

資 料 編

研究会において委員及びオブザーバー（厚生労働省）から提供された資料を掲載する。

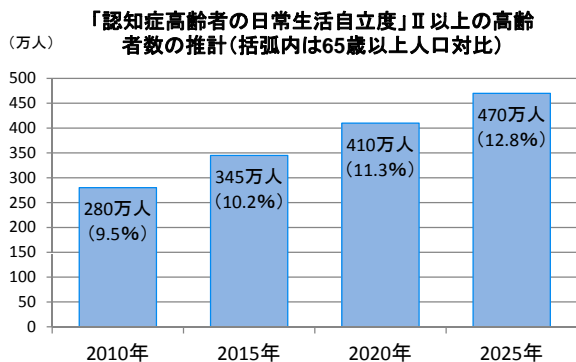
高齢者施策の現状

今後の介護保険をとりまく状況について

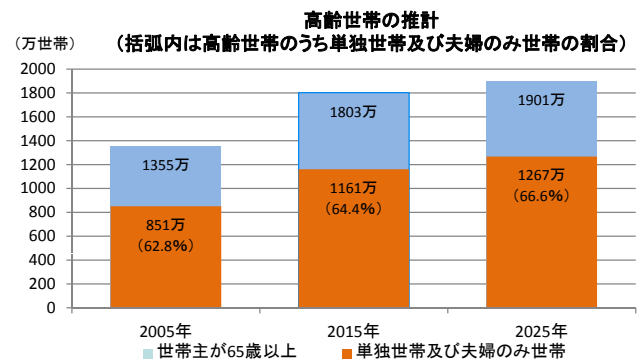
① 75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2010年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	11.1%	13.0%	18.1%	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歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」 （平成25年度から29年度までの計画）

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- 「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成・普及
 - ・平成24～25年度 調査・研究を実施
 - ・平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画（市町村）に反映

2. 早期診断・早期対応

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 35,000人 → 平成29年度末 50,000人
【考え方】高齢者人口約600万人（認知症高齢者約600万人）に対して、1人のかかりつけ医が受講。
※ 後述の「認知症の薬物治療に関するガイドライン」も活用して研修を実施
- 認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,000人
【考え方】一般診療所（約10万）25か所に対して、1人のサポート医を配置。
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ・平成24年度 モデル事業のスキームを検討
 - ・平成25年度 全国10か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成26年度 全国20か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成27年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討※ 「認知症初期集中支援チーム」は、地域包括支援センター等に配置し、家庭訪問を行い、アセスメント、家族支援等を行うもの。
- 早期診断等を担う医療機関の数
 - ・平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。【考え方】認知症疾患医療センターを含めて、二次医療圏に1か所以上。
※ いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能（早期診断・早期支援、危機回避支援）については、平成25年度までに、認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い、それを踏まえて検証する。

- 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着
 - ・平成 24 年度 「地域ケア会議運営マニュアル」作成、「地域ケア多職種協働推進等事業」による「地域ケア会議」の推進
 - ・平成 27 年度以降 すべての市町村で実施

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 - ・平成 24 年度 ガイドラインの策定
 - ・平成 25 年度以降 医師向けの研修等で活用
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
 - ・平成 24 年度～ 調査・研究を実施
- 「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成
 - ・平成 24 年度 クリティカルパスの作成
 - ・平成 25～26 年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
 - ・平成 27 年度以降 介護保険事業計画に反映

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介護サービスの整備を進める。（別紙参照）

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- 認知症地域支援推進員の人数
平成 24 年度末見込 175 人 → 平成 29 年度末 700 人
【考え方】5つの中学校区当たり 1 人配置（合計約 2,200 人）、当面 5 年間で 700 人配置。
※ 各市町村で地域の実情に応じて、認知症地域支援推進員を中心として、認知症の人やその家族を支援するための各種事業を実施
- 認知症サポーターの人数（累計）
平成 24 年度末見込 350 万人 → 平成 29 年度末 600 万人

- 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数
平成24年度見込 40市町村
将来的に、すべての市町村(約1,700)での体制整備
- 認知症の人やその家族等に対する支援
 - ・平成24年度 調査・研究を実施
 - ・平成25年度以降 「認知症カフェ」(認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場)の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進

6. 若年性認知症施策の強化

- 若年性認知症支援のハンドブックの作成
 - ・平成24年度～ ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付
- 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数
平成24年度見込 17都道府県 → 平成29年度 47都道府県

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- 「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定
 - ・平成24年度 前年度に引き続き調査・研究を実施
 - ・平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用
- 認知症介護実践リーダー研修の受講者数(累計)
平成24年度末見込 2.6万人 → 平成29年度末 4万人
【考え方】すべての介護保険施設(約15,000)とグループホーム(約14,000)の職員1人ずつが受講。加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所等の職員については、すべての中学校区(約11,000)内で1人ずつが受講
- 認知症介護指導者養成研修の受講者数(累計)
平成24年度末見込 1,600人 → 平成29年度末 2,200人
【考え方】5つの中学校区当たり1人が受講。
- 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数(累計)
新規 → 平成29年度末 87,000人
【考え方】病院(約8,700)1か所当たり10人(医師2人、看護師8人)の医療従事者が受講。

(別紙)

認知症高齢者の介護サービス利用について (5年後の推計)

認知症高齢者の居場所別内訳	平成24年度 (2012)
認知症高齢者数	305
在宅介護	149
うち小規模多機能型居宅介護	5
うち定期巡回・随時対応型サービス	0
居住系サービス	28
特定施設入居者生活介護	11
認知症対応型共同生活介護	17
介護施設	89
介護老人福祉施設	48
介護老人保健施設等(介護療養型医療施設を含む。)	41
医療機関	38

(単位:万人)

平成29年度 (2017)
373
186
14
3
44
19
25
105
58
46
38



※端数処理の関係で積み上げは一致しない。

[推計の考え方]

1. 各年度の「認知症高齢者数」については、将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所・H24.1推計。死亡中位出生中位)に、平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乘じて推計。

2. 平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者の居場所別内訳を基に、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」(以下、「一体改革試算」という。)における各サービスごとの利用者増加率等(※)を乘じて推計した。

(※)増加率等には、平成22年度に対する各サービス別利用者数増加率に次の要素を含めて補正している。

[平成24年度]介護施設の入所者に占める認知症者割合を増加。

[平成29年度]認知症高齢者数の増加(平成22年度:208万人→280万人)及び精神科病院からの退院者の受入増に対応するため、以下の①～③の整備等を行う。

①認知症対応型共同生活介護及び特定施設入居者生活介護については一体改革試算より更に整備を促進。

②特定施設入居者生活介護及び介護施設の入所者に占める認知症割合を増加。

③在宅介護においても、小規模多機能型居宅介護の整備を更に促進するなど、認知症に対応可能なサービスを整備する。

3. 「医療機関」の認知症高齢者数は、副傷病名に認知症がある者を含む。

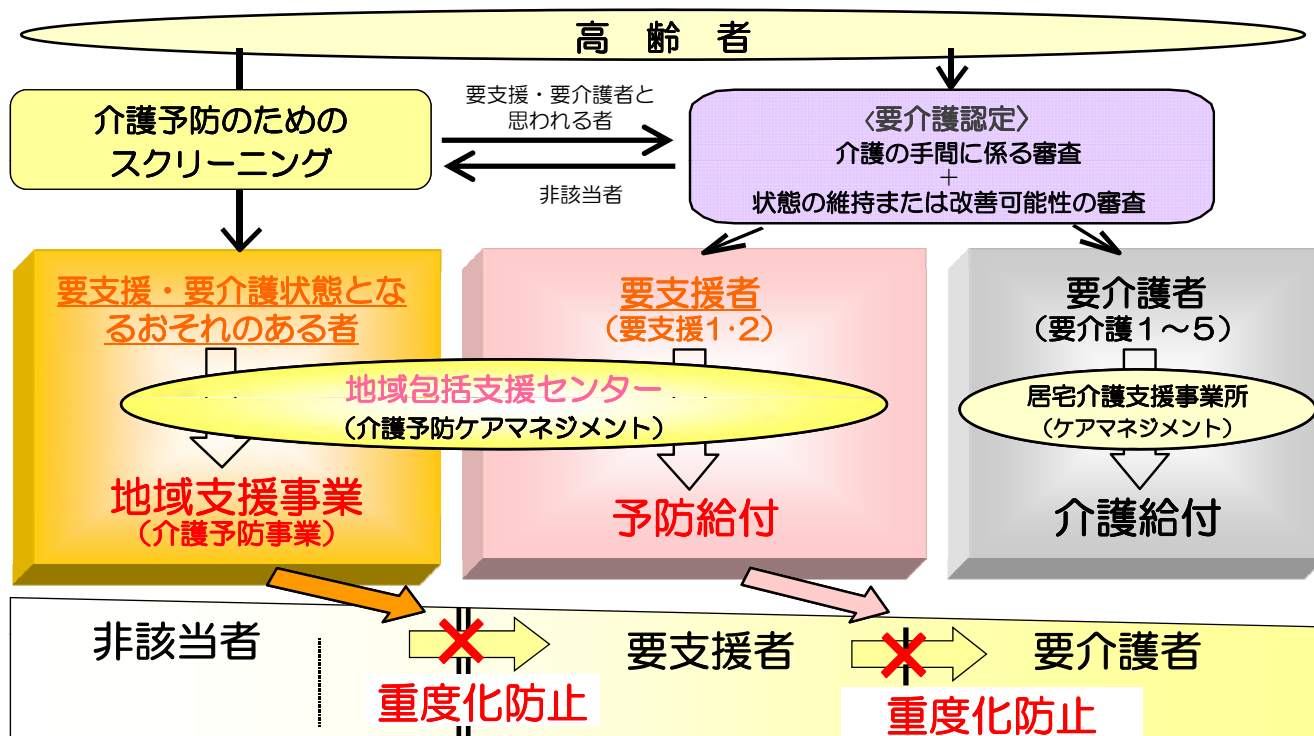
(注)医療機関の内訳(一般病院、精神科病院等)の認知症者数については、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数データがないことから推計ができない。

なお、精神科病院に入院している認知症患者数は、平成20年約5万人(患者調査)となっている。認知症高齢者が同割合で精神科病院に入院すると仮定すれば、平成29年は約7万人と推計される。今回の推計では、介護サービスの整備拡充等による精神科病院からの退院者の受入増分を約2万人と見込んでいるので、精神科病院の認知症患者数は平成29年約5万人と推計される。

介護予防事業について

介護予防（予防給付・介護予防事業）の全体像

- 要介護認定により要支援1・要支援2と認定された方に予防給付を提供。
- 要介護状態等ではない高齢者に対しては、介護予防事業を提供。



介護予防事業の概要

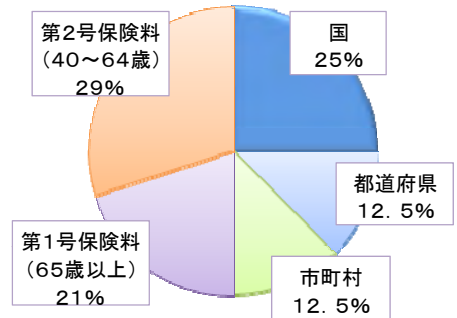
- 介護予防事業は介護保険法第115条の45の規定により、市町村に実施が義務付けられている。
- 要介護状態等ではない高齢者に対して、心身の機能や生活機能の低下の予防又は悪化の防止のために必要な事業として、各市町村が実施。
- 介護予防事業は介護給付見込み額の2%以内の額で実施（介護保険法施行令第37条の13）

一次予防事業

【対象者】高齢者全般

【事業内容】

- 介護予防普及啓発事業、講演会、介護予防教室等の開催、啓発資材等の作成、配布等
- 地域介護予防支援事業 ボランティア育成、自主グループ活動支援 等



二次予防事業

【対象者】要介護状態等となるおそれのある高齢者（生活機能の低下等がみられる高齢者）

【事業内容】

- 通所型介護予防事業 運動器の機能向上プログラム、複合型（栄養改善、口腔機能向上等）のプログラム 等
- 訪問型介護予防事業 閉じこもり、うつ、認知機能低下への対応、通所が困難な高齢者への対応 等

介護予防のためのスクリーニング方法

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや車などで外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) × 身長 (m) が 18.5未満の場合に該当とする。

配布対象・配布方法

- 基本チェックリストの配布
 - 把握事業の全対象者に郵送等により配布・回収
 - ただし、地域の実情に応じた対応が可能
 - ・3年間に分けて配布
 - ・日常生活圏域二重調査を活用等
- 他部局からの情報提供等
 - 下記の方法等で把握した者に対して基本チェックリストを実施
 - ・要介護認定等の担当部局との連携
 - ・保健部局との連携
 - ・医療機関からの情報提供
 - ・地域住民からの情報提供
 - ・地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携
 - ・本人、家族等からの相談
 - ・特定健康診査等の担当部局との連携
 - ・その他市町村が適当と認める方法

二次予防事業の対象者の判別方法

次の i から iv までのいずれかに該当する者を、要介護・要支援状態となるおそれの高い状態にあると認められる者として二次予防事業対象者とする

- 1 から 20 までの項目のうち 10 項目以上該当する者
- 6 から 10 までの項目のうち 3 項目以上該当する者
 - 運動器の機能が低下
- 1 から 12 までの項目のうち 2 項目該当する者
 - 低栄養状態
- 1 から 15 までの項目のうち 2 項目以上該当する者
 - 口腔機能が低下

なお、上記に該当する者のうち、16の項目に該当する者、18から20のいずれかに該当する者、21から25までの項目のうち2項目以上に該当する者については、うつ・閉じこもり・認知機能の低下予防や支援にも考慮する必要がある

介護予防事業(二次予防事業<旧・特定高齢者施策>)の実施状況

年度	高齢者人口 (人)	高齢者人口に対する割合					
		基本チェックリスト 配布者*1 (配布者数)	基本チェックリスト 回収者*2 (回収者数)	基本チェックリス ト 回収率 【回収者数/ 配布者数(%)】	特定高齢者 候補者*3 (候補者数)	二次予防事業 対象者*4 (対象者数)	二次予防事業 参加者 (参加者数)
H18	26,761,472	—	—	—	—	0.6% (157,518人)	0.2% (50,965人)
H19	27,487,395	—	—	—	—	3.3% (898,404人)	0.4% (109,356人)
H20	28,291,360	52.4% (14,827,663人)	30.7% (8,694,702人)	58.6%	7.7% (2,178,952人)	3.7% (1,052,195人)	0.5% (128,253人)
H21	28,933,063	52.2% (15,098,378人)	30.1% (8,715,167人)	57.7%	7.1% (2,067,441人)	3.4% (984,795人)	0.5% (143,205人)
H22	29,066,130	54.2% (15,754,629人)	29.7% (8,627,751人)	54.8%	—	4.2% (1,227,956人)	0.5% (155,044人)
H23	29,748,674	55.8% (16,586,054人)	34.9% (10,391,259人)	62.6%	—	9.4% (2,806,685人)	0.8% (225,667人)

*1,2 基本チェックリスト配布者、回収者：平成18年度、19年度については調査なし

*3 特定高齢者候補者：平成18年度、19年度については調査なし

平成18～21年度は、基本チェックリストを用いて特定高齢者の候補者を選定し、生活機能評価の結果等をふまえて特定高齢者を決定
平成22年度以降は、基本チェックリストの結果のみで二次予防事業対象者を決定

*4 二次予防事業対象者：当該年度に新たに決定した二次予防事業の対象者と前年度より継続している二次予防事業対象者の総数

運動器の機能向上プログラムの内容と効果

- 運動プログラムの実施期間・頻度
3ヶ月程度を1クールとし、週1～2回程度の頻度で実施
- 運動プログラムの実施者
理学療法士、作業療法士、保健師など
- 運動プログラムの実施場所
市町村保健センター、老人福祉センター、公民館など

プログラムの具体例

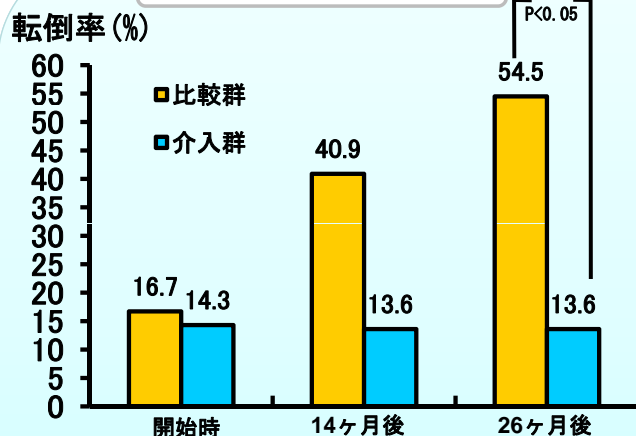
- ウォーミングアップ
ストレッチング、バランス運動
- ↓
- 主運動
筋力向上運動
- ↓
- クーリングダウン
ストレッチング



期待される効果

- 生活機能の向上
- 筋力増強
- 転倒・骨折予防
- 膝痛予防・腰痛予防
- 主観的健康観の改善 など

科学的根拠の1例



自宅で生活する高齢者を対象としたRCT(ランダム化比較試験)において、6ヶ月間の運動プログラムに参加することで、26ヶ月後の転倒率を統計学的有意 (P<0.05) に抑えることが証明された。

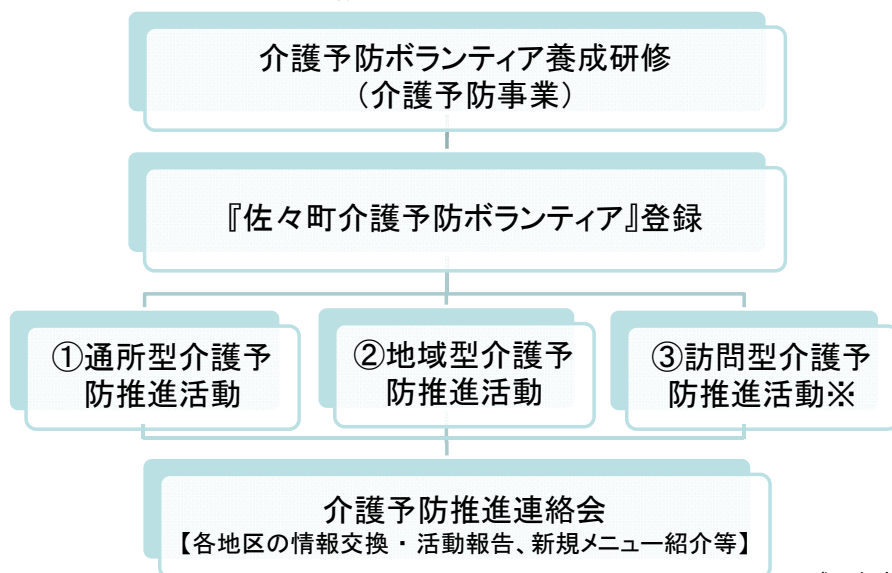
(Suzuki T et al. JBMM, 22, 602-611, 2004)

地域における互助の取組の推進

介護予防ボランティアによる介護予防と日常生活支援(長崎県佐々町)

- 「介護予防ボランティア養成研修」を受けた65歳以上の高齢者が、①介護予防事業でのボランティアや、②地域の集会所などでの自主的な介護予防活動、③要支援者の自宅を訪問して行う掃除・ゴミ出し等の訪問型生活支援サービスを行うことを支援。
- 平成20年度から実施し、平成24年12月現在45名が登録・活動中。
- 平成24年度からは介護保険法改正により導入した介護予防・日常生活支援総合事業で実施。

佐々町の介護予防ボランティア組織図



介護予防・日常生活支援総合事業で実施



※平成24年度より

小規模多機能型居宅介護事業所と併設した地域の交流拠点の設置(大牟田市)

- 通いを中心に、訪問や泊まりのサービスを提供する小規模多機能型居宅介護に、介護予防拠点や地域交流施設の併設を義務付け、健康づくり、閉じこもり防止、世代間交流などの介護予防事業を行うとともに、地域の集まり場、茶のみ場を提供し、ボランティアも含めた地域住民同士の交流拠点となっている。
- 平成24年3月末現在、小規模多機能型居宅介護事業を行っている24事業所に設置。

介護予防拠点・地域交流施設を併設する

～地域で暮らし続けることを目的に設置～
(地域支援事業の受け皿として活用を想定)

◆地域交流施設の使い方 ～例～
開設時間: 毎週月曜日～金曜日(午前10時～午後4時)
管理体制: 職員1名を配置(※将来は地域住民による自主運営)
利用状況: 主に介護予防(健康づくり)や趣味活動に利用
囲碁クラブ、脳の健康予防教室、そよかぜ学童、陶芸教室など

場の提供だけでは不十分!そこにと人々を結ぶコーディネーターが必要である。
小規模やGHに併設する地域交流施設には、認知症コーディネーターを配置し、地域まちなぎを推進する。

ご近所の方によるお茶会

ペン習字教室

介護支援ボランティアポイント(稲城市、横浜市など)

- 介護予防等を目的とした、65歳以上の高齢者が介護施設等でボランティアをした場合にポイントを付与し、たまったポイントに応じて、換金等を行うことにより、実質的に介護保険料の負担を軽減することができる制度(介護保険の地域支援事業で実施)。
- 平成24年では、約87の自治体で実施(推計)。
- ※ 登録者数は、横浜市 7,079人、稲城市 521人(いずれも同年12月現在)等

<実施例>横浜市介護支援ボランティアポイント事業

①登録 ②情報提供 ③活動 ④ポイント付与 ⑤ポイントの通知 ⑥換金申出 ⑦換金通知

横浜市(事業実施主体) 企画・広報 ※介護保険の地域支援事業で実施

レクレーションの進行役

趣味のちぎり絵を指導中

高齢者の生きがい就労(柏市)

- 退職した高齢者が、社会とのつながりを保ち、地域で孤立することがないように、(1)農業、(2)生活支援、(3)育児、(4)地域の食、(5)福祉の5分野で高齢者の就労の場を創生する。
- 平成24年12月現在、これらの分野でのべ139名の高齢者が就労している。



高齢社会対策大綱(抄)

平成24年9月7日閣議決定

第1 目的及び基本的考え方

1 大綱策定の目的

(2) 老後の安心を確保するための社会保障制度の確立

社会保障制度の設計に当たっては、国民の自立を支え、安心して生活ができる社会基盤を整備するという社会保障の原点に立ち返り、その本源的機能の復元と強化を図るため、自助・共助・公助の最適バランスに留意し、自立を家族、国民相互の助け合いの仕組みを通じて支援することとする。

(4) 地域力の強化と安定的な地域社会の実現

地域とのつながりが希薄化している中で、高齢者の社会的な孤立を防止するためには、地域のコミュニティの再構築を図る必要がある。また、介護の面においても、高齢化が進展する中で核家族化等の世帯構造の変化に伴い、家庭内で介護者の負担が増加しないように介護を行う家族を支えるという点から、地域のつながりの構築を図るものとする。地域のコミュニティの再構築に当たっては、地縁を中心とした地域でのつながりや今後の超高齢社会において高齢者の活気ある新しいライフスタイルを創造するために、地縁や血縁にとらわれない新しい形のつながりも含め、地域の人々、友人、世代や性別を超えた人々との間の「顔の見える」助け合いにより行われる「互助」の再構築に向けた取組を推進するものとする。

第2 分野別の基本的施策

2 健康・介護・医療等分野に係る基本的施策

(5) 住民等を中心とした地域の支え合いの仕組み作りの促進

ア 地域の支え合いによる生活支援の推進

一人暮らしの高齢者等が住み慣れた地域において、社会から孤立することなく継続して安心した生活を営むことができるような体制整備を推進するため、民生委員、ボランティア、民間事業者等と行政との連携により、支援が必要な高齢者等の地域生活を支えるための地域づくりを進める各種施策を推進していく。

社会保障制度改革推進法(抄)

平成24年8月22日公布

(基本的な考え方)

第2条 社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする。

- 一 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと。
- 二 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。
- 三 年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすること。
- 四 国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとする。

自助・互助・共助・公助の役割分担

平成20年度地域包括ケア研究会報告書より抜粋

- 地域包括ケアの提供に当たっては、それぞれの地域が持つ「自助・互助・共助・公助」の役割分担を踏まえた上で、自助を基本としながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要。

自助

自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持

互助

インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等

共助

社会保険のような制度化された相互扶助

公助

自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等

介護予防・日常生活支援総合事業の取組 山梨県北杜市

■インフォーマルな支援を組合せ、地域で支え合う体制のもとに実施

- 地域住民が住み慣れた地域で安心して過ごすため医療や介護、介護保険外サービスを含めた様々なサービスを日常生活の場を用意するきっかけに平成24年度より実施
- 利用者の視点に立った柔軟な対応、地域活力の向上に向けた取組、地域包括ケアの実現に向けた取組を目指す。

人口 約49,000人
高齢化率 30.1%
(2012年4月1日現在)

通所型予防サービス(ふれあい処北杜)

- 運営(8か所)
NPO、社協、地区組織、JA、介護事業所
- 内容
交流、会話、趣味、事業所の特性を生かした活動(週1~2回)
- スタッフは1~2名。他はボランティア。
- ケアマネジメント
北杜市地域包括支援センターが実施
- 地域の人が誰でも気軽に立ち寄れる場所

※地域支え合い体制づくり事業で整備

生活支援サービス

- 内容
 - ・配食+安否確認(緊急連絡を含む)
 - ・弁当業者等が配食の際、利用者に声かけ
 - ・異常があった時の連絡義務づけ
 - ・弁当業者、ボランティア、NPO等が連携(5か所の事業者が参入)



介護予防・日常生活支援総合事業の取組 岡山県浅口市

■高齢者支え合いサポーターが活躍する生活支援サービスを創設

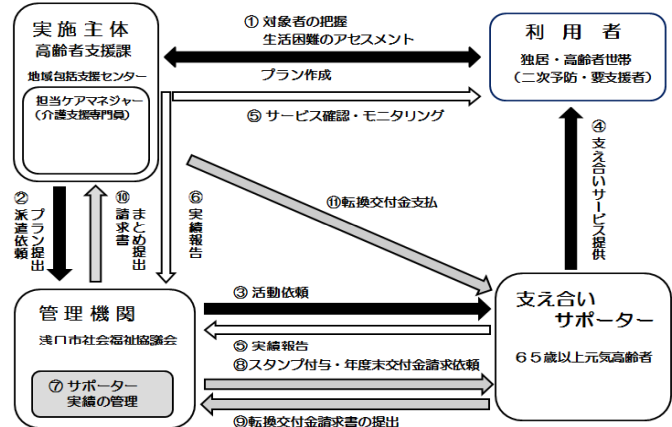
地域支え合い体制づくり事業を活用し「高齢者支え合いサポーター」を養成。
第5期介護保険事業計画に「総合事業」を位置づけ、支え合いのまちづくりを目指す。

人口 36,719人
高齢化率 30.7%
(2012年4月1日現在)

- 予防サービス(通所型)
 - ・運動器の機能向上教室
 - ・運動教室、お元気教室、なかよし会
- 訪問型
 - ・保健師、看護師による訪問
- 生活支援サービス
 - ・高齢者給食サービス
 - ・高齢者支え合いサポーターサービス

- 元気な高齢者(※)が要支援、二次予防事業対象者の日常生活支援サービスを提供
※65歳以上で市のサポーター養成講座受講修了者
- 軽微な生活支援サービスを提供

浅口市高齢者支え合いサポーター事業の流れ



ゴミ出し、買い物、衣替え、灯油の運搬 等

介護予防・日常生活支援総合事業の取組 長野県阿智村

■地域の資源を有効活用した生活支援サービスの提供

○村直営の自立生活支援センター（地域包括支援センター）が、シルバー人材センターや社会福祉協議会と協働し、見守り・配食サービスなどの生活支援サービスを提供
地域住民やボランティアなど、地域の人的資源を活用した孤立化防止の取組を実施
このような地域の力をより一層活用するため、介護予防・日常生活支援総合事業を導入

人口 6,822人
高齢化率 30.2%
(2012年12月1日現在)

社会福祉協議会による
「こんにちは訪問」

住民ボランティアによる
「安心コール」

シルバー人材センター

協働



阿智村
自立生活支援センター

シルバー人材センター運営の
通いの場「おたっしゃかい」
(村内4会場)

事業者と
ボランティアによる
配食サービス

生活支援

予防

定期的な
安否確認

住まい (冬季の山間部の対策を検討中)

介護 サービス提供事業所
との連携

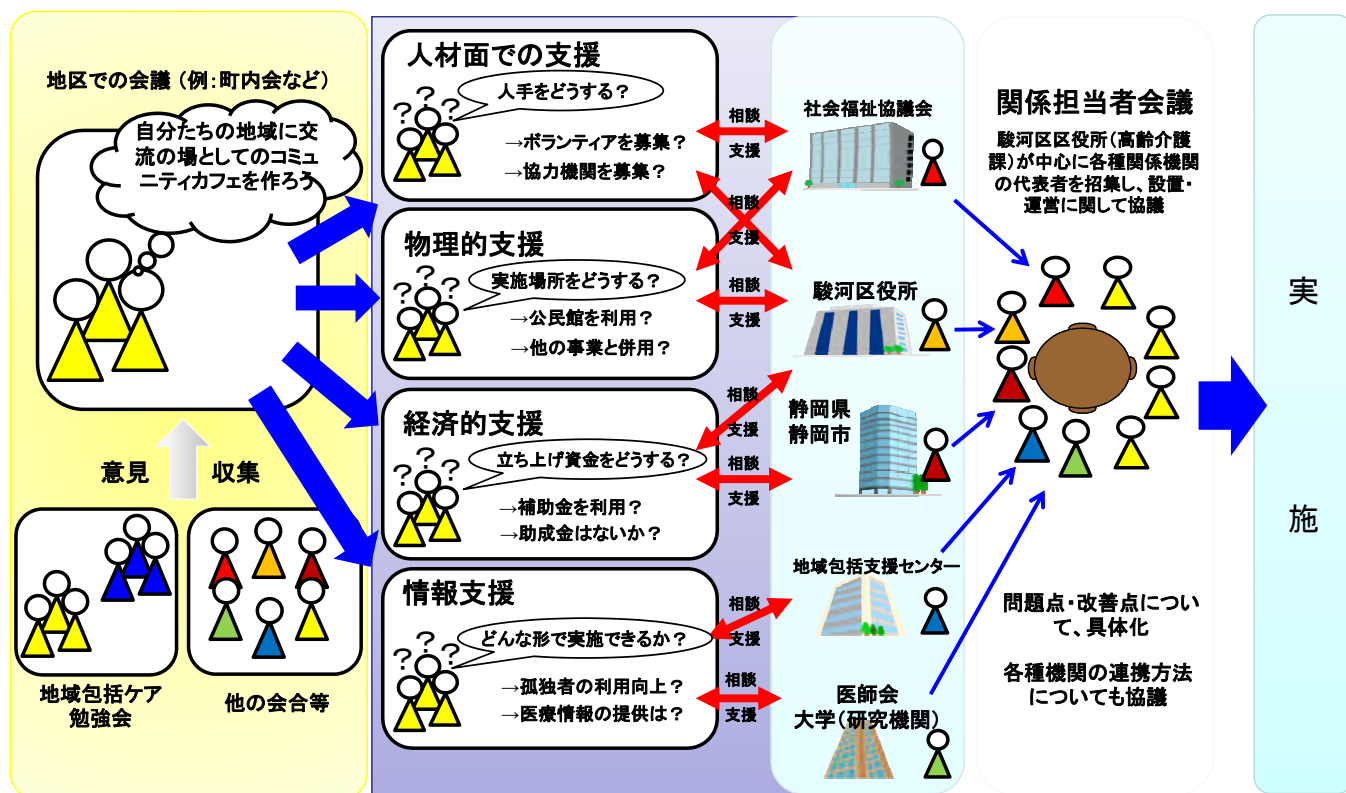
医療
村内8診療所、
村外の主治医
との連携

自助のシステム化

<駿河区の事例>

駿河区における地域包括ケアシステム構築の流れ(例:コミュニティカフェの設置事例)

課題・ニーズ把握 → 関係機関(者)との事前協議 → 試行・調整 → 実現



出典:駿河区 地域包括ケア勉強会報告書 静岡県立大学経営情報学部 東野定律 作成

訪問介護(ホームヘルプ)の現状

訪問介護とは①

定義

「訪問介護」とは、訪問介護員等(※)が、利用者(要介護者等)の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供するものをいう。

※「訪問介護員等」

介護福祉士、介護職員基礎研修修了者、訪問介護員1級又は2級課程修了者をいう。

訪問介護のサービス類型

「訪問介護」は、その行為の内容に応じ、次の3類型に区分される。

- ① 身体介護 >> 利用者の身体に直接接触して行われるサービス等
(例：入浴介助、排せつ介助、食事介助 等)
- ② 生活援助 >> 日常生活の援助であり本人の代行的に行われるサービス
(例：調理、洗濯、掃除 等)
- ③ 通院等乗降介助 >> 通院等のための乗車又は降車の介助(乗車前・降車後の移動介助等の一連のサービス行為を含む)

訪問介護とは②

必要となる人員・設備等

訪問介護サービスを提供するために必要な職員は次のとおり

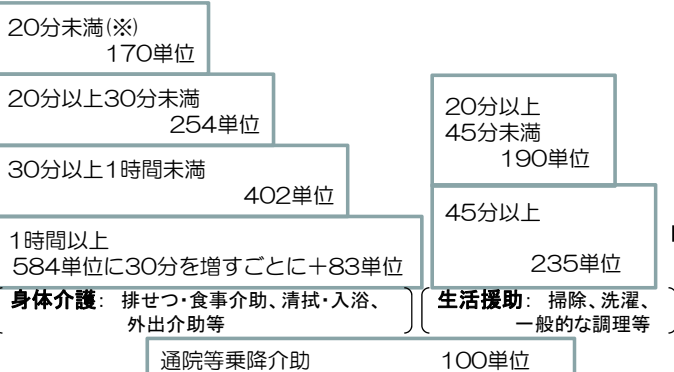
訪問介護員等	常勤換算方法で2.5人以上
サービス提供責任者 (※)	訪問介護員等のうち、利用者の数40人に対して1人以上 <small>※平成25年3月31日までの経過措置あり。</small> (原則として常勤専従の者であるが一部非常勤職員でも可。) ※2級訪問介護員のサービス提供責任者を配置している場合は、所定単位数を10%減算。 (注)平成25年3月31日までは、 ・平成24年3月31日時点で現にサービス提供責任者として従事している2級訪問介護員が4月1日以降も継続して従事している場合であって、 ・当該サービス提供責任者が、平成25年3月31日までに介護福祉士の資格取得若しくは実務者研修、介護職員基礎研修又は訪問介護員1級課程の修了が確実に見込まれるとして都道府県知事に届け出ている場合に、減算を適用しない経過措置がある。
※ サービス提供責任者の業務 (1) 訪問介護計画の作成 (2) 利用申込みの調整 (3) 利用者の状態変化、サービスへの意向の定期的な把握 (4) 居宅介護支援事業者との連携(サービス担当者会議出席等) (5) 訪問介護員に対する具体的な援助方法の指示及び情報伝達 (6) 訪問介護員の業務の実施状況の把握 (7) 訪問介護員の業務管理 (8) 訪問介護員に対する研修、技術指導等	

訪問介護とは③

※加算・減算は主なものを記載

指定訪問介護の介護報酬のイメージ(1回あたり)

サービス提供内容・時間に応じた基本サービス費



※「日中」の20分未満の算定に当たっては、利用者として中重度の者に対して行うこととし、事業所として定期巡回・随時対応サービスへの移行を想定した要件等を課している。

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

身体介護に続き生活援助の提供
(20分以上で70単位、45分以上で140単位、70分以上で210単位)

①介護福祉士等の一定割合以上の配置
②重度要介護者等の一定割合以上の利用
+研修等の実施 (+10%~+20%)

初回時等のサービス提供責任者による対応
(200単位/月)

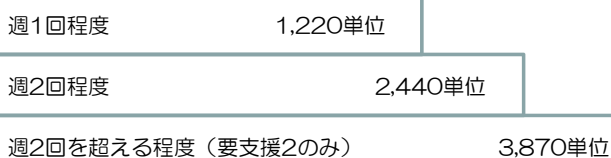
緊急時の対応
※身体介護のみ
(100単位)

中山間地域等でのサービス提供
(+5%~+15%)

リハビリテーション職との連携
(100単位/月)

指定介護予防訪問介護の介護報酬のイメージ(1月あたり)

標準的に想定される1週当たりのサービス提供頻度に基づく基本サービス費



利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

初回時等のサービス提供責任者による対応
(200単位/月)

中山間地域等でのサービス提供
(+5%~+15%)

リハビリテーション職との連携
(100単位/月)

通所介護(デイサービス)の現状

通所介護(デイサービス)の概要

定義

「通所介護」とは、利用者(要介護者等)を老人デイサービスセンター等に通わせ、当該施設において、入浴・排せつ・食事等の介護、生活等に関する相談及び助言・健康状態の確認その他日常生活上の世話、機能訓練を行うものをいう。

必要となる人員・設備等

通所介護サービスを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

○ 人員基準

生活相談員(※1)	事業所ごとにサービス提供時間に応じて専従で1以上
看護職員(※2)	単位ごと(※3)に専従で1以上
介護職員 (※1) (※2)	① 単位ごとにサービス提供時間に応じて専従で次の数以上 ア 利用者の数が15人まで 1以上 イ 利用者の数が15人を超す場合 アの数に利用者の数が1増すごとに0.2を加えた数以上 ② 単位ごとに常時1名配置されること ③ ①の数及び②の条件を満たす場合は、当該事業所の他の単位における介護職員として従事することができる
機能訓練指導員	1以上

※1 生活相談員又は介護職員のうち1人以上は常勤

※2 定員10名以下の事業所の場合は看護職員又は介護職員のいずれか1名の配置で可

※3 サービスの提供が一体的に行われる集団

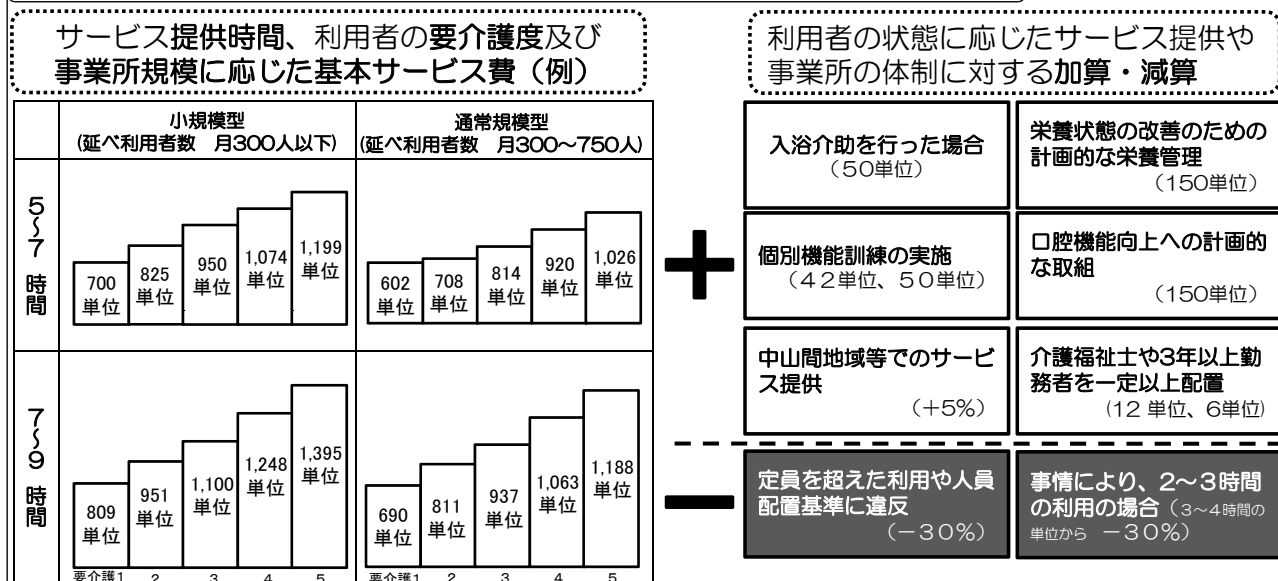
○ 設備基準

食堂	それぞれ必要な面積を有するものとし、
機能訓練室	その合計した面積が利用定員×3.0㎡以上
相談室	相談の内容が漏えいしないよう配慮されている

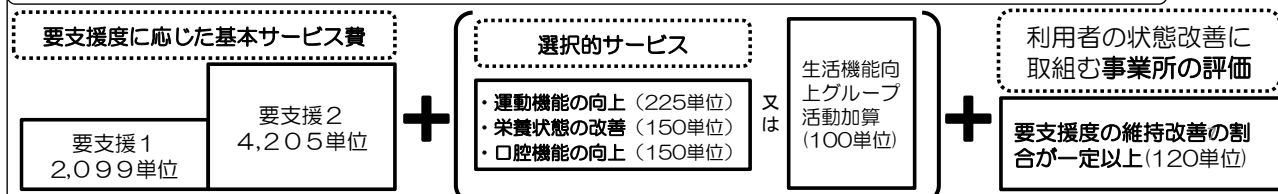
通所介護の介護報酬について

※ 加算・減算は主なものを記載

指定通所介護の介護報酬のイメージ（1回あたり）



指定介護予防通所介護の介護報酬のイメージ（1月あたり）



平成24年4月改定のポイント

1 基本サービス費の見直し

- 通常規模型以上事業所の基本報酬について、看護業務と機能訓練業務の実態を踏まえて適正化を行う。
- 小規模型事業所の基本報酬について、通常規模型事業所との管理的経費の実態を踏まえて適正化を行う。
- サービス提供時間の実態を踏まえ時間区分を変更する。
- 家族介護者への支援(レスパイト)を促進する観点から、延長加算を12時間まで認める。
 - ・ 10時間以上11時間未満の延長加算(新規) → 100単位/日
 - ・ 11時間以上12時間未満の延長加算(新規) → 150単位/日

2 個別機能訓練の提供体制や生活機能の向上に着目した評価

- サービス提供実態を踏まえ個別機能訓練加算(Ⅰ)を基本報酬に組み入れる。
- 現行の個別機能訓練加算(Ⅱ)を個別機能訓練加算(Ⅰ)と名称変更し、生活機能の向上に着目した個別機能訓練加算(Ⅱ)を新たに創設し評価する。
 - ・ 個別機能訓練加算(Ⅰ) → 基本報酬へ包括化
 - ・ 個別機能訓練加算(Ⅱ) → 個別機能訓練加算(Ⅰ) 42単位/日(名称変更)
 - ・ - → 個別機能訓練加算(Ⅱ) 50単位/日(新設)

3 人員配置基準の弾力化

- 事業者がより柔軟に事業を実施し、より効果的にサービスを提供できるよう、生活相談員と介護職員の配置を弾力化する。
 - ・ 提供時間帯を通じて配置 → 常勤換算方式を導入
 - ・ 「単位ごと」の配置 → 「事業所ごと」の配置

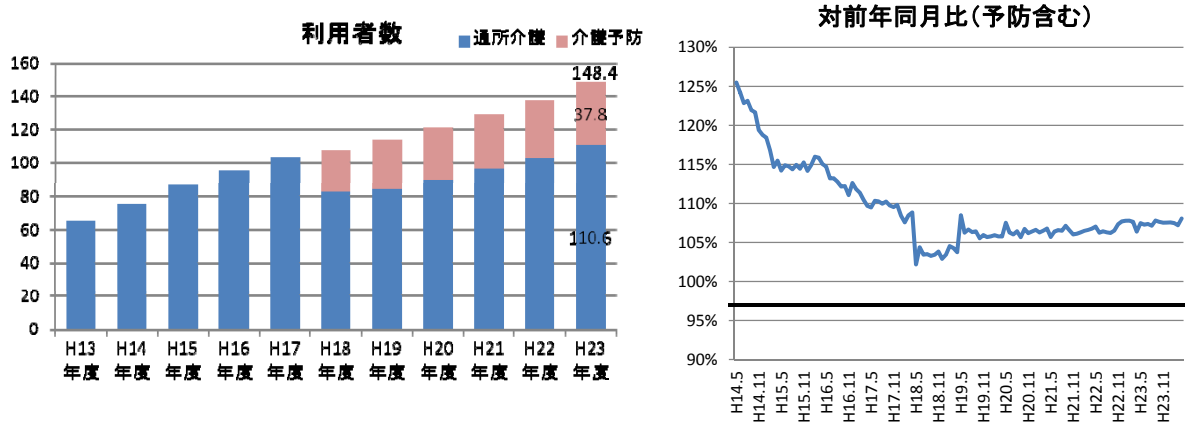
4 同一建物からの利用する場合の取扱い

- 通所介護事業所と同一建物に居住する利用者又は同一建物から当該事業所に通う利用者については、真に送迎が必要な場合を除き、送迎分の適正化を行う。
 - ・ 同一建物に対する減算(新規) → 所定単位数から▲94単位/日

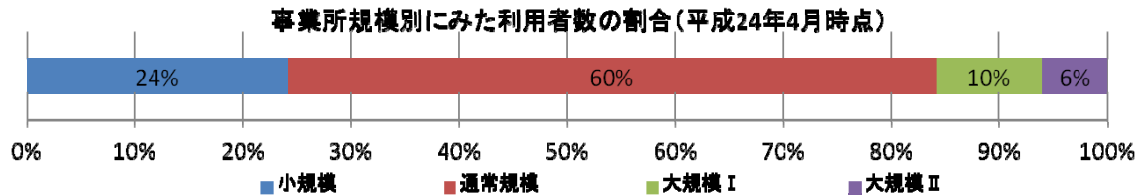
通所介護の利用者

○ 平成23年度末現在、通所介護の利用者は、約148万人（平成13年度末の約2.1倍）で、介護サービス（介護予防含む）利用者全体の概ね3人に1人が利用している。

（参考）平成24年4月審査分 介護予防・介護サービス受給者数 439万人（介護給付費実態調査（厚生労働省））



注）各年度の利用者数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。

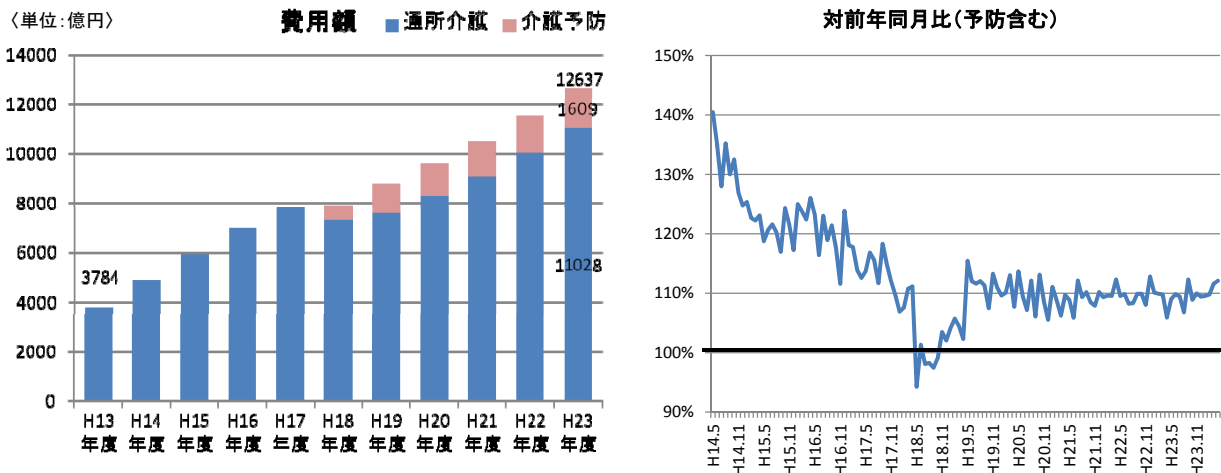


※前年度の1月当たりの平均利用延べ人員数が・・・300人以内:小規模 750人以内:通常規模 900人以内:大規模Ⅰ それ以上:大規模Ⅱ

通所介護の費用額

【費用額の状況】

○ 平成23年度の通所介護（介護予防サービスを含む）の費用額は約1.3兆円（平成13年度の約3倍）で、平成23年度費用額累計約8.3兆円の15.7%を占める。



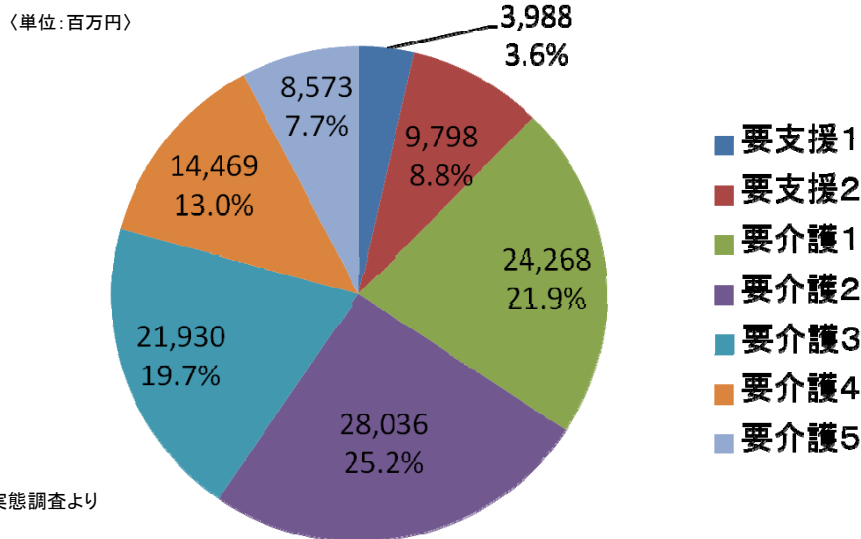
注）各年度の費用額の値は、介護給付費実態調査の5月審査(4月サービス)分から翌年の4月審査(3月サービス)分までの合計である。

通所介護の要介護度別費用額

【費用額の状況】

○ 通所介護が出来高払いであるのに対し、介護予防通所介護は包括報酬であるため、利用実態の単純な比較はできないが、平成24年4月現在、通所介護（介護予防サービスを含む）の要介護度別費用額を見ると、要介護2の割合が25.2%と最も高く、要介護1が21.9%で続く。要支援1・2の割合は全体の12.4%を占める。

要介護度別費用額（1月当たり）



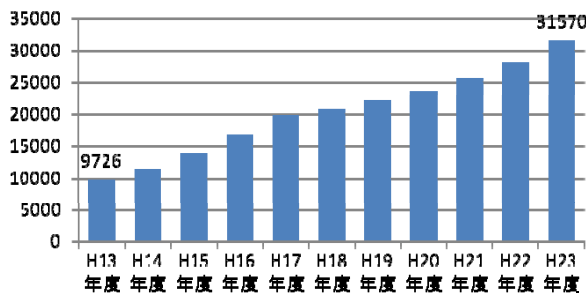
通所介護の請求事業所数

【通所介護事業所の状況】

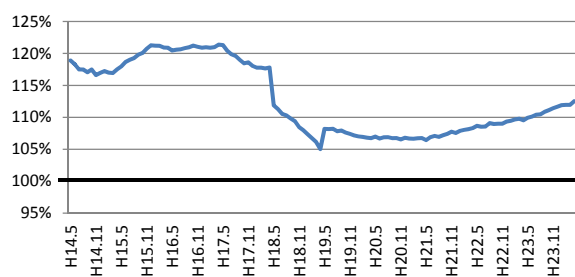
○ 平成13年度末と比べ、介護報酬請求事業所数は、約3.2倍（9,726か所→31,570か所）に増加した。なお、特に小規模型事業所の増加率が高くなっている。

※ 小規模型事業所：7,075事業所（H18.4）→ 15,036事業所（H24.4）（+113%）
 通所介護全体：19,341事業所（H18.4）→ 31,570事業所（H24.4）（+60%）

請求事業所数

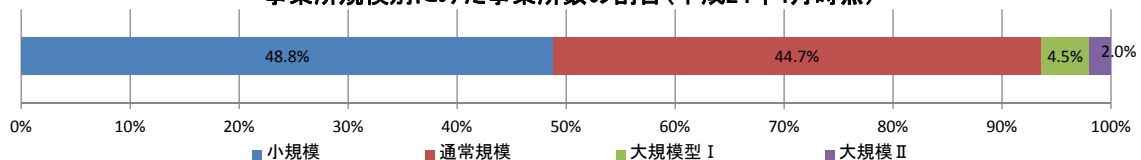


対前年同月比



注) 各年度の請求事業所数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。

事業所規模別にみた事業所数の割合（平成24年4月時点）

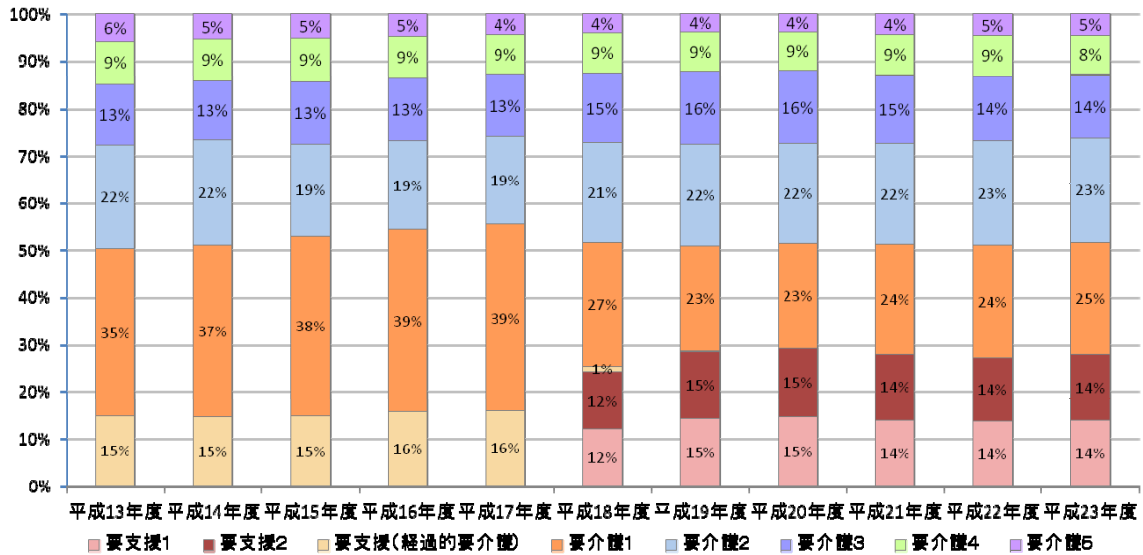


※前年度の1月当たりの平均利用延べ人員数が…300人以内：小規模 750人以内：通常規模 900人以内：大規模 I それ以上：大規模 II

通所介護の要介護度別利用者割合

- 平成18年改定では要介護別の報酬を設定（従来は「1-2」「3-5」の2区分）するなど、適正な報酬設定となるよう見直しを行ったところ。
- 通所介護の利用者の要介護度割合について、制度開始以降、顕著な変化は見られない。
- 要支援者も全体の2割を超える利用がある。

要介護度別利用者割合の推移



注) 各年度の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。

短期入所生活介護（ショートステイ） の現状

短期入所生活介護（ショートステイ）の概要

通所介護の基本方針

「短期入所生活介護」の事業とは、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者（要介護者等）が老人短期入所施設、特別養護老人ホーム等に短期間入所し、当該施設において入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものである。

必要となる人員・設備等

短期入所生活介護サービスを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

○ 人員基準

医師	1以上
生活相談員	利用者100人につき1人以上（常勤換算） ※うち1人は常勤（利用定員が20人未満の併設事業所を除く）
介護職員又は看護師若しくは准看護師	利用者3人につき1人以上（常勤換算） ※うち1人は常勤（利用定員が20人未満の併設事業所を除く）
栄養士	1人以上 ※利用定員が40人以下の事業所は、一定の場合は、栄養士を置かないことができる
機能訓練指導員	1以上
調理員その他の従業者	実情に応じた適当数

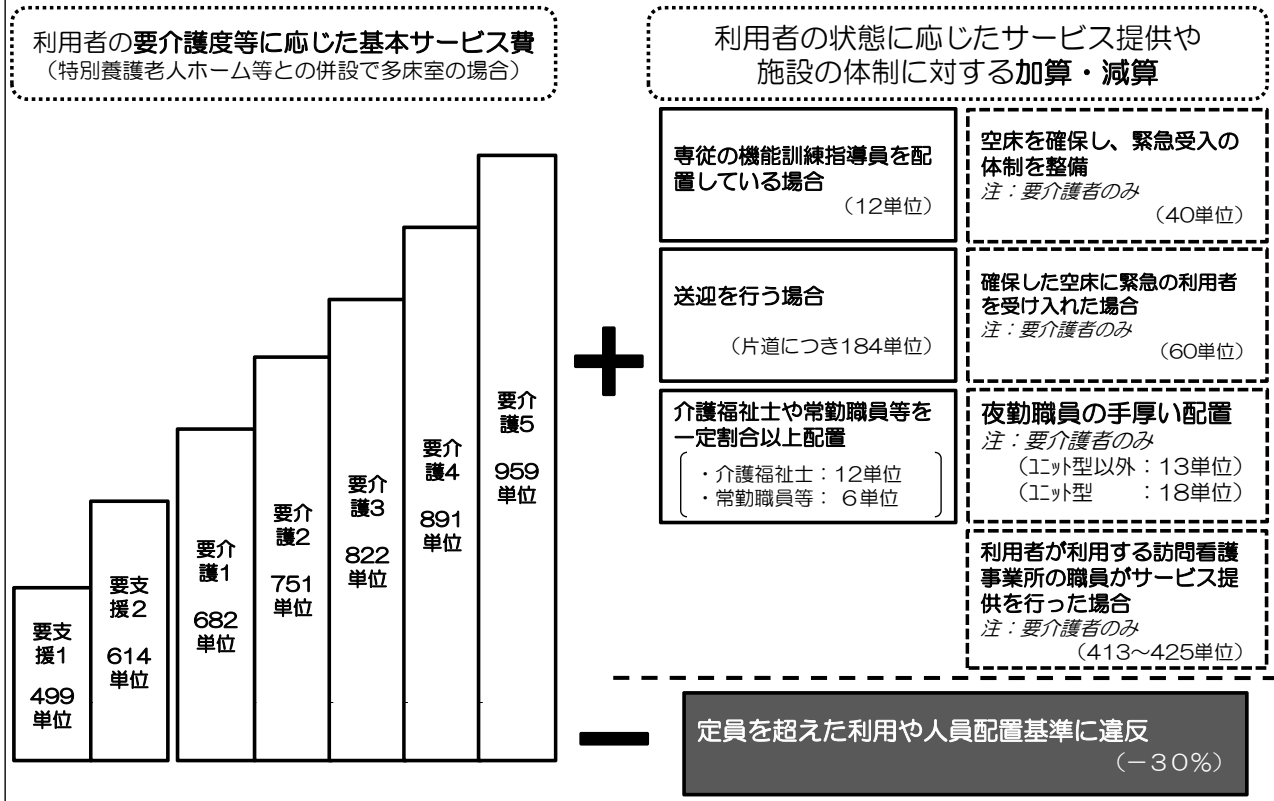
○ 設備基準

利用定員等	20人以上とし、専用の居室を設ける ※ただし、併設事業所の場合は、20人未満とすることができる
居室	定員4人以下、床面積（1人当たり）10.65㎡以上
食堂及び機能訓練室	合計面積3㎡×利用定員以上
浴室、便所、洗面設備	要介護者が使用するのに適したもの
その他、医務室、静養室、面談室、介護職員室、看護職員室、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室、介護材料室が必要	

短期入所生活介護の介護報酬について

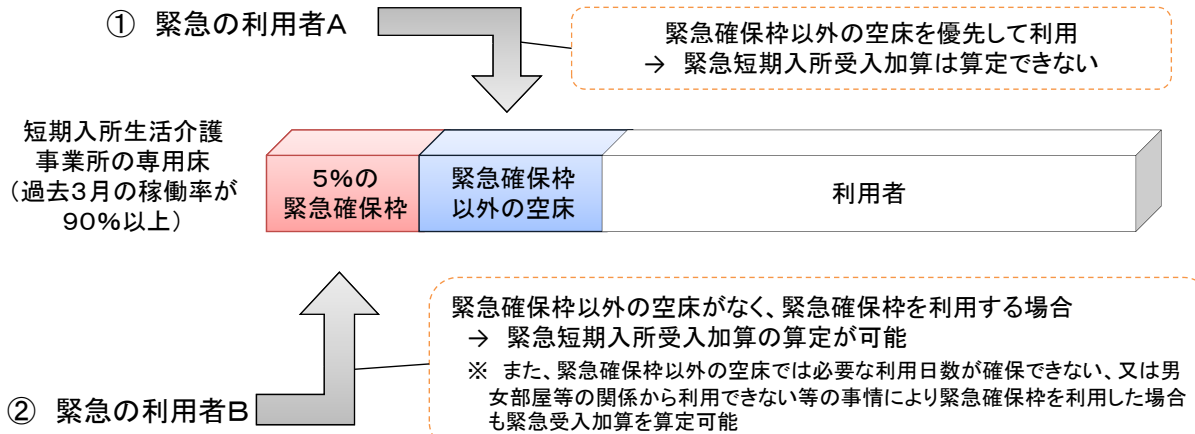
※ 加算・減算は主なものを記載

指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護の介護報酬のイメージ（1日あたり）



ショートステイの空床確保と緊急時の受け入れに対する評価（24年度報酬改定）

【加算の全体像】



確保した5%の緊急確保枠について、連続する3月間において緊急短期入所受入加算の算定がない場合、続く3月間は緊急短期入所体制確保加算及び緊急短期入所受入加算の算定はできない

【加算のイメージ】



基準該当短期入所生活介護の基準

指定短期入所生活介護と基準該当短期入所生活介護の比較（異なる部分のみ抜粋）

		指定短期入所生活介護	基準該当短期入所生活介護
従業者	医師	1人以上	不要 (H24改定)
	生活相談員	常勤換算方法で利用者100人に1以上	1人以上
	栄養士	1人以上（利用定員40名以下の場合で他の施設の栄養士と連携可能な場合は不要）	1人以上（他の施設の栄養士と連携可能な場合は不要）
	常勤規定	生活相談員並びに介護職員及び看護職員のそれぞれのうち1人は常勤	常勤規定なし
利用定員等		20人以上	20人未満
		併設事業所は20人未満に出来る	
設備等	耐火基準	原則、耐火建築物でなければならない	規定なし
	設備	各種設備が規定されている	看護職員室、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室、介護材料室に関する規定なし
	その他	廊下幅は1.8（中廊下の幅は2.7）メートル以上	車椅子での円滑な移動が可能な廊下幅
		必要な場所に常夜灯を設ける	規定なし
		階段の傾斜を緩やかにする	規定なし
居室等が2階以上にある場合は傾斜路又はエレベーター		規定なし	
居室面積	1人当たり10.65㎡	1人当たり7.43㎡ (H24改定)	

※ 基準該当ショートは指定通所介護事業所又は社会福祉施設に併設しなければならない。

在宅医療・介護あんしん2012

厚生労働省医政局指導課 在宅医療推進室

在宅医療・介護の推進について — 在宅医療・介護あんしん2012 —

施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す。

- 我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命86歳(世界1位)、男性80歳(同4位)を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立。
- しかし、入院医療・施設介護が中心であり、平均入院期間はアメリカの5倍、ドイツの3倍。また自宅で死亡する人の割合は、1950年の80%から2010年は12%にまで低下。
- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- 死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

- 国民の希望に応える療養の場および看取りの場の確保は、喫緊の問題。
- 「社会保障・税一体改革大綱」に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要。

■ 24年度は「在宅医療・介護」の推進に向け施策を総動員【在宅医療・介護あんしん2012】

○ 予算での対応

- ・日本再生重点化枠の活用等により、省横断的に在宅医療・介護を推進

○ 制度的対応

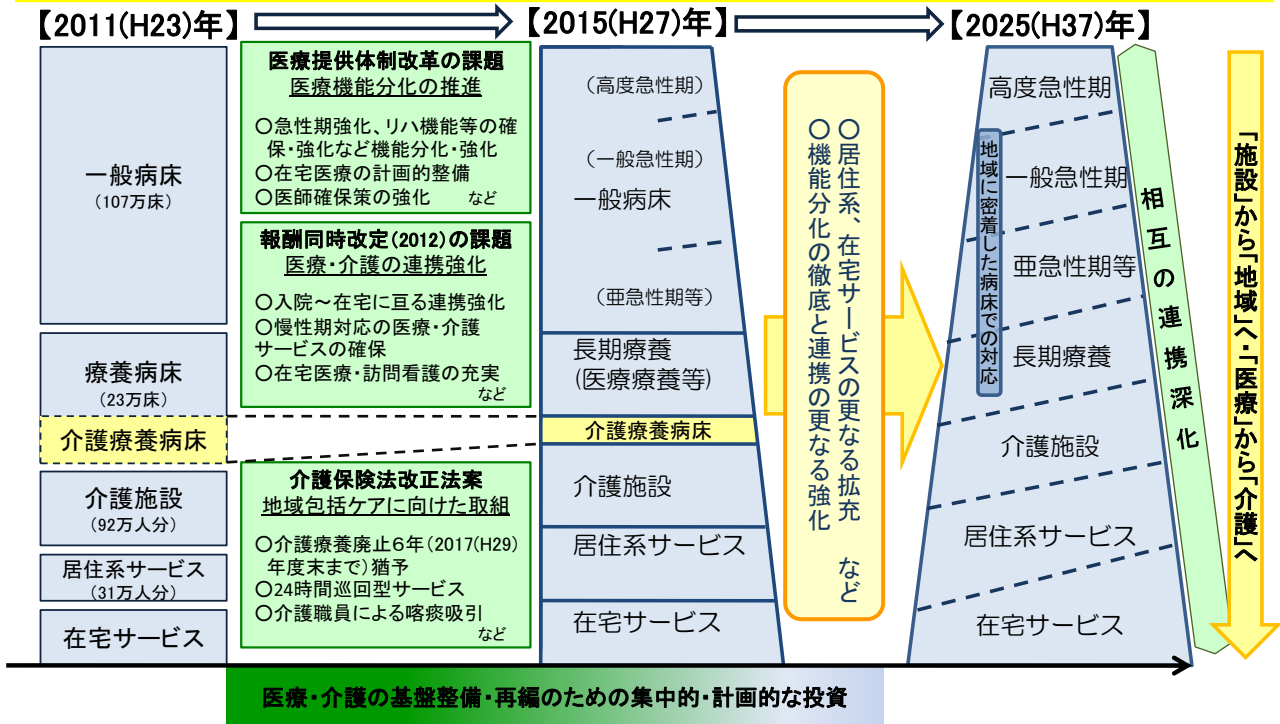
- ・在宅医療に関する達成すべき目標や医療連携体制等を医療計画に盛り込むこととし、介護保険事業計画との連動の重要性等を記載した「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示(24年度中に各都道府県で策定作業→25年度から5年間の新計画)
- ・在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中

○ 診療報酬・介護報酬

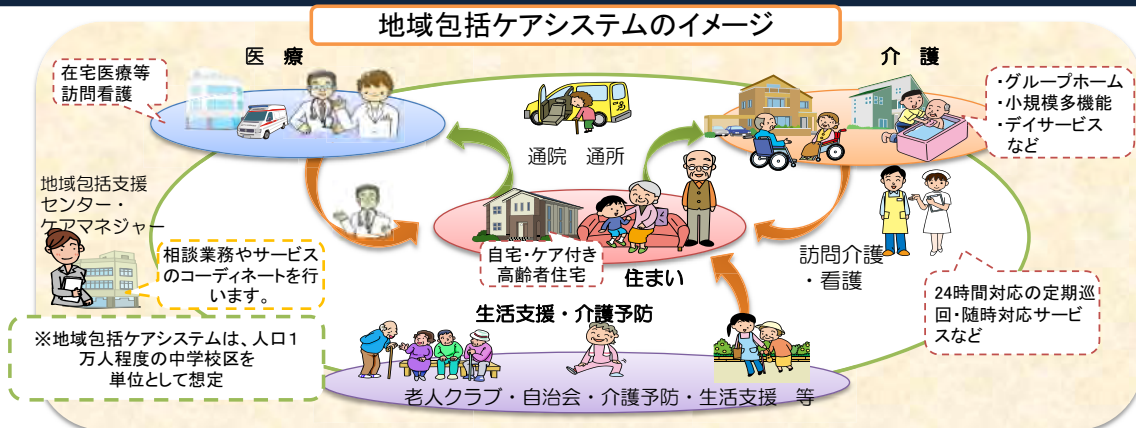
- ・24年度同時改定において、在宅医療・介護を重点的に評価

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。



地域包括ケアシステム



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

- ①医療との連携強化**
 - ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
 - ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施
- ②介護サービスの充実強化**
 - ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
 - ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化
- ③予防の推進**
 - ・できる限り要介護状態としないための予防の取組や自立支援型の介護の推進
- ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など**
 - ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)**
 - ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

1. 予算

在宅医療・介護推進プロジェクト

【24年度予算 35億円】

1 在宅チーム医療を担う人材の育成

- 多職種協働による在宅医療を担う人材育成(多職種協働によるサービス調整等の研修)

2 実施拠点となる基盤の整備

- 在宅医療連携拠点事業(多職種協働による在宅医療連携体制の推進)
- 在宅医療提供拠点薬局整備事業(地域の在宅医療を提供する拠点薬局の整備)
- 栄養ケア活動支援整備事業(関係機関と連携した栄養ケア活動を行う取組の促進)
- 在宅サービス拠点の充実(複合型サービス事業所、定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護ステーションの普及)
- 低所得高齢者の住まい対策

3 個別の疾患等に対応したサービスの充実・支援

- (1) サービスの充実・支援に向けた取組
 - 国立高度専門医療研究センター(5カ所)を中心とした在宅医療推進のための研究事業
(疾患の特性に応じた在宅医療の提供体制のあり方を含めた研究推進)
 - 在宅医療推進のための医療機器承認促進事業(未承認医療機器に関するニーズ調査等)
 - 在宅医療推進のための看護業務の安全性等検証事業(在宅医療分野における看護業務の安全性を検証)
- (2) 個別の疾患等に対応した取組
 - 在宅介護者への歯科口腔保健推進設備整備事業
(歯科口腔保健の知識や技術の指導を実施するために必要な医療機器等の整備)
 - 在宅緩和ケア地域連携事業(がん患者に対する地域連携における在宅緩和ケアの推進)
 - 難病患者の在宅医療・在宅介護の充実・強化事業(ALS等の難病患者への包括的支援体制)
 - HIV感染症・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業(エイズ患者等の在宅療養環境整備)
 - 在宅での医療用麻薬使用推進モデル事業(地域単位での麻薬在庫管理システム等の開発)

1. 在宅チーム医療を担う人材育成

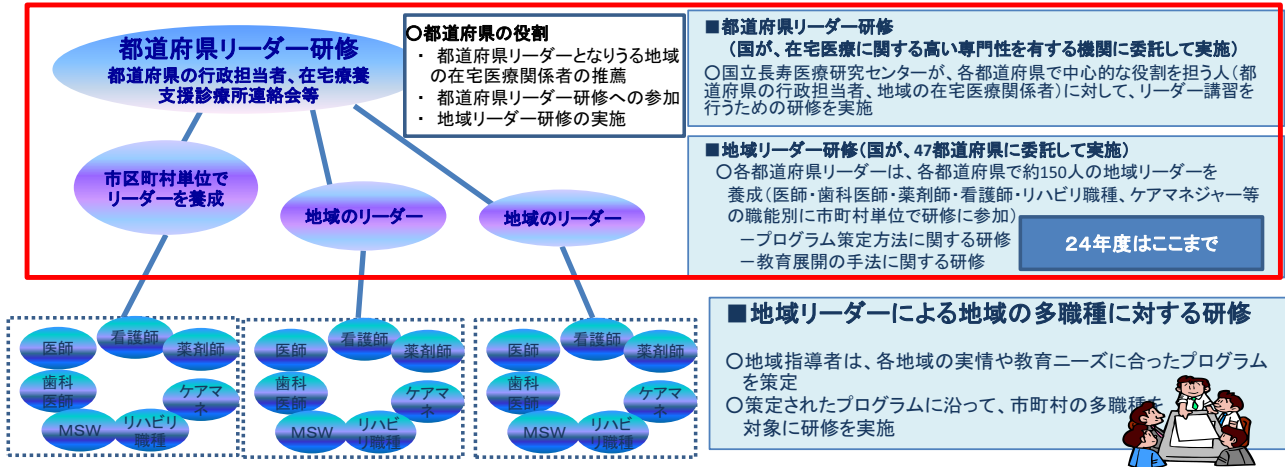
24年度予算 109百万円

■多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業

■本事業の目的

- 在宅医療においては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職種、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが重要である
- 国が、都道府県リーダーに対して、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための講習を行う(都道府県リーダー研修)
- 都道府県リーダーが、地域リーダーに対して、各地域の実情やニーズにあった研修プログラムの策定を念頭に置いた講習を行う(地域リーダー研修)
- 地域リーダーは、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定し、それに沿って各市町村で地域の多職種への研修を行う。これらを通して、患者が何処にいても医療と介護が連携したサポートを受けられる体制構築を目指す

※WHO(世界保健機関)は、「多職種協働のためには、多職種の研修が重要である。」と推奨している。(2002年)



2. 実施拠点となる基盤の整備

24年度予算 23億円

■事業の必要性

- 在宅医療を推進するには、医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供されることが重要であり、そのためには、在宅医療を提供する病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどの医療・福祉機関やそこに従事する多職種が連携する必要がある。
- そのため、多職種が連携できるための体制の構築と実施拠点となる基盤の整備を行う。

■事業内容

■在宅サービス拠点の充実

(地域介護・福祉空間整備推進交付金13億円の内数)

【事業内容】

社会福祉法人等が、看護と介護を一体的に提供する拠点を整備し、医療ニーズの高い要介護者への支援の拡充を図る。(複合型サービス事業所、定期巡回・随時対応サービス等)
※一部、介護基盤緊急整備等臨時特例基金で対応

■在宅医療連携拠点(20.6億円)※重点化分10.1億円、復旧・復興分10.5億円

【事業内容】

在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなどが連携拠点となり、医療と介護の双方に詳しい人材を配置し、地域横断的に活動することで、地域における多職種協働による医療と介護の連携体制の構築を行う。(モデル事業:全国105カ所を実施)※重点化分53カ所、復旧・復興分52カ所

■低所得高齢者の住まい対策(地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金等57億円の内数)

【事業内容】

社会福祉法人等が、家事援助、安否確認、生活相談等を受けられるような低所得高齢者のための住まいの整備を行う

■栄養ケア活動支援(0.5億円)

【事業内容】

地域で栄養ケアを担う管理栄養士等の人材の確保、関係機関等と連携した先駆的活動を行う公益法人等の取組みの推進を図る。

■拠点薬局の整備(1.6億円)

【事業内容】

在宅がん患者等が必要とする無菌性の高い注射剤や輸液などを身近な薬局で提供可能にするために、都道府県が地域の薬局に無菌調剤室を設置し、共同利用する体制をモデル的に構築する。

■事業の効果

在宅において安心して療養できる場が提供される

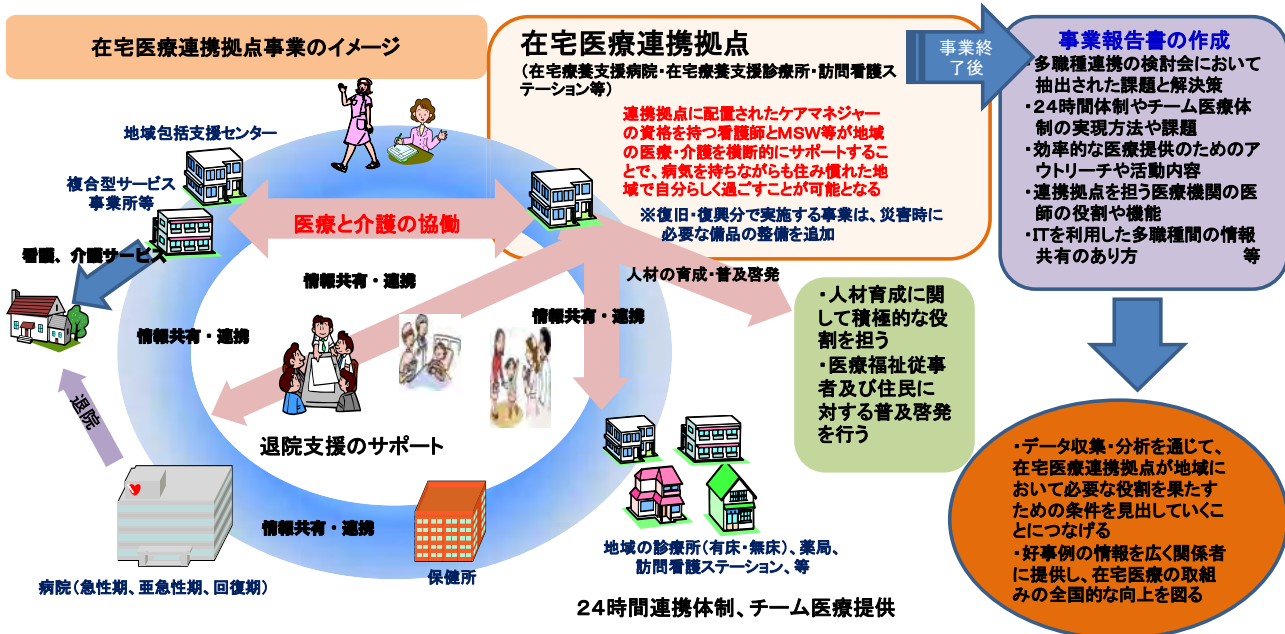
□ 在宅医療連携拠点事業

24年度予算 2,058百万円 (H23 109百万円)

重点化分 1,010百万円
 復旧・復興分 1,048百万円

■ 本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



在宅医療連携拠点が行う事業

1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出

- ・地域の在宅医療に関わる多職種(病院関係者・介護従事者等も含む)が一堂に会する場を設定する(年4回以上)。そのうち一回は、各地域の行政担当官及び各関連施設の管理者が参加する会合を設定する。

2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

- ・24時間対応の在宅医療提供体制の構築
 ー24時間対応が困難な診療所、保険薬局及び小規模ゆえ緊急時や夜間・休日対応の困難な訪問看護ステーション等が在宅医療を提供する際、その負担を軽減するため、各々の機関の連携により、互いに機能を補完する体制を構築する。
- ・チーム医療を提供するための情報共有システムの整備
 ー異なる機関に所属する多職種が適宜、患者に関する情報を共有できる体制を構築する。

3) 効率的な医療提供のための多職種連携

- ・連携拠点に配置された介護支援専門員の資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーが、地域の医療・福祉・保健資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう関係機関に働きかけを行う。

4) 在宅医療に関する地域住民への普及啓発

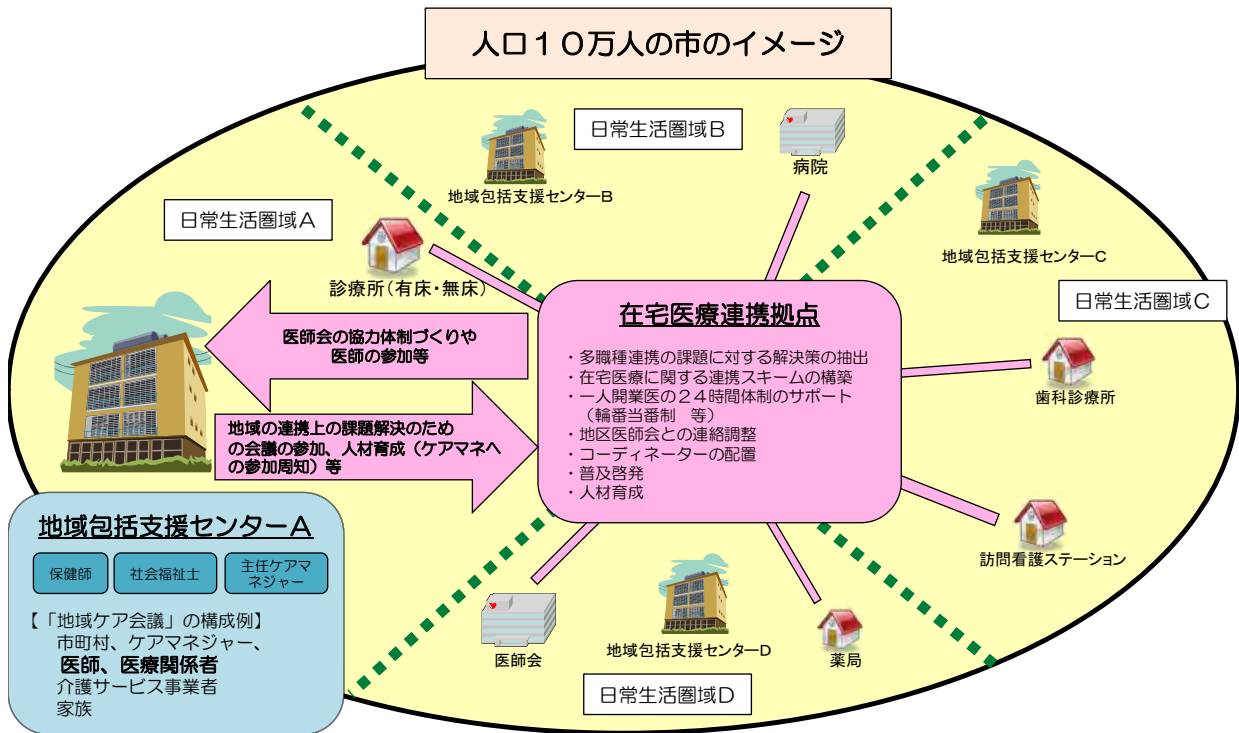
- ・在宅医療やそれに従事する職種の機能や役割を広く地域住民に紹介し、地域に浸透させるためのフォーラムや講演会等の開催やパンフレットの発行を通して、在宅医療の普及を図る。

5) 在宅医療に従事する人材育成

- ・連携拠点のスタッフは、多職種協働による人材育成事業の研修のいずれかに参加し、都道府県リーダーまたは地域リーダーとして、在宅医療に関わる人材の育成に積極的に関与すること。

(参考1)

地域包括ケア体制について(イメージ)

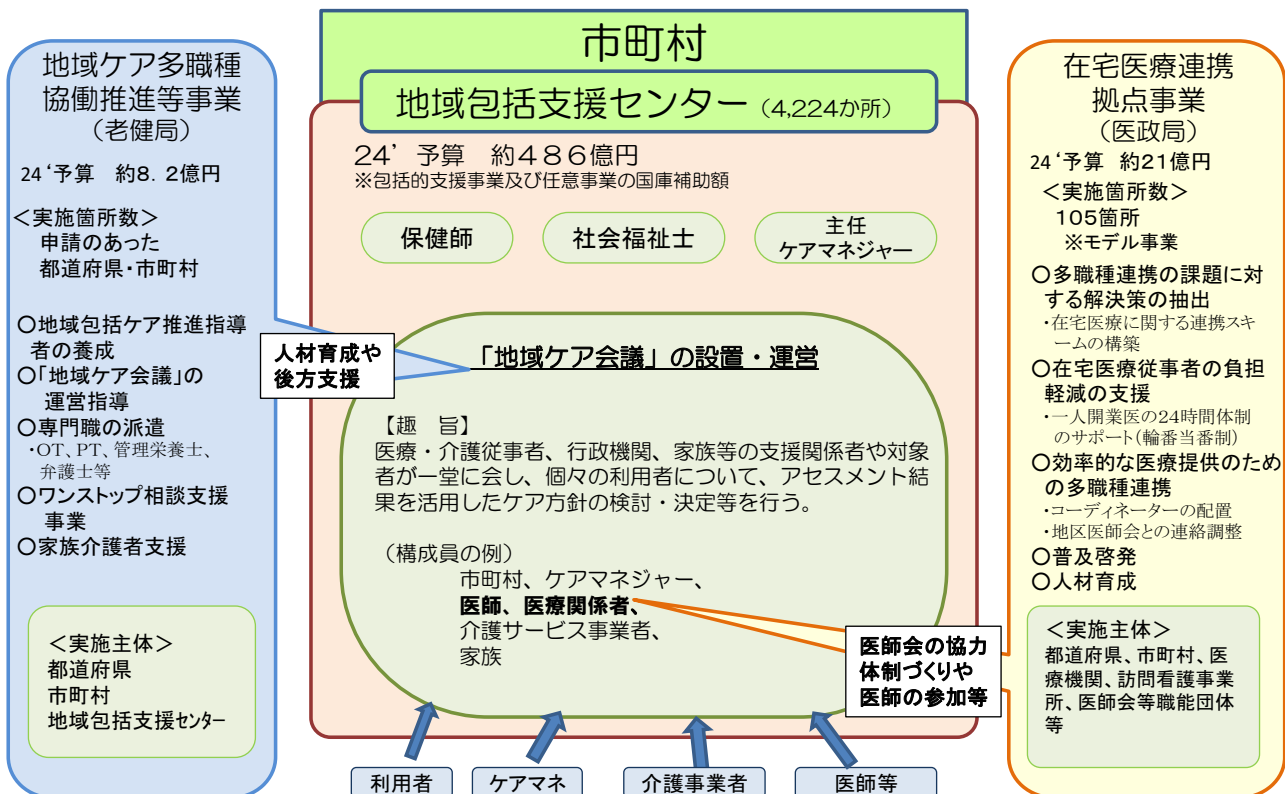


※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携は、地域の実情により柔軟に行う。

(参考2)

地域包括ケア体制について

(平成24年度予算)



※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携については、地域の実情により柔軟に行うこととする。

3. 個別の疾患等に対応したサービスの充実・支援

24年度予算
11億円

■事業の必要性

- 在宅医療は、地域の実情、医療資源の状況などにより、取り組む課題は異なっていることから、サービスの充実・支援に向けた取組や個別の疾患等に対応した取組を行う必要がある。

■事業内容

サービスの充実・支援に向けた取組

個別の疾患に対応した取組

■在宅医療推進のための看護業務の安全性等検証事業(0.7億円)

【事業内容】

厚生労働省が指定する施設において、患者・家族が希望する在宅医療を広く実現するため、専門的な臨床実践能力を有する看護師が医師の包括的な指示を受けて看護業務を実施できる仕組みの構築に向けた業務の安全性や効果の検証を行う。



■在宅介護者への歯科口腔保健推進設備整備事業(1.0億円)

【事業内容】

歯科診療所等が在宅療養者への歯科衛生処置等の口腔ケア及び在宅介護者への歯科口腔保健の知識や技術の指導を実施するために必要な医療機器等の整備を行う。



■在宅緩和ケア地域連携事業(1.1億円)

【事業内容】

がん診療連携拠点病院と都道府県が連携し、在宅におけるがんの緩和ケアに関する知識と技術の研修等を行う在宅緩和ケア地域連携体制を構築する。

■在宅医療推進のための医療機器承認促進事業(0.14億円)

【事業内容】

医療スタッフ、関係学会、医療機器業界等の委員で構成された、在宅医療機器ニーズを把握するための検討会を実施し、改善・改良、必要なガイドラインの作成、企業への要請を行うことで、現場に速やかにフィードバックしていく。



■国立高度専門医療研究センターを中心とした在宅医療推進のための研究事業(6.4億円)

【事業内容】

国立長寿医療研究センターなどが、在宅医療を支援するための先端機器の開発や、臨床応用を行うための基盤を整備する。

■難病患者の在宅医療・在宅介護の充実・強化事業(0.45億円)

【事業内容】

都道府県や日本神経学会等が主体となり、在宅難病患者に対して、日常生活支援や災害時の緊急対応(搬送・受入体制)にも備えた包括的な支援体制をつくる。

■HIV感染症・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業(0.4億円)

【事業内容】

HIV中核拠点病院等が、医療・介護従事者のHIVに対する知識・技術不足や差別・偏見を解消するための実地研修や講習会等を実施し、安心して在宅医療・介護が受けられる環境の整備を行う。

■在宅での医療用麻薬使用推進モデル事業(0.5億円)

【事業内容】

薬局間において、厳正な管理のもと麻薬の融通を円滑に行うことで、患者のニーズに合った薬物療法を提供し、患者が自宅で安心して医療が受けられる環境づくりを行う。



■事業の効果

様々な地域で様々な疾患を持った患者が等しく在宅医療の提供を享受できる

2. 制度 (医療計画・介護保険事業計画)

「医療計画の見直しについて」 ～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

○在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ 在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

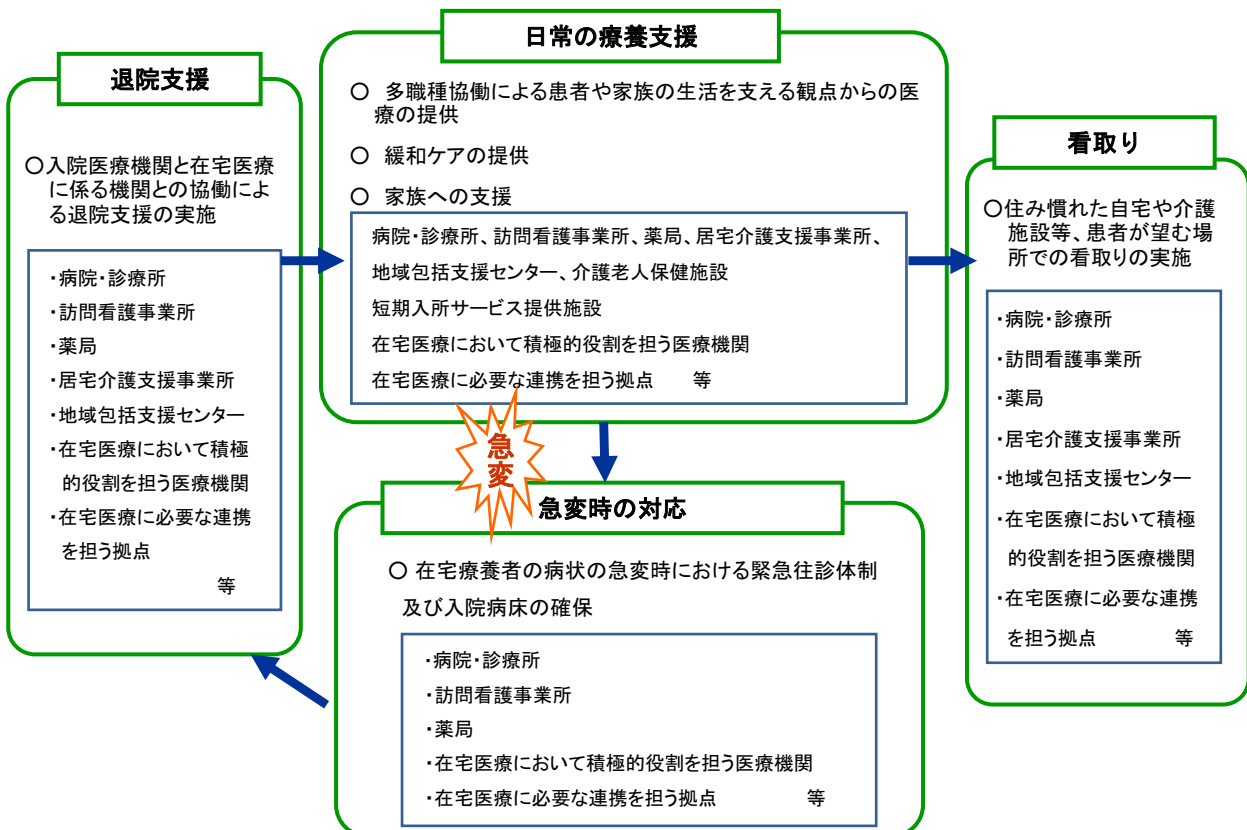
○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、そのため、

- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
- ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
- ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
- ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること

といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

在宅医療の体制



在宅医療の体制

体制	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
目標	●入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること	●患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること	●在宅療養者の病状の急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること	●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
関係機関の例	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点 <small>※病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。以下同じ。</small>	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●介護老人保健施設 ●短期入所サービス提供施設 ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点
求められる事項(他)	【入院医療機関】 ●退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護資源の調整を心がけること 【在宅医療に係る機関】 ●在宅療養者のニーズに応じて、医療や介護を包括的に提供できるような調整すること ●高齢者のみでなく、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること	【在宅医療に係る機関】 ●相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保すること ●地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること ●医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること	【在宅医療に係る機関】 ●病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること ●24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により24時間対応が可能な体制を確保すること 【入院医療機関】 ●在宅療養支援病院、有床診療所等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと ●重症で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること	【在宅医療に係る機関】 ●終末期に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること ●患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護や看取りに関する適切な情報提供を行うこと ●介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること 【入院医療機関】 ●在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所が必要に応じて受け入れること
	【在宅医療において積極的役割を担う医療機関】 ●医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと ●卒後初期臨床研修制度（歯科の場合、卒後臨床研修制度）における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること ●地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護や家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること	●入院機能を有する医療機関においては、在宅療養者の病状が急変した際の一時受け入れを行うこと ●災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと	●在宅療養支援病院、有床診療所等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと ●重症で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること	●終末期に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること ●患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護や看取りに関する適切な情報提供を行うこと ●介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること ●在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所が必要に応じて受け入れること
	【在宅医療に必要な連携を担う拠点】 ●地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること ●質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること	●在宅療養者の病状が急変した際の一時受け入れを行うこと ●災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと	●在宅療養支援病院、有床診療所等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと ●重症で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること	●終末期に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること ●患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護や看取りに関する適切な情報提供を行うこと ●介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること ●在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所が必要に応じて受け入れること

医療や住まいとの連携も視野に入れた 第5期介護保険事業（支援）計画の策定

- 地域包括ケアの実現を目指すため、第5期計画（平成24～26年度）では次の取組を推進。
 - ・ 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
 - ・ 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

日常生活圏域ニーズ調査

（郵送＋未回収者への訪問による調査）

- ・ どの圏域に、
- ・ どのようなニーズをもった高齢者が、
- ・ どの程度生活しているのか

地域の課題や
必要となるサービスを
把握・分析

調査項目（例）

- 身体機能・日常生活機能（ADL・IADL）
- 住まいの状況
- 認知症状
- 疾病状況

介護保険事業（支援）計画

これまでの主な記載事項

- 圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業（市町村）
- 介護人材の確保策（都道府県）など

地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

- 認知症支援策の充実
- **医療との連携**
- 高齢者の居住に係る施策との連携
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

3. 報酬

平成24年度診療報酬改定の概要

医科における重点配分(4,700億円)

I 負担の大きな医療従事者の負担軽減

- ◎ 今後とも急性期医療等を適切に提供し続けるため、病院勤務医をはじめとした医療従事者の負担軽減を講じる。(1,200億円)

II 医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実

- ◎ 今回改定は、医療と介護との同時改定であり、超高齢社会に向けて、急性期から在宅、介護まで切れ目のない包括的なサービスを提供する。(1,500億円)

III がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入

- ◎ 日々進化する医療技術を遅滞なく国民皆が受けることができるよう、医療技術の進歩の促進と導入に取り組む。(2,000億円)

歯科における重点配分(500億円)

I チーム医療の推進や在宅歯科医療の充実等

- ◎ 医療連携により、誤嚥性肺炎等の術後合併症の軽減を図り、また、超高齢社会に対応するために在宅歯科医療の推進を図る。

II 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価

- ◎ う蝕や歯周病等の歯科疾患の改善のため、歯の保存に資する技術等の充実を図る。

調剤における重点配分(300億円)

I 在宅薬剤管理指導業務の推進や薬局における薬学的管理及び指導の充実

- ◎ 在宅薬剤関連業務を推進するとともに、残薬確認、お薬手帳を含めた薬剤服用歴管理指導の充実を図る。

II 後発医薬品の使用促進

- ◎ 薬局からの後発医薬品の情報提供等を推進する。

在宅医療の充実①

在宅医療を担う医療機関の機能強化

- 24時間の対応、緊急時の対応を充実させる観点から、複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

[施設基準]

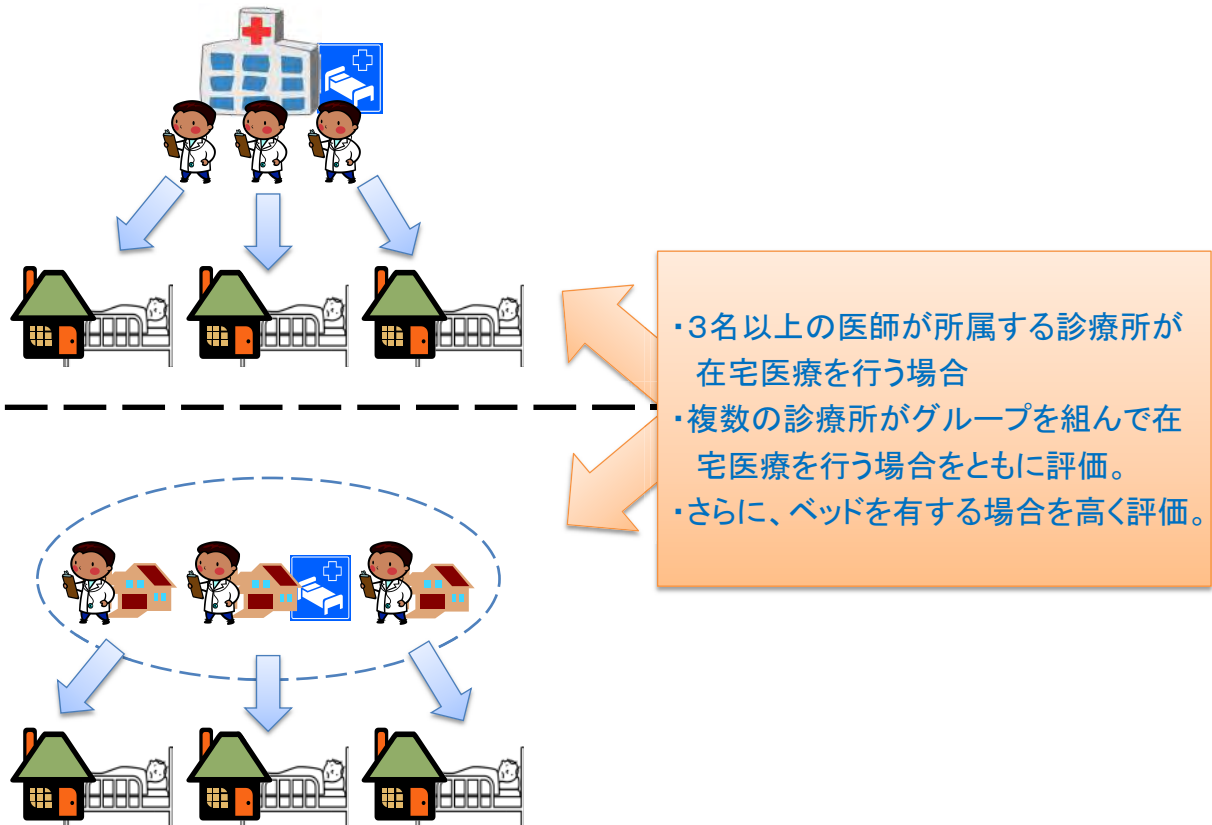
- ① 常勤医師3名以上
- ② 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
- ③ 過去1年間の看取り実績2件以上

※また、複数の医療機関が連携して、上記の基準を満たすことも可能とする。その場合の要件は、

- ④ 患者からの緊急時の連絡先の一元化
- ⑤ 月1回以上の定期的なカンファレンスの実施
- ⑥ 連携する医療機関数は10未満
- ⑦ 病院が連携する場合は200床未満に限る

※さらに、病床を有する場合は高い評価を行う。

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院のイメージ(改定後)



在宅医療の充実②

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院(病床を有する場合)の例

<往診料>		【現行】		【改定後】		
往診料	緊急加算	650点	➔	往診料	緊急加算	850点
	夜間加算	1,300点			夜間加算	1,700点
	深夜加算	2,300点			深夜加算	2,700点
<在宅における医学管理料>		【現行】		【改定後】		
在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)	4,200点	➔	在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)	5,000点		
特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)	3,000点		特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)	3,600点		
<緊急時の受入入院>		【現行】		【改定後】		
在宅患者緊急入院診療加算	1,300点	➔	在宅患者緊急入院診療加算	2,500点		

平成24年度介護報酬改定(基本的考え方)

■ 介護保険制度の基本理念

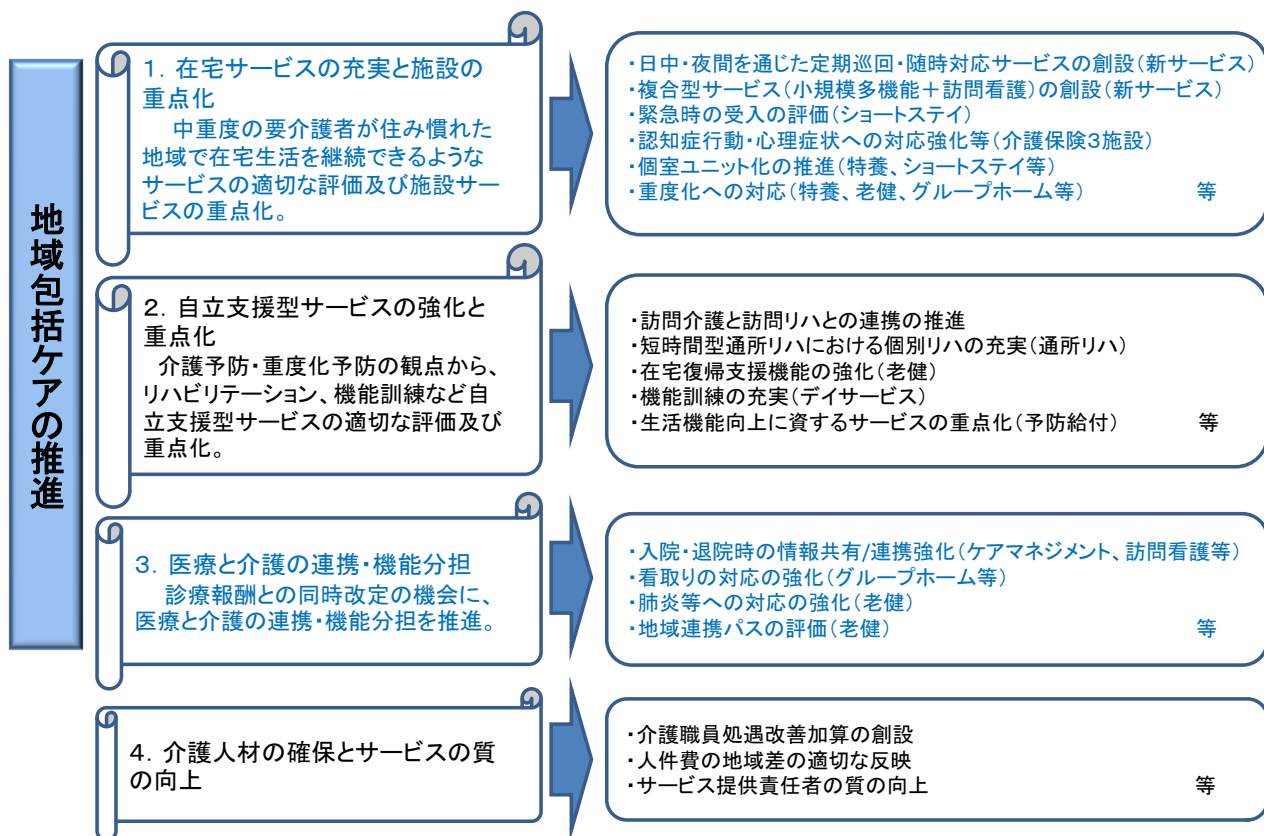
介護保険の目的は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となった人びとが「**尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う**」ことであり、介護保険給付の内容及び水準は、「**被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。**」とされている。

■ 基本認識

1. 地域包括ケアシステムの構築を推進するとともに、平成23年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う新たな介護サービス等への対応、診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分化・連携を強化する。
2. また、平成23年6月の社会保障・税一体改革成案において描かれた、介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化に向けて、必要な措置を講じる。
3. さらに、現在の日本が置かれている厳しい社会経済状況や東日本大震災の影響など、介護保険制度を取り巻く環境にも広く配慮する。

介護保険制度の基本理念を追求するため、上記の基本的な認識の下で改定を実施。

平成24年度介護報酬改定のポイントについて



平成24年度 在宅医療・介護に関連した主な介護報酬改定

※「平成24年度介護報酬改定の概要」(H24.1.25介護給付費分科会)より抜粋

■24時間訪問サービス

○ 一日複数回の定期的な訪問と、随時の対応を組み合わせた新サービスであり、中重度者が住み慣れた地域で暮らし続けるために重要な役割を果たす。

○ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護1(一体型)

- 要介護1 9,270単位
- 要介護2 13,920単位
- 要介護3 20,720単位
- 要介護4 25,310単位
- 要介護5 30,450単位

■複合型サービス

○ 在宅の医療ニーズの高い要介護者への支援を充実させるため、訪問看護と小規模多機能型居宅介護を一体提供する新サービス。

- 要介護1 13,255単位
- 要介護2 18,150単位
- 要介護3 25,111単位
- 要介護4 28,347単位
- 要介護5 31,934単位

介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方 に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】

【検討の背景】

- 地域包括ケアシステムの構築
⇒多職種協働、医療との連携の推進等
- 自立支援に資するケアマネジメントの推進

【見直しの視点】

- ①介護支援専門員自身の資質の向上に係る見直しの視点
- ②自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備に係る見直しの視点

【具体的な改善策】

(1) ケアマネジメントの質の向上

- ①ケアマネジメントの質の向上に向けた取組
 - ・自立支援に資するケアマネジメントに向け、適切な課題抽出や評価のための新たな様式の活用を推進
 - ・多職種協働によるサービス担当者会議の重要性の共有と環境づくり

② 介護支援専門員実務研修受講試験の見直し

- ・試験の受験要件を法定資格保有者等に限定する見直しを検討

③ 介護支援専門員に係る研修制度の見直し

- ・演習に重点を置いた研修制度への見直しや研修修了時の修了評価の実施について検討
- ・実務研修の充実や基礎研修の必修化について検討
- ・更新研修の実施方法や研修カリキュラムについて見直しを検討
- ・研修指導者のためのガイドライン策定を推進
- ・都道府県の圏域を超えた研修等の実施を検討

④ 主任介護支援専門員についての見直し

- ・研修修了時の修了評価や更新制の導入について検討
- ・主任介護支援専門員による初任段階の介護支援専門員に対する現場での実務研修の導入について検討
- ・地域の介護支援専門員のネットワーク構築の推進

⑤ ケアマネジメントの質の評価に向けた取組

- ・ケアマネジメントプロセスの評価やアウトカム指標について調査研究を推進
- ・ケアマネジメントの向上に向けた事例収集及び情報発信

(2) 保険者機能の強化等

- ①地域ケア会議の機能強化（多職種協働による個別ケースの支援内容の検討を通じ、自立支援に資するケアマネジメント支援、ネットワーク構築、地域課題の把握、資源開発等を推進）
 - ・制度的な位置付けの強化
 - ・モデル事例の収集など地域ケア会議の普及・促進のための基盤整備
 - ・コーディネート養成のための研修の取組

② 居宅介護支援事業者の指定等のあり方

- ・居宅介護支援事業者の指定権限の委譲を検討

③ 介護予防支援のあり方

- ・地域包括支援センターへの介護予防支援を行う介護支援専門員の配置を推進
- ・要支援者の状況に応じた支援のあり方について検討

④ ケアマネジメントの評価の見直し

- ・インフォーマルサービスに係るケアマネジメント評価の検討
- ・簡素なケースについて、ケアマネジメントの効率化を検討

(3) 医療との連携の促進

- ・医療に関する研修カリキュラムの充実
- ・在宅医療・介護の連携を担う機能の整備の推進
- ・主治医意見書の活用を促進する取組の推進

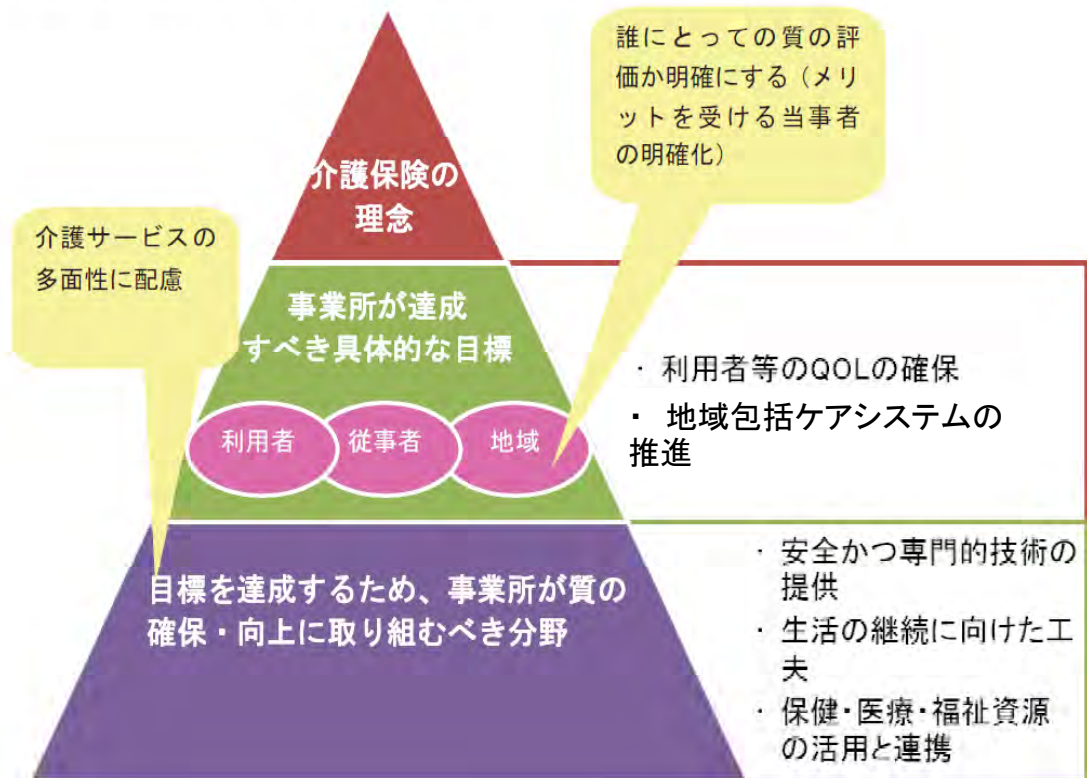
(4) 介護保険施設の介護支援専門員

- ・相談員に対して介護支援専門員等の資格取得を推進

今後、制度的な見直しに係るものについては介護保険部会、報酬改定に係るものについては給付費分科会で議論を進める

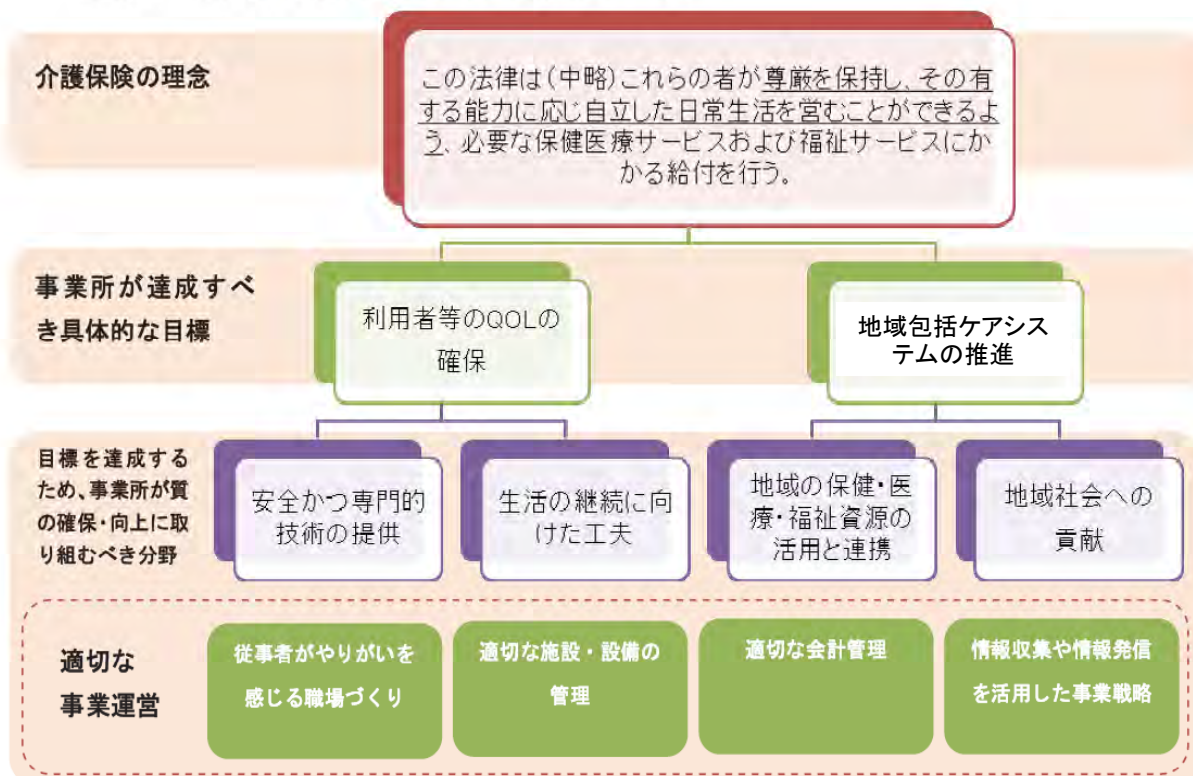
サービスの質の評価の階層図

図表4 質の評価の階層図（基本的なイメージ）



資料出所:平成21年度老人保健事業推進費等補助金(老人健康増進等事業分)
「介護サービスの質のあり方に係る検討に向けた事業報告書」財団法人日本公衆衛生協会, P14

図表5 質の評価の階層図（詳細なイメージ）



資料出所:平成21年度老人保健事業推進費等補助金(老人健康増進等事業分)
 「介護サービスの質のあり方に係る検討に向けた事業報告書」財団法人日本公衆衛生協会, P14

ケアの担い手をめぐる議論の動向と話題

労働政策研究・研修機構 研究員 堀田聡子
2013年3月4日



※日本ケアマネジメント学会第11回研究大会(2012年7月)シンポジウムにおける報告等を再編

構成

- 諸外国におけるケアの担い手をめぐる政策・研究の動向
- 慢性疾患ケアモデル：
変化する専門職-患者・利用者関係
- 欧州諸国における幅広い介護者支援とその考え方
- 必要なケアワーカーの確保
 - 慢性疾患ケアのコアコンピタンス
- ケア提供主体の種類（略）
- 話題：NHS改革とセルフケア



諸外国におけるケアの担い手をめぐる政策・研究の動向



ここでケアの担い手: フォーマル/インフォーマル、有償/無償(二分化できなくなっているが)、対象の別を問わず広くケアを行う者

1. 介護者の「発見」・着目

- アメリカ・スウェーデン・イギリス等の研究者による介護・介護者の歴史への着目(1920年代頃~)と政策対応を要する事柄としての明確な位置づけ
- 介護者団体の運動
→ 介護者支援の制度化(1960年代後半~萌芽的に)
- 介護者を視野にいれる政策領域の広がり
- 近年EU等では社会的排除との関連から介護者を位置づけ 介護者の社会的保護と社会的包摂をはかる政策検討

[Room et al.(1992), European Commission(2008)等]

2. ケアワーカーの「登場」・注目

- 欧米で高齢・障がいのみならず保育も包摂するケアワーカーにかかる研究活発化(1980年代以降)
 - 多様なケアワークの射程、概念構造、実践の精緻な把握、福祉レジームと結びつけた配置・雇用、教育・コンピテンスの検討[Moss and Cameron(2002)等]
- とりわけ長期ケアに携わるケアワーカーの確保定着が各国の政策課題に(2000年代以降)
 - 規模、属性、確保定着策にかかる国際比較の蓄積[Fujisawa and Colombo(2009)等]

3. 多様化するケア提供主体の把握と支援

- フォーマル/インフォーマル、有償/無償といった二分法を超えた多様化するケア提供主体の概念整理[Ungerson(1997)、Pfau-Effinger and Geissler eds.(2005)等]
- 家族・世帯、市場、国家、コミュニティ・ボランティア: ケアダイヤモンドによる供給バランスの把握[Razavi(2007)]
- とりわけ長期ケアについてはケアの担い手の全体像の実態把握と充実に向けた方策展開[Colombo et al.(2011)]

4. ケアの担い手(主体)としての患者・本人

- 1950年代の「患者役割論」〔Parsons(1951)〕: 社会的役割の免除、医療者の指示に従い援助を受け入れる患者
～「病院の世紀」〔猪飼(2010)〕における専門職のイニシアティブに基づく治療の「受け手」としての患者像
 - 高齢化の進展のなかで慢性疾患患者が急増するにつれ患者像が転換: 先を見越した行動をとるケアチームと生産的相互関係を結ぶ「情報とスキルと自信を持つ活性化された患者」像へ〔Wagner et al.(1999,2001)等〕
 - セルフマネジメントを高める施策の展開、その効果に関する研究〔Lorig et al.(1999), Expert Patients Programme Community Interest Company(2010)等〕
 - 米・スタンフォード大学で1980年代に開始されたChronic Disease Self Management Programme(世界20カ国で展開)
 - 英・保健省とNHSが主導するExpert Patient Programme〔松繁(2010)〕
- :「LayExpert(素人専門家)」という概念
- ただしもちろん依然として医療者に従属的でありたい患者も多い〔Wiles and Higgins(1996),Gabe et al.(2003)〕



Wagnerらの慢性疾患ケアモデル: 変化する専門職-患者・利用者関係



「先を見越した行動をとる多職種チーム」と「情報とスキルと自信を持つ活性化された患者」の生産的相互関係による機能・臨床的アウトカムの向上

コミュニティとヘルスシステム

- ①地域の資源・政策
- ②ヘルスケア組織
- ③セルフマネジメントの支援
- ④ケア提供システムのデザイン
- ⑤意思決定支援
- ⑥臨床情報システム

1. 介護者をめぐって

欧州諸国における幅広い介護者支援



- Integrated careのネットワーク構築をはかるうえで家族・インフォーマル介護者の役割は極めて重要な役割を持つ〔Leichsenring(2004)〕
- 介護者役割の認知、「活用促進」と「支援」を表裏一体で進める傾向
 - イギリスの例
 - Carers Act 1995: 介護者の役割を完全に認知、介護者のアセスメント請求権
 - 介護者のための全国戦略(1999)①介護者が介護役割を担うことができるよう援助、②自らの生活をより選択的に設計できるよう介護者を個人として認めサービスを提供
- 「日本には介護休業を除いて介護者を対象とする一般的なサービスは他の先進諸国と異なり今日も存在せず、介護の社会化論という日本独自の議論がこれに影響」〔三富(2011)〕

● EUROCAREERSにおける10の原則



- ① ケアラー認識: コミュニティケアにおける中心的役割を果たすという認識+この認識がケアラーに影響を及ぼす全ての政策に反映
- ② 社会的包摂: ケアラーが社会生活を享受する権利
- ③ 機会平等: ケアラーは生活の全側面において平等な機会を持つべき
- ④ 選択: ケアラーになりたいか/負担の程度を選択、介護を必要とする人はケアラーを選択する権利を持つべき
- ⑤ 情報: ケアラーの経験・局面に応じた情報、助言、アドボカシー、訓練
- ⑥ 支援: 経済、実践、精神的支援と活用可能で手頃なフォーマルケアへのアクセス
- ⑦ 介護から離れる: ケアラー・要介護者双方にニーズに応じたレスパイトケア等
- ⑧ ケアと仕事の両立: ケアと有給雇用両立の可能性(労働政策の前提)
- ⑨ ケアラーの健康増進
- ⑩ 経済保障: 介護の結果としての貧困化を避ける

● 介護者支援施策の射程

法的権利の認知	介護者立法による公式認知（イギリス）、介護者憲章制定（アイルランド）
情報提供、相談・助言	地域の介護者支援センターによる支援（オランダ、イギリス）、情報提供やカウンセリング、サービス提供における専門職と介護者の連携（ギリシャ）
カウンセリング	（デンマーク、イギリス、スウェーデン、オランダ）
政策提言	介護者の全国団体による支援と政策提言（アイルランド、イギリス、オランダ、フィンランド、フランス）
経済的支援	① 所得補償：福祉手当（アイルランド、イギリス）、賃金（フィンランド、スウェーデン） ② 支出補填：税控除（フランス、アイルランド、ギリシャ、イタリア、オランダ、スペイン）、介護者への手当（オーストリア、ベルギー、チェコ、フランス、ハンガリー、アイルランド、マルタ、ルウェー、ポーランド、スペイン、ポルトガル、スロヴェニア、スウェーデン、イギリス）、高齢者を介した介護サービス提供者への支払（オランダ、ドイツ） ③ 時間補償：有給のレスパイトケア（オランダ）、強制的に介護から離れる（フィンランド）
講習、介護者向けプログラム	介護者向け講習の品質保証（オーストリア）、プライマリヘルスケアセンターによる介護者講習と「介護者のケア」プログラム提供（スペイン）
ピアサポート	アルツハイマーカフェ（オランダ）
レスパイトケア	休日取得と代替介護の保障（フィンランド）、在宅緩和ケアボランティア（オランダ）、ボランティアによるサポート（各国）
住宅整備、ICT	住環境整備・改修、情報機器提供等（オランダ、イタリア、フィンランド、デンマーク、イギリス、フランス）
その他	介護者の健康チェック、苦情申立に関する情報提供等（スウェーデン）

出所：Tjadens et al.(2008)をもとに堀田作成

● 論点メモ

- 諸外国では、Integrated careのネットワーク構築をはかるうえでケアラーの役割は極めて重要な役割を持つとされ、ケアラーの役割を公式に認知し、アセスメント請求権を保障したうえで、総合的な支援を提供する傾向が見られる。
- 国内外を通じて、介護者の過度な負担や燃え尽きが要介護者の入所入院の大きな要因となるとされ、介護者支援は介護者がケアを含めた社会生活を享受する権利を保障するのみならず、結果的に要介護者の住み慣れた地域における生活の継続を支えることにつながる。また、介護者が仕事や学業その他の社会生活を断念することを余儀なくされることは、将来的な社会的損失にもつながる。
- 我が国では、介護保険の導入により介護の社会化を目指してきたが、地域包括ケアの構築に向け、介護者にかかる実態把握に基づき、介護者役割の位置づけと介護者支援の考え方を改めて整理する必要があるのではないかと。

- （家族による介護）...在宅ケアにおいて家族が果たす役割は極めて大きく、実際に、家族が両親や配偶者を愛情を込めて懸命に介護している家庭が数多く見られる。こうした家族による介護については、制度的にも適切に評価されるべきである。しかし、一方で、家族による介護に過度に依存し、家族が過重な負担を負うようなことがあってはならない。在宅ケアにおける家族の最大の役割は、高齢者を精神的に支えることであり、そのためには高齢者と家族との間で良好な人間関係が維持されていることが当然必要となる。家族が心身ともに介護に疲れ果て、高齢者にとってそれが精神的な負担となるような状況では、在宅ケアを成り立たせることは困難である。
（在宅サービスの拡充）したがって、現在大きく立ち遅れている在宅サービスを大幅に拡充し、在宅の高齢者が必要な時に必要なサービスを適切に利用できる体制作りを早急に進めていく必要がある。そして、一人暮らしや高齢者のみの世帯であっても、希望に応じ可能な限り在宅生活ができるよう支援していくべきである。特に、重度の障害を持つような高齢者や一人暮らしで介護が必要な高齢者については、24時間対応を基本としたサービス体制の整備が求められる。
（高齢者介護・自立支援システム研究会報告 1994）

(参考)ミーティングセンターサポートプログラム



- 概要: 軽度~中度の認知症の人とその介護者へのサポート(感情的・社会的サポートを含む)と情報提供等を目的としてアムステルダム自由大学が現場及び研究上効果的といわれた複数のサポート形態を統合して開発した通所サービスの1形態。
- 効果: 従来型通所介護と比較して、行動障がい、認知症の人の自尊心、QOL、介護者の介護力にプラス→入所を遅らせる
- 財源: AWBZ(認知症の人)及びWmo(介護者)
- 運営: 地域の認知症ケアにかかわる諸機関(介護、メンタルケア、福祉、家庭医、地方自治体等)、アルツハイマー協会等の協定に基づく協働
- 3本柱のプログラム
 - ① 認知症の人へのケア: Social Club(週3回)、コンサルティング(週1回)
 - ② 介護者へのサポート: 専門家による情報提供ミーティング(隔週2時間)、介護者同士のディスカッショングループ(隔週2時間)、コンサルティング(週1回時間)
 - ③ 両者へのサポート: 認知症の人、介護者、スタッフ全体のミーティング(月1回)、レクリエーション
- 発展
 - 心理社会的診断に基づく認知症の人と介護者のニーズに応じた柔軟なプログラム
 - 認知症に限定せず、広く要介護者と介護者へのサポートを統合したプログラムとしての発展も
 - 入所型施設のなかにある通所サービスを全て閉鎖し、地域のコミュニティセンター等における同プログラムに衣替えした地域も:
敷居が低い(両者からみて早い段階からアクセスしやすい)、より広く地域力を活用できる

2. ケアワーカーをめぐって

必要なケアワーカーの確保施策



1. ケアワーカーに対する需要を減らす: 予防、セルフケアの促進、インフォーマル・セミフォーマルケア活用
2. 採用プールの拡大: 男性、若者、移民等
3. 定着と能力発揮の促進
 - 労働条件改善、専門性強化(仕事の再評価)
 - 雇用管理改善 等
4. 生産性向上、イノベーション
 - ワークプロセス再構築、役割分担見直し
 - 事務簡素化、ICT活用
 - 規制緩和(各種基準の緩和・撤廃と質に基づく評価、専門職及び事業者に対する信頼)等

[Colombo et al.(2011),Cameron and Moss(2007)等をもとに堀田整理]

慢性疾患ケアのための コアコンピタンス〔WHO(2005)、Nolte and McKee(2008)〕



1. 患者中心ケア

- 効果的なコミュニケーション
- 健康行動変容のサポート
- セルフマネジメント支援
- プロアクティブアプローチ

2. 協働 (Partnering)

- 患者と
- 他の提供者と
- コミュニティと

3. 質向上

- プロセス・成果の測定
- 学習→変化
- エビデンスを実践に反映

4. ICT

- 患者の登録
- パートナーとのコミュニケーション
- コンピュータ技術の活用

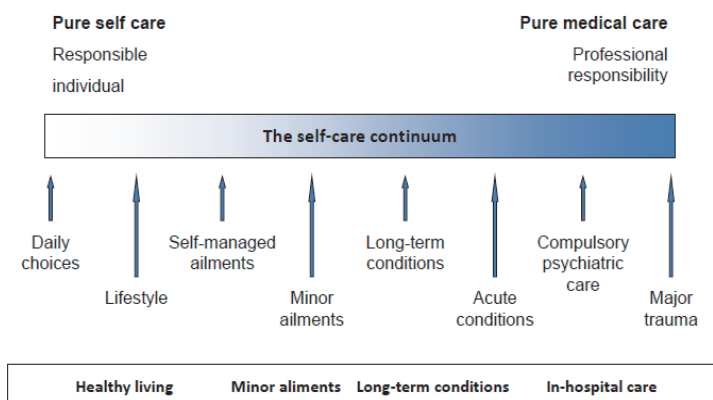
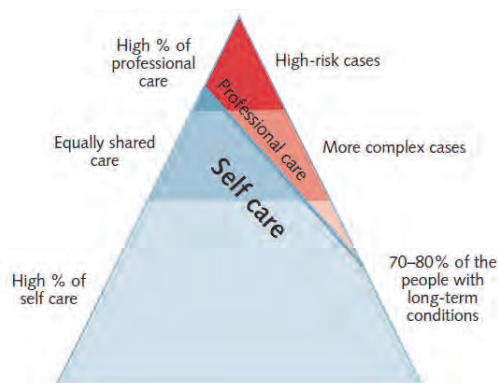
5. 公衆衛生視点

- Population-based care
- 予防重視とケアの連続を横断する働き
- プライマリケア主導のシステム

4. セルフケア・セルフマネジメントをめぐって (話題) NHS改革とセルフケア

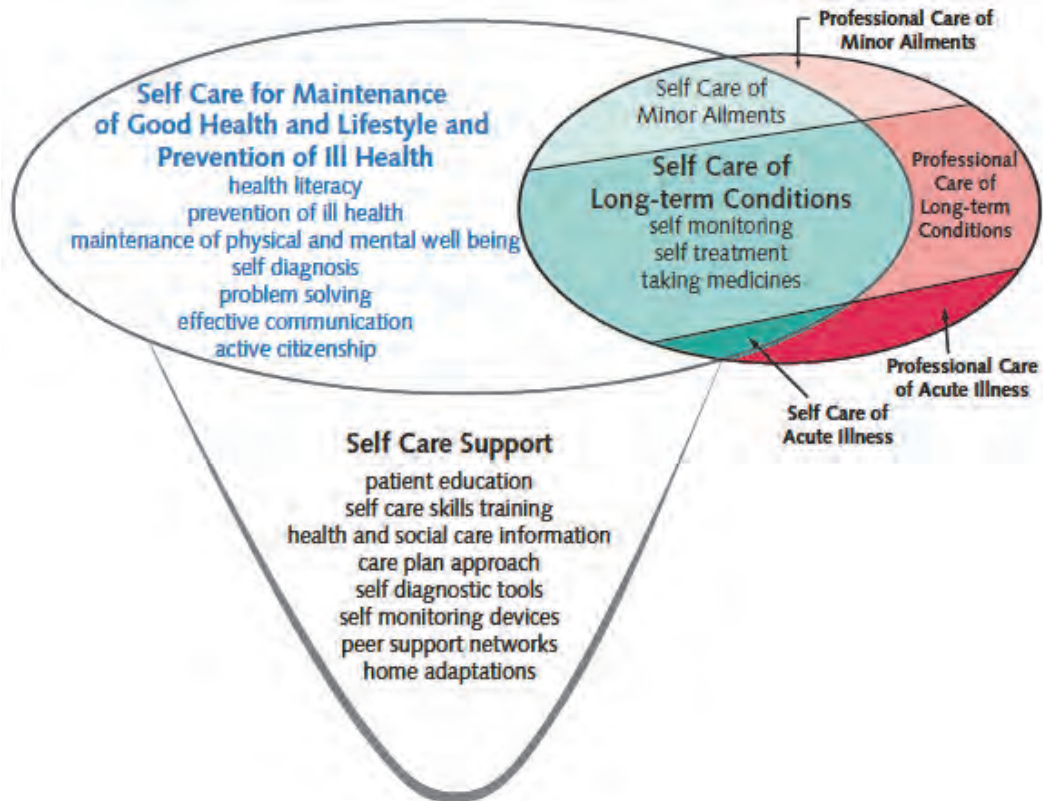


- ケアを必要とする多くの人にとってセルフケアが重要、セルフケアはQol及び患者満足度↑医療資源節減につながる→セルフケア振興が不可欠〔イギリス保健省(2005)『セルフケア白書』〕
- 「self-care continuum」という概念を用いて、セルフケアと専門職ケアの配分や焦点が心身状況に応じて変化していくことを示すとともに、セルフケアサポートのあり方を整理する。



出所: Department of Health (2006) Our health, our care, our say: a new direction for community services

出所: <http://www.selfcareforum.org/>



Department of Health(2005)"Self Care-A real choice: Self care support- a practical option"