

2017.11.19

In 島根県

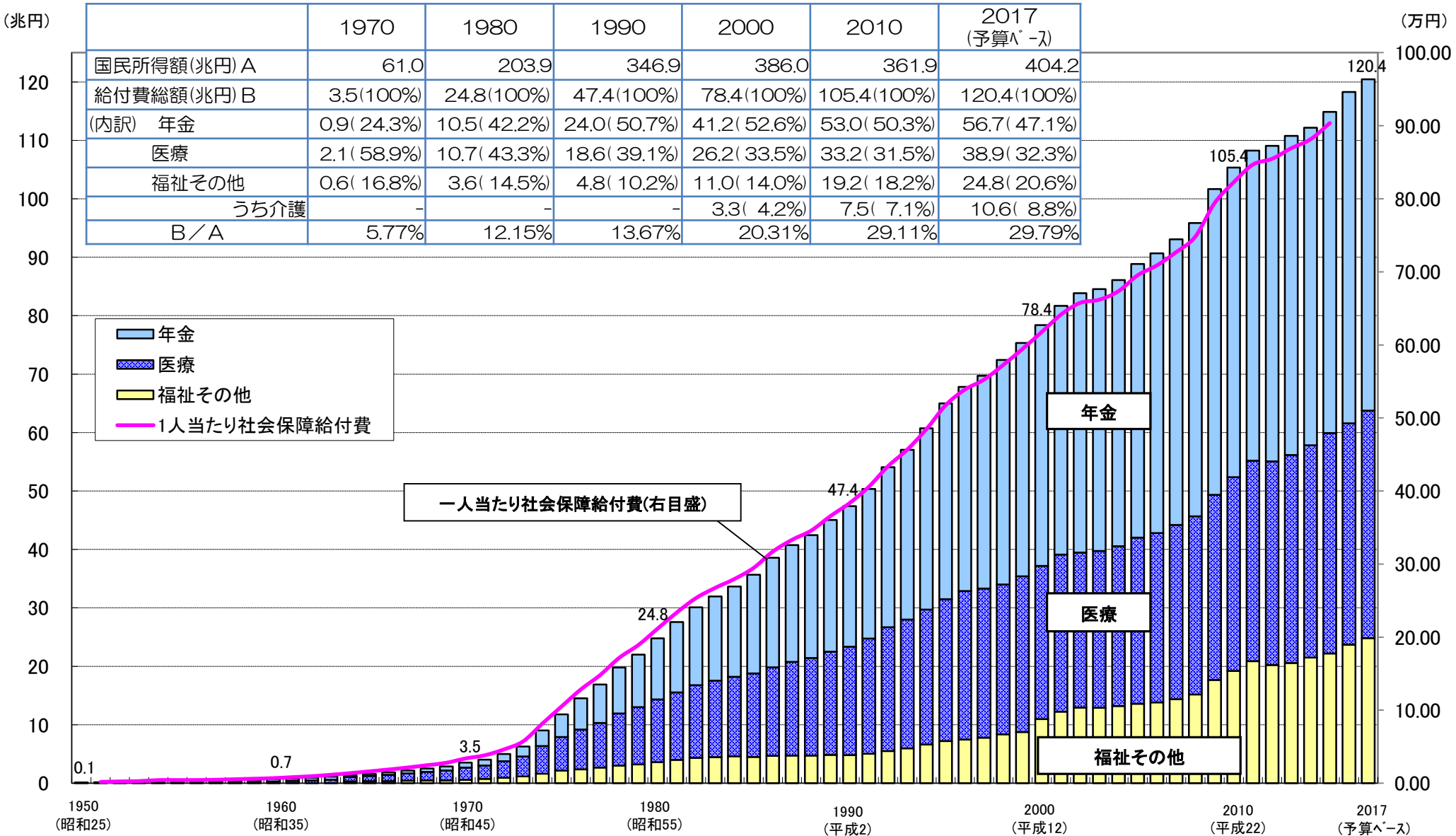
# 平成37年を見据えた 医療と介護の連携体制の構築

厚生労働省老健局老人保健課長

鈴木 健彦

# 1. 介護保険をとりまく状況

# 社会保障給付費の推移



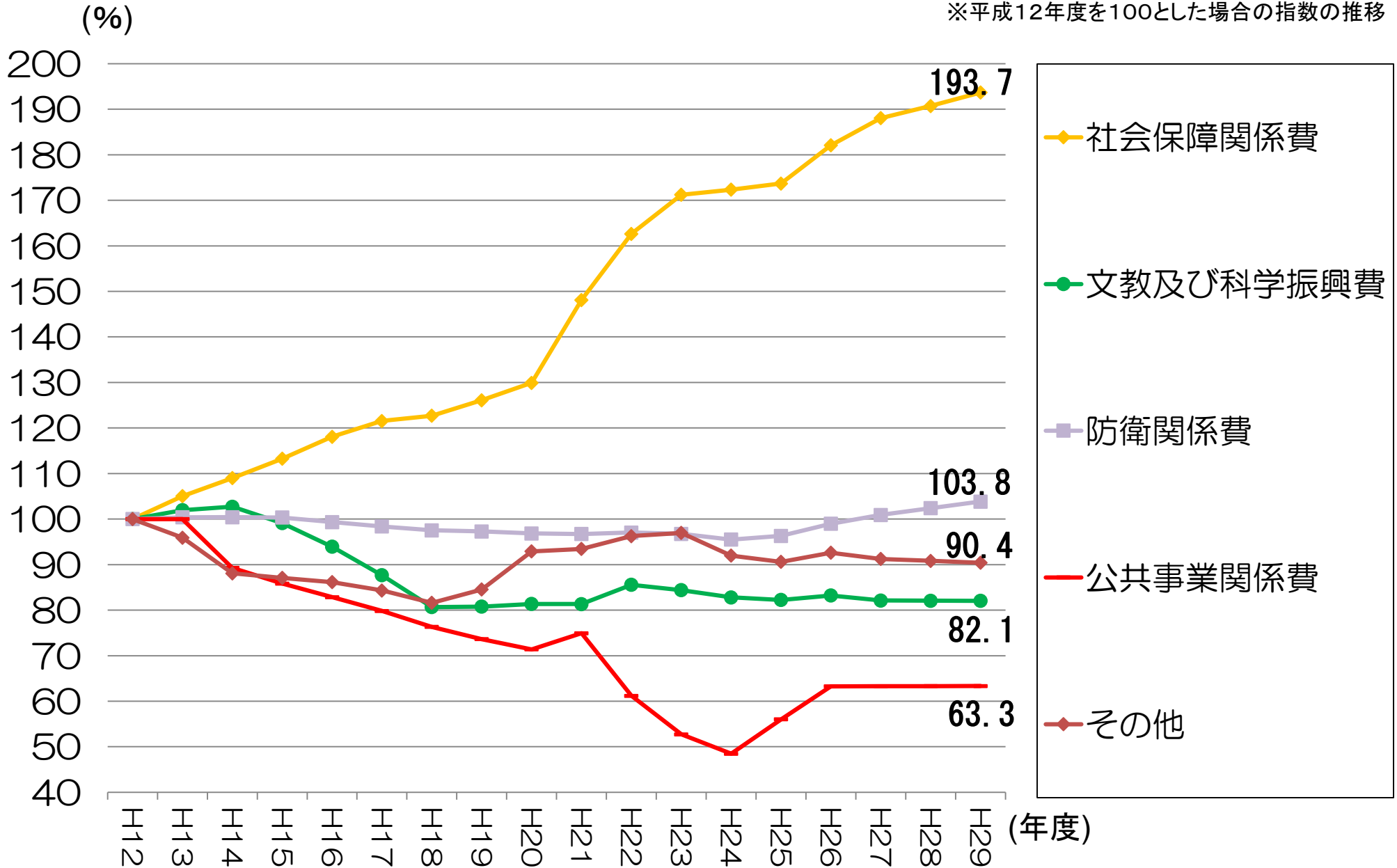
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」、2016年度、2017年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2017年度の国民所得額は「平成29年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成29年1月20日閣議決定)」

(注)図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2017年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

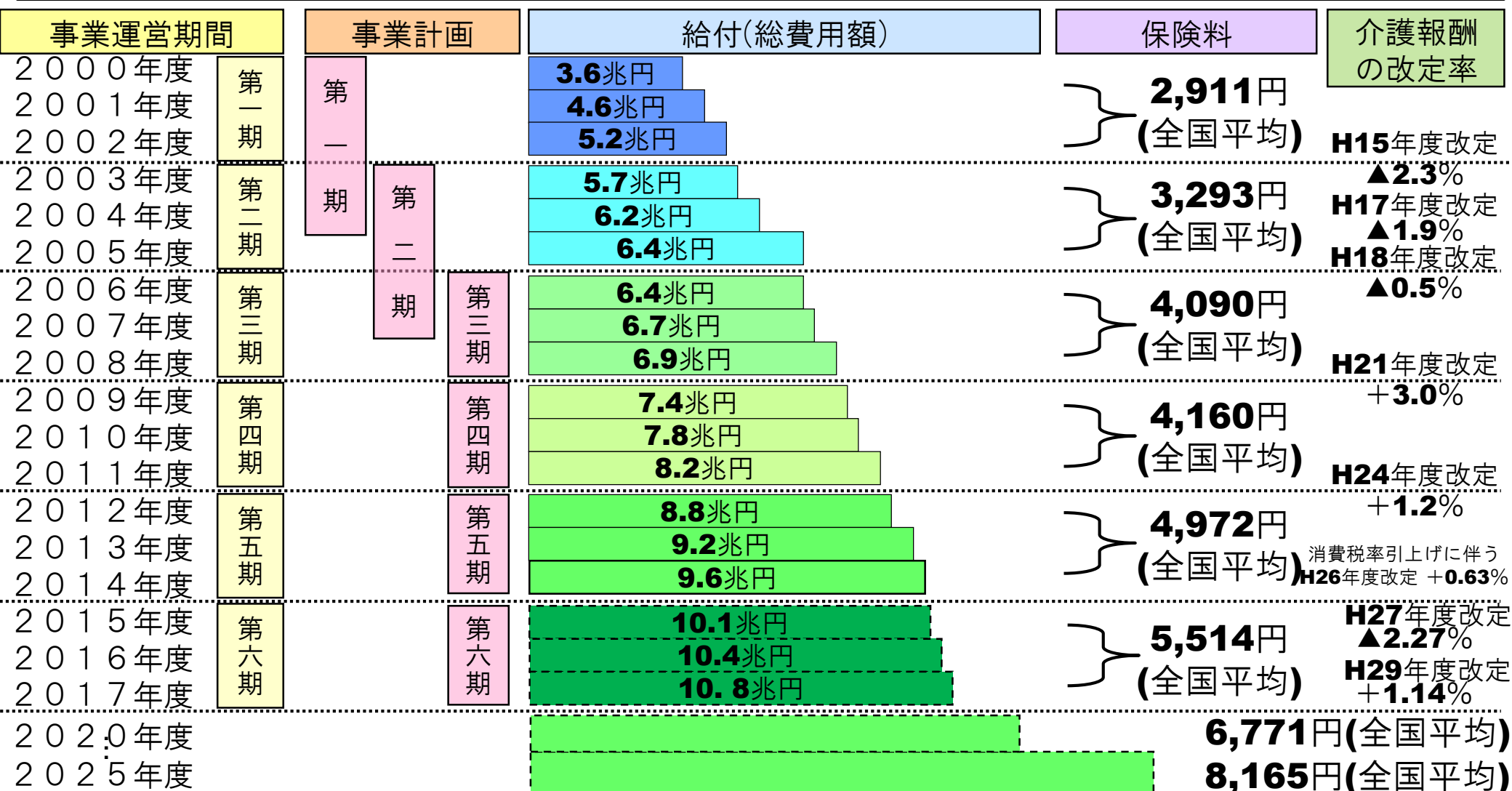
# 一般歳出に占める項目別 指数推移 (平成12年度～平成29年度)

※平成12年度を100とした場合の指数の推移



# 介護給付と保険料の推移

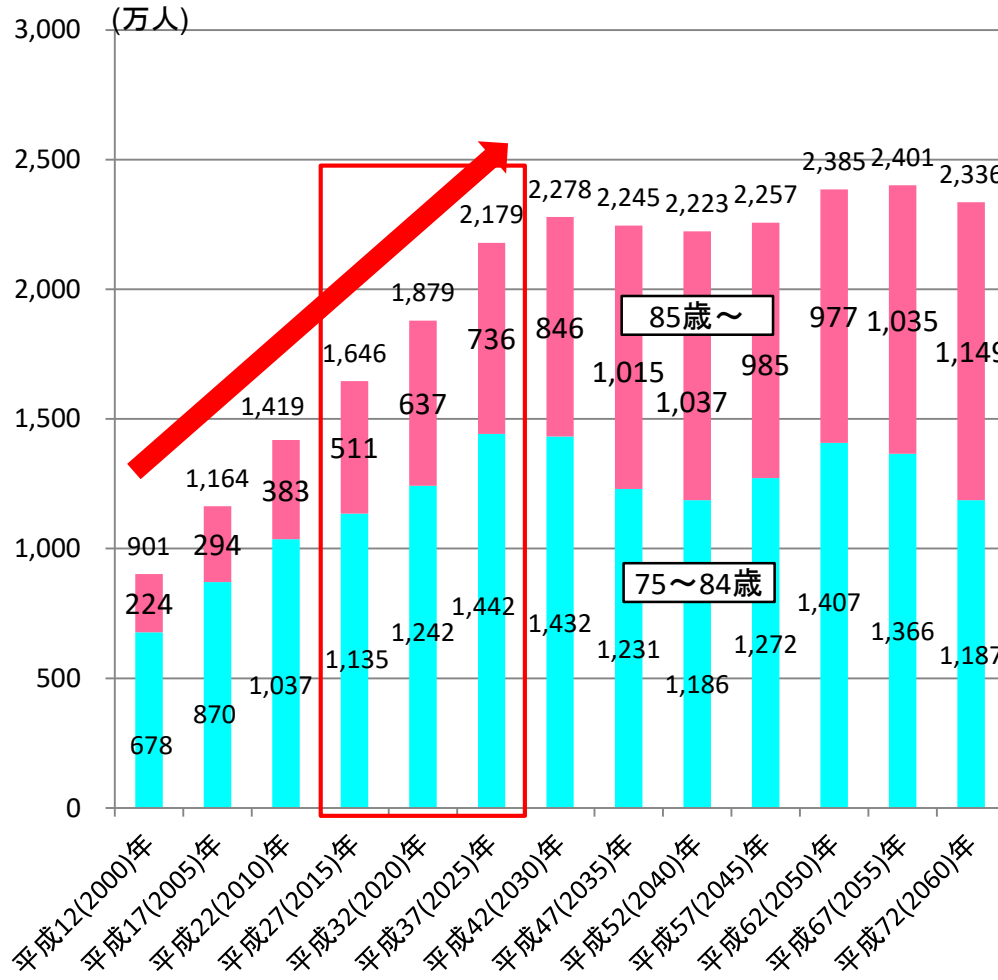
- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。  
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、保険料が2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。



※2014年度までは実績であり、2015～2017年度は当初予算である。  
 ※2020年度及び2025年度の保険料は全国の保険者が作成した第6期介護保険事業計画における推計値。

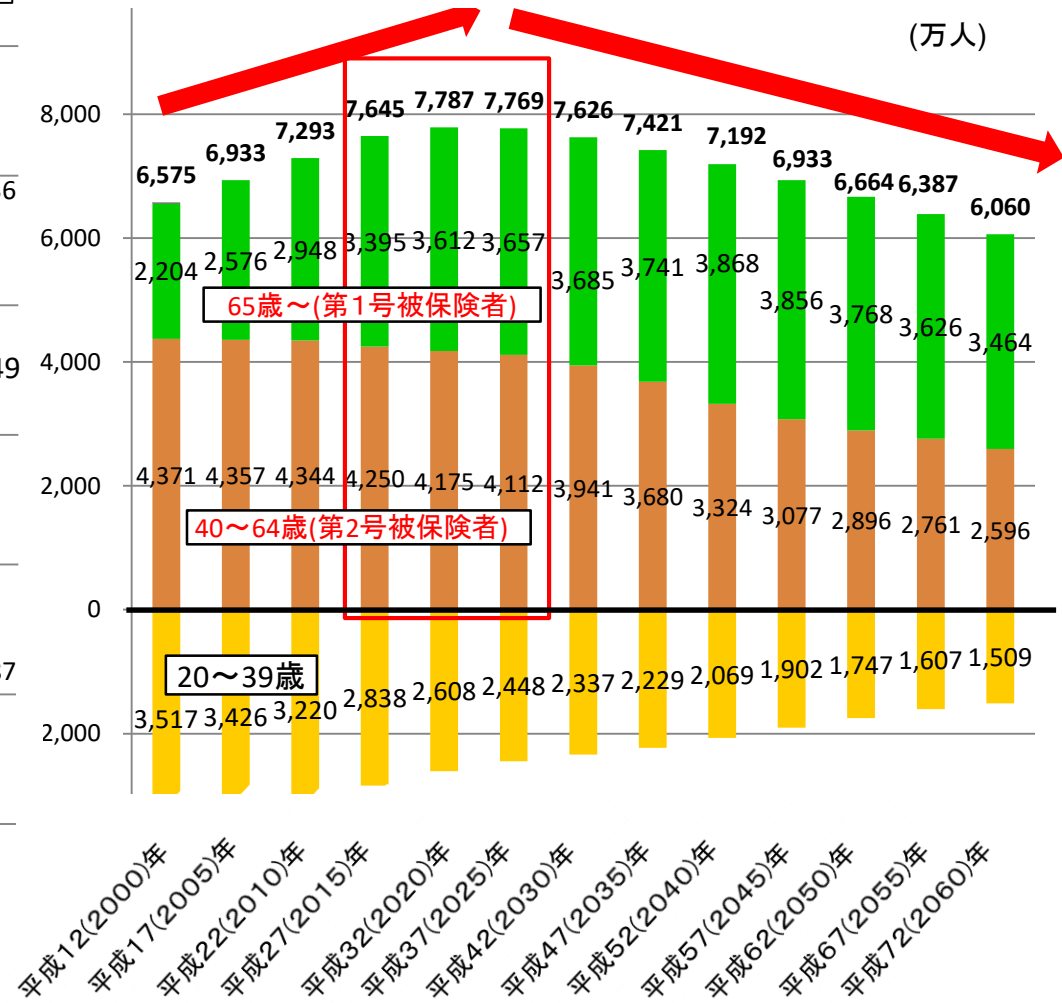
# 要介護度が高くなる75歳以上人口の推移

- 75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。
- 2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



# 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

- 保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2021年をピークに減少する。



(資料)将来推計は、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)出生中位(死亡中位)推計  
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

# 介護費の伸び率の要因分解

○ この10年間で、介護費は年平均5%強で増加。そのうち高齢化による伸びは4~5%程度。

	平成18 (2006)	平成19 (2007)	平成20 (2008)	平成21 (2009)	平成22 (2010)	平成23 (2011)	平成24 (2012)	平成25 (2013)	平成26 (2014)	平成27 (2015)
介護費の伸び率	-0.2%	4.9%	4.2%	7.3%	4.8%	5.4%	6.5%	4.6%	4.6%	2.3%
うち高齢化の影響	4.9%	4.8%	4.3%	4.3%	3.2%	4.2%	4.2%	3.9%	3.8%	2.9%
うち高齢化の影響以外	-4.9%	0.1%	-0.2%	2.9%	1.6%	1.2%	2.1%	0.7%	0.8%	-0.6%
うち介護報酬改定	-1.45%	-	-	3.0%	-	-	1.2%	-	0.63%	-2.27%
うち介護報酬改定以外	-3.5%	0.1%	-0.2%	-0.1%	1.6%	1.2%	0.9%	0.7%	0.1%	1.8%

10年間

↓  
54%増

高齢化

↓  
49%増

【資料】 介護給付費実態調査(厚生労働省)、国勢調査、人口推計10月1日現在人口(総務省)

(注1) 介護費には、償還払いの費用(福祉用具購入、住宅改修費等)及び地域支援事業に係る費用は含まれていない。

(注2) 平成18年4月の介護報酬改定は▲0.5% [平成17年10月改定分を含めると▲2.4%] であり、平成17年10月改定分は平成18年度前半まで影響することから、平成18年度の介護報酬改定の影響を平成18年4月改定分(▲0.5) + 平成17年10月改定分の半年分の影響((▲2.4 - ▲0.5) / 2)とした。

(注3) 高齢化に起因する伸びは、前年度の利用状況を基に人口の違いによる影響を推計したものである。したがって、” 高齢化以外のその他” に下記が含まれることに留意が必要

- ・ 施策の影響(制度改正等の影響)
- ・ 施設給付の見直し(平成17年10月)
- ・ 新しい予防給付の導入、地域密着型サービスの創設(平成18年4月) ※新予防給付導入による経過措置は平成20年度末まで
- ・ 定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設(平成24年4月)
- ・ 家族形態の変化(高齢単身世帯の増加等)に伴うサービス利用構造の変化等
- ・ 医療から介護への流れに伴う介護ニーズの増等

# 介護保険サービス種類別の状況

サービス種類		介護費		受給者数		事業所数
在宅	訪問介護	5.1兆円	0.9兆円	359万人	134万人	3.3万事業所
	訪問看護		0.2兆円		41万人	1.0万事業所
	通所介護		1.7兆円		190万人	4.3万事業所
	通所リハビリテーション		0.5兆円		56万人	0.8万事業所
	短期入所		0.5兆円		37万人	1.4万事業所
	福祉用具貸与		0.3兆円		187万人	0.7万事業所
	居宅介護支援		0.5兆円		349万人	4.4万事業所
	その他		0.6兆円		—	—
居住系	認知症対応型共同生活介護	1.1兆円	0.6兆円	40万人	19万人	1.3万事業所
	特定施設入居者生活介護		0.5兆円		21万人	0.5万事業所
施設	介護老人福祉施設	3.6兆円	2.0兆円	97万人	56万人	1.0万事業所
	介護老人保健施設		1.3兆円		35万人	0.4万事業所
	介護療養型医療施設		0.3兆円		6万人	0.1万事業所
全体			9.8兆円		496万人	20.5万事業所

平成27年度(年額)

平成28年4月分

平成28年4月分

## 【出典】

介護費、受給者数:「介護保険事業状況報告月報(暫定版)」(厚生労働省老健局)を基に老健局が作成

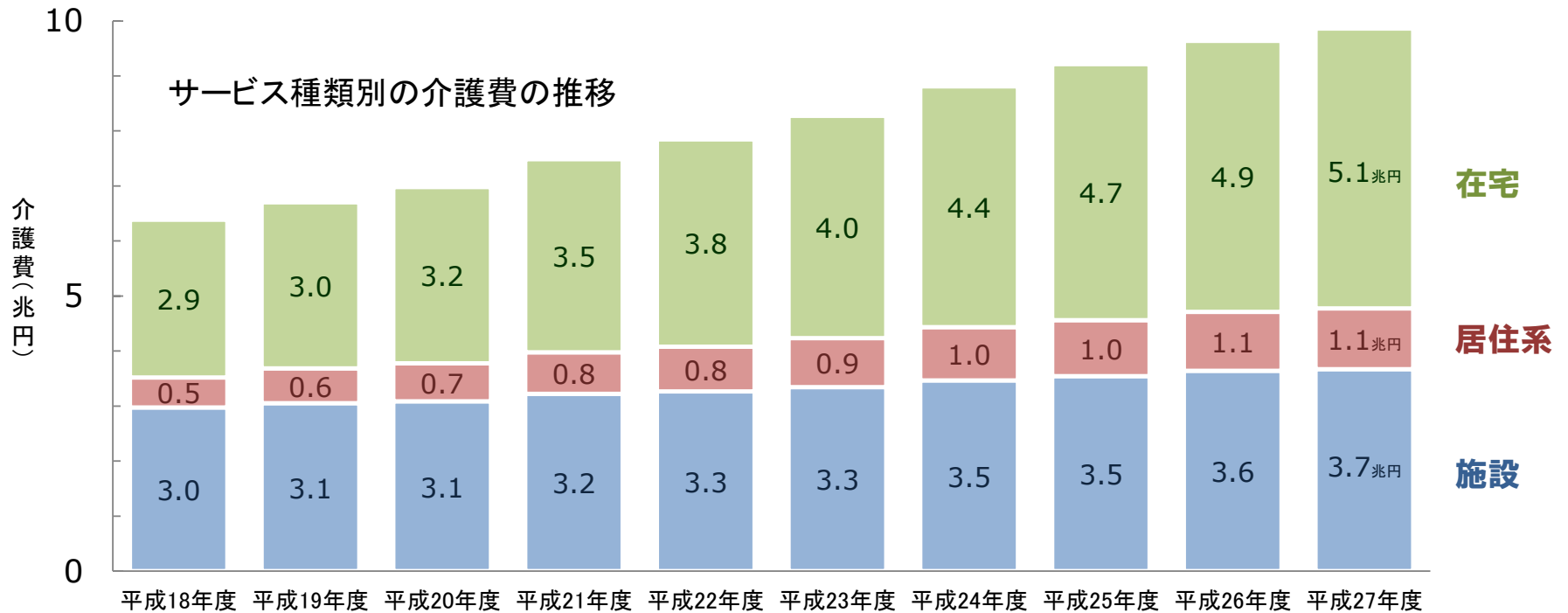
事業所数:「介護給付費等実態調査月報(平成28年5月審査分)」(厚生労働省政策統括官付参事官付社会統計室)

## 【注】

- ・介護費は、平成27年3月～平成28年2月サービス分について各月分合計した費用(年額)であり、介護予防サービス及び特定入所者介護サービス(補足給付)を含むが、地域支援事業に係る費用は含まない。
- ・受給者数は、平成28年4月サービス分(平成28年6月月報)であり、介護予防サービス受給者は含むが、地域支援事業に係る受給者は含まない。また、「全体」は、在宅、居住系、施設の受給者数を合計した人数である。ここで、「在宅」の受給者数は、介護予防支援・居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの受給者数を合計した人数であり、概念上、福祉用具購入、住宅改修、居宅療養管理指導のみの受給者及び自身でケアプランを作成する受給者は含まれない。なお、「通所介護」には、地域密着型通所介護の受給者数を合算している。
- ・事業所数は、平成28年5月審査分(平成28年4月サービス提供分)であり、審査月に保険請求のあった事業所数(介護サービス分)である。ただし、「居宅介護支援」については、介護予防支援と居宅介護支援の請求事業所数の合計としている。さらに、平成28年4月から地域密着型通所介護が創設され、通所介護の請求事業所数が安定しないため、通所介護のみ前月分の事業所数を示している。また、「全体」の事業所数は、2種類以上のサービス(介護予防サービスを含む)を提供した場合でも1と計上した事業所数である。なお、福祉用具販売、住宅改修のサービス及び総合事業サービスは含まない。
- ・「短期入所」は、短期入所生活介護、短期入所療養介護の合計値である。また、「特定施設入居者生活介護」及び「介護老人福祉施設」には、それぞれ地域密着型サービス分を合算している。
- ・在宅「その他」には、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具購入、住宅改修、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、7複合型サービスが含まれる。



# サービス類型別介護費の動向(平成18~27年度)



## ■伸び率(対前年度)の推移

	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
施設	2.6%	1.1%	4.4%	1.4%	2.5%	3.5%	2.2%	2.7%	0.9%
うち高齢化	5.2%	4.6%	4.5%	3.0%	4.5%	4.4%	4.1%	4.0%	3.0%
うち高齢化以外	▲ 2.5%	▲ 3.4%	▲ 0.1%	▲ 1.6%	▲ 1.9%	▲ 0.9%	▲ 1.8%	▲ 1.2%	▲ 2.0%
居住系	16.3%	9.6%	9.0%	7.5%	9.1%	9.1%	5.3%	5.3%	2.5%
うち高齢化	4.9%	4.5%	4.5%	3.5%	4.5%	4.5%	4.2%	4.1%	3.1%
うち高齢化以外	10.9%	4.9%	4.4%	3.8%	4.3%	4.5%	1.1%	1.1%	▲ 0.5%
在宅	5.2%	6.1%	9.6%	7.4%	7.2%	8.3%	6.4%	5.9%	3.3%
うち高齢化	4.4%	4.0%	3.9%	3.2%	3.8%	4.0%	3.7%	3.6%	2.7%
うち高齢化以外	0.7%	2.0%	5.5%	4.1%	3.3%	4.1%	2.6%	2.2%	0.5%

【資料】介護給付費実態調査(厚生労働省)、人口推計、国勢調査(総務省)を基に作成

○施設 : 介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設

○居住系 : 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護

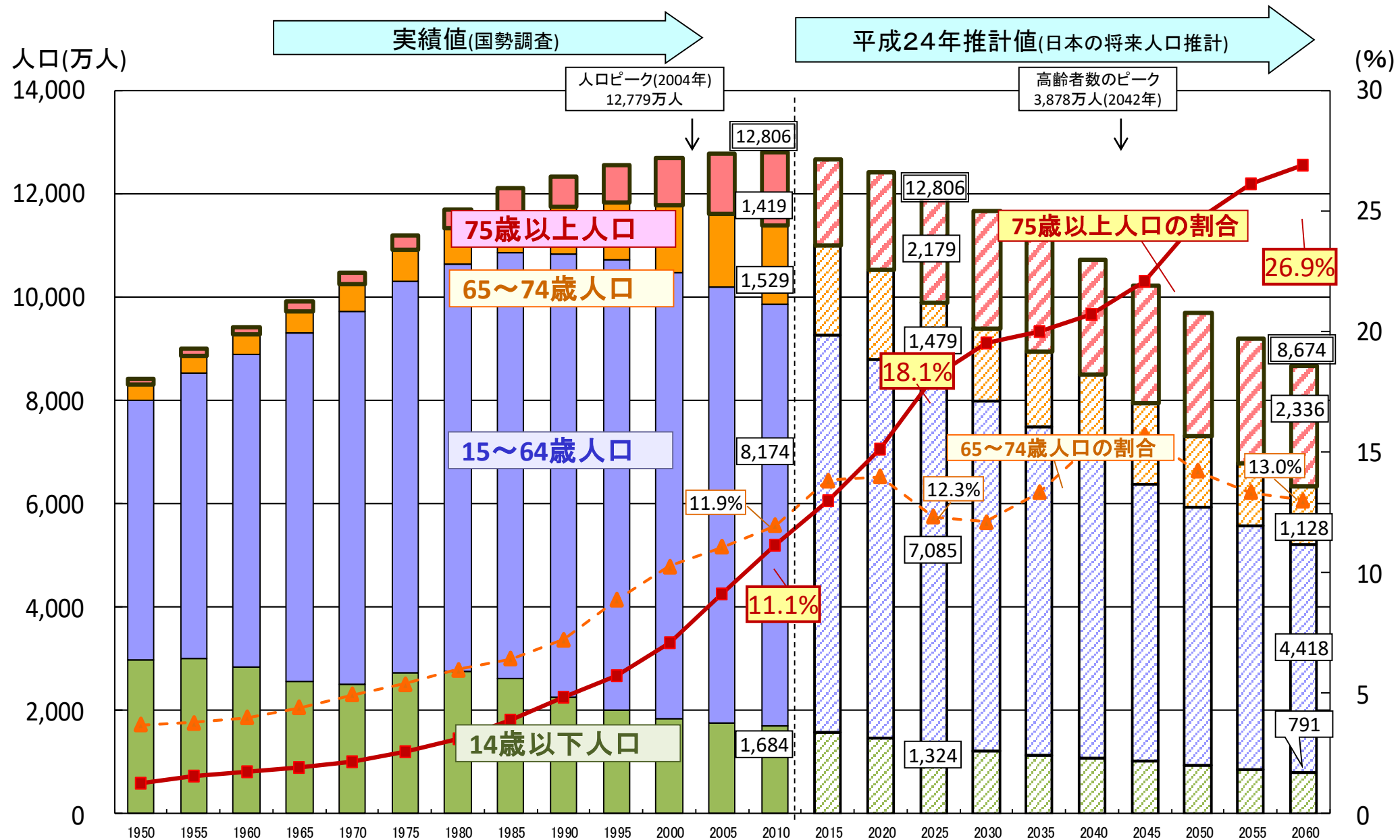
○在宅 : 上記以外のサービス

(注1)予防サービス、補足給付を含む。市区町村が直接支払う償還払いの費用(福祉用具購入、住宅改修費等)及び地域支援事業に係る費用は含まない。

(注2)高齢化の伸びは、年齢階級別の1人当たり費用を固定して、人口構成の変化のみを反映させた場合の伸びをあらわす。

(注3)高齢化以外の伸びには、介護報酬改定の影響、制度改正効果、医療から介護への移行に伴う影響などが含まれる。

# 75歳以上の高齢者数の急速な増加



(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「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計  
2010年の値は総務省統計局「平成22年国勢調査による基準人口」(国籍・年齢「不詳人口」を按分補正した人口)による

# 人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

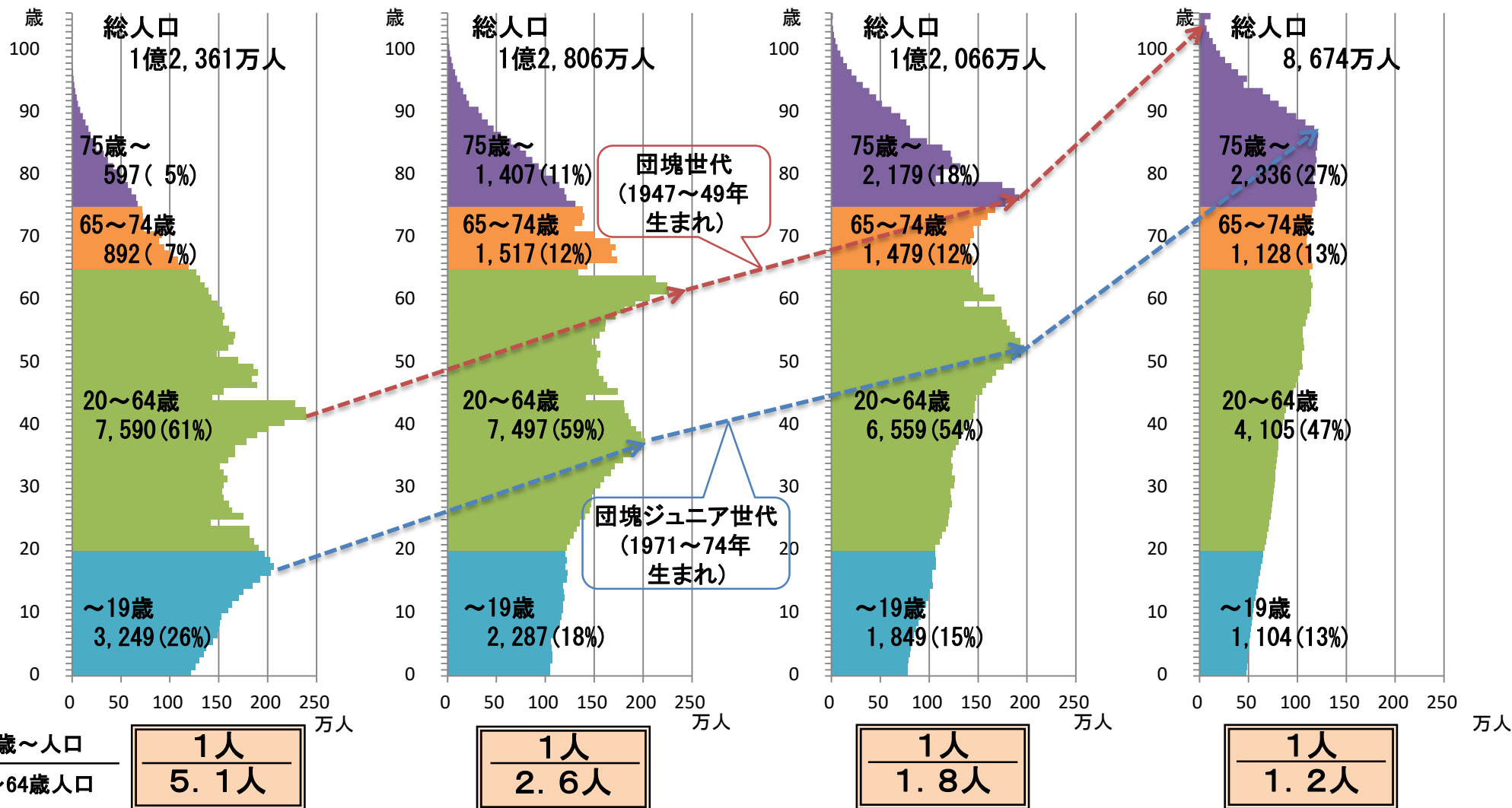
日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

1990年(実績)

2010年(実績)

2025年

2060年



(出典)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)

# 次期介護保険事業計画の始まる2015年から2025年までの各地域の高齢化

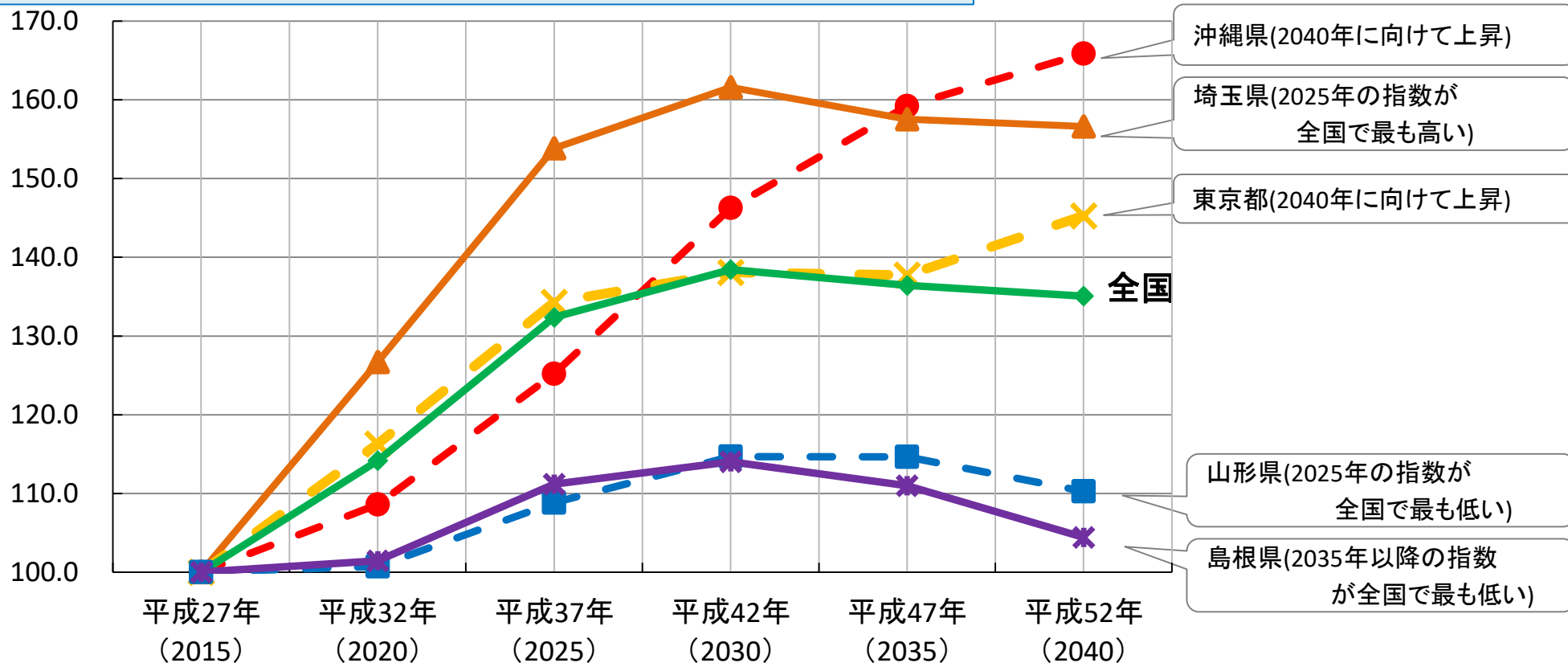
75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。

※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県

※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇

2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

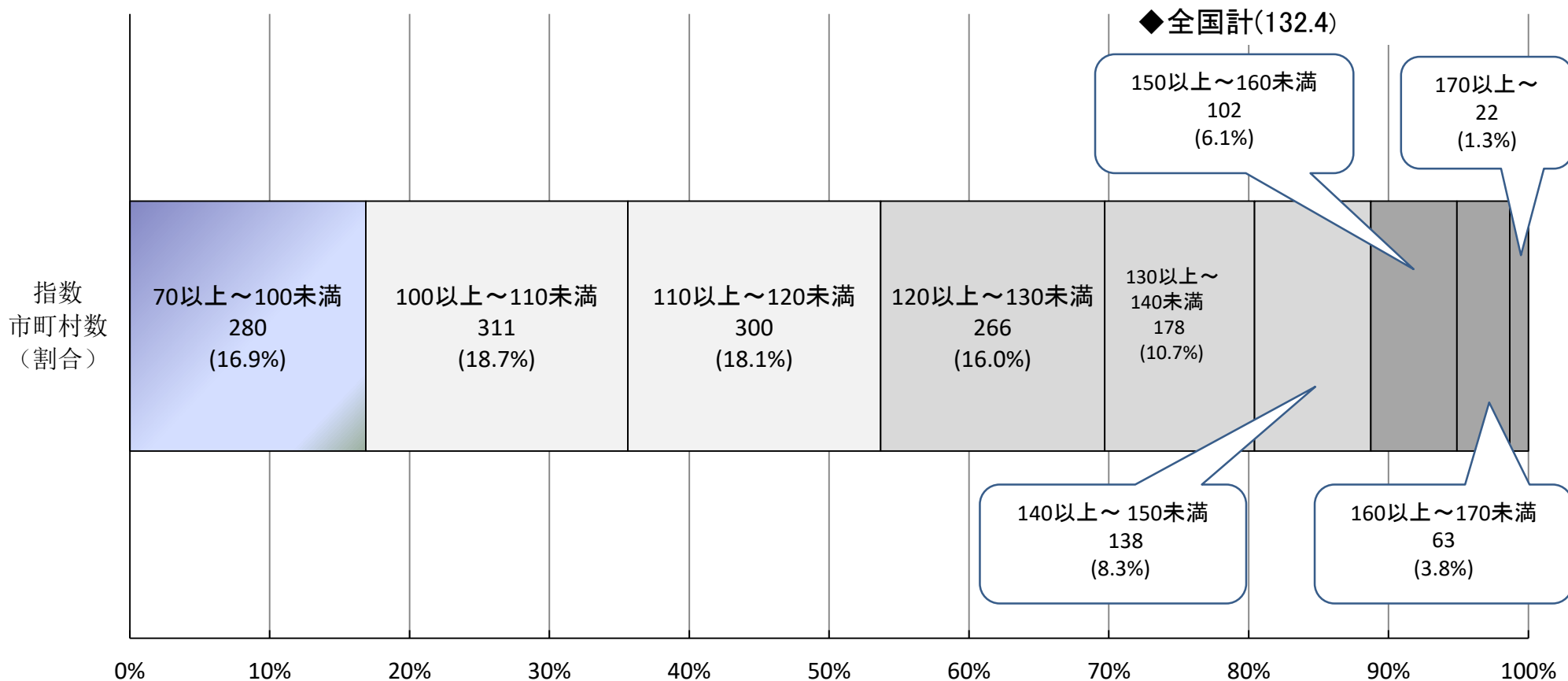
## 75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



# 75歳以上人口の伸びの市町村間の差

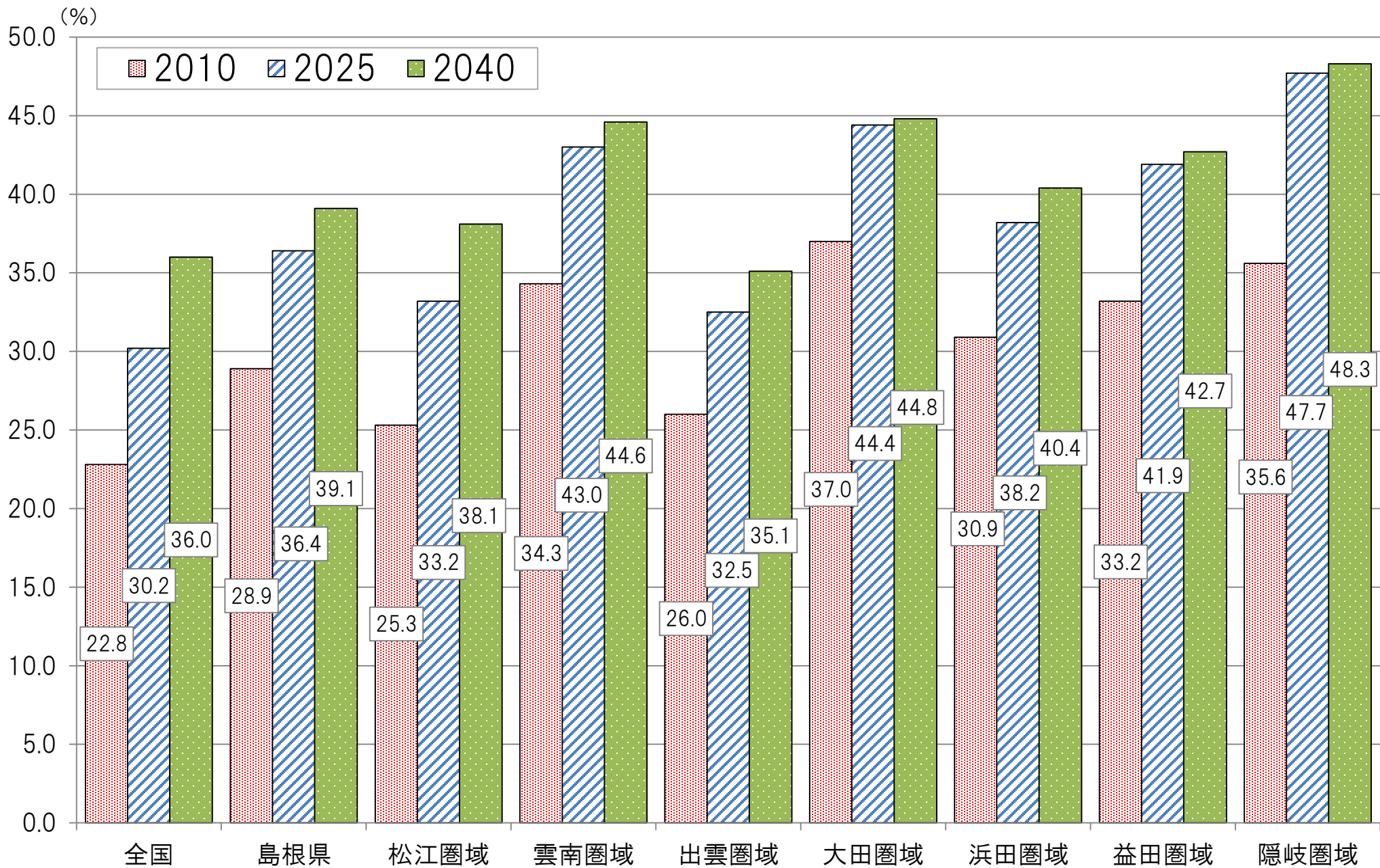
75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、**全国計で1.32倍**であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある。

## 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



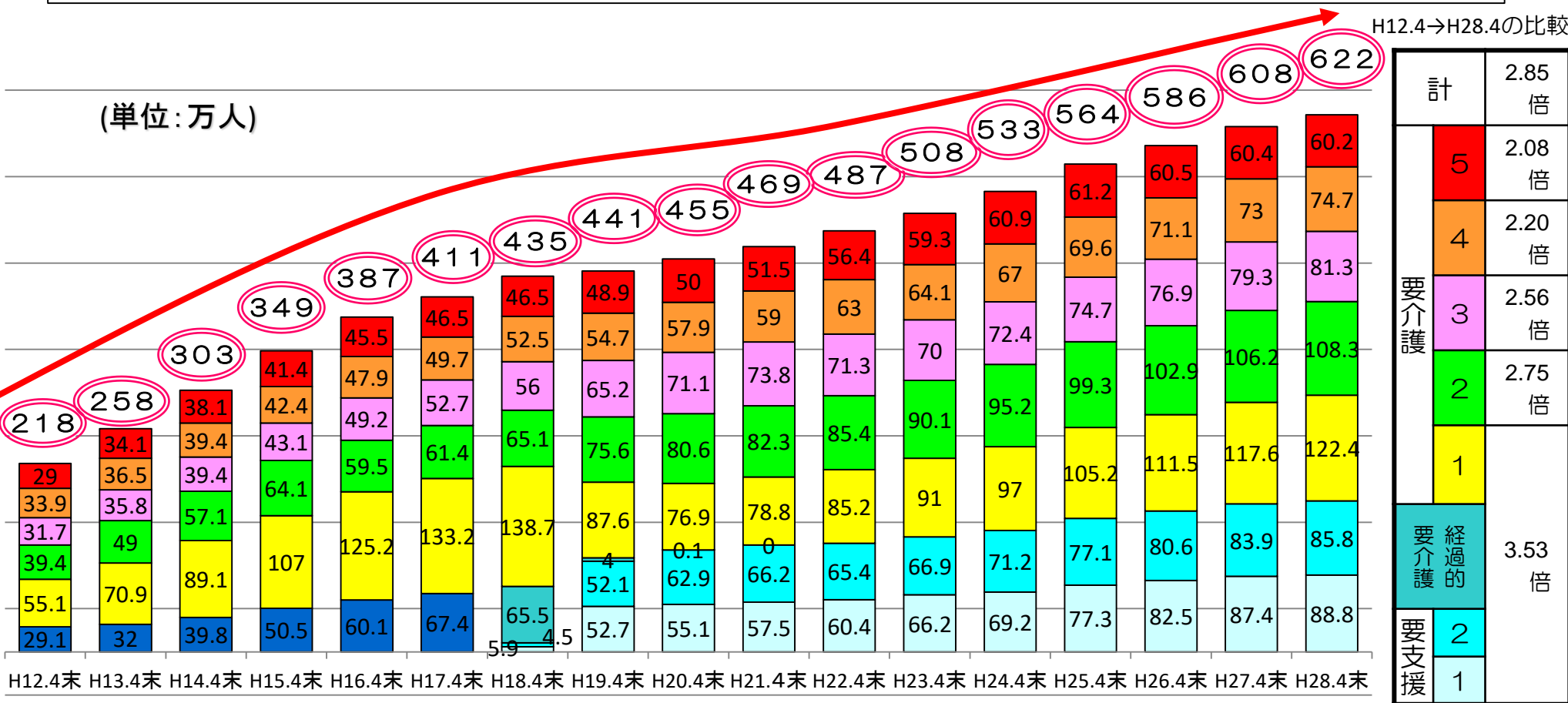
注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

# 圏域別高齢化率の推移



# 要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成28年4月現在622万人で、この16年間で約2.85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。



(注1) (注2)

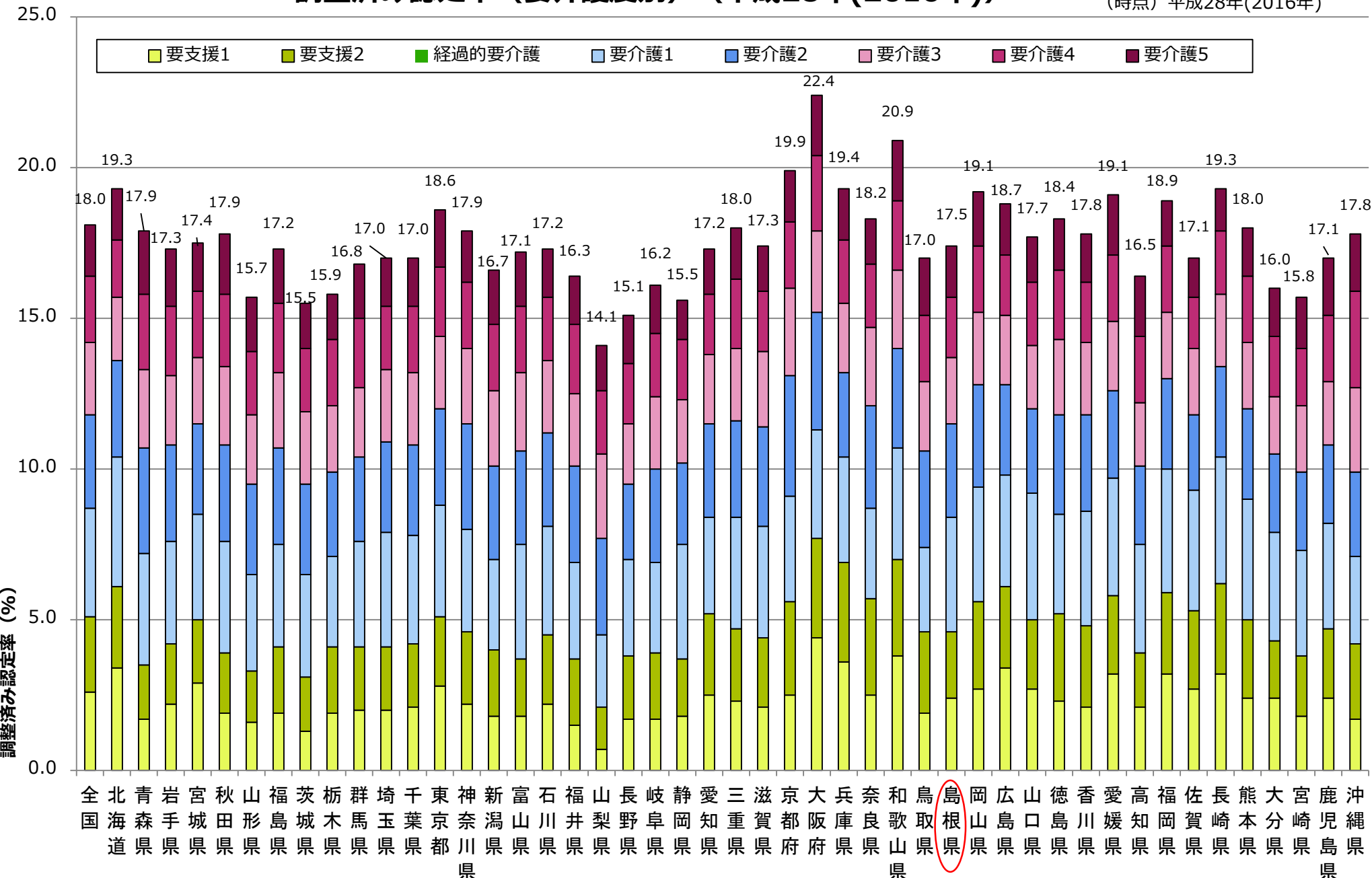
■要支援 □要支援1 ■要支援2 ■経過的 ■要介護1 ■要介護2 ■要介護3 ■要介護4 ■要介護5

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

# 調整済み認定率（要介護度別）（平成28年(2016年)）

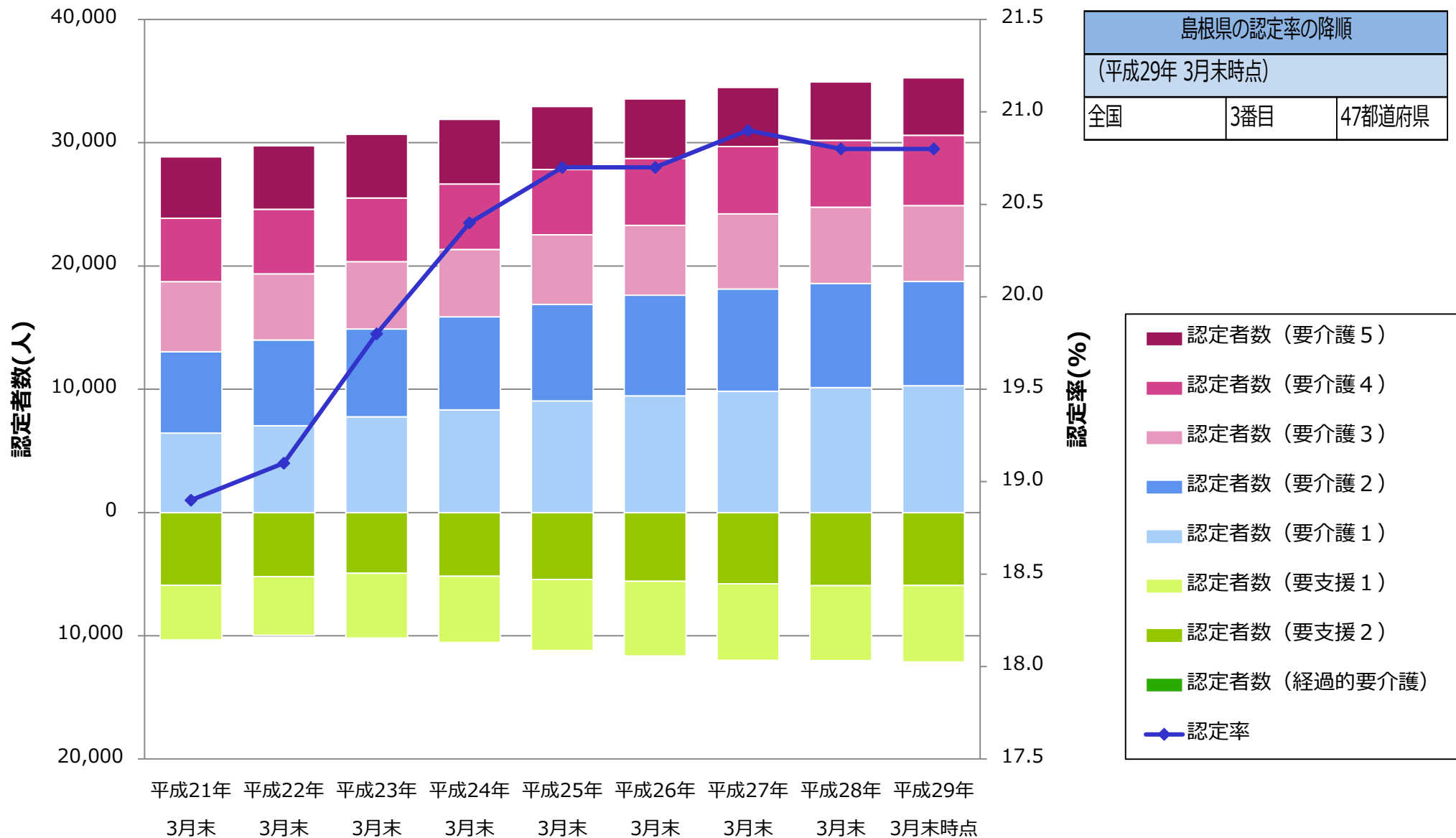
（時点）平成28年(2016年)



（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（平成28年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

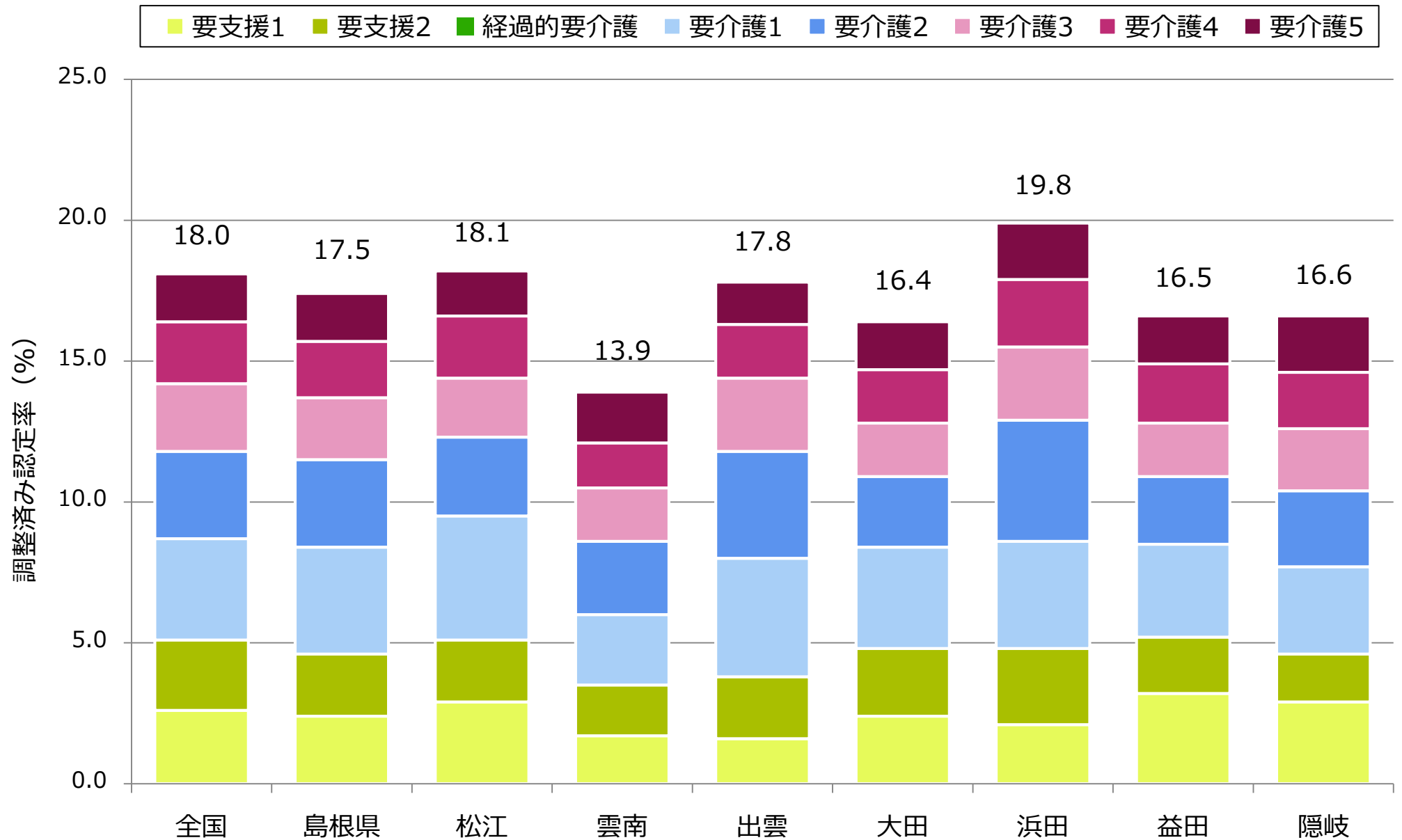


# 島根県の要介護（要支援）認定者数、要介護（要支援）認定率の推移



(出典) 平成20年度から平成27年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、平成28年度：「介護保険事業状況報告（3月月報）」

# 圏域別調整済み認定率（要介護度別）（平成28年（2016年））

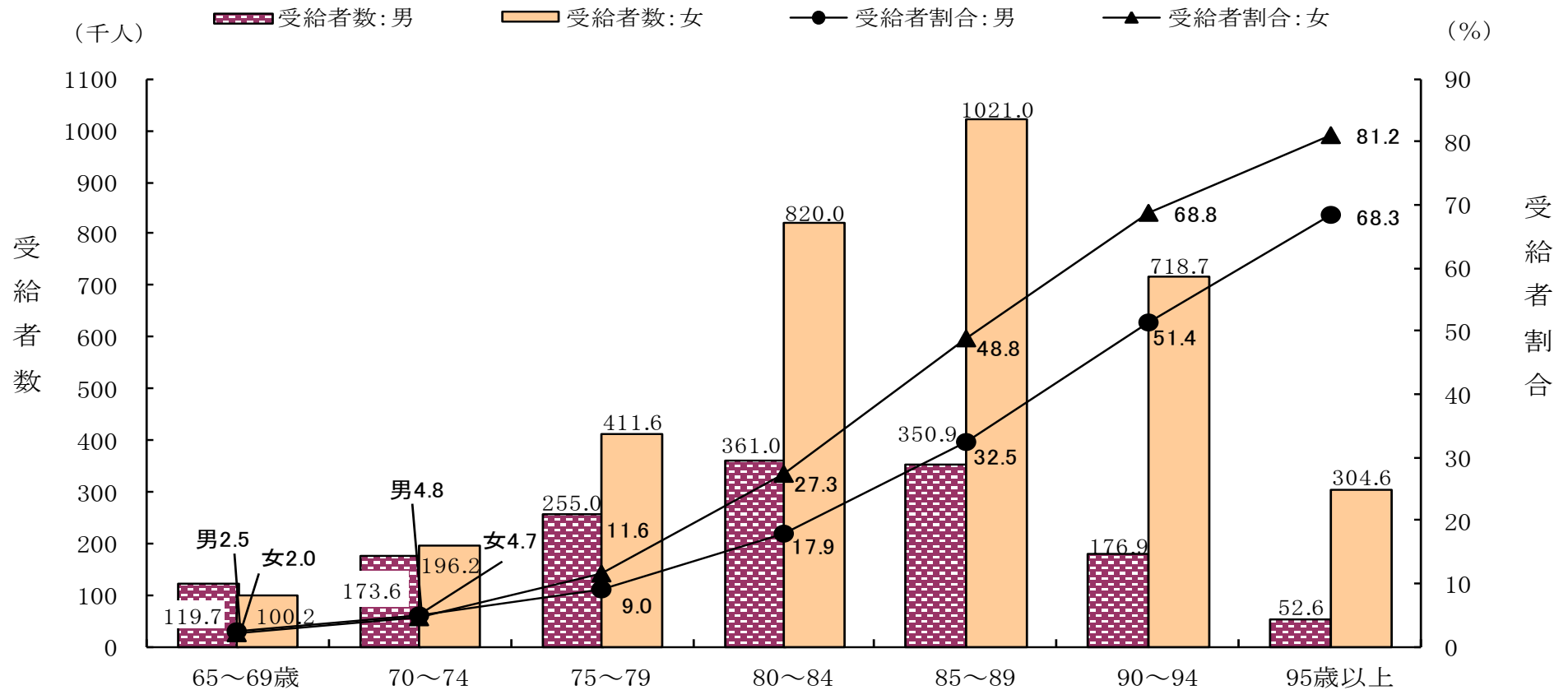


（時点）平成28年(2016年)

（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（平成28年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

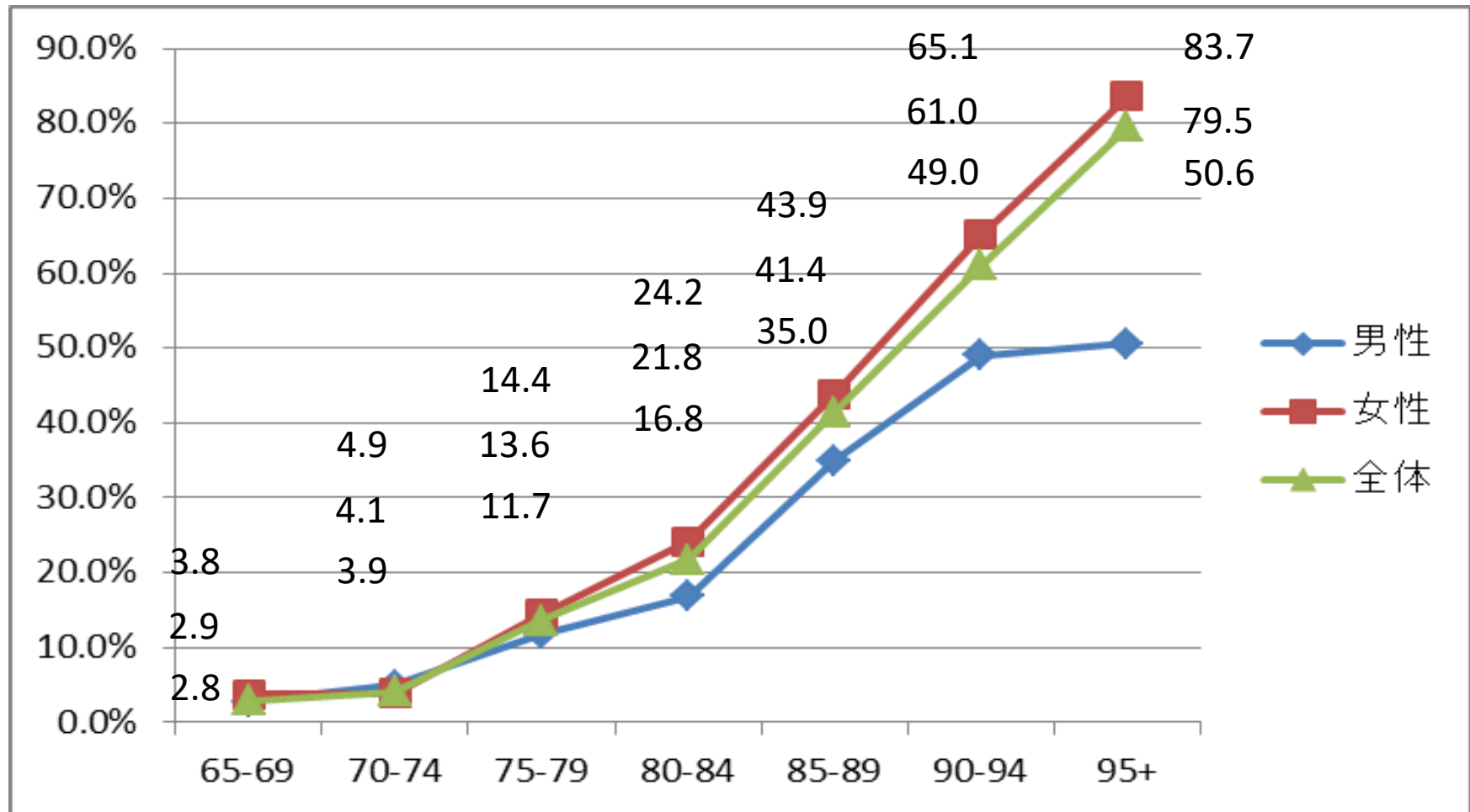
# 6 5歳以上における性・年齢階級別にみた受給者数及び人口に占める受給者数の割合

- 75歳を過ぎると、男女ともに、受給者数の割合が増える。
- 男性では、80歳～84歳をピークに、受給者数は減少。
- 女性では、85歳～89歳をピークに、受給者数は減少。
- 受給者のうち**高齢の女性の占める割合が大きい**。



注：各性・年齢階級別人口に占める受給者割合(%) = 性・年齢階級別受給者数 / 性・年齢階級別人口 × 100  
 人口は、総務省統計局「人口推計(平成27年10月1日現在)」の総人口を使用した。

# 年齢階級別の認知症有病率



厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業  
 「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成21~24)  
 総合研究報告書より、認知症・虐待防止対策推進室にて数字を加筆

研究代表者 朝田隆(筑波大学医学医療系)

## 2. 地域包括ケアの推進と制度改革

# 介護保険制度の基本理念

## 第一章 総則

### (目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

### (国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする

## 介護保険法第5条3項

(国及び地方公共団体の責務)

第五条 国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。

- 2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。
- 3 国及び地方公共団体は、被保険者が、**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**、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、**医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう**努めなければならない。

# 介護保険制度の改正の経緯

第1期  
(平成12年度～)

平成12年4月 介護保険法施行

第2期  
(平成15年度～)

平成17年改正(平成18年4月等施行)

- 介護予防の重視**(要支援者への給付を介護予防給付に。介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施。介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施)
- 施設給付の見直し**(食費・居住費を保険給付の対象外に。所得の低い方への補足給付)(平成17年10月)
- 地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定 など

第3期  
(平成18年度～)

平成20年改正(平成21年5月施行)

- 介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制の整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化 など

第4期  
(平成21年～)

平成23年改正(平成24年4月等施行)

- 地域包括ケアの推進**。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の創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予(公布日)
- 介護職員によるたんの吸引等。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
- 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。地域密着型サービスの公募・選考による指定を可能に。各都道府県の財政安定化基金の取り崩し など

第5期  
(平成24年～)

平成26年改正(平成27年4月等施行)

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実**(在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等)
- 全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む**地域支援事業に移行し、多様化**
- 低所得の第一号被保険者の**保険料の軽減割合を拡大**
- 一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ(平成27年8月) など

第6期  
(平成27年～)



# 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

## I 地域包括ケアシステムの深化・推進

### 1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

### 2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

### 3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

## II 介護保険制度の持続可能性の確保

### 4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

### 5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

# 1. 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

## 見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

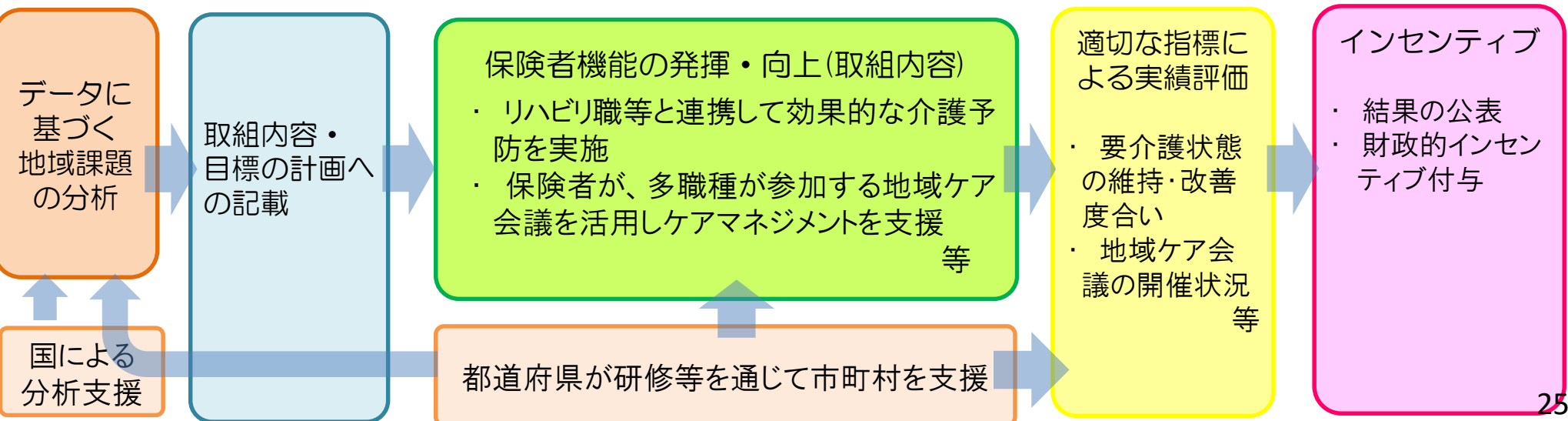
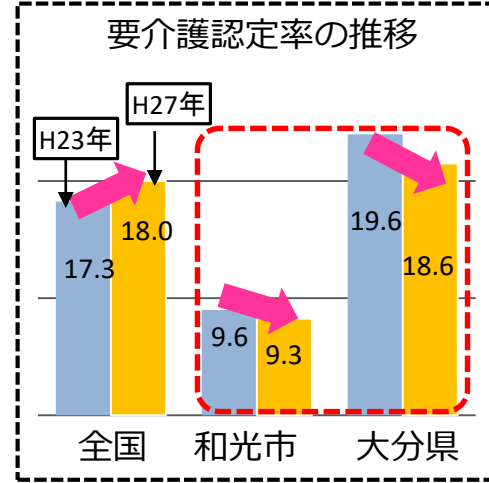
- 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。
- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
  - ① データに基づく課題分析と対応(取組内容・目標の介護保険事業(支援)計画への記載)
  - ② 適切な指標による実績評価
  - ③ インセンティブの付与
 を法律により制度化。

### ※主な法律事項

- ・介護保険事業(支援)計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ・介護保険事業(支援)計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ・都道府県による市町村支援の規定の整備
- ・介護保険事業(支援)計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ・財政的インセンティブの付与の規定の整備

先進的な取組を行っている和光市、大分県では

- 認定率の低下
- 保険料の上昇抑制



## 2. 新たな介護保険施設の創設

### 見直し内容

○今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。

○病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

### <新たな介護保険施設の概要>

名称	介護医療院 ※ただし、 <u>病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。</u>
機能	要介護者に対し、 <u>「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話(介護)」を一体的に提供する。</u> (介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。)
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。

※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

# 3. 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

## 「我が事・丸ごと」の地域作り・包括的な支援体制の整備

### 1. 「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民(世帯)が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決が図られることを目指す旨を明記。

### 2. この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定

- 地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備
  - 住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制(\*)
- (\*)例えば、地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等
- 主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制

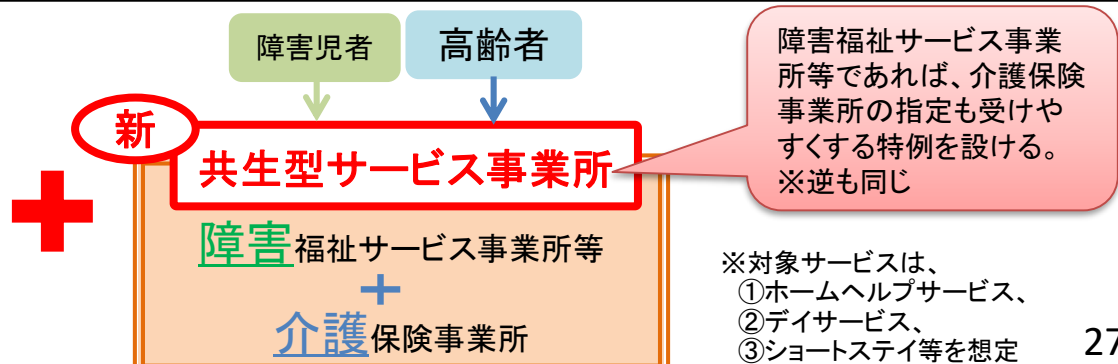
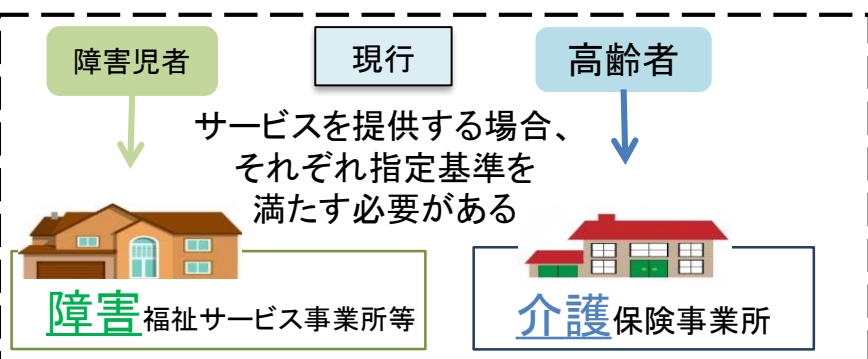
### 3. 地域福祉計画の充実

- 市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける。(都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様。)

※法律の公布後3年を目途として、2の体制を全国的に整備するための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる旨の附則を置く。

## 新たに共生型サービスを位置づけ

- 高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に **新たに共生型サービスを位置付ける**。(指定基準等は、平成30年度介護報酬改定及び障害福祉サービス等報酬改定時に検討)



# 4. 現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し

## 見直し内容

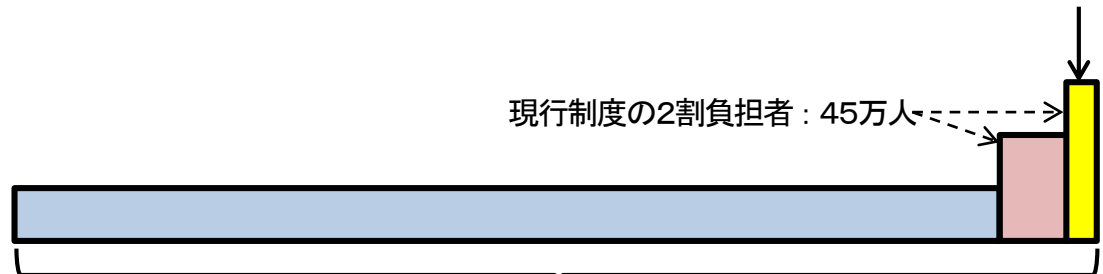
世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。ただし、月額44,400円の負担の上限あり。【平成30年8月施行】

【利用者負担割合】

【対象者数】

3割負担となり、負担増となる者：約12万人(全体の約3%)

現行制度の2割負担者：45万人



(単位:万人)

	在宅サービス	施設・居住系	特養	合計
受給者数(実績)	360	136	56	496

3割負担(推計)	約13	約4	約1	約16
うち負担増(対受給者数)	約11 (3%)	約1 (1%)	約0.0 (0.0%)	約12 (3%)

2割負担(実績)	35	10	2	45
1割負担(実績)	325	126	54	451

※介護保険事業状況報告(平成28年4月月報)

※特養入所者の一般的な費用額の2割相当分は、既に44,400円の上限に当たっているため、3割負担となっても、負担増となる方はほとんどいない。

### 負担割合

年金収入等 340万円以上  
(※1)

2割 ⇒ 3割

年金収入等 280万円以上  
(※2)

2割

年金収入等 280万円未満

1割

※1 具体的な基準は政令事項。現時点では、「合計所得金額(給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額)220万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額340万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」とすることを想定。⇒単身で年金収入のみの場合344万円以上に相当

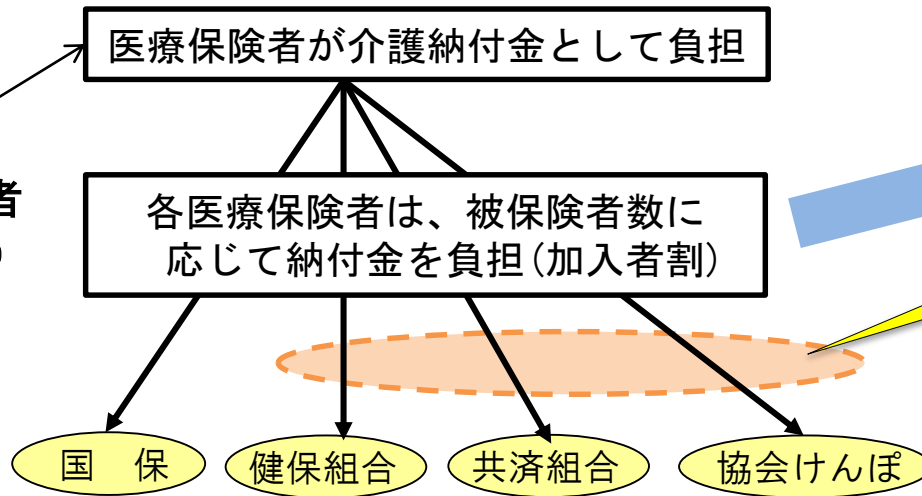
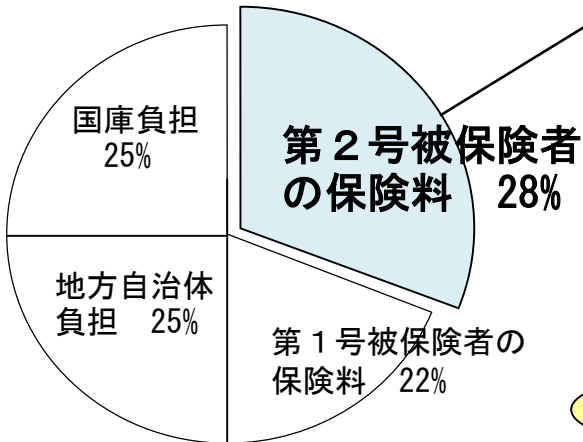
※2 「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額280万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上)」⇒単身で年金収入のみの場合280万円以上に相当

# 5. 介護納付金における総報酬割の導入

## 見直し内容

- 第2号被保険者(40～64歳)の保険料は、介護納付金として医療保険者に賦課しており、各医療保険者が加入者である第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付している。
- 各医療保険者は、介護納付金を、2号被保険者である『加入者数に応じて負担』しているが、これを被用者保険間では『報酬額に比例した負担』とする。(激変緩和の観点から段階的に導入)【平成29年8月分より実施】

【介護給付費の財源】



被用者保険間では報酬額に比例して負担する仕組み(総報酬割)を導入

【総報酬割導入のスケジュール】

	29年度		30年度	31年度	32年度
	～7月	8月～			
総報酬割分	なし	1/2	1/2	3/4	全面

【全面総報酬割導入の際に影響を受ける被保険者数】

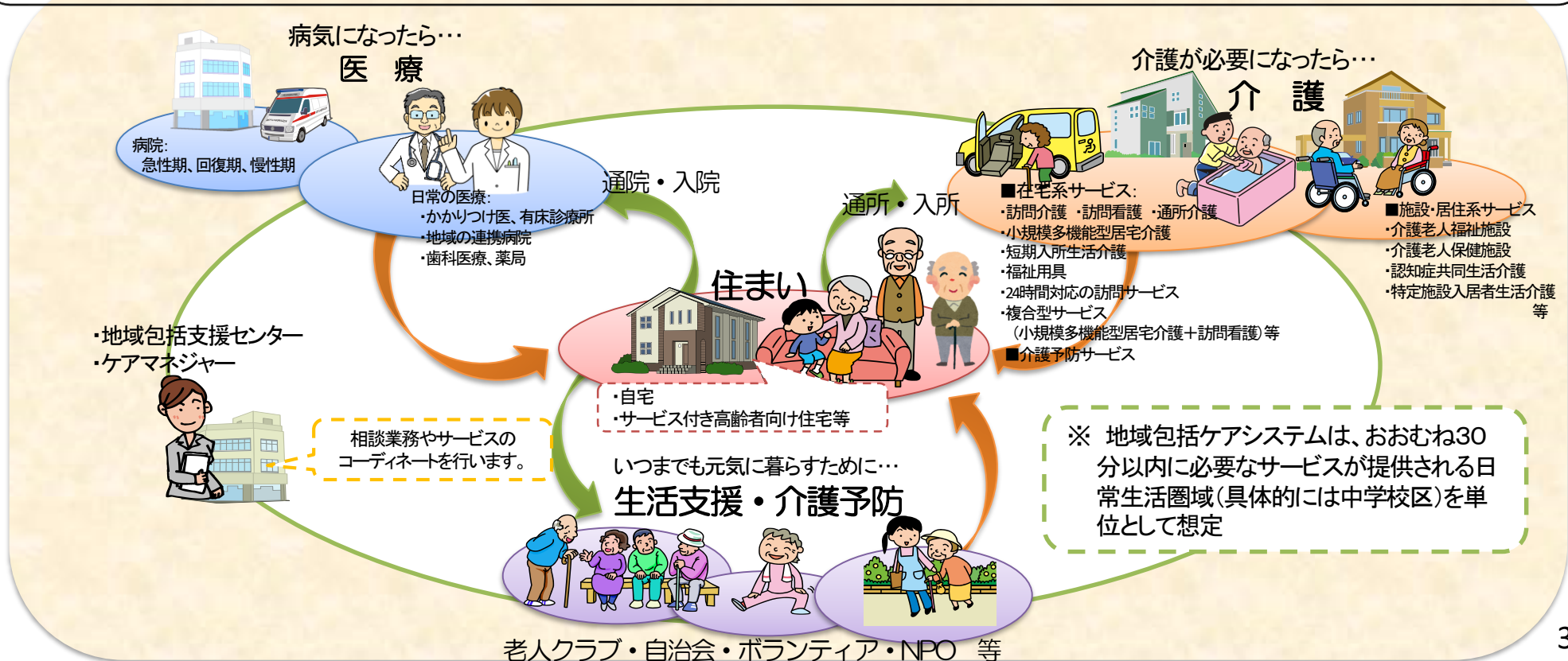
「負担増」となる被保険者	約1,300万人
「負担減」となる被保険者	約1,700万人

※ 平成26年度実績ベース

### 3.地域包括ケアの今後の進め方 ～医療介護連携を中心に～

# 地域包括ケアシステムの構築

- 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。**





# 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促進（視点の例）

## 地域包括ケアシステム（医療介護総合確保促進法第2条第1項）

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営むことができるよう、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

### □ 地域包括ケアシステムを構成する5つの要素

※これらの要素が包括的に提供されることが必要。



### □ 地域包括ケアシステムを構成するためのキーワード（例）

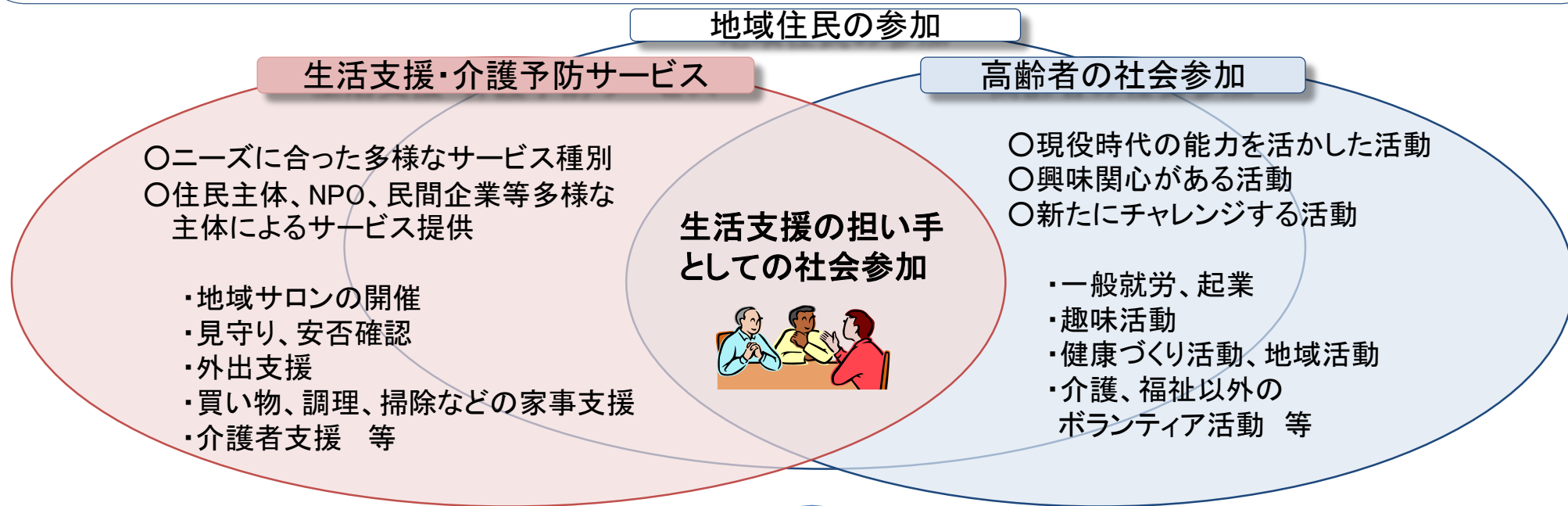
#### ○ 地域で生活する1人1人の自立と尊厳を支える

- 個々の利用者にとって ⇒ 生活者の目線で一体的な（切れ目のない）医療介護サービス（サービスステージが変わっても安心と信頼が継続）
- サービス提供者にとって ⇒ 顔の見える関係・ネットワーク（同職種・多職種で日頃からお互いに知っている）
- 地域にとって ⇒ 大都市圏、地方中核都市、町村など人口や資源の特性に応じて展開（地域毎のご当地システム）

#### ○ 関係者間での目標、価値観、考え方の共有

# 生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



## バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化

## バックアップ

都道府県等による後方支援体制の充実

1. 都道府県・市町村の計画  
(医療計画・介護保険事業(支援)計画) = 都道府県・市町村による面的対応
2. 市町村の事業  
(在宅医療・介護連携推進事業) = 都道府県・市町村による面的対応
3. 事業者に対する報酬  
(診療報酬・介護報酬) = 事業者に対するインセンティブ  
(点・線の対応)

### 3-1. 都道府県・市町村による面的対応 (医療計画と介護保険事業(支援)計画)

# 医療と介護の一体的な改革に係る今後のスケジュール

平成25年度

平成26年度

平成27年度

平成28年度

平成29年度

平成30年度

第6次医療計画

第7次医療計画  
第7期介護保険事業計画

第5期介護保険事業計画

第6期介護保険事業計画

基金(医療分のみ)

基金(介護分を追加)

基金

基金

医療介護  
総合確保法

基金造成・執行  
総合確保方針

介護報酬改定

診療報酬改定

介護報酬改定(臨時)  
総合確保方針

同時改定

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

改正医療法

地域医療構想の  
ガイドライン(年度末)

地域医療構想(ビジョン)の策定

医療計画  
基本方針

医療計画  
策定

医療機能の分化・連携と、地域包括ケア  
システムの構築を一体的に推進

病床機能分化・  
連携の影響を  
両計画に反映

介護保険事業  
(支援)計画策定

改正介護保険法

介護保険事業  
計画基本指針

介護保険事業  
(支援)計画策定

改正介護保険法

・2025年度までの  
将来見通しの策定

第6期介護保険事業(支援)計画に位置付けた施策の実施

・介護サービスの拡充／・地域支援事業による在宅医療・介護連携、地域ケア会議、認知症  
施策、生活支援・介護予防等の推進

医療保険制度改革

医療保険制度改革法案の成立  
(平成27年5月27日)

必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる

・医療保険制度の財政基盤の安定化  
・保険料に係る国民の負担に関する公平の確保  
・保険給付の対象となる療養の範囲の適正化 等

# 「地域医療構想」の達成の推進

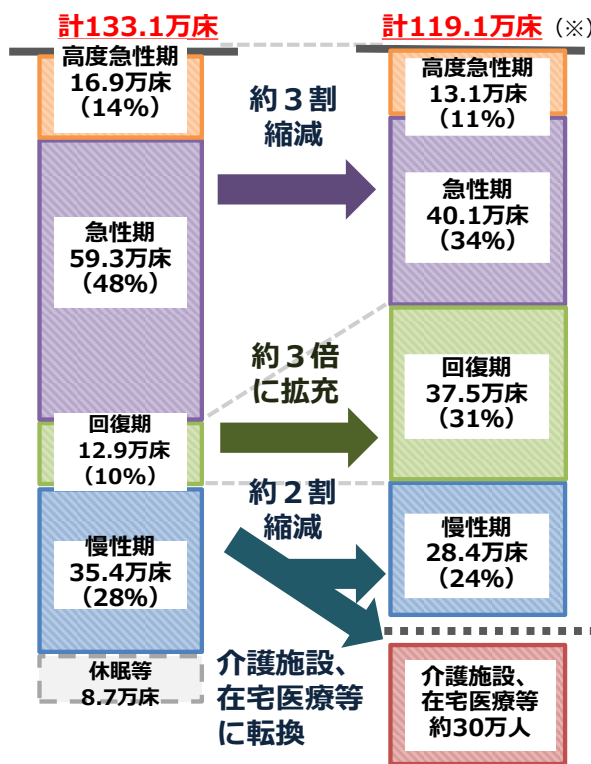
- 平成29年度以降、地域ごとの「**地域医療構想調整会議**」での**具体的議論を促進**。
- 病床の機能分化・連携の議論に必要な診療等データの提供、基金の重点配分、診療報酬・介護報酬での対応を実施。

平成28年度末に全都道府県で策定完了  
⇒地域ごとに、2025（平成37）年時点での  
病床の必要量を『見える化』

## ①機能分化・連携のための診療等のデータ提供

- ✓ 病床の役割分担を進めるため、手術やリハビリの件数や、疾病ごとの患者数等のデータを国から提供。
- ✓ データを活用し、**個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針を集中的に検討**。

【足下の病床機能】  
【平成27年7月現在】



### 議論の一例

病院	急性期	手術件数	リハビリ件数
A病院	250床	50 (件/月)	200 (件/月)
B病院	200床	40 (件/月)	160 (件/月)
C病院	100床	5 (件/月)	100 (件/月)

国からデータ提供

C病院は、  
・手術の件数は少ない  
・リハビリの実施件数は他院と同等

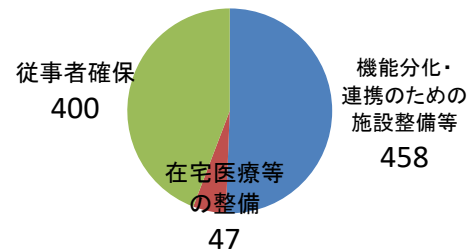
### C病院の方針

C病院を回復期機能へ転換し、  
病床数を50床に減床

## ②地域医療介護総合確保基金による支援

- ✓ 個別の病院名や転換する病床数等の具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分。

配分実績  
(平成28年度) 合計904億円



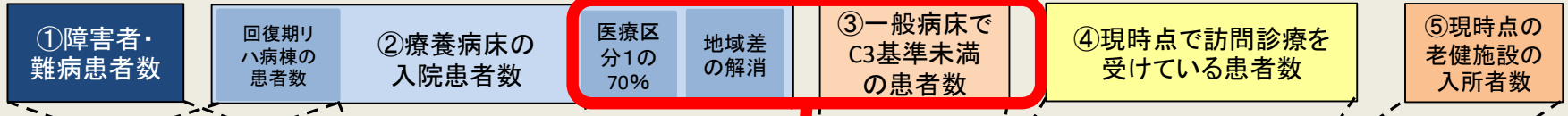
## ③診療報酬・介護報酬改定による対応

- ✓ 平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定をはじめ、今後の診療報酬改定・介護報酬改定において、病床の機能分化・連携の取組の後押し、介護施設、高齢者住宅、在宅医療等への転換等の対応を進める。

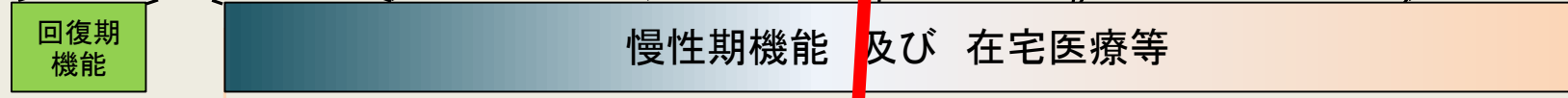
※ 内閣官房推計（平成27年6月）の合計  
114.8～119.1万床の範囲内

# 在宅医療等の新たなサービス必要量の位置づけについて

【現状】



【将来】

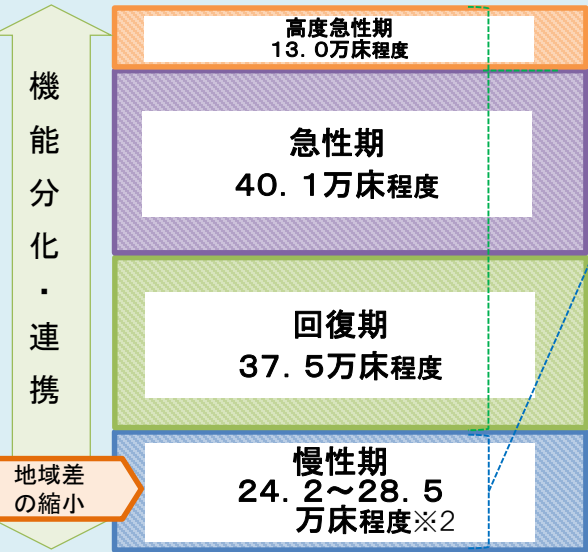


## 2025年の医療機能別の病床の必要量の推計結果※

【推計結果:2025年】※

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合: **52万床程度**

2025年の病床の必要量(目指すべき姿)  
**115~119万床程度※1**



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

**29.7~33.7万人程度※3**

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

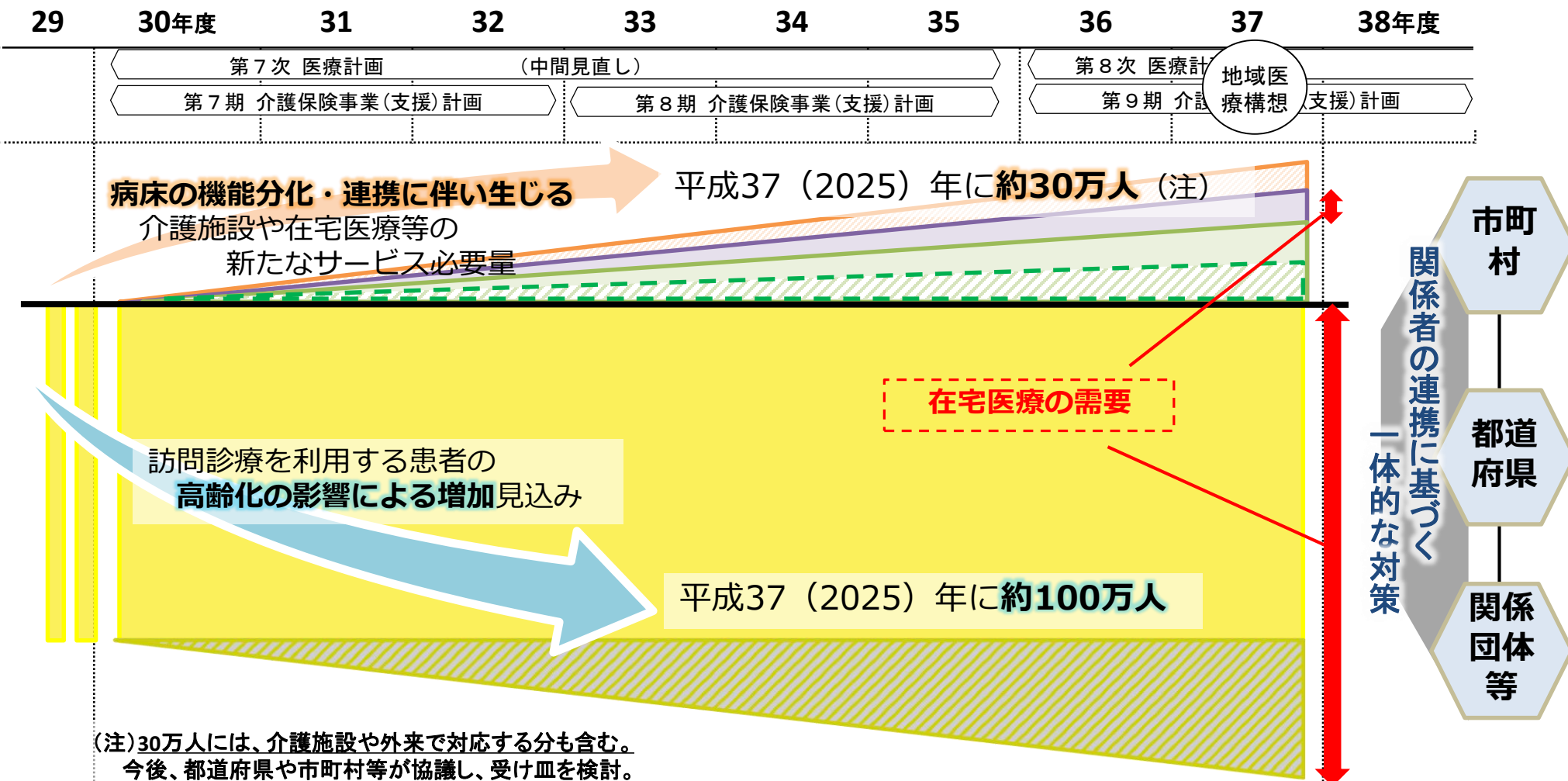
内閣官房「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」第1次報告(H27.6.15)資料(抜粋)一部改変

※地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の過程を置いて推計したもの。実際の医療提供体制は、構想区域ごとの状況に応じて検討する必要がある。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度  
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度  
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

# 2025年に向けた在宅医療の体制構築について

- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「**高齢化の進展**」や「**地域医療構想による病床の機能分化・連携**」により**大きく増加**する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、**都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築**していくことが重要。





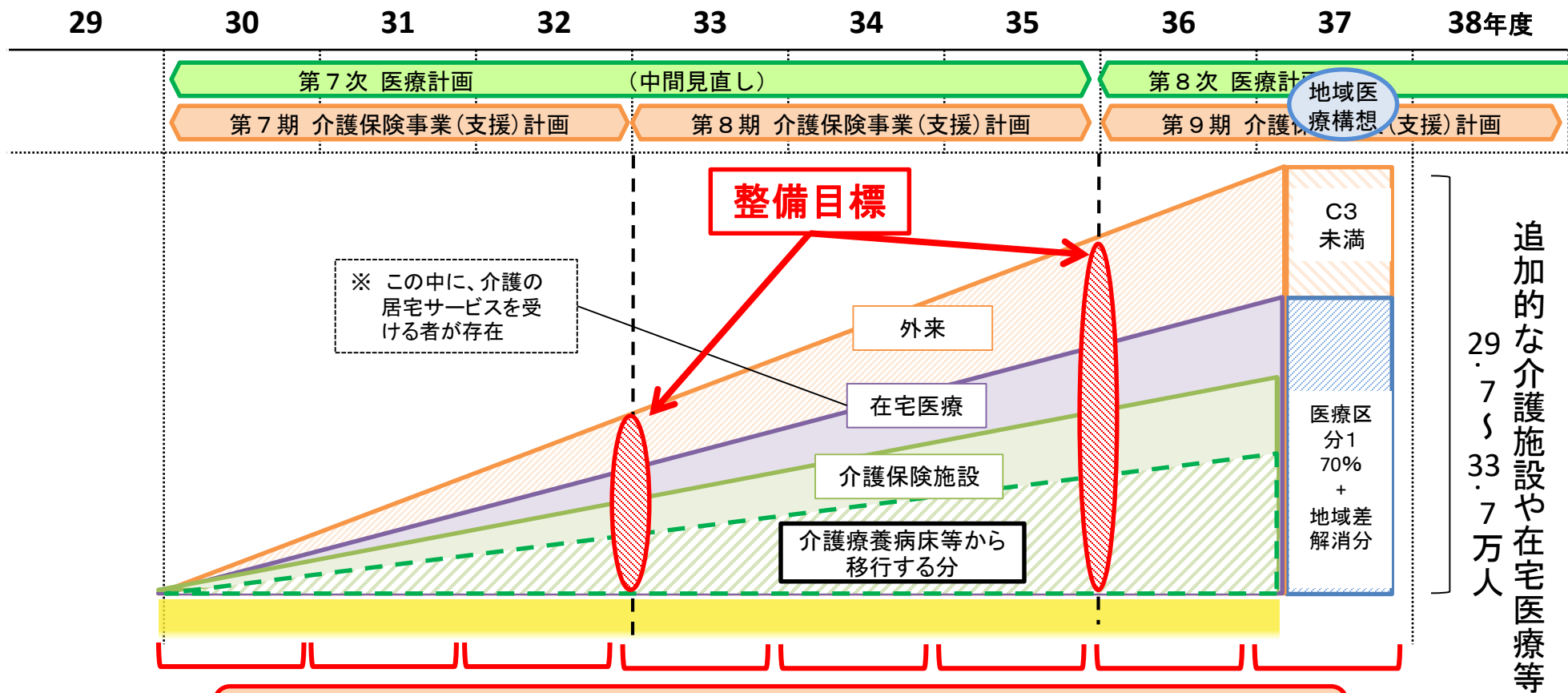
# 各計画の終了時点における新たなサービス必要量の推計方法

② 市町村別に按分した2025年(平成37年)の必要量から、第7期介護保険事業(支援)計画の終了時点(平成32年度末)、第7次医療計画の終了時点(平成35年度末)の数値を、比例的に推計する。

第11回医療計画の見直し等に関する検討会 資料1 (H29.6.30)



○ 比例的に推計する方法について、具体的には、始点を平成30年、終点を平成37(2025)年度末と設定して行うことを基本とする。



2025年の新たなサービス必要量の推計値を、8年間で等比按分  
 (例) 32年度末時点のサービス必要量 = 37年のサービス必要量 × 3/8

追加的な介護施設や在宅医療等  
 297,370人

## 基本指針とは

- 介護保険法において、厚生労働大臣は、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（以下「基本指針」という。）を定めることとされている。
- 都道府県及び市町村は、基本指針に即して、3年を一期とする都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画を定めることとされており、基本指針は計画作成上のガイドラインの役割を果たしている。

### <スケジュール>

6月21日 介護保険部会において基本指針案を議論

7月上旬 自治体に対して基本指針の全文を提示

各都道府県、市町村において介護保険事業（支援）計画を策定

平成30年度～ 第7期介護保険事業（支援）計画スタート

## 第7期基本指針のポイント

- 高齢者の自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化の推進
- 「我が事・丸ごと」、地域共生社会の推進
- 平成30年度から同時スタートとなる医療計画等との整合性の確保
- 介護を行う家族への支援や虐待防止対策の推進
- 「介護離職ゼロ」に向けた、介護をしながら仕事を続けることができるようなサービス基盤の整備

# 第7期介護保険事業(支援)計画における 療養病床、介護医療院等の取扱いに関する基本的考え方

以下の考え方について、都道府県宛に事務連絡を発出済み。

(平成29年8月10日 厚生労働省介護保険計画課事務連絡)

- 第7期計画において必要入所(利用)定員総数を定めるに当たっては、医療療養病床及び介護療養型医療施設が、介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護に転換する場合における必要入所(利用)定員総数の増加分を含まない。同様に、介護老人保健施設(平成18年7月1日から平成30年3月31日までに医療療養病床又は指定介護療養型医療施設から転換して許可を受けたものに限る。)が介護医療院に転換する場合における必要入所定員総数の増加分を含まない。
- 上記の取扱を踏まえ、介護保険法第94条第5項等に基づく介護保険施設等の許可等の拒否(いわゆる「総量規制」)は基本的に生じないと考えられる。
- 介護医療院の新設(一般病床からの移行等を含む。)については、総量規制の対象となるため、まずは医療療養病床及び介護療養型医療施設からの転換による対応を優先した上で、地域の高齢者のニーズや事業者の参入意向等を把握して必要入所定員総数を設定。
- 介護サービスごとの量の見込みについては転換分を含めて推計。  
医療療養病床及び介護療養型医療施設の転換見込みについては、各都道府県において転換意向調査を実施するとともに、都道府県・市町村の協議の場において議論。

## 3-2. 都道府県・市町村による面的対応 (在宅医療・介護連携推進事業)

# 在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の(ア)～(ク)の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

## 事業項目と事業の進め方のイメージ

### ①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

#### (ア)地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

#### (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・共有し、課題の抽出、対応策を検討

### ②地域の関係者との関係構築・人材育成

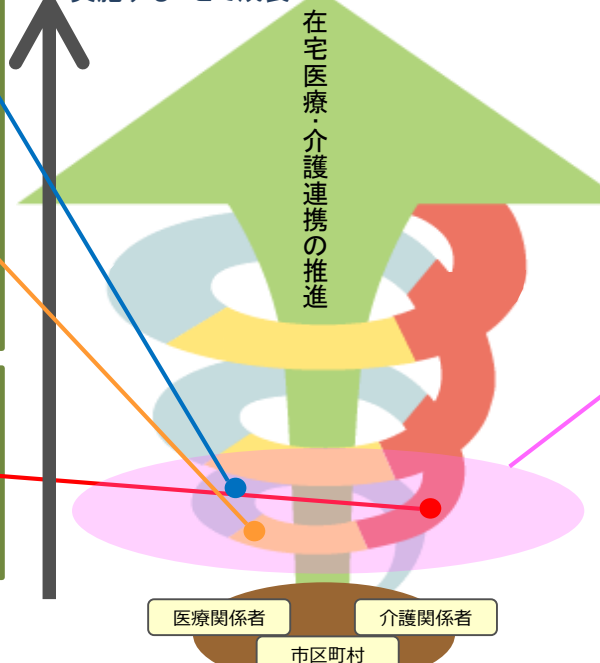
#### (カ)医療・介護関係者の研修

- 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

\* 地域の実情に応じて②と③を同時並行で実施する場合もある。



PDCAサイクルで継続的に実施することで成長



### ③(ア)(イ)に基づいた取組の実施

#### (ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護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・介護関係者に関する相談支援

- 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

#### (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
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

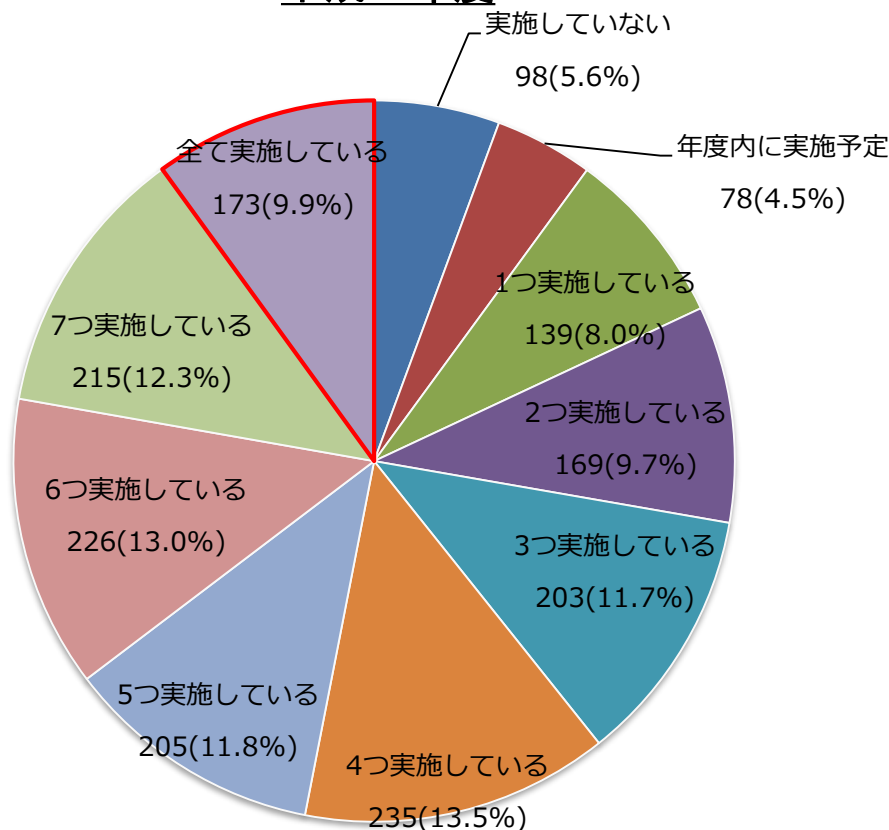
#### (ク)在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

- 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

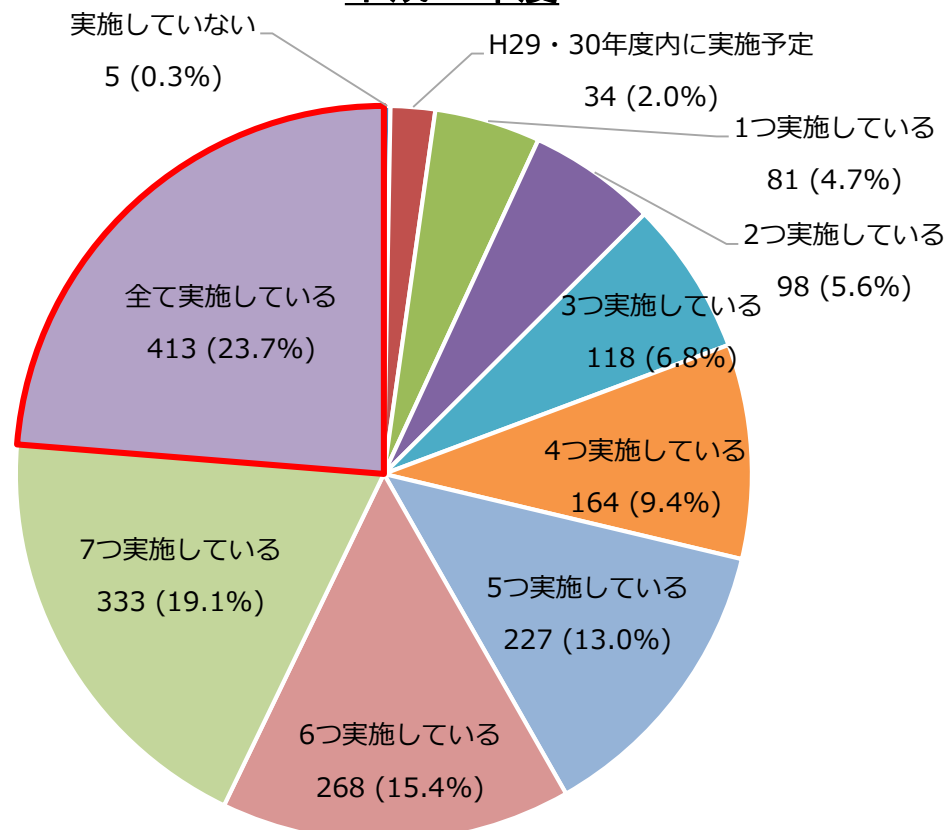
# 市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況の比較(n=1,741)

平成30年4月には市町村が実施することとなっている8つの事業項目の全てを実施している市町村は173市町村（9.9%）から413市町村（23.7%）に増加。まだ事業を実施していない市町村は98市町村（5.6%）から5市町村（0.3%）に減少している。

## 平成28年度

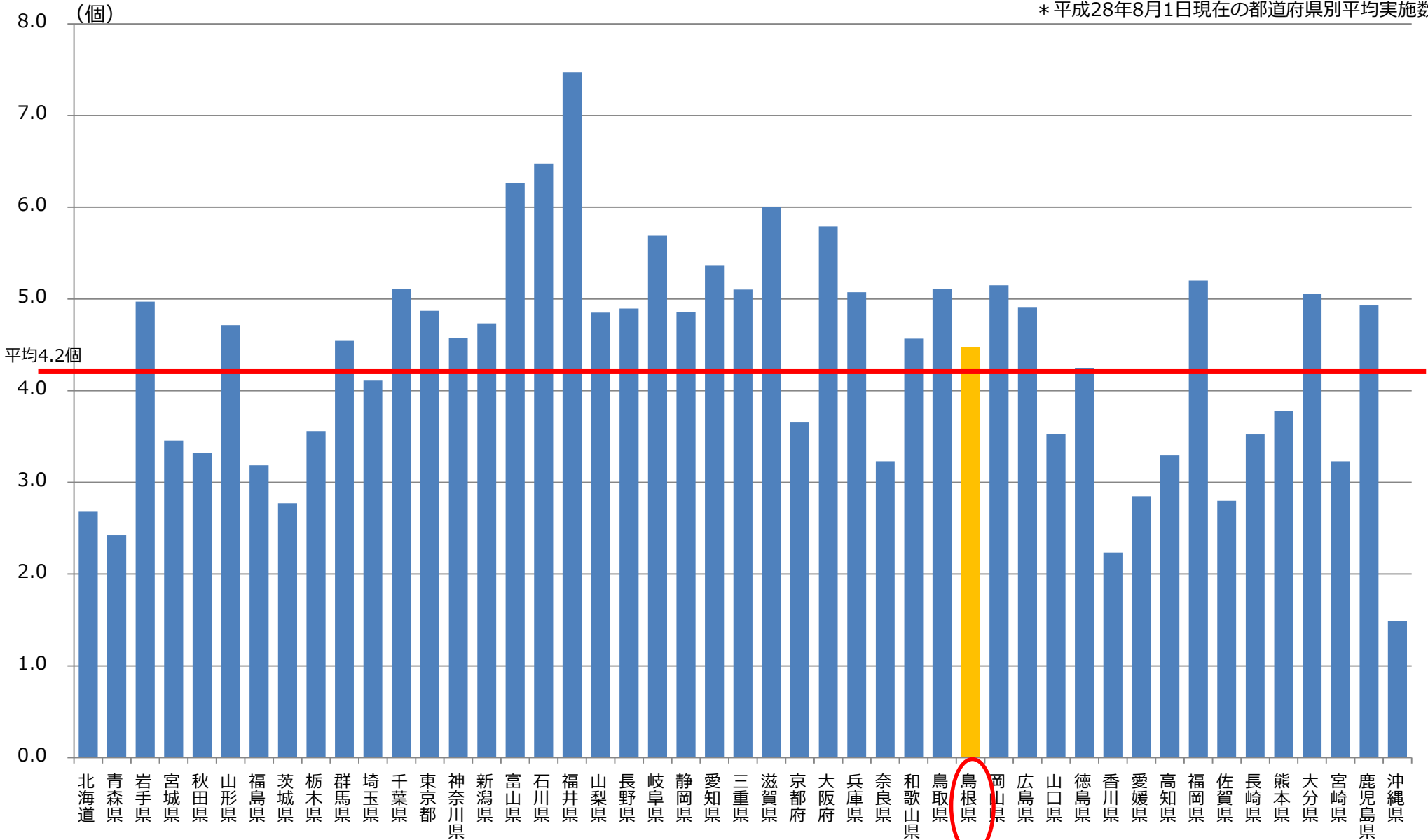


## 平成29年度



# 在宅医療・介護連携推進事業の都道府県別平均実施数（8事業項目の実施数）

\* 平成28年8月1日現在の都道府県別平均実施数



# 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況

在宅医療・介護連携推進事業 市町村実施状況調査	1,741市町村	(100%)
① 地域の医療・介護の資源の把握	1,551市町村	(89.1%)
② 地域の医療・介護資源を把握して、課題の抽出と対応策を検討	1,109市町村	(63.7%)
③ 地域の医療・介護資源を把握、課題の抽出と対応策を検討し、研修を実施	1,036市町村	(59.5%)
④ 上記を実施した上で、切れ目のないサービスの提供・情報共有の支援・相談支援を実施	510市町村	(29.3%)
⑤ ④のほか、関係市町村との連携の実施	447市町村	(25.7%)
⑥ その他 (事業を実施していない、順をランダムに実施等)	190市町村	(10.9%)

※ 出典 平成29年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査(速報値)  
データは平成29年6月1日時点



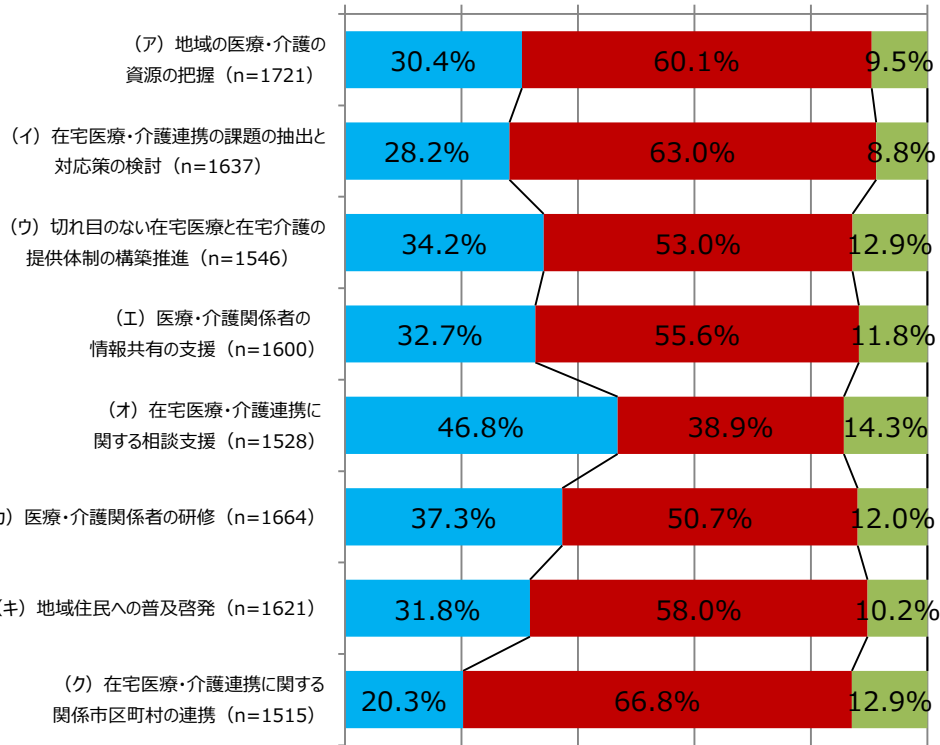
# 在宅医療・介護連携推進事業の委託状況（予定を含む）

## ○在宅医療・介護連携推進事業の委託（予定を含む）の有無と医師会への委託状況（予定を含む）

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援に関する取組の委託（予定を含む）が最も多く、8つの事業全てで委託先は医師会が最多であった。委託（予定を含む）の場合、（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進について、医師会への委託が多かった。

### 委託の有無

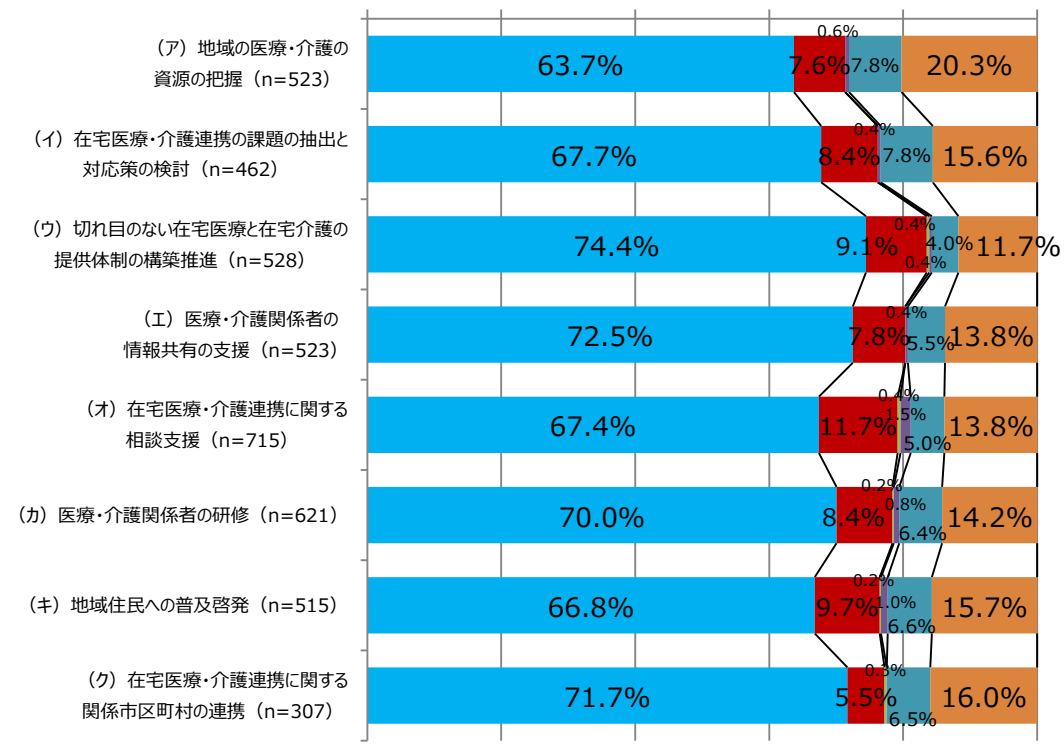
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 有り (予定) ■ 無し (予定) ■ 未定

### 委託先 (予定を含む)

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 医師会 ■ 病院・診療所 ■ 看護協会 ■ 訪問看護事業所 ■ 社会福祉協議会 ■ その他

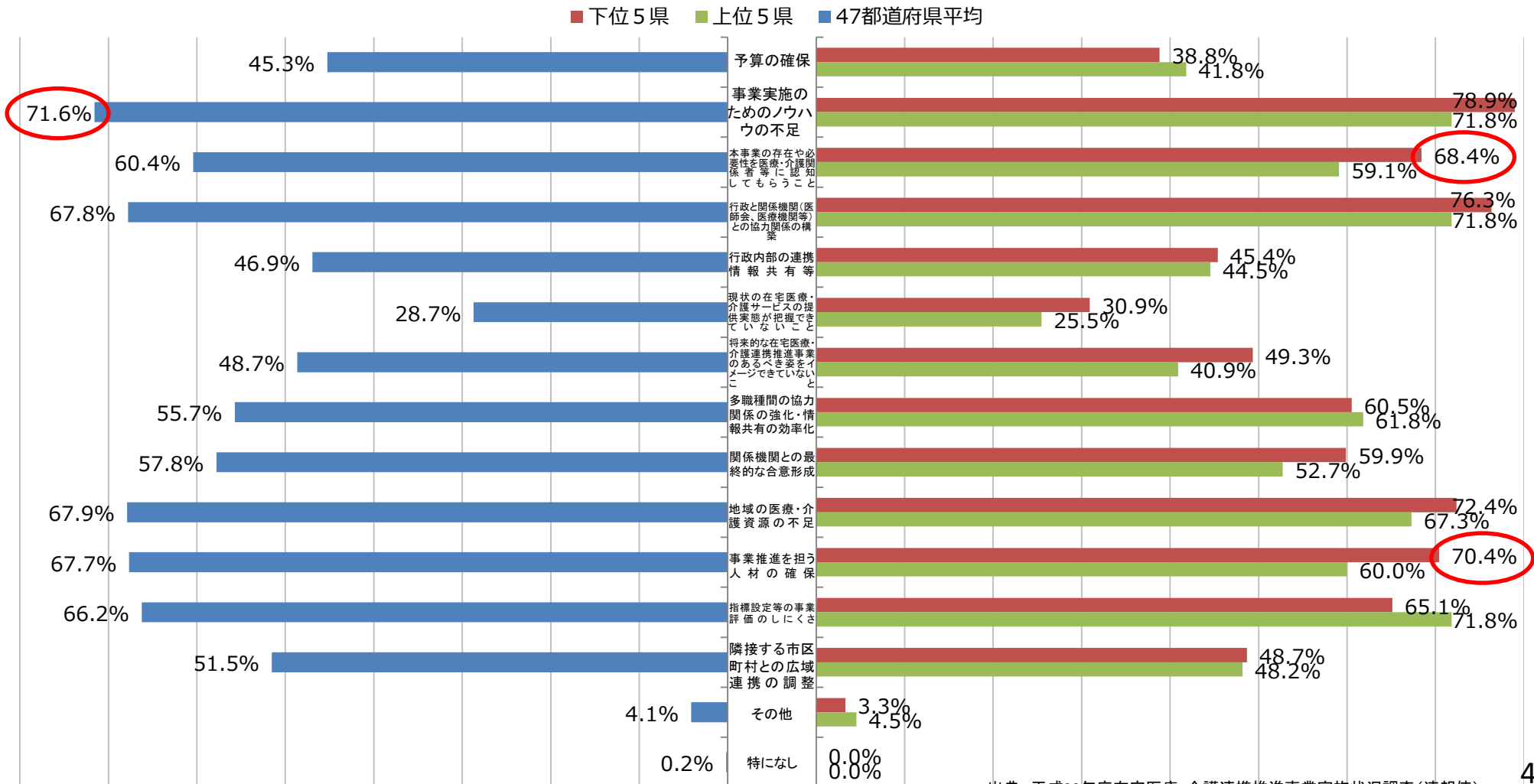
# 在宅医療・介護連携推進事業を実施する中での課題

## ○在宅医療・介護連携推進事業を実施する中での課題

事業実施のためのノウハウの不足、関係機関（医師会、医療機関等）との連携と回答している市町村が多かった。

## ○平均取組数が多い都道府県内の市町村と少ない都道府県内の市町村における課題認識の比較

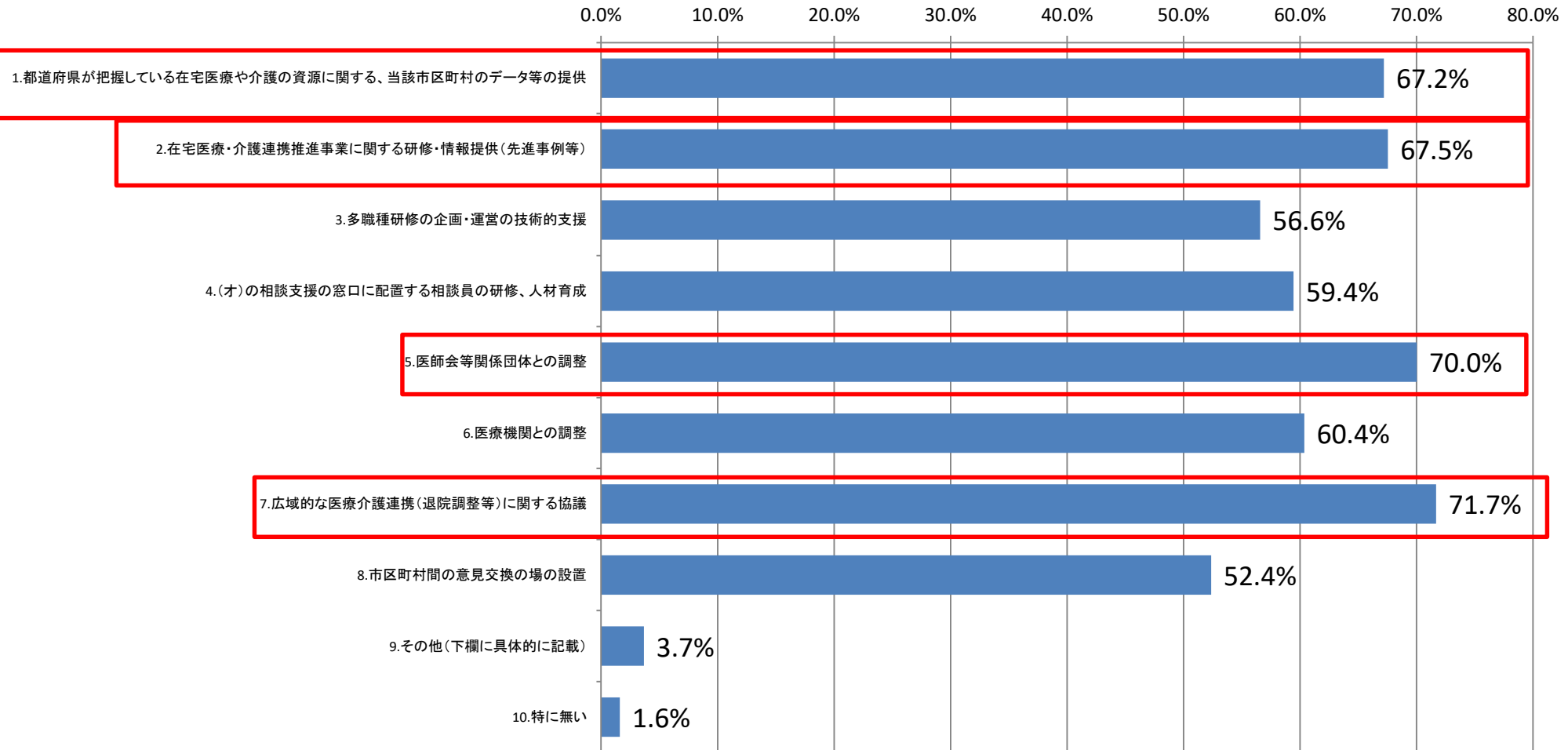
取組数が少ない都道府県（下位5県）内の市町村においては、取組が多い都道府県（上位5県）内の市町村に比べて、事業実施のノウハウの不足、関係機関との協力関係の構築を課題として回答している割合が多かった。



# 在宅医療・介護連携推進事業の都道府県からの支援を希望する取組

## ○都道府県からの支援を希望する取組

- ・ 医師会等の関係団体との調整、在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供、都道府県が把握している在宅医療・介護のデータ提供、広域的な医療介護連携（退院調整等）を希望する市町村が多かった。
- ・ 支援の希望は年々増加傾向にあるが、特に、「都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、当該市区町村のデータ等の提供」「在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供」の伸びが大きい。



※比較的小規模の市町村の回答が多かったものを「◎」としている

## （ア）地域の医療・介護の資源の把握

- 介護資源は把握できているが、在宅医療への対応状況等の医療資源の把握が難しい。
- ◎ 市町村外の医療機関への受診が多く、広域的な医療資源の把握が必要だが、近隣市町村と調整できていないため。

## （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 現状と課題について整理、分析するノウハウが乏しい。
- 医師会や在宅療養に関わる医師への働きかけ方がわからず、連絡・調整がとれていない。

## （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 体制整備に医師会の協力は不可欠と考えるが、具体的にどのように取り組めばいいかわからない。

## （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◎ 医師会の管内市町村が複数市町村あり、各市町村の方針が定まらない。

## （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- 相談・調整業務を担う有資格者（人材）の継続確保が課題となり実施できていない。

## （カ）医療・介護関係者の研修

- ◎ 人的な余裕やノウハウがなく、どのように実施したらいいかわからない。
- （ア）による実態把握と（イ）による関係者との課題の整理ができておらず、研修の実施に至っていない。

## （キ）地域住民への普及啓発

- 自治体として在宅医療等を推進する方向性がさだまっていない。関係団体と十分、協議されていない。

## （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◎ 県や保健所に医師会や基幹病院を交えた連携の推進を図っていただきたいが支援が得られていない。
- ◎ 近隣市町村が二次医療圏も郡市区医師会の管内自治体とも異なるため連携のきっかけを掴めない。

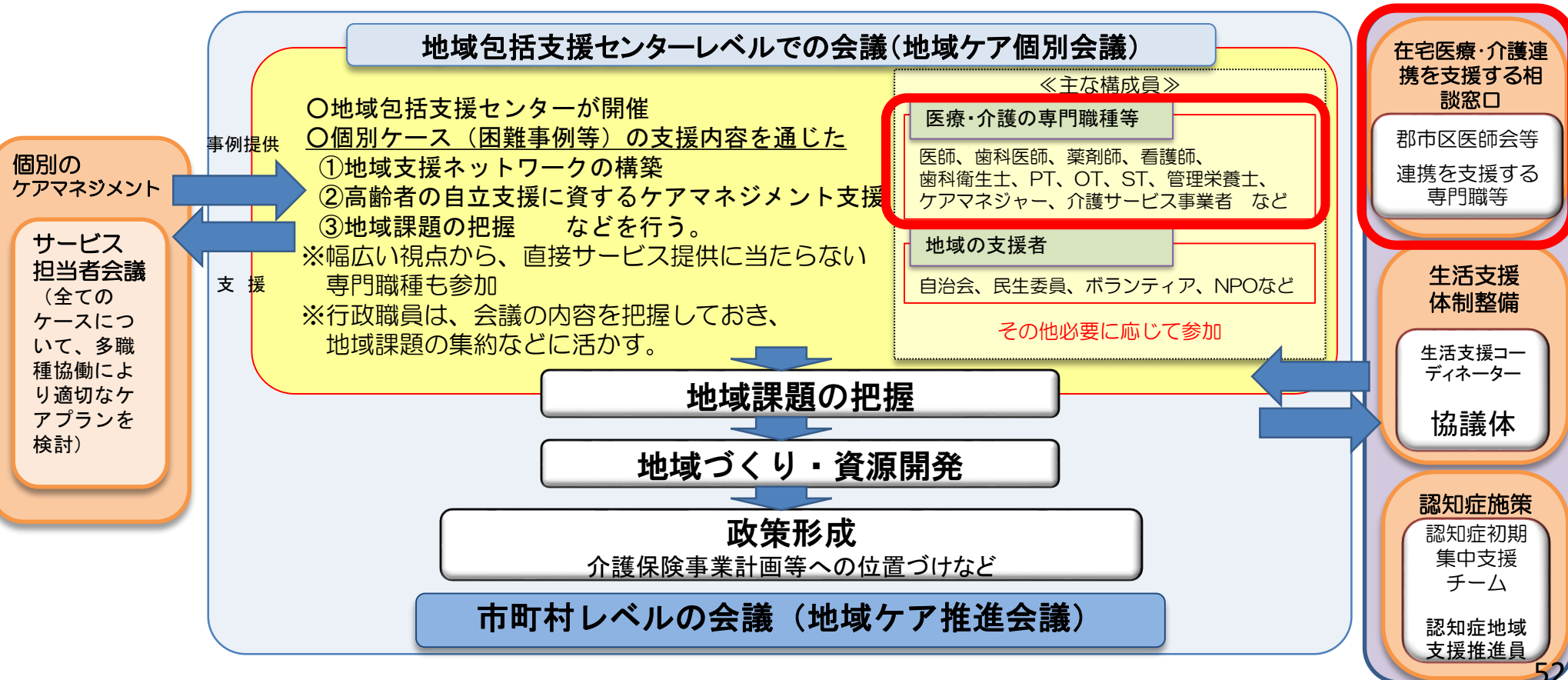
# 地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。

※従来の包括的支援事業（地域包括支援センターの運営費）とは別枠で計上

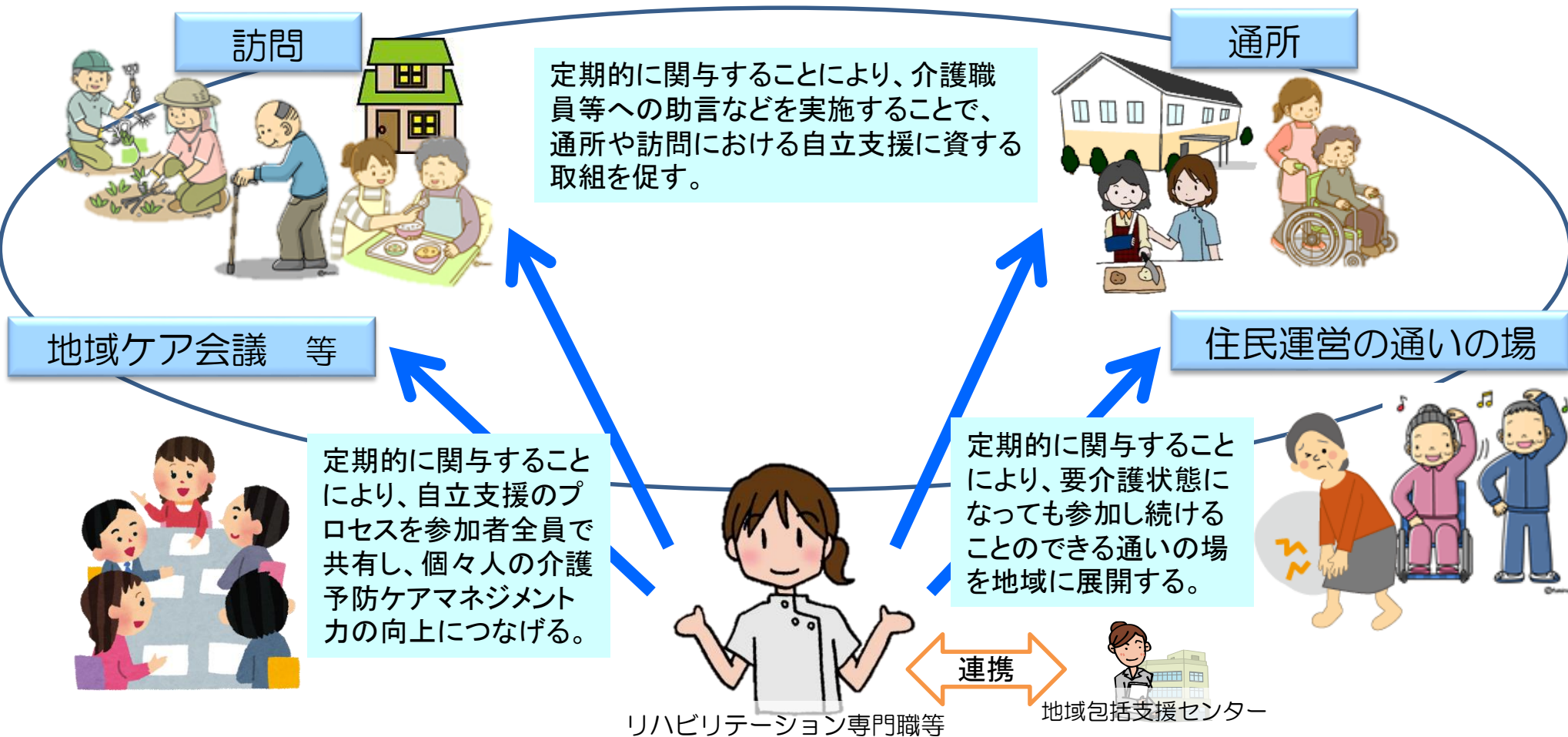
（参考）平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。（法第115条の48）

- 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- 地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など



# 地域リハビリテーション活動支援事業の概要

地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

# 地域リハビリテーションの体制について

## 都道府県 介護予防市町村支援事業 (介護予防事業補助金)

- リハビリテーション専門職等の広域派遣調整事業
  - ・リハビリテーション専門職等の広域的な派遣調整
  - ・派遣にあたり、市町村事業等に必要な知識(活動と参加に焦点を当てたアプローチ)を習得させるための研修会の実施

介護予防事業補助金  
(都道府県へ1/2補助)

## 国

- 国→都道府県
  - ・介護予防市町村支援事業(介護予防事業補助金)
- 国→市町村
  - ・地域支援事業交付金

地域支援事業交付金

委託費等  
〔協議会の運営経費(委員の謝金等) 都道府県及び地域リハビリテーション 広域支援センター委託費等〕

## 都道府県リハビリテーション協議会

- ・都道府県及び地域における連携指針の作成
- ・都道府県及び地域リハビリテーション広域支援センターの指定に係る調整・協議

### 関係団体(例)

都道府県医師会、病院協会、老人保健施設協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会、栄養士会、歯科衛生士会等

## 都道府県リハビリテーション支援センター

- ・地域リハビリテーション広域支援センターの支援
- ・リハビリ資源の調査・研究
- ・関係団体、医療機関との連絡・調整

## 地域リハビリテーション広域支援センター

(二次医療圏等の中核的リハビリ医療機関など)

地域住民の相談の対応支援  
①地域住民の相談への対応に関わる支援  
②福祉用具・住宅改修等の相談実施に係る支援

地域のリハビリ実施機関の従事者への援助・研修  
①施設に向いて行く従事者への援助  
②リハビリ従事者に対する研修

連絡協議会の設置・運営  
・地域における関係団体、患者の会、家族の会等からなる協議会

リハ職等の派遣 謝金等(リハ職派遣に係る謝金等)

## 市町村

- ・地域ケア会議の実践・充実
- ・地域支援事業の充実・強化
- ・市町村職員、地域包括支援センター職員、介護予防事業所職員の知識の向上やリハビリテーションの視点からの自立支援などに資する支援

※地域リハビリの調整  
※地域リハビリテーション活動支援事業の活用

### 3-3.事業者に対するインセンティブ (診療報酬・介護報酬)



# 医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール

平成25年度

平成26年度

平成27年度

平成28年度

平成29年度

平成30年度

第6次医療計画

第7次医療計画  
第7期介護保険事業計画

第5期介護保険事業計画

第6期介護保険事業計画

基金(医療分のみ)

基金(介護分を追加)

基金

基金

医療介護  
総合確保法

基金造成・執行  
総合確保方針

介護報酬改定

診療報酬改定

介護報酬改定(臨時)  
総合確保方針

同時改定  
(予定)

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

改正医療法

地域医療構想の  
ガイドライン(年度末)

地域医療構想(ビジョン)の策定

医療計画  
基本方針

医療計画  
策定

医療機能の分化・連携と、地域包括ケア  
システムの構築を一体的に推進

病床機能分化・  
連携の影響を  
両計画に反映

介護保険事業  
(支援)計画策定

改正介護保険法

介護保険事業  
計画基本指針

介護保険事業  
(支援)計画策定

改正介護保険法  
※現在国会審議中

介護保険事業  
計画基本指針

・2025年度までの  
将来見通しの策定

第6期介護保険事業(支援)計画に位置付けた施策の実施

・介護サービスの拡充／・地域支援事業による在宅医療・介護連携、地域ケア会議、認知症  
施策、生活支援・介護予防等の推進

医療保険制度改革

医療保険制度改革法案の成立  
(平成27年5月27日)

必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる

・医療保険制度の財政基盤の安定化  
・保険料に係る国民の負担に関する公平の確保  
・保険給付の対象となる療養の範囲の適正化 等

## 4. 介護報酬改定について

### 4-1. 基本的な方向性について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）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年度診療報酬・介護報酬同時改定により、質が高く効率的な医療・介護の提供体制の整備を推進**

## I 地域包括ケアシステムの推進、医療機能の分化・強化・連携

- **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**

### 具体的方向性（例）

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価や、大病院と中小病院・診療所の機能分化の推進
- 地域の状況や患者の状態等に応じた質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 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
- 患者本人の意思を尊重した看取りの推進

## II 安心・安全で質の高い医療・介護の実現

- **技術の進展、疾病構造の変化や新たなニーズ等を踏まえ、安心・安全で質の高い医療・介護を実現**

### 具体的方向性（例）

- がん、認知症等の重点的な対応が求められる分野への対応
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- 質の高いリハビリテーションの評価等、アウトカム評価の推進
- 高齢者の自立支援と要介護状態等の軽減・悪化の防止に資する介護サービスの推進

## III 人材確保・働き方改革

- **厳しい勤務環境の中、医療・介護人材を将来にわたって確保するため、従事者の負担軽減等の取組を推進**

### 具体的方向性（例）

- 多職種連携や人材の柔軟な配置等による効率的なサービス提供の推進
- 遠隔診療を含むICT、介護ロボット等の有効活用
- 届出・報告の簡素化等、業務の効率化・合理化の推進
- 専門性等に応じた介護人材の有効活用

## IV 制度の安定性・持続可能性の確保

- **国民皆保険を堅持するため、効率化・適正化を図ることにより制度の安定性・持続可能性を確保**

### 具体的方向性（例）

- 薬価制度の抜本改革や費用対効果評価の導入
- 医師・薬剤師の協力による多剤・重複投薬の防止等の医薬品の適正使用や後発医薬品の使用の推進、透析医療の適正化
- いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化
- 福祉用具貸与価格の上限の設定等

## 改定に当たっての基本認識

- 人生100年時代を見据えた社会の実現に関する議論も行われている中、2025年以降の人口構造の変化も見据えつつ、活力ある社会を実現し、国民一人一人が安全・安心で効率的・効果的な質の高い介護を受けられるようにすることが必要。
- 特に、2025年に向けて、国民一人一人が、住み慣れた地域で、安心して暮らし続けられるよう、「地域包括ケアシステム」を各地域の実情に応じて構築していくことが重要。
- 介護サービスは、高齢者の自立支援と重度化防止に資するものであることが求められている。平成29年の制度改正でも、この観点からの見直しを実施。
- 一方、少子高齢化の進展により、介護を必要とする者が増大する一方で、その支え手の減少が見込まれる。「ニッポン一億総活躍プラン」に基づき様々な取り組みを進めているが、今なお、人材確保は厳しい状況。
- 介護に要する費用は大きく増加しており、制度の安定性・持続可能性を高める取り組みが求められる。

## 今回の介護報酬改定に向けた基本的な視点

### ①地域包括ケアシステムの推進

- 本人の希望する場所での、その状態に応じた医療・介護と看取りの実施
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 各介護サービスに求められる機能の強化
- 認知症高齢者への対応
- 関係者間の円滑な情報共有とそれを踏まえた対応の推進
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

### ②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

- 高齢者の自立支援と要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する介護サービスの推進
- 介護サービスの安全・安心を確保する観点からの取り組みの推進

### ③多様な人材の確保と生産性の向上

- 専門性などに応じた人材の有効活用
- ロボット技術・ICTの活用や人員・設備基準の緩和を通じたサービス提供の効率化

### ④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

- 評価の適正化・重点化
- 報酬体系の簡素化

# 平成29年度介護事業経営実態調査結果について

- 調査の目的： 各サービス施設・事業所の経営状況を把握し、次期介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得る。
- 調査の時期： 平成29年5月（平成28年度決算を調査）

## 主な介護サービスの収支差率

サービスの種類	28年度 概況調査		29年度 実態調査		サービスの種類	28年度 概況調査		29年度 実態調査	
	27年度 決算	28年度 決算	対27年度 増減			27年度 決算	28年度 決算	対27年度 増減	
施設サービス				居宅サービス					
介護老人福祉施設	2.5%	1.6%	△0.9%		訪問介護	5.5%	4.8%	△0.7%	
介護老人保健施設	3.2%	3.4%	+0.2%		訪問看護	3.0%	3.7%	+0.7%	
介護療養型医療施設	3.7%	3.3%	△0.4%		通所介護	7.1%	4.9%	△2.2%	
地域密着型サービス				通所リハビリテーション					
認知症対応型共同生活介護	3.8%	5.1%	+1.3%		短期入所生活介護	3.2%	3.8%	+0.6%	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	6.8%	4.8%	△2.0%		特定施設入居者生活介護	4.1%	2.5%	△1.6%	
小規模多機能型居宅介護	5.4%	5.1%	△0.3%		居宅介護支援	△1.8%	△1.4%	+0.4%	
全サービス平均						3.8%	3.3%	△0.5%	

※1 介護事業経営実態調査については、今回の調査より、調査対象期間を単月分から1年分に変更。

※2 全サービス平均の収支差率については、総費用額に対するサービス毎の費用額の構成比に基づいて算出した加重平均値であ

## 4. 介護報酬改定について

### 3-2. 医療介護連携に着目した主な論点

# 平成30年度介護報酬改定に向けた検討

(社会保障審議会介護給付費分科会)

## 開催実績

### 【第1 R】

- 第137回(4月26日): 今後の検討の進め方
- 第138回(5月12日): 定期巡回、小多機、看多機 等
- 第139回(5月24日): 認知症施策の推進
- 第140回(6月7日): 訪問リハ、口腔・栄養関係 等
- 第141回(6月21日): 通所介護、通所リハ、福祉用具 等
- 第142回(7月5日): 訪問介護、訪問看護 等
- 第143回(7月19日): ケアマネ、特養
- 第144回(8月4日): 特定、老健、介護療養、介護医療院 等
- 第145回(8月23日): 質の評価、自立支援、介護人材 等

### 【団体ヒアリング】

- 第146回(9月6日)
- 第147回(9月13日)

### 【第2 R】

- 第148回(10/27)
  - ・平成29年度経営実態調査の結果報告
  - ・今後の改定の基本的な視点の提示
  - ・地域区分 ・福祉用具の報酬・基準
- 第149回(11/1)
  - ・定期巡回、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、  
訪問介護の報酬/基準
- 第150回(11/8)
  - ・通所介護、療養通所介護、通所リハビリテーション  
訪問リハビリテーション、訪問看護、看護小規模多機能型  
居宅介護、居宅療養管理指導の報酬/基準
- 第151回(11/15)
  - ・介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護、認知症

GH

## 委員

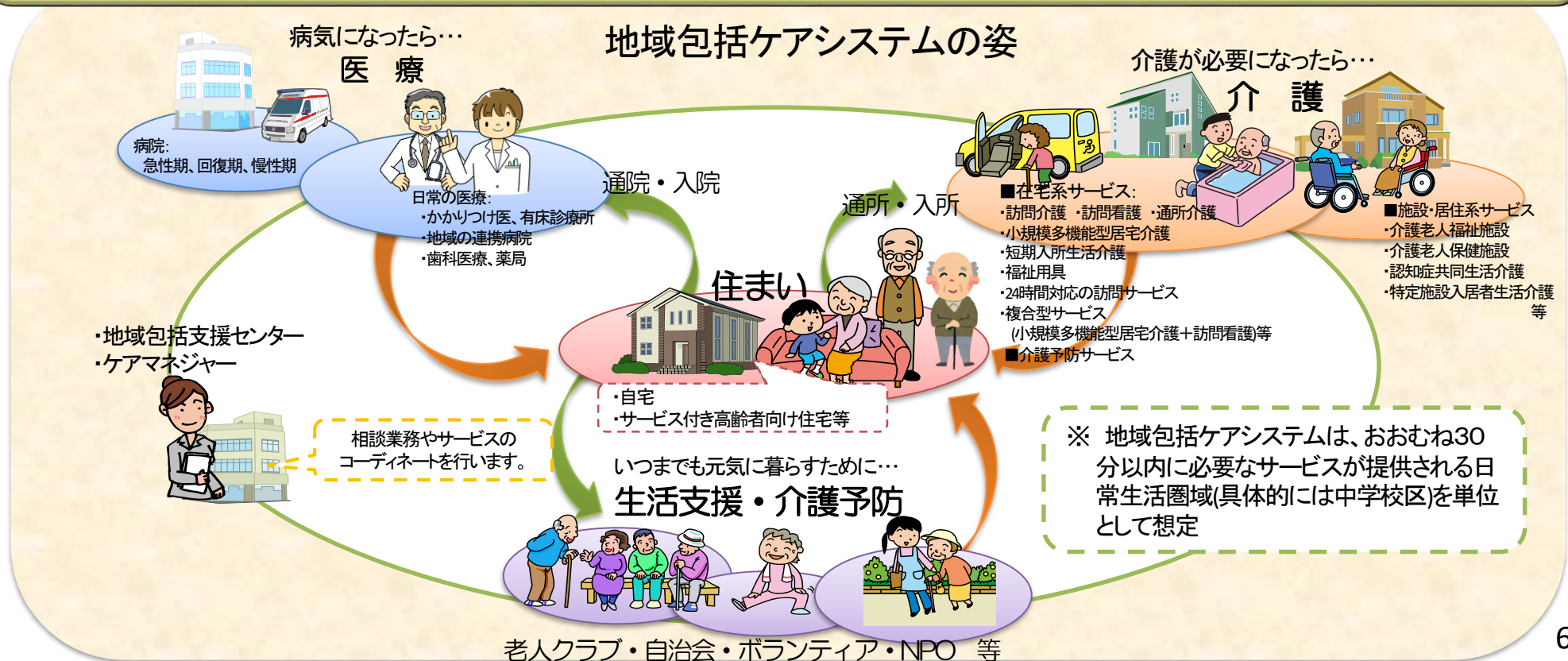
- ・ 安部 好弘 (日本薬剤師会常務理事)
- ・ 井口 経明 (東北福祉大学客員教授)
- ・ 石田 路子 (高齢社会をよくする女性の会理事)
- ・ 石本 淳也 (日本介護福祉士会会長)
- ・ 伊藤 彰久 (日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長)
- ・ 稲葉 雅之 (民間介護事業推進委員会代表委員)
- ・ 井上 隆 (日本経済団体連合会常務理事)
- ・ 大西 秀人 (全国市長会介護保険対策特別委員会委員長(高松市長))
- ・ 小原 秀和 (一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長)
- ・ 亀井 利克 (三重県国民健康保険団体連合会理事長(名張市長))
- ・ 河村 文夫 (全国町村会政務調査会行政委員会委員(東京都奥多摩町長))
- ・ 小林 剛 (全国健康保険協会理事長)
- ・ 齋藤 訓子 (日本看護協会副会長)
- ・ 齊藤 秀樹 (全国老人クラブ連合会常務理事)
- ・ 佐藤 保 (日本歯科医師会副会長)
- ・ 鈴木 邦彦 (日本医師会常任理事)
- ・ 瀬戸 雅嗣 (全国老人福祉施設協議会副会長)
- ・ 武久 洋三 (日本慢性期医療協会会長)
- 田中 滋 (慶應義塾大学名誉教授)
- ・ 田部井 康夫 (認知症の人と家族の会理事)
- ・ 東 憲太郎 (全国老人保健施設協会会長)
- ・ 福田 富一 (全国知事会社会保障常任委員会委員長(栃木県知事))
- ・ 堀田 聡子 (慶応大学大学院健康マネジメント研究科教授)
- ・ 本多 伸行 (健康保険組合連合会理事(保健・医療担当))
- ・ 松田 晋哉 (産業医科大学教授)

(○は分科会長)

(敬称略 五十音順)

# 地域包括ケアシステムの構築について

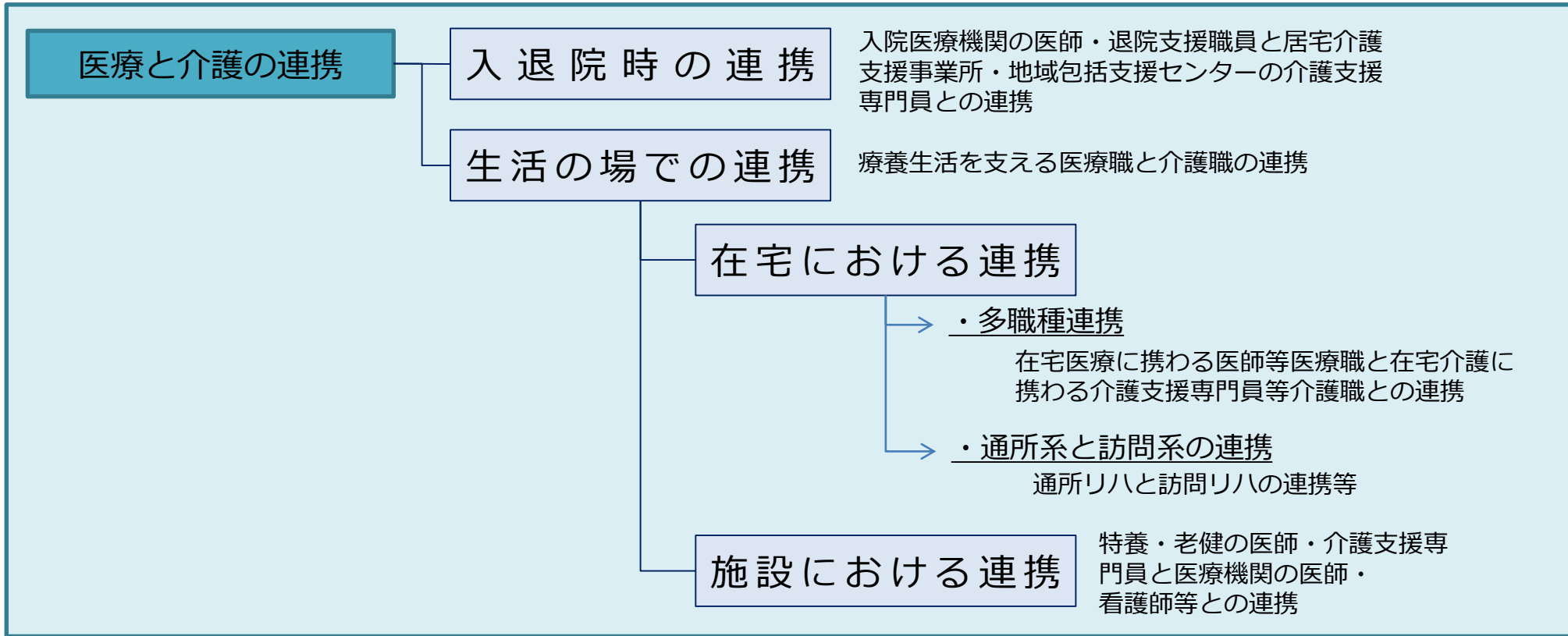
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、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



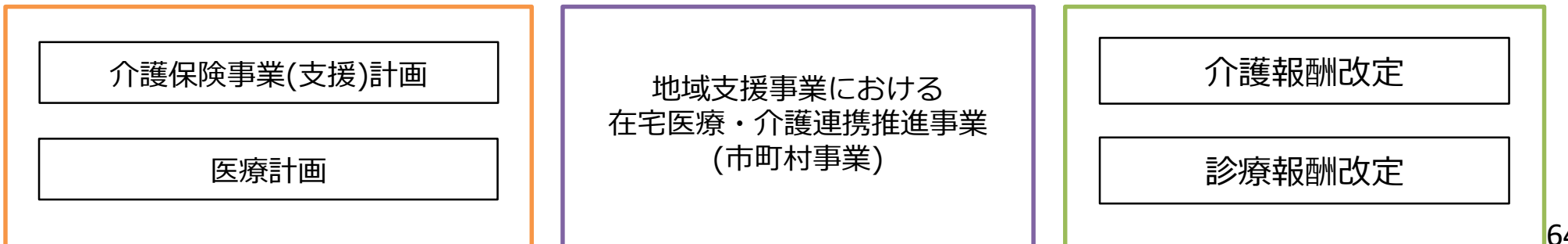


# 医療サービスと介護サービスの連携

## 主な医療と介護の連携の場面



## 主な施策



# 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



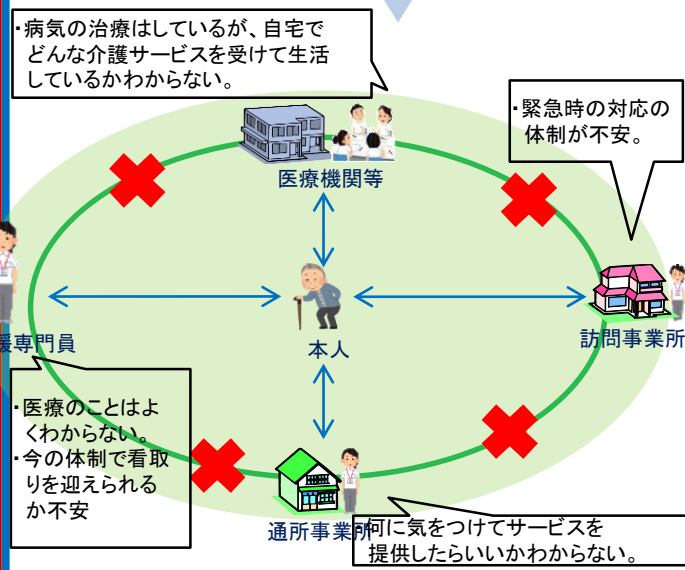
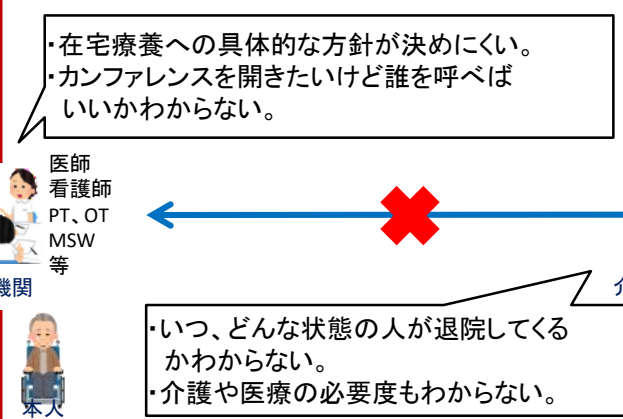
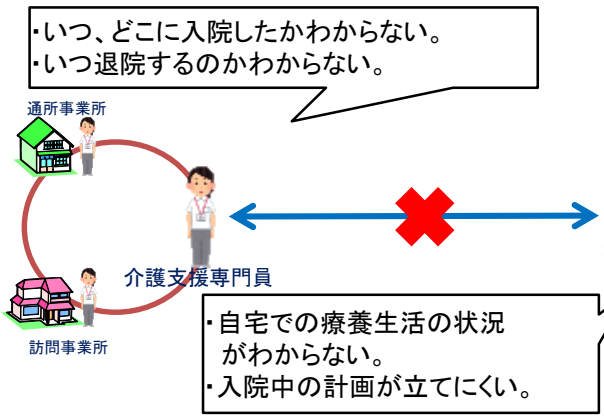
## 在宅

### 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。

- 在宅療養に関わる様々な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。



### 対策

- 入院時、介護支援専門員と病院職員間の情報提供が適切に行われる医療介護連携の推進

- 介護支援専門員と病院職員間の情報交換が入院中から適切に行われる医療介護連携の推進

- 在宅療養に必要な介護サービスや看取り等に多職種が適切に連携できる医療介護連携の推進 (在宅療養支援診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所、介護支援専門員等)

# 入退院時の医療・介護連携に関する報酬

## 【診療報酬】 医師、看護師、医療ソーシャルワーカー 等

### 退院支援加算 1 (一般600点、療養1,200点/退院時 1回)

- 3日以内に退院困難な患者を抽出し、7日以内に本人・家族と面談、カンファレンスを実施した場合

### 退院支援加算 2 (一般190点、療養635点/退院時 1回)

- 7日以内に退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と面談、カンファレンス実施した場合

### 介護支援連携指導料(400点/入院中 2回)

- 退院後に介護サービスの導入が適切と考えられる患者等に対して、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して導入すべき介護サービス等について説明・指導を行った場合

### 退院時共同指導料 2 (400点+2,000点/入院中 1回)

- 患者の退院後の在宅療養を担う保険医等と入院中の保険医等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合(400点)
- 入院中の保険医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、(略)、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合(2,000点加算)

### 退院前訪問指導料(580点/入院中 1回)

- 入院中又は退院日に患家を訪問し、患者又は患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要な指導を行った場合

### 診療情報提供料(250点/月 1回)

- 診療に基づき他の医療機関での診療の必要性等を認め、患者の同意を得て、当該医療機関へ診療状況を示す文書を添えて患者紹介を行った場合

## 【介護報酬】 介護支援専門員

### 入院時情報連携加算

(医療機関に訪問：200単位、訪問以外：100単位/月 1回)

- 利用者が医療機関に入院するに当たって、医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を利用者が入院してから7日以内に情報提供した場合

### 退院・退所加算(300単位/入院中 3回)

- 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合

※ 3回算定できるのは、そのうち1回について、入院中の担当医等との会議に参加して、退院後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

### 緊急時等居宅カンファレンス加算(200単位/月 2回)

- 医療機関の求めにより、医療機関の医師等とともに利用者の居宅を訪問・カンファレンスを行い、必要に応じて、利用者に必要な居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合

入院

退院支援開始～

退院前カンファレンス

ケアプラン確定

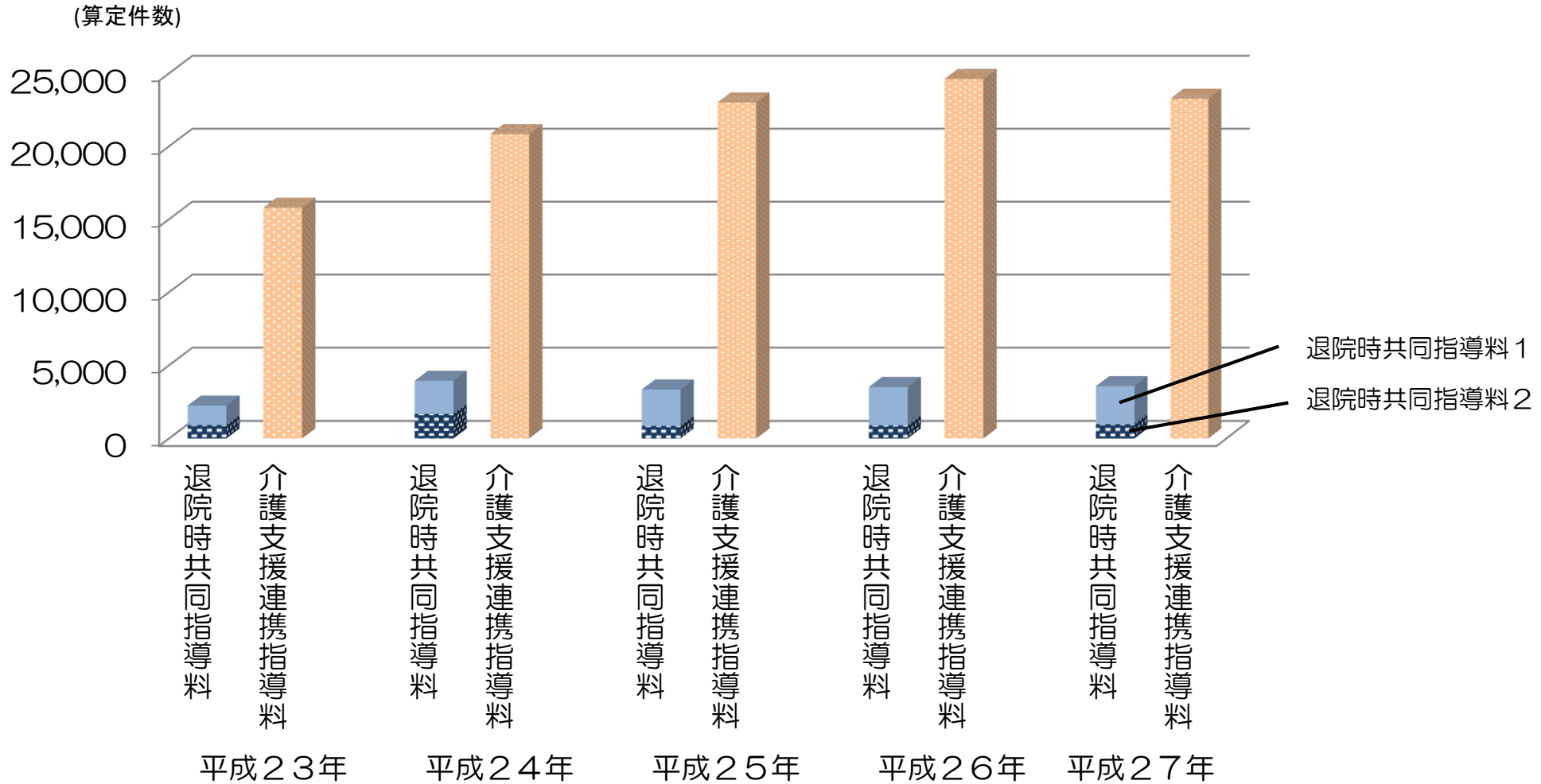
退院

患者・利用者に対して、その病状や介護の状態に応じて、真に必要な医療や介護サービスを適時適切に提供する観点から、医療・介護の関係者・関係機関間の円滑な情報提供・共有、相互の理解といった連携の在り方について

- 1人の患者、利用者に対して、必要な医療、介護サービスが同時に過不足なく提供されることが必要で、かかりつけ医と介護支援専門員の連携を中心に、全ての関係者、関係機関が情報を共有して連携できるようにするべき。
- 今後、複雑なニーズを持って在宅で過ごす人が増えると、今後の変化を予測した上でサービスを提供しなければならないため、ケアプランの作成や変更時に、医療的な視点が入れるような組立てが重要になる。
- 医療機関の都合に合わせた日程調整が必要ということは、介護支援専門員にとっては負担だが、医療のスピードに合わせることはやむを得ない。今後、ICT等を活用したスムーズな情報提供等も検討する必要がある。

# 退院時の連携に関する診療報酬の算定推移

- 退院時に関係機関と連携する指導料については、近年、横ばい傾向。
- 介護支援専門員と連携して指導した件数が、保険医療機関と共同して指導した件数より多い。

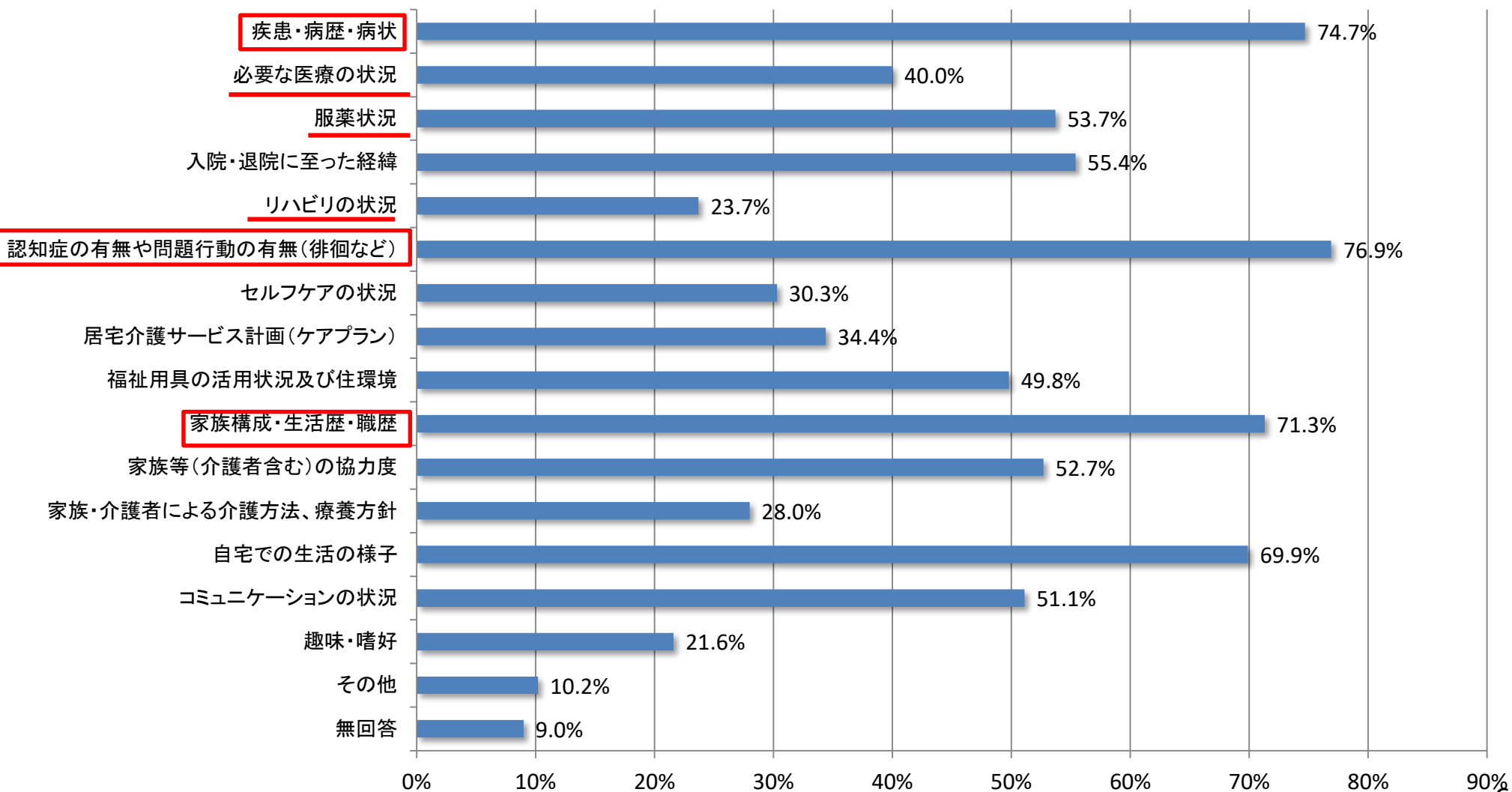


# 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査(平成27年度)

- 利用者入院時に医療機関に提供している情報について、「認知症の有無や問題行動の有無(徘徊など)」76.9%、「疾患・病歴・病状」が74.7%、「家族構成・生活歴・職歴」が71.3%となっている。
- 服薬状況、必要な医療の状況、リハビリの状況など、医療に関わる情報を提供している場合も一定程度みられる。

利用者入院時に医療機関に提供している情報(居宅介護支援事業所向け調査)(複数回答)

n=1,616

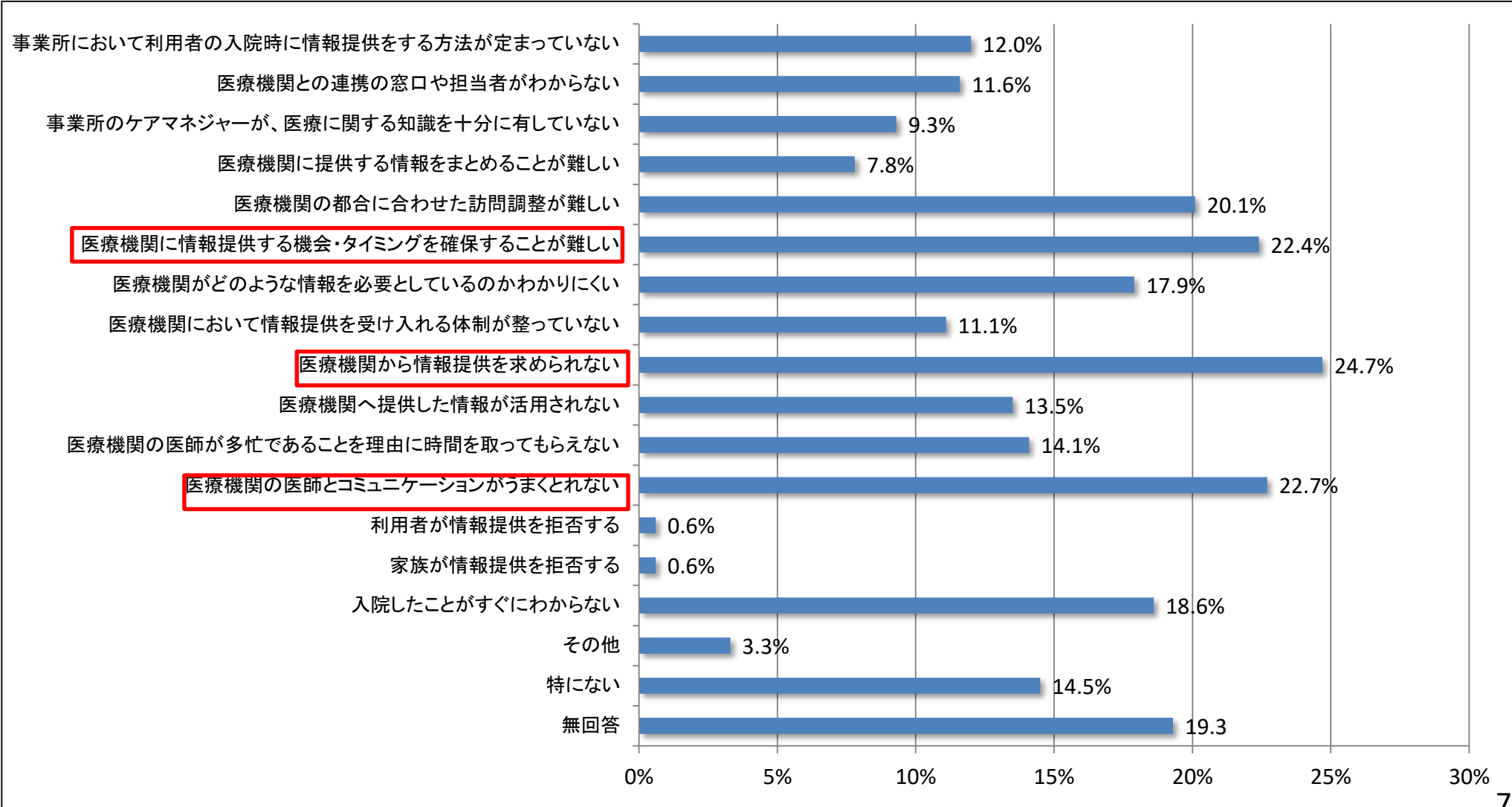


# 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査(平成28年度)

○ 入院時の情報提供において問題とを感じる点について、「医療機関から情報提供を求められない」が24.7%と最も多く、次いで「医療機関の医師とコミュニケーションがうまくとれない」が22.7%、「医療機関に情報提供する機会・タイミングを確保することが難しい」が22.4%であった。

## 入院時の情報提供において問題とを感じる点(事業所調査票)(複数回答)

n=1,572

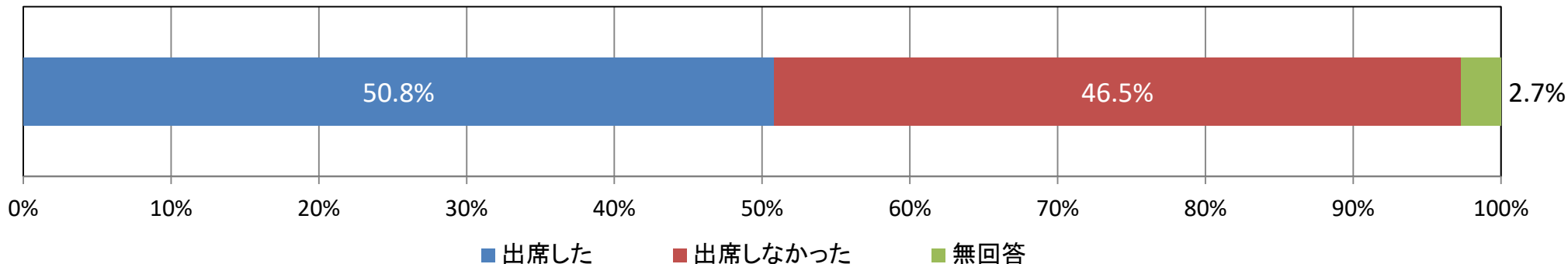


# 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査(平成28年度)

○ 利用者の退院時のカンファレンスにケアマネジャーが出席した割合は50.8%だった。

退院時カンファレンスの出席の有無(利用者調査票)

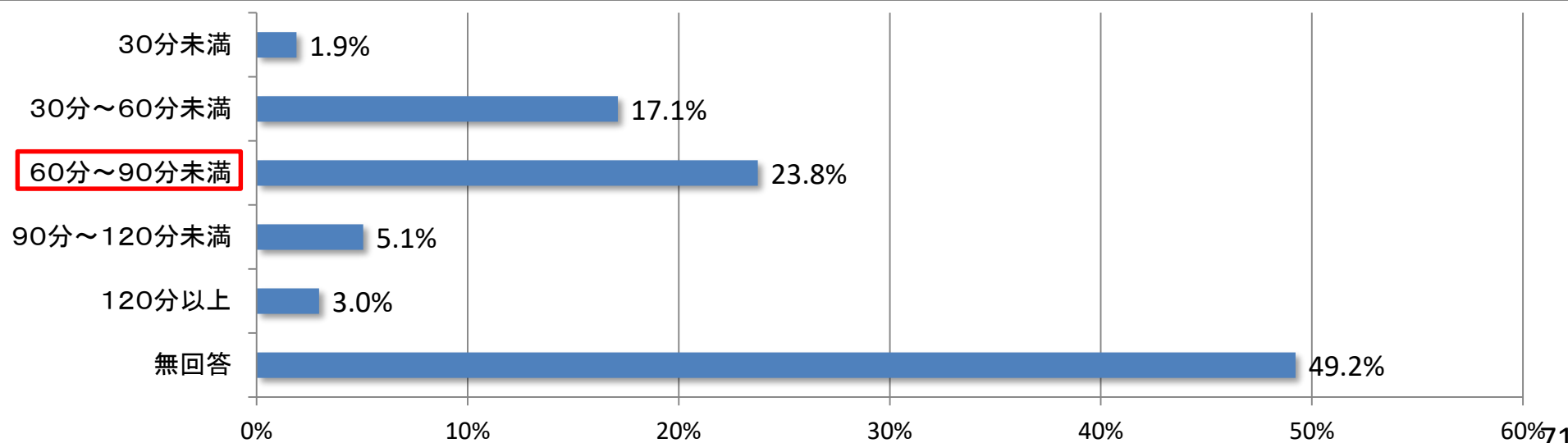
n=171,262



○ 退院時カンファレンスにケアマネジャーが出席した場合の、カンファレンスの延べ所要時間は「60分～90分未満」が23.8%であった。

退院時カンファレンスの所要時間(利用者調査票)

n=87,021



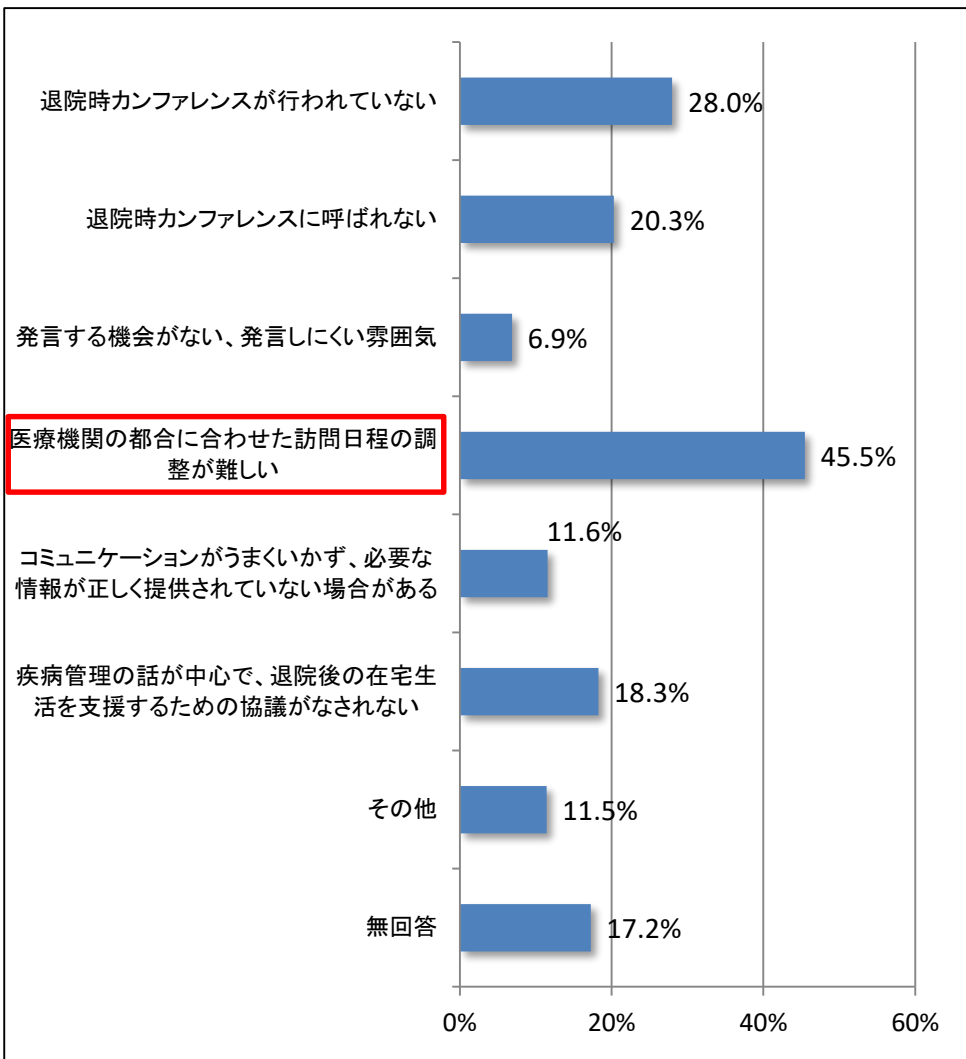


# 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査(平成28年度)

○ 退院時カンファレンスに参加する上で問題と感じる点は「医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい」が45.5%となっている。また、退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感じる点は「医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難」が55.0%となっている。

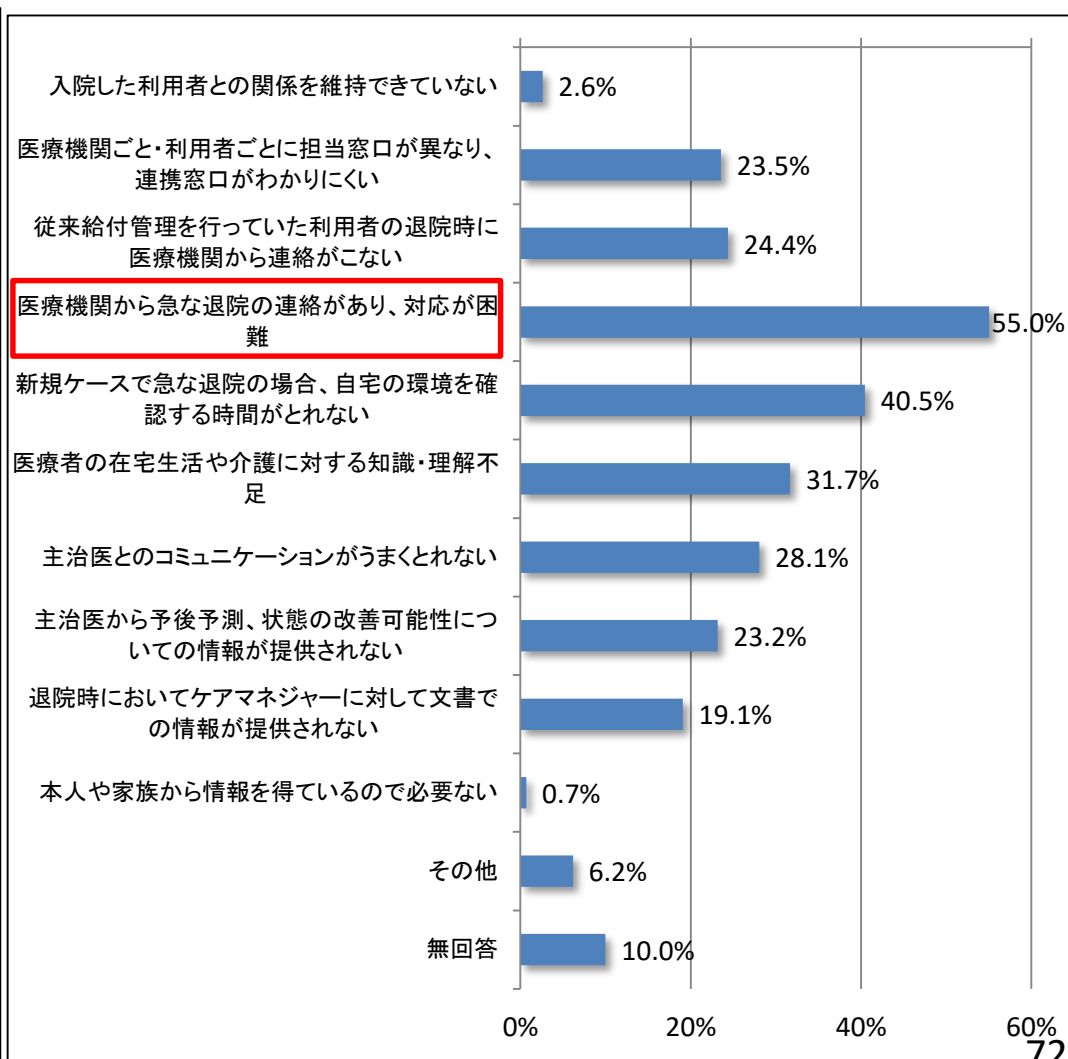
退院時カンファレンスに参加する上で問題と感じる点  
(事業所調査票)(複数回答)

n=1,572



退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感じる点  
(事業所調査票)(複数回答)

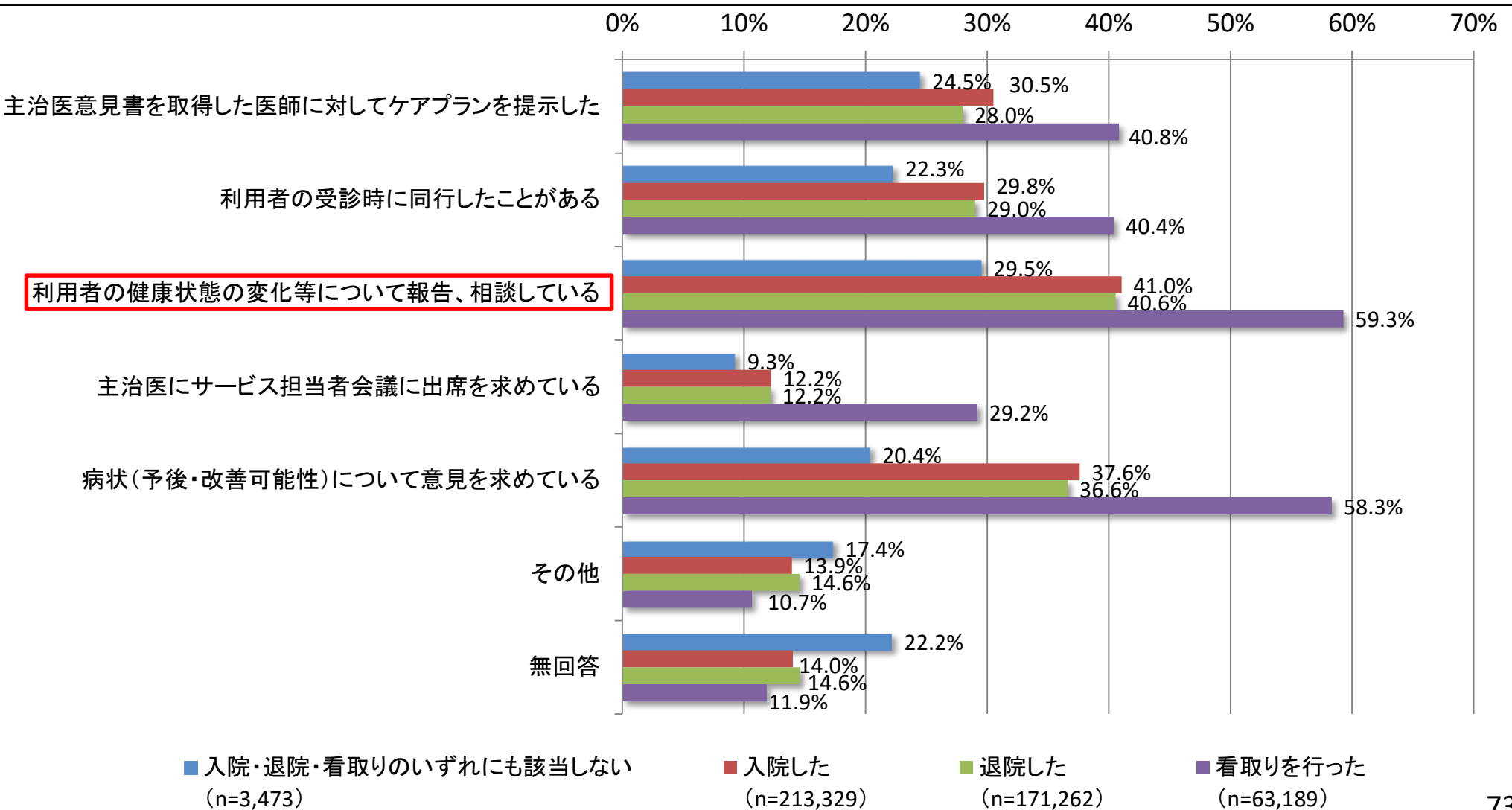
n=1,572



# 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査(平成28年度)

○ 利用者の様態別の主治医との連携状況は、全体を通して「利用者の健康状態の変化等について報告、相談している」が最も多く、それぞれ「入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者」は29.5 %、「入院した利用者」は41.0 %、「退院した利用者」は40.6 %、「看取りを行った利用者」は59.3 %であった。

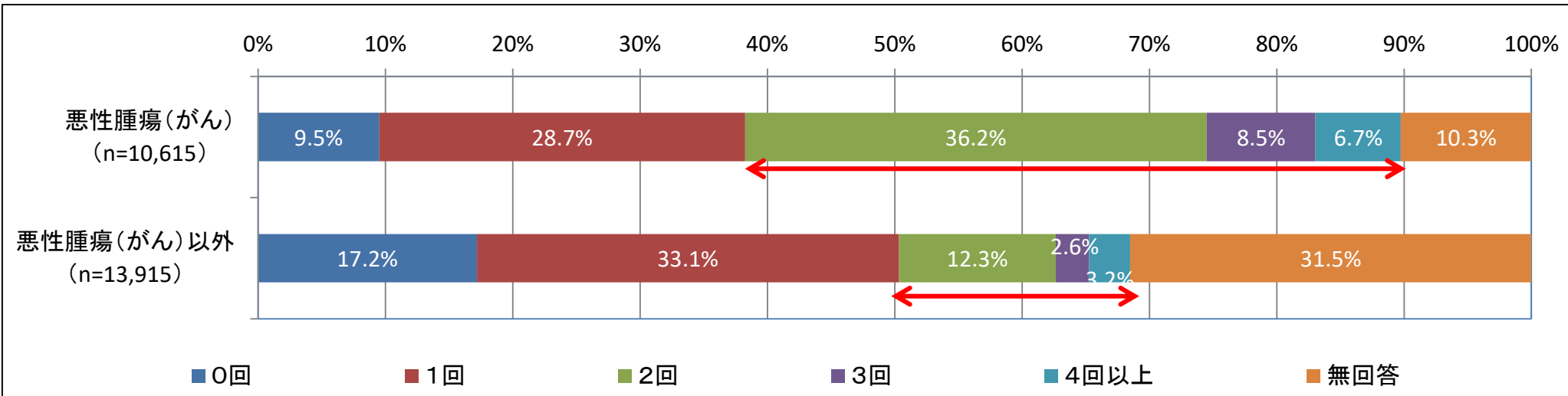
主治医との連携状況(利用者調査票)



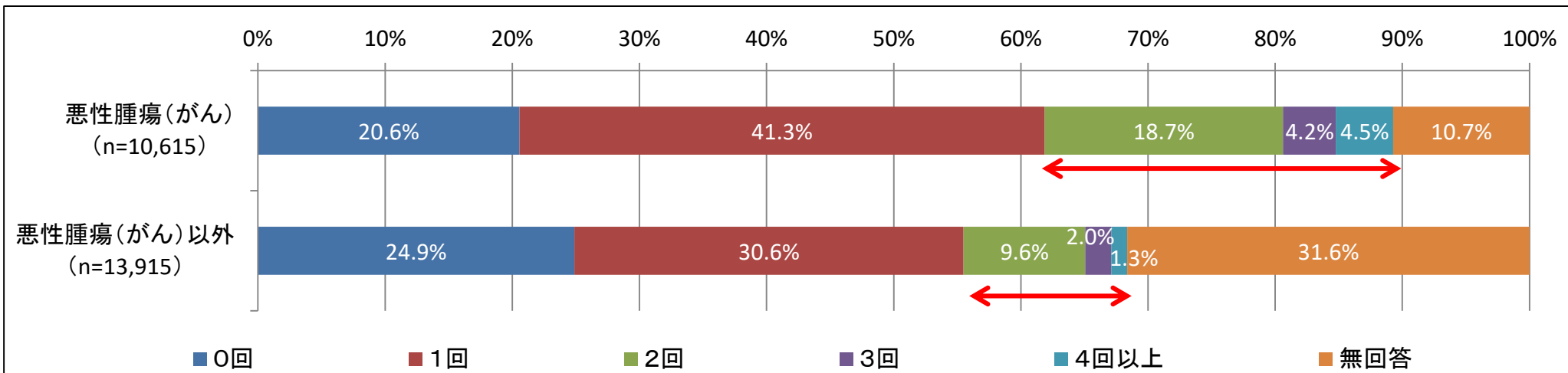
# 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査(平成28年度)

○ 利用者が死亡する前30日間の支援内容について、疾患が悪性腫瘍(がん)か否かで比較すると、サービス担当者会議の開催回数及びケアプランの変更回数は悪性腫瘍(がん)のほうが、複数回数の対応を行っている割合が高かった。

死亡前30日間のサービス担当者会議の開催回数(利用者調査票)



死亡前30日間のケアプラン変更回数(利用者調査票)



※直近1年間に医療機関から退院し、看取りを行った利用者について集計(疾患は入院の契機となった疾患を用いている)。

# 居宅介護支援における1Rの論点と主な意見

## 論点

第143回介護給付費分科会資料から抜粋

- 居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進する観点から、居宅介護支援事業所の管理者のあり方についてどのように考えるか。
- 公正中立なケアマネジメントを確保する観点から、特定事業所集中減算のあり方や利用者やその家族に対する説明・同意プロセス等についてどう考えるか。
- 退院後に円滑に必要な居宅サービスを受けられるようにするために、入院時を含めた医療機関と居宅介護支援事業所との更なる連携に向けた取組みについてどう考えるか。
- 末期の悪性腫瘍の患者に係るケアマネジメントについてどう考えるか。

### <医療機関との連携についての主な意見>

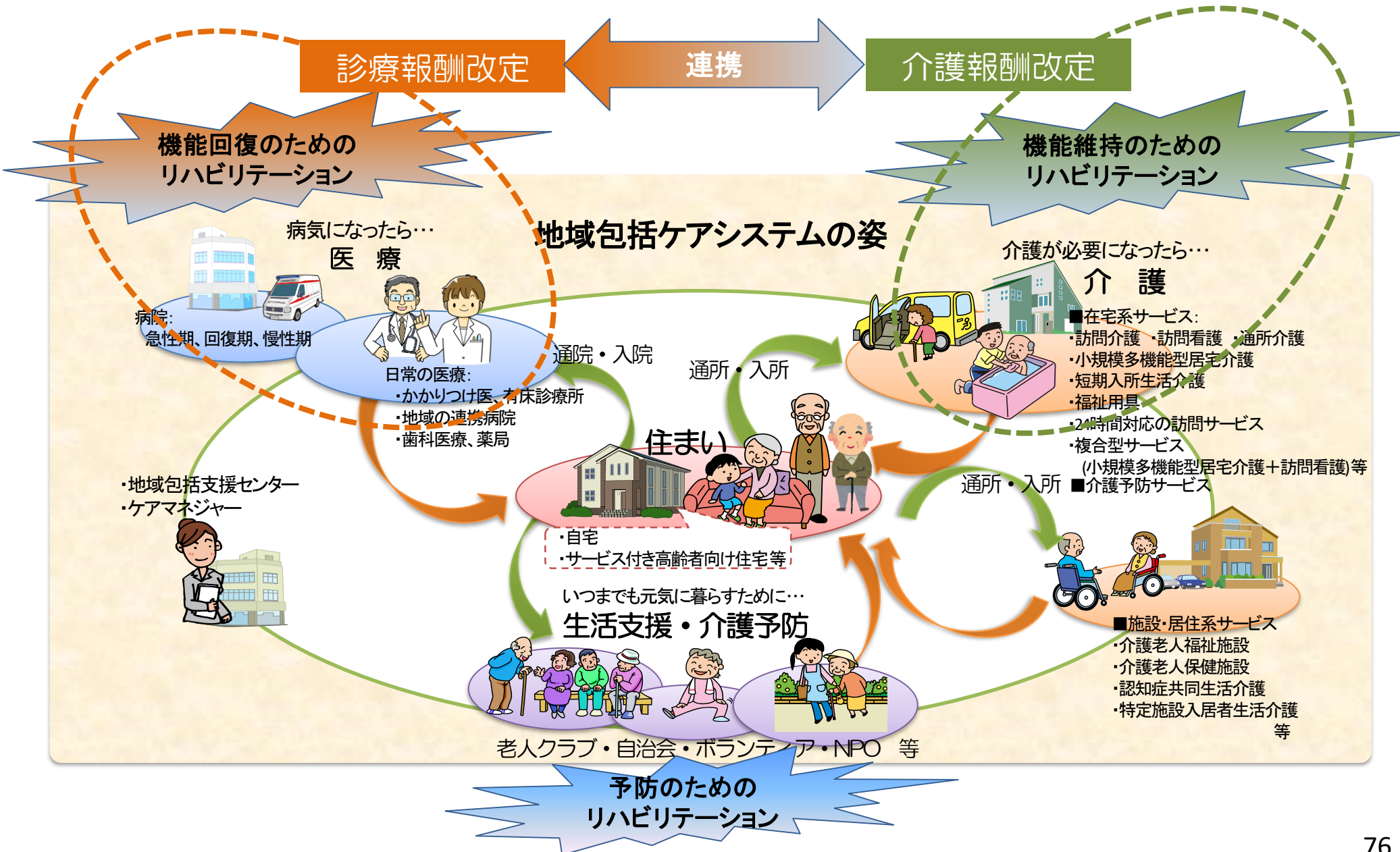
- 入院時の病院とケアマネジャーの連絡体制の整備が必要。ケアプランをかかりつけ医に提出することで平時からの連携が深まる。
- 医師の求めにより、利用者の医療機関の受診を支援する場合は評価してほしい。
- 平時から薬剤師とケアマネジャーの連携を進めるべき。
- 必要なときに情報共有できるようICTの活用も進めるべき。
- 地域連携室を活用して連携を図ってはどうか。

ケアマネについては  
11/22に審議予定

### <末期がん患者のケアマネジメントについての主な意見>

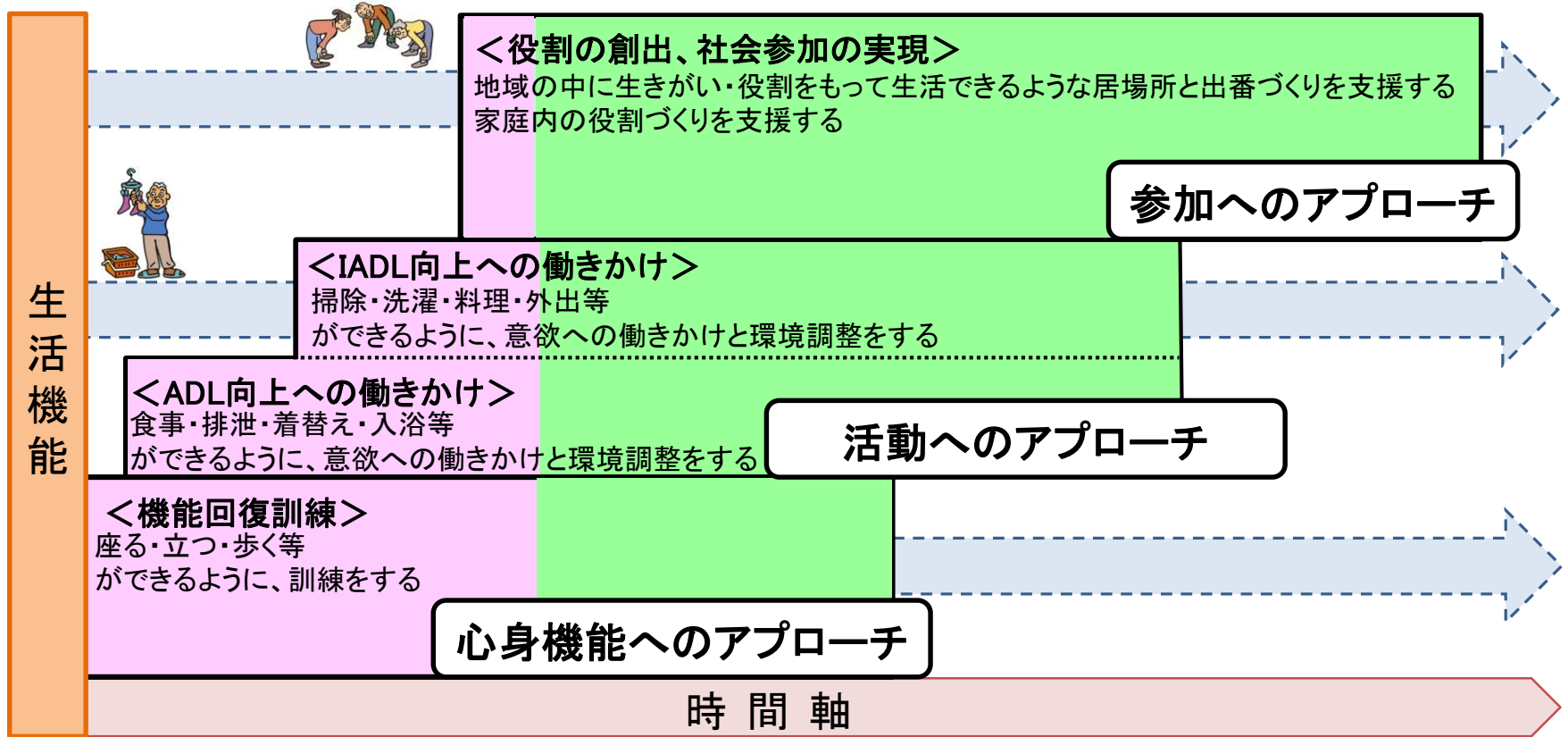
- 要介護認定の簡素化やICTの活用等によるサービス担当者会議の柔軟な運用が必要。
- サービス担当者会議を開催しなくても、医師の指示でケアプランを変更できるようにすべき。
- 末期がんに限らず、医療的アセスメントに基づいてケアプランを作成できるよう、医療者に相談できるスキームを構築すべき。

# 地域包括ケアにおける医療介護連携とリハビリテーション



# リハビリテーションの展開と3つのアプローチ

- 介護保険においては、心身機能へのアプローチのみならず、活動、参加へのアプローチにも焦点を当て、これらのアプローチを通して、利用者の生活機能を総合的に向上、発展させていくリハビリテーションを推進している。



- 発症等から早い時期に、主として医療機関において、心身の機能回復を主眼としたリハビリテーションを実施。
- 回復の限界を十分考慮せず、心身機能へのアプローチによるリハビリテーションを漫然と提供し続けた場合、**活動、参加へのアプローチによるリハビリテーションへ展開する機を逸し、結果として患者の社会復帰を妨げてしまう可能性がある。**

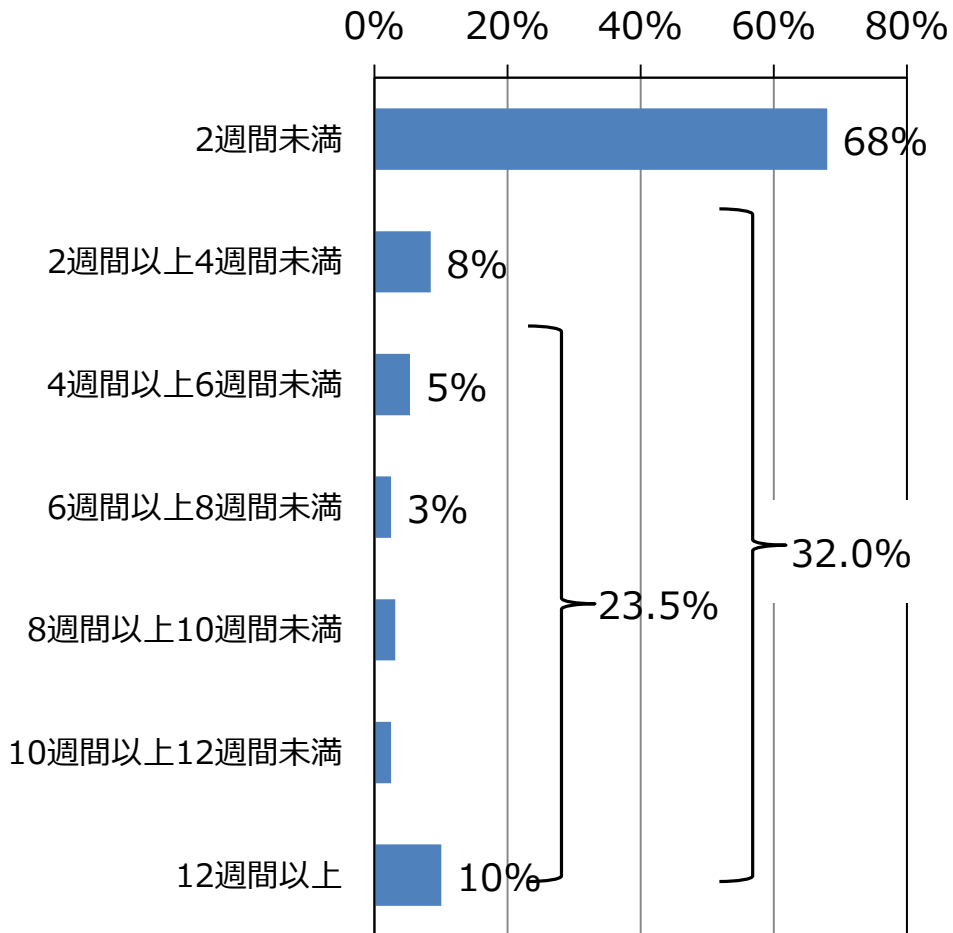
- 治療を継続しても状態の改善は期待できないという医学的判断ののちも、主として介護保険サービス提供施設において、残存機能を活かしながらADL、IADL、社会参加等の回復を目指し更なるリハビリテーションを実施。
- 日常生活や社会参加に伴う実践的な活動を通じて、心身機能を維持。
- 患者が心身機能へのアプローチによる機能回復訓練のみをリハビリテーションとらえていた場合、介護保険によるリハビリテーションを「質が低い」「不十分」と感じる場合がある。

# 退院後のリハビリテーション利用開始までの期間

退院後にリハビリテーションの利用を開始について、

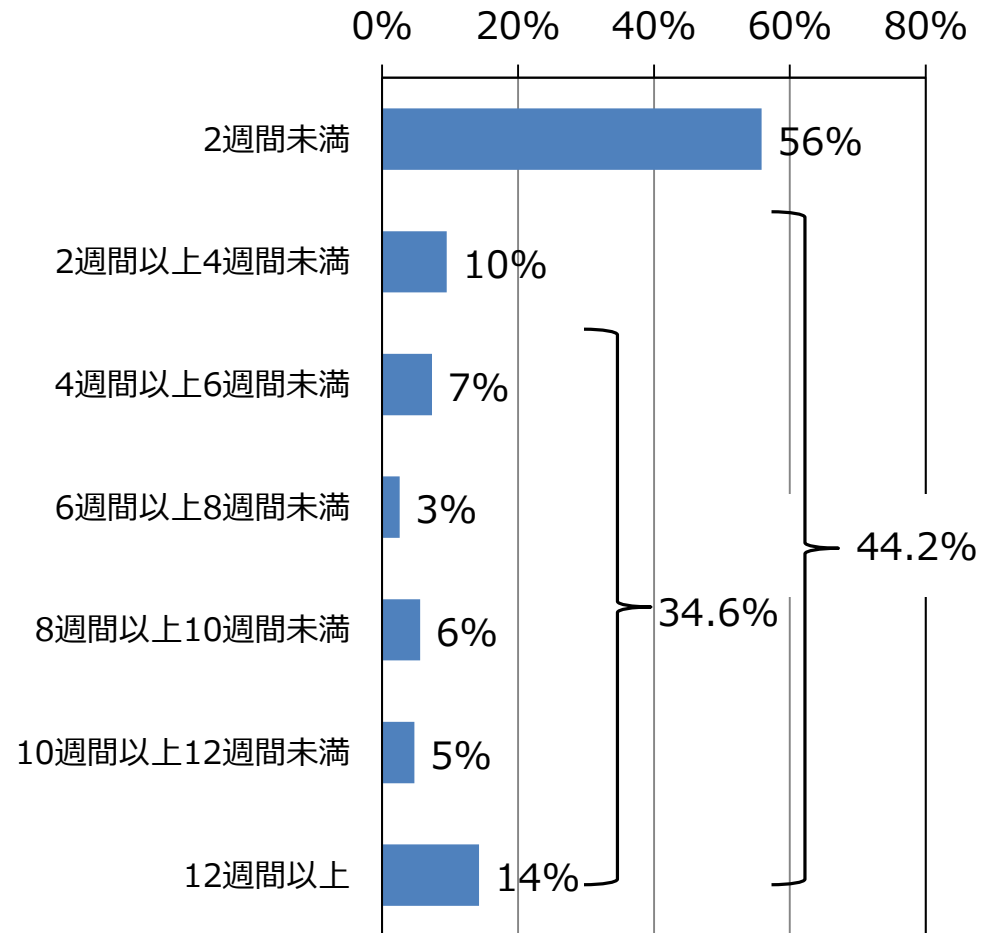
- ・訪問リハでは、利用開始まで2週間以上かかっている者が約32%、4週間以上かかっている者が約24%
- ・通所リハでは、利用開始まで2週間以上かかっている者が約44%、4週間以上かかっている者が約35%

## 訪問リハビリテーション



※平成27年10月以降に退院した者319名について集計

## 通所リハビリテーション

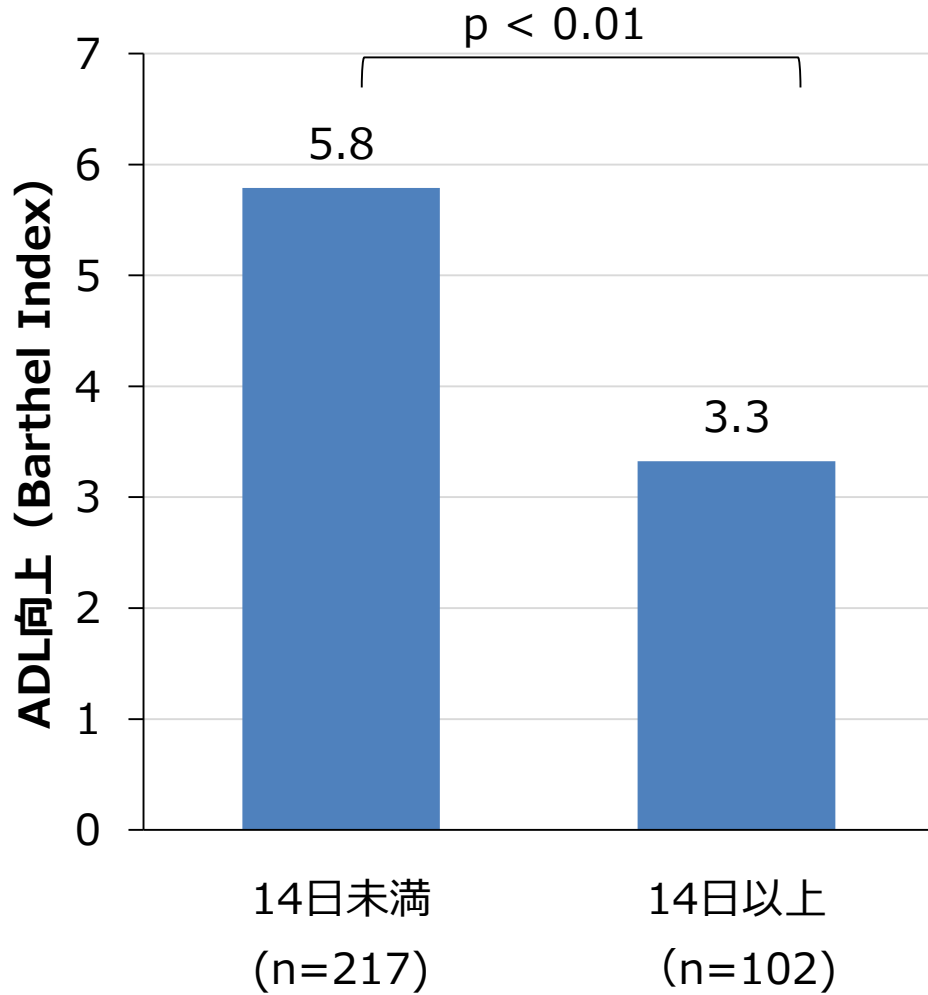


※平成27年10月以降に退院した者231名について集計

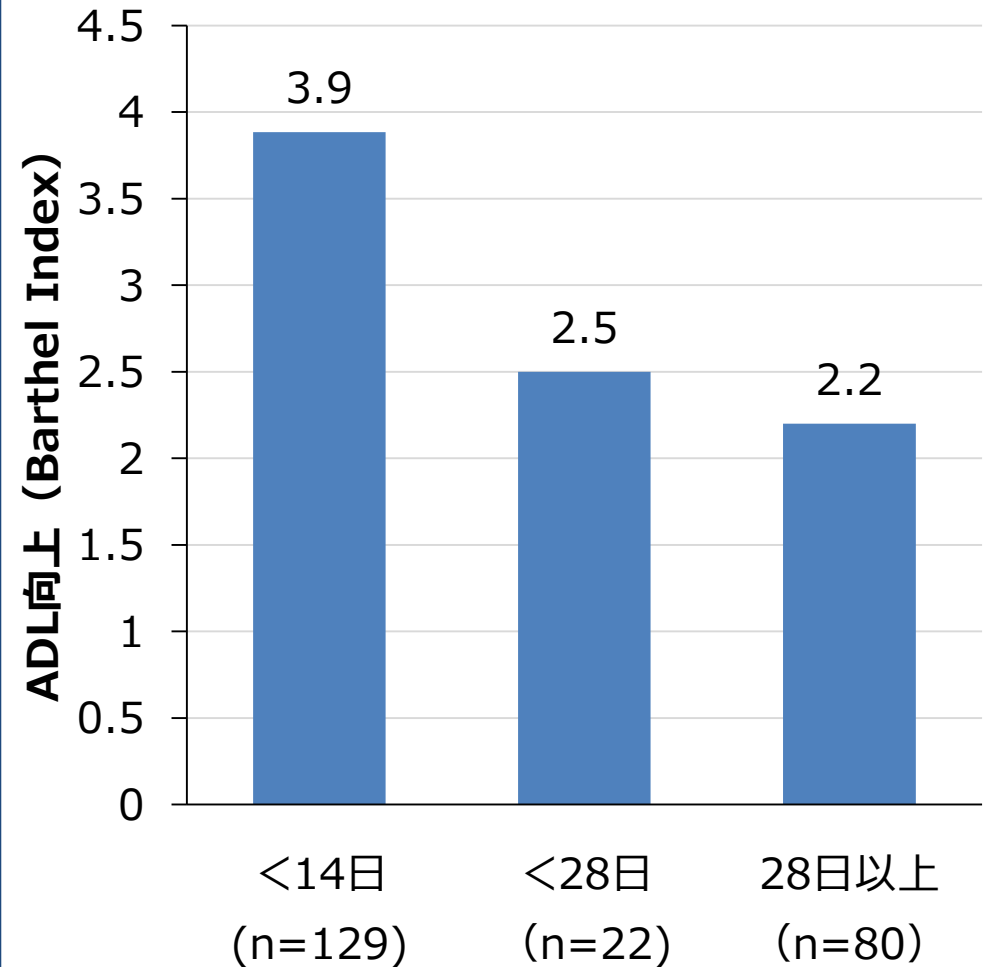
# 退院後のリハビリテーション利用開始までの期間と開始後のADL向上

退院後から訪問・通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能回復が大きい傾向が見られた。

## 訪問リハビリテーション



## 通所リハビリテーション



※平成27年10月以降に退院した者319名について集計

※平成27年10月以降に退院した者231名について集計

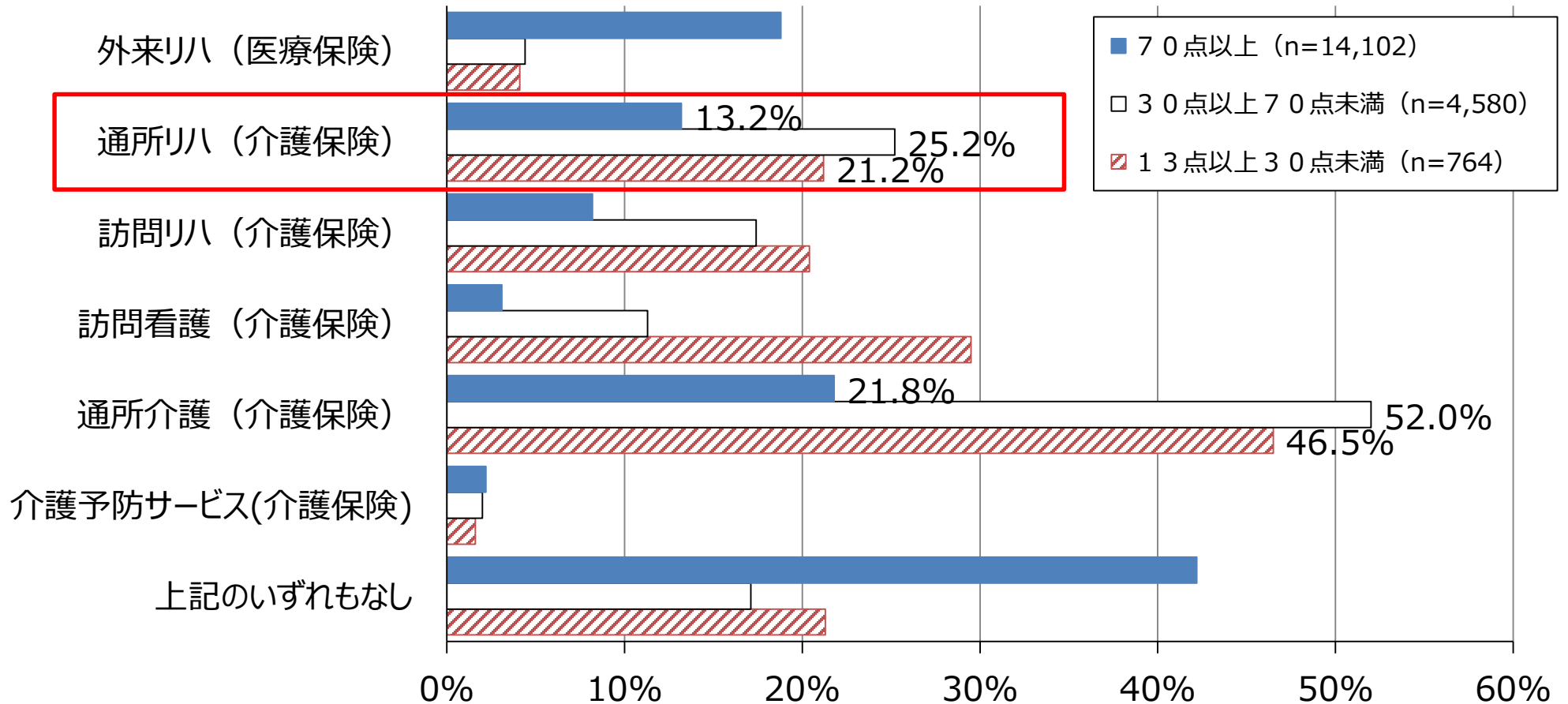
(出典) 平成27年度介護報酬改定検証調査 (平成28年度調査) の結果を事務局で集計 79



# 退院後の介護保険サービスの利用

医療保険の対象となる回復期リハビリテーション病棟を退院した後、医療保険のリハビリテーションを経ずに介護保険の通所リハに移行する患者は、FIM運動項目30点以上70点未満では25%、30点未満では21%存在する。

回復期リハビリテーション病棟から自宅へ退棟した患者が利用するリハビリテーション等の内容  
(退院時 F I M 運動項目総得点別)



※FIM(Functional Independence Measure) : 機能的自立度評価のことで、全18項目のA D Lについて介助量に応じて7段階で評価する方法。運動項目のみの最高点は91点、最低点は13点である。

(出典)平成29年 回復期リハビリテーション病棟協会資料を一部改変

# 医療保険から介護保険へのリハビリテーション移行

現在、医療保険の脳血管等リハビリテーションを受けている患者の7%(1.2万人)、運動器リハビリテーションを受けている患者の2%(2.6万人)について、平成30年4月より介護保険のリハビリテーションへ移行することが想定されている。

上段：算定件数  
下段：全体に対する割合

	入院外レセプト総数	
	標準的算定日数を超過した要介護被保険者等 (※)に対する点数を算定しているレセプト	その他
脳血管疾患等 リハビリテーション料	12,090件 6.8%	164,419件 93.2%
運動器疾患 リハビリテーション料	26,437件 2.2%	1,189,127件 97.8%

※ 標準的算定日数の上限の除外対象となる要介護被保険者を除く。

(出典)厚生労働省「平成27年度社会医療診療行為別統計」

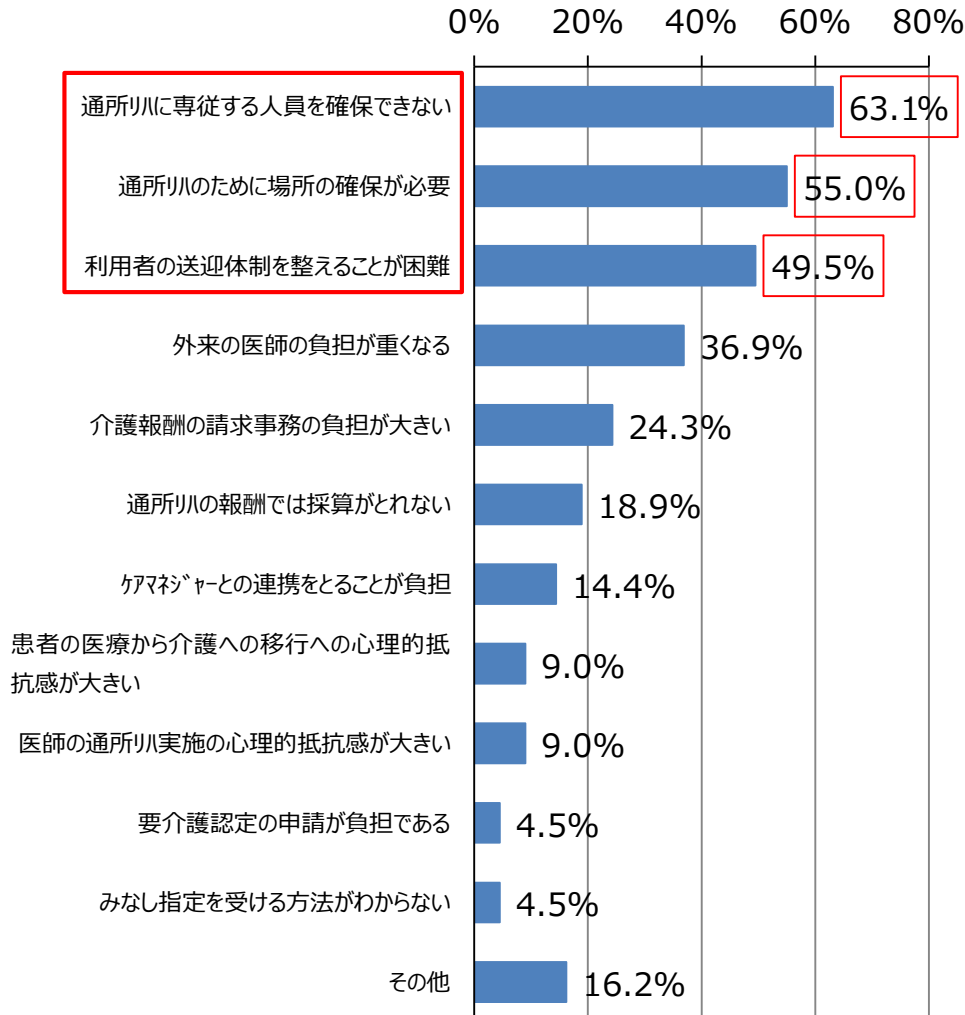
参考：通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの受給者数(平成27年5月審査分)

通所リハビリテーション	: 40.9万人
介護予防通所リハビリテーション	: 13.5万人
訪問リハビリテーション	: 7.1万人
介護予防訪問リハビリテーション	: 1.1万人
合計	: 62.6万人

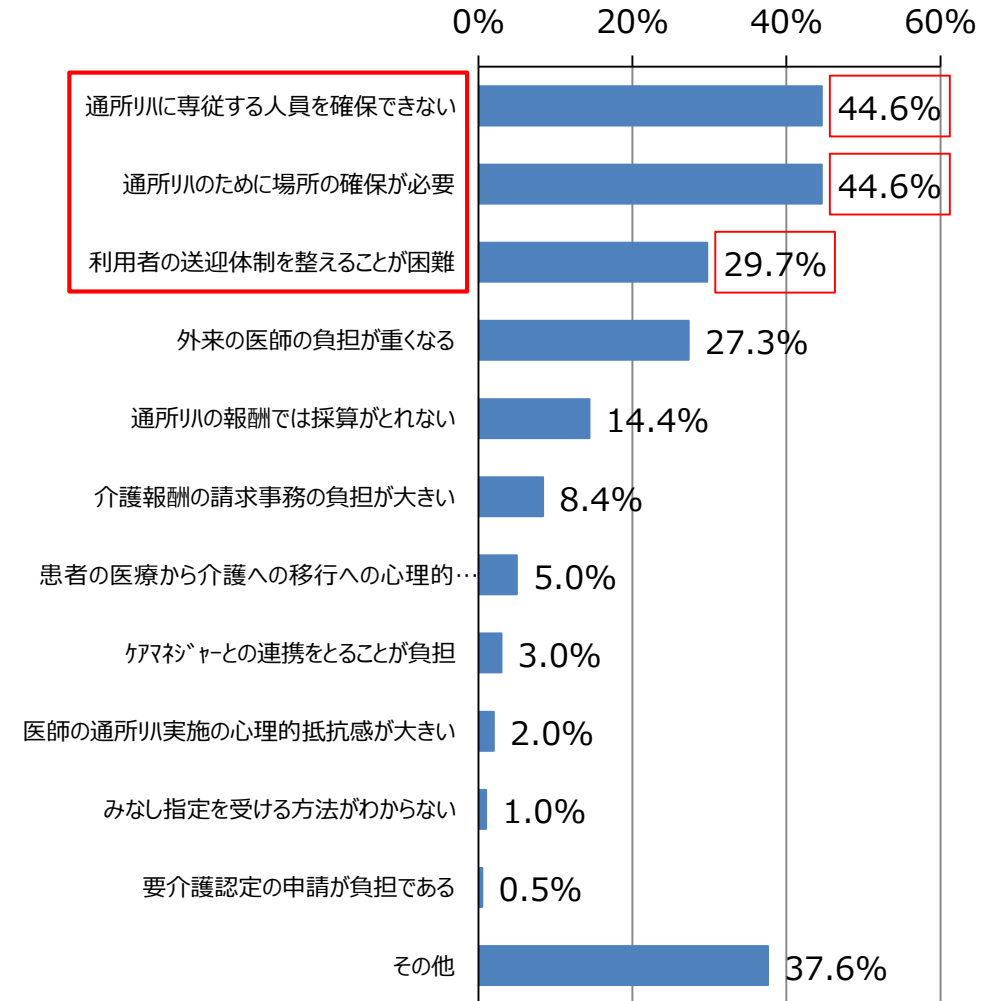
# 病院・診療所において通所リハビリテーションを行わない理由

診療所・病院に通所リハビリテーションの開設の意向がない理由としては、人員、場所、送迎体制の確保等がある。

通所リハビリテーションを開設する意向がない理由  
【診療所】(複数回答)



通所リハビリテーションを開設する意向がない理由  
【病院】(複数回答)



# 疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションの要件の比較

		脳血管疾患等(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)	運動器疾患等(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)	通所リハビリテーション
設備	機能訓練室	(Ⅰ)160㎡以上 (Ⅱ)100㎡以上 (Ⅲ)100㎡以上 (診療所：45㎡以上)	(Ⅰ)100㎡以上 (Ⅱ)100㎡以上 (Ⅲ)45㎡以上 (診療所：45㎡以上)	リハビリを行う専用の訓練室として 利用定員×3㎡
	医師	(Ⅰ)専任の常勤医：2名以上 (Ⅱ)専任の常勤医：1名以上 (Ⅲ)専任の常勤医：1名以上	(Ⅰ)専任の常勤医：1名以上 (Ⅱ)専任の常勤医：1名以上 (Ⅲ)専任の常勤医：1名以上	専任の常勤医師1以上  (病院、診療所併設の介護老人保健施設では、当該病院、診療所の常勤医との兼務可)
人員配置	PT OT ST	(Ⅰ)専従常勤PT：5名以上、専従常勤OT：3名以上、言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST：1名以上(①～③の合計：10名以上) (Ⅱ)専従常勤PT：1名以上、専従常勤OT：1名以上、言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST：1名以上(①～③の合計：4名以上) (Ⅲ)専従常勤PT,OT,STのいずれかが1名以上	(Ⅰ)専従常勤PT、専従常勤OT(①②の合計：4名以上) (Ⅱ)以下のいずれかを満たしていること ア. 専従常勤PT：2名以上、イ. 専従常勤OT：2名以上、ウ. 合計2名以上 (Ⅲ)専従常勤PT,OT,STのいずれかが1名以上	単位ごとに利用者10人に1以上 上の内数として、単位ごとに利用者100人に1以上 ※所要時間1～2時間では適切な研修を受けた看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師で可

# 通所リハビリテーションにかかる医療・介護連携

## リハビリテーションの医学管理を目的とした計画書等について

- リハビリテーションの実施やそれに関係する加算の算定に当たっては、医療保険、介護保険とも、計画書等の文書の作成が求められる。その内容には、患者・利用者の現状の評価、リハビリテーションの目標等が含まれ、実質的に共通する部分が相当程度ある。
- しかしながら、医療保険と介護保険の間で様式の互換性が乏しいため、患者が医療保険から介護保険へ移行するにあたり、これらの情報の引き継ぎが円滑に行われにくい。

(例)

医療保険 疾患別リハビリ

目標設定等支援・管理料  
「目標設定等支援・管理シート」

- 算定要件：要介護被保険者等に対し、多職種が共同して、患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付け等を行った場合に算定
- 文書の内容：これまでの経過、現在の機能、心身機能・活動・社会参加に係る患者の目標、目標に関する今後の見通しと患者の受け止め等

介護保険 通所リハビリ

リハビリテーションマネジメント加算  
「リハビリテーション計画書」

- 算定要件：多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定
- 文書の内容：これまでの経過、現在の心身機能・活動・社会参加の状況、リハビリテーションの目標とそれに向けた具体的支援内容、利用者と家族の希望等

# 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携に関する事項

第150回介護給付費分科会資料から抜粋

## 【論点8】

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの円滑な移行を推進する観点から、介護保険のリハビリテーションへの移行が困難な主な理由を踏まえ、施設基準のうち、面積、人員、器具を共用できるよう取扱いを見直してはどうか。

## 【対応案】

- 医療保険の脳血管疾患等・廃用症候群・運動器リハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの移行を円滑に行う際の負担の軽減を図ってはどうか。
- 具体的には、医療保険と介護保険のリハビリテーションを**同一のスペースにおいて行う場合の面積・人員・器具の共用についての要件を、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要に応じて緩和**してはどうか。

## 【論点9】

- 医療保険の疾患別リハビリテーションの計画書を、介護保険のリハビリテーション事業所でも活用できるよう、介護保険のリハビリテーションの計画書等の様式や取扱いを見直してはどうか。

## 【対応案】

- 医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている患者の介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を推進するため、**医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けて**はどうか。
- 指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所が医療機関から、**当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能として**はどうか。
- ただし、当該様式を用いて算定を開始した場合には、3月以内に関しリハビリテーション計画を作成することとしてはどうか。

# その他の医療・介護連携に関する事項（介護老人福祉施設）

第151回介護給付費分科会資料から抜粋

## 【論点1】

- 介護老人福祉施設の入所者の医療や看取りに関するニーズに、よりの確に対応できるよう、**配置医師や他の医療機関との連携**、夜間の職員配置や施設内での看取りに関する評価を充実することとしてはどうか。

## 【対応案】

- (1) 医療ニーズへの対応をより一層進める観点から、以下の要件(略)を満たす場合において、配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことを新たに評価することとしてはどうか。

- (2) 常勤医師配置加算の加算要件について、現行の要件を以下のように変更してはどうか。

【変更後】同一建物内でユニット型施設と従来型施設が併設され、一体的に運営されている場合、1名の医師により双方の施設で適切な健康管理及び療養上の指導が実施されてる場合には、双方の施設で加算を算定できることとする。

- (3) 介護老人福祉施設は、**利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ配置医師による対応その他の方法による対応方針を定めなければならないことを義務付けてはどうか。**

- (4) 特に人が手薄となる夜間の医療処置に対応できるよう、夜勤職員配置加算について、現行の要件に加えて、夜勤時間帯を通じて、①看護職員を配置していること、又は②認定特定行為業務従事者を配置していること（この場合、登録特定行為事業者として都道府県の登録が必要）について、これをより評価することとしてはどうか。

- (5) 介護老人福祉施設内での看取りをさらに進める観点から、看取り介護加算の算定に当たって、介護老人福祉施設内で対応案(1)に示した医療提供体制を整備し、さらに介護老人福祉施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価することとしてはどうか。

# 他の医療・介護連携に関する事項（特定施設入居者生活介護）

第151回介護給付費分科会資料から抜粋

## 【論点1】

- 特定施設に入居する者のうち、4割程度は病院等の医療機関を退院して入居する者であるが、医療機関を退院して特定施設に入居する場合、特定施設における生活に円滑に移行するため、当該入居者が入院していた病院との連携や特定施設内において当該入居者を受け入れるための調整などが必要となる。
- また、特定施設においては、日常的にたんの吸引や経管栄養の管理などの医療的ケアを必要とする利用者を受け入れている実態もあり、これらの利用者が人生の最期まで特定施設に住み続けられる環境を整備することも必要である。
- 上記を踏まえ、**医療機関を退院した者を受け入れる場合の医療機関との連携等（対応案①）**や、**たんの吸引などの医療的ケアの提供（対応案②）**を推進することとしてはどうか。

## 【対応案】

### ①退院時連携加算の創設

- **医療機関を退院した者を受け入れる場合の医療機関との連携等を評価する加算を創設**し、次の要件を満たす利用者を受け入れた場合を評価することとしてはどうか。

【要件】・病院等の医療機関を退院して特定施設に入居する利用者であること

### ②医療的ケア提供体制加算の創設

- **たんの吸引などの医療的ケアの提供を行う特定施設に対する評価を創設**し、次の要件を満たす場合に評価することとしてはどうか。

【要件】・介護福祉士の数が、入居者数に対して一定割合以上であること。  
・たんの吸引等が必要な入居者の占める割合が一定数以上であること。



# その他の医療・介護連携に関する事項（認知症グループホーム）

第151回介護給付費分科会資料から抜粋

## 【論点1】

- 入居者の状態に応じた医療ニーズへの対応ができるように、より医療ニーズに対応したサービス提供体制を確保をしている場合を評価することとしてはどうか。

## 【対応案】

- 医療連携体制加算について、現行の医療連携体制加算※は維持した上で、**協力医療機関との連携を確保しつつ、手厚い看護体制の事業所を評価するための区分を新設**してはどうか。
- 具体的な算定要件は、以下のとおりとしてはどうか。
  - ① 事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること
  - ② たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること

## 【論点2】

- 認知症の人は**入退院による環境の変化が、認知症の症状の悪化や行動・心理症状の出現につながりやすいため、入居者の早期退院や退院後の安定した生活に向けた取り組みを評価**することとしてはどうか。

## 【対応案】

- **入院後3カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合**には、介護老人福祉施設を参考に、1月に6日を限度として一定単位の基本報酬の算定を認めることとしてはどうか。
- **現行の初期加算**では、過去3カ月以内に当該事業所に入居したことがある者は、算定の対象としていないが、**医療機関に1カ月以上入院した後、退院して再入居する場合も初期加算の算定を認める**こととしてはどうか。

# その他の医療・介護連携に関する事項（看護小規模多機能型居宅介護）

第150回介護給付費分科会から抜粋

## 【論点6】

- 看護小規模多機能型居宅介護については、医療ニーズの高い要介護者への支援として、サービス供給量を増やす観点から、診療所からの参入を進めるよう基準を緩和してはどうか。

## 【対応案】

- 設備について、宿泊室については、看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用者が宿泊サービスを利用できない状況にならないよう、利用者専用の宿泊室として1室は確保したうえで、診療所の病床を届け出ることを可能としてはどうか。
- 現行、介護保険法施行規則において、指定の申請については、法人であることとしているが、医療法の許可を受けて診療所を開設している者を認めることとしてはどうか。

## 4. 介護報酬改定について

### 4-4. 介護医療院について

# 介護医療院の創設(地域包括ケア強化法による改正)

## 見直し内容

- 今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。
- 病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

## <新たな介護保険施設の概要>

名称	介護医療院 ※ただし、 <u>病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。</u>
機能	要介護者に対し、 <u>「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話(介護)」を一体的に提供する。</u> (介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。)
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。

※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

# 介護医療院との基準の比較

		医療療養病床		介護療養病床	介護医療院		介護老人 保健施設	特別養護 老人ホーム	
		20 : 1	25 : 1		(Ⅰ) 介護療養病床相当	(Ⅱ) 老健施設相当以上			
概要		主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの		病院・診療所のうち、長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供するもの	要介護者に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話(介護)」を一体的に提供する施設 ※生活施設としての機能を明確化		要介護者にリハビリ等を提供し、在宅復帰を目指す施設	要介護者のための生活施設	
設置 根拠		医療法(医療提供施設)		医療法(医療提供施設)	医療法(医療提供施設)		医療法 (医療提供施設)	老人福祉法 (老人福祉施設)	
		医療法(病院・診療所) ※病床規制の対象		介護保険法	介護保険法		介護保険法	介護保険法	
人員 配置	医師	48対1 (病院全体で3名以上)		介護療養病床 相当	老健施設 相当以上	100対1 (常勤1以上)		必要数	
	看護	4対1 (29年度末まで、6対1で可)	6対1			3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)		3対1	
	介護等	看護補助 4対1 (29年度末まで、6対1で可)	6対1						
居室 面積		6.4m <sup>2</sup>		老健施設相当 ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。		8.0m <sup>2</sup> ※ 療養病床から転換した場合、6.4m <sup>2</sup> /人で可		10.65m <sup>2</sup> (原則個室)	
平均日数		168日		484日		-		311日	1,405日
病床数		13.7万床	7.6万床	6万床		-		36.2万床 (介護療養型0.7万床)	54.1万床

# 介護療養型医療施設の基準

※療養病床を有する病院の場合

## 必要となる人員・設備等

介護療養型医療施設においてサービスを提供するために必要な職員・設備等は次の通り。

### ・ 人員基準

医師	医療法に規定する必要数以上 (概算で48対1)
薬剤師	医療法に規定する必要数以上 (概算で150対1以上)
看護職員	6対1以上
介護職員	6対1以上
理学療法士、作業療法士	実情に応じた適当数
栄養士	医療法に規定する必要数以上 (100床以上の場合1)
介護支援 専門員	1以上 (100対1を標準とする)

### ・ 設備基準

病室	1室当たり定員4人以下、入院患者1人当たり 6.4㎡以上
機能訓練室	40㎡以上
食堂	1㎡×入院患者数以上
廊下幅	1.8m以上 (中廊下は2.7m以上)
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの

ユニット型介護療養型医療施設の場合、上記基準に加え、

- ・共同生活室の設置
- ・病室を共同生活室に近接して一体的に設置
- ・1のユニットの定員はおおむね10人以下
- ・昼間は1ユニットごとに常時1人以上、夜間及び深夜は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等

## 論点

- 介護医療院の創設を踏まえ、介護療養型医療施設(介護療養病床及び老人性認知症疾患療養病棟)の在り方について、どのように考えるか。
- 介護医療院に求められる機能、病院・診療所及び介護老人保健施設の開設に関する規定や人員・設備、報酬体系等を踏まえ、介護医療院のこれらの在り方について、どのように考えるか。
- 介護医療院等への転換について、円滑かつ早期に行うことを可能とする観点から、どのように考えるか。
- 介護療養型老人保健施設のこれまでの経緯や、療養体制維持特別加算の期限が迫っていることに加え、今般、介護医療院が創設されることを踏まえ、介護療養型老人保健施設の在り方についてどのように考えるか。
- 「居住スペースと医療機関の併設型」への転換については、例えば、「特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)と医療機関の併設型」への転換が考えられるが、その際の特定施設入居者生活介護の要件について、どのように考えるか。

## 介護療養型医療施設・介護医療院について(主な意見の抜粋)

- 療養病床からの転換は自主的に行われるべきであり、強制的にすべきでない。
- 転換を円滑に行う観点から、療養病床からの転換を優先すべきであり、(少なくとも)3年間は新設を認めるべきではない。
- 急性期の大病院からの移行も認めるべきではない。
- 介護医療院の基準・報酬については、Ⅰ型は療養機能強化型、Ⅱ型は介護療養型老健相当にすることが妥当であり、病棟単位とすべき。
- 介護医療院は、併設医療機関との人員の弾力的な運用や設備の共用を可能とすべき。
- 介護医療院と併設医療機関との間で、看護・介護の兼務は認めるべきではない。
- 病室や廊下幅など、充実した転換支援策が必要。病室単位の移行や地域医療介護総合確保基金等の活用を認めるべき。
- 生活施設として、療養環境の確保は重要。更に、身体拘束に関する取組も重要。
- 早期転換のインセンティブが必要。介護医療院に求める水準が高いと転換が進まない。また、介護療養型医療施設の報酬は手をつける必要はない。
- 医療療養が介護医療院に転換すると介護保険財政に跳ね、保険料が上がるのが懸念。
- 認知症療養は医療保険に移行できることが重要。



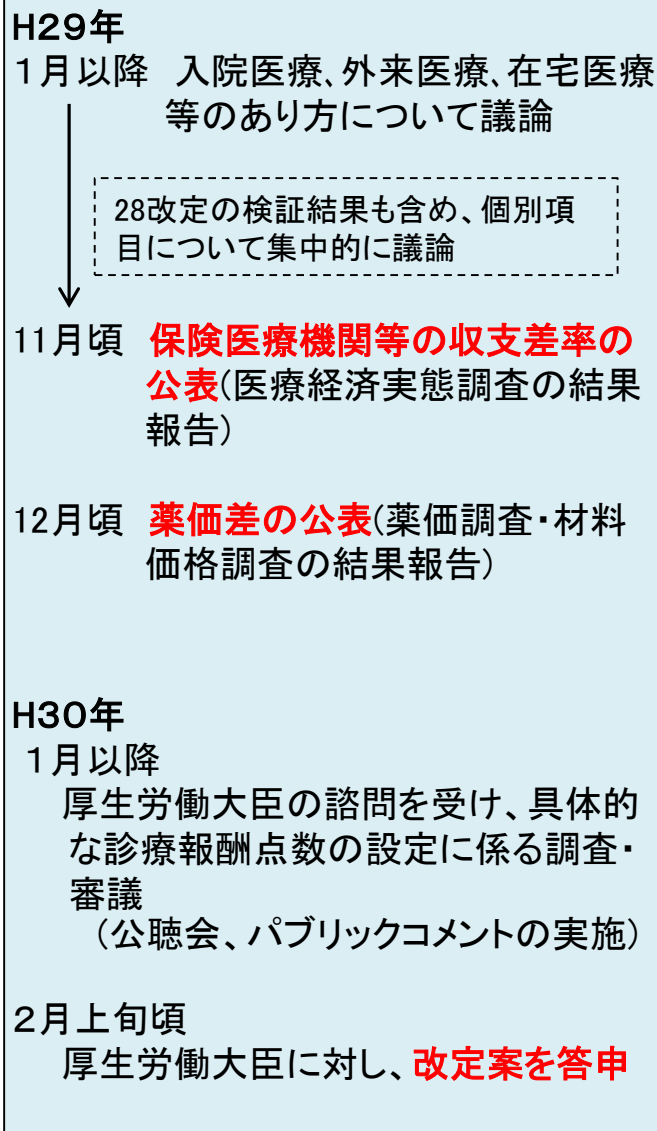
## 4. 介護報酬改定について

### 4-5.全体スケジュールについて

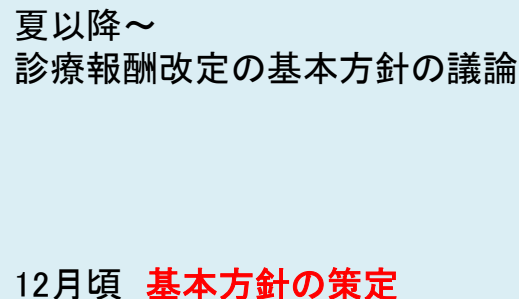
# 平成30年度の診療報酬・介護報酬改定の想定スケジュール

中央社会保険医療協議会

社会保障審議会(介護給付費分科会)



社会保障審議会  
(医療保険部会、医療部会)



内閣

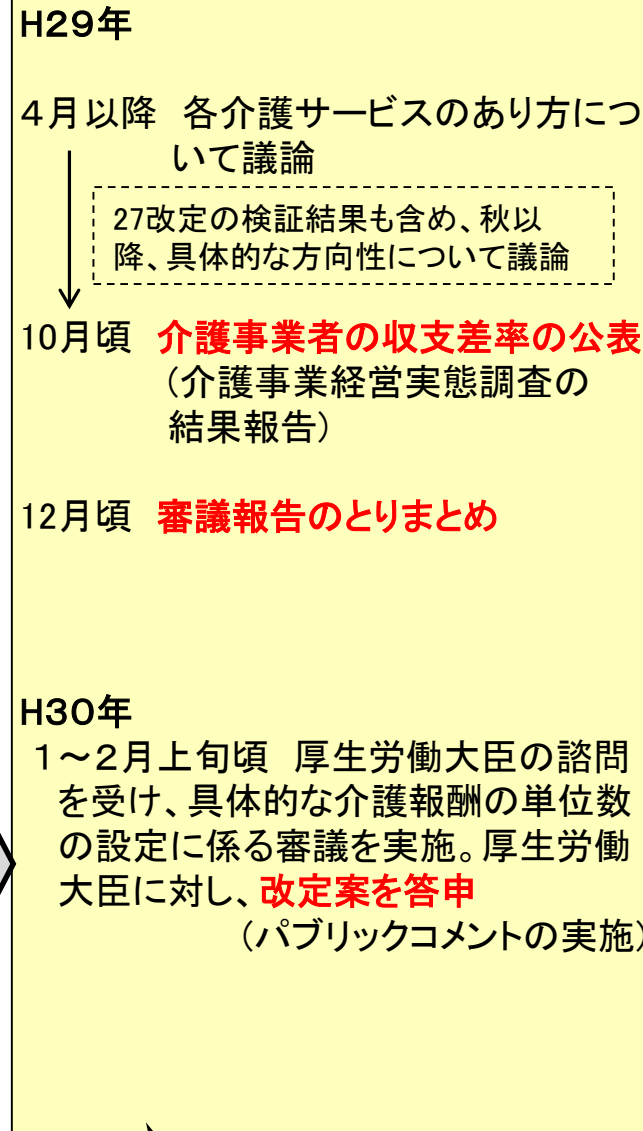
12月中下旬 予算編成過程で、**診療報酬・介護報酬の改定率を決定**

厚生労働大臣

1月頃 中医協及び介護給付費分科会に対し、内閣が決定した「**改定率**」等に基づき改定案の調査・審議を行うよう**諮問**

厚生労働大臣

3月上旬頃 診療報酬・介護報酬改定に係る告示・通知の発出



ご静聴ありがとうございました