介護支援専門員実務研修
２日目

第９章
地域包括ケアシステム及び
社会資源

前半を堀部が、後半は社会資源について内藤が担当します

本科目の目的

■目的

1．地域包括ケアの理念を踏まえ、地域包括ケアを推進していくにあたり介護支援専門員に求められる役割を理解する。

2．利用者を支援するうえで知っておくべき各種制度や地域の社会資源の重要性を理解する。

本科目の修得目標

■修得目標

1. 地域包括ケアが求められる背景について説明できる。
2. 地域包括ケアの意義と目的について説明できる。
3. 利用者の地域の社会資源の調査を実施できる。
4. 地域包括ケアにおける介護支援専門員の役割について説明できる。
5. 地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等を述べることができる。

1．地域包括ケアとは

●地域包括ケア

　地域住民が住み慣れた地域で安心して尊厳ある生活を継続できるよう、介護保険制度によるサービスのみならず、フォーマルやインフォーマルの多様な社会資源を本人が活用できるように、包括的・継続的に支援すること。

●地域包括ケアシステム

　医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制

「地域包括ケアシステム」に係る規定

平成24年度実施

介護保険法　第5条第3項

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

平成27年度実施

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

第2条（定義）

この法律において、「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

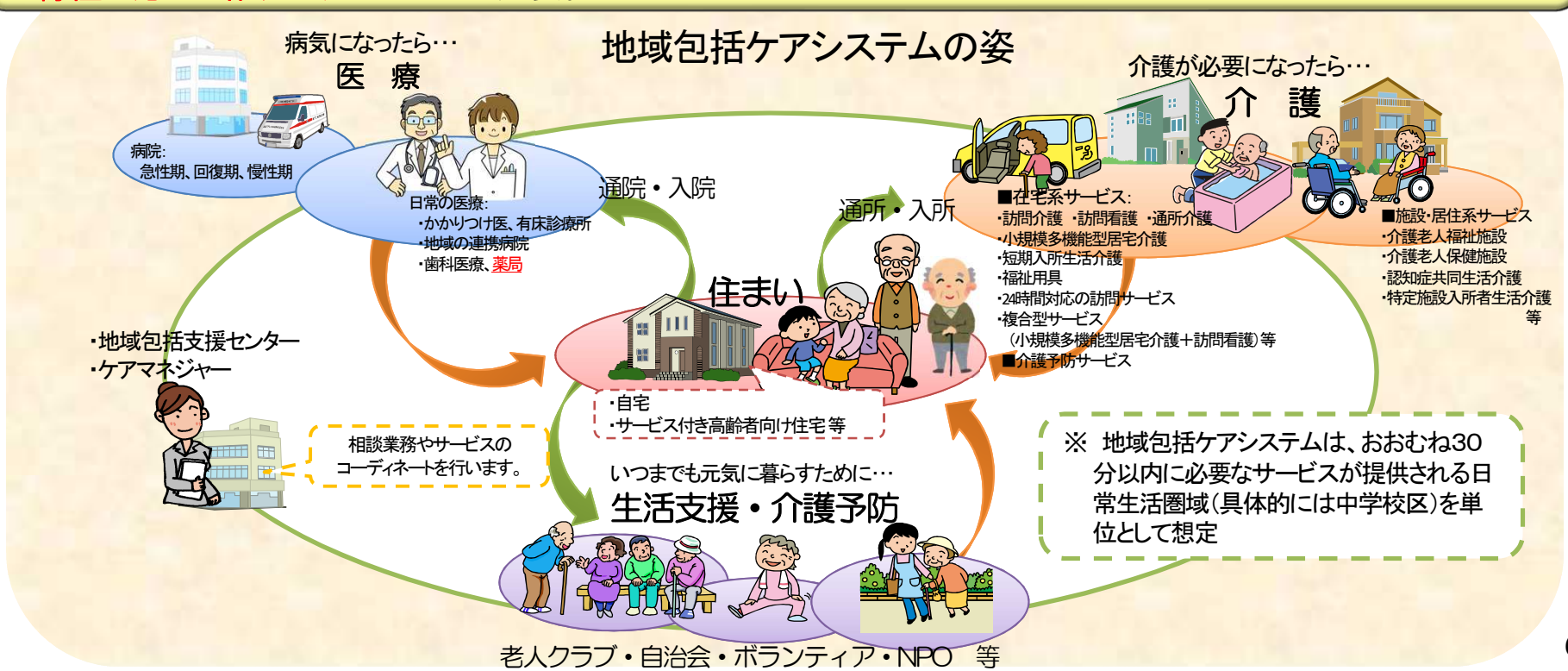
地域包括ケアシステムの構築について

○　団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現**。

○　今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○　人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。

○　地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。



圏　域


新庄村
鏡野町
津山市
奈義町
西粟倉村
真庭圏域
津山・勝英圏域
真庭市
勝央町
新見市
美咲町
美作市
久米南町
高梁・新見圏域
吉備中央町
和気町
赤磐市
高梁市
備前市
県南東部圏域
総社市
井原市
矢掛町
岡山市
瀬戸内市
県南西部圏域
早島町
浅口市
倉敷市
里庄町
玉野市
笠岡市

岡山県内各地における日常生活圏域

圏　域　名	構　成　市　町　村(日常生活圏域数)
県南東部	岡山市（36）　玉野市（7）　備前市（2）　瀬戸内市（4） 赤磐市（4）和気町（1）　吉備中央町（2）
県南西部	倉敷市（26）　笠岡市（2）　井原市（5）　総社市（4） 浅口市（3）早島町（1）　里庄町（1）　矢掛町（1）
高梁･新見	高梁市（7）　新見市（7）
真　　庭	真庭市（6）　新庄村（1）
津山･勝英	津山市（8）　美作市（5）　鏡野町（1）　勝央町（1） 奈義町（1）西粟倉村（1）　久米南町（1）　美咲町（3）

2. 地域包括ケアが求められる背景

（1）人口減少と75歳以上高齢者の増加

（2）高齢者世帯の増加

（3）要介護高齢者の増加

（4）認知症高齢者の増加

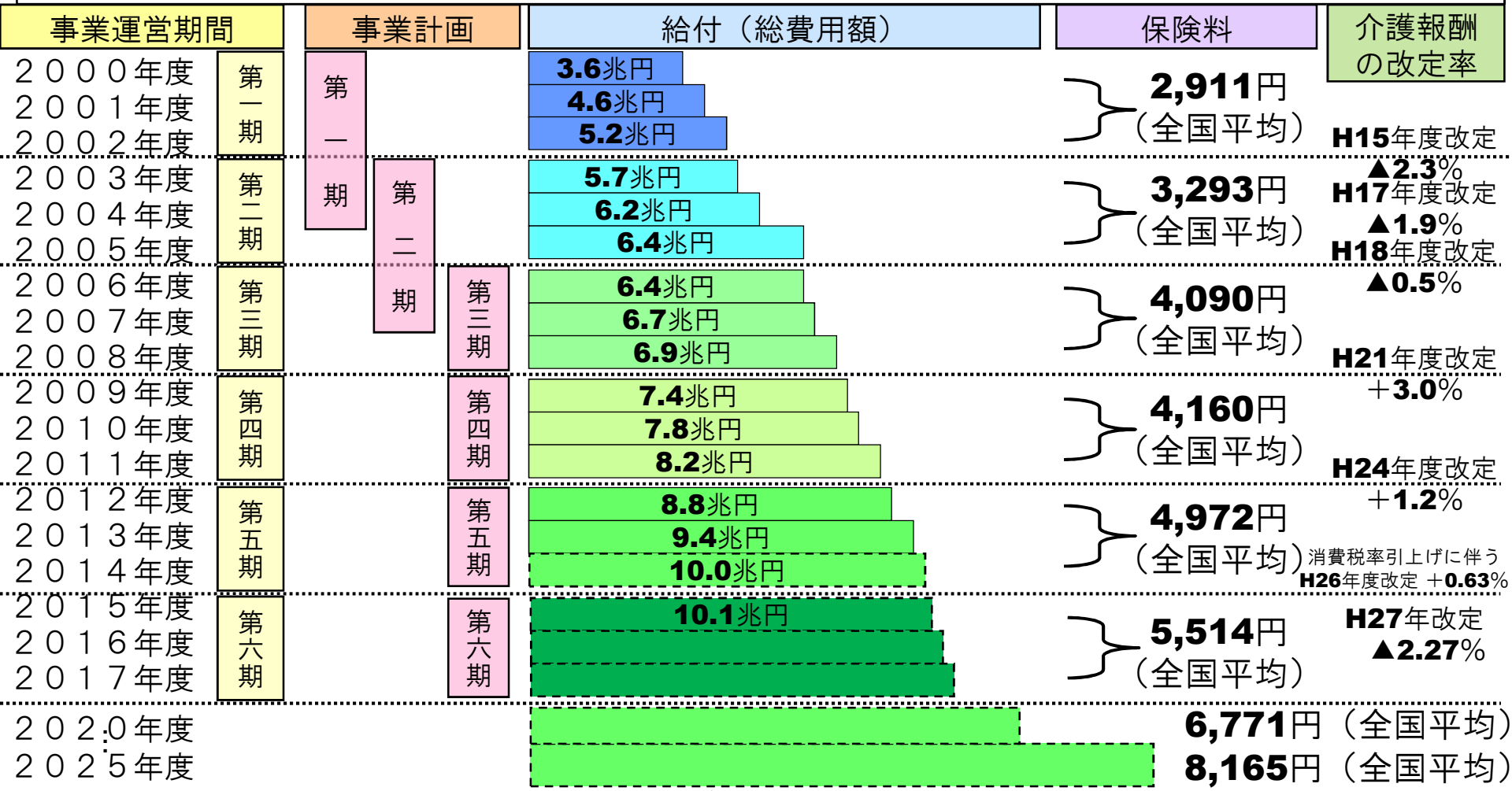
（5）介護給付と保険料の上昇

（6）少子高齢化と介護人材の不足

介護給付と保険料の推移

○ 市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。

○ 高齢化の進展により、保険料が2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。



※2012年度までは実績であり、2013～2015年度は当初予算である。
※2020年度及び2025年度の保険料は全国の保険者が作成した第6期介護保険事業計画における推計値。

【参考】　認知症の人の将来推計について

○ 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率（2025年）。

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合：19%。

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合：20.6%。

※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病（糖尿病）の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

○ 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業　九州大学　二宮教授）による速報値

年	平成24年（2012）	平成27年（2015）	平成32年（2020）	平成37年（2025）	平成42年（2030）	平成52年（2040）	平成62年（2050）	平成72年（2060）
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/（率）	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/（率）		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

1．地域包括ケアシステムの基本理念

（1）尊厳の保持と自立支援

本人の意思を尊重し、自立生活を支援するための体制が必要

（2）介護支援専門員に求められる視点

「要介護状態等の軽減又は悪化の防止」

身体的・心理的・社会的自立ー活動・参加

多様な社会資源との連携

P.585~586

2. 地域包括ケアシステムの構成要素

（1）地域包括ケアシステムの5つの構成要素

医療・介護・介護予防・住まい・生活支援

→「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」

「介護予防・生活支援」「すまいとすまい方」

地域包括ケアシステムの「植木鉢」



三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」
（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

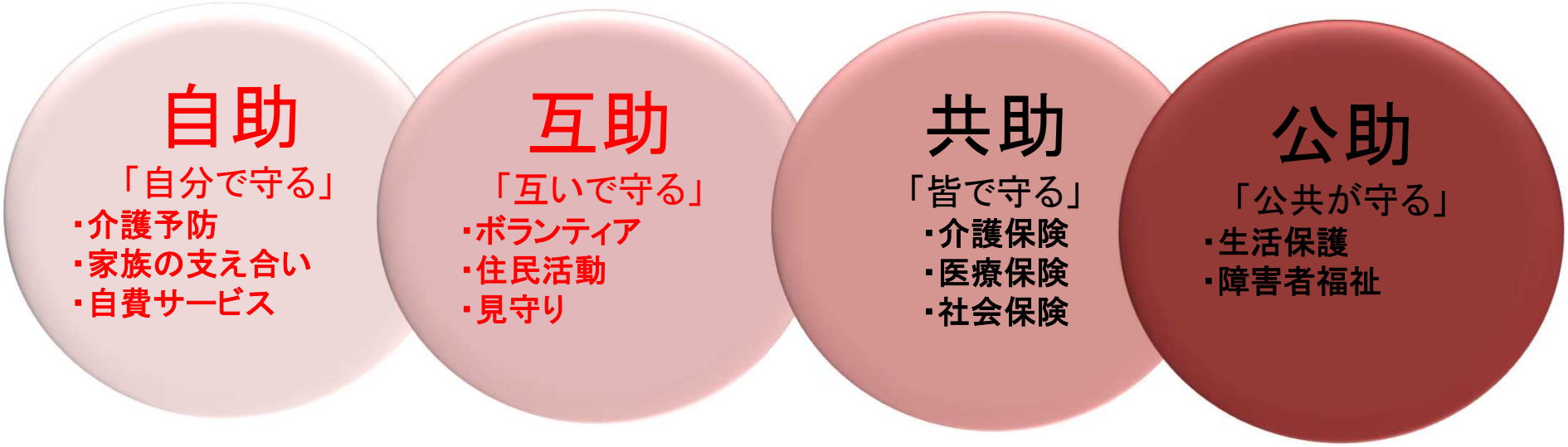
（2）地域包括ケアシステムの4つの視点

「自助」 自分のことを自分ですること

「互助」 相互の支え合い

「共助」 社会全体で負担し合う、システム化された支え合い

「公助」 税による公の負担



私の財布　誰かの財布　皆の財布　公の財布

３．地域包括ケアシステムの構築と介護保険事業計画等の行政計画

市町村・都道府県
　地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護保険事業（支援）計画等の行政計画を立案

→地域包括ケアシステムの構築を計画、政策化し実現

4. 地域支援事業

高齢者が要介護状態等になることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるように支援（市町村が実施）。

①介護予防・日常生活支援総合事業

②包括的支援事業

③任意事業

新しい地域支援事業の全体像

介護保険制度

＜従前＞

【財源構成】
国　25%
都道府県　12.5%
市町村　12.5%
1号保険料　22%
2号保険料　28%

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

地域支援事業

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。

【財源構成】
国　39%
都道府県　19.5%
市町村　19.5%
1号保険料　22%

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

従前と同様 →

事業に移行 →

全市町村で実施 →

＜改正後＞

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

多様化

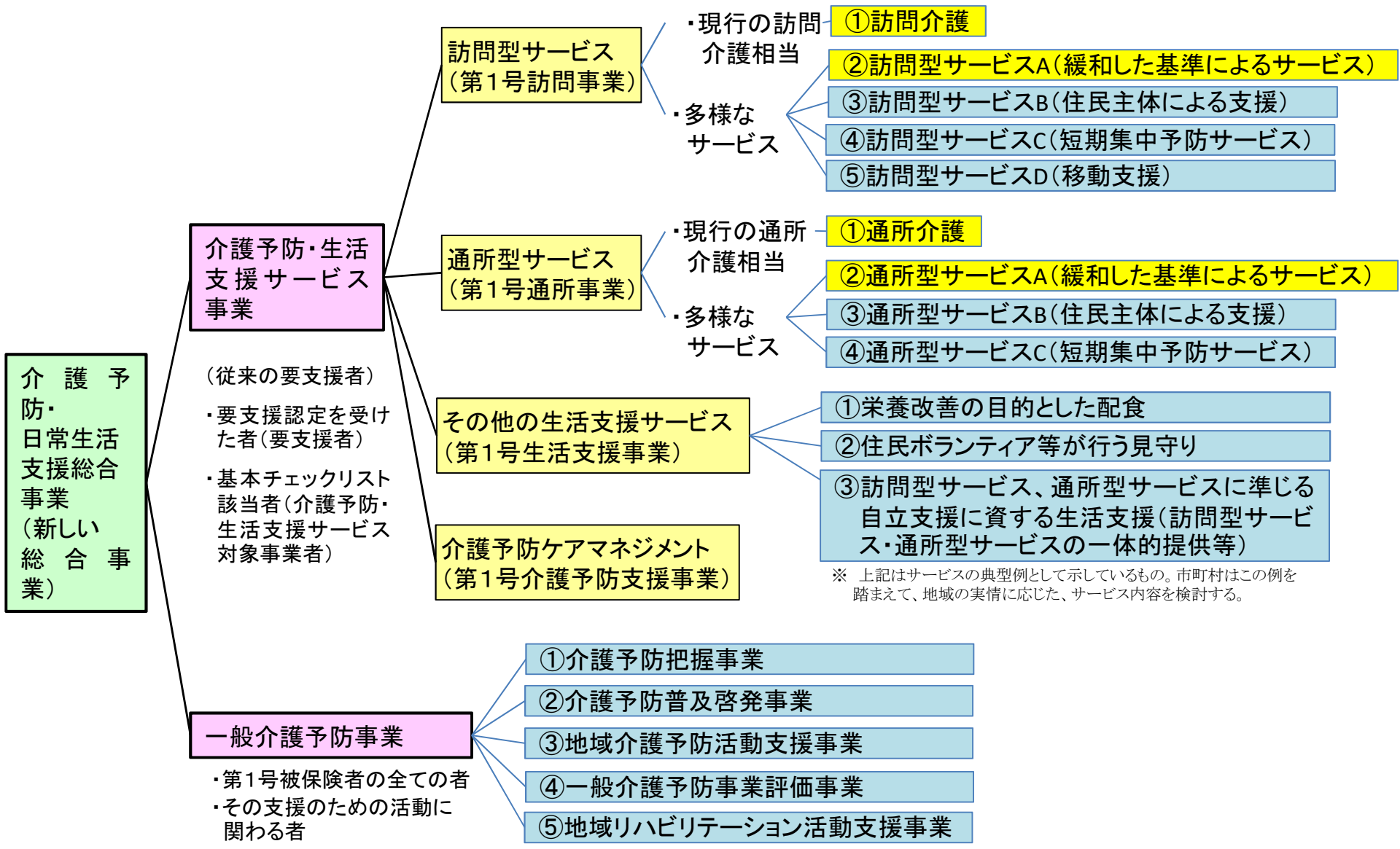
地域支援事業

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）

充実

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

介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の構成



第６　総合事業の制度的な枠組み

【参考】新しい介護予防事業

〇機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
〇年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
〇リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

現行の介護予防事業

一次予防事業

・介護予防普及啓発事業
・地域介護予防活動支援事業
・一次予防事業評価事業

二次予防事業

・二次予防事業対象者の把握事業
・通所型介護予防事業
・訪問型介護予防事業
・二次予防事業評価事業

一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直す

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

一般介護予防事業

・介護予防把握事業
地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる。

・介護予防普及啓発事業
介護予防活動の普及・啓発を行う。

・地域介護予防活動支援事業
地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う。

・一般介護予防事業評価事業
介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う。

・（新）地域リハビリテーション活動支援事業
地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。

介護予防・生活支援サービス事業

介護予防・日常生活支援総合事業

※従来、二次予防事業で実施していた運動器の機能向上プログラム、口腔機能の向上プログラムなどに相当する介護予防については、介護予防・生活支援サービス事業として介護予防ケアマネジメントに基づき実施

５．地域包括支援センターの概要

（１）目的

「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」（介護保険法第１１５条の４６）

保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員がチームで活動。

地域包括支援センターの機能強化

〇高齢化の進展、相談件数の増加等に伴う業務量の増加およびセンターごとの役割に応じた人員体制を強化する。
〇市町村は運営方針を明確にし、業務の委託に際しては具体的に示す。
〇直営等基幹的な役割を担うセンターや、機能強化型のセンターを位置づけるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。
〇地域包括支援センター運営協議会による評価、PDCAの充実等により、継続的な評価・点検を強化する。
〇地域包括支援センターの取組に関する情報公表を行う。



在宅医療・介護連携

地域医師会等との連携により、在宅医療・介護の一体的な提供体制を構築

生活支援コーディネーター

高齢者のニーズとボランティア等の地域資源とのマッチングにより、多様な主体による生活支援を充実

認知症初期集中支援チーム
認知症地域支援推進員

早期診断・早期対応等により、認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けられる支援体制づくりなど、認知症施策を推進



地域包括支援センター
※ 地域の実情を踏まえ、基幹的な役割のセンター（※１）や機能強化型のセンター（※２）を位置づけるなどセンター間の役割分担・連携を強化

地域ケア会議

多職種協働による個別事例のケアマネジメントの充実と地域課題の解決による地域包括ケアシステムの構築

包括的支援業務
介護予防ケアマネジメント

従来の業務を評価・改善することにより、地域包括ケアの取組を充実

介護予防の推進

多様な参加の場づくりとリハビリ専門職の適切な関与により、高齢者が生きがいをもって生活できるよう支援

今後充実する業務については地域包括支援センターまたは適切な機関が実施
＜例＞
- 基幹的な役割のセンターに位置づける方法
- 他の適切な機関に委託して連携する方法
- 基幹的な役割のセンターと機能強化型のセンターで分担する方法　　等



市町村
運営方針の策定・新総合事業の実施・地域ケア会議の実施等



都道府県
市町村に対する情報提供、助言、支援、バックアップ等

※１　基幹的な役割のセンター
（直営センターで実施も可）
たとえば、センター間の総合調整、他センターの後方支援、地域ケア推進会議の開催などを担う

※２　機能強化型のセンター
過去の実績や得意分野を踏まえて機能を強化し、他のセンターの後方支援も担う

第３節　地域包括ケアシステムが求められる背景と基本理念

P24

１　背景と基本的な考え方

○地域包括ケアの考え方は、高齢者に限ったものではなく、

○地域包括ケアシステムは、介護保険制度の目的である利用者の尊厳の保持と自立支援を具体的に実現するうえで、必要なシステムである。

○また、介護保険法第4条の国民の健康保持の努力義務をサポートするためにも必要である。

○地域の実情に応じてシステムの構築がなされる。

第３節　地域包括ケアシステムが求められる背景と基本理念

P25～P29

２　地域包括ケアの推進に向けた取り組み

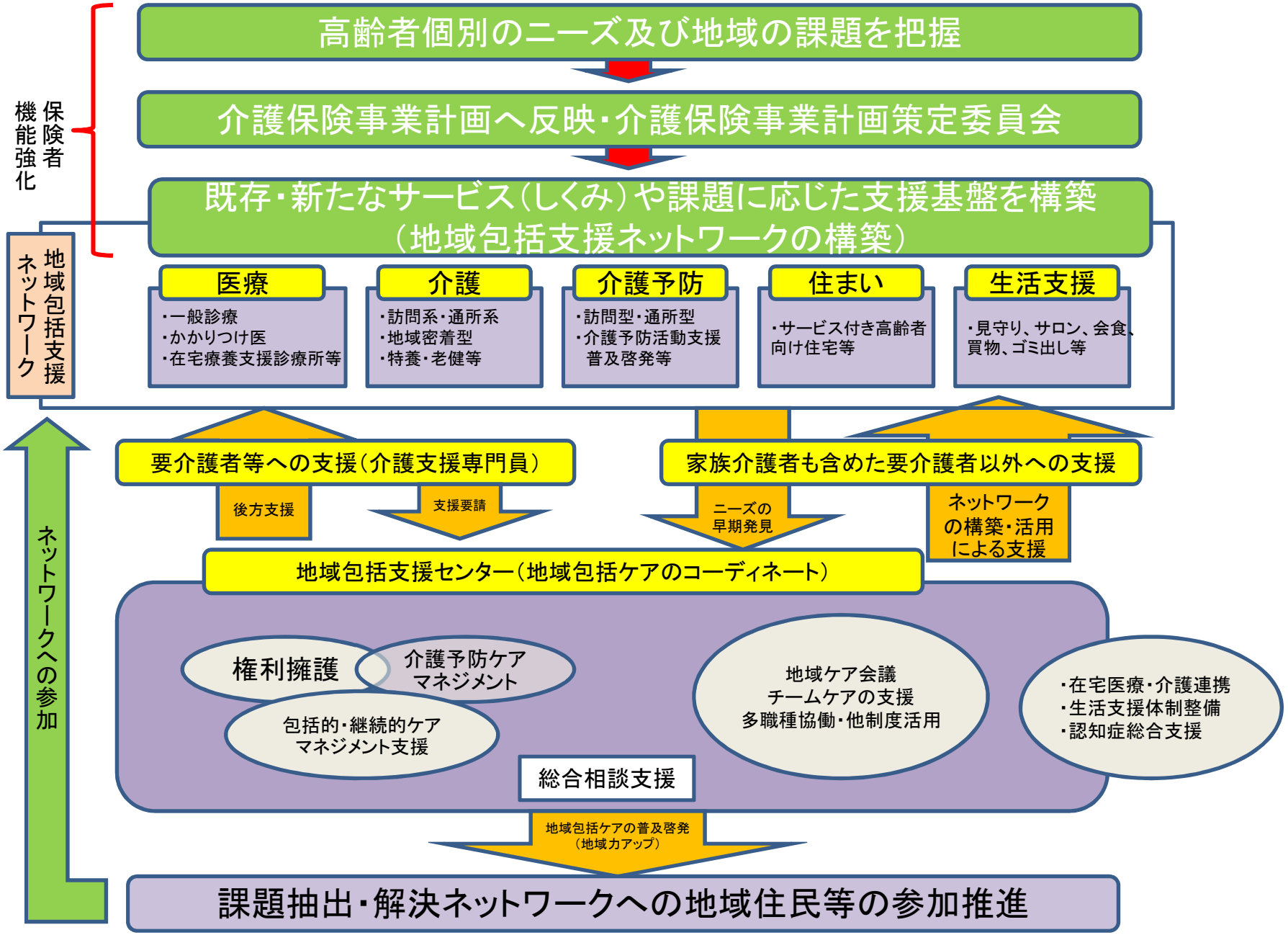
①在宅医療・介護連携の推進

②認知症施策の推進

- 新オレンジプラン
- 認知症初期集中支援チーム
- 認知症地域支援推進員

③生活支援サービスの充実・強化

④地域ケア会議の推進


保険者機能強化
高齢者個別のニーズ及び地域の課題を把握
介護保険事業計画へ反映・介護保険事業計画策定委員会
既存・新たなサービス（しくみ）や課題に応じた支援基盤を構築
（地域包括支援ネットワークの構築）
地域包括支援ネットワーク
医療
・一般診療
・かかりつけ医
・在宅療養支援診療所等
介護
・訪問系・通所系
・地域密着型
・特養・老健等
介護予防
・訪問型・通所型
・介護予防活動支援
普及啓発等
住まい
・サービス付き高齢者向け住宅等
生活支援
・見守り、サロン、会食、買物、ゴミ出し等
要介護者等への支援（介護支援専門員）
家族介護者も含めた要介護者以外への支援
後方支援
支援要請
ニーズの早期発見
ネットワークの構築・活用による支援
地域包括支援センター（地域包括ケアのコーディネート）
権利擁護
介護予防ケアマネジメント
包括的・継続的ケアマネジメント支援
総合相談支援
地域ケア会議
チームケアの支援
多職種協働・他制度活用
・在宅医療・介護連携
・生活支援体制整備
・認知症総合支援
地域包括ケアの普及啓発
（地域力アップ）
課題抽出・解決ネットワークへの地域住民等の参加推進
ネットワークへの参加

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

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

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握

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



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

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

（キ）地域住民への普及啓発

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



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

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

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

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

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

◆同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討
例）二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、医療・介護関係者間で情報共有の方法等について協議　等

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

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

（カ）医療・介護関係者の研修

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

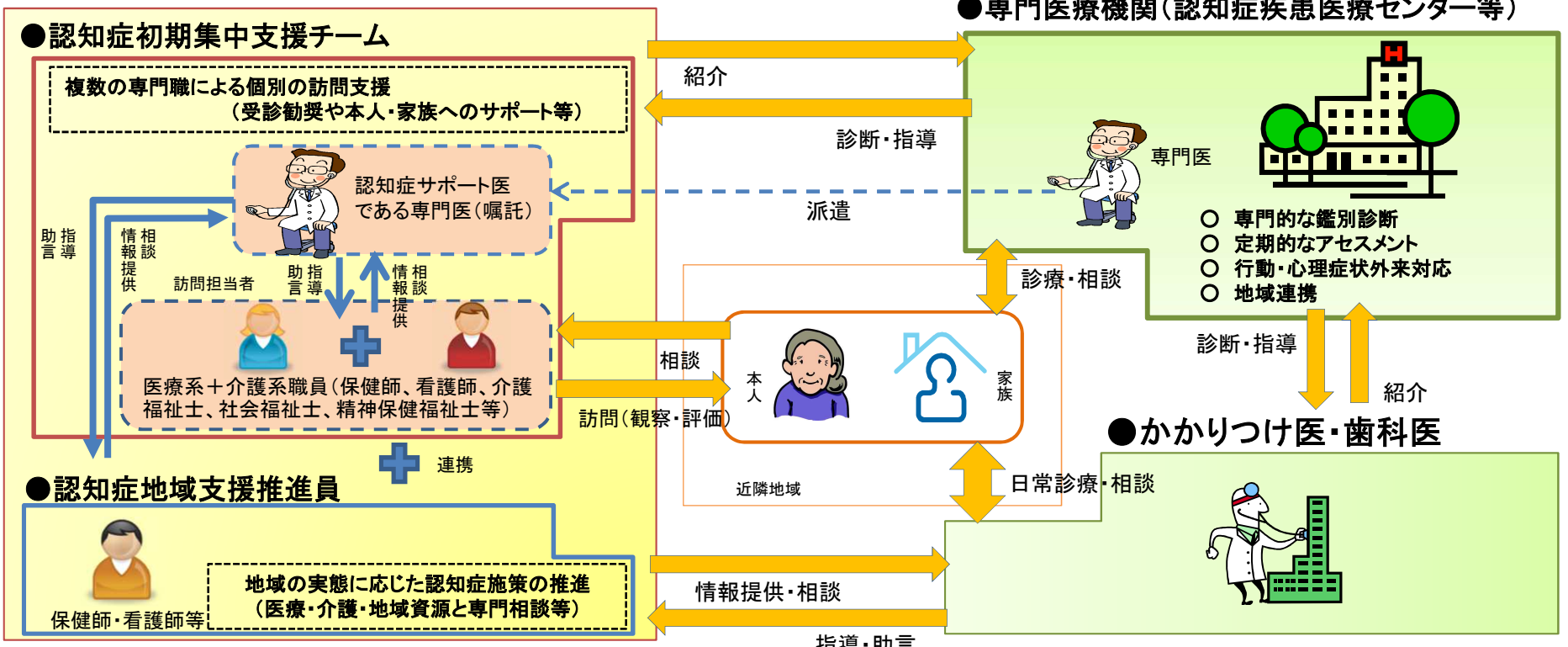
認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下（司令塔機能）に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

○認知症初期集中支援チーム（個別の訪問支援）
－複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問（アウトリーチ）し、認知症の専門医による鑑別診断等をふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。

○認知症地域支援推進員（専任の連携支援・相談等）
－認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



≪認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ≫

①訪問支援対象者の把握、②情報収集（本人の生活情報や家族の状況など）、**③初回訪問時の支援**（認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート）、**④観察・評価**（認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子のチェック）、**⑤専門医を含めたチーム員会議の開催**（観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討）、**⑥初期集中支援の実施**（専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など）、**⑦引き継ぎ後のモニタリング**

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）
～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加　2012（平成24）年 462万人（約7人に1人）　⇒新 2025（平成37）年 約700万人（約5人に1人）
- 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

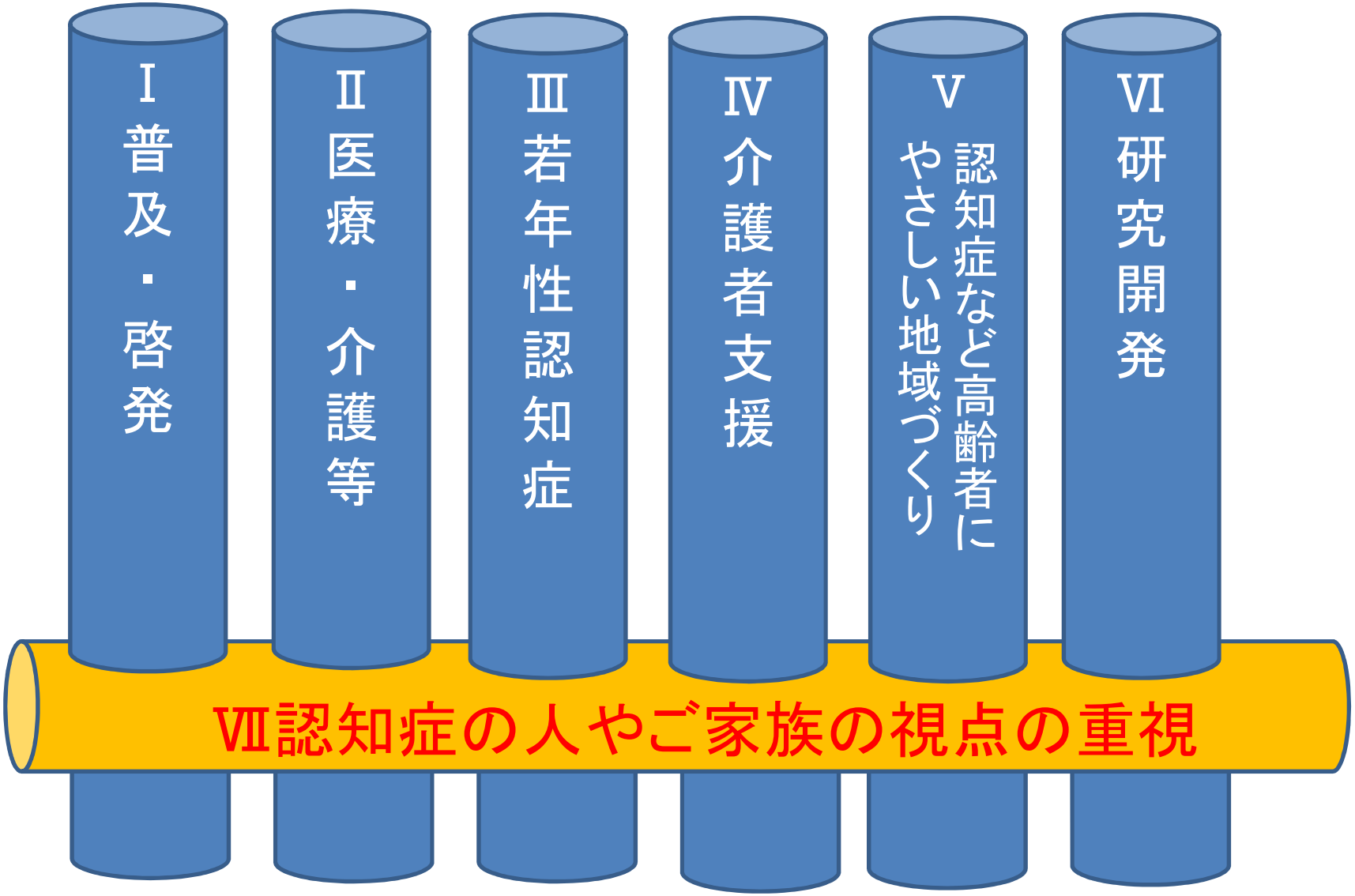
認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- 厚生労働省が関係府省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して策定
- 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年だが、数値目標は　介護保険に合わせて2017（平成29）年度末等
- 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

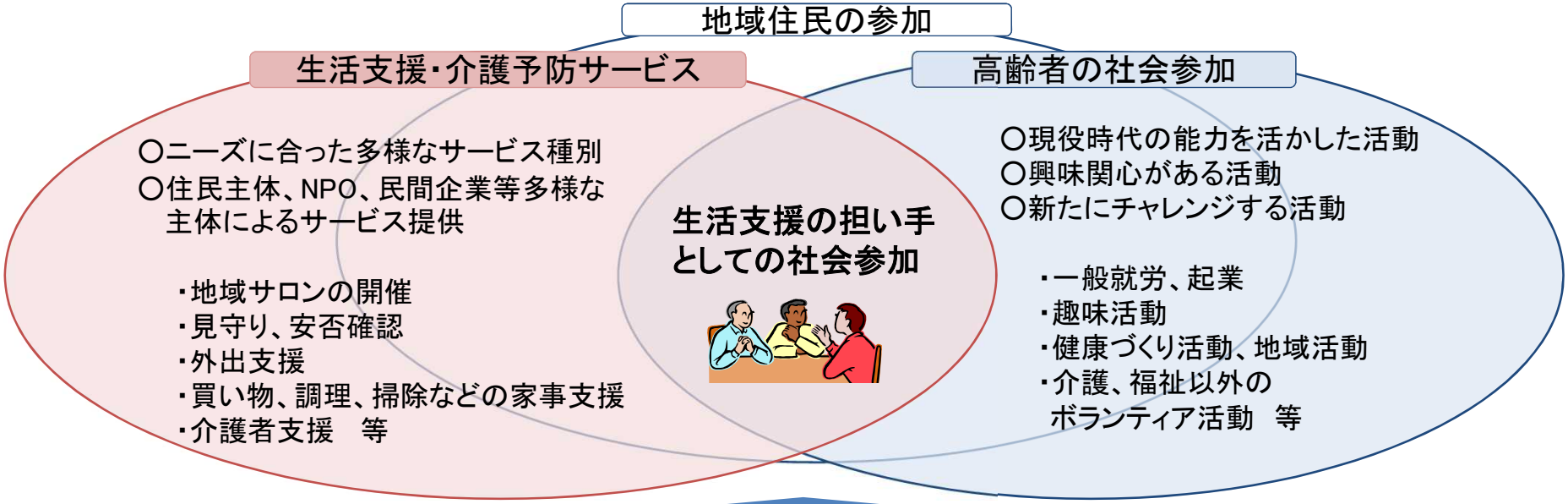
①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
③若年性認知症施策の強化
④認知症の人の介護者への支援
⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
⑦認知症の人やその家族の視点の重視

認知症高齢者にやさしい地域づくりの推進



生活支援・介護予防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・介護予防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・介護予防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・介護予防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「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」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

第４節　地域包括ケアシステムの現状の把握と介護支援専門員の役割

P30～P32

１　地域包括ケアシステムの現状の把握の重要性

○地域包括ケアシステムは、利用者の尊厳の保持と自立支援を目指すものであり、介護支援専門員の業務と密接に関連する。

○自分の地域の介護保険事業計画に関心を持つこと。

２　地域包括ケアシステムの構築と介護支援専門員の役割

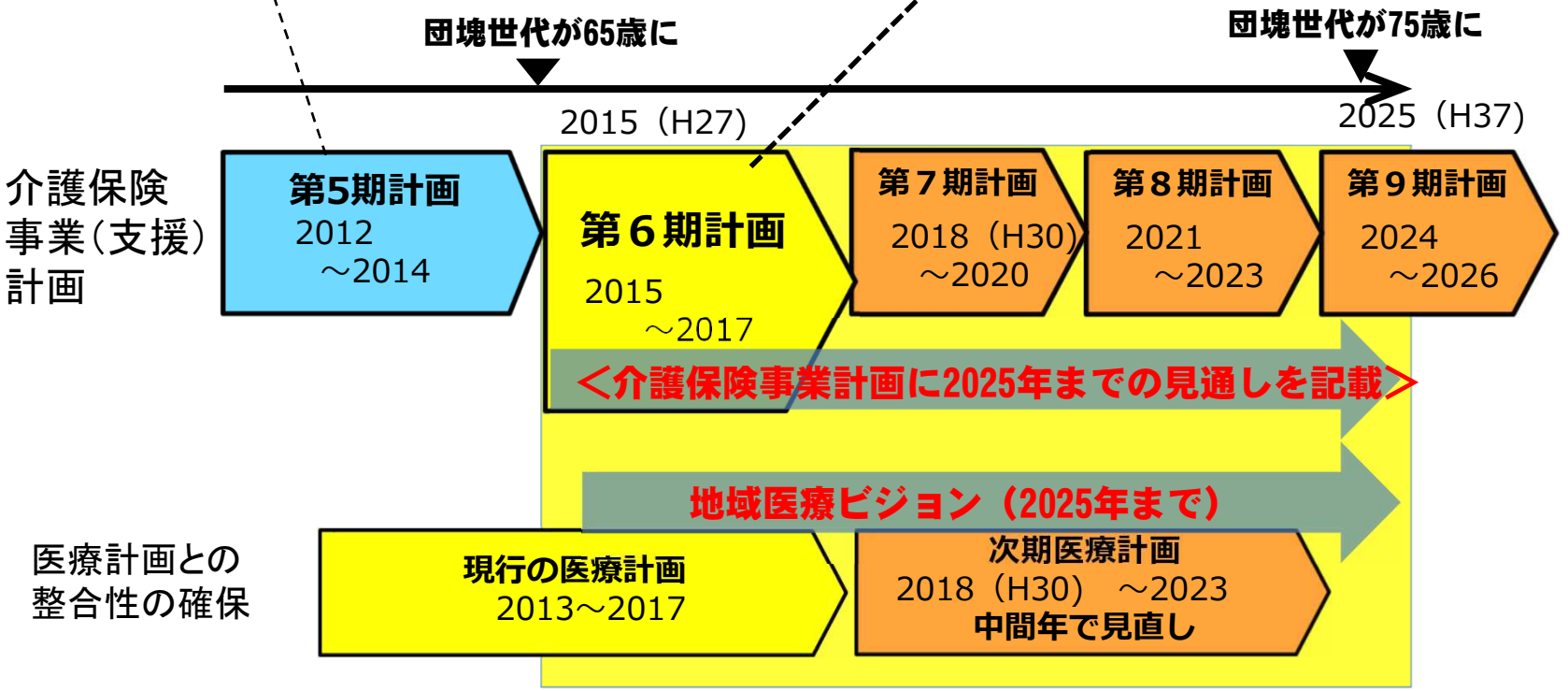
○利用者の尊厳の保持と自立支援を追求し続けることと、業務を通して感じたことに基づき、地域づくりへの提案や参画をすること。（地域包括支援センターとの連携、）

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定等

第５期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる 地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、**①認知症支援策の充実 、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項**を、実情に応じて選択して**位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート**

○**第６期計画以後の計画は、2025年**に向け、第５期で開始した**地域包括ケア実現のための方向性を承継**しつつ、**在宅医療介護連携等の取組を本格化**。

○**２０２５年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計**して記載し、**中長期的な視野に立った施策の展開を図る。**



平成30年度介護報酬改定に関する審議報告の概要（案）

社保審－介護給付費分科会
第156回(H29.12.13)　資料1

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」、「多様な人材の確保と生産性の向上」、「介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保」を図る。

Ⅰ　地域包括ケアシステムの推進

■　中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- ○　中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- ○　医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- ○　医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ○　ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- ○　認知症の人への対応の強化
- ○　地域共生社会の実現に向けた取組の推進

Ⅱ　自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

■　介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- ○　リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- ○　リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- ○　外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- ○　通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- ○　褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- ○　身体的拘束等の適正化の推進

Ⅲ　多様な人材の確保と生産性の向上

■　人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- ○　生活援助の担い手の拡大
- ○　介護ロボットの活用の促進
- ○　定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ○　ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- ○　地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

Ⅳ　介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

■　介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- ○　福祉用具貸与の価格の上限設定等
- ○　集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- ○　サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- ○　通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- ○　長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

平成３０年度診療報酬改定の基本方針（概要）

中医協　総－２－１
２９．１２．１３

改定に当たっての基本認識

▶ 人生100年時代を見据えた社会の実現
▶ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）
▶ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

改定の基本的視点と具体的方向性

1　地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】
・地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
・かかりつけ医の機能の評価
・かかりつけ歯科医の機能の評価
・かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
・国民の希望に応じた看取りの推進

2　新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

【具体的方向性の例】
・緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
・認知症の者に対する適切な医療の評価
・地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
・難病患者に対する適切な医療の評価
・小児医療、周産期医療、救急医療の充実
・口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
・イノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入、データの収集・利活用の推進
・アウトカムに着目した評価の推進

3　医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

【具体的方向性の例】
・チーム医療等の推進等(業務の共同化、移管等)の勤務環境の改善
・業務の効率化・合理化
・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入（再掲）
・地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化（再掲）
・外来医療の機能分化（再掲）

4　効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】
・薬価制度の抜本改革の推進
・後発医薬品の使用促進　　・医薬品の適正使用の推進
・費用対効果の評価
・効率性等に応じた薬局の評価の推進
・医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）

①