

# 地域包括ケア推進研究会 準備委員会

## 「提言書」

平成 28 年 5 月 20 日

地域包括ケア推進研究会準備委員会

## 地域包括ケア推進研究会準備委員会提言

平成28年5月20日  
地域包括ケア推進研究会準備委員会

### はじめに

- 本会は、先駆的な介護サービスを実践する8法人の代表者と医療・介護の制度形成に携わってきた者が一堂に結集し、全国津々浦々で「地域包括ケア」を実現していくために設立した。
- 会の名称に「準備委員会」を付したのは、昨年3月60歳の若さで亡くなった小山剛氏の想いとアイデアを受け継ぎ、全国的な実践につなげるための「一里塚」を、先ずは築こうと考えたからである。

### 1 地域包括ケアの推進

- 「地域包括ケア」については、これまでも様々な説明がなされているが、その基本は、最期まで自分らしく安心して暮らせる「地域」をつくっていくことにあると考えている。
- その第一の構成要素として、交通の利便性が良く、家族や仲間との関係を保てる「住まい」が挙げられる。
- 次に、住まいとセットで選ばれるのではなく、サービス内容により選択される利用者本位の在宅介護サービス等が必要である。
- 在宅医療も極めて重要な構成要素である。その際、慢性期においては、臓器単位の疾病を「治す医療」よりも、生活の質（QOL）を重要視した「治し（生活を）支える医療」が重要であることを肝に銘じる必要がある。
- 最後に、各利用者にそのニーズに即した医療・介護・生活支援サービスが確実に届けられるよう、関係者による「ネットワーク」を構築することが不可欠である。
- 在宅医療の取組はここ数年の間に急速に進んだが、地域格差が大きいことも残念ながら事実である。「地域包括ケア」の実現には、地区医師会が関わりながら各地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護・訪問リハ等をいう。以下同じ。）が普及・定着していくことが前提となる。
- 在宅医療が定着した地域においては、特別養護老人ホーム（以下「特養」とい

う。)の配置医師や特養・小規模多機能型居宅介護(以下「小規模多機能」という。)の配置看護師に関する基準は緩和し、在宅医療を外付けすることを認めることが合理的である。

- 一定の研修を受けた介護福祉士が行える「診療の補助」については、インシュリン注射等にも拡大し、看護師と介護福祉士の業務分担を一層合理化していくことを検討する必要がある。
- 介護ロボットやICT・AIを活用した専門性の高い介護を行うことにより、質の向上とともに要介護度の改善が図られ、介護のアウトカム評価も可能になると思われる。生産性の向上により、少ない人数でより多くの要介護者に対応でき、介護保険料の抑制効果も期待できる。
- 一方、見守り・買い物支援・配食などの一般的な生活支援については、介護福祉士等の専門職以外の者が担うことを基本とし、互助組織・ボランティア・企業体など多様な主体が提供することを考えていく必要がある。
  
- 以上のような様々な見直しを行いながら、限りある介護保険財源を要介護3以上の重度者に集中投入し、専門職の処遇を引き上げていくことにより、介護人材の確保を図ることが望ましい。

## 2 これからの地域包括ケアの核となる「地域居住総合支援拠点(仮称)」

- 居宅要介護者を24時間365日支えるサービスである小規模多機能と定期巡回・随時対応型訪問介護看護(以下「定期巡回」という。)については、その制度化当初、利用者像や利用形態がかなり異なっていた。
- 小規模多機能については、同居家族のいる認知症のある方などへのサービス提供を念頭に置いて、通い・泊り・訪問の3機能の中では「通い」が中心となり、昼間のレスパイト需要への対応などが考慮されていた。
- 一方、定期巡回については、夜間にも対応してもらえる「安心」が重要な要素といえるが、これまでのところ利用者数が思うように伸びず、厳しい経営となっている事業所が多い。
- 制度化後の家族形態の変化(高齢者の夫婦・一人暮らし世帯の更なる増加)もあって、小規模多機能でも「通い」より「訪問」を多く利用する者が増える一方、「泊り」の利用頻度は減少気味である。両サービスの利用者像や利用形態が接近してきたというという現実を踏まえて、制度を見直す時期に来ているとい

える。

- このため、在宅系サービスに係る既存制度はすべて維持しつつ、一定地域内に居住する要介護3以上の重度者を対象として、訪問・通いを中心に、泊りも含めたサービスを柔軟に組み合わせて提供する「新型多機能サービス（仮称）」を創設することを提案する。
- 新型多機能サービスについては、小規模多機能のような登録定員の上限は設けない。ただし、利用者の多くが認知症のある者であることを勘案し、「通い」については小規模多機能と同規模（18人）を基本としながらも柔軟に対応する。登録定員が増加したときは、別に「通い」のためのサテライトを設けるなど、介護単位の大規模化を回避することが適当である。看護師については、訪問看護サービスとの連携により柔軟に対応する。
- この新型多機能サービスと併せて、同じ地域内の要介護2以下の中軽度者も対象とした訪問介護・訪問看護サービス等の提供（利用者の立場に立った介護看護の連携ルールを含むサービス提供ルールを明確にした上で、新型多機能サービスとは異なる経営主体が連携して提供する場合も含む。）を行う「地域居住総合支援拠点（仮称）」を整備していくことが、「地域包括ケア」実現の鍵となると考える。並行して、今後一層重要となる生活支援サービスの在り方についても再検討する必要がある。
- 地域居住総合支援拠点については、各市区町村内の全日常生活圏域で一斉に整備するのではなく、市区町村が在宅医療の普及状況なども勘案した一定の日常生活圏域（以下「特定圏域」という。）を選定し、段階的に整備していくことが望まれる。
- 特定圏域においては、市区町村の責任の下に、その圏域内の医療・介護分野の多様な専門職で構成する「アセスメントチーム」を設置する。要介護3以上の重度者による新型多機能サービスの利用・特養への入所などについては、アセスメントチームが予めサービス計画案の作成と利用調整を行うこととする。その際、特養・老人保健施設等に短期間入所してもらい、外部人材を含めた多職種による集中的なアセスメントを行うことも有効である。
- 地域居住総合支援拠点の運営事業者は公募により選定するとともに、一定期間毎に成果を評価し、運営事業者を選定し直す仕組みが必須となる。

### 3 介護人財の確保と地域差の反映

- 介護の仕事が自分の未来を託せる夢のある仕事と受け止められない限り、介護職員の増加は望みようがないし、日本の未来も危うい。
- 処遇改善加算制度が導入された後の「平成27年賃金構造基本統計調査」により「所定内給与」を比較すると、全産業の平均が30.40万円であるのに対し福祉施設介護員の平均は21.04万円でしかない。介護人財の専門性・業務内容・地域性などの実態に即した、月額給与の大幅な引上げを早急に実現すべきである。
- また、大都市圏では今後も75歳以上人口が急増する。これらの地域では、現在でも介護サービスが不足している中、景気回復等を反映して人件費・地代・建設費が高騰しており、介護サービス基盤の整備はますます困難となっている。
- 特に人財不足は極めて深刻である。予算措置等の充実によって建物は整備できたとしても、スタッフ不足のため開所に至らない事例が、首都圏等で増加している。
- 介護保険制度の創設時、介護報酬の1単位単価は、国家公務員の地域手当にサービス分野ごとに設定する人件費割合を掛け合わせる形で嵩上げを行うこととされた。例えば、東京都区内の特養については、国家公務員の地域手当(20%)に人件費割合(45%)を掛け合わせ、1単位単価は10.9円とされている。
- この人件費割合(45%)については、特養の介護報酬に食費・居住費が含まれていた当時の経営実態を基に設定されたと推測され、現在の経営実態とは大きく乖離している。
- 都道府県別最低賃金の格差が30%以上ある中、10%にも満たない介護報酬の嵩上げで、大都市圏で介護人財を増やすのが無理なことは明らかである。例えば、東京都内の特養の人件費割合が70%を超えている実態を踏まえ、嵩上げ率を15%まで引き上げるなど、現在の実態に即した引上げが急務である。

### 4 地域特性を踏まえた対応

- 上記2で提案した地域居住総合支援拠点については、全国に通用する仕組みと考えているが、地域居住総合支援拠点と「住まい」を組み合わせたビジネスモデルについては、全国共通の「処方箋」は無く、各地域の特性を踏まえて、次のように柔軟に取り組んでいくことが適当である。

- 大都市近郊では、地域居住総合支援拠点を併設したサービス付き高齢者向け住宅（以下「サ高住」という。）の整備が、有効な方策になると考えられる。その際、サ高住の入居者に提供される見守り・相談サービスや配食・買物支援などの生活支援サービスについては、周辺地域の住民にも提供していくことが望ましい。
- 大都市中心部では、これから新たにサ高住を建築すれば、高騰する地代や建築費を反映して家賃も高額となり、入居可能な者が限定されるおそれがある。各自治体の福祉部局と都市計画担当・住宅担当・教育担当などの部局とが密接に連携して、公有地・公営住宅・空き家・空き教室などを有効活用し、地域居住総合支援拠点や「住まい」を整備していくことが現実的な方策と考えられる。
- 大都市圏以外の地域では、既存の特養・老人保健施設等が、これまで培った人財やノウハウを活用して地域居住総合支援拠点などの機能を担っていくことが合理的と考えられる。その際、併設されたショートステイの利用が低調である場合は、その一部を特養等に転換して「住まい」部分を増やすなど、柔軟な対応を進めていく必要がある。
- 以上のような方策と並行して、無届け介護ハウスの解消や低所得者向けの住宅確保にも迅速に取り組んでいくことが望ましい。

## 5 今後の推進体制

- 市区町村には、的確な将来予測に基づいて、特定圏域毎に、住まい・介護・医療・生活支援を含めた総合的なサービス基盤の整備を図る「地域構想」を策定し、実行に移していくことが期待される。
- このため、介護のみならず医療・住宅も含めた各種許認可権限を、出来る限り市区町村に集中し、あるいは市区町村が関与可能な仕組みとし、都道府県が市区町村をサポートする形へと諸制度を見直していく必要がある。
- また、地域居住総合支援拠点等を整備・運営する事業主体については、スピード感ある事業展開と、キャリアパスを明示した上での人財育成を可能とする「体力」が不可欠であり、法人類型を問わずその経営規模を拡大していくことが望まれる。
- 「地域包括ケア」の最終的な推進力となるのは、地域住民や地元事業者である。その参画を促進するため、市区町村と事業主体が連携して、介護保険等の諸制度等に関する知識の普及・浸透を図ることの重要性も付言しておきたい。

## おわりに

- 厚生労働省・国土交通省等におかれては、介護現場からの切実な声である本提言を十分に理解され、今後の法改正や診療報酬・介護報酬改定に取り組まれるよう、強く要望する。
- 本会としては、今後、本提言に賛同する有志のネットワークの結成と拡大を通じて、地域包括ケアの実践を全国津々浦々に広げる運動を展開していく考えである。