

地域包括ケアシステム構築の理由と現状

高齢者総合ケアセンターこぶし園 総合施設長 小山 剛

I 介護体制の変化

わが国の高齢者介護は、農業などの第一次産業を中心の時代には、同居の大家族や近隣に暮らす親族が賄っていたが、現代社会では家族のサイズ自体が小さくなつたことに加えて、職場の近くに住居を構えることから、核家族・分散生活を中心になり、家族や親族による介護は、多くの家庭で困難になった。

しかし介護保険制度が導入されて以降も、介護事業者が提供しているサービス量は、従来の社会と同様に家族介護を補填するレベルに過ぎず、家族の力が不足した段階で、大規模集約型の施設への入所や病院への社会的入院をせざるを得なくなり、利用者はそれまでの慣れ親しんだ地域社会から離れなければならないのが現状だ。

本来、介護保険法では利用者の自立支援と在宅支援を指向しており、その人自身が望む地域社会での連続する暮らしを支え続けるために、24時間365日連続するサービス体制の構築はきわめて当然であり、その対象地域もそれぞれの生活圏域内に限定してきめ細やかなサービスの構築を目指さなければならぬ。

このため2006年の介護保険の改正では、制度の持続可能性、明るく活力ある超高齢社会、社会保障の総合化を目指し、このために①予防を重視する、②施設の食費・居住費は自分で払う、③地域でサービスを創る、④サービスの質を良くする、⑤市町村が仕事をしやすくする、⑥年齢問題は引き続き検討することを中心についていた。

この改正時に創設された地域密着型サービスは、③の「地域でサービスを創る」というテーマに沿った施策であり、その背景には従前の大規模集約型の施設サービスを中心にした施策では高齢者自身のニーズに対応しないことと、これを支える市町村の役割も不明確であったという現状からの脱却が意図されていたものと思われる。つまり、要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるため、身近な市町村で提供されることが適正なサービス類型（地域密着型サービス）を創造することが求められたということだ。

地域密着型サービスの特徴は、その言葉が示しているように、①サービス利用の対象を、その地域の住民に限定していること、②地域単位で適正なサービス基盤の整備を行うこと、③地域の実情に応じた指定基準や介護報酬を設定できること、④公平・公正・透明な仕組みを担保するために地域住民などが直接関与すること、にある。そして、ここで対象となったサービスは以下の通りである。

- 1) 認知症対応型共同生活介護
- 2) 認知症高齢者専用通所介護
- 3) 小規模多機能型居宅介護
- 4) 夜間対応型訪問介護
- 5) 小規模介護老人福祉施設
- 6) 小規模の特定施設

II 在宅介護における課題

1 家族構成と住宅環境

在宅での介護が必要になった際、単身生活者や高齢者世帯では、サービスの利用者と提供者だけの関係であるために連続的なサービスを比較的受けやすいが、他の同居者がいる世帯では、休むことなく介護という他者が生活に入り込むために、同居者にとってはストレスになつてしまう場合がある。

このため、連続的な介護が必要になった段階で、高齢者は住み替えを求められ、その多くが病院や施設であった。しかし、それはもちろん高齢者自身の希望ではない場合が多い。施設待機者が42万人もいるとの報道の間違いはここにあり、本来は現在の生活を続けたいと思っていても在宅に対するサービスが不足しているために生活に困っている者、つまり「在宅生活困窮者」が42万人いると考えるべきである。

この問題を解消するためには、高齢者自身が住み慣れた地域社会から離れずに介護を受けられる環境整備が重要で、生活圏域内にバリアフリーの住宅整備と包括ケアの提供が必要となる。例えば、町内会単位程度の範囲内にバリアフリー住宅と包括ケアサービスを用意し、そこに連続的な介護を必要とする対象者が住み替えれば、家族関係も友人や知人の関係も損なうことなく連続的な生活が可能になる。

また2005年10月の介護保険の前倒し改正において居住費と食費が自己負担になり、施設にいてもバリアフリー住宅で暮らしても、生活にかかる負担（違いは補足給付の有無のみ）は変わらなくなっている。ただし、そのバリアフリー住宅が「どこ」にあり、「どの程度」の環境が用意されているかについては、よく考えなければならない。無職の学生が暮らす住宅の多くが街のなかにあり、狭いようでもトイレ・バス・キッチンは付いているのが当たり前の社会のなかで、長年働き続け、社会貢献し、介護保険料を払い続けた結果として、人里離れた場所での集団生活・雑居部屋、あるいは個室であってもトイレ・バス・キッチンすら付いていないような貧相な暮らしではなく、学生でも手に入れている「普通の暮らし」が提供されなければならない。

2 出来高払いと定額負担

施設利用に対する安心感の根底にあるものは、24時間365日連続する支援体制、つまり在宅サービスに例えれば訪問介護・配食サービス・通所介護・訪問看護が休むことなく連続的に提供されることに起因している。加えて、これらのサービス利用に対する費用負担が、在宅サービスのように利用回数にリンクするのではなく、定額負担になっていることが大きな理由だ。

そこで、地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護が、それまでの出来高払いの在宅サービスと異なり、定額負担でサービスを提供はじめたのは画期的なことで、その普及拡大が期待されている。2012年改正において、定期巡回・随時訪問介護看護という定額制の訪問型サービスが創設されたことで、在宅利用に対する安心感が広がり、その意味合いは大きい。

III 当センターにおける地域包括ケアシステムの構築

1 スタッフの意識の転換

当センターでは、介護保険施行以前からフルタイム・フルサービスの構築を目指し、ショートステイ80ベッド、365日ワイルドタイムの通所介護、サテライト通所介護、24時間365日の訪問介護、365日夜間緊急対応型の訪問看護、3食365日の配食サービス、認知症対応型共同生活介護、認知症専用通所介護、バリアフリー住宅などを整備した。従来型の特別養護老人ホームも、他のサービスと併設したサポートセンターとして地域に分散している。このサービスの構築にあたっては、まずスタッフの意識を転換することが重要であった。

当時のスタッフの意識は、社会全般と同様に在宅における介護の中心は家族にあり、事業者の提供するサービスはその手伝い的な役割に過ぎず、家族介護の限界を境界として施設や病院に移行することが当然だと思っていた。しかし実態は、例え同居の家族がいたとしても、それぞれ就労や高齢のために連続的な介護を行うことが困難で、その結果として施設や病院へ入所・入院することを余儀なくされるケースもあり、それはもちろん高齢者自身も望んでいることではない。だからこそ、利用者自身の望む在宅生活を継続するためには、介護サービス事業者として、連続的な介護を提供しなければ成立しないことを理解し、意識を転換することが求められた。

2 利用者・介護者の意識の転換

前述のように、在宅介護の多くは、同居している介護者ができる限りの介護を行い、その限界を迎えたら対象者を施設や病院に移行することが一般的なスタイルであった。しかし在宅での介護者を支援するサービスが不足している結果として、施設や病院に移行させられるのは、高齢者自身であることに留意しなければならない。現在の介護保険制度は、以前の家族を含めた救済を基本としてきた「措置」とは異なり、高齢者本人が保険料を負担する本人自身のための「社会保険」であるため、サービスの利用は本人が主体となり決定すべきものだからだ。

介護保険が目指しているものは、家族介護者だけに連続的な介護負担を負わせるものではなく、むしろ家族介護者に代わって連続的な介護を行い、介護を受ける対象者自身の自立と地域社会での暮らしを守るシステムである。したがって、自宅での介護というより、暮らしてきた地域内での対象者の

生活を地域社会全体で守るという意識転換が重要である。

3 IT 機器の活用

2006年の介護保険改正によって新たに創設された「夜間対応型訪問介護」にはⅠ型とⅡ型の二種類があり、Ⅰ型では在宅のオンコール体制とオペレーターの配置が義務付けられている。このためには利用者宅それぞれに端末機器を配置し、体制を整備することが条件となっている。また、その整備にあたって利用者に負担を求めてはならないとされており、これを補填するための交付金も用意された。

この端末機器の整備に多くの事業所は、従来より市町村の事業としてあった緊急連絡装置と同様の音声のみのコール機器を整備している。しかし、都市部や地方都市の中心部など、人口密集地においてはサービス事業所と利用者の距離が近いために、音声コールによりすぐに利用者宅に駆けつけて確認することやサービスを提供することが可能だが、点在して暮らす地方都市の周辺部や中山間地・農村部で同じ対応を行うことは困難である。

そこで当センターでは、2003~2004年の2年間にわたり、国の未来志向研究プロジェクトの指定を受け、映像機器を使用したオンコールシステムを開発した。このシステムは、利用者宅と訪問介護事業所を映像付きの機器でつなぐもので、お互いの顔や状況を確認しながら必要な情報を伝え合うことを可能にしている。この機器を使用することにより、遠隔地に暮らしている対象者であっても、双方の映像確認により専門のオペレーターが対応できるため、連絡があった段階で訪問の必要性の有無も判断でき、オペレーター側から隨時に安否確認をすることもできる。また、利用者側も24時間いつでも連絡ができ、オペレーターの顔を見ながら話ができるから、一人暮らしであっても連続する安心が保障される。

また昨年度(2011年度)末には経済産業省の研究事業で、訪問介護の業務管理と情報共有システムを、タブレットPC版として開発・使用を開始しており、今後は他職種への展開も準備している。

IV おわりに

在宅における連続的な支援は、介護等だけで完結するわけではない。対象者の生活ニーズに即したサービスを提供するためには、他のサービスを含めた地域包括的なケアシステムの提供が求められている。

施設であれば、訪問介護に該当する介護スタッフは24時間365日休むことはなく、食事も3食365日提供され、通所介護に該当する食堂・ホールでのアクティビティもある。そして看護師(夜間帯でも緊急時には対応)や嘱託医師の配置という医療体制もある。ということは、在宅生活において24時間365日の訪問介護の他に、3食365日休むことなく食事が提供されなければならないし、365日休むことのない通所介護、そして訪問看護とかかりつけ医があれば、施設と同様の生活が保障される。

このため、2012年改正で創設された定額制・24時間体制の定時訪問・随時訪問介護看護では、それまでの利用回数制限が解消され、在宅において生活介護と看護サービスが利用できる画期的なものとなっている。

また、従来の小規模多機能型居宅介護と訪問看護を合体させた複合型サービスも創設されたことから、従来型の在宅サービスでは対応に苦慮していた中・重度者に対する対応の改善も期待できる。

さらに、2011年10月施行のサービス付き高齢者向け住宅の整備により、一人暮らしであっても地域での暮らしの拠点が確保され、認知症に対応するサービス、3食365日の配食サービス、24時間365日休むことのない訪問介護と訪問看護が整備され、そして地域に点在している医療機関との連携、特に診療所では困難な365日体制と夜間対応を訪問看護がカバーする体制が確立できれば、多くの利用者にとっても、暮らし続けてきた地域社会での人生の終焉を安心して迎えることができるのでないか。

最後に地域包括ケアシステムに求められることは、前述してきたような住宅環境をベースとして、予防・医療・介護・生活支援が整備されていることを前提に、これらが効果的・効率的に提供されいくためのマネジメント機能である。これを客観的に判断し、かつ均質性を保持するためには、市町村行政の役割が今後ますます重要になってくるだろう。