

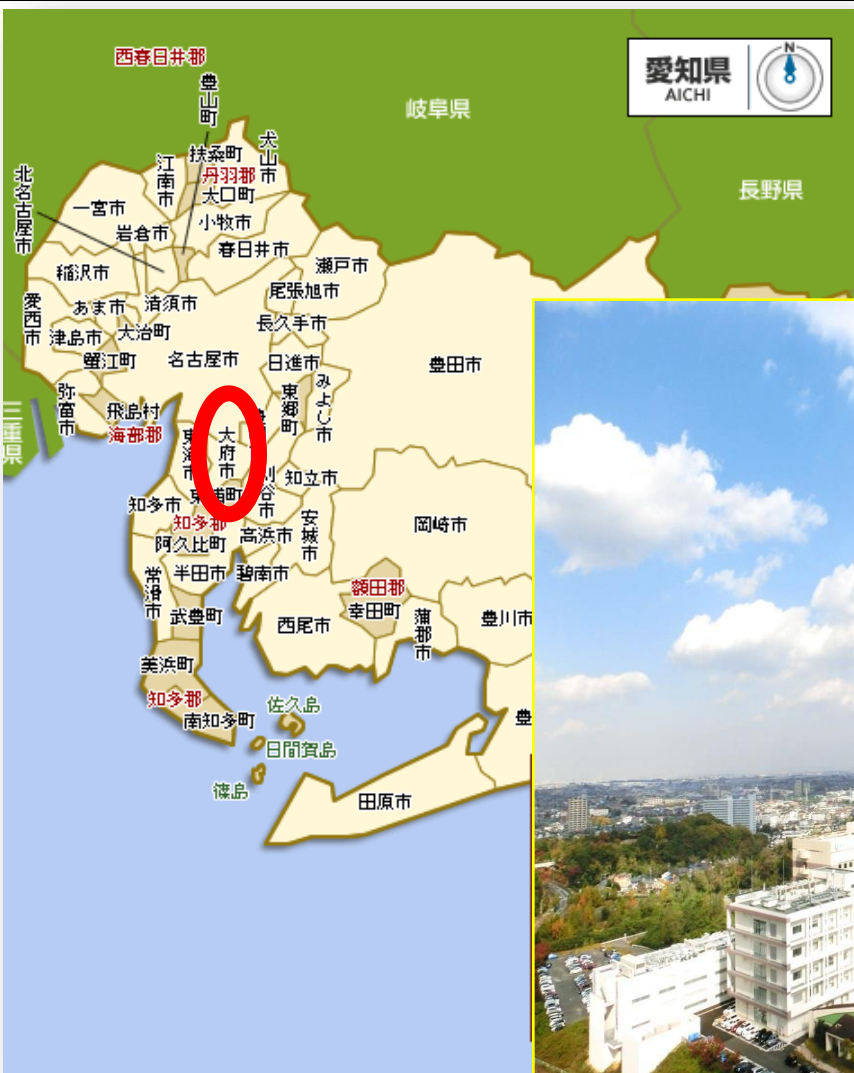
病院の行う退院支援

地域包括ケアシステム構築における
トランジショナル・ケアの可能性



国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部
千田一嘉

国立長寿医療研究センター



愛知県大府市
人口: 8.8万人
高齢化率 18.8%



病院の行う退院支援

本日のお話

1. 超高齢社会の2025年問題の処方箋: 在宅医療
2. 医療・介護総合確保推進法と在宅医療
3. 地域包括ケアシステムの5 +1の要素と自・互・共・公助
4. 病院の行う退院支援: トランジショナル・ケア

(Transitional Care: 移行、変遷、過渡期のケア)

5. 病院と在宅医療の連携・協働のための多職種協働
6. 2025年地域包括ケアシステムの構築に向けて

はじめに

**超高齢社会: 日本
2025年問題の処方箋としての
老年医学と在宅医療**

超高齢社会: 日本

- 2000年に公的介護保険の導入
 - 高齢者の自立を支援、介護者の負担軽減
 - 在宅介護、家族介護への援助、財政的持続可能性
- 2007年に高齢者が21.5%の超高齢社会(初) (2013年10月は25.1%)
 - 平均寿命: 女87歳・男81歳など、いくつかの健康指標が世界一
 - ヨーロッパの高齢社会に比して、第二次世界大戦後に急速に到達
- 2011年に国民皆保険50周年
 - 日本国憲法の保健医療の普遍性を追求
 - 高騰する医療費・高齢化
 - 諸外国に比して高くはない医療費、高い医療の質の確保

THE LANCET [Subscribe](#)

Search for in All Fields [GO](#) [Advanced Search](#)

[Home](#) | [Journals](#) | [Content Collections](#) | [Multimedia](#) | [Conferences](#) | [Information for](#) | [Submit a Paper](#)

Japan: Universal Health Care at 50 Years
Published August 30, 2011

Executive summary

Japan marked the 50th anniversary of universal health care on April 1, 2011. During this relatively short period of time, Japan quickly became a world leader in several health metrics, including longevity. To celebrate and consider Japan's achievements in health, *The Lancet* publishes a Series on universal health care at 50 years in Japan. Six theme papers and eight Comments by Japanese academics with international collaborators document the post-war evolution of health care in Japan—particularly the country's increased participation in global health. In



JCIE 公益財団法人 日本国際交流センター
JAPAN CENTER FOR INTERNATIONAL EXCHANGE

[ホーム](#) [JCIEとは](#) [事業概要](#) [出版](#) [米国法人JCIE](#)

Publications

出版
発行年別一覧

2011	2010	2009
2008	2007	2006
2005	2004	2003
2002	2001	~2000

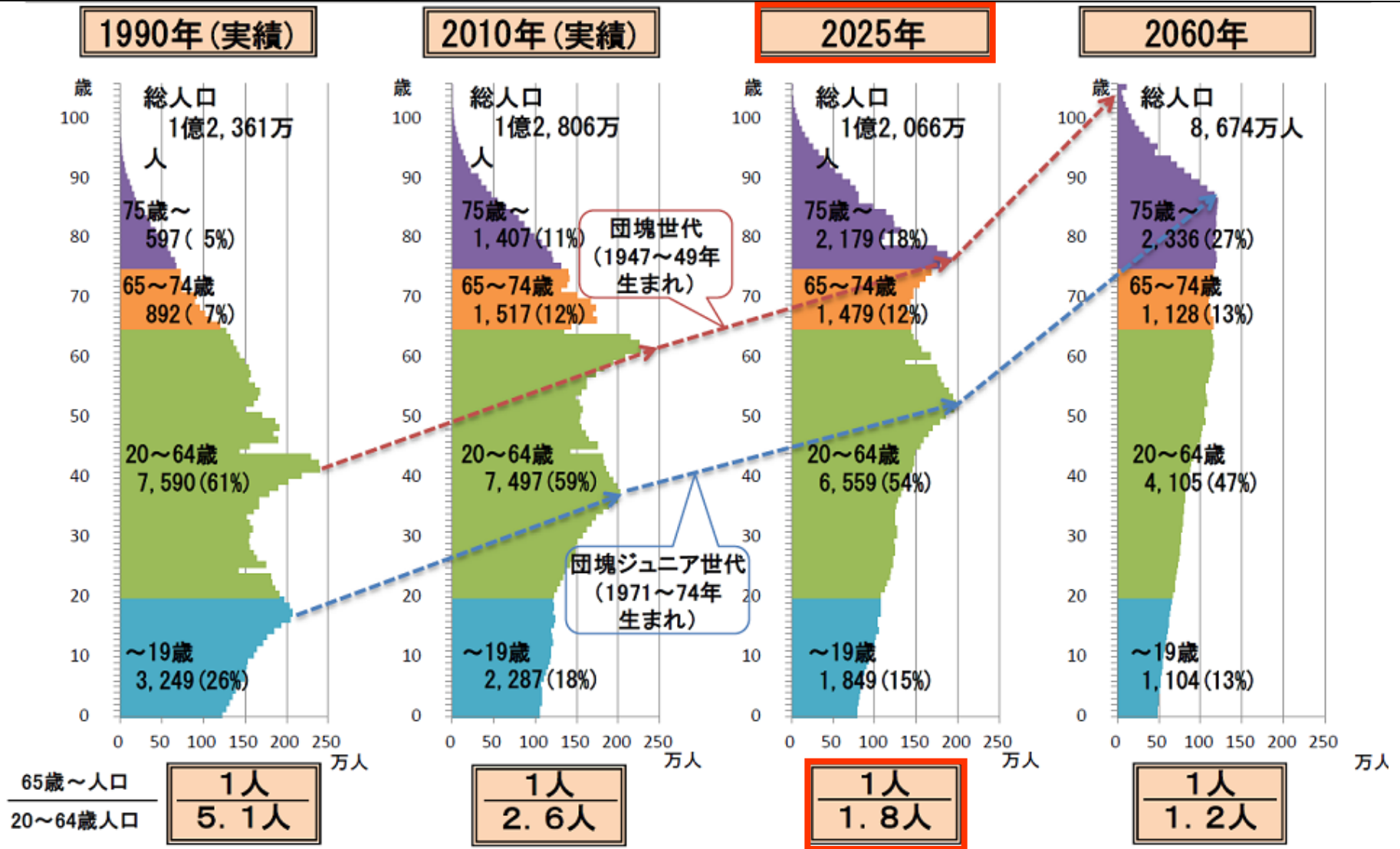
英文書籍一覧
ご注文方法
ニュースレター

『ランセット』日本特集号「国民皆保険達成から50年」

- 発行
(公財)日本国際交流センター
- 編・著
『ランセット』日本特集号プロジェクト研究チーム(監修:渋谷健司)
- 出版年月・判・頁等
2011年9月、A4判114頁、価額:1300円(+税)
⇒ご注文はこちら
⇒ランセット誌 本特集号ページ



2025年問題: 人口ピラミッドの変化

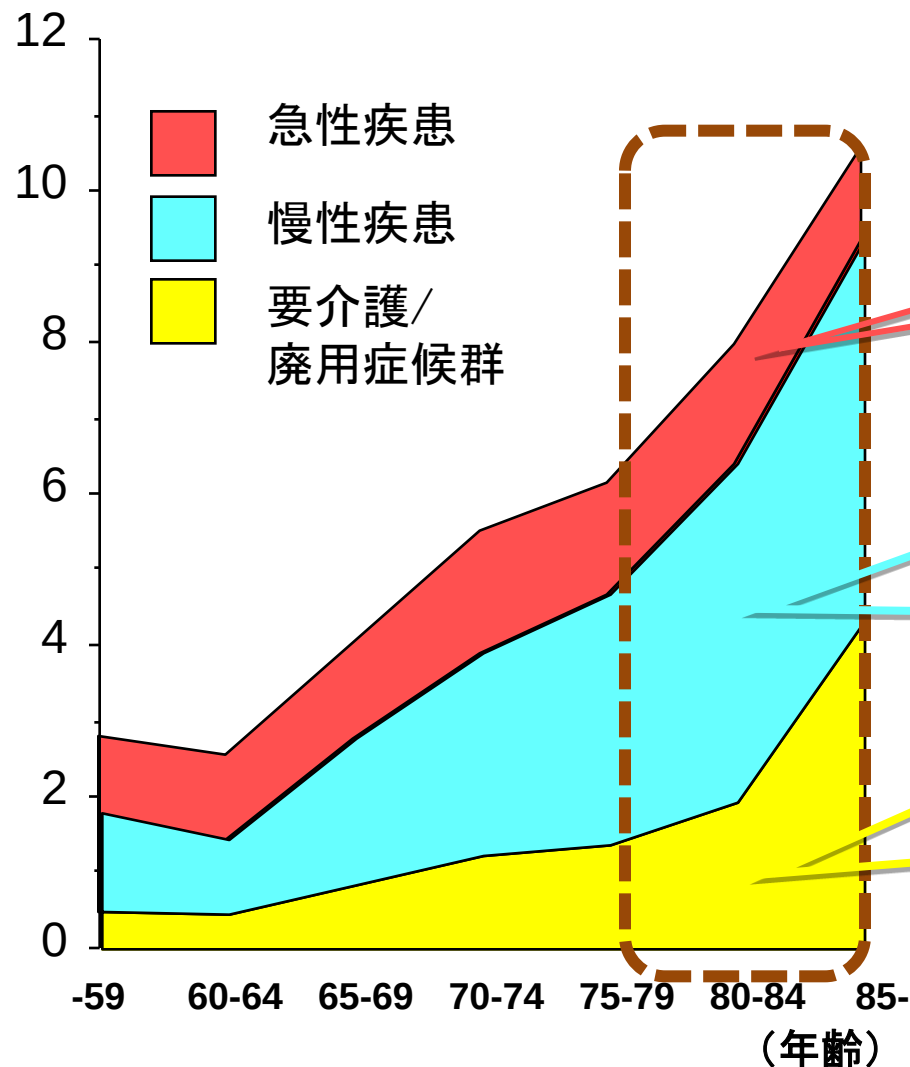


総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計

老年医学で診る高齢者

－ 疾病構造と老年症候群 －

老年症候群(高齢者特有の病態)数



高齢者医療の原則

1. ケア (Caring) > 治癒 (キユア: Curing)
2. 生活機能重視 (疾病重視でない)
高齢者総合的機能評価: CGA
3. 複数の併存症を同時並行で管理
4. 多職種連携で「治す」から「支える」へ

意識障害 めまい 息切れ 喀血
吐血・下血 下痢 低体温 転倒 骨折

急性疾患症状

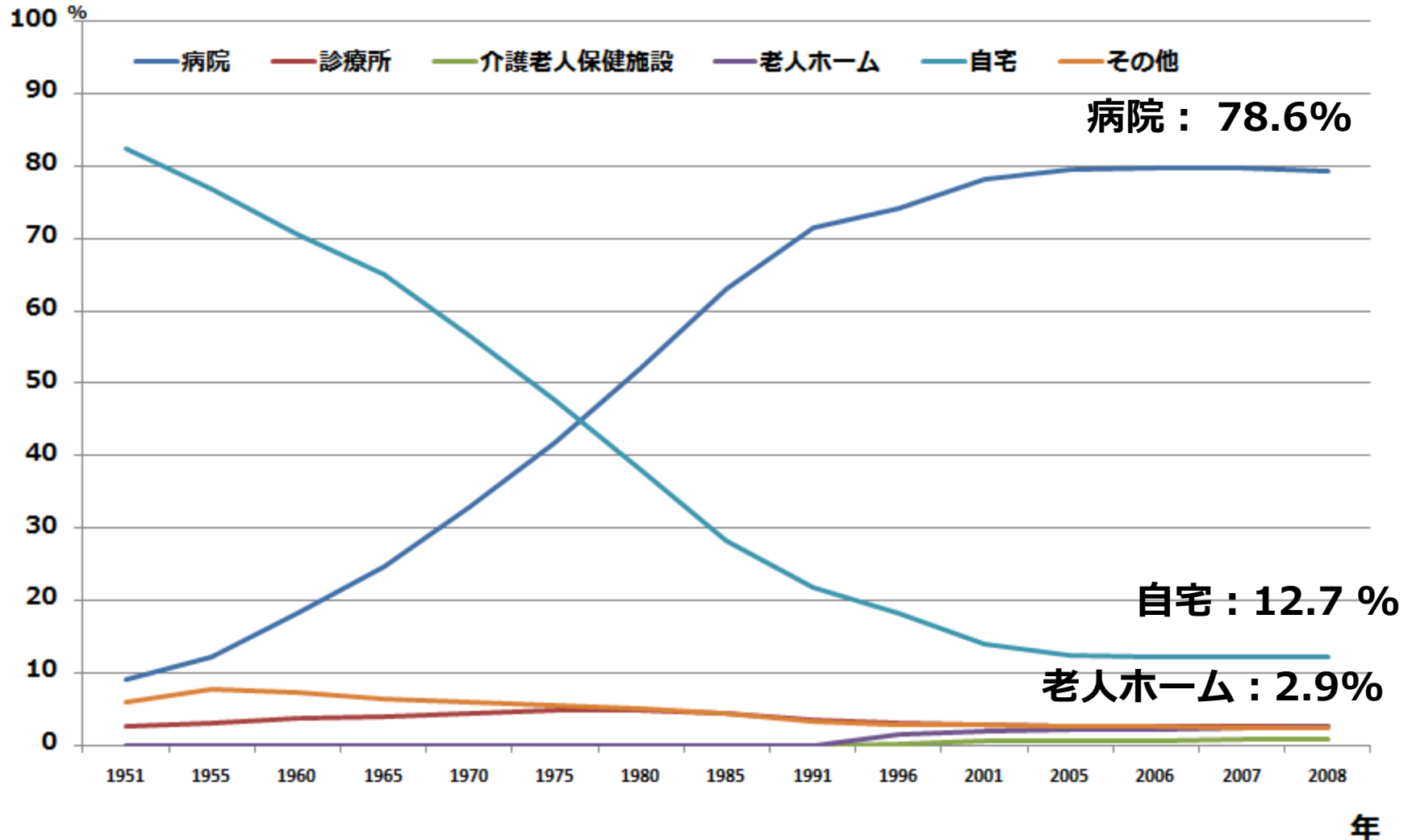
認知症 麻痺 骨関節変形
関節痛 腰痛 喀痰・咳嗽
浮腫 悪心・嘔吐 便秘
呼吸困難 体重減少

慢性疾患症状

ADL低下 骨粗鬆症 椎体骨折
尿失禁 せん妄 抑うつ 褥そう
低栄養 嚥下困難

ねたきり (廃用症候群)

死亡の場所別にみた死亡率

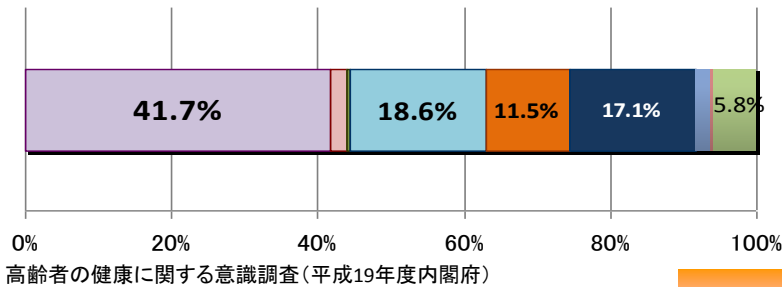


平成20年 人口動態統計をもとに作成

注：1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる

在宅医療・介護に対する市民からの要請

療養に関する希望



- 自宅で介護してほしい
- 子どもの家で介護してほしい
- 親族の家で介護してほしい
- 介護老人福祉施設に入所
- 介護老人保健施設を利用
- 病院などの医療機関入院
- 民間有料老人ホーム等を利用

人生の最終段階の療養場所に関する希望



終末期医療に関する調査(各年)

- ・ 要介護状態でも、自宅や子供・親族の家での介護を希望するが40%以上
- ・ 60%以上の市民が「自宅で療養したい」

- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入所したい

2

医療・介護総合確保推進法

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化(地域介護施設整備促進法等関係)

新基金

- ①都道府県の事業計画(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
- ②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

医療・介護総合確保促進法

(旧)地域介護施設整備促進法

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保(医療法関係)

- ①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告
都道府県は地域医療構想(ビジョン)(地域の医療提供体制の将来のあるべき姿)を医療計画に
- ②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

病床機能報告制度

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化(介護保険法関係)

- ①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行・多様化
- ②特別養護老人ホームは在宅困難な中重度の要介護者(要介護3)
- ③低所得者の保険料軽減を拡充
- ④年金収入280万円以上の利用者の自己負担を2割へ引上げ(月額上限あり)
- ⑤低所得施設利用者の食費・居住費補填の要件に資産などを追加

2018年
市町村の
在宅医療連携拠点
義務化
(介護保険財源)
医師会が
ゲートキーパー

社会保障・税一体化改革
社会保障制度改革国民会議
～2013.8

地域における医療・介護(サービス)の総合的(一体的)な確保を図るための改革
2014.1～社会保障制度改革推進本部

地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革

高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保することで地域における適切な医療・介護サービスの提供体制を実現し、患者の早期の社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能に

効率的かつ質の高い医療提供体制の構築

地域包括ケアシステムの構築

計画
基金

■医療及び介護サービスの総合的な計画の策定と、医療・介護を対象とした新たな財政支援制度
・都道府県が策定する医療計画と介護保険事業計画を、一体的・強い整合性を持った形で策定（両者を包括する基本的な方針）
・消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（各都道府県に基金を設置）を法定化（医療・介護とも対象）

■地域での効率的・質の高い医療の確保

○病床の機能分化・連携

- 各医療機関が医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を都道府県に報告
- 都道府県は、報告制度等を活用し、各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来のあるべき姿（地域医療ビジョン）を策定
- 地域医療ビジョンは、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議により推進することを基本。なお、医療機関相互の協議の合意に従わない医療機関が現れた場合には必要な対応措置を講ずる

○有床診療所等の役割の位置づけ

- 病床機能報告制度及び地域医療ビジョンの導入を踏まえ、国、地方公共団体、病院、国民（患者）と併せ、有床診療所の役割・責務について、医療法に位置づける。

○在宅医療の推進、介護との連携

サービスの
充実

■地域包括ケアシステムの構築

○地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進 ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進 ④生活支援サービスの充実・強化
- *前回改正による24時間対応の定期巡回サービスをはじめ、介護サービスの充実・普及を推進

○全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

○特別養護老人ホームの「新規」入所者を、原則、要介護3以上に重点化 *要介護1・2でも一定の場合には入所可能

サービス充実の
基盤制度の整備

■地域での効率的・質の高い医療の確保（上記以外の事項）

○医療事故にかかる調査の仕組みの位置づけ

○医療法人制度に係る見直し

- 持ち分なし医療法人への移行促進策を創設（移行計画の策定等）
- 医療法人社団と医療法人財団の合併を可能とする。

○臨床研究中核病院（仮称）の位置づけ

■チーム医療の推進

○医師又は歯科医師の指示の下、プロトコル（手順書）に基づき特定行為を行う看護師に係る研修制度を創設

*特定行為：看護師の行う診療の補助のうち高い専門知識と技能等が必要となる行為

○診療放射線技師、臨床検査技師、歯科衛生士の業務範囲又は業務実施体制の見直し

■医療・介護従事者の確保

○医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能の位置づけ

○看護師等免許保持者に対して、ナースセンターへの届出制度を創設

○医療機関の勤務環境改善

*指針の策定、都道府県で取組を支援する仕組み

○臨床修練制度の高度な医療技術を有する外国医師への拡充

○歯科技工士国家試験の全国統一化

○介護従事者の確保

*上記基金による対応、27年度介護報酬改定で検討

■持続可能な介護保険制度の構築（費用負担の公平化）

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

*給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大

○一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

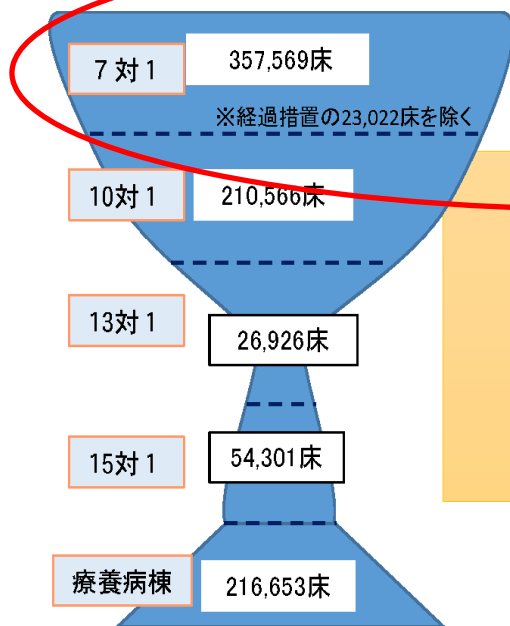
○低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

<現在の姿>



<高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
 - ・平均在院日数の短縮
 - ・長期入院患者の評価の適正化
 - ・重症度・看護必要度の見直し
 - ・入院早期からのリハビリの推進 等

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
 - ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

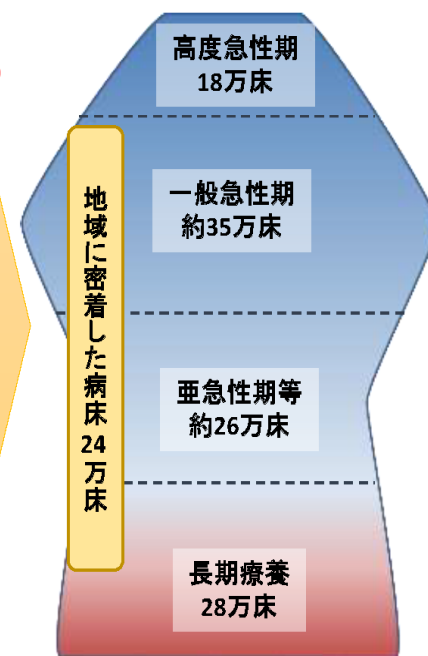
<外来医療>

- 外来の機能分化の推進
 - ・主治医機能の評価 等

<在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
 - ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

<2025年(平成37年)の姿>



外来医療

在宅医療

トランジション:
移行、変遷、過渡期

医療計画に『在宅医療』が追加

治す医療

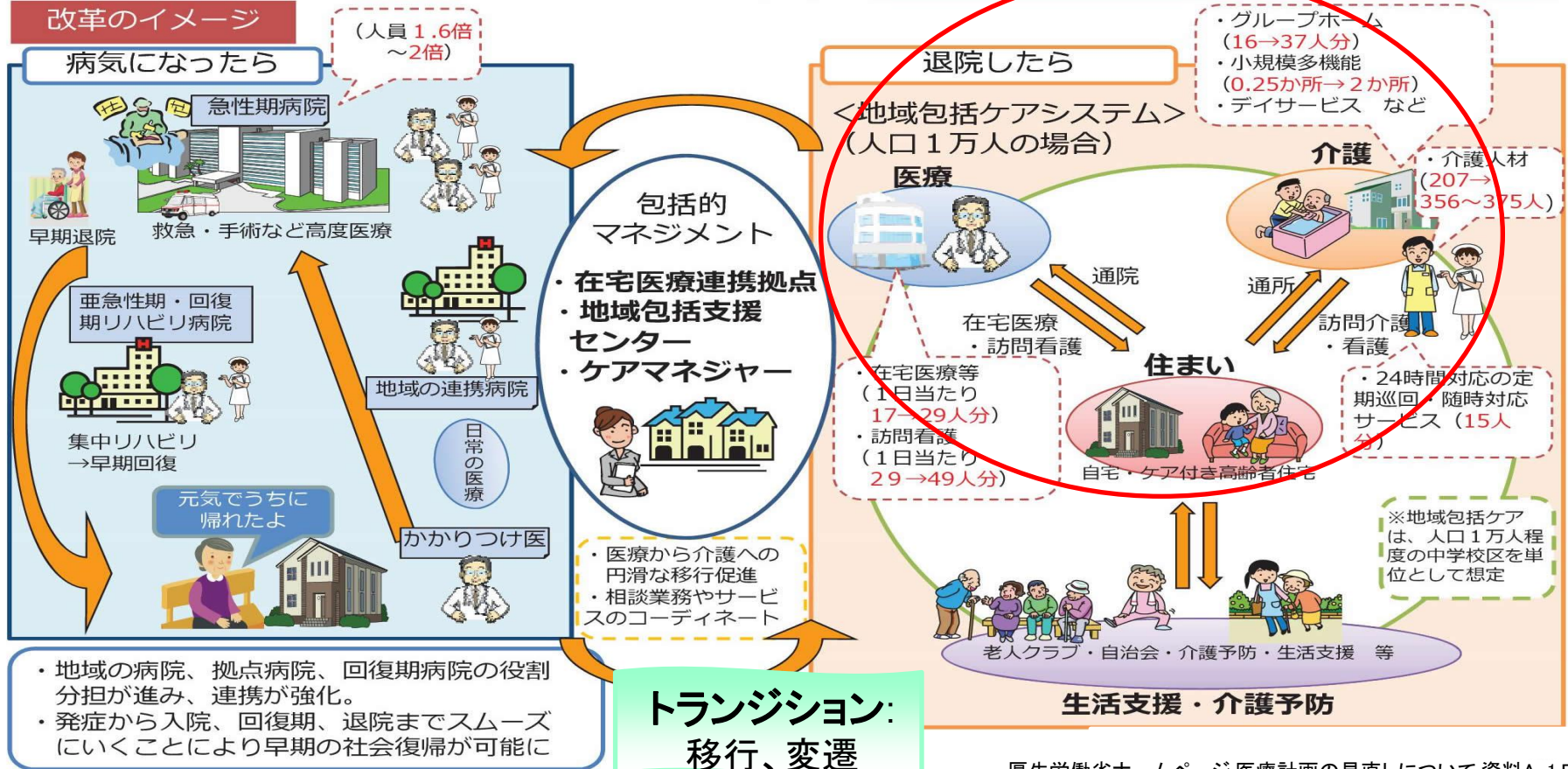
トランジション(移行・変遷・過渡期)

治し・支える医療

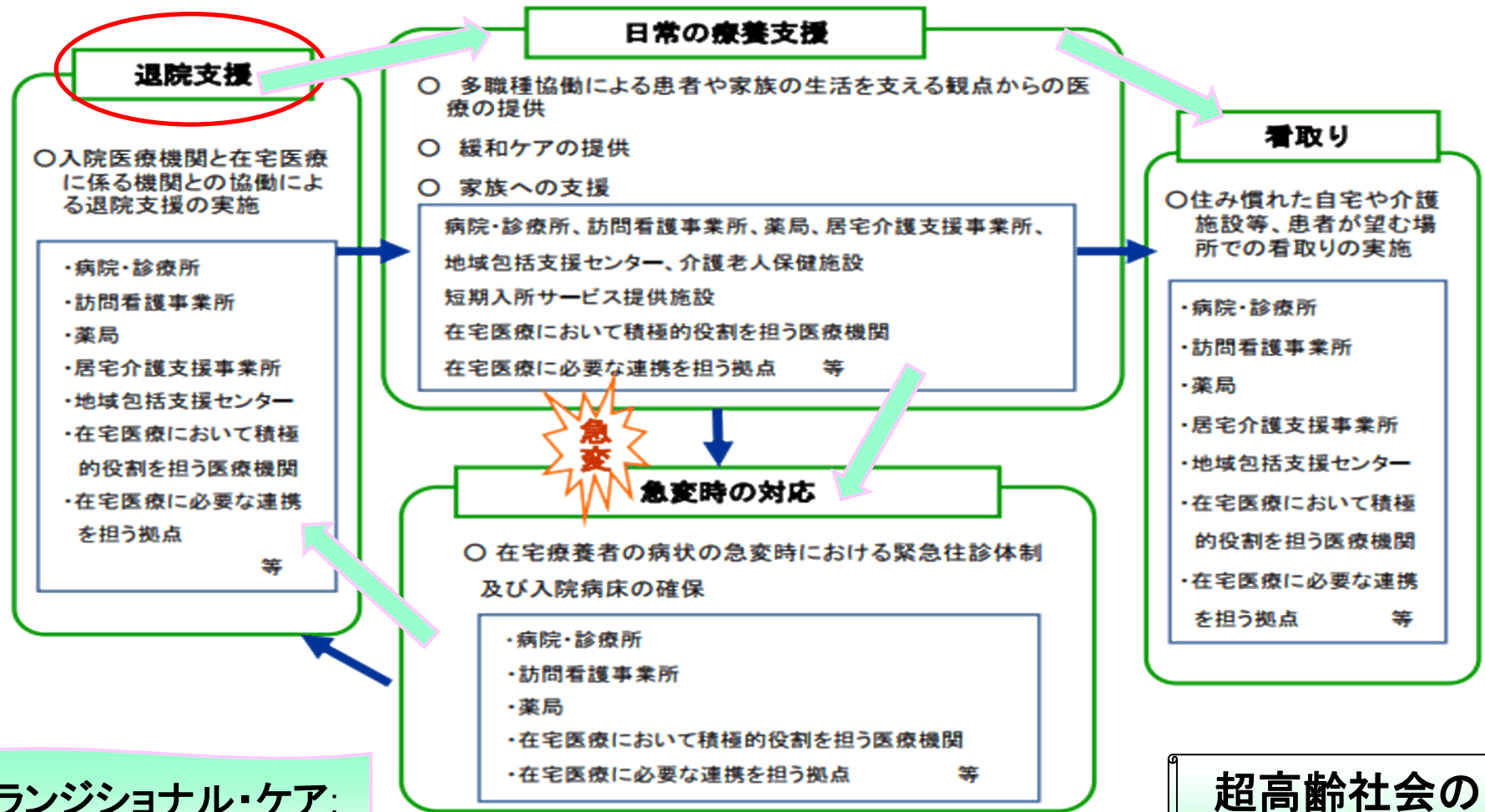
- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

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



在宅医療の体制



トランジショナル・ケア:
移行、変遷、過渡期のケア

患者さんの視点に立脚した、十分な医療・ケア
の情報提供と、その意志決定支援・共有

超高齢社会の
人々の安全・安心

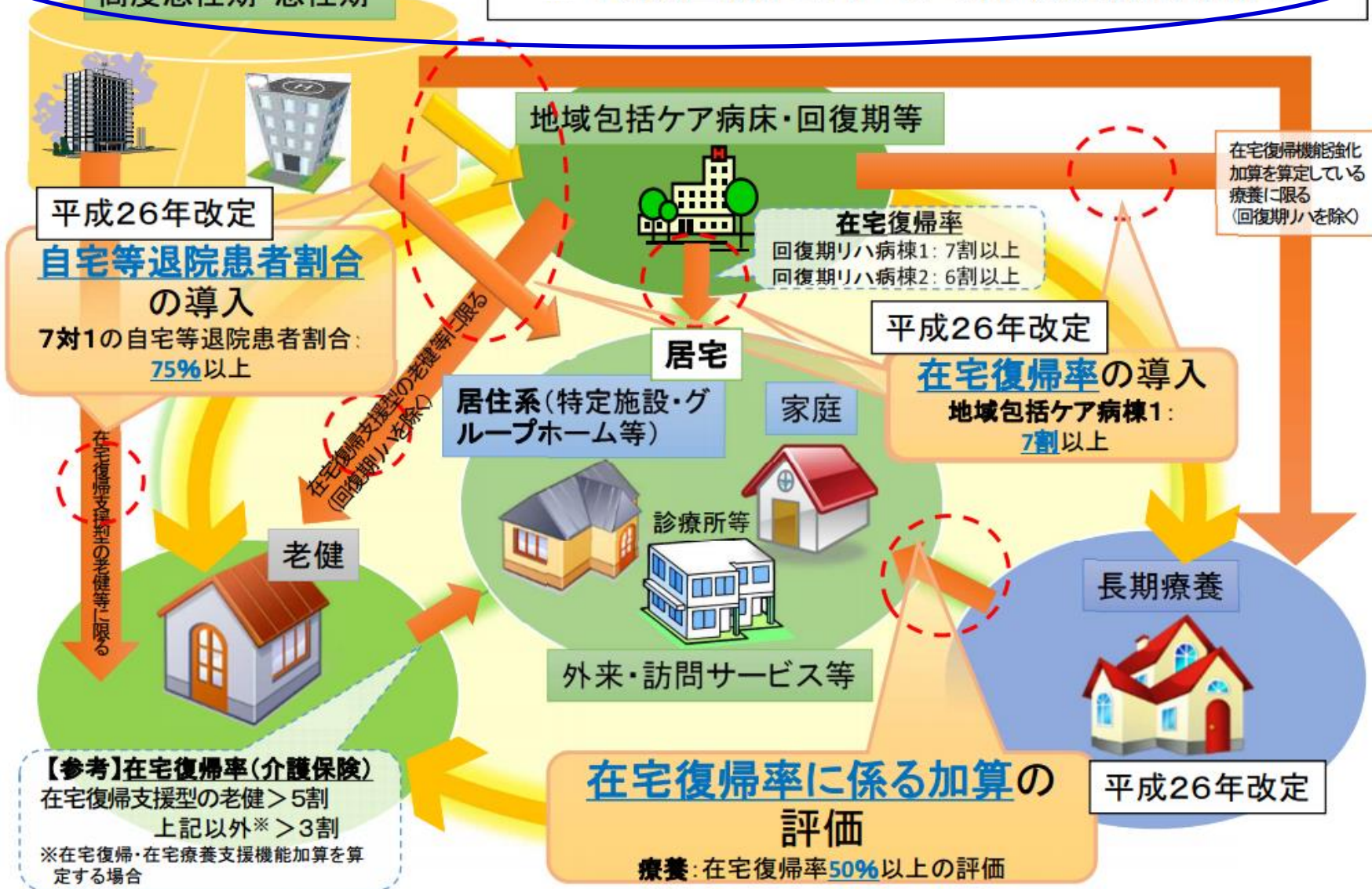
本当に病院に行かなければならない時に病院を利用
地域でも療養しながら生活できる体制を作る

佐々木昌弘(2013).平成25年度在宅医療・介護連携推進
事業研修会資料,在宅医療と介護の連携について,P31.

[http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaiikusei/
2013/sym2_1022_nakura.pdf](http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaiikusei/2013/sym2_1022_nakura.pdf)

高度急性期・急性期

入院医療について＜在宅復帰の促進＞



トランジショナル・ケア:
移行、変遷、過渡期のケア

医療・介護機能の再編

【2012(H24)年】

【2025(H37)年】

一般病床
(109万床)

療養病床
(24万床)

介護療養病床

介護施設
(98万人分)

居住系サービス
(33万人分)

在宅サービス
(320万人分)

【取組の方向性】

○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強 等

2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として実施

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

高度急性期

一般急性期

亜急性期等

長期療養

介護施設

居住系サービス

在宅サービス

地域に密着した病床での対応

相互の連携深化

「施設」から「地域へ」「医療」から「介護へ」

- ・患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担
- ・医療機関間、医療と介護の間の連携強化
- より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制の構築

トランジショナル・ケア：
移行、変遷、過渡期のケア

地域包括ケアシステム

5 +1の要素と自・互・共・公助

+1: 患者さんの視点に立脚した、
十分な医療・ケアの情報提供と
その意志決定支援・共有

地域包括ケアシステム

- 高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援が目的
- 可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す

高齢者の、ケアする人の
安心・安全



**患者の視点
に立脚
意志決定共有
Shared Decision-Making
SDM**

【医療・介護・予防】

「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」が専門職によって提供
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

【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
食事の準備などから、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
担い手も多様で、生活困窮者などには、福祉サービス

【すまいとすまい方】

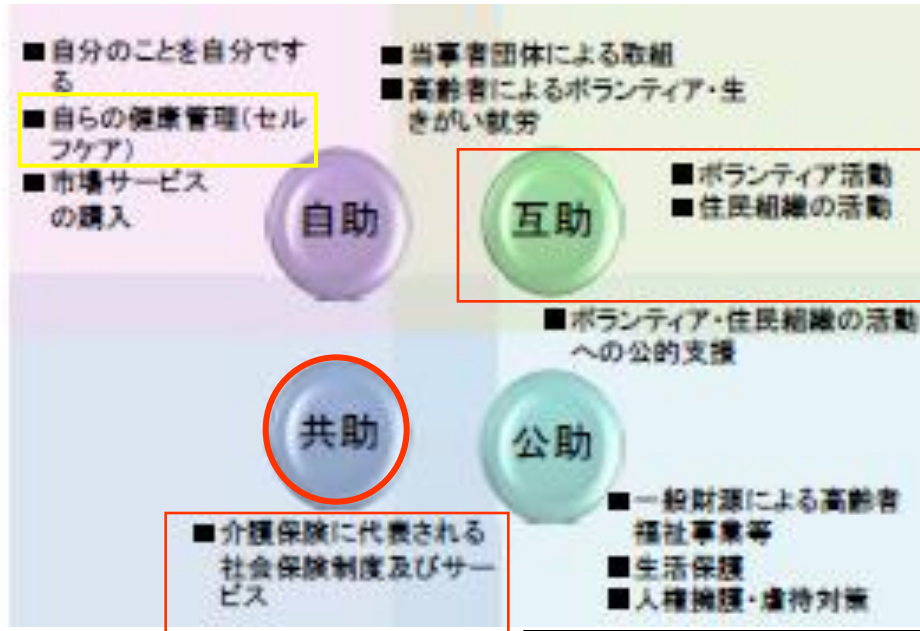
生活の基盤として必要な住まいが整備
本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保
高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境

【本人・家族の選択と心構え】

単身・高齢者のみ世帯が主流に
在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、心構えを持つ

パーソン・センタード・ケア：人間中心のケア原則 **5要素 +1**

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



セルフ・エフィカシー: 自己効力感

【費用負担による区分】

「自助」には「自分のことを自分でする」と、市場サービスの購入も含む

「互助」は相互に支え合っているという意味で、自発的なもの

「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

「公助」は税による公の負担

【時代や地域による違い】

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、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、「互助」の役割が大

少子高齢化や財政状況から、「自助」「互助」の果たす役割が大

○地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。

○自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。

○とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。

Wangerらの慢性疾患ケアモデル

セルフ・エフィカシー：
自己効力感の強化

コミュニティの役割
互助 社会資源・制度

医療制度
医療機関・施設

セルフ・ケア
自助

意思決定
支援

医療情報の
提供制度

人生
最終段階
のケア

セルフ・
マネジメント
啓発

「情報とスキルと自信を持つ
活性化された患者」

「先を見越した行動
をとる多職種チーム」

慢性疾患の臨床指標↑
生活機能↑
QOL↑
満足度↑
寿命・予後(↑)

高齢者ケアのモデルとシステム

MODELS AND SYSTEMS OF GERIATRIC CARE

Improving outcomes in chronic illness.
Manag Care Q.1996, 4:12-25

高齢化が進展し、
慢性疾患患者の急増で患者像が転換
→従来の臓器別・職種毎の診療・ケア体系は機能不全

Developing a Comprehensive Interdisciplinary Senior
Healthcare Practice

「包括的・多職種協働の高齢者医療実践体制の構築のために」 米国老年学会誌 52:2128-33, 2004

トランジショナル・ケア 協調・継続・一貫したケア体制

セルフ・
マネジメント

家族・友人
コミュニティでの
サポート

訪問看護・
介護

施設入所

自立

個人

要介護

患者
+
ケア
する
人々

トランジショナル・ケア:

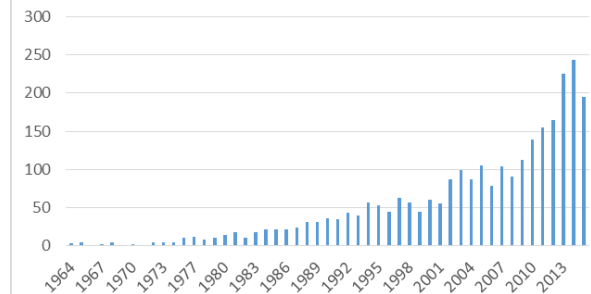
移行、変遷、過渡期のケア

協調性・持続性・一貫性
をもって、

医療者⇔ケアする人々⇔
⇔ご家族⇔患者さん
病院⇔施設⇔在宅
急性期⇔慢性期

医療・看護・介護(ケア)の場と
医療・ケアの人々と
患者さん・ご家族
を繋ぐケア

pubmed - Transitional Care count



4

病院の行う退院支援

国立長寿医療研究センター
在宅医療支援病棟
における後方支援

と

レスパイト
トランジショナル・ケアの実践

在宅医療支援病棟

国立長寿医療研究センター（大府市）



2009年4月開棟

在宅医療支援病棟の流れ

1. 登録制

登録患者
在宅高齢患者

登録医
診療所医師

訪問看護師

ヘルパー

訪問リハビリ

介護支援専門員

国立長寿医療研究センター
近隣の在宅ケアチーム

2. 登録医の判断 による入院支援

5. 多職種協働 在宅退院支援

医師

看護師

3. 救急から看取りの ケア全てに対応

在宅医療支援病棟

4. 院内連携

地域医療連携室

退院時カン
ファレンス

リハビリ
テーション

薬剤師

国立長寿医療研究センター病院チーム

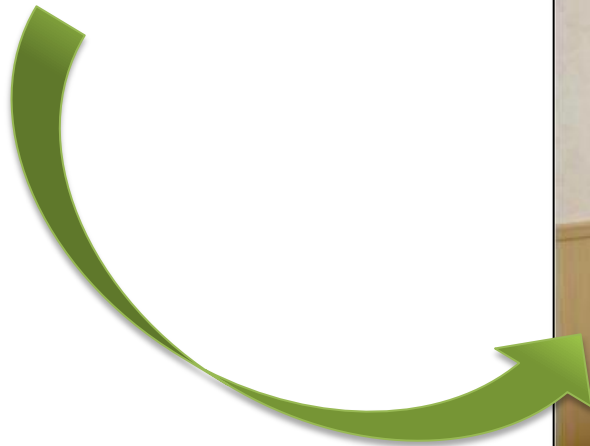
プライマリー・ナース
(患者専任看護師)

退院前訪問

- 自宅の療養環境の把握
- 生活上の支障となる住宅環境問題の明確化
- 安全な介護方法や介護負担の軽減について検討・指導



在宅医療チームとご家族との協働



看護に最大の特徴

- ・プライマリー・ナース(患者専任看護師)制

繰り返される入退院でも一患者に一専任看護師

- ・「〇〇の病気の方」から「▲▲に住んでいる方、

□□のような生活を送っている方」への意識変容

- ・訪問看護、ケアマネジャーと顔の見える関係を構築

- ・人生の最終段階の決定を支える

- ・在宅にこだわるのではなく、

長期のかかわりの中では、施設などを勧める勇気

- ・退院後や再入院まで意識した看護

レスパイト(Respite, 小休止)

介護の必要な高齢者や障害者のいる家族への支援
家族が介護から解放される時間を提供し、心身疲労による共倒れなを防止
デイサービスやショートステイなどのサービス

【入院】

患者の
病気の回復や
悪化予防が目的



国民健康保険・
健康保険

国民の疾病，負傷，出産または死亡に
関して必要な保険給付を行なう法律に
基づき施行（1961年に皆保険へ）

【レスパイト】

患者の家族の負担軽減や介護生
活の維持継続が目的



介護保険

介護を必要とする高齢者とその家族を
サポートするために、サービス提供す
るための公的保険（2000年施行）



退院前カンファレンス



- 入院中の病状、看護、リハビリ状況等を説明
→ 地域のサービス機関と共通認識



- 患者とその家族の参加
→ 退院後の不安を軽減

ICTを用いた在宅医とのテレビ会議

センター



診療所



5

病院と在宅医療の連携・協働のための 多職種協働

在宅医療・介護の推進にあたっての課題

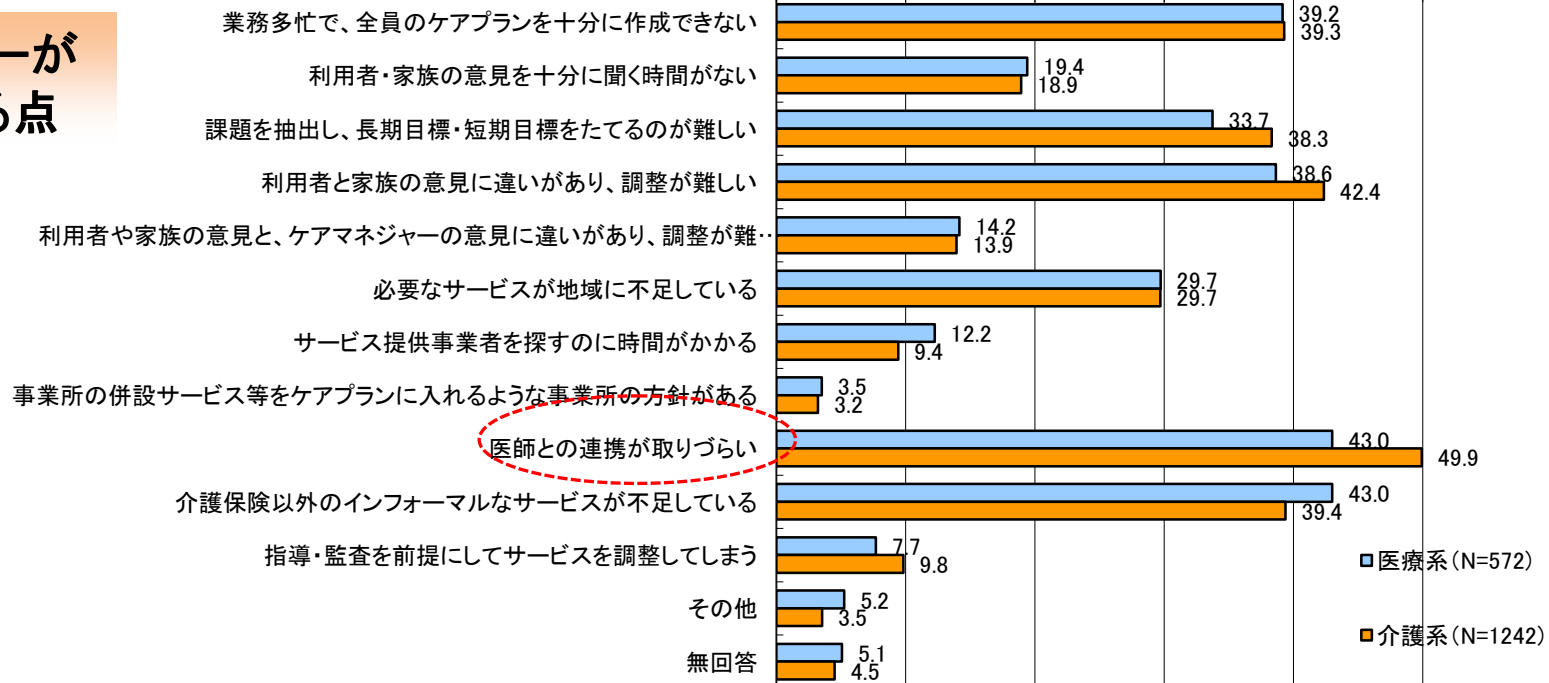
訪問診療を実施している医療機関

	箇所	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	—

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)

- ・ 訪問診療を提供する医療機関の数も十分とは言えず
- ・ 医療と介護の連携も十分には取れていない

ケアマネジャーが困難に感じる点



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)

多職種協働の 米国老年医学会の立場表明

1. 複雑かつ多様な病状・病態の高齢者に対応
2. 高齢者特有の老年症候群の医療の過程と結果を改善
3. 医療システムを改善し、介護者の負担を軽減
4. 多職種協働研修・教育は高齢者医療・介護に有効

特集

SPECIAL ARTICLE

米国老年医学会誌 54: 849-52, 2006

Interdisciplinary Care for Older Adults with Complex Needs:
American Geriatrics Society Position Statement

Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group

「米国老年医学会による
複雑・多様な病態・病状の高齢者のための
多職種協働ケアに関する立場宣言」

多職種が
一堂に会して
研修する際の
障壁

職種間の亀裂

立場・文化の伝統の差異

EDUCATION AND TRAINING

教育・研修

Disciplinary Split: A Threat to Geriatrics Interdisciplinary Team
Training 「職種間の壁：高齢者のための多職種チーム医療研修の障害」

アメリカでの
多職種連携教育
の例

米国老年医学会誌
52: 1000-6, 2004

多職種協働・連携によるケア・カンファレンス 訪問診療・同行研修



多職種協働カンファレンスの方法、
あり方について、
理想的な例 / 問題を残す例
DVD視聴後、グループ・ディスカッション



指導医の訪問診療に、研修者が同行し、在宅医療の現場で学ぶ姿を映像化
視聴覚教材の有用性
患者さん宅で学ぶ
クリニック(外来) → 患者さん宅
アウェー → ホーム

退院・退所の情報共有

医療機関・介護施設



入院

看護師・社会福祉士、薬剤師・OT、PT、ST等

医師



施設職員



居宅



医療専門職との連携等により在宅生活の支援に必要な情報を共有

介護支援専門員



退院

退院・退所に向けた早期からの連携

ケアプランへ反映
(円滑な在宅生活への移行)

① 地域の介護サービス事業所に関する情報や要介護認定の申請に必要な手続き等の情報を共有
(退院の場合は、診療報酬の介護支援連携指導料相当)

② 退院時に医療機関・施設の職員と疾病の状態等ケアプラン原案の作成に資するような情報の収集を実施(退院の場合は診療報酬の介護支援連携指導料相当)

③ 診療報酬の退院時共同指導料2の注3の対象となるものを別途行う場合は、①と②のほか、これも合わせて3回まで算定可能

おわりに

高齢者が住み慣れた場で

安心・安全を実感できる

2025年地域包括ケアシステム

の構築に向けて

英国式人生最終段階のケアの標語：

日暮れが日の出と同じほど美しく



人生の最終段階においては
天寿を全うすることだけを残すのみに、
できることはすべて、やり遂げておきましょう
そのための医療・介護です

市町村における地域包括ケアシステム構築

高齢者の安心・安全

市町村では、2025年に向けて、3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築

地域の課題の把握と
社会資源の発掘

地域の関係者による
対応策の検討

対応策の
決定・実行

日常生活圏域ニーズ調査等

介護保険事業計画の策定のため日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の実態を把握

地域ケア会議の実施

地域包括支援センター等で個別事例の検討を通じ地域のニーズや社会資源を把握

※ 地域包括支援センターでは総合相談も実施。

医療・介護情報の「見える化」 (随時)

他市町村との比較検討

課題

- 高齢者のニーズ
- 住民・地域の課題
- 社会資源の課題
 - ・介護
 - ・医療
 - ・住まい
 - ・予防
 - ・生活支援
- 支援者の課題
 - ・専門職の数、資質
 - ・連携、ネットワーク

社会資源

- 地域資源の発掘
- 地域リーダー発掘
- 住民互助の発掘

介護保険事業計画の策定等

- 都道府県との連携（医療・居住等）
- 関連計画との調整
 - ・医療計画
 - ・居住安定確保計画
 - ・市町村の関連計画
- 住民参画
 - ・住民会議
 - ・セミナー
 - ・パブリックコメント
- 関連施策との調整
 - ・障害、児童、難病施策等の調整

地域ケア会議 等

- 地域課題の共有
 - ・保健、医療、福祉、地域の関係者等の協働による個別支援の充実
 - ・地域の共通課題や好取組の共有
- 年間事業計画への反映

■介護サービス

- ・地域ニーズに応じた在宅サービスや施設のバランスのとれた基盤整備
- ・将来の高齢化や利用者数見通しに基づく必要量

■医療・介護連携

- ・地域包括支援センターの体制整備（在宅医療・介護の連携）
- ・医療関係団体等との連携

■住まい

- ・サービス付き高齢者向け住宅等の整備
- ・住宅施策と連携した居住確保

■生活支援／介護予防

- ・自助（民間活力）、互助（ボランティア）等による実施
- ・社会参加の促進による介護予防
- ・地域の実情に応じた事業実施

■人材育成

- 【都道府県が主体】
- ・専門職の資質向上
- ・介護職の処遇改善

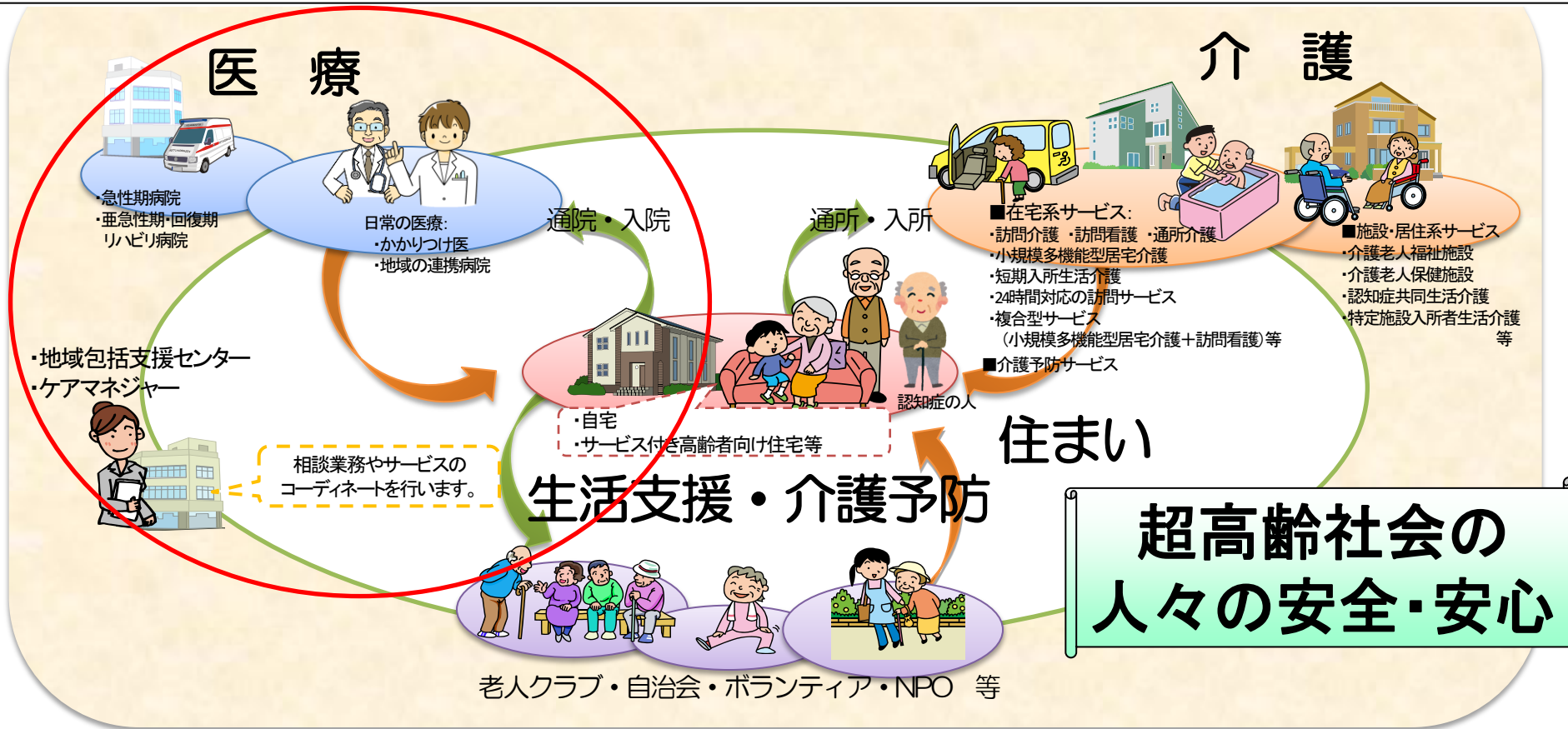
量的・質的分析

事業化・施策化協議

具体策の検討

PDCAサイクル

2025年の地域包括ケアシステムの姿



- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される**
 - 要介護状態でも、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
- 認知症は超高齢社会の大きな不安要因 → 地域で生活を支える
- **高齢化の進展状況には大きな地域差**
 - **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る**

病院の行う退院支援

お伝えしたいこと

- ・ **高齢者の自立と尊厳のための在宅医療・老年医学**
「治す医療」→「治し・支える医療」
患者さん中心の「包括ケア」と意志決定支援・共有
セルフ・マネジメント啓発から人生最終段階のケアまで
- ・ **医療・介護総合確保推進法で持続可能な社会保障の実現**
 - 地域包括ケアシステムの5 +1要素 患者視点立脚型の医療・ケア
医療、介護、予防、生活支援、住まい + 本人・家族の意志決定支援・共有
- ・ **後方支援、レスパイトのための在宅医療支援病棟**
 - 多職種協働のトランジショナル・ケア = 病院が行う退院支援
- ・ **高齢者の安心・安全のための多職種協働**