

日医かかりつけ医機能研修制度 2019年度応用研修会（2019年5月26日）

# 「医療保険と介護保険、 地域包括ケアシステムの構築」

医療法人博仁会 志村大宮病院  
理事長・院長 鈴木邦彦

# 内 容

1. 地域包括ケアシステムの定義と深化
2. かかりつけ医と医師会の取り組み
3. 医療保険と介護保険上の取り扱い

# 1. 地域包括ケアシステムの定義と深化

# 地域リハビリテーション 定義

地域リハビリテーションとは、障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め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。



(日本リハビリテーション病院・施設協会2016)

# 地域包括ケアシステムの定義①

平成20年度地域包括ケア研究会

「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた**住宅**が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、**医療**や**介護**のみならず、福祉サービスを含めた様々な**生活支援**サービスが日常生活の場（**日常生活圏域**）で適切に提供できるような地域での体制を定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる**圏域**」を理想的な圏域として定義し、具体的には**中学校区**を基本とする。

# 地域包括ケアシステムの定義②

平成25年社会保障改革プログラム法

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。

根拠法：

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（平成25年法律第112号）

「地域における医療およ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等に関する法律」

（平成26年法律第83号）

<地域包括ケアシステムの「植木鉢」>

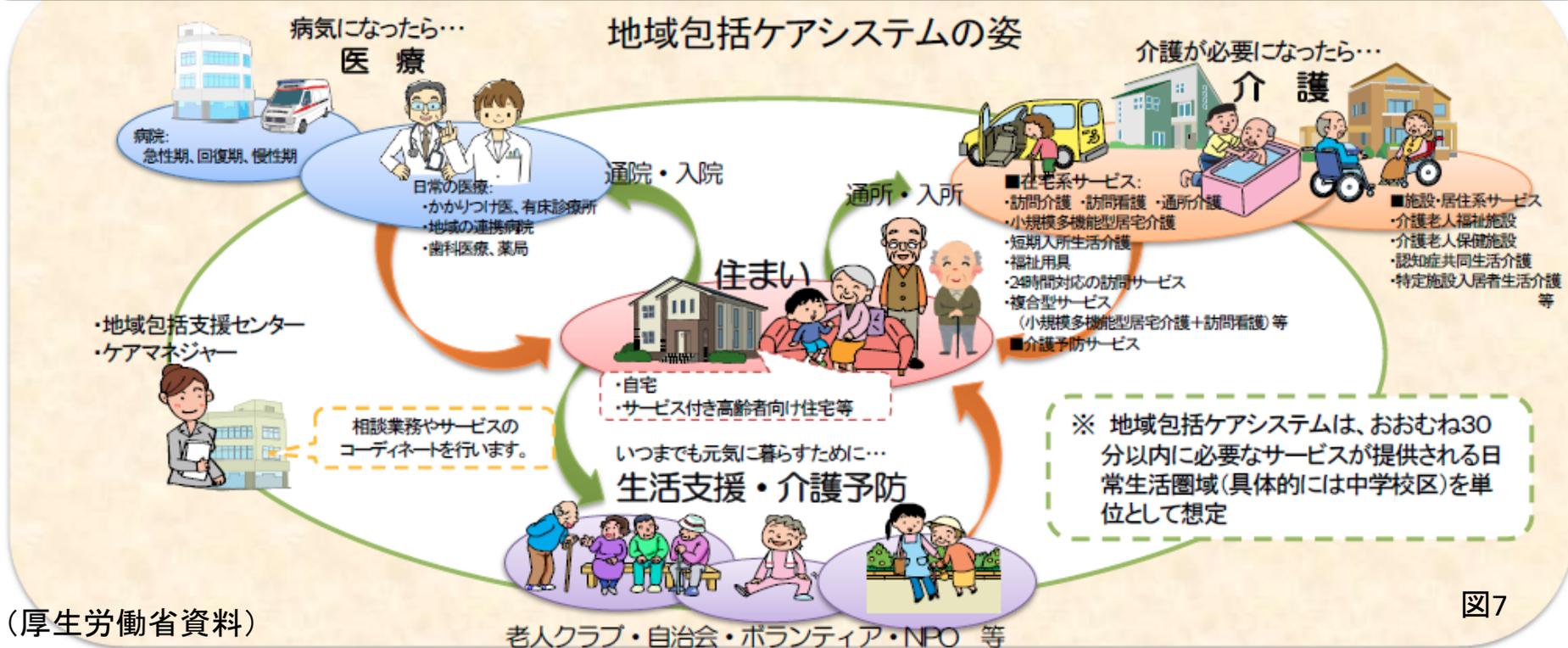


三菱UFJリサーチ&コンサルティング「<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムと地域マネジメント」(地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

図6

# 地域包括ケアシステムの構築について

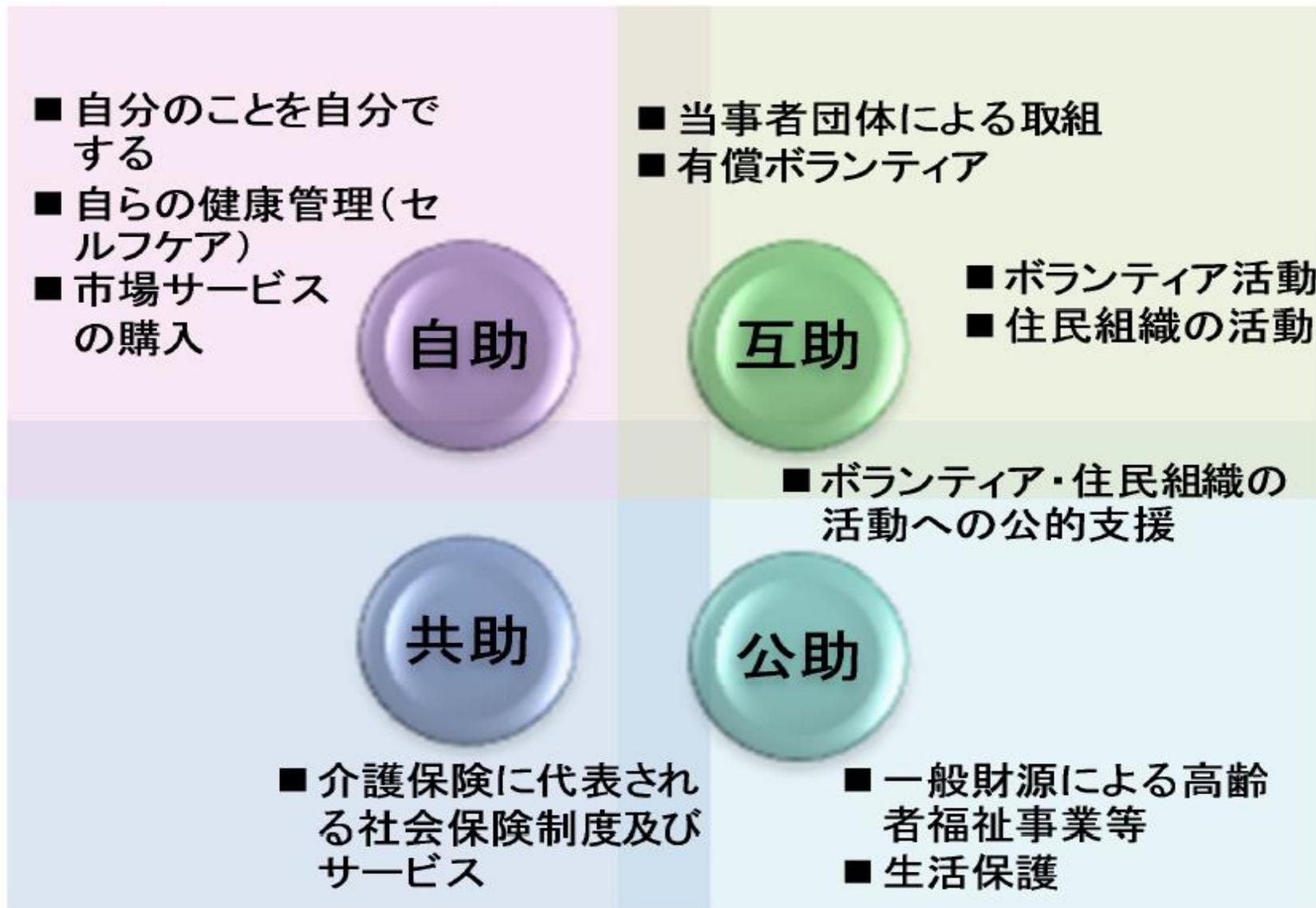
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、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

図7

# <地域包括ケアシステムを支える「自助・互助・共助・公助」>



三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケア研究会報告書」

# 2019年版地域包括ケアシステムの概念

日常生活圏域を単位として、活動と参加について何らかの支援を必要としている人々、例えば**児童**や**幼児**、**虚弱ないし要介護の高齢者**や**認知症の人**、**障がい者**、**その家族**、**その他の理由で疎外されている人**などが、望むなら住み慣れた圏域のすみかにおいて、必要ならさまざまな支援（**一時的な入院や入所を含む**）を得つつ、できる限り自立し、安心して最期の時まで暮らし続けられる**多世代共生**の仕組み。

（田中滋埼玉県立大学理事長）

# 地域共生社会の定義

少子高齢・人口減少、地域社会の脆弱化等、社会構造の変化の中で、人々が様々な生活課題を抱えながらも住み慣れた地域で自分らしく暮らしていけるよう、地域住民等が支え合い、一人ひとりの暮らしと生きがい、地域とともに創っていくことができる社会。

# 地域共生社会との関係

地域共生社会 →

今後日本社会全体が実現  
していこうとする「目標」

地域包括ケアシステム →

地域共生社会を実現  
するための「手段」

# 地域包括ケアシステムの必要性は不変

## 地域包括ケアシステム



全世代・全対象型地域包括ケアシステム



まちづくり



都市部



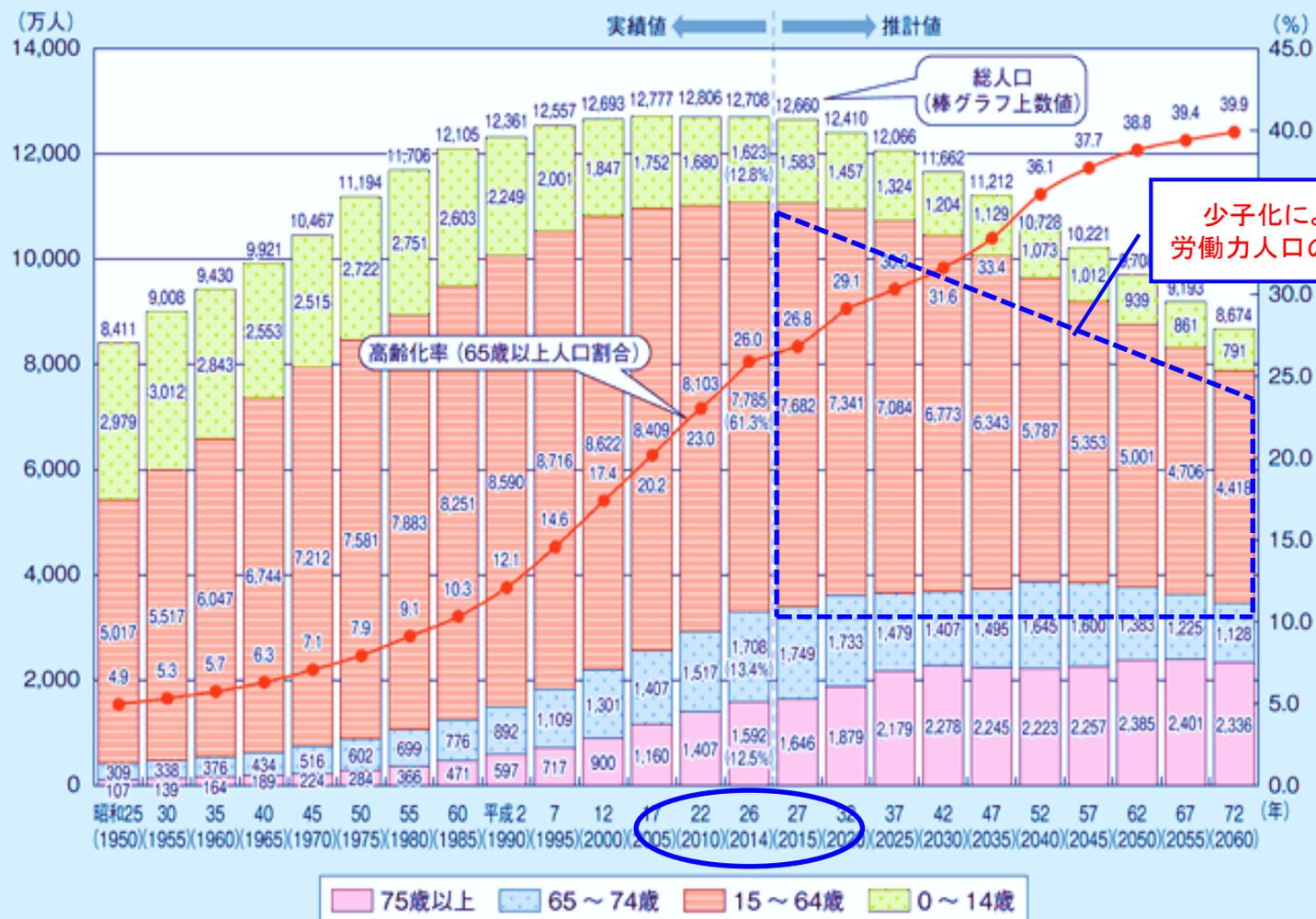
地域コミュニティの再生

地方



地方創生

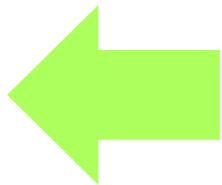
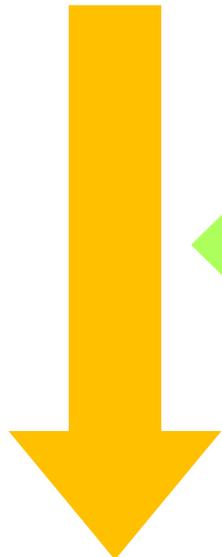
図1-1-2 高齢化の推移と将来推計



資料：2010年までは総務省「国勢調査」、2014年は総務省「人口推計」（平成26年10月1日現在）、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果  
 (注) 1950年～2010年の総数は年齢不詳を含む。高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。 (平成27年版高齢社会白書)

# 2025年から2040年にかけての変化

**2025年** = 本格的超高齢社会の入り口



**2040年** ≒ 高齢者人口 } のピーク  
死亡者数 }

# 2040年に向けて 求められる4つの取り組み

- ① 予防の積極的な推進による需要の抑制
- ② 中重度者を支える地域の仕組みの構築  
→ 多職種連携、コンパクトシティ
- ③ 介護サービス提供体制の効率化と生産性の向上
- ④ 市区町村を中心とした地域マネジメントの取り組み

## 〈介護予防の定義〉

一次予防	主として活動的な状態にある高齢者を対象に、生活機能の維持・向上に向けた取り組みを行うものであるが、とりわけ、高齢者の精神・身体・社会の諸側面における活動性を維持・向上させることが重要。
二次予防	要支援・要介護状態に陥るリスクが高い高齢者を早期発見し、早期に対応することにより状態を改善し、要支援状態となることを遅らせる取り組み。
三次予防	要支援・要介護状態にある高齢者を対象に、要介護状態の改善や重度化を予防するもの。

三菱総合研究所「介護予防マニュアル改訂版」平成23年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）介護予防事業の指針策定に係る調査研究事業

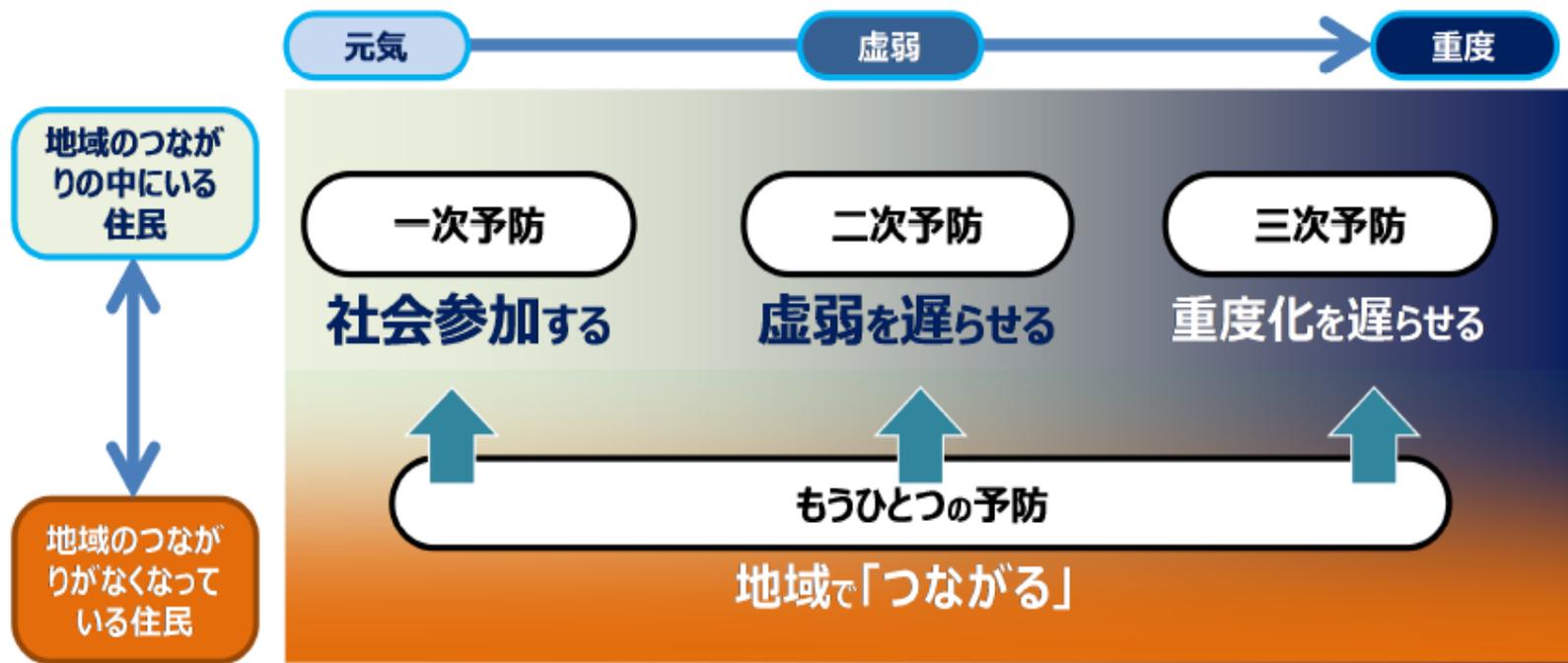
# <2040年に向けて地域包括ケアシステムで取り組むべき予防の方向>

## 地域共生社会の実現・地域包括ケアシステムの構築

ゼロ次予防：地域環境・社会環境の整備・改善

ゼロ次予防…地域環境・社会環境の整備・改善

ゼロ次予防…地域環境・社会環境の整備・改善



ゼロ次予防：地域環境・社会環境の整備・改善

三菱UFJリサーチ&コンサルティング「〈地域包括ケア研究会〉—2040年に向けた挑戦—」(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28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2017年

# 健康になる、健康意識を高める「場」 + 活躍できる「場」

いつまでも元気でいよう!

## フロイデ健康カフェ

食事・運動テーマに開催

フレイル予防、サルコペニア予防を意識しよう

食事

運動

バランスのとれた  
食事を作ります

管理栄養士と一緒に  
栄養バランスのとれた美味しい食事作り



効果的な  
運動をします

健康運動実践指導者、看護師と  
一緒に体力をつけよう

2017年

4/25 5/30 6/27  
7/18 8/22 9/26

※月1回、火曜日開催

10時～13時

参加費:700円 定員6名

2017年 4/13.27 5/4.11.18.25  
6/1.8.15.22 7/6.13.20.27  
8/3.10.17.24 9/7.14.21.28

※月2回、第1,3木曜日と第2,4木曜日コース

10時～12時

参加費:700円※定員6名

※カフェバンホフ/キオスクプラッツで使用できる500円割引クーポン付

場所●アクティビティセンター大宮

(コミュニティスペースみんくるフラヨル)  
常陸大宮市上町353(常陸大宮駅徒歩5分)



全コース参加すると  
フロイデ栄養アドバイザー フロイデ運動アドバイザー  
の認定を受ける事ができます。

★認定後はサポーター活動に参加する事で食事券や無料フィットネス体験が出来ます。

お問い合わせ  
お申し込み先

0295-54-1919

担当:川上/市野沢

企画主催:フロイデDAN 後援:常陸大宮市

## フロイデサポーター大募集!

自分の出来る事が誰かのためになります

活動する日●月曜日から土曜日(週1回、月1回から活動出来ます)

活動する時間●10時から12時 14時から16時

午前●入浴後の髪乾かし、水分補給 ●お昼の準備  
午後●利用者様との話し相手 ●レクリエーションを通しての交流 ●お茶出し

お問い合わせ:0295-53-1000

(担当:小林 大高)

サポーターに登録いただき、活動5回で「カフェバンホフのお食事券」  
もしくは「フィットネス体験1時間券(専属トレーナー付)」と交換出来ます

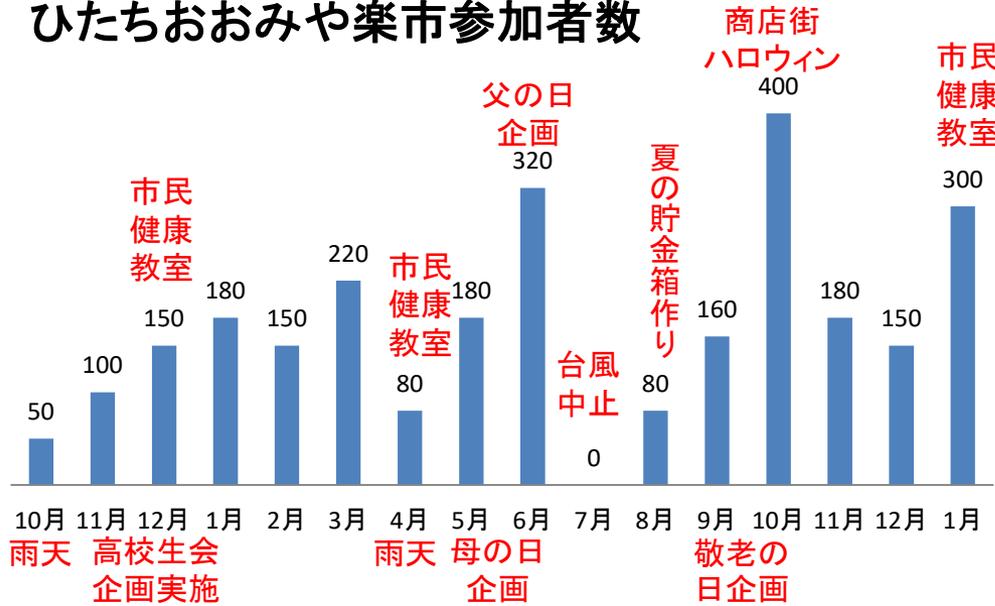


フロイデ栄養アドバイザー認定  
(3名)

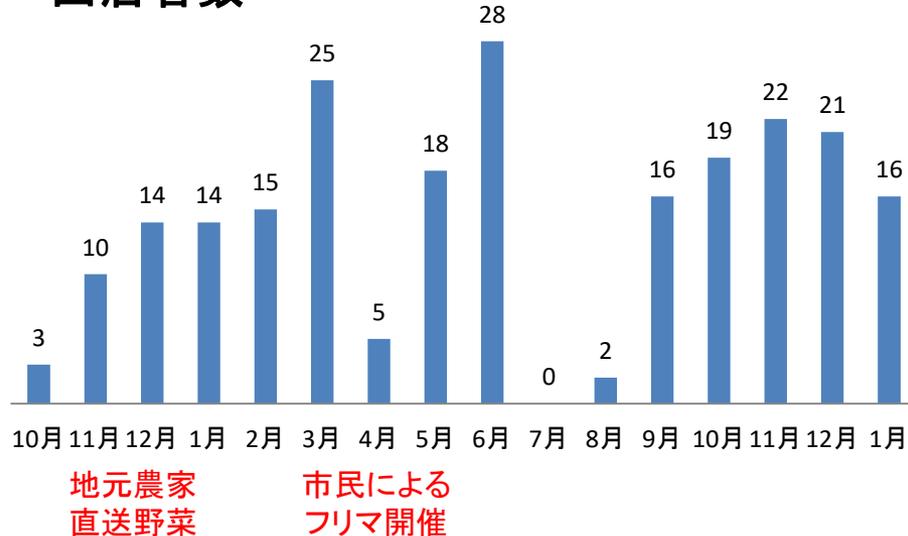


ここに来れば、何かするわけでもないけど、社会につながっている、誰かとつながっている。

## ひたちおおみや楽市参加者数



## 出店者数



## 主な出店者

地元農家の野菜 就労支援施設  
 市民クラフト作家(雑貨、花、ハーブ)  
 外国人交流サークル 駄菓子屋  
 商店街の和菓子屋、パン屋、カフェ  
 移動販売車 焼きおにぎり屋  
 若者チャレンジ支援(ラーメン屋)



# ひたちおおみや楽市のスゴイ所！！



認知症になっても社会参加ができる  
(駄菓子屋の会計&袋づめ)



楽しめる場所に来て、健康を意識する教室に参加  
健康を意識する教室に参加して楽しめる場所で楽しんでいく



卓上七輪でみんなで干し芋を焼く



2015年脳出血発症  
2015年12月～志村大宮病院にて外来リハビリ  
作業療法にて組みもを習う。  
2018年9月:カフェバンホフでの作品展  
2018年11月:ひたちおおみや楽市に出店

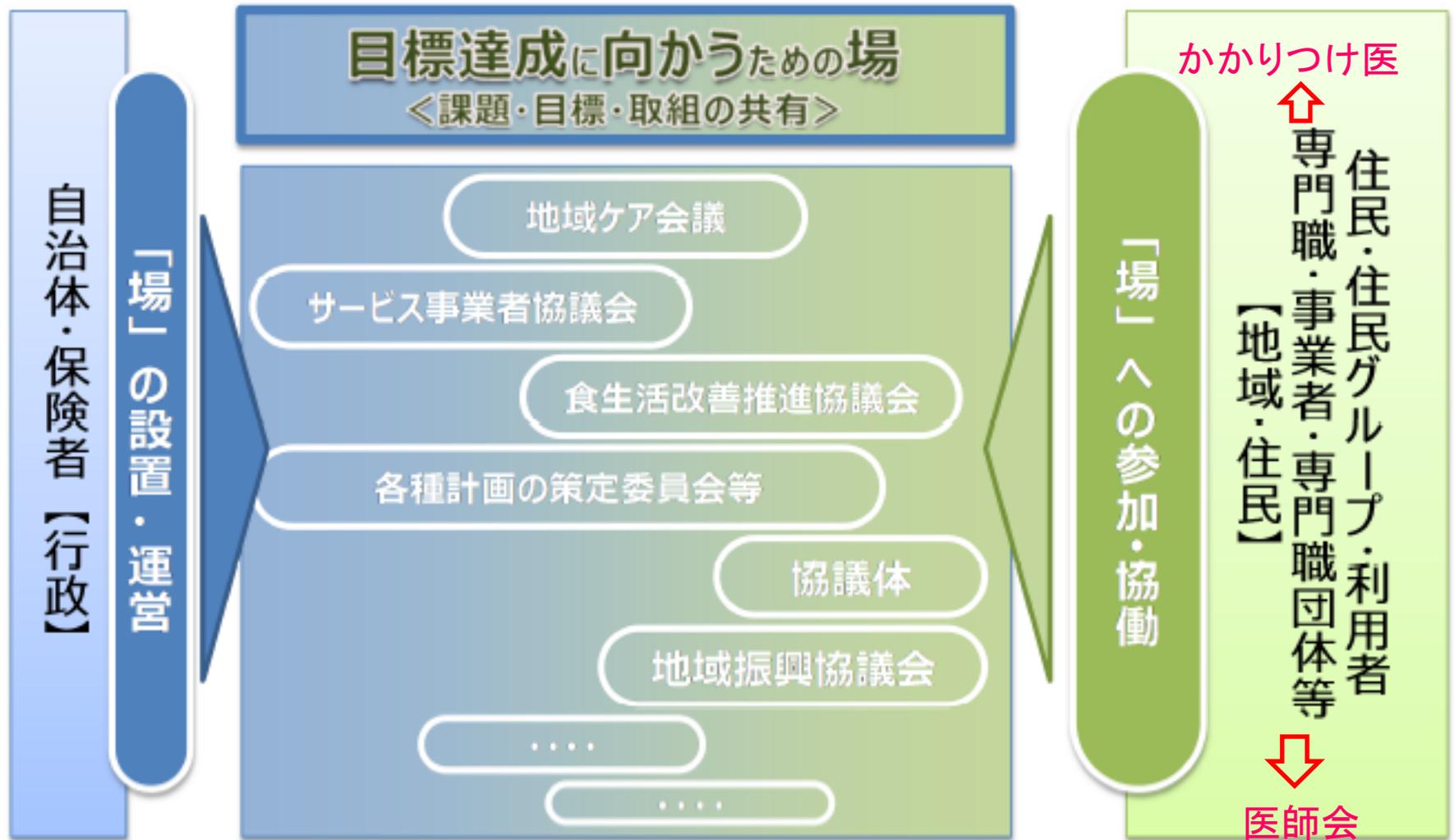


本格スイーツのお店

# 地域マネジメントの定義

地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取り組み

# <2040年に向けた「行政」と「地域・住民」の関係>



三菱UFJリサーチ&コンサルティング「<地域包括ケア研究会>—2040年に向けた挑戦—」(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28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2017年

## 2. かかりつけ医と医師会の取り組み

# 2025年「団塊世代」がすべて75歳以上になる年

## 効率的で効果的な 医療提供体制

- 疾病・事業ごとの医療連携体制
- 在宅医療の連携体制
- 医療計画と介護保険事業計画との整合の強化
- 「地域医療構想」

総合的な  
医療と介護の  
確保

## 地域包括 ケアシステム

高齢者になるべく  
住み慣れた地域で  
自立した日常生活  
を営むことができ  
るよう、医療・介  
護・予防・住ま  
い・生活支援の  
サービスを包括的  
に確保

## 生涯現役社 会の構築

### 健康寿命の延伸

- 生涯保健
- 生活習慣病対策
- 関連技術開発
- ICT
- 健康経営、健康優良法人

## 支援・推進策

- 診療報酬・介護報酬同時改定（2018年、2024年）
- 地域医療介護総合確保基金
- 在宅医療介護連携推進事業
- 地域医療連携推進法人
- 医療・介護連携の担い手の養成

## 政官民挙げ ての推進

- 日本健康会議
- 次世代ヘルスケア産業協議会

# 日医・四病協合同提言

(平成25年8月8日)

## ① かかりつけ医機能の充実・強化

→ 平成28年4月 日医かかりつけ医機能  
研修制度創設

## ② 地域包括ケアを支援する

中小病院・有床診療所の必要性

→ 平成30年度診療報酬改定で実現

# 「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

— 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）（抜粋） —

## 「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、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。

## 「かかりつけ医機能」

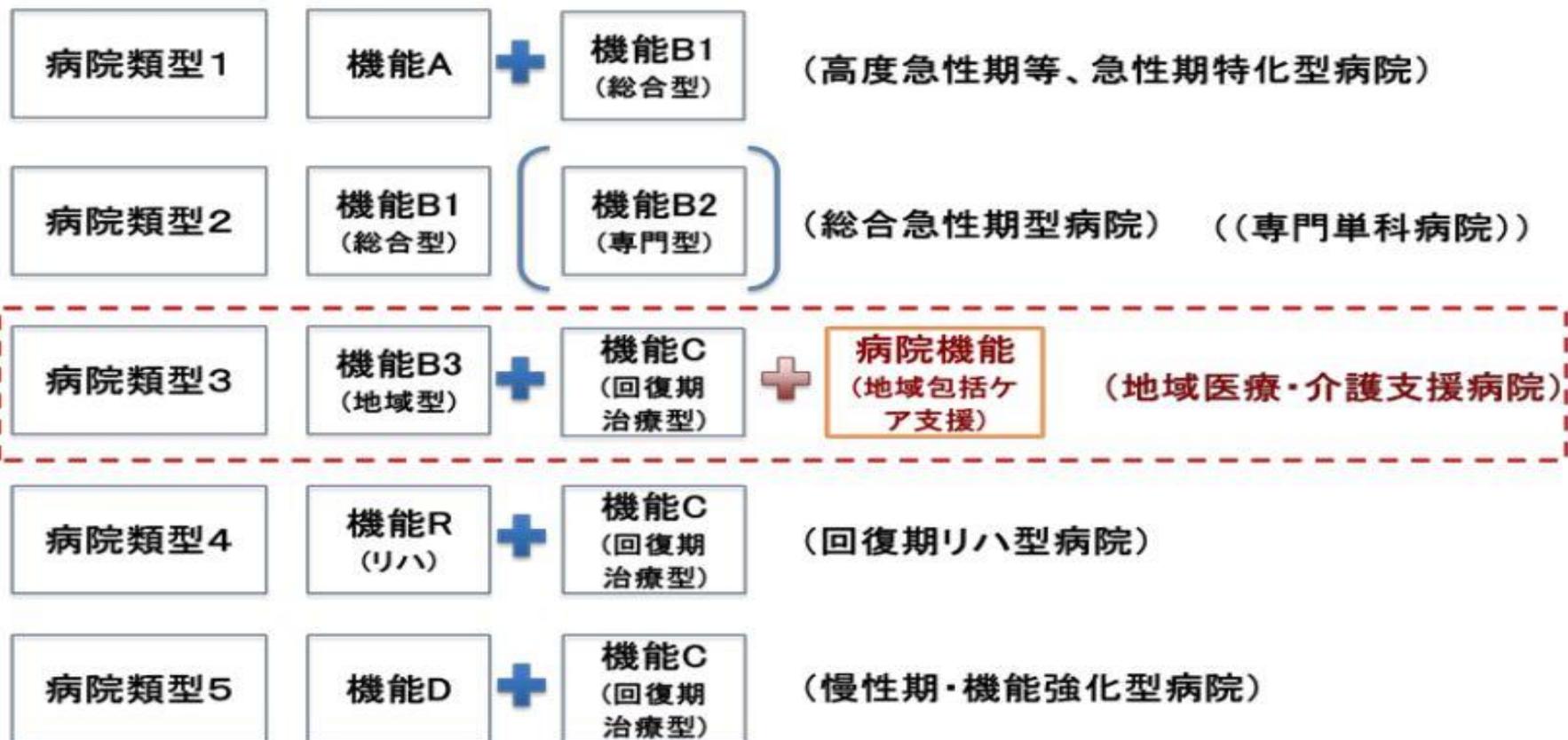
- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

出典：中医協 総—1 30. 1. 10外来医療(その4)

# 医療提供体制のあり方～地域包括ケアシステム構築に向けて～ 四病院団体協議会追加提言(平成25年11月18日)

## 機能分化と病院類型 (例)

高度急性期機能(ICU等)=A、急性期医療機能(病棟)=B、回復期医療機能(病棟)=C  
リハビリテーション機能(病棟)=R、慢性期医療機能(病棟)=D としている。(病床の医療機能である)



# 今後の日本に必要な医療

高度急性期医療



高齢化・人口減でニーズ ↓

地域に密着した医療



超高齢社会でニーズ ↑

日本モデル

新かかりつけ医(日医かかりつけ医機能研修制度)により施設も在宅も活用



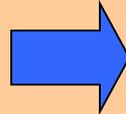
超高齢社会に対応

中小病院  
有床診療所  
日本型診療所  
中負担

既存資源の活用

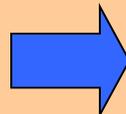
# 超高齢社会に適した日本型医療システム

① 中小病院  
有床診療所 } が多い



身近な所でいつでも入院もできる  
高齢者の在宅支援システムの構築  
が可能

② 診療所の質が高く  
充実している



高齢者に便利なワンストップサービス  
が可能  
【検査・診断・治療・(投薬)・健診】

# 超高齢社会における医療と介護の役割の変化

公的医療保険による国民皆保険(1961~)



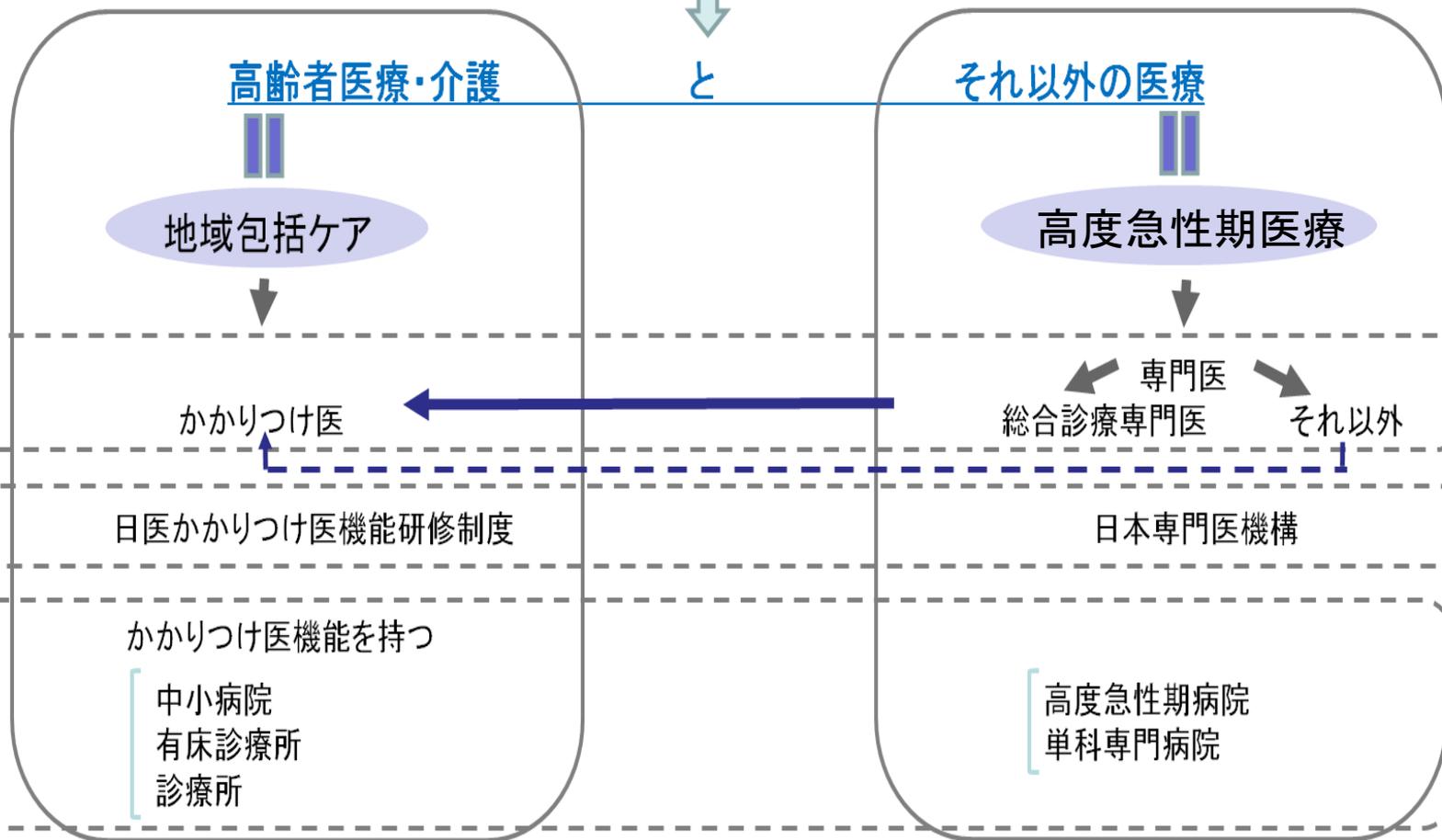
医療と介護



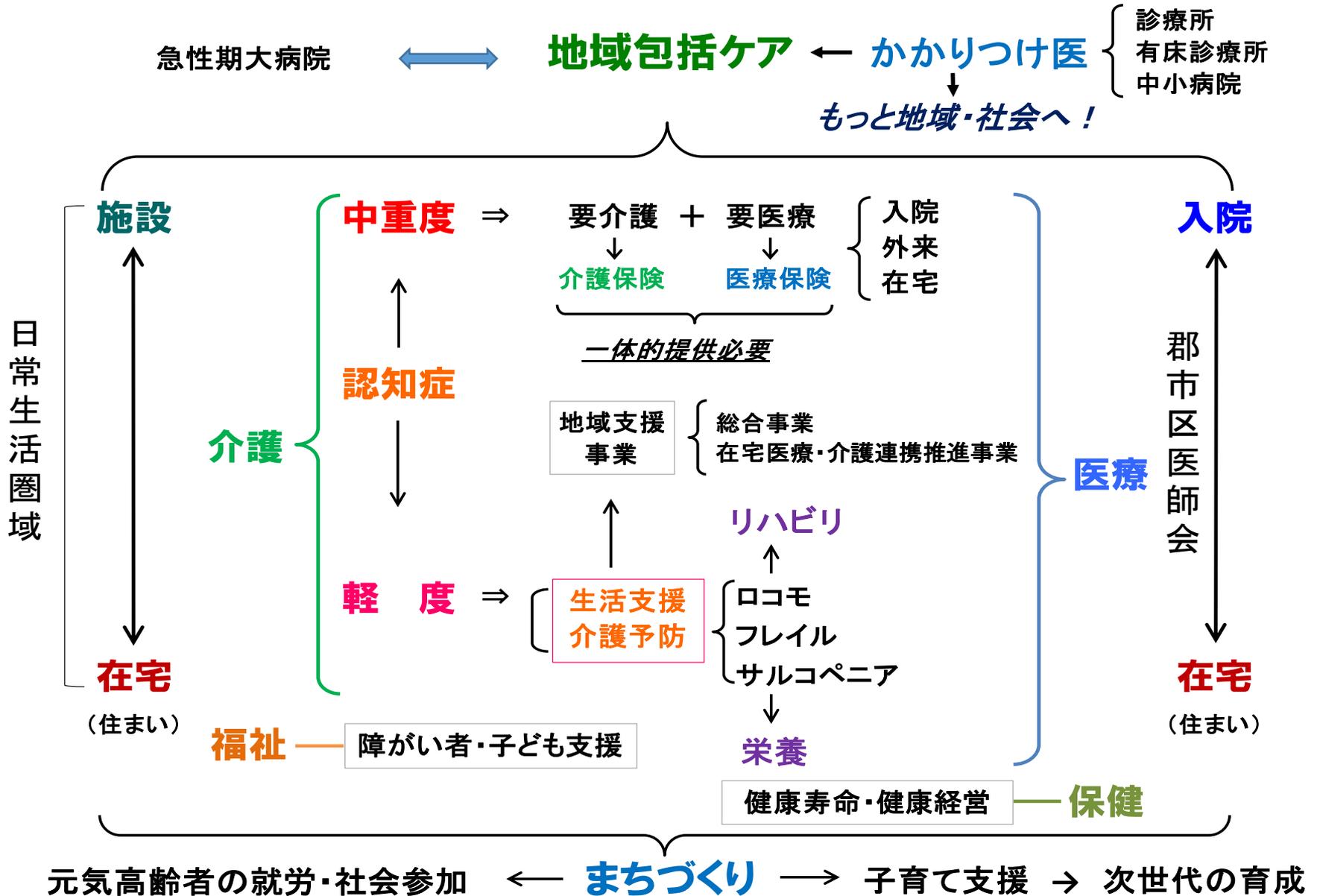
と



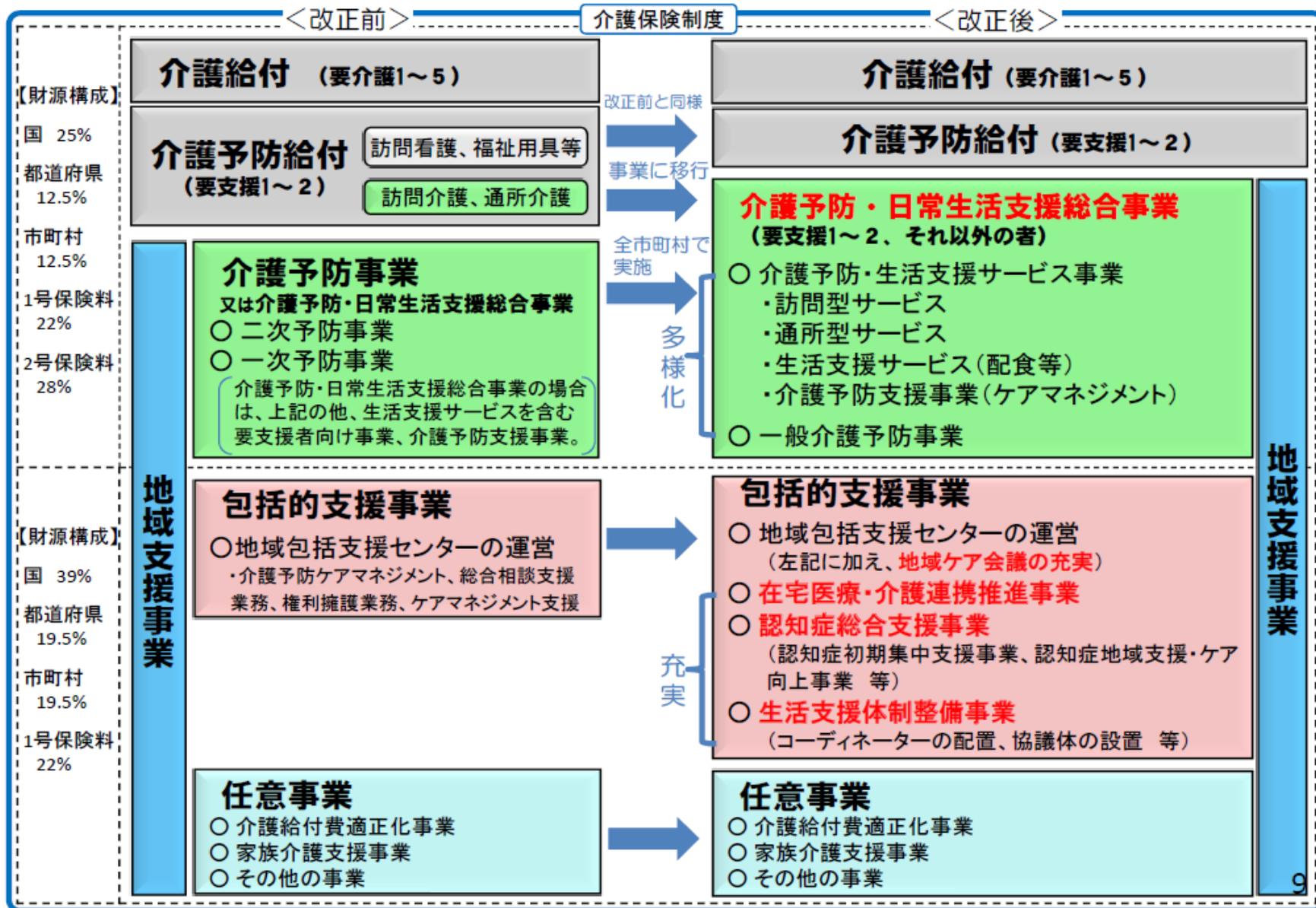
公的介護保険(2000~)



# 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



# 新しい地域支援事業の全体像



(厚生労働省資料)

# 介護保険 地域支援事業(在宅医療・介護連携推進事業)

## 事業項目と取組例 (実施主体は市町村。各事業は委託可能)

### (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

### (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

### (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

### (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

### (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。

### (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

### (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

### (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

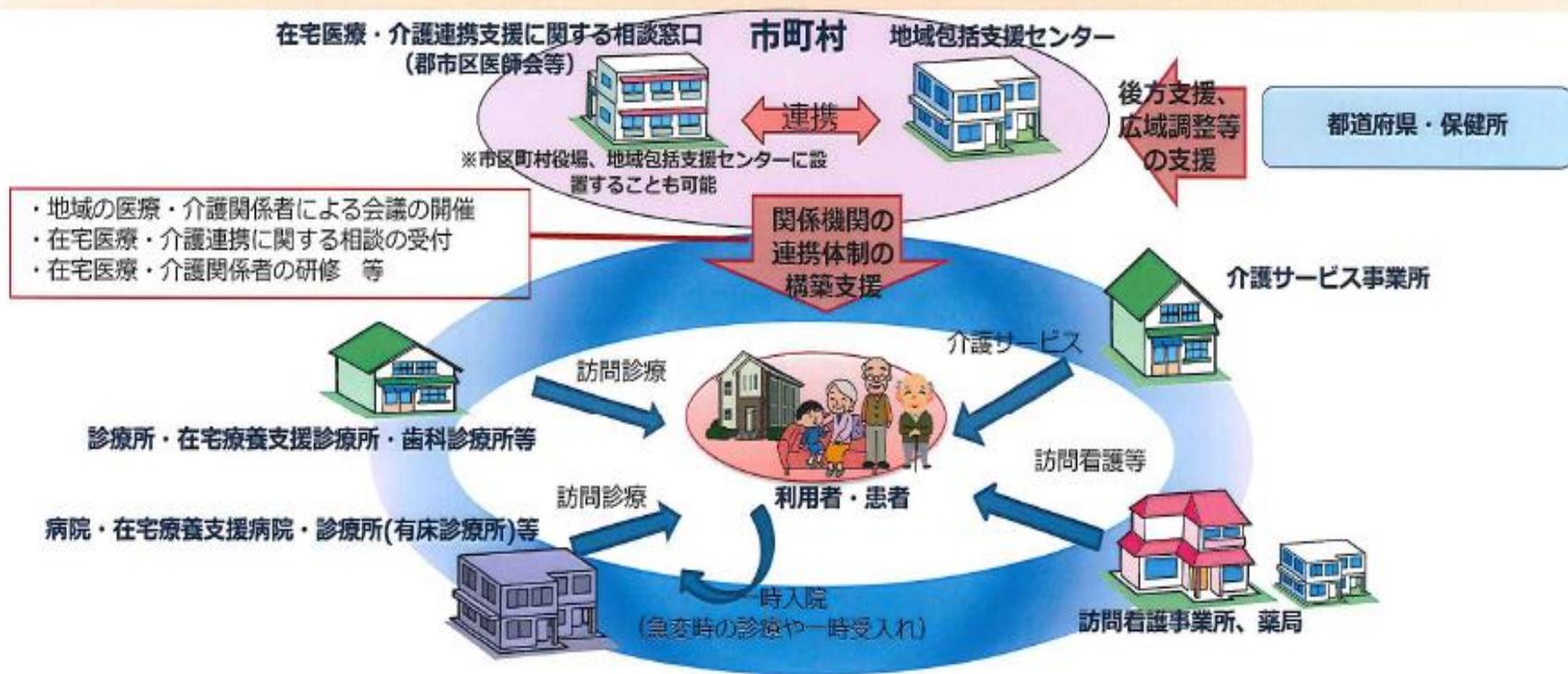
- ・同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

出典:厚生労働省資料を元に日本医師会作成

図33

## 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。



（厚生労働省資料）

図34

# 地域包括ケアシステムの具体化に向けた 現場での医療介護連携の取り組み

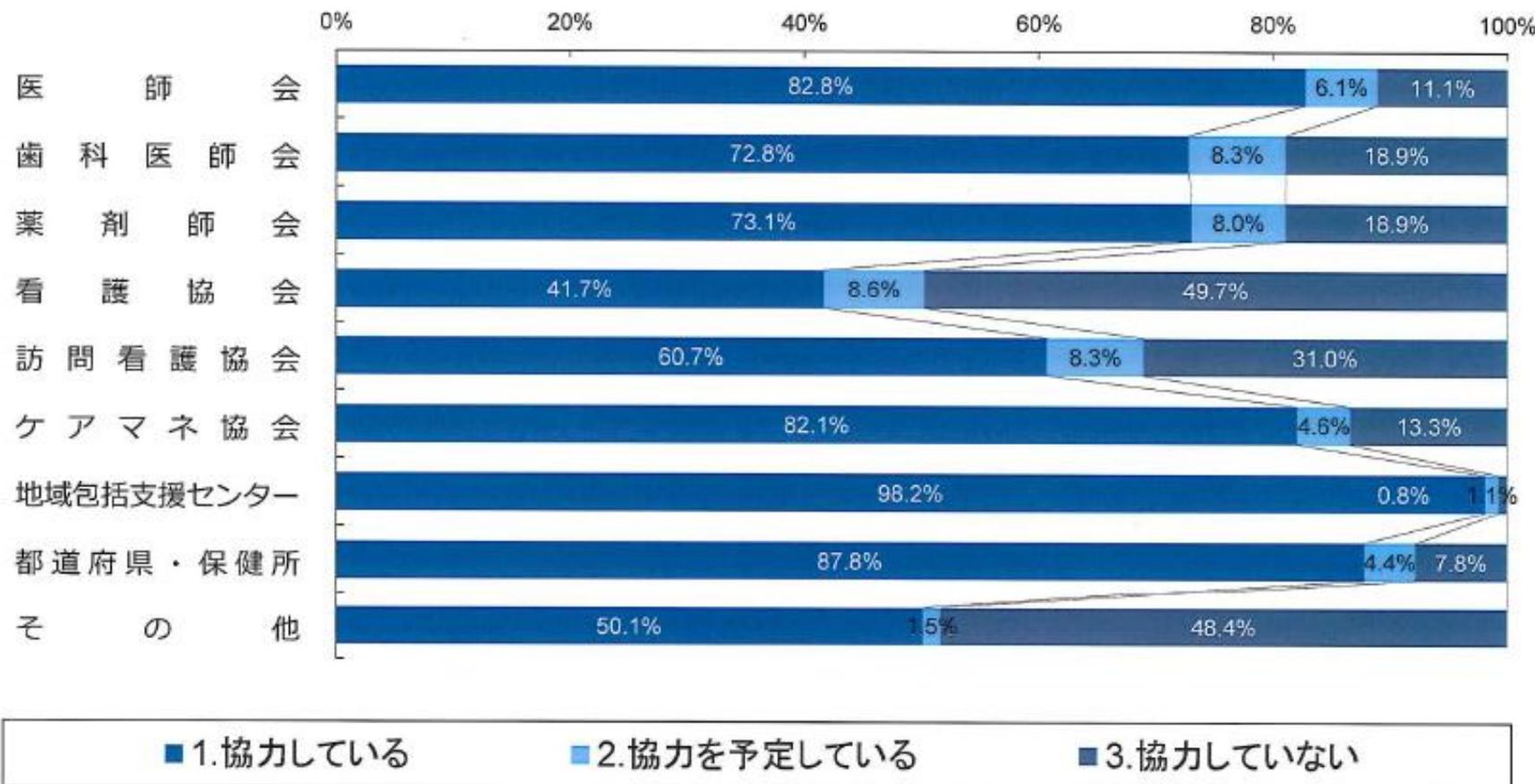
- 入院時、退院時における切れ目のない  
医療・介護連携
- 居宅等における看取りを含めた切れ目  
のない医療・介護連携
- 多職種連携



**平成30年度同時改定で評価**

# 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。

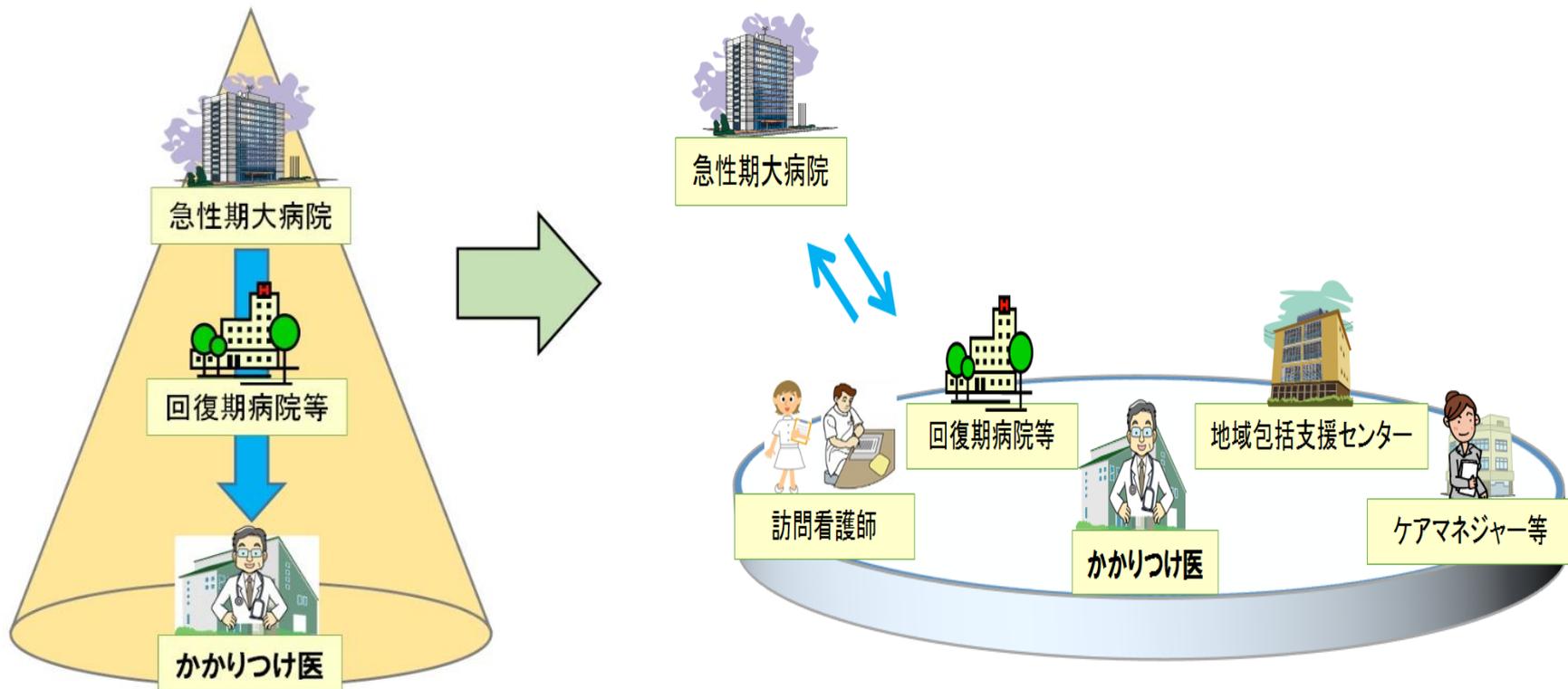


出典 平成30年度地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査（確定値）

# 垂直連携中心から水平連携中心へ

## 【垂直の連携】

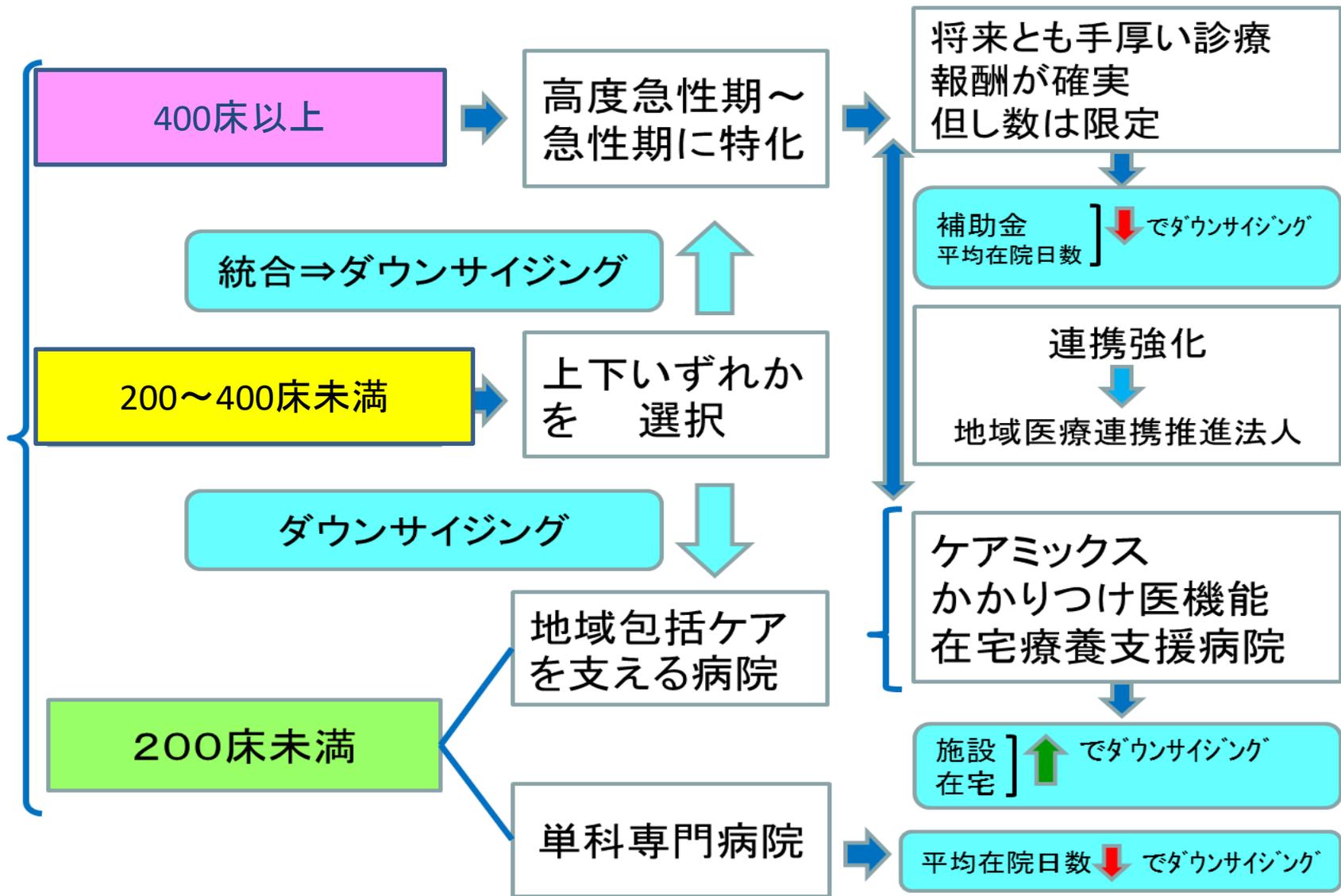
## 【水平の連携】



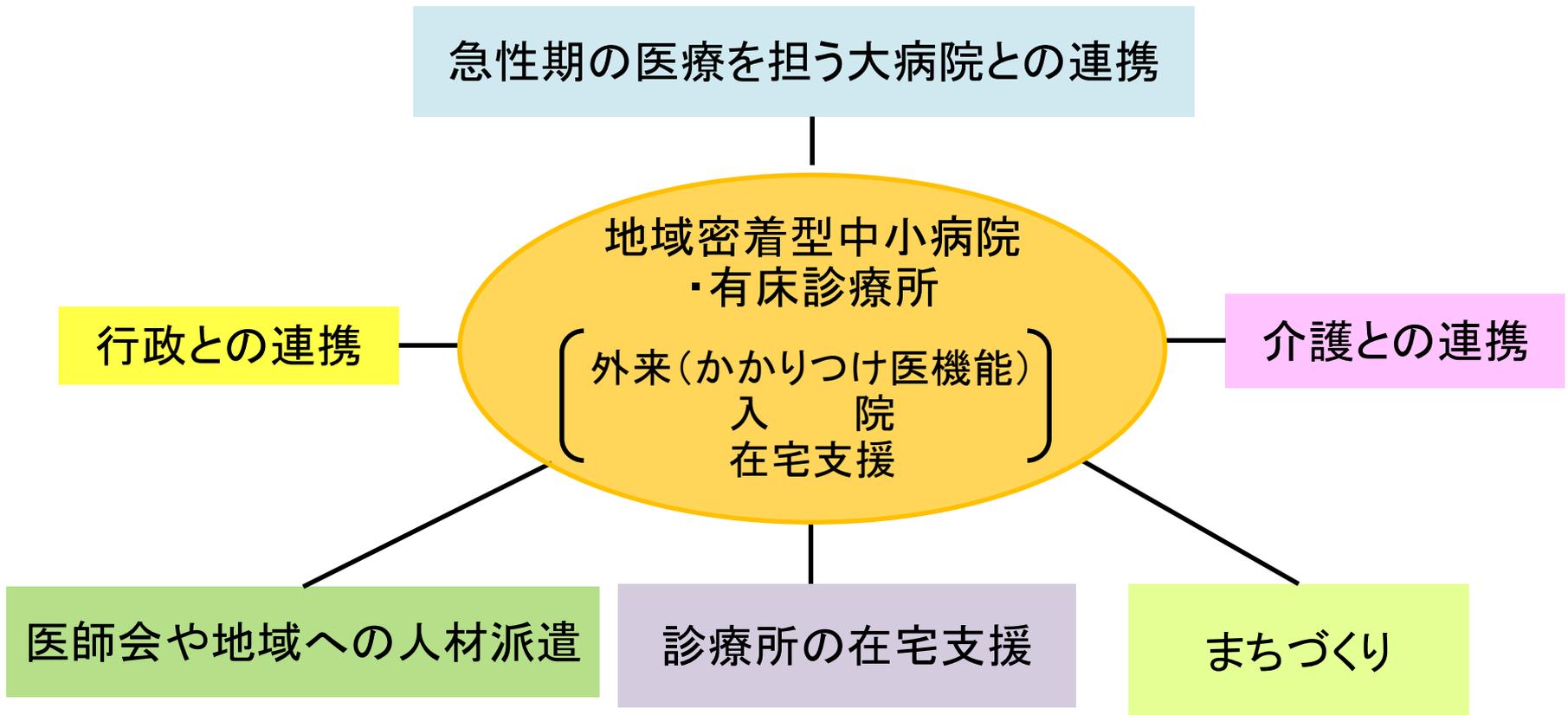
地域包括ケアシステム

地域ケア  
統合ケア

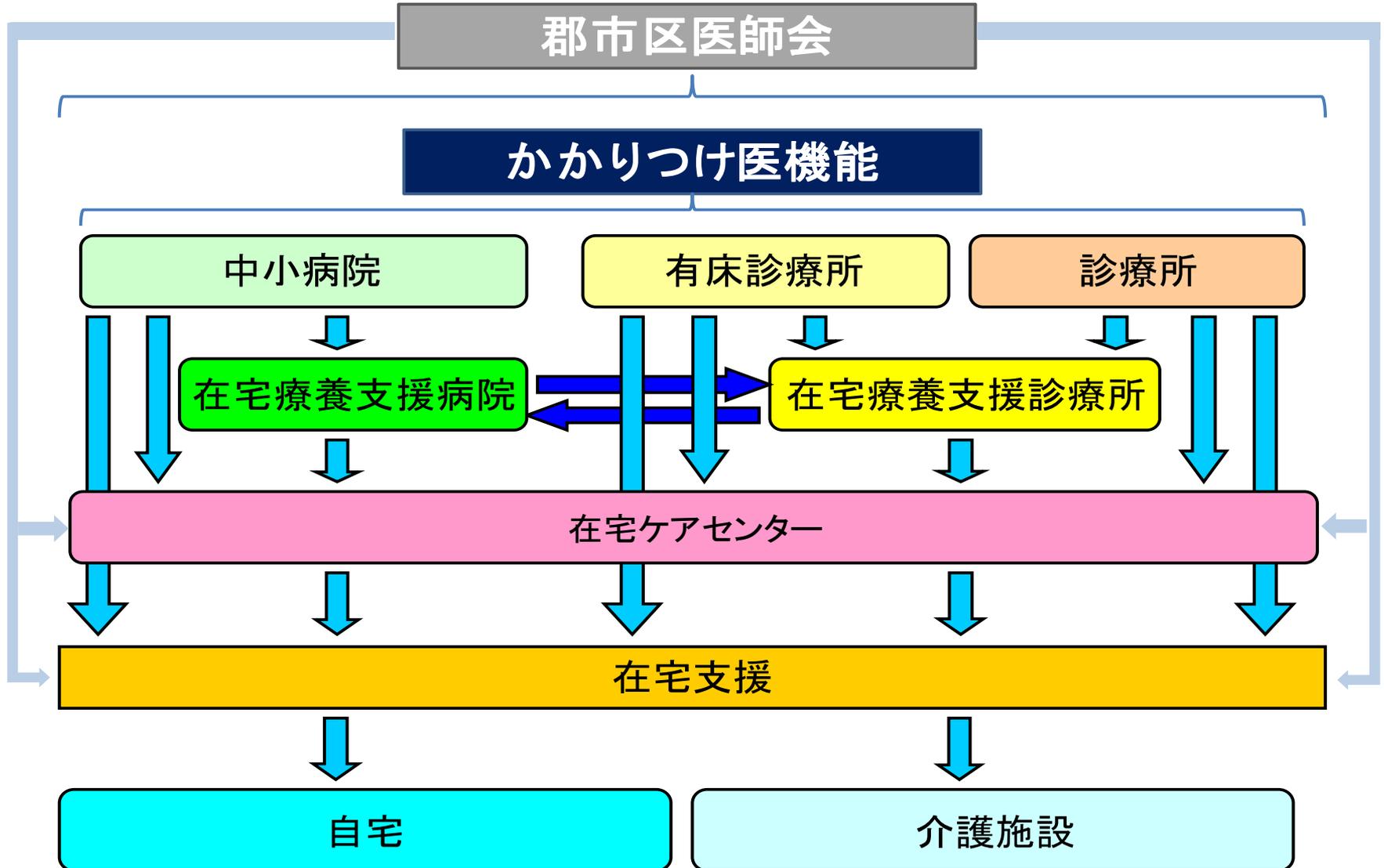
# 病床規模別に見た病院の方向性



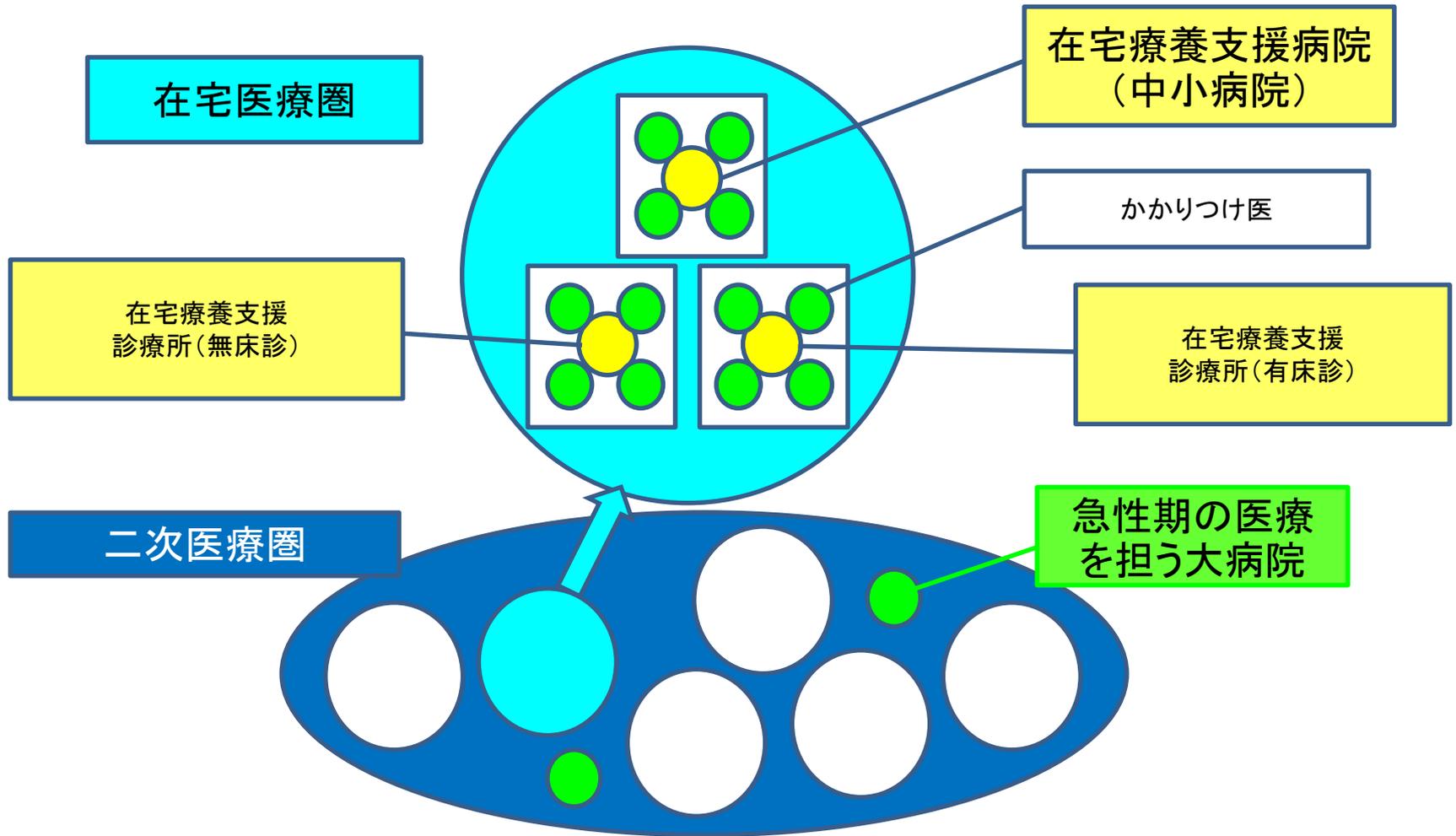
# 地域密着型中小病院・有床診療所の役割



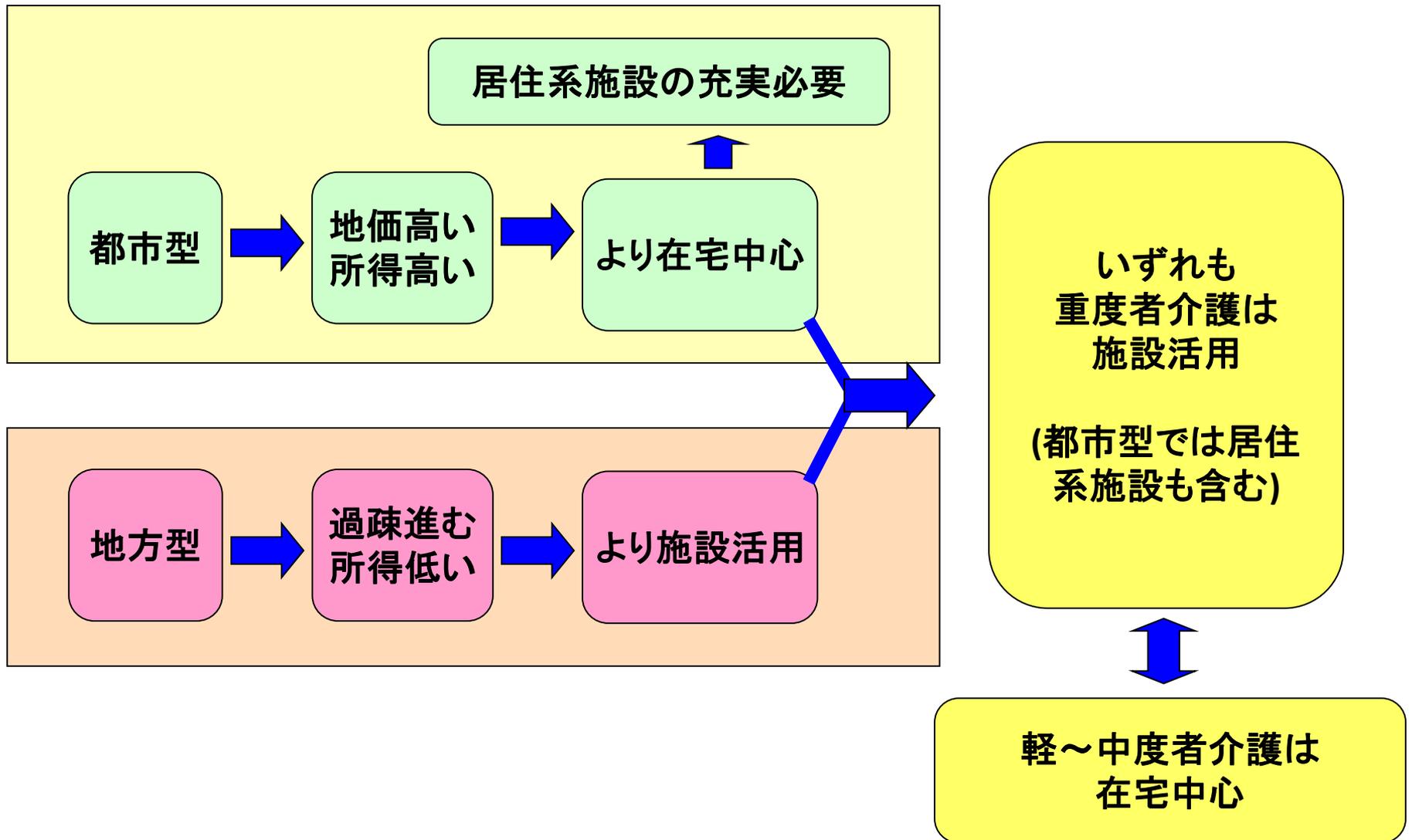
# 既存資源を活用した日本型在宅支援モデル



# 日本型在宅支援システム



# 日本型の高齢者介護の確立



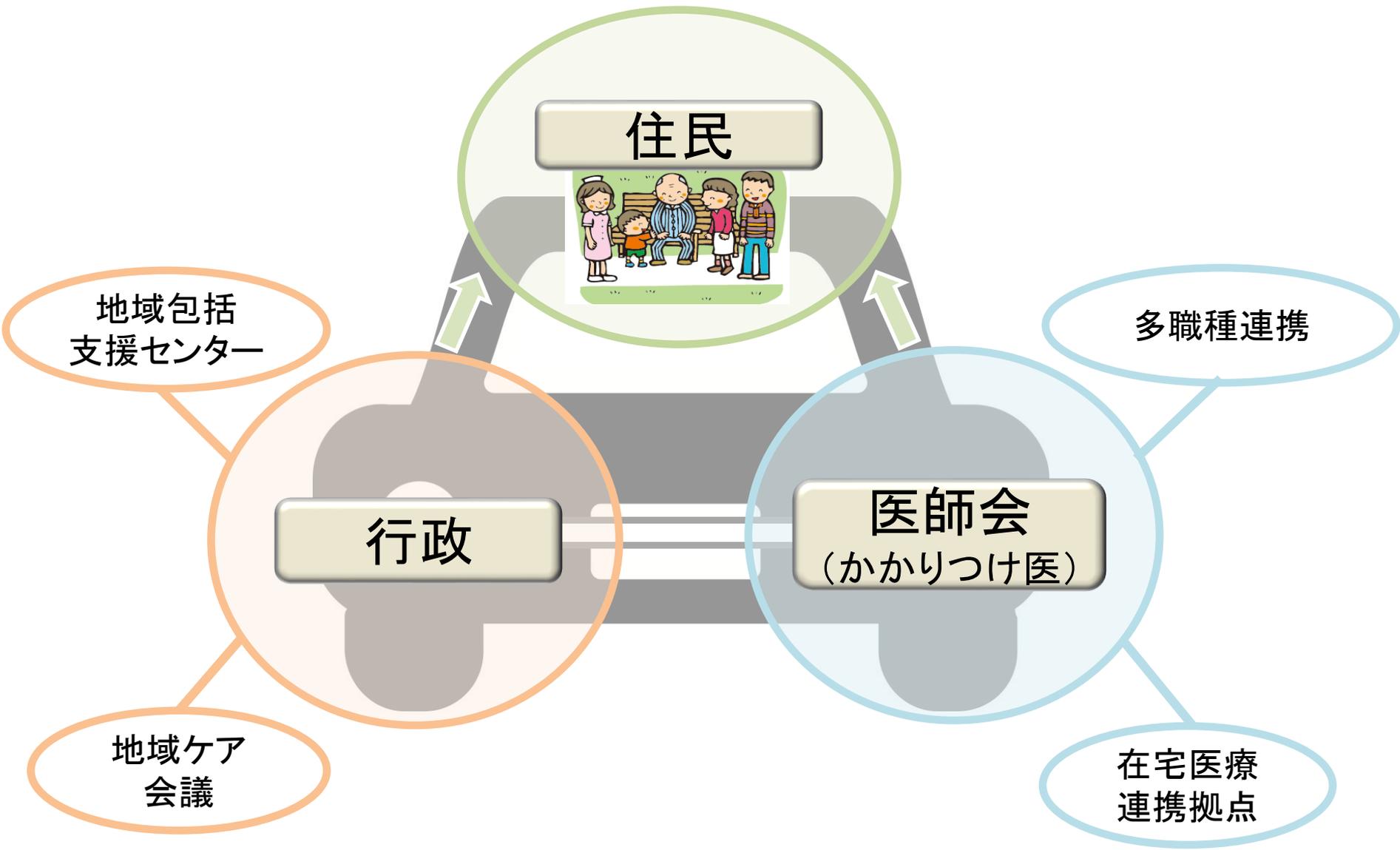
# 地域包括ケアシステム 医療3点セット

①かかりつけ医

②郡市区医師会

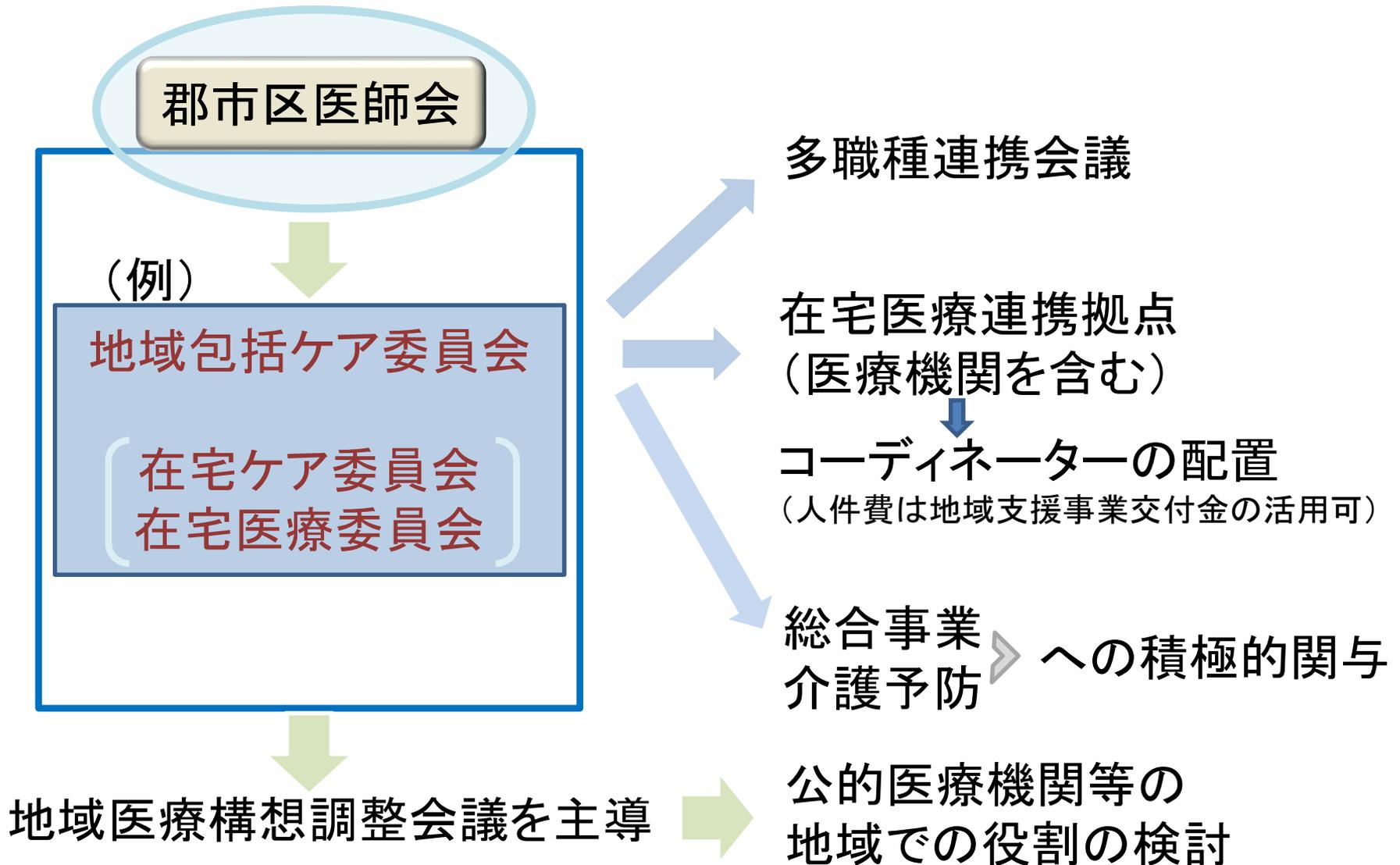
③中小病院・有床診療所

# 地域包括ケアシステムの推進体制



地域包括ケアシステム  
地域医療構想

における郡市区医師会の役割



# 市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について（イメージ図）

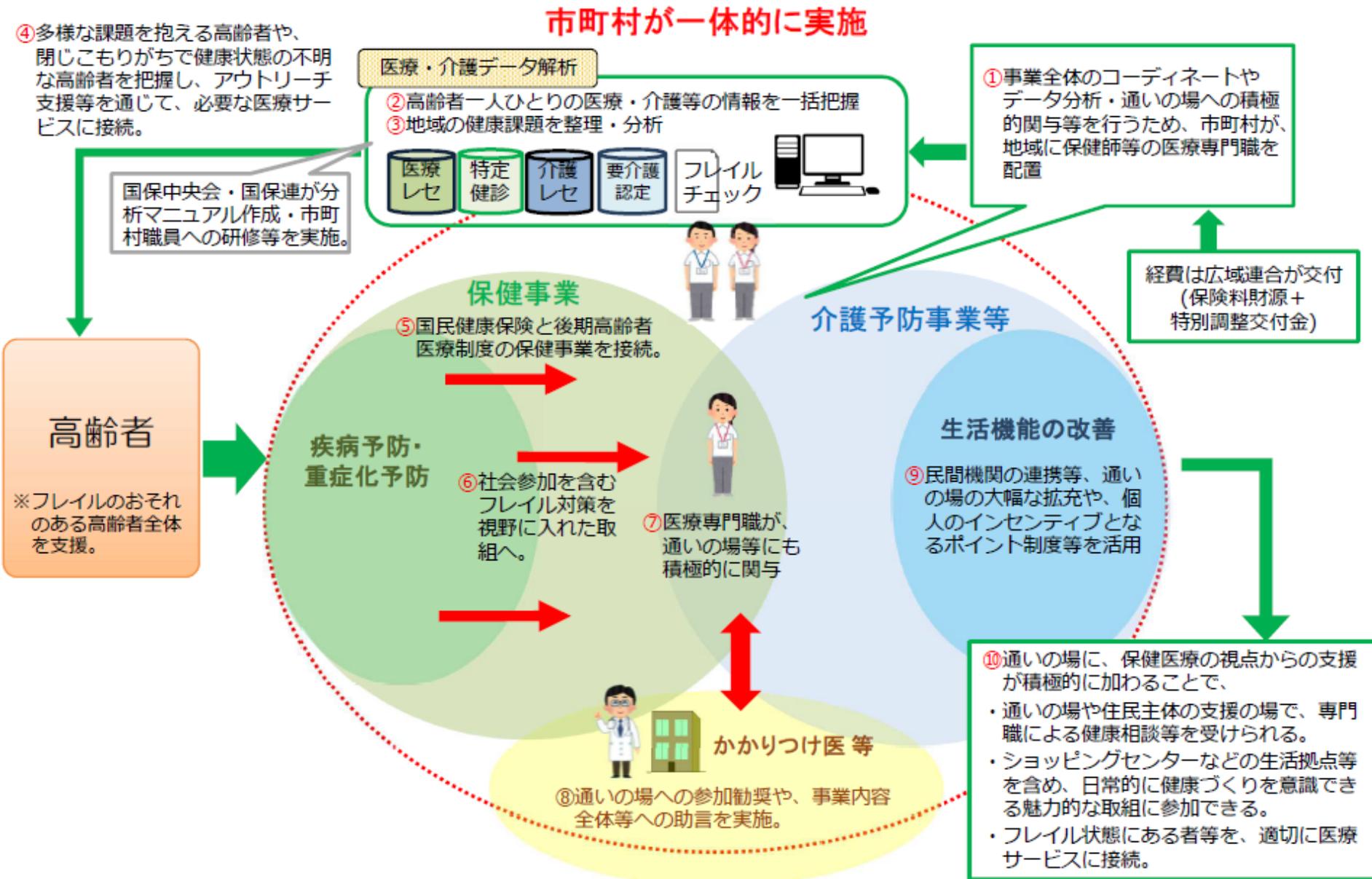
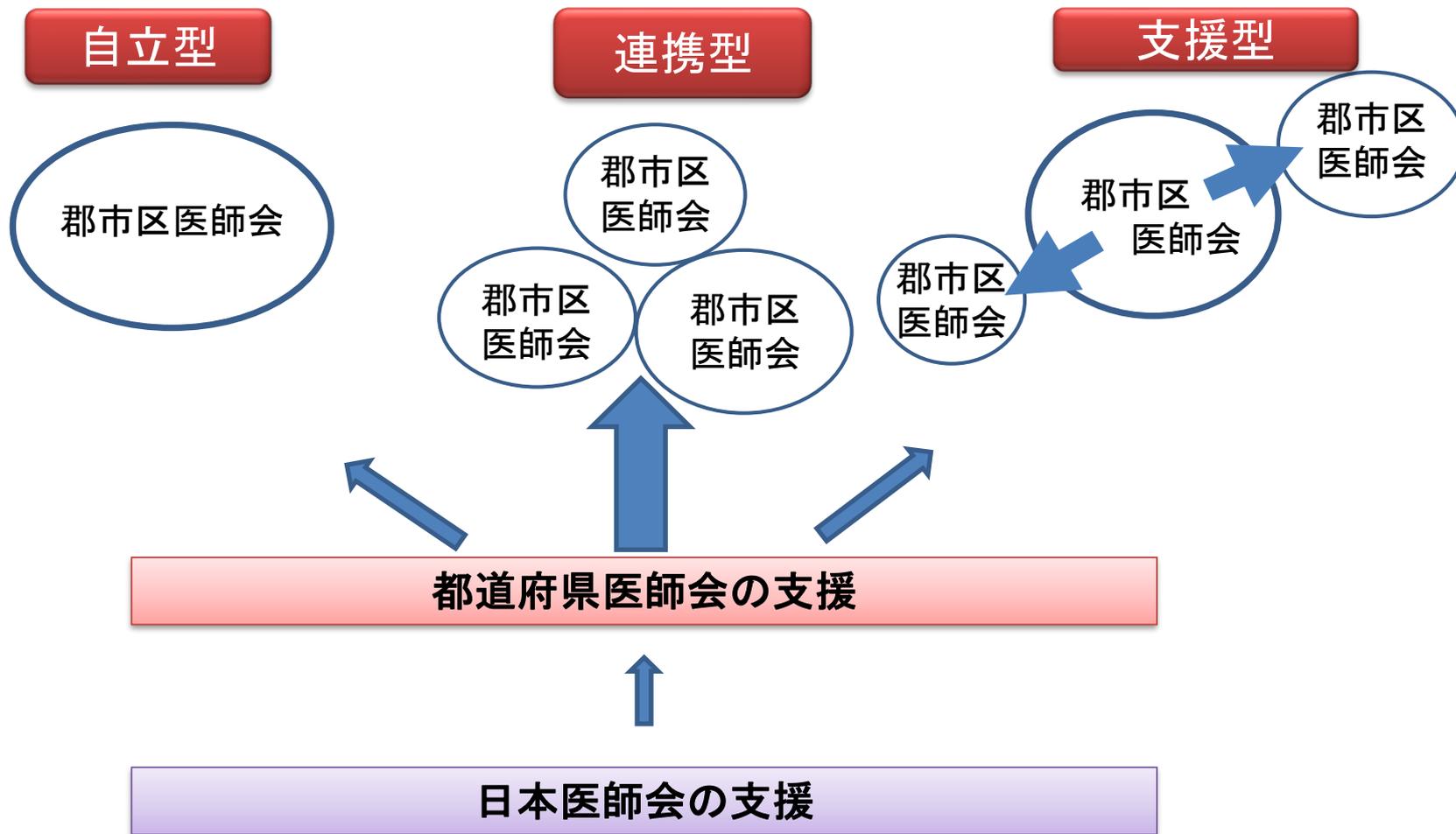


図46

# 郡市区医師会の規模や地域性に応じた地域包括ケアシステムの構築



### 3. 医療保険と介護保険上の取り扱い

# 2025(令和7)年に向けた改革

あと6年!

持続可能な社会保障制度の実現

	2012 平24	2013 平25	2014 平26	2015 平27	2016 平28	2017 平29	2018 平30	2019 令元	2020 令2	2021 令3	2022 令4	2023 令5	2024 令6	2025 令7	
消費税	5%	→	8%	→	10%	→	10%	→	10%						
医療・介護同時改定	①	→						②	→						③
診療報酬改定	①	→	②	→	③	→	④	→	⑤	→	⑥	→	⑦		
介護保険事業計画	第5期(2012~2014)			第6期(2015~2017)			第7期(2018~2020)			第8期(2021~2023)					
介護報酬改定	①	→		②	→		③	→		④	→		⑤		
医療計画見直し		医療計画の見直し① (在宅医療の推進等)			医療法改正			医療計画の見直し② (病床機能分化)			医療計画の見直し③				

## 《改革の方向性》

- ① 急性期から回復期、長期療養、在宅医療まで、患者が状態に合った適切な医療を受けることができる
- ② 患者の負担にも留意
- ③ 医療機関の機能分化・強化と連携を進め、病床の役割を明確化した上で、機能に応じた充実
- ④ 急性期を脱した患者の受け皿となる病床、かかりつけ医機能、在宅医療等を充実
- ⑤ 地域ごとに地域包括ケアシステム(医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援)の構築

あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬改定、介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、地域医療介護総合確保基金や補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正、施行していく。

# 平成30年度診療報酬改定の概要

## I 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

### 医科

1. 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
2. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
3. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
4. かかりつけ医の機能の評価
5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
6. 国民の希望に応じた看取りの推進
7. リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進

### 歯科

1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

### 調剤

1. 地域医療に貢献する薬局の評価
2. かかりつけ薬剤師の推進
3. 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

## II 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

### 医科

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
  - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
  - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
  - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
  - 4) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
  - 5) 難病患者に対する適切な医療の評価
  - 6) 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
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
  - 1) 遠隔診療の評価
  - 2) 医療技術評価分科会における検討を踏まえた対応

### 歯科

1. 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

### 調剤

1. 薬剤師・薬局による対人業務の評価

## III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

## IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進
2. 後発医薬品の使用促進
3. 医薬品の適正使用の推進
4. 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

(厚生労働省資料)

# 平成30年度介護報酬改定の概要(案)

- 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

## 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

(厚生労働省資料)

## 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

# 1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

- (1) 地域包括診療加算・診療料、認知症地域包括診療加算・診療料  
要件緩和・明確化・手続き簡略化・加算の新設
- (2) 小児かかりつけ診療料 要件緩和
- (3) かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価
- (4) 医師の基礎的な技術の再評価
- (5) 大病院の外来機能の分化の推進 等

- ◇ 前々回(平成26年度)改定で地域包括診療加算・地域包括診療料を創設し、  
前回(平成28年度)改定では、これらの要件緩和と、認知症や小児に評価を拡大した。
- ◇ 今回の改定では、より一層の推進を図るため、日医のアンケート調査でも負担が大きいと回答のあった「**24時間対応**」と「**在宅医療の提供**」について見直しを行うなど、  
さらなる要件緩和を行ったうえで、かかりつけ医機能を有する医療機関の**初診の評価**を行うことができた。
- ◇ また、外来の機能分化の推進の観点から、紹介率・逆紹介率の規定を満たさない大病院の長期処方に対する処方料・処方箋料・薬剤料の減額措置の適正化と、処方料や処方箋料の加算として、診療所や200床未満の病院で算定する特定疾患処方管理加算の引き上げにより、**大病院から診療所、中小病院への外来患者の誘導策**の実効性の向上を図るとともに、今回、紹介状なしで受診した場合の定額負担の対象病院を特定機能病院および許可病床400床以上の地域医療支援病院に拡大が行われた。
- ◇ こうした外来機能分化の中で、かかりつけ医機能の普及に向け、今後の改定でさらなる評価を求めていく。

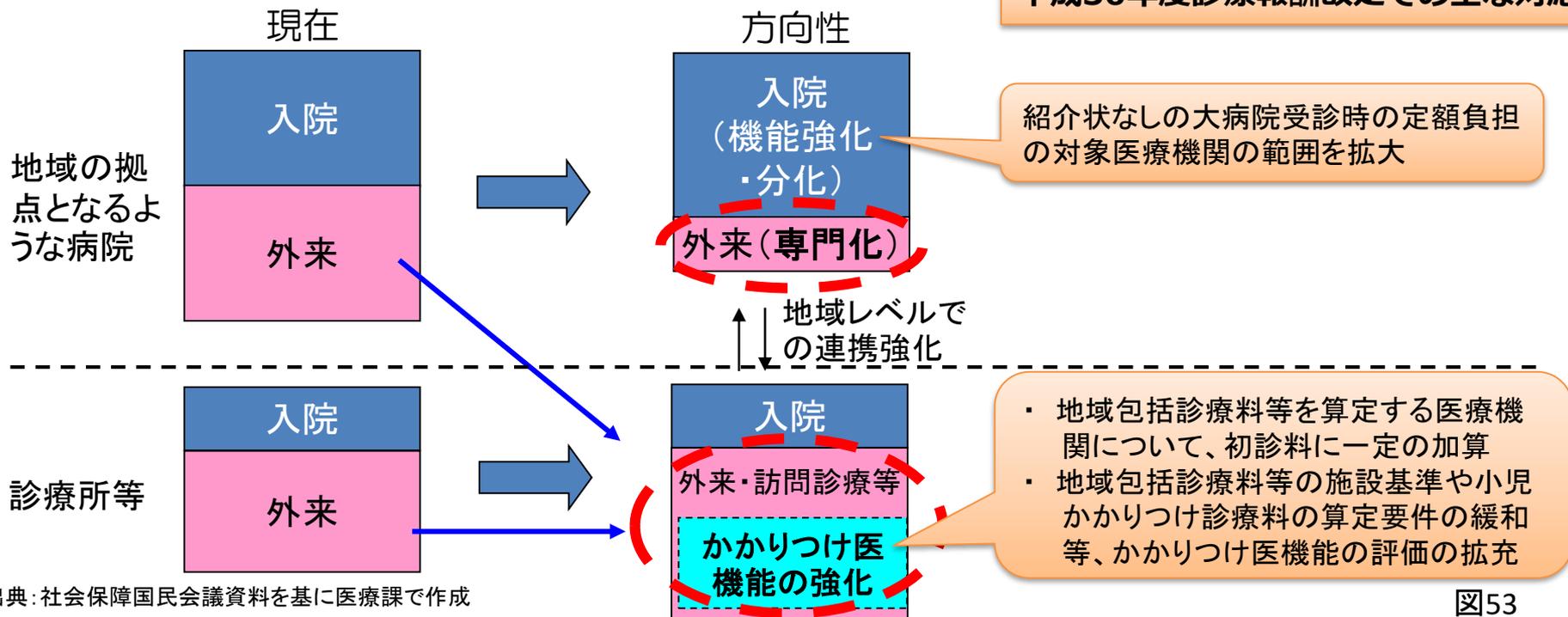
# 外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

## 外来医療の役割分担のイメージ

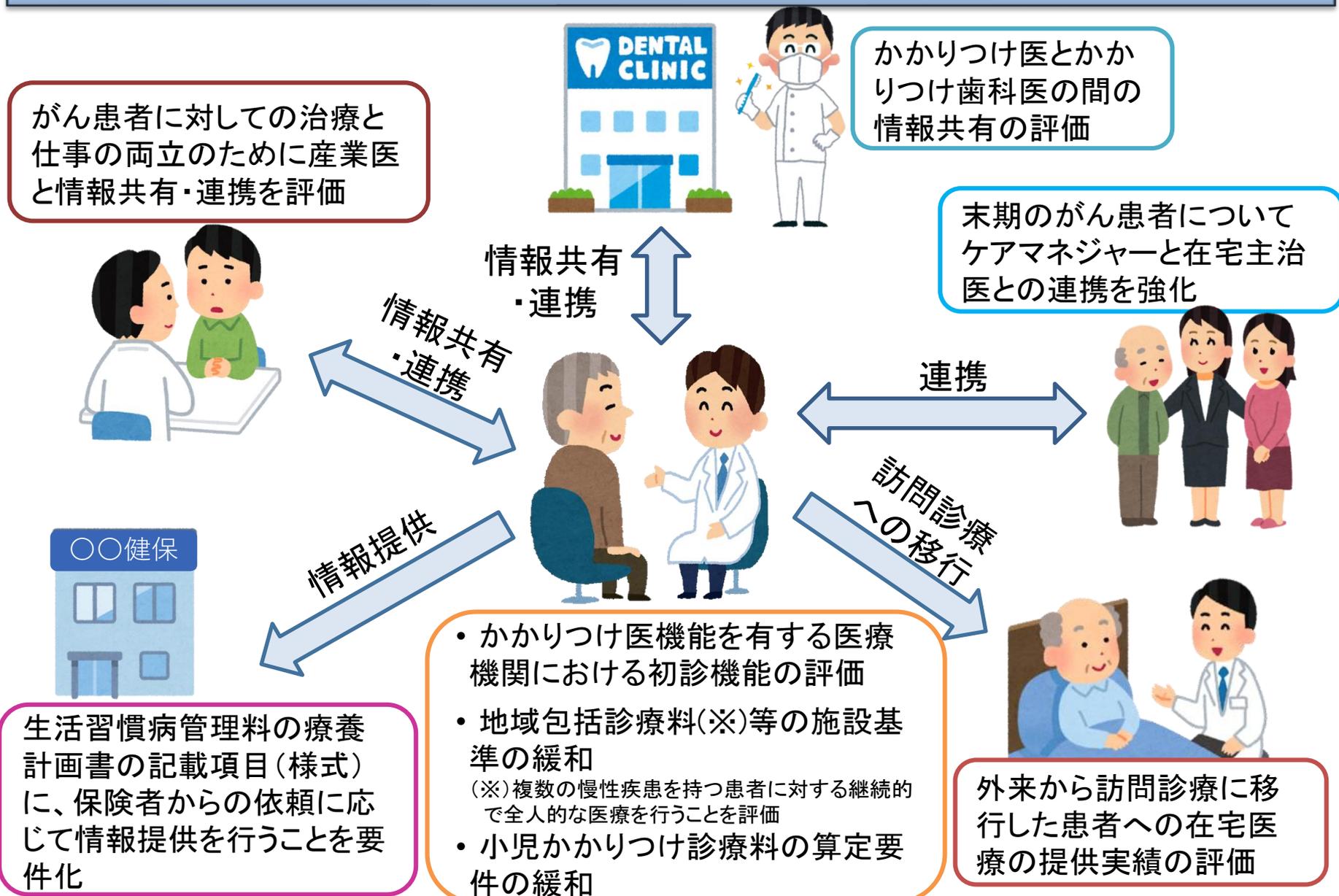
### 平成30年度診療報酬改定での主な対応



出典: 社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

図53

# かかりつけ医機能評価の充実



(厚生労働省資料)

# 1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

## (7) 入院中等の減薬の取組の評価

- 地域包括診療料等の算定患者が他の保険医療機関に入院または介護老健施設に入所した場合に、入院先の医療機関または入所先の介護老健施設と連携して薬剤の服用状況・薬剤服用歴の情報共有を行うとともに、他の保険医療機関または介護老健施設で処方した薬剤種類数が減少したことについて、評価を新設する
- 地域包括診療料・認知症地域包括診療料**  
**地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算**
- (新) 薬剤適正使用連携加算:30点(退院または退所の日を含む月の翌月までに1回)**

### [算定要件]

- ◇ 以下のすべてを満たすこと
- ア) 処方内容、薬歴等を入院・入所先に情報提供
  - イ) 入院・入所先から処方内容の照会に適切に対応
  - ウ) 入院・入所先で減薬しており、減薬後の処方内容について退院・退所後1月以内に情報提供を受けている



### 3. 介護老人保健施設 ③かかりつけ医との連携

#### 概要

- 多剤投薬されている入所者の処方方針を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取組みについて、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要に応じて評価することとする。

#### 単位数

<現行>

なし

⇒

<改定後>

かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位/日（新設）

#### 算定要件等

- かかりつけ医連携薬剤調整加算  
次に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、当該入所者に処方する内服薬の減少について退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、当該入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算する。
  - イ 6種類以上の内服薬が処方されており、当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意している者
  - ロ 当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者
  - ハ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者

(厚生労働省資料)

図56

## 4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

### 在宅医療の提供体制の確保

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療(**裾野の拡大**)が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、**24時間体制の確保が負担**

### 在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、**在宅医療ニーズは多様化・高度化**

#### 複数の医療機関の連携による24時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

#### 2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

#### 患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

#### 在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月1回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

#### 末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算(緊急往診加算)の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

#### ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

(厚生労働省資料)

## 5. 医療と介護の同時改定

### 国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするとともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実



### 介護医療院・有床診療地域包括ケアモデルへの対応

- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする
- 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援  
(厚生労働省資料)

### 訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



### リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和

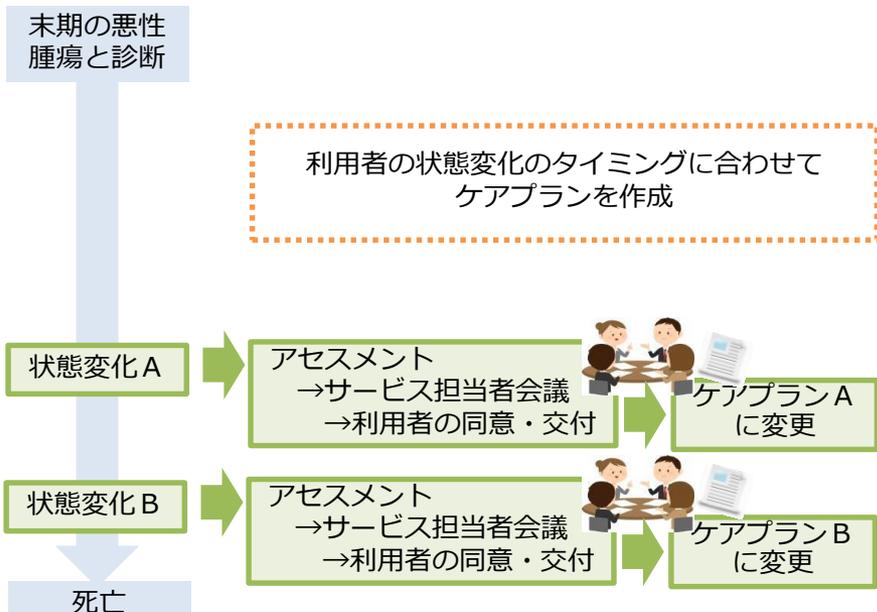
- ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。

## 居宅介護支援

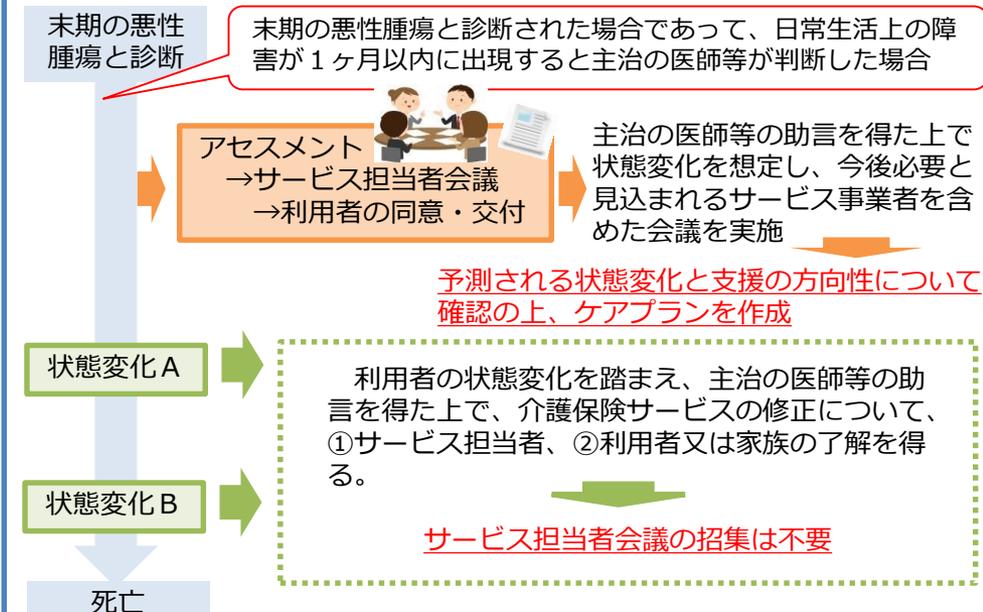
- 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。
- 末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月（新設）

### 現行



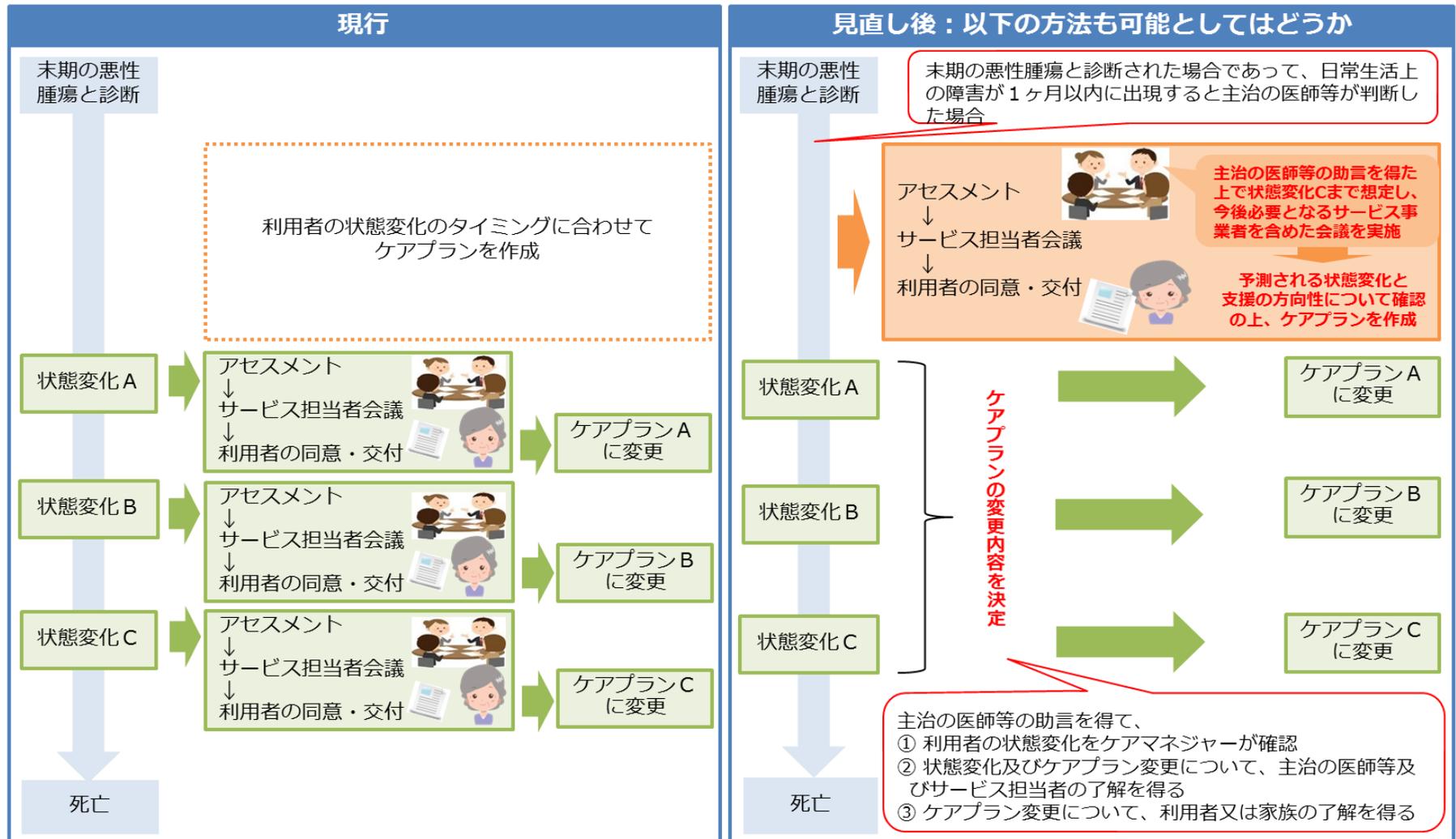
### 改定後（以下の方法も可能とする）



通常より頻回になる訪問、状態変化やサービス変更の必要性の把握、支援等を新たな加算で評価

当初の厚労省案では、、、

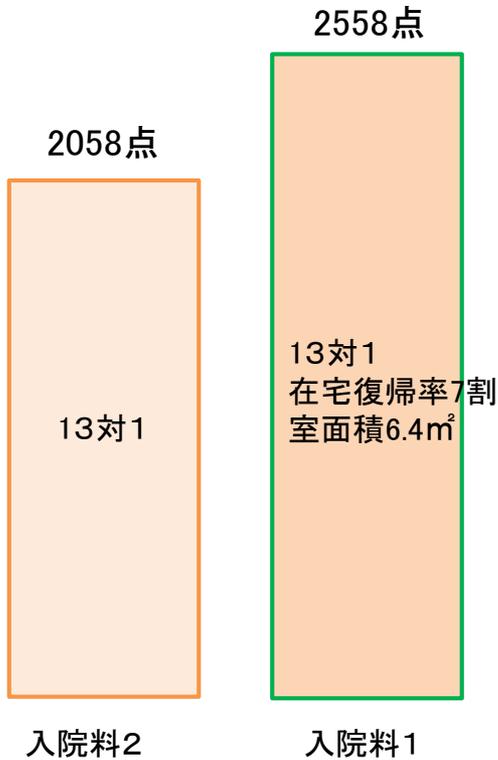
## 末期の悪性腫瘍患者に対するケアマネジメント



状態変化（ケアプラン変更の必要性）を確認するため通常より頻回になるモニタリングを新たな加算で評価

# 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

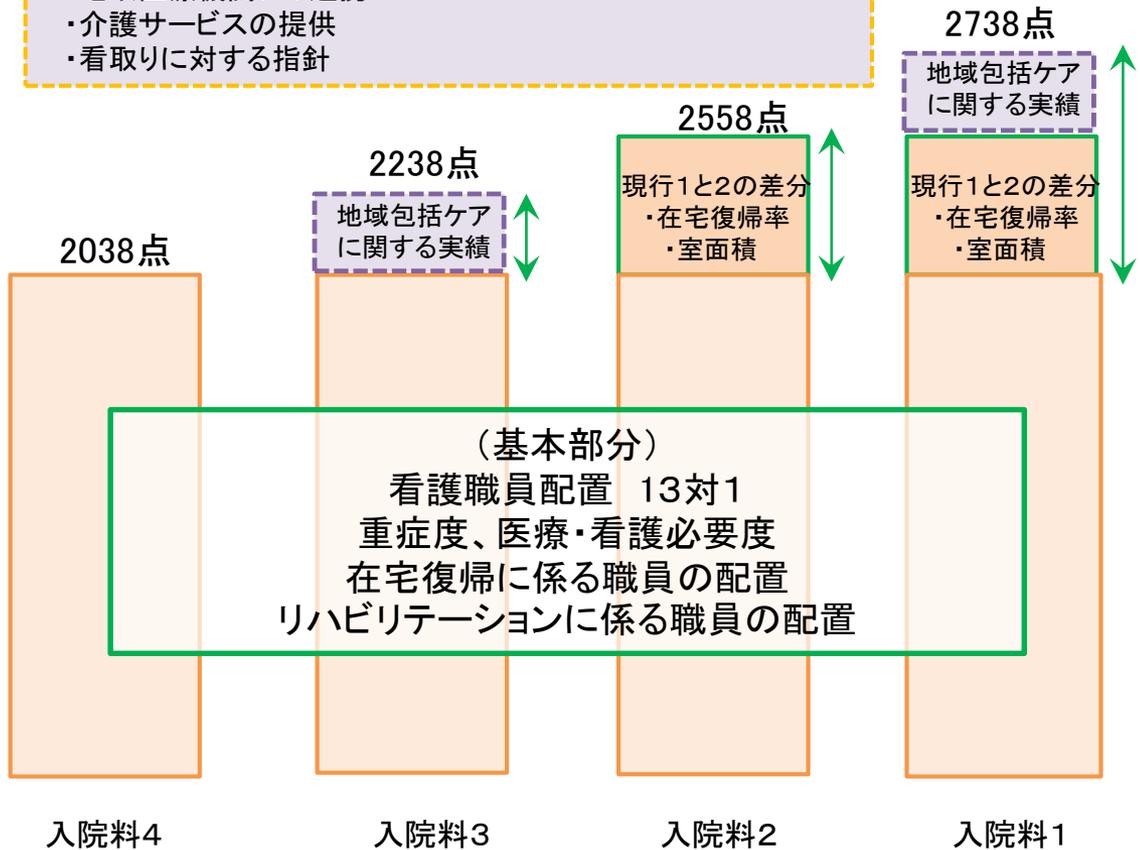
【現行】



再編

【平成30年度改定】

- 【地域包括ケアに関する実績部分】（200床未満の病院に限る。）
- ・自宅等からの入棟患者割合
  - ・自宅等からの緊急患者の受入れ
  - ・在宅医療等の提供
  - ・地域医療機関との連携
  - ・介護サービスの提供
  - ・看取りに対する指針



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料  
(厚生労働省資料)

(新)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

# 7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

## 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援(一部再掲)

➤ 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

### 現行(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



### 改定後(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

次のいずれかに該当すること。

- ① 介護サービスを提供していること。
- ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

➤ 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

(新) 介護連携加算1 192点(1日につき)

(新) 介護連携加算2 38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。  
(2) 入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り算定。

[施設基準]

- 介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。  
(2) 介護サービスを提供している。
- 介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。  
(2) 介護サービスを提供している。

➤ 有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件等を見直す。

### 現行(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき5点

(3) 平均在院日数が60日以内であること。



### 改定後(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき20点

(3) 平均在院日数が90日以内であること。

<参考>有床診療所のモデル分析

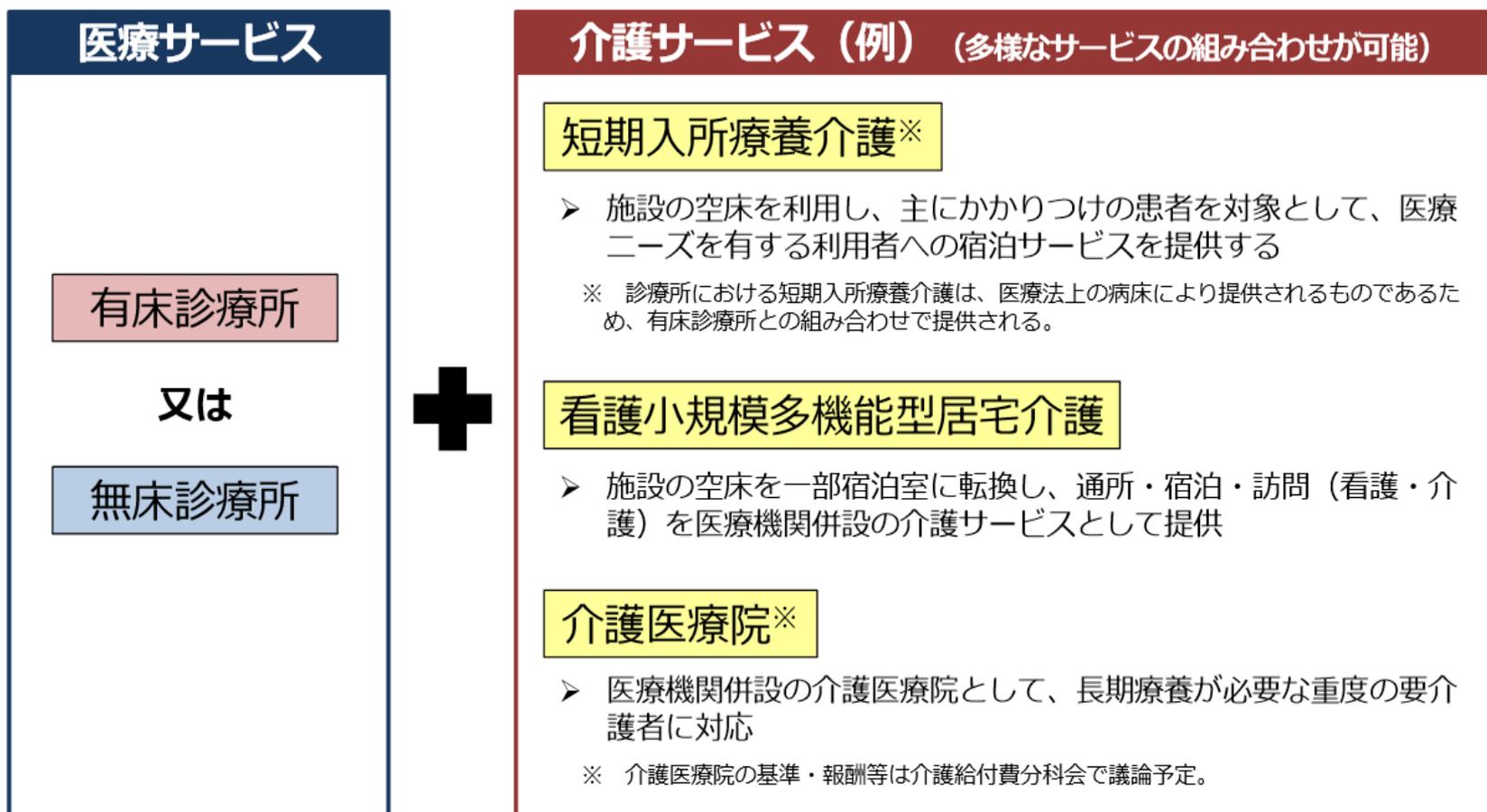
	主に地域医療を担う有床診療所 ⇒地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒専門医療提供モデル
入院患者の年齢・特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者 (相対的に若くADLが自立している患者が多い)
在院日数	相対的に長い	短期滞在(高回転型)
総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
病床稼働率	(休眠していない病床の)稼働率は高い	必ずしも高くない
典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

(厚生労働省資料)

## 有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）の具体例（案）

- 有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）については、施設の空床利用や、病床の介護サービスベッドとしての活用などにより、医療と介護を組み合わせたサービスの提供が考えられる。

### ＜地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）の具体例＞



（厚生労働省資料）

# 8. 地域包括ケアシステム構築のための取り組みの強化

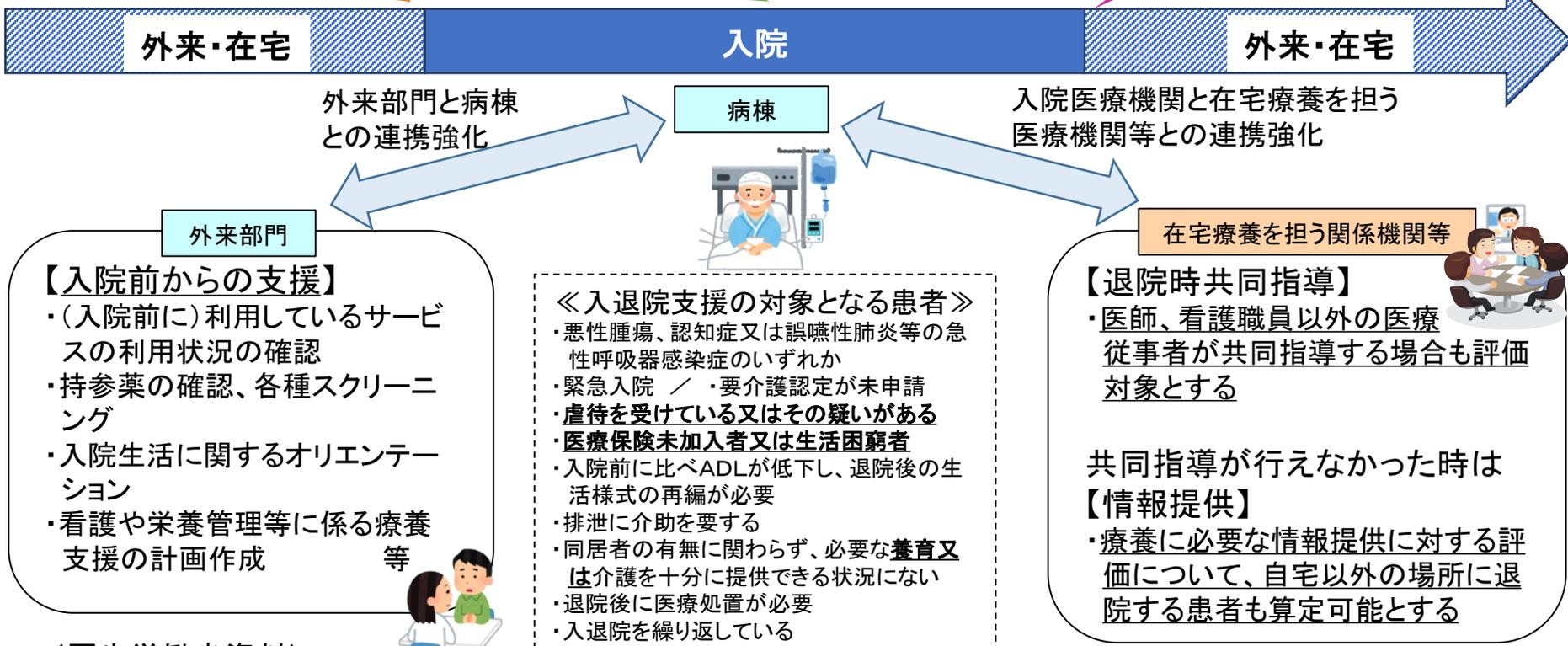
## 入退院支援の評価(イメージ)

➤ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入院前から関係者との連携を推進するために入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

・入院前からの支援に対する評価の新設

- ・「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- ・地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- ・支援の対象となる患者要件の追加

・退院時共同指導料の見直し



(厚生労働省資料)

# 入退院から在宅療養にいたる在宅医療・介護の連携

## 入院前後



## 退院前



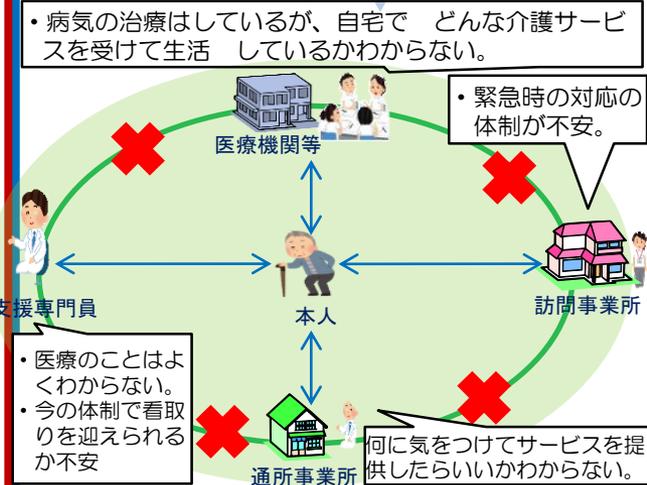
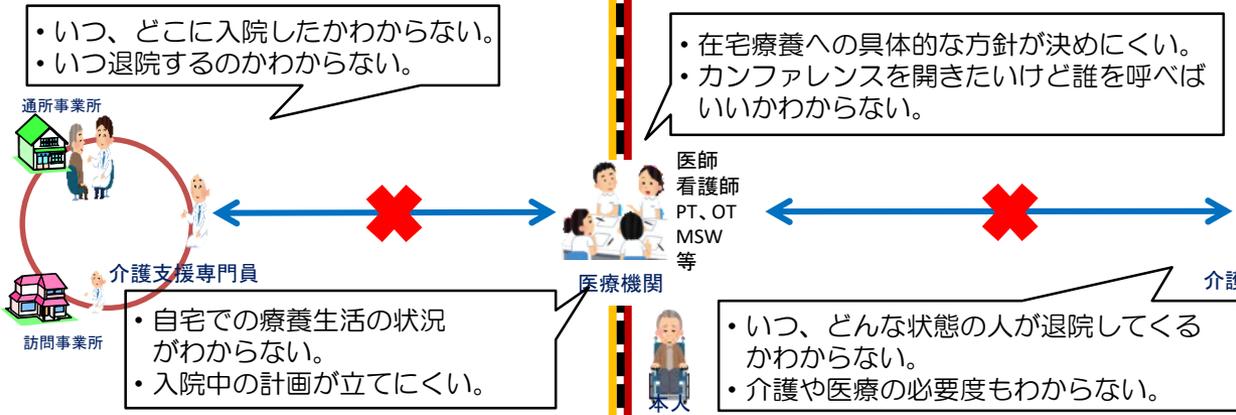
## 在宅等

課題

- 介護支援専門員から入院先の医療機関へ情報提供がなく、治療や退院支援に支障をきたすケースがある。

- 退院前に病院から介護支援専門員に連絡がなく、介護サービスの提供がなかったことにより状態が悪化するケースがある。

- 在宅療養に関係する多職種連携が不十分な場合、医療と介護が一体的に提供できず、終末期を含めた在宅療養に対応できないケースがある。



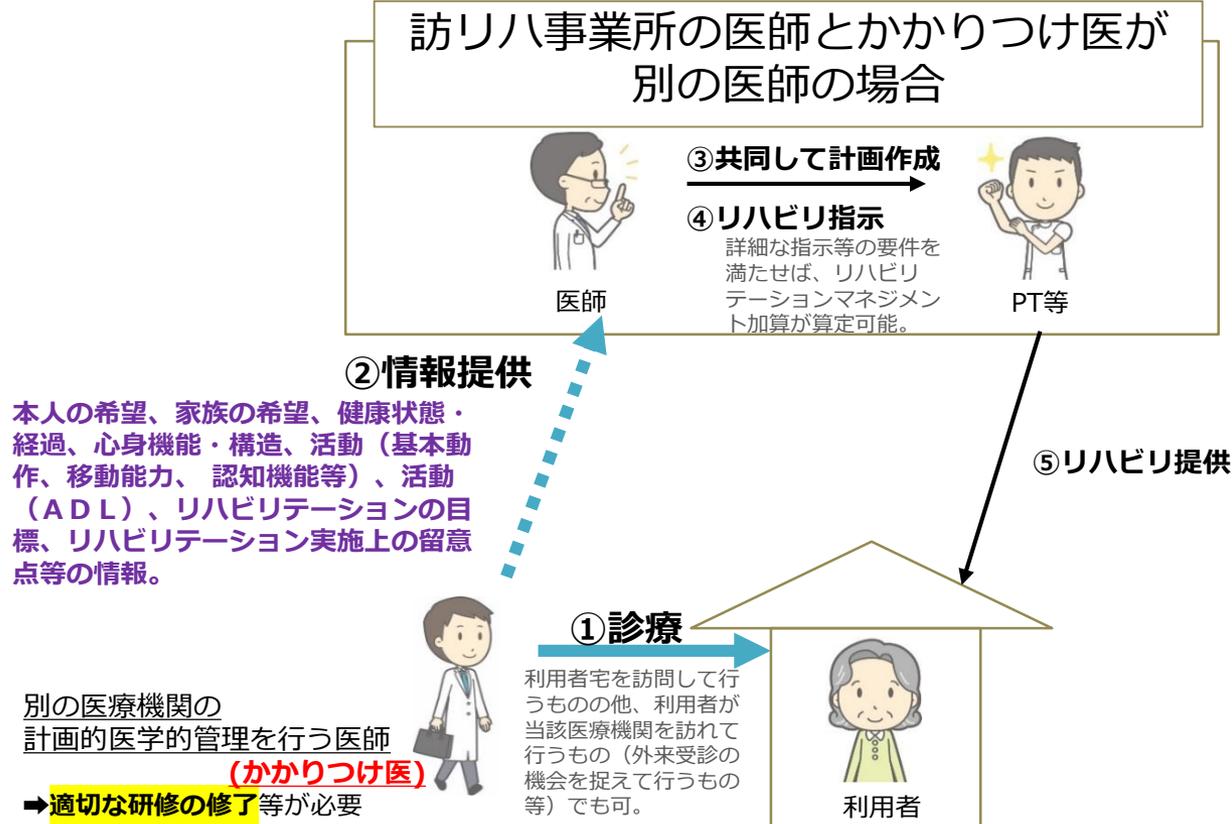
今回改定の主な項目

- 入院時情報連携の強化(ケアマネ)

- 退院時情報連携の強化(ケアマネ)
- 入居者の入退院支援(特定施設、認知症GH)
- 入院先医療機関との栄養管理に関する連携(特養、老健、介護医療院)

- 【在宅での医療・介護連携】
- 平時からの医療機関との連携(ケアマネ)
  - ケア計画策定の際のリハ職種との連携強化(訪問介護、通所介護等)
  - 医療と介護リハとの連携強化(訪リハ、通リハ)
  - ターミナル期の主治医師との連携強化(ケアマネ)
- 【施設での医療・介護連携】
- 医療体制・看取り体制の強化(特養)
  - かかりつけ医との連携(老健)
  - 口腔衛生に係る連携の見直し(特定、GH、特養等)

②20単位減算された訪問リハビリテーション費（270単位）を算定するパターン



「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修の単位を取得した場合  
(1)と(2)に該当していることで**適切な研修の修了**が認められる。

- (1)「応用研修」の以下の項目のうち、いずれか1単位以上を取得又は取得を予定していること。 ※応用研修のすべての単位を取得している必要はない。  
 <第1期> 「フレイル予防・高齢者総合的機能評価（CGA）・老年症候群」 / 「栄養管理」 / 「リハビリテーション」 / 「摂食嚥下障害」  
 <第2期> 「かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際」 / 「在宅リハビリテーション症例」 / 「リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害」
- (2)事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前36月の間に、合計6単位以上(前述(1)の単位を含む。)を取得又は取得を予定していること。

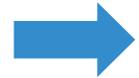
※訪リハ事業所の医師が利用者を診察せずに報酬を算定できる条件は上図のパターンのみ。  
他の場合は訪問リハビリテーション費を算定できない。

(日本医師会資料)



# 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り口



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