

< 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

— 概要版 —

平成26年3月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

地域包括ケアシステムの基本理念と構成要素の関係性

地域包括ケアシステムの基本理念 —「尊厳の保持」「自立生活の支援」と「規範的統合」—

高齢者の「尊厳の保持」

- 高齢者の「尊厳の保持」とは、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。
- 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・サービス体制構築と適切な情報提供、意思決定支援が必要。

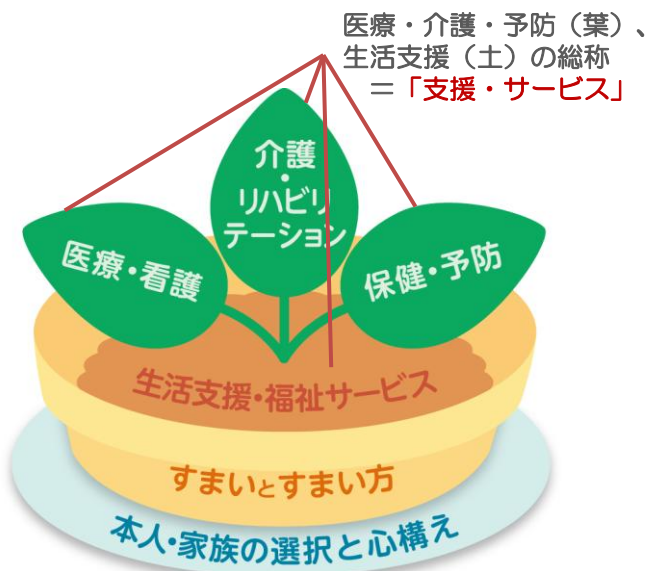
高齢者の「自立生活の支援」

- 高齢者ケアにおいては、心身の状態の変化や「住まい方」(家族関係や近隣・友人との関係性)の変化に応じて、医療・介護・予防・生活支援を適切に組み合わせて提供する必要がある。
- 急激な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ことが望ましい。

地域における共通認識の醸成 —「規範的統合」—

- 「尊厳の保持」「自立生活の支援」のための仕組みを、「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。
- どのように地域包括ケアシステムを構築するかは、地域住民の参画のもと決定するべきであり、自治体にはそ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、自治体には、地域住民に加え、支援・サービスに携わる事業者や団体等にも働きかけ、目標像を共有していく「規範的統合」が求められる。
- 「規範的統合」は、自治体の首長による強いメッセージの発信が重要。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ことが求められる。

地域包括ケアシステムの構成要素の関係性



医療・介護・予防(葉)、
生活支援(土)の総称
= 「支援・サービス」

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」(住居の形態)を選択し、本人の希望になった「住まい方」(家族・近隣・友人との関係性)を確保した上で、心身の状態や「住まいと住まい方」の変化に応じて、「支援・サービス」を柔軟に組み合わせて提供する。

「住まいと住まい方」(植木鉢)と「支援・サービス」(葉・土)の関係

- 従来の施設では、「住まいと住まい方」と「支援・サービス」は予めセットになっており、内部で提供されるサービスで完結していたが、地域包括ケアシステムでは、柔軟に組み合わせられる。(例: サービス付き高齢者向け住宅の入居者の心身の状態が変化すれば、必要に応じて外部からのケアを利用。)

「医療・看護」「介護・リハビリテーション」(葉)と「生活支援・福祉サービス」(土)の関係

- 従来のサービスでは、医療・介護の専門職が「生活支援」を提供することもあるが、「生活支援」が民間事業者やNPO、ボランティア、地域住民など多様な主体により提供されるようになれば、医療・介護の専門職は「医療・看護」に注力することができ、在宅限界点の向上につながる。

「本人・家族の選択と心構え」の位置づけ

- 「住まいと住まい方」(植木鉢)、「医療・介護・予防」(葉)、「生活支援」(土)の柔軟な組み合わせは、「本人と家族の選択と心構え」の上でこそ成立する。つまり、本人が選択した上で、その生活を送っていることが重要である。

地域包括ケアシステムの構成要素の具体的な姿

本人・家族の選択と心構え



「養生」のための動機づけ支援や知識の普及

- 地域包括ケアシステムでは、支援・サービスを提供するだけでなく、本人も、自発的に健康を管理する態度をもって健康な生活を送る「養生(ようじょう)」が求められる。
- 「養生」に努めるには、受動的でなく能動的に学び、多様なニーズや関心をもつ人達が情報やスキルを共有、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プログラムの提供、教育人材の確保・育成が必要。

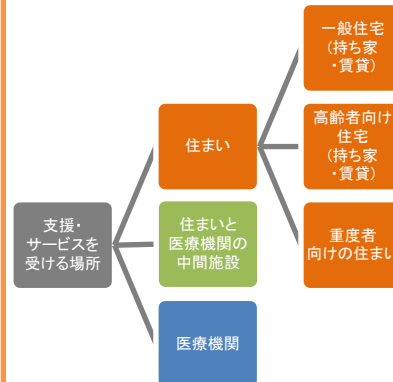
自己決定に対する支援

- 世帯構成の変化、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、支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積・伝達**が必要。
- 長年の信頼関係をもつ主治医や以前から関与しているケアマネジャー等の専門職が助言してこそ意味がある。特にターミナル期では、望まない治療や救急搬送が行われないよう十分なコミュニケーションが求められる。

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



- 「住まい」としては、「**一般住宅**」のほか、家屋・家族・サービス基盤等の理由で一般住宅での生活が難しい場合に住み替える「**高齢者向け住宅**」、重度で在宅生活が難しい場合に集中的なケアを提供する「**重度者向けの住まい**」がある。すべての「住まい」は、「住み慣れた地域」での生活を保障。
- 「住まい」での生活を基本としつつ、急性期には「**医療機関**」、軽度の症状変化や急性期病院からの退院時には「**住まいと医療機関の中間施設**」を、必要に応じて短期間利用。

生活支援



個人に対する生活支援サービスの提供

- 生活支援は、地域内で民間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(**自助**)、地域の互助によって提供される支援を活用する方法(**互助**)が想定される。**地域単位で最適な提供方法の検討が必要**。

地域における「包括的な生活支援の拠点」の必要性

- 心身の衰えや病気の治療、近隣の付き合いの減少による孤立感、機能や意欲の低下とともにみられる閉じこもりなどの不安やリスクの解消には、本人や家族が気軽に相談したり立ち寄りたりする「**包括的な生活支援の拠点**」の設置が重要。あらゆる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としていく。
- このような拠点は、相談支援、地域住民の交流、不安感の解消、支援・サービスの周知、早期対応、生きがい創出、閉じこもり予防など、運営方法によって多様な効果が期待できる。

医療・介護・予防の一体的な提供



医療・介護の連携が特に求められる取組・場面

- 介護職は、「**医療的マインド**」を持って、具体的な生活場面のアセスメントの内容を医療側に伝達。医療側は、「**生活を支える視点**」を持って、介護側から提供された生活情報をもとに病態を把握、臨床経過の予測を介護側に伝え、必要となる介護やリハビリテーション等の介入を見通す。
- このような連携が求められる取組や場面として、「**介護予防**」「**重度化予防**」「**急性疾患への対応**」「**入院・退院支援**」「**看取り**」が挙げられる。

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関わる多様な専門職の機能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する必要がある。
- ツールとしては、アセスメントやプラン作成の標準的な様式の作成、連携の場面に必要な手順や役割分担、連絡調整上の配慮等に関するルール、地域連携クリティカルパスが考えられる。

地域包括ケアシステムの構築に向けて自治体に求められる機能

1. 実態把握、課題分析

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の把握・分析を行う

- 日常生活圏域ニーズ調査は、記名式にて実施し、訪問等により全数把握に努めることで、潜在的な要介護リスクを抱える高齢者を把握することができる。
- 医療と介護の連携の視点にたった日常生活圏域単位のサービス基盤目標を設定するには、介護保険や医療保険のレセプトデータを接続した分析が重要。要介護認定データを接続すれば、状態像と給付の関係性の分析も可能。



2. 基本方針の明示と関係者との共有（規範的統合）

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、基本方針を共有する

- 基本方針は、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、目標は可能な限り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。具体的に示されることで、サービス基盤整備の方針も具体化されやすくなる。
- 基本方針の共有は、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が重要。自治体は基本方針の実現に向けた基盤整備のため、公募要件への基本方針の記載、事業者連絡会での働きかけ等を行うことが考えられる。



3. 施策立案・実行、評価

施策・事業を実行し、その成果・課題を評価する

- 介護保険事業計画・市町村老人福祉計画の策定では、まちづくり・地域づくりの諸計画との連動性確保が重要。
- 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有効に活用するため、互助機能を発揮させるための環境整備や、医療・介護の連携のためのツール・仕組みを作成することが必要。
- ケアの実践現場と政策の立案現場をつなぐ地域ケア会議の政策反映機能を重視するべきである。

人員・組織体制

- 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、「地域包括ケア推進室」などの横断的なセクションの設置も有効。
- 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ため、人事異動の少ない専門職の配置、人事についての決定権を持つ首長への働きかけが重要。

自治体への支援のあり方

【国からの支援】

- 地域包括ケアシステム構築の進捗状況をはかる指標の提示、普及。

【都道府県からの支援】

- 保健医療福祉に関する情報を集約して分析した結果を市町村に提供。
- 介護人材の確保に向けた、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・機関等の協議体の設置等による連携体制の構築等。

地域包括ケアシステムの構築に向けた「支援」「人材育成」「サービス提供体制」のあり方

「支援」のあり方

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】

- 引き続き関係者のサービスの理解を深めつつ、今後は、訪問看護事業者との連携のあり方や夜間におけるオペレーターの兼務の見直しなどを進めるべき。

【小規模多機能型居宅介護】

- 今後は「訪問」機能の強化が期待される。また、中核的なサービス拠点として、住民の交流拠点を併設する等して地域に対する役割を拡大していくことも必要。

医療系の居宅サービス

【訪問看護】

- サービス充実のみならず、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**として、地域における看護機能の向上が必要。
- 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。

【通所・訪問リハビリテーション】

- 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ため、本人だけでなく、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**。

【複合型サービス】

- 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期待される。

【短期入所療養介護】

- サービスの継続性や適切な介入効果が特に求められるため、在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ことが考えられる。

施設・居住系サービスの転換

- 介護老人保健施設は「**住まいと医療機関の中間施設**」、介護老人福祉施設は「**重度者向けの住まい**」として機能することが考えられる。
- **施設機能の地域展開**として、介護老人福祉施設による居宅サービスの提供やアセスメント入所、介護療養型医療施設によ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が期待される。

「人材育成」のあり方

各職種の教育のあり方

- 医師の教育において、栄養・口腔やリハビリテーション等、在宅ケアに必要な知識が習得されるよう見直しが求められる。
- 看護師の教育では、療養上の世話や生活支援、認知症や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。

OJTによる人材育成

- 「**介護キャリア段位制度**」をOJTツールとして活用しながら介護サービスの質の改善に取り組んでいくことが求められる。
- 地域ケア会議やケアカンファレンス等の会議、ターミナルケアの現場での多職種連携もOJTの機能をもつ。

各専門職に求められる機能

- 「**本人との協働**」、「**地域との協働**」、各職種の「**臨床的統合**」。
- 長期的な方向性として、基礎職種教育の統合、基礎職種の統合も考えられる。

「サービス提供体制」のあり方

効果的・効率的なサービス提供のあり方

- 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等により、人事・採用・教育・営業の面での運営の効率化、人材育成の充実を図ることが可能。
- 多職種の柔軟な配置を可能とするため、**事業所単位ではなく小学校区単位で人材を確保する視点の革新**が期待される。

サービス提供体制構築に向けた評価のあり方

- 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、報酬設定等の評価対象は、**サービス業務ではなく経営単位で行われることが望ましい**。
- 医療・介護の連携の推進に向け、個別ケースの連絡調整といった「**リンケージ**」レベルではなく、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。