

3 必要な人材の確保

- 市町村、地域包括支援センター、地区医師会が協力して、システム全体のマネジメントを行っていくためには、地域包括支援センターにおいて、地域ケア会議の開催などその業務が適切に実施されるよう、必要な人材が確保されることが重要である。

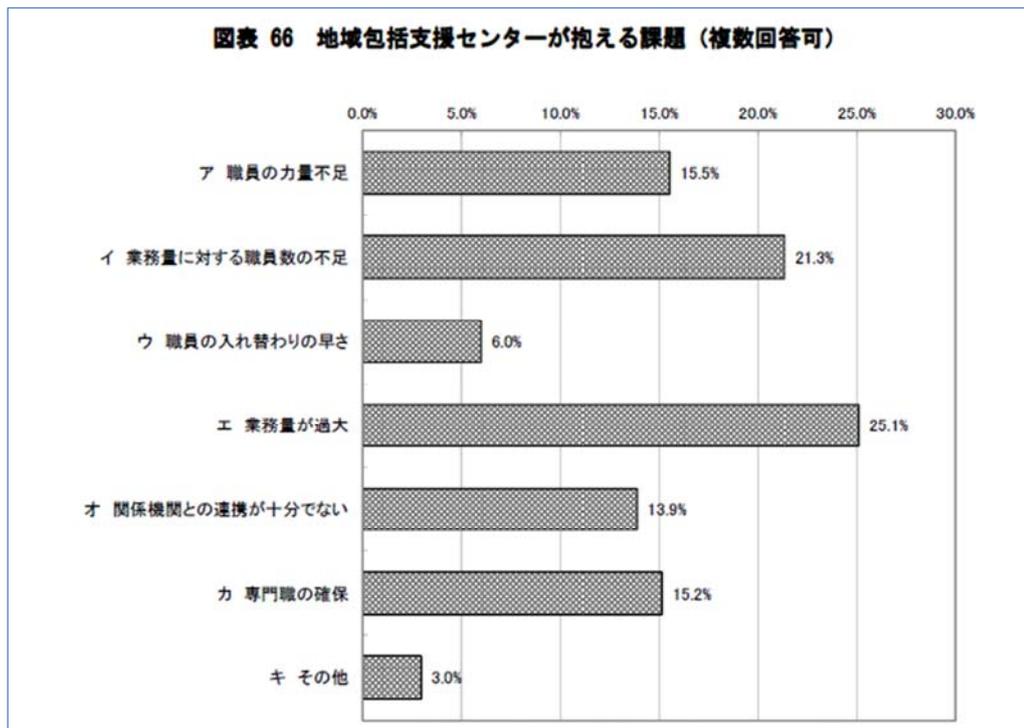
- しかしながら現状は、平成24年9月に全国の地域包括支援センターを対象に実施された調査によれば、地域包括支援センターが抱える課題として、「業務量が過大(25.1%)」が最も多く、次いで「職員数の不足(21.3%)」が挙げられている(複数回答可)。
また、同調査において、「職員の力量不足」の場合の業務内容として、「地域におけるネットワークの構築に係る事業に関わる業務(25.9%)」が最も多く挙げられており、地域包括ケアシステムの構築に必要なノウハウを有する職員が十分に確保されていない地域が依然として多いことがうかがえる(複数回答可)(図8・9)。

- このことから、市町村は、管内の各地域包括支援センターが必要とする人材を確保することができるよう、人材の育成等に取り組む必要がある。

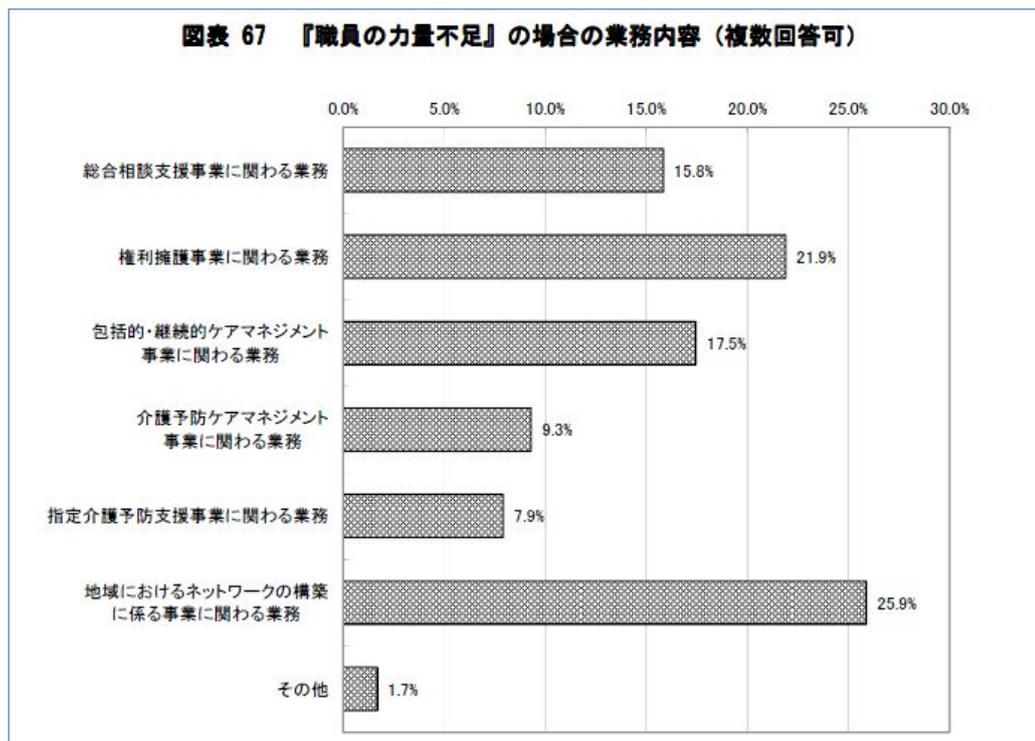
- また、市町村担当部局においても、保健師など地域の保健・医療・福祉に精通した人材を確保するとともに、継続的なシステムの実現に向け、専門知識を有する職員の育成や、適切な人事ローテーションに配慮する必要がある。

- このほか、介護人材やボランティア等、サービスの提供に関わる人材についても確保していく必要がある。
特に、介護人材については、現在(平成24年度)の149万人(全国)から、平成37年度には237~249万人が必要と推計されている。
そのためには、学卒就職者やハローワークなどを通じて新たに入職してくるものを維持・増加させるとともに、離職して他産業へ流出していく者が介護分野に定着するよう、処遇の改善などに取り組む必要がある。

<地域包括支援センターが抱える課題（図 8）>



<「職員の力量不足」の場合の業務内容（図 9）>



資料：「地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に関する調査研究事業報告書」

4 住まい・住まい方

- 単身や夫婦のみの高齢者世帯の増加が今後も見込まれる中、地域包括ケアシステムの構築に向け、地域生活の最も基本的な基盤である高齢者の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、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境を意味しており、これが在宅生活を継続する上での土台となるが、この住まいを詳しく表現すると、住まいと住まい方ということになる。それぞれの生活のニーズにあった住まいが提供され、そ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（住まい方）が実現されることが望まれる。
- 高齢者の住まいが持ち家の場合、高齢者自身も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の方法により、自宅で介護環境を改善し、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。こうした自助による工夫も重要である。
- 一方、ライフステージに応じた住み替えという選択肢も必要である。自宅や介護保険施設以外の、有料老人ホームなど的高齢者の住まいは18頁の表4のとおりとなっている。このうち、サービス付き高齢者向け住宅は、バリアフリー等の配慮がなされた住まいで一定の生活支援を受けることができれば、地域での継続的な居住が可能になる人も多いことから、平成23年度に創設された。
- このサービス付き高齢者向け住宅は、所得により入居制約を受けることはないが、民間事業者が整備する住宅であるので、家賃やサービス料金なども種々あり、低所得者にとって必ずしも入居しやすい住宅ばかりではない。そこで今後も、軽度の要介護者も含め、自立した生活を送ることが困難な低所得高齢者が、地域において安心して暮らせるようにするための住まいを確保する必要がある（図10）。

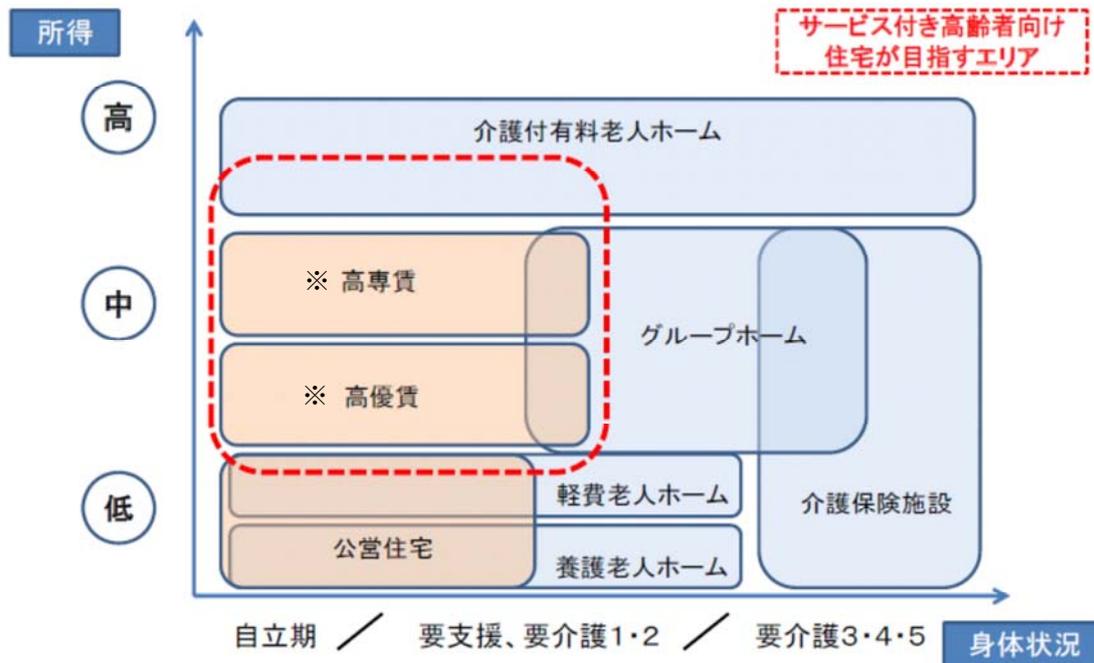
低所得者向けの住宅としては、公営住宅があるが、要介護の高齢者向けとはなっていないことから、住宅部局と福祉部局が連携し、低所得の要介護者向けの公的賃貸住宅の提供を検討することも必要となってくる。
- 今後、単身又は高齢者のみ世帯の増加に伴い、いつも誰かが家の中にいて、急変時には救急車で搬送され、病院で亡くなるといった最期ばかりではなくなってくる。毎日、誰かが訪問して様子は見ているが、翌日になったら一人で亡くなっていたということもあると考えられる。こうしたことを受け入れる心構えも持ちながら在宅生活を継続していくことが必要となってくる。

高齢者の住まい（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養護老人ホーム	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、経済的に困窮 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し る施設	無料又は低額な料金で、 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 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

住まいと高齢者の所得・身体状況（図 10）



※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

5 分野ごとの課題

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を進めていくには、分野ごとでも以下のような課題があり、それ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。	地区医師会が、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。	市町村が、地区医師会に加入していない在宅医療提供医師を把握し、これらの医師に対し情報提供・参加要請等を行う。
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。

(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。	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のルール化が必要。	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。

<p>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。</p>	<p>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。</p>
---	--

（３）介護・予防・生活支援

課 題	方 策
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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、魅力的なメニューを整える等の対応を図る。</p>
	<p>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、参加を促す。</p>
<p>セーフティネットの網にかかっていない要支援・要介護者を把握する。</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>高齢者が生き生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。</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した取組を実施する。</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・ボランティア等の育成・確保をする。</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。</p>

	市町村（NPO支援センター）が、生活支援サービスを行うNPO等のネットワーク化を促進するための会議等を開催し、サービス提供にあたり必要なノウハウ等の提供を行う。
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。	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。
家族介護者の負担軽減を図る。	市町村が、介護家族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。

（４）住まい

課 題	方 策
低所得の要介護者向けの住宅を確保する。	県・市町村が、公営住宅の建て替えや改修の際、要介護者向け機能の付加を検討する。

（５）認知症対策

課 題	方 策
認知症の高齢者が、身近な機関（診療所、一般病院）で医療を受けられるようにする。	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。
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。	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の助言を得る。
認知症の高齢者の徘徊への対応は、市町村単位では限界があるため、広域での対応が必要。	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。