

そろそろ介護保険かな？
かかりつけ医の気づきが患者さんを救う
～上手な介護保険へのつながりかた

ハートフルハウス居宅介護支援事業所
主任介護支援専門員 加藤圭子

2015・7・4 東名古屋医師会在宅医療サポートセンター事業

超高齢社会の到来～2025年問題

日本は現在、世界一の長寿国となった

平均寿命 女性86歳 男性80歳

少子高齢化問題

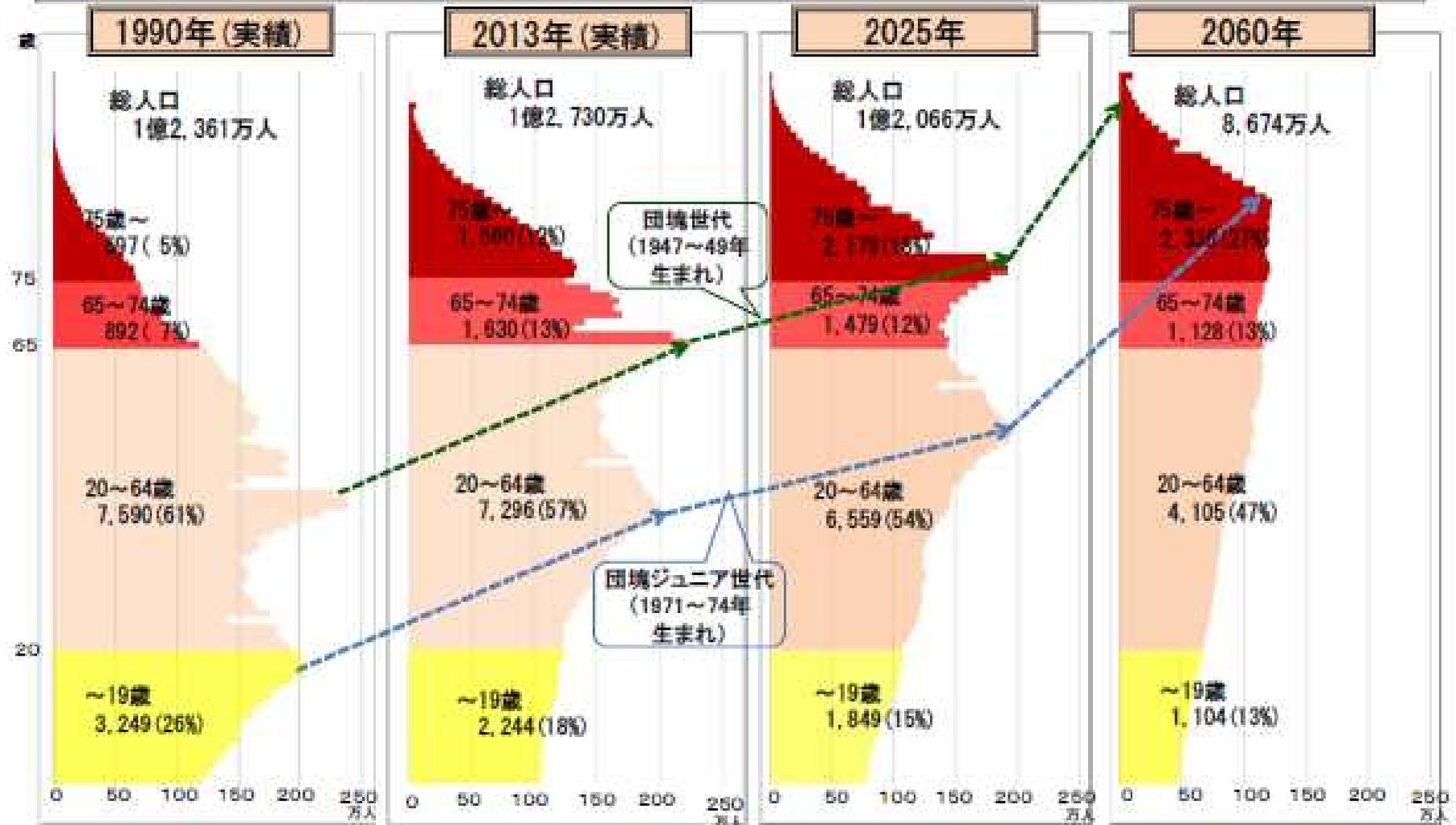
合計特殊出生率 2014年 1.42(9年ぶりに低下)

2014年に生まれた人100万3532人

2014年に亡くなった人127万3020人(戦後最多)

日本の人口ピラミッドの変化

- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
- 2060年には、人口は8,674万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約40%となる。



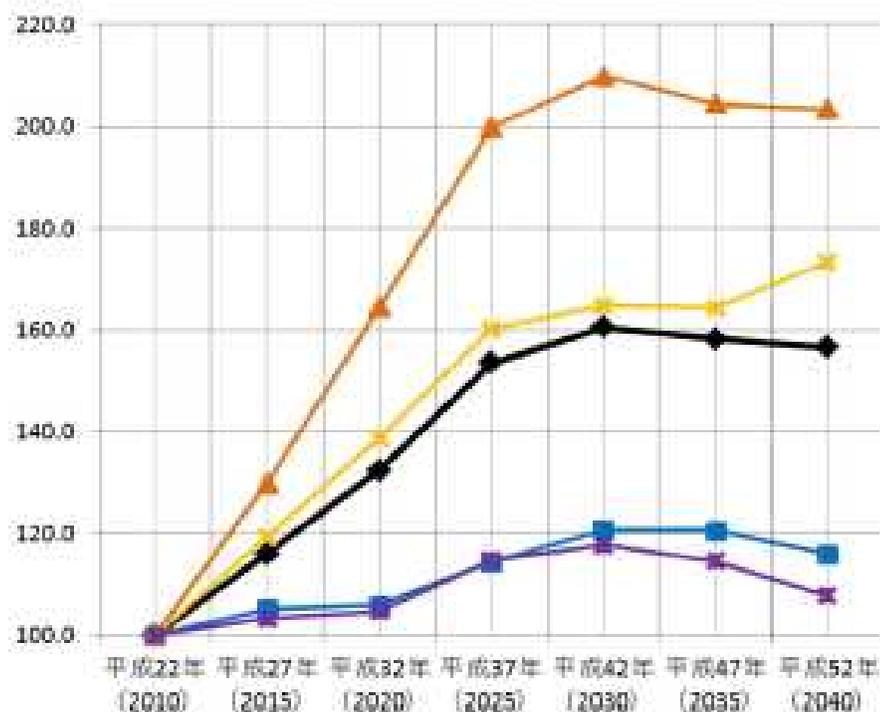
(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

厚生労働省HP「社会保障制度改革の全体像」より

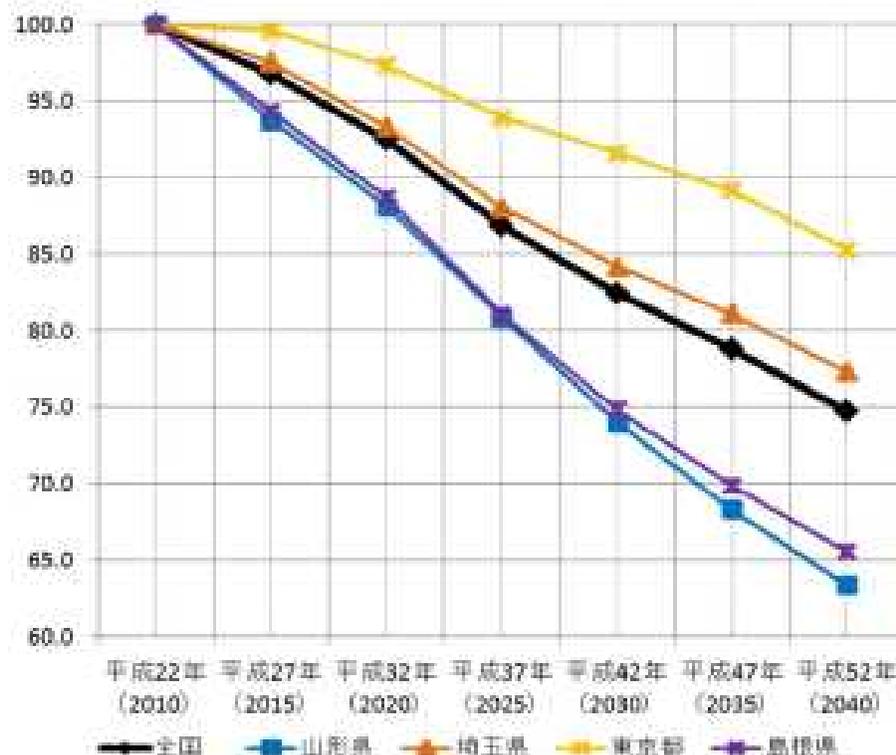
地域ごとの高齢化の特徴

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やか。
- 今後10年間で75歳以上人口は都市部においては急速に増加するが、地方ではそれほど増加しない。
- 75歳未満人口は特に地方において急速に減少する。

75歳以上人口の将来推計(平成22年の人口を100としたときの指数)



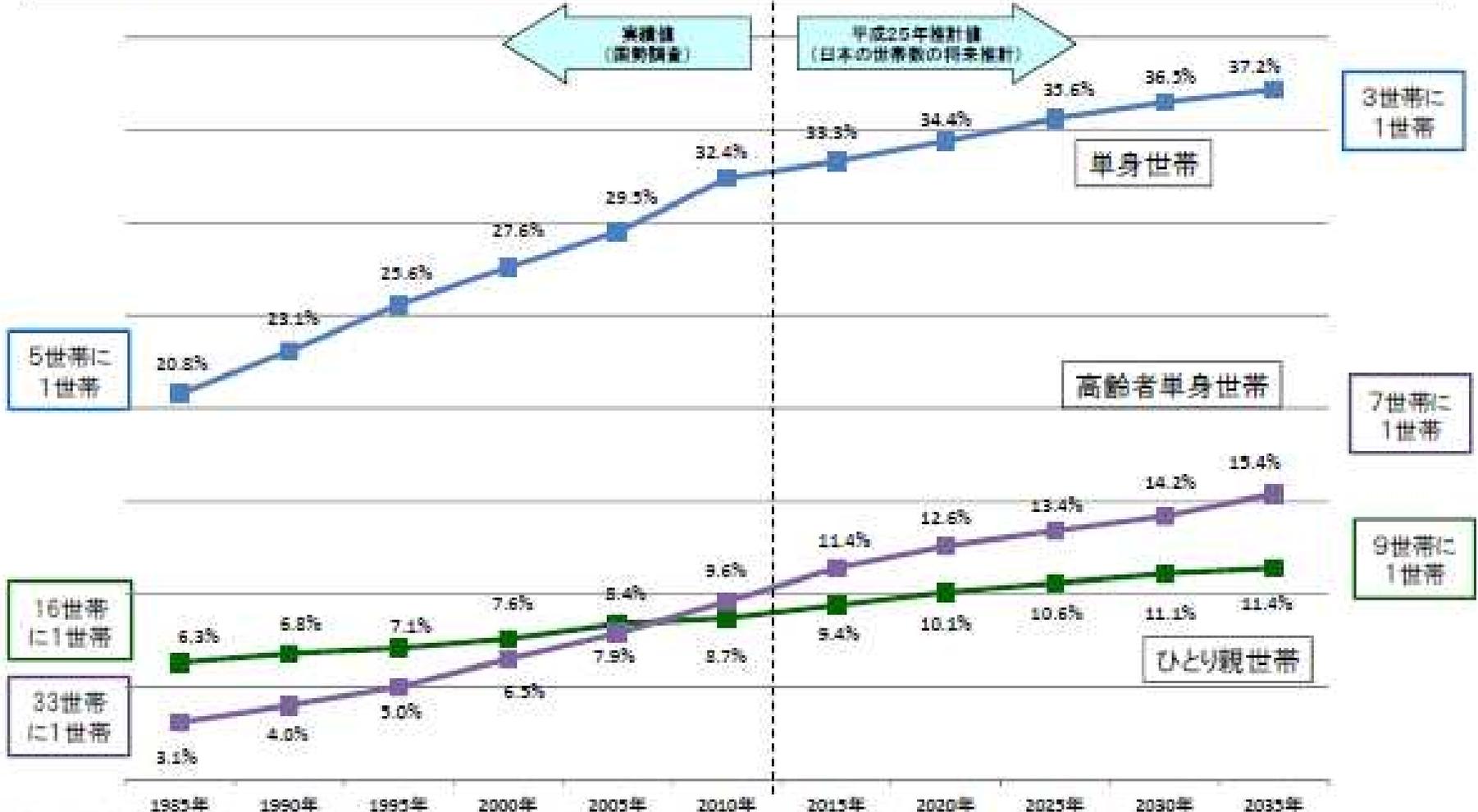
75歳未満人口の将来推計(平成22年の人口を100としたときの指数)



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

世帯構成の推移と見通し

○単身世帯、高齢者単身世帯、ひとり親世帯ともに、今後とも増加が予想されている。
単身世帯は、2035年で約4割に達する見込み。(全世帯数約5,184万世帯(2010年))



(出典) 総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(2013年1月推計)」
(注)世帯主が85歳以上の場合を、高齢者世帯とする。

- すべての世代が安心感と納得感の得られる、「全世代型」の社会保障制度に転換を図る。そして、社会保障制度を将来の世代にしっかり伝える。

超高齢社会へ

家族・地域の支え合い機能の低下

雇用の不安定化

社会経済情勢の変容

社会保障の機能の充実と、
財源確保及び給付の重点
化・効率化による安定化

持続可能な
社会保障の構築



子ども・子育て支援策の充
実等、若い人々の希望につ
ながる投資を積極的実施

若い人々も納得して
社会保障制度に積極的参加



年齢ではなく、負担能力に
応じて負担し、支え合う

すべての世代が相互に支え
合い、必要な財源を確保



子ども・子育て

- すべての子どもの成長を暖かく見守り、支えることのできる社会へ
- 子どもたちへの支援は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとし、日本社会の未来につながる。社会保障制度改革の基本。未来への投資。
- 女性の活躍は成長戦略の中核。新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪に。



医療・介護

- 「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ
- 受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化
- 地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク（地域包括ケアシステム）の構築
- 国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要



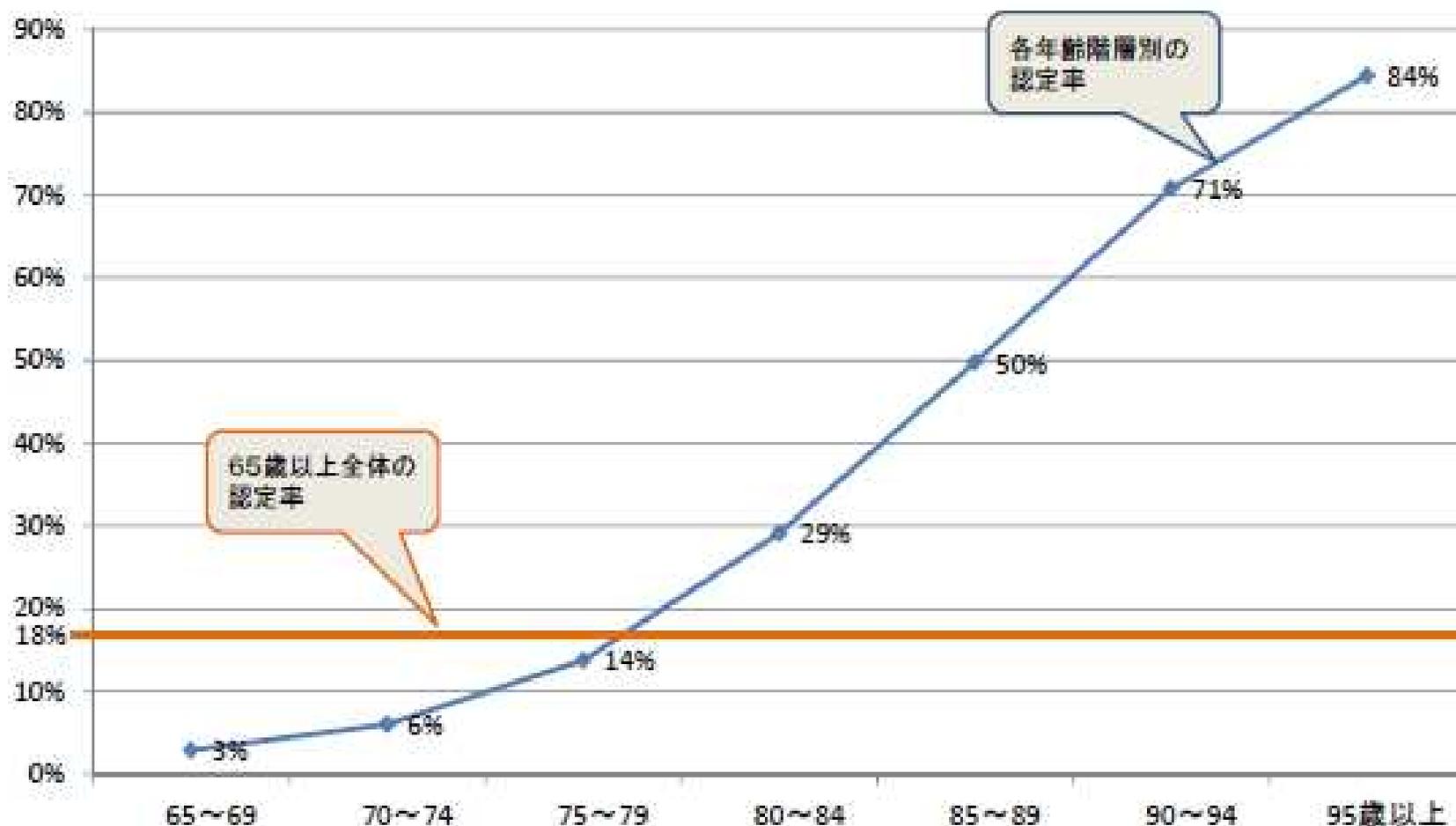
公的年金制度

- 2004年改革により対GDP比での年金給付は一定水準。現行の制度は破綻していない
- 社会経済状況の変化に応じた形のセーフティネット機能を強化
- 長期的な持続可能性をより強固なものに



- 介護保険の第1号被保険者のうち、75歳未満者の要介護認定率は低い。
- その後、特に80歳以降で、年齢を増すごとに要介護認定率が急激に上昇する。

年齢階層別の要介護(要支援)認定率

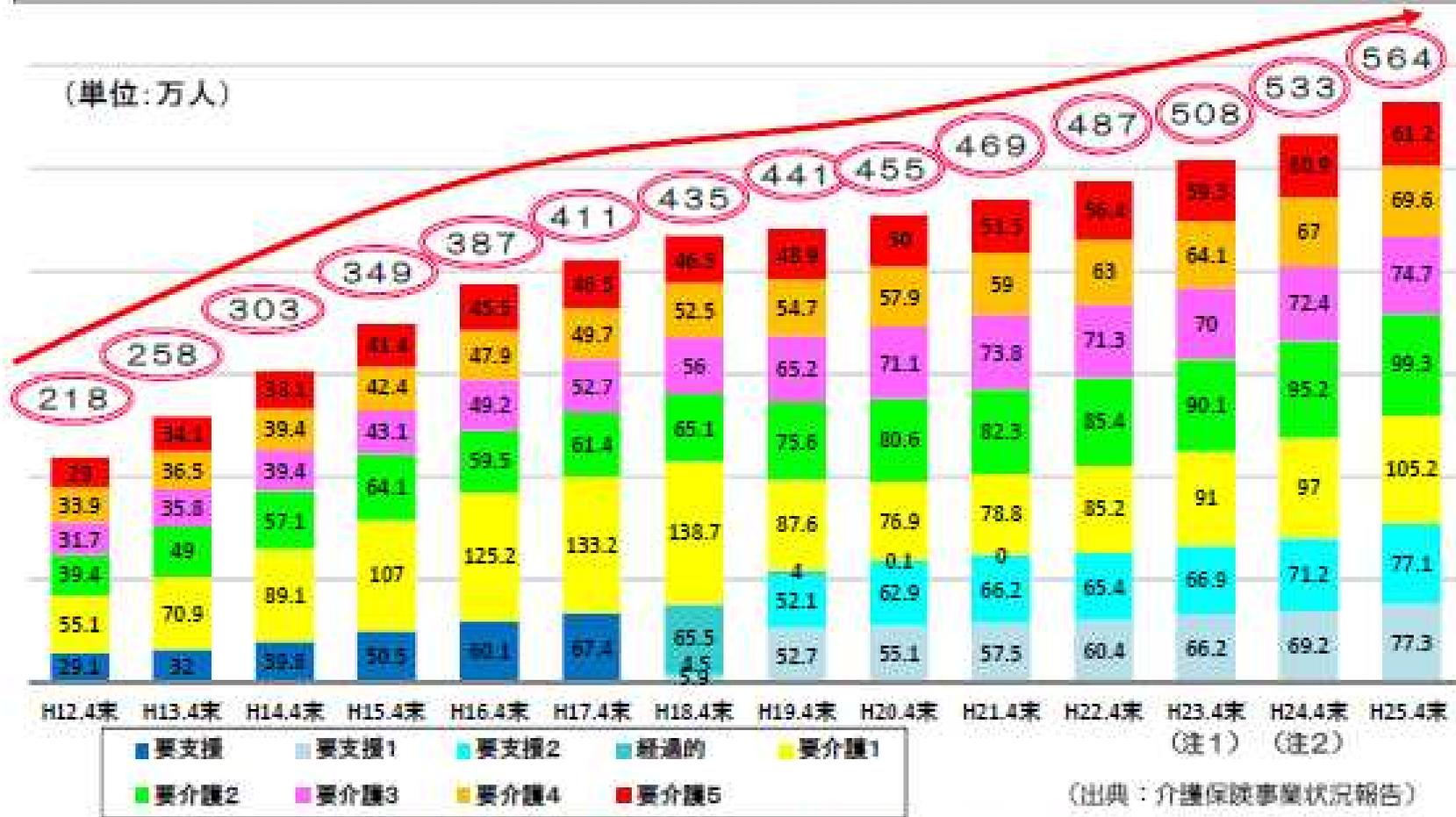


出典：社会保障人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査(平成24年11月審査分) 22

必要な時に、必要な医療・介護サービスを受けられる社会へ



○要介護(要支援)の認定者数は、平成25年4月現在564万人で、この13年間で約2.59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。



(出典：介護保険事業状況報告)

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

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

<現在の姿>



<高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
- ・平均在院日数の短縮
- ・長期入院患者の評価の適正化
- ・重症度・看護必要度の見直し
- ・入院早期からのリハビリの推進 等

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
- ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

<外来医療>

- 外来の機能分化の推進
- ・主治医機能の評価 等

<在宅医療>

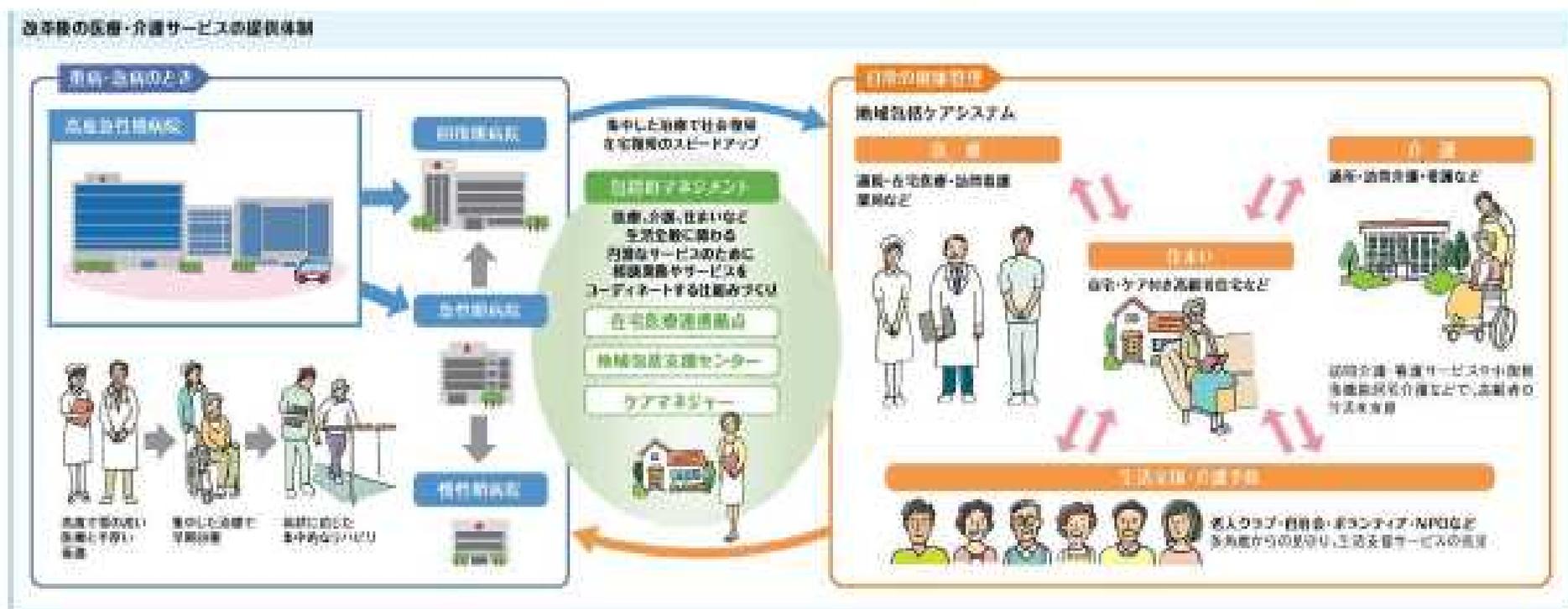
- 質の高い在宅医療の提供の推進
- ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

<2025年(平成37年)の姿>



②地域包括ケアシステム構築の推進(平成27年度から本格実施) ～ 住み慣れた地域で、安心して暮らし続けられるように 医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供します ～

- 認知症施策や医療、介護連携を推進
- 介護サービスの効率化および重点化をはかりつつ、必要な介護サービスを確保



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・生活支援が一体的に提供される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。



支え合いによる地域包括ケアシステムの構築について

- 地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。
- 自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。
- とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。

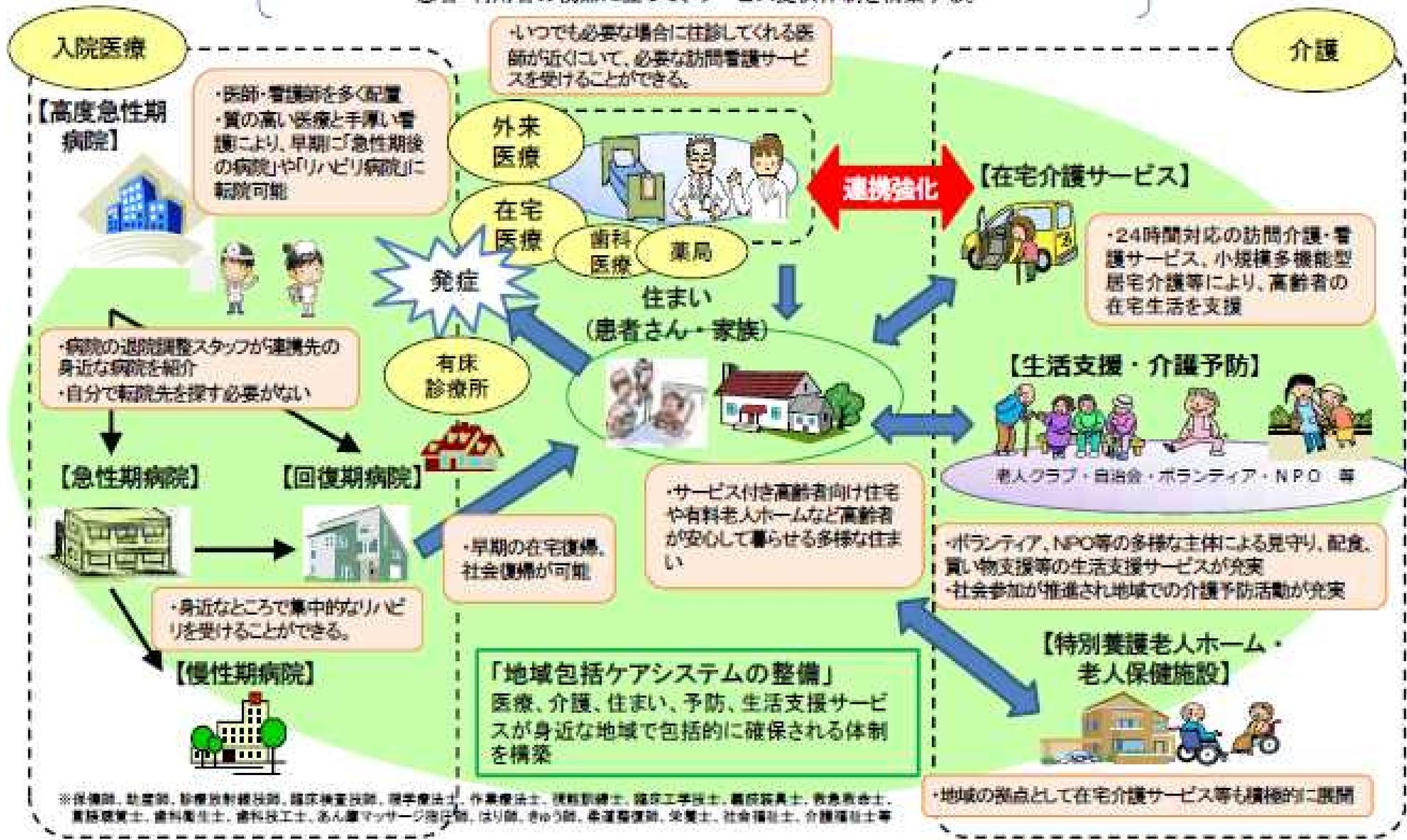


- 自助**：
 - ・介護保険・医療保険の自己負担部分
 - ・市場サービスの購入
 - ・自身や家族による対応
- 互助**：
 - ・費用負担が制度的に保障されていないボランティアなどの支援、地域住民の取組み
- 共助**：
 - ・介護保険・医療保険制度による給付
- 公助**：
 - ・介護保険・医療保険の公費（税金）部分
 - ・自治体等が提供するサービス

地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」(平成25年3月)より

医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職(※)の積極的な関与のもと、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築する。



「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ

地域の様々な医療・介護・福祉の機関が、お互いの役割、業務を理解し、隙間のない連携をしなければ実現できない(横⇔横の連携)

そろそろ介護保険かな？

- 最近、診察券や保険証をなくしてばかりいるAさん
- 自分で車を運転して通院していたBさんが、薬が切れても来院しない
- Cさん、2日前に診察に来たのに、また薬をもらいにきた

- 最近奥さんを亡くして一人暮らしになったDさん、気力が落ちている様子で、食事をちゃんと3食食べていないようだ。
- いつもきちんとした身なりをしていたFさんが、最近ちぐはぐな格好をしている。

ご家族を呼んで話をしてみよう。困っていたら、どこへつなげばいい？

みんなで支えあう制度です

介護保険制度は、40歳以上の人が入会者となって介護保険料を納め、介護や支援が必要になったときには費用の一部を支払ってサービスを利用できるしくみです。市区町村が保険者となって運営しています。



介護保険に加入する人

40歳以上の方は、介護保険の加入者（被保険者）です。年齢によって2種類に分かれ、サービスを利用できる条件も異なります。

65歳以上の方は第1号被保険者

サービスを利用できるのは
介護や支援が必要であると認定された人

どんな病気やけががもとで介護が必要になったかは問われません。

40～64歳の方は第2号被保険者

サービスを利用できるのは
特定疾病（老化が原因とされる病気）により介護や支援が必要であると認定された人

特定疾病以外、例えば交通事故などが原因で介護が必要となった場合は、介護保険の対象になりません。

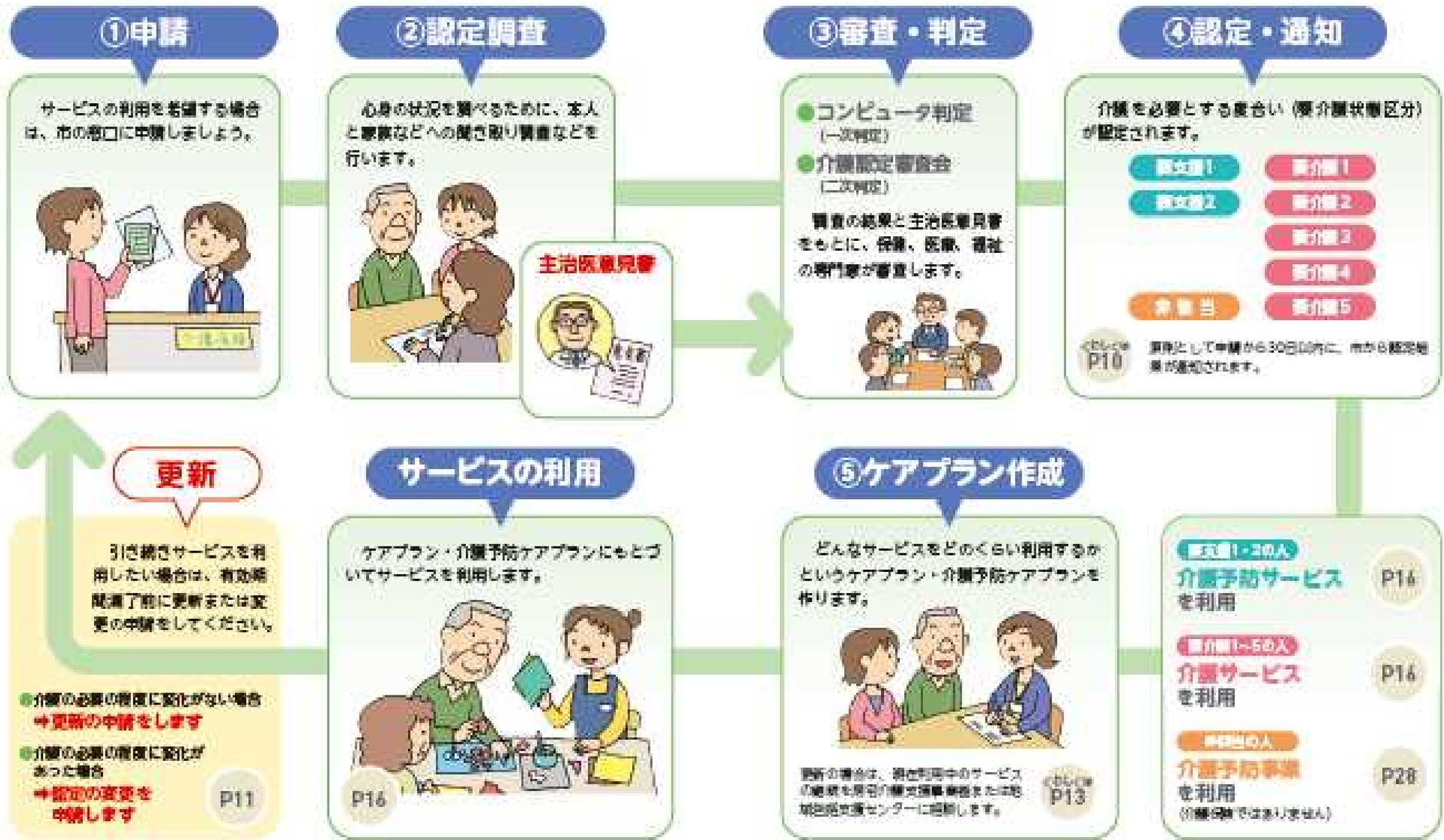
特定疾病 高齢との関係がある疾病、要介護状態になるおそれが高い疾病で、16疾病が認定されています。

<ul style="list-style-type: none"> ●がん末期 ●認知症 ●脳卒中 ●脳神経性骨関節化症 ●後縦靭帯骨化症 ●骨質を伴った骨粗しょう症 ●初老期における認知症 	<ul style="list-style-type: none"> ●進行性筋上性麻痺、大脳皮質萎縮症 ●慢性性及びパーキンソン病 ●時間小脳変性症 ●脊柱管狭窄症 ●中老症 ●多系統萎縮症 ●慢性炎症性中枢神経障害、慢性炎症性腎臓病及び糖尿病性腎臓病 	<ul style="list-style-type: none"> ●脳力覚減退 ●閉塞性気管支炎 ●慢性閉塞性肺疾患 ●内臓の閉塞部又は狭窄部に著しい変形を伴う変形性関節症
---	--	--

豊明市「あったかいね介護保険」より

サービスを利用するまでの手順

サービスを利用するためには、市に申請して「介護や支援が必要である」と認定される必要があります。サービスを利用するまでの手順は、以下のとおりです。



どんな介護や支援が必要か確認しましょう サービスを利用するまでの手順

介護サービス・介護予防サービスともに、個人の心身の状態に合わせたケアプラン・介護予防ケアプランを作り、それにもとづいてサービスを利用します。

ケアプラン、介護予防ケアプランの相談・作成は全額を介護保険が負担しますので、利用者負担はありません。

居宅介護支援事業者とは

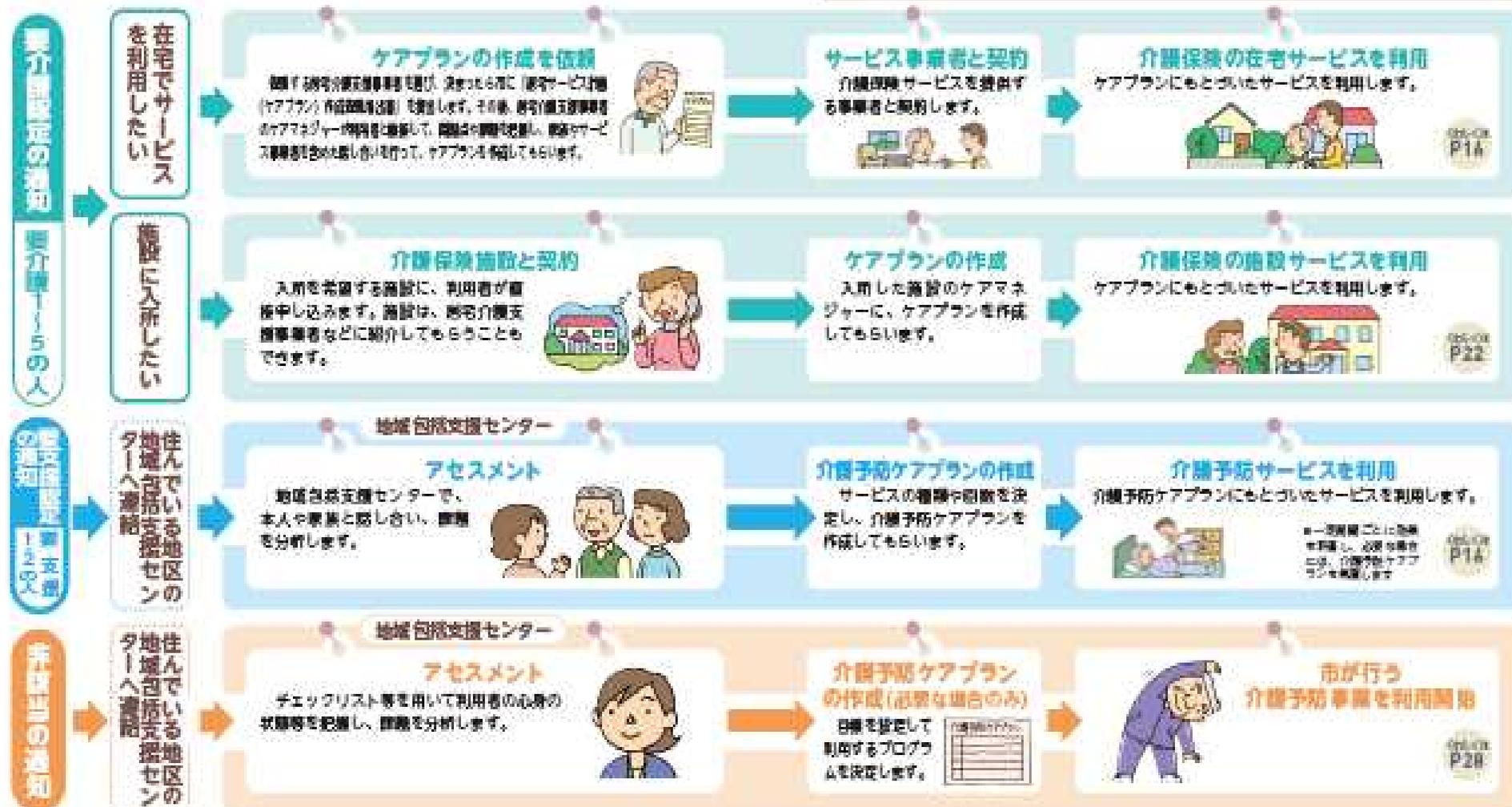
都道府県などの指定を受け、ケアマネジャーを配置している事業者です。要介護認定申請の代行やケアプランの作成を依頼するときの窓口となり、サービス提供機関と連絡・調整をします。



ケアマネジャー（介護支援専門員）とは

介護の知識を幅広く持った専門家で、介護保険サービスの利用にあたり次のような役割を担っています。

- ①利用者の状態や希望の程度に応じアドバイスします。
- ②サービス事業者との連絡や調整をします。
- ③利用者の希望に沿ったケアプランを作成します。
- ④施設入所を希望する人に適切な施設を紹介します。



要支援か要介護かわからない人は誰が、
プランをたてる？

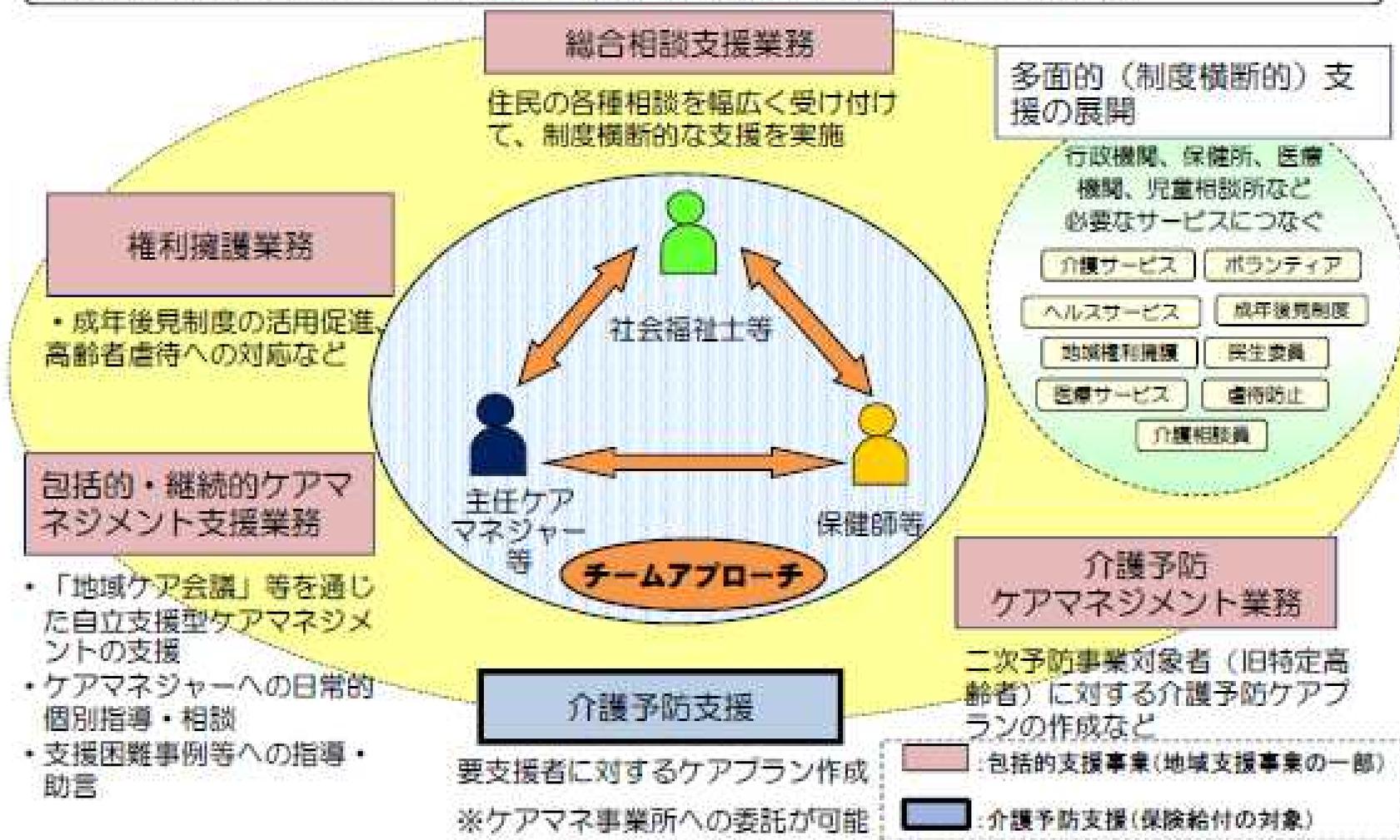
まずは、地域包括支援センターが介護度が決定するまでの暫定ケアプランをたてて、サービス調整をする。

支援の中で、明らかに介護1以上になりそうだとわかったら、居宅介護支援事業所に引き継ぐ。

地域包括支援センターの業務

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、3職種チームアプローチにより、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、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である。（介護保険法第115条の46第1項）

主な業務は、介護予防支援及び包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）で、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施する。

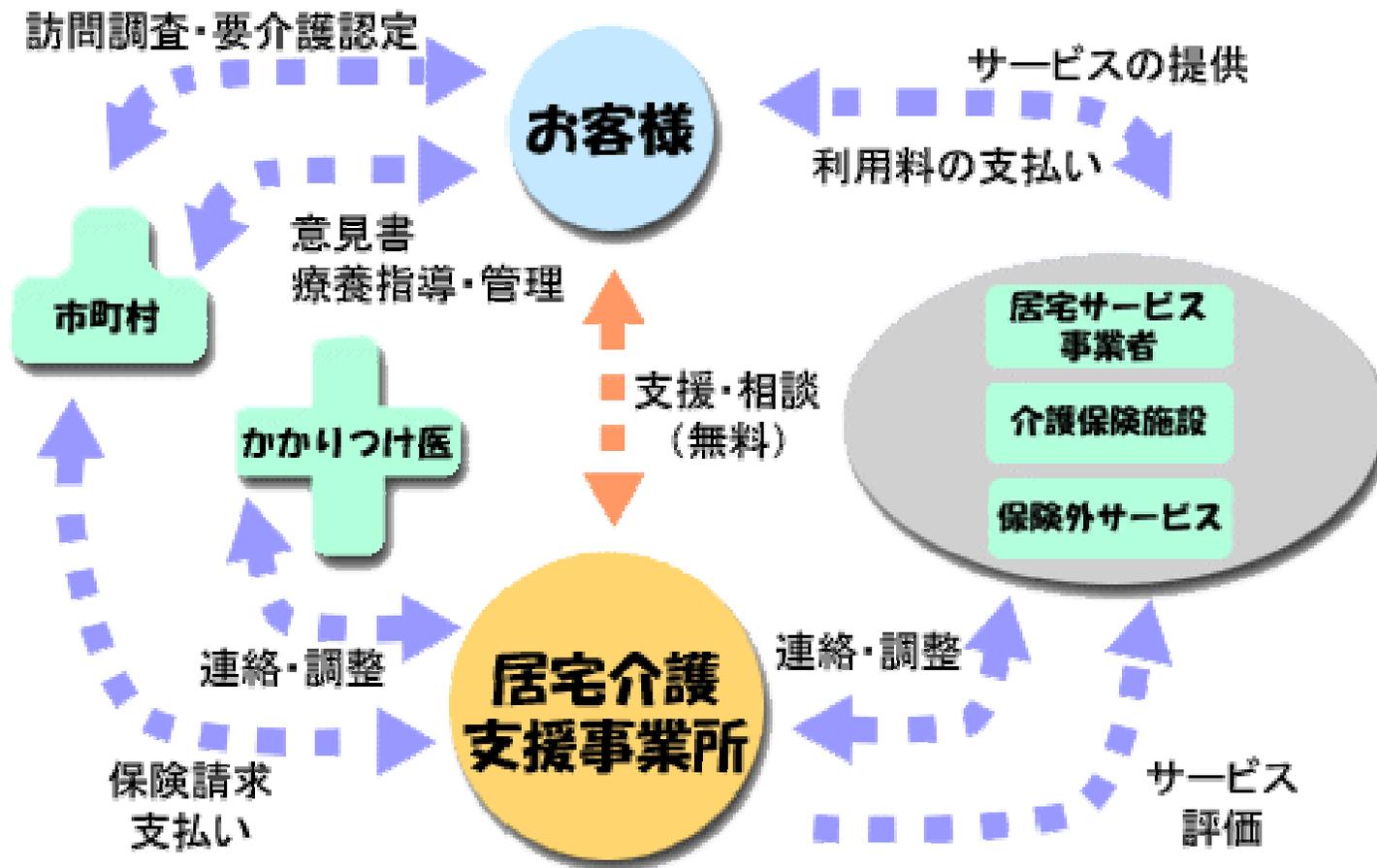


居宅介護支援事業所とは？

介護保険を利用する、介護の必要な方やご家族の要望を尊重し、心身の状態や家庭の状況に考慮して、適切なサービスが利用できるように支援する事業所。

都道府県の指定を受けた居宅介護支援事業所では、介護支援専門の資格を持つケアマネジャーが、利用者とサービス事業者のパイプ役となり、連絡・調整や介護に関するさまざまな相談に応じている。また、継続的なサービスの評価、苦情の受け付けなども行う。これらの相談や、介護サービスの計画作成等には費用のご負担はない。

ケアマネジャー(介護支援専門員)の業務



地域包括支援センターと居宅介護支援事業所

- 要支援のケアプランを地域包括支援センターは居宅介護支援事業所に委託が可能
- 長久手市の場合、市内を2カ所の地域包括支援センターが担当している
- 委託の割合は、24.5%

ケアマネジャーとの連携

- 医療系サービスをケアプランに位置づけるときは、主治医の意見を求めることになっている。
- 医療系サービスがなくても、たとえば入浴介助をする際に、血圧測定をして通常より高い場合、低い場合、どうしたらいいかあらかじめ主治医の指示をもらいたい利用者様がいる。
- 主治医意見書の内容も参考にしている

ケアマネジャーとの連携の方法

顔を見て打ち合わせができることが一番望ましい。

新規、更新、区分変更の際は必ずサービス担当者会議を開催することとなっており、主治医の意見をいただくことになっているので、主治医が参加してもらえることが理想。

でもすべての利用者様の「サービス担当者会議」に主治医が参加することは不可能。

ケアマネジャーとの連携の方法

- そこで、文書により照会をすることがほとんどとなっている。
- 長久手市の場合は、愛ながくて夢ネットが運用されている。電子連絡帳を使っての情報のやり取りが可能となった。

介護保険でできることの例

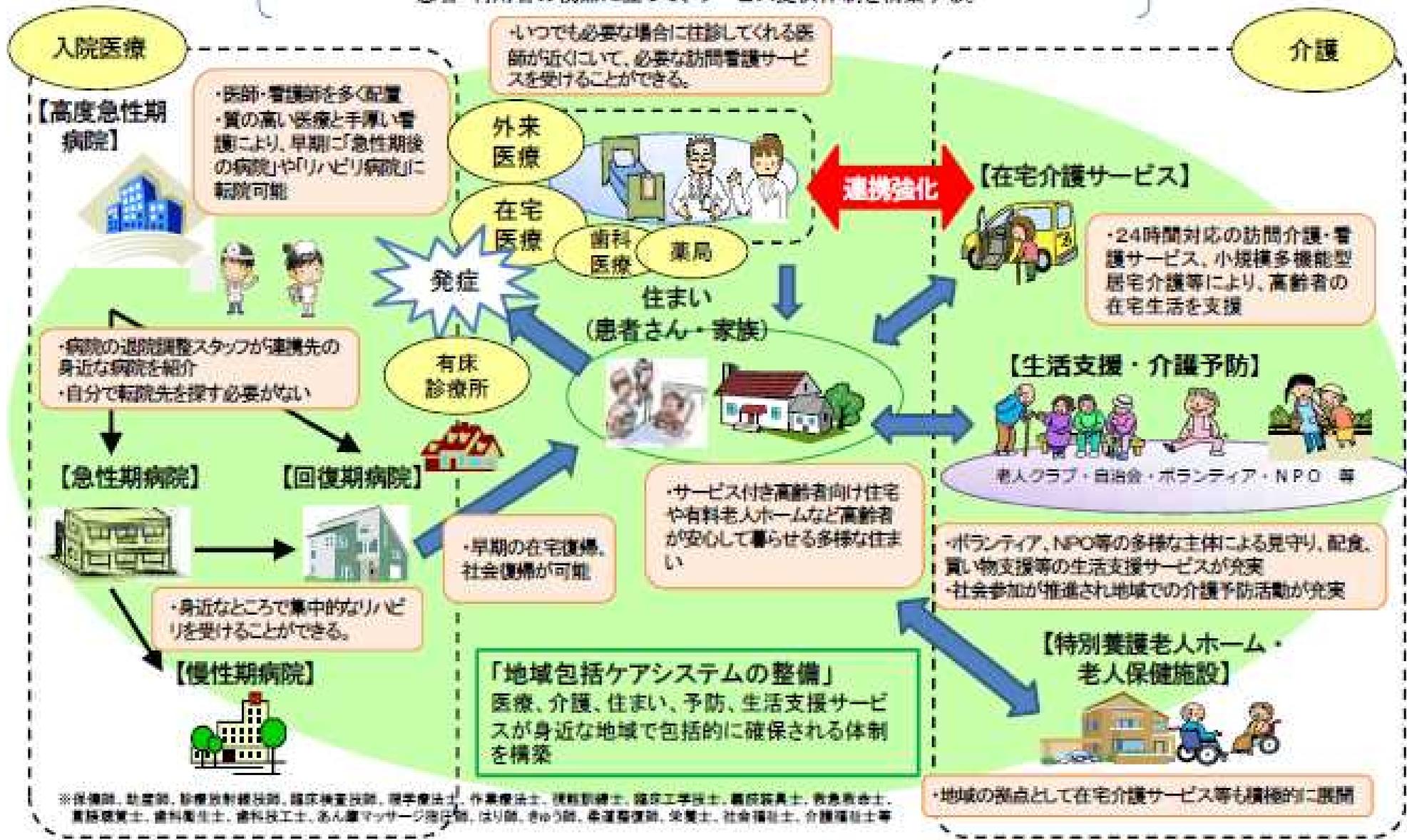
- 自力で通院困難となったAさんに介護保険申請をすすめて、車いすのままでも通院できる介護タクシー（訪問介護の1つ、通院等乗降介助を算定）が利用できるようになり、定期的に受診できるようになった。（要介護1以上）
- Aさんに認知機能の低下がみられ、ご家族と一緒に診察に来てほしいが、仕事でどうしても付き添いが困難→

- ヘルパーが受診に付き添い、院内での介助、会計、薬の受け取り、ご家族とのメッセージングをして、健康管理を支援
- いよいよAさんが、状態悪化して車いすでの通院も難しくなった。→在宅診療への切り替え時期

訪問看護、訪問介護、訪問入浴、福祉用具貸与などを順次導入、主治医、薬剤師の居宅療養管理指導のもと、チームケアをしていく。

医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職(※)の積極的な関与のもと、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築する。



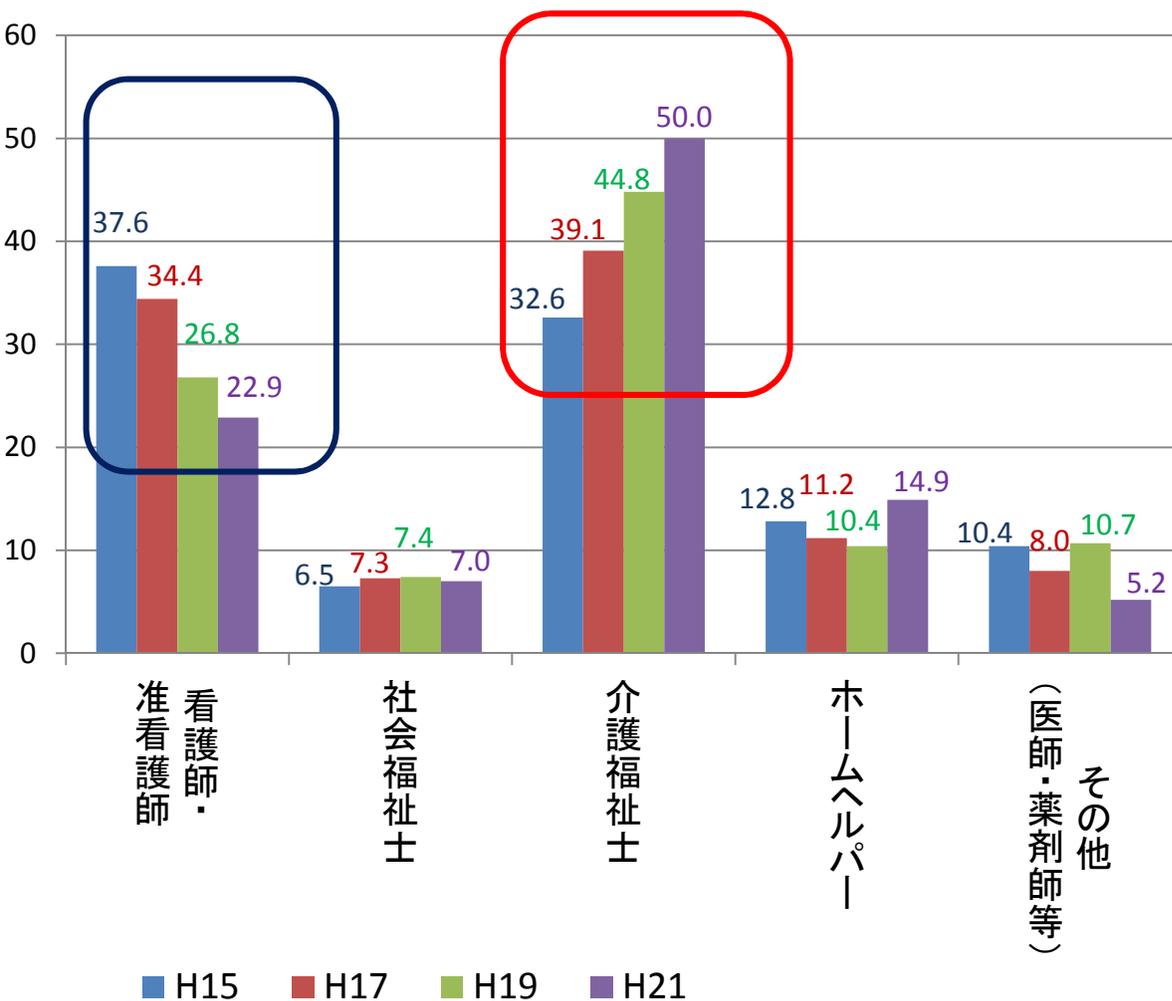
本人、家族の望み中心のチームケアの実現

- チームの中で、常に「目標共有」し、あるべき方向が見えるようにする。
- ケアマネジャーが方向を決めるのではない。
ケアマネジャーの仕事は「マネジメント」
専門職の見解を聞きながら、みんなで合意形成をして
プランを立てて、本人のためにケアをしてもらう

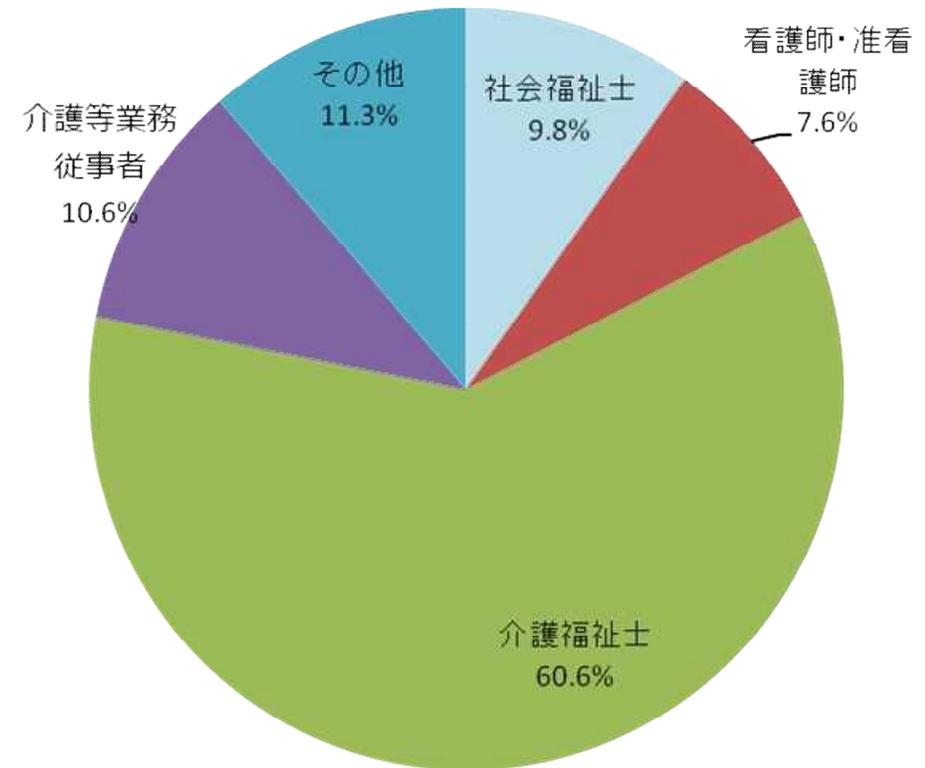
ケアマネジャーの保有資格

- ケアマネジャーの保有資格については、看護師等の医療系資格の保有者が減少し、介護福祉士等の福祉系資格保有者の比率が高まっている。
- 直近の試験での合格者の多くは、介護福祉士等の福祉系資格保有者であり、看護師等の医療系資格保有者は少ない。

(%) ケアマネ事業所で従事しているケアマネジャーの保有資格



平成23年度介護支援専門員実務研修受講試験の合格者の保有資格



注：同一の者が複数の資格を保有している場合、それぞれの資格ごとに1人とカウントしている。

先生方をお願い

- ケアマネジャーは「医療」に弱い。。
- 主治医意見書、サービス担当者会議、日々の連携の中で、健康管理のポイントを丁寧にケアマネジャーに伝えてほしい。
- 「自立支援」のためには、根底に適切な健康管理がなくてはならない
- よりよい連携のために、温かい目で教えて育ててください