

地域包括ケアシステムの成功の鍵

～医療・介護・保健分野が連携した
「見える化」・ヘルスリテラシーの向上～



2015年3月

公益財団法人 日本都市センター

地域包括ケアシステムの成功の鍵

～医療・介護・保健分野が連携した
「見える化」・ヘルスリテラシーの向上～



2015年3月

公益財団法人 日本都市センター

はしがき

現在、我が国では、少子高齢化・人口減社会においても「持続可能な社会」の実現を目指して、「社会保障と税の一体改革」が進められている。そのプログラム法である「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」が2013（平成25）年12月に成立したことを受けて、2014（平成26）年6月には「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」が成立し、医療・介護両部門の機能分化・連携等による「地域包括ケアシステム」の構築が、全国で進められようとしている。

自治体においても、個々の地域特性に応じて、医療・介護分野の連携による在宅医療の推進や、地域社会・関係機関と連携した住民の健康づくりに取り組み、一定の成果が現れているところもある。しかし一方で、専門的人材や地域資源の不足等から、対応に苦慮しているところも数多く見受けられるようである。

このような背景を踏まえ、当センターでは、学識者や自治体職員による「都市自治体行政の専門性（医療・介護・保健）に関する研究会」（座長 川渕孝一 東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授）を2014年7月に設置し、地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療・介護・保健分野を中心に、各分野の連携が求められている現状、都市自治体等が果たすべき役割、様々なデータの利活用や客観的指標の設定の可能性等について、関連する専門的視点から具体的に検討を行い、考察を進めてきたところであり、本報告書はこれらを取りまとめたものである。

本報告書では、学識者の研究会委員による地域包括ケアシステムの構築に向けた各種の課題等に対する分析・考察とともに、自治体

職員の研究会委員による各地での実際の実践の取組みの特徴等の紹介がなされている。また、事務局からは4都市自治体への現地ヒアリング調査の結果を紹介している。さらに、「地域包括ケア」の先駆者である、山口昇氏と川渕研究会座長との対談も、本編とは別に掲載している。

このように、本調査研究及び報告書は、独自の現地調査等による現場レベルでの状況や課題を把握・分析した上で、学識者と都市自治体の実務専門家が議論を深めていった点が特徴である。

2015年度からの3年間を計画期間として各自治体が策定する第6期介護保険事業計画においては、「地域包括ケア」を実現できる介護保険事業の実施が求められており、個々のケアマネジメントのあり方とともに、地域マネジメントの視点も欠かせなくなっている。本報告書が、地域包括ケアシステムの構築を進める上での知見を提供することができ、都市自治体関係者等に多少なりとも貢献できれば幸いである。

最後に、川渕座長をはじめ研究会委員の皆様には、研究会での議論や報告、ヒアリング調査の実施、本報告書の執筆に至るまで、多大なるご尽力をいただいた。また、現地ヒアリング調査先の自治体関係者や各団体等の皆様には、一方ならぬご協力をいただいた。ご協力いただいたすべての皆様にこの場を借りて心より御礼申し上げます。

2015年3月

(公財) 日本都市センター 研究室

執筆者（研究会構成員）名簿

（2015 年 3 月現在）

【座長】

川 渕 孝一 東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授

【委員】（順不同）

中山 和弘 聖路加国際大学看護学部看護学科教授

鈴木 裕介 名古屋大学医学部大学院医学系研究科・地域包括ケアシステム学寄附講座准教授

石山 麗子 東京海上日動ベターライフサービス株式会社
シニアケアマネジャー／博士（医療福祉学）

伊藤 重夫 多摩市健康福祉部高齢支援課長

高橋 隆行 大和市健康福祉部高齢福祉課長

高木 寿郎 松本市健康福祉部高齢福祉課介護予防担当係長

【事務局】

石川 義憲 日本都市センター理事・研究室長

木村 成仁 日本都市センター研究室副室長

新田 耕司 日本都市センター研究室主任研究員
（高松市派遣職員）

清水 浩和 日本都市センター研究室研究員

柳沢 盛仁 日本都市センター研究室研究員
（八王子市派遣職員）

エグゼクティブ・サマリー（本編）

序章－地域包括ケアシステムが求められている背景－

東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授 川淵孝一

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に向けて、2014 年 10 月より病床機能報告制度が始まった。これは 19 本からなるいわゆる医療・介護一括法を受けたものである。都道府県及び市町村は、総合確保方針および地域の実情に応じて、医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画を作成する。

これに先行して、厚生労働省は 2014 年 11 月に、「地域福祉計画」の策定状況を公表し、介護分野では 9 年ぶりに平均で 2.27%報酬が引き下げられた。まさに地域包括ケアシステムに向けた序章である。

そうした中、日本創成会議・人口減少問題検討分科会が「消滅可能性都市」を公表した。国も地域包括ケアシステムの構築に向けて、「見える化」するための情報インフラを構築したが、市町村がうまく利活用できるよう、一定の工夫が求められる。

第 1 章第 1 節 地域包括ケアシステムの構築を担う自治体の専門性 －地域に反映する自治体の価値観－

東京海上日動ベターライフサービス株式会社

シニアケアマネジャー／博士（医療福祉学） 石山麗子

2015 年介護保険制度改正では、地域包括ケアシステムを構成する「統合ケア」、「地域ケア」を実行する具体的な施策が組み込まれた。地域包括ケアシステムの構築には、地域住民、専門職、機関、行政が目的・プロセスを共有し、めざす「わがまち」の姿を実現する規範的統合の概念が欠かせないため、自治体には、誰にでも理解できる伝え方の工夫が期待される。地域主導のまちづくりの実現には、地

域に決定権があるという実感を地域の人々が持てることが前提である。そのため地域の人々の「知る」、「考える」自由をいか保障し、具体的にサポートしていくのが今後の自治体に問われる重要な専門性である。

第1章第2節 地域包括ケアシステム構築における地域ケア会議の位置づけ

名古屋大学医学部大学院医学系研究科・

地域包括ケアシステム学寄附講座准教授 鈴木裕介

地域包括ケアシステム構築の鍵となる地域ケア会議の開催状況に関して、都市部とそれ以外の地域での比較を行った。開催頻度は大きなばらつきを認め、回数を規定する要因が、少なくとも事業所の規模（スタッフ数）とは関連していないことが示唆された。開催内容についても、都市部とそれ以外の地域では様相を異にしており、地域ケア会議の期待される役割という視点から、さらに詳細な検討が必要であると考ええる。

認知症のプライマリーケアにおける連携に関しても、今後、かかりつけ医機能に看護・介護との連携に関する資質を養成する必要がある、医師会員の意識調査から示唆された。今後、システムのさらなる普及のためには、多職種が関わるセンターにコーディネーター的な人材を配置する必要がある。

第1章第3節 住民側からの視点（ヘルスリテラシー）

聖路加国際大学看護学部看護学科教授 中山和弘

自分の健康や生活の質にとって必要な情報を入手し、理解し、評価し、活用できる能力をヘルスリテラシーという。これは、個人だけに要求されるものではない。それを要求している保健医療福祉の仕組みがあるからで、それらの相

相互作用によって必要になってきたものである。保健医療福祉の情報がわかりやすいもので、自分が健康でいられるものほど選びやすくなっている環境づくりが求められているのである。

そのためには、コミュニケーションの促進に向けて、情報やサービスの利用者による参加が推奨される。患者や市民中心に個人の自由や価値観に基づく意思決定が情報を得た意思決定が求められる時代になるにつれ、ヘルスリテラシーの向上とその支援が必要になってきている。

第2章第1節 生活を支える「地域包括ケアシステム」－多摩市（東京都）・多摩ニュータウンからの事例－

多摩市健康福祉部高齢支援課長 伊藤重夫

地域包括ケアシステムの構築にあたっては、何より「地域の特性」をよく知ることが大切である。本節では、急速に高齢化が進んでいると言われている多摩ニュータウン、特にニュータウン構成市の一つである多摩市の「地域の特性」をみることで、地域包括ケアシステム構築の一助としたい。また、自治体(保険者)における integrated care の在り方にもついても考察する。

第2章第2節 地域づくりとしての役割－松本市（長野県）からの事例－

松本市健康福祉部高齢福祉課介護予防担当係長 高木寿郎

松本市が取り組む「地域包括ケアシステム」とは、地域づくりの一環として「お互いさま」の精神のもと、「誰もが、住み慣れた家で、地域で、安心して暮らし続けることができる仕組みづくり」である。

地域でつながるすべての関係者が、「お互いさま」の精神で支え合う地域福祉づくりをすすめる、松本市に暮らしてよかったと実感できる「健康寿命延伸都市・松本」への取り組みについて報告する。

第2章第3節 シティマネジメントの視点で取り組む地域包括ケアシステム構築—大和市（神奈川県）からの事例—

大和市健康福祉部高齢福祉課長 高橋隆行

大和市は、東京と横浜のベッドタウンとして発展してきた都市である。同市では、「健康」をシティマネジメントの中心に据えて、「健康都市」の取組みを進めている。市政の全体で3つの健康（人の健康・まちの健康・社会の健康）をめざすまちづくりを進めており、3つの健康ごとに、特徴的な事業を実施している。

また、全国でも類を見ない「60歳代を高齢者と言わない都市 やまと」宣言をしている。その経緯と宣言に対する反響や、都市部自治体である強みを活かした地域包括ケアに関する取組み状況を紹介しつつ、シティマネジメントの視点で取り組む地域包括ケアについて報告する。

第3章 現地ヒアリング調査を実施して—事例報告—

日本都市センター研究室主任研究員 新田耕司

本調査研究においては、地域包括ケアシステムの構築に向けて積極的な取組みを進めている都市自治体の状況を把握し、研究会における議論の材料とするとともに、全国の都市自治体の参考事例を紹介することを目的として、2014年9月から11月にかけて4都市自治体を対象に、現地ヒアリング調査を実施した。

現地ヒアリング調査を実施した、山形県鶴岡市、千葉県柏市、埼玉県和光市、福岡県大牟田市の取組み事例を紹介した上で、各都市に共通する状況や、それぞれの特徴について報告する。

第4章第1節 地域包括ケアシステム構築に向けたニーズの把握

東京海上日動ベターライフサービス株式会社

シニアケアマネジャー／博士（医療福祉学） 石山麗子

地域包括ケアシステムは、必ずしも 2025 年とは限らず、地域ごとの後期高齢者数、高齢化率のピークに照準を合わせて構築しなければならない。地域に要求されるスピードで、限られた財源、医療介護資源で、居宅で暮らす高齢者の生活と命を支えきらなければならない。そのために適切な地域診断や多職種連携の推進は欠かせない。

これらすべてを自治体だけで行う必要はなく、地域の専門職団体との協力によって行う方法がある。地域包括ケアシステムの構築に向けた介護支援専門員の意識調査、専門職連携研修（IPE）、介護支援専門員職能団体による地域課題把握の取組み事例を通して、特に都市部の地域包括ケアシステムの推進のあり方を考察する。

第4章第2節 指標の設定・住民への周知啓発

聖路加国際大学看護学部看護学科教授 中山和弘

欧州で、個人の能力だけでなく、実行することが困難な状況や環境を測定するヘルスリテラシーの尺度が開発された。この日本語版を作成し Web による全国調査を実施したところ、日本はヨーロッパよりかなり低いことが示唆された。背景には、家庭医や訪問看護師などによるプライマリ・ケア、信頼できる定番のサイトなど健康情報へのアクセス、情報に基づく意思決定の支援の不足などが考えられた。

測定を行えば、その背景にある社会の状況も浮かび上がり、どこを改善すべきかの指針となる。社会がヘルスリテラシーの低い人をつくり出すのを防ぎ、その向上を促進するために、ヘルスリテラシーに配慮した組織やソーシャルキャピタルの形成に関するデータの蓄積を、セクターを越えたつながりによりつ

くり出していく必要がある。

終章－地域包括ケアシステムのあるべき姿と自治体が果たすべき役割－

東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授 川淵孝一

一部の自治体を除いて、定量的な成果はなく、地域包括ケアシステムはまさに暗中模索の状態にあると言える。おそらく、このまま施策を推し進めると同システムは自治体によって各種各様となるだろう。

それを狙ってか改正介護保険法では、要支援者に対する予防給付のうち、訪問介護と通所介護を「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行し、2017年度までにすべての市町村で実施するとしている。

とは言え、“予防に勝る良薬なし”は変わらない。介護予防の費用対効果を明示した定量的な分析が求められる。

さらに今後、単身高齢者・高齢者夫婦世帯、さらには認知症高齢者の増加が見込まれる中で、特に低所得者の高齢者が安心して過ごすことのできる「終の棲家」をどう確保するかも喫緊のテーマである。「空き家の転用」、「特定住宅」制度創設に向けた規制緩和、「まちなか集積」、「福祉バンクによるボランティアの活用」など、生活者の視点にも留意しながら、自治体の英知が求められる。

目 次

はしがき	i
執筆者（研究会構成員）名簿	iii
エグゼクティブ・サマリー	iv

序章ー地域包括ケアシステムが求められている背景ー	1
--------------------------	---

東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授 川渕孝一

第 1 章 地域包括ケアシステムのあり方

第 1 節 地域包括ケアシステムの構築を担う自治体の専門性ー地域に反映する自治体の価値観ー	15
---	----

東京海上日動ベターライフサービス株式会社

シニアケアマネジャー／博士（医療福祉学） 石山麗子

第 2 節 地域包括ケアシステム構築における地域ケア会議の位置づけ	27
-----------------------------------	----

名古屋大学医学部大学院医学系研究科

地域包括ケアシステム学寄附講座准教授 鈴木裕介

第 3 節 住民側からの視点（ヘルスリテラシー）	51
--------------------------	----

聖路加国際大学看護学部看護学科教授 中山和弘

第 2 章 都市自治体における地域包括ケアシステムの構築

第 1 節 生活を支える「地域包括ケアシステム」ー多摩市（東京都）・多摩ニュータウンからの事例ー	71
--	----

多摩市健康福祉部高齢支援課長 伊藤重夫

第 2 節 地域づくりとしての役割ー松本市（長野県）からの事例ー	87
----------------------------------	----

松本市健康福祉部高齢福祉課介護予防担当係長 高木寿郎

第3節	シティマネジメントの視点で取り組む地域包括ケアシステムの構築ー大和市（神奈川県）からの事例ー	107
	大和市健康福祉部高齢福祉課長 高橋隆行	
第3章	現地ヒアリング調査を実施してー事例報告ー	127
	日本都市センター研究室主任研究員 新田耕司	
第4章	地域包括ケアシステムの「見える」化に向けて	
第1節	地域包括ケアシステム構築に向けたニーズの把握	161
	東京海上日動ベターライフサービス株式会社 シニアケアマネジャー／博士（医療福祉学） 石山麗子	
第2節	指標の設定・住民への周知啓発	179
	聖路加国際大学看護学部看護学科教授 中山和弘	
終章	ー地域包括ケアシステムのあるべき姿と自治体が果たすべき役割ー	199
	東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授 川渕孝一	
		
特別企画（対談）		213
	（広島県尾道市公立みつぎ総合病院院長 山口昇） （東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授 川渕孝一）	
		
参考資料		239
執筆者プロフィール		254

序章

地域包括ケアシステムが求められている背景

東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授

川渕孝一

はじめに

いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に向けて、2014 年 10 月より病床機能報告制度が始まった。病棟単位の医療機能を 4 つの機能（高度急性期／急性期／回復期／慢性期）の中から各医療機関が選択し、都道府県に報告するものである。都道府県は、これを受けて地域医療構想（ビジョン）を策定するという¹。

1. 都道府県と市町村が“計画づくり”

これは 19 本からなる、「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」（以下、「医療・介護一括法」という。）を受けたものである。都道府県及び市町村は、総合確保方針及び地域の実情に応じて、医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画（以下、都道府県が作成するものを「都道府県計画」と、市町村が作成するものを「市町村計画」という。）を作成するという。

都道府県計画では、医療介護総合確保区域ごとの当該区域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標及び計画期間を作成することになっている。これに対して、市町村計画では、医療介護総合確保区域に加えて、当該市町村の区域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標及び計画期間などを定めることとなっている。

ここでいう医療介護総合確保区域とは、①地理的条件、②人口、③交通事情その他の社会的条件、④医療機関の施設及び設備並びに

¹ 川淵孝一『第六次医療法改正のポイントと対応戦略 60』日本医療企画、2014 年、52-53 頁。

公的介護施設及び特定民間施設の整備の状況その他の条件からみて医療及び介護の総合的な確保の促進を図るべき区域をいう。具体的には、一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定された区域である 2 次医療圏を想定している。これに対して、当該市町村の区域とは、概ね 30 分以内に駆けつけられる中学校区単位など、地域の実情に応じて定められる日常生活圏域を想定している。

また、都道府県計画及び市町村計画では、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設及び設備の整備に関する事業、②居宅等における医療（在宅医療）の提供に関する事業、③公的介護施設等の整備に関する事業、④医療従事者及び介護従事者の確保に関する事業などが定められることとなっている。

なお、都道府県計画を作成するに当たっては、医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画との整合性の確保を図るものとし、市町村計画を作成するに当たっては、市町村介護保険事業計画との整合性の確保を図るものとするとしている。

都道府県は、当該計画を作成又は変更しようとするときは、あらかじめ、①市町村長、②医療又は介護を受ける立場にある者、③医療保険者、④医療機関、⑤介護サービス事業者、⑥診療又は調剤に関する学識経験者の団体、⑦学識経験者などの関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努めるものとしている。また、市町村は、当該計画を作成又は変更しようとするときは、あらかじめ、①都道府県知事、②医療又は介護を受ける立場にある者、③医療保険者、④医療機関、⑤介護サービス事業者、⑥診療又は調剤に関する学識経験者の団体、⑦学識経験者等の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努めるものとしている。

2 市町村の3分の2が地域福祉計画策定

これに先行して、厚生労働省は2014年11月に、「地域福祉計画」の策定状況を公表した。

地域福祉計画とは、2000年の社会福祉事業法等の改正により社会福祉法に規定されたもので、市町村と都道府県がそれぞれ策定する。市町村の計画には、福祉サービスの利用促進や要援護者の支援方策、社会福祉事業の発達、地域福祉活動への住民参加の促進に関する事項が盛り込まれる。

2014年3月末時点で、計画を策定している市町村は1,149で全体の66.0%、前年より2.2ポイント（38市町村）増加した。「策定予定」は8.6%、「策定未定」は25.4%だった。策定率は人口規模の小さい市町村ほど低く、人口1万人未満では44.0%、1万人以上5万人未満では62.5%である。「策定未定」の理由は「人材・財源等、策定体制の不備・不足」の回答が57.3%で最も多い。51.9%は「他の行政計画より代用」と答えている。

ちなみに、市町村が同計画の策定または改定のために必要としているのは「既に策定（改定）した自治体のノウハウの提供」だった。

これに対して、都道府県の地域福祉支援計画には、市町村支援の基本的方針や、従事者の確保と資質向上に関する事項、サービス利用促進と事業の発達のための基盤整備に関する事項を盛り込むことになっている。

計画を策定した都道府県は41で前年と同数であった。未策定の都県のうち「策定予定」は沖縄県、「策定する方針がない」は東京都、長野県、広島県、愛媛県、鹿児島県の5都県である。

同じ2014年11月、厚生労働省は2014年度の地域医療介護総合

確保基金の交付額を決定した。基金規模は 903.7 億円で、うち国費は 602.4 億円である。医療従事者の確保・養成に関する事業には計 524 億円が交付される。従前の地域医療再生基金における公民のシェアは 3 : 1 だったが、これが逆転して交付先は約 4 分の 3 が民間セクターとなっている。2014 年度は医療を対象とした事業費用が認められるが、「医療従事者の確保・養成」に関する事業が最も多く 524 億円、「在宅医療の推進」は 206 億円、「病床の機能分化・連携」は 174 億円である。この中で、特筆すべきは、巻末でも紹介する広島県の試みである。知事の大英断で全国にもほとんど前例のない「地域包括ケア推進センター」を設置した。県内 125 の日常生活圏域にそれぞれ 125 通りの地域包括ケアシステムを構築するという。そこで、2014 年度は「在宅医療の推進」に関する事業として、▽循環型認知症医療・介護連携システム推進、「病床の機能分化・連携」に関する事業として▽急性期病床から地域包括ケア病床への転換を促すための施設・設備の整備をそれぞれ行う。

3 費用負担の公平化と地域包括ケアシステムの構築

医療・介護一括法ということなので介護保険法も大きく変わる。

その改正内容は、大きく「費用負担の公平化」と「地域包括ケアシステムの構築」の 2 つに分けられる。

このうち、費用負担の公平化においては、①特別養護老人ホームの新規入所者を重点化する、②一定以上の所得のある利用者の自己負担を 1 割から 2 割へ引き上げる、③低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件へ資産を追加するなど、介護保険の利用者にとって、厳しい改正内容が多く盛り込まれている。

また、地域包括ケアシステムの構築においても、要支援者に対する予防給付の訪問看護及び通所介護の地域支援事業への移行については、サービス利用者だけでなく、市町村や介護サービス事業者からも不安の声が上がっている。

確かに介護保険制度の持続可能性を考えると、一定の効率化や重点化はやむを得ないが、社会保障と税の一体改革を受けて、消費増税、さらには利用者の負担増や給付の抑制が懸念される今回の改正内容について国民の理解を得るのは難しいのではないかと。

そこで国はまず、低所得者の第1号保険料軽減を拡充する。具体的には、改正介護保険法では、市町村は公費で低所得者の第1号保険料の軽減を行い、国がその費用の2分の1、都道府県が4分の1を負担することとしている（2015年4月1日施行）。

第1号保険料の具体的な軽減幅は、政令で定める内容に基づき市町村が条例で定めることになるが、この公費による軽減の結果、現在の第1段階・第2段階は基準額の0.3倍（現行0.5倍）、第3段階のうち比較的所得の低い者は0.5倍（現行0.75倍）、その他の者は0.7倍（現行0.75倍）となる見込みである。この軽減措置に要する公費は、2015年度時点で最大1,300億円とされている。

厚生労働省によれば、本改正で2015～2017年度の平均で1,430億円の給付費が削減できるとしている。しかし、給付費総額は今の約10兆円から2025年度には約20兆円への倍増が見込まれている。負担増と給付の抑制をさらに徹底することが不可避なので、どこまでを公的保険の守備範囲とするのかを決定する必要があるだろう。

4 介護報酬マイナス改定

こうしたなか、介護分野では9年ぶりに平均で2.27%報酬が引き下げられた。これは、「2014年経営実態調査（速報値。以下、「経営実態調査」という。）」の結果が概ね良好だったことを受けたものである²。奇しくも改正介護保険法が施行される2015年4月以降では、介護職の処遇改善への加算を拡充する一方で、介護サービスは4.48%と大幅に報酬を引き下げる。まさに地域包括ケアシステムに向けた序章である。

そもそも地域包括ケアという概念は、広島県尾道市公立みつぎ総合病院³（以下、「みつぎ病院」という。）の山口昇元院長によって1970年代に使われ始めたものである⁴。脳卒中などの後遺症の患者たちの生活の質を確保することを目的に、治療（キュア）のみならず予防、リハビリ、福祉、介護を専門サービス、さらには住民参加による地域ぐるみの活動を展開した。いわば、寝たきりゼロを目標にした“御調モデル”は実践から生まれた概念であった。山口氏の言葉を借りれば「保健・医療・福祉を連携させ、総合的・一体的にサービスを提供する仕組み」である。

この点は巻末で詳しく紹介するが、同概念にシステムが加わることにより、内容が変質した。重度の障害者や認知症高齢者が地域で最期まで生活できるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるものとなったのだ。これは地域包括ケア研究会

² 川淵孝一「27年度介護報酬の方向・論点・課題は何か」『介護保険情報』2014年12月号、8-13頁。

³ 2005年に御調町が尾道市に合併されるまでは、広島県御調町公立みつぎ総合病院であった。

⁴ 山口昇『実録 寝たきり老人ゼロ作戦』ぎょうせい、2012年、80頁。

報告書⁵に掲載された内容である。ポイントは5つの要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）に、自助・互助・共助・公助の考え方が描かれている点である。また、地域包括ケアシステムは、概ね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定されている。

5 費用削減にはならない

それにしても、地域包括ケアシステムの目的は一体全体何なのか。

地域包括ケアの概念をより歴史的なパースペクティブで社会理論化する必要性を強調した猪飼周平氏によれば、地域包括ケアシステムによってコストの削減は困難だという⁶。その答えはすこぶる単純で、同じケアを在宅と病院で提供する場合とでは、明らかに前者が高くつくからである。

もし、前者が安いというなら、それは家族の介護力を無視したケースである。しかし、これは経済学でいう「機会損失」であり、支出は伴わないが、れっきとしたコストである。

病院内で2～3人の看護師が夜間50～60人の患者の面倒をみている場合は病棟内の移動ですむが、これが在宅となると交通費を頂いても1人の看護師がカバーできる範囲は限定される。つまり、ケアの効率性という観点からは患者を1か所に収容した方が効率的で、面的展開を図ればそれだけコストは高くつく。まさに「地域包括ケアは高齢者対象には適さない」ということになる。

⁵ 地域包括ケア研究会・三菱UFJリサーチ&コンサルティング『持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究報告書』2013年。

⁶ 山口昇『尾道市御調町における地域包括ケアシステムー寝たきりゼロ作戦（介護予防）と保健・医療・介護・福祉の連携ー』公立みつぎ総合病院、2014年、8-9頁。

6 成就するか“生活モデル”

それでも何故、国は地域包括ケアシステムに舵を切ったのだろうか。

猪飼氏によれば、その合理的な根拠は「社会における支援観の生活モデル化」にあるという。つまり、完治しない病気が増大するなかで、従来の「医学モデル」には限界があり、人の暮らしを支える「生活モデル」こそ主流になってきたというのだ。

仮にこの説が正しいとすれば、地域包括ケアシステムの成否は、ケアを地域化・包括化したことによって、生活モデルが叶うシステムになっているかどうか。まさに2014年6月に成立した医療・介護一括法もその一環と考えるが、当事者にその真意は伝わっていない。

例えば、先出のみつぎ総合病院は“国保直診モデル”であり、汎用性は高くない。実際、山口氏も「御調町の実践はどの地域でも通用するかというと、少なくとも都市部では通用しない」と自著⁷で認めている。山口氏によれば、「地域包括ケアシステム構築の手法を考えると、御調町の場合は農村型（中山間地域型）といえるであろう。このタイプは人口数万人までであれば対応できると思われるが、それ以上の人口規模であれば、都市型、あるいは大都市型とでもいうべき手法を検討する必要がある。また高齢化が短期間で急激に進む団地型とでもいうべきタイプも存在する。要は、地域の特性によって、システムの手法は異なり、その地域、人口規模に合わせたシ

⁷ 本書7頁（脚注4）参照。

システムの構築が必要である」という⁸。

そこで、2005 年改革では、地域包括支援センターが介護保険の保険者機能を強化する機関として創設された。しかし、実際には、社会福祉法人や医療法人への委託を認めたので、大半の地域包括支援センターは単なる相談窓口と化している。地域ケアのマネジメント機能は未成熟のまま今日に至っているのである。また、自治体の職員も、一部の例外を除いて、政策能力や専門性という点で限界がある。

事実、介護保険法上、居宅サービス優先の原則が謳われたにもかかわらず、施設依存が特養待機者の増大（約 42→52 万人）のなかで克服されていない。また、医療分野においても、いわゆる社会的入院は今でも解決の目処がたっていない。その象徴が介護療養病床廃止の先送りである。依然として 7.1 万床あり、2017 年度に廃止できるかは未知数である。こうしたなか、定期巡回・随時対応サービスがスタートし、2014 年 8 月末で 525 事業所が実施しているが、利用者は 8,972 人に留まる。また、国は経済誘導による在宅シフトを狙って複合型サービスも開始したが、その収支差率はマイナス 0.5%と赤字である。最終的には、65 歳以上ではなく 75 歳以上をもってして“お年寄り”と再定義し、後期高齢者医療制度と介護保険制度を統合することになるだろう。そうすると「範用の経済性」を狙った“非営利ホールディング型法人”が跋扈するかもしれない。

7 消滅可能性都市は大丈夫!?

そうしたなか、日本創成会議・人口減少問題検討分科会が「消滅

⁸ 本書 8 頁（脚注 6）参照。

可能性都市」を公表した。その分析結果によれば、2010年から2040年の30年間で20～39歳の若年女性人口が5割以下に減少する市町村は、約半分の896にも及ぶという。

このなかには、第3章で詳述する地域包括ケアシステムの先進事例たる山形県鶴岡市も含まれている。同市は2010年で13万6,623人の人口を有しているが、これが2040年には8万8,132人になると推計されている。

しかし、本研究会で現地調査を行ったところ、まちがコンパクトなこともあって、自治体病院が地域医療の中核となっている同市では「顔の見える連携」が行われていた。同様に、人口12.4万人の福岡県大牟田市も65歳以上人口比率が3割を超え、消滅可能性都市のひとつだが、中学校区ならぬ小学校区単位で認知症の徘徊老人が住みやすい社会を模索していた。この内容についても第3章で詳述する。

ちなみに855市町村で把握された認知症の行方不明者も、5,000人を超えている。人類史上、どの国も経験したことのない超高齢社会に突入する我が国にあって、特に認知症対策は喫緊のテーマと言えるだろう。

こうした中、厚生労働省は認知症に関する新たな国家戦略である「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を公表した。2025年に認知症の有病者数は約700万人になるとの新推計を踏まえ、対応策をまとめたものである。

この推計は、長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている福岡県久山町の研究データに基づくものである。各年齢層の認知症有病率は、2012年以降一定と仮定した場合は19%、糖尿病有病率の増加で上昇すると仮定した場合は20.6%となっている。

興味深いのは、今回の推計結果を 2013 年に筑波大学が発表した研究報告による 2012 年の認知症の有病者数 462 万人に当てはめた場合、2025 年の認知症の有病者数は 675 万人から 730 万人になるとした点。

つまり、認知症の 65 歳以上の人口に占める割合は、従前の約 7 人に 1 人から約 5 人に 1 人になると修正されたのである。

まさに、認知症施策は、介護保険全体からみても大きなテーマといえるだろう。認知症の実態を踏まえ、地域の実情に応じた認知症対策をより一層充実していくことが求められる。

8 求められる「見える化」

それでは、やがて怒涛の如く高齢化が押し寄せる都会の高齢化にはどう対処したらよいだろう。都市型モデルでつとに有名な千葉県柏市にある豊四季団地を訪ねたところ、企業・大学・行政が三位一体で Win-Win な関係を試行していた。また、面積 11k m²・人口規模 8 万人とコンパクトな埼玉県和光市では、東内京一保健福祉部長の強いリーダーシップのもと、きたる首都圏の未曾有の超高齢社会に向けてインフラを整備していた。さらに、和光市で得たノウハウを大分県豊後高田市や杵築市にも伝授していた。その成功の秘訣は、一定のデータ（ADL や IADL 等）を駆使したアウトカムの可視化であり、汎用性がある。詳しくは第 3 章で紹介するが、ポイントは地域包括ケアシステムの評価指標の作成である。

ちなみに表 序-1 は、地域包括ケアにおけるインディケーターの必要性を説く安藤高朗氏（医療法人社団永生会 理事長）が示した評価指標のタタキ台である。ミシガン大学の故 A. ドナベディアン教授

が提唱する、①構造、②過程、③成果の3構造を踏襲しているが、まさに民間病院経営者の知恵であり、一考に値する。

国も地域包括ケアシステムの構築に向けて、「見える化」するための情報インフラを構築したという。これは、全国・都道府県・二次医療圏・老人福祉圏・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組みを客観的かつ容易に把握できるように、医療・介護関連情報を広く共有したものだが、その普及状況は必ずしも芳しくない。このインフラが市町村でうまく利活用できるよう、一定の工夫が求められる。

表 序－1

地域包括ケアの評価指標

1.ストラクチャー	①地域ケア会議の開催回数
(1)医療、介護、生活支援に係わる多職種の代表者からなる組織があるか。	②高齢者が施設入所を希望してから実際に入所するまでの日数
(2)地域包括ケアのPDCAサイクルを全般的に統括し、質の管理に責任を持つ者がいるか。	③職員の業務満足度調査
(3)地域包括支援センター	④センターに対する高齢者の満足度調査結果
(4)かかりつけ医をもつ人の割合	(3) ケアマネジャー
(5)在宅医療・訪問看護の利用者	①地域ケア会議への参加回数
(6)介護サービス(訪問系、施設系、介護予防)	②ケアマネジャーから地域包括支援センターへの相談件数
(7)認知症初期集中支援チーム数や認知症地域支援推進員数	③地域のケアマネジャーの業務満足度調査
(8)認知症サポート体制(支援組織、人材育成、家族支援、予防活動、教育)の構築率	④高齢者のケアマネジャーに対する満足度調査
2.プロセス	(4) 地区医師会
(1)地域ケア会議のメンバー構成。	①医師会員の地域ケア会議への参加回数
(2)地域ケア会議で日常生活圏域のニーズ調査の実施。	②地域課題の解決に寄与した医師会活動の実績
(3)かかりつけ医と在宅診療に従事する多職種の連携や、診療連携・病診連携を推進する研修や交流会の実施	③地域包括ケアシステムに係わる医師の業務満足度調査
(4)高齢者の権利擁護(リビングウィル、虐待防止、消費者被害対策等)の明文化	④地区医師会の活動に対する高齢者の満足度調査
(5)老老介護家庭や独居高齢者家庭に対する見守り体制の確保	⑤病院に対する高齢者の満足度調査
(6)高齢者の急変等に際して医療機関へ提供される患者情報シート(既往歴、内服薬リスト、特殊治療の有無、搬送希望医療機関等)の作成	⑥介護施設に対する高齢者の満足度調査
3.アウトカム	(5) 地域全体
(1)行政(市町村)	①医療・介護サービスの連携率
①ストラクチャー地域ケア会議への参加回数	②在宅復帰率(全体・重症患者・独居高齢者)
②地域包括ケアシステムに係わる職員の業務満足度調査	③孤独死発生率・防止率
③行政支援に対する高齢者の満足度調査	④在宅での看取り率
(2)地域包括支援センター	⑤ケアシステム全般に対する高齢者の満足度調査

(出典：安藤高朗「地域包括ケアシステムにおける医療のあり方と役割」『社会保険旬報』No.2587、2014年12月、12～13頁。)

参考文献

- ・高橋紘士『地域包括ケアシステム』株式会社オーム社、2012年
- ・猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣、2010年

第1章

地域包括ケアシステムのあり方

第1節

地域包括ケアシステムの構築を担う 自治体の専門性

ー地域に反映する自治体の価値観ー

東京海上日動ベターライフサービス株式会社
シニアケアマネジャー／博士（医療福祉学）

石山麗子

はじめに

2025 年に向けて構築していく地域包括ケアシステムを推進していく上で、地域包括ケアシステムの本質を適切に理解することは欠かせない。なぜなら、地域ごとに異なる人口構造、財源、気候、地形、住民の意識・価値観、疾病構造に合わせた社会資源を統廃合・開発・充実するには、国から示された画一的な「サービスの形」を模倣しても成功は難しいからである。

また、地域包括ケアシステムの理論や手法を活用し、地域に合わせた活動の展開において欠かすことができない概念は、「規範的統合」である。地域住民・専門職・関係者との情報共有・課題抽出並びに解決策検討・実行・検証等の「プロセス」そのものが規範的統合を推し進める手段となる。もし仮に地域づくりを行政や有力者がトップダウンで行うならば、早期に行き詰まるだろう。なぜならば、2025 年を目途に構築する地域包括ケアシステムは、一旦構築すればそれで完成するのではなく、2042 年に迎える高齢人口のピークまで、変化し続ける社会構造に合わせて、何度も作りかえていかなければならないからである。

様々な考えをもつ多くの人、世代を越えた人々の参加、加えて次のステップである「参画」によって形成される地域づくりは、幾度もシステムを変容させていく力（モチベーションと実行力）を備える強さが求められる。いま、自治体には、地域住民、専門職等関係者を巻き込み、自律的な活動へと変容させていく働きかけをいかに行うかが問われている。

1 地域包括ケアシステムの成り立ち

(1) 地域包括ケアシステムを構成する2つのケアの手法

地域包括ケアシステムは、「統合ケア (Integrated care)」と「地域ケア (community-based care)」の2つの手法によって構成される。「統合ケア (Integrated care)」は、異なる職種・組織間のケアの連携・協調によってケアの分断を減らすことをめざしたシステムであり、診断・治療・ケア・リハビリテーション・健康増進などに関するサービスの投入・分配・管理・組織化が一括化され、サービスのアクセス、質、利用者満足度、効率性が向上する合理的なケアである。いわゆる多職種連携、多職種協働であり、専門職による連携を意味している。

「地域ケア (community-based care)」は、地域のニーズに根差して運営されるものであり、地域の人々の信念、好み、価値観に合わせて構築される。それは、地域住民が自分たちのシステムに自ら関与する一定レベルの社会参加によって保障されるものである。このようにして、地域のニーズに合致した保健サービスの提供が可能となる地域が主体となった活動である。

(2) 介護保険に組み込まれていた地域包括ケアシステムの考え

介護保険は、ケアマネジャーが立案する居宅サービス計画上に、保険・医療・福祉等の社会保障制度に基づく専門的サービスのみならず、その他の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて位置づけるよう規定している。このことは、介護保険制度が創設段階から地域包括ケアシステムの概念を既に組み込んでいたことが伺える。また、2006年の地域包括支援センターの創設は、保健

師・社会福祉士・主任介護支援専門員の三職種による介護保険制度
上初の医療と介護の多職種連携といえる。以下の表に日本における
多職種連携の歴史を整理した。

表 1-1-1 日本における多職種連携の歴史

年	内容
1946 1948	医師 看護師 ※ 社会保障制度下における 多職種連携のはじまり
1957	岩手県沢内村 深沢村長による「乳児死亡率 0 作戦」の推進。 「乳児死亡率 0」を目標とする保健・医療、福祉分野の統合 ケアの実践。
1959	長野県佐久総合病院のプライマリヘルスケアの取り組み。若 月院長による、病気の治療に留まらず生活レベルで捉えた予 防、健康増進、リハビリテーションを含む包括的な健康シス テムを構築するために、医師、保健師、看護師、検査技師、 社会福祉士らが現場協議の実践。
1970	広島県御調町公立みつぎ病院の山口医師による出前医療、訪 問看護、保健師による訪問、リハビリテーション、地域住民 による地域活動等の展開。

(筆者作成)

多職種連携の必要性は、戦後、感染症や急性期疾患等を中心とし
ていた医療から、慢性疾患、後遺症への対応などへ変化した。これ
らは生活全体を支える視点が必要であることから、1980～1990 年
代には、治療、保健、生活支援を一体的に行う多職種連携が必要と
なった。さらに高齢化が加速し、介護保険制度が施行され、より多

くの高齢者に対する保健・医療・福祉の多職種連携が不可欠となった。WHO は、地域包括ケアシステムの構築に向け、多職種連携研修の重要性を指摘している¹。厚生労働省も「在宅医療・介護あんしん 2012」において、多職種協働による在宅医療を担う人材育成を柱として掲げ、各都道府県、地域で多職種連携研修が推進されている。

2 多職種連携の推進における都市自治体等の役割

(1) 介護支援専門員の専門性の向上とその標準化

多職種連携を推進するために必要な要素は、①それぞれの専門職の専門性が機能すること、②各専門職が互いの専門性を尊重し合うこと、③専門職連携教育や実践が行えることである。

多職種を医療職、介護職と二分し、専門職としての歴史や自律を考えると、医療の歴史は長く、既に専門性を確立し、時代や社会の要請に応じて自らの専門性をより高めるシステムが学会、団体、教育機関等に備わっている。一方で介護は、その自律性はまだ十分とは言い難い。上記の多職種連携を推進する3つの要素を軸に思慮すれば、「①1つの専門職の専門性が機能する」ために、介護系専門職に対する資質向上は不可欠である。

特に、介護保険制度の核となるケアマネジメント、多職種連携の要を担う介護支援専門員の資質向上は急務である。2018年には、居宅介護支援事業所の指定権限は保険者である市区町村に委譲される。介護支援専門員法定研修は、2016年に新カリキュラムが施行される。なかでも、介護支援専門員に従事する前に受講する実務研修は、現行の44時間から87時間へと倍増し、新設科目は実務研修全体の3分

¹ 本書 171 頁参照。

の2を占めるほどの大幅改訂である。すなわち、地域包括ケアシステムの中で機能する介護支援専門員が備えるべき知識や技術を組み入れたものといえ、求められる標準レベルや対応力は、これまでの介護支援専門員とは異なることを意味している。新設課目の多くは、多職種連携に関すること、疾患別のケアマネジメントに関することである。ここに課題が生じる可能性がある。2015年以前に介護支援専門員の資格を取得した者と2016年以降に資格を取得する者の知識・技術の乖離である。多職種連携の前提である同職種の標準化がなされない。今後、居宅介護支援事業所の指定権限を持つ保険者には、2015年度以前に資格を取得した介護支援専門員に対して、新カリキュラムに即した多職種連携研修の機会を設定し、地域の介護支援専門員がおしなべて同様の知識を持つことができるようにする責務が生じると考える。

(2) 多職種連携研修による学び合いの場の設定

介護支援専門員が地域包括ケアシステムに即した教育を付与され、それに見合ったケアプランによって多職種連携を推進しようとしても、実行側であるサービス事業所に地域包括ケアシステムや多職種連携に対する概念の理解が不足し、医療・介護連携における共通知識・技術が伴わなければ、被保険者に対して介護支援専門員が意図したケアは提供されないことが想定される。一方で、多職種連携のもと自立支援型のケアマネジメントが展開されれば、利用者の自立の促進、適切な保険給付に繋がる。

この実行をめざした共通知識・理解を得る有効な手段の1つとして、「専門職連携研修（IPE）」がある。その地域の実践に携わる多職種が机を並べ、地域包括ケアシステム（統合ケア・地域ケア）が

必要とされる背景、理論、実践に不可欠な各職種の専門知識・技術を学び、確認する。この学びを成功させる大切なポイントとして、まず医療・介護のどの職種が上位者であるかという意識を捨てることであり、そのためには、どの職種も平等に学び合い、課題を出し合い、お互いの領域の相違を知り、謙虚に学びあえる場を設定することである。介護保険制度を貫くケアマネジメントの理論は、利用者・多職種のすべての人が平等である、という考えに基づいている。

自治体に求められる役割は、単なる研修の場を設定することにとどまらず、ケアマネジメントの理論の具現化のために、多職種が平等に尊重して学び合い、率直に意見を出し合える、倫理的な学びをルールとして設定することである。その設定と周知そのものが、規範的統合に結びつくベースとなる。多職種連携を推進している地域では、このような配慮が実行されている実例がある。

(3) 多職種連携には、行政も含まれる

市区町村の役所内においても、特に高齢者の介護や福祉を所管する部署には、地域包括ケアシステムを取り巻く背景や目的、「我がまち」での構築に向けた手段、実行プロセスの共有が求められる。地域で高齢者ケアを実践する事業所や専門職は、役所内の異なる複数の係の指導や助言を受けながら実務を遂行するため、係によって理解度が異なれば、実行上の困難性を感じる場合がある。結果として、地域の高齢者やその家族への影響が生じる。

このように考えれば、地域包括ケアシステムに向けた多職種連携の中には1人ひとりの行政職員も含まれており、規範的統合に向けた重要な構成員であると考えられる。

3 住まいの多様性の中で守られるべき高齢者の人権

(1) 専門職団体による相互監督の仕組みづくりー同職種間連携ー

専門性（Profession）とは、社会が必要とする職務を遂行するために、高度な知識に裏付けられた専門的技術を修得していることであり、他の職種にはできない機能を果たせることである。それぞれの職種には、その職種に共通するプロフェッショナリズムがあり、それが社会との信頼で結ばれている。すなわち専門職は、①利他的であること、②対象者に少なくとも害を与えないこと、③専門知識とそれを実行する技術をもって地域住民や高齢者に受益をもたらすこと、が社会から期待されている。専門職団体は、自らの職種のプロフェッショナリズムをその地域のすべてのスタッフが、事業所の垣根を越えて実行できるように、サポートする働きが期待される。そう考えると、その活動が単なる知識習得を目的とした研修等の活動に留まっていなければならない。

地域包括ケアシステム概念の中には、住まいに関することも含まれている。住まいの多様性が進み、高齢者にとっての選択肢が増える一方で、一部の住宅型有料老人ホーム等、高齢者マンションにおいては、指導監査等による法的な関与が難しい課題も生じている。指定事業所は法に定める基準を満たすことで処分を受けることはないが、専門職は、法的根拠に加え、次の根拠により専門職としてとるべき行動を判断する必要がある。（i）法的根拠、（ii）倫理的根拠、（iii）専門職としての知識に基づいた根拠である。サービス提供の場が、法人等の不正利得、人権侵害の場に決してなってはならない。専門職の機関として専門職の（職能）団体は、地域の専門職が真の専門性を発揮できる道筋を示す役割を担っている。もし仮に、

地域の専門職の1人でもこれに反することを行っているならば、専門職同士が律し合い、相互に指摘し合い、不正を防ぐのが理想の姿である。そのためには、常日頃からジレンマを感じた専門職が「同職種間連携」し、相談し合える場が必要である。また、その活動を保険者である市区町村と相談、連携し、地域の健全な介護事業の発展に繋いでいく責任がある。住まいの多様性が進む地域包括ケアシステムにおいて、専門職の（職能）団体が、上述のような自律的な団体に成長すれば、多職種連携のみならず、高齢者の権利擁護に貢献することができる。本来、専門職自らが活動すべきであるが、介護系の専門職の（職能）団体は、医療のそれに比べ、まだ遅れをとっている地域も多い。仮に、専門職団体が発足していない、あるいは経済的理由等によって活動の範囲が狭められている団体があれば、自治体は、専門職が上記（i）～（iii）の根拠に基づいた自由な活動が可能となるよう、側面的に支援（会場確保、事務連絡等）することが望ましい。多職種連携の前には、同職種間連携の強化が不可欠である。

4 地域ケア会議と地域課題の抽出

（1）課題解決の前提は地域ケア会議の開催目的の共有

地域ケア介護の必要性和何か。介護保険法上は、努力義務規定となっている。地域包括ケアシステムを構築するに当たり、顔の見える関係、ネットワーク、そこから見えてくる課題と解決へのアプローチなどが、サービス担当者会議では召集できないレベルの関係者が参加する会議の場を設定することによって可能となる。その経過の中で、各圏域等では解決できない地域の課題は、最終的には

地域包括支援センター等から市区町村へ報告され、政策への提言へと繋がっていく仕組みである。このような機能を果たせるよう、5つの機能が地域ケア会議には備わっているが、いずれの機能においても普遍的な目的は、1人ひとりの高齢者の生活を守ることである。

地域の課題を吟味せず政策に提言するようでは、地域包括ケアシステムは構築されないだろう。地域の実情を相互に認識し、解決できること・できないこと、協力できること・できないこと等を話し合い、ケアに完璧はない以上、どのレベルの解決を妥協点として共通認識していくのかは、住民を含めた地域が決めていくことである。このような広い意味においての地域全体での解決を図るため、地域ケア会議の目的は、参加する誰にとっても明確であり、共有できていることが前提となる。ここでもまた、「規範的統合」の考え方が基盤となる。

もし仮に、地域ケア会議の目的が、開催することそのもの（開催回数目標の達成）、あるいは本来あるべき目的とは異なる目的（給付の抑制、過剰な指導の場、単なる事例検討会など）ならば、課題の抽出や解決は、たとえ何度会議を繰り返しても不可能であり、地域の主体は行政であり続けることになるだろう。

(2) 質的な課題抽出方法の特性を知って活かす

ややもすれば、これまでの介護保険事業計画等の策定は、量的調査を基に行われ、量的調査による手法の限界が計画へ影響することは少なかった。量的調査の限界である、収集できる情報の内容と（行政のニーズ調査の場合）費用・スピードを埋めるために、今回、地域包括ケアシステムの構築に向け、地域ケア会議で「質的」な観点から地域課題を抽出する方法を取り入れたことは画期的である。量

的調査では浮かび上がらない、生活上のニーズがタイムリーに分析できる。

ただし、地域ケア会議の質的な分析を適切に行うためには、留意すべきことがある。「量的調査からは浮かび上がらない課題を抽出する」ため、自治体職員と地域包括支援センターの職員は、介護保険事業計画策定前に実施した圏域ごとのニーズ調査のデータを丁寧に分析していることが前提といえる。量的調査を見れば、大きな傾向が掴めるが、生活上のニーズに至るまでの詳細な原因がわからないことが多い。地域ケア介護の開催にあたり、介護支援専門員に対して、闇雲に事例の提出を求めるのではなく、分析的かつ戦略的に事例を選出する視点を欠かしてはならない。さりながら、地域住民や介護支援専門員が日頃から課題とを感じる事例を取りあげることも重要である。その場合には、抽出された課題と同様の課題を抱える住民の量を調査するという逆の視点も必要である。質的な手法の地域ケア会議と量的な調査手法、この両輪によって、真の地域課題は発掘されるといえる。

おわりに

地域包括ケアシステム（統合ケア、地域ケア）を実現するために、専門職による多職種連携、そのための専門職連携研修（IPE）、地域住民を含めた地域ケア会議等の施策が制度に組み込まれ、本格的に展開される必要がある。その基盤となるのは「規範的統合」であり、地域住民、専門職、各機関、行政等が共通理解を持ち、目的とプロセスを共有して世代を越えて「我がまち」をつくり上げていく。どのようにつくるのか、自律的な地域であるためには、真のプロセス

と決定権が地域にあることが大切である。そのために自治体は、地域の人々に対して「知る」、「考える」自由を保障する、わかりやすい伝え方の工夫が求められる。もしかすると、伝えようとしても、まだ多くの人は無関心かもしれない。無関心期を経て、いかにすれば行動変容し、地域主体の動きをつくることができるのか、今後の自治体の専門性が期待される。地域包括ケアシステムの構築は、自治体がどのような価値観を持ち、どのように介入していくのかが大きな鍵を握っているといえる。

参考文献

- ・厚生労働省『地域包括ケア研究会報告書』2008年
- ・厚生労働省 社会保障審議会介護給付費分科会 各種資料
- ・厚生労働省「介護保健制度に関する国民の皆さまからのご意見募集（結果概要について）」2010年
- ・長寿社会開発センター『地域ケア会議運営マニュアル』2013年
- ・日本総合研究所『事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えようー「地域包括ケアシステム」事例集成ーできること探しの素材集ー』2014年
- ・東京都『認知症多職種協働研修テキスト』2014年
- ・宮脇美保子『身近な事例で学ぶ看護倫理』中央法規、2008年

第2節

地域包括ケアシステム構築に おける地域ケア会議の位置づけ

名古屋大学医学部大学院医学系研究科・
地域包括ケアシステム学寄附講座准教授

鈴木裕介

はじめに

高齢世代の第1の波である団塊の世代が75歳を迎える2025年に向けて、地域包括ケアの構築が各地域で急がれている。地域包括ケアは、各地域の特異性が十分に反映されたものであることが必要なのは論を待たない。高齢化の様相が都市部とそれ以外の地域で大きく異なり、家族構成や地域性、使える医療・介護資源など多様な要因を考慮すると、ある地域におけるモデルを一律に適用することには無理がある。2018年度から実施される各自治体の地域包括ケアモデル事業も、その在り様は地域によって大きく異なったものになることも容易に想像される。

かように地域における独自性が大きい地域包括ケアとは言え、その仕組みの中で中核的役割を担うと現時点で考えられているのが「地域ケア会議」である。この会議の目的とするところは、地域の状況を把握し、地域住民のニーズに応えるための地域マネジメントの方略を策定することであり、個別のケース検討と全体のシステムを推進するための会議の2つに大別される。介護保険の枠組みにおける介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割が、依頼者である被保険者の個別のサービス調整（ケアマネジメント）であるのに対して、地域ケア会議は、個別のケースに関する検討を加えるとともに、そこに地域としての共通課題を見出し、解決のための方略を検討する、つまりケアマネジメントとコミュニティーマネジメント双方の機能を担うことが期待されている。現時点においても全国各地域で、地域包括ケアに関するモデル事業、医療介護連携推進拠点事業、認知症初期集中支援チーム等、様々なモデル事業が進行中であるが、その核となるコミュニティーマネジメント機能の実態はいかなるも

のであろうか。

本章においては、地域ケア会議の実施実態に関する調査を基に、現状に関する考察を試みると同時に、地域包括ケアにおける医療面での最大の課題である、地域における認知症ケアについて、認知症の地域連携の視点から、かかりつけ医に行った調査を基に考察し、在宅医療についても地域連携の視点から考察を試みる。

1 地域ケア会議の定義とその位置づけ

(1) 地域ケア会議の定義

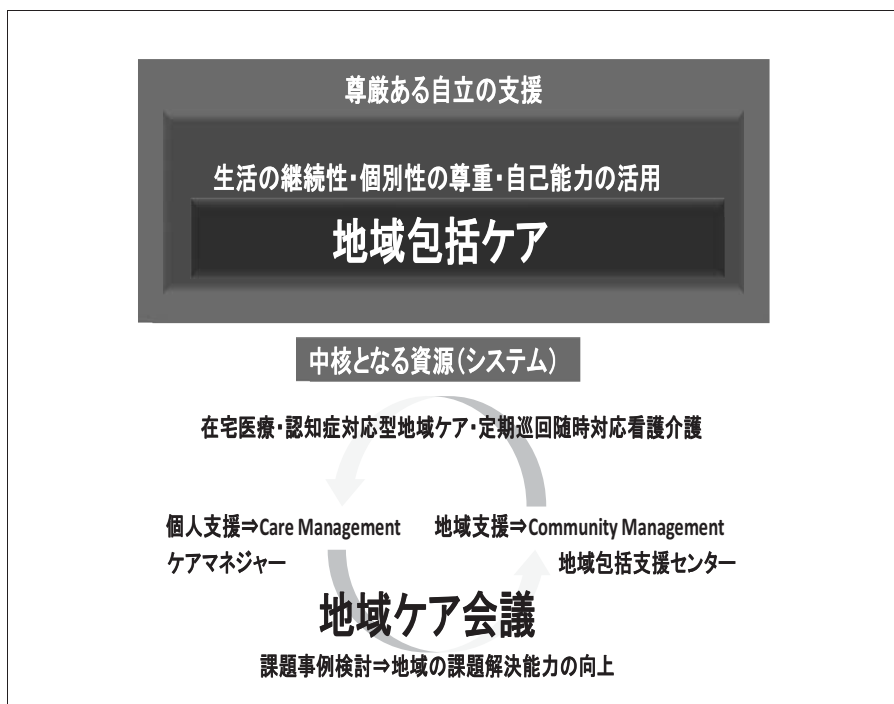
厚生労働省の資料によれば、地域ケア会議は以下のように定義されている。「地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法」であり、地域包括支援センターがその運営主体である。地域ケア会議には5つの機能が付与されていることになっている¹。実務者レベルにおける個別課題解決機能、ネットワーク構築機能、地域課題発見機能、地域づくり・資源開発機能、それらの機能の結果をふまえた代表者レベルの政策形成機能である。

これらの機能は、個別ケースの検討（ケアマネジメント）と地域課題の検討（コミュニティマネジメント）の双方の機能をいかに有効に機能させるかが重要であり、前者は日常生活圏域での開催を前提にしているが、後者に関してはその枠組みを超えた市町村や地域全体で開催することも考えられる（図 1-2-1）。

¹ 厚生労働省ホームページ

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-1.pdf (2015年1月20日アクセス)

図 1-2-1 地域包括ケアと地域ケア会議の概念



(筆者作成)

(2) 地域ケア会議の期待される役割

地域ケア会議の定義や機能を俯瞰する限り、そこに期待される役割は明白であり、一言で表すならば「個別の事例の集積により地域の課題を明確にすること、情報を集約しネットワークを構築することにより、地域包括ケアシステムの根幹をなす4つの要素（自助、互助、共助、公助）を有機的に運用する仕組みを創り出す」ことにあるといえる。運営主体が各地域包括支援センターであることは、「まず政策ありき」ではなく、各地域における多職種協働による個

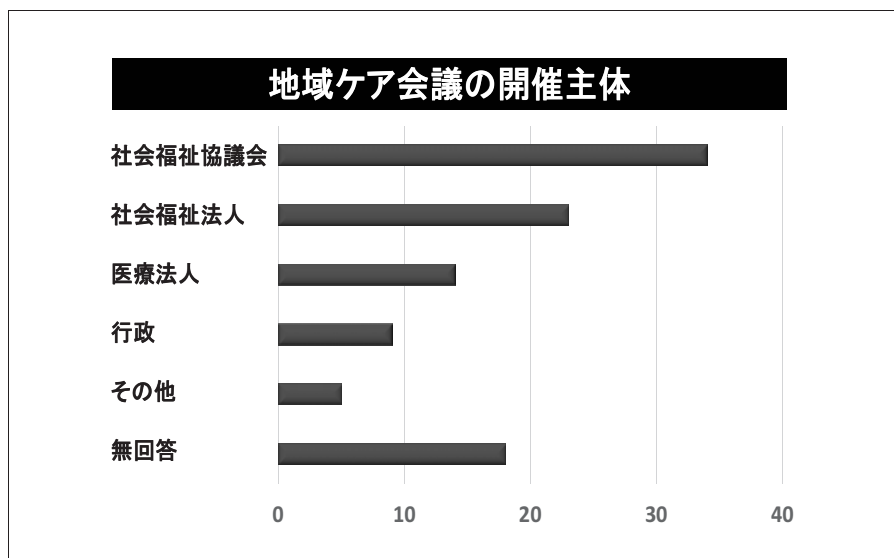
別ケースの支援を通じて支援ネットワークや地域課題を把握することなしには、地域づくり・社会資源の開発はあり得ないという考え方が根底にあると考えてよい。

2 地域ケア会議の開催状況に関する実態調査

(1) 開催主体に関する調査

地域ケア会議の開催状況及び開催内容の実態把握を目的に、2013年、愛知県内の189施設に対して質問票を送付し、103施設より回答を得た（回答率54.5%）。地域ケア会議を開催する主体に関する質問では、大半が公共性の強い社会福祉協議会あるいは社会福祉法人・医療法人による民営であったが、一部行政が直接開催（行政直営の地域包括支援センター）しているケースも認められた（図1-2-2）。

図 1-2-2 地域ケア会議の開催主体

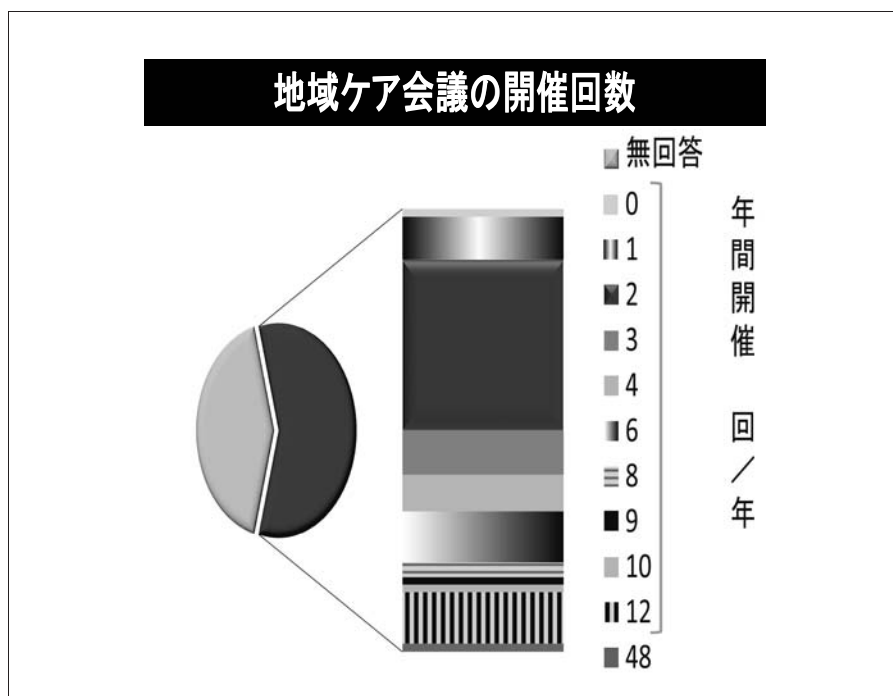


（筆者作成）

(2) 開催頻度に関する調査

地域ケア会議の開催頻度についての質問では、開催なしという回答の運営主体は 30%、残りの 70%のセンターの開催頻度は「地域ケア推進会議」開催の最低要件とされている年間 2 回が最も多く、それ以外の開催頻度は、図 1-2-3 のごとく、非常にバラつきの大きいことが明らかになった（図 1-2-3）。

図 1-2-3 地域ケア会議の開催回数



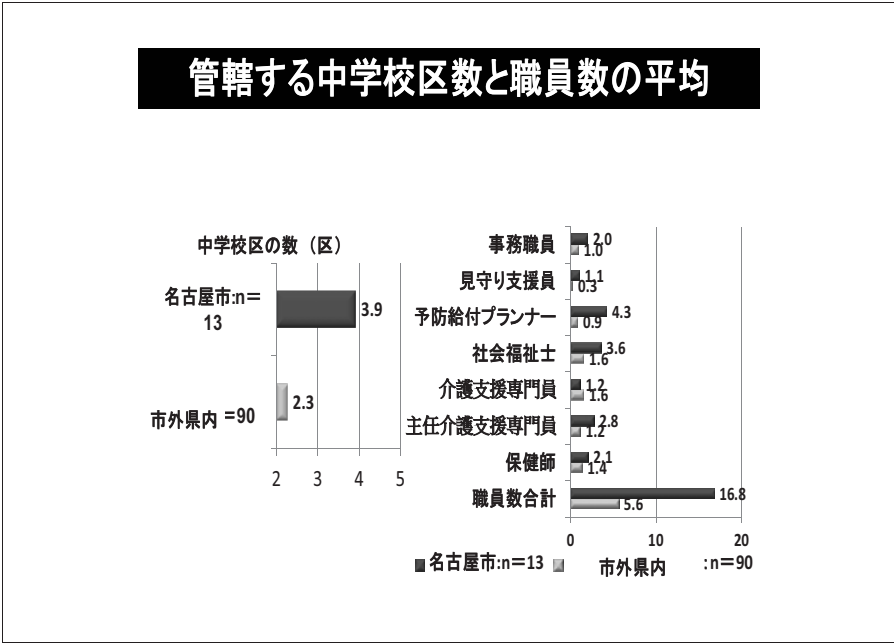
(筆者作成)

(3) 地域による開催内容の比較

地域包括ケア構築における課題は、都市部とそれ以外の地域で大

大きく異なることが考えられる。本調査においては、今後劇的な高齢者数の増加が予想される名古屋市内と、それ以外の県内の事業所に分けて比較を試みた。地域包括支援センターの構成職員数と管轄する中学校区の数と比較してみると、名古屋市内では担当中学校区数が市外と比較して多い代わりに、1か所に多くの職員が配置されていることがわかる（図 1-2-4）。

図 1-2-4 地域包括支援センターの管轄区域と職員数

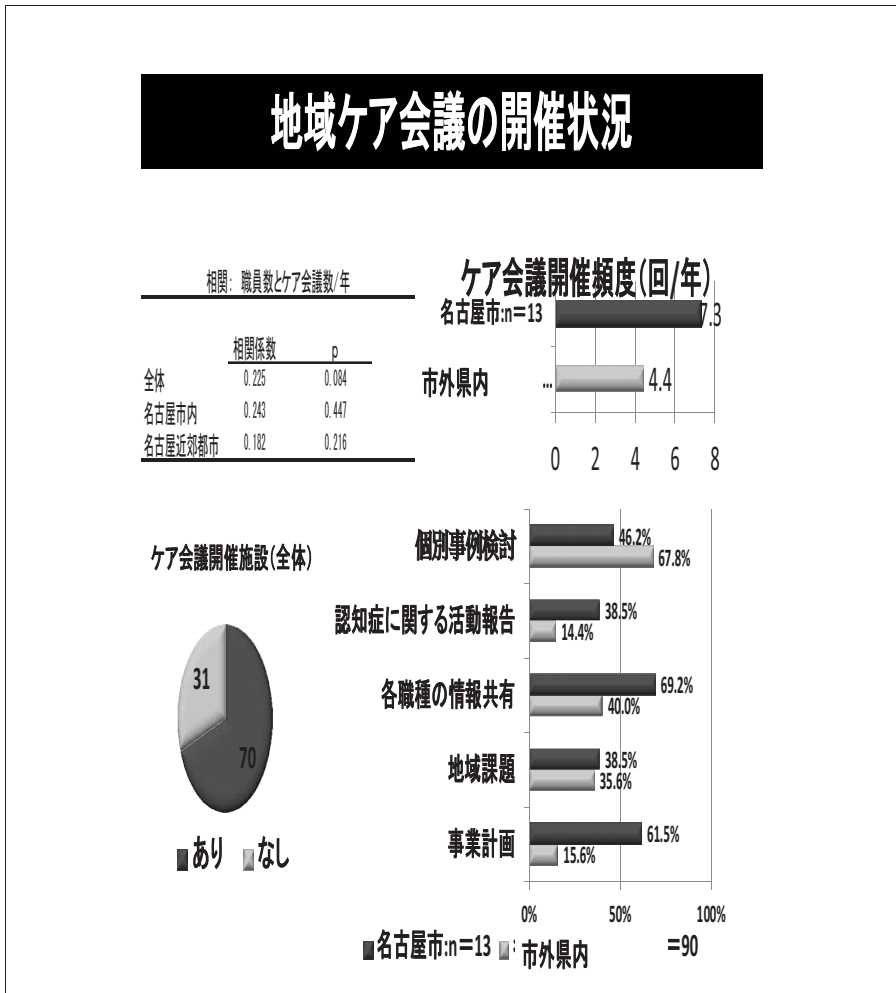


（筆者作成）

地域ケア会議の開催頻度は、名古屋市内が年間 7.3 回に対して市外では 4.4 回であったが、相関性の検討では、会議の開催回数は職員数との関連性は見られないことがわかった。会議の内容に関する比較では、市外では個別の事例検討が多いのに対して、市内では事業計画や各種情報共有に関する話し合いに多くの時間が割かれている。

ることが示唆された（図 1-2-5）。

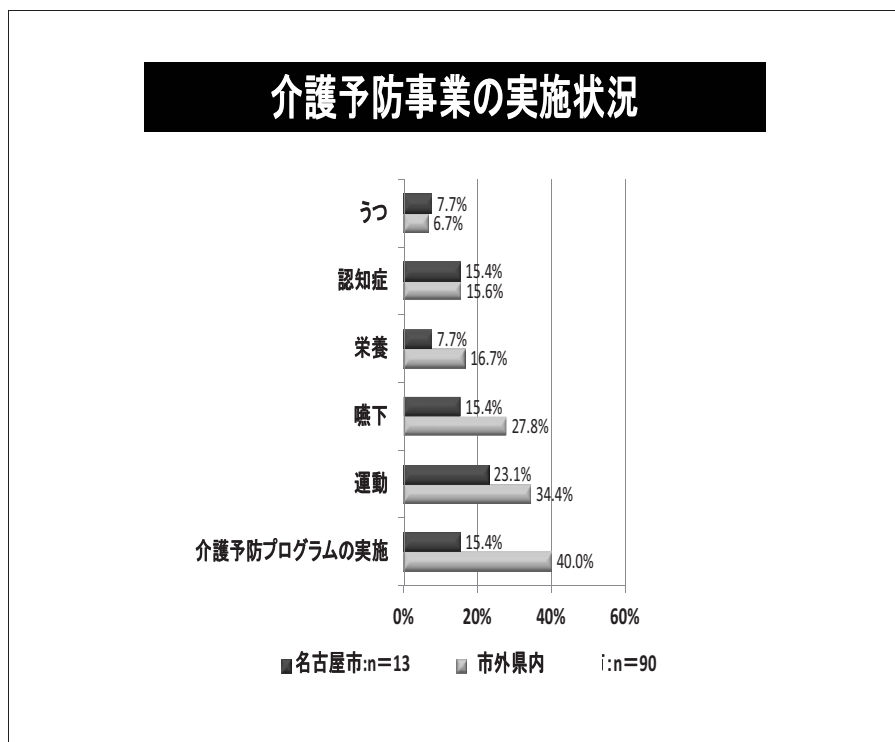
図 1-2-5 地域包括支援センターの開催状況



（筆者作成）

介護予防事業の実施状況を図 1-2-6 に示すが、認知症とうつ対策以外は、概ね都市部よりそれ以外の地域において実施率が高いことがうかがわれた。

図 1-2-6 介護予防の実施状況



(筆者作成)

3 地域における認知症ケア医師会員への実態調査からみえてきた課題ー

人口の高齢化に伴い、地域医療の在り方も大きく変容を迫られている。疾病構造の変化に医療がどのように対応しうるかは、今後もしばらくは高齢化が進展し続ける、我が国の現状における喫緊の課題である。公的な医療保険制度によって支えられている、我が国の医療の枠組みにおいて、医療は国民が等しく受ける権利であり、提

供される医療内容は、各地域における需要を忠実に反映するものでなくてはならないはずであるが、実際に地域で提供される医療がニーズに当たっているとは言い難い。その中でも、現状において地域医療における患者需要と医療供給体制との乖離がもっとも著しいと考えられているのが、診療形態における在宅医療、疾病としての認知症対策であることは議論を待たない。近年、各自治体や医師会主導でやっと動き出した地域包括ケアの枠組みの根幹に関わるのが、在宅医療の普及促進と認知症対策であり、この 2 つの課題に対する施策は、同時にかつ連携しつつ進められるべきである。

地域における認知症診療の課題は、主に 2 つに集約できる。まずは、システムとして通常の診療で運用可能な連携体制（システムがあっても、それを利用する医師あるいは地域ケアスタッフがいないければ全く意味がない）と医療を提供する側の課題である。その他、行政の関わり方やまちづくり、互助機能の掘り起こしなど、議論すべき課題は多々あるが、本稿においてはこの 2 点に論点を絞って考察を試みる。

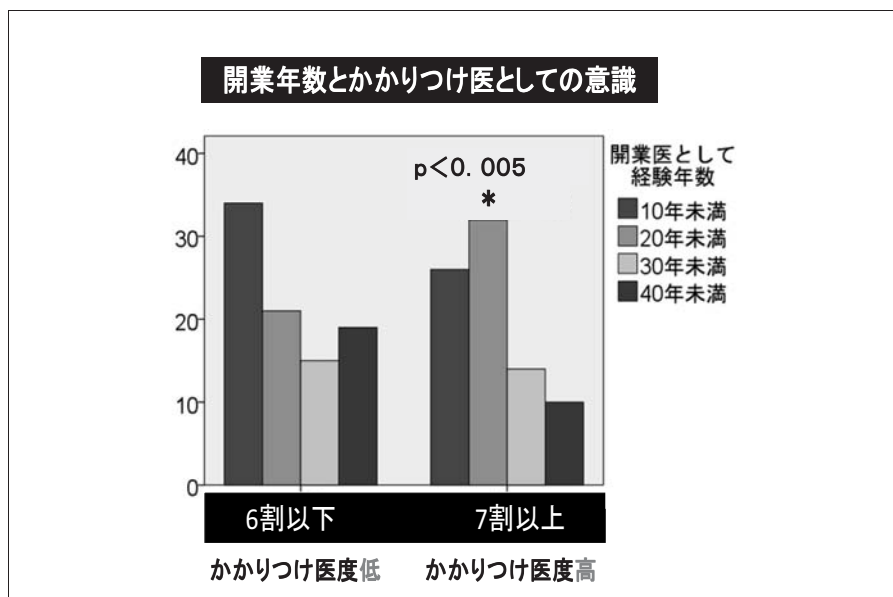
名古屋市においては、医師会主導の認知症安心安全プロジェクトによる物忘れ相談医⇄各区の認知症サポート医⇄の連携システムが整備されており、これに当施設の登録医との病診連携システムが相補的に機能する仕組みを用意している。そこで、老年内科の 1 年間の外来に物忘れを主訴として来院した患者さん及びその介護者の調査から連携の実態を調査してみた。その結果、物忘れを主訴として受診した患者の約 3 割が紹介状を持たずに受診しており、口コミ、ネットで検索など、いわば患者（多くの場合介護者）の自助努力により受診にこぎつけたケースが、少なからず存在することが明らかになった。しかも注目すべきは、その中の 9 割近くが居住地域に

かかりつけ医を持っていることがわかった。また、これらの患者のほとんどは介護者の付き添いのもと受診しているが、介護者が受診前のどの時期に患者の症状に気づいた（あるいは問題があると認識したか）を尋ねたところ、気づいてから早期に受診したケースは簡易の認知機能評価（MMSE）の点数が高い傾向にあるとはいえ、気づいてすぐに受診したと答えたケースでも得点に16点～30点まで倍近い開きがあることがわかった。以上の2点は、認知症における病診連携が有効に機能していないケースが多々存在すること、家人や介護者の気づきにはかなりバラつきがあり、都心部など独居や老々の世帯が多く存在する地域では、特に早期の受診を困難にしている状況が容易に推測される。また、連携（登録医、認知症サポート医からの紹介）によって受診に至ったケースにおいても、限られた診療所からの紹介に集中しており、システムとして地域に万遍なく浸透している連携とは言い難い現状が浮かび上がった。

一方、認知症のプライマリーケアを担うことが期待される、地域の診療所医師（いわゆる開業医）の認知症診療における現状はどうであろうか。名古屋市医師会のA会員（開業医）を対象に、認知症診療連携に対する意識調査を実施したので、その結果の一部を紹介する。419名の会員から回答を得た（回収率22.6%）。地域においてはかかりつけ医として期待されながらも、臓器別や診療科別の専門医としてのアイデンティティーを持ち、専門診療をも行うというユニークな診療慣習を有する我が国においては、属性としての専門診療科あるいはかかりつけ医としての意識は、認知症診療への関与に大きく影響すると考え、業務におけるおよそその比率（かかりつけ医／専門医）を、仮に「かかりつけ医度」として比較を行った。専門診療科については「ない」とする回答は皆無であり、内科（46%）

が最も多く、その他（29%）、整形外科（7%）精神神経科（7%）、外科（6%）、産婦人科（5%）と続く。「かかりつけ医度」を有効サンプル数のバランスを考慮して操作的に 6 割以下と 7 割以上に分けて解析した結果、開業から 10 年未満では専門医としての意識が高く、10 年以上 20 年未満ではかかりつけ医としての意識が高くなる傾向が明らかになった（図 1-2-7）。

図 1-2-7 開業年数とかかりつけ医の意識



（筆者作成）

この結果は、診療所を開設した医師のキャリアパスを考えれば明白であり、ほとんどの医師が専門医としての診療従事を経て開業に至る現状では、開業当初は自らの専門性を重視した診療を行うが、次第に地域のニーズに対応するべく、かかりつけ医としての機能も備える業務及び意識の変容が起こっている傾向を示唆する。認知症の診療に関しては、「かかりつけ医度」が高い群では簡易の認知機能

評価や専門医との連携など、認知症の診療連携に対する意識の高さがうかがわれたが、介護事業所や地域包括支援センターとの連携については、「かかりつけ医度」の高低に関わらず、通常の診療活動の一環としては浸透していない傾向がうかがわれた（表 1-2-1）。

表 1-2-1 認知症の介護に関する相談への対応

認知症の介護に関する相談を受けたら						
		6点以下 n=113		7点以上 n=103		p
自分でアドバイスする	n, %	68	60.2%	84	81.6%	<0.001
ケアマネなど介護スタッフに相談	n, %	67	59.3%	59	57.3%	0.436
地域包括支援センターに相談	n, %	58	51.3%	55	53.4%	0.433
相談を受けたことがない	n, %	20	17.7%	5	4.9%	0.003

（筆者作成）

地域医療に従事する医師に望まれる資質は、認知症診療にも共通するものである。患者を生活者の視点からとらえ、医療的側面のみでなく、家族、介護スタッフと連携する包容力が求められるが、これらの資質は、学部教育や卒後の臨床研修において涵養される仕組みはなく、医師個人の地域医療ニーズに応えるための職責の自覚や患者や家族に共感できる感性に依っているのが現状であり、プライマリーケアにおける診療報酬体系上の認知症診療の位置づけも、本質的問題として指摘されよう。

4 地域包括ケアと病診連携

在宅医療は入院、外来と並ぶ、いわば「第3の医療」の形態として近年、地域におけるニーズが急速に増大しているのは敢えて言及するまでもない。現行の医療制度のもとでは、在宅医療は主に診療所にその機能が付託されているが、主に過疎地など近隣に診療所が存在しない地理的事情を抱える地域においては、在宅療養支援病院がその機能を担うこともある。

近年の医療の大きな流れとして、医療における機能分化と連携が最大のキーワードになっている。日本の医療が公的医療保険を基本に環境整備されてきたにも関わらず、患者が自由に病院、診療所を受診できるという、いわゆる「フリーアクセス」を堅持してきた結果、それぞれの医療機関は、対象とする疾患に対する患者のニーズは満たすことができたとしても、医療全体の枠組みにおける患者ニーズの変遷に対応してきたかという問いには、いささかの疑問が残る。医療に自由競争の概念を導入しつつ、国民皆保険により国民の健康を等しく守るという、一見背反するようにみえるこの国の医療の根幹を支えてきた制度の是非について、この場で論ずることは適切ではないと考えるが、この制度の継続を可能にしたのは高度成長期の右肩上がりの税収を背景にした社会保障体制ではなかったか。しかしながら、そこで指摘されたのは医療資源の無駄、過剰受診、過剰診療であり、社会保障財源が逼迫し、社会資源の無駄の許されない今日において、少なくとも医療が公共財であり国民が等しく受ける権利であるという原則を堅持するのであれば、人口減少、超高齢社会の日本においては、制度設計の見直しがなされるべきではないだろうか。

近年、医療において機能分化と連携がひたすら叫ばれるのは、「地域における患者、利用者のニーズ」を基点に適切な医療・介護資源の配置を行い、医療機関はその計画の統治下におかれるという、公的医療保険をベースに国民の健康維持政策を立案している諸外国における大原則が、我が国においては未整備のまま放置されてきたことの裏返しであるといっても過言ではないのではないかと。「地域における患者、利用者のニーズ」としての地域包括ケアの枠組みの中での病診連携の位置づけと、現状における課題について俯瞰してみることにする。

(1) 在宅医療における病診連携の位置づけ

2014（平成 26）年度の診療報酬改定において、在宅医療と病院診療の位置づけ、役割分担がより明確に打ち出されており、入院医療は在宅復帰の促進を前提に、その仕組みの組換えが意図されている。高度急性期・急性期病床は、文字どおり急性期ケアに特化した機能が課せられ、現行の看護基準（患者 7 対看護師 1）を維持するためには、自宅等への退院患者の割合を 75%以上と明確に規定されている。同時に、それぞれの医療機関が担っている機能を都道府県に報告する義務が発生し、この基準を満たすことのできない病床は、一般急性期あるいは亜急性期の、より地域に密着した病床への転換が誘導されている。この機能分化は、外来機能においても明確に規定されており、診療所においてはかかりつけ医機能の促進、地域の基幹病院においては専門外来機能をより効率的に運用するために、一般外来の縮小という方向性が打ち出されている。

今回の改定においては、在宅医療を担う医療機関の量的確保と質の強化及び在宅療養を支援する病床の機能に対する加算も規定され

ている。在宅療養支援診療所が緊急で行う往診への加算（650点）に加え、実績加算（75点）が新設され、在宅からの緊急入院を受け入れる支援病院には、入院初日に2,500点の在宅患者緊急入院診療加算が設けられている。つまり、医療が入院、外来診療に分けられていた従来の診療報酬体系から、在宅療養を支援するための病診連携の促進を意図したものに改定されている。

（2）在宅医療における病診連携の課題

ご存じのように在宅医療は、医療と介護の連携をもっとも必要とする医療形態であり、それに関わる職種も極めて多彩な広がりを持つ。2014（平成26）年度の「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」（以下、「医療・介護一括法」という。）の成立²は、日本の医療政策が高度成長期型から超高齢社会対応型に大きく舵を切ったことを示唆するものである。

従来の病院と診療所の連携は、利用可能な医療資源による差異はあるが、「病院は疾病の診断、治療の場」、「診療所は外来で可能な維持療法と日常の健康管理」という比較的明確な機能を結びつける機能と位置付けられてきた。そこには、診療情報の受け渡しという作業は含まれていても、生活機能維持のための連携という視点が圧倒的に欠如していた。患者の高齢化に伴い、従来型の連携では立ち行かなくなっていることは明白なのであるが、多くの医療者（特に医師）においては、そのような連携に求められるニーズの変化に対する意識は低いといわざるを得ない。これには、医師の立場からしてみれば、専門職としての教育過程やキャリアパスを考慮すると、多

² 本書2頁参照。

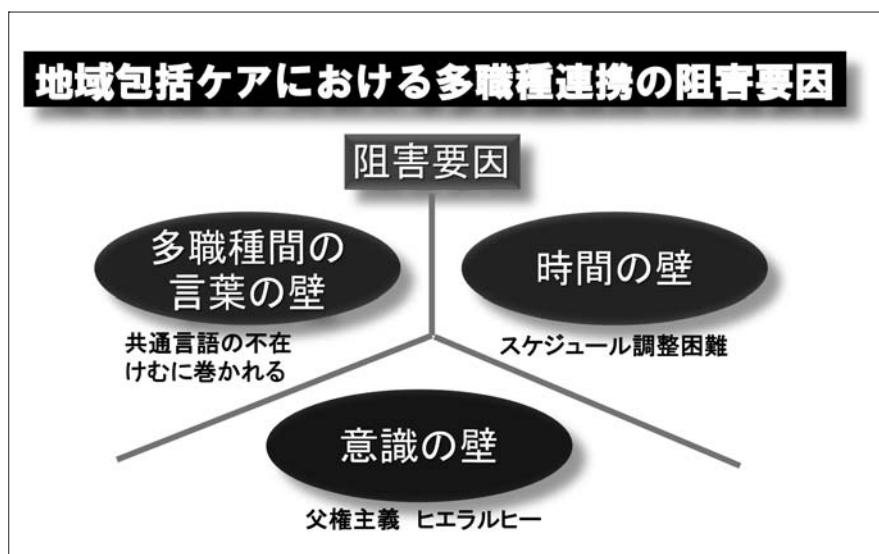
分にやむを得ない部分もある。

卒前、卒後の医学教育を通して、今なお我が国の医師養成は専門医を育てることにその主な資源を傾注してきた過程があり、近年になって「総合医」、「総合診療医」など、欧米でいうところの「家庭医」、「General Practitioner」に相当する医師の養成に対する機運が高まっているが、そこに多くの高齢患者に必要とされる QOL 維持、向上のための評価や看護、介護を含めた「マネジメント」の視点は十分であろうか。地域包括ケアのなかで中核的な機能を担うのは医療であり、その中心にいるのが医師であるという主張は一見もっともではあるが、その医師が多職種チームの中心として患者のマネジメントを担う能力、資質を養成するカリキュラムを受けてきたかという、そのような教育過程は、いまだ萌芽的な試みの段階を超えてはいない。かかりつけ医を含む大部分の医師の意識の中で、「介護」は他職種が担う役割で自らの専門性には関係のないことであるという意識は根強く、在宅医療を担う多くの医師は、教育過程を通して多職種連携の資質を涵養したのではなく、自らの地域における実地体験のなかから学び、獲得しているのが現状であり、そこには医師個人の「感性」や「共感」による差異が厳然と存在する。

国のいわば「政策転換」ともいえる医療・介護一括法では、医療がもはや病院と診療所の「病診連携」のみでは地域のニーズを到底満たし得ないという認識のもと、在宅医療においては 24 時間体制を可能にする診療所同士の連携、医療・介護に携わる事業所間の連携など、地域において平面的な広がりを持ったものへと拡大する必要性が明確に打ち出されている。今後さらに加速する病床再編の流れのなかで、異なった機能が期待される病床及び診療所との連携を敢えて「垂直連携」と定義するのであれば、地域において在宅医療

を担う診療所や支援病院を含めた様々の事業所間のつながりを「水平連携」と定義する向きもある。この地域における連携には、図 1-2-8 に示したような本質的な「阻害要因」が存在しており、これを今後いかに克服するかが、在宅医療の質の向上における大きな連携上の課題であるといえる。

図 1-2-8 地域包括ケアにおける多職種連携の阻害要因



(筆者作成)

(3) 救急診療

入院医療から在宅医療への流れの中で今後増加が予測されるのが、在宅療養高齢者の救急外来受診の増加である。ここで言う在宅療養高齢者とは、自宅のみでなく今後着実に増加するサービス付き高齢者住宅や様々な居宅系施設に入居する高齢者もその対象である。

これらの患者は、普段は在宅医による訪問診療の対象であるが、容態の変化に伴い入院診療の必要性が生じた場合の連携体制は、現状においても様々な問題が指摘されている。筆者が通常診療に携わ

る名古屋大学医学部附属病院老年内科においては、入院患者の8割以上が、これらの在宅高齢者の予定外の緊急入院を受け入れている。その多くは通院していない自宅療養中の患者であり、通常はかかりつけ医や在宅診療医による訪問診療を受けているが、これらの地域における診療所と受入れ側の病院の連携が十分に機能しているとは言い難く、入院に際して在宅医が初期診療に携わるケースはむしろ少なく、診療情報に関しては後追いで診療所に要請する場合が圧倒的に多い。

今後も増え続ける高齢者救急には、多くの課題が存在する。病診連携の観点からは、在宅診療における情報共有、受入れに関する取決め、さらには終末期と考えられる高齢者の受入れ、高齢療養患者に多く発生する窒息や急な病態悪化に伴う心肺停止状態で搬送される患者の治療適応に関する問題など、多岐にわたる。在宅療養支援診療所は24時間対応が期待されているとはいえ、一般的な診療所（外来診療を1人の医師で運営している）の場合、緊急の往診による対応におのずと限界が存在する。近年、都市部を中心に増加しつつある在宅専門の診療所による対応、あるいは複数の診療所が機能強化型として連携して時間外の対応を可能にすることが期待されるが、容態の悪化が予想される場合、急変時の対応に関してあらかじめ確認した患者本人あるいは家族の意向が救急外来において反映されることはむしろ稀であり、結果的に望まれない形での延命措置がなされることも決して稀ではない。高齢者救急に関しては、受入れに関するルール作り、医療・介護に携わる事業所や在宅医療を担う診療所と救急医療機関との各地域における取決めが明確になされていないのが現状であり、今後各地域において整備される地域包括ケアの枠組みに救急医療体制を組み込む必要性は大いにあると考える。

(4) 在宅医療における病診連携の今後の方向性

病院の機能分化により、今後、多くの急性期病床が地域に密着した病床に転用される方向に向かうと考えられる。外来診療においても、今後通院困難な高齢者の増加に伴い、かかりつけ医の機能における在宅診療の比重も増大が予測される。地域包括ケアの構築において、それを支える医療においても病院と診療所の連携は中核的な役割である。しかしながら、病院と診療所の間で在宅医療における連携は十分整備されているとはいえない。病院の連携部門の重要性はますます高まっており、在宅療養を支える診療所との連携はシステムとして動かす必要性があり、医療と介護の連携同様に今後さらなる整備を要する。

名古屋大学医学部附属病院では、2014（平成26）年より「地域包括医療連携事業」を開始した。これは、今後確実に進行する都市部における高齢者爆発に対応する医療・介護供給体制の確立と地域包括ケアの構築のための先駆的なモデル事業として期待されている。高度成長期に多くの都市部で過剰供給されてきた急性期病床を「地域に密着した病床」に転換することにより、地域包括ケアの枠組みにおける「ハブ機能」を担う病床として機能させる狙いがある。中核となるのは大学病院（急性期）との病診連携であるが、地域においては、診療所との連携による在宅療養支援機能を担う病床としての機能も有する。また、医療機関のみでなく、地域の看護、介護や生活支援を行う様々な事業所や関係機関が、有機的に連携するための支援機能を付与することにより、同地域で進行中の在宅医療介護連携拠点事業と緊密に連携しつつ、新たな都市部における医療の枠組みを超えた持続可能な病診連携モデルとして期待される。

5 地域ケア構築に向けての今後の課題と地域ケア会議の方向性

(1) 調査から見てきた今後の課題

今回の愛知県内の地域包括支援センターを対象にした地域ケア会議の開催状況に関する調査から、現状及び今後の検討課題が抽出された。開催回数のバラつきに関しては、センターの規模に依るものの以外の要因が介在している可能性が示唆される。都市部とそれ以外の地域での開催内容の差異は、地域のニーズから地域の課題を抽出するという地域ケア会議の方向性を考えると、都市部以外の地域においてはケースの検討の段階にとどまっているのに対して、都市部では行政の指導による事業運営に関する検討に重点が置かれており、地域に密着した課題の抽出にまで機能が及んでいないことが懸念される。名古屋市の場合、管轄する中学校区が平均で4を超えており、この規模でのケースの抽出を網羅的に行うことの困難は想像に難くない。

このように各地域が抱える地域ケア会議の問題点は、中核となるセンターの規模や行政との関係性により異なり、自治体で一斉に開始される地域包括ケアモデル事業以前に環境整備することが急務であろう。

(2) 今後の地域ケア会議に求められるものとは

地域ケア会議に求められる役割は明確であり、その方向性は概ね正しいと考えられる。問題となるのは、それを実施するための環境整備であろう。殊に都市部においては、今後高齢者の急増が確実視されており、現行のセンター配置がその需要に応えるものであるか

どうかは問い直す必要があるのではないか。

人的資源に関しては、配置する地域、人数の確保のみでなく、必要とされる職種に関しても一考の余地がある。地域包括ケアは地域の高齢者の多様なニーズに応えるためのシステムであり、多様な職種が関わることはもちろんのこと、その多職種をコーディネートする機能を持った専門職種を配置することが必要であるとの認識は、どの地域においても共有されてよい。この機能をどの基礎職種に付与するのかについては十分な議論が必要であるが、かかりつけ医を含めてあらゆる職種がこのコーディネーター機能の枠組みの中で機能することが望ましい。しかしながら、現実にはその実現は容易でないことも予想され、行政、郡市医師会が十分話し合いを重ねる必要がある。英国の **Clinical Commission Group**³のような調整機能を一定の職種に付与することも1つの提案ではあるが、一定のルールのもとでの権限を与えないと、システムとしては実効性のないものになってしまう。

日本が医療と介護を地域包括ケアシステム定着のために、一体運用する仕組みを構築することは、患者の高齢化による医療ニーズの確実な変化を考えれば全うな方向性であるが、本質的な課題はそれをどのように現場の意識に反映させるかである。現状においても、既に在宅医療のニーズはその供給体制をはるかに上回っているのであるが、地域のプライマリーケアにおける対応は決して十分とは言えない。地域包括ケア事業の運営主体である市区町村と郡市医師会が、各地域に何が必要かという議論をさらに深めることが強く期待される。

³ <http://www.patient.co.uk/doctor/clinical-commissioning-groups-ccgs> (2015年1月20日アクセス)

おわりに

地域包括ケアを巡る議論は、今後ますます盛んになると予想される。その中核機能を担う地域ケア会議については、現時点ではいまだ各センターの裁量により手探りの状態で実施している現状が、今回の調査において示唆された。

地域のニーズを政策に反映させるためには、地域ケア会議が本来の期待される役割を果たせる環境整備が急務であり、そのためには地域の需要に応じた人員の配置と、地域包括ケアに関わる多職種をつなげるコーディネーターの養成が肝要ではないかと考える。

第3節

住民側からの視点

(ヘルスリテラシー)

聖路加国際大学看護学部看護学科教授

中山和弘

1 ヘルスリテラシーとは何か

(1) ヘルスリテラシーの定義：健康を決める力

リテラシーという言葉は元々、“letter”＝「文字」を由来としていて、文字についての読み書き能力をあらわす。昔の経典や聖書のように、すべての文字がとてもありがたいものであった時代には、ただそれを読めて理解でき、さらに書いて人に伝えられるという能力が大切で「理解する」力さえあればよかった。しかし、社会の多様化とともに情報化が進展し、これだけ情報が手に入る時代になると、それを全部読んで理解することなど不可能である。ありがたい反面、情報が多過ぎるともいえる。

保健医療福祉の情報についても、より高度化、複雑化し、理解しづらいものとなってきている。そして、保健医療福祉の専門家からは、1人ひとりに必要なものを選ぶように要求される。個人個人の自由や価値観が重視されるようになり、個別性の高い情報による自分に適した意思決定が求められているといえる。しかし、日本において、保健医療福祉の専門職が市民や患者に提供している健康や医療の情報は、どの程度、理解され、適切に判断され、活用されているだろうか。

このように自分の健康や生活の質にとって必要な情報を入手し、理解し、評価し、活用できる能力をヘルスリテラシーという。自分の健康に一番適した行動を選べる力であり、それがあるか否かで健康が決まるという意味では「健康を決める力」と呼べる。例えば、認知症を予防したいと思っている人に必要な情報は、それを実現できる可能性のある生活習慣や運動などの選択肢のリストと、それぞれについてのメリットとデメリットである。運動という選択肢にも、メリットだけでなく、時間やコスト、スキルなどデメリットになる材料もある。また、その情報には、運動の効果といったエビデンスだけでなく、成功談や失敗談などの

体験談（ナラティブ）もある。必要な情報をどれだけ「入手」できるかが問われる。そして、それらをどのように「理解」するかも大切である。大人の学習は、過去の経験や知識の上に積み重なっていくものなので、「理解」のしかたは人それぞれである。同じ情報が誰にも同じように伝わるわけでないのは、学生のレポートを見ていてもよくわかる。コミュニケーションとは難しいものである。

その人なりにエビデンスや体験談を「理解」したとして、それらを「評価」して、最も適切な選択肢を選ぶように意思決定しなくてはならない。選択肢を選ぶには、価値基準を明確にして優先度をつける必要がある。生活の中で何を大切にすかの価値観が定まっていないと、なかなか難しいものである。そのとき、体験談など他者の存在が大きく影響して、人とのつながりが重要になる。そして、何とか選択肢を選んだとしても「活用」できるかどうかで、それは、実際にいつ行動に移すかを決めて、スタートを切ることである。

（2）人権としてのヘルスリテラシー

従来から、このような人々が持つ健康を決める力への注目はあった。それでも、これまでのように、その力をただ「知識・スキル」としていたのでは、「誰もが持つべき力」という意味合いが含まれない。その意味を強調して使われてきた「エンパワーメント」がもっと近い言葉であった。これは、自分たちの生活や健康とそれを決定している環境をコントロールできるようになるという意味であるが、やや理解しにくい概念である。それに対して、ヘルスリテラシーは、これらの意味をすべて含んでいる上に、わかりやすいのが魅力である。リテラシーは読み書きができるかを意味するわけで、このように識字率が高い日本で、それができない人を生み出したとなると大変な人権問題となる。それと同様に、

必要な健康情報が理解できないことで、健康になれない人、生活の質が低い人を生み出しているのは人権問題ではないのか。これまでずっとリテラシーは、健康や生命を守る意味でも重要であった。現在では、リテラシーを前提にして、その上に成り立つヘルスリテラシーこそが、健康や生命を守るために教育によって誰もが得られる権利として重要になったということである。

ただし、ヘルスリテラシーは、個人だけに要求されるものではない。それを要求している保健医療福祉の仕組みがあるからで、それらの相互作用によって必要になってきたものである。保健医療福祉の情報がわかりやすいもので、自分が健康でいられるものほど選びやすくなっている環境づくりをすることもまた求められているのである。

(3) ヘルスリテラシーは個人だけでなく周囲や環境を変える力

適切な行動を選んで実行に移すとき、1人だけでできることであればよいが、家庭や地域、職場の協力がないとできない場合がある。ヘルスリテラシーの先駆的研究者であるナットビーム (Nutbeam) は、情報を理解できる能力である機能的ヘルスリテラシーだけでなく、人とのつながりにおけるスキルである相互作用的ヘルスリテラシーと批判的ヘルスリテラシーの必要性を提唱した¹。相互作用的ヘルスリテラシーとは、行動に移すために周囲に働きかけられる能力で、みんなが協力的でサポートティブな環境の場合に発揮されるものである。ところが、サポートティブでない環境の場合には、環境を変化させる必要があって、その力を批判的ヘルスリテラシーと呼んだ。協力を得られない理由を知り、交渉し

¹ Nutbeam, D. : Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267, 2000.
<http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.full> 2015年1月19日アクセス

たり変化させる活動に参加したりできる力である。環境や社会を健康なものに変えるというのは、WHO（世界保健機関）の第1回世界ヘルスプロモーション会議で提唱されたヘルスプロモーションの本来の意味である。そのような批判的ヘルスリテラシーの向上には、周囲や環境に働きかけたり活動に参加したりする経験が必要になる。

そのために、必要な能力は、次の4つだと指摘されている²。

- 基本的リテラシー

読み書き、計算能力など

- 科学的リテラシー

科学の基本的知識で、様々な技術の理解、科学の不確実性への理解などが含まれる。特に、健康や病気のリスクなどは何倍なりやすいとか何%なりやすいとか確率で表現される情報も多い。統計学が、義務教育にも導入され始めたことがうなずける。

- 市民リテラシー

情報を発信しているメディアの情報を適切に選んで理解できるメディアリテラシー、市民のニーズや意向がどのような政治プロセスとつながっているのかの知識、個人の健康に関する意思決定がみんなの健康に影響することの認識などが含まれる。例えば、地域包括ケアであれば、それが市民のニーズとどのように合致して、どのような政治的なプロセスで進められ、それとどう関わっていけばよいのかが理解できることである。

- 文化リテラシー

集団の信念、習慣、世界観、社会的アイデンティティなどの認識ができることである。多様な価値観を持つ人々と理解しあって協力し

² Zarcadoolas, C., Pleasant, A. F. & Greer, D. S. : Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action. San Francisco, CA: JOSSEY BASS, 2006.

で環境を変えていくには不可欠なものである。

(4) コミュニティにおけるヘルスリテラシー

コミュニティはヘルスリテラシーのための重要な場である³。人々は毎日のように、自分の家庭やコミュニティで健康についての意思決定をしている。そこで接する人々はいつも重要な健康情報源であり、ヘルスリテラシーの形成に役立っている。ヘルスリテラシーを支援したり向上させたりすることで、コミュニティの文化を活性化したり、コミュニティの生活向上に貢献したり、ソーシャルキャピタルを強化できることが期待できる。

そのためには、住民をサポートする環境づくりが必要で、人々が健康によいものを理解するために、ヘルスリテラシーをサポートする手段をつくる必要がある。そして、信頼できてわかりやすい情報へのアクセスを保障するために、多様な住民が利用している多様なメディア、多様な学びのスタイルを考慮する必要がある。住民の認識、知識、態度を理解した上で、情報提供を行う必要もある。そして、健康によいものほど選びやすいという環境づくりを目指すことである。

ただ、多くの選択肢を提供しても、最適なものを選ぶのは難しい。ヘルスリテラシーを基に選ぶ方法と、直感的に選ぶ方法があり、前者を推進したいものだが、人は多くの機会に直感的な方法で選んでもいる。直感的な方法でも、よいものを選択できるように環境を整えることが求められるということである。ただし、その時には、どうしても選択肢を絞ることとなり、その範囲で選んでもらうことになるので、そのことに対する理解が求められるはずである。

³ WHO Regional Office for Europe: Health literacy: The solid facts. 2013.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf 2015年1月19日アクセス

(5) ヘルスリテラシーの低さの健康や医療への影響

アメリカの 2003 年の全国調査では、医学用語を含んだ健康情報を明確に理解できる人は 9 人に 1 人しかおらず、ヘルスリテラシーの低い人の最大多数は白人の高齢者であると報告された⁴。2012 年には、EU8 かの調査で、ヘルスリテラシーに困難がある人の割合は、全体で 47.6%、最も低い国はオランダで 28.7%、最も高い国はブルガリアで 62.1%と報告された⁵。そして、ヘルスリテラシーが低いことがもたらす問題には、保健医療サービスの利用の増加、健康に関する知識の低さ、そして健康アウトカムの低さなど、次に挙げることが指摘されている。

- ・予防サービス（マンモグラフィ検診、インフルエンザ予防接種など）を利用しない
- ・病気、治療、薬などの知識が少ない
- ・ラベルやメッセージが読み取れない
- ・医学的な問題の最初の兆候に気づきにくい
- ・長期間または慢性的な病気を管理しにくい
- ・保健医療専門職に自分の心配を伝えるにくい
- ・慢性の病気のために入院しやすい
- ・救急サービスを利用しやすい
- ・職場でケガをしやすい

さらに経済的なデメリットとしては、全米で年間 11～25 兆円相当の影響力で、将来は 160～360 兆円と予測する報告もある。

⁴ U.S. Dept. of Education, National Center for Education Statistics: The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. 2006. http://nces.ed.gov/pubs2006/2006483_1.pdf 2015 年 1 月 19 日アクセス

⁵ HLS-EU Consortium: Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU. 2012. <http://www.healthliteracy.eu>. 2015 年 1 月 19 日アクセス

(6) ヘルスリテラシーの向上のための活動

世界的に、ヘルスリテラシーの向上のために取り組んでいる代表例は、アメリカである。2010 年にはアメリカの保健福祉省が"National Action Plan to Improve Health Literacy"を発表した⁶。そこでは、次の 2 つの原則があげられている。

- ・すべての人が、情報を得た意思決定 (informed decisions) ができるための健康情報を得る権利を持つ
- ・保健医療サービスは、わかりやすく、健康、長寿、QOL のためになる方法で提供されなければならない

そして、ゴールの達成のために、実際に何をするのか、行動の戦略を多く挙げている。保健医療の専門職の戦略では、様々なコミュニケーションを使うことを推奨している。患者が健康情報と治療や検査などに関連するリスクとベネフィットのトレードオフ（何かを選ぶことは何かを捨てることになること）を理解しているかを確認することが挙げられている。患者が治療のプロセスのあらゆる段階で、情報に基づいた意思決定ができるように患者中心のテクノロジー、すなわち患者が使っているコミュニケーション方法を使うことを挙げている。それにはソーシャルメディアを含めて、医療チームと情報へのアクセスを拡大するとしている。アメリカでソーシャルメディアといえば、Facebook、Twitter、ブログ、YouTubeなどを指し、これは 24 時間いつでもつながっていて、点で関わりがちな保健医療の専門家を線で結ぶことが可能になっている。アメリカで

⁶ U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC, 2010. <http://www.health.gov/communication/hlactionplan/> 2015年1月19日アクセス

はメイヨークリニック⁷がリードする形で多くの有名病院がソーシャルメディアを活用しているのが現状である。

このように、個人や集団の情報源、ヘルスリテラシー、情報チャンネルに合わせた、わかりやすい情報の提供がめざされている。そこでは、情報やサービスの提供する者と受ける者のコミュニケーションの促進のために、情報を受ける者を中心とした活動への参加が推奨されている。

2 ヘルスリテラシーに合わせたコミュニケーション

(1) ケアを受ける側に求められるもの

市民にとって、いわゆる「賢い患者」になることが、医療事故を予防し、質の高い患者中心の医療を実現することにつながる。そのための重要な要素として、医療者とのコミュニケーションを向上させることが欠かせない。ここでは、日本とアメリカで推奨されている市民向けのコミュニケーション向上のための方法をいくつか紹介する。

まず、日本で普及が推進されている心構えとして「新・医者にかかる 10 箇条」がある⁸。これはインフォームドコンセント（医師による説明と、患者の理解・選択に基づく同意）を患者の側から普及することを願ってつくられたものである。これは、NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML によって普及が推進され、医師会、保健所など自治体のホームページなどでもしばしば紹介されている。

市民が、自分の望む医療を選択して治療を受けるためには、まずは「いのちの主人公・からだの責任者」としての自覚が大切である。そのため

⁷ アメリカで最も優れた病院のひとつとされている。教育と研究も重視し、特に患者、市民の健康教育にも力を入れている。

⁸ NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 「新・医者にかかる 10 箇条」
<http://www.coml.gr.jp/shoseki-hanbai/10kajo.html> 2015 年 1 月 19 日アクセス

に、どのような心構えで医療を受ければよいのかを 10 項目にまとめている。ここでは、医療者とのコミュニケーションにおいて、患者が必要な心構えには、「記録すること」、「伝達すること」、「質問すること」、「責任をもつこと」という 4 つの要素が必要であると示している。

「新・医者にかかる 10 箇条」

- ①伝えたいことはメモして準備
- ②対話の始まりはあいさつから
- ③よりよい関係づくりはあなたにも責任が
- ④自覚症状と病歴はあなたの伝える大切な情報
- ⑤これからの見通しを聞きましょう
- ⑥その後の変化も伝える努力を
- ⑦大事なことはメモをとって確認
- ⑧納得できないときは何度でも質問を
- ⑨医療にも不確実なことや限界がある
- ⑩治療方法を決めるのはあなたです

(2) 患者からの質問の具体例

質問は実際にはどのようにすればいいであろう。アメリカにおいて、医療の質、安全、効率性、有効性の改善に取り組む米国医療研究・品質調査機構 (AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality) が「医師にする質問 Question To Ask Your Doctor」として具体的な質問を 40 項目について紹介している⁹。これは、患者が診療などを受ける場合、場面を選んで事前に質問リストを作成できる機能である。ここでは、健康問題、薬、検査、手術の 4 つの場面について、それぞれ紹介している。

⁹ Agency for Healthcare Research and Quality: Questions To Ask Your Doctor.
<http://www.ahrq.gov/patients-consumers/patient-involvement/ask-your-doctor/> 2015 年 1 月 19 日アクセス

そこから質問を選んだあとに印刷して、質問用紙として使用できる「**Question Builder**（クエスチョン・ビルダー）」というコーナーも用意されている。なかでも 10 の質問を選んである「知っておくべき 10 の質問」を紹介する。

「知っておくべき 10 の質問」

- ①その検査は何のためにするのですか？
- ②あなたはこの治療を何回したことがありますか？
- ③結果はいつわかりますか？
- ④なぜこの治療が必要なのですか？
- ⑤ほかの選択肢はありますか？
- ⑥どんな合併症が起こる可能性がありますか？
- ⑦私に一番合っている病院はどこですか？
- ⑧何という名前の薬ですか？
- ⑨副作用はありますか？
- ⑩この薬は今飲んでる薬と併用しても大丈夫ですか？

さらに要点を絞ったものが次の 3 つの質問で、これも、アメリカでつくられた「**Ask Me 3**（アスク・ミー・3）」というものである。

「Ask Me 3（アスク・ミー・3）」

- ①私の一番の問題はなんですか？（What is my main problem?）
- ②私は何をすることが必要がありますか？（What do I need to do?）
- ③それをすることが私にとってなぜ重要なのですか？
（Why is it important for me to do this?）

（3）ケアを提供する側に求められるもの

ヘルスリテラシーが低いと考えられる人に対して求められるコミュニケーションは、どのようなものであろうか。アメリカ医師会のヘルス

リテラシーについての医師向けマニュアル¹⁰が参考になるので、そこの内容を含めて紹介する。これらは、医師に限らず、すべての専門家のコミュニケーションに共通するものだと考えられる。

【ゆっくりと時間をかけること】

コミュニケーションはゆっくり話したり、もう少しだけ時間をかけることで改善する。アメリカのいわゆる「かかりつけ医」(primary care physician) のデータでは、医療ミスで訴えられたことのある医師が患者との平均の会話時間は 15 分なのに対して、訴えられたことのない医師では 18 分であるという。たった 3 分しか変わらないのに大きな違いである。

対象者が気になっていることがわかるまで十分に時間をかけることは、患者や市民中心のアプローチだといえる。しかし、対象にあまりたくさん話してもらおうと、時間がいくらあっても足りないと思うかもしれない。そこで、それを確かめるためのアメリカの研究があつて、患者さんに自由に話してもらったときにかかった時間は、平均で 1 分半程度だったという。自由に話してもらうことの大切さがうかがえる。

【わかりやすい言葉、専門用語以外を使う】

専門家が日常的に同僚と話している言葉は、教育を受けていない人やその職場に勤めたことのない人には理解できない。したがって、お茶の間や家族の間で話されるような言葉を使うということである。例えば次のようなものである。

「良性」→「がんではない」、「肥大」→「大きくなっている」、「脂質」→「血液の中の脂肪」、「経口」→「口から」

¹⁰ Barry D. Weiss : Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand. AMA, 2007. <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/healthlitclinicians.pdf>
2015 年 1 月 19 日アクセス

【絵を見せたり描いたりする】

「百聞は一見にしかず」の言葉どおりで、文字や言葉よりも視覚的なイメージは、わかりやすいだけでなく記憶に残りやすいことがわかっている。人の顔を覚えていても、名前がわからないことがあるのが、その例である。しかし、絵や写真を見せれば、書いたり話したりしなくていいというわけではない。

【1回の情報量を制限して、繰り返す】

一番重要ないくつかの情報に絞り込んでコミュニケーションを取ることである。その方が記憶に残りやすく、患者もそれに基づいて行動できる。また、情報は繰り返すと記憶に残りやすいものであり、多職種で行うことが求められる。資料やプリントを使えば、情報を繰り返して提供することになる。情報の大切さを伝えるために、それを読み上げるのもよい。資料もなるべくシンプルなものを作るとよい。

【「ティーチバック」】

専門家が話したことを、患者が理解できたかを確認する方法として、「ティーチバック (teach back)」というテクニックを使う。対象に話したことを、説明をしてもらって、うまくできなければもう一度、別の方法で説明するものである。よく使われる「わかりましたか」という質問は禁句であるという。わかっていない場合でも「はい」と答える場合があることがわかっているからである。

例えば、「お薬をどのように飲んだらよいか説明してもらえますか。私がちゃんと説明できたかを確認したいのです。」「〇〇の使い方を見せてもらえますか。私がきちんと教えられたか確認したいのです。」「帰ったら、奥さん（ご主人）に、何と言われたと話しますか。」と質問する。

【質問しても恥ずかしくない環境をつくる】

わからないことについて、気軽に質問できる雰囲気があることが大事である。そうでないと、多くの患者が、“ばか”だと思われまいと、とか、専門家に迷惑をかけまいと、わかったふりをする。例えば、「専門的なことは難しくわからないことが多いので、わからないことがあれば何でも気軽に聞いてください」と話すことである。

また、家族や友人に同席してもらいたいかを聞くという方法もある。ヘルスリテラシーの低い人は、あとで家族や友人に聞くことが多いという研究もある。

【すべての患者や市民が理解できない状況にあると想定する標準予防策】

標準予防策（スタンダードプリコーション）の考え方、それは、すべての患者に接するとき、感染している事実の有無にかかわらず、感染を想定して行動するものである。これと同様に、すべての患者や市民は、健康情報を得たり、理解することが難しいと想定するということである。どんな人でも、病気のときや、痛みなどの症状があるときには、しっかり考えられないし、それは家族でも同様である。人の話をゆっくりと聞いて理解できる状況かどうかを常に考えておく必要があるということである。

【学歴があればヘルスリテラシーがあるという思い込みを捨てる】

高い学歴があるとしても、専門家が使うなじみのない言葉をすべて理解することは難しいものである。また、たとえ理解できたとしても、特に初めての経験であれば、自分にとって一番適切な方法を選んだり、すばやく行動に移すことは、決して簡単なことではない。

【ヘルスリテラシーが低い人は簡単に見分けられないことを知る】

ヘルスリテラシーが低い人でも、多くの人は、話はするし、印刷物に

も目は通すし、わかりましたという。それは、職業にもよらず、専門家のなかにも、そのような人はいてもおかしくない。

(4) わかりやすい情報サイトのつくりかた

専門家からの情報提供は、今や Web が中心的な役割を占めるようになり、アメリカでは特に、多くの健康情報が国の専門機関からわかりやすく提供されている。日本のように、Web で検索すると怪しげなサイトに誘導されることが多くなく、国立衛生研究所（NIH）や国立医学図書館（NLM）など、政府系の研究機関のサイトが確実に上位にヒットするようになっている。市民に正しくわかりやすい情報を提供するための努力を続けているからである。例えば、アメリカ厚生省（HHS）は、わかりやすい市民向け健康情報サイト **Healthfinder.gov** を開発、公開している。そして、このサイトを開発していく過程で、ヘルスリテラシーが低い人でも理解できるように、利用者を対象とした評価研究を重ね、わかりやすい健康情報サイトの作り方のガイドライン“ヘルスリテラシーオンライン”を作成して、公開している¹¹。そこで紹介されていることは次のようなことである。

- ・ リテラシーの低い人達は、3 行以上にわたる段落の文章は読み飛ばす
- ・ キーワード検索はしない
- ・ 開発からのあらゆる段階でユーザを巻き込むことで、繰り返しテストし、修正すること
- ・ 否定的な表現、Don't, Unless, Not, Should など使わず、具体的

¹¹ U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Health literacy online: A guide to writing and designing easy-to-use health Web sites. Washington, DC: 2012. <http://www.health.gov/healthliteracyonline/> 2015 年 1 月 19 日アクセス

にどうするとよいのか、すぐに行動に移せるコンテンツを作成すること

- ・情報の正確さを保証するために、すべてのコンテンツにはレビューワー、誰が査読したのかがわかるようにすること

そこでは、情報を受け取る人たちを対象とした調査の必要性が強調されている。対象へのインタビューやグループで話し合ってもらったりすることで、対象のニーズやメンタルモデル（頭の中にある「こういうものだ」というものの見方や考え方）を知り、それに合わせる必要がある。健康情報については、健康問題についての情報を探しているのか、それを抱えているかどうかを知りたいのか、それを予防したいと思っているのかでは大きな違いである。なるべく、1人ひとりに合った個別性の高い情報で、インタラクティブ（対話形式でできるもの）なものがよいとされている。

まず、試作品を作って、使ってもらって、ユーザビリティ（使いやすさ）をチェックする。「それは何?」、「必要な?」、「私は何をすれば?」という流れだと理解しやすいようである。「わかりやすさ」、「興味が持てること」、「すぐに行動に移せること」の3つが大切で、これがそろっていると自信を持って行動に移せるという。

(5) 信頼できる健康情報サイト

アメリカの国立医学図書館（NLM）は、市民向けの健康情報を豊富に収集したサイト **MedlinePlus** を作成、公開している。わかりやすく整理されたリンク集が中心の内容で、信頼できる研究機関などのコンテンツが紹介されている。アメリカの生徒を対象とした研究では、このサイトの利用が、ヘルスリテラシーの高さと関連していたというものがある。ヘルスリテラシーが低い人でも、活用可能になっていて、医学用語の理

解のしかた、健康情報の評価のしかた、健康アプリの検索、自分が欲しい健康情報メール配信の登録など充実したサイトとなっている。

これに対して、日本には、国立医学図書館がなく、症状や病気で検索すると、営利目的のアフィリエイトのサイトが多くヒットするのが現状である。日本にも、各大学や研究機関などでわかりやすいサイトが作成されていたりするが、そこにナビゲートしてくれるわかりやすく統合的なサイトがないことが問題である。このままでは、英語の勉強をしっかりとした方が早いということになってしまう。日本にも、日本版 MedlinePlus が欲しいものである。

日本全国の保健所のサイトを分析した研究では、情報発信内容、ユーザビリティ、アクセシビリティは一定しておらず、情報発信者である保健所によってサイトの改善余地があることが指摘されている。保健所のサイトを含めて、地域住民のサイト活用へ配慮し、ガイドラインの作成、探しやすさの工夫、利用者のニーズ調査と評価が求められるといえよう。

3 意思決定の方法とその支援

(1) 意思決定の3つのタイプ

患者や市民にとって、よりよい意思決定とは、「情報に基づいている」、「よいエビデンスがある」、「患者の価値観や好みに合っている」、「メリットとデメリットを比較している」という特徴を持っている。反対に、「データが不十分」、「選択肢が少なく代替案も不明確」、「価値観や好みが不明」な意思決定は避けたいものである。

そのため、専門家と患者はどのような関係にあればよいのであろうか。意思決定には3つのスタイルがある。「専門家が決める方法」、「患者や市民が自立的に自分で決める方法」、「専門家と患者や市民

が一緒に決める方法」の3つである¹²。最後の方法は、シェアード
ディシジョンメイキングと呼ばれ、専門家による次に挙げる3つの
ステップからなるとされる。

①決めなくてはいけないことがあり、患者や市民の好みや希望に
基づいて話し合っで決めることを伝える。

②選択肢をリストにして示して、メリットとデメリット、身体的
心理的社会的な影響を伝え、それらは患者市民の好みによって
受け止め方が違ふことを説明する。

③何を大事にして決めたいと思うかを尋ね、好みの選択肢を明ら
かにしていき決定する。

というものである。

今後を占う意味で、日本と米国の大学生を比較した研究では、日
本人は「自分で決める」を最もよいと評価し、「一緒に決める」は2
番目であった¹³。米国人はこれとは逆で、「一緒に決める」が1番で、
「自分で決める」は2番目であった。そして、「医師が決める」は
どちらの国でも3番目の評価であった。次第に患者や市民中心に情
報を得た意思決定が望まれる時代になっていくことが予想される。

(2) 患者の意思決定を支援する方法

パターンリズムモデルからシェアードディシジョンモデルへの移行
に伴い、情報提供や意思決定の支援のための取組みが盛んになってき
ている。例えば、患者や市民の自己学習を支援する「病院図書室」や「患

¹² 中山和弘 他編『患者中心の意思決定支援－納得して決めるためのケア』中央法規出版、
2011年

¹³ Zarcadoolas, C., Pleasant, A. F. & Greer, D. S. : Advancing Health Literacy: A
Framework for Understanding and Action. San Francisco, CA: JOSSEY BASS,
2006.

者情報室」の設置、そこで情報検索を支援する専門員の配置がある。それらを推進して、患者や市民が学べる場所の一覧を作っているサイトとして患者図書室プロジェクト¹⁴や「いいなステーション」の全国の情報室一覧¹⁵などがある。筆者も、「健康を決める力」というサイトで、ヘルスリテラシーと意思決定支援について解説しているので利用していただければ幸いである。

また、海外では、「ディシジョンエイド」というものが開発されている¹⁶。患者や家族が、治療を選ぶ意思決定に参加できるように作られたツールで「意思決定ガイド」と呼べるものである。それは、パンフレット、ビデオ、ウェブなどで治療の選択肢についての情報を提供し、患者が自分の価値観と一致した選択肢を選ぶように支援するものである。

また、意思決定ガイドでは、作成者によって選択肢の選ばれやすさに違いが出ないことが求められる。言い換えれば、誰もが中立的な立場から患者や市民中心に支援するため、そのための国際基準（International Patient Decision Aids Standards: IPDAS）が作られている。ポジティブな表現とネガティブな表現の両方を提示すること（例えば、生存率 99%と死亡率 1%という場合は両方を説明しないと、どちらを提示するかで治療の選択する割合が異なることが知られている）など、多くのポイントが挙げられている。

これらが患者にどのような効果をもたらすかの研究も行われていて、通常のケアと比べて次のような結果が得られてきている。

¹⁴ NPO 医療の質に関する研究会:患者図書室が開設されている全国の 50 病院.
<http://www.shitsuken.org/kanjyatoshositu.html> 2015 年 1 月 19 日アクセス

¹⁵ いいなステーション: 医療情報が入手できる施設一覧.
<http://www.e7station.com/html/library/index.html> 2015 年 1 月 19 日アクセス

¹⁶ Patient Decision Aids - Ottawa Hospital Research Institute
<http://decisionaid.ohri.ca/>

- ・ 知識が向上する
- ・ 確率を示してある場合、正確にリスクを認識しやすい
- ・ 情報が足りないとか価値観がはっきりしないなどの葛藤が少ない
- ・ 意思決定で受け身になりにくい
- ・ 決められない人が少ない
- ・ 専門家と患者のコミュニケーションが向上する
- ・ 意思決定やそのプロセスに満足しやすい

患者や家族の意思決定支援の研究は、日本では始まったばかりである。ヘルスリテラシーの研究もそうであるが、今後も、その意義を考えていただき、読者の皆さんと一緒に進めていければ幸いである。

参考サイト

- ・ 中山和弘 他「健康を決める力」ウェブサイト
<http://www.healthliteracy.jp/>

第2章

都市自治体における地域包括ケア システムの構築

第1節

生活を支える「地域包括ケアシステム」

ー多摩市（東京都）・多摩ニュータウンからの事例ー

多摩市健康福祉部高齢支援課長

伊藤重夫

はじめに

「地域包括ケアシステム」を構築していくためには、それぞれの地域特性を踏まえた取組みが求められている。

本節では、全国有数のベッドタウンであり、現在急速に高齢化が進んでいると言われている「多摩ニュータウン」と多摩ニュータウンを構成する市のひとつである「多摩市」を考察することで、「地域包括ケアシステム」について考えていくこととしたい。

図 2-1-1 多摩市の特性

●多摩市の特性

1 ニュータウンのあるまち<1970年代から計画的に整備>

- 市総人口の約66.5% (2015(平成27)年1月1日現在 多摩市住民基本台帳人口より)
- 市総面積の約60% (「多摩市行財政診断白書」等より)
- 初期入居後40年が経ち、建物や設備等の老朽化などの問題

2 日本最速といわれる高齢化率！<25年で約5倍>

- 高齢化率:1989(平成元)年 5.21% → 2015(平成27)年 25.44%
(各年1月1日現在多摩市住民基本台帳人口等)

3 元気な高齢者が多い！

- 健康寿命: 男性83.16歳 女性85.95歳(男女ともに都内26市1位)
(2013(平成25)年公表 東京保健所長会方式H23年より 要介護2以上)
- 平均寿命: 男性81.5歳 女性87.2歳
(都内26市男性2位(全国で上位23位) 女性3位)
(2013(平成25)年公表 厚生労働省 市区町村別生命表 平成22年概況より)

4 市民活動が活発！

- 人口10万人あたりNPO法人数: 54法人(都内26市で1位)
(「多摩市基礎データ等」)

5 緑が多い環境！<みどり率 53.9%(東京都基準)>

- 市立公園面積: 市民1人当たり13.70㎡(H25.4.1現在)(都内26市で1位)
(東京市町村自治調査会「多摩地域データブック平成21年版」等より)

(筆者作成)

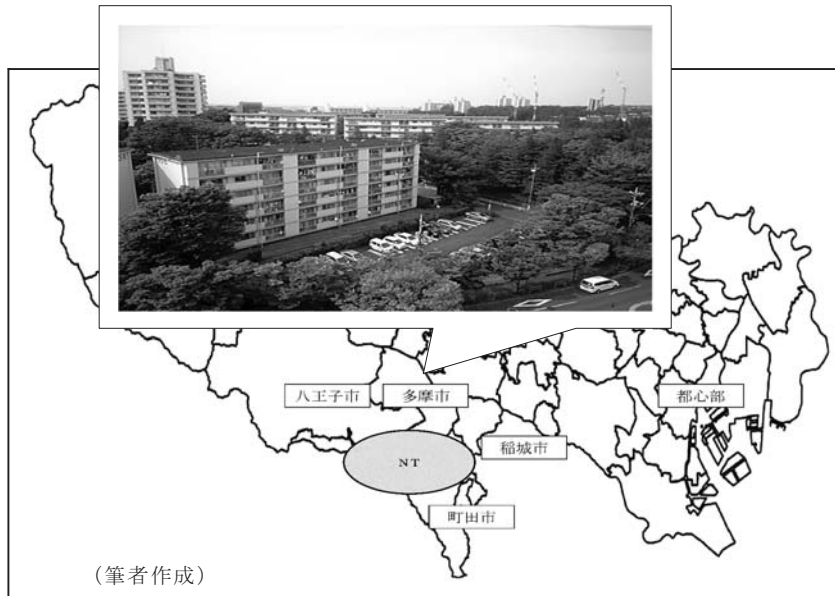
1 「多摩ニュータウン」の現状

(1) 地理的な状況－坂と階段の多いまち－

「多摩ニュータウン」は、高度経済成長期に東京圏をはじめとする大都市圏に多くの人口集中が起こり、その人口の受け皿として、1965（昭和 40）年に都市計画決定され開発が始まった。宅地造成等の開発事業は、2005（平成 17）年の終了まで、約 40 年という長期にわたって行われ、現在も造成された土地や住宅の販売が行われている。

地理的には、都心から西へ約 30 キロメートルに位置し、東西約 15 キロ、南北約 5 キロ、面積は約 29km²を有している（図表 2-1-2）。

図 2-1-2 東京都全図・多摩ニュータウン・多摩市の位置



(写真：多摩市)

大きな特徴として挙げられるのが「行政区域」であり、東京都の八王子市・町田市・多摩市・稲城市の4市にまたがっている。当初の計画人口では約34万人が見込まれていたが、オイル・ショックによる計画変更や少子高齢化などの影響により、現在は約22万人となっている（表2-1-1）。

表 2-1-1 多摩区域内の人口

	N T 区域内 総人口 (A) ※1	市内 総人口 (B)	割 合 (A/B)	時 点 (現在日)
八王子市	88,290	561,985	15.7%	2014（平成26）年 3月31日
町田市	10,433	426,207	2.4%	2014（平成26）年 4月1日
多摩市	98,246	147,627	66.6%	2014（平成26）年 4月1日
稲城市	25,875	86,268	30.0%	2014（平成26）年 4月1日
合 計 (平均)	222,844	1,222,081	18.2%	—

※NT区域内総人口については一部区域の限定が難しいため、概算数

※各市公式HPの人口統計を基に筆者作成

もともと「多摩丘陵」を切り開いた開発地なので、起伏の激しい地形である。このため、坂や階段が多く集合住宅の1階まで下りても、バス通りまでさらに坂や階段を下りなければならない。このことが高齢者などの外出・移動に障害となっているが、住区（地区）などが橋・ペデストリアンデッキでつながっている「歩車分離」のため、駅まで全く車道を歩くことなく着くこともできる（写真2-1-1、写真2-1-2）。

写真 2-1-1



(筆者撮影)

写真 2-1-2



(筆者撮影)

(2) 住居の状況

次に「多摩ニュータウン」の住宅状況をみると、大きな特徴としては、他のニュータウンに比較して、「分譲の集合住宅」が約 48% と半分を占めていることが挙げられる（表 2-1-2）。

表 2-1-2 多摩ニュータウンの人口状況

ニュータウン		多摩ニュータウン		泉北ニュータウン		千里ニュータウン	
市		(八王子市・町田市・多摩市・稲城市)		(大阪府堺市)		(大阪府吹田市)	
入居開始年		1971 (昭和46) 年		1967 (昭和42) 年		1962 (昭和37) 年	
種 別		戸 数	割合	戸数	割合	戸数	割合
公共 賃貸	都・府営住宅	9,958	17%	15,837	27%	10,332	25%
	市営住宅	—	—	—	—	504	1%
	公社住宅	3,340	6%	6,045	10%	3,852	9%
	UR機構住宅	10,954	19%	8,324	14%	9,116	22%
公共賃貸住宅計		24,252	42%	30,206	51%	23,804	57%
分譲集合住宅		28,141	48%	12,349	21%	8,146	20%
戸建住宅		5,846	10%	16,404	27%	6,053	15%
給与住宅等		—	—	758	1%	3,104	8%
合 計		58,239	100%	56,717	100%	41,107	100%

※「第1回多摩NT大規模住宅団地問題検討委員会資料（平成22年6月）」（東京都住宅局）を基に筆者作成

また住宅の形態としては、2～5 階の中層住宅が大半を占める中、「エレベーターのないもの」がほとんどである（表 2-1-3）。

表 2-1-3 多摩ニュータウンの住宅形態

		集合住宅に住んでいる人	
		人 数	割 合
6階以上		2,090	23.9%
低中層計		6,649	76.1%
階 数	5階	891	10.2%
	4階	1,057	12.1%
	3階	1,284	14.7%
	2階	1,660	19.0%
	1階	1,757	20.1%
合 計		8,739	100.0%

		エレベーターについて	
		人 数	割 合
あ る		2,814	32.2%
な い		5,925	67.8%
合 計		8,739	100.0%

※「平成26年度多摩市高齢者実態調査」より筆者作成

さらに、階段もいわゆる「廊下型」ではなく「ボックス（階段室）型」となっており、エレベーターの後付けが非常に困難となっている（写真 2-1-3）。

写真 2-1-3



（筆者撮影）

図 2-1-3 標準的な間取り等

写真 2-1-4



※東京都住宅供給公社HPより筆者作成

(筆者撮影)

床面積については、第1次入居開始時である1971（昭和46）年の標準設計では、緊急的な住宅不足に対応するため、2DK（約40.0㎡＝約13坪）が標準的な間取りの中層住宅を中心とされていた。これは、台所兼食事室が約5畳、居室が6畳と4畳半＋押入、その他水回りといったもので、「比較的狭小」であった。しかし、1970年代後半（昭和50年代）に入ると、一定の住宅量が確保され、「1人1室、世帯に1共同室」が新たな目標として掲げられたこともあり、3LDK（77㎡＝約23坪）、4LDK（95㎡＝約30坪）といった間取りの住宅が中心となった。（図2-1-3）

一方、住宅設備については、第1次入居開始当時、周辺の既存（在来）地区がまだまだトイレの水洗化や都市ガス化が図られていない中で、文字どおり「最先端のモダンな住宅設備」であったため、「憧れの団地生活」言われていた。しかし現在、住宅設備の老朽化は激しく、「狭く使いにくい台所」、「高く跨げない風呂桶・狭く暗い風呂場」、「寒いトイレ」などの課題がある（写真2-1-4）。

(3) 入居者の状況

入居者の状況を高齢化の視点から見てみると、「多摩ニュータウン」全体の高齢化率は、東京都の全体と比較しても比較的低い状況にある。これは、「多摩ニュータウン」全体としては、まださほど高齢化が進んでいないことを示している（表 2-1-4）。

表 2-1-4 多摩ニュータウンの高齢化状況

	市内全域 65歳以上人口	市内全域 高齢化率	N T 区域内 65歳以上人口 ※1	N T 区域内 高齢化率	時点 (現在日)
八王子市	132,309	23.50%	13,964	15.80%	2014（平成26）年 3月31日
町田市	102,756	24.10%	1,010	9.70%	2014（平成26）年 4月1日
多摩市	36,204	24.50%	25,572	26.00%	2014（平成26）年 4月1日
稲城市	16,473	19.00%	3,569	13.80%	2014（平成26）年 4月1日
4市	287,742	23.50%	44,115	19.80%	—
東京都 (参考)	2,893,000	22.50%	—	—	2014（平成26）年 9月15日

※N T 区域内65歳以上人口については一部で区域の限定が難しいため、概算数

※各市（都）公式HPの人口統計等を基に筆者作成

しかし、「多摩ニュータウン」の中でも入居年次が古い多摩市の和田3丁目・愛宕地区などは、高齢化がかなり進んでいる¹(表 2-1-5)。

この要因は、先に述べたように1971（昭和46）年の第1次入居から約40年経っている点が大きいと考えられるが、同じニュータウンの中でも地区ごとに高齢化率が大きく違う点は、日常生活圏域を考える上での大きなポイントと考えられる。

¹ 諏訪地区は1971（昭和46）年入居開始で高齢化率も非常に高かったが、2013（平成25）年12月の分譲集合住宅の一部建替えにより高齢化率が低下した。

表 2-1-5 多摩市の地区別高齢化状況

高齢化率	地区（市）		入居開始年	地区別人口	高齢者人数	時点
44.9%	和田 3	多摩市	1972（昭和47）年	1,158	520	2015 （平成27）年 1月1日
43.1%	東寺方 3	多摩市	1972（昭和47）年	415	179	
35.0%	愛宕	多摩市	1972（昭和47）年	5,423	1,900	
32.7%	聖ヶ丘	多摩市	1976（昭和51）年	7,067	2,310	
31.4%	貝取	多摩市	1976（昭和51）年	8,556	2,687	
30.9%	永山	多摩市	1971（昭和46）年	15,090	4,663	
30.8%	豊ヶ丘	多摩市	1976（昭和51）年	10,814	3,325	
27.2%	諏訪	多摩市	1971（昭和46）年	11,828	3,214	
※27.6%	諏訪	多摩市	1971（昭和46）年	9,139	2,523	※ H25.1.1 現在：諏訪は建替により高齢化率が下がる
27.2%	多摩市のNT区域		—	98,246	25,572	
25.4%	多摩市		—	147,627	36,204	

※多摩市の人口統計等を基に筆者作成

2 多摩市の状況

（1）高齢者の状況

多摩市の高齢化率は、2004（平成 16）年 1 月に 14.2%となり「高齢社会」に、2012（平成 24）年 1 月には 21.8%と「超高齢社会」に突入している。

また、2014（平成 26）年 9 月には、初めて高齢化率が 25.0%を超えて市民の 4 人に 1 人以上が高齢者になっている。

次の表は、東京都下 26 市で最も急速に高齢化となった多摩市と、最も緩やかに高齢化となった武蔵野市との比較である。1989（昭和 64（平成元））年に 5.2%：10.9%と 2 倍近い開きがあったものが、ほぼ 20 年で逆転している。また、高齢者世帯についても、年々独居、老々世帯が増加している（表 2-1-6、2-1-7）。

表 2-1-6 多摩市と武蔵野市の高齢者人口推移

●多摩市高齢者人口推移（各年1月1日現在）

年次	総人口	高齢者人口	高齢化率
昭和45年	25,105	1,294	5.2%
47	46,257	1,714	3.7%
48	56,556	1,937	3.4%
64（H元）	136,988	7,131	5.2%
8	144,529	11,336	7.8%
9	143,614	12,141	8.5%
10	143,314	13,116	9.2%
11	142,792	14,079	9.9%
12	142,176	14,981	10.5%
13	141,527	16,164	11.4%
14	141,039	17,403	12.3%
15	141,049	18,699	13.3%
16	141,505	20,040	14.2%
17	141,940	21,368	15.1%
18	141,492	22,845	16.1%
19	142,267	24,471	17.2%
20	144,823	26,130	18.0%
21	145,356	27,893	19.2%
27	147,486	37,517	25.4%

・NT入居開始により人口増・高齢化率低くなる。

●武蔵野市高齢者人口推移（各年1月1日現在）

高齢化率	高齢者人口	総人口	年次
10.9%	14,853	135,758	64（H元）
14.4%	18,849	131,021	8
14.9%	19,469	130,308	9
15.4%	20,166	130,720	10
15.8%	20,779	131,111	11
16.3%	21,310	130,747	12
16.8%	22,079	131,345	13
17.2%	22,608	131,466	14
17.6%	23,206	131,675	15
17.9%	23,559	131,287	16
18.1%	23,983	132,179	17
18.4%	24,606	133,722	18
18.8%	25,180	134,074	19
19.2%	25,773	134,253	20
19.7%	26,481	134,422	21
21.6%	30,635	142,138	27

※多摩市人口統計等を基に筆者作成

表 2-1-7 多摩市の高齢者世帯の推移（直近 10 年間）

	総世帯数 (各年1月1日)								
	総世帯数 (A)	高齢者がいる世帯							
		世帯数 (B)	割合 (B/A)	高齢者独居		老々世帯		その他高齢者が いる世帯	
				世帯数 (C)	割合 (C/B)	世帯数 (D)	割合 (D/B)	世帯数 (E)	割合 (E/B)
18	61,733	16,745	27.1%	5,230	31.2%	4,255	25.4%	7,260	43.4%
19	62,718	17,777	28.3%	5,592	31.5%	4,696	26.4%	7,489	42.1%
20	64,324	18,873	29.3%	5,973	31.6%	5,117	27.1%	7,783	41.2%
21	65,015	20,020	30.8%	6,482	32.4%	5,540	27.7%	7,998	40.0%
22	65,573	21,028	32.1%	6,948	33.0%	5,874	27.9%	8,206	39.0%
23	65,625	21,681	33.0%	7,280	33.6%	6,144	28.3%	8,257	38.1%
24	65,725	22,360	34.0%	7,576	33.9%	6,367	28.5%	8,417	37.6%
25	66,879	23,783	35.6%	8,107	34.1%	6,797	28.6%	8,879	37.3%
26	68,176	25,180	36.9%	8,762	34.8%	7,325	29.1%	9,093	36.1%
27	68,528	26,461	38.7%	9,394	35.5%	7,821	29.6%	9,246	34.9%

※多摩市人口統計等を基に筆者作成

入居年次が古いニュータウン地域の高齢化率は市全体より高いことを示しているが、要介護認定率や認知症は市全体より低い傾向にある。このことから、ニュータウン地域は高齢化が進んでいるにもかかわらず、元気な高齢者が多いといえる。

この要因としては、後期高齢者より前期高齢者の割合が大きいことが挙げられるので、後期高齢者の割合が増えるにしたがって、要介護認定者や認知症が加速度的に増えることが予想される（表 2-1-8）。

表 2-1-8 多摩市の要介護認定者等の状況

	総 数 (A+B)			6 5 歳以上 7 5 歳未満 (A)			7 5 歳以上 (B)		
	第 1 号 被保険者数	認定者数	認定率 (%)	第 1 号 被保険者数	認定者数 (率)	認定率 (%)	第 1 号 被保険者数	認定者数 (率)	認定率 (%)
全国	31,684,849	5,655,937	17.9	16,327,418	722,407	4.4	15,357,431	4,933,530	32.1
	前期・後期割合			51.5%	12.8%	—	48.5%	87.2%	—
東京都	2,849,658	506,350	17.8	1,492,884	70,391	4.7	1,356,774	435,959	32.1
	前期・後期割合			52.90%	13.9%	—	47.6%	86.1%	—
多摩市	35,474	4,530	12.8	21,157	750	3.5	14,317	3,780	26.0
	前期・後期割合			59.60%	16.5%	—	40.3%	83.4%	—
NT	25,087	2,769	11.0	15,659	523	3.3	9,428	2,246	23.8
	前期・後期割合			62.40%	18.8%	—	37.6%	81.1%	—
既存	10,480	1,623	15.5	5,499	211	3.8	4,981	1,412	28.3
	前期・後期割合			52.50%	13.0%	—	47.5%	87.0%	—

※多摩市の内訳は住所地特例者を勘案しているため、合計人数等は一致しない。

※3者を比較するために時点は、すべて2014（平成26）年1月1日（2013（平成25）年12月31日）

（2）見えてくる課題と「地域包括ケアシステム」

「多摩ニュータウンと多摩市」の現状について、①地理的な状況、②住居の状況、③入居者の状況、④高齢者の状況と、4つの視点からみてきたが、現在の「多摩ニュータウン」が抱える様々な課題が浮かび上がってきた。また、この他では、近隣センター（商店街）やスーパーの撤退に、さらに大きくは40年を経てニュータウンそ

のものの「再生」も大きな課題であり、ハード・ソフトの両面から、高齢者が元気な時はもちろんのこと、介護が必要になっても安心して住み続けられる「地域でのケア」が求められていることがわかる（表 2-1-9）。

表 2-1-9 多摩ニュータウンと多摩市の課題等

状況	キーワード	課 題	内 容※1
(1) 地理の状況	「起伏の激しい多摩丘陵」	外出が難しい	住居の安心
(2) 住居の状況	「分譲の集合住宅」	転居（賃貸のようにはいかない）や建替えが難しい	住居の安心
	「エレベーターがない」	外出が難しい	移動の安心
	「比較的狭小」	2・3世代同居が難しい	多世代の安心
	「住宅設備の老朽化」	ニーズ対応ができない	住居の安心
(3) 入居者の状況	「入居年次による地区高齢化の差」	地区コミュニティの偏り	見守りの安心
(4) 高齢者の状況	「元気な高齢者が多い」	健康の維持・介護予防の推進	医療の安心
	「独居高齢者・老々世帯の増加」	介護力の低下・縮小する家族（世帯が小さくなる）	介護の安心
(5) 近隣センター・スーパー撤退	「買物難民」	買い物が不便	生活の安心

※参考：厚生労働省・国土交通省「安心住空間創出プロジェクト」より筆者作成

（3）多摩市の「地域包括ケアシステム」

多摩市の地域特性をフィールドとした市民活動、住まい、見守り、医療連携、介護予防、生活支援など多様な分野からのアプローチや取組みが行なわれている（表 2-1-10）。

表 2-1-10 多摩市における取組み内容等

キーワード	内 容
市民活動	○地域の居場所づくり（NPO法人 福祉亭）
	○生活支援サポーター養成（NPO法人 ハンディキャップゆづり葉）
	○TAMA認知症介護者の会（市民団体「いこいの会」）
住まい	○多摩ニュータウン・ケア連携バリアフリー改修事業（多摩市住宅建設組合ほか）
	○UR都市機構用地に有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅（（社団）C Nほか）
見守り	○「認知症地域資源ネットワークモデル事業」（多摩市ほか）
	○「在宅を支えるニュータウン型福祉のまちづくりに関する研究」（首都大学東京ほか）
	○「ひとり暮らしの安全・安心システムづくり研究」（東京都健康長寿医療センター）
医療連携	○医療法人による包括的なセーフティネット構築（（医）天翁会）
	○多摩ニュータウンにおける地域医療基幹病院（日本医科大学多摩永山病院）
	○ICT利用による地域連携バス事業（多摩市胃ろうネットワーク）
	○地域保健事業におけるソーシャルキャピタルの活用に関する研究（東京都健康長寿医療センター）
介護予防	○「健寿の駅 多摩」（国士舘大学・恵泉女子大学ほか）
生活支援	○移動販売車「あんしんお届け便」（イトーヨーカドー）（平成25年7月～）
	○移動販売車「京王ほっとネットワーク」（京王電鉄グループ）（平成25年8月～）
学術研究	○予防重視型システムを支える医療機関(医師会)と保険者(多摩市)との連携に関する調査研究事業(多摩市医師会)
	○地域包括ケア支援・推進・評価するための情報・ケアネットワーク構築に資する調査研究事業(日本医科大学ほか)
	○地域包括ケアシステムを構築していく上で必要な互助の取組等に関する調査研究事業（東京都健康長寿医療センター）
	○大都市郊外地域における地域包括ケアの円滑な実施のための医療福祉統合システムに関する研究（日本医科大学ほか）

※ 筆者作成

さらに、市が多様な分野からのアプローチ・取組みに積極的に関わり「つなぐ」ことで、「地域内のさまざまな信頼関係を育み」、多摩市らしい「地域包括ケアシステム」をつくっている。その成果のひとつが、「多摩市医療・福祉・介護連携ネットワーク事業」である。（写真 2-1-5、写真 2-1-6）

写真 2-1-5



（筆者撮影）

写真 2-1-6



（筆者撮影）

これは 2006（平成 18）年度からスタートし、毎年度 1 回以上実施しているもので、多摩市医師会、多摩市地域包括支援センター（6 か所）、多摩市高齢支援課の共催で企画、運営している。毎回 120 名以上が出席しており、多摩市らしい「地域包括ケアシステム」（「多摩市版地域包括ケアシステム」）に向けた取組みを行なっている。

また、2013（平成 25）年度より「スマートウエルネスシティ首長研究会」に加盟し、「健幸社会」をめざす方向としている。「多摩市地域包括ケアシステム」は、これの下支えになる。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じてつくり上げていくことが大切である。このことを、「わがまちの地域ケアシステム」を創り上げることと考え、引き続きの取組みを進めている。

おわりに～integrated care と自治体～

2014（平成 26）年 10 月、独立行政法人都市再生機構（UR）は、団地内での入居者の高齢化に対応するため、医療や福祉を担う拠点を順次整備していくことを進めると発表した²。

まずは全国 23 団地からスタートとするなか、多摩ニュータウン内では、多摩市の「諏訪」「永山」「貝取」「豊ヶ丘」の 4 団地が対象となっている。

一方、東京都においても多摩市内の都営「諏訪」団地の建替計画が検討され、「1 多摩ニュータウンの現状」で述べた諏訪地区分譲集合住宅の建替えとともに「ニュータウン再生」に向けて大きな舵きりがされている³。

地域包括ケアシステムの構築を進めていくためには、「住まい」は非常に重要な要素であり、前述の取組みに歩みを合わせて様々な医療や介護等の機能をどのように配置していくのかを考えていくことは自治体（保険者）としての責務でもある。

しかし現状、和光市など一部の自治体を除けば「…地域包括ケアシステムの構築は現在も滞っている。この理由は、施策を主体的に遂行すべき保険者の無責任体制の継続にある。」と指摘されている⁴。

このことは、地域包括ケアシステム整備に向けた「自治体のマネジメント」手法が問われていることであり、保険者が地域包括ケアシステムという integrated care の目的を十分に理解した取組みを進めていくことに他ならない。

² UR 公式 HP : <http://www.ur-net.go.jp/kourei-net/kyoten/>

³ 多摩市公式 HP : <https://www.city.tama.lg.jp/plan/948/020877.html>

⁴ 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』中央法規出版、2014 年

第2節

地域づくりとしての役割

—松本市（長野県）からの事例—

松本市健康福祉部高齢福祉課介護予防担当係長

高木寿郎

1 市民と共に地域に根ざした地域づくり

(1) 松本市の概要

松本市は、長野県のほぼ中央部にあり、市町村合併により、北は安曇野市、南は塩尻市、東は上田市、西は岐阜県高山市等と接し、面積 978.77k m²、人口 24 万 2 千人、高齢化率は 25%の特例市である。

新宿からは、特急あずさで約 2 時間 30 分、名古屋からは、特急しなので約 2 時間の距離に位置している。

観光面では、国際会議観光都市に指定されており、国宝松本城、上高地、奈川高原、乗鞍高原、美ヶ原高原等、自然豊かな観光地を有しており、最近では、プロサッカーチームの松本山雅 FC が J1 に昇格したことにより、地元は、大いに活気づいている。

産業としては、戦前は、生糸が主力となっていたが、戦後は、機械製造、食品加工、木工業が主力となり、1964（昭和 39）年の内陸唯一の新産業都市の指定を受けて以来、電気・機械・食料品等の業種を中心に発展してきた。

松本市民の特性として、文化活動や教育に対する意識が高く、世界的に著名なスズキメソードや花いっぱい運動の発祥、サイトウ・キネン・フェスティバル松本の開催など、文化芸術の息づく教育のまちとして、発展している。

また、古くから学問を尊び、学生を大事にする都、議論好きな気質から「学都」、北アルプスを愛するアルピニストを迎える「岳都」、サイトウ・キネン・フェスティバルの街「楽都」であり、「三ガク都・松本」と呼ばれている。

また、松本市には、非常に自治意識が強い気風があり、伝統的に

受け継がれてきた。したがって、自主的・主体的な公民館活動が行われてきた歴史がある。

現在、昭和、平成の合併を経て、35 地区に公民館を設置し、地域に根ざした活動を積極的に展開している。なかでも、教育委員会の所管する公民館の機能と福祉部局が連携して、住民主体の地域づくりを行う、「地区福祉ひろば」をすべての地区に設置するとともに、専任職員を配置し、地域づくりの支援を行っている。

(2) 松本市の地域づくりのあゆみ

地域づくりの主役は市民であるとの基本姿勢に基づき、2006（平成 18）年に懇談会を設置し、市民委員と市職員が意見交換を行った。懇談会では、「地域の特色を考え、松本市独自の松本らしいシステムを構築する」といった意見が出され、2007（平成 19）年 12 月には、「松本市地域づくり推進市民会議」が、それまでの意見を「松本市地域づくり推進のための指針」としてとりまとめた。

この指針には、①既存の自治の仕組みを活かし、地区を単位として地域づくりを進める、②各地区に「緩やかな協議体」を設置する、③「地域システム」と「行政システム」の連携等、松本市の地域づくり政策の原点とも言うべき考え方が示されている。

その後、2008（平成 20）年 5 月に「松本市地域づくり推進基本方針」を策定し、2011（平成 23）年 4 月には地域づくり課が設置された。そして、2012（平成 24）年 3 月に策定された「松本市地域づくり実行計画」と、2014（平成 26）年 4 月に施行された「松本市地域づくりを推進する条例」に基づき、地域づくり政策を進めている。

松本市地域づくりを推進する条例より抜粋

(目的)

第 1 条

この条例は、地域づくりの基本理念等を定めることにより、主役である市民と市との協働による地域づくりを推進し、互いに助け合い、学び合い、安心して暮らせる持続可能な地域社会を実現することを目的とする。

(3) 松本市の地域づくりの理念

松本市では、松本市地域づくりを推進する条例により、地域づくりとは、「安心して、いきいきと暮らせる住みよい地域社会を構築するため、市民が主体となって地域課題を解決していく活動や取組み」と定義し、「主役である市民と市との協働による地域づくりを推進し、互いに助け合い、学び合い、安心して暮らせる持続可能な地域社会」をめざした松本スタイルの政策を推進している。

理念として、①「お互い様の精神を基本としながら、市民による地域課題の共有と、地域づくりへの主体的な参加を図り、もって公共の福祉を増進すること」、②「日常生活圏である地区を単位として、既存の自治の仕組みを活かし、町会と市との協働を基本としながら進めること」、③「市民活動団体、大学等との連携を図りながら、各地区の課題解決に取り組むこと」が規定されている。

(4) 地域づくりセンターの設置

住民主体の地域づくりを地区の最前線で支援していく行政機関として、2014（平成 26）年 4 月に 35 地区すべてに地域づくりセンターを設置した。地域づくりセンターとは、地域振興（支所・出張所）、学習（公民館）、地域福祉（福祉ひろば）の 3 つの機能が一体とな

った松本市独自の行政機関である。基本的に支所・出張所を母体とし、身近な地区の地域づくりを支援する核として、地域課題の把握・集約・整理・緩やかな協議体の事務局、地区別地域づくり計画策定の支援等の役割を担う。

公民館と福祉ひろばは、センターを構成する機関となるが、基本的には専門性、独自性を活かした独立機関とし、両機関の職員は、センター職員を兼務する。

重点的に地域課題に取り組む場合や災害時等には、センター長が連携の軸となり、地域づくりを総合的に調整する。

松本市地域づくりを推進する条例より抜粋

(地域づくりセンター)

第4条

市は、地域づくりを推進するための拠点として、各地区に地域づくりセンターを置く。

- 2 センターは、地区の支所、出張所、福祉ひろば及び公民館と一体となり、市民による地域づくりを支援する。

(センターの所掌事項)

第6条

センターは、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 地域課題の把握、集約、整理及び解決に向けた支援
- (2) 地区関係団体の育成、支援及び相談の対応
- (3) 市と地区関係団体等との連絡調整
- (4) 地域づくりの推進に向け、地区関係団体等で構成される協議組織が行う地区の計画策定事務等の支援
- (5) 地区行事の支援

2 地域づくりが必要な理由

(1) 増大し、多様化する地域課題

超少子高齢型人口減少社会の進展という、社会環境の急激な変化により、地域課題は、増大し、より複雑で多様化している傾向が全国的にみられる状況にある。

行政のみで解決していた時代は終わり、地域と行政とが協働で取り組まなければ、地域課題は解決困難な状況になっている。

今後、さらに少子高齢社会が進むにつれて、一人暮らし高齢者、高齢者のみの世帯の増加と関連して、買物弱者への交通手段の確保等の生活支援の地域課題が増々増加していく。

このように社会環境が大きく変化することが予想される中、地域においては、災害時の要援護者対応、孤独死、認知症高齢者、空き家、買物弱者への対応等地域課題は、一層深刻な状況を迎えることになる。

こうした状況から、地域内での住民関係を密にし、住民同士で行う見守り体制や支え合う活動を分担し、システム化していく必要がある。

(2) 地域コミュニティの現状

地域課題の複雑化、多様化と関連し、地域コミュニティも人間関係の希薄化、地域への無関心により、町会（自治会）への未加入者の増加や地域役員の担い手不足等、従来から行われてきた地域行事や地域内での公共的な役割分担が困難な状況にある。

そうした状況の中、松本市では、お互い様の精神を基本とする地域コミュニティの再構築を進めている。地域づくりの本質は、地域

を支える住民の生活基盤をどう維持していくかであり、地域での暮らしを見つめ直すとともに、地域の状況を的確に把握し、課題を整理することから始めているのである。

(3) 地域のネットワーク

今の地域課題は、地域の状況をしっかり把握しなくては、解決することは困難である。

以前は行政主導型で解決できたことも、複雑化した現代の地域では、まさに地域と行政が連携してこそ、解決に向けた取組みが始まる。

今後、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年、つまり 10 年先を見据えたネットワークを地域内で構築することが、重要な地域課題にもなる。

3 松本市の将来都市像

(1) めざす健康寿命延伸都市・松本

松本市は、松本市総合計画「基本構想 2020・第 9 次基本計画」において、「健康寿命延伸都市・松本」をめざすべき将来の都市像として掲げている。

「健康寿命延伸都市・松本」の創造の基本理念は、量から質へと発想を転換し、市民 1 人ひとりの「命」と「暮らし」を大切に考え、だれもがいきいきと暮らせるまちづくりに向け、「健康寿命」の延伸をめざしていくものである。

松本市は独自に人の健康をはじめ、生活、地域、環境、経済、教育、文化の「6つの健康」の実現に向けて、取り組んでいる。

《まちづくりの基本目標》

基本目標 1「だれもが健康でいきいきと暮らすまち」

【人の健康】

だれもが心も体も健康で、住み慣れた地域で心豊かに暮らすことができるよう、安らぎと潤いのあるまちづくりを進める

(具体的な政策)

- ・健康を大切にするまち
- ・いつでも医療が受けられるまち

基本目標 2「1人ひとりが輝き大切にされるまち」

【生活の健康】

1人ひとりが人として尊重され、質の高い暮らしを続けることができるよう、自助、共助、公助が調和するまちづくりを進める

(具体的な政策)

- ・平和、人権を尊重するまち
- ・安定した暮らしを続けられるまち
- ・子育てを応援するまち

基本目標 3「安全・安心で支え合いの心がつなぐまち」

【地域の健康】

暮らしを支える社会基盤の充実と、防災対策と防犯への取組みにより、快適でゆとりのある日々を実感できるよう、地域ぐるみで助けあうまちづくりを進める

(具体的な政策)

- ・地域の支え合いを育むまち
- ・災害を最小限に抑えるまち
- ・住みやすさを感じるまち

基本目標 4「人にやさしい環境を保全し自然と共生するまち」

【環境の健康】

豊かな自然環境を守り、快適な生活環境を整え、持続可能な循環型の社会が構築できるよう、市民、事業者などと行政が連携するまちづくりを進める

（具体的な政策）

- ・ 環境負荷軽減に取り組むまち
- ・ 自然を守り、育むまち
- ・ 快適な生活環境を育むまち

基本目標 5「魅力と活力にあふれにぎわいを生むまち」

【経済の健康】

松本の資源と人材を活かして、産業基盤を強化し、地域ブランド力を高め、地域経済がさらに力強く発展するよう、人が行きかうまちづくりを進める

（具体的な政策）

- ・ 地球資源と人材を活かすまち
- ・ 産業の活力を生み、伸ばすまち
- ・ 松本ブランドを発信するまち

基本目標 6「ともに学びあい人と文化を育むまち」

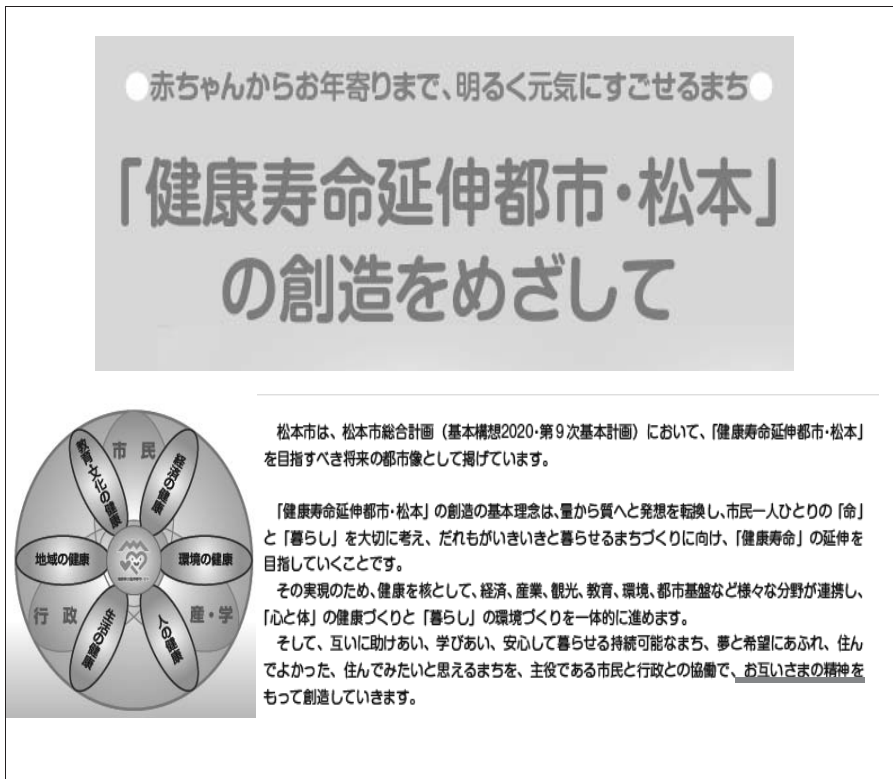
【教育・文化の健康】

薫り高い松本の文化を礎に、人と人のつながりが深まり、自ら行動する未来の担い手が育つよう、豊かな人間性を育むまちづくりを進める

（具体的な政策）

- ・ 子どもの可能性が広がるまち
- ・ 生涯学習が地域に活かされるまち
- ・ 文化芸術を創り、育むまち

図 2-2-1 健康寿命延伸都市・松本



出典：松本市高齢福祉課（地域包括ケアシステム啓発用資料）

（2）健康寿命延伸都市・松本の土台となる地域づくり

市の将来の都市像「健康寿命延伸都市・松本」の創造に向けた基盤づくりを担い、互いに助け合い、学び合い、安心して暮らせる持続可能なまちを、主役である市民と行政との協働により、構築することをめざしている。

そして、住民主体の地域づくりを進める「地域システム」とそれを支援する「行政システム」を構築し、地域課題に取り組むこととしている。

図 2-2-2 松本市の将来都市像



出典：みんなで進めるいきいき地域づくり（松本市地域づくり啓発リーフレット）

4 松本市の地域づくりシステム

(1) 地域づくりシステムの概要

地域づくりシステムは、「地域システム」と「行政システム」という2つのシステムと、それらをコーディネートする地域づくりセンターで構成されている。

地域から取り組むべき課題を抽出し、行政側から地域へ出向いて課題解決を支援するものである。必要に応じて、NPO 法人、地元企業、大学等との連携も行い、柔軟な発想を取り入れ、実情に合った支援の形を検討することとしている。

「地域づくりセンター」は、既存の支所、出張所、公民館、福祉

ひろばの機能を合わせ持つ、地域づくりの拠点としてセンター長が総合的な調整を行う。

(2) 地域システムとは

住民が主体となって、自由に意見を出し合いながら、地域の意思決定を図り、具体的な実践として課題解決していくため、「緩やかな協議体」の組織化等、各地区で地域システムの構築を進めていく。

緩やかな協議体とは、課題の大きさや内容によって、意思決定に参加する団体や個人が柔軟に入れ替わる仕組みのことを意味している。

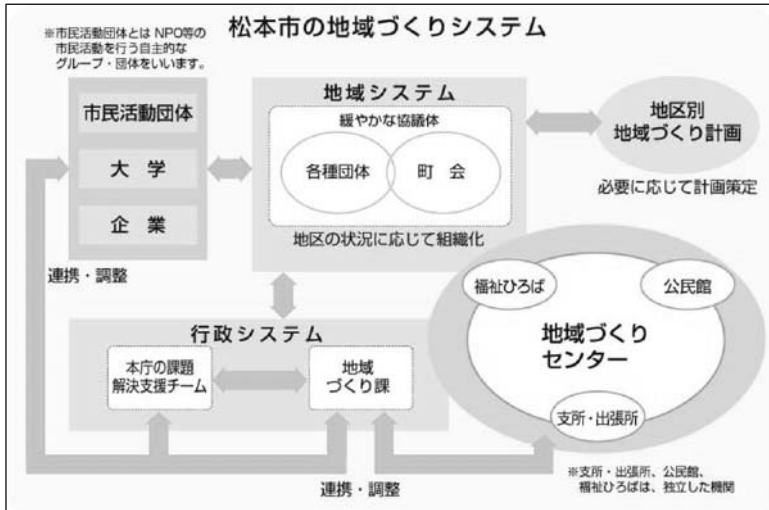
【基本的な機能】

- ①地区の既存の団体をつなぐネットワーク機能
- ②誰もが議論に参加し意見交換する機能
- ③地区の情報や課題を提供し共有する機能
- ④地区の意思決定・合意形成の機能
- ⑤地域づくりの計画化機能
- ⑥計画に基づき役割分担する機能

(3) 行政システムとは

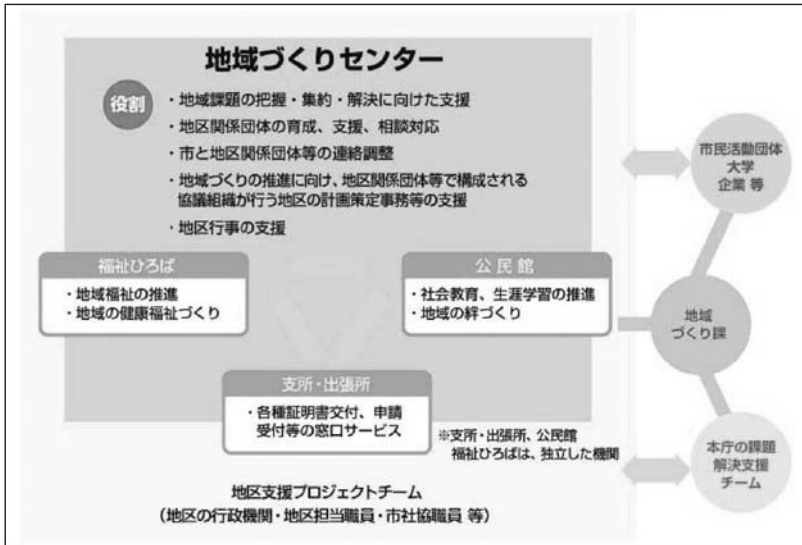
地域づくりを支援するため、全 35 地区に設置した地域づくりセンターを拠点とし、本庁の関係部局が連携して地区を支援する行政の調整を担う。

図 2-2-3 松本市の地域づくりシステム



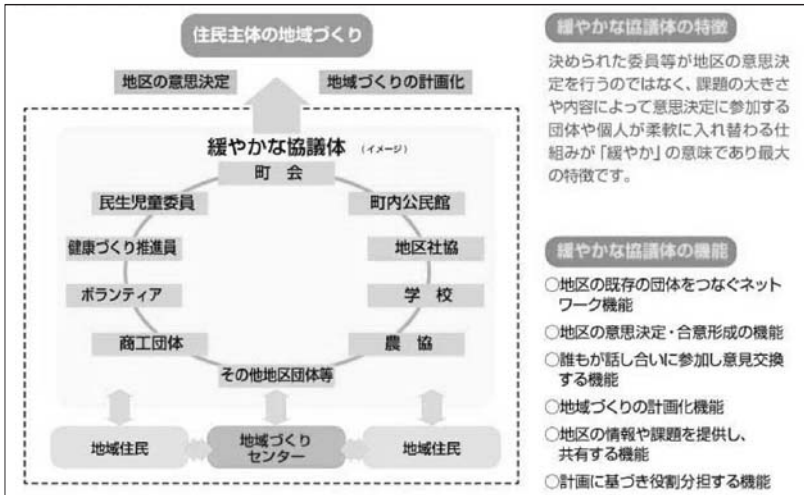
出典：みんなで進めるいきいき地域づくり（松本市地域づくり啓発リーフレット）

図 2-2-4 地域づくりセンター



出典：みんなで進めるいきいき地域づくり（松本市地域づくり啓発リーフレット）

図 2-2-5 緩やかな協議体



出典：みんなで進めるいきいき地域づくり（松本市地域づくり啓発リーフレット）

5 地域包括ケアシステム・松本モデル

松本市がめざす地域包括ケアシステムとは、これまで構築してきた、住民の主体的、自主的な地域づくりの一環として、「地域」と新たに「医療・介護」をつなげていく施策である。

言い換えれば、今後、高齢化がますます進展する中、地域住民が互いに支え合う地域に医療関係者と介護関係者の専門的な視点を加え、互いに顔が見える関係をつくり上げる。

地域の異変に気づき、異変を関係者等につなげていく仕組みづくりである。

【医療コーディネーターの配置】

2014（平成 26）年度から、松本市医師会に医療と介護の連携強化業務を委託し、以下の業務内容を実施している。

- ①地域包括ケアシステムの構築支援に関すること
- ②在宅医療拠点の体制整備及び運営に関すること
- ③周知・啓発に関すること
- ④医療分野に関する各種相談対応に関すること

【地域ケア会議】

地域包括支援センター又は市が主催し、行政職員、センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員、住民組織等で構成される会議体としており、以下の機能を果たすことを目的として開催する。

<果たすべき機能>

- ・ 個別課題解決機能
- ・ 地域包括支援ネットワーク構築機能
- ・ 地域課題発見機能
- ・ 地域づくり資源開発機能
- ・ 政策形成機能

<具体的な取組み方法>

(1) 「医療・介護」と「地域」とがつながる仕組みづくり

- ①これまでに組み込まれてきた「地域づくり」の一環
- ②「医療・介護」と「地域」との「つながり」
- ③「専門家の知識等」と「地域力」

(2) 既にある「地域づくり」と協調

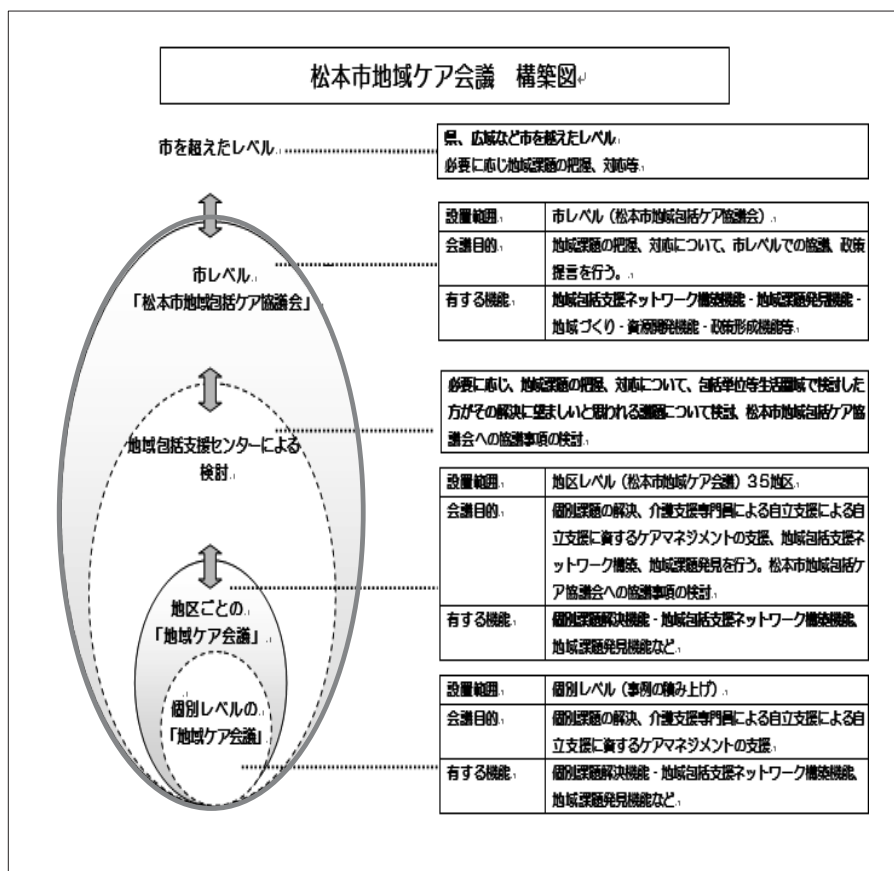
- ①住民自治組織・〇〇地区まちづくり協議会等
- ②地域に医療・介護関係者が参加して「顔が見える」関係を築く

(3) 医療・介護の「顔が見える化」→「地域とつながる」

- ①「緩やかな見守り」の仕組み

- ②「バトンをつなぐ」仕組み
- (4)「医療・介護」と「地域」とのつながる仕組みの要役
- ①「地域づくりセンター」職員
- ②地域包括支援センターの地区担当職員
- ③「地区福祉ひろば」のコーディネーター職員
- ④公民館職員

図 2-2-6 地域ケア会議の構築図



出典：松本市地域ケア会議運営ガイドライン Vol.2

【松本市地域包括ケア協議会】

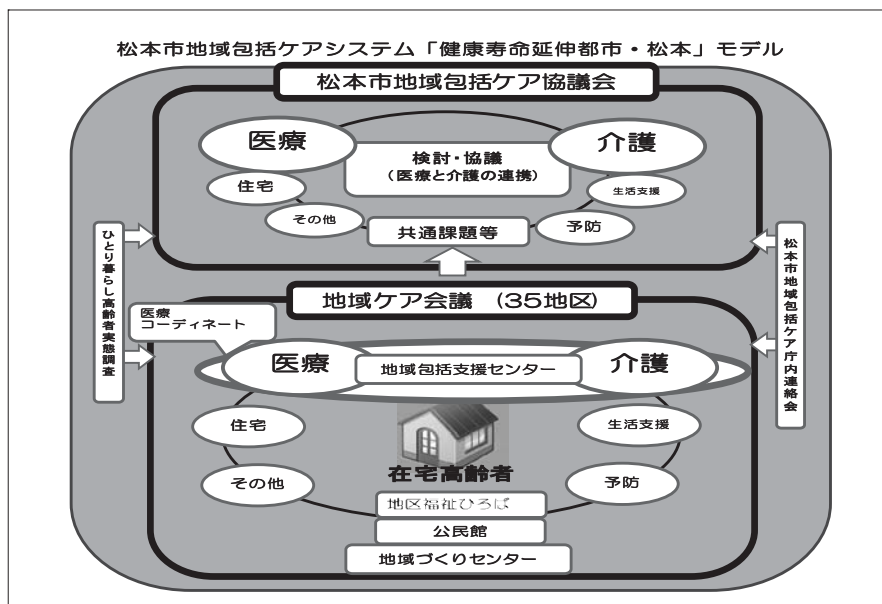
＜所掌事項＞

- ①地域包括ケアシステムを支援するネットワーク構築に関する事項
- ②システムの推進に当たっての地域課題等に関する事項
- ③システムに必要な地域づくり・資源開発に関する事項
- ④システムの構築・推進に必要な事項

＜協議会委員構成＞

- ①医師会
- ②歯科医師会
- ③薬剤師会
- ④介護保険事業者
- ⑤福祉関係者
- ⑥地域関係者
- ⑦有識者
- ⑧公募委員
- ⑨行政関係者
- ⑩その他

図 2-2-7 松本市地域包括ケアシステム「健康延命都市・松本」モデル



出典：松本市地域ケア会議運営ガイドライン Vol.2

【松本市地域包括ケア庁内連絡会】

危機管理課

地域づくり課

福祉計画課

障害・生活支援課

西部福祉課

保健課

医務課

健康づくり課

住宅課

生涯学習課

市民生活課

以上、松本市が、これまでに取り組んできた地域づくりの歴史から、実践形式での取組概要を紹介した。

松本市が取り組む「地域包括ケアシステム」とは、地域づくりの一環としての取組みであり、今後、10年、20年先を見据えつつ、時代の変化にも敏感になりながら、地域づくりの視点を持ちつつ、全市的な事業として取り組んでいくものだと考えている。

参考文献

- ・辻浩・片岡了（編著）『自治の力を育む社会教育計画－一人が育ち、地域が変わるために－』国土社、2014年

参考資料

- ・『松本市地域づくり実行計画』2012年
- ・『松本市らしい地域づくりの考え方』2012年
- ・「平成25年度松本市地域づくり市民活動研究集会記録集」
- ・「松本市地域ケア会議運営ガイドライン」
- ・「地区福祉ひろばってな～に？」（松本市パンフレット）
- ・「みんなで進めるいきいき地域づくり－地域づくりセンターを核として－」（松本市パンフレット）

第3節

シティマネジメントの視点で取り 組む地域包括ケアシステムの構築 —大和市（神奈川県）からの事例—

大和市健康福祉部高齢福祉課長

高橋隆行

はじめに

大和市は、東京と横浜のベッドタウンとして発展してきた都市自治体で、神奈川県のはぼ中央に位置している。南北に細長い形をしており、面積は約 27km² と市域は広い自治体ではない。しかしながら、現在も人口は増え続けている。1959（昭和 34）年市制施行当時に約 3 万 5,000 人であった人口は、2015（平成 27）年 1 月現在で 23 万 2,800 人を超えた。それに相まって人口密度も高まっており、2010（平成 22）年には 8,600 人／km² となり、神奈川県内では横浜市を抜き、川崎市に次いで 2 位となった。

なぜ、このように人が集まってくる街なのか。大きな理由のひとつに、交通の利便性の良さが挙げられる。

細長い市域の中央を南北に貫く小田急江ノ島線、市北部を起点に都心部に繋がる東急田園都市線、中央には横浜駅を終点とする相模鉄道本線と 3 つの鉄道が走り、駅は 8 つもある。東京駅まで約 1 時間、横浜駅まで約 20 分で行くことができる交通環境の良さに人が集まってきている理由がある。大和市が調査したところ、駅まで 1km 以内に住む市民は、市民全体の約 80% に及ぶ。これは、横浜市や川崎市を大きく上回り県内都市で 1 位となっており、東京 23 特別区と比較しても、江戸川区や葛飾区を上回り、練馬区とほぼ同じ値を示している。

このほかにも数多くの特徴がある。まず、世界の様々な国や地域の方が暮らす国際色豊かな街である。市民約 40 人に 1 人が外国籍市民となっており、約 70 か国にルーツを持つ約 5,700 人の外国籍の方が住民登録をしている。

また市内には、米海軍と海上自衛隊が共同使用する厚木基地があ

り、騒音被害に悩まされている都市でもある。さらに市域には、東名高速道路、東海道新幹線も走っており、何かと賑やかな都市自治体といえる。

図 2-3-1 大和市の地理と交通状況



出典：大和市

人口は、市制施行時以来一貫して増加してきた。今後も人口は緩やかに増え続け、2021年には約23万5,000人になり、その後は徐々に減少していくと予測している。

また、神奈川県内の都市において高齢化率は3番目に低いとはいえ、年々上昇しており、2030年には4人に1人が65歳以上の市民になると予測している。

1 「健康都市」としての取組み

大和市は現在、健康を市政運営の中心に据えて、「健康都市」の実現をめざしており、大木哲市長は健康についてこのように話している。

「初詣に行くと皆が年始の願いをする。口には出さないが、『自分自身が一年元気で健康でいられますように、家族みんなが健康でいられますように……。』と願いをかける人が一番多いのではないか。この偽りのない真実の気持ちこそ、一番大切にすべきではないか。」

この思いを実現するため、大和市は 2008（平成 20）年に健康都市連合¹及び健康都市連合日本支部²に加盟し、2009（平成 21）年 2 月 1 日には市制 50 周年記念式典において「健康都市 やまと」宣言をした。

この宣言では、健康を、「人」と「人を取り巻く環境」の両面から捉えて改善していくという、WHO（世界保健機関）が提唱する「健康都市」の考え方を基にしている。

¹ WHO（世界保健機関）西太平洋地域事務所が提唱し、「人」と「人を取りまく環境」の両面から健康を増進する「健康都市」づくりに取り組む都市間ネットワーク。2014（平成 26）年末現在で 10 か国から 213 の都市、政府機関、NGO、大学などが加盟している。大和市も 2008（平成 20）年に同連合に加盟。2012（平成 24）年 10 月から日本を代表して理事を務めている。

² 健康都市連合には日本、中国、韓国、香港、オーストラリアの 5 つの支部があり、それぞれの支部で独自の活動をしている。日本支部は、千葉県市川市、愛知県尾張旭市、静岡県袋井市、沖縄県平良市（現：宮古島市）の 4 市を発起人として 2005（平成 17）年に発足し、日本における健康都市に関する情報発信や健康都市のネットワークの構築に努めている。日本支部には、2014（平成 26）年末現在、44 の自治体・団体が加盟している。

「健康都市 やまと」宣言

健康は、日々の生活の基本であり、幸福を追求するために、とても大切なものです。

都市で生活するわたしたち市民が、生き生きと暮らすためには、保健、福祉、医療などを通じて「人の健康」を守るとともに、安全で快適な都市環境が整う「まちの健康」、人と人とのあたたかな関係に支えられる「社会の健康」を育てていくことが重要です。

大和市は、市民一人ひとりの健康な生活の実現に向けた取り組みを進め、「健康都市」を目指すことを宣言します。

平成 21 年 2 月 1 日

都市の主人公である「人」、人々の暮らしと活動を支える場としての「まち」、人と人とのつながりのあるコミュニティとしての「社会」の 3 つの領域から健康づくりを進めていくという考え方である。

この考え方に立ち、市民と行政が協力して、「健康都市」をめざしていきたいという願いを込めたものである。

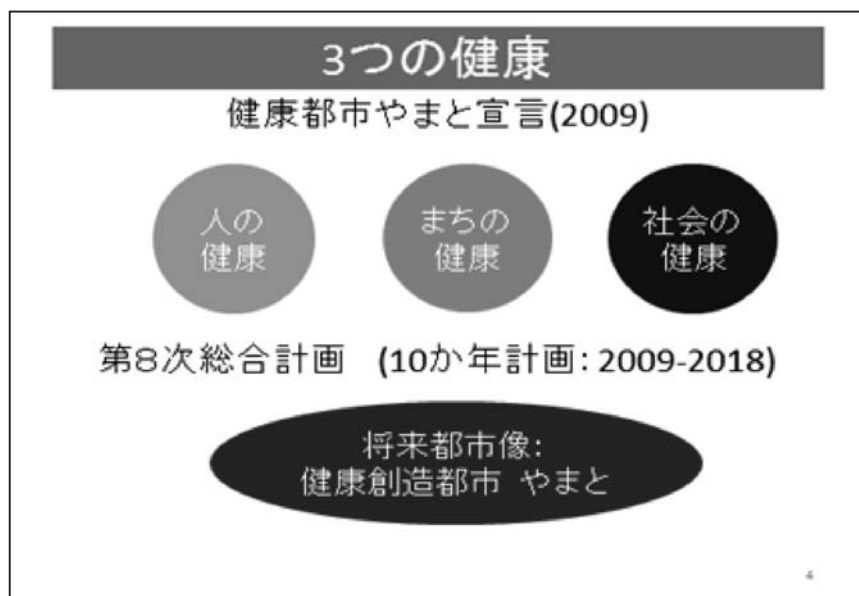
また、2009（平成 21）年 4 月には「健康創造都市 やまと」を将来都市像とする市の 10 年間の戦略計画である「第 8 次大和市総合計画」と健康都市の取り組みを具体的に進めるための「大和市健康プログラム」を策定した。

このように大和市は健康を中心としたシティマネジメントを展開しており、「健康都市」実現に向けた取り組みを紹介したい。

（1）取り組みの経緯について

大和市は、2009（平成 21）年以来、健康都市の取り組みを積極的に進めてきた。「健康都市 やまと宣言」では、市政の全体で、「人の健康」、「まちの健康」、「社会の健康」の 3 つの健康をめざしていくことを打ち出した。

図 2-3-2 健康都市やまと宣言と第 8 次総合計画



出典：大和市「第 6 回健康都市連合国際大会発表資料」

3 つの健康のうち、「人の健康」では、市民の心身の健康をめざしている。「まちの健康」では、市民が安全で快適に暮らせる、良質な都市空間を整えることをめざしている。そして、「社会の健康」では、市民が共存しながら活気に満ちた地域社会を築いていくことをめざしている。

さらに、「第 8 次総合計画」では、「健康創造都市やまと」を市の将来都市像として掲げ、市の約 1,000 の事業のすべてを 3 つの健康のもとに束ねており、こうした政策体系により、3 つの健康をめざす取組みを市政全体で進めている。

こうした取組みが国際的に評価された。2014（平成 26）年 10 月 29～31 日の 3 日間、中国・香港で開かれた第 6 回健康都市連合国際大会において、「すべての政策で 3 つの健康を－健康都市やまと

の取り組みー」をテーマに、「人・まち・社会」の健康について発表したところ、同連合から健康な公共政策の推進などに取り組んでいる自治体に贈られる「健康都市優秀インフラストラクチャー賞」を日本の自治体で初めて受賞した。

この中から、3 つの健康ごとに大和市が力を注いでいる事業を中心に取り組みを紹介したい。

(2)「人の健康」について

ア 大和市立病院の機能強化・経営改善

大和市立病院は市内で唯一の公立病院で、2012（平成 24）年度に厚生労働省より「地域がん診療連携拠点病院」に指定されたほか、2014（平成 26）年度からは増設した救急棟での診療を全面的に開始しており、地域になくてはならない病院として発展を続けている。

しかし、すべて順風満帆に進んできたわけではない。2007（平成 19）年度決算では約 10 億 8,000 万円の赤字を計上するなど、赤字続きであった。また、産婦人科の常勤医が一時 1 人になるなど、医師不足も深刻な状況に陥っていた。

こうした状況を改善するため、医師や看護職員の確保に努めた。病院職員の懸命な努力もあり、2007（平成 19）年度に 54 人だった医師の正規職員は、2014（平成 26）年度には 78 人へと増加した。また、同じく 286 人だった看護職の正規職員は、同じように 325 人と増員を図ることもできた。

このほかにも、高度医療機器などの導入に加え、病児保育室の開設、トイレなどの施設リニューアルにも力を注いだ。その結果、来院患者数が増加するなどの成果が表れ、2011（平成 23）年度決算では 21 年ぶりに黒字となり、黒字額は約 1 億 9,000 万円を計上し

た。その後も、2012（平成 24）年度には約 5 億 3,000 万円、2013（平成 25）年度には約 4 億 5,000 万円と黒字が続き、3 年連続の黒字となっている。

この間を振り返りえると、医師や看護職員の数を充実させ、働きやすい環境づくりに努めたことが大変重要であったといえる。病院の経営改善といえば「経費削減」と相場が決まっているが、成果の上がないケースが数多いなか、逆の発想で、必要なことにはお金を費やすこととした。この結果、病院の機能と患者へのサービスが向上し、結果として、経営の健全化につながった。

イ 子どもを産み、育てる環境づくり

2010（平成 22）年から、不妊に悩んで治療を受けている夫婦の負担軽減を図ろうと、「一般不妊治療」の助成を開始した。所得制限は設けているが、治療費自己負担額の半額助成とともに、「不育症治療」への助成も行っている。いずれも神奈川県内の自治体で初めての施策であり、さらにその後、「特定不妊治療」への助成も開始しており、以上の 3 つの助成をすべて実施しているのは、県内で大和市だけとなっている。加えて 2014（平成 26）年 10 月からは、子どもの多い家庭を支援するため、第 3 子以降の出産費を助成するという新たな施策を開始するとともに、「不育症治療」への助成を従来の自己負担額の半分から全額に増やし、子どもを産み育てやすい環境づくりを充実させたところである。

一方、子どもを育てる環境づくりについても充実を図っている。市立小・中学校などに在籍する子どもが 3 人以上いる家庭などに対し、第 3 子以降の給食費を全額助成するという新施策を開始した。さらに、子どもがケガをした場合などの「通院費」に対する助成も

手厚くしており、これまで「小学校卒業まで」としていた助成対象を「中学校卒業まで」に拡大させた。

ウ 学校の読書活動

多くの小・中学校では、学校図書館が老朽化し、子どもたちあまり使われていない現実があった。そこで 2009（平成 21）年度から、小・中学校全 29 校において、順次、学校図書館のリニューアルに取り組み、2014（平成 26）年度中に中学校 3 校でリニューアルを終えると、すべて完了する予定となっている。

また、小・中学校全校に学校図書館司書を配置し、子どもたちが日常的に本と親しみ、調べ、学習のできる環境を充実させている。さらに、学校図書館スーパーバイザーを配置し、各校を回り、経験豊かな助言で学校図書館のさらなる充実を図っている。

こうした取組みの結果、学校図書館を訪れる子どもの数は大幅に増え、学校によってはリニューアル前の 5 倍になったところもある。また、2011（平成 23）年度には小学校 1 校、2012（平成 24）年度には小学校 2 校が、「子どもの読書活動優秀実践校」として文部科学大臣から表彰された。特に 2012（平成 24）年度は、神奈川県内で表彰された 2 校がいずれも大和市の学校という結果となり、NHK の朝のニュース番組でも紹介されている。

エ 高齢者等見守り事業

大和市は 2014（平成 26）年 10 月から、緊急時にボタンを押すだけでコールセンターに通報できる「大和市緊急通報システム」の助成について、対象年齢の拡大と利用料金の引き下げに踏み切った。このシステムの特徴は、自宅でボタンを押すと通報できるだけでな

く、人感センサーでしばらく人の動きを感知しない場合や煙を感知した場合には自動的に通報することなどが挙げられる。

そのほか、24 時間 365 日対応する電話相談「やまと 24 時間健康相談」も実施している。医師や看護師などが、医療やメンタルヘルス、健康、育児、介護など幅広く相談を受け付けている。

また、高齢者を対象に、救急医療活動に必要な情報（生年月日、血液型、服薬内容、かかりつけ医、緊急連絡先など）をシートにご自身で記載し、円筒形のプラスチック容器に入れ、自宅の冷蔵庫に保管していただく「救急医療情報キット」という制度も実施している。これにより、急病や大規模災害時などには、駆けつけた救急隊員がこの情報をもとに適切な措置を取ることができるので、テレビ番組にも取り上げられている。

(3)「まちの健康」について

ア 大規模災害対策

東日本大震災以来、大和市では震災への備えをより一層強化している。海岸線から遠く、地盤も固い大和市では、いざ大規模災害が発生した場合、最も懸念されるのは、住宅密集地での火災になる。震災時に消防車が到着するまでの間、市民が初期消火を行うために、消火栓につなげてホースで消火できる強力なスタンドパイプ消火資機材を、市内に約 150 ある自主防災組織のすべてに配備した。

写真 2-3-1 スタンドパイプ



出典：大和市「第 6 回健康都市連合国際大会発表資料」

このスタンドパイプ消火資機材の放水能力は建物の 2～3 階に到達するほど威力があり、これまでのバケツリレーなどによる消火活動とは比べものにならないほど力を発揮すると思われる。現在、市内の 24 時間営業のコンビニエンスストアにも配備を進めている。

また、大規模災害時には、水や食糧と並んで大変重要なのがトイレである。仮設トイレは保管場所から移動させて組み立てるまで時間がかかり、完成するまでの間には長蛇の列ができる。マンションの高層階などに住む方にとっては、仮設トイレに行くのに時間がかかる。そこで有効なのが、「携帯トイレ」の備蓄である。携帯トイレは 1 回分が 100 円程度で、袋の中に排便・排尿をした後に薬品を入れて固めるもので、燃やせるゴミとして出すことができ、水が出ない、電気が使えないといった非常時に、家庭のトイレにおいて使用できる優れたものである。

この携帯トイレを小・中学校などの避難生活施設の全 33 か所に

合計 14 万 9,000 個ほど備蓄するとともに、市民には各家庭でも備蓄するよう強く呼びかけている。

なお、スタンドパイプ消火資機材と携帯トイレの使い方については、市のホームページで分かりやすく動画配信をしているほか、防災講習会などにおいて市民に繰り返し実践していただいている。

イ 自動体外式除細動器（AED）の設置

大和市ではいち早く、市役所や小・中学校といった公共施設以外にも、様々な場所での AED の設置に取り組んできた。そして現在、大和市が設置している AED は約 300 か所にもなっている。郵便局や幼稚園・保育所などにも設置を進めており、さらには「やまと AED 救急ステーション」という制度も展開し、事業所などに設置されている AED を市民が使用できるようにしている。24 時間営業のコンビニエンスストアには、先述のスタンドパイプ消火資機材より以前に AED の設置を呼びかけ、実現してきている。

AED の設置を積極的に進める一方、市民に使い方を知ってもらうため、救命講習会を頻繁に開催しており、実際に AED が中学校において使用され、生徒の命が助かった事例もある。今後も、いつで

図 2-3-3

「やまと AED 救急ステーション」の表示



出典：大和市

もどこでも AED を使える環境づくりに努める。

ウ 安全・安心な街づくり

大和市内では、犯罪も交通事故も年々減ってきており、2007（平成 19）年と比べると、2013（平成 25）年には犯罪件数も交通事故件数も 3 分の 2 に減少した。大和市の取組みに加え、防犯・交通安全の各団体の方々などのご尽力が功を奏しているが、残念ながら現在も神奈川県内で有数の犯罪と交通事故が多発している地域であり、さらなる対策が求められている。

大和市の対策としては、まず、青色回転灯を装備した公用車の増車が挙げられる。公用車の「青パト」³を年々増加させてきており、2007（平成 19）年度当初は 12 台だったものが、現在は 94 台までに増えている。また、地域の自主防犯活動団体が「青パト」の車両を持つことに対しても、積極的に助成をしている。

また、街頭防犯カメラについても積極的に設置を進めており、年々台数は増加してきている。現在は、駅前広場や大規模公園、小学校通学路など 58 か所に計 119 台設置しているが、さらに 2014（平成 26）年度末までに、162 か所の計 407 台に増加させる予定で、自治体が設置する街頭防犯カメラの数では、神奈川県内最多となっている。

さらに、公用車の 95%にあたる 226 台に、ドライブレコーダーを設置している。公用車を運転する職員の安全運転意識の向上に加え、事件や事故があった際には、必要に応じて映像を警察署に提供し、早期解決につなげることを目的としている。

³ 正式名称は「青色回転灯装備車」。道路運送車両法の規制緩和で、2004（平成 16）年 12 月から運用が始まった。警察署に申請し、自主防犯パトロールを適正に行えると認められた団体は、車両に青色回転灯をつけて巡回できる。巡回中は交付された「パトロール実施者証」の所持者が乗車しなければならない。

(4)「社会の健康」について

ア 「女子サッカーのまち・やまと」

この取組みは、2008（平成 20）年に開催された北京五輪の女子サッカーに、大和市ゆかりの大野忍選手が出場したのをきっかけに始まった。幸運なことに 2011（平成 23 年）7 月には、「なでしこジャパン」がワールドカップで優勝するというビッグニュースが飛び込んできた。当時の「なでしこジャパン」では、大野選手を始めとする、川澄奈穂美選手、上尾野辺めぐみ選手の 3 選手が大和市にゆかりのある選手であった。

市の施設において全試合でパブリックビューイングを行うとともに、特別表彰「大和なでしこ賞」の表彰や、3 万人以上を集めた凱旋パレードを開催した。「なでしこジャパン」はその後、ロンドン五輪で銀メダルを獲得するなど、その活躍ぶりは大和市民ならずとも日本国民の多くが知るところとなった。

これを契機に、「大和なでしこ賞」の会場となった大和駅前の愛称を「大和なでしこ広場」と名づけたほか、この広場に先述の 3 選手などの手形モニュメントを設置するとともに、女子中学生、女子小学生のサッカー大会を相次いで創設させ、「女子サッカーのまち・やまと」をめざし、女子サッカーが発展する環境整備に取り組んでいる。

イ 「さがみの国 大和フィルムコミッション」

大和市では 2011（平成 23）年に、大和市イベント観光協会内に「さがみの国 大和フィルムコミッション」を設置した。これを契機に、積極的な撮影地の誘致に乗り出し、年々撮影件数は大幅に伸

ばしている。

海や山がなく、これといった観光地のない都市自治体であるが、市役所本庁舎、市立病院、学校、商店街、大規模公園などの撮影地を積極的に開放している。都心からの交通の利便性のよさも相まって、誘致件数が増加しており、シティセールスなど様々な効果も表れてきている。市民には撮影に備えたエキストラへの登録を呼びかけており、現在既に約 200 人もの方に参加していただいている。

ウ 「健康図書館」

大和市では、市民の健康のため、市民が家にこもらず、外出したくなるまちづくりを推進している。その 1 つが「健康図書館」である。2016 年 11 月のオープンをめざし、大和駅の近くに、図書館、屋内こども広場、芸術文化ホール、生涯学習センターなどを集約した「文化創造拠点」を整備し、文化の薫るまちづくりを進めようとしている。

ここ数年、各地で開館している自治体の公共図書館では、館内にカフェを設置し、コーヒーや軽食を楽しみながら図書も読むことができる図書館や、地域の物産店との併設により館内で物産関係の講座も開催する図書館など、地域色豊かな図書館が増えている。

「文化創造拠点」へ移転した新しい図書館では、IC タグによる自動貸出機などの最新の情報機器システムを導入するとともに、施設内にカフェを設置し、学びや文化に触れることができる図書館をめざしている。

また、新たなコンセプトとして「健康図書館」を掲げている。高齢化が進む中で、市民の健康への関心が高まってきている。平均寿命が延びる一方で、健康に不安を感じる方は決して少なくない。こ

の「健康図書館」では、健康に役立つ情報収集ができるだけでなく、誰もが利用しやすく、寛げる「居場所」機能も計画しており、高齢者をはじめとする市民にとって魅力的な外出先となることを期待している。

(5)「60 歳代を高齢者と言わない都市 やまと」宣言について

現在の 60 歳代の市民は、元気で活動的である。1956（昭和 31）年当時の平均寿命は男女とも 60 歳代であったが、現在では男女とも 80 歳を超え、健康に暮らせる健康寿命も、現在では男女とも 70 歳を超えている。さらに、国の意識調査などでは、60 歳代の人々が自分たちを「高齢者」と呼ばれたくないと思っていることが明らかになっている。こうしたことから、大和市は 2014（平成 26）年 4 月、「60 歳代を高齢者と言わない都市 やまと」を宣言した。

これは、60 歳代の市民に対して、心身の健康を保ちながら、元気でいきいきと活躍し続けてほしいという思いを込めたものである。

「60 歳代を高齢者と言わない都市 やまと」宣言

- ・人生 80 年の時代を迎え、これまで高齢者とされてきた世代の意識も大きく変わり、今では、多くの方々が生き生きと過ごしています。
- ・家庭や地域を支えている方、職場で頑張っている方など、豊かな知識と深い経験を持つ人材は大和の貴重な宝です。
- ・こうした方々に、いつまでも、はつらつと元気に活躍していただきたいと考え、ここに「60 歳代を高齢者と言わない」ことを宣言します。

平成 26 年 4 月 1 日

2 大和市の地域包括ケアの取組み

(1) 介護予防について

大和市は、大都市圏自治体の強みを活かした介護予防事業を展開している。

一次予防事業では 2014（平成 26）年度から大和市独自の介護予防セミナーを開催している。市民の健康増進、介護予防のため、外に出て、身体を動かす機会の創出に力を入れており、2014（平成 26）年度から 4 か年で市内の公園 100 か所に健康遊具を設置する計画を推進している。この設置に当たっては、市の保健師が健康遊具の選定の段階から関わり、健康遊具を活用した介護予防セミナーを開催しており、今後は、年 20 回程度セミナーを開催していく予定である。

写真 2-3-2 健康遊具と介護予防セミナー



出典：大和市

大都市圏の大和市にはフィットネスクラブや接骨院などが駅周辺に数多く存在しており、この民間サービスを二次予防事業通所型の委託先として積極的に活用している。その結果、二次予防事業対象者約 7,500 人に対して、2014（平成 26）年度見込みでは約 500 人（約 7%弱）が受講見込みとなっており、神奈川県内でもトップクラスの受講率となっている。

また、二次予防事業訪問型事業では、高い人口密集度の利点を活かしている。2013（平成 25）年度にモデル地区で開始した訪問型事業では、市の保健師や理学療法士、歯科衛生士が、対象者宅で予防プログラムを実施している。訪問先が集約されているため、主に徒歩で移動でき効率のよい活動となっている。2015（平成 27）年度からは、このメリットを活かし、全市的に事業を展開する予定である。

(2) 住民主体の生活支援について

大和市では、地区社会福祉協議会が市内全域に組織されており、一次予防事業のボランティア育成・活動や見守りの個別訪問、地域のサロン運営などの自主活動を行っており、大和市ではその活動費の支援を行っている。

また、2015（平成 27）年度からは、地区社会福祉協議会による電球交換や庭の草むしりなどの個別支援活動についても、一次予防事業のボランティア育成・活動支援事業の対象として支援を行う予定である。

(3) 地域包括支援センターについて

大和市では、地域包括支援センターの充実に力を注いでいる。

2013（平成 25）年度に地域包括支援センターを 2 か所増設し、国が示すひとつの目安である中学校数と同数となる 9 か所を設置している。

また、2014（平成 26）年度から、すべての地域包括支援センターで地域ケア会議を開催しており、個別課題解決やネットワーク構築、地域課題発見に努めている。

（4）医療・介護連携について

2008（平成 20）年度から、医療関係者や介護関係者、行政等により構成された任意団体の「大和保健医療福祉ネットワーク」が自主的な活動をしており、多職種によるネットワークと顔の見える関係づくりが進められている。2014（平成 26）年 10 月には、大和市長が「健康都市 やまと」の取組みについて講演するなど、行政も参加した連携づくりを推進している。

在宅医療・介護連携推進センターの設置については、委託先を大和市医師会とした調整が始まっており、今後具体的な協力体制を構築していく予定である。

また、同医師会会員に向けた介護保険と在宅医療の研修会も開催しており、顔の見える関係づくりについても進めているところである。

おわりに

2013（平成 25）年 10 月下旬、大和市は高齢化率が 21%を超え、遂に超高齢社会に突入した。日本の高齢化は、世界に類を見ないスピードで進行しているが、大和市では、それを上回る速さになるこ

とも考えられ、活力あるまちを維持することは、これまで以上に重要であり、そのための取組みを確実に進めていかなければならない。

このため、大和市は健康をシティマネジメントの中心に据え、「3つの健康」のもとに約 1,000 にもなるすべての事業を束ねて推進しており、高齢者福祉事業や介護保険事業もこのマネジメントに含まれている。

高齢になると、医療や介護が必要になるリスクが高まる。特に 75 歳を超えると、医療と介護にかかる費用が急激に増えるとともに、日常生活の不安も増してくる。

このため、大和市では高齢者施策の充実を図ってきた。しかし、これは単なる医療や福祉への対応ではなく、市民の生活の「質」を高めることへの対応であり、医療や介護が必要になってしまったら、このマネジメントから外れてしまうこととなってしまうわけではない。

医療や介護が必要になっても高齢者の生活の「質」を高めること、これこそ「健康都市」としての大和市が進める地域包括ケアの形だといえる。

第3章

現地ヒアリング調査を実施して —事例報告—

(公財) 日本都市センター研究室主任研究員
(高松市派遣職員)

新田耕司

はじめに

本研究会では、現場の実態を踏まえた上での議論を行い、調査研究の成果が実際に業務を担当されている方々の参考ともなることを目的として、2014（平成 26）年 9 月から 11 月にかけて、地域包括ケアシステムの構築に関して特徴的な取組みを進めている 4 都市自治体への現地ヒアリング調査を行った¹。

調査先については、できるだけ多くの自治体が参考とできるよう、自治体規模や地域バランスに留意して検討を重ね、大都市圏の自治体から千葉県柏市と埼玉県和光市を、地方圏の自治体から山形県鶴岡市と福岡県大牟田市を調査先として選定した。いずれも、各種報告書等をはじめ、様々な媒体で紹介されている地域の取組みではあるが、本研究会の目的である、実際に現場で地域包括ケアに取り組まれている自治体関係者や専門職の方にとって役立つヒントを探す視点に立ち、調査を行った。

そして、現地調査先の共通点や違いを見出すべく、共通の調査票²を用いて調査を実施することとした。具体的な取組み内容のほか、取組みを始めた経緯、これまでの具体的な成果と今後に向けた課題や展望については、特に注意してヒアリングを行った。

なお、現地調査を行った 4 都市自治体の概要について、概要等を簡単にまとめたものが、表 3-1 である。

¹ 各現地調査の結果については、第 3 回及び第 4 回研究会において事務局より報告を行うとともに、当センターのホームページ上で公開している。
(<http://www.toshi.or.jp/?cat=121>)

² 本書 252-253 頁参照。

表 3-1 現地調査を行った 4 都市自治体の概要

都市名	鶴岡市	柏市	和光市	大牟田市
都道府県	山形県	千葉県	埼玉県	福岡県
都市制度	一般市	中核市	一般市	一般市
人口 (2010年国勢調査)	136,623人	404,012人	80,745人	123,638人
世帯数 (2010年国勢調査)	45,514世帯	162,287世帯	37,385世帯	49,936世帯
高齢化率 (2010年国勢調査)	28.8%	19.9%	14.1%	30.7%
平均寿命(2010年市区 町村別平均寿命)	男性 79.2歳 女性 86.5歳	男性 80.8歳 女性 87.2歳	男性 80.1歳 女性 87.1歳	男性 78.4歳 女性 86.1歳
面積 (2013年国土交通省)	1,311.51km ²	114.90km ²	11.04km ²	81.5km ²
財政規模 (2013年度一般会計決算)	約660.3億円	約1,095.8億円	約230.1億円	約543.5億円
介護保険 (2013年度特別会計決算)	約143.3億円	約 186.4億円	約 30.8億円	約126.3億円
国民健康保険 (2013年度特別会計決算)	約132.7億円	約 403.2億円	約 72.7億円	約168.3億円
後期高齢者医療保険 (2013年度特別会計決算)	約 13.6億円	約 34.4億円	約 5.9億円	約 19.7億円
要介護認定者数	6,811人 (2012年度)	9,303人 (2012年度)	1,103人 (2013.12.31現在)	5,470人 (2014.3.31現在)
要支援認定者数	1,643人 (2012年度)	2,795人 (2012年度)	115人 (2013.12.31現在)	2,201人 (2014.3.31現在)
病院数	7か所 (2012.10.1現在)	17か所 (2013.3.31現在)	5か所 (2013.12.31現在)	25か所 (2011.12.31現在)
市立病院の有無	有	有	無	有
一般診療所数	112か所 (2012.10.1現在)	250か所 (2013.3.31現在)	32か所 (2013.12.31現在)	138か所 (2011.12.31現在)
日常生活圏域数	13圏域	20圏域	3圏域	21圏域
地域包括支援センター 設置数	9か所 (直営1、委託8)	7か所 (全て委託)	5か所 (全て委託)	6か所 (全て委託)
調査年月日	2014年9月24日	2014年10月3日	2014年10月31日	2014年11月20日

(筆者作成)

以下、4 か所のヒアリング調査の結果を報告することとしたい。

1 山形県鶴岡市の取組みについて

(1) 鶴岡市の概要

鶴岡市は、山形県西部の日本海に面した一般市である。同市は、1924（大正 13）年に市制が施行された後、昭和 30 年代に 3 度の編入合併を経て、2005（平成 17）年の 4 町 1 村との新設合併により、約 1,300km²と東北地方最大の面積を有する自治体となり、人口も 13 万人を超え山形県第 2 位となっている。

江戸時代には庄内藩の城下町として栄え、その後は農業や観光等を主要な産業として発展してきた地域であったが、1980 年代からは人口が減少基調に転じ、ここ数年間においても毎年 1,000 人程度の減少が続いている。また、人口減と並行して高齢化も進行している。特にここ 3 年間ほどは、総人口が減少する一方で、高齢者人口が増加しており、2014（平成 26）年には日本生産性本部の日本創成会議・人口減少問題検討分科会により「消滅可能性自治体」とされた。

このような中で、要介護・要支援認定者数も増加の一途をたどっており、介護給付費についても介護サービスを中心に増え続けている。なお、鶴岡市内の日常生活圏域は 13 圏域である。市内に地域包括支援センターは 9 か所設置されており、うち 1 か所が直営、残る 8 か所は一般社団法人鶴岡地区医師会（以下、「鶴岡地区医師会」という。）や社会福祉法人への業務委託により運営されている。

(2) 取組みのきっかけ

鶴岡市では、2006（平成 18）年の地域包括支援センター開設を契機として在宅医療・介護連携に積極的に関わり始めたが、この地域では早くから鶴岡地区医師会や鶴岡市立荘内病院（以下、「荘内病

院」という。) が在宅医療に取り組んでいたことが大きな特徴となっている。

鶴岡地区医師会は、鶴岡市と隣接する三川町を対象とする任意加入の職能団体である。介護保険制度実施前から荘内地区健康管理センターや訪問看護ステーションを開設しており、2000（平成 12）年の介護保険制度実施後も、介護老人保健施設、在宅サービスセンター、在宅介護支援センターといったハード的施設の開設・運営や、地域電子カルテの開発・運用をはじめとしたソフト的事業の実施など、在宅医療に関する事業を幅広く手がけてきている。さらに、2011（平成 23）年には在宅医療連携拠点事業室「はたる」を設置し、多職種連携の支援にも取り組んでいる。

また、荘内病院は、1913（大正 3）年開設の公立病院である。非常に歴史のある病院であるとともに、現在も地域の基幹病院として機能している。2003（平成 15）年に現在の新病院移転とともに、地域医療室という部署名を地域医療連携室に改名し、地域のかかりつけ医との連携や多職種間の連携に取り組んできている。

こうした中で、鶴岡市も 2008（平成 20）年に開催した介護支援専門員を対象とした研修会の場で、医療機関との連携に関する不満が多く出されたことをきっかけとして、医療と介護の連携推進に本格的に力を入れることとなった。まず、具体的な取組みを始める準備段階として、市直営の地域包括支援センターが中心になり、病院看護師や介護支援専門員を対象とした「医療介護連携に係る実態調査」を実施した。こうした準備段階においても、鶴岡地区医師会や荘内病院から有形無形のサポートがあったと思われる。

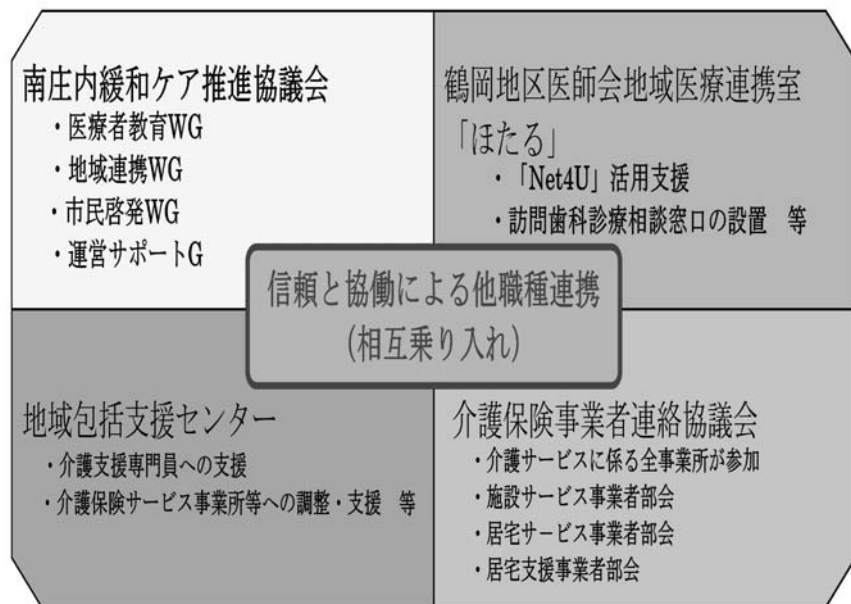
そして、2008（平成 20）年からの 3 年間にわたって、厚生労働省の戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)」

に地域全体で取り組んだことが、その後の活動に大きな影響を与えているようである。なお、OPTIM 自体は 2010（平成 22）年度で終了しているが、鶴岡市（及び三川町）エリアでは、現在も「庄内プロジェクト」として、緩和ケアの取組みが継続されており、そのことが、地域包括ケアシステム構築のための仕組みとしても有効に作用しているようであった。

（3）主な取組み内容

鶴岡市における取組みについては、4 つの核となる組織が「相互乗り入れ」しながら全体的な取組みを進めているということと、関係職種への丁寧な実態調査や研修を重ねているということが、大きな特徴として挙げられるのではないだろうか。

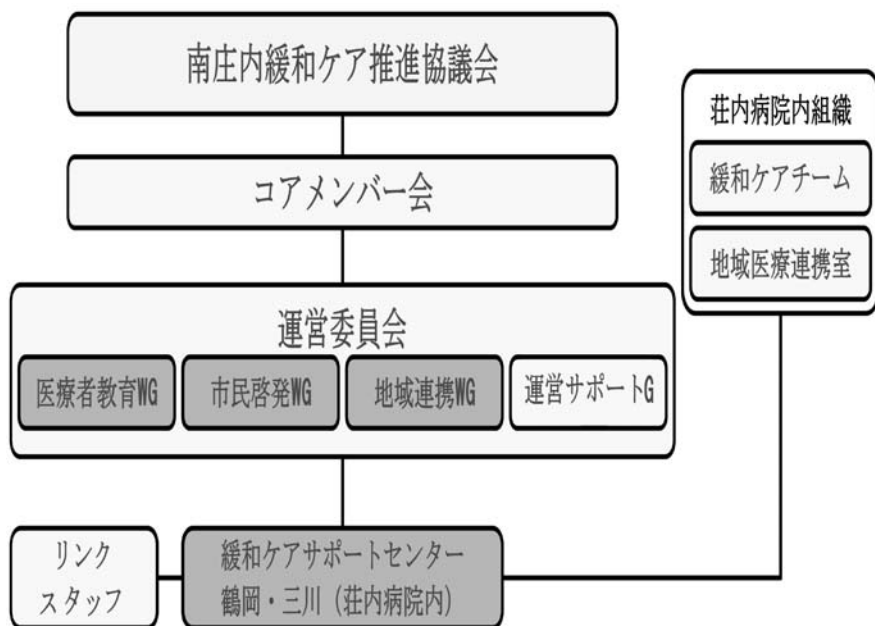
図 3-1 鶴岡市における多職種連携（相互乗り入れ）



（鶴岡市からの提供資料を基に、筆者作成）

4つの組織とは、鶴岡地区医師会（地域医療連携室「ほたる」）、介護保険事業者連絡会、地域包括支援センター、そして、OPTIM「庄内プロジェクト」の活動が母体となっている「南庄内緩和ケア推進協議会」である。なかでも、「南庄内緩和ケア推進協議会」には、医師会・歯科医師会・薬剤師会のほか、行政組織や病院、関係する専門職種等が参加している。同協議会では、全体的な方向性等を協議する「コアメンバー会」のもとに、医療者教育、地域連携、市民啓発の各ワーキンググループ等が活動しており、多職種協働で地域包括ケアを進めていくためのエンジンのような存在になっているようである。

図 3-2 鶴岡市における多職種連携（相互乗り入れ）



（鶴岡市からの提供資料を基に、筆者作成）

また、関係職種への丁寧な実態調査や研修としては、先に述べた

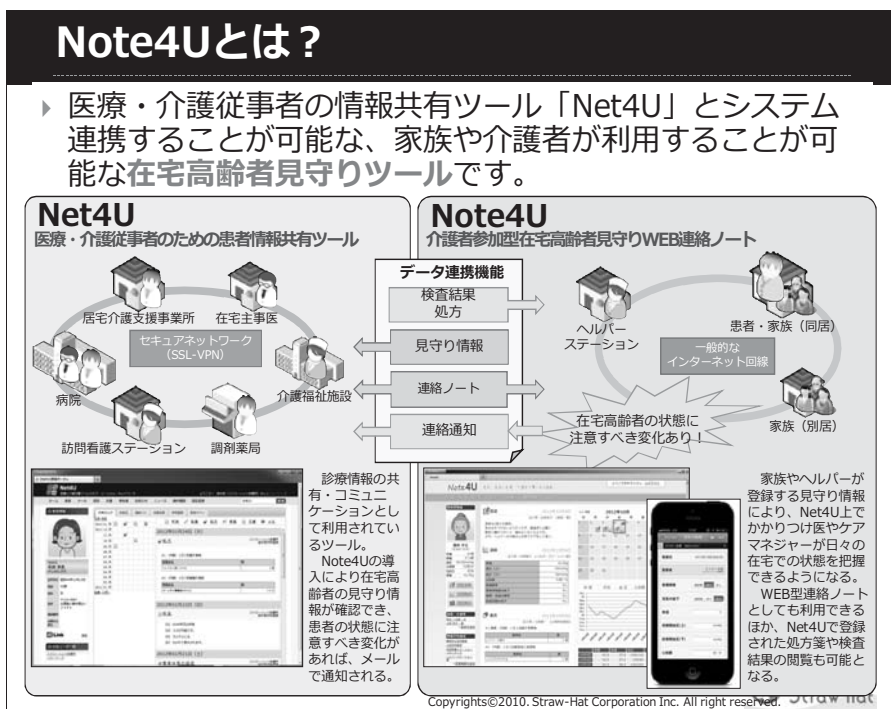
病院看護師や介護支援専門員を対象とした「医療介護連携に係る実態調査」を皮切りに、介護施設、病院病棟看護師、医療機関、介護支援専門員等を対象に、実態調査を重ねて、課題の抽出を進めている。また、多職種合同の研修についても豊富なメニューが用意されている。なかでも、200 人規模で専門職が一堂に会する「医療と介護の連携研修会」では、毎回設定されるテーマに基づいた事例報告やグループワークを通して、相互理解や「顔の見える」関係づくりが進められている。なお、まずは同職種でのレベルアップや連携を図った上で、多職種連携に発展させる方針のもと、各種の研修スケジュールを組んでいるようであった。

そして、特徴的な取組みとして、各種の医療・介護連携様式の活用がある。例えば、「入院前状況報告書」は、ケアマネージャーが、対象者についての、介護保険利用状況をはじめ、ADL・IADL、居宅環境や家庭状況等を記載して、入院先医療機関に情報発信するためのものである。また、「介護保険利用者情報提供書」は、主治医が、対象者の治療状況や必要と考える介護福祉サービス等を記載して、担当ケアマネージャーに情報発信するためのものである。様式は2014（平成 26）年度現在で 11 種類あり、ケアマネージャーが作成者となる様式が多いという面はあるが、医療・介護双方からの情報発信を行うための仕組みとして利用されているようである。

そして、鶴岡地区医師会が運用している地域電子カルテ「Net4U」、
「Note4U」の存在も大きいと思われる。「Net4U」は、病院、診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局、歯科診療所、介護系事業所（ケアマネージャー）等が、対象者の情報を共有できる電子システムであり、2001（平成 13）年から運用されている。また、「Note4U」は、対象者の家族、ヘルパー等が在宅での本人の状況を共有できる

システムであり、2013（平成 25）年から運用されている。なお、「Note4U」は、「Net4U」と連携が可能であり、本人・家族と医療者・介護者との情報共有を進めることのツールとして普及してることが期待されていた。

図 3-3 Net4U・Note4U による情報共有



（出典：鶴岡地区医師会提供資料）

その他にも、鶴岡地区医師会では、各種の実態調査や研修の実施をはじめ、在宅医療地域資源マップの作成等による情報発信、専門職種を対象とした相談等にも取り組んでいる。

また荘内病院は、OPTIM（庄内プロジェクト）において中心的な役割を担っており、現在も院内に専門医療スタッフによる「荘内病院緩和ケアチーム」が設置されている。このチームでは、対象患者

の把握と対応、外来時におけるオピオイド導入の説明、リンパマッサージ、定期カンファレンスの開催、また、院外からの依頼があればコンサルテーションも行う。そして、事務局の緩和ケアサポートセンター鶴岡・三川では、院内緩和ケアコンサートや患者・家族会の開催等の活動を行っている。

(4) これまでの成果と今後に向けた課題・展望

こうした取組みを進めてきた結果、鶴岡市では、在宅ケア関係者間の「顔の見える関係づくり」が相当に進んできているようである。2012（平成 24）年度に実施した「介護支援専門員業務実態に関するアンケート」の調査結果によれば、「入院前状況報告書」を「活用している」と回答した介護支援専門員は 83.7%に達している。また、在宅医療に関する病院や診療所の情報を個票化して冊子にまとめた「在宅療養者支援のための連携シート」を介護事業所管理者の 62.5%が「ときどき活用して役に立っている」と回答している。そして、OPTIM（庄内プロジェクト）として地域全体が緩和ケアに取り組んだ結果として、専門的スキルの向上、多職種間連携の深化、市民意識の底上げ等が認められるとのことであった。

今後については、地域包括ケアシステムを、高齢者だけではなく市民全体を対象として構築していくことの検討や、高齢化と過疎化の同時進行に伴う担い手不足等が課題として挙げられていた。そして、直接的なケアについては高いスキルと意識を持った専門職が中心となる一方で、行政の役割としては、地域包括ケアシステムのグランドデザインを明確に描き、その実現のための政策立案や関係機関間の調整等を行っていくことと認識しているようであった。

2 千葉県柏市の取組みについて

(1) 柏市の概要

柏市は、千葉県の北西部に位置する都市である。1954（昭和 29）年 9 月に柏町、田中村、土村及び小金町が新設合併により東葛市となり、同年 11 月に柏市と改称した。2005（平成 17）年 3 月に隣接する沼南町を編入合併し、2008（平成 20）年 4 月には中核市へ移行している。面積は約 114k m²と千葉県内では中位の広さを有し、人口は 40 万人を超えており千葉県内第 5 位となっている。

江戸時代には農村地帯であったが、明治時代以降、柏駅を中心に交通の結節点として発展してきた。特に 1960 年代以降は、UR（独立行政法人都市再生機構）の大規模開発等により、東京のベッドタウンとしての性格が強まったことにより、急速に人口が増加し、現在も微増傾向にある。

しかし、高度成長期にベッドタウンの住民となった層を中心として徐々に高齢化も進行しており、高齢化率は 22%を超えている。それに伴って、要介護・要支援認定者数や介護給付費についても増加を続けている状況にある。なお、柏市内の日常生活圏域は 20 圏域である。市内に地域包括支援センターは 7 か所設置されており、すべて業務委託により運営されている。

(2) 取組みのきっかけ

柏市では、2004（平成 16）年から、UR により高度成長期に開発された豊四季台団地の建て替えが始まっていた。同団地では竣工直後に子育て世代が一斉に入居したこともあり、市内でも突出して高齢化が進行していた地域でもあったことから、UR でも高齢化社会

に対応できる団地のあり方を検討していた。それと前後して、2000（平成 12）年には、東京大学柏キャンパスが開設されていた。同キャンパスでは、学術成果の地域社会への還元が重視されており、特に、2006（平成 18）年に設置された高齢社会総合研究機構は、高齢社会の諸課題を学際的に解決することを目的とした活動に取り組み始めていた。

こうした中で、2009（平成 21）年に、柏市、東京大学高齢社会総合研究機構、UR の三者により「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」が設置された。同研究会では、定期的な研究会に加えて、市民向けシンポジウム等を開催した後、具体的な施策を進めるために 2010（平成 22）年に三者協定を締結した。それ以後、豊四季台団地とその周辺地域で進められている、産（UR）・学（東京大学）・官（柏市）の協力・協働による超高齢社会・長寿社会に対応したまちづくりは、柏市における取組みの大きな特徴となっている。

また、柏市では「第 5 期柏市高齢者いきいきプラン 21」の策定に向けて 2011（平成 23）年度に高齢者や介護サービス事業者等を対象に基礎調査を行った。この調査結果を基に、市民・医療職・介護職・行政で行った議論によって抽出された「専門領域外への不安」や「相談する際の心理的負担」といった悩みや課題について、同計画に具体的な解決方針を盛り込むこととなり、全市的にも地域包括ケアシステムの構築が進められてきている。

なお、柏市の行政組織内部においても、全国平均や千葉県平均よりも高い病床利用率への危機感から、在宅医療推進という方針が立てられた。そして、2010（平成 22）年に在宅医療推進を行う部署として健康福祉部内に福祉政策室が設置されたことにより、本格的に地域包括ケアの構築に取り組む素地がつくられたようである。その

後、福祉政策室の体制は人員増や専門職配置等により強化され、2014（平成 26）年度からは福祉政策課に改組されている。

（3）主な取り組み内容

柏市では、東京大学のプロジェクトと密接に連携して、高齢者に関する施策を展開していることが大きな特徴となっている。そして、在宅医療に関しては、医師の負担軽減、在宅医の増加と多職種連携の推進、情報共有システムの構築、市民への啓発・相談・支援、という 4 つの枠組みで取り組みを進めている。

第 1 に、在宅医療における医師の負担軽減を図るために、かかりつけ医のグループ化や、病院と診療所の連携体制強化等を進めている。このうち、かかりつけ医のグループ化とは、複数の診療機関が「主治医・副主治医」というかたちで相互協力して訪問診療を提供するという取り組みである。柏市医師会の在宅プライマリ・ケア委員会が中心となって、2012（平成 24）年から試行的に実施した結果を踏まえて、市内の 3 エリア化や副主治医の役割を緩やかにすることなどの修正を加え、2014（平成 26）年度から本格的に実施している。特に、副主治医による主治医のサポートにより、医師の直接的・心理的な負担を軽減し、在宅医療へのハードルを下げる効果を狙っているようであった。

図 3-4 「主治医・副主治医制」(グループ化)

1 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築

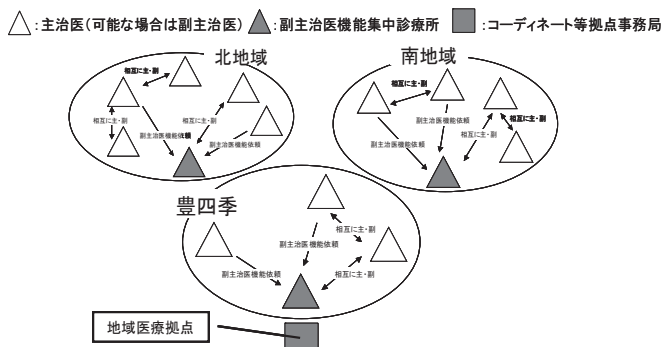
①かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ(主治医・副主治医制)

○ 共同で地域全体を支える体制の構築

→ 1つの診療所が数多くの患者を支えるだけでなく、多くの診療所が少しずつ支える事で多くの患者を支えるシステムを構築(「点」から「面」に)

○ 主治医・副主治医の仕組みの構築

→ 主治医(患者を主に訪問診療する医師)と副主治医(主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師)とが相互に協力して患者に訪問診療を提供



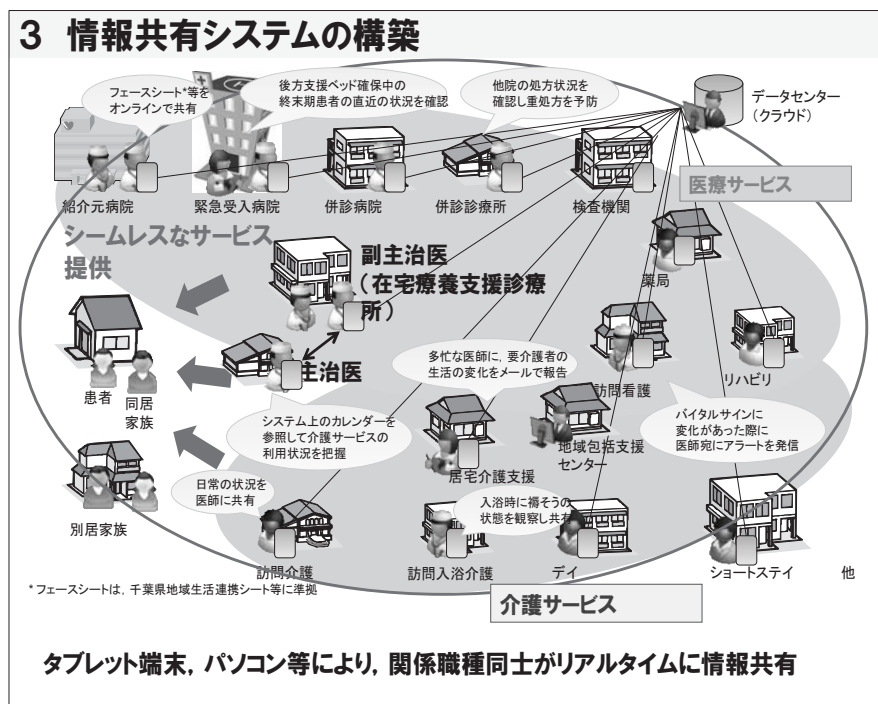
(図の出典: 柏市提供資料)

第2に、在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進として、在宅医療多職種連携研修会を開催や看護師復職フェア・訪問看護フォーラムの開催等を行っている。在宅医療多職種連携研修会は、医師や在宅医療関係専門職を対象に、柏市と柏市医師会の主催により2011(平成23)年度から実施されている。医師の参加者に限られてはいるが、実際の在宅医療の現場に同行できるメニューも用意されており、非常に好評を得ているとのことであった。また、看護師復職フェアは、結婚・出産・育児等で職場を離れている看護師・准看護師を対象に、柏市訪問看護ステーション連絡会との協力により、2012(平成24)年度からの2年間で4回開催されたものである。幼稚園や小中学校でチラシを配布するなどの工夫により、61人

の参加があり、うち 21 人が訪問看護ステーション等の医療機関へ就職した。

第 3 に、情報共有システムの構築として、在宅医療の関係職種同士がリアルタイムに情報共有できるシステムを、3 年間の試行期間を経て 2014（平成 26）年から本格稼働させている。柏市が開発企業と一括利用契約を結ぶことで事業者の金銭的負担をなくし、利用のハードルを低くしている。希望する在宅医療利用者からの同意を得た上で、事業者も個人情報に関する誓約書を提出し利用可能となる仕組みとなっており、現在約 180 事業者が利用している。これは、柏市内の医療・介護等関係事業者数の 20%弱にあたる。

図 3-5 情報共有システムの構築



(図の出典：柏市提供資料)

第4に、市民への啓発・相談・支援として、各地域に出向いての丁寧な市民説明会や意見交換会の開催や、広く市民を対象とした在宅ケア市民集会の開催等により、在宅ケアに関する意識を高めようとしている。また、在宅医療情報誌「わがや」を、2013（平成25）年から不定期に発行し、多くの住民の目にもとまるように、新聞折込を利用して、全戸に配布しているそうである。

さらに、こうした取組みを進めていくための拠点として、2014（平成26）年には、豊四季台団地の一角に柏地域医療連携センターを開設した。同センターでは、柏市の福祉政策課（在宅医療支援担当）のほか、医師会・歯科医師会・薬剤師会の各事務所も設置されており、まさに「顔の見える」関係が体现されている中で、各種連携が進められているようであった。また、同センターには200人程度を収容できる会議室があり、そこで毎月開催されている市民公開講座は、常にほぼ満席になるそうである。

なお、豊四季台団地における東京大学やURとのプロジェクトでは、在宅医療の他に高齢者の生きがいや住まいに関する問題も研究対象としている。なかでも、「生きがいづくり」については、地元企業との協力を得ながら「生きがい就労」に取り組んでおり、延べ200人以上が参加しているとのことであった。

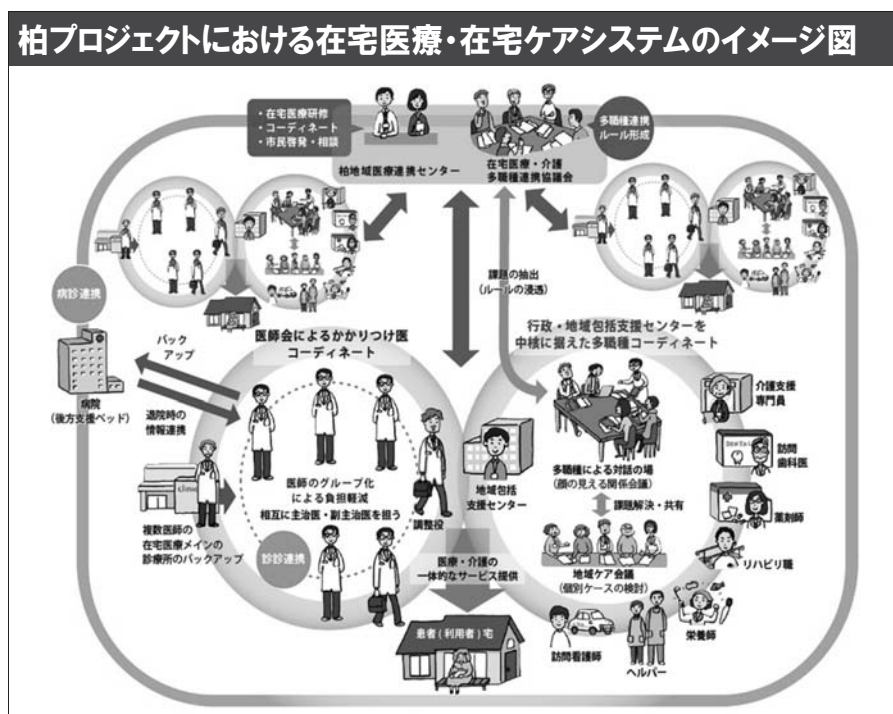
（4）これまでの成果と今後に向けた課題・展望

こうした取組みの結果、柏市内の診療所の医師に自宅で最期を看取られた人が、2010（平成22）年の53人から2012（平成24）年には110人に増加している。ただし、在宅医療であっても、容態の急変等により最後は病院で亡くなる人も多いことから、看取りには至らなくとも在宅医療の介入実績を評価する仕組みを検討している

とのことであった。また、やはり東京大学の存在というものが非常に大きく、現在のプロジェクトが終了した後、どのように取組みを発展させていくかということが重要な課題となっているようである。

今後については、「主治医・副主治医制」を全市的に展開し、多職種が連携する際のルールを確立するなどして、在宅医療・在宅ケアのシステムを完成したいとのことであった。そして、行政としては、直接のケアは専門職にある程度委ねて、関係機関間の調整役と、住民への意識の浸透を図ることの2つの役割を重視しているようであった。

図 3-6 情報共有システムの構築



(図の出典：柏市提供資料)

3 埼玉県和光市の取組みについて

(1) 和光市の概要

和光市は、埼玉県の南端に位置する都市である。1943（昭和 18）年に新倉村と白子村との合併により大和町となった後、1970（昭和 45）年 10 月に市制施行に伴い和光市に改称した。面積は約 11k m² と埼玉県内では 3 番目に小さく、人口は約 8 万人で埼玉県内 40 市中 28 位となっている。

江戸時代から川越街道の白子宿が置かれていたことや水運業が盛んだったこともあり、古くから東京（江戸）との関係が強く、昭和初期の鉄道駅の開業は、さらにその傾向を強めることとなった。特に高度成長期以降は、UR の大規模開発や公務員官舎の建設等により、急速に東京のベッドタウン化が進み、人口は現在も増加傾向にある。

現在の高齢化率は約 15%前後で、全国平均を大きく下回っているが、上昇傾向にあることは同様である。しかし、介護予防を中心とした独自の施策を実施し、要介護・要支援認定率の抑制に成功している。なお、和光市の日常生活圏域は 3 圏域である。市内に地域包括支援センターは 5 か所設置されており、すべて業務委託により運営されている。

(2) 取組みのきっかけ

和光市では 2000（平成 12）年頃から、日常生活にも支援の必要性が高いハイリスクな高齢者への対策が課題となっていた。そして、この課題を解決し、介護保険法（平成 9 年 12 月 17 日法律第 123 号）2 条 2 項の「保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の

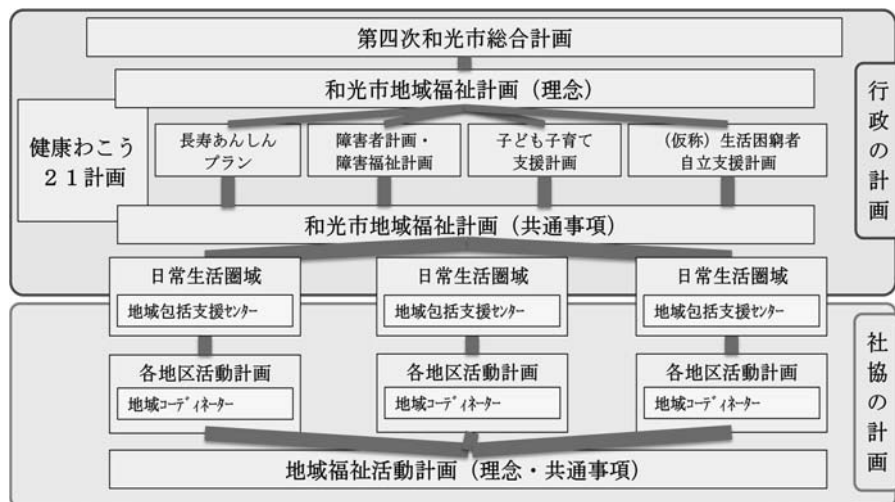
防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。」、同法4条の「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。」といった理念を具現化するために、2001（平成13）年頃から介護予防を中心とした包括的ケアに取り組み始めることとなった。

そして、2002（平成14）年には、「介護予防前置主義（元気高齢者の多い街）」、「介護保険（居宅介護の限界点の追求）」、「地域視点（地域特色勘案・ネットワーク構築）」、「権利擁護（身上監護を基本に）」という4つの基本方針を提唱した上で、翌2003（平成15）年に「長寿あんしんプラン」を策定し、計画的に具体的な施策を実施していくこととなった。同時に、高齢者福祉課と介護保険課の統合により新設された長寿あんしん課が、介護保険を含めた総合的な高齢者施策を担当することとなった。なお、2014（平成26）年には、保健福祉部内の社会保障プロジェクトチームを母体として、福祉政策課が設置され、政策調整や困難事例等の個別調整を担当している。

このように、自治体が施策の目的を明確化させた上で、総合計画や地域福祉計画の実施というマクロ的な視点と、個々の要介護者等への支援というミクロ的な視点との融合を図りながら、地域包括ケアの構築に取り組んでいることが、和光市の大きな特徴であるといえる。また、適切な目的を設定するために、市内の全高齢者を対象として日常生活圏域ニーズ調査を実施し、その結果を詳細に分析した上で、「長寿あんしんプラン」に基盤整備に必要な施設等の具体的

数量を記載していることも注目される。そして、2014（平成 26）年度から、特別養護老人ホームの設置認可事務の権限を埼玉県から権限移譲されていることも、大きな特徴のひとつである。

図 3-7 地域包括ケアシステムに関する政策体系



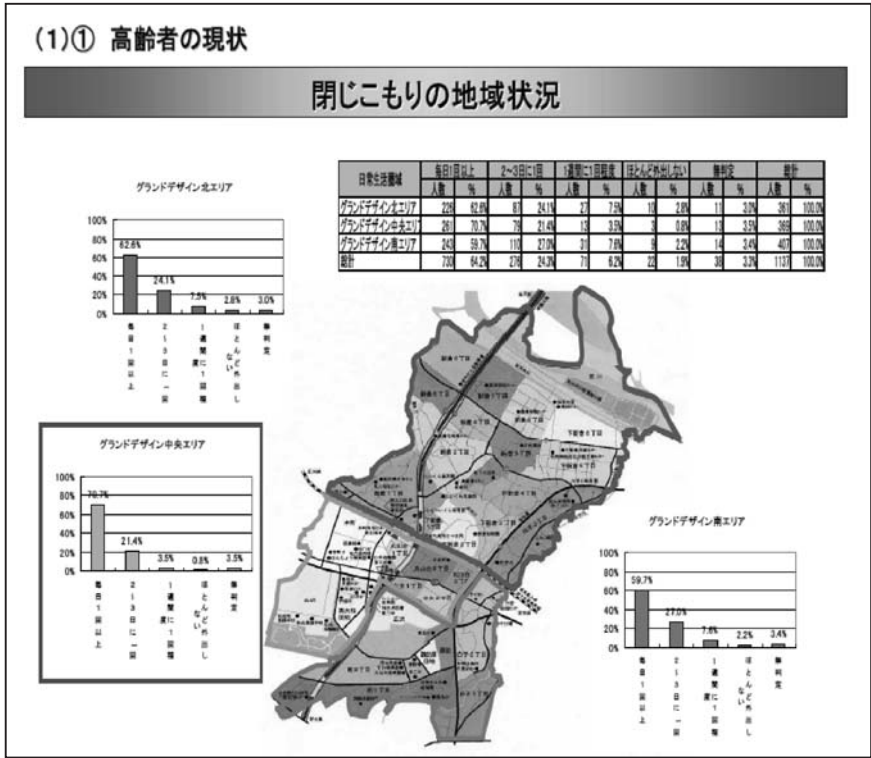
（和光市からの提供資料を基に、筆者作成）

（3）主な取り組み内容

介護保険事業計画の策定に際しては、日常生活圏域ニーズ調査（以下、「ニーズ調査」という。）の実施が義務づけられている。和光市では、市内のすべての高齢者を対象として、個人個人の身体機能・日常生活機能から住まいの状況や認知状況等に至るまで詳細なニーズ調査を行っている。和光市のニーズ調査は、1年間に1圏域の全高齢者を対象として、郵送で調査票を送るところから調査が始まる。そして、回収段階で未回答世帯に民生委員や認知症サポーター、介護予防サポーター等が全戸訪問する中で、「ハイリスク」の高齢者を把握していくそうである。そして、3年間かけて市内全域をカバー

したニーズ調査によって得られた、市内すべての高齢者個人個人の健康面や生活面の課題を積み上げることにより、地域ごとの課題を抽出し、それに基づいて必要な基盤整備等を進めているのである。介護保険事業計画に各地域のサービス供給量を定めているだけでなく、その裏付けとして、綿密なニーズ調査を行っていることが、行政がリーダーシップを発揮する際の大きな武器となっているようである。また、抽出された地域課題については「見える化」を行った上で、各種説明会等を通じて地域住民への浸透も図っている点が注目される。

図 3-8 日常生活圏域ニーズ調査結果の「見える化」①

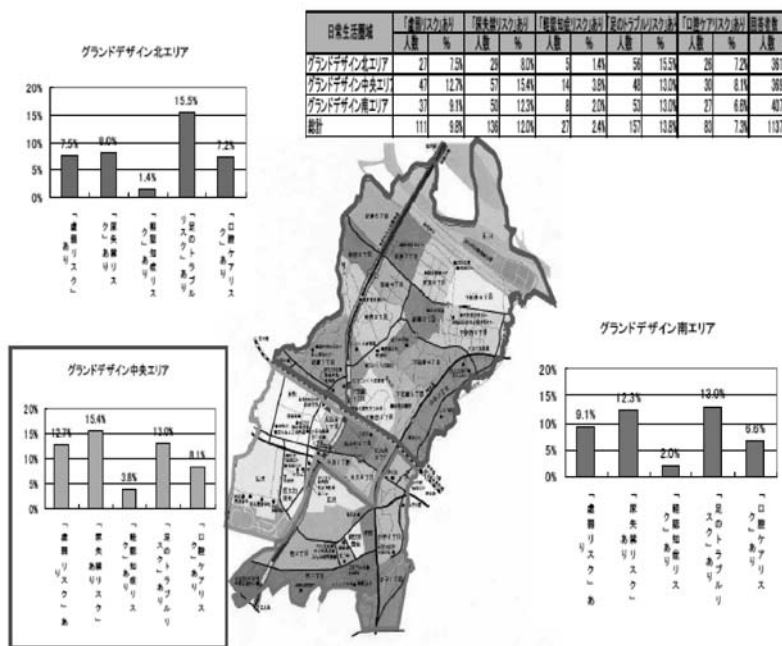


(図の出典:「高齢者障害者共生型施設基盤整備型事業に関する近隣住民説明会」資料)

図 3-9 日常生活圏域ニーズ調査結果の「見える化」②

(1)① 高齢者の現状

地区別認知症リスク等の状況(ニーズ調査)



(図の出典:「高齢者障害者共生型施設基盤整備型事業に関する近隣住民説明会」資料)

また、介護保険料を数百円上乘せし、栄養マネジメント付き配食サービス、地域送迎サービス、紙おむつ等サービスを、介護保険事業の特別給付として実施していることも大きな特徴といえよう。特別給付という介護保険事業計画の枠組みでのサービスとなることから、先述した和光市の 4 つの基本方針の反映が可能となっている。また、財源が介護保険料であることから、一般財源への負担が少なく、市内部での理解も得られやすいようである。なお、一般的な高

高齢者施策についても、介護保険制度を支援する目的で実施しているものが多くあり、家賃助成の対象にグループホーム等を対象に加えていることなどが挙げられる。

そして、和光市では、基本方針の筆頭に介護予防前置主義を挙げていることからわかるように、特に予防に重きを置いている。例えば、通所系サービスでは、小規模多機能型居宅介護にパブリックスペース併設を義務づけており、そこで各種の介護予防プログラムを実施することで、高齢者の閉じこもりを防ぎ、日常生活機能の維持にも努めている。また、訪問系サービスでは、生活援助サービスと予防サービスからなる「介護予防ヘルプ」を、専門職の介護予防ヘルパー地域住民のボランティアである介護予防サポーターが協力して実施している。両者とも、和光市が実施する独自研修の受講が義務づけられているので、ここでも基本方針に沿った内容で、サービスが提供される仕組みがつくられている。

専門職の人材育成ということにも力を入れており、最終的には地域包括ケアに関係する専門職から、地域ニーズや社会資源の評価・改善・開発を行えるような人材が出てくることをめざしている。そして、人材育成の場として、地域ケア会議である「コミュニティケア会議」での実際の事例検討を、OJTの場として重視していることも注目できる。そのコミュニティケア会議は、市全体のものと各圏域のものとの2段階となっており、後者は地域包括支援センターが主催している。なお、各地域包括支援センターには、いずれも5名の職員が配置されている。このうち2名は看護師と管理栄養士であり、認知症や障害者の人にも対応できるように、和光市が独自の基準で配置しているものであった。

(4) これまでの成果と今後に向けた課題・展望

こうした取組みの結果、和光市の要介護認定率は、2006（平成18）年の12.0%から、2013（平成25）年の9.4%に低下してきている。また、市民に課せられる介護保険料についても、第4期（平成21～23年度）の3,624円から第5期（平成24～26年度）では3,605円に減額されている。なお、市内の北部エリアでは、地域包括ケアシステムがほぼ完成しつつあるとのことであった。

今後については、高齢化の進行に伴う疾病や要介護度の重症化をいかに予防していくかということが課題として挙げられていた。また、要介護予備軍でもあり大きなマンパワーでもある、団塊の世代の関心を高めるための、効果的な情報発信の方法を検討し始めているとのことであった。そして、地域に密着した小規模小規模多機能型居宅介護やサービス付き高齢者向け住宅を、これからも地域包括ケアシステムの中核的施設として捉えており、行政の役割としては、全体的な方向性をリードしていき、関係や地域住民との「規範的統合」を図っていくことに重きを置いているようであった。なお、地域包括ケアシステムは、本来は高齢者だけを対象とするものではないので、地域包括支援センターについても、障害者や生活困窮者も対象とする統合的な施設として再構築することを検討しているとのことであった。

4 福岡県大牟田市の取組みについて

(1) 大牟田市の概要

大牟田市は、福岡県南西端の有明海に面した一般市である。1917（大正6）年に市制が施行された後、1929（昭和4）年と1941（昭

和 16) 年に周辺町村を編入合併した他、公有水面埋立て等により、現在は約 80km²の広さを有し、面積的には福岡県内 28 市の中位に位置している。人口は約 12 万人であり、福岡県内第 5 位となっている。

江戸時代中頃から三池炭鉱で採炭が始まり、明治以降は炭鉱のまちとして発展してきた地域である。最盛期には人口 20 万人を超えていたが、石炭産業の斜陽化に伴い、1960 (昭和 35) 年を境に人口減少に転じ、特に 1997 (平成 9) 年の炭鉱閉山後はその傾向が顕著となっている。また、人口減と高齢化が同時進行しており、高齢化率は 33%に迫っており、福岡県や全国の平均値を大きく上回っている。なお、大牟田市も鶴岡市と同様に、日本生産性本部の日本創成会議・人口減少問題検討分科会により「消滅可能性自治体」とされている。

このような中で、要介護・要支援認定者数も増加の一途をたどっており、特に 2009 (平成 21) 年から 2011 (平成 23) 年にかけて、認定者数・認定率ともに大幅に上昇している。なお、大牟田市内の日常生活圏域は 21 圏域である。市内に地域包括支援センターは 6 か所設置されており、すべて業務委託により運営されている。

(2) 取組みのきっかけ

大牟田市では 2000 (平成 12) 年の介護保険制度の開始を前に、関係機関や職員のネットワークづくりやサービス向上を目的として、大牟田市介護支援専門員連絡協議会や大牟田市介護サービス事業者協議会が設立された。当時、大牟田市では、炭鉱閉山による現役世代の転出や高齢者単身世帯の増加により、全国平均を上回る勢いで高齢化が急速に進行していた。そのことが、当時の地域社会全体に

危機感をもたらしており、介護保険実施に当たっての関係者の早い動きの要因ともなっていたようである。

両協議会とも、大牟田市の担当職員が事務局業務を担いつつ勉強会にも参加することで、関係者との「顔の見える関係」づくりを進めることができたようである。そして、勉強会や研修の場で議論を行う中で、認知症の人やその家族への対策の重要性が認識されだしたことを受け、2001（平成 13）年には介護サービス事業者協議会内に「痴呆ケア研究会（現 認知症ライフサポート研究会）」が設置され、認知症ケアの質向上に向けた実践的な活動が始まった。また、大牟田市も国や県の補助金を活用しながら、2002（平成 14）年から「地域認知症ケアコミュニティ推進事業」を実施することとなり、認知症コーディネーター養成研修等、様々な施策に取り組んでいる。このように、多職種協働による認知症やその家族への取組みが重視されていることは、大牟田市における取組みの大きな特徴のひとつといえる。

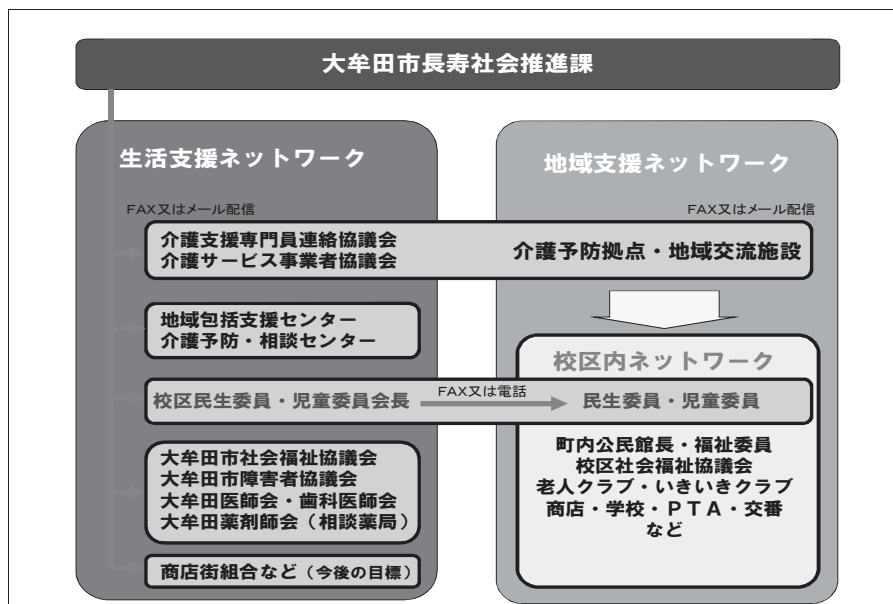
また、行政や関係機関の動きとは別に、駛馬（はやめ）南校区の住民たちが「自分たちの住んでいる地域から、徘徊死や孤独死をなくしたい」という思いから、「はやめ南人情ネットワーク」という自主組織をつくり徘徊模擬訓練を始めるという住民主体の取組みの流れがあったことも、大牟田市における取組みの大きな特徴であるといえよう。なお、同校区では従来から住民の自主的活動が活発であったことや、行政も「向こう三軒両隣り作戦」のような、地域のつながりを重視した施策を実施していたことが、こうした住民主体の動きが広がる背景となっていたようである。

(3) 主な取組み内容

現在、大牟田市では、認知症ケアコミュニティ推進事業、地域密着型サービスの充実、地域包括支援センターの充実という3つの柱で、地域包括ケアシステムの構築が進められている。

第1の柱である認知症ケアコミュニティ推進事業は、「すべての市民が認知症について正しく理解し、地域全体で正しい理解を深め、認知症の人とその家族を地域全体で支え、誰もが安心して暮らせる地域づくり」ことを目的としている。多職種協働・多世代交流・地域協働をキーワードに、人づくりのための認知症コーディネーター養成講座、早期支援のためのもの忘れ予防・相談検診や介護予防教室、理解啓発のための小中学校の絵本教室や認知症サポーター養成講座、地域づくりのための徘徊模擬訓練等が実施されている。近年、特に注目を集めている徘徊模擬訓練は、大牟田警察署が事務局を担っている「大牟田地区高齢者等 SOS ネットワーク」と地域住民組織とが連携して行われている取組みである。前述のとおり、駛馬南小学校区で始まったものであるが、訓練を行った結果、近隣校区との協力の必要性が認識されたことから、市内の他の校区にも広がっていき、2007（平成19）年からは市内全域の取組みとなっている。また、模擬訓練の企画・運営は、小学校区ごとに地域住民を中心に設立された校区実行委員会が担い手となり、行政や関係機関はそれを支援する役割を担っていることも特徴である。こうした SOS ネットワークの取組みは、現在では大牟田市内だけの取組みに留まらず、2012（平成24）年からは福岡県南部や熊本県北部の自治体とも連携し、広域で実施されるようになってきている。

図 3-10 高齢者等 SOS ネットワーク(校区内ネットワークの構築)



(大牟田市提供資料)

第 2 の柱である地域密着型サービスの充実については、認知症ケアコミュニティ推進事業を進める中でコミュニティベースでの支援の必要性が高まっていたことを受け、2005（平成 17）年の介護保険制度の改正を契機に、広域を対象とする大規模施設整備中心から身近な生活圏域を対象とする小規模多機能型居宅介護の整備中心に方針を転換したことに始まる。これにより、大牟田市では、小規模多機能型居宅介護事業所を 1 小学校区に 1 事業所設置を目標に掲げ、整備を促進してきた。なお、大牟田市におけるコミュニティ活動は従来から小学校区が基本となっている。前述の徘徊模擬訓練の校区実行員会もそうであり、日常生活圏域についても、実態に即して小学校区としているそうである。また、大牟田市では、地域密着型サービスに関する独自基準に、例えば、小規模多機能型居宅介護や認

知症対応型共同生活介護（グループホーム）への「介護予防拠点・地域交流拠点の併設」や「認知症コーディネーター研修修了生の配置」を義務づけていることが大きな特徴である。これにより、高齢者の社会参加や地域社会全体によるケアの実現を促すとともに、サービスや支援の質を確保している。認知症コーディネーター研修修了生は、事業所の代表として参加する専門職を対象とする認知症コーディネーター養成講座を修了した者であり、各施設において認知症ケアの中核的存在として活動している。

図 3-11 小規模多機能型居宅介護事業所マップ



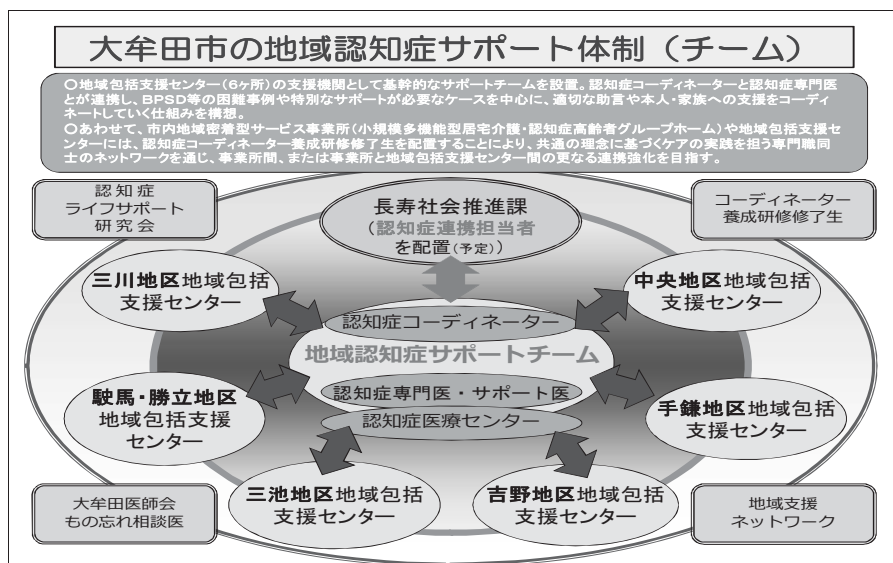
(大牟田市提供資料)

第 3 の柱である地域包括支援センターの充実については、要介護等認定者数や介護給付費の急増により、2012（平成 24）年度に第 1 号被保険者保険料が大幅増額となったことを受け、介護予防ケアマネジメントの確実な実施や地域連携ネットワークの構築の必要性が

高まってきた中で出された方針である。具体的には、2012（平成24）年に地域包括支援センターを2か所新たに開設し、市内6か所体制となった。なお、いずれのセンターについても、委託による運営となっているが、地域住民が身近に感じ、気軽に相談できるよう、市役所又は公民館といった公共施設内に設置されている。あわせて、必ず認知症コーディネーター研修修了生が配置されていることが特徴となっている。

そして、医療と介護の連携強化や地域における認知症支援体制を構築することを目的に、試行期間を経て、2011（平成23）年からは、専門医・認知症医療センター医師・介護職・看護職・市の担当者による「地域認知症サポートチーム」が設置され、困難案件の解決をはじめ、各種相談やアドバイス、地域住民への啓発活動等に取り組んでいる。

図3-12 小規模多機能型居宅介護事業所マップ



（大牟田市提供資料）

(4) これまでの成果と今後に向けた課題・展望

こうした取組みにより、徘徊模擬訓練参加者 3,083 人（2014（平成 26）年度実績）、認知症コーディネーター養成研修修了者 95 人（2014（平成 26）年 8 月末時点）、認知症サポーター 11,120 人（2014（平成 26）年 6 月末時点）といったように、大牟田市における認知症の人を支える人的資源は、着実に増加しており、また、そのネットワーク（面的な支援体制）の構築も着実に進んでいる。これは、関係機関や地域住民の間に認知症対策の必要性、そして、認知症を通したまちづくりの目標像が浸透していることの表れともいえよう。また、地域包括支援センターでの相談件数や「もの忘れ予防・相談検診」受診者数の増加からは、日常生活を送る上で介護や認知症といった悩みごと等について相談できる機関の認知度が高まってきていることを読み取ることもできる。

今後については、高齢化の進展とともに、高齢者単身世帯・高齢者のみの世帯・認知症高齢者人口の増加が見込まれることから、これまで以上に行政・関係機関・地域住民などが連携を深めていくことが課題となっているようである。大牟田市では、小学校区単位で活発に行われている地域住民の活動を積極的に支援し続けることで、地域社会全体で認知症の人と家族を支えていくという方向性のもと、各種の取組みを充実させていきたいとのことであった。

おわりに

以上、本研究会で現地ヒアリング調査を行った 4 都市自治体における、地域包括ケアシステム構築に関する取組み状況等をみてきた

が、それぞれの特徴を再度確認した上で、共通点等を考えてみたい。

まず、鶴岡市では、従来から積極的に在宅医療に取り組んできた鶴岡地区医師会の存在というものが大きな特徴であろう。そして、行政や市立病院等が鶴岡地区医師会の活動と上手にリンクしていくことで、地域全体での医療・介護の連携における「顔の見える関係」が実際につくられてきていることが、ヒアリングを行っている際にも垣間見ることができた。

次に、柏市では、UR による大規模開発団地の建て替え時期とほぼ時を同じくして東京大学のキャンパスが開設されたことが、大きな契機となったようであった。そして、そのエリアによる各種の実験的取組みを踏まえて、市内全域に在宅医療を可能とする体制づくりを進めていることが特徴といえるのではないか。

次に、和光市では、行政が強力なリーダーシップを発揮し、極めて計画的に地域包括ケアシステムの構築が進められていた。その前提として、すべての高齢者を対象とした綿密なニーズ調査を実施していることが、住民や事業者の理解を得る際の大きな武器となっているようであった。

最後に、大牟田市では、早くから認知症の人やその家族への支援を重視した取組みが始められていた。そして、行政や事業者による動きに加えて、地域住民の主体的な活動が市内全域に広がっていることが、全国的にも注目を集めている大きな特徴のように思われた。

このように、それぞれ特徴的な取組みを行っている4地域ではあったが、共通点もあるように思われる。まず、対象は違えども、4市とも丁寧な実態把握を行っている。鶴岡市では関係専門職種へのアンケート調査等、柏市では豊四季台団地での東京大学やURと連携した調査研究等、和光市では全高齢者へのニーズ調査等、大牟田

市では要介護等認定者数や介護給付費等の分析を定期的に行い、その情報を担当課・地域包括支援センターで共有している。こうした実態把握と分析を行い、より客観的な根拠に基づき具体的な施策を実施することで、市民や関係者への理解も得られやすくなっているのではないだろうか。また、全体的な方向性や関係機関間の調整を、行政の果たすべき主な役割として認識していることも、共通点として挙げられるのではないだろうか。なお、このことは、前章で紹介されている多摩市も同様であると思われる。

また、大都市圏（首都圏）にある柏市と和光市では、行政による仕組みづくり・体制づくりが相当工夫されている印象を受けた。特に、両市とも近年、地域包括ケアシステムに関係する各種団体等との協議や庁内で横断的に取り組むための総合的な調整機能を担う担当部署を新設している。これは、同システム構築を全庁的に重点課題としてとらえていることのあらわれではないかと思われる。

一方で、地方圏にある鶴岡市と大牟田市では、医師会や住民自治組織といった地域社会に由来からある組織が大きな役割を果たしている印象を受けた。これは、地域コミュニティの活動が活発であるとともに、専門職種も多くは市内で居住しており、住民という面も併せ持っていることが影響しているように思われる。こうした特徴は、前章で紹介されている松本市でも見られるのではないだろうか。

また、鶴岡市と柏市では大学等の研究機関との連携した取組みが多くあることや、和光市と大牟田市が小規模多機能型居宅介護等に地域に開かれたスペースの併設を求めていることも共通点として挙げられる。ただし、この2つは、研究機関の立地状況や、国のモデル事業への参加等による影響が大きいものと思われる。

このように、現地調査を行った自治体では、それぞれの地域特性

に応じた取組みが進められていた。これから本格的に地域包括ケアシステムの構築に取り組む自治体では、それぞれの地域特性を分析した上で、類似性の高い自治体の先進的な取組みを参考にしながら、オリジナリティの高い地域包括ケアシステムをかたちづくっていくことが求められてくるのではないだろうか。

参考文献

- ・日本総合研究所『事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えようー「地域包括ケアシステム」事例集成ーできること探しの素材集ー』2014年
- ・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング『介護保険の保険者機能強化に関する調査研究報告書』2014年
- ・高橋紘士 編『地域包括ケアシステム』2012年、オーム社
- ・緩和ケア普及のための地域プロジェクト『OPTIM Report 2011 地域での実践 緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書』2013年
- ・鶴岡市『鶴岡市地域福祉計画ーつるおか地域福祉プラン 2010ー』2011年
- ・柏市『第5期柏市高齢者いきいきプラン 21』2012年
- ・和光市『長寿あんしんプランー第5期和光市介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画ー』2012年
- ・大牟田市『高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画』2012年

第4章

地域包括ケアシステムの「見える化」に向けて

第1節

地域包括ケアシステム構築に向けた ニーズの把握

東京海上日動ベターライフサービス株式会社
シニアケアマネジャー／博士（医療福祉学）

石山麗子

はじめに

地域包括ケアシステム（「統合ケア（Integrated care）」と「地域ケア（community-based care）」¹）の構築に向けては、適切な地域診断は欠かせない。地域の課題とは、地域の高齢者に関するニーズを中心に、その解決を支える地域住民のニーズ・専門職のニーズがある。本節では、居宅で暮らす高齢者を支えるチームの要である介護支援専門員に焦点をあて、調査結果、専門職連携研修（IPE）、介護支援専門員職能団体による地域ニーズ把握の取組み事例を通して、特に都市部の地域包括ケアシステムの推進のあり方について考察する。

1 地域包括ケアシステムの推進に向けた介護支援専門員の意識と市町村施策の実態に関する調査

(1) 目的

本調査の目的は、統合ケアである多職種連携、地域ケアの要となる介護支援専門員が地域包括ケアシステムの構築に向けた施策のうち何を重視しているのか、各施策の進捗や地域包括ケアシステムの実現可能性をどのように捉えているのか等を明らかにする意識調査を通して、地域包括ケアシステムの構築に向けた自治体と介護支援専門員及び多職種との協働のあり方について示唆を得ることである。

(2) 研究の方法

調査対象：東京都内の事業所に勤務する居宅介護支援専門員

¹ 本書 17 頁参照

調査実施時期：2014（平成26）年1月～3月

配付・回収数：158

有効回答数：155

方法：ケアマネジャー研修の会場において配布、回収した。

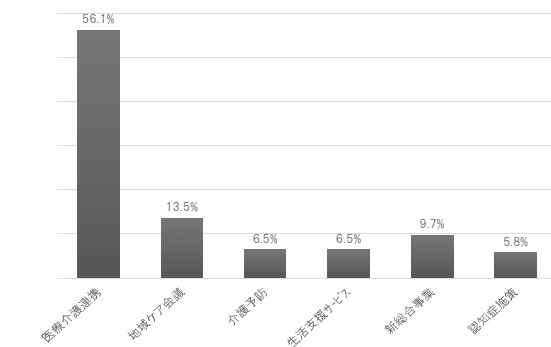
実施主体：地域福祉ケアマネジメント推進研究会²

（3）結果と考察

ア 重視する施策

介護支援専門員が最も重視する施策は、医療連携（56.1%）であった。その理由として、ア）要介護者に関連することでは、①要介護者の9割以上に何らかの疾病・けがある、②在院日数の短縮化、③医療依存度の高い要介護者数の増加、④ターミナルケアの必要性の高まり等が考えられる。

図 4-1-1 重視する施策



図の出典：地域福祉ケアマネジメント推進研究会の調査結果を基に、筆者作成

² 本調査データの出典は、地域福祉ケアマネジメント推進研究会である。

※ 倫理的配慮：調査結果は、行政への提言・学会等において公表することを事前に説明し、協力は任意とした。収集したデータはコード化し、個人が特定できない配慮を行った。

※ 本調査は、東京都の介護支援専門員の母集団の特性を示すに足るデータ数とはなっておらず、明確な傾向を示すことが難しいという限界がある。

イ) 介護支援専門員に関することでは、福祉系の基礎資格保有者数が全体の 7 割以上を占めるため、医療知識の習得に関する自己研さんの意識が高まっていると推察される。一方で、2015 (平成 27) 年度介護保険制度改正の柱である認知症施策や地域ケア会議、新総合事業等に関する意識は低かった。新総合事業は地域全体で高齢者を支える仕組みのひとつとして互助の機能を再構築しようとしている。今後は、介護支援専門員も共につくり上げる意識の醸成が不可欠である。国が示す「地域包括ケアシステムの構築の 5 つの取組み」で、最も重要な施策はとかく医療介護連携であると捉えがちだが、地域包括ケアシステムを構築する上においては、どの取組みも一様に重要である。このような基本的な考え方を踏まえた上で、自治体は、どの施策に重点をおき、優先的に取り組むのか、その理由や方法等も含めて、介護支援専門員や地域のすべての医療介護専門職が共通理解できるように説明が必要である。足並みをそろえて地域包括ケアシステムの構築をめざすこのような配慮は、自治体の最も重要な役割のひとつであると考ええる。

地域包括ケアの 5 つの視点による取組み

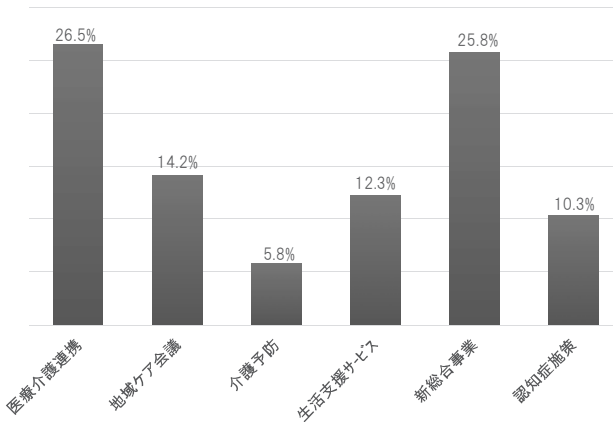
- ①医療との連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防の推進
- ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護等
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備

イ 最も困難だと思う施策

介護支援専門員が最も実施困難だと思う順に、医療介護連携

(26.5%)、新しい総合事業 (25.8%)、地域ケア会議 (14.2%) である。

図 4-1-2 最も困難だと思う施策



図の出典：地域福祉ケアマネジメント推進研究会の調査結果を基に、筆者作成

医療介護連携の難しさについて議論される際、その理由に介護支援専門員の医療知識の乏しさ、福祉系基礎資格保有者が7割以上を占めることが指摘される。しかしそれだけではない。連携先である医療者にとっての多職種連携とは、従来、院内の医療領域内の多職種の専門職を意味する場合が多かった。医療介護連携は、医療と福祉の異なる領域の専門職同士の連携である。すなわち、法制度、専門性、目的が異なる。このような多職種連携の困難性を、さらに高めている要因は、連携する担当者がそれぞれ異なる組織に属していることである。多職種連携における困難性の要因とした、異なる「領域」、「専門性」、「組織」との連携は、実は統合ケアの特性そのものであり、強みでもある。しかし、この特性や強みが現時点ではまだ十分に発揮されていない現状がある。今後は、専門職連携研修 (IPE)

や介護支援専門員の法定研修新カリキュラムの施行、そして自治体の取組みにより、多職種連携の本来の機能が発揮されるようにしていかなければならない。介護支援専門員の業務実態に関する調査によれば、介護支援専門員が業務上で困難性を感じるのは、多職種連携の場であるサービス担当者会議に「医師に参加してもらいにくい」

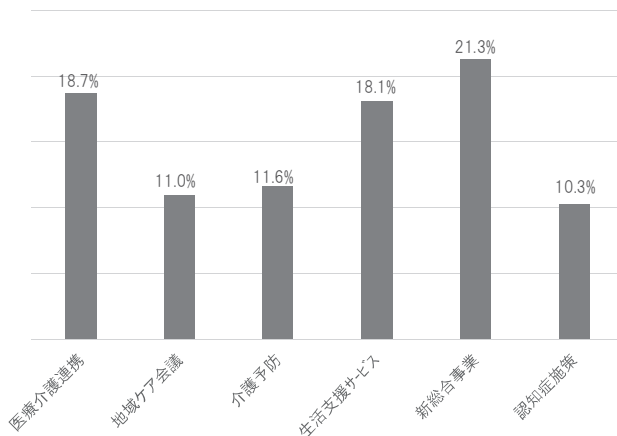
(70.9%) ことである。介護支援専門員が医師に参加を求める努力は必要だが、医療介護連携の間には、制度、報酬、業務の優先度の相違、組織の方針等、仕組みで解決すべき課題も多くあることから、自治体が介入した具体的な連携推進策を講じる必要性もある。

認知症者施策の推進について困難だと思う介護支援専門員は、1割にとどまった。年間の徘徊者数(2012年9,607名、2013年約10,300名)、高齢者独居世帯数(2010年女性独居世帯18.9%)等は増加しており、在宅での認知症高齢者の支援は、現実的には困難性が増大している。これに反して認知症施策の実行の困難性が低値にとどまった理由は、行政による認知症研修は開催されていても、具体的な支援や施策がすべての自治体で取り組まれているとはいえず、介護支援専門員にとっては行政主導の認知症施策の具体的なイメージがわからないことも、ひとつの要因と考えられる。

ウ 行政から最も支援が必要だと思う施策

新しい総合事業(21.3%)、医療介護連携(18.7%)、生活支援サービス(18.1%)の順である。うち2つは、予防から地域支援事業への移行や地域支援が必要な施策であるため、行政が行う内容だと考えているものと考えられる。

図 4-1-3 行政から最も支援が必要だと思う施策



図の出典：地域福祉ケアマネジメント推進研究会の調査結果を基に、筆者作成

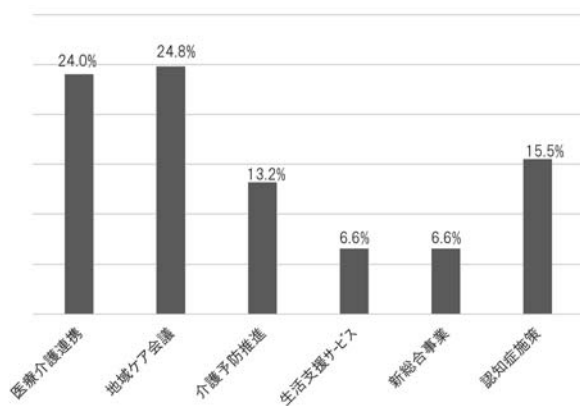
医療介護連携は、地域医師会等、職能団体との組織間の調整が必要であるため、行政による介入や支援が必要な施策と捉えていると推察される。医療介護連携に関する支援は、研修もさることながら、実践上の課題を整理した上で、具体的に支援する必要がある。一例として、医療関係者と介護支援専門員の連携を円滑にするためのルール（時間帯、連絡方法）やツール（情報交換の範囲や情報交換のタイミング、書類発行に係る料金が発生しないこと等の明確化）を、自治体が連携推進会議等を設定し、医療介護領域の双方の参加者の参画をベースに整理すること等も一考である。

エ あなたの市町村で既に取り組んでいる施策は何か※複数回答可

地域ケア会議（24.8%）、医療介護連携（24.0%）は、ほぼ同程度であった。グラフ中には示していないが、わからないと回答した介護支援専門員は9.3%にのぼり、約1割が自らの地域の施策を認識していなかった。また、事業所が所属する自治体で3つ以上の施策に

取り組んでいると答えた介護支援専門員は22%であった。

図 4-1-4 市町村で既に取り組んでいる施策



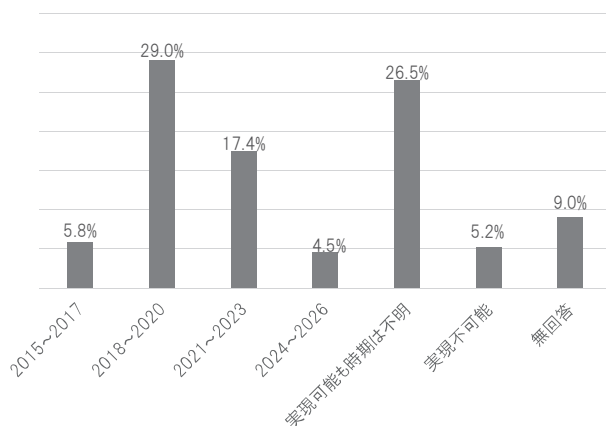
図の出典：地域福祉ケアマネジメント推進研究会の調査結果を基に、筆者作成

オ あなたの事業所が所属する地域で、地域包括ケアシステムが概ね構築されるのはいつ頃だと思うか

「2018年～2020年（29.0%）」が最も多く、「実現は可能だが時期は不明」（26.5%）は2位、3位は2021年～2023年（17.4%）であり、時期については、不明が多く、見解もバラつきがある。この結果から、地域包括ケアシステムの構築に向けた、取組みの内容、優先順位、実施の手順や役割分担などのプロセスや方法の共有の必要性が示唆された。

今後は、「我がまち」の地域包括ケアシステムの予想図や構築のプロセスを専門職や地域住民と共有することが欠かせず、このような規範的統合に向けた丁寧な取組みは、今後自治体が担う重要な役割のひとつである。

図 4-1-5 地域包括ケアシステムが構築されると思われる時期



(4) まとめ

ア 介護支援専門員は、施策の多さのみで地域域包括ケアシステムが推進されているとは思わない

エ、オのデータにおいて、それぞれの介護支援専門員の事業所が所属する自治体で3つ以上の施策を実施していると回答した介護支援専門員のうち、地域包括ケアシステムが概ね構築されるのは、第7期(36.3%)、構築は可能だが時期は不明(22.7%)、実現不可能(9.0%)であり、本調査における全体の比率との差は見られなかった。すなわち介護支援専門員は、地域で実施されている施策の数が多いことのみをもって、地域包括ケアシステムが構築されると実感する訳ではないと考えられる。施策の実施のみを目的にするのではなく、当該施策は何を目的に導入、展開されるかの理解、その中での自らの役割の認識、実践上の参加を基本とし、そのプロセスを経て何らか

の成果を感じられる、しかけが必要であるといえる。これは介護支援専門員だけでなく、他の多職種や住民にも同様のことがいえる。

イ 重要な施策は実施されていてもまだ効果は実感できていない

医療介護連携、地域ケア会議は実施されている施策の上位であるが、それと同時に重視する施策、最も困難だと思う施策においても上位である。介護支援専門員は、医療介護連携の施策は実施されていても、現時点ではまだ効果を実感できておらず、ウの結果に見るように、利用者の生活に良い変化を与えることができたと実感するレベルに至るまで、自治体の更なる支援を期待していると推察される。そのためには、①異なる領域間の理解を深めるための多職種連携研修（IPE）等³の研修、交流の場や、②異なる組織間の連携方法を整理する仕組みづくりに向けた自治体の介入が必要である。

ウ 地域ケア会議では、なぜ介護支援専門員に事例提出を求めるのかの説明が必要

介護支援専門員には、事例検討会と地域ケア会議の相違は何かと聞かれると、答えに窮する者が少なくない。地域ケア会議の主催者である自治体や地域包括支援センターは、「なぜ地域ケア会議では介護支援専門員に事例の提出を求めるのか」説明ができなければならない。単に「基準省令に記載されているから」では、地域ケア会議の開催は可能でも真の協力や成果は薄れる。ケアマネジメントの歴史的展開、分析の視点等⁴、総合的な観点から「なぜ介護支援専門員に事例の提供を求めるのか」、「会議のアウトカムは何か」等を明確

³ 本書 171 頁参照

⁴ 本書 25 頁参照

にし、共通理解を得ながら臨む丁寧なプロセスが必要である。このような取り組みは、すべて規範的統合につながる。

2 多職種協働の効果をあげる多職種連携研修

(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けて必要とされる多職種連携研修

多職種連携は、複数の専門職が協働し、利用者等の期待や要望に応じていくことである。先述の「地域包括ケアシステムの推進に向けた介護支援専門員の意識と市町村施策の実態に関する調査」にみるように、介護支援専門員にとって、医療介護連携は地域包括ケアシステムを構築する上で最も重要であるが、同時にそれは最も困難あるとの意識があった。医療介護連携施策は、既に実施されている施策の上位であるが、その効果を感じている介護支援専門員は少なかった。この理由として次の3つが考えられる。①仕組みはできて実行され始めたが、活用はこれからであり、現時点ではまだ効果を実感できない。②介護職が生活管理に必要な医療知識を持つことのみをもって医療連携を実践できるわけではなく、更にその知識を実行ベースに円滑に移行するための地域の組織構造や組織間の関係に行政が関与した施策が必要である。③実施している施策は、効果が出る方法ではない。

WHOは地域包括ケアシステムにおける多職種協働（又は専門職連携。interprofessional work：略して、IPW。以下、「IPW」という。）を円滑に進めるために多職種連携研修（又は専門職連携研修。interprofessional education：略して、IPE。以下、「IPE」という。）の重要性を示した（2010）。国は「在宅医療・介護あんしん2012」において、多職種協働（IPW）による在宅医療を担う人材育成を柱

として掲げ、各都道府県、地域で多職種連携研修（IPE）が推進されている。

（２）東京都北区での多職種連携研修（IPE）の実践－北区在宅ケアネットの取組み－

東京都北区（以下、「北区」という。）で実施された多職種連携研修（IPE）「在宅ケアネット」（2013年）の取組みを例示する⁵。

ア 多職種連携研修（IPE）を通して自らの尺度を改めて認識し、他職種を尊重する

北区の高齢化率は、25.0%（2013年12月）と東京23区で最も高い。後期高齢者数、高齢者単身世帯数は増加を続け27,631世帯（2013年）に達し、近隣関係は希薄、医療資源は乏しい。既に在宅医療介護の需要爆発が始まっており、効率的かつ質の高い医療介護体制を構築することは喫緊の課題である。このような中、北区行政、北区医師会、北区内の職能団体が加入する「北区在宅ケアネット」が立ち上げられた（2013年7月）。医療介護の10（専門職、職能）団体から推薦された世話人19名によって会の運営がなされ、その企画、運営は医師会と行政がイニシアティブをとりながらも逐次、参加団体の共通認識をもって進められた。活動内容は、①多職種研修プログラムの実施、②圏域ごとの顔の見える連携会議の実施、③ICT環境の整備、④その他区内のIPWの推進にかかることである。多職種研修プログラムは医療介護の9職種が1つの机を囲み、6モジュールを7か月かけて受講した。知っている知識も知らない知識も共に受講するこ

⁵ 平原佐斗司「地域包括ケアシステムの構築を目指した多職種研修事業－柏在宅医療研修プログラムの大都市への応用－」2014年

とによって、医療介護の共通知識と共通言語を獲得した。事例演習での課題分析は、各職種が思考過程を言語化することで、「職種ごとの視点の相違」を目の当たりにした。これまで自らの専門職の知識・価値観の尺度のみで分析・支援していたことを認識する体験等を通して、知識習得のみならず、各専門職に対する更なる尊重が醸成された。

イ 相互理解と一体感を高める職種間の同行訪問

北区在宅ケアネットの大きな特徴は、「同行訪問」を取り入れていることである。同行訪問とは、自らの職種とは異なる専門職・組織の業務に同行し実習することである。異なる職種の立場で利用者宅を訪問する体験は、異なる専門職の立場の視点、苦労を体験し、職種や組織を越えて、一体感を感じ、北区の医療介護職としての仲間である意識を醸成する。

ウ 成功の秘訣は、行政、専門職団体が一丸となった取組み

7か月かけて行った北区での多職種連携研修の効果を検証するアンケートの結果をみると、期待を上回る（82%）、期待通り（11%）と、すべての専門職の評価が高かった。成功の秘訣は、研修プログラムの良さに加え、研修実施から同行訪問に至るまでのすべてのプロセスを、行政、医師会をはじめとする医療介護のすべての専門職・職能団体が一丸となって、随所で合意を確認しつつ組織を越えて横断的に実行したことであると考えられる。

3 介護支援専門員の職能団体が実施するニーズ調査

地域包括ケアシステムの成功に向けて、地域診断をいかに行うかは重要である。調査の実施時期、対象、方法によって、収集可能な情報の規模、内容、鮮度は異なる。また、行政が調査を実施するには相応の費用を伴う。介護支援専門員は、地域ケア会議への出席が基準省令に規定され、質的な方法による地域課題の発見に寄与できる機会を得た。一方で、質的方法での課題抽出の限界は、サービスの必要量を測れないことである。北区ケアマネジャーの会はこの限界に着目し、日頃から北区内の介護支援専門員が気づいている地域課題の抽出とともに、圏域ごとの必要量の概数を掴むことができる調査方法を以下のようにデザインした。

【北区ケアマネジャーの会 第6期介護保険事業計画策定に向けた提言のための調査】

1) 調査の目的

第6期介護保険事業計画が、地域包括ケアシステムの理念の実現に向け、北区の高齢者のみならず広く北区民が生活しやすい北区づくりに役立つよう、介護支援専門員の視点から地域のニーズを探り、北区行政に情報を提供することで、区民の福祉に役立つことを目指す。

2) 調査の方法

調査期間：4月～7月

対象：北区ケアマネジャーの会会員（介護支援専門員）

方法：①介護支援専門員が感じる地域課題のヒアリング

②①のコード化、カテゴリー化

③②をもとにしたアンケート調査表の作成

④北区ケアマネジャーの会会員向けアンケート調

査実施

配布数(130)、回収数及び有効回答数 (118)

3) 調査の内容

①介護保険適用外の高齢者のニーズに関すること

※ 必要とされるごく短時間の手助けの種類、話し相手等と必要とする者の概数

※ 比較的長時間を要する援助等の種類と必要とする者の概数

②軽度者で働きたい希望を持っている者の概数と実現するために必要な配慮

③2号被保険者の介護保険適用外での生活ニーズと不足するサービス

④-1 区内道路で高齢者等が移動しにくい場所

④-2 区内公共機関、施設等周辺で高齢者等が移動しにくい場所

⑤孤独死の不安を感じていると思われる高齢者の概数

⑥ケアマネジャーとして地域づくりのためにできること

⑦1区民として地域づくりのためにできること

⑧地域包括支援センターや行政に望むこと

上記調査は、項目ごとに、個々の介護支援専門員の担当ケースのうち、該当する件数を回答するつくりになっているため、その数を積算することで課題ごとに区内で当該ニーズの該当者の概数を算出できる仕組みになっている。地域ケア会議は、質的な観点からの地域課題抽出の手法であるため、そのニーズを持つ者の数は把握できない。本調査のポイントは、先に介護支援専門員に対するヒアリン

グ（質的調査）を行い、それをカテゴリー化した後にアンケート調査（量的調査）を実施したことである。そのことによって毎日、自転車車で地域をまわり続け、利用者宅の実態を把握している介護支援専門員ならではの地域に根差した視点から課題の抽出ができたこと、概数ではあるが量も含めて把握可能であること等の産物を得ることができた。また地域包括ケアシステムの構築は最終的には、地域の人すべての方にとって生活のしやすいまちづくりであるため、高齢者以外の方への配慮も意識した。本調査に要した費用は、調査表の印刷費のみである。調査費用をかけず質と量の両面からのニーズ把握ができたことも、この調査の大きな成果である。

北区ケアマネジャーの会では、この調査結果を集計し、北区役所の介護保険課だけでなく、地域包括ケアシステムに関係する高齢福祉課（介護予防・介護医療連携担当を含む）、障がい福祉課、生活福祉課に提出した。調査結果は、道路整備に関する項目も含むため、介護保険課長より、担当部署に提出された。このような複数の部署への提出は、地域包括ケアシステムを構築するには高齢者の関係部署だけでは不可能であることをケアマネジャーが認識しており、庁内の多くの部署に規範的統合に根差した共通理解を得てもらうことを目的としたためである。この調査結果は、北区内の多職種がいつでも閲覧し、地域の課題を共有できるよう、区内事業所と自治体を結ぶインターネット情報共有サイトに掲載している。これも行政とケアマネジャーの間だけでなく、区内多職種と情報を共有しながら地域をつくりあげていく、という規範的統合に根差した考えによる行動である。

専門職の職能団体は、いかに地域に貢献できるかという「利他主義」の理念をベースにした活動を展開するものであり、地域包括ケ

アシステムの構築に向けて有効な活動を推進する可能性を秘めている。なお、北区ケアマネジャーの会の活動は、会員から徴収した会費、会員自らの活動によって運営されているが、研修会場の提供と事業所間を結ぶ連絡サイトは、自治体からの支援を受けている。活動資金や連絡の困難さに自治体が配慮することで、専門職団体は自らの専門性を活かした地域包括ケアシステム構築への参加が可能となっている。行政と職能団体は、地域包括ケアシステムを構築するための地域診断をはじめとする多くの取組みにおいてさらに協働していくべき関係であることを実感している。

おわりに

地域包括ケアシステムを構築する取組みは、まだ始まったばかりの自治体が多い。国は2025年を目途に示しているが、後期高齢者人口や高齢化率のピークは、自治体ごと、更には圏域ごとに異なる。

限られた医療介護資源の中で高齢者の生活と命を支えきるには、地域の総合力、相乗効果を高めるマネジメント力が問われる。地域の実態把握は必ずしも行政だけが行うものとは考えず、限りある財源や専門職の視点を活用した専門職団体を通した方法がある。多職種連携研修も同様である。各機関や団体が繋がり、情報を共有し、ともに活動できる場をつくり、その後は自律的に活動が展開できる土壌をつくるのが、専門職層への行政のアプローチであろう。また今後は、専門職団体の活動を、地域住民に対するアプローチに広げていくことも専門職の責務であると考え。その際にも、活動の目的、手段、プロセスの共有の規範的統合が、軸を揺るがすことなく地域住民にも伝わるように、伝える場をつくり、わかりやすく伝え

ることは、自治体の重要な役割であるとする。

参考文献

- ・地域福祉ケアマネジメント推進研究会「1.地域包括ケアシステムの推進に向けた介護支援専門員の意識と市町村施策の実態に関する調査」2013年
- ・三菱総合研究所『居宅介護支援事業所及び看護支援専門員業務の実態に関する調査報告書』2014年
- ・埼玉県立大学編『IPWを学ぶ』中央法規出版、2009年
- ・東京都北区ケアマネジャーの会 第6期介護保険事業計画に向けた提言、及び資料集

第2節

指標の設定・住民への周知啓発

聖路加国際大学看護学部看護学科教授

中山和弘

1 住民の持つ健康を決める力=ヘルスリテラシーの測定

(1) 住民のヘルスリテラシーの測定方法

人々が自分たちの健康を決める力であるヘルスリテラシーの状況を知るためには、測定尺度が必要である。世界でもっとも使われてきている測定尺度は、TOFHLA、REALM、NVS である。TOFHLA は 67 項目のテストによって文章読解能力と基礎的な計算能力を測るもので、病院での文書や薬のラベルを読んで理解できる能力を評価する。短いバージョンの S-TOFHLA も開発されている。REALM は、66 項目の医学用語を認識して発音するテストである。NVS は栄養表示のラベルから健康情報を読み取る能力を測る短めのテストである。このほかにも、1 問（例えば、病院で渡される書類に 1 人で書き込むことができますか、など）で測定するツールなどがある。これらは主として、臨床場面での読み書きや計算ができるという機能的なヘルスリテラシーを測定するものである。

臨床場面の機能的なヘルスリテラシーを含めて、普段の生活のなかでの相互作用的ヘルスリテラシーと批判的ヘルスリテラシーの測定を試みたものが、石川¹らによって開発された糖尿病患者用の 14 項目による尺度であり、これは一般住民に適用して測定されてもいる。また、もともと一般労働者向けに開発された相互作用的ヘルスリテラシーと批判的ヘルスリテラシーの 2 つを測る 5 項目の尺度もある。

これらのほかにも、世界では測定尺度が続々と開発されている。2014 年のレビュー論文では、51 の測定尺度があると報告された。

¹ Ishikawa, et al. Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy Among Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 2008;31(5), 874-879

そのうち半分は、一般住民向けに全般的なヘルスリテラシーを測定したもので、残り半分は、特定の患者や特定の集団向けのものや栄養など内容を特化したものであった。前者のなかで、2012年には、一般住民を対象とした、個人の能力だけでなく、日常生活の様々な場面においてヘルスリテラシーがないと困難な状況について測定できる、包括的で多様な内容を含む尺度が開発された。それが **European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47)** である。これは、健康情報の「入手」、「理解」、「評価」、「活用」という4つの能力を、「ヘルスケア（病気や症状があるとき、医療の利用場面など）」、「疾病予防（予防接種や検診受診、疾病予防行動など）」、「ヘルスプロモーション（生活環境を評価したり健康のための活動に参加するなど）」の3領域で測定するものである。4つの能力と3つの領域なので、12の次元にわたって測定するもので、全部で47項目になる。例えば、「喫煙、運動不足、お酒の飲みすぎなどの生活習慣が健康に悪いと理解するのは」に対して「とても簡単」、「やや簡単」、「やや難しい」、「とても難しい」という選択肢で回答するものである。難しいか簡単かをたずねるものだが、それは個人の能力だけでなく、それを実行することが困難な状況や環境、その中でそれをどれだけ強く求められるかを反映するものとしている。ヨーロッパ8か国で調査が行なわれた結果によると、機能的ヘルスリテラシーの尺度である NVS よりも健康との関連が強いという結果が得られていて、ヘルスリテラシーをより直接的に包括的に測定できているとされている。

(2) 日本人のヘルスリテラシーは低いのかーヨーロッパとの比較からー

HLS-EU-Q47は10か国で翻訳されているが、日本語版はまだ開

発されていなかったなので、日本語訳して調査した結果を紹介する²。ヨーロッパの国との比較から、日本で的一般住民のヘルスリテラシーの状況を把握し、考察することとした。HLS-EU-Q47 を日本語訳し、調査会社にモニター登録している全国の 20～69 歳の男女を対象に、2010 年の国勢調査の地域別性年齢階級別構成割合を基に割り付け、2014 年 3 月に Web 調査を実施し、有効回答を 1,054 名から得た。

その結果、47 項目で「難しい」（「やや難しい」＋「とても難しい」）と回答した割合は、EU（8 か国：オーストリア、ブルガリア、ドイツ、ギリシャ、アイルランド、オランダ、ポーランド、スペイン：N=8,102）の平均よりも全項目で高く、その差は最小値 3.2%、最大値 51.5%で、平均値は 21.8%であった。差が大きかったものは「ヘルスケア」全般と「疾病予防」、「ヘルスプロモーション」における「評価」、「活用」などであった。総得点（50 点満点に変換）の平均値±SD は、EU が 33.8±8.0 で、日本は 25.3±8.2 であった。HL を「不足(inadequate)」（0-25）と「問題あり(problematic)」（26-33）に分類した割合は、EU ではそれぞれ 12.4%と 35.2%で、日本では 49.9%と 35.5%であった。

以下に差が大きかった項目をいくつか紹介する。

² 中山和弘 他「日本人のヘルスリテラシーは低いのか？－全国 Web 調査による EU8 か国との比較－」『第 73 回日本公衆衛生学会総会抄録集』2014 年

表 4-2-1 「とても難しい」＋「やや難しい」と回答した割合（％）
（差が大きい順に抜粋）

	日本	EU	差
ヘルスケア			
病気になった時、専門家（医師、薬剤師、心理士など）に相談できるところを見つけるのは	63.4	11.9	51.5
医師から言われたことを理解するのは	44.0	15.3	28.7
気になる病気の治療に関する情報を見つけるのは	53.3	26.9	26.4
気になる病気の症状に関する情報を見つけるのは	46.1	22.8	23.3
疾病予防			
検査のために、いつ受診すべきかを判断するのは	53.2	16.3	36.9
必要な検診（乳房検査、血糖検査、血圧）の種類を判断するのは	52.8	25.1	27.7
メディア（テレビ、インターネット、その他のメディア）から得た健康リスク（危険性）の情報を信頼できるかどうかを判断するのは	64.2	42.1	22.1
ヘルスプロモーション			
健康と充実感に影響を与えている生活環境（飲酒、食生活、運動など）を変えるのは	63.6	25.5	38.1
住んでいる場所（地域、近隣）がどのように健康と充実感に影響を与えているかを判断するのは	61.8	24.6	37.2
どの生活習慣（飲酒、食生活、運動など）が自分の健康に関係しているかを判断するのは	45.5	12.6	32.9
参加したいときに、スポーツクラブや運動の教室に参加するのは	56.4	24.1	32.3
健康と充実感を向上させる地域活動に参加するのは	64.6	38.9	25.7

（筆者作成）

最も差が大きかったのは「病気になった時、専門家（医師、薬剤師、心理士など）に相談できるところを見つけるのは」で、日本では 6 割が難しいと回答したのに対して、ヨーロッパでは 1 割と差が開いた。

その背景にあるのは、日本のプライマリ・ケアシステムが不十分であることである。これは 2011 年に国民皆保険 50 周年で企画された世界的な医学雑誌『ランセット』の日本特集号³でも指摘されていることである。プライマリ・ケアとは、米国国立科学アカデミーの定義では、「患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービス」である。日本プライマリ・ケア連合学会⁴は、この定義を引用しながら、「国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能と考えられる」と述べている。そして、プライマリ・ケアの特徴を表す 5 つの理念として、近接性、包括性、協調性、継続性、責任性を提示している。近接性は「かかりやすさ」を追求した、「地理的」、「経済的」、「時間的」、「精神的」の 4 つの面、包括性は、「すべての訴えや問題にも対応する」ことである。予防的な取組みも大きな役割で、認知症や後遺症など日常的な障害でのリハビリテーションや生活援助など、よりよく生活するため、疾病や障害と上手く付き合っていくという視点が挙げられている。そして、協調性は「チーム医療を展開すること」、「他の医療機関と連携したり社会資源を適宜バランスよく用いること」、「地域住民と協力して健康問題に取り組んでいくこと」が含まれている。最後の、責任性のなかには、「充

³ 日本国際交流センター『ランセット』「日本特集号：国民皆保険達成から 50 年」、
<http://www.jcie.or.jp/japan/csc/ghhs/lancetjapan/> 2015 年 1 月 19 日アクセス

⁴ 日本プライマリ・ケア連合学会
<http://www.primary-care.or.jp/> 2015 年 1 月 19 日アクセス

分な説明の中で受療者との意思疎通を行うこと」が含まれている。

しかし、日本の医師の大部分は、これらを行えるプライマリ・ケア医あるいは家庭医とはいえないという。その訓練を十分に受けた医師が不足していて、2014年11月30日時点で日本プライマリ・ケア連合会が認定する家庭医療専門医は452名であり、医師数約30万人の0.15%ではない。ヨーロッパでは医師の約3分の1が家庭医である状況とは大きく違う。これは2004年まで、養成する教育制度が存在していなかったからである。そのため、プライマリ・ケアのレベルで十分診療可能な疾病でも、第二次や第三次医療施設を受診することがおこっていて、患者にとってはどの医師の診療でも自由に受けられるといった状況であるが、どこで受診したらよいのかという明確な情報がないため、受診先に迷うことがしばしばある。ヨーロッパでは、家庭医制度が普及していて、地域の家庭医にまず受診することになっているので、そのようなことはない。

また、調査項目で「医師から言われたことを理解するのは」で難しい割合が多いことは、プライマリ・ケアの責任性のなかにある「十分な説明の中で受療者との意思疎通を行うこと」の教育が不十分であるためだと推察された。ヨーロッパでは、家庭医は、予防のための健康教育を行う役割もあるため、地域住民のヘルスリテラシーの向上に寄与していることが考えられる。「疾病予防」や「ヘルスプロモーション」の項目でも差が大きかったのは「判断する」という言葉が入ったもので、これは「入手」、「理解」、「評価」、「活用」の4つの能力のうちの「評価」に該当していて、健康に関する知識について十分教育を受けていないと難しいものである。さらに、「ヘルスプロモーション」では、「評価」のみならず、「生活環境を変える」、「運動教室に参加する」、「地域活動」に参加することについても、大きな差があった。ヨーロッパでは、家庭医制度を含めたヘルスプロモーションや地域包括ケアの先進国であり、地域で健康や生活の質の向上のための活動に参加しやすい環境をつくり上げて

きているためだと考えられた。

ヨーロッパの調査では、なかでもヘルスリテラシーが高い国は、オランダであった。オランダは、先述した家庭医や訪問看護師によるプライマリ・ケア（初期包括ケア）が充実している国でもある。また、日本の介護保険法が、ドイツの介護保険を参考にしたといわれているが、ドイツはオランダを参考にしたといわれている。オランダが、先進的であることは、国の特徴そのものとして語られる機会もあるが、その先進性は、利用者の選択を自由にし、サービスの提供者の競争を促進するという考え方の採用である⁵。選択肢から自由に選べるためには、本来、情報を入手し、理解して、意思決定する力であるヘルスリテラシーが求められる。意思決定とは、2 つ以上の選択肢のなかから（基本的に）1 つを選ぶことである。オランダは、介護サービスを選択できるようにするために、利用者にサービスに関する情報を与え、利用者の権利を確立するために、選択のための情報を与える試みが営々と行われているという。各サービス提供組織の 2 つの成果指標である技術的な品質評価指標と利用者の評価指標を、品質に関する年報で公表させている。

情報についていえば、日本の調査での項目の中で、「気になる病気の治療に関する情報を見つけるのは」、「気になる病気の症状に関する情報を見つけるのは」、「メディア（テレビ、インターネット、その他のメディア）から得た健康リスク（危険性）の情報を信頼できるかどうかを判断するのは」難しいという割合でも差が大きかった。これらからは、インターネットを含めた情報の入手先の問題が指摘できる。すでに日本には Medline Plus のような信頼性の高い

⁵ 大森正博「オランダの介護保障制度」『レファレンス』国立国会図書館、2011 年 6 月号
www.ndl.go.jp/jp/diet/publication/refer/pdf/072503.pdf 2015 年 1 月 19 日アクセス

わかりやすい総合的なサイトがないことについて述べたが⁶、日本の健康科学・医学系の論文を無料で検索できないという問題もある。世界で出版されている論文は、アメリカ国立医学図書館の PubMed というサイトが、無料で論文のデータベースを検索できるようにしていて、要約を読むこともできるし、無料で公開されている論文ならすぐに読むこともできる。しかし、日本語で書かれた論文の多くは検索対象外になっている。日本では、それらの論文のデータベースは、NPO 法人医学中央雑誌刊行会が作成していて、個人や組織で契約して料金を支払う必要があり、誰もが無料で検索して要約を読むというわけにはいかないのが現状である。これらのことが数値に反映されていることが予想される。

このようにヘルスリテラシーの測定の調査を実施してみると、ヘルスリテラシーを数値化して比較することの意味が大きく表れた。個人の能力だけでなく、その地域の背景にある状況が浮かび上がり、どこを改善すべきかの指針となる。さらに、これに対して、介入を行えば、数値がどのように変化するかによって、改善の評価が可能となる。また、これらの尺度について一般住民が知り、セルフチェックして、改善の方法を考えて取り組むということも重要な活用方法である。

(3) 地域包括ケアのために必要なヘルスリテラシー

ヨーロッパで開発された HLS-EU-Q47 も、すべてのヘルスリテラシーを十分に測定できているわけではない。すべての年代にあてはまるようにしてあるため、特に高齢者や介護の問題については、特化した内容はない。また、ヘルスプロモーションについても、本来の、環境をサポートティブなものに変えとか、地域や社会の健康問題やその背景にある

⁶ 本書 67 頁参照。

要因を知り解決していく活動が十分に含まれているとは言い難い。かといって、他の研究者がそのような尺度を開発しているかといえば、まだである。

そこでここでは、尺度化はされていないが、地域包括ケアのために測定を検討するべきと思われるヘルスリテラシーについて考えたい。現場の保健師などから耳にする話では、地域住民のなかには介護はどうしたら受けられるのか、どうしたら介護予防はできるのかといった介護に関する情報を知らない人は多いという。ここでは、一例として、介護予防の問題を通して、ヘルスリテラシーの視点から検討する。

生活機能低下の早期把握の方法として、「基本チェックリスト」という 25 項目からなるリストがある。基本的には、「基本チェックリスト」にある、IADL、運動、栄養、口腔、閉じこもり、認知症、うつなどの項目は、介護予防のための二次予防事業の対象者（旧：特定高齢者）の把握に用いるものである。現場での使われ方や反応は多様であると聞くが、利用の目的や方法の明確さ、わかりやすさという点ではどのようなのであろう。それは専門家にとってだけではなくて、当事者にとってでもある。生活機能に関するヘルスリテラシーを評価し高めようという発想がそこにあるかどうかである。生活機能についての情報を理解し、評価し、活用できるヘルスリテラシーについて本人が考えられるような仕組みである。例えば、生活機能の低下がどのようにあらわれるかを多くの一般住民は把握しているであろうか。また、その把握を推進するような方向性は十分であろうか。

公益財団法人長寿科学振興財団のサイト⁷では、自分でチェックができるようになっていて、低下している状態に該当すると具体的な

⁷ 公益財団法人長寿科学振興財団 健康長寿ネット
<http://www.tyoyyu.or.jp/hp/menu000001000/hpg000000954.htm>

アドバイスや市町村の介護予防窓口に相談できるようになっている。どれにも該当しない場合は、「あなたの生活機能は現在のところは特に心配はないようです。日頃の健康管理に敬意を表します。自立した日常生活を続けていくため、今後とも健康管理には十分注意してください」と表示される。少しだけ該当項目がある場合は、「あなたの生活機能は現在のところは特に心配はないようですが低下傾向がみられる機能もあります。自立した日常生活を続けていくため、日頃から介護予防を十分に意識・工夫した生活を送られることをおすすめます」と表示される。これで胸をなでおろしているだけでよいわけではない。「日頃の健康管理」、「介護予防を十分に意識・工夫した生活」とはどのようなものか、これらは何を測っているのか、どこからが問題なのか、知識や情報はどこでどのように得るのか、その情報の入手先が明確になっているか、といったことがわかりやすく示されているとよい。

これらをヘルスリテラシーの向上の視点でとらえ直せば、それぞれの能力について簡単か難しいかを測定し、それぞれの意味を解説して知識としてもらうこと、難しい項目はどうすればよいのか、簡単という項目もどのようにすれば維持できるのかといった発想になる。簡易的であっても得点化されていれば、介入の効果も評価が可能である。もちろん、個人の能力だけでなく、周囲や環境の問題にも着目する必要がある。実際に何らかの問題や障害が発生している場合も、エンパワメントあるいはストレングスモデルといった視点にもつながる。すべては、対象ができること、対象が選べることが中心の発想といってもよいだろう。

(4) ヘルスリテラシーに配慮した組織の持つ特徴の指標化

既に述べたように、ヘルスリテラシーは、単に個人の能力だけの話ではない。高齢者にしても、生活機能が低下すれば、環境はますます重要な問題となる。コミュニティのことで言えば、コミュニティの協力が得られるかどうか、コミュニティを変えていくことに参加できるかどうかを含む。これは、コミュニティ全体で考える問題であることがわかる。さらに、ヘルスリテラシーは、市民や患者にだけあてはまるものではない。相手に合わせてわかりやすい情報が提供できて、うまく意思決定の支援ができるかの能力は、保健医療福祉の専門家としてのコミュニケーション能力であり、それもまたヘルスリテラシーと呼ぶようになってきている。すべての人にヘルスリテラシーが求められていて、あらゆる組織でもヘルスリテラシーがある組織を考える必要があるということである。アメリカ医学研究所は、ヘルスリテラシーがある組織が持つ特徴について検討し報告している。

次に、そのうちで特徴的なものをあげておく。

【ヘルスリテラシーがある組織が持つ特徴】

- ・ヘルスリテラシーを重視するリーダーシップがある
- ・ヘルスリテラシーの評価を実施し、低い人への対策が明確である
- ・ヘルスリテラシーの目標を立てて向上させられるシステムがある
- ・健康の情報とサービスは、企画段階から対象者に参加してもらい評価をもらう
- ・ヘルスリテラシーのレベルで誰もが差別されず、その人のニーズにあった支援が受けられる
- ・コミュニケーションにおいては、対象が理解しているかを必ず確認する
- ・健康の情報とサービスを、誰もが簡単に利用できるように支援する

- ・印刷物、ビデオ、ソーシャルメディアは、わかりやすく、すぐに行動に移せるデザインにする

このようにヘルスリテラシーの低い人に合わせてコミュニケーションをとり理解できていることを確認すること、コミュニケーションができない人にはできるような対策をもっていること、そのためにあらゆる計画やサービスで、利用者を参加させることが特徴となっている。利用者の参加は、組織が対象のニーズに合ったサービスができるために不可欠なものであるが、これはただサービスの向上のためだけではないだろう。組織を理解したり、組織の変化に参加することで、住民のヘルスリテラシー、特に環境を変えることに参加できるヘルスリテラシーが身につくことが期待できる。これらの項目も、該当するかどうか、すべての地域の組織でチェックすることができる指標として活用を考える材料になるであろう。

(5)「ヘルスリテラシーのあるカナダ」にみるセクターを越えたつながり

次に、カナダのヘルスリテラシーへの取組みについて紹介したい。カナダの公衆衛生協会は、「ヘルスリテラシーのあるカナダ」をめざして、インターセクトラルアプローチを活用していることで知られる。それは、ヘルスリテラシーの向上のために優先して取り組むことは何かを明確にし、そのために国と自治体や地域社会ができることは何かを考え、保健医療関係者、研究者、政策決定者の対話により、セクターを越えた仕事を促進するというものである⁸。ヘルスリテラシーがある人とは次のような人であるとしている。

⁸ Public Health Association of British Columbia: An Inter - sectoral Approach for Improving Health Literacy for Canadians. 2012.
<http://www.phabc.org/userfiles/file/IntersectoralApproachforHealthLiteracy-FINAL.pdf>
2015 年 1 月 19 日アクセス

- ① セルフケアの方法を理解し実行する
- ② 健康のためにライフスタイルの調整を計画的に実施する
- ③ 情報に基づいてポジティブな健康に関連した意思決定ができる
- ④ いつどのようにヘルスケアにアクセスすればよいか知っている
- ⑤ ヘルスプロモーション活動をみんなでシェアする
- ⑥ コミュニティや社会の健康問題に取り組む

①から④は、個人的な活動であるが、⑤⑥という社会的な活動が入っていることが特徴的である。

3つの基本要素として、次のものがあげられている。

① 知識の開発

ヘルスリテラシーの向上に効果的なエビデンスを集め、その情報にアクセスできる知識基盤を開発・促進する

② 意識の向上と能力形成

公私セクターで働く人、専門家、住民が知識や能力を高める学習機会を開発し提供する。鍵となる利害関係者に注目してもらい、ヘルスリテラシーの重要性を伝えるコミュニケーション戦略を開発、実施、促進する

③ インフラとパートナーシップ形成

ヘルスリテラシーの向上に結びつく、協調的なアプローチの開発のために必要なインフラ形成とパートナーシップを明確化する。ヘルスリテラシーの向上は複数のセクターで共有する責任であり、5つのキーパートナーは行政、ヘルスセクター、教育セクター、職場・企業、コミュニティ組織（図書館、レクリエーションセンター、宗教施設、メディア、移民サービス、ファミリーセンター、女性センター、組合、高齢者サポートプロ

グラム) である。

このように市民がすべて参加するのはもちろん、すべてのセクターがパートナーとなって行動する社会的な活動となっている。特にヘルスリテラシーの低い人、言い換えればその教育を受けられず低いままにいる人を、多様なセクターで受け入れて支援していくシステムをつくるものである。ヘルスリテラシーが低い人は、社会がつくり出しているという背景を見据えたものとなっている。そこで次に、健康は社会がつくっているという健康の社会的決定要因についてのエビデンスを紹介する。

2 健康の社会的決定要因とヘルスリテラシー

(1) 健康の社会的決定要因における 10 の要因

WHO ヨーロッパ事務局は、2003 年に健康の社会的決定要因について 10 の要因があるとまとめたレポートを出版した。それは以下のようなものである。

① 社会格差

どの社会でも、社会階層が低くなるほど、平均寿命は短く、多くの疾病がみうけられる。これは、資産のなさ、教育程度の低さ、不安定な仕事、貧しい住環境などによる社会的経済的ストレスの多い状況での生活が影響するものである。そのため、福祉政策では、セーフティネットだけでなく、不利な状況を抜け出す方法を提供する必要がある。

② ストレス

ストレスの多い環境は、人々を心配にしたり不安にさせたりして、ストレスにうまく対処できなくし、健康にダメージを与え、死を早めることもある。慢性的なストレスの根本要因を減らすために、

学校、職場、その他の組織における社会的環境のあり方は重要である。

③ 幼少期

人生の良いスタートを切るには、母親と小さな子供の支援が必要である。幼少期の発達と教育が健康に及ぼす影響は、生涯続く。胎児期と乳幼児期に発育不良や愛情不足であったりすると生涯を通じて病気がちになったり、成長した後でも体力や認識力の低下、情緒不安定を招く恐れがある。

④ 社会的排除

生活の質が低いと、その人生は短くなる。貧困、社会的排除、差別は、困窮や憤りを引き起こすことで、命を縮める。絶対的貧困（生きていくうえでの基礎的な物が不足している状態）のみならず、相対的貧困（国民平均収入の 60%未満）は、世間並みの住環境、教育、交通といった、積極的に生きていくことに不可欠なものを遠ざけてしまう。社会的排除は、人種差別などの差別、ステイグマ化（レッテル貼り）、敵意、失業でも生じる。貧困と社会的排除により離婚、別居、障害、病気、薬物使用、社会的孤立などの危険性が高まり、それがまた貧困や社会的排除をもたらすという悪循環を生み出す。

⑤ 労働

職場でのストレスは、疾病のリスクを高める。仕事上のコントロール度（自由度や裁量権）がある人ほど、健康状態が良好である。仕事の要求度（負荷や責任）が高い上に、コントロール度の低い仕事には、特に健康リスクが高まる。仕事上の努力に見合わない低い報酬（賃金や昇進、自分に対する満足感）も疾患と関連している。それに対して、職場内のソーシャルサポートによって、人々

を守ることができる可能性が示唆されている。

⑥ 失業

雇用の安定は、健康、充実感 (well-being)、職務満足度を高める。失業率が高いほど、病気にかかりやすく、早死をもたらす。失業問題を意識し、解雇されることに恐怖を感じると健康への影響が発生するが、それは不安定な状況に対する不安感のためである。

⑦ ソーシャルサポート

友情、良好な人間関係、強いサポートネットワークは、家庭、職場、地域社会における健康を推進する。社会的に支えられていると感じることが、生きていく上での精神的、現実的な励みとなる。他者からの社会的・精神的な支えを期待できない場合、人々の健康状態は悪化しやすい。

⑧ 薬物依存

アルコール、薬物、たばこを習慣とし、健康を害してしまうのは個人の責任であるものの、常用に至るには様々な社会的環境も影響している。アルコール依存症、不法薬物の使用や喫煙は高い確率で社会的・経済的に不利な状況と密接に関わっている。貧しい住宅事情、低賃金、孤立した親、失業、ホームレスといった社会的喪失と喫煙率の高さ及び禁煙率の低さは表裏一体である。飲酒、喫煙、不法薬物の使用は、主要な多国籍企業や犯罪組織による精力的な売買や宣伝により助長されており、これらは若い世代の使用を食い止めようとする政策の大きな障害となっている。

⑨ 食品

世界市場が食料の供給に大きく関わっているため、健康的な食品の確保はひとつの政治問題である。食生活が、エネルギーの多い脂肪や糖質の過剰摂取へと変化し、肥満が増加した。肥満は裕福

者層よりも貧困者層に多くなった。多くの国では、貧困者層は新鮮な食料品の代わりに安い加工食品を食べる傾向にある。

⑩ 交通

健康を重視した交通システムとは、公共交通機関の整備により、自動車の利用を減らし、徒歩や自転車利用を推奨することを指している。この利点は、運動量の増加、死亡事故の減少、人と人との接触の増加、大気汚染の減少である。

そして、世界保健機関（WHO）は、2005年には、健康の社会的決定要因の委員会を立ち上げ、2008年に最終報告を出している。そこでは、社会的決定要因に対する行動で健康の公平を実現し、この一世代で格差をなくそうと呼びかけて、次の3つが提案されている。

① 日常生活の状況の改善

健康の格差を生んでいる日常生活の改善である。小さな子供の頃からの生活水準を確保するため、健康でいるために必要な収入が誰にも確保される、社会的保護の政策が求められる。

② 権力、金銭、資源の不公正な分布を是正

日常生活における不公平の背景には、権力、富、必要な社会資源における不公平を生み出している社会のあり方がある。そこで、男女の不公平を含め、政府のすべての政策において健康やその平等を考慮し、社会的決定要因のために国家財政を強化し、国や世界の市場においても理解を得る。社会におけるすべての集団や市民に、健康とその平等のための社会づくりに参加してもらう。そして、健康の公平を世界的なゴールにしよう、というものである。

③ 問題の測定と理解、行動の影響の評価

健康格差を測定し、より深く理解し、政策のインパクトを評価することが重要である。健康格差と健康の社会的決定要因をモニ

タリングする地域的・国家的・世界的サーベイランスシステムをつくり、そのデータに基づいた研究でエビデンスを生み出す。政策立案者・利害関係者・保健医療実践者の健康の社会的決定要因に対する理解を促進し、社会の関心を高める必要がある。そして、健康の公平を実現する者は、政府だけでなく、全世界のすべての市民であるとしている。

そして、この提案のなかでは、ヘルスリテラシーについても述べてあり、健康の不公平をなくすための重要な戦略のひとつであるとしている。そして、次のように記している。

- ・一般の人々が健康の社会的決定要因を理解することは、ヘルスリテラシーの一部であり、その向上を図るべきである。
- ・ヘルスリテラシーは、健康の社会的決定要因についての情報にアクセスし、理解し、評価し、みんなで共有できる能力である。
- ・個人の能力だけでなく、行政も民間も各団体や組織の人々がわかりやすくそれに関連した情報を提供できる能力である。
- ・そのために、健康の専門職はヘルスリテラシーについてもっと知る必要がある。
- ・各国は、多方面の関係者を集めて、政府とは距離を置いた“ヘルスリテラシー委員会”をつくり、ヘルスリテラシーの向上を測定して評価し、各組織の連携を促進したり、ヘルスリテラシーのための戦略的な方向性をつくり出す必要がある。

つまり、社会が健康を決めていることを知ることも、ヘルスリテラシーであるということである。そのためには、社会がわかりやすくそれを説明できなくてはならないし、それが理解できているか、そしてそのために行動できているかを、みんなでチェックしあってその向上に努めようということを提案している。

(2) ソーシャルキャピタルとヘルスリテラシー

個人レベルでのヘルスリテラシーの向上だけでなく、集団全体としても格差を減らし、参加によってソーシャルキャピタル（地域住民の信頼、ネットワーク、助け合い）の形成をすることが必要である。ヘルスリテラシーはソーシャルキャピタルの要素であるとも言われる。多様なヘルスリテラシーを持つ人のコミュニケーションとソーシャルサポートの場、つながりづくりが必要で、住民主導の活動、地域づくりための活動が望まれる。そのためには、気軽に集える場（例：患者会・サポートグループ、様々なカフェなど）、ソーシャルメディア（例：禁煙マラソン、オンラインコミュニティ、健康・ライフログ）なども活用できるであろう。

イギリス高齢化長期研究（ELSA）に参加している 52 歳以上の高齢者約 4,500 名を対象に行われた調査では、インターネットの利用、市民活動、余暇活動、文化活動のレベルが高い人は、ヘルスリテラシーの低下を防ぐのに効果的であったと報告された⁹。日本でも、同様な調査によって、ヘルスリテラシーの要因を明らかにし、その向上や低下の予防を検討できるデータの蓄積が望まれるところである。

参考サイト

中山和弘ら：健康を決める力．ウェブサイト

<http://www.healthliteracy.jp/>

⁹ 国立健康・栄養研究所「リンク DE ダイエット」：「ネット・スキルの高さが高齢者の健康リテラシーの決め手！」

<http://www.nutritio.net/linkdediet/> 2015 年 1 月 19 日アクセス

終章

地域包括ケアシステムのあるべき 姿と自治体が果たすべき役割

東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授

川渕孝一

以上、地域包括ケアシステムの現状について概観してきたが、一部の市町村を除いて、定量的な成果はなく、まさに暗中模索の状態にあるといえる。おそらく、このまま施策を推し進めると、地域包括ケアシステムは自治体によって各種各様となるだろう。特に東京都の自宅死亡割合は、この10年間で全国33位（2001年の12.4%）から1位（2013年の16.7%）に浮上しており、一定の“孤独死”対策が求められる。これに対して、国は自由放任（レッセフェール）政策を踏襲しており、今こそ各自治体の英知と創意工夫を結集する必要がある。

1 全国一律の予防給付を市町村へシフト

それを狙ってか改正介護保険法では、要支援者に対する予防給付のうち、訪問介護と通所介護を「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下、「総合事業」という。）に移行（2015年4月1日施行）し、2017年度までにすべての市町村で実施するとしている。また、厚生労働大臣は、総合事業の適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表するほか、市町村は、定期的に、総合事業の実施状況について評価を行い、その結果に基づき必要な措置を講ずるよう努めるとしている。

総合事業の費用については、国が100分の25を、都道府県及び市町村がそれぞれ100分の12.5を負担するとともに、医療保険者が負担する地域支援事業支援交付金を充てるとしている。

そもそも地域支援事業とは、保険者である市町村が、介護給付や予防給付といった個別給付とは別に、事業という形で要介護状態又は要支援状態となることを予防するため、2005年の介護保険法改正

により創設されたものである。仮に要介護状態となった場合は、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するためのサービスを要支援者に提供することが定められている。

現在、地域支援事業は、全市町村が行う必須事業（介護予防事業及び包括的支援事業）と、各市町村の判断により行う任意事業（総合事業）で構成されている。

なお、地域支援事業のうち、①介護予防事業と②総合事業の財源構成は通常の居宅サービス給付費と同じだが、③包括的支援事業と④任意事業の財源構成は、通常の居宅サービス給付費の財源構成から第2号被保険者の負担をなくしたものとなっている。

また、その事業規模は、各市町村の介護保険事業計画に定める介護給付対象サービスの見込量に基づき介護給付・予防給付見込額の3%の範囲内となっている。このうち、介護予防事業又は総合事業が2%以内、包括的支援事業及び任意事業が2%以内と、上限が設けられている。ちなみに予防給付費は毎年5～6%増えているので、移管後の伸び率は、各市町村に住む75歳以上の人口増加率（3～4%）が上限になるだろう。まさに、介護保険版“マネジドケア（総枠予算制）”が導入されるわけだが、上限額を超えた場合にどうするかは明記されていない。おそらく今後は、潤沢な民間保険の財源を利活用して、なし崩し的に「混合介護」に移行していくことだろう。幸い、個人生命保険の保有契約は1億4,388万件で、契約高は857兆円にのぼる¹。

¹ 2013 年生命保険の動向

2 問われる介護予防の真価

とは言え“予防に勝る良薬なし”である。しかし、残念ながらこれまでの介護予防の手法は、あくまでも心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練が中心だった。換言すれば、介護予防で得られた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や参加に焦点を当てた社会参加を促す取組みは十分ではなかったのである。

そこで 2011 年の介護保険法改正では、総合事業が創設され、2012 年度より実施されている。これは各市町村の選択により、地域支援事業において、多様なマンパワーや社会資源の活用を図りながら、要支援者と要支援状態となるおそれのある高齢者を対象として、介護予防や配食、見守りなどの生活支援サービスを総合的に提供するものである。しかし、この事業は、任意事業ということもあって 2012 年度に同事業を実施したのは 28 市町村（27 保険者）にとどまっている。つまり、残る 1,714 市町村（1,553 保険者）は、総合事業を実施していないのだ。

2006 年度からスタートした介護予防は、どうしても失敗したのだろうか。それは定量的な分析を欠いたからである。厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「医療費・介護費用の介護予防効果と持続性に関する研究（分担研究者＝川渕孝一）」で人口 8,000 人弱の群馬県草津町で高齢者の個票データを使って、医療費や介護費用が介護予防に及ぼす効果や医療費・介護費用の持続性についての検討を行ったところ、次の 3 つの知見を得た²。

- ① 疾病などにより認知症が進むにしても、医療費をかけることは認知症の進行を避けることに役立つ。また、介護費用を増加さ

² 川渕孝一『“見える化”医療経済学入門』医歯薬出版株式会社、2014 年、25 頁。

せることは自立的機能度を上昇させる傾向がある。さらに、認知症の程度と介護費用は正の相関をもっている。したがって、医療費を増加させて認知症の程度を改善することにより、介護費用を削減することができる。

- ② 医療費には一定の持続性があり、いったん病気になると継続的に医療費がかかるという長期的なリスクが高まる。特に、ア) 高齢者、イ) 医療費が高額な人、ウ) 認知症の患者の持続性が高くなっており、当該患者は病苦に加えて継続的に医療費を支払わなければならないという二重の負担を背負っている。
- ③ 介護費用は医療費以上に高い持続性があり、個人の固有要因が大きな役割を果たしている。各種属性によって層別化しても介護費用の持続性はほとんど変わらない。つまり、要介護度や同居人の有無によって持続性が変わらないということである。これは要介護度が軽ければ負担能力があるという通念は誤りであることを示唆する。また、同居政策により介護リスクを軽減しようとすることは“的外れ”であることを意味する。

本研究はあくまでもひとつの町の実証研究なので、一般化は困難だが、2015 年度以降、保険者に“データヘルス計画”の策定が義務付けられるので、政策担当者や現場監督者の一助となれば幸いである。

3 求められる“空き家”転用

今後、単身高齢者世帯や高齢者夫婦世帯、さらには認知症高齢者の増加が見込まれる中で、特に低所得者の高齢者が安心して過ごすことのできる「終の棲家」をどう確保していくかは大きなテーマと

言えよう。特別養護老人ホームを含む高齢者の施設・住宅の今後の在り方・確保策は、喫緊の課題であり、「空き家対策」とあわせて一定の措置を講じていくことが求められる³。

ちなみに国の調べによると、総数に占める空き家の割合が2013年10月時点で過去最高の13.5%になった。人口減少が深刻な地方を中心に増えた結果、戸数は最多の820万戸に上ったという。野村総合研究所の推計によると、2023年の空き家数は2013年に比べ70%増の1,397万戸、住宅総数に占める割合は21%まで高まる可能性がある。

空き家率が最も高かった都道府県は22.0%の山梨県である。東京都などへの人口流出が影響している。19.8%の長野県、18.1%の和歌山県、17%台の四国4県などが続く。

空き家が増えるのは、活用も撤去も進まないからである。国土交通省によると、新築と中古を合わせた住宅流通全体のなかで中古の割合は13%強であり、9割強の米国や8割を超える英国より低くなっている。中古住宅は価値が低いとされ、不動産業者も積極的に取り扱ってこなかった。

国土交通省は築後20～25年ほどで価値をゼロとみなす商慣行を見直し、補修すれば価値が高まる新たな評価指針を作り、関連業界への普及を進めているが、いまだ道半ばといったところである。

また、時代遅れの税制が撤去を阻む局面もある。土地にかかる固定資産税は住宅が建っていれば本来の6分の1に軽減されるが、取り壊すと優遇が薄れ、納税金が約4倍に跳ね上がる。持ち主にとっては空き家のまま放っておいた方が合理的なため、取り壊そうとしない。高度成長期の1973年に農地などの宅地化のために導入した税制

³ 空き家の問題については、(公財)日本都市センター『都市自治体と空き家－課題・対策・展望－』2015年、参照。

が今も残り、空き家の撤去を阻んでいる。

これに対して、空き家対策の条例をつくり、撤去費の補助などを始めた自治体も散見される。例えば山梨県は2014年度から、空き家をオフィスとして使うときに改修費を補助している。東京都大田区は持ち主の同意を得ずに荒廃した空き家を区が取り壊せるようにし、同足立区は2011年度から撤去費に充てる補助金を設けた。さらにインターネットなどで物件を紹介する「空き家バンク」を2006年度に始めた大分県豊後高田市では、100項目を超える支援策に加え、空き家を紹介した人にも2万円を支給して強力に推進した結果、300人以上が市外から入居した。約2万3,500人の人口が2014年8月と9月に微増に転じる原動力となったというのである。

4 規制緩和こそ救世主!?

実は、人口80万人の世田谷区にも約3万5千戸の空き家がある。建物用途に関する建築関係法令上の制約が厳しく、改修して活用できる可能性は極めて低いのが現状である。もし、国が本気で地域包括ケアシステムを唱えるのなら、建築関係法令を見直し、一定の規制緩和が必要である。

というのも「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」(以下、「バリアフリー法」という。)では、自治体の条例により規制を強化できるとしており、都市部の多くの自治体では、利用者の安全保護のためバリアフリー条例を定めて、バリアフリー法による規制、いわゆる上乗せ規制を行っているからである。

既存の戸建住宅をグループホームに転用する場合、グループホームは「共同住宅・寄宿舍」として扱われ、自治体のバリアフリー条

例の適用を受けることになる。共同住宅・寄宿舍は、建築基準法により廊下幅1.4m以上、福祉型エレベーターの設置、窓先空地1.5m以上という規制を受けることになり、廊下幅の拡張などは実際には対応困難な高いハードルでありコスト的にも割高である。結局、いくら多くの空き家があってもグループホームや小規模多機施設への活用が進まない状況となっている。

そこで世田谷区は、一般住宅と共同住宅・寄宿舍の中間に位置する新たな「特定住宅」制度創設に向けた規制緩和を提案している。利用者の安全の確保から、耐震性、火災報知機・スプリンクラーの設置、二方向避難路などの設置基準を明確に示しながら、同基準をこの「特定住宅」に義務付けるというものである。こうした規制緩和により都市部の高齢者の住まいと介護の場の整備が進むのではないだろうか。一般住宅の類似用途としながらも、空き家を活用する方向での支援措置を是非、実現して欲しいものである。

5 今こそ「まちなか集積」

こうした動きに触発されたのか、国土交通省は高齢化と人口減が進むニュータウンを活性化する新法をつくる検討に入った⁴。土地の用途制限を緩めて福祉施設を誘致しやすくするほか、使われなくなった校舎を商業スペースなどに転用することを認めるという。まちの活力を奪う空き地の増加に歯止めをかけるため、土地の取得や保有にかかる税負担の軽減も検討する。急速に進む高齢化に見合ったまちづくりを進め、高齢者が暮らしやすい環境を整える。

今後は、都市部のみならず限界集落が散見される地方都市におい

⁴ 日本経済新聞、2014年12月4日、夕刊。

ても「まちなか集積」が求められる。

ちなみに国土交通省が発表している土地基本調査によると、全国の宅地資産約 880 兆円のうち、約 60% (約 530 兆円) は 60 歳以上の高齢者が保有しているという。高齢者による宅地資産の保有の増加と並行して、遺産相続人の高齢化も進んでいる。

実際に「現住居の敷地以外」を相続した人の平均年齢は、1993 年の 55.6 歳から 2008 年には 62.6 歳と上昇している。宅地資産の相続が高齢者間で行われる「老老相続」が一般的となってきた。

現状では宅地の流動化は進んでいないものの、老後を豊かにする観点から、宅地資産を担保にして老後資金を借り入れるリバースモーゲージなどにより流動化を図る動きが少しずつ出始めている。今後のニーズの高まりに備えて、資産移転や用地活用ができる制度や仕組みの充実が必要となってくるであろう。

6 生活支援こそ自治体の知恵の出どころ

最近は特に、社会から孤立し、生活行為や心身の健康維持ができなくなる高齢者が多数存在しており、地域の特性に合った生活支援サービスや見守りサービスの提供が必要とされる。

こうした支援を必要とする高齢者には、「家の中の修理、電球の交換、部屋の模様替え」、「掃除」、「買い物」、「散歩・外出」、「食事の準備・調理・後始末」、「通院」、「ゴミ出し」など様々な支援ニーズがあり、公的介護保険以外の生活支援サービスが必要である。

しかし、現状では住民の互助活動による生活支援サービスや見守り活動は十分とはいえない。

例えば、先出の御調町⁵では従来、福祉バンクというボランティア組織があり⁶、1時間ボランティア活動すれば1点という点数制を導入していた。しかも、その点数を貯蓄しておく時間貯蓄制で、自分が要介護になったらその点数分だけ介護してもらえするという仕組みになっていた。そして、その試みに参加する人達も少しずつ増えていき、市町村合併時の2004年には約2,000人が登録していた。

ところがその後の市町村合併により、御調町社協も尾道市社協と合併したが、尾道市社協は従来このような経験がないということで、合併の翌年福祉バンクを解散してしまった。そこで旧御調町の地域では、ボランティア連絡協議会をつくって、再度ボランティア組織を再編することにした。量的には2011年に582人のボランティアが登録しているが、質的には不十分だという。住民参加があってはじめて、地域包括ケアシステムのネットワークの構築が可能となってくる。ボランティア活動の素地がない我が国にあって、いかに「面」の連携につなげるかが今後の課題である。

ちなみに、生活支援サービスのニーズが高い要支援者に対しては、訪問介護（ホームヘルプ）、通所介護（デイサービス）などの予防給付が行われているが、そのサービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価は全国一律に国が定めているため、多様な生活支援のニーズに十分対応できていない。

そこで国は、各自治体のサービス費をあらかじめ示す上限額を定めた上で、毎年の費用全体の伸び率に「各市町村の75歳以上人口の増加率以下」との枠をはめるとしている。その一方、2015年度以降、各市町村は国が個別に示す上限額の範囲内で独自に価格やサー

⁵ 本書7頁参照。

⁶ 山口昇『地域包括ケアシステム』オーム社、2012年、35・36頁。

ビスを決められるようになる。

7 求められる生活者としての視点

そうなると、生活者としての視点も忘れてはならない。

以下は富山の片田舎で酒屋を営んでいた筆者の両親のケアマネジャーから突然送られてきたメールである。

「(お母様は) 退院後のケアマネの計画を受け入れず訪問看護も往診も必要ないと思っておられるようで、半ば無理やり計画を実施している状況です(往診の日も配達で留守だったそうです)。3月末に突然「デイサービスで入浴したい」と申し出られ、まだ早いと思ったが調整して実施したところ当日が寒く風邪を引かれたようです。その後、自宅では異常に部屋を温かくして大量の服を着せるようになられたようで、(要介護度5の) お父様(享年80で2015年1月に他界)を動かさないようにされているため便秘、脱水がひどくなり褥瘡も悪化したようです。服も着せっぱなしなのでオムツも取り替えていない状況です。そのため、ご飯も食べず意識がもうろうとなり(かかりつけ医のいる) 市民病院に救急搬送されました。在宅医のT先生も来院され入院を検討して欲しいと言われました。同市民病院の担当医も入院を進めましたがお母様(77歳)が自宅へ連れて帰ることを希望され退院と相成りました。」

母にその真相を正すと、ケアマネジャーに「介護保険は9割まで国が面倒見てくれるので使わなければ損々」と聞かされたという。事実、介護費用の財源は本人の負担が1割で、残りは国と地方の公費(税金)と、40歳以上の個人や企業が負担する保険料で半分ずつ賄っている。介護費用は、介護保険制度が始まった2000年度の3.6

兆円から 2014 年度は 10 兆円に膨らんだ。さらに 2025 年度には 21 兆円になる見込みであり、保険料も 2000 年度の月 2,900 円が 2014 年度には月 5,000 円弱に増えている。そして一定の改革シナリオに基づく推計では、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年には 8,270 円程度になることが見込まれている。介護報酬を上げると保険料の引き上げにもつながるため、一定の適正化が求められる。

しかし、ケアマネジャーばかりを責めるのも酷かもしれない。先出の「経営実態調査」結果を見ると、居宅介護支援の収支差率は△1.0%で△0.5%の複合型サービスと同様、介護サービス事業の中ではめずらしく赤字となっている。前々回（2008 年実態調査）の△17.0%、前回（2011 年実態調査）の△2.6%よりは改善したが、これで本当に地域包括ケアシステムは実現するだろうか。介護支援専門員（常勤換算）1 人で 31.6 人の利用者を担当し、月給は約 36 万円に過ぎない。

結びに代えて

こうした状況を意識してか改正介護保険法では、居宅介護支援事業者の指定の権限を都道府県から市町村へ移譲することとしている。その結果、居宅介護支援事業者に対する勧告、命令、指定の取消し、指定の効力停止の権限も各市町村へ移譲される。

さらに今回の改正に伴い市町村は、指定居宅介護支援事業の基準に係る条例を制定しなければならなくなる。このため、その施行日を 2018 年 4 月 1 日と猶予をもたせた。更に施行日から 1 年間は都道府県の条例を各市町村の条例とみなす経過措置を設けることとしている。

そもそも「居宅介護支援」とは、在宅の要介護者に対してケアマネジメントを行うことをいう。具体的には、在宅の要介護者が、居宅サービス、地域密着型サービスその他の居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービスの適切な利用ができることを目的とするものである。

そのため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）は、①当該要介護者の心身の状況、②その置かれている環境、③当該要介護者及びその家族の希望、などを勘案し、利用するサービスの種類や内容などを定めた居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する。さらに、当該計画に基づくサービスの提供が確保されるようにサービス事業者との連絡調整を行い、介護保険 3 施設への入所を要する場合は一定の紹介も行っている。しかし、中立性を欠くケースが散見され、施設勧誘につながっているようだ。

ちなみに居宅介護支援事業所は、全国に 3 万以上ある。その指定権限の移譲により市町村の事務量の増加が見込まれる。まさに基礎自治体としての力量が問われる。

特別企画

(対談)

広島県尾道市公立みつぎ総合病院名誉院長

山口昇

東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授

川渕孝一



○川渕教授

今回、山口先生のところにお邪魔したのは、ここが地域包括ケアの発祥の地だからです。発祥の地での苦労や成果を聞かなければ実りある報告書にならないと考えたからなんです。

私が地域包括ケアという言葉をはじめて聞いたのは、山口先生からでした。「これからは川渕君、地域包括ケアだよ」と全国国民健康保険診療施設協議会で仰ったのを覚えています。そのときは何だろうと思ったのだが・・・。

○山口名誉院長

今から 30 年ぐらい前だったでしょうか。僕はあのころ、地域包括医療ケアと言っていたのではないかと。当時は、医師の関心が特に低

かったので、「医療」という単語を入れることで、当事者意識を持たせたかった。

○川渕教授

それではまず、この病院で取り組んできたことなどを色々とお聞きしていきたいのですが、まず、山口先生のご出身は長崎でしたよね。

○山口名誉院長

そうです。僕は昭和 41 年にここに赴任して来るまで、広島のこととは全然知らなかった。ここも当時は病床 20 床、職員も 25 人程度の小さな病院だった。院長に就任早々、病院の増改築、というよりは新築に取り掛かり、昭和 42 年にとにかく 40 床、職員 45 人の病院として一新することができた。それから 3 年半に 1 回のペースで増改築を続けている。

○川渕教授

「寝たきりゼロ作戦」は、いつ頃から始まったのでしょうか。

○山口名誉院長

「寝たきりゼロ作戦」と私が言い始めたのは、昭和 49 年です。このときも、決して老人だけを対象にしていたわけじゃないんです。当時、手術して退院した患者さんが、外来には 2～3 回しか来ないままになって、1～2 年もすると、寝たきりになって大きな褥瘡をつくって再入院して来るようなケースが続出したんです。ちょうど、病院の増改築を重ねていた頃で、住民の皆さんに喜んでもらってい

る一方で、実は寝たきりの方が増え出していたんです。当時は介護保険もないから、僕が手術をした患者さんが身体や脳の機能が低下した状態でどんどん戻って来られたから、これはおかしいと思って、何でこうなったのか考え出したところから、ここでの医療の転換が始まったんです。

大学病院にいるときは、とにかく、知識（science）、技術（art）、研究（research）というものを重視していて、ここでも知識と技術は大いに役に立った。しかし、3 つめの研究というものには、誰も関心を示さない。じゃ、住民の皆さんたちは何を望んでいるのかというと、病院から地域へ出てきて自分たちの悩みや相談を聞いたり色々と話をする中から答えを出してくれる医師の存在だということですが、徐々にわかってきたんです。また、早期にがんを発見するためには住民教育・健康教育が欠かせないということもあったので、とにかく地域へ出ていくことにしたんです。そうやって、地域で住民の方と色々と話をするようになって仲間に入れてくれるようになって、詳しい状況も知ることができ、寝たきりの原因が家庭での介護力不足や不適切な住環境等にあるということが明らかとなってきたので、これは予防できるというのがわかったんです。つまり、それまで我々は、ただ病院に来なさいというだけで責任を果たしたように思っていたけど、そうではないと。キュアや治療だけではなく、地域に出ていって、ケアを継続させなきゃいかんということに気づき始めた。

そこで、寝たきりをつくらないという考えで医療の転換を図ったのが、在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦であり、ここでの地域包括ケアシステム構築のきっかけだった。しかし、ノウハウも何もないし、訪問看護というネーミングも診療報酬の点数もないような時代

ですから、試行錯誤しながら 5～6 年くらい色々やっていた。住民の方への浸透も十分にできていない頃に、家族の方との話をヒントに、今の訪問ステーションのような専任の訪問看護師体制にしたり、看護師だけでなく保健師も入れるといった改善を行ったことによって軌道に乗りだしたんです。というのは、地域での住民とのやり取りに保健師は長けているんです。ただ、臨床に弱いという面がある。それで、病院保健師 17 人を看護師として採用して、2 年間の臨床研修を課した後に保健師として配置転換するようにした。そうしたら、保健師の応募も結構あって、そうこうしてるうちに軌道に乗り出したんです。

軌道に乗ってきたから、最初はこの病院を退院した患者だけが対象だったが、次第に他の病院から退院した人も対象にするようになった。

○川渕教授

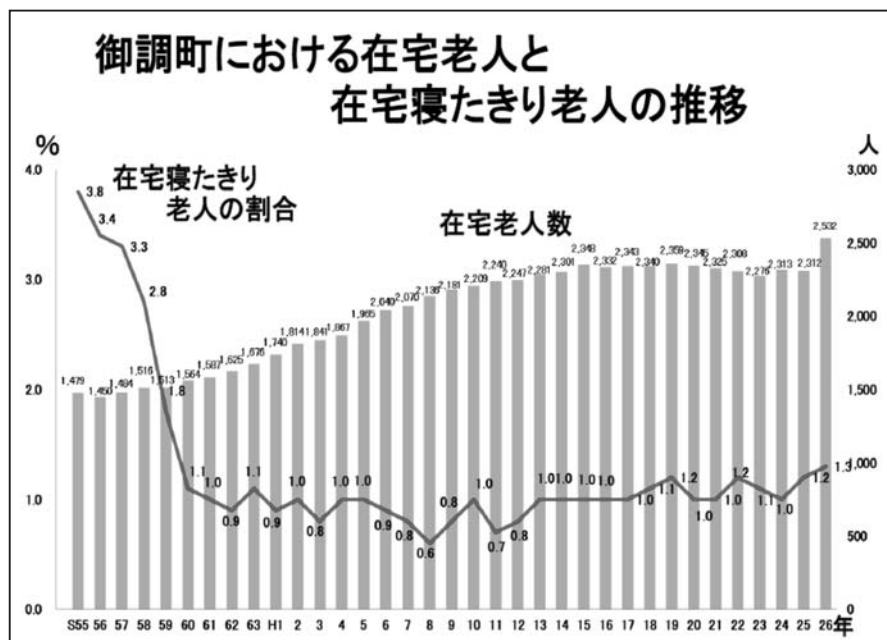
寝たきりの患者さんは、そんなに増えていたのでしょうか。

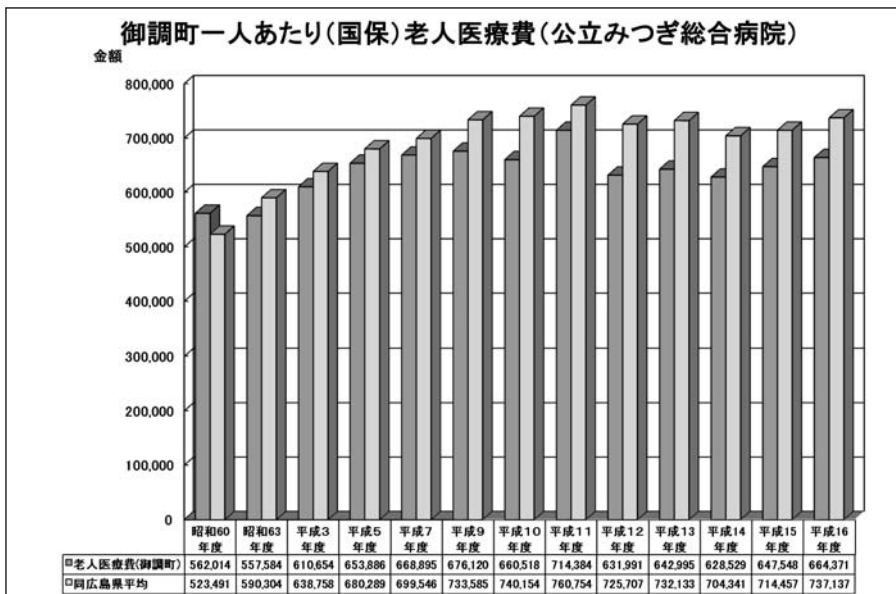
○山口名誉院長

御調町の人口は、僕が来たときで 1 万 2,000 人くらいだったが、過疎化が進んで 9,000 人から 8,000 人台まで減少して、そのあたりで少し鈍化したんです。それと、訪問看護がやっと軌道に乗ってきたことで、寝たきりの数が減り出したんです。ただ、完全な寝たきりになってしまったら、まず治らないので、予備軍がどんどん寝たきりにならないように、予防に取り組んだからなんです。減り出したのは、訪問看護に取り組み始めて 6 年ぐらい過ぎてからで、10 年後には 3 分の 1 に減りました。結局、寝たきりの治療薬はないの

で、治らないから予防が大事だということを僕は強く言いたい。

また、医療費の問題もあった。当時、1人当たり医療費は広島県が全国で1位だったが、御調町はその広島県でも5～6番目に高かった。それで、知事からの依頼もあって県内のレセプト等を調べるようになったのだが、多受診・重複受診というものが非常に多いことが分かった。似たような病名で、似たような検査をされて、似たような薬を出されて、出された薬を全部飲むかということではなく、医療費だけかかっている。そんな馬鹿げたことになっていて、予防という発想は全くないんです。だから、健康教育を始めないかと知事に言って、ここでも実際に健康教育に力を入れ始めた。そうすると、医療費も鈍化していったし、PR効果もあって、他のまちから御調町に移り住んできた人も出てきて、経済や地域の活性化にもつながった。





○川淵教授

人口減の話が出てきたのでお聞きしますが、この地域でも空き家は結構多いのでしょうか。

○山口名誉院長

実際のところ、空き家は持て余しています。若い人が戻ってこないからね。

話を戻すと、健康教育や予防にも力も入れながら、訪問看護も軌道に乗ってきたのだが、昭和 50 年代半ばには、医療サービスと福祉サービスの一体化が必要ということがわかってきたんです。当時の福祉というものは措置制度であり、病院には何の権限もなく、在宅でのケアを進めようとしても思うようにいかないことが多くあったので、保健・医療・福祉の一体化をしようと思った。それで、当時の町長に、連携ではなく統合をしようという話をして O.K.をもら

った。次に議会の了解を得て、それから各地区に出向いて住民に理解を求めた。説明を聞いていた住民の中に寝たきりの人の家族の方がいて「院長が言うのはもっともだ」と言って賛成してくれたようなこともあって、皆さん理解してくれた。

そして、昭和 59 年が大きな転換点となった。この時に、当時で言うところの総合病院になった。名称も公立みつぎ総合病院に変えた。そして、病院の 4 階に町役場の保健と福祉の部署を持ってきて、僕は行政の責任者も兼ねて旧御調町の保健医療福祉課長になった。また、この時に健康管理センター、今の保健福祉センターも開設した。この昭和 59 年が、第 2 の転換期だろう。この保健・医療・福祉の統合というのは、とても成功した。行政面でみても、厚生課と住民課の統合で課が 1 つ減ったのだから行革をしたといえる。

それ以後、行政から国民健康保険や介護保険の業務も持ってきて、同じように僕が責任者になった。また、在宅ケアに必要な、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、地域包括支援センター等の施設を、順次、整備していつている。このセンター内に在宅ケアに係るスタッフは 70 人以上いるが、みつぎ病院のスタッフがほとんどで、尾道市役所所属の職員は 4 人しかいない。



○川渕教授

しかし、大半の国保直診事業は逆で、市町村合併後は、地域包括ケアが後退しているのではないのでしょうか。

○山口名誉院長

ここも、市町村合併で後退してはいけないと思って、当時の町長から「地域包括ケアシステムを揺るがすような合併になったら住民が許さない」という意味のことを、当時の尾道市長に申し入れてもらった。すると、当時の尾道市長も「これはとてもいい取組みだから、むしろ尾道市にもこれを持ってきてほしい」というようなことを言ってくれたんです。

ちょっと前後するが、昭和 56 年には、広島県からの委託で介護施設を開設したんです。当時は、高齢者の介護施設としては特養し

なかった。老健は、昭和 61 年の法改正で誕生したものですから。この介護施設は、オイルショック前から広島県が特養と研究所の施設を構想していたものに、僕がリハビリセンターのようなものにしようとし事をお願いしていたものが実現したもののなんです。特養に
いるお年寄りで、リハビリすればもっと元気になる方が多くいると
考えていたんです。それで、特養とリハビリを兼ねた施設として開設した。リハビリのスタッフは全部ここから出した。だから、広島
県内で高齢者のリハビリをやり出したのは、ここが初めてです。

○川渕教授

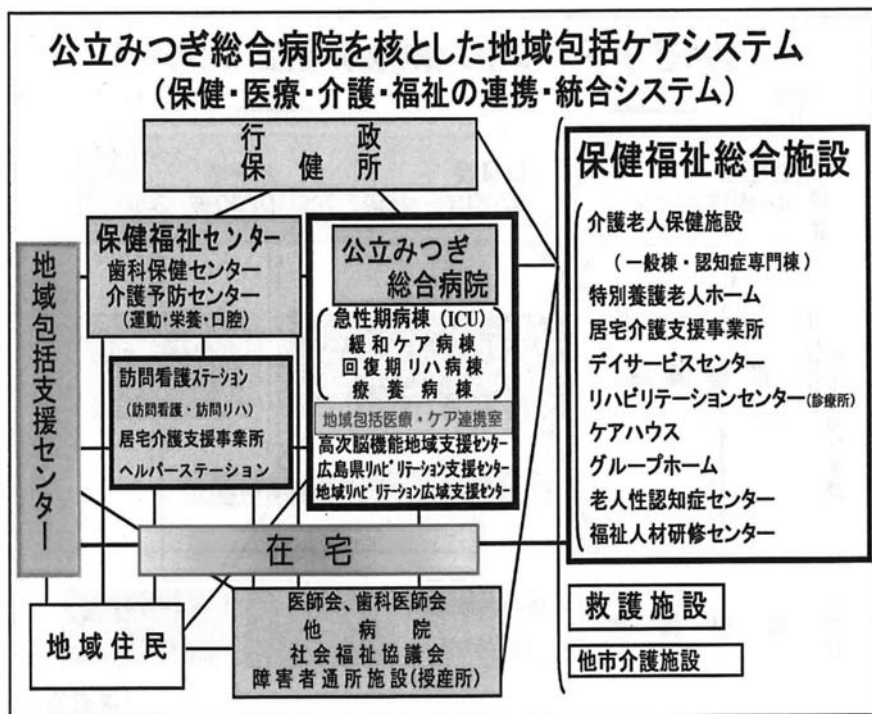
その頃は、維持期とか生活期という呼び方もされていなかったのでは。

○山口名誉院長

当時は、まだ生活期という捉え方はなくて、急性期、回復期、維持期だった。特養にリハビリを入れるという発想もなかったんです。

○川渕教授

特養という言葉自体、終いの住みかという意味合いが強いですね。



○山口名誉院長

老健というものも昭和 61 年までは制度もなかったからね。その後、1990 年代に国が出した「寝たきりゼロへの 10 カ条」の策定にも、当時、全老建の会長をしていたこともあり参加していた。リハビリテーションといっても急性期だけでなく、生活リハ、地域リハが必要だろうということになった。そして、急性期、回復期、維持期という 3 つに世界で初めて日本が類型化したんです。これは、その後に控えていた介護保険制度に備えたものでもあり、御調町では地域リハビリテーションの体制を確立させておいたんです。今では、維持期の後半部分を生活期と呼ぶことも増えてきているが、いずれにせよ、その状態からのレベルダウンを防ぐということなんで

す。

そして最後に、住民も参加する体制をつくろうということになった。これがやっぱり一番大事ですね。住民がいかに参加するかということが、地域づくりにつながるんです。今、政府はしきりに地方創生と言っています。大いに結構だと思いますが、ただ地方任せにして中央政府は知らんよというのでは、創生はできないと私は思うんです。大きな幹になる部分は国が決めて、そして枝葉づくりや色付けは、地方がそれぞれの特性に応じて行うというやり方でないといけない。この住民参加の体制までつくることができたから、昭和59年に、地域包括ケアシステムという言葉を、僕が初めて国に提言し、今や多くの人々に認知されている。

○川渕教授

国は今、日常生活圏域を概ね中学校区単位と言っているけど、先日調査に行った大牟田市では小学校区を日常生活圏域にしていた。何故かという、PTA や色々な地域の住民活動がみんな小学校区で行われているからです。

○山口名誉院長

僕も、人と金があれば小学校区が一番いいと思う。ただ、今の日本の現実を考えたら、人と金が足りない。

○川渕教授

大牟田市では、お金はないけど、元々自治組織みたいな活動が盛んだったところに、不幸な徘徊死があって、住民が立ちあがったらいいのです。

○川渕教授

このあたりの日常生活圏域はどのくらいあるか教えていただけますか。

○山口名誉院長

広島県全体だと 125 の日常生活圏域（ほぼ中学校区）があり、尾道市には 7 圏域ある。地域包括支援センターは、広島県全体で 106 あり、尾道は 7 か所ある。尾道市全体の人口は約 14 万人で、御調の地域包括支援センターは、御調町の約 7,600 人も含めた尾道市北部のエリア、約 2 万人の住民をカバーしている。

○川渕教授

国の方では、「人口 1 万人、概ね中学校区」を日常生活圏域と言っているが、それに当てはまらない自治体が多いのではないか。現に、例えば神奈川県大和市のような大都市圏では、人口がどんどん増えていて中学校が足りないようなところもある。一方、地方では人口減で人口 1 万人に 1 中学校もないところも多く見受けられます。

○山口名誉院長

都市部と地方では、地域包括ケアシステムというものが全く違う。「みつぎ」がカバーしているエリアでいえば、中学校は御調町に 1 校と、他の地域に 1 校の計 2 校です。旧御調町のエリアで言うと、小学校は現在 2 校あるが、人口からいえば本来は 1 小学校区といったところだろう。中学校も高等学校も 1 校ずつありますね。

○川渕教授

今回のいわゆる医療・介護一括法でも、ボランティアに活路を求めています、どう思われますか。

○山口名誉院長

大賛成ですね。確か、住民組織とボランティアと書いているでしょう。

○川渕教授

しかし、実際のところ、そういうボランティアはいるのでしょうか。

○山口名誉院長

私どものところでは、緩和ケア病棟のホスピスボランティアだけでも 50 人はいる。その約半数は、家族をここの緩和ケア病棟で亡くされた方で、恩返しのボランティアをさせていただいている。ただ、ボランティア活動しなさいといったって誰もしないですよ。特に、日本人は、災害時のような短期間のものにはすごく集中するけど、長期的に何年も同じことを継続とするというのはなかなかやらないところがある。

それと、きっかけのようなものをつくらないといけないのかもしれない。旧御調町には「福祉バンク」という制度があったんです。何かというと、1 時間ボランティア活動したら 1 点つくというような点数制度、時間貯蓄制をやっていた。これの参加者がどんどん増えて、2,000 に人まで達していた。そして、事務局も病院から社協に引き継いでもらっていた。ところが、市町村合併時に御調町社

協と尾道市社協も合併したところ、合併の翌年に、福祉バンクが解散されてしまった。それでは困るので、旧御調町エリアを中心にボランティア連絡協議会を立ち上げて、仕切り直しに取り組んでいる。現在、ホスピスボランティアも含めて、病院系・施設系で約 300 人、町内や各地区全体で 400 人弱のボランティアがいてくれていて、僕は、もうそれほど増やさなくてもいいと思っている。あとは、何か仕掛けをもう少し考えて、質的な支援の向上というか、利用する人のニーズに見合ったボランティアの内容のようなものを考えておかないといけない。

○川渕教授

すると今は、ポイントやインセンティブは何もないのでしょうか。

○山口名誉院長

以前の福祉バンクの時には時間貯蓄制というメリットシステムがあったが、今は何もない。本当に無償ボランティアでやってくれている。特に、ホスピスボランティアの方は、自分の家族がこの緩和ケア病棟で亡くなった方も多く、その事実がバックボーンとしてあるわけだから、心の持ち方が全然違う。本当は、住民全員がこうなってくれるといいんだけどね。

僕は、国会の予算委員会に呼ばれた時にも言ったんだけど、日本人には現金給付よりも現物給付の方が合っていると思うんです。横出しや上乗せも、全部現物給付でやった方がいい。メリットシステムを導入するというのもひとつの手段としては悪いと思わないが、上手に運営していかないと、モラルハザードを起こして、もらえるのが当たり前のようになってしまう。

○川渕教授

悲しいかな、人間の習性には、そういうところがありますね。したがって、今回の医療・介護一括法で書かれていることは、本当に制度設計が難しい。

○山口名誉院長

地域包括支援センターや保健センターといった行政との連携はまだまだかなと思うが、専門職間の連携については、もう大体でき上がっていますね。

そして、やっぱり住民が加わっていないと、地域包括ケアシステムのネットワークができないと思うんです。この専門職と行政と住民、この三者によるネットワークができると、点と点を結んだ線じゃなくて、面の連携になるんです。一番難しいのは、住民がどれだけ本気で参加するかということだろう。僕が一番苦労したのも、そこですね。今も続いています。が、「健康づくり座談会」という住民との話し合いの場を年間 20～30 回ぐらい集会所単位で行っているんです。各地区の集会所で、少人数、ワークショップ方式も取り入れている。テーマも、今は、そこの地域の住民が決めるようになった。若い住民の方も来られるように、夜に開いている。

地域包括ケアシステムに関係する専門職というと、医師・歯科医・リハビリ職・看護介護職等々、いろんなパートナーや連携のあり方がたくさんあるが、面の連携を実現するためには、それだけではなくて、住民をよきパートナーとできるかということが、ひとつのキーポイントになると思います。

○川渕教授

ここには、歯科もあるのですか。

○山口名誉院長

歯科もあって、かなり力を入れている。そして、老健施設をはじめ、特養、リハビリセンター、ケアハウス、グループホームといった具合に、どんどんと施設を増やしてきて、主なものはあるんです。

○川渕教授

一大コンプレックスで、まさに地域包括ケアの複合体ですね。こういう保健・医療・介護が一体化されたかたちが一番いいかもしれないですね。



○山口名誉院長

訪問看護なんか、以前は病院負担で全部やってきたわけです。このように医療と介護がドッキングした形態になっているので、人件費比率がどうしても高くなってしまいが、これは仕方がない。例え

ば、ここの老健施設は、リハビリのスタッフは基準どおりなら 2 人でいいのだが、12 人置いている。重点的に取り組む必要がある部門には赤字もやむを得ないと覚悟して、人を投入している。僕は、寝たきりの人たちをつくった自分たちで火を消すつもりで訪問看護を始めたので、その時から必要な部分については赤字や黒字ということは関係ないと思っている。

ただ、病院全体では、昭和 51 年度からずっと黒字経営をしていますから。最近だと平成 24 年度は約 1,400 万円、25 年度は約 1 億円の黒字です。だから、訪問看護の赤字だけを見るのは、少しナンセンスかなと思います。

○川淵教授

しかし、住民エゴもあるでしょう。

○山口名誉院長

住民エゴはどこでもある。誰か 1 人だけの悪というよりも住民全体に広がっているエゴ意識というものがありますね。御調町でも、30～40 年前にはなかった、サービスを受けて当たり前といった意識が、今はある。以前は、自分たちもボランティアとなってパートナーになってくれたが、今の人たちは常にサービスを受ける側でいるのが当たり前になっていて、互助の中に入っていくという意識が非常に希薄になっています。日本人全体が、恵まれ過ぎているからか、そういう意識になってきているような気がする。だから、僕は、住民の教育も必要だと思うんです。地域を少しづつ回って話をしたりしながら、住民に対して警鐘を鳴らすようなこともしていこうと思っているんです。ここなんかよりも都会の方が、そうした傾向は強

いんじゃないでしょうかね。

それから、面の連携に関してもうひとつ、シームレスという時間の要素も重要です。というのは、先程も言ったように、完全な寝たきりになってしまうと、もう治らないと思ってください。そうになると、直そうとするよりも、シームレスに継続して支援して、維持期のレベルを保っていくことの方が大事だと思うんです。

○川渕教授

しかし、旧御調町の方式は汎用性があるのでしょうか。

○山口名誉院長

ここと同じような農村や中山間地域だったら通用するけど、全国一律では通用しないと思っています。都市部やニュータウンのようなどころには向いていないでしょう。島嶼沿岸部、中都市、大都市、団地、いろんな地域の特性がある。その地域その地域に見合ったシステムを構築しなければならないですよ。

それから、課題としては、なんといっても「人」と「金」ですね。人というのは、専門職を揃える必要があります。それから「金」というのは財源です。次に、縦割りの弊害を少なくするために、横のパイプを太くしていくべきだと思う。そして、シームレス化を進めていくことも必要です。そして、首長と住民の理解と協力ということが、面の連携をつくるには必要不可欠だと思っています。なかでも、首長の理解というのが、すごく重要になってくる。そして、専門職の認識を変えていくことですね。今までの医者は、「病気をみる、臓器をみる治療」だけが医療だと思っていましたが、これからはそうではなくて、人間全部、「人をみる医療・介護・福祉」が必要なん

です。生活の視点ですね。このように課題がたくさんありますが、ひとつずつ片づけていくべきだと思います。



○川渕教授

首長の話が出ましたが、合併時から尾道市長は代わられたんですか。

○山口名誉院長

合併後に一度代わりましたね。

○川渕教授

ここの方針は、市長が代わってから変更はありませんか。

○山口名誉院長

基本的には同じです。合併時の約束もありますしね。旧御調町時代の町長3人とは、論争もしたけど、いい付き合いをさせてもらっ

た。僕は、町長には恵まれたと思っています。

○川渕教授

首長が本当に理解すると、一気にことが進み出しますよね。

今後、一番力を入れようと思っていることは何でしょうか。

○山口名誉院長

住民の当たり前意識をそろそろ改革して、新しいフレッシュな空気を注ぎ込みたいと思っています。いくら面の連携とか何とか言っただって、その住民がそっぽ向いていたら何もできないんです。現代医療だ、介護だ、福祉だと言っても、最後に問題になってくるのは住民なんです。すべての分野の原点だと思います。

○川渕教授

住民の人たちは、本当は何を望んでいるのでしょうか。

○山口名誉院長

僕は以前から、病院機能を、ハード的な診療機能、理念を中心としたソフト的な診療機能、高い質の診療機能、運営管理、患者サービス、地域のニーズに応える機能、といった6つの柱で捉えているんです。特に大事なものは、ソフト的な診療機能と地域のニーズに応える機能ですね。僕は、合併のときに「合併後のまちの姿」というアンケート調査をしたんです。そのときの回答では、6割近くの住民の人たちは「保健・医療・福祉が充実したまち」を望んでいたんです。こういう傾向は、どこの町の住民も同じだと思います。

それで、住民の意識を変えるためには、住民のニーズを捉えることも大事ということです。「人をみる医療・介護・福祉」と言いまし

たが、医療は治療だけではないということです。地域包括ケアシステムの構築は、今後の超高齢社会には絶対必要で、それには、サイエンス、アート、ヒューマニティが重要なんです。リサーチも要るんですが、それは特定機能病院とか大学とかの役割でしょう。そして、これらが上手に活用されて地域包括ケアシステムが構築されると、住民ニーズに応えるような地域づくり、まちづくりにつながっていくと、言っているんです。

○川渕教授

地域包括ケアシステムにおいて、めざす指標は、何だとお考えでしょうか。

○山口名誉院長

平成 24 年に広島県がここに地域包括ケア推進センターを開設して、私がセンター長に任命されました。そこでは県内それぞれの生活圏域に見合ったシステムの構築をめざしています。人々が住み慣れた地域で生活できるようにしていこうと。その一環として、各地の地域包括支援センターと県内の各市や町の評価を行うための仕様を検討している段階です。ただ、現在やっているのは、国がいている 5 つの要素のほかに、ネットワークの構築、行政との連携、住民との連携を加えた 8 つの要素からなる評価指標で評価し、これによるレーダーチャートを作成する予定です。うちのスタッフに全部考えてもらっているのだけれど、現場経験の豊富な人と、デスクワーク中心きている人とでは、考え方がだいぶ違っていて、おもしろい。見える化というのは本当に大事なことだと思うんですが、言葉で言うのは別として、実際にできるのかというと、なかなか難しい

ところがある。しかし、平成 26 年度にはできあがって試行に入っていると思います。

○川渕教授

いわゆる現場の人の発想というのは、デスクワークの人の発想とどう違いますか。

○山口名誉院長

例えば在宅というと、デスクワーク中心の人は一律に在宅の件数で一緒くたにしてしまう。看取りにしても届出の件数だけで単純な仕様にしようとする。現場の人は、ちょっと待て、そんな単純なものじゃないよとなってくる。この間、実態調査を色々行ってきた。特養の看取りも調査をしてみると、届出をしていない特養の中で 100 件以上施設で看取っていたことがわかった。これは、届出件数からは見えてこない。しかし、実際現場から言わせれば、届出がなくてもこんなにやっているという感覚があるんです。

○川渕教授

なぜ届け出ないのでしょうかね。

○山口名誉院長

それは、国が看取りの要件を微細に作ってしまっているからです。老健も同様です。例えば、在宅復帰率が 50%以上のところは在宅強化型といって高い加算をつけたりしているじゃないですか。そうすると何が起きるかということ、在宅に帰しっ放しで、その後は何も支援しない老建が出てきている。老健の 5 つの機能の中に在宅支援が

あるのに、実際にはしていない。これでは中間施設とは言えないでしょう。医療機関も同じですよ。本当は 40 日間でもいいから在宅でちゃんと見るようにすれば、医療費も介護費用も節減できるんですが、それはせずに、加算だけするもんだから診療報酬の費用だけが出ていくようになってしまっています。

老建に話を戻すと、僕は全老建の会長時代に、なぜ老健施設を中間施設と位置付けるのか、つまり在宅へ帰すにしても、その後放りっぱなしじゃなくてケアをしていきますよと説明していた。家に帰した数日後には別の施設に移らざるを得ないような実態なら、介護報酬をつける必要もないでしょう。要するに、在宅ケアの受け皿が不十分なんです。

○川渕教授

非営利組織とはいっても、どうしても経営的面に気を取られ、お金優先になってしまいますね。

○山口名誉院長

だから、あの届出制度というものには大きな落とし穴があります。

○川渕教授

届け出ない特養があるということですね。特養では最期まで看取れないと言われていますが、先日、私の義母が特養で亡くなって、家族葬にしたのですがケアスタッフの方が皆さん来てくださいましたよ。義父や私の妻が到着したときにはもう亡くなっていたけど、いい表情だったそうです。だから、私は、特養でも看取れないこと

はないと思っているのですが。

○山口名誉院長

ありがたいね。心がこもっている。実態調査の結果にもあるように、特養でも十分に看取れるはずです。

○川渕教授

山口先生、そういう真のデータを是非発信してください。今回も、この研究会で見える化をテーマにしたのですが、結局、殆どの自治体では地域包括ケアシステムはまだ始まってないというのが実感です。

○山口名誉院長

見える化にはエビデンス、根拠というものがないとだめですから。

それと、本当の特定機能を持った病院というものも当然必要なんだけど、もっと一般的な、いわゆる旧総合病院には、高度先端医療や専門医療もやらないかんけども、やっぱり総合診療医も置いて、そして包括ケアもやれる体制を支援する体制をつくるべきだと。僕が考えている地域包括ケアシステムというのは、そういうのを全部入れての話です。

今まで国は、高齢者問題に限定した地域包括ケアシステムを考えていたようだが、高齢者だけでなく障害者なども含めた地域包括ケアシステムにしないと、これからの超高齢社会というのは乗り越えていけない、超高齢社会というのは高齢者だけの問題じゃない、とずっと言い続けてきているんです。

そろそろ、このぐらいにしておきましょうか。

○川渕教授

すみません、時間も随分オーバーしてしまいました。

山口先生、本日はありがとうございました。



<対談記事について>

この対談記事は、2014（平成 26）年 12 月 10 日に、広島県尾道市公立みつぎ総合病院にて、山口昇 同病院名誉院長と川渕孝一 東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授（本研究会座長）とが対談した際の模様を、同席した公益財団法人日本都市センター研究室（本研究会事務局）が構成したものである。

なお、記事中に挿入されている写真と図表について、写真はすべて公益財団法人日本都市センター研究室が当日撮影したものであり、図表はすべて同病院から提供された資料である。

参考資料

○厚生労働省 発表資料

（厚生労働省ホームページ「福祉・医療 地域包括ケアシステム」）

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/

○都市自治体行政の専門性（医療・介護・保健）に関する研究会 関係資料

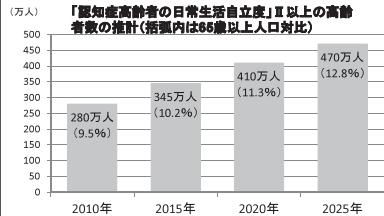
- ・研究会・現地調査 日程概要
- ・研究会 議事概要
- ・研究会現地調査 調査票

今後の高齢者人口の見通しについて

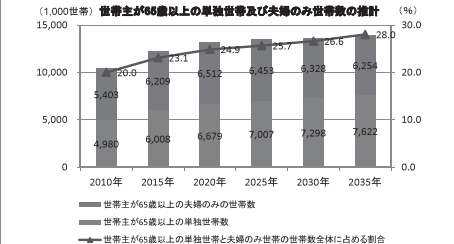
- ① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

- ② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



- ③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。

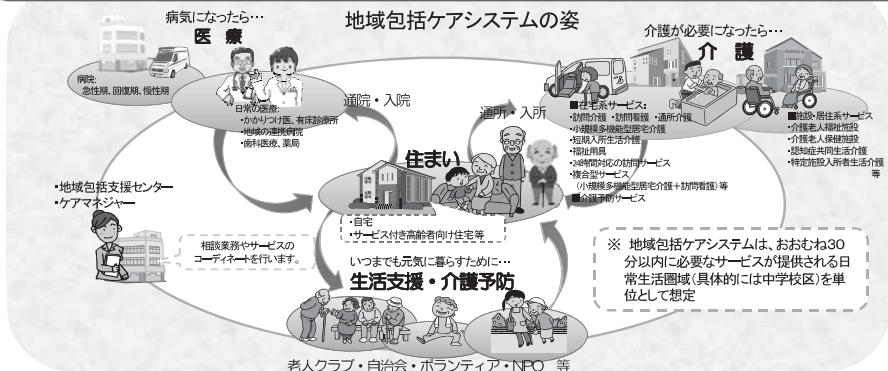


- ④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	20.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.59倍)

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な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後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

平成25年3月
地域包括ケア研究会報告書より

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

●生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られる住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

●心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも専断ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
●生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の助けや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

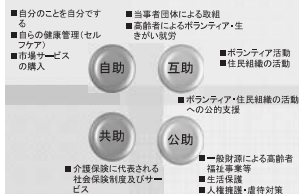
【介護・医療・予防】

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

●単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



【費用負担による区分】

●「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。
●これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】

●2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形になる。
●都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大きい。
●少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

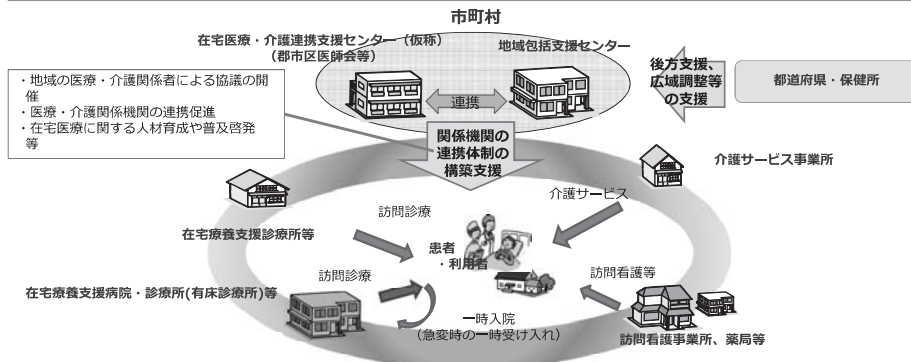
在宅医療・介護連携の推進

- 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時に一時的に入院の受け入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

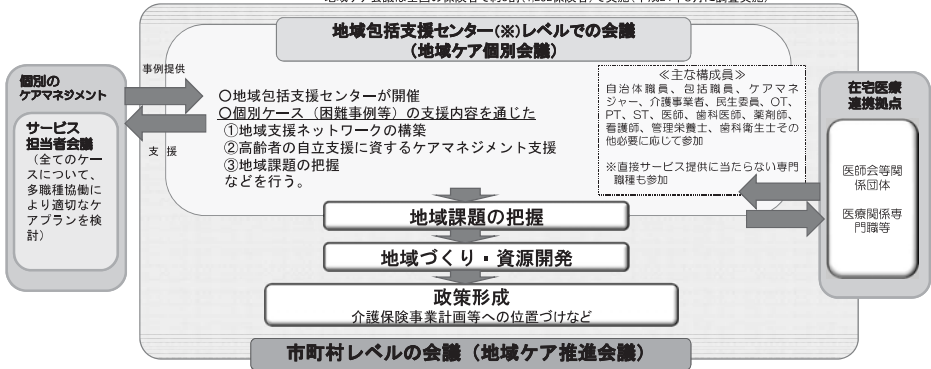
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図る。



地域ケア会議の推進

- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。
 - ・適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして位置づけ
 - ・市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
 - ・地域ケア会議に参加した者に対する守秘義務を規定 など

・地域包括支援センターの箇所数:4,484ヶ所(センター・プラチナ・サブセンター合計7,196ヶ所)(平成25年4月末現在)
 ・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,202保険者)で実施(平成24年6月に調査実施)

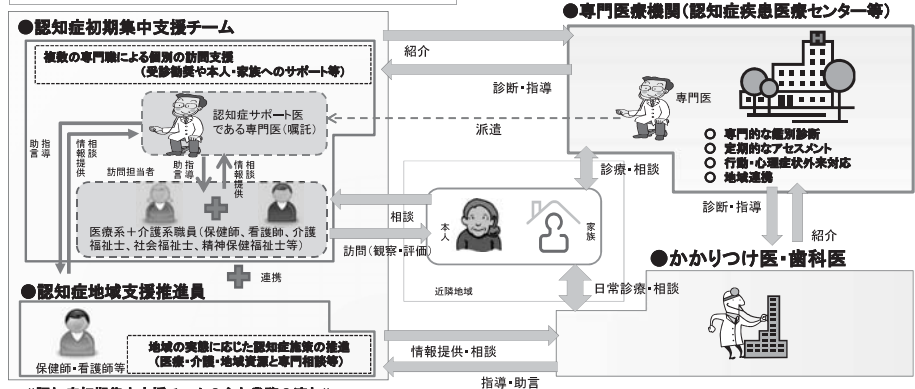


認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

- 認知症初期集中支援チーム** 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)し、認知症の専門医による個別診断等(個別の訪問支援)
- 認知症地域支援推進員** 一認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



＜認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ＞

- ①訪問支援対象者の把握、②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)、③初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)、④観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子などのチェック)、⑤専門医を含めたチーム員会議の開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)、⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)、⑦引き継ぎ後のモニタリング

「都市自治体行政の専門性（医療・介護・保健）に関する研究会」

研究会・現地調査 日程概要

研究会

- 第1回研究会 日 時：2014（平成26）年 7月 9日（水） 午前10時から正午まで
場 所：日本都市センター会館 会議室
- 第2回研究会 日 時：2014（平成26）年 8月 8日（水） 午後1時から午後3時まで
場 所：日本都市センター会館 会議室
- 第3回研究会 日 時：2014（平成26）年10月22日（水） 午後6時から午後8時まで
場 所：日本都市センター会館 会議室
- 第4回研究会 日 時：2014（平成26）年12月19日（金） 午後5時から午後7時まで
場 所：ホテルルポール麹町 会議室
- 第5回研究会 日 時：2015（平成27）年 2月 6日（金） 午後5時から午後7時まで
場 所：日本都市センター会館 会議室

現地調査

- 山形県鶴岡市 日 時：2014（平成26）年 9月24日（水） 午後2時から午後5時まで
調査者：川淵座長、高木委員、事務局
調査先：鶴岡市健康福祉局健康福祉部長寿介護課地域包括支援センター、
一般社団法人鶴岡地区医師会連携室、鶴岡市立荘内病院地域医療連携室
- 千葉県柏市 日 時：2014（平成26）年10月 3日（金） 午後2時から午後4時まで
調査者：川淵座長、鈴木委員、高橋委員、事務局
調査先：柏市保健福祉部福祉政策課柏地域医療連携センター
- 埼玉県和光市 日 時：2014（平成26）年10月31日（金） 午後2時から午後4時まで
調査者：川淵座長、中山委員、石山委員、高木委員、事務局
調査先：和光市保健福祉部福祉政策課及び長寿あんしん課
- 福岡県大牟田市 日 時：2014（平成26）年11月20日（木） 午後3時から午後4時30分まで
調査者：川淵座長、事務局
調査先：大牟田市保健福祉部長寿社会推進課

インタビュー

- 広島県尾道市公立みつぎ総合病院
日 時：2014（平成26）年12月10日（水） 午後1時30分から午後3時30分まで
調査者：川淵座長、事務局
調査先：尾道市公立みつぎ総合病院 山口昇 名誉院長

第1回都市自治体行政の専門性（医療・介護・保健）に関する研究会

議 事 概 要

日 時：平成26年7月9日（水）10:00～12:00

開催場所：日本都市センター会館 6階 604 会議室

出席者：東京医科歯科大学教授 川渕 孝一 座長、聖路加国際大学教授 中山 和弘 委員、
東京海上日動ベターライフサービス株式会社 石山 麗子 委員、
多摩市 伊藤 重夫 委員、大和市 高橋 隆行 委員、松本市 高木 寿郎 委員
(公財)日本都市センター 鳴田研究室長、木村副室長、
新田主任研究員、清水研究員、柳沢研究員

議事要旨：各委員及び事務局紹介が行われた。

事務局より研究会趣旨等について説明された。

伊藤委員より多摩市の取組み報告、高木委員より松本市の取組み報告がなされた。

調査研究に関する議論及び今後の進め方について議論を交わした。

1. 調査研究に関する議論

(1) 論点について

①医療・介護・保健分野の連携が求められている状況

- ・日本における地域包括ケアは、広島県旧御調町（現尾道市）が、国保財政と町立病院財政の安定化を図りつつ、寝たきりの高齢者をつくらないようにするために、医療と介護の連携を進めようとした取組みから始まったものであるが、近年「地域包括ケアシステム」という表現が用いられるようになるとともに、医療・介護両分野の連携だけに留まらず、生活支援、住宅、予防等の分野との関連も強くなってきており、完成形というものがわかりづらくなっているのではないかと。
- ・地域包括ケアシステムのエンドポイントの設定ができていないために、自治体や関係者が具体的に何をなすべきかが見えずに困惑している状況があるのではないかと。
- ・国が入院患者の在院日数を短縮させる方針を打ち出しているのに伴い、急性期医療中心だった病院も、ロングタームケアという視点で、患者の退院後のことも考え始めているのではないかと。
- ・本来の地域包括ケアシステムには、高齢者だけではなく、世代を超えて社会的に弱い立場にある人々を包摂的に支援するための制度であるべきだが、多くの自治体では対象を高齢者に限定してしまっている。もっと広い層が対象となる体制を構築していくべきではないかと。
- ・新しい施策を導入する際には具体的な切り口というものが必要であり、当初は高齢者に対象を絞った形で始めてみることは有効なのではないかと。各自治体は、地域包括ケアシステムの本来目指すべき完成形と、導入時の暫定的な形の両方について、十分に議論しておく必要がある。

②医療・介護総合推進法の意義と自治体に求められている役割

- ・市役所内部では、地域包括ケアシステムは高齢者対象の施策という印象が強く、本来あるべき地域包括ケアの姿について、全庁的な共通認識を持つようにするには、相当な工夫が必要である。
- ・福祉や介護保険に関する専門性については、多くの市町村において一定確保できているかと思うが、医療に関する専門性については十分に確保できていない市町村も多いのではないかと。今後、医療介護総合推進法が順次施行されるに伴い、医療についても専門性の確保が求められるのではないかと。
- ・地域包括ケアシステムにおいては多様な主体による連携が鍵となってくるので、自治体には関係主体間の橋渡しやコーディネーターを担うことが求められてくるのではないかと。

③電子データ等を活用した専門機関や住民の取組み

- ・地域包括ケアシステムについて、それぞれの地域の到達点を客観的に判断するための指標や評価

基準がないということは、大きな課題である。

- ・これまでに医療や介護の各分野がそれぞれに設定していた数値目標を整理して、地域包括ケア構築のための指標として再設定することで、今後の具体的な方向性も見えてくるのではないかと。
- ・医療や介護に関する指標に加えて、個人が健康になるための能力を高めるということの客観的分析を行うというヘルスリテラシーの視点で、実施事業への住民の参加率のような指標があってもよいのではないかと。
- ・医療と介護のレセプトデータを連携させることは技術的には可能であり、それに加えて介護側が蓄積している広範で膨大な情報をデジタル化できれば、連携が飛躍的に進むのではないかと。
- ・要介護認定に関するデータは、疾患原因がわかるような内容が含まれていたりもする貴重なものだが、それを要介護認定の事務以外に活用して、例えば全体の傾向を分析した上で地域特性に応じた予防教育を実施するような取組みを、自治体はもつてできないのか。
- ・医療費や介護費の削減効果が確実に見込まれるのであれば、データに基づいた健康教育等を実施しようとする自治体は現れるのではないかと。
- ・地域完結型の介護や医療を目指すのであれば、少なくとも2次医療圏域における1人ひとりの医療に関する移動や受診状況等について、データとして整備することが必要なのではないかと。

④包括的ケアを地域社会で実現するために求められるもの

- ・地域包括ケアシステムの完成形やアプローチとしては、地域づくりや社会資源蓄積の進み具合や、要支援者と要支援予備群への重点の置き方等によって、様々な切り口があってよいのではないかと。
- ・ヘルスリテラシーの向上や、スマートウエルネスシティが提唱する「健幸社会の実現」といったものも、目指すべき方向性としてあってよいのではないかと。
- ・まず個人でできる状況改善、次に行政や地域による支援の段階があって、最終的に社会全体の「健康」を実現するという、目標設定になるのではないかと。
- ・地域包括ケアシステムというものが、本当に優れたモデルで実現可能なのか、少子化・人口減社会を迎える中でどのように仕組みづくりを進めていくのかということは、考える必要がある。
- ・地域包括ケアシステムの構築に向けて、基礎自治体の果たす役割がこれまで以上に大きくなる中で、現場の状況や必要となるデータについての実態を明らかにすることによって、共通の課題が浮き彫りとなり、目指すべき姿が見えてくるかもしれない。
- ・情報やネットワークというものを社会資源として認識し、指標により「見える化」させていくという方向性を全体的な課題としてもよいのではないかと。
- ・行政が市民活動と協力して進めている取組みや、多様なセクターが協力して社会資源を活用している事例等を、ヘルスリテラシーやヘルスプロモーションの観点から論じてみてもよいと思う。
- ・医療・介護・保健の連携を進めるために、自治体職員に必要な知識や能力という視点で考えるのもよいのではないかと。
- ・介護予防、健康増進、特定健診保健指導、ヘルスリテラシー等と組み合わせ、医療費を抑制しつつ、本人も幸せな状態で死を迎えるための取組みについても取り上げてはどうか。
- ・具体像を掴みきれないままに地域包括ケアシステム構築に奔走している基礎自治体関係者にとってヒントが得られるような研究成果としたいので、議論や研究を重ねて、最終的に地域包括ケアシステムが目指すべきゴールというものを示すことができればよい。

2. 今後の進め方について

- ・先駆的な取組みを進めている自治体4～5か所程度を対象に、現地調査を実施することとしたい。
- ・次回回、学識者の委員からの報告を受けることとしたい。
- ・次回回、論点に関する議論と、現地調査先・調査項目の検討を中心に行いたい。

(文責：事務局)

第2回都市自治体行政の専門性（医療・介護・保健）に関する研究会

議 事 概 要

日 時：平成 26 年 8 月 8 日（水）13:00～15:00

開 催 場 所：日本都市センター会館 6 階 603 会議室

出 席 者：東京医科歯科大学教授 川渕 孝一 座長、聖路加国際大学教授 中山 和弘 委員、
名古屋大学医学部大学院 鈴木 裕介 委員、
東京海上日動ベターライフサービス株式会社 石山 麗子 委員、
大和市 高橋 隆行 委員、松本市 高木 寿郎 委員
(公財)日本都市センター 鳴田研究室長、木村副室長、
新田主任研究員、柳沢研究員、三浦研究員

議 事 要 旨：中山委員、鈴木委員、石山委員より、これまでの研究内容等に関する報告がなされた。
調査研究に関する議論及び今後の進め方について議論を交わした。

1. 調査研究に関する議論

(1) 医療・介護・保健分野の連携が求められている経緯や現状等について

- ・本来、地域包括ケアシステムの対象は、地域で支援が必要な住民全体とするべきだが、医療介護総合確保法で対象を高齢者と限定したこともあり、当面は高齢者に限定することも止むを得ない。
- ・地域包括ケアシステムの構築に際しては、本人の意思を尊重し、必要なサービスが選択可能な状態で提供されなければならない。
- ・特に認知症の人と接する際には、本人の意志や認識をどう取り扱うかという問題もある。状況を十分把握できていない本人の意思だけに基づいては適切な対応を取れないことも多い。
- ・大都市圏の自治体においては、高齢者人口の急増、脆弱な互助機能、複雑で多様な人口流動や生活動線、等の問題がある一方で、人口密集によるスケールメリットの可能性も認められる。

(2) 医療・介護・保健分野の連携における関係機関の役割等について

①自治体に求められる役割等について

- ・地域包括ケアシステムでは、医療や介護等の多職種連携だけでなく地域の連携が不可欠であり、地域は単にケア提供の場というだけではなく、ケアの主体としての役割も求められている。
- ・自治体は、地域づくりの一環として地域包括ケアシステム構築に取り組むべきではないか。
- ・自治体には、地域ケアにおける関係機関の連携に向けた支援や調整等の役割が求められている。
- ・住民への情報発信や意識啓発も自治体の役割であるが、特に一人暮らしの高齢者などに対しては、受け手側の状況をよく把握して、創意工夫のある取組みが必要なのではないか。
- ・住民の意識醸成が十分にできていない地域では、行政も関わりながら医療と介護が連携して具体的な支援に取り組んでいくことで、徐々に地域全体の機運を高めていくのがよいのではないか。
- ・各市町村が定める介護保険事業計画に、価値や目的の共有という規範的統合の意義や情報発信の方法等を盛り込んでいくことが必要なのではないか。

②関係機関に求められる専門性等について

- ・地域ケアに関わる専門職には、職種を問わずに在宅ケアの視点で支援を行うことが求められる。
- ・各専門分野からの捉え方はそれぞれであっても、対象者の視点で、その人の生活を中心に考えるのであれば、対象者自身の健康状態やQOLといった、共通の目的が設定できるのではないか。
- ・医療と介護の連携を強化するためには、お互いに言葉・時間・意識・職業倫理といった壁を取り除いていくことが求められる。
- ・運営方法や手法を検討してIPE（専門職種連携教育）を行うことにより、制度、実務、対象者とのニーズの捉え方や対応などを議論することができ、お互いの着眼点や判断の違いに対する理解を深められれば、在宅ケアに適した人材育成や地域ケア会議の充実に繋がってくるのではないか。

- ・医療分野で在宅ケアのマインドを持った人材を育成し、急性期病床から在宅医療に転身・定着させていくことができれば、病床再編のいい意味での地域への波及効果となるかもしれない。

④地域ケア会議について

- ・地域ケア会議については、予算やスタッフが確保されていれば内容が充実するというものでもなく、大都市では人員の集中配置等にも関わらず、十分に機能していない地域もあるようである。
- ・地域ケア会議については、開催目的を意識しつつ頻繁に開催することで、他職種や地域社会と連携できる人材が少しづつ育っていくのではないかな。
- ・地域ケアのためには、関係者による価値観の共有や相互理解が重要だということが、ある程度浸透してきているように思われる。今後は、そのための機会づくりが大きな課題であり、地域ケア会議にもそのための役割が期待されていると思う。

(3) 様々なデータの利活用や客観的指標の設定

①自治体が収集するデータについて

- ・国は急性期病床の削減と回復期・慢性期病床の増加を目指しており、第6次医療法改正により医療提供体制に関するデータが都道府県に集められることとなったのも、その現れであろう。
- ・本来は、サービス提供側の集合データと利用者・患者側の個別データの両方から、あるべき地域ケアの姿を検討すべきではあるが、当面、可能なデータからだけでも「見える化」を進めることは重要であろう。

②ヘルスリテラシーについて

- ・個人間の健康格差については、一人ひとりの持っている情報量や理解度の差が大きな要因となっているのではないかな。また、ヘルスリテラシーが低い人ほど健康状態がよくないという傾向もあるようである。
- ・社会全体の健康度を高めるためには、個人を対象とした情報提供や意識改善・能力形成の支援等により個々のヘルスリテラシー向上を図るとともに、関係インフラの整備や住民間のパートナーシップ形成の支援等により集団のヘルスリテラシー向上にも取り組むべきである。
- ・ヘルスリテラシーは、本人がどうありたいかということを決めないと向上しないように思える。
- ・ヘルスリテラシーに関する話題であれば、本人の意思や目的といった共有化しやすい視点で考えることになるので、様々な職種や地域住民が連携して支援しようとする際にも、比較的容易に職種や立場を越えての連携という方向に進みやすいのではないかな。
- ・地域住民のヘルスリテラシー向上と、高齢者への地域包括ケアシステム構築の浸透とは、自治体の果たすべき役割という観点で見れば関連性があるのではないかな。

(4) 現地調査について

- ・調査先の取組内容は多くの自治体で実施可能かという、汎用性の視点も必要であろう。
- ・地域包括ケアシステムの構築を進めるに当たっての、自治体と医師会との関係性に興味がある。
- ・データの利活用状況とともに、ヘルスリテラシーに関する調査項目を加えてみてはどうか。
- ・各地での取組みが成功している秘訣や工夫を聞いてみたい。

(5) 包括的ケアを地域社会で実現するために求められるもの等について

- ・地域包括ケアシステムの構築に向けては、生活者としての視点が欠かせないのではないかな。
- ・地域包括ケアシステムに向けて、ゴールの設定、ゴール到達のためにどのようなデータを利活用するのか、成功の鍵や阻害要因は何か、といったことを議論する必要があるのではないかな。
- ・ヘルスリテラシーの低い人が多い地域において、どうやって情報ギャップを埋めていくかという視点でも議論を深めてみたい。
- ・人口構成や自治会組織率といった地域や住民の状況は、大都市圏と地方圏をはじめとして全国各地で大きく異なっており、様々な地域特性に応じて、地域包括ケアシステムの姿を類型化することも必要であろう。

2. 今後の進め方について

- ・先駆的な取組みを進めている自治体5か所程度を対象に、現地調査を実施することとする。
- ・次回は、論点整理、現地調査結果、報告書の内容や構成に関する検討等について議論したい。

(文責：事務局)

第3回都市自治体行政の専門性（医療・介護・保健）に関する研究会

議 事 概 要

日 時：平成 26 年 10 月 22 日（水）18:00～20:00

開 催 場 所：日本都市センター会館 7 階 706 会議室

出 席 者：東京医科歯科大学教授 川淵 孝一 座長、聖路加国際大学教授 中山 和弘 委員、
名古屋大学医学部大学院 鈴木 裕介 委員、多摩市 伊藤 重夫 委員、
大和市 高橋 隆行 委員、松本市 高木 寿郎 委員
大木 哲 大和市長
(公財)日本都市センター 石川研究室長、木村副室長、
新田主任研究員、清水研究員、柳沢研究員

議 事 要 旨：大木哲 大和市長より、大和市における取組報告が行われた。

事務局より、山形県鶴岡市および千葉県柏市現地調査結果の報告がなされた。

調査研究に関する議論及び今後の進め方について議論を交わした。

1. 調査研究に関する議論

(1) 医療・介護・保健分野の連携が求められている経緯や現状等について

- ・厚生労働省は、概ね人口 1 万人程度が居住する日常生活圏域単位での地域包括ケアシステム構築を想定しているが、もっと広いエリアを単位として考えた方が現実的なのではないか。

(2) 医療・介護・保健分野の連携における関係機関の役割等について

①自治体に求められる役割等について

- ・市長の強力なリーダーシップにより、関係する施策を進めていくことも必要なのではないか。
- ・市長が交代した場合においても、地域包括ケアシステムの構築に向けた基本的な路線が継承されるよう、政策的メリットの大きさが社会全体で共有されておいた方がよい。
- ・例えば、自治体がコミュニティバスの運営を財政的に支援することによって、高齢者が自ら外に出て歩く機会が増加し医療費削減の効果が見込まれる可能性があるように、長期的なトータルコストの視点で関連する施策の効果等を考えることも必要なのではないか。
- ・「健康」というキーワードや職業からリタイアした人々の暮らし方といった視点で、地域包括ケアシステムの構築に取り組んでもよいのではないか。
- ・自治体が企業を巻き込むような形で、住民の健康づくりに関する広報や啓発を展開すると、非常にインパクトのある取組みとなるかもしれない。

②関係機関間の連携等について

- ・「行政は関係機関間のコーディネーター役」といったように、明確な役割分担をしておく方がよいかもしれない。
- ・地域ケア会議としての組織の体裁は整えられていても、実際には十分に機能していないところもあるようである。
- ・情報システムの整備や会議体の設置といった仕組みづくり大切だが、本当に関係者間に「顔の見える関係」を築くためには、もうひと工夫が必要なようである。
- ・これまでは医療行政を主に都道府県が担っていたこともあり、多くの都市自治体は医師会と情報共有等を行う必要性も低く、具体的な協力関係が築けていないのではないかと。
- ・地域によって医師会の色合いも様々であり、必ずしも一枚岩の組織ばかりではないと思われるので、医師会全体が医療・介護の連携に取り組むようになるには困難を伴うこともあるだろう。
- ・自治体病院が地域包括ケアシステムの構築に関して果たす役割も、これまでの在宅医療への関わり具合等によって、それぞれ違いがあるのではないかと。

(3) 様々なデータの利活用や客観的指標の設定

- ・咀嚼力と要介護状態になる人との関係性を分析している研究もあるように、口腔内の健康保持ということも介護予防の重要な要素となるのではないかと。
- ・虫歯の患者数が減少していることもあり、在宅歯科診療や口腔ケアによる誤嚥性肺炎予防に関するエビデンスの確立とともに、歯科医が通常診療以外に在宅の歯科治療や口腔ケアにも関わるようになってくるのではないかと。
- ・高齢者の転倒要因として、常識的にはバランス能力や下半身筋力の低下等が考えられるが、実は握力の低下も要因のひとつとなっているようである。
- ・住民個々の健康維持に要する費用を自治体が直接補助することは難しいが、歩くことや口腔内ケアに関する意識を醸成するための取組みを実施することは必要なのではないかと。
- ・現在、健康情報を広めるためのマーケティングの重要性ということが注目され始めている。住民のヘルスリテラシー向上のためには、行政からの分かりやすい情報提供を徹底することが必要であり、やはりマーケティングをしっかりと行うことが重要となってくるのではないかと。

(4) 現地調査について

- ・現地調査を行った、山形県鶴岡市、千葉県柏市のいずれも、行政と地域の医師会との間に「顔の見える関係」が構築されているようであり、比較的スムーズに事業を実施できている印象を受けた。
- ・現地調査を行った自治体においては、地域ケア会議の開催単位はともかく、在宅医療の支援や推進に関する地理的単位としては、人口1万人よりも相当広いエリアで進めようとしていることがわかった。やはり、個々の状況に応じた仕組みづくりが必要となるのではないかと。

(5) 包括的ケアを地域社会で実現するために求められるもの等について

- ・いずれの自治体においても、「市民の目線」を忘れずに、地域特性に応じた対策を講じていくことが重要なのではないかと。
- ・特に大都市圏で高齢化が進行している地域では、どうやって住民等の互助の力を引き出すかということが重要な課題である。
- ・自治体の実施する健康相談等については、24時間対応な体制が整備されていることにより、住民の安心感が得られると思うので、徹底した形で実施した方がよいのではないかと。

2. 今後の進め方について

- ・研究成果としての報告書は、主たる読者として想定している都市自治体の担当者等の参考になるような知見を盛り込んだ「読まれる報告書」としていきたい。
- ・報告書には、現地調査結果の検証等による帰納法的なアプローチとともに、ある程度は「べき論」もあった方がよいのではないかと。
- ・次回は、論点の確認、現地調査結果、報告書の内容に関する調整等について議論したい。

(文責：事務局)

第4回都市自治体行政の専門性（医療・介護・保健）に関する研究会

議 事 概 要

日 時：平成26年12月19日（金）17:00～19:00

開催場所：ホテルポール麹町 地下1階「レスカル」

出席者：東京医科歯科大学教授 川渕 孝一 座長、

東京海上日動ベターライフサービス株式会社 石山 麗子 委員、

多摩市 伊藤 重夫 委員、大和市 高橋 隆行 委員、松本市 高木 寿郎 委員

（公財）日本都市センター 石川研究室長、木村副室長、柳沢研究員

議 事 要 旨：事務局より、埼玉県和光市、福岡県大牟田市および広島県尾道市公立みつぎ総合病院への現地調査結果の報告がなされた。

調査研究に関する議論及び今後の進め方について議論を交わした。

1. 現地調査結果の報告

- ・みつぎ病院や和光市の取組みについては、中心的な人物の強力なリーダーシップによるところが大きいのではないか。
- ・尾道市東部では、みつぎ病院が運営するケアハウス・グループホーム・特養等の連携により、地域包括ケアが事実上完成しているといえるように思える。
- ・大牟田市では、行政は地域社会の応援役的な役割を果たしている。地域社会の単位は、従来から小学校区での活動が基本となっている。
- ・和光市や柏市の取組みは都会的なモデルであり、大都市圏では汎用性が見込めるかもしれない。
- ・自治体によって人口規模や立地条件をはじめとする地域特性は大きく異なっており、そのまちに合った地域包括ケアシステムを構築すべきであろう。

2. 今後の進め方について

- ・「読まれる報告書」とするために、参考となる事例や情報を豊富に盛り込んでいきたい。
- ・地域包括ケアシステムを構築するためのヒントのようなものが見いだせればよいと思う。
- ・地域包括ケアシステムの理論的裏付けや先駆的な取組みに触れられている方がよいだろう。
- ・地域ケア会議について、開催手法や地域課題抽出のプロセスに悩んでいるところが多いようなので、先進的な事例を紹介するとともに、地域課題を分析するような視点も必要なのではないか。
- ・様々な住民がいるなかで地域包括ケアを構築するために、具体的な課題や悩みにも触れつつ、成功の鍵のようなものが少しでも見つけられるような報告書となればよい。

（文責：事務局）

第5回都市自治体行政の専門性（医療・介護・保健）に関する研究会

議 事 概 要

日 時：平成27年2月6日（金）17:00～19:00

開 催 場 所：日本都市センター会館 707 会議室

出 席 者：東京医科歯科大学教授 川渕 孝一 座長、名古屋大学医学部大学院 鈴木 裕介 委員、
東京海上日動ベターライフサービス株式会社 石山 麗子 委員、
多摩市 伊藤 重夫 委員、大和市 高橋 隆行 委員
(公財)日本都市センター 石川研究室長、木村副室長、
新田主任研究員、清水研究員、柳沢研究員

議 事 要 旨：報告書に関して、座長、各委員及び事務局から担当執筆分の説明があった。
調査研究の論点及び報告書の内容・構成について意見を交わした。

1. 調査研究の論点に関する議論

- ・地域包括ケアシステムを構築していく上で、国が示している5つの要素（介護、医療、予防、住まい、生活支援・福祉サービス）のどれから取り組んでいくかという優先順位は、地域によって違ってくるだろう。
- ・九州大学が行っている福岡県久山町の研究プロジェクトの新たな研究成果として、全高齢者数に認知症の人が占める割合の将来推計が、これまでの7人に1人から5人に1人に変化してきている。
- ・認知症施策については、各専門職とも実務レベルで相当苦労しており、行政の支援がかなり必要なのではないか。
- ・医療面についていえば、認知症の人を診ることにに対する位置づけが、診療報酬体系も含めて、全体的に低いのではないか。
- ・多職種連携に取り組む前提として、それぞれの専門職種としてのレベルを確保しておくことが必要である。しかし、現状では、それを飛び越えて医療・介護連携を始めてしまう事例が見受けられる。
- ・自治体の中には、単に多職種連携のための研修の場を単に設定するだけでなく、「規範的統合」¹を実現するための支援を行っているところもある。
- ・住民の目線に立つという意味で、いかに「見える化」やヘルスリテラシーを向上させるかということとは、本研究会における重要な論点のひとつとなっているのではないか。
- ・今後、市町村には、地域包括ケアシステムに関する事務が相当移譲されることが予定されており、基礎自治体としての力量が問われるようになるので、それぞれの英知を発揮する場としてとらえて欲しい。

2. 報告書の内容・構成に関する議論

- ・報告書のタイトルについては、地域包括ケアシステムの構築についての、いろいろなヒントが盛り込まれていると思うので、「成功の鍵」というような表現がよいかもしれない。
- ・学識者による専門の見地からの考察や、各地で実務に携わる者からのそれぞれの特色ある取組みの紹介を盛り込むことができれば、おそらく、多様性のある内容になるのではないか。

（文責：事務局）

¹ 地域包括ケアシステム構築に向けて、自治体、地域住民、支援・サービスに関わる事業者や団体が、高齢者が「住み慣れた地域」で、「尊厳を保持」しながら「自立生活」を送れるための支援を行うという、目標像を共有していくことをいう（厚生労働省ホームページ「地域包括ケア研究会 地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書（概要版）」2014年、参照）。

調査票

((公財)日本都市センター研究室「都市自治体行政の専門性(医療・介護・保健)に関する研究会」)

1 地域包括ケアに取り組み始めた経緯
(1) 貴市の概況について
(2) 貴市における高齢者に関する状況について
(3) 貴市における地域資源に関する状況について
(4) 貴市が地域包括ケアに取り組みはじめた経緯について
2 地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組み内容
(1) 貴市における地域包括ケアシステム構築に向けた実施体制について
(2) 貴市における地域包括ケアシステム構築に向けた自治体の役割について
(3) 貴市における地域包括ケアシステム構築に向けた具体的な取り組み内容について
3 地域包括ケアに関してのパートナー
(1) 貴市における地域包括ケアシステム構築に向けたパートナー(連携相手)について
(2) 貴市における地域ケア会議について
(3) 貴市における関係職種間の関係づくりについて

4 地域包括ケアにおけるデータの利活用
(1) 貴市における医療データの活用状況
(2) 貴市における介護データの活用状況
(3) 貴市における医療データ・介護データ以外のデータの活用状況
5 地域包括ケアシステム構築における指標の設定
(1) 貴市における地域包括ケアシステム導入期における指標の設定について
(2) 貴市における地域包括ケアシステム完成期における指標の設定について
6 地域包括ケアシステムの浸透
(1) 貴市における地域包括ケアシステムに関する情報発信について
(2) 貴市における地域包括ケアシステムに関する反応について
7 地域包括ケアシステム構築に向けた課題と今後の展望
(1) 貴市における地域包括ケアシステム構築についての現時点での評価
(2) 貴市における地域包括ケアシステム構築についての課題
(3) 貴市における地域包括ケアシステム構築についての今後の取り組み予定
(4) 貴市における地域包括ケアシステム構築の最終形

執筆者プロフィール

川渕 孝一

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医療経済学分野教授

1983 年一橋大学商学部卒業、1987 年シカゴ大学経営大学院修了。民間病院・企業を経て、1989 年から 1998 年まで厚生省国立医療・病院管理研究所医療経済研究部勤務（95 年から主任研究官）。98 年に旧厚生省退職し、同年 4 月日本福祉大学経済学部教授及び日医総研の主席研究員並びに独立行政法人経済産業研究所ファカルティフェロー、スタンフォード大学の Adjunct Associate 等を経て、2000 年 4 月から現職。専門は医療経済、医療政策、医療・介護経営。近著に『第六次医療法改正のポイントと対応戦略 60』（株式会社日本医療企画、2014 年）、『“見える化” 医療経済学入門』（医歯薬出版株式会社、2014 年）。所属学会は、日本医療・病院管理学会（監事・評議員）、日本クリニカルパス学会（理事）など。

中山 和弘

聖路加国際大学看護学部看護学科教授

東京大学大学院医学系研究科博士課程（保健学専攻）修了

専門は、保健医療社会学、看護情報学

主な著書

健康と医療の社会学（共著 東京大学出版会）

健康観の転換 -新しい健康理論の展開-（共著 東京大学出版会）

生活・労働・環境問題 《保健社会学 II》（共著 有信堂高文社）

患者中心の意思決定支援—納得して決めるためのケア（編著）

市民のための健康情報学入門（編著）

所属学会は、日本保健医療社会学会、日本民族衛生学会、日本公衆衛生学会、日本健康教育学会、日本医療情報学会、日本看護科学学会、日本看護研究学会。

鈴木 裕介

名古屋大学医学部大学院医学系研究科・地域包括ケアシステム学
寄附講座准教授

1990 年浜松医科大学卒業

1997 年 7 月ロンドン大学 King's College, 研究員、2008 年 5 月
名古屋大学医学部附属病院・在宅管理医療部講師、2011 年 4 月
名古屋大学医学部大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学
講師、2012 年 10 月現職。

所属学会は、日本老年医学会（代議員）、日本在宅医学会、日本内科学会、日本医療マネジメント学会。

石山 麗子

東京海上日動ベターライフサービス株式会社 シニアケアマネ
ジャー／博士（医療福祉学）

関西国際大学地域研究所特別研究員、地域福祉ケアマネジメント
推進研究会主任研究員。

専門研究領域は、ケアマネジメント。論文に「介護保険制度にお
ける居宅ケアマネジャーの家族支援と情報収集に関する研究」他
がある。著書に「新しいケアプランのたて方」他がある。所属学
会は、日本ケアマネジメント学会、日本臨床倫理学会ほか。

伊藤 重夫

多摩市健康福祉部高齢支援課長

1988年多摩市役所入庁。福祉事務所六法担当ケースワーカー、企画課、介護保険担当課長などを経て、2012年4月から現職。社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員。

主な著書は『介護施設と法令遵守』（編著、ぎょうせい）『ソーシャルワーク実践事例集』（共著、明石書店）など。

現在、厚生労働省『地域包括ケアを推進するための地域ケア会議活用推進等事業』企画委員、『介護支援専門員研修改善事業「研修向上委員会」』WGメンバーなど。

高橋 隆行

大和市健康福祉部高齢福祉課長、大和市福祉事務所査察指導員
（大和市健康福祉部高齢福祉課の取組内容）

- ・ 高齢者保健福祉計画に関すること
- ・ 地域ケア体制整備に関すること
- ・ 介護予防に関すること
- ・ 高齢者の在宅福祉に関すること
- ・ 高齢者の生きがい対策に関すること
- ・ 高齢者関係団体の育成、支援及び指導に関すること

高木 寿郎

松本市役所健康福祉部高齢福祉課介護予防担当係長

(松本市健康福祉部高齢福祉課介護予防担当の取組内容)

- ・ 介護予防事業に関すること
- ・ 包括的支援事業に関すること
- ・ 介護予防支援事業に関すること
- ・ 地域包括支援センターの設置・運営に関すること
- ・ 地域包括ケアシステムに関すること

地域包括ケアシステムの成功の鍵

～医療・介護・保健分野が連携した 「見える化」・ヘルスリテラシーの向上～

平成 27 年 3 月 発行

編 集 公益財団法人日本都市センター
〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-4-1
T E L 03 (5216) 8771
E-Mail labo@toshi.or.jp
U R L <http://www.toshi.or.jp>

印 刷 大東印刷工業株式会社
〒131-0033 東京都墨田区向島 3-35-9
T E L 03 (3625) 7481

ISBN 978-4-904619-88-9 C 3031

無断転載、複製および転載を禁止します。引用の際は本書(稿)が出典であることを必ず明記してください。

This book is copyrighted and may not be copied or duplicated in any manner including printed or electronic media, regardless of whether for a fee or gratis without the prior written permission of the authors and Japan Center for Cities. Any quotation from this article requires indication of the source.

ISBN978-4-904619-88-9

C3031 ¥1000E

定価（本体価格1000円＋税）



9784904619889



1923031010000

