

第4章 人口高齢化を乗り越える視点

第1節 意欲と能力のある高齢者の活躍する「生涯現役社会」

既に到来している超高齢社会を、皆が生き生きと活躍し、安心して暮らすことのできる社会にするためには、その前提として、まずは社会の構成員である国民ひとりひとりが健康を維持し、また様々な活躍の場があることが重要である。この節と次節では、高齢者の雇用を中心とした最近の施策と、人々の健康維持のために国等が行っている取組みについて概観する。

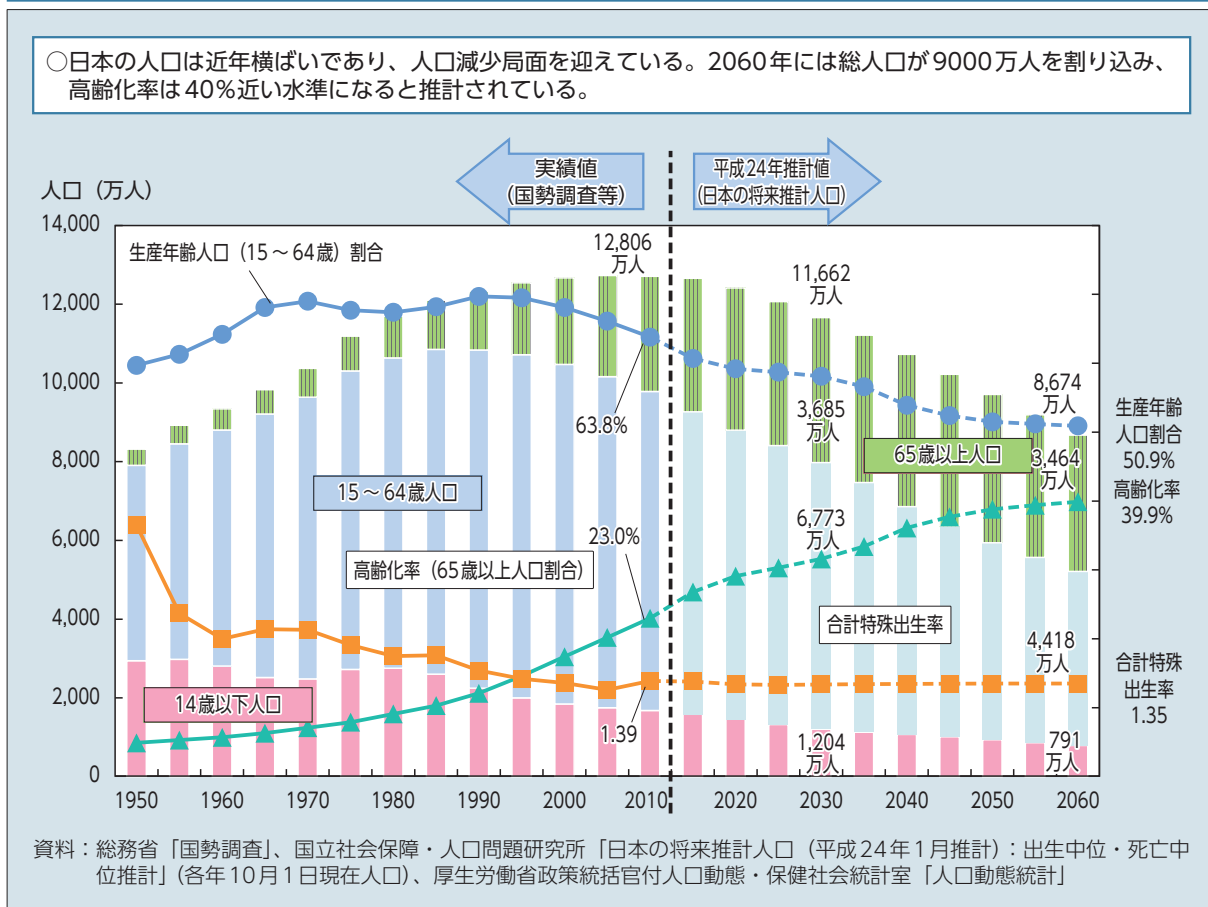
1 現在の状況

(1) 現在の高齢者をめぐる状況

(人口は減少し、高齢化率は40%近い水準に)

我が国においては、少子高齢化が進展し、総人口は2008（平成20）年をピークに減少局面を迎えている。2060（平成72）年には総人口が9,000万人を割り込み、65歳以上人口が総人口に占める割合である高齢化率は、40%近い水準となることが推計されている（図表4-1-1）。

図表4-1-1 日本の人口の推移



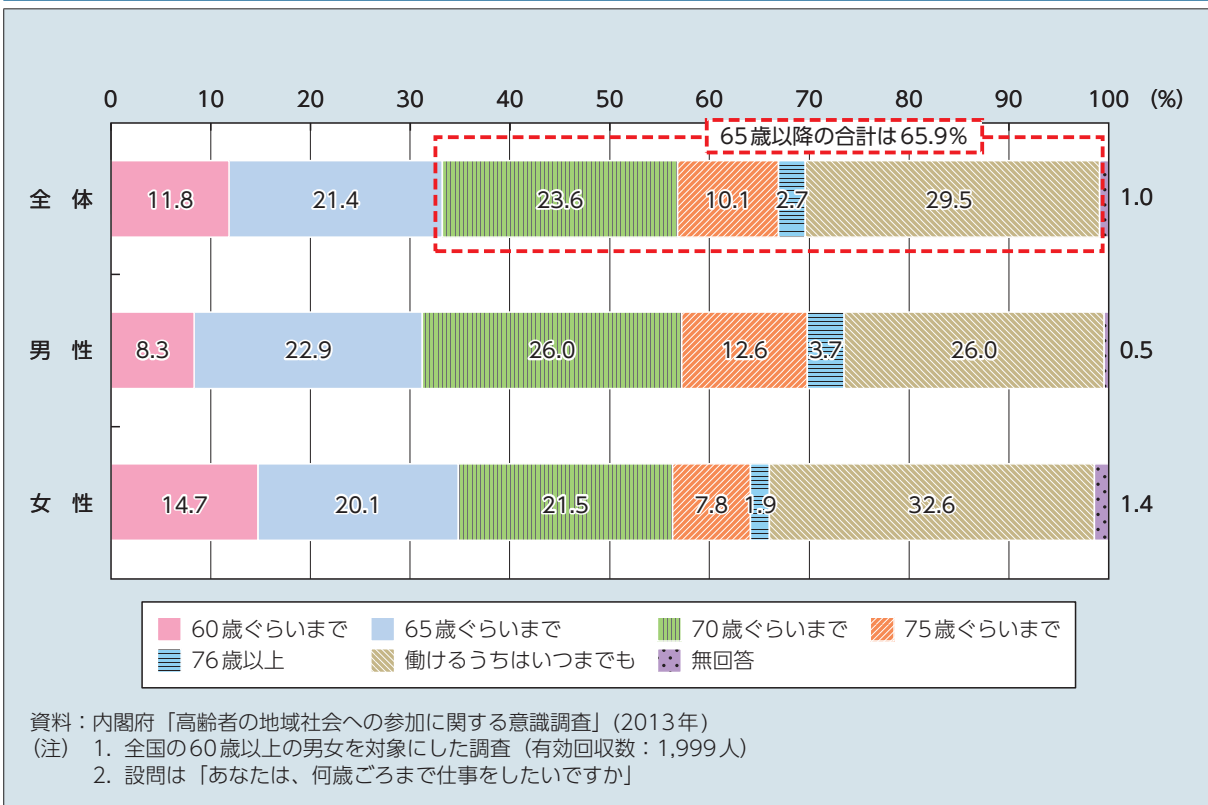
(高齢者の就労意欲は高く、年齢に関わりなく活躍できる「生涯現役社会」の実現が重要)

こうした中で、将来に必要な労働力人口が減少することが懸念されており、働く意欲のある高齢者が、長年培ってきた知識や経験を生かし、年齢に関わりなく活躍し続けることができる「生涯現役社会」を実現することがますます重要になっている。

また、高齢者が働くことは、高齢者自身が支えられる側から支える側に回り、健康や生きがいにもつながるものと考えられる。

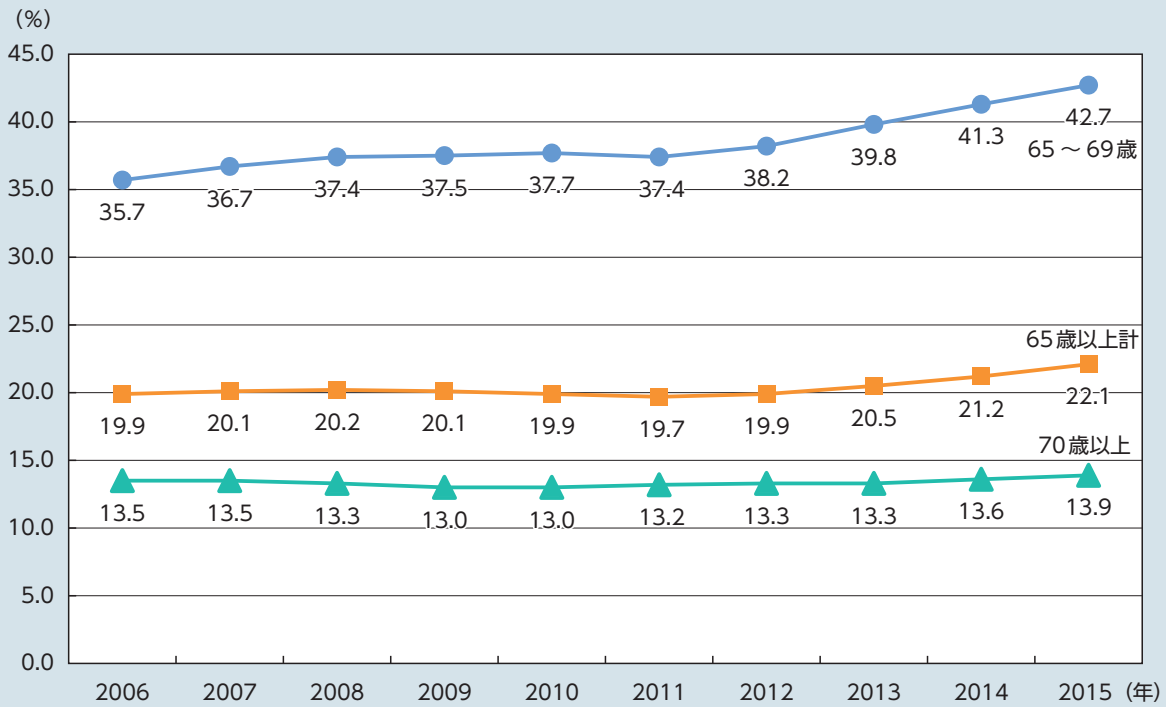
我が国における高齢者の就労意欲は高く、65歳を超えても働きたいとする者は約7割を占めるとともに、高齢者の人口に占める労働力人口の割合についても近年上昇を続けている（[図表4-1-2](#)、[図表4-1-3](#)）。

図表4-1-2 何歳まで働きたいか（図表2-5-1再掲）



図表 4-1-3 労働力人口比率の推移

○高齢者の人口に占める労働力人口（働く意思と能力のある者（＝就業者数＋完全失業者数））の比率は、近年上昇傾向にあり、65歳以上では2015年（平成27年）に22.1%となっている。



資料：総務省統計局「労働力調査」
 (注) 2011年は、補完推計値を使用している。

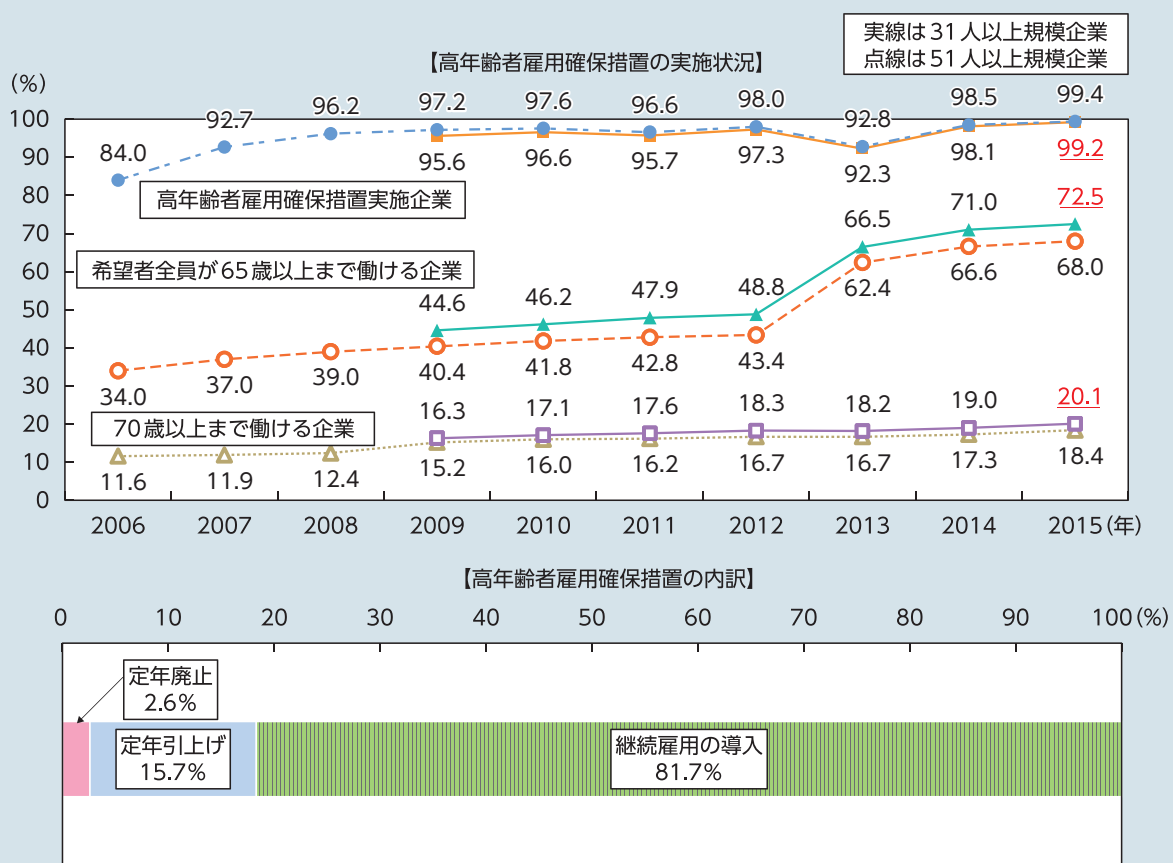
(2) 2012年の高年齢者雇用安定法改正

(2012年の法律改正により、企業における希望者全員の65歳までの雇用確保の仕組みが整備された)

高齢者の雇用を巡っては、2012（平成24）年の高年齢者等の雇用の安定等に関する法律の改正により、「定年制の廃止」、「定年の引上げ」又は「継続雇用制度の導入」のいずれか（高年齢者雇用確保措置）を実施することが企業の義務とされるなど、企業における希望者全員の65歳までの雇用確保の仕組みが整備された。

厚生労働省職業安定局「高年齢者の雇用状況」（2015年）によれば、2015（平成27）年6月1日現在で、31人以上の規模企業の高年齢者雇用確保措置の実施割合の合計は99.2%、実施した企業のうち継続雇用制度を導入したものが81.7%を占めている（[図表 4-1-4](#)）。

図表 4-1-4 高齢者雇用確保措置の状況 (図表 1-3-12再掲)



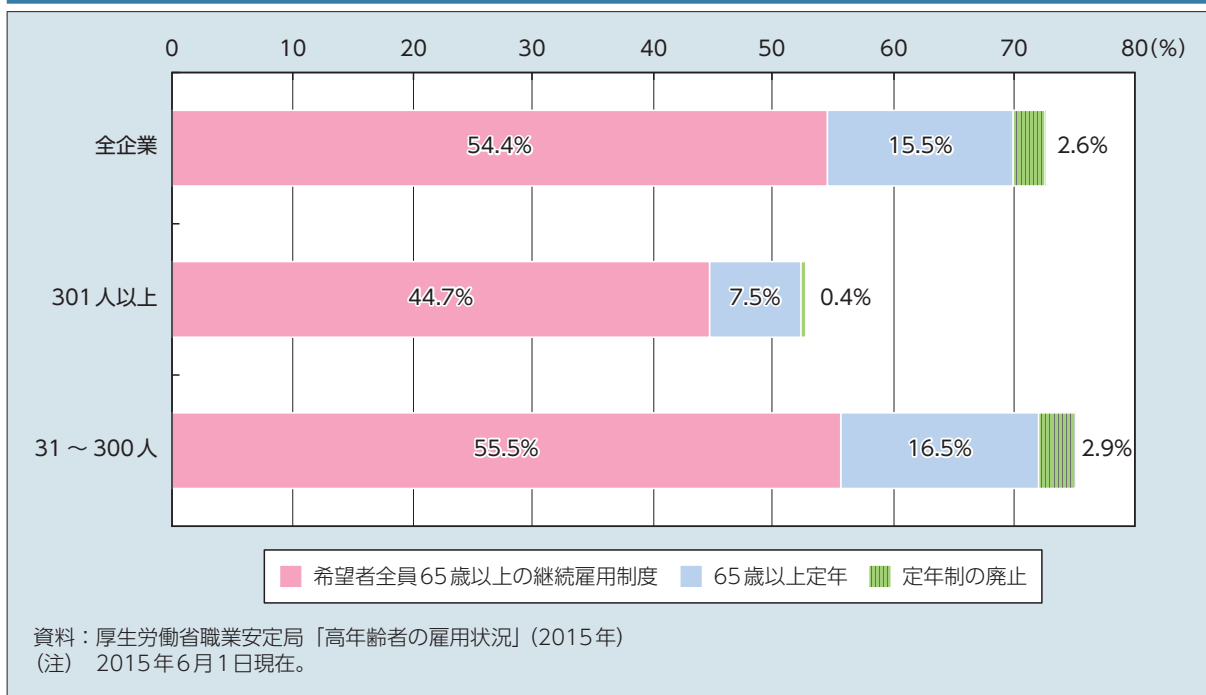
資料：厚生労働省職業安定局「高齢者の雇用状況」(2015年)

(注) 1. 2015年6月1日現在。

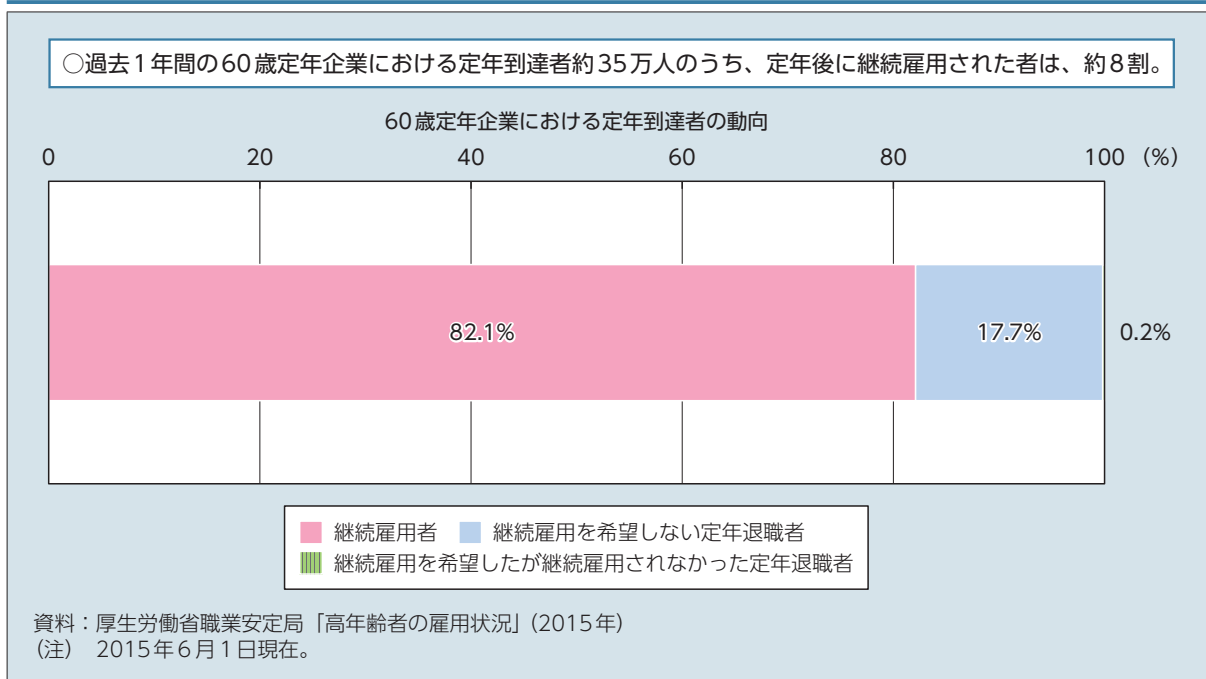
2. 2013年4月に制度改正(継続雇用制度の対象者を限定できる仕組みの廃止)があったため、2012年と2013年の数値は単純比較できない。

また、希望者全員が65歳以上まで働ける企業の割合は72.5%であり、労働者ベースでも、60歳定年到達者のうち82.1%が継続雇用されている(図表4-1-5、図表4-1-6)。

図表 4-1-5 希望者全員が65歳以上まで働ける企業



図表 4-1-6 定年到達者の動向

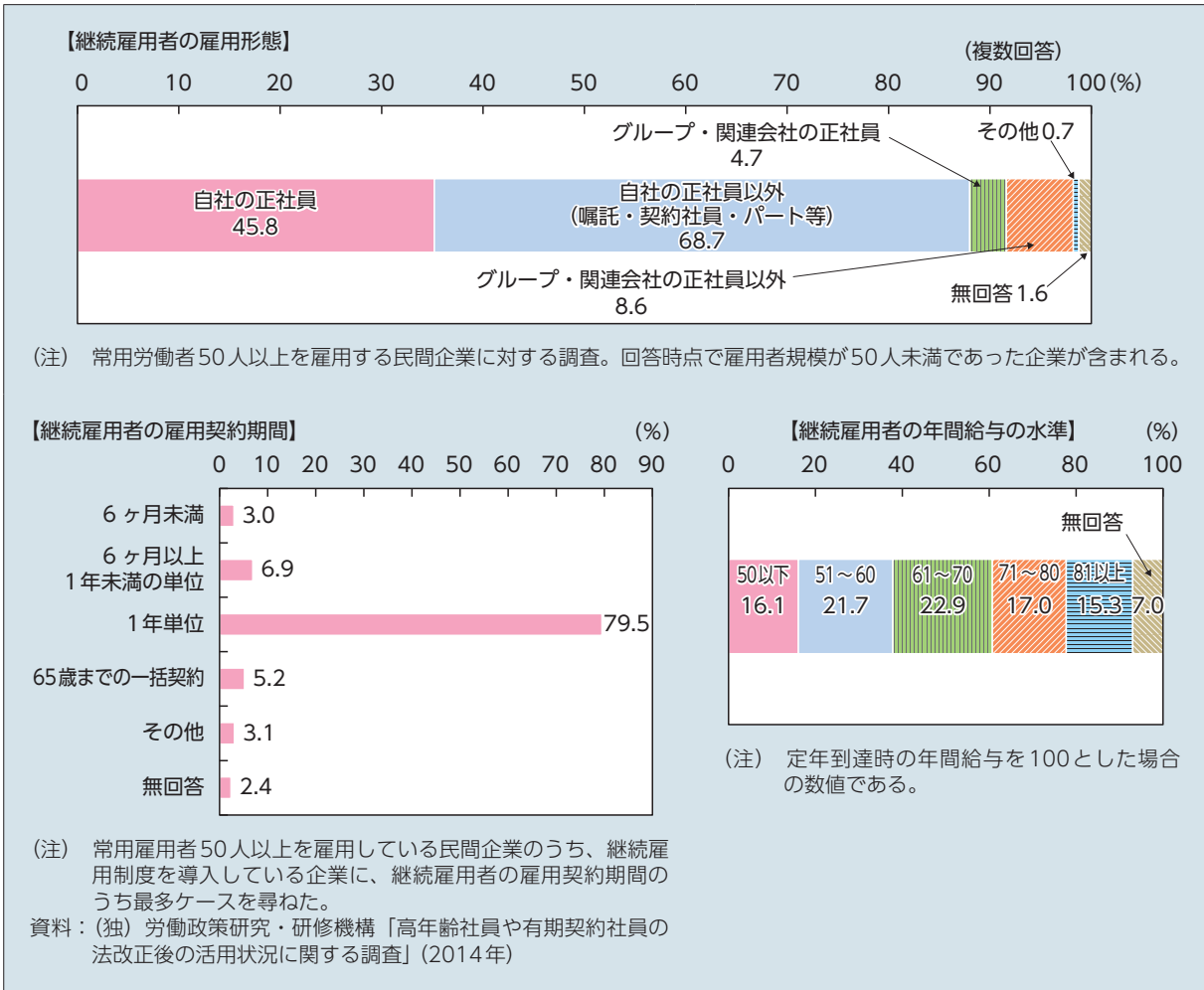


(継続雇用を行うに当たり企業は様々な調整や努力を行った)

独立行政法人労働政策研究・研修機構「高齢社員や有期契約社員の法改正後の活用状況に関する調査」（2014年）によれば、継続雇用を行う際には、正社員以外の雇用形態としたり、雇用契約期間を1年単位としたりするほか、給与水準の調整や、社内組織や人事・処遇制度等の変更や新設を行っている企業がみられる（図表4-1-7、図表4-1-8）。

2012年の法改正への対応は、企業が様々な調整や努力を行うことにより、着実に進んでいるといえる。

図表 4-1-7 継続雇用後の状況 (図表 1-3-13再掲)



図表 4-1-8 改正高齢法に対応するための社内組織や人事・処遇制度等の全社的な変更・新設

(複数回答 (%))

	実施したもの	実施を検討しているもの
人事格付け制度の見直し	5.7	9.6
役職定年制・任期制の見直し	3.5	7.6
人事評価制度の見直し	8.0	16.0
賃金制度の見直し	11.3	20.7
出向・配転を含むグループ全体での人員配置の見直し	2.4	5.0
新規学卒者の採用計画の見直し	9.3	9.4
中途採用者の採用計画の見直し	7.9	8.4
非正規社員の採用計画の見直し	7.7	9.6
転職や早期退職を促す制度の導入・見直し	0.6	2.3
人材育成・能力開発にかかる制度の見直し	4.3	8.7
積み立て制度など休暇制度にかかる見直し	1.0	1.6
退職金制度の見直し	4.2	7.3
福利厚生制度の見直し	2.4	4.9
職場での安全衛生対策の強化	8.7	8.4
社内組織の改編 (部署改編や事務所等の新設・開設)	5.2	6.0
無回答・特になし	65.1	55.0

資料：独立行政法人労働政策研究・研修機構「高齢社員や有期契約社員の法改正後の活用状況に関する調査」(2014年)

(注) 常用労働者50人以上雇用する民間企業に対する調査 (回収数 n = 7179)。回答時点で雇用者規模が50人未満であった企業が含まれる (n = 463)。

無回答非掲載。「改正高齢法」は、高齢者雇用安定法の平成24年の改正 (企業が講ずべき65歳までの雇用確保措置が原則として希望者全員となったことなど) を指す。

2 今後の高齢者の活躍に向けた取組み

(今後は65歳を超えても働きたい高齢者の就業機会の確保が課題)

一方で、2014（平成26）年には、団塊の世代（1947（昭和22）から1949（昭和24）年までの生まれ）の全体が65歳に達していることから、今後「生涯現役社会」の実現を一層推進していくための高齢者の雇用対策については、改正高年齢者雇用安定法に基づくこうした雇用確保措置の確実な実施を行うとともに、65歳を超えても働きたい高齢者の就業機会を確保していくことが重要な課題となっている。

こうした中で、『日本再興戦略』改訂2015』（平成27年6月30日閣議決定）では、「65歳以上の高年齢者の雇用が一層推進されるよう、企業側のインセンティブや雇用保険の適用の在り方等について、必要な検討を進める。」とされた。加えて、「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」（平成27年11月26日）では、「高齢者が安心して働き続けられる環境を整備するため、高齢者が働きやすい環境をつくる企業、NPOや起業を支援するとともに、雇用保険の適用年齢の見直しを検討する。」とされた。

(1) 2016年の法律改正

(2016年の法律改正により、65歳以降に働きたい者のための仕組みを整備)

これらも受ける形で、2015（平成27）年8月より、労働政策審議会雇用保険部会において11回にわたり検討が行われ、12月24日に、「65歳以降に新たに雇用される者を雇用保険の適用対象とする」こと等を内容とする報告書が出された。さらに、2015年10月より、労働政策審議会職業安定分科会雇用対策基本問題部会において3回にわたり検討が行われ、12月18日に「今後の高年齢者雇用対策について」（建議）が出された。厚生労働省は、これらを受け、2016（平成28）年通常国会に「雇用保険法等の一部を改正する法律案」を提出し、3月29日に成立した。

この建議は、①企業における高年齢者の雇用の促進、②中高年齢者の再就職の支援、③地域における多様な雇用・就業機会の確保、④シルバー人材センターの機能強化といった内容となっており、また、法律については、シルバー人材センターでの就業時間について、週20時間から週40時間までの要件緩和を可能とする改正を行っているほか、65歳以降に新たに雇用される者を雇用保険の適用の対象とする（ただし、保険料徴収は2019（平成31）年度分まで免除）等の措置を講じている（[図表4-1-9](#)、[図表4-1-10](#)）。

図表 4-1-9 今後の高齢者雇用対策について（建議）（2015年12月18日）①

1 企業における高齢者の雇用の促進

(1) 企業における高齢者雇用については、平成24年の高齢者雇用安定法の改正により、希望者全員の65歳までの雇用確保措置を講じることが企業の義務とされたところであり、未実施企業に対する指導の徹底等により、これが確実に実施されるようにしていくとともに、改正法施行後における高齢者の雇用動向等を把握することが必要である。

(2) その上で、法的な義務を超えた65歳を超える高齢者の雇用の確保については、企業の自主的な取組を支援していくことが適当であり、高齢者を多数雇用する事業主や高齢者向けに健康管理制度等を導入した事業主等高齢者の雇用確保に積極的に取り組む企業に対する支援が必要である。

(3) 雇用確保措置の対象とならない高齢の有期雇用労働者への対応は引き続きの課題であり、当面は、高齢者に限らず有期雇用労働者については、「反復継続して契約の更新がなされているときには、期間の定めのない雇用とみなされることがある」とされていることを周知していくことが重要である。また、65歳までの雇用機会確保を図るため、無期雇用への転換を図る事業主を支援し、これを促していくことが必要である。

2 中高年齢者の再就職の支援

(1) 高齢者の就職支援については、これまでも高齢者就労総合支援事業等の取組を進めてきたところであるが、特に60歳代後半の高齢者にとって、ハローワークが重要な入職経路となっている現状も踏まえ、ハローワークにおける65歳以上の高齢者に対する就職支援を強化していく必要がある。

(2) また、自社内にとどまらずに活躍の場を探す高齢者については、人手不足に悩む地域の中小企業やNPO等における雇用に繋げていくことも重要であり、このため、労働者本人の意向を最大限に尊重した上で、産業雇用安定センターによる出向・移籍のあっせん機能を活用していくことが必要である。

3 地域における多様な雇用・就業機会の確保

(1) 高齢者の就業機会の確保において、地域の果たす役割は重要である。このため、地方自治体を中心となって、地域の実情を踏まえた高齢者雇用のあり方を協議、推進していくため、地域の高齢者の就業に関する機関で構成する協議会を設置することができるようにし、その設置促進を図ることが必要である。

(2) その際、協議会の構成員としては、地域のニーズや高齢者の多様な就業ニーズを的確に反映することができるよう、関係行政機関、シルバー人材センター、労使関係者、社会福祉協議会、地域の金融機関、NPO等、地域における高齢者の就業機会確保に関係する関係者を幅広く含めることができるようにすることが必要である。

(3) また、協議会においては、地域の高齢者の就業機会に関する計画等の作成に関することやその実現のために必要な事業の実施に関することについても協議を行うことが適当であり、国としても、地域の主体性を尊重しつつ、協議会が定めた事業の実施に対する支援や、取組状況のフォローアップ、普及促進等を行うことが必要である。

図表4-1-10 今後の高齢者雇用対策について（建議）（2015年12月18日）②

4 シルバー人材センターの機能強化

(1) 高齢者の多様な就業ニーズを踏まえた就業機会を確保していく上で、シルバー人材センターの機能強化を図ることは重要である。このため、シルバー人材センターにおいては、従来からの清掃や剪定等の職域ばかりにとどまらず、人手不足分野や育児支援等の現役世代を支える分野における就業機会の拡大に取り組んでいるところであるが、こうした取組を今後とも積極的に展開していくことが期待される。

(2) また、シルバー人材センターが取り扱う就業については、現状で、臨時的かつ短期的又は軽易な業務に限定されているが、シルバー人材センターが、生きがいとしてこうした就業を希望する高齢者に対して就業の機会を提供していくものであるという原則は堅持しつつも、将来我が国の必要な労働力が減少していくことが懸念される中で、より長く働きたい高齢者の就業ニーズ等にも対応することができるよう、この取扱業務に係る要件は緩和することが適当である。

(3) ただし、その際、取扱業務に係る要件の緩和を行ったことにより、労働者保護を害することになったり、民業を不当に圧迫することや地域の労働市場へ重大な影響を及ぼすようなことのないよう、以下の措置を講じる必要がある。

① 要件緩和は、シルバー人材センターの業務のうち、就業者の適切な保護の観点から、職業紹介事業及び労働者派遣事業に限って実施すること。

② 要件緩和の実施は、シルバー人材センターの指定・監督権限を有する都道府県知事が、厚生労働省が定める基準に適合すると認められる場合に、対象となる業務の範囲や地域を指定することにより可能とすること。

③ 都道府県知事が、要件緩和を実施する地域等の指定を行うに当たっては、要件緩和を行おうとする業務に関する地域の関係者の意見をあらかじめ聴取するとともに、広域的な雇用情勢や労働力需給への影響等の観点から国の関与を必要とすること。

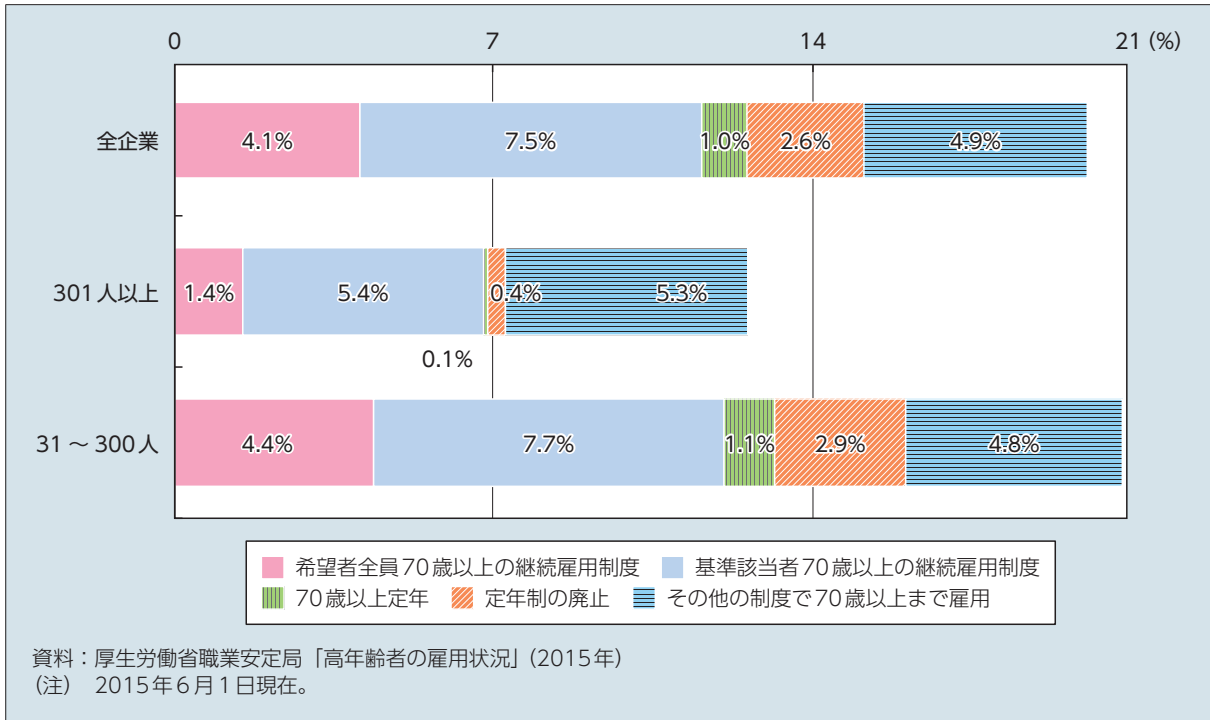
④ 要件緩和を実施する地域等の指定は解除することができるものとすること。

(4) さらに、シルバー人材センターを通じた就業について、会員である高齢者の適切な就業環境を確保することも重要である。このため、派遣・請負の区分に関する基準や会員の就業条件等に関すること等、シルバー人材センターが業務運営に当たって、発注者、会員それぞれとの関係の中で留意すべき事項について、適正就業確保のためのガイドラインとして示していくことが必要である。なお、シルバー人材センターが行う労働者派遣事業及び職業紹介事業については、許可ではなく届出により事業を実施することが可能となっているため、シルバー人材センターの適正な事業運営を確保していく必要がある。

(2) 65歳を超える者の雇用の状況**(65歳を超える者の雇用率はまだ低い)**

先の「高齢者の雇用状況」によれば、2015（平成27）年6月1日現在で70歳以上まで雇用されうる制度のある企業は、31人以上規模の企業のうち20.1%にとどまっており、低い状況が続いている（[図表4-1-11](#)）。

図表4-1-11 70歳以上まで働ける企業

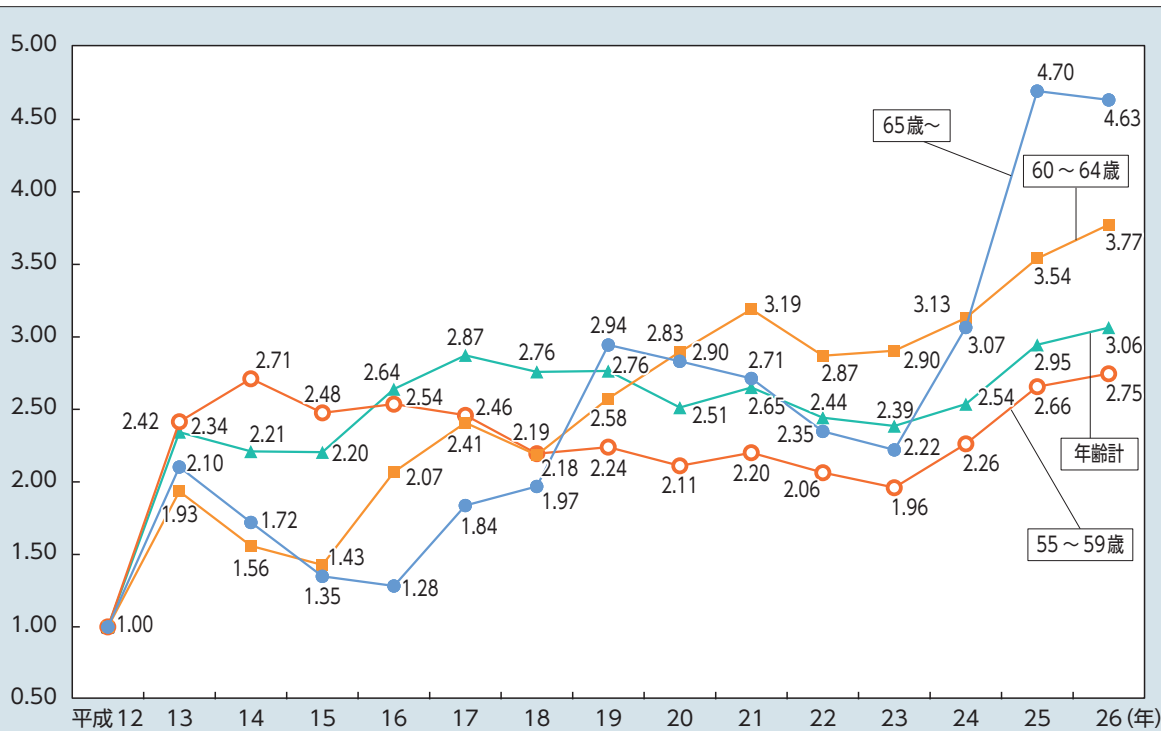


(65歳以上の者の再就職活動は他の年齢層に比べ厳しい)

一方で、65歳以降の雇用のうち「65歳以上の者の雇入れ」については、2014（平成26）年の転職入職者数が2000（平成12）年と比較して約4.6倍となるなど、近年大幅に増加している（図表4-1-12）。

しかし、65歳以上の者の再就職活動は、他の年齢層に比べて厳しい状況にあり、例えば、前職の離職から再就職までの期間が6ヶ月以上であったとする者は、すべての年齢層の平均が16.0%であるのに比べ、65歳以上の層では22.8%となっている（図表4-1-13）。

図表4-1-12 55歳以上の者の転職入職者数の推移



資料出所：雇用動向調査（平成12～26年）をもとに作成
 (注) 各年齢層について、平成12年を1.00としたときの値をプロットした。値が1.00超の場合は増加、1.00未満は減少を意味する。

図表4-1-13 年齢階級別離職期間

	計	離職期間1年未満						離職期間1～2年未満		
		計	15日未満	15日～1か月未満	1か月～3か月未満	3か月～6か月未満	6か月～1年未満	計	1年～1年6か月未満	1年6か月～2年未満
年齢計	100.0	93.8	43.1	10.8	18.7	11.2	9.8	6.2	3.8	2.3
～19歳	100.0	94.5	20.5	32.1	21.4	13.1	7.3	5.5	4.9	0.6
20～24歳	100.0	92.4	28.7	18.1	22.6	11.7	11.3	7.6	5.4	2.2
25～29歳	100.0	94.4	42.1	10.4	20.7	11.7	9.3	5.6	2.9	2.6
30～34歳	100.0	93.1	41.8	11.4	18.9	11.0	9.7	6.9	3.1	3.8
35～39歳	100.0	93.7	41.5	8.8	20.3	11.5	11.7	6.3	3.7	2.6
40～44歳	100.0	94.8	45.9	7.8	21.6	9.5	10.0	5.2	4.0	1.1
45～49歳	100.0	94.1	48.8	8.5	17.1	9.8	9.8	5.9	3.2	2.7
50～54歳	100.0	94.2	46.2	12.9	12.3	12.4	10.1	5.8	4.2	1.2
55～59歳	100.0	95.2	45.8	7.8	15.4	16.9	9.2	4.8	3.8	0.8
60～64歳	100.0	93.3	64.2	4.0	10.3	7.5	5.1	6.7	5.0	1.8
65歳～	100.0	91.1	37.9	16.4	12.2	10.8	13.9	8.9	5.6	2.7

資料出所：厚生労働省「雇用動向調査」(平成26年)
 (注) 1. 平成26年1年間に入職した者のうち前職雇用者・現職在職者・一般労働者（常用労働者のうちパートタイム労働者を除く）についての数字。
 2. 離職期間1年未満及び離職期間1～2年未満には不詳を含む。

(3) 65歳を超える者の雇用の確保に向けた取組み

(2016年度より、高齢者雇用安定助成金を拡充するとともに、ハローワークにおける支援を強化した)

今後、2012（平成24）年法改正の内容について、高齢者雇用確保措置未実施企業に

対する指導の徹底等により、確実に実施されるようにするとともに、65歳以上の者の雇用の確保について、企業の自主的な取組みを支援していくことが必要である。

60歳以上の者の雇用環境整備について、新たな事業分野への進出や機械設備の導入、雇用管理制度の整備等を行った企業に対しては、これまでも高齢者雇用安定助成金を支給してきているが、2016（平成28）年度からはこれを拡充し、新たに60歳以上の者を対象とした健康管理制度の導入を行った場合には、それらの実施に要した費用の一部を助成することとし、助成額についても拡充した。また、50歳以上かつ定年年齢未満の有期契約労働者を無期雇用労働者に転換させた企業に対しても助成を行うこととした（**図表4-1-14**）。

図表4-1-14 高齢者雇用安定助成金の拡充

平成28年度予算額 31.7億円

高齢者が意欲と能力がある限り年齢に関わりなくいきいきと働ける社会の構築に向けて、高齢者の雇用環境整備や、有期契約の高齢者を定年後も安定した雇用形態に転換する事業主に対して助成することを通じて、高齢者の雇用の安定を図る。

※2つのコースで構成（赤字下線部は平成28年度より制度拡充）

1 高齢者の雇用の環境整備支援

高齢者活用促進コース

●助成内容

- ① 新たな事業分野への進出等（新たな事業分野への進出、職務の再設計等による職場又は職務の創出）
- ② 機械設備の導入等（機械設備、作業方法、作業環境の導入又は改善）
- ③ 高齢者の雇用管理制度の整備（短時間勤務制度・在宅勤務制度の導入、高齢者に係る賃金・能力評価制度等の構築、専門職制度の導入、研修等能力開発プログラムの開発等）
- ④ **健康管理制度の導入（制度導入をした場合、コンサルタントへの依頼等について30万円の費用を要したものとみなす）**
- ⑤ 定年の引上げ等（**66歳以上への定年の引上げ、定年の定め廃止又は希望者全員を66歳以上の年齢まで雇用する継続雇用制度の導入のいずれかを実施した場合、当該措置の実施に100万円の費用を要したものとみなす**）

●助成額

- ①～⑤に係る環境整備計画の実施に要した費用の額の2/3（大企業1/2）
 - ※ **60歳以上の雇用者1人当たり20万円上限（上限1,000万円）**
 - ※ ただし、以下のいずれかの事業主の場合は、歳以上の雇用者人当たり**30万円上限**
 - a 建設・製造・医療・保育・介護の分野に係る事業を営む事業主
 - b **65歳以上の者（高齢継続被保険者）の雇用割合が4%以上の事業主**
 - c **高齢者活用促進の措置のうち「高齢者の生産性の向上に資する機械設備、作業方法や、高齢者が安全に働ける作業環境の導入または改善等」を実施した事業主**

2 有期契約の高齢者に対する安定した雇用形態への転換促進

高齢者無期雇用転換コース（新設）

●助成内容

50歳以上定年年齢未満の有期契約労働者を無期雇用へ転換させた事業主に対して、その人数に応じ助成する

●助成額

対象者1人につき50万円（中小企業以外は1人につき40万円）

さらに、高齢者の就職支援については、特に60歳代後半の者にとってはハローワークが重要な入職経路になっていることも踏まえ、ハローワークにおける65歳以上の者に対する支援を強化していく必要がある（**図表4-1-15**）。

図表4-1-15 年齢階級別入職経路

	計	職業紹介機関等						縁故・出向等			
		ハローワーク	ハローワーク インター ネット サービス	民営職業 紹介所	学校	広告	その他	縁故	うち前の 会社	出向	出向から の復帰
年齢計	100.0	17.6	4.1	3.3	5.9	35.1	11.6	19.7	4.9	1.9	0.7
～19歳	100.0	13.9	2.8	0.2	9.4	49.3	8.9	15.0	0.0	0.4	0.0
20～24歳	100.0	8.9	5.3	3.4	20.5	38.1	10.1	13.1	0.7	0.4	0.2
25～29歳	100.0	18.6	5.1	7.2	2.6	38.4	10.8	15.0	3.1	1.9	0.4
30～34歳	100.0	20.7	4.0	5.0	0.7	34.8	12.0	20.1	5.2	1.6	1.2
35～39歳	100.0	22.7	4.5	3.7	0.7	34.8	13.4	17.8	4.9	1.5	1.0
40～44歳	100.0	19.4	4.8	3.1	0.2	34.1	12.7	22.5	5.1	1.9	1.3
45～49歳	100.0	23.0	4.9	3.5	0.1	29.7	9.7	24.0	6.6	3.7	1.4
50～54歳	100.0	23.3	3.3	2.0	0.1	26.8	11.1	24.0	7.6	7.9	1.5
55～59歳	100.0	23.8	2.8	1.9	0.0	21.6	17.5	25.0	5.9	6.3	0.9
60～64歳	100.0	16.4	2.1	2.3	0.5	15.5	17.4	43.2	26.4	1.6	1.0
65歳～	100.0	28.1	2.0	1.6	0.2	19.1	13.8	34.5	14.8	0.5	0.1

(%)

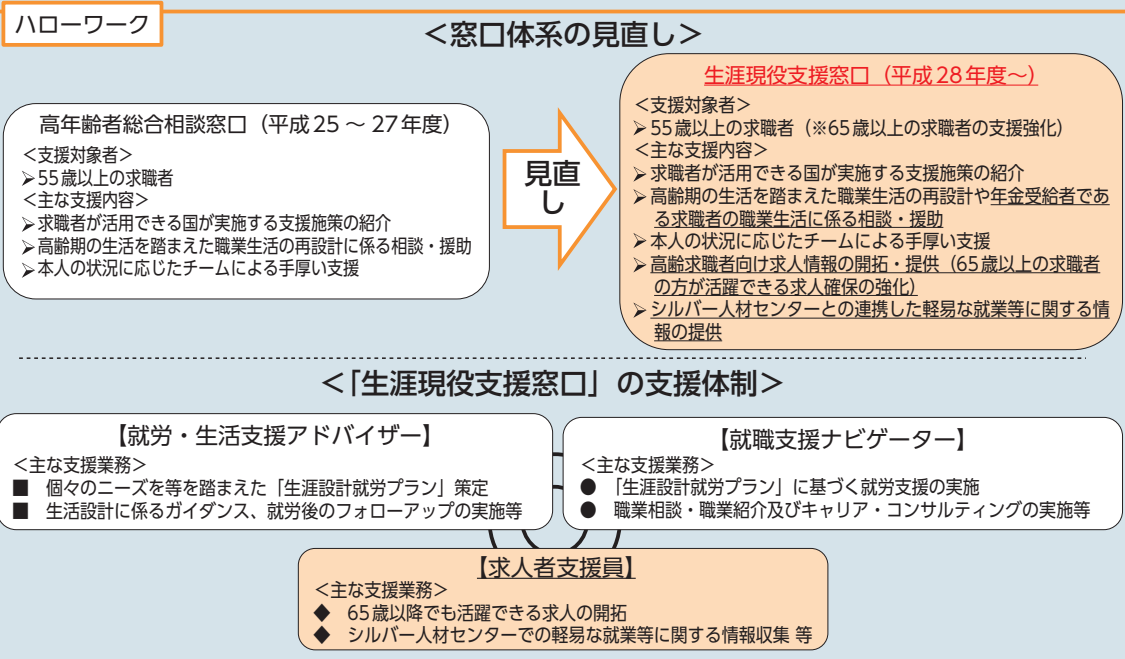
資料出所：厚生労働省「雇用動向調査」(平成26年)をもとに作成

これについても、2016年度より、全国の主要なハローワークに設置している「高年齢者総合相談窓口」を「生涯現役支援窓口」へと見直し、窓口の積極的な周知を図るとともに、新たに求人者支援員を設置することにより、高齢求職者の方が活躍できる求人確保の強化等を開始した(図表4-1-16)。

図表4-1-16 生涯現役支援窓口

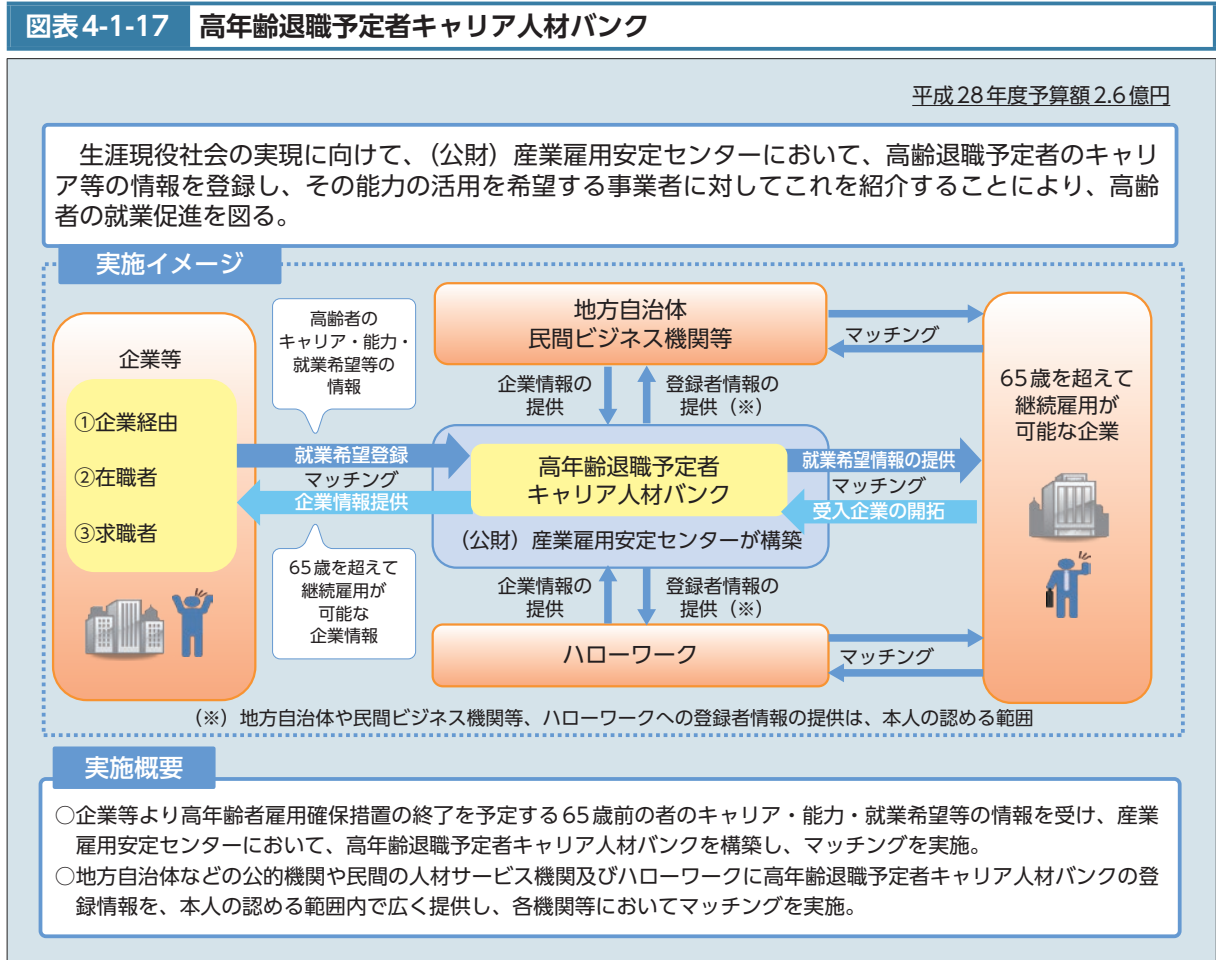
平成28年度予算額8.1億円

本事業は、従来、全国の主要なハローワークに「高齢者総合相談窓口」（参考：平成27年度77所）を開設し、55歳以上の求職者に対して職業生活の再設計に係る支援やチームによる就労支援を総合的に実施してきたところであるが、平成28年度以降においては、現行の「高齢者総合相談窓口」を「生涯現役支援窓口」へ見直し、特にこれまで重点を置いていなかった65歳以上の高齢求職者への再就職支援にも手厚い支援を実施していくものとする。



さらに就職支援の関係では、公益財団法人産業雇用安定センターが退職予定者のキャリア・能力・就業希望等の情報の登録を受け、「高齢退職予定者キャリア人材バンク」を構築してマッチングを行うとともに、さらに、この人材バンクに登録された情報をハローワークや民間の人材サービス機関等に提供し、こちらでもマッチングを実施することになっている（図表4-1-17）。

図表4-1-17 高齢退職予定者キャリア人材バンク



(雇われて働くのみならず、自ら起業する高齢者の支援も実施)

また、既存の企業による雇用の拡大だけでなく、起業によって高齢者の雇用を創出していくことも重要である。このため、同じく2016年度から、高齢者がいわゆるベンチャー企業の創業を行う際に、従業員の募集・採用や教育訓練の経費の一部を助成する「生涯現役起業支援助成金」を創設し、支援を開始した(図表4-1-18)。

図表4-1-18 高齢者の起業支援

平成28年度予算額 8.7億円（新規）

趣旨

- 少子・高齢化が進展する中、持続的な成長を実現させていくためには、年齢に関わりなく働くことができる生涯現役社会の実現を推進する必要があるが、そのためには、既存の企業による雇用の拡大だけでなく、起業によって中高年齢者の雇用機会を創出していくことも重要である。
- このため、中高年齢者が、起業（いわゆるベンチャー企業の創業）する際に必要となる、募集・採用や教育訓練の経費の一部を助成することにより、中高年齢者の起業と雇用機会の創出を図る。

事業の概要

助成額

- 起業者の区分に応じて、計画期間内における募集・採用、教育訓練に要した経費（人件費等を除く）の一部を助成。

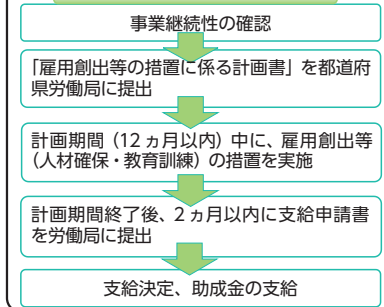
<起業者の区分>

- 60歳以上の者 [助成率2/3、上限200万円]
- 40歳～59歳の者 [助成率1/2、上限150万円]

対象経費

経費の区分	経費の内容
対象労働者の募集・採用、教育訓練に要した経費	求人情報掲載経費、選考会等の参加経費、職場見学・職場体験（インターンシップ等）の実施経費、遠隔地採用に係る経費、資格取得費、講習及び研修受講費用 等

支給手続きの流れ



主な支給要件

- 新たな事業を開始するために法人を設立した事業主であって、当該法人の業務に専ら従事していること（個人事業主の場合は、新たな事業を開始したものであって、当該事業の業務に専ら従事していること）
- 事業継続性の確認を受けていること
- 計画期間開始前（事業開始から12ヵ月以内）に「雇用創出等の措置に係る計画書」を提出していること
- 計画期間（12ヵ月以内）内に、事業に必要となる者（60歳以上の者の場合は2名以上、又は40歳以上の者の場合は3名以上）を、継続して雇用する労働者かつ雇用保険の一般被保険者として雇い入れること（※39歳以下の者のみの雇入れは支給対象外。）
- 支給申請時点で、当該事業所における離職者等の人数が、雇い入れた対象労働者の人数を上回っていないこと

コラム

選択肢としてのシニア「起業」
～銀座セカンドライフ株式会社～

高齢期になっても働きたいという人は多い。多くの人は企業に雇われるという道を歩むが、起業する人も多くなってきている。中小企業白書（2014年版）によれば、2012（平成24年）の22.3万人の起業家¹の47%は50代以降だ（全人口に占める高齢者の割合が上がっているというのも背景としてはあるが）。

一方でいざ起業ということとなると、どうしたらよいかわからないというケースも多い。そのような人を総合的に支援するのが東京都中央区にある「銀座セカンドライフ株式会社」だ。

この会社の代表は若き起業家片桐実央さん。彼女も起業家であるが、元々起業を志していたわけではない。祖母の介護をきっかけに、「シニアのためになにかできないか」、「自分の専門性を生かしたことができないか」

と考えた結果（当然ながら市場性、採算性も）、2008（平成20）年にこの会社を立ち上げた。主な事業内容は、「起業コンサル・事務サポート」、

「セミナー・交流会」、「レンタルオフィス」だ。既に7,000人の起業を支援してきた。

起業を思い立ったらまずは事業内容を決めなければならない。同社でコンサルをする場合「やりたいこと」、「できること」、「お金になること」を考えてもらうが、この3つの要素が重なったところを事業のターゲットとして考えるのがよいという。楽しく仕事をするためには「やりたいこと」をまずは考えるべ



代表の片桐さん

¹ 過去1年間に職を変えた又は新たな職についた者のうち、現在は自営業主（内職者を除く）となっている者

きだが、「やりたいこと」がない場合、まず「できること」を考える。シニアは若い人と比べて経験豊富なため、知識、ノウハウ、人脈を棚卸しすれば何かの「できること」は見つかるという。

この最初の事業内容（アイデア）を考える段階で迷っている人が多い。具体的な起業のプロセスについてイメージが持てないからだ。起業コンサルを受けるのも一つ手であるが、起業セミナーや交流会に参加して、実際に起業している活躍されている方の体験談を聞いて具体的なイメージを掴むというのもおすすめだそうだ。



起業（予定）者の交流会

事業内容が決まったら次は事業計画書の作成だ。まずはSWOT分析²をして自分の強みをどう生かすか、自分の弱みをどう克服するかを検討する。ある程度事業計画が固まったら売上と経費を予測し損益計画を作る（経費は概ね予測可能なので特にしっかりと）。あとは起業形態（法人か個人か）の決定だ。

基本的には通常の起業と何ら変わらないが、シニアの場合会社員時代に培ったスキルや人脈を用いた分野の起業が圧倒的に多く、そもそも大きく事業を拡大したいと思っていない人が多いので、店舗を持つとか在庫を持つとかそういう大きなリスクをとらず小リスクで起業される方が多いそうだ（50万円以下の起業が多く、レンタルオフィスの利用などにより毎月の経費も抑えている）。

また、起業を通じてお金を稼ぐという目的は当然あるのだが、「事業を通じて社会に貢献したい!」という方が多く、そういう人たちの起業を支援することが片桐さんの喜びともなっている。

高齢期の生活を充実させるためには様々な方法があるが、「起業」を考えてみるのもいいかもしれない。

² 自己分析（強み（Strength）、弱み（Weakness）、外部環境（機会（Opportunity）脅威（Threat））から事業性を評価する方法

（地域における多様な雇用・就業機会の確保のための協議会を設置）

2016年の高年齢者等の雇用の安定等に関する法律の改正により、企業を退職した高齢者等の活動の中心となる地域社会において、多様な就業機会を確保するため、地方自治体を中心となって、地域の実情を踏まえた高齢者雇用のあり方を協議、推進するための、地域の高齢者の就業に関する機関で構成される協議会が設置できることとなった。

この協議会は、都道府県や市区町村のほか、シルバー人材センター、労使関係者、社会福祉協議会、地域の金融機関等が参加して、高齢者の多様な就業の機会の確保に関する地域の課題について情報を共有し、連携の緊密化を図るとともに、地方公共団体が作成する「地域高年齢者就業機会確保計画」に関し必要な事項や、その他地域の実情に応じた高齢者の多様な就業の機会の確保の方策について協議を行う（図表4-1-19）。

図表 4-1-19 地域の高齢者の就業に係る協議会

趣旨

地域の実情に応じた高齢者の多様な就業機会を確保するため、高齢者の就業等に係る地域の関係者から構成される協議会を設置する。

内容【平成28年4月1日施行】

- 地方公共団体、事業主団体など地域の関係者は、協議会を組織することができるものとする。
- 協議会は、地域の実情に応じた高齢者の多様な就業機会の確保について、関係者間の情報の共有や連携の強化を図るとともに、「地域高齢者就業機会確保計画」の策定やその実施に必要な事項等について協議を行うものとする。
- 協議会の協議を経て地方公共団体が策定した計画については、厚生労働大臣に協議し、同意を求めることができるものとし、同意が得られた計画に定める高齢者の雇用に資する事業については、雇用保険二事業として実施することとする。

【協議会のイメージ】



(シルバー人材センターの臨時的、短期的又は軽易な業務との現行の要件を緩和し、さらに高齢者が活躍する機会の増大を図る)

定年退職後に地域の日常生活に密着した仕事を提供して高齢者の就業機会の増大をはかり、活力ある地域社会づくりに寄与することを目的として、シルバー人材センター事業が行われている。

シルバー人材センター事業は、概ね60歳以上の健康で就労意欲のある者が会員となり、センターが企業や一般家庭、官公庁等から発注を受けた仕事を会員に依頼する仕組みとなっている。また、取り扱う就業については、臨時的かつ短期的（概ね月10日まで）又は軽易な（概ね週20時間まで）業務に限定されており、清掃、家事援助、剪定などが代表的な仕事である（図表4-1-20、図表4-1-21）。

図表4-1-20 シルバー人材センター事業の概要 (図表1-3-15再掲)

目的 定年退職後等に、臨時的かつ短期的(※1)又は軽易(※2)な就業を希望する者に対して、地域の日常生活に密着した仕事を提供し、もって高齢者の就業機会の増大を図り、活力ある地域社会づくりに寄与する。

※1「臨時的かつ短期的な業務」とは職業安定局長通達(平成16年11月4日)によって「おおむね月10日程度以内の就業」を指す。
 ※2「軽易な業務」とは労働省告示第82号(平成12年8月25日)及び職業安定局長通達(平成16年11月4日)によって「1週間当たりの就業時間がおおむね20時間を超えないもの」を指す。

仕組み

(1) 会員 概ね60歳以上の健康で就業意欲のある者
 (2) 事業内容 ・家庭、事業所、官公庁から、地域社会に密着した臨時的かつ短期的又は軽易な就業機会を確保し、これを希望する会員に提供。
 ・就業機会の確保、提供の仕方としては「請負(センターが発注者より仕事を受注し、それをさらに会員に対して請負の形で提供)」が中心だが、「職業紹介」「労働者派遣」事業を行うことも可能。

【シルバー人材センターで取り扱う仕事の例】
 清掃、除草、自転車置き場管理、公園管理、宛て名書き、植木の剪定、障子・襖張り、観光案内、福祉・家事援助サービス等

【現状】 団体数：1,272法人、会員数：72万人(男性48万人・女性24万人(約3割))、契約件数：360万件、契約金額：3,050億円、就業延人員：6,914万人・日※平成27年3月末日現在【国庫補助開始：昭和55年度根拠法令制定：昭和61年度】月平均就業日数：9.7日、月平均配分金収入：36,747円※平成26年度実績

図表4-1-21 シルバー人材センターの就業分野 (平成26年度)

職群	就業延人員日(構成比)(%)	備考
一般作業群	3,786万 55%	清掃、除草、チラシ配布 等
管理群	1,486万 21%	ビル管理、駐輪場管理 等
サービス群	630万 9%	家事援助、介護補助、育児支援、見守り、観光案内 等
うち 家事援助、介護補助、育児支援	312万 5%	
技能群	593万 9%	剪定、障子張り 等
折衝外交群	158万 2%	販売、配達、検針 等
技術群	150万 2%	教育、翻訳 等
事務群	100万 1%	一般事務、筆耕 等
その他	12万 0%	
合計	6,914万 100%	
	100%	

資料出所：公益社団法人全国シルバー人材センター事業協会「シルバー人材センター事業統計」(平成26年度)
 (注) サービス群のうち「家事援助、介護補助、育児支援」については公益社団法人全国シルバー人材センター協会にて独自集計。
 端数計算の関係で合計の一致しない部分あり。

こうした中で、高齢者の多様な就業ニーズを踏まえた就業機会を確保していくことが重要であることから、2016年度より、市町村ごとに業種・職種等を指定すること等により、現行の臨時的、短期的（概ね月10日程度まで）又は軽易な業務（概ね週20時間まで）との要件を緩和して週40時間まで就業できることにした（図表4-1-22）。

図表4-1-22 シルバー人材センターの「臨・短・軽」要件の緩和（高齢法関係）

改正の趣旨

地域の実情に応じ、高齢者のニーズを踏まえた多様な就業機会を確保する観点から、現行、臨時的かつ短期的又は軽易な業務に限定されているシルバー人材センター等の取り扱う業務の要件を緩和する。

現行の内容

シルバー人材センターの取り扱う業務は、「臨時的・短期的」（概ね月10日程度まで）又は「軽易な業務」（概ね週20時間程度まで）に限定されている。

改正の内容【平成28年4月1日施行】

- シルバー人材センターの業務のうち、派遣・職業紹介に限り、週40時間までの就業を可能とする。
- 要件緩和により、民業圧迫等が起きることのないよう、以下の仕組みを設ける。
 - ・要件緩和は、都道府県知事が、高齢退職者の就業機会の確保に寄与することが見込まれ、厚生労働省が定める基準（※1）に適合すると認められる場合に、対象となる市町村ごとに業種・職種を指定することにより可能とすること。
 - ・要件緩和を実施する業種等を指定するに当たっては、あらかじめ地域の関係者（※2）の意見を聴取するとともに、厚生労働大臣に協議すること。
 - ・要件緩和に係る指定が厚生労働省が定める基準に適合しなくなったときは、指定を取り消すこと。

※1 次の2つの基準を想定。要件緩和を行う市町村の区域において、

- ①指定しようとする業種・職種について労働者派遣事業、職業紹介事業等を行う事業者の利益を不当に害することがないと認められること。
- ②他の労働者の雇用の機会や労働条件に著しい影響を与えることがないと認められること。

※2 次の関係者を規定。①市町村長、②シルバー人材センター等、③指定しようとする業種・職種について派遣業、職業紹介業等を行う事業者を代表する者、④当該市町村の労働者を代表する者

本節では、年齢に関わりなく誰もが意思と能力に応じて活躍できる「生涯現役社会」の実現に向けた昨今の取組み等を紹介してきたが、生き生きと活躍するためには、その前提として、心身が健康であることが重要である。そこで、次節では、健康づくりの取組みのうち、現役世代も含めて取り組んでいるもの、そして高齢者になったときに健康であることを支援するために取り組んでいるものについて紹介していきたい。

第2節 健康づくり・疾病等の予防の取組み

（高齢化や生活習慣の変化により、国民に係る疾病のうち生活習慣病に占める割合が高まっており、健康寿命を延ばすためには健康づくり・疾病等の予防への取組みが大切）

前節でも述べたように、「生涯現役社会」を実現するにあたっては、国民ひとりひとりが健康であることが大切である。

2013（平成25）年における我が国の国民の「健康で過ごすことのできる期間」を表す健康寿命は、男性71.19歳、女性74.21歳で、平均寿命とともに世界一の長さであるが、健康寿命をさらに延ばす方向で両者の差を縮めていくため、健康づくり・疾病等の予防へ

こうした中で、高齢者の多様な就業ニーズを踏まえた就業機会を確保していくことが重要であることから、2016年度より、市町村ごとに業種・職種等を指定すること等により、現行の臨時的、短期的（概ね月10日程度まで）又は軽易な業務（概ね週20時間まで）との要件を緩和して週40時間まで就業できることにした（図表4-1-22）。

図表4-1-22 シルバー人材センターの「臨・短・軽」要件の緩和（高齢法関係）

改正の趣旨

地域の実情に応じ、高齢者のニーズを踏まえた多様な就業機会を確保する観点から、現行、臨時的かつ短期的又は軽易な業務に限定されているシルバー人材センター等の取り扱う業務の要件を緩和する。

現行の内容

シルバー人材センターの取り扱う業務は、「臨時的・短期的」（概ね月10日程度まで）又は「軽易な業務」（概ね週20時間程度まで）に限定されている。

改正の内容【平成28年4月1日施行】

- シルバー人材センターの業務のうち、派遣・職業紹介に限り、週40時間までの就業を可能とする。
- 要件緩和により、民業圧迫等が起きることのないよう、以下の仕組みを設ける。
 - ・要件緩和は、都道府県知事が、高齢退職者の就業機会の確保に寄与することが見込まれ、厚生労働省が定める基準（※1）に適合すると認められる場合に、対象となる市町村ごとに業種・職種を指定することにより可能とすること。
 - ・要件緩和を実施する業種等を指定するに当たっては、あらかじめ地域の関係者（※2）の意見を聴取するとともに、厚生労働大臣に協議すること。
 - ・要件緩和に係る指定が厚生労働省が定める基準に適合しなくなったときは、指定を取り消すこと。

※1 次の2つの基準を想定。要件緩和を行う市町村の区域において、

- ①指定しようとする業種・職種について労働者派遣事業、職業紹介事業等を行う事業者の利益を不当に害することがないと認められること。
- ②他の労働者の雇用の機会や労働条件に著しい影響を与えることがないと認められること。

※2 次の関係者を規定。①市町村長、②シルバー人材センター等、③指定しようとする業種・職種について派遣業、職業紹介業等を行う事業者を代表する者、④当該市町村の労働者を代表する者

本節では、年齢に関わりなく誰もが意思と能力に応じて活躍できる「生涯現役社会」の実現に向けた昨今の取組み等を紹介してきたが、生き生きと活躍するためには、その前提として、心身が健康であることが重要である。そこで、次節では、健康づくりの取組みのうち、現役世代も含めて取り組んでいるもの、そして高齢者になったときに健康であることを支援するために取り組んでいるものについて紹介していきたい。

第2節 健康づくり・疾病等の予防の取組み

（高齢化や生活習慣の変化により、国民に係る疾病のうち生活習慣病に占める割合が高まっており、健康寿命を延ばすためには健康づくり・疾病等の予防への取組みが大切）

前節でも述べたように、「生涯現役社会」を実現するにあたっては、国民ひとりひとりが健康であることが大切である。

2013（平成25）年における我が国の国民の「健康で過ごすことのできる期間」を表す健康寿命は、男性71.19歳、女性74.21歳で、平均寿命とともに世界一の長さであるが、健康寿命をさらに延ばす方向で両者の差を縮めていくため、健康づくり・疾病等の予防へ

の取組みが非常に重要である。

我が国における健康をめぐる施策については、衛生水準の向上が中心であった時代から第二次世界大戦を経て、戦後の健康水準の上昇とともに、より積極的な健康増進の対策が行われるようになってきた。

一方で、急速な高齢化や生活習慣の変化により、国民がかかる疾病全体に占めるがんや虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加するといった変化が見られた。こうした生活習慣病は、薬を投与すればたどころに完治するといった種類の病気とは異なり、また自らの心がけにより、ある程度予防することが可能である。

したがって、日頃から各人が健康の大切さを認識し、自らの健康づくりに責任を持って取り組むことが大切であり、国や医療機関、保険者等も、それをサポートすべく、それぞれの役割をしっかりと果たすことが重要である。

(第二次健康日本21では、健康寿命の延伸という大きな目標とともに、生活習慣病の予防等について、具体的な数値目標を設定している)

こうした中で、国は、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするために、2000（平成12）年からは、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を策定しており、2013（平成25）年から2022（平成34）年までについては、第二次健康日本21による取組みが行われている（[図表4-2-1](#)）。

この中では、①健康寿命の延伸及び健康格差の縮小、②がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease：COPD（長年の喫煙習慣が主な原因の肺の生活習慣病））といった生活習慣病の発症予防や重症化予防の徹底（非感染性疾患（Non Communicable Diseases：NCDs）の予防）、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、④健康を支え、守るための社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善という5つの柱を立て、それぞれの柱に含まれる項目ごとの達成目標を1つないし複数設定している。

この目標は、科学的根拠に基づいて実態把握が可能な具体的なものとしており、例えば、①健康寿命の延伸については、「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」、健康格差の縮小については「都道府県格差の縮小」、②のうちがんについては「がん検診の受診率の向上」、循環器疾患については「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」、糖尿病については「有病者の増加の抑制」、COPDについては「認知度の向上」、③のうち高齢者の健康との項目については「ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の認知割合の向上」といった具合になっている。

これらの目標は、おおむね10年間を目途として設定しており、5年後に中間評価、10年後に最終評価を実施して、その後の健康増進の取組みに反映することになっている。

図表 4-2-1 健康日本 21（第2次）の概要

- 平成 25 年度から平成 34 年度までの国民健康づくり運動を推進するため、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（平成 15 年厚生労働大臣告示）を改正するもの。
- 第 1 次健康日本 21（平成 12 年度～平成 24 年度）では、具体的な目標を健康局長通知で示していたが、目標の実効性を高めるため、大臣告示に具体的な目標を明記。

① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- ・生活習慣の改善や社会環境の整備によって達成すべき最終的な目標。
- ・国は、生活習慣病の総合的な推進を図り、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）

- ・がん、循環器疾患、糖尿病、COPD に対処するため、一次予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進。
- ・国は、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

- ・自立した日常生活を営むことを目指し、ライフステージに応じ、「こころの健康」「次世代の健康」「高齢者の健康」を推進。
- ・国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援等を推進する。

④ 健康を支え、守るための社会環境の整備

- ・時間的・精神的にゆとりある生活の確保が困難な者も含め、社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備。
- ・国は、健康づくりに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、当該取組の評価等を推進。

⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

- ・上記実現のため、各生活習慣を改善するとともに、国は、対象者ごとの特性、健康課題等の十分な把握を行う。

（「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）でも、「2020 年までに国民の健康寿命を 1 歳以上延伸」という数値目標（KPI）を掲げている）

また併せて、「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）では、成長戦略を実行・実現するものとして、政権を挙げて優先的に取り組むべき施策を厳選した 3 つのアクションプランを定めた。このうち、戦略市場創造プランのテーマとして「国民の「健康寿命」の延伸」が挙げられ、2030（平成 42）年のあるべき姿を「予防サービスの充実等により、国民の医療・介護需要の増大をできる限り抑えつつ、より質の高い医療・介護を提供することにより「国民の健康寿命が延伸する社会」を目指すべき」とし、そのあるべき姿に向けて整理した「中短期工程表」では、「2020 年までに国民の健康寿命を 1 歳以上延伸」という数値目標（Key Performance Indicator：KPI）を掲げている。

（目標達成の前提として、いくつかの課題がある）

こうした目標値を達成していくにあたり、健康づくりに関する現状の課題としては、①客観的なデータ分析の結果を根拠とした政策を実施すべきであるが、科学的知見に基づく検証が不十分であること、②健康づくりに取り組むインセンティブが弱いこと、③市町村、保険者、事業主、医療関係者等との間の連携が不十分であること等がある。

現在、設定した目標を実現するために、こうした課題も踏まえつつ、以下のような方策がとられている。

1 客観的なデータ分析の結果を根拠とした政策の実施

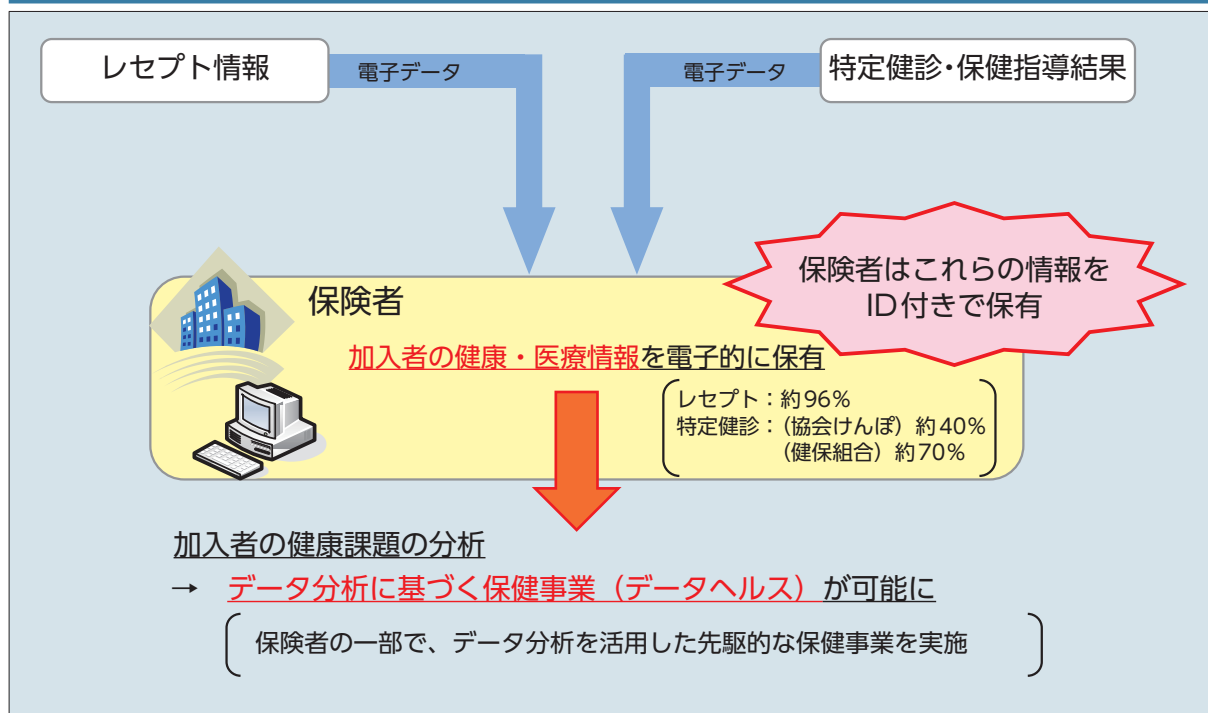
(健康・医療情報の電子化に伴い、医療保険者に集積しているこれらの情報を活用して効果的・効率的な保健事業を行うデータヘルス計画の取組みが始まっている)

2006(平成18)年の医療制度改革により、2008(平成20)年度からレセプトデータが電子化され、保険者が被保険者等の健診・レセプトのデータを電子的に集積することとなった。こうして保険者が保有することとなったデータを活用して分析を行い、それに基づいて効率的・効果的に被保険者等の健康づくりを行う、データヘルスの取組みが始まっている(図表4-2-2、図表4-2-3)。

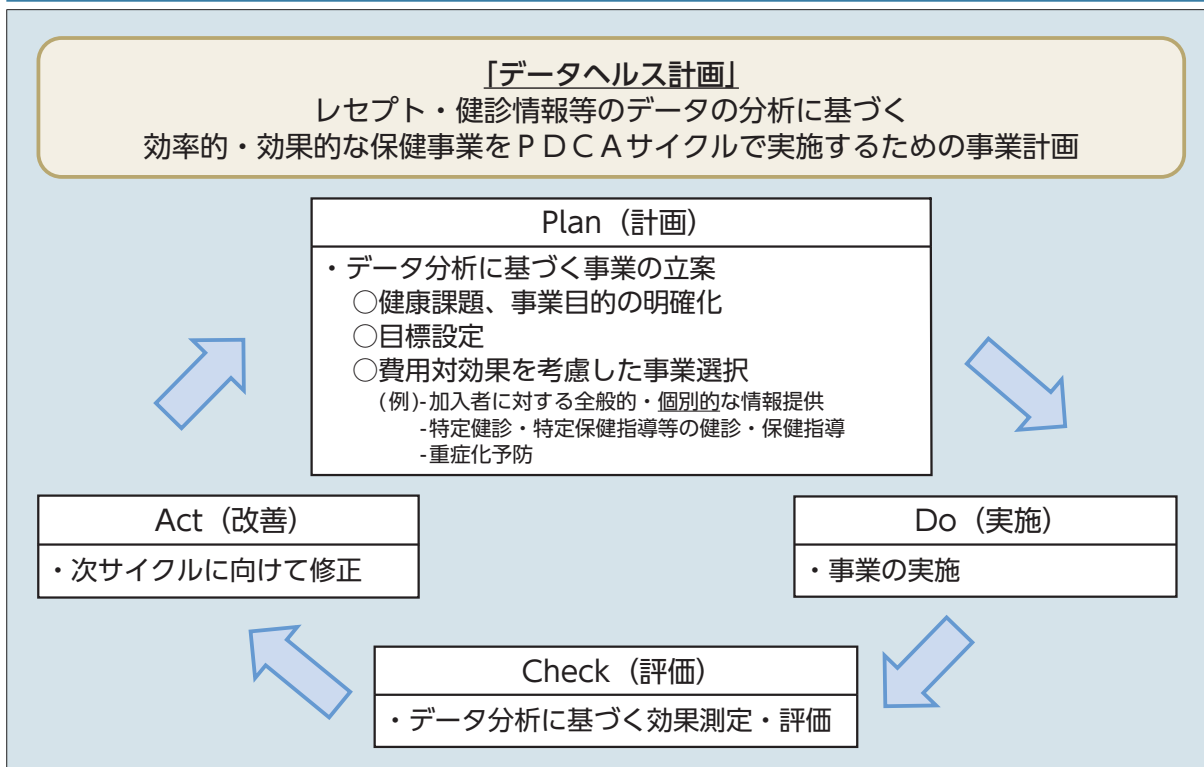
「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)では、保険者がそれぞれデータヘルス計画を策定することとしており、2015(平成27)年度からデータヘルス計画に基づく取組みを行っている。

これは例えば、ある企業の健康保険組合で、データ分析により循環器系疾患に関するひとり当たり医療費が高いことがわかった場合、同疾患の予防対策に力を入れたり、またメタボリックシンドローム該当者の減少率が低いとの結果が出た場合、特定保健指導を受けやすい職場環境づくりに取り組んだりするといったアプローチにより事業の実効性を高めていくことが目指されている。

図表4-2-2 データヘルスの発想



図表 4-2-3 データヘルス計画



(がん対策加速化プラン)

こうしたデータに基づいた予防の取組みについては、国は、例えばがん検診について見直しを行っている。また、2015年12月に発表した「がん対策加速化プラン」は対策として3本の柱を立てており、そのうちの1つである「がんの予防」は、集積されたデータに基づき対策がとられている。

がん検診の見直しについては、具体的には、胃がん罹患率・死亡率が減少し、ピロリ菌感染率が減少傾向にあること等から、2016（平成28）年度からは、これまで40歳以上としていた検診対象者を50歳以上とし、これまで1年としていた検診間隔を2年とすることにした（図表4-2-4）。

図表 4-2-4 市町村のがん検診の項目について

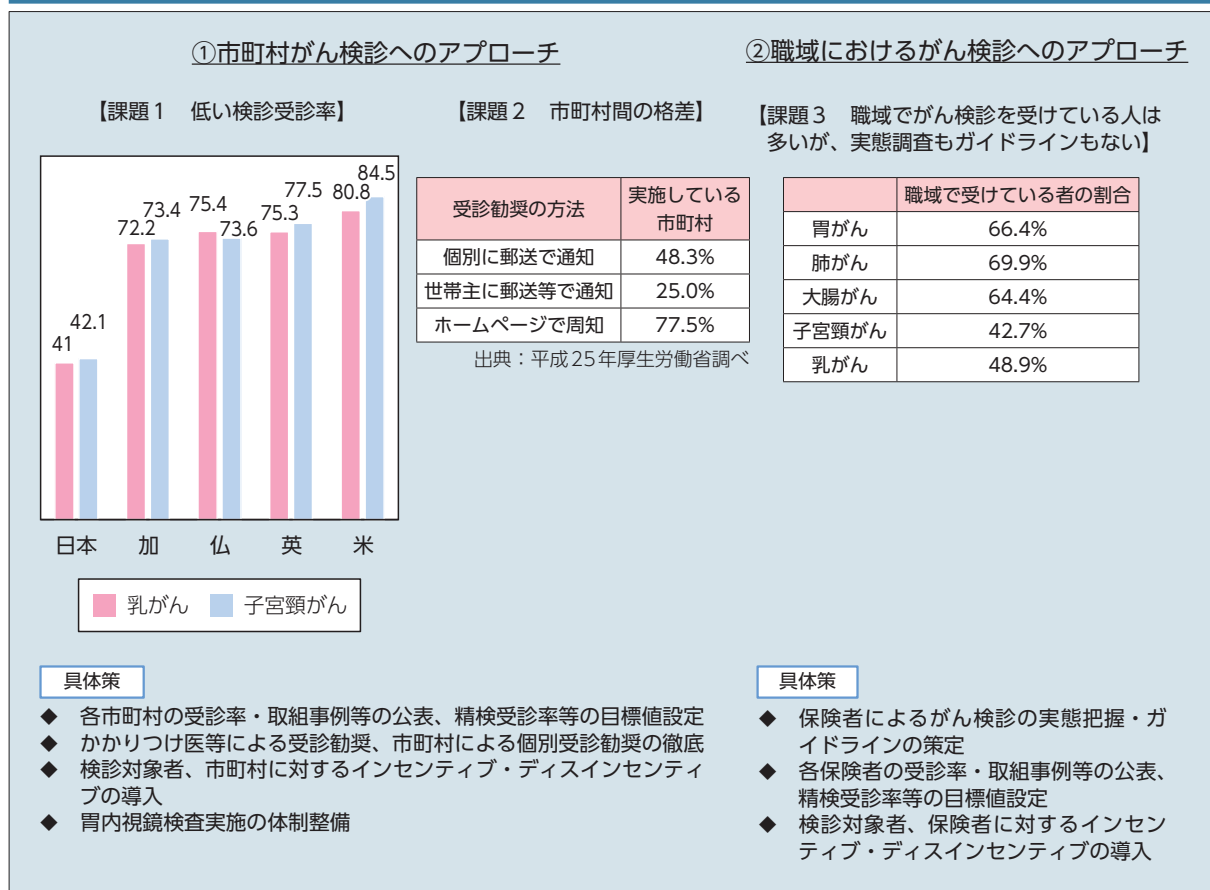
厚生労働省においては、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成20年3月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添）を定め、市町村による科学的根拠に基づくがん検診を推進。

指針で定めるがん検診の内容

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については40歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上	年1回
乳がん検診	問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回

さらに、市町村でなく健康保険組合等の保険者が提供するがん検診の実態がつかめていないという課題があるため、データの把握に着手したところである。また、市町村間で検診受診率に格差があり、それが住民への受診勧奨に温度差があることに原因があると考えられるといった事実もデータ分析等により判明していることから、個別の受診勧奨や再勧奨等を始めることにしている（図表4-2-5）。

図表 4-2-5 がん検診についての取組み（がん対策加速化プラン）



2 健康づくりに取り組むインセンティブの改革

（日本再興戦略や経済財政運営と改革の基本方針2015で、インセンティブ改革の制度設計を行う旨を掲げている）

個人や保険者が健康づくりに取り組むインセンティブが弱いという二つめの課題については、データヘルスの取組みにも立脚しつつ、『日本再興戦略』改訂2014（平成26年6月24日閣議決定）及び『日本再興戦略』改訂2015（平成27年6月30日閣議決定）で、上記KPIについてのフォローアップを行うとともに、健康寿命の延伸のためには、国民ひとりひとりが意識して自らの疾病を予防し、健康づくりを行っていくことが何よりも重要であるという考えから、新たに講ずべき具体的施策として「個人・保険者・経営者等に対する健康・予防インセンティブの付与」を挙げている。また、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定）でも、インセンティブ改革について制度設計を行うこととしている（図表4-2-6、図表4-2-7）。

図表 4-2-6 『日本再興戦略』改訂2015』（平成27年6月30日閣議決定）（抄）

二. 戦略市場創造プラン

テーマ1：国民の「健康寿命」の延伸

(3) 新たに講ずべき具体的施策

⑦個人・保険者・経営者等に対する健康・予防インセンティブの付与

ア) 個人に対するインセンティブ

保険者が加入者に対して実施するヘルスケアポイント付与や保険料への支援等に係るガイドラインの策定に当たっては、ICTを活用した健康づくりモデルの実証成果も踏まえつつ、予防・健康づくりに向けた加入者の自助努力を促すメリハリあるインセンティブ付けを可能とするよう検討を行う。

イ) 保険者に対するインセンティブ

後期高齢者支援金の加算・減算制度や、国民健康保険制度において新たに創設される「保険者努力支援制度」については、被保険者の健康の保持増進や医療費適正化等に向けた保険者の努力を促すよう、特定健診・特定保健指導の実施状況や後発医薬品の使用状況等を積極的に評価するメリハリの効いたスキームとすべく、検討を行う。また、協会けんぽ、後期高齢者医療制度についても、新たなインセンティブ制度の創設に向けた検討を行う。

図表 4-2-7 経済財政運営と改革の基本方針2015（抄）

第3章「経済・財政一体改革」の取組－「経済・財政再生計画」

5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

[1] 社会保障

(インセンティブ改革)

全ての国民が自らががんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診やがん検診の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要である。

このため、保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度（平成30年度）までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立、国民健康保険料に対する医療費の地域差の一層の反映、後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化、医療保険の審査支払機関の事務費・業務の在り方など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。

個人については、健康づくりの取組等に応じたヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与を行うことにより、国民一人ひとりによる疾病予防、健康づくり、後発医薬品の使用、適切な受療行動を更に促進する。

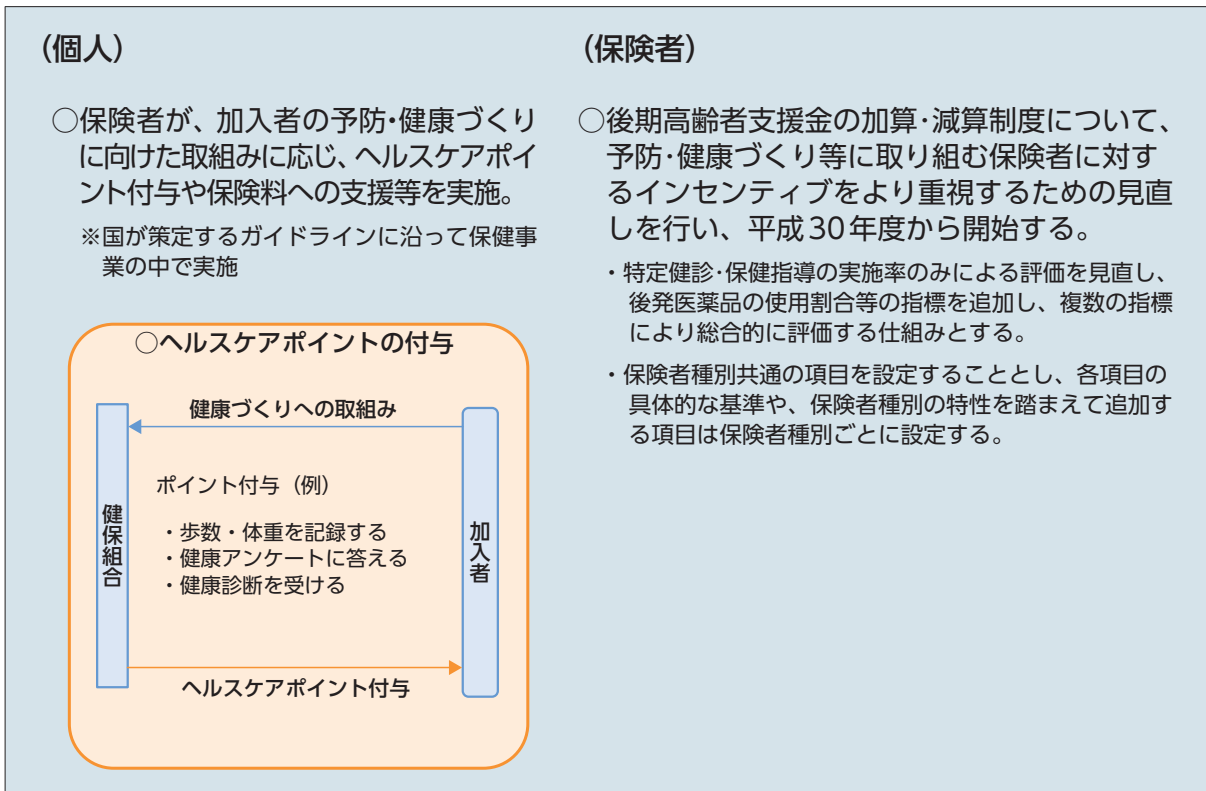
(以下略)

（個人にはヘルスケアポイント付与やセルフメディケーション税制、保険者には保険者ごとのインセンティブ強化策といった仕組みを検討することが求められている）

個人に対するインセンティブについては、健康づくりを行った場合に健康グッズ等と交換できるヘルスケアポイントの付与等を行い、健康づくりを促す取組みの推進が、保険者に対するインセンティブについては、現行制度を見直し、保険者が保健事業に取り組んだ場合に、その実施状況に応じて支援金を交付する制度の創設等、保険者ごとにインセンティブを強化する仕組みの検討が求められている。

具体的には、現在、以下のとおり検討を進めている（[図表4-2-8](#)）。

図表 4-2-8 個人や保険者による予防・健康づくりのインセンティブの強化



(1) 個人に対するインセンティブ

(ヘルスケアポイント付与を実施する際のガイドラインを策定)

まず、個人による予防・健康づくりのインセンティブの強化については、2015年9月より、保険者、医療関係者及び学識経験者により構成される「個人への予防インセンティブ検討ワーキンググループ」を6回にわたり開催し、ヘルスケアポイント付与等を実施する際のガイドラインの策定を行った。

ガイドラインは、健康長寿社会の構築に向け、国民一人ひとりが、「自らの健康は自らがつくる」という意識を持ち、個人が具体的行動として第一歩を踏み出すことが重要であるとの考えに立ち、インセンティブを提供するに当たっての基本的な考え方及び留意点を示したものとなっている。具体的には、レーダーチャートやグラフも活用しながら分かりやすく健診結果等を提供すること、個人の努力の評価に当たって、健康教室への参加やウォーキングなどの本人の積極的な取組みを重視すること、報奨の内容は多様な個人の価値観に合わせ、健康グッズや社会的な表彰などの多様なものとするのが望ましいことなどを示すとともに、取組みを広めるための推進方策についても、事例も交えながら紹介している。

当たり前だが、病気になると本人も不幸だし、医療費もかかり社会的にもいいことではない。しかしながら、皆さん日々忙しい生活を送っているからかもしれないが、個人の健康づくりに関する意識は十分とは言えず、生活習慣病の予防に必要な運動もされていないというのが現実だ。

そこで、最近は健康保険組合などで「ヘルスケアポイント」という試みがされている。加入者が健診を受けたり、健康づくりのため運動したりした場合にポイントが付与され、そのポイントを使用してモノなどと交換できるという仕組みである。

ここではグラクソ・スミスクラインという大手製薬メーカーの健康保険組合（以下「GSK 健保」）の取組みについて取り上げる。GSK 健保では2013（平成25）年度から「インセンティブプログラム」というヘルスケアポイント（GSKポイント）を付与するシステムを導入した。

ポイントについては、①健診の結果に応じたポイントと②生活習慣改善への努力に応じたポイントに分けられる。①については、「健診の結果が良かった人」や「健診の結果が改善した人」にポイントが付与される。②については、KENPOSという専用ウェブ上でまず30問の間診を受けると改善すべきカ

テゴリが分かる（例えば「栄養・食生活が問題」など）ので、自ら行動目標を設定し（例えば「週に5日以上腹八分とする」など）、実行し、達成したその結果をKENPOSに入力するとポイントが付与される。

貯まったポイントについては、アマゾンなどのウェブポイントと交換、歯磨きセットとの交換、カタログ（結婚式の引き出物であるようなカタログ）からグルメ、キッチン用品、家電といったものから選んで交換という形で交換できる。

3年ほどこの仕組みをGSK 健保が実施した結果、「健診の結果に応じたポイント」は自動的に入力されることもあり、多くの社員が付与された。自身が目標設定して実行し入力する「生活習慣改善への努力に応じたポイント」は全社員3,300人の中で500～600人の付与に留まっており、リピーターが多いという。

GSK 健保が実施したアンケートの結果で、この仕組み自体を「よくわからない、あまり興味がない」「知っているが、めんどうなのでポイント交換を利用したことがない」という人が約半数を占めるように、「仕組みが十分に周知されていない」、「使い勝手がよくない」という課題もわかった。これらに対しては広報を強化するとともに、いちいちウェブ上で記録しなくてもよいよう、ウェアブル端末の利用で日々の活動量を「見える化」する仕組みを検討しているようだ。

健康保険法等が改正され、健康保険組合等の保険者が加入者の行う予防・健康づくりを支援することが努力義務として位置づけられた（2016（平成28）年4月から）。これから全国で様々な新たな取組みが進んで行くであろう。

日付	ポイントの種類	獲得	消費	残高
2016/03/02(木)	交換		-6,000	取引番号: 021523
2016/02/02(月)	健康	2,000		健診キャンペーン
2015/12/29(火)	健康	500		健診ポイント (24時間検体採集装置)
2015/12/29(火)	健康	1,000		健診ポイント (24時間検体採集装置)
2015/12/29(火)	健康	200		生活習慣改善キャンペーン (行動記録簿、記録)
2015/12/29(火)	健康	300		生活習慣改善キャンペーン (記録簿)
2015/09/15(月)	健康	300		生活習慣改善キャンペーン (記録簿)
2015/09/15(月)	健康	300		生活習慣改善キャンペーン (記録簿)
2015/07/31(土)	健康	1,000		健診キャンペーン
2015/05/02(木)		0		
2015/05/01(水)	交換		-500	取引番号: 013052
2015/05/01(水)	交換		-2,200	取引番号: 013049
2015/05/01(水)	交換		-300	取引番号: 013139
2014/12/22(木)	健康	1,000		健診ポイント (24時間検体採集装置)
2014/12/22(木)	健康	1,000		健診ポイント (24時間検体採集装置)
2014/02/02(月)	健康	1,000		健診キャンペーン

KENPOS上の個人のGSKポイントのページ

(薬局で購入した一定の医薬品の代金を所得控除の対象とするセルフメディケーション税制を創設する)

さらに、自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てするというセルフメディケーションを推進する観点から、市町村や医療保険者等が行う特定健康診査、予防接種、定期健康診断、がん検診等の健康の維持増進・疾病の予防の取組みを行った人

が、薬局で一定の医薬品を購入した場合に、その代金の一部を所得控除の対象とする制度（セルフメディケーション税制）を創設した（例えば、インフルエンザの予防接種を受けた人が、薬局で一定の風邪薬を購入した場合などが対象となる。）（図表4-2-9）。

図表4-2-9 セルフメディケーション（自主服薬）推進のための医療費控除の特例の創設

適切な健康管理の下で医療用医薬品からの代替を進める観点から、健康の維持増進及び疾病の予防への取組として一定の取組（※1）を行う個人が、平成29年1月1日から平成33年12月31日までの間に、自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族に係る一定のスイッチOTC医薬品（※2）の購入の対価を支払った場合において、その年中に支払ったその対価の額の合計額が1万2千円を超えるときは、その超える部分の金額（その金額が8万8千円を超える場合には、8万8千円）について、その年分の総所得金額等から控除する。

（※1）特定健康診査、予防接種、定期健康診断、健康診査、がん検診

（※2）要指導医薬品及び一般用医薬品のうち、医療用から転用された医薬品（類似の医療用医薬品が医療保険給付の対象外のものを除く。）。本特例の適用を受ける場合には、現行の医療費控除の適用を受けることができない。

※セルフメディケーションは、世界保健機関（WHO）において、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」と定義されている。

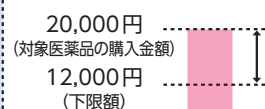
■対象となる医薬品（医療用から転用された医薬品：スイッチOTC医薬品）について

○スイッチOTC医薬品の成分数：82（平成28年6月1日時点）

- 対象となる医薬品の薬効の例：かぜ薬、胃腸薬、鼻炎用内服薬、水虫・たむし用薬、肩こり・腰痛・関節痛の貼付薬
- 具体的な対象医薬品の範囲等は、厚生労働省ホームページに掲載。

本特例措置を利用する時のイメージ

○課税所得400万円の者が、対象医薬品を年間20,000円購入した場合（生計を一にする配偶者その他の親族の分も含む）



○8,000円が課税所得から控除される
(対象医薬品の購入金額：20,000円-下限額：12,000円=8,000円)

○減税効果

- ・所得税：1,600円の減税効果(控除額：8,000円×所得税率：20%=1,600円)
- ・個人住民税：800円の減税効果(控除額：8,000円×個人住民税率：10%=800円)

(2) 保険者に対するインセンティブ

（健康保険組合等の現役世代が加入する保険者に関しては、後期高齢者支援金の加算・減算制度について、保険者が予防・健康づくりに取り組むインセンティブを高めるための見直しを行う）

また、保険者に対する予防・健康づくりのインセンティブの強化については、2015年10月より、保険者、医療関係者及び学識経験者により構成される「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」を開催し、予防・健康づくりに取り組む保険者に対するインセンティブをより重視するための見直しを行い、2018（平成30）年度から実施する予定である。

後期高齢者支援金は、75歳以上の高齢者の医療給付費の一部を健保組合などの保険者（現役世代）が拠出して支えるものであるが、各保険者の特定健康診査・特定保健指導の実施状況に応じ、実施状況が著しく高い保険者においては支援金が減算され、実施率が0%の場合には加算される制度が2013年度よりスタートしている（加算・減算制度）。これを見直し、よりインセンティブを重視する仕組みとするとともに、例えば後発医薬品の使用割合や糖尿病等の重症化予防の取組みの実施状況なども指標として追加するなど、複数の指標により評価する仕組みとすることになっている（図表4-2-10、図表4-2-11）。

図表4-2-10 保険者に対する予防・健康づくり等のインセンティブの見直しについて

〈現行（～2017（平成29）年度）〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度				なし
指標	特定健診・保健指導の実施率				

〈見直し後（2018（平成30）年度～）〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（都道府県・市町村）	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設	各国保組合の取組等を特別調整補助金に反映	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
指標	保険者種別共通の項目を設定（各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は保険者種別毎に設定）				

- なお、指標の設定に当たっては、以下の附帯決議に留意する必要がある。
 ◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議
 参議院厚生労働委員会
- 一、国民健康保険について
- 5 保険者努力支援制度の実施に当たっては、保険者の努力が報われ、医療費適正化に向けた取組等が推進されるよう、綿密なデータ収集に基づく適正かつ客観的な指標の策定に取り組むこと。

図表4-2-11 今後の保険者における予防・健康づくり等の取組の推進に当たって共通的に評価する指標

- 保険者による健診・保健指導等に関する検討会（座長：多田羅浩三日本公衆衛生協会会長）において、今後、保険者が種別に関わりなく共通的に取り組むべき指標について検討し、以下のとおり、2016年1月にとりまとめた。

ア 予防・健康づくりに係る指標

【指標①】 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、健診未受診者・保健指導未利用者対策

【指標②】 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診や歯科健診などの健（検）診の実施、健診結果等に基づく受診勧奨や精密検査の必要な者に対する働きかけ、歯科のリスク保有者への保健指導等の取組の実施状況

【指標③】 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 糖尿病等の治療中断者への働きかけや、治療中の加入者に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導等を実施する取組

【指標④】 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- ITC等を活用して本人に分かりやすく健診結果の情報提供を行うことや、ヘルスケアポイント等による予防・健康づくりへのインセンティブ付与の取組のうち、実効性のあるもの

イ 医療の効率的な提供への働きかけに係る指標

【指標⑤】 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 地域のかかりつけ医師、薬剤師等との連携の下、重複頻回受診者、重複服薬・多剤投与と思われる者への訪問指導の実施や、訪問による残薬確認・指導等の取組

【指標⑥】 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品差額通知の実施や後発医薬品の希望カードの配付など、実施により加入者の後発医薬品の使用を定着・習慣化させ、その後の後発医薬品の継続使用に資するもの

(国民健康保険については、保険者努力支援制度を創設)

また、国民健康保険については、2018（平成30）年度に保険者努力支援制度を創設し、保険者としての努力（生活習慣病の予防を行うなど）を行う自治体に交付金を交付するこ

とで財政基盤を強化する仕組みを設けることにしている。さらに、2016年度から保険者努力支援制度の趣旨を現行の補助制度に前倒しで反映することにしている。自治体の努力を評価するための指標は、保険者共通のものに加え、例えば保険料収納率向上のための取組状況などを追加するなど、国民健康保険固有の指標も加えることとされている（図表4-2-12）。

図表4-2-12 保険者努力支援制度 前倒し分の指標の候補

保険者共通の指標	国保固有の指標
指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 <input type="checkbox"/> 特定健診受診率 <input type="checkbox"/> 特定保健指導受診率 <input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	指標① 収納率向上に関する取組の実施状況 <input type="checkbox"/> 保険料（税）収納率 ※過年度分を含む
指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況 <input type="checkbox"/> がん検診受診率 <input type="checkbox"/> 歯科疾患（病）検診実施状況	指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況 <input type="checkbox"/> データヘルス計画の策定状況
指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況 <input type="checkbox"/> 重症化予防の取組の実施状況	指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況 <input type="checkbox"/> 医療費通知の取組の実施状況
指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況 <input type="checkbox"/> 個人へのインセンティブの提供の実施 <input type="checkbox"/> 個人への分かりやすい情報提供の実施	指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況 <input type="checkbox"/> 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組
指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況 <input type="checkbox"/> 重複服薬者に対する取組	指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況 <input type="checkbox"/> 第三者求償の取組状況
指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況 <input type="checkbox"/> 後発医薬品の促進の取組 <input type="checkbox"/> 後発医薬品の使用割合	

(3) 個人に対するインセンティブ強化策の実例

(個人向けインセンティブの強化については、既に実施している健康保険組合や市町村がある)

これまで紹介したもののうち、個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの強化については、すでに一部の健康保険組合や市町村で、被保険者がウォーキングやジョギング等の健康づくりを行った場合に、健康グッズやスポーツクラブ利用券等と交換できるポイント（ヘルスケアポイント）を付与する取組を実施している。

また、ICTを活用し、例えば個人が行ったジョギングやウォーキングの量などを可視化し、さらに頑張ろうという動機付けを行うようにしたり、健診の結果を本人の意思でスマホに取り込み、自分の健康管理に利用したりするといった試みもなされている。

3 健康づくり施策を実施する主体の連携

(健康づくりを進める主体が連携することが、効率的かつ効果的な事業実施のために重要)

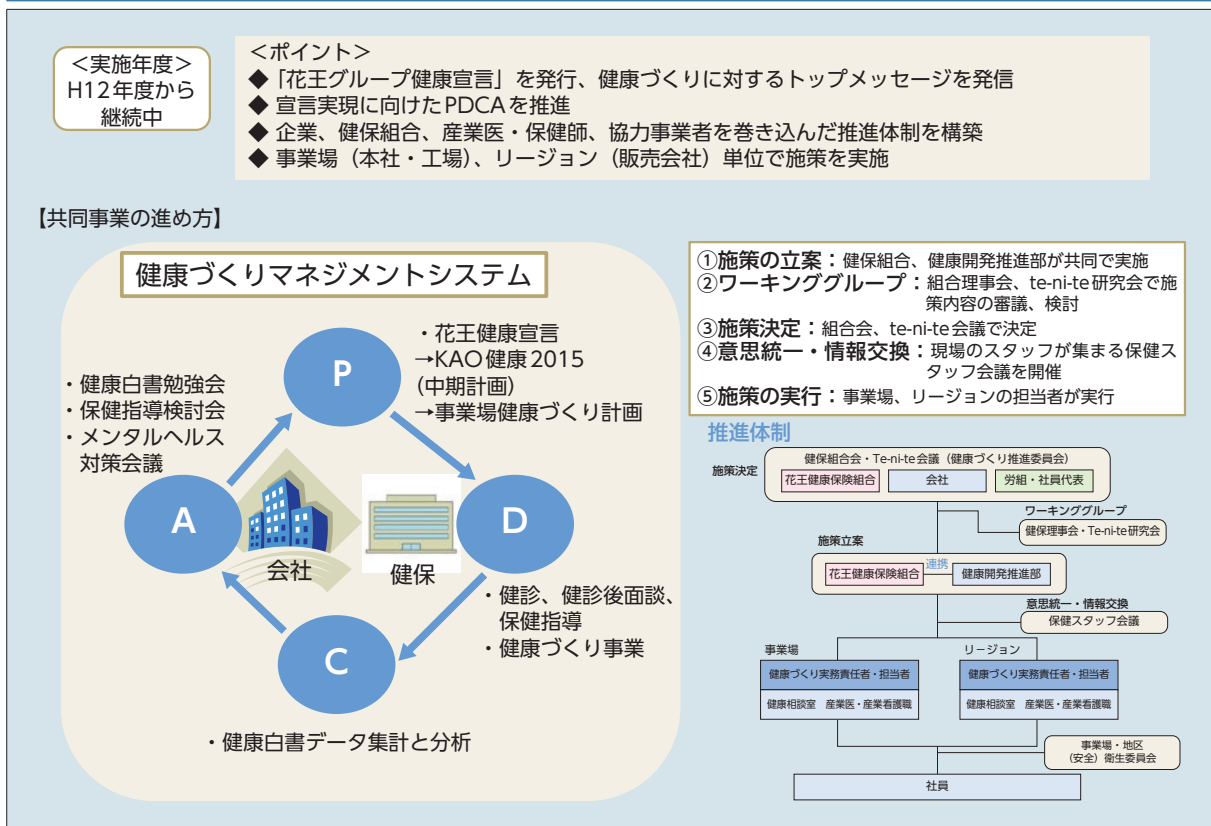
健康づくりに取り組む主体としては個人、医療保険者、地方自治体、医療関係者等様々な者がおり、こうした者が連携しつつ施策を展開していくことが、効率的かつ効果的な保

健事業の実施のためには重要である。例えば、健診などにより保険者が医療機関未受診者等の情報を把握している場合、その情報をもとに受診勧奨を行い、医療機関での治療につなげたり、専門的な知識を有する医療関係者と連携する保健指導をしたりすることができれば、重症化を予防することができる。このように、健康づくりに取り組む主体が互いに連携することは、非常に有益である。

(健康づくりを進める主体が連携するため、コラボヘルスなどの取組みが行われている)

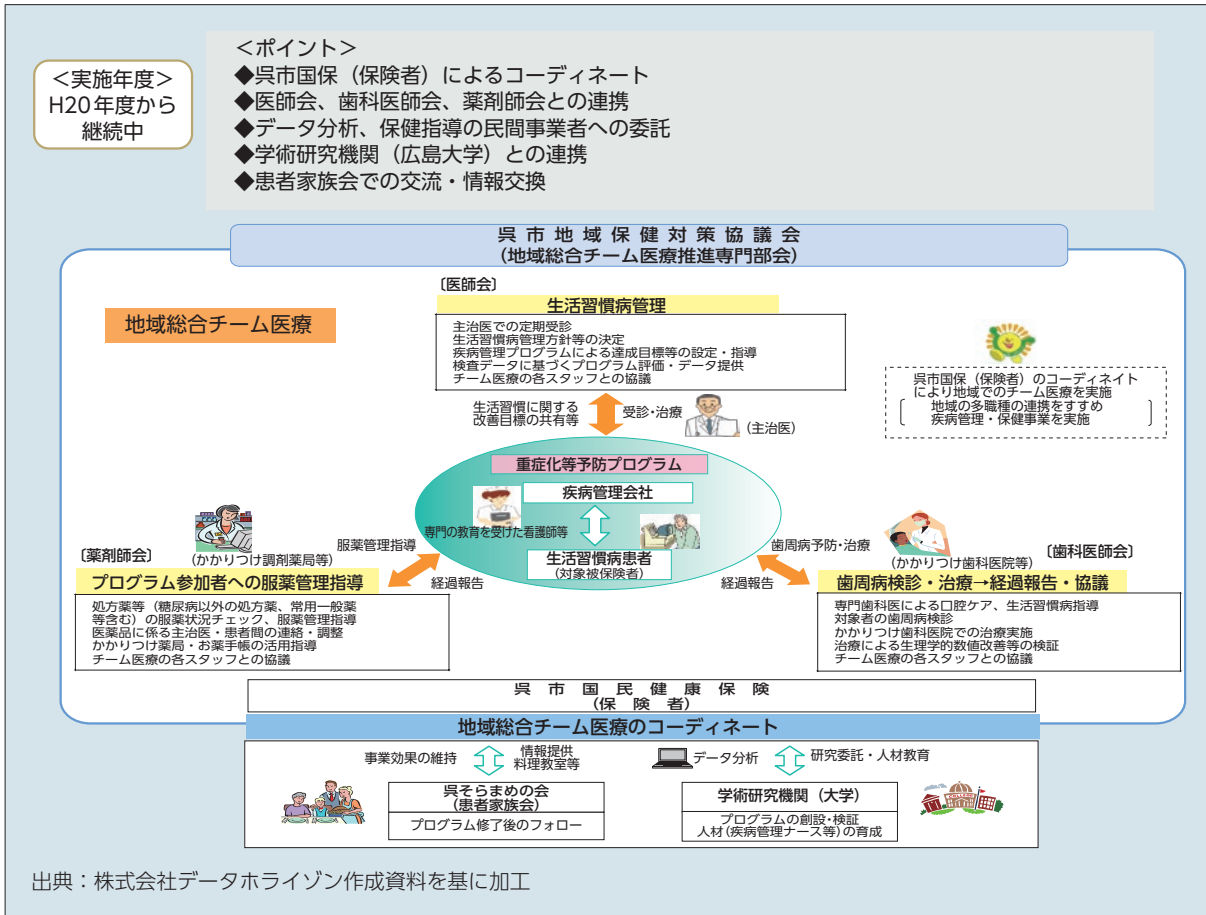
健康づくりのために行われている様々な施策について、市町村、医療保険者や事業主、医療関係者などの連携が不十分との課題を解決するため、保険者と事業主が協働して従業員の健康づくりの推進を行うコラボヘルスという取組みが行われている（図表4-2-13）。

図表4-2-13 コラボヘルスの例（花王株式会社）

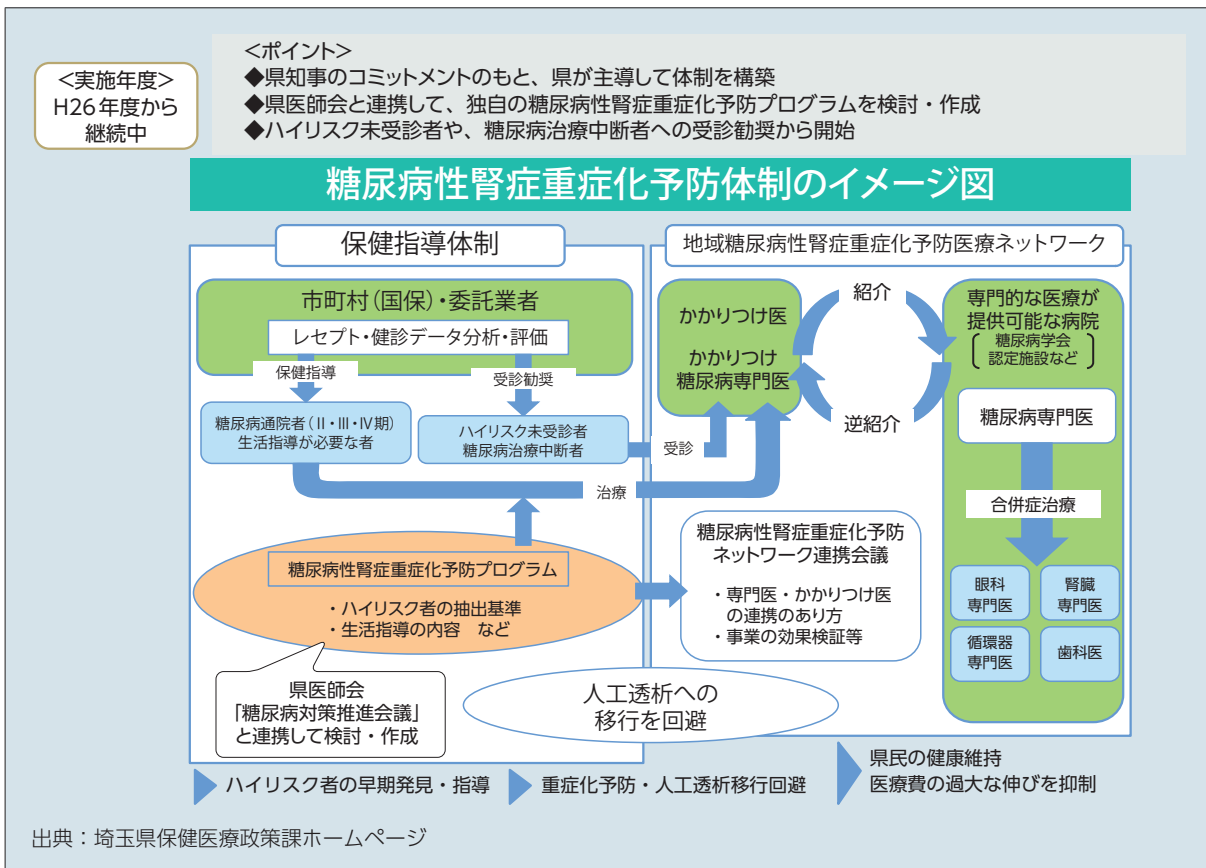


このほか、国民健康保険の保険者である市町村がデータ分析や保健指導を行う民間事業者、医師会、歯科医師会、薬剤師会といった専門家集団とのコーディネートを行い、重症化予防や重複受診者・頻回受診者に対する訪問指導等の取組みを行うもの、県庁が主導して体制を構築し、県医師会等とともに独自の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを作成するものなど、様々な形で各主体の連携が進んでいる（図表4-2-14、図表4-2-15）。

図表4-2-14 市町村の国民健康保険がコーディネートを行う例（広島県呉市）



図表4-2-15 県主導で体制を構築する例（埼玉県）



(全国で行われている取組を横展開するため、日本健康会議が開催されている)

こうした各地で行われている先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げ、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化も図ることを目的として、経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが一同に会する「日本健康会議」が2015年7月に発足した(図表4-2-16)。

日本健康会議では、2020年までのKPIを入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択し、宣言ごとにワーキンググループを設置して、厚生労働省等の協力のもと、具体的な推進方策を検討することになっている(図表4-2-17)。

図表4-2-16 日本健康会議

- ◆経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導の活動体である「日本健康会議」を2015年7月10日に発足。
- ◆自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、2020年までの数値目標(KPI)を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆この目標を着実に達成するため、
 - ①取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
 - ②「日本健康会議ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

日時：2015年7月10日(金) 11:45-12:35

会場：ベルサール東京日本橋

人数：報道メディア、保険者、関係者など、計1,000名程度

1. 趣旨説明	日本商工会議所	(会頭)	三村明夫)
2. キーノートスピーチ	東北大学大学院 医学系研究科	(教授)	辻 一郎)
3. メンバー紹介			
4. 「健康なまち・職場 づくり宣言2020」	健康保険組合 連合会	(会長)	大塚陸毅)
5. 今後の活動について	日本医師会	(会長)	横倉義武)
6. 来賓挨拶 (総理挨拶)	厚生労働省	(大臣)	塩崎恭久)
		(官房副長官)	加藤勝信)
7. フォトセッション			



日本健康会議の様子

(参考) 第二部 先進事例の取組紹介 (13:00-15:00)

- ・津下一代 (あいち健康の森健康科学総合センター長)・西川太一郎 (東京都荒川区長)・向井一誠 (協会けんぽ広島支部長)
- ・谷村遵子 (三菱電機健康保険組合)・南場智子 (株式会社ディー・エヌ・エー取締役会長)

図表4-2-17 健康なまち・職場づくり宣言2020

健康なまち・職場づくり宣言2020	
宣言1	予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。
宣言2	かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。
宣言3	予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。
宣言4	健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。
宣言5	協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。
宣言6	加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術 (ICT) 等の活用を図る。
宣言7	予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。
宣言8	品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用動奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

4 フレイル対策

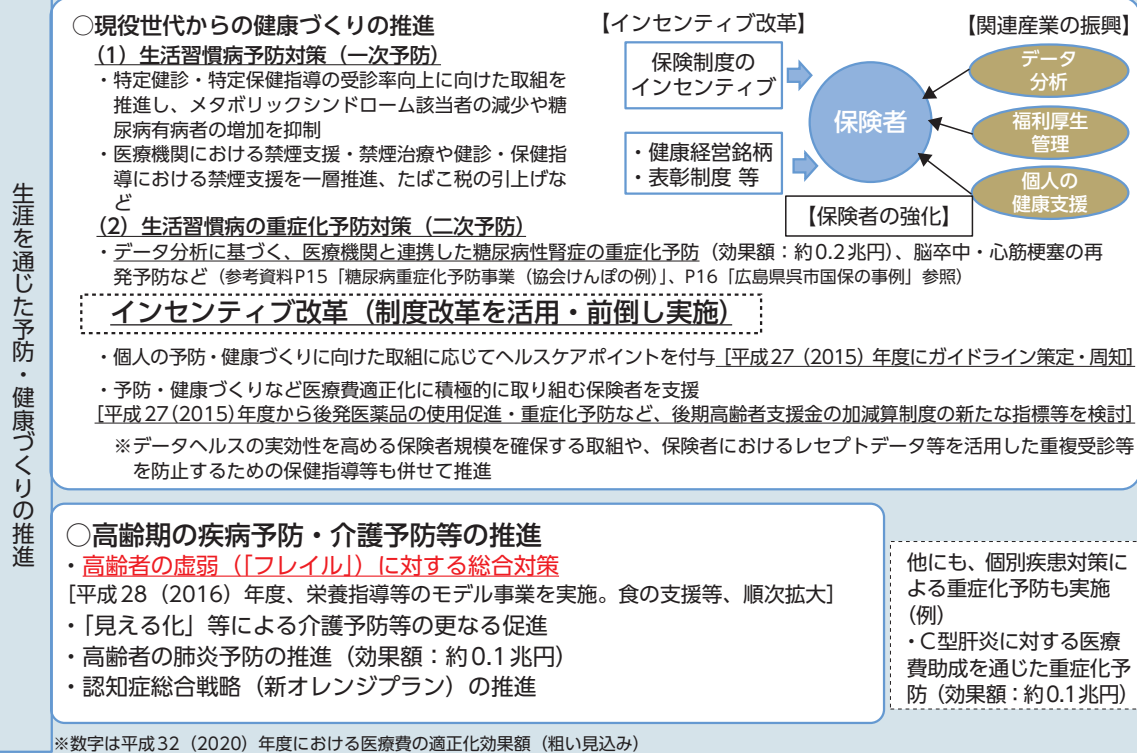
(高齢者となった後の健康維持を支援するための取組み)

これまででは、高齢者となった際に健康で活躍するためには、現役時代からの健康づくりが重要との考えから、こうした現役世代を含めた人々の健康づくりについて見てきたが、ここでは、主として高齢者となった後の健康維持を支援するための取組みについて見てみたい。

多くの場合、健康であった高齢者が介護を必要とする状態に至るまでの間には、加齢により心身の活力が徐々に低下していく等の中間的な段階がある。この段階で適切な支援を行うことにより、要介護の状態となるのを食い止めたり遅らせたりすることや、疾病の重症化等を予防することが可能であると考えられる。こうした観点から、2015年5月26日の経済財政諮問会議において、厚生労働大臣が、「中長期的視点に立った社会保障政策の展開」の中の重点改革事項の一つとして、「保険者が本来の機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現」を挙げ、その中で、高齢者の疾病予防・介護予防等の推進を図るため、高齢者の虚弱（「フレイル」）に対する総合対策を行うと表明した（図表4-2-18）。

図表 4-2-18 2015年5月26日経済財政諮問会議厚生労働大臣提出資料（一部修正）

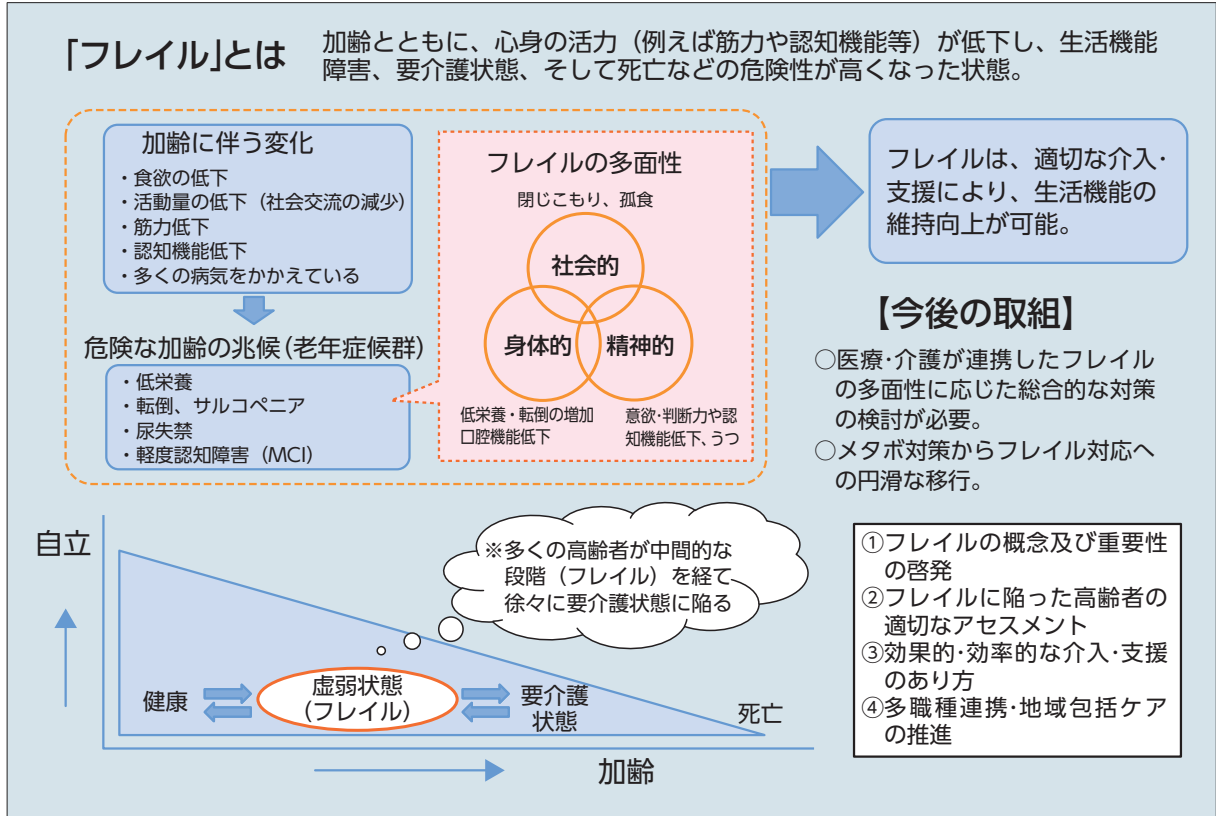
Ⅲ 重点改革事項① 保険者が本来の機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現



（フレイルの定義）

フレイルとは、学術的な定義は定まっていないが、加齢とともに、心身の活力（運動機能、認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能障害が起きたり、要介護状態となったり、疾病等の重症化を招いたりするなど、心身の脆弱化が出現するが、一方で、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態のことを指している（図表4-2-19）。

図表4-2-19 高齢者の虚弱（「フレイル」）について



（経済財政運営と改革の基本方針2015や経済・財政再生計画改革工程表でもフレイル対策について言及）

これを踏まえ、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定）で、インセンティブ改革の項目において、「民間事業者の参画も得つつ高齢者のフレイル対策を推進する」とされた。

また、「経済・財政再生計画改革工程表」（平成27年12月24日経済財政諮問会議決定）において、2020年度までに達成するKPIとして、かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む広域連合の数を24、低栄養の防止の推進など高齢者のフレイル対策に資する事業を行う広域連合の数を47とすることとされている（図表4-2-20、図表4-2-21）。

図表 4-2-20 経済・財政再生計画 改革工程表 (2015年12月24日 経済財政諮問会議決定) ①

2014・2015年度	集中改革期間			2019年度		
	2016年度	2017年度	2018年度			
	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会		
<p><⑩全ての国民が自ら生活習慣病を中心とした疾病の予防、重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診等の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築></p> <p>保険者による疾病の予防、重症化予防、介護予防等の取組を推進</p> <p>個人による疾病の予防、重症化予防、介護予防等の取組を推進</p> <p><⑬国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行制度に前倒しで反映></p> <p><⑭保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化に係る制度設計></p> <p><(i) 2018年度までに国民健康保険の保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立></p>						
<p>保険者の医療費適正化への取組を促すための指標（後発医薬品の使用割合、重症化予防の取組、重複投薬等）を検討し、2015年度中に決定</p>	<p>・新たな指標の達成状況に応じ保険者のインセンティブを強化する観点から、2016年度から国民健康保険の特別調整交付金の一部において傾斜配分の仕組みを開始</p> <p>・保険者努力支援制度の具体的な仕組み（評価指標、支援額の算定方法等）を検討し、2018年度までに運用方法を確立</p>			<p>国民健康保険の保険者努力支援制度を2018年度より本格実施</p>	<p>加入者自身の健康・医療情報を、情報通信技術（ICT）等を活用し、本人に分かりやすく提供する保険者【100%】</p> <p>かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体の数【800市町村】、広域連合の数【24団体】</p> <p><続く></p>	<p>健康寿命【2020年までに1歳以上延伸】</p> <p>生活習慣病の患者及びリスク者【2022年度までに糖尿病有病者の増加の抑制1000万人】</p> <p>【2020年までにメタボ人口2008年度比25%減】</p> <p>【2022年度までに高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）男性134mmHg、女性129mmHg】</p> <p><続く></p>

第4章

人口高齢化を乗り越える視点

図表 4-2-21 経済・財政再生計画 改革工程表 (2015年12月24日 経済財政諮問会議決定) ②

2014・2015年度	集中改革期間			2019年度		
	2016年度	2017年度	2018年度			
	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会		
<p><⑮ヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与による健康づくりや適切な受診行動等の更なる促進></p>						
インセンティブ改革	<p>ヘルスケアポイントの付与や保険料への支援になる仕組み等の実施に係るガイドラインを2015年度中に策定</p>	<p>ガイドラインに基づき、各保険者においてヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与の取組を順次実施</p>			<p>【800市町村】</p>	<p><前々頁・前頁参照></p>
	<p><⑯高齢者のフレイル対策の推進></p>	<p>後期高齢者の特性に応じて、専門職（管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等）が、対応の必要性の高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等のモデル事業を実施</p>			<p>【600保険者】</p>	<p>低栄養の防止の推進など高齢者のフレイル対策に資する事業を行う後期高齢者医療広域連合数【47広域連合】</p>
	<p>効果的な栄養指導等の研究</p>	<p>専門家や関係者による検討ワーキングチームにおいて、事業内容の効果検証等を実施</p>			<p>本格実施</p>	

(管理栄養士等の専門職が訪問等して高齢者を支援)

高齢者のフレイル対策の具体的な取組みとして、厚生労働省では、後期高齢者医療の保健事業を担う後期高齢者医療広域連合において、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等の専門職が、低栄養や筋力低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のために、地域の実情に応じ地域包括支援センターや保健センター等を活用し、必要性の高い高齢者への介入、支援（栄養や口腔に関する指導や相談などの食の支援や服薬相談・指導等）を行うことを推進する事業を行っている（2016年度予算で3.6億円）（**図表4-2-22**）。

また、介護保険制度の一般介護予防事業や介護予防・生活支援サービス事業においても、高齢者の心身の状態等の把握を行い、被保険者が要介護状態になるのを防止すべく努めている。

図表4-2-22 経済財政運営と改革の基本方針2015（2015年6月30日閣議決定）



(特に後期高齢者についてはフレイル進行が顕著なため、高齢者の特性を踏まえた適切な保健事業のあり方を今後ワーキンググループで議論していく)

また特に、75歳以上の後期高齢者についてはフレイルの進行が顕著であり、今後の後期高齢者医療における保健事業では、重症化予防や心身機能の低下防止などの高齢者の特性に応じた具体的な取組みが必要であるとして、2015年度厚生労働科学研究特別研究において、後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究が行われた。

2016年3月に出された報告書では、現役世代の肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策からフレイルに着目した対策に徐々に転換することが必要、生活習慣病の発症予防というよりは、生活習慣病の重症化予防や低栄養、運動機能・認知機能の低下などフレイルの

進行を予防する取組みがより重要、等の指摘がされた。そこで、同年度から、この報告をベースとして、厚生労働省に医療関係者や保険者などの関係者を含め「高齢者の保健事業の在り方に関する検討ワーキンググループ」を設け、より効果的で実効性のある保健事業の在り方を議論、検討するとともに、高齢者の特性を踏まえた効果的な保健事業のガイドラインを策定し、広域連合や市町村の保健事業の推進を図ることにしている（**図表4-2-23**）。

図表4-2-23 「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」(ポイント)

○フレイルの予防などを中心とし、後期高齢者の主な特性を踏まえ今後の保健事業のあり方について、提言。
 （※なお、本研究においては、あわせて、後期高齢者の保健事業ガイドライン（試案）も提案。）

1. 高齢者の心身機能の特性

○後期高齢期にはフレイルが顕著に進行。

※「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していないため、本報告書では「加齢とともに、心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。

○慢性疾患を複数保有し、加齢に伴う老年症候群も混在。包括的な疾病管理が重要。

○医療のかかり方として、多機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題。

○健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が大きい。

2. 左記特性を踏まえた後期高齢者の保健事業の在り方・方向性

○現役世代の肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策からフレイルに着目した対策に徐々に転換することが必要。

○生活習慣病の発症予防というよりは、生活習慣病等の重症化予防や低栄養、運動機能・認知機能の低下などフレイルの進行を予防する取組がより重要。

○高齢者の特性に応じた健康状態や生活機能の適切なアセスメントと適切な介入支援が必要。

○したがって、医療保険者としては、介護予防と連携しつつ、広域連合が保有する健診、レセプト情報等を活用しながら、個人差が拡大する後期高齢者の状況に応じ専門職によるアウトリーチを主体とした介入支援（栄養指導など）に取り組むことが適当。

○後期高齢者は慢性疾患の有病率が高く、疾病の重症化予防や再入院の防止、多剤による有害事象の防止（服薬管理）が特に重要であるため、医療機関と連携して保健事業が実施されることが必要。

コラム

管理栄養士の訪問によるフレイル対策
～神奈川県大和市の取り組み～

神奈川県大和市は、2009（平成21）年に「健康都市やまと」を宣言。以来、一人ひとりがいつまでも元気でいられるまちを目指しており、2015（平成27）年には「第4回健康寿命をのぼそう！アワード¹」で厚生労働省健康局長優良賞（自治体部門）を受賞している。

（モデル地区からスタート）

高齢者は食事量の低下や生活環境の変化により、低栄養やフレイルになりやすいため、大和市では市民教室形式の栄養指導を行ってきた。

しかし、この教室に通えるのは元気に外出できる人に限られることから、「こちらからアプローチしなくてはいけない」と発想を転換。2013（平成25）年、鶴間地区をモデル地区として、管理栄養士の訪問による高齢者の相談を開始した。

大和市では、65歳以上の市民を対象に「介護予防アンケート」を実施しており、鶴間地区では7,250名が該当。このアンケートの中で、「体重が6カ月で2～3kg以上減少」と「BMI²18.5未満」の2項目に該当する高齢者58名がフレイルの可能性が高いと判断。このうち、要介護認定になったり、訪問を拒否した人を除く38名（65～93歳）を訪問相談の対象とした。

（訪問相談）

訪問に当たっては、事前に訪問先に電話す

ると断られることもあるため、初回は連絡せずに訪ね、何度か足を運ぶことによって、信頼を得ていった。訪問販売と間違われて、置き手紙などで理解を求めることもあったという。

健康づくり推進課の管理栄養士田中和美さんが手探り状態で訪問相談を始めたところ、「実態は想像以上にひどく、驚いた」という。

訪問相談は、初回訪問から3か月ごと実施。

初回訪問	BMIと体重の減少の理由、買い物の不自由の有無、食事摂取量、健康観について聴取
3か月後	状況の確認
6か月後	目標達成と体重、食事摂取量の変化について確認

訪問先には「健康のためには痩せている方がいい」「コレステロール値が高いので、あまり食べないようにしている」などの誤った考えを持つ高齢者も多く、訪問の度に丁寧な説明を繰り返してきた。

また、田中さんは、「犬と散歩したい」「孫の結婚式に出席したい」など生活スタイルや趣味に合わせた具体的な目標を提案し、適正体重まで増やすよう呼び掛けていった。



（訪問相談の様相）

- 1 生活習慣病の予防の啓発、地域包括ケアシステムの構築に向け介護予防・高齢者生活支援及び母子の健康増進に関して優れた取り組みを行っている企業・団体・自治体を表彰する制度。
- 2 1994（平成6）年にWHOが定めた肥満判定の国際基準Body Mass Index。「体重（kg）÷（身長（m）×身長（m）」により算出する。BMIでは18.5未満を低体重、18.5以上25.0未満を標準、25.0以上30.0未満を肥満（1度）、30.0以上35.0未満を肥満（2度）、35.0以上40.0未満を肥満（3度）、40.0以上を肥満（4度）としている。

訪問では、下表のとおり体重が減少した原因に応じて指導を続けた。

体重減少の原因	指導内容
疾病 (消化器系、呼吸器系、がん等)	・疾病に応じた栄養指導 (腎機能悪化や糖尿病、義歯)
重いものが持てない・外出がおっくう	・軽くてエネルギーの多い食品や配食弁当の紹介 ・食材の宅配の導入
経済的理由	・同じ価格帯での代替食の提案 (総菜パン等) ・日持ちする食品(缶詰等)の利用 ・食費の増額(年金受給の際に乾物等の購入をすすめる)
孤食	・共食を増やす(家族、友人)
買い物、食事の回数・量の減少	・買い物回数、欠食の解消、補食 ・代替食の提案

(2年間の訪問結果)

38名を2年間訪問相談した結果、改善(体重増加1kg以上)22名(58%)、維持(体重増加1kg未満)11名(29%)、悪化(体重減少1kg以上)5名(13%)であった。鶴間以外の地区で「介護予防アンケート」とその後の特定健診結果から体重の増減について320名を調べたところ、改善114名(29%)、維持134名(42%)、悪化72名(23%)であり、鶴間地区は改善した高齢者の割合が他地区に比べて2倍という結果が出た。

(市内全域に拡大)

2年間取り組んだモデル地区は拡大され、2015(平成27)年度は管理栄養士を2名増員し、4名で6地区182名を対象に、さらに、2016(平成28)年度から全内全域400名を対象に訪問相談を行うこととなり、今後の取組みがますます期待される。

Aさん(84歳・女性)の事例

初回訪問時	・体重42kg、BMI17.0 ・体力の低下、体調不良があり、趣味のダンスサークルを休んでいた。
課題	・欠食が多く、エネルギー摂取量とたんぱく質食品の摂取が少ない。
指導内容	・なるべく欠食をやめる。 ・間食にヨーグルト1個や豆乳1杯を飲むようにする。 ・食事の主食(ご飯)の量を1/3杯から1杯に増やす。ご飯1杯が難しければ、きな粉やあんこをつけた餅1個でもよい。
6か月後の変化	・体重2.5kg増加。BMI18.4 ・苦手になっていたヨーグルトが好物になり、ヨーグルトや豆乳を1日3回食べるようになった。 ・初回訪問時は杖がないと歩けなかったが、現在は杖が不要になった。 ・足に筋肉がついたことを実感。毎日徒歩で買い物に行くようになった。 ・雨天以外は、公園で健康遊具を使ったストレッチを行うようになった。 ・ダンスサークルの活動を再開した。

第3節 地域で安心して自分らしく老いることのできる社会づくり

我が国の高齢化は世界に類を見ないスピードで進展し、高齢者人口が急激に増加した。このような社会の変化への対応として、今その構築を目指しているのが「地域包括ケアシステム」である。この概念の具現化に向けて、この概念を構成する医療、介護、予防、生活支援、住まいの5つの要素のそれぞれを充実させるとともに、それらをネットワークとして一体的に提供していかなければならない。また、地域包括ケアシステムを推進していくためには、介護保険等の公的サービスに加え、高齢者の生活の質の向上に資する公定保険外サービス等も充実させていく必要がある。ここでは、地域包括ケアシステムを構築していくための国の方向性や取組みを紹介する。

さらに、第1章で見たとおり、高齢化の状況は地域によって異なるからこそ、それぞれの地域で目指すべき地域包括ケアシステムの姿も変わってくるが、地域の資源を活用しながら、住民を含め地域における多様な主体の連携による「地域づくり」を通して、地域の特性を踏まえた支え合いのネットワークが構築されていくことが重要である。

訪問では、下表のとおり体重が減少した原因に応じて指導を続けた。

体重減少の原因	指導内容
疾病 (消化器系、呼吸器系、がん等)	・疾病に応じた栄養指導 (腎機能悪化や糖尿病、義歯)
重いものが持てない・外出がおっくう	・軽くてエネルギーの多い食品や配食弁当の紹介 ・食材の宅配の導入
経済的理由	・同じ価格帯での代替食の提案 (総菜パン等) ・日持ちする食品(缶詰等)の利用 ・食費の増額(年金受給の際に乾物等の購入をすすめる)
孤食	・共食を増やす(家族、友人)
買い物、食事の回数・量の減少	・買い物回数、欠食の解消、補食 ・代替食の提案

(2年間の訪問結果)

38名を2年間訪問相談した結果、改善(体重増加1kg以上)22名(58%)、維持(体重増加1kg未満)11名(29%)、悪化(体重減少1kg以上)5名(13%)であった。鶴間以外の地区で「介護予防アンケート」とその後の特定健診結果から体重の増減について320名を調べたところ、改善114名(29%)、維持134名(42%)、悪化72名(23%)であり、鶴間地区は改善した高齢者の割合が他地区に比べて2倍という結果が出た。

(市内全域に拡大)

2年間取り組んだモデル地区は拡大され、2015(平成27)年度は管理栄養士を2名増員し、4名で6地区182名を対象に、さらに、2016(平成28)年度から全内全域400名を対象に訪問相談を行うこととなり、今後の取組みがますます期待される。

Aさん(84歳・女性)の事例

初回訪問時	・体重42kg、BMI17.0 ・体力の低下、体調不良があり、趣味のダンスサークルを休んでいた。
課題	・欠食が多く、エネルギー摂取量とたんぱく質食品の摂取が少ない。
指導内容	・なるべく欠食をやめる。 ・間食にヨーグルト1個や豆乳1杯を飲むようにする。 ・食事の主食(ご飯)の量を1/3杯から1杯に増やす。ご飯1杯が難しければ、きな粉やあんこをつけた餅1個でもよい。
6か月後の変化	・体重2.5kg増加。BMI18.4 ・苦手になっていたヨーグルトが好物になり、ヨーグルトや豆乳を1日3回食べるようになった。 ・初回訪問時は杖がないと歩けなかったが、現在は杖が不要になった。 ・足に筋肉がついたことを実感。毎日徒歩で買い物に行くようになった。 ・雨天以外は、公園で健康遊具を使ったストレッチを行うようになった。 ・ダンスサークルの活動を再開した。

第3節 地域で安心して自分らしく老いることのできる社会づくり

我が国の高齢化は世界に類を見ないスピードで進展し、高齢者人口が急激に増加した。このような社会の変化への対応として、今その構築を目指しているのが「地域包括ケアシステム」である。この概念の具現化に向けて、この概念を構成する医療、介護、予防、生活支援、住まいの5つの要素のそれぞれを充実させるとともに、それらをネットワークとして一体的に提供していかなければならない。また、地域包括ケアシステムを推進していくためには、介護保険等の公的サービスに加え、高齢者の生活の質の向上に資する公定保険外サービス等も充実させていく必要がある。ここでは、地域包括ケアシステムを構築していくための国の方向性や取組みを紹介する。

さらに、第1章で見たとおり、高齢化の状況は地域によって異なるからこそ、それぞれの地域で目指すべき地域包括ケアシステムの姿も変わってくるが、地域の資源を活用しながら、住民を含め地域における多様な主体の連携による「地域づくり」を通して、地域の特性を踏まえた支え合いのネットワークが構築されていくことが重要である。

1 地域包括ケアシステムとは何か。今、なぜ地域包括ケアシステムなのか。

(1) 背景

(疾病構造の変化や高齢化により「治し、支える医療」への転換と医療、介護、生活支援等の各種の多様なサービスにより、住み慣れた地域で尊厳ある暮らしの継続を図ることが求められている)

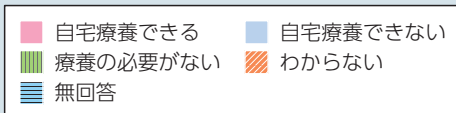
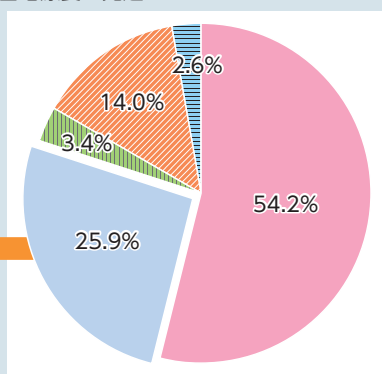
図表1-1-13で見たとおり、疾病構造が変化するとともに、高齢化によって複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす人が増加している。このような変化に対し、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められている。それと同時に、地域での生活を支えるためには、急性期後の長期ケアにかかわる医療、介護、生活支援等の各種の多様なサービスによって、住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続を支援していくことが、高齢者個人の生活の質の向上へとつながると考えられる。

しかしながら、入院患者の退院許可が出た場合の自宅療養の見通しを見ると、「自宅で療養できる」との回答は54.2%である一方で、「自宅で療養できない」との回答も25.9%に上っている。「自宅で療養できない」と回答した者について、自宅療養を可能にする条件を見ると、「入浴や食事などの介護が受けられるサービス」が41.8%と最も高く、次いで、「家族の協力」が35.7%、「療養に必要な用具（車いす、ベッドなど）」が28.4%となっている（図表4-3-1）。

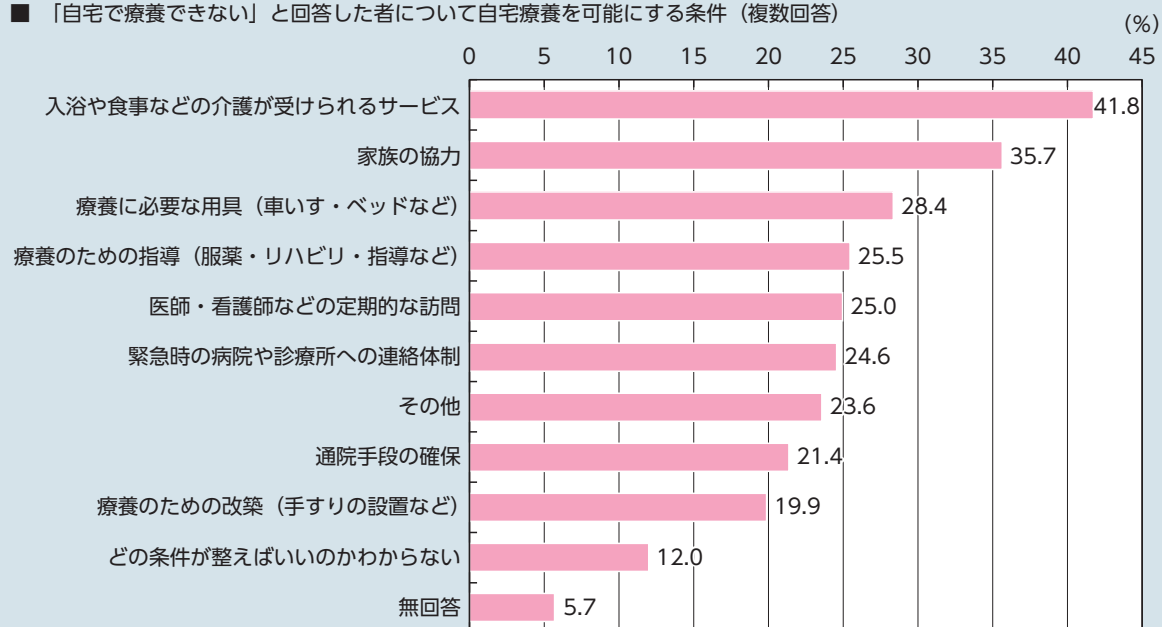
また、退院後の生活の場となる「家庭」については、高齢者の単独・夫婦のみ世帯が増加し、患者を家族の力だけでは支えきれないケースも多くなってきている。それがゆえに、必要なりハビリや状態に応じて必要な医療が身近で提供されるかどうか、急性期後の患者の生活の質（QOL）に大きく関わってくることになる。高齢化が急速に進む中であっても、個々人のレベルで見れば、在宅から再び在宅に戻ってくるように循環する形で、必要な時に必要なサービスが提供される体制が用意されていることが重要である（図表4-3-2）。

図表 4-3-1 退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し

■ 退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し

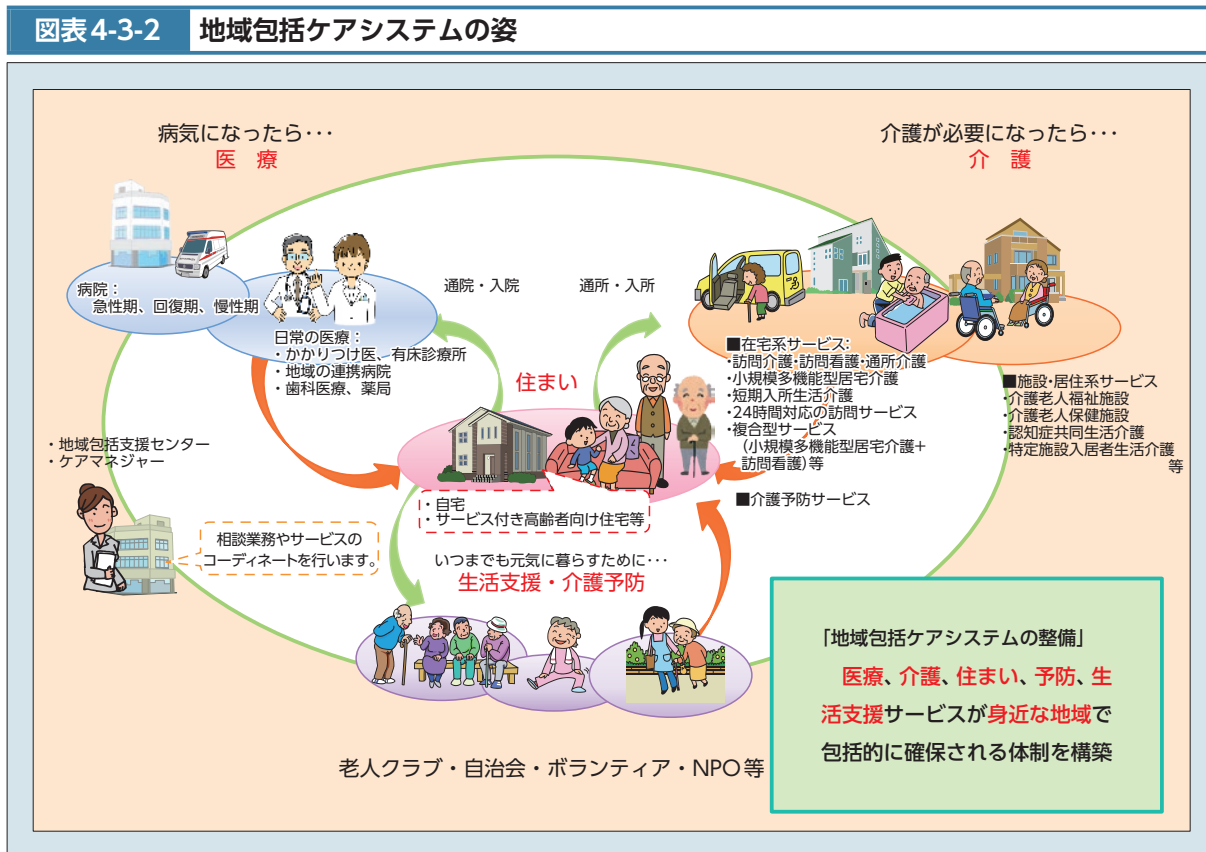


■ 「自宅で療養できない」と回答した者について自宅療養を可能にする条件（複数回答）



資料：厚生労働省政策統括官付保健統計室「受療行動調査」（平成 26 年）

図表 4-3-2 地域包括ケアシステムの姿



(2) 定義

(医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の5つの要素が連携しながら在宅生活を支える仕組み)

地域包括ケアシステムの定義は、2013（平成25）年12月に成立した「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」（以下「社会保障改革プログラム法」という。）第4条第4項に、「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、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」と規定されている。より簡略化すると、「医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に提供されるネットワークを作る」ということになる。

この定義に基づけば、地域包括ケアシステムは大きく5つの要素から構成される。すなわち、①医療、②介護、③介護予防、④住まい、⑤生活支援の5要素であり、高齢の単身者や夫婦のみで構成される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や家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要となる。これを表現したものが図表4-3-3である。この植木鉢の図で、5つの要素は並列的な関係ではなく、「住まい」という土台の上で生活を構築するために必要なのが「介護予防・生活支援」であり、この2つが生活の基礎を構成する。その上に、専門職によってニーズに応じた「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・福祉」といったサービスが提供されることで、5つの要素が相互に関係し連携し合いながら、在宅生活を支える仕組みを構成する。とりわけ、「介護予防」については、自助や互助などの取組みを通して、社会参加の機会が確保され、それぞれの人の日常生活の中で機能が発揮されるため、生活支援と一体となっている。一方で、重度化予防や自立支援に向けた生活機能の改善は生活リハビリテーションを中心に

専門職による多職種連携によって取り組まれるものである。

図表 4-3-3 地域包括ケアシステムの捉え方



- 地域包括ケアシステムの5つの構成要素をより詳しく、またこれらの要素が互いに連携しながら有機的な関係を担っていることを図示したもの。
- 地域における生活の基盤となる「住まい」「介護予防・生活支援」をそれぞれ、植木鉢、土と捉え、専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」を植物と捉えている。
- 植木鉢・土のないところに植物を植えても育たないのと同様に、地域包括ケアシステムでは、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた「住まい」が提供され、その住まいにおいて安定した日常生活を送るための「介護予防・生活支援」があることが基本的な要素となる。そのような養分を含んだ土があればこそ初めて、専門職による「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」が効果的な役割を果たすものと考えられる。

資料：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

(3) 社会保障改革プログラム法制定の経緯

(急速な少子高齢化の中、社会保障制度を持続可能なものとするための改革の方向性を示すもの)

社会保障改革プログラム法の制定経緯についても触れておこう。我が国においては、世界に類を見ないスピードで少子高齢化が進み、社会保障に要する費用（社会保障給付費）が大きく増加する傾向を辿っている。そのような中、今後その財源をどのように安定的に確保し、制度を持続可能なものとするかが大きな課題となっており、社会保障制度を抜本的に見直すため、与野党、政府で様々な議論がなされてきた。その集大成が2013年8月に取りまとめられた「社会保障制度改革国民会議報告書」であり、すべての世代が安心感と納得感の得られる「全世代型」の社会保障制度への転換を図り、社会保障制度を将来世代にしっかりと伝えるために、各分野の改革の方向性が示された。とりわけ、医療・介護分野については、「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」への転換のため、受け皿となる地域の医療・介護の基盤を充実させるとともに、地域ごとに医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク、すなわち「地域包括ケアシステム」の構築を目指すこととされた。これに基づき、社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにする社会保障改革プログラム法が制定され、消費税率を段階的に引き上げ、増収分は社会保障4経費（年金、医療、介護、子育て）に充て、社会保障制度の安定財源の確保を図ることとした。この社会保障改革プログラム法に基づき、上記4分野で法律改正などにより改革を進めているところである。

(4) 地域医療介護総合確保基金

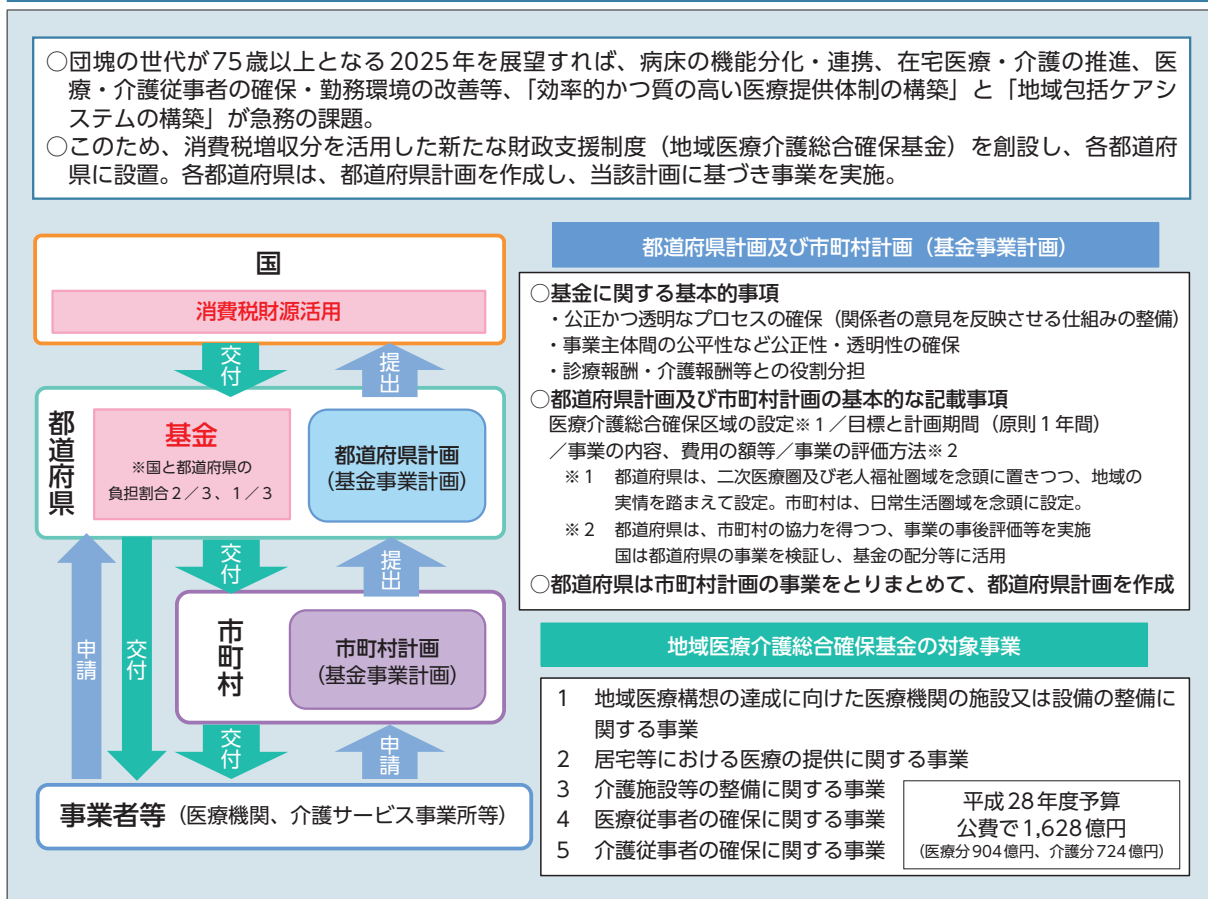
(基金により地域包括ケアシステムの構築に向けた地域での事業を支援)

社会保障改革プログラム法は、今後の改革のプログラム（事項）を規定したものであったが、これを具体化した「医療介護総合確保推進法^{*1}」が、2014（平成26）年6月に成立した。医療介護総合確保推進法においては、地域包括ケアシステムの構築のため、それぞれの地域で様々な事業ができるよう「地域医療介護総合確保基金」が創設された。

この基金を使った具体的な事業の内容については、この後の「医療」や「介護」の部分で触れるので、ここでは簡単に仕組みを説明しておく。

この基金は消費税の増収分を活用したもので、都道府県・市町村が事業計画を作り、これらのうち国が認めたものについて、国の基金から事業費の2/3が交付され、都道府県が残り1/3を負担し、事業者などに交付される（図表4-3-4）。2016（平成28）年度予算では医療分野に係る事業分で602億円（公費全体で904億円）、介護分野に係る事業分で483億円（公費全体で724億円）となっている。

図表 4-3-4 地域医療介護総合確保基金

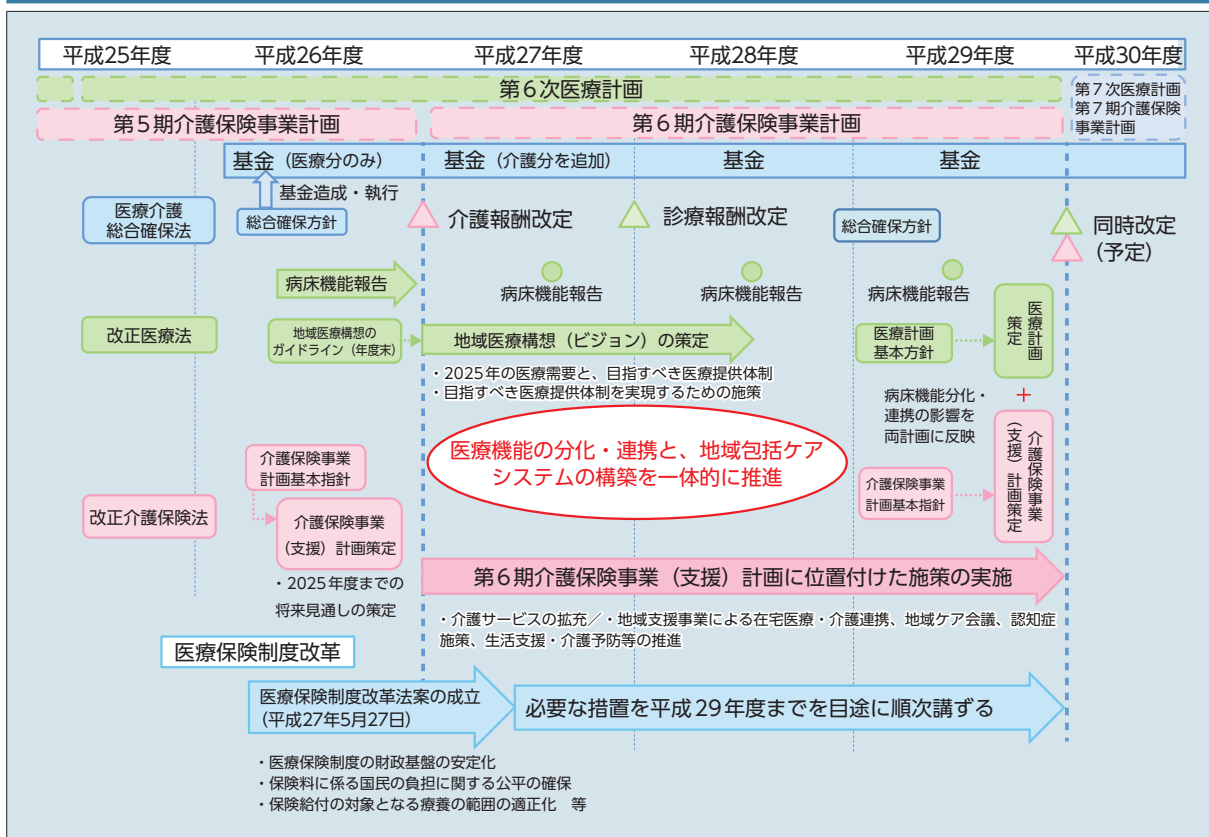


き出しているが、それは「医療」、「介護」など個別の項目でふれるとして、ここでは「地域包括ケアシステム」の実現に向けた道のりを簡単に紹介したい。

医療については「医療計画」が、介護については「介護保険事業（支援）計画」があり、これに基づき都道府県、市町村が実際に政策を実行しているが、これまでは別々の時期に改定されてきたため、開始時期が異なっていた。診療報酬と介護報酬の改定についても概ね同様であった。

「地域包括ケアシステム」については、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年を見据えて、実現に向けて既に様々な取組みが動き出しているが、2018（平成30）年度に医療計画、介護保険事業（支援）計画、診療報酬、介護報酬を同時改定し、医療と介護の取組みに一層の整合性が確保されるよう取り組んでいるところである（図表4-3-5）。

図表4-3-5 医療・介護提供体制の見直しに係る今後のスケジュール



2 医療

(1) 方向性

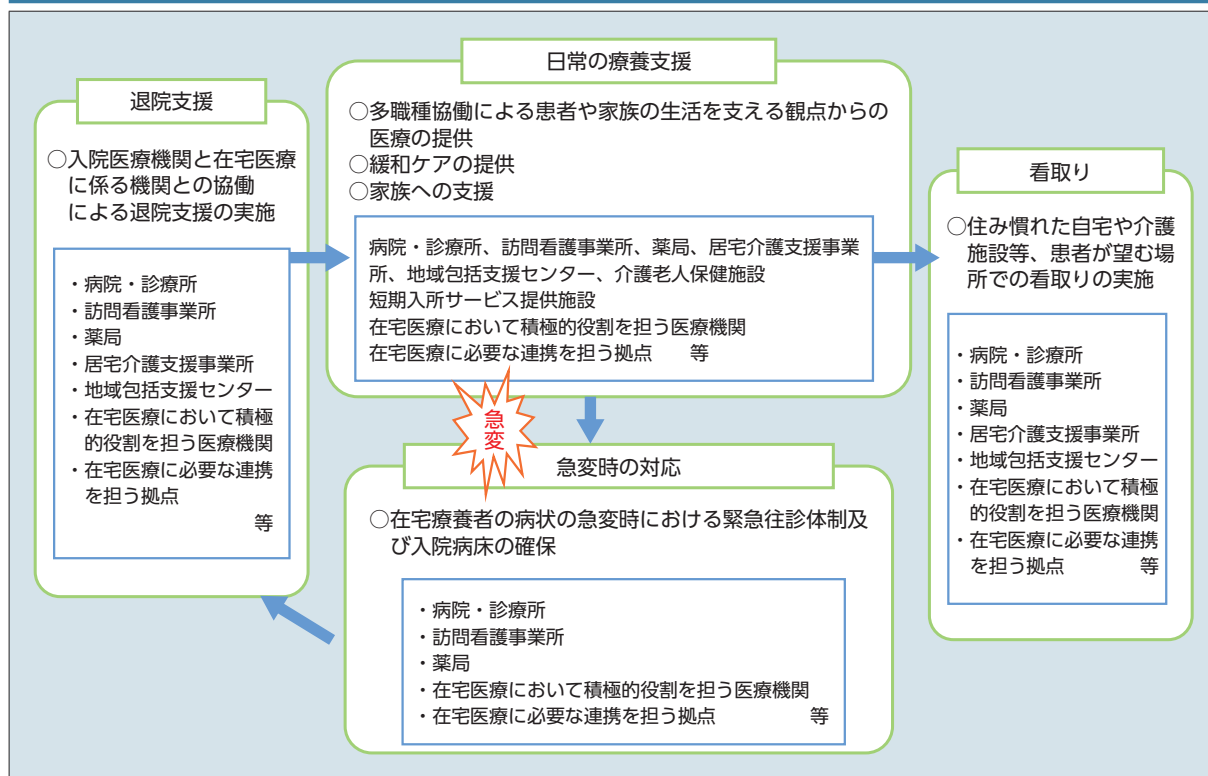
（「治す医療」から「治し、支える医療」への転換を図るため、病院医療の機能分化を進めるとともに、かかりつけ医が参画した地域の在宅医療体制を整備する必要がある）

高齢化の進展に伴い疾病構造が変化していく中で、生活習慣病を持っていることが特別なことではなく、「誰にでも起こりうること」になりつつある。それゆえに、病気を治すというよりも、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、そういった人をどのようにケアしていくかに問題は移行している。これが、よく言われているような、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められているということだ。

その中でも、急性期と連携した地域での在宅医療の果たす役割は非常に大きい。在宅医

療に求められている役割は次の4つの機能に分けられる（図表4-3-6）。1つ目は、入院医療機関と在宅医療機関との協働による「退院支援」である。2つ目は、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリ職種等の多職種連携により、患者の疾患や重症度に応じて、患者や家族の生活を支える観点からの緩和ケアを含む医療の提供を行う「日常の療養生活の支援」である。3つ目は、在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制や入院機能を有する病院・診療所との連携推進による「急変時の対応」である。4つ目は、住み慣れた自宅や介護施設等の患者が望む場所での「看取りの実施」である。このように、在宅医療は、患者が住み慣れた地域で暮らし続けるため、各段階における必要な医療を提供することが期待されており、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素と言える。

図表 4-3-6 在宅医療の体制（イメージ）



また、身近な地域で日常的な医療を受けたり、健康の相談等ができる存在として、かかりつけ医等の普及・定着を図る必要がある。高齢者は複数の疾病を持ち、複数の診療科を受診し、薬の種類も多くなりがちである。そのような時に、かかりつけ薬剤師・薬局と協力して、かかりつけ医が地域の医療現場でリーダーシップを発揮することが求められている。

在宅医療の提供を含む地域包括ケアシステムを、日常生活圏域の中で、これまでの生活との連続性をもって実現するためには、都道府県と市町村が地域の医師会等と協働して、面的で恒久的な地域の在宅医療の体制を構築することが求められる。

（2）病院の医療 ～病床機能の分化・連携～

（「病床機能報告制度」や「地域医療構想」による病床機能の分化・連携）

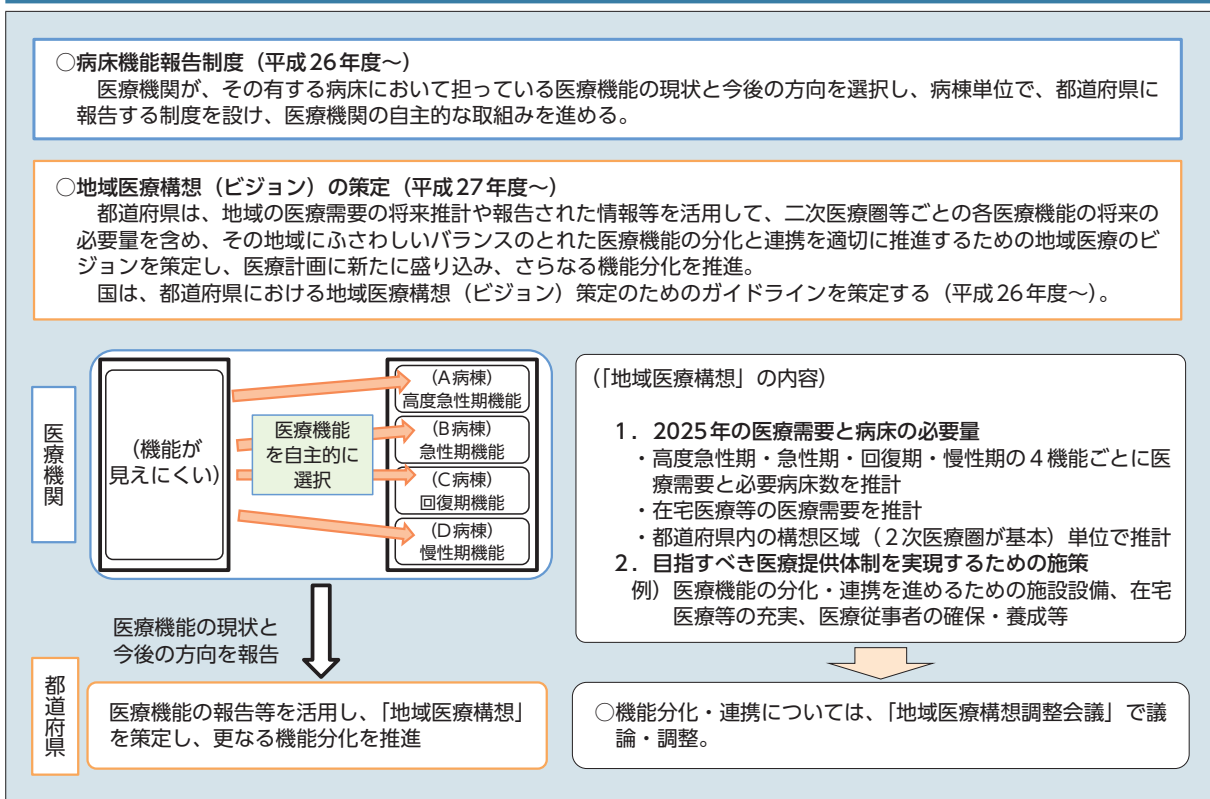
2014（平成26）年6月に医療介護総合確保推進法が成立し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域におけ

る医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法が改正され、「病床機能報告制度」(2014年10月～)と「地域医療構想」(2015(平成27)年4月～)という制度が導入された。

我が国の医療政策については、主として医療法などの法律に基づく制度により対応するものと、医療機関に支払う診療報酬により促進するものがあるが前者に該当する。

「病床機能報告制度」と「地域医療構想」は、病床の機能の分化・連携を推進するための仕組みである(図表4-3-7)。「地域医療構想」は、都道府県が二次医療圏^{*2}を基本とした「構想区域」毎に、2025(平成37)年の「高度急性期機能」「急性期機能」「回復期機能」「慢性期機能」という4機能別の必要病床数を定め、その達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する施策を検討する制度である。

図表4-3-7 病床機能報告制度と地域医療構想(ビジョン)の策定



*2 一般的な入院医療が提供される圏域。全国で344の圏域がある。

図表 4-3-8 病床機能について

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

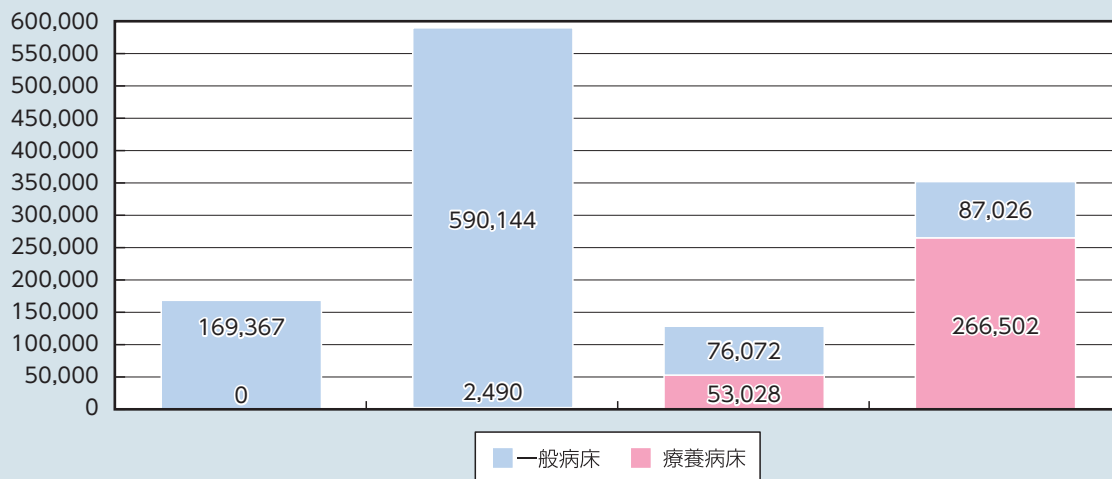
また、「病床機能報告制度」は、医療機関が、病棟ごとに現在4つの機能のうちいずれの機能を担っており、さらに、将来（6年後）にはどの機能を担うこととするかを都道府県に報告する制度（医師、看護師等の人員配置、医療機器の保有状況、患者数、算定している診療報酬の種類などの情報も併せて報告）であり、都道府県が「地域医療構想」を作る際の基礎資料になるとともに、医療機関自身が今後の方向性を考え、自主的な取組みを進めることを目指している（図表4-3-9、4-3-10）。

図表 4-3-9 平成 27 年度病床機能報告における機能別病床数の報告状況（速報値）①

○以下の集計は、2月16日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを集計した速報値である。

- ・ 報告対象となる病院7,370施設、有床診療所7,168施設のうち、2月16日までにデータクリーニングが完了した病院7,236施設（98.2%）、有床診療所6,627施設（92.5%）のデータを集計した。（2月16日時点の医療機関全体の報告率95.6%）
- ・ 集計対象施設における許可病床数合計は、1,270,683床（cf. 医療施設調査（動態）における平成27年6月末時点の許可病床（一般、療養）の総数は1,331,374床）
- ・ 今回の集計対象施設についても追加のデータ修正等が生じる可能性があり、集計内容は変動し得る。

≪2015（平成27）年7月1日時点の病床機能別の病床数（許可病床）≫



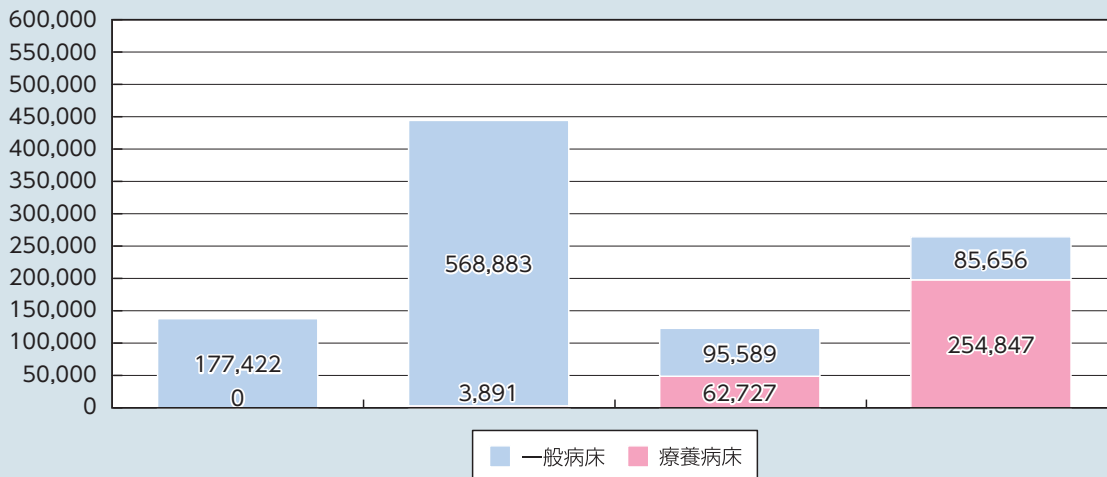
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	169,367	590,144	76,072	87,026	922,609
療養病床	0	2,490	53,028	266,502	322,020
合計	169,367	592,634	129,100	353,528	1,244,629
構成比（2015年）	13.6%	47.6%	10.4%	28.4%	100.0%
構成比（2014年）	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	100.0%

（注） 集計対象施設のうち、2015年7月1日時点の病床の機能について未回答の病床が26,054床分あり、上表には含めていない。

図表4-3-10 平成27年度病床機能報告における機能別病床数の報告状況（速報値）②

- 2015（平成27）年7月1日から6年が経過した日（2021（平成33）年7月1日）における予定する病床機能別の病床数を4機能別に集計した。
- 2014年の報告（6年後（2020年）において予定する病床機能の病床別構成比）を合わせて表記する。

《6年が経過した日（2021（平成33）年7月1日時点）における予定する病床機能別の病床数》



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	177,422	568,883	95,589	85,656	927,550
療養病床	0	3,891	62,727	254,847	321,495
合計	177,422	572,774	158,316	340,503	1,249,015
構成比（2021年）	14.2%	45.9%	12.7%	27.3%	100.0%
構成比（2020年）	16.1%	44.7%	11.4%	27.8%	100.0%

（注） 集計対象施設のうち、6年が経過した日における病床の機能について未回答の病床が21,668床分あり、上表には含まれていない。

「地域医療構想」は、以下のプロセスにより策定・実現される（図表4-3-11、4-3-12）。

図表4-3-11 地域医療構想（ビジョン）を実現する仕組み

(1) 「協議の場」の設置

○都道府県は、地域医療構想の実現について、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。医療機関相互の協議により、地域医療構想を推進していくが、協議だけでは進まない場合には、都道府県知事が以下の措置を講ずることができることとする。

(2) 都道府県知事が講ずることができる措置

① 病院の新規開設・増床への対応

○都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

○都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、転換にやむを得ない事情がないと認めるときは、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができることとする。

【「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合】

○都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができることとする。

③ 稼働していない病床の削減の要請

○医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。

※現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっている。

【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

○医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置（管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等）に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。

イ 医療機関名の公表

ロ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

図表4-3-12 地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

- 地域医療構想は、平成27年4月から、都道府県が策定作業を開始。
- 医療計画の一部として策定することから、都道府県医療審議会でも議論するとともに、医師会等の地域の医療関係者や住民、市町村等の意見を聴取して、適切に反映。
- 具体的な内容の策定とその実現に向けた都道府県のプロセスは以下のとおり。

① 都道府県は、機能分化・連携を図る区域として「構想区域」を設定。

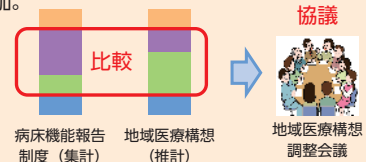
※「構想区域」は、現在の2次医療圏を原則とするが、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院へのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定

② 「構想区域」ごとに、国がお示しするガイドライン等で定める推計方法に基づき、都道府県が、2025年の医療需要と病床の必要量を推計。地域医療構想として策定。

③ 地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。

※「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者等が参加。

- ・病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- ・医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整。



④ 都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。

地域医療構想については、2016（平成28）年3月末現在で12県が策定しており、残りの35県についても2016年度中には策定する見込みとなっている。

策定後には、構想区域ごとに都道府県が開催する「地域医療構想調整会議」において、機能分化・連携について（どの病院がどのような機能を担うかについて）議論され調整を

行うこととなる。

〔「地域医療構想」の実現のため基金も活用〕

地域医療構想の実現のためには、「地域医療介護総合確保基金」の活用が可能であり、例えば急性期病床から回復期病床への転換など医療機関が実施する施設や設備の整備、在宅医療実施のための拠点の整備、在宅医療従事者の育成など医療提供体制の整備といったことに対する助成事業を行っている。

〔「病床の機能分化・連携」のため、2年に一度の診療報酬改定において見直しを実施〕

一方、2年に一度改定される診療報酬においても、病床の機能分化・連携はメインテーマの一つとなっている。

平成26年度診療報酬改定においては、急性期の病院が7対1入院基本料^{*3}を算定する際の基準である「重症度、医療・看護必要度」（重症な患者や看護の必要な患者の割合）を見直したり、「在宅復帰率」（自宅や介護施設等に退院した患者の割合）を基準として新設するなどして、急性期医療が急性医療を必要とされる者にきちんと提供されている場合にのみ算定できることとした。

また、急性期治療を経過した患者及び在宅等において療養を行っている患者の受け入れができ、医療とともにリハビリの機能も持った病棟が算定できる「地域包括ケア病棟入院料」が新設された。

平成28年度診療報酬改定においても、7対1入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」や「在宅復帰率」の基準がさらに見直された。

（3）在宅医療の体制の整備

〔予算、診療報酬、制度（医療計画）のそれぞれによって在宅医療の体制整備を進めており、平成28年度診療報酬改定でも、地域包括ケアシステムの構築に向け「地域・在宅」を重視した改定を行った〕

多くの人が自宅など住み慣れた環境での療養を望んでおり、高齢になっても病気になっても自分らしい生活を送ることができるよう支援するためには、多職種による在宅医療の体制を整備する必要がある。

制度としての在宅医療の提供体制の整備は、高齢化の進展や患者の受療行動の変化等を背景に、1992（平成4）年の第二次医療法改正において、「居宅」が医療提供の場として位置付けられたことから始まる。2006（平成18）年の第五次医療法改正においては、医療計画の記載事項に在宅医療の確保に関する事項を追加し、また、同年の診療報酬改定では、在宅療養支援診療所を創設するなど、在宅医療に関わるサービス給付も段階的に拡充してきた。2014（平成26）年に、医療介護総合確保推進法に基づき、都道府県に「地域医療介護総合確保基金」を設置し、これを活用して、在宅患者の退院調整や急変時の入院受入整備等に資する病院との医療連携体制の運営支援、在宅医療関係者等で構成する多職種協働による「在宅医療推進協議会」の設置・運営、在宅医療に取り組む病院関係者への理解を深めるための「在宅医療導入研修」の実施等、在宅医療の推進に必要な事業の支援

*3 入院患者7人当たり看護師を1人配置するなどの要件を満たした、重症の患者に手厚い医療を提供する病院が算定できる入院料で、他の入院料よりも報酬が高い。

を行っている。

このような流れの中、平成28年度診療報酬改定では、2018（平成30）年度に予定されている診療報酬と介護報酬の同時改定など2025（平成37）年を見据えた中長期の政策の流れの一環としての位置付けを踏まえ、地域包括ケアシステムや効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築に向けた改定を行った（[図表4-3-13](#)）。

具体的には、かかりつけ医の普及を図るため、平成26年度診療報酬改定で地域包括診療料・加算^{*4}を新設したが、更なる普及を図るため要件緩和を行った。また、認知症患者の増加への対応として、医師、看護師、社会福祉士等の多職種が連携して、入院環境を整えたり、看護計画を作成する等、認知症患者を受け入れるためのサポート体制に対しての加算や、認知症を含む複数疾患を持つ患者に対して、在宅医療や24時間対応等ができる医療機関に高い報酬をつけるというように、認知症に特化したかかりつけ医の報酬を新設した。

また、次の①～③によって、質の高い在宅医療・訪問看護の確保を図っている。

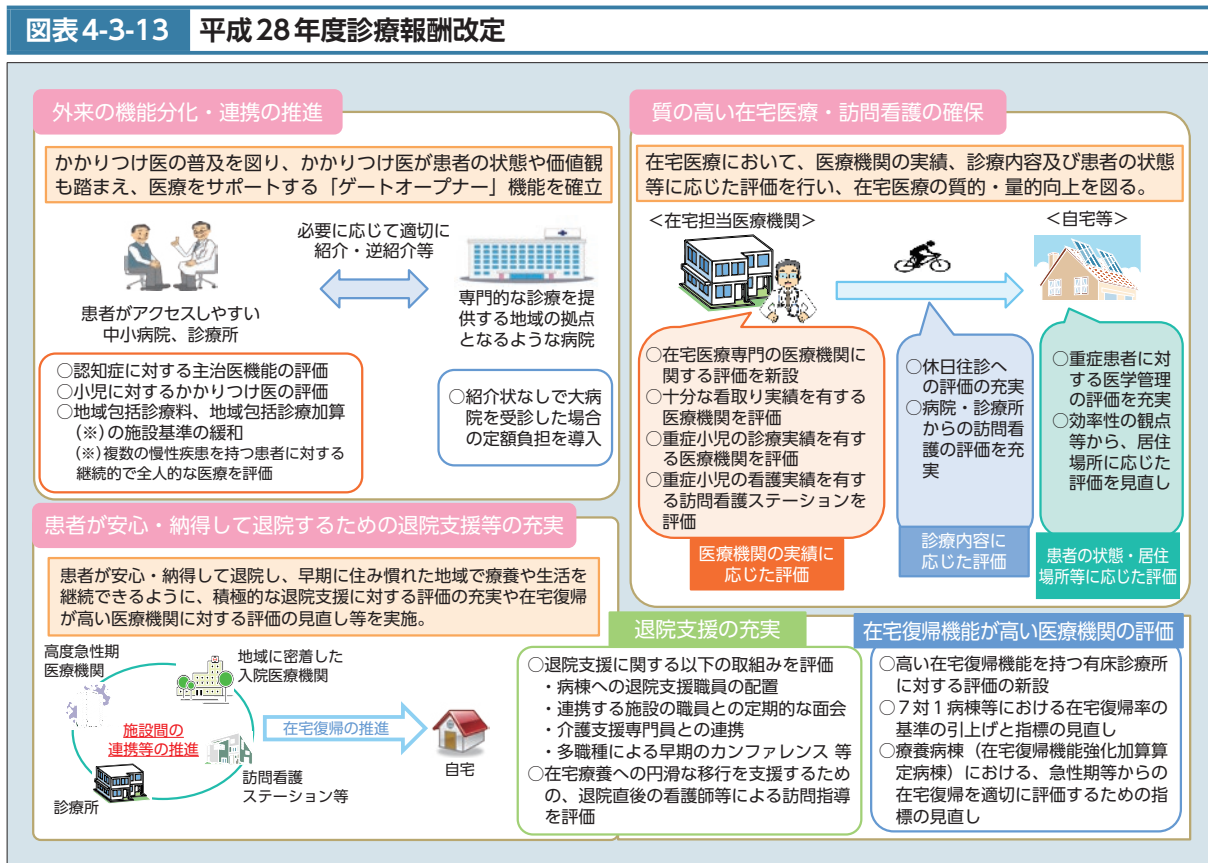
- ① 医療機関の実績に応じた評価（在宅医療を専門に実施する医療機関の開設を認める一方で評価の厳格化を図る、十分な看取り実績を有する医療機関を評価する等）
- ② 診療内容に応じた評価（休日往診への評価を充実する等）
- ③ 患者の状態・居住場所等に応じた評価（在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われていることから、重症度の高い患者に対する医学管理の評価を充実する等）

さらに、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、積極的な退院支援に対する評価を充実するとともに、在宅復帰機能が高い医療機関への評価の見直し等を行った。

このほか、かかりつけ医の評価と同様に、かかりつけ歯科医やかかりつけ薬剤師についても、その機能の評価を行った。

^{*4} 外来機能の分化のため、複数の慢性疾患を持つ患者に対し、健康管理や服薬管理等も含め、継続的かつ全人的な医療を行うかかりつけ医機能を評価するものとして新設されたもの。地域包括診療料は許可病床数が200床未満の病院及び診療所で算定可能であり、地域包括診療加算は診療所のみが算定できる。

図表4-3-13 平成28年度診療報酬改定



(4) 地域医療構想の達成に向けた医療従事者の需給の見通し、医師偏在対策の検討

(地域医療構想の実現に向けて、医療従事者の需給の見通しやその確保策、地域偏在対策等について検討している。医師については、今後、実効性のある偏在対策を検討することとしている)

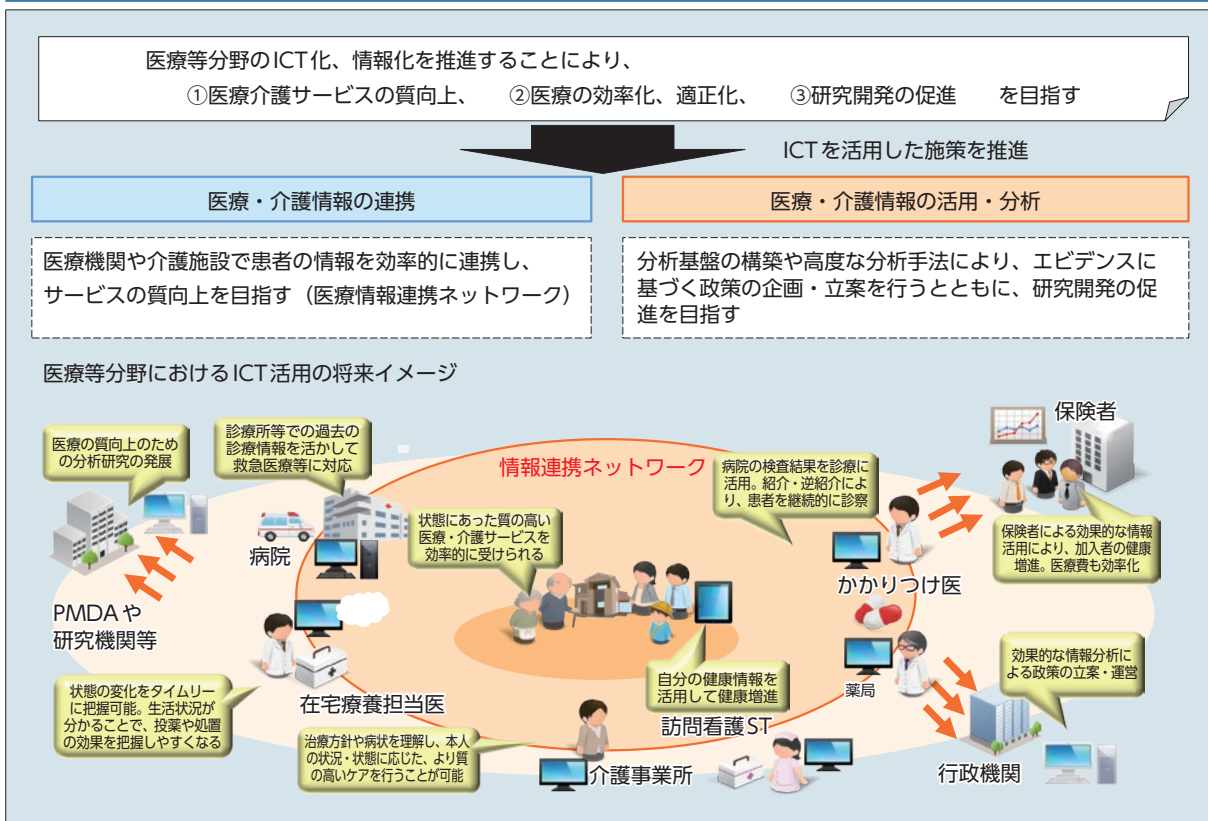
今後、高齢社会が一層進む中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医療従事者の需給の検討が必要であることから、医師・看護職員等の医療従事者の需給を見通し、医療従事者の確保策、地域偏在対策等について検討するため、2015(平成27)年12月から医療従事者の需給に関する検討会を開催している。本検討会では、全国・地域の需給状況や確保のための対策が異なることから医師、看護職員、理学療法士・作業療法士それぞれに分科会を設けており、都道府県が2017(平成29)年度中に第7次医療計画を策定するに当たり、医療従事者の確保対策について具体的に盛り込むことができるよう、各分科会とも2016(平成28)年内の取りまとめを目指している。医師需給分科会については、他の分科会に先行させて2015年12月から開催している。2016年6月の中間取りまとめでは、当面の医師養成数の基本的方針や今後検討を深める医師偏在対策の事項について取りまとめた。今後、医師偏在対策については、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っていく観点から、さらに強力な偏在対策について年末に向けて議論していくこととしている。

(5) 医療・介護分野におけるICTの活用

(ICTの活用による患者・利用者情報の共有・連携により医療・介護サービスの質の向上や効率的な提供につながるほか、遠隔医療は医療の地域格差を是正する有効な手段となりうる)

地域における医療機関や介護事業者などの間で、情報通信技術（Information and Communication Technology：ICT）を活用したネットワークを構築し、迅速かつ適切に患者・利用者情報の共有・連携が図られることは、地域の医療・介護サービスの質の向上や効率的な提供につながるものである。また、レセプト・健診情報等を活用したデータ分析に基づく保健事業の実施や医療・介護情報の「見える化」等によって、エビデンスに基づく効果的な医療・介護政策の企画・立案が可能となる。これに加えて、医療・介護制度における様々な側面において、必要なデータベース等の情報利活用の基盤が整備され、情報の利活用や分析の高度化が進むことで、医療技術や医療の質の向上、ひいては医学研究の発展につながることを期待される（図表4-3-14）。

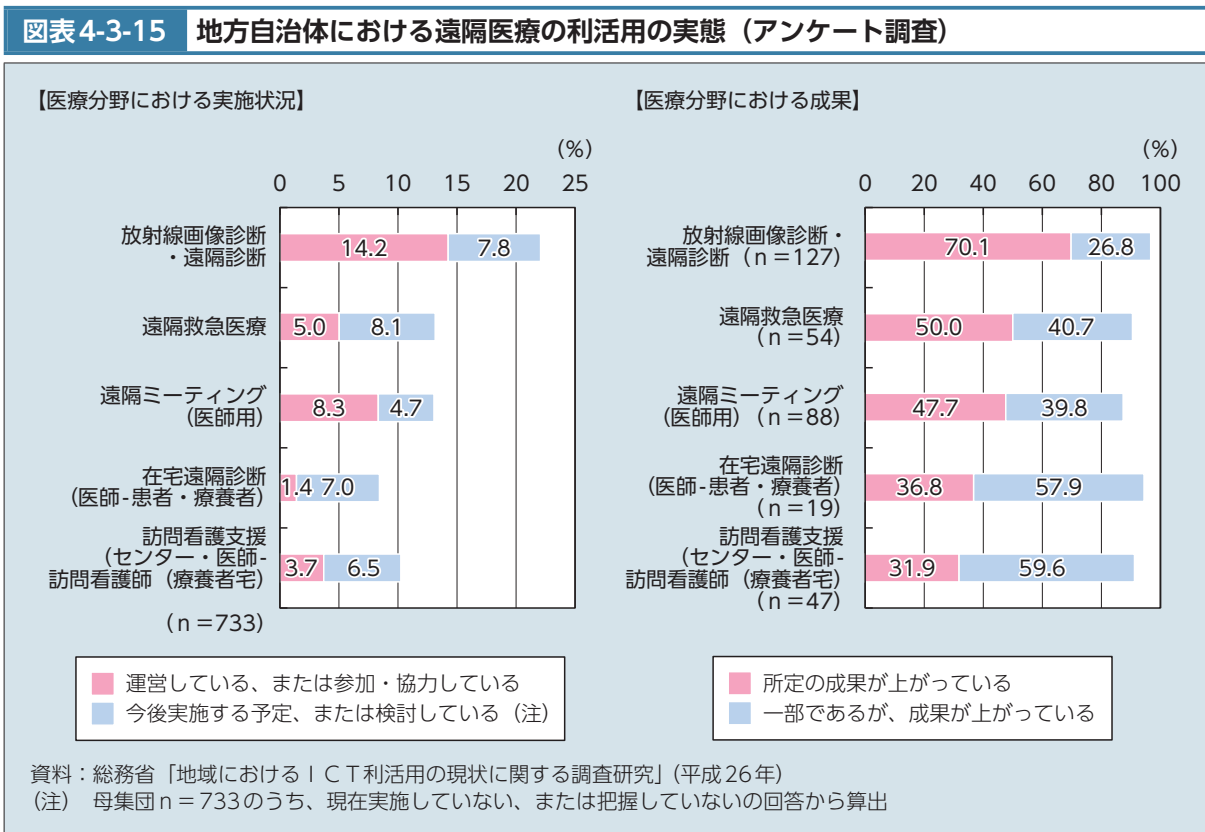
図表4-3-14 医療等分野におけるICT化の推進の方向性



このほか、医療の地域格差を是正し、医療の質と患者の利便性を向上させる上で、遠隔医療は有効な手段のひとつである。例えば、放射線科専門医や病理専門医が不足する地方の医療機関では、遠隔画像診断や遠隔病理診断のような取組みが進められており、患者がより質の高い医療サービスを受けるために必要な遠隔医療を活用することも考えられる。

地方自治体における遠隔医療の利活用の実態に関するアンケート調査では、遠隔医療に関する事業を導入している自治体は現状では少ないものの、これらの事業を運営又は何らかの形で参加・協力している自治体に対して、当初想定していた成果の有無について確認したところ、いずれの事業についても8割強が一定の成果を得られていることがわかる

(図表4-3-15)。



厚生労働省では、遠隔医療システムの導入に対する補助事業を実施し、医療機関のシステム構築を支援するとともに、2014（平成26）年度より医療・介護事業者等を対象とした遠隔医療研修を実施し、医療・介護従事者のリテラシー向上を図っている。また、地域の特性に応じた遠隔医療の提供を推進するため、各地域における取組事例の収集・分析を行い、関係者への情報提供を行っている。

コラム

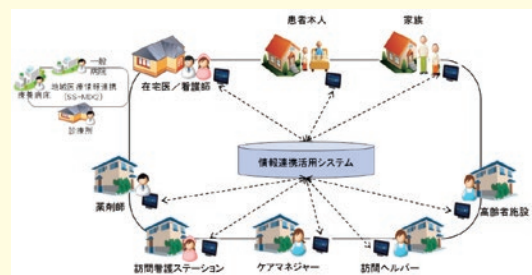
ICTを活用した医療介護連携 ～宮城県石巻市の場合～

在宅で最後まで生活することを選んだ場合、様々な医療関係者・介護関係者がそれぞれサービスを提供することとなるので、医療介護だけでなく生活の質（QOL）を高めるためには、これらの専門職が連携しつつ十分に力を発揮することが重要で、そのためには「情報」が必要だ。全国各地でICTを活用した医療介護連携事業が行われているが、ここでは宮城県石巻市で行われている取組みについて取り上げる。

この取組みは、東日本大震災から半年後の2011（平成23）年11月に、医療法人社団鉄祐会の理事長を務める武藤真祐さんが、

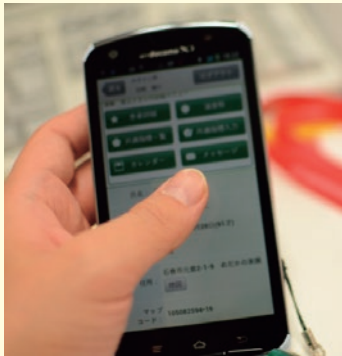
「被災地にこそ在宅医療が必要」と考え、石巻の地に「祐ホームクリニック石巻」（以下「クリニック」）を立ち上げたことを契機に始まった。

2012（平成24）年、在宅診療所、訪問薬局、訪問看護ステーション、介護事業所、



高齢者施設がクラウドでアクセスできるシステムの構築を開始した。このシステムの3本柱は①訪問記録の共有、②メッセージ共有、③スケジュール共有であり、①によって各専門職が共通の指標をもとに患者さんの現状を確認し、②により双方向で専門職が相談して対応することが可能となり、③によって他のチームの訪問日を確認し、専門職同士がスケジュールを共有することが可能となる。

システム構築に当たっては、当然ながら



専門職用ポータルサイト

「使いやすさ」を重視したという。得てしてシステムはあれもこれも盛り込んでしまい使い勝手が悪くなってしまうが、「どういう情報を共有すべきか」「どのタイミングで誰が入力すべきか」といったことをクリニック主導というわけではなく、様々な事業主体の意見を聞きながら詰めていったという。「使いやすさ」ということとではUI（ユーザーインターフェイス）にも気を配ったようだ。

このシステムについては、不断の見直しがされている。2013（平成25）年には、情報共有は「医療介護事業者のみ」だったものを、「患者本人、家族」にも共有できるようにしたり、入力負担軽減のため、入力補助者を置き「代理入力」を行える仕組みにした。2014（平成26）年には、3本柱の②のメッセージ共有機能を追加するとともに、「挨拶文は割愛し、簡潔なやりとりとする」「相手が翌営業日に見ても問題ない内容とする（緊

急対応が必要なものは電話で）」といった具体的な運用ルールを定めた。また、「訪問看護と診療所」「ケアマネジャーと診療所」「薬局と診療所」といった3つのワーキンググループを立ち上げ、共有情報の選別を進めている。

導入当初は10事業所の連携から始めたこのシステムも、現在では70事業所が参加するものになっており、当初クリニックの事業だったものが2014年から石巻市医師会の事業となっており、確実に輪が広がっている。

連携事業所へのアンケートによれば「情報量が増えた・少し増えた」が80%で、「情報が役に立った・少し役に立った」がほぼ100%、「作業量が増えた」が15%となっており、システム導入を評価する事業所がほとんどだ。

武藤さんの活動の一部をここでは取り上げたが、武藤さんの夢は、在宅医療をメジャーな分野にすることだ。最近は在宅医療・プライマリケアに熱心な若手の医師も増えており、そうした人たちがきっと新しい医療のあり方を創り出すに違いない。



在宅で診療中（右が武藤さん）

3 介護

(1) 方向性

（保険者である市町村が、国や都道府県と連携しながら、地域の主体性に基づき、地域の特性に応じて地域包括ケアシステムを作り上げていくことが必要）

高齢者が地域での自立した生活を維持するためには、介護サービスの提供とあわせて、必要な介護予防や生活支援サービスが一体的に提供されることが重要となる。

さらには、介護ニーズの量的拡大に応える基盤整備を進めることが重要であり、とりわ

けサービスを担う介護人材を量・質ともに安定的に確保する方策を講じなければならない。

また、要介護認定率や認知症の発生率の高い75歳以上の高齢者の増加に伴い、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれる中、大きな課題となるのが認知症施策である。認知症の有病者数がますます増加すると予測される中、高齢者が認知症を発症しても、尊厳をもって質の高い生活を送ることができる認知症施策を進める必要がある。それと同時に、在宅医療と介護の連携も欠かせない。

一方で、一億総活躍社会の実現に向けた新三本の矢の一つ「介護離職ゼロ」という観点からも、介護する家族に対する相談・支援体制の充実や、柔軟な働き方の確保など、働く家族を支える仕組みづくりを進めて行く。

(2) 認知症施策

(新オレンジプランの策定)

我が国における認知症の人の数は、2012（平成24）年で約462万人、65歳以上の高齢者の7人に1人と推計されている。正常と認知症の中間の状態の軽度認知障害と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症又はその予備群とも言われている。高齢化の進展に伴い、認知症の人は今後さらに増加していく見込みであり、2025（平成37）年には認知症の人は約700万人前後となり、65歳以上高齢者に対する割合は約5人に1人まで上昇するとの推計もある。このような状況を踏まえ、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができる環境づくりを目指して、「認知症施策推進5か年戦略」（オレンジプラン）（2012年9月厚生労働省公表）を改め、関係府省庁と共同して、2015（平成27）年1月に「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が策定された（[図表4-3-16](#)）。

新オレンジプランでは、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症施策の強化、④認知症の人の介護者への支援、⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発とその成果の普及の推進、⑦認知症の人やその家族の視点の重視といった7つの柱を設定し、施策に対応する具体的な数値目標を設定している。

図表4-3-16 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の概要

- ・高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加
2012（平成24）年462万人（約7人に1人）⇒2025（平成37）年約700万人（約5人に1人）
- ・認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・厚生労働省が関係府省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して、2015（平成27）年1月に策定
- ・新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017（平成29）年度末等
- ・策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

（新オレンジプランに基づく施策の実施）

本人や家族が小さな異常を感じたとき速やかに適切な支援機関に相談することができ、早期に認知症の鑑別診断が行われ、迅速に適切な医療・介護サービス等を利用できるように、できる限り早い段階からの支援体制の構築が必要である。そのため複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人と、その家族を訪問し、認知症の専門医による鑑別診断等を踏まえて、観察・評価を行った上で、家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートをする「認知症初期集中支援チーム」を2018（平成30）年度に全ての市町村に配置することとしている。

また、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、容態の変化に応じ必要な医療・介護等が有機的に連携したネットワークによる支援を行うことが重要である。そのため、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の間の連携のコーディネートや認知症の人やその家族への相談支援等を行う「認知症地域支援推進員」を2018年度に全ての市町村に配置することとしている。

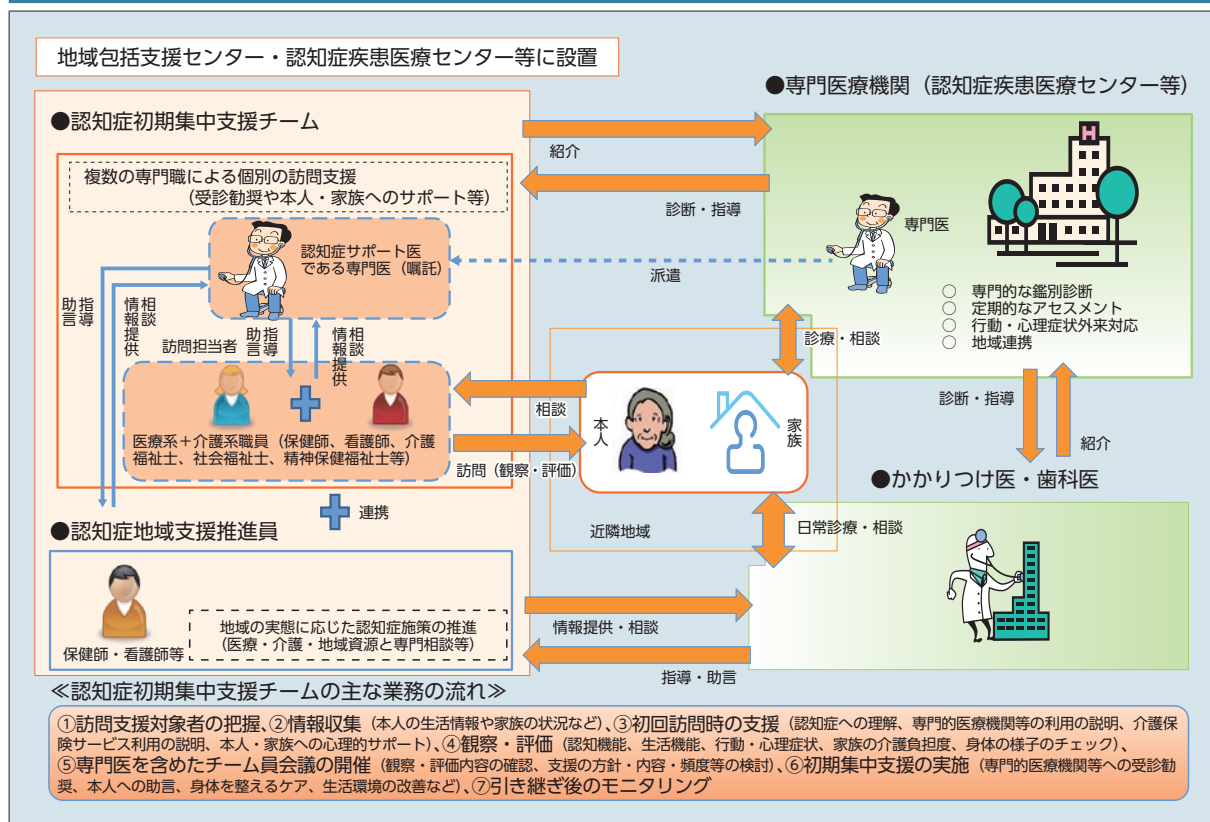
さらに、身近なかかりつけ医の認知症に対する対応力を高め、認知症サポート医の支援を受けつつ、地域で必要となる医療・介護等の連携を確保し、鑑別診断や行動・心理症状（BPSD）への対応等に当たり、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことができるようにすることが重要である。そのため専門的な知識を有する医師等が在籍し地域における治療の拠点となる「認知症疾患医療センター」等の専門医療機関を2017（平成29）年度末に500箇所整備することとしている（図表4-3-17）。

このほか、誰もが認知症とともに生きることとなる可能性があり、また、誰もが介護者等として認知症に関わる可能性があることなど、認知症は皆にとって身近な病気であることを社会全体で正しく理解する必要がある。そのため、認知症に関する正しい知識と理解を持って、認知症の人やその家族を支援する「認知症サポーター」を2017年度末に800

万人養成することとしている。なお、量的な養成だけでなく、認知症サポーターに様々な場面で活躍してもらうことにも重点を置き、認知症サポーター養成講座を修了した者のステップアップを図るための手引きや参考材料等を作成し、修了した者に地域の見守り活動や、認知症の人やその家族が地域の専門家と相互に情報を共有しながら、お互いを理解し合う「認知症カフェ」にボランティアとして参画してもらう取組みなどを、地域の実情に応じて進めることとしている。

これらをはじめとした各種の取組みによって、新オレンジプランの総合的な推進を図っている。

図表4-3-17 早期診断・早期対応のための体制整備



コラム

認知症になっても地域で暮らすために
～地域で支える取組事例～

認知症になっても、いつまでも住み慣れた地域で暮らし続けたい—国民ひとりひとりが将来にわたって自分らしく生活するために、自治体では、地域包括ケアシステムの構築とともに、認知症の方がより良く生きていくための環境整備を進めている。地域資源を活かしながら認知症の方とその家族を支える自治体の取組みを紹介する。

1 認知症初期集中支援チームによる早期診断・早期対応 (北海道砂川市)

砂川市では、地域包括支援センターと砂川市立病院認知症疾患医療センター (以下「医療センター」という。) が、市内のかかりつけ医と連携しながら認知症初期集中支援チーム (以下「集中支援チーム」という。) を運営し、認知症が疑われる人を早期に適切な医療や介護につなげる取組みをしている。砂川

市の集中支援チームの構成員は、①地域包括支援センターの主任介護支援専門員（介護福祉士）1人、②医療センターの認知症サポート医¹1人、③医療センターの認知症看護認定看護師²1人となっているが、月に2回開催するチーム員会議には、④市の介護福祉課職員、⑤地域包括支援センターの認知症地域支援推進員³、⑥医療センターの精神保健福祉士等も参加する。④～⑥は、チーム員会議への参加だけでなく、支援活動の中で気になる点があれば、随時情報を共有し相談・連携している。

早期診断・早期対応はまず、支援対象者の把握から始まる。支援が必要とされている方に関する情報は、家族や介護関係者、地域からの相談や、見守り活動に用いる個人情報への聞き取りのため、行政等による高齢者宅への訪問等を通じて把握される。


集まった情報に基づいて、医師以外のチーム員2人が対象となる家庭を訪問し、初回の訪問では、約1時間をかけて、支援対象者とその家族との会話を通じて、身体や生活全般の状況確認を行う。その後、集中支援チームの会議で、支援が必要とされるそれぞれの方

の状況に合わせて、どのような支援がふさわしいかを多職種間で話し合う。その際、集中支援チームとして行う支援のゴールを最初に決めることで、支援に携わるそれぞれの機関・職種が何をするのかといった役割分担を明確にし、きめ細やかな支援につなげている。

支援は医療面と介護面の両面からのアプローチが行われる。医療面では、かかりつけ医や医療センターへの受診勧奨を行い、早期診断につなげている。介護面では、本人の同意に基づいて地域の介護支援専門員がケアプランを作成して介護保険サービスによる支援を実施したり、有償のボランティア活動などの介護保険には含まれない日常生活の支援サービスを案内している。

集中支援チームによる支援が終了した後でも、社会的に孤立しやすい一人暮らしの高齢者については、医療や介護の機関につないで終了ということではなく、定期的に連絡をし、引継ぎ後の状況に課題がある場合には、医療・介護の機関と連携して対応し、認知症の方が地域で孤立しないようアフターフォローも行っている。

認知症について お困りなら ご相談ください!!



みまもりご

砂川市では、認知症初期集中支援チームを設置しています。

認知症初期集中支援チームって？

認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、ご本人やご家族の自立した生活をサポートするため、医療・介護の専門職がチームとなって、相談や支援を行います。

認知症初期集中支援の流れ

本人、家族、町内会、民生委員、かかりつけ医など 市立病院 認知症疾患医療センター

相談 紹介（連携）

ささえあいセンター
(地域包括支援センター)

認知症初期集中支援チーム

①初回訪問 ・認知症の状況確認 ・身体状況の確認 ・認知症に関する情報提供 など	②チーム員会議 ・認知症の状況確認 ・生活上の課題の抽出 ・支援の方向性の検討 など	③支援の実施 ・生活や介護の助言 ・安否確認 ・介護サービス利用の案内、勧奨 など
---	---	--

このような時は「ささえあいセンター」まで
ご相談下さい!!

認知症とは…
いろいろな病気などが原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなることにより、記憶や判断力が低下し、生活や対人関係に支障が出る状態をいいます。
早い段階から治療を開始することで進行を遅らせたり、脳の病気による認知症であれば、適切に脳の治療を受けることで症状が回復することが期待できることから、他の病気と同じように早期診断と早期治療が本重要です。
※医師の認知症チェックも参考にしてください。

砂川市 認知症初期集中支援チームの案内

- 1 地域における認知症の人を支えるために必要な知識・技術を持つ医師。
- 2 認知症の専門知識を持つ看護師。
- 3 医療、介護等に関する地域の支援機関の間の連携支援や認知症の方やその家族の相談業務等を行う者。

168

平成28年版 厚生労働白書

2 認知症の方や家族の声に寄り添い、各専門職の有機的な連携を推進する「つながりノート」の活用（兵庫県川西市）

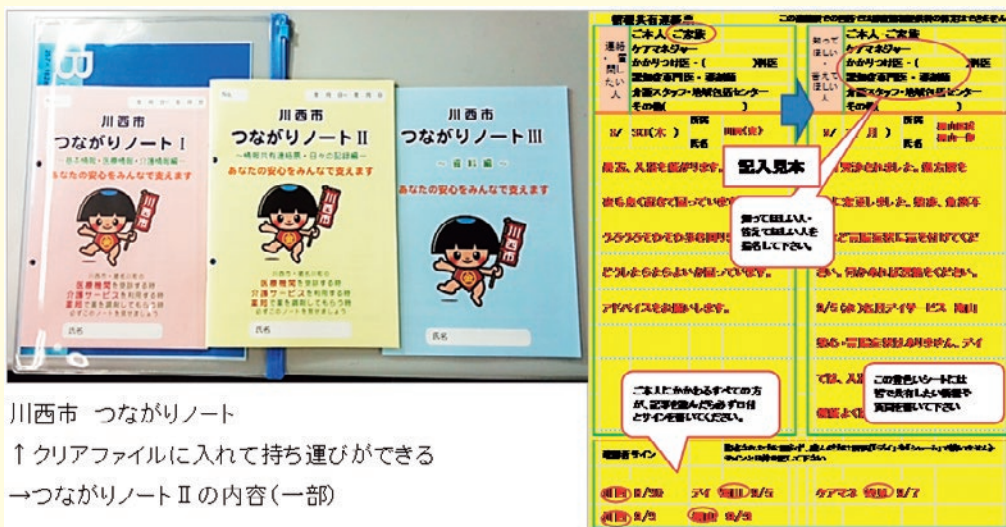
川西市では、認知症の方の支援を進める上で、医療・介護等の関係者の連携を深めるとともに、認知症の方とその家族がちょっとしたことでも相談がしやすい体制づくりを重視しており、そのためのツールとして「つながりノート」を活用している。「つながりノート」は、認知症の方とその家族が、認知症の支援に関わる医療・介護の関係者とコミュニケーションを円滑に図ることを目的として、川西市と川西市医師会、大阪大学が協力して作成した。2013（平成25）年2月の導入以降、市内において様々な周知を行っている。

「つながりノート」は3分冊になっており、Ⅰ「基本情報・医療情報・介護情報編」は、認知症の方の習慣や生活パターン、既往歴・薬歴、介護事業所の利用状況等を記入し、Ⅲ「資料編」には、認知症の症状と対応方法、

市内の相談窓口と医療機関の連絡先が掲載されている。Ⅱ「情報共有連絡票・日々の記録編」は、認知症の方の支援内容について、連絡したい人や質問したい人を記入者が指定し、読後にサインする構成になっている。

使い方の例として、かかりつけ医に向けて、家族が認知症の周辺症状（入浴を嫌がる、夜中に起き出すなど）について気になっていることを書き、受診の際に受付に提出する。かかりつけ医は受診の前に、つながりノートに目を通す。普段の様子を知った上で診療が行えるので、適切な診断につながるなどの効果が出ている。

認知症の介護の現場では、家族が医療と介護の専門職に質問や意見がしづらいという状況も見受けられる。「つながりノート」は、このような状況に対して、コミュニケーションを図るきっかけとなっているとともに、認知症の方とその家族が孤立を感じずに、安心感を得られるツールとなっている。



川西市 つながりノート
↑クリアファイルに入れて持ち運びができる
→つながりノートⅡの内容(一部)

3 認知症サポーターのさらに先へ～「サポートリーダー」の養成（熊本県山鹿市）

山鹿市では、認知症の方を地域でサポートする際に中心的な役割を担う存在として、「認知症サポーター」をさらに進めた「認知症地域サポートリーダー」の養成を進めている。サポートリーダー養成講座は、2007（平成19）年度から実施しており、認知症の当事者、医療や介護の関係者を講師として招き、グループワーク等を通して、認知症の方

を取り巻く実情を学ぶとともに、顔の見える関係づくりに取り組んでいる。

サポートリーダーの活動内容の一例を挙げると、認知症の方が行方不明になった時に地域で捜索する仕組みづくりの一環として、地区の区長とサポートリーダーが中心となって「徘徊者捜索声かけ模擬訓練」を行っている。当初は1地区での実施であったが、2015（平成27）年度は8地区で実施し、710人が参加した。参加者からは「もし認知症になっても、地域で見守られているという安心感を

得ることができる」といった感想が聞かれ、「認知症になってもこの街で暮らし続けられ

る」、「認知症の方を地域で支えていく」という意識の醸成に役立っている。



山鹿市 徘徊者搜索声かけ模擬訓練の様子

(3) 医療と介護の連携の推進

(在宅医療と介護の連携の推進を介護保険法上の恒久的な制度として位置付け、市町村が主体となり、地域の医師会等と連携しながら、地域における関係機関の連携体制の構築を図る)

入院医療から在宅への円滑な復帰を可能とするためには、医療・介護関係職種による包括的なケアのための協働・連携の体制を整える必要がある。在宅医療・介護の連携推進については、これまで国の補助制度に基づき対応してきたが、2014（平成26）年の医療介護総合確保推進法による介護保険法の改正により、在宅医療・介護の連携推進を、介護保険制度の中で、市町村が地域の実情を踏まえて行う地域支援事業（包括的支援事業）として、恒久的な制度として位置付け、全ての市町村において取り組むこととした。これにより、地域における医療・介護の関係機関が連携し、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に、市町村が主体となり、地域の医師会等と連携しながら、地域における関係機関の連携体制の構築を図ることとなる（図表4-3-18）。

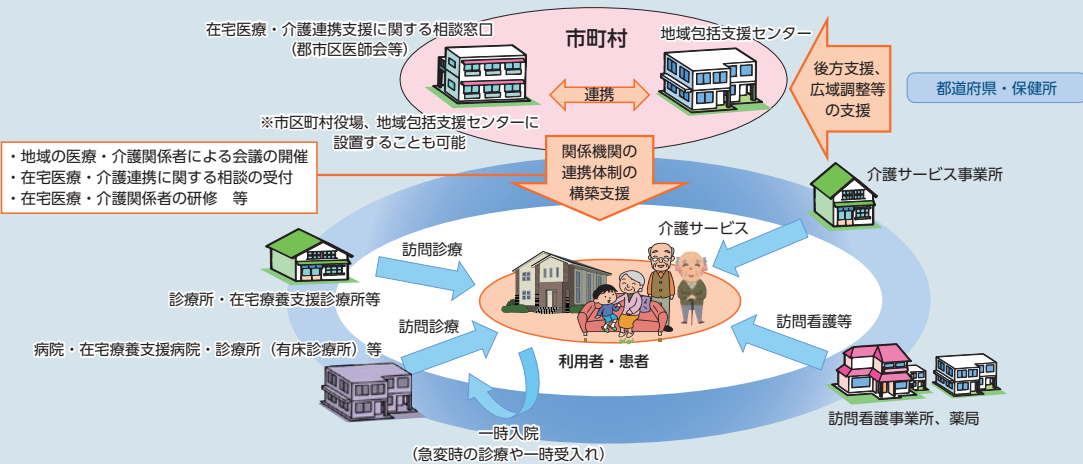
市町村の具体的な取組みは、①地域の医療・介護の資源の把握、②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、③切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進、④医療・介護関係者の情報共有の支援、⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援、⑥医療・介護関係者の研修、⑦地域住民への普及啓発、⑧広域的連携が必要な事業についての関係市町村の連携の8項目であり、実施可能な市町村は2015（平成27）年4月から取組みを開始し、2018（平成30）年4月には全ての市町村で実施される予定である。

これまで医療に関する施策は主として都道府県が担ってきたことから、経験や地域の医師会との連携が乏しい市町村もある。そのため、市町村と地域の医師会等の関係団体や病院等との協議への支援や、広域での研修の実施といった、都道府県による支援が重要である。

また、国は、在宅医療・介護連携推進事業に関する計画作成の支援、在宅医療・介護連携に関する現状分析のためのデータの提供や好事例の展開等を行うこととしている。

図表4-3-18 在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、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・介護を提供することが重要。
（※）在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・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）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・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推進する。



コラム

三方よし研究会（滋賀県東近江圏域）の取組み
～多職種連携による「地域まるごとケア」をめざして～

団塊の世代が全て75歳以上となる2025（平成37）年を見据えて、高齢化の進展がより一層見込まれる中、医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けていけるよう、地域の医療・介護関係者が緊密に連携していくことが重要である。

本コラムでは、様々な職種が車座での意見交換を通じて「顔の見える関係」を構築し、職種の枠を超えた連携を実現している事例として、滋賀県東近江圏域の「三方よし研究会」を取り上げる。

（「三方よし研究会」とは）

滋賀県の東近江圏域（東近江市、近江八幡市、日野町、竜王町）では、脳卒中の地域連携クリティカルパス¹づくりをきっかけとして、2007（平成19）年に「三方よし研究会」が発足した。

医療・保健・福祉・介護の関係機関の機能

分担と連携の在り方を検討する場として、「売り手よし・買い手よし・世間よし」の近江商人の三方よしの精神にならい、「患者よし・医療機関よし・地域よし」のネットワークの構築を目指したものである。また、地域のリーダーたる開業医、急性期病院医、さらには保健所長等のキーパーソンの尽力によって始まり、地域ぐるみで育んできた。



研究会の様子

¹ 急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの

〔三方よし研究会〕の取り組み

この研究会は、地域の医療資源を有効活用し、患者にとって最も有効な体制で医療が提供できるよう、多職種で協議し、各病院の機能の明確化・役割分担を整理するところから始まった。開始当初より欠かさず月1回の頻度で開催。2016（平成28）年3月で第100回を迎えている。圏域内の病院・診療所・介護施設・公共機関など地域の多職種約100人が参加し、車座になって自己紹介、当番施設（毎月持ち回り）の取組紹介や連携を必要とした困難事例の報告などを行っている。

これらの取組みにより、患者の安心感、満足度が向上するとともに、①患者の症状の改善を機関や職種を超えて喜び合い、共感できることがモチベーションアップにつながる、②仲間意識が生まれ、弱み、強みが言い合える、無理を頼める、助けて！と言える持ちつ持たれつの関係が構築できる、③相手のことがわかっているから安心して連絡ができる、



毎月発行されている「三方よし通信」

④患者や家族の声が聞ける場であることが自分たちのケアの振り返りにつながる、⑤悩みはみんなで共有し、その解決のために知恵を出し合う場としてみんなで盛り上げていこうとする機運が高まってきたなど、患者にも医療機関にも地域にも、つまり三方に喜ばれる結果となっている。

そして、顔の見える関係の構築により、市民公開講座などの市民啓発や、障がい者のスポーツ参加を可能にした風船バレー大会の開催など、様々なフィールド活動も生まれてくるようになった。

〔三方よし研究会〕が目指すところと各地への広がり

これらの取組みを通して、三方よし研究会では患者1人1人の尊厳が尊重され、快適に社会復帰ができるための町づくりの発想が重要であるという認識に至ってきた。つまり、歳をとっても、認知症になっても、病気やがんになっても安心して暮らせる、在宅看取りなどができる町づくりを実現することである。行政とも連携しながら、顔の見える関係でお互いを助け合う優しい互助の心を育むことにより市民のコンセンサスを得ながら歩みを進めていくことを目指している。

三方よし研究会の取組みを参考に、秋田県 At Home「介護と医療と在宅をつなぐ会」、東京都「ケアコミュニティせたカフェ」、長野県「佐久コミュニティ・ケア・ネット」、鹿児島県「鹿児島医療介護塾」など、多職種連携によるネットワークづくりの動きが広がっている。今後、このような動きがより一層活発化することが期待される。

(4) 生活支援

1 介護保険制度の地域支援事業としての実施

（生活支援サービスは新しい介護予防・日常生活支援総合事業として介護予防と一体的に提供されるほか、コーディネーター配置等により生活支援サービスの体制整備の事業を実施）

介護保険制度には、要介護者に対する介護給付、要支援者に対する予防給付のほか、保険者である市町村が、要介護・要支援認定者のみならず、地域の高齢者全般を対象に、地域で必要とされているサービスを提供する「地域支援事業」という仕組みがある。生活支援サービスは、この「地域支援事業」に位置付けられ、市町村が中心となって、要支援者

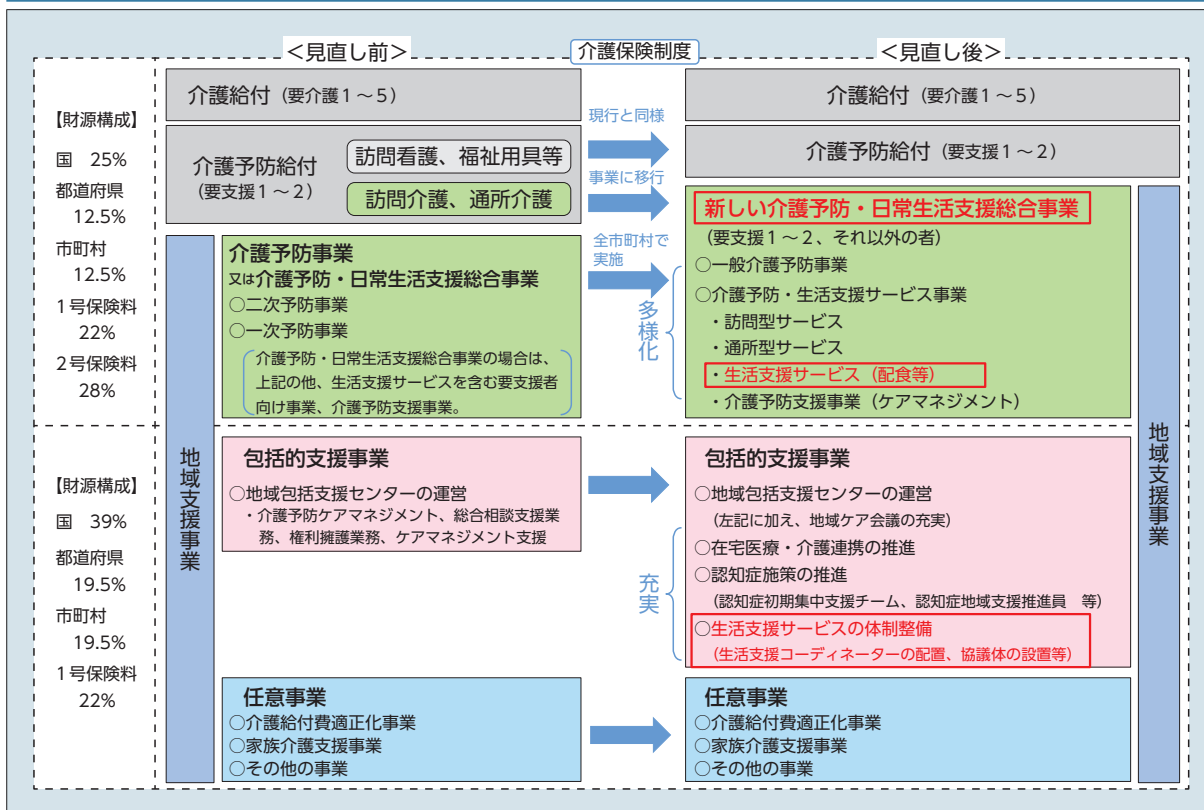
や要介護状態等となるおそれのある高齢者を対象に、介護予防と日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる介護予防・日常生活支援総合事業（「総合事業」）として実施されてきた。地域支援事業については、2014（平成26）年の介護保険法の改正により、2015（平成27）年4月から、従来予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を市町村が行う総合事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、介護予防訪問介護等と住民等が参加する多様なサービスを総合的に提供する仕組み（「新しい総合事業」）へと見直しを行った（図表4-3-19）。市町村は、生活支援等のサービスの体制整備等を進め、2017（平成29）年4月までに移行を終えることとされている。

また、新しい総合事業の実施に当たっては、ボランティア活動との有機的な連携を図る等、地域の人材を活用していくことが重要である。元気な高齢者が生活支援の支え手となって地域で社会参加する機会を増やしていくことで、高齢者自身の介護予防にもつながる。

このため、2015年度より、地域支援事業に新たに生活支援サービスの体制整備の事業を設けた（図表4-3-19）。この事業は、「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置等を進め、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加と生活支援の充実・強化を図るものである。生活支援コーディネーターが、既存の地域資源の整理・確認を行い、既存の地域資源では対応できていない生活支援ニーズを特定し、必要な資源開発やサービス提供主体間のネットワーク構築等を行う。そして、民間企業、NPO、ボランティア等の多様な関係主体間の協議体を活用して、定期的な情報共有や連携・協働による取組みを進め、地域に不足している資源を特定し、必要な資源の開発を行う。このような地域資源の整理・開発の過程で、新しい総合事業として実施していくべき取組みを、地域の実情を踏まえて選定していく。

厚生労働省では、2018（平成30）年度までに全市町村でこのような取組み（生活支援体制整備事業）が実施されるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組みを支援している。2015年10月時点の調査では、2016（平成28）年4月までに実施する保険者は873保険者となっており、全保険者（1,579）の半数以上の保険者が取り組む状況である。

図表 4-3-19 新しい地域支援事業の全体像

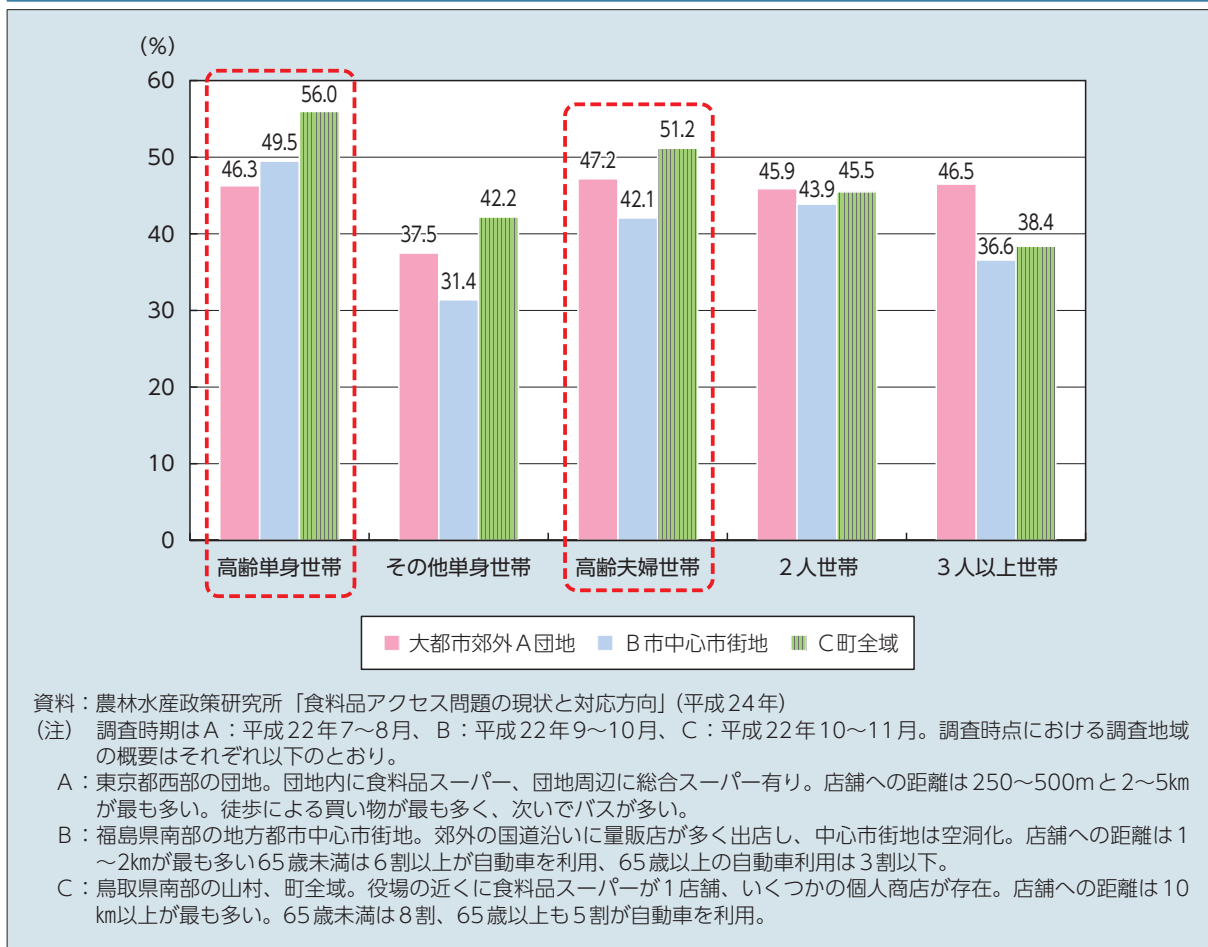


2 多様な生活支援ニーズと地域における支え合いの体制づくり

(高齢者の生活支援ニーズは多様で公的介護サービス外のものも多い。一方で助け合いの活動への意欲を持つ人も相当程度いることから、市町村が中心となって地域の支え合い体制づくりを進めることが重要)

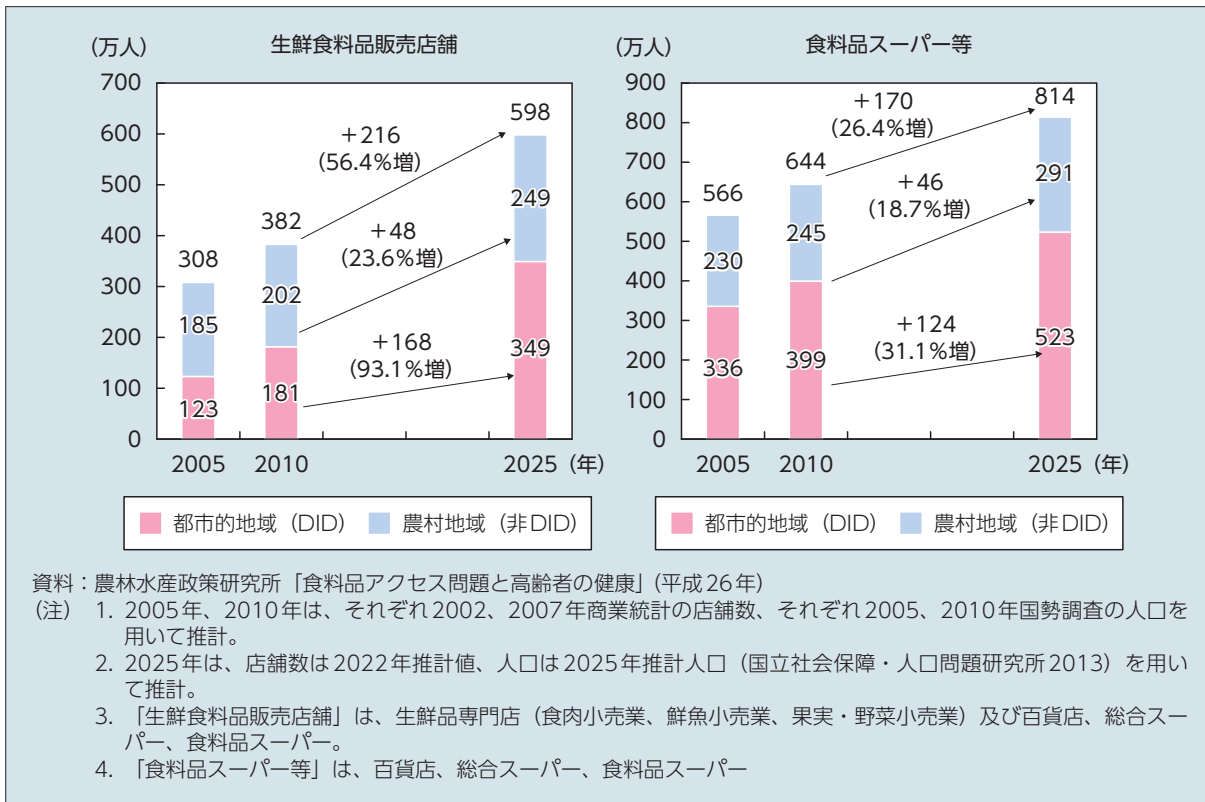
高齢の単身者や夫婦のみで構成される世帯の増加や認知症高齢者の増加により、地域での日常生活を継続する上で、生活支援のサービスや見守りを必要とする人は少なくなく、そのニーズも多様である。買い物で不便や苦労がある世帯の割合は、高齢者単身世帯や高齢夫婦世帯について見ると、都市規模にかかわらず、約4~5割の世帯が不便や苦労があると回答している (図表 4-3-20)。

図表4-3-20 食料品の買い物で不便や苦労がある割合



買い物に苦労していると想定される、生鮮食料品販売店舗や食料品スーパー等まで500m以上で自動車がない65歳以上人口の将来推計は、生鮮食料品販売店舗までのアクセスについては、2010（平成22）年は382万人であったが、2025（平成37）年には598万人（56.4%増）となり、特に都市的地域（DID）で顕著に増加すると推計されている。食料品スーパー等までのアクセスについては、2010年は644万人であったが、2025年には814万人（26.4%増）となり、その多くの部分が都市的地域（DID）での増加と推計されている（図表4-3-21）。

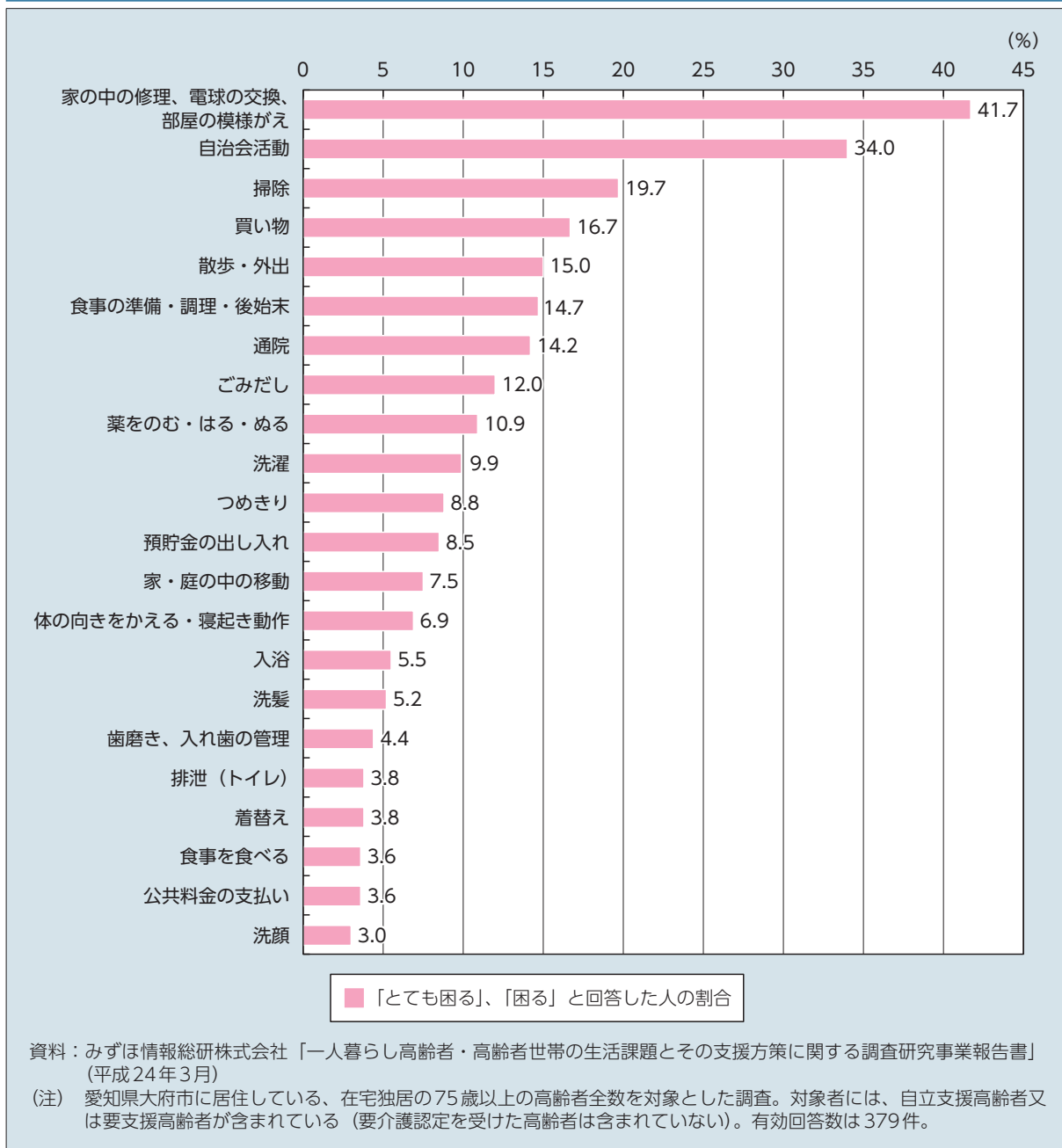
図表4-3-21 店舗まで500m以上で自動車がない人口の将来推計（65歳以上）



一人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていることに関する調査によれば、「とても困る」「困る」と回答した人の割合が高い事項として「家の中の修理、電球交換、部屋の模様替え」(41.7%)、「自治会活動」(34.0%)、「掃除」(19.7%)、「買い物」(16.7%)、「散歩・外出」(15.0%)、「食事の準備・調理・後始末」(14.7%)、「通院」(14.2%)、「ごみだし」(12.0%)などが挙げられ、公的介護サービスでカバーできないものも多いことが分かる（図表4-3-22）。

そこで、2016年3月に厚生労働省、経済産業省、農林水産省で共同して、事業者及び地方自治体が公的介護保険外のサービスを創出・活用するにあたって参考となる事例やノウハウを記載した「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集」（保険外サービス活用ガイドブック）を作成した。この事例集は、これから保険外サービスの提供を開始しようとしている事業者や既に提供を開始提供している事業者にとって、市場参入や事業拡大の際の参考となることが期待されるものである。また、地域において保険外サービスも視野に入れて地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある自治体にとっては、既に地域にある保険外サービスを把握するきっかけや、事業者との連携を図っていく際の一助となる。

図表4-3-22 一人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていること



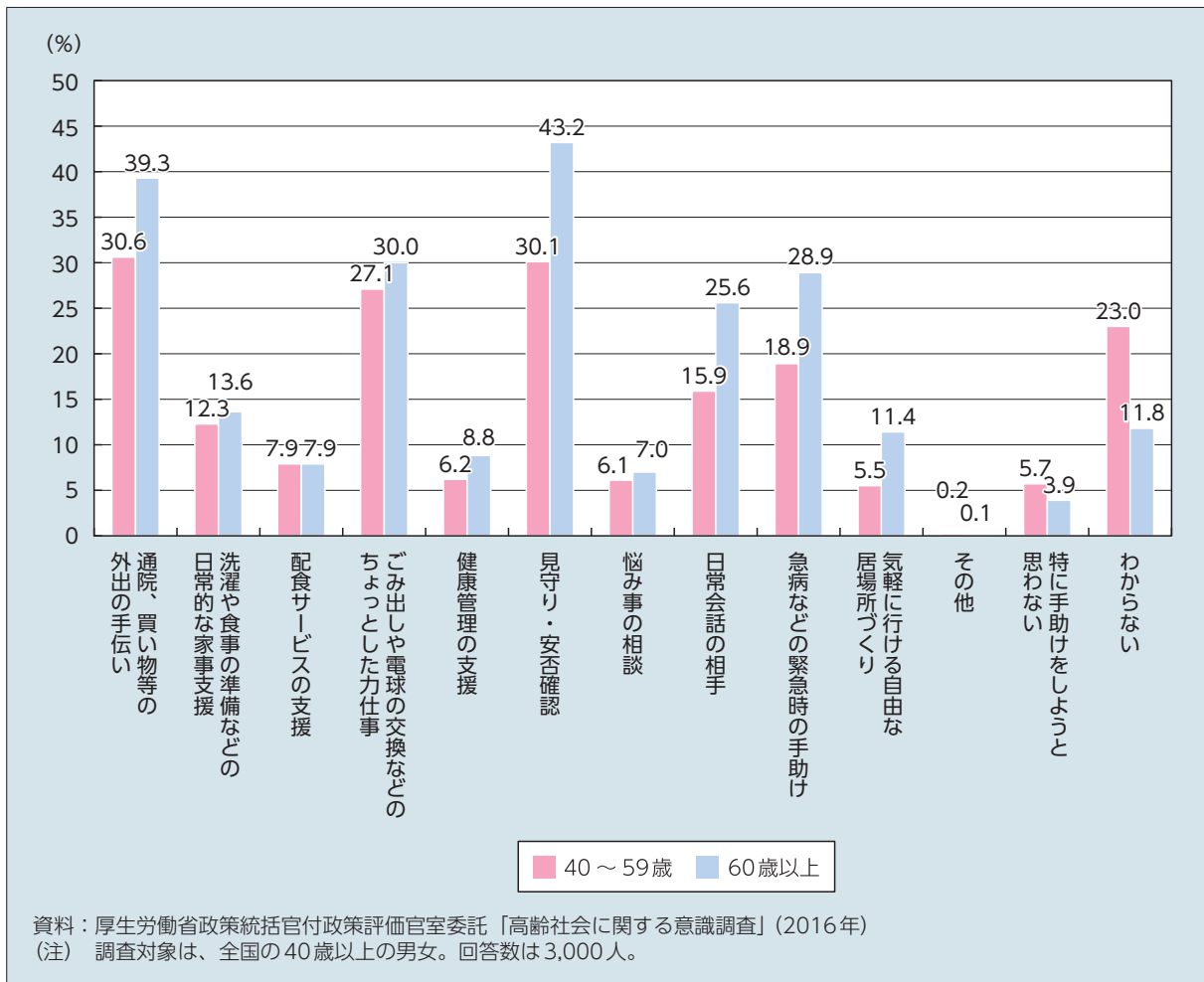
一方で、**図表1-2-15**によれば、60歳以上の高齢者の自主的社会的活動への参加状況について、高齢者の支援を目的としたものの割合は6.7%（2013（平成25）年）に過ぎない。また、高齢者の見守りネットワークを形成している自治体もあるが、全国で一般的に実施されているわけではなく、住民の互助活動による生活支援サービスや見守り活動は十分とは言えない状況にある。

このような多様な生活支援のニーズに対して、元気で意欲のある高齢者には、支援の担い手となることも期待される。見守り・安否確認、通院・買い物等の外出の手伝い、ごみ出しや電球の交換などのちょっとした力仕事等の活動を実施したいと考える高齢者も相当程度存在し（**図表4-3-23**）、地域における支え合いの力となり得るだろう。また、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいにつながり、介護予防や閉じこもりの防止にも資すると考えられる。

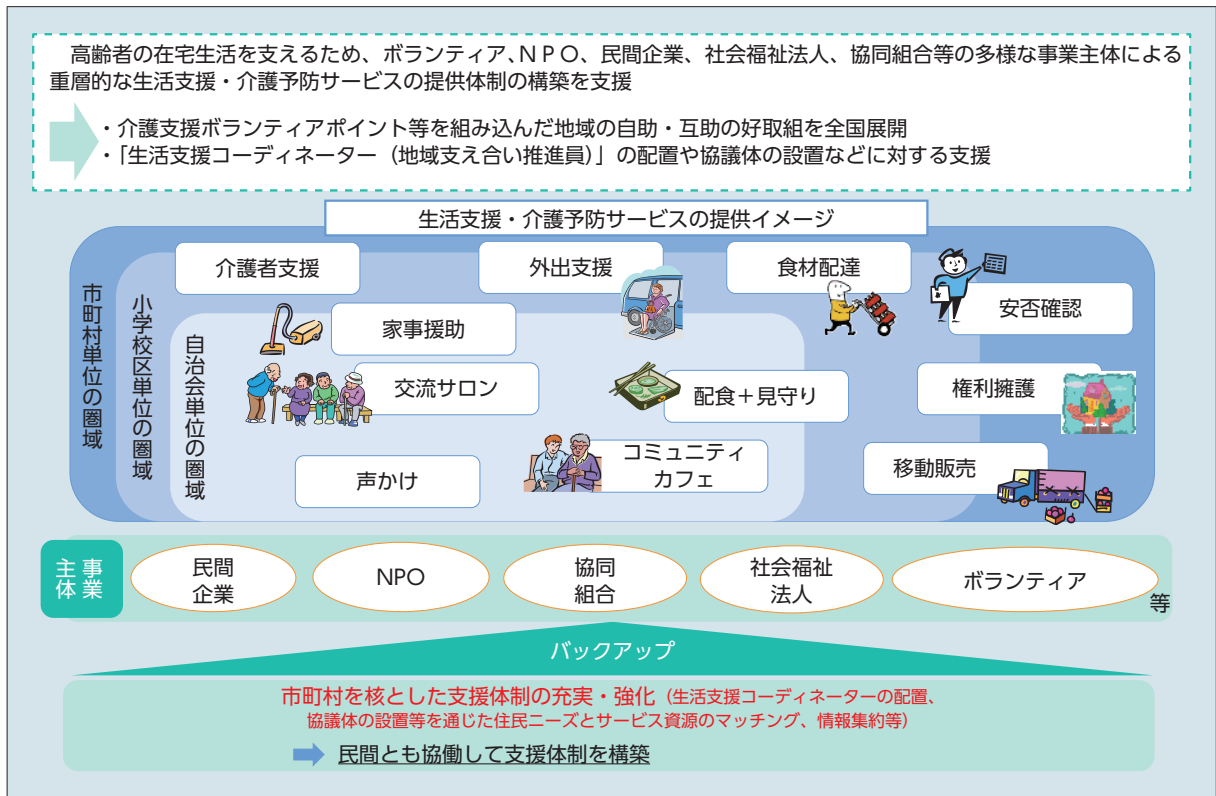
地域貢献はしたいが何をどうしてよいかわからないとの声もあり、これらを地域の力と

して活かしていくことができるよう、市町村が中心となって高齢者も含めて生活支援等サービスを提供したいと考えている者と地域における生活支援ニーズをマッチングするほか、多様な主体の参加を促し、地域における支え合いの体制づくりを進めていくことが重要である（図表4-3-24）。

図表4-3-23 実施したいと思う「支え合い・助け合い」活動（3つまで）



図表4-3-24 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



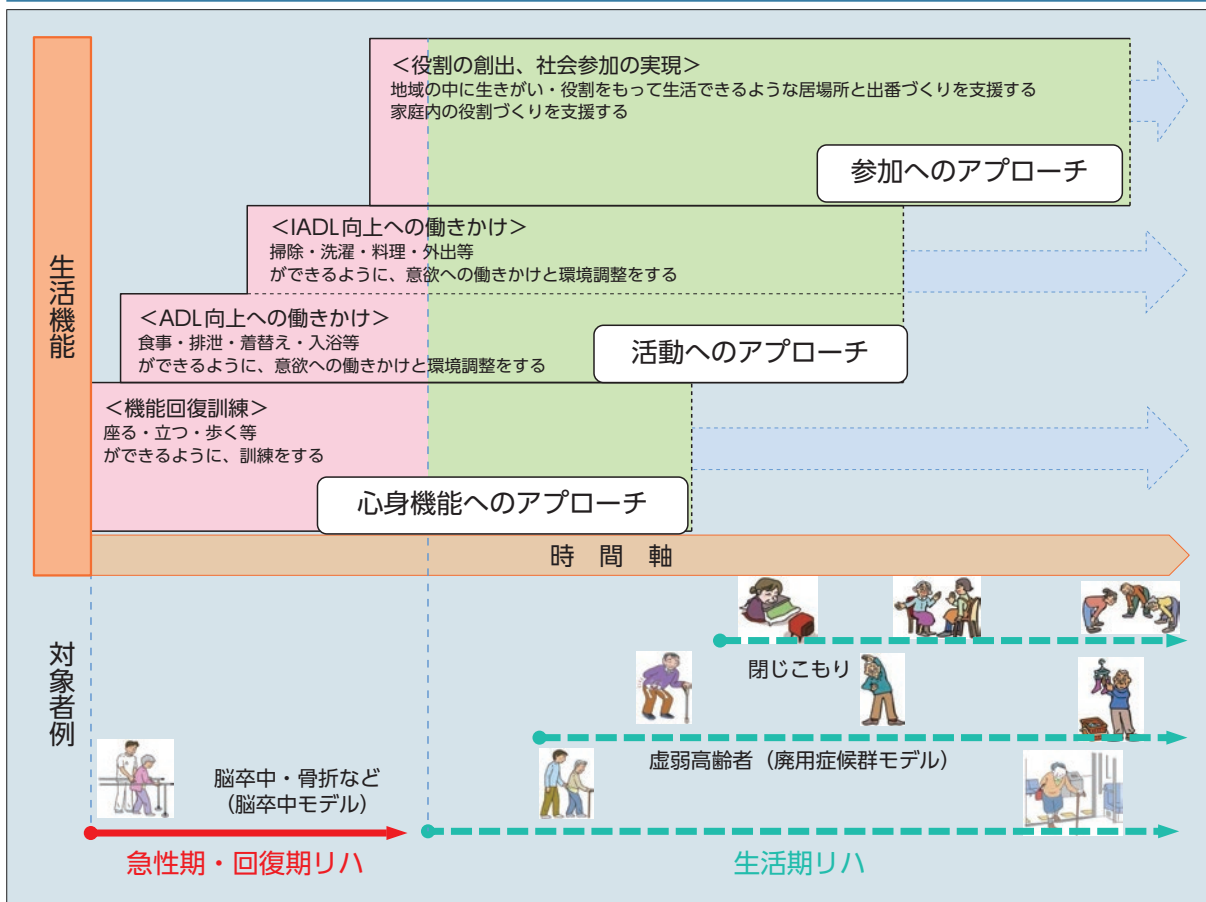
(5) 介護予防

1 介護予防の意義

(介護予防は運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけでなく、日常生活の活動を高め、生きがいや自己実現の取組みを支援して、生活の質を高めるもの)

2001（平成13）年5月に世界保健機関（WHO）総会において採択された国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health：ICF）では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②食事摂取などの身の回りの生活行為（ADL）・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成されるとしている。そのため、生活機能の低下した高齢者に対しては、この理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要である。介護予防とは、「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義されるが、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組みを支援して、生活の質（Quality Of Life：QOL）の向上を目指すものである（図表4-3-25）。

図表4-3-25 高齢者リハビリテーションのイメージ



2 新たな介護予防事業

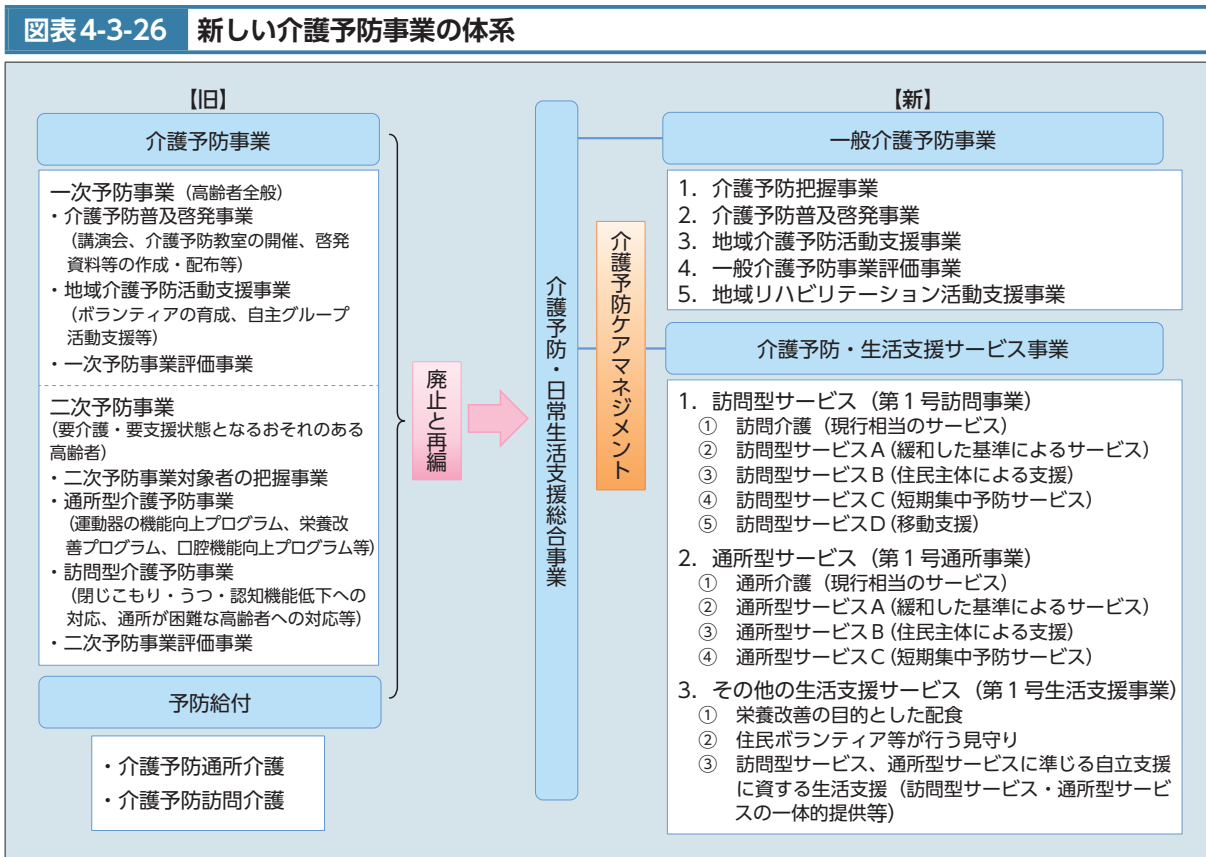
(全国一律の基準で実施されていた予防給付の一部は市町村の実情に応じて実施する「地域支援事業」に移行。機能回復訓練に加えて、高齢者本人の環境へのアプローチを含む新しい総合事業に順次移行)

2014（平成26）年の介護保険法の改正において、2015（平成27）年4月から、従来予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を地域支援事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、介護予防訪問介護等と住民等が参加する多様なサービスを総合的に提供する仕組み（「新しい総合事業」）へと見直しを行った（図表4-3-26）。

新しい総合事業のうち一般介護予防事業は、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等による自立支援に資する取組みを推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指すものである。

介護予防・生活支援サービス事業は、要支援者や事業の対象者の多様な生活支援のニーズに対応するため、介護予防訪問介護等のサービスに加え、住民主体の支援等も含め、多様なサービスを事業の対象として支援するものである。事業は大きく分けて4つに分類され、要支援者等に対し、掃除・洗濯等の日常生活上の支援を訪問により提供する「訪問型サービス」、機能訓練や集いの場等への通所により日常生活上の支援を提供する「通所型サービス」、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守り等の提供を行う

「その他の生活支援サービス」、そしてこれらの新しい総合事業によるサービス等が適切に提供されるよう調整する「介護予防ケアマネジメント」によって構成される。



今後の介護予防においては、まず、地域の高齢者の心身の状態や生活環境等の情報収集により、閉じこもり等の何らかの支援を必要とする者を把握することが重要となる。元気な高齢者は、地域の介護予防の担い手として活動したり、身近にある住民主体の通いの場への参加を通じて、自身の元気な状態を維持する。一方で、支援が必要と判断された高齢者に対しては、市町村やその委託を受けた事業者に所属する保健・医療専門職の訪問を通じて生活課題を抽出するとともに、高齢者自身の興味・関心を把握する。その結果を基に、自立に向けて利用するサービスの内容やその目標等を地域ケア会議等の多職種が参加する場で検討し、支援策を決定する。その後、3～6ヶ月の短期間で、訪問・通所サービスを通じて状態の改善を図るとともに、高齢者自身の意欲を高め、支援が必要な状態からの「卒業」、つまり自立を目指す。さらに「卒業後」も、高齢者が容易に通える範囲に住民主体の介護予防活動を実施する場があることで、状態の維持を図ることができるようになる。

3 地域づくりによる介護予防の推進

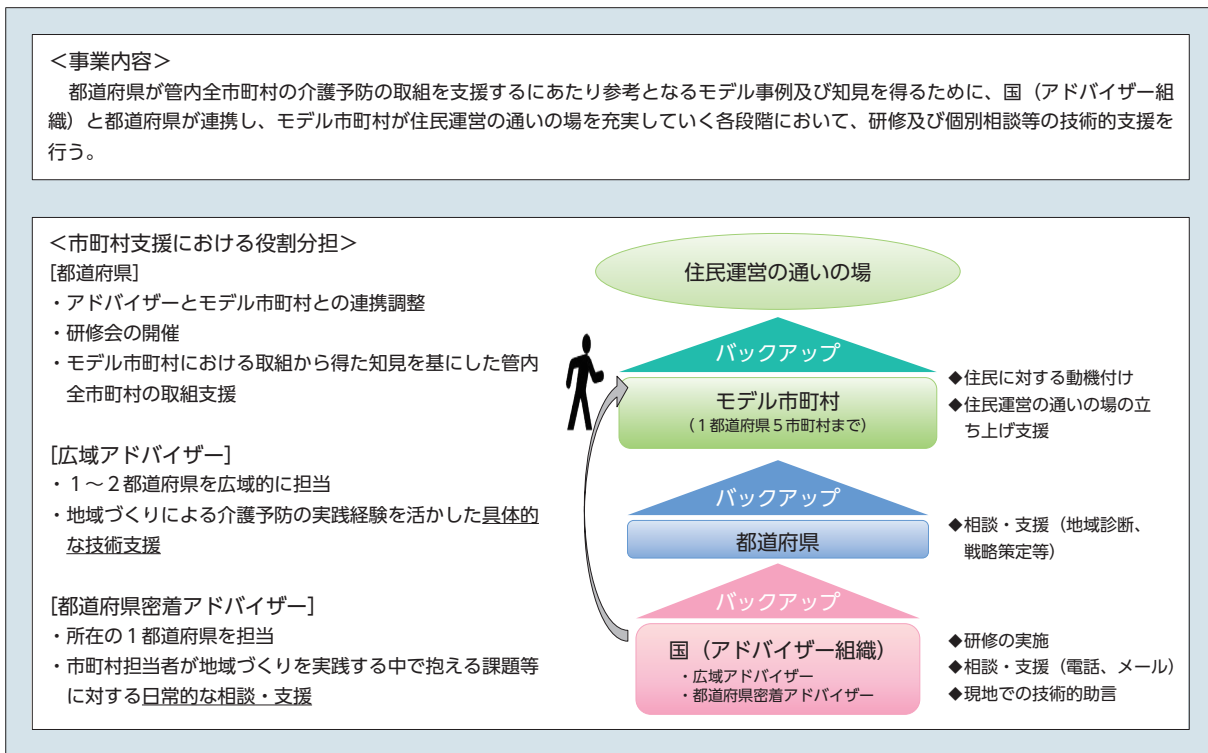
（継続した介護予防のためには、地域の幅広い層の高齢者が参加できる住民主体の場を構築する「地域づくり」が必要であり、このためのモデル事業を実施）

高齢者の誰もが継続して介護予防に取り組むには、取組みの効果を高齢者自身が実感できること、かつ、近隣に通いの場があり、継続して介護予防の取組みを行えることが必要である。知り合いからの声かけが通いの場への参加のきっかけとなったり、介護予防の効

果を実感して通いの場に参加していた人も、一緒に介護予防に取り組む仲間の存在によって、継続して通いの場に通り続ける動機を持つこともあるだろう。身近な範囲における虚弱な高齢者の存在を把握しやすいのも地域の住民である。そのため、住民が主体となって、地域の幅広い層の高齢者が参加できる住民の通いの場が継続的に広がっていく仕組みを構築することが重要である。

このため、市町村は高齢者人口の1割以上が通いの場に参加することを目標に地域づくりを推進するとの考えのもと、2014年度から「地域づくりによる介護予防推進支援事業」を実施している（図表4-3-27）。本事業では、モデル市町村が住民に対する動機付け、住民運営の通いの場の立ち上げの支援を行い、地域づくりを通じた効果的・効率的な介護予防の取組みを推進するとともに、市町村の取組みに地域間格差が生じないように、国と都道府県が連携して研修や個別相談等の技術的支援を行うものである。2015年度は35都道府県で同事業が実施された。

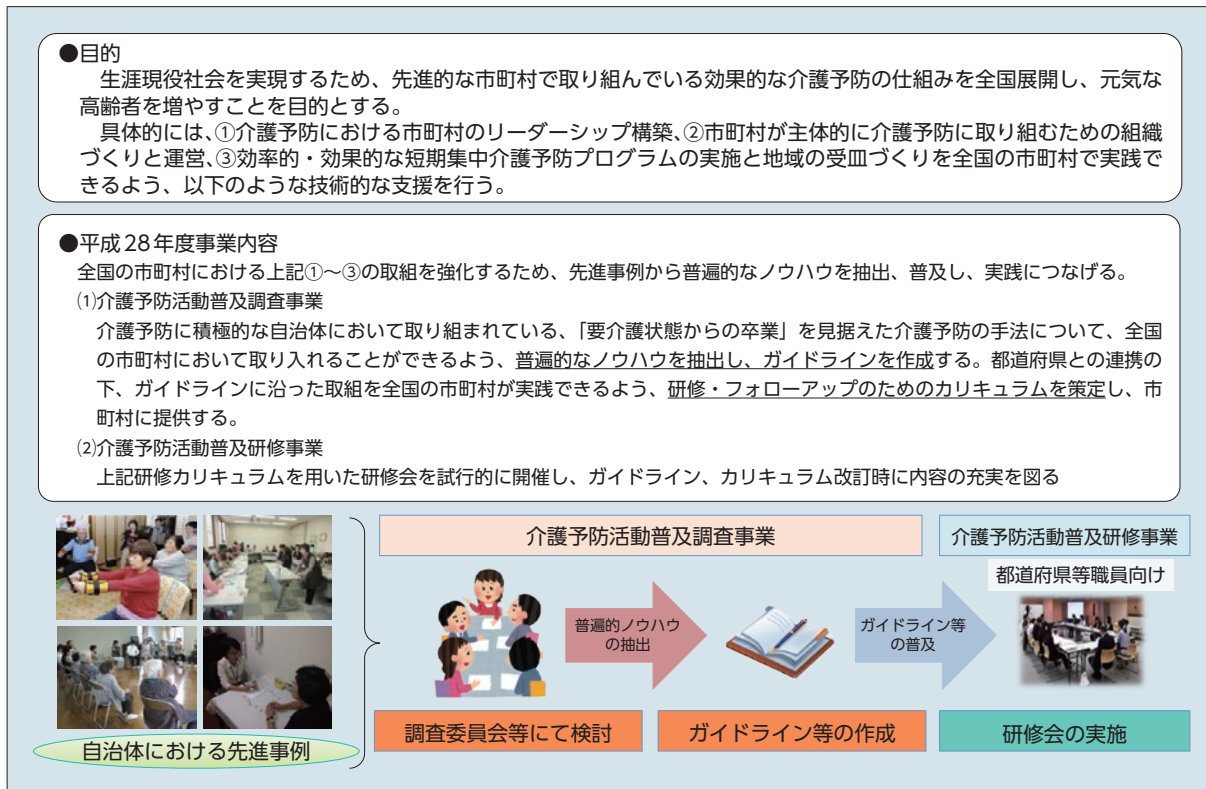
図表4-3-27 地域づくりによる介護予防推進支援事業



4 効果的な介護予防の取組推進のための先進事例の展開

3で示した取組みフローに沿った介護予防を全国的に実施していくためには、効果的な介護予防に先進的に取り組んでいる市町村の事例を展開することが有効である。そこで、2016（平成28）年度からは、介護予防に積極的な自治体において取り組まれている介護予防の手法について普遍的なノウハウを抽出したガイドライン・研修用のカリキュラムを策定することとしている（図表4-3-28）。

図表4-3-28 介護予防活動普及展開事業



(6) 一億総活躍社会の実現に向けた取組み

1 一億総活躍社会と「介護離職ゼロ」について

(一億総活躍社会の実現に向けた新・三本の矢としての「介護離職ゼロ」)

2015（平成27）年10月、政府は、少子高齢化という構造的な課題に正面から取り組むことで、2050（平成62）年度も1億人の人口を維持し、誰もが、家庭で、職場で、地域で、生きがいを持って充実した生活を送ることができる「一億総活躍社会」を目指す方針を新たに示した。あわせて、このための実現手段として、①「希望を生み出す強い経済（名目GDP600兆円の実現）」、②「夢をつむぐ子育て支援（希望出生率1.8の実現）」、③「安心につながる社会保障（介護離職ゼロの実現）」という3つの方向性が示された（「新・三本の矢」）。

このうち第三の矢の指標である、いわゆる「介護離職ゼロ」について、家族の介護・看護を理由とした離職・転職者数は、2011（平成23）年10月～2012（平成24）年9月で10.1万人となっており、希望に反して介護のために離職せざるを得ない状況を改善する必要がある。また、特別養護老人ホームの入所申込者数は2013（平成25）年度において約52.4万人、そのうち在宅の要介護3～5の入所申込者数は約15.3万人であり、特別養護老人ホームの待機者の解消も求められている。

このような問題に対して、2015年11月に一億総活躍国民会議で緊急に実施すべき対策が取りまとめられた（「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」（以下「緊急対策」という）。「介護離職ゼロ」の実現に向けては、ニーズに見合った介護施設・在宅サービスの整備、介護人材の育成・確保・待遇改善、介護事業の生産性向上に取り組むこととした。また、2016（平成28）年6月には、一億総活躍社会の実現に向けた中長期的な工程表となる「ニッポン一億総活躍プラン」が閣議決定された。

2 介護サービス提供体制の確保

①在宅・施設サービス等の整備の充実・加速化

(都市部を中心とした在宅・施設サービス等の整備の加速化、規制緩和)

高齢化が進み、介護を必要とする高齢者の増加が見込まれる中で、地域包括ケアシステムの構築に必要な介護サービス確保に向け、必要な在宅サービスや施設サービスといった基盤を整備していくことが必須である。そのため、医療介護総合確保推進法の成立に伴い、各都道府県に設置された「地域医療介護総合確保基金」を活用して、介護施設等の整備や介護従事者の確保に関する事業が進められてきた。

緊急対策による介護基盤の整備に向けた具体的な施策としては、2020年代初頭を目標に、現行の介護保険事業計画等における約38万人分以上（2015年度から2020年度までの増加分）の整備に加え、約12万人分の在宅・施設サービスの上乗せ整備を行うこととした。このうち、約10万人分については、特別養護老人ホームや定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の整備であり、約2万人分は、サービス付き高齢者向け住宅の整備である（**図表4-3-29**）。

また、施設等の用地の確保を容易にし、特別養護老人ホーム等の整備を図るため、定期借地権で国有地をはじめとした施設用地を借りる場合に、土地所有者に支払う一時金の一部を支援する対象を拡充するとともに、今後需要の増加が見込まれる看護小規模多機能型居宅介護事業^{*5}等を対象施設に追加する等した。

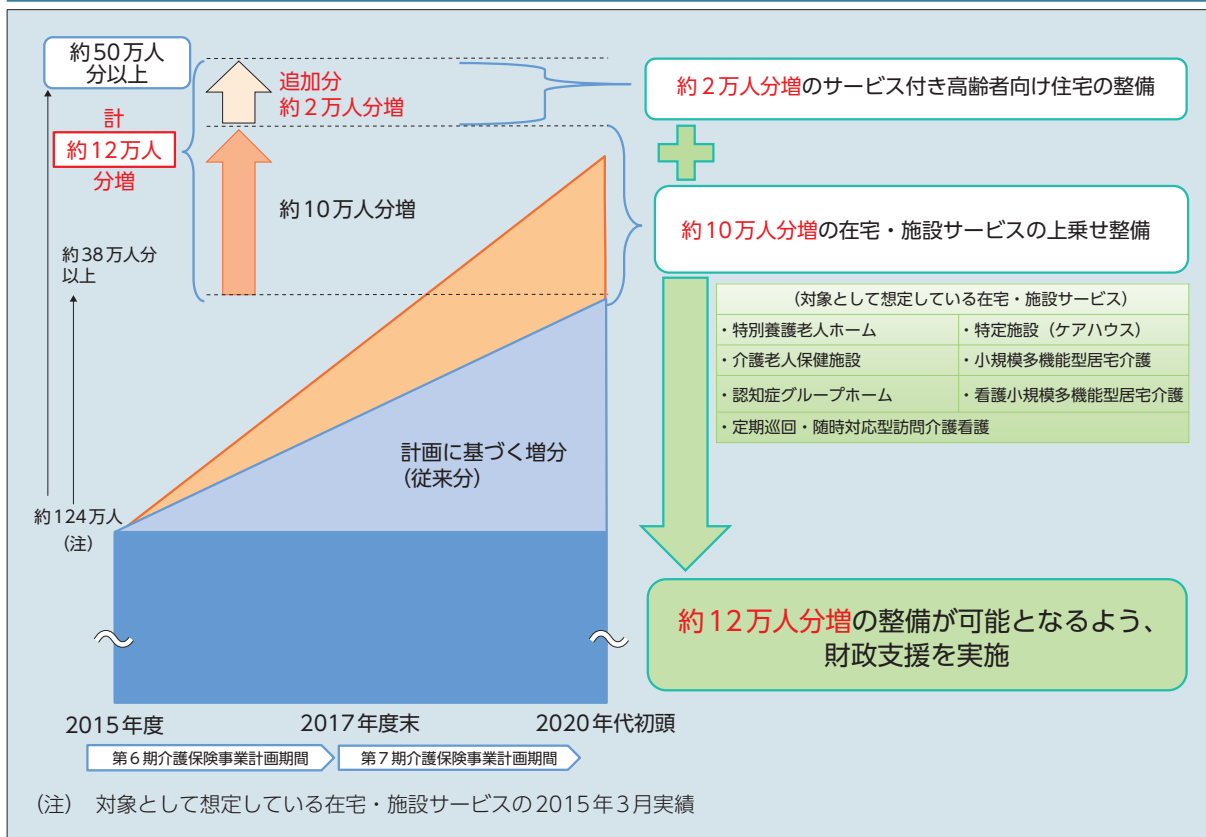
さらに、限られた用地で効率的に介護施設の整備を行い、効果的な介護サービスを提供するため、介護施設等の合築・新設を行う場合の補助の新設や、空き家を活用した認知症高齢者グループホームや小規模多機能型居宅介護事業等の整備への補助を新設した。

以上のような、在宅・施設サービスの整備の加速化・支援の拡充のため、地域医療介護総合確保基金を、2015年度補正予算で約921億円、2016年度予算で約423億円積み増した。

さらに、こうした予算による対応に加えて、都市部の特別養護老人ホームについて、入所施設を運営している既存の社会福祉法人であること等の一定の要件を満たした場合には、建物の民間からの貸与を認めることとした。また、高齢者施設と保育所等の合築の場合には、調理室等の併用が可能であることを明確化し、合築等による整備の促進を図ることにしている。

^{*5} 看護小規模多機能型居宅介護とは、①退院直後の在宅生活へのスムーズな移行、②がん末期等の看取り期、病状不安定期における在宅生活の継続、③家族に対するレスパイトケア、相談対応による負担軽減といったニーズのある方々を支援するため、2012（平成24）年度介護報酬改定で創設されたもの。

図表4-3-29 在宅・施設サービスの上乗せ整備のイメージ



②介護人材の確保

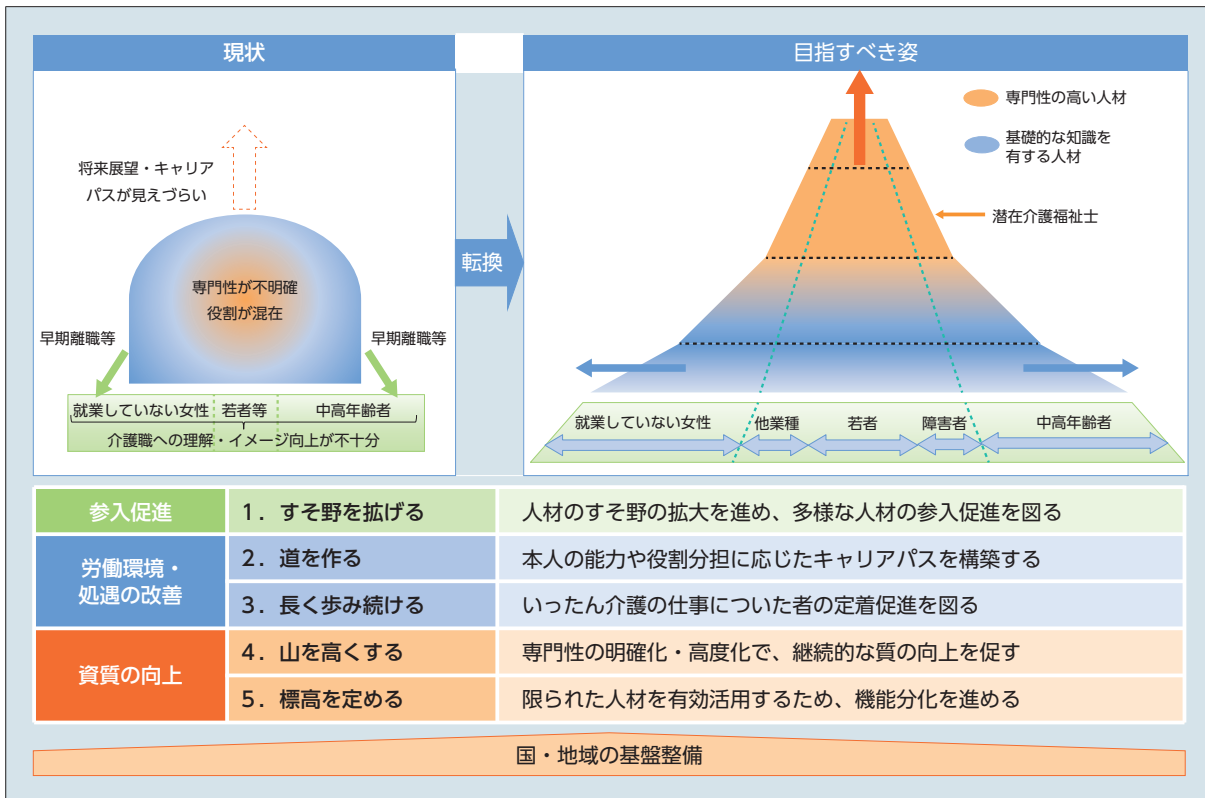
(介護人材の需給推計)

在宅・施設両面の介護サービス基盤の整備とともに、それを支える介護人材の確保も必要となる。2014(平成26)年度に各都道府県において行った介護人材にかかる需給推計結果では、2025(平成37)年には約253万人の介護人材が必要との見通しが示されている。一方、近年の入職・離職等の動向に将来の生産年齢人口の減少等の人口動態を反映した「現状推移シナリオ」に基づく供給見込みは215.2万人であり、約37.7万人の介護人材が不足するとの見通しが示されている。

(総合的・計画的な人材確保の推進)

介護人材の需給推計により37.7万人の需給ギャップが発生することが見込まれる中、厚生労働省では、2025年を介護人材確保にかかる当面の目標年とした上で、戦略的な政策展開により計画的に介護人材確保を進めていくための施策の全体像として、2015年2月に社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会における報告書として「2025年に向けた介護人材の確保～量と質の好循環の確立に向けて～」を取りまとめた。当該報告書では、「参入促進」、「労働環境・処遇の改善」、「資質の向上」の3つを柱とし、2016年3月に成立・公布された「社会福祉法等の一部を改正する法律」(平成28年法律第21号)による制度による対応、地域医療介護総合確保基金を活用した介護人材の確保に関する事業の実施等の予算による対応、介護職員の処遇改善等の介護報酬による対応など、2025年に向けた介護人材の量的・質的確保のための総合的な取組みを示している(図表4-3-30)。

図表 4-3-30 介護人材確保の目指す姿～「まんじゅう型」から「富士山型」へ～

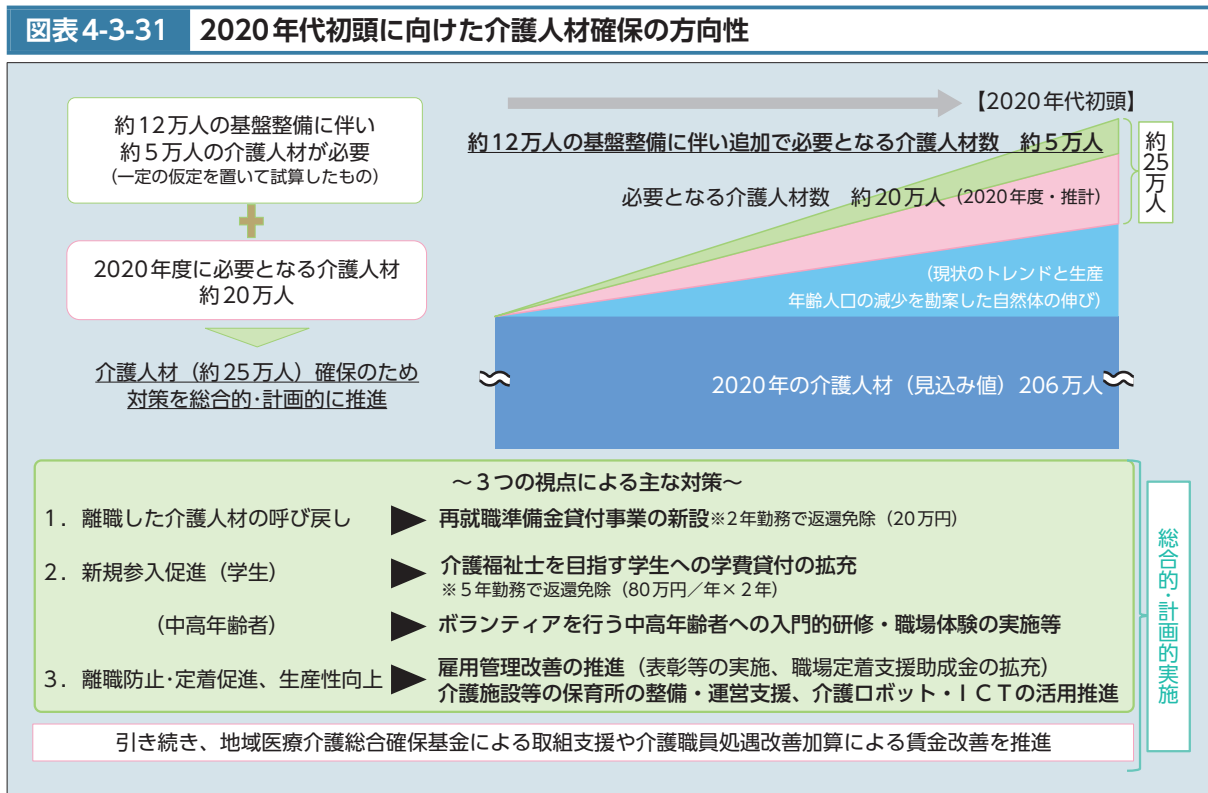


(2020年代初頭に向けた介護人材確保の方向性)

「介護離職ゼロ」の実現に向けた緊急対策として、2020年代初頭に向け利用者約12万人分の在宅・施設介護サービス基盤を上乗せ整備することとなったが、これを支える介護人材の確保も併せて必要となる。前述の介護人材の需給推計によると、2020年における介護人材の需給ギャップは約20万人であり、これに約12万人分の介護サービス基盤の上乗せに伴い追加的に必要と見込まれる約5万人をあわせ、2020年代初頭に向け、合計約25万人の介護人材を確保する必要がある。そのため、「離職した介護人材の呼び戻し」、「新規参加促進」、「離職防止・定着促進、生産性向上」という3つの視点による施策を新たに行うこととしている(図表4-3-31)。

また、ニッポン一億総活躍プランでは、介護人材の処遇について、2017(平成29)年度からキャリアアップの仕組みを構築し、月額平均1万円相当の改善を行うこととし、この際、介護保険制度の下で対応することを基本に、予算編成過程で検討することとしている。

図表4-3-31 2020年代初頭に向けた介護人材確保の方向性



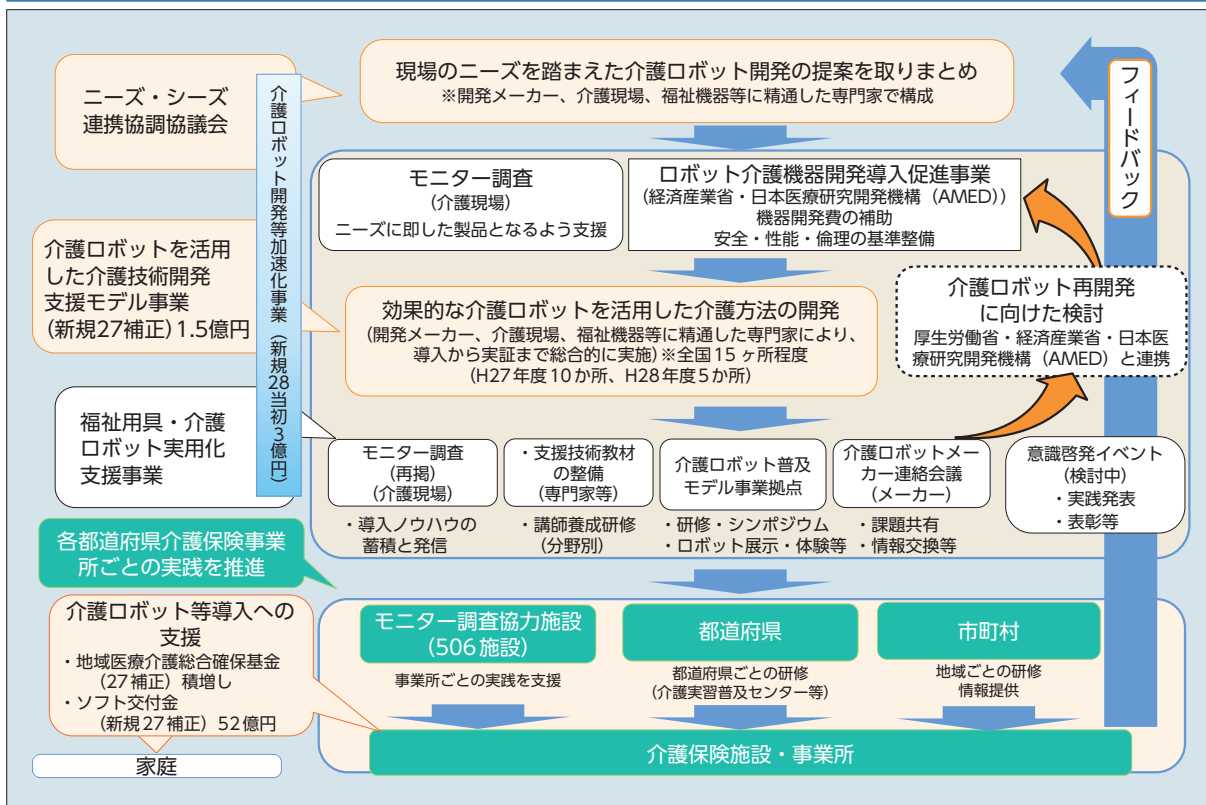
(介護事業の生産性向上の取組み)

介護ニーズが増加する一方で労働力人口は減少すると見込まれ、介護サービスの効果的・効率的な提供も課題となっている。介護ロボットは、介護従事者の身体的負担の軽減や業務の効率化に資する新たな技術が用いられており、介護従事者が継続して就労するための環境整備として活用が期待される。そこで、厚生労働省では、介護ロボットの開発・導入・普及の加速化に向けた支援を行っている(図表4-3-32)。

具体的には、開発企業と介護現場の協議を通じて着想段階から現場の開発ニーズを開発内容に反映し、開発中の試作機へのアドバイス、開発された機器を用いた効果的な介護技術の構築など、各段階で必要な支援を行っている。また、介護ロボットの導入を支援することにより、介護環境の改善に即効性を持たせるとともに、広く一般の介護事業所の取組みの参考となるような先駆的な取組みについて、地域医療介護総合確保基金を通じて支援を行っている。さらに、介護従事者の介護負担の軽減を図る取組みが一層推進されるよう、一定額(20万円超)の介護ロボットを介護保険施設・事業所に導入する費用について助成しており、事業者の負担が大きい介護ロボットの導入を特別に支援している。このほか、介護ロボットを活用した効果的な介護方法の開発・実証成果等の普及啓発に向けた取組みを実施している。

また、介護の質を低下させずに現場の業務負担の軽減を図る観点からは、介護記録の作成・保管等のICT化により事務を効率化することで、間接的業務の所要時間を削減し、介護職員が直接処遇に係る業務に多くの時間をかけることができるようにする取組みが重要である。厚生労働省はこれまでに、ICTの活用等を要件とした訪問介護のサービス提供責任者の配置基準の緩和や、介護事業所におけるICTの活用による業務上の文書削減及び業務の効率化の効果について検証するモデル事業などの取組みを実施している。

図表 4-3-32 介護ロボットの開発・導入・普及の加速化に向けた支援について



3 介護に取り組む家族等への支援

① 家族等への支援の意義

(要介護者の在宅生活の継続のためにも介護に当たる家族等への支援は重要。また介護による離職は社会的な損失)

介護保険のサービスは、要介護者の生活を支えていくための制度として整備が進められ、介護の社会化に大きな役割を果たしてきた。他方、要介護者の生活を支える上で、家族等は引き続き大きな役割を果たしている。在宅要介護者を支える家族等に過度の負担がかかって「燃え尽き」が生じてしまい、要介護者が施設等へ入所することになる場合もある。そのため、要介護者の在宅生活の継続という観点から見ても、介護者に対する総合的な支援は重要な課題である。また、家族等が介護を理由に仕事や学業等の社会生活を断念せざるをえなくなることは、社会全体の損失であることから、介護者への効果的な支援に取り組むべきである。

② 仕事と介護の両立を可能とするための制度の整備

(介護離職の防止のため、介護休業の分割取得等の制度改正を実施)

1995（平成7）年に介護休業制度が創設されて以降、認知症高齢者の増加や世帯構造の変化など家族の介護をめぐる状況にも変化が生じている。介護は長期間にわたって続く可能性があり、その状態も個人の状況によって異なる。また、介護サービスの利用等にあたって、家族の対応が必要となる時期も様々である。それらのニーズに柔軟に対応できるよう、介護休業や柔軟な働き方の制度を様々に組み合わせて対応できるような制度の構築が必要とされている。

このような視点を踏まえ、介護離職を防止し、仕事と介護の両立を可能とするための制

度の見直しを行うため、「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」（平成3年法律第76号。以下「育介法」という。）の一部改正を含む「雇用保険法等の一部を改正する法律」（平成28年法律第17号）が第190回通常国会で成立した。

この改正により、原則1回、最長93日間の介護休業について、分割取得（最大3回、通算93日間）を可能とするとともに、介護休業等を取得できる対象家族の範囲を拡大する。また、対象家族1人につき年5日（2人以上は10日）の介護休暇については、介護保険の手続き、ケアマネジャーとの打ち合わせ、通院等の日常的な介護ニーズに対してより柔軟に対応するため、半日（所定労働時間の2分の1）単位の取得を可能とする。さらに、事業主が①短時間勤務制度、②フレックスタイム制度、③始業・終業時刻の繰り上げ・繰り下げ、④介護サービスを利用する場合、労働者が負担する費用を助成する制度その他これに準ずる制度のいずれかを講ずることとされている「選択的措置義務」については、措置内容は維持した上で、現行では介護休業とあわせて93日とされているが、これを介護休業から独立させて、3年の間で2回以上の利用を可能とする制度とする。また、これまでは、育児のための所定外労働の免除のみが育介法に規定されていたが、介護のための所定外労働の免除についても法律上の制度とし、介護終了までの期間について請求できる権利とした。

このほか、2016年8月1日より、介護休業給付の給付率の引上げ（40%→67%）を行うこととしている。（[図表4-3-33](#)、[図表4-3-34](#)）

このような制度的対応に加えて、中小企業における労働者の円滑な介護休業の取得及び職場復帰などを図るための「介護支援プラン」の策定を支援するとともに、介護離職防止等の取組みを行う事業主に対する助成金を2016年度より新設している。

図表 4-3-33 仕事と介護の両立支援制度の見直し

改正趣旨

介護が必要な家族を抱える労働者が介護サービス等を十分に活用できるようにするため、介護休業や柔軟な働き方の制度を様々に組み合わせることで対応できるような制度の構築が必要。

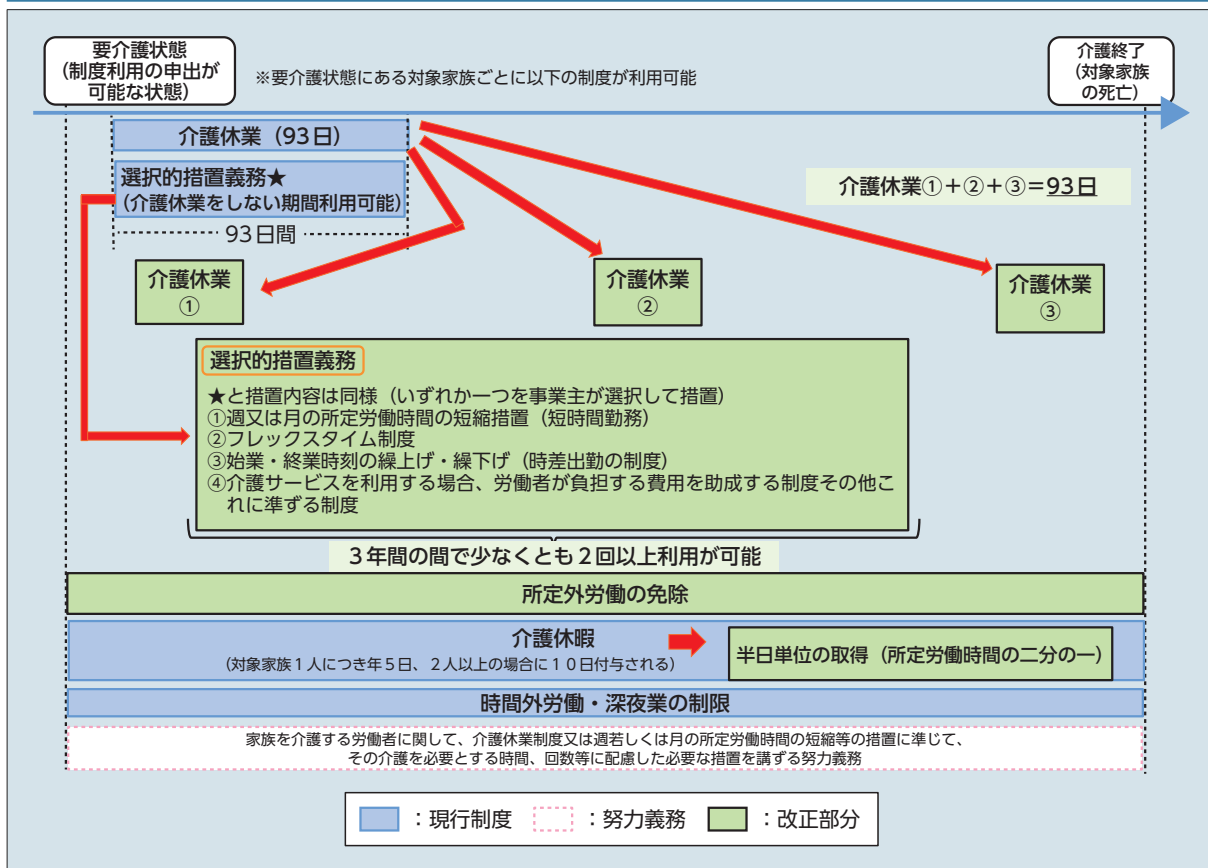
改正内容【介護離職を防止し、仕事と介護の両立を可能とするための制度の整備】

	改正内容	現行	改正案
1	介護休業（93日：介護の体制構築のための休業）の分割取得	原則1回に限り、93日まで取得可能	取得回数の実績を踏まえ、介護の始期、終期、その間の期間にそれぞれ対応するという観点から、対象家族1人につき通算93日まで、3回を上限として、介護休業の分割取得を可能とする。
2	介護休業給付の給付率の引上げ	賃金の40%	67%に引上げを行う。
3	介護休暇（年5日）の取得単位の柔軟化	1日単位での取得	半日（所定労働時間の二分の一）単位の取得を可能とする。 <日常的な介護ニーズに対応> ※所定労働時間が4時間以下の労働者については適用除外とし、1日単位。 ※業務の性質や業務の実施体制に照らして、半日を単位として取得することが困難と認められる労働者は、労使協定により除外できる。 ※労使協定により、所定労働時間の二分の一以外の「半日」とすることができ（例：午前3時間、午後5時間など）
4	介護のための所定労働時間の短縮措置等（選択的措置義務）	介護休業と通算して93日の範囲内で取得可能	介護休業とは別に、利用開始から3年の間で2回以上の利用を可能とする。 <日常的な介護ニーズに対応> 事業主は以下のうちいずれかの措置を選択して講じなければならない。（措置内容は現行と同じ）①所定労働時間の短縮措置（短時間勤務）②フレックスタイム制度③始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ④労働者が利用する介護サービス費用の助成その他これに準じる制度
5	介護のための所定外労働の免除（新設）	なし	介護終了までの期間について請求することのできる権利として新設する。 <日常的な介護ニーズに対応> ・当該事業主に引き続き雇用された期間が1年未満の労働者等は、労使協定により除外できる。 ・1回の請求につき1月以上1年以内の期間で請求でき、事業の正常な運営を妨げる場合には事業主は請求を拒否できる。

介護休業等の対象家族の範囲の拡大【省令事項】

同居・扶養していない祖父母、兄弟姉妹及び孫も追加。（現行：配偶者、父母、子、配偶者の父母、同居かつ扶養している祖父母、兄弟姉妹及び孫）

図表4-3-34 仕事と介護の両立支援制度の見直し（イメージ）



③家族等への情報提供・相談体制の充実

(地域における適切な支援窓口となるのが地域包括支援センター。またボランティアによる認知症の人の居宅訪問等による家族の身体的・精神的負担の軽減を図る)

地域包括ケアセンターは、介護サービスの利用に係る相談も含め、高齢者、住民の各種相談を本人、家族等から幅広く受け付け、地域における適切な保健・医療・福祉サービスや関係機関・利用可能な制度につなげる等の支援を行う相談窓口としての機能を有している。そのため、介護をしながら働く家族への相談など、介護離職ゼロに向けた取組みでも重要な役割を果たすことが期待される。介護をしながら働く家族からは、土日祝日において介護に関する相談がしやすい体制づくりを求める声もあることから、こうした介護にあたる家族の希望に応えた柔軟な運営も求められている。

また、介護サービス情報公表システムでは、地域包括支援センターの所在地や営業日だけでなく、事業内容や地域包括ケアセンターの特色まで公表できる仕組みとなっており、例えば遠方に暮らす家族が支援を必要とする高齢者の居住する地域の地域包括支援センターの情報を入手することも可能である。

さらに、認知症地域支援推進員の企画・調整により、認知症カフェ等を通じて顔なじみになったボランティアが認知症の人の居宅を訪問して一緒に過ごす取組みや、認知症に関する基本的な知識や介護技術の習得、関係制度への理解を深めるための家族向け介護教室の開催を2016年度から新たに実施し、家族の介護の身体的・精神的な負担の軽減を図っていく (図表4-3-35)。

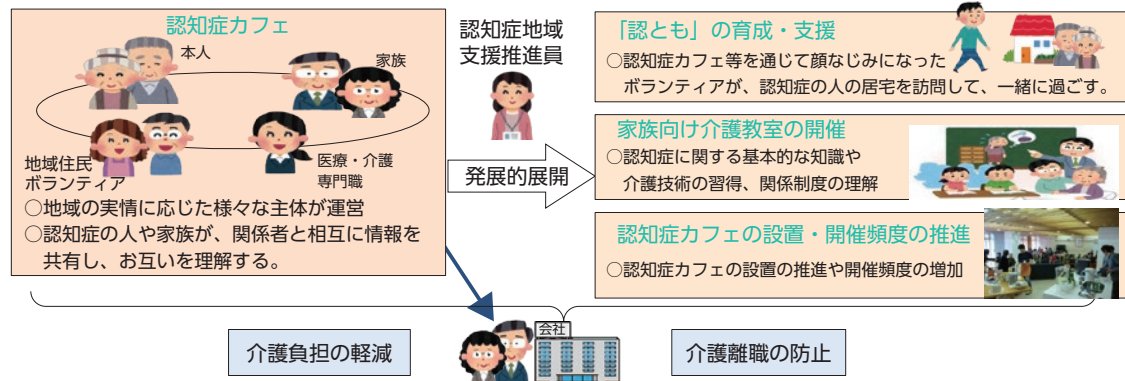
図表 4-3-35 ボランティアによる居宅訪問（「認とも」）や家族向け介護教室等の推進

概要

- 認知症の人やその家族が地域の住民や医療・介護の専門家と交流する認知症カフェを発展的に展開するなど、家族等への支援を充実
 - ・認知症カフェ等を通じて顔なじみになったボランティアで一定の資質を有する者（例えば、認知症サポーターの上乗せ講座を修了した者）が、認知症地域支援推進員の企画・調整の下、認知症の人の居宅を訪問して、一緒に過ごす取組を新たに実施する（「認とも」）。
 - ・認知症の人の家族を対象として、認知症に関する基本的な知識や介護技術の習得、関係制度への理解を深めるための介護教室を認知症地域支援推進員の企画・調整を通じて開催し、家族の介護の身体的・精神的な負担の軽減を図る。
- ※認知症地域支援・ケア向上事業（地域支援事業）において、認知症地域支援推進員が企画・調整して実施する事業として実施

認知症地域支援推進員の業務内容

- 医療・介護等の支援ネットワークの構築
- 認知症対応力向上のための支援（認知症カフェの開設等）
- 相談支援



コラム お節介やさかい（堺）プロジェクト ～「さかいお節介士」が介護者にちょっとした手助けを～

「平成25年国民生活基礎調査」によれば、在宅の要介護者がいる世帯の「主な介護者」は、同居の配偶者、子、子の配偶者などの親族が約6割を占め、そのうち4分の1が、「ほとんど終日」介護している。同居の主な介護者の7割が日常生活での悩みやストレスを抱えており、2割超が介護サービスを利用していない。サービスを利用しない理由として、「家族介護でなんとかやっていける」が5割弱を占めている。

また、平成26年度の高齢者虐待への対応状況調査¹では、養護者²による高齢者虐待と認められた件数は1万5千件超で、その要因は、前年度に引き続き、「介護疲れ・介護ストレス」が最も多い結果となっている。

先の見えない介護を続けるためには、介護者の息抜き（レスパイト）が必要だ。介護保険にはデイサービスやショートステイといった要介護者を預かるサービスはあるが、介護

者・要介護者や地域社会がレスパイトの重要性を理解しなければ、サービスを利用したとしても介護者にとっては真のレスパイトとはならない。

大阪府堺市では、在宅介護を担っている家族の精神的、身体的負担を軽減するためには、レスパイトに関する市民の理解や支援が不可欠と考え、2012（平成24）年度から、市民ボランティア組織を立ち上げ、イベントの開催や情報紙を発行し、市民と一緒に普及啓発を図ってきた。

さらに、直接的な介護者支援を行うために、堺市では「お節介やさかいプロジェクト」を2015（平成27）年度に立ち上げた。このプロジェクトの中心は「さかいお節介士」だ。「さかいお節介士」とは、市が主催する養成講座で半日ほど介護に関する基本的な知識や介護者支援について学び、その後、定期的に勉強会などを持ちながら、身近な介

1 平成26年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査
2 高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等



お節介士が主催する「出前レスパイトカフェ」
参加者がウクレレの伴奏で合唱

護者へ声かけしたり、必要な情報を届けたり、ちょっとした手助けをする介護者支援の担い手である。

堺市は、「お節介士」という任意の資格認定を行っている日本エルダーライフ協会の協力を得て、「さかいお節介士」の養成を始め、既に163人（2016（平成28）年3月現在）の市民が講座を修了した。受講者は60代が中心であるが、民生委員、介護職員、喫茶店主、訪問理美容事業者、介護経験者・未経験者などその経歴は様々だ。堺市は、介護者支援のハードルを低くし、介護者自身を知る人だからできる「お節介」をすすめているが、既にお節介士自身の経歴やネットワークを活

かして、自主的な活動が始まっている。

活動内容を見ると、近所や友人との会話の中で積極的に介護やレスパイトを話題にするという簡単な取組みから、自治会とのコラボにより介護について語り合う「出前レスパイトカフェ」の開催、インターネットラジオによる介護情報の発信、専門家の協力を得て介護者が自由に集い、相談できる「介護者同士のよりあい所」の運営までさまざまだ。

堺市が進める「さかいお節介士」は、行政がきっかけを作ってはいるが、その活動は市民が考え行動する仕組みだ。きっと行政が思いつかないような自由な発想と市民力・地域力で、これから様々な活動を展開してくれるだろう。



年1回の介護者・要介護者のファッションショー
お節介士が裏方で活躍

4 住まい

(住まいの種類)

地域包括ケアシステムでは、必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に照らして、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住まい方が確保されていることが前提となる。この場合の住まいとは、実際に暮らす建物と、その建物を取り巻く地域の様々なつながりが一体となったものを指す。建物としては、一般住宅（持ち家・賃貸）の他に、家屋や家族の状況等の理由により一般住宅での生活が難しい高齢者が入所・入居する、特別養護老人ホーム等の施設や有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等も含まれる。急速に進む高齢化とともに、高齢の単身者や夫婦のみで構成される世帯が増加しているが、高齢者がそれぞれの状態に応じて必要な生活支援、介護等のサービスを利用しながら生活できるよう、様々な住まいの確保が必要である（図表4-3-36）。

図表 4-3-36 高齢者向け施設・住まいの概要

	特別養護老人ホーム	老人保健施設	介護療養型医療施設	養護老人ホーム	軽費老人ホーム	有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅	認知症高齢者グループホーム
基本的性格	要介護高齢者のための生活施設	要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指す施設	医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設	環境的、経済的に困窮した高齢者の施設	低所得高齢者のための住居	高齢者のための住居	高齢者のための住居	認知症高齢者のための共同生活住居
利用できる介護保険	介護福祉施設サービス（介護老人福祉施設）	介護福祉施設サービス（介護老人保健施設）	介護福祉施設サービス（介護療養型医療施設）	特定施設入所者生活介護 ※外部サービスの活用も可			なし（有料老人ホームの基準を満たす場合、特定施設入居者生活介護が可能） ※外部サービスを利用	認知症対応型共同生活介護
主な設置主体	地方公共団体 社会福祉法人	地方公共団体 医療法人	地方公共団体 医療法人	地方公共団体 社会福祉法人	地方公共団体 社会福祉法人 知事許可を受けた法人	限定なし（営利法人中心）	限定なし（営利法人中心）	限定なし（営利法人中心）
対象者	65歳以上であって、身体上又は精神上著しい障害があるために常時介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な者	病状安定期にあり、看護・介護・機能訓練を必要とする要介護者	病状安定期にあり、療養上の管理・看護・介護・機能訓練が必要な要介護者	65歳以上の者であって、環境上及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な者	身体機能の低下等により自立した生活を営むことについて不安であると認められる者であって、家族による援助を受けることが困難な60歳以上の者	老人 ※老人福祉法上、老人に関する概念がないため、解釈においては社会通念による	次のいずれかに該当する単身・夫婦世帯等 ・60歳以上の者 ・要介護／要支援認定を受けている60歳未満の者等	要介護者／要支援者であって認知症である者（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）

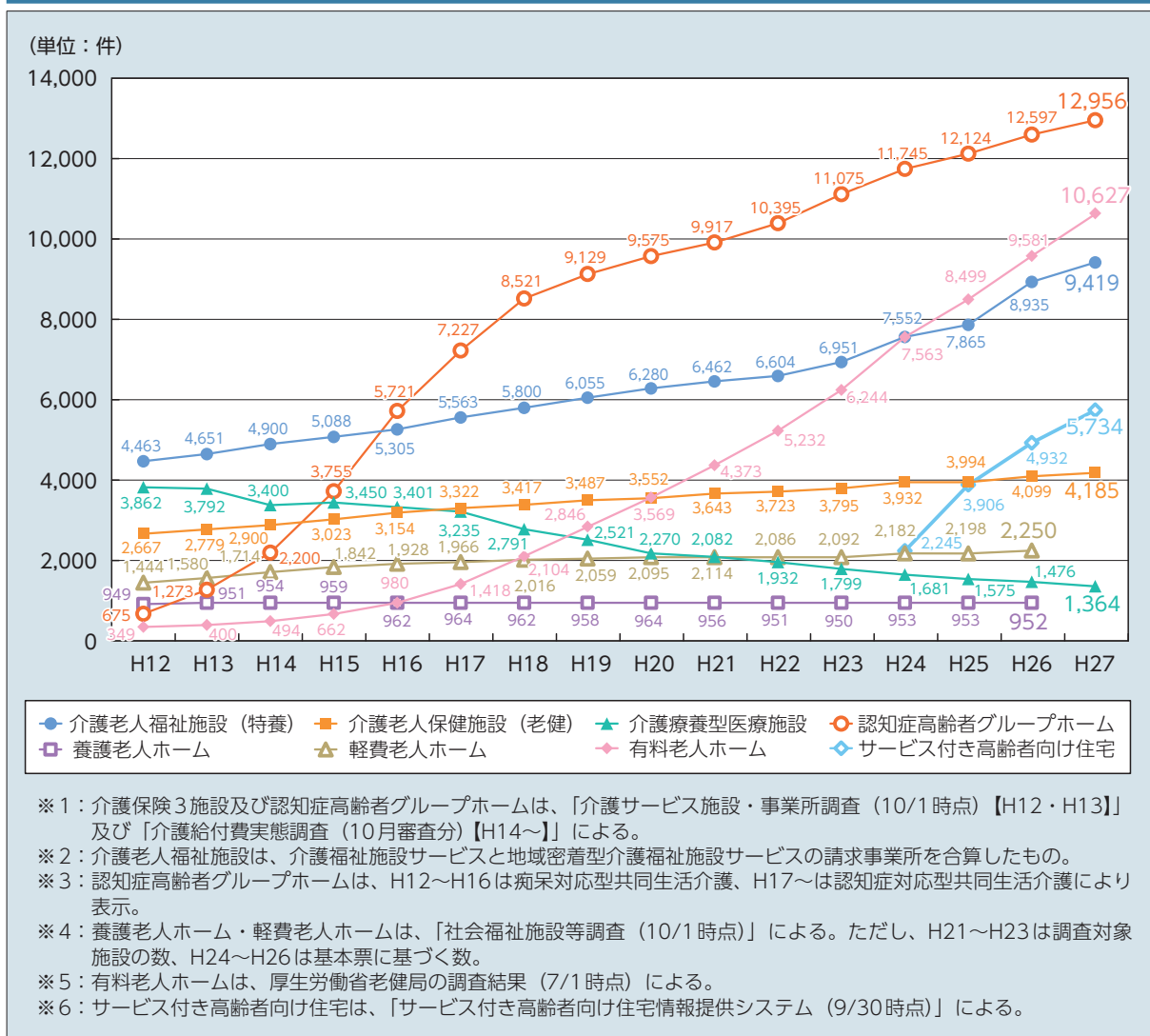
(注) 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者・要支援者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。特定施設の対象となる施設は、①養護老人ホーム、②軽費老人ホーム、③有料老人ホーム。サービス付き高齢者向け住宅は、有料老人ホームに該当するものは特定施設となる。

そのため、住宅のユニバーサルデザイン化や住み替え支援などの住宅政策に加えて、各種の高齢者向けの住まいを計画的に整備していく必要があるが、その際に介護や生活支援などのサービス提供体制も併せて確保しなければならない。また、低所得高齢者に対する住まいの支援も引き続き実施していく。

(高齢者向け住まいの整備)

有料老人ホームや2011（平成23）年の「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（平成13年法律第26号）の改正によって創設されたサービス付き高齢者向け住宅など、高齢者向け住まいについては、近年に急激に増加している（図表4-3-37）。2016（平成28）年3月に閣議決定された新たな住生活基本計画においても、①高齢者が安全に安心して生涯を送ることができるための住宅の改善・供給、②高齢者が望む地域で住宅を確保し、日常生活圏において、介護・医療サービスや生活支援サービスが利用できる居住環境の実現が目標として掲げられている。このような目標に対して、高齢者人口に対するサービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等の高齢者向け住宅の割合については、2014（平成26）年は2.1%であったところ2025（平成37）年には4%とすること等を成果指標としている。

図表4-3-37 高齢者向け住まい・施設の件数



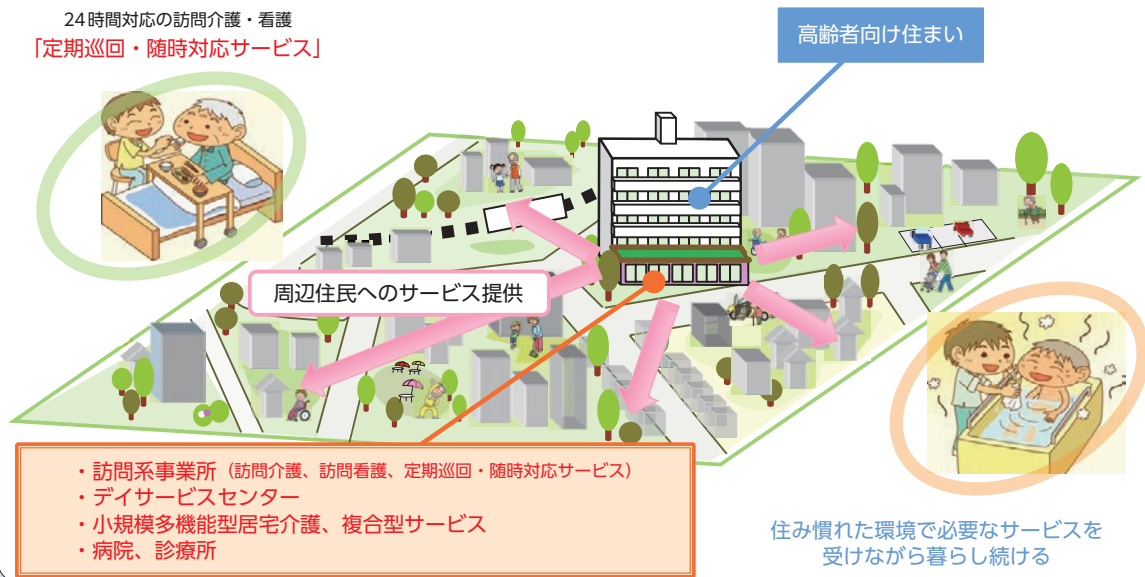
厚生労働省では、介護保険事業計画に基づく介護サービス量の増加を図るため、特別養護老人ホーム等の施設整備を進めてきた。加えて、2020年代初頭までに、介護を原因とした離職を防ぎ、特別養護老人ホームへの入所を希望しながら自宅待機せざるを得ない方をなくすことを目指して、「一億総活躍社会」に向けた緊急対策として、在宅・施設サービス等について上乗せ整備を進めることとした。

サービス付き高齢者向け住宅については、国土交通省と連携しながら、高齢者を対象とした安否確認サービスや生活相談サービスを提供する高齢者向け住まいとして、その供給を更に促進していくことが求められており、緊急対策でも、サービス付き高齢者向け住宅の整備を進めることとしている。

なお、住まいの整備に当たっては、高齢者の場合、介護が必要になったり、認知症を発症したりすることが想定されるため、必要な医療・介護等のサービス提供体制の確保を併せて進めていく（図表4-3-38）。

図表 4-3-38 高齢者向け住まいと医療・介護の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、「サービス付き高齢者向け住宅」「有料老人ホーム」などの高齢者向け住まいに、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」などの介護サービスや、診療所などの医療機関や訪問診療などの医療を組み合わせた仕組みの普及を図る。



コラム 地域から「生えてきた」家!? ～宮崎市 かあさんの家～

数年前、市原美穂さんが理事長を務める「認定NPO法人ホームホスピス宮崎」が運営する「かあさんの家」をある厚生労働省の職員が訪問した。その際に漏らした感想が「これは地域から生えてきた家だ！」というものだった……

市原さんは1998（平成10）年に任意団体として「ホームホスピス宮崎」を仲間と立ち上げた（2000（平成12）年にNPO化）が、介護保険ができた2000（平成12）年を境として、受け入れる施設もなく自宅には一人では生活できない高齢のがん患者についての相談が増えた。「どげんかせんといかん！」と思い、「それなら空いている家を借りてみんなで住んで、地域の開業医の先生や訪問看護・介護が入ればいいじゃない」と考えたのが、「かあさんの家」のはじまりだ。

市原さんは早速不動産屋巡りを始めたが、「高齢者を受け入れるホームホスピス」と聞くと誰も貸してくれなかった……

あきらめかけていたところ、ある日、「家

を貸す代わりに一人暮らしの認知症の親父の面倒を見てくれないか」という話があり、一番初めの「かあさんの家 曾師」が2004（平成16）年に誕生した。

「おじいさんごと家を借りた」のだが、結果として「おじいさんへの近所の信頼」いわばご近所の方々のサポートのネットワークもそのまま借りることとなった。そのため近所との関係も良好だ。現在は宮崎市内に4つの「かあさんの家」があるが、全部おじいちゃん、おばあちゃん付きで借りたものだ。



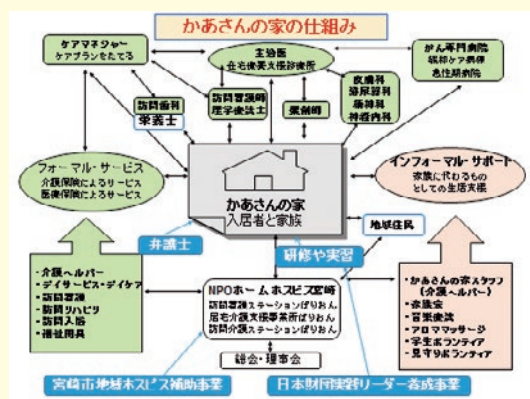
中央が市原さん（写真提供：岡本峰子）

「かあさんの家」1軒につき概ね5人の方が住まわれている。「どんな状況の人もどんな病気の人も断わらない」という方針で受け入れているため、要介護度の平均値は4を超えており、神経難病、認知症の方や呼吸器や胃瘻を付けているなど医療的な処置が必要な方も多い。

「最後まで普通に暮らすことを支える」ことをモットーに、集団生活であるものの本人の意思を尊重した日々の個別ケアを行っている。個別ケアの中心は「日常の生活を整えること」だ。具体的には「食べること」「出すこと」「よく眠ること」で、「胃瘻を外してみんなと食卓を囲む」、「できる限り自分で排泄する」、「なるべく睡眠薬を用いない」ことにより、病気があっても「病人」ではなく「生活する人」として暮らせるという。「普通の家」で「普通に暮らすこと」の効果は大きく、入居されるとたいがい前より元気になるそうだ。

当然介護保険も使っている。介護保険の使い方も特徴的で個別ケアの考え方が貫かれている。外部のケアマネジャーに個別のケアプランを作成してもらっている（5人いれば5通りのプランが出来上がる）。ケアプランに基づくサービスについても「ぱりおん」という自前の訪問看護・訪問介護事業所は6割程度で残りは外部の事業所を利用している。経営的には丸抱えした方がよほど楽ではあるが「サービスの透明性を高め、質を確保するため」このような形にしているそうだ。

この日々の生活の延長線上に「看取り」がある。「かあさんの家」では約8割の方をこ



の家で看取っている。現在の日本においてはほとんどの人が病院で亡くなっているため、多くの家族は看取りの経験がない。そのため、看取りが近づくと「かあさんの家」のスタッフも家族の支援にシフトすることとなる。家族が手を握ったり、体をさすったり、語りかけたりしていく中でゆっくりと亡くなられる……市原さんは「看取りは「医療」ではなく「文化」であり、大切な人の死を通じて生きることを学ぶことができるもの」と考えており、ホームホスピスの活動を「看取りの文化を地域に取り戻すムーブメント」と位置づけている。

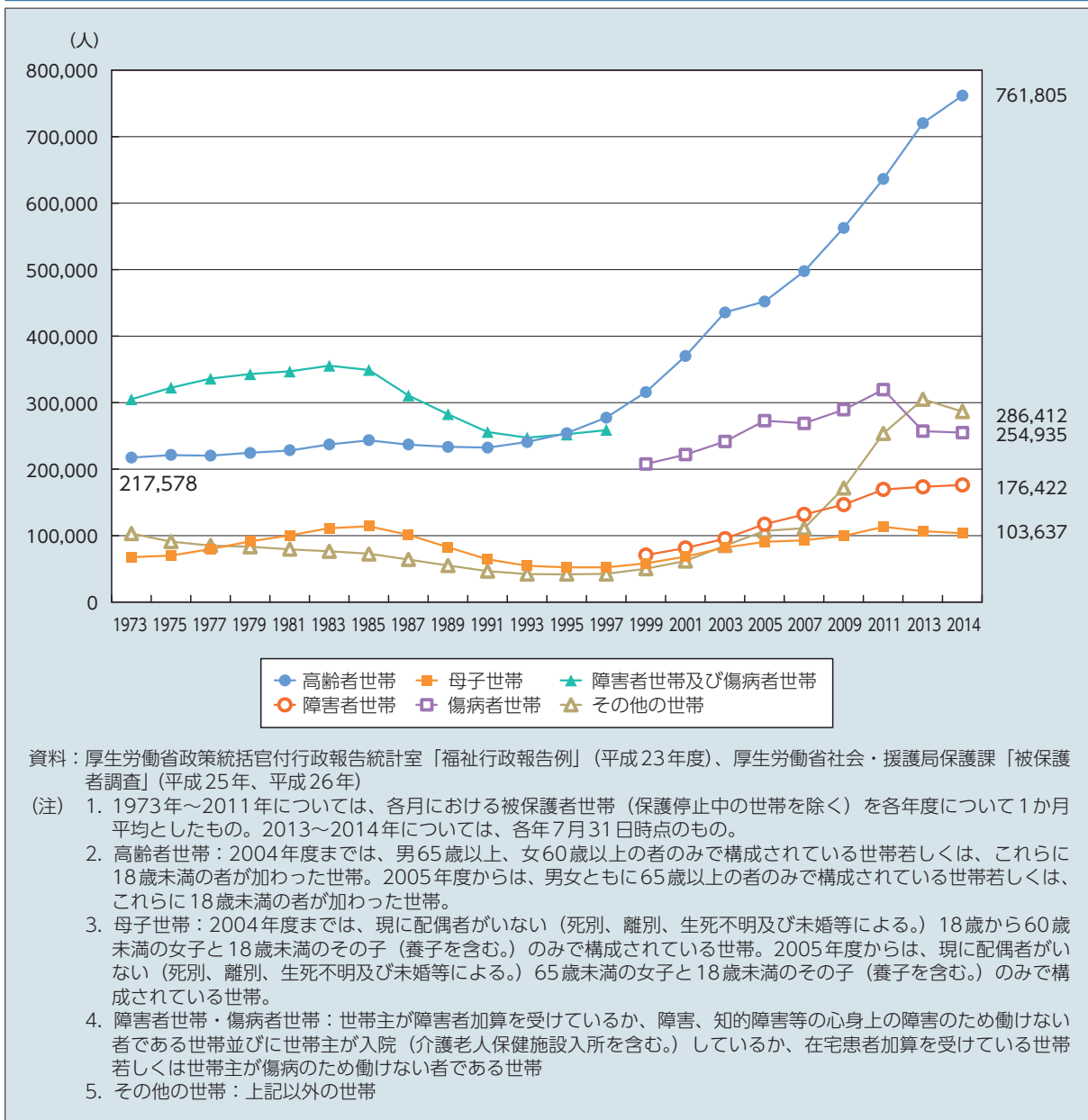
「かあさんの家」が10数年前にできてから、同様の取り組みは全国に広がったがまだ一般的とは言えない。2015（平成27）年8月、全国のホームホスピスの管理者が集まり、ケアの質を担保するため「一般社団法人全国ホームホスピス協会」を設立し、同年12月、同協会は「ホームホスピスの基準」を策定した。これから、「最後まで普通に暮らし、家で看取る」という「ムーブメント」がどこまで広がるのか楽しみだ。

このほか、生活保護受給者の世帯類型別の年次推移をみると、高齢者世帯の生活保護の受給は、1970年代以降長らく横ばい傾向であったが、1990年代後半から上昇をはじめ、2014年には1973（昭和48）年の約3.5倍となっている（図表4-3-39）。そのため、近年では、低所得な高齢者でも安心・安全に暮らせるための環境の整備も課題の一つとなっている。居宅での生活が困難な低所得高齢者の住まいの受け皿として、今後も、養護老人ホームや軽費老人ホームがその機能を活かして、重要な役割を果たしていくべきものと考えられる。

受け皿としての住まいの確保とともに、高齢者の権利を擁護し、尊厳を守る上で必要不可欠なのが、養介護施設等における高齢者の虐待防止である。そのため、未然防止、早期発見、迅速・適切な対応、有料老人ホームに対する指導の徹底等により、都道府県や市町

村による対応を強化していくと同時に、養介護施設等における、従業員のストレスの軽減等を通じて、介護の質を向上させる仕組みづくりを支援していく必要がある。

図表4-3-39 生活保護受給世帯の推移（世帯種類別）



5 まとめ

（地域包括ケアシステムの構築のためには、住民を主体とした地域全体で目指すべき方向性を共有するとともに、多主体の連携・ネットワーク構築という地域づくりが不可欠）

ここまでで地域包括ケアシステムを構成する各要素の充実について示してきたが、第1章で示したとおり、大都市など若年人口は減少する一方で高齢者人口が急増する自治体、地方都市など若年人口の減少が加速化するとともに高齢者人口が横ばいになっている自治体、過疎地域の市町村など若年人口の減少が一層加速化するとともに高齢者人口も既に減少しはじめている自治体といったように、直面している高齢化の状況は地域ごとに異なっている。また、都市部では地縁・血縁が希薄化し、互いに助け合う互助機能が弱まっているのに対して、地方の小規模都市や農村等の地域の中には、家族・親族・近隣といった伝統

的な地域のネットワークが存在している地域もあり、地域で活用できる資源にも大きな差がある。そのため、それぞれの地域の特性・資源の状況を踏まえた「地域包括ケアシステム」を構築していくことが必要である。

また「地域包括ケアシステム」という概念を具現化するには、多様な専門職も含めた地域のあらゆる人の力を生かして多主体間の連携を図り、高齢者だけでなく、障害者や子どもなどすべての人の暮らしを地域で支えるためのネットワークを張りめぐらすことが重要である。

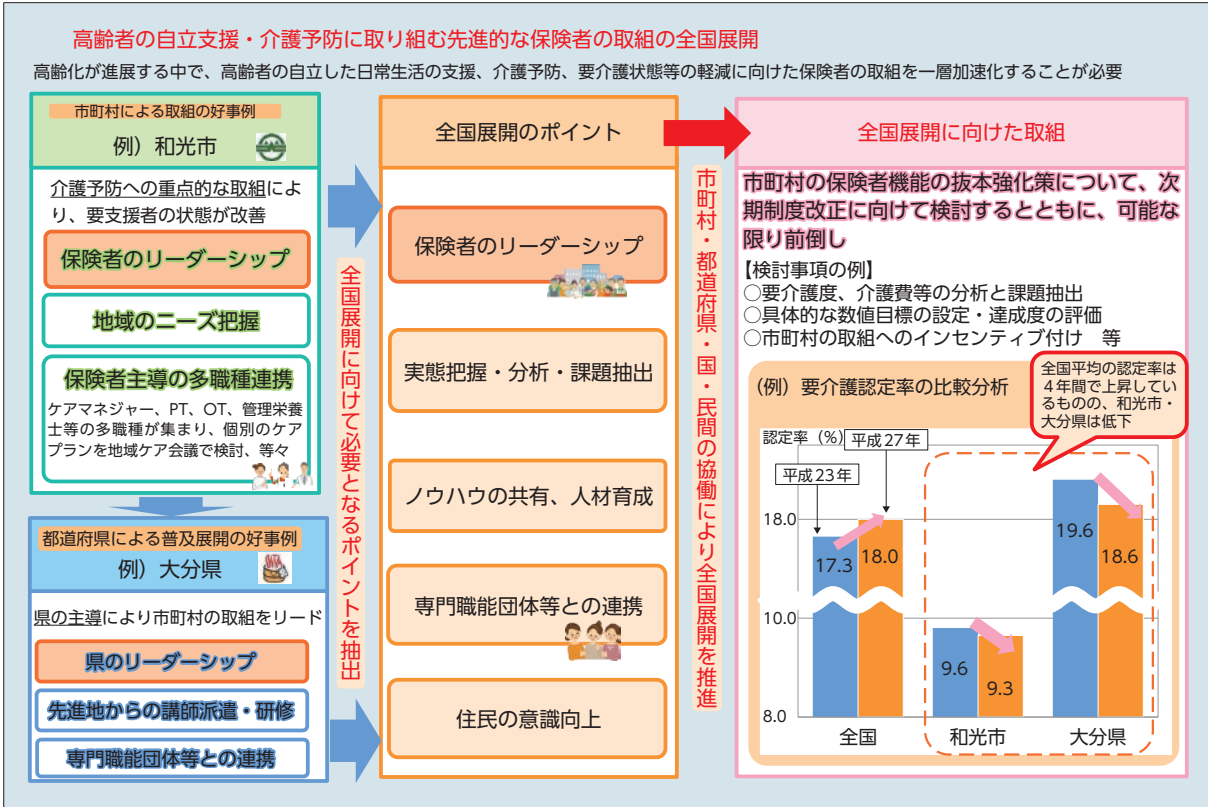
そのためには、医療関係者、介護関係者、民生委員、地域のボランティア等の多職種や多様なサービス主体間の調整・連携を強化するなど、適切なケアマネジメント支援を推進していくことが求められる。このような多職種間の情報共有・ネットワーク構築のための場として、地域ケア会議をより一層推進していくことが重要である。課題解決にあたる多職種の間で「顔の見える関係」を築く中で、コミュニケーションを取り、相互理解を深めることで、ネットワークによる総合的な切れ目のない支援が可能となる。

このように、地域包括ケアシステムの実現のためには、地域ごとに今後の地域の在り方を考え、住民同士、住民と専門職、専門職同士といった多主体間の連携によってネットワークを作りあげていくこと、すなわち「地域づくり」を進めていくことが重要である。この「地域づくり」においては、住民にとって最も身近な行政主体であり、介護保険制度における保険者でもある市町村が保険者機能を発揮し中心的役割を果たすことが期待される。高齢者の自立した日常生活の支援や介護予防などを図るため、多職種連携の先進的な取組みを行う市町村や、好事例を普及展開する取組みを行う都道府県も存在している。具体的には、高齢化の進展に伴い要介護認定率が全国的に上昇する中で、地域ケア会議の活用による適切なケアプランの実施といった取組みを通じて、要介護認定率を低下させるといった成果をあげている自治体もある。こうした先進的な取組事例の全国展開に当たっては、保険者のリーダーシップ、地域の状況の実態把握・分析・課題抽出、ノウハウの共有・人材育成、専門職能団体等との連携、介護予防等に関する住民の意識向上などが重要と考えられる（[図表4-3-40](#)）。

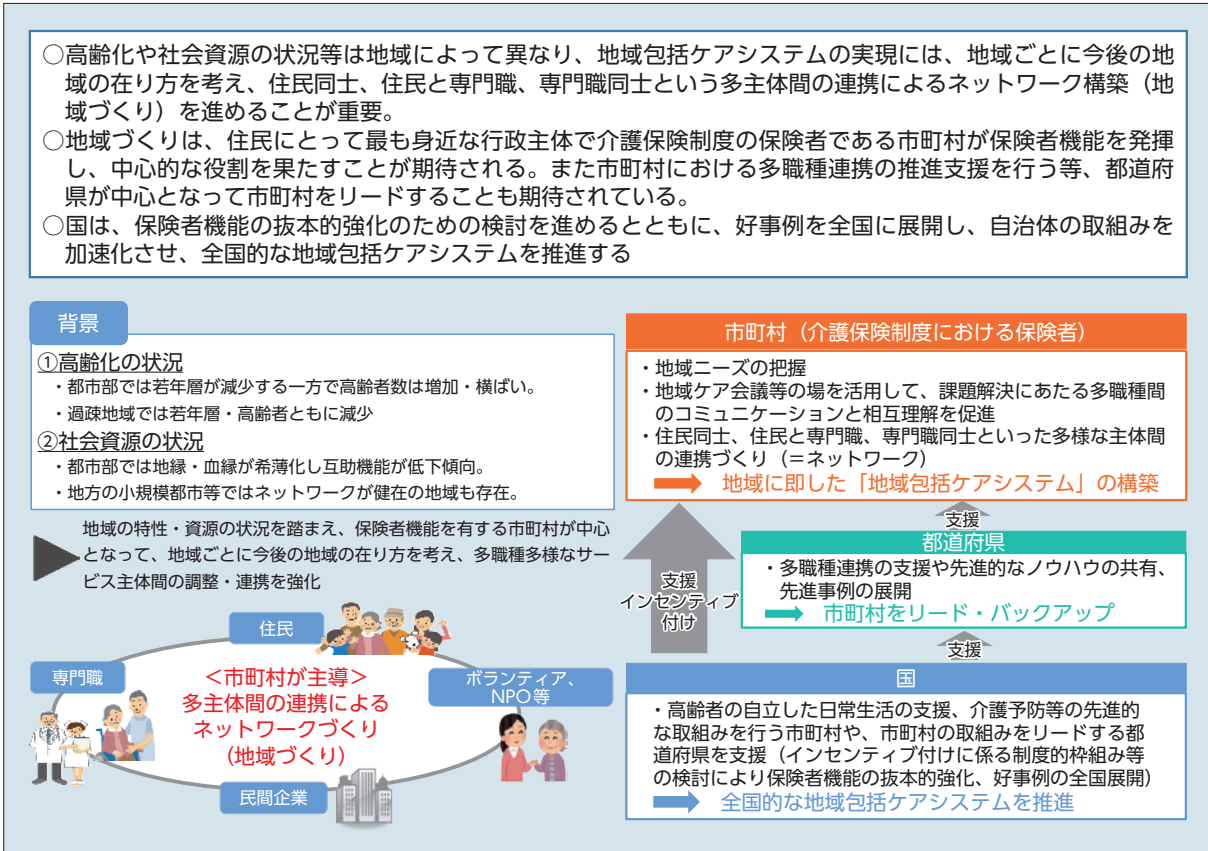
このような保険者機能の抜本的強化のため、国としても、市町村の取組みへのインセンティブ付けに係る制度的枠組み等について検討を進めていく。自治体の取組みを加速化し、好事例を全国に展開していくことこそ、全国的な地域包括ケアシステムの推進につながる。

このように市町村が、各サービス主体、専門職、ボランティア等の地域資源を有機的に連携させ、住民を主体とする地域包括ケアシステムの実現を図ることが、人口の著しい高齢化を迎えている我が国として今取り組むべき方向性である（[図表4-3-41](#)）。

図表 4-3-40 保険者機能の強化～介護予防の横展開～



図表 4-3-41 「地域づくり」を通じた地域包括ケアシステムの実現



第4節 暮らしと生きがいとともに創る「地域共生社会」へのパラダイムシフト

ここまでで、今後我が国が超高齢社会を迎えることを念頭に、病気になっても、介護が必要になっても、住み慣れた地域で最後まで自分らしく暮らすための体制として、「地域包括ケアシステムの構築」を提案し、その実現のための方策を示してきた。

地域包括ケアシステムとは「地域で暮らすための支援の包括化、地域連携、ネットワークづくり」に他ならないが、このような発想は、高齢者だけに当てはまるものではない。歳をとっても、障害があっても、その他様々な生活課題を抱えながらも、住み慣れた地域で自分らしい生き方を全うするため、地域に暮らす住民誰もがその人の状況に合った支援を受けられる体制を構築していく必要がある。すなわち、今後は、地域で支援を必要とする全ての方々の暮らしを支えられるよう、地域包括ケアを深化させていく必要がある。

こうした体制の整備を行うのは行政の役割だが、実際に地域での体制を担う主体を考える時、住民を含む多様な主体の参加と「支え合い」が重要となる。これまでの「支え手」「受け手」に分かれた社会から全ての人々が一人一人の暮らしと生きがいを共に創り、共に高め合う地域社会を構築し、時代の変化に対応した新たな福祉のあり方を提示することが求められている。

1 背景

(1) 社会の変化と地域の現状

(核家族化や移動性・流動性の高まりを背景に地縁・血縁による支え合いの機能は低下している)

歴史的に見ると、かつての地域社会では「おたがいさま」といった相互扶助により人々の暮らしが支えられてきた。日常生活における不安や悩みを相談できる相手があり、また世帯の状況の変化を周囲が気づき支えるという関係性のある地域が身近に存在していた。しかし、戦後、急速な高度成長を遂げる中で、世代間の価値観の差の拡大、核家族化、人々の移動性・流動性の高まりを背景として地縁や血縁といった伝統的なつながりが弱くなってきた。さらに、成熟した社会において、人々が個人の自由を求める中で、家族の中でも一人一人が孤立し、少子高齢化の中で世帯のさらなる少人数化が進むなど、地域社会を構成する基本である家族のつながりも弱まってきている。このような中で、地域の人と人のつながりは弱まり、地域への帰属意識は低下するなど、地域社会の脆弱化が進んでいる。特に都市部において地域の助け合いの機能が次第に縮小しているが、農村部においても、高齢化や人口流出によって、そのような機能が停滞しているところも多い。その結果、育児不安があっても気軽に愚痴を言い相談できる相手がない子育て世代や、生活において身の回りの困り事が生じて頼める相手がない単身高齢者など、地域において孤立する世帯が、世代を問わず生じている。

このような社会構造の変化に対応し、我が国では、それまで家庭や地域が果たしてきた支え合いの機能を、介護や保育など公的な支援制度を整備することで代替してきた。そして、今では、公的な支援制度が生活を支える中心的な役割を担うこととなっている。

しかしながら、共働き世帯の増加や高齢者の増加により子育てや介護の支援がこれまで以上に必要となり、高齢者介護・障害者福祉・子育て支援・生活困窮等様々な分野におい

て、核家族化、ひとり親世帯の増加、地域のつながりの希薄化等により家族又は地域内の支援力が低下しているという状況の中では、地域全体で支える力を再構築することが求められる。

一昔前の日本に戻るということではなく、今の時代に適した形で、地域から孤立しない取組みを進めていく地域を一つでも多く増やしていくことが期待される。

(2) 福祉サービスの発展と求められる変化

(個々のニーズの多様化が進む中で質の高い生き方・暮らしを実現し、複合的な課題を包括的・総合的に解決していくことが必要)

かつては、工業化、都市化といった社会の変化、核家族化などの家族の変容の中で、行政が提供する公的なサービスが中心となって、サービスを提供する人とサービスを受ける人の関係の中で困り事を解決し、国民の生活を支えてきた。そして、公的なサービスは、その時々、社会的ニーズの高まりに応じて、分野ごとに質・量共に充実が図られてきた。例えば、相談支援であれば、高齢者については地域包括支援センターが行い、障害者については障害者相談支援事業、子育て世帯については地域子育て支援拠点事業が対応してきたところである。

こうした中、2015（平成27）年4月に施行された生活困窮者自立支援制度により、複合的な課題を抱える生活困窮者が「制度の狭間」に陥らないようにするため、生活困窮という状態に着目して、生活保護に至る前の生活困窮者に対する支援を包括的に行う仕組みが開始されている。こうした包括的な支援システムを拡げ、分野ごとの専門的サービスによる対応と併せて、家族・地域社会の変化を踏まえた新たな福祉のあり方に向けて対応していく必要がある。

(誰もが支え合う地域社会・福祉への転換)

戦後から高度経済成長期を経て、日本は有数の経済先進国、健康先進国となった。こうした成熟した先進国では、個々のニーズの多様化が進むとともに、質の高い生き方、暮らしを実現していく必要がある。この質の高い生き方、暮らし方とは、富裕な生活ということではなく、地域で集い、社会での役割を持って暮らしている障害者や高齢者のいきいきとした顔を見れば、その人のできることを通して社会と結びつき、生きがいを感じ、社会と自らの暮らしを高めることであることは自明である。高齢者、障害者、児童、生活困窮者等、すべての人が世代やその背景を問わずに、一人一人の暮らしと生きがいを共に創り、共に高め合う地域社会にしていくことが求められる。

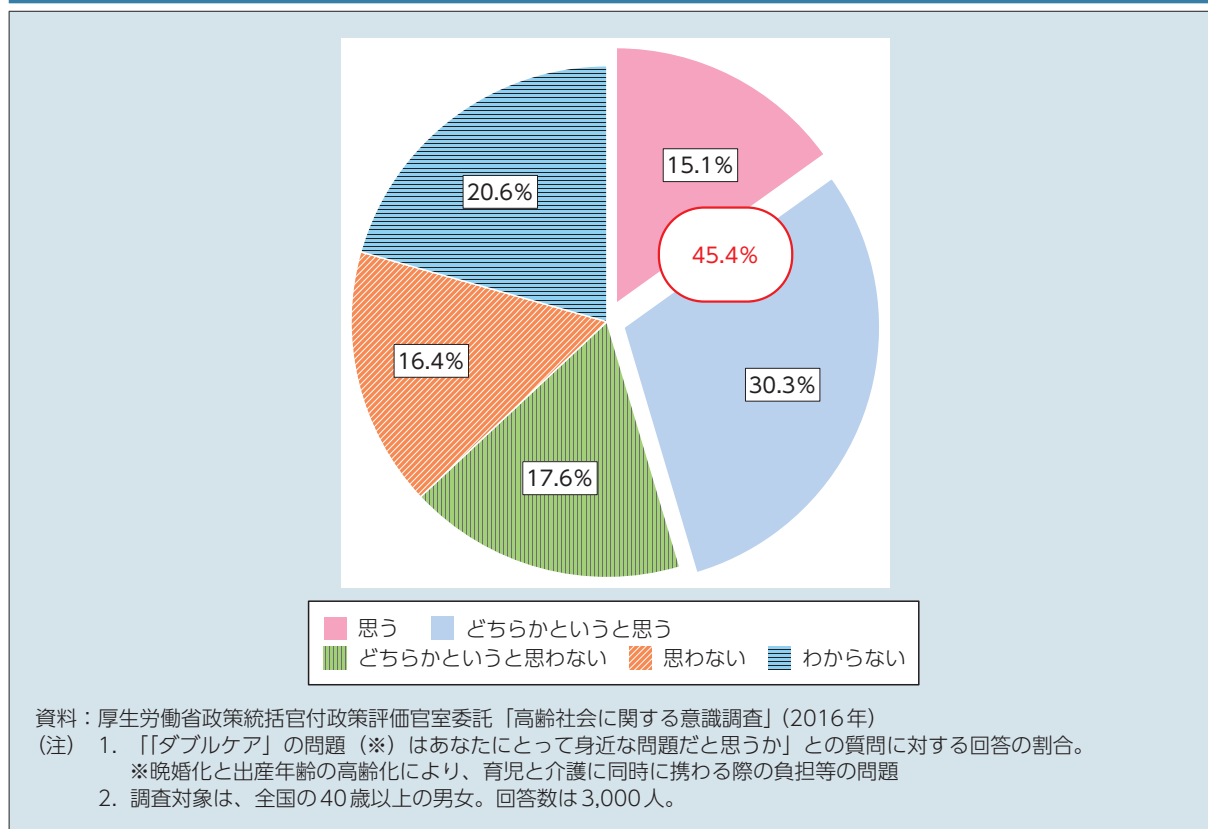
(複雑化・多様化したニーズに対応する福祉の必要性)

さらに昨今では、様々な分野の課題が絡み合って複雑化したり、世帯単位で複数分野の課題を抱えるといった状況がみられ、こうした場合、対象者を制度に当てはめるこれまでの福祉サービスのあり方では対応できず、適切な支援を受けられないといった課題がある。

例えば働き方にも変化が生じ、さらには、貧困のリスクも一定程度あることが明らかになっている中、現役世代は晩婚化・晩産化の傾向になっており、結果として、1人の人や1つの世帯が同時期に介護と育児の両方に直面するという「ダブルケア」の問題が生じて

きている。40歳以上の男女を対象に「ダブルケア」の問題が身近な問題であるかどうかを尋ねた厚生労働省の委託調査では、45.4%と約半数の人が「ダブルケア」の問題を身近な問題として「思う」「どちらかというと思う」と回答している（図表4-4-1）。

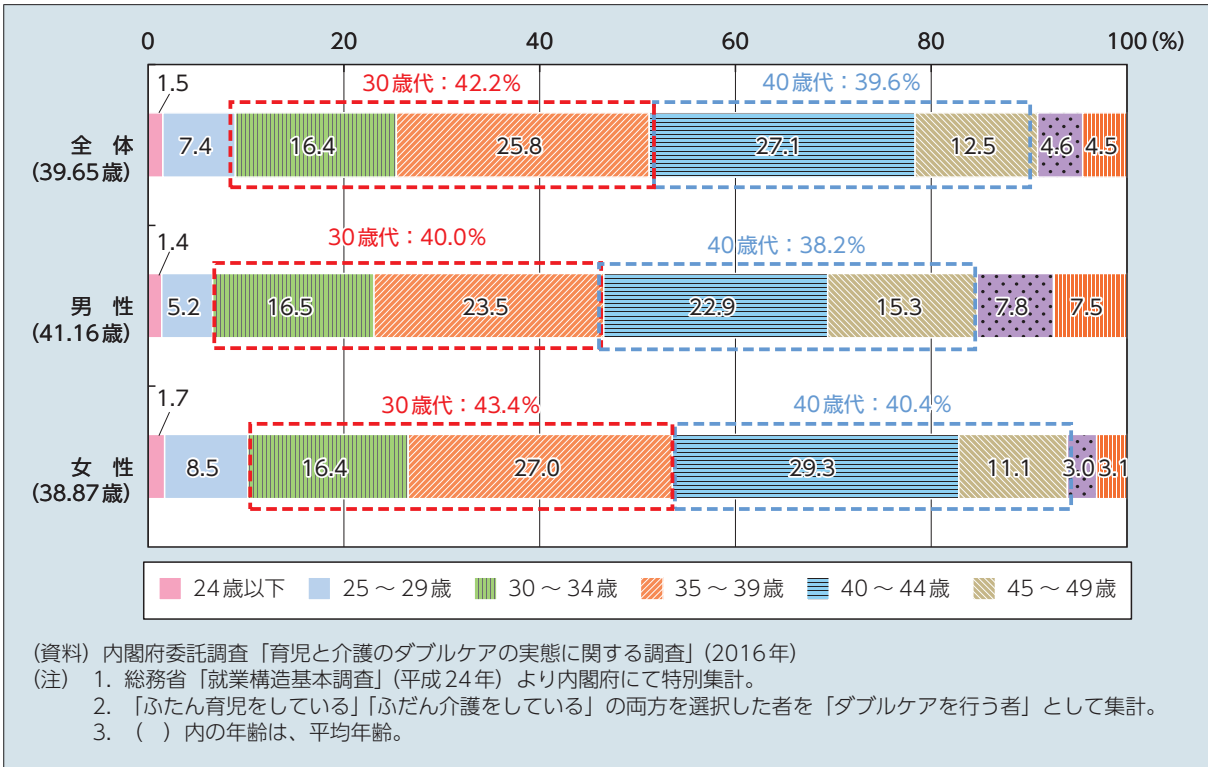
図表4-4-1 「ダブルケア」を身近な問題と思うか



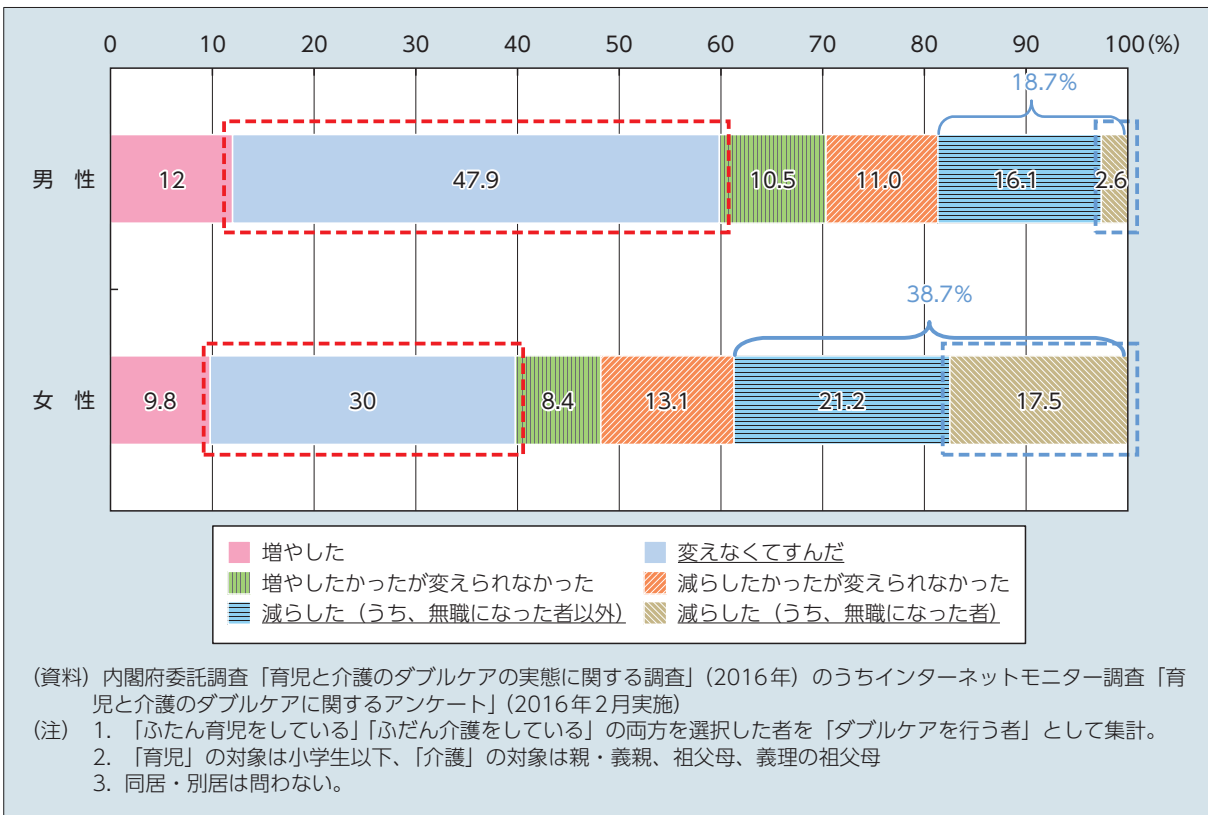
また、内閣府の調査によれば、ダブルケアを行う者の推計人口は25万3千人となっており、男女別では、男性が8万5千人、女性が16万8千人と女性が男性の約2倍であり、女性により負担が偏っている実態がうかがえる。年齢構成別の内訳では、ダブルケアを行う者は30歳～40歳代が多く、男女ともに全体の8割を占めている（図表4-4-2）。

さらに、ダブルケアに直面する前に就業していた者のうち、ダブルケアに直面したことにより「業務量や労働時間を変えなくてすんだ」者は、男性で約半数であるのに対し、女性では約3割に留まっている。また、「業務量や労働時間を減らした」者は、男性で約2割、女性で約4割となっており、そのうち離職して無職になった者は、男性で2.6%、女性で17.5%となっている。このことから、ダブルケアを行うことになった場合の就業への影響は、女性でより大きくなることが分かる（図表4-4-3）。

図表4-4-2 ダブルケアを行う者の年齢構成



図表4-4-3 ダブルケアに直面する前後の業務量や労働時間の変化



このほか、軽度の認知症が疑われる80代の老親が、無職で引きこもっている50歳代の子と同居している、がん患者や難病患者が福祉ニーズや就労ニーズ等分野をまたがるニーズを有する場合にニーズに合った支援が受けられない、といったような複合的な課題を抱え地域から孤立している家庭に対し、必要なサービスを的確に組み合わせて提供できてお

らず、複雑化・多様化する福祉ニーズに対応しきれていないという問題が生じている。

このような場合、対象者毎の制度別の対応ではなく、複合的な課題を包括的・総合的に解決していくことが必要となっている。

コラム

ダブルケア ～高齢化少子化の同時進行から顕在化する 育児と介護の両立～

子育てと親の介護を同時に抱えている状態は「ダブルケア」と呼ばれている。日本では、女性の社会進出などを背景に女性の晩婚化・晩産化が進むとともに、女性の出産年齢が高齢化している。この結果、子育てと親の介護を同時に抱える「ダブルケア」の注目度が高くなっている。

横浜市にある任意団体であるダブルケアサポート横浜では、「ダブルケア」を地域で支える仕組みを作ろうと他の地域に先駆けて取り組みを進めている。高齢者の介護をする者への支援や介護者同士の交流会等は増えてきているものの、子育てもあわせて抱えている「ダブルケア」当事者を支える支援は少ない。ダブルケアサポート横浜の事務局を担うNPO法人シャーロックホームズの理事長東恵子さんは、「介護者同士の集まりは参加する年齢層が高い場合が多く、また、集まりの際に、子どもを預けられる場所も無い。30歳台後半から40歳台のダブルケアを抱えている方への支援や居場所が必要だ」と語る。そこで、ダブルケアサポート横浜では、ダブルケアを抱える方の体験を元に、役に立つ情報やアドバイスなどをまとめた冊子を製作し、「ダブルケア」に直面し困っている方に発信している。また、「ダブルケア」当事者同士の座談会や地域でダブルケアカフェを開催し、当事者の居場所作りや相談の機会の確保を行っている。



「ダブルケア」当事者向けの冊子づくりの様子

昔から、「ダブルケア」は存在していた。しかし、「ダブルケア」という言葉が使われはじめて、幅広い層の人が介護と育児の両立問題を認識するきっかけになっているという。東さんは、「課題は、『ダブルケア』という言葉や考え方を現場のケアマネジャー（介護支援専門員）や介護支援の中核を担う地域包括支援センターの職員の多くが知らないことだ」と語る。地域包括支援センターなどが「ダブルケア」を認識することで、家庭の状況をよりきめ細かく把握した上で、適切な支援につなげることも可能になる。「ダブルケア」への理解を広めるため、ダブルケアサポート横浜では、介護サービスや子育てサービスに従事する者を中心にサポーターの養成にも取り組もうとしている。また、「ダブルケア」当事者が必要な情報を得られるようにポータルサイトも開設した。

この「ダブルケア」の支援は、まだまだ一部の地域で始まった取組みであるが、高齢化と少子化が同時に進行する日本にとって、乗り越えなくてはならない課題である。ダブルケアサポート横浜では、他の地域で「ダブルケア」の支援の中核を担う人材の育成にも着手した。核家族化が進み、地域住民同士のつながりも希薄となるなど社会に様々な変化が出ている中で、地域発の「ダブルケア」当事者を支える取組みが始まっている。



図 冊子の表紙

(3) 人口減少社会への対応

(労働力人口の減少が見込まれる一方で、福祉ニーズは質・量ともに増加が予想され、効果的・効率的な福祉サービスの提供体制を検討する必要がある)

急速な少子高齢化により、日本全体の労働力人口は今後減少することが見込まれており、これが経済成長の鈍化につながることも予測される。日本の社会保障制度は、企業・産業を中心として作られてきたことから見ても、経済成長と一体不可分であり、経済成長なくして社会保障の持続可能性の確保は実現しない。我が国は、人口減少、労働力の減少で、国の在り方をどのように適切なものとするかを考えなければならない時期にきている。例えば、人口が減少し、全産業において就業者の確保が困難となる中、医療・福祉の分野において費用を投入して有資格者を養成するも就業しない者が相当の割合を占めることは、我が国の人材を最大限活用しているとは言い難い。

一方で、2042（平成54）年頃までは高齢化率が上昇し続けることが見込まれており、福祉的支援を必要とする方は今後も増えていくことが予想される。加えて、支援を必要とする方の抱える課題は複雑化・困難化しているところである。

このような福祉のニーズの変化に対応していくためには、人材に加え、施設なども含め、社会資源の最大活用を図ることが大前提であるが、従来の対象者別に縦割りとなっている国による制度運営を行うことは、これを困難にするものである。社会資源の最大活用が図られない場合には、我が国が持続的な経済成長を達成する上での支障となり、さらには、社会保障の持続可能性の確保を危うくするおそれがある。増大する医療・介護のニーズにしっかりと応えながら、経済の好循環を同時に生み出すために、地域づくり、サービス・相談、人材育成について、分野横断的な取組みを推進していく必要がある。

また、これからの日本の人口が減っていく様子を見ると、

- ・2040（平成52）年までは、高齢者が増加し、現役世代が減少する
- ・2060（平成72）年までは、高齢者が維持・微減の状況になり、現役世代が減少する
- ・2060年以降は、高齢者も現役世代も減少する

という3つの局面がある。これを更に詳しく見ていくと、人口規模別に、我が国の地域は「高齢者が増加し、現役世代が減っていく地域」と「高齢者も現役世代も減っていく地域」との二分化が始まる。このことは、高齢化による支援ニーズが増加し続け、介護に関する公的支援制度による相談支援やサービスの提供が増加し続ける地域と、高齢者も減少し、相談支援やサービスなどを縮小していかざるを得ない地域が存在することを示している。

このため、従来どおりの国が一律に公的支援制度を用いて相談支援やサービスについて決定しては、地域の状況と乖離したサービス運営・相談実施となり、それぞれの地域の状況に見合った地域発の取組みが生み出されることを阻害することとなる。地域がそれぞれの地域の人口減少の状況にかんがみて、地方創生の観点を踏まえつつ、それぞれの特徴を生かした地域・住民による主体的な取組みを育成し、公的制度和連動させていくことが必要である。

2 地域の状況に照らした共生型の地域社会の再生に向けて

(1) 地域社会の再生の意義

(住民の主体的な福祉への参加により、誰もが支え・支えられる共生型の地域社会の再生が求められており、それを通じて住み慣れた地域で生きがいや社会的役割を持つことで豊かな生活につながることも期待できる)

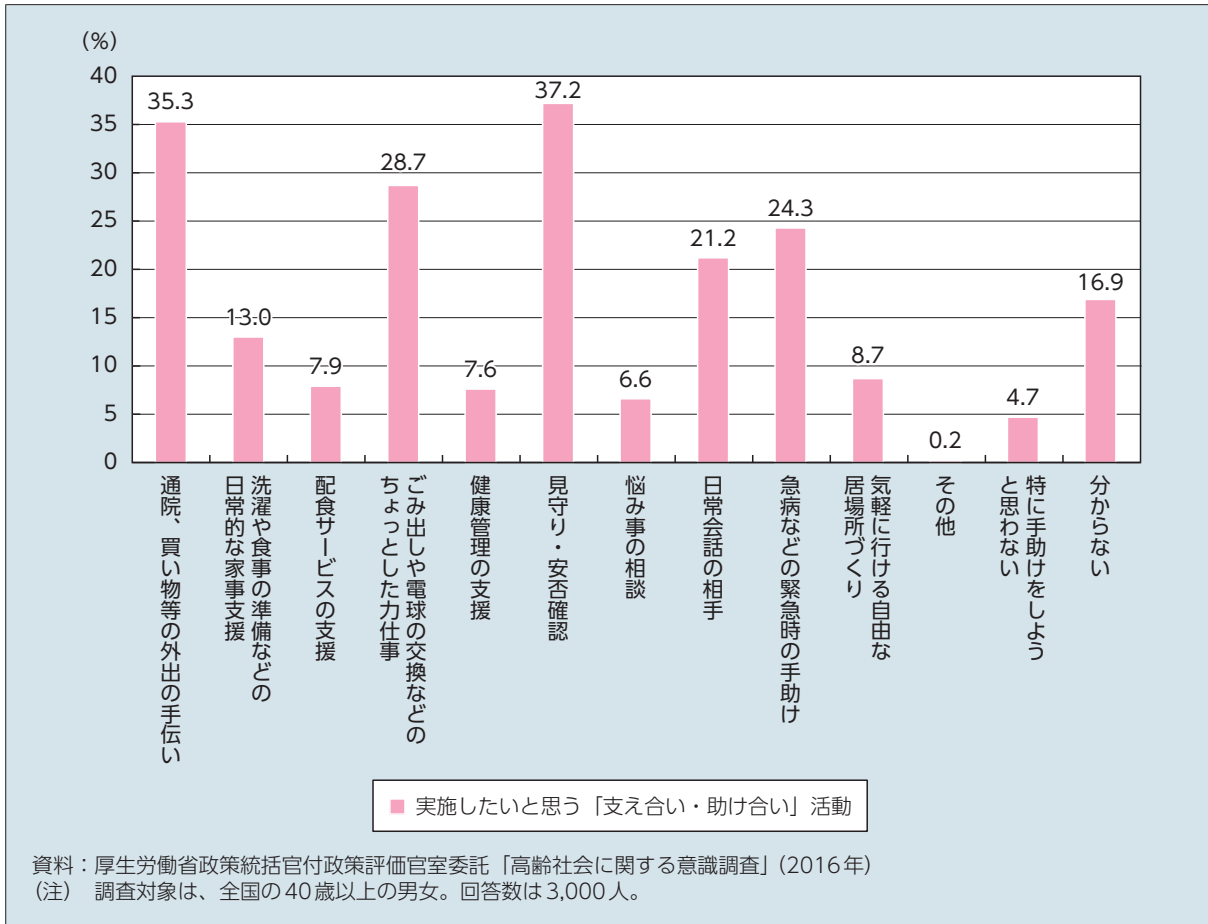
戦後、我が国は経済成長と医療技術の進歩による平均寿命の延伸により、物質的には満たされ、既に成熟した社会となった。しかし、その一方で地域の連帯感は希薄化し、個人主義的傾向も強まる中で、地域社会の支え合う関係の脆弱化は著しい。

本来、地域とは人々が暮らす場であり、子育てや青少年の育成、防災・防犯、高齢者や障害者の支援、健康づくり、そして人々の社会貢献や自己実現など、様々な活動の基本となる場である。特に、少子高齢化の中で世帯の少人数化や家族の機能のさらなる低下が進む中で、地域の交流や支え合いなど、共同体の営みが、現代社会が抱えている様々な問題を解決する一助となることへの期待も大きい。時代は移り変わり、人口減少の状況も地域によって異なっていく中で、都道府県、市町村ごとに人口規模、地形、歴史、社会資源の量や質、人々の意識など地域の状況に照らした、地域社会の再構築を進める環境整備が喫緊の課題である。

その際には、例えば「この人は支援を必要とする人」と一面的に捉えるのではなく、それぞれの能力・持ち味を活かして、ボランティアや就労等といった形で地域で活躍し、一人一人の暮らしと生きがいを共に創り、高め合うという地域共生型の社会を創造していくことが重要である。

団塊の世代が退職年齢を迎え、職域を中心とした生活を終えた多くの人が地域の一員として新たに入ってくる。こうした人々は、住民の地域活動への参加が期待されており、また、見守り・安否確認(37.2%)、通院、買い物等の外出の手伝い(35.3%)、ごみ出しや電球の交換などのちょっとした力仕事(28.7%)、急病などの緊急時の手助け(24.3%)、日常会話の相手(21.2%)など日常における様々な支え合いの活動に関心を寄せている(図表4-4-4)。このように、住民が「我が事」として地域活動に参加することで、住み慣れた地域で生きがいや社会的役割を持ち、より豊かな生活につながるものと考えられる。また、現役世代についても、仕事を介在してコミュニティを作り地域コミュニティに入っていなかった人々が多く存在するが、企業が、CSR活動などにより、地域活動に積極的に携わっていくことにより、現役世代も地域の活動を通して企業での就労以上により豊かな生活を感じることを可能とすることが期待される。

図表4-4-4 実施したい地域での支え合い活動（3つまで）



(2) 行政と住民の関係

(住民は身近だからこそ地域の生活課題を早期発見することができ、行政は地域の困難な事例に専門的に対応できるというように、住民と行政は地域の生活課題の発見、解決という共通の目的のために協働する相手)

住民は、地域で生活している人にしか見えない地域の生活課題、身近でなければ早期発見が難しい問題を見つけ、迅速に対応することができるが、資源や専門的知識が十分ではないといった限界がある。一方で、行政や専門家は、地域で発見された生活課題で、困難な事例や専門的な対応を要する課題について、公的な福祉サービスによって対応することができる。最初に住民が近隣住民のちょっとした変化に気づき、それを解決すべき課題として共有し解決していく、あるいは、専門的対応が必要な場合には、住民が専門家や行政に相談し、公的な福祉サービスにつなげるというように、行政と住民とは、互いに相手の特性を活かしながら、地域の生活課題の発見、解決という共通の目的のために協働する相手である。

加えて、行政は住民が地域福祉活動を積極的、安定的に続けられるよう、その基盤を整備する必要もある。このような住民の地域福祉活動への参加によって、地域において新しい支え合いが広がってゆくことは重要なことである。ただし、それによって行政の役割が小さくなることはなく、住民の福祉を最終的に担保する主体として、公的な福祉サービスを適切に運営し、必要なサービスを住民に提供する必要がある。

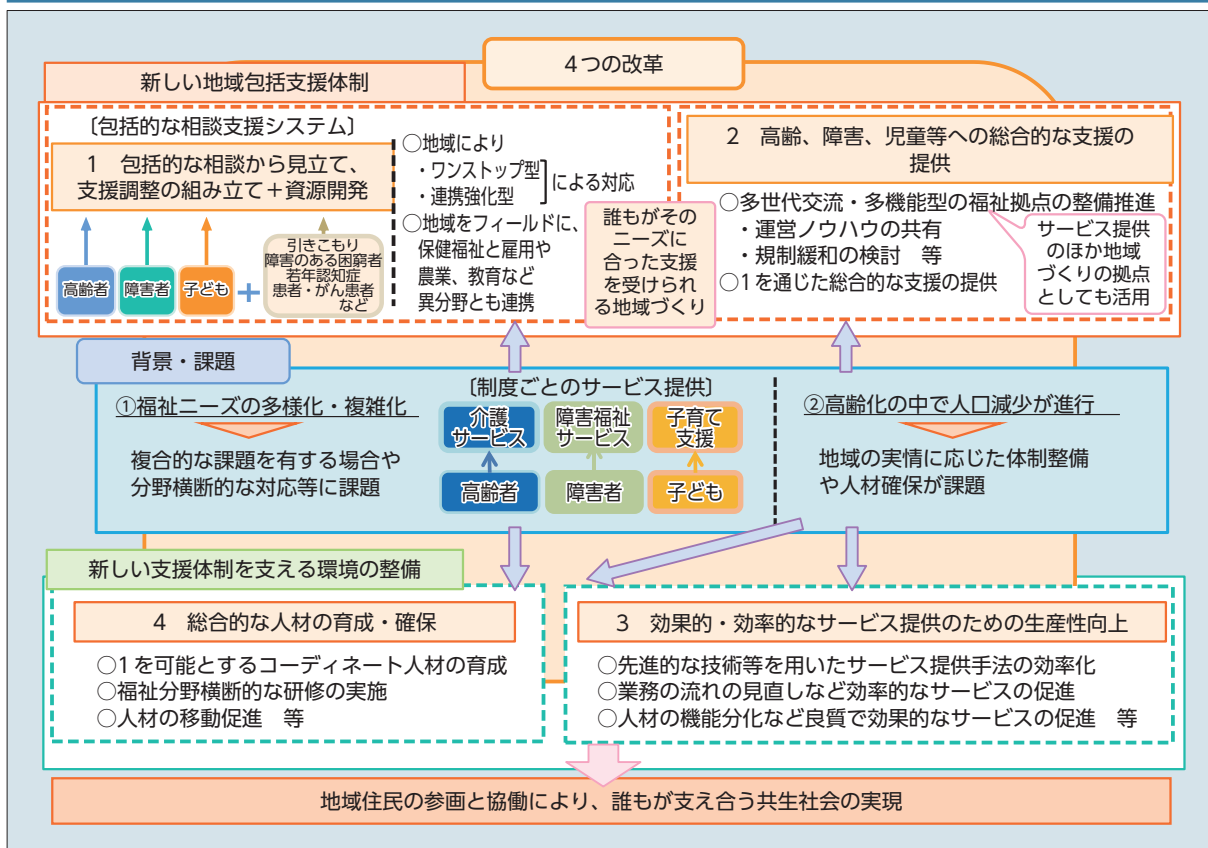
3 新しい地域包括支援体制の構築

(1) 新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン

(地域社会を取り巻く環境の変化を踏まえて、ニーズに即応できる地域の福祉サービスの包括的な提供の仕組み等に関する新たなビジョンを策定)

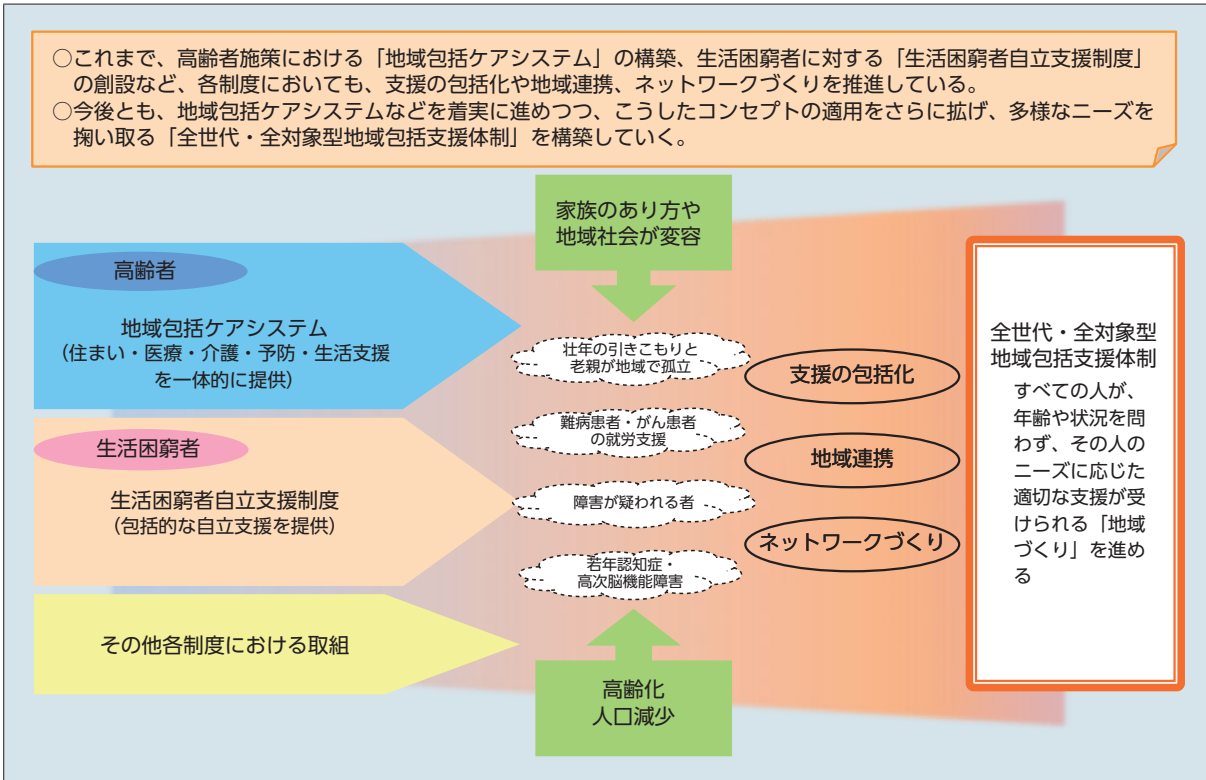
少子高齢化や核家族化の進行、人口減少、地域のつながりの希薄化など、地域社会を取り巻く環境の変化により、国民の抱える福祉ニーズは多様化・複雑化している。こうした中、厚生労働省においては、2015（平成27）年6月に「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム」を設置し、時代に即した、ニーズに即応できる地域の福祉サービスの包括的な提供の仕組み等について検討を重ね、同年9月に「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」を取りまとめた（図表4-4-5）。

図表 4-4-5 新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン



これは、これまで高齢者施策による「地域包括ケアシステム」の構築、生活困窮者に対する「生活困窮者自立支援制度」の創設等、各制度においても、支援の包括化や地域連携、ネットワークづくりを推進してきたところ、こうした包括的仕組みを着実に進めつつ、こうしたコンセプトの適用をさらに拡げ、多様なニーズを掬い取る「全世代・全対象型地域包括支援体制」を構築していくことを目指すものである（図表4-4-6）。

図表 4-4-6 新しい地域包括支援体制の構築



ビジョンでは、①新しい地域包括支援体制の確立（分野を問わない包括的な相談支援の実施、地域の実情に見合った総合的なサービス提供体制の確立）、②効果的・効率的なサービス提供のための生産性の向上、③総合的な福祉人材の育成・確保を柱として、それぞれについての方向性を示している。

(2) 地域共生社会の実現

（支え手と受け手を二分するのではなく、あらゆる住民が支え合いながら自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる「地域共生社会」の実現を目指して）

厚生労働省が2015（平成27）年9月に取りまとめた「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」を実行するものとして、政府が2016（平成28）年6月に閣議決定した「ニッポン一億総活躍プラン」において、子ども・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる「地域共生社会」の実現を提示した。

このプランの中では、今後の対応の方向性として「支え手側と受け手側が常に固定しているのではなく、皆が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域社会の実現を目指す」ことが示されるとともに、①地域課題の解決力の強化、②福祉サービスの一体的提供、③総合的な相談支援体制づくり、④医療、介護、福祉の専門資格における共通の基礎課程の検討・業務独占資格の対象範囲の見直しについて、それぞれ2015年度から2026（平成38）年度までの10年あまりのロードマップが示されている。

子どもと高齢者や障害者との関わりは、子どもの健全育成だけでなく、高齢者や障害者の自立・自己実現に資するという「好循環」が達成される。「ニッポン一億総活躍プラン」

ではこのことに着目して、今後、支え手と受け手とに二分するのではなく、あらゆる住民が支え合いながら自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成する方針を明確に示している。

こうした「地域共生社会」の実現のための具体策の検討の加速化に資するよう、2016年7月に「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部」を設置した。

今後、2017（平成29）年度予算や、2017年の介護保険法改正、2018（平成30）年度・2021（平成33）年度の介護・障害福祉の報酬改定、さらには2018年に予定されている生活困窮者自立支援制度の見直しに向けて、具体策の検討を進める。

（3）地域課題の解決力の強化

（「地域で活躍する」ことが増えていくことで地域の人々が抱える課題が地域で解決されることを目指した取組みを進めていく）

一億総活躍の議論がされる中で、「職場で活躍する」「家庭で活躍する」ということに加え、地域コミュニティの基盤が弱まっていく中では、「地域で活躍する」というコンセプトについても提示された。これは、「地域で活躍する」ことが増えていくことにより、人々が抱える地域の課題が解決され、これにより、職場や家庭での活躍に邁進することを可能とする、という考え方である。

地域によっては、地域住民による地域課題解決のための主体的取組みが進んでいる。例えば、認知症対策で行方不明者を出さないよう、地域で認知症高齢者を見守る取組みをしている事例がある。

また、地域住民が子どもの貧困に問題意識を持ち、「子ども食堂」を立ち上げ、子ども達に団らんのある場を作り出し、子育ての拠点と見立て、地域の親子に声を掛けて、「子ども食堂」に集うことを促し、親子の状況を把握している事例が存在する。このように、地域住民がボランティアや自らの得意分野での就労等を通して地域活動に関わり、地域活動を通して見守り、さらには、集いの場を設けてそこを拠点として地域の人々を集め、様々な悩みや課題を把握し、時に解決し、必要に応じて公的支援制度に基づく総合相談につなげていくということが自然な形で地域でなされる。このことは、地域の人々を孤立させない、地域コミュニティを強化する重要な取組みになる。

こうした事例を少しでも増やしていくため、「ニッポン一億総活躍プラン」では、地域包括支援センター、社会福祉協議会、地域に根ざした活動を行うNPOなどが中心となって、小中学校区等の住民に身近な圏域で、住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制作りを支援し、2020（平成32）年から2025（平成37）年を目途に全国展開を図ることとしている。その際、社会福祉法人の地域における公益的な活動との連携を図ることとし、多様な活躍・就労の場づくりを推進するため、公共的な地域活動やソーシャルビジネスなどの環境整備を進めることとしている。

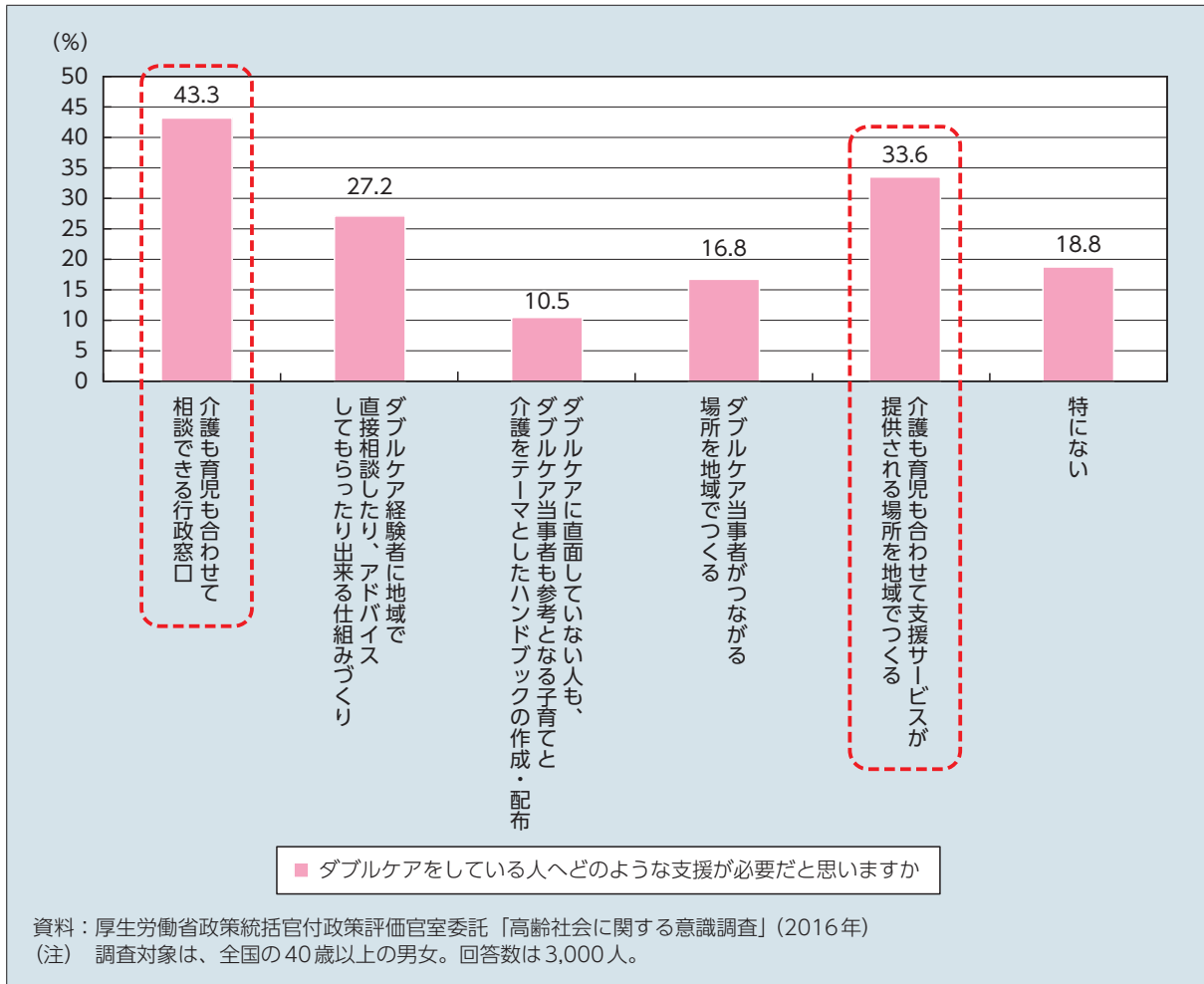
（4）総合的な相談支援体制

（対象者や世帯のニーズを起点として、分野横断的に包括的に相談・支援を行うとともに、必要な社会資源の開発を進める体制の構築）

複数分野の問題や複雑に絡む問題を抱える対象者や世帯の存在など、ニーズが多様化・複雑化する中で、いかにしてその様なニーズを包括的に受け止めるかが課題になる。「ダ

ブルケア」の問題に対してどのような支援が必要だと思うかを尋ねた調査でも、介護と育児を合わせて相談できる窓口や総合的な支援サービスを受けられる場所を求める回答も多い（**図表4-4-7**）。

図表4-4-7 ダブルケアをしている人へどのような支援が必要だと思うか（2つまで）

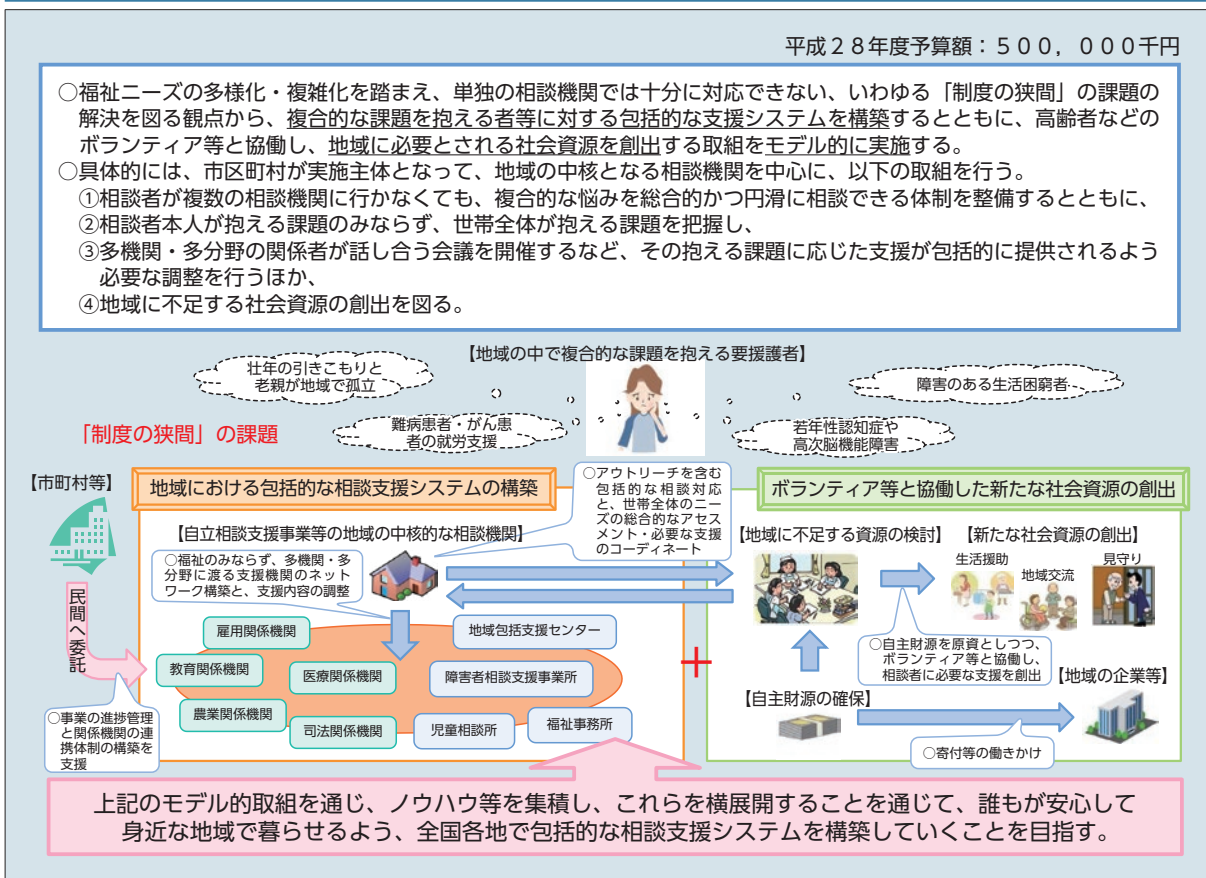


そこで、複合する課題を受け止め、各分野間の相談機関で連携を密にとることや、各分野の相談機関を同じ場所に集めること等により、対象者やその世帯について、分野横断的かつ包括的な相談・支援の体制を整備する必要がある。すなわち、本人のニーズを起点として、包括的に受け止める相談体制、複合的な課題に対するアセスメントと支援のコーディネート、ネットワークの強化と関係機関の調整、必要な社会資源の開発といった体制を構築することが求められている。また、複合的な課題を抱えた対象者や世帯は、地域から孤立したり、複合的な課題ゆえにどこに相談すればよいのか分からないことも多いことから、アウトリーチのアプローチにより、早期・積極的な把握をすることが望ましい。

このような考え方を踏まえて、「ニッポン一億総活躍プラン」では、育児、介護、障害、貧困、さらには育児と介護に同時に直面する家庭など、世帯全体の複合化・複雑化した課題を受け止めるための、市町村における総合的な相談体制作りを進めることとし、2020（平成32）年から2025（平成37）年を目途に全国展開を図ることとしている。こうした中、複合的な課題を抱える者等に対する包括的な支援システムを構築し、高齢者などのボランティア等を活用し、地域に必要とされる社会資源を創出する取組みをモデル的に実施するため、2016（平成28）年度より「多機関の協働による包括的相談支援体制構築事業」

を創設した（図表4-4-8）。

図表 4-4-8 「多機関の協働による包括的支援体制構築事業」のイメージ



本事業は、市区町村等が実施主体となって、地域の中核となる相談支援機関を選定して、多様なニーズに対応し総合的なアセスメントや関係機関との調整を行うとともに、地域づくりも含めたコーディネーターの役割を担う「相談支援包括化推進員」を配置する。そして、①相談者が複数の相談機関に行かなくても、複合的な悩みを総合的かつ円滑に相談できる体制を整備するとともに、②相談者本人が抱える課題のみならず、世帯全体が抱える課題を把握し、③多機関・多分野の関係者が話し合う会議を開催するなど、その抱える課題に応じた支援が包括的に提供されるよう必要な調整を行うほか、④ボランティア等地域住民の参画を促し、単身世帯への見守りや買い物支援、各種の制度の対象とはならない生活支援サービスなど、地域に不足する社会資源の創出を図るなどの取組を行うものである（図表4-4-9）。

また、事例集の作成、実践者による事例発表、各地域において参考となる好事例の選定等を行い、自治体における創意工夫ある効果的な取組事例の横展開を図っていくこととしている。

図表 4-4-9 「多機関の協働による包括的支援体制構築事業」のポイント

- 家族・地域社会の容容等に伴い、ニーズの多様化、抱える困難の複合化、必要な支援の複雑化が進行する一方で、我が国は人口減少局面に入っており、福祉サービスの持続可能性が課題。
- 対象者別の制度ごとの縦割りの相談支援体制では対応が困難なケースについて、世帯全体が抱える複合的な課題を的確に把握し、既存の相談支援機関等の機能を最大限活用しつつ、包括的な支援を受けることができるよう、多分野・多機関に渡る相談支援機関等の連携体制の構築を図るとともに、企業等に対する寄付等の働きかけや、ボランティアの活用などにより、地域に不足する社会資源の創出を図るための取組をモデル的に推進するため、「多機関の協働による包括的支援体制構築事業」を創設する。

1. 実施主体

- 市区町村又は都道府県（一又は複数の市区町村と連携して、本事業を広域的かつ総合的に調整する場合に限る。）
※各都道府県1か所程度で実施することを想定。
- 社会福祉法人やNPOなど、実施主体が適当と認める団体に委託可。

2. 支援対象者のイメージ

- 本事業による支援対象者は、①相談者本人が属する世帯の中に、課題を抱える者が複数人存在するケース、②相談者本人が複数の課題を抱えているケース、③既存サービスの活用が困難な課題を抱えているケース、④これらが複合しているケースなどが考えられ、具体的には、例えば以下のようなものを想定。
※要介護高齢者の親と、無職でひきこもり状態にある子どもとが同居している世帯
※医療・就労ニーズを抱えたがん患者と、障害児が同居している世帯
※共働きの世帯であって、親の介護と子育てを同時に抱えている世帯
※障害者手帳を取得していないが、障害が疑われる者等

3. 補助率

3/4

4. 補助基準額

1自治体当たり15,000千円

5. 事業内容

(1) 相談支援包括化推進員の配置

- 実施主体は、自立相談支援機関（生活困窮者自立支援法）や地域包括支援センター（介護保険法）、相談支援事業所（障害者総合支援法）など、地域における相談支援機関の中から、関係機関を円滑にコーディネートすることが可能な機関を選定し、当該機関に相談支援包括化推進員を適当数配置。

(2) 相談者等に対する支援の実施

- 相談支援包括化推進員は、相談者等が抱える課題の把握、プランの作成、相談支援機関等との連絡調整、相談支援機関等による支援内容等に関する指導・助言等の業務を実施。

(3) 相談支援包括化ネットワークの構築

- 実施主体及び相談支援包括化推進員は、地域において、相談支援機関等がそれぞれの役割を果たしつつ、チームアプローチによる支援が行われるよう、地域の相談支援機関等のネットワークを構築。

(4) 相談支援包括化推進会議の開催

- 実施主体及び相談支援包括化推進員は、定期的に相談支援包括化推進会議を開催し、①各相談支援機関の業務内容の理解、②それらとの連携方法、③地域住民の福祉ニーズの把握方法、④地域に不足する社会資源創出の手法、⑤本事業による支援実績の検証等について、各相談支援機関等の関係者間で意見交換を実施。

(5) 自主財源の確保のための取組の推進

- 実施主体及び相談支援包括化推進員は、多職種間での連携・協働を図りつつ、社会福祉法人による地域貢献の取組や共同募金の活用、企業又は個人からの寄付金拠出の働きかけ等の取組を推進。

(6) 新たな社会資源の創出

- 実施主体及び相談支援包括化推進員は、多職種間での連携・協働を図りつつ、ボランティア等地域住民の参画を促し、単身世帯への見守りや買い物支援、各種制度の対象とはならない生活支援サービスなど、地域に不足する社会資源の創出を図るための取組を推進。

(7) その他

- 実施主体及び相談支援包括化推進員は、上記のほか、本事業の目的を達成するために必要な取組を実施。

(5) 地域の実情に見合った総合的なサービス提供

(高齢・障害・児童等の対象者を問わずに福祉サービスの総合的な提供を進めている)

具体的な支援提供のあり方は、各地域の人口規模や高齢化の状況、地域資源の状況等によって異なるが、地域において地域共生社会を実現し、人口減少下における効率的で柔軟

な事業運営を確保するため、まちづくりの一つのかたちとして、高齢・障害・児童等の福祉サービスを総合的に提供できる仕組みを構築することが重要である。

このため、厚生労働省では、こうした共生型の福祉拠点を全国的に推進するため、現状の先進事例を整理し、各事例の有効性の検証等を行う調査研究を実施するとともに、兼務・共用の取扱いが明確でない人員・設備の取扱いについて、現行制度で運用上対応可能な事項を明確化し、高齢者、障害者、児童等の福祉サービスの総合的な提供の阻害要因を解消するためのガイドラインを取りまとめた。ガイドラインでは、高齢者、障害者、児童等の福祉サービスを組み合わせて福祉サービスを総合的に提供する際に、①兼務可能な人員、②共用可能な設備、③基準該当障害福祉サービスが活用可能であること、を明確化している（図表4-4-10）。

また、「ニッポン一億総活躍プラン」において、高齢者、障害者、児童等の福祉サービスについて、高齢者、障害者、児童等が相互に又は一体的に利用しやすくなるようにすることを考えていくことが盛り込まれており、今後、2018（平成30）年度の報酬改定における議論を視野に、設置基準、人員配置基準の見直しが検討されていくこととなる。

また、これに関連して、地域の集いの場を整備していくため、対象者を問わずに誰もが通い福祉サービスを受け、あるいは居場所ともなる取組みについては、2015（平成27）年度から「地域住民生活等緊急支援のための交付金」（地方創生先行型）を活用した整備を進めてきたが、さらに、地域再生法の一部を改正する法律（平成28年法律第30号）により創設された地方創生推進交付金を活用し、地域間連携、官民協働、政策間連携により生活サービスや地域活動の場をつなぎ、人やモノ、サービスの循環を図ることで、基礎的な生活圏において生活を支える新しい地域運営の仕組みである「小さな拠点」の形成・活性化が推進されることとされている。

図表 4-4-10 地域の実情に合った総合的な福祉サービスの提供に向けたガイドライン（概要）

ポイント

○兼務・共用の取扱いが明確でない人員・設備の取扱いについて、**現行制度で運用上対応可能な事項を明確化し、高齢者、障害者、児童等の福祉サービスの総合的な提供の阻害要因を解消。**



明確化する事項

○高齢者、障害者、児童等の福祉サービスを組み合わせて福祉サービスを総合的に提供する際の、以下の①～③の事項を明確化。

<福祉サービスを総合的に提供する際に利用が想定されるサービス（例）>

高齢者等	通所介護、小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護 等
障害者	生活介護、短期入所、機能訓練、就労継続支援（A型、B型）、放課後等デイサービス 等
児童	保育所、小規模保育事業、地域子育て支援拠点事業、放課後児童健全育成事業 等

① 兼務可能な人員

- ・管理者、代表者、医師、栄養士、調理員

② 共用可能な設備

【基準上規定がある設備】

- ・食堂、居間、機能訓練室、訓練・作業室、指導訓練室、浴室、医務室、静養室、事務室、相談室、調理室、洗面所、洗濯室、非常災害に際して必要な設備、便所 等

【基準上規定がない設備】

- ・玄関、廊下、階段、エレベータ、送迎バス
- ※高齢者、障害者、児童等がそれぞれ利用する設備を区切る壁等の設置が不要なことも併せて明確化

③ 基準該当障害福祉サービス等（注）が活用可能であること

高齢者、障害者、児童等に対する福祉サービスの総合的な提供を実施する場合は、基準該当障害福祉サービスを実施することが可能であることを明確化。

（注）基準該当障害福祉サービス等：指定障害福祉サービスや指定通所支援としての基準は満たしていないが、介護保険事業所等の基準を満たす事業所であり、市町村が認めたものにおいては、当該事業者が障害者（児）を受け入れた場合、基準該当障害福祉サービス等として特例介護給付費等が支給。

コラム 「ごちゃませ」!? ～多世代の共生に向けた佛子園の取組み～

石川県を中心に事業を展開する社会福祉法人佛子園。

高齢化が進む中、高齢者が地域で生き生きと活躍することができるように、福祉拠点を核とした地域づくりの取組みを進めている。

政府において、地方創生を進めている中、注目を浴びている生涯活躍のまち（日本版CCRC¹）のモデルの一つと言われる石川県金沢市にある「シェア金沢」を運営するものこの法人である。「シェア金沢」には、高齢者デイサービス、サービス付き高齢者住宅といった高齢者向けサービスに加えて、同じ敷地の中に障害者の就労支援サービス、障害児の入所施設がある。また、天然温泉やレストラン、地域の住民が経営する店舗、学生向けの住宅もある。「シェア金沢」には、福祉サービスを利用する人だけではなく、温泉やレストランを利用するために地域の住民もやってくるし、オープンスペースには近所の学校の子どもも遊びにやってくる。

『「シェア金沢」を作ったきっかけは、高齢者がずっと社会に参加できるコミュニティを作りたかった』と施設長の奥村俊哉さんは語る。生きがいのある高齢者は、生存率が高くなる傾向にあるという調査や、「人生の目的」がある高齢者は要介護になりにくいという調査もある。デイサービスを利用する高齢者が作った品物がレストラン横の売店に並び、サービス付き高齢者住宅に住む高齢者は、仕事として敷地内の植木の手入れをする。敷地内にある施設に入所する障害児への声かけが、「シェア金沢」の住人や地域住民の日課になっている。また、温泉やレストランの厨房では障害者が働き、地域の独居高齢者などに配る弁当も障害者が作り、配達もこなす。そこにはそれぞれの者に役割がある。

障害児の施設を挟むようにサービス付き高齢者住宅が建ち、店舗や学生が住む住宅もバラバラに配置されている。これも、つながりを作るための工夫だという。キーワードは「ごちゃませ」。ケア自体を「ごちゃませ」にするということではなく、普通の地域がそう

であるように、人や建物を「ごちゃませ」にするという趣旨である。

実は、佛子園では、「シェア金沢」ができるよりも前から地域づくりに取り組んでいる。その原点とも言える場所は、石川県小松市野田町の西圓寺（さいえんじ）である。元々、西圓寺は檀家を持ち、法要なども行われる普通のお寺だった。しかし、今から11年前に住職が亡くなり、廃寺となることが決まり、今後の行く末について、地域の住民を中心に話し合いを重ねた結果、地域の福祉拠点を作りたいという思いから、佛子園に任されることとなった。廃寺を改築し、高齢者デイサービスや障害者の就労支援サービスを提供する拠点となる一方で、温泉や喫茶スペースも設け、地域住民なども出入りする地域コミュニティに生まれ変わった。デイサービスを利用する高齢者も地域住民も同じ温泉を利用し、障害者が温泉の掃除や喫茶スペースの運営を行う。今ではサービスの利用者、地域住民、地域外の利用者などが平日で130人程度が集い、福祉サービスを利用する人も住民も相互に支え合う、地域づくりの中核を担う場になった。野田町は人口200人強の町だが、今では、西圓寺と野田町のすべての住民と何らかのつながりを持つようになったという。

なぜ、ここまで地域とのつながりを重視するのか。西圓寺の施設長安倍真紀さんは、「佛子園が数十年障害児施設を運営してきた地域で、障害者が地域に出て行くためのグループホームを新たに建てようとしたら、地域住民から反対の声が上がり、衝撃を受けた。地域とのつながりを作り、福祉を『特別』なものから『日常』のものに変える必要があると思った」と語る。地域の人顔が見え、理解し合える多世代が共生する地域を作りたいという思いから、高齢化が進む地域で福祉拠点を核とした地域づくりの模索が始まった。こうした取組みは石川県白山市の行善寺でもスタートしている。行善寺では、地域住民が主体的に参画する形での地域づくり

1 Continuing Care Retirement Community

が現在進行形で進んでいる。

いろいろな人やものが「ごちゃまぜ」になることで、人がつながり、人が集まる。そこには活気や仕事が生まれ、福祉拠点を利用する高齢者にも障害者にも活躍できる場所を新



図 シェア金沢の全体像

たに生み出す。高齢化がさらに進む中、福祉の既存資源も活用しながら、支える側と支えられる側の分け隔てなく共に地域づくりに参画する、将来を見据えた新たな取組みが動き始めている。



シェア金沢の写真



西園寺の写真

コラム

イマドキの長屋!? ～鹿児島市 NAGAYA TOWER～

九州新幹線の終点である鹿児島中央駅から歩いて5分ほどのところに、「NAGAYA TOWER」というちょっと変わった賃貸住宅がある。

大家の堂園晴彦さんは、1996（平成8）年から「堂園メディカルハウス」という緩和ケアを中心とした有床診療所を運営されている医師だ。年に100人以上の看取りをはじめ数多くの患者さんを診る中で、物質的に満たされていても「精神的孤独」や「社会的孤立」に悩む人の多さに危機感を募らせていた。

2008（平成20）年に堂園さんはインドにあるマザー・テレサの作ったハンセン病の

村を訪ね、そこで衝撃を受けた。軽いハンセン病患者が重いハンセン病患者にご飯を作ったり、食事の介助をしたり、おばあさんが乳飲み子の面倒を見たりしていた。血のつながりはないのに相互扶助による共同体が成り立っている……自分が思い続けたのは「これだ！」と閃いたそうだ。

そうして2013（平成25）年NAGAYA TOWERは産まれた。老若男女、病人、障害者などが互いに助け合い暮らす「長屋」のような集合住宅を目指しており、居心地のよい「場」を提供することにより血のつながりによらない「絆」を作り出すための試みだ。



左がNAGAYA TOWER（右が堂園メディカルハウス）

「微笑みを交わす人がいれば、人生は幸せ」がNAGAYA TOWERのモットーであるが、これを実現するためハード面、ソフト面に様々な工夫を凝らしている。

6階建て35戸のNAGAYA TOWERは、外壁は地中海をイメージした鮮やかな黄色で、どの住宅からもよい眺めを確保でき、中庭側で住民同士が交流できるよう、建物はV字型をしている。共用スペースが多く設けられており、2階にはみんなのリビング・台所（138㎡）が、3階には空中庭園が、4階、5階には眺めのよい岩風呂がある。

住戸のタイプはワンルームから2LDKだが、豊富な共有スペースで交流を促すため、シャワーだけの部屋を半数以上にするなどあえて住戸で完結しないようにしている。また、各戸のバルコニーも広めにとっており、隣の部屋との隔壁板を入れていない。これも交流を促す仕組みだ。

共同生活を円滑に運営していくためには調整役が必要であり、事務局3名がその任に当たっている。事務局の役割としては、日常生活から、医療・介護の相談・支援やイベントの企画など多岐にわたる。何かあれば「まずは事務局へ」ということだ。NAGAYA

TOWER内には「富永さんち」という富永さんが里親として子どもたちを迎え入れているファミリーホーム¹があるが、その子どもたちを預かることもあるという。

イベントを通じた住人の交流にも力を入れており、おかずを一品ずつ持ち寄りみんなでごはんを食べる「ナガヤのぼんごはん」、絵手紙サークル、歌の会、映画会（ナガヤシネマ）など週2回程度なんらかのイベントが開催されている。

住民以外との交流も進めている。近隣の児童養護施設の子どもたちにダンスを披露してもらったり、1階にテナントとして入っている児童発達支援事業所「まふいん」の子どもたちにナガヤで行うイベントに参加してもらったりしている。町内会やお達者クラブの方々との交流も構想中だそう。

現在の住人は、下は3歳から上は95歳まで、独身、子育て世代、高齢者世帯など年齢層もさまざまだが、ちょうどよい距離感で交わっている感じがする。

多世代交流の「場」の創り方は様々だが、「住まい方」を中心に据えたNAGAYA TOWERの試みは、「場」の創出を考えている人にとって一つの参考となるではないか。



¹ 正式には児童福祉法に基づく「小規模住居型児童養育事業」

4 総合的な福祉人材の育成・確保

(1) 医療・福祉人材の最大活用

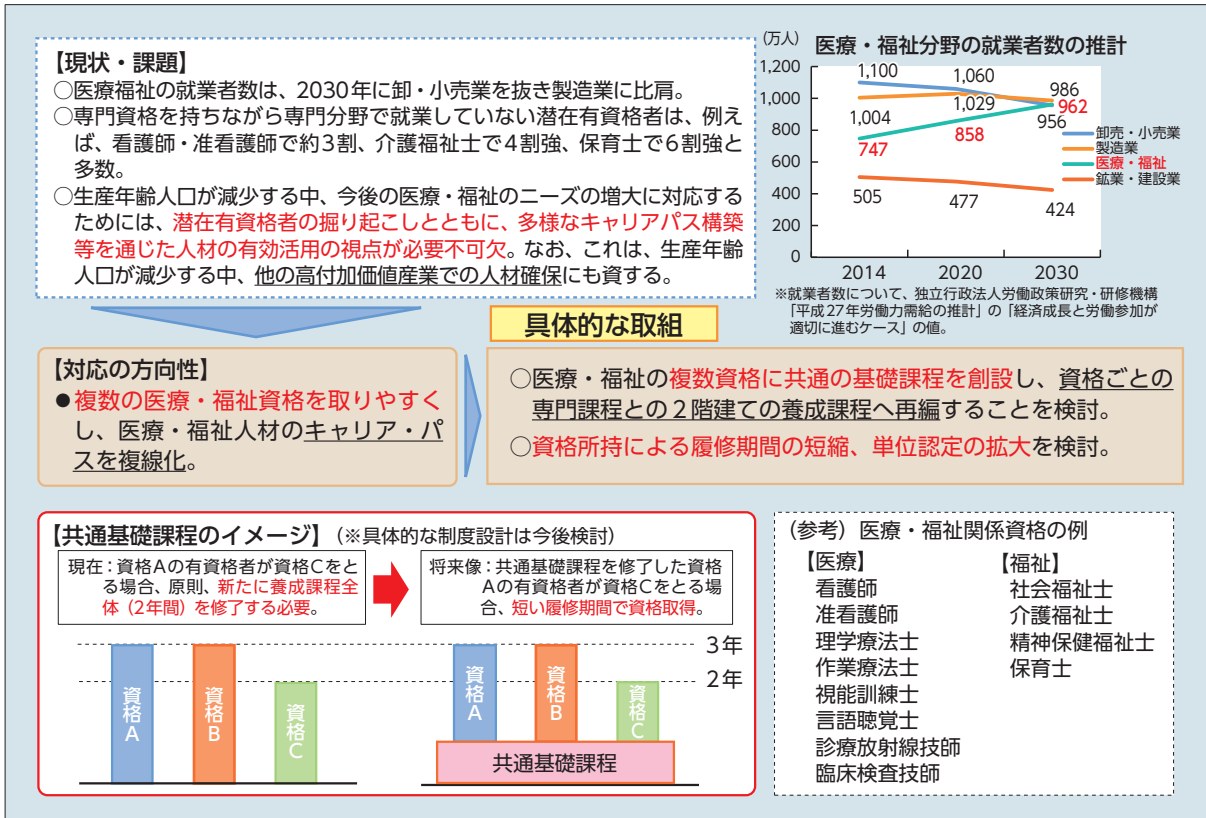
(潜在有資格者の活用とあわせて、地域包括ケアシステムの深化のための担い手の育成・確保が必要)

社会保障の持続可能性を考えれば、経済成長を常に図っていく必要があり、人口減少社会に直面する我が国では、医療・福祉人材の確保と同時に、他の高付加価値産業における人材確保の達成についてもあわせて考える必要がある。こうした中、有資格者のうち資格に係る専門分野で就業していない者の割合が4~6割に達する職種もあり、医療・福祉人材の確保に向けては、新たな資格者の養成のみならず、潜在有資格者の人材活用が必要となる。

また、高齢者のみならず、地域で支援を必要とする方々への地域包括ケアシステムの深化を進めて行く中で、多機関協働による包括的な相談支援体制、地域の実情にあった総合的な福祉サービスの提供システムの構築と併せて、その担い手を育成、確保していく必要がある。

こうしたことから、「ニッポン一億総活躍プラン」において、医療、介護、福祉の専門資格について、専門資格に共通の基礎課程を設け、一人の人材が複数の資格を取得しやすいようにすることを検討することとした。これにあわせて、医療、福祉の業務独占資格の業務範囲についても、現場で効率的、効果的なサービス提供が進むよう、見直していくこととしている。これにより、医療、福祉人材のキャリアパスが複線化され、従前まで特定の現場でどのようにキャリアを描くかと考えられていたことが、医療・福祉の幅広い現場での理想とする働き方からキャリアを描くことが可能となり、ひいては処遇改善などにもつながることが期待される（[図表4-4-11](#)）。

図表4-4-11 医療・福祉人材の最大活用のための養成課程の見直し



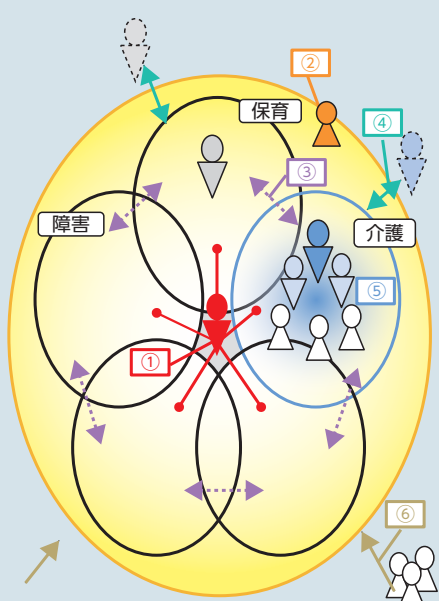
(2) 新しい地域包括支援体制を担う人材の育成・確保のための取組み

- ①制度の狭間のニーズをすくい取り総合的な見立てを行えるコーディネート人材の配置、
- ②分野横断的な基礎知識の研修の実施、
- ③多様なキャリア形成支援・人材移動促進のための環境整備、
- ④潜在有資格者の再就業促進、
- ⑤人材の機能分化、
- ⑥参入促進により人材の育成・確保を進める)

新しい福祉サービスの提供のあり方として目指す、地域包括支援体制を担う人材の育成・確保に当たっては、分野横断的な視点から、福祉分野の中での人材移動を円滑にし、汎用性の高い多様な人材の育成を行うという基本的な考え方に立ち、具体的な人材の育成・確保を進める必要がある。図表4-4-12で示すとおり、求めるべき人材は具体的な取組みとしては以下の6つに分けられるが、多様化するニーズをコーディネートする人材とサービス提供を担う人材に分けられる。それぞれの施策は、**1**から**3**までがコーディネート人材の確保・育成、**2**から**6**までがサービス提供を担う人材の確保・育成のためのものである。

図表4-4-12 新しい福祉サービスの提供体制を担う人材の育成・確保

- 新しい福祉サービスの提供体制を担う人材として、次のような人材の育成・教育を進める。
 - ①地域の中で「狭間のニーズ」を掘り取り総合的な見立てとコーディネートを行うことができる人材
 - ②特定の分野に関する専門性のみならず福祉全般に一定の知見を有する人材
- さらに、生産年齢人口が減少する中で、限られた人材を有効に活用し、必要な人材の確保を着実に進める。



- ①コーディネート人材の配置等による新たな地域包括支援システムの構築等
 コーディネート人材の配置等により新しい地域包括支援体制をモデル的に実施する自治体を支援する。また、コーディネート人材としての社会福祉士の在り方を検討する。
- ②福祉分野横断的な基礎的知識の研修
 他の福祉分野との共通基盤を修得するための研修等について検討する。
- ③福祉人材の多様なキャリア形成支援・福祉労働市場内での人材の移動促進のための環境整備
 専門性の高い人材として介護現場で中核的な役割を果たすべき介護福祉士の養成を促進する。また、福祉資格保有者が他資格を取得する際の試験科目の免除等について検討し、複数の資格を取得しやすくするための環境整備を図る。さらに、社会的養護に係る人材育成のための研修プログラムを開発する。
- ④潜在有資格者の円滑な再就業の促進
 潜在有資格者の掘り起こしを進めるため、離職した介護福祉士の届出システムの構築や再就業に向けた支援、潜在保育士に対する保育所の優先利用・保育料の補助等により、潜在有資格者の円滑な再就業の促進を図る。
- ⑤介護人材の機能分化の推進
 生産年齢人口が減少する中で、限られた人材を有効に活用するため、介護人材の在り方・機能分化について、具体的な検討を進める。
- ⑥多様な人材層からの参入促進
 業務委託によるサテライト展開の推進等により、福祉人材センターの機能強化を図るとともに、すそ野拡大のため、入門的な研修の創設等について検討する。

1 包括的な相談支援システム構築のモデル的な実施への支援と効果的な取組事例の展開

コーディネート人材を育成・確保するため、コーディネート人材を配置等して多機関の協働による包括的支援体制の構築をモデル的に行う自治体を支援するとともに、地域の実情に応じた効果的な取組事例の横展開を図ることとしている。このほか、専門的知識や技術を持って、福祉に関する相談に応じ、助言、指導、関係者との連絡・調整その他の援助を行う者として位置付けられている社会福祉士については、複合的な課題を抱える者の支援においてその知識・技能を発揮することが期待されることから、新しい地域包括支援体制におけるコーディネート人材としての活用を含め、そのあり方や機能を明確化することとしている。

2 福祉分野横断的な基礎的知識の研修

複合的な課題に対するアセスメントや、様々な支援のコーディネート、様々な福祉サービスの一体的提供に資するため、保育・障害・介護などの様々な福祉分野の共通的な基礎的知識を習得する研修等についての検討を行う。

3 福祉人材の多様なキャリア形成支援・福祉労働市場内での人材の移動促進

専門性の高い人材として、介護現場で中核的な役割を果たすべき介護福祉士の養成を促進するため、介護福祉士を目指す学生に対する修学資金等の貸付事業の拡充や地域医療介護総合確保基金を活用した資格取得の支援を行っている。

また、福祉資格保有者が他資格を取得する際の試験科目の免除や、複数資格の取得を容易にするための環境整備を行うこととしている。

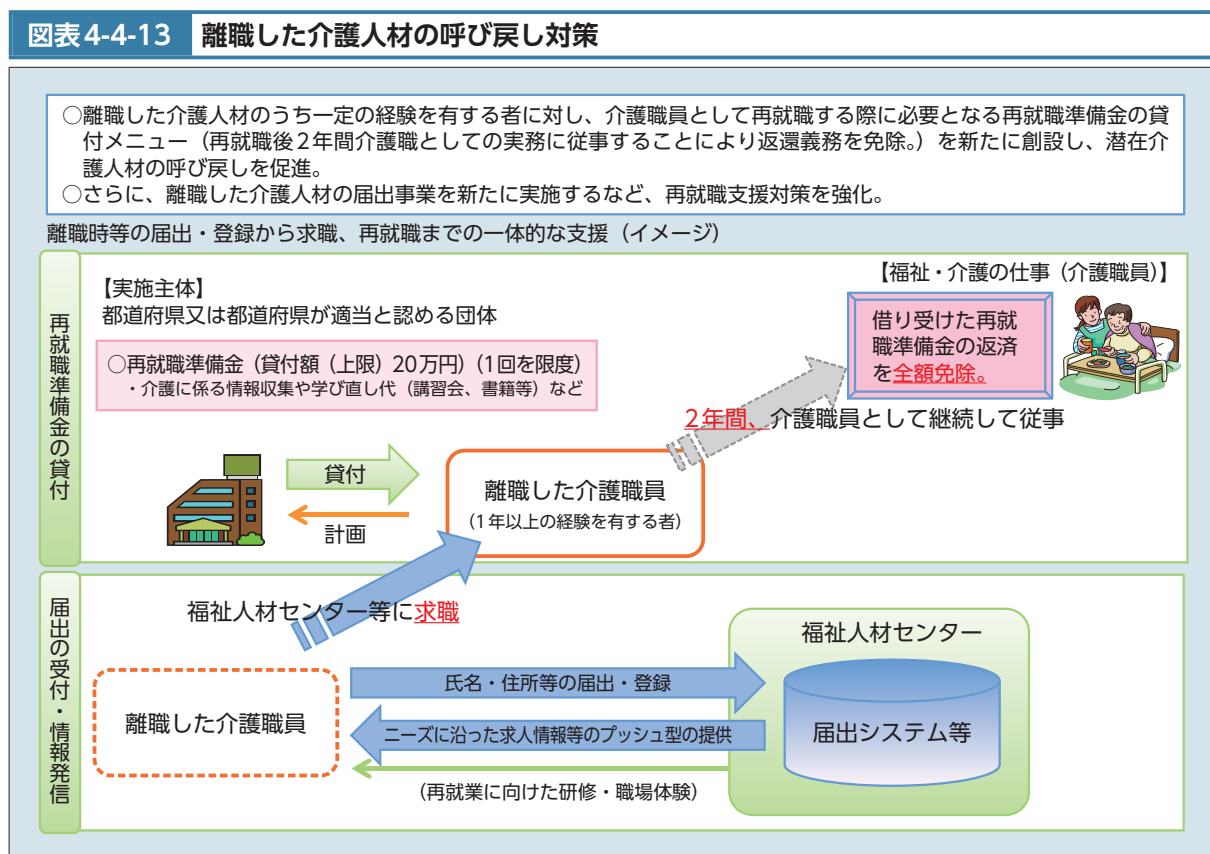
さらには、社会的養護において様々な課題を抱えた児童等の養育に対応できる人材の育成を進めるため、児童養護施設等の職員の資質向上のための研修事業を行っており、児童養護施設等への就職を希望する学生等の実習を受け入れる施設で、実習を指導する職員の代替職員を雇い上げる経費や、学生等の就職を促進するため、実習を受けた学生等を非常勤職員として雇い上げる経費の支援を行っている。

4 潜在有資格者の円滑な再就業の促進

潜在有資格者の掘り起こしを進めるため、潜在介護福祉士向けに介護サービスの知識や技術等を再認識し、介護分野への円滑な再就業を促進する研修を実施しているほか、離職した介護人材の届出と、離職者のニーズに沿った求人等の情報提供を行うためのシステムを新たに構築するとともに、再就職準備金貸付制度を創設し、潜在介護人材の呼び戻しを促進する（図表4-4-13）。

また、潜在保育士の再就職支援のため、ハローワークや保育士・保育所支援センターによるマッチング支援のほか、保育士として2年間勤務することで返還を免除する再就職準備金や、保育士が支払うこととなる保育士の子どもの保育料の一部を貸し付けるなどの支援を行っている。（図表4-4-14）。

図表4-4-13 離職した介護人材の呼び戻し対策



図表 4-4-14 潜在保育士の再就職支援

○未就学児をもつ潜在保育士に対する保育所復帰支援

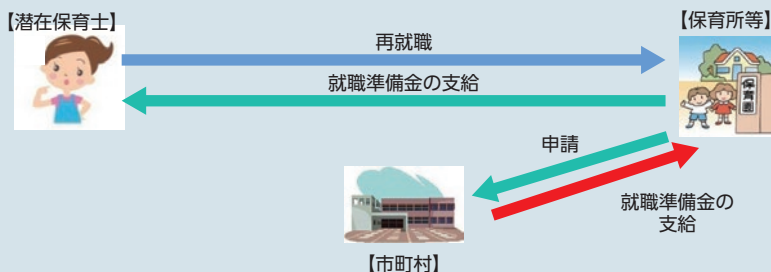
未就学児を有する潜在保育士（保育士資格を有する者であって、保育士として勤務していない者）が、保育士として保育所等への勤務を希望する場合、当該保育士の未就学児を優先的に保育所等に入所させるとともに、当該保育士が支払うべき未就学児の保育料の一部を支援する。



○潜在保育士の再就職促進

潜在保育士（保育士資格を有する者であって、保育士として勤務していない者）が、保育士として保育所等に勤務することが決定した場合、就職準備金を助成する。

※ 1 回限り。支給条件として就職後一定程度の保育所等への勤務要件あり。



5 介護人材の機能分化の推進

生産年齢人口が減少する中で、限られた人材を有効に活用するため、介護人材を一律に捉え、一様に量的・質的な確保を目指してきたこれまでの考え方を転換し、介護人材の機能分化を進めることとしている。チームケアのリーダーとしてのマネジメントの能力や多職種との連携の能力を有する職員の育成が求められており、これらの能力獲得に向けた研修受講支援を行っている。

6 多様な人材層からの参入促進

資格を有しない者を含めた多様な人材層からの参入を促進するため、初任者向けの入門的な研修の創設等により未経験者を含むすそ野の拡大を図るとともに、地域における介護人材確保対策の基盤である都道府県福祉人材センターの機能強化を図る。

また、多様な人材層の一部として、地域住民の活動意欲とサービスを必要としている人とを結び付ける等の環境の整備により、例えば、時間に余裕のある住民が、気軽にサービス提供の担い手として参加したり、要援護者・世帯の早期把握・見守りを、地域全体で行うための新たなネットワークの形成につながることを期待される。

福祉サービスが総合的に提供される拠点が共生型のまちづくりの中心と位置付けられることと相まって、新たな「まちづくり」に住民が主体的に関わり、地域の生活課題に対する問題意識を共有し、解決のために協働することは、地域での人々のつながりの強化、地域の活性化につながることを期待される。そのような意味で、新たな地域福祉の実現は地域社会の再生の軸となりうるだろう。