

埼玉県理学療法士会 総会研修会2014

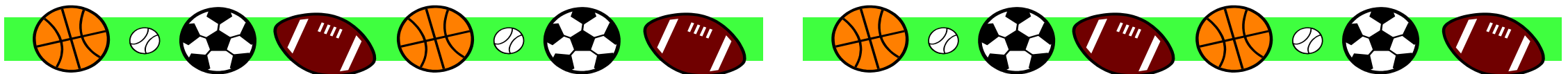
～診療報酬改定から介護報酬改定、そして地
域包括ケア整備へ～



前園 徹

埼玉県士会監事

上尾中央医科グループ協議会リハビリテーション部部长



医療法は昭和23年に成立した医療の基幹法ですが、これまでに5次にわたる大改正が行われています。

第1次改正(昭和60年)では、病床規制による医療費増大抑制を狙いとして、2次医療圏と3次医療圏が設定され、それぞれに病床数の上限が設けられました。

この改正直前、「駆け込み増床」による病床数の急増がありました。

第2次改正(平成4年)では、医療機関の機能分化を狙いとして、特定機能病院と療養型病床群が制度化されました。

第3次改正(平成10年)では、総合病院制度が廃止され、医療機関の地域連携を狙いとして、地域医療支援病院が新設されました。

第4次改正(平成12年)では、病床機能ごとの病床規制を狙いとして、一般病床から療養病床が独立し、一般病床は「結核・精神・感染症・療養病床以外の病床」と規定されました。

第5次改正(平成18年)では、患者の選択に資する医療機関情報提供の推進、広告規制緩和、医療安全対策の強化、患者相談窓口設置の努力義務、医療計画の見直し、医療機能の分化・連携、行政処分を受けた医師等への再教育、医療法人制度の改革などが盛り込まれました。

良質な医療を提供する体制の確立を図るための 医療法等の一部を改正する法律案の概要（第5次医療法改正）

2007年
平成19年

目的：国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するもの。

医療計画制度の見直し等を通じた 医療機能の分化・連携の推進

医療計画に、脳卒中・がん・小児救急医療等
事業別の具体的な医療連携体制を位置付け 等

患者等への医療に関する情報提供の推進

都道府県が情報を集約し、
住人に情報提供・相談に応じる
仕組みの制度化 等

地域や診療科による医師不足問題への対応

都道府県の「医療対策協議会」を
制度化し。
関係者協議による対策を推進 等

良質で安心・信頼のできる
医療サービス

医療安全の確保

医療安全支援センターの制度化、
医療安全確保の体制確保の義務
付け 等

医療法人制度改革

非営利性の徹底、公立病院が担っ
てきた分野を扱う医療法人制度の
創設 等

医療従事者の資質の向上

行政処分を受けた医師等の再教育
の義務化 等

1989年
平成2年

1994年
平成7年

2000年
平成12年

ゴールドプラン(1989年):市町村における在宅福祉対策の緊急実施、施設の緊急整備が図られ、特別養護老人ホーム・デイサービス・ショートステイなどの施設の緊急整備、ホームヘルパーの養成などによる在宅福祉の推進などが本施策の柱として掲げられた。

高齢化が当初の予想を超えて急速に進んだため、**1994年**に全面的に改定された**新ゴールドプラン(高齢者保健福祉5カ年計画)**が策定された。

2000年4月の介護保険制度の導入で生じる新たな需要に対応するため、新ゴールドプランの柱では在宅介護の充実に重点を置き、ヘルパー17万人確保、訪問看護ステーション5,000箇所設置などを目標とした。この新ゴールドプランは1999年度で終了し、新たに策定された高齢者保健福祉5カ年計画が「**ゴールドプラン21**」である。

2000年
平成12年

2000年

高齢者保健福祉5カ年計画が「ゴールドプラン21」

ゴールドプラン21は、“いかに活力ある社会を作っていくか”を目標とし。

- ・「いつでもどこでも介護サービス」
- ・「高齢者が尊厳を保ちながら暮らせる社会づくり」
- ・「ヤング・オールド(若々しい高齢者)作戦」の推進、
- ・「支えあうあたたかな地域づくり」
- ・「保健福祉を支える基盤づくり」

介護サービスの基盤整備と生活支援対策などが位置付けられ、グループホームの整備を具体的な施策として掲げている。

2005年度介護保険法改正

2005年
平成17年

平成17年介護保険制度改革の基本的な視点と主な内容

○明るく活力ある超高齢社会の構築

○制度の持続可能性

○社会保障の総合化

- ・軽度者の大幅な増加
- ・軽度者に対するサービスが状態の改善につながらっていない

予防重視型システムへの転換

- 新予防給付の創設
- 地域支援事業の創設

- ・在宅と施設の利用者負担の公平性

施設給付の見直し

※

- 居住費用・食費の見直し
- 低所得者に対する配慮

- ・独居高齢者や認知症高齢者の増加
- ・在宅支援の強化
- ・医療と介護との連携

新たなサービス体系の確立

- 地域密着型サービスの創設
- 地域包括支援センターの創設
- 居住系サービスの充実

- ・利用者によるサービスの選択を通じた質の向上

サービスの質の確保・向上

- 介護サービス情報の公表
- ケアマネジメントの見直し

- ・低所得者への配慮
- ・市町村の事務負担の軽減

負担の在り方・制度運営の見直し

- 第1号保険料の見直し
- 保険者機能の強化

※平成17年10月施行。他の改正については平成18年4月施行。

2006年
平成18年

改正介護保険法ポイント2006年

1. 従来の要支援、要介護1が**要支援1、要支援2、要介護1**に再分類されます。それに伴って、「**介護予防サービス(新予防給付)**」が新たに新設。
2. ……要介護度の低い利用者(要支援1・2)向けに、**心身の状態の悪化防止と改善**を図る。
3. ……介護保険対象以外(自立)の高齢者向けには、「**地域支援事業**」を設け**介護予防**を行う。
4. 高齢者の相談窓口として「**地域包括支援センター**」を新設
5. 施設利用者の**食費、居住費の原則全額自己負担**
6. 「**地域密着型サービス**」が新設 ex)①小規模多機能型居宅介護
②夜間対応型訪問介護
7. サービスの質の向上のための施策。
 - ① 事業者の**情報開示**の徹底。
 - ② 事業者**指定の更新制**(6年)の導入。
 - ③ ケアマネージャーの**資格の更新制**(5年)と研修の義務化
8. 被保険対象者が拡大(40歳以上の末期がん患者も利用可能に)

2006年
平成18年

介護予防活動指針の要点
(2006年 日本リハ病院・施設協会)

1. 健康づくり、仲間づくり、地域づくりなど社会全体の取り組みとして進める。
2. 地域の様々な社会資源を活用する。
3. 早期対応が重要、早期把握システムの構築が必要
4. 本人の希望など自己実現の目標を考慮、個別評価に基づくプログラムと適切な管理・運営が重要。
5. 生活機能を、「活動」と「参加」につなげる。
6. 虚弱高齢者、要支援～軽度の要介護高齢者が良い対応。
7. 生活機能の維持改善が期待できない場合、尊厳が守られ、かつ本人・介護者双方にとって安楽な介護状態に保つことが重要。

2006年
平成18年

地域包括支援センターで行う事業と介護保険給付の区分

	健康・生きがい関連事業	地域支援事業			予防給付	介護給付
		介護予防事業	包括的支援事業	任意事業		
事業の内容	まるごと生活サポート事業、老人保険事業などを再編したり、地域ボランティア、老人クラブ、スポーツクラブ、公民館活動、生きがい活動等地域資源を総力戦化	○介護予防のスクリーニング ○介護予防サービス実施(要支援・要介護になるおそれのある者)	○介護予防マネジメント ○総合相談・支援事業 ○権利擁護 ○地域ケア支援事業	○介護給付費適正化 ○家族介護支援 ○日常生活支援	○介護予防サービス ○地域密着型介護予防サービス ○介護予防支援	○施設・居宅介護サービス ○地域密着型サービス ○居宅介護支援
地域包括支援センター						
主体	市町村 国保保険者 民間事業者	市町村・国保保険者直営、または委託可能	市町村・国保保険者直営、または一括して地域包括支援Cに委託可能	市町村・国保保険者直営、または委託可能	保険者	
					介護予防事業者	施設・居宅事業者
対象者	健康者 虚弱者	要支援・要介護になるおそれのある者			要支援1 要支援2	要介護1～5
必須?	必須	必須		任意	必須	
開始時期		平成18年4月～		任意	平成18年4月(猶予期間20年3月)	平成18年4月～

2006年
平成18年

各予防階段ごとの介護予防の取組

介護予防における 予防階段	対象者	内容	施策等
一次予防	活動的な状態にある高齢者を含む全ての高齢者	生活機能の維持・向上 (特に高齢者の精神・身体・社会の各相における活動性の維持・向上)を図る。	地域支援事業 介護予防一般高齢施策
二次予防	要支援・要介護状態となるおそれがある高齢者 (特定高齢者)	生活機能低下の早期発見・ 早期対応を行う。	地域支援事業 介護予防特定高齢者施策
三次予防	要支援・要介護状態にある高齢者	要支援・要介護状態の改善や重度化予防を行う。	新予防給付 (要支援1・2の者が対象) 介護給付 (要介護1～5の者が対象)

2006年
平成18年

新たな介護予防サービスの開発

新予防給付に導入するサービス

運動器の機能向上

栄養改善

口腔機能の向上

十分なエビデンスが存在。

既存サービスプログラムの中で
実施。

地域支援事業等で実施するサービス

閉じこもり予防・支援

認知症予防・支援

うつ予防・支援

新予防給付の3つのサービスに加えて、効果
は期待されるがまだ十分なエビデンスがないもの。

主として幅広い集団に対して
サービスを実施することが有効であることから
地域支援事業において実施。

2006年
平成18年



地域密着型サービスとは

今後増加が見込まれる認知症高齢者や中重度の要介護高齢者等が出来る限り住み慣れた地域での生活が継続できるように、平成18年4月の介護保険制度改正により創設されたサービス体系です。

市町村が事業者の指定や監督を行います。施設などの規模が小さいので、利用者のニーズにきめ細かく応えることができます。従って、事業者が所在する市町村に居住する者が利用対象者となっています。

出来る限り住み慣れた地域で生活ができるように創設されたサービス体系です

- 小規模多機能居宅介護
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 複合型サービス
- 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型通所介護
- 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)

認知症の高齢者が共同で生活する住居で食事、入浴などの介護や支援、機能訓練が利用できます。

○地域密着型特定施設入居者生活介護

定員30人未満の小規模な介護専用の有料老人ホームなどで食事、入浴等の介護や機能訓練が利用できます。

○地域密着型介護老人福祉施設

要介護者を対象とする定員30人未満の小規模な特別養護老人ホームで、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練、健康管理を利用できます。

2008年度介護保険法改正

2009年
平成21年

介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律の概要

介護サービス事業者の不正事案の再発を防止し、介護事業運営の適正化を図るため、法令遵守等の業務管理体制整備の義務付け、事業者の本部等に対する立入検査権の創設、不正事業者による処分逃れ対策など、所要の改正を行う。

(業務中の管理体制) → (監査指導時) → (監査中の事業廃止等) → (指定・更新時) → (廃止時のサービス確保)

<p>事業者の法令遵守が不十分</p>	<p>事業者の本部への検査権限がない</p> <ul style="list-style-type: none"> ○不正行為への組織的な関与が確認できない 	<p>不正事業者による処分逃れ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○監査中の廃止届により処分ができない ○同一法人グループへの譲渡に制限がない 	<p>「一律」連座制の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ○組織的な不正行為の有無に関わらず一律連座 ○自治体の指定取消が、他の自治体の指定権限を過度に制限 	<p>事業廃止時のサービス確保対策が不十分</p>
----------------------------	--	--	---	----------------------------------



<p>業務管理体制整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ○新たに事業者単位の規制として法令遵守の義務の履行が確保されるよう、業務管理体制の整備を義務付け等 ○事業者の規模に応じた義務とする 	<p>本部への立入検査等</p> <ul style="list-style-type: none"> ○不正行為への組織的な関与が疑われる場合は、国、都道府県、市町村の事業者の本部への立入検査権を創設 ○業務管理体制に問題がある場合は、国、都道府県、市町村による事業者に対する是正勧告・命令権を創設 	<p>処分逃れ対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○事業所の廃止届を事後届出制から事前届出制へ。また、立入検査中に廃止届を出した場合を指定・更新の欠格事由に追加等 ○指定取消を受けた事業者が密接な関係にある者に事業移行する場合について、指定・更新の欠格事由に追加 	<p>指定・更新の欠格事由の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ○いわゆる連座制の仕組みは維持し、不正行為への組織的な関与の有無を確認し、自治体が指定・更新の可否を判断 ○広域的な事業者の場合は、国、都道府県、市町村が十分な情報共有と緊密な連携の下に対応 	<p>サービス確保対策の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ○事業廃止時のサービス確保に係る事業者の義務を明確化 ○事業者がサービス確保の義務を果たしていない場合を、勧告・命令の事由に追加 ○行政が必要に応じて事業者の実施する措置に対する支援を行う
---	---	--	---	--

施行期日:平成21年5月1日

2012年
平成24年

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「**地域包括ケアシステム**」の構築に向けた取組を進める。

1 医療と介護の連携の強化等

- ① 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(地域包括ケア)を推進。
- ② 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
- ③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設。
- ④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
- ⑤ 介護療養病床の廃止期限(平成24年3月末)を猶予。(新たな指定は行わない。)

2 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
- ② 介護福祉士の資格取得方法の見直し(平成24年4月実施予定)を延期。
- ③ 介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
- ④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

3 高齢者の住まいの整備等

- 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。
※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進(高齢者住まい法の改正)

4 認知症対策の推進

- ① 市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
- ② 市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

5 保険者による主体的な取組の推進

- ① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
- ② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

6 保険料の上昇の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

【施行日】

1⑤、2②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

新改正介護保険法2012年の改定でのポイントは

①介護保険料UP

②介護保険事業計画

市町村ごと⇒生活圈域ごと

③地域包括ケア

医療、介護、予防、住まい、

生活支援サービスを

切れ目なく一体的に提供すること。

③地域包括ケア

医療～在宅でみる看護・介護・リハ
介護、予防、

住まい～高齢者の住居

(サービス付き住宅、複合型)

安否確認＋相談できる機能

* 高専賃⇒サ付き住宅or有料老人ホーム

生活支援サービスを切れ目なく一体的に提供すること。

～自立と要支援者のサービス

(地域包括支援センターの機能強化)

第5期介護保険事業計画2012～14年

- ①認知症支援策の充実
- ②在宅医療の推進
- ③高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- ④生活支援サービス(介護保険外サービス)

健康フロンティア戦略

2005年
平成17年

2014年
平成26年

平成17年(2005)から平成26年(2014)

健康フロンティア戦略を進める「ねらい」

- 超高齢化の道を進みつつあるわが国。今から10年後には65歳以上の方が3300万人（人口の4人に1人）に達すると見込まれています。
- 平均寿命も世界一となっているわが国でめざすべきものは、単なる長寿だけでなく「国民ひとりひとりが生涯にわたり元気で活動的に生活できる社会」をつくることと考えます。
- 「健康フロンティア戦略」は、国民の健康でいられる期間、すなわち「健康寿命」をのばすことを基本的な目標として、さまざまな政策を重点的に進めるものです。

[健康フロンティア戦略] は
単なる長寿だけでなく
「健康寿命」を2年程度のばすことを
目標としています。

健康寿命をのばす！
10年間で2年程度

- 「健康寿命」を2年程度のばすという目標を実現するため、生活習慣病対策と介護予防を進めます。それぞれに10年間の目標をたて、その達成をめざします。

病気と死亡を減らす
生活習慣病対策

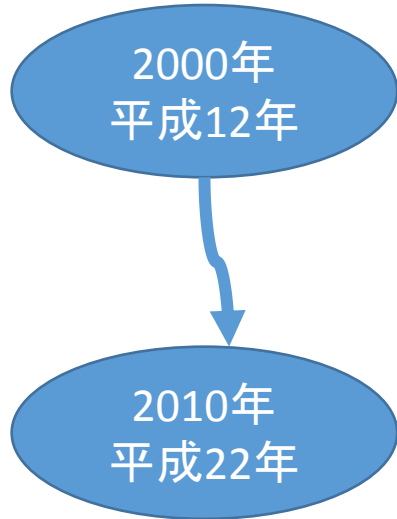
がん…5年生存率を 20% 改善
心疾患…死亡率を 25% 改善
脳卒中…死亡率を 25% 改善
糖尿病…発生率を 20% 改善

介護が必要になることを防ぐ
介護予防

現在「7人に1人」を 「10人に1人」へ

健康日本21

平成12年(2000)から平成22年(2010)

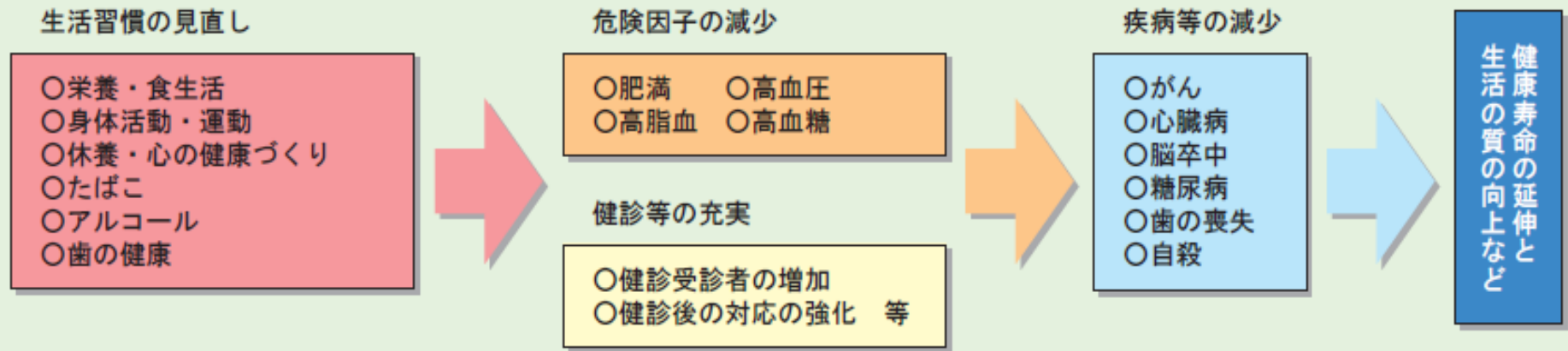


○基本的な方向

- (1) 一次予防の重視
- (2) 健康づくり支援のための環境整備
- (3) 目標の設定と評価
- (4) 多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進

○目標値

栄養・食生活、身体活動・運動、休養・心の健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病（心臓病・脳卒中）、がんの9分野にわたり、70項目の目標値を設定



【目標値の具体例】

		現状（1997年）		2010年
・食塩摂取量の減少	成人	13.5g	→	10g未満
・野菜の摂取量の増加	成人	292g	→	350g以上
・日常生活における歩数の増加	男性	8,202歩	→	9,200歩以上
	女性	7,282歩	→	8,300歩以上

第3次対がん10ヵ年総合戦略

2004年
平成16年



2013年
平成25年

平成16年(2004)から平成25年(2013)

1. がん研究の推進

- 第3次対がん総合戦略研究事業(大規模な臨床研究)
- 医療技術評価総合研究事業(EBMの手法に基づく診療ガイドライン)

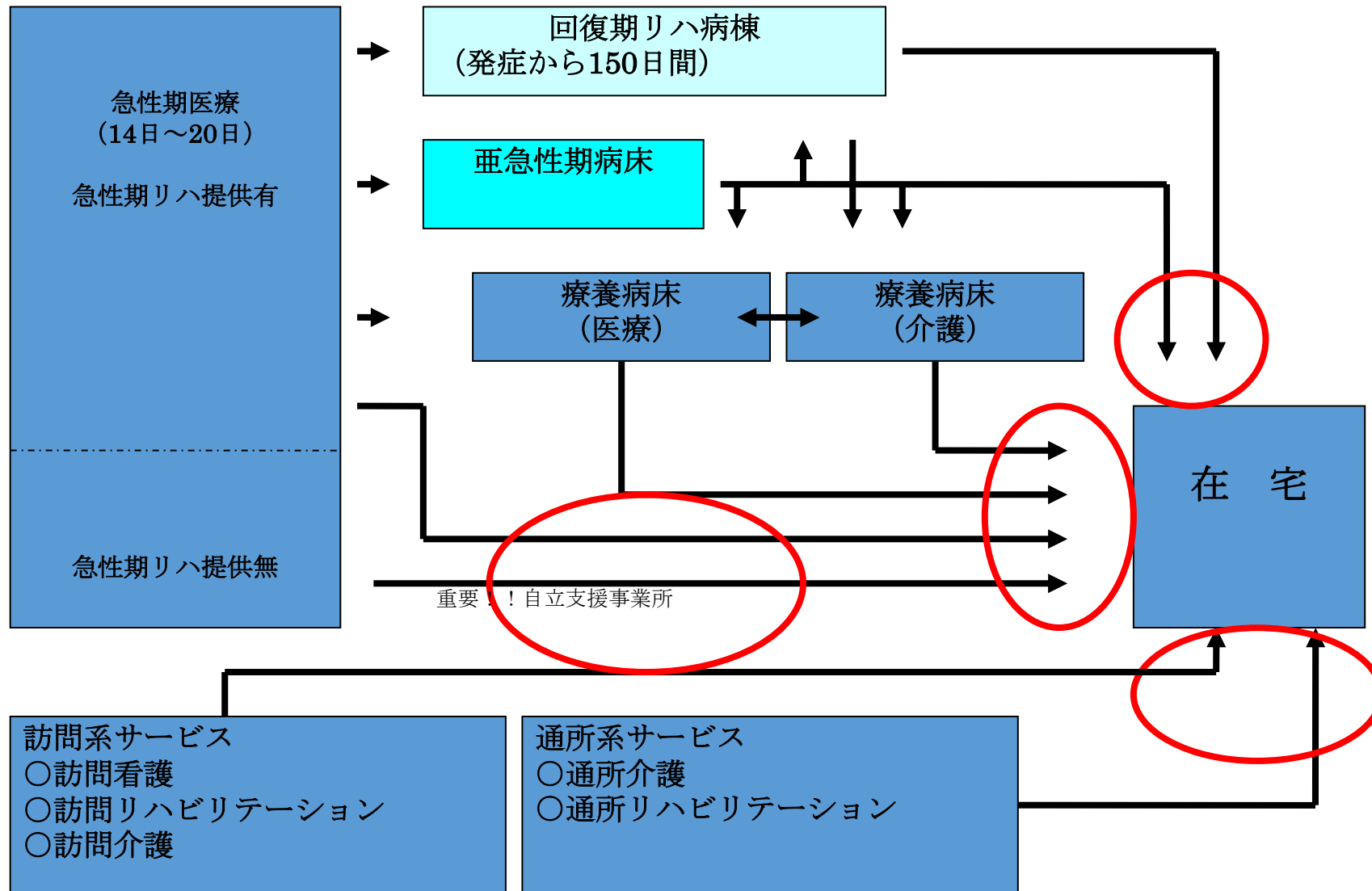
2. がん予防の推進

- 国立がんセンターがん予防・検診研究センターにおける検診事業等の推進
- マンモグラフィの緊急整備事業の実施(平成17年度から)

3. がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備

- がん登録制度の推進
- がん診療施設情報ネットワーク事業
- 地域がん診療拠点病院制度

医療から介護への問題点(医療から介護への不連続性、連携の不備、遅延)



2006年
平成18年

障害者自立支援法(2006年)による改革のねらい

1、障害者の福祉サービスを「一元化」

サービス提供主体を市町村に一元化。障害の種類(身体障害、知的障害、精神障害)にかかわらず障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスは共通の制度により提供。

2、障害者がもっと「働ける社会」に

一般就労へ移行することを目的とした事業を創設するなど、働く意欲と能力のある障害者が企業等で働けるよう、福祉側から支援。

3、地域の限られた社会資源を活用できるよう「規制緩和」

市町村が地域の実情に応じて障害者福祉に取り組み、障害者が身近なところでサービスが利用できるよう、空き教室や空き店舗の活用も視野に入れて規制を緩和する。

4、公平なサービス利用のための「手続きや基準の透明化、明確化」

支援の必要度合いに応じてサービスが公平に利用できるよう、利用に関する手続きや基準を透明化、明確化する。

5、増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支え合う仕組みの強化

(1)利用したサービスの量や所得に応じた「公平な負担」

障害者が福祉サービス等を利用した場合に、食費等の実費負担や利用したサービスの量等や所得に応じた公平な利用者負担を求める。この場合、適切な経過措置を設ける。

(2)国の「財政責任の明確化」

福祉サービス等の費用について、これまで国が補助する仕組みであった在宅サービスも含め、国が義務的に負担する仕組みに改める。

障害者自立支援法 (障害種別にかかわりのない共通の給付等に関する事項について規定)

身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、児童福祉法等

2014年
平成26年

平成18年12月13日 ニューヨークで採択
平成19年9月28日 ニューヨークで署名
平成25年12月4日 国会承認
平成26年1月20日 批准書の寄託
平成26年1月22日 公布及び告示(条約第1号及び外務省告示第28号)
平成26年2月19日 我が国について効力発生

障害者の権利に関する条約

条約の趣旨

■ 目的: 障害者の人権・基本的自由の享有の確保, 障害者の固有の尊厳の尊重の促進

➡ 障害者の権利の実現のための措置等を規定:

- ◆ 障害に基づくあらゆる差別(合理的配慮の否定※を含む。)の禁止
- ◆ 障害者の社会への参加・包容の促進
- ◆ 条約の実施を監視する枠組みの設置, 等



※過度の負担ではないにもかかわらず, 障害者の権利の確保のために必要・適当な調整等(例: スロープの設置)を行わないこと

条約成立の経緯・締結に向けた国内の取組



2006年12月 国連総会で採択
2007年 9月 我が国が署名
2008年 5月 条約発効

2013年9月1日現在

133力国・1地域機関が締結済み
(日米を除くG8, 中国, 韓国, EU等)

条約締結に先立ち, 障害当事者の意見も踏まえつつ国内法令の整備を推進

2009年12月 「障がい者制度改革推進本部(本部長: 内閣総理大臣)」設置, 当面5年間を障害者制度に係る改革の集中期間に設定
2011年 8月 障害者基本法(改正)
2012年 6月 障害者総合支援法(成立)
2013年 6月 障害者差別解消法(成立), 障害者雇用促進法(改正)

条約締結の意義・必要性

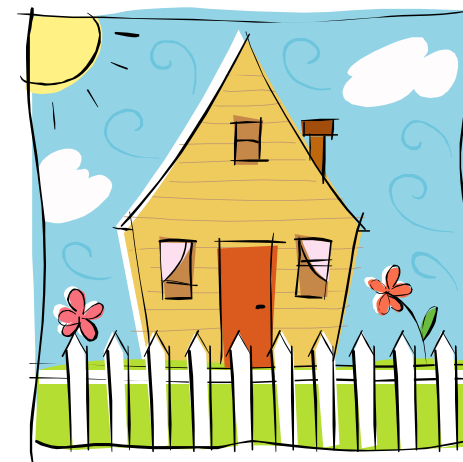
- 障害者の権利の実現に向けた我が国の取組を一層強化
(障害者の自由権的権利(身体的自由・表現の自由等)・社会権的権利(教育・労働等)を促進)
(条約の実施を監視する枠組み, 締約国による報告義務等 → 我が国の取組を後押し)
- 人権尊重についての国際協力を一層推進



➡ 国内法が整備された以上, 可能な限り早期に条約を締結することが適切

2006年
平成18年

市町村地域生活支援事業が始まります



市町村が地域の特性や利用者の状況に応じて、柔軟に行う地域生活支援事業が始まります。

主な市町村地域生活支援事業

●相談支援事業

障害者からの相談に応じ在宅生活や障害福祉サービスの利用に必要な情報を提供します。

●コミュニケーション支援事業

意思疎通を図ることに支障がある人に手話通訳者の派遣などを行います。

●日常生活用具給付等事業

重度障害者に対し、自立支援用具などの日常生活用具を給付又は貸与します。

●移動支援事業

屋外での移動が困難な障害者について、外出のための支援を行います。

●地域活動支援センター

創造的活動や生産活動の機会を提供します。

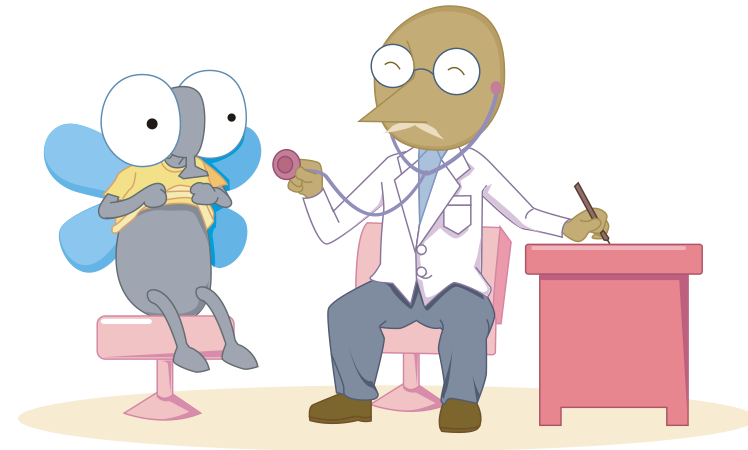
●その他の事業

※その他の事業として行われるサービスについては市町村ごとに異なります。サービス内容については、お住まいの市町村にお問い合わせください。

2008年
平成20年

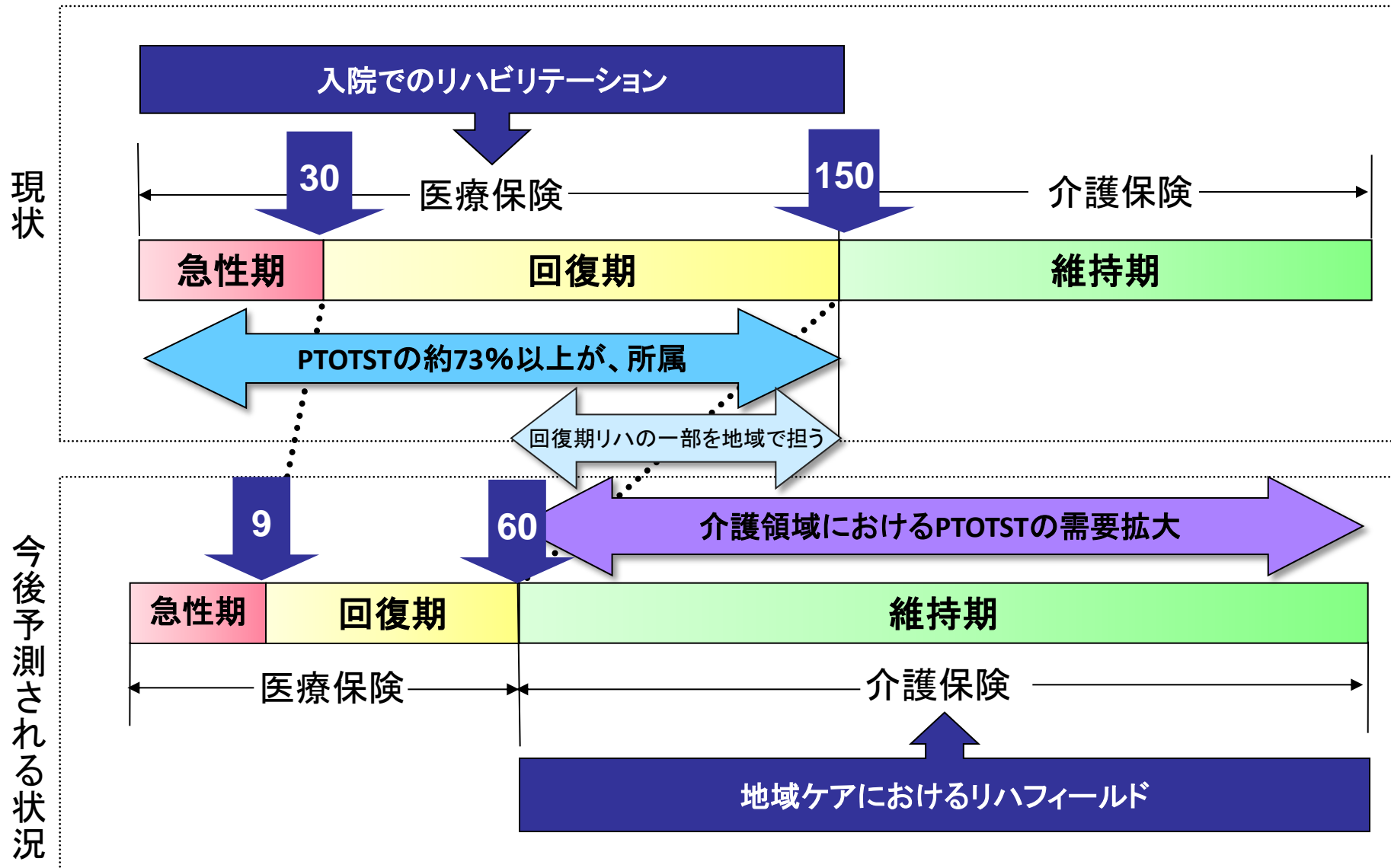
特定健診・特定保健指導 2008年～

- 糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病が増えています。これらは、食生活の見直し、適度な運動などで予防できることが分かってきています。このような背景のもと、平成18年の医療制度改革において、平成20年4月から、健康保険組合、国民健康保険などに対し、40歳以上の加入者を対象としたメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した健康診査(特定健康診査)および保健指導(特定保健指導)の実施が義務付けられることになりました



2025年
平成37年

地域包括ケアシステムの投下後、 予測される医療・介護の動向と地域リハの需要変化

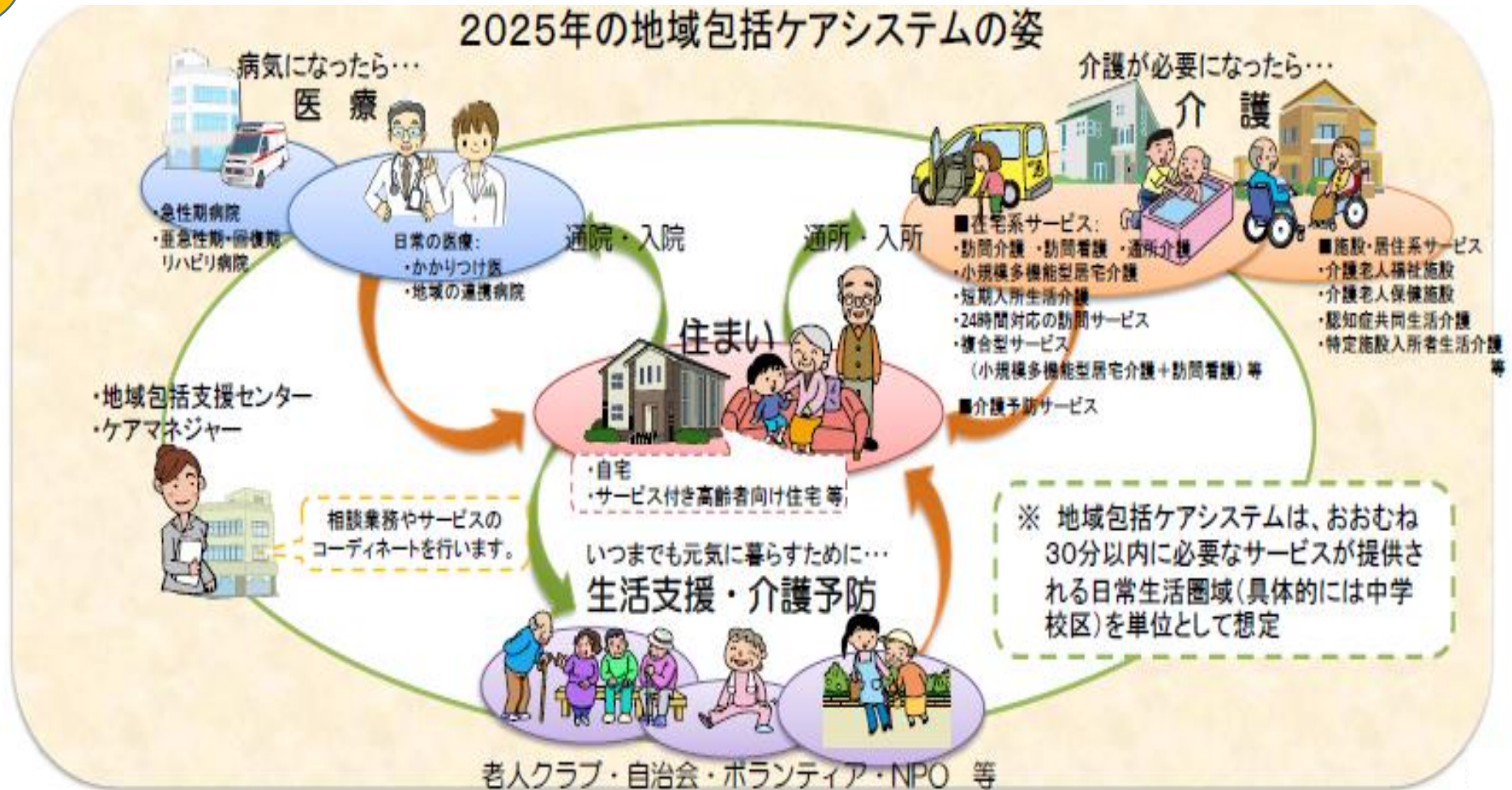


地域包括ケアシステムとは

- 平成20年度地域包括ケア研究会での定義:「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」
- 「おおむね30分以内」に必要なサービスが提供される圏域として、具体的には中学校区を基本とする、としている

2025年の地域包括ケア構築に向けて..

2025年
平成37年



地域包括ケアをより上げるには、行政・市民・多職種団体・介護事業所・介護施設・診療所・病院など、すべての関係者が方向性を共有し、協力していくことが大事！

2014年
平成26年

地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、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「地域包括ケアシステム」。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅生活を支えている。

【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され、本人の希望と経済力に合った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【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できるよう生活支援を行う。
- 生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、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幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

【介護・医療・予防】

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される(有機的に連携し、一体的に提供)。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。

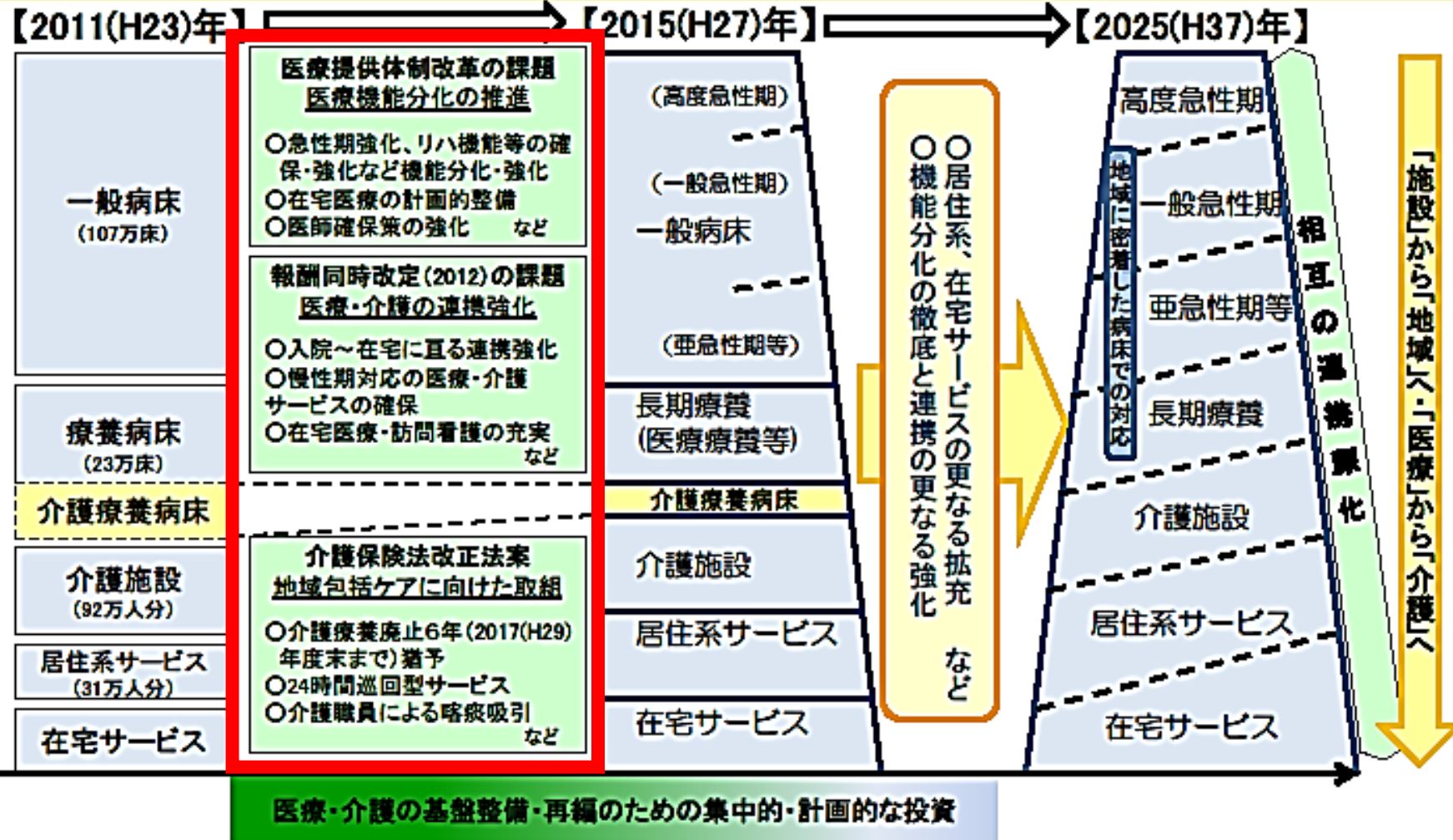
【本人・家族の選択と心構え】

●単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

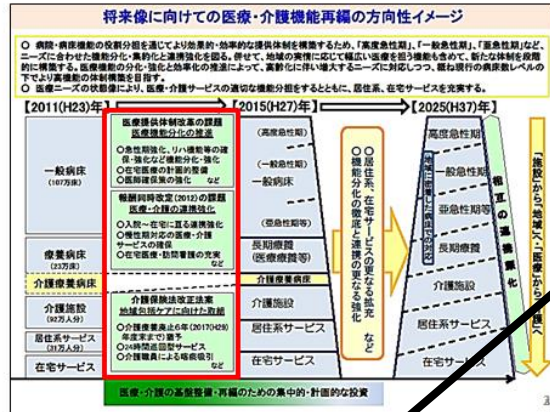
医療・介護連携

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。



2011～2015年



医療提供体制改革の課題 医療機能分化の推進

- 急性期強化、リハ機能等の確保・強化など機能分化・強化
- 在宅医療の計画的整備
- 医師確保策の強化 など

報酬同時改定(2012)の課題 医療・介護の連携強化

- 入院～在宅に亘る連携強化
- 慢性期対応の医療・介護サービスの確保
- 在宅医療・訪問看護の充実 など

介護保険法改正法案 地域包括ケアに向けた取組

- 介護療養廃止6年(2017年度末まで)猶予
- 24時間巡回型サービス
- 介護職員による喀痰吸引 など

診療報酬、高度急性期病院からリハビリ病院を優遇へ
2013.9.7
厚生労働省は6日、看護師を手厚く配置すれば高額の診療報酬を得られる現行の制度を見直す方針を決めた。入院患者7人以上に対し看護師1人以上を配置しながらも、**脳梗塞や心臓病などを治療する「高度急性期病院」としての機能を有していない病院を減らし、病床不足が指摘されているリハビリ病院を増やすのが目的だ。**来年2月に中央社会保険医療協議会で示す2年に1度の診療報酬改定案の目玉として盛り込む。

田村憲久厚生労働相は6日、大阪市内で講演し、「必要とときに必要な医療を受けられるよう、適切な病床数を確保していく」と述べ、リハビリ病院を増やすよう病院機能の再編を促す考えを示した。

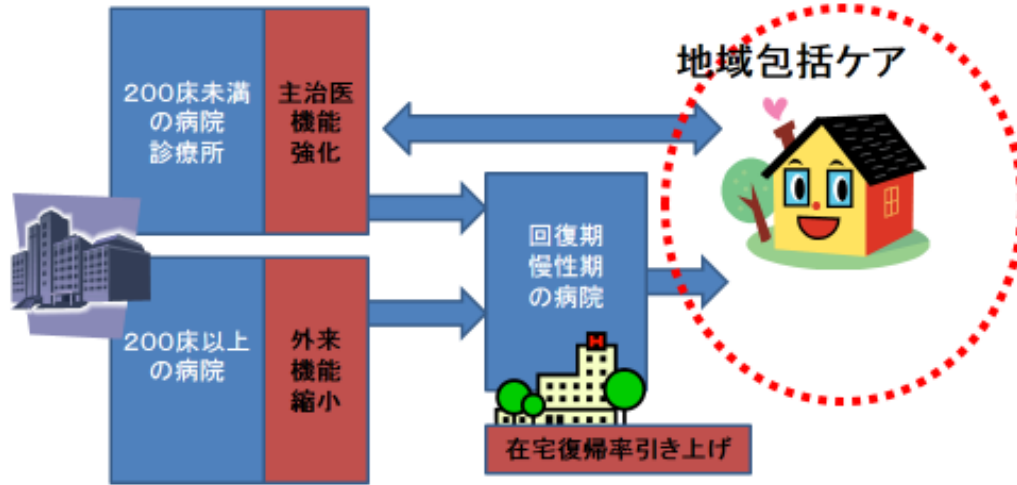
2013.9病院事務長会資料より
急性期病院におけるリハビリの強化が現実のものとなりつつあります。(以下の記事参照)
来年度は、**一般病床4単位提供できる待機枠確保**は、必須です。求人を含めて、4単位提供できる体制の見直し(求人数見直し)を含めてお願いたします。
この流れの先には、**訪問リハの充実**が求められます。その点も、確実に計画していくべきです。よろしくお願いいたします。

厚生労働省は2014年度の診療報酬改定で、在宅医療を推進する。**病院は早い段階から患者のリハビリに取り組むなどして入院日数を減らし、自宅に控えるように促す。**かかりつけ医を中心とした地域の医療体制づくりも後押しする。

9日の社会保障審議会(厚生労働相の諮問機関)で基本方針の中間整理案を示し、大筋で了承を得た。基本方針は年末にとりまとめ、来年度の診療報酬改定に反映する。かかりつけ医を中心に、病院や歯科、薬局などが連携するのが新たな医療体制だ。専門性が高い大病院には、かかりつけ医から紹介されるしくみも必要となる。病院から在宅への推進も打ち出した。病状にあった適切な医療を提供できれば、医療費を減らさずくなる。いまは本来、緊急性の高い患者を受け入れる病院に、入院患者がふりまわっている。この解決策として、診療報酬だけでなく消費増税分を財源とした補助金の活用も盛り込んだ。

2014年
平成26年

病院の機能分化



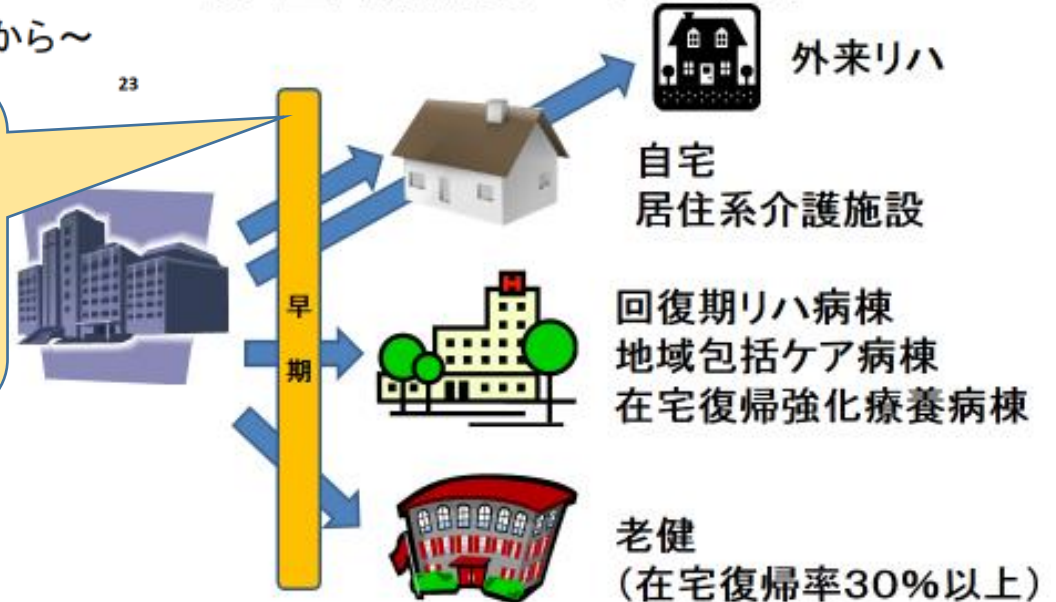
36万床⇒27万床へ:重症基準の厳格化10月から～

あらゆる病期・場面にリハビリテーションが導入されてきている！



求人が医療でも介護でも急増してきている！

急性期病院からの流れ



早期リハビリテーションの充実における課題と論点 —急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止—

【課題】

- 入院中にADLが低下した患者は、7対1病院で約3.7%、10対1病院で約4.1%存在する。
- 入院時にADLが自立している患者の場合、在院日数が長いほど退院時にADLが低下している値が大きい。また、65歳以上の患者の方がADLの変化が大きい。
- 早期からのリハビリテーションによりADLが改善する報告や、理学療法士の病棟配置により、入院患者のADLの向上、入院日数の短縮につながったという報告があるが、専従理学療法士の病棟配置状況は、7対1病棟で2.1%、10対1病棟で6.1%にとどまっている。
- 理学療法士を2名以上配置している病棟は、「循環器系の疾患」、「新生物」、「消化器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」の患者を多くみている病棟が多い。

【入院医療等分科会とりまとめ】

1. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
(3)その他の指標について
- ②救急搬送される患者に高齢者が増えていることを踏まえ、急性期病棟におけるADLの低下や関節拘縮等の予防、そのための早期からのリハビリテーション等による介入ができる体制整備が必要である。ただし、リハビリテーションの実施により、かえって入院期間が長期化してしまうことのないような規定を設けた上で、評価する指標を検討する必要がある。

【論点】

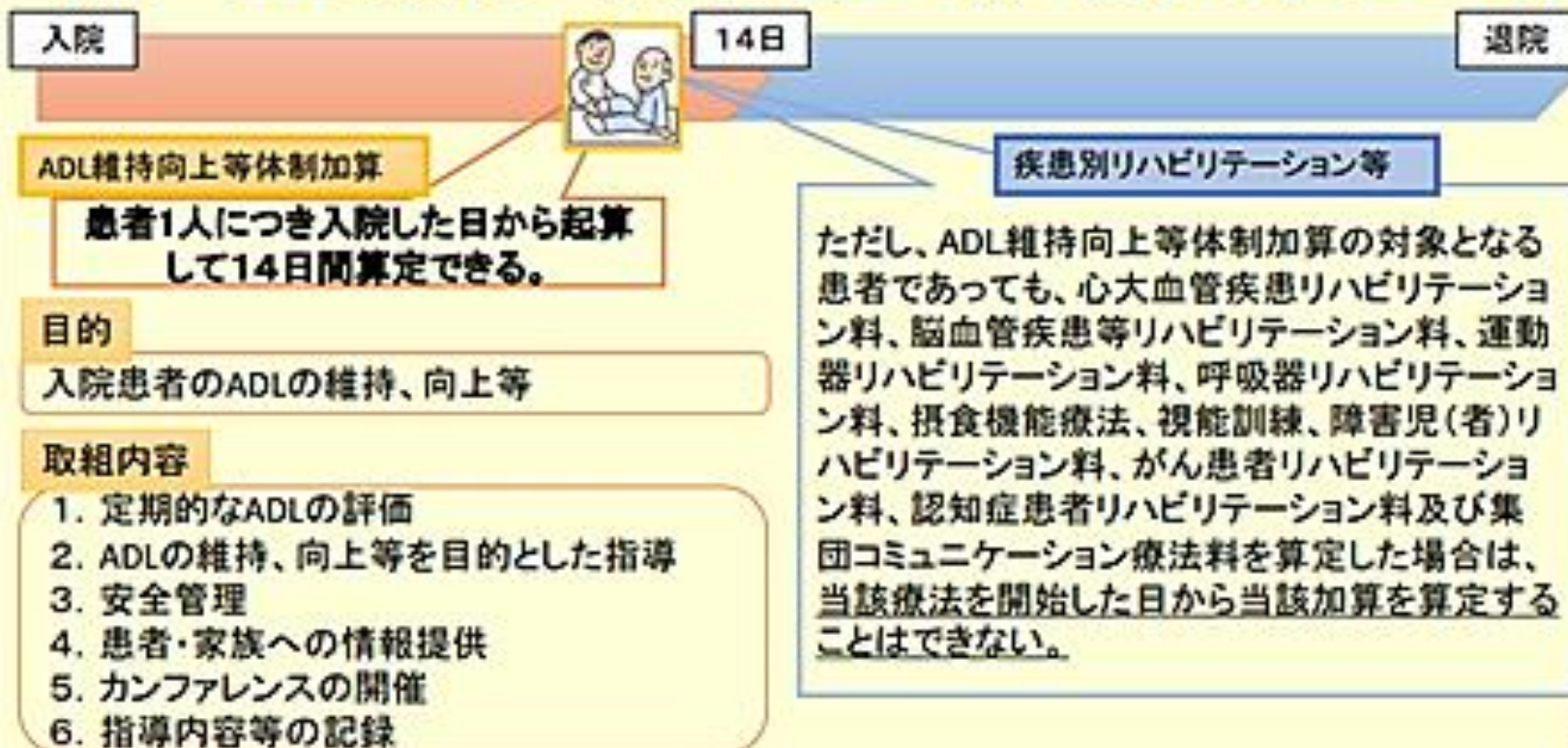
- ADLの低下防止を目的として、リハビリテーションの設備と人材を有する医療機関において、循環器系の疾患、新生物、消化器系の疾患等の患者が多く、65歳以上の患者が●割以上の急性期病棟(7対1、10対1病棟)に理学療法士等のリハビリテーションの専門職を配置した場合の評価についてどのように考えるか。
- また、リハビリテーションの専門職を配置した病棟(7対1、10対1病棟)では、例えば「入院時に比べ退院時にADLが低下した者の割合が●%以下」等の具体的数値目標を評価の要件とすることについて、どのように考えるか。

急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

入院患者のADLの維持、向上等に対する評価①

- 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を行う。

(新) ADL維持向上等体制加算 25点 (患者1人1日につき)



急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

➤ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新)	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1	2,558点 (60日まで)
	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2	2,058点 (60日まで)
	看護職員配置加算	150点
	看護補助者配置加算	150点
	救急・在宅等支援病床初期加算	150点(14日まで)

【施設基準等】

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専任の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることとはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

2014年
平成26年

2014年度診療報酬改定

今回の改定の大きなテーマは・・・

「医療機関の機能分化・強化と 連携、在宅医療の充実」

- 平均在院日数の短縮
- 在宅復帰率の重視

2014年
平成26年

今回の改正案は2025年を見据えた
「地域包括ケアシステム」の概念が
医療に取り入れられた！！

医療が介護システムを後方から
バックアップする体制が整えられた

「時々入院、ほぼ在宅」

(朝日新聞社記事より)

2014年
平成26年

医療保険改定のポイント

1. 地域包括ケアシステムのバックアップ
2. 在宅医療の強化
3. 訪問看護の強化・大規模化
4. リハビリテーションの充実
5. 在宅復帰の視点
 - 7対1看護の新たな基準として、**在宅復帰率75%以上。**
 - 療養病床にも「在宅復帰機能強化加算」が新設
 - 特定除外制度の撤廃
 - ⇒在宅復帰先として老健も！！
 - ※但し、**在宅強化型または在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定している施設が条件**

2014年
平成26年

脳卒中対策を地域レベルで推進 自公の有志議員が基本法案を

日本人の主要な死因である脳卒中について、自民、公明両党の有志議員でつくる「脳卒中対策を考える議員の会」(会長・尾辻秀久元厚生労働相)は3日までに、**予防から治療、リハビリを一貫して地域レベルで推進するための「脳卒中対策基本法案」**をまとめた。党内手続きや他党との調整を進め、早ければ今国会にも議員立法として提出し、成立を目指す。

法案では予防に向けた知識の普及や啓発をするとともに、患者の迅速な搬送や救急医療、良質なリハビリ体制の整備など、「脳卒中対策を総合的かつ計画的に推進する」としている。

2014/06/03 05:35 【共同通信】

2014年
平成26年

政府が新制度、医療・介護一体化 地域内でグループ化、効率経営に

2014年06月09日

政府は9日、同じ地域で競合する複数の病院や介護施設が連携し、一体的な運営ができるよう2015年度にも新制度を創設する方針を固めた。異なる医療法人や社会福祉法人のグループ化を可能にして、病院と施設の役割やニーズに応じて地域内で再編。効率的な経営とサービス供給を目指す。月内にまとめる新たな成長戦略に盛り込む。

入院患者に在宅医療や介護施設への移行を促し、退院後も切れ目なく質の高いサービスを受けられるようにするとともに、医療・介護費を抑える狙いがある。厚生労働省は来年以降の国会に関連法案を提出する方向だ。

新制度は、民間企業の「持ち株会社」のような仕組みの「非営利ホールディングカンパニー型法人制度」。親法人がグループを束ね、傘下に医療法人や、特別養護老人ホームなどを運営する社会福祉法人を置く。グループ内で医療機器や介護補助器具を共同で購入したり、資金を融通したりして、経営の効率化を図る。看護師と介護職員の人材交流もしやすくなる。

現状では、地域内に同じような規模の病院が複数あり、高度な機器をそれぞれが購入するような無駄が生じている。病院の機能が急性期対応に偏ってリハビリ向けが少ないなど、医療法人間の役割分担が進んでいない。社会福祉法人の多くは小規模で経営が苦しく、介護人材の不足が深刻だ。持ち株型による一体運営で問題解決につなげる。

厚労省によると、全国の医療法人は約4万9千法人（12年度末）、社会福祉法人は約2万法人（同）。

(1) 医療法関係の改正の注目点

医療機関として、自院の医療提供体制に最も大きな影響を受けるのは、有床診療所を含め病院が有する病床の医療機能届出にかかわる改正だといえます。

同時に、今回の第6次医療法等改正における重視された点でもあるでしょう。

病院や病床機能の分化・強化は、とりわけ介護保険制度の創設以降は、介護分野との線引きと併せて、近年検討され取り組まれてきた課題です。

一時は崩壊と評された地域医療体制を維持するため、地域をひとつの医療ネットワークとして位置づけ、各医療機関の特性を活かした機能分化を促して、相互の連携により患者が住み慣れた地域で、自分の状態にふさわしい医療を受けられる体制づくりを目指しています。

今回の医療法改正は、医療提供体制の改革に関するこれまでの議論を踏まえ、充実に重点化すべき適切な医療を効率的に提供するために法律に位置付けるべき事項が挙げられたものです。

【注目点】

●病床の機能分化

⇒病床（有床診療所含）の医療機能届出に関する改正

(2) 医療機関が報告する医療機能の概要

地域医療ビジョンの策定に当たっては、地域の医療需要の将来推計とともに、各医療機関から報告された情報等を活用するとされており、医療機関は自院の病床の医療機能の現状と今後の方向性を選択し、病棟単位で報告することが求められることとなり、その制度の詳細は検討が続けられているところです。

その医療機能区分案は、先に5区分（亜急性期・地域多機能が追加）が示されたものの異論が相次ぎ、現在は、次のように4区分に見直して提示されています。

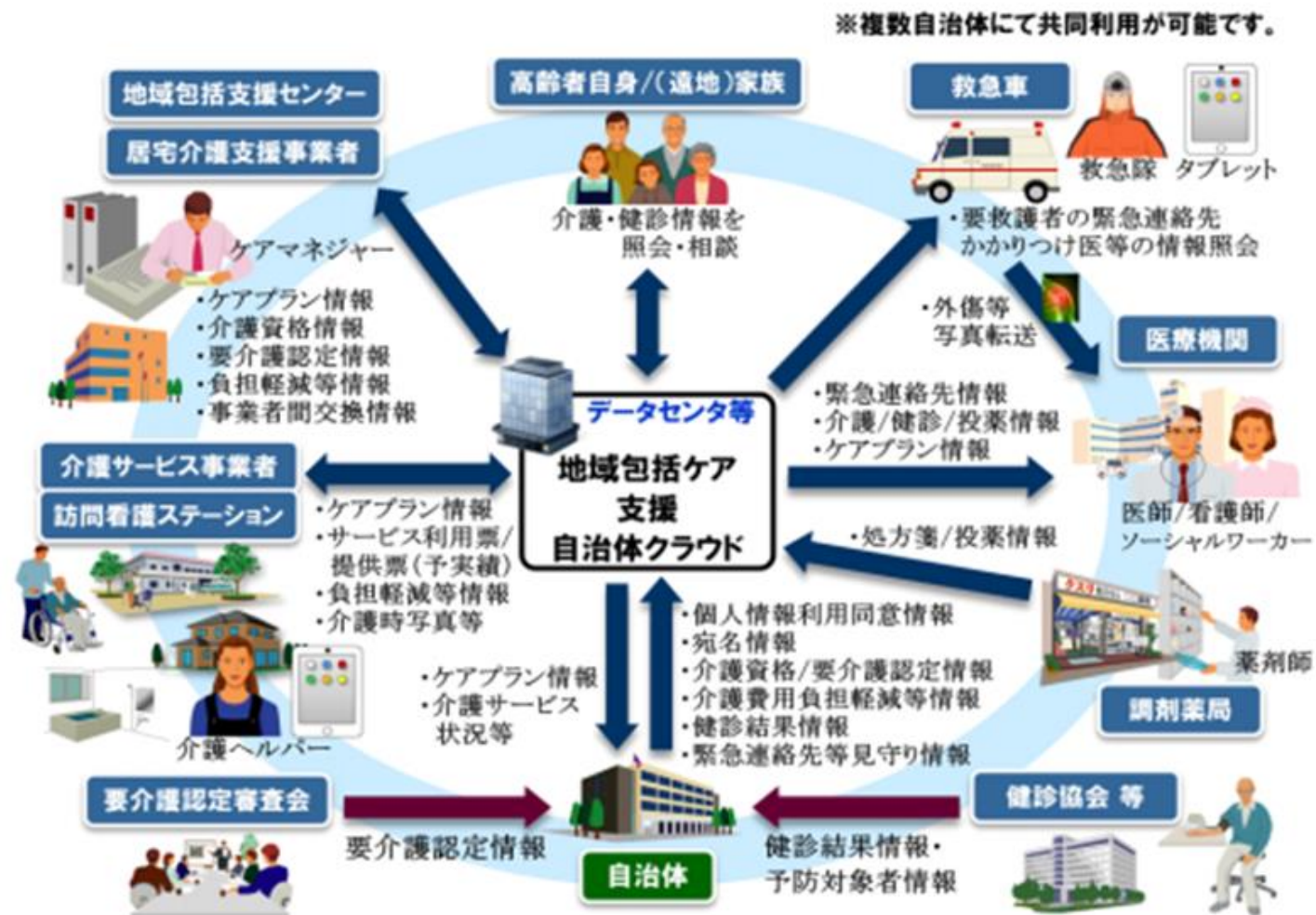
なお、新たな区分の名称については、検討中のため未定です。

■医療機能の名称と内容 ～厚生労働省案

医療機能の名称と対象患者	医療機能の内容
急性期機能 ：急性期の患者	状態の早期安定化に向けて比較的診療密度の高い医療を提供する機能
地域包括ケア病棟	比較的軽度の急性期の患者及び急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療を提供する機能
回復期リハビリテーション機能 ：急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頭部骨折等の患者	ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能
長期療養機能 ：長期にわたり療養が必要な患者等 (*)	対象患者を入院させる機能 (*) 長期にわたり療養が必要な重度の障がい者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者

2014年
平成26年

■「地域包括ケア支援自治体クラウドソリューション」の概要図



■本件に関するお問い合わせ先

株式会社日立産業制御ソリューションズ 産業ソリューション第二営業部 [担当: 舛水]

〒110-0006 東京都台東区秋葉原 6 番 1 号 秋葉原大栄ビル

電話 03-3251-7541(直通)

メールアドレス satoru.masumizu.yj@hitachi.com

医療を取り巻く環境変化への対応として「社会保障・税一体改革」(平成24年2月17日閣議決定)に基づく病院・病床機能の分化および強化、在宅医療の充実、チーム医療の推進等によって、患者個々の状態にふさわしい、良質かつ適切な医療を効果的・効率的に提供する体制の構築を目指すというもの

2014年
平成26年

第6次医療法改正

■医療法等改正法案による対応の方向性（改正対象となる法令）

【病院・病床機能の分化・連携】

- 1 病床の機能分化・連携の推進（医療法）
- 2 在宅医療の推進（医療法）
- 3 特定機能病院の承認の更新制の導入（医療法）

【人材確保・チーム医療の推進】

- 4 医師確保対策（医療法）
- 5 看護職員確保対策（看護師等確保促進法）
- 6 医療機関における勤務環境の改善（医療法）
- 7 チーム医療の推進（保健師助産師看護師法、診療放射線技師法、歯科衛生士法）

【医療事故の原因究明・再発防止】

- 8 医療事故に係る調査の仕組み等の整備（医療法）

【臨床研究の推進】

- 9 臨床研究の推進（医療法）

【その他】

- 10 外国医師等の臨床修練制度の見直し
(外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17条等の特例等に関する法律)
- 11 歯科技工士国家試験の見直し（歯科技工士法）
- 12 持分なし医療法人への移行の促進（医療法等一部改正法）

第6期介護保険計画作成のポイントなど提示- 厚労省

厚生労働省は2月25日、市町村や都道府県が第6期（2015—17年度）の介護保険事業計画や介護保険事業支援計画を作成する上でのポイントなどを示した。団塊の世代が後期高齢者となる25年のサービス水準や保険料水準を推計することや、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（24時間訪問サービス）の一層の普及の必要性などが盛り込まれている。

このうち、市町村が作成する介護保険事業計画については、計画期間中の給付費を推計し、保険料を設定する従来の内容に加え、25年のサービス水準や保険料水準についても「推計し、計画に記載する」とした。

また、**医療と介護の両方が必要な人の増加が見込まれることから、24時間訪問サービスや複合型サービス、小規模多機能型居宅介護などの普及が重要と指摘**。公営住宅や特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などの整備については、「今後、どのような方向性で充実させていくか、保険者として提示する」としている。

一方、都道府県が作成する介護保険事業支援計画については、計画期間中だけでなく、25年に必要となる介護人材の推計の実施を提言。同時に、その推計を踏まえ、人材の育成・確保のための取り組みも示すべきとしている。また、**医療計画と一体的に強い整合性を持った形で策定**することや、高齢者居住安定確保計画と調和を図ることも提示された。

今後、厚労省では、これらのポイントを含んだ計画策定のための基本方針である「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的な指針」を取りまとめる方針という。

認知症施策

認知症徘徊事故／地域で支え見守る仕組みを

高齢社会を生きる私たちに突き付けられた課題だ。目をそらしてはなるまい。

2007年、愛知県内に住む91歳の認知症男性が徘徊（はいかい）中に電車にはねられて死亡した事故。JR東海が遺族に振り替え輸送代など損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決で名古屋高裁は4月、男性の妻が見守りを怠ったと認定し、約360万円の支払いを命じた。

線路内への立ち入りを防げなかったJR側の安全対策の不備も指摘し、賠償額は一番より半減されたものの、介護を尽くした遺族にとって極めて厳しい判決と言える。男性は「要介護4」で、当時85歳だった妻が自宅で介護していた。男性は妻がまどろんだすきに外出し、事故に遭った。

判決は妻に民法上の監督義務があったとした。ただ、今回のような「老老介護」でなくても、24時間の監視を徹底しない限り徘徊を完全に防ぐことは不可能だ。施設や身体拘束など、当事者の尊厳を奪う行為を常態化することは好ましくない。

夫を亡くした悲しみに加えて、献身的に介護しながら、わずかに目を離したことを「過失」と責められた妻の気持ちは察するに余りある。介護の専門家からは「実態を知らない判決」との批判が出ている。

認知症の高齢者は年々増えている。厚生労働省によると12年時点で約462万人と推計され、予備軍となる軽度認知障害を含むと860万人に上る。高齢者4人に1人の割合だ。警察庁の調べでは、**認知症が原因で行方不明になった人は12年で約9600人おり、359人は発見時に死亡していた。**

国は13年度、施設介護から在宅介護への転換を柱とした認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）をスタートさせた。

特別養護老人ホームの待機者が50万人を超えている現実もあり、住み慣れた自宅で暮らしたいという本人の気持ちを大切にしながら、家族や地域社会で認知症の高齢者を支えるという方向は理解できる。

それだけに、責任能力がない認知症の人の徘徊責任を家族に押し付ける司法判断が、家族の介護意欲を減退させ、認知症の人を社会から隔離する方向へと向かわせないか心配だ。

同様の事故は誰の身にも起こり得る。鉄道会社の事故防止は言うに及ばず、今後は家族や鉄道会社の負担を減らす賠償制度の検討も必要になるだろう。

オレンジプランでは認知症を正しく理解し、認知症の人やその家族を温かく見守るサポーターを、17年度までに600万人に増やす計画を進めている。徘徊などに困っても、認知症への誤解や偏見を恐れて助けを求めない家族も少なくないだけに、そうした人々を地域で孤立させない取り組みが大切だ。

高裁判決を受け、JR側と男性の妻の双方が上告した。最高裁の判断にかかわらず、認知症の人や家族が安心して暮らせる地域づくりを加速させたい。社会の包容力が問われている。

2014年06月02日月曜日

20年後の東京、独居高齢者100万人超に- 国立社会保障・人口問題研究所が将来推計

約20年後の東京では、一人暮らしをする65歳以上の高齢者が100万人を突破する—。そんな将来推計を国立社会保障・人口問題研究所がまとめた。推計では、20年後の日本では、**全世帯の4割超が高齢世帯（65歳以上の人が世帯主）**となることも示されている。

国立社会保障・人口問題研究所では、2010年の国勢調査を基に、10年から35年の25年間の人口や世帯数を推計した。

その結果、35年の高齢世帯の総数は、10年と比較すると全国で24.8%増加。都道府県別で見ると、山口と島根を除いた45都道府県で増加が見込まれた。高齢世帯が一般世帯に占める割合は、10年では31.2%だったが、35年には40.8%と10ポイント近く上昇。その割合が40%を超える自治体は、41道府県に達した。

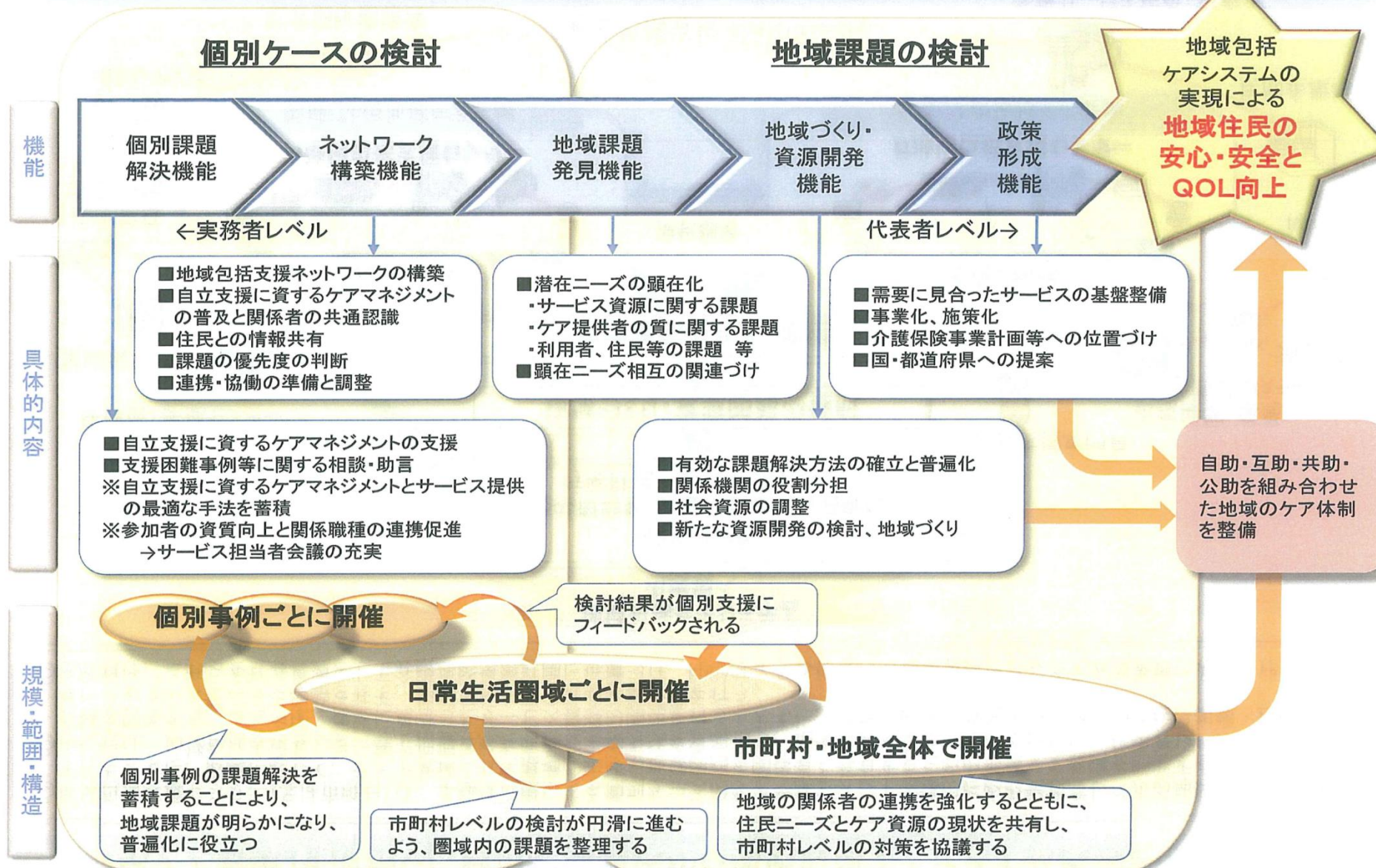
独居高齢者、20年で5割超増加

また、**35年の独居高齢者（65歳以上）は、10年に比べて全国で53.1%増加**。自治体別にみても、すべての都道府県での増加が見込まれるが、なかでも最も人口が多い東京では、10年には64万7000人だった独居高齢者が、35年には104万3000人まで増加すると見込まれている。

そのほか推計では、▽35年までには、沖縄を除く46都道府県で世帯数が減少を開始。10年と35年を比べると、全世帯の総数は4.4パーセント減少する▽平均世帯人員は、10年から35年にかけてすべての都道府県で減少。最も少ない東京では15年に2.0人を下回る▽単独世帯は増加を続け、25年には、すべての都道府県で、最も高い割合を占めるようになる—などの結果も示された。

地域ケア会議

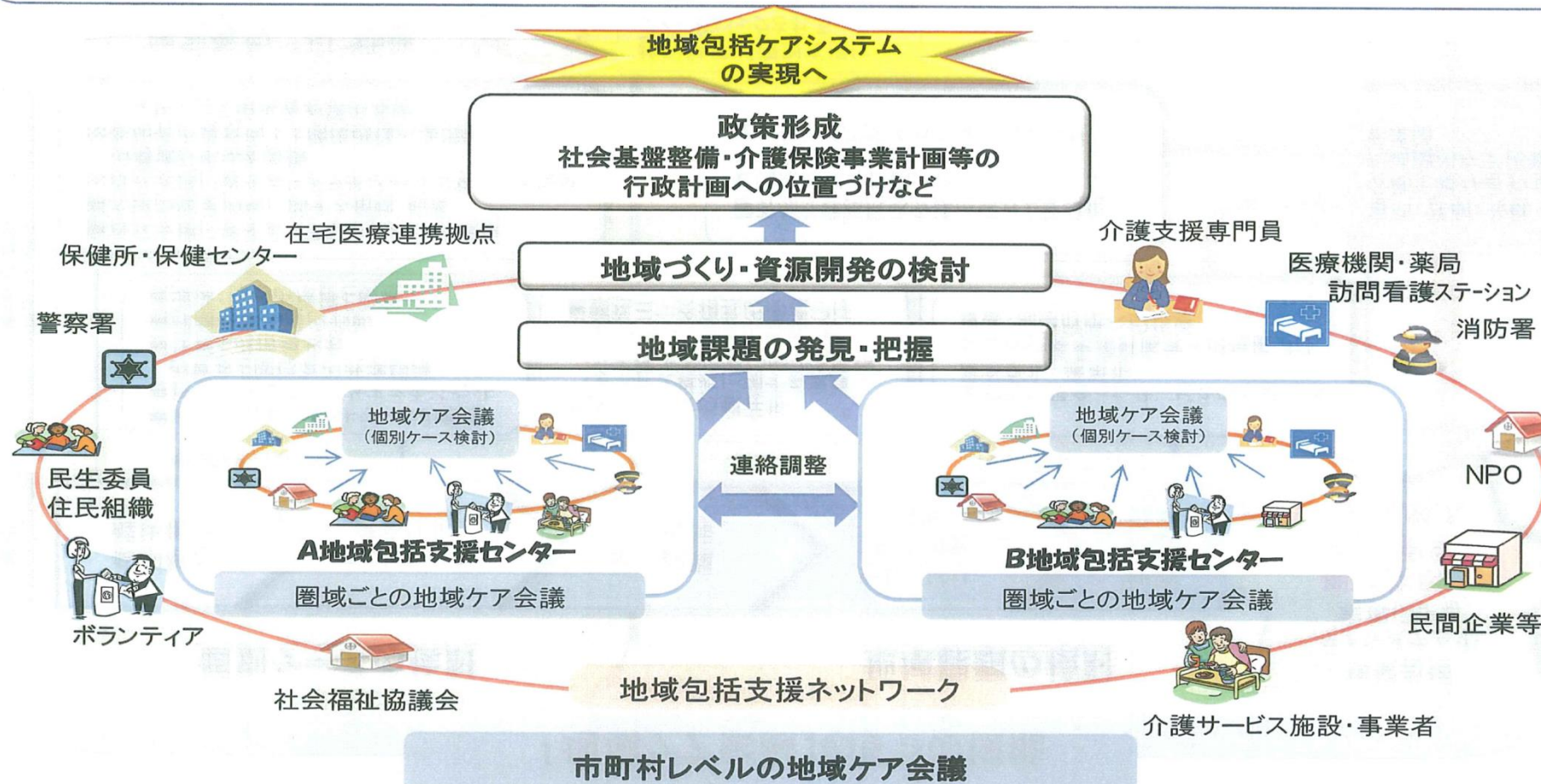
「地域ケア会議」の5つの機能



※地域ケア会議の参加者や規模は、検討内容によって異なる。

「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

- 地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議を開催する。
- 市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。
- 市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。



地域包括ケア推進

- 各保健圏域ごとに、地域包括支援センター
- 各市町村に地域包括ケア拠点

年明けから、、、

26年度整備へ向けて、動きが出てきた。

26年度予算化され、事業が本格稼働へ！！！！

2月、3月に地域ケア会議、地域包括ケアの推進のための勉強会が目白押しです！

地域の中核となる老健へ向けて、進みましょう！

2014年
平成26年

障福推第 312 号
平成26年6月16日

関係市町村高齢者福祉担当課長 様
関係市町村障害者福祉担当課長 様

埼玉県福祉部障害者福祉推進課長
(公 印 省 略)

埼玉県地域リハビリテーション支援体制の整備について (通知)

地域リハビリテーションの推進につきましては、日頃格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県では、平成26年度新規事業として、地域リハビリテーション支援体制の整備を進めています。

この事業は、リハビリテーション支援の中核を担う医療機関を『地域リハビリテーションケアサポートセンター』(以下「サポートセンター」という。)※として位置づけ、地域包括支援センターや障害者相談支援センター等に対する相談支援や人的派遣を行うものです。

地域包括支援センターや障害者相談支援センターにこの仕組みを御活用いただくことにより、地域ケア会議や介護予防教室をより効果的に実施したり、ケアマネジャーや障害者相談支援専門員の資質の向上を図ることが可能となるものと考えております。

貴市町村管内については、川越市にあります「医療法人真正会 霞ヶ関南病院」をサポートセンターに指定しました。

つきましては、事業の趣旨を御理解いただくととともに、サポートセンターの積極的な活用について御協力をお願いします。

なお、事業の説明会を7月に予定しています。詳細は「県総合リハビリテーションセンター及びサポートセンター」から別途お知らせします。

※ サポートセンターは二次保健医療圏の2圏域ごとに1か所設置

川越比企圏域：川越市・東松山市・坂戸市・鶴ヶ島市・毛呂山町・
越生町・滑川町・嵐山町・小川町・川島町・吉見町・
鳩山町・ときがわ町・東秩父村

西部圏域： 所沢市・飯能市・狭山市・入間市・日高市

担当 障害者福祉推進課
社会参加推進担当 鈴木、白駒
電話 048-830-3309

埼玉県士会
地域包括ケア推進リーダー研修
資料より。

2014年
平成26年

地域ケア会議、7月に設立 在宅高齢者支援を知事が表明（徳島県）2014/6/24

徳島県議会6月定例会が24日、開会した。経済・雇用対策を柱とした29億4387万円の2014年度一般会計補正予算案など19議案を上程し、飯泉嘉門知事が所信表明した。知事は、在宅高齢者に医療や介護、生活支援などのサービスを一体的に提供する地域包括ケアシステムの在り方を話し合う、西日本初の「県版地域ケア会議」を7月に設立すると表明した。6月26日に本会議を再開し、代表・一般質問に入る。会期は7月10日まで。

県版地域ケア会議は医療や介護、NPOの代表らで構成し、市町村では解決できない広域的な課題に対処したりケアシステムの実践モデルを示したりする。知事は「市町村の取り組みを強力に支援し、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう取り組む」と述べた。ケア会議の設立日時や構成メンバーは調整中。

①-1 履修要件（地域包括ケア推進リーダーの場合）

【地域包括ケア推進リーダー】

- ①e-ラーニングの受講
 - ②導入研修の受講
 - ③士会の指定する地域活動に係る取り組みに参加
- 上記3項目を修了することで、【推進リーダー】としての資格が付与されます。
- ※新人教育プログラム未修了の方でも目指せます。
- ※【推進リーダー】の資格は、生涯学習の資格として、40ポイントが付与されます。
- ※会員によって、要件が異なります（下図参照）。

- ①-1 履修要件（地域包括ケア推進リーダー）
- ①-2 履修要件（介護予防推進リーダー）
- ②推進リーダー取得を登録申請する
- ③推進リーダーを推薦する
- ④登録者のご確認

各ブロックにて導入研修

※5月1日より
登録申請開始予定

- 士会指定事業に参加経験があり、かつ士会からの推薦がある会員
- 地域認定理学療法士取得者
- ケアマネ資格所有会員

上記に該当しない会員

<e-ラーニング>
①介護保険制度について
②介護保険サービスについて
※5月中旬より受講開始予定

6/8
導入研修1日

士会の指定する地域活動に係る取り組み
例：士会行事への参加、士会総会への出席、地域ケア会議など

※e-ラーニングは、導入研修の前に受講完了すること

※士会主催にて開催
※6月以降に開催ください

※士会指定事業については、e-ラーニング・導入研修と前後してもよい

「地域包括ケア推進リーダー」となる

生活支援

踏切、高齢者置き去り 渡りきれぬ場所、解消進まず

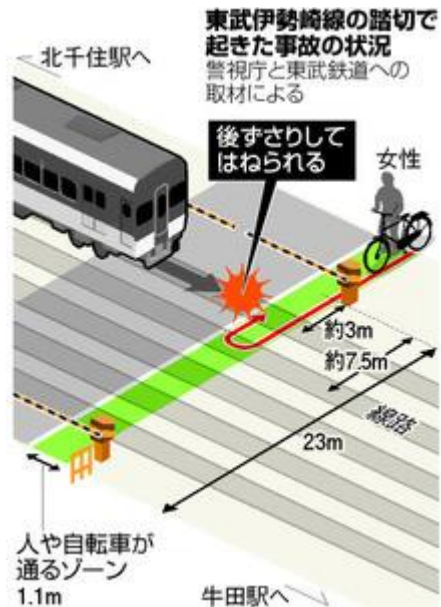
2014年4月29日05時00分

事故があった東武伊勢崎線の踏切。手押し車の男性が横断中に遮断機が下がってしまった

高齢者が長い踏切を渡りきれず、犠牲になる事故がなくなる。理想は立体交差化を進めて長い踏切をなくすことだが、費用の壁は高い。進む高齢化にどう対応すればよいのか。現場を歩いて考えた。

東京都足立区にある東武伊勢崎線の踏切。今年2月6日の夜、自転車を押していた女性(当時76)が、北千住駅を出発した急行列車にはねられて死亡した。

踏切は長さ23メートル。普通、急行、快速など様々な列車が通るため、線路は5本ある。警視庁などの調べでは、女性が2本目にさしかかったころ、警報機が鳴り始めた。後ずさるよう引き返し、1本目まで戻ったところではねられた。音が鳴り始めてから遮断機が下りるまで約20秒、その約20秒後に電車が通過した。



2014年
平成26年

■生活サービスコーディネーターの研修プログラムなど開発へ

また厚労省は、地域のニーズと地域資源のマッチングを担う「生活支援サービスコーディネーター」（仮称）を育成するための研修プログラムなどの開発に乗り出すことを明らかにした。厚労省によると、13年度と14年度には老人保健健康増進等事業を活用しながら、研修プログラムやテキストの開発を進める方針で、育成を担当する自治体関係者を対象とした中央研修の実施も検討しているという。

**「生活支援サービスコーディネーター」（仮称）は、15年4月の
施行が予定される介護保険制度改正に伴い、導入される見通し。**

（2014年02月25日）

介護予防

①-2 履修要件（介護予防推進リーダーの場合）

【介護予防推進リーダー】

- ①e-ラーニングの受講
 - ②導入研修の受講
 - ③士会の指定する地域活動に係る取り組みに参加
- この3項目を修了することで、【推進リーダー】としての資格が付与されます。
- ※新人教育プログラム未修了の方でも目指せます。
- ※【推進リーダー】の資格は、生涯学習の資格として、40ポイントが付与されます。
- ※会員によって、要件が異なります（下図参照）。

- ①-1 履修要件（地域包括ケア推進リーダー）
- ①-2 履修要件（介護予防推進リーダー）
- ②推進リーダー取得を登録申請する
- ③推進リーダーを推薦する
- ④登録者の確認

※5月1日より
登録申請開始予定

士会指定事業に参加
経験があり、かつ士会
からの推薦がある会員

介護予防認定理学療法士 取得者

介護予防(暫定)認定
理学療法士 取得者

ケアマネ資格所有会員

上記に該当しない会員

<e-ラーニング>

- ①介護予防概論
- ②転倒予防理学療法
- ③関節痛予防理学療法
- ④認知機能低下予防理学療法

※5月中旬より受講開始予定

士会の指定する地域活動に係る取り組み

例: 士会行事への参加、士会総会への出席、予防活動事業への参加など

6R

導入研修1日

- ①
- ②
- ③
- ④

※e-ラーニングは、導入研修の前に受講完了すること

※士会主催にて開催
※6月以降に開催ください

※士会指定事業については、
e-ラーニング・導入研修と
前後してもよい

各ブロックにて導入研修

「介護予防推進リーダー」となる

2014年
平成26年

健康を維持すれば医療保険料が安くなる！ 検討本格化へ

2014年6月6日

政府は今月中にまとめる成長戦略で、健康の維持に努める人の保険料を安くできる仕組みを検討する方針を打ち出す。生活習慣病の予防に取り組むインセンティブを高め、健康に関する産業の発展や医療費の抑制に繋げるのが狙いだ。2015年度以降の導入を視野に、厚生労働省が具体的な制度の設計や関係者との調整を進める。

自己管理に励む生活のインセンティブを高める制度は、政府の「産業競争力会議」などで提案されてきた。厚労省は今後、制度の導入を各保険者ごとに決められる仕組みを前提に検討を進めるという。

保険料の増減を判断する基準では、きちんと健診を受けているか、必要な運動プログラムに参加しているか、などの案が有力だ。このほか、病院にかかる頻度や喫煙の有無などを評価するよう求める声もある。

もっとも、こうした制度の導入には慎重論も根強い。それぞれが所得に応じた保険料を支払い、リスクの高い人も同じ負担をするのが公的医療保険であり、その基本的な性格に反する側面を持っているためだ。健康管理に精を出す人が報われる一方で、やむを得ず病気になった人が不利益を被る懸念もある。厚労省は今後、関係者の意見を聞きながら慎重に検討を進める考えだ。

2014年
平成26年

病気や介護の予防に励む人へのインセンティブ、厚労省が検討を本格化へ

2014年4月11日

厚生労働省は、生活習慣病を予防して健康を維持する生活のインセンティブを高める仕組みの検討を本格化する。

今年の夏までに、全国の自治体や保険者が進めている取り組みを調べ、具体的な手法をめぐる議論に活かしていく。政府の「産業競争力会議」では、病気にならない人の保険料を安くすることなどにより、自己管理の意識の向上につながっていくよう求める声があるが、こうした制度の是非も検討の対象に含める。

厚生労働省は11日、田村大臣を本部長とする「健康づくり推進本部」を開催。健康な人を優遇する様々な仕組みについて、前向きに検討を進める方針を確認した。結論を出す時期は明確にしておらず、産業競争力会議での議論も踏まえて協議していく考えだ。

職場における腰痛予防の取組を！ ～19年ぶりに「職場における腰痛予防対策指針」を改訂～

厚生労働省では、このたび「職場における腰痛予防対策指針」を改訂しましたので、公表します（別添資料参考。）。

職場での腰痛は、休業4日以上職業性疾病のうち6割を占める労働災害となっています。厚生労働省は、平成6年9月に「職場における腰痛予防対策指針」を示し、主に重量物を取り扱う事業場などに対して、啓発や指導を行ってきましたが、近年は高齢者介護などの社会福祉施設での腰痛発生件数が大幅に増加している状況にあります。

このような状況を受け、適用対象を福祉・医療分野等における介護・看護作業全般に広げるとともに、腰に負担の少ない介護介助法などを加えて改訂を行いました。厚生労働省では、改訂指針を都道府県労働局、関係団体、関係行政機関などに通知し、職場における腰痛予防対策を推進していきます。

また、今年度は社会福祉施設に対する指針の普及・定着を目的として、介護事業者を対象とした腰痛予防対策講習会の開催などの支援事業を実施する予定です。

2014年
平成26年

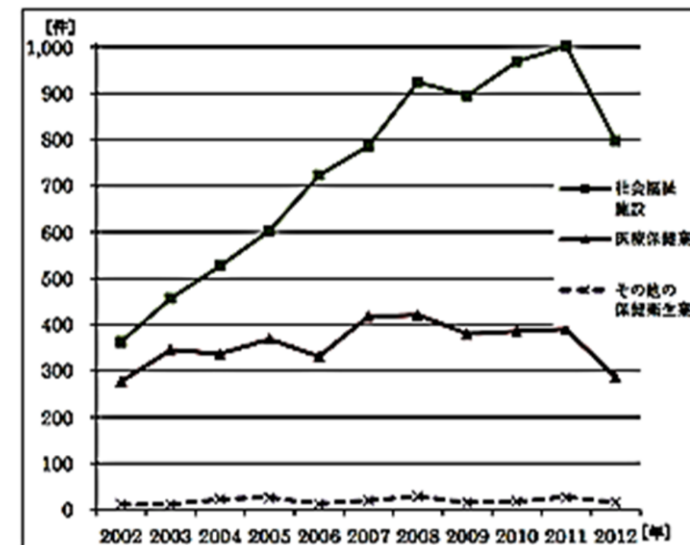
腰痛対策職場の重要課題に対処を！

職業性腰痛は増加傾向にあり、平成24年度に事業者から厚労省に報告された休業4日以上¹の職業性腰痛で最も多く発生しているのが社会福祉施設です。山口和之は4月10日の厚生労働委員会でこの問題を取り上げ、2025年までに100万人の増員が必要とされている介護現場にとって大変重要な課題であり、労働者、経営者、健康を支援する国が一体となって取り組んでいかなければならないと訴えました。

厚生労働省からは、福祉用具の活用、予防のための講習会等を実施している。田村厚労大臣からは「第12次労働災害防止計画では腰痛予防対策に重きを置き、講習会も全国で行ってゆく」、「ノウハウを持っている介護現場の方々が腰痛により介護できないということは大きな損失であり、教育も含めて努力をしてまいりたい」との答弁がありました。

また、欧米では研究が進む職業性腰痛による経済的損失についても、厚生労働省には参照できるデータがなく算出していないことから、対策については「講習だけでなく、一歩踏み込んだ現場での指導をお願いしたい」、「早い段階での治療が行えるような体制を整えていただきたい」と田村厚労大臣に強く要望しました

図表4 保健衛生業の小分類業種別腰痛発生件数



安心した就労環境の実現



腰痛の対策 (ポリシーレベル)

単調な作業の繰り返し

負担のある労働

社会心理要因

腰痛評価・負担のない動作

Point!

理学療法

① 標準的なプログラム

② 専門家による適正な評価

➡ 近い将来、老健から地域や企業へ予防リハを提供！

2014年
平成26年

「労働安全衛生法の一部を改正する法律案」、参議院本会議で可決。衆議院による審議へ
(4月9日)

「労働安全衛生法の一部を改正する法律案」は、4月9日午前の参議院本会議で採決が行われ、全会一致で可決されました。今後、衆議院での審議に移り、今国会中に成立する見通しとなりました。企業様におかれましては、今後、年1回の実施が検討されている法的なストレス調査のほか、年間を通して従業員様のストレスレベルを注視することが求められます。



メンタル検査を義務付け 従業員50人以上の事業所に

2014/3/11

政府は11日、従業員50人以上の事業所に対して、メンタルヘルスの検査を義務付ける労働安全衛生法改正案を閣議決定した。年1回は従業員全員のストレスの状況をチェックする。医師の面接指導に基づいて業務を続けることが難しいと企業が判断したときは、配置の転換や勤務時間の短縮をしなければならない。今国会に提出し、成立を目指す。

平成24年度介護報酬改定のポイントについて

地域包括ケアの推進

1. 在宅サービスの充実と施設の重点化

中重度の要介護者が住み慣れた地域で在宅生活を継続できるようなサービスの適切な評価及び施設サービスの重点化。

- ・日中・夜間を通じた定期巡回・随時対応サービスの創設(新サービス)
- ・複合型サービス(小規模多機能+訪問看護)の創設(新サービス)
- ・緊急時の受入の評価(ショートステイ)
- ・認知症行動・心理症状への対応強化等(介護保険3施設)
- ・個室ユニット化の推進(特養、ショートステイ等)
- ・重度化への対応(特養、老健、グループホーム等) 等

2. 自立支援型サービスの強化と重点化

介護予防・重度化予防の観点から、リハビリテーション、機能訓練など自立支援型サービスの適切な評価及び重点化。

- ・訪問介護と訪問リハとの連携の推進
- ・短時間型通所リハにおける個別リハの充実(通所リハ)
- ・在宅復帰支援機能の強化(老健)
- ・機能訓練の充実(デイサービス)
- ・生活機能向上に資するサービスの重点化(予防給付) 等

3. 医療と介護の連携・機能分担

診療報酬との同時改定の機会に、医療と介護の連携・機能分担を推進。

- ・入院・退院時の情報共有/連携強化(ケアマネジメント、訪問看護等)
- ・看取りの対応の強化(グループホーム等)
- ・肺炎等への対応の強化(老健)
- ・地域連携パスの評価(老健) 等

4. 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ・介護職員処遇改善加算の創設
- ・人件費の地域差の適切な反映
- ・サービス提供責任者の質の向上 等

2. 自立支援型サービスの強化と重点化
介護予防・重度化予防の観点から、リハビリテーション、
機能訓練など自立支援型サービスの適切な評価及び重点化。



- 訪問介護と訪問リハとの連携の推進
- **短時間型通所リハにおける個別リハの充実(通所リハ)**
- 在宅復帰支援機能の強化(老健)
- 機能訓練の充実(デイサービス)
- **生活機能向上に資するサービスの重点化(予防給付)等**

これからを考えると、、。

胃ろう患者回復に診療報酬を加算 積極的なリハビリ促す

(12/11 18:52)

厚生労働省は11日、腹部に開けた穴から管で胃に栄養を送り込む「胃ろう」の処置を受けた患者にリハビリを施し、口からの食事ができるまで回復させた医療機関に対し、診療報酬を上乗せする方針を示した。2014年度の診療報酬改定に盛り込む。中央社会保険医療協議会(厚労相の諮問機関)に提示した。

厚労省は積極的なリハビリを促し、食べ物や水分を飲み込む機能を取り戻した患者をできるだけ増やし、患者の生活の質を向上させたい考えだ。

介護度改善に成功報酬 制度根幹に踏み込む一策

(2014年3月26日午前7時31分)

介護施設が高齢者の要介護度を改善した場合に「成功報酬」を支払う自治体が出てきた。現行制度は入所者の状態が改善すると、かえって施設の収入が減る構造になっており、改善への意欲が下がりがちなのが弱点だ。施設の努力が反映しにくい制度の根底部分に踏み込んだ一策だろう。

滋賀県が2012年度から取り入れた交付金制度。要介護度の維持、改善につながる取り組みをした通所型の介護施設20カ所を選び、1人に月1万円を支給している。介護施設は人件費がネックでもあり交付金は歓迎されているという。

東京都の品川区も昨年春に奨励金制度を試験導入。この1年で特別養護老人ホームなど10施設の47人に改善が見られ、680万円の奨励金が交付された。4月からも続けて取り組む。例えば要介護度4から3へ1段階改善すると月2万円、2段階軽くなれば4万円、3段階なら6万円である。改善後の月数に応じ、最長12カ月分支給と手厚い。

奨励金導入で施設の職員に意欲やケア意識の向上がみられ、区も改善は職員の努力の証拠と評価している。ただ、費用は区の一般財源であり苦しいという。国の介護報酬から工面してほしいのが本音だろう。

介護制度は必要度を「要支援1、2」「要介護1～5」の7段階に分けている。要介護度が重い人ほど手がかかり、施設への介護報酬は上がる。施設の努力で要介護度を軽くし自立につながっても、報酬面で評価されないのはおかしい。

持続可能な社会経済モデル特区の構築を目指す岡山市では、要介護度改善だけでなくデイサービス施設の評価項目を決め、優良施設に対して財政支援を検討している。施設によってサービスの質にばらつきがあることに危機感を持つ一方、高齢になっても住み慣れた家で長く暮らしたいとデイサービス需要は今後さらに高まるとみているからだ。

施設側のやる気につながる仕組み作りを目指し、要介護度が改善していけば、その結果、サービス利用者も少なくなり介護費用を減らすことができる(岡山市担当者)との算段である。

だが、厚生労働省はこうした成功報酬を全国一律に取り入れることには慎重の立場をとる。施設が改善しそうな人だけを受け入れる懸念があり、改善のために利用者の意向に沿わないサービスが提供されかねない。利用者の選別につながると危惧され、改善だけを施設の評価基準にするにはまだ課題は多い。

要介護度が改善すると施設の収入が下がってしまう現行制度。成功報酬型は従事者のモチベーションを高める効果が期待できる。諸課題を克服し成功に導ければ斬新な取り組みになる。

2014年
平成26年

骨太方針と成長戦略を閣議決定、特養の報酬適正化を明記

2014年6月24日

政府は24日の臨時閣議で、今後の政策の指針となる「骨太の方針」と新たな「成長戦略」を決定した。特別養護老人ホームの介護報酬を「適正化」することや、外国人の労働者を受け入れる「技能実習制度」を介護で活用することなどが盛り込まれている。

安倍首相は24日夕の会見で、「安倍政権の改革にはタブーも聖域もない。あるのはどこまでもやりきる強い意志だ」と強調。「いかなる壁も打ち破っていく」などと述べ、閣議決定した方針の実行に向けた意欲をアピールした。「骨太の方針」では、右肩上がりが続く社会保障制度の給付を、「徹底的に効率化・適正化していく」と明記。来年度の介護報酬改定で、内部留保が問題視されている特養の報酬を見直す考えを示している。

このほか、無駄の少ないサービスの提供体制をつくることや、健康を維持する人へのインセンティブを高めること、余裕のある高齢者により多く負担してもらうことなども盛り込んでいる。

2014年
平成26年

2014年6月03日

医療・介護改革の法案が審議再開、野党が要支援見直しを批判

介護の改革は、相対的に状態の軽い要支援者が利用する訪問介護とデイサービスを、現行の予防給付から市町村の「地域支援事業」に移すことが柱。

特養の入所者を原則として要介護3以上に絞ることや、

それなりに所得のある人の利用料を2割に上げることなども含まれている ...

介護保険改正で要支援向けサービスを国から市区町村に移管

日刊アマーバニュース

第6次改正(平成26年予定)では、医療安全確保を狙いとした医療事故調査・支援センターの新設、病床機能の分化と連携の推進を狙いとした病床機能報告制度の新設等が行われます。

2014年
平成26年

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を進める。

1 医療と介護の連携の強化等

- ① 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(地域包括ケア)を推進。
- ② 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
- ③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設。
- ④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
- ⑤ 介護療養病床の廃止期限(平成24年3月末)を猶予。(新たな指定は行わない。)

2 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
- ② 介護福祉士の資格取得方法の見直し(平成24年4月実施予定)を延期。
- ③ 介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
- ④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

3 高齢者の住まいの整備等

- 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。
※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進(高齢者住まい法の改正)

4 認知症対策の推進

- ① 市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
- ② 市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

5 保険者による主体的な取組の推進

- ① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
- ② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

6 保険料の上昇の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

【施行日】

1⑤、2②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

2014年
平成26年

= News =

小規模多機能介護、定員の弾力化や要件の緩和で役割拡大へ

2014年5月26日



23日の社会保障審議会・介護給付費分科会

地域の高齢者に対する支援を柔軟にできるようにして、より多くの役割を果たすサービスへと発展させていく。

厚生労働省では現在、通い、泊まり、訪問を組み合わせた「小規模多機能型居宅介護」について、こんな議論が進められている。来年度の介護報酬改定で、登録定員の弾力化や人員配置の見直しを行い、不十分とされる訪問サービスの充実につなげる考え。地域への貢献に取り組みやすくするため、職員の兼務に関するルールも緩和する方針だ。

介護報酬の改定を議論する審議会（社会保障審議会・介護給付費分科会）の23日の会合で、こうした方針を論点として示した。介護サービスの事業者や専門家で構成する委員からは、特に目立った反対の声は出ていない。

2014年
平成26年

団地を医療・介護拠点に

公明新聞：2014年6月3日（火）付
_質問する秋野氏 = 2日 参院本会議場



包括ケア法案 参院本会議で秋野氏訴え

参院は2日の本会議で、高齢者が地域で医療、介護、生活支援サービスを一体で受けられる地域包括ケアシステムの構築などをめざす、医療・介護総合確保推進法案の趣旨説明と質疑を行った。
公明党から秋野公造氏が質問に立った。

秋野氏は、在宅介護を推進する上で住まいの確保は大前提だと指摘し、「公明党はサービス付き高齢者向け住宅の創設など、安心した住まいの確保は『福祉の要』として福祉政策に取り組んできた」と強調。
団地の建て替えに際しては、医療・介護施設を誘致して地域包括ケアシステムの構築に役立つよう再生すべきだと訴えた。
安倍晋三首相は「高齢者が安心して生活できる住まいの確保は喫緊の課題だ」として、団地の建て替え時に医療・介護拠点の整備を進める考えを示した。

また秋野氏は、今後、介護職員が100万人規模で不足するとの懸念に言及。
介護職の正しいイメージを浸透させるためにも、「介護を義務教育の中で明確に位置付けるべきだ」と提案したのに対し、安倍首相は「介護人材の確保は重要な課題だ。介護職の重要性について、普及・啓発に取り組む」と答えた。

2015年
平成27年

介護負担、15年8月から一部2割に 医療介護推進法が成立

2014/6/18

政府が今国会に提出していた医療介護総合推進法が、18日午前の参院本会議で与党の賛成多数で可決、成立した。いまは一律1割の介護サービスの自己負担割合を、一定以上の所得の人は2015年8月から2割に引き上げる。高齢化に備え、軽度者向けの介護予防サービスの一部を市町村へ移したり、医療機関の役割分担を促す基金を設けたりして効率化を急ぐ。

介護サービスの自己負担は年間の年金収入が単身で280万円以上ある人について2割とする。00年度の介護保険制度の創設以来一律1割だったが、所得の多い高齢者には相応の負担を求めるようにする。

介護予防は利用者の多いデイサービスとホームヘルパーを17年度までに市町村へ移行する。従来の全国一律のサービス内容を、地域ごとに変えられるようにする。医療の基金は総額904億円で、病院の機能転換のための設備や人材にかかる費用を今年度から補助する。

平成27年度介護報酬改定に向けて

(定期巡回・随時対応サービス、小規模多機能型居宅介護、
複合型サービス、訪問看護について)

総論	1
1. 定期巡回・随時対応サービスについて	2
2. 小規模多機能型居宅介護について	30
3. 複合型サービスについて	50
4. 訪問看護について	75

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等に関する法律案の概要

趣旨

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に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

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）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費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

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）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- 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

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）を地域支援事業に整理し、多様化 ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③低所得者の保険料軽減を拡充
- ④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、月額上限あり）
- ⑤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

4. その他

- ①診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日（予定）

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

【地域医療・介護総合確保推進法が成立】

利用者負担2割の人も 軽度の介護は市町村に

高齢化が一段と進むのに備え、医療や介護の仕組みを見直す地域医療・介護 総合確保推進法が成立した。利用者が増える中でも介護保険制度が維持できるよう、高齢者に負担増を求めたり、サービスの利用条件を厳しくしたりしたのが特徴だ。

制度改正のポイントをまとめた。

【一部は2割負担に】

介護サービスの利用料の自己負担割合はこれまで原則として1割だったが、2015年8月から一定以上の所得のある人は2割に引き上げる。

所得は世帯単位ではなく、個人ごとに判断する。厚生労働省は年間の年金収入が280万円以上の人を想定しており、在宅サービス利用者の約15%、特別養護老人ホーム(特養)の入居者の約5%が対象となる見込みだ。

【特養の入所制限】

特養の利用で、15年4月以降に新たに入所する人は原則、介護の必要度(要介護度)が要介護3以上に限定する。

現在は要介護1～5が申し込めるが、入所希望者が多いのに施設数は足りないため、自宅で暮らすのが難しい中重度の人を優先する。特養の待機者は、今年3月の全国集計で約52万4千人。このうち要介護3以上の人は約34万 5千人と全体の3分の2を占める。

ただ、要介護1～2の比較的軽度な人でも「認知症で常時見守りが必要」などやむを得ない事情があれば入所を認める方針で、今後、詳細な条件を検討する。

【軽度介護は市町村】

介護の必要度が低い要支援1、2向けの訪問介護と通所介護は、介護保険のサービスから市町村の事業へ移す。これらのサービスは、市町村ごとに内容や利用料を決め、介護保険の事業者だけでなく、ボランティアやNPOにも委託できるようになる。15年度から順次移行し、17年度末までに完了する。

要支援向けのサービスでも、より専門性が高い訪問看護や訪問・通所リハビリテーション、福祉用具貸与などは介護保険のサービスに残す。

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体 御中
— 厚生労働省 老健局 振興課

介護保険最新情報

今回の内容

介護予防・日常生活支援総合事業及び
地域密着型通所介護に係る経過措置について

計6枚（本紙を除く）

Vol.382

平成26年6月25日

厚生労働省老健局

振興課

〔貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしくお願いたします。〕

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線3937)
FAX：03-3503-7894

2014年
平成26年

マイナンバー利用範囲拡大に「医療・介護・健康情報」など、中間とりまとめ案

2014/05/19

大豆生田 崇志＝日経コンピュータ（筆者執筆記事一覧）

IT総合戦略本部の新戦略推進専門調査会「マイナンバー等分科会」（座長＝金子郁容慶応義塾大学大学院政策・メディア研究科教授）は、2014年5月16日に開催した会合で示した「中間とりまとめ（案）」を公表した。

それによると、2018年までのロードマップとして「マイナンバーの利用範囲の拡大」を掲げたほか、申請に基づく個人番号カードの普及策や、法人番号の「法人ポータル」の構築などを検討。非公開で行われた分科会では、中間とりまとめ案への意見集約を座長に一任したという。

利用範囲の拡大では、関係府省の具体的検討課題として2018年までに検討し、番号法改正法案の提出など必要な制度改正などを行うロードマップを提示。マイナンバー制度の取り組みに「近接し、公共性が高く、国・地方・民間の情報連携などによりさらなるメリットが期待される事務」として、戸籍や旅券事務、預貯金付番（ペイオフ時の名寄せ、口座名義人の特定・現況確認など）のほか、**医療・介護・健康情報の管理・連携、自動車登録事務などを列挙。「積極的かつ具体的に検討を進め、秋ごろをめどに、検討状況を政府CIOに報告する」としている。**

2014年
平成26年



「西尾病院」で診療報酬を不正請求 (愛知県)

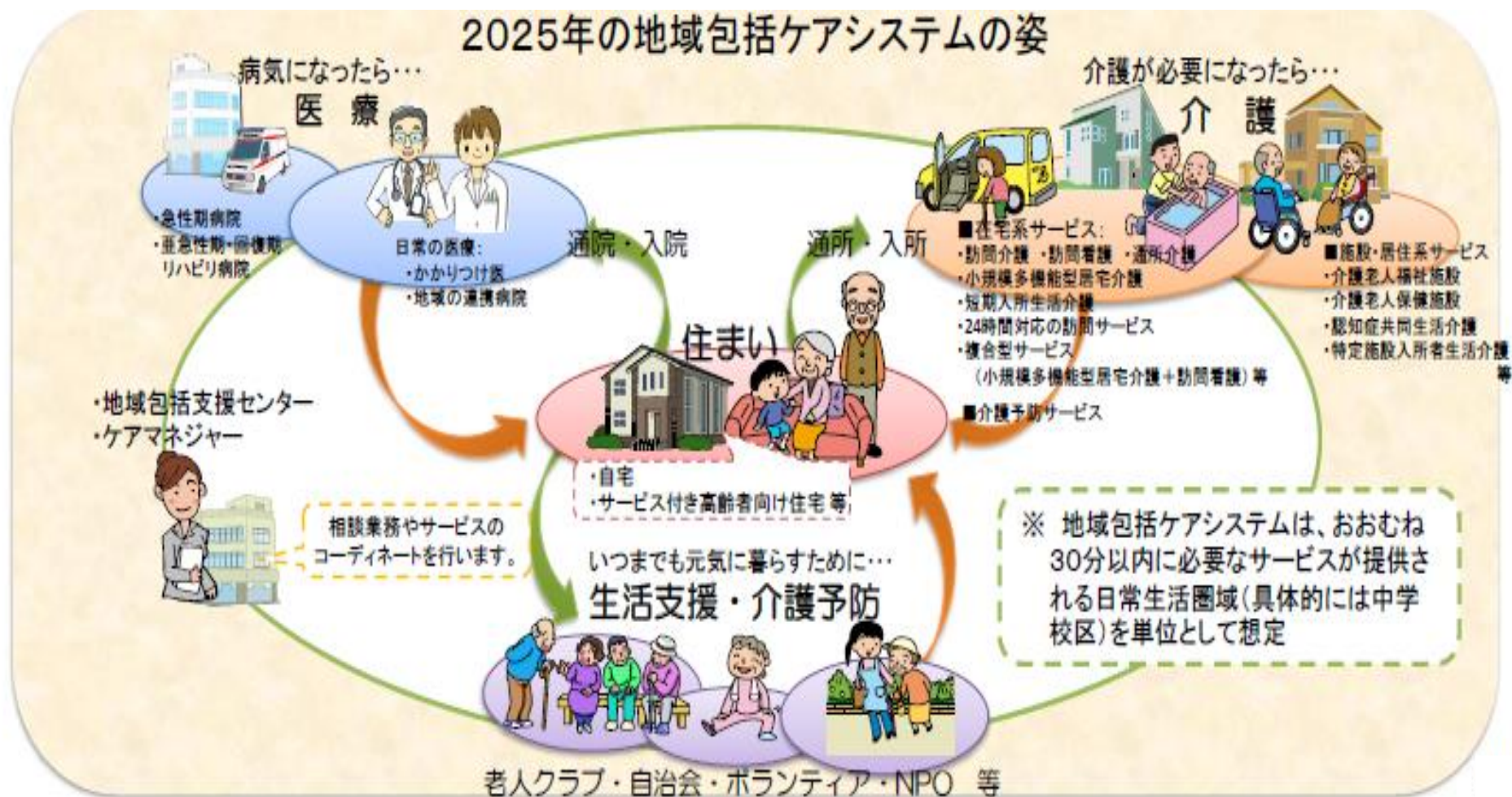
愛知県西尾市の医療法人田中会が運営する「西尾病院」が診療報酬を水増しするなどして、不正に請求していたことが分かった。西尾病院の内部調査によると、2013年度の1年間にわたり病院内のリハビリテーション室で7割の職員が20分の診療時間を30分と書き換え、点数を水増ししたり、複数の患者を同時に診ているのに別々の時間に1人ずつを診ていたように請求していたという。

詳しい金額や件数は調査が途中として明らかになっていない。西尾病院では先月、リハビリ室に勤務する職員が水増し請求や診療に際しノルマがあったことを告発していて、これまで病院側は内部調査を続けていた。

病院側は不正な請求があったとし、調査結果を東海北陸厚生局に報告していて、担当者は「効率性を考えて間違えてしまった。申し訳ない」と話している。

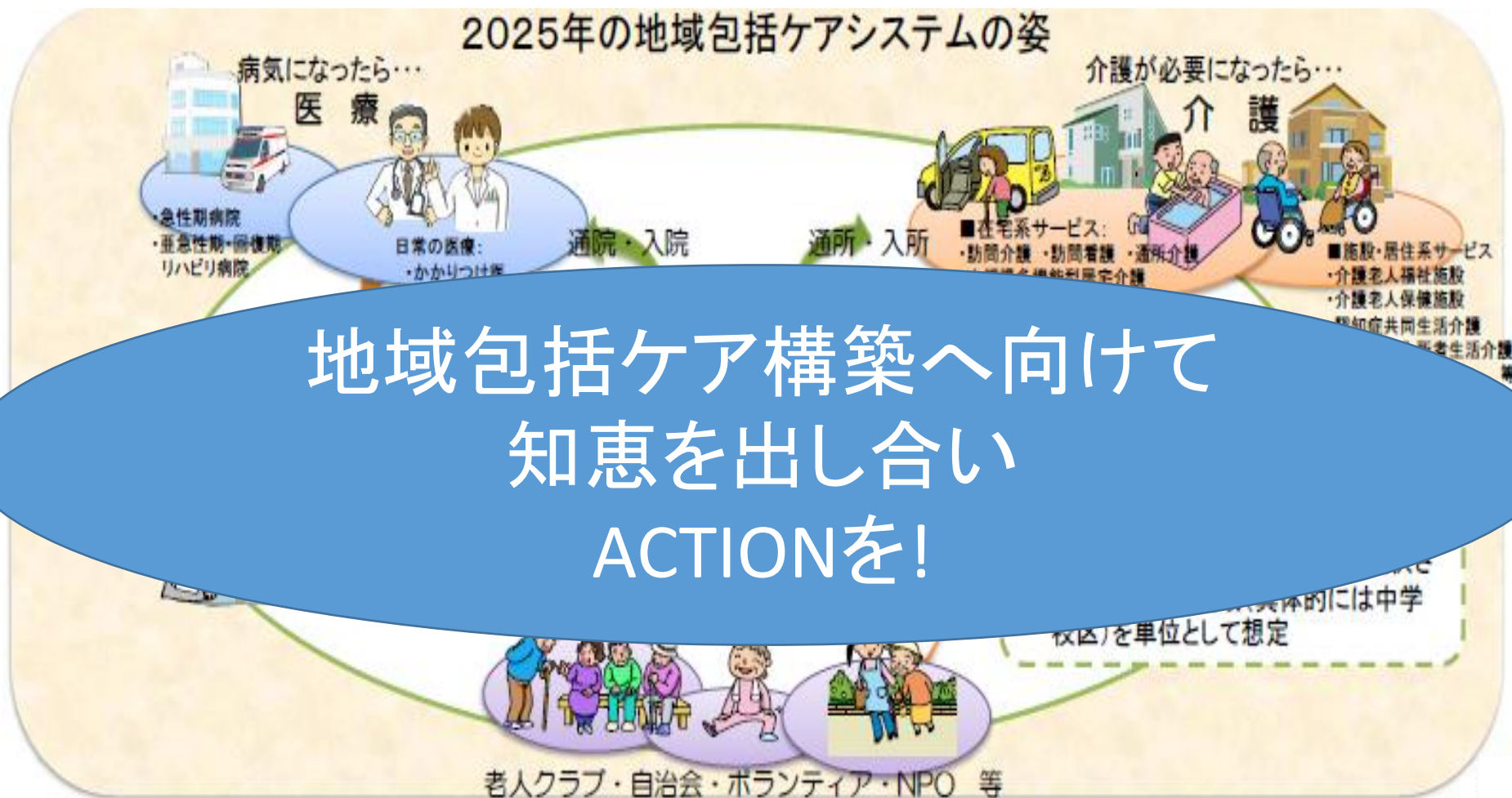
[6/21 19:00 中京テレビ]

2025年の地域包括ケア構築に向けて・・



地域包括ケアをより上げるには、行政・市民・多職種団体・介護事業所・介護施設・診療所・病院など、すべての関係者が方向性を共有し、協力していくことが大事！

2025年の地域包括ケア構築に向けて..



地域包括ケア構築へ向けて
知恵を出し合い
ACTIONを!

地域包括ケアをより上げるには、行政・市民・多職種団体・介護事業所・介護施設・診療所・病院など、すべての関係者が方向性を共有し、協力していくことが大事!



一丸となって、お互いに助け合って
地域包括ケアシステムの充実へ向けた取り組みを
していきましょう！

地域ケア会議 * 地域支援 * 各種予防事業を！

