

地域包括ケアシステムに関する 30 の Questions

地域包括ケア推進に向けた総合的な自治体職員研修・支援体制に関する調査研究事業調査研究事業
(平成 28 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)

(第 1 版)

監 修

地域包括ケア推進に向けた
総合的な自治体職員研修・支援体制に関する調査研究検討委員会

株式会社 富士通総研

目 次

地域包括ケアシステムに関する 30 の Questions	1
1. 地域ケアシステムが求められる理由	2
(1) 地域包括ケア	2
2. 地域ケアシステムの構成要素と体制	8
(1) 介護	8
(2) 医療・介護連携	12
(3) 住まい	16
(4) 介護予防	19
(5) 生活支援	24
(6) 総合事業	27
(7) 介護保険事業計画・日常生活圏域	28
3. 自治体と地域包括ケアシステム	30
検討委員会	33

はじめに 本書を利用する皆さまへ

地域包括ケアは、2025 年を1つの区切りとする新しい挑戦的な取り組みです。

それゆえに、その実現のためのテキストは完成されていないと言えます。

本テキストは、皆が議論し、新しいシステムを形成していくための

問題提起を含めた内容となっています。

今後の国の政策の展開や、全国の取り組みを踏まえて改訂していくことを

目指すべきものであるということにつき、御理解をいただきたいと思います。

地域包括ケアシステムに関する 30 の Questions

- Q-1. なぜ、いま地域包括ケアなのか？（1(1)地域包括ケア）
- Q-2. 地域包括ケアは何を目指し、その基本的な要素は何か？（1(1)地域包括ケア）
- Q-3. 地域包括ケアは地域ごとに異なるとされているが、実際にはどう進めたらよいのか？（1(1)地域包括ケア）
- Q-4. 地域包括ケアと自助・互助・共助・公助という考え方との関係はどうか？（1(1)地域包括ケア）
- Q-5. 施設介護との関係を含み、地域包括ケアにおける「介護」は、どういう論理で組み立てられているのか？（2(1)介護）
- Q-6. 多職種によるサービスの概念は、地域包括ケアでどのように位置づけられるのか？（2(1)介護）
- Q-7. 在宅生活を支えるため、今多くある訪問や通所による介護はどのように展開されることが望ましいのか？（2(1)介護）
- Q-8. 「在宅医療」とはどのような概念なのか？（2(2)医療・介護連携）
- Q-9. なぜ、地域包括ケアにおいて、在宅医療と介護の連携が重要なのか？（2(2)医療・介護連携）
- Q-10. 市町村にとっての在宅医療・介護連携推進事業の本質は何か？（2(2)医療・介護連携）
- Q-11. 自治体職員は、在宅医療・介護連携推進事業に対してどのように取り組むべきなのか？（2(2)医療・介護連携）
- Q-12. 特に地区医師会と市町村の関係性が重要とされているが、それはなぜか？（2(2)医療・介護連携）
- Q-13. 様々な市町村等の計画との関係はどうか？（2(2)医療・介護連携）
- Q-14. 地域包括ケアにおける住まい・住まい方とは、どういう概念であり、なぜ重要なのか？（2(3)住まい）
- Q-15. 政策として打ち出された「サービス付き高齢者向け住宅」はどのような論理で成り立っているのか？（2(3)住まい）
- Q-16. 地域包括ケア担当者としては、「住まい」について何をしたらよいのか？（2(3)住まい）
- Q-17. 現在行われている行政としての介護予防の見直しは、なぜ行われているのか？（2(4)介護予防）
- Q-18. 介護予防とは、どういう論理で成り立っているのか？（2(4)介護予防）
- Q-19. フレイル予防とはどのような概念であり、介護予防とはどのような関係になるのか？（2(4)介護予防）
- Q-20. 生活支援とはどういう概念であり、介護予防給付の生活援助とはどういう関係にあるのか？（2(5)生活支援）
- Q-21. なぜ「生活支援」が地域包括ケアにとって重要なのか？（2(5)生活支援）
- Q-22. 政策の論理として、生活支援システムはどのように組み立てられ、介護予防の事業とはどのような関係にあるのか？（2(5)生活支援）
- Q-23. 「介護予防・日常生活支援総合事業」は、介護予防や生活支援との関係で、どのように位置づけて理解すればよいのか？（2(6)総合事業）
- Q-24. 今後、介護保険事業計画はどのようなことが重要となるのか？（2(7)介護保険事業計画・日常生活圏域）
- Q-25. 日常生活圏単位で、どのように政策を進めていったらよいのか？（2(7)介護保険事業計画・日常生活圏域）
- Q-26. 地域ケア会議は、日常生活圏単位で行われることが必要なのか？（2(7)介護保険事業計画・日常生活圏域）
- Q-27. 地域包括支援センターと日常生活圏とはどういう関係にあるのか？（2(7)介護保険事業計画・日常生活圏域）
- Q-28. 自治体職員は、地域包括ケアにどのような姿勢で取り組むことが必要か？（3 自治体と地域包括ケアシステム）
- Q-29. 会議はどのように進めたらよいのか・そのために職員には何が必要か？（3 自治体と地域包括ケアシステム）
- Q-30. そもそも行政側の体制をどのように構築したらよいのか？（3 自治体と地域包括ケアシステム）

1. 地域ケアシステムが求められる理由

本章の 目的	地域包括ケアが求められる背景・理由、自治体が地域包括ケアシステム構築に取り組むことの意義(必然)を理解する。
-----------	--

(1) 地域包括ケア

地域包括ケアは、未来型の新しい政策である。

Q-1.なぜ、いま地域包括ケアなのか？

日本は、75 歳以上人口が大きな割合を占める世界に例のない超高齢社会を迎えて、従来の政策の延長線上での対応は困難であるとして、団塊の世代が 75 歳を超える 2025 年に向け、新しいシステムが求められています。一方、日本のこれまでの経験(ユニットケアの導入¹)等からは、施設ではなく、住まいで自分らしい生活が続けることが、自立を維持するためにも良いということも分かってきています。

今後、高齢者世帯は、一人暮らしと夫婦だけの世帯が大部分となります。その場合にも、住み慣れた地域の住まいで、できる限り元気を保ち、弱っても安心して過ごせるシステム、すなわち地域包括ケアシステムが必要となります。

とりわけ、団塊の世代が多く住む大都市圏では、一気に進む高齢化によって施設や病床が不足し、大きな混乱が起きることが予想されています。そのため、従来の施設や病床で対応することは困難であり、できる限り在宅で住み続けるということを基本とし、そのために可能な限り健康を保ち、弱っても安心して過ごせるシステムである地域包括ケアシステムを実現することが唯一の解決策であるといえます。

このことは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の継続につながるものであり、高齢者にとって最も幸せな高齢期の生活を追求するものでもあります。ゆえに、一気に高齢化が進むことが予想される大都市圏に限ったことではなく、本来的に求められる高齢者政策の在り方として全国共通のものとして考えられるべきものとなります。そのことから、国の制度として、2025 年に向け、地域包括ケアを実現しようとしています。

¹ ユニットケアの導入：特別養護老人ホームにおいて、6人部屋からユニットケアに移行した場合、入居高齢者の会話の量や歩行数が増えたという外山義氏の調査(「介護保険施設における個室化・ユニット化に関する研究」一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 平成 12 年度老人保健健康増進事業)があり、それが日本の地域包括ケアの理念の原点となっているといえる。「本稿 2.(3)住まい」参照

図表- 1 地域包括ケア



【地域包括ケアの5つの視点による取り組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取り組みが包括的(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。

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し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バリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)**

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

資料:厚生労働省

Q-2.地域包括ケアは何を目指し、その基本的な要素は何か？

地域包括ケアを目指すものは、法律の定義にあるように、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むようにできるようにすること、となります。

【参考条文・通知等】

■ 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）
第二条（定義）

この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

地域包括ケアシステムでは、まず、「①できる限り元気な期間を長くすることを目指す」必要があります。

一方、長生き社会となった現在では、大部分の人が、死ぬ前に虚弱な時期を迎え、大なり小なり他者からの支援を得なければならないことが現実です。したがって、「②弱っても、できる限り生活の場において、自分らしく笑顔で（尊厳をもって）安心して過ごせるようなシステム」が必要となります。このためには、「③地域において、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援（生活支援）が包括的に確保されるシステム」であることが求められます。

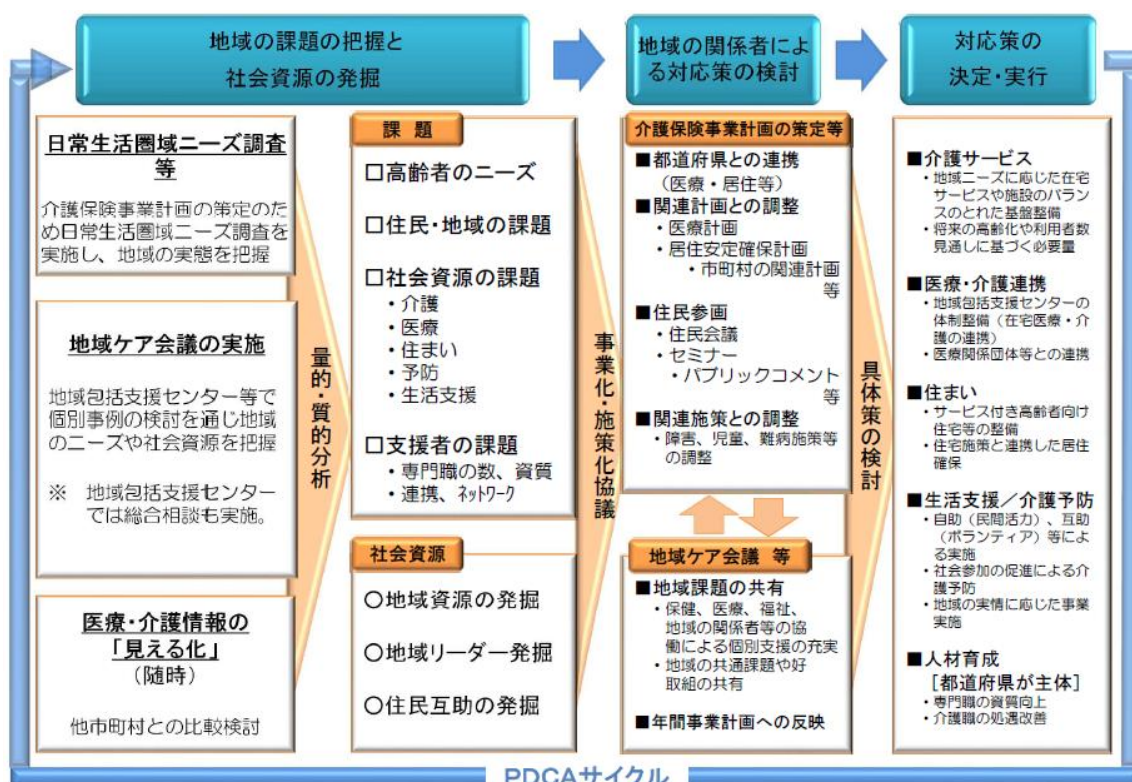
この場合、原則としては、住み慣れた地域ごとにシステムが必要となることから、その圏域として、「④概ね30分で駆けつけられる日常生活圏域（通常は中学校区）が、基本」とされています。

Q-3.地域包括ケアは地域ごとに異なるとされているが、実際にはどう進めたらよいのか？

人口構成と増減、高齢化の進捗状況、資源の整備状況等は、地域によって異なります。ゆえに、地域包括ケアシステムは、全国一律の画一的なシステムではなく、地域ごとの特性に応じて構築されるべきものです。したがって、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性・主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていかなばなりません。

ただし、基本的な考え方は、どの地域も共通です。地域包括ケアシステムの理念とその背景と、次の「市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス」による進め方をよく理解した上で、どのような優先順位を設定し、どのような姿として実現するかについて、各地域で自らのこととしてよく考え、実践することが大切です。

図表- 2 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)



資料:厚生労働省

Q-4.地域包括ケアと自助・互助・共助・公助という考え方との関係はどうか？

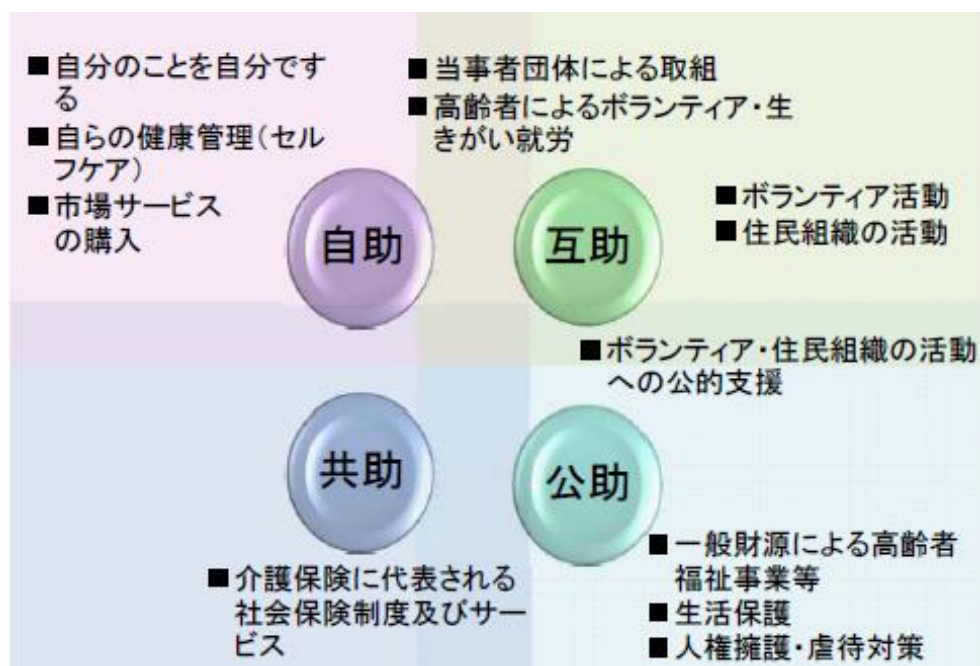
「今後の社会保障の在り方について」(平成 18 年 5 月 官邸・社会保障の在り方に関する懇談会報告)では、今後の社会保障についての基本的な考え方として、「我が国の福祉社会は、自助、共助、公助の適切な組み合わせによって形づくられるべき」とし、以下のように整理を行っています。

- 1)自ら働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本として、
- 2)これを生活のリスクを相互に分散する「互助」が補完し、
- 3)その上で、自助や共助では対応できない困窮などの状況に対し、所得や生活水準・家庭状況などの受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などを「公助」として位置づける

さらに、共助のシステムとして、「国民の参加意識や権利意識を確保する観点からは、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みとして、国民に分かりやすく負担についての合意が得やすい社会保険方式を基本とすべきである」としています。

「地域包括ケア研究会報告書」では、互助の概念を含め、自助・互助・共助・公助を次のように整理しています。

図表- 3 地域包括ケアシステムを支える自助・互助・共助・公助



資料: 地域包括ケア研究会報告書(平成 27 年度)

地域包括ケアシステムの 5 つの構成要素である「医療」、「介護」、「介護予防」、「住まい」、「自立した日常生活の支援」の関係を示す有名な資料として、植木鉢をかたどった模式図があります(図表-4)。これは、当初は介護保険等の「共助」として専門職より提供される「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・予防」の3枚の葉が、その機能を十分に発揮するための前提として「生活支援と福祉サービス」、「すまいとすまい方」が基本となるとともに、これらの要素が相互に関係しながら包括的に提供されるあり方を示したものでした。

一方、平成 27 年度より介護予防・日常生活支援総合事業として要支援者に対する介護予防が実施され、介護予防は生活支援と一体的に、住民自身や専門職以外の担い手を含めた多様な主体による提供体制へと移行しました。介護予防・生活支援は、介護予防・日常生活支援総合事業の取扱いにもみられるように、専門職の関わりを受けるものではありませんが、その中心は高齢者自身のセルフマネジメントや、地域住民、NPO 等も含め、それぞれの地域の多様な主体の自発性によるものであり、自助・互助を基本とするものと位置づけられました。すなわち、今まで「共助」の葉の部分にあった軽度者向けの予防は、自助・互助の取り組みによるものと整理されることとなります。そして、地域包括ケアシステムの「植木鉢」は変化し、地域包括ケアシステムの 5 つの構成要素は、「本人及び家族の心構え」、「すまいとすまい方」の「自助」、「自助」及び「互助」による介護予防・生活支援の上に主として「共助」として医療、介護等が展開されるとして整理されています。

なお、介護保険の中での介護予防は、国民の努力及び義務としても整理されています。

図表- 4 進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」



資料：地域包括ケア研究会報告書(平成 27 年度)

【参考条文・通知等】

■介護保険法(平成九年十二月十七日法律第百二十三号)

第四条 (国民の努力及び義務)

国民は、自ら要介護状態になることを予防するため、加齢に伴って生じ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。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

【参考文献】

- ・地域包括ケア研究会 報告書 (三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社)
http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01.html
- ・地域包括ケアの展望 (宮島俊彦 社会保険研究所 2013 年)

2. 地域ケアシステムの構成要素と体制

本章の 目的

地域包括ケアシステムの構成要素とその担い手は誰かを理解する。

(1) 介護

地域包括ケアにおける「介護」とは、「在宅介護」を基本とするという意味で理解されている。

Q-5.施設介護との関係を含み、地域包括ケアにおける「介護」は、どういう論理で組み立てられているのか？

法律上の「介護」の概念

■介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号） 第七条（要介護状態）

この法律において「要介護状態」とは、身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分（以下「要介護状態区分」という。）のいずれかに該当するもの（要支援状態に該当するものを除く。）をいう。

■介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号） 第一条（介護）

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。

■社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）第二条2（介護）

この法律において「介護福祉士」とは、第四十二条第一項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」という。）を業とする者をいう。

※（ ）は事務局による補記

【個々人に対する介護保険から地域における事業としての地域支援事業までを含む】

従来は、一般的に家族によって介護は担われてきました。しかし、人々の寿命が延び、寝たきり等の要介護の期間が長くなり、その一方では介護する家族の年齢も高くなる等、今までのように家族の役割だけに頼ることは困難となりました。また、将来、高齢者を含む世帯は単身世帯や夫婦のみ世帯が基本となることを踏まえると、介護を社会的な制度で対応する必要が生じました。そこで、「要介護の状態」になることを「保険事故」とする、サービスを保障するシステムとして、社会保険制度としての介護保険が導入されました。

介護保険において、要介護となった場合、すなわち、「介護保険」の保険事故が起こったときの被保険者に対する給付を「介護給付」といいます。介護給付は施設、在宅の双方を対象とし、介護職による介護サービス以外にも看護等の医療系職種によるサービスも含まれます。この部分が共に負担を分かち合う保険システムによるものであり、一般的に「共助」とされます。なお、介護保険制度導入後、「要支援」という要介護の少し前の状態に対しても「介護予防給付」として保険給付の対象とされましたが、介護予防給付については見直しが行われています。

介護保険では、被保険者への給付以外に、「地域支援事業」として保険財源を基本とする保険者による地域に対する諸事業が行われています。これは、医療保険制度における保健事業に相当するものです。地域支援事業は、被保険者個人に対し、社会保険制度としての法律に基づき、一律のルールにより保険給付を保障する事業ではなく、保険者による幅広い地域に対する事業を意味し、事業利用にあたっての個人の負担の在り方も保険者の判断で設計できる事業です。本来、できる限り要介護とならないように、あるいはなるのを遅らせることが重要であり、介護保険では、介護給付(介護予防給付を含む)を行うことだけでなく、介護予防のために市町村が中心となっていく多くの事業を行っており、近年の重要な事業として、地域支援事業の「介護予防・日常生活支援総合事業」(以前は介護予防事業といわれていた)として取り組むこととしています。地域支援事業は、介護予防・日常生活支援総合事業だけでなく、包括的支援事業や任意事業といった様々な事業から成ります。

【在宅を基本とするケアシステムとして段階的に考える必要がある】

地域包括ケアの概念図でも明らかにされているように、地域包括ケアは住まいでの継続居住を目指すため、在宅介護サービスを基本に置くという考え方で、施設での対応を否定するものではありません。例えば、認知症の一人暮らしの高齢者が重度になったときは、一般的に在宅生活は困難となり、むしろ、特別養護老人ホームや有料老人ホームといった施設での生活の方が安心という場合があります。ましてや、十分に在宅ケアのシステムが整備されていなければ、施設の形態で対応するしか、その人を受け止めることはできないといえます。

したがって、地域包括ケアは、団塊の世代が後期高齢者世代を迎える 2025 年を一つの目安として、介護予防政策を徹底して進めつつ、高齢者本人や家族の意向の尊重、在宅医療を含む在宅ケアの体制の整備、その人の状況に応じた住まいの選択肢の確保などにより段階的に在宅を基本とするケアシステムの実現を図ろうとするものです。そして、それによって、できる限り在宅での継続生活を望む方々の願いに応える体制を作ろうとするものです。そのことが、自助、互助、共助、公助を適切に組み合わせるという今後の社会の在り方にかなうものであり、超高齢社会の持続可能性にもつながります。

Q-6.多職種によるサービスの概念は、地域包括ケアでどのように位置づけられるのか？

在宅を基本とするシステムは、地域包括ケアの概念図にあるように、「予防」、「生活支援」、「介護」、「医療」、「住まい」といった要素から構成されています(図表-5)。

図表- 5 地域包括ケアシステム (再掲)



【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。

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し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バリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

資料:厚生労働省

広義の「介護」と「医療」の概念は、それぞれ概ね「介護保険で給付される介護」と「医療保険で給付される医療」に分かれているといえます。若しくは、「生活を支える介護」と、「病気を治療する医療」という区分ともいえます。

したがって、医療保険における病気治療のための体系とは別に、生活を支える介護という意味で、「(狭義の)介護」、「訪問看護」、「歯科口腔ケア」、「訪問薬剤管理指導」、「リハビリ」という概念があります。

在宅生活を続ける上では、介護も医療も必要です。したがって、「介護保険による介護」や「医療保険による医療」が、高齢者等の利用者の状況に応じて提供されることとなります。しかし、在宅生活が成立するためには、医療は介護が把握している多くの生活情報を得ることが必要であり、介護は医療がとらえている高齢者等の病態等の情報を得て介護にあたる必要があります。在宅生活が成立するためには双方が不可欠であり、さらには統合されることが必要です。そのためには、各専門職種が連携しなければ機能しないため、多職種連携ということが極めて重要となります(図表-6)。

図表- 6 利用者を中心とする多職種による統合されたケア



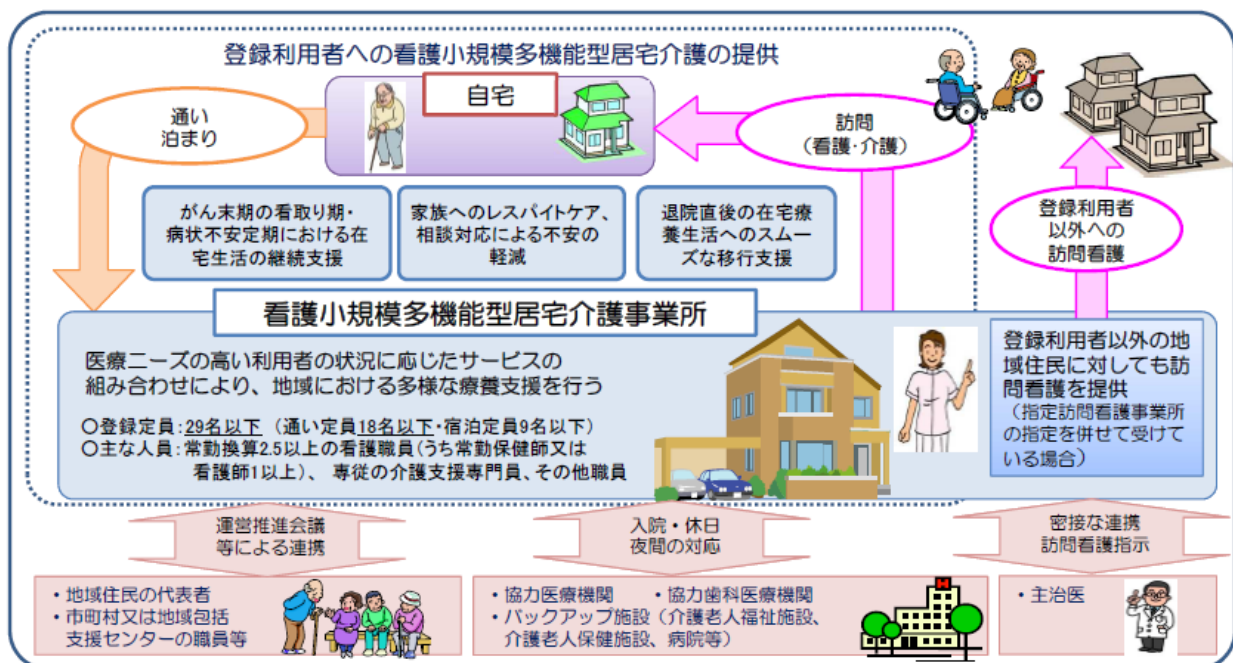
Q-7.在宅生活を支えるため、今多くある訪問や通所による介護はどのように展開されることが望ましいのか？

通所事業は、在宅生活を支える在宅ケアの重要な事業ですが、要介護度が高まるにしたがって、通所が困難となり、更には医療上の対応が必要な高齢者が増えてきます。この段階で、施設で受け入れざるを得ない場合もありますが、今後は、可能な限り在宅で生活が継続できるように、訪問看護を含めた本格的なサービスが重要となってきます。

このようなニーズに対応するため、小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護といった 24 時間対応の本格的な訪問介護看護のサービスが必要となります。そして、最近の政策をめぐる動向としては、より本格的な訪問看護が可能な看護小規模多機能型居宅介護が注目されます(図表-7)。一方、訪問看護のノウハウの弱い小規模多機能型居宅介護事業者も多いため、今後は、小規模多機能居宅介護事業と訪問看護の連携も重要となります。

当面は、24 時間対応が対応できる圏域は限られます。よって、24 時間対応をしやすい圏域にある住まい、特にサービス付き高齢者向け住宅(以下、「サ高住」という。)等への移り住みも考えられ、今後は住まいや住まい方との関係が大切になってきます。

図表- 7 看護小規模多機能型居宅介護の概要



資料:厚生労働省

(2) 医療・介護連携

地域包括ケアにおける「医療」とは、「在宅医療」という意味で理解されている。

Q-8.「在宅医療」とはどのような概念なのか？

「在宅医療」は、狭義には、医師による「訪問診療」と解され、通院の困難な高齢者に対する医師による定期的な居宅への訪問による診療です。医師による居宅の訪問としては「往診」もありますが、患者の求めによってその都度赴くものであり、それとは異なるものとされています。在宅医療は、病院以外の「生活の場」における医療といえるため、自宅だけではなく、有料老人ホームやグループホーム、特別養護老人ホームなどの生活の場としての施設も対象であることに注意が必要です。

在宅での療養生活には、生活を支える介護も不可欠です。医師の訪問診療だけで支えることは困難であり、在宅医療は多職種の連携がなければ進みません。在宅医療には訪問看護、訪問歯科診療、訪問服薬指導、訪問介護、ケアマネなど他職種によるサービスとの連携が必要であり、訪問診療を含む多職種のサービス総体を広義の「在宅医療」と呼ぶことがあります。

在宅医療とは、治癒が期待できない疾患を患い、障害のため何らかのケアが必要な患者とその家族を支えるための医療であり、住み慣れた地域で安心して生きていくことを保障するための地域医療システムである。狭義の在宅医療は医師が患者宅を訪問し、居宅で医療を行うこと（訪問診療）を指し、広義の在宅医療は、診療形態に関わらず、地域でケアを必要とする人と家族を支援する医療【医師以外の他職種が医師とチームを組んで行う取り組みを含む】のことをいう。（注：【下線部】は事務局にて追記）
（在宅医療辞典，中央法規，2009）

Q-9.なぜ、地域包括ケアにおいて、在宅医療と介護の連携が重要なのか？

地域包括ケアは、できる限り住み慣れた地域の住まいに住み続けるという概念です。一方、各種調査において、自分が弱ったときに最期まで在宅に居続けることは難しいと考えている高齢者が多いことが確認されており、その主な理由としては、一つが、「家族に迷惑をかけるから」、もう一つが「医療上の不安があるから」があげられます。

医療上の不安を解決するためには、今までは、病院に行くしか方法がないのが通常でした。在宅医療が普及していないからです。また、高齢期の入院の場合、病気治療が終わり、仮に十分の介護体制があっても、在宅医療がなければ住まいに帰れないことが多いのが現状です。したがって、今後、地域包括ケアを真に推進する上では、在宅復帰までの道筋の確保、在宅医療の普及・推進が不可欠です。そして、在宅医療は、医師と介護サービスを担当する他職種の連携なくしては継続が困難といえるので、在宅医療・介護の連携は必須となります。

また、「医療介護総合改革」は、地域の必要に応じた各種病床を確保するという考え方であり、全国的には、地域医療構想として、回復期の病床は増やしつつ、急性期と慢性期の病床は減らそうとする改革が進もうとしています。したがって、在宅医療の普及なくして医療介護総合改革も実現できないと考えてよいでしょう。この場合は、広義の在宅医療を推進するということであり、これを進める上で「在宅医療・介護の連携」ということが鍵となります。

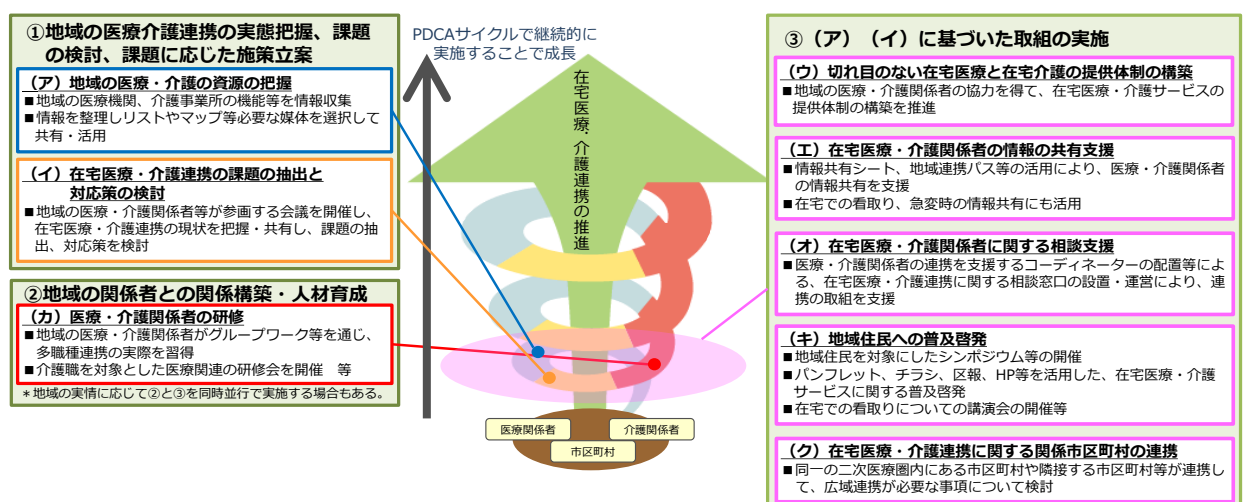
Q-10.市町村にとっての在宅医療・介護連携推進事業の本質は何か？

在宅医療は、医師が訪問診療を行うことが基本であり、医師がメインプレイヤーであるといえます。しかし、在宅医療は、訪問診療を行う医師だけでなく、様々な専門職の存在があることによって成り立つものであり、多職種が連携することなしには成り立ちません。よって、医師以外の職種、とりわけ訪問看護を行う看護師をはじめとする各専門職の活動が重要となります。

一方、保険者である市町村は、在宅医療を直接実施する立場にはありません。よって、プレイヤーである医師をはじめとする各専門職がしっかり連携し、前向きに取り組んでもらうことが推進のためには必要であり、そこに保険者である市町村は真剣に取り組まねばなりません。市町村は、多職種の連携を含めて在宅医療を推進するコーディネート機能を果たすことが必要なのであり、その業務が地域支援事業の包括的支援事業の一つとして行われる在宅医療・介護連携推進事業の本質です。

在宅医療・介護連携推進事業は、(ア)～(ク)の8つの事業項目から成ります。実施にあたっては、在宅医療・介護連携の推進という大きな目標のためにそれら事業が行われているという全体構造を正しく理解し、実現のために各事業項目が一連の取り組みとして行われ、PDCA サイクルによって継続的に拡充する正のスパイラルで推進されると正しく理解し、取り組んでいくことが必要です(図表-8)。

図表-8 在宅医療・介護連携推進事業の構造



* 図の典拠：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

出典：「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 2(案)」

（「平成28年度 都道府県在宅医療・介護連携担当者会議」参考資料1平成29年3月6日 厚生労働省老人保健課）

Q-11.自治体職員は、在宅医療・介護連携推進事業に対してどのように取り組むべきなのか？

在宅医療・介護連携推進事業は、市町村における介護保険の地域支援事業として行われているため、市町村の介護保険担当部局が所管することになります。

狭義の在宅医療（訪問診療）は、地域のかかりつけの医師が担うのが基本であり、地区医師会の関与なくして推進できません。一方、在宅医療は、多職種の連携により成り立つのであり、それなくして在宅医療は進みません。よって、地区医師会をはじめとする多職種を代表する組織の連携の推進役が必要であり、それを担うのが、市町村の介護保険担当部局です。

したがって、まず、地区医師会と市町村が「この事業を推進する」と合意することが出発点です。その上で、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護連絡会、ケアマネ連絡会などの多職種の団体の参加を得て、医師をはじめとする多職種の話し合いの場を持つことが基本となります。

この場合、極めて重要なことは、多職種の話し合いの場の事務局は市町村が担当するということです。在宅医療・介護のプレイヤーは医師をはじめとする多職種であり、その連携を推進するのが市町村であり、在宅医療・介護連携推進事業を担当する市町村は多職種連携のいわばプラットフォームづくりの責任を持っています。したがって、市町村が地区医師会に一定のことを委託する場合があっても、いわゆる丸投げはしてはならないことであり、連携の事務局役については、主体的に責任を負うということが重要です。

以上の基本認識に立ち、在宅医療・介護連携推進事業を担当する部署、すなわち介護保険の地域支援事業を担当する部署は、その責任において医師会の窓口である医療を担当する部局と連携する必要があります。しかし、庁内に医療を担当する部局がない市町村もあると考えられ、その場合は都道府県の在宅医療・介護連携推進事業を担当する部局若しくは医療を担当する部局と連携を図りながら、医師会との関係性を確立する必要があります。さらに、円滑に業務を推進するためには、医師会との接点を多く持ってきた医療担当部局の経験者を、在宅医療・介護連携推進事業を担当する部署に配置するなどの工夫を講じることも重要です。

Q-12.特に地区医師会と市町村の関係性が重要とされているが、それはなぜか？

プレイヤーである各職種をまとめているのが、地区医師会をはじめとする職能別・職種別の団体です。一方、在宅医療は、在宅医療に取り組む医師の確保とそこで提供される医療の質の確保・向上なくしては成立しないため、地域の医師の専門職能団体である地区医師会の主体的な関与があることが不可欠です。したがって、在宅医療・介護連携推進事業を行う市町村行政は事務局役となり、在宅医療に関しては職種別団体のリーダーである地区医師会と強固なタッグを組んだ上で、地区医師会をはじめとする各職種団体の連携体制を組むことが基本となります。

在宅医療・介護連携推進事業は日本医師会も推進する方針にありますので、その方針が伝わっていると考えられますが、連携推進は地区医師会の力を無くしてはできません。ゆえに、法律で定められた業務を推進する立場から市町村の考えているところをきちんと説明して理解を得るための努力をし、徹底的に頭を下げてお願いすることで、在宅医療・介護連携推進のための協働関係を作っていくことが市町村の責任となります。

Q-13.様々な市町村等の計画との関係はどうか？

在宅医療・介護連携推進事業は、介護保険の地域支援事業の一つです。よって、市町村における介護保険事業計画の策定時に、適切に在宅医療・介護連携推進事業を位置づけて、その評価指標をどうしていくかが、市町村の課題となっています。

地域医療構想は、高度急性期の病床、一般急性期の病床、回復期の病床、療養期の病床といったように病床機能を明らかにし、各地域の状況に合わせて、病院の病床数を地域ごとに必要なそれら機能の病床数に合わせていくという都道府県の構想です。今後、全国いずれの地域でも、後期高齢者が増加するのが一般的と考えられます。在宅医療を含む地域包括ケアが進まなければ、病院からの退院が円滑に進まず、結果的に、各地域の状況に合わせた病床数に合わせていくことは困難となります。したがって、地域医療構想が実現するためには、市町村段階での在宅医療・介護の連携が進むかどうか大きな鍵となります。

(3) 住まい

地域包括ケアにおける「住まい」とは、自らの責任と選択のもと自分らしい生活ができる場所である。

Q-14.地域包括ケアにおける住まい・住まい方とは、どういう概念であり、なぜ重要なのか？

すべての人は、住まいに住んで生活をしています。住まいは、自分らしく生きるための究極の居場所であり、安心の原点である住まいを拠点に、外の世界に出たり・入ったりして生活しています。

特別養護老人ホームの多くが多床室であった時代に、個室空間を確保し、大規模な生活空間ではなく一定人数ごとの家庭的な雰囲気確保できる空間のユニットをつくり、入居者が個室で寝起きし、ユニットごとに配置された居間に出て食事をするユニットケア方式に変えたら、6人部屋の時より入居者との会話量も歩行数も増えたという有名な研究があります（外山義氏による研究²）。

この研究は、その後の日本の要介護高齢者に対する住まいの視点を大きく変えるものでした。生活の場ではない大部屋の施設や病院に行くのは本当に必要なときだけにするべきであり、人は自分らしいライフスタイルを継続し続けることが、本人の自立の維持という観点からも大切であることが分かりました。そうすると、最も自分らしく過ごせるのは、自らの「住まい」ということになります。

その場合の「住まい」とは、自らの責任と選択のもと自分らしい生活ができる場所という意味であり、自分が所有する住宅か、賃貸住宅かということを問うものではなく、個人のプライバシーと意思が保証される空間であるといえます。したがって、特別養護老人ホームや有料老人ホームのように、住まいと介護サービスが一体化し、設置者が管理責任を負っている施設は、持ち家や賃貸借契約を結んだ居住形態としての住まいとは区分されることになりますが、地域包括ケアは、このような意味における「住まい」にできる限り住み続けられるようにすることを目指すというものであり、本人や家族の意思、あるいは心身の状況、更には地域の在宅サービスの整備の実情から施設を選択することを何ら妨げるものではありません。したがって、「住まい方」という場合は、施設を含めた生活の場を、自身にとって最も好ましい形でどのように選択していくかという広い意味で理解されることになります。

² 「介護保険施設における個室化・ユニット化に関する研究(医療経済研究機構 平成12年度老人保健健康増進事業)」

Q-15.政策として打ち出された「サービス付き高齢者向け住宅」はどのような論理で成り立っているのか？

【自宅で生活支援が確保できない場合】

地域包括ケアにおいては、施設も必要ですが、「住まい」における自分らしい生活の継続を基本に置く考え方をとっています。高齢期を迎えれば、買い物、掃除、ごみ捨てなど、日々の生活を支える活動を行うことに徐々に課題が出てきて、生活支援の必要性が生じてきます。しかし、ひとり暮らしや夫婦だけの高齢者世帯では、同居家族らからそうした生活支援を得ることができません。そして、近居の子どもや近所から生活支援が得られない場合、たとえ要介護になる前であっても従前からの住まいで生活を継続させていくことが不安になってきます。

生活支援のサービスは「見守り、相談」を基本要素としますが、買い物、食事、ごみ捨てなどの様々なことについての困りごとへの対応を含んでいます（詳細は「6.生活支援」を参照）。近年導入されたサ高住には、この生活支援のうち、最低限「見守り、相談」の機能が備わった賃貸住宅とされています。サ高住は住宅の賃貸借契約が基本であり、有料老人ホームのように住居費用とサービス費用が一体にはなっていません。サ高住では、賃貸借料金とサービスの提供料金が区分して整理されており、生活支援のサービスの分野は自助、互助を基本とするものとして、それらは費用化され、入居者の全額自己負担となっています。つまり、通常の住まいに住み、プライバシーが確保された上で、最低限となる「見守り、相談」の生活支援はついていけるものであり、さらに個々の入居者の様々な生活ニーズに応じるべく、その選択のもと、在宅で必要となる生活支援のサービスや在宅介護・看護サービスを利用するというものです。したがって、「見守り、相談」という生活支援サービスの質がしっかりとしており、様々な生活支援のサービスが調達・利用できるよう、そのためのつなぎ機能についてもしっかりとした体制を持っていることが重要となります。

以上から、生活支援から介護サービスまでを一つのパッケージにし、居住の場の利用をする際に内付けにした特別養護老人ホーム型のサービスである「特定施設」と、利用者がその心身の状況に応じて、外部の多様な在宅サービスを調達・利用する「サ高住」とは、本人の選択や家族の関与の尊重という面での関係性を異としています。

【サ高住がその特質を発揮するために】

一方、現在のサ高住については、多くの課題も指摘されています。辺鄙なところに立地しており、地域包括ケアの政策にそぐわないものや、サ高住の運営事業者が生活支援や介護等に精通しておらず、どこまで入居者のニーズや状況に応じたサービスにつなげられるかが不明確である等のケースも見られます。あるいは、入居者自体が有料老人ホームと同様のサービスを期待している等、そもそもサ高住に対する理解が薄い場合もみられます。また、サ高住の賃貸料は、低年金受給者には支払えないという基本的な問題もあります。

以上のような混乱が生じている背景の一つに、本来の本格的・総合的な在宅サービスの体系が地域で面的に整備されていないことがあげられます。サ高住がその特質を発揮するためには、その地域に入居者が利用できる在宅サービスの体系が整備されていることが必須なのです。

この状況を踏まえ、今は亡き小山剛氏の遺志を継ぐという動きの一環で、2016年5月に地域居住総合支援拠点と新型多機能サービスに関する提言がなされています。これは、小規模多機能型居宅介護事業の定員を拡大するとともに、訪問サービスを24時間対応型まで拡大する新型多機能サービスと訪問看護とを一体的に確保する地域居住支援拠点の提案です。この機能が日常生活圏単位に配置されるよう公募して整備を行い、地域全体にわたる在宅ケア機能を発展させ、地域全体が地域包括ケアの保障されたものとなる上での核とするという構想です。こうした拠点機能を併せ持ったサ高住を、「拠点型サ高住」と呼んでいます。

このようなサービス拠点が整備されて来れば、将来的には新しくサ高住を作らなくとも、地域のアパートの空き室、空き家を一定数つないだ「分散型サ高住」といった方式の普及も期待できることとなり、結果として低賃料のサ高住も期待できます。こうした新しい取り組みが実現できるよう、本提言が実現できるような制度改正が期待されます。

Q-16.地域包括ケア担当者としては、「住まい」について何をしたらよいのか？

サ高住の利用者は、早晚介護を要する者たちと考えられます。一方、開設に際してのサ高住の登録は、原則として都道府県の住宅部局の所管です。そのため、市町村介護保険部局と都道府県の住宅部局間の連携は不可欠ですが、現状では不十分と指摘されています。

進む高齢化に対応した高齢期の安心の住まいを考えたとき、サ高住の整備が進み、その質も高められていくことが必要です。そのため、サ高住がどの圏域に、どの程度地域包括ケアの考え方と整合性を持ったかたちで立地することが望ましいかという方針が市町村介護保険部局のビジョンとして必要となります。そのことを都道府県に伝え、調整しつつ、できれば市町村高齢者居住計画の導入に向けて市町村住宅部局と調整するか、少なくとも介護保険事業計画においてサ高住の誘致計画を付記する等して、サ高住の立地を政策的に誘導することが望ましく考えられます。

(4) 介護予防

地域包括ケアにおける「予防」とは、「介護予防」という意味で理解されている。

Q-17.現在行われている行政としての介護予防の見直しは、なぜ行われているのか？

介護予防とは、法律上は、「要介護状態若しくは要支援状態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」と定義されています。これまでの介護予防の典型的な仕組みとしては、介護保険では要支援の概念が定義され、要介護状態になる手前で要介護状態になることを介護予防給付によって予防しようとする仕組みが導入されています。

しかし実際は、さらにその前の段階から徐々に自立度が低下しているため、要支援の手前の段階から地域支援事業として様々な事業を行うこととしています。（注：介護給付と地域支援事業との違いについては、「2.(1)① 施設介護との関係を含み、地域包括ケアにおける「介護」は、どういう論理で組み立てられているのか？」参照）

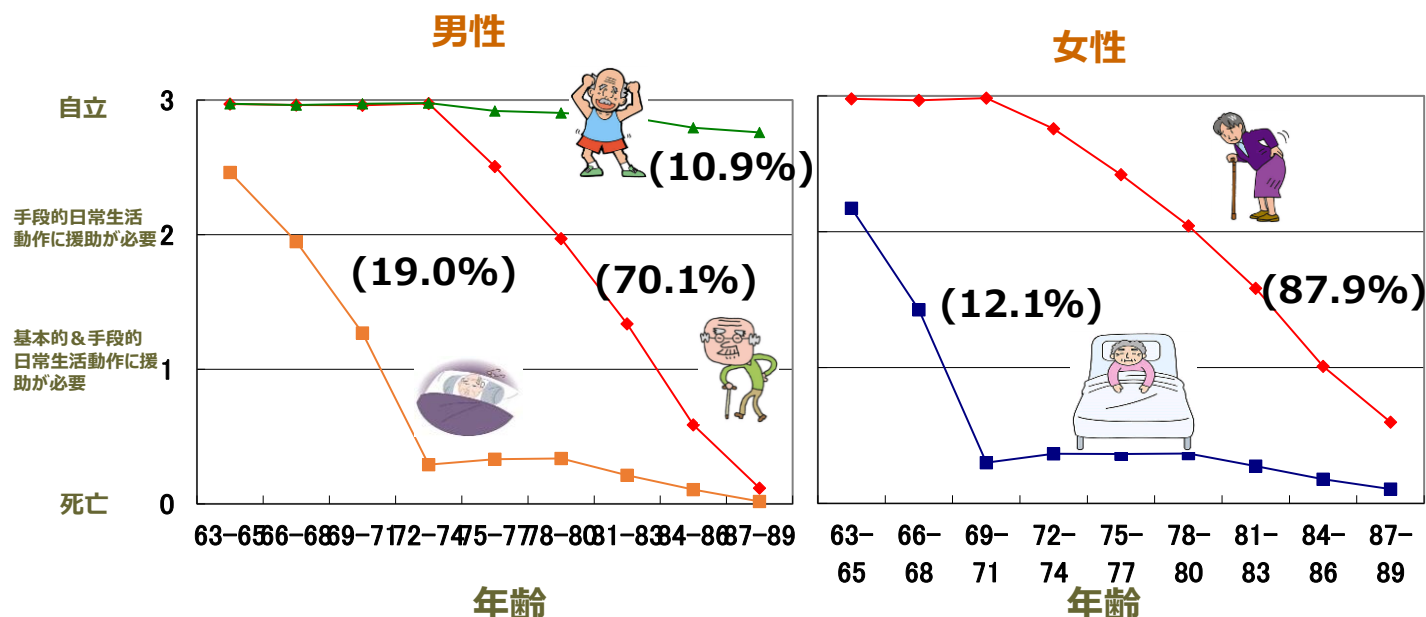
今後、後期高齢者が増加する中で、要介護者は大幅に増加することになります。そのため、要介護者の発生をできる限り少なくするため、要介護以前の人々に対して行う介護予防政策の強化は不可欠です。そのため、今後、介護予防は介護保険においてさらに重要な事業となっていきます。国は、これを更に充実させるために、共助である介護保険の介護予防給付を見直し、介護予防給付としては、より専門性の高いものを目指す一方で、従来の介護予防給付のうち、訪問介護と通所介護については、自助、互助の精神をより重視して地域支援事業に移行させ、より早期からの介護予防を重視する方向にあると理解されます。（介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨については、「2.(6)① 介護予防・日常生活支援総合事業は、介護予防や生活支援との関係で、どのように位置づけて理解したらよいのか？」に記述）

Q-18.介護予防とは、どういう論理で成り立っているのか？

日本の高齢者の自立度の低下の状況についての調査（図表-9）によると、要介護になる要因は様々であり、早期の段階から観察してみると、生活習慣病を中心とする病気（典型としては脳卒中をはじめとする脳血管障害）で急速に重い要介護になるグループと、徐々に加齢とともに自立度が低下して要介護または要支援に向かう「フレイル」と呼ばれるグループに大別されます。実際に要介護状態になる過程は病気とフレイルの両方の要因が重なるものも多いため、一概に言うことはできませんが、大きくは、介護予防は生活習慣病の予防とフレイルの予防両面からの対応が必要であるといえます。

そのため、生活習慣病予防とフレイル予防について、国を挙げて強化する必要がありますが、量的にみると、後者のフレイルのグループのウェイトの方が高いと言えるため、今後はフレイル予防の視点に立った介護予防が重要となってきます。

図表- 9 高齢者の増加と多様なパターン-全国高齢者 20 年の追跡調査-



出典)秋山弘子「長寿時代の科学と社会の構想」(『科学』岩波書店, 2010)

Q-19.フレイル予防とはどのような概念であり、介護予防とはどのような関係になるのか？

近年、加齢に伴って徐々に自立度が低下し、要介護状態(又は要支援状態)になる過程についての研究が進み、この過程を「フレイル」という概念で説明されるようになってきました。今後、介護予防に取り組む場合、このフレイルという概念と構造を理解し、それに基づいて各種施策を展開する必要があります。

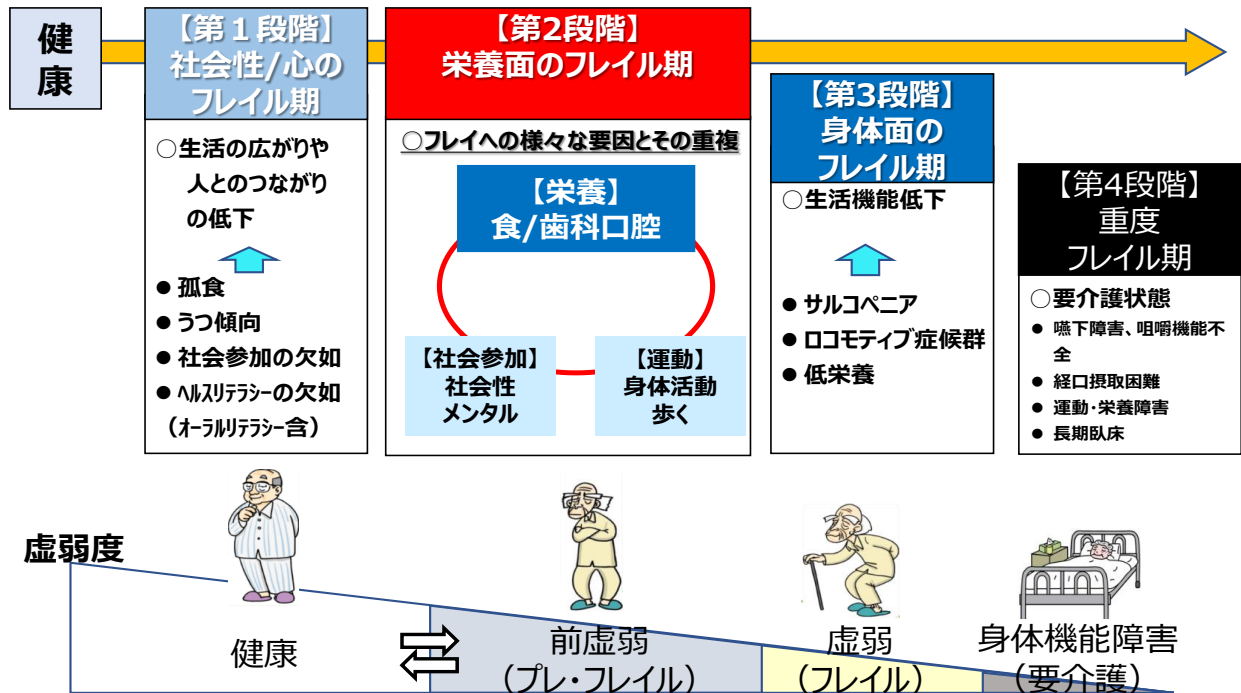
高齢期に加齢とともに徐々に自立度が下がっていく過程の状態を、専門用語では、英語では「frailty:フレイルティ」、日本語訳では「虚弱」と言います。これは従来「老いの姿」ともいわれてきたものであり、年をとれば、だれにもやってくる現象ともいえますが、近年の研究ではそれがある程度遅らせる、すなわち予防することができるということが分かってきています。

日本老年医学会は、特に要介護状態(または要支援状態)になる前の可逆性³の高い段階での予防が重要である、という視点に立ち、「虚弱」という日本語は、かなりレベルの下がった状態を想起させるため、要介護状態(又は要支援状態)になる前までの自立度の低下の過程を「フレイル」と日本人に呼びやすい言葉で定義しています。

本来の専門用語である「frailty:フレイルティ」は、高齢期に加齢に伴う要介護状態に至るまでの自立度の低下の過程の状態を表す用語であり、加齢に伴う要介護状態(又は要支援状態)に向けての連続的な一連の状態を示すものです。そのため、要介護状態も含めた全体の低下の過程の状態を「広義のフレイル」ともいことができますが、ここでは、日本老年医学会の定義に従い、広義のフレイルと断らない限りは、要介護状態(又は要支援状態)になる手前までの自立度の低下する過程の状態を「フレイル」と呼びます。したがって、介護予防は、「要介護状態若しくは要支援状態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」と法律上で定義されているので、法律上は介護予防は「広義のフレイル予防」と同義であり、介護予防のうち「要介護状態又は要支援状態の予防」を「フレイル予防」といことができます。

³ 可逆性:ある変化を考えたとき、条件を変えるとその変化と逆の方向に変化が起こってもとの状態に戻る。

図表- 10 フレイルの構造 ～フレイル(虚弱)の主な要因とその重複に対する早期の気付きへ～



「虚弱・サルコペニアモデルを踏まえた高齢者食生活支援の枠組みと包括的介護予防プログラムの考案および検証を目的とした調査研究」（平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業））東京大学高齢社会総合研究機構・（作図）飯島勝矢

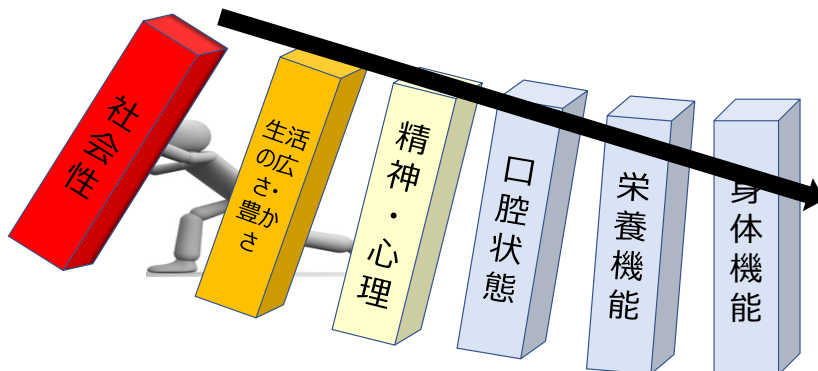
フレイル予防の在り方としては、大きく分ければ、「栄養（食、口腔機能）」、「身体活動」、「社会参加」の三つの要素が重要であるとされています（広義のフレイルの構造としては、図表-10 参考）。なお、「ロコモ予防」は、運動器に着目した、重要な介護予防の方法ではありますが、広義のフレイル予防の一つの重要な手段として、位置づけられることになります。

この三つの要素に対する重点の置き方は、フレイルの早期の段階かどうか、あるいは、高齢者自身の弱点が三つのうちのどこに偏っているかによって異なります。しかし、早期の段階では、特に「社会参加」（すなわち「閉じこもらない」こと）が特に重要であることが、様々なエビデンスから明らかになっており、このことは強く訴えられねばなりません（図表-11、図表-12）。

図表- 11 高齢期において「社会性」を維持することの意義

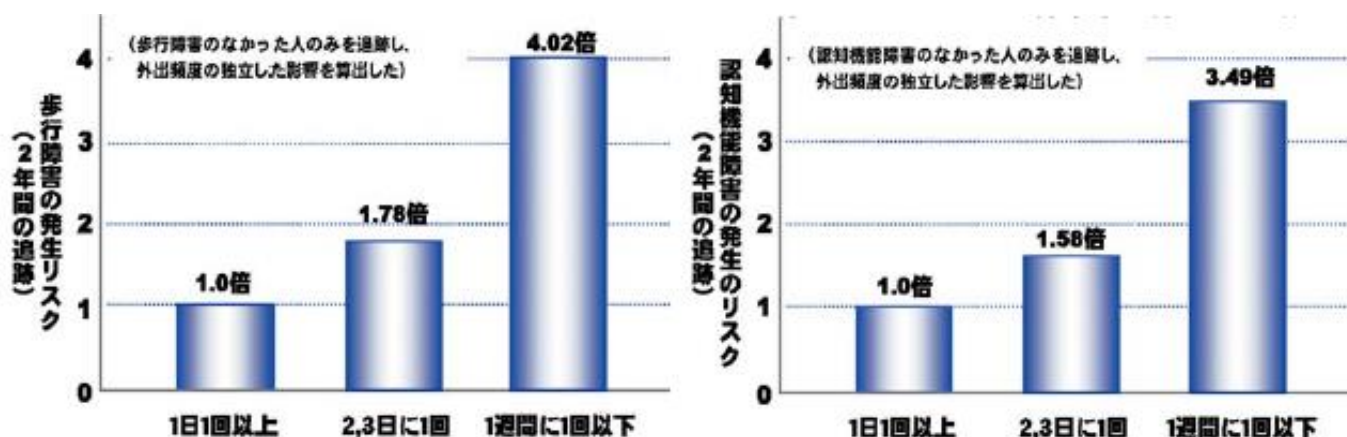
『社会性』は、活動量、精神・心理状態、口腔機能、食・栄養状態、身体機能など、多岐にわたる健康分野にも大きく関わる。

ドミノ倒しにならないように！



「虚弱・サルコペニアモデルを踏まえた高齢者食生活支援の枠組みと包括的介護予防プログラムの考案および検証を目的とした調査研究」（平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業））東京大学高齢社会総合研究機構（作図）飯島勝矢

図表- 12 外出機会と健康の関係 ～外出することは、健康予防、認知症予防にも効果あり～



資料：独立行政法人東京都健康長寿医療センター 井藤英喜

一方、「栄養（食、口腔機能）」、「身体活動」、「社会参加」の三つの要素のうち、特に弱いところにも対応が必要となります。そのため、「社会参加」を基本に置きながら、運動器の弱点に注目する場合は、「ロコモ予防」のように身体活動に重点が置かれた取り組みが進んでいます。また、「オーラルフレイル⁴」のように口腔機能に重点を置く取り組みも始まっています。このように、多岐に渡る介護予防のプログラムを、フレイル予防の体系として体系化し、位置づけていく必要があります。

フレイル予防の三つの要素は、基本的には地域住民自らが努力し、行動することによって獲得することが可能なことです。むしろ、地域住民一人ひとりが心掛けることが基本であるため、まずは自助の問題であるといえるでしょう。しかし、一人ひとりの責任と努力とするだけでは実現が難しいために地域支援事業と介護予防給付があるのであり、いわば、自助、互助、共助との組み合わせも必要となります。

【早い段階からのフレイル予防】

広義のフレイルの構造、およびフレイル予防の在り方から見て、今後は早い段階からのフレイル予防が極めて重要となります。フレイルの進行の重要な要素としてサルコペニア⁵が挙げられますが、かなり筋肉が弱った段階で元に戻るのは、一般的に困難といえるからです。このため、最近提唱されているフレイルチェック⁶といった手法で、まず、自分がフレイルになりつつあるかどうか早く気づくこと、そして、早い時期から、地域住民自身が予防に目覚め、三つの要素への取り組みの努力をすることが大切です。

フレイル予防は、住民自らが気づき、自分事として行動を変えていかないと効果が上がりにくいとされています。一方、自分のフレイルにせつかく気づいても、どこでどうしたらよいかわからない人たちへの支援も必要です。その場合は、互助の精神で地域住民が自主的に参加する

⁴ オーラルフレイル：歯科の専門団体では、歯だけでなく、咀嚼嚥下機能（噛む力や飲み込む力）を含めた口腔機能が低下している状態を「オーラルフレイル」と定義しており、今後この分野の取り組みが重要となる。

⁵ サルコペニア：加齢性筋肉減弱症。加齢や疾患により筋肉量が減少することで、全身の筋力低下および身体機能の低下が起こること。

⁶ フレイルチェック：東京大学高齢社会総合研究機構飯島教授が中心となって開発した手法で、「指輪つかテスト」等の計測を地域住民（フレイルサポーター）の協力の下で行い、フレイルの早期の兆候と自分の弱いところに気づき自分事化し、様々な取り組みに繋げていくことを地域住民に促す手法。

様々な取り組みへの支援を含む介護予防の地域支援事業が大切です。このように、「気づきの機会」としてのフレイルチェックなどの住民啓発と相まって、これらの介護予防の事業の利用者が増え、さらに活性化するという早期予防の仕組みの組み合わせが大切となります。

以上のように、できる限り早期からの自助、互助によるフレイル予防が重要ですが、それでも年をとれば、大なり小なり要介護の状態になることも避けられません。

よって、要支援の状態での対応も重要ではありますが、この段階になると、本人や地域での助け合いの努力だけでは在宅での生活を成立させることに困難がともなうことが多くなってくるため、共助である介護保険による専門職による対応に基本が移っていきます。

このように、今後の介護予防は、フレイル予防の論理を念頭に置きつつ、できる限り早期からの対応を行う一方で、従来からの介護予防給付は、専門的なサービスによる効果的なものとする等、介護予防政策全体を戦略的に進めていく必要があります。今回の介護予防政策の見直しがされたことについては、このような大局観のもとで理解し、実践していく必要があるものと考えられます。

(5) 生活支援

今後、ひとり暮らしや夫婦だけの高齢者世帯が増加する中で、「生活支援」が重要となる。

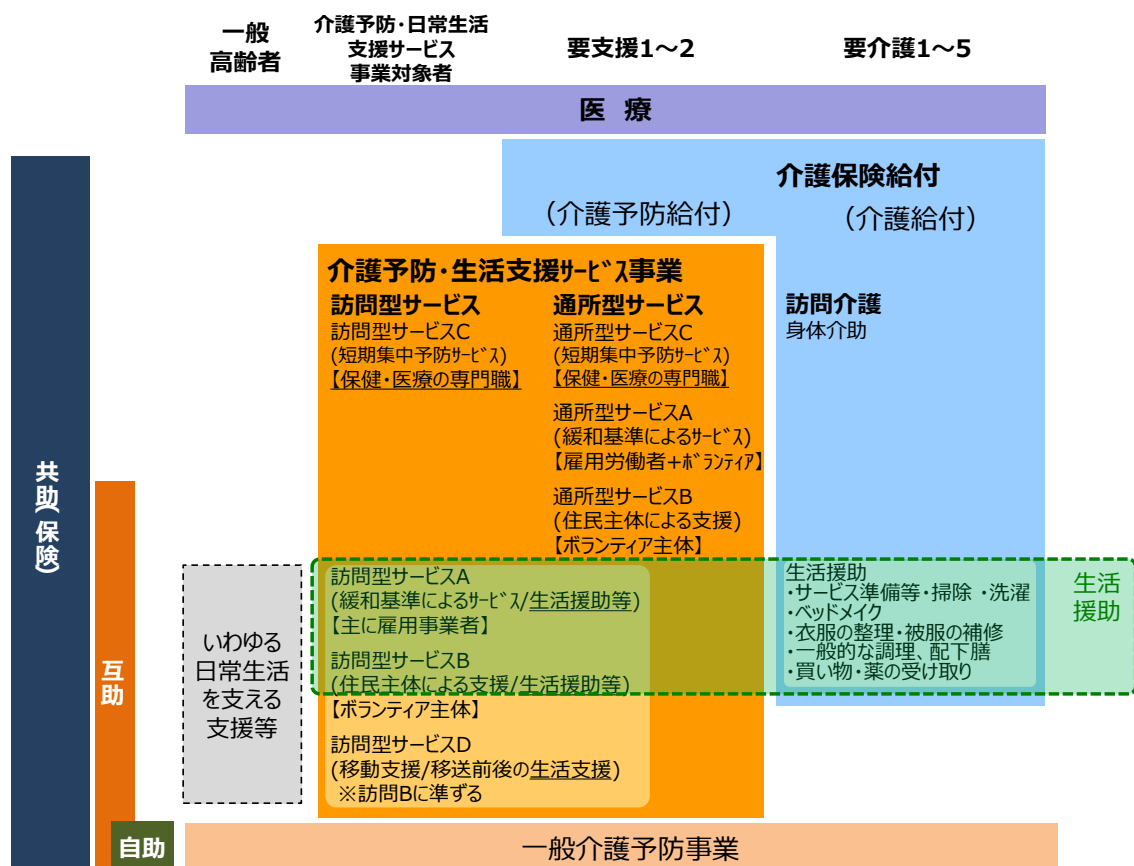
Q-20.生活支援とはどういう概念であり、介護予防給付の生活援助とはどういう関係にあるのか？

「生活支援」とは、「自立した高齢者に対する見守り、相談、様々な困りごとへの対応」のことを示すものであり、介護保険における要介護という保険事故が発生した要介護者に対する介護サービスとしての「介護保険給付」とは異なるものです。

具体的な内容としては、「安否の確認(見守り)、困りごとへの相談、日常生活上の様々な困りごと(ゴミ捨て、庭などの掃除、電球等の取り換え、外出、食べ物など必需物資の買い物などへの日常生活上の支援)」を意味します。これらのことは、本来は家族や隣人が行っていた自助と互助の分野に属するものであり、基本的には共助としての介護保険の給付対象ではありません。一方、要支援者や要介護者に対しては、介護サービスの一環として、高齢者が在宅生活を継続するための「生活援助サービス」として、「掃除、洗濯、食事などの支援」が含まれており、受け手から見れば生活支援に相当するものと重なってみえています。

総合事業は、介護予防給付について、この関係を再整理し、特に訪問サービスについては受け手から見れば生活支援の部分にあたることを従来の介護予防給付の分野から切り離し、自助、互助の支援の分野である地域支援事業の生活支援の事業の範囲に置きなおしたものと理解されます。そして、このことが、従来からの介護予防事業を介護予防・日常生活支援総合事業とした所以であると考えられます(図表-13)。

図表- 13 地域包括ケアシステムの事業構成



Q-21.なぜ「生活支援」が地域包括ケアにとって重要なのか？

地域包括ケアの新たな概念として「生活支援」が重要になったのは、今後増加するひとり暮らし等の高齢者の場合、要介護となる以前の状態からを含めて生活支援がなければ、在宅生活の継続が困難となるからです。これは、超高齢社会における大きな課題です。

サービス付き高齢者向け住宅の体系が導入された背景には、ひとり暮らしが不安となった高齢者等の受け皿となる住まいへのニーズがあります。一方、「サービス付き」という場合のサービスは、最低限の「見守り、相談」という「生活支援サービスの基本サービス」とされています。そして、生活支援サービスは、自助、互助の分野にあるため、それらは自己負担となります。

一方、このようにサ高住に移り住んで生活支援サービスのために自己負担をすることのできない地域の高齢者に対しても、当然ながら生活支援のシステムは必要です。今までの場合、それらが不足する要介護者については訪問介護サービスか、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等の居住型施設の施設サービスと一体化された支援の中で対応されてきました。そして、そのことが施設志向にもつながってきたものと考えられます。

しかし、特別養護老人ホームの利用が要介護3以上に限定される中、今後は要介護1及び2に対する訪問介護サービスにおける生活支援サービスと専門サービスとの関係性や、小規模多機能型居宅介護や定期巡回随時訪問サービス等と生活支援サービスの関係を整理していくことが必要であり、それを踏まえながら地域における生活支援のシステムを形成していくことの支援が必要となってきます。

Q-22.政策の論理として、生活支援システムはどのように組み立てられ、介護予防の事業とはどのような関係にあるのか？

生活支援も介護予防も、自助、互助を基本とする分野ですが、「生活支援」はひとり暮らし等の高齢者の日常生活上の支援を示すものであり、高齢者のフレイルを予防する「介護予防」とは別の概念です。さらに、「生活支援」の担い手に高齢者になった時、そのことがフレイル予防の重要な要素である社会参加そのものであり、とりも直さず担い手となった高齢者自身の介護予防になるという関係性自体はあるものの、元来「生活支援」と「介護予防」は、異なる概念です。

生活支援については、介護保険の地域支援事業の包括的支援事業のうちの生活支援体制整備事業として、支えあい会議、生活支援コーディネーターなどにつき支援が行われています。貴重な介護保険の財源によるものであり、財源的にも限度はありますが、いかに、地域に自助と互助を基本とする生活支援システムを根付かせるのか、きわめて重要な役割を担っています。

互助として、自治会やNPO等の非営利法人が地域の助け合いをどう進めるのか、自助の前提となる優良な企業による生活支援サービスの振興も重要です。現在、これら生活支援のネットワークを如何に構築していくのか、全国でも試行が展開されつつあります。今後は、その中からモデル的な取り組みの普及を地域支援事業で促進することが重要となってきますが、この時、地域住民と行政の間に立ち、全国どこにもあるシステムの要である社会福祉協議会の存在は一層重要となります。

なお、生活支援における公助の体系については、低所得で住まいがなく、誰も受け止められない環境上の問題を持った高齢者に対する生活支援サービス付きの住まいともいえるべき養護老人ホームや、生活保護法の救護施設などがあります。今後は低所得者対策の一環として生活困窮者対策が展開されようとしています。この分野は極めて重要であり、社会福祉法人の役割が大きく脚光を浴びると考えられます。

(6) 総合事業

総合事業は、介護予防給付を自助、互助を重視する方向へと位置づけ直した改革といえる。

Q-23.「介護予防・日常生活支援総合事業」は、介護予防や生活支援との関係で、どのように位置づけて理解すればよいのか？

介護予防・日常生活支援総合事業は、要支援 1、2 の介護予防給付の見直しの一環として、従来の地域支援事業の介護予防事業を見直したものです。あえて言うならば、その際の視点は次の通りとなります。

- 介護予防給付（共助）としての訪問介護と通所介護は、自助、互助の色彩の強い地域支援事業に移し、地域住民が参加し、なおかつ、多様なメニューや単価設定を可能とした。
- 地域支援事業に移行した訪問型サービスについては、短期集中予防サービスとして保健・医療の専門職が実施する「訪問型サービス C」を除き、地域住民の参加する自助、互助による生活支援サービスの一環としての側面を強化した。なお、見直し後の事業名が「介護予防・日常生活支援総合事業」となり、「日常生活支援」という用語が加わったのもこのような背景にあるものとする。
- 地域支援事業に移行した通所型サービスについては、短期集中予防サービスとして保健・医療の専門職が実施する「通所型サービス C」を除き、地域住民の参加する自助、互助の色彩の強いものとした。大きな流れとして、見直し後の通所型サービスは、一般介護予防事業とともに介護予防の早期対応として、発展させることが期待されている。

あらためて確認しなければならないことは、フレイル予防の基本は、高齢者の社会性の維持、社会参加にあることです。

これを今後の日本の高齢化対応の基本的なあり方という視点から考えて言い換えると、このような形で地域の自助、互助を重視し、高齢者が参加するコミュニティの形成を目指していく方向は必然といえます。したがって、総合事業は、従来から共助である「介護保険給付」に傾斜していた介護保険制度を、地域包括ケアの一環として位置づけ直し、地域支援事業を重視し、自助、互助を大切にする方向へと位置づけた改革として受け止める必要があります。

(7) 介護保険事業計画・日常生活圏域

地域包括ケアは、最終的には、日常生活圏域を基本とするまちづくり計画であるといえる。

Q-24. 今後、介護保険事業計画はどのようなことが重要となるのか？

介護保険事業計画は、3 年単位に介護保険事業の計画を定めるものであり、将来に向けたサービスの確保及びそれに対応する保険料を決める上での基本をなす、極めて重要な計画です。この場合、注意を要するのは、介護保険に基づく介護事業所については、通常は市町村の直営はなされないため、計画に基づいて特別養護老人ホーム等の事業者を誘致する計画という側面が強いことです。特別養護老人ホーム等の施設は、その定員数を定める権限が行政に与えられていますが、在宅サービスの場合、地域密着型サービスは公募を通してその設置数等を制御する権限を市町村保険者が持っているのを除き、要件を満たせば都道府県により指定されることが基本となっています。

したがって、今後、日常生活圏単位の在宅ケアシステムを構築するにあたっては、従来からの施設における対応の計画に加えて、市町村がその権限を持っている地域密着サービスについての確保に関するビジョンを持ち、地域包括ケアの確立への道筋を明らかにしていくことが重要であるということです。その際、都道府県指定の在宅サービスについては、市町村の計画に沿って都道府県が事業者指定を行うような方向性が検討されるべきと考えられます。

なお、介護保険事業計画は、地域包括ケア推進の最も必要な部分を担っているため、介護保険による各種サービスの計画にとどまらず、地域支援事業の方針はもちろんのこと、サービス付き高齢者向け住宅に関する方針や在宅医療の確保に関する方針等も付記されることが望ましいといえます。

Q-25. 日常生活圏単位でどのように政策を進めていったらよいのか？

本来、地域包括ケアは、高齢者が住んでいる日常生活圏域ごとに位置づけられるべきものです。しかし、現実としては、まだ、そうした姿が見えているといえず、2025 年を目指して各地域での取り組みが進むことの期待がされている状況です。

日常生活圏は、30 分程度で駆けつけられる地域の単位として中学校区が基本といわれています。当面、国の政策として、日常生活圏単位で推進すべき政策とされたのは、自助互助を基本とする生活支援であり、その圏域として、日常生活圏域が市町村圏域(第一層)に次ぐ第二層の圏域とされています。現在は、全国各地で、第二層における支えあい会議等の取り組みが始まっており、今後、高齢者世帯は一人暮らしが主流となるため、この取り組みは極めて重要となってきます。

一方、弱っても、できる限り最期まで住み慣れた地域で住み続けるためには、地域包括ケアシステムの重要な要素として、日常生活圏単位の在宅ケアシステムが整備されることが必要です。国の政策として、小規模多機能居宅介護や定期巡回随時訪問介護看護といった本格的な在宅サービスが導入されており、その整備が期待されます。しかし、日常生活圏単位でどのように整備していくかについての道筋は、まだ十分に明らかにされていない状況にあり、今後の展開が待たれます。

Q-26.地域ケア会議は、日常生活圏単位で行われることが必要なのか？

地域ケア会議は、介護予防から医療・介護の連携に至るまでの幅の広い内容を取り扱うものであり、地域の実情に応じて、様々な形態で行われていることから、一概に言うことはできません。もし、地域ケア会議が、介護予防給付の在り方を巡って行われるのであれば、市域の運用の安定化という意味で市域を単位として行われる場合もあり、医療・介護の連携の在り方というのであれば、地域ごとのサービス提供者の顔の見える関係を重視することとなります。

地域ケア会議は地域の実情に応じて開催されていくことになりますが、事例検討等による個別課題の解決、参加する専門職らのネットワークの構築、それらを通じての地域課題の発見、地域づくりや資源開発へと進化し、それらが政策形成にまで結びついていくことが期待されます。

Q-27.地域包括支援センターと日常生活圏とはどういう関係にあるのか？

地域包括ケアは、日常生活圏単位に推進されるのが基本であり、日常生活圏域ごとに地域包括支援センターが設置されることが望ましいともいえます。しかし、そうでなければ、地域包括支援センターが機能しないというわけではないので、市町村の事情に応じて設置されているのが現状です。

3. 自治体と地域包括ケアシステム

本章の 目的	地域包括ケアシステムの構築に向け、自治体職員のあるべき姿勢を理解する。 担当職員である自分の役割・どのようなことをしなければならないかを理解する。
-----------	--

地域包括ケアの構築は、新たな行政技術の獲得が求められる創造的な仕事である。

Q-28.自治体職員は、地域包括ケアにどのような姿勢で取り組むことが必要か？

介護保険給付に関する業務は、社会保険業務の一環として保険給付及び事業者の指導という比較的定型的な業務ですが、地域包括ケアという一つの理念で地域をかたちづくることを目指す観点から、今後は、介護保険事業計画を基本とする将来展望をいかにデータに基づいて確立していくかという調査企画業務が重要となってきます。特に、今後は、住まいに関する項で述べたように、日常生活圏全体を24時間対応でカバーできる拠点型の在宅サービスを誘致し整備していくという考え方が重要になるため、市町村のビジョンは極めて大切なものとなります。この場合、市町村職員がデータをよく分析し、まちをどのようにしていけば地域住民が安心できるのかということ进行を自ら考えることができる「担い手意識」を強く持つことが不可欠です。

一方、地域支援事業では、介護予防、生活支援といった住民の自助、互助のウエイトの高い分野を促進する業務や、在宅医療・介護連携推進事業のように、医師をはじめとするプレイヤーを束ねる専門職団体のコーディネート、更には、住宅部局との連携といった新しいタイプの業務をこなす必要があります。

この場合、共通するのは、様々なプレイヤーが共通の問題意識に到達し、そこからともに連携するという業務が多いということです。したがって、従来の決められたことをいかに実施するかという方式だけではなく、業務を遂行する上での課題をまず共有する、その共有の下で、提案しあうといった仕事の進め方が多くなります。

団塊の世代が後期高齢者層に移行する 2025 年を目前に、地域包括ケアシステムをつくりあげすることは、いずれの市町村にとっても必須の課題です。自分らしくいきいきと暮らし、たとえ重度の医療・介護が必要となった場合も、住み慣れた地域・住まいで安心して暮らせることは多くの人々の願いであり、それを実現しようとすることは成熟したまちの証でもあります。そして、それに取り組むことは、市町村における住民福祉への責務を果たすというだけでなく、取り組む市町村職員にとっては非常に創造的な仕事であり、それに向けての知識と技術の獲得、とりわけ担い手意識の形成が必要です。

Q-29.会議はどのように進めたらよいのか・そのために職員には何が必要か？

今後、仕事の上での関係者らとの関係においては、単に会議を開催し、国や都道府県から伝えられた方針を伝達するといったことにとどまらず、むしろ関係者がいかに主体的に行動するよう仕向けるか・仕掛けるかというような業務が大切となってきます。このためには、モデル事例を提示する等して具体的でわかりやすい資料を提供しながら、会議出席者に課題を十分理解してもらい、それぞれが主体的にどう行動したらよいかを認識して行動してもらうことが大切であり、その際には市町村がどのように考えているのかもきちんと伝える姿勢が必要です。

すなわち、会議を進めていく場合、事務局を担う自治体は成り行き任せとするのではなく、関係者の主体性を尊重しながらも、一定の方向性をわかりやすく説明し、関係者の協議とそれに基づく意思決定を尊重して一つの方向性に向かうという姿勢が重要です。このように、市町村職員として、新しい会議の手法も身に着ける必要が出てきます。

いかに多くの人に会議で主体的に発言してもらうか、議論をしてもらうかが重要となるため、グループワークなども含む会議の進め方にも工夫を行う必要があります。さらに、参加者のチーム意識を醸成し、担い手意識を向上させる・モチベーションを喚起させるといった手法を体得することも必要となってきます。特に、参加者による議論を引き出すだけでなく、その合意形成や気づきの獲得、関係性の強化を促進させていくために、グループワークの手法、ファシリテータとしての技能は、今後の市町村職員にとって必須のノウハウであるといえます。

Q-30.そもそも行政側の体制をどのように構築したらよいのか？

地域包括ケアの推進については、まずはその方向性を束ねるセクションを決めることが重要です。その上で、他に担当・関連する各セクションとの関係性を確保し、まずは相互に自覚することが不可欠となります。その際には、互いの共通認識を大切にし、情報交換のルールを決めておくことが肝要です。特に、地域包括ケアは、新しい理念に基づく新しい行政システムであるといえるので、管理責任者が地域包括ケアについての基本理解とその方向性への確信を持つかどうか、基本的に重要であることを強調したいと思います。

地域包括ケアを構成するものは、直接的なサービスだけではありません。サービスを利用しながら住み続けることができるような住まいやまちの環境づくり、取り巻く人々・地域社会の意識の醸成等広範にわたるものであり、このことが地域包括ケアはまちづくりであると言われる所以です。そのため、地域包括ケア推進の主担当課の職員は、地域包括ケアに直接的にかかわるセクションのみならず、庁内のあらゆるセクションが地域包括ケアを実現するためにはかかわることになることを、まず理解する必要があります。そして実現に向けて庁内に働きかけ、さらには地域の住民組織から医療や介護等の専門職までの幅広い人々に働きかけ、連携しながらつくりあげていく必要があります。

地域包括ケア推進に向けた総合的な自治体職員研修・支援体制に関する調査研究事業
検討委員会

(アイウエオ順・敬称略 2016年6月時点)

	所 属	氏 名
委員	国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究機構 教授	飯島 勝矢
	医療法人アスミス 理事長	太田 秀樹
	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 部長	川越 雅弘
	国立大学法人千葉大学予防医学センター 環境健康学研究部門 教授	近藤 克則
	国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授	辻 哲夫(委員長)
	医療法人社団つくし会 理事長	新田 國夫
	一般財団法人医療経済研究機構 研究部研究員 兼 研究総務部次長	服部 真治
	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長	藤原 佳典
	国際医療大学 教授	堀田 聡子
	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部部長	三浦 久幸
	国立大学法人岡山大学 客員教授	宮島 俊彦
	国立大学法人東京大学医学部 在宅医療学拠点 特任研究員	吉江 悟
オブザーバ	国立大学法人東京大学 医学部 在宅医療学拠点 特任研究員	松本 佳子
	国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究機構	長島 洋介
	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 政策研究事業本部 東京本部 社会政策部 部長 上席主任研究員	岩名 礼介
	厚生労働省 老健局 総務課 課長補佐	石井 義恭
	厚生労働省 老健局 総務課 企画法令係	矢野 修司
	厚生労働省 老健局 老人保健課 医療・介護連携技術推進官	秋野 憲一
	厚生労働省 老健局 老人保健課 主査	塩崎 敬之
	厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐	谷内 一夫
	厚生労働省 老健局 振興課 地域包括ケア推進係 生活支援サービス係 主査	寺崎 譲
	厚生労働省 老健局 振興課 地域包括ケア推進係 生活支援サービス係	三政 貴秀
	厚生労働省 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課 課長	懸上 忠寿
	厚生労働省 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課	小田 晴美
	厚生労働省 近畿厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課	安田 隆行
	事務局 株式会社富士通総研 第一コンサルティング本部 公共事業部	名取 直美 赤田 啓伍

地域包括ケアシステムに関する 30 の Questions(第一版)
(平成 28 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
「地域包括ケア推進に向けた総合的な自治体職員研修・支援体制に関する調査研究事業」)

発行月 平成 29(2017)年 3 月
発行者 株式会社富士通総研
〒105-0022 東京都港区海岸 1-16-1 ニューピア竹芝サウスタワー
tel. 03(5401)8396 fax. 03(5401)8439
<http://jp.fujitsu.com/group/fri/>

禁 無断転載

