えるとされる2040年前後に移りつつあるが、実際にはここから10年程度にわたって要介護者が急増していくことが予測されており、地域住民の生活を様々なサービスで支える体制の未整備により、地域住民やこれを支える仕組みを整える保険者の両者にとって最も厳しい登り坂になることが予想される。私たちの社会に残されている時間は少ない。

注1) 第6期介護保険事業計画期間以降、介護保険事業計画は「地域包括ケア計画」として策定されることが国の基本指針として明示されている。

注2) 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年6月30日法律第64号)第2条。地域包括ケアシステムの目標については、平成26年法律第83号(公布日(平成26年6月25日施行)で追加された。また、介護保険法第4条においても、「被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で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」ことを目指すものであるという関連した記述がある。

注3) 本稿は、介護保険領域及び地域包括ケアシステムの構築支援を専門とするコンサルタントとして市町村支援を行ってきた筆者の経験をもとにまとめたものである。よって、必ずしも学術的なアプローチから組み立てられたものではないことをお断りしておきたい。なお、本稿における居所変更実態調査の開発にあたっては、厚生労働省の老人保健健康増進等事業補助金の交付を受けている他、保険者の支援にあたっては、各自治体の保険者機能強化推進交付金または一般会計を財源とした事業を受託している。

注4) いうまでもないが、地域包括ケアシステムの目標は、こうした高齢期における理想的な地域ケアの実現といった「美しい目標」にとどまらない。我が国の直面している財政的・資源的限界とも向き合う必要がある。また病院依存型のケアシステムをとっている我が国においては、今後の病床減少に備え、高

齢者介護においても、過度な病院依存から脱却することも求められている。ただし、こうした財政・資源問題の多くは、地域包括ケアシステムの直接的な目的というよりは、「人にケアを合わせる仕組み」を実現する際の制約条件であることから、本稿では、財政や提供体制の限界といった視点からの議論は紙幅の制約もあり行っていない。

注5) 保険者機能強化推進交付金は、2020年度より介護保険保険者努力支援交付金(社会保障の充実分)が創設されたことにより、現在「保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金」と併記されている。

注6) これらのツールは、調査票・調査要領・回答者向けの依頼文書がひな形として準備されており、集計・分析・パワーポイントでの報告書出力までの作業を自動化したツールも無償で公開されている。在宅生活改善調査は、自宅での死亡率や在宅で限界を迎え居所を変えた利用者の割合などを数値化・指標化できる。また居所変更調査は、施設における限界点を施設種別毎に整理できる点で有用である。各種ツールはすべて無償でダウンロード・利用できる。またこれら情報が掲載されたホームページ[5]では、活用方法について動画での解説も行っている。

注7) ケアプラン作成者を調査対象としていることから、特定施設の指定を受けていない住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の入居者も調査対象とすることができる(調査を実施する自治体の判断で設定ができる)。

注8) この植木鉢の図は多くの自治体などで事業計画等に採用されているが、事務局を担当していた筆者にも数多くの問い合わせがあったが、図の意図するところは正確に伝わっていない部分もある。この図は、地域包括ケアシムを構成する要素を示したものであり、各構成要素の相互関係を「システム」として説明したものではない。したがってこの図だけで、地域包括ケアシステムがどのように機能するのかを理解することは難しい。

注9) 葉っぱが三枚に分かれていることには大意はなく、「多職種」を示唆しているだけである。

注10) 介護サービスの提供に従事する専門職だけでなく、生活保護のケースワーカーや行政職員などもここに含まれる。

注11) 地域包括ケアシステムにおける住まいの重要性は、年々強調されており、居住確保支援も含めた施策の展開も進められている。一方で、介護保険の保険者機能の観点からは、特段の事業化はなされていないため、住まいの問題に十分な検討が行われていない自治体も少なくない。介護保険制度においても、保険者が直接的な裁量権・権限を持たないものの、住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅は年々増加しており、サービス基盤整備を検

討する上で無視できない規模になっている。また特定施設やグループホーム、介護保険三施設も居住部分は「住まい」と捉えられる。

注 12) 「地域づくりによる介護予防を推進するための手引き」[6]の冒頭の「はじめに」において、アドバイザー組織委員長の柳尚夫氏が、従来の自治体の手法と異なる実施方法に自治体職員が戸惑いを見せた点について指摘がある。

注 13) ポートフォリオとは事業会社が保持している事業や経営資源、プロジェクトの集合を指す言葉として使われているが、ここでは地域包括ケアシステムを構築するための介護保険による給付や地域支援事業を含むさまざまな地域資源やその構成のことを指している。

注 14) 例えば、福岡県大牟田市は、2006 年度以降、地域を支える中核サービスとして、小規模多機能型居宅介護事業所を位置づけ、小学校区単位を基本とする積極的な整備を行うとともに、地域づくりの拠点として住民交流施設を併設することを事業者に求めるなど、保険者による保険マネジメント機能を有効に活用している。

引用文献

- [1] 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社. <地域包括ケア研究会> 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—, 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. 平成 30 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. 2019. Chiiki Hokatsu Care Kenkyu kai, Mitsubishi UFJ Research and Consulting Co., Ltd. [2040 nen: Tagenteki shakai ni okeru chiiki hokatsu care system: "sanka" to "kyodo" de tsukuru hosetsuteki na shakai. Chiiki hokatsu care system no shinka suishin ni muketa seido ya service ni tsuite no chosa kenkyu, Heisei 30 nendo kosei rodosho rojin hoken kenko zoshin to jigyo.] 2019. (in Japanese)
- [2] 厚生労働省ホームページ. 令和 3 年 (2021) 人口動態統計 (確定数) の概況. Ministry of Health, Labor and Welfare. [Reiwa 3 nen (2021) jinko dotai tokei (kakuteisu) no gaikyo.] <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei21/index.html> (in Japanese) (accessed 2023-10-31)
- [3] 厚生労働省ホームページ. 令和 5 年度保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金評価指標 (市町村分). Ministry of Health, Labor and Welfare. [Reiwa 5 nendo hokenja kino kyoka suishin kofukin kaigo hoken hokenja doryoku shien kofukin hyoka shihyo (Shichosonbun).] <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001071218.pdf> (in Japanese)(accessed 2023-10-31)
- [4] 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社. <地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムと地域マネジメント, 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. 平成 27 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. 2016. Chiiki Hokatsu Care Kenkyu kai, Mitsubishi UFJ Research and Consulting Co., Ltd. [Chiiki hokatsu care system to chiiki management. Chiiki hokatsu care system kochiku ni muketa seido oyoobi service no arikata ni kansuru chosa kenkyu jigyo. Heisei 27 nendo kosei rodosho rojin hoken jigyo suishinhi to hojokin rojin hoken kenko zoshin to jigyo.] 2016. (in Japanese)
- [5] 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社ホームページ. 地域包括ケア計画 (介護保険事業計画). Mitsubishi UFJ Research and Consulting Co., Ltd. [Chiiki hokatsu care keikaku (kaigo hoken jigyo keikaku).] https://www.murc.jp/houkatsu_06/ (in Japanese)(accessed 2023-10-31)
- [6] 三菱総合研究所. 地域づくりによる介護予防を推進するための手引き. 平成 26 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. 2015. Mitsubishi Research Institute, Inc. [Chiiki zukuri ni yoru kaigo yobo o suishin suru tame no tebiki. Heisei 26 nendo kosei rodosho rojin hoken jigyo suishinhi to hojokin rojin hokenn kenko zoshin to jigyo.] 2015. (in Japanese)