

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)

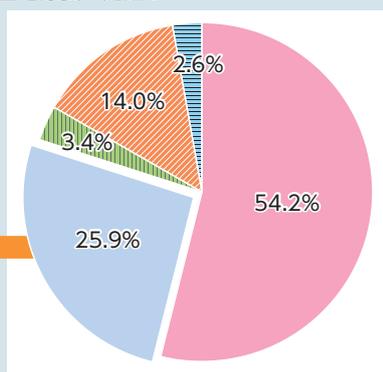
図表1-1-13で見たとおり、疾病構造が変化するとともに、高齢化によって複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす人が増加している。このような変化に対し、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められている。それと同時に、地域での生活を支えるためには、急性期後の長期ケアにかかわる医療、介護、生活支援等の各種の多様なサービスによって、住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続を支援していくことが、高齢者個人の生活の質の向上へとつながると考えられる。

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）。

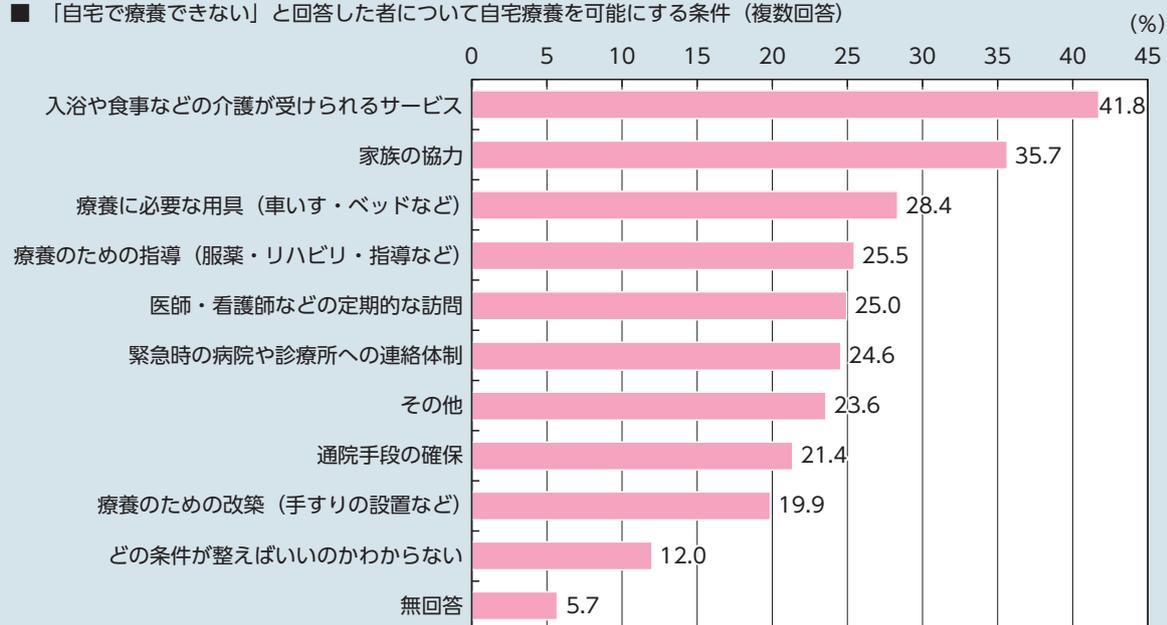
また、退院後の生活の場となる「家庭」については、高齢者の単独・夫婦のみ世帯が増加し、患者を家族の力だけでは支えきれないケースも多くなってきている。それがゆえに、必要なりハビリや状態に応じて必要な医療が身近で提供されるかどうか、急性期後の患者の生活の質（QOL）に大きく関わってくることになる。高齢化が急速に進む中であっても、個々人のレベルで見れば、在宅から再び在宅に戻ってくるように循環する形で、必要な時に必要なサービスが提供される体制が用意されていることが重要である（図表4-3-2）。

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

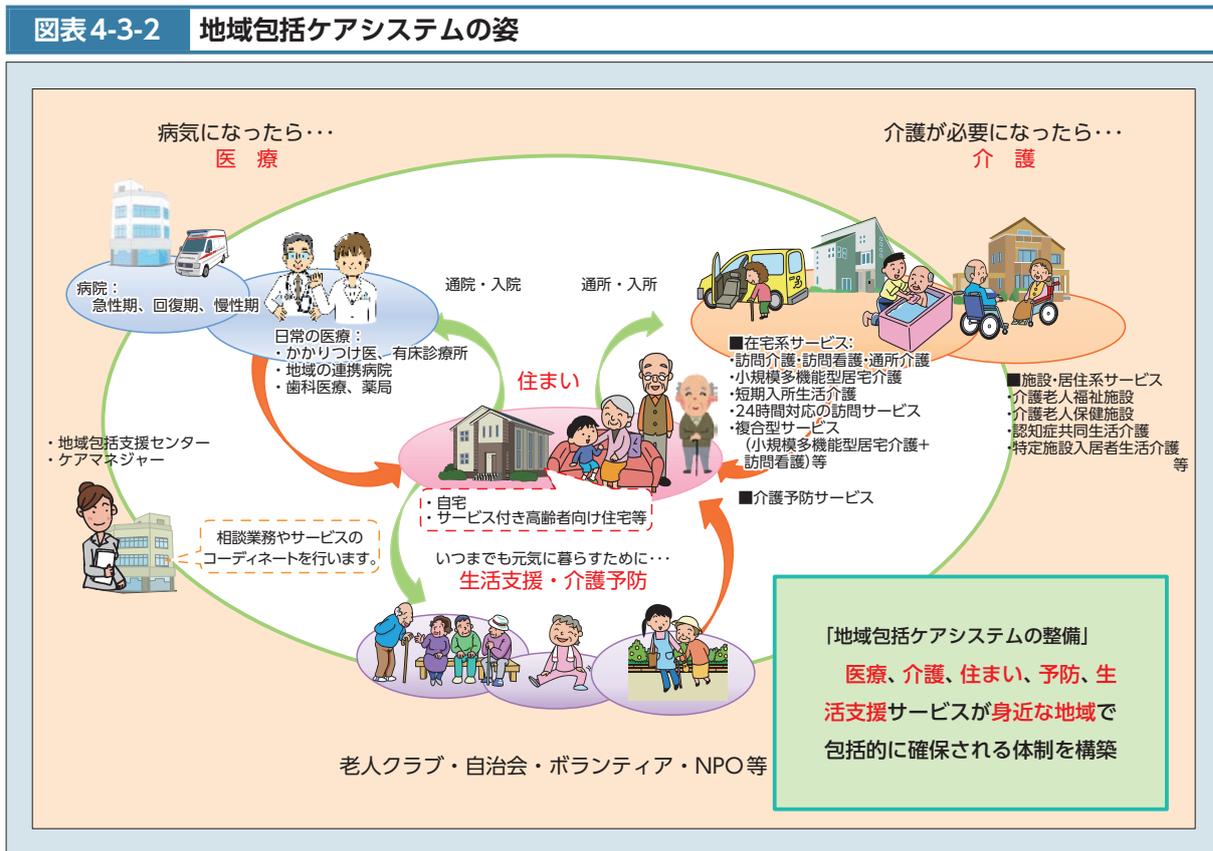


■ 「自宅で療養できない」と回答した者について自宅療養を可能にする条件（複数回答）



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

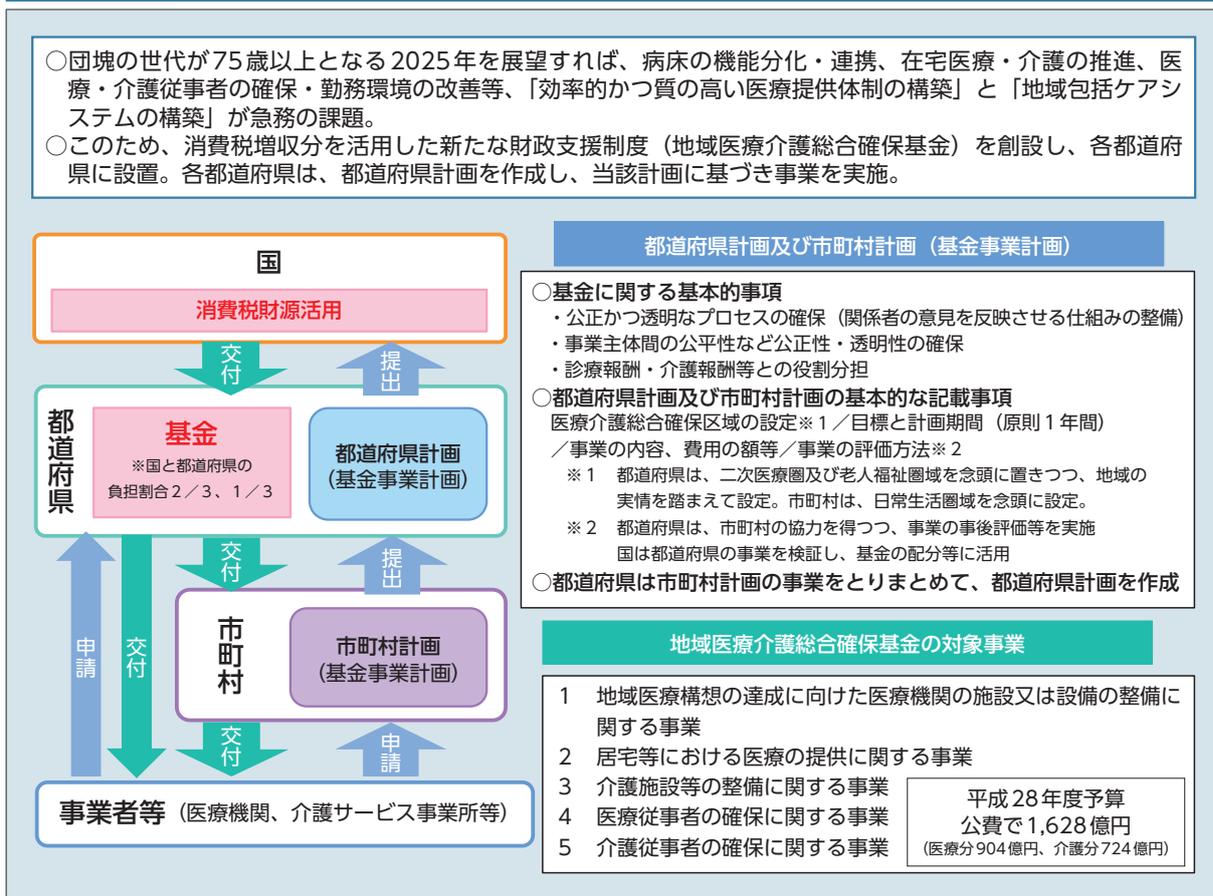
(基金により地域包括ケアシステムの構築に向けた地域での事業を支援)

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



(5) 「地域包括ケアシステム」の実現に向けた道のり

(団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年を見据えて、2018（平成30）年度に一定の完成形となるよう改革を実施)

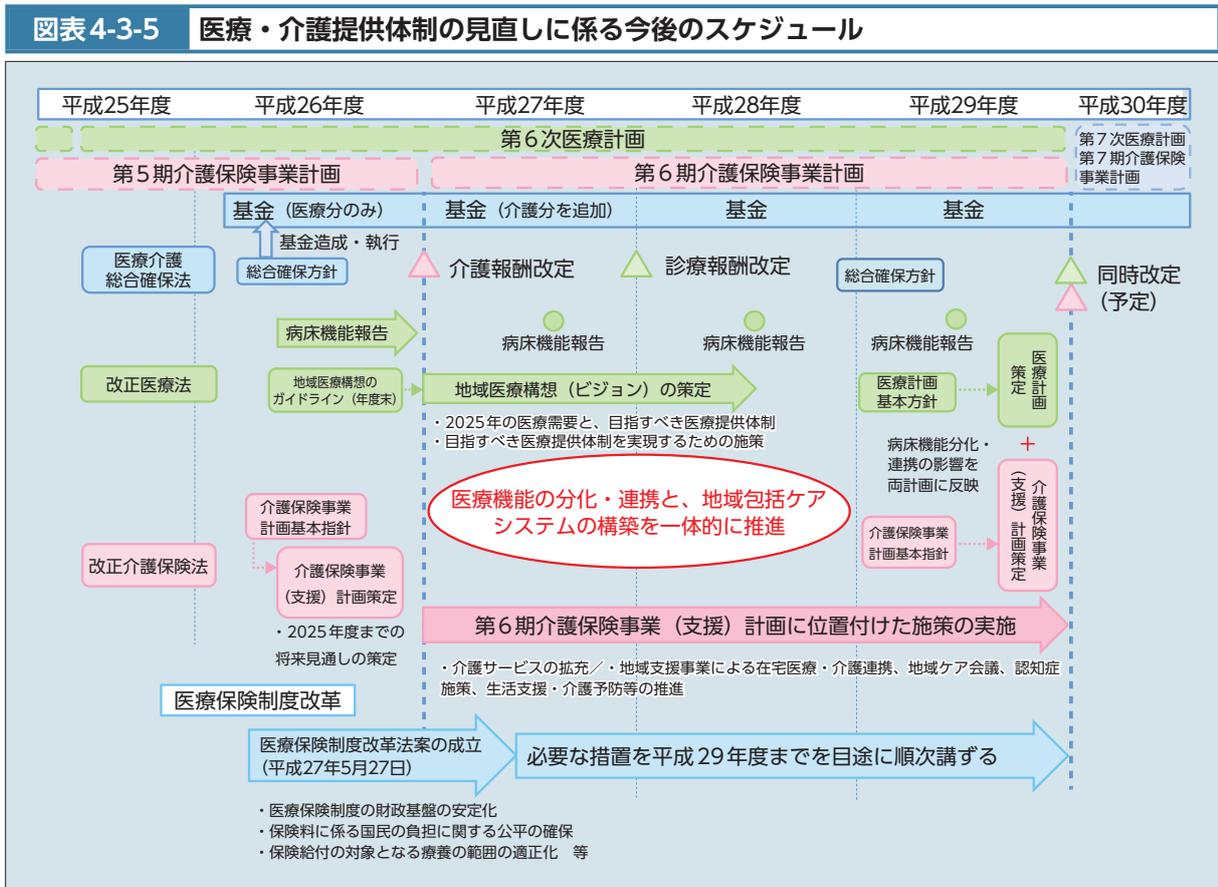
地域医療構想など医療介護総合確保推進法による政策については、既に様々なものが動

*1 正式名称は「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の関係法律の整備等に関する法律」（平成26年法律第83号）

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）。



2 医療

(1) 方向性

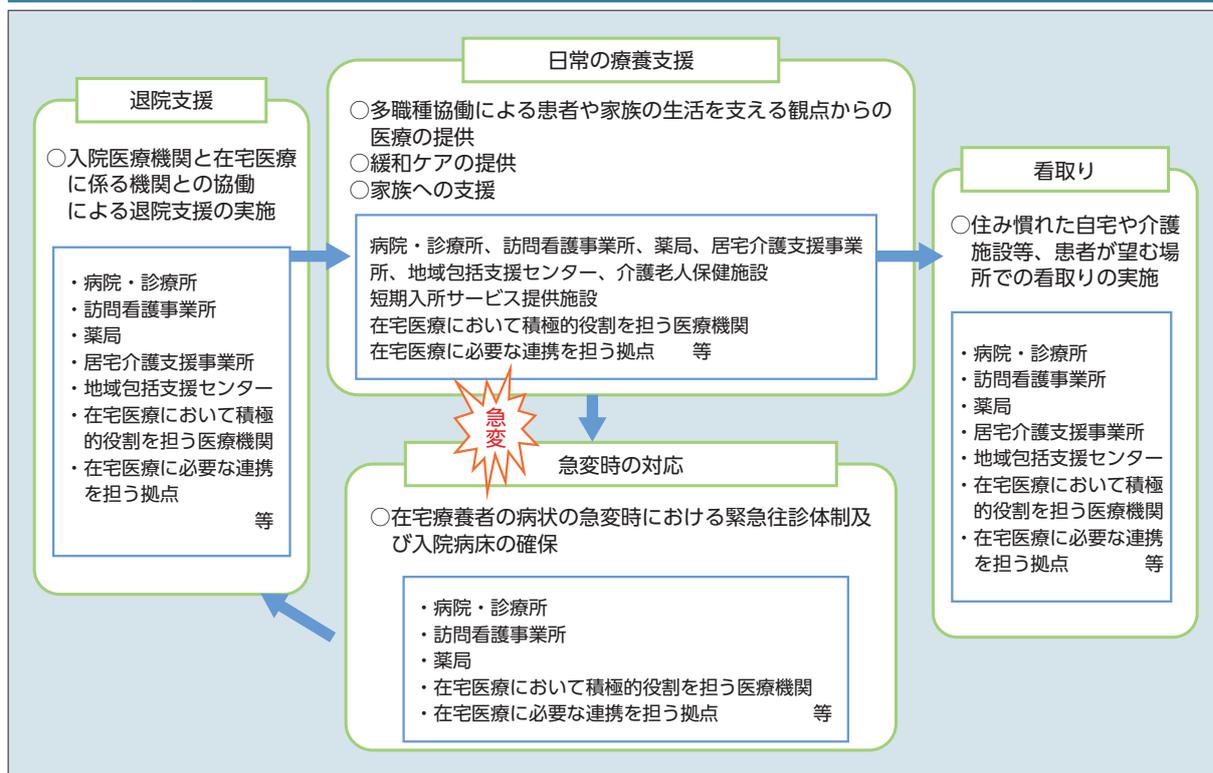
（「治す医療」から「治し、支える医療」への転換を図るため、病院医療の機能分化を進めるとともに、かかりつけ医が参画した地域の在宅医療体制を整備する必要がある）

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）

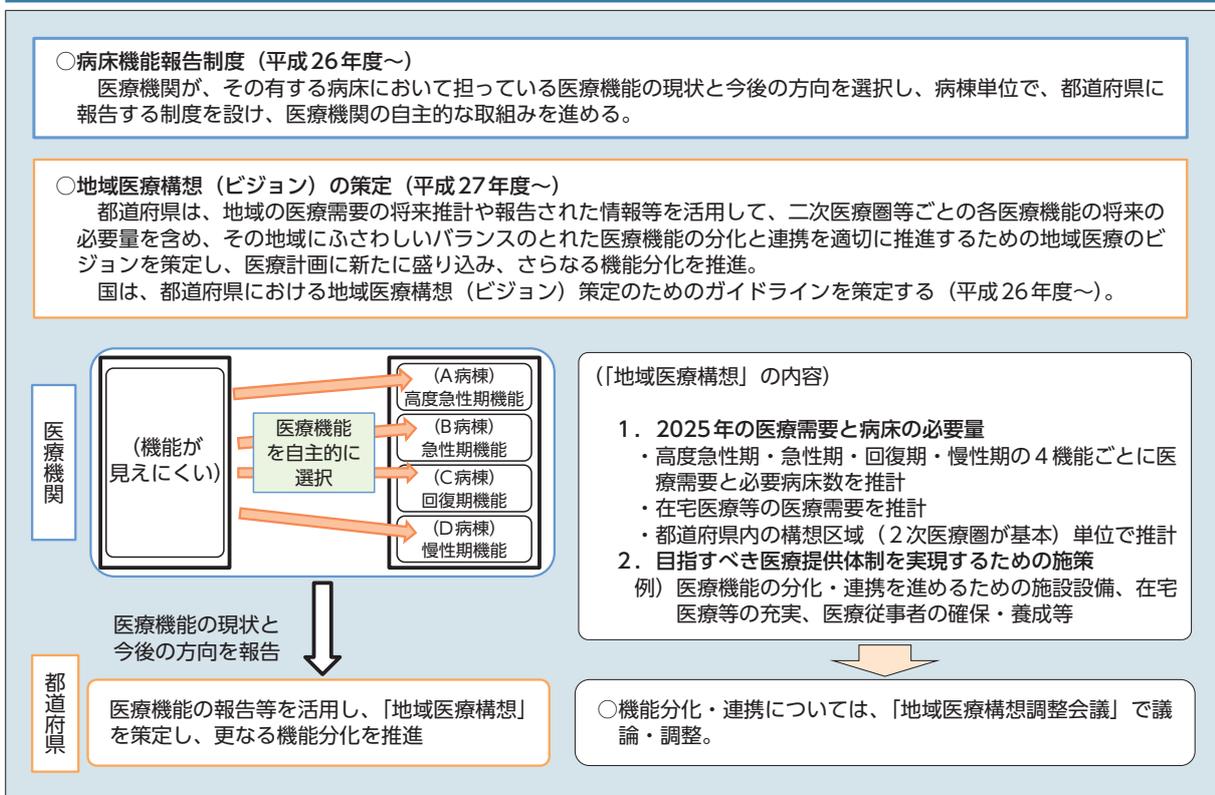
2014（平成26）年6月に医療介護総合確保推進法が成立し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域におけ

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

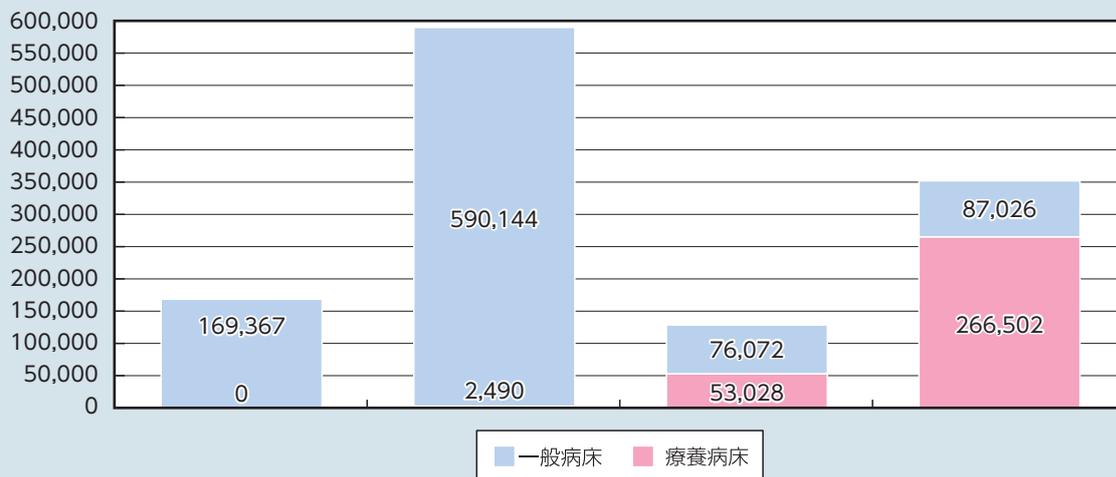
また、「病床機能報告制度」は、医療機関が、病棟ごとに現在4つの機能のうちいずれの機能を担っており、さらに、将来（6年後）にはどの機能を担うこととするかを都道府県に報告する制度（医師、看護師等の人員配置、医療機器の保有状況、患者数、算定している診療報酬の種類などの情報も併せて報告）であり、都道府県が「地域医療構想」を作る際の基礎資料になるとともに、医療機関自身が今後の方向性を考え、自主的な取組みを進めることを目指している（図表4-3-9、4-3-10）。

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。

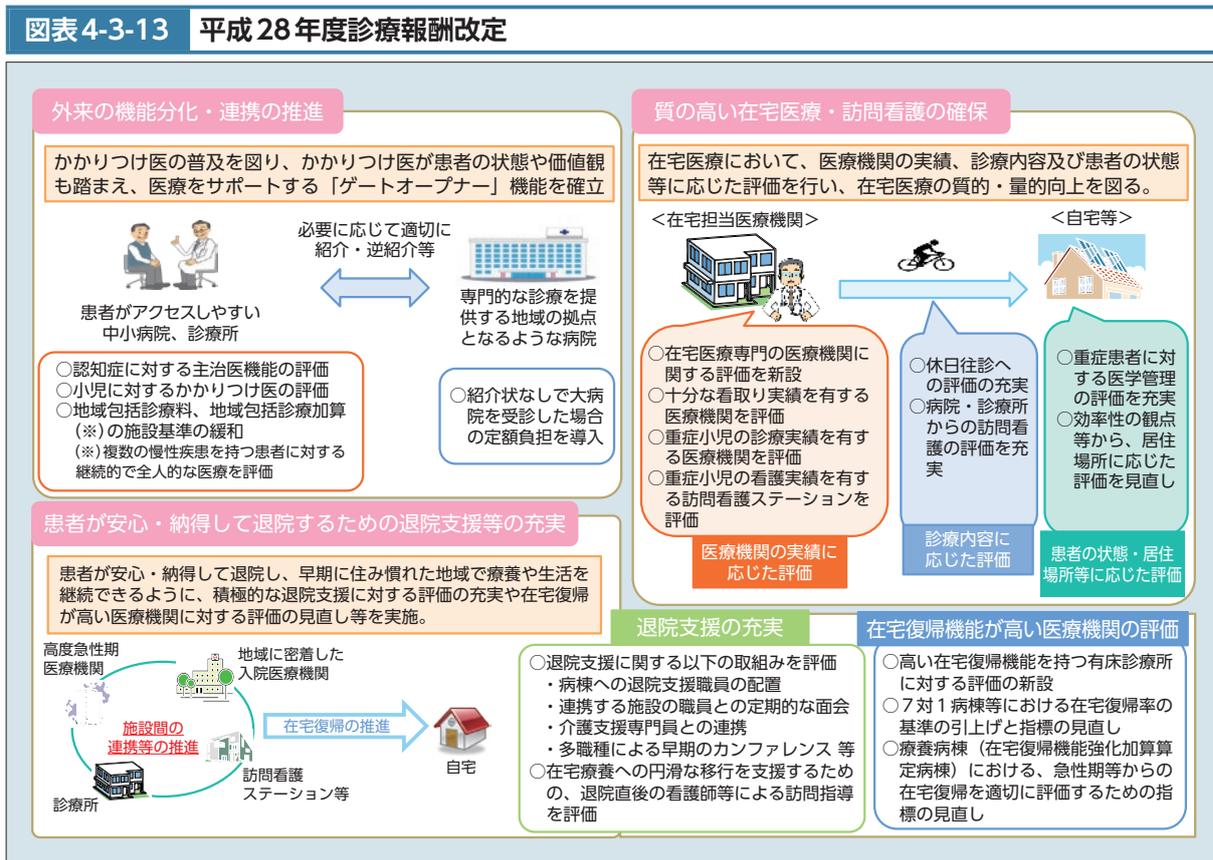
- ① 医療機関の実績に応じた評価（在宅医療を専門に実施する医療機関の開設を認める一方で評価の厳格化を図る、十分な看取り実績を有する医療機関を評価する等）
- ② 診療内容に応じた評価（休日往診への評価を充実する等）
- ③ 患者の状態・居住場所等に応じた評価（在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われていることから、重症度の高い患者に対する医学管理の評価を充実する等）

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)

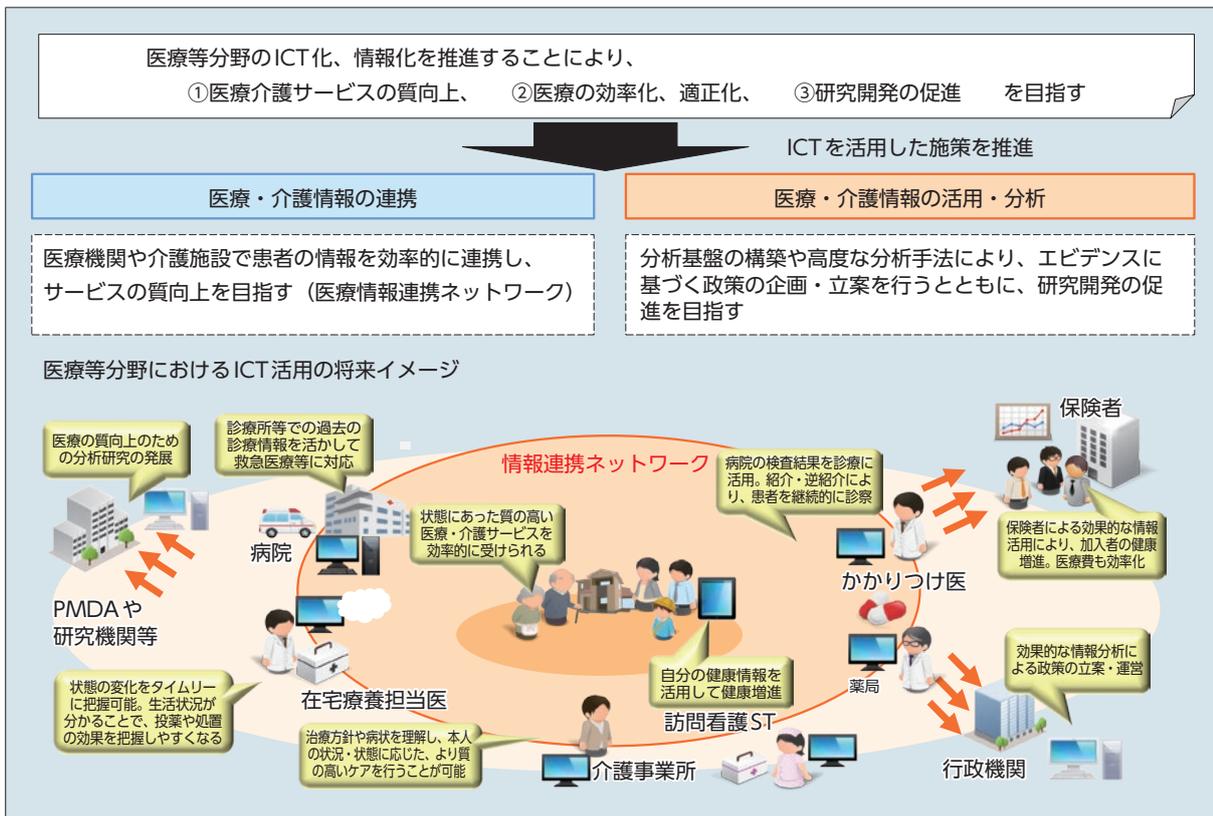
今後、高齢社会が一層進む中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医療従事者の需給の検討が必要であることから、医師・看護職員等の医療従事者の需給を見通し、医療従事者の確保策、地域偏在対策等について検討するため、2015(平成27)年12月から医療従事者の需給に関する検討会を開催している。本検討会では、全国・地域の需給状況や確保のための対策が異なることから医師、看護職員、理学療法士・作業療法士それぞれに分科会を設けており、都道府県が2017(平成29)年度中に第7次医療計画を策定するに当たり、医療従事者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）。

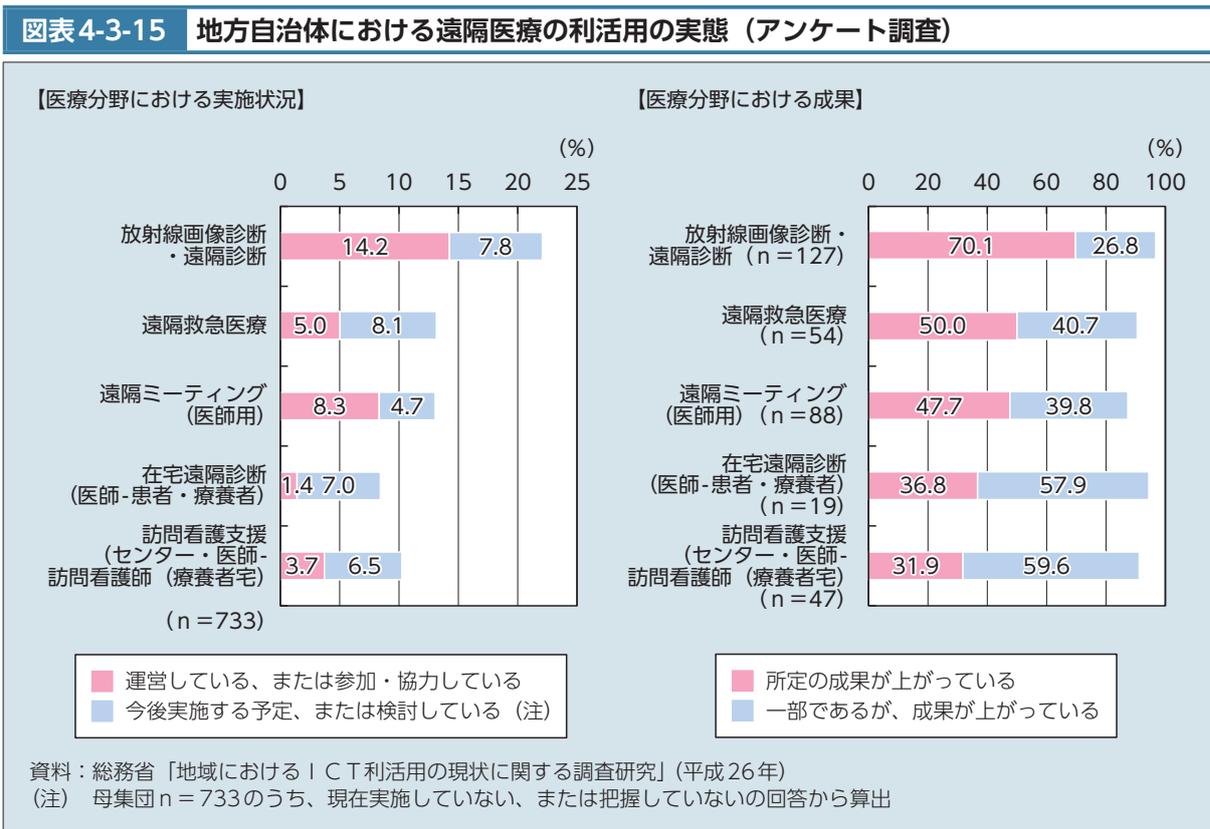
図表4-3-14 医療等分野におけるICT化の推進の方向性



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

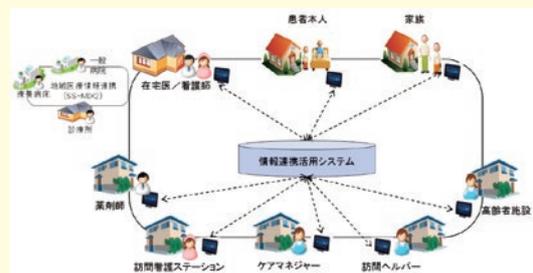
ICTを活用した医療介護連携 ～宮城県石巻市の場合～

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、

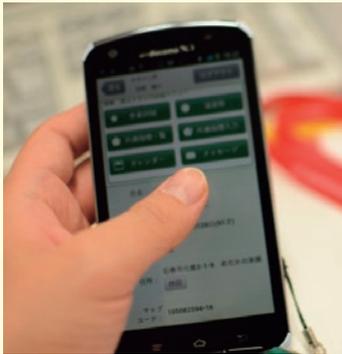
「被災地にこそ在宅医療が必要」と考え、石巻の地に「祐ホームクリニック石巻」（以下「クリニック」）を立ち上げたことを契機に始まった。

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。

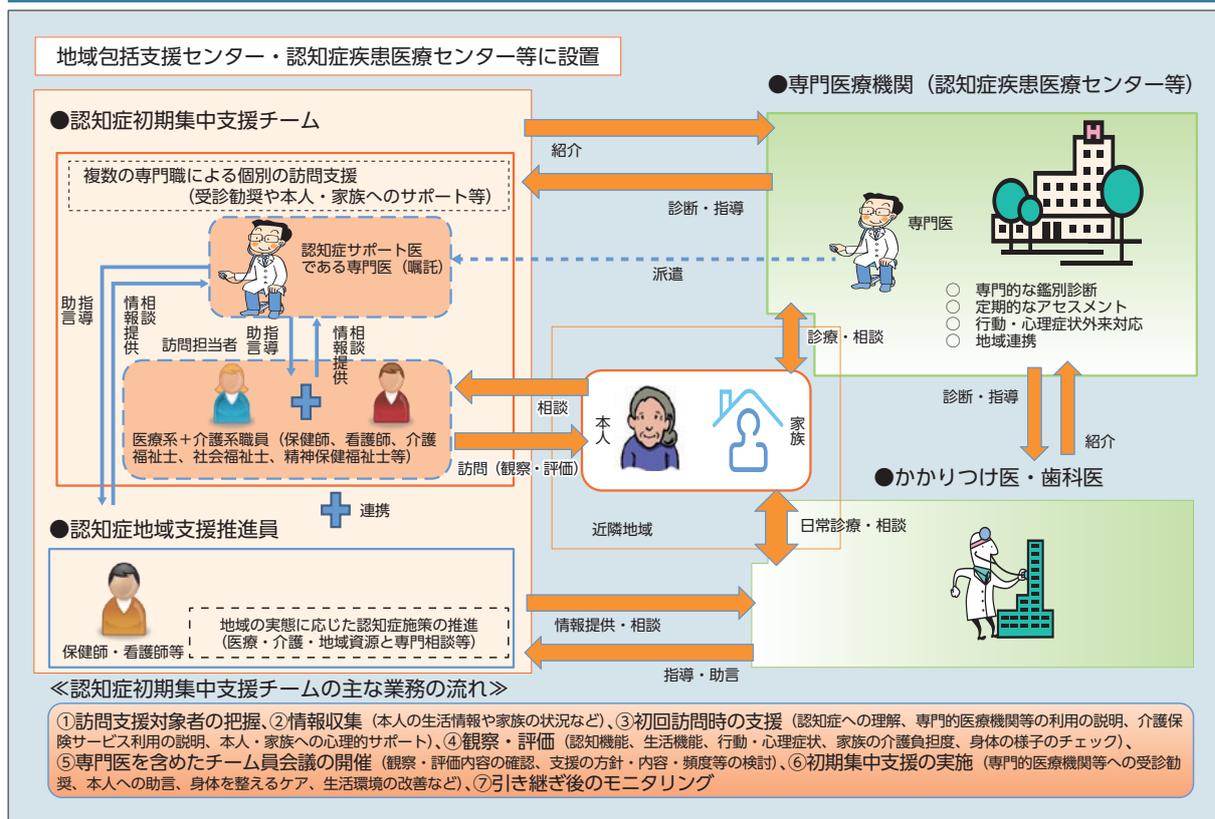
さらに、身近なかかりつけ医の認知症に対する対応力を高め、認知症サポート医の支援を受けつつ、地域で必要となる医療・介護等の連携を確保し、鑑別診断や行動・心理症状（BPSD）への対応等に当たり、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことができるようにすることが重要である。そのため専門的な知識を有する医師等が在籍し地域における治療の拠点となる「認知症疾患医療センター」等の専門医療機関を2017（平成29）年度末に500箇所整備することとしている（図表4-3-17）。

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）

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。

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）

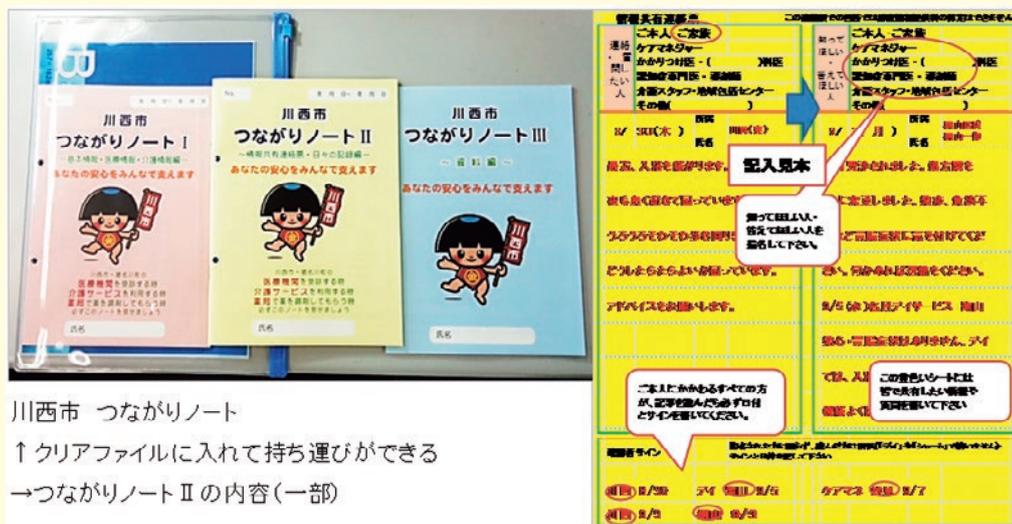
川西市では、認知症の方の支援を進める上で、医療・介護等の関係者の連携を深めるとともに、認知症の方とその家族がちょっとしたことで相談がしやすい体制づくりを重視しており、そのためのツールとして「つながりノート」を活用している。「つながりノート」は、認知症の方とその家族が、認知症の支援に関わる医療・介護の関係者とコミュニケーションを円滑に図ることを目的として、川西市と川西市医師会、大阪大学が協力して作成した。2013（平成25）年2月の導入以降、市内において様々な周知を行っている。

「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）。

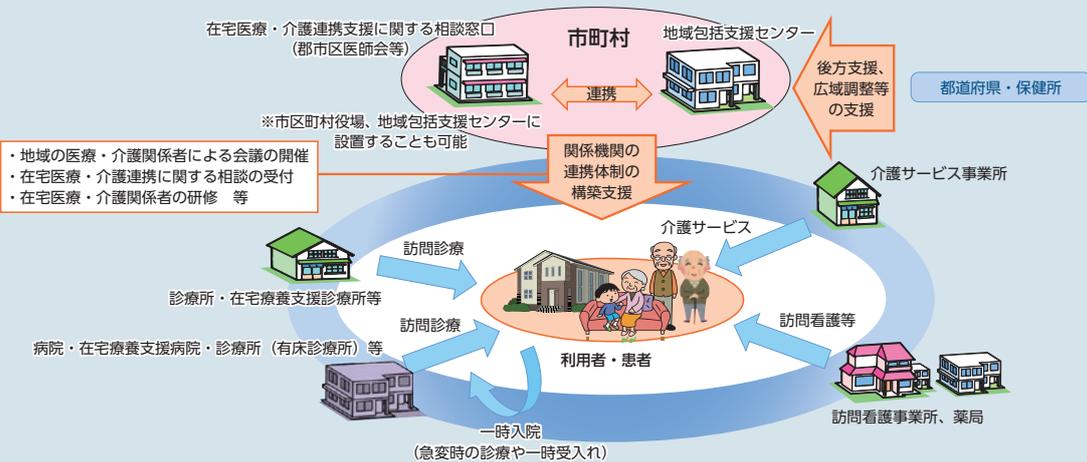
市町村の具体的な取組みは、①地域の医療・介護の資源の把握、②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、③切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進、④医療・介護関係者の情報共有の支援、⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援、⑥医療・介護関係者の研修、⑦地域住民への普及啓発、⑧広域的連携が必要な事業についての関係市町村の連携の8項目であり、実施可能な市町村は2015（平成27）年4月から取組みを開始し、2018（平成30）年4月には全ての市町村で実施される予定である。

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

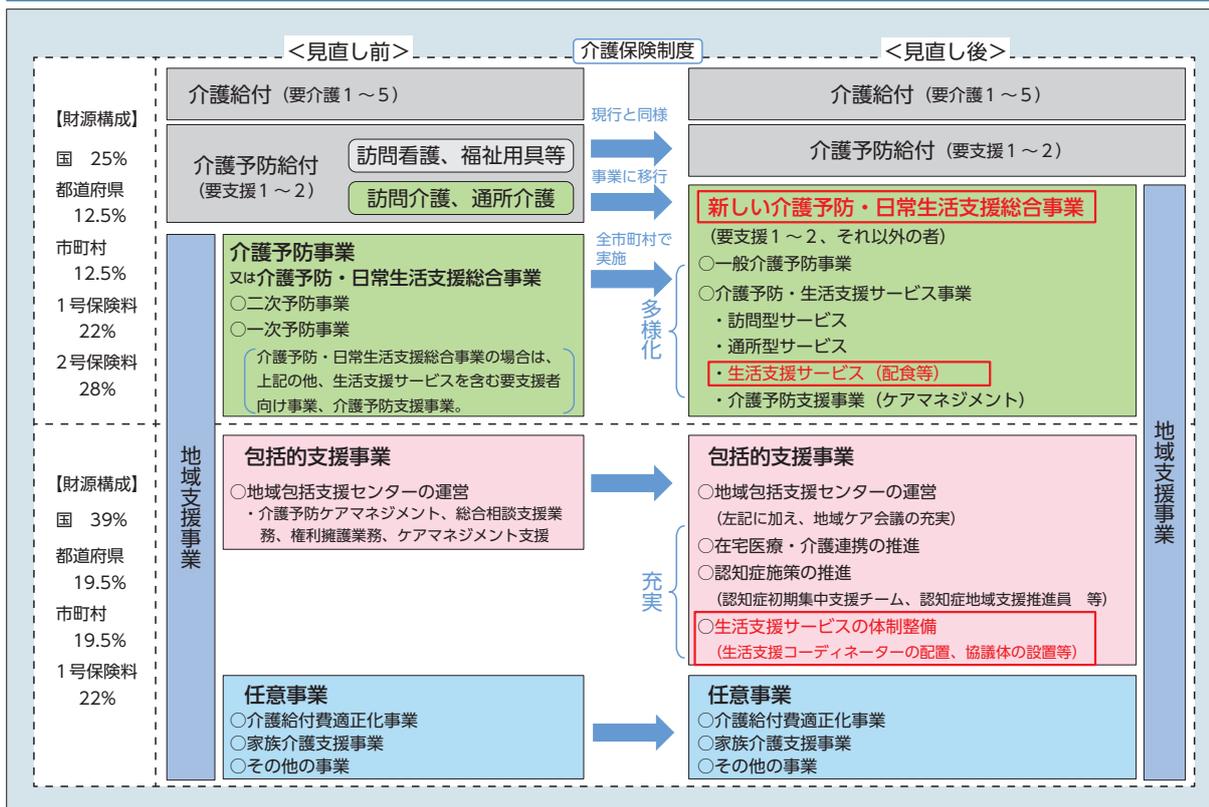
や要介護状態等となるおそれのある高齢者を対象に、介護予防と日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる介護予防・日常生活支援総合事業（「総合事業」）として実施されてきた。地域支援事業については、2014（平成26）年の介護保険法の改正により、2015（平成27）年4月から、従来予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を市町村が行う総合事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、介護予防訪問介護等と住民等が参加する多様なサービスを総合的に提供する仕組み（「新しい総合事業」）へと見直しを行った（図表4-3-19）。市町村は、生活支援等のサービスの体制整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

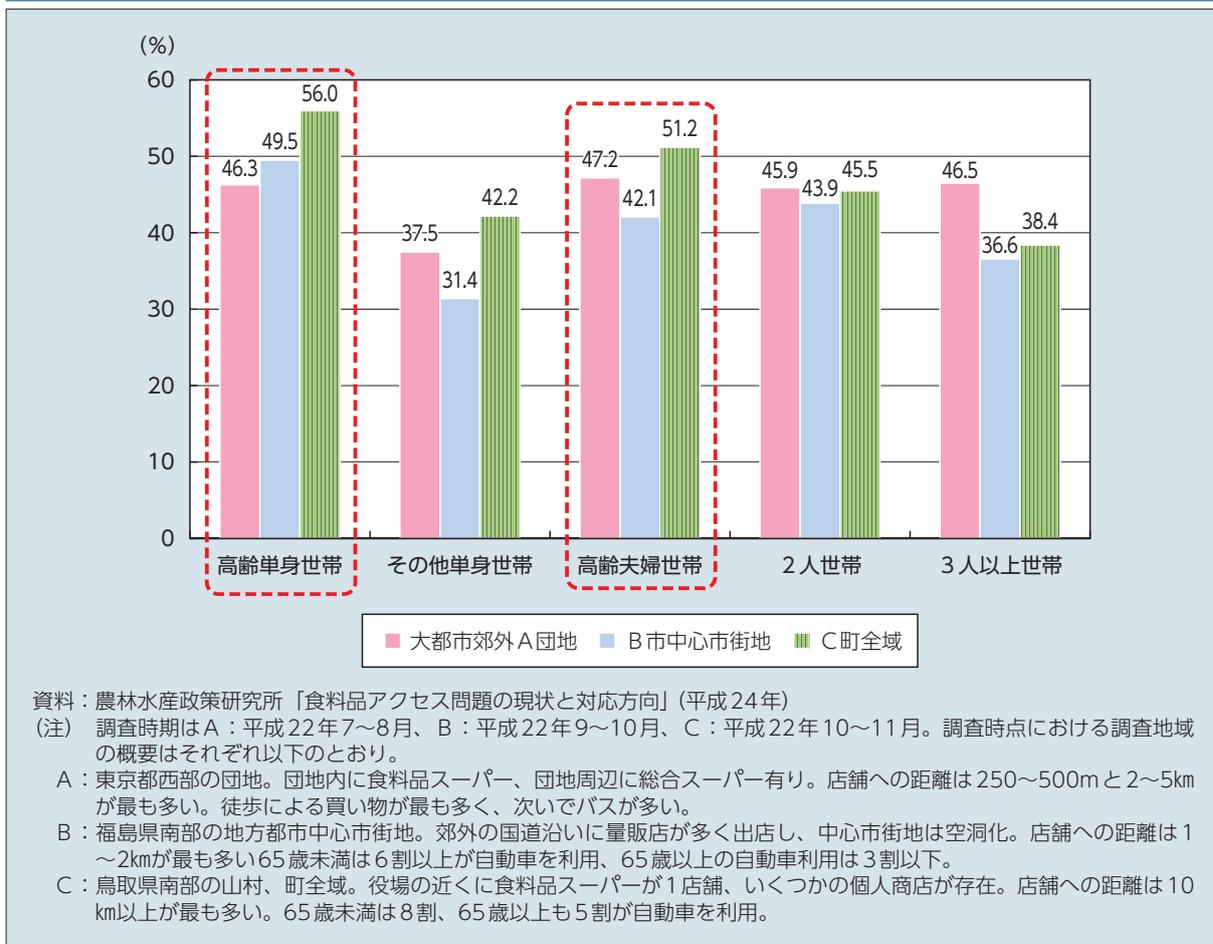


2 多様な生活支援ニーズと地域における支え合いの体制づくり

(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)

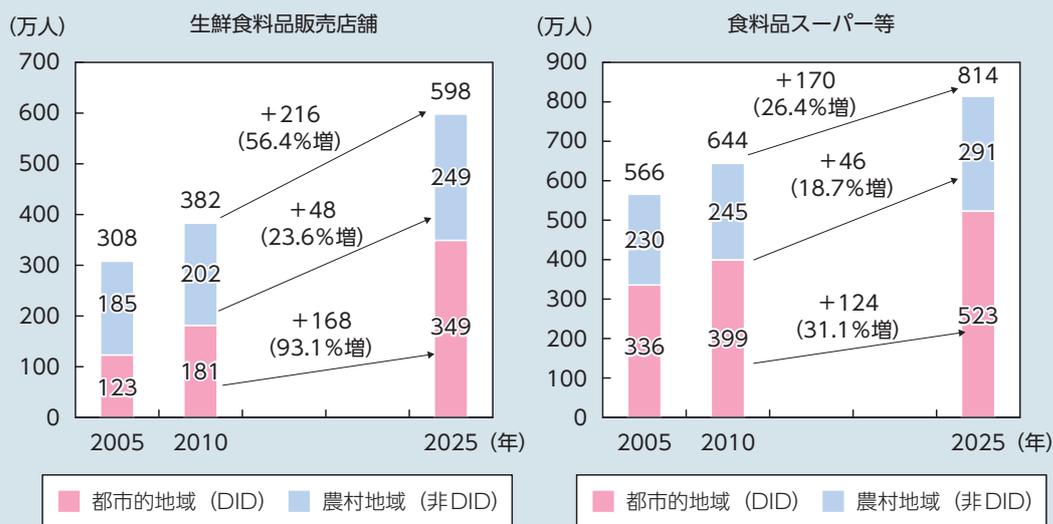
高齢の単身者や夫婦のみで構成される世帯の増加や認知症高齢者の増加により、地域での日常生活を継続する上で、生活支援のサービスや見守りを必要とする人は少なくなく、そのニーズも多様である。買い物で不便や苦労がある世帯の割合は、高齢者単身世帯や高齢夫婦世帯について見ると、都市規模にかかわらず、約4~5割の世帯が不便や苦労があると回答している (図表 4-3-20)。

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）



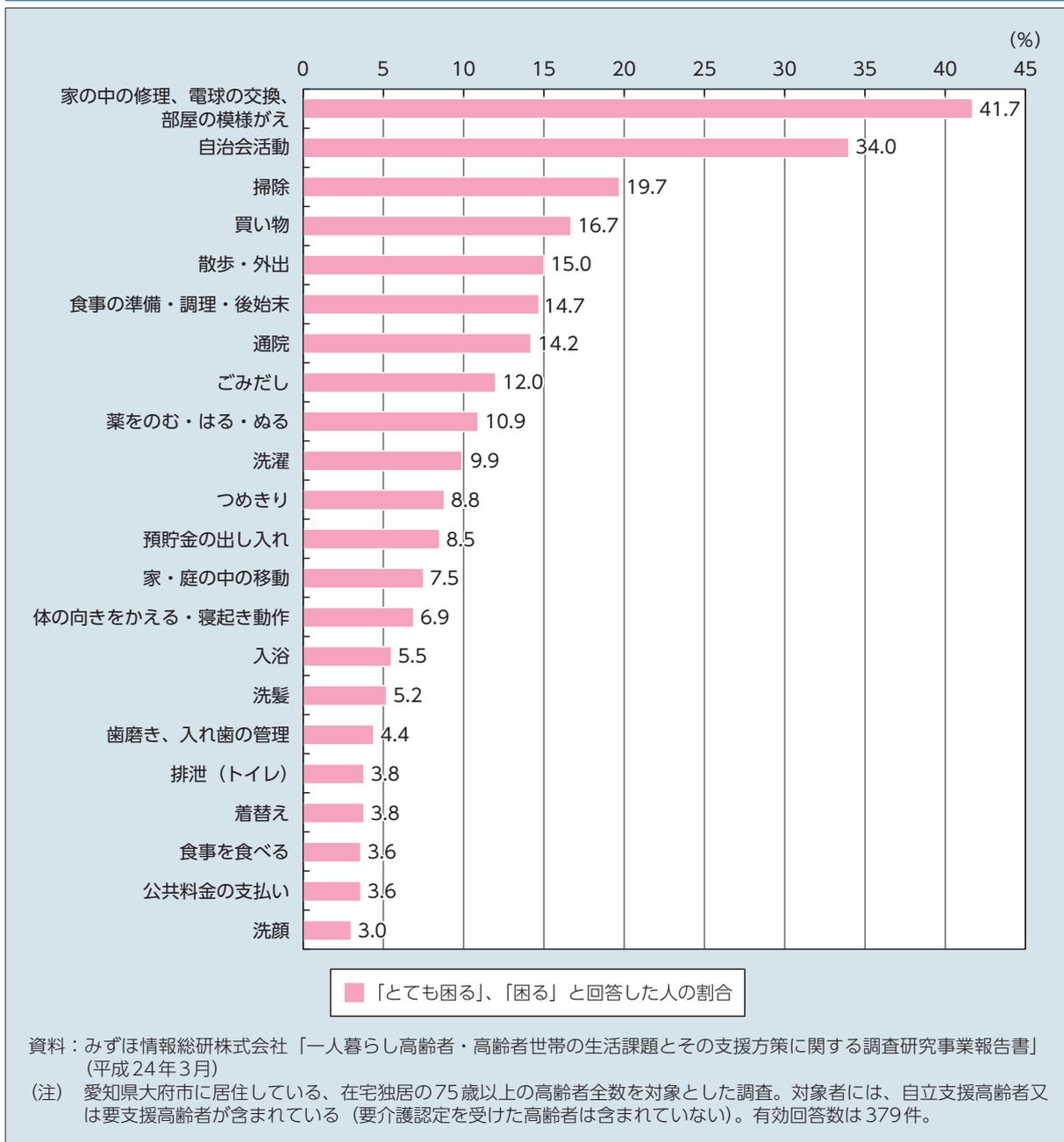
資料：農林水産政策研究所「食料品アクセス問題と高齢者の健康」（平成26年）

- (注) 1. 2005年、2010年は、それぞれ2002、2007年商業統計の店舗数、それぞれ2005、2010年国勢調査の人口を用いて推計。
 2. 2025年は、店舗数は2022年推計値、人口は2025年推計人口（国立社会保障・人口問題研究所2013）を用いて推計。
 3. 「生鮮食料品販売店舗」は、生鮮品専門店（食肉小売業、鮮魚小売業、果実・野菜小売業）及び百貨店、総合スーパー、食料品スーパー。
 4. 「食料品スーパー等」は、百貨店、総合スーパー、食料品スーパー

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



第4章 人口高齢化を乗り越える視点

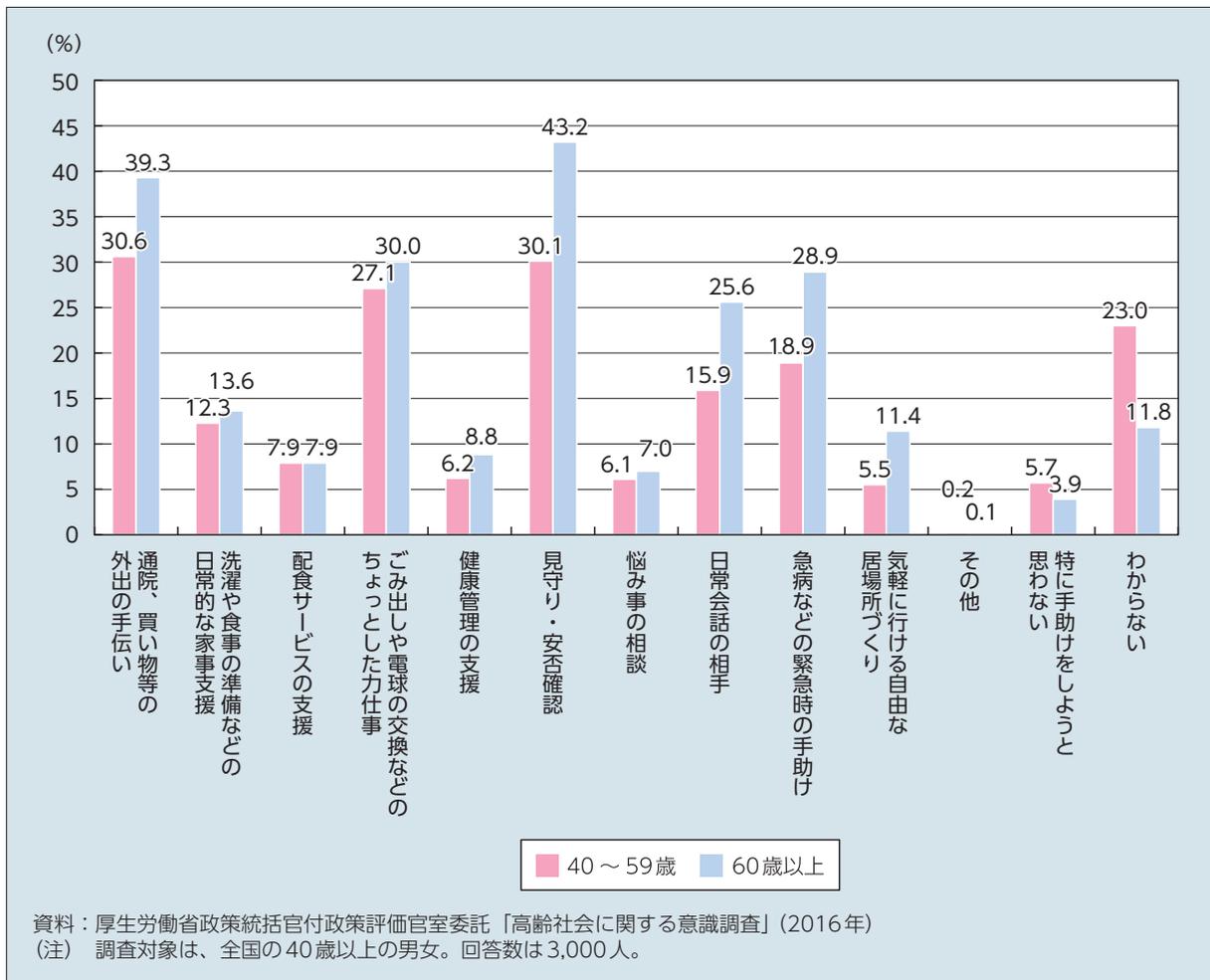
一方で、図表1-2-15によれば、60歳以上の高齢者の自主的社会的活動への参加状況について、高齢者の支援を目的としたものの割合は6.7%（2013（平成25）年）に過ぎない。また、高齢者の見守りネットワークを形成している自治体もあるが、全国で一般的に実施されているわけではなく、住民の互助活動による生活支援サービスや見守り活動は十分とは言えない状況にある。

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。

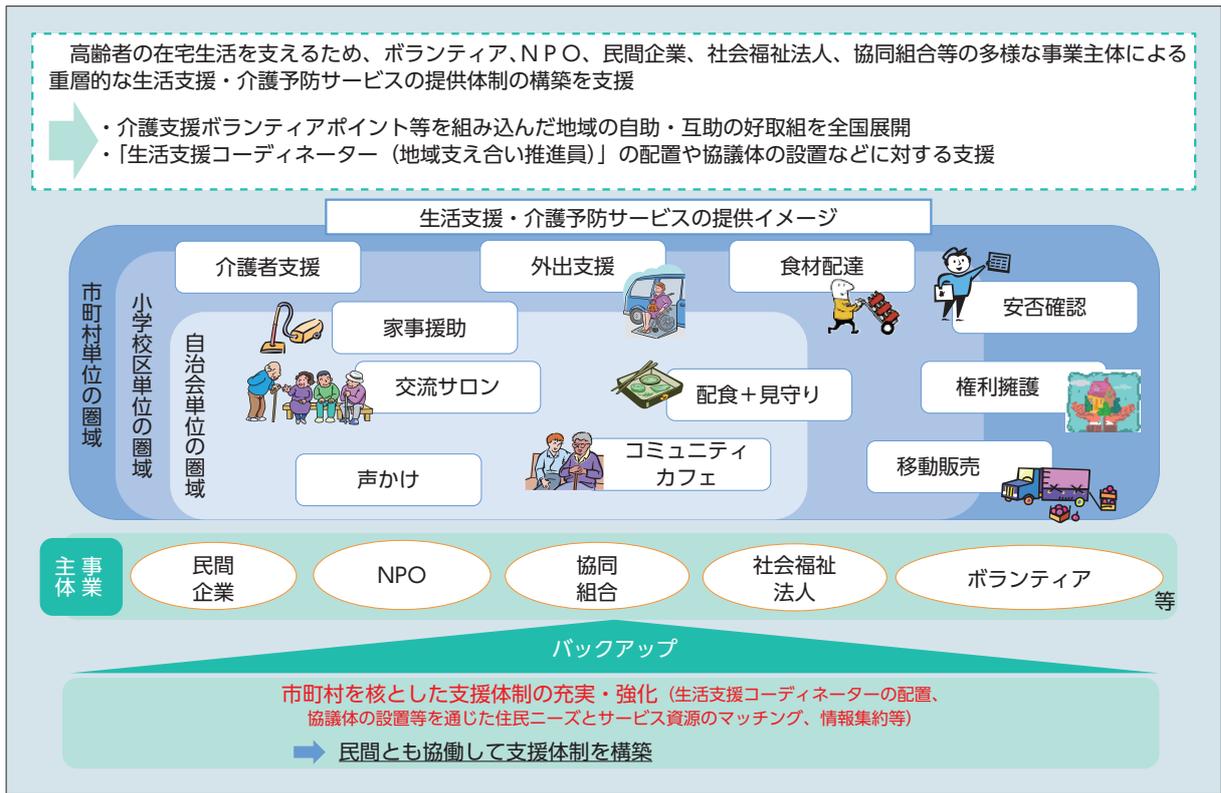
地域貢献はしたいが何をどうしてよいかわからないとの声もあり、これらを地域の力と

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



第4章
人口高齢化を乗り越える視点

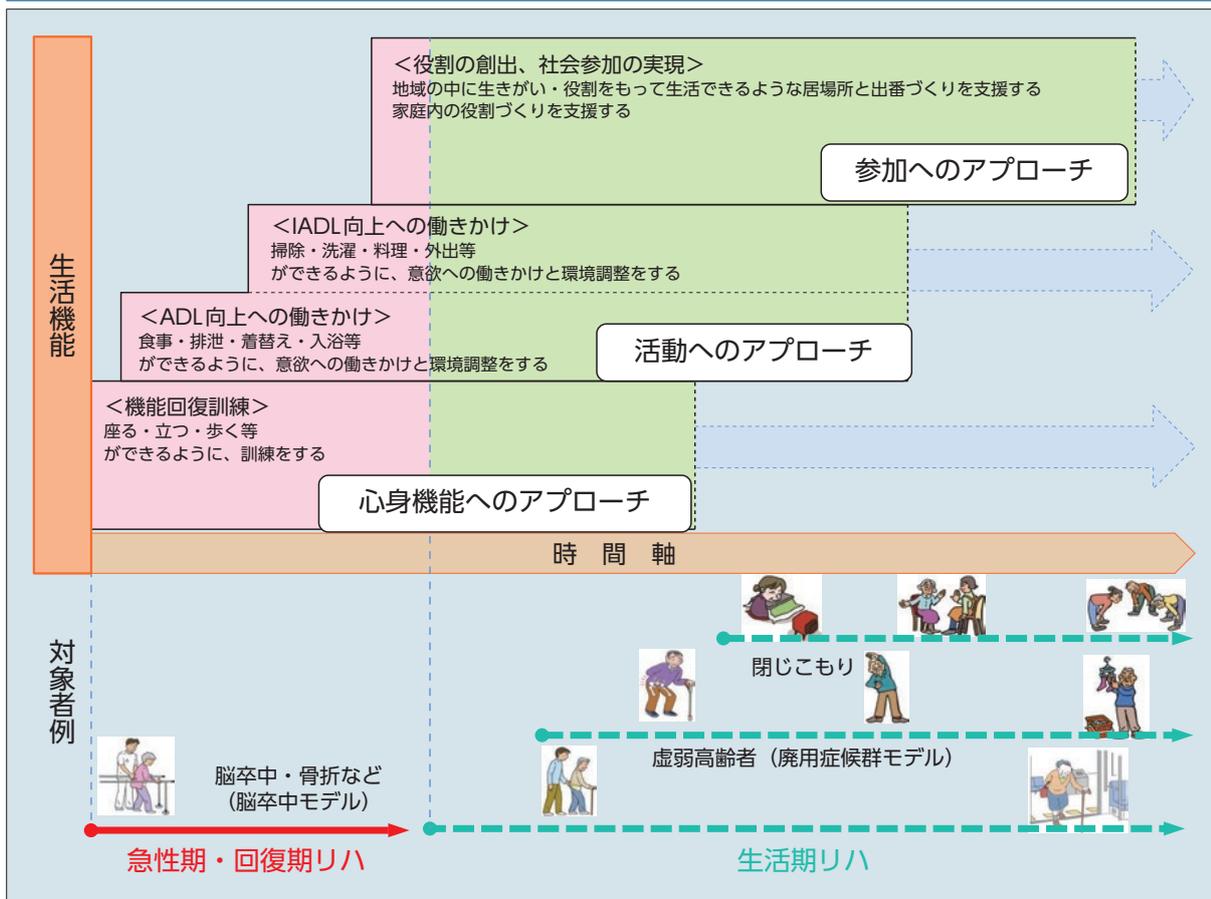
(5) 介護予防

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

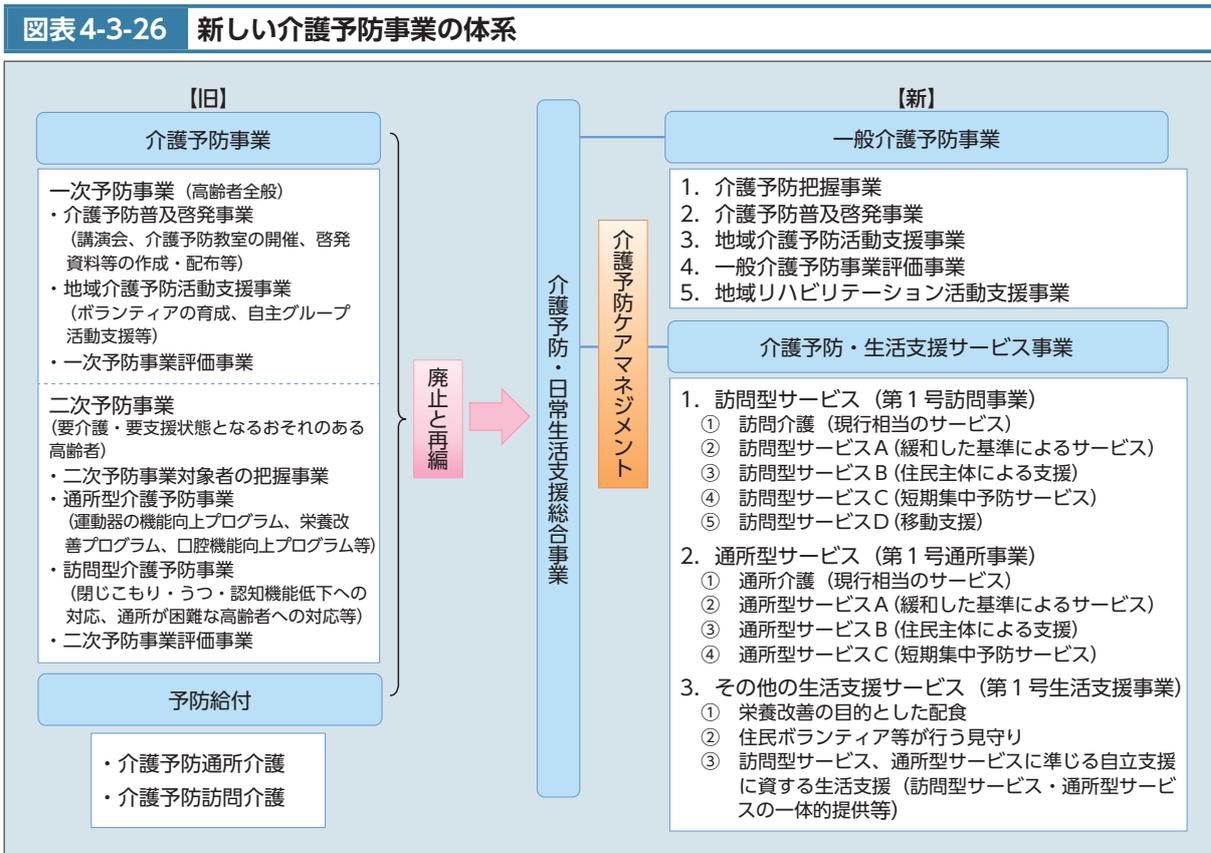
(全国一律の基準で実施されていた予防給付の一部は市町村の実情に応じて実施する「地域支援事業」に移行。機能回復訓練に加えて、高齢者本人の環境へのアプローチを含む新しい総合事業に順次移行)

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

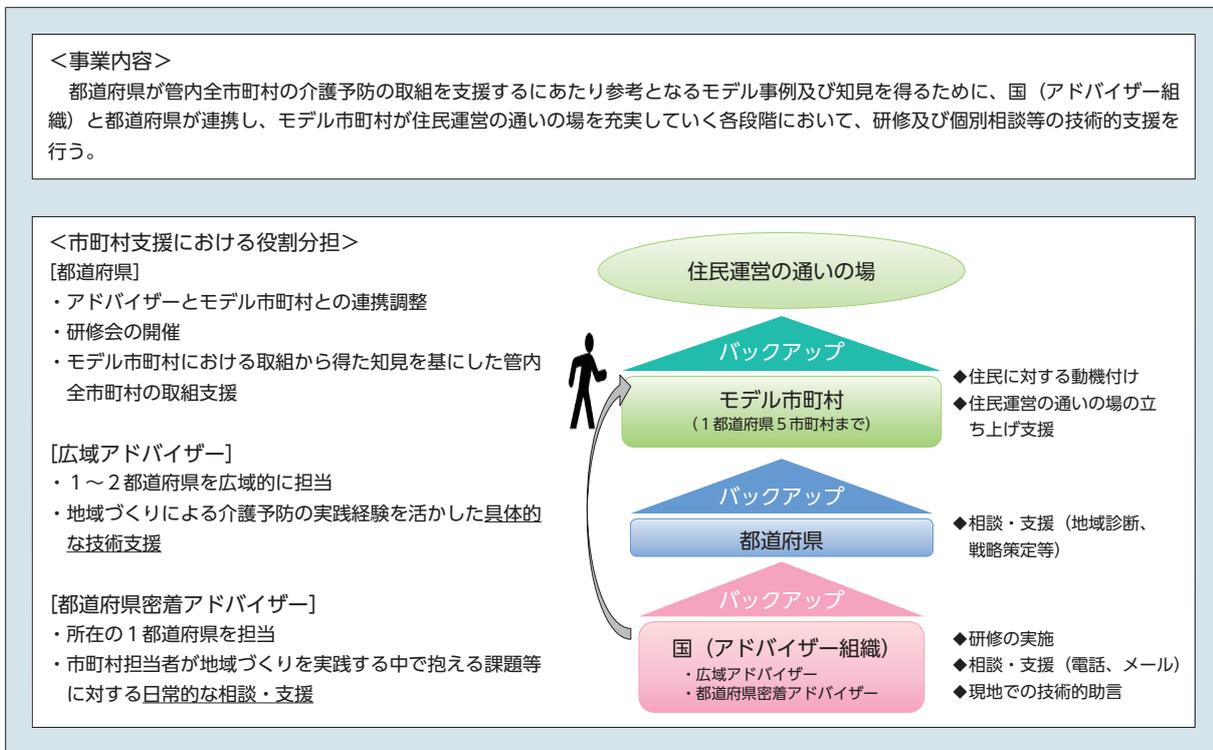
（継続した介護予防のためには、地域の幅広い層の高齢者が参加できる住民主体の場を構築する「地域づくり」が必要であり、このためのモデル事業を実施）

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。

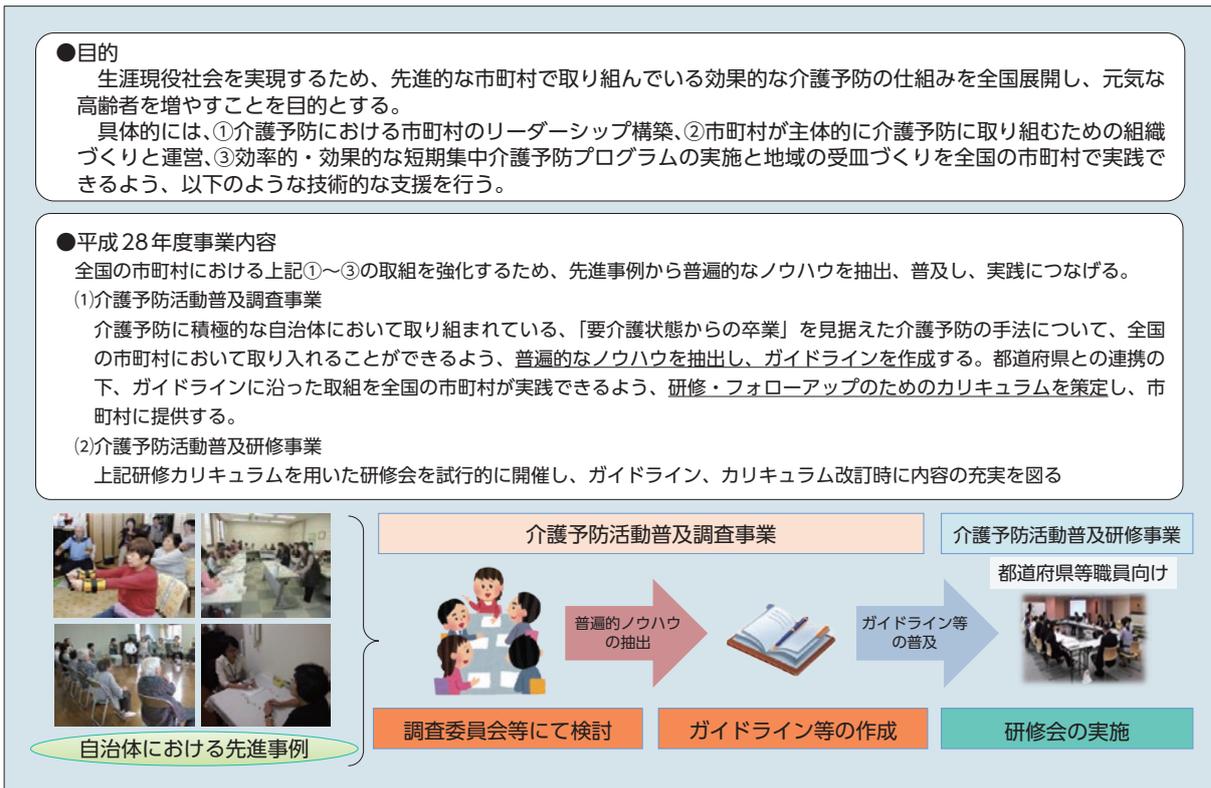
図表4-3-27 地域づくりによる介護予防推進支援事業



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。

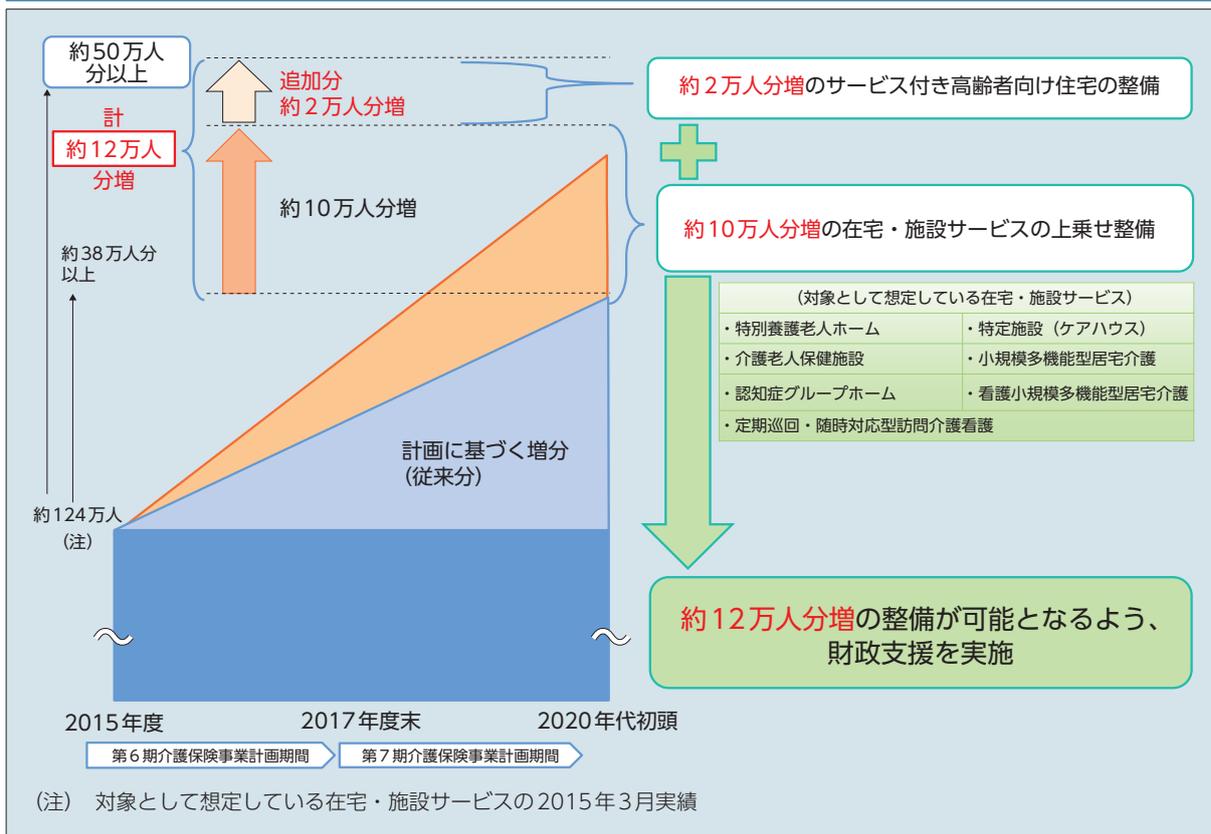
さらに、限られた用地で効率的に介護施設の整備を行い、効果的な介護サービスを提供するため、介護施設等の合築・新設を行う場合の補助の新設や、空き家を活用した認知症高齢者グループホームや小規模多機能型居宅介護事業等の整備への補助を新設した。

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

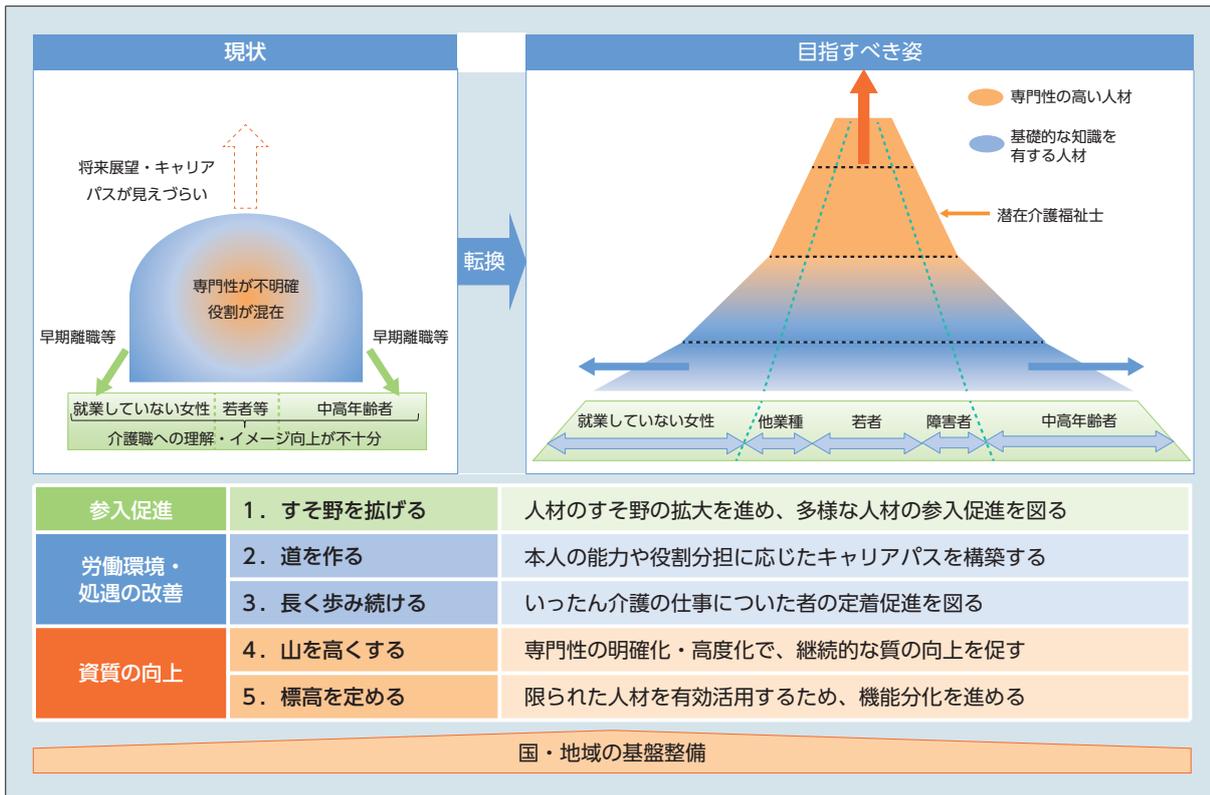
(介護人材の需給推計)

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～

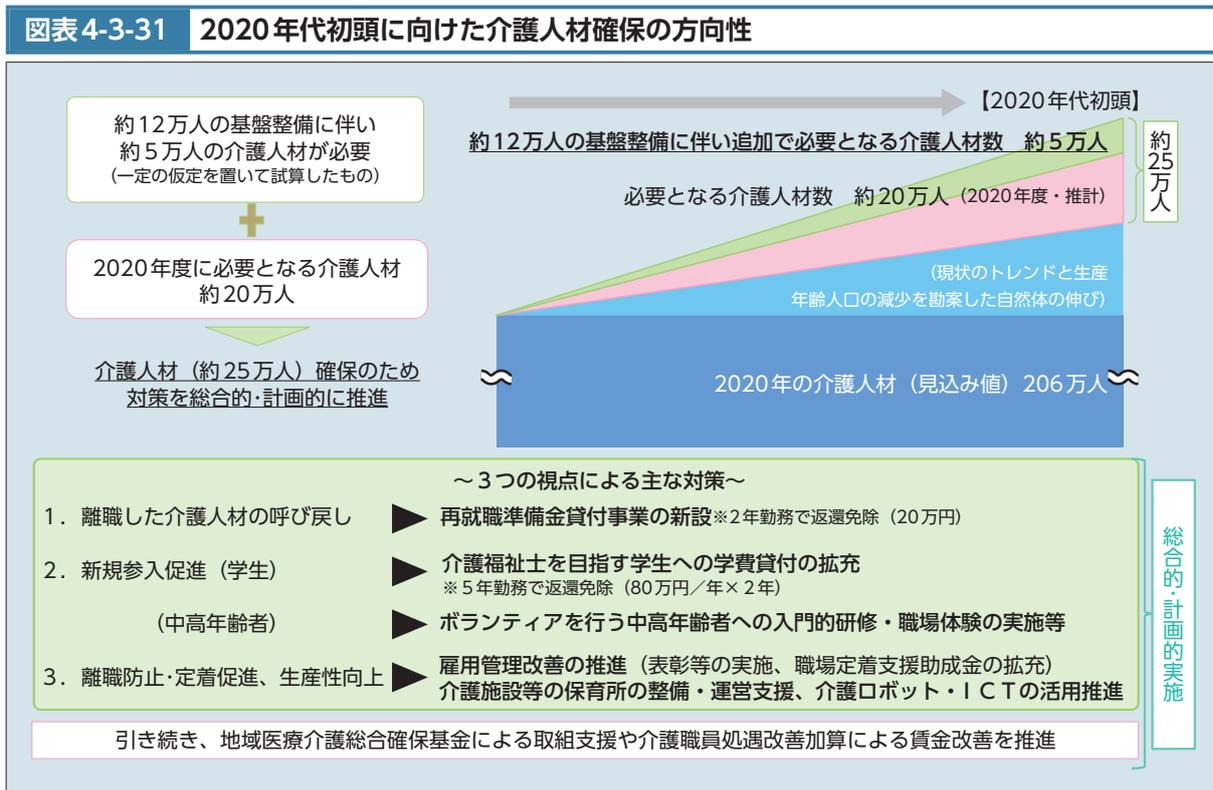


(2020年代初頭に向けた介護人材確保の方向性)

「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



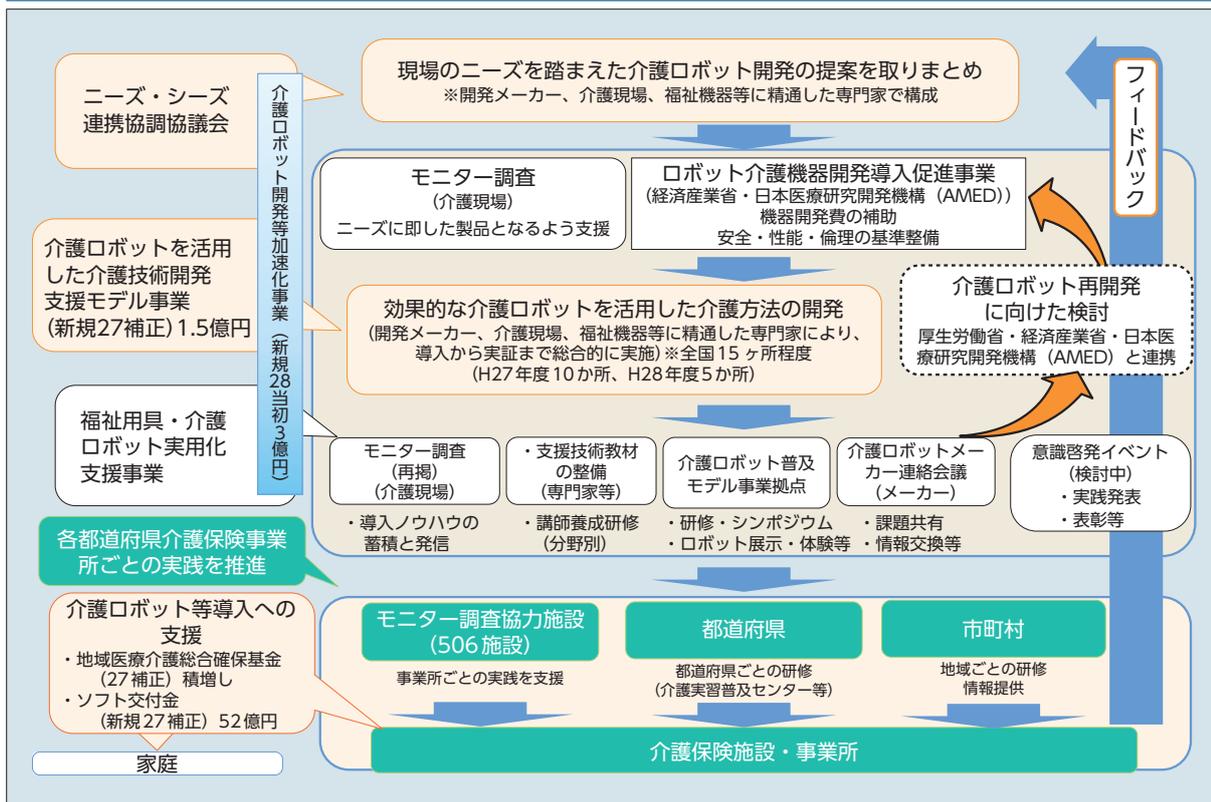
（介護事業の生産性向上の取組み）

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な組み合わせで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。

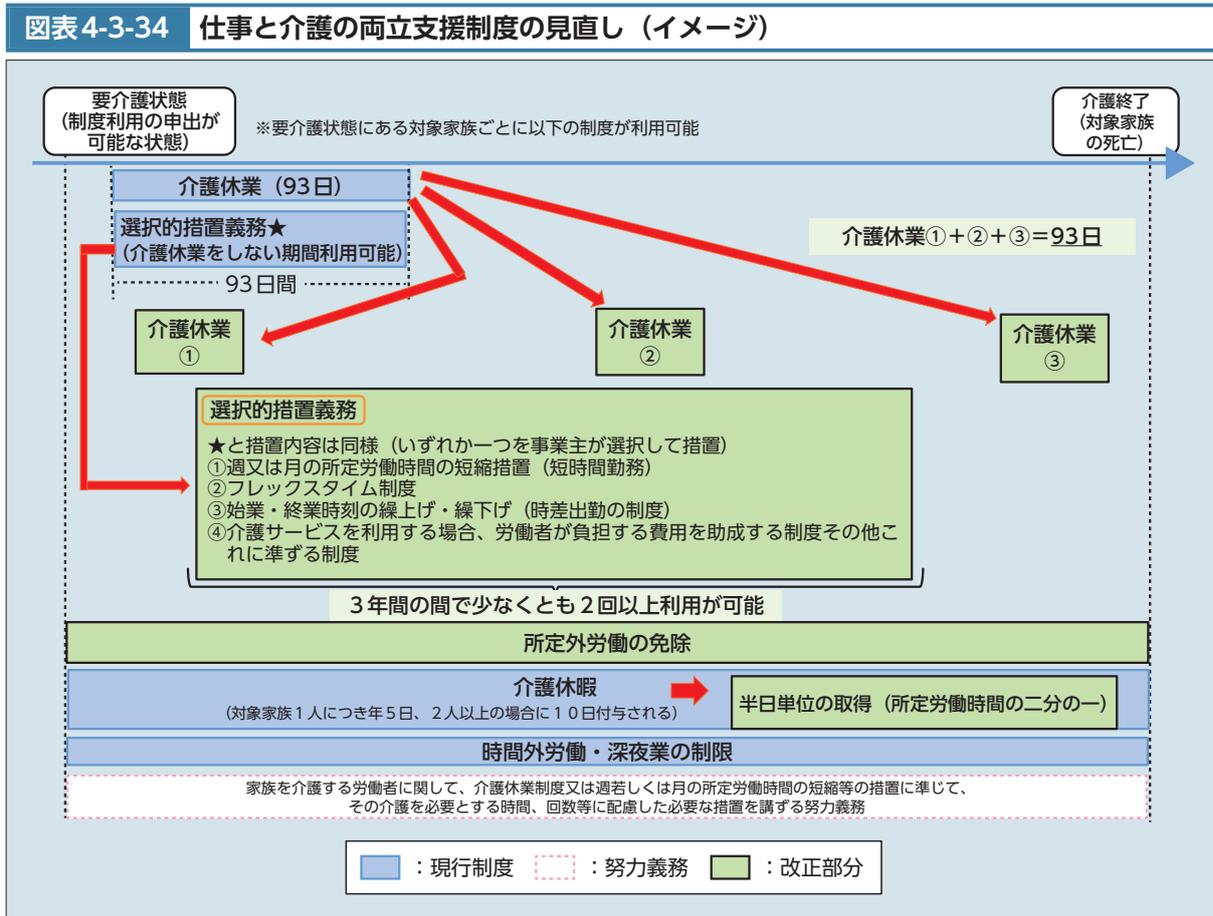
改正内容【介護離職を防止し、仕事と介護の両立を可能とするための制度の整備】

	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)。

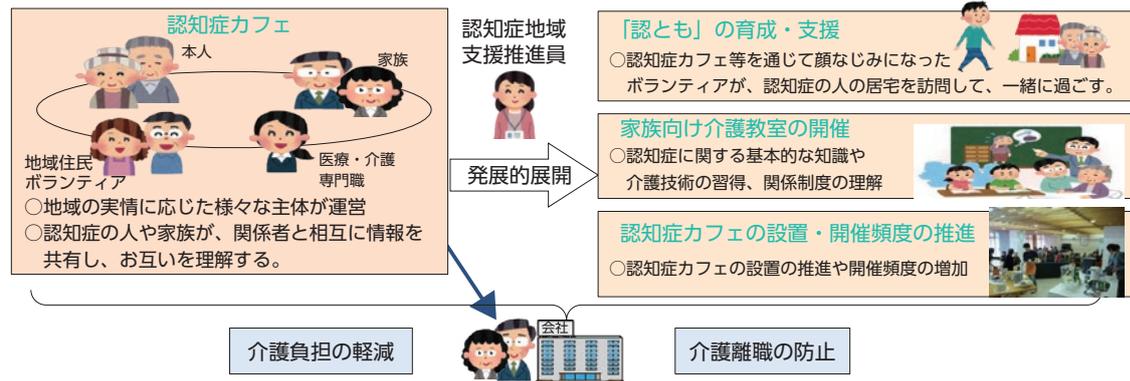
図表 4-3-35 ボランティアによる居宅訪問（「認とも」）や家族向け介護教室等の推進

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。）

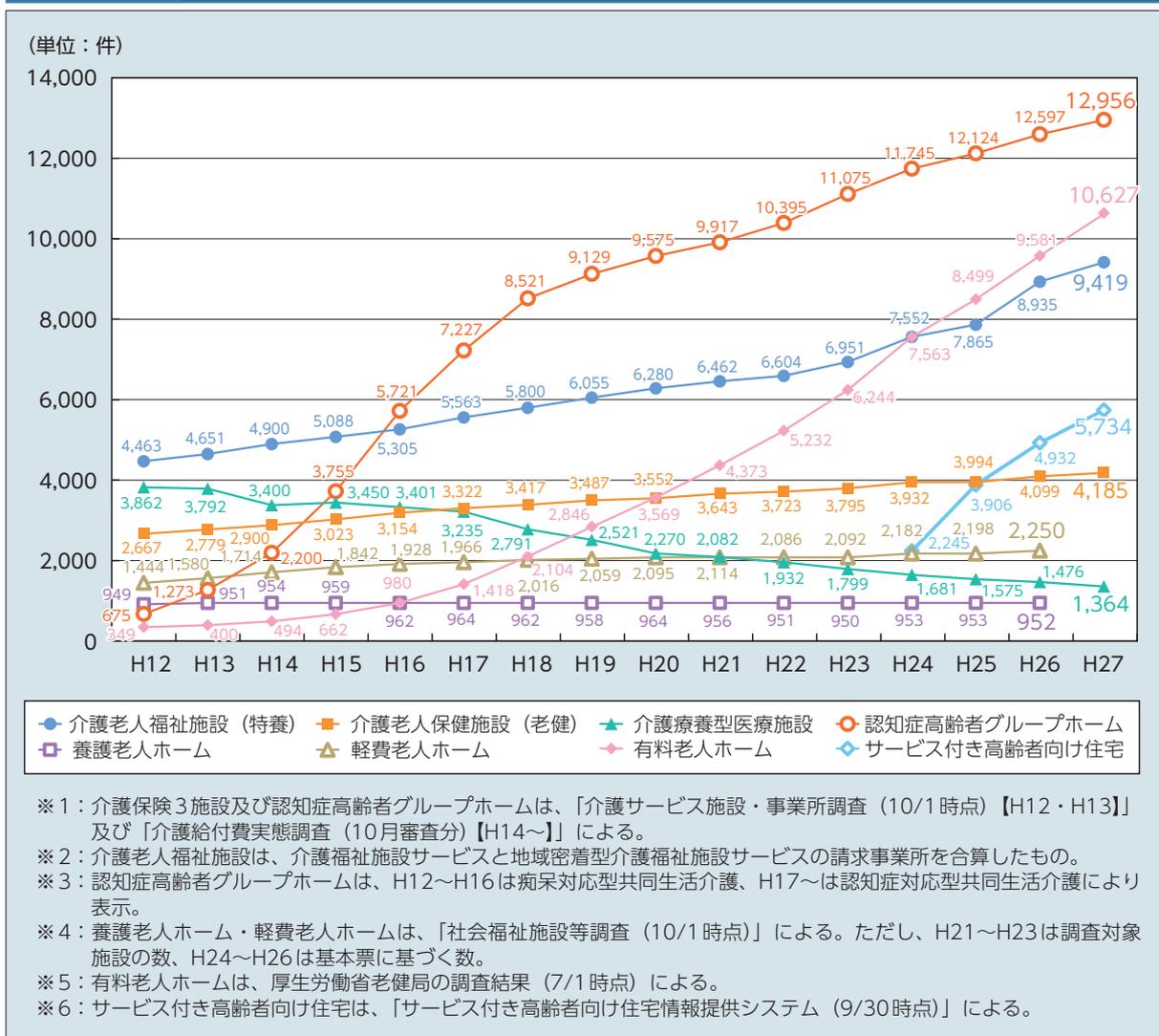
(注) 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者・要支援者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。特定施設の対象となる施設は、①養護老人ホーム、②軽費老人ホーム、③有料老人ホーム。サービス付き高齢者向け住宅は、有料老人ホームに該当するものは特定施設となる。

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



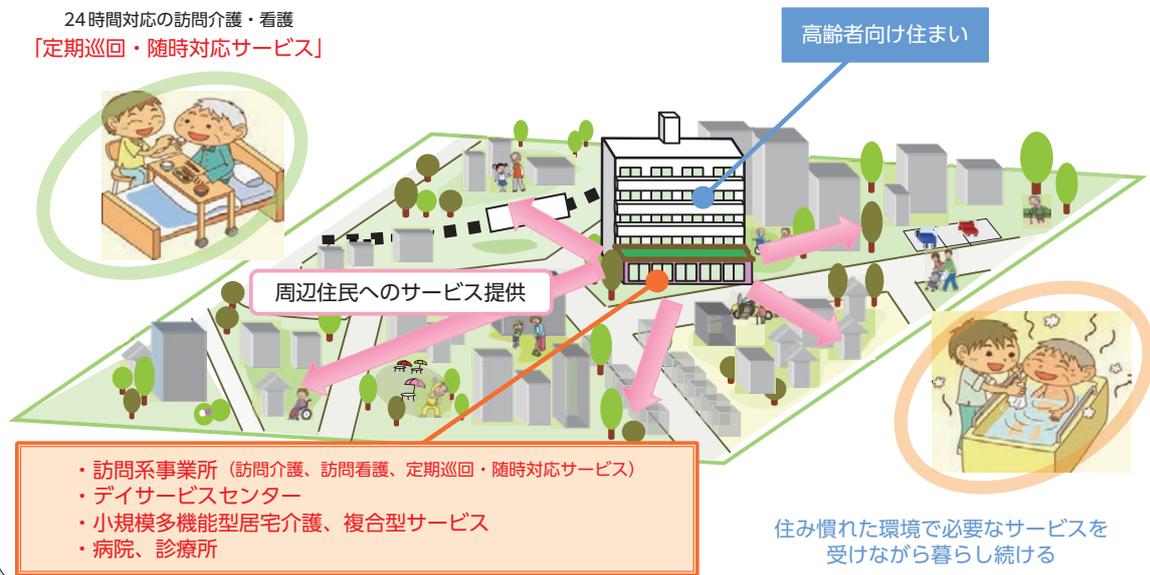
厚生労働省では、介護保険事業計画に基づく介護サービス量の増加を図るため、特別養護老人ホーム等の施設整備を進めてきた。加えて、2020年代初頭までに、介護を原因とした離職を防ぎ、特別養護老人ホームへの入所を希望しながら自宅待機せざるを得ない方をなくすことを目指して、「一億総活躍社会」に向けた緊急対策として、在宅・施設サービス等について上乗せ整備を進めることとした。

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。



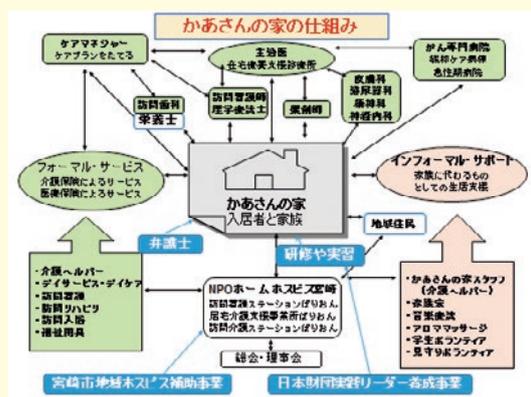
中央が市原さん（写真提供：岡本峰子）

「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。

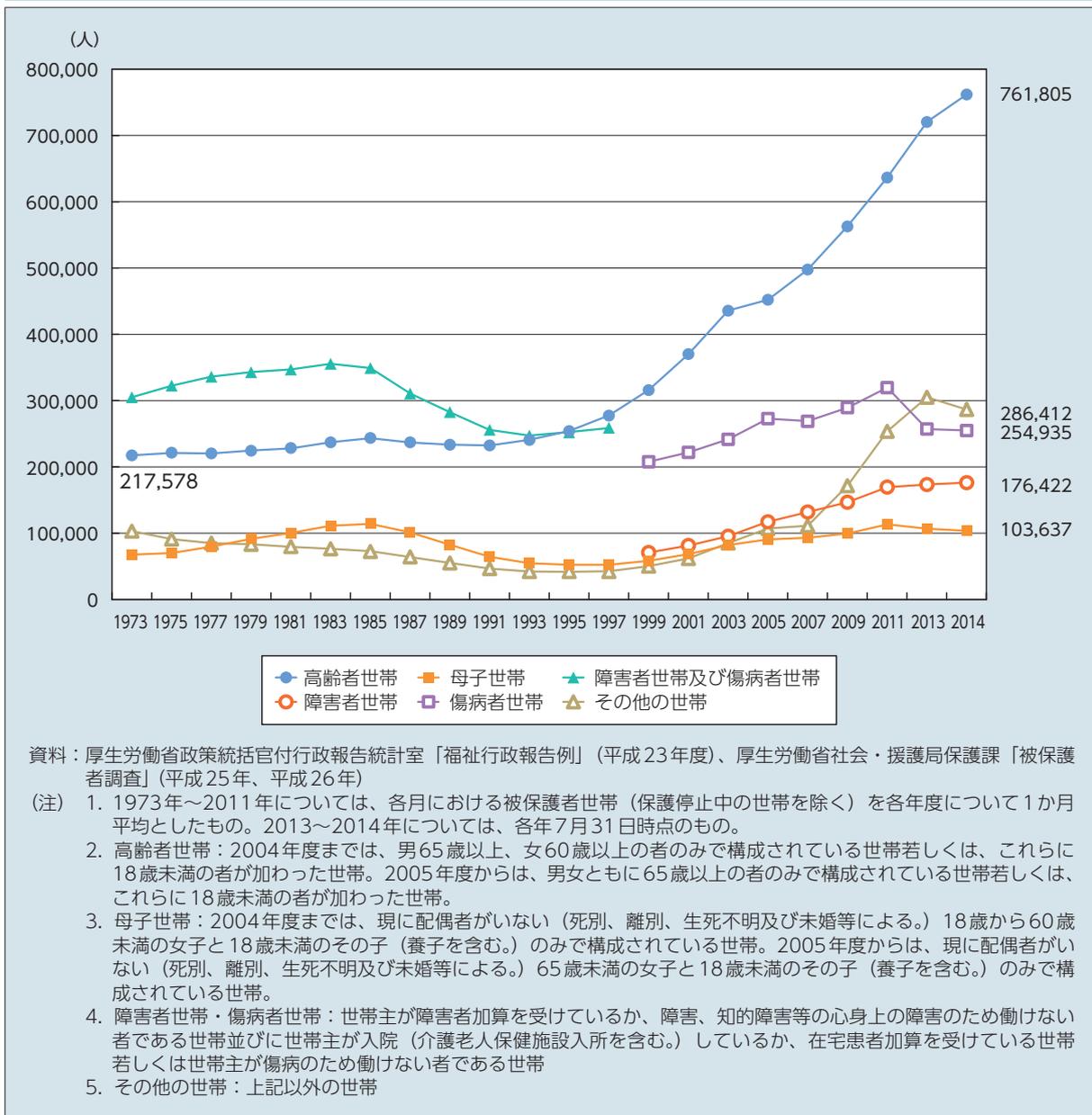
「かあさんの家」が10数年前にできてから、同様の取り組みは全国に広がったがまだ一般的とは言えない。2015（平成27）年8月、全国のホームホスピスの管理者が集まり、ケアの質を担保するため「一般社団法人全国ホームホスピス協会」を設立し、同年12月、同協会は「ホームホスピスの基準」を策定した。これから、「最後まで普通に暮らし、家で看取る」という「ムーブメント」がどこまで広がるのか楽しみだ。

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。

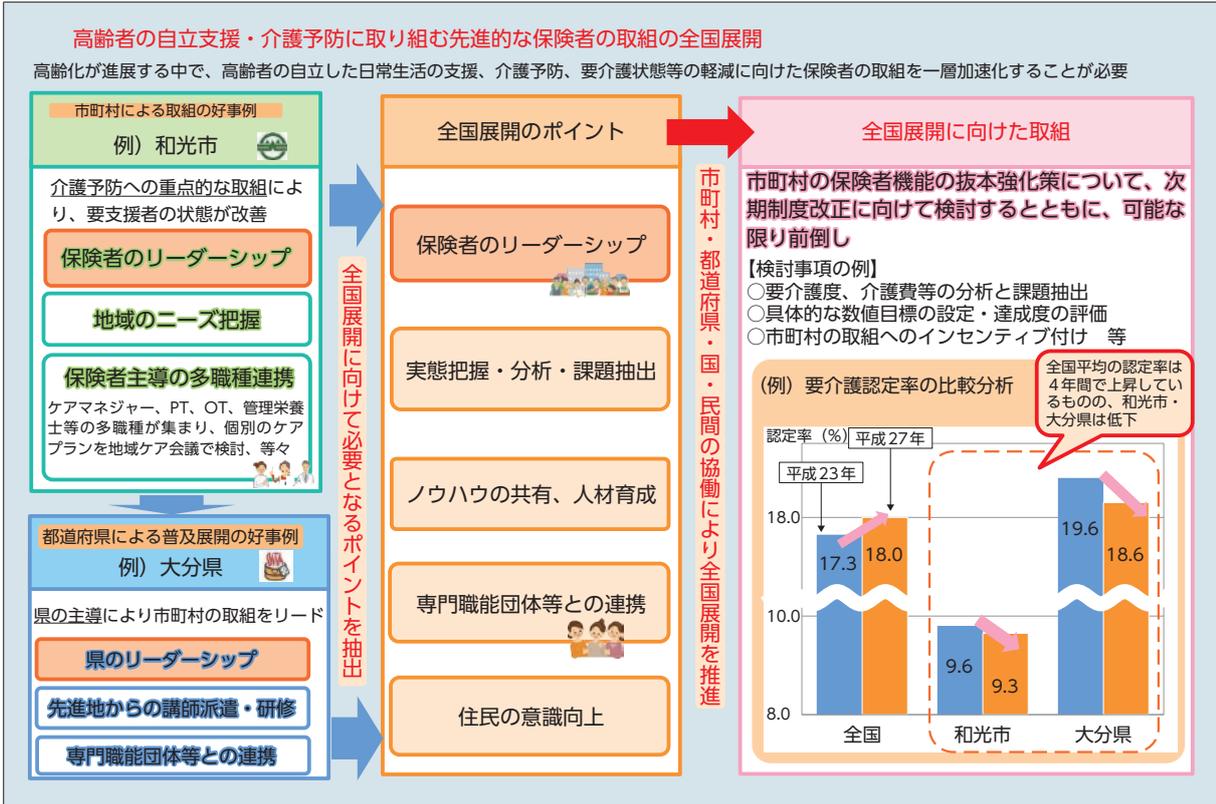
そのためには、医療関係者、介護関係者、民生委員、地域のボランティア等の多職種や多様なサービス主体間の調整・連携を強化するなど、適切なケアマネジメント支援を推進していくことが求められる。このような多職種間の情報共有・ネットワーク構築のための場として、地域ケア会議をより一層推進していくことが重要である。課題解決にあたる多職種の間で「顔の見える関係」を築く中で、コミュニケーションを取り、相互理解を深めることで、ネットワークによる総合的な切れ目のない支援が可能となる。

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

