

平成 24 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

持続可能な介護保険制度及び
地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業
報告書

<地域包括ケア研究会>
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



平成 25 年 3 月

目 次

地域包括ケア研究会	i
はじめに	iii
<第一部> 地域包括ケアシステムの理念	1
1. 地域包括ケアシステムの「5つの要素」	2
■住まいと住まい方	3
■生活支援	3
■介護・医療・予防	3
■本人と家族の選択と心構え	3
■まとめ	4
2. 「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム	4
■費用負担者による区分	4
■時代や地域とともに変化する「自助」「互助」「共助」「公助」	5
■まとめ	6
<第二部> 地域包括ケアシステムを構築するために	7
1. 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	7
■地域のすべての住民	7
■本人（高齢者）	8
■介護者	9
■市町村	10
■都道府県	11
■国	12
■介護事業者	13
■民間企業、NPO、地域の諸団体	15
2. 住まい、生活支援を基盤とした地域包括ケアシステムの構築	15
■低所得・低資産高齢者の住まいの確保	16
■生活支援の重要性	17
■生活支援を担う地域資源の確保	17
■生活支援の主体と財源	19
■「都市部」と「都市部以外の地域」における資源確保のアプローチの違い	20
3. 医療・介護の連携	21
■地域における各主体・多職種間の連携	21

■医療と介護の連携のための相互理解.....	22
■在宅医療の担い手を増やすための方策.....	22
■医療・介護の連携による予防的ケア.....	23
■医療と介護における制度面での連携.....	23
<第三部>地域包括ケアシステムにおけるサービスのあり方..... 25	
1. 要支援者向けのサービスのあり方.....	25
2. 要介護者等向けのサービス（個別の介護保険給付）のあり方.....	26
■訪問介護のあり方.....	26
■通所介護サービスのあり方.....	26
■ショートステイのあり方.....	29
おわりに.....	29
資料編..... 33	
高齢者施策の現状.....	35
認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）.....	36
介護予防事業について.....	40
地域における互助の取組の推進.....	43
介護予防・日常生活支援総合事業の実践例.....	47
自助のシステム化<駿河区の事例>.....	50
訪問介護（ホームヘルプ）の現状.....	51
通所介護（デイサービス）の現状.....	53
短期入所生活介護（ショートステイ）の現状.....	58
在宅医療・介護あんしん2012.....	61
介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理.....	74
サービスの質の評価の階層図.....	75
ケアの担い手をめぐる議論の動向と話題.....	77

地域包括ケア研究会

研究会開催の趣旨

平成 24 年度から始まる介護保険事業計画期間にあわせて開催された前回の地域包括ケア研究会では、今後の地域包括ケアシステムの構築に向けた、基本的な考え方と具体的な対応策を提案した。

今回の研究会は、平成 27 年度から始まる介護保険事業計画の計画期間以降を展望し、今後、さらに各地域で地域包括ケアシステムの構築を進める際の論点について、有識者をメンバーとする研究会を開催した。

研究会メンバー

座長	田中 滋	慶應義塾大学大学院 教授
委員	池田 省三	龍谷大学 名誉教授
	岩村 正彦	東京大学大学院 教授
	川越 正平	あおぞら診療所 院長
	高橋 紘士	国際医療福祉大学大学院 教授
	筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
	東内 京一	和光市役所 保健福祉部長
	堀田 聰子	独立行政法人 労働政策研究・研修機構 研究員

（以上、座長を除き、五十音順、敬称略）

事務局の運営

事務局の庶務は、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社（経済・社会政策部）が行った。

事務局：岩名礼介主任研究員（統括）／国府田文則主任研究員／清水孝浩副主任研究員／鈴木俊之副主任研究員／鈴木陽子副主任研究員／家子直幸研究員／三浦美恵子

会議の開催

会議は、全6回開催した。

開催日	主 な 議 題
第1回 平成24年12月11日	■本研究会における検討事項 ■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 ■医療・介護の連携について
第2回 平成24年12月28日	■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 ■医療・介護の連携について
第3回 平成25年2月1日	■住まい、生活支援を基盤とした地域包括ケアシステムの構築 ■地域包括ケアシステムにおけるサービスのあり方
第4回 平成25年2月21日	■地域包括ケアシステムの概念（自助・互助・共助・公助） ■地域包括ケアシステムにおけるサービスのあり方
第5回 平成25年3月4日	■「今後の検討のための論点整理」（報告書案）について
第6回 平成25年3月15日	■「今後の検討のための論点整理」（報告書案）について

はじめに

- 平成 20 年度「地域包括ケア研究会」は、「今後検討すべき論点の整理」として地域包括ケアの構築における論点を明らかにし、平成 21 年度において、それぞれの論点に対して、具体的な提案を行った。
- その後、平成 24 年度施行の介護保険法改正及び介護報酬改定等では、地域包括ケアシステムの構築を推進するため、後に述べるように、介護保険法第五条において国および地方公共団体の責務として、地域包括ケアシステムの推進を図る趣旨の条文が加わり、地域包括ケアシステムに法的根拠が与えられた。また「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の導入など様々な施策が実施され、現在に至っている。さらに、医療制度においても、地域包括ケアシステムの構成要素となる在宅医療の推進が図られている。住宅施策においてもサービス付き高齢者向け住宅の制度が創設され、介護保険制度と密接な連携を図ることとされている。しかしながら、現場レベルにおける地域包括ケアシステムの構築は緒に就いたばかりであり、今後、それぞれの地域の特性にあったより具体的な施策を実施していくことが重要になる。
- 今年度の「地域包括ケア研究会」（以下、「研究会」）では、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年にむけて、今後のより具体的な地域包括ケアシステムの構築を展望するため、地域包括ケアの基本的な考え方を改めて整理するとともに、今後の制度改正に向け、さらに取組を強化すべき点や重点的に検討すべき論点を整理した。
- 論点の整理にあたっては地域包括ケアシステムに関するすべての論点を網羅することが望ましいが、すでに厚生労働省から、認知症関連では「認知症施策推進 5 年計画（オレンジプラン）」が、ケアマネジメントについても「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理」が示されていることから、本研究会では、取組が必ずしも十分ではないテーマ及び現段階でさらに議論が必要と考えられる、生活支援や地域資源の開発、医療・介護の連携、地域の諸主体が取り組むべき方向性などに焦点を当てて議論することとした。

＜第一部＞地域包括ケアシステムの理念

- 介護保険法第一条¹に規定されるように、介護保険の目的は、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援であり、こうした目的のもとで、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・サービス提供体制を構築することを目指す「地域包括ケアシステム」は、従来、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療や介護のみならず、福祉サービスも含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されてきた。また、その構成要素として、「住まい」「生活支援」「介護」「医療」「予防」の5つを地域包括ケアシステムの対応すべき分野として特定してきた。
- そして、こうした考え方に基づき、平成23年の介護保険法等改正で、国及び地方公共団体が地域包括ケアシステムの構築に努めるべきという規定が介護保険法上明記された（介護保険法第5条第3項²）。
- 本研究会では、こうした地域包括ケアシステムの考え方をさらに発展的に議論し、従来の「5つの構成要素」の相互の関係性について整理したうえで、さらに「自助」「互助」「共助」「公助」という4つの視点から、地域包括ケアシステムを整理した。今後は、こうした新しい考え方の整理に基づき、全国の各地域において、地域包括ケアシステムの構築が進むことが期待される。
- ただし、地域内の住民に対して提供される「地域包括ケア」の概念そのものは、どの地域でも共通のものだが、そのシステムは地域の実情に応じて構築されるべきである。したがって、地域包括ケアシステムの具体的な形は、大都市部、中小都市、各々の中心部と郊外、農漁村などそれぞれの地域で大きく異なる。研究会では、今後、短期間に対応を迫られる大都市部の課題をスタート地点として議論を行ったが、多くの論点は、全国の市町村で共通しているといえる。一方で、島嶼部や限界集落などの地域におけるケア体制については、別途、異なる視点からの議論が必要であろう。

¹ 「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関する必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」

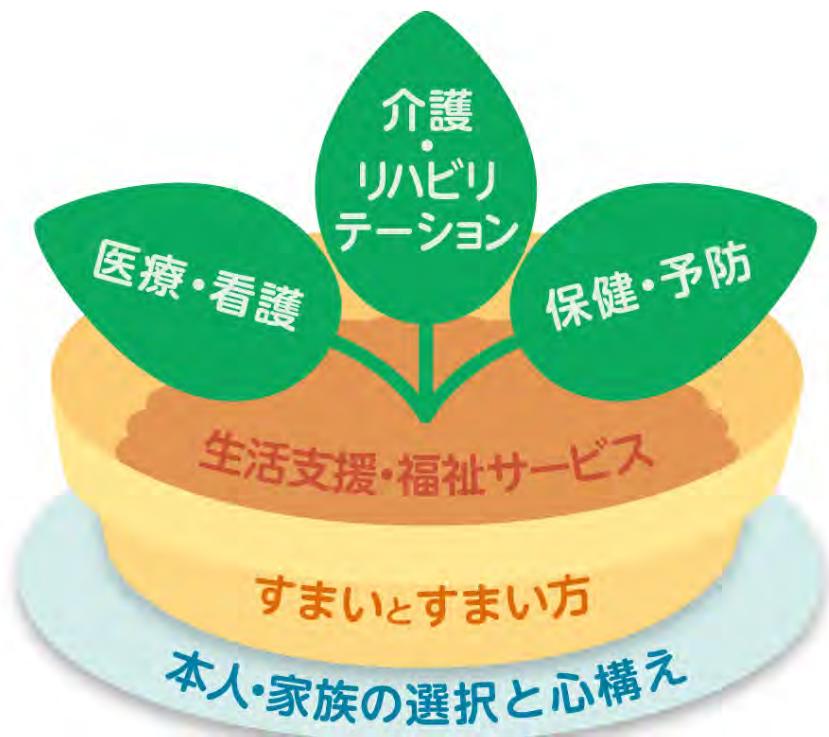
² 「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。」

1. 地域包括ケアシステムの「5つの構成要素」

- 地域包括ケアシステムを構成する要素として、これまで「介護」「医療」「予防」「生活支援サービス」「住まい」という5つの構成要素を掲げてきた。これをより詳しく表現するならば、「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」「福祉・生活支援」「住まいと住まい方」となる。
- これらの構成要素は、実際には、ばらばらに提供されるのではなく、それぞれの役割に基づいて互いに関係しながら、また連携しながら在宅の生活を支えている。
- 「住まいと住まい方」を地域での生活の基盤をなす「植木鉢」に例えると、それぞれの「住まい」で生活を構築するための「生活支援・福祉サービス」は植木鉢に満たされる養分を含んだ「土」と考えることができるだろう。「生活（生活支援・福祉サービス）」という「土」がないところに、専門職の提供する「介護」や「医療」「予防」を植えても、それらは十分な力を発揮することなく、枯れてしまうだろう。
- 従来は並列関係で5要素が理解されてきたが、このように捉え直すことにより、地域包括ケアシステムにおいては、「介護」「医療」「予防」という専門的なサービスの前提として「住まい」と「生活支援・福祉サービス」の整備があることが理解できる。

これらの関係を図示すると図のとおりとなる。

地域包括ケアシステムとは



田中滋座長の図をもとに事務局作成

■住まいと住まい方

- 地域包括ケアシステムでは、生活の基盤として必要な住まいが整備され、そのなかで高齢者本人の希望にかなった住まい方が確保されていることが前提になる。ここでいう住まいは、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境を意味しており、これが在宅生活を継続する上での土台となる（住まいのあり方については、15 ページ以降で整理した）。

■生活支援

- 「住まい」が確保されたら、その住まいの中に、「生活」を構築することが求められる。心身の能力の低下や、経済的な理由、あるいは家族関係の変化などによって、従来どおりの生活を維持できなくなる、あるいは、尊厳が守られた生活が継続できなくなった場合は、この生活を支える「生活支援」が行われる。生活支援の中には、食事の準備など、サービス化（外部市場化）できる支援もあれば、近隣住民の声かけや見守りなど、必ずしもサービス化されていないが、実際に地域社会の中で提供されているインフォーマルな支援まで幅広いものが存在し、その担い手も多様である。また、経済的支援や生活困窮者に対する生活支援は「福祉サービス」として提供されることもある（生活支援については、17 ページ以降で整理した）。

■介護・医療・予防

- 「住まい」と「生活支援・福祉サービス」によって、在宅生活が確保されたら、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。地域包括ケアシステムでは、これらは、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される。
- 特に、医療と介護については、在宅医療を実施する医療機関や訪問看護ステーションと、ケアマネジャー や地域包括支援センターなどが協働して、地域包括ケアにおける医療と介護の連携を図ることになる（医療と介護の連携については、21 ページ以降で整理した。また具体的な介護サービスのあり方については、25 ページ以降で整理した）。

■本人と家族の選択と心構え

- 最後に、「5つの構成要素」としては掲げていないが、地域包括ケアシステムを支えていく重要な要素として「本人と家族の選択と心構え」について触れておく必要がある。2025 年には、単身又は高齢者のみ世帯が主流になることを踏まえると、仮に十分な介護サービスを利用し、地域社会の支えが十分でも、従来のような、常に誰かが家の中にいて急変時には救急車で病院に搬送され、病院で亡くなるといった最期ばかりではなくなる。むしろ、毎日、誰かが訪問ってきて様子は見ているが、翌日になつたら一人で亡くなっていたといった最期も珍しいことではなくなるだろ

う。常に「家族に見守られながら自宅で亡くなる」わけではないことを、それぞれの住民が理解した上で在宅生活を選択する必要がある。

■まとめ

- こうして、新しい時代の「在宅生活」に対する意識をもった個人が生活する「住まい」が提供され、その住まいにおいて必要な「生活支援」が地域で受けられることに加え、専門職による「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が有機的に連携し、一体的に提供されることにより、その地域では地域包括ケアシステムが生活を支えている状態になる。

2. 「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム

- 「地域包括ケアシステム」の「5つの構成要素」を、実際に支える方法は多様だ。ここでは、その具体的な支え方を「自助」「互助」「共助」「公助」の概念から整理してみたい。「自助」「互助」「共助」「公助」は様々な定義があり得るが、この報告書では、主に、多様な支援の提供を「誰の費用負担で」行うのかという視点から整理するよう試みた。

■費用負担者による区分

- 「公助」は公の負担、すなわち税による負担、「共助」は介護保険や医療保険にみられるように、リスクを共有する仲間（被保険者）の負担、「自助」は、文字通り「自らの負担」と整理することができる。「自助」の中には、「自分のことを自分でする」という以外に、自費で一般的な市場サービスを購入するという方法も含まれる。たとえば、お弁当を購入するのも、調理しているのは自分ではないが、その対価を自ら負担しているという意味において、これも「自助」と考えるべきである。
- また、介護保険は、費用の負担で見ると、「自助」である自己負担が費用の1割、残りの保険給付分の負担を「共助」である保険料と「公助」である税が折半しているが、全体としては、社会保険の仕組みをベースとする「共助」の仕組みと考えることができるだろう。
- これに対して、「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であり地域の住民やボランティアという形で支援の提供者の物心両面の支援によって支えられていることが多い。また、寄附金などの形で不特定多数の支援を受けている場合もあるだろう。
- さらに、いわゆる有償ボランティアとして、利用者から金銭を受け取っているものの、市場価格には及ばない部分的な報酬のみを受け取っている場合は、「互助的要素」

と、「自助的要素」を重複して備えているといえる。また、ボランティア組織の取組に、市町村が部分的に補助金を交付している場合などは、「互助」と「共助・公助」が重複していることになる。

■時代や地域とともに変化する「自助」「互助」「共助」「公助」

- 「自助」「互助」「共助」「公助」は、時代とともに、その範囲や役割を変化させていく。例えば、戦後の日本社会では、三世代同居世帯を標準的なモデルとして、伝統的な「家文化」に支えられた家族のイメージが前提とされ、介護の問題は、「家族の中の介護」というケースが多かった。
- 他方、2025年には、郊外型の団地などを典型として、ひとり暮らしや高齢者のみの世帯が一層増加してくる。このような新しい時代には、「自助」「互助」の概念や求められる範囲、その役割についても、新しい形が求められるようになるだろう。
- また、地域性の観点からは、都市部と都市部以外の地域でも、「自助」「互助」の果たしている役割は異なる。「互助」は期待されるものではあるが、必ず存在するものではない。住民間のつながりが希薄な都市部では、意識的に「互助」の強化、地域づくりを行っていかなければ、強い「互助」を期待するのは難しい。一方で、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な部分も多いと考えられ、より多様なニーズに対応することができる。逆に、民間市場が限定的であるものの、住民間の結びつきが強い都市部以外の地域では、「互助」の果たしている役割が大きくなっている。
- 例えば、近年、自らが生活の中で困っていることや、工夫していることなどについて、積極的に住民同士が語り合い、情報交換するといったピアカウンセリングの手法を用いた取組みも一部の地域で見られるようになってきた。こうした自発的な取組も、新しい「自助」「互助」の形といえる。特に、伝統的な地縁や血縁が弱い都市部などにおいては、こうした個々人の積極的な取組が、「伝統的な互助」に代わる役割を果たす可能性もあり、今後、「都市型の自助・互助」のあり方として注目されるのではないだろうか。
- このように、「自助」「互助」「共助」「公助」の相互の役割分担は、時代や地域によっても変化していく。したがってそれぞれの時代や地域における「自助」や「互助」の持つ意味の変化にあわせ、「共助」や「公助」の範囲やあり方についても、再検討していくことが重要である。
- 「共助」「公助」を求める声は小さくないが、少子高齢化や財政状況を考慮すれば、大幅な拡充を期待することは難しいだろう。その意味でも、今後は、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなっていくことを意識して、それぞれの主体が取組を進めていくことが必要である。

■まとめ

- このように、ここで議論では、「自助」「互助」「共助」「公助」は互いに排除しあう関係にあるわけではなく、互いに重複しあう。本報告書では、前述の「5つの構成要素」に加え、「自助」「互助」「共助」「公助」の概念を用いながら、地域包括ケアシステムのあり方について論点を整理していく。

＜第二部＞地域包括ケアシステムを構築するために

- 地域包括ケアシステムは、それぞれの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するものである。地域包括ケアシステムを支える諸主体としては、本人（高齢者）、介護者（家族等）、地域住民、市町村、都道府県、国、介護事業者、民間企業、NPO、地域の諸団体などが考えられる。
- また、地域包括ケアシステムには、様々な層（レイヤー）がある。現場レベルでサービスを提供する層をはじめ、地域全体のマネジメントの層、あるいは多職種間の連携を主導する層もあり、それぞれに主導的な役割を担う主体が必要であると考えられる。以下では、地域包括ケアシステムにおいて、重要な役割を果たす諸主体が、どのような層において重要性を発揮するのかという視点も意識しつつ、それぞれの役割を整理する。

1. 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

■地域のすべての住民

- 本報告書では、介護保険の文脈から高齢者に焦点を当てた議論を行っているが、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、障害者や子供を含め、地域のすべての住民にとっての仕組みである。専門職、介護事業者、行政だけでなく、本人（高齢者）や家族、町内会等の住民組織、コンビニや商店、郵便局など様々な地域の諸主体、すなわちすべての住民が関わり、「自助」「互助」「共助」「公助」を組み合わせて、「住まい」「生活支援・福祉サービス」「医療」「介護」「予防」の面で相互に支えあうことによって実現する。
- このような、包括的な仕組みを地域に構築するためには、地域包括ケアシステムを高齢者介護の問題と限定するような考え方から脱却することがまず重要である。実際、高齢者が地域での生活を送る中で利用するサービスは、介護サービスに限定されるわけではなく、若年層も含め誰もが利用する一般的な生活関連サービスが数多く含まれている。
- 地域包括ケアシステムをより広い視点からとらえる社会的な姿勢は、子どもの頃から、生涯教育の観点から意識付けを行っていく上でも重要である。ただし、そうした意識をもつ個人が地域の中にいても、一人ひとりの思いや意欲だけでは、活動が地域的に広がることは期待できない。こうした地域住民に対する中長期的な意識付けや、地域の中に存在する個人の意欲の組織化は、一義的には市町村の役割であることを改めて確認し、市町村が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である。

■本人（高齢者）

＜自助の主体としての高齢者＞

- 地域包括ケアシステムにおいて、高齢者は、介護保険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」の主体である。
- ここでの「自助」とは、単に、自分の身の回りのことを自分でするという意味だけでなく、地域の中で、その人らしい生活を継続するために、可能な限り自分のことを自分で決め、自ら健康づくりに励むといったセルフケア、自己管理に対する義務も含んでいる。自らの金銭的な負担によって一般的な市場サービスを購入することで自らの生活を支えるという側面もある。

＜担い手としての高齢者の社会参加＞

- 今後の地域包括ケアシステムを考えた場合、高齢者は単なるサービスの受け手、利用者ではなく、自ら能動的に地域で活躍する主体として捉える考え方－すなわち「高齢者の社会参加」が重要である。特に、介護保険の第一号被保険者であっても 65 歳から 75 歳までの要介護認定率は、5%未満であり、ほとんどの高齢者は自立した生活を送ることができる状況にある。一般的な民間ビジネス、NPO、ボランティア、町内会、シルバー人材センター等、様々な地域内の組織で活動するシルバー世代は少なくない。有償ボランティアや生きがい就労は、今後、地域包括ケアシステムを支える重要な機能として期待されている。
- こうした積極的な高齢者の社会参加は、地域における支援の担い手となるだけでなく、高齢者自身の生活に対する意欲を高め、最終的に要介護状態となることを予防する効果を持つものである。「働く」ことは高齢者にとっても重要な自己実現であり、より自然な社会参加の形態である。「働く」ことによる社会参加の機会を意識的に生み出すことが重要である。また、多くの高齢者にとって、自らの行動が社会に貢献しているという実感そのものが、社会的な孤立を解消し、生活への意欲を向上させるという意味で「介護予防」にもなるという認識をより広めることが必要である。軽度者に対する筋力トレーニングのような運動器の向上も、最終的には、こうした社会参加を実現するためのステップとして認識されるべきではないだろうか。
- さらに、高齢者自身が担い手になることによって、たとえば生活支援サービスの新しい地域資源となることもできるだろう。こうすることで、支え手が将来支えられる側に回る、地域の中での循環が生じていくことが期待でき、また、とりわけ、要支援・要介護の高齢者にとっては、生活支援が同世代との交流という意味も持つことから、より親近感をもって支援を受けることができるようになるのではないだろうか。

＜生活意欲の向上と社会参加を通じた介護予防＞

- 自立支援の考え方には、改善可能な心身の機能は高めつつも、自分で自立した生活を

送りたいと思う意欲に働きかけながら、本人の有する能力を十分に発揮できるように環境を整えることを目的としたものである。

- 日々の生活における自立は、身体機能と認知機能の改善だけで達成されるものではなく、それを支える意欲や、取り巻く環境も重要な要素である。これまでの介護予防は運動機能などの身体機能面に主眼を置いた対応をとってきたが、本来の自立支援の考え方にしては、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てサービス提供のあり方や、市町村における予防事業が検討されるべきではないだろうか。
- 高齢者が生活の意欲を維持し、向上させるためには、それぞれの高齢者の心身の状況にはよるもの、「社会の中での役割」を感じられる環境や機会を提供することが重要である。各市町村においても、高齢者が社会に参加し、それぞれの居場所を地域の中で見出せるような取組みが志向されるべきである（通いの場、お互い様の関係、普通の生活の継続）。たとえば、要支援者のレベルであっても、子供との交流などを通じて、社会の中に役割を見出すことができるような取組こそが、有効ではないだろうか。
- また、事業者は ADL（日常生活動作能力）の低下した人の自立支援を行うにあたって、高齢者が自分で行おうとする意欲を損ねることのないよう、常に配慮すべきであろう。

■介護者

- 介護保険のサービスは、基本的に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、国民の安心につながっているだけでなく、介護の社会化に大きな役割を果たしてきた。他方、特に重度の要介護者や認知症の人を支える家族等が、要介護者の生活を支えるうえで引き続き大きな役割を果たしていることも事実である。今後、介護の社会化がさらに進展したとしても、介護者の身体的・精神的負担を完全に取り除くことはできない。こうした観点からも、介護者支援は不可欠なものであり、介護者自身に対する直接的なサポートの強化も必要と考えられる。
- 在宅要介護者を支える介護者の過度な負担や「燃え尽き」により、要介護者が施設等へ入所・入居するようになるという傾向は、世界的に共通して認められてきている。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、相談支援など介護者に対する総合的な支援は、今後の重要な課題であるといえる。
- 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、心身に不調をきたすことは、社会全体の損失となる。介護者への効果的な支援は、最終的に要介護者のQOL（生活の質）を向上させるだけでなく、社会的な損失を縮小させるという観点をもって、介護者への支援を検討すべきではないだろうか。
- 介護者に対する支援の必要性は、社会的にも徐々に理解が広がっており、「認知症施

策推進5カ年計画（オレンジプラン）」においても、家族支援の重要性が位置づけられるなど一定の進展がみられるが、今後は、認知症の人の家族のみならず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ではないだろうか。

■市町村

＜地域包括ケアシステムの構築における市町村の立場＞

- 市町村は、地域包括ケアシステムの構築において中心的な役割を担うべき立場にあり、法律上もその責務が明記されている³。また、市町村は介護保険の「保険者」であると同時に、住民に身近な「基礎的自治体」でもあることから、介護保険給付における保険者機能を果たすと同時に、介護保険だけではカバーしきれない部分（「自助」の活用や「互助」の組織化、「公助」による支援など）について、一般財源を含め、様々な財源、方法によって問題解決を図っていくことが、基礎的自治体としての市町村の重要な役割である。

地域包括支援センターは、日常生活圏域における地域包括ケアシステムの推進主体として、介護予防支援（要支援者のケアプラン策定）、総合相談支援、権利擁護、地域ケア会議の開催等を通じたケアマネジャーへの支援等の幅広い業務を行っており、今後、その果たすべき役割は地域包括ケアシステムにおいて、ますます大きくなっていく。

＜市町村の客観的評価とシミュレーションの必要性＞

- 市町村が、それぞれの地域の特性にあった地域包括ケアシステムを構築するためには、介護保険事業計画の作成や地域ケア体制の整備が前提となるが、その出発点として、各地域の特徴や課題を客観的に把握しておく必要がある。
- たとえば、各地域における要介護・要支援認定率（高齢者に占める要介護者・要支援者の割合）は、サービス提供のあり方などによって地域間で差異が生じているが、こうした地域間格差が生じている事実やその原因として考えられる背景分析が、市町村の職員に十分に認識されていないことが多い。こうした現状に対する認識不足が、それぞれの地域の特性にあった取組を開始する際の障壁になっているのではないだろうか。
- すでに、市町村の特徴を他市町村との相対的な関係性で理解するためのツールとして、国から「介護政策評価支援システム」が提供されている。こうしたツールを用

³ 介護保険法第5条第3項「国及び地方公共団体は、被保険者が、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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。」

いて各市町村が情報を分析した上で、それぞれの地域の特徴を、他の地域との関係性で相対的に把握し、問題点を発見し、改善を進めることが重要ではないだろうか。

- また、国は、市町村に積極的な取組を促す目的で、特に重点化・効率化等の対策をとらずに2025年を迎えた場合の介護のサービス量や保険料、様々な社会的コストに関するシミュレーション（ワークシート等）を各市町村に提供し、具体的な危機意識を持たせることも必要だろう。

＜地域資源の確保と開発における市町村の取組＞

- 「自助」「互助」「共助」「公助」のバランスの中で、生活支援に関する地域資源を確保することは、今後、さらに増加する中重度者に対して十分な専門職を配置して在宅生活を支えていく上でも重要な前提となる。その際、市町村は、潜在的な地域資源を地域の中から発見し、さらに別の資源と結びつけたり、公的な助成を行い支援するといった方法で、こうした「互助」を含めた地域資源を「システム化」して、地域包括ケアシステムに組み込んでいくことが重要ではないだろうか（詳細については、「生活支援を担う地域資源の確保」を参照）。

＜介護保険事業計画とその他の計画の整合性＞

- 現状においては、それぞれの市町村の地域包括ケアシステムの構築の中核となる計画としては、介護保険事業計画が位置づけられているが、「住まい」の観点からは高齢者居住安定確保計画と、「在宅医療」の観点からは医療計画などとの整合性を保つつつ計画が策定される必要がある。
- しかしながら、高齢者居住安定確保計画や医療計画は、いずれも都道府県が策定することとなっており、市町村で策定する介護保険事業計画とは、計画の立案主体に違いが生じている。地域包括ケアシステムの中で中心となるのは、在宅医療であることをかんがみれば、医療計画の中でも在宅医療については、介護保険事業計画との連動性を保つことが極めて重要であるといえる。
- 今後、地域包括ケアシステムの具体的な構築に向けて計画を立案していく中で、都道府県の立案する関連計画と市町村の介護保険事業計画をどのように整合させていくかについて、改めて議論する必要があるのではないか。また、市町村においても、介護保険事業計画の中で、住まいや在宅医療のあり方について、これまでよりもより具体的に位置づけていくことが必要ではないだろうか。
- さらに、在宅医療・介護がともに日常生活圏域で提供されるものであることに鑑み、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・財政的なあり方を検討すべきではないだろうか。

■都道府県

＜市町村の地域包括ケアシステム構築への支援＞

- 都道府県は、地域包括ケアシステムの構築において、市町村に対する後方支援を行う役割が期待される。例えば、市町村が各日常生活圏域の特徴などを的確に把握できるようにするために、各市町村が行う日常生活圏域ニーズ調査に加え、都道府県が、管下の市町村の医療保険や介護保険の給付費データの比較分析などを行い、各市町村の相対的な位置づけを明らかにすることにより、市町村の地域包括ケアシステムの構築を支援することができるのではないだろうか。
- また、介護人材の育成や確保などについては、市町村とともに、都道府県がより広域的かつ中長期的な視点で取組を推進することが望ましいのではないだろうか。具体的には、都道府県が2025年に向けた介護人材の需給予測を行うとともに、中長期的な介護人材戦略を策定するなど、都道府県が人材確保の取組を主導していくことが考えられる。
- そして、都道府県は、医療計画や高齢者居住安定確保計画など都道府県単位で策定する計画について、各市町村の地域包括ケアシステムの構築状況に整合する形で、計画を策定する必要がある。

＜地方自治体の職員体制の確保＞

- 都道府県や市町村の職員は人事異動もあり、すべての職員が、地域包括ケアシステムの構築に関する専門知識を有しているわけではない。都道府県及び市町村における専門知識を有する職員の育成や人事ローテーションのあり方を検討することが必要である。
- さらに、都道府県と市町村の連携を促進する観点からも、市町村と都道府県が職員の人事交流をより活発に行うことにより、市町村職員は、他市町村との比較を通じてより広い視点を持てるようになり、また都道府県職員は、市町村の現場を通じて、より実践的な視点を得ることができるようになるのではないだろうか。

■国

- 国は、地域包括ケアシステムの構築の方向性に合致した介護保険制度や介護報酬等の適切な制度設計を行うほか、都道府県や市町村の取組を支援する役割を担っている。
- 国が都道府県や市町村への支援を行うに当たっては、地域間の「自助」「互助」「共助」「公助」のバランスや人的・物的資源の状況などの前提条件や、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の進捗状況などに大きな地域差があることから、こうした地域差を意識した支援を行うことが重要である。
- このため、国として、完成図としての標準モデルを示すだけでなく、例えば、工程表のような形で取り組みやすい構築のプロセスを示すことや、小規模町村や農村部・過疎地域を含めた全国の様々な優良事例を発掘・調査して都道府県や市町村に示すことが必要ではないだろうか。

■介護事業者

＜事業者・専門職＞

- 事業者は、「介護」の事業を担う主体であり、在宅療養支援診療所等の在宅医療の担い手とともに連携してサービス提供することで、地域包括ケアシステムの主要部分を担う。専門職は、一定の訓練を受けた専門的な知識・技術を有するサービスの「担い手」であり、医療・介護の分野において数多くの専門職が地域包括ケアシステムに関わっている。
- 地域包括ケアシステムでは、これらの事業者・専門職が、利用者に対する適切なサービス提供のために互いに情報共有しつつ、連携することによって利用者を支える。
- 地域包括ケアシステムにおけるサービス提供においては、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であることから、多職種の連携とそのコーディネートは、最も重要なテーマのひとつとなる。(医療と介護の連携については、21 ページ以降で整理した。)

＜効果的・効率的なサービスの提供のあり方＞

- 平成 24 年度からは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスの提供が開始されたが、今後は、新しいサービス形態を開発することよりも、現在提供されているサービスを効果的かつ効率的に提供することが重要になるのではないだろうか。
- その際、統合的なサービスの提供、キャリアアップの仕組みなどの人材確保、効率的な経営の観点からも、「事業所の単位」と「事業者の単位」を分けて考え、人事・採用・教育・営業など、規模の経済が働きやすい業務については、業務提携や統合などを推進していくことが必要ではないだろうか。また、事業者の単位を拡大することで、能力開発を促す配置、ジョブローテーションの機会の増加にあわせた昇格・昇給、研修の充実等を行いやすくなり、職員に対してキャリアパスをより明確に示すことが可能になるのではないだろうか。
- 事業者間の業務提携、複数の法人間の連携などを通じて、複数のサービスがネットワーク化された主体から提供されることは、統合的なケアを提供していくという地域包括ケアシステムの方向性にも親和性があり、その実現の一つのあり方と考えられる。定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの複数職種によるサービスの一体的提供も、こうした事業者の中規模・大規模化によってより円滑に行われる可能性が高いのではないだろうか。
- そのためには、事業者間の業務提携、複数の法人間の連携などを容易にするための制度的な枠組みの見直しについても、国の政策として積極的に推進していく必要があるのではないだろうか。
- また、こうしたネットワーク化の議論の中で、専門職の有効活用を図る観点から、

地域全体としての効果的な人員配置を考え、適正かつ柔軟な人員配置基準のあり方等について、改めて検討すべきではないだろうか。

＜地域内の施設資源の有効活用＞

- 介護保険施設は、地域包括ケアシステムの確立の過程で、入所サービスの機能のみならず、地域支援機能を強化することが重要になるのではないだろうか。24 時間にわたり要介護者の生活を複数の専門職によって包括的に支え、また必要に応じて医療と緊密な連携を取るという意味で、その提供範囲は、施設内に限定されているものの、地域におけるケアの提供者として重度の要介護者を中心に地域の介護サービス提供の重要な役割を担っている。また、介護老人保健施設はリハビリテーションの職員を擁しており、機能的にも在宅復帰を担ってきたことから、その機能を地域包括ケアシステムにおいて活用し、在宅生活の継続や拡大を具体的に支援することが可能であろう。
- 地域包括ケアシステムの構築には、地域の様々な主体の参加が必要であり、介護保険施設の人材やノウハウの集積を活用した居宅サービス支援等をより積極的に行うことにより、地域の拠点としての機能を発揮していくようにすべきではないだろうか。たとえば、病院からの退院時に在宅復帰を前提として1ヶ月程度のアセスメント入所を行うことで、多職種により一日の生活のリズムを把握し、より円滑に在宅復帰を進めるといった取組をさらに推進することも考えられるのではないだろうか。
- また、介護保険施設は、夜間・深夜も含め、もともと 24 時間のサービス体制を有しており、介護職と医療職が一体的にサービスを提供してきた。こうした施設のノウハウを活用して、たとえば施設が定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの在宅サービスに積極的に参入するといったことが期待される。

＜介護サービスの質の評価のあり方＞

- それぞれの介護サービスが地域包括ケアシステムの中で、十分に機能するためには、各サービスの提供が、一定水準以上の品質で提供されていることが必須となる。しかしながら、現状、実際に提供されているサービスの質には大きな開きがあるのではないだろうか。
- サービスの質を向上させ、その格差を小さくするためには、各事業所がサービスの担い手である職員の職務遂行能力を自ら客観的に認識することが前提となる。職業能力評価の手法として、たとえば、内閣府で実施されている「キャリア段位制度」は、従来の介護福祉士や介護職員初任者研修が介護職の「知識」を中心に評価してきたのに対し、介護職の「実践的スキル」を重点的に評価することが可能な仕組みとなっている。今後は、安全かつ適切な技術の提供の観点からも、こうした職業能力評価を介護の現場に普及させていくことが必要ではないだろうか。
- 従来、介護報酬においては、ストラクチャー評価としての体制加算を中心に評価さ

れてきたが、今後は、こうした職業能力評価の実施状況などを踏まえながら、プロセスに着眼した評価の導入について検討を開始すべきではないだろうか。

■民間企業、NPO、地域の諸団体

- 地域包括ケアシステムは、単に保健・医療・介護の問題を「共助」「公助」により解決することに限定した考え方ではなく、「住まい」や「生活支援」といった幅広い範囲について、「自助」「互助」なども活用して支えていく仕組みである。
- また、2025年には、厚生年金や企業年金によって比較的経済的に余裕のある高齢者層が増加することに伴い、より多様な価値観に基づき、多様なライフスタイルを選択することになるだろう。こうしたニーズに応えるためには、一般的な市場サービス等が多様に提供されていることも重要である。
- 現に異業種を含め、様々な民間事業者が大きな市場に着目し、高齢者の生活を支援する市場サービスを生み出しつつある。地域包括ケアの実施主体も、これまで地域の資源として活動してきたNPO、社会福祉協議会、老人クラブ、自治会、民生委員といった主体に加え、今後は、地域の商店やコンビニ、郵便局や銀行などの地域の事業者も、地域包括ケアシステムを支える重要な主体として活動に巻き込んでいくことが重要である。とりわけ、伝統的な地域の近隣関係や親戚関係などによる結び付きが弱くなっている都市部においては、企業・団体の組織力や機動力が重要になるだろう。

2. 住まい、生活支援を基盤とした地域包括ケアシステムの構築

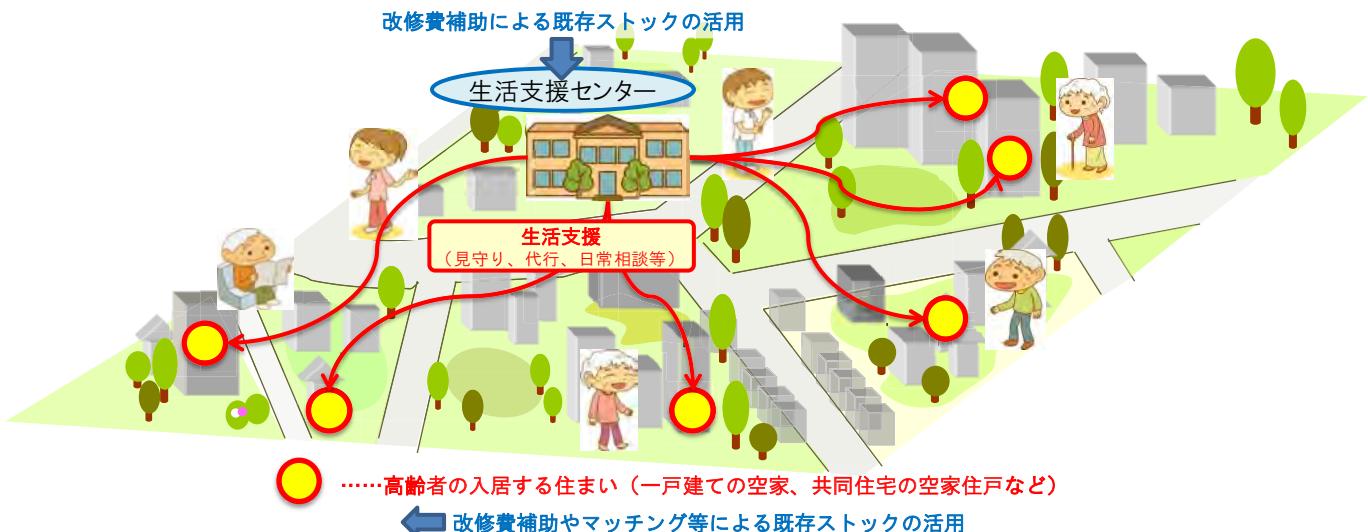
- 住まい（持ち家か賃貸かは問わない）は、地域包括ケアシステムの前提条件であり基盤でもある。それぞれの生活のニーズにあった住まいが提供され、その中で、生活支援サービスを利用しながら個人の尊厳が確保された生活（住まい方）が実現されることが、保健・医療・介護などの専門サービスが提供される前提になる。
- 地域包括ケアシステムの構築にあたっては、介護保険法において、国・地方自治体に対し、介護や生活支援に関する施策と居住に関する施策との有機的な連携と包括的な推進に関する努力義務が課されている。具体的には、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画と高齢者居住安定確保計画との調和を図るため、市町村と都道府県の間で計画の内容に齟齬をきたすことがないように連携を図りつつ、地方公共団体の部局間の連携も強化し、①住民から求められる介護サービスと住まいに関するニーズを的確に把握し、②これらのニーズを踏まえてそれぞれの目標が整合するように計画を策定しなければならない。
- また、高齢者の中には、介護保険サービスの利用の有無によらず、バリアフリー等の配慮がなされた住まいで一定の生活支援を受けることができれば、地域での継続

的な居住が可能になる人も多い。こうした高齢者に自らの能力に応じて自立した生活を送ってもらうためにも、保健・福祉施策と住宅施策の連携が必要であり、この点の制度的及び政策手法の整備が必要なのではないか。

- 持ち家の場合は、介護が必要になったときに、自らの家でできる限り在宅生活を継続できるよう、高齢者自身も介護環境の整備に努めることが重要である。住宅改修においては、手すりやスロープの設置などにより、在宅生活の継続が介護保険により支援されるが、自費での改修が可能であれば、たとえば居室間の壁を取り払うなどの方法によって、自宅で介護環境を改善し、より機動的に介護サービスを受けることができるようになる。こうした自助による工夫も、重要な視点である。一方、ライフステージに応じた適切な住み替えという選択も尊重されてよいだろう。

■低所得・低資産高齢者の住まいの確保

- 所得や資産を持たない高齢者の中には、介護サービスを受ける必要はないものの、そもそも安定した住まいを持たずに困窮する人も含まれている。このような高齢者を安易に施設や介護付きの住まいに入所・入居させることは、社会的な負担を増大させるだけでなく、本人の自立した生活を制約することにもなりかねない。特に、今後、単身高齢者の急増が予想される都市部においては、地域生活の基盤である住まいの確保は急務である。
- したがって、施設や介護付き住まいとは異なる位置づけとして、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、①低廉な家賃を実現するために既存ストックを活用することと、②相当量の供給を実現するために民間事業者の協力を求めることが必要となる。また、家賃債務保証による入居支援の取組や、居住支援協議会等の活用を通じた空家の把握に基づく高齢者と住まいのマッチングなども、既存ストックを活用する手法の一つとして有効と考えられる。



資料) 厚生労働省

- 住まいについては、家族による支援が期待できない単身高齢者などを想定した場合、既存ストックの改修費用に対する新たな補助による居住の場の確保に加えて、一定の生活支援（見守り、家事や買い物の代行、日常的な生活相談、地域との交流の機会の確保など）を行うことも視野に入れることが必要であり、こうした支援を実施する観点から、社会福祉法人やNPO等による組織的・資金的な支援や連携も求められるのではないだろうか。
- 以上のような自助と互助を喪失した生活困窮状態にある高齢者（特に単身世帯）を想定し、居住支援と生活支援を組み合わせて実施する事業体を新たに構想することも考えられてよい⁴。また、従来の養護老人ホームやケアハウスの在り方を見直し、これらの高齢者を地域で支援する事業の拠点として活用することも検討すべきである。

■生活支援の必要性

- 住まいが確保されたうえで、生活を継続させるためには、医療・介護などに先だって、生活を持続可能にするための「生活支援」の基盤整備が必要である。最広義の意味においては、預貯金の管理や、契約等の代理人といった権利擁護的な活動をも含めたものとなるが、一般的に、生活支援といえば、調理や買い物、洗濯、見守り、安否確認、外出支援、社会参加支援活動、日常的な困りごと支援などの多様なサービスが考えられる。
- 在宅で日常生活をすごしていく中では、「サービス化」された支援だけでなく、「見守り」や「交流の機会」などのように、日々の生活の中では一般的に見られるものの、心身の状態や家族構成の変化などによって喪失してしまう生活機能も在宅生活の継続においては、重要な役割を果たしている。

■生活支援を担う地域資源の確保

＜地域資源の発見＞

- 生活支援は多様であるがゆえに地域差も大きい。そのため、生活支援は「自助」「互助」を基本としつつ、必要に応じて「共助」「公助」で補うことが必要である。
- 在宅生活を継続するために必要となる生活支援は、介護保険サービスよりも、住民組織（NPO、社会福祉協議会、老人クラブ、町内会、ラジオ体操会等）や一般の商店、交通機関、民間事業者、金融機関、コンビニ、郵便局など多方面にわたる主体が提供者となりうる。弁当店や食堂だけでなく、スーパーマーケット、喫茶店、リネンサービス、ドラッグストア、理髪店といった一般住民を対象としたサービスは、そのほとんどが、要支援者・要介護者の生活にとっても必要なサービスである。

⁴ たとえば、アメリカでは、街単位で形成される地域開発組合（CDC: Community Development Corporation）と呼ばれる団体が、自律的に自らの町の仕組みを構築していくといった取り組みが行われているが、今後は、日本においてもこうした自律的なまちづくりの取り組みを推進するための地域団体や地域活動をする組織を支える中間組織が求められるのではないか。

- また、現役から引退した高齢者の多くは、ボランティアや住民グループ、NPO、シルバー人材センター等で社会参加や地域に貢献したいと思いながら、きっかけがないまま、意欲が実際の活動につながっていないような場合もある。生涯学習や社会教育、市民活動支援などの施策や事業等と連携しながら、また、場合によっては企業が退職期に近い従業員向けに開催するセミナーなども活用して、意欲を実際の活動に繋げるなどにより、こうした地域の眠った資源を発掘することも重要ではないだろうか。
- こうした資源の発掘の前提となるのは、市町村が日常生活圏域ニーズ調査などを活用して地域の高齢者の健康状態や社会資源等について把握し、課題やニーズを分析、必要な社会資源に関するアセスメント（地域診断）を行うことが必要となる。市町村のこうした取組を支援するため、国や都道府県によって、地域の高齢者の健康状態を含む様々な指標を標準化し、「見える化」することにより、市町村内の情報共有、他の市町村との比較、全国との比較を可能とすることが有効なのではないだろうか。
- また、現在、市町村・地域包括支援センターで取組が進められてきている地域ケア会議も、個別ケースの積み重ねの中から、課題とニーズを発見し、地域資源を確保し、政策形成にもつなげていくものとして、今後、重点的な活用が期待されるのではないだろうか。

＜地域資源をつなぐ＞

- 地域におけるニーズが明らかになり、地域資源を発掘したら、これらを、それぞれの地域の地域包括ケアシステムの中に取り込むことが重要である。地域の中には、商店などのように、自助によるサービス購入を前提としたサービスもあれば、ボランティアや自治会、老人クラブのように、互助の中で支援を提供する資源もある。こうした地域内の取組を地域包括ケアシステムの中に取り込むためには、市町村が中心となって、これらの資源をうまく組み合わせて、地域のニーズに「つないで」いくことが重要になる。
- たとえば、スーパーマーケットまで足を運ぶことができない高齢者のために、近隣住民が買い物を代行したり、住民組織で移送の支援をするといった取組、あるいは、商店側が公民館等に商品を一括配達したものを住民組織が個別に宅配するといった取組も考えられるだろう。
- また、比較的元気なうちからでも、ひとり暮らしや高齢者のみでの暮らしには様々な生活上の困りごとが多いと考えられ、例えば、集合住宅や一定の地域単位で、民間事業者や住民組織などから生活支援サービスを受けるといったことも考えられる。
- こうした資源のマッチングの作業は、市町村が主導的な役割を果たしていくことが重要である。また、互助としての活動に取り組もうとする組織などに、場所の提供やコーディネートなども含めた一定の支援をするなどにより、インフォーマルな資源を、市町村のフォーマルな仕組みの中に位置づけ、地域包括ケアシステムを構築

していくことも可能であり、この場合も、市町村の主導的な取組が重要になるだろう。

- 要介護者であるからといって、すべて介護保険による介護サービスで支えるのではなく、こうした「自助」「互助」等による生活支援を取り入れて、まさに包括的に支えていく視点が重要である。

＜地域資源を生み出す＞

- 他方、地域の資源だけではどうしても地域の課題とニーズに対応できない状況も想定される。このような場合は、新たにサービスや支援の仕組み・仕掛けを生み出す必要がある。
- その場合でも、従来のように安易に一定の事業やサービスに係る公的補助や支援を行うことにより「官製市場」を作ってしまうのではなく、民間事業者の創意工夫や、地域住民や高齢者自身による自発的な取組を促すような形で地域資源を生み出していくことが、持続可能な地域資源とするために重要なのではないだろうか。
- こうした視点に立ち、例えば、地域ケア会議などの関係者が集まる機会などを活用しながら、社会福祉協議会や社会福祉法人、NPO 等とも連携・協働して地域資源を生み出すことも考えられる。
- また、地域資源の担い手を増やしていくには、生涯学習や社会教育、市民活動支援などと連携しながら、ボランティアやサポーター等の養成、セミナー、研修等の取組も重要であり、また、こうした担い手を地域の課題に適切に結び付けていくコーディネーターづくりも重要である。

■生活支援の主体と財源

＜生活支援の主体＞

- 生活支援は、「自助」「互助」で行う場合、民間企業、NPO、社会福祉法人など様々な提供主体があるのが望ましい。また、「共助」「公助」で行う場合は、公平性や優先順位のあり方にも配慮しつつ、基礎的自治体や地域包括支援センターはコーディネートの役割を果たすべきである。
- こうした取組をより自立的な活動として組織化していくためには、さらに踏み込んで、地域内に住民によって構成される地域づくりのための中間組織を立ち上げるといったことについても、地域包括ケアシステムを構築するための手法として検討すべきではないだろうか。

＜生活支援を整備促進するための財源や制度的枠組み＞

- 生活支援は、元来、人々の生活に密着したものであり、多くの人にとっては自助や互助によって成り立っていることから、「共助」や「公助」で支える場面は限られてくる。しかしながら、「自助」や「互助」のための社会資源の立ち上げのための支援

や、生活を成り立たせることが困難な生活困窮者には、「共助」や「公助」も活用しつつ、生活支援を実施する必要がある。

- 具体的に市町村が生活支援の整備を「共助」や「公助」として促進していく方法は複数存在する。要介護高齢者やその予備軍の高齢者については、介護保険制度の中で、「地域支援事業」や「介護予防・日常生活支援総合事業」などで対応する方法が考えられるだろう。一方で、必ずしも介護とは直接関係ない高齢者一般に対する支援策と捉えた場合には、基礎的自治体の自治事務として、また高齢者福祉事業として、一般財源により実施するなどの方法も考えられるのではないだろうか。
- このように考えた場合、介護保険法制定以前から高齢者の生活を支えてきた老人福祉法の位置づけについても、再検討する必要があるのではないだろうか。介護保険によって、介護のみならず生活支援の多くが介護保険に組み込まれたことによって、老人福祉法の守備範囲は、従来よりも限定的なものとなってきた。
- しかしながら、介護保険の中核は、専門性を伴う介護にかかる給付や事業を行うものであり、また、過去、一般財源化されてきた生活支援も多くあることから、住まいや生活支援の一部は、介護サービスを提供する前提としての基盤を確保するとの認識に基づき、老人福祉法の中で取り扱われることが適当との考え方もある。こうしたことから、今後、地域包括ケアシステムの構築を念頭に、老人福祉法の見直しに関する議論を開始すべきではないだろうか。

■ 「都市部」と「都市部以外の地域」における資源確保のアプローチの違い

- 地域包括ケアシステムの構築は、「自助」「互助」「共助」「公助」のバランスの上に成り立つため、地域資源のバランスが異なる「都市部」と「都市部以外の地域」では、そのアプローチが異なってくる。同じ都市部でも地方の中核市と東京、大阪などの大都市圏でも事情が異なるが、地域によるアプローチの違いを表現するという観点から、以下では、「都市部」と「都市部以外の地域」に分けて、生活支援を含む、地域包括ケアのアプローチについて例示する。

＜都市部における生活支援のあり方の例＞

- 都市部においては、職住分離が進み、老齢期になってはじめて地域社会と接する高齢者も多く、地域社会の中で、うまく生活を成り立せることができないといったこともある。また都市部では親族が近居しているとは限らないことなどから、生活上の困難がある場合も、親族や近隣住民による支援を受けにくい環境がある。ボランティア組織などが形成されている場合でも、真に困ったときに頼れる互助の基盤が脆弱であるのも都市部の特徴のひとつである。
- 他方、人口集中が進む都市部では、民間の市場そのものは大規模であることから、民間の市場サービスの選択は比較的豊富であり、自助として、こうしたサービスを購入することで生活を成り立てる選択を拡大することもできるだろうし、そうし

た民間の取組を伸ばしていく視点も重要である。また、介護サービス事業者等も比較的多く、利用者として選択できる環境にあることが多い。

＜都市部以外の地域における生活支援のあり方の例＞

- 地方の小規模都市や農村等の都市部以外の地域においては、現在でも、家族、親族、近隣といった「伝統的な地域社会」の支え手が健在の地域も多い。こうした地域では、互助としての支援が、比較的豊富に提供されている場合が多い。
- 他方、人口の減少に伴い、民間のサービスが十分な市場規模を持ち得ないために、高齢者だけでなく、一般の住民も生活を営むのに苦労するような地域も存在する。こうした地域においては、「自助」によってサービスを購入することで生活を成り立たせるといったことが困難になることから、必然的に、それ以外の方法によって生活を維持する必要が生じる。その場合には「互助」とその組織化を支援する市町村が、より大きな役割を果たすことになるであろう。

3. 医療・介護の連携

■地域における各主体・多職種間の連携

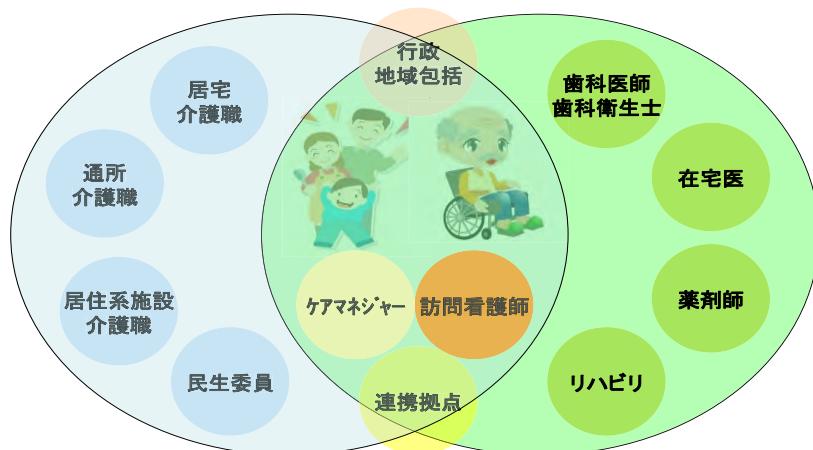
- 地域包括ケアシステムが実現している地域の高齢者の生活は、一般的に、単一の事業所から提供される単一のサービスだけで支えられるのではなく、その人の身体の状況や家族、住居等の環境等に応じて、様々な地域資源を組み合わせながら支えられる。こうした複合的な支援を実現するのが、地域における様々な主体や職種の間の連携である。
- 各主体間・職種間の「連携」には様々な段階があると考えられる。現状では、退院調整時に病院の看護師等が地域包括支援センターに電話連絡するといった「リンクエージ」のレベルの連携が多いが、サービス提供の機能的な連携を推進するためには、医療・介護にわたるサービス提供主体が適切かつ定期的に情報共有を図る「コーディネーション」のレベル、そして最終的には、情報が一元化される「インテグレーション（統合）」のレベルに引き上げていくことを目標とすべきである。
- こうした医療、介護の連携の中心になるのは、ケアマネジャーと訪問看護や地域で活動する保健所等の看護職である。とりわけ、訪問看護の看護職は、医療と介護の間にあり、利用者を中心として家族、地域住民、多主体・多職種の連携・協働を促すうえでも中心的な役割を担うことが期待されている。今後、地域における看護職は、単に訪問看護業務等を担うだけでなく、連携の要として、より広い視野にたった役割を担っていくべきではないだろうか。
- 地域ケア会議では、多職種の参加の下、個別の利用者のケース検討を行うことを通じて、そのケースにおける課題解決やケアマネジメント支援を行うとともに、ネットワーク構築を通じて多職種連携を深めていく機能を果たしていくことが期待され

ており、地域における課題解決能力を向上させていく上で重要な役割を担う。

■医療と介護の連携のための相互理解

- 医療と介護の連携機能の高度化を図っていくためには、現場において多職種間で「顔の見える関係」を構築し、介護職と医療職間の、「共通言語の理解」や「コミュニケーションの促進」によって、それぞれの専門性と地域包括ケアシステムの中で果たしている役割について相互に理解することが、第一歩になる。
- こうした相互理解を進めるためには、現在、取組が進められてきている在宅医療連携拠点事業と地域ケア会議をはじめとする地域包括支援センターの取組が適切に連携・協働し、その中で、多職種連携の関係性作り（顔の見える関係作り）、多職種合同の事例研究等の機会の増加、地域連携パスの構築、ICTを活用した連携環境の整備等を進めていくことが重要ではないだろうか。
- このようなコミュニケーションの向上・改善による意思疎通の促進や考え方・方針の共有により、急性期、回復期の段階で、可能な限り要医療の状態とならないようリハビリテーションやケアを提供することが可能となるのではないだろうか。例えば、医療機関で安易に胃ろうの造設を選択したり、長期入院でリハビリ困難な状況になってから在宅復帰をさせるといったことを回避することができるのではないだろうか。そして、このようなことを推進するための方策を国として明確に示していくことが重要ではないだろうか。

【医療・介護の連携に向けたイメージ】



①顔を会わせる機会 ②課題抽出 ③共通言語の理解 ④ルールの合意

川越委員提供資料

■在宅医療の担い手を増やすための方策

- 地域包括ケアシステムの構築において、在宅医療の存在は欠かせないものであるが、開業医の在宅医療への参入は、依然として必要な水準に達していない状況である。

- 在宅医療を行う医師に対して、地域のケアマネジャー、看護師、介護職、リハビリスタッフ、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士等の多職種が強力な応援団となるということを示した上で、多職種協働（IPW：Inter-Professional Work）の成功事例を効果として体感してもらうことが重要ではないだろうか。多職種チームが機能すれば、医療・介護ニーズの高い重度の利用者や終末期患者であっても、支援が可能になるということを体感することで連携に向けた取組みが活性化するきっかけになるのではないか。
- 在宅医療連携拠点の整備や市町村による地域支援事業の充実を推進するためには、市町村が、公的な立場から地区医師会や関係事業者・専門職団体を活動の中に巻き込んでいくことも重要ではないか。事業者・専門職団体を巻き込むことにより、主として医療現場に配置されている専門職の組織的、継続的な関わりが可能になるとともに、これらの専門職の介護業務の経験が医療にもフィードバックされることにより、医療と介護の連携が更に推進されるのではないか。
- さらに、真の医療・介護の連携を推進するためには、多職種がともに学び、各専門職の立場から実践を振り返り、共有する多職種教育（IPE：Inter Professional Education）を継続的に実施することも有効ではないか。

■医療・介護の連携による予防的ケア

- 一般的に、大半の要介護者は、常時、医療サービスを必要とする状態ではなく、適切な介護サービスの提供により在宅生活の継続は可能であると考えられる。
- 最後まで可能な限り医療依存度を高めない方向で日々のケアを提供するといった予防的な視点から介護サービスが提供されることや、利用者自らが意欲をもって生活を続けられるよう自立支援の観点からケアマネジャーへのリハ職・看護職からの早期の助言がされることが重要である。
- たとえば、訪問看護については、単に訪問看護指示書に基づく療養上の世話を提供するものと捉えるのではなく、定期巡回・随時対応型訪問介護看護における看護職員に見られるように、予防や自立支援の観点から介護職員に対して適切な助言を行ったり、重装備な医療が必要にならないようにするために、早い段階から看護が関わるといった発想の転換が必要ではないだろうか。
- また、日ごろの介護を担う介護職が、具体的な日常生活の状況を継続的なアセスメントに基づき適切に医療職に伝達することで、医療職が心身の状態の変化をできる限り早期に把握し、適切な医療サービスの提供につないでいくということや、その後に発生しうる状況の予測を示し、先を見越した予防的なケアの方向性を、介護職や家族等に助言するといったことが期待される。

■医療と介護における制度面での連携

- 医療と介護の連携を進める中で、短期入所、訪問看護、訪問リハビリテーション、

通所リハビリテーション等の居宅での医療系サービスについては、他の在宅サービスとの役割を明確にしつつ、また施設系サービスについては、その役割や在宅サービスとの連携の在り方も含めて、地域包括ケアシステムにおけるそれらの位置づけを引き続き検討すべきではないだろうか。

- その場合、様々な地域の実情と介護ニーズと医療ニーズの実態を踏まえた上で、各サービス提供主体の機能や特徴をどのように組み合わせて整備すれば最善の対応が可能になるか、といった視点や、医療施設におけるリハビリテーションから地域における居住生活の維持向上を目指したより広い意味でのリハビリテーション（地域リハビリテーションの概念）まで含めた体制をどう構築するか、といった視点が重要ではないだろうか。

＜第三部＞地域包括ケアシステムにおけるサービスのあり方

- 地域包括ケアシステムにおけるサービスのあり方については、多種多様な課題があるが、本報告では、第一部で整理した「自助・互助・共助・公助」の役割分担という観点もふまえながら、持続可能な地域包括ケアシステムの構築のため特に大きな課題となっている「要支援者向けのサービス」「訪問介護や通所介護等の介護サービス」について議論した。

1. 要支援者向けのサービスのあり方

＜地域や個人の固有性を重視したアプローチ＞

- 一般的に、要支援者と要介護者を比較した場合、要支援者は、残されている心身の能力が高い。また、残されている能力が高いほど、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、要支援者向けのサービスについては、多様な需要に対応することが必要になる（生活支援については 17 ページ以降でも議論を整理した）。
- 介護予防についても、引きこもり防止や、継続的な社会との関わりが目的となっている場合が多く、サロン（集いの場）などについては、個人の嗜好性が強調される場合が多いのではないか（軽度者の介護予防については、8 ページでも議論を整理した）。
- また、それぞれの地域のもつ「自助」「互助」「共助」「公助」の機能のバランスの違いから、生活支援や介護予防の方法も地域によって異なる。都市部を中心として、配食などの生活支援サービスや娯楽施設等が民間市場サービスとして一般化している地域もあれば、伝統的な地域社会が自然な形で生活支援や集いの場を実現している場合も少なくない。
- 要支援者に対するサービスの中でも、こうした地域文化や一般民間サービスの市場規模、個人の嗜好性などが反映されやすいサービスは、身体介護のように専門技術によって標準化されているサービスと異なり、それぞれの地域の固有性を重視したアプローチで対応できるよう制度設計されることが望ましいのではないか。

＜地域の実情に合わせた資源投入のあり方＞

- 今後は、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、地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の枠組みを用いて、地域の社会資源等の地域の実情に合わせた形で市町村が創意工夫をする中で、住民主体の生活支援の取組などを積極的に活用して、事業を展開していくことが重要ではないだろうか。
- また、市町村が実施主体として社会資源の開発に努めながら事業を展開することに

より、地域で不足している生活支援の創出にもつながると考えられる。さらに、軽度者の生活支援を保険給付から事業に移行することにより、効率的に要支援者に対する支援が行われ、今後、さらに増加する要介護者、とりわけ中重度の利用者の在宅継続を支える取組に対して、必要な財源及び人材を重点的に投入することが可能となるのではないだろうか。

2. 要介護者等向けのサービス（個別の介護保険給付）のあり方

■訪問介護のあり方

- 中重度者の要介護者で在宅生活を継続しているケースには、同居家族の身体介護における負担が大きくなっている場合が少なくない。レスパイト機能を持つサービスの需要が高まる背景には、訪問系の身体介護サービスが適切に提供されていない（利用されていない）という問題もあるのではないだろうか。とりわけ、身体介護のニーズが高まる要介護3以上でのショートステイの長期利用や特養申込者が増加する現象は、こうした在宅での身体介護の不足も影響しているのではないだろうか。
- 在宅での家族介護に対する支援を強化するという観点からも、平成24年度から導入された定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護は、在宅生活継続を実現する上で重要なサービスであり、今後も普及・拡大していく必要があるのではないだろうか。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の導入と並行して、平成24年度より身体介護における20分未満の時間区分が一定の条件のもとに導入された。在宅における1日の生活リズムにあわせた一日複数回の短時間巡回型ケアの提供は、自立支援を実現し、在宅限界点を引き上げていく上で重要なケアであり、アセスメントに基づく短時間巡回型のケア提供を推進することは、地域包括ケアの実現において、重要な意味をもつ。今後は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や20分未満の身体介護によるADL（日常生活動作能力）やQOL（生活の質）の維持向上を通じた在宅生活継続に関する効果について十分に検証するとともに、アセスメントに基づく短時間ケアの有効性について普及啓発を進めることが必要ではないだろうか。さらに、短時間ケアの有効性を踏まえた訪問介護における介護報酬のあり方について再検討する必要があるのではないだろうか。
- また、訪問系のサービスにおいては、夜間・深夜帯は、日中に比べ、人材の確保が難しい状況があることから、夜間・深夜帯も含めて適切に業務を行う事業所に対する報酬上の評価を相対的に手厚くするといった工夫が必要ではないだろうか。

■通所介護サービスのあり方

＜通所介護に関する問題の所在＞

- 通所介護は、要介護者の居場所を提供し、社会への参加を促進しつつ、生活機能を

維持するための様々な機能訓練が行われると同時に、家族の介護負担に対するレスパイトサービスとして重要な役割を担っている。実際、通所介護の給付費は年間1.3兆円に達しており、全サービスの15.7%を占めている「人気サービス」に成長している。

- また、小規模の事業所は介護報酬単価が高く、実際に参入事業所数も、小規模事業所の増加が顕著な状況にあることから、事業者にとっても、資本回収が比較的容易な事業として魅力的なサービスになっているものと考えられる。
- 小規模な通所介護サービス事業所が増加し、通所介護の給付費が増えている現状を踏まえ、運営実態を明らかにすることが必要ではないだろうか。その上で、通所介護の給付全体の効率化を図るような方策について検討が必要ではないだろうか。

＜報酬額算定の要件＞

- 通所介護の一日あたりの介護報酬には、移送サービス分を含んでおり、また介護老人福祉施設では、居住費が別途請求されているといえ、一日あたりの介護報酬は、通所介護の方が介護老人福祉施設と比べ高額となっている。介護保険料の引き上げが続く中、主に日中のレスパイト機能を提供する通所介護に対して施設より高額の費用を投じることの是非について、改めて検討する必要があるのではないか。
- また、通所介護は、介護従事者からみても労働時間が日中帯に固定されており、夜勤がないなど、施設や訪問系のサービスに比べ働きやすい環境にあるのではないか。小規模の事業所などでは介護報酬も高く、職員を雇用する余裕もあるため、介護人材が通所系に集中するといったことが起きているのではないか。

＜機能別にみた通所介護のあり方＞

- 通所介護については、その機能に着眼し、①預かり機能（レスパイト）に特化したサービス、②機能訓練を中心とした自立支援の要素の強いサービス、③専門性を持って認知症ケアに特化したサービス、④ナーシング機能を持つサービス等に分類・整理することができるのではないか。
- また機能訓練を中心とした通所介護については、事前に十分なアセスメントを行った上で、具体的な到達目標（歩行能力の改善など）を明示し、継続的なアセスメントを行いながら、成果が得られた後は、提供するサービスを変更していくべきではないだろうか。
- すでに要介護者に占める認知症者の割合が6割を超えており、各介護サービス事業所においても、認知症対応は標準的な介護となってきており、認知症対応型通所介護と通所介護の機能を明確に区分している現状をどう考えるか。
- 通所介護の機能訓練については、生活期リハビリテーションを実施している通所リハビリテーションの果たす役割との異同を考慮しつつ、自立支援に資するものかどうかという観点から整理を行う必要があるのではないか。たとえば、現状が

維持できる、あるいは重度化をより遅らせることができるといったサービスに期待される機能という視点から介護保険給付のあり方を検討すべきではないだろうか。

＜サービスの提供に見合った報酬＞

- 前述の通所介護の機能に着目した区分に基づき、それぞれのサービスが報酬に見合ったサービスを提供しているか、あるいは「サービスの提供に専門性を必要とするか」といった視点から、介護報酬にメリハリをつけることについて、検討すべきではないだろうか。
- また、比較的高額の基礎的な介護報酬点数に、個別の機能を加算によって評価する現行の報酬体系を改め、すべての機能区分に共通している預かり（レスパイト）機能部分を薄く報酬で評価した上で、専門性の高い機能をより高く評価するといった介護報酬の仕組みを採用することについて検討すべきではないだろうか。

＜通所介護の今後の工夫＞

- 今後の高齢者は現役時代に地域外で就労していた人も多く、退職後、地域に居場所がなく、閉じこもりがちになる者もいる。現行制度では、要支援状態の方にも介護保険サービスが給付されることから、単に居場所を求めて、相対的にコスト高の介護保険サービスを利用している場合も少なくない。こうした高齢者の方に対しては、見守り、配食、外出支援、サロン（集いの場）など地域の活動を充実させ、選択肢を増やすことによって、介護保険サービスを利用しなくとも、社会参加が促進され、健康が維持されるのではないだろうか。
- また、今後、多様な価値観を持つ団塊世代が利用者となってくることを想定し、特に社会参加型の通所介護においては、メニューやアクティビティの多様化が必要になると考えられる。各事業所の創意工夫に基づく有料サービス（全額自己負担）と通所介護との組み合わせがしやすい仕組みの検討等、サービス内容の多様化を進めるべきではないだろうか。
- とりわけ認知症の人に関しては介護者支援も大きな課題である。たとえば、通所介護において、要介護者に対するケアを提供するだけでなく、介護者に対するサポートも組み合わせて提供するといった取組によって、結果的に本人の在宅生活の継続につながるのではないだろうか。
- 一方、通所系サービスにおいては、移送サービスが提供されることが、足腰が弱っている高齢者にとって魅力となっている。移送手段が十分に確保されていれば、必ずしも通所系の介護保険サービスに限らず、地域内の様々なサービスや集いの場（たとえば、喫茶店やカラオケ店、雀荘、墓会所など）に出向いたいと考える高齢者は少なくない。地域内のボランティアやコミュニティバスなどを有効に活用しつつ、より活発な外出支援を行うことが考えられるのではないだろうか。
- 通所介護について、いわゆる「お泊りデイ」が増加している状況があるが、まず小

規模多機能型居宅介護やショートステイの緊急時受け入れ等の介護保険サービスを充実させていく取組が重要である。一方で、いわゆるお泊りデイに対して、夜間の十分なケア体制がない、泊まりの環境が十分でない等の問題点も指摘されていることから、指定事業所のサービスの営業時間外にその設備を利用して同じ対象者に提供されるものであることにかんがみ、サービスの届出制度など、サービスの実態が把握され、利用者や、ケアマネジャーに情報が提供される仕組みなどを検討すべきではないだろうか。

■ショートステイのあり方

- ショートステイや通所系サービスは、レスパイト機能を持つ居宅サービスとして、家族介護者からも人気が高く、また家族介護者の就労機会を確保する上でも重要な役割を担っている。
- ただし、ショートステイを一ヶ月以上にわたって利用するような、ロング利用が見られる状況は、心身の状態の維持改善という観点からも不適切なサービス利用といえるのではないだろうか。また、こうしたショートステイのロング利用は、擬似的な施設入所、あるいは施設入所の待機場所となっている側面もあり、真に在宅の継続が可能な状態にあるといえるだろうか。
- また、ショートステイを利用した際にかえって自立度が低下し、在宅復帰が遅れる場合があるという指摘がある。ショートステイ利用者の在宅での生活や介護の状況を、日頃サービスを提供している居宅介護事業者とショートステイ事業者が十分に情報連携し、利用中のケアのあり方に十分配慮することが必要ではないだろうか。
- ショートステイに関しては、地域によっては、緊急時の受入体制が不十分であり、その強化を図るべきではないだろうか。

おわりに

- 本報告書では地域包括ケアシステムの構築における今後の優先課題を明確にすることを目的に論点を整理したものである。本研究会は、地域包括ケアの提供をどのように実現するかという観点から議論を行ったため、介護保険給付にとどまらず、自助や地域の互助、これらを活用した生活支援や住まいの支援などにも範囲を広げて議論を行っている。
- また、本報告書は、現状に対する批判を行うことに主眼を置かず、2025年の地域包括ケアシステムの構築に向けて、現段階で取り組んでおく必要のある論点を整理した。
- 一方で、介護保険における介護サービスのあり方については、すべての分野について網羅的な論点提示とはなっていない。しかしながら、介護保険の財源（保険料、

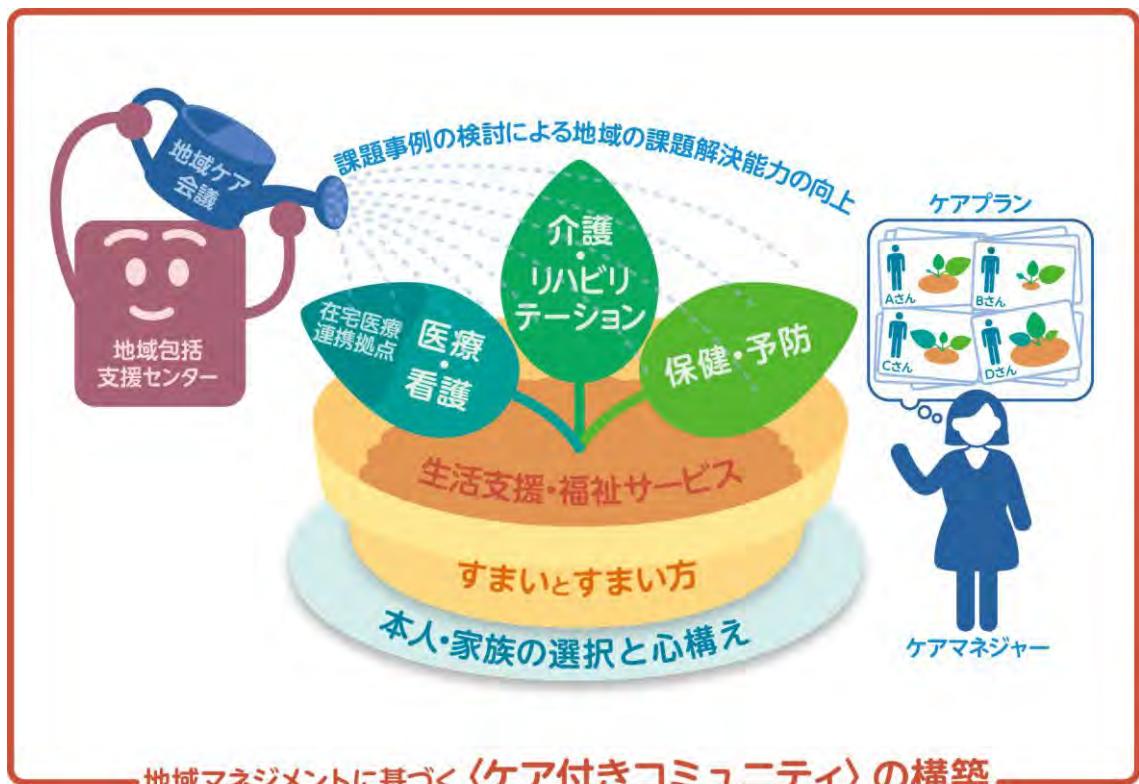
税)には限りがあることから、介護保険制度に基づく保険給付としての枠内で、どの範囲まで給付を行うかについての議論は、今後の地域包括ケアシステムの議論と並行して十分に議論を深める必要があるだろう。

- 本報告書で提起した論点を参考に、地域包括ケアシステムを支えるすべての関係者の間で、今後の方向性についてより具体的な議論が進められることを期待したい。

■コラム■「ケア付きコミュニティ」としての地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムを別の視点から表現すると「ケア付きコミュニティ」と考えることもできる。「ケア付きコミュニティ」とは、「どこに住んでいても…戸建ての家でも集合型住宅でも施設(=ケアが組み合わされた特別な住宅)でも…同じ条件で医療・介護サービスを利用できる生活圏域」とさしあたり定義することができるだろう。

生活に対する嗜好や経済力が人によって違う以上、住まいや住まい方(生活の形態)は個人の選択によって様々である。ただし、住まいと住まい方がどのようなものであれ、選べる介護・医療・予防サービスの種類には差がないようになってはじめて「ケア付きコミュニティ」と呼べるだろう。



地域マネジメントに基づく〈ケア付きコミュニティ〉の構築

田中滋座長の図をもとに事務局が作成

近年は、「ケア付き高齢者住宅」といった、基本的には一般住宅であるが、必要に応じてケアを提供するバリアフリー住宅も登場しているが、その住宅の居住者は、介護保険施設と同じ条件でケアを受けることができる。その考え方をそのまま地域のサイズまで引き伸ばせば「ケア付きのコミュニティ」と考えることができる。

こうした「ケア付きコミュニティ」を実際に構築・運営するためには、各市町村には地域のマネジメント力も要求される。「ケア付き住宅」ならば、その住宅を提供する事業者が全体のマネジメントを行えばよいが、「ケア付きコミュニティ」では、地域の中に様々な団体や企業が提供するサービスが多数存在するため、全体をマネジメントするためには、市町村の積極的な取組が必要となる。生活支援による生活の確立をベースに、医療・介護・予防の専門サービスを組み合わせるのは、ケアマネ

ジャーである。医療は、在宅医療連携拠点を核として、医療と介護の連携を進めながら、適切な医療を提供していく。また、地域ケア会議は、地域包括支援センターが中心となって、困難事例など個別の課題の解決を通じて、地域の課題を浮き彫りにし、地域全体の課題解決能力を向上させていくことが期待されている。市町村は、在宅医療連携拠点や地域包括支援センター等の各拠点の動きを俯瞰しながら、地域包括ケアシステムの構築・改善(地域マネジメント)を進めていくことになる。

資 料 編

研究会において委員及びオブザーバー（厚生労働省）から提供された資料を掲載する。

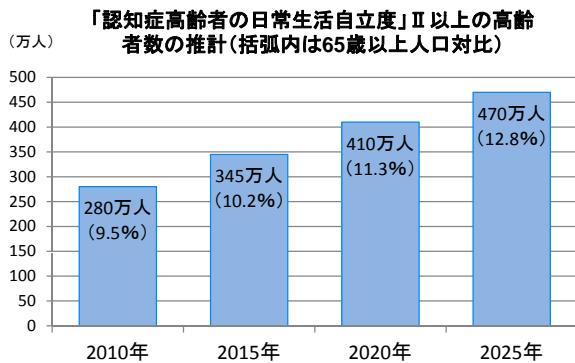
高齢者施策の現状

今後の介護保険をとりまく状況について

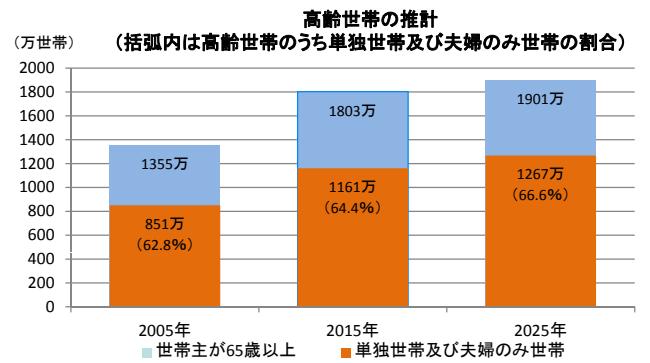
① 75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2010年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	11.1%	13.0%	18.1%	26.1%

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」 (平成25年度から29年度までの計画)

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- 「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成・普及
 - ・平成24～25年度 調査・研究を実施
 - ・平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画（市町村）に反映

2. 早期診断・早期対応

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 35,000人 → 平成29年度末 50,000人
【考え方】高齢者人口約600人（認知症高齢者約60人）に対して、1人のかかりつけ医が受講。
※ 後述の「認知症の薬物治療に関するガイドライン」も活用して研修を実施
- 認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,000人
【考え方】一般診療所（約10万）25か所に対して、1人のサポート医を配置。
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ・平成24年度 モデル事業のスキームを検討
 - ・平成25年度 全国10か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成26年度 全国20か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成27年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討
※ 「認知症初期集中支援チーム」は、地域包括支援センター等に配置し、家庭訪問を行い、アセスメント、家族支援等を行うもの。
- 早期診断等を担う医療機関の数
 - ・平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。
【考え方】認知症疾患医療センターを含めて、二次医療圏に1か所以上。
※ いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能（早期診断・早期支援、危機回避支援）について、平成25年度までに、認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い、それを踏まえて検証する。

- 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着
 - ・平成24年度 「地域ケア会議運営マニュアル」作成、「地域ケア多職種協働推進等事業」による「地域ケア会議」の推進
 - ・平成27年度以降 すべての市町村で実施

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 - ・平成24年度 ガイドラインの策定
 - ・平成25年度以降 医師向けの研修等で活用
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
 - ・平成24年度～ 調査・研究を実施
- 「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成
 - ・平成24年度 クリティカルパスの作成
 - ・平成25～26年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画に反映

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介護サービスの整備を進める。（別紙参照）

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- 認知症地域支援推進員の人数
平成24年度末見込 175人 → 平成29年度末 700人
【考え方】5つの中学校区当たり1人配置（合計約2,200人）、当面5年間で700人配置。
※ 各市町村で地域の実情に応じて、認知症地域支援推進員を中心として、認知症の人やその家族を支援するための各種事業を実施
- 認知症サポーターの人数（累計）
平成24年度末見込 350万人 → 平成29年度末 600万人

- 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数
平成24年度見込 40市町村
将来的に、すべての市町村(約1,700)での体制整備
- 認知症の人やその家族等に対する支援
 - ・平成24年度 調査・研究を実施
 - ・平成25年度以降 「認知症カフェ」(認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場)の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進

6. 若年性認知症施策の強化

- 若年性認知症支援のハンドブックの作成
 - ・平成24年度～ ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付
- 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数
平成24年度見込 17都道府県 → 平成29年度 47都道府県

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- 「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定
 - ・平成24年度 前年度に引き続き調査・研究を実施
 - ・平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用
- 認知症介護実践リーダー研修の受講者数(累計)
平成24年度末見込 2.6万人 → 平成29年度末 4万人
【考え方】すべての介護保険施設(約15,000)とグループホーム(約14,000)の職員1人ずつが受講。加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所等の職員については、すべての中学校区(約11,000)内で1人ずつが受講
- 認知症介護指導者養成研修の受講者数(累計)
平成24年度末見込 1,600人 → 平成29年度末 2,200人
【考え方】5つの中学校区当たり1人が受講。
- 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数(累計)
新規 → 平成29年度末 87,000人
【考え方】病院(約8,700)1か所当たり10人(医師2人、看護師8人)の医療従事者が受講。

(別紙)

認知症高齢者の介護サービス利用について
(5年後の推計)

(単位:万人)

認知症高齢者数の居場所別内訳		平成24年度 (2012)	平成29年度 (2017)
認知症高齢者数		305	373
在宅介護		149	186
うち小規模多機能型居宅介護		5	14
うち定期巡回・随時対応型サービス		0	3
居住系サービス		28	44
特定施設入居者生活介護		11	19
認知症対応型共同生活介護		17	25
介護施設		89	105
介護老人福祉施設		48	58
介護老人保健施設等(介護療養型医療施設を含む。)		41	46
医療機関		38	38

※端数処理の関係で積み上げ(は)一致しない。

【推計の考え方】

- 各年度の「認知症高齢者数」については、将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所:H24.1推計。死亡中位出生中位)に、平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乘じて推計。
- 平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者の居場所別内訳を基に、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」(以下、「一体改革試算」という。)における各サービスごとの利用者増加率等(※)を乗じて推計した。

(※)増加率等には、平成22年度に対する各サービス別利用者数増加率に次の要素を含めて補正している。

【平成24年度】介護施設の入所者に占める認知症割合を増加。

【平成29年度】認知症高齢者数の増加(平成22年度:208万人→280万人)及び精神科病院からの退院者の受入増に対応するため、以下の①～③の整備等を行う。

- 認知症対応型共同生活介護及び特定施設入居者生活介護については一體改革試算より更に整備を促進。
- 特定施設入居者生活介護及び介護施設の入所者に占める認知症割合を増加。
- 在宅介護においても、小規模多機能型居宅介護の整備を更に促進するなど、認知症に対応可能なサービスを整備する。

- 「医療機関」の認知症患者数は、副傷病名に認知症がある者を含む。

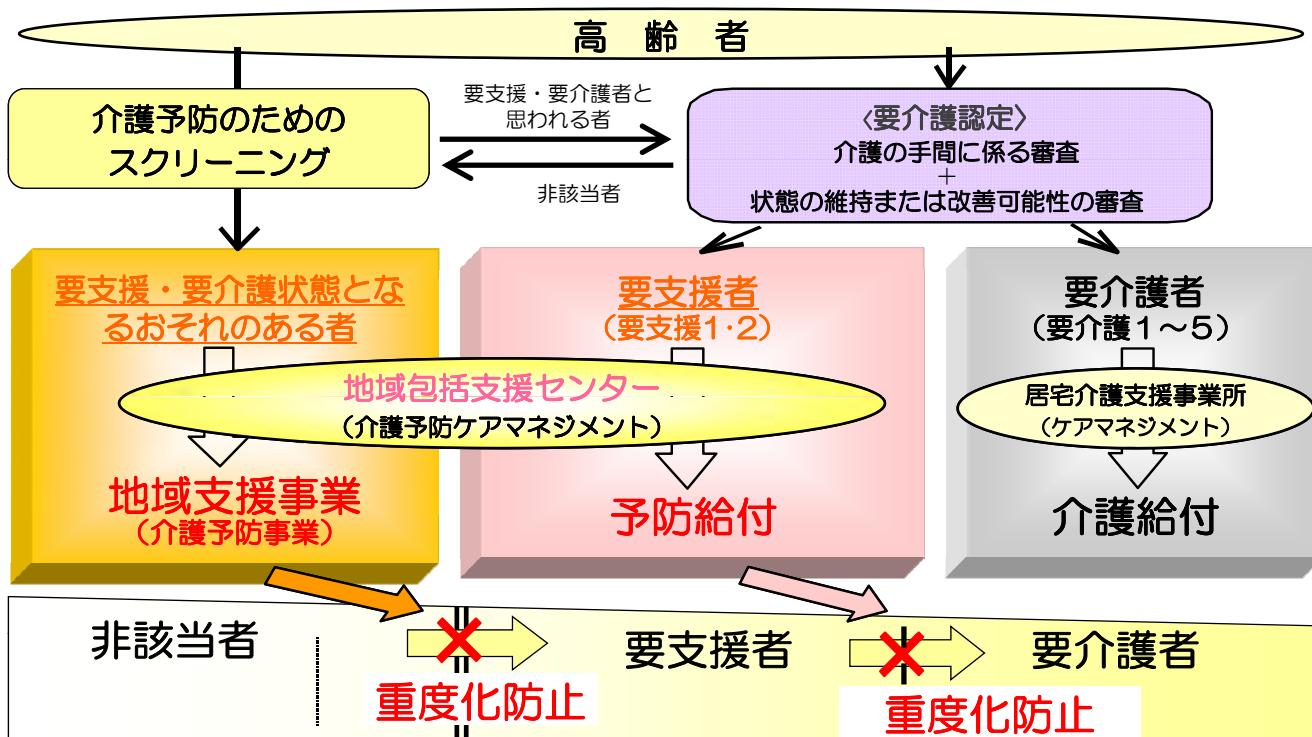
(注)医療機関の内訳(一般病院、精神科病院等)の認知症患者数については、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数データがないことから推計ができない。

なお、精神科病院に入院している認知症患者数は、平成20年約5万人(患者調査)となっている。認知症高齢者が同割合で精神科病院に入院すると仮定すれば、平成29年は約7万人と推計される。今回の推計では、介護サービスの整備拡充等による精神科病院からの退院者の受入増分を約2万人と見込んでおり、精神科病院の認知症患者数は平成29年約5万人と推計される。

介護予防事業について

介護予防（予防給付・介護予防事業）の全体像

- 要介護認定により要支援1・要支援2と認定された方に予防給付を提供。
- 要介護状態等ではない高齢者に対しては、介護予防事業を提供。



介護予防事業の概要

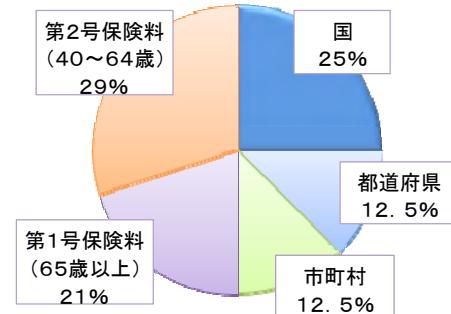
- 介護予防事業は介護保険法第115条の45の規定により、市町村に実施が義務付けられている。
- 要介護状態等ではない高齢者に対して、心身の機能や生活機能の低下の予防又は悪化の防止のために必要な事業として、各市町村が実施。
- 介護予防事業は介護給付見込み額の2%以内の額で実施（介護保険法施行令第37条の13）

一次予防事業

【対象者】高齢者全般

【事業内容】

- 介護予防普及啓発事業、
講演会、介護予防教室等の開催、啓発資材等の作成、配布等
- 地域介護予防支援事業
ボランティア育成、自主グループ活動支援 等



二次予防事業

【対象者】要介護状態等となるおそれのある高齢者（生活機能の低下等がみられる高齢者）

【事業内容】

- 通所型介護予防事業
運動器の機能向上プログラム、複合型（栄養改善、口腔機能向上等）のプログラム 等
- 訪問型介護予防事業
閉じこもり、うつ、認知機能低下への対応、通所が困難な高齢者への対応 等

介護予防のためのスクリーニング方法

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付け下さい)
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい 1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい 1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい 1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい 1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい 1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	0.はい 1.いいえ
7	椅子に座った状態から何度もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい 1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい 1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい 0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい 0.いいえ
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい 0.いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)	
13	半年前に比べて固いものが食べにくになりましたか	1.はい 0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい 0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい 0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい 1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい 0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい 0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい 1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい 0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい 0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやっていたことが楽しめなくなった	1.はい 0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい 0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい 0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい 0.いいえ

10項目以上に該当
運動 3項目以上に該当
栄養 2項目に該当
閉じこもり
認知機能
うつ

配布対象・配布方法

○ 基本チェックリストの配布

把握事業の全対象者に郵送等により配布・回収

ただし、地域の実情に応じた対応が可能

・3年間に分けて配布

・日常生活圏域ニーズ調査を活用等

○ 他部局からの情報提供等

下記の方法等で把握した者に対して基本チェックリストを実施

・要介護認定等の担当部局との連携

・保健部局との連携

・医療機関からの情報提供

・地域住民からの情報提供

・地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携

・本人、家族等からの相談

・特定健康診査等の担当部局との連携

・その他市町村が適当と認める方法

二次予防事業の対象者の判別方法

次の i から iv までのいずれかに該当する者を、要介護・要支援状態となるおそれの高い状態にあると認められる者として二次予防事業対象者とする

i 1から20までの項目のうち10項目以上該当する者

ii 6から10までの項目のうち3項目以上該当する者

→運動器の機能が低下

iii 11から12までの項目のうち2項目該当する者

→低栄養状態

iv 13から15までの項目のうち2項目以上該当する者

→口腔機能が低下

なお、上記に該当する者のうち、16の項目に該当する者、18から20のいずれかに該当する者、21から25までの項目のうち2項目以上に該当する者については、うつ・閉じこもり・認知機能の低下予防や支援にも考慮する必要がある

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする。

介護予防事業(二次予防事業<旧・特定高齢者施策>)の実施状況

		高齢者人口に対する割合					
年度	高齢者人口(人)	基本チェックリスト配布者 ^{*1} (配布者数)	基本チェックリスト回収者 ^{*2} (回収者数)	基本チェックリスト回収率 【回収者数／配布者数(%)】	特定高齢者候補者 ^{*3} (候補者数)	二次予防事業対象者 ^{*4} (対象者数)	二次予防事業参加者 (参加者数)
H18	26,761,472	—	—	—	—	0.6% (157,518人)	0.2% (50,965人)
H19	27,487,395	—	—	—	—	3.3% (898,404人)	0.4% (109,356人)
H20	28,291,360	52.4% (14,827,663人)	30.7% (8,694,702人)	58.6%	7.7% (2,178,952人)	3.7% (1,052,195人)	0.5% (128,253人)
H21	28,933,063	52.2% (15,098,378人)	30.1% (8,715,167人)	57.7%	7.1% (2,067,441人)	3.4% (984,795人)	0.5% (143,205人)
H22	29,066,130	54.2% (15,754,629人)	29.7% (8,627,751人)	54.8%	—	4.2% (1,227,956人)	0.5% (155,044人)
H23	29,748,674	55.8% (16,586,054人)	34.9% (10,391,259人)	62.6%	—	9.4% (2,806,685人)	0.8% (225,667人)

*1,2 基本チェックリスト配布者、回収者:平成18年度、19年度については調査なし

*3 特定高齢者候補者:平成18年度、19年度については調査なし

平成18～21年度は、基本チェックリストを用いて特定高齢者の候補者を選定し、生活機能評価の結果等をふまえて特定高齢者を決定

平成22年度以降は、基本チェックリストの結果のみで二次予防事業対象者を決定

*4 二次予防事業対象者:当該年度に新たに決定した二次予防事業の対象者と前年度より継続している二次予防事業対象者の総数

運動器の機能向上プログラムの内容と効果

○運動プログラムの実施期間・頻度

3ヶ月程度を1クールとし、週1～2回程度の頻度で実施

○運動プログラムの実施者

理学療法士、作業療法士、保健師など

○運動プログラムの実施場所

市町村保健センター、老人福祉センター、公民館など

プログラムの具体例

○ウォーミングアップ

ストレッチング、バランス運動



○主運動

筋力向上運動

○クーリングダウン

ストレッチング

期待される効果

○生活機能の向上

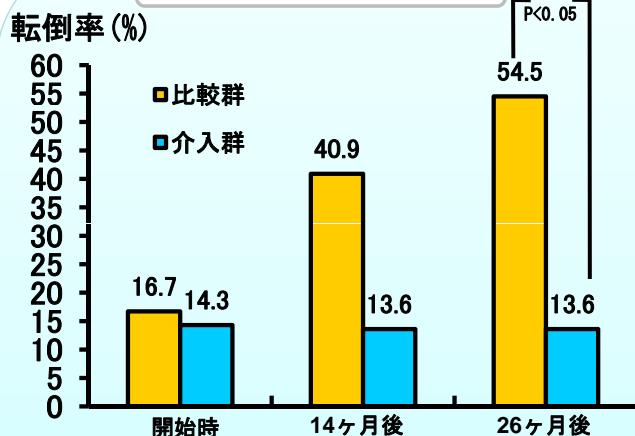
○筋力増強

○転倒・骨折予防

○膝痛予防・腰痛予防

○主観的健康観の改善

科学的根拠の1例



自宅で生活する高齢者を対象としたRCT(ランダム化比較試験)において、6ヶ月間の運動プログラムに参加することで、26ヶ月後の転倒率を統計学的有位($P<0.05$)に抑えることが証明された。

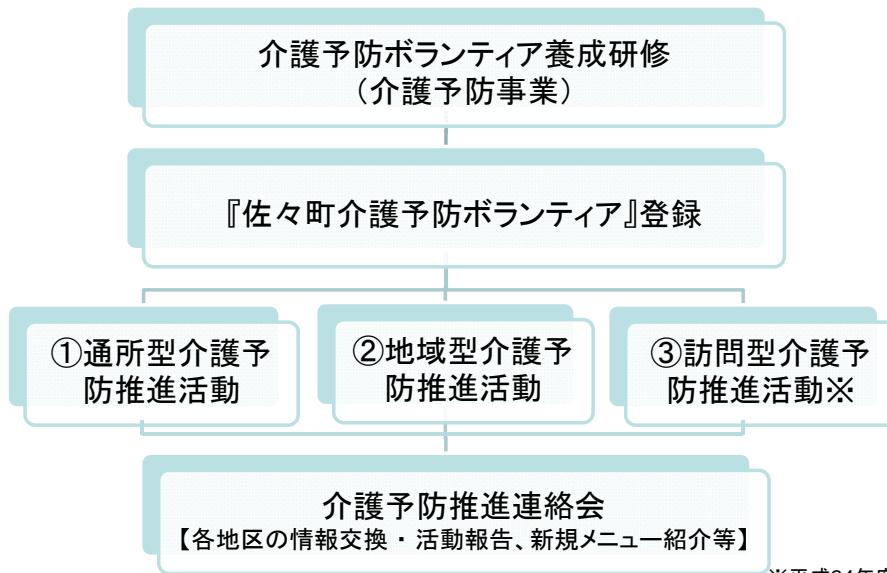
(Suzuki T et al. JBMM, 22, 602-611, 2004)

地域における互助の取組の推進

介護予防ボランティアによる介護予防と日常生活支援(長崎県佐々町)

- 「介護予防ボランティア養成研修」を受けた65歳以上の高齢者が、①介護予防事業でのボランティアや、②地域の集会所などでの自主的な介護予防活動、③要支援者の自宅を訪問して行う掃除・ゴミ出し等の訪問型生活支援サービスを行うことを支援。
- 平成20年度から実施し、平成24年12月現在45名が登録・活動中。
- 平成24年度からは介護保険法改正により導入した介護予防・日常生活支援総合事業で実施。

佐々町の介護予防ボランティア組織図



介護予防・日常生活支援総合事業で実施



※平成24年度より

小規模多機能型居宅介護事業所と併設した地域の交流拠点の設置(大牟田市)

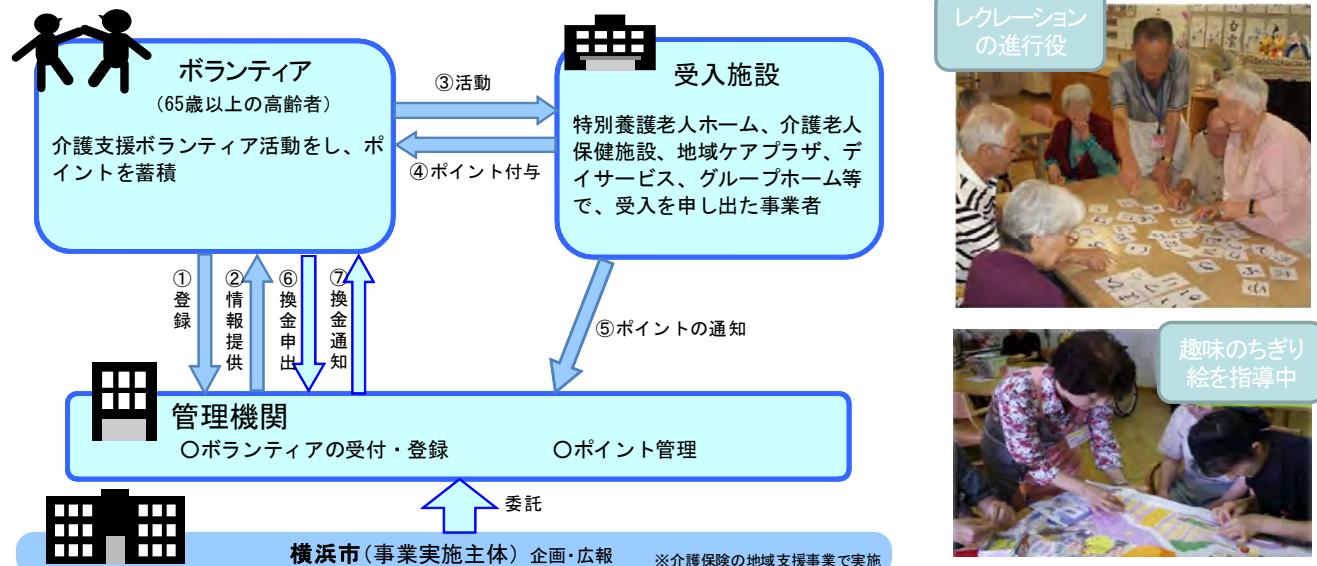
- 通いを中心に、訪問や泊まりのサービスを提供する小規模多機能型居宅介護に、介護予防拠点や地域交流施設の併設を義務付け、健康づくり、閉じこもり防止、世代間交流などの介護予防事業を行うとともに、地域の集まり場、茶のみ場を提供し、ボランティアも含めた地域住民同士の交流拠点となっている。
- 平成24年3月末現在、小規模多機能型居宅介護事業を行っている24事業所に設置。



介護支援ボランティアポイント(稲城市、横浜市など)

- 介護予防等を目的とした、65歳以上の高齢者が介護施設等でボランティアをした場合にポイントを付与し、たまたま付いたポイントに応じて、換金等を行うことにより、実質的に介護保険料の負担を軽減することができる制度(介護保険の地域支援事業で実施)。
 - 平成24年では、約87の自治体で実施(推計)。
- ※ 登録者数は、横浜市 7,079人、稲城市 521人(いずれも同年12月現在)等

<実施例>横浜市介護支援ボランティアポイント事業



高齢者の生きがい就労(柏市)

- 退職した高齢者が、社会とのつながりを保ち、地域で孤立することがないよう、(1)農業、(2)生活支援、(3)育児、(4)地域の食、(5)福祉の5分野で高齢者の就労の場を創生する。
- 平成24年12月現在、これらの分野でのべ139名の高齢者が就労している。



高齢社会対策大綱(抄)

平成24年9月7日閣議決定

第1 目的及び基本的考え方

1 大綱策定の目的

(2) 老後の安心を確保するための社会保障制度の確立

社会保障制度の設計に当たっては、国民の自立を支え、安心して生活ができる社会基盤を整備するという社会保障の原点に立ち返り、その本源的機能の復元と強化を図るため、自助・共助・公助の最適バランスに留意し、自立を家族、国民相互の助け合いの仕組みを通じて支援することとする。

(4) 地域力の強化と安定的な地域社会の実現

地域とのつながりが希薄化している中で、高齢者の社会的な孤立を防止するためには、地域のコミュニティの再構築を図る必要がある。また、介護の面においても、高齢化が進展する中で核家族化等の世帯構造の変化に伴い、家庭内で介護者の負担が増加しないように介護を行う家族を支えるという点から、地域のつながりの構築を図るものとする。地域のコミュニティの再構築に当たっては、地縁を中心とした地域でのつながりや今後の超高齢社会において高齢者の活気ある新しいライフスタイルを創造するために、地縁や血縁にとらわれない新しい形のつながりも含め、地域の人々、友人、世代や性別を超えた人々との間の「顔の見える」助け合いにより行われる「互助」の再構築に向けた取組を推進するものとする。

第2 分野別的基本的施策

2 健康・介護・医療等分野に係る基本的施策

(5) 住民等を中心とした地域の支え合いの仕組み作りの促進

ア 地域の支え合いによる生活支援の推進

一人暮らしの高齢者等が住み慣れた地域において、社会から孤立することなく継続して安心した生活を営むことができるよう体制整備を推進するため、民生委員、ボランティア、民間事業者等と行政との連携により、支援が必要な高齢者等の地域生活を支えるための地域づくりを進める各種施策を推進していく。

社会保障制度改革推進法(抄)

平成24年8月22日公布

(基本的な考え方)

第2条 社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする。

- 一 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わされるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと。
- 二 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時にを行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。
- 三 年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすること。
- 四 国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとすること。

自助・互助・共助・公助の役割分担

平成20年度地域包括ケア研究会報告書より抜粋

- 地域包括ケアの提供に当たっては、それぞれの地域が持つ「自助・互助・共助・公助」の役割分担を踏まえた上で、自助を基本しながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要。

自助

自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持

互助

インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等

共助

社会保険のような制度化された相互扶助

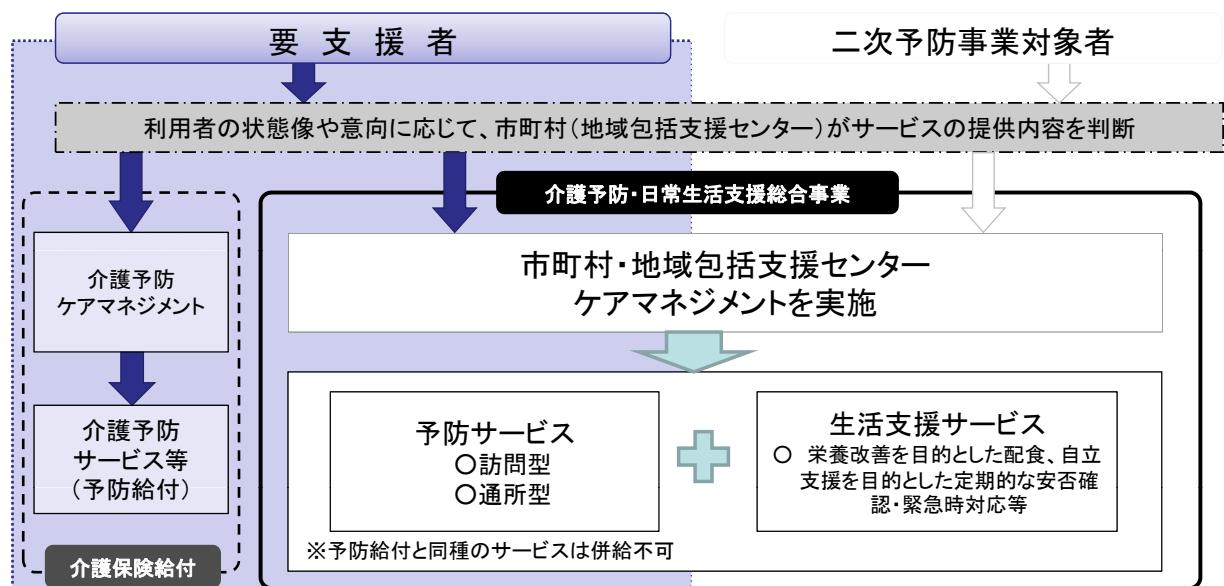
公助

自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等

介護予防・日常生活支援総合事業の実践例

介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)

- 市町村の選択により、地域支援事業において要支援者・2次予防事業対象者(要介護状態等となるおそれのある高齢者)における介護予防・日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる事業を創設(平成24年4月~)
- 同事業の導入により、多様なマンパワーや社会資源の活用等が図られ、地域の創意工夫を活かした取組の推進が期待される。
(例)
 - ・要支援と自立を行き来するような高齢者には、総合的に切れ目のないサービスを提供
 - ・虚弱・ひきこもりなど介護保険利用につながらない高齢者には、円滑にサービスを導入
 - ・自立や社会参加意欲の高い人には、社会参加や活動の場を提供
- 平成24年度では、27保険者(市町村等)が実施。



介護予防・日常生活支援総合事業の取組

山梨県北杜市

■インフォーマルな支援を組合せ、地域で支え合う体制のもとに実施

- 地域住民が住み慣れた地域で安心して過ごすため医療や介護、介護保険外サービスを含めた様々なサービスを日常生活の場に用意するきっかけに平成24年度より実施
- 利用者の視点に立った柔軟な対応、地域活力の向上に向けた取組、地域包括ケアの実現に向けた取組を目指す。

人口 約49,000人
高齢化率 30.1%
(2012年4月1日現在)

通所型予防サービス(ふれあい処北杜)

- 運営(8か所)
NPO、社協、地区組織、JA、介護事業所
- 内容
交流、会話、趣味、事業所の特性を生かした活動(週1~2回)
- スタッフは1~2名。他はボランティア。
- ケアマネジメント
北杜市地域包括支援センターが実施
- 地域の人が誰でも気軽に立ち寄れる場所

※地域支え合い体制づくり事業で整備

生活支援サービス

- 内容
 - ・配食+安否確認(緊急連絡を含む)
 - ・弁当業者等が配食の際、利用者に声かけ
 - ・異常があった時の連絡義務づけ
 - ・弁当業者、ボランティア、NPO等が連携(5か所の事業者が参入)



介護予防・日常生活支援総合事業の取組

岡山県浅口市

■高齢者支え合いセンターが活躍する生活支援サービスを創設

地域支え合い体制づくり事業を活用し「高齢者支え合いセンター」を養成。
第5期介護保険事業計画に「総合事業」を位置づけ、支え合いのまちづくりを目指す。

人口 36,719人
高齢化率 30.7%
(2012年4月1日現在)

○予防サービス

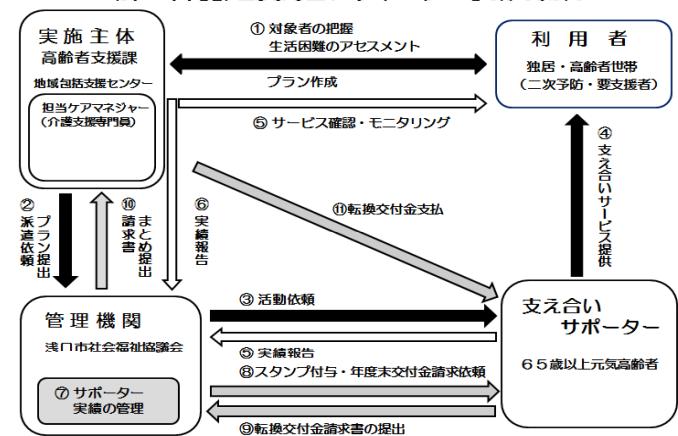
- (通所型)
- ・運動器の機能向上教室
 - ・運動教室、お元気教室、なかよし会
 - (訪問型)
 - ・保健師、看護師による訪問

○生活支援サービス

- ・高齢者給食サービス
- ・高齢者支え合いセンターサービス

○元気な高齢者(※)が要支援、二次予防事業対象者の日常生活支援サービスを提供
※65歳以上で市のセンター養成講座受講修了者
○軽微な生活支援サービスを提供

浅口市高齢者支え合いセンター事業の流れ



ゴミ出し、買い物、衣替え、灯油の運搬 等

介護予防・日常生活支援総合事業の取組

長野県阿智村

■地域の資源を有効活用した生活支援サービスの提供

○村直営の自立生活支援センター（地域包括支援センター）が、シルバー人材センターや社会福祉協議会と協働し、見守り・配食サービスなどの生活支援サービスを提供
地域住民やボランティアなど、地域の人的資源を活用した孤立化防止の取組を実施
このような地域の力をより一層活用するため、介護予防・日常生活支援総合事業を導入

人口 6,822人
高齢化率 30.2%
(2012年12月1日現在)

社会福祉協議会による
「こんにちは訪問」

住民ボランティアによる
「安心コール」

シルバー人材センター運営の
通りの場「おたっしゃかい」
(村内4会場)

事業者と
ボランティアによる
配食サービス

シルバー人材センター
協働

阿智村
自立生活支援センター

社会福祉協議会

定期的な
安否確認

住まい（冬季の山間部の対策を検討中）

生活支援

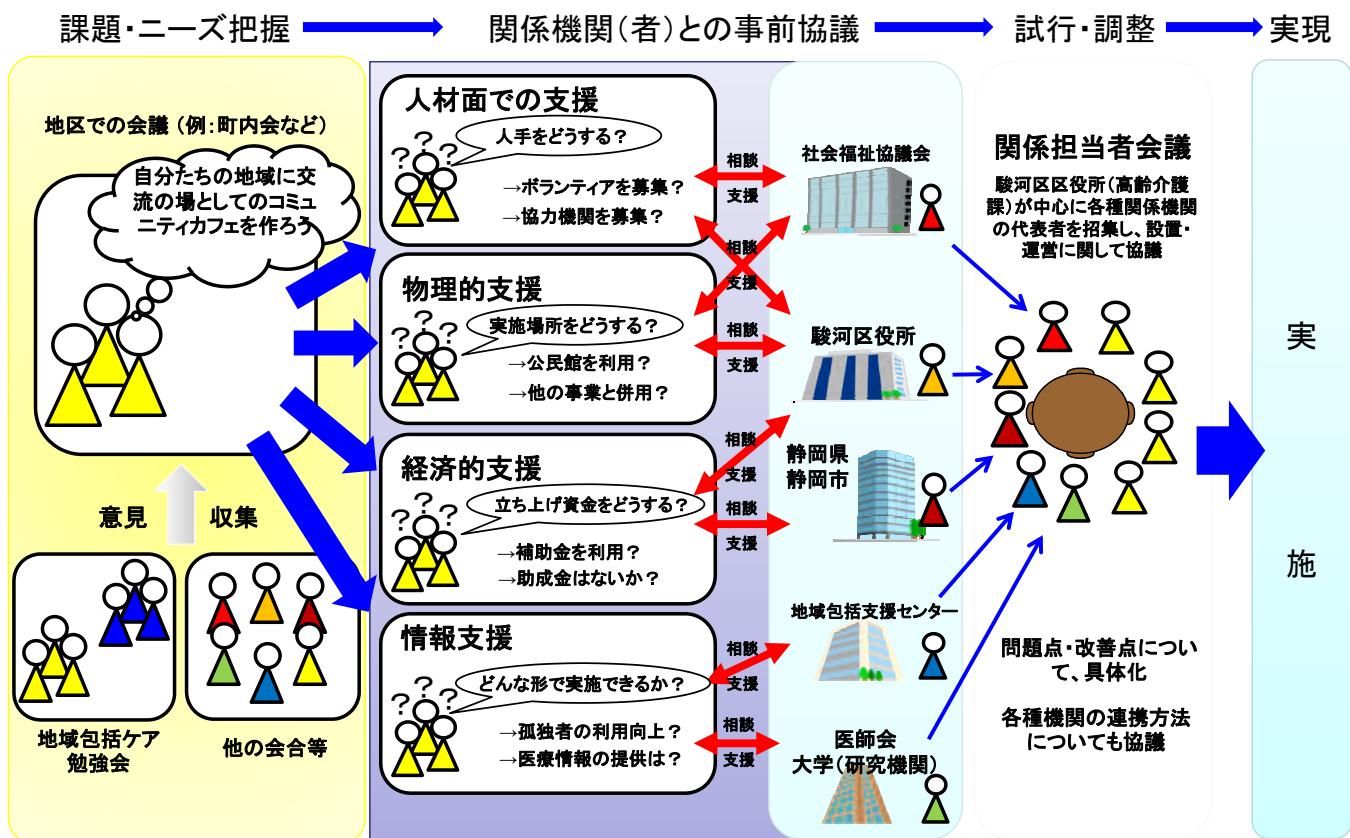
医療
村内8診療所、
村外の主治医
との連携

介護 サービス提供事業所
との連携

自助のシステム化

＜駿河区の事例＞

駿河区における地域包括ケアシステム構築の流れ(例:コミュニティカフェの設置事例)



出典:駿河区 地域包括ケア勉強会報告書 静岡県立大学経営情報学部 東野定律 作成

訪問介護(ホームヘルプ)の現状

訪問介護とは①

定義

「訪問介護」とは、訪問介護員等（※）が、利用者（要介護者等）の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供するものをいう。

※「訪問介護員等」

介護福祉士、介護職員基礎研修修了者、訪問介護員1級又は2級課程修了者をいう。

訪問介護のサービス類型

「訪問介護」は、その行為の内容に応じ、次の3類型に区分される。

- ① 身体介護 ➥ 利用者の身体に直接接觸して行われるサービス等
(例：入浴介助、排せつ介助、食事介助 等)
- ② 生活援助 ➥ 日常生活の援助であり本人の代行的に行われるサービス
(例：調理、洗濯、掃除 等)
- ③ 通院等乗降介助 ➥ 通院等のための乗車又は降車の介助（乗車前・降車後の移動介助等の一連のサービス行為を含む）

訪問介護とは②

必要となる人員・設備等

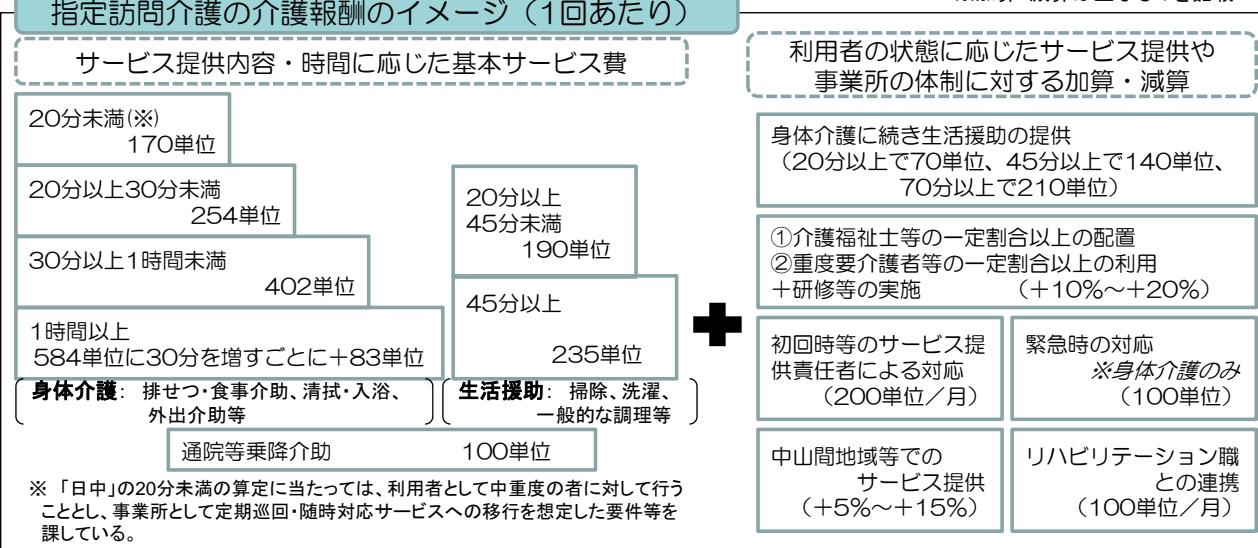
訪問介護サービスを提供するために必要な職員は次のとおり

訪問介護員等	常勤換算方法で2.5人以上
サービス提供責任者(※)	<p>訪問介護員等のうち、利用者の数40人に対して1人以上 ※平成25年3月31日までの経過措置あり。 (原則として常勤専従の者であるが一部非常勤職員でも可。) ※2級訪問介護員のサービス提供責任者を配置している場合は、所定単位数を10%減算。 (注) 平成25年3月31日までは、 - 平成24年3月31日時点で現にサービス提供責任者として従事している2級訪問介護員が4月1日以降も継続して従事している場合であって、 - 当該サービス提供責任者が、平成25年3月31日までに介護福祉士の資格取得若しくは実務者研修、介護職員基礎研修又は訪問介護員1級課程の修了が確実に見込まれるとして都道府県知事に届け出ている場合に、減算を適用しない経過措置がある。</p>
<p>※ サービス提供責任者の業務</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 訪問介護計画の作成 (2) 利用申込みの調整 (3) 利用者の状態変化、サービスへの意向の定期的な把握 (4) 居宅介護支援事業者との連携(サービス担当者会議出席等) (5) 訪問介護員に対する具体的援助方法の指示及び情報伝達 (6) 訪問介護員の業務の実施状況の把握 (7) 訪問介護員の業務管理 (8) 訪問介護員に対する研修、技術指導等 	

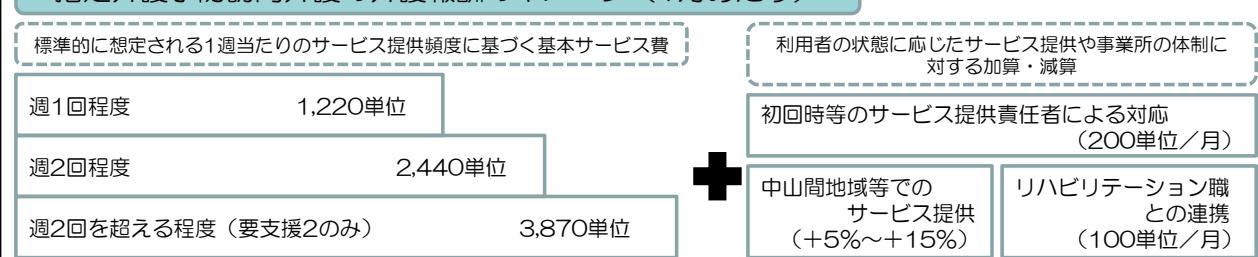
訪問介護とは③

指定訪問介護の介護報酬のイメージ(1回あたり)

※加算・減算は主なものを記載



指定介護予防訪問介護の介護報酬のイメージ(1月あたり)



通所介護(デイサービス)の現状

通所介護(デイサービス)の概要

定義

「通所介護」とは、利用者（要介護者等）を老人デイサービスセンター等に通わせ、当該施設において、入浴・排せつ・食事等の介護、生活等に関する相談及び助言・健康状態の確認その他日常生活上の世話、機能訓練を行うものをいう。

必要となる人員・設備等

通所介護サービスを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

○ 人員基準

生活相談員（※1）	事業所ごとにサービス提供時間に応じて専従で1以上
看護職員（※2）	単位ごと（※3）に専従で1以上
介護職員 (※1) (※2)	① 単位ごとにサービス提供時間に応じて専従で次の数以上 ア 利用者の数が15人まで 1以上 イ 利用者の数が15人を超す場合 アの数に利用者の数が1増すごとに0.2を加えた数以上 ② 単位ごとに常時1名配置されること ③ ①の数及び②の条件を満たす場合は、当該事業所の他の単位における介護職員として従事することができる
機能訓練指導員	1以上

※1 生活相談員又は介護職員のうち1人以上は常勤

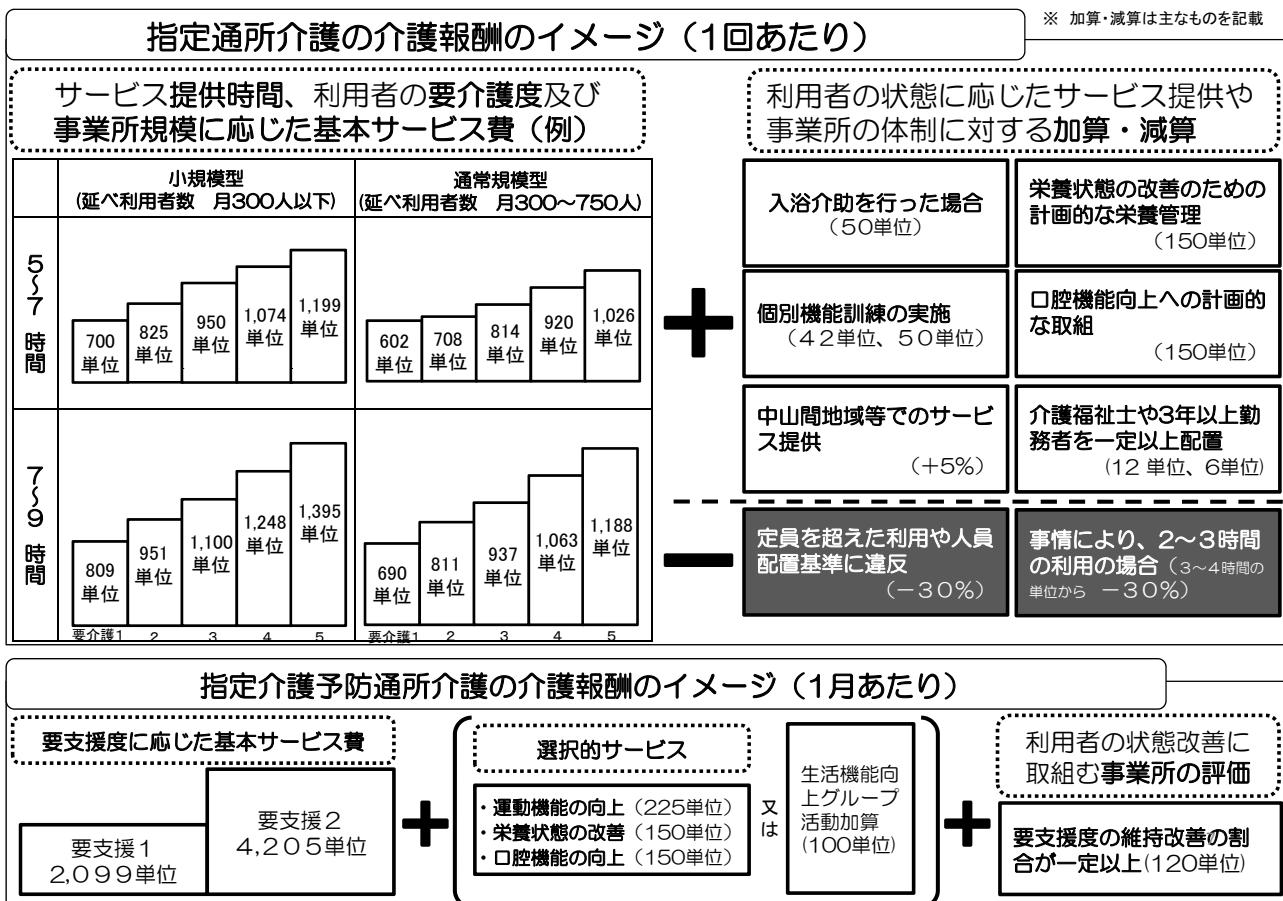
※2 定員10名以下の事業所の場合は看護職員又は介護職員のいずれか1名の配置で可

※3 サービスの提供が一体的に行われる集団

○ 設備基準

食堂	それぞれ必要な面積を有するものとし、
機能訓練室	その合計した面積が利用定員×3.0m ² 以上
相談室	相談の内容が漏えいしないよう配慮されている

通所介護の介護報酬について



平成24年4月改定のポイント

1 基本サービス費の見直し

- 通常規模型以上事業所の基本報酬について、看護業務と機能訓練業務の実態を踏まえて適正化を行う。
- 小規模型事業所の基本報酬について、通常規模型事業所との管理的経費の実態を踏まえて適正化を行う。
- サービス提供時間の実態を踏まえ時間区分を変更する。
- 家族介護者への支援(レスパイト)を促進する観点から、延長加算を12時間まで認める。
 - ・ 10時間以上11時間未満の延長加算(新規) → 100単位/日
 - ・ 11時間以上12時間未満の延長加算(新規) → 150単位/日

2 個別機能訓練の提供体制や生活機能の向上に着目した評価

- サービス提供実態を踏まえ個別機能訓練加算(I)を基本報酬に組み入れる。
- 現行の個別機能訓練加算(II)を個別機能訓練加算(I)と名称変更し、生活機能の向上に着目した個別機能訓練加算(II)を新たに創設し評価する。
 - ・ 個別機能訓練加算(I) → 基本報酬へ包括化
 - ・ 個別機能訓練加算(II) → 個別機能訓練加算(I) 42単位/日(名称変更)
 - ・ - → 個別機能訓練加算(II) 50単位/日(新設)

3 人員配置基準の弾力化

- 事業者がより柔軟に事業を実施し、より効果的にサービスを提供できるよう、生活相談員と介護職員の配置を弾力化する。
 - ・ 提供時間帯を通じて配置 → 常勤換算方式を導入
 - ・ 「単位ごと」の配置 → 「事業所ごと」の配置

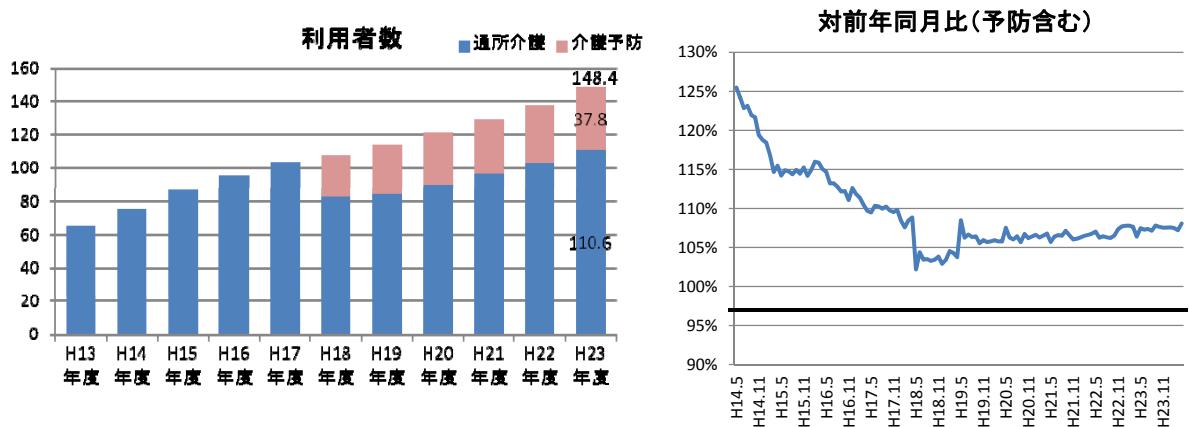
4 同一建物からの利用する場合の取扱い

- 通所介護事業所と同一建物に居住する利用者又は同一建物から当該事業所に通う利用者については、真に送迎が必要な場合を除き、送迎分の適正化を行う。
 - ・ 同一建物に対する減算(新規) → 所定単位数から▲94単位/日

通所介護の利用者

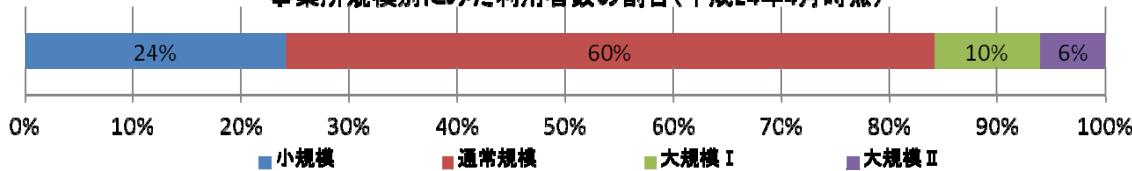
- 平成23年度末現在、通所介護の利用者は、約148万人（平成13年度末の約2.1倍）で、介護サービス（介護予防含む）利用者全体の概ね3人に1人が利用している。

（参考）平成24年4月審査分 介護予防・介護サービス受給者数 439万人（介護給付費実態調査（厚生労働省））



注) 各年度の利用者数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。

事業所規模別にみた利用者数の割合(平成24年4月時点)

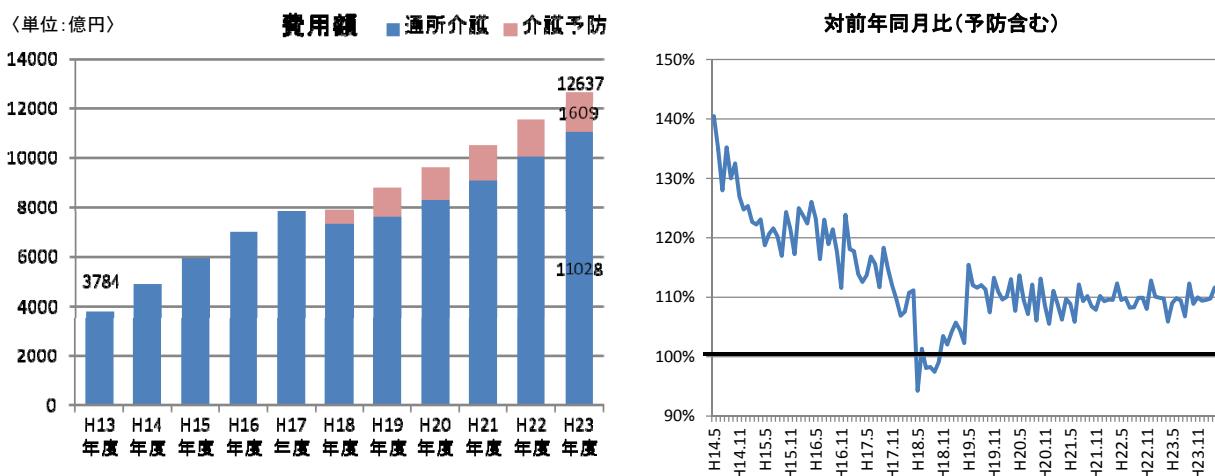


※前年度の1月当たりの平均利用延べ人員数が…300人以内:小規模 750人以内:通常規模 900人以内:大規模 I それ以上:大規模 II

通所介護の費用額

【費用額の状況】

- 平成23年度の通所介護（介護予防サービスを含む）の費用額は約1.3兆円（平成13年度の約3倍）で、平成23年度費用額累計約8.3兆億円の15.7%を占める。



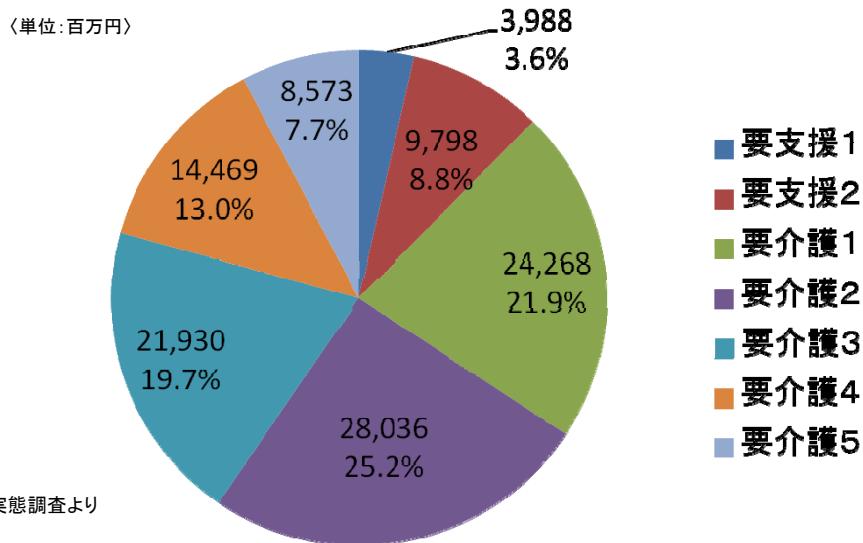
注) 各年度の費用額の値は、介護給付費実態調査の5月審査(4月サービス)分から翌年の4月審査(3月サービス)分までの合計である。

通所介護の要介護度別費用額

【費用額の状況】

- 通所介護が出来高払いであるのに対し、介護予防通所介護は包括報酬であるため、利用実態の単純な比較はできないが、平成24年4月現在、通所介護（介護予防サービスを含む）の要介護度別費用額を見ると、要介護2の割合が25.2%と最も高く、要介護度1が21.9%で続く。要支援1・2の割合は全体の12.4%を占める。

要介護度別費用額(1月当たり)

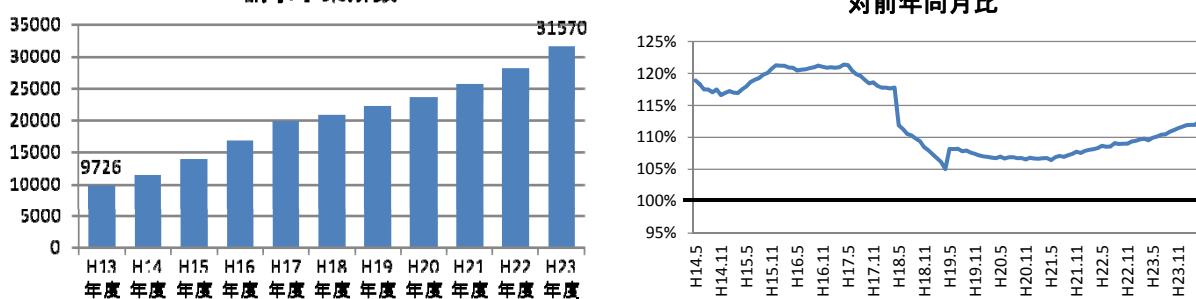


通所介護の請求事業所数

【通所介護事業所の状況】

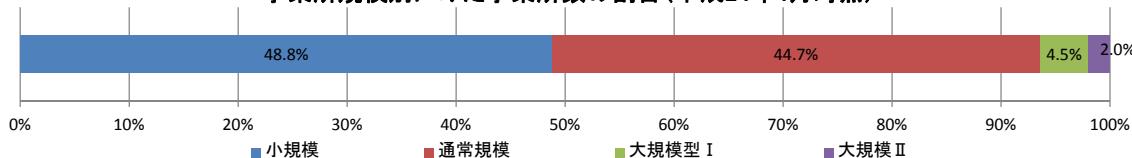
- 平成13年度末と比べ、介護報酬請求事業所数は、約3.2倍（9,726か所→31,570か所）に増加した。なお、特に小規模型事業所の増加率が高くなっている。
- ※ 小規模型事業所：7,075事業所（H18.4）→15,036事業所（H24.4）（+113%）
 通所介護全体：19,341事業所（H18.4）→31,570事業所（H24.4）（+60%）

請求事業所数



注) 各年度の請求事業所数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分（4月審査分）の値としている（つまり、各年度末の値を記載している）。

事業所規模別にみた事業所数の割合(平成24年4月時点)

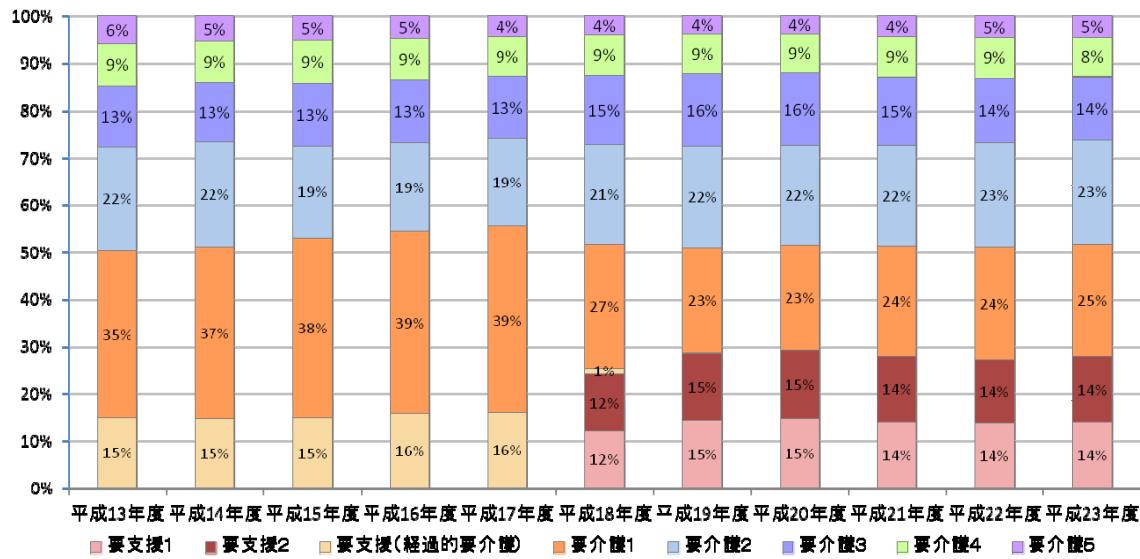


※前年度の1月当たりの平均利用延べ人員数が…300人以内:小規模 750人以内:通常規模 900人以内:大規模 I それ以上:大規模 II

通所介護の要介護度別利用者割合

- 平成18年改定では要介護別の報酬を設定（従来は「1-2」「3-5」の2区分）するなど、適正な報酬設定となるよう見直しを行ったところ。
- 通所介護の利用者の要介護度割合について、制度開始以降、顕著な変化は見られない。
- 要支援者も全体の2割を超える利用がある。

要介護度別利用者割合の推移



注) 各年度の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。

短期入所生活介護（ショートステイ）の現状

短期入所生活介護（ショートステイ）の概要

通所介護の基本方針

「短期入所生活介護」の事業とは、利用者が可能な限りその居宅において、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、利用者（要介護者等）が老人短期入所施設、特別養護老人ホーム等に短期間入所し、当該施設において入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものである。

必要となる人員・設備等

短期入所生活介護サービスを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

○ 人員基準

医師	1以上
生活相談員	利用者100人につき1人以上（常勤換算） ※うち1人は常勤（利用定員が20人未満の併設事業所を除く）
介護職員又は看護師若しくは准看護師	利用者3人につき1人以上（常勤換算） ※うち1人は常勤（利用定員が20人未満の併設事業所を除く）
栄養士	1人以上 ※利用定員が40人以下の事業所は、一定の場合は、栄養士を置かないことができる
機能訓練指導員	1以上
調理員その他の従業者	実情に応じた適当数

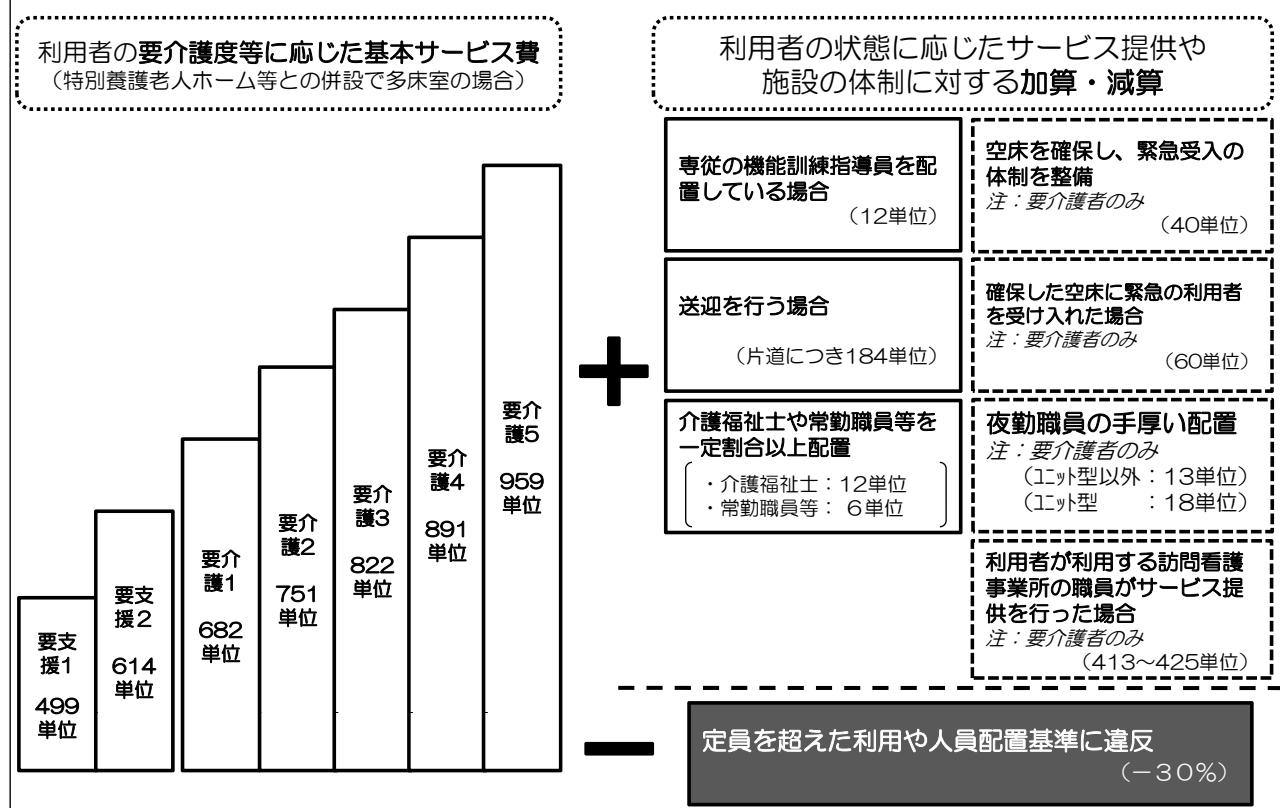
○ 設備基準

利用定員等	20人以上とし、専用の居室を設ける ※ただし、併設事業所の場合は、20人未満とすることができる
居室	定員4人以下、床面積（1人当たり）10.65m ² 以上
食堂及び機能訓練室	合計面積3m ² ×利用定員以上
浴室、便所、洗面設備	要介護者が使用するのに適したもの
その他、医務室、静養室、面談室、介護職員室、看護職員室、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室、介護材料室が必要	

短期入所生活介護の介護報酬について

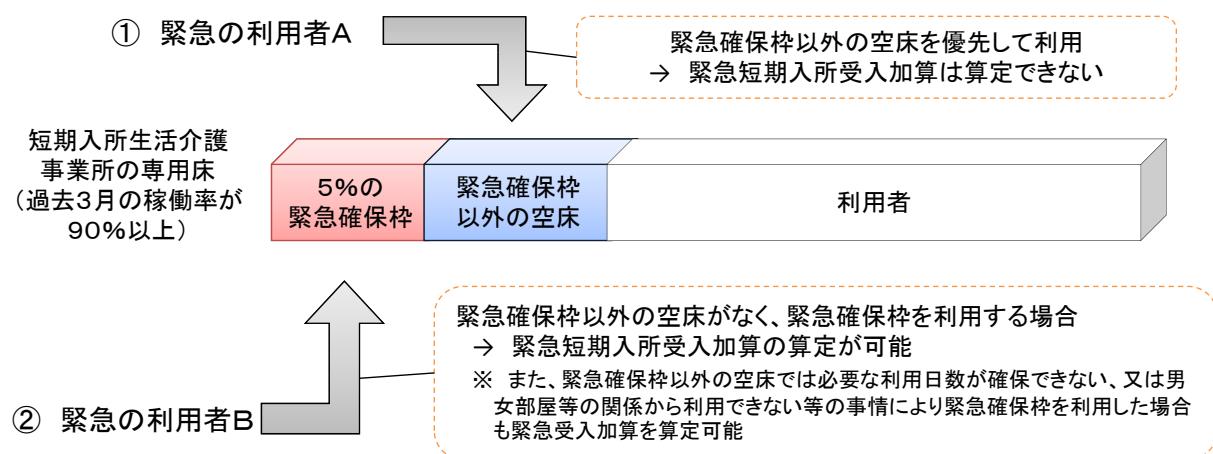
※ 加算・減算は主なものを記載

指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護の介護報酬のイメージ（1日あたり）



ショートステイの空床確保と緊急時の受け入れに対する評価（24年度報酬改定）

【加算の全体像】



確保した5%の緊急確保枠について、連続する3月間において緊急短期入所受入加算の算定がない場合、続く3月間は緊急短期入所体制確保加算及び緊急短期入所受入加算の算定はできない

【加算のイメージ】



基準該当短期入所生活介護の基準

指定短期入所生活介護と基準該当短期入所生活介護の比較（異なる部分のみ抜粋）

		指定短期入所生活介護	基準該当短期入所生活介護
従業者	医師	1人以上	不要 (H24改定)
	生活相談員	常勤換算方法で利用者100人に1以上	<u>1人以上</u>
	栄養士	1人以上（利用定員40名以下の場合で他の施設の栄養士と連携可能な場合は不要）	<u>1人以上（他の施設の栄養士と連携可能な場合は不要）</u>
	常勤規定	生活相談員並びに介護職員及び看護職員のそれぞれのうち1人は常勤	<u>常勤規定なし</u>
利用定員等		20人以上	<u>20人未満</u>
		併設事業所は20人未満に出来る	
設備等	耐火基準	原則、耐火建築物でなければならない	<u>規定なし</u>
	設備	各種設備が規定されている	看護職員室、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室、介護材料室に関する規定なし
	その他	廊下幅は1.8（中廊下の幅は2.7）メートル以上	車椅子での円滑な移動が可能な廊下幅
		必要な場所に常夜灯を設ける	<u>規定なし</u>
		階段の傾斜を緩やかにする	<u>規定なし</u>
		居室等が2階以上にある場合は傾斜路又はエレベーター	<u>規定なし</u>
居室面積	1人当たり10.65m ²	1人当たり <u>7.43m²</u> (H24改定)	

※ 基準該当ショートは指定通所介護事業所又は社会福祉施設に併設しなければならない。

在宅医療・介護あんしん2012

厚生労働省医政局指導課
在宅医療推進室

在宅医療・介護の推進について — 在宅医療・介護あんしん2012 —

施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す。

- 我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命86歳（世界1位）、男性80歳（同4位）を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立。
- しかし、入院医療・施設介護が中心であり、平均入院期間はアメリカの5倍、ドイツの3倍。また自宅で死亡する人の割合は、1950年の80%から2010年は12%にまで低下。
- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- 死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

- 国民の希望に応える療養の場および看取りの場の確保は、喫緊の問題。
- 「社会保障・税一体改革大綱」に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、るべき医療・介護の実現に向けた策が必要。

■ 24年度は「在宅医療・介護」の推進に向け施策を総動員【在宅医療・介護あんしん2012】

○ 予算での対応

- ・日本再生重点化枠の活用等により、省横断的に在宅医療・介護を推進

○ 制度的対応

- ・在宅医療に関する達成すべき目標や医療連携体制等を医療計画に盛り込むこととし、介護保険事業計画との連動の重要性等を記載した「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示（24年度中に各都道府県で策定作業→25年度から5年間の新計画）
- ・在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中

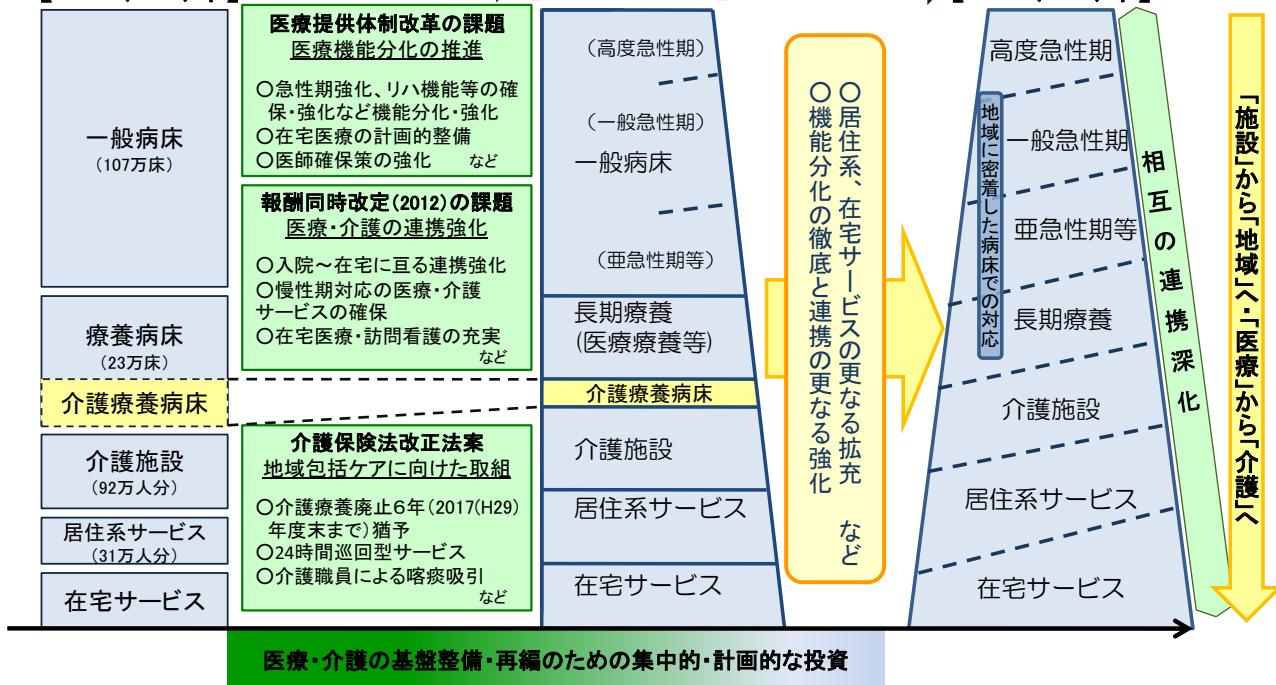
○ 診療報酬・介護報酬

- ・24年度同時改定において、在宅医療・介護を重点的に評価

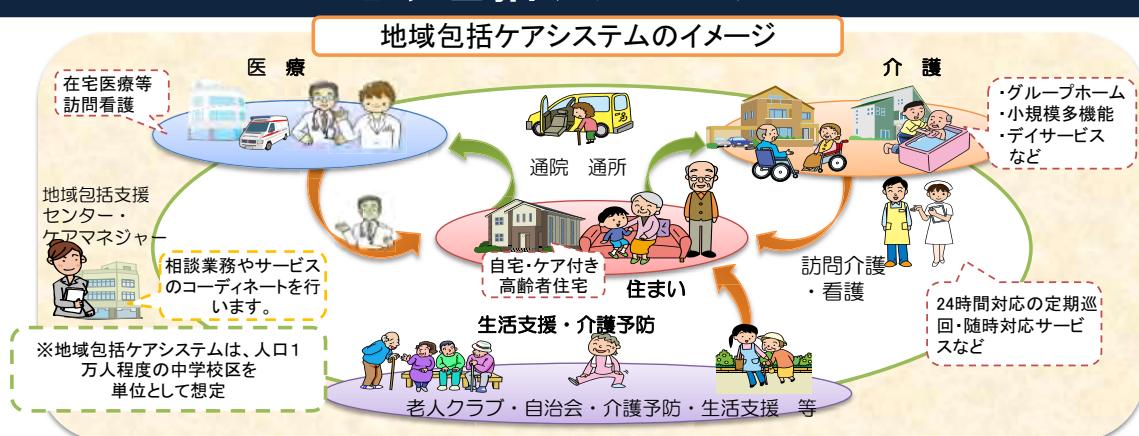
将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】



地域包括ケアシステム



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

1. 予算

在宅医療・介護推進プロジェクト

【24年度予算 35億円】

1 在宅チーム医療を担う人材の育成

- 多職種協働による在宅医療を担う人材育成(多職種協働によるサービス調整等の研修)

2 実施拠点となる基盤の整備

- 在宅医療連携拠点事業(多職種協働による在宅医療連携体制の推進)
- 在宅医療提供拠点薬局整備事業(地域の在宅医療を提供する拠点薬局の整備)
- 栄養ケア活動支援整備事業(関係機関と連携した栄養ケア活動を行う取組の促進)
- 在宅サービス拠点の充実(複合型サービス事業所、定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護ステーションの普及)
- 低所得高齢者の住まい対策

3 個別の疾患等に対応したサービスの充実・支援

- (1) サービスの充実・支援に向けた取組
 - 国立高度専門医療研究センター(5ヵ所)を中心とした在宅医療推進のための研究事業
(疾患の特性に応じた在宅医療の提供体制のあり方を含めた研究推進)
 - 在宅医療推進のための医療機器承認促進事業(未承認医療機器に関するニーズ調査等)
 - 在宅医療推進のための看護業務の安全性等検証事業(在宅医療分野における看護業務の安全性を検証)
- (2) 個別の疾患等に対応した取組
 - 在宅介護者への歯科口腔保健推進設備整備事業
(歯科口腔保健の知識や技術の指導を実施するために必要な医療機器等の整備)
 - 在宅緩和ケア地域連携事業(がん患者に対する地域連携における在宅緩和ケアの推進)
 - 難病患者の在宅医療・在宅介護の充実・強化事業(ALS等の難病患者への包括的支援体制)
 - HIV感染症・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業(エイズ患者等の在宅療養環境整備)
 - 在宅での医療用麻薬使用推進モデル事業(地域単位での麻薬在庫管理システム等の開発)

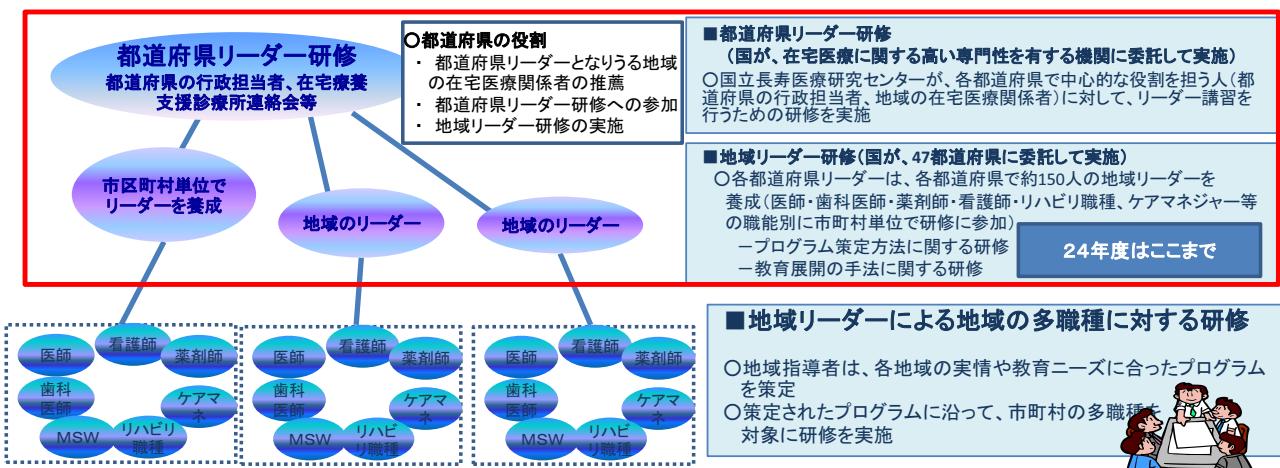
1. 在宅チーム医療を担う人材育成 24年度予算 109百万円

■多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業

■本事業の目的

- 在宅医療においては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職種、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが重要である
- 国が、都道府県リーダーに対して、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための講習を行う(都道府県リーダー研修)
- 都道府県リーダーが、地域リーダーに対して、各地域の実情やニーズにあった研修プログラムの策定を念頭に置いた講習を行う(地域リーダー研修)
- 地域リーダーは、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定し、それに沿って各市区町村で地域の多職種への研修を行う。これらを通して、患者が何処にいても医療と介護が連携したサポートを受けることができる体制構築を目指す

※WHO(世界保健機関)は、「多職種協働のためには、多職種の研修が重要である。」と推奨している。(2002年)



2. 実施拠点となる基盤の整備

24年度予算 23億円

■事業の必要性

- 在宅医療を推進するには、医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供されることが重要であり、そのためには、在宅医療を提供する病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどの医療・福祉機関やそこに従事する多職種が連携する必要がある。
- そのため、多職種が連携できるための体制の構築と実施拠点となる基盤の整備を行う。

■事業内容

■在宅サービス拠点の充実

(地域介護・福祉空間整備推進交付金13億円の内数)

【事業内容】

社会福祉法人等が、看護と介護を一体的に提供する拠点を整備し、医療ニーズの高い要介護者への支援の拡充を図る。
(複合型サービス事業所、定期巡回・随時対応サービス等)
※一部、介護基盤緊急整備等臨時特例基金で対応

■在宅医療連携拠点(20.6億円)※重点化分10.1億円、復旧・復興分10.5億円

【事業内容】

在宅医療支援病院、在宅医療支援診療所、訪問看護ステーションなどが連携拠点となり、医療と介護の双方に詳しい人材を配置し、地域横断的に活動することで、地域における多職種協働による医療と介護の連携体制の構築を行う。
(モデル事業:全国105カ所で実施)※重点化分53カ所、復旧・復興分52カ所

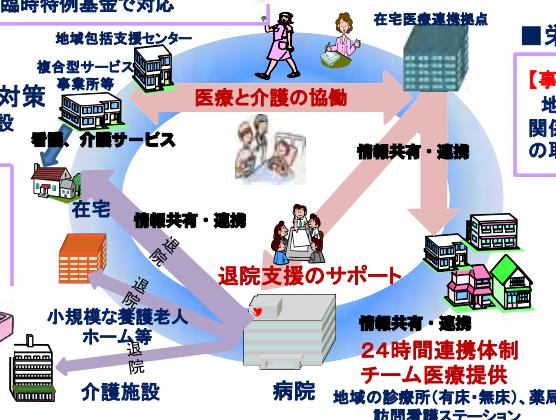


■低所得高齢者の住まい対策

(地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金等57億円の内数)

【事業内容】

社会福祉法人等が、家事援助、安否確認、生活相談等を受けられるような低所得高齢者のための住まいの整備を行う



■栄養ケア活動支援(0.5億円)

【事業内容】

地域で栄養ケアを担う管理栄養士等の人材の確保、関係機関等と連携した先駆的活動を行う公益法人等の取組みの推進を図る。



■拠点薬局の整備(1.6億円)

【事業内容】

在宅がん患者等が必要とする無菌性の高い注射剤や輸液などを身近な薬局で提供可能にするために、都道府県が地域の薬局に無菌調剤室を設置し、共同利用する体制をモデル的に構築する。



■事業の効果

在宅において安心して療養できる場が提供される

□ 在宅医療連携拠点事業

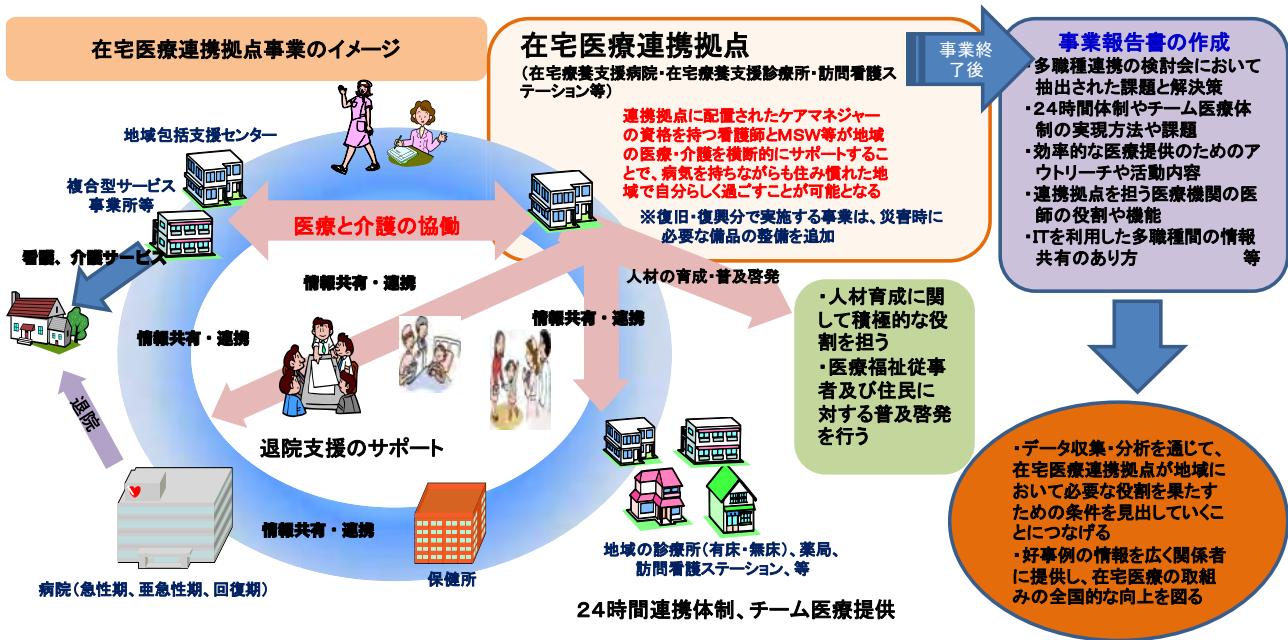
24年度予算 2,058百万円 (H23 109百万円)

重点化分 1,010百万円

復旧・復興分 1,048百万円

■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気を持ちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



在宅医療連携拠点が行う事業

1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出

- ・地域の在宅医療に関わる多職種(病院関係者・介護従事者等も含む)が一堂に会する場を設定する(年4回以上)。
そのうち一回は、各地域の行政担当官及び各関連施設の管理者が参加する会合を設定する。

2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

- ・24時間対応の在宅医療提供体制の構築
 - 24時間対応が困難な診療所、保険薬局及び小規模ゆえ緊急時や夜間・休日対応の困難な訪問看護ステーション等が在宅医療を提供する際、その負担を軽減するため、各々の機関の連携により、互いに機能を補完する体制を構築する。
 - ・チーム医療を提供するための情報共有システムの整備
 - 異なる機関に所属する多職種が適宜、患者に関する情報を共有できる体制を構築する。

3) 効率的な医療提供のための多職種連携

- ・連携拠点に配置された介護支援専門員の資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーが、地域の医療・福祉・保健資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう関係機関に働きかけを行う。

4) 在宅医療に関する地域住民への普及啓発

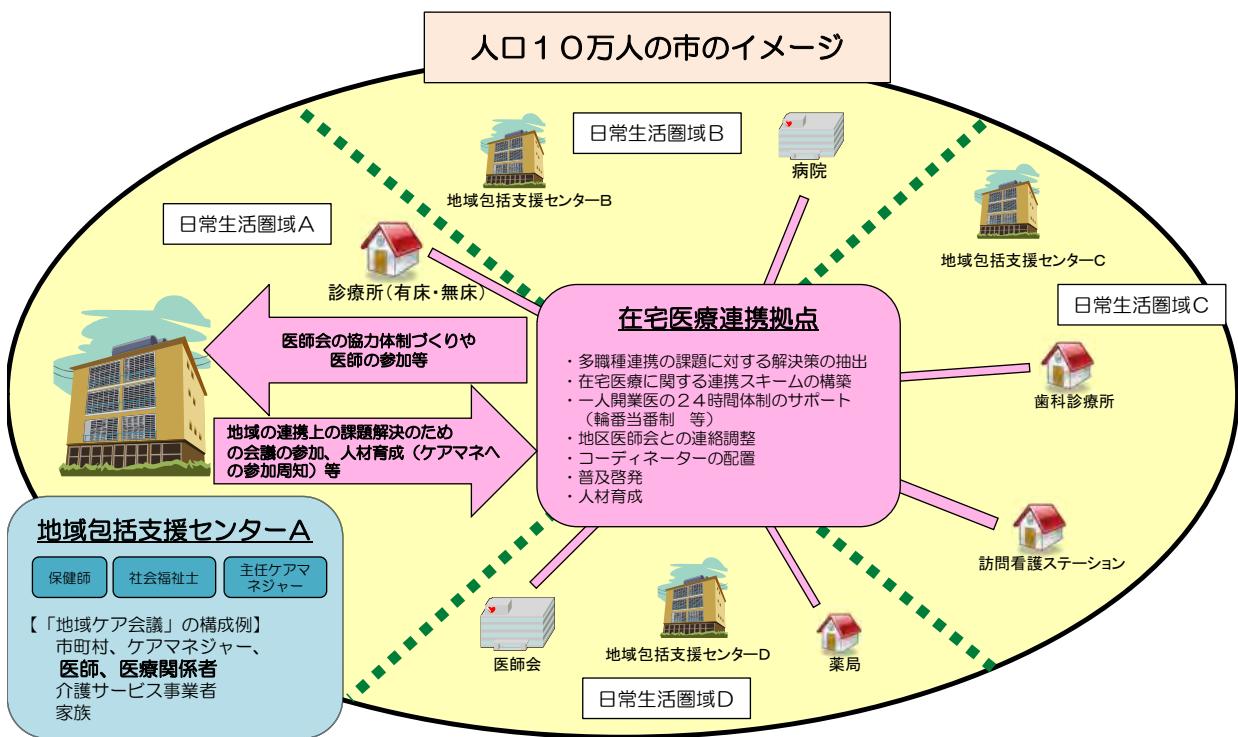
- ・在宅医療やそれに従事する職種の機能や役割を広く地域住民に紹介し、地域に浸透させるためのフォーラムや講演会等の開催やパンフレットの発行を通して、在宅医療の普及を図る。

5) 在宅医療に従事する人材育成

- ・連携拠点のスタッフは、多職種協働による人材育成事業の研修のいずれかに参加し、都道府県リーダーまたは地域リーダーとして、在宅医療に関わる人材の育成に積極的に関与すること。

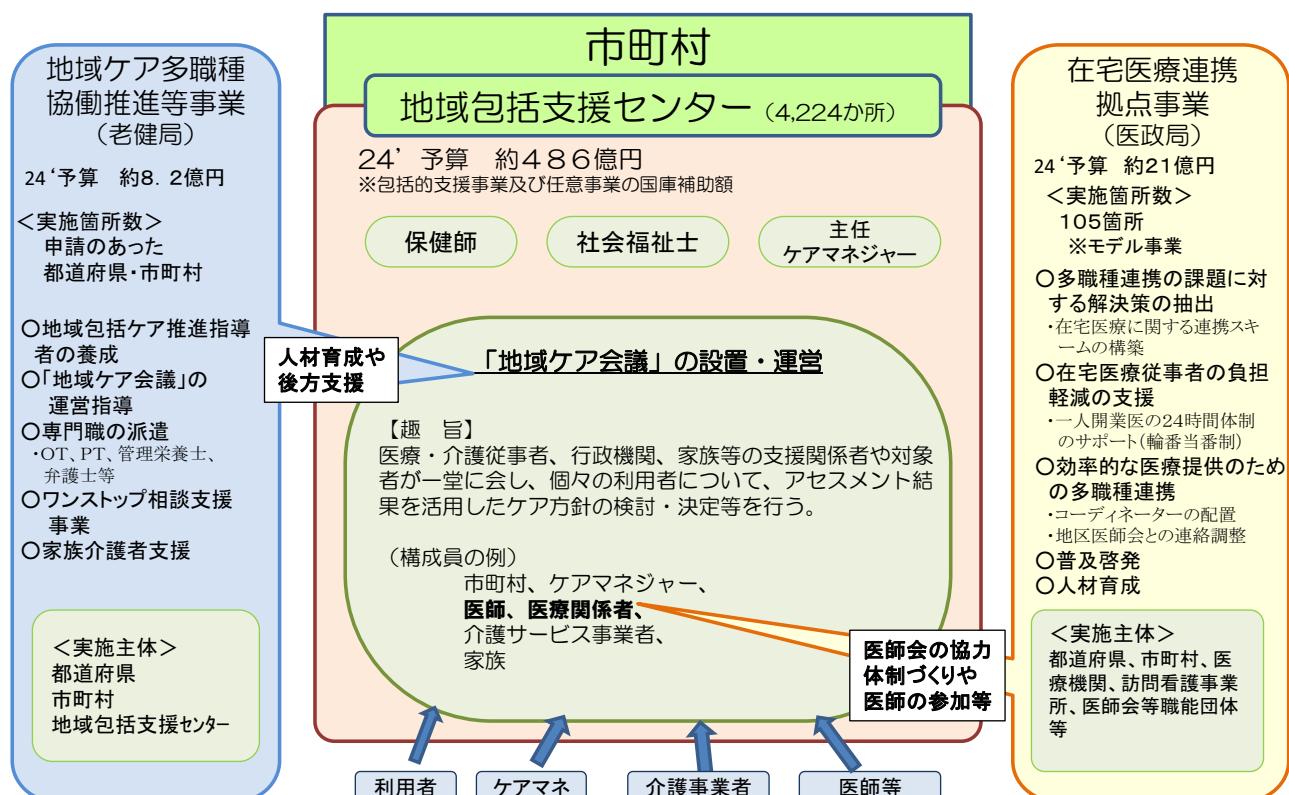
(参考1)

地域包括ケア体制について(イメージ)



※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携は、地域の実情により柔軟に行う。

(参考2) 地域包括ケア体制について (平成24年度予算)



※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携については、地域の実情により柔軟に行うこととする。

3. 個別の疾患等に対応したサービスの充実・支援

24年度予算
11億円

■事業の必要性

- 在宅医療は、地域の実情、医療資源の状況などにより、取り組む課題は異なっていることから、サービスの充実・支援に向けた取組や個別の疾患等に対応した取組を行う必要がある。

■事業内容

サービスの充実・支援に向けた取組

■在宅医療推進のための看護業務の安全性等検証事業(0.7億円)

【事業内容】

厚生労働省が指定する施設において、患者・家族が希望する在宅医療を広く実現するため、専門的な臨床実践能力を有する看護師が医師の包括的な指示を受けて看護業務を実施できる仕組みの構築に向けた業務の安全性や効果の検証を行う。

■在宅医療推進のための医療機器承認促進事業(0.14億円)

【事業内容】

医療スタッフ、関係学会、医療機器業界等の委員で構成された、在宅医療機器ニーズを把握するための検討会を実施し、改善・改良、必要なガイドラインの作成、企業への要請を行うことで、現場に速やかにフィードバックしていく。



■国立高度専門医療研究センターを中心とした在宅医療推進のための研究事業(6.4億円)

【事業内容】

国立長寿医療研究センターなどが、在宅医療を支援するための先端機器の開発や、臨床応用を行うための基盤を整備する。

■事業の効果

様々な地域で様々な疾患を持った患者が等しく在宅医療の提供を享受できる

個別の疾患に対応した取組

■在宅介護者への歯科口腔保健推進設備整備事業(1.0億円)

【事業内容】

歯科診療所等が在宅療養者への歯科衛生処置等の口腔ケア及び在宅介護者への歯科口腔保健の知識や技術の指導を実施するために必要な医療機器等の整備を行う。



■難病患者の在宅医療・在宅介護の充実・強化事業(0.45億円)

【事業内容】

都道府県や日本神経学会等が主体となり、在宅難病患者に対して、日常生活支援や災害時の緊急対応(搬送・受入体制)にも備えた包括的な支援体制をつくる。



■在宅緩和ケア地域連携事業(1.1億円)

【事業内容】

がん診療連携拠点病院と都道府県が連携し、在宅におけるがんの緩和ケアに関する知識と技術の研修等を行う在宅緩和ケア地域連携体制を構築する。

■HIV感染症・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業(0.4億円)

【事業内容】

HIV中核拠点病院等が、医療・介護従事者のHIVに対する知識・技術不足や差別・偏見を解消するための実地研修や講習会等を実施し、安心して在宅医療・介護が受けられる環境の整備を行う。

■在宅での医療用麻薬使用推進モデル事業(0.5億円)

【事業内容】

薬局間において、厳正な管理のもと麻薬の融通を円滑に行うことで、患者のニーズに合った薬物療法を提供し、患者が自宅で安心して医療が受けられる環境づくりを行う。

2. 制度 (医療計画・介護保険事業計画)

「医療計画の見直しについて」 ～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

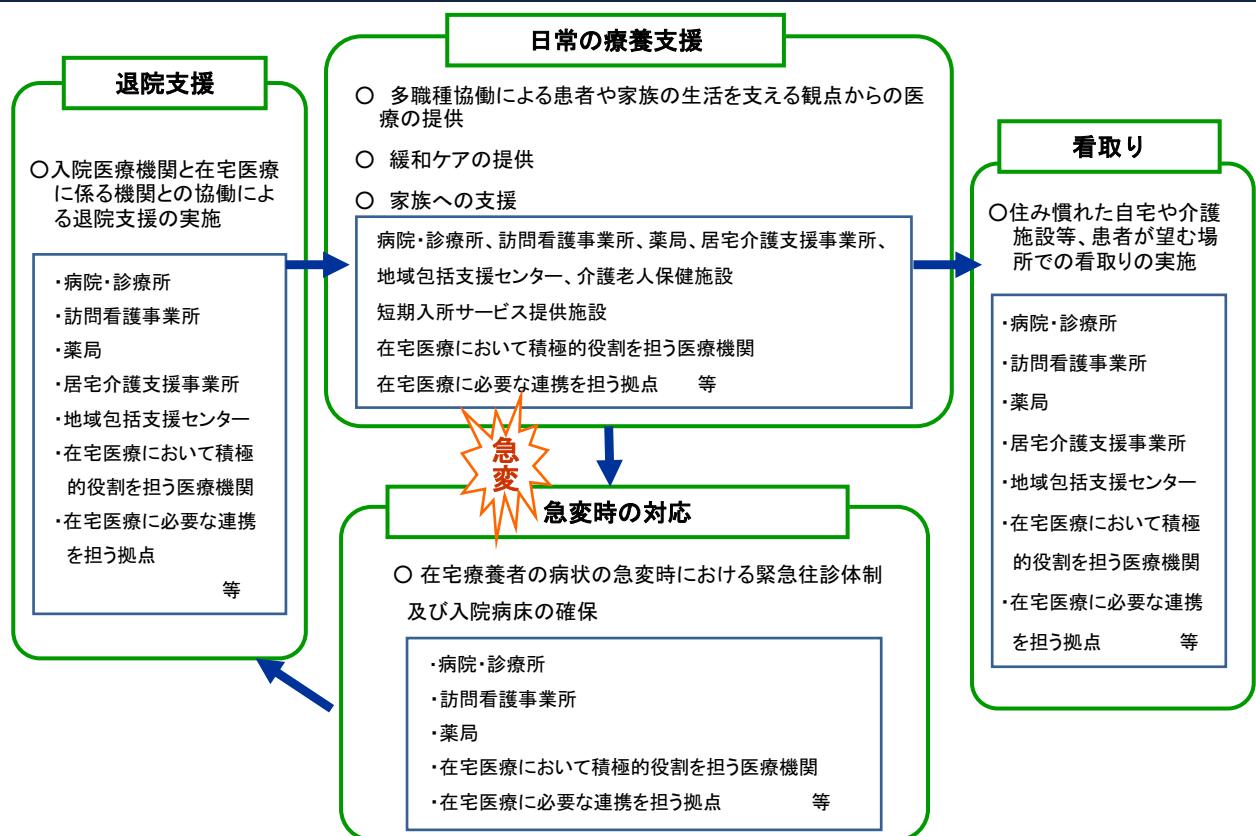
○在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ 在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、そのため、
・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
・最後に、これらの情報を住民等に公開すること
といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

在宅医療の体制



在宅医療の体制

体制	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
目標	●入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること	●患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること	●在宅療養者の病状の急変時に応えるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること	●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
関係機関の例	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点 ※病院・診療所には、歯科を標榜するものも含む。以下同じ。	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●介護老人保健施設 ●短期入所サービス提供施設 ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点
求められる事項	<p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護資源の調整を心がけること <p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅療養者のニーズに応じて、医療や介護を包括的に提供できるよう調整すること ●高齢者のみでなく、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること <p>【在宅医療において積極的役割を担う医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと ●卒後初期臨床研修制度（歯科の場合、卒後臨床研修制度）における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること ●地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること <p>【在宅医療に必要な連携を担う拠点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること ●質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保すること ●地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること ●医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅療養支援病院、有床診療所等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと ●重症で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること <p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●入院機能を有する医療機関においては、在宅療養者の病状が急変した際の一時受け入れを行うこと ●災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと <p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域の医療及び介護資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと ●在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行なうことができる体制を確保すること <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅医療に係る機関について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること 	

医療や住まいとの連携も視野に入れた

第5期介護保険事業（支援）計画の策定

- 地域包括ケアの実現を目指すため、第5期計画（平成24～26年度）では次の取組を推進。
 - ・ 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
 - ・ 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

日常生活圏域ニーズ調査

（郵送+未回収者への訪問による調査）

- ・ どの圏域に、
- ・ どのようなニーズをもった高齢者が、
- ・ どの程度生活しているのか

地域の課題や
必要となるサービス
を把握・分析

調査項目（例）

- 身体機能・日常生活機能（ADL・IADL）
- 住まいの状況
- 認知症状況
- 疾病状況

介護保険事業（支援）計画

これまでの主な記載事項

- 圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業（市町村）
- 介護人材の確保策（都道府県）など

地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

- 認知症支援策の充実
- **医療との連携**
- 高齢者の居住に係る施策との連携
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

3. 報酬

平成24年度診療報酬改定の概要

医科における重点配分(4,700億円)

I 負担の大きな医療従事者の負担軽減

- ① 今後とも急性期医療等を適切に提供し続けるため、病院勤務医をはじめとした医療従事者の負担軽減を講じる。(1,200億円)

II 医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実

- ① 今回改定は、医療と介護との同時改定であり、超高齢社会に向けて、急性期から在宅、介護まで切れ目のない包括的なサービスを提供する。

(1,500億円)

III がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入

- ① 日々進化する医療技術を遅滞なく国民皆が受けることができるよう、医療技術の進歩の促進と導入に取り組む。(2,000億円)

歯科における重点配分(500億円)

I チーム医療の推進や在宅歯科医療の充実等

- ① 医療連携により、誤嚥性肺炎等の術後合併症の軽減を図り、また、超高齢社会に対応するために在宅歯科医療の推進を図る。

II 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価

- ① う蝕や歯周病等の歯科疾患の改善のため、歯の保存に資する技術等の充実を図る。

調剤における重点配分(300億円)

I 在宅薬剤管理指導業務の推進や薬局における薬学的管理及び指導の充実

- ① 在宅薬剤関連業務を推進するとともに、残薬確認、お薬手帳を含めた薬剤服用歴管理指導の充実を図る。

II 後発医薬品の使用促進

- ① 薬局からの後発医薬品の情報提供等を推進する。

在宅医療の充実①

在宅医療を担う医療機関の機能強化

- 24時間の対応、緊急時の対応を充実させる観点から、複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

[施設基準]

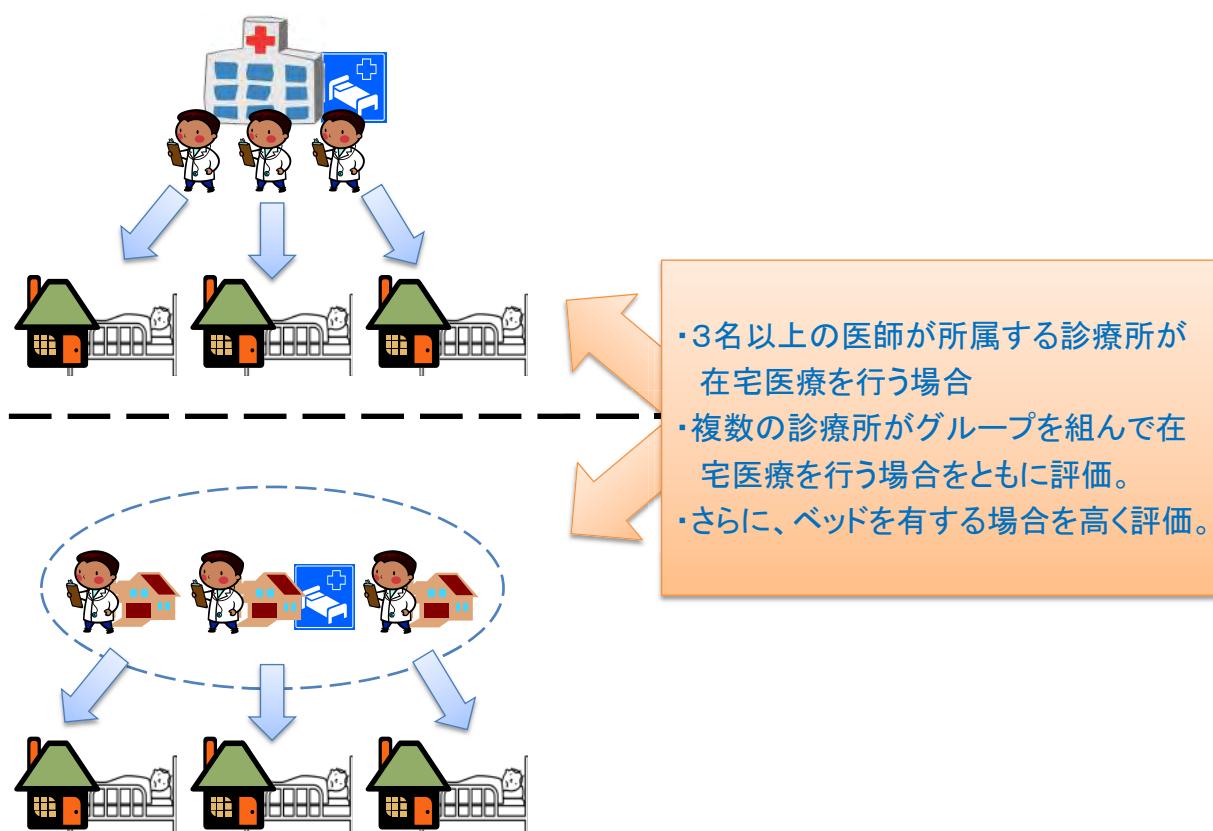
- ① 常勤医師3名以上
- ② 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
- ③ 過去1年間の看取り実績2件以上

※また、複数の医療機関が連携して、上記の基準を満たすことも可能とする。その場合の要件は、

- ④ 患者からの緊急時の連絡先の一元化
- ⑤ 月1回以上の定期的なカンファレンスの実施
- ⑥ 連携する医療機関数は10未満
- ⑦ 病院が連携する場合は200床未満に限る

※さらに、病床を有する場合は高い評価を行う。

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院のイメージ(改定後)



在宅医療の充実②

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院(病床を有する場合)の例

＜往診料＞

【現行】

往診料 緊急加算	650点
夜間加算	1, 300点
深夜加算	2, 300点



【改定後】

往診料 緊急加算	850点
夜間加算	1, 700点
深夜加算	2, 700点

＜在宅における医学管理料＞【現行】

在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)	4, 200点
特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)	3, 000点



【改定後】

在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)	5, 000点
特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)	3, 600点

＜緊急時の受入入院＞【現行】

在宅患者緊急入院診療加算	1, 300点
--------------	---------



【改定後】

在宅患者緊急入院診療加算	2, 500点
--------------	---------

平成24年度介護報酬改定(基本的考え方)

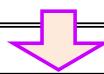
■ 介護保険制度の基本理念

介護保険の目的は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となった人びとが「尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」ことであり、介護保険給付の内容及び水準は、「被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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配慮されなければならない。」とされている。



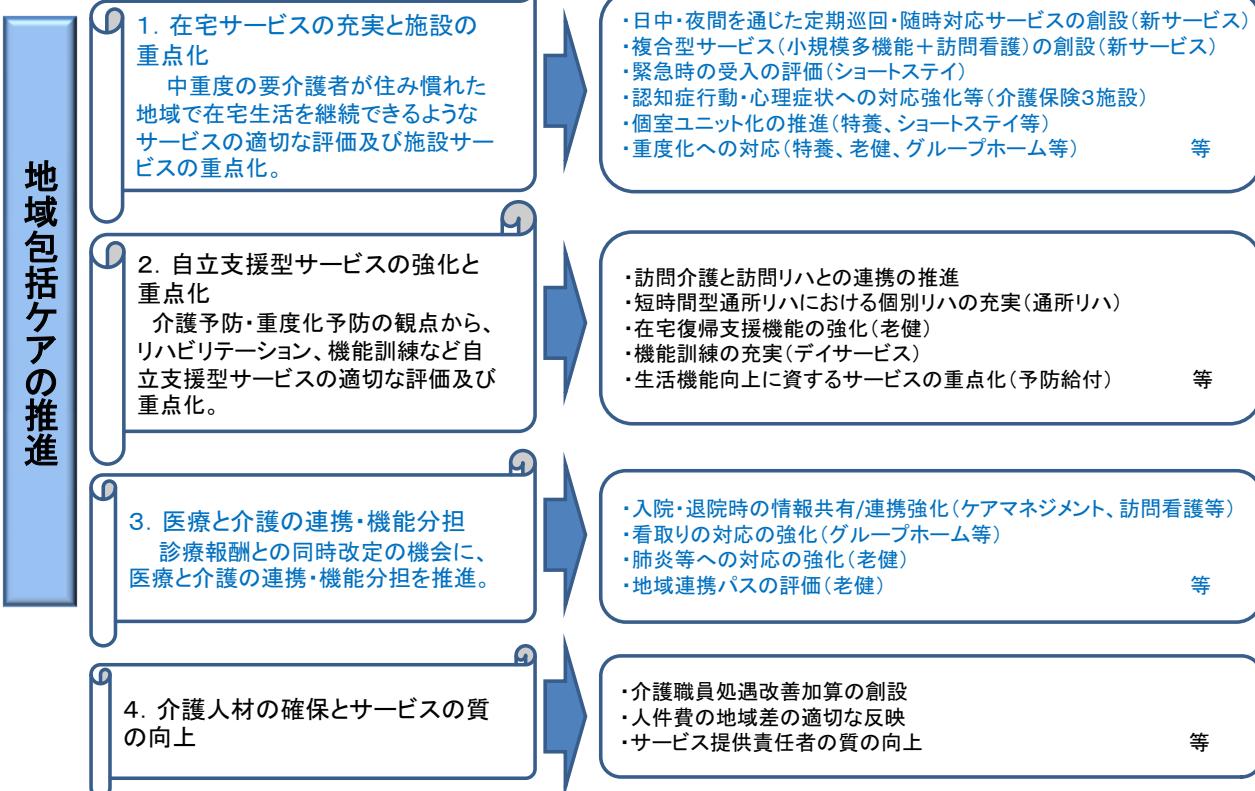
■ 基本認識

1. 地域包括ケアシステムの構築を推進するとともに、平成23年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う新たな介護サービス等への対応、診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分化・連携を強化する。
2. また、平成23年6月の社会保障・税一体改革成案において描かれた、介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化に向けて、必要な措置を講じる。
3. さらに、現在の日本が置かれている厳しい社会経済状況や東日本大震災の影響など、介護保険制度を取り巻く環境にも広く配意する。



介護保険制度の基本理念を追求するため、上記の基本的な認識の下で改定を実施。

平成24年度介護報酬改定のポイントについて



平成24年度 在宅医療・介護に関連した主な介護報酬改定

※「平成24年度介護報酬改定の概要」(H24.1.25介護給付費分科会)より抜粋

■24時間訪問サービス

- 一日複数回の定期的な訪問と、随時の対応を組み合わせた新サービスであり、中重度者が住み慣れた地域で暮らし続けるために重要な役割を果たす。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護1(一体型)

要介護1 9,270単位
要介護2 13,920単位
要介護3 20,720単位
要介護4 25,310単位
要介護5 30,450単位

■複合型サービス

- 在宅の医療ニーズの高い要介護者への支援を充実させるため、訪問看護と小規模多機能型居宅介護を一体提供する新サービス。
 - 要介護1 13,255単位
 - 要介護2 18,150単位
 - 要介護3 25,111単位
 - 要介護4 28,347単位
 - 要介護5 31,934単位

介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方 に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】

【検討の背景】

- 地域包括ケアシステムの構築
⇒多職種協働、医療との連携の推進等
- 自立支援に資するケアマネジメントの推進

【見直しの視点】

- ①介護支援専門員自身の資質の向上に係る見直しの視点
- ②自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備に係る見直しの視点

【具体的な改善策】

（1）ケアマネジメントの質の向上

- ①ケアマネジメントの質の向上に向けた取組
 - ・自立支援に資するケアマネジメントに向け、適切な課題抽出や評価のための新たな様式の活用を推進
 - ・多職種協働によるサービス担当者会議の重要性の共有と環境づくり
- ②介護支援専門員実務研修受講試験の見直し
 - ・試験の受験要件を法定資格保有者等に限定する見直しを検討

③介護支援専門員に係る研修制度の見直し

- ・演習に重点を置いた研修制度への見直しや研修修了時の修了評価の実施について検討
- ・実務研修の充実や基礎研修の必修化について検討
- ・更新研修の実施方法や研修カリキュラムについて見直しを検討
- ・研修指導者のためのガイドライン策定を推進
- ・都道府県の圏域を超えた研修等の実施を検討

④主任介護支援専門員についての見直し

- ・研修修了時の修了評価や更新制の導入について検討
- ・主任介護支援専門員による初任段階の介護支援専門員に対する現場での実務研修の導入について検討
- ・地域の介護支援専門員のネットワーク構築の推進

⑤ケアマネジメントの質の評価に向けた取組

- ・ケアマネジメントプロセスの評価やアウトカム指標について調査研究を推進
- ・ケアマネジメントの向上に向けた事例収集及び情報発信

（2）保険者機能の強化等

- ①地域ケア会議の機能強化（多職種協働による個別ケースの支援内容の検討を通じ、自立支援に資するケアマネジメント支援、ネットワーク構築、地域課題の把握、資源開発等を推進）
 - ・制度的な位置付けの強化
 - ・モデル事例の収集など地域ケア会議の普及・促進のための基盤整備
 - ・コーディネーター養成のための研修の取組
- ②居宅介護支援事業者の指定等のあり方
 - ・居宅介護支援事業者の指定権限の委譲を検討

③介護予防支援のあり方

- ・地域包括支援センターへの介護予防支援を行う介護支援専門員の配置を推進
- ・支援者の状況に応じた支援のあり方について検討

④ケアマネジメントの評価の見直し

- ・インフォーマルサービスに係るケアマネジメント評価の検討
- ・簡素なケースについて、ケアマネジメントの効率化を検討

（3）医療との連携の促進

- ・医療に関する研修カリキュラムの充実
- ・在宅医療・介護の連携を担う機能の整備の推進
- ・主治医意見書の活用を促進する取組の推進

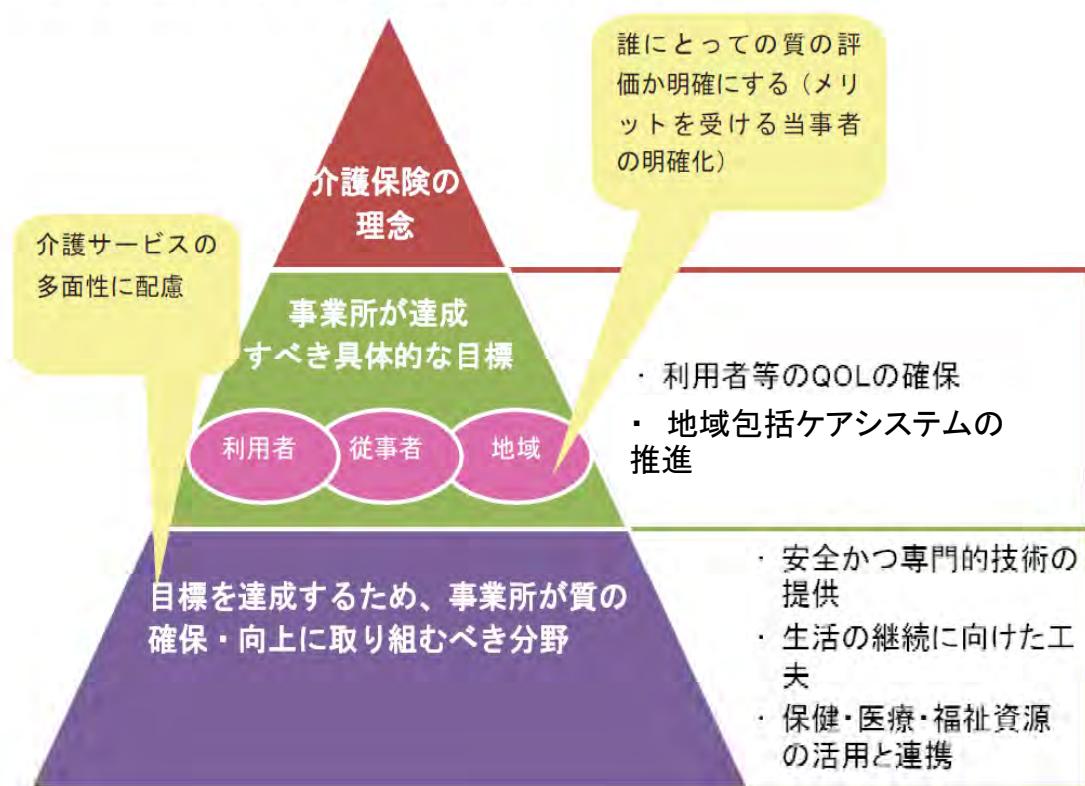
（4）介護保険施設の介護支援専門員

- ・相談員に対して介護支援専門員等の資格取得を推進

▶ 今後、制度的な見直しに係るものについては介護保険部会、報酬改定に係るものについては給付費分科会で議論を進める

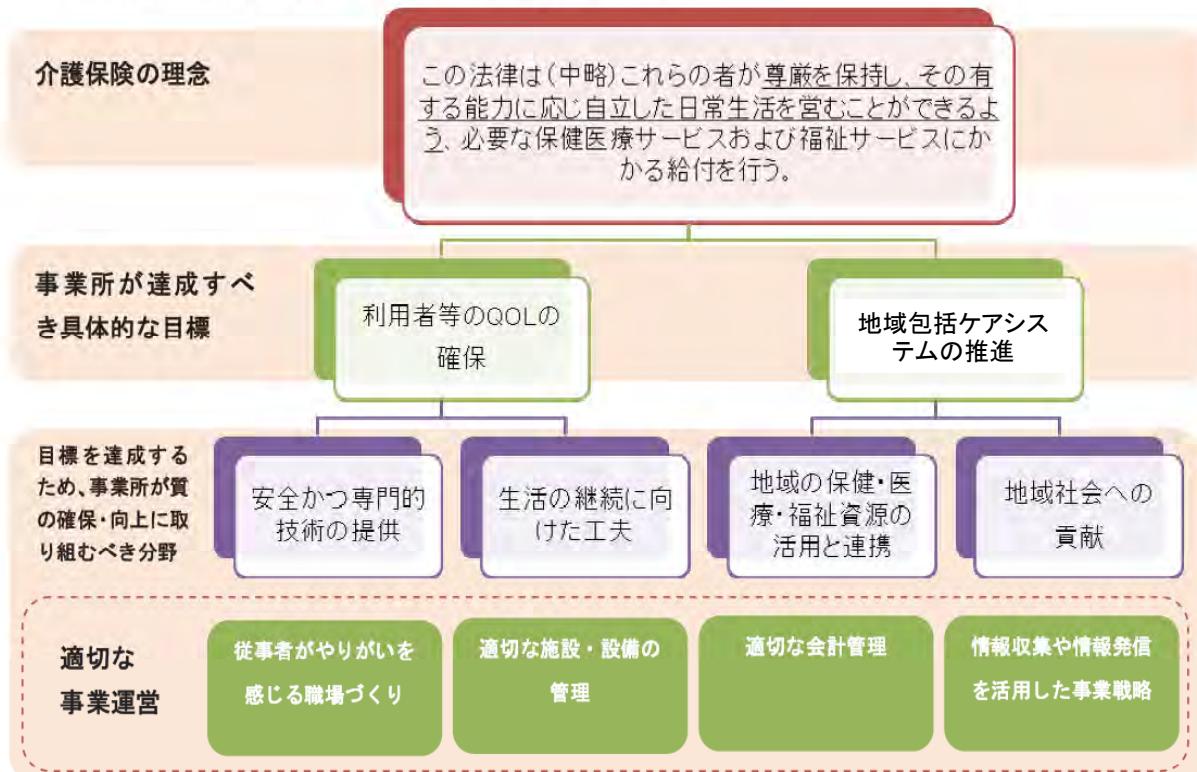
サービスの質の評価の階層図

図表4 質の評価の階層図（基本的なイメージ）



資料出所:平成21年度老人保健事業推進費等補助金(老人健康増進等事業分)
「介護サービスの質のあり方に係る検討に向けた事業報告書」財団法人日本公衆衛生協会, P14

図表5 質の評価の階層図（詳細なイメージ）



資料出所:平成21年度老人保健事業推進費等補助金(老人健康増進等事業分)
「介護サービスの質のあり方に係る検討に向けた事業報告書」財団法人日本公衆衛生協会, P14

ケアの担い手をめぐる議論の動向と話題

労働政策研究・研修機構 研究員 堀田聰子

2013年3月4日



※日本ケアマネジメント学会第11回研究大会(2012年7月)シンポジウムにおける報告等を再編

構成

- 諸外国におけるケアの担い手をめぐる政策・研究の動向
- 慢性疾患ケアモデル:
変化する専門職-患者・利用者関係
- 欧州諸国における幅広い介護者支援とその考え方
- 必要なケアワーカーの確保
 - 慢性疾患ケアのコアコンピタンス
- ケア提供主体の種類 (略)
- 話題:NHS改革とセルフケア



諸外国におけるケアの担い手 をめぐる政策・研究の動向



ここでケアの担い手:フォーマル/インフォーマル、有償/無償(二分化できなくなってきた)、対象の別を問わず広くケアを行う者

1. 介護者の「発見」・着目

- アメリカ・スウェーデン・イギリス等の研究者による介護・介護者の歴史への着目(1920年代頃~)と政策対応を要する事柄としての明確な位置づけ
- 介護者団体の運動
→介護者支援の制度化(1960年代後半~萌芽的に)
- 介護者を視野にいれる政策領域の広がり
- 近年EU等では社会的排除との関連から介護者を位置づけ
介護者の社会的保護と社会的包摂をはかる政策検討

[Room et al.(1992), European Commision(2008)等]

2. ケアワーカーの「登場」・注目

- 欧米で高齢・障がいのみならず保育も包摂する
ケアワーカーにかかる研究活発化(1980年代以降)
 - 多様なケアワークの射程、概念構造、実践の精緻な把握、福祉レジームと結びつけた配置・雇用、教育・コンピテンスの検討[Moss and Cameron(2002)等]
- とりわけ長期ケアに携わるケアワーカーの確保定着が各国の政策課題に(2000年代以降)
 - 規模、属性、確保定着策にかかる国際比較の蓄積[Fujisawa and Colombo(2009)等]



3. 多様化するケア提供主体の把握と支援

- フォーマル/インフォーマル、有償/無償といった二分法を超えた
多様化するケア提供主体の概念整理[Ungerson(1997)、Pfau-Effinger and Geissler eds.[2005]等]
- 家族・世帯、市場、国家、コミュニティ・ボランタリー:
ケアダイヤモンドによる供給バランスの把握[Razavi(2007)]
- とりわけ長期ケアについてはケアの担い手の全体像の実態把握と充実に向けた方策展開[Colombo et al.[2011]]

4. ケアの担い手(主体)としての患者・本人

- 1950年代の「患者役割論」[Parsons(1951)]: 社会的役割の免除、医療者の指示に従い援助を受け入れる患者～「病院の世紀」[猪飼(2010)]における専門職のイニシアティフに基づく治療の「受け手」としての患者像
- 高齢化の進展のなかで慢性疾患患者が急増するにつれ患者像が転換: 先を見越した行動をとるケアチームと生産的相互関係を結ぶ「情報とスキルと自信を持つ活性化された患者」像へ [Wagner et al.(1999,2001)等]
- セルフマネジメントを高める施策の展開、その効果に関する研究 [Lorig et al.(1999), Expert Patients Programme Community Interest Company(2010)等]
 - 米・スタンフォード大学で1980年代に開始されたChronic Disease Self Management Programme(世界20カ国で展開)
 - 英・保健省とNHSが主導するExpert Patient Programme [松繁(2010)]: 「LayExpert(素人専門家)」という概念
- ただしもちろん依然として医療者に従属的でありたい患者も多い [Wiles and Higgins(1996), Gabe et al.(2003)]

Wagnerらの慢性疾患ケアモデル: 変化する専門職-患者・利用者関係



「先を見越した行動をとる多職種チーム」と「情報とスキルと自信を持つ活性化された患者」の生産的相互関係による機能・臨床的アウトカムの向上

コミュニティとヘルスシステム

- ①地域の資源・政策
- ②ヘルスケア組織
- ③セルフマネジメントの支援
- ④ケア提供システムのデザイン
- ⑤意思決定支援
- ⑥臨床情報システム

1. 介護者をめぐって

欧洲諸国における幅広い介護者支援



- Integrated careのネットワーク構築をはかるうえで家族・インフォーマル介護者の役割は極めて重要な役割を持つ。
[Leichsenring (2004)]
- 介護者役割の認知、「活用促進」と「支援」を表裏一体で進める傾向
 - イギリスの例
 - Carers Act 1995: 介護者の役割を完全に認知、介護者のアセスメント請求権
 - 介護者のための全国戦略(1999) ①介護者が介護役割を担うことができるよう援助、②自らの生活をより選択的に設計できるよう介護者を個人として認めサービスを提供
- 「日本には介護休業を除いて介護者を対象とする一般的なサービスは他の先進諸国と異なり今日も存在せず、介護の社会化論という日本独自の議論がこれに影響」
[三富(2011)]

● EUROCARRERSにおける10の原則



- ① ケアラー認識: コミュニティケアにおける中心的役割を果たすという認識+この認識がケアラーに影響を及ぼす全ての政策に反映
- ② 社会的包摂: ケアラーが社会生活を享受する権利
- ③ 機会平等: ケアラーは生活の全側面において平等な機会を持つべき
- ④ 選択: ケアラーになりたいか/負担の程度を選択、介護を必要とする人はケアラーを選択する権利を持つべき
- ⑤ 情報: ケアラーの経験・局面に応じた情報、助言、アドヴォカシー、訓練
- ⑥ 支援: 経済、実践、精神的支援と活用可能で手頃なフォーマルケアへのアクセス
- ⑦ 介護から離れる: ケアラー・要介護者双方にニーズに応じたレスパイトケア等
- ⑧ ケアと仕事の両立: ケアと有給雇用両立の可能性(労働政策の前提)
- ⑨ ケアラーの健康増進
- ⑩ 経済保障: 介護の結果としての貧困化を避ける

● 介護者支援施策の射程

法的権利の認知	介護者立法による公式認知 (イギリス)、介護者憲章制定 (アイルランド)
情報提供、相談・助言	地域の介護者支援センターによる支援 (オランダ、イギリス)、情報提供やカウンセリング、サービス提供における専門職と介護者の連携 (ギリシャ)
カウンセリング	(デンマーク、イギリス、スウェーデン、オランダ)
政策提言	介護者の全国団体による支援と政策提言 (アイルランド、イギリス、オランダ、フランス)
経済的支援	<p>① 所得補償：福祉手当 (アイルランド、イギリス)、賃金 (フィンランド、スウェーデン)</p> <p>② 支出補填：税控除 (フランス、アイルランド、ギリシャ、イタリア、オランダ、スペイン)、介護者への手当 (オーストリア、ベルギー、チェコ、フランス、ハンガリー、アイルランド、マルタ、ノルウェー、ポーランド、スペイン、ポルトガル、スロバキア、スウェーデン、イギリス)、高齢者を介した介護サービス提供者への支払 (オランダ、ドイツ)</p> <p>③ 時間補償：有給のレスポンタケア (オランダ)、強制的に介護から離れる (フィンランド)</p>
講習、介護者向けプログラム	介護者向け講習の品質保証 (オーストリア)、プライマリヘルスケアセンターによる介護者講習と「介護者のケア」プログラム提供 (スペイン)
ピアサポート	アルツハイマー・カフェ (オランダ)
レスパイトケア	休日取得と代替介護の保障 (フィンランド)、在宅緩和ケアボランティア (オランダ)、ボランティアによるサポート (各国)
住宅整備、ICT	住環境整備・改修、情報機器提供等 (オランダ、イタリア、フィンランド、デンマーク、イギリス、フランス)
その他	介護者の健康チェック、苦情申立に関する情報提供等 (スウェーデン)

出所: Tjadens et al.(2008)をもとに堀田作成

● 論点メモ

- 諸外国では、Integrated careのネットワーク構築をはかるうえで
ケアラーの役割は極めて重要な役割を持つとされ、ケアラーの役割を
公式に認知し、アセスメント請求権を保障したうえで、総合的な支援を
提供する傾向が見られる。
- 国内外を通じて、介護者の過度な負担や燃え尽きが要介護者の入所入院の大きな
要因となるとされ、介護者支援は介護者がケアを含めた社会生活を享受する権利を
保障するのみならず、結果的に要介護者の住み慣れた地域における生活の継続を
支えることにつながる。また、介護者が仕事や学業その他の社会生活を断念すること
を余儀なくされることは、将来的な社会的損失にもつながる。
- 我が国では、介護保険の導入により介護の社会化を目指してきたが、地域包括ケア
の構築に向け、介護者にかかる実態把握に基づき、介護者役割の位置づけと介護者
支援の考え方を改めて整理する必要があるのではないか。
- (家族による介護) ...在宅ケアにおいて家族が果たす役割は極めて大きく、実際に、家族が両親や配偶者を愛情を込めて
懸命に介護している家庭が数多く見られる。こうした家族による介護については、制度的にも適切に評価されるべきである。
しかし、一方で、家族による介護に過度に依存し、家族が過重な負担を負うようなことがあってはならない。在宅ケアにおける
家族の最大の役割は、高齢者を精神的に支えることであり、そのためには高齢者と家族との間で良好な人間関係が維持
されていることが当然必要となる。家族が心身ともに介護に疲れ果て、高齢者にとってそれが精神的な負担となるような状
況では、在宅ケアを成り立たせることは困難である。
(在宅サービスの拡充) したがって、現在大きく立ち遅れている在宅サービスを大幅に拡充し、在宅の高齢者が必要な時に
必要なサービスを適切に利用できる体制作りを早急に進めていく必要がある。そして、一人暮らしや高齢者のみの世帯であ
っても、希望に応じ可能な限り在宅生活ができるよう支援していくべきである。特に、重度の障害を持つような高齢者や一人
暮らしで介護が必要な高齢者については、24時間対応を基本としたサービス体制の整備が求められる。
- (高齢者介護・自立支援システム研究会報告 1994)

(参考)ミーティングセンターサポートプログラム



- **概要**: 軽度～中度の認知症の人とその介護者へのサポート(感情的・社会的サポートを含む)と情報提供等を目的としてアムステルダム自由大学が現場及び研究上効果的といわれた複数のサポート形態を統合して開発した通所サービスの1形態。
- **効果**: 従来型通所介護と比較して、行動障がい、認知症の人の自尊心、QOL、介護者の介護力にプラス→入所を遅らせる
- **財源**: AWBZ(認知症の人)及びWmo(介護者)
- **運営**: 地域の認知症ケアにかかる諸機関(介護、メンタルケア、福祉、家庭医、地方自治体等)、アルツハイマー協会等の協定に基づく協働
- **3本柱のプログラム**
 - ① 認知症の人へのケア: Social Club(週3回)、コンサルティング(週1回)
 - ② 介護者へのサポート: 専門家による情報提供ミーティング(隔週2時間)、介護者同士のディスカッショングループ(隔週2時間)、コンサルティング(週1回時間)
 - ③ 両者へのサポート: 認知症の人、介護者、スタッフ全体のミーティング(月1回)、レクリエーション
- **発展**
 - 心理社会的診断に基づく認知症の人と介護者のニーズに応じた柔軟なプログラム
 - 認知症に限定せず、広く要介護者と介護者へのサポートを統合したプログラムとしての発展も
 - 入所型施設のなかにある通所サービスを全て閉鎖し、地域のコミュニティセンター等における同プログラムに衣替えした地域も:
敷居が低い(両者からみて早い段階からアクセスしやすい)、より広く地域力を活用できる

2. ケアワーカーをめぐって

必要なケアワーカーの確保施策



1. ケアワーカーに対する需要を減らす: 予防、セルフケアの促進、インフォーマル・セミフォーマルケア活用
2. 採用プールの拡大: 男性、若者、移民等
3. 定着と能力発揮の促進
 - 労働条件改善、専門性強化(仕事の再評価)
 - 雇用管理改善 等
4. 生産性向上、イノベーション
 - ワークプロセス再構築、役割分担見直し
 - 事務簡素化、ICT活用
 - 規制緩和(各種基準の緩和・撤廃と質に基づく評価、専門職及び事業者に対する信頼)等

[Colombo et al.(2011), Cameron and Moss(2007)等をもとに堀田整理]

慢性疾患ケアのための コアコンピタンス

1. 患者中心ケア

- 効果的なコミュニケーション
- 健康行動変容のサポート
- セルフマネジメント支援
- プロアクティブアプローチ

2. 協働(Partnering)

- 患者と
- 他の提供者と
- コミュニティと

3. 質向上

- プロセス・成果の測定
- 学習→変化
- エビデンスを実践に反映

4. ICT

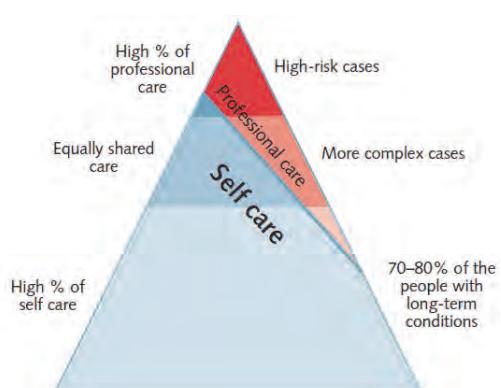
- 患者の登録
- パートナーとのコミュニケーション
- コンピュータ技術の活用

5. 公衆衛生視点

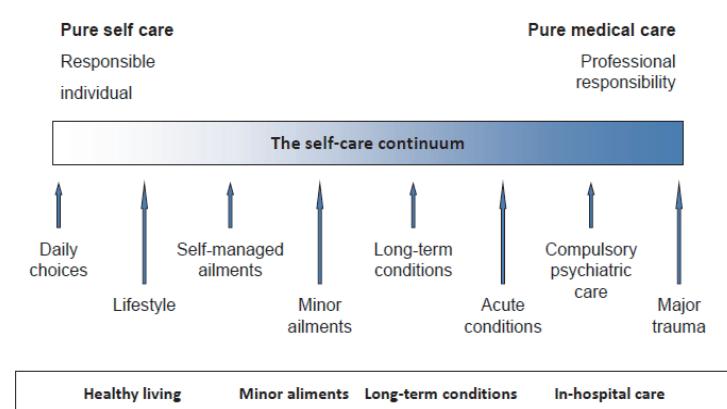
- Population-based care
- 予防重視とケアの連続を横断する働き
- プライマリケア主導のシステム

4. セルフケア・セルフマネジメントをめぐって (話題) NHS改革とセルフケア

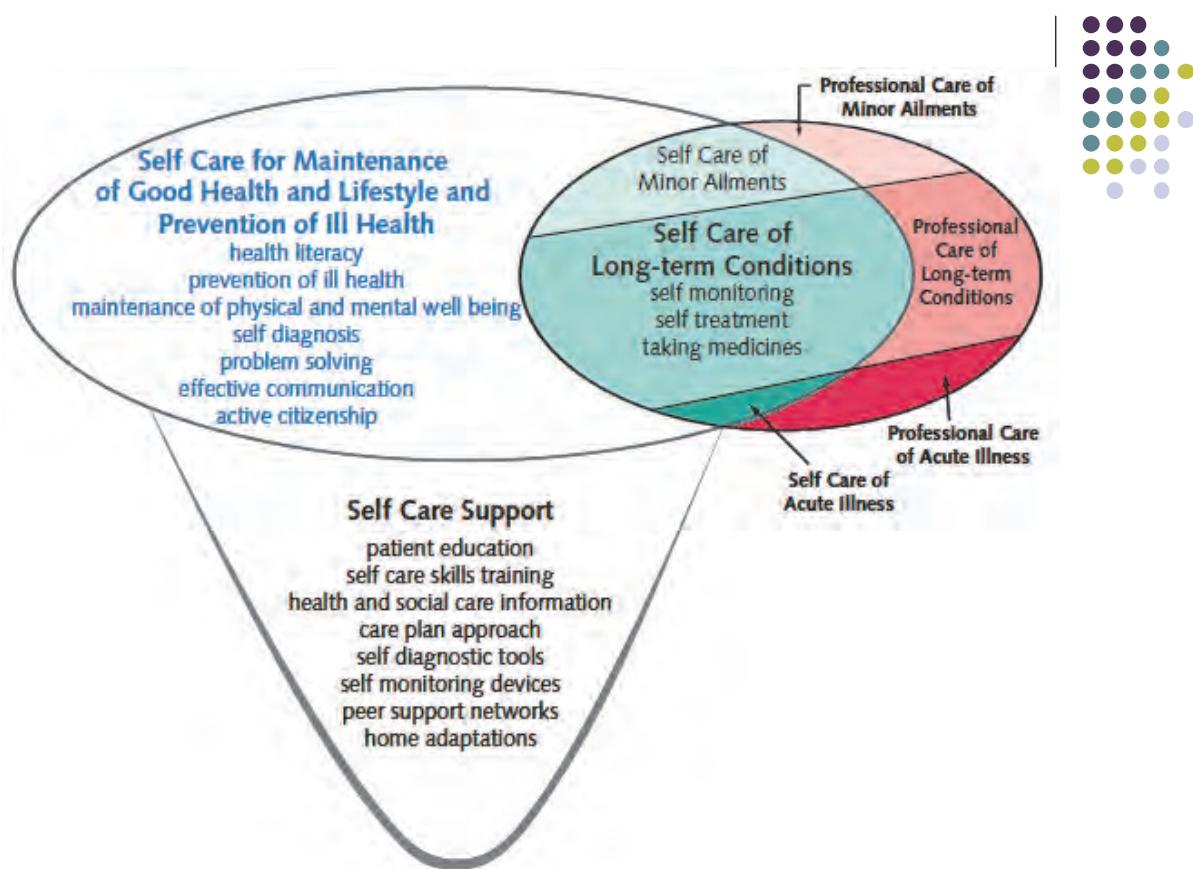
- ケアを必要とする多くの人にとってセルフケアが重要、セルフケアはQoL及び患者満足度↑医療資源節減につながる→セルフケア振興が不可欠【イギリス保健省(2005)『セルフケア白書』】
- 「self-care continuum」という概念を用いて、セルフケアと専門職ケアの配分や焦点が心身状況に応じて変化していくことを示すとともに、セルフケアサポートのあり方を整理する。



出所: Department of Health (2006) Our health, our care, our say: a new direction for community services



出所: <http://www.selfcareforum.org/>



Department of Health(2005)"Self Care-A real choice: Self care support- a practical option"

平成 24 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する
調査研究事業報告書
＜地域包括ケア研究会＞

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

平成 25 年 3 月

発行 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
住所 〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2 オランダヒルズ森タワー
電話：03-6733-1021
FAX：03-6733-1028

