

## 地域包括ケアシステム構築に向けた施策動向と ケア提供上の諸課題

- 多職種連携・多職種協働に焦点を当てて -



川越 雅弘（かわごえ まさひろ）  
国立社会保障・人口問題研究所 部長

### ■略歴

1985年 大阪大学工学部応用物理学卒業  
1987年 大阪大学大学院工学研究科応用物理学  
専攻前期課程修了  
1998年 日本医師会総合政策研究機構  
2005年 国立社会保障・人口問題研究所 室長  
2014年より現職  
2012年 広島大学大学院保健学研究科  
後期課程修了（保健学博士号取得）

### ■専門

医療・介護制度論、ケアマネジメント学

### ■主な著書

「人口構造の変化が医療・介護提供体制に及ぼす影響」  
『医療百論 2013』先見創意の会編（東京法規出版）、  
「地域連携の政策と多職種連携」『地域連携論』高橋紘士・  
武藤正樹編（オーム社）、「要介護高齢者に対する退院支援  
の現状と課題」『医療百論 2014』先見創意の会編（東京法  
規出版）

### 【要旨】

- 85歳以上人口は、2010年の383万人（総人口の3.0%）から2025年には736万人（1.92倍）、2055年には1,035万人（2.70倍）に急増すると見込まれている。
- 医療・介護、生活支援を必要とする85歳以上人口の急増を鑑みれば、これらサービスや支援が包括的・継続的に提供できる体制（地域包括ケア体制）の構築を目指すことは当然の帰結である。
- 高齢化の進展度合い、医療・介護提供体制の整備状況などは、地域によって大きく異なる。また、地域が抱える課題も異なる。そのため、地域包括ケアシステムは、地域の実情に応じて、保険者である市町村が中心となって構築していく必要がある。
- 85歳以上は、他の年齢階級に比べて入院受療率が高い。そのため、今後、入院を必要とする患者数は増加すると見込まれている。しかしながら、病床数は減少傾向にあるため、平均在院日数を短縮化しつつ、円滑な退院を実現すべく、退院支援の強化策が展開されている。
- しかしながら、退院時における病院と在宅関係者間の連携は十分とは言えない状況にある。地域包括ケアシステムを構築する上では、仕組みの問題に加えて、必要な機能を如何に高めるかの視点も重要となる。
- 現在、地方創生に関する議論が展開されているが、地域包括ケアも地方創生も「地域づくり」という脈絡で一致したテーマである。これまでは、医療・介護職の連携といった、専門職間の連携強化が中心であったが、今後は、元気な高齢者を含む地域の様々な資源を有効活用しながら、地域が抱える1つ1つの課題に対し、多主体が協働し、課題解決していくといった取り組みが地域には求められることとなる。

---

## はじめに

団塊の世代が後期高齢期に入る 2025 年にかけて、75 歳以上の高齢者（以下、後期高齢者）の急増が予想されている。後期高齢者は、医療・介護サービス、見守りなどの生活支援、住まいの確保など、日常生活を安心・安全に送る上での様々な支援を必要とするため、これらサービスや支援が、日常生活圏域のなかで包括的・継続的に提供される仕組み、いわゆる地域包括ケアシステムの構築が、現在、重要な政策課題となっている。さて、本稿の目的の 1 つは、地域包括ケアシステム構築に向けた施策動向を解説することにあるが、これを理解するためには、同システムが求められている背景をおさえておく必要がある。

そこで、まず、制度見直しに大きく影響する人口構造の変化の特徴について解説する。次に、地域包括ケアシステムの概要と、制度改正のポイントについて解説する。最後に、地域包括ケアシステムの運営面からみた諸課題のなかから、多職種連携・協働に着目し、これら領域における課題の整理と改善策に対する私見を述べたい。

## I 地域包括ケアが求められる背景：85 歳以上人口の急増

日本の総人口は、戦後一貫して増加し続けてきたが、1970 年代の後半以降、少子高齢化の影響によりその伸び率は鈍化し、現在、人口減少局面に入っている。

国立社会保障・人口問題研究所の推計（出生中位、死亡中位）によると、今後、年少人口（0～14 歳）、生産年齢人口（15～64 歳）が減少する一方で高齢者人口は増加するため、高齢化率は年々高まり、2025 年には 30.3%、2055 年には 39.4%に達すると見込まれている。

高齢者のなかでも、特に 85 歳以上の人口増加が顕著で、2010 年現在の 383 万人（3.0%）が、2025 年には 736 万人（6.1%）、2055 年には 1,035 万人（11.3%）と、2010 年に比べ、2025 年には 1.9 倍、2055 年には 2.7 倍に急増すると見込まれている（図表 1～2）。

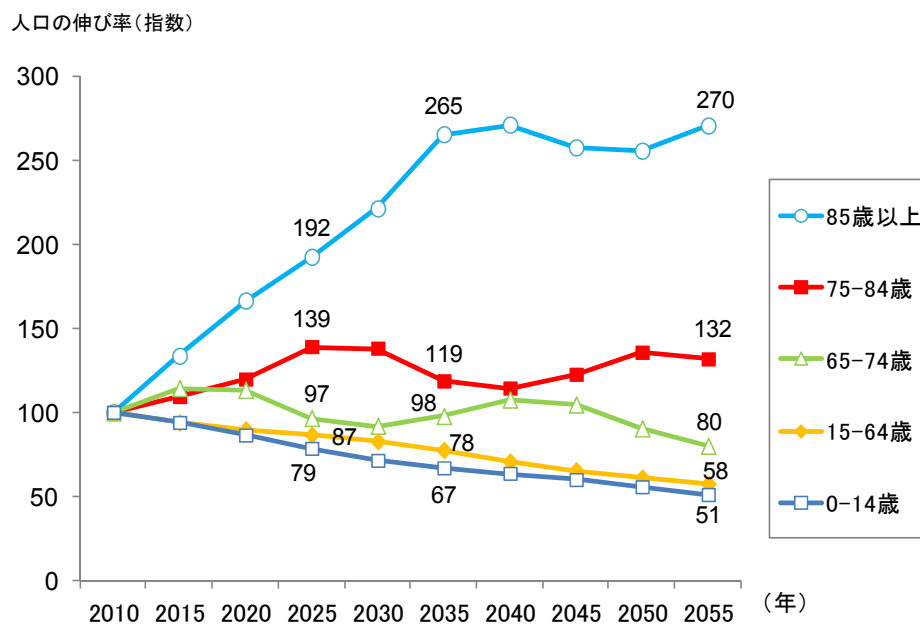
85 歳以上人口は、他の年齢階級に比べて、医療・介護だけでなく、様々な生活支援に対するニーズも高い。医療・介護・生活支援を包括的に必要とする 85 歳以上人口が今後急増することから、現在、地域包括ケアシステムの構築が推進されているのである。

図表 1 年齢階級別将来推計人口 (単位：万人)

	2010年	2015年	2025年	2035年	2045年	2055年
総数	12,806	12,660	12,066	11,212	10,221	9,193
0～14歳	1,684	1,583	1,324	1,129	1,012	861
15～64歳	8,173	7,682	7,084	6,343	5,353	4,706
65～74歳	1,529	1,749	1,479	1,495	1,600	1,225
75～84歳	1,037	1,135	1,442	1,231	1,272	1,366
85歳以上	383	511	736	1,015	985	1,035
再掲) 75歳以上	1,419	1,646	2,179	2,245	2,257	2,401

出所：国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）より作成

図表 2 年齢階級別人口の伸び率の推移（2010 年を 100 とした場合）



出所：国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）より作成

## II 地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムを、厚生労働省の研究会として最初に定義したのが「高齢者介護研究会（2013年3月設置）」である。同研究会は、その報告書のなかで、地域包括ケアシステムを、「要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるための、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」と定義した。その後、地域包括ケ

アの実現に向けた論点整理のために設立されたのが「地域包括ケア研究会」である。同研究会では、住宅の整備も加えた形で、地域包括ケアシステムを「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のこと」と再定義している。同定義に含まれる4つの要素（医療、介護、生活支援、住宅）に、介護予防を加えた5つが、地域包括ケアシステムの構成要素となっている（図表3）。

地域包括ケアシステム構築に向けては、これらサービスの量的・質的確保が重点課題となるが、医療・介護に関わる人材確保や財源面での制約があるなかで、全ての高齢者に対して十分なサービス量を確保することは現実困難である。したがって、利用者の特性やその者が置かれた状況に応じて、必要なサービスや支援が適切に提供されることを保障する「ケアマネジメント」の機能強化も重要課題の1つとなる。また、地域の特性に応じた地域包括ケア提供体制を構築するためには、保険者である市町村の地域マネジメント力の強化も重要課題となる。

図表3 地域包括ケアシステムの概念図



出所：「地域包括ケアシステムの構築に向けて」、第46回介護保険部会 資料3（2013年8月）に筆者加筆

---

### Ⅲ 地域包括ケアシステム構築に向けた主な施策の動向

ここでは、地域包括ケアシステム構築に向けた施策動向のうち、①退院支援の機能強化、②在宅医療提供体制の強化、③介護提供体制の強化と介護予防の推進、④生活支援・介護予防サービスの充実、⑤ケアマネジメント・地域マネジメントの機能強化に焦点を当て、各改正のポイントを示す。

#### 1. 退院支援の機能強化

厚生労働省の平成 23 年患者調査によると、年齢階級別入院受療率は、「85 歳以上」が 7.4%と最も高く、次いで「75～84 歳」3.5%、「65～74 歳」1.7%、「40～64 歳」0.7%の順となっている。今後、入院受療率が高い 75 歳以上人口の増加に伴い、入院治療を必要とする高齢者が増加すると予想される。

これら入院需要の増加に対し、病床数を増やす対策も考えられるが、国や地方の財政状況、高齢者の保険料負担面を考慮すると、この施策はとられにくい。そのため、病床の機能分化を進めるとともに、病床の回転率を高める「平均在院日数の短縮化施策」が現在推進されている。

平均在院日数が短くなると、医療依存度の高い高齢者や日常生活活動（activities of daily living : ADL）が回復期過程にある高齢者の退院が増加すると予想される。そのため、円滑な退院を実現するための「退院支援」の機能強化が現在推進されている。

#### 2. 在宅医療提供体制の強化

厚生労働省の平成 23 年患者調査によると、年齢階級別外来受療率は、「75～84 歳」が 11.7%と最も高く、次いで「85 歳以上」10.1%、「65～74 歳」8.2%の順となっている。85 歳以上の外来受療率は 75～84 歳よりも低いですが、これは、入院や入所リスクが高いこと、通院が困難化することなどが要因と考えられる。そのため、在宅医療に対する需要は今後増大すると予想される。

また、上述したように、平均在院日数短縮化政策によって、医療依存度の高い高齢者が早期に退院してくる可能性が高い。こうした背景から、在宅医療提供体制の強化が現在推進されている。

#### 3. 介護提供体制の強化と介護予防の推進

厚生労働省の介護給付費実態調査月報（平成 24 年 5 月審査分）によると、年齢階級別介護サービス受給率は、「85 歳以上」が 51.1%と最も高く、次いで「80～84 歳」23.1%、「75～79 歳」10.4%の順となっている。したがって、特に 85 歳以上人口の急増により、

介護サービス受給者数が急増すると予想される。

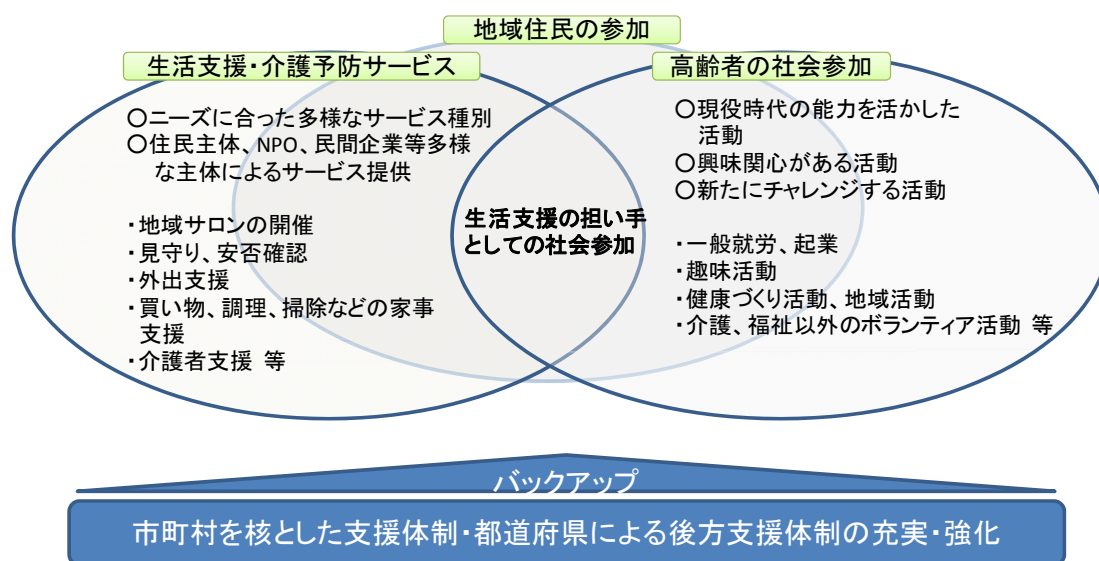
一方、負担面をみると、介護給付費も 8 兆円を超え、65 歳以上の月額保険料も第 6 期計画で約 5.5 千円となっている。介護サービスを提供する生産年齢人口も 1995 年をピークに年々減少しており、介護従事者確保が困難化している。こうした状況下、出来るだけ要介護者を増やさない、ないし重度化を遅らせるための対策、いわゆる「介護予防」の機能強化が現在推進されている。

#### 4. 生活支援・介護予防サービスの充実

認定調査データをもとに、要支援者の状態像をみると、手段的日常生活活動（instrumental activities of daily living : IADL）が低下した高齢者が多い。また、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯も増加しており、家族による支援も困難化している。こうした状況下、手段的日常生活活動（IADL）低下に伴う日常生活上の困りごとや外出への支援、近くで通える場所作り（コミュニティ形成）など、高齢者を含む地域住民の力を活用した多様な生活支援サービスを充実させていくことが今後求められる。また、団塊の世代が今後定年を迎えることになるが、こうした元気な高齢者は、支援される側ではなく、生活支援サービスの担い手として地域に貢献して頂くことが、高齢者自身の介護予防の観点からも重要となる（図表 4～5）。

市町村を中心とした生活支援体制の充実を図るべく、生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター」の配置や、関係者間での情報共有や連携強化を図る場としての「協議会」の設置を行うといった制度改正の方向となっている。

図表 4 生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加



出所：厚生労働省HPより作成

図表5 多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供



出所：厚生労働省HPより作成

## 5. ケアマネジメント・地域マネジメントの機能強化

2015年度から全市町村で開始されるのが「地域ケア会議」である。

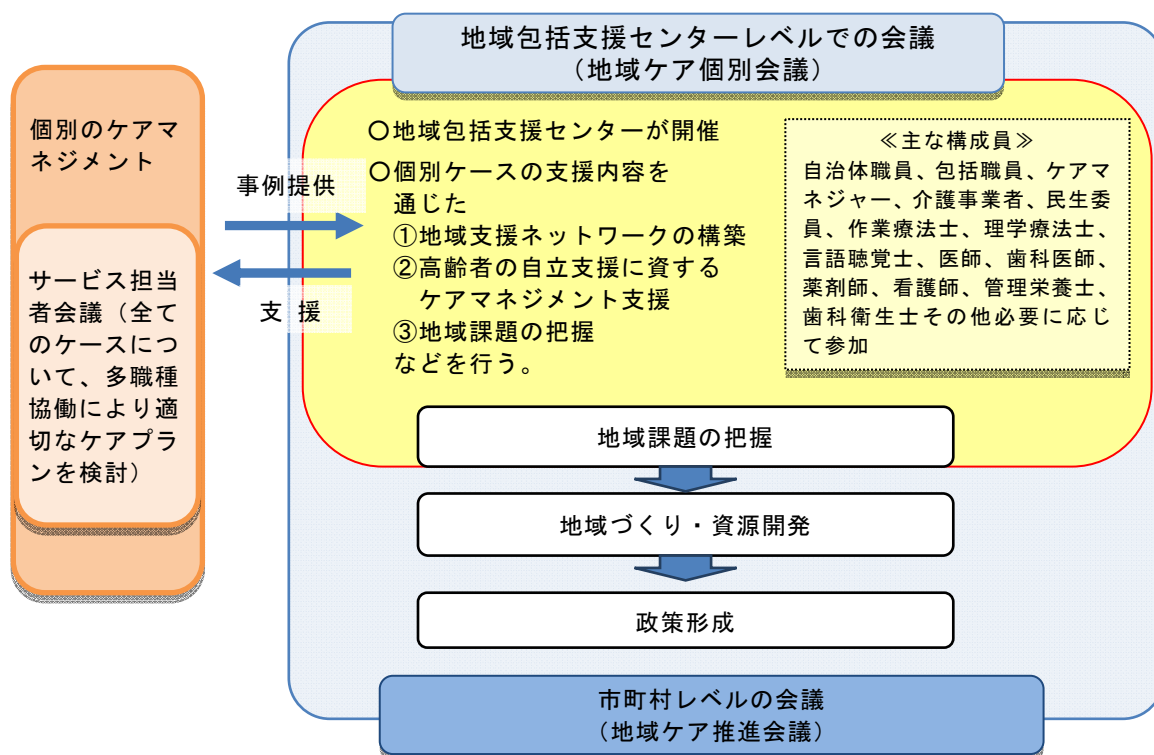
これは、個別ケースの支援内容の検討とそれに基づく地域課題の抽出を目的とした「地域ケア個別会議」と、地域資源の開発や地域作り、ならびに政策を立案・提言していく「地域ケア推進会議」に大別される（図表6）。

地域ケア個別会議には、3つの機能が期待されている。1つ目は、多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める「個別課題解決機能」、2つ目は、地域の関係機関等の相互連携を高めて、地域包括支援のネットワークを構築する「ネットワーク構築機能」、3つ目は、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする「地域課題発見機能」である。

一方、地域ケア推進会議は、地域ケア個別会議やその他の方法で把握された地域課題に関係する専門職や住民団体などをメンバーに選定した上で、地域課題の共有化、課題解決に向けた対策の検討、役割分担の決定と実践を行い、一定期間後のモニタリングを通じて進捗状況の確認と計画の見直し等を行うものである。

市町村職員には、地域課題の設定と関係者間での共有（課題の見える化）、課題解決に向けた会議運営と合意形成、進捗管理に関する能力が求められることになる。

図表 6 地域ケア会議の概念図



出所：厚生労働省老健局振興課「介護保険制度の改正と地域ケア会議の位置づけについて」  
(2014年10月8日、地域ケア会議推進に係る全国担当者会議資料)より作成

#### IV 多職種連携・多職種協働上の諸課題

本節では、地域包括ケア提供体制構築上の諸課題のなかから、①退院時における多職種連携の強化、②ケアマネジメントの機能強化の2点に着目し、同領域における課題を整理するとともに、改善策について私見を述べる。

##### 1. 退院時における多職種連携の強化

われわれが行った、介護支援専門員を対象とした自宅への退院事例調査からわかったことは、

- ①急性期病床から直接自宅に退院する者が全体の約7割を占めていた
- ②急性期病床を退院した要介護者への退院前訪問指導の実施率は約1割であった  
(病院スタッフは、自宅環境や自宅環境下での日常生活活動(ADL)の状況を直接は把握できていない)
- ③急性期病床の退院前合同ケアカンファレンス(以下、退院前CC)に看護師は高率で参加しているものの、リハビリテーション(以下、リハ)職の参加率は低かった



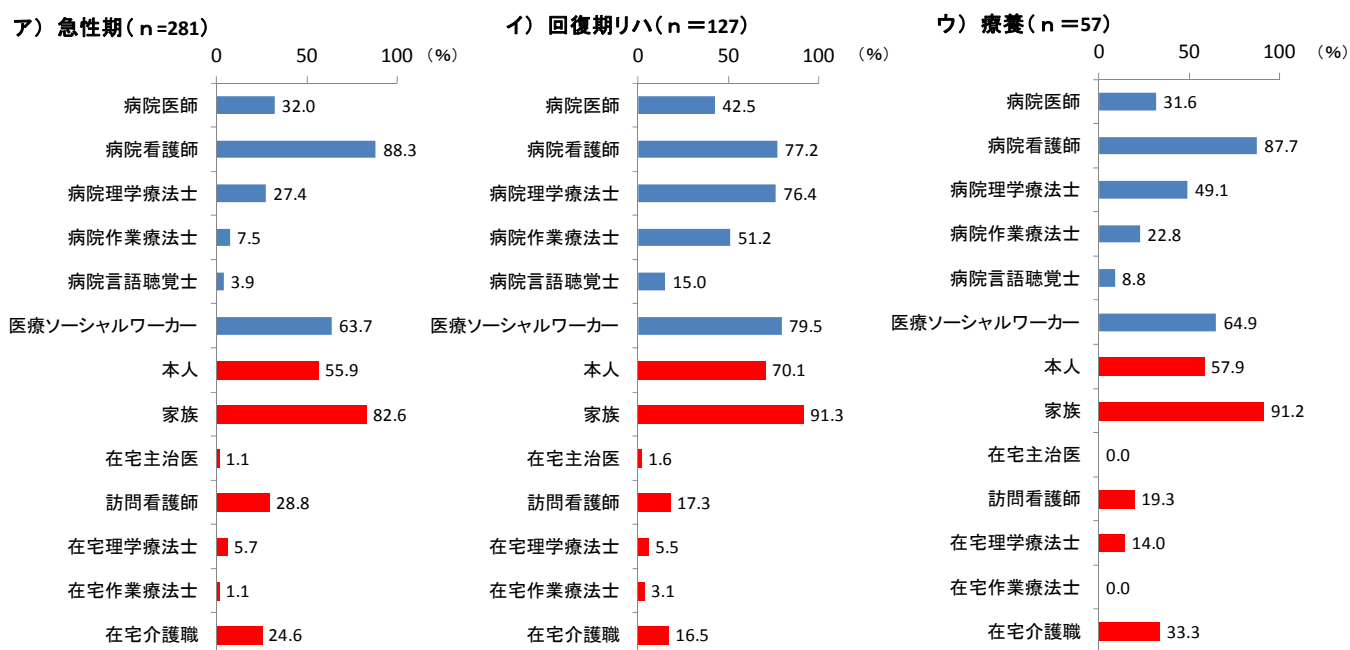
④退院前 CC への在宅主治医や在宅のリハ職の参加率は非常に低かった

⑤急性期病床の退院前 CC には訪問看護師が約 3 割参加していたが、回復期リハ病床での参加率は低かった

などである（図表 7）。

要介護者の自宅退院事例の約 7 割を占める急性期病床の場合、平均在院日数も短く、業務量が多いため、退院支援に十分な時間やスタッフを割く余裕が少ないと思われる。平均在院日数の短縮化が今後さらに進めば、これら傾向が強まるだけでなく、入院中の看護やリハの提供、退院指導などが完結しない状況での退院が増加する可能性は高い。今後、①病院側は、退院前訪問が実施できない場合、担当の介護支援専門員から自宅環境や入院前の生活状況に関する情報を収集する、②病院内の退院調整部門とリハ部門の連携を強化し、要介護者の退院の場合、退院前 CC にリハ職が必ず参加するよう調整する、③病院と在宅のリハ職間、看護師間の連携を強化し、退院後のケアプランへの適切なリハ・訪問看護導入を図るといった仕組みを作り、退院支援の質を高めつつ、急性期病床のスタッフが安心して退院させられる環境を、在宅ケア関係者が主導して構築していくといった対策を進めていく必要がある。

図表 7 病床種類別にみた退院前 CC への職種別参加率



出所：「要介護高齢者に対する退院支援プロセスへのリハビリテーション職種の関与状況」より作成

---

## 2. ケアマネジメントの機能強化

ケアマネジメントの目的は、要介護高齢者が抱える日常生活上の「課題」を解決することである。ここでの課題とは、「今後のあるべき姿・本人が実現したいこと」と「現状」のギャップであり、介護支援専門員はこの両者を評価した上で課題を正しく認識する必要がある。

そのためには、本人や家族の意向・意欲を十分ヒアリングした上で、改善・悪化の可能性をイメージする必要があるが（図表8）、福祉系を中心とした現在の介護支援専門員ではそのイメージ化は難しい。したがって、リハ職が日常生活活動（ADL）の、看護師が症状・病状の予後予測を行い、介護支援専門員の課題認識を側面支援した上で、より自立につながるケアプラン策定への支援を行っていく必要がある。アセスメント、課題認識、課題分析、課題解決策に対する指導・助言を含め、他の職種（特に、医療職）がケアマネジメントプロセスに積極的に関与していく必要がある。

この具現化の一方法として提案されているのが「地域ケア個別会議」である。これは、医療職を含めた第三者の専門職が参加し、介護支援専門員が提出した事例に対し、アセスメント内容を共有化した上で、多角的な課題分析とケア方針の策定方法への指導・助言を行うというものである。

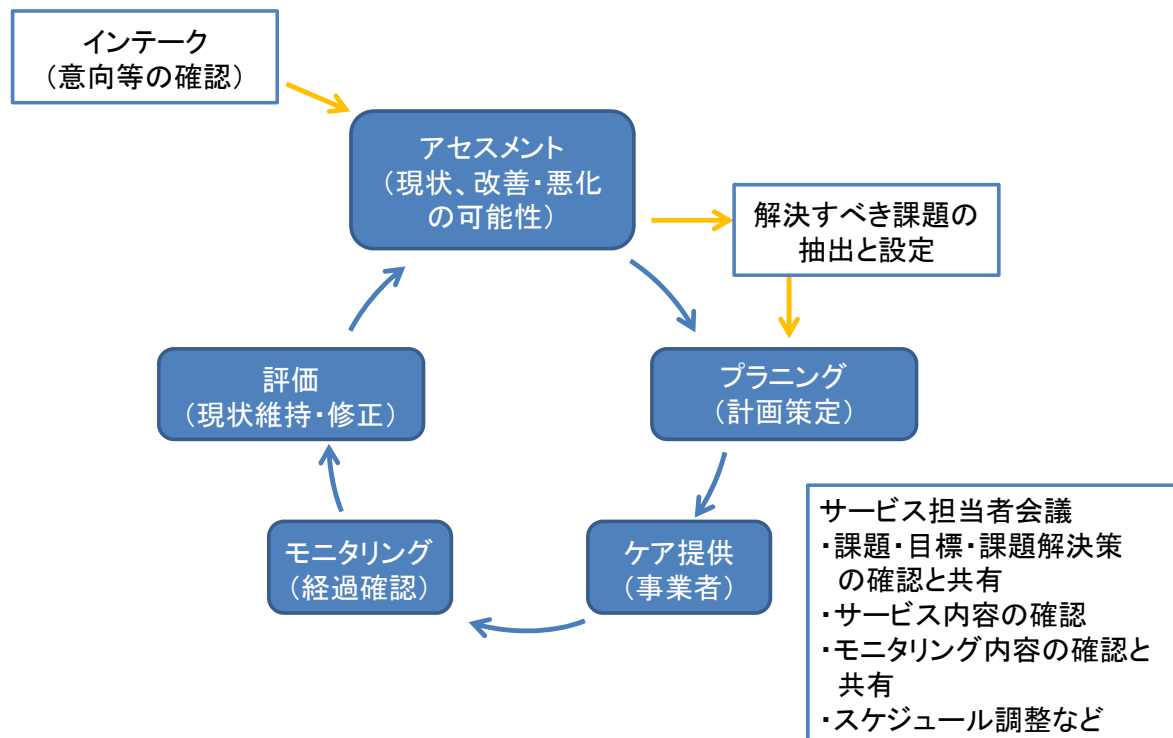
これまで、例えば、リハの領域では、訪問リハや通所リハといった形での、専門職による直接的なサービス提供が評価の中心であったが、これに加えてリハ職に期待されているのが、「多職種協働のなかでの指導・助言を中心とした間接的関与」である（訪問看護師も同様）。専門職として提供するサービスに対するマネジメントに加えて、他の専門職を、自立支援の観点から指導・助言するといった地域人材に対する教育機能への貢献も、リハ職・看護師には求められているのである。

さて、地域ケア個別会議の運営の中心となるのが、地域包括支援センターの主任介護支援専門員である。この会議を運営するに当たって、地域包括支援センターの担当者には、保険者の担当部門や各専門職の団体等との連携強化に加えて、多職種が参集した会議自体の運営技術が求められる。また、当然のことながら、ケアマネジメント論に対する深い理解も求められる。

介護支援専門員はこれまで、ケアマネジメントプロセスに関する同一職種からのピアレビューを受ける機会がほとんどなかったため、事例を積み重ねているにも関わらず、マネジメントスキルがなかなか向上しないといった構造的問題を抱えていた。ロールモデルとなる主任介護支援専門員を地域で養成し、地域ケア個別会議の場で、その者の考え方や、多職種をハンドリングする手法を多くの介護支援専門員に示すこと、その方法論を学んだ介護支援専門員が、多職種が参集したサービス担当者会議の場で、学んだマネジメント技術を展開するといった良循環を作ることが、介護支援専門員のマネジメント

スキルを高める効果的な方法であると考える。

図表8 ケアマネジメントプロセスとは



## おわりに

本稿では、地域包括ケアが求められる背景となる人口構造の変化の特徴について解説した上で、地域包括ケアシステムの主な構成要素に関する施策の動向を紹介した。

厚生労働省は、団塊の世代が後期高齢期に入る 2025 年をターゲットに、地域包括ケアシステムの構築を図るべく、現在様々な施策を展開しているが、2010～2025 年間における人口構造の変化の特徴は、医療・介護需要の高い後期高齢者が 1.5 倍に増加する（85 歳以上は 1.9 倍）一方で、医療・介護提供体制を担う生産年齢人口が 13%減少する点にある。また、留意しておくべき点は、2025～2035 年間においては 75～84 歳人口も減少（1,442→1,231 万人）し、85 歳以上人口のみが増加し続ける点である。

85 歳以上人口は、現時点で総人口の約 3%に過ぎないが、入院患者の 22%、介護サービス受給者の約半数を占めている。また、医療機関に通院ないし在宅医療を受給している者もほとんどである。今後、医療や介護、生活支援といった様々なサービスや支援を必要とする 85 歳以上人口が急増することを鑑みれば（市場ニーズ）、これらサービスや支援が包括的に提供できる体制（地域包括ケア体制）の構築を目指すことは当然の帰結である。

---

また、85歳以上高齢者の場合、健康面だけでなく、生活機能面（心身機能・日常生活活動・社会参加）、経済面など、多領域に課題を有する場合も多い。したがって、医療・介護職の連携強化、多職種協働が推進されることになる。こうした市場ニーズの変化を理解した上で、医療・介護関係者は、自医療機関や自事業所の運営や役割を再検討する必要がある。

また、人口構造の変化の様相は、都道府県間、同一県内の二次医療圏・市町村間、同一市町村内の日常生活圏域間でも異なる。今後、地域医療に関しては都道府県、地域包括ケアに関しては市町村が中心となって計画策定や進捗管理を行っていく方向にあるが、これらマネジメントの実効性が今後問われることになる。自治体職員のマネジメント力の強化が、今後の重要課題の1つと考える。

現在、地方創生に関する議論が展開されているが、地域包括ケアも地方創生も「地域づくり」という脈絡で一致したテーマである。これまでは、医療・介護職の連携といった、専門職間の連携強化が中心であったが、今後は、元気な高齢者を含む地域の様々な資源を有効活用しながら、地域が抱える1つ1つの課題に対し、多主体が協働し、課題解決していくといった世界に展開していくものとする。

#### 【参考文献】

- ・ 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成24年1月推計），2012.
- ・ 老人保健福祉法制研究会：高齢者の尊厳を支える介護，法研，東京，2003，pp75-80.
- ・ 地域包括ケア研究会、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング：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～（平成20年度老人保健健康増進等事業），2009.
- ・ 川越雅弘：高齢化の現状と今後の推移，リハビリテーションと地域連携・地域包括ケア，日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会・リハビリテーション連携パス策定委員会（編），診断と治療社，東京，6-9，2013
- ・ 川越雅弘，備酒伸彦，他：要介護高齢者に対する退院支援プロセスへのリハビリテーション職種の関与状況．理学療法科学．2011；26（3）：387-392.

付記：本稿で示したデータは、厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究（H22-政策-一般-026）研究代表者 川越雅弘」における調査結果の一部である。