

保険・年金 フォーカス 「地域ケア会議」はどこまで機能 しているのか

多職種連携の促進に効果も、運用のマンネリ化などに懸念

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 上席研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～「地域ケア会議」はどこまで機能しているのか～

多職種連携などを目的とする「地域ケア会議」が制度化されて概ね10年になる。これは市町村または中学校単位の地域包括支援センターが設置する会議体で、医師、看護師、介護保険サービスの調整などを担うケアマネジャー（介護支援専門員）といった医療・福祉専門職が個別事例の解決を探る役割とともに、ネットワークの構築や地域課題の発見、政策形成などの機能が期待されている。2015年制度改正で会議の設置が市町村の努力義務とされた（法改正は2014年）。

地域ケア会議の運用については、これまでに国の委託事業を含めて、手引きなどが数多く公表されており、同時期に創設された「在宅医療・介護連携推進事業」などと相俟って、多職種連携を進める効果があったと考えられる。

しかし、市町村の「実情」を見ていると、個別の課題を地域共通の課題に普遍化できない傾向などが見受けられる。その結果、会議の開催が目的化したり、運営がマンネリ化したりしている印象も否めず、現場に「会議疲れ」の雰囲気広がっている。本稿では「地域ケア会議」の概要や制度改正の動向を取り上げるとともに、市町村の「実情」を踏まえつつ、今後の方向性を模索する。

2—地域ケア会議とは何か

1 | 地域ケア会議の教科書的な説明

地域ケア会議の概要から述べる。厚生労働省の説明資料では、「高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法」と定義¹されており、埼玉県和光市の事例を参考に、2015年度改正（法改正は2014年）を通じて、市町村に対して設置が努力義務とされた。

設置するのは市町村、または中学校単位で運営されている地域包括支援センターで、図表1の厚生

¹ 2014年制定の地域医療介護確保総合推進法では、「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」などと定義されている。しかし、使い方は多様であり、本稿では引用を除けば、この言葉を使わない。地域包括ケアの多義的な側面については、介護保険20年を期した拙稿コラムの[第9回](#)を参照。

労働省の資料に沿うと、(1) 個別課題解決、(2) ネットワーク構築、(3) 地域課題発見、(4) 地域づくり・資源開発、(5) 政策形成——が主な機能になる。

ただ、図表 1 は煩雑であり、以下では X 市 Y 地区に住む「要支援認定後、身体機能が落ちた 80 歳代男性 A さん」という事例について、5 つの機能を整理する。

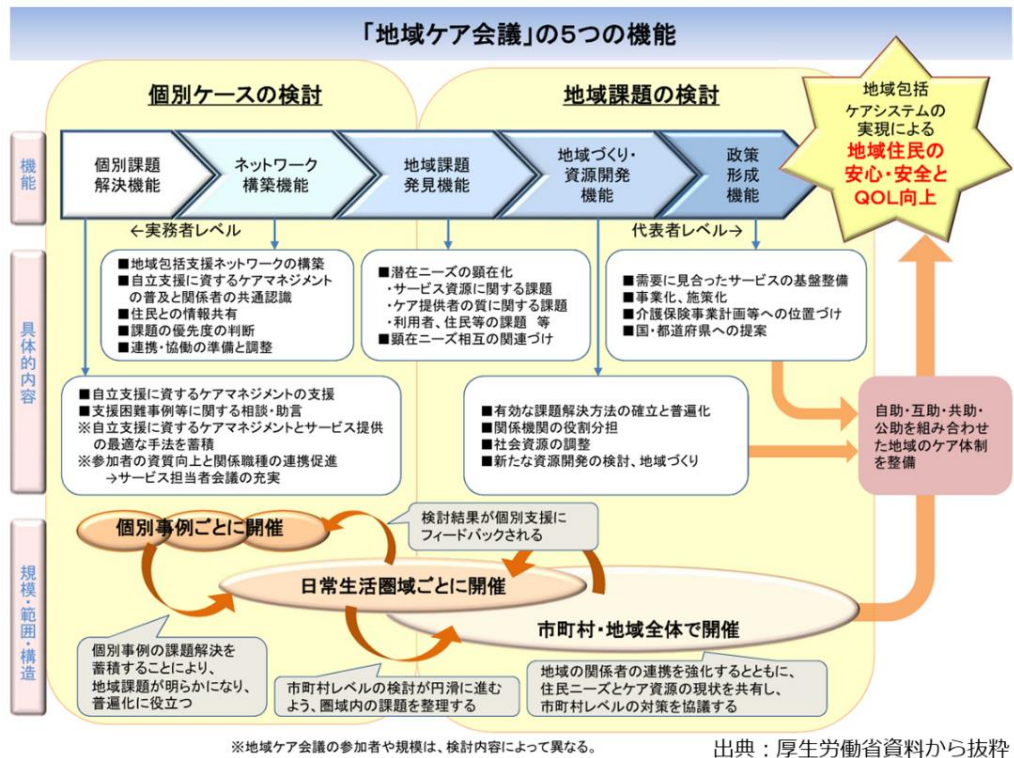
まず、多職種が連携しつつ、A さんの課題解決に当たることで、(1) の「個別課題解決」と (2) の「ネットワーク構築」が図られる。ここまでの機能については、ケアマネジメントに組み込まれている「サービス担当者会議」と似ている。ここで言うサービス担当者会議とは、ケアプラン（介護サービス計画）の見直しを含めて、本人や家族を含めた参加者が支援の改善策を話し合う場である。

一方、3 番目以降の「地域課題の発見」が地域ケア会議の特徴である。例えば、A さんと近所に住む同年代の男性の B さんや C さんの事例を並べることで、「男性高齢者の外出機会が少ない」という Y 地区に共通する現象を明らかにしたり、「周辺に外出できる場が少ない」「歩道が狭い」といった課題を抽出したりする。言わば「点」のケースを「面」に発展させることで、個別課題を普遍化させるイメージである。あるいは「今は顕在化していないが、今後は同様のケースが増える」という将来予測を加味することもあり得る。

その上で、(4) の「地域づくり・資源開発」では高齢者の外出機会を増やすサークルを Y 地区で作ることなどが目指され、(5) の「政策の形成」では Y 地区の取り組みを X 市に広げるための提言などが想定される。

これらが有効に機能すれば、多職種によるネットワーク形成や情報交換だけでなく、住民主体の体操教室など制度サービス以外の「インフォーマルケア」の活用も含めて、個別支援に関する情報や考え方を関係者の間で共有できる²。さらに、個別課題を地域の課題に普遍化させることで、地域全体を

図表1：地域ケア会議に期待される5つの機能のイメージ



出典：厚生労働省資料から抜粋

² これは「規範的統合」と呼ばれており、本来は市町村を含めた関係者の合意形成と考えられる。だが、「市町村の考えを専門職に従わせること、あるいは浸透させること」と理解されている面があり、後述する通り、一部の市町村では地域ケア会議でケアプランを点検・変更している。これが現場の専門職の反発を招いている面があり、この言葉を本稿では使わない。

包摂した政策形成の実現も可能になる。

2 | 地域ケア会議が必要な理由

そもそも、地域ケア会議のような場が求められる背景として、在宅ケアの複雑性を指摘できる。病院を中心とした医療の場合、医師を中心としたヒエラルキー構造の下、早期の治療と社会復帰が目指される。分かりやすく言うと、患者が医療専門職の都合に合わせるスタイルであり、患者の生活は「医療化」される³。

一方、自宅を中心とした医療・生活支援の場合、患者・利用者は自宅を中心に元の暮らしを続けており、医療・福祉専門職が患者・利用者のニーズに合わせるスタンスが求められる。

そのため、一人の専門職をトップにするヒエラルキー構造ではなく、多くの専門職が専門性と情報を持ち寄り、患者・利用者の暮らしを支えることが求められる。その際には、病気の治療だけでなく、数字で計測しにくいQOL（生活

図表2：病院を中心とした医療と、自宅を中心とした医療・生活支援の違い

	病院を中心とした医療	自宅を中心とした医療・生活支援
目的・目標	病気の治癒・治療・救命	QOL（生活の質）の向上
ターゲット	病気	人、環境、生活
場所	主に病院	コミュニティ（地域・職場）
従事者	医師が中心	多職種によるチーム
支援の進め方	医師による命令、指示	カンファレンス
評価の指標	医学的なデータ	QOL、社会参加機会

出典：広井良典（2000）『ケア学』医学書院などを参考に作成

の質）の向上も目指されるため、本人や家族の納得感を含めて合意形成が重要となる。

こうした違いを分かりやすく対比させたのが図表2であり、専門職の情報共有や合意形成の舞台として、地域ケア会議は重要な存在となる。敢えて大袈裟な言葉を使うと、多様な専門性が交差することで、参加者が思わぬ視点に気付いたり、施策のヒントが生み出されたりする可能性を含んでいる点で、地域ケア会議はイノベーションの場になり得る。

さらに、市町村は現在、高齢者数の違いなど「地域の実情」に沿った介護・福祉の体制整備が求められており、個別ケースを地域の普遍的な課題に発展できる地域ケア会議は「地域の実情」を把握する重要な手段である⁴。

3 | 地域ケア会議の運用の一例

次に、国のマニュアルなど幾つかの資料や文献に加えて、筆者が見聞きした事例を再構成しつつ、地域ケア会議の運用を具体的に検討する。

一般的に地域ケア会議では、ケアマネジャーなどの専門職が受け持っている事例について、「要介護認定を受けて気分が塞ぎ込み、外出しにくくなっている」「何とか杖を使えば近くに買い物ぐらい行けそうだが、一人で長時間の外出は困難」「遠くに息子夫婦が住んでおり、最近は関係が切れているが、

³ 医療化とは医療社会学の概念であり、本稿では一般的な意味として「医学で解決しなくても済む健康上の課題について、医療や医学が必要以上に介入すること」と整理する。Ivan Illich (1976) "Limits to Medicine" [金子嗣郎 (1998) 『脱病院化社会』晶文社]などを参照。

⁴ この点は医療・介護制度改革で多用されている「地域の実情」という言葉に着目した拙稿コラムの[第1回](#)でも述べた。

近隣住民との付き合いは細々と続いている」などと報告する。

その上で、医師や看護師、薬剤師、リハビリテーション職、管理栄養士、ケアマネジャー、住民の支え合いなどの場を発見・開発する「生活支援コーディネーター」などが専門性と関心事に応じる形で、高齢者の身体状況や栄養・服薬情報、経済状況、家族関係、居住環境や家の段差などを確認し、医学的に気を付ける必要がある点とか、リハビリテーションで体力を回復する可能性、介護予防の観点に立って外出する気分を高めるための工夫、息子夫婦に関わってもらえる可能性などについて、知恵を出し合う形が取られる。ケースは概ね1回20分、1回の会議で3~4件取り上げている形が多い。

こうした機能や会議の進め方などについては、これまでに様々なハンドブックやマニュアルが公表されているほか、地域の好事例が書籍や専門誌、イベントなどで取り上げられている⁵。

4 | 地域ケア会議の運用の多様性

ただ、地域ケア会議の多様性には注意を要する。2016年6月に示された『地域ケア会議運営ハンドブック』によると、5つの機能のうち、個別課題は「地域ケア個別会議」で話し合う一方、地域包括支援センターや市町村単位で設置された「地域ケア推進会議」では地域の課題を論じると整理されているが、市町村の「実情」を見ると、名称や目的、進め方は現場ごとに大きく異なる。

具体的には、重度な認知症の人など複雑・困難な案件を論じる専門の会議体に加えて、介護予防に特化した「自立支援型地域ケア会議」などのパターンがある。実際、図表1に掲げた厚生労働省の下側には「参加者や規模は、検討内容によって異なる」と小さく書かれている。本稿では、先に触れた5つの機能を中心に述べる。

3——地域ケア会議の効果と現場の悩み

1 | 制度改正でのテコ入れ

以上のような地域ケア会議が約10年間、実施された効果の一つとして、多職種の垣根が低くなったことは間違いない。管見の限り、制度ができる前と比べると、別稿⁶で触れた「在宅医療・介護連携推進事業」や報酬改定の影響と相俟って、かなり多職種連携は一般的になった。

さらに、国が地域ケア会議を政策誘導の手段に使っている影響も見逃せない。例えば、市町村の取り組み状況を採点した上で、その状況に応じて国からの予算額を増減させる「介護保険保険者努力支援交付金」では、「地域ケア会議における個別事例の検討割合（個別事例の検討件数／受給者数）」な

⁵ 主な文献や資料として、地域ケア会議運営ハンドブック作成委員会編（2016）『地域ケア会議運営ハンドブック』、長寿社会開発センター編（2023）「政策形成につなげる地域ケア会議の効果的な活用の手引き」、同センター編（2023）『地域ケア会議の効果的な運営の推進に関する調査研究報告書』、同センター編（2013）『地域ケア会議運営マニュアル』に加えて、三菱総合研究所（2023）「地域ケア会議等におけるケアプラン検証の在り方に関する調査研究事業報告書」、日本総合研究所（2020）「地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業報告書」、エム・アール・アイ・リサーチアソシエーツ（2019）「地域ケア会議等におけるケアプラン検証の在り方に関する調査研究事業報告書」（いずれも老人保健事業推進費等補助金）を参照。事例については、厚生労働省が2014年3月に公表した「地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集」に加えて、松本小牧（2024）「地域ケア会議を活用した地域課題解決策の展開」『地域ケアリング』Vol. 26 No. 4、小黒一正編著（2016）『2025年、高齢者が難民になる日』日経BPマーケティング、足立理江（2015）『兵庫・朝来市発 地域ケア会議サクセスガイド』メディカ出版のほか、『地域ケアリング』2017年4月号、2014年3月~2015年8月の『介護保険情報』連載記事、『ケアマネジメント・オンライン』配信記事で紹介された奈良県生駒市などの事例、2019年2月に開催された国立社会保障・人口問題研究所の「厚生政策セミナー」資料を参照。

⁶ 2024年10月22日拙稿『[『在宅医療・介護連携推進事業』はどこまで定着したか？](#)』を参照。

どが評価項目になっており、市町村が会議を開催するインセンティブとなっている。

このほか、多職種連携を促す場としても、地域ケア会議が活用されており、2021年度からスタートした「地域連携薬局」という制度では、薬剤師や薬局が在宅ケアに関わってもらう観点に立ち、要件の一つとして、地域ケア会議への継続参加が組み込まれている。近年の診療報酬改定でも身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医機能」を評価する「機能強化加算」「地域包括診療科」の加算要件の一つに、「担当医が地域ケア会議に出席した実績」が加えられた⁷。

こうした政策誘導は今後も続く可能性が高く、市町村や現場のスタッフが地域ケア会議を使いこなすことが重要になる。

2 | 地域ケア会議を巡る現場の悩み

しかし、現場の「実情」を見ていると、会議の開催が自己目的化し、市町村と専門職の双方に「会議疲れ」の様子が見受けられる。実際、国の委託調査で2023年3月に作られた「政策形成につなげる地域ケア会議の効果的な活用の手引き」⁸（以下は「手引き」）では、「建設的な議論ができない」「地域課題の解決に向けた政策を形成できない」など、地域ケア会議の運用を巡る困難が11個も例示されている。その上で、「他者が理解できるレベルまでキーワード化する」など実に50個のチェックリストが示されている（末尾の参考資料を参照）。

裏を返して言えば、地域ケア会議が開催されているものの、内実を伴わない形式主義的な運営に悩んでいる関係者が多いことの証であろう。この辺りの事情については、筆者が藤田医科大学を中心とした市町村支援プログラム⁹などで見聞きしている傾向とも一致している。

だが、こうした市町村の悩みが生まれる根本的な原因を整理しなければ、「手引き」が有効に使われず、むしろ膨大なチェックリストを埋める作業が市町村で起き、形式主義的な運用が続く可能性も否定できない。以下では「手引き」と重なる部分もあるが、(1) 個別課題から地域課題に発展できない問題、(2) 議論が活発にならない問題——という2つの論点について、その背景と改善策を考える。

4——地域ケア会議の運用を巡る論点(1)個別課題から地域課題に発展できない問題

1 | 国の委託調査で明らかになっている傾向

第1に、個別課題から地域課題に発展できない問題である。例えば、国の委託調査¹⁰では、地域ケア個別会議に関する取り組み意識を市町村に問う質問に対し、図表3の通り、「検討した複数の事例から地域課題の抽出・整理」「地域ケア個別会議の内容の振り返り・評価」は「十分にできていない」という回答が多く、「かなり取り組んでいる」という答えは10%台と著しく低い。

一方、「検討した事例の個別課題の解決」「参加している関係者のネットワーク強化」「参加者との会

⁷ 制度改正などは2024年7月29日拙稿「[2024年度トリプル改定を読み解く\(中\)](#)」、2022年5月27日拙稿「[2022年度診療報酬改定を読み解く\(下\)](#)」、2021年10月15日拙稿「[かかりつけ薬剤師・薬局はどこまで医療現場を変えるか](#)」を参照。

⁸ 長寿社会開発センター編(2023)「政策形成につなげる地域ケア会議の効果的な活用の手引き」(老人保健事業推進費等補助金)。

⁹ 藤田医科大学、愛知県豊明市を中心としたプログラム(老人保健事業推進費等補助金)。

<http://www.fujita-hu.ac.jp/~chuukaku/kyouikushien/kyouikushien-96009/index.html>

¹⁰ 日本総合研究所(2020)「地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業報告書」(老人保健事業推進費等補助金)。

議の目的や意識の共有」は「かなり取り組んでいる」という回答率が高く、先の地域ケア会議の機能で言うと、(1) 個別課題解決、(2) ネットワーク構築、(3) 地域課題発見は「かなり取り組んでいる」、(4) 地域づくり・資源開発と (5) 政策形成先は「十分にできていない」という状況が読み取れる。

だが、これではサービス担当者会議と変わらず、地域ケア会議の役割を果たしていると言えない。

2 | 何のための会議？

上記の事情が起きている理由として、市町村の人事異動などで、取り組みがスタートした頃の考え

図表3：地域ケア個別会議における各課題への取り組みの認識

n = 1,230	かなり取り組んでいる	少し取り組んでいる	あまり取り組んでいない	全く取り組んでいない	課題認識がない	無回答
検討した事例の個別課題の解決	52.2%	41.6%	5.0%	0.6%	0.4%	0.2%
検討した複数の事例からの地域課題の抽出・整理	15.9%	53.9%	23.3%	5.9%	0.7%	0.3%
参加している関係者のネットワーク強化	38.5%	46.3%	11.2%	2.6%	1.1%	0.2%
参加者との会議の目的や意識の共有	45.8%	46.1%	5.5%	1.4%	0.9%	0.3%
地域ケア会議を主催する市町村や地域包括支援センター職員による効果的な会議進行	34.6%	51.1%	11.0%	2.0%	1.0%	0.4%
地域ケア個別会議の内容の振り返り・評価	19.0%	47.8%	27.1%	4.5%	0.5%	1.1%

出典：日本総合研究所（2020）「地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業報告書」を基に作成

方が十分に引き継がれず、しかも多職種連携は当時よりも一般的になっているのに、前例踏襲の会議が開かれ続けている可能性が考えられる。

さらに、専門職の専門性が影響している可能性も想定できる。一般的に医療・福祉に関わる専門職は自らの専門性に誇りを持っており、個別課題の解決に非常に熱心である。その結果、地域ケア会議の議論が個別事例の課題解決にとどまり、地域課題に発展しない傾向が見受けられる。

例えば、先の事例で言うと、X市Y地区のAさんの課題解決に力点が置かれ、近所に住むBさんやCさんの事例との対比が不十分になっている。分かりやすく整理すると、地域ケア会議では本来、「事例『を』考える」だけでなく、地域に共通する課題を「事例『で』考える」必要があるのに、前者だけにとどまっている状況だ。

3 | 会議の目的を明確にする必要性

では、どんな改善策が求められるのだろうか。第1に、会議の目的を明確にすることが考えられる。具体的には、単に会議の開催を目的にするのではなく、「今日は個別課題を話し合う」「今回は事例をベースに地域の課題を協議する」といった形で、会議のゴールを明確に設定する必要性である。

さらに地域ケア会議で取り上げる事例にも工夫する必要がある。管見の限り、多くの地域ケア会議では、「重度な認知症で意思決定支援が必要なケース」「家族の関係が悪く、虐待が疑われるケース」など困難あるいは複雑なケースを取り上げる傾向が見受けられる。もちろん、こうした困難あるいは複雑なケースは人権や尊厳に関わる分、多職種・多機関による早急な支援が求められる。

しかし、解決策を捻り出すのが非常に難しい分、地域の課題に発展させたり、地域資源の活用を検討したりする上では適切とは言えない面がある。こうした事例が増えているとか、将来的に問題になると見通しているのであれば、話は別だが、地域に共通する普遍的な課題に発展させる上では、地域で多く見られるケースを取り上げる必要がある。

そのためにも「今回は重度かつ複雑なケースを話し合う」「今日は地域の課題解決に繋げるため、現場で多く見られる軽度者のケースを取り上げることで、体操教室などインフォーマルケアの必要性を地域の専門職に理解してもらおう」といった形で、会議の着地点やゴールをイメージしつつ、事例や会議の進め方をデザインする運用が欠かせない。

5——地域ケア会議の運用を巡る論点(2)議論が活発にならない問題

次に、会議の議論が活発にならない背景として、一部の参加者が持論を述べてしまい、他の人が話しにくい環境になっている危険性が考えられる。さらに、事例報告者の説明や答弁が長くなり、実質的な議論に入れないケースも考えられる。先に触れた「手引き」が「参加者の対等性を担保したルールを徹底する」などの点をポイントに挙げているのも、こうした事象が起きている証であろう。

このほか、市町村による厳しいケアプランチェックの結果、専門職の足が遠退いている可能性も考えられる。これは制度の原型となった埼玉県和光市の運営スタイルが影響した面がありそうだ。当時の様子を取材した書籍¹¹では、「ピリピリした緊張感」の中、「ケアマネジャーに自分が作った個別ケアプランの内容と実施経過を他の専門職らの前で説明させ、それを参加者が適正かどうか厳しく評価し、アドバイスを受けさせる」と紹介されている。さらに、ケアマネジャーが無難に受け答えしたため、市幹部が「一喝」したとされている。これが日常的な出来事だったのか、どこまで情景を適切に描写した表現なのか、今となっては検証しにくい¹²が、「ピリピリした雰囲気」の中、市町村職員から「一喝」されるような場に参加したいと思うケアマネジャーは少数派ではないだろうか。

さらに、上記のような市町村主導の傾向は2018年度改正の後、全国的に強まっている可能性がある。この時の改正では、食事や洗濯など訪問介護の生活援助を多く入れたケアプラン¹³に関しては、市町村に提出が義務付けられたほか、地域ケア会議で必要性などが検証されることになった。つまり、地域ケア会議が公式的に「ケアプラン点検の場」としての性格を持つようになったわけだ。

この制度について、厚生労働省は「利用制限ではない」と繰り返し強調しており、筆者も「ケアマネジャーに説明責任が課された」と理解しているが、個別性を考慮しないまま、もし市町村が機械的に運用すれば、地域ケア会議は「給付制限の場」となる。この状況は介護保険以前の措置制度、つまり市町村が一方的にケアの内容を決めていた時代の運用に近づくことになる¹⁴。

実際、制度がスタートした際の国の委託調査¹⁵を見ると、地域ケア会議を通じてケアプランの再考

¹¹ 小黒前掲書の尾崎雄（2016）「地域の共同体マインドを共有する」176～177ページを参照。

¹² 介護予防などに関する同市の取り組みは「好事例」として注目され、国の制度改正論議にも影響を与えていた。当時の状況については、2017年12月20日拙稿「『治る』介護、介護保険の『卒業』は可能か」を参照。ただ、市のモデルを作り上げた市幹部が2019年9月、生活保護受給者から多額のカネを詐取していたなどとして、逮捕（その後不起訴、実刑判決）された事件を機に、同市の名前は国の資料から姿を消した。

¹³ 1カ月当たり要介護1で27回、要介護2で34回、要介護3で43回、要介護4で38回、要介護5で31回。

¹⁴ そもそも介護保険制度では高齢者の自己選択（自立）を掲げることで、措置制度の抜本的な見直しが図られた。その際、要介護認定の段階で市町村がケアの内容を決めると、措置制度と変わらなくなるため、わざわざ要介護認定とケアマネジメントを切り離した。それにもかかわらず、ケアマネジメントの内容に市町村が介入し過ぎると、介護保険以前の措置制度に逆戻りする危険性を伴う。詳細は2020年4月10日拙稿「20年を迎えた介護保険の足取りを振り返る（下）」を参照。なお、要支援者を対象とした「介護予防・日常生活支援総合事業」（総合事業）は予算の上限が設定されるなど、措置制度に近い要素を持っており、総合事業に基づいて介護予防を強化するのであれば、措置的な運用が必要となる。詳細については、2023年12月17日拙稿「介護軽度者向け総合事業のテコ入れ策はどこまで有効か？」を参照。

¹⁵ 三菱総合研究所（2020）「訪問介護等の居宅サービスに係る保険者の関与の在り方等に関する調査研究事業報告書」（老人

を促したのは327市町村、499件、実際にケアプランの変更に至ったのは134市町村、195件に上り、ケアマネジャーが同席しない場でケアプラン再考の必要性が判断されたケースを見ると、全体の6.8%に当たる68市町村が「あった」と答えている。

しかも、市町村には2018年度からケアマネジャーの事業所（居宅介護支援事業所）の指定権限が移譲されており、ケアマネジャーから見れば、市町村に物を言いにくい雰囲気を作り上げられている。こうした状況で、利用者に接したこともない市町村職員から細かくプランの内容をチェックされるのであれば、そんな場にケアマネジャーが「参加したくない」と考えるのも当然である。

確かにケアプランの作成過程が十分とは言えない可能性があり、地域ケア会議で様々な視点を取り入れることは重要であるが、最終的なプラン変更の判断は利用者に接しているケアマネジャーに委ねなければならない。介護給付費を抑制したい市町村の意向は理解できる面もあるものの、地域ケア会議が「給付抑制の舞台装置」になれば、会議の議論は活発にならない。

むしろ、市町村職員が専門職の経験や知恵から学び、考え方を軌道修正するぐらいの謙虚なスタンスが欠かせない。地域ケア会議で求められているのは様々な意見に耳を傾け、議論の方向性を合意に導くファシリテート能力である。この考え方は国の委託研究で示された「手引き」でも強調されており、会議を運営する市町村は自制的に振る舞う必要がある。

6—おわりに

司会に適任者がいない、ケアプランチェックと受け止められるためにケアマネジャーの協力が困難、地域課題の解決や政策形成に繋ぐイメージが湧かない……。地域ケア会議が制度化された頃の雑誌¹⁶では、本稿で指摘した点が既に話題になっている。それだけ地域ケア会議の機能発揮は容易ではなく、多様な意見を包摂する会議運営は自治体の職員や専門職にとって、難しいのかもしれない。

しかし、異なる専門性が交じり合う地域ケア会議は本来、イノベーションの場になる潜在性を有しており、個別事例と地域課題を接続することで、「地域の実情」を把握する上でも重要な存在である。この場を有効に使えていないのは大きな機会損失と言える。

さらに、アメリカの経営学者、ドラッカーが「方向づけのない会議は迷惑なだけにとどまらない。危険である」¹⁷と述べている通り、形式的な会議は専門職の不信感を招くだけでなく、やり甲斐を感じられない市町村職員自身の疲労感を深めることにも繋がり、非常に危険である。

一方、今後も在宅ケアの充実に向けて多職種連携の深化は重要な論点であり、2021年度からスタートした「重層的支援体制整備事業」では、分野・制度を問わない支援が求められているため、連携の対象は多世代化、多機関化する¹⁸。こうした状況で、地域ケア会議は今後も制度改正の舞台装置として活用される可能性が高く、市町村自身が現場の専門職とともに、改善を積み重ねることに期待したい。国や都道府県、研究機関などによる伴走支援も一層、強化する必要がある。

保健健康増進等事業）を参照。994市町村が回答。

¹⁶ 『介護保険情報』2014年10月号を参照。

¹⁷ Peter F. Drucker (1966) “The Effective Executive” [上田惇生訳 (2006) 『経営者の条件』ダイヤモンド社69ページ]を参照。

¹⁸ 重層的支援体制整備事業の論点については、医療・介護制度改革で多用されている「地域の実情」という言葉に着目した拙稿コラムの[第6回](#)で述べた。

参考:国の委託研究で示された地域ケア会議を巡る11の困難と50に及ぶ改善のポイント

困難の具体例		ポイント
困難1	わがまちの地域ケア会議の体系ができない	(1) 地域ケア会議の目的と機能を十分に理解する (2) わがまちの地域包括ケアシステムのビジョンを明確にして共有する (3) 関連する会議や活動を整理して地域ケア会議の活用目的を明確にする (4) 「地域ケア個別会議」と「地域ケア推進会議」が連動する体系をつくる (5) 地域課題を把握・整理・仕分けする場を設ける (6) 「地域ケア推進会議」と他の会議や事業と連動する体系をつくる (7) 自治体の規模に応じて、全体として地域ケア会議の機能を果たせる体系をつくる (8) 市町村と地域包括支援センターが話し合って構築する (9) 地域ケア会議の成果に関する評価を行う (10) 地域ケア会議運営の振り返りによって体系を見直す
困難2	地域ケア個別会議で建設的な議論ができない	(11) 地域ケア個別会議の目的・目標を明確にし、参加者で共有する (12) 参加者の対等性を担保したルールを徹底する (13) ケースを見立てられるファシリテーターを養成する (14) 発言を引き出し、整理するファシリテーターを養成する (15) 論点を整理し、合意を形成するファシリテーターを養成する (16) 発言を簡潔に要約し見える化できる記録者を養成する (17) 地域ケア個別会議の運営に関する評価を行い、運営を見直す (18) 効果を感じられる事例の検討から始める
困難3	地域ケア個別会議で必要性の高い事例を検討できない	(1) 地域ケア会議の目的と機能を十分に理解する (2) わがまちの地域包括ケアシステムのビジョンを明確にして共有する (11) 地域ケア個別会議の目的・目標を明確にし、参加者で共有する (12) 参加者の対等性を担保したルールを徹底する (18) 効果を感じられる事例の検討から始める (19) 個人情報の取り扱いを決める
困難4	地域ケア個別会議で地域課題・自立促進要因を把握できない	(20) 「残された課題」に注目し、普遍化する視点を共有する (21) 「自立促進要因の種」とは何かを共有する (22) 個別ケースの検討の最後に「地域課題の種」と「自立促進要因の種」を把握する
困難5	ケースの蓄積から地域課題・自立促進要因を把握できない	(5) 地域課題を把握・整理・仕分けする場を設ける (23) 他者が理解できるレベルまでキーワード化する (24) 複数の事例を横断して地域課題・自立促進要因の種をみる (25) 「地域課題の種」「自立促進要因の種」を検証して地域課題・自立促進要因を把握する (26) 地域課題をレベルで分ける
困難6	複数の地域課題の把握で終わってしまう	(5) 地域課題を把握・整理・仕分けする場を設ける (26) 地域課題をレベルで分ける (27) 複数の地域課題を類型化して仕分けする (28) 取り組むべき地域課題の優先順位を決める
困難7	地域課題の解決につなげられない	(5) 地域課題を把握・整理・仕分けする場を設ける (29) 地域課題・自立促進要因を構造的に把握する (30) 地域包括支援センターの事業計画に組み込む (31) 地域包括支援センター運営協議会で検討する (32) 既存の事業を活用する
困難8	地域ケア推進会議で建設的な議論ができない	(12) 参加者の対等性を担保したルールを徹底する (14) 発言を引き出し、整理するファシリテーターを養成する (15) 論点を整理し、合意を形成するファシリテーターを養成する (16) 発言を簡潔に要約し見える化できる記録者を養成する (33) 地域ケア推進会議の目的・到達目標を明確にし、参加者で共有する (34) 地域課題の背景要因を複数示す (35) 地域ケア推進会議の運営に関する評価を行う
困難9	地域の人々とともに地域課題の対応策について検討できない	(36) 地域の人びとの関心を理解する (37) 地域の人びとの声から地域課題を把握する (38) 地域アセスメントのもと地域の人々に働き掛ける (39) 誰もが理解でき、自分達が必要とされていると感じるプレゼンテーションを行う (40) 地域の社会資源を活用する
困難10	地域課題の解決に向けた政策を形成できない	(41) 市町村の役割を再確認する (42) 地域課題に対応する必要性の根拠を得る (43) 具体的な提言をまとめる (44) 提言実施の予測結果を示す (45) 組織アセスメントのもと庁内での理解を広め、連携体制を構築する (46) 地域課題の検討の場に権限のある人に参加してもらう (47) 議会対応の準備をする
困難11	地域ケア会議を継続して活用できない	(48) 業務を標準化するマニュアルやフォーマットなどを作成する (49) ファシリテーターと記録者を継続的に養成する (50) 誰もが参加してよかったと思える地域ケア会議を開催する

出典：長寿社会開発センター（2023）「政策形成につながる地域ケア会議の効果的な活用の手引き」を基に作成