

介護保険法改正に伴う 地域包括ケアシステムの実情 ——杉並区を事例に——

笠原研究会

はじめに

- I 地域包括ケアシステムとは何か
 - 1 地域包括ケアシステムの概要
- II 地方自治体の三類型とそれぞれの特徴
 - 1 地域包括ケアシステムの地域差
 - 2 地方自治体の類型
- III 杉並区における地域包括ケアシステム
 - 1 杉並区の概要
 - 2 杉並区における地域包括ケアシステムの考察

おわりに

はじめに

2000年、新たな社会保障制度として介護保険制度がスタートした。そして2005年、初めての大幅な制度改正となる改正介護保険法が成立し、2006年から施行された。この改正で、「予防重視型システムへの転換」、「施設給付の見直し」などが行われ、2025年を目途に地域包括ケアシステムの構築を目指している。しかし、人口が横ばいで75歳以上の人口が急増する大都市部、75歳以上の人口増加は緩やかだが人口は減少する町村部など、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じており、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とされている。そこで、本論文では地域包括ケアシステムの地域による差を明確にするため、高齢化率や財政力の水準に基づいて三類型に分類し考察を行

う。その際、地域包括ケアシステムが2005年に新しく導入された体制であり、ゼロからスタートするシステム構築であることを考慮し、「高齢化型に比べてヒトやカネを多く投入できる都市型の地域が地域包括ケアシステムは円滑に機能するはずだ」という仮説を立て、分析する。

本論文の構成は以下のとおりである。まず第Ⅰ章では、地域包括ケアシステムの概要について述べ、内容やその狙いについて論じる。第Ⅱ章では、地域包括ケアの地域差について先行研究を踏まえ、地域包括ケアの地域差を考察するうえで重要となってくる三類型について説明し、具体例を挙げていく。第Ⅲ章では、都市型の東京都杉並区の地域包括ケアシステムについての現状を分析し、Ⅱ章で新たに立てた仮説との整合性を検証する。終章は本研究のまとめである。

Ⅰ 地域包括ケアシステムとは何か

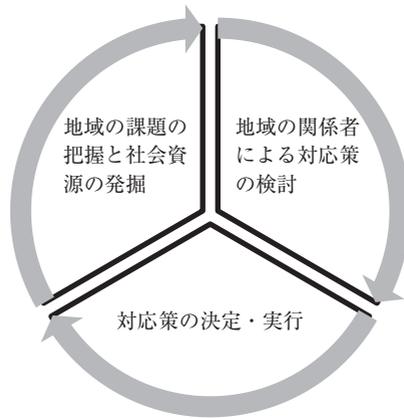
1 地域包括ケアシステムの概要

ここまでは2005年に介護保険法が改正されたことと、そこから地域包括ケアシステムという考え方が生まれたことを説明した。端的に地域包括ケアシステムとは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、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制のことである。しかし、そもそも地域包括ケアシステムとはどのような仕組みなのだろうか。ここからは地域包括ケアシステムの内容とその狙いについて説明する。ただし地域包括ケアシステムの範囲は病院や介護からボランティアなど個人にまで及び、幅広いためその全てを説明することは難しい。それゆえ、2003年から2010年の間に開かれた会議や報告書の内容を追っていき、その全体像に迫ることとする。

(1) 2015年にあるべき高齢者介護の姿 (2003年)

「地域包括ケア」の考え方は、2006年介護保険制度の見直しに大きな影響を与えた高齢者介護研究会報告書『2015年の高齢者介護』（2003年）のなかで示されたものである。介護保険のサービスを中核としつつ、保険・福祉・医療の専門職相互の連携、ボランティア等の住民活動も含めた連携による、地域の様々な資源を統合した包括的なケアにより、介護以外の問題にも対処しながら介護サービスを提供することができる。医療サービスと介護サービスが適切に組み合わせられて

図1 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（PDCA サイクル）



提供される地域包括ケアでは、ターミナルケアが必要な状態に至るまで高齢者の在宅生活を継続的に支えることが可能になる。

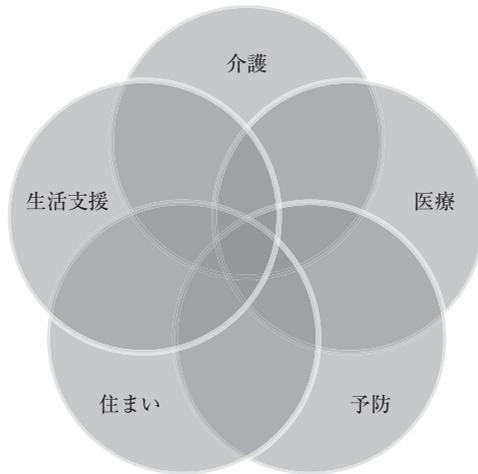
2006年の介護保険制度見直しでは、前述のように保険者・市町村の運営が中心となる地域密着型サービスが生まれ、高齢者の保健医療の向上や福祉の増進を支援する地域包括支援センターが設置された。市町村はその行政区、地域包括支援センターの地域（日常生活圏域）での「地域包括ケアシステム」構築を進める必要がある¹⁾。

（2） 社会保障国民会議（2008年）

2008年に公表された社会保障国民会議第2分科会（サービス保障（医療・介護・福祉）の「中間とりまとめ」では「地域包括ケア」に関して、医療や介護・福祉サービスを広い意味の「生活支援サービス」とした。そして、国民の医療・介護・福祉サービスに対する需要に社会全体としてどのように応えていくかという点に関しては、「自助」「共助」「公助」の3つに分ける考え方で示した。

まず、個人の生活を成り立たせていく基本的責任はその人自身にある、という意味での「自立・自助」を基本に置く。次に、個人の選択・自由意思を尊重しながら個人の抱える様々なリスクを社会的な相互扶助（共助）でカバーする。さらにそれでもカバーできない場合には、直接的な公による扶助（公助）で支える。このような、「自立と共生」の考え方に立って様々な制度を構築していくことが

図2 日常生活圏域 (30分で駆けつけられる圏域)



必要である。同時に、「社会的な相互扶助（共助）の仕組み」として、社会保険のような制度化された仕組みだけでなく、地域社会の中での支え合いやNPO・住民参加型相互扶助組織のような自律的・インフォーマルな相互扶助（共助）の仕組みを活用し、国民一人ひとりが相互扶助の仕組みに参加して、共に支え合って生きていくことを実感できるような地域社会づくりが重要である^{2) 3)}。

（3） 地域包括ケア研究会報告書（2009年）

地域包括ケアの実現に向けた検討に当たって、論点を整理するために開催された地域包括ケア研究会（田中滋座長）が、2008年度研究会報告書『地域包括ケア研究会報告書——今後の検討のための論点整理』を2009年に公表した。ここでは「地域包括ケアシステム」は「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と捉える考え方を提示した。そして、その圏域を「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」としている。また、「地域包括ケアシステム」を提供するための前提として、自助を基本としながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要ではないかと指摘している。また、

ニーズに応じた住宅を目標とし、新しい住まいの提供に重点を置いている。

さらに、従来の「自助」「共助」「公助」の捉え方とは異なる「自助」「互助」「共助」「公助」の捉え方を強調している。従来の「共助」の意味は近隣の助け合いであり、インフォーマルサービスであるが、この報告書では保険サービスを「共助」とし、従来の「共助」を「互助」と言い換え、「公助」は税によるサービスとしている。それはとりわけ、相互扶助の「互助」と保険サービスの「共助」の区分、それらの役割分担を示そうとしているとみてよい^{4) 5)}。

(4) 地域包括ケア研究会報告書 (2010年)

地域包括ケア研究会の2009年度報告書の『地域包括ケア研究会報告書』が2010年4月26日に公表された。この報告書では、団塊の世代が後期高齢者となり、高齢化がピークに達する2025年を見据えた介護保険制度改革が提言されている。この報告書では、2008年度報告書よりも、「地域包括ケアシステム」についてさらに踏み込んだ考え方を示している。

「地域包括ケアシステム」についての基本的認識は2008年度報告書と同じである。病気や介護が必要な状態になっても適切なサービスを利用して個人の自立とQOLの追求が可能になるよう、医療や介護を通じた個々人の心身状態にふさわしいサービスが切れ目なく提供されるようなサービス提供体制の改革が必要だとした。そして、要介護高齢者の状態を踏まえたサービスシステムの機能強化を求めている。その一方で、今後それぞれの地域が持つ『自助、互助、共助、公助』の役割分担を明確にし、有機的に連動して提供されるシステム構築を求めている。

2008年度報告書と比較すると、病院等に依存しない生活の継続を明確にし、24時間にわたる短時間巡回型の訪問サービスを中心として、看護職・介護職による日常生活圏域を担当するチームが巡回する姿を描いている。特に介護福祉士が基礎的な医療ケアを担うという考えを示し、介護職の今後の在り方に踏み込んでいる。

また施設を居住と捉え、その方向性を具体例に示している。一方、地域での支援は医療や介護だけでなく多様なサービスとして広く捉えた。介護職員は身体介護や家事援助、認知症高齢者等への支援を行うことを想定している。介護福祉士には、要介護者に対する基礎的な医療的ケアである服薬管理、経管栄養・吸引、リハ職が策定した計画に基づいた日常生活における機能訓練、他の介護職への認知症のアドバイスの役割も求めている。

言い換えると、介護職を身体介護（+家事援助+見守り）の役割を示す一方で、「自助」「互助」「共助」「公助」のなかで、特に地域（「互助」）を強化する方向を示している。軽度者については、生活行為向上に資する通所・訪問でのリハビリテーションを中心として共助である介護保険サービスが提供され、家事援助を含む生活支援サービスは、地域ニーズに応じて市町村が柔軟に提供している。当該サービスは専門資格を必要としないため、自治体やNPOなど多様な主体により提供されているという現状を示し、介護保険制度の利用者の対象を重度にシフトし、中軽度の利用者への支援は「自助」「互助」に重点を置いている^{6) 7)}。

（5）小 括

「地域包括ケアシステム」の考え方は、次のようにいうことができる。第一は介護保険だけのサービスで、要介護高齢者を支援するものではないこと。第二は、“「拠点施設」+「新しい住まい」+「在宅」の地域の新たな支援体制を構築し、要介護高齢者の状態像の変化に応じて、医療・介護・福祉の切れ目ないサービスの提供を行うこと。第三は、中軽度の高齢者支援における、「自助」「共助」「公助」（「自助」「互助」「共助」「公助」）の役割を明確化したことである。なかでも「共助」（「互助」）の“相互扶助”の役割を鮮明にした⁸⁾。

Ⅱ 地方自治体の三類型とそれぞれの特徴

1 地域包括ケアシステムの地域差

地域包括ケアシステムの実施主体は自治体である。各自治体は背景事情も異なるため、地域包括ケアシステムの実施においても地域差がみられると考えられる。背景事情の具体例としては、高齢化の状況や社会資源などがあげられる⁹⁾。社会資源の格差とは、保健医療従事者の地域偏在によるものである。大都市と過疎地域とでは特に地域偏在が目立ち、地域差が拡大している¹⁰⁾。

また、熊田（2017）によれば、「2025年に向けて整備が進められている地域包括ケアシステムは、どこに住んでいても、医療や介護が適切に受けられる社会の実現、予防の推進、多様な生活支援、住まいの整備を目指している。しかし、（中略）介護保険サービス供給量には、相対的に普及が進んでいるサービスで地域間格差が大きいこと、また、施設介護や訪問介護、通所介護等、居住地域のサービス供給量の多少が要介護高齢者のサービス利用に影響を与えることが明らか」で

ある¹¹⁾。

これらの先行研究は、高齢化率や医療従事者数などの地域差による、地域包括ケアシステムの地域間格差が存在するというを示している。

2 地方自治体の類型

地域包括ケアシステムの地域差を考えるうえで、各自治体を背景事情により類型化することとした。まず、高齢化の状況は現時点での高齢者人口と高齢者人口割合によって示すことができると考えた。先行研究からも、この2つの指標が地域包括ケアシステムの評価に大きくかかわっていることが分かった¹²⁾。

また、医療従事者や医療施設など社会資源の差は財政力に関係すると考え、財政力指数も参考にする。

以上のことから、高齢者人口・高齢者人口割合・財政力指数の三点について都道府県を分類する。表1は、都道府県別の65歳以上の人口・65歳以上の人口割合・財政力指数をそれぞれ示し、それに順位を付したものである¹³⁾。この図から、都道府県を以下の3つに分類した。

①高齢化型

65歳以上の人口は少ないが（総人口が少ないので）割合は高い。財政力は比較的小さい。

代表例は徳島県、高知県、秋田県、山形県、和歌山県、大分県など。

②平均型

65歳以上の人口・65歳以上の割合・財政力指数のいずれも平均的である。

代表例は福島県、岡山県、熊本県、三重県、鹿児島県、新潟県など。

③都市型

65歳以上の人口は多いが（総人口も多いので）割合は低い。財政力は比較的大きい。

代表例は東京都、埼玉県、神奈川県、大阪府、京都府、千葉県、愛知県など。

(1) 高齢化型

(a) 大分県

大分県臼杵市の人口は37,108人で高齢化率は39.8%である（平成30年10月1日時点）。2024年には高齢化率が41.4%に達すると予想されており、臼杵市の高齢化はすでに20年後の日本の姿と言われている¹⁴⁾。

表1

都道府県名	65歳以上人口 (千人)	順位	65歳以上割合 (2018年)	順位	財政力指数 (2019年)	順位
北海道	1,656	7	31.3%	20	44,558	27
青森県	412	29	32.6%	8	34,638	38
岩手県	403	30	32.5%	10	36,241	34
宮城県	643	16	27.8%	38	62,784	13
秋田県	357	34	36.4%	1	31,526	44
山形県	358	33	32.8%	6	36,099	35
福島県	576	18	30.9%	21	54,542	18
茨城県	833	11	29.0%	34	64,490	10
栃木県	546	21	28.1%	37	65,138	8
群馬県	574	19	29.4%	31	64,895	9
埼玉県	1,934	4	26.4%	42	76,610	6
千葉県	1,721	6	27.5%	40	77,878	4
東京都	3,189	1	23.1%	46	116,225	1
神奈川県	2,305	3	25.1%	44	90,245	3
新潟県	716	14	31.9%	14	46,103	25
富山県	336	36	32.0%	12	47,764	24
石川県	334	37	29.2%	32	50,201	22
福井県	234	45	30.2%	25	40,661	32
山梨県	248	41	30.4%	24	41,384	30
長野県	651	15	31.6%	17	51,476	21
岐阜県	595	17	29.8%	27	54,366	19
静岡県	1,081	10	29.5%	29	72,822	7
愛知県	1,875	5	24.9%	45	92,554	2
三重県	527	23	29.4%	30	59,431	15
滋賀県	363	32	25.7%	43	56,352	17
京都府	749	13	28.9%	35	58,837	16
大阪府	2,420	2	27.5%	41	77,760	5
兵庫県	1,577	8	28.8%	36	64,078	12
奈良県	413	28	30.8%	22	42,603	29
和歌山県	306	39	32.7%	7	32,950	43
鳥取県	177	47	31.6%	16	27,262	45
島根県	231	46	34.0%	3	25,957	47
岡山県	571	20	30.1%	26	52,709	20
広島県	817	12	29.0%	33	61,478	14
山口県	465	25	33.9%	4	45,250	26
徳島県	243	44	33.0%	5	33,399	42
香川県	303	40	31.5%	18	48,738	23
愛媛県	441	26	32.6%	9	43,420	28
高知県	245	42	34.7%	2	26,847	46
福岡県	1,408	9	27.6%	39	64,281	11
佐賀県	244	43	29.8%	28	34,776	36
長崎県	429	27	32.0%	13	33,564	41
熊本県	537	22	30.6%	23	40,699	31
大分県	371	31	32.4%	11	38,297	33
宮崎県	342	35	31.6%	15	34,331	39
鹿児島県	506	24	31.4%	19	34,288	40
沖縄県	313	38	21.6%	47	34,773	37
平均	756.9148936	—	30.1%	—	51,601.65957	—

白杵市では地域包括ケアとして①認知症対策、②プロジェクトZ／白杵市Z会議、③うすき石仏ねっと、④安心生活お守りキット、⑤白杵市市民後見センター、⑥地域振興協議会、⑦お達者長生きボランティア制度の7つの取り組みが行われている¹⁵⁾。

まず①認知症対策であるが、白杵市では認知症予防のできるまち、認知症になっても安心なまちを目指した対策を行っている。「日常生活圏域 ニーズ調査」、「コミュニティ連絡会議」、「認知症サポーター養成講座」、「認知症市民フォーラム」、「なるほど認知症講座」、「多職種事例検討会」が行われている上、認知症の早期発見や早期治療のための医療連携が図られている。

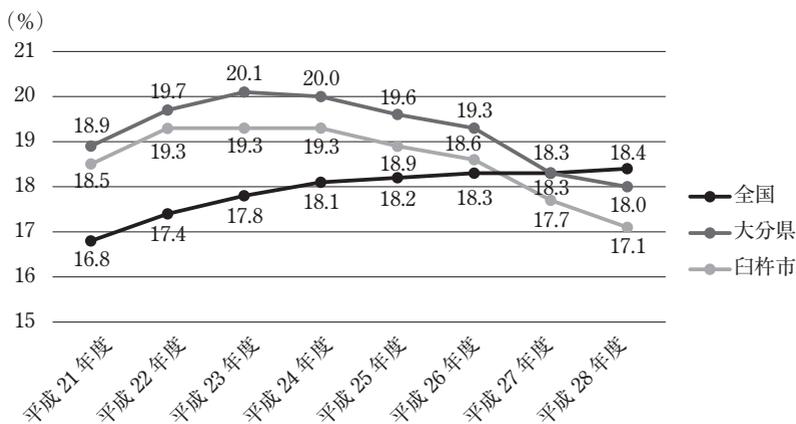
次に②プロジェクトZは2012年、在宅医療連携拠点事業が厚生労働省から白杵市医師会立コスモス病院に委託され、地域医療福祉連携室を中心に開始されたプロジェクトである。Zは「在宅」の頭文字である。白杵市では、白杵市役所・白杵市医師会・中部保健所・地域包括支援センターが協働し、在宅医療と介護の連携の拠点として活動している。2016年度には事業主体が白杵市に移行、「在宅医療・介護連携の推進事業」が医師会に委託され、「白杵市Z会議」となった。Z会議はコア会議を中心とする「IT班」、「啓発班」、「防災班」、「地域医療リーダー班」に分かれ、課題の共有と解決策の検討を行っている。

③うすき石仏ねっとは、白杵市内の医療機関等を結ぶ情報ネットワークである。2016年4月1日にサービスが開始された。「石仏カード」を提示することにより、様々な医療機関にある治療経過や検査のデータを「石仏ねっと」の参加医療機関で共有することが可能であり、薬局や介護保険関連事業者とも情報の一部を共有できる。また、白杵消防署も参加しており、「石仏ねっと」を介した既往歴の確認により速やかな処置が可能となり、救命率の向上に寄与している。今後、隣接する大分市の医療機関との連携も視野にある。

④安心生活お守りキットは2010年4月に始まったサービスである。緊急時には、必要な情報を記入できる道具をプラスチック製容器にまとめたこの「安心生活お守りキット」が配布される。お守りキットを持っている人には、郵便屋さんによる声かけや、市役所が行政サービスを直接届けるサービス（ひまわりサービス）などが付加されている。

⑤白杵市市民後見センターは、認知症高齢者など、判断力が低下しても地域で安心して暮らしていけるよう、成年後見制度の利用促進を目的として2014年4月に設置された。身上監護など寄り添った支援を行う市民後見人（支援員）の養成

図3 認定率の比較



講座を実施している。

⑥地域振興協議会は2009年度に設置された協議会である。臼杵市は、少子高齢・人口減少の現実を見据えた対策の1つとして、旧小学校区ごとに「地域振興協議会」の設置を推進し、将来的に臼杵市の地域活動の中心を担っていくよう支援している。世代や性別の枠を越えて連携することにより、一体感や安心感のあるコミュニティづくりを図り、市役所がそれぞれの地域の活動を支援している。

⑦お達者長生きボランティア制度は高齢者の社会参加および地域貢献を奨励し、ボランティア活動を通じて高齢者自らの介護予防を促進するとともに、元気な高齢者が暮らす地域社会を作ることを目的とする制度である。2013年10月に開始された。ボランティア活動の実績によりポイントが付与され、ポイント数に応じてお金や商品券に交換することができる。

大分県臼杵市は特に市民参加という点で成果をあげている自治体である。④安心生活お守りキットの申込者実数は5,606人で全対象者の約8割以上が申し込みを行っている。また、実際に2010年4月から2014年3月の間に約630件の救急現場で活用されている。⑤臼杵市市民後見センターの取り組みによって2013年度に14名、2014年度に17名が市民後見人に登録し、すでに4件のケースを受任している。また⑦お達者長生きボランティア活動の実績によって付与されたポイントをお金や商品券に交換した人は88人おり、そのポイントの平均は約1,640ポイントで、うち13人は5,000ポイントを超えている¹⁶⁾。

第1号保険者数に対する要介護（要支援）認定者の割合（認定率）を見ると、臼杵市は2016年度末で17.1%となっており、大分県平均を0.9ポイント、全国平均を1.3ポイント下回っている¹⁷⁾。

（2）平均型

（a）岡山県

次に平均型として、岡山県を挙げる。ここでは県内の市町村のうち、地域包括ケアに関連する取り組みを多数行い、成果を上げている総社市を取り上げる。

総社市は、人口67,920人（平成30年10月1日時点）、高齢化率28.3%（平成30年10月1日時点）の、県中南部に位置する市である¹⁸⁾。総社市の高齢化率は25.2%（平成25年10月1日時点）で、人口は緩やかに増加しているものが高齢化率は年々上昇を続けていた¹⁹⁾。さらに、団塊の世代が後期高齢者となる2025年は、要介護状態に陥る高齢者が約1.25倍になると推測された。これらの事情を考慮し、総社市は、「健康な高齢者80%以上」を掲げ、検診受診率の向上、高齢者の医療費や介護費の抑制、健康寿命の延伸等を目指して「総社市高齢者プログラム」を策定した。そして、「生活習慣病早期予防」、「健康な体づくり」、「早期発見・社会参加」の3点をプログラムの柱として打ち出した。

さて、ここからは、総社市において上記3点の柱に沿って行われている具体的な取り組みを考察していく。まず、医療予防の取り組みである「そうじゃ健康マイポイント制度」がある。制度の対象は、総社市内に居住する満20歳以上の者としている。若いうちから生活習慣病を予防する意識を持つことで、高齢になっても健康な状態を保つことができると考えたため、高齢者に限らず若者をも参加対象とした。参加者は、指定された登録事業に参加すると付与されるポイントを集めると、現金や健康増進グッズ等、豪華な景品が当たる抽選に応募できることになっている。ここで、当選人数を100名に限定していることが重要な点である。少ない当選人数に限定しているのは低予算が理由ではあるが、1名あたりの景品の額は相当である。年度により当選人数と景品の内容が変更されることもあり、市民にインセンティブを与え続けるため、様々な工夫がなされている。

また、「そうじゃ健康マイポイント制度」に加え、「国保健康で1万円キャッシュバック」という企画も同時進行で行われた。これは、①被保険者が1年以上保険診療を受けていないこと、②国保税を完納していること、③世帯の特定検診の対象者全員が検診を受けていること、という条件を挙げ、これらをすべて満た

表 2

検診名／年度	受診率		
	2012	2013	2014
後期高齢者健康診査	3.7	3.6	6.1
腹部超音波検査	11.1	10.2	11.4
肝炎ウイルス検診	9.5	5.4	15.4
前立腺がん検診	10.5	10.2	21.8
胃がん検診	15.7	14.8	25.2
大腸がん検診	21	21.1	19.3
肺がん検診	23.3	23.7	17.7
子宮がん検診	19.2	17.2	15.5
乳がん検診（視触診）	15	16.2	8.6
乳がん検診（マンモグラフィ）	11.6	13.2	15.5
骨粗しょう症検診	7.8	4.1	8.6
歯周疾患検診	2.2	2.9	1.7
特定健康診査 （同、受診者数）	26.8 (3,175)	27.1 (3,188)	27.9 (3,287)

している世帯に「総社市国民健康保険健康推進奨励金」として1万円を給付するというものである。③は後に加えられた条件であるが、これは、具合が悪くても医療機関の受診を控える人の増加や、検診受診率の低さに対応するために考えられたものであり、市民の真の健康を追求するために必要不可欠なものとなっている。

これらの制度による効果は、既に表れている。表2より、検診の受診率がわずかながら上がってきていることが分かる²⁰⁾。

このような取り組みによる成果は即座に大きく表れるものではないが、年月をかけて積み重ねていくことにより徐々に表れてくるはずである。これからは、実際の制度の運用から浮かび上がる改善点に対応していくことで、よりよい制度の完成が期待される。

次に、高齢者の介護予防の取り組みとして「いきいき百歳体操」、「健康づくりの集い」、「いきいき講座」が行われている。「いきいき百歳体操」とは、米国国

立老化研究所が推奨する運動プログラムを参考に、2002年に高知県高知市により開発された、筋力運動を主とする体操のことである。対象は総社市内に居住する概ね65歳以上の者であり、継続的に運動をする機会を設けることで、高齢者が要介護状態へ陥ってしまうことを回避し、健康な生活を送ることができるよう支援することを目的としている²¹⁾。また、「健康づくりの集い」とは、市内の17会場で月に1回、健康チェック、体操、調理実習、ウォーキング等を通じて、高齢者の転倒骨折や閉じこもり予防を目的としている活動である。総社市には、介護予防拠点施設として、「やすらぎの家」、「さんあいの家」、「ひだまりの家」が設置されており、「やすらぎの家」では、「健康づくりの集い」だけでなく、在宅介護支援センターによる介護予防教室も年に数回実施されている²²⁾。また、「さんあいの家」、「ひだまりの家」は、高齢者が気軽に地域とふれあい交流することができる場としての機能を果たしている。「健康づくりの集い」は、岡山県の介護予防事業の先駆けとして2000年度に開始したが、2008年度に終了し、これに代わるものとして「いきいき講座」が2009年度より開講されている。専門職の協力のもと、介護予防に関する知識の積極的な普及・啓発を目的として行われている活動である²³⁾。

これらの取り組みについて、総社市地域包括センターが地区ごとの参加者数を発表している。以下の表3、表4、表5に、それぞれ「いきいき百歳体操」、「健康づくりの集い」、「いきいき講座」の数値を表した。

表3、表4より、総社市は、「いきいき百歳体操」、「健康づくりの集い」において他の市町村と比較して圧倒的に参加者数が多いことが読み取れる。表5では、「いきいき講座」は総社市の参加者数はあまり多いとは言えず、徐々に会場数・参加者数ともに減少を続けている。他の市町村でも、参加者数が減少しているところが多く、増加している市町村でも数に大きな伸びは見られない。しかし、総社市は、「健康づくりの集い」が終了してすぐ「いきいき講座」を実施しており、当初から多くの会場を設け、参加を呼びかけてきたことが分かる。

最後に、2019年4月から1年間、総社市で行われている「“歩得”健康商品券」という新たなインセンティブ事業を紹介する。これは、計測した歩数や検診の受診、講座への参加回数に応じてポイントが付与され、商品券に交換できるという内容である。対象は、総社市内に居住または勤務する20歳以上の者としており、「そうじゃ健康マイポイント制度」同様、若者にも健康意識を持たせることができるよう考え出された²⁴⁾。このように、総社市は、新たな事業や企画を積極的に

表 3

地域 ステーション名	地区名	平成20年度		平成21年度		平成22年度		平成23年度	
		会場数	参加者数 (人)	会場数	参加者数 (人)	会場数	参加者数 (人)	会場数	参加者数 (人)
東部	三須	—	—	2	25	3	45	5	65
	服部	—	—	2	34	4	55	5	70
	阿曾	1	15	2	33	5	79	6	99
	山手	1	15	2	28	3	43	4	58
	計	2	30	8	120	15	222	20	292
中央部	総社	1	20	7	91	12	196	18	301
	常盤	1	14	2	39	5	99	5	99
	池田			1	18	4	76	7	131
	清音	1	13	5	73	10	145	11	160
	計	3	47	15	221	31	516	41	691
西部	泰	1	14	4	56	6	77	6	77
	神在	—	—	—	—	—	—	2	35
	久代	—	—	1	24	3	49	4	67
	山田	1	25	1	25	2	37	2	37
	新本	1	20	2	37	2	37	2	37
	計	3	59	8	142	13	200	16	253
北部	日美	1	17	1	17	3	50	4	80
	下倉	—	—	4	75	4	75	4	75
	水内	1	10	4	59	5	70	6	80
	富山	—	—	—	—	2	30	2	30
	計	2	27	9	151	14	225	16	265
合計		10	163	40	634	73	1,163	93	1,501

打ち出す等、市民の主体的な参加を得られるよう工夫を凝らしている。

(b) 新潟県

平均型としてもう1つ、新潟県を挙げる。三類型の分類基準に則り、高齢化率と財政力指数の順位を考慮すると、新潟県も平均型に分類することは妥当である。新潟県の中でも2015年と、最も早い時期から介護予防や日常生活支援総合事業に着手し地域包括ケアの先陣となった南魚沼市を取り上げる²⁵⁾。

南魚沼市は、人口56,689人（平成30年10月1日時点）、高齢化率31.9%（平成30年10月1日時点）の、新潟県中越地方に位置する市である²⁶⁾。

南魚沼市では地域包括ケアへの取り組みとして①まめでいきいき倶楽部、②南

表4

地域 ステーション名	地区名	平成21年度		平成22年度		平成23年度	
		会場数 (会場)	参加者数 (人)	会場数 (会場)	参加者数 (人)	開催回数 (回)	参加者数 (人)
東部	三須	3	15	2	32	2	6
	服部	3	39	2	32	2	6
	阿曾	2	16	2	51	2	22
	山手	1	11	2	25	2	13
	計	9	81	8	140	8	47
中央部	総社	10	106	7	64	6	49
	常盤	12	101	6	78	6	57
	池田	0	0	0	0	3	27
	清音	12	175	3	38	3	13
	計	34	382	16	180	18	146
西部	泰	—	—	3	44	3	59
	神在	—	—	2	27	3	39
	久代	—	—	3	61	3	46
	山田	4	76	3	62	3	42
	新本	4	92	3	66	3	64
	計	8	168	14	260	15	250
北部	日美	4	75	2	60	4	54
	下倉	4	62	2	46	4	54
	水内	4	46	2	38	4	20
	富山	4	68	2	37	4	36
	計	16	251	8	181	16	152
合計		67	882	46	761	57	595

魚沼市介護支援ボランティア制度などの取り組みを行っている。

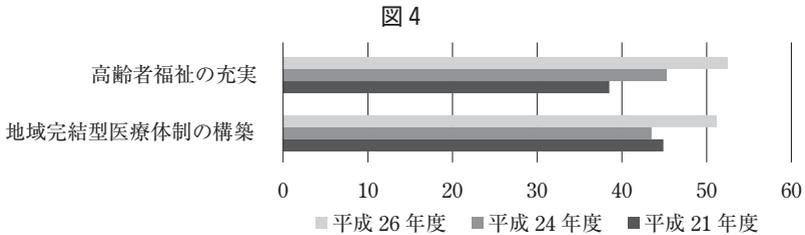
まず①めでいきいき倶楽部であるが、これは介護予防は体の機能が衰える前からの取り組みが大切であるとして作られたイベントである。運動機能を向上させるトレーニングや認知症予防の脳トレーニング、口腔機能向上トレーニングを行う。さらにこれらのトレーニング方法を教えるほかにも、栄養改善などの様々なメニューを組み合わせた内容の介護予防教室を各地域で開催している。認知症予防を学び、体力を維持して脳や筋肉を活動させ、健康寿命を延ばすことで将来の介護予防をはかろうというものだ²⁷⁾。

次に②南魚沼市介護支援ボランティア制度であるが、これは65歳以上の高齢者

表 5

地域 ステーション名	地区名	平成18年度		平成19年度		平成20年度	
		開催回数 (回)	延参加者数 (人)	開催回数 (回)	延参加者数 (人)	開催回数 (回)	延参加者数 (人)
東部	三須	8	127	8	48	8	38
	服部	8	66	8	34	8	64
	阿曾	8	77	8	78	8	71
	山手	8	135	8	104	8	106
	計	32	405	32	264	32	279
中央部	総社	24	426	24	375	29	469
	常盤	8	60	8	62	8	78
	池田	8	61	8	29	8	21
	清音	8	79	8	64	8	120
	計	48	626	48	530	63	688
西部	泰	8	57	8	49	8	176
	神在	8	65	8	47	8	66
	久代	8	124	8	81	8	124
	山田	8	160	8	138	8	167
	新本	8	129	8	116	8	81
	計	40	535	40	431	40	644
北部	日美	8	108	8	119	8	99
	下倉	8	116	8	40	8	101
	水内	8	93	8	90	8	74
	富山	8	152	8	122	8	139
	計	32	469	32	371	32	413
合計		152	2,035	152	1,596	157	2,024

が介護施設などで行ったボランティア活動にポイントを付与してポイントに応じた交付金を受け取ることができる制度である。高齢者にボランティア活動に関心を持ってもらい、ボランティア活動そのものを高齢者自身の介護予防につなげてもらおうというものだ。対象者はボランティア活動をする人を前提として市内に住む65歳以上の高齢者である。要介護認定を受けた人は対象外となるが65歳以上の高齢者をターゲットにすることでまめでいきいき倶楽部と同様、健康寿命を延ばすことに主眼を置いている。特別養護老人ホームや介護老人保健施設、デイサービスセンターなどの介護保険対象施設で行われており、レクリエーションの指導や参加支援、施設や事業所の催事に関する手伝いや話し相手、食堂での配膳、



清掃、洗濯など軽微で補助的な作業をすることでポイントが付与される。ボランティアの登録をするためには南魚沼市社会福祉協議会でボランティア登録をする必要があり、登録時にはボランティア保険へ加入し、交付される介護支援ボランティア手帳を受け取るになっている。ポイントは1時間の活動につき1ポイント（1日2ポイントまで）が付与され、年度末に10ポイント以上だった場合は1ポイントにつき100円を受け取ることができる。

会社での仕事やバイトに比べると極めて少ない稼ぎとなるが注目すべきは定年退職後も家に引きこもることなく市や市民の役に立ち、交流を保ち続けることができる場所にある。介護施設や病院の整備はもちろん重要であるが、市民参加がカギとなる地域包括ケアシステムの構築にはこうした絶えない交流の場を設けることが重要なのである。

また、高齢者支援だけでなく若い世代に目を向けた支援も行っている。未成年の子供にケアを要する親や家族がいる場合、大人がするようなケア責任を負うことが原因で勉強や人間関係に大きな影響を受ける場合がある。このようにケアを担う子供をヤングケアラーというが、南魚沼市ではこうしたヤングケアラーに関するアンケート調査を小学校、中学校で行い、結果に基づいてヤングケアラーに対する支援策を立てる会議が行われている²⁸⁾。

このように、地域包括ケアの将来を担う若者の生活を整えることも地域包括ケアシステムの整備には欠かせないのである。

図4は南魚沼市が町づくりの現状評価を市民にアンケート調査した結果である。横の長さはパーセンテージを表しており、「そう思う」と「どちらかというそう思う」を集計した合計である。また、下から平成21年度、平成24年度、平成26年度の集計結果となっている。グラフを見ると、平成26年度の市民の高齢者福祉や地域完結型医療体制の充実への満足度は平成21年度と比べて大きくなっている

ことが分かる²⁹⁾。南魚沼市の地域包括ケアの充実には「まめでいきいき倶楽部」や「南魚沼市介護支援ボランティア制度」などの取り組みを通して徐々に住民にも知れ渡ってきている。

さて、ここまでは三類型のうち高齢化型と平均型を見てきたが、最初に立てた仮説とは異なり、財政力が低く高齢化率の高い都道府県でも地域包括ケアシステムの構築を図るための取り組みは白杵市や総社市のように幅広く行われており、さらに円滑に機能していることが分かった。新潟県の市民満足度アンケートではまさしく予想とは真逆の結果が表れており、こうなると財政力や高齢化率は包括ケアシステムの充実と直接結びついているわけではない可能性も見えてくる。高齢化型や平均型の市町村では地域包括ケアシステムの整備が進む前から市民の間で「互助」の関係が成り立っている地域が多く、お互いでお互いを支え合うことを目的とする地域包括ケアの考え方を理解しやすかったのかもしれない。ここからは三類型のうち、都市型を見ていくがまたしても意外な結果が表れた。

(3) 都市型

(a) 東京都

次に、都市型について見る。まず、高齢化率約25%³⁰⁾で財政力指数東京都4位(平成29年度)³¹⁾の立川市の地域包括ケアについて調べた。

立川市は、東京都のほぼ中央、西寄りに位置する人口約18万人の市である。2000年4月の介護保険制度の施行に合わせ、市内に約10カ所の在宅介護支援センターを設置した。その当時から、市内全体の地域ケア会議や市内を5エリアに分けた小地域ケア会議、またケアマネージャー研修会や連絡会、介護サービス事業所の連絡会など、地域ケアのネットワークを地道に積み上げてきた。その後2005年の改正に伴い、市内6生活圏域に各1カ所の6地域包括支援センター、ランチセンターとしての福祉相談センター3カ所に再編した。うち社会福祉協議会が担う1カ所は基幹型地域包括として、ケアネットワーク構築の調整役としての役割を担っている。

立川市では、毎月市全域の「地域ケア会議」、6生活圏域ごとに行う「小地域ケア会議」、個別相談に対応する「個別支援会議」の3つの構造的な地域ケア会議を組み合わせている。

月1回実施する市全域の地域ケア会議では、各センター職員を中心に、管理職も含めた市高齢福祉課、介護保険課、健康推進課の各職員、保健所、社会福祉協

議会、シルバー人材センター、消費生活センター、市内6病院の相談室、地域医療連携室の職員が顔を合わせて、互いの状況を報告し、医療連携も含めた地域課題の検討を行っている。

2ヵ月に1回実施している小地域ケア会議では、生活圏域ごとにケアマネジャーを中心とした関係者を集め、地域の特色に合わせた課題検討と生活圏域ごとのネットワーク構築をしている。さらに個別支援のケア会議では、ケアマネジャーからの相談事例や、認定は受けていないが環境調整を必要とする独居高齢者などへの対応を行っている。これらの三層構造の地域ケア会議に加えて、6ヵ所の地域包括職員も毎回参加する「地域包括支援センター運営協議会」も2ヵ月に1回実施されており、毎月の地域ケア会議に提出される状況報告書をもとに、各センターの活動に関する関係機関や市民代表からの支援と評価の確認を受けている。

これらの取り組みによって、個別対応レベル⇔生活圏域レベル（小地域ケア会議）⇔市全域レベル（地域ケア会議）⇔制度・政策レベル（運営協議会）といった、個別支援課題と地域支援課題を一体的に双方向の検討が可能となり、地域包括ケアの推進に必要なネットワーク構築を行っている。

こうした取り組みの中で、会議等の開催回数が多いために、事務局となっている基幹センターの職員の業務量が過大になっていることや個別相談の数が増加し、対応が追いついていないことが課題として挙げられている³²⁾。

(b) 千葉県

次に、財政力指数も高く、地域包括ケアシステムにも力を入れている千葉県浦安市の例を取り上げる。

浦安市は人口約17万人であり、財政力指数も日本の中でかなり上位に入る。浦安市の地域包括ケアシステムに対する取り組みとして、「協働の担い手を輩出する市民講座」がある。これは介護予防を地域で推進するリーダーを養成するという趣旨の徹底を図り、実習を通じて地域の実態を知り、実際に活動するイメージを持ってもらうように促すものだ。2010年度からは、協働をコンセプトとした「うらやす市民大学」の講座の一環として実施しており、市民がまちづくり活動を行うために必要な知識や技術を学ぶための場を提供している。介護予防リーダー養成講座の他にも、防災、環境、高齢社会等をテーマとし、協働の担い手の裾野を広げるための講座も開講している³³⁾。

しかし、浦安市の地域包括ケアシステムには課題点も多くあると森林（2019）

は主張する³⁴⁾。浦安市は現状として、市直営の地域包括支援センターが少なく、委託型の支援センターが多い。この双方に課題点がある。まず市直営の地域包括支援センターの課題として以下が挙げられる。

- ①職員異動があり、築き上げた地域とのつながり、馴染みの関係が切れてしまう。
- ②職員異動があり、質が担保されない。
- ③業務が増えても人員を増やすことは難しい。

次に委託型の地域包括支援センターの課題として以下が挙げられる。

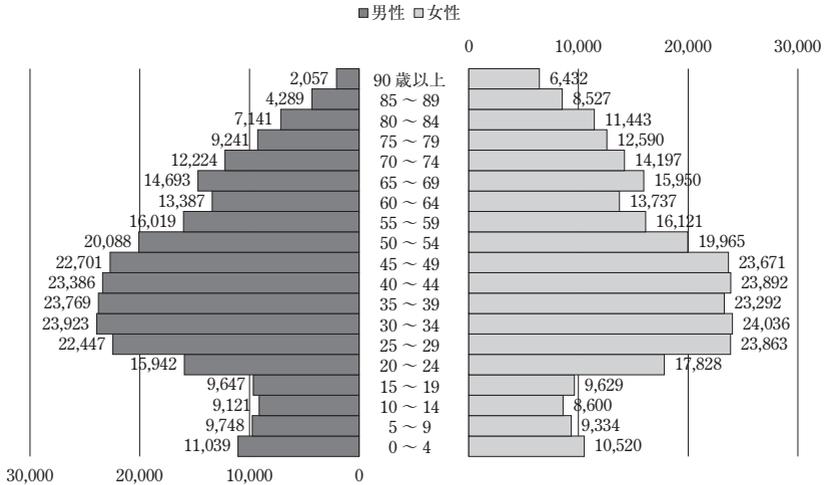
- ①確定している予算額と業務量が割に合わない。
- ②相談対応が業務時間の大半を占めている。
- ③行政からの情報が入りにくい、連携がしにくい。
- ④地域ケア経験のある保健師等の人材確保が困難。

以上のように都市型は、高齢化型・平均型よりも財政力指数が高く、また地域包括ケアを意識し、働きかけていることが分かる。しかし都市型には、その地域包括ケアシステムがうまく機能していない点もあることが明らかとなった。都市型に属する東京都立川市や千葉県浦安市では業務時間の増大や人材不足など、地域包括ケアシステムの恩恵を受ける以前の問題、つまりシステム提供者サイドで問題が生じている。

このような結果となった原因は、高齢者型の地域や平均型の地域では市民の間でもともと助け合う意識、「互助」の関係が染みついており、地域全体でサービスを一体的に提供し、カバーし合うことを最終目的とする地域包括ケアシステムの考え方が受け入れやすかったのに対し、財政力が高く高齢化率が低い都市型の地域では地域包括ケアシステムが構築される以前の「互助」の関係は薄く、市民それぞれが市民間の助けを求めることなく個人で病院や介護施設にかかるという「自助」が成り立っており、地域包括ケアシステムの考え方が受け入れづかったからではないかと考え、仮定することとした。カネがあっても投入先を間違っているという意味がないし、ヒトがいても「互助」の精神が根付いていなければ決して順調に動きはしないはずである。

第Ⅲ章では、ケーススタディとして都市型の東京都杉並区の地域包括ケアシステムの現状を詳しく分析し、この仮説を明確化していく。

図5 杉並区の各年齢別人口



Ⅲ 杉並区における地域包括ケアシステム

1 杉並区の概要

前節によると、都市型で財政力指数が高いにもかかわらず、地域包括ケアが機能していない原因を医療従事者と介護従事者の連携不足と述べているが、杉並区の実態調査を進めてみると原因はより複雑であった。

まず、杉並区の概要について述べたいと思う。図5は各年齢別人口を表したグラフである³⁵⁾。杉並区の総人口は56万4,489人（平成30年1月1日時点）。東京都内でも特に人口が多い区として挙げられる。高齢者人口12万4,460人、高齢化率が22.1%、後期高齢者の割合は49.5%で、同規模の自治体に比べて後期高齢者の割合は高い（平成30年9月1日時点）³⁶⁾。

認定者数（介護保険サービス等を受ける心身状態にあると認定された人の統計時点数）は2万4,534人で認定率（認定者数／第1号被保険者数）は20.5%である。また、人口は多いが、図6と図7を見ると医師数と介護職員数は全国平均を下回っていることが分かる（医師数は2018年11月時点、介護者数は2018年12月時点）³⁷⁾。

図6 杉並区の医師数

職種別の人員数	職員数	人口10万人あたり人員数	
	杉並区	杉並区	全国平均
医師	1,023.00	181.38	237.28

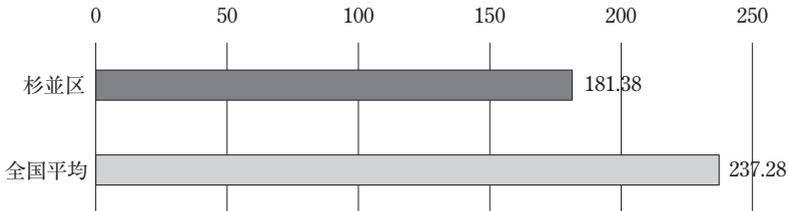
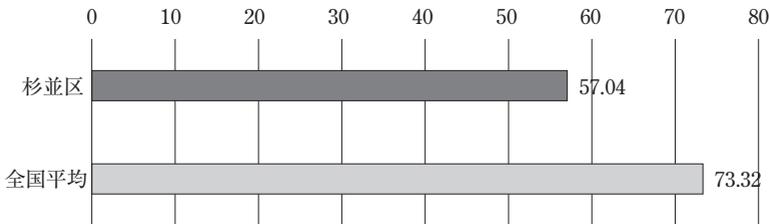


図7 杉並区の介護職員数

職種別の人員数	職員数	75歳以上1千人あたり人員数	
	杉並区	杉並区	全国平均
介護職員（常勤換算人数）	3,607.42	57.04	73.32



2 杉並区の地域包括ケアシステムの考察

杉並区は、地域医療体制の充実と高齢者の地域包括ケアの推進に関する課題と目標を掲げている³⁸⁾。

はじめに、地域医療体制については、今後加速化する少子高齢化を目的に策定された地域医療構想に基づく病院の機能分化と連携に伴い、在宅医療ニーズが急速に拡大するなど、医療提供体制の再生構築が進みつつある。そのような中で、かかりつけ医等による日頃の健康管理を推進するとともに、区がこれまで培ってきた地域医療連携を発展させ、区民が安心して医療を受けられる体制づくりが必要であるという課題を挙げている。また、特に在宅医療については医療・介護総

合確保推進法に基づき、区が自ら推進体制を整備する必要があるという課題も挙げている。このような課題に対して、高齢者等が在宅で医療・介護を受ける体制が充実し、在宅で安心して生活することを目標としている。具体的には、かかりつけ医等の定着と地域医療連携の推進、さらに在宅医療体制の充実などを考えている。まず、かかりつけ医等の定着と地域医療連携の推進についてである。東京都が2016年に策定した「東京都医療構想」により、各病院が「高度急性期、急性期、回復期、慢性期」に機能分化が進むことから、今後、地域医療の体制が大きく変化することが見込まれる。かかりつけ医等は、健診や診療等で区民の健康管理を行うだけでなく、より専門的な医療機関の紹介などを通じて、病状に応じた適切な医療機関の選択を支援し、さらに退院後は、医療・介護の連携で区民の在宅医療を支えるなど、多様な役割を持っている。このため区としては、杉並区医師会等と協力し、かかりつけ医等の普及・定着と、地域の医療機関同士の連携を推進するとともに、医療安全の確保に務め、区民が安心して医療を受けられる体制づくりを進めている。次に、在宅医療体制の充実についてである。高齢者や障がい者等が、病気を抱えても在宅で安心して生活できるよう、杉並区在宅医療推進連絡協議会の機能を強化し、在宅医療や介護に携わる関係機関の連携を進めるとともに、地区診断に基づく施策の展開や普及啓発の充実を図ろうと考えている。また、在宅医療・生活支援センターを核として、区内の在宅医療体制を推進する姿勢を示している。

次に、高齢者の地域包括ケアの推進について述べる。高齢化がさらに進展する中、区内の高齢者の約6割が医療や介護が必要になっても現在の住まいに住み続けることを希望している。また、5割以上が在宅生活を支える医療・介護サービスの充実を求めている。さらに、医療・介護・介護予防・住まいおよび生活支援が包括的に確保される『地域包括ケアシステムの深化・推進』に向け、地域の実情に応じた取り組みを進めることが喫緊の課題だ。このような課題の解決に当たり、高齢者が住み慣れた地域で在宅での日常生活を継続できるよう、医療・介護のサービスを中心に、生活を支援する様々なサービスの適切な提供、そして、介護保険制度をはじめとした公的サービスだけでなく、地域の多様なサービスの担い手が要介護高齢者とその介護者の生活を支えていることを目標としている。団塊の世代が75歳以上となる2025年、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年を見据え、介護保険法等の一部が改正され、地域包括ケアシステムの強化が図られた。これにより、要介護者に対して長期療養のための医療と日常生活の世話（介

護)を一体的に提供する施設サービスとして、新たに「介護医療院」が創設された。また、杉並区は「地域共生型社会」という、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超越して、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超越して、「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指している。「地域共生社会の実現」に向けた取り組みとして、高齢者と障がい者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障がい福祉の両制度に新たに「共生型サービス」が位置づけられた。今後、さらに区は、高齢者一人ひとりにあった地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、在宅医療と介護の連携強化を一層進め、地域共生型サービスの提供等に努めていく。高齢者のみならず、障がい者、子供等も含め、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制として複合施設棟と特別養護老人ホーム棟の2つの建物からなる「ウェルファーム杉並」内に「在宅医療・生活支援センター」を設置し、区内の相談体制を包括的に支援する体制を構築するようだ。

杉並区では以上のような課題を掲げている一方で、杉並区地域包括ケア担当の民間事業者(社会福祉士)(以下、A氏と表記する)は、それとは全く異なる観点から杉並区における地域包括ケアの課題を指摘している。

A氏が所属する地域包括支援センターは、高齢者が、身の回りのことで不自由を感じたときや、家族の介護のことで困ったときなどに、介護・医療・保健・福祉などの側面から高齢者を支える身近な相談窓口である³⁹⁾。主には市町村が主体となって運営しているが、自治体から委託された社会福祉法人や社会福祉協議会、民間企業などが運営しているケースもある。センターでは、保健師や看護師、社会福祉士、主任ケアマネジャーなどが中心となって総合的な相談・支援を行い、①介護保険に関する相談・助言、要介護(要支援)認定申請の受付、②介護予防のケアプラン作成、③在宅介護に関する相談・助言、④「介護用品の支給」「ほっと一息、介護者ヘルプ」「緊急通報システム」等、区の高齢者一般施策事業の相談、申請の受付、⑤高齢者虐待の防止・権利擁護に関する相談、⑥福祉用具の展示・紹介や使用方法の相談・助言などを行っている。また、高齢者を地域で支えるネットワークづくりを進めている。

では、ここから杉並区の地域包括支援センターが目指す地域包括ケアについて説明していく。杉並区の地域包括ケアセンターでは地域特性を生かした地域包括ケアの充実を目指した取り組みを行っている。杉並区の地域包括ケアのニーズと

して、要介護高齢者・認知症高齢者の日常生活の支援と見守り、ひとり暮らし高齢者・高齢者のみ世帯の見守り、安全安心な住まいの確保、在宅医療、看取り、介護者支援等が挙げられる。

A氏は以下の3点の課題について指摘している。

第一に、協議体の機能不全が挙げられる。杉並区は生活支援体制整備を目的として、第1層協議体と第2層協議体の2つの協議体を設置している。第1層協議体は杉並区の社会福祉協議会が担っており、市町村区域で主に資源開発、不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保を行う組織である。一方、第2層協議体は地域包括支援センターが担っており、中学校区域で、第1層の機能の下、具体的な活動を展開している組織である。しかし、第1層は現場感覚に欠け、第2層を任されている地域包括支援センターは、業務過多で地域との関係づくりに時間を多く割くことができないという現状で、これら2つの協議体は機能していない地域がほとんどである。

第二に、地域ケア会議の形骸化が挙げられる。地域ごとに開催している地域ケア会議から抽出した課題を実際に政策形成に活用できているかが不明であり、会議の実施回数で評価がなされるなど、会議の開催のみが目的と化してしまっているという課題がある。

最後に、地域内の住民との関係が希薄であることが挙げられる。地域住民地域包括支援センターで勤務する職員が担当しているのは小さな地域ではあるものの、その地域を知り、地域内の住民と関係を作るには時間を要する。また、地域包括ケアシステムや生活支援体制の整備などの説明を住民にしても十分に理解されないことがあるようだ。さらに、担当職員は2～3年で配置が変わるが、その際に引継ぎがほとんどなされないため、住民との関係づくりをまた一から始めなければならないことがしばしばある。地域包括ケアシステムの構築には、自治体、医療、介護の分野に精通し、5～10年という中長期的なスパンで住民との関係づくりを行える人材が必要である。

杉並区が認識している課題と実際に現場から挙げた課題を比較すると、次のように考察することができる。杉並区は、医療・介護・介護予防・住まいおよび生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステムの深化・推進」に向け、地域の実情に応じた取り組みを進めていく必要があるとしているが、それだけでは不十分であり、杉並区が掲げている包括的なサービスの実現のためには、より一層現場に対して目を向けていくことが必要である。また、地域の実情に応じた

取り組みのためには、地元住民との関係づくりが必要不可欠だ。しかしながら、自治体においては、担当職員が短いスパンで入れ替わっており、引き継ぎもほとんどなされないため、住民との関係が希薄であるという現状がある。担当職員の地域における在任期間を延長し、さらには担当職員の変更に伴う職員間での引き継ぎを見直すことで、杉並区はこのような現状を改善できるはずである。

このように、杉並区が認識している課題と実際に現場から挙がった課題には相違が生じており、今後も地域包括ケアに関するさらなる研究の余地がある。

おわりに

最後にこれまでの研究を振り返る。

「はじめに」では、地域包括ケアシステムを研究対象としたことや研究手法として、地域を高齢化や財政力の水準をもとに三類型に分け、比較することについて述べた。また、地域包括ケアシステムが2005年に新しく導入された体制であり、各地域でゼロからスタートするシステム構築であったため、「高齢化型に比べてヒトやカネを多く投入できる都市型の地域が地域包括ケアシステムは円滑に機能しているはずである」という仮説を立てた。

第I章では、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、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制である「地域包括ケアシステム」について説明した。さらに、地域包括ケアシステムが2005年の介護保険法改正で初めて明文化されたことや、地域住民の介護や医療に関する窓口「地域包括支援センター」の創設が打ち出されたことについて述べた。そして、地域包括ケアシステムの役割や狙いを掴むため、2003年から2010年の間に開かれた会議や報告書の内容について論じた。

第II章では「はじめに」で立てた仮説をもとに、地域を高齢者人口・高齢者人口割合・財政力指数の数値に基づいて「高齢化型」「平均型」「都市型」の三類型に分類した。そして、それぞれの類型から代表される地域を1～2つ挙げ、その特徴や取り組み、課題について挙げた。今回は高齢化型として大分県白杵市、平均型として岡山県総社市と新潟県南魚沼市、都市型として東京都立川市と千葉県浦安市を取り上げた。各地域の特徴や取り組みを分析し、考察した結果、当初の仮説とは異なる結果が現れた。仮説では、都市型の地域包括ケアシステムは高齢

化型や平均型の地域包括ケアシステムに比べ、円滑に機能しているはずとしていた。しかし実際には、高齢化型の大分県臼杵市や平均型の岡山県総社市、新潟県南魚沼市では参加率や満足度、受診率の向上など市民の意識改革に成功し、地域包括ケアが上手く機能しており、都市型の東京都立川市や千葉県浦安市では業務時間の増加や人材不足など課題が山積していた。そのため地域包括ケアシステム構築以前の問題であり、市民が実感できる成果を生み出せていないことが判明した。

都市型以外の地域が上手く機能していた理由として、市民間で助け合う意識、「互助」の関係が染みついており、地域包括ケアシステムの考え方が受け入れやすかったことにあるのではないかと考えた。反対に、財政力が高く高齢化率が低い都市型の地域では、もともと「互助」の関係が薄く、「自助」の関係が成り立っており、地域包括ケアシステムの考え方が受け入れづらかったのではないかと考えた。以上の考察から、財政力があり、潤沢な資金を投入できる地域であっても、人々の「互助」の精神が根付いていなければ地域包括ケアは完成しないという新たな仮説を立てた。

第Ⅲ章ではⅡ章で立てた仮説を裏付けるため、ケーススタディとして都市型の東京都杉並区を取り上げ、地域包括ケアシステムの現状を詳しく分析した。これまでの三類型については自治体のホームページや先行研究論文、新聞記事などから情報を集めていたが、杉並区については区の関係者に協力を仰ぎ、実態調査を行った。在宅医療のニーズの変化に対応する中で、高齢者の在宅介護数の増加、協議体の現場感覚の欠如、業務過多、地域ケア会議の形骸化、保健師や看護師やケアマネージャー中心の相談システムの構築、など多くの課題があり、「自助」や「互助」といった考え方だけの問題ではないことが判明した。

しかし杉並区も「地域包括ケアシステムが住民から理解を得られていない」という都市型ならではの課題を抱えており、Ⅱ章で立てた仮説と異なっているとは言い難いと結論づけた。

- 1) 太田貞司・森本佳樹『地域ケアシステム・シリーズ① 地域包括ケアシステム—その考え方と課題—』、2011年、22-23頁。
- 2) 「社会保障国民会議 第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間取りまとめ [PDF]」〈http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syukaihosyoukokuminkaigi/chukan/siryou_4.pdf〉最終閲覧日2019年11月27日。

- 3) 太田貞司・森本佳樹『地域ケアシステム・シリーズ① 地域包括ケアシステム—その考え方と課題—』、2011年、23頁。
- 4) 「地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～」〈<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf>〉最終閲覧日2019年11月27日。
- 5) 太田貞司・森本佳樹『地域ケアシステム・シリーズ① 地域包括ケアシステム—その考え方と課題—』、2011年、23-24頁。
- 6) 「地域包括ケア研究会 報告書」〈https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/houkatsu_01_hokatsucare.pdf〉最終閲覧日2019年11月27日。
- 7) 太田貞司・森本佳樹『地域ケアシステム・シリーズ① 地域包括ケアシステム—その考え方と課題—』、2011年、24-25頁。
- 8) 同上、25-26頁。
- 9) 熊田伸子「地域包括ケアシステム構築へ向けての地域間格差—福島県内の介護サービス資源の観点から—」『郡山女子大学紀要』53巻、2017年3月。
- 10) 杉原俊一・濱本龍哉・箭内一浩「地域包括ケアシステムにおける生活環境整備に必要な補装具の介入—北海道特有の寒冷地域における地域包括ケアシステムと下肢装具の関係—」『日本義肢装具学会誌』33巻3号、2017年。
- 11) 熊田伸子「地域包括ケアシステム構築へ向けての地域間格差—福島県内の介護サービス資源の観点から—」『郡山女子大学紀要』53巻、2017年3月。
- 12) 村田章吾「地方自治体による地域包括ケアシステム構築の取り組みと行政評価—千葉県柏市を事例として—」『コミュニティ福祉学研究紀要』15巻、2017年3月。筑後一郎「地域包括ケアシステムの課題と展望」『川崎医療学会誌』26巻1号、2016年。
- 13) 「政府統計の総合窓口 人口推計 各年10月1日現在人口11都道府県（総人口・高齢者人口）」〈https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200524&tstat=00000090001&cycle=7&year=20180&month=0&tclass=000001011679&stat_infid=000031807148〉最終閲覧日2019年10月9日。「政府統計の総合窓口 地方財政状況調査 都道府県分 調査表01団体の概況（財政力指数）」〈<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003173107>〉最終閲覧日2019年10月9日。
- 14) 「厚生文教常任委員会 行政視察報告書」、2017年12月19日 〈<http://www.city.odawara.kanagawa.jp/global-image/units/337152/1-20171222151921.pdf#search=27%E5%9C%B0%E5%9F%9F%E5%8C%85%E6%8B%AC%E3%82%B1%E3%82%A2+%E8%87%BC%E6%9D%B5%E5%B8%82+%E5%AE%9F%E7%B8%BE%27>〉最終閲覧日11月1日。
- 15) 石井義恭「白杵市の取り組み報告～このタイミングだからこそできる総合事業への移行～」、2014年12月19日 〈<https://www.murc.jp/sp/1410/sougou/03.pdf>〉最終閲覧日11月10日。
- 16) 石井義恭「白杵市の取り組み報告～このタイミングだからこそできる総合事業への移行～」、2014年12月19日 〈<https://www.murc.jp/sp/1410/sougou/03.pdf>〉最終閲覧日11月10日。

- 17) 「白杵市高齢者福祉計画および第7期介護保険事業計画」、2019年2月28日
〈<https://www.city.usuki.oita.jp/docs/2014020700107/>〉最終閲覧日2019年11月15日。
- 18) 「岡山県内市町村別の高齢化率（平成30年10月1日現在）」〈http://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/9870_44751_misc.pdf〉最終閲覧日2019年10月22日。
- 19) 「連載（リレー連載・列島ランナー・67）総社市高齢者プログラム」『公衆衛生』78巻10号、2014年10月。
- 20) 「連載健康インセンティブ制度見聞録・5【最終回】—岡山県総社市—市民の主体性を促すメリハリをつけた政策を次々に実行」『保健師ジャーナル』73巻5号、2017年5月。
- 21) 「厚生労働省 平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成25年度調査）生活期リハビリテーションに関する実態調査報告書 岡山県総社市」〈https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/dl/torikumi_10.pdf〉最終閲覧日2019年11月3日。
- 22) 「総社市 介護予防拠点施設 やすらぎの家」〈http://www.city.soja.okayama.jp/tyouzyukaigo/iryuu_fukushi/sisetu/kaigoyobou/yasuraginoie.html〉最終閲覧日2019年10月13日。
- 23) 「総社市地域包括支援センター—6年間のあゆみ—介護予防ケアマネジメント業務」〈http://www.city.soja.okayama.jp/tyouzyukaigo/kaigohoken_houkatusien/6nenayumi.html〉最終閲覧日2019年11月18日。
- 24) 「総社市、“歩得”健康商品券」〈http://www.city.soja.okayama.jp/kenkouiryuu/iryuu_fukushi/kenkoutukuri/arutoku-shouhinken.html〉最終閲覧日2019年10月30日。
- 25) 松浦祐子「地域包括ケア@新潟：12（市町村へ事業移管 地域ごとの介護サービスを探る）」『朝日新聞朝刊』、2015年6月13日、24頁。
- 26) 新潟県福祉保健部福祉保健課『高齢者の現況 平成30年10月1日現在』、6頁。
- 27) 「南魚沼市ホームページ」〈www.city.minamiuonuma.niigata.jp/〉最終閲覧日2019年11月6日。
- 28) 堀越栄子「南魚沼市におけるヤングケアラーの実態」『日本家政学会第68回会議一部』2016年5月29日、127頁。
- 29) 「南魚沼市ホームページ」〈www.city.minamiuonuma.niigata.jp/〉最終閲覧日2019年11月6日。
- 30) 「地域医療情報システム 立川市」〈<http://jmap.jp/cities/detail/city/13202>〉最終閲覧日2019年11月12日。
- 31) 「東京市町村自治調査会 市町村財政力分析指標」〈https://www.tama-100.or.jp/category_list.php?frmCd=2-6-3-0-0〉最終閲覧日2019年11月12日。
- 32) 「厚生労働省 地域包括ケアシステムの構築に関する事例集」〈https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/chiiki-houkatsu/13_tokyo.html〉最終閲覧日2019年11月12日。
- 33) 「千葉県浦安市 市民協働で進める介護予防」〈<https://www.kaigokensaku.mhlw>〉

- go.jp/chiiki-houkatsu/files/122271urayasusi.pdf) 最終閲覧日2019年11月20日。
- 34) 森林友佳子「地域でのネットワークづくりを通して高齢化社会を支える保健師活動—市民との協働ですすめる浦安（地域）づくり—」『月刊地域医学』27（2）、2019年、144-148頁。
- 35) 「杉並区区民生活部区民課 杉並区統計書（平成30年版）」〈https://www.city.suginami.tokyo.jp/_res/projects/default_project/_page/_001/048/673/2018sankou2-3-graph.pdf〉最終閲覧日2019年11月15日。
- 36) 「杉並区 杉並区の高齢者人口を同規模の23区の自治体と比べるとどうなのでしょうか。」〈<https://www.city.suginami.tokyo.jp/faq/kokuho/kaigo/1044276.html>〉最終閲覧日2019年11月28日。
- 37) 「日本医師会 JMAP 地域の医療情報システム」〈<http://jmap.jp/cities/detail/city/13115>〉最終閲覧日2019年11月15日。
- 38) 杉並区『杉並区保健福祉計画』、2018年3月、63、65、67、74、78頁。杉並区『杉並区高齢者保健福祉計画 第7期介護保険事業計画』2018年3月、46頁。
- 39) 「杉並区 地域包括支援センター（ケア24）」〈<http://www.city.suginami.tokyo.jp/guide/koureisha/zaitaku/1004660.html>〉最終閲覧日2019年11月18日。

笠原研究会（50音順）

浅尾 遥	石垣 征也	岡部 舜	後藤 南穂
小林 優太	笹井香菜子	笹木 美里	廣田 開斗
藤巻 春菜	前川 航	南 彩夏	安田 珠里