

2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会（2019年8月25日）

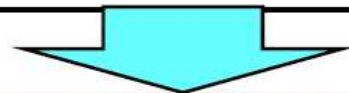
8. 介護保険

医療法人博仁会 志村大宮病院
理事長・院長 鈴木 邦彦

介護保険制度の導入の基本的な考え方

【背景】

- 高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。
- 従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界。



高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み（介護保険）を創設

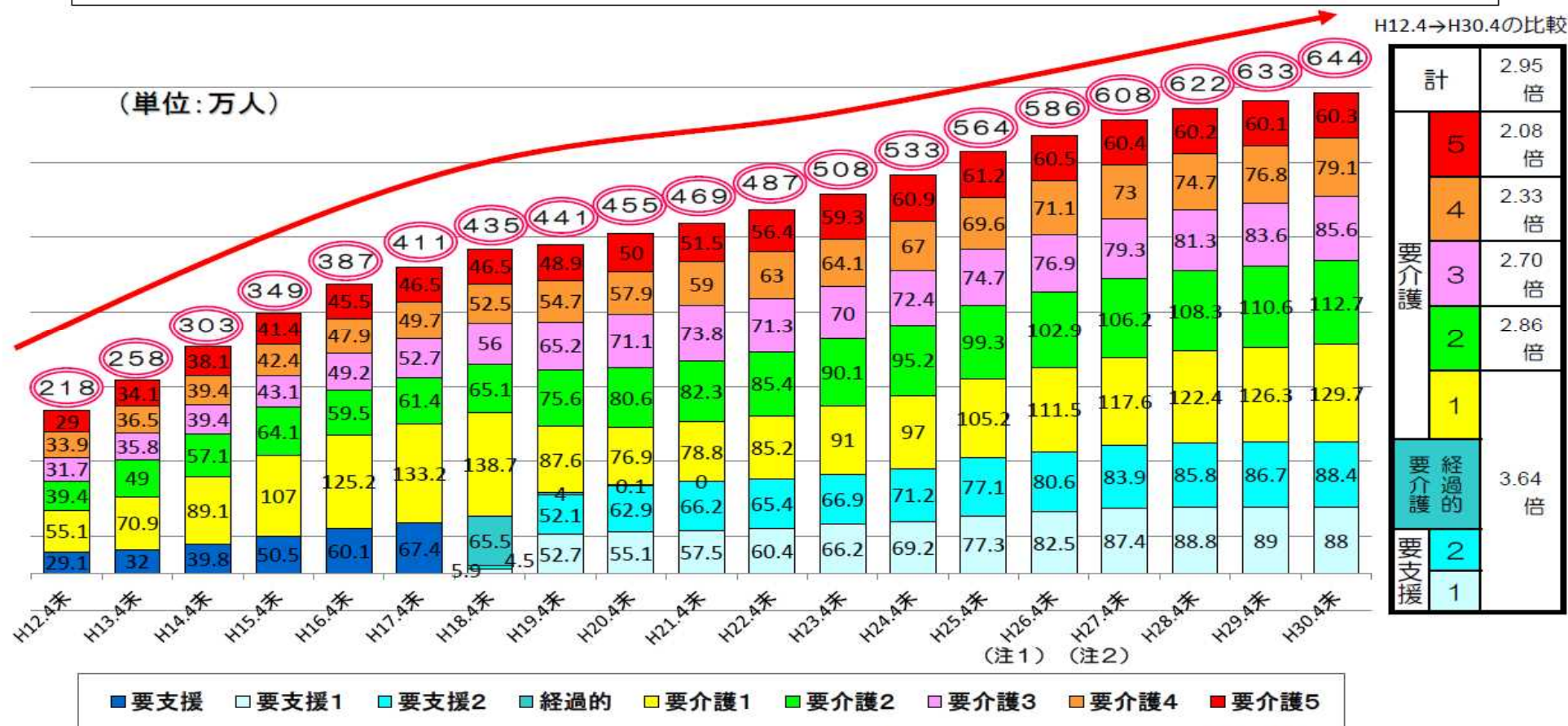
1997年 介護保険法成立、2000年 介護保険法施行

【基本的な考え方】

- **自立支援**・・・単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をすることを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。
- **利用者本位**・・・利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- **社会保険方式**・・・給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成30年4月現在644万人で、この18年間で約3.0倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注2) 楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

(出典: 介護保険事業状況報告)

これまでの18年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来18年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.6倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.2倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2018年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,492万人	1.6倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2018年4月末	
認定者数	218万人	⇒	644万人	3.0倍

③サービス利用者の増加

	2000年4月		2018年4月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	366万人	3.8倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	93万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		84万人	
計	149万人	⇒	474万人※	3.2倍

※ 居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、並びに、介護保険施設、（出典：介護保険事業状況報告）地域密着型介護老人福祉施設、特定入所者生活介護（地域密着型含む）、及び認知症対応型共同生活介護の合計。

（厚生労働省資料）

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険__鈴木邦彦

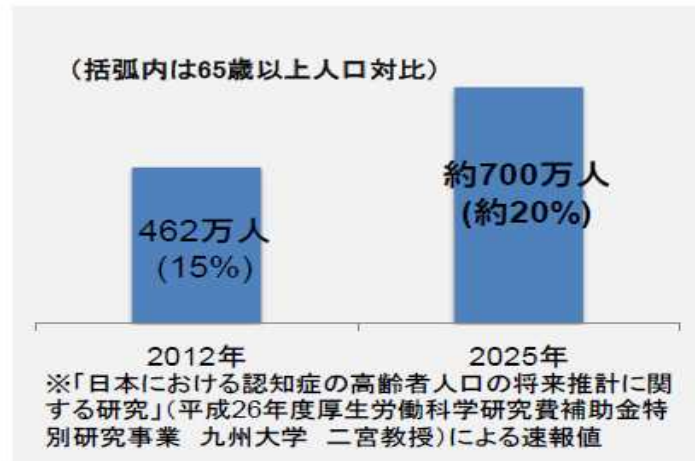
今後の介護保険をとりまく状況

- ① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,677万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,935万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

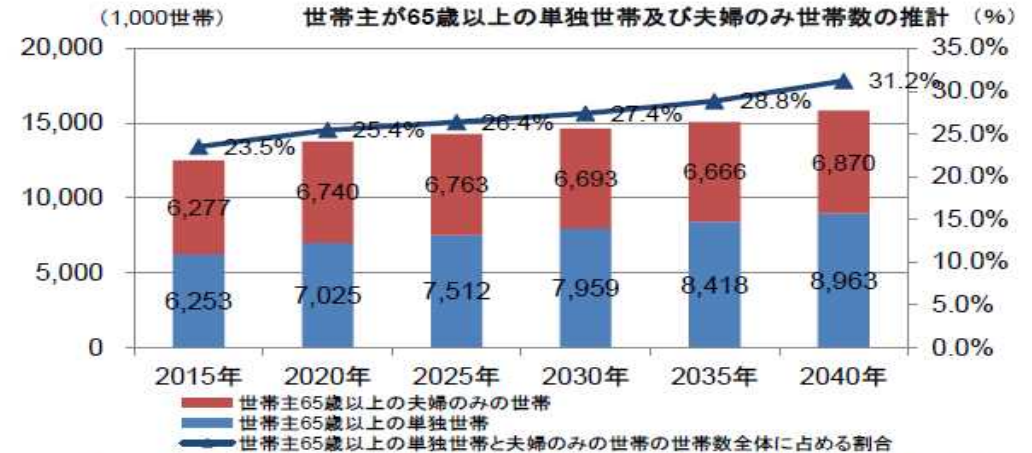
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,387万人(26.6%)	3,619万人(28.9%)	3,677万人(30.0%)	3,704万人(38.0%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,632万人(12.8%)	1,872万人(14.9%)	2,180万人(17.8%)	2,446万人(25.1%)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)(平成29(2017)年4月推計)」より作成

- ② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



- ③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



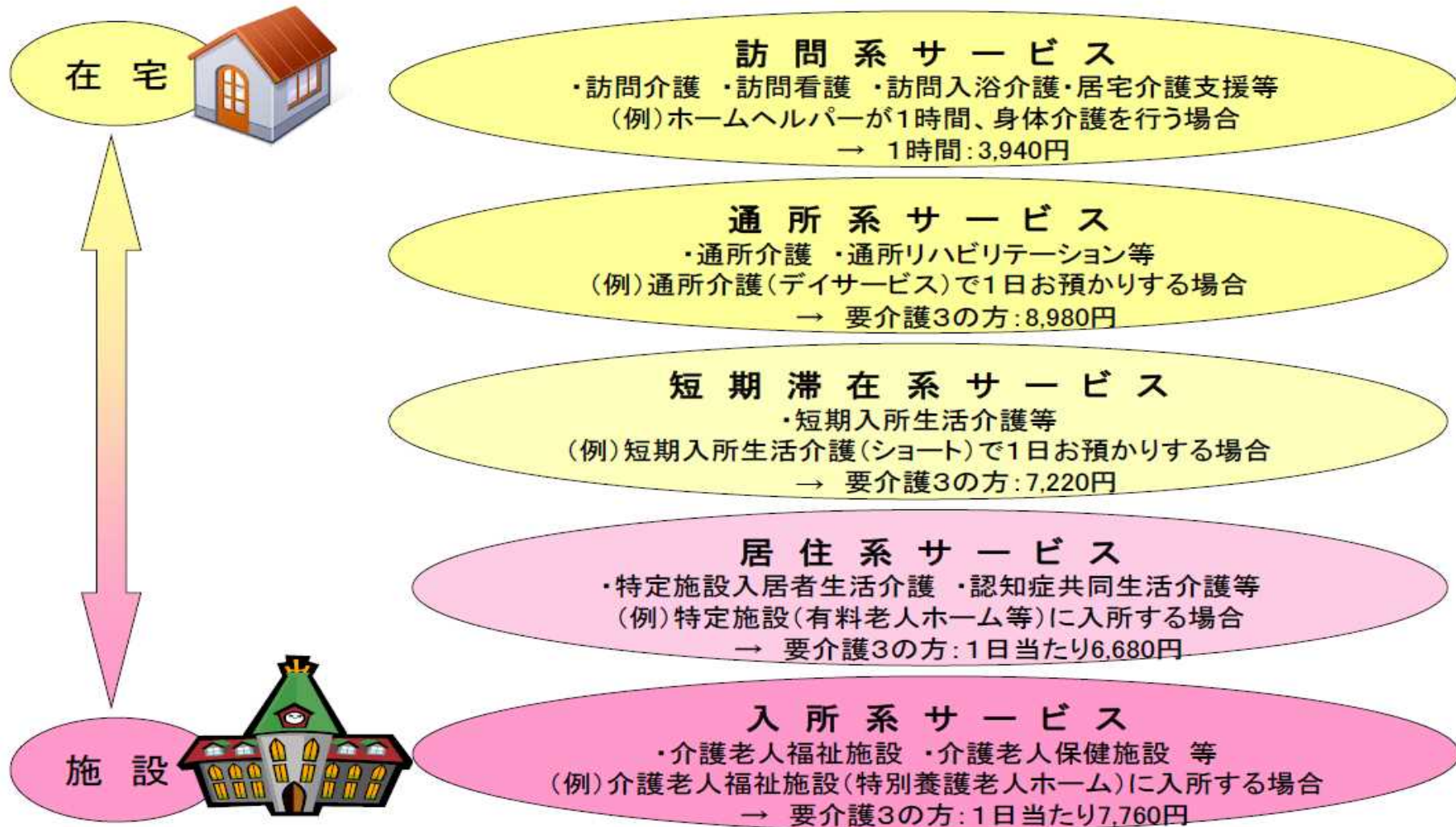
- ④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

※都道府県名欄の()内の数字は倍率の順位

	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	~	東京都(17)	~	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合 ()は倍率	77.3万人 <10.6%> (1.56倍)	70.7万人 <11.4%> (1.52倍)	99.3万人 <10.9%> (1.48倍)	80.8万人 <10.8%> (1.45倍)	105.0万人 <11.9%> (1.44倍)		146.9万人 <10.9%> (1.33倍)		26.5万人 <16.1%> (1.11倍)	18.9万人 <18.4%> (1.11倍)	19.0万人 <16.9%> (1.10倍)	1632.2万人 <12.8%> (1.34倍)
2025年 <>は割合 ()は倍率	120.9万人 <16.8%> (1.56倍)	107.2万人 <17.5%> (1.52倍)	146.7万人 <16.2%> (1.48倍)	116.9万人 <15.7%> (1.45倍)	150.7万人 <17.7%> (1.44倍)		194.6万人 <14.1%> (1.33倍)		29.5万人 <19.5%> (1.11倍)	20.9万人 <23.6%> (1.11倍)	21.0万人 <20.6%> (1.10倍)	2180.0万人 <17.8%> (1.34倍)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」より作成

介護保険サービスの体系

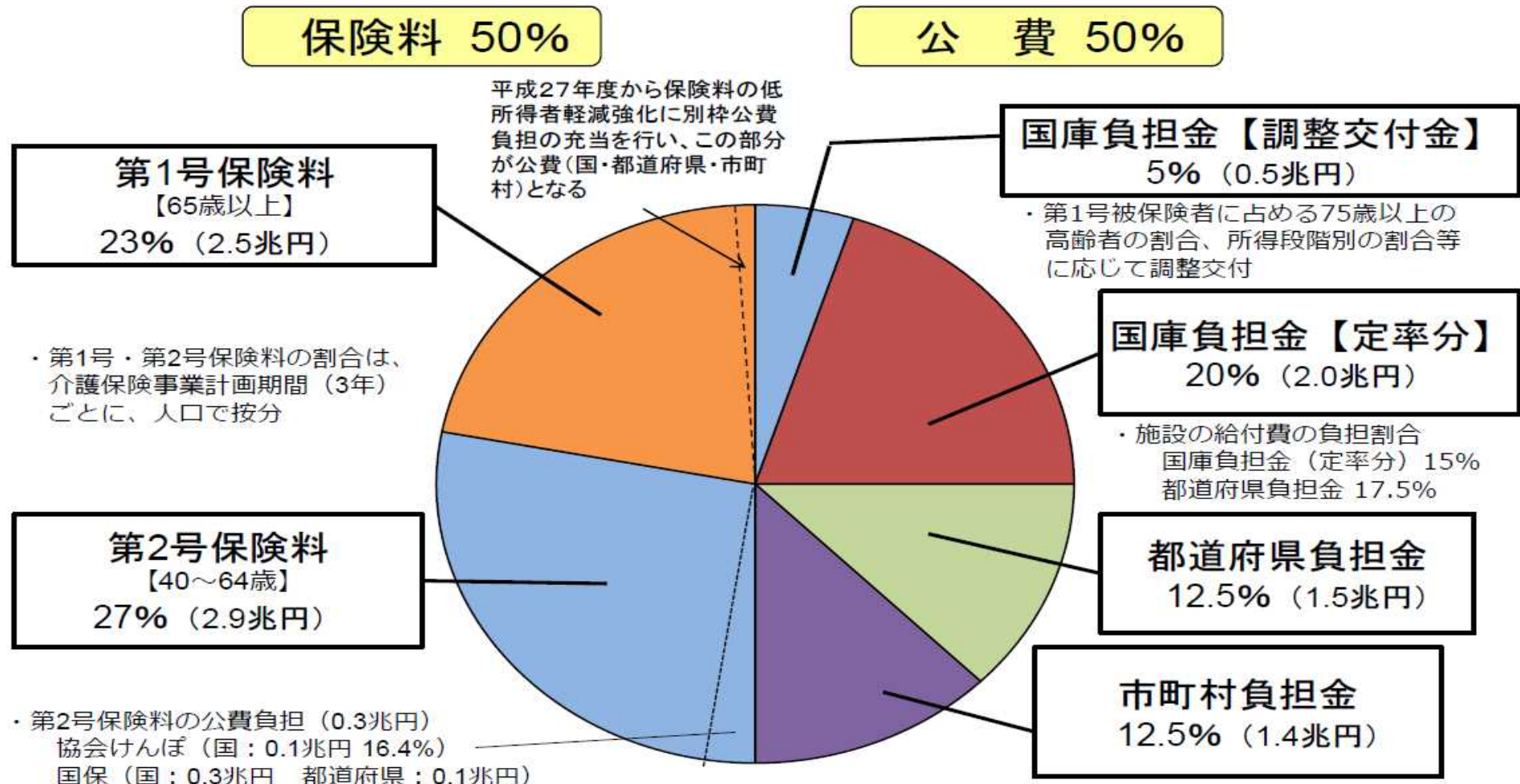


(厚生労働省資料)

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険__鈴木邦彦

介護保険の財源構成と規模

(31年度予算案 介護給付費:10.8兆円 総費用ベース:11.7兆円)



※数値は端数処理をしているため、合計が一致しない場合がある。

(厚生労働省資料)

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険__鈴木邦彦

介護保険事業(支援)計画について

- 保険給付の円滑な実施のため、3年間を1期とする介護保険事業(支援)計画を策定している。

国の基本指針(法第116条)、平成30年厚生労働省告示第57号

- 介護保険法第116条第1項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の推進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める
※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

市町村介護保険事業計画(法第117条)

- 区域(日常生活圏域)の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標
- その他の事項

保険料の設定等

- 保険料の設定
- 市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

都道府県介護保険事業支援計画(法第118条)

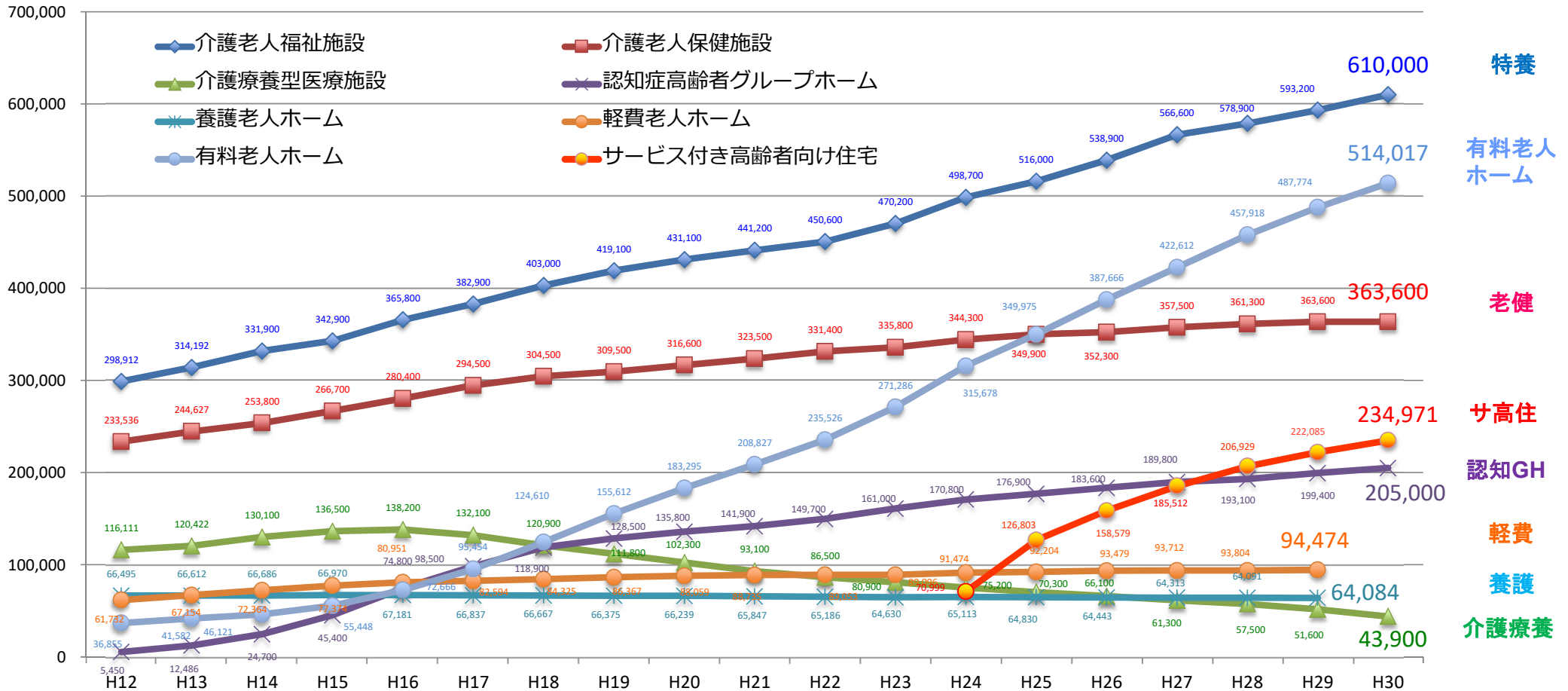
- 区域(老人福祉圏域)の設定
- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)
※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる(任意)
- 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標
- その他の事項

基盤整備

- 都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

高齢者向け住まい・施設の定員数

(単位：人・床)



- ※ 1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30～】」による。
- ※ 2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。
- ※ 3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）
- ※ 4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～H29は基本票の数値。（利用者数ではなく定員数）
- ※ 5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果による。（利用者数ではなく定員数）
- ※ 6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（9/30時点）」による。（利用者数ではなく登録戸数）

(厚生労働省資料)

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険__鈴木邦彦

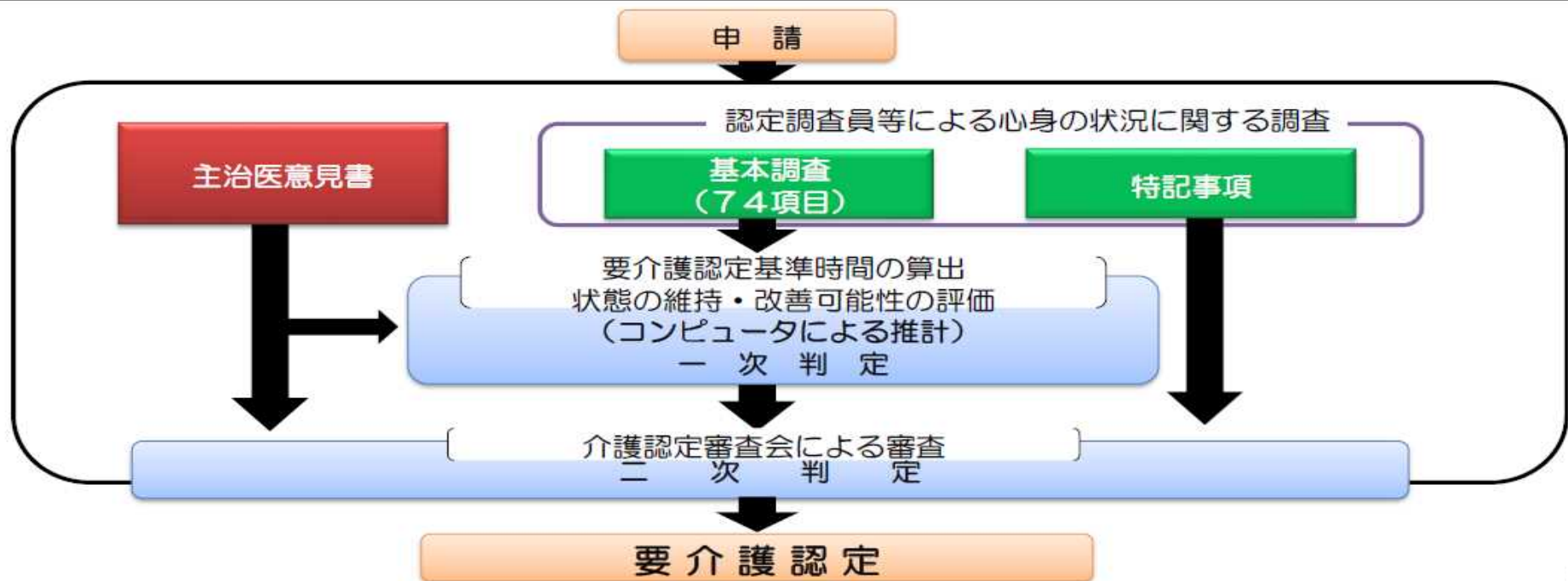
要介護認定制度について

要介護認定の仕組み

○ 要介護認定(要支援認定を含む。)は、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組みであり、一次判定及び二次判定の結果に基づき、市町村が申請者について要介護認定を行う。

①一次判定・・・市町村の認定調査員による心身の状況調査(認定調査)及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。

②二次判定・・・保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。



平成30年度からの要介護認定の見直し

要介護認定に係る認定審査会の簡素化について

簡素化対象要件

平成30年4月1日以降の申請について、6要件の全てに合致する者について、認定審査会の簡素化が可能

- 【条件①】 第1号被保険者である
- 【条件②】 更新申請である
- 【条件③】 コンピュータ判定結果の要介護度が、前回認定結果の要介護度と一致している
- 【条件④】 前回認定の有効期間が12か月以上である
- 【条件⑤】 コンピュータ判定結果が要介護1または要支援2の者の場合、状態安定性判定ロジックで「安定」と判定されている
- 【条件⑥】 コンピュータ判定結果の要介護認定等基準助が「一段階重い要介護度に達するまで3分以内（重度化キワ3分以内）」ではない

※ 簡素化の対象となり得る認定申請は全申請の22.9%を想定（H28年度の申請に基づき推計）

簡素化についての考え方

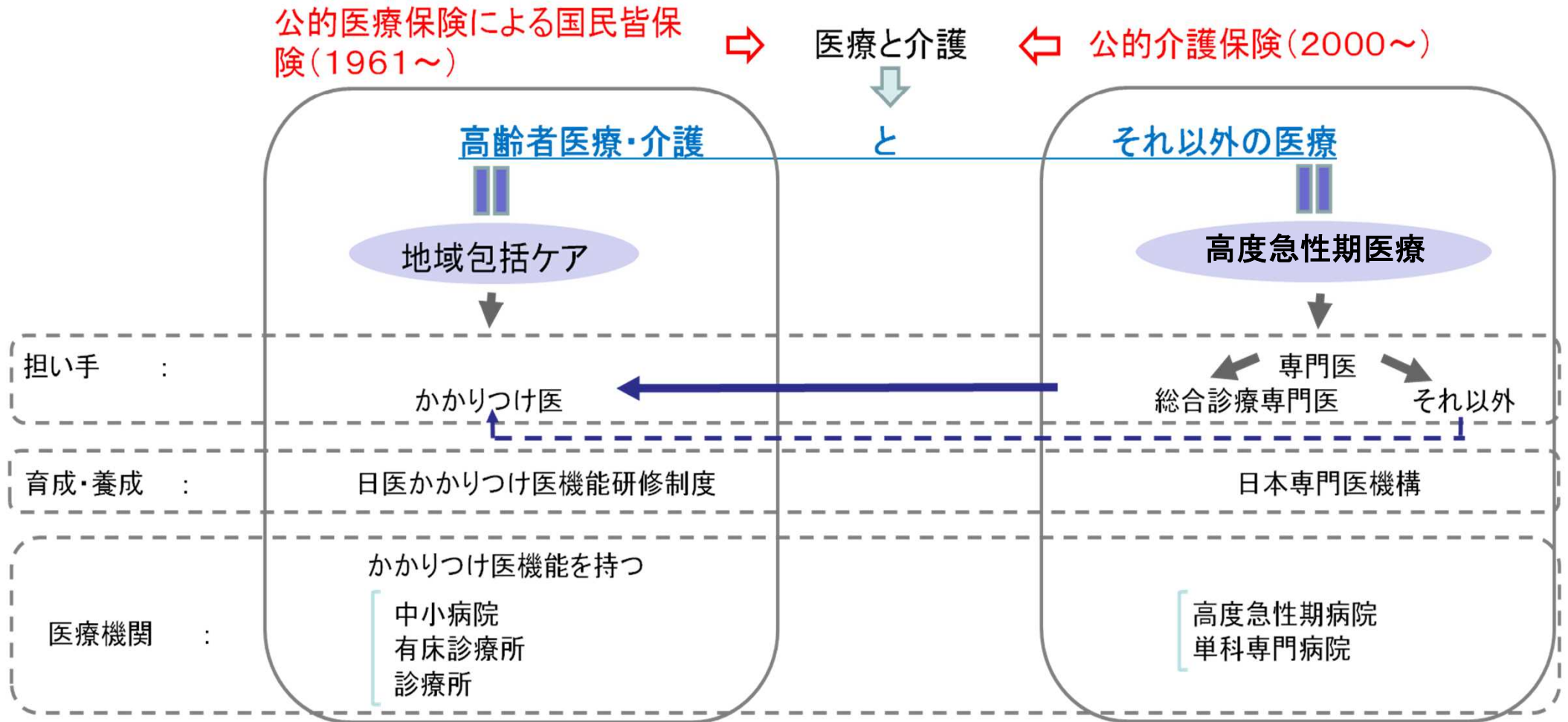
- 簡素化の具体的な方法は、保険者において決定するが、少なくとも審査会の開催自体は行うことが適当。
- ①～⑥の条件に合致する者であっても、各保険者の判断により審査会を簡素化せずに実施することは妨げられない。保険者により①～⑥に加えて新たな要件を設けることも差し支えない。（例：コンピュータ判定結果が要支援2/要介護1の者については、状態の安定性に関わらず簡素化しないこととする等）
- 認定審査会を簡素化して実施した場合も、介護保険法第27条第4項等に定める審査会への審査判定の求め及び同条第5項に定める審査会による審査判定を実施した扱いとなる。

要介護認定に係る有効期間

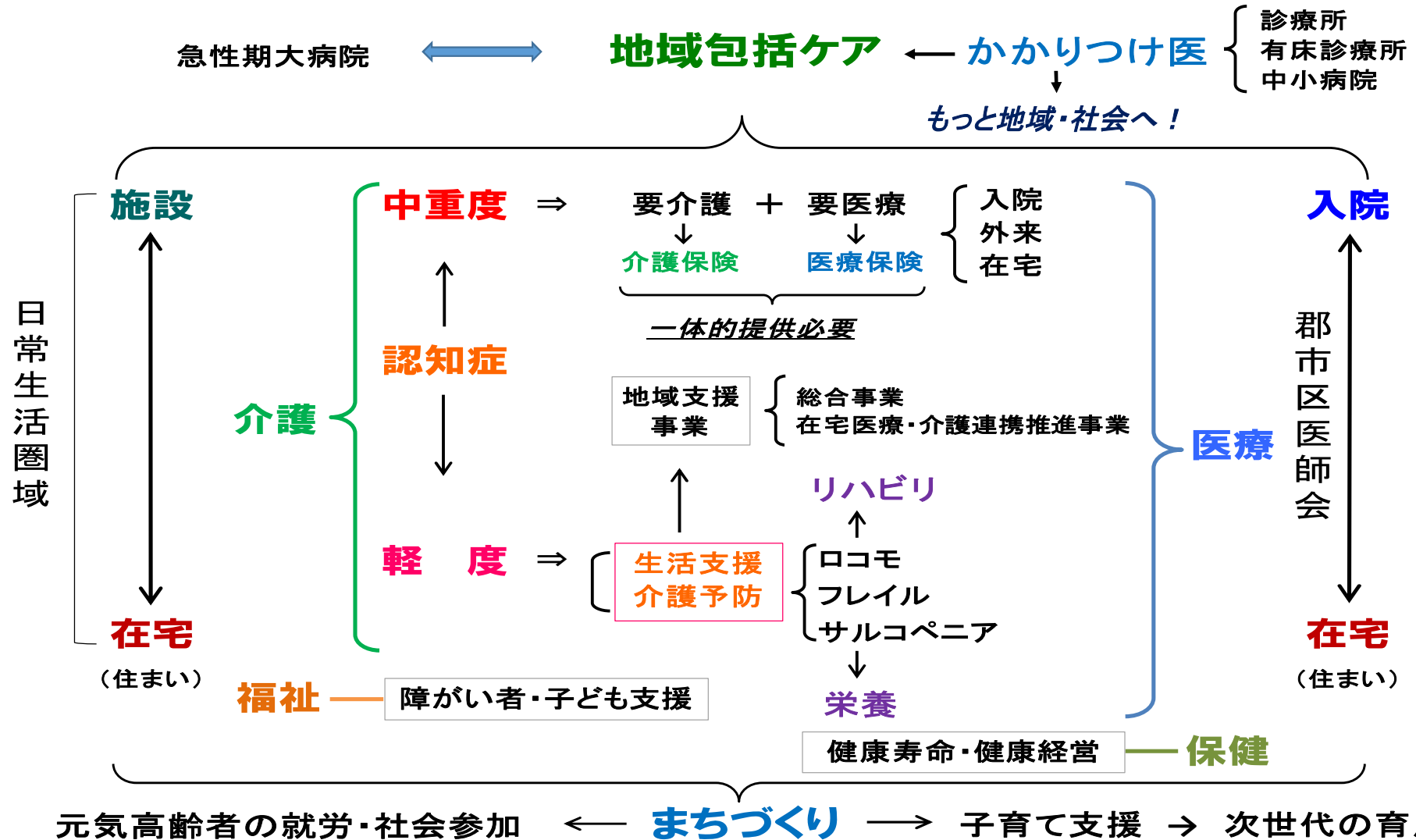
申請区分等		原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
区分変更申請		6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
更新申請	前回要支援 → 今回要支援	12ヶ月	3ヶ月～36ヶ月※
	前回要支援 → 今回要介護	12ヶ月	3ヶ月～36ヶ月※
	前回要介護 → 今回要支援	12ヶ月	3ヶ月～36ヶ月※
	前回要介護 → 今回要介護	12ヶ月	3ヶ月～36ヶ月※

※平成30年4月から、更新申請の場合における設定可能な認定有効期間の範囲の上限を、24ヶ月から36ヶ月にした。

超高齢社会における医療と介護の役割の変化



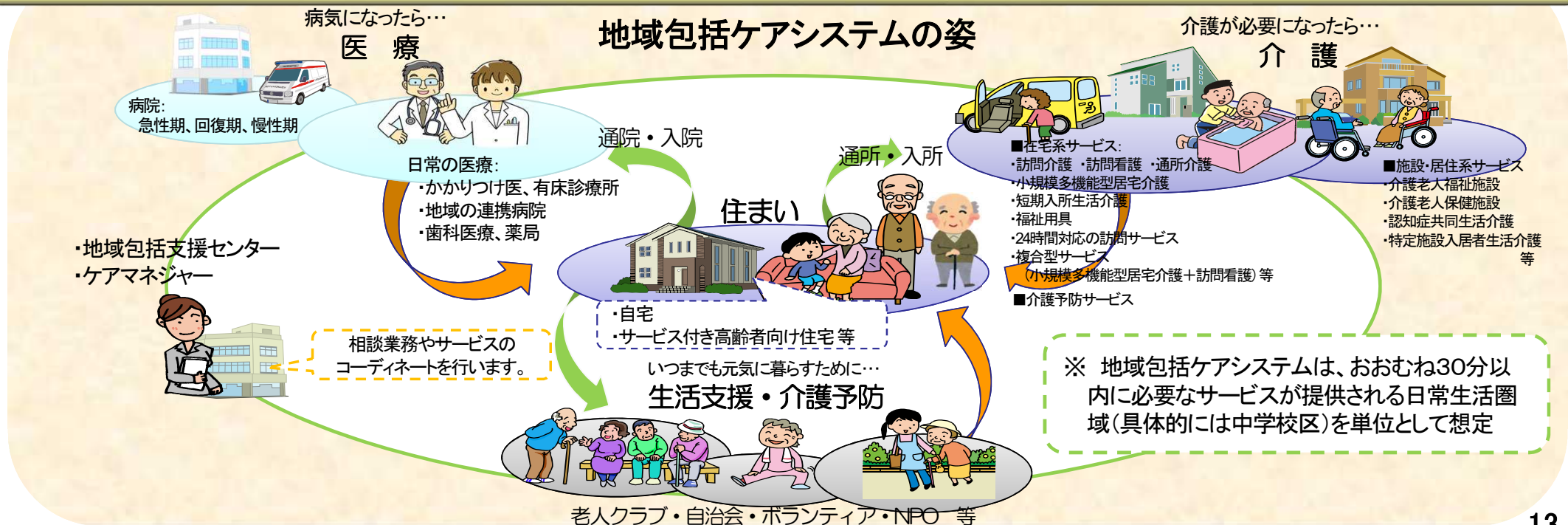
高齢者医療と介護の一体化とかかりつけ医の役割の拡大



「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険__鈴木邦彦

地域包括ケアシステムの構築について

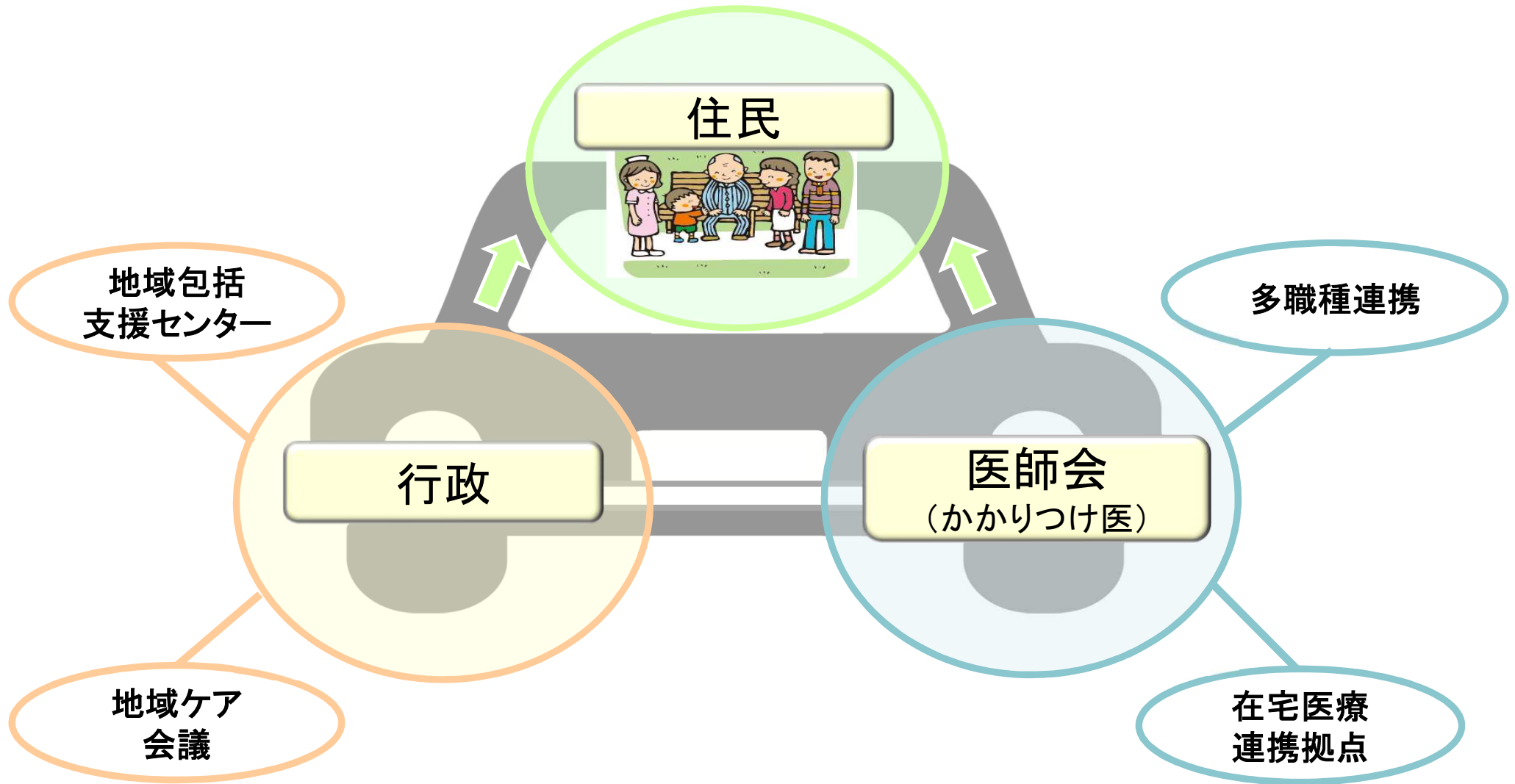
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、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。**



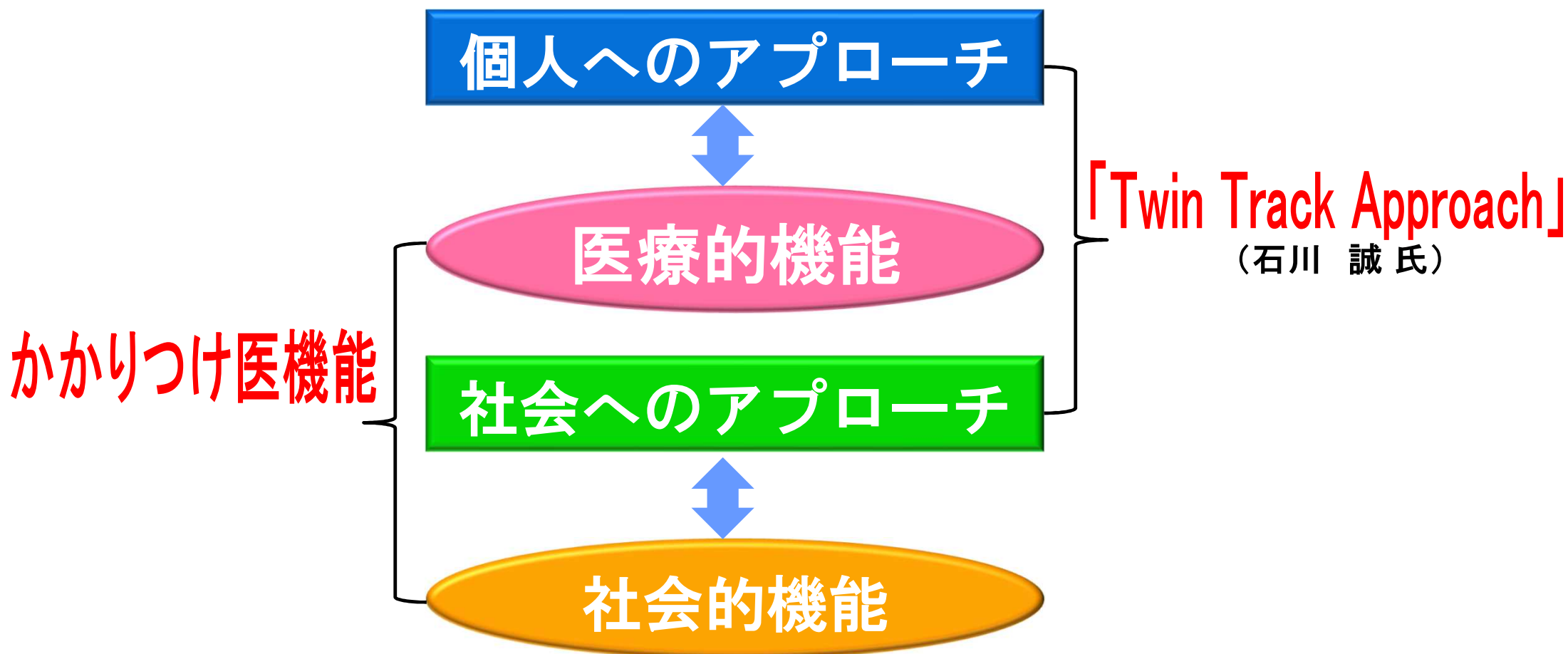
(厚生労働省資料)

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険_鈴木邦彦

地域包括ケアシステムの推進体制



地域包括ケアの活動とかかりつけ医機能の関係



地域包括ケアシステム構築のために必要な 地域デザイン機能と医師会・かかりつけ医の役割

医師会・かかりつけ医

サービス事業者

住民・利用者

地域の企業・団体

保険者

プラットフォーム

地域デザイン機能

地域マネジメント

保険マネジメント

生活全体を
支える仕組み

地域包括ケアシステム

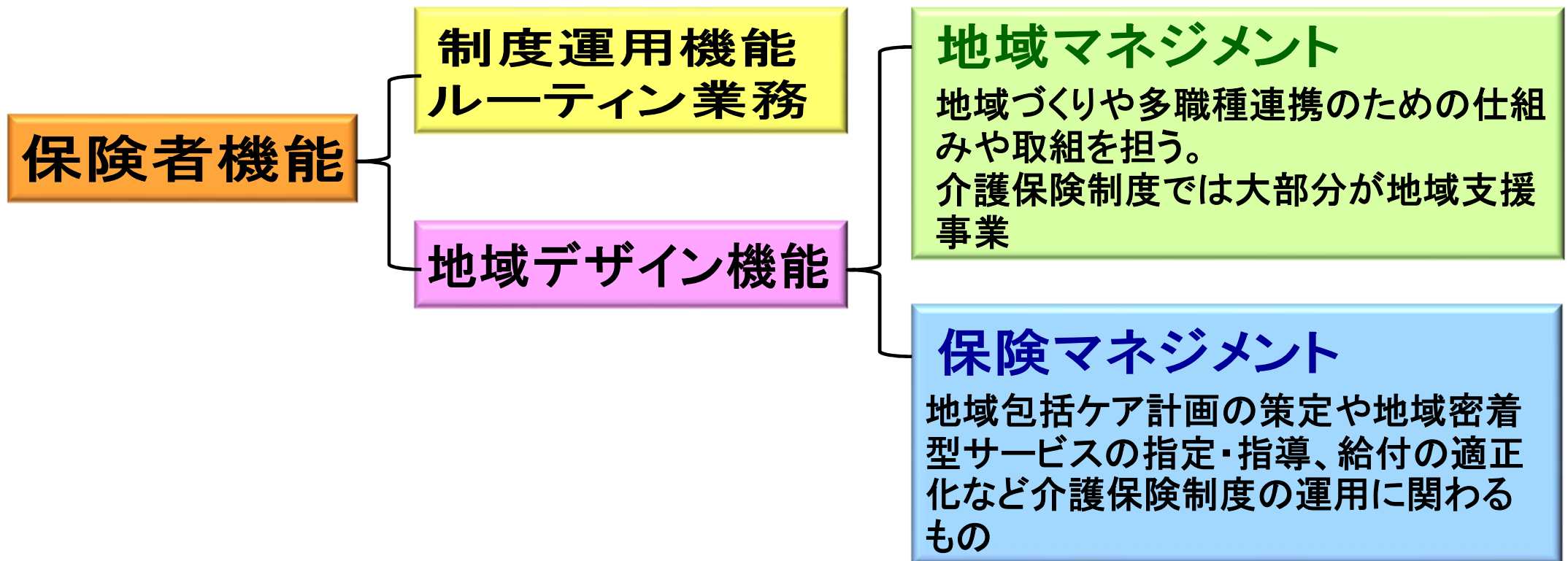
住民や利用者も参加
・協働するまちづくり

2040年までに多元的な社会を包摂できる仕組みを実現

「H30年度地域包括ケア研究会報告書を基に作成」

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険__鈴木邦彦

保険者機能の強化に伴う地域デザイン機能と 地域マネジメント・保険マネジメントの内容



「H30年度地域包括ケア研究会報告書を基に作成」

平成30年度介護報酬改定の概要

- 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、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率：+0.54%

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
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

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

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

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

(厚生労働省資料)

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険__鈴木邦彦

入退院時の医療・介護連携に関する報酬(イメージ)



入院

入院時情報連携加算(Ⅰ)

(200単位 ※提供方法は不問)

医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を利用者が入院してから3日以内に情報提供した場合

入院時情報連携加算(Ⅱ)

(100単位 ※提供方法は不問)

医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を利用者が入院してから7日以内に情報提供した場合

入退院支援加算1

3日以内に退院困難な患者を抽出し、7日以内に本人・家族と面談、カンファレンスを実施した場合

入退院支援加算2

7日以内に退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と面談、カンファレンス実施した場合

診療情報提供料(Ⅰ)

患者の同意を得て
退院の日の前後2週間の期間に
診療情報の提供を行った場合

退院時共同指導料2

- 患者の退院後の在宅療養を担う保険医等と入院中の保険医等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合(400点)
- 入院中の保険医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、(略)、居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合(2,000点加算)

退院・退所加算

(カンファ参加有：600単位～900単位)
(カンファ参加無：450単位～600単位)

退院・退所の際に医療機関等の職員と面談を行い、利用者に係る必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合



認知症GH

退院・退所時連携加算

(246単位/日)
退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合

初期加算の見直し

30日を超える病院又は診療所への入院の後の再入居も算定可能

退院・退所時連携加算

(30単位/日)
病院等を退院した者を受け入れる場合の医療提供施設との連携等を評価



特定施設



特養・老健・介護医療院

初期加算(30日間)

入所生活に慣れるための支援に係る費用

再入所時栄養連携加算

(400単位/回)
施設と病院の管理栄養士が連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合



※各種居宅サービス等利用

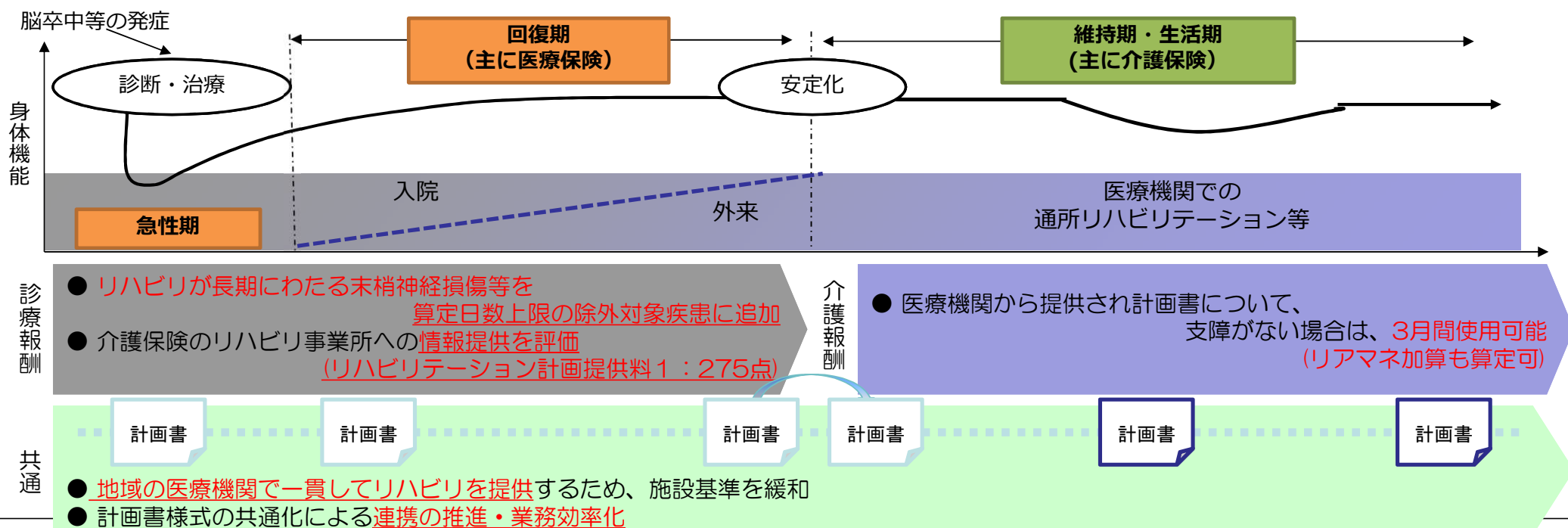
(厚生労働省資料)

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険 鈴木邦彦

医療・介護の役割分担と連携の一層の推進

○ 医療保険の疾患別リハを受けている患者の介護保険への円滑な移行を推進【訪問リハ、通所リハ】

医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設ける。
また、指定(介護予防)訪問リハ事業所等が、医療機関から当該様式をもって情報を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。
ただし、当該様式を用いて算定を開始した場合には、3月以内にリハビリテーション計画を作成【通知改正】



(厚生労働省資料)

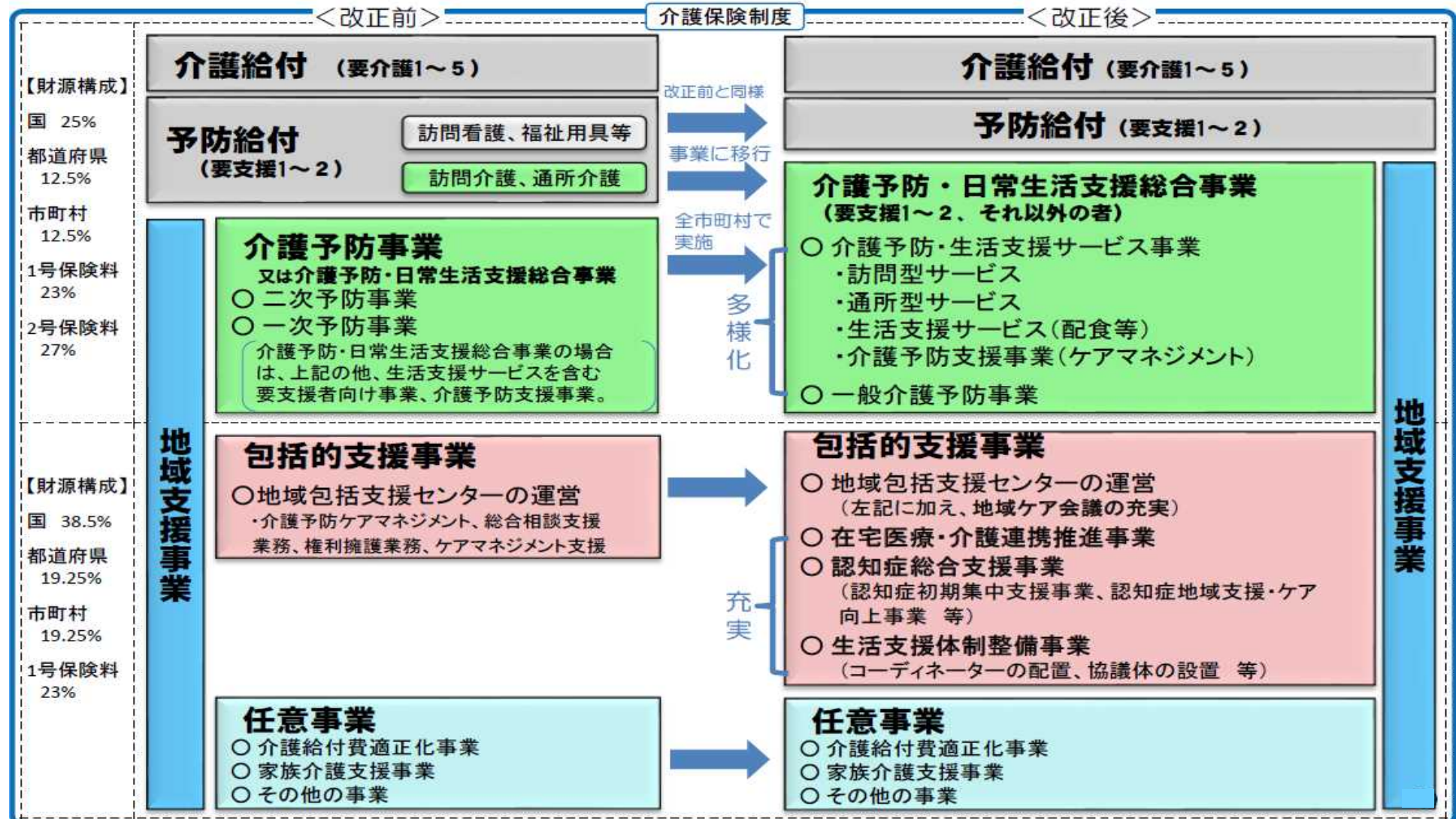
「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険__鈴木邦彦

地域包括診療料・加算の要件（介護保険制度との関わり）

介護保険に係る相談を行っている旨を院内掲示し、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、下記のいずれか1つを満たしていること。

- ① 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供していること
- ② 地域ケア会議に年1回以上出席していること
- ③ ケアマネジャーを常勤配置し、指定居宅介護支援事業所の指定を受けていること
- ④ 介護保険の生活期リハを提供していること
- ⑤ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設していること
- ⑥ 介護認定審査会の委員経験があること
- ⑦ 所定の研修を受講していること
- ⑧ 医師がケアマネジャーの資格を有していること
- ⑨ 病院の場合は、総合評価加算の届出を行っていること、又は介護支援等連携指導料を算定していること

新しい地域支援事業の全体像(平成26年改正前後)

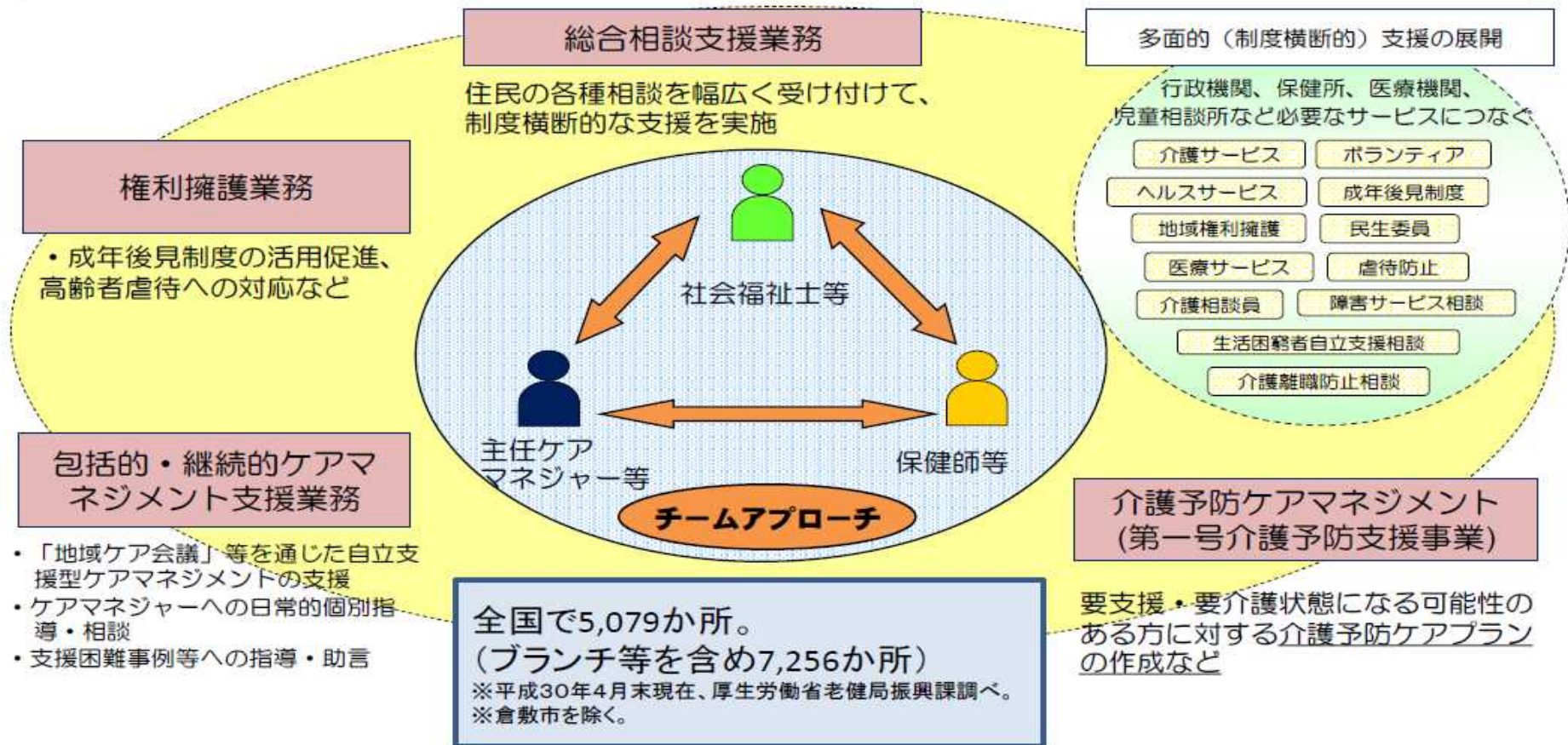


(厚生労働省資料)

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険__鈴木邦彦

地域包括支援センターについて

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民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、地域の住民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第1項）



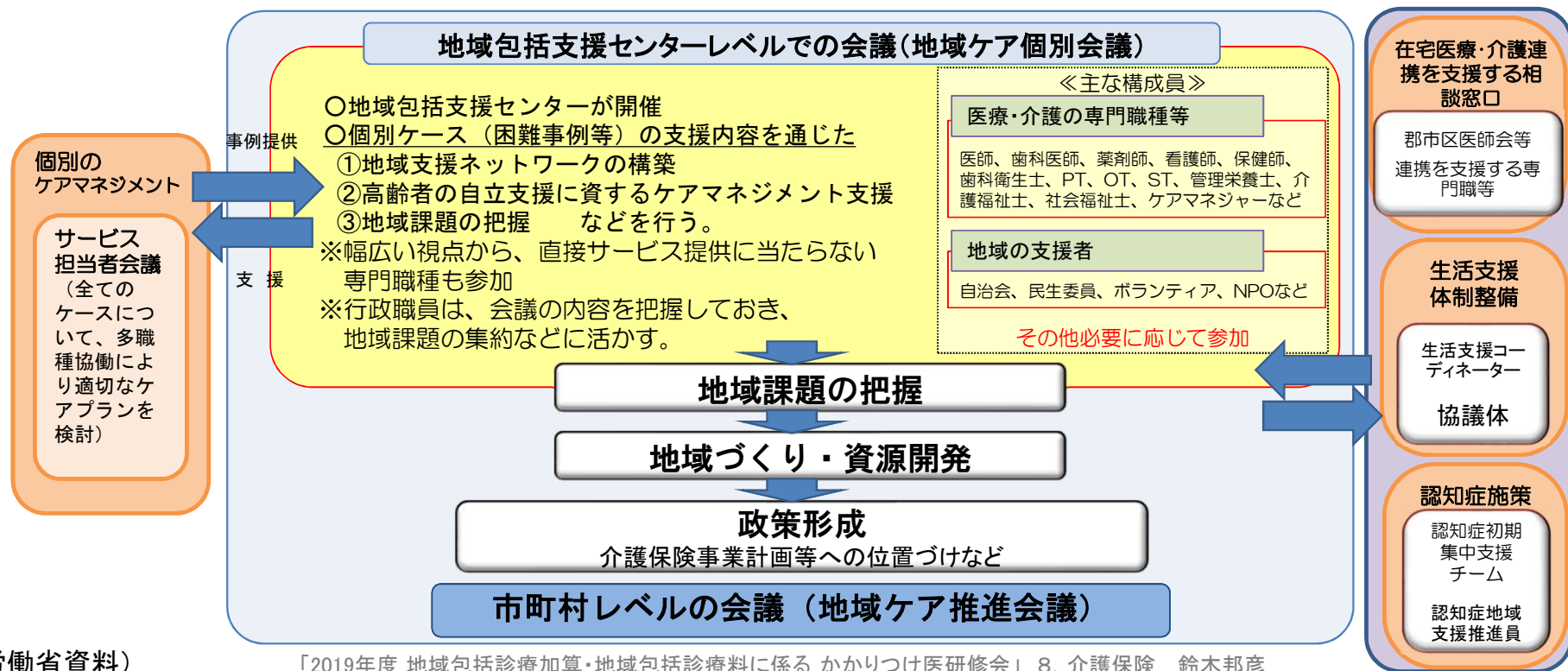
地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。

※従来の包括的支援事業（地域包括支援センターの運営費）とは別枠で計上

（参考）平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。（法第115条の48）

- 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- 地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など

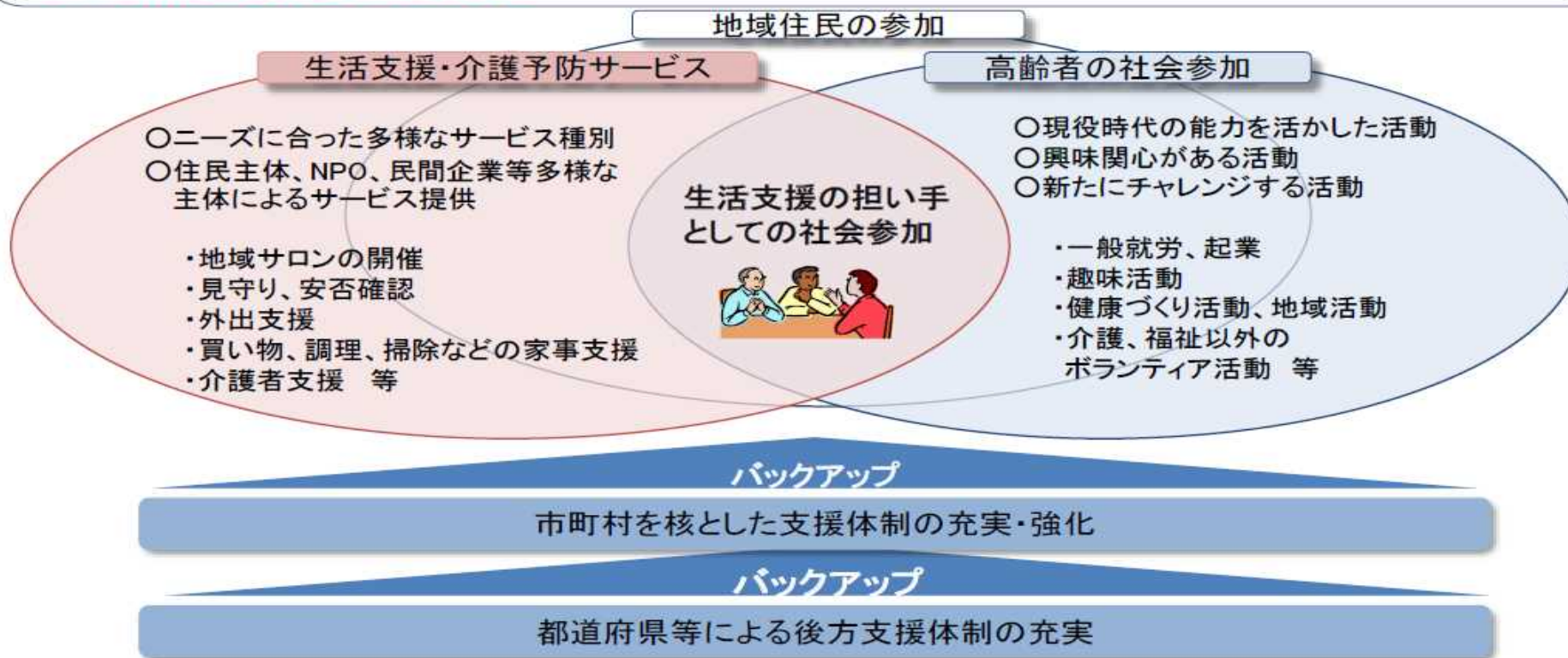


（厚生労働省資料）

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険__鈴木邦彦

生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

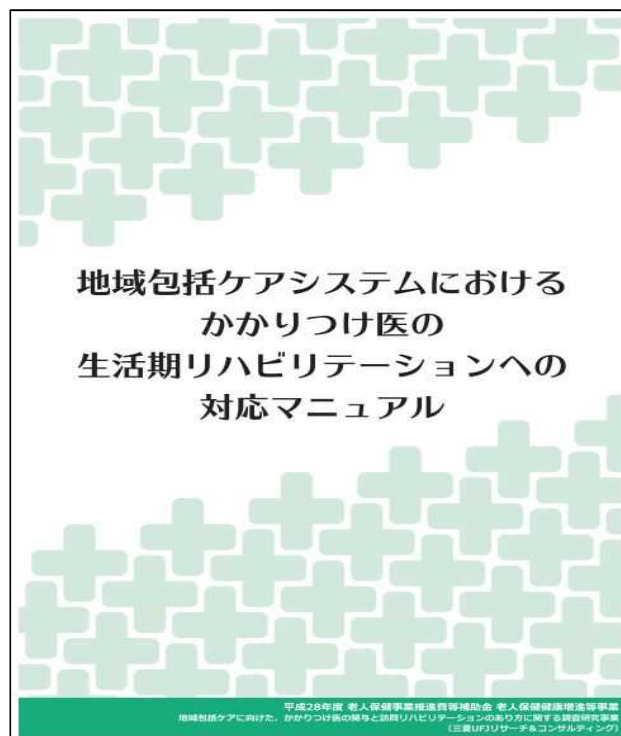
- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（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。



厚生労働省平成28年度老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等補助金)

「地域包括ケアに向けた、かかりつけ医の関与と訪問リハビリテーションのあり方に関する調査研究事業」

「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の 生活期リハビリテーションへの対応マニュアル」

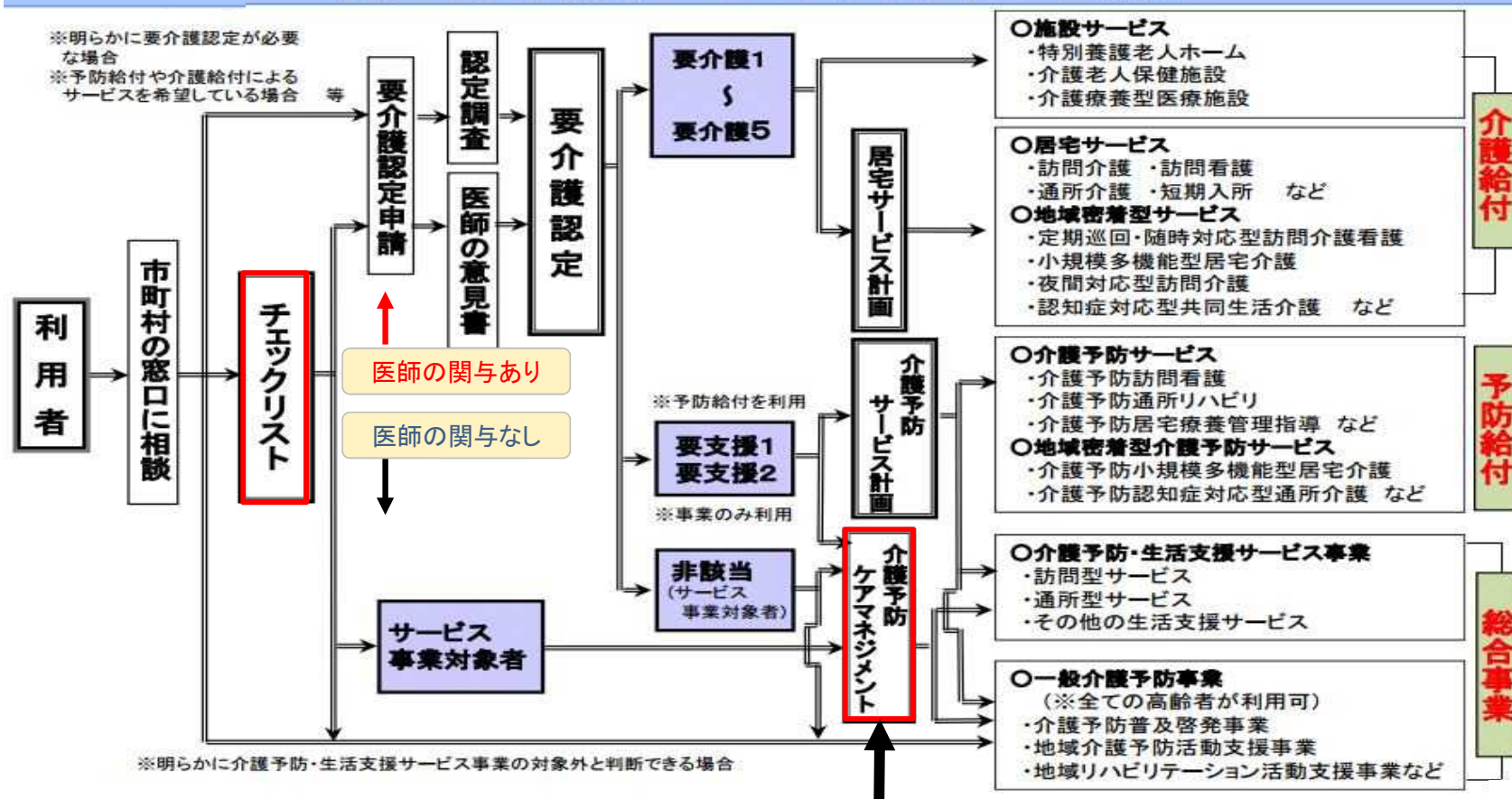


↓こちらから資料のダウンロードが可能です。

http://www.murc.jp/uploads/2017/04/koukai_170501_c6_1.pdf

平成27年度 介護保険制度改正

【参考】介護サービスの利用の手続き



【地域包括支援センターの関与】

自立支援に向けては、医療の視点が必要なケースが多くあります。対象者に対しては、まずはかかりつけ医の有無を確認してください。また、何かあれば医師会にご相談ください。
地域包括支援センターとかかりつけ医、医師会が、連携手帳やICTの活用など、地域に合った方法で連携することにより、地域住民を支える体制の構築に繋がります。

総合事業における 効果的な IADL 改善プログラム 実践マニュアル

(平成28年度老健事業)

地域支援事業の対象となる高齢者は、基本チェックリストで何らかの「生活のしづらさ」を感じている人であり、その背景には、筋骨格系疾患や循環器系疾患を有する割合が高い。従って、リハビリ専門職は、地域支援事業の対象者といえども、これらの医療的側面について配慮しつつ、適宜、生活機能についてのアセスメントを行い、以下の点について、地域包括支援センターを通して、かかりつけ医との連携を行う必要がある。

○ リハ専門職は、かかりつけ医からの情報により、高齢者の有する疾患について把握し、その影響をICFの生活機能の観点から評価し、プログラム実施内容、結果等を定期的に 地域包括支援センターに報告する。報告の方法、時期については、簡便で継続可能な形態をチームで検討し決定する。また、事業実施中に急激な生活機能の低下がみられる者については、定期報告とは別に、速やかに報告する。

○ 疾患を有しているが、かかりつけ医を持っていない対象者については、地域包括支援センターが情報を集約、管理し、適時、郡市区医師会等と相談しながら医療機関との連携を図る。リハ専門職は、利用者のアセスメント、プログラム、実施内容、結果等を報告書として作成する。

○ 疾患を有しない対象者についても、予防の観点から、実施状況の情報を地域包括支援センターで集約し、必要に応じて郡市区医師会と連携を行う。リハ専門職は、利用者のアセスメント、プログラム、実施内容、結果等を報告書として作成する。

※このマニュアルは厚生労働省ホームページに公開されています。

https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/44_shutodaigaku.pdf

介護予防活動普及展開事業(平成28年度～)

厚生労働省老健局

生涯現役社会を実現するため、先進的な市町村で取り組んでいる効果的な介護予防の仕組みを全国展開し、元気な高齢者を増やすことを目的として実施



「介護予防活動普及展開事業市町村向け手引き」を作成



～地域ケア会議にかける事例選定とかかりつけ医との関係～

かかりつけ医がいる事例については、かかりつけ医に予後予測や治療方針を十分に文書等で確認した上で地域ケア会議に臨み、地域ケア会議終了後にかかりつけ医に検討結果を文書等で報告することが重要です。

地域ケア会議の開催に際して必要となるかかりつけ医の予後予測や治療方針について、文書による情報提供を受ける場合においては地域支援事業交付金の活用が可能です。

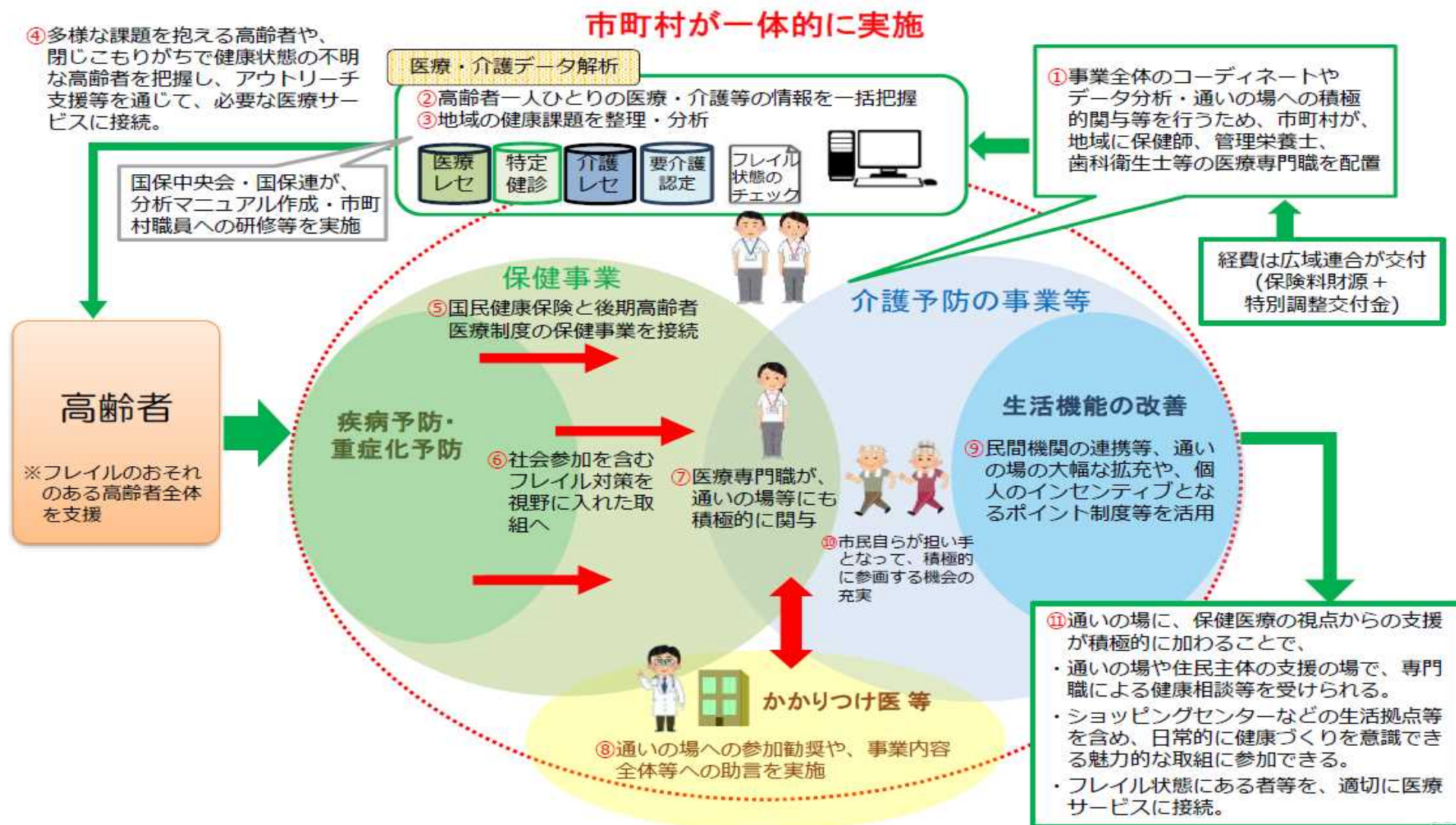
また、かかりつけ医のいない「サービス事業対象者」の事例で、地域ケア会議の検討の結果、医師の判断を要するとされた場合には、医療機関の受診先の希望がない時、受診先について郡市区医師会の協力を仰ぐことが考えられます。

※この手引きは厚生労働省ホームページに公開されています。

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000169398.pdf>

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険__鈴木邦彦

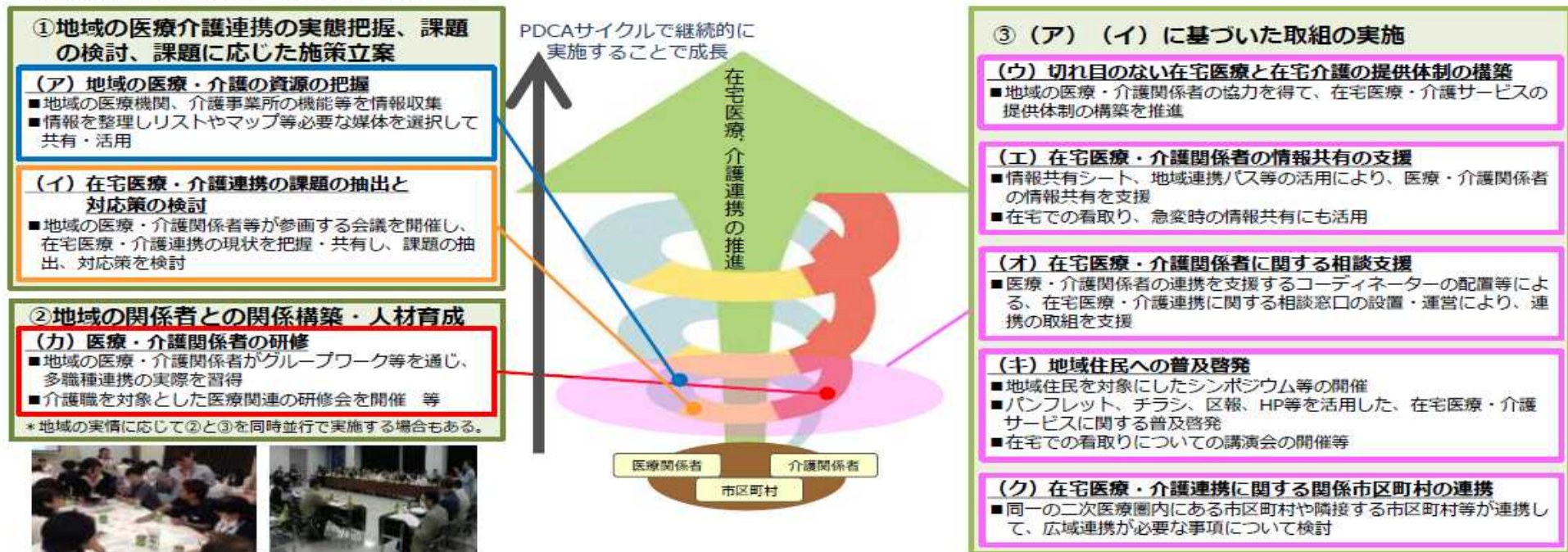
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）



在宅医療・介護連携推進事業

- 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～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 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、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催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。

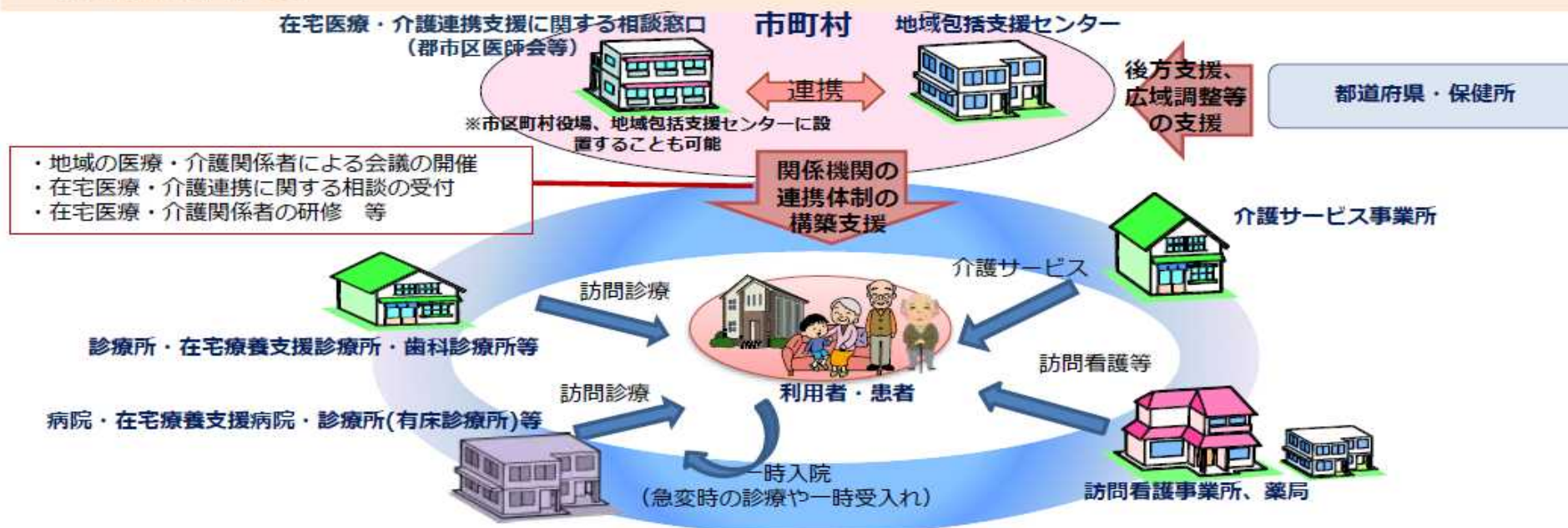
事業項目と事業の進め方のイメージ



* 図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

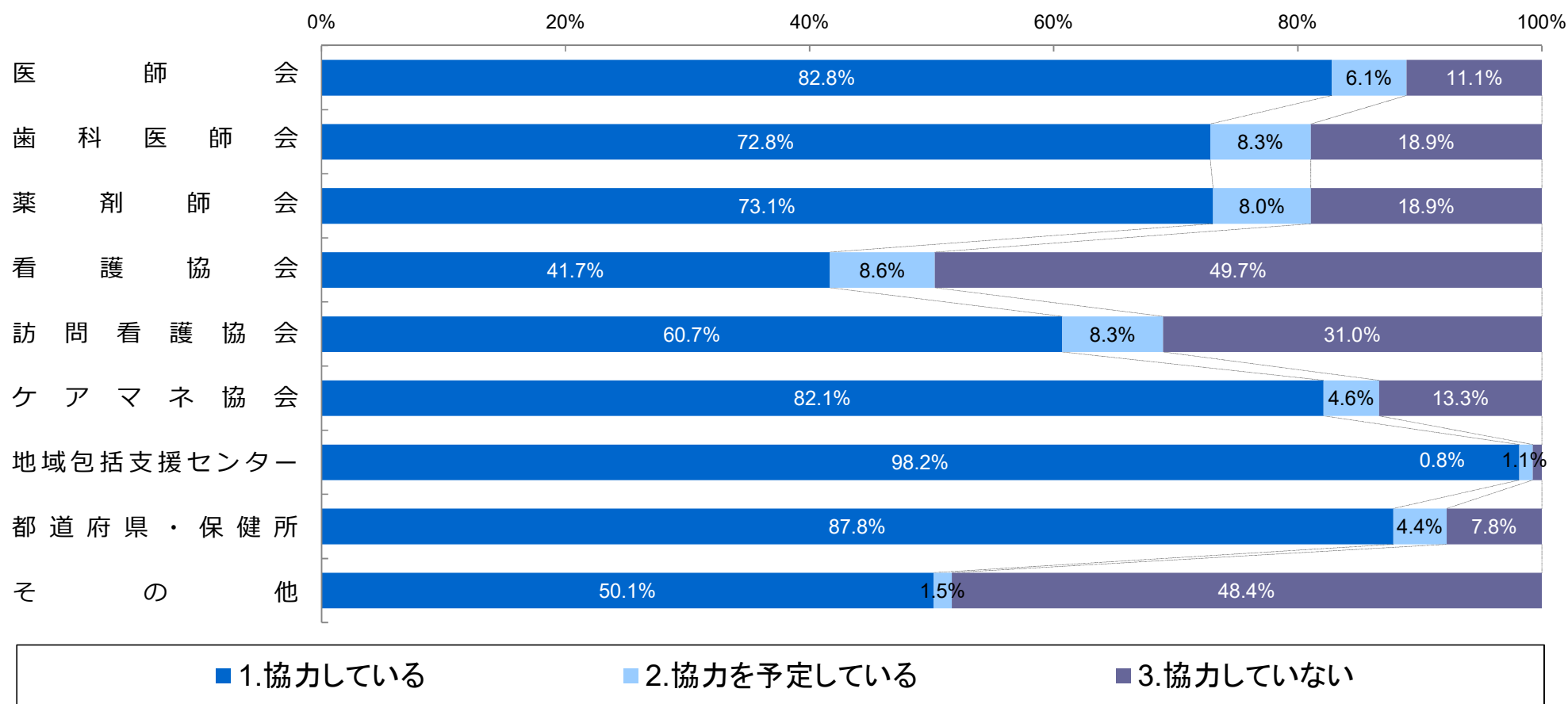
在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
（※）在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



在宅医療・介護連携推進事業の実施における関係団体等との協力状況 (n=1,733 複数回答)

在宅医療・介護連携推進事業の実施における関係団体等との協力状況については、「地域包括支援センター」、「都道府県・保健所」、「医師会」と協力をしているという回答が多かった。



出典 平成30年度地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査（確定値）

「2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険 鈴木邦彦

2040年に向けて深化する全世代・全対象型 地域包括ケアシステム

2018年 同時改定

→ 改革のピーク



超高齢社会を乗り切る体制の構築



本格的な少子化対策

2025年 本格的な超高齢社会の入口



最も困難な時期を総力戦で乗り切る



人口減少社会から再生を目指す社会づくりへ

2040年 超高齢社会のピーク