

チーム医療推進協議会

地域包括ケアシステムの現状

岡山大学客員教授
前内閣官房社会保障改革担当室長
宮島俊彦

地域リハビリテーション

日本リハビリテーション病院協会、1991年

障害のある人々や高齢者およびその家族が、住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

その活動は、障害をもつ人々や老人のニーズに対し、先見的で、しかも身近で素早く、包括的で継続的そして体系的に対応しうるものでなければならぬ。

地域リハビリテーションの活動指針と推進課題

(日本リハビリテーション病院・施設協会1991)(2001改定)

【活動指針の要点】

- 障害の発生を予防
- 疾病や障害が発生した当初よりリハ・サービスを提供
- ライフステージに対応したリハ・サービスの継続的提供システム
(急性期から回復期、維持期へと遅滞なく効率的に継続)
- 改善困難な人々も社会参加し、生あるかぎり人間らしく過ごせるよう地域住民も含めた総合的な支援
- 一般の人々や活動に加わる人が障害を負うことや年をとることを家族や自分自身の問題としてとらえるよう啓発

【推進課題】

1. 直接援助活動
 - ① 障害の発生予防の推進
 - ② 急性期～回復期～維持期リハの体制整備
2. 組織化運動(ネットワーク・連携活動の強化)
 - ① 円滑なサービス提供システムの構築
 - ② 地域住民も含めた総合的な支援体制づくり
3. 教育啓発活動
 - ① 地域住民へのリハに対する啓発

国際障害分類と国際生活機能分類

【国際障害分類】1980年

疾病→機能障害→能力障害→社会的不利

【国際生活機能分類】2001年

○健康状態

○障害＝生活機能低下

　機能障害、活動制限、参加制約

○環境因子、個人因子

機能障害そのものに直接的に働きかけて、その結果、能力低下や社会的不利を改善させるという考え方から、残っている「心身機能」と日常生活の「活動」と社会への「参加」に対するそれぞれの働きかけを通じて、生活機能を向上させ、合わせて生活環境の改善を行うことにより、活動制限や参加制約を少なくさせて利用者本人の生活を支えていくという考え方

同時計画・同時改定(2018年4月)

○計画

- ・地域医療構想(2016年度)→第7次医療計画
- ・医療費適正化計画(2017年度中に策定)
- ・第7期介護事業計画

○改定

- ・診療報酬
 - ・介護報酬
- (国保の財政改革)

新東京事情(急速な高齢化)

- ・特養整備率は全国で一番低い
- ・救急搬送時間は全国で一番長い
- ・介護ハウス…貧困ビジネス
- ・出生率は低い

地方中核都市

- 急性期病床は過剰
- 回復期への転換が必要
- 人口減少
- 郊外型の都市づくり→中心市街地へ

コンパクトシティと地域包括ケアの推進が課題

地方小都市

- ・若年人口の減少
- ・75歳以上人口も減少
- ・医療・介護の収縮
病床過剰
特養の定員割れ

10年の変化—①医療費等

	平成15年度	平成25年度	増加率
国民医療費	30.8兆円	39.3兆円	+28%
病院	16.9兆円	21.0兆円	+24%
一般診療所	7.4兆円	8.4兆円	+14%
歯科診療所	2.5兆円	2.7兆円	+ 9%
薬局調剤	3.9兆円	7.0兆円	+81%
病院入院患者1日当たり医療費	25839円	33994円	+32%
病院外来患者1日当たり医療費	8738円	12989円	+49%

10年の変化－②病院全体

	平成15年	平成25年	増減
病院数	9122か所	8540か所	△6. 4%
病床数	163万床	157万床	△3. 6%
1日平均在院患者数	139万人	128万人	△8. 2%
1日平均新入院患者数	38158人	41686人	+9. 2%
1日平均退院患者数	38218人	41744人	+9. 2%
1日平均外来患者数	166万人	139万人	△16. 3%
病床利用率	84. 9%	81. 0%	△4. 6%
平均在院日数	36. 4日	30. 6日	△15. 9%
病院従事者	165万人	200万人	+21. 8%
100床当たり	100. 8人	127. 3人	+26. 3%

10年の変化—③一般病床

	平成15年	平成25年	増減
病床数	94万床	90万床	△4. 2%
1日平均在院患者数	74万人	68万人	△8. 7%
病床利用率	79. 7%	75. 5%	△5. 3%
平均在院日数	20. 7日	17. 2日	△16. 9%

日本の入院医療

急性期医療体制の各国比較(2009年)

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	百床当たり臨床医指数	百床当たり臨床看護職員数
日本	18. 5	8. 11	26. 6	117. 9
ドイツ	7. 5	5. 66	64. 3	194. 1
フランス	5. 2	3. 47	94. 3	236. 5
イギリス	6. 8	2. 68	101. 1	361. 3
アメリカ	5. 4	2. 66	93. 6	413. 8

中医協資料より抜粋

(出典)「OECD Health Data 2011」

対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本: 病院診療所の一般病床、感染症病床

ドイツ: 急性期病床のみ

フランス: 外科病床、参加病床、その他の急性期病床

イギリス: NHSの全病床

アメリカ: AHAに登録されている短期一般病床

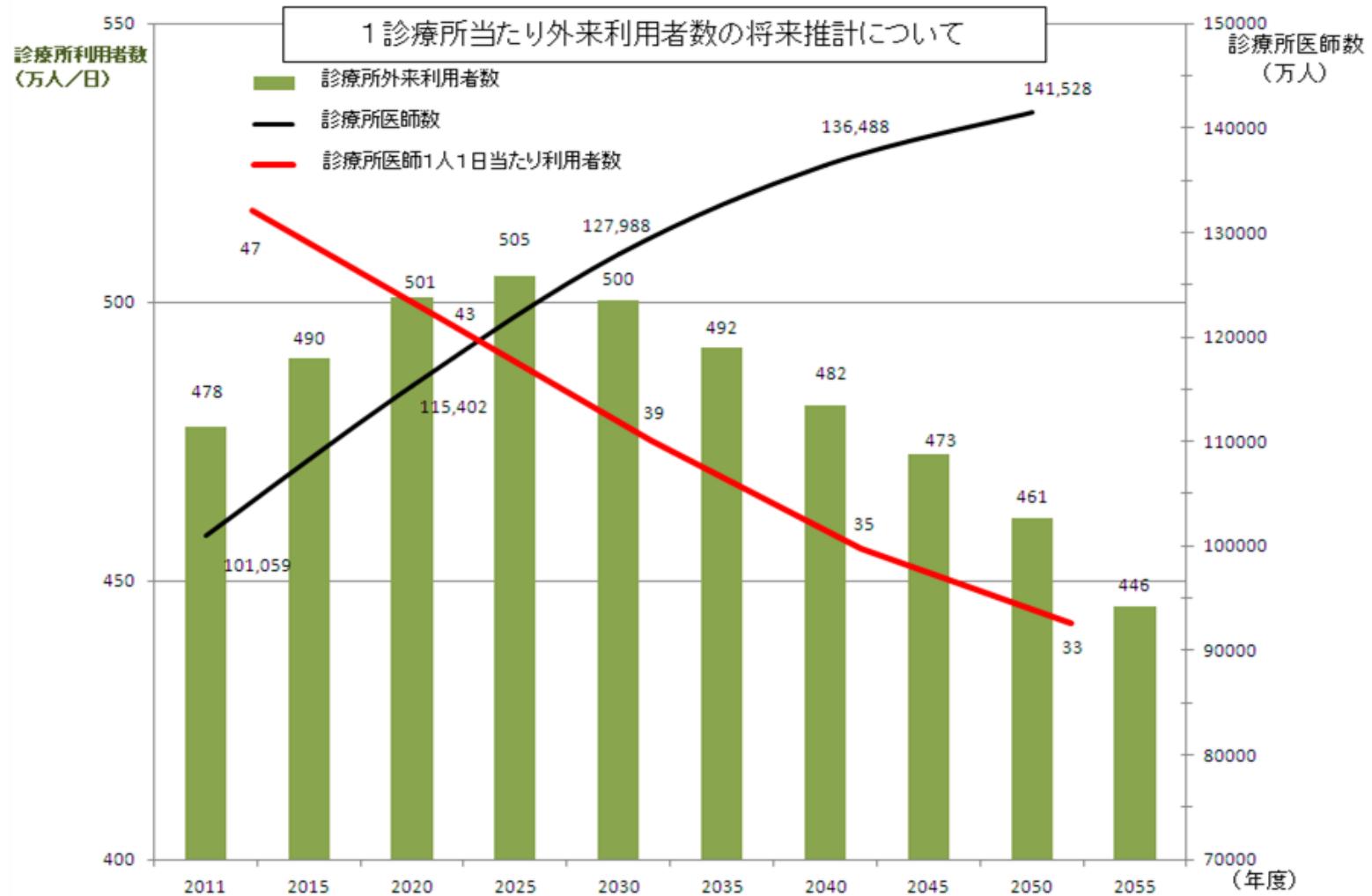
老人医療費は若人の5倍 (2012年度医療費)

	全体	70歳未満	70歳以上	75歳以上
医療費(兆円)	38. 4	19. 0	17. 4	13. 7
1人当たり(万円)	30. 1	18. 1	80. 4	91. 5

(注)医療費の年齢区分別には生活保護の医療扶助は含まない

国民一人当たり受診回数

日本	21
アメリカ	5. 3
イギリス	4. 8
フランス	5. 2
スウェーデン	2. 7



- 診療所外来利用者数は、「社会保障改革に関する集中検討会議(第十回)(参考資料1-2)医療・介護に係る長期推計」(平成23年6月2日内閣官房)の現状投影シナリオを用い、同様の方法により延長したもの。
- 診療所医師数は、2010年医師・歯科医師・看護師調査を用いて10年毎に推計、①40歳以上は平成22年簡易生命表死亡率による死亡減少のみを見込み、②39歳以下は医学部定員(平成24年度以降は一定と仮定)に対する医療施設従事医師数の比率を一定と仮定して算出した。医療施設従事医師数のうち、診療所医師数の割合は足下実績で固定した。

医療提供体制のあり方

日本医師会・四病院団体協議会合同提言(2013)

○病床区分

- ・高度急性期病床
- ・急性期病床
- ・回復期病床
- ・慢性期病床

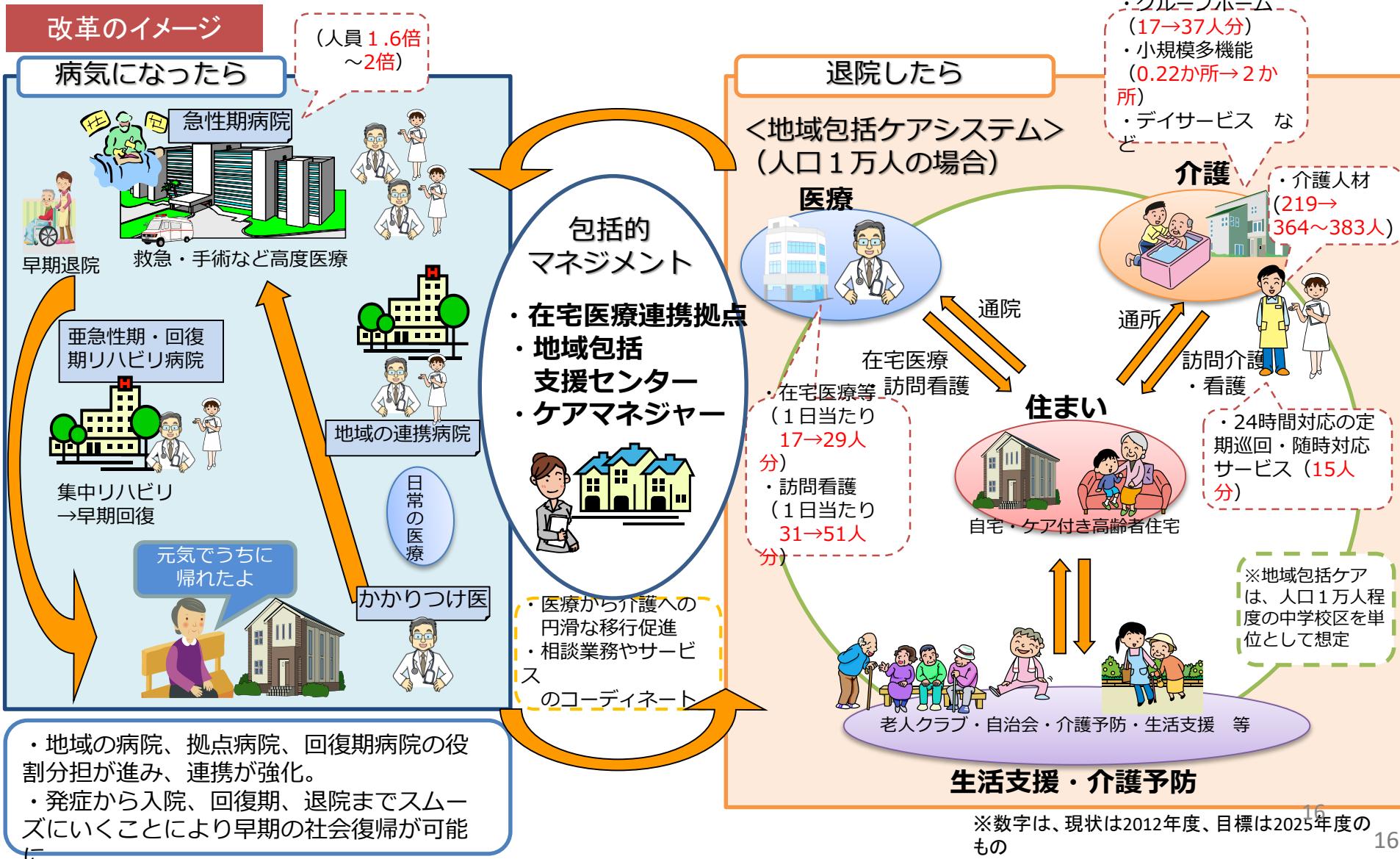
○かかりつけ医の定義

「何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」

医療改革と地域包括ケアシステムの構築

- 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



医療介護総合確保法の柱 (2014)

I 医療介護総合確保計画

II 医療法改革

- ・病院報告制度、地域医療構想など

III 介護保険法改革

- ・要支援の地域支援事業への移行など

I 医療介護総合確保計画

	医療介護総合確保	医療	介護
国	総合確保方針	医療提供体制基本方針	介護保険事業基本指針
都道府県	都道府県計画	医療計画	介護保険事業支援計画
市町村	市町村計画	(市町村計画)	介護保険事業計画

計画の総合化－市町村レベルで

- ・健康日本21
- ・高齢者等の住宅
- ・障害者福祉
- ・母子家庭の福祉

II 医療法改革

①病床機能報告制度

高度急性期、急性期、回復期、慢性期

②地域医療構想(ビジョン)－2025年の姿

③協議の場

④新たな基金(財政支援制度)

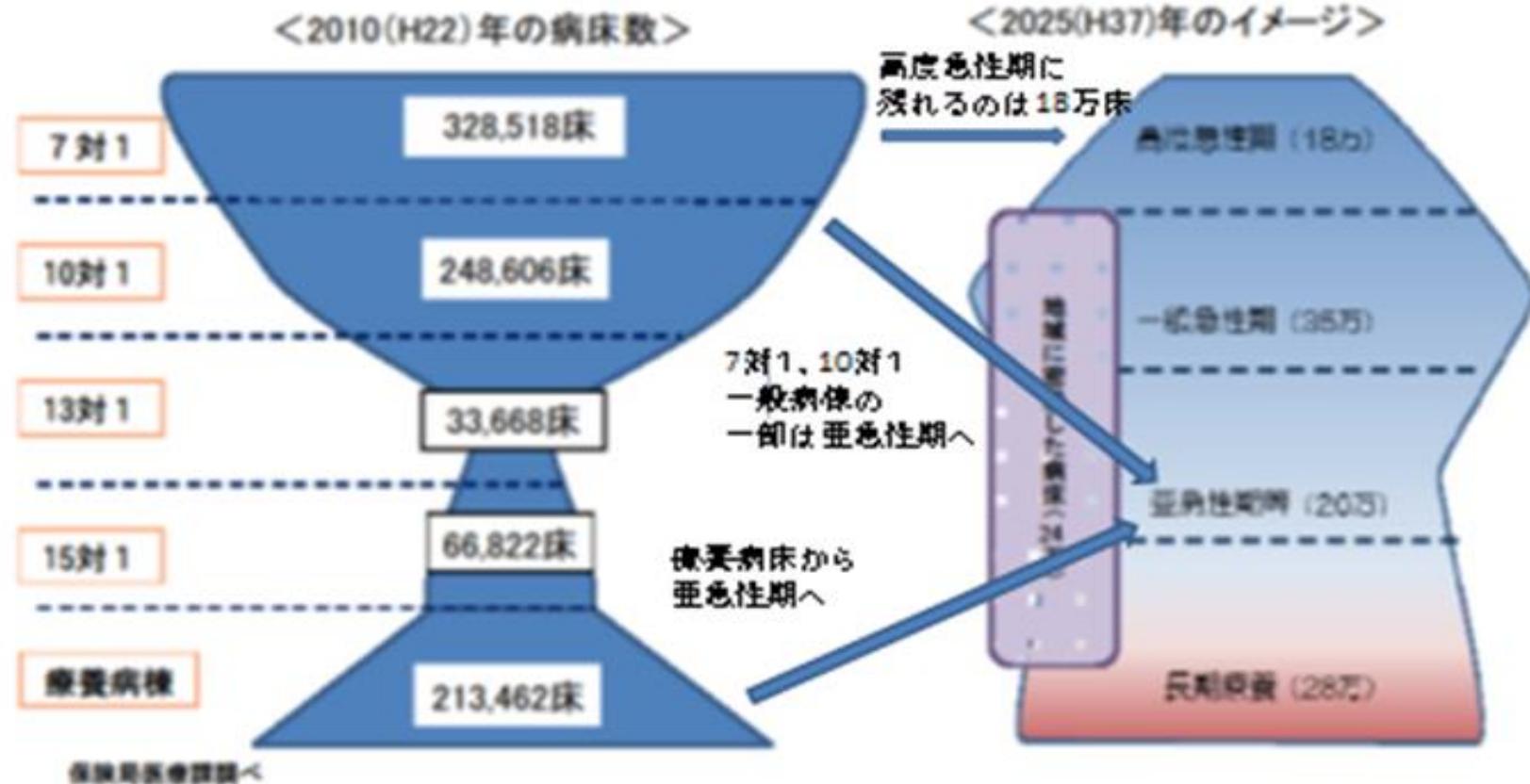
⑤知事の権限

一連の流れ

医療計画において、病床数等を正確に推計するために、各病院・有床診療所ごとに正確なデーターの「報告」を求め、中長期の入院需要推計を基に「ビジョン」を定め、ビジョンを実現するためには、二次医療圏ごとに医療現場の方たち等からなる「協議の場」を設けて議論してもらい、必要な手段には「基金」を使いつつ、非合理な判断をする者が現れた場合には、「知事が権限」を行使する。

診療報酬による病床機能分化

～ワイングラス型からヤクルト型へ～



- 届出医療機関数でみると10対1入院基本料が最も多く、病床数でみると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期と急性期の境界点(C1)	3,000点	救命救急病棟やICU、HCU等から、一般的な標準治療へ移行する段階の医療資源投入量
急性期と回復期の境界点(C2)	600点	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量 ※ 落ち着いた段階の医療資源投入量を患者数で加重平均すると約600点
回復期と在宅医療等の境界点(C3)	225点 (175点)	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ※ 境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込むと175点

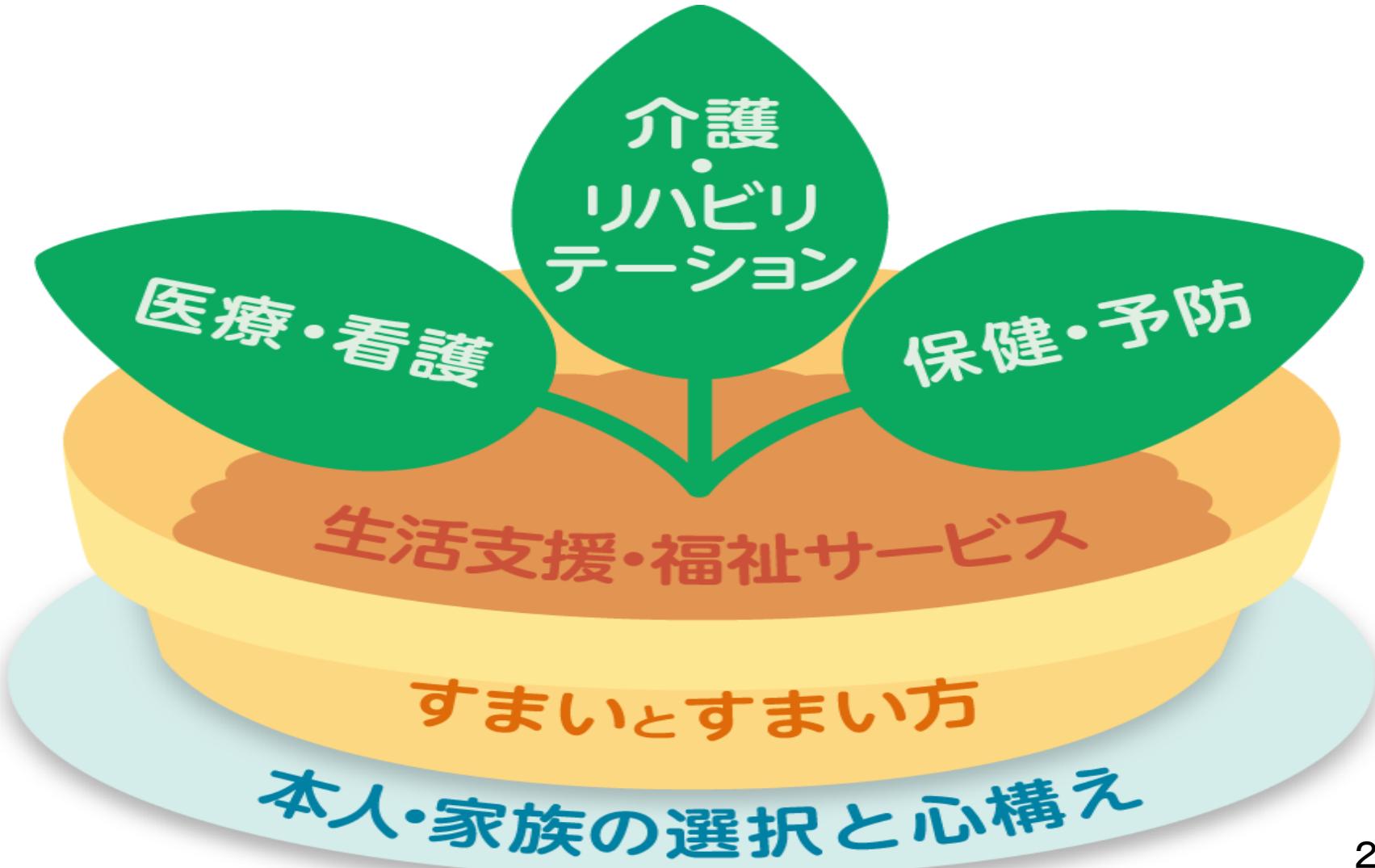
医療機能別必要病床数の推計

	医療機関の届出	2025年推計
高度急性期	19. 1万	13. 0万
急性期	58. 1万	40. 1万
回復期	11. 0万	37. 5万
慢性期	35. 2万	24. 2万～28. 5万
合計	123. 4万	114. 8万～119. 1万

医療機関の届出は、病院機能報告の2014. 7時点の病床数。通常の病院報告では、134. 7万床(一般100. 6万、療養34. 1万)
2025年推計では、現状投影では152万床になるが、在宅医療等で29. 7万～33. 7万床分をカバーするとしている。

地域包括ケアの概念図

(平成24年度地域包括ケア研究会報告より)



新しい地域支援事業の全体像 (2015年度～)

- 介護給付(要介護1～5)
- 介護予防給付(要支援1～2)
 - ・訪問看護、福祉用具等に限定
 - ・訪問介護、通所介護は地域支援事業へ
- 地域支援事業
 - 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

①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

* 従来の予防給付(要支援1～2)のサービスは、
訪問看護、福祉用具等に限定

②包括的支援事業

○地域包括支援センターの運営

- ・総合相談
- ・介護予防ケアマネジメント
- ・ケアマネジメント支援
- ・地域ケア会議の充実など

○在宅医療・介護連携事業

○認知症総合支援事業

- ・認知症初期集中支援事業
- ・認知症地域支援・ケア向上事業

○生活支援体制整備事業

- ・コーディネーターの配置
- ・協議体の設置

③任意事業

○介護給付費適正化事業

○家族介護支援事業など

地域包括ケアの課題

- ①保健・予防ができているか
- ②自立支援に資するサービスになっているか
- ③在宅の重度者支援、看取りができるか
- ④生活支援・福祉サービスにどう取り組むか
- ⑤住まいと住まい方は適切か
 - ・本人と家族の関係をどう考えるか

①保健・予防ができるか

○介護予防事業(一次予防、二次予防)

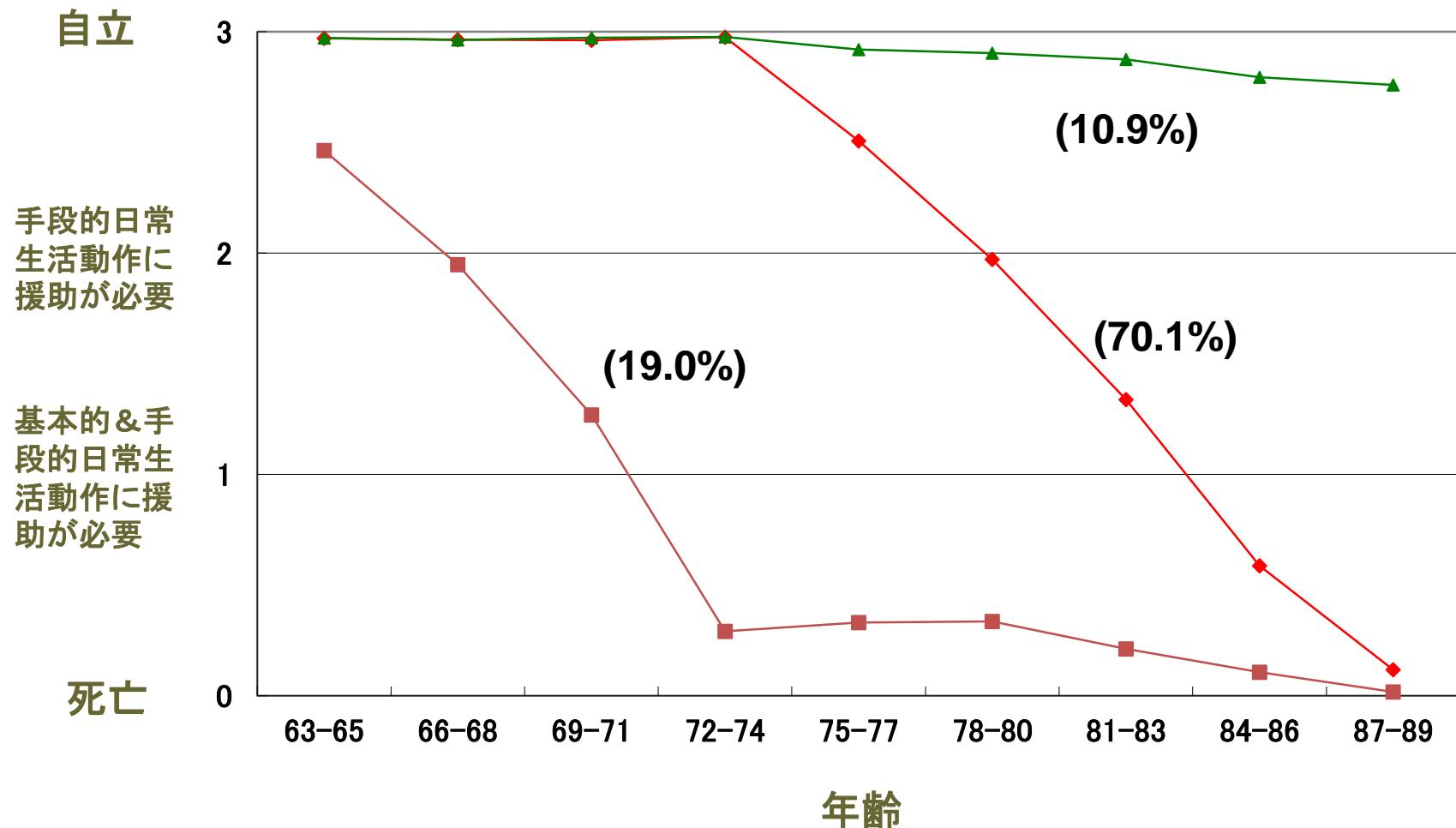
- ・効果が不明
- ・対象者の把握が不十分
- ・参加者が少ない

○介護予防給付(要支援者)

- ・介護予防の中身になっているのか？

自立度の変化パターン【男性】

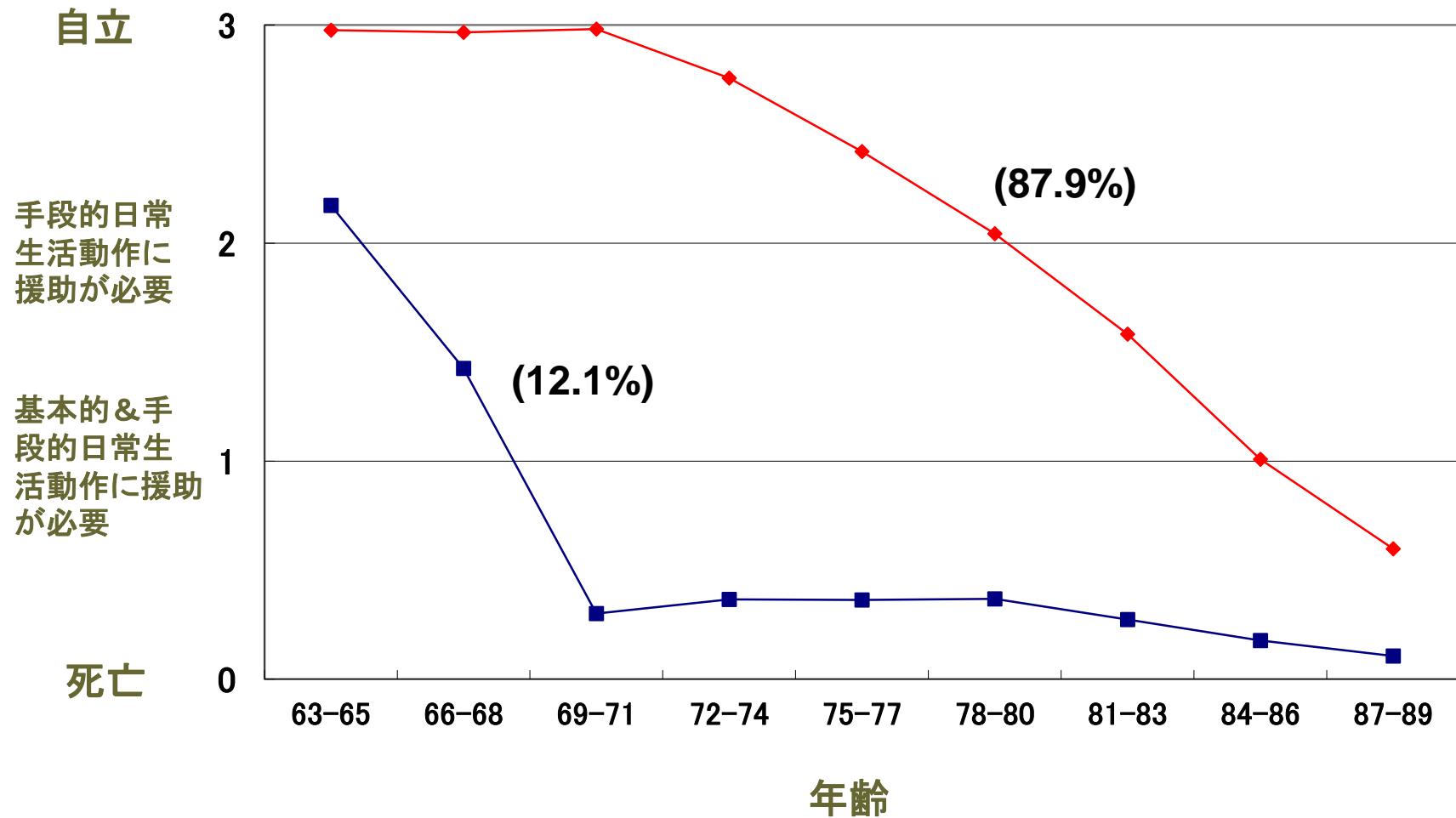
—全国高齢者20年の追跡調査—



出典) 秋山弘子 長寿社会の科学と社会の構想「科学」岩波書店,2010

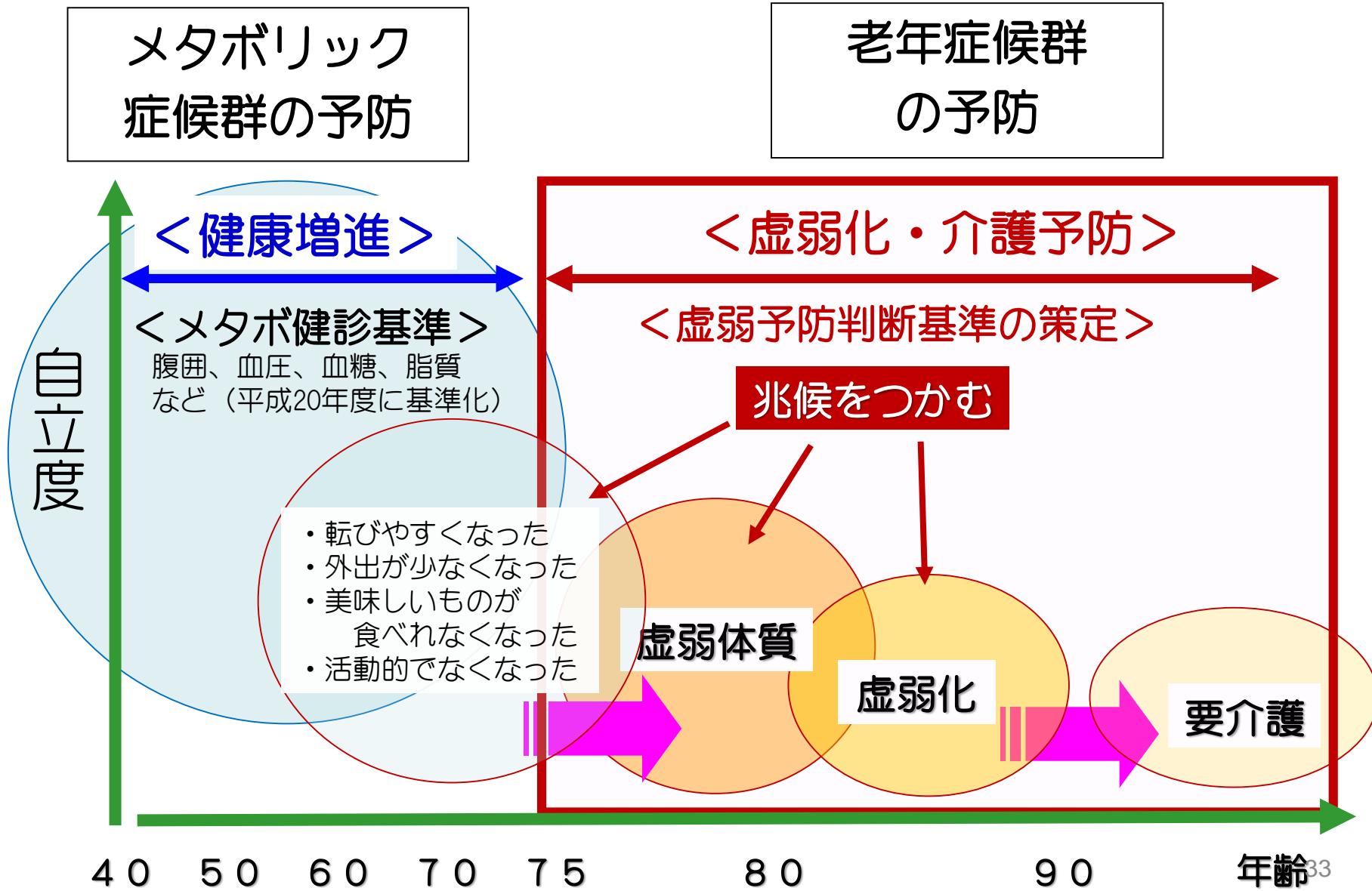
自立度の変化パターン【女性】

—全国高齢者20年の追跡調査—



出典) 秋山弘子 長寿社会の科学と社会の構想「科学」岩波書店,2010

健康増進・虚弱予防の研究と推進



食(栄養)

食べる力・バランスのある食事

身体活動

運動、社会活動など

社会参加

就労、ボランティア活動など

健康長寿のための3つの柱

②自立支援に資するサービスになっているか

- ・保険給付の家事援助(掃除、洗濯、料理等)
－生活支援で一部別体系
- ・予防的介護－生活不活発の防止、口腔ケア、
低栄養の防止、排尿ケア
- ・身体介護－入浴、排せつ、食事等の自立
- ・医療ケア－痰の吸引、経管栄養
インシュリン注射、褥瘡の手当て

寝たきりゼロへの10か条

第1条	脳卒中と骨折予防、寝たきりゼロへの第一歩
第2条	寝たきりは寝かせきりから作られる、過度の安静逆効果
第3条	リハビリは早期開始が効果的、始めようベッドの上から訓練を
第4条	暮らしの中でのリハビリは、食事と排泄、着替えから
第5条	朝起きて先ずは着替えて身だしなみ、寝・食分けて生活にメリと ハリ
第6条	「手は出しすぎず、目は離さず」が介護の基本、自立の気持ちを 大切に
第7条	ベッドから移ろう移そう車椅子、行動広げる機器の活用
第8条	手すりつけ、段差をなくし住みやすく、アイディア生かした住まい の改善
第9条	家庭でも社会でも喜び見つけ、みんなで防ごう閉じこもり
第10条	進んで利用、機能訓練、デイサービス、寝たきりなくす人の和、地 域の輪

埼玉県和光市 要介護認定率の引き下げを実現

○地域ケア会議

- ・軽度者についての介護予防の徹底
- ・リハビリ、低栄養の防止、口腔ケアなどをケアプランに反映
- ・保健師、リハ職、歯科衛生士、栄養士などで個別のケアプランを協議

○高齢者世帯の全数調査

③在宅の重度者支援、看取りができるか

死亡者数 100万人→160万人(2025年)

今は病院で死亡が85%

垂直統合一在宅入院のような仕組み

水平統合一拠点型

医療と介護の在宅ケア(デンマークと日本の比較)

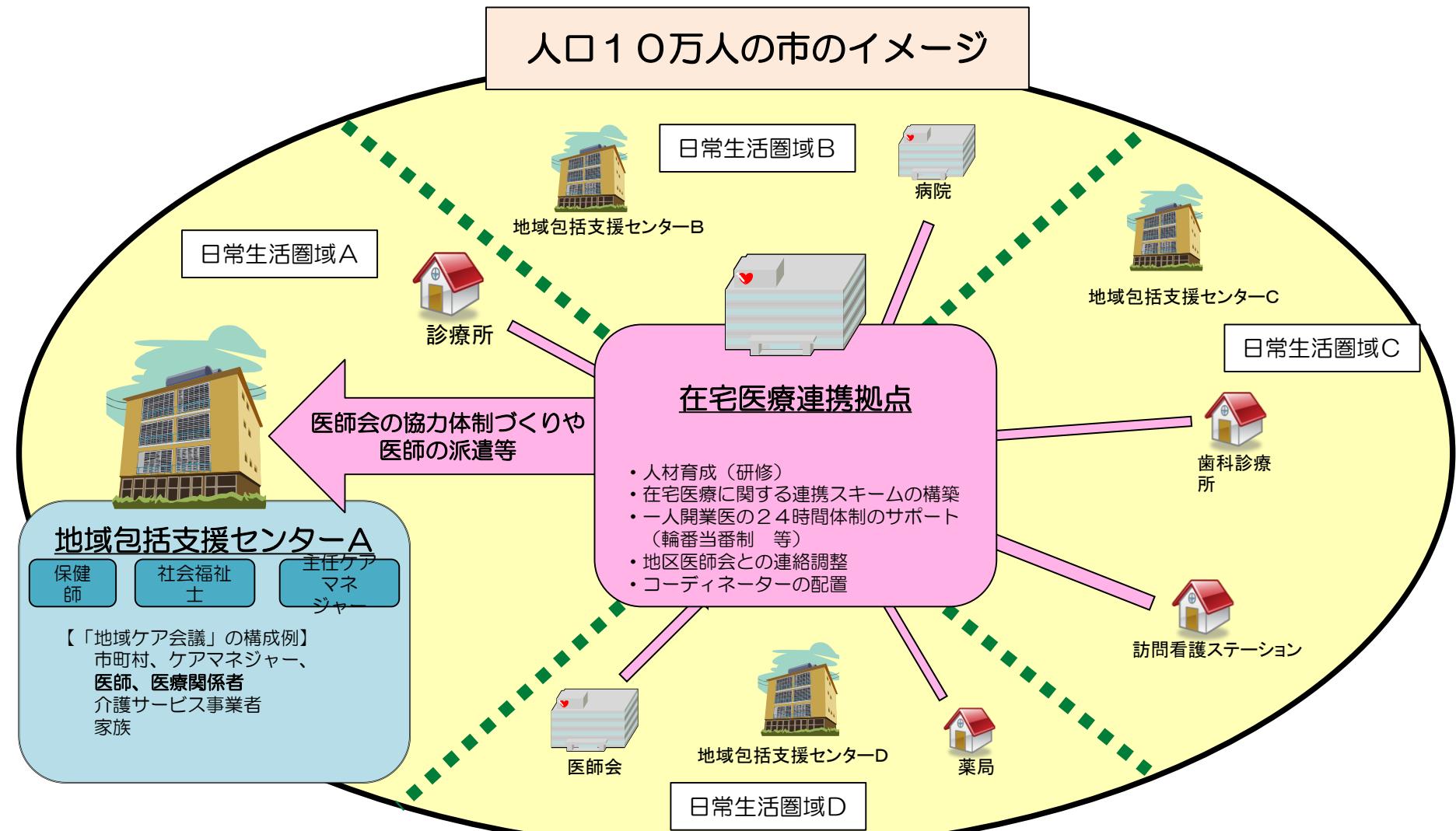
	デンマーク	日本
在宅ケアの供給	公的主体 統合ケア 24時間	民間多主体 医療と福祉の壁 24時間?
医師	家庭医	専門医の開業
ケア	包括訪問ステーション 看護師一ケアリーダー ヘルパー一看護とチーム 社会福祉・保健ヘルパー リハ職	看護師一訪問看護ステーション ヘルパー一訪問事業所
供給調整	公的に一元化	ケアマネージャー

松岡洋子「デンマークの高齢者福祉と地域居住」2005を参考に作成

地域包括支援センターと在宅医療連携拠点

	圏域単位	箇所数	役割
地域包括支援センター	日常生活圏域	1万か所	個別ケア会議
在宅医療連携拠点	市町村単位	2000か所？	医療関係者の研修 担当エリア決め 退院支援

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。

地域包括ケア推進研究会準備委員会提言 (H28・5・20)

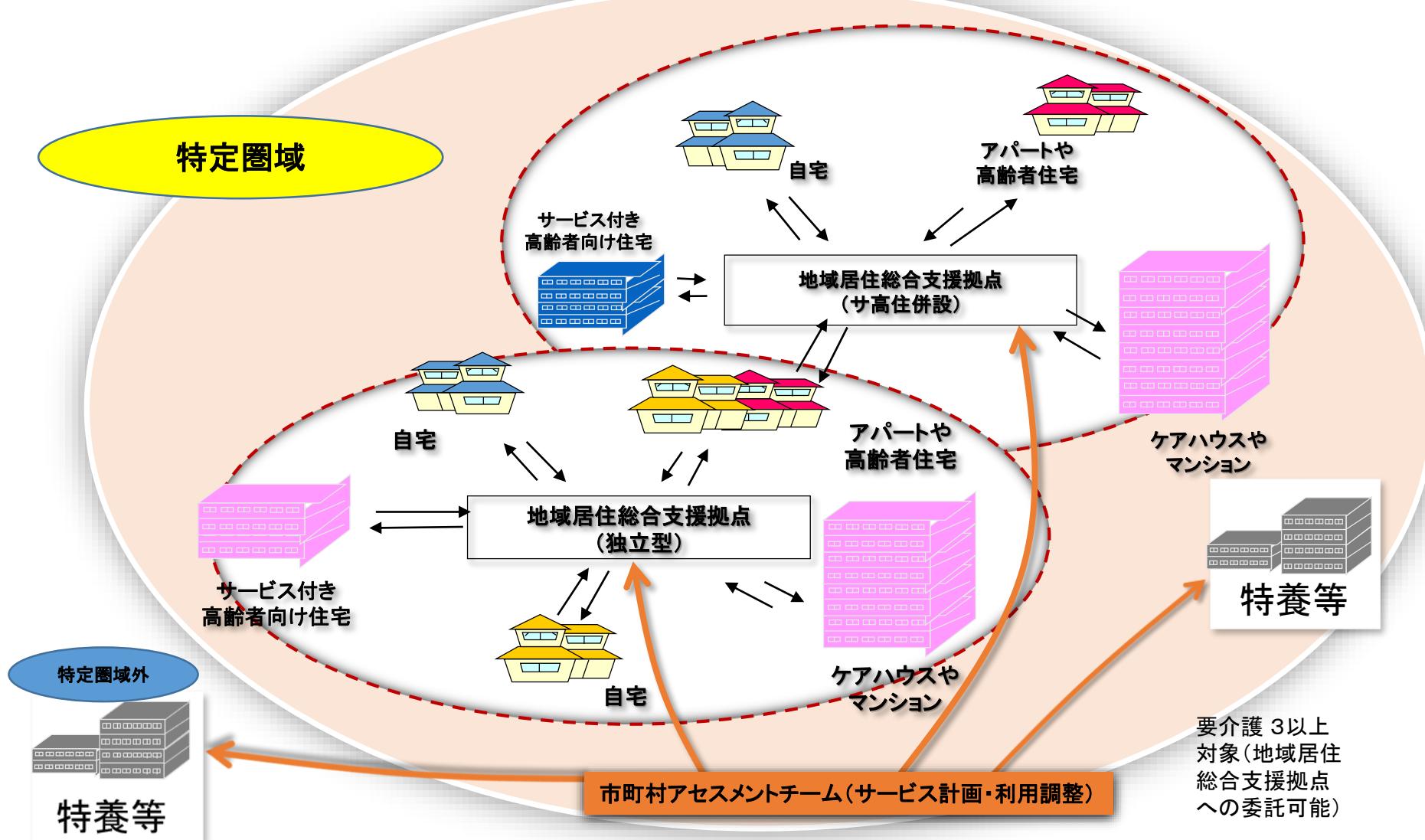
○新型多機能サービス

一定地域内に居住する要介護3以上の重度者を対象として、訪問・通いを中心に、泊りも含めたサービスを柔軟に組み合わせて提供する「新型多機能サービス(仮称)」を創設する。新型多機能サービスについては、小規模多機能のような登録定員の上限は設けない。

○地域居住総合支援拠点

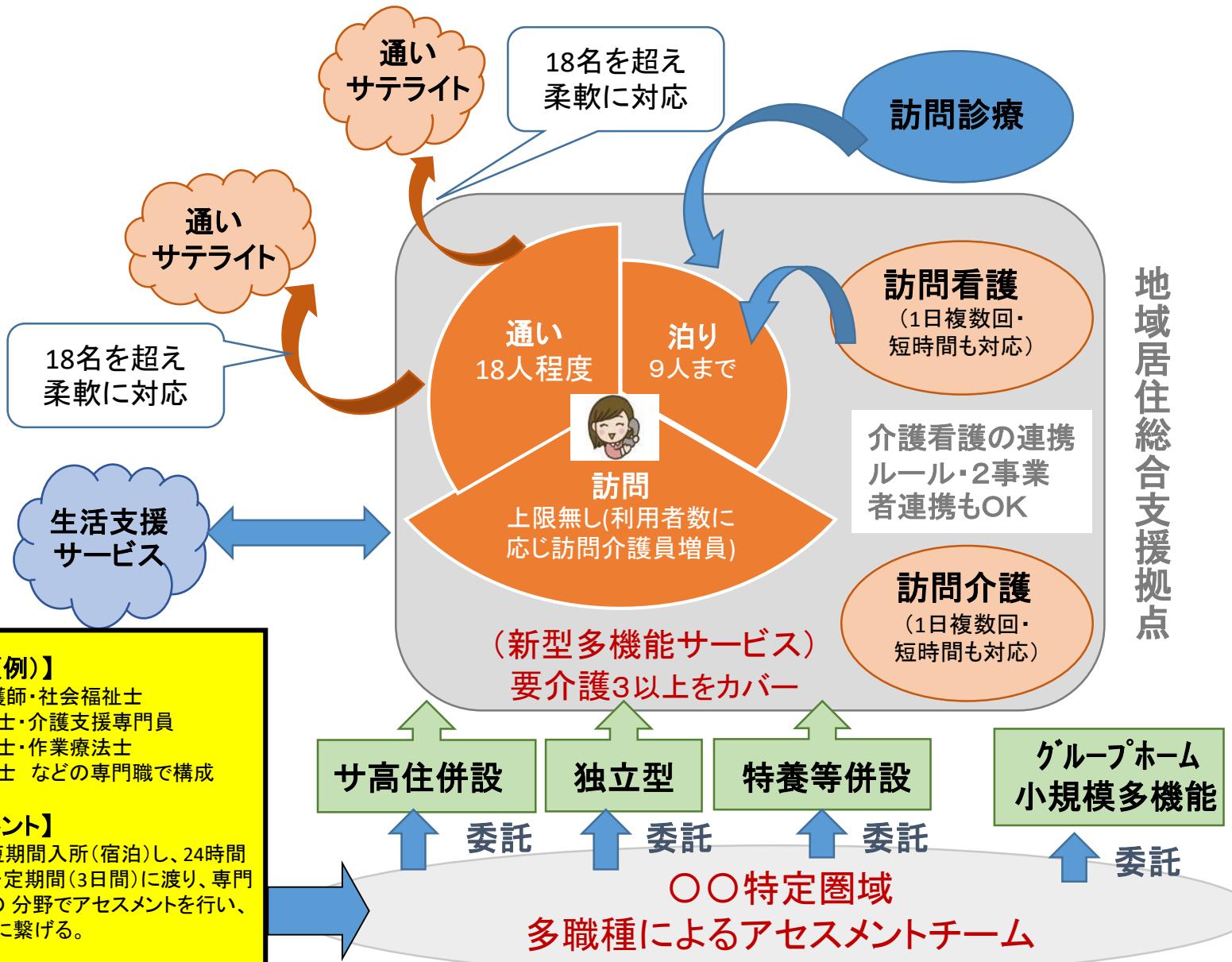
一定の日常生活圏域(特定圏域)を選定し、段階的に整備地域居住総合支援拠点の運営事業者は公募により選定特定圏域では、「アセスメントチーム」を設置し、サービス計画案の作成と利用調整を行う。

市町村による特定圏域(日常生活圏域単位)の指定制度のイメージ



1. 特定圏域(ピンク色)の指定 → ニーズ調査・在宅総合支援拠点を一定数公募・市町村アセスメントチームの設置 → 地域居住総合支援拠点サービスの適切な普及
2. 市町村ごとに、必要に応じ順次、特定圏域を増加させる

「地域居住総合支援拠点」と「新型多機能サービス」のイメージ



④生活支援・福祉サービスにどう取り組むか

生活支援サービス(見守り、ゴミだし、移動、買い物、手続き、修理など)

	提供のスキーム	提供者	負担
自助	市場	企業	利用者負担
互助	地域	NPO、ボランティア	利用者負担もある
共助	介護保険	介護保険事業者	原則1割
公助	困窮者支援	行政委託の事業者	なし

共助としての生活支援はどこまでか(洗濯、料理、掃除など)？

公助としての生活支援とは？－家賃保証、生活再建

福祉サービス

虐待問題

権利擁護、成年後見

市町村調査

市民後見人の養成、登録、監督

(事例) 東京都山谷一ふるさとの会 四重苦への挑戦

- 生活保護などの単身、低所得、ホームレス、要介護者を対象に、住まいの確保と生活支援
- 民間借家の借り上げ一家賃保証
- 家族的な生活支援
- 医療、介護サービスへの橋渡し

⑤住まいと住まい方は適切か

高齢者の居場所	居場所に関する権利	ケアの提供のあり方
療養病床、老健施設	利用権(医師の判断)	内付け
特養、グループホーム	利用権(一部措置)	内付け
有料(特定)	利用権	内付け
高齢者賃貸住宅	賃貸借	外付け
持家	所有権	外付け

これからの住宅の方向

○施設の方向

- ・療養病床→3類型
- ・特養→低所得対応か？
- ・老健施設→特養化か？

○サービス付き高齢者向け住宅

- ・分散型、シェアハウス型

○空き家の活用

○普遍的な居住支援制度(高齢者、母子、障害者、失業者)

○都道府県住まい計画→市町村計画

○病院モデルからの脱却、住まいとケアの研究

(事例) 宮崎県一ホームホスピス かあさんの家

- ・終末期の方が、民家でホームシェア
 - ・1か所当たり、5~7人程度
 - ・訪問診療、訪問看護、訪問介護で対応
 - ・温かな家庭的な環境
- * 介護ハウスと何が違うのか

一億総活躍(介護離職ゼロ①)

- 高齢者の利用ニーズに対応した介護サービス基盤の確保
 - ・自立支援・介護予防に取り組む先進的な自治体の取組の全国展開
 - ・要介護度の維持・改善の効果を上げた事業所への介護報酬等の対応
 - ・介護基盤整備(50万人分)

一億総活躍(介護離職ゼロ②)

○元気で豊かな老後を送れる健康寿命の延伸に向けた取組

- ・フレイル対策の全国展開
- ・専門職による栄養、口腔、服薬などの支援

○地域共生社会の実現

- ・育児、介護、障害、貧困などの市町村における総合相談体制
- ・医療・介護・福祉の専門資格について、複数資格に共通の基礎課程を設け、一人の人材が複数の資格を取得しやすいようにすることを検討
- ・医療、福祉の業務独占資格の業務範囲について、現場で効率的、効果的なサービスの提供が必要、見直しを行う。

専門職間の役割分担に関する制度の見直し

① フィンランドにおける介護職員のカリキュラム

1年間

- | 職業専攻課程プログラム | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 児童・青少年ケア教育専門課程 | <input type="radio"/> 高齢者ケア専門課程 |
| <input type="radio"/> 顧客サービス・情報管理専門課程 | <input type="radio"/> 障害者ケア専門課程 |
| <input type="radio"/> 精神衛生、依存症中毒ケア専門課程 | <input type="radio"/> 口腔・歯科衛生専門課程 |
| <input type="radio"/> 救急ケア専門課程 | <input type="radio"/> リハビリケア専門課程 |
| <input type="radio"/> 看護・介護専門課程 | |

2年間

- | 職業基礎学習 | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> リハビリ援助 | <input type="radio"/> 介護と看護 |
| <input type="radio"/> 成長への指導と援助 | |
| <input type="radio"/> 一般教養 | <input type="radio"/> 選択科目 |

出典： 笹谷春美＜厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」分担研究報告書「フィンランドにおける介護者の確保育成策」＞

経済財政諮問会議(骨太方針2015)

I 経済財政一体改革のフレーム

- ・消費税率10%への引き上げを2017年4月に実施
- ・2020年度のPB黒字化を実現－PB赤字の対GDP比の縮小
- ・計画の当初3年間(2016～18年度)を「集中改⾰期間」と位置付け
- ・2018年度のPB赤字の対GDP比▲1%を目安とする。

経済財政諮問会議(骨太方針2015)

Ⅱ 社会保障のフレーム

- 安倍内閣のこれまでの3年間の…社会保障関係費の実質的な増加が高齢化による増加分に相当する伸び(1.5兆円程度)となっていること…その基調を2018年度まで継続
- 2020年度に向けて、社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指す。

*2016年度の厚生労働省の概算要求では、高齢化による増加分は6700億円と見込んでいる。

*これを5000億円程度に削減することが必要

(2017年度は、6400億円→5000億円)

介護保険制度見直しに関する意見 (2016年12月9日 介護保険部会)

- ・各保険者が地域の実態を把握・課題を分析
- ・要介護状態の維持改善度合い、地域ケア会議の開催状況等の実績評価
- ・ケアマネジメントの標準化
- ・医療・介護の連携推進…国、都道府県の役割の明確化
- ・ロボット・ITCに係る介護報酬や人員・設備基準の見直し
- ・軽度者への支援の総合事業への移行は、しばらく検討。生活援助中心サービスの人員基準の見直し
- ・福祉用具の貸与価格の全国平均価格を公表、上限を設定

改革工程表に沿った削減(2017年度予算案)

- ・高額療養費の見直し ▲220億円
- ・後期高齢者の保険料軽減特例の見直し
▲190億円
- ・入院時の光熱水費の見直し ▲20億円
- ・高額薬剤(オプジーボ)の薬価引き下げ
▲200億円
- ・高額介護サービス費の見直し ▲10億円
- ・介護納付金の総報酬割の導入 ▲440億円

大臣折衝事項抜粋(2016・12・19)

- かかりつけ医の普及の観点からの外来時定額負担
- 生活援助サービスその他の給付の見直し
 - ・生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和及びそれに応じた報酬の設定
 - ・通所介護などその他の給付の適正化
- 福祉用具貸与の見直し
 - ・全国平均貸与価格の公表
 - ・貸与価格の上限設定

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の改正案①

○地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 自立支援・重度化予防に向けた保険者機能の強化
 - ・国からデーター提供
 - ・介護保険事業計画に介護予防・重度化予防等の取組内容と目標を記載
 - ・都道府県の支援事業の創設
 - ・財政インセンティブの付与
 - ・地域包括支援センターの市町村による評価
 - ・居宅サービス事業者の指定拒否(小規模多機能等の普及)
 - ・新オレンジプランの推進
2. 介護医療院の創設
 - ・介護療養病床は6年間延長
3. 地域共生社会の実現に向けた取組
 - ・包括的体制づくり
 - ・高齢者と障害児者の共生型サービス
 - ・有料老人ホームに対する事業停止命令

地域包括ケアシステムの強化のための 介護保険法等の改正案②

○介護保険制度の持続可能性の確保

1. 2割負担者のうち特に所得の高い層の3割負担
2. 介護納付金への総報酬割の導入

26年度・28年度改定率

26年度改定（）内は消費税対応分	28年度改定
1 診療報酬本体改定率 +0.73% (+0.63%)	1 診療報酬本体改定率 +0.49% (国費 +500億円)
2 薬価改定等 ▲0.63% (+0.73%)	2 薬価改定等 ▲1.33% (国費 ▲1200億円)
* ネット+0.1% 消費税対応分を除けば▲1.26%	3 制度改正事項 (国費 ▲610億円程度) ・医薬品価格の適正化 (国費 ▲500億円) 新規収載後発医薬品の引下げ 市場拡大再算定等 ・大型門前適正化等

26年度・28年度主要改定事項

	26年度	28年度
入院	7対1入院基本料の厳格化 地域包括ケア病棟の創設 療養病床における在宅復帰評価 有床診療所の複数機能評価	7対1入院基本料の厳格化 地域包括ケア病棟の出来高評価 回復期リハ病棟のアウトカム評価 療養病床(あり方検討会)
外来	主治医機能の評価の新設の創設	地域包括診療料の認知症へ拡大 大病院の定額患者負担
在宅	同一建物複数訪問の切り下げ	在宅専門診療所の評価
薬価、調剤	長期収載品の薬価引き下げ 新規収載後発医薬品の引き下げ 妥結率が低い保険薬局の適正化 大型門前薬局対策	後発品の使用促進 残薬、重複、多剤投与等の是正 大型門前薬局対策

27年度介護報酬改定

○改定率

▲2.27%（うち在宅▲1.42%、施設▲0.85%）
(処遇改善+1.65%、充実+0.56%、その他▲4.48%)

○改定方向

- ・中重度、認知症の在宅重視
- ・リハビリ重視
- ・看取り期の対応重視
- ・口腔、栄養管理
- ・処遇改善
- ・サービスの適正化、評価

高齢者の地域におけるリハビリテーションの 新たな在り方検討会 (設置の背景)

○これからの中高齢者のリハビリテーションでは、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すことが大切である。そのためには、生活期リハビリテーションが果たすべき役割と「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかける「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方」を再整理することが求められている。

*ほとんどの通所・訪問リハビリテーションでは、「心身機能」に対する機能回復訓練が継続して提供されている実態がある

高齢者リハの取組

年代	主な対策	医療	介護	介護予防
2000	介護保険法 健康日本21 国際生活機能分類	回復期リハ病棟	訪問リハ 通所リハ 老健リハ加算	介護予防・生活支援事業
2002	健康増進法	個別リハ		
2003			個別リハ加算	
2004	高齢者リハビリテーション研究会報告			
2005	予防給付 地域支援事業	疾患別リハ	短期集中リハ 加算 リハマネ加算	地域支援事業
2008			短時間通所リハ	
2009		発症早期リハ		
2011			訪問介護と訪問リハ連携加算	
2014	医療・介護総合確保法	維持期→介護リハへの移行評価		要支援の地域支援事業への移行

居宅サービス(訪問系、通所系)に 求められる機能

- 「心身機能」「活動」「参加」などの生活機能の維持向上、生活援助としての機能、家族介護者の負担軽減を図る機能
- 認知症高齢者や重度の要介護者に対する対応力の向上
- 多職種連携を推進する仕組み
- 基本的な手法・視点
 - ・アセスメント→計画→サービス提供→評価
 - ・他の事業所や専門職との連携
 - ・利用者の社会性の維持
- 報酬での評価
 - ・訪問系、通所系を一体的にとらえた機能分類、評価体系
 - ・機能回復の程度の評価

生活期リハビリテーションマネジメント の再構築

- ①利用者主体の日常生活に着目した目標設定
 - ・利用者の意向
 - ・医師による説明と同意
- ②多職種協働を実現するための具体的な仕組の導入
 - ・計画の共有
 - ・リハビリテーションカンファレンス機能の強化
- ③プロセスマネジメントの導入

生活機能に焦点を当てた アプローチの強化

- ①「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチ
 - ②何分何単位、個別ではなく、弾力的な報酬体系
 - ③自主トレーニングの視点や家族の指導
 - ④自宅生活を理解した通所と訪問の一体提供
- * 生活行為向上リハビリテーション(仮称)の提案

生活期リハビリテーションの連携上の課題

○リハビリテーションのプラン

- ・医師
- ・ケアマネージャー

○リハビリテーションの提供

- ・看護師
- ・介護職

* 多職種連携というけれど？

未来投資会議－Society 5.0

(2016年11月10日 総理発言)

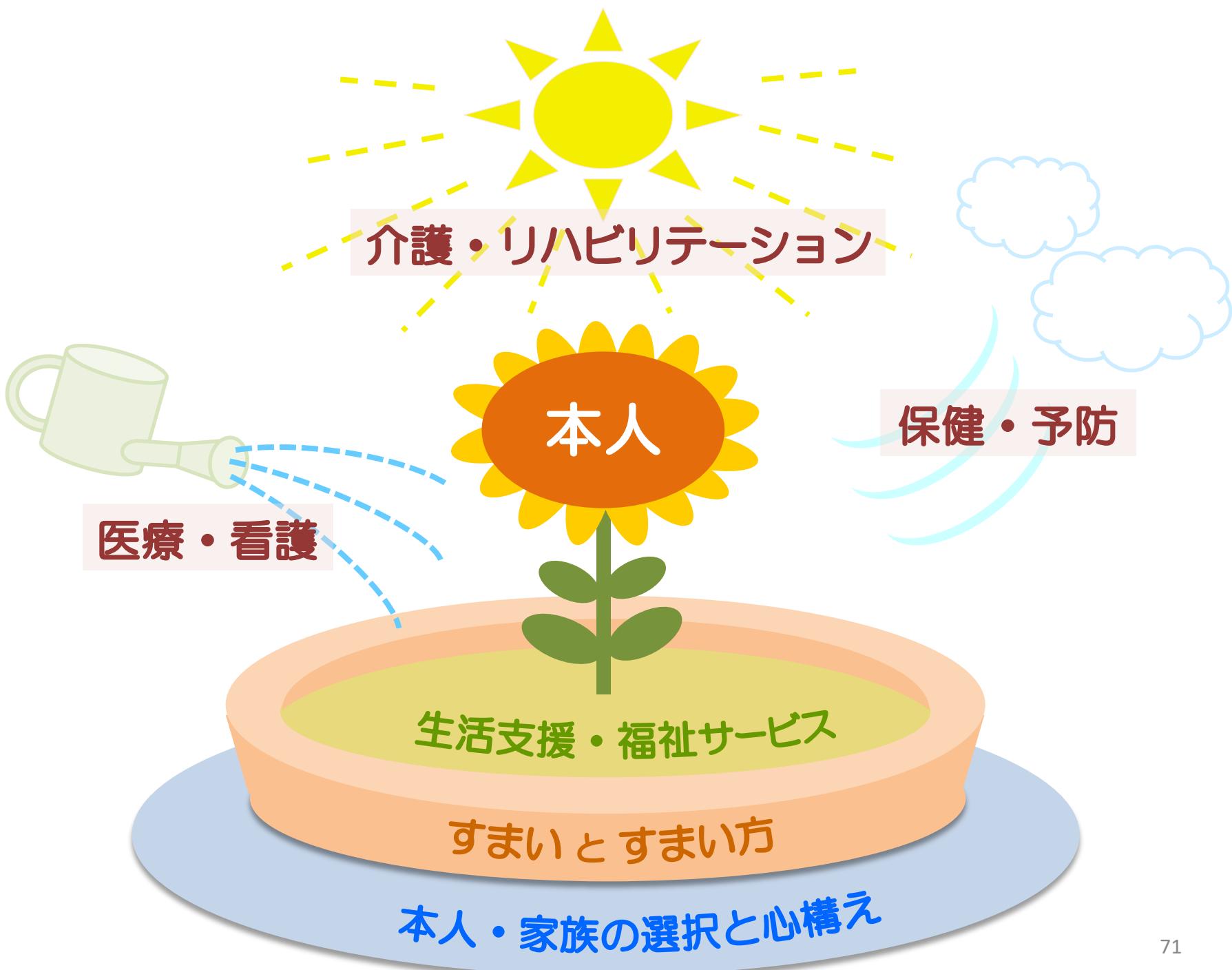
- ・「予防・健康管理」と「自立支援」に軸足を置く新たな医療・介護システムを2020年までに本格稼働させる。
- ・医療では、ビッグデータや人工知能を最大限活用し、「予防・健康管理」や「遠隔診療」を進め、医療のパラダイムシフトを起こす
- ・介護でも同じくパラダイムシフトを起こす。「できないことをお世話する」ことが中心で、労働環境も厳しい現在の介護から、本人が望む限り回復を目指せる「自立支援型」の介護にする。
- ・特定の先進事例の後押しだけでなく、報酬や人員配置基準など制度の改革に踏み込む。目標時期を明確にし、逆算して実行計画を決める。

本人の言葉

若年性認知症問題にとりくむ会 「クローバー」代表 藤田和子

○認知症になると、周囲から「さっき言ったでしょ」「なんできかないの」とよく指摘されます。それを言うのはたいてい家族です。でも、当事者には記憶がないからそんなことを言われてもどう対応していいかわかりません。記憶にないことを言われ続けたら、家族への信頼を失い、あとは沈黙するだけです。

○BPSDを発している患者さんは、プチ虐待を受けていると感じている可能性があります。アルツハイマー病だからといって、意味もなく暴れたりしません。落ち着いたらそんなことはしないはずで、そういう行動をとるのは、理解してくれない家族によって苦しんでいる場合もあるのです。



町田市DAYSBLG

はたらく

- ・ 働く → 労働
 - ・ はたらく → 人のため
 - ・ ハタラク → 家事？
- ・ ・ ・ あなたにとって
「はたらく」とは？

じゃが芋の芽取り



トラック洗車



野菜問屋協働



門松作成

