

地域包括ケアシステムの構築における
【今後の検討のための論点整理】

—概要版—

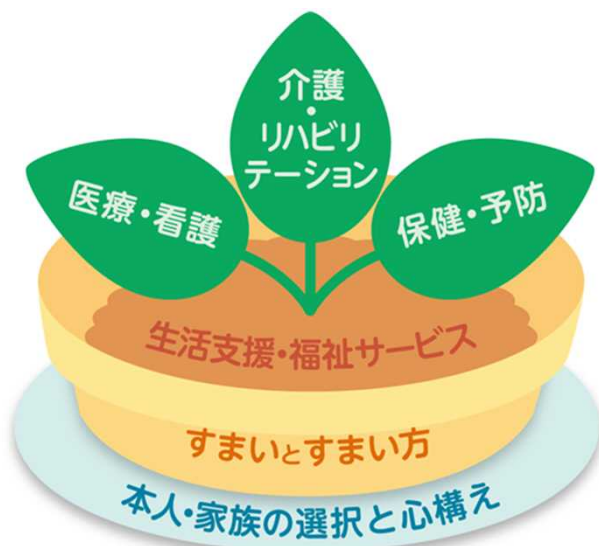
平成25年3月

地域包括ケア研究会

地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

●生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に合った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステム的前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

●心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
●生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

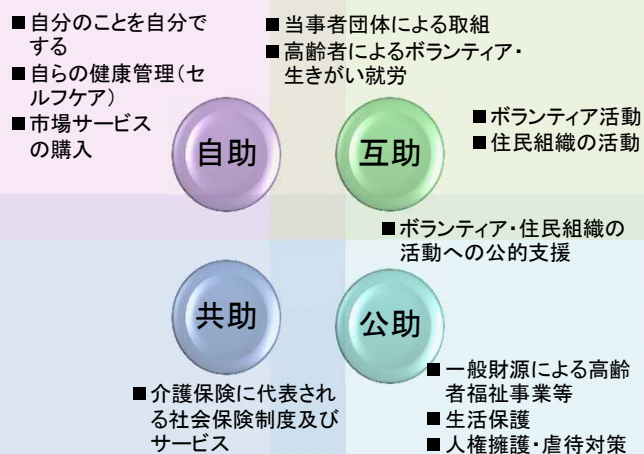
【介護・医療・予防】

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

●単身・高齢者のみ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、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



【費用負担による区分】

●「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。
●これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】

●2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
●都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。
●少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

地域包括ケアシステムにおいて諸主体が取り組むべき方向

■地域の諸主体が、地域に固有の資源を活用して、地域の特性にあった仕組みを構築。

地域のすべての住民

- 地域包括ケアシステムは、元来、高齢者に限定されるものではなく、障害者や子どもを含む、地域のすべての住民のための仕組みであり、すべての住民の関わりにより実現。
- 市町村が、地域住民の意識付けや個人の意欲の組織化を施策として積極的に取り組み、社会全体の運動につなげていくことが重要。

- 介護の社会化がさらに進展しても、介護者支援は不可欠。
- 介護者の位置づけと支援の考え方を改めて整理し、具体的な取組の推進について十分な議論を行うべき。

- 異業種も含め、地域の事業者も地域包括ケアシステムの重要な主体として活動に参加していただくことが重要(NPO、社協、老人クラブ、自治会、民生委員に加え、商店、コンビニ、郵便局、銀行なども)。
- とりわけ都市部では、企業・団体の組織力や機動力も重要。

- 高齢者はサービスの利用者である前に、自らの生活を自ら支える自助の主体。
- 自ら能動的に地域で活躍する主体として捉える考え方、「高齢者の社会参加」が重要。地域の支援の担い手となり、高齢者自身の生活意欲向上と介護予防の効果もある。
- 今後は、いかにして本人の生活に対する意欲を高めるかということにより重点をおいたサービス提供や予防事業を検討すべき。

- 地域包括ケアシステムの構築・運営で中心的な役割。介護保険だけではカバーしきれない部分についても、様々な財源、方法で問題解決を図ることが重要。
- 潜在的な地域資源を発見し、互助を含めて地域包括ケアシステムに組み込んでいくことが重要。
- 介護保険事業計画は、都道府県の策定する高齢者居住安定確保計画や医療計画などとの整合性の確保が必要。
- 在宅医療・介護連携の促進を市町村が主体となって取り組めるような制度的・財政的なあり方の検討が必要。
- 専門知識を有する職員の育成・人事ローテーションの検討が必要。

- 多職種が提供するサービスをいかに切れ目なく統合的に提供するかが重要。
- 事業者間の業務提携や法人間の連携などによる複数サービスのネットワーク化を国の政策として積極的に推進すべき。
- 介護保険施設はその人材やノウハウの活用により在宅生活の継続や拡大を具体的に支援し、地域の拠点機能を発揮すべき。
- 一定水準以上の品質でサービス提供されていることが必須であり、職業能力評価を介護現場に普及させていくことが必要。

- 人的・物的資源や、構築に向けた取組の進捗状況など、地域差を意識した自治体支援が重要(工程表などのプロセス提示や、全国の様々な優良事例の発掘、提示)。

- 市町村間のデータの比較分析による相対的な位置付けの把握など、市町村に対する後方支援を行う役割を期待。
- 広域的かつ中長期的な視点で介護人材確保・育成の取組を主導(介護人材の需給予測と中長期的な介護人材戦略)することを期待。
- 専門知識を有する職員の育成・人事ローテーションの検討が必要。



地域包括ケアシステムにおける「住まい・生活支援」「医療・介護の連携」「サービス」のあり方

住まい・生活支援のあり方

【住まいの確保】

- 住まいは、地域包括ケアシステムの最も基本的な基盤。今後、単身高齢者の急増が予想される都市部においては、住まいの確保は急務。
- 市町村と都道府県の間で住宅整備に関する計画の内容に齟齬をきたすことがないよう、介護及び住まいに関するニーズを的確に把握し、それぞれの目標が整合するように計画を策定すべき。
- 低所得・低資産高齢者を対象とした住まいの場の確保に向けて、既存ストックを活用しつつ、民間事業者の協力を求めることが必要。
- 単身高齢者を想定し、既存ストックの改修費用に対する新たな補助に加え、一定の生活支援を行うことも視野に入れることが必要（社会福祉法人やNPO等による支援や連携も）。
- 居住支援と生活支援を組み合わせる事業の構築や養護老人ホーム・ケアハウスの活用の検討。

【生活支援のあり方】

- 在宅生活の継続には、住まいの確保を前提に、医療・介護に先立ち、「生活支援」の基盤が必要。
- 「見守り」や「交流の機会」なども重要。
- 生活支援のニーズと需要は多様かつ地域差も大きいいため、「自助」「互助」を基本とし、多様な主体が多様なサービス提供を実現すべき。
- 市町村による地域診断とボランティアの発掘などの地域資源の確保が重要（ニーズ調査、地域ケア会議、見える化）。
- 市町村や地域包括支援センターはニーズと資源をマッチングさせ、コーディネーターの役割を果たすべき。地域づくりのための中間組織の立ち上げも検討すべき。
- 社会資源の立ち上げ支援は地域支援事業や一般財源により実施。
- 「都市部」と「都市部以外の地域」でのアプローチは異なることに留意。

サービスのあり方

【要支援者向けのサービスのあり方】

- 残されている心身の能力が高いほど、従来の生活スタイルや嗜好性を重視する人が多いことから、生活支援や介護予防については、多様な需要に対応することが必要。
- 全国一律の単価や基準で定型的なサービスを提供する保険給付という形態ではなく、地域の実情に合わせ、市町村が創意工夫する中で住民主体の生活支援の取組などを積極的に活用すべき。

【要介護者向けのサービスのあり方】

<訪問介護>

- 在宅サービスの強化の観点から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護は、今後も普及・拡大していくべき。
- 在宅限界点の引き上げの観点から、一日複数回の短時間巡回型ケアの効果について検証し、普及啓発を進めるべき。それも踏まえ、短時間ケアの介護報酬のあり方について再検討することが必要ではないか。

<通所介護>

- ①預かり機能（レスパイト）、②機能訓練、③認知症ケア、④ナーシング機能等、機能面から整理。預かり機能部分を薄く評価し、専門性の高い機能についてより高く評価する介護報酬の仕組みを検討すべき。
- 団塊世代の増加に伴い、メニューやアクティビティの多様化や有料サービスとの組み合わせも必要。
- 通所介護において認知症者の介護者に対するサポートを組み合わせるといった取組も必要。
- 外出支援を強化することで、通所系サービス以外の地域の集い場への参加が可能になる高齢者も多い。
- お泊りデイサービスは、一義的には介護保険サービスの充実を優先しつつ、サービスの実態把握等のため、届出制などの仕組みも検討すべき。

<ショートステイ>

- 1か月以上にわたるような長期利用は、心身の状態の維持改善という観点からも不適切な利用ではないか。
- 在宅での生活や介護の状況について、日頃サービスを提供している在宅サービス事業者とショートステイ事業者が十分に情報連携することが必要。

医療・介護の連携のあり方

【医療・介護の連携の必要性】

- 複合的な支援で生活を支える地域包括ケアシステムは、様々な主体間・職種間の連携が重要。
- 連携は、「リンケージ（連絡）」のレベルから、定期的な情報共有を行う「コーディネーション」のレベルに、さらには、情報の一元化による「インテグレーション（統合）」の水準に引き上げていくべき。
- 連携のためには、顔の見える関係づくりを基盤に、多職種の相互理解が不可欠。また、看護職は、医療と介護の間にあり、多主体・多職種の連携・協働を促す中心的な役割を担うことが期待される。

【在宅医療の担い手を増やす方策】

- 在宅医療を担う医師に、多職種協働（IPW: Inter-Professional Work）の成功事例を体感してもらうことが重要。
- 在宅医療連携拠点の整備のため、市町村が地区医師会等の専門職団体等を巻き込むことも重要。

- さらに多職種がともに学び実践を共有する多職種教育（IPE: Inter Professional Education）の実施が有効ではないか。

【医療・介護の連携による予防的ケア】

- 可能な限り医療依存度を高めないための予防的な視点に立った介護と、ケアマネジャーや介護職等へのリハ職・看護職からの早期の適切な助言が重要。
- 連携に基づく継続的アセスメントにより心身の状態の変化を早期に把握し、先を見越した予防的なケアを期待。

【制度面での連携】

- 居宅での医療系サービスや施設系サービスの役割について、他の在宅サービスとの役割の明確化や連携の在り方も含めて、地域包括ケアシステムにおける位置づけを引き続き検討すべき。
- 様々な地域の実情と介護・医療ニーズの実態を踏まえ、各サービス提供主体の機能の最善の組み合わせによる体制構築の視点が重要。