

平成25年(2013年)12月 第2卷1号

ISSN 2186-9960

順天堂保健看護研究

Juntendo Journal of Health Sciences and Nursing

 順天堂大学保健看護学部

Juntendo University School of Health Sciences and Nursing

 総 説

順天堂大学保健看護学部 順天堂保健看護研究 2
P.20-30 (2013)

地域包括ケアシステムの構築に関する一考察

On Establishing Compre Care-System in the Community

稲葉光彦*

INABA Mitsuhiko

要 旨

日本の高齢化が急速に進んできている中で、高齢者夫婦のみの世帯、高齢者の単独世帯の増加は顕著であり、それにともない要介護高齢者が増加し、老老介護が社会問題化してきている。

高齢者にとって介護問題は老後における重要な課題である。そこで国は、現在のシステムでは介護ニーズを支えきれないと考え、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みの必要性を打ち出した。

高齢者が住み慣れた地域で医療と看護をはじめ介護・生活支援など様々なサービスを受けられるよう、各機関が連携して高齢者を支える仕組みを構築するため抜本的な制度や政策の整備が急務となり、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部が改正された。

その改正された主要な法律制度について解釈し、国が進める地域包括ケアシステムについて分析しながらその問題点と課題について考案した。また、事例として在宅福祉に挑戦している長野県泰阜村及び地域包括ケアシステムの先駆的な「社会福祉法人小田原福祉会高齢者総合福祉施設潤生会」について紹介した。

索引用語：介護保険制度、老老介護、在宅福祉、地域密着型サービス、複合型サービス、定期巡回

Key words : nursing care insurance system, an old man cares for an old man, welfare for residential home care, community-based service, complex type service, periodical patrol care

1. はじめに

わが国は2010^{*}（平成22）年に総人口に占める高齢化率は23.1%となり、超高齢社会に入った。総人口の5人に1人が高齢者となり、また75歳以上が総人口の9人に1人の割合となった。そして、2017（平成29）年には、75歳以上の人口は、65歳～74歳人口を上回ると見込まれて2025年には、75歳以上の人口が約2200万人に上るとされる。それに伴い要介護者も

急増すると予測されている。

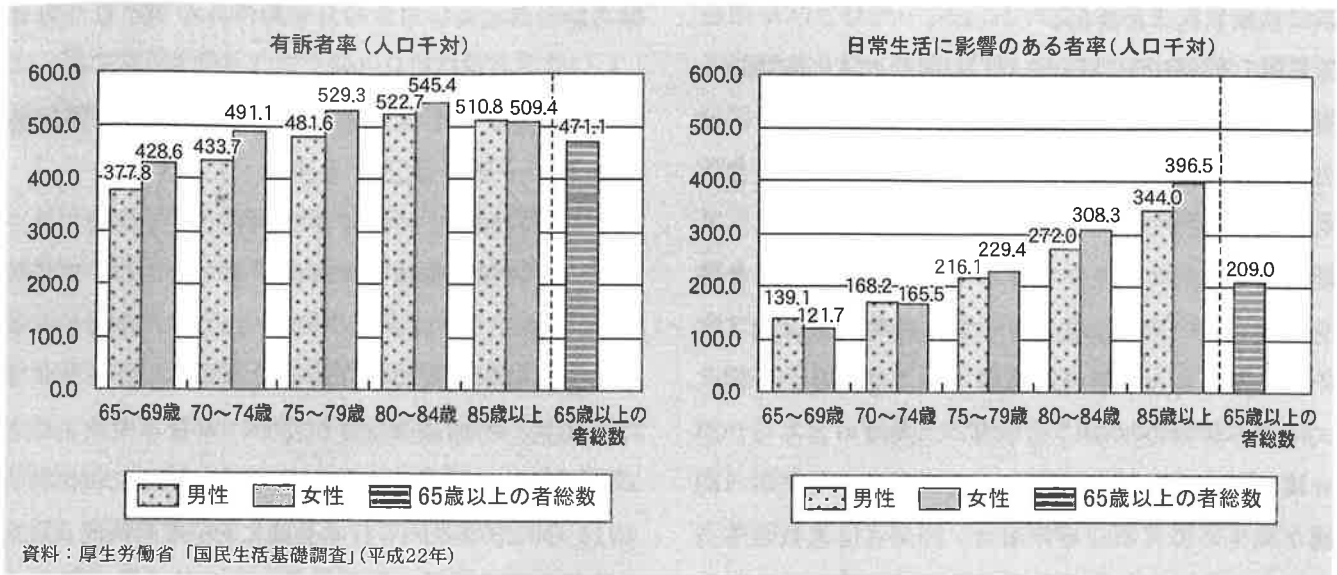
国立社会保障・人口問題研究所が公表した「日本の将来推計人口」によると、わが国の高齢者率は2030（平成42）年に31.8%、2055年には40.5%に上昇すると見込まれている。日本の平均寿命は2009（平成21）年男性79.5年、女性86.4年が2055年には男性83.6年、女性90.3年となり、女性の平均寿命は90年を超える。このように短期間で高齢化率が急激に上昇していく。

65歳以上の高齢者が世帯主である高齢世帯は、2030（平成42）年には1,903万世帯へと見込まれる。

*富士常葉大学

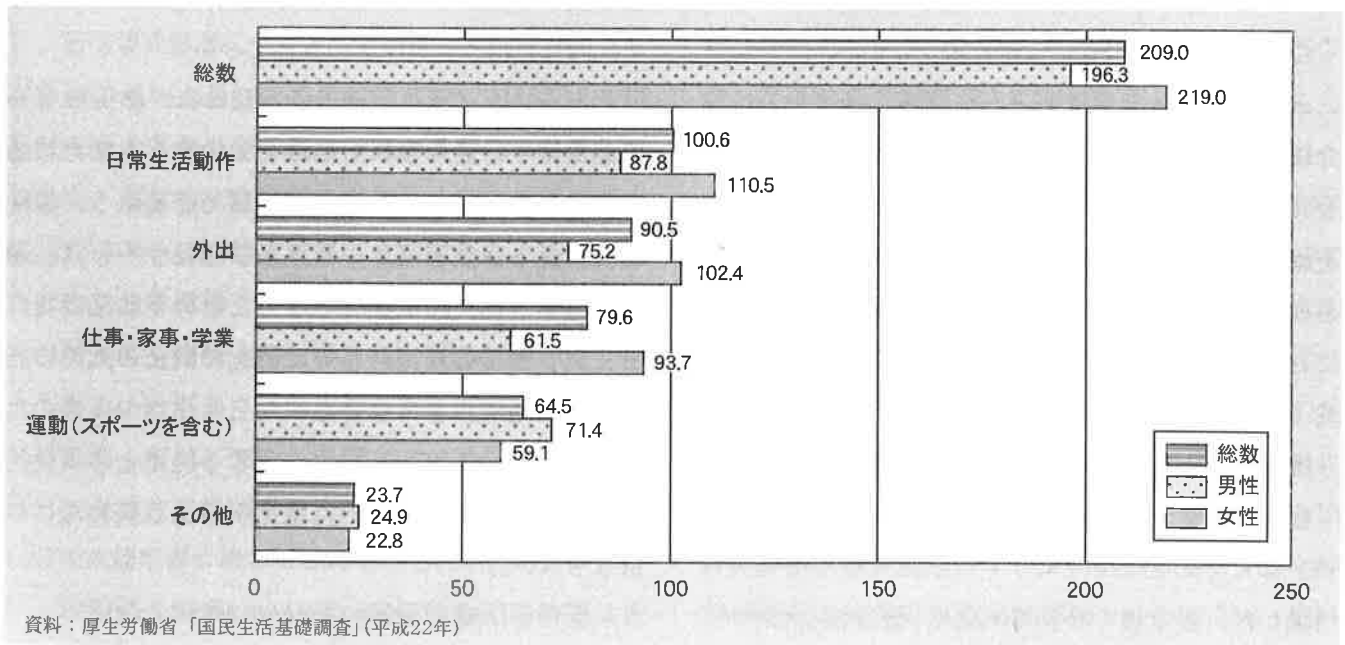
* *Fuji Tokoha University*

(Nov. 20, 2013 原稿受付) (Nov. 30, 2013 原稿受領)



(『高齢社会白書 (平成24年版)』P27)

図1 65歳以上の高齢者の有訴率及び日常生活に影響ある者率 (人口千対)



(『高齢社会白書 (平成24年版)』P28)

図2 65歳以上の高齢者の日常生活に影響のある者率 (人口千対)

男女とも65歳以上の一人暮らしの単独世帯の増加は顕著であり、1980(昭和55)年には男性約19万人、女性約69万人であったが、2010(平成22)年には男性約139万人、女性約341万人となった。2030(平成42)年高齢者単独世帯は37.7%へと増加することが見込まれている。

このように高齢者の生活基盤も大きく変化し、制度や政策の整備が急務である。

戦前は「家」制度に基づき子供が親を扶養するのは当然の義務であったが、戦後新憲法の制定と民法改正により、家族制度を支える法律が改正され、個人の尊厳と男女平等に基づいた家族規範へと改めら

れ、核家族化へと変化していった。

1980年代後半以降、老親の扶養に関する意識は大きく変化し、親への扶養意識は急激に低下して、特に親の介護問題等は家族の精神的支柱にはなり得ても、家族だけでは対応できない問題が表面化し、社会問題となってきた。従来のような家族による介護を前提としての社会福祉サービスの考え方は現実にそぐわなくなってきた。急激な少子高齢社会を迎え、夫婦のみ世帯の増加にともない、夫婦のどちらかが介護を要する状況になったとき、老老介護という問題が発生してくる。その場合、介護者は息抜きも自由に外出することもできず、自らの健康を害することもある。今後単独世帯が増え続ける中で、特に女性のひとり暮らし世帯の増加が予想される。

このような家族関係の大きな変化により、家族のみによる高齢者の介護は明らかに限界にきている。要介護を必要とする人が住み慣れた地域で生活する場合には、地域で社会的介護システムを確立し、生活を継続することができる各種の生活支援サービスが必要となってくる。高齢者にとって介護問題は老後における重要な課題である。そのような中で、2000(平成12)年4月に「介護保険制度」が高齢期における介護を社会全体で支える仕組みとして施行された。

要介護(要支援を含む)認定者数は、2000(平成12)年に256万人が2012(平成22)年485万人と増加した。要支援1が約60万人、要支援2が約65万人、要介護1が約85万人、要介護2が約65万人、要介護3が約71万人、要介護4が約63万人、要介護5が約56万人となっている。第1号被保険者に占める要介護者数の割合が16.2%であり、65歳以上の高齢者6人に1人が要介護者となり、サービス受給者は2000(平成12)年には約149万人が2010(平成22)年には403万人と増加した。特に居宅サービス受給者は10年間で197万人も増加し今後ますます要介護認定者が増大し、これにともない、介護保

険の給付が拡大してくると予想される(図1)(図2)。

II. 「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」について

介護保険制度を持続可能な制度として構築するために、社会保障審議会介護保険部会等において検討され、2011(平成23)年3月11日、「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」が閣議決定されたが、東日本大震災により2011(同23)年4月5日第177回国会に提出され、2011(同23)6月15日本会議において可決成立した。

今回の改正は、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを進めるためである。具体的な改正内容を以下5項目について抜粋した。

1) 国及び地方公共団体の責務について

第五条の1『国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護支援状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。』

2) 認知症に関する調査研究の推進について

第五条『国及び地方公共団体は、被保険者に対して認知症(脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態をいう。以下同じ)。に係る適切な保健医療サービス及び福祉サービスを提供するため、認知症の予防、診断及び治療並びに認知症である者の心身の特性に応じた介護方法に関する調査研究の推進並びにその成果の活用に努めるとともに、認知症である

者の支援に係る人の確保及び資質の向上を図るために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。』

3) 地域密着型サービスへの新たなサービスの追加について

第八条『「地域密着型サービス」とは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問看護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び複合型サービスをいい、「地域密着型サービス事業」とは、地域密着型サービスを行う事業をいう。

この法律において「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とは、次の各号のいずれかに該当するものをいう。

一、居宅要介護者について、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、その者の居宅において、介護福祉士その他第二項の政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるものを行うとともに、看護師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助を行うこと。ただし、療養上の世話又は必要な診療の補助にあつては、主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めた居宅要介護者についてのものに限る。

一、居宅要介護者について、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、訪問看護を行う事業所と連携しつつ、その者の居宅において介護福祉士その他第二項の政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるものを行うこと。』

4) 複合型サービスについて

第二十七条『「複合型サービス」とは、居宅要介護者について、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、

通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認証対応型通所介護または小規模多機能型居宅介護を二種類以上組み合わせることにより提供されるサービスのうち、訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組み合わせその他居宅要介護者について一体的に提供されることが特に効果的かつ効率的なサービスの組み合わせにより提供されるサービスとして厚生労働省令で定めるものをいう。』

5) 地域包括支援センターの機能強化について

第百十五条の四十六『「地域包括支援センター」に設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員法（昭和二十三年法律第九十八号）に定める民生委員、高齢者の日常生活の支援に関する活動に携わるボランティアその他の関係者との連携に努めなければならない。』

その他に介護予防・日常生活支援総合事業の創設は、市町村の判断により、要支援者・介護予防対策者向けの介護予防・日常生活支援のサービスを総合的に実施できる。介護予防事業、介護予防ケアマネジメント事業、介護予防サービス事業、被保険者の地域での自立した日常生活の支援のための事業を行う。

また、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画の見直し、地域密着型サービス等の市町村の独自報酬設定権の拡大、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等に係る公募、介護サービス情報公表制度の見直し、財政安定化基金の特例等についての改正が行われた。

このように、今回の改正は、高齢者が住み慣れた地域の中で必要なサービスを利用しながら安心して暮らし続けるために、小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の既存の在宅サービスを組み合わせ提供する複合型事業所が創設され、ひとつの事業所からサービスが組み合わせて提供され、サービ

ス間の調節が行われやすくなり、一体的に提供することにより、医療ニーズの高い要介護者への支援の充実をはかった。

日中・夜間を通じて、定期巡回訪問と随時対応等を適宜・適切に介護看護のサービスを行うため、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援を推進していく。

特に、単身・重度の要介護者などができる限り在宅生活を継続できるように24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを推進していく。

地域包括支援センターは、介護サービス事業や医療機関、民生委員、ボランティア等の関係との連携に努めることと明記され、市町村は委託の地域包括支援センター等に対して包括的支援事業の実施にあたって運営方針を示さなければならなくなった。

III. 「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部改正」と「社会福祉士及び介護福祉士法施行規定の一部改正」について

「介護サービス基盤強化のための介護保険法等の一部改正する法律の施行に伴い、2011（平成22）年10月「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部改正」が行われた。

国は、高齢者等が安心して暮らすことのできる社会を実現するため、介護従事者等が重要な役割を担っていくため、介護従事者等行為範囲の人材確保とサービスの質の向上及び処遇改善についての施策の在り方について検討され、見直しがされた。

喀痰吸引等の業務が法制度として位置づけられた。

（医師の指示の下に行われる行為）

第一条 社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年法律第三十号。以下「法」という。）第二条第二項の厚生労働省令で定める医師の指示の下に行われる行為は、次のとおりとする。

一 口腔内の喀痰吸引

二 鼻腔内の喀痰吸引

三 気管カニューレ内部の喀痰吸引

四 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養

五 経鼻経管栄養

しかし、喀痰吸引等により万が一の事故の際は医行為を行った介護職員だけに責任が及ぶのか、あるいは関係者全体の中で検証が行われるのか問題がある。本来、医師、看護師が行う医行為である喀痰吸引等を都道府県知事の登録を受けた登録研修機関において50時間の講義と演習を終了した介護職員が認定の対象となる。

また、介護報酬改定により介護職員の処遇改善が行われた。これまでの処遇改善の取り組みが継続されるよう「介護職員処遇改善加算」を創設した。介護職員は心身の負担の重さに比べて給与水準が低く、他の業種に比べ早期の離職率が極めて高く、今後も介護報酬の見直しが求められている。また、介護福祉士の資質向上を図るため介護福祉士の資格取得方法の見直しも行われた。

国は地域包括ケアシステムの推進のため、2005（平成17）年に地域密着型サービスや地域包括支援センターの創設等により、その考え方が見られたが、今回の改定にともない、2025（平成37）年に向けた「地域包括ケアシステム」の構築が更に前面に押し出してきた。

IV. 地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステムとは、高齢者が住み慣れた地域で医療と看護をはじめ介護・生活支援などさまざまなサービスを365日・24時間必要な時にいつでも一体的・継続的に受けられる安心して暮らしつづけることができる体制の提供である（図3）。

これまでは要介護者の高齢者が病気になり病院に入院しても症状が回復すると、次は入所する介護施設を探さなくてはならないといった医療、介護サー

○住まい医療介護予防生活支援が体的に提供される地域包括ケアの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになる。

<改革の主な具体策>

- ・24時間対応の訪問サービス、グループホームや小規模多機能型サービスなどのサービスが充実。
- ・介護予防事業等により要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発になる。
- ・介護職員の処遇を改善し、キャリアパスを確立することにより、介護に必要な労働力が安定的に確保され、介護職員が誇りを持って仕事に取り組むことができる。



※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもので、人口1万人の場合

(『平成24年度版高齢者労働白書—社会保障を考える—』P388)

図3 社会保障・税一体改革成案による介護の将来像

ビスは一体的ではなく、バラバラでそれぞれ対応をしなくてはならず、高齢者や家族にとっての負担が大きく医療と介護の一体化が求められていた。そのためにも、地域包括ケアシステムへの期待は大きい。

地域包括ケアシステムの実現を目指すため、日常生活圏域のニーズを調査し、地域の課題やニーズを把握することが必要である。(例えば認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援の位置づけ等)

要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護が連携し合い、短時間の定期巡回型訪問と随時対応サービスを創設する。

複合型サービスによる小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせた対応を行っていく。

利用者は、ニーズに応じて医療ニーズに対応した小

規模多機能型サービスを受ける。これにより、事業者は柔軟な人員配置が可能になると考えられている。

介護予防・日常生活支援総合事業については、市町村の判断により、要支援者・介護予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる制度を創設した。

また、市町村・地域包括支援センターが利用者の状況や意向に応じて予防給付で対応するのか、新たな総合サービスを利用するのかを判断する。

市町村が主体となって、介護予防、見守り、配食、買い物など多様な生活支援サービス、認知症の人に対する財産管理など権利擁護、社会参加等について、総合的で多様なサービスを提供する。高齢者専用賃貸住宅の整備や持ち家のバリアフリー化も推進するとしている。

地域包括ケアシステムを各地域で構築していくために、地域内で介護保険関連サービスだけでなく、医療保険関連サービス、住民主体のサービスやボランティア活動等の連携を強化する。また、家族・親族等による役割を期待した中で、地域の中で体制を構築するために「自助・互助・共助・公助」のそれぞれに関わる関係者が能力を出し合ってこのケアに取り組む体制を構築していくことを期待しての創設である。

地域包括ケアシステムの先駆けの「在宅福祉の村」長野県泰阜村と「地域包括ケアシステムの先駆け」高齢者総合福祉施設潤生会について紹介したい。

実例1 在宅福祉の村—長野県泰阜村について—

長野県泰阜村は長野県の最南端に位置し面積は約65 km²、山林が81%を占めている。2011（平成23）年11月の人口は1,847人で、世帯数737世帯、高齢者世帯は301世帯、そのうち65歳以上の高齢者は716人で単独世帯は107世帯であり高齢化率は38.0%である。19の集落が点在し、高齢化率50%を超える集落も6つもあり、超高齢社会の典型的な過疎の村である。

泰阜村は、親の面倒は子どもがみるのがあたり前、それができない様では親不孝、そして嫁が介護するのはあたり前という旧来の家族制度の考え方が根強く残っていた。在宅福祉に対しては否定的で、ヘルパーの受け入れを拒むような状況であった。しかし、家族機能の変化により、介護を家族責任だけで解決できる問題ではなく、また嫁の負担があまりにも大きく、限界を超える結果となった。

1988（昭和63）年に高齢化率が20%を超えた頃から、高度経済成長により村から若者が都会へ流失しはじめ、家族機能も大きく変化しはじめた。村の高齢者をどう支援していけばよいか、家族だけで高齢者の介護を支えることができなくなってきた。村の高齢者は介護を必要となっても、都会へ出ていった子どもに

は迷惑や負担をかけたくない。しかし、村の高齢者の大部分は国民年金を頼りに生活しており、その収入は極めて少ない。また、村民の高齢者のほとんどが、施設で長生きするよりも、自分の住みなれた家で最期を迎えたいと願っているため、どう支援していけばよいか、村として保健、医療、福祉の連携をどうすればよいか大きな課題となった。そこで松島貞治村長はじめ、村の行政担当者は高齢者を支援するのは医療でなく福祉であるという理念のもとに、誰でも老い死んでいく現実を認め、障害をありのまま受け止め、受け入れ、人として高齢期をどう生きるかを出発点として在宅福祉の事業が始まった。村の基本理念は「村の発展に尽くした高齢者に幸せな最期を提供すること」が行政の責任と考えている。そして泰阜村の在宅福祉の三原則は①ノーマライゼーション（「老い」は誰にも訪れる。高齢になっても障害を持っても通常の人生の継続）②自己決定（どこでどのように暮らすか、どのように人生を終えるか）③社会参加（残る能力を活かし、地域へどう参加するか）のもとで、今までの人生の延長として、在宅あるいは泰阜村の中で幸せな最期を迎えられるよう福祉事業を推進していくことを決めた。

そして、村の福祉担当者の共通認識は「介護される側の気持ちを尊重する」という概念のもとで従事していくことに努めることを確認事項として決めた。

在宅福祉事業の特色としては訪問介護（在宅入浴、訪問看護等）通所介護、在宅医療（往診）を臨終まで在宅で行う。福祉用具貸出（ベッド、車いす、スローピ、ポータブルトイレ）給食サービス、地域デイサービス等の事業が行われている。そして、泰阜村の在宅福祉は高齢者の生活を支えるサービスに制限をもうけずに必要なサービスは十分に提供することを大事にし、面倒な申請は後回しして、電話1本でサービスはタイムリーに対応し、本人が望めば在宅での介護、看護、医療の提供により単独世帯でも終末ま

で在宅を継続する支援が行われている。

村役場での福祉事業を進めていくにあたり、各部署の連携が縦割りであり、どうしても連携不足のため1987(昭和62)年に保健衛生グループを発足し、保健、医療の総合をはかり、1988(昭和63)年に保健、医療、福祉を統合し、それらの機能を診療所へ集中させ情報をタイムリーに共有し、効率よく対応できるよう改善をはかった。

診療所への送迎車賃を無料化し、1988(昭和63)年に診療所での老人医療費窓口負担を村が肩代わりしていた。また、2000(平成12)年に介護保険制度がスタートしたが、それまで村は介護サービス等を無料で行ってきた。介護保険の受益者負担が1割の問題が出てきて、在宅介護サービスの再検討する必要性がでてきた。今までは介護のサービスの補助制度がサービス量に応じて交付されてきたが、介護保険制度はどのくらいサービスをしたかが基準で介護報酬が決める。特に、重度要介護者の負担をどうするか問題となった。

村として、どうしたら利用料の軽減ができるか検討され、泰阜村の独自施策が考えられた。村の高齢者のほとんどが国民年金の受給者であり、利用料の1割負担は大きな負担となる。そこで村は自己負担分の6割を村が肩代わりすることになった。また、介護保険制度では、要介護状態区分により限度額が設定され要支援・要介護のサービスを受けた場合には介護保険制度を越えた分全額が個人負担となるが、泰阜村では限度額を超えた分の利用料はすべて村で負担することになった。このように泰阜村は在宅福祉への挑戦を行っている。元気な高齢者は介護等の仕事に積極的に参加してもらうため、高齢者協同企業組合員になってもらい、地域のボランティア活動に積極的に参加してもらっている。また、「住宅事業」により、村内職工組合員による高齢者住宅の修理、庭木剪定などを行っている。「よろずボラの会」により、在宅

で暮らす人達的生活支援(ゴミ出し、電球交換)など、「中学生ボランティア」は、独居高齢者宅を訪問し手助けを行っている。このように、泰阜村は高齢者の孤立を防ぎ高齢者が安心して暮らせる地域づくりを行っている。そして、住民やNPOと連携して地域での支え合いが行われている。

実例2 地域包括ケアシステムの先駆けといえる「社会福祉法人小田原福祉会高齢者総合福祉施設潤生会」について

潤生会は神奈川県内の小田原市と南足利市を中心として、特別養護老人ホーム・短期入所(ショートステイ)・通所介護(デイサービス)・訪問介護・夜間対応型訪問介護・訪問入浴介護・配食サービス、居宅介護支援の介護サービス等を35年以上に亘り、地域の介護サービスを提供してきている。

小田原市や南足利市においても、高齢化が急速に進み、単身高齢者や老老介護、認知症などにより生活支援が必要な人びとが増加してきている。多くの高齢者は住み慣れた住まいで暮らし続けたいと願っており、その要望に答えるために、潤生園は35年前から介護や福祉サービスの統合化、保健・医療・看護などとの連携を図り、サービスを365日・24時間、一体的・包括的に提供し、介護を必要とする高齢者を地域で支え続けるための地域拠点として活動を展開してきている。

その理事長・園長である時田純氏は在宅介護の支援が必要な高齢者を地域でどう支えるかについて、「在宅で療養する高齢者や、障害を抱えるためには、医療と看護をはじめ介護・生活支援・住まいなど、さまざまなサービスが365日・24時間必要な時にいつでも、一体的・総合的に利用でき、住み慣れた家庭や地域で暮らし続けられる社会を作らなければならない」と述べている。潤生園は高齢者や障害者が地域で暮らせるためには、高齢者に対して相談・訪問・通所

等のサービスや、短期入所・長期入所・グループホームなどを整備し、「市民を介護で困らせない」という目標にむかって、地域で対応してきている。

潤生園は、①通常型の訪問介護のほか、他事業所ができない②夜間対応型訪問介護、③定期巡回・随時対応訪問介護のほか、④介護予防訪問介護、⑤自立支援訪問介護など、総合的な訪問介護の提供体制を整備し、サービスが必要な人びとが可能な限り、住み慣れた家庭や地域で安心して暮らし続けられるように支援してきている。

また、潤生園では「介護は人なり」との理念のもとに、専門研修により人材育成と介護の質を高めるために「人材育成センター」を設置して、年間数十回を超える専門的な研修を実施している。

時田純理事長は、地域包括ケアシステムの構築に関して「介護と医療の連携強化が重要であり、また、行政、地域社会をはじめボランティアなどの連携が不可欠である。」

と指摘している。このように地域包括ケアシステムには、医療や介護など専門家以外にも地域の幅広い支援が欠かせない。

また、時田理事長は24時間体制により、深夜や早朝に対応できる医師、看護師や介護職員の確保が地域包括ケアシステムを構築していくにあたり大事であり、現在、特に看護師の確保が難しく、今後いかに人材の確保ができるかにかかっていると指摘している。

V. 地域包括ケアシステムの問題点について

地域包括ケアシステムは高齢者に対して、日常生活圏で生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療・介護・福祉サービス等に対して支援サービスを行っていく将来構想として期待されているが、いくつかの課題が浮かび上がってくる。今後、医療費、介護保険給付費は増大してくる中で、財源をどう減らすか、この地域包括ケアシステムがその給付抑制を

念頭に組み立てられていないかどうか、この制度を第一に高齢者のケア等の保障のための立場で考えられているかどうか問題である。今、国は医療費負担を減らすため、施設介護から在宅介護へ、入院医療から在宅医療へと考え、入院期間の短縮を図っている。まだ医療が必要な患者が在宅に戻ってくるケースもしばしばあり、地域包括ケアシステムが入院医療費のさらなる抑制の受け皿にならないよう注意をしていく必要がある。同システムを国や地方公共団体は支援だけにとどめておくのではなく、責任をもって保障する施策に位置付けて、このシステムを制度化していく必要がある。

地域包括支援センターについては、地域包括ケアシステムの中で、重要な役割として位置づけられるが、同センター職員の資質がポイントとなり、力量や能力が問われることになり、各地域包括支援センターの支援の度合いが異なったりする可能性がでてくる。

職員の資質の向上が重要なポイントとなる。現在、同センターのほとんどは、少人数で要支援認定に対する介護予防マネジメントの仕事に忙殺されているのが現状である。介護内容の相談の他に退院援助、認知症の対応、単独世帯、高齢者のみ世帯、成年後見制度、家族問題、身寄りがない人の相談、虐待など様々な相談を受けている。地域包括ケアシステムが創設されると、同センターは医療機関・介護事業所・住民福祉活動の拠点となり、更に業務量が増えていくことが考えられ、地域支援事業に十分な力量を発揮することができるかどうかという問題がある。

今回の介護保険改定により、市町村が主体となって、介護予防、見守り等、多様な生活支援サービスなどを総合的で多様なサービスを提供するため改定されたが、財政的な問題は明確化されていない。同ケアシステムの中で市町村がサービスを直接提供するのではなく、各組織や事業者に主体的に指導をしていく可能性が高いと思われるが、市町村は、公共サー

ビスを適切に運営し、住民にとって必要なサービスを積極的に提供し、地域での新たな支え合いの仕組みの構築に取り組むことが必要である。また、市町村は地域の潜在的ニーズと地域資源をしっかりと把握することが大事である。市町村は地域包括ケアシステム構築に向けた財源措置をどうすればよいのか検討していく必要があるとともに、保健所や福祉事務所機能が果たしてきた公的機関の再構築とともに連携が必要である。

地域包括ケアシステムの創設にあたって、自助、互助、共助に期待がかけられているが、今、日本では地域のつながりの希薄化が問題化され、地域間格差がみられ、地域によってそれぞれ条件が異なっている。

地域の組織力、都市と過疎地とその地区の高齢化率の違い等により対応の差が出てくると考えられる。地域によっては、機能低下により安定的に生活支援サービスを提供できない可能性もある。確かに住民による助け合いや、非営利共同事業体の「互助」は大切なことはいまでもないが、政策は保障なくして、あまり過度な「互助」を期待することは甚だ疑問である。

「自助」に関して、今後日本の家族構造は特に単独世帯、高齢者のみ世帯の増加により、大きく変化し扶養に対する意識も変わってきている。

老老介護も社会的問題となってきた。家族が心身ともに疲労困憊になっている家族も多い。家族のおかれている状況によっては「自助」による対応が不可能な場合もあり、施設ケアの方が適切な場合もあり、居宅か施設のケアかを高齢者本人や家族が自由に選択できることが重要である。

地域包括ケアシステムの導入にあたっては、医師、看護師や介護職員の人材確保が不可欠である。現在特に看護師の人材不足が深刻であり、どう確保するかが問題である。また、介護職員の離職率は他の業種に比べ極めて高く、介護職員の更なる待遇改善も必要であり、介護人材の安定確保とともに資質の向

上が重要である。

VI. おわりに

今後、高齢化率は上昇し続け、それにともない要介護高齢者数が増加し、高齢者ケアのニーズの増大、単独世帯、高齢者のみの世帯の増加により地域で孤立する高齢者の増加、また認知症を有する高齢者の増加が予想され、介護保険サービス、医療保険サービスのみならず、見守りなど様々な生活支援が必要になってくる。そのためにも、抜本的な制度や政策の整備が急務となってきたが、制度の手直しや財源の確保だけで解決できるものではない。長野県泰阜村のように、財政難に苦しんでいる中でも行政が高齢者に幸せな最期を提供することを基本理念として、在宅介護を望む高齢者に対応している。また、小田原市の潤生会のような福祉・医療法人が、地域に根を張り、地域包括ケアの実現のために活動しながらよりよい地域包括ケアの在り方に挑戦している。

現在我が国では、医療、介護、福祉の各分野のコーディネート機能が別立となっており、各々の提供システムは分断され、有機的な連携がみられない。地域包括ケアシステムは、日常生活圏の中で、高齢者の尊厳、個別性の尊重を基本に生活上の安全・安心・健康を確保するために、国及び地方自治体、地域、医療、介護事業者等あらゆる関係機関が連携して、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスのシステムを構築していくことを求められている。

また、一方、同システムは多くの地域住民の参加により「町づくり」という側面と地域資源の掘り起こしの役割を担ってはじめて同システムの構築が可能になる。現在、地域社会による支え合いは弱体化しており、特に都市部においては、地域社会の維持さえ難しい状況の中で、地域コミュニティをいかに再生していくかが課題である。

今、介護費用は増大しており、将来にわたって安定

的に介護保険を運営していくために給付と負担のバランスについては長期的な視点で考えていかななくてはならないが、しかし国は、医療費、介護保険給付費の増加する中、地域包括ケアシステムを財政抑制の視点で考えるのではなく、あくまでも高齢者の立場から必要なケアを必要に応じて提供することを目的とした、地域包括ケアシステムの構想でなくてはならない。財政的に厳しい長野県泰阜村のように、知恵をしばって村が在宅福祉に責任をもって対応していくように、必要な給付を国が保証したうえで同システムを構築していくことが大事である。

同システムを全国一律の画一的なシステムでなく、地域ごとの特性に応じ、地域ごとの創意工夫により取り組んでいくことが必要である。

地域包括ケアシステムを日常生活圏の中で医療、福祉の在り方やサービスをどのように提供するのか、そして、国・地方自治体は「同システム」を支援だけでなく公的責任をもち、そして、関係機関が連携しあって対応していくことが必要である。

引用文献

- 1) 平成 24 年版厚生労働白書、386 - 395、2012
- 2) 国民の福祉と介護の動向、 Vol.59 No.10、22-35、2012
- 3) 厚生労働省：厚生労働白書（平成 23 年版）社会保障の検証と展望—国民皆年金・皆年金制度実現から半世紀—、2011
- 4) 厚生労働省：平成 24 年版厚生労働白書—社会保障を考える—、2012
- 5) 内閣府：高齢社会白書（平成 23 年版）、2011
- 6) 内閣府：高齢社会白書（平成 24 年版）、2012
- 7) 厚生労働統計協会：国民の福祉と介護の動向 2012/2013、2012
- 8) 京都府保険医協会：国がすすめる「地域包括ケア」を考える、かもがわ出版、2011
- 9) 地域包括ケア推進モデル事業検討委員会：連携が生み出す地域包括ケア～区市町村社協と地域包括支援センターの連携を目指して～、東京都社会福祉協議会、2010
- 10) ヘルスケア総合政策研究所：医療白書 2011 年度版、株式会社日本医療企画、2011
- 11) レジデンシャルケア研究会議：地域包括ケアの行方「みえ高齢者元気・かがやきプラン」から課題とあり方を探る、筒井書房、2009
- 12) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会報告書、三菱 UFJ リサーチアンドコンサルティング、2010
- 13) 高橋紘士：地域包括ケアシステム、オーム社、2012
- 14) 池田真理子：泰阜村在宅福祉への挑戦、2011
- 15) 松島貞治・加茂利男：「安心の村」は自立の村、自治体研究社、2003

追記

長野県泰阜村は合併せず財政的に厳しい中で、在宅福祉を行っており、地域包括ケアシステムの構築に少しでも参考になればとの思いで事例としてあげさせていただいた。

調査にあたり、泰阜村住民福祉課地域福祉係長池田真理子氏に深く感謝の意を表す。学生達と調査に村へお伺いするたびに、御多忙の中時間をさいていただき、村の在宅福祉への挑戦について情熱をもって説明していただいたことに心から御礼申し上げます。

また、「社会福祉法人小田原福社会高齢者総合福祉施設潤生会」の時田純理事長には、地域包括ケアシステムの構築にあたっての問題点や課題について、ご教示していただき謝意を表する次第です。