



地域包括ケアシステムの構築と 医療・介護連携の推進

平成26年11月22日 全国保健師長会代議員総会

厚生労働省老健局老人保健課長
迫井正深

※ 講演には私見や必ずしも厚生労働省の公的な見解ではない
内容が含まれておりますことをご承知おきください

本日のお話

1. 地域包括ケアシステムの背景

- 社会保障をどのように支えるか？
- 高齢者ケアの体制をどのように確保するか？

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の概念と構成要素
- 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の強化
 - ・医療と介護の連携推進

3. 地域包括ケアシステムを支える取組み

- 今後のニーズを見据えた新たな取組みの推進
- 効果的・効率的なシステムの構築を目指して

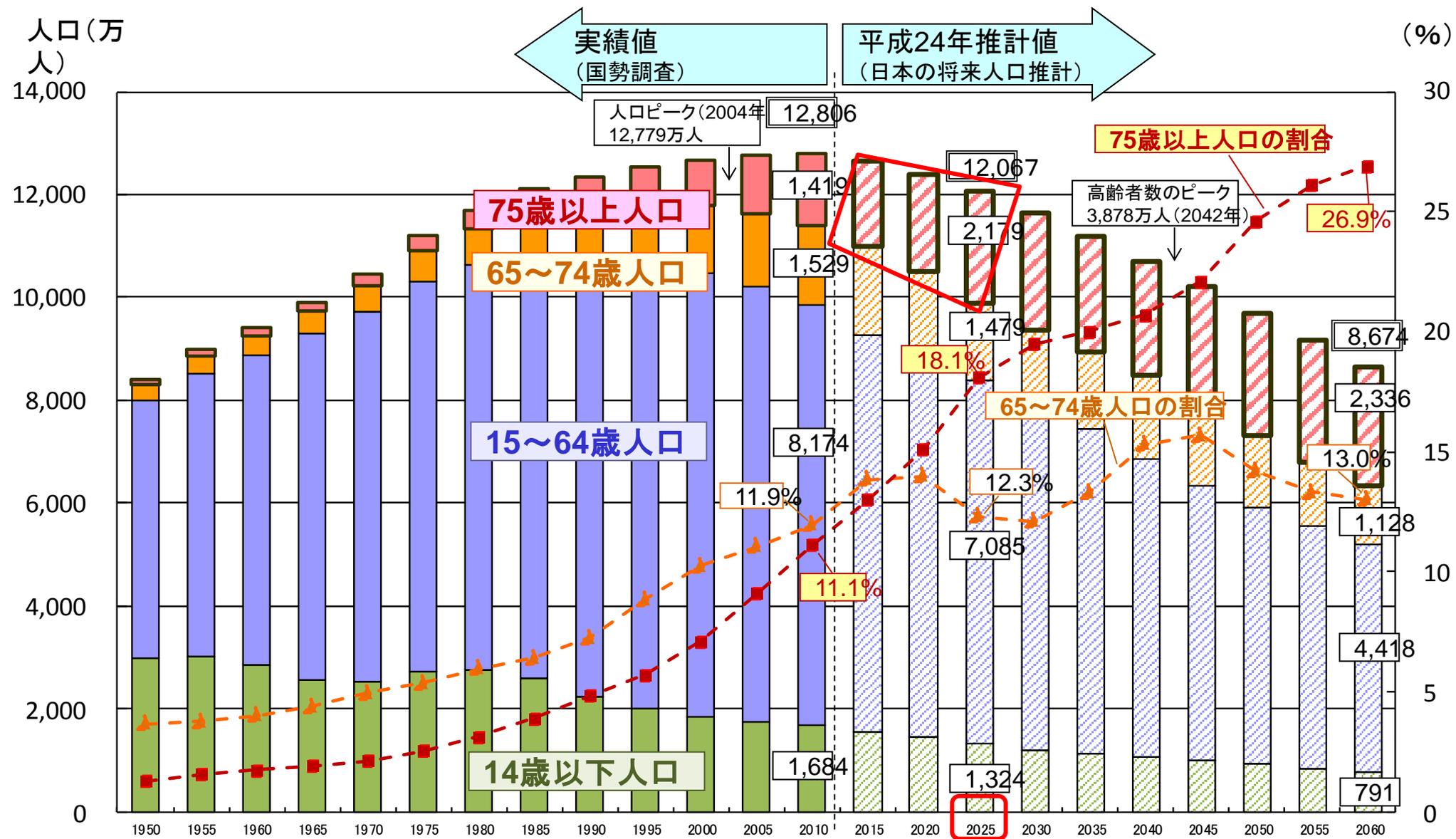


1. 地域包括ケアシステムの背景

人口の高齢化がもたらす 社会への影響

【改革が求められる背景】

75歳以上の高齢者数の急速な増加

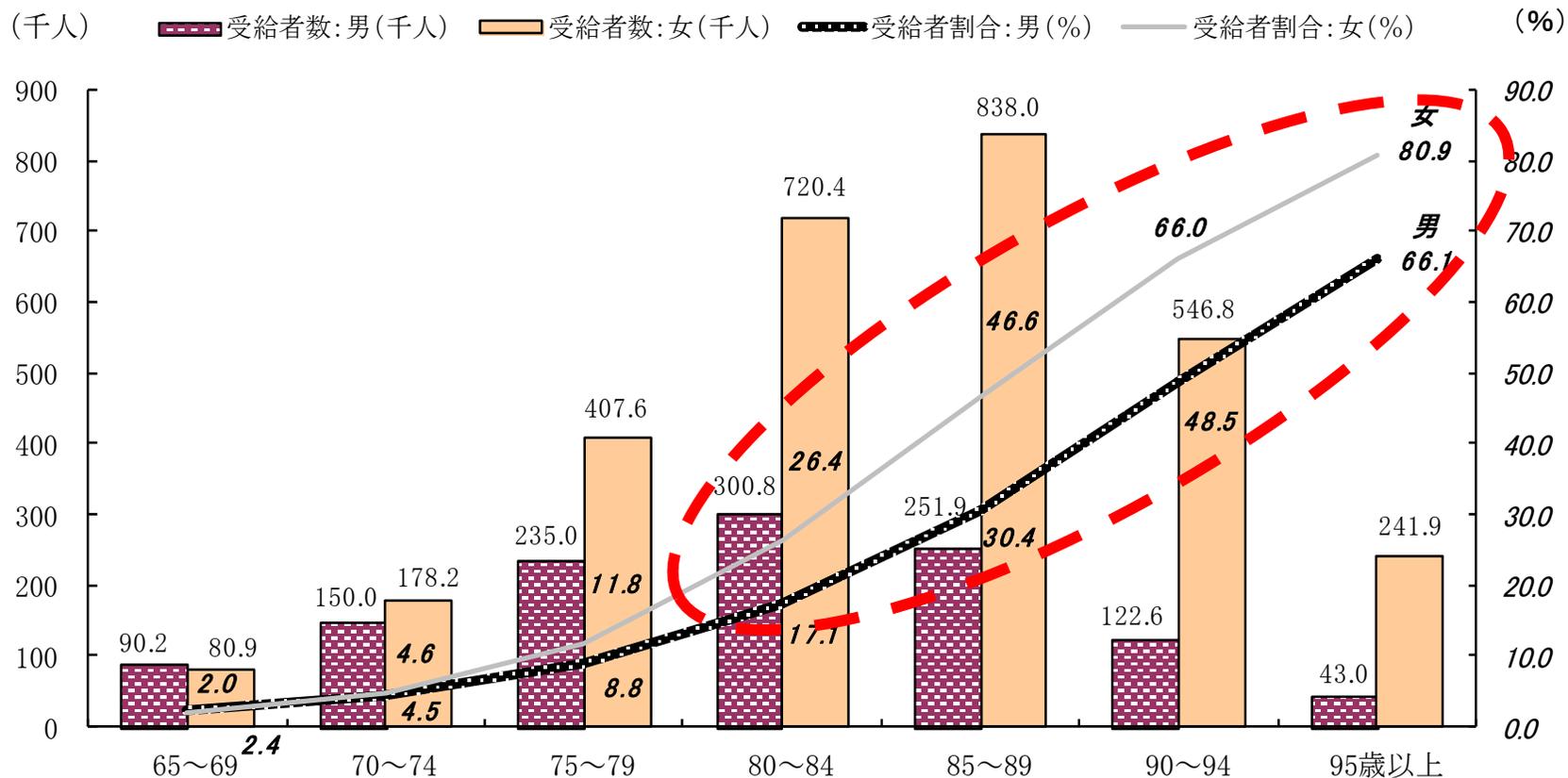


(資料)総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計
2010年の値は総務省統計局「平成22年国勢調査による基準人口」(国籍・年齢「不詳人口」を按分補正した人口)による。

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

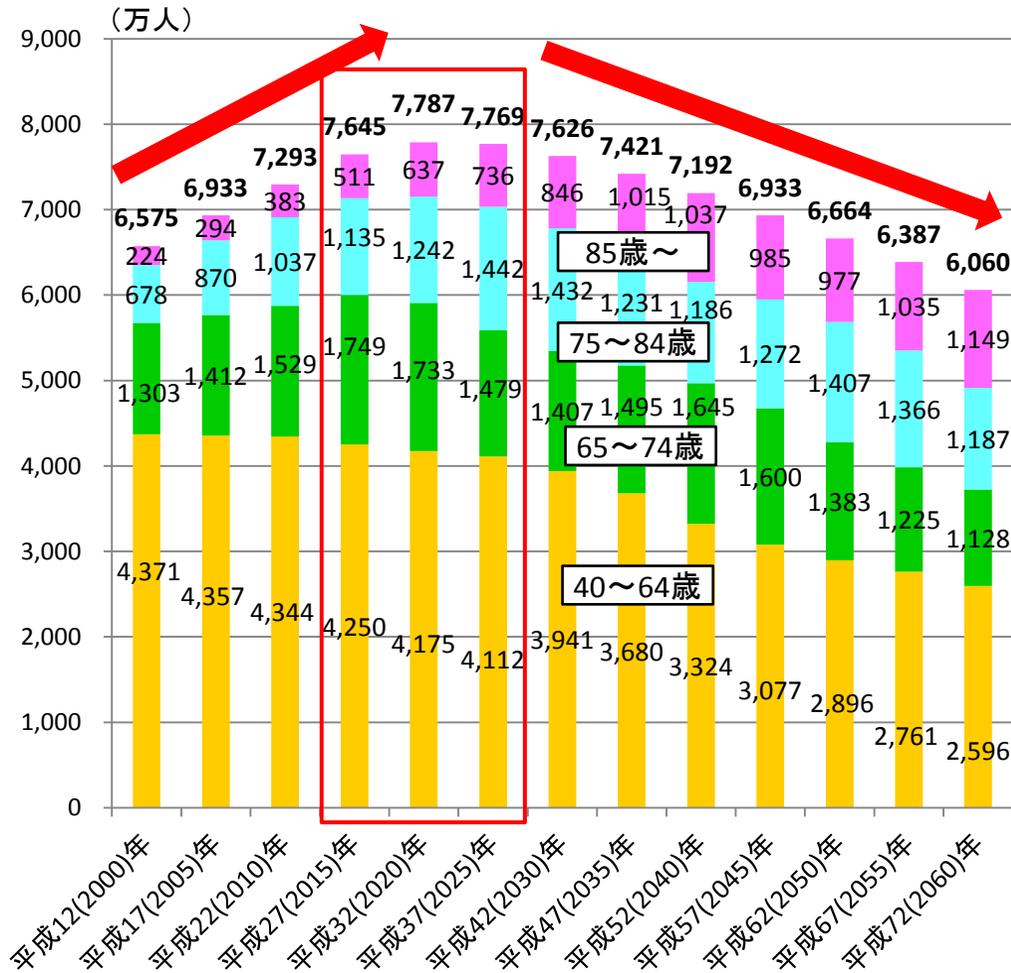
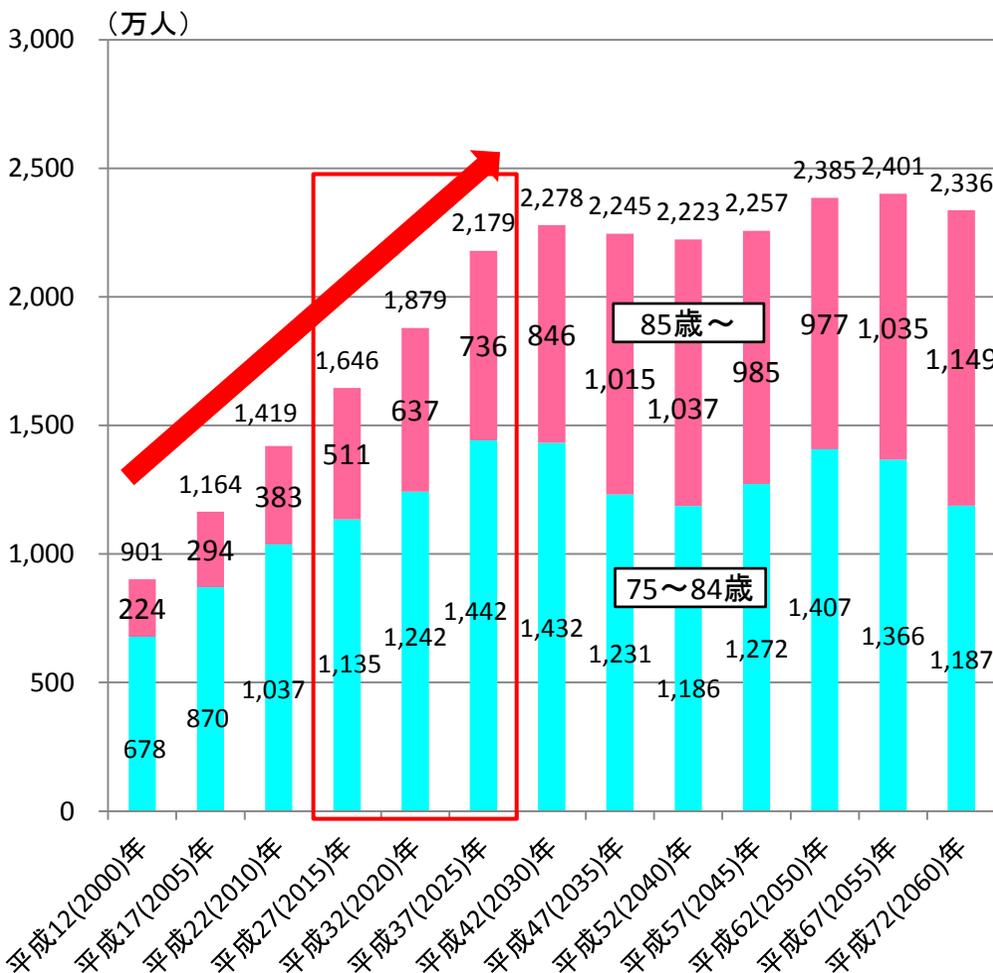
要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○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年間も、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。

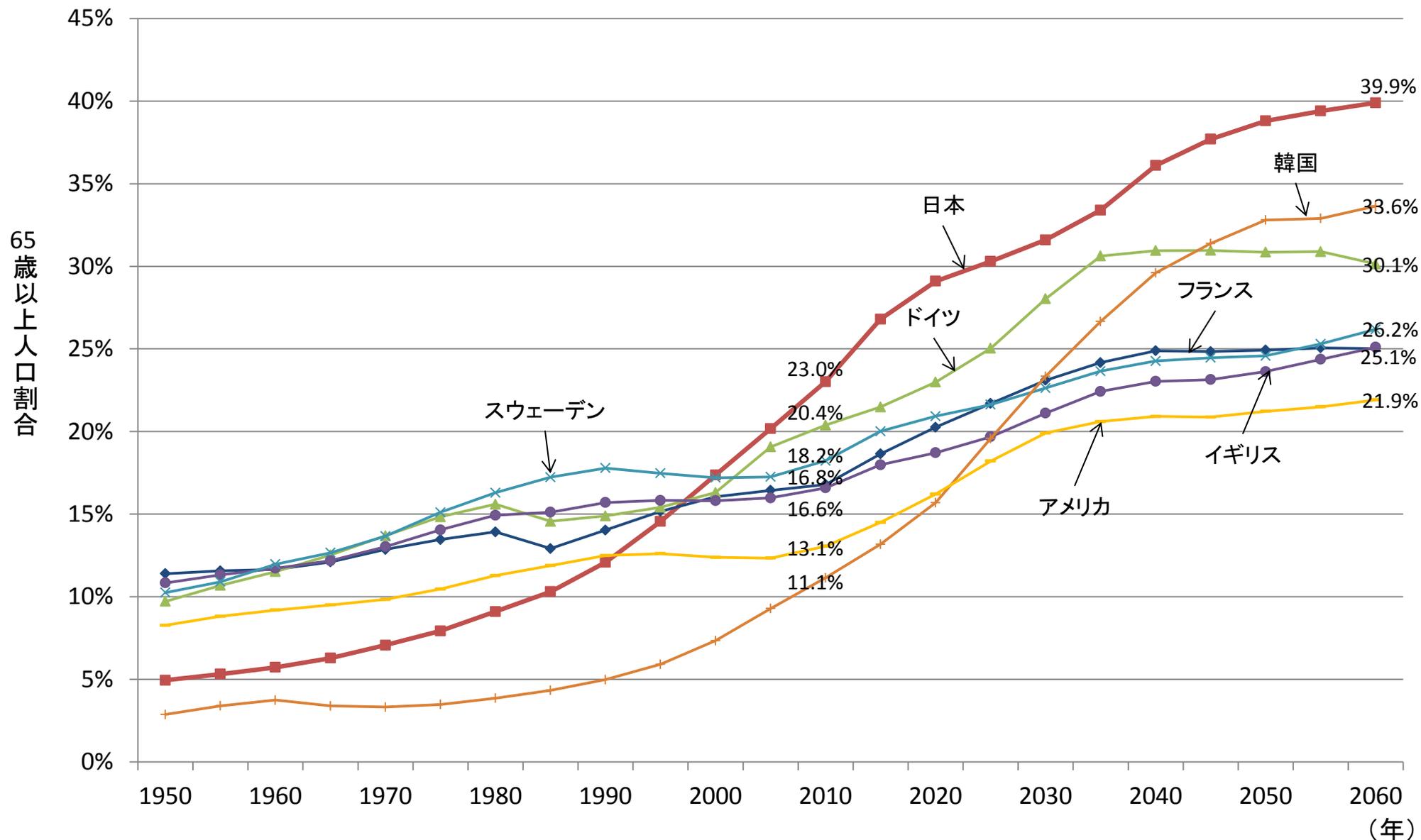
介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○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。



(資料)将来推計は、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
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

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

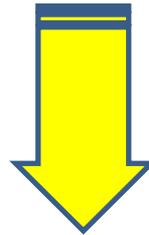


高齢化のスピード: (国際比較)

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



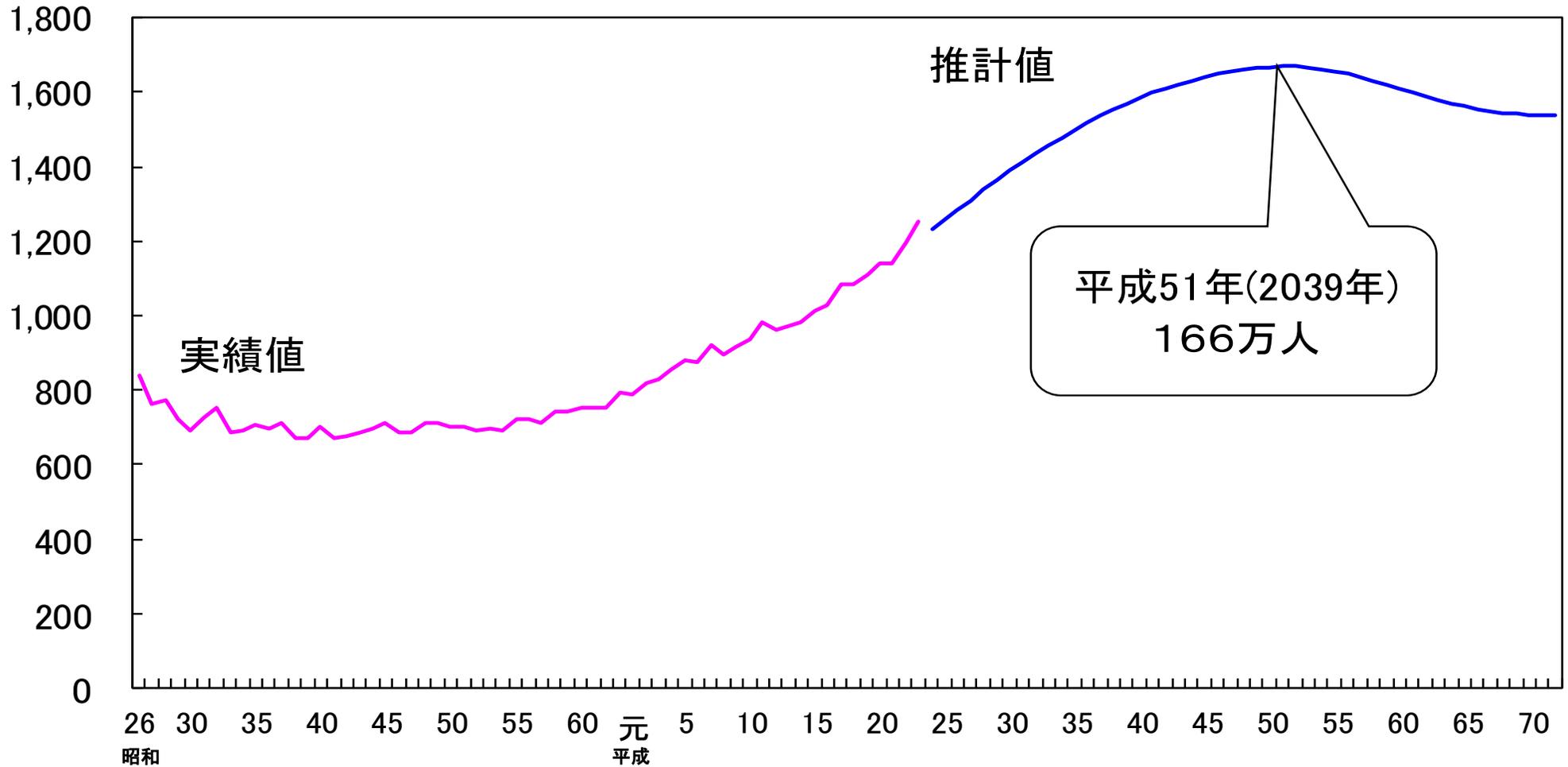
人口の急速な高齢化
社会への影響は何か？



高齢者ケアの体制をどのように確保するか？

(参考)死亡数の年次推移

(千人)

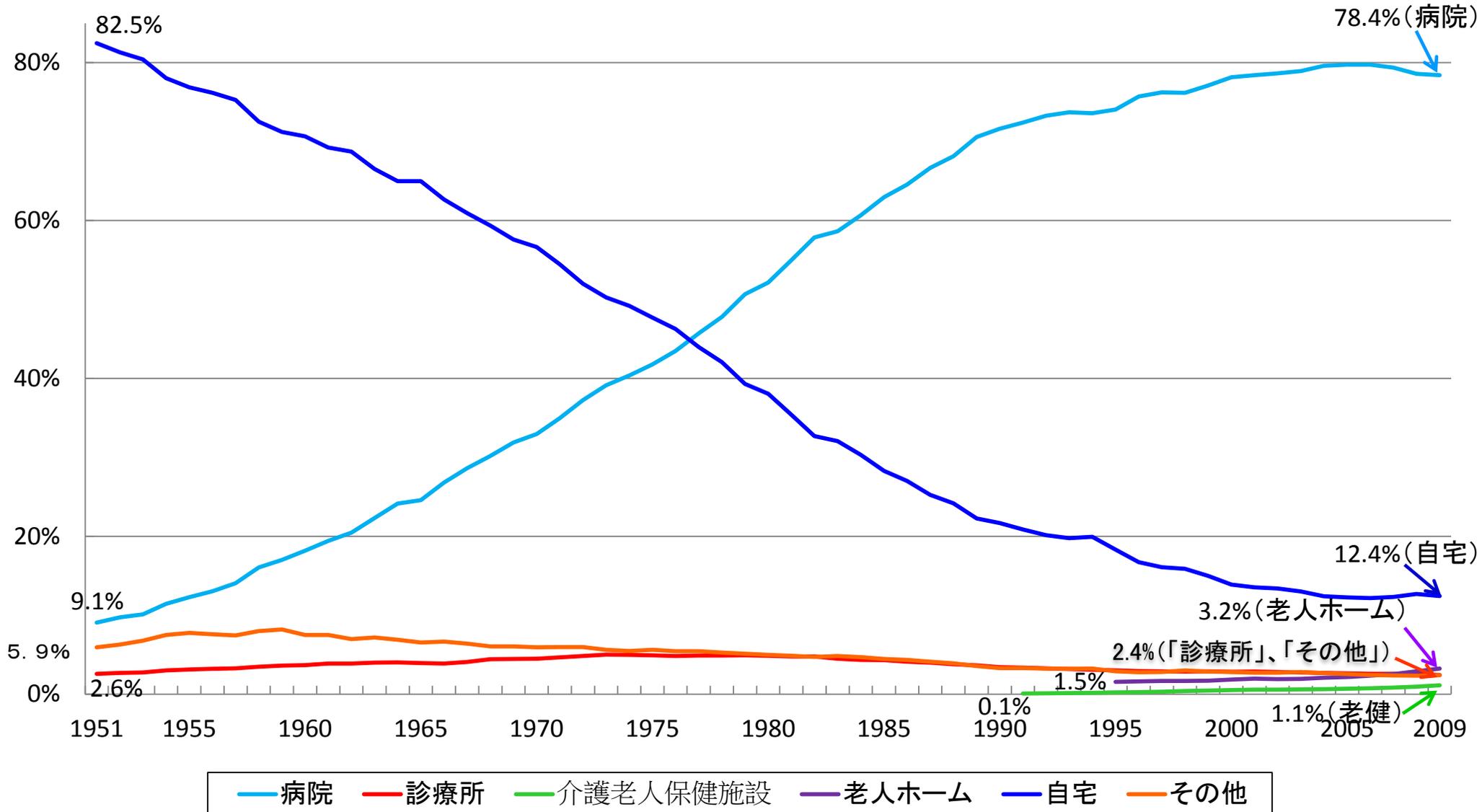


出典:平成23年までは厚生労働省「人口動態統計」

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。

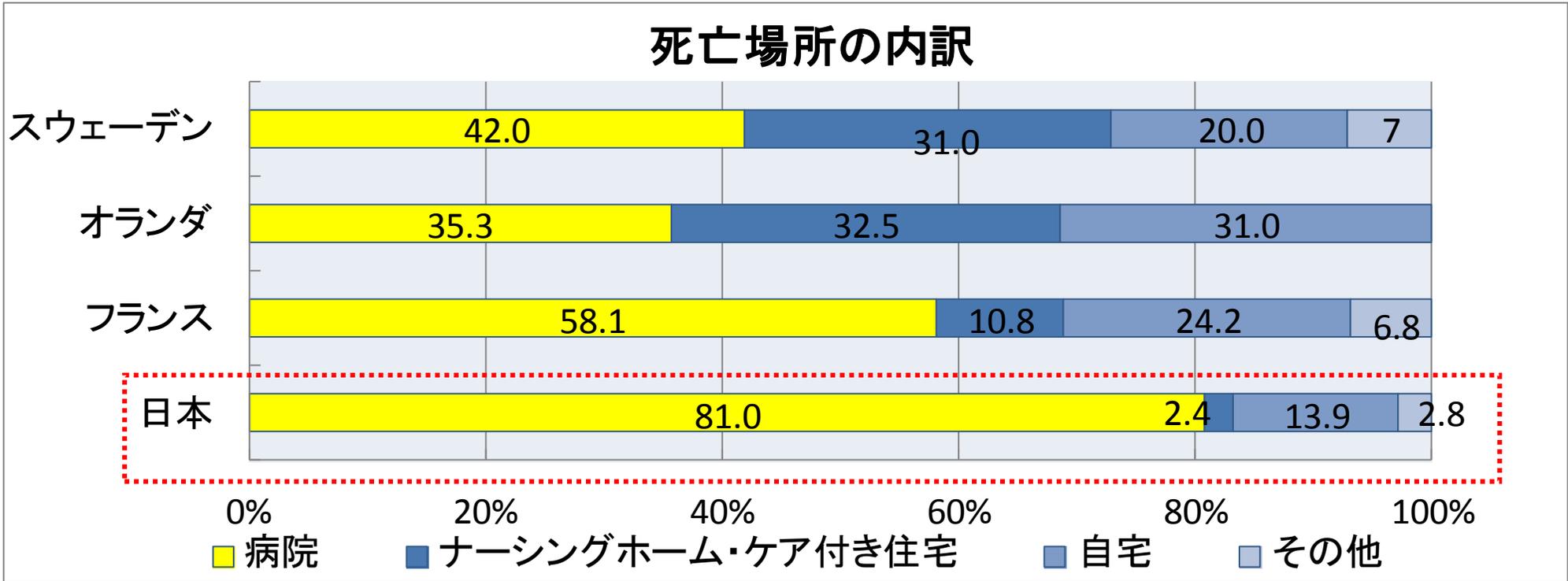


※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

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)「ナーシングホーム・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)

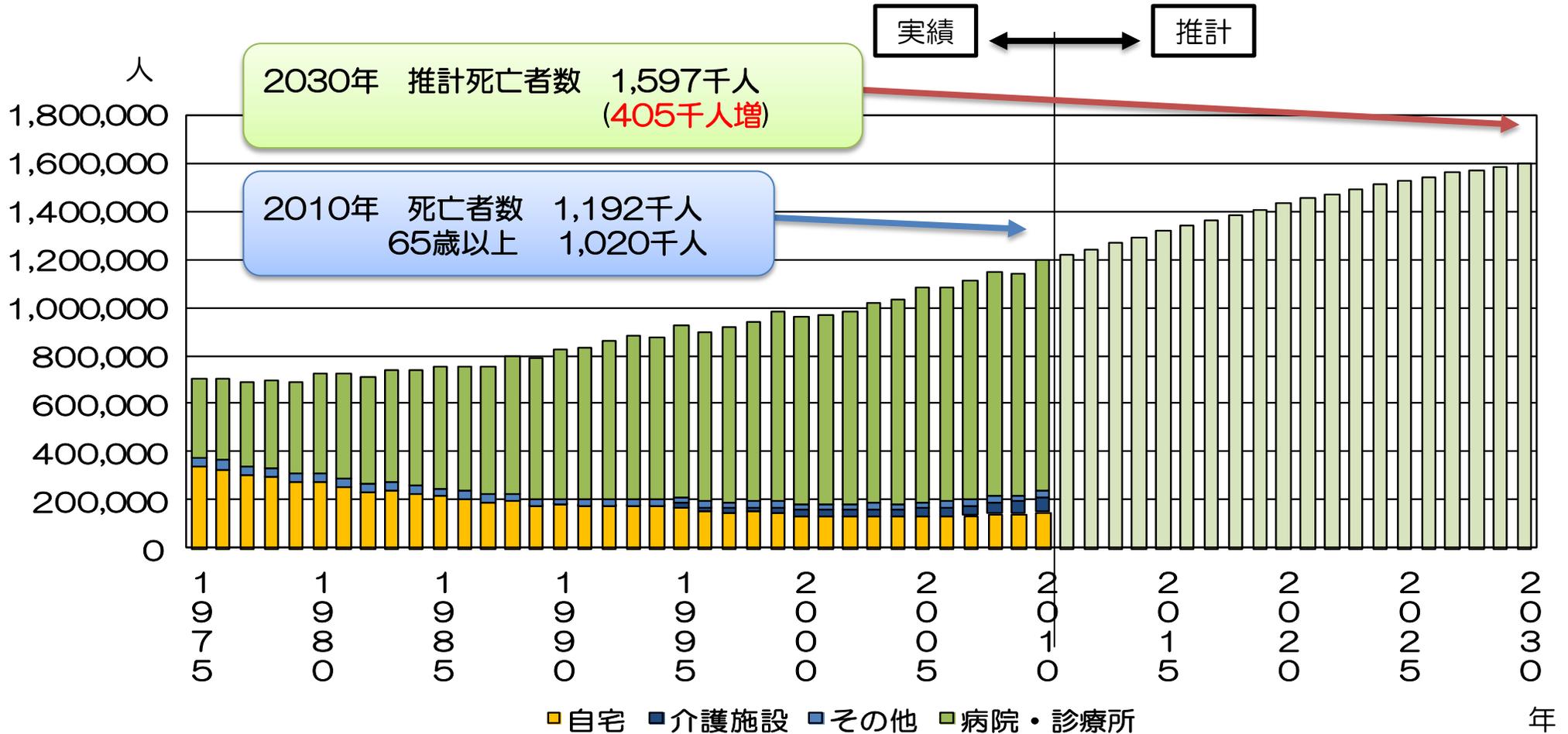
オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

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 14

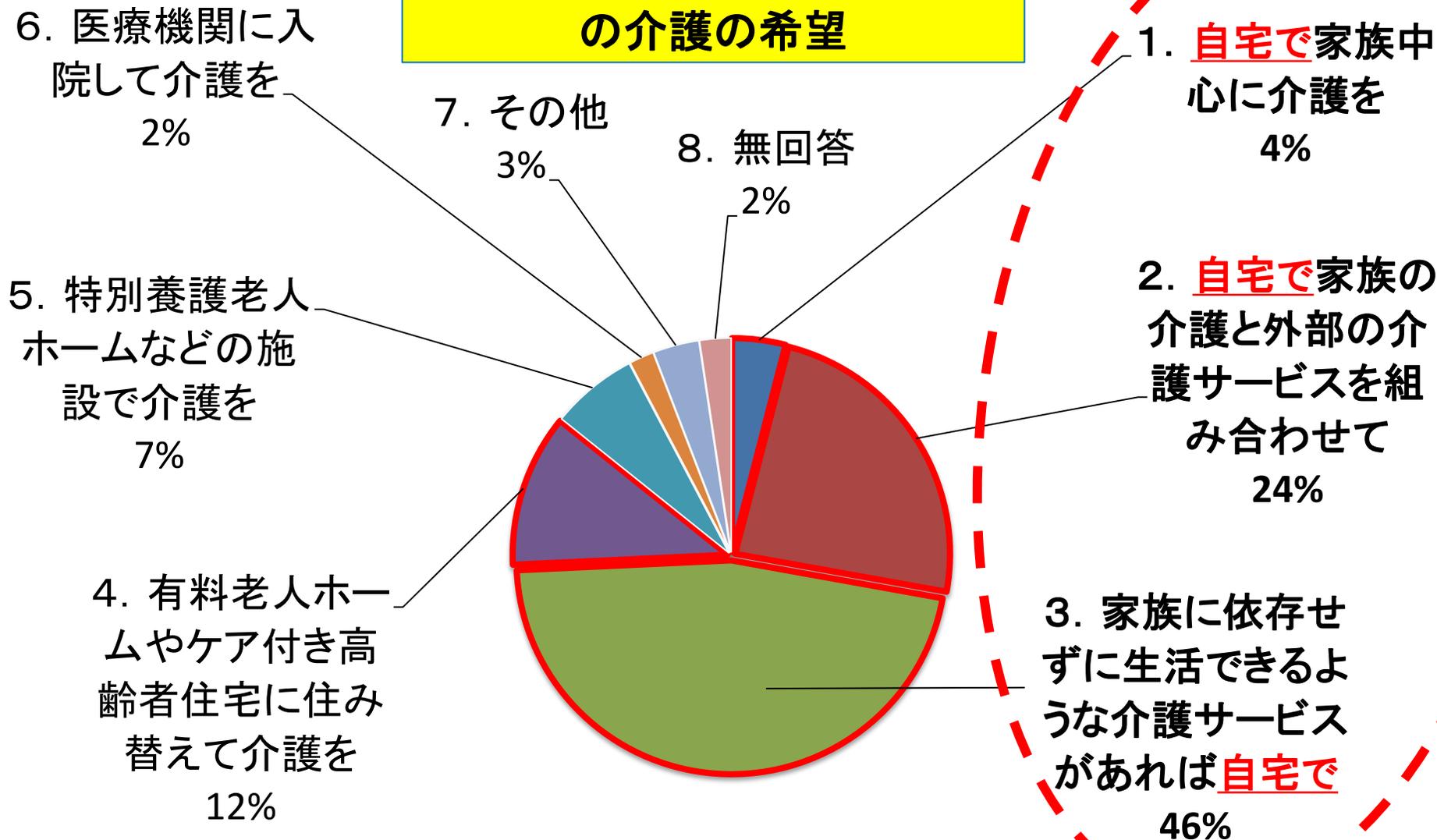
“高齢者ケアの場”が必要



どのような“場”が必要？

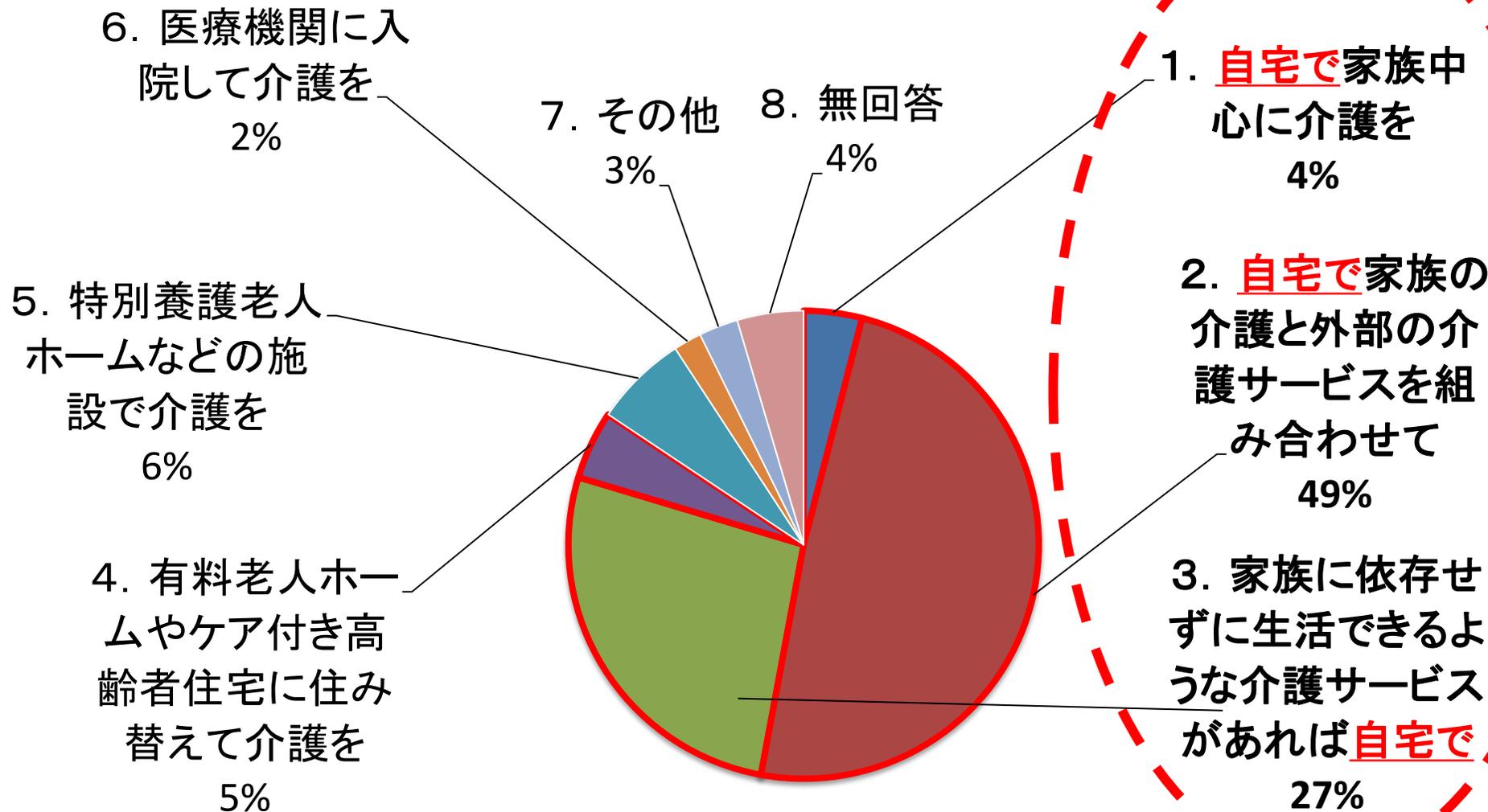
介護の希望（本人の希望）

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

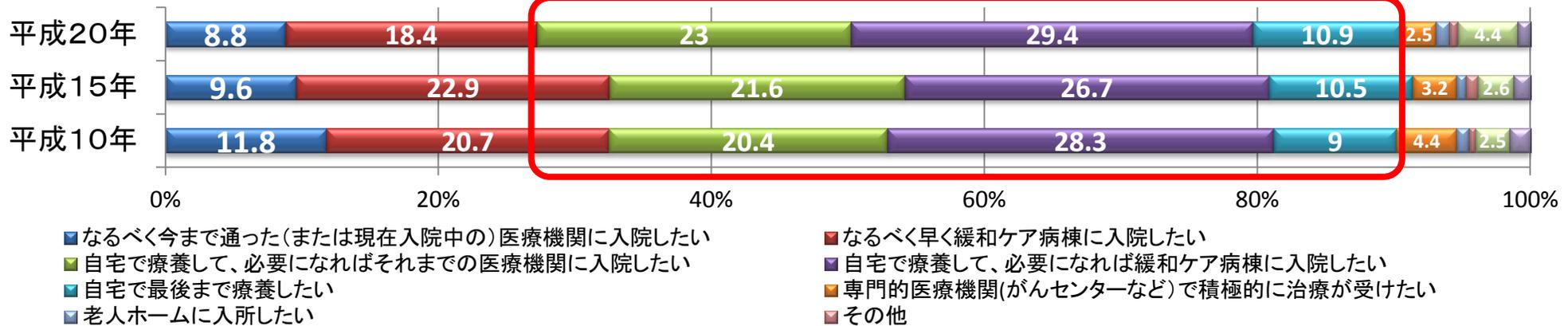


終末期医療に関する調査

○60%以上の国民が「自宅で療養したい」と希望。

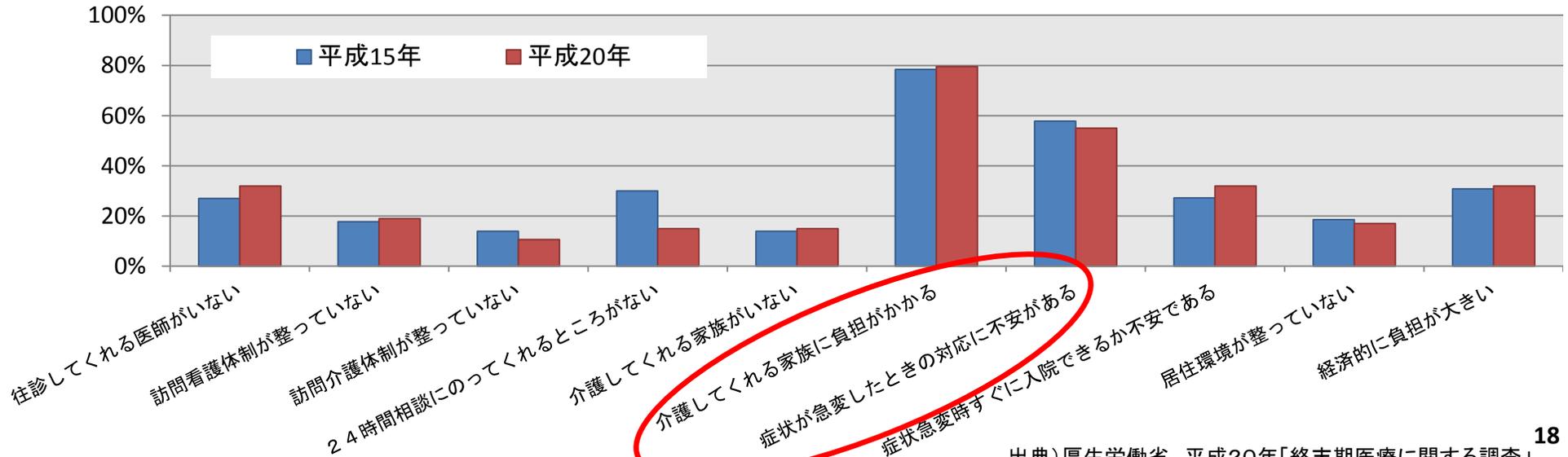
○自宅で最期まで療養するには、家族の負担や急変したときの対応などに不安を感じている。

■終末期の療養場所に関する希望



出典)厚生労働省「終末期医療に関する調査」(各年)

■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 平成20年「終末期医療に関する調査」



2. 地域包括ケアシステムの考え方



(1) 地域包括ケアシステムの概念と構成要素

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。

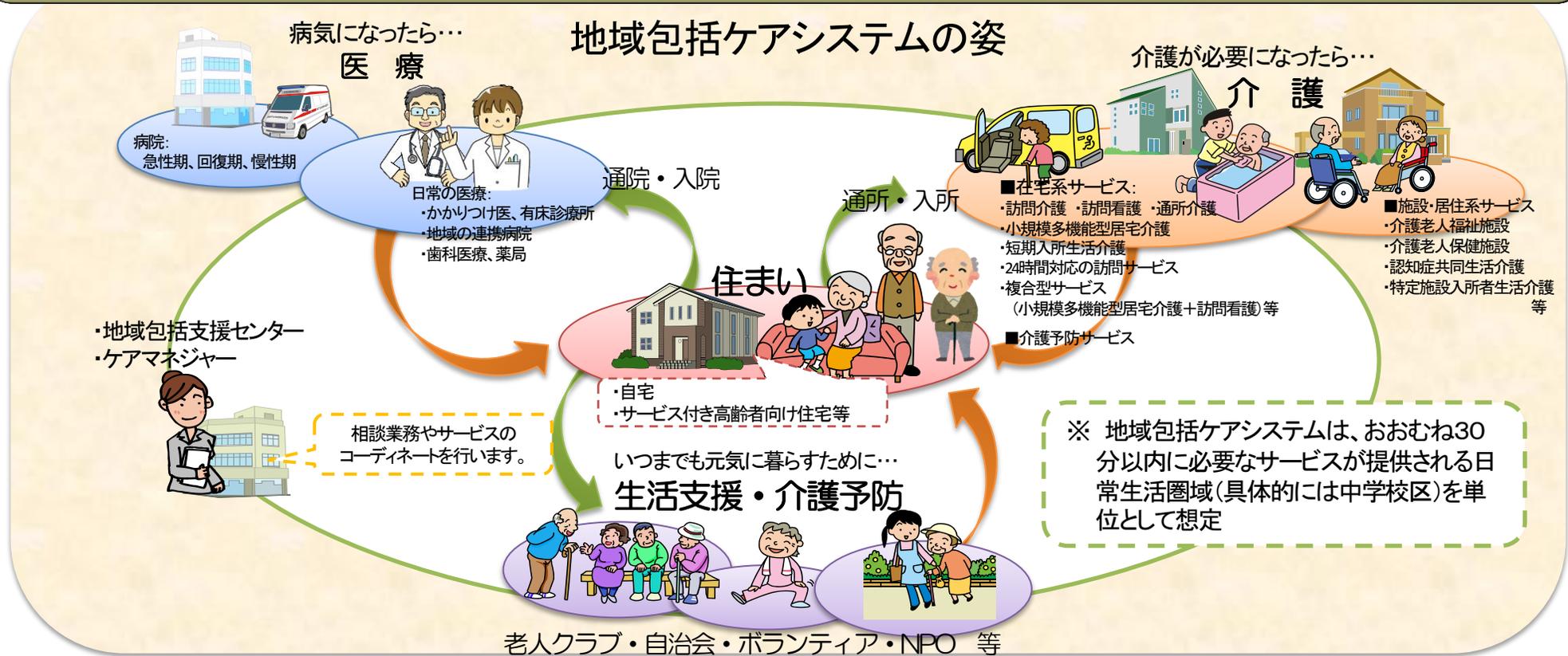
(注) 居場所の提供、**権利擁護関連の支援、生活支援サービス、家事援助サービス**、身体介護、ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーションなどのサービスが個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される。

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・生活支援が一体的に提供される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】

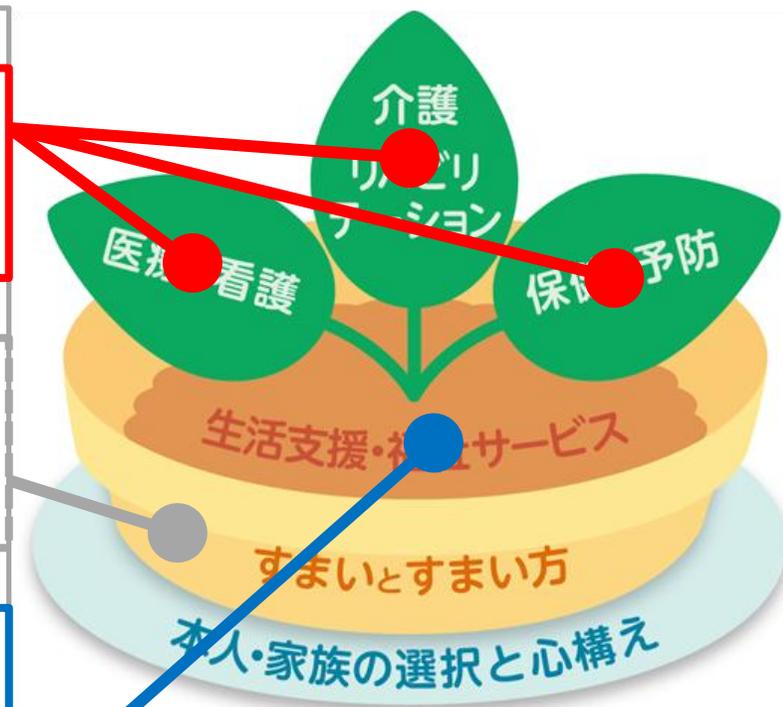
- 個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が**専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）**。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【住まいと住まい方】

- 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。

- 自分のことを自分でする
- 自らの健康管理(セルフケア)
- 市場サービスの購入



- 当事者団体による取組
- 高齢者によるボランティア・生きがい就労



- ボランティア活動
- 住民組織の活動

- ボランティア・住民組織の活動への公的支援



- 介護保険に代表される社会保険制度及びサービス



- 一般財源による高齢者福祉事業等
- 生活保護

【時代や地域による違い】

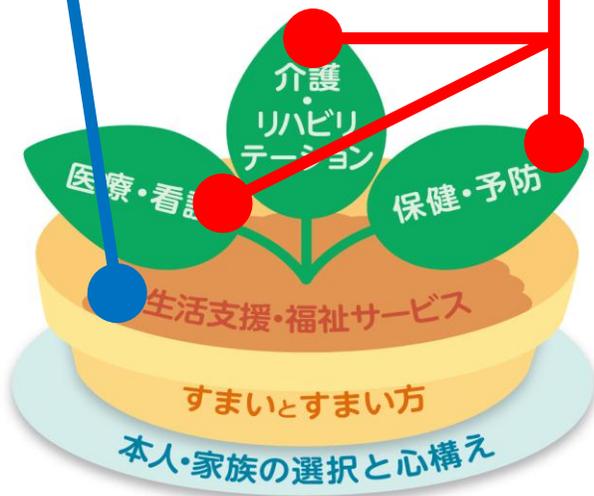
- 2025年には、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
- 都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。
- 少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

平成25年3月
地域包括ケア研究会報告書より

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

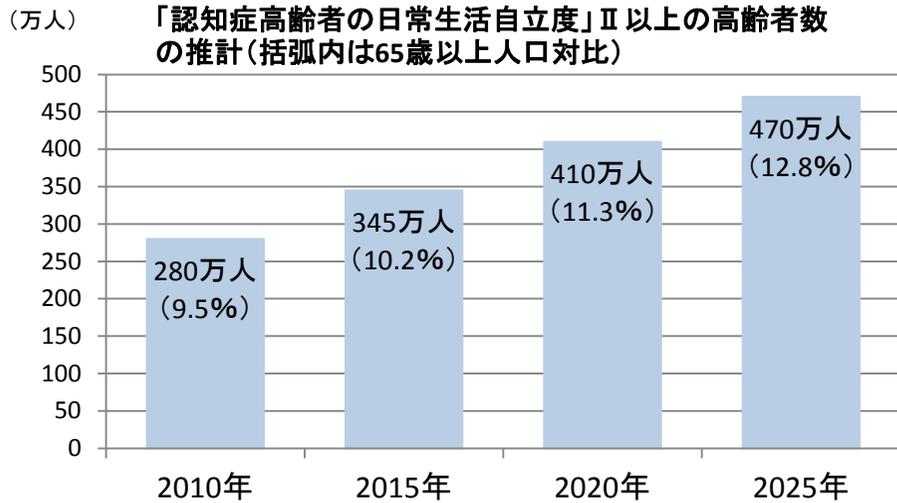
- 従来のサービスでは、医療・介護の専門職が「生活支援」を提供することもあるが、「生活支援」が民間事業者やNPO、ボランティア、地域住民など多様な主体により提供されるようになれば、医療・介護の専門職は「医療・介護」に注力ことができ、在宅限界点の向上につながる。

今後の介護保険をとりまく状況について

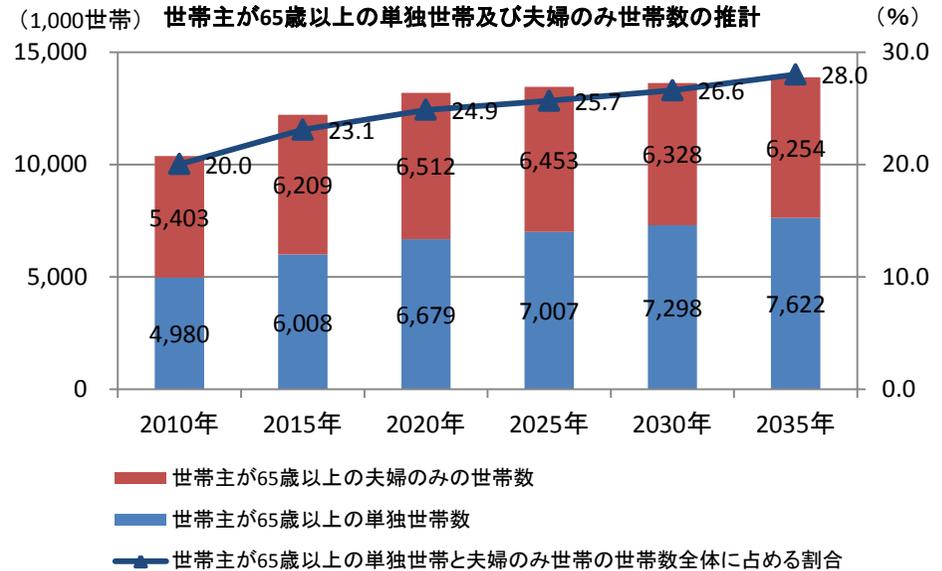
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

② 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。



③ 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。



④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

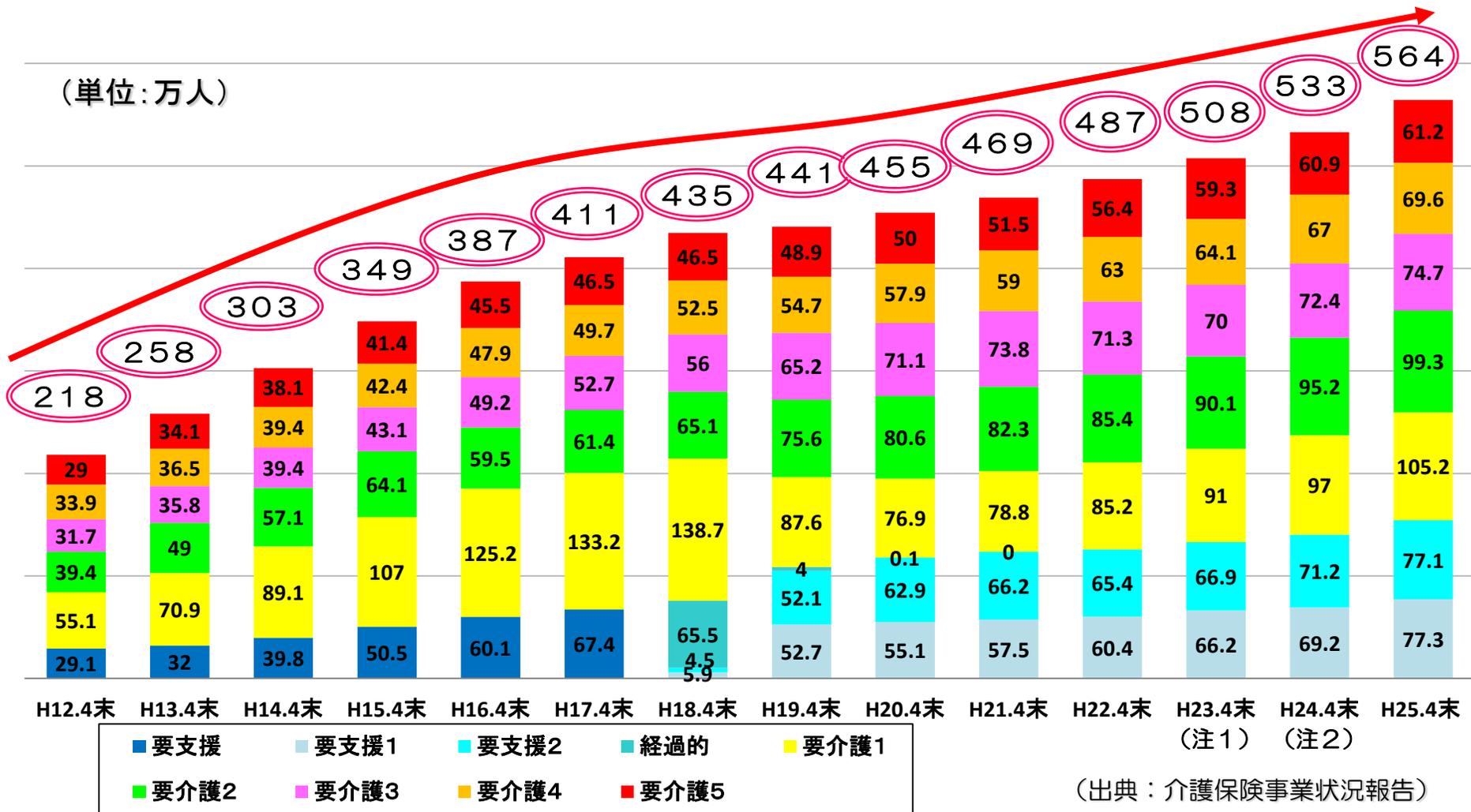
	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	~	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)



- (2) 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の強化
 - 医療と介護の連携推進

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。



地域包括ケアシステム構築で求められる視点

1. 急速な高齢者の増加と若年層の減少

- ① 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

2. 高齢者のニーズに応じた対応体制の構築

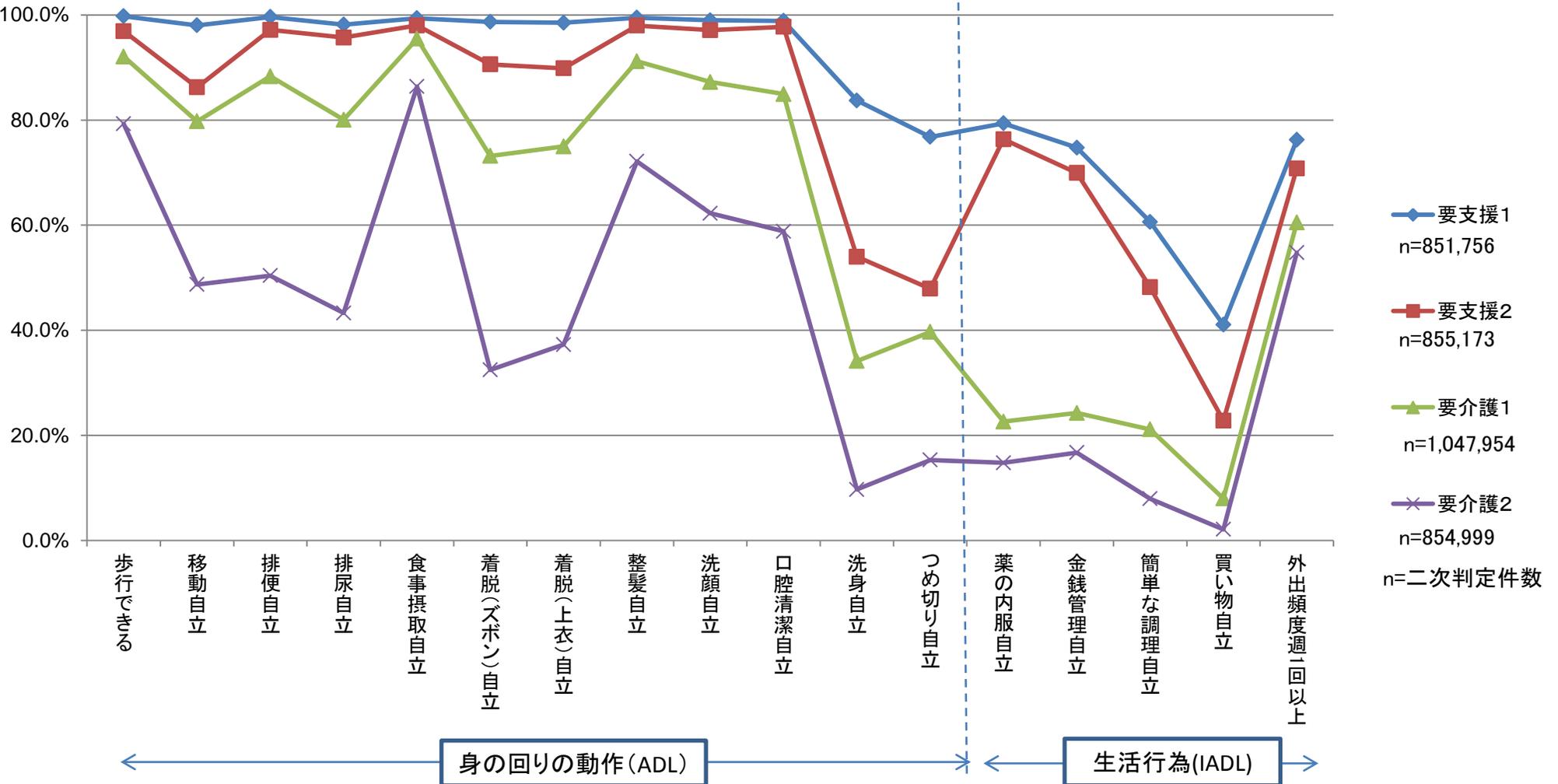
- ① 軽度者に対応した生活支援と介護予防の強化
⇒ 地域力（自助・互助）による
高齢者の活動向上と社会参画の促進
- ② 中重度者に対応した介護・医療サービスの充実
⇒ 多職種連携と機能統合（機能連携）
による医療・介護の連携推進



生活支援・介護予防の充実 (高齢者の活動向上と社会参画の促進)

(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。

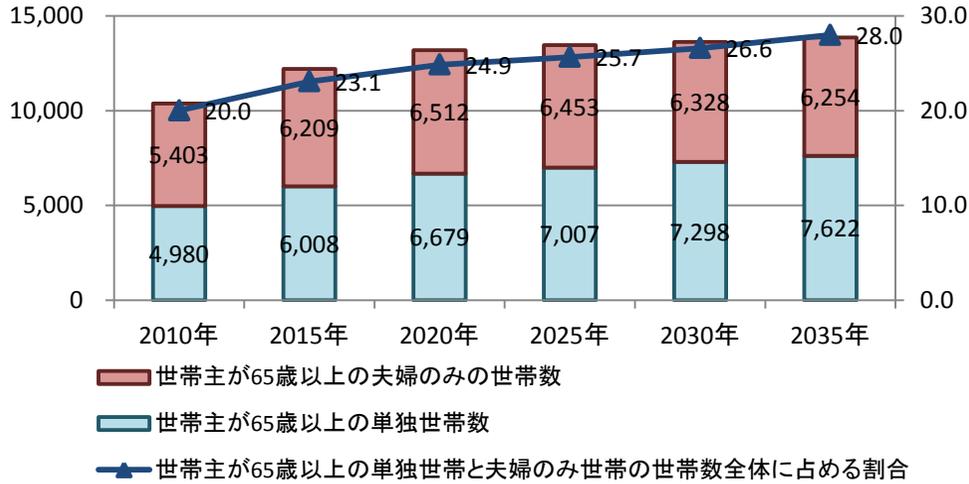


※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※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))

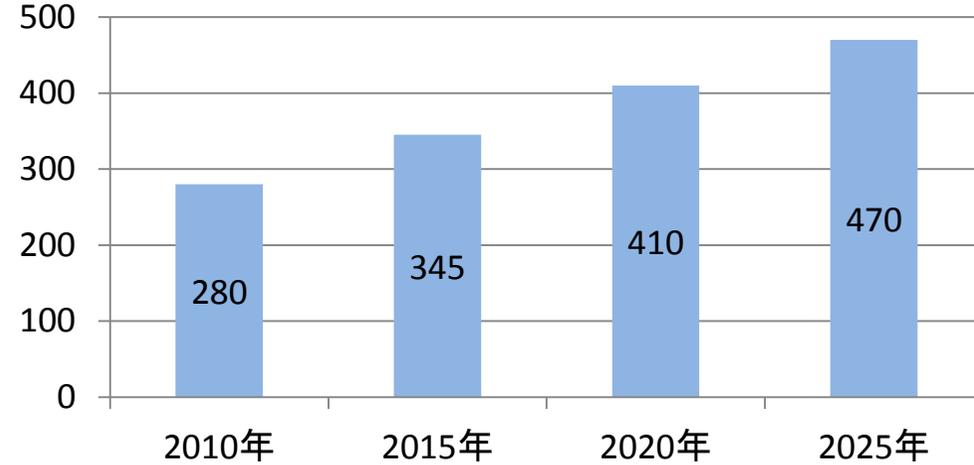
生活支援のニーズ

高齢者世帯の年次推移



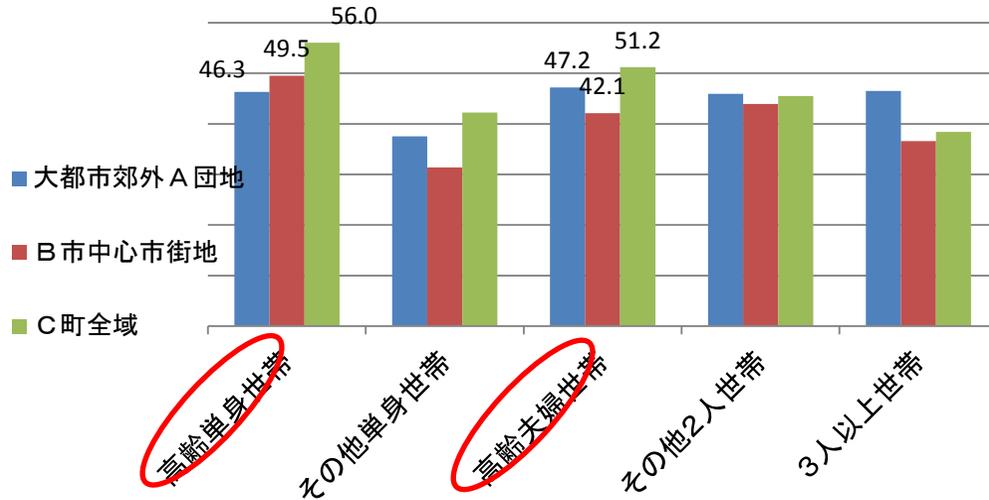
国立社会保障・人口問題研究所、
2013(平成25)年1月推計の「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」

認知症高齢者数の将来推計 (単位:万人)



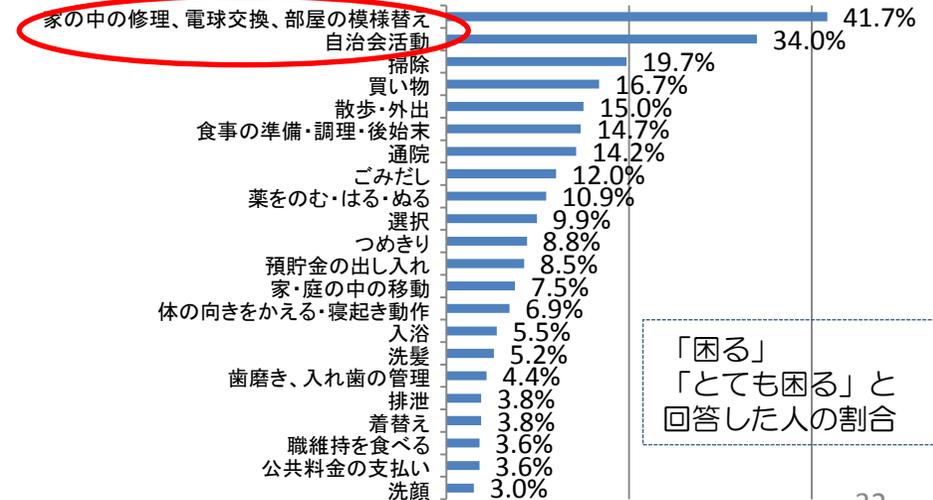
「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について,厚生労働省

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)

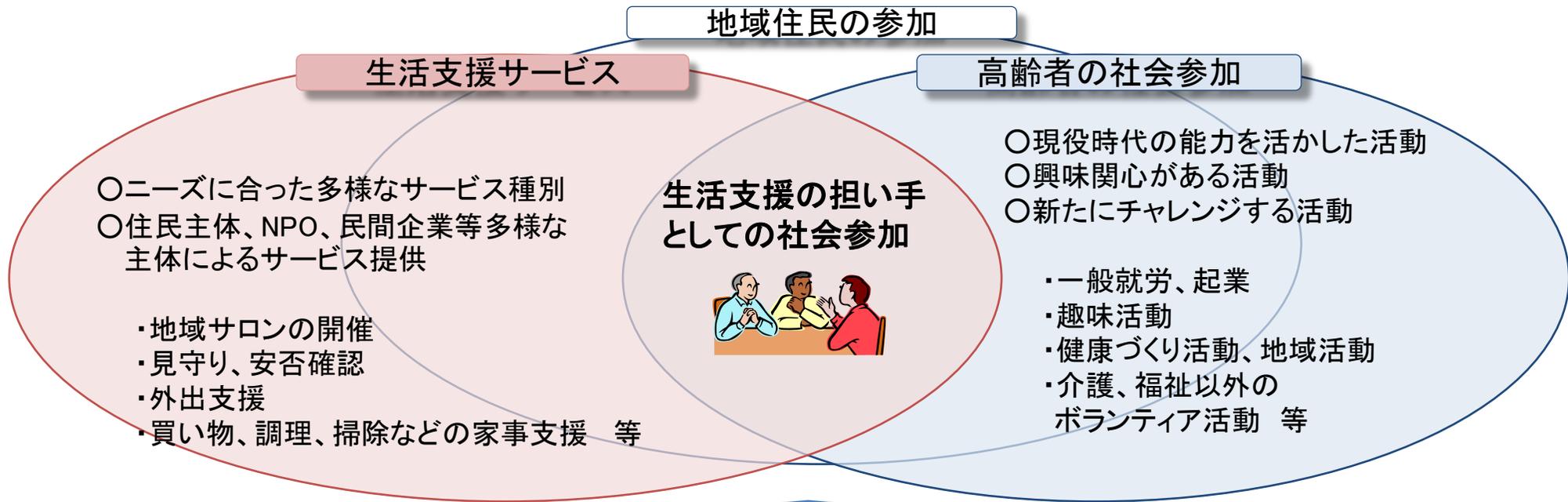


「困る」
「とても困る」と
回答した人の割合

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。



バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化

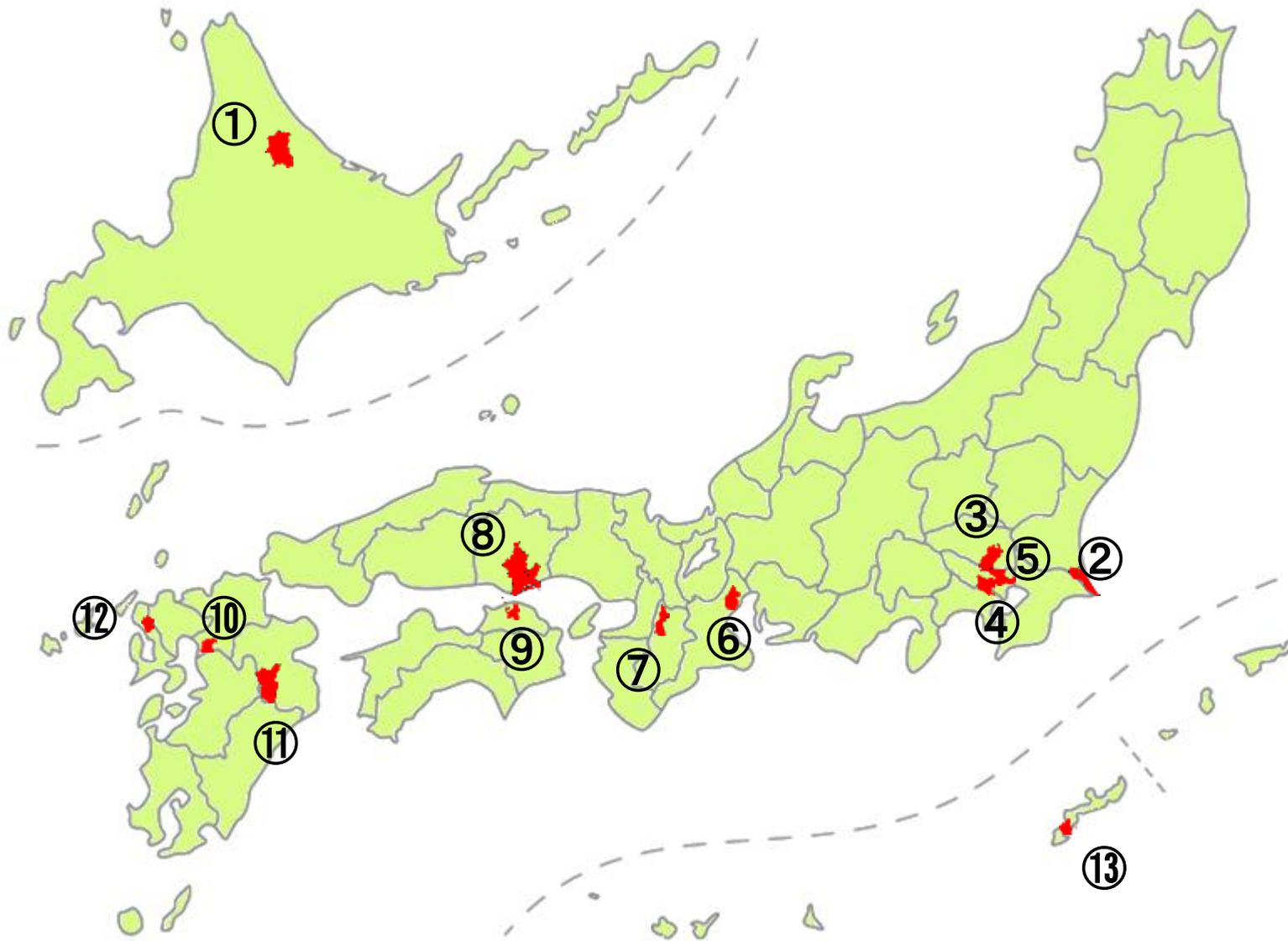
バックアップ

都道府県等による後方支援体制の充実

市町村介護予防強化推進事業
(介護予防モデル事業)



予防モデル事業実施市区町村

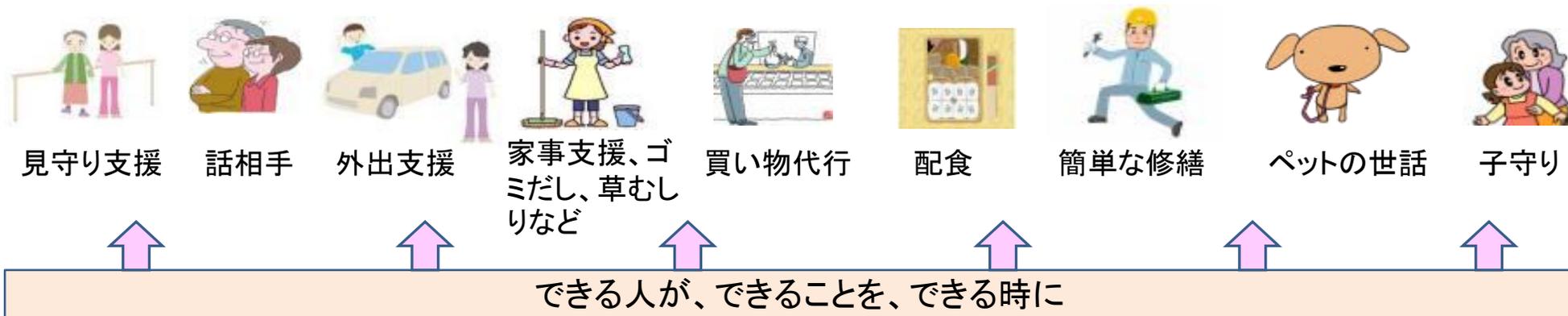


①	北海道下川町 (しもかわちょう)
②	茨城県神栖市 (かみすし)
③	埼玉県和光市 (わこうし)
④	東京都世田谷区 (せたがやく)
⑤	東京都荒川区 (あらかわく)
⑥	三重県いなべ市 (いなべし)
⑦	奈良県生駒市 (いこまし)
⑧	岡山県岡山市 (おかやまし)
⑨	香川県坂出市 (さかいでし)
⑩	福岡県大牟田市 (おおむたし)
⑪	大分県竹田市 (たけたし)
⑫	長崎県佐々町 (さざちょう)
⑬	沖縄県北中城村 (きたなかぐすくそん)

大分県竹田市の取り組み

生活支援サービス(有償サービス)

暮らしのサポートセンターの会員同士が、ちょっとした困りごとを有償でサポート



利用登録者数(H25.2月現在)

登録実人数	102人	うち、モデル事業実人数	16人
利用会員	25人		9人
活動会員	23人		1人
協力会員	13人		1人
賛助会員	44人		9人
延べ人数	105人		20人

利用実績(H25.2月現在)

		うち、モデル事業
見守り・服薬確認・話相手	56人	53人
外出支援	27人	12人
入院中の家事代行	18人	0人
掃除	9人	6人
ごみ出し	6人	0人
草むしりなど	11人	0人
買い物代行	5人	5人
延べ人数	132人	76人

※介護サービスの利用者、障害者、子育て世帯、一人暮らし高齢者などが利用

長崎県佐々町の取り組み

総合事業及び予防モデル事業のメニュー

支援メニュー		実施頻度	1回当たりの時間	利用料金	実施者
予防サービス	生きがい教室	週1回	5時間	150円	地域包括支援センター
	はつらつ塾(5教室)	週1回	2時間	150円	地域包括支援センター
	① いきいきサロン ② おとこ料理クラブ ③ 手作業クラブ ④ 3B体操 ⑤ カラオケクラブ				
	水中運動教室	週1回	2時間	月1500円	スポーツクラブに委託
	リハビリ個別指導	週1回	1時間	150円	地域包括支援センター
	訪問型介護予防指導 ※予防モデル事業により追加	週1回	1時間	無料	地域包括支援センター
生活支援サービス	訪問型生活支援サービス	週1回	30分	150円	介護予防ボランティア
	さくらの会	適宜	30分	300円	有償ボランティアの会 (公費の補填なし)
	シルバー人材サービス	適宜	30分	300円	シルバー人材センター (活動事務費補助)
卒業後の通いの場	地域デイサービス (30箇所)	月1~2回	2~3時間	無料	社会福祉協議会に委託 (セーフティネット補助金)
	介護予防推進地区活動 (14地区)	月1~4回	2~3時間	無料	介護予防ボランティア

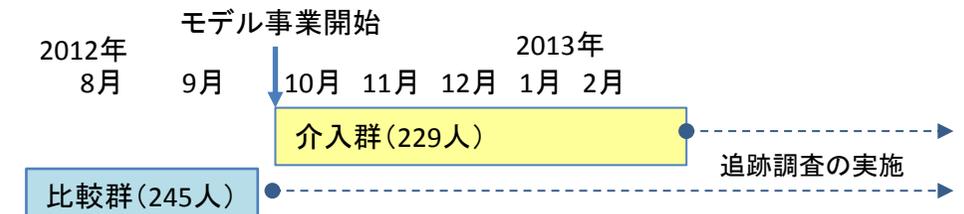


予防モデル事業における利用者の変化

モデル事業の利用者(要支援1～要介護2)は、家事や散歩の他、地域の集いなどに参加する人の割合が高くなっており、生活や行動に広がりが見られるようになっている。

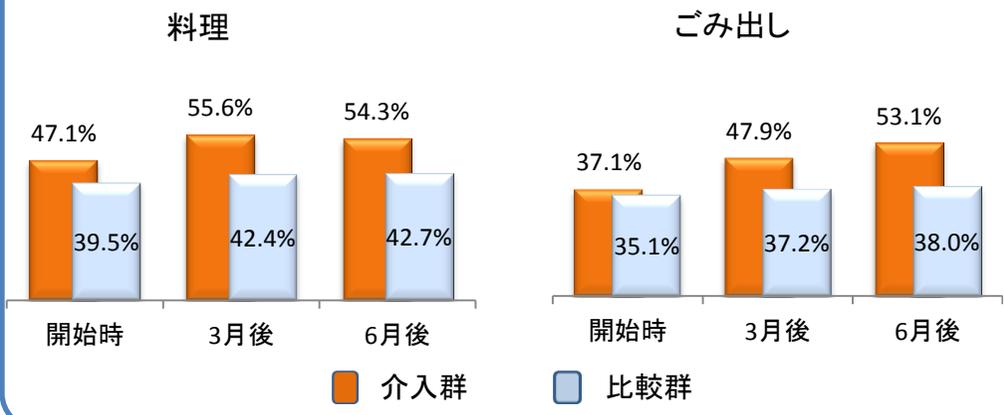
調査方法

モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、保険給付の利用者245人(比較群)とモデル事業の利用者229人(介入群)に対し、サービス開始時、3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月の4時点におけるIADL、社会参加等の評価を実施。

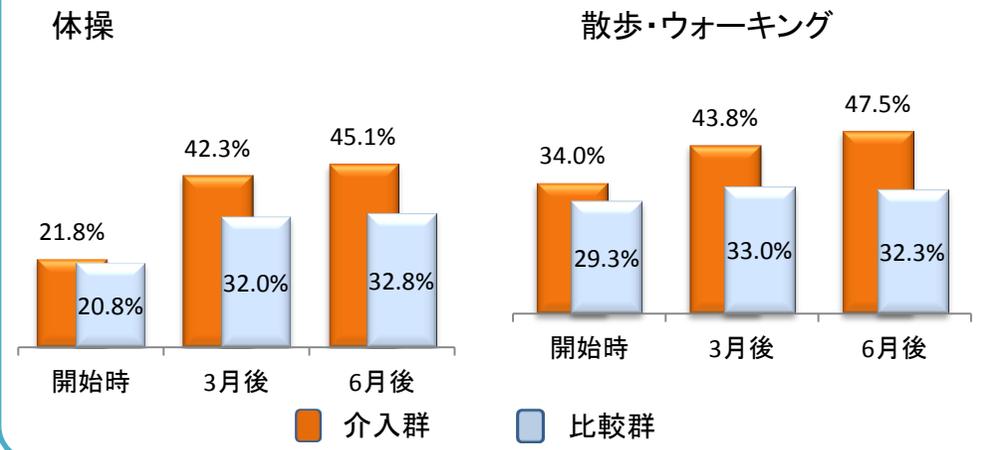


新規認定者の全数に事業の説明を行い、同意の得られた者全てに調査を実施
3ヶ月後評価を実施できたのは、比較群212人、介入群196人であった。
6ヶ月後評価を実施できたのは、比較群192人、介入群162人であった。

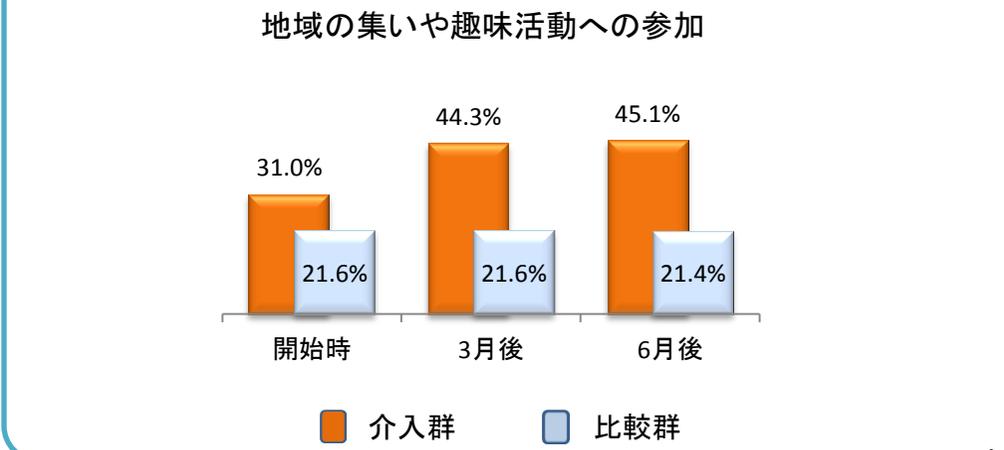
家事：介入群では、自分で料理やごみ出しをする人の割合が高くなっていった。



活動：体操や散歩・ウォーキングをする人の割合が、介入群の方でより高くなっていった。



参加：介入群では、地域の集いや趣味活動に参加する人の割合が高くなっていった。



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

長崎県佐々町 ～介護予防ボランティアを主軸にした地域づくり～

○中高年齢層を対象として介護予防ボランティアを養成し、ボランティア活動が無理なく継続できるように、連絡会を組織してバックアップしている。介護予防・日常生活支援総合事業においても、介護予防ボランティアが、生活支援や通所の場で、担い手として活躍している。

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	1	カ所
	委託	0	カ所
総人口		13,786	人
65歳以上高齢者人口		3,034	人
		22.0	%
75歳以上高齢者人口		1,626	人
		11.8	%
第5期1号保険料		5,590	円



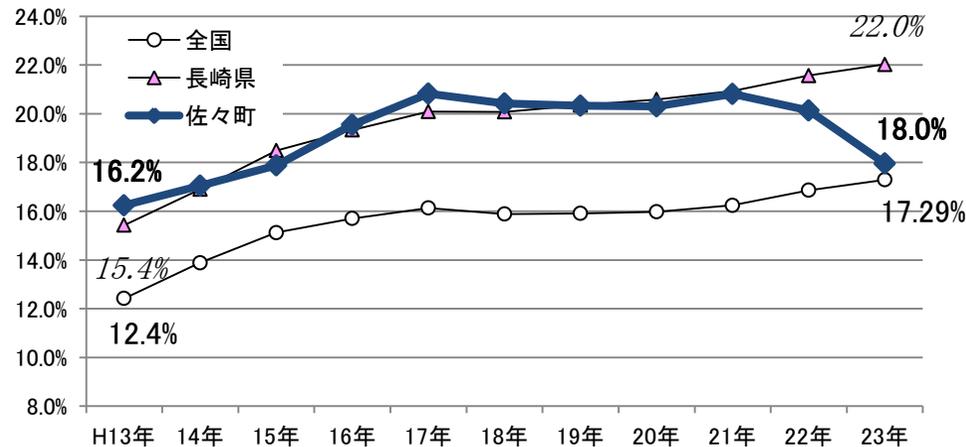
介護予防の取組の変遷

- 平成18年 地域包括支援センターが始動し、介護予防の普及啓発を行うものの、住民の主体的取組につながらず、2年が経過。町内唯一の地域サロンは、職員の関与無しには成り立たない状況だった。
- 平成20年 普及啓発のあり方を見直し、自主活動の育成に主眼を置いた「介護予防ボランティア養成講座」をスタート。修了者がそれぞれの地区で「地域型介護予防推進活動」に取り組みようになり、初年度に、8地区で集いの場が立ち上がる。
- 以後、毎年、新たなボランティアを養成し、現在、団塊世代を対象に「地域デビュー講座」として継続中。修了者による集いの場は、現在14地区で開催されている。（最終目標は、全町内会30地区）

65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	11.6 %
-------------------------	--------

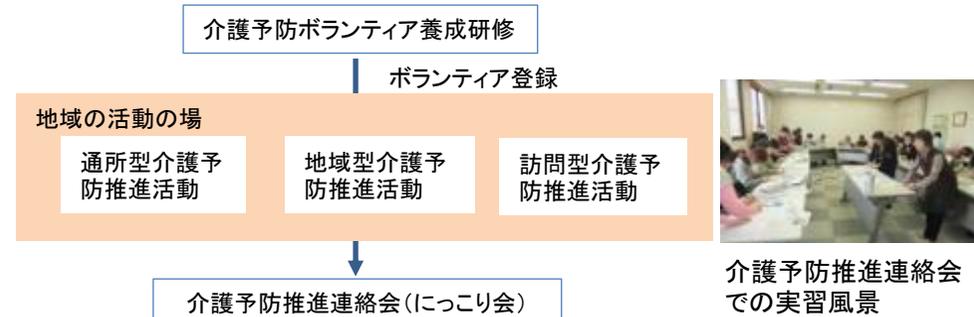
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	6.6 %
-------------------------------	-------

第1号被保険者における要介護認定率の推移



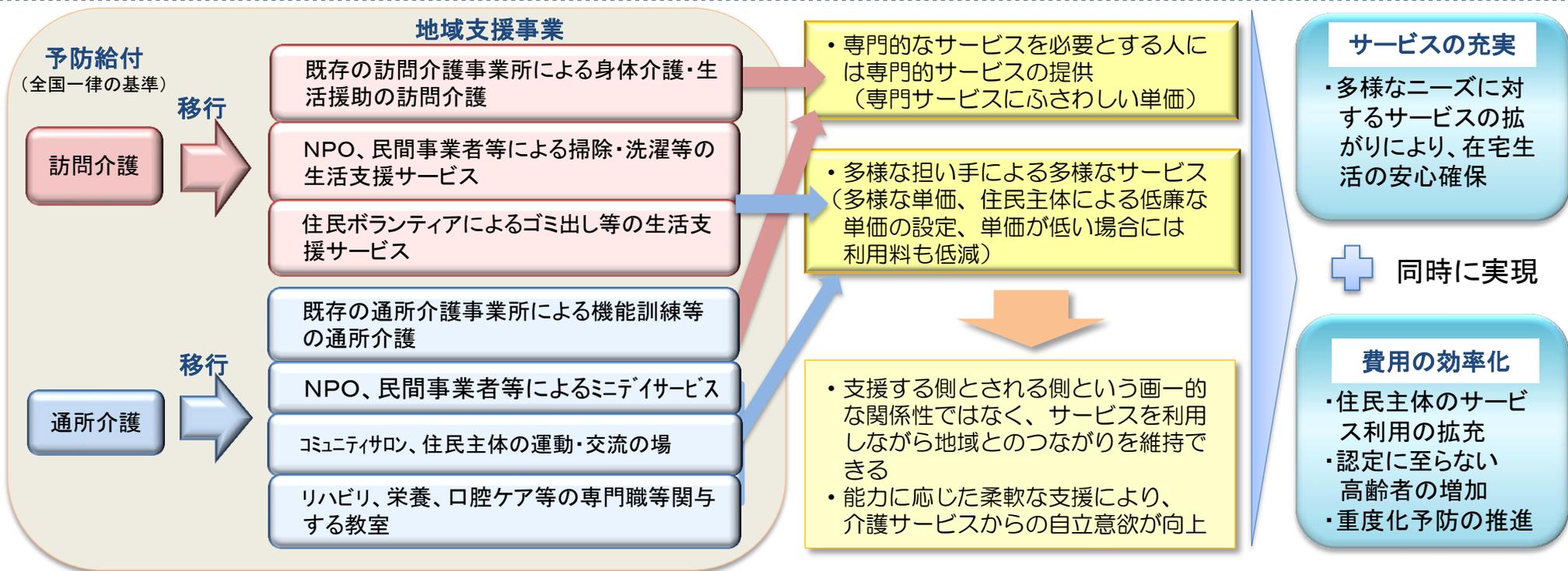
専門職の関与の仕方

- 「介護予防ボランティア養成講座」の企画と実施
- 月1回の定例会で、研修終了者の活動をバックアップ（にっこり会）
- 住民、関係団体と協議の機会を設け、課題やめざすべき方向などを共有



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、市町村が地域の实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%

地域支援事業

地域支援事業

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

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

現行と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実



医療・介護サービスの充実
(多職種連携と機能統合 (機能連携))
による医療・介護の連携推進)

在宅医療・介護連携推進の考え方

「地域包括ケアシステム」＝“概念”（考え方）



各地域の医療関係者に期待されている具体的な役割は見えてこない



どのような“ご当地システム”を創るのか地域で考えることが不可欠

<ポイント>

- 各市町村の介護保険事業計画策定のプロセスが重要
- 特に2015年度以降の介護保険制度では、地域支援事業において、在宅医療・介護連携を推進する事業が全ての市町村において順次実施される方向で制度改正が進められている

【在宅医療を中心とした地域医療と介護との連携は新たな段階に！】



3つの段階

- (1) 地域における在宅医療体制の構築
- (2) 医療・介護サービスの一体的な提供体制の構築
- (3) 地域づくりへの反映

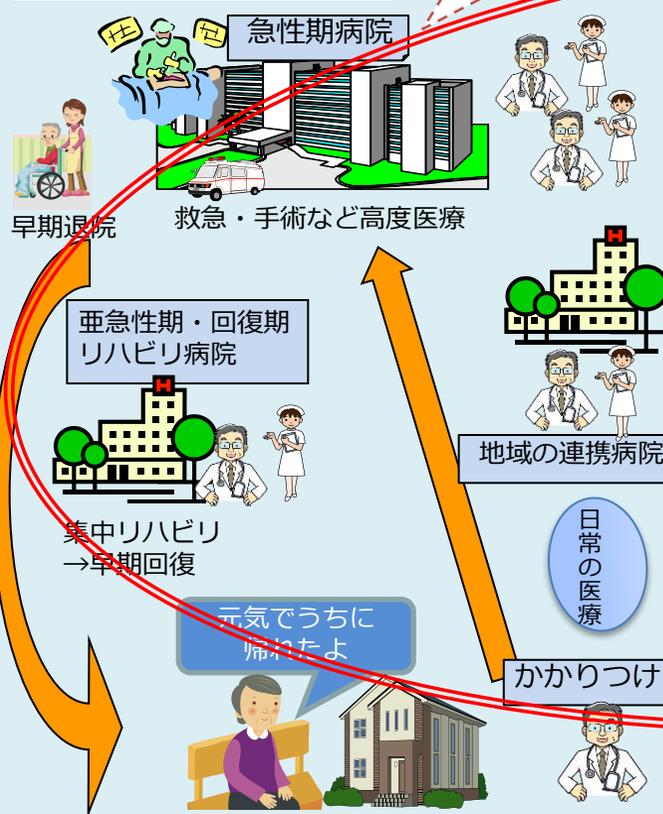
在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

- 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

- ・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

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)

住まい



介護



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)

通所

通院



生活支援・介護予防

- ・グループホーム
(17→37人分)
- ・小規模多機能
(17→22カ所→2カ所)
- ・デイサービス など

※地域包括ケアは、人口1万人程度の中学校区を単位として想定

※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

在宅医療・介護の連携推進のイメージ

- ・地域の医療・介護関係者による協議の開催
- ・医療・介護関係機関の連携促進
- ・在宅医療に関する人材育成や普及啓発

在宅医療連携拠点機能
(市町村、医師会等)

地域包括支援センター



連携

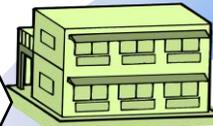
関係機関の
連携体制の
構築支援

介護サービス事業所



24時間在宅医療
提供体制の支援
(1人開業医等の
夜間対応の支援、
急変時の一時入
院受け入れ、レス
パイト等)

在宅医療において積極的
役割を担う医療機関*



24時間体
制の支援

訪問診療

介護サービス

訪問看護等

患者



薬局、訪問看護
ステーション等

訪問診療

訪問診療

一時入院



在宅療養支援
診療所(無床)
(1人開業医)



入院(急変時の
一時受け入れ)

在宅療養支援病院
在宅療養支援診療所
(有床)

※在宅療養支援病院/診療所の中
から位置づけられることを想定

在宅医療・介護連携推進の進め方（1）

地域における在宅医療体制の構築（“基盤構築の段階”）

- それぞれの地域住民や患者・利用者に対して、在宅医療が提供される体制を確実に整備
- 従来から在宅医療に熱心に取り組んできた医師や施設が核となり、既に一定のネットワークが形成されている地域も
- 一方で整備が進んでいない地域は、特に郡市区医師会の理解と協力が不可欠



地域における具体的な整備状況をマッピング等により明らかに



地域全体がカバーできるような体制の構築に向けて、地域医療関係者の理解と協力を得る（郡市区医師会のリーダーシップに期待）

在宅医療・介護連携推進事業について（イメージ）

○事業の概要

医療と介護の両方を必要とする状態に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に、住民に身近な市町村が中心となって、国と都道府県の支援の下、地域の医師会等と連携しつつ在宅医療・介護連携の推進に取り組む

○事業の主な内容(案)

- ①地域の医療・福祉資源の把握及び活用
- ②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介
- ③在宅医療・介護連携に関する研修の実施
- ④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
- ⑤地域包括支援センター・介護支援専門員等への支援
- ⑥退院支援に資する医療・介護サービス提供施設間の連携体制を構築するための支援
- ⑦在宅医療・介護サービスに関する地域住民への普及啓発

可能な市町村は平成27年4月から取組を開始
すべての市町村で平成30年4月から取組を開始
複数市町村による共同実施も可能

① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化
- ◆ さらに連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査した結果を、関係者間で共有、公表 等



② 多施設連携のための協議会

- ◆ 在宅医療・介護サービス提供施設の関係者が集まる会議を開催し、情報共有のための様式の統一、ケアマネタイム等を検討し、合意形成を図る 等



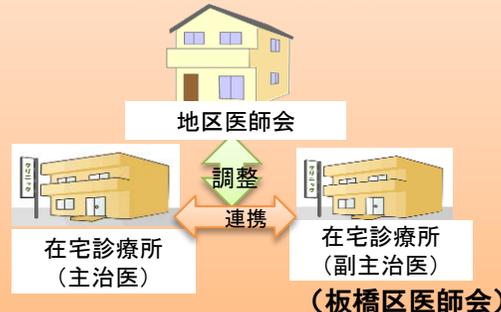
③ 多職種連携のための研修

- ◆ グループワーク等の多職種参加型研修
- ◆ 訪問診療同行研修
- ◆ 介護職種を対象とした医療教育に関する研修 等

④ 24時間365日の提供体制の構築

- ◆ 主治医・副主治医制のコーディネート 等

【主治医・副主治医制】



⑤ 地域包括支援センター・ケアマネ等への支援

- ◆ 地域包括支援センターやケアマネ等からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応 等

⑥ 退院支援ルールの方針

- ◆ 病院・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターなどの関係者が集まる会議を開催し、円滑な退院に資する情報共有のための様式・方法の統一等を検討し、合意形成を図る
- ◆ 地域連携クリティカルパスの作成 等

⑦ 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の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 等



在宅医療・介護連携推進の進め方（2）

在宅医療体制構築と並行で、地域の介護サービスとの
一体的提供を推進（連携強化）



【2つの局面】

- ① 在宅医療を中心とした、地域における医療・介護の地域完結型
在宅サービスとしての連携
- ② 急性期医療（“川上”）退院後等と在宅介護との連携

在宅医療・介護連携推進の進め方（3）

「地域づくり」の推進

- 地域の創意工夫と努力に委ねられた「地域包括ケアシステム」の具現化は、“地方分権の試金石”
- 連携調整のための体制づくりや関係職種ネットワークづくりは介護保険制度のための仕組みづくりにとどまらず、“地域づくり”に他ならない（例：地域の災害対応にも貢献）

<取組み例> **地域ケア推進会議**への医療介護関係者の積極的な参画
(単に医療・介護連携や介護保険事業計画策定への協力という次元を越えた、市町村を中心とする“地域づくりへの参画”)



それぞれの地域が抱える“固有の”医療・介護の課題や必要な取組の明確化と政策への反映

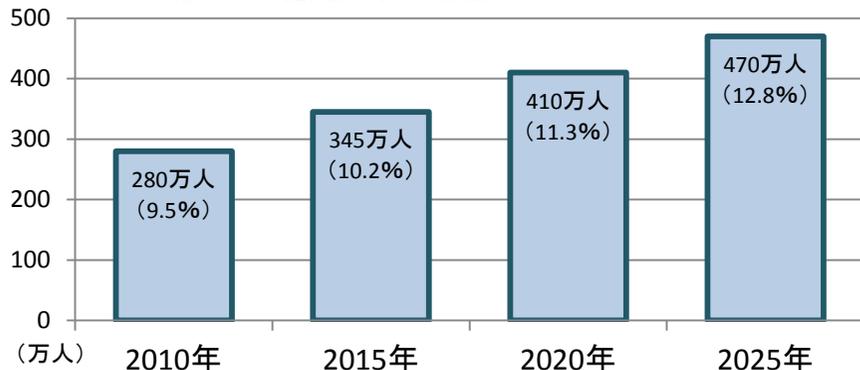


地域社会に大きく貢献

在宅医療・介護の推進に当たっての課題

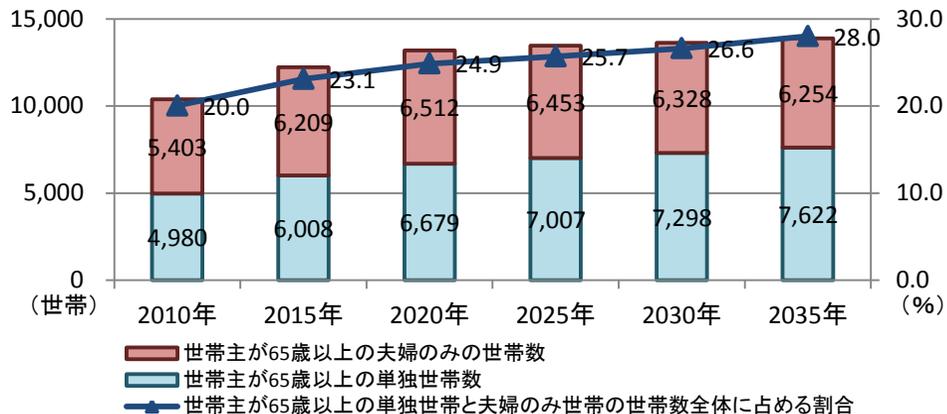
- 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく(図1)。
- 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく(図2)。
- 在宅医療・介護を推進するには、地域における医療・介護の関係機関の連携が重要であるが、現状では、訪問診療を提供している医療機関の数も十分とは言えず(図3)、また、連携も十分には取れていない(図4)。

(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



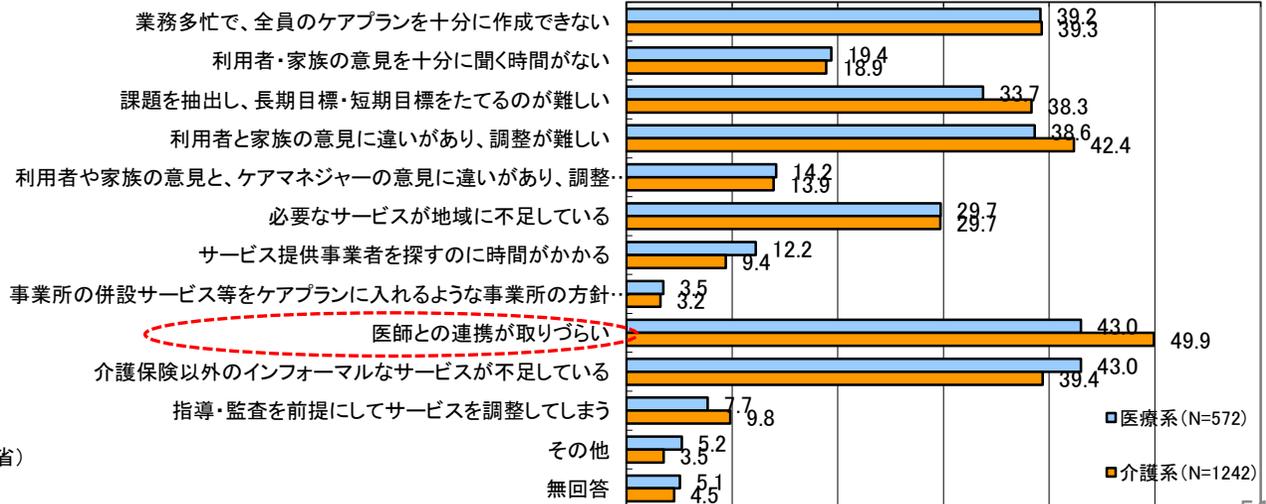
出典:日本の世帯数の将来推計(全国推計)(社会保障・人口問題研究所)

(図3)訪問診療を実施している医療機関

箇所	箇所数	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

- 一 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
- 一 研修開催事務局が用いる手順書としての活用を想定
- 一 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 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

- 一 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
 - 一 事務局使用様式(依頼状など)も一式収載
 - 一 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

Q & A お知らせ お問い合わせ

トップページ 概要 資料 予定・実績 領域別セッション 主催者・講師向け



上記URLにアクセスし、「主催者・講師向け」ページにてパスワード発行依頼
→ あらゆる資料を使用可能(講義スライド、講師読み原稿、動画など)
※スライドは出典明記の上基本的に自由にお使いいただけます。追加・変更時はその旨明記ください。

○研修会開催支援ツール(3) 効果検証支援

- 一 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)
- 一 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

【まとめ（私見）】

① 今後の急速な高齢化の進展 ⇒ 高齢者の在宅ケアニーズ↑↑

- ・都市部は特に深刻
- ・しかし地方や中山間も含めた全国での体制整備は不可避

② 特にマンパワーの将来的な不足を見据えた体制構築が急務

- ・軽度者への対応は、元気高齢者自身やNPO等の多様な主体で
- ・医療ニーズを伴う中重度者は、看護・介護の連携による訪問サービスを基軸とした在宅ケアで（関係多職種で効率的に！！）

③ 多様な主体が参画する市町村を中心とした「地域づくり」を

- ・高齢者の自助／互助を引き出す“相乗効果”を！
- ・高齢者社会参画を目指した市町村の地域づくりを（災害対応にも貢献）

④ 在宅医療と介護の連携体制が「鍵」

- ・医師会や地域事業者との協働で（関係職種が「顔」を見ながら）
- ・“川上”の急性期／回復期医療の理解と協力が不可欠
- ・特に在宅医療体制の構築は医師会はじめ“地域医療コミュニティー”の総力戦
- ・キープレイヤーは地域の看護職／保健師

ご清聴ありがとうございました