

(4) 生活支援

- 心身の能力低下や経済的理由、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場合、生活支援サービスが必要となる。生活支援サービスの担い手としては、ボランティア、住民組織（NPO、社会福祉協議会、老人クラブ、町内会等）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。
- 平成22年度に東京都が行った調査によると、高齢者が利用する生活支援サービスとしては、掃除、洗濯などの家事援助や、配食サービスが上位を占めているが、その他にも、外出支援、通院の付き添い、ゴミ出しなど、さまざまなニーズがある。（図16）

〔図16〕



- こうしたニーズに対応する生活支援サービスは、配食サービスなど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である。
- また、サービス資源を確保するに当たっては、「都市部」と「都市部以外の地域」ではアプローチが異なるとの指摘もされている。都市部においては、親族が近居しているとは限らず、親族や近隣住民による支援を受けにくい環境がある一方で、民間の市場が大規模であることから、民間のサービス購入によって生活を成り立たせるといった視点が重要とされている。それに対し、都市部以外では、「伝統的な地域社会」の支え手が健在な地域が多い一方で、民間サービスが不十分であることから、住民の互助活動による生活支援サー

ビスや、近隣の者による気づきや見守り活動が有効と考えられている。

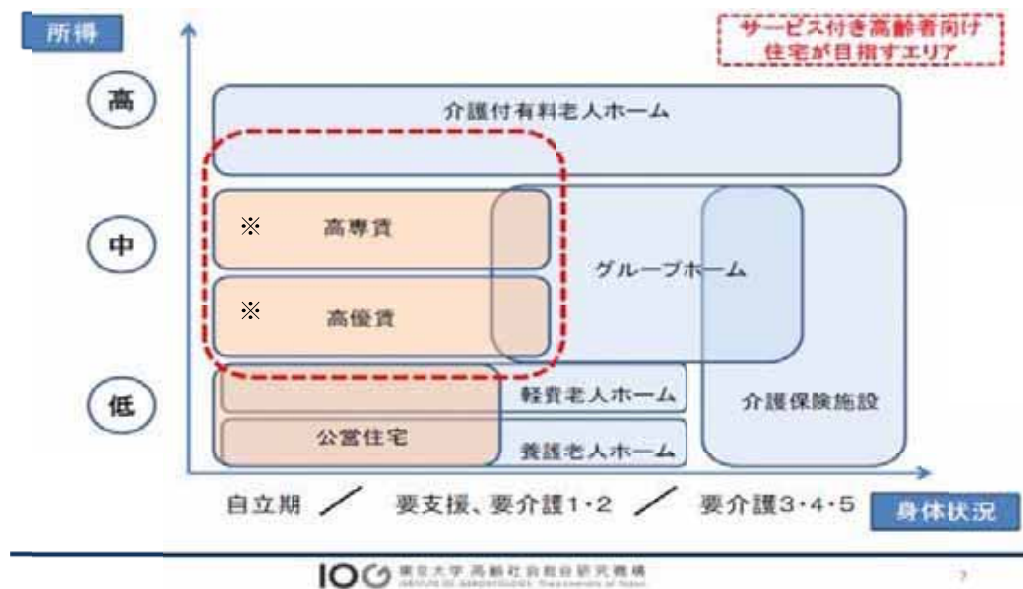
(地域包括ケア研究会「地域ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」(平成25年3月))

- さらに、前述の「(3) 必要な人材の確保」で見たように、生活支援サービスの充実に当たっては、**元気な高齢者に活躍してもらうことが有効**である。
- こうしたことを踏まえると、市町村は、**地域の実情に応じNPO、民間企業等の生活支援サービスの担い手を支援する体制を充実・強化していく必要がある**。具体的には、市町村が中間支援NPOに依頼し、NPOの立ち上げや経営に関する講座を開催することや、サービスの担い手となる高齢者等を養成することが考えられる。また、市町村(NPO支援センター、地域包括支援センター)が、サービス担い手のネットワーク化を促進するための会議等を開催し、サービス提供に当たり必要なノウハウの提供を行うといったことも考えられる。
- なお、現在、政府の成長戦略の一環として閣議決定された「日本再興戦略」及び「健康・医療戦略」に基づき、健康寿命延伸産業の育成のため、「**次世代ヘルスケア産業協議会**」が平成25年12月に設置されている。同協議会では、疾病予防、健康管理、生活支援サービスなど、公的保険外の多様なヘルスケアサービス・製品の創出に向け、官民一体となった具体的な対応策の検討が開始されたところであり、今後は、この結果も踏まえて、予防のみならず**生活支援についても民間企業の活用を図っていくべき**である。
- さらに、市町村においては地域のニーズと地域資源のマッチングを行うコーディネーターの配置や、協議体の設置といった取組を進めていくことも必要である。
- 特に都市部においては、近隣との絆やコミュニケーションが希薄となり、高齢者が孤立している地域も少なくないと指摘されている。今後、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯が増えていくと見込まれる中、**地域での見守り、気づき、声かけなどは極めて重要であり、市町村は地域コミュニティの再構築に努めるべき**である。
- また、市町村が地元の商店、コンビニエンスストア・郵便局・銀行等の民間事業者等と協定を締結し、異変を感じたときすぐに関係機関に情報提供される仕組みを整えることも、見守り・気づきにおいて重要である。

(5) 住まい・住まい方

- ひとり暮らし高齢者や夫婦のみの高齢者世帯の増加が見込まれる中、地域生活の最も基本的な基盤である住まいの確保は今後ますます重要となる。
- 地域包括ケアシステムでいう住まいは、在宅生活を継続する上での土台となるが、さらにその住まい方として、それぞれの生活のニーズにあった住まいの中で、生活支援サービスを利用しながら個人のプライバシーと尊厳が確保された生活の実現にも留意することが必要である。
- 住まいが持ち家の場合、**居住者である高齢者自身が介護環境の整備に努めることが重要**である。手すりやスロープの設置のほか、例えば居室間の壁を取り払うなど介護環境を改善することで、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。また、持ち家が老朽化している場合は、**空家を利用できる仕組みを検討**することも有効な手段である。
- 一方、ライフステージや高齢者の状態に応じた**住み替えの選択肢**も必要である。自宅や介護保険施設以外の高齢者の住まいの種類としては次のとおりとなっている。(図 17、表 4)

<住まいと高齢者の所得・身体状況〔図 17〕>



※高専賃・高優賃の制度が改正され、サービス付き高齢者向け住宅が創設された。

資料：東京大学高齢社会総合研究機構

＜高齢者の住まい（自宅・介護保険施設以外）〔表4〕＞

	①サービス付き 高齢者向け住宅	②有料老人ホーム	③介護老人ホーム	④軽費老人ホーム	⑤認知症高齢者 グループホーム
根拠法	高齢者住まい法第5条	老人福祉法第29条	老人福祉法第20条の4	社会福祉法第65条 老人福祉法第20条の6	老人福祉法第5条の2 第6項
基本的性格	高齢者のための住居	高齢者のための住居	環境的、経済的に困難 した高齢者の入所施設	低所得高齢者のための 住居	認知症高齢者のための 共同生活住居
定義	高齢者向けの賃貸住宅 又は有料老人ホーム、高 齢者を入居させ、状況 把握サービス、生活相 談サービス等の福祉 サービスを提供する住 宅	老人を入居させ、入浴、 排せつ若しくは食事の 介護、食事の提供、洗 濯、掃除等の家事、健 康管理をする事業を行 う施設	入居者を養護し、その 者が自立した生活を営 み、社会的活動に参加 するために必要な指導 及び訓練その他の援助 を行うことを目的とする 施設	無料又は低額な料会で、 老人を入居させ、食事 の提供その他日常生活 上必要な便宜を供与す ることを目的とする施 設	入居者について、その 共同生活を営むべき住 居において、入浴、排 せつ、食事等の介護そ の他の日常生活上の世 話及び機能訓練を行う もの
介護保険法上 の類型	なし ※外部サービスを活用	特定施設入居者生活介護 ※外部サービスの活用も可			認知症対応型 共同生活介護
主な設置主体	限定なし (営利法人中心)	限定なし (営利法人中心)	地方公共団体 社会福祉法人	地方公共団体 社会福祉法人 知事許可を受けた法人	限定なし (営利法人中心)
対象者	次のいずれかに該当する 単身・夫婦世帯 ・60歳以上の者 ・要介護要支援認定を受 けている60歳未満の者	老人 ※老人福祉法上、老人 に関する定義がないた め、解釈においては社 会通念による	65歳以上の者であって、 環境上及び経済的理由 により居宅において養 護を受けることが困難 な者	身体機能の低下等により 自立した生活を営むこと について不安であると認 められる者であって、家 族による援助を受けるこ とが困難な60歳以上の者	要介護者/要支援者であ って認知症である者 (その者の認知症の原 因となる疾患が急性の 状態にある者を除く。)
1人当たり面積	25㎡ など	13㎡ (参考値)	10.65㎡	21.6㎡ (単身) 31.9㎡ (夫婦) など	7.43㎡

資料：厚生労働省

- 高齢者施設・集合住宅において、施設を管理している民間事業者等と保険医療機関が患者の紹介に係る有償契約を結び、当該事業者から集中的に患者の紹介を受けている等の事案が、厚生労働省の調査等により指摘されている。患者の保険医療機関へのフリーアクセスの制限や過剰な診療、短時間で流れ作業的な質の低い診療につながるおそれがあるため、現在、国においては、医療機関のこうした行為を禁止することが検討されており、この動向を見守っていく必要がある。また、利用者にとって不適切なサービス提供が見られる場合には、例えば地域の実情に精通している地域の医師会などが問題点を指摘しサービス内容を協議する場を設けるなどの対応策を検討していくことも必要である。
- 今後、低所得の要介護者向け住宅の確保が大きな課題となっていく。低所得で構造上住宅改修ができない人（例えば零細店主で店舗つき住宅の2階に住んでいる人）が寝たきり等になった場合、直ちに困難に直面する事例も見られる。低所得者向けの住宅としては、公営住宅があるが、要介護の高齢者向けとはなっていないことから、住宅部局と福祉部局が連携し、低所得の要介護者向けの公的賃貸住宅の提供を検討することも必要と考えられる。なお、公営住宅については、空き住戸を日常生活上の援助を受けながら共同生活を行うグループホーム等に活用することも進めていくべきである。

- また、低所得の要介護者が利用できる施設（地域に密着した小規模の施設、軽費老人ホーム、養護老人ホームなど）も地域のニーズに応じて確保していく必要がある。

- さらに、介護が必要な低所得の高齢者を対象に、既存の空家等を活用することにより、低廉な家賃の住まいを確保し、併せて見守りや日常的な生活相談等の生活を支援する取組も検討すべきである。

(6) 分野ごとの課題と方策

(1)～(5)以外の課題を解決するための方策としては、関係機関が以下のような取組を実施することが有効と考えられる。

① 医療

課 題	方 策
在宅医療に取り組む医師等の数を増やすため、在宅医療従事者の負担を軽減する必要がある。	地区医師会が、在宅療養支援診療所を活用しながら、医師のグループ化（主治医・副主治医制）や夜間・休日の連絡先（在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等）を確保する。
地区医師会に加入していない在宅医療提供医師とも連携体制を構築する必要がある。	市町村が、地区医師会と協調して、地区医師会に加入していない在宅医療提供医師の把握、これらの医師への情報提供・参加要請等を行い、地区医師会との連携を図る。
急性期から回復期、在宅へと移行するときに、病院側、在宅側の各職種でカンファレンスを行うことが必要であるが、かかりつけ医の参加が難しい。	地区医師会が、病院（有床診療所）と協議して、退院に向けた医療・介護連携シートの様式を定めるなどカンファレンスの効率化を図り、かかりつけ医の参加を促す。
在宅療養の高齢者の病状が悪化したときに受入れが可能なように、後方支援病床を確保する必要がある。	市町村及び地区医師会が、病院（有床診療所）と協議し、後方支援病床の確保を始めとしたバックアップ体制を構築する。
かかりつけ医を持つ高齢者を増やすことが重要。	地域包括支援センター及び市町村は、地区医師会と連絡を取り合い、かかりつけ医の紹介を行う。また、かかりつけ医の必要性について住民に啓発を行う。

② 医療と介護の連携

課 題	方 策
関係職種の間で、お互いの顔が見える関係をつくとともに、関係者間で患者情報を共有することが重要。	地区医師会、市町村等が主導して、関係職種で研修会（事例検討会等）を開催する。
	地区医師会、市町村（地域包括支援センター）が主導して、患者情報の共有のために、ICTの導入を検討する。（前述「(2)」参照）
患者情報の共有に関する本人の同意の取り方や、事業者間における個人情報保護のあり方についてルール化する必要がある。	地区医師会、市町村等が、本人の同意を得るための統一した説明資料を作成する。また、個人情報保護のためのマニュアルも同時に整備する。
同一法人（グループ）が、医療・介護等を一体的に提供する場合には、利用者の囲い込みとならないよう注意する必要がある。	市町村、地区医師会が、法人と地域の関係機関との連携の場を確保する。

③ 介護・予防・生活支援

課 題	方 策
福祉系のケアマネジャーが多い中、在宅高齢者がその有する能力に応じた日常生活を送ることができるよう、医療面も含め適切なケアプランを作成することが重要。	県が、ケアマネジャーの医療的知識の向上のための研修を実施する。
健康づくりや介護予防の取組に参加する高齢者を増やす必要がある。	市町村が、高齢者が介護予防等に参加しない理由を分析し、民間事業者を活用するなど魅力的なメニューを整える等の対応を図る。また、市町村（地域包括支援センター）は、あいち介護予防支援センターが養成した「あいち介護予防リーダー」を活用する。
	市町村が、自治会や地域の住民による介護予防教室の自主グループ化を図り、介護予防活動の機会の増加を図る。

<p>支援や介護が必要な状態にありながらセーフティネットの網にかかっていない人を把握することが重要。</p>	<p>市町村が、民生委員等の協力を得て、健康診査未受診者の健康状況等を把握し、必要なサービス等につなげる。</p>
<p>高齢者がいきいきと暮らすことができるよう、やりがいの持てる場所づくりをすることが重要。</p>	<p>市町村が、NPOやシルバー人材センター等と協働して、高齢者自身の経験や技能を地域の社会資源として活用する取組を実施する。</p>
	<p>市町村が、健康づくり推進員、食生活改善推進員、認知症サポーターなどの養成講座に参加した高齢者を地域でボランティアとして活動できるよう支援する。</p>
<p>生活支援サービスを担うNPO・ボランティア等を育成・確保する必要がある。</p>	<p>市町村が中間支援NPOに依頼し、NPOの立ち上げや経営に関する講座を開催することや、サービスの担い手となる高齢者等を養成する。(前述「(4)」参照)</p>
<p>平常時から、高齢者の異変に気づき、必要な対応につなげる仕組みが必要である。</p>	<p>市町村が、地元の商店・コンビニエンスストア・郵便局・銀行等の民間事業者と協定を締結し、異変を感じた時にすぐに関係機関に情報提供される仕組みを整える。(前述「(4)」参照)</p>
<p>介護うつや虐待につながらないよう、家族介護者の負担軽減を図ることが重要。</p>	<p>市町村が、家族介護者の会や社会福祉協議会等と協力して介護者教室や交流会等を開催する。 地区医師会と市町村が、病院（有床診療所）と協議してレスパイト入院が可能な病床を確保する。また、市町村が、要介護者のショートステイの受入れ可能な施設を確保する。</p>

④ 住まい

課 題	方 策
<p>低所得の要介護者向けの住宅を確保する必要がある。</p>	<p>住宅部局と福祉部局が連携し、低所得の要介護者向けの公的賃貸住宅の提供を検討する。なお、公営住宅については、空き住戸を日常生活上の援助を受けながら共同生活を行うグループホーム等に活用することも進める。(前述「(5)」参照)</p>

⑤ 認知症対策

課 題	方 策
<p>認知症の高齢者が、身近な医療機関（診療所、一般病院（*））で医療を受けられるようにする必要がある。</p> <p>* 一般病院…精神科病院でない病院を指す。</p>	<p>県医師会、市町村と地区医師会、認知症疾患医療センターの支援により、かかりつけ医が認知症の早期発見や日常的な診療を行い、また身体疾患で入院が必要なときは一般病院が円滑に受け入れられる体制を確保する。</p>
<p>認知症ケアパスの作成や認知症初期集中支援チームの設置に当たり、ノウハウが不足している。</p>	<p>市町村（地域包括支援センター）が、国の調査研究の結果を参考にするとともに、地区医師会、認知症疾患医療センター、国立長寿医療研究センター等の助言を得る。</p>
<p>認知症高齢者の徘徊について、市町村単位では限界があるため、広域での対応が必要である。</p>	<p>県・市町村が、市町村の徘徊・見守りネットワークの拡大を図る。</p>
<p>介護うつや虐待につながらないよう、家族介護者の負担軽減を図ることが重要。</p>	<p>市町村が、家族介護者の会や社会福祉協議会等と協力して介護者教室や交流会、認知症カフェ等を開催する。</p> <p>また、地区医師会と市町村は、病院（有床診療所）と協議してレスパイト入院が可能な病床を確保するとともに、県医師会は、医療従事者の認知症対応力を向上させ、家族に適切なアドバイスができるようにする。</p> <p>さらに、医療・介護関係者は、家族介護者の会と連携し、家族支援についての体制の強化に努める。</p>