

# 日本慢性期医療協会

## 定例記者会見

日時：令和5年7月20日16:30～

場所：Web会議システム「Zoom」



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

寝たきり防止へ向けた慢性期医療の課題は、担い手の「質」「量」「意識（やる気）」の改善。

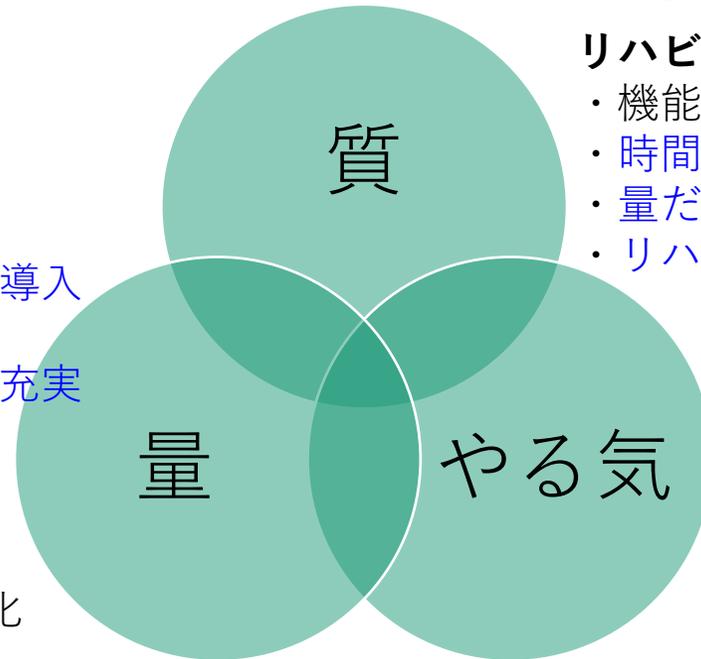
## 慢性期医療の課題

### リハビリテーション量の増大

- ・ 基準リハビリテーションの導入
- ・ 基準介護の導入
- ・ 訪問リハビリテーションの充実

### ケア人材の確保

- ・ 介護福祉士の仕事の統一
- ・ 同一スキル同一給与
- ・ 適切なタスクシェア、ICT化



### 医療と介護のシームレス化

- ・ 総合診療医の育成
- ・ 情報、評価指標の統一
- ・ 認知症の対応力強化

### 専門性を活かしたチーム医療

- ・ 専門能力を発揮するチーム作り
- ・ リハ看護、リハ介護の強化
- ・ 専門職の資格評価

### リハビリテーション質の向上

- ・ 機能訓練からADL重視
- ・ 時間報酬からアウトカム報酬
- ・ 量だけでなく質を加えた評価制度
- ・ リハビリテーション栄養の充実

### 人間らしい生活

- ・ 個室化
- ・ 個別浴化
- ・ 身体拘束ゼロ

### 品質を高める教育と仕組み

- ・ ニーズに応じた医療への経営者教育
- ・ 重症度、要介護度報酬からアウトカム評価
- ・ 投入資源量に応じた報酬制度

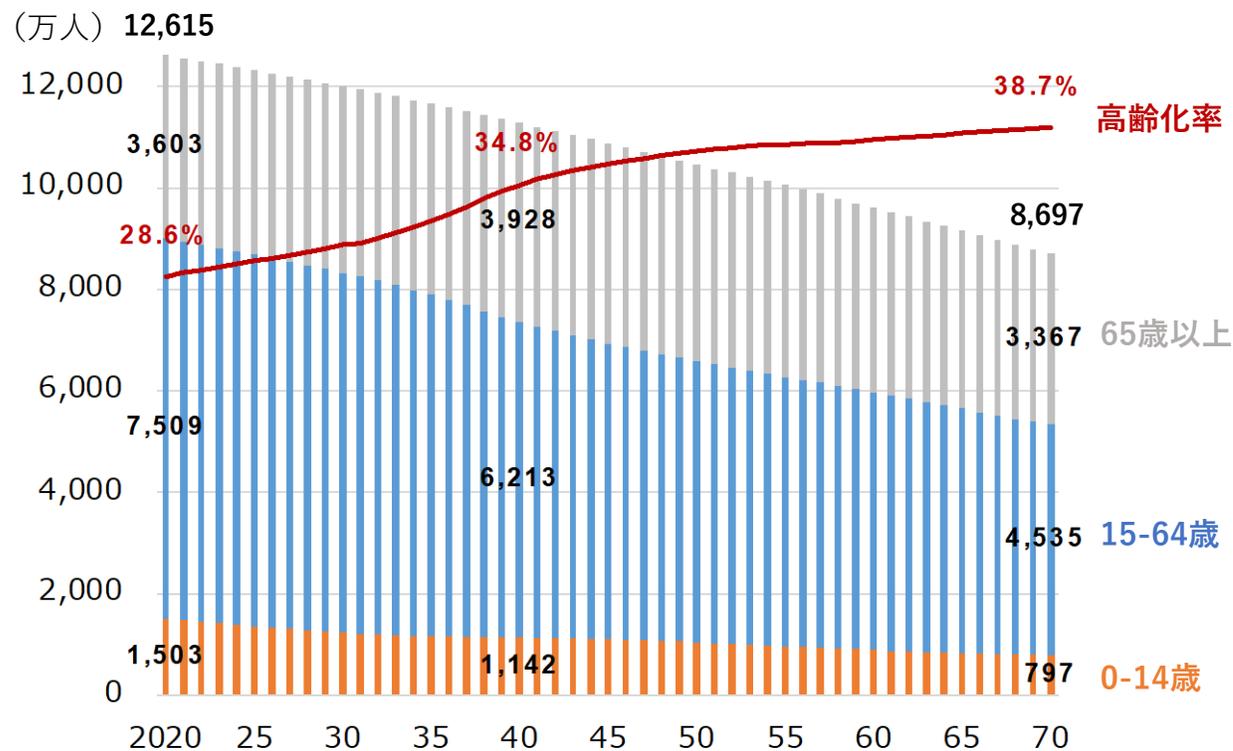
## 介護のアウトカムをどう評価すべきか？ ～利用者に応じた評価体系～

- ・介護提供体制 : 寝たきり、要介護者の増加は崩壊を招く
- ・アウトカム評価 : 改善可能、改善困難での切り分けで評価可能
- ・新制度の構築 : 改善可能を推進するアセスメントと適切な評価を

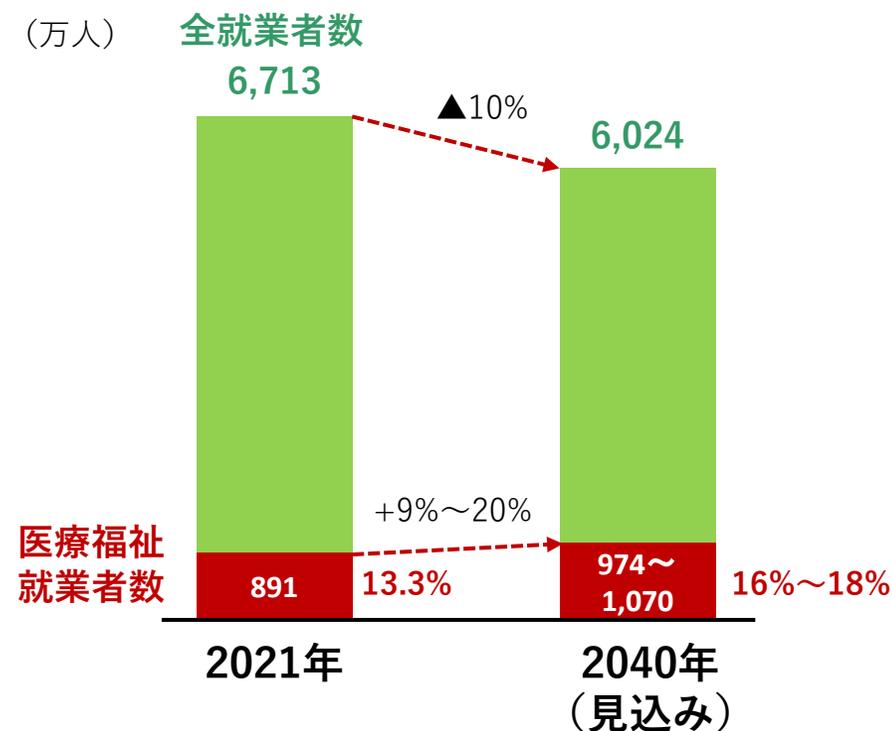
# 医療介護体制の大前提

高齢化と現役世代の急減が進むなか、医療介護従事者の急増は望みにくい。これまでとは異なる抜本的な体制見直しが必要となる。

## 日本の将来推計人口と高齢化率



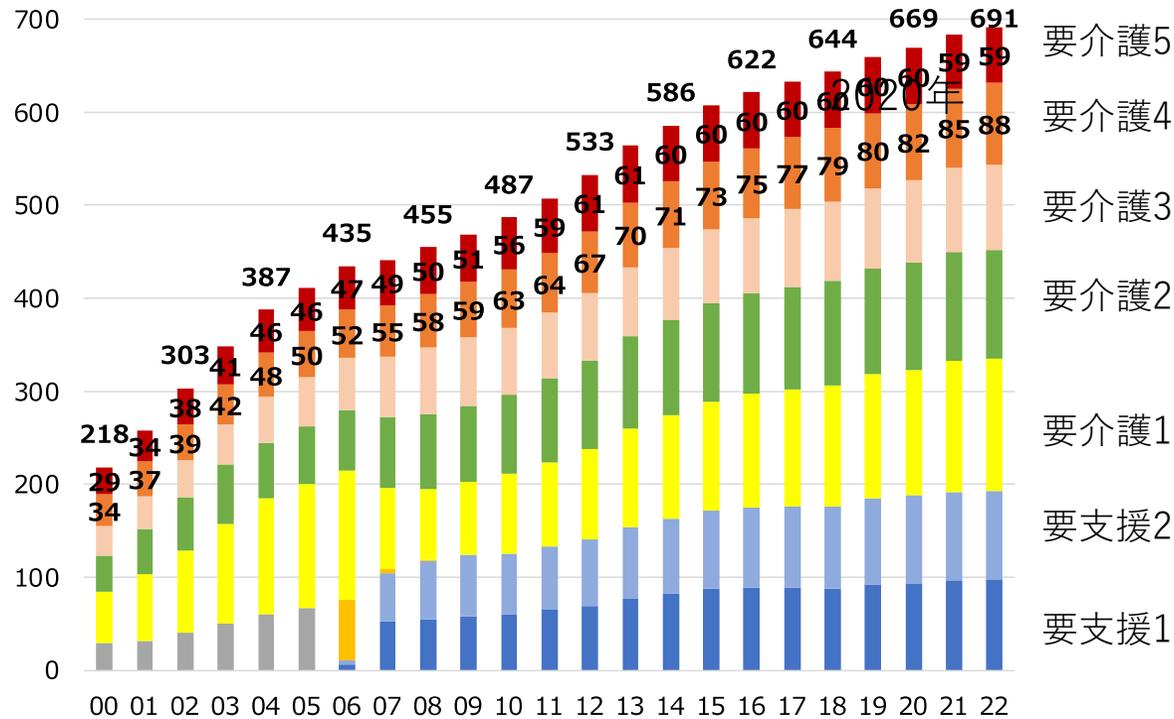
## 全就業者数と医療福祉就業者数の割合



# 寝たきり、要介護者の増加防止

要介護者の増加は医療介護人材の増加を意味する。今後の医療介護提供者の目的は、寝たきりを減らし、要介護状態を軽減すること。

### 要支援要介護認定者数の推移（万人）



### 高齢者人口との増減比較（万人）

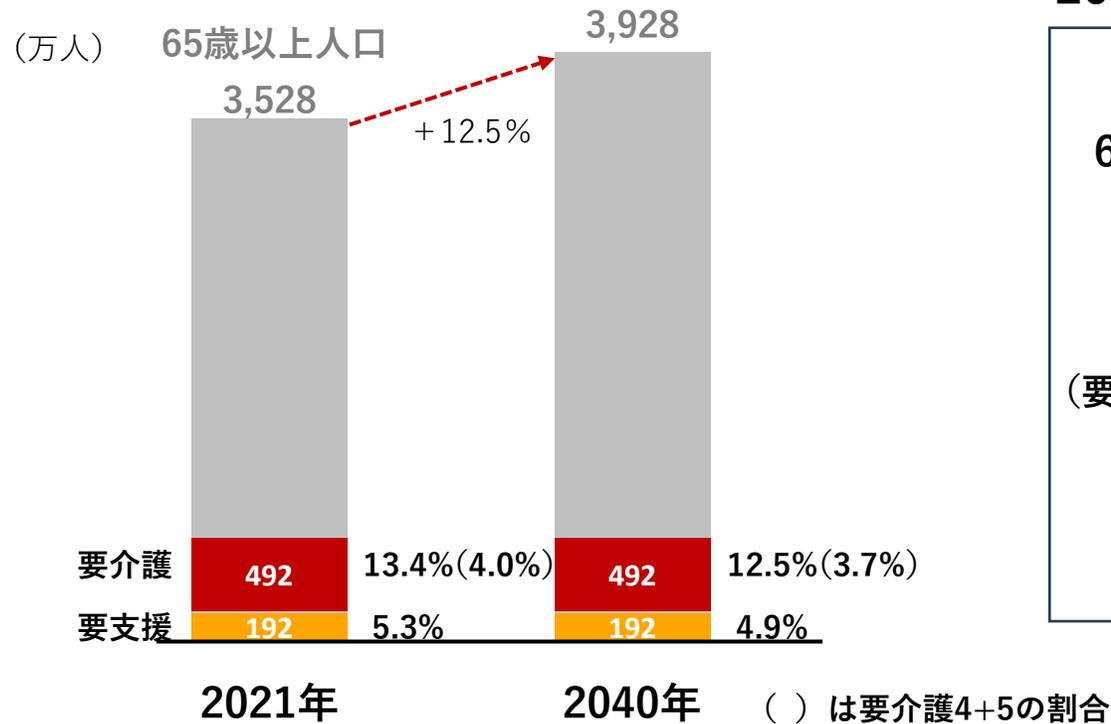
（％）は高齢者人口に占める割合

	2000年	2022年	増加率
<b>第一号被保険者</b> (65歳以上)	2,165	3,590	<b>166%</b>
<b>要支援</b>	29 (1.3%)	192 (5.4%)	<b>661%</b>
<b>要介護</b>	189 (8.7%)	498 (13.9%)	<b>264%</b>
<b>うち要介護4+5</b>	63 (2.9%)	147 (4.1%)	<b>233%</b>

# 改善へのアウトカム評価

要介護者数の増加は、1%の改善で防止できる。  
アウトカムを高めることこそが医療介護提供体制を維持する。

## 高齢者に占める要支援、要介護者数と割合

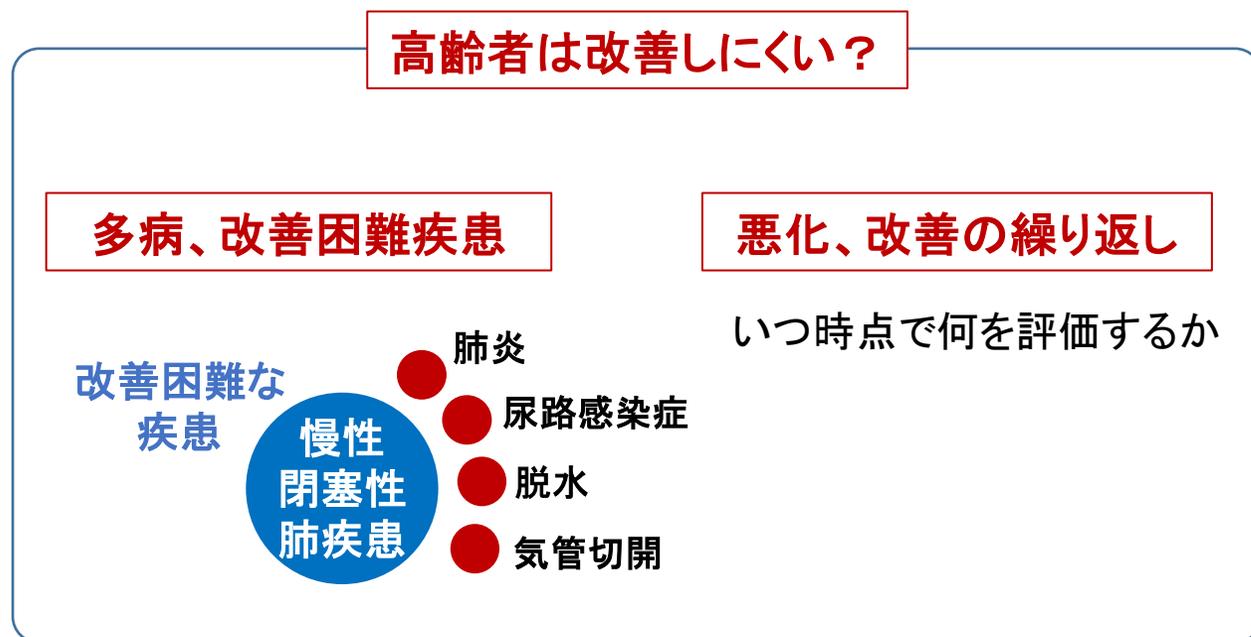


2021年と2040年を同じ要介護者数とするには、

	2021年	2040年	改善率
65歳以上人口	3,528	3,928 (万人)	
要介護者率	13.4%	12.5%	▲0.9%
(要介護にならない率)	(86.6%)	(87.5%)	(0.9%)
要介護者数	492	492	

アウトカム評価への課題はあるが、社会保険事業であるならば成果への責任がある。要介護者を増加させないために、できることを考える。

## アウトカム評価への課題例



## 家族支援の有無



## クリームスキミング

事業者がアウトカムの改善が見込まれる高齢者を選別

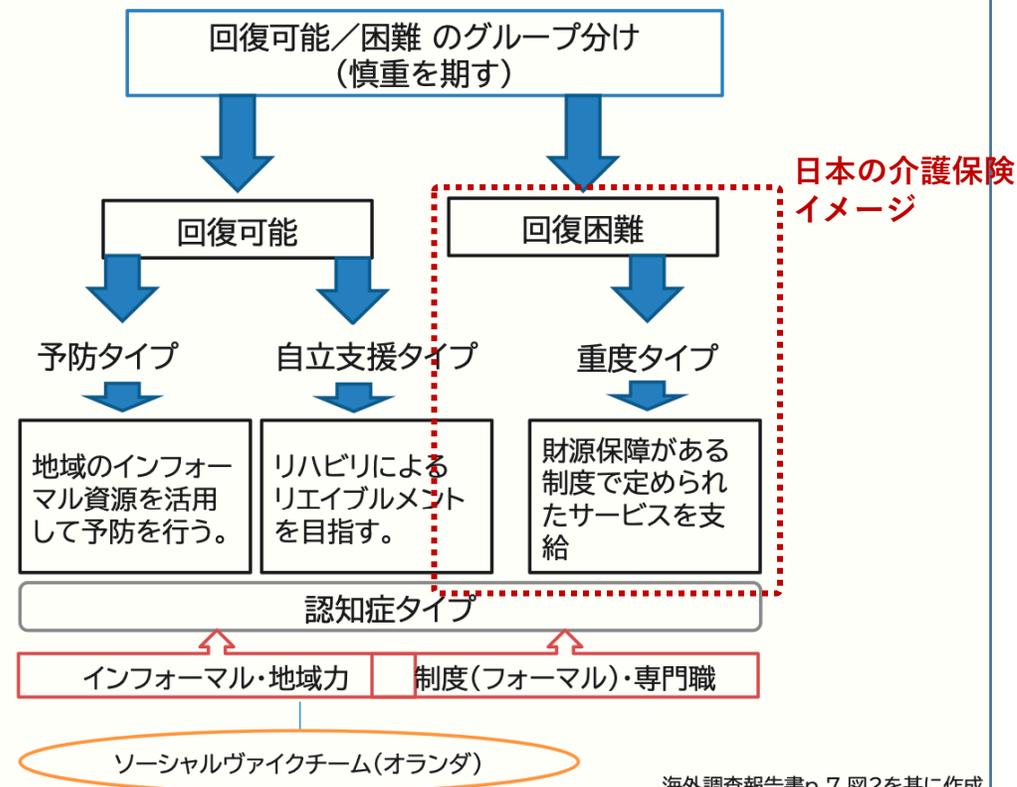
# 利用者に応じた評価（改善可能性）

すべてを一律に評価することは現実的でない。改善可能と困難とに分け、それぞれの評価体系を構築することもできる。

世界に目を向ければ、OECD諸国においても高齢化への対応が進んでいる。英国、ドイツ及びオランダでは、介護保険や社会サービスについて持続可能な制度づくりを目指すため、介護サービス提供に当たっての理念の根本的な転換や、地域資源の積極的な活用を図る取組みが行われている。

## 「回復可能／困難」を分ける受給資格認定

日本から見て、3か国の制度で印象的なのは、高齢者が介護サービスを受給できるかを判断する入口の部分で、スクリーニングを厳密に行って「回復可能者」と「回復困難者（永続的にケアが必要）」に分けること



出所：厚生労働省「令和4年版厚生労働白書 欧州各国の介護サービス受給資格認定に見る予防・自立支援」

専門家のアセスメントにより、寝たきりでも改善可能性はある。

## 作業療法の介入②：重度要介護者の活動と参加の推進

○作業療法では、医学的管理の下ICFの観点からアセスメントを行い、車いすなどの環境調整を含め段階的に離床を進め、重度要介護者の活動と参加を推進している。

○老人保健施設の作業療法士への調査では、寝たきりCランク者に対するADL自立までの期間について、各ADLとも「わからない」また「現状維持」と答えた者がそれぞれ3割であった。一方、1年以内で自立するとの回答が、食事：25.3%、移乗：15.5%、整容：15.0%であった。（表1）また、離床を進める上で難しいと思うことでは、「車いすなど離床を進める用具が十分ではない」が最も多い68.7%であった。（表2）

出典：日本作業療法士協会（2019年度介護領域の事態調査）

○そのことで、ADLの自立を促し、レクリエーション活動など余暇活動にも参加できるようになる。

表1：重度要介護者（寝たきりCランク）のADL自立までの期間（N=277）

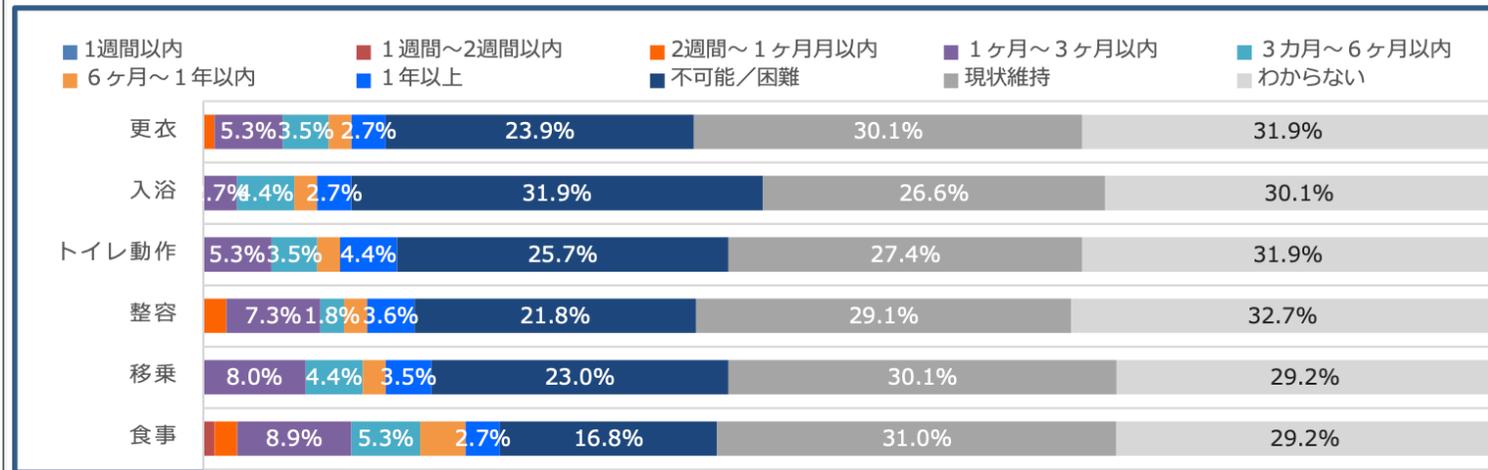
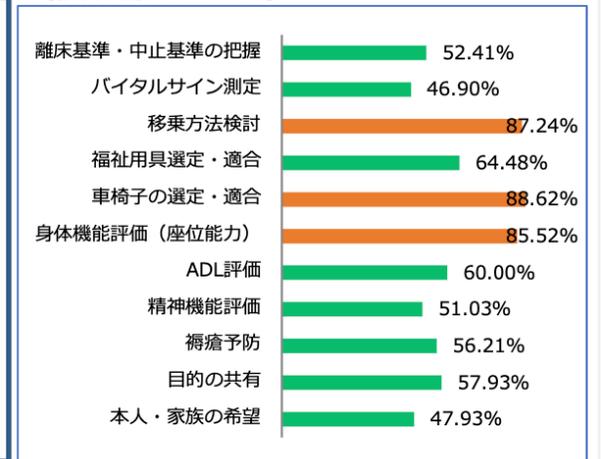


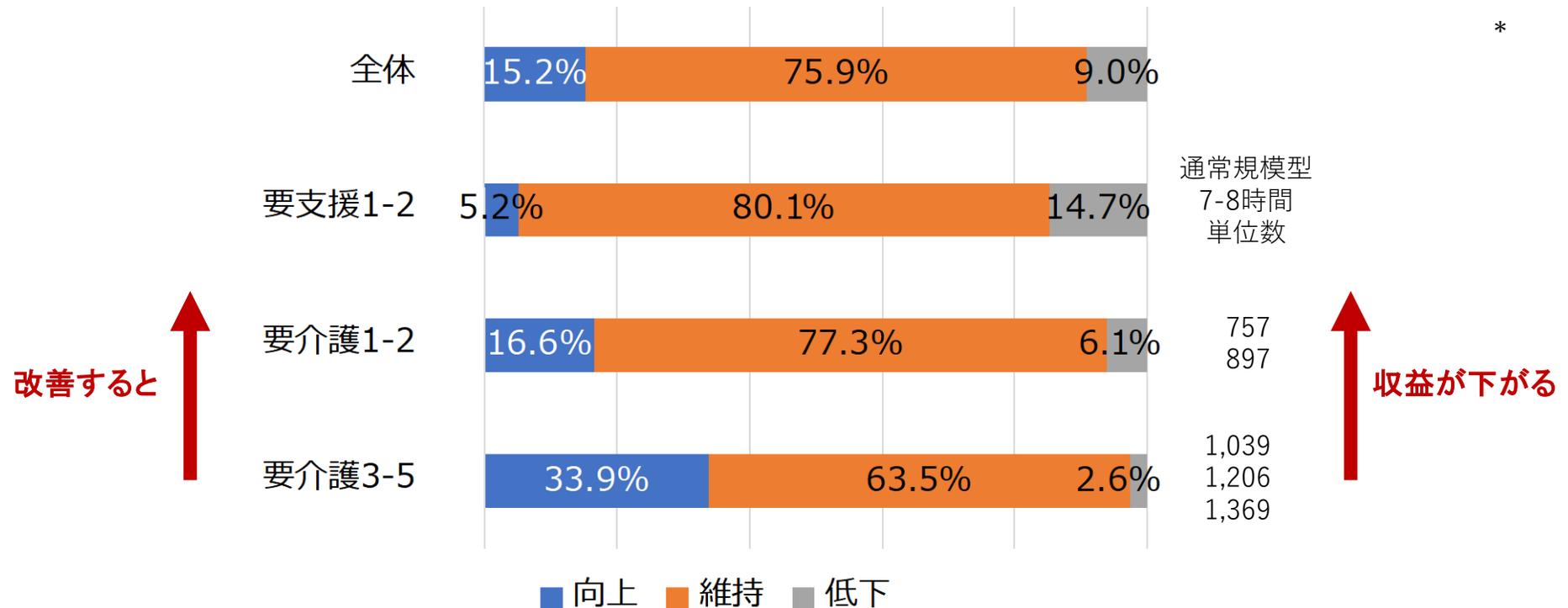
表3：離床（計画）を行うOTの技術（複数選択N=290）



# 改善実績への評価

実際、要介護3-5の利用者の3割以上で要介護度の改善ができています。  
しかしながら、改善すると収益（単位数）が減少してしまう。

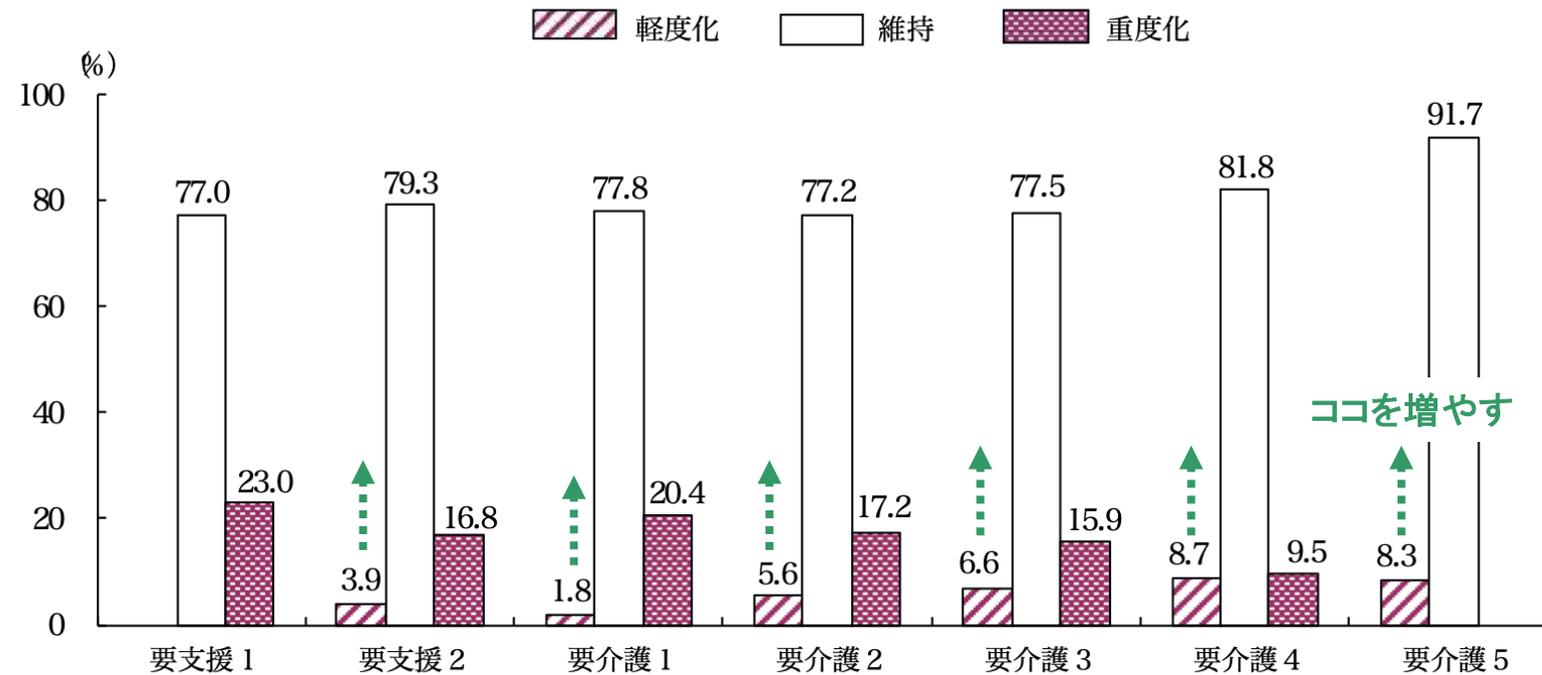
### 通所リハの6ヶ月の状態の変化（介護度別）



# 改善、軽度化の促進を①

重度であっても改善している。要介護度の軽度化は月4万円程度の費用減となるため、この方向性を推進する仕掛けが必要である。

図1 要介護(要支援)状態区別にみた年間継続受給者数の変化別割合



令和3年4月の要介護(要支援)状態区分

21.7

30.6

107.5

143.6

216.3

256.6

292.6

←一人あたり費用額  
(千円/月)

出所：図1は厚生労働省「令和3年度 介護給付費等実態統計の概況」、一人あたり費用額は「介護給付費等実態統計月報（令和5年3月審査分）」

# 改善、軽度化の促進を②

要介護度4や5の重度でも要支援などに軽減した利用者も存在する。

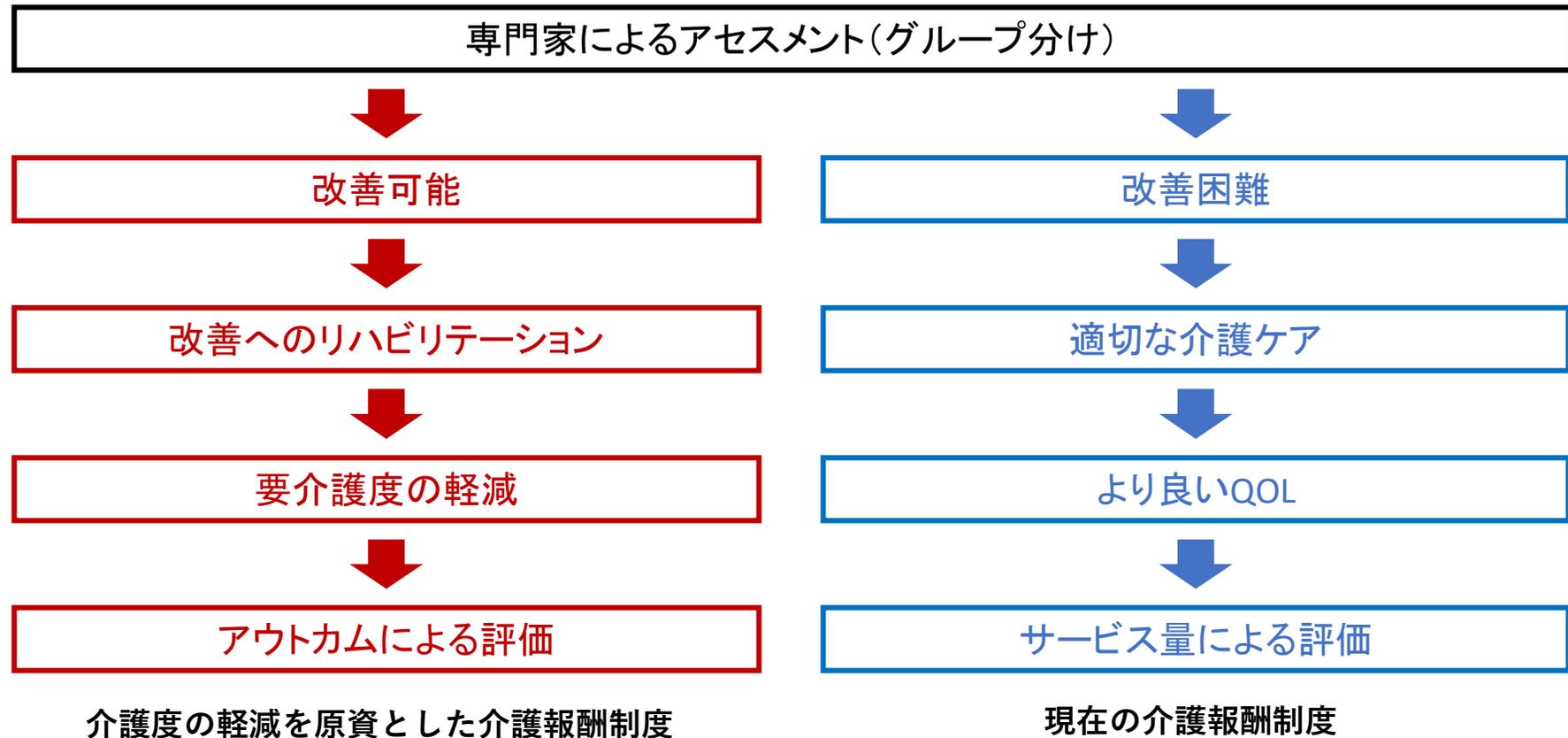
表3 要介護(要支援)状態区別にみた年間継続受給者数の変化別割合

(単位:%)

		令和4年3月							
		総数 (3 937.2千人)	要支援1 (217.9千人)	要支援2 (361.2千人)	要介護1 (828.2千人)	要介護2 (817.2千人)	要介護3 (674.2千人)	要介護4 (617.6千人)	要介護5 (420.9千人)
令和3年4月	総数 (3 937.2千人)	(100.0) 100.0	5.5	9.2	21.0	20.8	17.1	15.7	10.7
	要支援1 (252.2千人)	(6.4) 100.0	<b>77.0</b>	11.0	7.8	2.5	0.9	0.6	0.2
	要支援2 (390.8千人)	(9.9) 100.0	3.9	<b>79.3</b>	8.5	5.3	1.7	1.0	0.3
	要介護1 (923.3千人)	(23.4) 100.0	0.5	1.3	<b>77.8</b>	11.8	5.3	2.5	0.7
	要介護2 (826.4千人)	(21.0) 100.0	0.2	0.8	4.5	<b>77.2</b>	10.5	5.1	1.7
	要介護3 (642.2千人)	(16.3) 100.0	0.1	0.4	1.8	4.3	<b>77.5</b>	11.0	4.9
	要介護4 (559.8千人)	(14.2) 100.0	0.1	0.3	1.2	2.3	4.8	<b>81.8</b>	9.5
	要介護5 (342.7千人)	(8.7) 100.0	0.1	0.1	0.4	0.8	1.5	5.4	<b>91.7</b>

# 介護のアウトカム評価案

アウトカム評価にあたっては、改善可能性でわけることから始める。  
可能性のありはアウトカムで評価し、一人でも要介護、寝たきりを防ぐ  
仕組み構築が必要である。



良質な慢性期医療がなければ  
日本の医療は成り立たない



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES