



特別講演5

10月8日(月・祝) 9:00～10:30 第1会場(アクトシティ浜松 B1F 中ホール)

SL5

地域包括ケアシステムの実現に向けて ー地域のニーズに応える専門職の役割ー

たなか しげる
田中 滋

慶應義塾大学大学院経営管理研究科



特別講演

地域包括ケアシステムとは、「要介護を始めとする客観的ニーズを持つ人々の尊厳ある自立を社会が重層的に支援する」との理念の下に構築されるべき、次のような仕組みを指している。

- ①日常生活の場(圏域)において、
 - ②ニーズと需要に適切に応じた住みかの提供を前提に、
 - ③介護サービス、予防を含む保健サービス、社会福祉制度の働きを含む生活支援サービス、そして在宅医療機能を中核に持つ日常医療に関して相談・利用できる、
 - ④一体的・連続的かつ継ぎ目のない(Integrated, Continuous and Seamless)なサービス提供と利用の体制。
- これは、言い換えれば連携とチームアプローチが当たり前となった体制に他ならない。その背景にある原則は、(1)利用者の自己能力の活用、(2)本人の選択、(3)住み慣れた地域・住宅における生活の継続の3点である。

ところで、地域包括ケアシステムの背景には、自助・互助・共助・公助という4つのヘルプの役割分担と協働・連携を重視する思想がある。

まずは「自助」が基盤におかれる。自らの意欲による社会参加は人間の基本的権利と言えるだろう。自助の力が乏しければ、社会も組織も継続しえない。自助とは、生活面では使える自己能力を活用し、経済面でも年金を含めた収入によりできるかぎりのところは自ら賄うことを意味する。また、医療や介護サービスを提供する事業主体の運営もまた自助が基本である。

しかし、相互扶助や他者による支援のない自助だけでは、高齢化に伴って心身が弱ってきた場合、それまで暮らしてきた圏域での生活継続が難しくなるし、そもそもコミュニティの一体感が喪失してしまう危険性が高い。そこで次に重要となる要素が2番目の「互助」である。互助とはインフォーマルな相互扶助を指す。昔からの近隣の助け合いや現代的なボランティア・NPO法人などによるインフォーマル・サポート、あるいはアメリカ流の多額の寄附などが該当する。地域包括ケアシステムにおける互助の例としては、買い物やゴミだしの手助け、独居高齢者の見守り、楽しみのための外出支援や近隣の食事会、さらに高齢者による保育や学童保育への参加などがあげられる。

3番目の「共助」は金銭面について制度化された相互扶助を意味し、日本では社会保険制度がこれに相当する。医療も、介護も、年金も、保険が定義する保険事故状態とみなされれば、所得や住居の具合、あるいは家族関係などとは基本的に関係せずに普遍的に給付を受ける権利を主張してよい。なお保険料納入が権利行使の条件となる点に着目すれば、共助は「自助の連帯」と表せる側面を持つ。一方、サービス提供側にとっても共助の世界における支払いを得ることの意義をしっかりと理解しなければならない。介護福祉士など介護従事者、ケアマネジャー、理学療法士・作業療法士・言語療法士、看護師、薬剤師、歯科医師、医師等によるサービスへの支払を社会保険制度が担当する。逆に見れば、共助の仕組みからの支払対象となるサービスの担当者は、専門的スキルを持つプロフェッショナルとして、質の確保向上に努める義務を負う。

以上の3つのヘルプによっても生活を守りきれない場合の最後の守りが4番目の「公助」である。貧困や虐待などの状況については社会保険制度では対処しえない。困窮者などに対し、所得や生活水準・家庭状況などの受給要件を定めた上で、必要な扶助を行う社会福祉の機能や公営住宅の整備が代表例である。また権利擁護関係も不可欠の要素としてここに含まれる。次に、そうした困難事例対応を超えた地域づくりを主導する自治体の活動も地域包括ケアシステム構築の要と捉えられる。ニーズ調査は地域マネジメントという機能にかかわる公助の出発点である。

地域包括ケアシステムの目指すゴールは、ケア付き住宅等の個別の住まいにとどまらぬ「ケア付きコミュニティ」の構築である。これは、住み慣れた日常生活圏域における在宅生活(地域内の住みやすい集合住宅への移住も含む)が継続できるコミュニティを意味する。なおこの概念には、高齢者・要介護者もまた地域参加のみならず、育児などを通ずる地域貢献を行う姿も込められている。

ケア付きコミュニティが成熟すると、その中のどこに住んでいても…個別の家でも一般の高齢者向け集合住宅でも施設(「特別のケアが組み合わされた安心できる集合住宅」)でも…同じような条件でサービスが利用可能となっていく。したがって、高齢期の住まいの選択にあたって、「どの形態が安心か」「同じようなサービス利用に対しどの形態での住まい方が経済的に有利か」などの問いが意思決定に関係しなくなる。もちろん、経済力と好みは人によって違う以上、住みかの選択には個人の支払い能力と好みが反映するだろう。しかし、住む場所の形態がどうあっても、選べる介護保険給付サービスや医療保険給付対象の診療サービスには差がないあり方が実現されているはずである。

略歴

1971年 慶應義塾大学商学部卒業
 1975年 慶應義塾大学大学院商学研究科修士課程修了
 1977年 Northwestern大学経営大学院修士課程修了
 1977年 慶應義塾大学ビジネス・スクール助手
 1980年 慶應義塾大学大学院商学研究科単位取得退学
 1981年 慶應義塾大学大学院経営管理研究科助教授
 1993年 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授、現在に至る
 現在の社会活動：日本介護経営学会会長、日本ケアマネジメント学会理事、社会保障審議会介護給付費分科会委員ほか多数