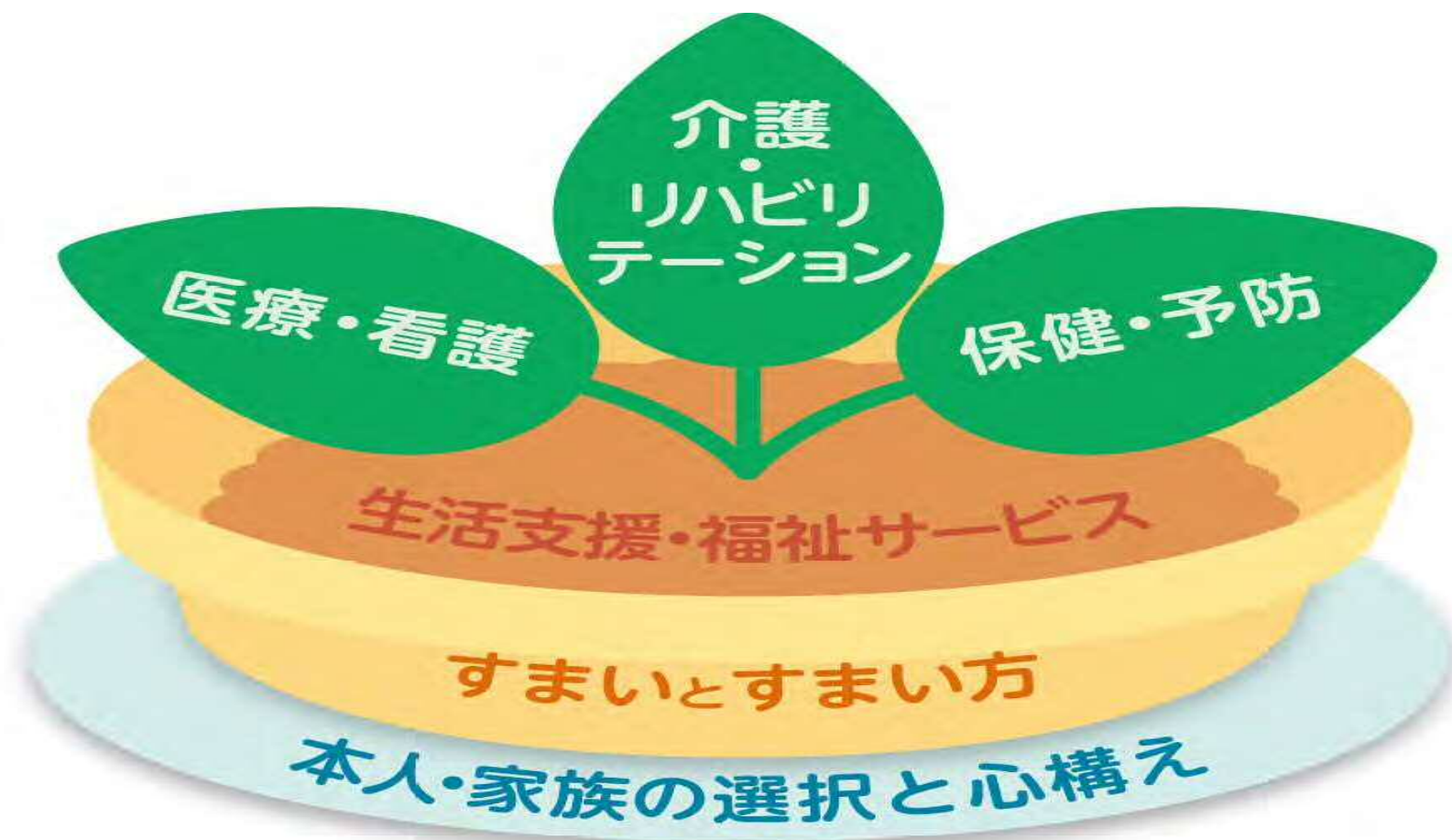


超少子高齢社会を乗り切る方法は地域包括ケア以外にない！



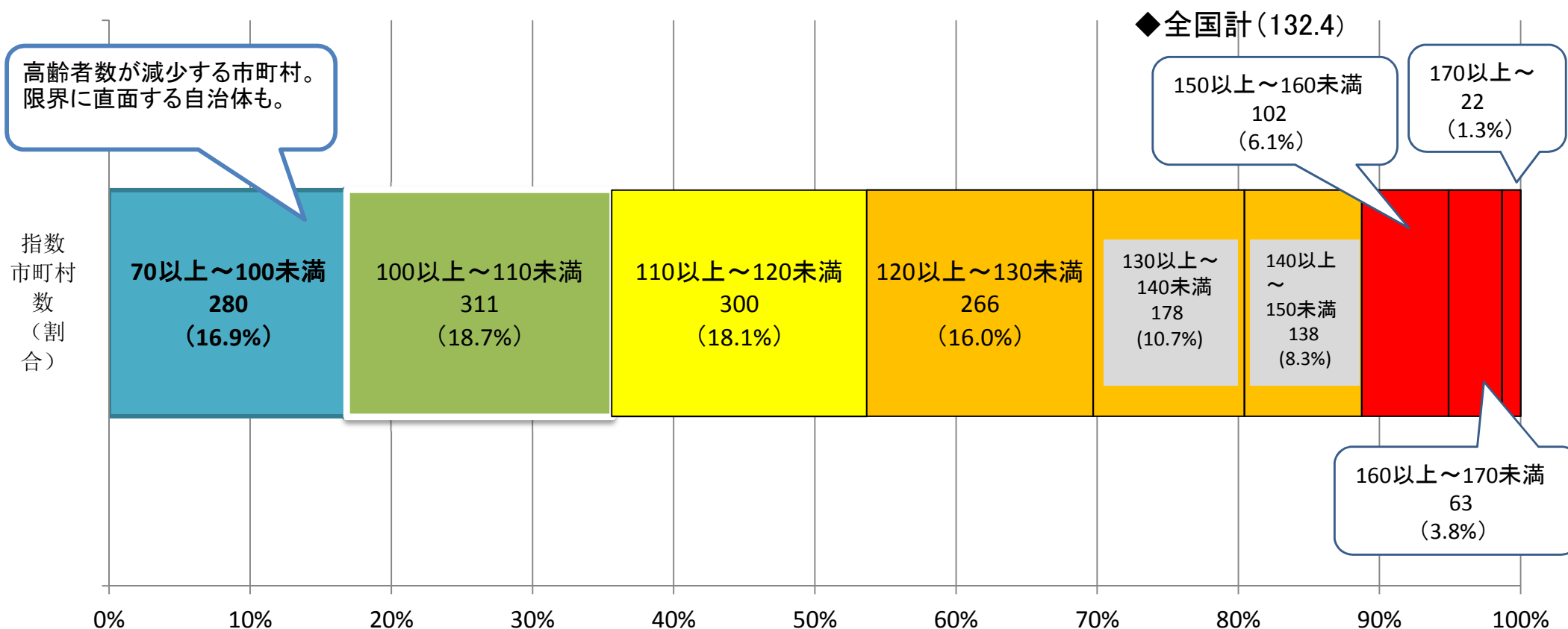
2016年3月19日 厚生労働省保険局長 唐澤剛（以下は私見です）

昭和31年長野県堀金村生。早稲田大学政治経済学部卒業。昭和55年厚生省に入省。平成21年大臣官房審議官、24年政策統括官（社会保障担当）、平成26年現職。

75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある。

2025年は少子高齢化の入り口。本当の厳しさはそれ以降に来る。高齢化の状況は地域ごとに様々。地方は人口減少、大都市は高齢者人口爆発という困難な課題に直面する。

75歳以上人口について、平成27(2015)年を100としたときの平成37(2025)年の指数



注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

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25(2013)年3月推計)」より作成

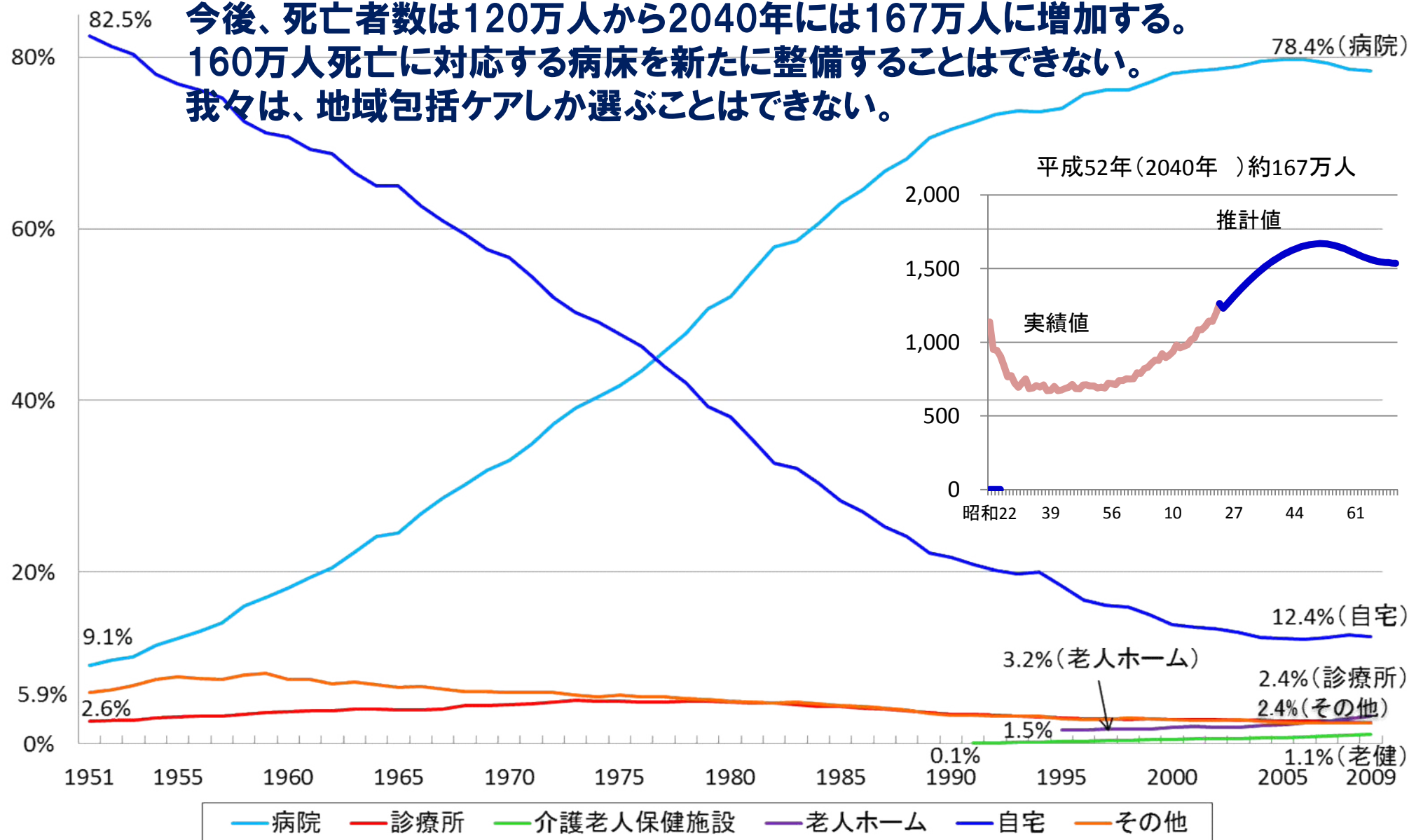
亡くなる場所の推移 -地域包括ケアしか選ぶことはできない-

死亡者数の約8割が病院である。

今後、死亡者数は120万人から2040年には167万人に増加する。

160万人死亡に対応する病床を新たに整備することはできない。

我々は、地域包括ケアしか選ぶことはできない。



※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典)厚生労働省「人口動態統計」

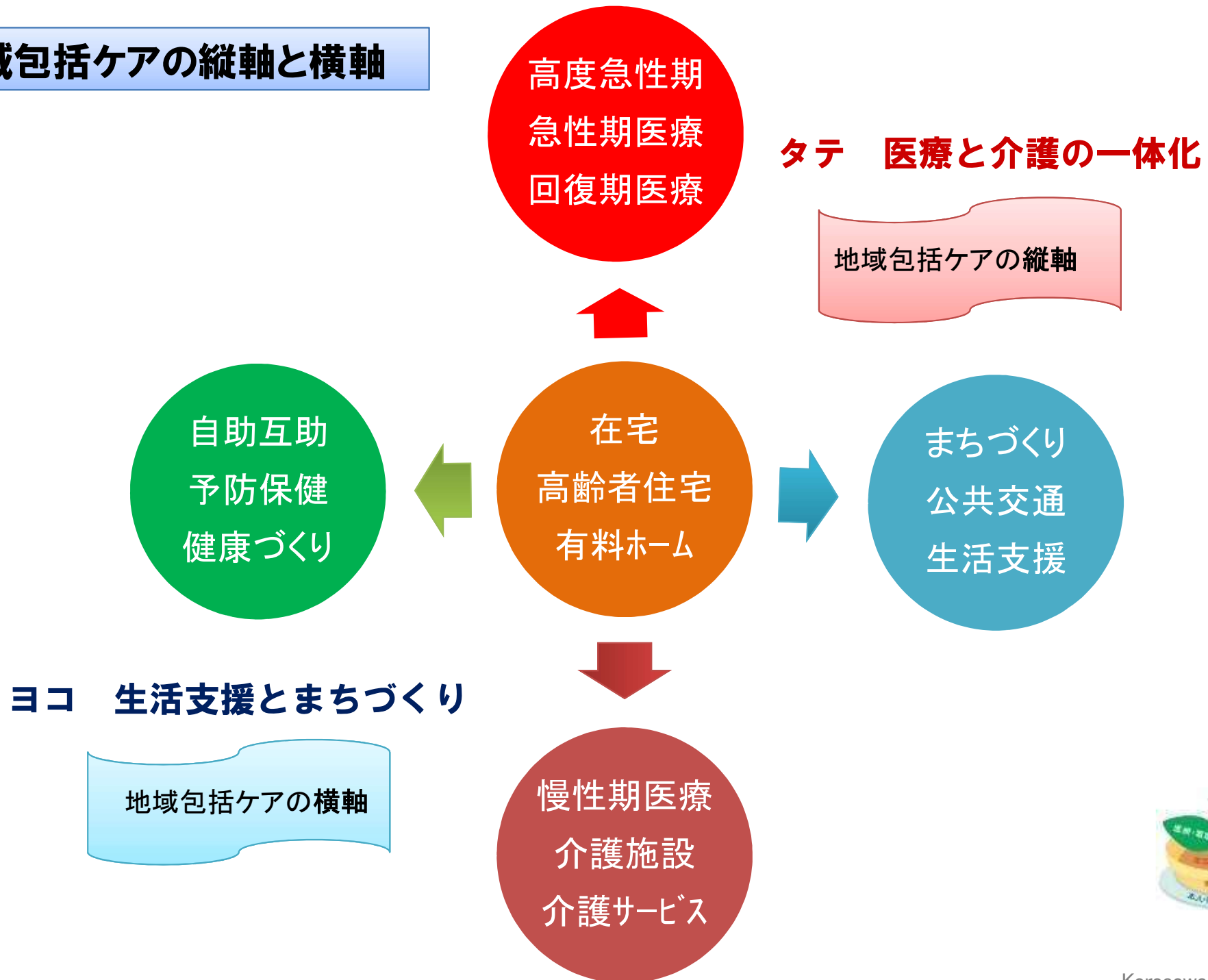
地域包括ケアシステムとは

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、自立した生活を送ることができるよう、医療介護、介護予防、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

- **住み慣れた地域**で**人生の最後**まで（＝Aging in Place）
- 生活の場である「**住まい**」を拠点
- **利用者の視点**から見て、**切れ目ない**医療・介護サービスの提供
- 連携の中核はサービス提供者間の「**顔の見える関係**」＝**多職種協働のネットワーク**
医療関係者間の連携（病診連携、医歯薬連携等）は医介連携の前提
- 病院／在宅、施設／在宅の二元論から「**循環型システム**」への意識改革
- 地域包括ケアの縦軸は「**医療と介護の連携**」、横軸は「**生活支援とまちづくり**」
- 地域包括ケアは「**ご当地システム**」を尊重（←「ゴールドプランモデル」との違い）

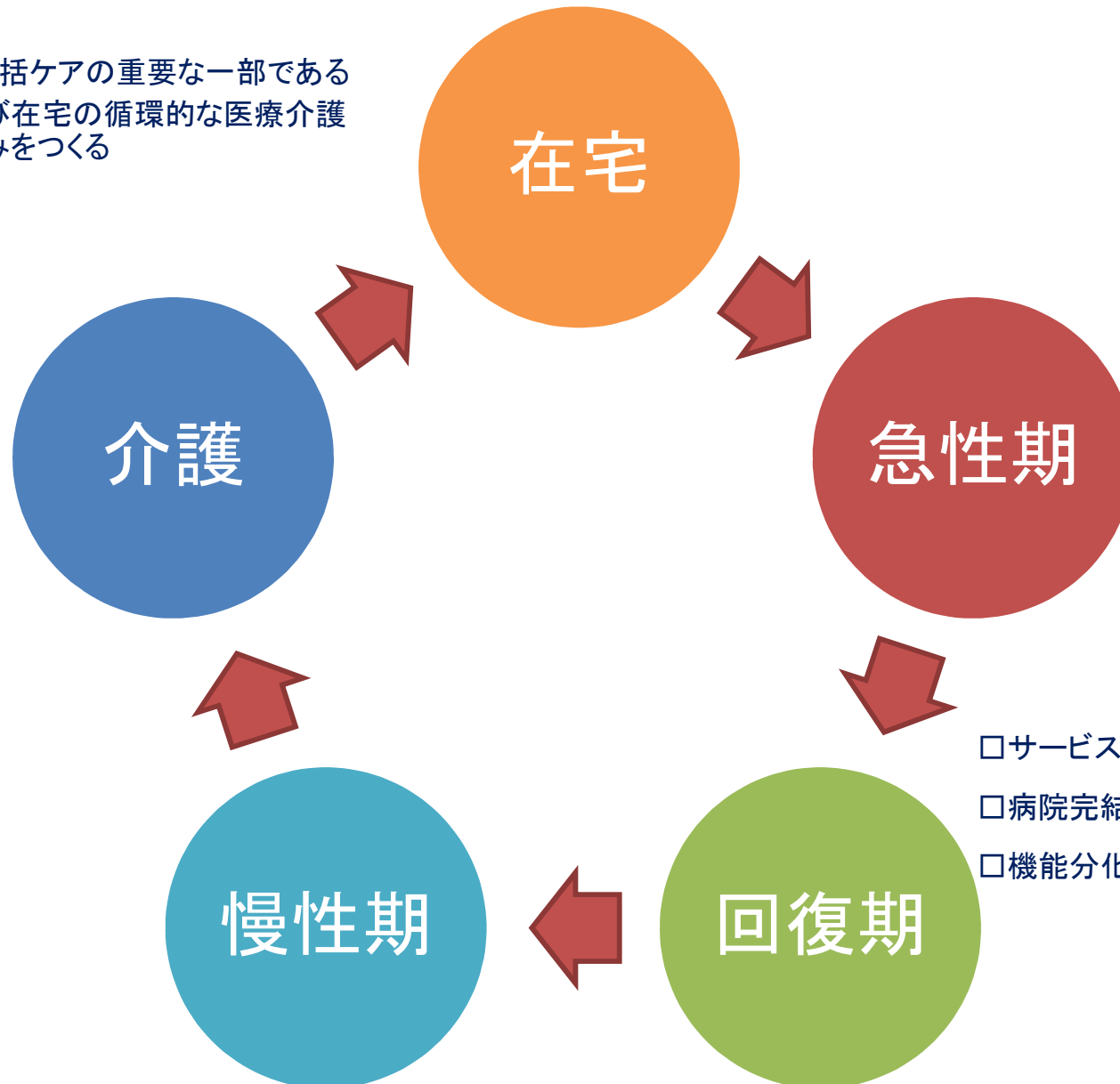


地域包括ケアの縦軸と横軸



循環する医療介護サービス提供体制

- 急性期医療は地域包括ケアの重要な一部である
- 在宅から始まり～再び在宅の循環的な医療介護サービス提供の仕組みをつくる



- サービスは地域ネットワークの中に存在する
- 病院完結型から地域完結型（連携型）
- 機能分化は必然・連携が不可欠



□ 地域包括ケアシステムは視点の根本的な転換

地域包括ケアは視点の根本的な転換

急性期を川上(上流)にして川下(下流)を見るプロフェッショナルの視点ではなく、住まいを拠点として全体を眺める生活者の視点

地域包括ケアは、概念の裾野が広い

各地域の個性的な方法で作ればよい

地域の数だけスタイルがあってよい

みんなが参加できるコンセプト

大都市と地方では状況が異なるので同じ方法では作れない
都市の政策、地方の政策をそれぞれ示していく



□ 歴史的な必然としてのケア文化の転換

介護保険創設10数年を経過して到達した視点

「歴史的な必然としてのケア文化の転換」(猪飼周平一橋大学教授)



地域包括ケアシステムとは(縦軸)

1

地域における

2

総合的な

3

チーム医療介護



顔の見える関係とは？

地域まるごとけあ



三方よし研究会

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

退院支援に関する評価の充実

- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

(改) 退院支援加算2

イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内に</u> 退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内に</u> 患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内に</u> カンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名（看護師又は社会福祉士）	専従1名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等(20か所以上)の職員と 定期的な面会を実施(3回/年以上)</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	—



「あらゆる政策」の柱に 「地域包括ケアの推進」を置く！

□地域医療介護ビジョン

医療機関の機能分化と連携、医療介護連携など

□医療保険政策

①国民皆保険の堅持 ②地域包括ケアの構築

□診療報酬改定・介護報酬改定

地域包括ケア構築は重点事項

□まちづくりや住宅政策

コンパクトシティ、地方創成など

□ICTの活用

ネットワークの構築、遠隔医療、在宅医療介護

□人材の養成確保

処遇改善、キャリアパス、職場環境改善、ロボット活用など

1億総活躍も！

キーワード



地域（つながり絆）

物語（寄り添う）

生活者視点

地域包括ケアの縦軸横軸

循環的なサービスの仕組み

総合的なチーム医療介護

顔の見える関係

懐の深いお医者さん

あらゆる政策の柱に地域

包括ケアの推進を

超少子高齢社会を乗り切る方法は地域包括ケア以外にない！



ご静聴ありがとうございました