

## ◎今号のテーマ◎ 地域包括ケアシステム

# 地域包括ケア時代に 求められる医療機関の役割

2012年4月1日から施行された改正介護保険法。今回の改正で核となったのが、「地域包括ケア研究会報告書」の考え方です。報告書で提唱されている「地域包括ケアシステム」は、24時間365日の訪問診療・訪問看護・訪問介護、高齢者住宅の整備など、高齢者が住み慣れた地域で、在宅を基本とした生活を継続していくための支援体制の構築を目指しており、今後の医療・介護提供体制のあるべき姿として、多くの関係者から注目を集めています。診療所や病院はどのようにかわっていけばよいのか、その方向性を探ります。

## 今号のPoint

- Point 1 地域包括ケアシステムの概要と課題
- Point 2 医療系への期待が高いサ付き住宅の運営主体
- Point 3 定期巡回と連携し「脱施設」を先取りせよ
- Point 4 医療機関ならではの役割担うことが必要

## 今号のKey word

### ● 地域包括ケア研究会報告書

2008年度老人保健健康増進等事業として実施された「在宅医療と介護の連携、認知症高齢者ケア等地域の在り方等研究事業」において、12年度からはじまる第5期介護保険事業計画の計画期間以降を展望し、地域包括ケアシステムのあり方やそれを支えるサービスなどについて具体的な検討を行うために開催された「地域包括ケア研究会」(座長：田中滋・慶応義塾大学大学院教授)によって、まとめられた報告書。

### ● サービス付き高齢者向け住宅(サ付き住宅)

サービス付き高齢者向け住宅とは、安否確認をはじめ、生活支援のサービスがついた高齢者用の賃貸住宅のこと。「高齢者の居住の安定確保に関する法律等の一部を改正する法律」(改正高齢者住まい法)の施行を受け、既存の高齢者円滑入居賃貸住宅、高齢者専用賃貸住宅、高齢者向け優良賃貸住宅を廃止し、サ付き住宅に一本化された。経過措置がないため、これらの賃貸住宅は要件を満たして登録しなければ、単なる賃貸住宅と見なされる。

### ● 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

2012年4月1日に施行された改正介護保険法で新設された介護保険サービス。訪問介護と訪問看護を組み合わせた定期巡回訪問と随時の対応を行うことで、介護施設で行われている24時間ケアを在宅で生活している利用者にも提供する。





## Point 1

## 地域包括ケアシステムの概要と課題

地域包括ケアシステムとは、団塊の世代が75歳以上を迎える2025年を見据えたビジョンとして「地域包括ケア研究会報告書」で提唱された、あるべき医療・介護の姿であり、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場(おおむね30分以内(中学校区を基本とする))で提供できるような地域での体制」と定義されています(図表1)。

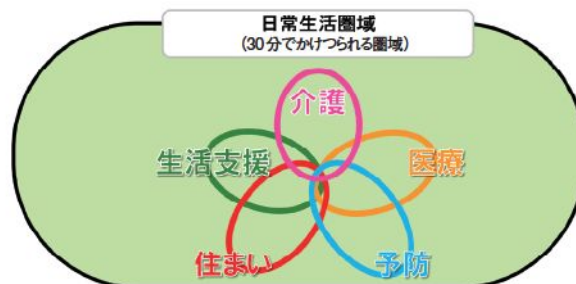
これを実現するには、①医療と介護の連携強化、②介護サービスの充実強化、③予防の推進、④見守り、配食、買い物など、多様な

生活支援サービスの確保や権利擁護、⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住宅の整備——の5つの視点での取り組みが包括的、継続的に行われることが必須とされています(図表2)。

図表1からまわるとおり、地

域包括ケアシステムにおける医療の主な役割は、在宅医療であり、中心を担うのは診療所です。これからの診療所には、かかりつけ医機能に加え、訪問診療や往診、患者の状態に応じて必要な医療機関を紹介するゲートキーパー的な機能も求められるようになるのです。

図表2 地域包括ケアシステムについて



## 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

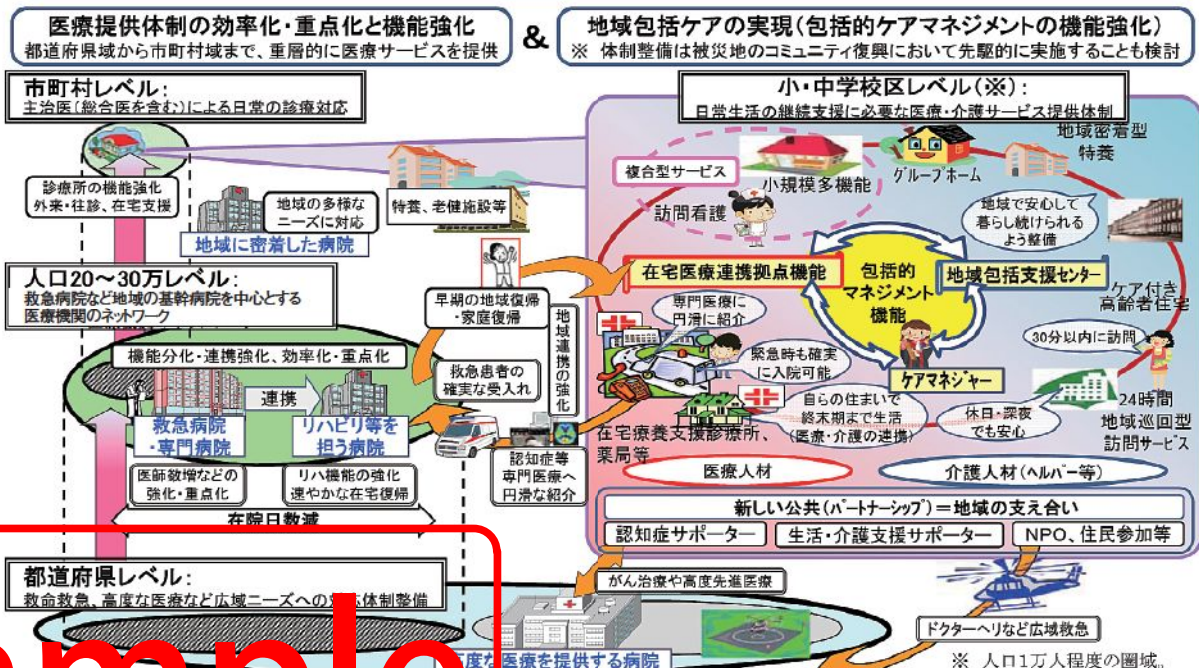
地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた1～5の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

- ① 医療との連携強化
- ② 介護サービスの充実強化
- ③ 予防の推進
- ④ 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
- ⑤ 高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

【出典】第32回社会保障審議会介護保険部会 資料

図表1 医療・介護の提供体制の将来像の例 ～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

- 日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。
- 小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。



【出典】第10回「社会保障改革に関する検討会議」 参考資料



## Point 2

医療系への期待が高い  
サ付き住宅の運営主体

地域包括ケアシステムにおける基本は、暮らしの場の構築です。その中心に据えられている住まいがサ付き住宅なのです。

これは2011年10月に施行された改正高齢者住まい法で位置づけられたもので、すでに登録制度が始まっています。それに伴って、高齢者円滑入居賃貸住宅、高齢者専用賃貸住宅、高齢者向け優良賃貸住宅は廃止されました(図表3)。要件を満たせば、有料老人ホームも登録することができ、厚生労働省と国土交通省の共管となっているのも特徴の一つです。

今後、国交省では50～60万戸整備していくとしており、この目標をクリアするために、サ付き住宅の建設や改修費の助成金として、今年度予算に355億円を計上、

手厚い支援を図っています。そのため、医療・介護業界だけでなく不動産業界などにも参入の動きが目立っており、まさに「追い風」が吹いています。

医療経営の視点で見れば、サ付き住宅にどのように関与していくかが今後の対応の大きなポイントになります。サ付き住宅では、訪問診療や定期巡回・随時対応型訪問介護看護などのサービス提供が想定されるほか、健康管理や予防医療、重度化や急変時への対応など、医療ニーズは高くなります。医療法人が運営する、ということは入居する高齢者に対して大きな安心感をもたらし、民間事業者に対する高い競争力が担保できます。そのため、既に介護事業を展開していたり、入居者となりそうな高齢患者を多く抱えている診療所では、新たな収益源や、患者サービスの充実という点からも検討すべきです。ただし、サ付き住宅の

経営は一手でできるものではありません。入居者の募集やスタッフの管理など専門的にできる経営人材の確保が必要です。

もちろん、すべてを自前で行うのではなく、地域のサ付き住宅と連携して訪問診療部分を担うというスタイルもあります。そのほか最近では土地や建物は地主が所有し、医療法人はそこを借りて運営するもしくは、医療・介護サービスの提供部分だけを担うというかわり方もあります。

## Point 3

定期巡回と連携し  
「脱施設」を先取りせよ

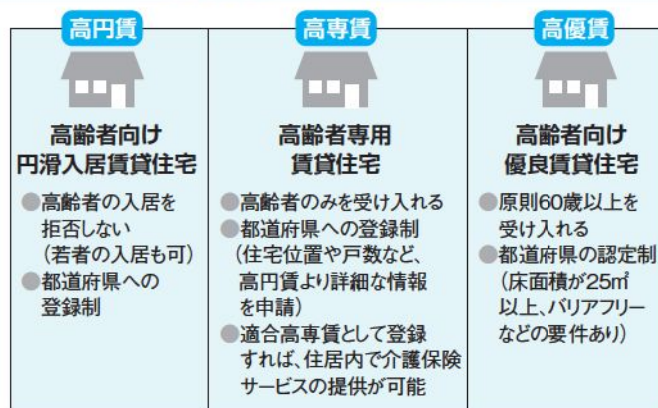
医療依存度の高い高齢者やターミナルの患者を含めた重度の要介護者の在宅生活を支えることを目的に、2012年度の介護保険法改正で、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護を一体的に提供し、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が創設されました。

利用者に対して行ったアセスメントに基づいて30分未満の短時間定期訪問を1日に数回行い、排泄ケアなど必要なサービスを提供し、体調不良などの場合には随時訪問で対応するサービスです。短時間の定期訪問と随時訪問をセットに、介護施設で行われている24時間ケアと同様のサービスを、在宅でも提供しようというものです。

対象となるのは、要介護度が高く、かつ医療依存度も高い利用者が想定されます。また、サ付き住宅の入居者も視野に入ります。

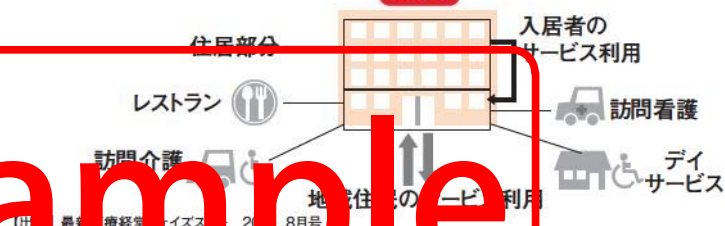
経営的には、これまでの訪問看護ステーションの発展形として定期巡回型を直接運営することが考えられます。そうでない場合でも、同サービスを提供する事業所やサ

図表3 サービス付き高齢者向け住宅のイメージ



3つの住宅類型を廃止して一本化  
サービス付き高齢者向け住宅

サ付き





付き住宅の運営者と密に連携しながら、在宅診療の提供などを通じて「主治医」としてかかわることがポイントです。施設から在宅へという地域包括ケアシステムの流れのなかで、診療所が在宅医療にかかわることこそが、集患、そして収益につながっていくのです。

#### Point 4

#### 医療機関ならではの役割担うことが必要

地域包括ケアシステムでは、「住まい」をベースに「医療」「介護」「生活支援」「予防」などはすべて生活者を支えるためのサービスの1つとして位置づけられます。

なかでも医療には、①QOLの維持・向上に専門的な立場から関与、②QOD (Quality of Death) への関与、③地域のベースキャンプ機能が求められています。①と②は、24時間対応の在宅医療や訪問看護、リハビリの強化などが中心で、主に地域の診療所の役割。一方、③はレスパイトケアなどが含まれ、中小病院でなければ難しいでしょう。

医師には在宅医療開始時の指導、看護職員には病状観察や夜間を含む急変時の対応と看取り。セラピストにはリハビリのアセスメントと計画作成や困難ケースを中心としたリハビリの実施。介護職の服薬管理や一部の医療的ケアの実施、認知症を有する高齢者などの生活障害に対する支援などが必要になります(図表4)。

医療機関には経営的な観点から、各種サービスを整備すると

もに全体をマネジメントできなければなりません。これは診療所でも例外ではありません。

図表4 2025年における地域包括ケアを支える人材の役割分担のイメージ

#### 【医療・リハビリ】

	現在	2025年
医師	● 定期的な訪問診療 ● 急変時対応 ● 看取り	● 在宅医療開始時の指導 ● 急変時の対応・指示 ● 看取り
看護職員	● 診療の補助(医行為) ● 療養上の世話	● 病状観察 ● 夜間を含む急変時の対応 ● 看取り
PT・OT・ST	● リハビリテーション実施	● リハビリテーションのアセスメント・計画作成 ● 困難ケースを中心にリハビリテーション実施

#### 【介護職など】

	現在	2025年
介護福祉士	● 身体介護 ● 家事援助	● 身体介護 ● 身体介護と一体的に行う家事援助 ● 認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援 ● 要介護者に対する基礎的な医療的ケアの実施* ● 日常生活における生活機能の維持・向上のための支援(機能訓練等) ● 他の介護職員に対する、認知症ケアのスーパーバイス・助言
介護福祉士以外	● 身体介護 ● 家事援助	● 身体介護 ● 身体介護と一体的に行う家事援助 ● 認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援
日常生活の支援(民間事業者・NPO等)	● 配食 ● 日々の移動の手伝い ● レクリエーション	● 家事援助 ● 配食 ● 日々の移動の手伝い ● レクリエーション

注1：上表は在宅サービスのイメージ

注2：施設サービスについても、サービスの外付化を図ることにより、可能な限り在宅サービスと同一ような役割分担を実現する

注3：地域ごとにサービス提供体制について柔軟性を持たせることが必要

※：介護福祉士が行う「要介護者に対する基礎的な医療的ケア」の代表的な例としては、服薬管理、経管栄養、喀痰吸引などが考えられる(出典：地域包括ケア研究会報告書)

【出典】MMPG医療情報レポートvol.105

#### 総括

#### 地域包括ケアのコーディネーターとして積極的にかかわっていかう

従前の日本の医療体制では、医療機関は医療機関内での治療の充実に主眼と位置づけられていますが、地域包括ケアシステムでは、地域のなかで暮らし続けることが主眼であり、それを支援するサービス提供を考えることが必要です。

これは、「医療」「住まい」「介護」「生活支援」「予防」にかかわる事業者が、それぞれの専門性を活かしながら連携してトータルに高齢者の生活を支えるということです。そのなかで医療機関は、コーディネーターとして中心的な役割を果たすべきで、足りない部分は自ら事業運営をしていくことも考える必要があります。

たとえばサ付き住宅では、医療の関与は絶対に必要です。また、訪問看護の機能も必須です。医療機関は、サ付き住宅の医療機能を担保しなければなりません。自ら主体となって運営することも必要ですし、それが経営的に収益をもたらす可能性は高いでしょう。また、連携と協働によって担保することも考えなければなりません。

さらに、サ付き住宅に限らず、地域でニーズが強いにもかかわらず地域で提供されていないサービスは、自ら手を挙げる、あるいは事業者を誘致してくることを考えるべきです。それが、「コーディネーター」としての責任だからです。