

第3章 地域包括ケアシステム構築の進め方

地域包括ケアシステムを構築するには、大きく分けて医療・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、必要な基盤整備の2つが必要となる。このうちネットワーク化は、「第2章 1」で見た「システムのマネジメント」と重なる部分があるが、この項目で改めてその進め方について整理する。

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と考えられるので、三者の話し合いにより役割分担やシステム構築に向けた手順について確認する。

② 地域の社会資源およ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、市町村においてこれらの情報を得ていない場合は、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でのものの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について協議を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。

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

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1章 地域包括ケアシステムとは」の中の「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重要と思われる。

第4章 地域包括ケアシステムにおける各主体の役割

- 地域包括ケアシステムは、自助・互助・共助・公助が組み合わさり、成り立っている。

自助	自分のことは自分ですること。自費で市場サービスを購入することも含む
互助	地域の住民による助け合いやボランティアなどの自発的な支援
共助	医療保険や介護保険など、リスクを共有する者による保険制度
公助	福祉サービスなど、税による負担で行う公的な支援

- 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。この自助・互助・共助・公助の内容を踏まえつつ、地域包括ケアのシステムをつくりあげていく地域の多様な主体に期待される役割は、次のとおりである。

<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むとともに、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、介護者が疲弊しないよう支援していくことが必要である。

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、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、郵便局や銀行などの様々な地域の諸主体、すなわちすべての住民がシステムに関わって、相互に支えあうこと（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。

都道府県は、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、お互いに情報共有、連携する必要がある。

○ 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">・ 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。・ 患者情報の共有の手段等について調整する。・ 在宅医療についての住民に対する普及啓発や、在宅医療に従事する多職種に対する研修を実施する。
	診療所（医師）	<ul style="list-style-type: none">・ 在宅診療（訪問診療・往診）を実施する。・ 多職種による在宅医療チームを主導する。
	病院	<ul style="list-style-type: none">・ 在宅高齢者の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。・ 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。
	歯科診療所 （歯科医師）	<ul style="list-style-type: none">・ 在宅歯科診療を実施する。・ 多職種による在宅医療チームへ参加する。

医 療	薬局（薬剤師）	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医の指示のもと、在宅高齢者の服薬管理を行う。
	訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の指示に従い、適切な医療処置を行う。 ・夜間・休日等緊急時に電話対応等を行う。 ・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、医療・介護サービスを提供する。
	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中に退院に向けたリハビリを実施する。 ・在宅高齢者の通所リハビリ、訪問リハビリを実施する。
介 護	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。
	訪問介護事業所等（ヘルパー等）	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランに沿った介護サービスを提供する。 ・対象者に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。
	老人保健施設・特別養護老人ホーム	<ul style="list-style-type: none"> ・老人保健施設にあっては、在宅復帰に向けた支援を行う。 ・地域に開かれた施設として、地域住民への介護教室・出前講座の開催等職員の専門性を地域へ提供する。
予 防	地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）を作成する。

予防	市町村保健センター	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病予防等の健康づくりを強化する。 単身や高齢者のみの世帯の在宅高齢者を把握し、予防事業への参加を促す。 NPO等との協働による新たな介護予防への取組を行う。
生活支援	社会福祉協議会	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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在宅高齢者の支援を行う。
	NPO、ボランティア、民間事業者等	<ul style="list-style-type: none"> 在宅高齢者の見守り・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、ゴミだし、布団干しなど）を実施する。 必要時には医療や福祉の専門家へつなぐ。
住まい	サービス付き高齢者向け住宅	<ul style="list-style-type: none"> 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。
	公営住宅、UR賃貸住宅等の公的賃貸住宅	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。
調整	地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。

調 整	市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 地区医師会等、関係職能団体との連携の調整を行う。 ・ 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。 ・ 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。
	県保健所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 地域包括ケアを進める市町村に対して保健・医療を中心に助言などを行う。

第5章 対象者の状態別対応

- 第1章 3「地域包括ケアシステムにおける対象地域と対象者」において、システムの対象者について見たが、対象者の状態によってシステムにおける対応は異なってくる。この項目では、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、それぞれどういう対応が必要とされているかを示していく。

A 元気な高齢者、要支援

区分	主な対応
医療	<ul style="list-style-type: none">○ 対象者が病気に罹ったときは、かかりつけ医は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。○ 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。
介護・予防	<ul style="list-style-type: none">○ 対象者が健康を維持することができるよう、市町村及び地域の健康づくり推進員等のボランティアは、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。
生活支援	<ul style="list-style-type: none">○ 市町村は、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、NPOやシルバー人材センター等が実施する生きがいつくりの取組への参加につなげる。○ 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。

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"> ○ 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。 ○ 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。
介護・予防	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。
生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。

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"> ○ かかりつけ医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。 ○ 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。 ○ 病状がさらに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。 ○ 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。
介護	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村は、介護家族会やNPO等と協力して交流会を行うなど、介護家族を支援する。
生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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"> ○ 対象者がかかりつけ医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。 ○ 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。 ○ 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を行う。

- 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。