

2012.04.10

西区在宅ケア連絡会  
例会



<http://www.medim.co.jp/>

# 24年度介護報酬改定と 介護保険制度見直し ～地域包括ケアを見据えた対応～

(株)北海道医療新聞社

介護新聞編集部 熊谷 知喜

介護  
新聞

# 介護保険制度を巡る動向

## 高齢者介護・自立支援システム研究会

「新たな高齢者介護システムの構築  
を目指して」(平成6年12月)

介護保険制度創設



## 高齢者介護研究会

「2015年の高齢者介護」  
(平成15年6月)

平成18年介護保険制度見直し



## 地域包括ケア研究会

「地域包括ケア研究会報告書」  
(平成22年3月)

平成24年度介護保険制度見直し

# 介護報酬改定の経緯

15年度

○自立支援の観点に立った居宅介護支援  
(ケアマネジメント)の確立

○自立支援を指向する在宅サービスの評価

○施設サービスの質の向上と適正化

▲2.3%

【内訳】

在宅分 +0.1%

施設分 ▲4.0%

17年度

(17年10月  
施行)

○居住費(滞在費)に関連する介護報酬の  
見直し

○食費に関連する介護報酬の見直し

○居住費(滞在費)及び食費に関連する  
運営基準の見直し

▲0.5% [▲2.4%]

【内訳】

在宅分 平均+1%  
在宅軽度  
平均▲5%

在宅中重度  
平均+4%

施設分 平均±0%  
[▲4%]

18年度

○中重度者への支援強化

○介護予防、リハビリテーションの推進

○地域包括ケア、認知症ケアの確立

○サービスの質の向上

○医療と介護の機能分担・連携の明確化

※[]は17年10月  
改定分を含めた率

# 介護報酬改定の経緯

20年度  
(20年5月  
施行)

- 療養病床の一層の転換促進を図るため、  
介護老人保健施設等の基準の見直し  
(介護療養型老健創設)

21年度

- 介護従事者の人材確保・処遇改善
- 医療との連携や認知症ケアの充実
- 効率的なサービスの提供や  
新たなサービスの検証

+3.0%

【内訳】

在宅分 +1.7%

施設分 +1.3%

24年度

- 地域包括ケアシステムの基盤強化
- 医療と介護の役割分担・連携強化
- 認知症にふさわしいサービス提供

+1.2%

【内訳】

在宅分 +1.0%

施設分 +0.2%

※介護職員処遇改善交付金＝介護職員(常勤換算)1人当たり月額1.5万円の賃金引き上げ相当額を交付(21年10月～24年3月サービス分)

# 各サービスの収支差率

サービス種類	20年	23年	サービス種類	20年	23年
特養	3.4%	9.3%	通所介護	7.3%	11.6%
老健	7.3%	9.9%	通所リハ	4.5%	4.0%
介護療養型(病院)	3.2%	9.7%	短期生活	7.0%	5.6%
認知症GH	9.7%	8.4%	福祉用具貸与	1.8%	6.0%
訪問介護	0.7%	5.1%	居宅介護支援	-17.0%	-2.6%
訪問入浴	1.5%	6.7%	小規模多機能	-8.0%	5.9%
訪問看護	2.7%	2.3%	特定施設	4.4%	3.5%

	21年	22年	23年(年度途中)	21~23年累積
賃金	-1.5%	0.2%	-0.5%	-1.8%
物価	-1.7%	-0.4%	-0.4%	-2.5%

# 24年度介護報酬改定の基本的視点

## 地域包括ケアシステムの基盤強化

- 高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービスの提供
- 要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者に対応した在宅・居住系サービスの提供
- 重度者への対応、在宅復帰、医療ニーズへの対応など、各介護保険施設に求められる機能に応じたサービス提供を強化

## 医療と介護の役割分担・連携強化

- 在宅生活時の医療機能の強化に向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリテーションの充実並びに看取りへの対応強化
- 介護保険施設における医療ニーズへの対応を進める
- 入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進
- 看護職員等医療関係職種をはじめ必要な人材確保策を講じることが必要

## 認知症にふさわしいサービス提供

- 小規模多機能型居宅介護、認知症デイ、認知症グループホーム、特養、老健、介護療養型において必要な見直し

# 24年度介護報酬改定のポイント ～地域包括ケアの推進～厚労省

## ①在宅サービス充実と施設の重点化

- 日中・夜間を通じた定期巡回・随時対応サービスの創設(新サービス)
- 複合型サービス(小規模多機能+訪問看護)の創設(新サービス)
- 緊急時の受け入れ評価(ショートステイ)
- 認知症行動・心理症状への対応強化等(介護保険施設)
- 個室ユニット化の推進(特養・ショートステイ等)
- 重度化への対応(特養・老健・認知症グループホーム等) 等

## ②自立支援型サービスの強化と重点化

- 訪問介護と訪問リハとの連携推進
- 短時間型通所リハにおける個別リハ充実(通所リハ)
- 在宅復帰支援機能の強化(老健)
- 機能訓練の充実(通所介護)
- 生活機能向上に資するサービスの重点化(予防給付) 等

# 24年度介護報酬改定のポイント ～地域包括ケアの推進～厚労省

## ③医療と介護の連携・機能分担

- 入院・退院時の情報共有や連携強化(ケアマネジメント・訪問看護等)
- 看取りの対応強化(認知症グループホーム等)
- 肺炎等への対応強化(老健)
- 地域連携パスの評価(老健) 等

## ④介護人材の確保とサービスの質向上

- 介護職員処遇改善加算の創設
- 人件費の地域差の適切な反映
- サービス提供責任者の質向上 等

# ○看取り対応の強化(単位及び算定要件見直し)

(厚生労働省資料)

	特定施設入居者生活介護 【看取り介護加算】	認知症対応型共同生活介護 【看取り介護加算】	介護老人福祉施設 【看取り介護加算】	介護老人保健施設 【ターミナルケア加算】	介護療養型老人保健施設 【ターミナルケア加算】	訪問看護(※) 【ターミナルケア加算】
算定期間	死亡日	—	1,280単位/日	315単位/日	315単位/日	2,000単位/死亡月
	死亡前日～前々日		680単位/日			
	死亡4日～14日前		80単位/日	200単位/日	200単位/日	
	死亡15日～30日前					

改定後

算定期間	死亡日	1,280単位/日	1,280単位/日	1,280単位/日	1,650単位/日	1,700単位/日	2,000単位/死亡月
	死亡前日～前々日	680単位/日	680単位/日	680単位/日	820単位/日	850単位/日	
	死亡4日～30日前	80単位/日	80単位/日	80単位/日	160単位/日	160単位/日	
算定要件に係る 主な見直し	夜間看護体制加算 算定が必要	「共同して介護を行う看護師は、当該事業所の職員又は事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院・診療所・訪問STの職員に限る」との規定を追加	—	—	「入所している施設又は当該入所者の居室における死亡に限る」との規定を削除【要件緩和】	「死亡日前14日以内に2回以上のターミナルケアを実施した場合」との規定を、「死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを実施した場合」に変更【要件緩和】	

※定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスも同様

[参考]特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について、診療報酬において評価を行う。

# 24年度介護報酬改定

## 訪問介護

### 『生活援助の時間区分見直し』

- 提供実態
- 限られた人材の効果的活用
- 適切なアセスメント・ケアマネジメント
- 効率的な提供

## 通所介護

### 『提供時間区分見直し』

- 提供実態
- 家族介護者支援(レスパイト)促進

## 認知症グループホーム

- フラット型の要介護度別報酬体系見直し
- ユニット数別の報酬設定適正化

## 特養

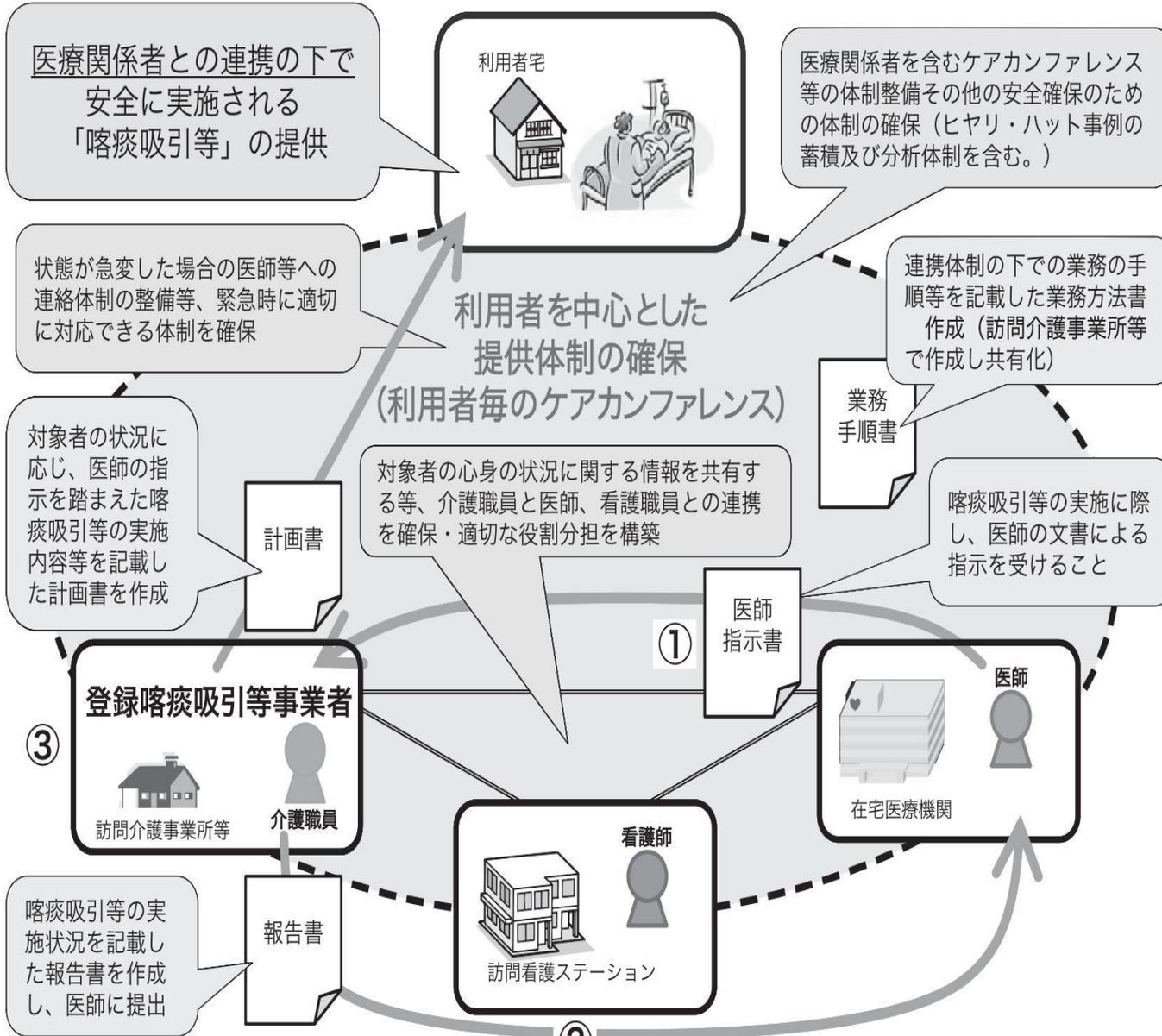
- 要介護度別報酬設定
- ユニット型個室、従来型個室、多床室の報酬水準を適正化

# 24年度介護報酬改定

医療系サービスは加算新設・見直し、基本報酬新設などで対応

リハ・看護・医療連携に重点を置き、  
診療報酬との同時改定を踏まえた、  
『在宅医療・在宅療養バックアップ型』

# 介護職員等による喀痰吸引等の提供（具体的なイメージ：在宅の場合）



(厚生労働省資料を改編)

## ■診療報酬

### ①介護職員等喀痰吸引等指示料【新設】

240点(3月に1回限度)

#### ▶算定要件

診療に基づき、居宅サービス事業者(訪問介護、訪問入浴、通所介護、特定施設)、地域密着型サービス事業者(地域密着型特養除く)等による医師の指示の下に行われる行為の必要を認め、患者の同意を得て患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付

## ■介護報酬

### ②看護・介護職員連携強化加算【新設】

250単位(1月に1回限度)

#### ▶算定要件

訪問介護事業所と連携し、たんの吸引等が必要な利用者に係る計画の作成や訪問介護員に対する助言等の支援を行った場合

### ③訪問介護・特定事業所加算

重度要介護者等対応要件に「たんの吸引等が必要な者」を追加

※特養の場合は、日常生活継続支援加算「たんの吸引等が必要な利用者の占める割合が入所者の15%以上」を追加

# 24年度以降の退院調整等連携評価イメージ



急性期治療

## 診療報酬

### 退院調整加算 1【新設】

- ①14日以内 340点 ②30日以内 150点
- ③31日以上 50点  
(退院時に1回限度)
- ※療養病棟等は退院調整加算 2【新設】を算定
- 30日以内 800点
- 31日以上90日以内 600点
- 91日以上120日以内 400点
- 121日以上 200点
- 地域連携計画加算【新設】**  
300点

## 診療報酬

### 退院時共同指導料 2

- 300点  
(入院中に1回限度。別に定める疾病等は2回限度)
- 【算定要件見直し】**
- 訪問看護ステーションとの連携評価
- 退院調整加算を同時に算定する場合、退院支援計画策定・患者への提供・連携医療機関との共有を義務化

### ■合同カンファレンスの開催

- 3者加算(4者加算) 2,000点
- 保険医共同加算(医師共同指導加算) 300点
- ※両加算の同一日の併算定不可

## 診療報酬

### 退院時共同指導料 1

- 在支診 1,000点(在支診以外600点)
- (入院中に1回限度。別に定める疾病等は2回限度)
- 特別管理指導加算【新設】** 200点

在宅療養に向けた連携

退院調整・共同指導で評価  
※急性期の場合

**診療報酬** = 訪問看護

### 退院時共同指導加算

- 6,000円  
(退院時1回限度。別に定める疾病等は2回限度)
- 特別管理指導加算【新設】**  
2,000円

**介護報酬** = 訪問看護

### 退院時共同指導加算【新設】

- 600単位  
(退院後の初回訪問時に1回限度。特別な管理が必要な場合は2回限度)
- ※医療保険、初回加算との併算定不可

## 診療報酬

### 介護支援連携指導料

- 300点  
(入院中2回)
- ※同一日の3者加算(4者加算)との併算定不可

**介護報酬** = ケアマネ

### 退院・退所加算【算定要件見直し】

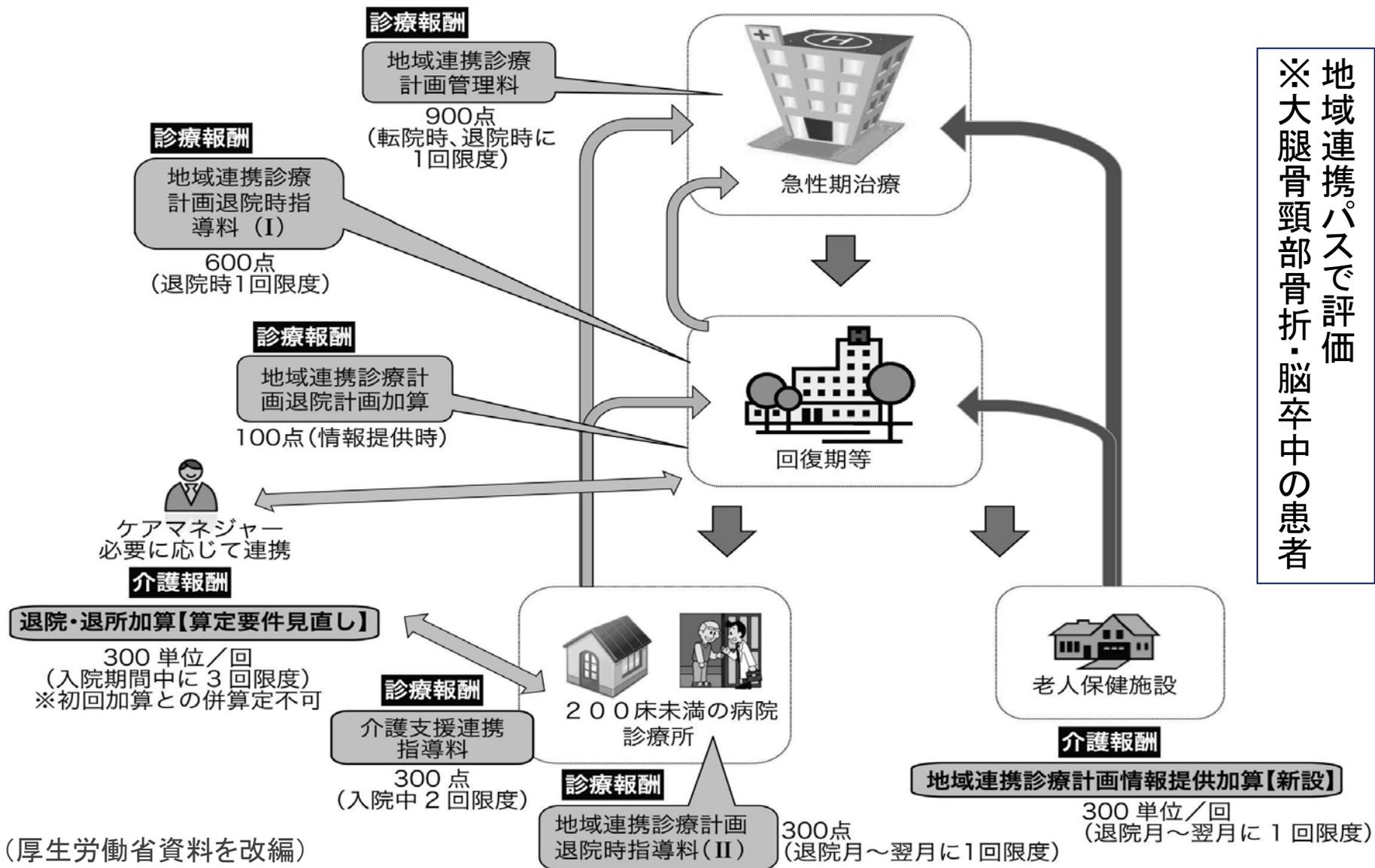
- 300単位/回  
(入院期間中に3回限度。3回算定できるのは、そのうち1回、3者加算[4者加算]の対象になるカンファレンスに参加した場合)
- ※初回加算との併算定不可

(厚生労働省資料を改編)

在支診等



# 24年度以降の退院調整等連携評価イメージ



# 主なサービスの影響と対応

## 訪問介護

- アセスメントに追われるケアマネ
- 90分で提供している生活援助への対応に苦慮
- 時給を5分、10分で換算し直し、実働に応じて支給
- 45分以上のサービス提供は控える動きも

## 訪問看護

- 新設の退院時共同指導加算、初回加算などの算定
- 理学療法士等の訪問は一度に複数回算定

# 主なサービスの影響と対応

## 通所介護

(旧6～8時間の事業所)

### 【例】通常規模型

○5～7時間

年600～700万円減収

○7～9時間

年160～170万円増収

### 【例】大規模型

○5～7時間

年1,000～1,200万円減収

○7～9時間

年40～60万円増収

### 【悩み】

○利用者と家族のニーズ

○事業所の経営・運営

### 【傾向】

○特養併設は5～7時間？

○単独型は7～9時間？

### 【対応】

○7～9時間の場合、職員体制はシフトや増員、超勤等で対応

○5～7時間と7～9時間の複合

○(認知症デイ併設の場合)一般型は5～7時間、認知症デイは7～9時間に移行

○サービス内容充実(アクティビティの選択肢拡大、ipad、Wii等)

# 主なサービスの影響と対応

## 認知症GH

【例】2ユニット  
年150～160万円減収

- 中重度者対応の強化
- 稼働率アップ
- 入院中の空き室を活用した短期利用

## 特養

【例】多床室  
定員80人規模(年約900万円減収)  
定員50人(年約400万円減収)  
【例】ユニット型個室  
定員80人規模(年約400万円減収)

- 職員体制引き下げ
- 入院減少に向けた対応
- 事業規模拡大

## 老健

【例】(個室+多床室)  
定員100人超  
(年約800万円減収)

- 加算算定(入所前後訪問指導加算、通所リハの短時間リハ、重度療養管理加算、訪問リハ・訪問介護事業所との連携等)

# 24年度介護報酬改定に関する審議報告

## ～今後の課題～

社会保障審議会介護給付費分科会

- 認知症にふさわしいサービスの提供を実現するため、調査・研究等を進め、次期介護報酬改定に向けて結論が得られるよう議論を行う。
- 介護サービスの質の向上に向けて、具体的な評価手法の確立を図る。また、利用者の状態を改善する取組みを促すための報酬上の評価の在り方について検討する。
- ケアプランやケアマネジメントについての評価・検証の手法について検討し、ケアプラン様式の見直しなど、その成果の活用・普及を図る。また、ケアマネジャーの養成・研修課程や資格の在り方に関する検討会を設置し、議論を進める。
- 集合住宅における訪問系サービスの提供の在り方については、適切に実態把握を行い、必要に応じて適宜見直しを行う。

# 24年度介護報酬改定に関する審議報告

## ～今後の課題～

社会保障審議会介護給付費分科会

○サービス付き高齢者向け住宅や、定期巡回・随時対応サービス、複合型サービスの実施状況について、適切に実態把握を行い、必要に応じて適宜見直しを行う。

○介護事業所、介護施設における医師・看護職員の配置の在り方については、医療提供の在り方の検討と併せて、適切に実態把握を行い、必要に応じて見直しを行う。

○生活期のリハビリテーションの充実を図るため、施設から在宅まで高齢者の状態に応じたリハビリテーションを包括的に提供するとともに、リハビリ専門職と介護職との連携を強化するなど、リハビリテーションの在り方について検討する。さらに、リハビリテーションの効果についての評価手法について研究を進める。

○予防給付は、介護予防や生活機能の維持・改善に効果があるものに更に重点化する観点から、効果が高いサービス提供の在り方について、引き続き検証・見直しを行う。

# 介護報酬改定検証・研究委員会(仮称)の設置

※社会保障審議会介護給付費分科会に設置

## ○介護報酬改定効果検証

24年度の介護報酬改定における個々の改定が企図した効果を挙げているかについて、実態調査を行った上で、検証及び分析を行う。

### 【具体的な検討事項】

- ・サービス付き高齢者向け住宅、定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの実施状況
- ・集合住宅における訪問系、通所系サービスの提供状況
- ・その他、新たに創設した加算の算定状況 等

# 介護報酬改定検証・研究委員会(仮称)の設置

※社会保障審議会介護給付費分科会に設置

## ○介護報酬改定調査研究

24年度の介護報酬改定において、次期改定に向けて調査・研究を進めることが必要であるとされた事項について、必要な基礎資料を得るための調査設計及び集計、分析方法等について検討を行う。

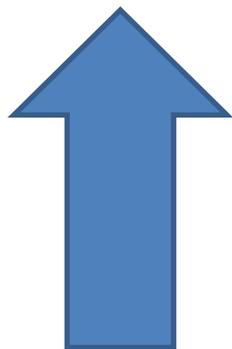
### 【具体的な検討事項】

- ・認知症に対して現在実施されているサービスの実態
- ・介護事業所、介護施設における医師、看護師、ケアマネ等が担っている役割
- ・生活期において実施されているリハビリテーションの実態
- ・介護予防サービスにおいて、効果が高いサービス提供の現状
- ・介護サービスの利用実態と区分支給限度基準額との関係 等

# 札幌市・第5期介護保険料

## 介護保険料

基準額 **月額4,656円** (年額55,873円)  
=4期比 526円(12.7%)増=



※4期 4,130円  
○本来の保険料4,371円  
・準備基金 約21.2億円(166円)  
・特例交付金 約9.5億円(75円)

- ・介護サービス利用者数増加等によるサービス費用増加
- ・第1号保険料負担割合1%引き上げ(20%→21%) 等

○本来の保険料4,941円  
・準備基金 約32億円(225円)  
=ほぼ全額=  
・安定化基金 約8.6億円(60円)

# 札幌市・第5期計画施設・居住系サービス整備

(特養・老健は着工年度、認知症グループホームは募集年度)

## 特養(広域型)

(23年度見込み 62カ所・4,654人)

### 9カ所・720人分

(24年度 3カ所・240人分    25年度 3カ所・240人分  
26年度 3カ所・240人分)

## 老健

(23年度見込み 43カ所・3,932人)

### 2カ所・160人分

(25・26年度 各1カ所・80人分)

## 認知症グループホーム

(23年度見込み 239カ所・3,952人)

### 9カ所・162人分

(24年度 4カ所・72人分    25年度 5カ所・90人分)

# 札幌市・第5期計画における新サービス

## 利用者数(見込み)

定期巡回・随時対応型訪問介護看護  
(定期巡回・随時対応サービス)

24年度104人 → 25年度192人 → 26年度324人

複合型サービス  
(小規模多機能型居宅介護＋訪問看護)

24年度150人 → 25年度200人 → 26年度250人

# 札幌市・第5期計画における新サービス

指定状況＝4／1付＝

定期巡回・随時対応型訪問介護看護  
(定期巡回・随時対応サービス)

4事業者・7事業所(一体型2事業所・連携型5事業所)

## 【札幌市在宅福祉サービス協会】

○あんしん24中央 ○あんしん24北  
○あんしん24東 ○あんしん24西

## 【マザアス】

○マザアス札幌24時間訪問介護看護事業所(一体型)

## 【社会福祉法人ノテ福祉会】

○24時間ノテ介護・看護サービスステーション(一体型)

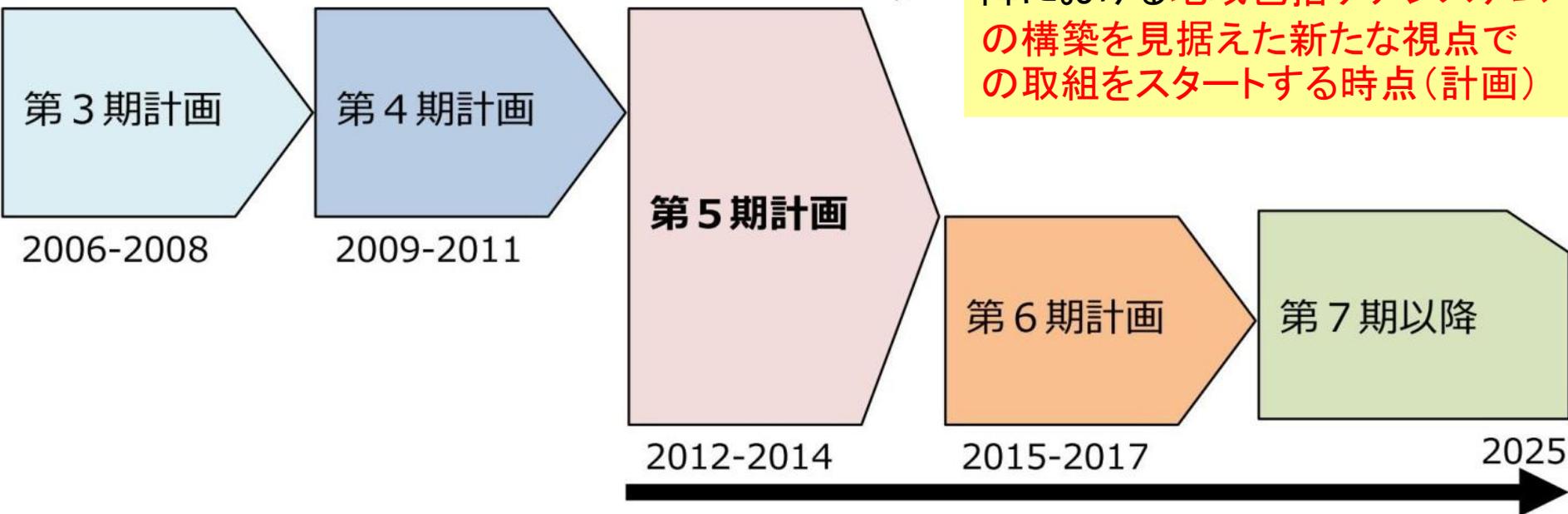
## 【ほくおうケアサービス】

○定期巡回・随時対応型訪問介護看護ほくおう

# 地域包括ケアシステムの構築を見据えた 介護保険事業計画策定へ

平成 26 (2014) 年度までの目標設定

第5期計画については、高齢化が本格化する平成27(2015)年度以降における地域包括ケアシステムの構築を見据えた新たな視点での取組をスタートする時点(計画)



高齢化が一段と進む平成 37 (2025) 年に向けて  
地域包括ケアの構築を見据えた新たな視点での取組

# 今後のサービス提供の方向性 ～厚労省～

## ①在宅サービス・居住系サービスの強化

- 24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどの充実
- サービス付き高齢者向け住宅の充実

## ②介護予防・重度化予防

- 要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進
- 生活期リハビリテーションの充実
- ケアマネジメントの機能強化

## ③医療と介護の連携の強化

- 在宅要介護者に対する医療サービス確保
- 他制度、多職種ของทีมケア推進
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスを提供
- 退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスの提供

## ④認知症対応の推進

- 認知症対応のケアモデル構築や地域密着型サービス強化
- 市民後見人育成など権利擁護推進

# 『地域包括ケア研究会』報告書

出典：平成21年度 老人保健健康増進等事業  
『地域包括ケア研究会 報告書』平成22年3月

## ■ 地域包括ケアを巡る現状と課題

- 介護保険制度の実施状況と2025年の超高齢社会
- 2025の超高齢社会を見据えた課題認識

## ■ 2025年の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
- 地域包括ケアを支える人材の在り方

## ■ 地域包括ケアシステムの構築に向けた当面の改革の方向（提言）

- 地域包括ケアシステムに関する検討部会における提言
- 地域包括ケアを支える人材に関する検討部会における提言
- 持続可能な介護保険制度とするために

# 2025年の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

※多様なサービスは次のサービスを指し、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

▼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） ▼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

# 2025年の地域包括ケアシステムの姿

## 住民主体の組織活用・介護保険制度の役割

- 身体介護や訪問診療・看護、リハは共助の介護保険や医療保険を中心に提供
- 生活支援サービスは自治会やNPOなど住民主体のさまざまな活動体が自治体・地域包括支援センターの積極的な支援を得て活動
- 地域包括支援センターは住民主体の組織運営への支援・システム化にも取り組み、介護保険サービスだけでなく、介護保険対象外のさまざまな生活支援サービスも把握しており、利用者やケアマネが地域包括支援センターに相談すればさまざまな情報が提供される

# 2025年の地域包括ケアシステムの姿

## 自立支援型マネジメントの徹底

- 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を提供
- ケアマネ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、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
- ケアプランは、要介護状態の改善や悪化防止の達成目標を設定して作成され、各サービス提供者が目標達成に向け計画的にサービスを提供
- サービス担当者会議が定期的に開催され、目標達成状況を点検し、ケアマネはその結果を踏まえてケアプランを修正し、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は、各ケアマネによるケースマネジメントだけでは十分対応できないため、管轄の地域包括支援センターが地域ケア会議を招集し、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

# 2025年の地域包括ケアシステムの姿

## 医療との連携

- 医療と介護の機能分化・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は、病院の医療連携室から利用者の担当ケアマネに連絡が入り、退院時カンファレンスが開催され、情報共有を徹底
- 在宅生活支援が困難なケースは、管轄の地域包括支援センターが地域ケア会議で訪問診療、訪問看護、訪問介護等専門職、民生委員、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  
(医療・介護連携のあるべき姿を例示＝認知症、脳卒中、廃用症候群、がん)

# 2025年の地域包括ケアシステムの姿

## 介護予防・軽度者

○軽度者には、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

○自立高齢者にも、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、さまざま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

# 2025年の地域包括ケアシステムの姿

## 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
- 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、担当地域を巡回
- 夜間は緊急通報による連絡を主としており、深夜帯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
- 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、訪問リハ等)を、状態に応じ組み合わせ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、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
- 包括報酬となり、経済的な負担の面でも従来型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
- 生活期リハは、看護職・介護職のチームにリハ専門職等も加わり、リハ専門職はリハプログラムを作成し、家族や介護職への指導や改善のアセスメントを実施

# 2025年の地域包括ケアシステムの姿

## 高齢者住宅の整備確保

- 住み続けることが可能な住宅が整備され、状態変化に応じて、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
- 「住まい」と「必要なケア」が利用者の状態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
- 持ち家を賃貸することで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を実施
- 多くの市町村では、借家に住む高齢者にも住み替え時の家賃助成を実施

# 2025年の地域包括ケアシステムの姿

## 施設の有効活用

○在宅復帰に向けて生活期リハを集中的に受ける必要がある者のために、リハ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付けられている

○こうした機能を持たない従来型の介護保険施設は「ケアが組み合わせた集合住宅」として位置付けられている

○「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。特に、介護する家族のいない重度者は、優先的に入居出来る仕組みになっている

○「ケアが組み合わせられた集合住宅」は、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ステーションにもなっている

○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。サテライト型の拠点施設には民家改築などコストを抑えて整備されることが多い

# 2025年の地域包括ケアシステムの姿

## 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、さまざまな人々が連携しつつ参画している。

# 2025年の地域包括ケアシステムの姿

## 地域包括ケアを支える各人材の役割分担(イメージ)

### 医療・リハビリ

(居宅サービスの場合)

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

# 介護職

		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>・<u>認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援</u></li> <li>・<u>要介護者に対する基礎的な医療的ケアの実施</u></li> <li>・<u>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)</u></li> <li>・<u>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</u></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>・<u>認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援</u></li> </ul>

日常生活の支援(民間事業者・NPO等)＝配食、日々の移動の手伝い、レクリエーションに、2025年には家事援助も追加

# 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた 検討チーム(第2R:認知症と精神科医療)

## 認知症を考慮した目標値

(とりまとめ概要)

## 退院に着目した目標値

- ①入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とする
  - ②BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場合、速やかに症状の軽減を目指し、退院促進する
- ①②の精神科医療の提供に係る基本的考え方を前提として、平成32年度までに、精神科病院に入院した認知症患者のうち、50%が退院するまでの期間を入院から2カ月とする(現在の6ヶ月から大幅に短縮)

退院に着目した目標値の実現に向け、

- 「退院支援・地域連携クリティカルパス」の開発・試行・普及を通じて、退院後の地域における受け皿の整備に向けた取り組みを確実に進めるとともに、介護保険事業計画への反映方法を検討し、各自治体における第6期介護保険事業計画以降のサービス見込み量の算定につなげていく
- 取り組みの進み具合を定期的に把握
- 障害保健福祉部と老健局とが連携しながら、整備を進めていく

# 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた 検討チーム(第2R:認知症と精神科医療)

## 認知症を考慮した目標値

(とりまとめ概要)

### 入院に着目した目標値

目標値に関する議論の過程において、

●退院に着目した目標値だけでは不十分であり、入院に着目した目標値(例えば、精神病床での認知症による入院者数に関する目標値、入院が必要な人の状態像の明確化、できるだけ入院に至らないための地域支援の拡充に関する目標値)も併せて設定すべきとの強い意見があった

●これに対して、「入院を前提とせず、地域生活を支えるための精神科医療とする」との前提の下、入院が必要な人を入院させるのであって、入院に着目した目標値は不要との強い意見が出され、賛否両論の議論が交わされた

入院を前提とせず、地域生活を支えるための地域支援の拡充に関する目標値については、今後、老健局をはじめとして障害保健福祉部など関係部局が連携し、適切に検討が深められることを求める

(参考)

# 認知症患者への退院支援

☆病状が安定しているにもかかわらず、長期入院を続ける患者への退院支援☆  
・家族としては在宅で支援したいが、負担が大きく退院させることを躊躇している等

## 入院

・病状安定のための治療と支援(服薬治療、精神科作業療法等)  
・退院後の生活支援に向けた介護支援専門員(ケアマネージャー)との連絡調整  
・家族や介護者への支援

## 退院

### 退院先が在宅の場合

### 退院先が施設の場合

ショートステイ

夜間対応型  
訪問介護

特別養護  
老人ホーム

介護老人  
保健施設

認知症対応型  
通所介護  
(デイサービス)

訪問看護

居宅介護支援  
(ケアプラン)

通所リハビリテーション  
(デイ・ケア)

地域包括  
支援センター

★認知症患者、家族・介護者の希望に添った支援を行う★

在宅介護  
支援センター

小規模多機能型  
居宅介護

認知症グループホーム

退院支援・地域連携クリティカルパスの活用



精神科医療機関等

(医療)  
・服薬治療  
・訪問診療  
・訪問看護  
・重度認知症  
デイ・ケア

認知症  
疾患医療  
センター

認知症サポート  
医、かかりつけ  
の医師等

介護支援専門員等が居宅サービス計画等を作成し、  
医療機関、事業者等との連絡調整を行う

# 社会保障・税一体改革成案による介護の将来像

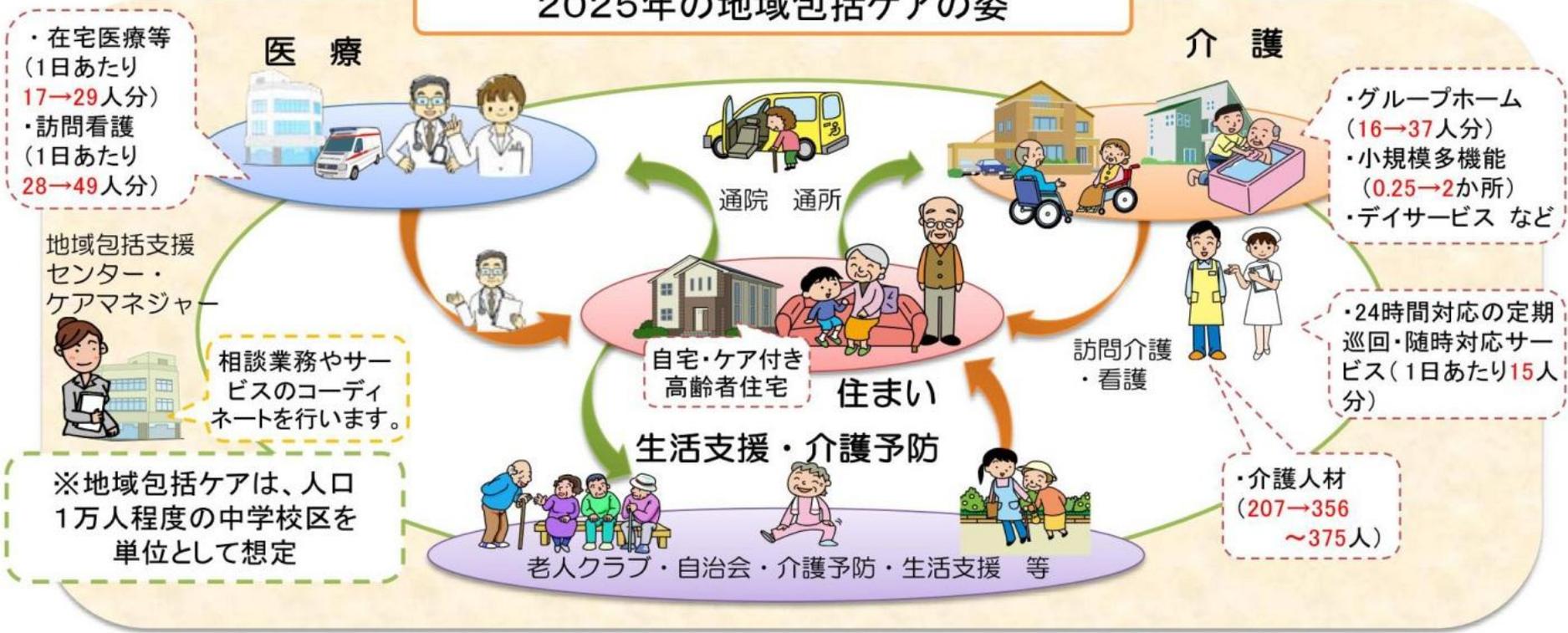
○住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになる。

## <改革の主な具体策>

- ・24時間対応の訪問サービス、グループホームや小規模多機能型サービスなどのサービスが充実。
- ・介護予防事業等により要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発になる。
- ・介護職員の処遇を改善し、キャリアパスを確立することにより、介護に必要な労働力が安定的に確保され、介護職員が誇りを持って仕事に取り組むことができる。



## 2025年の地域包括ケアの姿



※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもので、人口1万人の場合

# 地域包括ケア体制について

## (平成24年度予算(案)関係)

### 地域ケア多職種協働推進等事業(老健局)

24'予算(案)約8.2億円

#### <実施箇所数>

申請のあった  
都道府県・市町村

- 地域包括ケア推進指導者の養成
- 「地域ケア会議」の運営指導
- 専門職の派遣  
・OT、PT、管理栄養士、  
弁護士等
- ワンストップ相談支援事業
- 家族介護者支援

#### <実施主体>

都道府県  
市町村  
地域包括支援センター

## 市町村

### 地域包括支援センター(4,065か所)

24' 予算(案) 約486億円

※包括的支援事業及び任意事業の国庫補助額

保健師

社会福祉士

主任  
ケアマネジャー

#### 人材育成や 後方支援

#### 「地域ケア会議」の設置・運営

##### 【趣旨】

医療・介護従事者、行政機関、家族等の支援関係者や対象者が一堂に会し、個々の利用者について、アセスメント結果を活用したケア方針の検討・決定等を行う。

##### (構成員の例)

市町村、ケアマネジャー、  
医師、医療関係者、  
介護サービス事業者、  
家族

#### 医師会の協力 体制づくりや 医師の派遣等

利用者

ケアマネ

介護事業者

医師等

### 在宅医療連携 拠点事業 (医政局)

24'予算(案)約21億円

#### <実施箇所数>

96箇所  
※モデル事業

- 多職種連携の課題に対する解決策の抽出  
・在宅医療に関する連携スキームの構築
- 在宅医療従事者の負担軽減の支援  
・一人開業医の24時間体制のサポート(輪番当番制)
- 効率的な医療提供のための多職種連携  
・コーディネーターの配置  
・地区医師会との連絡調整
- 普及啓発
- 人材育成

#### <実施主体>

都道府県、市町村、医療機関、訪問看護事業所、医師会等職能団体等

※ 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。

# 次期報酬改定・制度見直しに向けて

改定・制度見直し内容を事業所・施設全職員、関係者で共有（現行の報酬についても確認）

今後の対応について、経営者、管理職、中堅職員、所属団体など各レベルで検討

新たな報酬・制度で可能なことから着手と検証

27年度報酬改定・30年度制度見直しなど、先を見越した要望・提案活動

ご清聴ありがとうございました