

地域包括ケアシステム構築に向けた提言（案）

《概要版》

提言の目的

今後、医療・介護等を必要とする高齢者が大幅に増加していくことに対応するために地域包括ケアシステムを構築していくに当たっては、市町村を始め関係者が認識を共有し、一体となって取り組んでいく必要がある。

そこで、システムの姿、課題と方策、関係者の役割等について具体的に提言することにより、県内の各地域でシステム構築に向けた取組が推進されることを目指す。

提言の構成

第 1 章 地域包括ケアシステムとは

第 2 章 地域包括ケアシステム構築の課題と方策

第 3 章 地域包括ケアシステム構築の進め方とPDCAサイクル

第 4 章 地域包括ケアシステムにおける各主体の役割

第 5 章 対象者の状態別対応

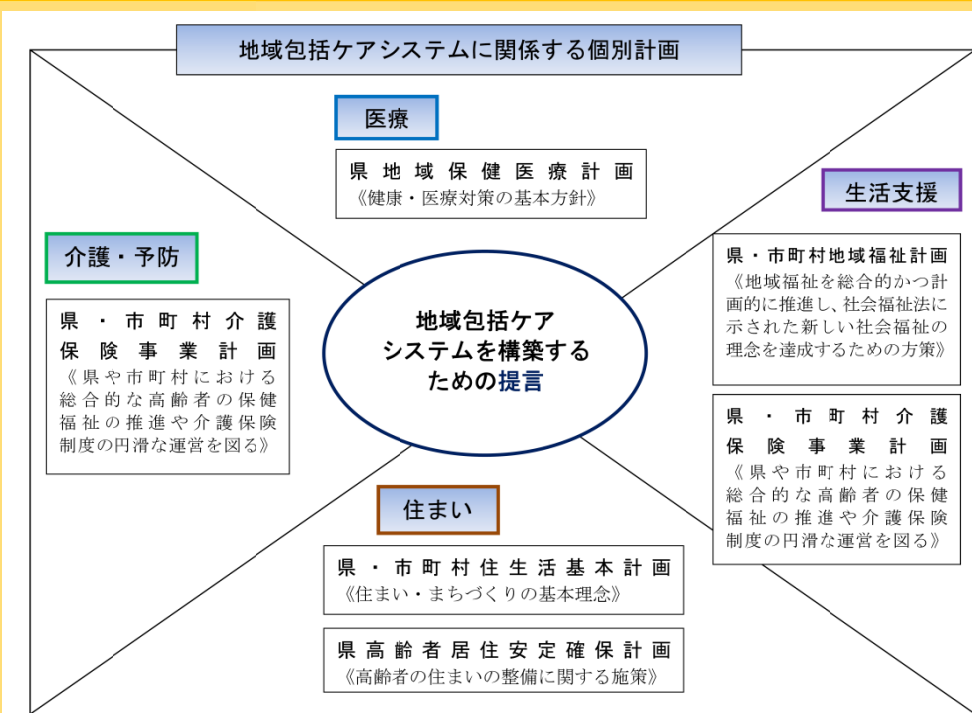
第 6 章 地域包括ケアシステムのモデルの提示

第 7 章 費用負担についての考え方

第 8 章 普及啓発

第 9 章 提言のまとめ

提言と個別計画の関係



第 1 章 地域包括ケアシステムとは

1 地域包括ケアシステム構築の意義

(1) 本県の高齢者を取り巻く現状と課題

今後、75歳以上の高齢者人口の急激な増加に伴い、高齢者の病院への救急搬送が相次ぐことが懸念される。

また、在宅の高齢者に対し、医療と介護が異なる制度によってとすればバラバラに提供される傾向があるとともに、地域に在宅医療が普及していないため、在宅の高齢者が入院すると、退院できずに転院や施設入所する等の問題が発生している。

(2) 地域包括ケアシステムの構築

高齢者が地域で安心して暮らしていくためには、医療、介護、予防、生活支援、住まいの5つの要素が有機的に連携し、一体的に提供される「地域包括ケアシステム」を構築する必要がある。

(3) 目指すべき姿

システムの構築においては、次の3点を目指す。

- ① 医療と介護の連携の取組等により、在宅医療、介護の充実、強化を図る。
- ② 予防、生活支援等も含め、すべての関係機関が顔の見える関係となり、連携して対応する。
- ③ 窓口機関が、困難ケース等について、地域ケア会議等で対応を協議する。

2 地域包括ケアシステム構築の緊急性

団塊の世代が75歳以上となる平成37年に向けて、医療や介護等を必要とする高齢者が大幅に増加し、ひとり暮らし高齢者等の急増による家庭における介護力低下や、認知症高齢者の大幅な増加も予測される。

地域包括ケアシステムでは、高齢者を支える良質なサービス提供の基盤を地域で着実に整備していく必要があるため、できる限り早期に地域包括ケアシステムの構築に着手する必要がある。

3 地域包括ケアシステムの対象区域と対象者

対象区域	対象者
中学校区や日常生活圏域を基本としつつ、システム構築に速やかに着手するため、地域包括支援センターの所管区域など柔軟に区域を捉えて進めることが重要である。	急速な高齢者の増加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する。

第2章 システム構築の課題と方策

1 システムのマネジメント

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行うこととし、それぞれの役割は地域において定めるべきである。

市町村は、システム構築において中心的な役割を担うべきである。

2 ICT（情報通信技術）の活用

関係者の連携を図り、利用者に適切なサービスを提供するためには、関係者間の情報の共有が必要であり、その手段としてICTの利活用が期待される。

県内で活用の広がりを見せている「電子連絡帳@システム」が有効と思われる。

3 必要な人材の確保

市町村及び地域包括支援センターにおいて、専門知識を有する職員を育成するため、あいち介護予防支援センターによる研修や、適切な人事ローテーション等に配慮する必要がある。

また、サービスの提供に関わる介護・看護人材の確保策を実施するとともに、地域の元気な高齢者に生活支援の担い手として活躍してもらうことが必要である。

4 住まい・住まい方

地域生活の基盤で在宅生活継続の土台となる住まいについて、自らによる介護環境整備が重要である。一方、低所得高齢者の住まいを確保する必要がある。

5 分野ごとの課題と方策

システム構築に向けた取組を進めていくには、医療、介護等の分野ごとに、次の例に掲げるような課題と方策が考えられる。

(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、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・休日の連絡先を確保する。
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。

(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。
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の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。

(3) 介護・予防・生活支援

課 題	方 策
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。また、あいち介護予防リーダーを活用する。
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。	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。

(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必要がある。	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。	オレンジプラン（認知症施策推進5か年計画）に沿って、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。
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。	市町村が、家族介護者の会等と協力して介護者教室や交流会等を開催する。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。さらに、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。

第3章 システム構築の進め方とPDCAサイクル

システム構築に当たっては、医療・介護・予防・生活支援・住まいに係る関係機関のネットワーク化と、基盤整備が必要となり、次に掲げる順に進めていくことが適当である。

- ① 地域の社会資源及び住民ニーズの把握
- ② 地域ケア会議等の開催及び総合的な相談の実施
- ③ 社会資源を構成する関係機関のネットワーク化
- ④ 地域での課題の抽出・解決
- ⑤ 基盤等の整備

システム構築にあたっては、PDCAサイクルにしたがって進めることが必要。

第4章 システムにおける各主体の役割

システム構築に向け、地域の多様な主体に期待される役割を、本人、介護者、地域住民、自治体、事業者等に分けて提示する。

区分	役割
本人	自ら健康づくりに励み、見守りなどの互助の支え手となる。
介護者	高齢者を支えるとともに、介護経験者は他の介護者を支援する。
地域住民	NPO、社会福祉協議会など、すべての住民が相互に支え合う。
自治体	市町村は、地域包括ケアシステム構築の中心的な役割を担う。
事業者等	医療・介護関係者は、適切なサービスを提供し、連携する。

第5章 対象者の状態別対応

対象者の状態ごとに、医療、介護等の構成要素において必要とされる主な対応を提示する。

- ① 元気な高齢者、要支援
- ② 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
- ③ 寝たきり等で在宅医療を受けている
- ④ 脳卒中等で入院している

第6章 モデルの提示

システムは地域の社会資源の状況に応じて構築していく必要があり、在宅医療提供体制の整備と医療・介護の連携において中心的な役割を果たす機関に着目し、次の①から③に掲げる3つのモデルを、また、今後大幅に増加することが見込まれる認知症への対応として④のモデルを、市町村の取組の参考となるよう提示する。

- ① 地区医師会モデル（都市部等を想定）
- ② 訪問看護ステーションモデル（山間部等を想定）
- ③ 医療・介護等一体提供モデル（法人グループ等を想定）
- ④ 認知症対応モデル

第7章 費用負担についての考え方

- ・ 地域包括ケアシステムは既存のサービスを有機的に結びつけ、効果的に高齢者を支援するものであり、今の状態のままでは社会保障費は増大すると思われる。
- ・ 自助・互助が果たす役割に着目し、それを支援する。
- ・ 介護予防や健康づくりに力を入れ、要介護認定率の低下等を目指す。
- ・ 市町村は介護保険の保険者として、介護保険事業の将来的な持続性という観点から、適切な評価を行う。

第8章 普及啓発

自助・互助の役割の重要性や、自宅で暮らし続ける選択肢があることなどについて、本人・家族、地域住民、事業者の理解を得るため、普及啓発を行う必要がある。

区分	普及啓発の内容
本人・家族	かかりつけ医を持ち定期的に健診を受診することや、医療や介護が必要になった場合でも自宅で暮らすことができることを呼びかける。
地域住民	日頃から地域社会との関わりを保ち、近隣同士で互いに助け合うことの重要性について呼びかける。
医療・介護サービス従事者	多職種がお互いの専門性や立場を尊重し、連携してサービスを提供することを呼びかけるとともに、患者に不利益となるようなサービス提供体制を是正するよう呼びかける。

第9章 提言のまとめ

システムが県内各地域で速やかに構築されるよう、改めて次のとおり提言する。

区分	取り組むべきこと
市町村	<ul style="list-style-type: none">・ システム構築において中心的な役割を担うべき立場にあることを認識し、地域の関係者と一体となって、できる限り速やかにシステム構築に取り組む。・ 地域支援事業の充実に対して積極的に対応すべきである。・ 基礎自治体として自助の活用、互助の組織化に努める。
県	<ul style="list-style-type: none">・ 提示したモデルについて、モデル地区を設定してシステム構築のための事業（医療と介護の連携から、予防、生活支援、住まいの確保まで段階的に実施する3年間のモデル事業等）を実施し、他の地域にその状況を示して取組を促進させる。・ システムの中で高齢者を支えていく人材を育成する。
国	<ul style="list-style-type: none">・ 市町村が、創意工夫に富んだ取組ができるよう、介護予防や生活支援などの地域支援事業に係る事業費の上限等の規制をできるだけ撤廃、縮小する。・ 地域包括支援センターが、その役割を十分に果たすことができるよう、人員・財源確保などの体制整備に十分な支援を行う。
県民	<ul style="list-style-type: none">・ 自ら健康づくり、介護予防に努め、健康寿命の延伸を目指す。・ 在宅生活で最期を迎えることを受け入れる心構えを持つ。・ 積極的に支えあいの一員になっていただくことが必要。