

## 第3章 地域包括ケアシステム構築の進め方

### 1 構築の手順

- 地域包括ケアシステムを構築するには、医療・介護・予防・生活支援・住まいにかかわる関係機関のネットワーク化と、不足している基盤整備の2つが重要である。その全体的な進め方としては、原則として以下のような順序で進めていくべきと考える。

#### ① 役割分担及び手順の確認

地域包括ケアシステムのマネジメントは、市町村、地域包括支援センター、地区医師会が協力して、地域の実情に応じた形で行うべきであり、まずは三者が話し合い、その役割分担や今後のシステム構築に向けた手順について確認する。

#### ② 地域の社会資源及び住民ニーズの把握

地域包括ケアシステムの構築に当たっては、医療機関や介護事業所、生活支援等を行うNPOや自治会、民間事業者、サービス付き高齢者向け住宅等、高齢者の支援にかかわる社会資源が地域にどれくらいあるのかを把握することが必須であり、市町村においてまだこれらの情報を把握していない場合は、早急に調査を行うことが求められる。また、新規にサービス提供を始めるところや撤退するところもあると思われるので、常に最新の情報が得られる仕組みが必要である。

他方、地域で支援を必要としている人がどのくらいいるのか、またどのような支援を必要としているのか、住民ニーズについても把握する必要がある。

#### ③ 社会資源を構成する関係機関のネットワーク化

地域包括ケアシステムでは、関係機関が連携してサービス提供を行うことから、関係機関のネットワーク化が必要である。これには市町村レベルでの関係職種等の団体組織（例えば地区医師会）間のものと、地域包括支援センターレベルでの実際にサービス提供する機関の間のものの2層が必要と思われる。

#### ④ 地域ケア会議等の開催及び総合的な相談の実施

いわゆる困難ケース等については、地域包括支援センターが地域ケア会議等で関係職種を集め、対象者にどのようなサービス提供をすれば在宅生活を維持できるか等の対応について協議することが必要である。地域ケア会議で取り扱うべき困難ケース等とは、例えばサービス未利用で支援を必要とする単身高齢者の事例や、周辺住民が困っている事例、高齢者の心身

の健康や権利が侵害されている事例などが想定される。こうした個別事例の検討から地域の課題も浮かび上がってくる。

また、地域包括支援センターは、支援を受けたい高齢者の相談窓口の役割を担うこととされており、相談においては②で把握した関係機関の紹介、仲介等を行うことも必要である。

#### ⑤ 地域での課題の抽出・解決

②で把握した社会資源と住民ニーズの差、また④の地域ケア会議における個別ケースの協議等から、例えば見守りや買い物支援等のインフォーマルなサービス資源の不足や、健康づくりの取組への参加者が少ない、低所得の要介護者向け住宅が少ないなどの**地域の課題が浮かび上がってくる**。③の市町村レベルのネットワーク会議で地域の課題を確認し、優先順位を含めその解決策を検討することが必要である。

#### ⑥ 基盤等の整備

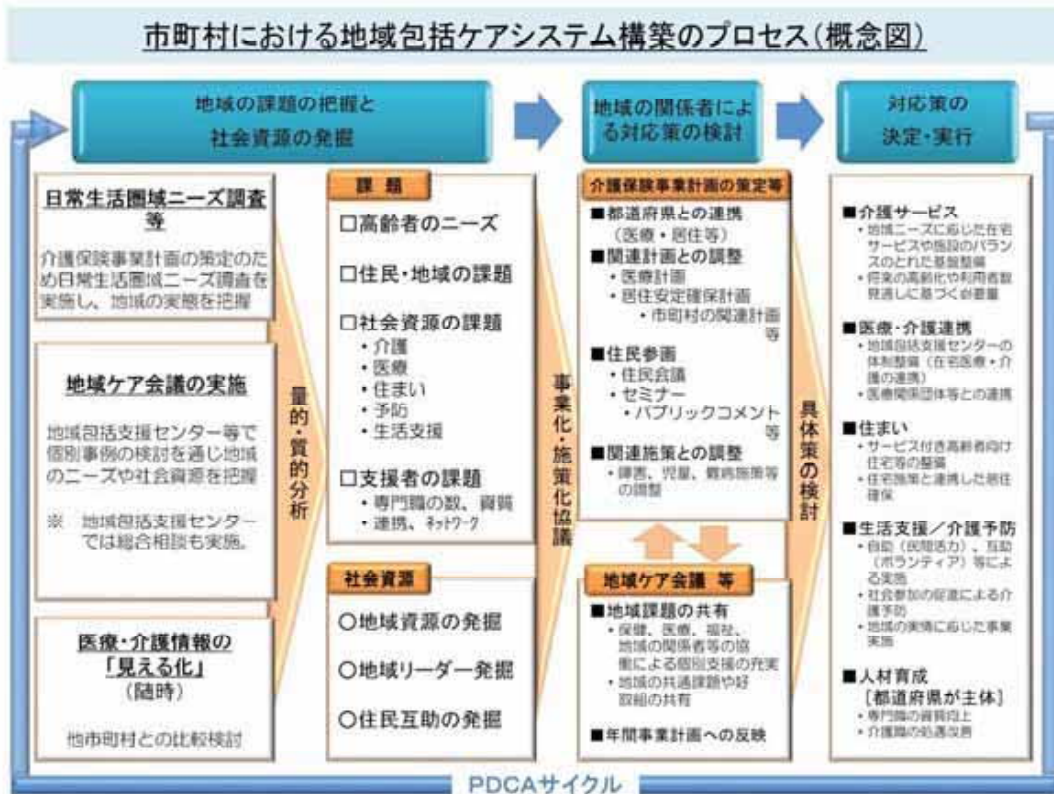
⑤で抽出された課題の解決のため、必要なサービス基盤の整備を図る。医療、介護、予防、生活支援、住まいのうち、どの分野から整備を図るかは、地域の状況によって異なるが、「第2章 1 現状の問題点と目指すべき姿」で見たように、まずは医療と介護の連携をしっかりと行う必要があることから、**医療と介護の連携 → 予防（健康づくりを含む） → 生活支援、住まいの順で、必要な基盤整備に取り組むことが適切と思われる**。

- 地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「社会資源・住民ニーズの把握、個別ケースの検討」→「課題の抽出、解決策の検討」→「基盤等の整備」→「社会資源・住民ニーズの把握、個別ケースの検討」というPDCAサイクルにしたがって進めていくことが重要である。

対応策が適切であったか、効果が表れているかについては、定期的に実施される日常生活圏域ニーズ調査や、地域ケア会議における個別事例の検討を通じた地域のニーズの把握によりチェックしていく必要がある。

なお、参考として厚生労働省の「地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）」を次頁に示しておく。（図18）

[図 18]



資料：厚生労働省

## 2 対象区域

- 国の地域包括ケアシステム研究会の報告書では、地域包括ケアシステムの対象区域は概ね30分以内の日常生活圏域であり、具体的には**中学校区**が基本とされている。本県においても原則的にはこれを基準とすべきである。
- しかし、現在、県内の市町村においては、地域の特性に合わせて、小学校区、中学校区、あるいは複数の中学校区等で日常生活圏域を設定しており、例えば市町村介護保険事業計画の策定時には、こうした日常生活圏域ごとにアンケート調査を実施し、高齢者の実態、ニーズや地域課題等の把握が行われている。
- また、地域包括支援センターは、必ずしも日常生活圏域ごとに設置されておらず、中には、複数の日常生活圏域に1か所、あるいは市町村単位で1か所となっている市町村もある。
- したがって、地域包括ケアシステムの対象区域を考える際には、中学校区や市町村が設定している日常生活圏域を基本としつつも、地域包括ケアシステム構築に向けた取組に速やかに着手することを優先し、例えば**地域包括支援センターの所管区域を対象区域と位置づけるなど、柔軟に区域を捉えて進めていくことが重要**と考える。

### 3 関係者の役割

地域包括ケアシステムは、自助・互助・共助・公助の組み合わせにより、成り立っているが、今後の急速な高齢化の進行を考えると、将来の必要なニーズをすべて共助、公助で賄うことは困難と考えられ、自助、互助を含め地域全体で支え合っていくことが求められる。自助・互助・共助・公助を踏まえると、地域包括ケアシステムを構成する地域の多様な関係者には次のような役割が期待される。

#### <本人>

高齢者は、各種サービスの利用者である前に、「自助」の主体である。

自ら健康づくりに励み、かかりつけ医を持ち、健診を受けるとともに、地域包括ケアシステムの中で、見守りなどの**互助の支え手**となることが期待される。

#### <介護者>

高齢者の在宅生活を支える上では、家族等の介護者は大きな役割を果たしており、介護者が疲弊し、介護うつや虐待につながらないように、自らの心身の健康に留意することが重要であり、介護者同士の交流やレスパイトサービスなど支援していくことも必要である。

また、介護の経験のある方は、介護で悩んでいる方の相談相手になるなど、地域包括ケアシステムでの重要な役割が期待できる。

#### <地域住民>

NPO、社会福祉協議会、老人クラブ、自治会、民生委員、地域の商店やコンビニエンスストア、郵便局や銀行などのさまざまな地域の諸主体、すなわちすべての住民が地域包括ケアシステムにかかわって、相互に支え合うこと（**互助**）が必要である。

#### <自治体>

市町村は、地域包括ケアシステムを構築する中心的な役割を担う立場にある。また、介護保険の保険者の立場として、質の高いサービスを提供するとともに、基礎自治体として自助の活用、互助の組織化、公助による支援などを行う必要がある。

県は、こうした市町村の活動を支援する役割を担っている。

#### <事業者等>

介護事業者・医療機関はサービスを提供することで、地域包括ケアシステムの主要部分を担う。その際、利用者に対し適切なサービスを提供できるよう、**情報共有及び連携**を図っていく必要がある。

このうち、サービス提供者等の主な役割は、次のとおりと考えられる。

	関係機関等	主な役割
医 療	地区医師会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師のグループ化（主治医・副主治医制）や夜間・休日の連絡先確保の調整をする。</li> <li>・ 患者情報の共有の手段等について調整する。</li> <li>・ 在宅医療についての住民への普及啓発や、在宅医療等に従事する多職種を対象とした研修を実施する。</li> </ul>
	診療所（医師）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療（訪問診療・往診）を実施する。</li> <li>・ 多職種による在宅医療チームを主導する。</li> </ul>
	病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 急変時の受入病床やレスパイト入院が可能な病床を確保する。</li> <li>・ 急性期以後、退院可能になるまで療養できる転院先を確保する。</li> </ul>
	歯科診療所（歯科医師）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅歯科診療を実施する。</li> </ul>
	薬局（薬剤師）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医の指示のもと、服薬管理を行う。</li> <li>・ 地域に密着した健康情報の拠点（一般用医薬品等使用の助言、健康相談、受診勧奨）としてセルフメディケーションを推進する。</li> </ul>
	訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の指示に従い、適切な医療処置を行う。</li> <li>・ 夜間・休日等緊急時に電話対応等を行う。</li> <li>・ 医療資源が限られた地域では、ケアマネジャーと協働して多職種によるチームを形成し、サービスを提供する。</li> </ul>
	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院中に退院に向けたリハビリを実施する。</li> <li>・ 通所リハビリ、訪問リハビリを実施する。</li> </ul>

介 護	居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の社会資源を最大限に活用し、自立した生活を営むことを目指したケアプランを作成する。</li> <li>・かかりつけ医と連携して多職種によるチームを主導する。</li> </ul>
	訪問介護事業所等(ヘルパー等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期巡回型訪問介護を始め、ケアプランに沿った介護サービスを提供する。</li> <li>・異変が疑われる時には、担当ケアマネに相談するなど、適切な対応をする。</li> <li>・短期入所生活介護(ショートステイ)では、虐待対応や、家族の病気・冠婚葬祭・介護者のレスパイトケアなどのための緊急受入れを行う。</li> </ul>
	特別養護老人ホーム・老人保健施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域に開かれた施設として、地域住民への介護教室・出前講座の開催等専門職の力を地域に還元する。</li> <li>・重度の要介護者の在宅生活を支援する拠点となり、在宅生活を継続するために必要な調整等を行う。</li> </ul>
	家族介護当事者組織	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談や交流会などにより、家族介護者を支援する。</li> </ul>
予 防	地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防サービス計画(介護予防ケアプラン)を作成する。</li> <li>・介護予防を行う自主グループを育成する。</li> </ul>
	市町村保健センター	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病予防等の健康づくりを強化する。</li> <li>・単身や高齢者のみの世帯を把握し、予防事業への参加を促す。</li> <li>・NPO等との協働による新たな介護予防の取組を行う。</li> </ul>
生 活 支 援	社会福祉協議会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・NPOやボランティア等地域福祉活動をする者への助言・支援を行う。</li> <li>・権利擁護(消費者被害の防止、高齢者虐待の予防・早期発見など)への対応を行う。</li> <li>・福祉サービス拠点として、地域包括支援センターと連携し、適切なサービスが提供されるよう支援を行う。</li> </ul>
	NPO、ボランティア、民間事業者等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・見守り・声掛けや日常生活に必要な個別支援(散歩の付き添い、買い物、ゴミ出し、布団干しなど)を実施する。</li> <li>・必要時には医療や福祉の専門家へつなぐ。</li> </ul>

住 ま い	サービス付き 高齢者向け住 宅	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安否確認や生活相談サービスが確保された住宅を提供する。</li> </ul>
	公営住宅、UR 賃貸住宅等の 公的賃貸住宅	<ul style="list-style-type: none"> <li>・低所得者の要介護者向け公的賃貸住宅の提供を検討する。</li> <li>・公営住宅等の空き住戸を活用し、福祉的なサービス（グループホームやケアホーム施設等）としての利用を検討する。</li> </ul>
調 整	地域包括支援 センター	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域ケア会議を開催し、市町村、地区医師会とともに、システム全体のマネジメントを行う。</li> <li>・医療・介護・福祉など在宅高齢者の様々な相談を受ける総合相談窓口となり、情報提供や関係機関への仲介、助言等を行う。</li> </ul>
	市町村	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センター、地区医師会とともに、システム全体のマネジメントを行う。</li> <li>・地区医師会等、関係職能団体との連携の調整を行う。</li> <li>・地域における医療・介護・福祉サービス（インフォーマルサービス含む）の社会資源を把握し、地域包括支援センターと情報を共有する。</li> <li>・関係機関連絡会議を開催し、地域ケア会議で抽出された課題等の解決方法を検討する。</li> </ul>
	県保健所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村や保健所が開催する関係機関連絡会議を通して、市町村、医療・介護・福祉の関係機関とともに、在宅療養の環境を整える。</li> <li>・市町村に対して保健・医療を中心に助言などを行う。</li> </ul>



#### 4 対象者の状態別対応

- 地域包括ケアシステムは、高齢者のみならず難病患者、重症心身障害児者、精神障害者など、地域生活を営む上で支援を必要とするすべての人を対象とすべきである。しかしながら急速な高齢者の増加への対応が喫緊の課題であることから、まずは高齢者を対象としたシステムを構築し、その後、このシステムを活用して対象者を広げていくことが必要である。

地域包括ケアシステムの構築により形成される地域ごとのサービスのネットワークは、子ども・子育て支援、障害者福祉、困窮者支援等においても貴重な社会資源になると考えられる。

- 高齢者は、大きく分けて次の5つの状態が考えられる。
  - A：元気な高齢者、あるいは要支援認定を受けている
  - B：要介護認定を受けており、慢性疾患を患っているが、通院等は可能
  - C：寝たきり等で在宅医療を受けている
  - D：脳卒中等で入院している
  - E：介護保険施設に入所している
- この中で、地域包括ケアシステムにおいて、最も中心的に対応を必要とするのは、住まいを含め多くの分野にわたって支援が求められるなどの、いわゆる困難ケースである。対象者が、その有する能力を活用しながら在宅生活を継続するには、どのようなサービスが必要であるか、関係者によるアセスメントや、関係機関が連携したサービス提供が重要となる。
- B～Dでは、困難とは言えない場合でも、通常、複数の関係機関のかかわりが必要と思われるので、その連携や、必要に応じて他のサービス支援へつながる仕組みが大切である。

特に、Bの人に対しては、限られた身体機能においても自立した生活を続けられるよう、生活支援サービスの充実が必要となり、また、Cの人に対しては、家族の負担軽減も合わせて考える必要がある。さらに、Dの人に対しては、在宅復帰できるよう、在宅での介護サービスの充実、住まいの確保、継続的なリハビリが重要となってくる。
- なお、いずれの人にあっても、**健康づくりや介護予防が重要**であり、なるべく介護等を必要とする時期を遅らせる、また必要になっても重度化させないための取組がシステムの中で求められる。

- また、Eの人のうち、介護老人保健施設に入所している人については、在宅復帰に向けた支援が必要であり、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所している人も、できるだけ地域や家族等とのかかわりが維持継続できる支援が必要である。
- Aの人は、地域包括ケアシステムの中で、その人の知識・経験・能力等を活かして、生活支援などでのボランティア等支える側としての役割が期待される。また、その行為は、生きがいともなり、その人自身の生活の張りにもなる。  
例えば、武豊町では、徒歩15分圏内にサロンを設置しており、住民が主体的に参加し、社会活動をする場として機能している。（図19）
- また、要支援認定を受けている人に対しては、介護予防事業への参加や生活支援サービスの利用につないでいく必要がある。
- 認知症の人にとっては、早期診断、早期対応（包括的な初期の集中支援）とともに、認知症状の進行の段階に合わせた適切な支援が必要であり、認知症ケアパスや関係者の連携が欠かせない。また、特に認知症の人にとっては、介護者への支援も必要である。


〔図19〕

### ③愛知県武豊町 ～住民の参加・社会活動の場としてのサロン～

町・大学・社会福祉協議会が一体となり住民ボランティアに対して支援し(サロン立ち上げ支援、ボランティア育成、運営支援)、徒歩15分圏内(500m圏内)にサロンを設置。その結果、住民が主体的に参加し社会活動をする場として機能している。

**基本情報（平成25年4月1日現在）**  
※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営 0 力所 1	カ所
委託	1	カ所
総人口	41,927	人
65歳以上高齢者人口	8,711	人
	20.8	%
75歳以上高齢者人口	3,519	人
	8.4	%
第5期1号保険料	4,780	円



**介護予防の取組の変遷**

- （平成17年）町・社会福祉協議会（社協）・大学が協働し、高齢者の参加促進・社会活動活性化を進める目的で「聴いのサロン」の事業計画を開始（H20年からの町の総合計画に、政策評価の成果指標としてサロン拠点数が盛り込まれる）
- （平成18年）ボランティア候補者・町・大学とでワークショップや視察を繰り返し行い、各サロンの運営主体となるボランティア組織を形成しつつ、サロンの方向性・運営方法・サロンで実施する内容を固める
- （平成19年）3会場から始め、500m（徒歩15分で通える圏内）にサロンを設置することを目標に順次増設

65歳以上高齢者に占める参加者の割合	8.8 %
65歳以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	1.0 %

**第1号被保険者における要介護認定率の推移**



年	全国	愛知県	武豊町
13年	12.4%	10.7%	9.6%
14年	13.8%	11.2%	10.1%
15年	14.5%	11.5%	10.5%
16年	15.2%	11.8%	10.8%
17年	15.8%	12.1%	11.1%
18年	16.2%	12.4%	11.4%
19年	16.5%	12.7%	11.7%
20年	16.8%	13.0%	12.0%
21年	17.1%	13.3%	12.3%
22年	17.3%	13.6%	12.6%

**専門職の関与の仕方**

- 地域包括支援センターは、サロン立ち上げから1年間は、ボランティア運営組織が自立して全統管理・サロン運営が出来る様に支援
- 1年経過後は2～3ヶ月に1回の巡回と、各サロン会場の運営者連絡会を開催（隔月）しサポート
- 町の福祉課は、広報と新規会場の立ち上げ支援、健康課（保健師）は各サロンに順次出向き、健康講話・健康相談を実施
- 共同研究協定を結んでいる大学は町と協力して、事業効果検証や体力測定、認知症検査を実施
- 社協は、ボランティア研修や、ボランティアが加入する保険管理、求められた時にボランティアの派遣調整などを実施

- このような対象者の状態によって地域包括ケアシステムにおける対応は異なってくる。システムに特にかかわりの深いA「元気な高齢者、要支援」からD「脳卒中等で入院中」まで、それぞれどういった対応が必要とされているかを以下に示していく。

#### A 元気な高齢者、要支援

区分	主な対応
医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対象者が病気に罹ったときは、かかりつけ医は外来診療を行うとともに、介助の必要性、服薬管理の必要性、栄養摂取状況等、生活の状況にも配慮する。</li> <li>○ 対象者がかかりつけ医を持っていない場合は、地域包括支援センター等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。</li> </ul>
介護・予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対象者が健康を維持することができるよう、市町村及び地域包括支援センターは、地域の健康づくり推進員等のボランティアを活用し、介護予防事業、生活習慣病予防等の健康づくりへの参加につなげる。</li> </ul>
生活支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 市町村及び地域包括支援センターは、ひとり暮らし高齢者など支援が必要となるおそれのある住民の生活実態を把握するとともに、自治会やNPO、シルバー人材センター等が実施するふれあいサロンや生きがいづくりの取組への参加につなげる。</li> <li>○ 対象者の自立した生活を支えるため、地域包括支援センター等が必要に応じて、家事援助や傾聴ボランティア等の生活支援サービスの利用につなげる。</li> </ul>

## B 要介護認定を受けており、慢性疾患を患っているが、通院等は可能

区分	主な対応
医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ かかりつけ医は、対象者の外来診療を行うとともに、リハビリの必要性、服薬管理の必要性、栄養摂取状況等、在宅療養を継続できるよう配慮する。また、対象者の病状が悪化し、通院が困難なときには往診を行う。</li> <li>○ 病状が悪化し入院が必要なときは、かかりつけ医の判断により入院する。</li> </ul>
介護・予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ケアマネジャーは、対象者の有する能力に応じ、医療系サービス、リハビリ、インフォーマルサービスを含めたケアプランを作成する。</li> <li>○ 市町村は、家族介護者の会やNPO等と協力して交流会を行うなど、家族介護者を支援する。</li> </ul>
生活支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対象者の自立した生活を支えるため、地域のNPO、ボランティア等が必要に応じて、外出支援等の生活支援サービスを行う。</li> </ul>

## C 寝たきり等で在宅医療を受けている

区分	主な対応
医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ かかりつけ医・在宅療養支援診療所等が訪問診療を行うとともに、多職種がチームとなり、訪問看護・介護、服薬管理、栄養管理等を行う。</li> <li>○ 病状増悪時は、訪問看護ステーションが24時間対応し、必要に応じてかかりつけ医が往診を行う。</li> <li>○ 病状がさらに悪化し入院が必要なときは、かかりつけ医・在宅療養支援診療所等の判断により入院する。</li> <li>○ 入院中はできるだけ早く退院に向けたリハビリを実施し、身体機能の低下を防ぐ。また、在宅復帰に向けて病院側・在宅側の関係職種がカンファレンスを実施する。</li> </ul>

介護	○ 市町村は、家族介護者の会やNPO等と協力して交流会を行うなど、家族介護者を支援する。
生活支援	○ 市町村や地域のNPO等が、配食等の生活支援を行う。

また、D「脳卒中等で入院中」(これまで介護等を受けていなかったが、今後、支援を必要とする状態)については、入院中、以下のような対応が必要と考えられる。

区分	主な対応
医療等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対象者がかかりつけ医・在宅療養支援診療所等を持っていないときは、病院と地区医師会は連絡を取り合い、かかりつけ医を紹介する。</li> <li>○ 在宅復帰に向けて病院側・在宅側の関係職種がカンファレンスを実施する。</li> <li>○ ケアマネジャーは、カンファレンスの結果を受け、ケアプランを作成し、退院後の在宅生活の環境整備や、継続的なりハビリを行う。</li> </ul>

なお、以上の対応は、あくまで主なものであり、対象者の具体的な状態に応じて、関係者が必要な対応を取ることが求められる。