


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

 **三菱UFJリサーチ&コンサルティング**
MUFG

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	慶応義塾大学大学院 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 聡子	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、そ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旨とする「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して必要な事項を定め、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。」

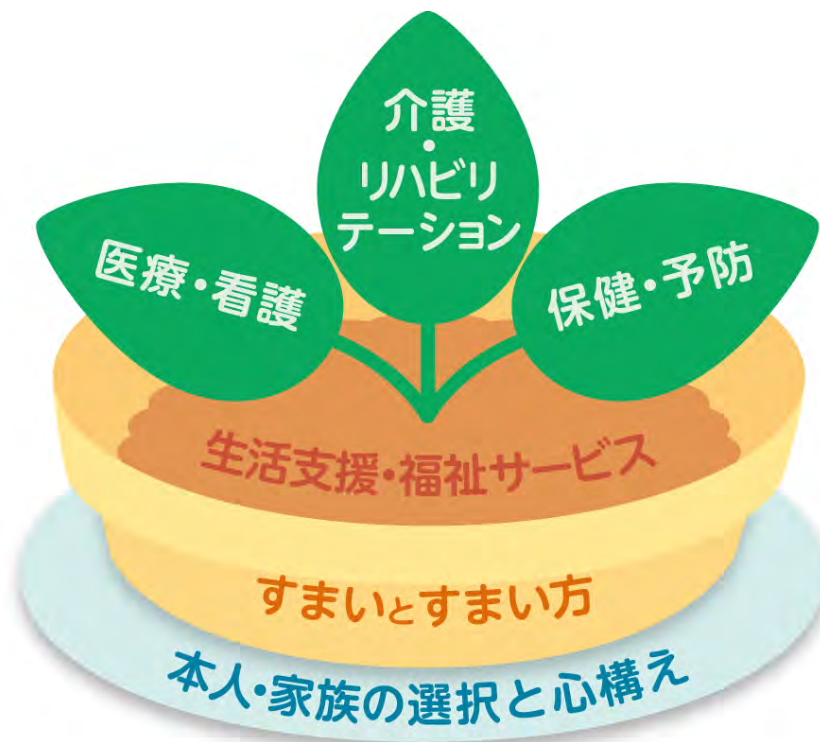
² 「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。」

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、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、誰かが訪問してきて様子は見ているが、翌日になっ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

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、三世帯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ねば、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みも、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、こうした個人個人の積極的な取組みが、「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、ここでの議論では、「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が、「自助」「互助」「共助」「公助」を組み合わせ、「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）

<自助の主体として的高齢者>

- 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。

<担い手として的高齢者の社会参加>

- 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が「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。一般の民間ビジネス、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は、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、そ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立てば、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。そうした観点からも、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視点をもって、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 力年計画（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も多い。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ち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だろうか。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、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

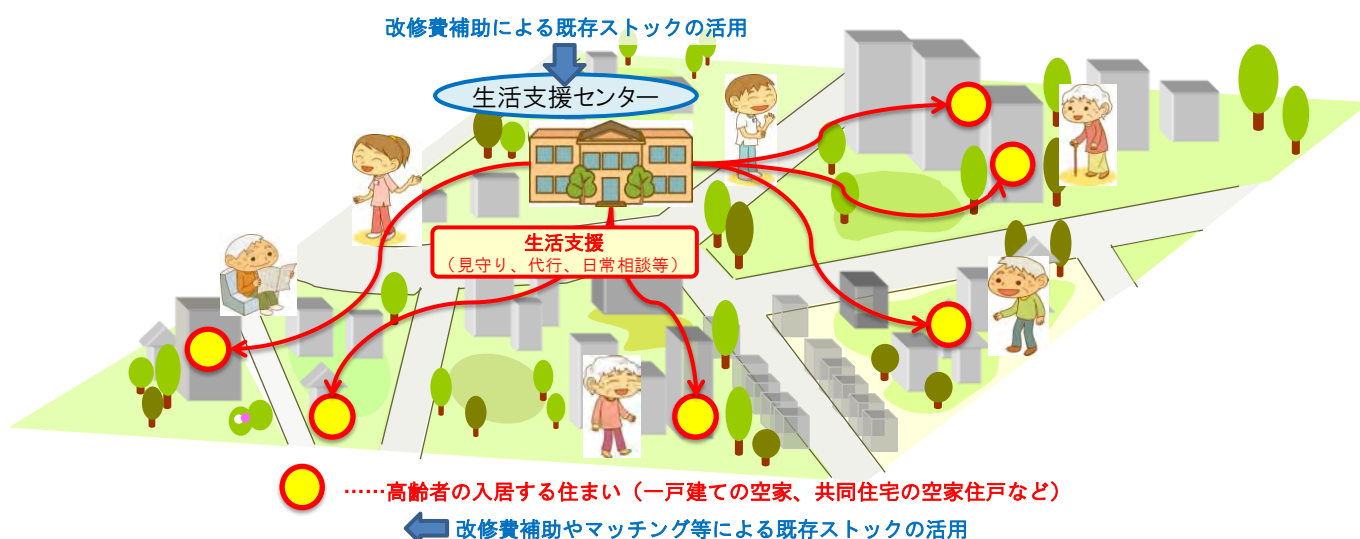
- 住まい（持ち家が賃貸かは問わない）は、地域包括ケアシステムの前提条件であり基盤でもある。それぞれの生活のニーズにあった住まいが提供され、その中で、生活支援サービスを利用しながら個人の尊厳が確保された生活（住まい方）が実現されることが、保健・医療・介護などの専門サービスが提供される前提になる。
- 地域包括ケアシステムの構築にあたっては、介護保険法において、国・地方自治体に対し、介護や生活支援に関する施策と居住に関する施策との有機的な連携と包括的な推進に関する努力義務が課されている。具体的には、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画と高齢者居住安定確保計画との調和を図るため、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、地方公共団体内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と。

- 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つながりながら、きっかけがないまま、意欲が実際の活動につなげ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、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送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、高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た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たせ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勞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

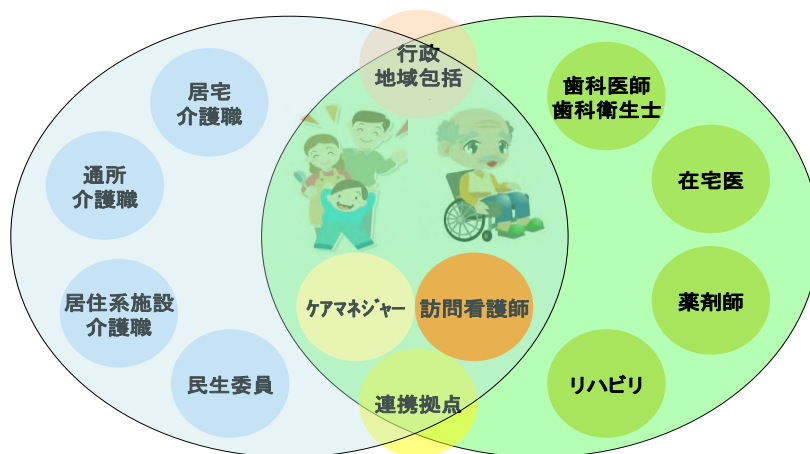
- 地域包括ケアシステムが実現している地域の高齢者の生活は、一般的に、単一の事業所から提供される単一のサービスだけで支えられるのではなく、その人の身体の状態や家族、住居等の環境等に応じて、様々な地域資源を組み合わせながら支えられる。そうした複合的な支援を実現するのが、地域における様々な主体や職種間の連携である。
- 各主体間・職種間の「連携」には様々な段階があると考えられる。現状では、退院調整時に病院の看護師等が地域包括支援センターに電話連絡するといった「リンクージュ」のレベルの連携が多いが、サービス提供の機能的な連携を推進するためには、医療・介護にわたるサービス提供主体が適切かつ定期的に情報共有を図る「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顔を合わせる機会 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感じることによって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だろうか。
- 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で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だろうか(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だろうか。

＜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はいえ、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だろうか。
- 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だろうか。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だろうか。

<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だろうか。
- 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だろうか。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、暮会所など）に出向き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介護系サービスは、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カ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、

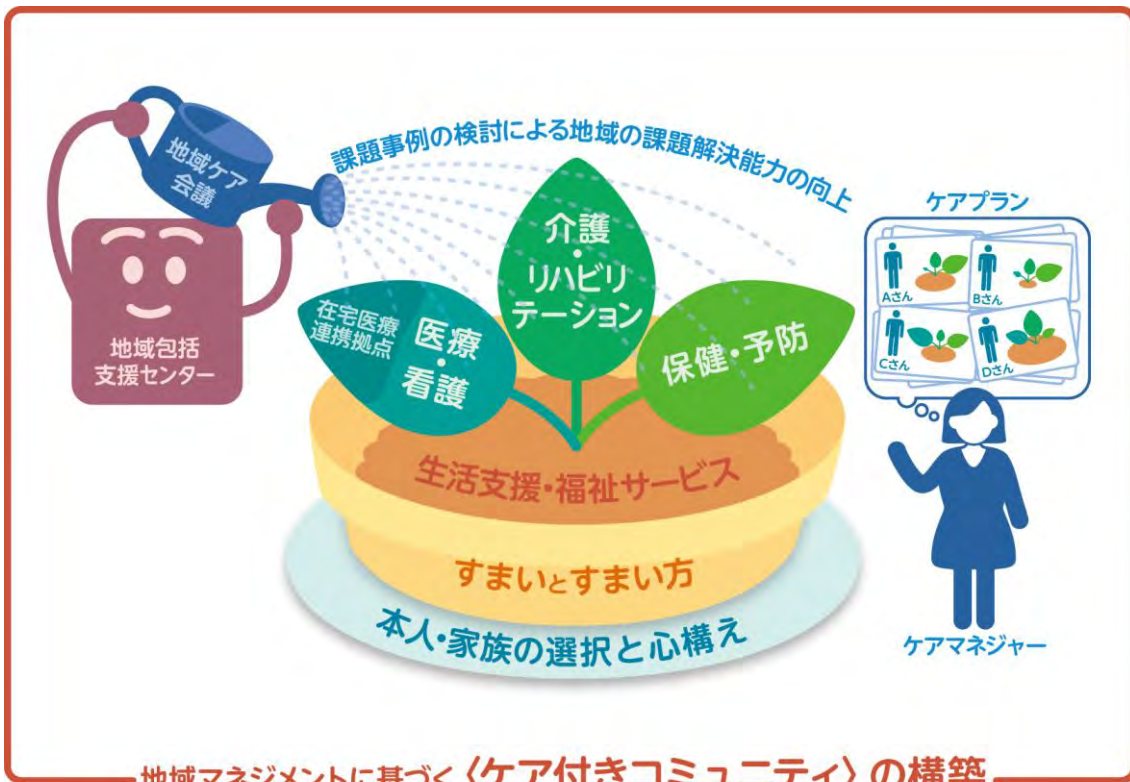
税)には限りがあることから、介護保険制度に基づく保険給付としての枠内で、どの範囲まで給付を行うかについての議論は、今後の地域包括ケアシステムの議論と並行して十分に議論を深める必要があるだろう。

- 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■「ケアつきコミュニティ」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。



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。