



# 特集

## 高齢者の生活を支える 「地域包括ケアシステム」

高齢化が急速に進行する中、政府は団塊の世代が75歳以上になる2025年以降も、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう「住まい・医療・介護・予防・生活支援」のサービスを一体的に受けられる体制として「地域包括ケアシステム」の構築を目指しています。今後、保険者でもある市町村において、地域の特性に応じた包括的な支援・サービス提供などの体制整備がますます重要となってきます。

今回の特集では、「地域包括ケアシステム」を取り巻く現状や地域包括ケアシステムで地域社会はどう変わるかなどを紹介するとともに、いち早く地域の包括的な支援体制の整備や医療・介護の連携等に取り組む都市の事例をご紹介します。

寄稿 1

### 地域包括ケアシステムで 地域社会はどう変わるか

一般財団法人 高齢者住宅財団理事長、前国際医療福祉大学大学院教授 高橋紘士

寄稿 2

### 和光市における 地域包括ケアシステム構築の実践

和光市長 松本武洋

寄稿 3

### 地域包括ケアシステムネットワーク体制の 構築を目指したICTの活用について

笠間市長 山口伸樹

寄稿 4

### 住民手づくりの「健康自生地」で介護予防

高浜市長 吉岡初浩

寄稿 5

### 「地域ケア会議で未来をはぐくむ」 ～1つの課題が人をつなぎ、地域をつくる～

朝来市長 多次勝昭

# 地域包括ケアシステムで 自治体行政はどう変わるか

一般財団法人 高齢者住宅財団理事長、前国際医療福祉大学大学院教授

たかはしひろし  
高橋紘士



## ナショナルポリシーとしての 地域包括ケアシステム構築

昨年の国会で「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」（以下「地域医療介護総合法」と略す）が成立した。今国会でも医療制度改革にかかわる法案が国会に提出されている。

これらの改革は2年後の診療報酬と介護報酬の同時改定を経て、2025年に向けた、医療と介護の制度見直しの里程標でもある。今後の医療介護および福祉の方向性は、費用抑制の議論と並行して、歯止めが掛からないように見える人口減少と少子高齢化への対処の問題が重要な政策課題であり続ける。

介護医療福祉は私たちの生活を支える根幹であり続ける制度である以上は、財政的な見地からの削減論だけでは国民の支持を受けることは考えられない。しかし従来型の手法だけでは、今後の制度の維持は困難であることも真実である。

既に、社会保障制度改革推進会議が一昨年公表した報告書では、1970年代モデルに對比して、従来型の社会保障の前提が崩れたことを踏まえ、「すべての世代を支援の対象として、その能力に応じて支え合う全世代型の社会保障としての2025年モデル」へと転換を図ること、さらに「QOLの向上という観点から様々な生活上の困難があっても、地域の中でその人らしい生活が続けられるよう、それぞれの地域の特性に応じて、医療・介護のみならず、福祉・子育て支援を含めた支え合いの仕組みをハード面、ソフト面におけるまちづくりとして推進することが必要である」と述べている。この考え方の具体的表現が地域包括ケアシステムの構築ということになる。

このような方向性の中でそれぞれの場面に応じた制度改革と政策導入が進められていく。地域包括ケアシステムはもともと、介護保険改革の中で導入されたので、通常は高齢者向けの政策と理解されることが多いが、既に見てきたように医療とのかかわりが重要であり、また、障がい者施策や子育て支援も含めて、地域での「まるごと」の支援システムとして、縦割りの制度を超え、かつ地域力の醸成と活性化を目指した横断的な取り組みが重要となってきている。最終的には宮本太郎教授が指摘するように地域包括ケアの「包括化」が必要となる。<sup>i)</sup>

とすれば、制度や対象を地域で総合化するという方向性であることを考えれば自治体の地域包括ケアシステムの構築こそが大きな課題である。しかし、一方で、地方自治体は地域包括ケアという課題の中で戸惑っているということも事実であろう。この点について考えてみたい。

## 地域包括ケアシステムの構築の意義

地域包括ケアシステムは、介護保険法の第3条で定義され、さらに地域医療介護総合法の第2条で、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが

できるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防または要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう）住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」と法定化された。この意味は今後、高齢者医療と介護の一体的な政策推進が図られるということである。

そのために、地域における医療および介護を総合的に確保するための基本的な方針が国によって策定されるとともに都道府県計画、市町村計画を医療計画および介護保険にかかわる計画と整合性を保つことを目的として策定することとしている。

医療と介護の総合的な確保の意義について述べた基本的な方針の趣旨は、長命が一般化するにより、老人性慢性疾患の増加が起きていることを踏まえ、これらの疾患への対処は、急性期医療のような治療を目指した医療から、病気と共存しながら生活の質の維持向上を図る医療へ、よくいわれるケアからケアへの転換である。長い間、医療は感染性の疾患に典型的に見られるように、病気の原因を手術などの処置や薬剤の投与によってコントロールし、治癒を目指してきたものから、疾病と共存しながら生活の質の向上を目指す医療への転換である。これは長期に継続するケアであり、従来も精神疾患や障がい者の場合も長期継続ケアが重要で、医療的管理が随伴するものの、それは主役ではなくなっ

てきている。従来福祉サービスによって担われてきた介護についても、医療とのかかわりも重要であるし、まさにその中で、医療と介護の連携の必要性がこれまで以上に高まっているということである。

従来は病院への長期入院によって、これらのニーズが担われてきたが、医療保険の持続可能性という観点からも、入院者の生活の質という観点からも問題が顕在化してきた。2000年に導入された介護保険はこのような社会的入院対策でもあったが、サービスを利用する国民の視点からは、ニーズに応じたサービスが切れ目なく、かつ効率的に提供されていれば、住み慣れた地域から離れることなく生活を継続できる条件の整備が必要となってきた。

その条件は地域包括ケアシステムという、安心して暮らせる住まいの確保、自立を支える生活支援、疾病予防、介護予防等の連携が、医療および介護サービスとともに必要となるということを意味する。

### 地域包括ケアシステム構築をめぐる 地方自治体の役割と課題

これを地方自治体の行政の在り方にかかわらせてみるとどのような論点があるだろうか。地域包括ケアシステムを筒井孝子氏は「地域を基盤とした統合ケア（Community Based Integrative Care）」と定義している<sup>ii)</sup>。すなわち、地域包括ケアシステムが成立するためには、医療、看護、介護、生活支援、そして

ケアの場としての住まいなどの構成要素間の関係性とその統合のレベルが問題とされる。

第1に、政策制度レベルでの統合、第2に、ケアをめぐる理念および価値観が関係者によって合意され共有される「規範的統合」、第3に、ケアにかかわる組織や事業体の構造化と関係が調整される「組織的統合」、第4に、運営レベルでの連携としての「運営的統合」、第5に、ケアの現場においてケアにかかわる当事者の連携による「臨床的統合」の5つのレベルがあるとされる。この中で重要なのは、多様な組織や事業体、多職種、そして、ケアにかかわる当事者や地域住民も含む、価値と理念の共有としての「規範的統合」であると思われる。例えば「住み慣れた地域での継続」(東京都武蔵野市)、「1人暮らしの認知症の人が笑顔で生活できるまち」(南砺市)など、さまざまな形で

地域でのケアにかかわる計画づくりにおいて、目標が掲げられている。これらを手掛かりに自治体政策の具体化、事業体や組織そして、専門職、さらに地域住民の共通の行動準則として具体化していく努力が必要となるが、そのためにも政策推進が準拠し、実現すべき目標の共有化としての規範的統合が重要である。

地域包括ケアの議論で、自助・互助・共助・公助という4種類のケア主体について言及している、地域を基盤とするケアでは制度を基礎としてフォーマルなケアのみでは完結できず、自助や互助などのインフォーマルなケアの役割も重要である。制度依存ではなく主体的にケ

アを選択し、さらに地域住民による支え合いとしての互助が重要な役割を果たす。地域包括ケアはこのようなインフォーマルサポートを、これまでの制度の前提としてとらえてきたが、制度的支援を効率的、効果的に実施する上でもインフォーマルサポートが重要になっている。しかし、現実はこのようなインフォーマルサポートの脆弱化が顕著であるとすると「支えることを支える」仕組みもまた重要となる。

これを地方自治体の立場から見ると、それぞれのレベルで、従来型の行政手法を超えなければならぬ課題が多々あることを意味している。言うまでもなく、すべての統合要件を自治体が担うわけではないことは当然としても、これから、財源、資源の制約下で、住民のケアニーズが高まる状況下で、どのようにしてこれらの課題に対処するか。これが地域の在り方の根幹と考えられるようになってきたということが重要である。

これからの自治体の役割は、従来のような制度ごとの縦割りを排した地域社会に依拠した制度横断的な地域包括ケアシステムの推進体制の構築が重要である。少なからぬ自治体が地域包括ケア推進のための部局を創設するに至っている。例えば、南砺市が地域包括医療・ケア局という部局を設置しているほか、担当室の設置などを進める自治体も少なくない。各事業部局を横断的に調整するためには、トップのリーダーシップとこれを補佐する部

局の設置が必要であるが、地域包括ケアの推進について、トップの認識が進むことにより、このような組織化が進むであろう。

問題はこのような組織を担い得る人材の確保でもある。従来の縦割りの事業実施の体制を横につなぎ、また、関係諸組織と連携ができる人材は、従来型の定期的な異動人事の体制では育成が困難である。系統的な人事配置によって政策専門性を育成するとともに、地域アプローチおよび地域組織化を担い、地域からの信頼を得るような人材が必要となる。見るべき先進的な事業実績を上げている自治体は<sup>iii)</sup>、いずれもこのような、核になる人材を確保できているところである。筆者の見るところ、小規模自治体では、保健師が政策にかかわることによってこのような役割を果たしているところが少なくない。これを政策保健師と呼んでもよいが、異動の少ない職種であることと地域包括支援センターを委託せずに直営で運営することにより、保健師が地域の医療介護にかかわるだけではなく、地域づくりのキーパーソンとしての役割を果たしている例は、鹿児島県垂水市、肝付町や龍郷町などの保健師活動が注目される。これらはささやかな事例であるが、今後制度改正が頻繁となり、しかも権限の委譲が進むと、政策人材をどの程度確保できているかが、地域包括ケアシステム構築の成否を左右する。

次に、地域包括ケアシステムを構成する制

度との関係を見ると、介護および福祉サービスは市町村が権限を持っているが、医療は都道府県行政によるところが大きい。しかし在宅医療の推進など地域医療のこれからの在り方は医療政策における基礎自治体の関与が重要となる。国民健康保険の都道府県移管、高齢者医療の推進などは、広域行政と市町村行政の再整理が必要な領域である。

また、住宅行政は従来から都道府県行政であった。今後地域包括ケアの中核に住宅の問題が位置付けられるとすれば、市町村における取り組みが不可欠になる。居住支援協議会が住宅行政と福祉行政の総合的取り組みとして、推奨されているが、設置が都道府県政令指定都市にとどまっている。今後市町村部での設置が推進され、住宅行政とケアとのかわりが推進される必要がある。

いずれにせよ、地域包括ケアは今後の医療福祉介護政策のみならず、地域づくりとしての地域政策の根幹と位置付けられなければならない。

i) 宮本太郎著「地域社会をいかに支えるのか?生活保障の再編と地域包括ケア」宮本編「地域包括ケアと生活保障の再編」(2014年明石書店刊)

ii) 筒井孝子著「地域包括ケアシステムのサイエンス」(2014年社会保険旬報社刊)参照。

iii) 筆者達の研究チームで地域包括ケアシステムの先進事例を収集した「事例を通じた、我が町の地域包括ケアを考えよう」『地域包括ケアシステム事例集』に収録されている。厚労省のホームページに掲載されているので参照された。http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/nhkushi\_kaijogogo.jp/seisakunitsuite/bunya/nhkushi\_kaijogogo\_koureishu/chiiki-houkatsu/dl/jirei.pdf

# 和光市における 地域包括ケアシステム構築の実践

和光市長（埼玉県）

まつもと たけひろ  
松本武洋



## まちの将来像を見据えた政策展開

和光市は埼玉県南部に位置し、東京都板橋区・練馬区と接しており、過半数の住民が昭和30年代後期以降に建設された集合住宅に居住する利便性の高いベッドタウンである。

人口8万人で高齢化率は15・8%と低く、子育て世代が多いことから比較的若い自治体であるといえる。本市は先々の市長である田中茂医師が予防医学による健康づくりを提唱して施策を推進し、その流れの中で、将来の高齢社会を見据え、「予防前置主義」に立脚した介護保険事業の運営を推進してきた。東京近郊の住宅都市の多くは、今後、一気に高齢化が進む。そのため、本市では介護保険制度発足当初から介護予防を取り入れ、自立支援と居宅サービスの充実に努め、要介護度の悪化防止と要介護認定者の実数を増やさない政策を展開してきたのである。

## 政策の第一歩は市民と職員・介護事業者の意識改革

介護保険法の第2条第2項は、保険給付は要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように行われなければならないと定め、同じく第4条第1項では、国民に対し、要介護状態になることの予防と要介護状態になっても有する機能の維持向上に努めることを求める努力義務を定めている。

本市はこの、介護保険給付の本来の意味や国民の努力義務を踏まえて施策を展開するとともに、介護保険に携わる市職員や介護支援事業者等に対して、「要介護者の自立を阻害する要因は何か」を考え、阻害要因の解消や本人の意欲を高める支援を念頭に置くことを意識づけている。

市民に対しても、いわゆる「出前講座」等により、介護保険の理念を丁寧に、根気強く説明し続けており、一定の理解を得ている。

## 高齢者の状態像を把握する 日常生活圏域ニーズ調査

本市では、政策効果を高めるべく、高齢者の意向だけでなく状態像を把握するための「日常生活圏域ニーズ調査」を行っている。平成13年度から次期介護保険事業計画策定をにらんで本市独自に実施したもので、二次予防事業（要介護状態になる恐れの高い高齢者対象の予防事業）対象者を抽出するアンケート項目も設けた。その調査で本市が注力したのは、回答を返送してこない未回収者への対応である。「返さない」人ではなく、「返せない」人にこそ支援が必要となるリスクを有する人がいる可能性があると考えたのである。そのため、全体の3割弱の未返送者全員につき市職員やケアマネジャー、民生委員等による訪問調査を実施した。実際に訪問したところ、元気な高齢者が多かった一方、認知症の早期発見や孤立死の防止などにつながったケースも少なくなかった。

ニーズ調査の結果は、エリア別にリスク者の分布をマッピングして課題の可視化を図り、介護保険事業計画により公開している。これにより、市民に地域の実態を把握していただき、事業者にはサービス展開に活用していただく。そして市にとっては、事業の優先度や予算化の判断資料とすることができるのである。

### マクロの計画とミクロの個別支援をつなぐコミュニティケア会議

ニーズ調査によって明らかとなった市内の高齢者ケアの課題は、平成15年度～17年度の第2期介護保険事業計画（高齢者保健福祉計画とあわせて「長寿あんしんプラン」として策定）に反映。介護予防と自立支援、居宅介護の限界点を高めるという方針を掲げ、事業を展開してきた。

本市では、長寿あんしんプランを「マクロの政策」と呼んでいる。一方、マクロの政策を動かすのが「ミクロのケアマネジメント」、つまり個々のケアマネジメントや人材育成である。そして、マクロとミクロをつなぎ合わせ、機能化を図るために設けたのが、コミュニティケア会議（地域ケア会議）である。会議では個別ケースの調整や人的ネットワークの形成などを図り、ケアマネジメントを強化することを狙いに、平成13年度から実施している。市職員やケアマネジャーをはじめ、介護予防を担う地域包括支援セ

ンター職員、管理栄養士や歯科衛生士など多職種が参加し、一次予防と二次予防も含め、ケアプランに基づきサービス提供を行う全プランを検討する。メインの中央会議は月2回開催し、年間600件を超えるケースの検討を行っている。出席者が実務を通じてケアマネジメントの理論と実践を学ぶ人材育成の場としても機能しており、会議ではケアプラン作成者がプランを説明し、それに対し出席者が指摘や助言を行ってケース調整を進めるその過程は、出席者個々の能力を高める格好のOJTでもある。

### 介護保険からの「卒業」

介護予防と自立支援の事業化においては、地域支援事業の活用を図った。地域支援事業は、要介護の予防や要介護者の自立した生活の支援のために行う市町村事業であり、これを介護保険給付と連動させたのである。

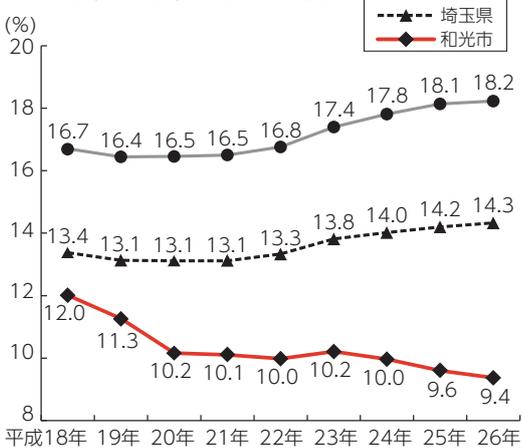
具体的には、平成13年からの閉じこもり予防事業に続き、地域支援事業を活用して平成14年度から食の自立支援を開始した。この事業は、配食サービスから始め、ヘルパーによる調理、ヘルパーとの共同調理、買い物をして自ら調理というように機能回復レベルに応じて支援するという、文字通り食の自立を促す取り組みである。また、平成15年度からは口腔ケアの訪問指導、転倒予防のフットケアなどを行っている。これらの取り組みは、要介護状態の予防や悪

化防止には筋力による身体機能の向上だけでなく、低栄養を防ぎ、食の自立を促して生活機能を高める必要があることに着目して開始したものである。

被保険者がこうしたプログラムにより機能を回復し、要支援から保険給付に該当しなくなった状態を、本市では介護保険からの「卒業」と称している。そして、卒業した被保険者の受け皿づくりも二次予防として地域支援事業で行っている。これは、自立できた被保険者を要介護状態に戻さないことを狙いとするものである。

さらに、二次予防事業の卒業者は、一般高齢者対象の一次予防事業をはじめ、自主サークル活動や市が独自に育成するボランティアの「介護予防サポーター」の活動、シ

要介護（要支援）認定率の推移



出典：「和光市長寿あんしんプラン（第6期和光市介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画）」

ルバー人材センターへの登録など、さまざまな事業や活動につなげている。これらは自治会やNPO、ボランティア等の地域や人的連携といった「互助」に支えられた活動といえる。

### 地域包括ケアシステムの構築

本市では、介護保険の給付だけではカバーできないサービスを、市町村特別給付として独自に行っており、条例に定めることにより、いわゆる「横出しサービス」となる市町村特別給付を対象者の状態像に合わせて介護保険給付と同じように利用することを可能にしている。給付の内容は、管理栄養士の訪問指導による食の自立支援事業、ベッドからベッドへの移送サービス事業、利用者の状態に応じた紙おむつ等のサービスである。これらは、重度の要介護状態であっても在宅において暮らし続けることができるという居宅介護の限界点向上に効果を発揮しており、介護予防の取り組みと並ぶ本市の介護保険政策のもう一つの柱となっている。

また、同様の視点で、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護、認知症グループホームなどの地域密着型サービスの提供基盤を整備しており、これらを適切に組み合わせたサービス提供や支援が地域内で完結するしくみ、すなわち

地域包括ケアシステムの構築を推進しているのである。

わがまちの課題を分析し、課題の解決を「制度がないからできない」とするのではなく、できるようにするために、他の制度を活用したり、それでも足りないければ独自のサービスを創る。こういった視点が真の地方分権の在り方であり、介護保険が地方分権の試金石といわれた意味は、その地域に合った介護サービスを自ら実行できるかわ問われるということなのである。



介護予防事業

### 政策のアウトカム (10%を切る要介護認定率)

介護予防・自立支援事業により、本市では毎年、要支援認定者の4割以上が介護保険を卒業している。その結果、要介護(要支援)認定率は、平成26年度で全国18・2%、埼玉県14・3%に対して9・4%といった成果が得られている。

今後の取り組みとして、第6期長寿あんしんプランの基本方針では、①自立支援の一層の推進、②在宅介護の限界点の向上、③介護予防・日常生活支援総合事業の推進、④包括ケアマネジメントの推進とさらなる機能化、⑤認知症でも地域で暮らし続けられる体制の構築に加え、⑥高齢者介護・障がい者福祉・子ども子育て支援・生活困窮者施策を一元的にマネジメントする「統合型地域包括支援センター」の設置を掲げている。

これまでの取り組みをさらに高いレベルへと進化させるとともに、介護保険事業の運営により培ったマクロの計画とミクロの個別支援を融合させることによる政策実践手法を、まずは障がい者や子ども、生活困窮者の支援等の福祉全般に、ゆくゆくは行政全般に発展させ、「地域包括ケアシステムの包括化」の実現を目指し、市民のQOL向上に邁進していきたいと考えている。

# 地域包括ケアシステムネットワーク体制の構築を目指したICTの活用について

笠間市長（茨城県）

山口伸樹



## はじめに

笠間市は、首都圏から約100km、茨城県中央部に位置し、JR常磐線および水戸線、さらには常磐自動車道および北関東自動車道の結節点となっており、4つのICを有するなど高速交通の要衝として発展してきた都市である。平成18年には旧笠間市、友部町、岩間町が合併し、新・笠間市として新たな歴史を刻み始めた。

市内には、日本三大稲荷の一つである笠間稲荷神社をはじめとした歴史を持つ神社・仏閣、300を超す窯元や作家からなる笠間焼、茨城県陶芸美術館、日動美術館などの見どころが豊富で、年間350万人を超える観光客が訪れる県内有数の観光都市となっている。

また、県立中央病院、県立こころの医療センターの2つの中核病院が立地し、その他、市立病院、民間の医院のネットワーク体制が構築された医療都市の側面と社会福祉協議会を

中心とした福祉ボランティアが活発な地域であり、「福祉のまち」としても認知されている。

## 地域包括ケアの推進

平成27年4月1日現在、本市の人口は7万7058人で、その内高齢者人口は2万1456人となり、高齢化率は27・8%という状況にある。

団塊の世代が、75歳以上となる平成37年には、高齢化率が30%を超える見通しであり、市民の3人に1人が65歳以上となる中で、要支援・要介護者数も約5000人と、益々増加することが予想されている。

そのような超高齢社会が進展する現在、本市では行政機関、地域の民間企業および地域住民等が連携して在宅の高齢者等の見守りを実施し、日常生活における問題を早期に発見することにより、高齢者等が家族や地域社会から孤立することを防ぎ、併せて事故等を未然に防止するため、住み慣れた地域で安心して暮らせる体制づくりを目指した、笠間市地

域包括ケアシステムネットワーク構築に取り組んでいる。

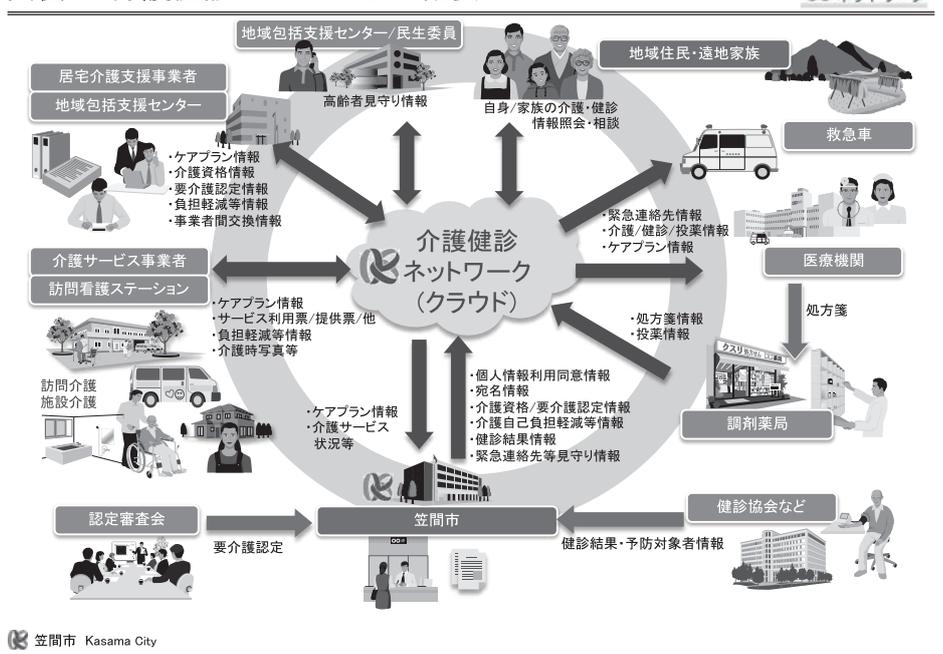
この度策定した「第6期（平成27～29年度）高齢者福祉計画・介護保険事業計画」では、利用者の在宅支援に力を入れ、地域密着型サービスを積極的に整備する方針としており、昨年の介護保険法改正で導入された新しい介護予防・日常生活支援総合事業は、平成29年度までに住民のニーズに合った生活支援事業の実施を目指している。また、認知症予防教室や男性向け介護予防教室の実施、茨城県内で普及しているシルバリーハビリ体操<sup>®</sup>や、筑波大学で考案された「スクエアステップ」という認知症予防や転倒防止に効果のある運動を取り入れ、地域での運動を実践するリーダーを養成するなど、介護予防の取り組みを強化している。

## 介護健診ネットワークが

### 平成26年10月に稼働

このような状況において、本市は少子高

図表1 介護健診ネットワークの概要



高齢化、地域の活性化などの課題を解決するため、平成24年2月にWHO（世界保健機関）が提唱する健康都市の考え方を踏まえた「健康都市かさま宣言」を行い、保健・医療や食・運動などの人の健康づくりを中心に据え、それらを取りまく福祉、産業や芸術などの分野の活動と連携を通して、安心と安全が確立したまちづくりを進めている。

その一環として、総務省が平成24年度から平成25年度にかけて実施した「地域経営型包括支援クラウドモデル開発実証事業」に参加した。実証事業は官の保有する情報を民と共有することで、住民サービスの向上や、新しいビジネスモデルの構築を目指す事業として実施され、本市の「介護保険システム」の情報を主としてクラウドシステムにコピーし、民間と共有することにした。

事業当初は、システム内の個人情報の中から、どの項目を、どういう条件（権限）で、誰に公開すると、どのようなメリットが生まれるのかを庁内でワーキングチームを作り、システム構築ベンダーと一緒に議論を行った。

その結果、平成25年度末には、本市と介護事業者・医療機関、利用者・家族などをつなぎ、要介護者の要介護認定状況、ケアプラン、緊急連絡先、健康診査結果、服薬情報、現在の病状などの情報をリアルタイムで閲覧・共有できる「介護健診ネットワーク」（図表1）のシステムが完成し、運用管理規定を整備した後、平成26年10月から介護分野での運用を開始した。

本ネットワークを活用することにより、介護支援専門員が、本市が保有する要介護認定情報や主治医意見書などをインターネットに接続された事業所のパソコン上で確認してケアプランを作成し、これを同ネットワークに登録すると、登録された情報は、その要介護者に関係する介護事業所で、直接関係する職

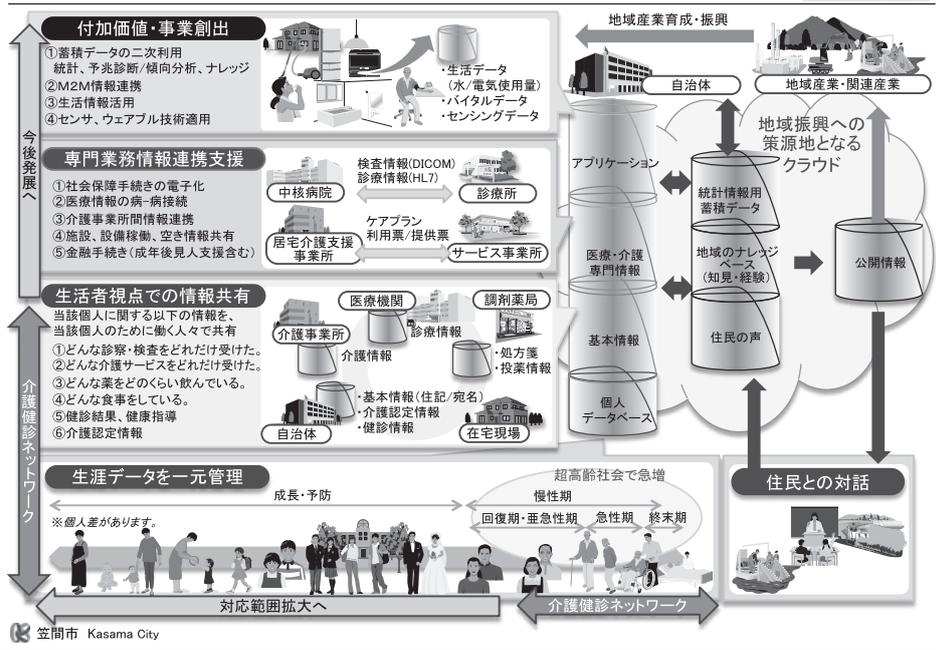
種だけが閲覧できるようになる。

これは、本市が要介護者情報を同ネットワークへ登録する際、その要介護者を担当する居宅介護支援事業所にアクセス権限を自動的にひも付けることで、その要介護者の関係者だけが情報を閲覧できるようにするものである。これによって、事業所の職員は自分がかかわる利用者（要介護者）の情報を閲覧することが可能となる。

このネットワークは、本市が保有する個人情報などの重要な情報を外部と共有することから、事業所の職員に、ネットワークにアクセスできるIDとパスワードを発行し、さらにログイン時の本人認証として事前に配布したマトリックス表から抜き出したワンタイムパスワードの入力を行うほか、データセンター上のサーバーと、インターネット上のパソコン（専用ソフト）の間で二重の暗号化通信を行うなど、セキュリティには十分に配慮している。

平成27年4月時点で、ネットワークに参加する介護事業所は、市内全105事業所のうち約50事業所となっている。共有する情報は、個人情報の利用に同意した利用者の情報であり、運用開始から平成27年3月までの6カ月間で約500人の同意を取得している。参加事業所のサービスを利用するすべての利用者から同意を取得すれば、市内の要介護認定を受けている高齢者の約6割の情報を共有できることとなる。

図表2 介護健診ネットワークの発展的活用



介護現場で日々把握している  
情報を職種間で共有

本ネットワークに参加した事業者からは、利用者の要介護認定などの情報を市役所に出向かずに事業所のパソコンを用いて把握

できることや保険料の滞納で給付が減額されている利用者の情報なども確認できることが評価されている。

また、利用者へのサービスにかかわる各職種が介護現場で日々把握している情報（バイタルチェック等）や利用者のケアの際に気づいた事柄や状況などを、画像なども交えて書き込んで、その利用者に関係する職種間で情報を共有することもできる。さらに、介護支援専門員のモニタリングも、直接各事業所を回って確認する手間が省けるだけでなく、フィードバックの内容も可視化でき、事業所の質の向上の面においても期待ができる。

地方創生における移住について取り組みが推奨される中、利用者・家族向けの掲示板を活用することにより、遠方に住む家族に、事業者が利用者本人の近況を写真も交えて報告するなどの使い方も可能となる。

急増する高齢者救急搬送時のサポート活用など

ネットワークで共有する情報には、一人暮らしの高齢者の既往歴や緊急連絡先を記載した「見守り支援票」やかかりつけ医や親族の連絡先が記載された救急情報も含まれる。ヘルパーが一人暮らし高齢者宅に訪問した際に異変があれば、このネットワークにア

クセスして、緊急連絡先などをすぐに確認できる。

また、市内にある救急医療機関と連携し、救急隊や搬送先の救急医が、緊急連絡先などの情報をタブレット端末で事前に確認したり、撮影した患部の画像を救急医に送信したりすることで、速やかな処置につなげるなどの、救急医療の分野への拡大も予定している。さらに、今後は住民の健康診査のデータもネットワークで共有する予定で、健康管理や介護予防などで効率的に事業を展開することも目指している。

介護健診ネットワークの発展的活用について

本市では、一人の市民の出生前の母子手帳の段階から高齢期までの一生涯のデータをはじめとしてさまざまな情報を保有しており、これらを介護健診ネットワークを活用し関係者間で共有するとともに、これらの情報を、ビッグデータとして大学などの研究機関や企業に活用してもらうことで、新たな産業を引き寄せたいと考えている。（図表2）こうした取り組みを通じて、市民の健康寿命を延伸し、安心・安全に暮らしを営んでいくことが、地域の産業を振興して、持続可能なまちづくりに取り組んでまいりたい。

# 住民手づくりの「健康自生地」で介護予防

たかはま  
高浜市長（愛知県）

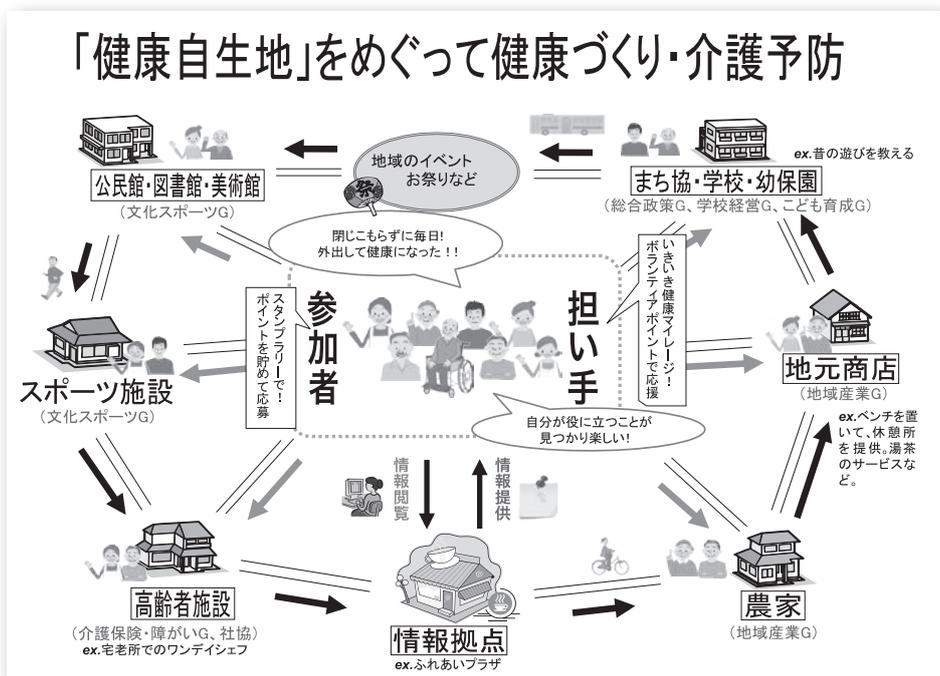
よしおかはつひろ  
吉岡初浩



## ものづくりのまち・高浜

高浜市は、日本のほぼ中央にある愛知県三河平野南西部に位置し、人口約4万6000人、面積約13km<sup>2</sup>の小さなまちである。古くから窯業のまちとして栄え、特に「三州瓦」のブランドで知られる屋根瓦の生産では、本市を含むこの地域で全国シェアの約7割を占めている。瓦をテーマにした美術館や巨大鬼面なども楽しむことができる。

また、昭和39年に愛知県無形文化財に指定された「吉浜細工人形」を中心とした人形文化が息づいている。春には、貝殻や木の実などの自然物で飾られた細工人形、秋には鮮やかな菊を装った菊人形がまちを彩り、



生涯現役のまちづくりが目指す姿

## 要介護状態に陥らないための居場所づくり

市内外の観光客を楽しませている。現在、全国にいる菊人形師の大半は、高浜市ゆかりの人たちであると言われている。その他にも、養鶏業が盛んであったことから、郷土料理である「とりめし」でまちを盛り上げようと、平成22年に「高浜とりめし学会」が発足し、平成25年に開催されたB-1グランプリin豊川大会では8位と健闘した。

高齢化の進展に伴い、地域包括ケアシステムの構築に向けて、本市では「介護予防」の充実に力を注いでいる。特に、自宅へ閉じこもりがちな高齢者は、生活が単調で不活発になり、要介護状態へ陥るリスクが急速に高まるため、「毎日出かける」習慣を構築する必要がある。

また、市内のデイサービスに通うことを生きがいとしていた高齢者の介護度が改善し、要介護認定者ではなくなったにもかかわらず

わらず、地域に自分の居場所を見つけることができずに、要介護状態へ逆戻りというケースをよく耳にする。適度な運動や地域住民との交流は、介護予防や認知症予防に有効であるため、高齢者の生きがいづくりや居場所づくりを推進する必要がある。

本市では、平成23年度から、高齢者が自分らしく、生きがいを持ち、可能な限り介護を必要とせず、自己選択・自己決定による尊厳のある活発な暮らしの実現を目指して「生涯現役のまちづくり」を推進している。この「生涯現役のまちづくり」では、街中にある既存施設（公共施設、地元商店、神社など）を活用した居場所づくりを積極的に行っ

ている。住民が自ら出かけたくなるような場所や地域の住民と触れ合うことのできる場所を「健康自生地」と名付け、平成25年9月から認定をスタートした。

### 健康自生地の担い手は 地域の元気な高齢者

健康自生地では、「体を動かして健康づくりができる」「仲間づくりやおしゃべりができる」「趣味を楽しめる」など、さまざまな種類の活動が定期的実施されている。具体的には、健康体操、ヨガ、ウォーキング、フラダンス、折り紙、カラオケ、苔玉作りなど、誰でも気軽に参加できるものばかりである。こ



瓦工場の空き事務所がカフェとしてオープン 外観(上)店内(下)

れらの健康自生地はすべて、行政からの押し付けではなく、地域の元気な高齢者が自主的に運営している。運営は受益者負担が原則で、参加者からは利用料（ワンコイン500円以下）を徴収し、会場使用料や

講師謝礼金などに充てている。行政からの「居場所づくり助成金」制度もあるが、活用されるケースは珍しい。空き店舗や空き事務所の改築も、地域の方々がほとんど自前でやっているの、ありがたい限りである。

また、地元の商店も積極的に、「買い物や食事ができる」健康自生地として名乗りを上げている。店内の一角に、机と椅子が設けられ、自由におしゃべりすることができる。お店によっては、お茶、コーヒー、お菓子などのサービスもある。健康自生地は地域の住民が触れ合う場所なので、必ずしも買い物をする必要はない。気が向いた時、必要な時に買い物する程度で問題ない。一方、地元の商店にとっては、健康自生地になることで、新たな来店者が増え、お店自体に活気が生まれるとともに、売り上げアップにつながる。また、「社会貢献」を意識する商店や企業が増加する中で、本市では「地域住民への居場所の提供」というスタイルの「地域貢献」が定着しつつある。

### 行政の役割は情報発信とインセンティブ

平成27年4月現在、高浜市内には66カ所の健康自生地がある。折角たくさん健康自生地が街中にあっても、その情報が住民に届いていなければ、介護予防にはつながらない。多くの高齢者の外出を促すため、本市では3カ月に1度、情報誌「まいにちでかけるでいでーる」を発行し、全世帯に配布



情報誌「まいにちでかける でいでーる」

している。「でいでーる」には、健康自生地で楽しく活動される数多くの高齢者が登場する。地域の顔見知りの高齢者が紙面を飾ることで、身近な情報誌として好評を博し、発行を心待ちにされている方も少なくない。加えて、専用ホームページ（たかはま元気deねっと）を立ち上げ、週1回メールマガジンを配信するなど、最新の健康自生地の情報も発信している。

もうひとつの取り組みは、気の合う仲間と健康自生地を巡ってもらうため、スタンプラリーを実施している。お気に入りの健康自生地へ出かけ、活動に参加することで、ポイントがもらえる。ポイント集めをひとつの楽しみとして外出し、ポイントカードに30ポイン

トが貯まると、抽選箱へ応募することができ。抽選会は年1〜2回開催し、万歩計をはじめとする健康グッズが当たる仕組みになっている。この取り組みを始めてから、多くの地元企業や商店が評価するようになり、毎回数多くの協賛品が届けられるようになった。おかげで、自転車や体組成計といった豪華賞品が飛び出すようになり、口コミの効果もあって、ちょっとしたブームになっている。毎日毎日、ポイントカードを片手に、いくつかの健康自生地を巡る高齢者の姿が、ここ高浜では日常になってきた。

### 日常生活に溶け込んだ介護予防

健康自生地の担い手には、比較的地域とのつながりが希薄で、閉じこもり傾向にある男性高齢者が少なくない。地域の中で何らかの役割を持つことは生きがいの創出や介護予防につながる。自分自身の趣味や長年培った技術が、健康自生地という「誰もが参加できる通いの場」で認められることは、喜びや楽しみを生み出す。囲碁教室、書

道教室、切手アート講座、ゴルフ、太極拳、社交ダンスなどの健康自生地は、すべて男性高齢者が担い手となって運営している。やる気を引き出し、担い手となって活躍することが、介護予防には最も有効な手段である。

このように、元気な高齢者に対しては、健康自生地の取り組みに「参加」するだけでなく、積極的に「参画」することを促している。高齢化と人口減少社会を迎え、高齢者自身がさまざまなサービスの提供者として社会参画するしくみをつくることは、地域包括ケアシステムの構築に欠かせない要素である。「客体」として受け身でサービスを享受するばかりではなく、時には「担い手」としてサービスの提供者になることで、支え、支えられるといった構図が出来る。本市が思い描くのは、年齢や心身の状況によって高齢者が分け隔てられることなく、日常生活の中に、地域や商店や行政が自然に溶け込んでいる姿である。加えて、一人ひとりが暮らしの中で、自分自身ができること、つまりちよとした役割を果たすことで、すべての住民が健康としあわせを実感できる社会を形成することである。今後も、「いつまでも住み続けたい!」と思える高浜市の実現を目指していく。

# 「地域ケア会議で未来をはぐくむ」 〜1つの課題が人をつなぎ、地域をつくる〜

朝来市長（兵庫県）

多次勝昭



## 国史跡・竹田城跡のふもと

朝来市は、兵庫県の中央に位置する人口約3万2000人、高齢化率31%のまちである。その小さなまちにある国指定史跡・竹田城跡は、プロポーズするのにふさわしい場所として、2012年、NPO法人・地域活性化セ



朝来市竹田城跡（指定文化財：国指定史跡）写真提供 吉田利栄

ンターの「恋人の聖地」に認定された。それ以降、美しい雲海に魅せられた観光客が年間50万人以上訪れ、華やかなにぎわいを見せている。しかし、この美しい雲海の下にはさまざまな暮らしにくさを抱えた高齢者の暮らしがある。例えば、「余

命3カ月」を宣告された一人暮らしの方。身寄りがなく、必要な費用が捻出できない等の困難を抱える場合も多い。また、社会とつながることが難しい若年層。彼らの周囲や自分自身に対するうつぶんは、時に同居する認知症高齢者に向けられ、暴言、暴力、そして骨折事故につながる場合もある。

その一方、地域全体を見渡すと、本市にはエネルギーで熱意あふれる人々が多数存在することに気づかされる。例えば、熱心な若手医師。虐待の見守り体制をつくるために住民に頭を下げて回る警察官。一人暮らしの方に、声掛け・見守りを絶やさない金融機関の営業マン。暮らしを支えるために奔走する民生委員や自治会長。そして、さまざまなアイデアを練り出す自治協議会。

このように、暮らしにくさを支援する多くの人々が存在するのである。ただ、残念なことに本市では、人々の暮らしにくさや困りごとと、支援の担い手が、まだそれほど結びついていない現状があった。

もしも「これらの人々にネットワークがあれば、多くの問題が解決できるのではないか？」そしてまた、「困りごとを共有し、その困りごとから資源開発・政策形成ができるのではないか？」そんな発想から、朝来市地域ケア会議の仕組みづくりが始まったのである。

## 地域包括ケアシステムと地域ケア会議 〜地域ケア会議のもつ機能〜

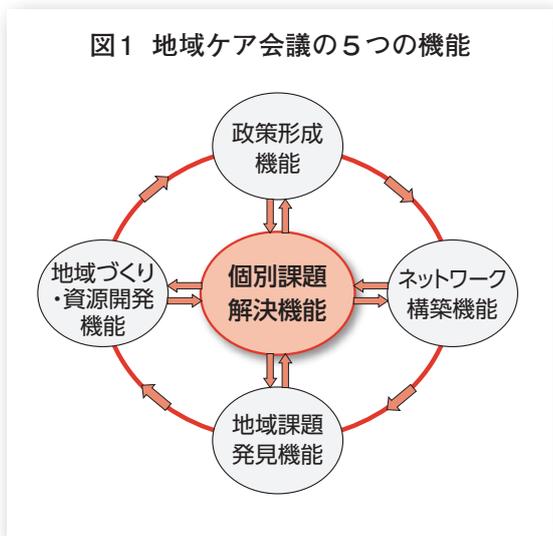
地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域ケア会議には、「①個別課題解決、②ネットワーク構築、③地域課題発見、④地域づくり・資源開発、⑤政策形成」という5つの機能（図1…出典1）が求められている。これらの機能は、前述した目的にそって相互に補完し合い循環する関係を持ちながら、高齢者の尊厳ある生活の継続に寄与するものである。そして、当然、ひとつの会議に5つの機能全てを含めるのではなく、それぞれの会議の主たる開催目的と機能を明確にしながら、会議の組み合わせや運営を検討すること、つまり、

地域ケア会議を「デザイン」することが重要となる。

朝来市地域包括支援センターの取り組み  
「地域ケア会議をデザインする」

地域ケア会議の実施にあたり、まず検討したのは、既存の会議を整理し前述の地域ケア会議の5つの機能と照らし合わせながら、全体として有機的に連動するよう組み合わせるべく工夫を凝らした。

以前から行われてきた会議としては、利用者の困りごとを、住民と専門職が一緒に考える個別の検討会（向こう三軒両隣会議）と、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーが協働で実施するスーパービジョンの要素を含んだ事例検討会（ケアマネジメント支援会議）。さらに、介護・



医療連携の仕組みづくりのための会議（在宅医療連携会議）、介護者・住民・専門職が一同に会し、認知症にかかる課題を共有しながら資源開発に取り組む会議（脳耕会）があった。平成24年度には、これらバラバラに開催されていた会議について、一つの会議が担う機能をできるだけシンプルにし、その上で各会議体をうまく連動させるための「デザイン」を構築した。その経過の中で、既存会議の機能を整理したものが表1である。（表1：出典2）

さらに、これら①～④の会議体をつなげ、政策形成の道筋をつける目的で、平成25年度に新設したのが⑤地域包括ケアシステム推進会議である。この会議は、他の会議において、繰り返し取り上げられる困難な状況、現行の社会資源や仕組みでは解決できなかった事象を集約する。その上で、集約した個々の課題を地域の課題に転換し、その解決に向けた具体的な検討を、③脳耕会や④在宅医療連携会議に依頼する。加えて、必要に応じて集約した課題をもとに、介護保険運営協議会（介護保険事業計画策定委員会）に政策提言する役割を担うこととした。

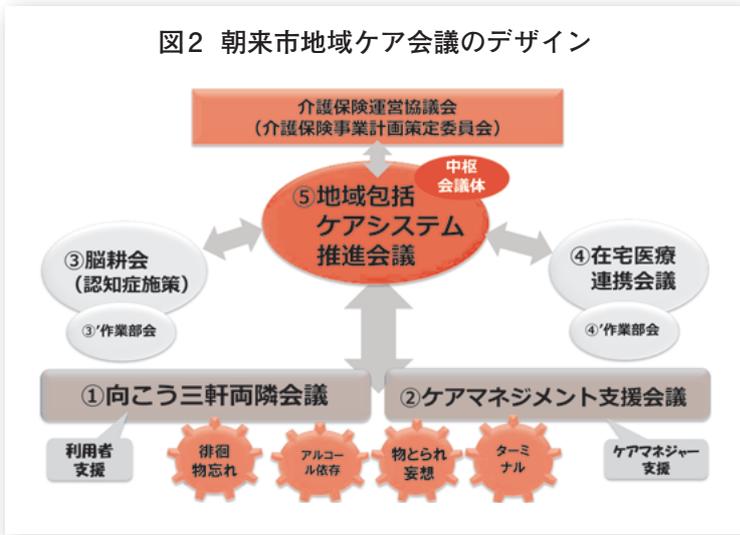
表1 既存の会議を5つの機能で整理

会議名	内容	参加者	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	政策形成機能
①向こう三軒両隣会議	利用者支援	当事者・地域住民・関係機関等	◎ 対象者が抱える課題	◎ フォーマルとインフォーマルの連携	△ 困難ケースの蓄積	◎ 自助・互助を育む	×
②ケアマネジメント支援会議	ケアマネジャー支援	主任CM13名・理学療法士1名	◎ ケアマネジャーが抱える課題	◎ 主任ケアマネジャーとケアマネジャーの関係性	△ 困難ケースの蓄積	◎ 指導マニュアル開発・研修会の開催等	×
③脳耕会	認知症支援策の検討	関係機関代表者15名	×	△ 住民・専門職のネットワーク	◎ ⑤からのオーダーによる検討	◎ 普及啓発等のツール開発 ケアパス作成	×
④在宅医療連携会議	介護・医療の連携に関する仕組みづくり	医療・介護専門職（事業所代表者）25名	×	△ 介護・医療のネットワーク	◎ ⑤からのオーダーによる検討	◎ 連携マニュアル作成等	×
⑤地域包括ケアシステム推進会議	地域課題の抽出・優先順位の決定・③④への指示	関係機関代表者13名	×	△	◎ ①②から地域課題の抽出・決定	◎ ③④と連動しながら開発に向けた検討を	◎ 介護保険運営委員会への政策提言

地域課題の検討から資源開発へ

このように、朝来市では、地域ケア会議の機能に応じて既存会議を「デザイン」しながら個別課題を地域課題につなげる工夫をしてきた。このことにより、5つの会議体が情報を

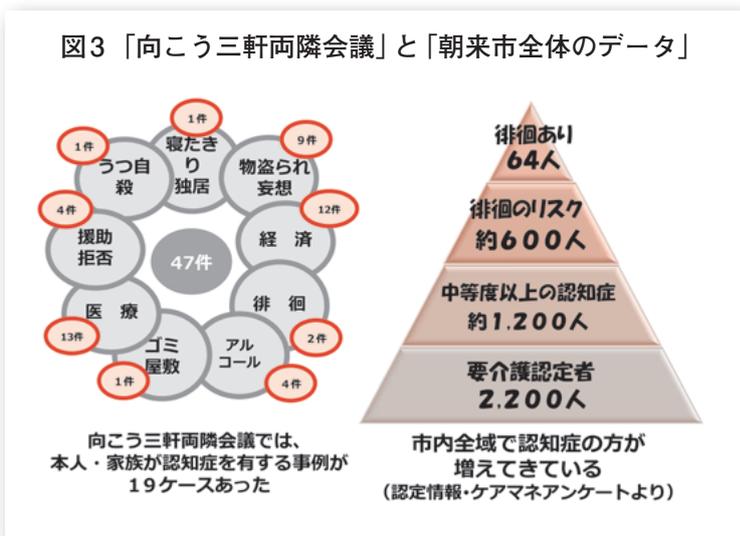
図2 朝来市地域ケア会議のデザイン



共有し、連動できる仕組みが作られたのである。(図2…出典2)

その中では、集約した個別ケースの課題に、地域全体の統計データを付加することにより、その課題の重要性と緊急性を可視化する工夫も試みている。例えば、向こう三軒両隣会議で、本人や家族に認知症のあるケースが多かったことに加え、現在の要介護認定者数が2200人のうち、中等度以上の認知症者数が1200人、その中で歩行が可能で徘徊のリスクの高い方が約600人、さらに、実際

図3 「向こう三軒両隣会議」と「朝来市全体のデータ」



に行方不明になった経験のある方が64人というデータを示した。(図3…出典2) これを受けて、平成26年、脳耕会では「認知症高齢者への見守り支援」と、「認知症に対する正しい知識の普及」が本市の緊急・重要課題とされ、市内事業所との『見守り協定』や『脳元気テレビ』放送といった資源開発につながったのである。

しかし、この取り組みは、まだ始まったばかりであり、個別課題の検討から地域課題を抽出し、それに応じたネットワーク形成、新たな資源開発や仕組みづくりを生かしていく

脳耕会のテーブル⇒資源開発へ

急務

- 地域の見守り体制を強化
- 住民に対する普及啓発が必要

38事業者と見守り協定締結



宅配業者・銀行・郵便局・・・

脳元気テレビの作成



脳耕会委員の知恵を結集して脳トレーニングの番組を作成

こと、さらにその資源や仕組みが次の個別課題の解決につながっていく。サイクルの実効性は、これから試されていくものである。

加えて、地域包括支援センターや行政に求められる役割を果たしていくための体制整備や運営の充実が、重要な課題といえるだろう。

【出典(引用・参考文献)】  
 1) 地域ケア会議マニュアル作成委員会地域ケア会議運営マニュアル。(一財)長寿社会開発センター、東京(2013)。  
 2) 足立里江兵庫朝来市発地域ケア会議サクセスガイド。メディア出版、大阪(2015)。

