

平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

**< 地域包括ケア研究会 >**  
**地域包括ケアシステムを構築するための**  
**制度論等に関する調査研究事業**  
  
**報 告 書**

平成 26(2014)年 3 月



## 目次

地域包括ケア研究会.....	i
はじめに .....	1
第一部 地域包括ケアシステムの基本理念 .....	3
第二部 地域包括ケアシステムの姿.....	6
0. 各構成要素の関係性 .....	6
1. 本人・家族の選択と心構え.....	9
2. 住まいと住まい方.....	13
3. 生活支援.....	16
4. 介護・医療・予防の一体的な提供 .....	18
第三部 地域包括ケアシステムの構築に向けて .....	23
1. 自治体に求められる機能 .....	23
2. 支援のあり方.....	31
3. 人材育成のあり方.....	41
4. 安定的なサービス提供体制の構築 .....	44
おわりに .....	45



---

---

## 地域包括ケア研究会

---

---

### 研究会開催の趣旨

平成 24 年度の地域包括ケア研究会では、地域包括ケアシステムの全体構造を明らかにするとともに、システムを支える「自助・互助・共助・公助」、地域内の諸主体の果たすべき役割、地域包括ケアシステムの構成要素について整理した。

今年度は、団塊の世代が 75 歳以上に達する 2025 年から、高齢者数及び死亡数がピークに達し、後期高齢者数が再び増加し始める 2040 年までを展望し、中長期的な観点から、地域包括ケアシステムのより具体的な姿、その構築に向けた課題や必要な取組について議論するため、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	池端 幸彦	医療法人池慶会 池端病院 理事長・院長
	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 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
	松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学 教授

(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）／清水孝浩副主任研究員／鈴木俊之副主任研究員／  
家子直幸副主任研究員／齋木由利研究員／原田美穂

## 会議の開催

会議は、全7回開催した。

開催日	主 な 議 題
第1回 平成25年10月3日	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 昨年度事業及び今年度シンポジウムの報告</li><li>■ 本年度研究会における検討事項</li><li>■ 論点に関する自由討議</li></ul>
第2回 平成25年11月5日	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 在宅生活を支える看護・リハビリテーション機能のあり方について</li><li>■ 介護保険施設のあり方について</li></ul>
第3回 平成25年11月28日	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 施設系サービスについて</li><li>■ 自治体における統合のあり方</li></ul>
第4回 平成25年12月20日	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 地域包括ケアシステムの中核的サービスの普及方策</li><li>■ 多職種協働による医療・介護の連携</li></ul>
第5回 平成26年1月21日	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 地域包括ケア研究会報告書素案について</li></ul>
第6回 平成26年2月12日	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 地域包括ケア研究会報告書素案について</li></ul>
第7回 平成26年3月14日	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 地域包括ケア研究会報告書素案について</li></ul>

---

---

## はじめに

---

---

- 2000年の介護保険制度の施行以来、「介護の社会化」が推進され、数多くの介護サービス事業者が全国各地でサービス提供を行い、利用者も年々増加している。制度施行以来、訪問介護事業所数は約2倍、通所介護事業所数は約3倍に増加した。また、制度発足当時に約214万人であった要介護認定者数も、2014年時点で、500万人を超えており、介護の社会化という目標は一定の成果をみせている。
- しかし、こうした量的な拡大の一方で、各サービスやインフォーマルなサポートは地域の中で、多くは断片化されたままで、統合的には提供されていない。その結果、要介護者の在宅での生活の継続は依然として困難であり、本人や家族の望まない選択として、在宅生活をあきらめ、住み慣れた地域を離れなければならないといった問題が生じている。こうした課題を解消し、住み慣れた地域で高齢者の生活を支える仕組みの実現に向けて、「地域包括ケアシステム」の構築が各地域における大きな課題となっている。
- 「地域包括ケアシステム」の構築とは、生活の場の整備と考えても間違いではない。人の生活は、家族、近隣住民・友人、専門職による支援・サービスに加え、住まい、商店・交通機関・金融機関・コンビニ等、NPO・ボランティアといった様々な社会資源に支えられて成り立っている。これらの社会資源を「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、同一の目的の下につないでいくためには、介護・医療・保健の分野にとどまらず、「まちづくり」の視点での取組が求められる。
- 平成24年度の地域包括ケア研究会では、地域包括ケアシステムの全体構造を明らかにするとともに、システムを支える「自助・互助・共助・公助」や地域内の諸主体の果たすべき役割について整理した。さらに、「住まいと住まい方」「生活支援」「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」の5つを地域包括ケアシステムの要素として解説してきた。
- 今年度の研究会では、地域包括ケアシステムの各構成要素である、「本人・家族の選択と心構え」「住まいと住まい方」「生活支援」「介護・医療・予防の一体的な提供」について、より具体的な姿を議論するとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けて求められる諸要素について検討した。なお、本研究会では、団塊の世代が75歳以上に達する2025年から、高齢者数及び死亡数がピークに達し、後期高齢者数が再び増加し始める2040年<sup>1</sup>までを展望し、中長期的な観点から議論を行った。とりわけ、後期高

---

<sup>1</sup> 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位(死亡中位)推計によると、高齢者数は2042年に38,782人、死亡数は2039-2040年に1,669人とピークを迎え、その後は減少の一途をたどる。また、後期高齢者数は、2030年に22,784人まで増加した後はほぼ横ばいとなり、2041年以降、再び増加する。

齢者は、慢性疾患を持っており、この疾病の管理が必要なだけでなく、随時、急性増悪への対応が発生するという特徴を持つため、こうした複数の疾患や障害を抱えながら地域の中で暮らせるような社会を想定しながら、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた課題や必要な取組を検討した。



---

---

## 第一部 地域包括ケアシステムの基本理念

---

---

- 第一部では、地域包括ケアシステムを理解する際に必要となる基本理念や概念について、簡潔に整理するとともに、本報告書全体の構成について解説する。

### ■ 「尊厳の保持」と「自立生活の支援」

- 介護保険の目的は、介護保険法第一条に規定されるように、高齢者の「尊厳の保持」と「自立生活の支援」である。
- 高齢者の「尊厳の保持」は、高齢者が自らの意思に基づいた生活を継続できるよう、本人の自己決定を尊重することによって初めて可能となる。そうした周囲の理解に基づき、高齢者が自ら、住まいや必要な支援・サービス、看取りの場所を選択する社会のあり方が重要となる。
- 高齢者の自己決定においては、高齢者を取り巻く環境も大きな影響を与える。例えば、住み慣れた地域での生活の継続を望む高齢者がいても、その生活を支える体制が地域の中に構築されていないならば、本人の本当に望む選択は行えない。また、体制が構築されていても、サービスやサポートの組み合わせ方や効果的な利用方法が高齢者本人に伝わっていないならば、適切な選択は難しい。つまり、高齢者の「尊厳の保持」のためには、その意思を尊重するための支援体制の構築と適切な情報提供、意思決定支援が必要である。
- 高齢者の「自立生活の支援」のためには、要介護状態になっても、その有する能力に応じ自立した生活を営めるよう支援する体制が不可欠である。高齢者ケアにおいては、急性期、回復期、慢性期、終末期などの心身の状態の変化や「住まい方」（家族関係や近隣住民・友人との関係性）の変化に対し、特定の支援に固定せず、その時々最適な支援の組み合わせの検討が重要である。そのため、医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・予防、生活支援・福祉サービスが一体的・統合的に提供される必要がある。
- これにより、できる限りケアを受ける場所を変えずに、可能な限り住み慣れた場所にとどまってケアを受けられるような仕組みをつくることが重要である。急激な生活環境の変化により生じるリロケーションダメージは、自立支援の観点からも必要最小限に抑えられる姿が望ましい。

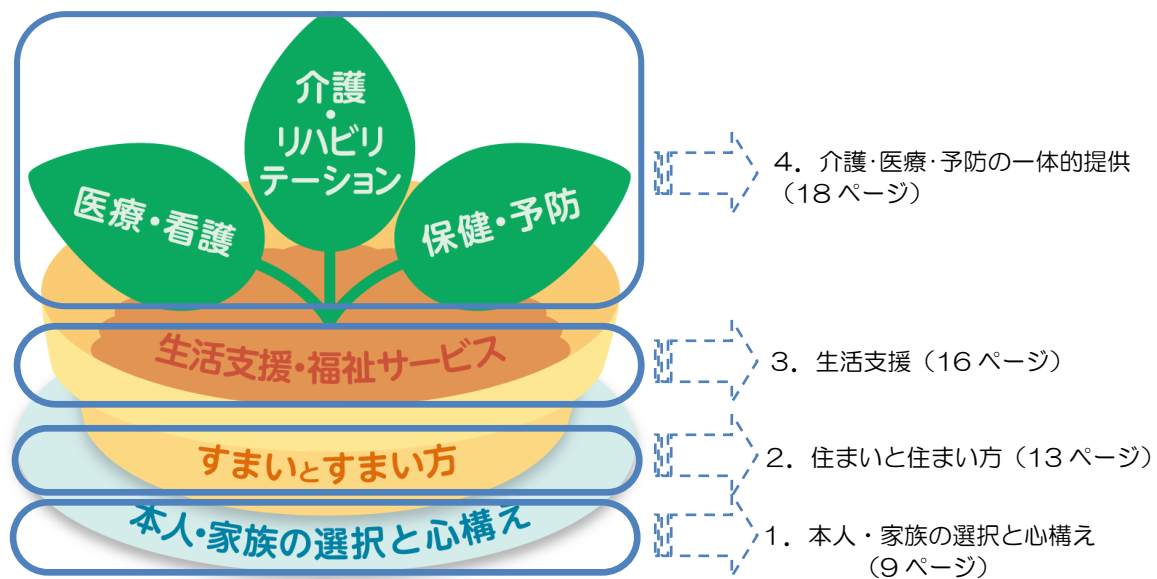
## ■ 地域における共通認識の醸成—「規範的統合」に向けて

- こうした仕組みづくりを「住み慣れた地域」で実現する上で、自治体は中心的な役割を果たす。自治体には、基本方針を決定し、地域のあらゆる関係者に働きかけて共有する仕組みによって、地域内に分散しているフォーマル・インフォーマル資源を統合しながら取組を推進していく努力が求められる。地域単位で支援・サービスを提供する体制を構築することは、地域内の雇用創出や支援・サービスの提供主体の地域貢献、「共有の財布」からの支出である社会保障給付の地域循環につながる。
- 地域によって人口や健康上のニーズ、健康に関する考え方や資源の分布が異なる以上、地域包括ケアシステムの構築方法は、各自治体で異なるはずである。どのように地域包括ケアシステムを構築するかは、前述の「尊厳の保持」の観点から、地域住民の参画のもと基本方針を決定するべきであり、各自治体にはそのための選択肢を地域住民に提示する責任がある。実際の構築に向けては、地域住民に加え、社会福祉法人・医療機関・民間事業者・NPO等の関係者にも働きかけ、基本方針を共有していくあり方が求められる。
- このように、保険者や自治体の進める地域包括ケアシステムの構築に関する基本方針が、同一の目的の達成のために、地域内の専門職や関係者に共有される状態を、本報告書では「規範的統合」とよぶ。「規範的統合」を推進するためには、地域の諸主体が、同じ方向性に向かって取組を進める必要があり、自治体の首長による強いメッセージの発信も重要である。また、自治体・保険者には、まちづくりや医療・介護サービスの基盤整備に関して、明確な目的と方針を各種の計画の中で示す工夫が求められる。

## ■ 今年度の研究会のテーマ

- 平成 24 年度の地域包括ケア研究会においては、地域包括ケアシステムを、「住まいと住まい方」、「生活支援と福祉サービス」、「介護・リハビリテーション」、「医療・看護」、「保健・予防」の5つの要素と、前提としての「本人・家族の選択と心構え」といった要素で説明した。
- 今年度の研究会では、これらの要素の具体的な姿と、具体的な実現方策について、検討を行った。第二部では、地域包括ケアシステムを構成する要素毎に、その機能やあり方を具体的に提案している。第三部では、最終的な地域包括ケアシステムの構築の実現に向けて、現状、取り組むべき具体的な施策を提案している。

【今年度の議論と「地域包括ケアシステムの植木鉢」】



---

---

## 第二部 地域包括ケアシステムの姿

---

---

- 第二部では、地域包括ケアシステムを構成する要素毎に、その機能やあり方を具体的な形で提案している。

### 0. 各構成要素の関係性

- 平成 24 年度の地域包括ケア研究会では、地域包括ケアシステムの各構成要素について、「住まいと住まい方」を植木鉢、「生活支援」を土、「医療・介護・予防」を葉に例えて、そのあるべき姿について議論した。地域包括ケアシステムの構築の過程において、各構成要素は、それぞれ新しい仕組みに向けて、その機能を変化させていく必要がある。とりわけ、「住まいと住まい方」「介護・医療・予防」「生活支援」の関係性について、従来とは異なる視点に基づいて整理される必要がある。ここでは、各要素に関して個別のあり方を議論する前に、各要素の関係性について整理しておく。
- 平成 24 年度の地域包括ケア研究会では、「住まいと住まい方」について、「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」とした。この「住まい」は住居の形態であり、一般住宅、高齢者向け住宅等が想定される。「住まい」とは、自分の時間で暮らせる自分の空間が確保されている生活の場所とみなすことができる。かつての「施設」との対比で表せば、プライバシーや生活の自由がより尊重され、その生活が集団主義的でないものとみなしてよい。また、「住まい方」は、周辺の人々との関係性であり、家族関係や近隣住民・友人との付き合いと考えてよい。「住まい方」は、子どもとの同居・近居・別居、夫婦世帯から単身世帯への変化など、年月とともに変化していこう。「住まい」を植木鉢の形とするなら、「住まい方」は植木鉢の材質に例えられる。
- 地域包括ケアシステムでは、高齢者は自らの意思で「住まい」を選択し、本人の希望にかなった「住まい方」を確保した上で、心身の状態や「住まいと住まい方」が変化しても住み慣れた地域での生活を継続できるよう、「介護・医療・予防」「生活支援」という“支援・サービス”<sup>2</sup>を柔軟に組み合わせて提供していく姿を想定している。例

---

<sup>2</sup> ここでいう“支援・サービス”とは、地域包括ケアシステムの植木鉢の、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」(葉)、「生活支援・福祉サービス」(土)を指す。「医療・看護」「介護・リハビリテーション」は各制度の枠組みの中で提供される『サービス』と呼ぶことができる。他方、「保健・予防」は『サービス』だけでなく、手すりの設置等の環境整備、拠点整備、社会参加の機会提供等も含まれる。また、「生活支援・福祉サービス」には、フォーマル資源による『サービス』だけでなく、地域住民やボランティア等のインフォーマル資源による『サポート』も含まれる。以上をふまえ、本稿では総称として“支援・サービス”という言葉を用いている。

例えば、一般住宅で家族のサポートを受けずに生活している軽度者には、生活支援や予防サービスが提供されるが、重度化し、子どもと同居するようになれば、主として医療・介護サービスが提供されるようになる。すなわち、本人の心身の状態や植木鉢の形・材質（住まいと住まい方）の変化によって、土（生活支援）や葉（医療・介護・予防）の姿が変わりうるという指摘である。

- 従来の施設は、「住まいと住まい方」と“支援・サービス”が原則としてあらかじめセットになっており、基本的に施設には外部からケアが提供されることはなく、内部で提供されるサービスで完結していた。しかし、地域包括ケアシステムでは、内部で提供されるサービスが不十分であれば、外部から、その時々の利用者の状態に適合したサービスが組み合わされるようになる。近年増加しているサービス付き高齢者住宅も、生活支援や見守りサービスが内部で提供されているが、心身の状態が変化すれば、これらのサービスでは生活を継続できなくなるので、外部からのケアを利用せざるをえない。こうした考え方は、内部にサービス提供機能をもつ介護保険施設等においても同様であり、例えば特別養護老人ホームにおいて、必要に応じて医療サービスを外部から提供する方式も想定される。
- 住み慣れた地域での生活の継続には、このような「住まいと住まい方」と“支援・サービス”を柔軟に組み合わせる考え方が必要となるが、一方で、ケアとケアを受ける場所が予めパッケージ化された現状の急性期病院、回復期・慢性期病院、有床診療所、介護老人保健施設等の役割は重要である。急性期や回復期、慢性期の医療・介護機関は、そもそも「住まい」ではなく、「一時的にケアを受ける場所」であり、最終的には「住まい」に戻ることが前提となっている。こうした医療・介護機関では、医療・介護を含むケアを集中的に投入する必要があるため、パッケージ化はむしろ効率的な手法といえる。また、医療やケアニーズが高い高齢者にとっては、パッケージ化されたケアは有用なあり方といえる。特別養護老人ホームも、重度の要介護者等にとっては、内部に集積された専門サービスを効果的・効率的に受けられる「住まい」として、これからも機能するよう引き続き期待される。
- 「生活支援」と「医療・介護」、「予防」も互いに影響を与える存在である。「医療・介護」は専門組織と専門職が中心となって提供するが、「生活支援」は親族や友人、民間事業者やNPO、ボランティア、地域住民など多様な主体が積極的に提供されるよう期待される。従来のサービスでは、医療・介護の専門職が「生活支援」を提供する場合もあるが、これが多様な主体によって担われるようになれば、医療・介護の専門職は本来の役割である「医療・介護」に注力でき、在宅での介護の限界点の向上につながると思われる。
- また、「予防」は、生活機能の低下した高齢者に対して、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、リハビリテーション専門職等の活用により、保健・医療・福祉の専門職のみならず、本人や家族、近隣の

住民を含め地域全体で取り組んでいく方向が期待される。

- このように植木鉢（住まいと住まい方）・土（生活支援）・葉（医療・介護・予防）は柔軟に組み合わせられるものだが、その際に最も重要な理解は、「本人・家族の選択と心構え」の上に成り立っている点である。つまり、本人が選択した上でその生活を送っている姿である。選択を行うためには、幾つかの植木鉢・土・葉の組み合わせが選択肢として提示され、それを選択した場合の影響が伝えられ、信頼のおける専門職からの適切な助言があってはじめて有効な選択が実現できる。

## 1. 本人・家族の選択と心構え

- 第一部で述べた通り、地域包括ケアシステムにおいては高齢者の「尊厳の保持」が原則であり、高齢者が自らの意思に基づいた生き方ができるよう、本人の自己決定を尊重する体制が求められる。平成24年度の報告書では、「本人と家族の選択と心構え」をめぐり、看取りの場面をとりあげ、「常に『家族に見守られながら自宅で亡くなる』わけではないと述べられており、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」としている。本人が住まい方、暮らし方について、自らの意思に基づいた選択ができるためには、必要な支援・サービスを提供する体制の構築と、「自己決定に対する支援」の普及が前提となる。
- 地域包括ケアシステムにおいては、自立支援の観点から統合的なケアが提供されなければならないが、本人にも、要介護状態とならないために予防する努力や要介護状態となってもその有する能力の維持向上に努めるよう求められる。この点は、介護保険法第四条第一項<sup>3</sup>において、「国民の努力及び義務」として示されている。また、疾患構造が変化する中で、健康観が「病気と認められないこと」から、病気や障害と付き合いながら、「心身の状態に応じて生活の質が最大限に確保された状態」へと変わりつつある中で、自らの生活を自ら支える「自助」の主体としての国民の努力はますます重要となっている。
- 生活に留意し健康を保ち、病気や怪我が治るような努力に対しては、日本では古くから「養生」<sup>4</sup>という言葉でその考え方・方法が示されてきた。「養生」は単なる健康法や病気の予防方法を会得するといった意味ではなく、健康な生活を送るための生活のあり方や処し方が伴っているものであり、自発的に自らの健康を管理する態度を醸成するあり方が含まれている。しかしながら、現状の保健施策において、「養生」のための生活習慣を形成するための動機づけ支援や知識の普及は必ずしも十分とは言えない。
- 「養生」の考え方には、食事や生活習慣だけでなく、医師との関わり方や薬の用法も含まれる。地域包括ケアシステムに置き換えて考えれば、必要な支援・サービスを選

<sup>3</sup> 「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。」

<sup>4</sup> ここでの「養生」は、江戸中期に出版された貝原益軒の『養生訓』に由来しており、この書においては病後の手当てや病気予防の健康法のみではなく、日々の生活を健康に過ごすための処世訓が記されている。『養生訓』では、「心身の健康を保つ責任は自分にあり、仮に病気になったとしても、養生を通じて自然に治っていく」養生の考え方が記されている。合わせて食事や生活習慣、そして医師との係わり方や薬の用法といった多方面から具体的にどのようにすればいいのかに関する方法が説かれ、人々が日々の生活に必要ないわゆるセルフケアやセルフケアマネジメントの方法が示されてきた。この意味から、本稿ではセルフケアやセルフケアマネジメント等の最近の外来語ではなく、日本ではすでに、日々の生活を支える種々の健康に関する知恵や、その方法を示したものがあつた歴史を踏まえて、「養生」という言葉を提案した。

参考文献) 梅棹忠夫他『日本語大辞典』講談社、2000年、pp.2,240 / 貝原益軒、松田道雄訳『養生訓』中央公論社、2008年、pp.136-193

押し利用しながら、自らの機能を維持向上する努力であり、「養生」のための支援は、まさに「自己決定に対する支援」ということができる。ここでは、「本人・家族の選択と心構え」を支えるための、「養生」のための動機づけ支援や知識の普及、自己決定に対する支援について整理する。

## ■ 「養生」のための動機付け支援や知識の普及

- 「養生」の基本となる本人の主体性を高めるには、幼少期からのしつけ、そして、学校教育を含め、自立と尊厳の重視、健康教育や社会保障教育の充実が必要不可欠である。住民が「養生」に努めるためには、自己効力感を高める、すなわち、自分で治していく過程に対する動機をもち、必要な知識を持った上で、自らの行動を変え、成果を実感できる機会の増加が必要である。これに向けては、従来の保健プログラムにしばしば見られる受動的な教育ではなく、能動的に学び、多様なニーズや関心を持つ人たちが情報やスキルを共有し、健康管理や必要な支援・サービスの選択ができるようになるセルフマネジメントのプログラムの提供が必要である。
- セルフマネジメントのプログラムの提供にあたっては、専門職による教育的な働きかけやツールの提供が効果的と思われる。欧米諸国では、慢性疾患の自己管理が重視されており、看護師や薬剤師がその教育を担っている。日本においても、保健師・看護師・ケアマネジャーが同様の役割を担う体制が期待され、こうした教育を実行できる人材の確保・育成を誘導していく方向も考えられるのではないだろうか。
- また、日本の公衆衛生史のなかでも一定の効果をあげてきた母子保健において、セルフマネジメントのツールとして活用されてきた母子健康手帳の概念を、他の世代にも活用する試みも効果的と考えられる。「養生」の意識が比較的高いと考えられる介護予防の対象者への介入を先行させることも一つの方法である。
- このほか、サービス担当者会議に本人・家族が出席し、専門職の助言を受けられる体制も「養生」のための支援となりうる。また、医療・介護機関のレストランや通所サービス等を地域に開放し「施設の社会化」を進めれば、地域住民の世代を超えた交流を通じた高齢期の生活の理解や、医療・介護資源を学習する機会となりうる。
- 自治体には、住民合意の尊厳論や財政論を背景として方針を明示し、講座の開催等により意識付けを図っていく役割が求められる。「養生」の促進は、健康上の効果のみならず、医療・介護費の増加抑制にもつながる可能性があるため、期待される効果を「見える化」する過程も重要となる。また、ケアマネジメントでは、本人の機能を評価した上で、「養生」により対応するものと、支援・サービスを提供するものを整理する努力が必要である。ケアマネジャーがこの機能を発揮できるよう、自治体は地域ケア会議等で支援していくよう求められる。



## ■ 自己決定に対する支援

- 高齢期の生活には、世帯構成の変化、「住まい」の住み替え、ケア方針の決定といった様々な場面での意思決定が求められる。「養生」の促進は、自己決定力の向上につながるものの、特に専門職による支援・サービスの選択場面では、自己決定に対する支援として、分かりやすい情報の提示、専門職の助言、また、支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積・伝達が求められる。
- 今後は、意思決定能力が不十分な単身の認知症高齢者が増加すると予測されている。そこで、権利擁護事業や成年後見制度の活用、市民後見人の養成に加え、多様なニーズに応えるため、身元保証や財産管理等において金融機関等のサービスやコミュニティビジネスを発展させるなど、自己決定に対する支援の拡充が求められる。また、判断能力が不十分な状態になっても、自己決定を持続する道をいかに開くかという観点から、成年後見制度の今後を検討することも重要である。さらに、本人の判断能力が低下している場合に、家族や親族ではない第三者が医療同意を行えないために必要な治療を受けられない問題も、解決が図られていく方向が望ましい。

### <専門職による自己決定支援のあり方>

- 専門職による支援・サービスの選択場面では、「どのようなケアを受けながら、いかに過ごすのか」をめぐる幾つかの具体的なモデルを示し説明する工夫が求められる。また、意思決定に対する専門職の助言は、本人・家族と専門職の間に長年の信頼関係があってこそ意味をもつ。したがって、主治医もしくは以前から関与しているケアマネジャーや訪問看護師等による助言が重要であり、それにより本人・家族は理解し心理的に受け止め、自ら意思決定を行える。なお、主治医については、平成26年度の診療報酬改定により、主治医機能を持った診療所の医師による継続的かつ全人的な医療を評価するため、地域包括診療料、地域包括診療加算が設定される。算定要件として、療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療および当該患者に対する24時間対応等があげられており、主治医機能の定着が図られていくと考えられる。
- 認知機能障害や失語症、意識障害を有するために、本人の意思確認が難しい場合には、意思決定を支援するために、家族に加えて本人の意思を代弁しうる者の関与が重要である。生活状況や家族背景、これまでの経過を把握しているケアマネジャーや介護職、そして医療職がこの役割を果たしうる。例えば、本人同意が確認できない状況ながら胃ろう造設の適否を検討する場合、家族が反対しなかったからといって苦痛を伴う医療行為を実施してよいとするのではなく、代理意思決定のためにしかるべき手順を経る必要がある。具体的には、家族に加え介護職や在宅医・訪問看護師等の医療職が意思決定のプロセスに加わり、これまでの経過からの本人の意向の類推、経口摂取の介助の検討やえん下リハビリテーション等を実施した上でのえん下機能の評価、胃ろう

を造設した場合の改善可能性や療養生活の予測を行った上で、本人の QOL (Quality of Life) を推定しつつ、意思決定の支援を行う必要がある。これも、医療と介護の連携が求められる場面の一つである。

＜ターミナル期における専門職による Quality of Death の確保＞

- 自己決定に対する支援で難しい場面の一つが、ターミナル期における尊厳の保持である QOD (Quality of Death) の確保である。例えば、本人が在宅での看取りを希望する場合、在宅での看取りの具体的なモデルの提示や専門職による助言に加え、実際の看取りの場面で、本人や家族が望まない治療や救急搬送等が行われないよう、そして、本人が自らの希望を医師に対して伝えられるよう、十分なコミュニケーションが図れる支援が必要である。
- 戦後の経済成長の中で、家庭での看取りが減少し、人が死んでいく過程を知らない若年層や子どもたちがほとんどとなっている。こうした現状の中で、在宅の看取り機能を高めていくためには、在宅医療・介護の仕組みを構築するだけでなく、高齢者や家族、地域住民に対して、多様な看取りのあり方と、在宅看取りの可能性と具体的な選択肢について、十分な情報提供を行っていく工夫が重要である。

## ■ 家族に対する支援

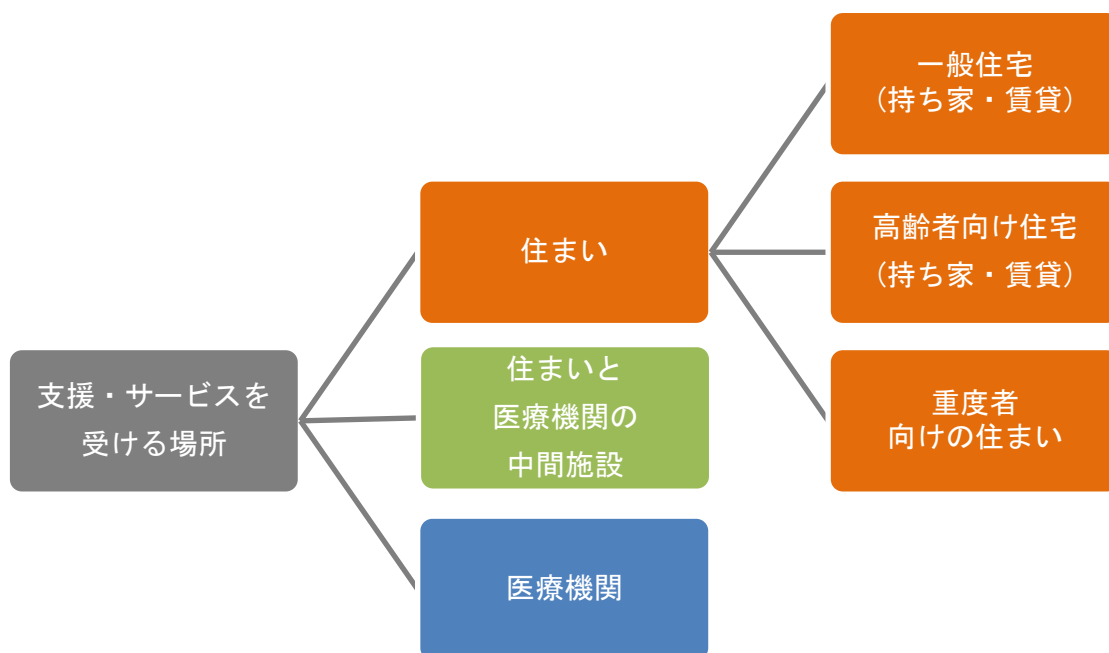
- 高齢者本人が「養生」し、心身の状態の変化に応じて、自己決定に基づき必要な支援・サービスを利用できても、情緒的なサポートを担う家族は必要不可欠な存在である。「住み慣れた地域」での生活を継続するためには、本人の「尊厳の保持」や「自立生活の支援」だけでなく、家族もその人らしい生活を送れるよう、相談支援や介護指導に加え、就労と介護の両立支援も求められる。
- また、要介護状態となり介護を受ける、家族が要介護状態となり介護をするという生活は、多くの人に起こりうる事態である。中高年を迎えた段階で、老後や介護について自ら考え、必要な情報を収集する姿勢を持つことは誰にも求められる心構えである。

## 2. 住まいと住まい方

### ■ 「“支援・サービス”を受ける場所」と「住まい」の種類

- 2025年の地域包括ケアシステムが構築された社会では、「“支援・サービス”を受ける場所」は、「住まい」「医療機関」「住まいと医療機関の中間施設」の3つに分類できるだろう。
- 「住まい」としては、「一般住宅（持ち家・賃貸）」の他に、家屋の状況、家族の状況等の理由により、これらの一般住宅での生活が難しい高齢者に対しては、各種の「高齢者向け住宅（持ち家・賃貸）」が確保される。また、重度の要介護者で在宅での生活が困難な者に対しては、集中的なケアが提供できる「重度者向けの住まい」が整備される。いずれの「住まい」でも、必要な“支援・サービス”を、外部事業者のサービス提供も含めて柔軟に組み合わせて利用しながら生活できる。また、すべての「住まい」は、「住み慣れた地域」での生活を保障するものである。
- これらの「住まい」での生活を基本としつつ、急性期には「医療機関」にて医療的ケアを受ける一方、在宅生活で起きた軽度の症状の変化や急性期病院からの退院時では、かかりつけ医等による適切な判断に応じて「住まいと医療機関の中間施設」に短期間入所し、在宅生活の復帰のための支援を受けられる。

【“支援・サービス”を受ける場所」と「住まい」】



#### <高齢者向け住宅>

- 「高齢者向け住宅」は、一般住宅での生活の継続が難しい（見込みがある）場合に住み替える「住まい」を指す。一般住宅での生活の継続が難しい理由としては、十分なケアを受けられる居住環境とは言えない、介護者や生活を支える家族などがおらず、在宅介護サービスを利用しながら一人で暮らすこともできない、特に介護の必要性はないが将来の不安に備え早めの住み替えをしたい等の理由が考えられる。
- 「住み慣れた地域」での生活の継続を保障するため、「高齢者向け住宅」には、日常生活圏域への立地を前提に、基本的な見守りサービスや相談機能、生活支援機能だけでなく、心身の状態が変化した場合や、特別なケアが必要な場合に、住宅内外のサービスを適切に組み合わせてケアを提供できる体制の構築が求められる。また、入居者が「地域住民」として生活できるよう、地域における交流や社会参加の機会が確保された生活空間として位置づけられる。

#### <重度者向けの住まい>

- 要介護状態が重くなり、在宅での生活が困難で集中的な介護・看護を必要とする場合は、一般住宅や高齢者向け住宅に介護・看護サービスを組み合わせる方法のほかに、住み慣れた地域の中に整備されている「重度者向けの住まい」で生活の継続が可能である。「重度者向けの住まい」では、介護や看護の専門職が重点的に配置されているため、重度者でも安心して生活を継続でき、ケアも効率的に提供できる。この場合も、リロケーションダメージを最小化するため、可能な限り、従来の住まいと同じ地域内にある「重度者向けの住まい」に住み替えられる体制整備が望ましい。近居する家族が気軽に訪問できるため、入居者も家族も心理的な面で安心感を得やすいだろう。
- ただし、前提としては、重度化に応じて高齢者が住まいを移るよりも、サービスを組み替えて重度化に対応する方が望ましいことから、一般住宅や高齢者向け住宅に重度者向けサービスを提供できる体制の構築が、一義的には重要である。このため、地域において重度者向けのサービス提供体制が一定水準まで整備されれば「重度者向けの住まい」は、「高齢者向け住宅」の利用が難しい低所得の重度の高齢者の利用が中心になると考えられる。
- なお、「重度者向けの住まい」でも、自分の時間で暮らせる自分の空間が確保され、プライバシーが確保された中で、可能な限り生活の自由が尊重されている場所が築かれなくてはならない。また、地域の中の「住まい」である以上、地域社会の一員として、地域との交流が可能な環境の提供が必要である。
- したがって、こうした「重度者向けの住まい」のサービス資源は、入居者に対してのみ提供されるものではなく、地域内の他の「一般住宅」「高齢者向け住宅」に住む要介護者にも提供される姿が期待される。すなわち、専門的なサービス資源が集積された地域の拠点としての機能の発揮が求められる。また逆に、「重度者向けの住まい」の入

居者の心身の状態が変化した場合でも、地域の医療サービス等が適切に外部から提供され、可能な限り同じ住まいでの生活を継続することが重要である。

#### <住まいと医療機関の中間施設>

- 「住まいと医療機関の中間施設」は、医療・看護・介護・リハビリテーションを一体的・集中的に提供する施設である。この施設は、在宅生活への復帰、すなわち「住まい」に戻ることを前提として、数ヶ月までの短期間の利用の中で、ADL向上を目的としたリハビリテーション等を提供するものであり、脳卒中モデル等が想定される。
- また、こうした施設には、医療・看護・介護・リハビリテーションの専門職が集中的に配置されており、在宅復帰後のケア提供も含め、在宅サービス提供の拠点としても機能するよう期待される。「住まいと医療機関の中間施設」の資源が地域にも展開されれば、より統合的で切れ目のないケアの提供が可能になる。

#### <医療機関>

- 住まいでの生活継続を前提としても、多くの在宅要介護者が一時的な疾患の治療のために急性期の医療機関に入院し、加療する事態が想定される。こうした入院患者は、急性期を越えた段階で、「住まいと医療機関の中間施設」を経て、「一般住宅」や「高齢者向け住宅」での生活を目指すことになる。ただし、脊髄損傷、神経難病、重度の蔓延性意識障害、重症心身障害も含めた、在宅での対応が困難な医療依存度の高い高齢者については、別途、その「住まい」のあり方を検討する必要がある。
- 医療依存度の高い人が在宅で暮らし続けられるかどうかは、本人の状態だけでなく、同居家族の有無、また、急変時に対応できる訪問看護や医療への連携等の対応が可能な訪問介護、輸液療法に対応できる薬局といったサービス提供体制に左右される。
- すなわち、在宅医療の提供体制等によって在宅での対応が難しい場合に、その受け皿としての機能を確保しておく必要がある。その選択肢の一つとして、現行の療養病床が担っているような役割を果たす施設サービスによる対応も考えられ、その必要性や具体的な体制の整備については予め想定しておく取組が必要となる。

### 3. 生活支援

#### ■ 個人に対する生活支援サービスの提供

- 本人の選択した住まいにおいて生活を継続するためには、食事や掃除、洗濯などの基本的な生活支援が必要となる。生活支援は、家族が通常の生活の中で行っている場合もあるが、同居者の心身の状況や就労状況等によっては、家族が同居していても、生活支援が求められることが少なくない。
- こうした生活支援は、必ずしも医療・介護の専門職によって提供される必要はなく、すでに地域内で通常の民間の生活支援サービス事業者によって提供されているサービスを購入する方法の他に、地域の互助によって提供される場合も想定される。生活支援は、その地域毎の暮らし方によっても提供方法に違いがあり、地域単位で最適な提供方法の検討が必要である。
- 介護サービス事業者が、地域の互助による生活支援の担い手を育成するあり方も考えられる。これにより、専門職による支援・サービスが必要になった段階で早期につなぐ手がかりを持ちながら、専門職は専門職のみが提供できるケアに集中できる。

#### ■ 地域における包括的な生活支援の拠点の必要性

- 在宅生活の継続を困難だと感じる原因は、様々な身体介護や食事の準備、掃除、洗濯などの家事の問題に限定されるものではない。元気な高齢者であっても、心身の衰えや、病気の治療、近隣との付き合いの減少による孤立感など、様々な不安を抱えている可能性が高く、こうした不安感が、心身に変化が生じた際に、在宅生活の継続を早い段階であきらめてしまう一因になっているケースは少なくない。要介護者の場合は、日々の生活を支える家族が同様の不安を抱えていることが多く、介護負担の増加に伴い、在宅での生活の継続の方法があるにも関わらず、あきらめてしまうケースが少なくない。また、高齢者の機能や意欲の低下とともにみられる閉じこもりは、課題を潜在化させ対応を遅らせる原因になる可能性が高く、日常的に出掛けていく場の確保が必要である。
- こうした高齢者や家族の日々の生活における不安感やリスクは、それぞれの世帯に外部からサービスを提供するだけでは十分に解消されない。むしろ、本人や家族が気軽に相談したり立ち寄りしたりするような「包括的な生活支援の拠点」が地域の中に必要ではないか。地域の中で見守られている、何かあっても相談できる先があるといった安心感を生み出す日常的な地域とのつながりの場は、在宅生活を継続する上で重要な役割を果たすと考えられる。
- 今後は、こうした生活支援拠点の整備を、介護サービス事業者が担う形も想定されるであろう。すでに、小規模多機能型居宅介護や訪問看護ステーション、小規模特別養

護老人ホームに生活支援拠点を併設する取組も一部の地域で見られるようになっていく。事業者にとっては、元気な高齢者の段階から、地域のケアに参加してもらい、地域密着型サービスの魅力を住民に知ってもらう上でも有効な取組であり、保険者が地域密着型サービス事業所の指定において、生活支援拠点の併設を指定要件にするといった方策も考えられるだろう。

- 但し、この拠点は、必ずしも専門職によって運営される必要はなく、専門的な対応が必要になった場合に、適切な専門職につながるよう連携が取られていれば、ボランティアで運営される形態も可能であろう。実際、訪問看護ステーションがこうした拠点を団地内に設置し、日常的には団地内の住民によって運営が支えられている先進的な事例も生まれている。こうした拠点は、地域に住む子どもや親、障害者、認知症をもつ高齢者、元気な高齢者も含め、あらゆる地域住民が集える場となるよう期待され、地域住民が支える側・支えられる側の区別なく、自由に訪れ交流できる場所にする工夫が望ましい。また、訪れやすい場所とするためには、カフェや食堂・レストランといった元々地域住民になじみのある民間資源の活用も効果的と考えられる。
- 拠点設置の効果としては、相談支援による課題への対応、支援・サービスの周知、支援が必要になった場合の早期対応、住民同士の情報交換や交流による不安感の解消、支え手になることによる生きがい創出、日常的な集いの場の提供による閉じこもり予防、そして地域住民同士の関係性構築による安心感の確保など、運営方法によって多様な効果を生み出すと期待できる。特に、地域住民の顔なじみの関係の構築が難しくなっている都市部や団地などでは、こうした場を、意識的に作り出す工夫も生活支援の重要な方法である。
- 包括的な生活支援の拠点づくりには、場所や担い手の確保が必要となる。地域の資源の状況に関わらず拠点づくりを進めるためには、自治体の役割が重要であり、地域の実情に応じて、場所を提供する、運営費の一部を助成する、担い手を発掘して後方支援に回るといった役割の遂行が期待される。

## 4. 介護・医療・予防の一体的な提供

- 高齢者本人の希望にかなった「住まい」が確保され、生活支援が提供され、基本的な生活のリズムを確保した上で、適切なケアマネジメントに基づき提供される専門職によるサービスが、介護・リハビリテーション、医療・看護、保健・予防である。
- 在宅生活を支えるためには、いずれのケアサービスも、相互に連携して提供されなければ、その機能を発揮できない。以下では、このような統合的なケアの提供が特に求められる取組や場面、その際に必要となる仕組み・機能について整理する。

### ■ 医療・介護の連携が特に求められる取組・場面

- 長期ケアを必要とする要介護者には、医学的な疾病管理と日々の生活を支える介護の双方が必要であり、その両者の介入が同じ方向を目指して一体的に提供される必要がある。そこでは、介護職は、「医療的マインド」を持って、具体的な生活場面における食事・排泄・移動等に関するアセスメントの内容を医療側に遅滞なく伝達するよう期待される。一方、医療職は、「生活を支える視点」を持って、介護側から提供された要介護者の生活に関する情報をもとに、病態を生活に即して把握し、医療介入の方針に反映させる対応が望ましい。
- さらに、医療側は、要介護者に生じた病態の回復可能性や今後起こりうる合併症、生命予後等について、その見通しを介護側に伝える必要がある。このような「軌道」とよびうる臨床経過の予測が示されれば、そこで必要となる介護やリハビリテーション等の介入の目指すべき方向性を見通すことができる。長期ケアには介護・医療・予防の一体的な提供が欠かせないが、とりわけ連携が求められる取組や場面として、以下が挙げられる。

#### <介護予防>

- 介護予防は、自立または虚弱の高齢者が要介護状態にならないように、生活機能を維持し、自立を支援する取組である。要介護状態にならないよう予防するためには、基礎となる日々の生活リズムの安定化が前提になる。栄養に配慮した食事の摂取や適切な服薬を通じて、基礎的な体力を維持しつつ、日常の家事などを出来る限り自分で行なう努力や適度な運動により、自立した生活の継続の可能性が高まるといえる。そのためには、例えば、単にデイサービスのみを利用するのではなく、栄養や服薬に関する指導、地域での会食への参加、本人の能力を最大限活用した生活支援、生活機能の維持を目指したデイサービスなどを適切に組み合わせるプランが重要である。



#### <重度化予防>

- 重度化予防とは、一旦、要介護状態になった場合も、適切なケアの組み合わせによって、さらなるADLの低下を防ぐとともに、高齢者の心身の状態の変化を可能な限り早期に把握し、適切な医療ケア等に結びつけて、疾病の重症化を防ぐ取組である。
- 重度化予防に取り組むためには、すでに顕在化しているニーズを把握して必要な支援・サービスを提供するのではなく、潜在的なリスクを評価し、その顕在化を防ぐ支援の提供が求められる。従来、このようなプロアクティブ（先を見越して対応する）の観点からアセスメントやプラン作成を実施しているツールは看護診断・看護計画であり、看護職の視点がケアプランの作成やケアの提供に取り込まれることが重要である。
- こうした取組は、日頃のケアを担う介護職と、状態の変化を予測する看護職、さらに、医療的対応の必要性を事前にアセスメントするとともに必要な際に医療サービスを提供する主治医との連携によって実現すると考えられる。毎日の基本的な生活上のケアを介護職が提供する中で、察知した変化を看護職に伝達し、それに応じて看護職が先を見越して適切な対応をとり、要介護者や介護者、介護職も次なる変化に備えられれば、必ずしも主治医が直接、対応しなくてもよくなるだろう。例えば、医療機関を退院後、在宅療養を継続中に、副食を中心に経口摂取が徐々に低下し、さらに日中の活動量の減少に介護職が気づき訪問看護師に報告する。訪問看護師も仙骨部にやや発赤を認めていることを確認し、直ちにケアマネジャーと主治医に報告する。緊急サービス担当者会議を開催した上で、補助栄養食の提供、訪問リハビリテーションによるアセスメント、自宅でのADL向上のためのリハビリテーションを提供すれば、じょくその発生を予防できる例等が想定される。

#### <急性疾患への対応>

- 急性疾患に対する医療・介護・予防の一体的な提供について誤嚥性肺炎をもとに例示すると、抗生剤投与により肺炎に対する治療を行う医療介入だけでは、今後も肺炎の再発を繰り返す恐れが高いため、十全な対応とは言えない。介護・予防介入として、適切な食形態の吟味、食事介助方法の評価や指導、歯科・口腔ケア介入、摂食嚥下リハビリテーション、低栄養に対する栄養介入、下肢を含む全身の筋力維持強化などについて、必要なケアの一体的な提供によって、要介護者の抱えるリスクを低減できる。

#### <入院・退院支援>

- 入院期間の不要な長期化を防ぐ、あるいは退院後の在宅生活への移行を円滑に進めるべく、近年は、入院～退院までのアセスメント・プラン作成が先を見越して行われており、これが介護サービス計画に位置付けられるあり方が望ましい。訪問看護師がこれを担い、医療機関に情報提供する体制が想定される。

- 自治体は、在宅生活を支えるためのサービス基盤整備を行うだけでなく、各医療機関の地域連携室に働きかけ、急性期病院と他の医療機関、在宅ケアチームの橋渡しの役割を担う。急性期病院と他の医療機関、在宅ケアチームの間では、患者の情報が共有されており、退院支援のカンファレンスには、在宅ケアチームから関係者が参画している。こうした退院支援の仕組みを構築することは、自治体の方針が関係者間で共有される「規範的統合」<sup>5</sup>を進める上での重要な取組として位置付けられる。
- 制度面においても、医療保険と介護保険の両面からこれを推進する必要がある。訪問看護師による生活を支える視点からの再評価や介護プラン作成を促すため、病院に対する訪問看護師からの情報提供に対しインセンティブを付与する、急性期病院と在宅ケアチームの関係づくりを促すため、病院の緩和ケアチームや栄養サポートチームへの外部関係者の参画や、急性期病院における介護保険制度を理解し訪問看護の経験を有する看護師や介護支援専門員の配置に対するインセンティブの付与等が考えられる。

#### <看取り>

- ターミナル期においては、QOD（Quality of Death）を確保するため、自己決定に対する支援が求められる。死期が近づいてきた段階では、医師・看護師等の医療従事者側からも、最期をどのように迎えるかについて時間をかけて十分な情報提供をしながら、本人に最も相応しい最期の迎え方を共に考える場を積極的に持つ姿勢が肝要であろう。あわせて地域住民に対する「看取り教育」の充実が図られれば、ターミナル期における本人・家族の意思にそぐわない濃厚医療や救急搬送も減少していくのではないだろうか。
- また、ケアの提供にあたっては、症状緩和につながるよう、最も本人の近くにいる専門職である介護職が、看護師や医師とのやりとりを通じてケア提供の要点を習得し実施する体制が求められる。要介護者に死期が近づいた状況におけるケアとしては、緩和ケアとしての口腔ケアや投薬介助（剤型を変えた内服薬や坐剤・貼付剤の使用等）、じょくそうを予防するためのポジショニング、排痰のための体位変換、痰吸引などの身体的ケアが考えられる。医療職には、症状緩和や介入技術を伝達するだけでなく、とりわけターミナル期に予測される臨床経過や最終末期に生じうる症状とその対処方法について、丁寧に介護職に伝達する過程が求められる。このように、多職種で看取りのプロセスを共有し、経験を蓄積することを通じて、看取りへの対応力を向上させていくと期待される。
- 「住まい」での看取りは、ケアを提供するための住環境が整備され、多職種協働による統合的なケアが提供されれば、QOLが高くなると期待され、コスト面での優位性もある。これらが評価された上で、「住まい」での看取り、もしくは直前まで「住まい」

<sup>5</sup> ここでは、保険者や自治体の進める地域包括ケアシステムの構築に関する基本的な方針が、同一の目的の達成のために、地域内の専門職や関係者に共有されていることを指している。

で過ごし、最期の2週間程度を「医療機関」等で過ごして看取る形態が今後も増加すると思われる。ただし、「住まい」「医療機関」「住まいと医療機関の中間施設」は、いずれも“支援・サービス”を受ける場所である以上、看取りの場所となる可能性がある。

- 「住まい」での看取りが増加する一方で、常時医療的ケアを必要とする人の場合は、24時間看護師がいる環境でのターミナルケアが必要となる。こうした「看取りの場所」については、2025年に向けた必要量を予め予測し確保しておく準備が重要である。

### ■ 統合的なケアの提供に必要な仕組み

- 統合的なケアの提供には、医療・看護・リハビリテーション・介護などの様々な専門職が関わる。これらの多様な職種の間を統合するためには、顔の見える関係づくりに始まり、課題認識の共有や目標設定、ツールの作成等を通じて、統合的なケアの提供に必要な仕組みを構築していくことが求められる。
- 顔の見える関係をつくるためには、連絡調整の窓口を明確にし、実際に顔を合わせる機会の確保が求められる。この実際に顔を合わせる機会の代表的な例として、専門職連携（IPW：Interprofessional Work）、専門職連携教育（IPE：Interprofessional Education）、会議開催の3つが挙げられる。実際の臨床場面において同じ利用者に専門職としてともに関わる多職種協働（IPW）の経験や、多職種が一堂に会する教育研修機会の設定（IPE）、そして、多職種の代表者が参加する各種会議の開催（サービス担当者会議や地域ケア会議、多職種合同カンファレンスなど）である。このように、顔を合わせていく中で、職種による専門教育や職能ごとの“文化”の違いを超えて、考え方や意識の違いをすり合わせるため、地域包括ケアシステム構築に向けた目標や理念を、地域の多職種間・多機関間で共有し、共通の課題認識を持つことが重要となる。
- 実際の連携の場面で、行き違いや誤解の発生は互いの信頼関係に影響する。これを防ぐために、共通の言語や地域内の関係者で共有されるルールの構築、地域連携クリティカルパスの策定等が有効である。共通言語の一例として、専門職にしかわからない専門用語や略語の使用を避けるといった工夫が必要である。さらに、現状では、アセスメントやプラン作成の様式が統一されていないため、標準的な様式の作成が多職種間の共通理解を深めるために有効である。専門職同士の合議により、標準的な様式を作成し、国・自治体が普及させていくよう求められる。
- また、入退院をはじめとする医療・介護の連携が求められる場面でのふむべき手順、多職種の役割分担の考え方、日常の連絡調整上の配慮、会議・研修に関する情報集約等について、地域の関係者で共有されるルールを策定しておけば、互いの不要な負担感が軽減され、価値観を共有しつつ共通の理解基盤を持って医療介護に従事できる。このことは、結果として要介護者に提供される医療や介護の質の向上にも寄与する。
- 連携においては情報共有が不可欠だが、個人情報保護が障壁になるケースが多い。

個人情報の共有にあたっては、個人情報保護の観点から、事前に本人の同意を得ておく方法、本人の同意がなくても必要に応じて共有が可能となるよう、個人情報保護条例において「明らかに本人の利益になると認められるとき」等として、目的外利用・第三者提供を可能とする規定を定めておく方法等が考えられる。これにより、災害時要援護者台帳としての活用も可能となる。共有する情報の範囲、共有方法についても、統一的なルールを定めておく準備が求められる。

- 在宅生活を継続するためには、複数のサービスの適切な組み合わせが重要になるが、利用者の視点からは、契約が煩雑になり、サービス利用者とその家族にとっては、大きな負担となっている。近年導入されている複合型サービスや定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、包括的な報酬体系を用いられており、契約も煩雑にはなりにくい。従来サービスを組み合わせる場合は、複数事業者と契約する必要があるため、弁護士法との関係に留意しつつ代理人の活用も検討しながら、契約形態を利用者にとって分かりやすくする工夫が必要である。ただし、包括的なケアとなるだけに、その提供サービスの「質と量の担保」について、十分な配慮が必要なことは言うまでもない。

---

---

## 第三部 地域包括ケアシステムの構築に向けて

---

---

- 第二部では、地域包括ケアシステムの具体的な姿を、既存の制度枠組みから切り離して、システムを構成する要素毎に整理した。第三部では、そうした地域包括ケアシステムを実現するために、当面、既存の制度枠組みの中で取り組むべき具体的な施策について提案を行っている。

### 1. 自治体に求められる機能

- 地域包括ケアシステムの構築に向け、自治体が発揮すべき役割や機能には、幾つかの段階が考えられる。まず、それぞれの地域の課題に即した基本方針を明確にするため、人口や世帯等の現状・将来推計、地域住民のニーズ、支援・サービスの提供状況について実態把握、課題分析を行う必要がある。次に、課題分析に基づき、地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針を定め、地域住民・社会福祉法人・医療機関・介護サービス事業者・NPO等のあらゆる関係者に働きかけて共有すること（規範的統合）が求められる。これらの取組が充分に行われた上で、施策・事業を実行し、その成果・課題を評価していく過程が保険者・自治体の機能を高めていく。
- ここでは、以上の「実態把握、課題分析」「基本方針の明確化と共有（規範的統合）」「施策立案・実行、評価」の各段階で自治体に求められる機能について整理し、これらの機能を発揮するために必要な「人員・組織体制」について述べる。また、機能を発揮するための「自治体への支援のあり方」もあわせて提案する。

#### ■ 地域性をふまえた地域包括ケアシステムの構築方法の違い

- 地域包括ケアシステムの構築の方法は、住民の年齢構成や世帯構造、健康状態や健康に対する価値観、さらに資源の分布状況等により異なる。例えば、都市部では、人口が集中しているためフォーマル資源を効率的に配分しやすいが、地域の互助といったインフォーマル資源に乏しい場合もある。一方、山間部では、人口が分散しているため、フォーマル資源の効率的な配分は難しいものの、元々の地縁の強さからインフォーマル資源が豊かな場合もありうる。
- こうした各地域の現状の延長で今後を考えるのか、あるいは人口構成や暮らし方に変革を求めていくのかによっても、地域包括ケアシステムを構築する方法は異なる。その選択は、地域住民の社会面・経済面・精神面にも影響を与える。各自治体は、これをふまえた上で、首長の責任のもと、地域の実態や課題を分析し、どのように地域包

括ケアシステムを構築するか、地域住民の参画において基本方針を決定、地域住民に対し選択肢を提示するべきである。

## ■ 実態把握、課題分析

- 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、地域の高齢者のニーズを徹底的に把握し、その結果に基づいて介護保険事業計画・市町村老人福祉計画等を策定し、基盤整備を進めていくことが求められる。ニーズ調査の結果は、「基本方針の明確化と共有（規範的統合）」に向けた関係主体とのコミュニケーションツールとしての役割も期待できる。

### <日常生活圏域ニーズ調査における全数の実態把握>

- 日常生活圏域ニーズ調査の実施は、地域の傾向を分析するだけでなく、個別の高齢者の実態を把握する意味を持つ。そのため、調査は記名式による実施が望ましく、また、未回答者は潜在的な要介護リスクを抱えている可能性が高いため、訪問等により全数把握に努め、台帳化した上で、必要に応じてアウトリーチを行う手間が重要である。未回収者への訪問等は、民生委員や地域包括支援センターが担うものと想定される。民生委員にとっては、こうした活動を通じて地域の中での役割を再認識する効果も期待できる。
- 各市町村は、全数把握に住民の協力が得られるよう、「市町村介護保険事業計画の策定に活かすために、地域の高齢者の状況を的確に把握する」といった調査の趣旨を周知するとともに、その結果を必ずフィードバックする仕掛けが求められる。また、ニーズ把握を2段階として、簡易的な調査でリスク高齢者を抽出した上で、訪問するという方法も考えられる。
- 日常生活圏域ニーズ調査の結果は、高齢者台帳としてデータ整備を行い、市町村がその管理を担う形が考えられる。個人情報共有にあたっては、前述の個人情報保護の観点から、情報を保有している複数のセクションで連携し共有する仕組みを構築しておく準備が求められる。

### <課題分析>

- 市町村の職員には、自ら地域の課題を把握できるよう、日常生活圏域ニーズ調査結果を分析する能力が求められる。すでに一部の自治体では、市町村の職員が自ら日常生活圏域ニーズ調査結果を分析して課題を設定し、計画に反映させており、そのための研修も行われている。こうした取組に対し、地域の大学や研究機関等が協力する体制も有効である。また、保健師や看護師などの専門職は現場の課題を把握しているため、こうしたマイクロレベルでの問題意識をデータにより具体化していく視点も重要である。
- 今後は、医療と介護の連携の視点にたつて、日常生活圏域単位におけるサービス整備

目標を設定することが重要となる。よって、介護保険や医療保険のレセプトデータ（DPC：Diagnosis Procedure Combination データを含む）を接続した分析が、これまで以上に重要になるだろう。さらに、要介護認定データを接続させ、状態と給付の関係性分析も可能になる。こうした分析は、厚生労働省が開発を進める「介護保険総合データベース」の「見える化」によっても実現される見込みである。

## ■ 基本方針の明確化と共有（規範的統合）

- 地域包括ケアシステムの構築に向けては、市町村は具体的な基本方針を明示し、関係者に働きかけて共有していく「規範的統合」が必要となる。市町村が示す基本方針の背景についての十分な理解がないままに、システムのみ統合を図っても、その効果は発揮できないため、「規範的統合」は重要な意味を持つ。

### <具体的な基本方針の明確化>

- 「具体的な基本方針」の明示が求められるものの、現状では、介護保険事業計画等で自治体の基本方針が抽象的なケースが散見される。また、サービスの整備目標も、国が提供するワークシートで計算された実績を伸ばしたサービス見込量の結果をそのまま掲載するのみで、実績が目標に達しなかった理由の分析やそれをふまえた今後の対応策についての検討を行っていない自治体もみられる。
- 「具体的な基本方針」とは、地域における具体的な取組の方向性と目標を示すものであり、その目標は、可能な限り客観的に事後検証できる成果指標とともに設定されることが望ましい。例えば、「要介護3以上でも在宅生活を継続できる地域づくり」といった具体的な基本方針を設定すれば、要介護3の在宅要介護者が生活を継続するために何が必要かという視点から、地域のサービス基盤の過不足を検討できる。単に他地域との比較による整備目標の設定ではなく、基本方針が設定されれば、目標を実現するために必要なサービスの基盤整備の方針が具体化されやすくなる。また、施設の入所判定の考え方なども、基本方針との整合性を図り、より統合的な地域の仕組みの構築が可能になる。

### <内外の関係者との基本方針の共有>

- 地域包括ケアシステム構築に向けた取組は、介護、医療、保健、福祉、住宅等の多分野にわたるため、庁内にて、地域によっては広域連合や一部事務組合等と、基本方針を共有することが求められる。また、対外的には、特にサービス提供者である事業者への働きかけや基本方針の共有が重要な意味を持つ。
- 介護保険制度では、サービス提供者として民間事業者の参入を促進してきた。これまでは、事業者任せ競争が行われてきた部分も少なくなかったが、その結果、特定のサービスにおいて供給過剰と思われる状況となった地域もみられる。競争原理は、

市場に現れた要望に応じる仕組みだが、共助の仕組みである介護保険制度の理念に沿わないような、貴重な保険料や税金を投入するべきではない要望にも反応する可能性もあり、必ずしも制度の理念が望む結果を生むとは限らない点に留意が必要である。

- 一方で、事業者間の競争は、サービスの質の向上の観点からも、一定確保される必要があり、マネジメントやサービス提供における競争によりサービスの質を高めていくと期待される。
- 今後、各市町村は日常生活圏域ニーズ調査等、計画策定のために行う各種調査の結果に基づき、具体的に達成すべき地域の姿を十分に検討した上で、基本方針を定め、その実現に向けた基盤整備を進める一層の努力が求められる。具体的な方法としては、介護サービス事業者の公募要件に基本方針を記載する、事業者連絡会で地域密着型サービスへの参入を促すなどを通じた事業者への働きかけが考えられる。このほか、調査結果の関係者との共有や多職種協働による退院支援体制の構築や地域ケア会議の積極的な活用も、「規範的統合」を進める有効な方法の一つである。
- その結果として、すでに特定のサービスにおいて供給過剰となっている地域では、ある程度、事業者が淘汰される事態も覚悟しておく必要があるだろう。

## ■ 施策立案・実行、評価

### <関連計画との連動性確保>

- 地域住民は、介護・医療に関わるニーズだけでなく、社会的・経済的・空間的にも様々なニーズを持っている。それらを含め統合的なアプローチを可能とするため、介護保険事業計画・市町村老人福祉計画の策定にあたっては、市町村の策定するまちづくり・地域づくりに関する諸計画との連動性確保が重要である。例えば、高齢化という視点を持たずに開発された団地では、高齢化が進んだ結果、地域の活力が低下し商店やコンビニ等の社会資源が撤退、地域が孤立し、買い物難民など生活に課題を抱える住民が出てきている。介護・医療・保健分野の計画だけでなく、空間計画にも高齢化という同一の視点を持たせて、人口や資源の配置を計画していく工夫が欠かせない。
- また、介護保険制度を広域連合や一部事務組合で運営している地域では、広域連合・一部事務組合と構成する市町村で基本方針を共有し、地域支援事業の検討や市町村老人福祉計画の策定等にあたって、地域性が反映されるような連携体制が求められる。
- 市町村にとって、医療・住宅はその他の分野と比べて施策立案・実行の経験が少ないものの、地域包括ケアシステム構築において重要な分野であるため、取組体制の構築がとりわけ求められる。医療計画は、都道府県が策定するものであるが、高齢者に関連する内容については、介護保険事業支援計画との整合性の確保が求められる。したがって、日常生活圏域ベースの高齢者に係る訪問診療や通院に必要な基盤整備については、将来的には都道府県のみで策定するのではなく、市町村が主体となって行う姿勢が望ましい。また、高齢者居住安定確保計画は、策定している市町村はまだ少ない。



しかし、生活は、住まいと支援・サービスが組み合わされて初めて成立するものであり、相互に影響するため、市町村において、医療・介護資源に加えて、「サービス付き高齢者向け住宅」「有料老人ホーム」「シルバーハウジング」といった高齢者向け住宅について、現状を分析し、「住み慣れた地域」での生活継続に向け一体的な整備方針を定めることが重要である。また、実際の取組にあたっては、居住支援協議会等を活用し、自治体・関係業者・居住支援団体等で連携する体制も有効である。

- 医療・介護・保健分野の連動した取組を推進していくためには、介護保険制度、国民健康保険制度、後期高齢者医療制度、それぞれの保険者の違いを克服する方法の検討も求められる。

#### <多様な社会資源の活用>

- 施策・事業の実行段階では、自治体は、専門職、事業者、NPO・ボランティア、地域住民といった多様な社会資源を活用すべきである。自治体は、これらの社会資源と基本方針を共有し、各主体が基本方針に向かって取組を進められるような環境整備や仕組みづくりを行う必要がある。
- 例えば、地域住民による互助は、自治体がつくるものではないが、互助機能が発揮されるよう、ニーズを把握し地域資源を組み合わせつつつなげる支援、生活支援を担う地域資源の管理による安心感の確保、安定的な場所の確保やリーダーの育成等を通じた互助の環境整備等は、自治体の役割である。環境の整備にあたっては、事業者が持つ人材や空間を活用する方法も考えられる。
- また、医療と介護の連携において、顔の見える関係づくりや課題認識の共有や目標設定を行うのは、現場の専門職であるが、そのためのツール・仕組みとして、共通の言語や地域の関係者で共有されるルール、地域連携クリティカルパスを作成するのは、自治体の役割である。

#### <地域ケア会議の効果的な活用>

- 現場の専門職や関係機関は地域課題を把握しているにも関わらず、市町村でそれらの情報が施策立案に十分に反映されていない問題がある。この点で、地域ケア会議のケアの実践現場と政策の立案現場をつなぐ政策反映機能は重視されるべきである。したがって、市町村担当者は地域ケア会議にただ出席するだけでなく、ケアの実践の蓄積から把握された地域課題に対し、施策として対応する方法の検討が求められる
- また、フォーマル・インフォーマル資源を統合的に提供していくためには、フォーマル・インフォーマルの両面でニーズを把握し、必要であれば、統合化されたサービスの提供に向けた新たな方策を地域資源の組み合わせから開発し、その経過を評価しながら改善していく仕組みが求められる。こうした連携の仕組みを構築する上でも、地域ケア会議は有効な場であるといえる。

<市町村特別給付、地域支援事業、一般財源の活用>

- ニーズ調査の結果から地域課題を把握し、地域の実情に応じた施策を設計するためには、法定給付の枠組みにとらわれず、市町村特別給付、地域支援事業、また必要に応じて一般財源を活用して、市町村独自の施策を立案することも考えられる。また、地域密着型サービスに地域交流スペースを確保し、介護報酬に加えて委託料を投入して互助のシステム化を図る等、法定給付と市町村の独自事業の組み合わせによる課題対応も考えられる。

■ 人員・組織体制

<横断的なセクションの設置>

- 地域包括ケアシステムの構築に向けては、介護・医療・保健、福祉、住宅等と多様な分野での取組が求められるため、例えば、「地域包括ケア推進室」などの地域包括ケアを担当する横断的なセクションを設置する試みも有効である。これにより、地域包括ケアの観点からの予算交渉が可能となる。また、関係課で定期的を開催する合同の会議体をもつ等も考えられる。

<施策立案を担当する職員の配置>

- 施策立案に携わる職員には、一定の専門性、調整能力、経験の蓄積等が求められる。現状の市町村の人事システムでは、2～3年毎に異動が行われるため、こうした人材の確保が難しいと考えられる。施策立案を担当する職員として、保健師等、人事異動の少ない専門職を配置すれば、スキルや経験の蓄積が可能となるかもしれない。
- これにより、現場の問題意識を施策に反映させられるとともに、立案された施策に基づき現場を調整し動かす役割も期待できる。こうした職員配置を可能とするためには、人事についての決定権を持つ首長への働きかけが重要になる。また、こうした職員配置が難しい市町村においては、地域内で先進的な取組を進める民間の事業者等との協働を通じて施策立案能力の高度化を図っていくことも必要となる。

■ 自治体への支援のあり方

- 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る。経営体としての自覚を持ち、財政を合理化・効率化しマネジメントしつつ、住民のニーズに応えていくためには、国や都道府県からの支援が必要である。
- 国では、支援・サービスを提供するための体制確保に向けた制度設計や全国レベルでの情報提供・啓発、都道府県では、異なる地域性を有する各市町村が一定のレベルで機能を発揮できるよう、助言や援助、広域的な調整を行うことが期待される。

#### <国からの支援>

- 2025年の地域包括ケアシステムの構築に向けた取組内容については、各市町村での検討が求められるが、その進捗状況をはかるための指標を普及させていく必要がある。ニーズ調査による実態把握、実態把握をふまえた計画策定、地域包括ケアを推進するためのサービス事業所の展開、地域ケア会議の推進等、幾つかの指標を示し、市町村が達成度を確認しながら取組を進められるような支援が求められる。
- これまで介護保険制度においては、国が自治体に対し目標や行政課題を示し、実際の運営は自治体に任せてきた。地域包括ケアシステムは、地域の実情に応じて構築されるべきであり、その点では市町村の独自性は尊重されるべきであるが、自らの役割に対する理解が不足している市町村に対しては、具体的な運営方法や「規範的統合」を進めるための課題提示も求められるのではないかと。都市型、地方都市型、山間部型といった地域特性に応じた具体的な事例の提示も有効であるが、このシステムのあり方が多様であること、各市町村によって異なるということを十分に認識しておく必要がある。
- 地域包括ケアシステムの構築に向け、市町村が庁内説明を円滑に進め、積極性を持って事業を推進するためには、国から何らかのインセンティブを付与する政策が効果的と考えられる。また、市町村の財政状況の将来予測の支援を国が行い、危機意識を醸成する手立ても必要ではないかと。

#### <都道府県からの支援>

- 各市町村の「実態把握・課題分析」では、保健・医療・福祉に関する情報を収集した分析が求められる。都道府県は、特に広域的な観点から、一般的に偏りが激しいとされる医療ニーズに係る情報を集約し、分析できるようになれば、各市町村の比較分析も可能となり、市町村への支援を具体化できる可能性が高くなる。このためには、それを専ら行うセクションの設置や、同等の調査研究事業の予算獲得が望まれる。すでに一部の都道府県では、介護情報を活用した市町村支援として、介護給付データを要介護認定情報や医療給付データと結び付けて、日常生活圏域別に分析して各市町村に提供し、地域包括ケアシステム構築に向けた行動計画の策定を支援している。
- 各市町村の「施策立案・実行、評価」では、地域包括ケアシステム構築の成果指標に基づき、先進事例に関する情報を収集し普及啓発するとともに、体制が十分ではない市町村に対して必要な助言をはじめとする適切なバックアップを行い、さらに必要に応じて広域的な調整を行うことも重要である。
- 特に、今後、地域において在宅医療の提供体制を充実し、医療・介護の連携を進める上では、都道府県と市町村の役割分担を明確にしつつ、都道府県の立場から市町村を支援していくことが重要である。各都道府県においては、在宅医療・介護の関係者の意

思疎通、人材育成、医療関係者の連携・調整、小規模市町村への支援など在宅医療・介護連携を推進するための取組が求められる。

- 2025 年に向けては、介護人材の確保も重要な課題となっている。地域性をふまえ、地域の関係者が協力して対策を講じていく上で、都道府県に期待される役割は大きい。各都道府県においては、必要な介護人材の需給推計、教育資源の把握、介護関係団体や関係機関等の協議体の設置等による連携体制の構築、各種基金事業の活用による雇用拡大や処遇改善、介護人材の参入促進、潜在的有資格者等の再就業促進等に取り組んでいくよう求められる。

## 2. 支援のあり方

- 第二部では、地域包括ケアシステムが構築された社会における「本人・家族の選択と心構え」「住まいと住まい方」のあり方、これらを基盤とした「生活支援」「介護・医療・予防の一体的な提供」のあり方について、基本的な考え方を整理した。
- 地域包括ケアシステムでは、「住まい」にて「養生」しながら生活を継続し、在宅生活で起きた軽度の症状の変化や急性期病院からの退院時では「住まいと医療機関の中間施設」を短期間利用でき、医療依存度が高くなった場合は「医療機関」を利用することが想定される。それぞれの場所では、心身の状態に応じて必要な支援・サービスが提供される。
- 現状の介護保険サービスから、このような仕組みを構築するためには、「住まい」での生活を継続できるよう、地域の「養生」のための支援や「居宅サービス」の機能強化が求められる。「居宅サービス」については、第二部で述べた「介護・医療・予防の一体的な提供」を実現するため、各種のサービスを一体的に提供する定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービスを、地域包括ケアシステムの中核的サービスとして普及させていく取組が期待される。また、医療系の居宅サービスの量的拡充を図り、居宅での医療ニーズへの対応を強化していく必要がある。「施設・居住系サービス」においては、各々の既存機能を活かし、「住まい」「住まいと医療機関の中間施設」等に転換していく方向が考えられる。
- そこで、以下では、今後の具体的な施策の方向性として、「『養生』のための支援」「統合的にケアを提供する中核的サービス」「医療系の居宅サービスの充実」「施設・居住系サービスの転換」について、具体的に整理する。
- なお、本稿で触れていない訪問介護、通所介護、ショートステイについては、平成 25 年 3 月付け「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」を御参照いただきたい。

### ■ 「養生」のための支援

- 「養生」の主な要素は、健康維持、不健康の予防、薬剤の適切な管理、軽度の疾患への対応、長期の健康管理の提案である。「養生」のための支援は、要支援・要介護状態になれば、サービス利用の中で専門職が継続的に関与するため、動機づけや知識の提供が可能である。他方、自立高齢者や一般住民に対しては、自助や互助による取組を促すため、「養生」の必要性を啓発した上で、自助グループや ICT などの動機づけのための仕掛けが必要である。これらの人々は、介護サービスを継続的に利用していなくても、かかりつけ医やかかりつけ薬局を持っている可能性が高いため、医師や薬剤師が養生に対する教育を行う方法も考えられる。

## ■ 統合的にケアを提供する中核的サービス

### <定期巡回・随時対応型訪問介護看護>

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、在宅の一人暮らし高齢者、認知症高齢者、重度の要介護の高齢者が増加する中で、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に提供し、定期巡回と随時対応を行うサービスとして平成 24 年度に創設された。一日複数回の訪問により、在宅生活者の心身の状態の変化のきめ細かい把握が可能になるため、予防的な対応の実行も可能になるなど、在宅生活を支えるサービスとして期待されている。
- サービス事業所は徐々に増加しているものの、「夜間・深夜の対応が中心」「コール対応が中心」「地域内にニーズがない」といった必ずしも実態を反映していないイメージを持つ事業者やケアマネジャー、自治体も多い。こうした実態から、サービスの内容と意義について十分な理解が進んでいない地域では、需要が潜在化していると考えられる。
- このため、事業者、ケアマネジャー、医療関係者、自治体等がサービスについての理解を深めていくことが重要であり、保険者である市町村が主体的にサービスの導入に向けた取組を進めるとともに、都道府県においても積極的な支援の実施が重要である。
- また、事業実施の観点から、訪問看護事業所と連携する場合に 24 時間のサービス提供体制の確保を求めているほか、訪問看護を利用していないケースについても看護職員による定期的なアセスメントを行うよう求めている等のために、経営的にサービス提供が困難とする声もある。これらの訪問看護事業所との連携のあり方等について検討が必要ではないか。
- さらに、夜間の人員確保に課題がある中、効率的な人員配置の観点から、夜間におけるオペレーターの兼務などの見直しを検討する必要があるのではないかと。さらに、包括報酬を採用しているため、通所サービスやショートステイを併用した場合に大きく減算される仕組みとなっているが、この改善について検討してはどうか。
- なお、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の導入にあわせて、平成 24 年の介護報酬改定で導入された「20 分未満の身体介護サービス」は一日複数回提供できるサービスの選択肢として、その要件等の在り方を検討してはどうか。

### <小規模多機能型居宅介護>

- 小規模多機能型居宅介護については、中重度となっても住み慣れた地域で在宅生活を継続できるように、利用者の状態に応じて、通い・訪問・泊まりのサービスを柔軟に組み合わせることで提供することにより、在宅高齢者への 24 時間 365 日の支援を行うものである（なお、複合型サービスについては、次頁の「医療系の居宅サービスの充実」の項で言及する）。

- 平成 18 年度のサービス創設以降、利用者数は伸びているが、サービスの提供に関し、「通い」を中心に「訪問」や「泊まり」を提供するサービスとしての役割を担ってきたため、「訪問」の提供が少なく、「通い」に偏ったサービスとなっている事例も見られる。
- 一人暮らし高齢者、認知症高齢者、重度の要介護度の高齢者が増加する中で、それらの者の在宅生活を支えるためには、訪問サービスをこれまで以上に強化する工夫が欠かせない。また、地域包括ケアシステムの構築に向けて、その中核的なサービス拠点として、地域に対する役割を拡大していくことも必要である。実際に、小規模多機能型居宅介護への住民の交流拠点の併設を指定要件として、日常生活圏域毎に拠点整備を進める自治体もみられている。
- このため、小規模多機能型居宅介護については、
  - 「通い」を中心としたサービス提供に加え、在宅での生活全般を支援していく観点から、「訪問」の機能を強化してはどうか。
  - 登録された利用者だけでなく、地域住民に対する支援を積極的に行うことができるよう、従事者の兼務要件の緩和等を行ってはどうか。
  - 看護職員の効率的な活用の観点から、人員配置について、他事業所との連携等の方策を検討してはどうか。
  - 基準該当短期入所生活介護事業所が併設できる事業所等へ小規模多機能型居宅介護事業所を追加してはどうか。

## ■ 医療系の居宅サービスの充実

- 地域包括ケアシステムにおいては、介護予防・重度化予防に資するケアの提供、退院後の在宅復帰支援を実現する上で、在宅における医療系サービスの提供が重要な役割を果たす。また、2025 年を見据えると、複数疾患への対応、在宅における認知症患者の増加、入院期間の短期化による在宅のがん患者等の増加が想定され、医療ニーズはますます高まると考えられる。
- 在宅を支える医療系サービスの機能としては、以下の2点に整理できると考えられる。
  - (ア) 医療系の居宅サービスを充実させれば、在宅生活において、本人の意向を尊重しつつ適切なケアが提供され、ターミナル期には在宅において看取りのケアを受け、本人・家族ともに不安のない最期を迎えられる：「在宅療養支援」
  - (イ) 医療・介護連携が円滑に行われれば、在宅生活において、状態の変化に応じて必要とされる入院施設・介護保険施設等につなげられ、改善後は再び、在宅での療養生活へ円滑に移行できる：「在宅復帰支援」
- 以上をふまえ、各サービスの今後の方向性として想定される事柄について、以下に整理する。

<訪問看護>

- 地域における看護機能の向上のため、地域で居宅の要介護者をケアする看護機能の充実が喫緊の課題である。また、重度の要介護高齢者や在宅での看取りへの対応を強化するためには、事業規模の拡大（大規模化）とともに、既存の訪問看護サービスの効率化や質的な改善を図ることが重要である。
- また、訪問看護サービスの充実のみならず、健康増進や介護予防、重度化予防、セルフマネジメント支援、意思決定支援等、地域住民に伴走しつつ先を見越した支援を展開する要、あるいは地域社会を強化するものとしても、広く地域における看護機能の向上がきわめて重要となる。具体的には、以下の取組を進めるべきではないか。
  - (ア) 将来的に地域包括ケアシステムにおいては、地域の看護機能は、様々なサービス拠点でそれぞれの業務に従事する看護職員が、各職種の橋渡しを行うリエゾン機能を発揮しながら、それぞれ効果的に連携を行いつつ地域全体に展開される抜本的な考え方の変革が期待されている。
  - (イ) ただし当面は、そうした仕組みを構築する足掛かりとして、看護師が最も集中的に配置されている病院勤務の看護職員に対して、より積極的な訪問看護業務の経験を促す取組等を進めてはどうか（例：病院から訪問看護ステーションへの期間を区切った短期間の出向や病棟と訪問看護等の輪番制など）。
  - (ウ) 病棟での一定の訓練を終わった段階から、地域における様々な看護業務へのキャリア選択を意識させ、可能な限り地域でのケア業務に就業する仕組みや生活と一体となった医療を学ぶ機会を確保する取組（例：地域での様々な看護業務の魅力についての学生への啓発や関心のある看護師・看護学生のネットワーク形成を支援）を展開してはどうか。また、今後、特に重点的な訪問看護体制の整備が急務であり、かつ、看護人材が比較的豊富な急性期病院が集中する都市部において、急性期病床機能の再編に合わせた病院自身による訪問看護サービスの提供を促す仕組みも考えていく必要があるのではないかと。
  - (エ) 小規模ステーション主体、かつ過密な業務ローテーション等による研修機会不足を改善するため、研修期間中の期限付き人材派遣等の支援により看護従事者に対する研修を充実（研修を支援する中核的な訪問看護ステーションの整備を含む）してはどうか。
  - (オ) 大規模な訪問看護ステーションのサテライト設置を推進し、管理業務を集約化してはどうか。また、訪問看護ステーション間の連携推進による業務負荷の軽減・平準化（複数事業所の分担による重度な利用者への対応体制の整備）を図ってはどうか。
  - (カ) 困難事例などに対応するため、複数の訪問看護ステーションの連携によりサービスを継続的かつ効率的に供給するとともに、地域内の訪問看護サービスの連携調整を支援するような機能を有する中核的な訪問看護ステーションの整備を推進し



てはどうか。

(キ) 訪問看護ステーション間での情報共有や、看護職とケアマネジャー・介護職の連携（アセスメント情報の共有や互いの助言）を深化するためのアセスメント様式の共通化などを推進してはどうか。

- なお、訪問介護と訪問看護の一体的な提供は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスですでに実践されているが、その他にも、訪問看護がケアマネジメントと一体的に機能すれば、複雑な状態の高齢者やターミナル期の利用者に、より迅速かつ適切に対応でき、効率的な人員配置にもつながる効果も期待できる。訪問看護を他のサービスと組み合わせて多機能化する仕組みも考えられるのではないか。平成26年度の診療報酬改定では、医療サービスと介護保険等の他のサービスとの連携や調整等を推進する観点から、「機能強化型訪問看護ステーション」が新設され、訪問看護サービス利用者のケアプランを、同一敷地内に設置されている居宅介護支援事業所が作成している者が一定以上であることを要件の1つとして評価する報酬が定められた。

#### <通所・訪問リハビリテーション>

- リハビリテーションの理念は、単なる機能回復訓練ではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促すものである。そのためには、本人へのアプローチだけではなく、自宅における生活環境の調整や介護者への教育的関わり等、本人を取り巻く環境へのアプローチが重要である。生活機能の低下した高齢者に対しては、「心身機能」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけるとともに、必要な時に集中的に関わり、本人の能力が発揮できるようになるにつれて関わりを漸減する柔軟な対応が重要となる。
- このような観点から、通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションについては以下のような機能が本来、求められるのではないか。
  - (ア) 生活機能の低下した高齢者に対して、リハビリテーション専門職が訪問により実際の生活場面の評価を行い、高齢者が有する能力を発揮しやすい環境調整を行う。あわせて、生活場面で明らかになった課題は通所プログラムに反映させて不安定な動作を改善させるというように、訪問と通所を組み合わせた短期集中的な介入を行ってはどうか。
  - (イ) 高齢者が活動的な状態を維持できるようにするために、地域の中の通いの場の立ち上げ支援や自立を妨げない関わり方など適切なケアの手法を家族へアドバイスするなど、高齢者を取り巻く環境への働きかけについても、積極的に関与していくべきではないか。
  - (ウ) 認知機能の低下した高齢者に対して、リハビリテーション専門職が認知機能を含めた残存能力を見極めるべきである。それを前提に、日頃から家族を含む介護者に対して、周辺症状を引き起こしている要因や適切なケアの手法をアドバイスで

できれば、本人を取り巻く環境が安定化し、結果として問題行動をおこす回数が減り、介護者の負担も減る。本人に対する日常生活動作の向上に係る多様な方法の提示や介護者に対する助言、介護者相互の学びの場を確保するといった多様な支援を組み合わせることにより、地域での生活継続につながるのではないか。

- (エ) 「心身機能」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけるためには、市町村や地域包括支援センターと連携しながら、生活機能の低下した高齢者であっても参加できる住民運営の通いの場の充実に向けた地域づくりへの参画や、ケアマネジャーとの同行訪問で改善可能性の見極めや自立の見通しを提示し目標を共有する等、多職種との協働を積極的に行うべきではないか。

#### <複合型サービス>

- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスは本来、小規模多機能型居宅介護（「通い」を中心に随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせた在宅中重度者への継続支援）について、医療ニーズのより高い利用者についての対応を強化するために、訪問看護サービスとの連携・融合を前提に創設された。
- しかし、制度創設後は今のところ小規模多機能型居宅介護に訪問看護師を加えた、複合型サービスを提供する施設が大半を占め、地域の訪問看護ニーズを生かした利用者対応ができていない、あるいは、「泊まり」を中心としたサービスに対する看護サービスの強化に留まっている、との指摘がある。
- 本来、訪問看護サービスによる在宅医療サービスと、医療ニーズへの対応を強化した「通い」と「泊まり」の機能を融合させた「複合型サービス」は、在宅の限界点を高める観点から大きな期待が寄せられている。例えば緩和ケアを受ける在宅がん患者や、腹膜透析・人工呼吸器を利用している在宅高齢者などを主な対象として、日常的な看護ケアを訪問看護で提供しつつ、在宅復帰を前提（見込まれる）とできるような状態の変化に対して、一時的な介護入所サービスを提供する形で進めるべきではないか。
- このような、在宅復帰を前提（見込まれる）とできるような状態を適切に判断しつつ、適切な形で複合型サービスを提供するためには、事業者が自ら複合型サービス対象者を把握するとともに、在宅支援診療所等の在宅医療機能（主治医機能）との連携が不可欠ではないか。
- また、効率的な複合型サービスの運営に向けて、入所機能の定員等の要件を一定条件の下で緩和することを検討すべきではないか。また現状の複合型サービスに加えて、複合化すべき医療系サービスの新たな形態として、例えば、介護療養病床をもつ有床診療所の活用も考えられるのではないか。また、そのような場合に考えられるメリットとデメリットを検討すべきである。

### <短期入所療養介護>

- 短期入所療養介護は、介護老人保健施設や医療施設に短期間入所し、医師や看護師、理学療法士等による医療や機能訓練、日常生活上の支援を行うサービスとされている。
- しかし、前提となる在宅（居宅）での介護サービスとの連携や当該短期入所と在宅トータルケアマネジメントが現状では必ずしも十分になされていないと思われる。その影響もあり、特にサービスの継続性や適切な介入効果が求められるような医療系サービスを伴う短期入所療養介護について、実効性のある活用がほとんどなされていないのではないかと。
- また、逆に介護老人保健施設のような在宅療養支援機能を有する施設の専門スタッフを有機的・効率的に活用しながら質の高い利用者ニーズに合致した短期入所療養介護を提供しようとした場合には、施設の空床利用という不安定なベッド活用だけでは適時適切な現実的対応が困難との指摘もある。
- このように、現行の短期入所は専ら家族のレスパイトニーズへの対応が主目的で実施されており、ケアマネジメントの段階で、本人の状態に関わらず短期入所療養介護と短期入所生活介護のうち、すぐに利用可能である方のサービスが選択される傾向にある。従って、在宅（居宅）での介護サービスとの一体的提供を前提としたサービス体系に組み替える必要があるのではないかと。
- さらに、現在のショートステイサービスは、リハビリテーション機能を持たないためにADLが低下するという指摘もあり、施設入所を待つための長期利用もみられる。こうしたサービスの現状は、今後、是正されていくべきである。また、サービス提供におけるケアの質が評価されるようなインセンティブの付与を制度面で検討することも考えられる。

### ■ 居宅サービスの補完機能

- 介護保険施設での入所生活や病院等での入院と、居宅サービスにおける訪問・通所系のサービスを活用した在宅での生活には、在宅サービスの充実による在宅の限界点を高める努力を継続するとしても、依然として大きなギャップがある。そこで、在宅を中心としつつも、当面は、そのギャップを埋めながら、施設と在宅の円滑な連携を推進する役割を担うショートステイや複合型サービス、小規模多機能型居宅介護などの一時的な入所や泊まりのサービスを提供する在宅介護サービスの充実が必要ではないかと。
- 要介護高齢者が在宅での生活を行う上で、一時的に家庭の介護力が低下した場合や、健康状態の一時的な悪化により継続的な看護ケア等が必要な場合など、在宅生活の維持が一時的に困難な状況が考えられる。その一時的な期間について、必要とされる入所介護サービスを提供・活用できれば、その後、施設入所や入院せずに在宅生活に復帰・継続が可能となる（結果として、在宅限界点を高める効果にもつながる）。

- 介護保険施設や病院などから退所・退院して在宅生活に移行する場合、多くの利用者・患者は訪問看護等の居宅サービスを利用した在宅生活の開始を目指すことが可能である。一方で、癌末期要介護者など利用者や患者の状態や状況によっては、なんらかの入所サービスのバックアップや併用なしには在宅移行が困難な場合もあり、必要とされる一時的な入所サービスの提供を予め積極的に用意すれば、在宅復帰のハードルが下がるのではないかと考えられる。

## ■ 施設・居住系サービスの転換

- 第二部の「2. 住まいと住まい方」では、地域包括ケアシステムが構築された社会において想定される「“支援・サービス”を受ける場所」を、「住まい」、「医療機関」、「住まいと医療機関の中間施設」の3種類に分類した。その上で、さらに、「住まい」について、「一般住宅（持ち家・賃貸）」、「高齢者向け住宅（持ち家・賃貸）」、「重度者向けの住まい」に整理した。ここでは、最終的にこれらを整備していく上で、現在の施設・居住系サービスに求められる機能を整理し、どのような転換のあり方が考えられるかについて述べる。

### <現在の施設・居住系サービスに今後求められていく機能>

- 第二部のとおり「住まい」の考え方を整理した上で、住まいにおける支援・サービスについて考える場合、「住まいにどのような支援・サービス機能を持たせるか」ではなく、「住まいはどのように支援・サービス機能と連携するか」を考える見方が肝要である。また、このときのサービスが外付けか内付けかという提供体制の違いで優劣を論じるのではなく、個々の利用者の状況に応じて、最適な支援・サービスが選択できる環境づくりに向けた議論が必要である。
- 前述の「住まい」と連携する支援・サービスに必要な機能として求められるのは、①在宅生活支援機能（日常生活上の世話、介護など）、②リハビリテーション機能（在宅復帰ではなく、日常生活を送る上で必要な機能を維持・向上するための機能訓練など）、③看取り機能であると考えられる。こうした機能が、「住まい」の提供者から一体的に提供されるかどうかは、居住者のライフスタイルや希望に応じたものであることが原則である。
- これらの①～③の支援・サービス機能の提供体制が充実し、「住まい」における居住継続の限界点を高めることが望ましいが、看取り機能の対象者はより重度化する変化も想定されるため、「住まい」の供給と「支援・サービス」の供給は、相互補完的に目標を定める必要がある。

### <各施設・居住系サービスの今後想定される方向性>

- 現在のサービス体系から考えると、介護老人保健施設には、「住まいと医療機関の中間

施設」の役割、すなわち、在宅生活支援機能（①）と在宅復帰支援機能が期待され、ADL を維持・向上して在宅生活へ移行する役割が求められる。ただし、回復期には、生活機能の改善が期待できるケースと難病で生活機能を維持するケースが想定されるため、これらの違いをふまえて回復期病床との役割のすみ分けもしくは統合を考えていくことが求められる。また、一部の介護老人保健施設に見られている長期利用は、在宅復帰を目的として生活機能の維持向上を図る本来の機能とは異なるため、この現状をどのように考えるのか、改めて検討していくべきである。

- 一方、介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護を提供する老人ホーム（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム）、認知症高齢者グループホームなどは、内付けでのサービス提供を行うものであり、これまでは所謂「施設」的な扱いをされるものであったが、今後は「サービスを一体的に提供する住まい」としての役割が期待される所であり、利用者の状態に応じて必要なケアを提供する姿が考えられる。
- 特に、介護老人福祉施設は、「重度者向けの住まい」として引き続き重度の要介護者を受け入れ、必要に応じて医療サービスを外部から提供しながら、専門的な介護サービスを効率的かつ効果的に提供する場としての活用も期待される。一方で、これらの施設は、ケアの資源が集積されており、地域のケア拠点として、その機能を地域に展開していくべきと想定される。特に、社会福祉法人が開設主体の大部分を占める以上、公益のために地域におけるケアの拠点として機能する姿が、従来以上に期待されている。
- 介護療養型医療施設については、医療依存度・要介護度がともに高い要介護者を受け入れる施設として機能しているが、さらに、居宅で生活する医療依存度の高い要介護者に対する短期療養も含めた支援拠点としても期待される。この場合も、特別養護老人ホームと同様に、地域の医療的な相談窓口を有する包括的な医療拠点としての機能も考えられる。

#### <各施設・居住系サービスの機能の地域展開>

- 介護老人保健施設による在宅生活支援機能、介護老人福祉施設の集積されたケア資源の活用、介護療養型医療施設の医療依存度の高い要介護者に対する支援といった施設・居住系サービス機能の地域展開については、すでにそのような動きがみられている。例えば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスでは、オペレーター機能を、特別養護老人ホームの夜勤と兼務とするなどの取組がみられる。また、医療機関からの退院後に、一カ月程度の短期入所をした上で、集中的に一日の生活のリズムや介護の必要性をアセスメントし在宅復帰の際のケアマネジメントにいかすといったアセスメント入所を実施する特別養護老人ホームもある。
- こうした地域への展開においては、「包括的な生活支援の拠点」として整備されることも考えられる。第二部の「3. 生活支援」で述べたとおり、地域の拠点として、カフ

エ（地域住民の集いの場）、元気な高齢者や子育て層のボランティアステーションの機能を持たせれば、ここに通う元気な高齢者の機能が低下した時に、この拠点を通じて必要な支援やサービスにつなげられるのではなかろうか。

### 3. 人材育成のあり方

- 第二部の「4. 介護・医療・予防の一体的な提供」で述べた各職種に求められる機能が発揮されるためには、各々の人材育成も見直される必要がある。ここでは、各職種の人材育成のあり方について整理する。

#### ■ 各職種の教育のあり方

- 介護予防や重度化予防においては、栄養・口腔やリハビリテーションに関する知識が求められるが、医師に対する現状の情報提供や教育は不十分である。在宅ケアに必要な知識が習得されるよう、医師の教育のあり方が見直される必要がある。
- 看護師も医師と同様であり、急性期病院での看護は、診療の補助や医療管理が中心になるため、療養上の世話や生活支援、急増している認知症高齢者への対応やQOLの維持向上について、経験・スキルを身につけるプロセスをより強化する必要がある。看護師の育成においては、急性期医療での知識・技術の習得は不可欠である。一方で、予防の観点から加齢に伴い機能が低下していく過程に介入する栄養ケア、口腔機能向上や摂食・えん下訓練等のリハビリテーションの機能を経験するためには、多職種協働によるOJT（On the Job Training）が効果的である。したがって、急性期病院と地域の診療所や訪問看護ステーションを行き来できるキャリアパスを支える仕組みの構築が望ましい。このような仕組みにより、地域においては訪問看護の人材を確保でき、病院においては地域との連携意識や療養支援・看取りにおける生活の視点を獲得することができる。
- 主任ケアマネジャーには、医療との連携に係る知識が不可欠であり、包括的な支援を担う役割が期待される。主任ケアマネジャーの育成においては、座学だけでなく、地域に出ていき指導やマネジメントにあたるプロセスの設置が求められる。これを資格更新に必要な条件にする案も考えられる。
- なお、看護職や介護職の教育資源は、地域に偏在している状況がみられるため、都道府県が実態を把握し、ニーズに応じて教育の場を確保していく取組が重要である。

#### ■ OJTによる人材育成

- 「生活を支える視点」を持った看護職や「医療的なマインド」をもった介護職を育てていくためには、看護職と介護職が同じ現場で協働し、OJTによる直接的な教育の機会の設定が有効である。また、介護領域においては、内閣府によって、介護現場のOJT推進を企図した「介護キャリア段位制度」が創設され、その介護技術として感染症予防等の医療的なマインドを持って取り組むべき技術が示され、これに関するOJT教育も一定の成果をあげている。この制度をOJTツールとして活用しながら、事業所にお

ける介護サービスの質の改善、介護職の専門性や社会的評価の向上に取り組んでいくよう求められる。さらに、グループホームの医療連携体制加算や短期入所生活介護における在宅中重度者受入加算を活用するなどの形で、現行制度下でも外付けの医療サービスと連携する枠組みが存在しているため、一層の活用促進が期待される。また、在宅医療連携拠点事業の枠組みにおいて、現在全国各地でOJTに基づく研修機会の開催や、事業所を超えた多職種協働のための情報共有システム構築、連携を主題とした会議の開催などの取組が進められているところである。

#### ＜会議や研修を通じた人材育成＞

- 地域ケア会議や個々の利用者に対するケアカンファレンスも、OJTの機能を持っており、顔をあわせて意見交換を重ねていけば、医療と介護が互いの領域の学習が可能となる。また、これはフラットな協働関係の構築にも効果を発揮する。こうした効果を得るためには、医療側と介護側の視点をあわせるための、共通のアセスメントシートが必要である。
- ケアカンファレンスをはじめとする会議の開催や多職種向けの教育研修を企画する上では、職能団体が組織化されていないために、研修会受講生や会議委員の参画を得るのに難航する場合がある。行政という公的な立場が呼びかけるというアナウンス効果や、事業者間の利害関係・人間関係についての緩衝機能などを期待する意味でも、自治体が旗振り役となって地域の中で団体の組織化がなされていない職能の組織化を支援することが期待される。

#### ＜ターミナルケアの現場における人材育成＞

- 多職種が密接に連携するターミナルケアの現場もまた、専門職の人材育成において重要な機会となっている。例えば、ターミナルケアにおいて、看護師と歯科衛生士、介護職が協働する場面では、看護師は歯科衛生士との協働によって緩和ケアとしての口腔ケアの技術を高められる。一方、歯科衛生士は看護師との協働によって、臨死期の自然経過や本人家族への接し方、変化する病態への対応方法などを学ぶことができる。介護職は双方の医療専門職との協働を通じて知識や技術、態度を学んでいける。
- このように、看取りに至るプロセスやそこで必要となる緩和的な対処方法を知識として習得するとともに、実際の介護現場で長く介護を提供してきた利用者の看取りプロセスを支援するという経験を重ねることは、当該要介護者への貢献にとどまらず、担当した介護職自身が成長し、職業意識や意欲を高める。さらには離職率が低下する効果をも期待できる。

#### ■ 統合的なサービス提供を進める上で各専門職に求められる機能

- 本人を中心とした統合的なケアを提供し生活の質を支えていくためには、各専門職に



は「本人との協働」「地域との協働」の役割が求められる。「本人との協働」は、本人が自らの意思に基づき、自らの持つ力を最大限生かしながら、よりよく生きる「養生」のために、十分なコミュニケーションを通じて、先を見越した適時適切な情報・助言、支援・サービスを提供することである。「地域との協働」としては、地域の生活支援の担い手の育成、包括的な生活支援の拠点との連携や後方支援が考えられる。

- 統合的なケアの提供には、医療・看護・リハビリテーション・介護等の専門職、日常生活を支援する民間事業者・NPO等、ケアマネジャー・地域包括支援センター、高齢者を含む地域住民等、様々な人材が関わる。
- これらの人材がチームとなって、介護や医療に関して質の高い支援・サービスを提供するためには、各人材がその機能を進化・発揮させ、「臨床的統合(clinical integration)<sup>6</sup>」を図ることが求められる。この現場での臨床的統合にあたり中心的な役割を担うとされてきた職種は、国際的には、医師、看護師であるが、日本では、ケアマネジャー等も追加されてしかるべきである。地域の実情により、このチームのメンバー構成は異なるが、このチームの構成員がそれぞれの専門性を生かした統合的なケアの提供に向けたアセスメント・マネジメントを行い、各職種の臨床的統合を図るあり方が求められる。

### ■ 基礎職種教育の統合、基礎職種の統合、事業所の質の向上

- 統合的なケアの提供に向けては、多職種の有機的な協働だけでなく、基礎職種教育の統合、基礎職種の統合も、長期的な取組の方向性としてさらに議論を深めていくべきである。各職種の関係の互換性の向上や基礎職種の統合は、縦割りを廃しケアニーズを高度化・複合化するだけでなく、労働市場の変化の中でフレキシビリティを高める結果にもつながる。現場のニーズに応じて各職種に求められる役割とその発揮に向けて求められる職業能力を見直し、関連の職業資格を継続的に進化・発展させていくためには、労使、教育訓練機関、保険者、関係団体も含めた仕組みの構築も求められる。
- また、資格を取得し高い専門性を身に付けた人材が働きやすい環境が確保されるよう、事業所の経営主体による人事制度の工夫も求められる。具体的には、一般企業ではよく行われているように、経営主体がOJTを通して、他の専門職の部署を一定期間実際に体験し、多職種連携を深めるなどが考えられる。

<sup>6</sup>複数の提供者間によるケア提供の重複や分裂を最小にし、質の高いケア提供を行っていくという統合的なケアの提供、つまり、統合ケア(integrated care)を実現するには、専門家の集団、チーム、組織の統合プロセスに着目する必要があると多くの研究から指摘されており、臨床的統合(clinical integration)はその一つと定義されている。この臨床的統合は、ケアを必要とする人へ、提供すべきサービスの種類とその機能を調整することであると説明され、具体的な内容としては、ケアの連続性と調整、疾病の管理、ケア提供者間の良好なコミュニケーション、情報の円滑なやり取り、検査や治療の重複の排除とされている(Leatt et al., 2000)。

引用文献)Peggy Leatt ., Pink, George H. Pink ., & Michael Guerriere , “Towards a Canadian model of integrated healthcare”, Healthcarepapers, 1(2)March2000, pp.13-35

## 4. 安定的なサービス提供体制の構築

### ■ 効果的・効率的なサービス提供のあり方

- 心身の状態や「住まいと住まい方」の変化に応じて、必要なケアを組み合わせ提供していくためには、サービス提供事業者の大規模化や事業者間の業務提携、複数の法人間の連携などが有効と考えられる。これにより、人事・採用・教育・営業の面で効率的な運営のほか、人材育成の充実を図ることができる。
- また、医療・介護・予防の一体的な提供では、多職種の柔軟な配置が求められるが、提供体制の構築にあたっては、事業所単位ではなく、小学校区単位程度に必要な人材が確保されていればよいと考える視点の革新に期待したい。例えば、訪問看護は今後も不足状態が予想されているが、第三部の「2. 支援のあり方」で述べたように、地域全体としての看護機能の充実が求められる。地域内の訪問看護ステーション、小規模多機能型居宅介護、グループホーム、診療所、介護老人保健施設、保健所等でネットワークを構築して地域単位で必要な看護業務量を把握した上で、それにあてる看護師の時間を確保し、必要に応じて各拠点に配置する形態が考えられる。そのためにも、所属する場所に関わらず活躍できる看護師の育成が必要となる。

### ■ サービス提供体制構築に向けた評価のあり方

- 事業者間の業務提携、複数の法人間の連携などを促すためには、制度面でのサービス評価のあり方も問われる。統合的なケアがネットワーク化された主体から提供される以上、報酬設定等の評価の対象は、サービス業務ではなく経営単位で行われる方式が望ましい。
- また、多職種協働による予防等に対する報酬設定は、出来高払いよりも包括支払いの方がなじむと考えられる。このためには、多機能の柔軟かつ統合的な提供の成果を、ケアだけでなくコストの面でも検証し示していく取組が必要である。
- 医療・介護の連携を推進するための報酬としては、診療報酬では、慢性期・急性期病棟等退院調整加算、退院時共同指導料、介護支援連携指導料、介護報酬では退院退所加算と、すでに数多く設定されているが、現状では、個別ケースでの連絡調整といった「リンケージ」レベルの連携を評価する加算にとどまっている。そのため、医療・介護にあ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」レベルの連携が評価されるよう、介護報酬のあり方も含めて検討が求められる。

---

---

## おわりに

---

---

- 地域包括ケアシステムの構築の本質は、「まちづくり」である。従来、地域包括ケア研究会では、団塊の世代が75歳に達する2025年を目標年度として、地域のあるべき姿を描いてきた。加えて、2025年以降、2040年までの間、若年層の支え手が減少し、団塊の世代の要介護者数が増加する中で、医療や介護の専門職だけによる高齢者の課題の解決は、ますます困難な時代になる。
- 地域包括ケアシステムは、「地域住民の新しい暮らし方」の構築を目指しており、医療・介護サービスの提供はもちろんのこと、一般の商店・交通機関・金融機関・コンビニ等も含めた地域経済の仕組みなど、あらゆる社会の仕組みが、2025年以降に発生する大きな課題への対応に挑戦していかなくてはならない。
- 今年度の報告書では「統合」をテーマとして、地域包括ケアシステムを議論してきた。医療と介護の統合や連携だけでなく、地域内の一般商店や民間企業、ボランティアや高齢者自身が地域を支える主体になるためには、自治体が旗振り役としてまちづくりの基本方針を明確にする姿勢が必要であり、それが地域包括ケアシステム構築の出発点になる。
- 共通の方向性を住民や地域の諸主体が共有する「規範的統合」を推進するためには、自治体の首長のリーダーシップが何よりも重要になる。各市町村の首長が行政組織の枠組みを越えて、広く地域に対して「まちづくり」にむけた大きな絵を描く未来を期待したい。