

まとめ

これまで地域包括ケアシステムの姿や構築における関係者の役割等について示してきたところであるが、県内各地域で速やかにシステムが構築されるよう、最後に改めて次のとおり提言する。

<市町村>

- 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べきである。
- 介護保険の保険者の立場として、質の高いサービス提供を図るとともに、平成27年度からの第6期介護保険事業計画については、平成37年を見据えた地域包括ケアの計画と位置づけて策定することが望まれる。
- 国において検討されている、地域包括ケアシステム構築に向けた地域支援事業の充実（在宅医療・介護の連携推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実・強化、介護予防の推進、地域包括支援センターの機能強化）に積極的に対応すべきである。
- 地域包括支援センターがシステム構築に必要な専門知識を有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ことが必要である。
- 住民に地域包括ケアシステムについて、よく理解してもらうよう広報に取り組むべきである。
- 地域包括ケアシステムは、医療サービスや介護サービスだけではなく、住まいや移動、食事、見守りなど地域のもつ生活支援機能全般を高めるという意味で「地域づくり」、「コミュニティづくり」であり、どのような地域・コミュニティをつくっていくかという視点を持ちながら、システムを構築していくことが望まれる。その際には、高齢者だけを対象とした地域づくりはありえないため、全世代を包括した地域づくりという捉え方が必要である。

<県>

- 地域包括ケアシステムの構築の主体となるのは市町村であり、県はその後方支援の役割を担う。地域包括ケアシステムが必要とされながら、なかなか取組が進んでいない現状を考えると、県がモデル地区を設定して、システム構築のためのモデル事業を市町村と一緒に実施し、その姿を他の地域に見せ、取組を促進させることが有効と思われる。（P. 62）

また、その事業の実施状況や課題等も含めて、広く一般県民に対し、地域包括ケアシステムについて普及啓発を進めることも必要である。

- 今後、高齢者が急増していく中、地域包括ケアシステムで高齢者を支えていく人材もより多く必要となっていく。また、これまでの病院や施設中心の医療、介護から地域中心の医療、介護へと移っていく転換期に当たるため、その中心となる人材の育成も重要であり、これらは県において積極的に取り組むことが望まれる。

<国>

- 地域包括ケアシステムの中で大きな役割を担うこととな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・財源の確保などの体制整備について十分な支援を行うことが必要である。
- 地域包括ケアシステム構築の主体である市町村は、また介護保険の保険者でもある。例えば介護予防や生活支援などの地域支援事業の事業費は、上限が定められているが、今後、各市町村の独自性が求められていく中で、創意工夫に富んだ取組が可能となるようにするなど、規制の撤廃、緩和が望まれる。
- 地域包括ケアシステムの構築によるメリットについて、医療費、介護費の抑制効果を含めて、国民にわかりやすく示すことが望まれる。

<県民>

- **自ら健康づくり、介護予防に努め、健康寿命（*）を伸ばすことが必要**である。* 健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
- 自らの最期の迎え方について考え、その考えを周囲に伝えておくことが必要となってくる。また、今後、単身また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を見ているが、翌日になったら一人で亡くなっていたということもあり得る。こうしたことも受け入れる心構えを持ちながら、在宅生活を継続していくことが必要となってくる。
- 少子高齢化が進行していく中、持続可能な社会保障のあり方を考えると、公助・共助の大幅な拡充は困難であり、地域において自助・互助を拡充し、みんなで支え合う社会を築くことがますます重要となってくる。そのためには、元気な高齢者を含め、**住民が積極的に支え合いの一員となる**ことが必要である。

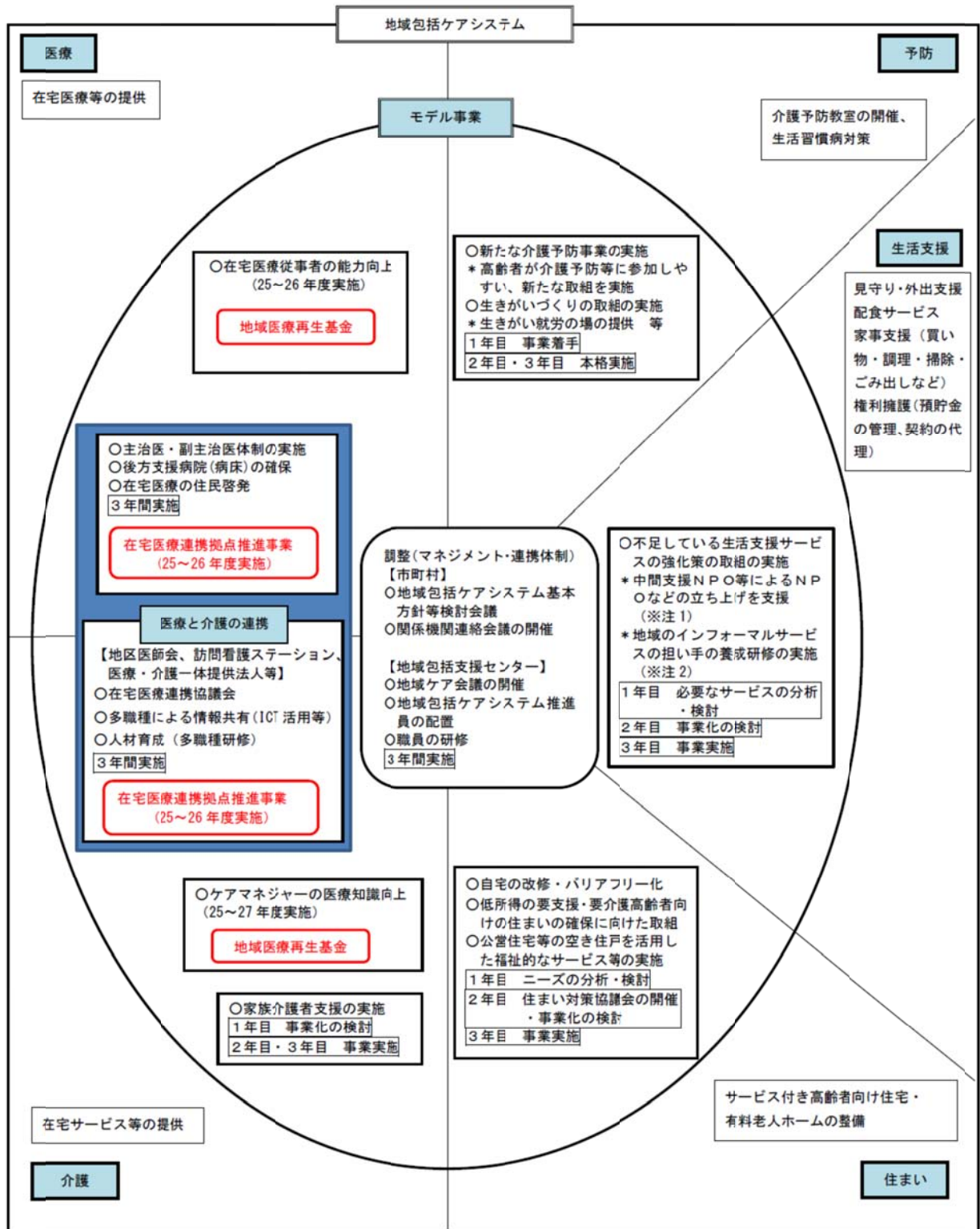
(県が実施するモデル事業)

- 県は、第4章で示した4つのモデル(地区医師会モデル、訪問看護ステーションモデル、医療・介護等一体提供モデル、認知症対応モデル)を実際に構築するため、市町村と一緒にモデル事業を実施すべきである。
- モデル事業の内容としては、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基盤整備を行うことが求められ、**3年程度、継続して実施することが必要である**。その場合、**最初にシステムの要となる医療・介護等の関係機関による連携体制を構築し、その後段階的に介護予防、生活支援、住まい対策として新たな先進的取組を進めていくべきである**。
(P.64・65)
- 初年度は、関係機関のネットワーク化のために、市町村レベルの関係職種等の団体組織による会議と、地域包括支援センターレベルでの地域ケア会議を開催することが考えられるが、地域ケア会議は、個別ケースの課題分析の積み重ねにより地域課題を発見できるよう、質の高いものとする必要がある。そのためには、地域包括支援センターの人員体制の強化も必要となってくる。
また、医療と介護の連携については、在宅医療提供体制の整備(主治医・副主治医制の導入や後方支援病院(病床)の確保等)を進めるとともに、ICTを活用した関係者間の情報共有、在宅医療に関係する多職種の研修、在宅医療に関する住民への啓発などを行うことが考えられる。
なお、これらは3年間継続して取り組むことが重要である。
- また、医療と介護の連携を進める際に、市町村は、それぞれのモデルごとに、地区医師会や訪問看護ステーション、医療・介護等一体提供法人と連携して進める必要がある。
- さらに、医療と介護の連携については、その先駆的事业である「**在宅医療連携拠点推進事業**」(*1)や、**地域医療再生基金によるさまざまな事業**(在宅医療従事者の能力向上、ケアマネジャーの医療知識向上、「ザ・イエローカードシステム」(*2)など)を積極的に活用してシステムをつくり上げていくべきである。
*1 市町村や地区医師会が、医療と介護に携わる多職種の連携を促進し、関係者が働きやすい仕組みを整備することにより、高齢者が自宅で安心して療養できる環境を整える事業。平成25年1月から県内12か所で実施。
*2 愛知県医師会総合政策研究機構が主導して作成した「イエローカード」を使用した多職種間の情報共有のためのシステム。「イエローカード」は、在宅療養中の患者が重症化する前に適切な医療が受けられるよう、患者の状態について、ヘルパー、訪問

看護師等が、定期的及び必要の都度、カードに記載の項目をチェックし、各職種（歯科医師、薬剤師、作業療法士、理学療法士、栄養士等）に橋渡しをするもの。

- 2年目は、初年度の関係機関の連携の取組を継続するとともに、高齢者が介護予防に参加しやすい新たな取組や、高齢者の社会参加・生きがいづくりと融合した介護予防の取組などを実施していくことが考えられる。このための検討・準備は初年度から行う必要がある。
- 3年目は、地域で不足している生活支援サービスを実施する団体の立ち上げや、高齢者にその担い手になってもらう取組など、生活支援サービスの充実を図るとともに、地域における住まいの課題（低所得・要介護の高齢者の住まい、公営住宅の活用など）に対する具体策を実施することが考えられる。このための検討・準備は同様に初年度から行う必要がある。
- 認知症対応については、地域医療再生基金を活用して、県医師会が主導して一般病院の認知症対応力の向上が図られることとなっているが、これに加え、モデル地区において、認知症ケアパスの作成・活用、初期集中支援チームの設置、認知症予防事業の実施、徘徊・見守りSOSネットワークの構築・拡充、認知症の人や家族が集う場の設置、グループホームの拡充などに積極的に取り組むことが考えられる。
- また、早期に、県内全域に地域包括ケアシステムを広めていくには、平成26年度から、県内の各医療圏において地域包括ケアシステム構築に向けた取組がスタートすることが望ましい。そのためには、上記の3年間にわたるモデル事業や在宅医療連携拠点推進事業のほかに、**医療と介護の連携に集中的に取り組む単年度のモデル事業も実施し、すべての医療圏でいずれかの取組がなされるようにすることが考えられる。**
- モデル事業の実施状況や、実施して明らかになった課題などについては、毎年度、報告会を開催するなどして県民や他の市町村等に示し、取組を普及させるきっかけにするとともに、第1章で見た市町村別データの推移などを幅広く分析し、評価を行っていくべきである。

想定されるモデル事業



※注1：中間支援NPOは、NPOを支援するNPOとして、新たな生活支援サービス等の活動を行うNPOの立ち上げを支援する。

※注2：インフォーマルサービスの例：NPO・ボランティアや民間事業者による家事全般（買い物、掃除、洗濯等）、訪問（安否確認、話し相手）、外出、趣味活動等への参加支援、社会資源への橋渡し 等

想定されるモデル事業（認知症対応部分）

