

地域包括ケアをご存じですか？

地域包括ケアって、どんなもの？

ひと言でいえば、「地域包括ケア」とは、「医療や介護が必要な状態になっても、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生活を続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される」という考え方です。

そのしくみ（ネットワーク）を「**地域包括ケアシステム**」といい、**2025年（平成37年）**を目途に構築することを目指しています。

キーワードは、「地域」

高齢化の状況や地域にある資源（医療機関や、施設、NPOなどの地域包括ケアの担い手など）の状況などは地域によって異なります。

したがって、それぞれの**地域の実情に応じた取組を進めることが重要**です。

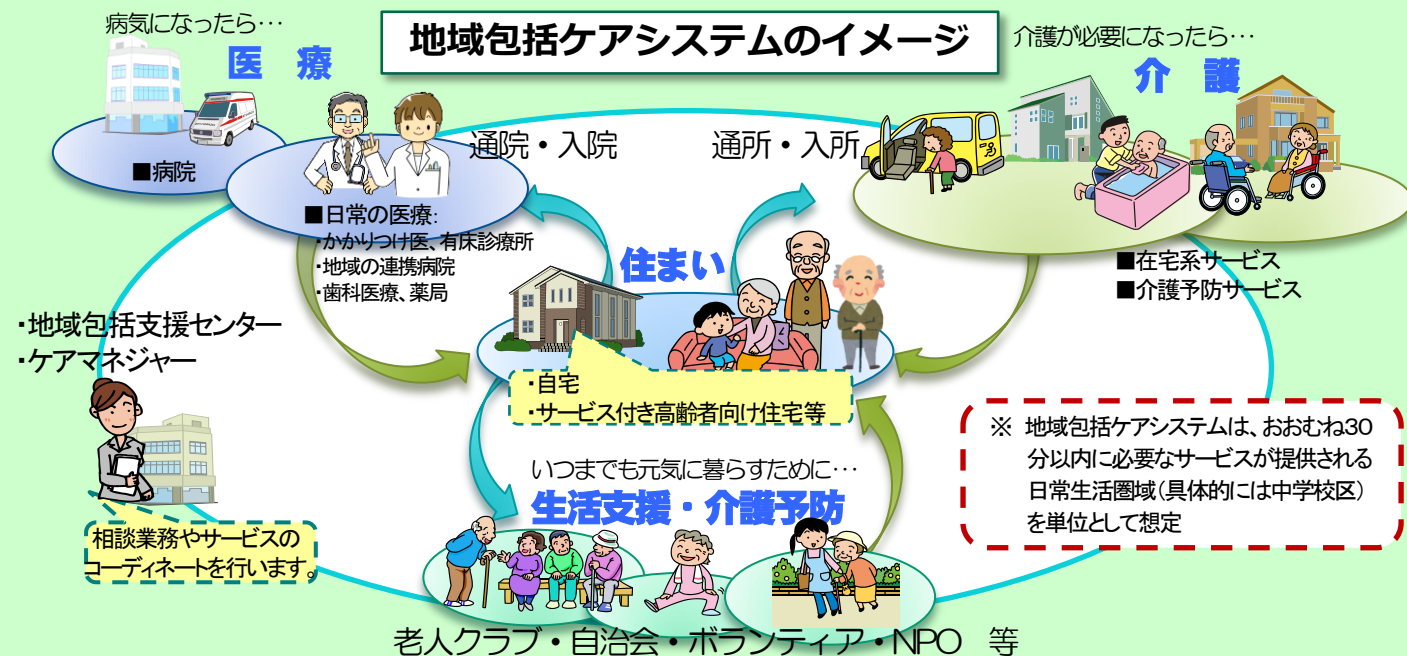
そのためには、自分たちの地域には、どのようなニーズがあるのかを知り、どのような資源があって、不足している資源は何か、どのように資源をつなげば有効に活用できるのか、といったことを把握しなければなりません。

こうしたことを、それぞれの地域で検討し、実施していくことが求められています。

いわば「**ご当地システム**」。これが「地域包括ケアシステム」の特徴の一つを表しています。

地域包括ケアシステムでこんな地域を目指しています！

- ① 退院しても、訪問診療、訪問看護、リハビリなどを、自宅で医師、看護師などから受けることができます。
- ② デイサービスなどの介護保険のサービスに加えて、配食、見守り、買い物支援などといった、日常生活に必要なサービスも受けることができます。
- ③ 地域の体操通いの場や趣味の集い場などに参加し、活動することができます。多くの方とふれ合うことで、生きがいを持ちつつ、今ある身体能力を維持していくことができます。
- ④ 生活に必要な様々なサービスが、適宜コーディネートされて、切れ目なく提供されます。
- ⑤ 中学校区を基本とした圏域ごとに整備され、おおむね30分以内に①～④のサービスが受けられます。



なぜ、地域包括ケアシステムが必要なのでしょう？

1. 「人口減」+「高齢者の増加」 → 「担い手の減少」+「ケアを必要とする方の増加」

我が国では、人口減少と高齢化が急速に進んでいくことが見込まれます（※）。

すると、いままで介護やケアの担い手であった専門職や家族の方が高齢化するとともに、担い手の方の数自体も少なくなります。

こうした状況を打開するためには、① できる限り高齢者の方も元気でいていただいて、② 他の方たちを支える、生活支援の担い手にもなっていただくといった取組が必要です。

したがって、住み慣れた地域で、能力に応じ自立した生活を続けることを目指す、地域包括ケアシステムを構築することが求められるのです。

（※）2015（平成27）年における75歳以上の高齢者が人口に占める割合は13.0%ですが、団塊の世代（昭和22年から24年生まれの方）が75歳以上となる2025（平成37）年には18.1%と、5.5人に1人が75歳以上の高齢者になると見込まれます。出典：厚生労働白書 平成27年版

2. 高齢者のみの世帯が増加 → 高齢者の日常生活支援のニーズが増大

今後、高齢者しかいない世帯が増加することが見込まれます。2025年（平成37年）には世帯数全体に占める割合が4分の1を超える見込みです（※）。

一方、介護が必要な状態になっても、高齢者が住み慣れた地域で生活を続けることができるようにすることが重要です。

そのため、医療、介護、生活支援など日常生活を支えるサービスの基盤を確保しなければなりません。その担い手として、様々な団体や方々による地域の支え合いの取組を促進することが求められています。この点からも、地域包括ケアシステムの構築を推進する必要があるのです。

（※）出典：厚生労働白書 平成27年版

3. 本人も、家族も、「自宅での介護」を希望

自身や家族が介護を必要とするようになったときに、介護を受けたい場所の希望を調査したアンケートによれば、自宅での介護を希望する方は70%を超えています（※）。ここには、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けたい。」という希望が表れていると考えられます。

こうした希望を実現するためには、地域において、介護・福祉サービス等が確保され、高齢者の生活を支えていく体制を整備することが強く求められているのです。

（※）出典：厚生労働白書 平成27年版

4. 社会保障を持続可能なものとするために

我が国の社会保障費は、年110兆円を超えています。そして、このまま高齢者が増える割合で増えていくと、2025年（平成37年）には、約150兆円になると見込まれています（※）。

しかし、少子高齢化で、支える側の働き手は減少する一方です。

また、病院等の病床の数を取ってみても、高齢化が進めば、必要な病床数はどんどん増えていきます。しかし、少子高齢化が進む中、それだけの病院と病床を必ずしもすべて確保できるとは限りません。

そのため、近くのかかりつけ医にきちんと診てもらい、安心して在宅で療養生活が送れるような、医療と介護の連携や、地域での生活支援の体制づくりが必要となるのです。

（※）出典：財務省ホームページ

5. 自分のこと、家族のこと、そう遠くない将来の日本のこと

現在、団塊の世代の方が75歳以上になる2025年（平成37年）を目指した取組が進められています。また、誰もが歳を重ねていく以上、「自分のこと」「家族のこと」として受け止めていかねばなりません。

しかし、地域での体制の整備は、一朝一夕にできるものではありません。

だからこそ、今のうちから、誰もが「自分のこと」「家族のこと」ひいては、そう遠くない「将来の日本のこと」として準備を進めていく必要があるのです。

今、主にどんな取組が進められているのでしょうか？

生活支援

身体の介護のみならず、高齢者には、例えば、掃除や洗濯、調理、買い物、草むしりなどといった日常生活の支援（「生活支援」）を必要とする場合があります。

しかし、今、地域にそうしたサービスの担い手がいるとは限りません。また、そもそも、地域にどんなニーズがあるか把握する必要もあります。このため、幅広い担い手による様々なサービス（多様なサービス）の開発・創出や、ニーズの把握などを行い、生活支援を推進する体制の整備を行っています。

1 介護保険制度の地域支援事業における「総合事業」の実施

介護保険制度には、全国一律の保険給付の他、保険者である市町村が地域の高齢者全般を対象に、地域で必要とされているサービスを提供する「地域支援事業」という仕組みがあります。その仕組みのうち、介護予防と日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる介護予防・日常生活支援総合事業（「総合事業」）について、全ての市町村が、2017（平成29）年4月までに実施することとされており、生活支援等のサービスの体制整備等を進めています。

2 多様な生活支援ニーズと地域における支え合いの体制づくり

高齢者の生活支援のニーズは様々です。一方、助け合いの活動への意欲を持つ方も相当程度います。このため、地域のボランティア活動と連携を図るなど、地域の人材や資源を活用していくことが重要です。また、元気な高齢者が生活支援の支え手として、地域で社会参加する機会を増やすことで、高齢者自身の介護予防にもつながります。

これらのことから、各地域で、市町村が中心となって地域の支え合い体制づくりを進めています。



医療と介護の連携

高齢化の進展に伴い、生活習慣病を持っていることは、「誰にでも起こりうること」になりつつあります。そのため、病気を治すことよりも、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、そういった方を、どのようにケアしていくかに問題が移行してきています。（「治す医療」から「治し、支える医療」へ）

このため、都道府県と市町村が地域の医師会等と協働して、必要とされる体制の整備を行っています。

1 在宅医療の体制整備

多くの方が自宅など住み慣れた環境での療養を望んでいます。このため、高齢になっても病気になっても自分らしい生活を送ることができるよう支援するために、在宅診療に取り組む医師を増やすことを始め、様々な医療関係職種による在宅医療の体制を整備しています。

2 在宅医療・介護連携の推進

入院医療から在宅への円滑な復帰を可能とするためには、医療・介護関係職種による包括的なケアのための協働・連携の体制を整える必要があります。

このため、地域において医療・介護の関係機関が連携し、多職種（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職、ヘルパー 等々）が協働して、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するための取組を推進しています。



介護予防

要支援や要介護状態になることを予防するための取組を推進しています。具体的には、住民が運営する「通いの場」（例えば、「体操教室」）を充実して、そこでの人と人とのつながりを拡げていきます。そうすることで、参加者が増えていき、別の通いの場ができるなど、取組がどんどん拡大し、地域全体で介護予防に取り組んでいくような地域づくりを推進しています。

また、その一環として、地域においてリハビリテーションの専門職が地域住民を指導するなどの方法で、介護に頼らず自立できるようにする（「自立支援」）の取組を推進しています。



我が国における認知症の方の数は、2012（平成24）年で約462万人と推計されています。また、高齢化の進展に伴い、認知症の方は今後さらに増加していく見込みで、2025（平成37）年には約700万人前後となり、65歳以上高齢者に対する割合は約5人に1人まで上昇するとの推計もあります。

こうした状況を踏まえ、認知症の方が認知症とともによりよく生きていくことができる環境づくりを目指して「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が策定されました。

新オレンジプランに基づき、2025年を見据え、認知症の方の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指して、取組が進められています。



新オレンジプランの7本の柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

認知症サポーター

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の方や家族に対してできる範囲での手助けをする方として、「認知症サポーター養成講座」を受講した方を「認知症サポーター」といいます。

地域や職域で認知症サポーターの養成を進めるとともに、ボランティアとして、養成された認知症サポーターが認知症高齢者等にやさしい地域づくりを加速するために様々な場面で活躍してもらえるよう、取組を進めています。

ぜひ、認知症サポーター養成講座を受講してみてください。

【認知症サポーター養成講座実施主体】

都道府県、市町村、職域団体等



認知症サポーターが
身に付ける
「オレンジリング」

地域包括ケアの推進は、様々な方々にご協力をいただきながら、市町村が主体となって行っています。また、都道府県や、国（厚生労働省及び地方厚生局）が市町村を支援しています。

厚生労働省：http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/

九州厚生局：<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/caresystem/suishinka.html>

