



# 地域包括ケアシステムの構築

平成27年5月19日（火）

都道府県介護予防担当者・アドバイザー合同会議

厚生労働省老健局老人保健課長  
迫井正深

# 本日のお話

## 1. 地域包括ケアシステムの背景

- 人口の高齢化と“高齢者ケアの場”の在り方

## 2. 地域包括ケアシステムの考え方

- 地域包括ケアシステム概念と構成要素

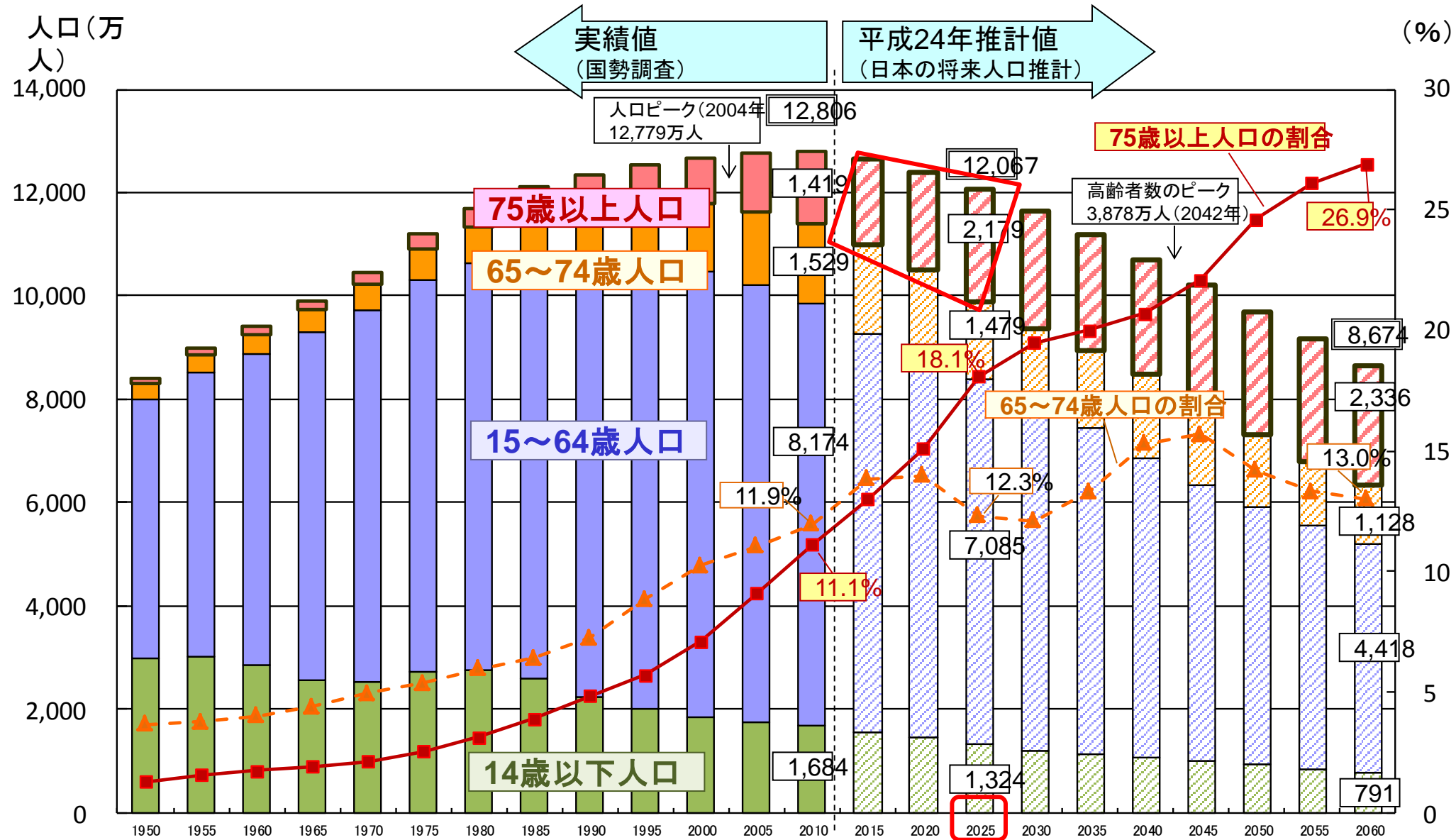
## 3. 高齢者のニーズに応じた対応体制の構築

- 生活支援と介護予防への対応強化
- 介護医療サービスの充実



# 1. 地域包括ケアシステムの背景

# 75歳以上の高齢者数の急速な増加

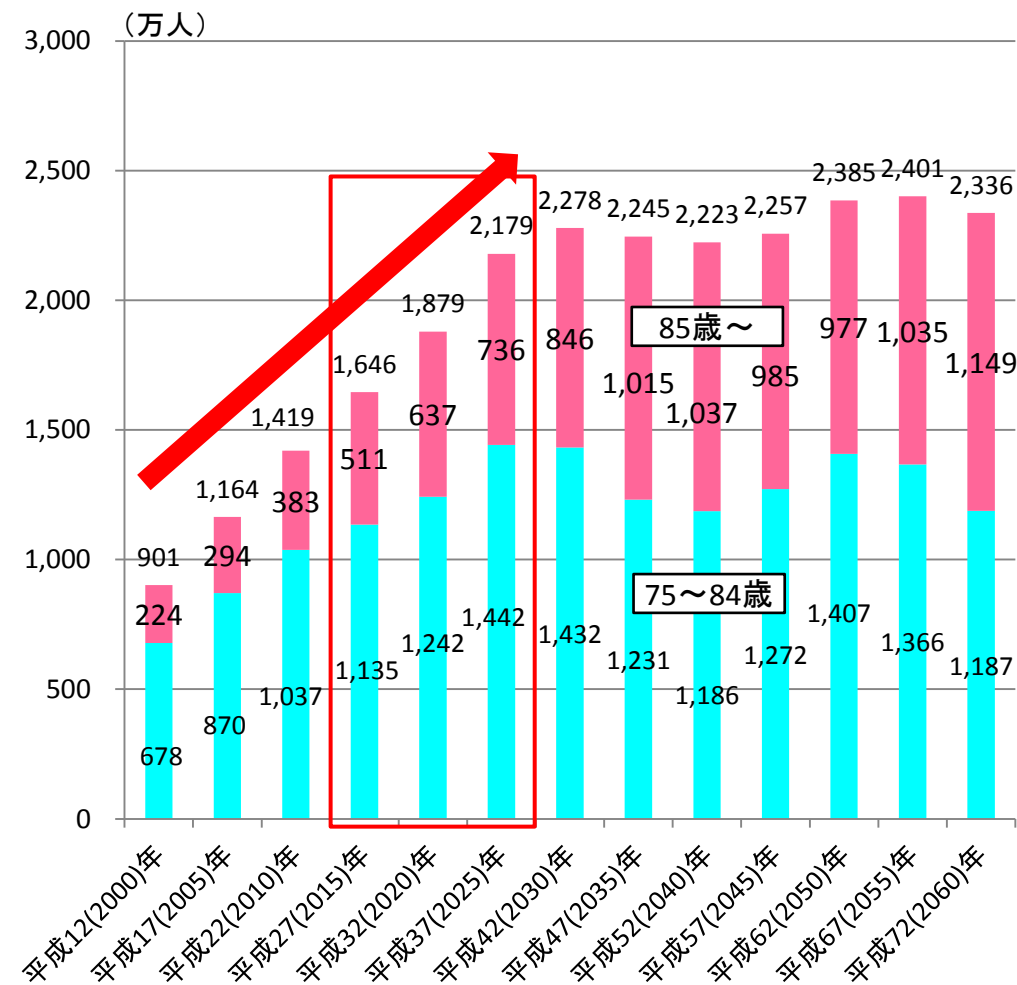


(資料)総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計  
2010年の値は総務省統計局「平成22年国勢調査による基準人口」(国籍・年齢「不詳人口」を按分補正した人口)による。

## 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

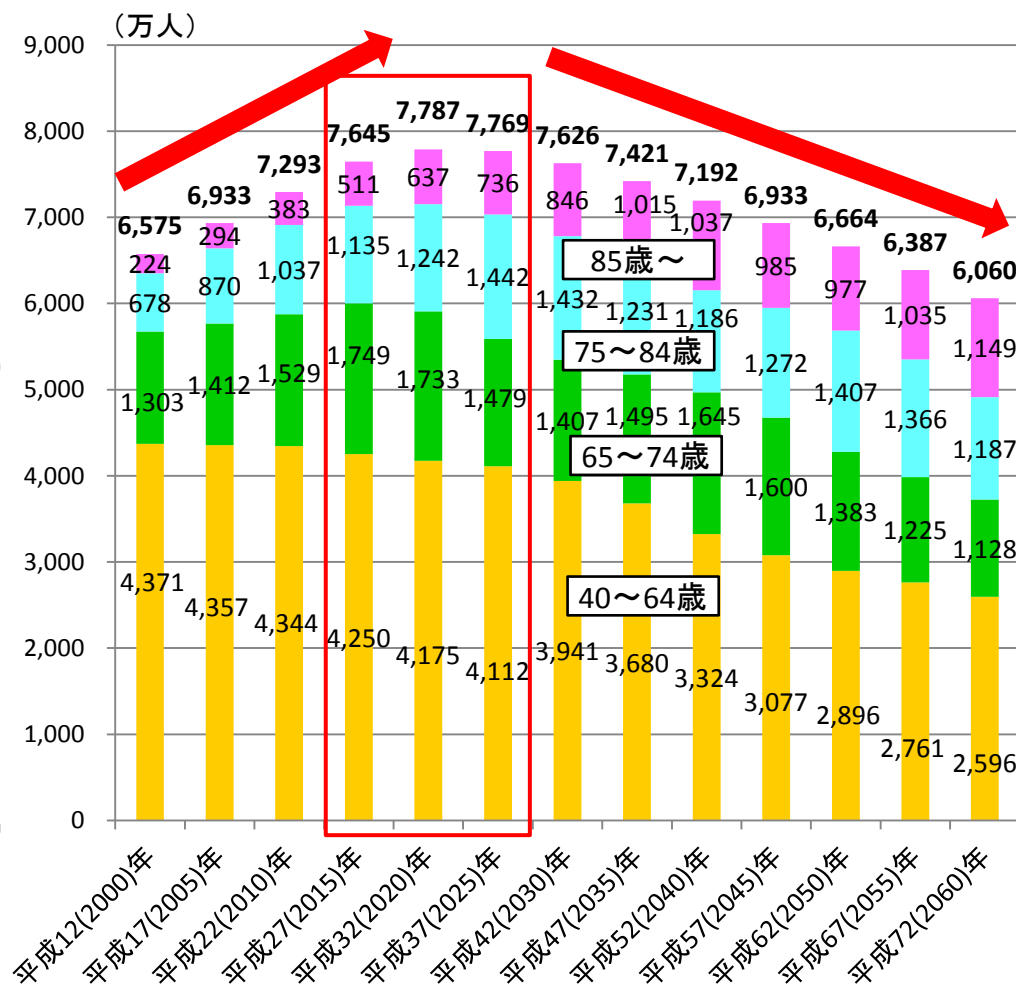
○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間で、急速に増加。

○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



## 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

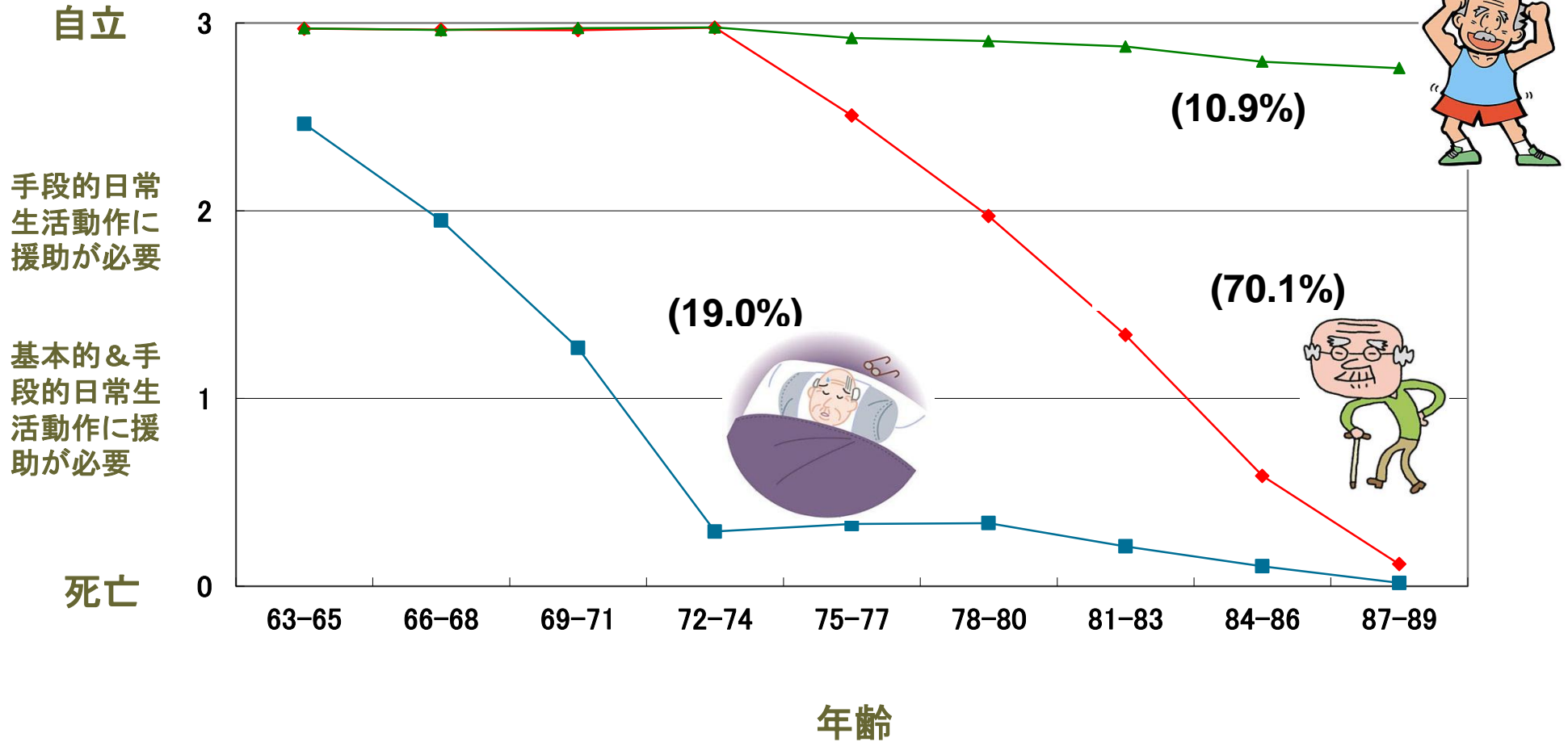
○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。



# 自立度の変化パターン

## —全国高齢者20年の追跡調査—

男性

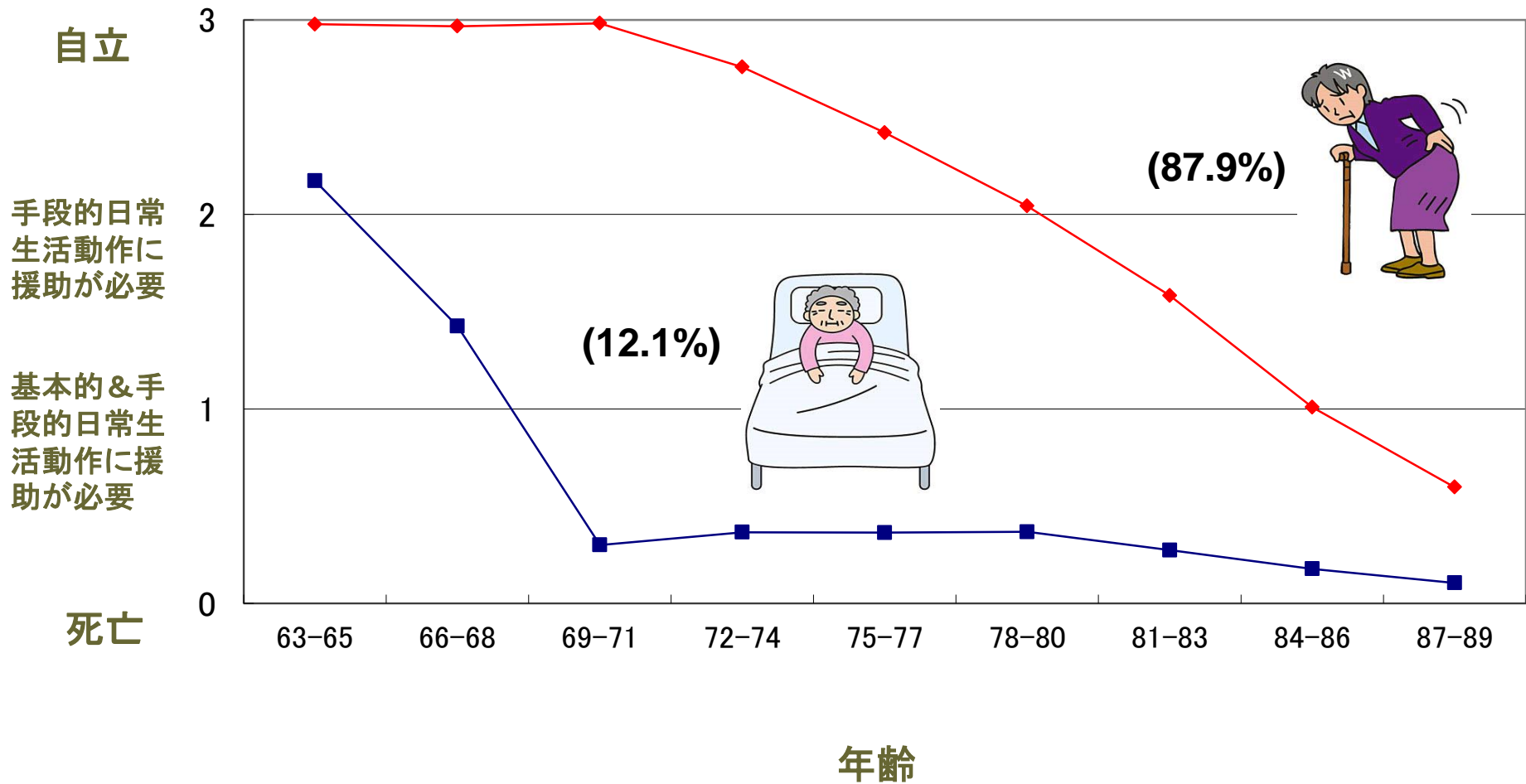


出典) 秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想 『科学』 岩波書店, 2010

# 自立度の変化パターン

—全国高齢者20年の追跡調査—

女性

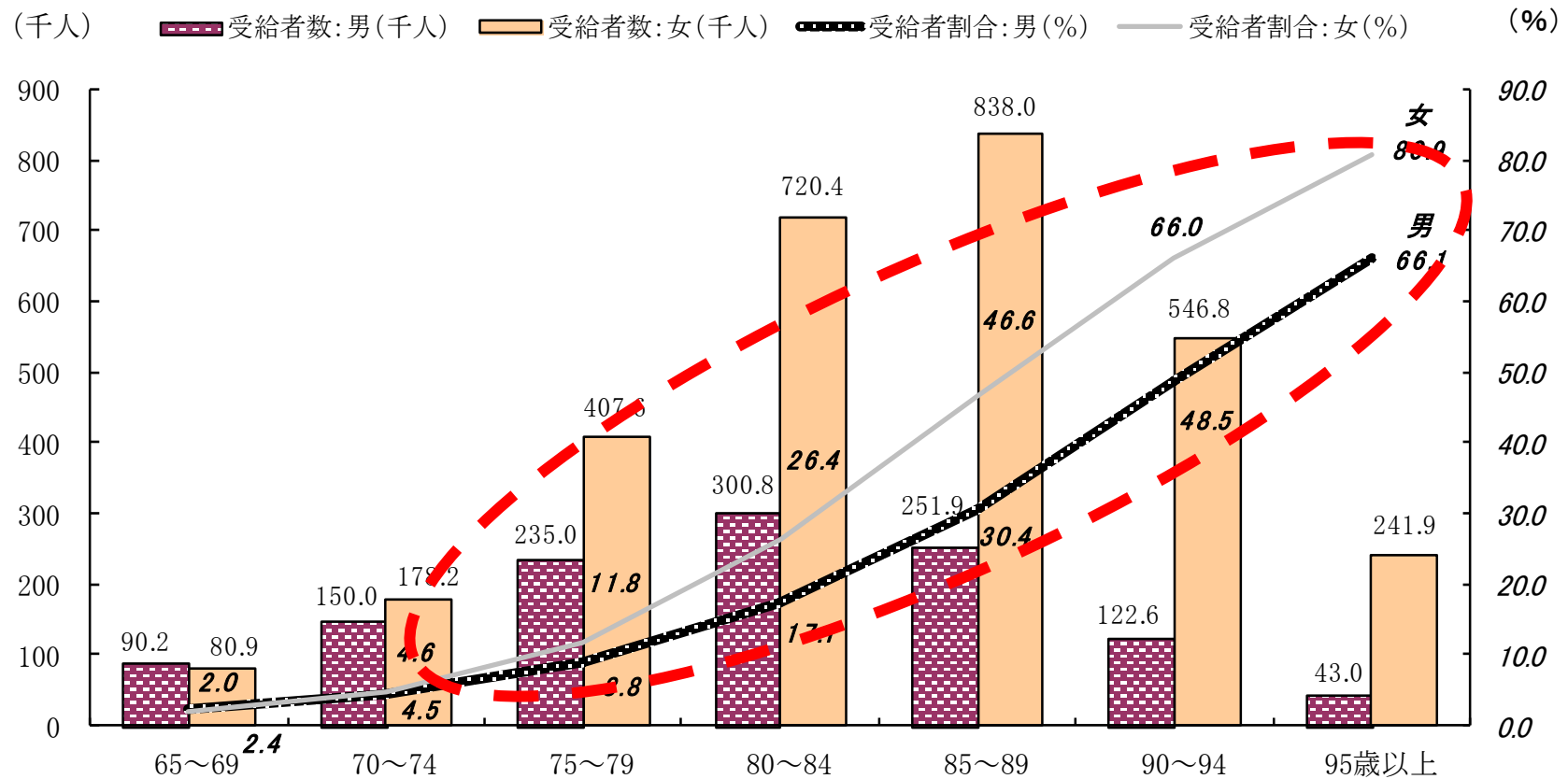


出典) 秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想 『科学』 岩波書店, 2010

# 性・年齢階級別にみた受給者の数・割合

- 75歳を過ぎると、男女ともに、受給者数の割合が増える。
- 男性では、80歳～84歳をピークに、受給者数は減少。
- 女性では、85歳から89歳をピークに、受給者数は減少。
- 受給者のうち高齢の女性の占める割合が大きい。

平成23年11月審査分

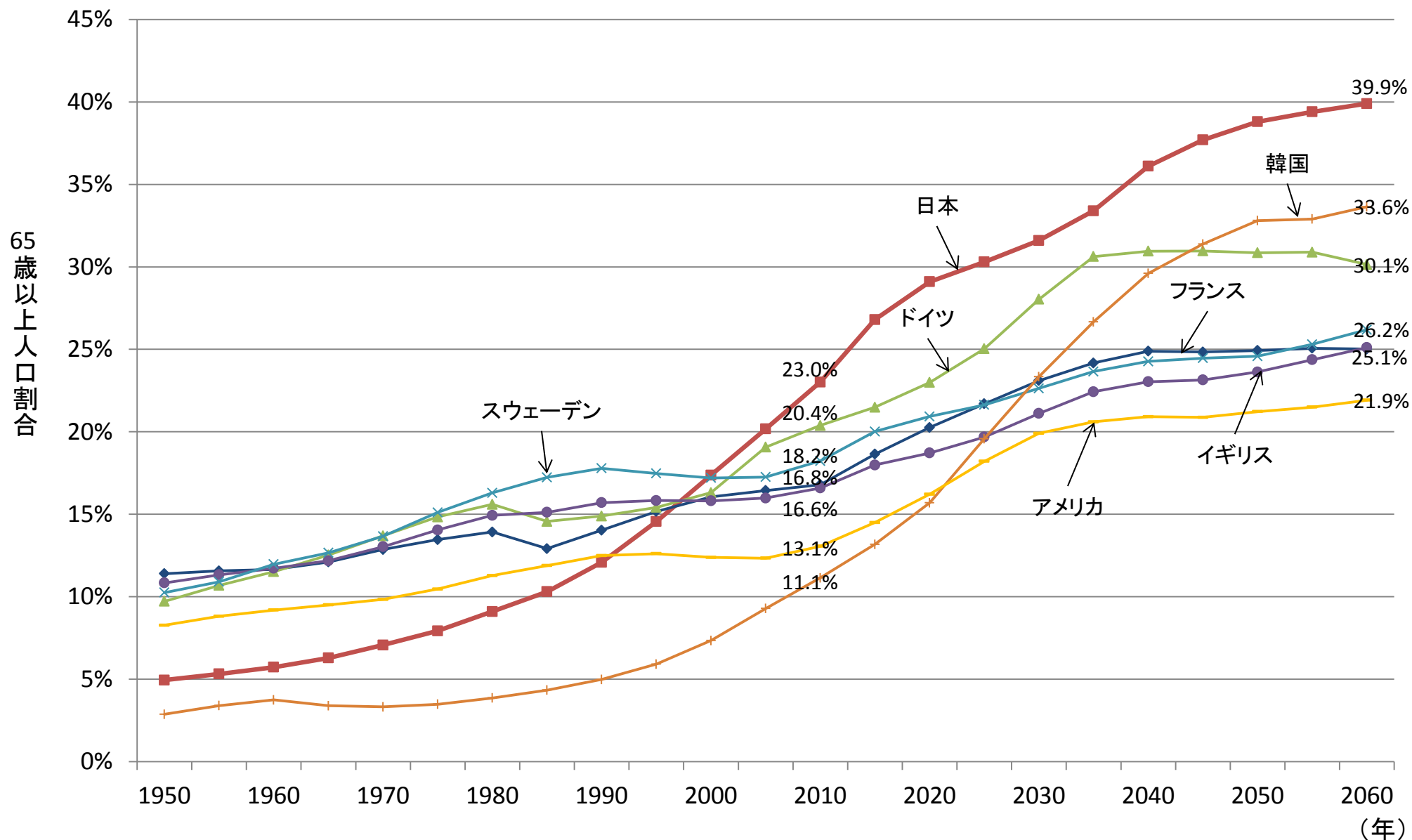


注: 人口は、総務省統計局「平成23年10月1日現在推計人口(総人口)」を使用した。

【出典】平成23年度 介護給付費実態調査の概況



## 65歳以上人口割合の推移



(出所) 日本は、総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)  
諸外国は、United Nations, World Population Prospects 2010

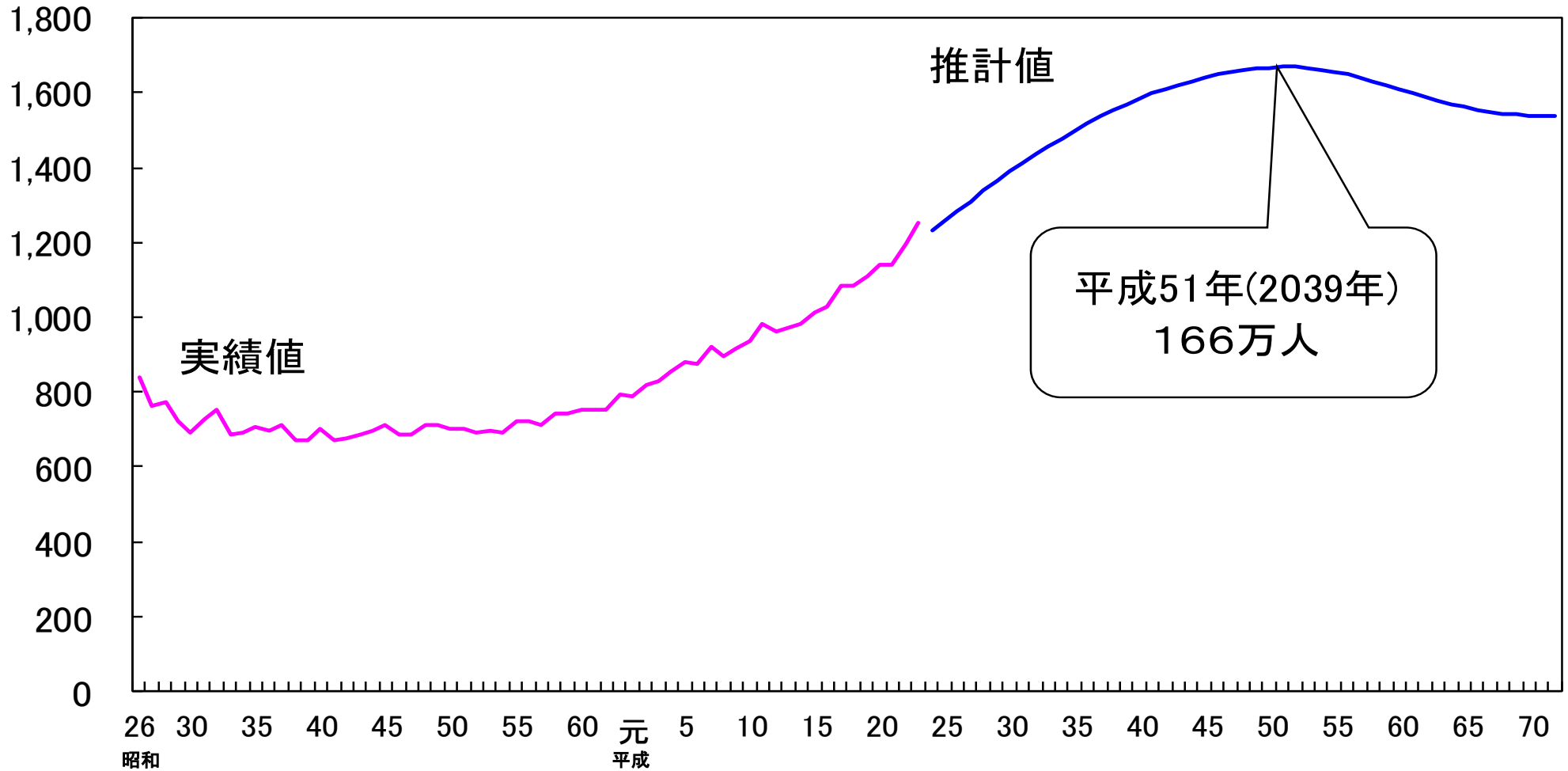


## 高齢化のスピード: (国際比較)

国名	65 歳以上人口の割合(到達年)		倍化に要する期間 (年)
	7%	14%	7%→14%
日本	1970	1994	24
ドイツ	1932	1972	40
英国	1929	1976	47
米国	1942	2015	73
スウェーデン	1887	1972	85
フランス	1864	1979	115
韓国	1999	2017	18
ブラジル	2011	2032	21
タイ	2003	2025	22
チュニジア	2009	2032	23
中国	2001	2026	25

# (参考)死亡数の年次推移

(千人)

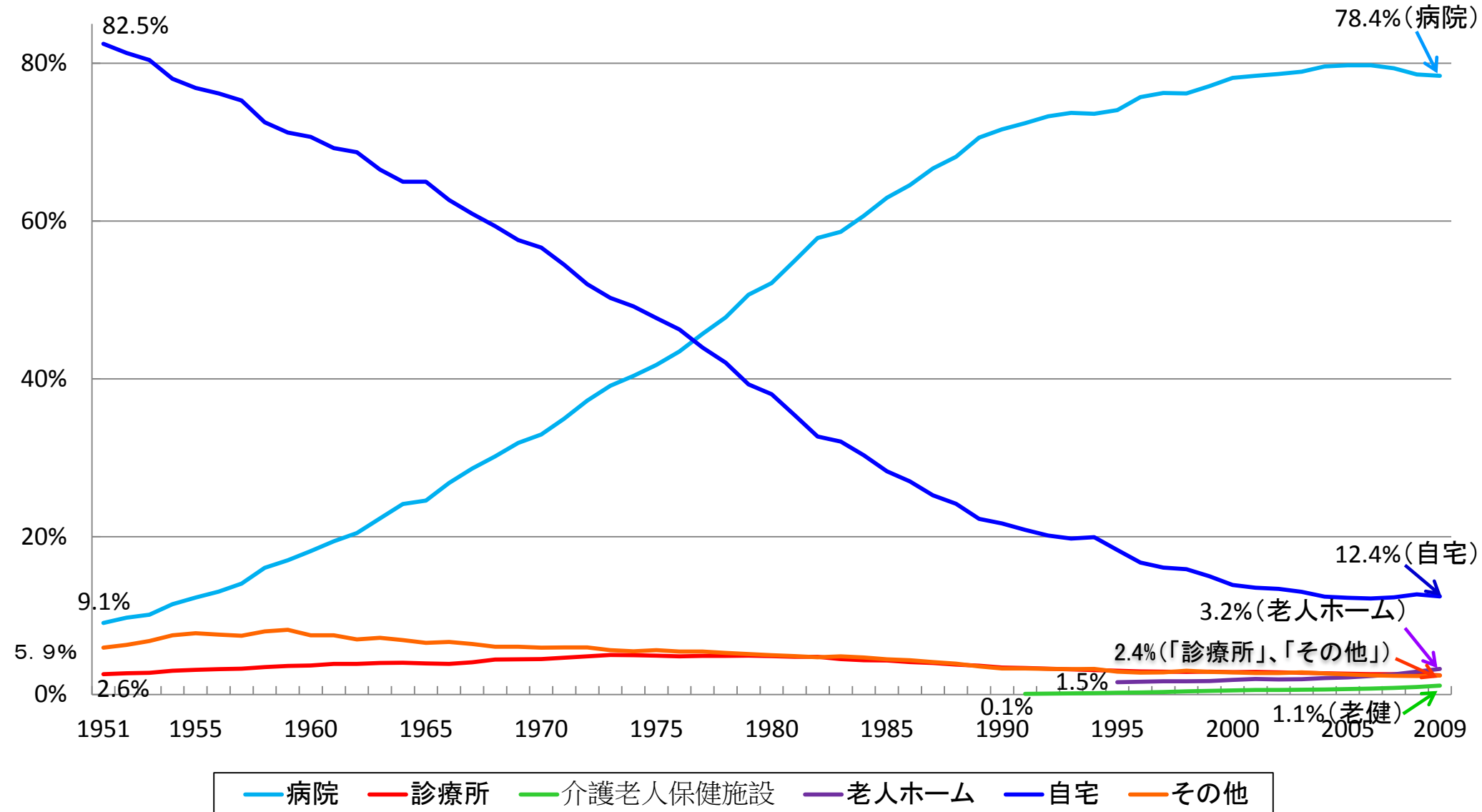


出典:平成23年までは厚生労働省「人口動態統計」

平成24年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(出生中位・死亡中位)

# 死亡場所の推移

○20世紀半ばには自宅で死亡する者が8割超であったが、現在では8割近くの者が病院で死亡している。

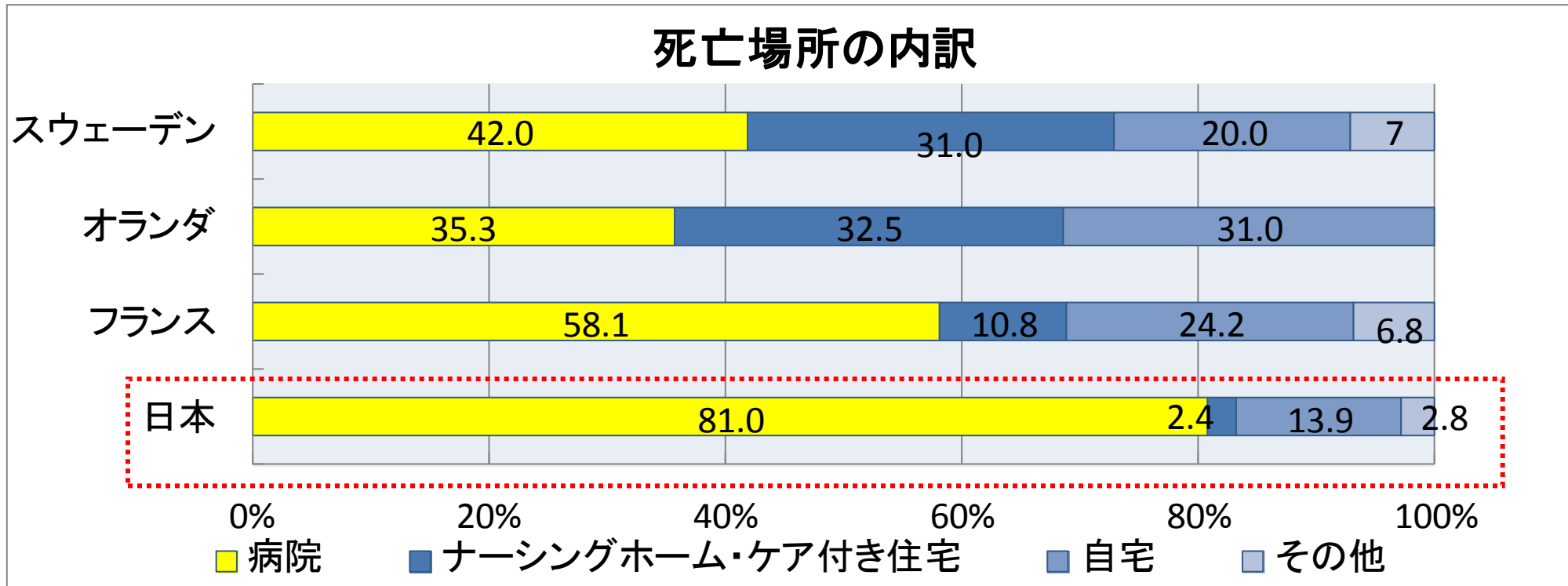


※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典)厚生労働省「人口動態調査」



# 死亡の場所(各国比較)



出典:医療経済研究機構  
「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

(注)「ナースングホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

(資料)スウェーデン: Socialstyrelsen Dögen angår oss alla による1996年時点(本編 p48)

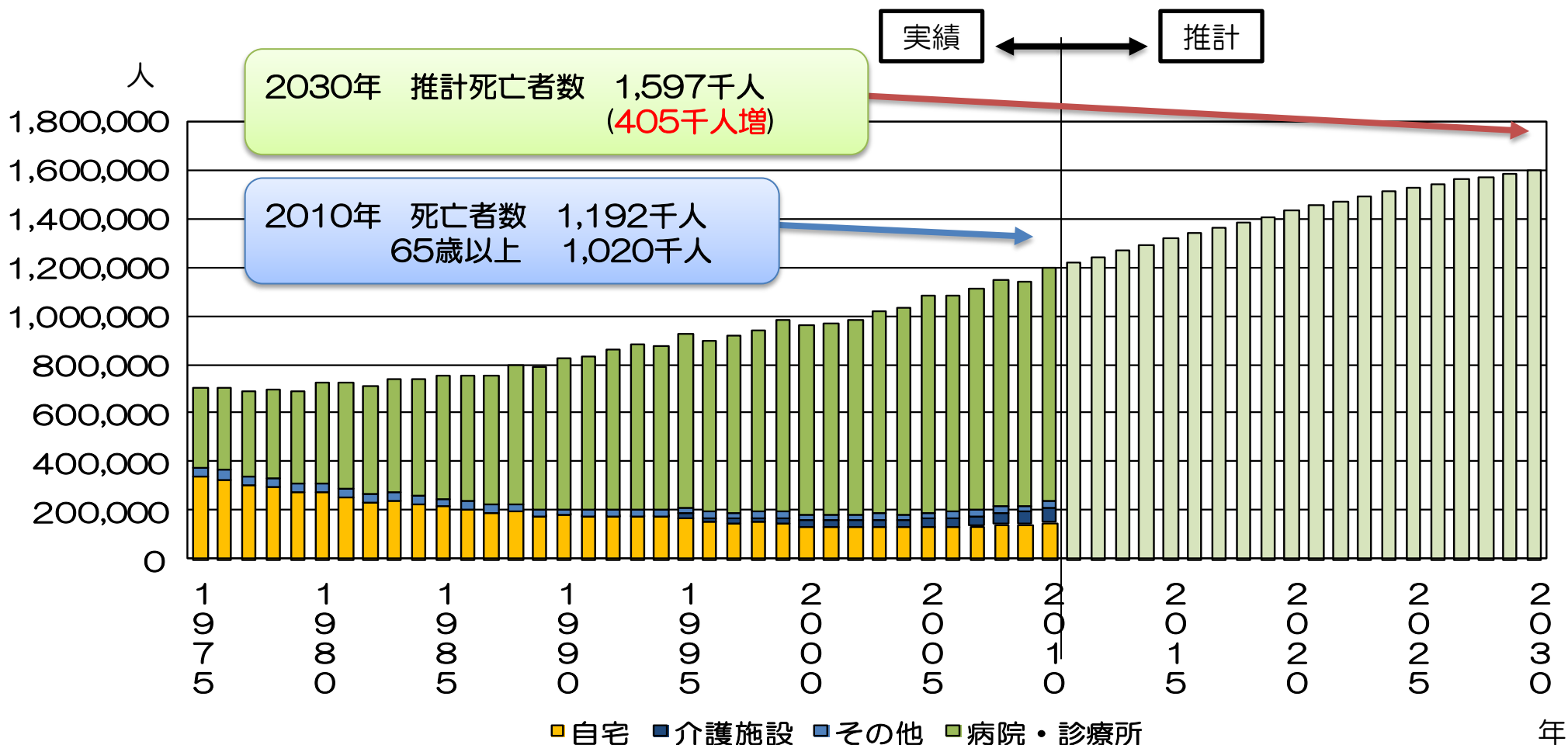
オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

※他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

# 死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



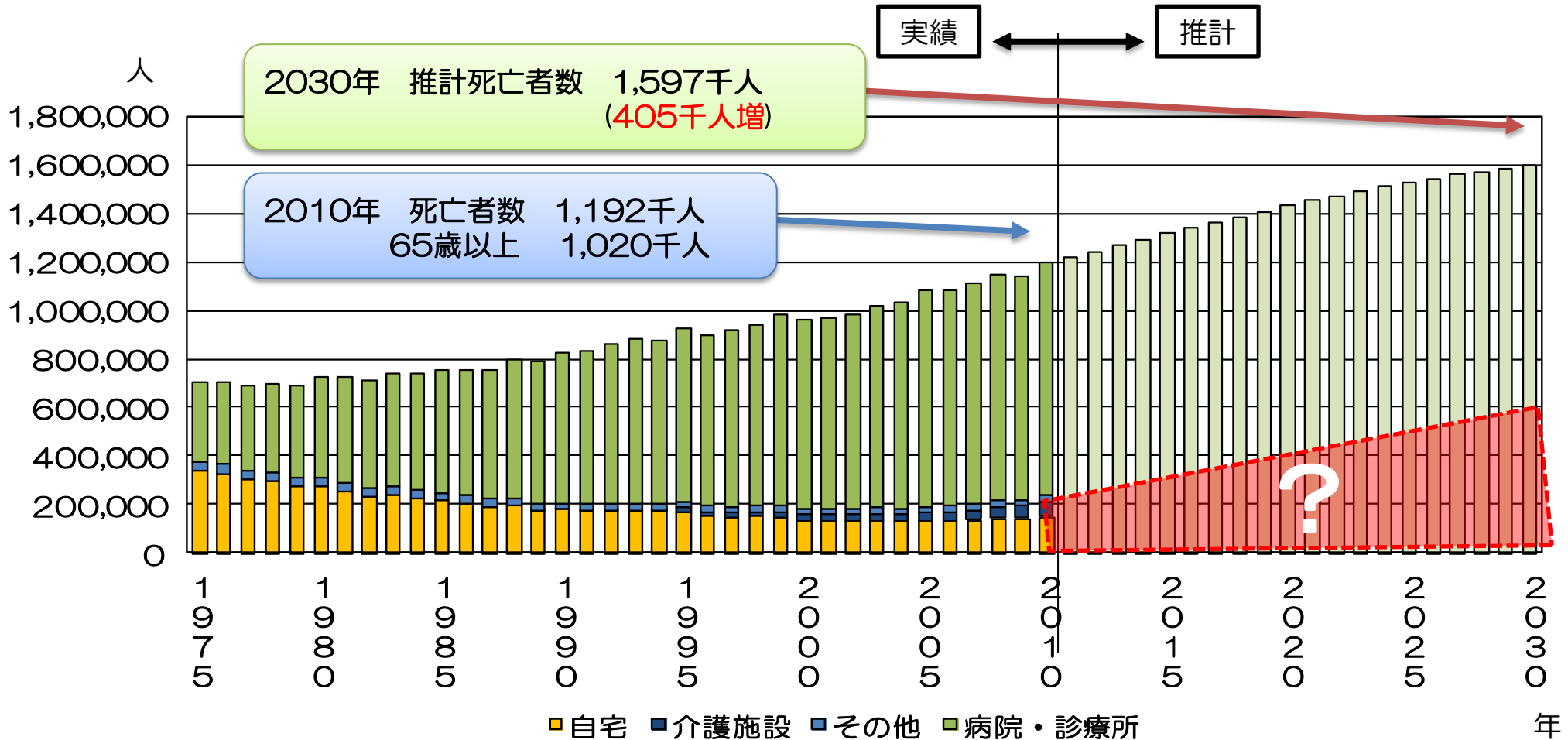
## 課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】  
2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」  
2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

# 死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



## 課題

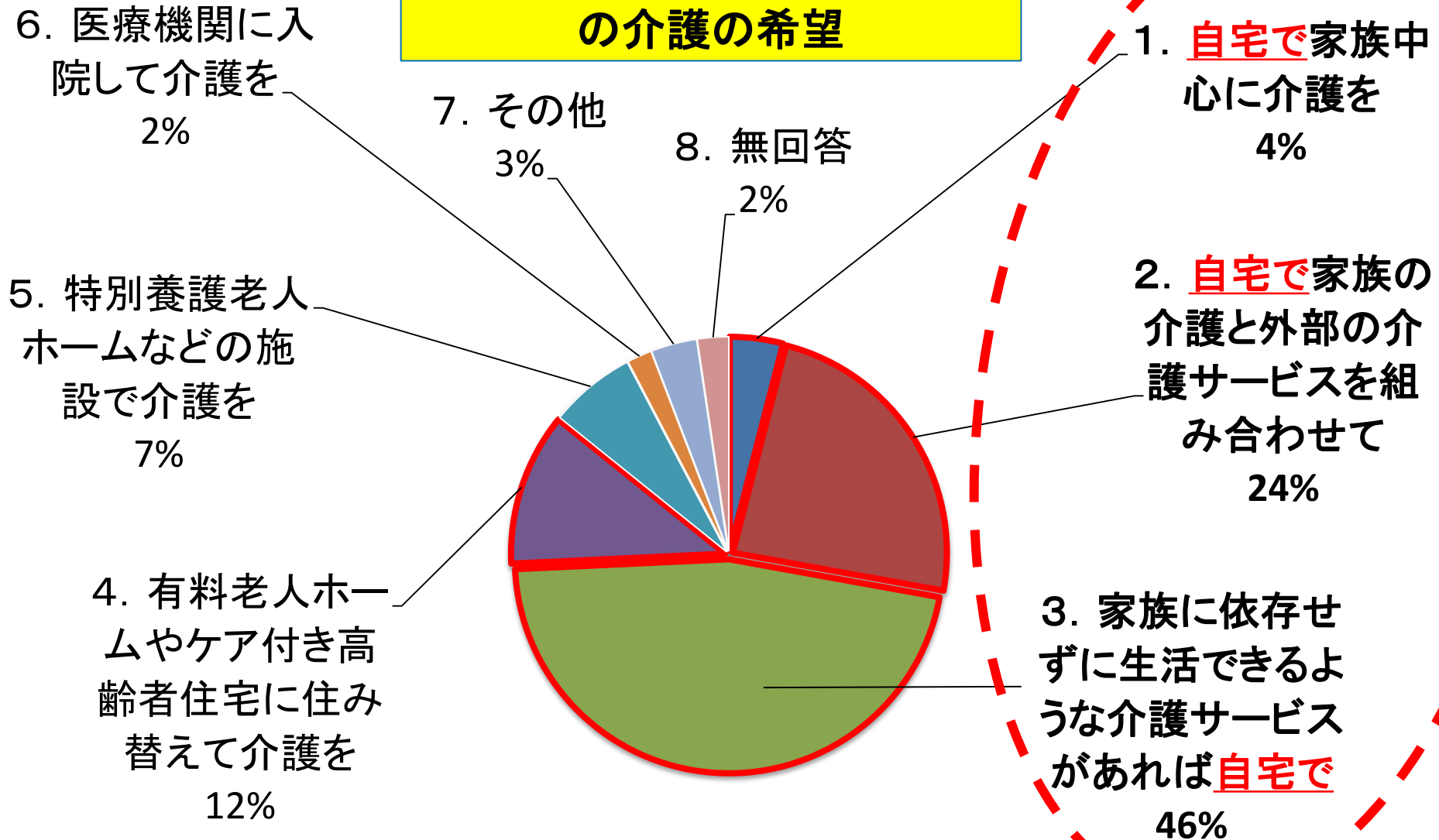
2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】  
2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」  
2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

# 介護の希望（本人の希望）

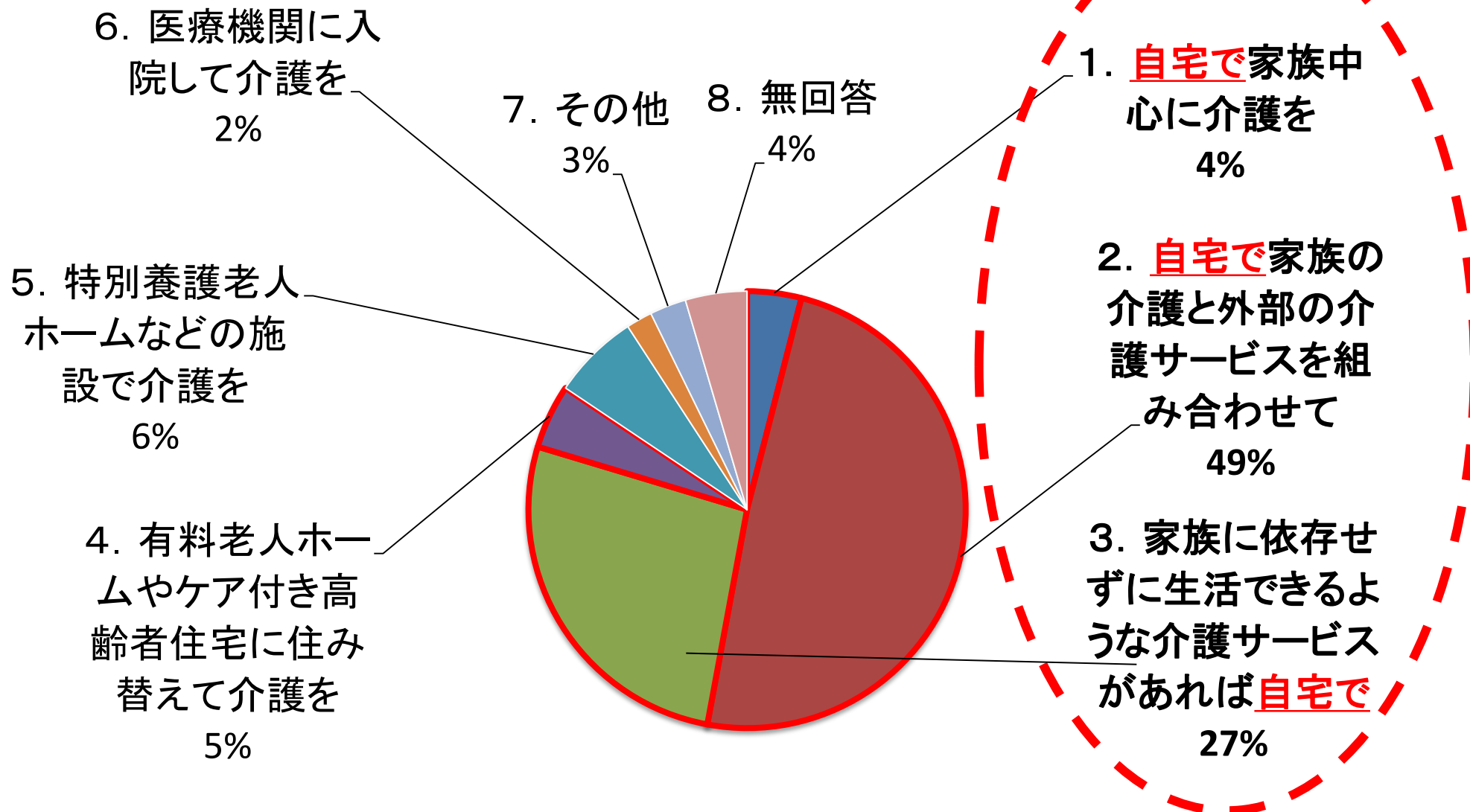
## 自分が介護が必要になった場合 の介護の希望





# 介護の希望（家族の希望）

## ご両親が介護が必要となった場合 の介護の希望

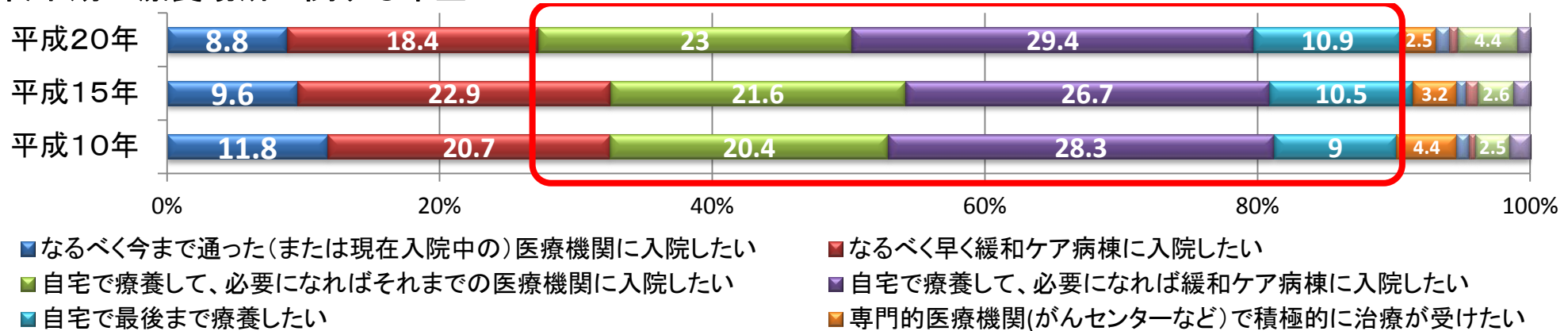


# 終末期医療に関する調査

○60%以上の国民が「自宅で療養したい」と希望。

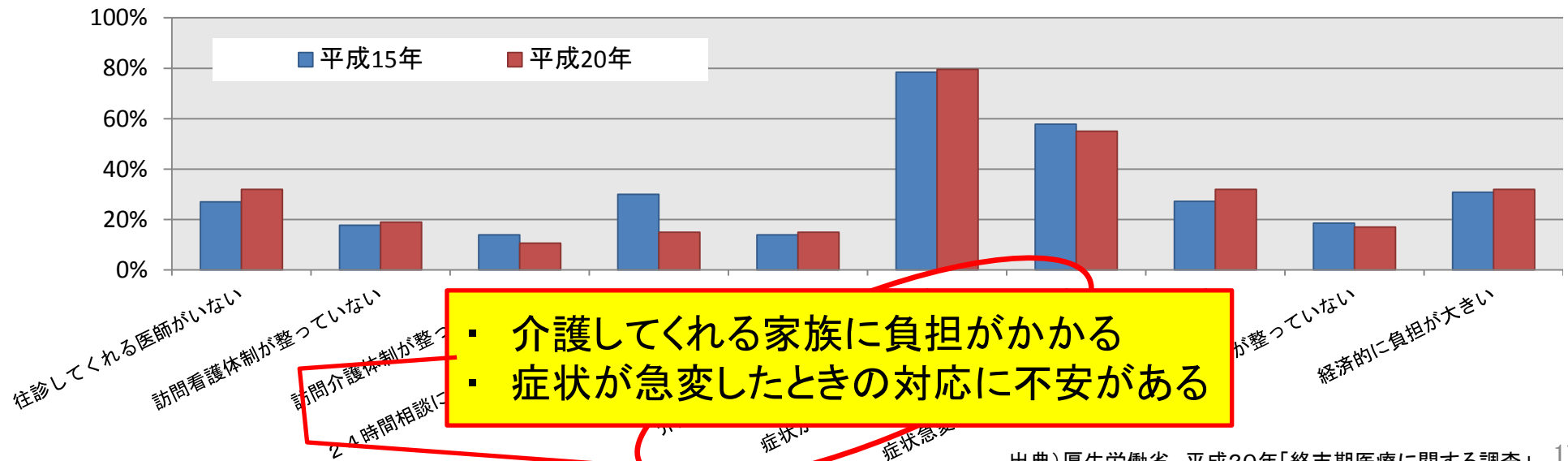
○自宅で最期まで療養するには、家族の負担や急変したときの対応などに不安を感じる。

## ■終末期の療養場所に関する希望



## ■自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)

出典)厚生労働省「終末期医療に関する調査」(各年)





## 2. 地域包括ケアシステムの考え方

# 地域包括ケア研究会 報告書（平成22年3月）

## 2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿

### 地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方

●地域住民は住居の種別(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅)にかかわらず、**おおむね30分以内(日常生活域)**に生活上の安全・安心・健康を確保するための**多様なサービス(注)**を24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに**住み慣れた地域での生活を継続する**ことが可能になっている。

(注) 居場所の提供、**権利擁護関連の支援**、**生活支援サービス**、**家事援助サービス**、身体介護、ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーションなどのサービスが個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される。

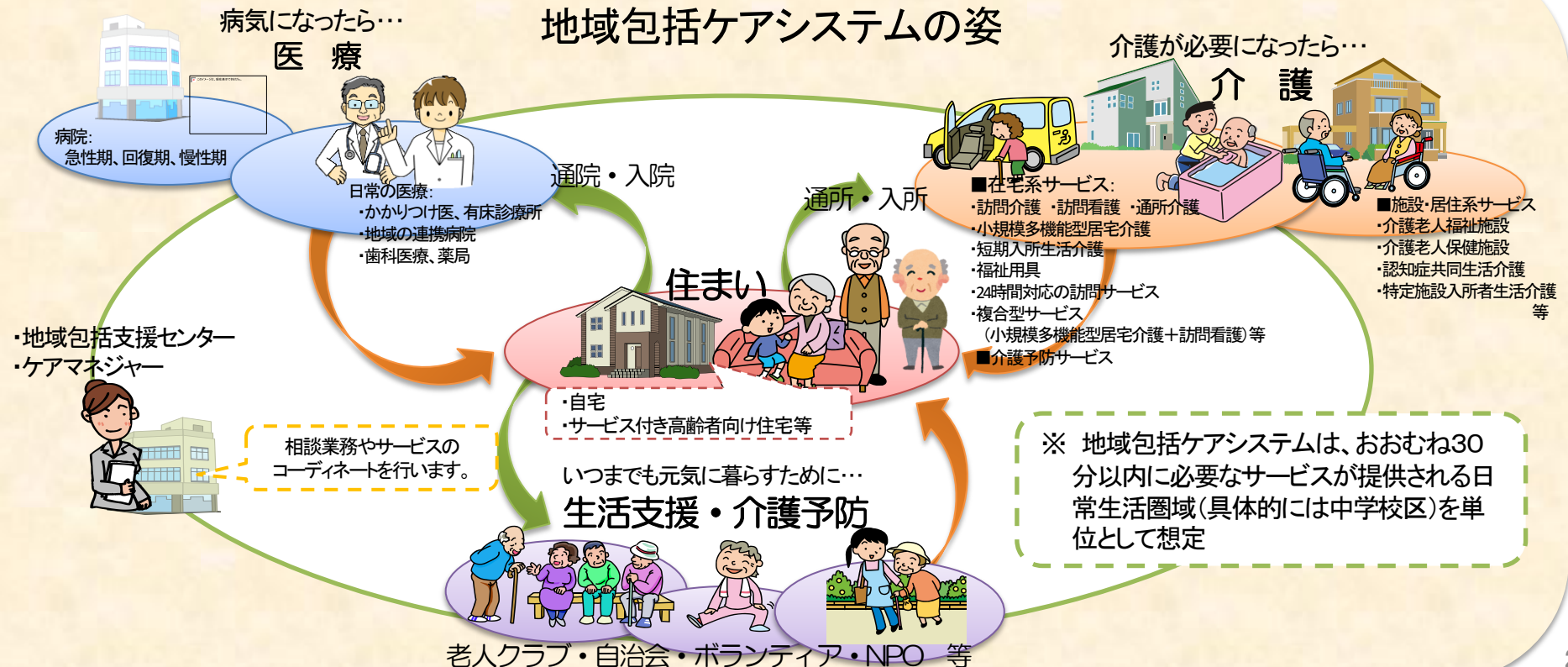
### 良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担

●2025年には、地域包括ケアを支える人材間の役割分担と協働が図られ、人材の専門能力の一層の向上と生産性・効率性向上が図られている。また、医療や介護の専門職のほか、**高齢者本人や住民によるボランティア**といった**自助**や**互助**を担う者など、様々な人々が連携しつつ参画している。

# 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで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体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

## 地域包括ケアシステムの姿



# 地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」

「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

## 【介護・医療・予防】

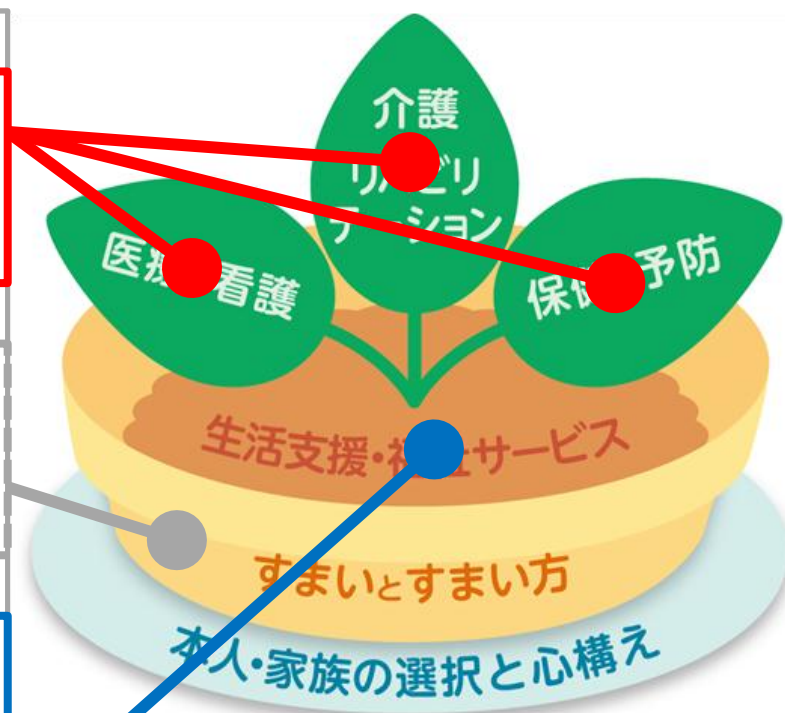
- 個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

## 【すまいとすまい方】

- 生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

## 【生活支援・福祉サービス】

- 心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
- 生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。



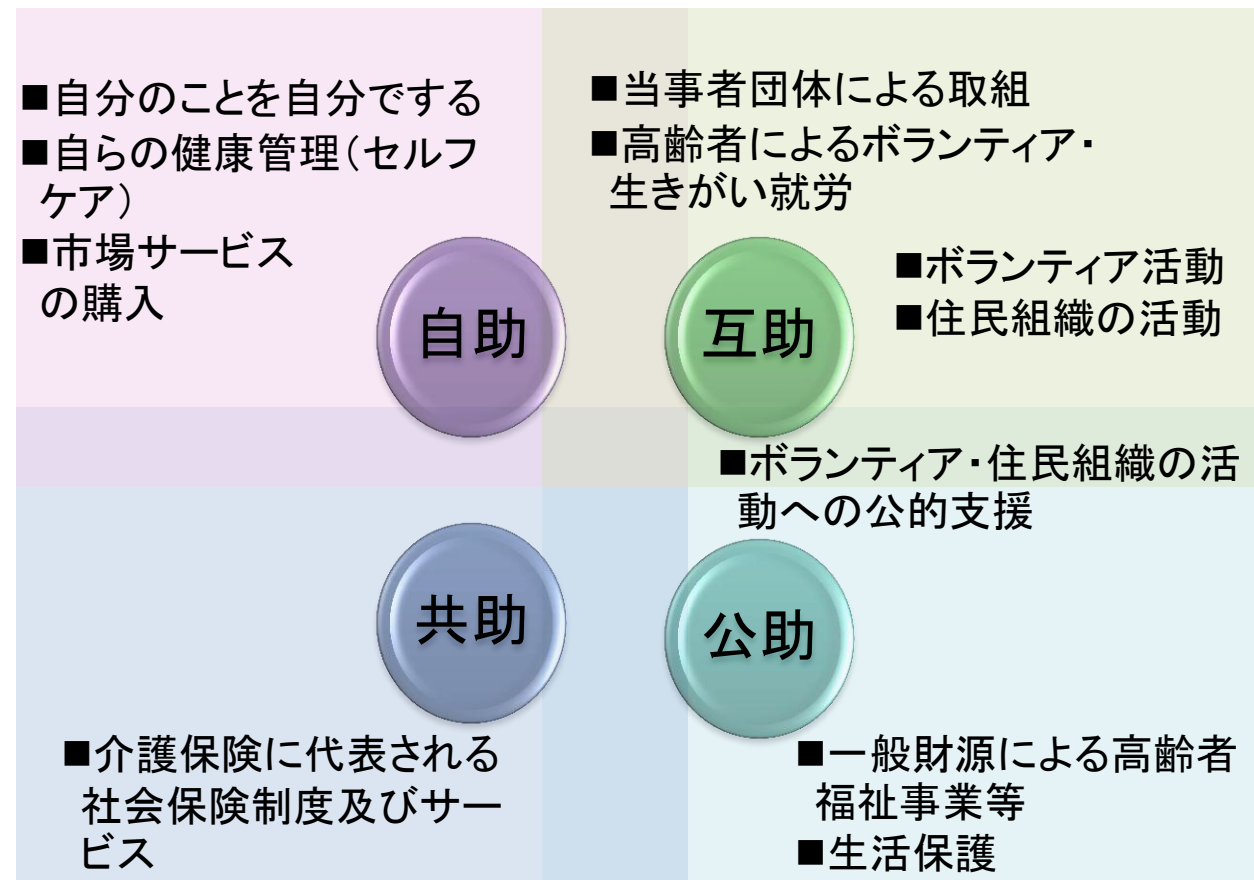
平成25年3月  
地域包括ケア研究会  
報告書・概要版より



# 「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム

## 【費用負担による区分】

- 「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。
- これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。



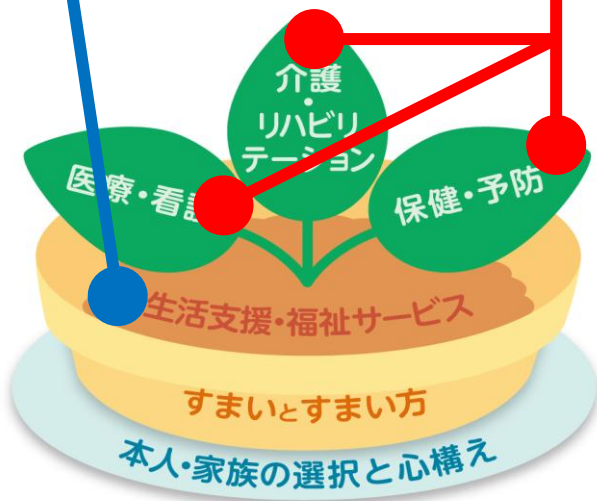
## 【時代や地域による違い】

- 2025年には、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
- 都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。
- 少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

# 地域包括ケアシステムの構成要素の関係性

地域包括ケアシステムでは、高齢者は自らの意思で「住まい」(住居の形態)を選択し、本人の希望にかなった「住まい方」(家族・近隣・友人との関係性)を確保した上で、心身の状態や「住まいと住まい方」の変化の応じて、「支援・サービス」を柔軟に組み合わせて提供する

医療・介護・予防(葉)、  
生活支援(土)の総称  
＝「支援・サービス」



「医療・看護」「介護・リハビリテーション」(葉)と  
「生活支援・福祉サービス」(土)の関係

- 従来のサービスでは、医療・介護の専門職が「生活支援」を提供することもあるが、「生活支援」が民間事業者やNPO、ボランティア、地域住民など多様な主体により提供されるようになれば、医療・介護の専門職は「医療・介護」に注力ことができ、在宅限界点の向上につながる。



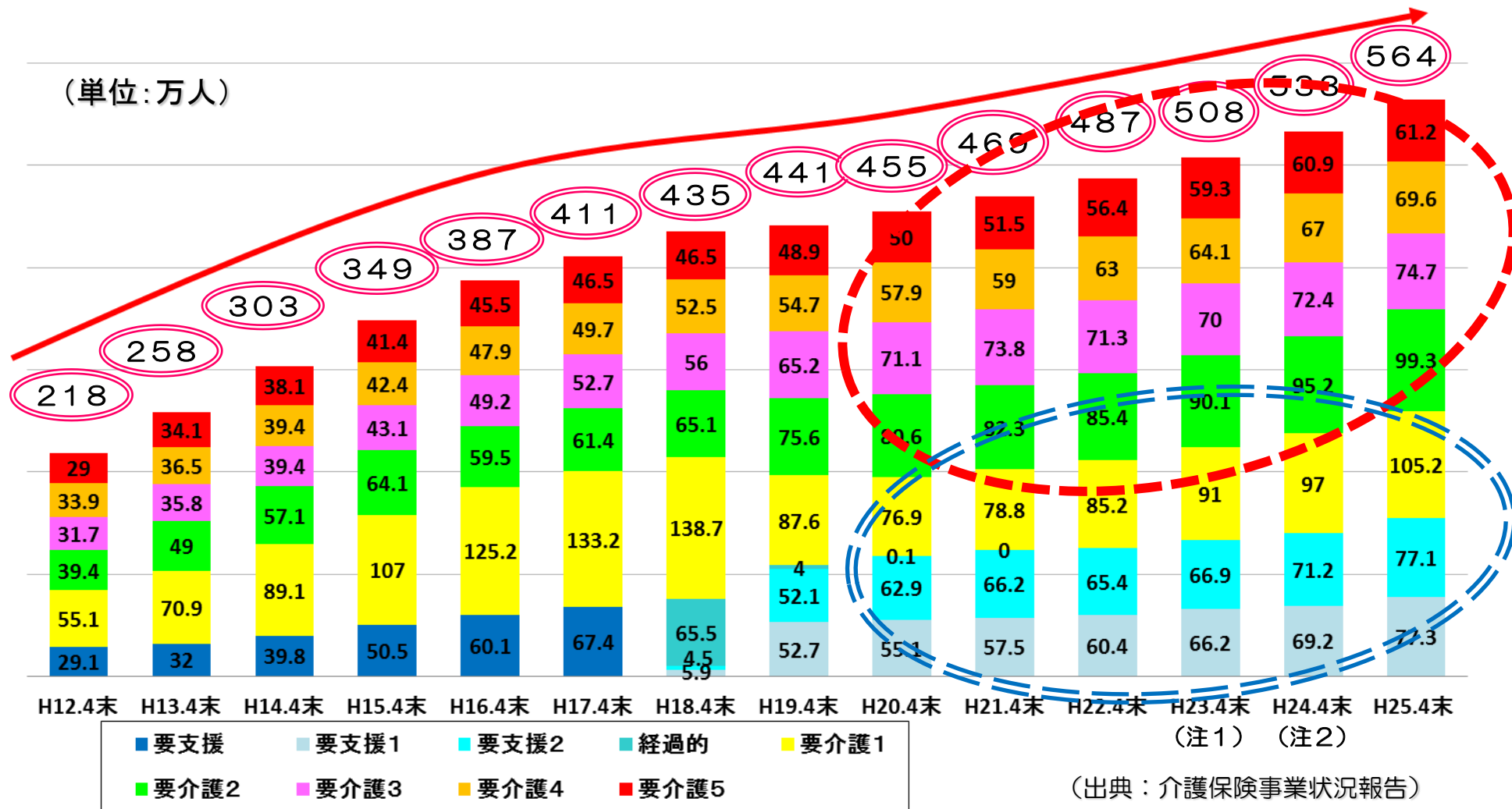


### 3. 高齢者のニーズに応じた対応体制 の構築

- (1) 生活支援と介護予防への対応強化  
(特に軽度者)
- (2) 介護医療サービスの充実  
(特に中重度者)

# 要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成25年4月現在564万人で、この13年間で約2.59倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



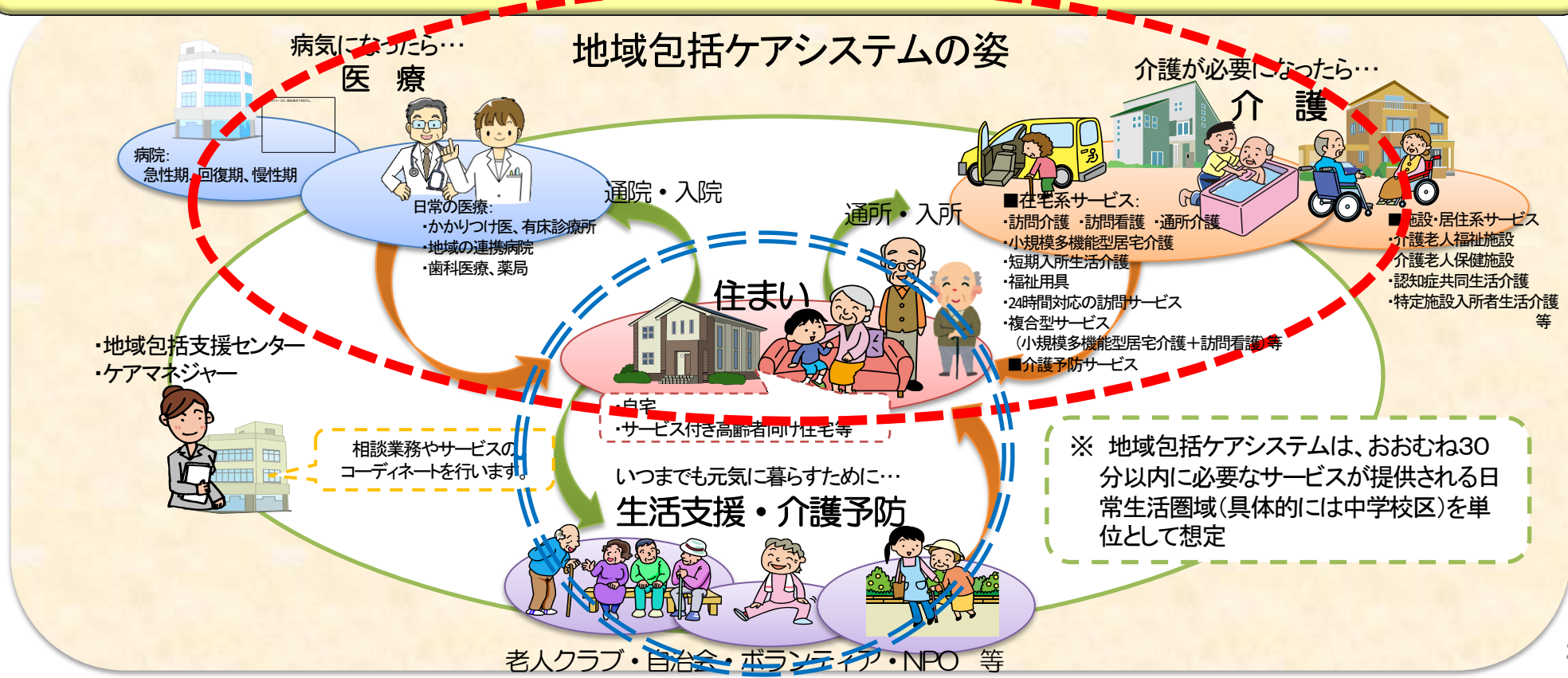
注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。  
 注2) 檜葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

# 地域包括ケアシステム構築で求められる視点

- 急速な高齢者の増加と若年層の減少
  - ・ 特に2030年以降の若年層減少傾向を見据えた効果的／効率的なシステム構築が急務
- 高齢者のニーズに応じた対応体制の構築
  - (1) 生活支援と介護予防への対応強化（特に軽度者）
    - ⇒ 地域力（自助・互助）による  
高齢者の活動向上と社会参画の促進
  - (2) 介護・医療サービスの充実（特に中重度者）
    - ⇒ 各サービスの充実と  
医療・介護（多職種）連携の推進

# 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで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体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



# 地域包括ケアシステム構築で求められる視点

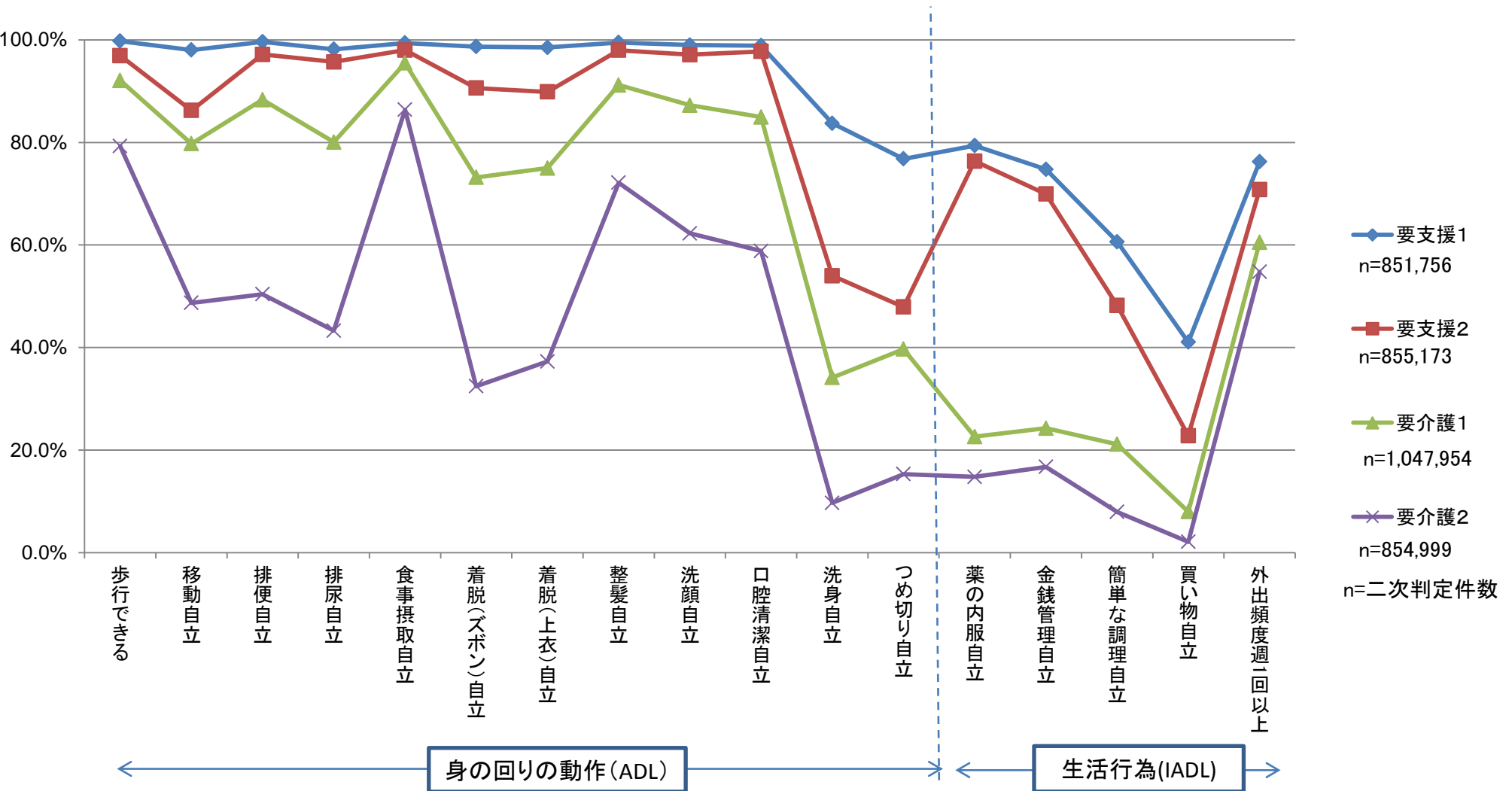
- 急速な高齢者の増加と若年層の減少
  - ・ 特に2030年以降の若年層減少傾向を見据えた効果的／効率的なシステム構築が急務

## ○ 高齢者のニーズに応じた対応体制の構築

- (1) 生活支援と介護予防への対応強化 (特に軽度者)
  - ⇒ 地域力（自助・互助）による  
高齢者の活動向上と社会参画の促進
- (2) 介護・医療サービスの充実 (特に中重度者)
  - ⇒ 各サービスの充実と  
医療・介護（多職種）連携の推進

# (参考) 要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。

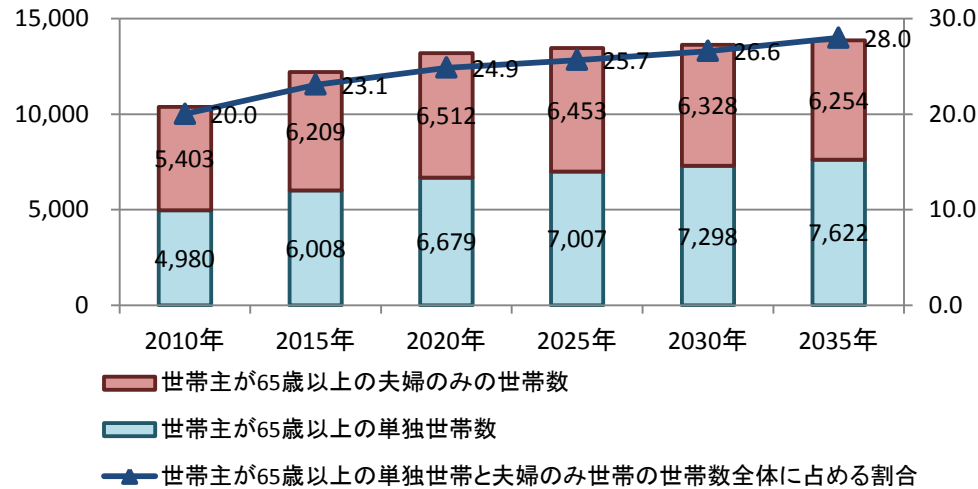


※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

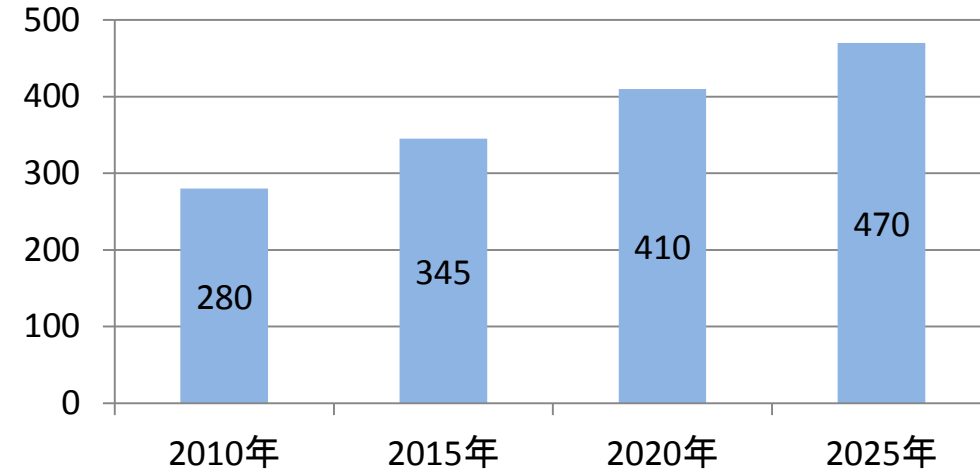
# 生活支援のニーズ

## 高齢者世帯の年次推移



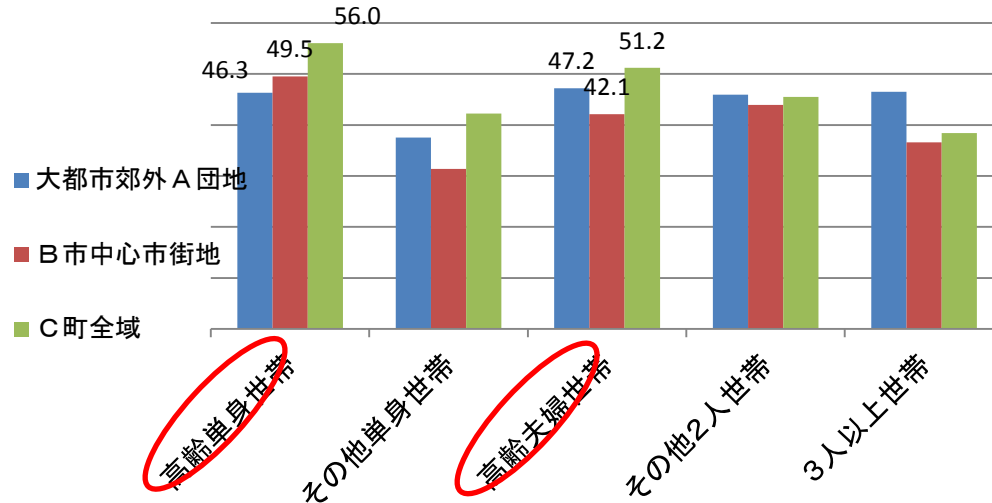
国立社会保障・人口問題研究所、  
2013(平成25)年1月推計の「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」

## 認知症高齢者数の将来推計 (単位:万人)



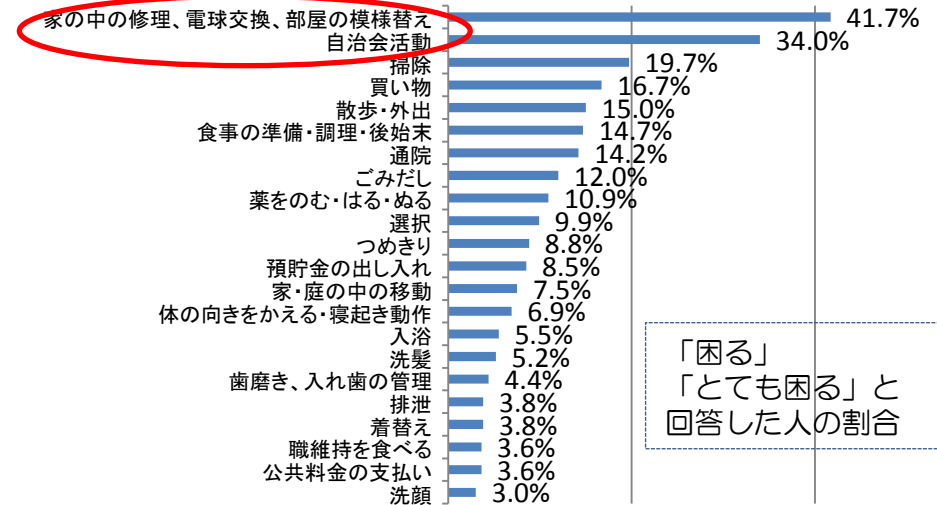
「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について,厚生労働省

## 買い物で不便や苦勞がある世帯の割合



平成23年、農林水産政策研究所、食料品アクセス問題の現状と対応方向

## 1人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていること (愛知県居住で75歳以上の1人暮らし高齢者 n=379)



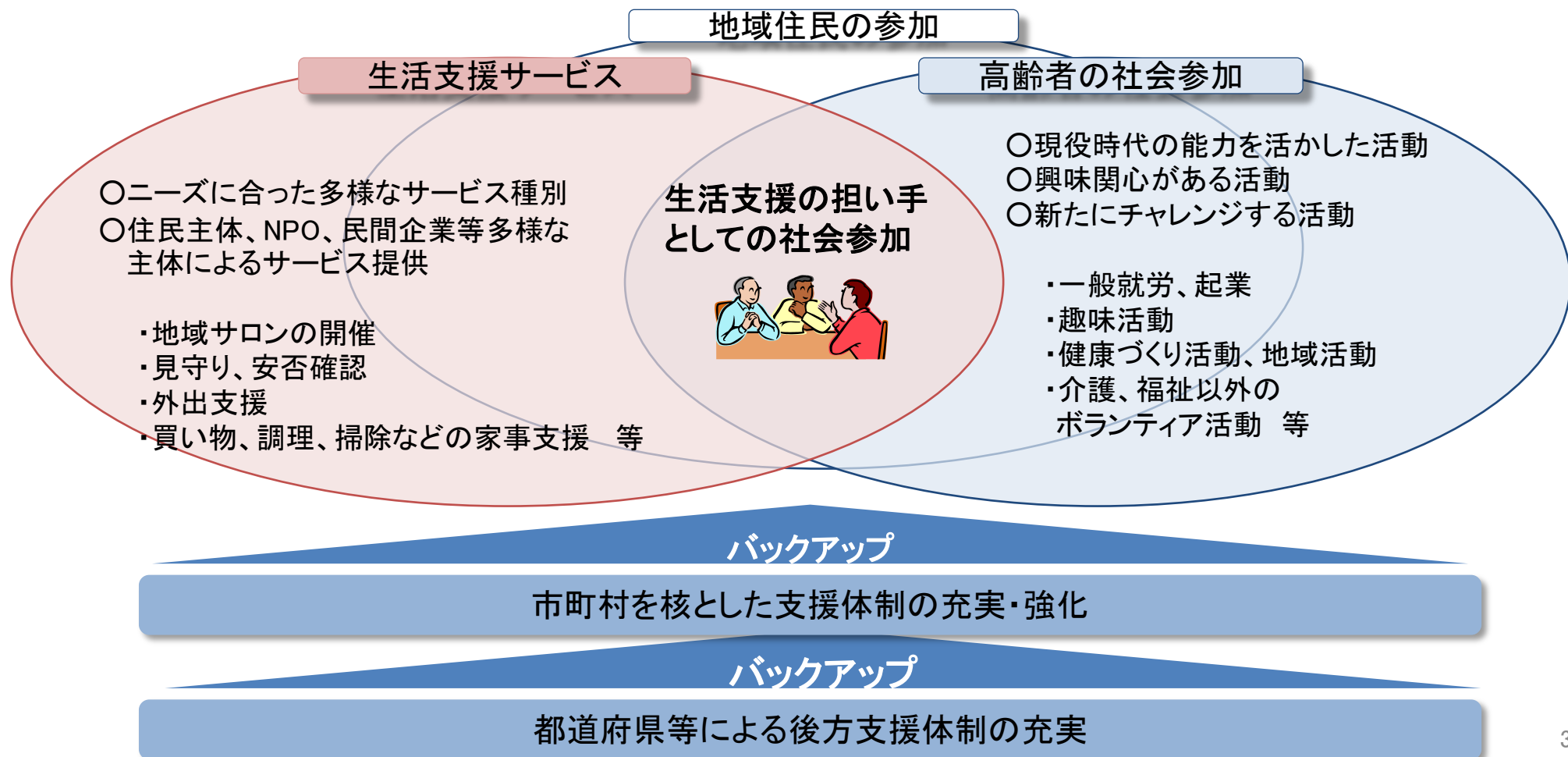
「困る」  
「とても困る」と  
回答した人の割合

平成23年度老健事業、1人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査(みずほ総研)



# 生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。  
具体的には、生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援サービスコーディネーター」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。





# 地域の実情に応じた 効果的・効率的な介護予防の取組事例

○住民が主体となって取り組む介護予防事業を市内全域で展開している。虚弱高齢者が元気高齢者の支えで元気を取り戻し、小学校の下校時の見守り隊に参加するなど社会活動が広がっている。

○介護予防活動を通して、見守りや助け合い等地域の互助の力が育っている。

## 基本情報（平成25年4月1日現在）

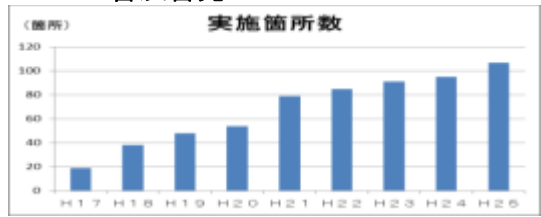
※人口は平成25年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営 委託	0 3	力所 力所
総人口		125,150	人
65歳以上高齢者人口		28,312	人
		22.6	%
75歳以上高齢者人口		11,291	人
		9.0	%
第5期1号保険料		4,980	円



## 介護予防の取組の変遷

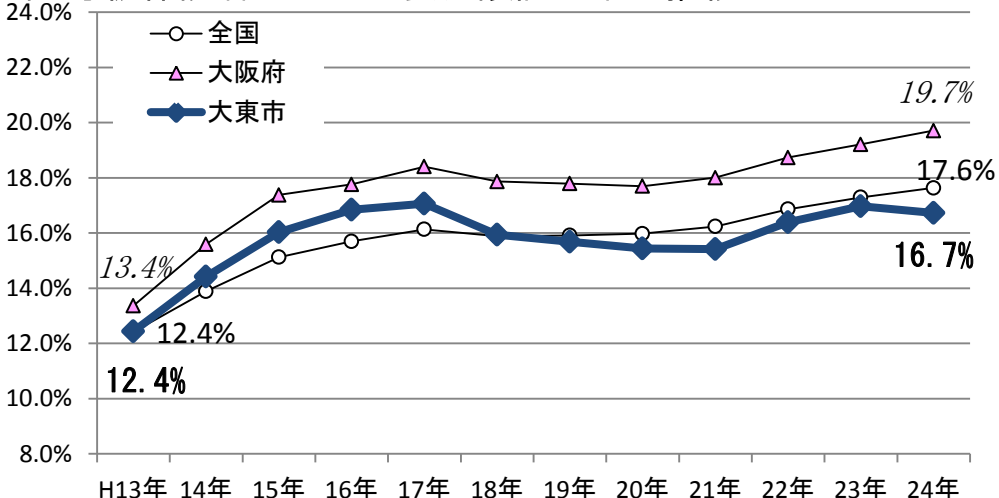
- 平成16年度に地域ケア会議で町ぐるみの介護予防の必要性を提言
- 平成17年度に虚弱者も参加できる「大東元気でまっせ体操」を開発し、一次・二次予防対象者の枠組みにとらわれず、自治会、町内会単位で住民主体での活動の場の普及に取り組む
- 老人会のイベント等で介護予防について普及啓発
- 住民主体の活動の場の育成及び世話役を養成
- 体操教室後に民生委員、校区福祉委員、世話役が集合。地域の虚弱高齢者情報を共有し、具体的な対策を検討する



65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	9.3 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	2.7 %

※要支援1～要介護5の高齢者163人が含まれる。

## 第1号被保険者における要介護認定率の推移

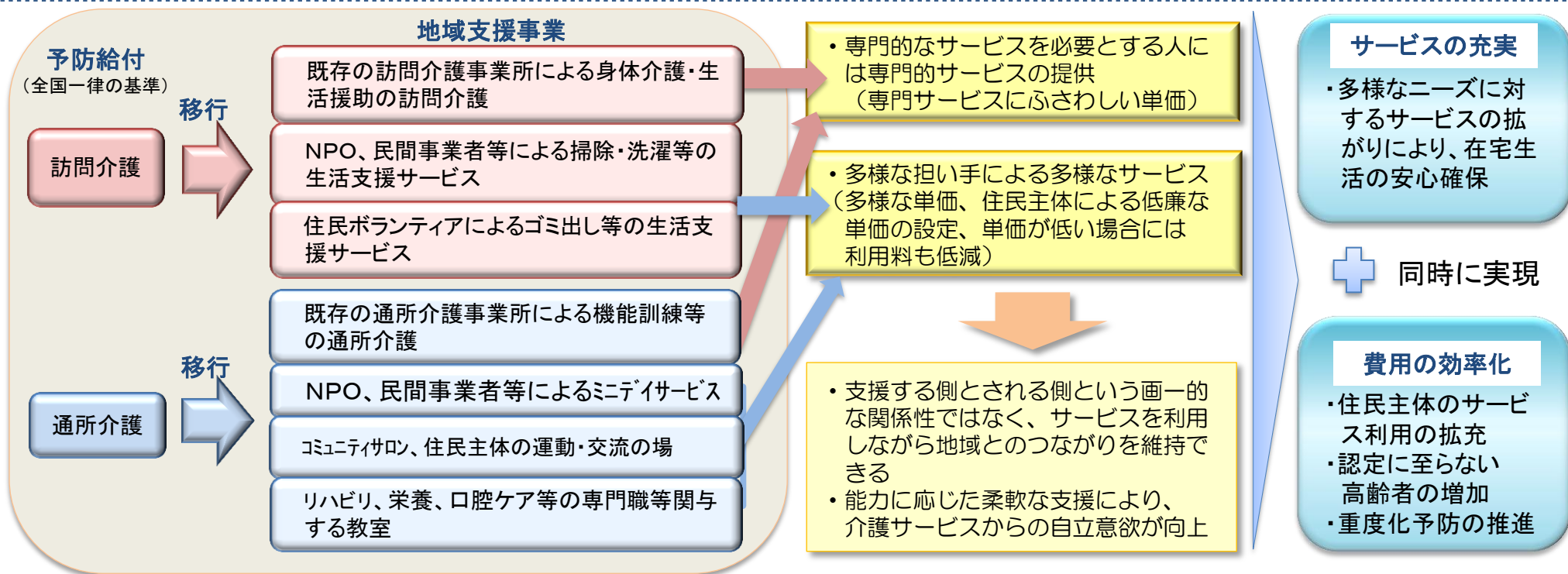


## 専門職の関与の仕方

- 介護予防の啓発は保健師とリハ職のペアで行う
- 体操教室の立ち上げの際には体操指導と体操ビデオの提供及び世話役の育成を保健師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士が行った
- 身体障害や関節痛により体操を同じようにできない方に対しては、市のリハ職が訪問し、痛みがでない運動法を指導した
- 認知症や高次脳機能障害、精神障害などで集団活動に不具合が生じた時には地域包括支援センター職員が出向いて、認知症の方への対応方法等を世話役に指導した
- 世話役から活動の脱落者について地域包括支援センター職員に連絡が入った場合には、職員はその原因を明確にした上で個別に対応する（例：認知症の方への対応、不仲の場合には教室の変更）

# 予防給付の見直しと地域支援事業の充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（29年度末まで）。財源構成は給付と同じ（国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料）。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援（高齢者の状態像等に応じたケアマネジメント）。高齢者は支え手側に回ることも。
- 総合事業の事業費の上限は、事業への移行分を賄えるように見直し。
- 国は、指針（ガイドライン）を策定し、市町村による事業の円滑な実施を支援。



## <地域支援事業の充実>

### ①生活支援・介護予防の充実

- ・住民主体で参加しやすく、地域に根ざした介護予防活動の推進
- ・元気な時からの切れ目ない介護予防の継続
- ・リハビリテーション専門職等の関与による介護予防の取組
- ・見守り等生活支援の担い手として、生きがいと役割づくりによる互助の推進

### ②在宅医療・介護連携の推進

### ③認知症施策の推進

### ④地域ケア会議の推進

# 新しい地域支援事業の全体像

<現行>

介護保険制度

<見直し後>

【財源構成】

国 25%

都道府県

12.5%

市町村

12.5%

1号保険料

21%

2号保険料

29%

【財源構成】

国 39.5%

都道府県

19.75%

市町村

19.75%

1号保険料

21%

**介護給付** (要介護1～5)

**介護予防給付**

(要支援1～2)

訪問看護、福祉用具等

訪問介護、通所介護

**介護予防事業**

又は**介護予防・日常生活支援総合事業**

○二次予防事業

○一次予防事業

介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

**包括的支援事業**

○地域包括支援センターの運営  
・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

**任意事業**

○介護給付費適正化事業  
○家族介護支援事業  
○その他の事業

現行と同様

事業に移行

全市町村で実施

多  
様  
化

**介護給付** (要介護1～5)

**介護予防給付** (要支援1～2)

**新しい介護予防・日常生活支援総合事業**  
(要支援1～2、それ以外の者)

○介護予防・生活支援サービス事業

・訪問型サービス

・通所型サービス

・生活支援サービス(配食等)

・介護予防支援事業(ケアマネジメント)

○一般介護予防事業

**包括的支援事業**

○地域包括支援センターの運営  
(左記に加え、**地域ケア会議の充実**)

○**在宅医療・介護連携の推進**

○**認知症施策の推進**

(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)

○**生活支援サービスの体制整備**

(コーディネーターの配置、協議体の設置等)

**任意事業**

○介護給付費適正化事業  
○家族介護支援事業  
○その他の事業

地域支援事業

# 地域包括ケアシステム構築で求められる視点

## ○ 急速な高齢者の増加と若年層の減少

- ・ 特に2030年以降の若年層減少傾向を見据えた

介護報酬改定

在宅医療介護  
連携推進事業

- (1) 生活支援と介護予防への対応強化（特に軽度者）

⇒ 地域力（自助・互助）による  
高齢者の活動向上と社会参画の促進

- (2) 介護・医療サービスの充実（特に中重度者）

⇒ 各サービスの充実と

医療・介護（多職種）連携の推進

# 介護報酬改定

# 平成27年度介護報酬改定に関する審議報告(平成27年1月9日) 概要

- 高齢者ができる限り住み慣れた地域で尊厳を持って自分らしい生活を送ることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を進める。

## 1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

### (1)中重度の要介護者等を支援するための重点的な対応

- ・ 24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型サービスを始めとした「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組み合わせを一体的に提供する包括報酬サービスの機能強化と、普及に向けた基準緩和
- ・ リハビリテーション専門職の配置等を踏まえた介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の更なる強化

### (2)活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

- ・ リハビリテーションの理念を踏まえた「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なサービス提供を推進するための理念の明確化と「活動」、「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入

### (3)看取り期における対応の充実

- ・ 本人及び家族の意向に基づくその人らしさを尊重したケアの実現を推進するため、本人・家族とサービス提供者の十分な意思疎通を促進する取組を評価

### (4)口腔・栄養管理に係る取組の充実

- ・ 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下等により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種協働による支援を充実

## 2. 介護人材確保対策の推進

- ・ 介護職員処遇改善加算の更なる充実
- ・ サービス提供体制強化加算(介護福祉士の評価)の拡大

## 3. サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

- ・ 「骨太の方針」を踏まえたサービスに係る評価の適正化について、各サービスの運営実態や1.及び2.も勘案しつつ実施
- ・ 集合住宅へのサービス提供の適正化(事業所と同一建物に居住する減算の適用範囲を拡大)
- ・ 看護職員の効率的な活用の観点等から、人員配置の見直し等を実施(通所介護、小規模多機能型居宅介護 等)

# 在宅医療介護 連携推進事業



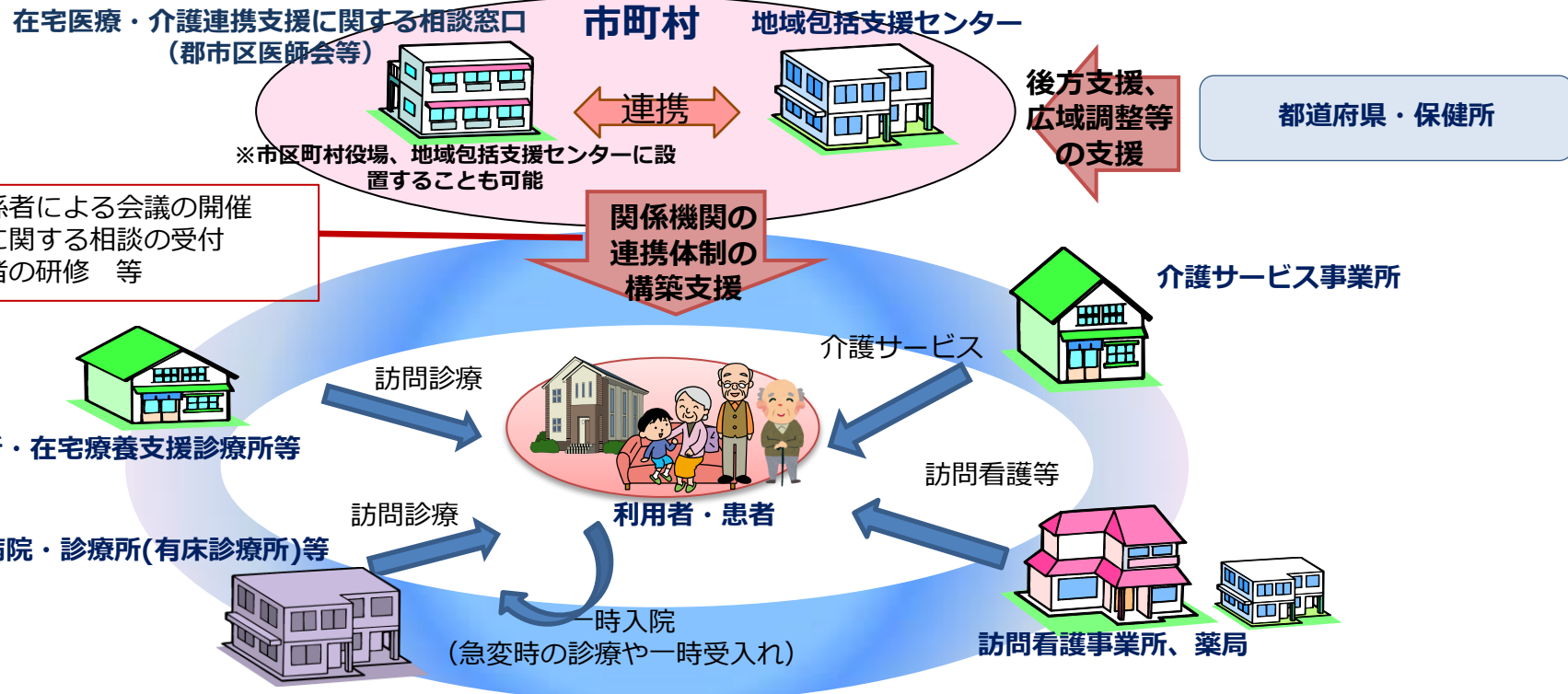
# 在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



- 地域包括ケア実現に向けた、充実・強化の取組を地域支援事業の枠組みを活用し、市町村が推進。
- あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し、サービスの多様化を図る。
- これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。

※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託することも可能

平成30年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療・介護連携  
(13億円)

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

認知症施策  
(28億円)

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の人本人の意思が尊重され、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地域の構築を推進

地域ケア会議  
(24億円)

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進

生活支援の充実・強化  
(54億円)

生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

※1 平成30年度からの完全実施に向けて段階的に予算を拡充。(財源は、消費税の増収分を活用)

※2 上記の地域支援事業(包括的支援事業)の負担割合は、国39%、都道府県19.5%、市町村19.5%、1号保険料22%

※3 金額は四捨五入により、億円単位にまとめているため、合計額は一致していない。

# 在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

## ○事業項目と取組例

### （ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



### （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

### （キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



### （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

### （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

### （ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

### （カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

### （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

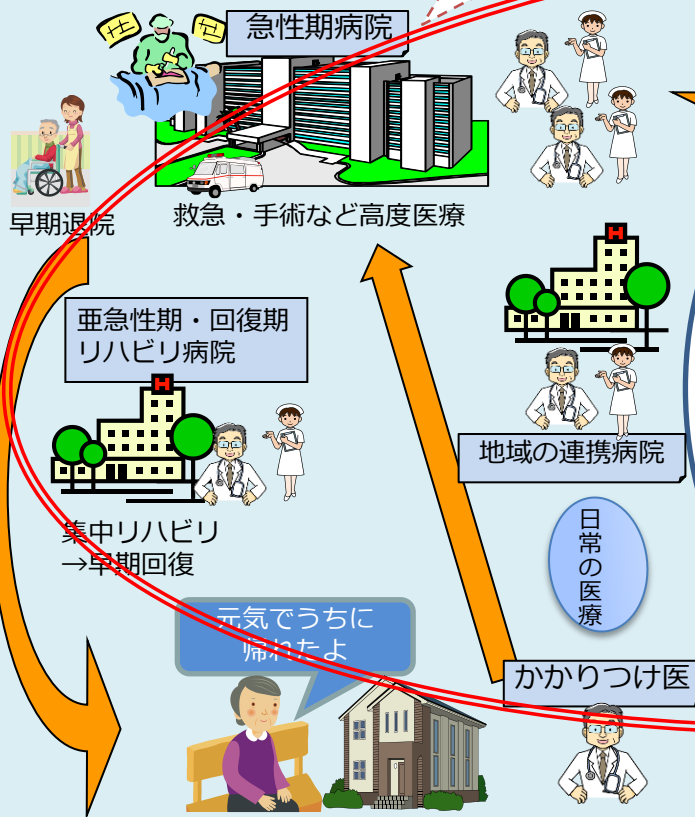
# 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

## 改革のイメージ

### 病気になったら



(人員 1.6倍  
～2倍)

### 包括的 マネジメント

- ・在宅医療連携拠点
- ・地域包括  
支援センター
- ・ケアマネジャー



- ・医療から介護への  
円滑な移行促進
- ・相談業務やサービスの  
コーディネート

### 退院したら

<地域包括ケアシステム>  
(人口1万人の場合)

#### 医療



在宅医療  
・訪問看護

- ・在宅医療等  
(1日当たり  
17→29人分)
- ・訪問看護  
(1日当たり  
31→51人分)

#### 介護



通所  
訪問介護  
・看護

- ・24時間対応の定期巡  
回・随時対応サービス  
(15人分)

介護人材  
219→  
364～383人)



通所  
訪問介護  
・看護

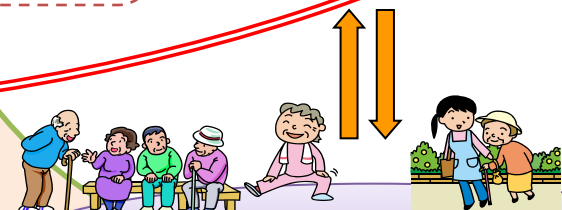
- ・24時間対応の定期巡  
回・随時対応サービス  
(15人分)

介護人材  
219→  
364～383人)

#### 住まい



自宅・ケア付き高齢者住宅



老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

### 生活支援・介護予防

- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割  
分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズ  
にいくことにより早期の社会復帰が可能に

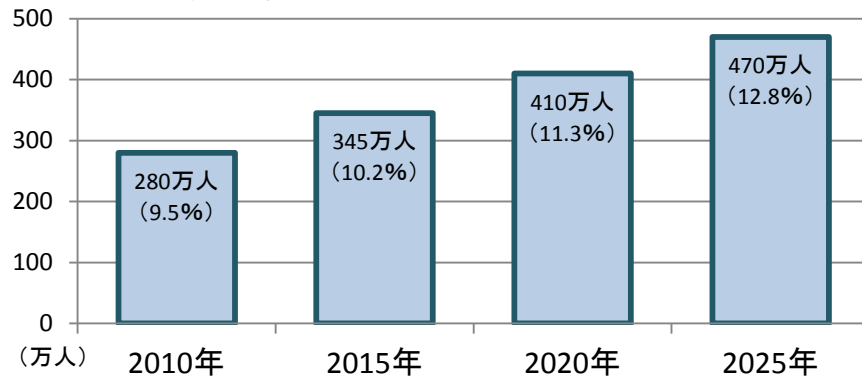
※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの



# 在宅医療・介護の推進に当たっての課題

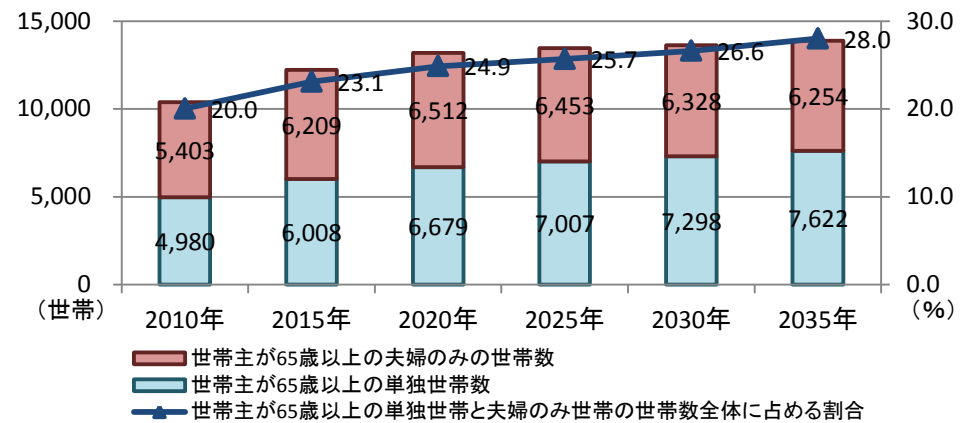
- 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく(図1)。
- 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく(図2)。
- 在宅医療・介護を推進するには、地域における医療・介護の関係機関の連携が重要であるが、現状では、訪問診療を提供している医療機関の数も十分とは言えず(図3)、また、連携も十分には取れていない(図4)。

(図1)「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の数と65歳以上高齢者に占める割合



出典:「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について(厚生労働省)

(図2)世帯数



出典:日本の世帯数の将来推計(全国推計)(社会保障・人口問題研究所)

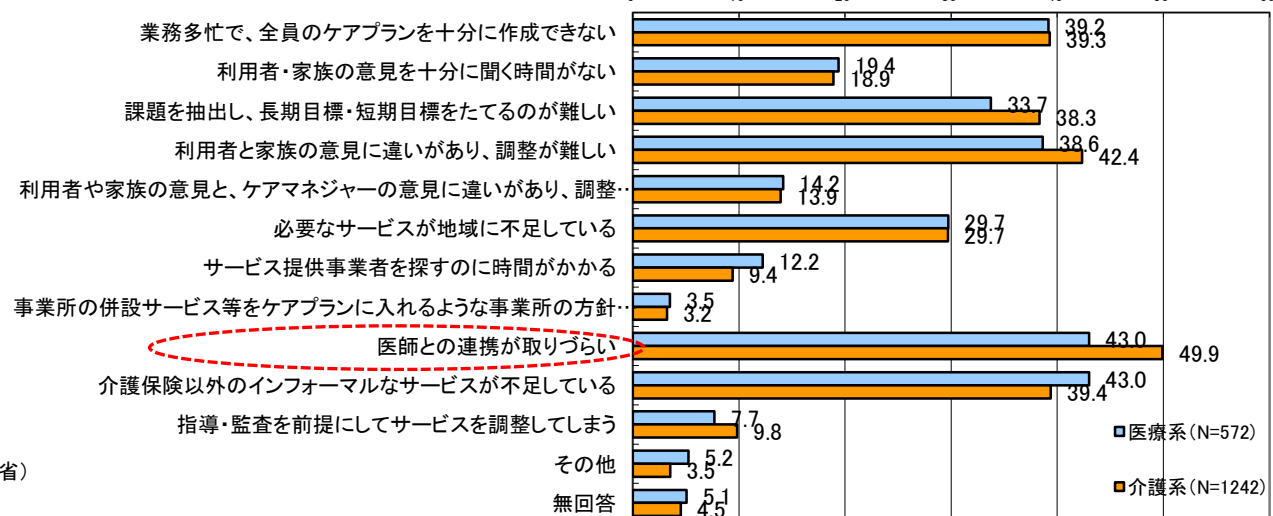
(図3)訪問診療を実施している医療機関

	箇所	対全数の割合(%)
病院	2,407	28.0
診療所	19,950	20.0
訪問看護ステーション	5,815	—

出典:病院、診療所「医療施設調査(静態)」(平成23年)(厚生労働省)

訪問看護ステーション「介護給付費実態調査」(平成23年)(厚生労働省)

(図4)ケアマネジャーが困難に感じる点



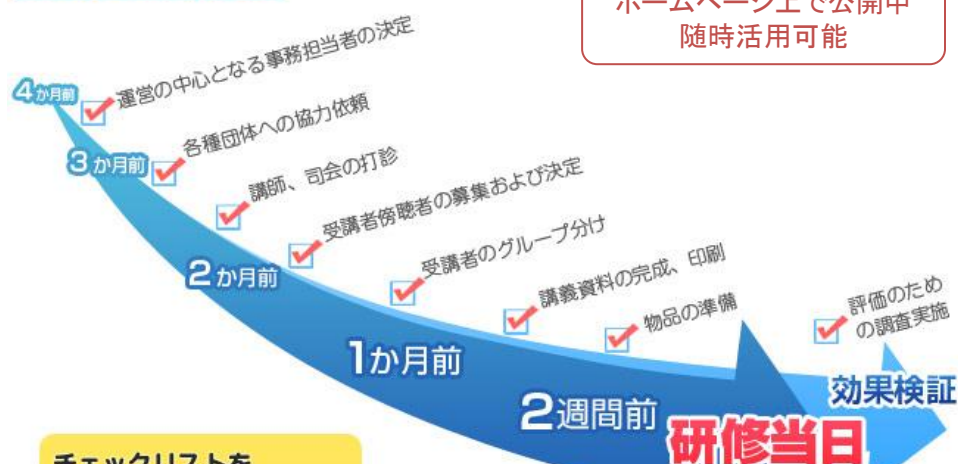
出典:居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書(平成21年度老人保健健康増進等事業)

# 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

## ○研修会開催支援ツール(1) 研修運営ガイド

- ー 国立長寿医療研究センター／東京大学高齢社会総合研究機構／日本医師会／厚生労働省による共同名義
- ー 研修開催事務局が用いる手順書としての活用を想定
- ー 開催日程に応じていくつかのパターンを例示

### 運営ガイドの内容



ホームページ上で公開中  
随時活用可能

チェックリストを  
一つずつ進めていくことで  
研修会の企画・運営が  
できるようになっています



### 【研修会開催に関する問合せ先】

東京大学 高齢社会総合研究機構／医学部在宅医療学拠点(在宅医療研修担当)

Mail [homecare\\_info@iog.u-tokyo.ac.jp](mailto:homecare_info@iog.u-tokyo.ac.jp) Tel 04-7136-6681 Fax 04-7136-6677

〒277-8589 千葉県柏市柏の葉5-1-5第2総合研究棟

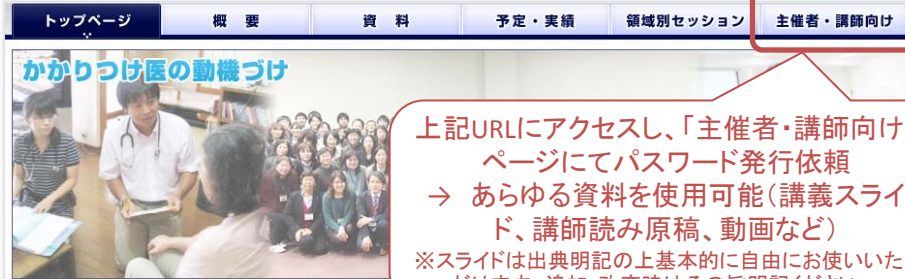
※問合せは原則メールにてお願いいたします。一度に多数のお問合せをいただいた場合、即日返信が難しい場合がございます。

## ○研修会開催支援ツール(2) ホームページ

- ー 講師となる方が活用できる資料(講義スライド、読み原稿、動画など)を収載
  - ー 事務局使用様式(依頼状など)も一式収載
  - ー テーマ別の120分構成のコンテンツ(講義+グループワーク)を整備
- 地域のニーズに応じて研修内容の**カスタマイズが可能**

<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/>

### 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会



## ○研修会開催支援ツール(3) 効果検証支援

- ー 東京大学高齢社会総合研究機構／医学部在宅医療学拠点では、評価アンケートを受講前／直後／1年後／2年後と実施(地域間比較が可能)
- ー 意識変化のほか、医師に対しては診療報酬の算定状況の変化を調査し、行動変容を追跡

検証を希望される場合は左記問合せ先まで



ご清聴ありがとうございました

