

安心と希望の介護ビジョン（概要）

平成20年11月20日

超高齢社会を迎える中で、募る将来の不安を乗り越え、「安心」と「希望」を抱いて生活できる社会を築いていくために、2025年を見据えて取り組むべき施策を提言する。

1. 高齢者自らが安心と希望の地域づくりに貢献できる環境づくり

～高齢者や要介護者が最期まで生き方に選択枝を持ち、人とのつながりを持って生きていける社会を創るために～

① コミュニティ・ワーク・コーディネーター（仮称）の輩出

・地域の高齢者が「求めていること」と「できること」を結びつけ、意欲ある高齢者が主体的・積極的に参加するコミュニティ・ビジネスや互助事業等を育成する「キーパーソン」になりたいという、意欲ある地域の高齢者や住民（「コミュニティ・ワーク・コーディネーター（高齢者地域活動推進者）」（仮称）を地域から募集し、先進的事例や様々なノウハウを修得できる機会を提供

② 地域包括支援センターのコミュニティ支援機能の強化

2. 高齢者が、住み慣れた自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上

～たとえ介護が必要となっても、住み慣れた自宅や地域で住み続けるために～

① 在宅生活を支援するサービスの基盤整備

・訪問介護・訪問看護のネットワーク整備、家族への適切な介護情報の提供等

② 在宅生活支援リハビリテーションの強化

・リハビリテーションの拠点整備と質の向上に向けた取組の推進等

③ 医療と介護の連携強化

・必要な研修を受けた介護従事者が、医師や看護師との連携の下に、施設入所者に対して、経管栄養や喀痰吸引を安全性が確保される範囲内で行うことができる仕組みの整備、緩和ケアの積極的な推進等

④ 認知症対策の充実

・認知症ケアの標準化、成年後見制度の活用等

⑤ 地域の特性に応じた高齢者住宅等の整備

・地域特性に応じた住宅・施設整備、多世代交流機能を持つ小規模住宅の整備等

3. 介護従事者にとっての安心と希望の実現

～介護従事者が働きやすく、介護の仕事に誇りとやりがいを持って取り組み続けていけるために～

① 各事業所における介護従事者の処遇に関する情報の積極的な公表の推進

② 介護従事者が誇りとやりがいをもって働くことができる環境の整備

・介護従事者の処遇改善に資する介護報酬の設定、ワークライフバランスへの配慮、資格や経験等に応じたキャリアアップの仕組みの構築、介護ロボットの研究開発の推進等

③ 介護従事者の確保・育成

・潜在的介護福祉士等の掘り起こし、現場復帰に向けた研修の実施、介護未経験者の就業支援等

安心と希望の介護ビジョン(抜粋)(平成20年11月20日)

二つ目に、たとえ介護が必要となっても、住み慣れた自宅や地域で住み続けるために、高齢者の生活を支える介護の質を一層高めていく必要がある。

要介護者の自宅での生活を支えるために、24時間・365日安心して在宅生活を送れるような基盤整備を推進していかなければならない。併せて、要介護者であっても残存する自らの能力を大切にし、その維持・向上を図ることによって、できるだけ自立した生活を目指すために、リハビリテーションを積極的に推進する必要がある。さらに、利用者が生活を支える介護と医療の継ぎ目を感じることなく利用でき、医療と介護の間に挟まり、どちらからも救済されないということのないよう、両者の連携が十分に確保されている環境を整備していく必要がある。また、要介護高齢者の増加は、慢性期医療ニーズの増加も意味しており、そのニーズに適切に対応できるような基盤確保・ネットワーク整備を進めていく必要がある。

そのために、地域の特性、住民ニーズとサービス整備の状況に応じて、利用者の選択肢を増やし、財政的にも合理性の高い24時間・365日のサービス提供拠点や安心の砦となる施設の計画的・戦略的な整備や、要介護高齢者のニーズに対応した慢性期医療基盤の確保、救急医療に係るネットワークの整備を進める。同時に、自宅での生活に必要な心と身体の機能の回復、悪化の予防を目指す「在宅生活支援リハビリテーション拠点の整備」、必要な知識・技術に関する研修を受けた介護従事者が、医師や看護師との連携の下に、医療的なケアのニーズが高まっている施設において、経管栄養や喀痰吸引を安全性が確保される範囲内で行うことができる仕組みの整備、地域包括支援センターを舞台に介護従事者と医療従事者がチームとして要介護者を支援する「チーム・ケアの推進」などに取り組み、介護の質の向上を目指していく。特に、認知症については、介護と医療の連携を進め、認知症の進行と症状、合併症に対する知識を関係者、住民が幅広く共有し、連携して対応できる基盤を整備していく。

また、これらのサービスの裏打ちとなる介護保険のあり方について、医療保険とのより緊密な連携・整合性の確保を図るべく、包括的に議論を行っていく。

「安心」と「希望」のある超高齢社会を実現するために、2025年を見据えて取り組む施策

2. 高齢者が、住み慣れた自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上

(3) 医療と介護の連携強化 ～医療と介護の継ぎ目を感じることはないように～

①関係者間での連携

- 介護従事者が質の高い総合的ケアを提供できるようにするため、将来的には、医師や看護師との連携の下に、介護の現場で必要な医療行為を行うことができるようにすることを含め、資格・研修のあり方の検討
- 当面、利用者の重度化が進み、夜間も含めた医療的なケアのニーズが高まっている施設において、必要な知識・技術に関する研修を受けた介護従事者が、医師や看護師との連携の下に、経管栄養や喀痰吸引を安全性が確保される範囲内で行うことができる仕組みの整備
- 医療関係者と介護関係者が同じチームの一員として個々の高齢者に最適なケアを提供するチーム・ケアの一層の推進、地域における最適な医療・介護の提供システムを議論するため、関係機関や団体等が一堂に会した「地域ケア推進会議」(仮称)の立ち上げ
- 安心・尊厳のある最期を迎えることができるよう、関係職種間の連携による緩和ケアの積極的な推進
- 医療関係者・介護関係者の養成課程等における介護・医療職間の協働や連携を学習する実習の実施、ケアマネージャー等に対する医療研修の実施

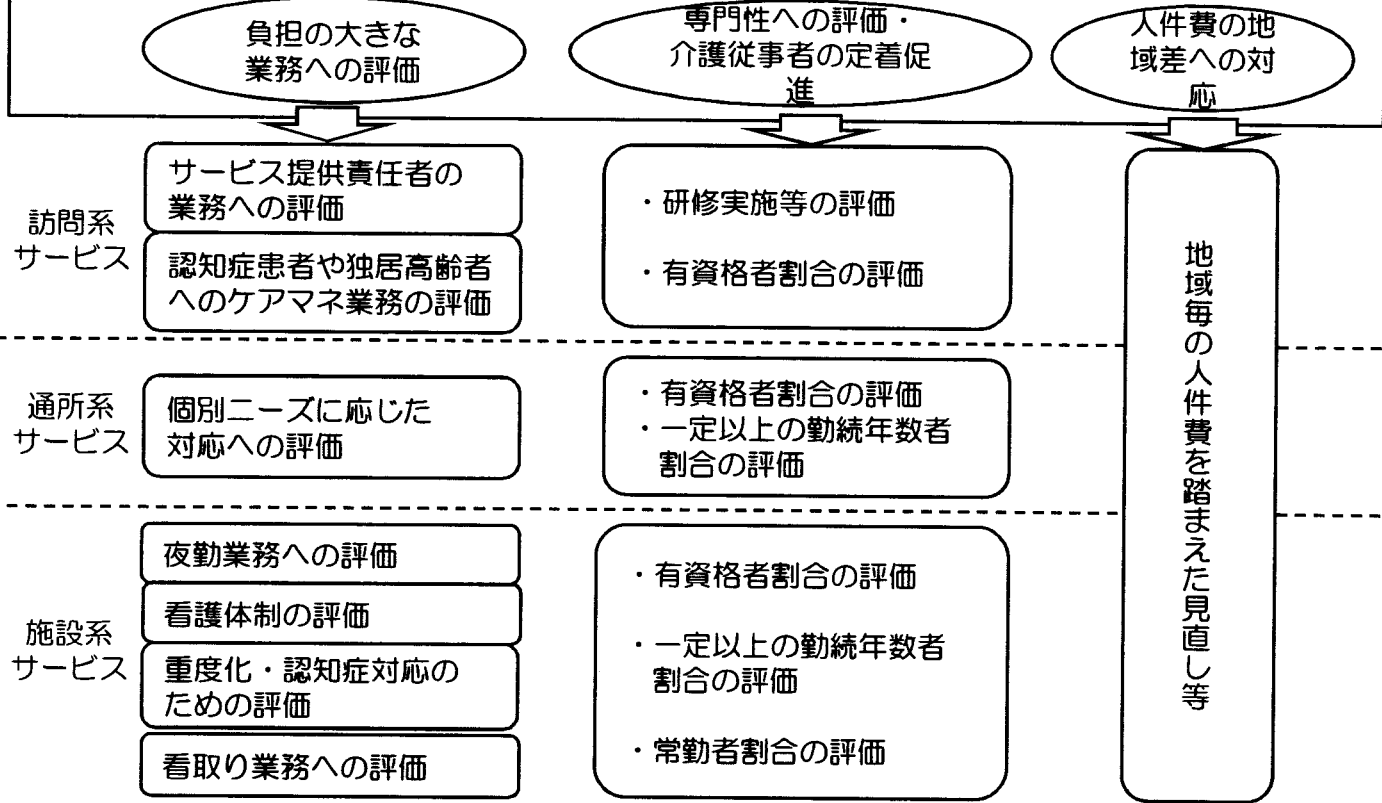
②制度面での連携

- 退院後の在宅生活への移行に係る医療と介護の連携を強化するための病院とケアマネージャー・地域包括支援センターとの間の引き継ぎ連絡体制の確立
- 例)入院中に胃瘻が造設されたとしても、地域包括支援センターの連絡調整の下、医療関係者と介護関係者が十分な連携を図ることにより、経管栄養を行いつつ、経口栄養への復帰を目指すケア
- 医療保険による診療報酬と介護保険による連動性・整合性の確保に向けた取組の推進

平成21年度介護報酬改定について

平成21年度介護報酬改定 (+3.0%改定)

1. 介護従事者の人材確保・処遇改善



2. 医療との連携や認知症ケアの充実

- (1) 医療と介護の機能分化・連携の推進
- (2) 認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

3. 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証

- (1) サービスの質を確保した上での効率的かつ適正なサービスの提供
- (2) 平成18年度に新たに導入されたサービスの検証及び評価の見直し

処遇改善の取組への
総合支援策

雇用管理改善に取り組む
事業主への助成(※)

効率的な経営を行うための
経営モデルの作成・提示

介護報酬改定の影響の
事後的検証(※)

介護従事者の処遇改善に
向けた取組に関する情報
公表の推進

潜在的有資格者養成支援
等の介護人材確保策(※)

社会的評価を高めるための
広報・普及(※)

(※) 予算案計上項目

医療と介護の連携・機能分化の推進について

○ 介護が必要となっても住み慣れた地域で自立した生活を続けることができるよう、医療と介護の継ぎ目のないサービスを効果的に利用できるような観点から、例えば、次の措置を講じる。

① 通所リハビリテーション

- 医療保険から介護保険に移行してもニーズに合ったサービスを継ぎ目なく受けることができるよう、短時間、個別のリハビリテーションについての評価を新設する。
- 診療報酬で脳血管等疾患リハビリテーション等を算定している医療機関は、通所リハビリテーション事業所の指定があったものと見なすことにより、利用者のアクセスを向上させる。
- 早期かつ集中的なリハビリテーションをさらに充実する観点から短期集中リハビリテーション実施加算について評価を見直すとともに、算定を3か月以内に限定する。また、3か月以降の個別リハビリテーションの評価を新たに行う。

② 訪問看護

- ターミナルケアの充実を図るため、ターミナルケア加算を引き上げる。
- 特別管理加算の対象者に対して1時間30分以上の訪問を行った場合の評価を新たに行う。

③ 居宅療養管理指導

- 居宅療養している要介護者等やその家族の療養上の不安・悩みを解決し、円滑な療養生活を送ることを可能とするため、看護職員による相談等に対する評価を新設する。

④ 居宅介護支援(ケアマネージャー)

- 入院時や退院・退所時に、病院等と利用者に関する情報共有等を行う際の評価を新設する。

⑤ 特定施設

- 利用者の健康状態について、協力医療機関又は主治医に対して定期的に情報提供を行う場合の評価を新設する。

⑥ 介護療養型老人保健施設

- 療養病床再編の円滑な推進を図るため、療養病床から転換の受け皿として、入所者に対する適切な医療サービスの提供が可能となるよう、医薬品費・医療材料費や医師によるサービス提供といった医療サービスに要するコスト、要介護度の分布といった実態を踏まえ、報酬を引き上げる。

その他報告書等で指摘されている事項（介護と医療の連携関係）

○「地域ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理」（平成 20 年度老人保健健康増進等事業）（抜粋）

1. 地域包括ケアシステム

（2）地域包括ケアシステムを提供するための前提

○ ケアマネジメント

- ・（略）廃用症候群のように除々に生活機能が低下し要介護状態になる者については、介護保険制度の中で対応できるため、要介護認定や介護予防の実施等を通じて切れ目のないケアが行われやすい状況にある。一方で脳卒中等により急激に健康状態が悪化し要介護状態になる者については、医療（例えば病院）と介護（ケアマネジャー）の連携が十分でない場合は切れ目の無いケアが行えないこととなる。
- ・ 具体的には、脳卒中等により入院した者は、退院後、一定の期間が経過した後に、要介護認定やケアプランの作成を行うため、ケアに空白が生じてしまう例を少なくない。ケアの継続性を担保するためには、入院した者が入院中にケアマネジメントを利用できる体制を整備するとともに、医療機関内部の他職種が連携して退院調整（退院前カンファレンス）を行い、これらの会議により、患者・家族に対して退院後予想される問題を検討し、十分な援助計画を作成することが必要ではないか。なお、可能であれば、この退院調整（退院前カンファレンス）に、退院後の支援を行う他職種も参加していくことが望ましい。
- ・ 退院した利用者本人を支援するためには、退院前カンファレンスによって作成された援助計画が、地域における他職種連携による生活支援に有機的に結びついていくことが必要である。具体的には、退院前カンファレンスによって作成した援助計画も踏まえながら、サービス担当者会議で議論が行われ、ケアプランが作成されることが望ましい。こういった利用者サイドに立った複数サービスのケアマネジメントを実現するための方策を講じるべきではないか。

2. 地域包括ケアシステムを支えるサービス

(2) ケアサービス

○介護サービス

(外部サービスの利用)

- ・ 既存の介護保険施設等で提供されているサービスのうち、どれを内部の事者により提供すべきもの、どれを外部のサービスによっても提供しうるものとするか。また、内部で提供すべきと考えられるサービスとの関連で、ふさわしい人員配置基準について、どう考えるか。
- ・ 施設においても、医療サービスを外付けすることにより、サービスの効率化が図れるとともに、利用者が入所前に受診していた医療機関との関係を継続させることができるのではないか。
- ・ 介護保険事業者が病院に対して外付けでサービスを提供するという形も考え得るのではないかという意見について、どう考えるか。

○看護サービス

- ・ 既存の訪問看護の実施状況を把握し、今後の量的確保についての計画を作成すべきではないか。
- ・ 訪問看護に従事する看護師と病院等における看護師との連携を図るべきではないか。また、訪問看護に関して、医療保険と介護保険の関係をどう考えるか。

○リハビリテーションサービス

- ・ リハビリテーションとともに、他の居宅サービスを併せて利用する必要がある場合、他の居宅サービスが優先され、結果的にリハビリテーションの利用が制限されているケースが多いのではないか。
- ・ 要介護度とリハビリテーションの必要性が必ずしも一致しない場合であっても、リハビリテーションが適切に利用されるような仕組みについて検討すべきではないか。
- ・ リハビリ機能を重視した在宅療養支援診療所を新たに評価することについて、どう考えるべきか。
- ・ 地域包括リハビリテーションセンターにリハビリテーション専門職を配置することや地域リハビリテーション広域支援センターと地域包括支援センターが強い連携がとれる体制にすること等についてどう考えるか。
- ・ 医療保険・介護保険といった保険別の枠組みでリハビリを提供しているが、利用者の状況や状態に応じて、両者の連携を図っていくべきではないか。

○訪問診療等のサービス

- ・ 既存の訪問診療の実施状況を把握し、今後の量的確保についての計画を作成すべきではないか。
- ・ 在宅医療の推進を図るため、既存の医療機関の活用を図るべきであり、たとえば、有床診療所を、在宅復帰・支援の中核機関として活用することも検討すべきではないか。
- ・ これからの在宅医療は、在宅主治医と訪問看護師だけでなく、他の多様な専門職種が参加して安全・安心を保障する医療を提供していくべきではないか。
- ・ 認知症を有する者で、身体合併症（特に、外科的対応や循環器疾患等）があるために一般病棟で治療する必要があるが、認知症への対応が困難であるため入院を断られるという実態がある。さらに、一般病棟では、「治療のため」として認知症を有する者に対して身体拘束が行われやすいのではないか。認知症を有する者が身体合併症を伴った場合に、安心して一般病棟で治療を受けられるようにするための対策を検討すべきではないか。
- ・ 看取りの場所の考え方は、個々人の信条や主義によって多様であることから、この選択を可能とする看取りの場所の在り方について、どのように考えるか。地域包括ケアにおいては、看取りを病院や施設のみならず、地域内の様々な居住環境において実現できることが望まれる。例えば、複数の者に対して民家でホスピスケアを行う取組等、在宅で看取りを行う取組を支援すること等を検討すべきではないか。
- ・ 地域において、在宅医療等の活用で生活ができる人の要件や基準が十分開発されていない。2025年に向けては、入院の必要性も含めた医療ニーズの把握の手法を開発し、地域の中で共有すべきではないか。
- ・ 医療ニーズの把握の一時判定のレベルでは、標準的なシステムを開発して、アセスメントを行うことが考えられるのではないか、なお、このシステムの開発に当たっては、IT技術を基礎とした地域における保健・医療・福祉に関わるデータベースの構築が前提となるのではないか。