

# 地域包括ケア研究会 報告書

平成 22 年 3 月

## 地域包括ケア研究会



三菱UFJリサーチ&コンサルティング



## 2. 2025年の地域包括ケアシステムの姿

上記1で記述した「地域包括ケアを巡る現状と課題」を踏まえて、2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿(サービス提供体制の在り方、人材の在り方)を描くと、以下の(1)・(2)の通りとなる。

### (1) 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(持ち家、賃貸))にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活圏域)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。

- 上記のうち多様なサービスとは、

- ・ 居場所の提供
- ・ 権利擁護関連の支援(虐待防止、消費者保護、金銭管理など)
- ・ 生活支援サービス(見守り、緊急通報、安否確認システム、食事、移動支援、社会参加の機会提供、その他電球交換、ゴミ捨て、草むしりなどの日常生活にかかる支援)
- ・ 家事援助サービス(掃除、洗濯、料理)
- ・ 身体介護(朝晩の着替え、排泄介助、入浴介助、食事介助)
- ・ ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーション

をいい、これら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。

### (住民主体の組織の活用、介護保険制度の役割)

- 身体介護や訪問診療・看護、リハビリテーションのサービスは共助である介護保険や医療保険を中心にサービスが提供されているが、要介護高齢者や認知症を有する者が住み慣れた地域で生活を継続するためには、IADL<sup>14</sup>に着目した様々な生活支援サービスも不可欠である。

- こうしたサービスは、自治会やNPOなど住民主体の様々な活動体が自治体又は地域包括支援センターの積極的な支援を得て活動しており、その中核を担っている。

- 地域包括支援センターは上記住民主体の組織運営への支援・システム化にも取り組んでおり、介護保険サービスのみならず、介護保険対象外の様々な生活支援サービス

<sup>14</sup> ADLは身体機能となる「日常生活動作」(歩行・排泄・食事等)を指すのに対し、IADLは「手段的日常生活動作」をいい、掃除・調理・通院・服薬管理・金銭管理等の生活機能の自立度を表す。

についても把握しており、利用者や介護支援専門員が地域包括支援センターに相談すれば様々なサービスの情報が提供される。

- 地域包括支援センターの運営協議会には地域住民が積極的に参加しており、地域のニーズを吸い上げ住民主体の活動に結びつけている。定年後の世代を中心として高齢者が介護を受ける側だけではなく、支援する側として組織化が図られている。

#### （自立支援型マネジメントの徹底）

- 高齢者は要介護状態となっても、出来る限りその能力に応じて自立した日常生活を送ることができるよう、要介護状態の改善や悪化防止に資するように介護サービスや医療サービス等が提供される。介護支援専門員は利用者の意向だけでなく、身体状況、家族・親族の状況や経済状況、居住環境等を総合的に把握の上、高齢者のQOL向上を目標としてケアプランを作成・提示し、利用者が選択する。ケアプランは、要介護状態の改善や悪化防止のための達成目標を設定して作成され、各サービス提供者においてその目標達成に向け計画的にサービス提供を行う。また、サービス担当者会議が定期的開催され、目標の達成状況を点検し、介護支援専門員はその結果を踏まえてケアプランを修正して、より適切なサービス利用につなげる。
- 複合的な支援が必要で関係機関が広範囲にわたるような困難事例については、個々の介護支援専門員によるケースマネジメントだけでは十分な対応ができないため、管轄の地域包括支援センターが地域ケア会議を招集し、介護サービス等の担当者、地域住民、医療機関、その他関係機関の多職種によるチームケアにより総合的な支援につなげている。

#### （医療との連携）

- 医療と介護の機能分化と連携が進み、入院医療において高齢者は急性期から回復期での十分な治療・リハビリテーションを受けることができる。退院後の在宅復帰に支援が必要なケースについては、病院の医療連携室から利用者の担当の介護支援専門員に連絡が入り、退院時カンファレンスが開催され、情報共有が徹底している。在宅生活支援が困難なケースについては、管轄の地域包括支援センターが上記地域ケア会議において、訪問診療、訪問看護、訪問介護等の専門職、民生委員及び後見人など地域の支援者に本人、家族なども加えてチームケアを編成し、支援メニューが検討され、ケアプランに反映される。これにより、退院後の在宅生活を本人も家族も安心してスタートできるようになっている。

疾病の種類に応じた具体的な医療と介護の連携のあるべき姿を参考1～参考4に例示する。なお、以下は退院後の在宅生活での支援のあるべき姿をケース別に示したものであるが、旧来の施設の入所者であっても外付けに必要な医療・介護サービスが提供され、要介護度の維持・改善、悪化防止に資するケアが確保されている。

### <参考1：認知症のケース>

認知症を有する者については、市町村におけるスクリーニングが普及して早期発見・早期診断が可能となり、早期より適切な対応が行われる結果、BPSDの現れる頻度も少なくなっている。たとえBPSDが出現しても、在宅あるいは施設において適切なケアと治療が提供され、短期間で改善する。自傷他害等のBPSDに対しては入院治療を行い、改善後すみやかに退院する。したがって、精神病院への長期入院の問題は解消されている。また、退院前後に様々な調整が必要なケースには、医療関係者のケアカンファレンスと介護関係者のサービス担当者会議の連携支援を行う場として地域包括支援センター主催の地域ケア会議が開催され、在宅復帰へのサービスメニューが本人や家族も参加して検討される。

地域にはグループホームや小規模多機能サービスが十分整備されており、これらの保険サービスを利用しながら安心して地域での生活を継続できる。また、地域には認知症サポーターが普及し、認知症への偏見も解消しており、サポーターを中心とした自治会やNPOが実施する見守り、食事、家族支援などの日常生活上の支援も受けている。認知症があることを理由にサービスの利用が拒否されたり、住居内外での行動を抑制・制限するようなこともなくなっている。身体合併症に対しても一般病院における認知症への対応能力が向上しており、必要十分な治療が受けられる。

早期診断が普及した結果、早期から成年後見制度の活用が図られ、高齢者の尊厳が保たれる。

### <参考2：脳卒中のケース>

脳卒中（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）は、発症後急速にADLが低下する疾患である。

急性期や回復期を担当する医療機関においては、地域連携診療計画（クリティカル・パス）に沿って、発症直後からの集中的なリハビリテーション等が提供される。回復期リハビリテーションを担当する医療機関を退院する前には、通常の退院時カンファレンスに加え、生活期（維持期）の診療を担うかかりつけ医や介護支援専門員を始めとする医療・介護関係職種が一同に会し、急性増悪時の対応を含めた、より徹底した情報共有が行われる。

退院後は、リハビリテーションについては、医療保険で提供されたリハビリテーションの量や内容も考慮しながらあらかじめ実施期間を設定し、多職種が連携・協働しながら計画的に提供する。訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所のみならず、訪問介護事業所が提供する自己能力を活用した自立支援型介護によって、ADLの維持・回復に資するサービスを受けることができる。また、かかりつけ医は、高血圧や糖尿病等の慢性疾患の管理及び嚥下障害等の脳卒中によって生じた機能障害に対する日常的な医学的管理を担う。

### <参考3：廃用症候群のケース>

廃用症候群は、従来から活動性の低い日常生活を送っていた者が、短期間の入院や生活リズムの変化等さらに活動量が低下する状況をきっかけに、発症時期の明らかでない緩徐なADL低下に至る病態であるが、積極的なリハビリテーションにより良好な機能回復が見込める状態である。

廃用症候群が明らかになった段階で、入院中の医療機関等でケアカンファレンスが開催され、退院後は、主に通所リハビリテーション事業所の利用により、短期集中リハビリテーションを含めた日常的なリハビリテーションの提供を受けるとともに、生活機能の維持・改善に資するケアプランに基づき、短期入所療養介護事業や回復期病床等の定期的なリハビリテーション合宿を利用し、積極的にADLの回復を図る。また、自治体が提供する予防サービスや、インフォーマルサービス（介護支援ボランティア等）により、

外出等の社会参加の機会を積極的に確保し、閉じこもりの予防や日常生活における活動量の増加に資する取組みが提供される。

#### <参考4：がんのケース>

がんは、急性期を脱した後も比較的高度な医学的管理を必要とするとともに、短期間に病状が進行し、看取りには高頻度の訪問ケアを要する疾患である。

専門医療機関において手術や抗がん剤投与等の根治療法が提供された後、通院や訪問診療によって抗がん剤の投与や疼痛管理が行われる場合については、退院後に速やかに介護サービスを利用できるよう、積極的に暫定ケアプランを活用する。がん末期には急速に増悪し、看取り期の短期間には手厚い介護も要するという特殊性に鑑み、暫定プランの活用に加えて市町村の特別給付などにより十分なケアが受けられるような特段の工夫が実施されている。さらに病状が進行し、対症療法が中心となった場合には、自宅を含む多様な住まいにおいて、短時間巡回型の訪問看護・介護事業所から24時間対応型のケアの提供を受ける。また、訪問看護ステーションは急変時の窓口として機能するとともに、在宅医療を提供する医療機関やがんの専門医療機関との連携により、利用者本人のニーズや尊厳に配慮した緩和ケアや看取りを提供する。

地域包括支援センターは、関係団体と協力しながら専門医療機関と地域の医療機関の連携に関するコーディネーターとして機能し、がん診療に係る教育・研修の機会を確保している。

#### (介護予防、軽度者)

- 軽度者については、生活行為向上に資する通所・訪問でのリハビリテーションを中心として共助である介護保険サービスが提供され、家事援助を含む生活支援サービスは、地域ニーズに応じて市町村が柔軟に提供している。当該サービスは、専門資格を必要としないため、自治会やNPOなど多様な主体により提供されている。
- 要介護認定を受けていない自立高齢者についても、市町村はニーズ把握調査と地域住民ボランティアを活用した訪問調査によって、地域で孤立したり、ひきこもりがちな虚弱高齢者を把握し、様々なメニューのアクティビティの情報が市町村から提供され、参加できる。アクティビティについては、料理教室など多様なメニューが組み立てられ、高齢者が現役時代のスキルを発揮して、高齢者同士が相互に教え合う対等な関係が構築され、高齢者の社会参加が進み、結果的に介護予防に寄与している。

#### (在宅サービスの充実)

- 24時間365日での短時間巡回型の訪問サービスが中心になっている。特に、看護職と介護職が、日常生活圏域を担当するチームを形成して、担当地域を巡回している。夜間は緊急通報による連絡を主としており、深夜時間帯に実際に看護師等が訪問するケースは少ないため、効率的なチーム編成で対応できている。
- なお、人材の役割分担の見直しにより、看護職員が在宅医療を積極的に提供できるようになるとともに、介護福祉士が基礎的な医療的ケアを実施できるようになってお

り、医療と介護が連携したサービスが提供できるようになっている。

- 通い・訪問・泊まりサービスや医療系サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション等）を、利用者の状態に応じて組み合わせて柔軟に提供する複合型事業所の日常生活圏域単位での整備が進んでおり、在宅においても施設と同様の24時間体制の安心を得られるサービス提供が実現している。なお、報酬上も包括支払いとなり、経済的な負担の面でも従来型の施設との不均衡が解消されたため、在宅生活を選択する者が多く、従来のような施設待機の問題は生じない。
- これに加えて、生活期のリハビリテーションについては、上記チームにリハビリテーション専門職種（理学療法士：PT、作業療法士：OT、言語聴覚士：ST）等も加わり、リハビリテーション専門職は在宅生活支援のためのリハビリテーションプログラムを作成し、家族及び介護職への指導や改善のアセスメントを行っている。

#### （高齢者住宅の整備確保）

- かつては、利用者が施設のケア体制に合わせて転々と移動（例えば、一般病院に入院→療養病床に転院→介護老人保健施設→自宅復帰→認知症になってグループホーム→重度化して退所し特別養護老人ホーム等に入所）を余儀なくされていたが、高齢期においても住み続けることが可能な住宅が整備され、その時々の高齢者の状態の変化に応じて、必要かつ適切なケアを効率的に組み合わせてサービスが外付けで提供される。すなわち、「住まい」と「必要なケア」が利用者の状態の変化に応じて柔軟に組み合わせて提供できるようになっている。
- 持ち家に住み続けることが困難な高齢者が在宅サービス拠点が併設等された高齢者住宅に住み替えるケースが増加している。こうした高齢者が高齢者の持ち家を賃貸することで高齢者住宅への住み替え家賃を捻出できるよう、住み替えの情報提供、相談やマッチング事業が実施されている。また、多くの市町村では、低所得者への対応として、借家に住む高齢者についても、高齢者住宅への住み替え時に家賃に対する助成が実施されている。

#### （施設の有効活用）

- 在宅復帰に向けて生活期のリハビリテーションを集中的に受ける必要がある者のために、リハビリテーションスタッフが重点配置された施設が整備されており、病院と住まいの中間施設として位置づけられている。一方、こうした機能を持たない従来型の介護保険施設は「ケアが組み合わされた集合住宅」として位置づけられている。
- 「ケアが組み合わされた集合住宅」では、基本的な見守りと生活支援サービスが提供され、医療・看護・介護サービスは原則として外部の事業所から外付けで提供され

る。特に介護する家族のいない重度者は本人が希望すれば優先的に入居できる仕組みになっている。

- また、「ケアが組み合わされた集合住宅」を含め、入居者の自由が保障されており、身体拘束や行動制限はなくなっている。
- 上記在宅サービスの充実強化が図られた結果、現在のような特別養護老人ホームにかかる長期間の待機者は生じない。
- 「ケアが組み合わされた集合住宅」は、内部入居者へのケアはもちろんのこと、地域に開放され、カフェ（地域住民の集いの場所）、複合型在宅拠点（在宅生活支援の拠点）、元気高齢者や子育て層のボランティアのステーションにもなっている。
- かつての大規模施設は建て替え時に日常生活圏域における小規模な拠点としてサテライト化が進行している。こうしたサテライト型の拠点施設には民家を改築するなどコストを抑えて整備されることが多い。

#### （地域のネットワーク）

- 以上のように、日常生活圏域において、24 時間 365 日体制での生活支援、医療・介護サービス、バリアフリーの住宅の整備が進んでいることに加え、地域包括支援センターを中心として、サービス提供事業者（福祉医療関係者）、自治会、NPO、地域住民や行政機関（住宅部局、消費者相談員、警察、家庭裁判所などの周辺関係機関）との支援のネットワークが張り巡らされており、利用者が地域で生活を継続するにあたり困っていることへの多様な支援が迅速に提供される。
- この結果、独居世帯等の中重度の要介護高齢者等でも、医療を必要とするようになっても、住み慣れた地域で生活を継続することが十分可能になっている。

#### （地域特性の多様化）

- なお、人口が横ばいで 75 歳以上人口が急増する大都市部、人口も 75 歳以上人口も減少する町村部、その中間型等高齢化の進展状況に大きな地域差を生じている。
- 地域包括ケアシステムが、全国一律の画一的なシステムではなく、地域ごとの特性に応じて構築できるよう、国は介護保険の最低限の基準等や財政調整の仕組みなどを定め、保険者である市町村又は都道府県は地域の自主性や主体性に基づき独自の基準・報酬設定を行い、サービス基盤の計画的整備や人材の確保を図っている。また、介護保険外の住民主体の様々な支援については市町村が地域のニーズを踏まえて創意工夫による取組みを進めている。

## (2) 地域包括ケアを支える人材の在り方

### ①良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担

#### i) 基本的な考え方

- 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。

#### (医療職)

- 医療の専門職である医師・看護職員については、医療の機能強化という観点から、急性期の医療機関に重点的に配置されている。あわせて、訪問看護において看護職員がより自律的に医療に携われるようになっているなど、その役割分担と連携の在り方が見直されている。

#### (介護職)

- 要介護者に対する基礎的な医療的ケアについては、医師・看護職員との連携の下、介護についての国家資格を有している介護福祉士等が担っており、介護の現場において、基礎的な医療的ケアが適切に提供されている。
- 介護職員の量的な確保と資質の向上を同時に実現するために、全ての介護職員に一律にキャリアアップを求めるのではなく、働き方や業務内容に関する介護職員の多様な希望に応じた対策が講じられている。具体的には、介護職員になるための要件を過度に高めないことにより、間口を広く保ち労働力確保を行うとともに、キャリアアップを目指す者の希望が実現されるよう、資格制度の見直し等が行われている。
- 多くの人が介護の仕事に参加しやすい共通の研修制度が確立されるとともに、研修に参加できる体制が整備され、この研修制度から現場経験や研修を積み重ねれば、段階を踏んで介護福祉士になることができるようになっている。さらに、「より専門性を有した介護福祉士」といった上級の資格を取得することが可能になっている。
- このような資格制度の整備等によって、資格等に応じて事業者内での地位や賃金が上昇していくようなキャリアアップの仕組みが構築されている。また、キャリア開発の促進という観点から、例えば、看護職員・介護福祉士・社会福祉士の有資格者が、それぞれの資格をとりやすい仕組みが整備されている。
- あわせて、様々な介護職員等を指導して適切なケアを実施していくため、各種のリーダー層の養成が図られている。具体的には、施設長・管理者といった責任者や、ユニットリーダー等の介護現場のリーダーが養成されている。

- 介護職の役割を踏まえて、医療や介護、保育といった関係領域の基礎職種の統合についての検討が進められている。

#### (看護職員と介護職員の連携)

- 上記のような看護職員と介護職員の役割分担を前提としつつ、24 時間短時間巡回型の訪問看護・介護サービスの導入など、看護職員と介護職員の連携に基づくサービスの提供が図られている。

#### (リハビリ・機能訓練等)

- PT（理学療法士）・OT（作業療法士）・ST（言語聴覚士）は、在宅復帰時・施設入所時に要介護者の状態を評価して計画を策定するとともに、困難なケースを中心に、自らリハビリテーションを提供する。一方、日常生活における生活機能の維持・向上のための支援（機能訓練等）は、PT・OT・ST の策定した計画に基づき、介護福祉士が実施している。

#### (専門職以外の者が担うケア)

- 民間事業者やNPO等による介護保険外の日常生活の支援や、高齢者も含めた住民によるボランティア等、専門職以外の者が担うケアが積極的に行われており、住民が主体的に参加する機会が広がられている。また、eラーニング<sup>15</sup>等、IT技術を活用しながら、地域住民の主体的な参加によって実現される「地域包括ケア」について、地域住民が皆で継続的に学習するような「学習する文化」が形成されている。

#### (認知症ケア)

- 要介護者・要支援者には認知症を伴うことが非常に多いとの認識のもと、ケアの専門職が認知症に関する十分な知識・理解と対応技術を有している。また、特に対応が困難な認知症を有する者への支援については、認知症の医療・介護について専門的知識を有する者（介護福祉士等）が、ケアに携わる者をスーパーバイズし、適切な助言を行っている。また、認知症サポーターの中の有志による見守り支援や配食サービスなどが多くの地域で組織的に行われている。

#### (介護支援専門員・地域包括支援センター等)

- 人材の役割分担の見直しや、専門職以外の者が実施するサービスを組み合わせたケアの積極的な実施に伴い、サービスのマネジメントの強化、本人・家族に対する相談支援の強化等という観点から、介護支援専門員の資質の向上、地域包括支援センターの機能の強化等が図られている。あわせて、行政職員が、地域包括ケアシステムをコーディネートする能力等を発揮している。また、利用者自身がサービスのマネジメントについての知識を有している。

---

<sup>15</sup> パソコンやコンピュータネットワークなどを利用して教育を行なうこと。

ii) 地域包括ケアを支える各人材の役割分担（イメージ）

○ 2025年における、地域包括ケアを支える人材の役割分担のイメージは、例えば、以下の表の通りとなる。

【医療・リハビリ】

	現在	2025年
医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的な訪問診療</li> <li>・急変時対応</li> <li>・看取り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療開始時の指導</li> <li>・急変時の対応・指示</li> <li>・看取り</li> </ul>
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療の補助（医行為）</li> <li>・療養上の世話</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状観察</li> <li>・夜間を含む急変時の対応</li> <li>・看取り</li> </ul>
PT・OT・ST	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリテーション実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリテーションのアセスメント・計画作成</li> <li>・困難ケースを中心にリハビリテーション実施</li> </ul>

【介護職など】

	現在	2025年	
介護職員	介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体介護</li> <li>・家事援助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体介護</li> <li>・身体介護と一体的に行う家事援助</li> <li>・認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援</li> <li>・要介護者に対する基礎的な医療的ケアの実施<sup>16</sup></li> <li>・日常生活における生活機能の維持・向上のための支援（機能訓練等）</li> <li>・他の介護職員に対する、認知症ケアのスーパーバイズ・助言</li> </ul>
	介護福祉士以外	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体介護</li> <li>・家事援助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体介護</li> <li>・身体介護と一体的に行う家事援助</li> <li>・認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援</li> </ul>
日常生活の支援（民間事業者・NPO等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・配食</li> <li>・日々の移動の手伝い</li> <li>・レクリエーション</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家事援助</li> <li>・配食</li> <li>・日々の移動の手伝い</li> <li>・レクリエーション</li> </ul>	

（注1）上表は居宅サービスの場合のイメージ。

（注2）施設サービスについても、サービスの外付け化を図ることにより、可能な限り居宅サービスと同じような役割分担を実現する。

（注3）地域ごとにサービス提供体制について柔軟性を持たせることは必要。

<sup>16</sup> 介護福祉士が行う「要介護者に対する基礎的な医療的ケア」の代表的な例としては、服薬管理、経管栄養、吸引などが考えられる。

## ②事業者による雇用管理・組織経営等

- 2025年には、介護事業者による労働法規の遵守が徹底されるとともに、雇用管理の取組みに応じて、介護労働者により適切な事業者が選択されている。また、夜勤等に対応した適正な労務管理、出産・介護等による一時離職後の職場復帰支援等を通じて、労働者の不安・不満が解消されるなど、介護事業者によって適正な雇用管理が行われている。
- 事業者が、キャリアパスの設定や従業員の研修機会の確保など、キャリアアップに資する取組みを推進している。また、職場の課題を従業員に対して情報開示するなど、事業者が従業員との間のコミュニケーションを積極的に図ることにより、職場環境の整備やサービスの質の向上などが図られている。
- 事業者規模の拡大、他の介護サービスや他業種との組合せによる事業実施の推進等を通じて、組織経営の安定化・効率化が図られ、事業者による雇用管理や人材確保の取組みが推進されている。

## ③介護労働市場全体の労働環境整備

- 2025年には、他産業からの転職者なども含めた様々な者の介護労働市場への参入を促進するため、実態に応じた職業訓練等が実施されている。また、キャリア開発の推進等という観点に立った教育・研修体系が構築され、介護労働市場への定着が推進されている。
- 育児休業・介護休業等の取得促進や短時間労働の普及等、労働環境の整備が図られ、従業員が働きやすい環境が実現している。
- 介護人材を巡る地域ごとの差異や、提供体制整備についての都道府県・市町村の役割を踏まえて、教育・研修等について、都道府県・市町村が地域の実情にあった施策を実施できるよう環境が整備されている。
- サービスの質の評価に基づいた介護報酬体系が構築され、質の評価に基づく介護報酬の支払いが行われている。なお、サービスの質に着目した介護報酬体系の構築に伴い、「構造（ストラクチャー）」指標である人員配置基準や設備基準の弾力化等が図られている。

地域包括支援センター職員研修 企画委員会

所属及び役職	氏 名
全国地域包括・在宅介護支援センター協議会 研修委員長	西元 幸雄
社団法人 全国保健センター連合会	村中 峯子
財団法人 長寿社会開発センター常務理事	石黒 秀喜
社団法人 日本介護支援専門員協会副会長	森上 淑美
社団法人 日本社会福祉士会 大府市西包括支援センター	塚本 鋭裕
多摩市健康福祉部介護保険担当課長	伊藤 重夫
東京都青梅市 地域包括支援センターすえひろセンター長	水村 美穂子
石川県津幡町 地域包括支援センター	寺本 紀子
埼玉県和光市 保健福祉部長寿あんしん課 和光南地域包括支援センター主事	星川 葉子
静岡県富士宮市 保健福祉部福祉総合相談課 統括主幹・地域包括支援センター長	土屋 幸己
鳥取県琴浦町 地域包括支援センター係長	藤原 静香
厚生労働省老健局総務課課長補佐	東内 京一
厚生労働省老健局老人保健課介護予防対策専門官	八田 睦美
厚生労働省老健局振興課課長補佐	黒岩 嘉弘
厚生労働省老健局振興課課長補佐	懸上 忠寿