

# 医療と介護の改革動向

2013.10.08

すべては地域包括ケアシステム構築のために

北海道医療新聞社

医療新聞編集部 伊藤 真史



# なぜ、医療と介護の改革が必要か？

## ・高齢化で問題が生じているから

- 高齢化にマッチするサービス提供が不可欠
- 医療と介護に必要な財源が足りない

## 【解決策】

- ・どんな状態でも安心 「地域完結型」サービス提供
- ・医療と介護が連携 「地域包括ケアシステム」を確立

## 【具体的手法】

- ・制度や法律を改正 現場を変えていく

# 国が進める「社会保障・税一体改革」が加速

- 2010年(平成22年)12月 社会保障改革の推進 閣議決定
- 2012年(平成24年) 2月 社会保障・税一体改革大綱 閣議決定
- 6月 3党合意(民主党、自民党、公明党)
- ・消費税引き上げ(社会保障の財源とする)
  - ・国民会議を設けて議論・結論を得る
- 8月 社会保障制度改革推進法が成立
- 11月 国民会議 初会合
- 2013年(平成25年) 8月 国民会議の報告書がまとまる
- 8月 プログラム法案(改革に向けたスケジュール)  
閣議決定

2017年(平成29年)までに細部を検討(医療保険部会、介護保険部会など)  
の上、法改正などを行い、改革を順次実施していく

# 国が示した法改正を伴う改革スケジュール

		改革内容	法案提出	実施時期(めど)
医療制度	地域医療提供体制	病床機能を都道府県に報告 地域医療ビジョンの策定	2014年度	2017年度までに順次
	70～74歳の窓口負担	1割→2割へ	不要	2014年4月以降、順次
医療保険	高額療養費制度	上限額を、高所得者は引き上げ、 低所得者は引き下げ	2015年度	2017年度までに順次
	紹介状のない患者	定額の自己負担を導入		
	国保の運営	市町村から都道府県へ移管		
	保険料算定に総報酬割	健保組合の保険料を引き上げ		
	保険料負担	高所得者の負担を重く、低所得者 は軽く		
介護	給付対象	要支援者を外す	2014年度	2015年度
	自己負担	高所得者の自己負担を引き上げ		
	特養の利用制限	要介護度3、4、5に限定		
	保険料負担	低所得者の負担を軽くする		

2017年までにすべてを法改正する

# 8月以降、法改正や制度改革に向けた議論がスタート

## 【主な議論の場】

- ・社会保障審議会

- 医療部会

- 医療保険部会

- 介護保険部会

- ・中央社会保険医療協議会

- 入院医療等の調査・評価分科会

- ・厚生労働省

- 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会

- 都市部の高齢化対策に関する検討会

## 医療の改革

- ・病床機能報告制度を新設
- ・地域医療ビジョンを新たに策定
- ・紹介状なしの初診料減点→対象病院を拡大
- ・高額療養費→所得区分と限度額を細分化
- ・次期報酬改定への考え方

## 介護の改革

- ・介護保険の自己負担→一定の所得以上は2割に
- ・補足給付→対象基準を厳格化
- ・特養入所者→要介護3以上に
- ・要支援への介護予防→地域支援事業へ移行
- ・住所地特例→サ付き住宅へ対象拡大
- ・小規模デイは市町村が指定へ
- ・主任ケアマネに更新制導入
- ・在宅における医療・介護連携を制度化
- ・厚生労働省「都市部の高齢化対策に関する検討会」の報告書

# 医療の改革

# 病床機能報告制度を新設①

## 【病床機能報告制度とは】

- ・病床は医療法で一般、療養、精神、感染に区分
- ・一般病床は多様化。実態が不明
- ・病床報告機能(2014年度後半スタート)で、一般病床の実態を報告
- ・都道府県が策定する地域医療ビジョンに反映させたい



# 病床機能報告制度を新設②

## 制度のポイント

- ・機能は4区分→「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」
- ・有床診療所を含む医療機関（一般、療養）が報告対象
- ・サブアキュート（在宅や施設から軽度の急性期患者）は「急性期」
- ・ポストアキュート（急性期を経過した患者）は「回復期」
- ・報告制度の機能区分と、入院基本料の区分の対応は「別のこと」
  
- ・一般病床の慢性期機能と、療養病床の慢性期機能は同じもの？
- ・病棟単位で機能選択の際、厳密に1つだけ？ 複数選択は可？

病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会(9/4)

# 地域医療ビジョンを新たに策定①

## 【地域医療ビジョンとは】

- ・2次医療圏単位に地域の医療提供体制の将来像を示すもの
- ・都道府県が医療計画の一部として策定

## 策定にあたって

- ・都道府県や医療関係者による検討会を設置
- ・医療機関から報告された情報(病床機能報告制度)などを活用
- ・策定するためのガイドラインを国が示す
  - 医療ニーズの将来推計や医療機能別の必要量を算出する標準計算式

# 地域医療ビジョンを新たに策定②

## 策定スケジュール

- ・2013年度後半～2014年度に病床機能報告制度を整える
- ・2014年度内に国は策定ガイドラインを公表
- ・2015年度から都道府県は地域医療ビジョン策定スタート
  
- ・国民会議報告書のプログラム法案より、2年(2017年)前倒し
- ・急ぎ過ぎると、ガイドラインをコピーするだけの都道府県が多くなる
- ・だから策定時期に幅を持たせるべき

**社会保障審議会医療部会(9/14)**

# 紹介状なしの初診料減点→対象病院を拡大①

## 【現行の制度】

- ・紹介状なしに大病院を受診すると、大病院も患者も負担増
- ・特定機能病院(大学病院)、一般病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、前年度の実績で「紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満」の病院が対象(連携が進んでいない病院)
- ・紹介状なしに受診した患者の初診料  
→本来の2700円から2000円に減らす
- ・病状が安定し中小病院や診療所に「逆紹介」したが、紹介元の大病院を受診した再診患者  
→外来診療料を700円から520円に減らす
- ・病院は減点分の医療費を「選定療養費」として患者から徴収できる

# 紹介状なしの初診料減点→対象病院を拡大②

## なぜ改正？

- ・一般的な疾患の外来患者は診療所、中小病院に
- ・専門的な疾患の外来患者は、大病院に
- ・外来の機能分化を進め、大病院の勤務医の負担軽減

## 改正ポイント

- ・紹介率と逆紹介率の条件に該当する500床以上に対象を広げる

入院医療等の調査・評価分科会(9/30)

# 高額療養費→所得区分と限度額を細分化①

## 【高額療養費制度とは】

- ・患者の所得に応じ、医療費の自己負担限度額(毎月)に上限を設定

## なぜ改正？

- ・患者の負担能力に応じ、きめ細かく限度額を設定するため

## 【現行の制度】

### 70歳未満は3区分

- ・上位所得者(年収790万円以上)
- ・一般所得者(年収210万以上)
- ・低所得者(住民税非課税)

### 70歳以上も3区分

- ・現役並み所得者(月収28万円以上で医療費3割負担)
- ・一般所得者(上記以外)
- ・低所得者(住民税非課税)

# 高額療養費→所得区分と限度額を細分化②

## 改正ポイント

### 70歳未満

- ・上位所得者と一般所得者の区分を細かく設定
- ・上位所得者→すべての区分で毎月の限度額を引き上げ
- ・一般所得者→負担能力によって引き上げ、据え置き、引き下げを決める
- ・低所得者→区分は細分化せず、現在の限度額(3万5400円)を維持

### 70～74歳

- ・現役並み所得者と一般所得者の区分を細分化の上、引き上げ、据え置き
- ・低所得者と75歳以上は据え置き

国は詳細を年内に固める

## 高度急性期・一般急性期

- ・急性期病床の担う機能の明確化
- ・重症度・看護必要度の見直し
- ・入院早期からのリハビリテーションや退院・転院支援の推進
- ・退院・転院に係る連携の強化
- ・急性期病床の平均在院日数の短縮 等



## 亜急性期

- ・回復期病棟との機能の違いを踏まえる
- ・亜急性期病床における患者像や機能を明確化
  - 急性期病床からの患者受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど
- ・亜急性期病床、回復期病床の機能に応じた評価

## 長期療養

- ・急性期病床における長期入院患者の評価の適正化
- ・長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受入体制の充実等

## 次期報酬改定への考え方【外来医療】

- ・診療所や中小病院におけるかかりつけ医機能の評価
- ・大病院の専門外来の評価
- ・大病院の紹介外来を更に推進する方策 等

# 次期報酬改定への考え方【在宅医療】

- ・看取りを含め、在宅療養支援診療所・病院の機能強化
- ・在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療
- ・機能に応じた訪問看護ステーションの評価  
→24時間対応、看取り・重度化への対応など
- ・訪問看護ステーションの大規模化の推進
- ・在宅歯科医療の推進
- ・在宅薬剤管理指導の推進
- ・訪問診療の適正化 等

# 次期報酬改定への考え方【その他】

## 有床診療所

- ・機能に応じた評価

- 病院からの早期退院患者や在宅患者の急変時の受入れ

- 在宅医療の拠点、終末期医療の実施、専門医療

## 地域特性への配慮

- ・医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価

次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の  
基本的な考え方について(案)8/9

# 介護の改革

## なぜ改正？

- ・現役世代が負担する介護保険料が増え続けている
- ・高齢者全員が介護サービスを利用するわけではない
- ・世代を超えて負担の公平性を確保しなければ

# 介護保険の自己負担→一定の所得以上は2割に②

## 改正案ポイント

- ・65歳以上で一定以上の所得がある人  
→自己負担を1割から2割に引き上げる
- ・一定以上の所得基準とは・・・  
A案 280万円以上（公的年金等控除120万円含む）  
B案 290万円以上（同上）
- ・同じ世帯内に複数の被保険者がいるケース  
→所得が基準を超えている人だけが2割負担の該当者
- ・A案「280万円以上」に決定した場合  
→65歳以上の「5人に1人」が2割負担の対象者

# 介護保険の自己負担→一定の所得以上は2割に③

- ・低所得者の介護保険料の負担をさらに軽減する  
→生活保護受給者(現在は保険料の半額が支払い免除)  
さらに免除の割合を7割まで拡大
- ・介護保険料の段階設定は、現在の6段階から9段階に見直す
- ・一定以上の所得の基準は意見が分かれ、引き続き検討
- ・2015年度スタート
- ・2014年の通常国会に改正案を提出する方針

介護保険部会(9/25)



## 【補足給付とは】

- ・特養、老健、介護療養、ショートステイの利用者のうち、住民税非課税世帯の人に居住費や食費を給付する制度

## なぜ改正？

- ・住民税非課税世帯の中に、不動産や預貯金があるケースも
- ・十分な支払い能力があるのに給付対象のため、不公平

# 補足給付→対象基準を厳格化②

## 改正ポイント

- ・給付対象外の要件に、不動産、預貯金、有価証券などを加える
  - 世帯分離した配偶者が住民税課税の場合
  - 単身で1000万円以上or夫婦で2000万円以上
  - 固定資産税評価額で2000万円以上の不動産を有する
- ・預貯金や不動産の保有状況を把握する方法は、自己申告が基本
- ・簡単に現金化できない不動産のケースは・・・
  - 市町村が不動産を担保とした貸し付けを行い、所有者の死後に売却して貸し付け分を回収する
  - 該当する不動産に所有者の配偶者が住んでいる場合、配偶者が死亡するまで貸し付け分の返済を猶予する
- ・所有者の子どもが住むorショートステイ利用者の不動産は、対象外

介護保険部会(9/25)

## なぜ改正？

- ・特養待機者のうち要介護4、5の人は全国6万7,000人
- ・特養入所者(42万人)の12%が要介護1、2
- ・在宅生活が困難な要介護者を支える施設に機能を重点化

## 改正ポイント

- ・これから新たに入所する人  
→要介護度3以上に限定
- ・すでに入所している人で要介護度が3以下の人  
→継続入所に配慮する
- ・特養の個室ユニット化を推進する方針は変更しない
- ・現在ある多床室利用者のプライバシー保護にも配慮

介護保険部会(9/18)

## なぜ改正？

- ・要支援者に対する介護予防給付は・・・
  - 見守り、配食、外出支援などサービス提供が難しい
- ・介護保険料の上昇が見込まれる
  - 要支援者に対するサービス給付を効果的で効率的に
- ・市町村の地域支援事業を、生活支援サービスを充実させた「新しい総合事業(要支援事業・新しい介護予防事業)」へ

## 改正ポイント

- ・介護予防給付を市町村が実施する地域支援事業に移行させる
- ・ボランティア、NPO、民間などの地域資源を活用
- ・多様なサービスを、地域の実情に合わせて柔軟に提供する
- ・要支援認定やケアプラン作成が必要な点は、変わらない
- ・人員配置基準や運営基準がなくなり、市町村判断
- ・移行が完了する期間は2016年度～2018年度を想定
- ・要支援者のニーズと地域資源のマッチングを行う「生涯現役コーディネーター」(仮称)、協議会を設置

## 【住所地特例とは】

- ・居住地の市町村以外の施設に入った人を、引き続き以前の市町村の被保険者として扱う制度
- ・施設がある市町村の介護保険財政の負担増を防ぐ
- ・特養、老健、介護療養型、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームなどの特定施設の入居者
- ・特定施設入居者生活介護の指定を受けていないサ付き住宅の利用者は対象外

## なぜ改正？

- ・サービス付き高齢者向け住宅(サ付き住宅・サ高住)  
→全国12万7000戸(北海道9500戸)
- ・増え続けると市町村の介護保険財政の悪化を招く
- ・94%が有料老人ホームの機能を担っている



## 改正ポイント

- ・対象→介護や食事を提供しているサ付き住宅
- ・対象外→安否確認と生活相談サービスだけ
  
- ・住所地特例の対象施設に住む人でも、現在住んでいる市町村が指定する地域密着型サービスを活用できる
- ・地域支援事業の対象にもする
- ・上記2つの費用は、市町村間で調整
- ・2015年4月スタート

## なぜ改正？

- ・定員10人以下の通所介護事業所数が、7年間で1.5倍に
- ・理由は介護報酬単価がやや高めに設定されているから
- ・全国の通所介護事業所(3万5,000軒)の半数強を占める
- ・いわゆる小規模デイは、地域に密着する事業所を担ってもらいつつ、サービスの質向上を図っていく

## 改正ポイント

- ・小規模デイを「地域密着型通所介護」と位置付ける
- ・指定者を都道府県から市町村に変更する
- ・市町村は介護保険事業計画に基づき、通所介護事業所を公募した上で、審査・指定
- ・大規模デイ＝前年度1カ月当たり平均延べ利用者数が300人以上
- ・小規模デイ＝300人以下
- ・あくまで目安であり、具体的な基準はこれから検討

## なぜ改正？

- ・ケアマネ、主任ケアマネのさらなる質の向上のため

## 改正ポイント

- ・主任ケアマネ資格を更新制。更新時に研修
- ・ケアマネ試験の受験要件を変更  
→「法定資格保有者か生活相談員、支援相談員、相談支援専門員のいずれかで、必要な実務経験が5年以上」に
- ・居宅介護支援事業者の指定権限を都道府県から市町村へ移行

## 改正ポイント

- ・介護保険法上で連携促進を制度化
- ・地域支援事業の「包括的支援事業」に制度を加える
- ・事業の実施主体は市町村
- ・主治医・副主治医制などのコーディネートによる  
24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
- ・医療介護従事者への研修の実施
- ・地域の医療・福祉資源の把握および活用・現在、包括的支援事業は地域  
包括支援センターが実務を担っている
- ・しかし、在宅医療・介護の連携推進に係る事業は、別の組織への委託や  
連携が可能・具体的な委託先候補は、「地域の医師会」

## 提出された報告書

- ・病院や診療所への訪問看護ステーション併設を促進
- ・地域の中核的な病院に在宅診療部門
- ・医師の臨床研修制度の必修科目に在宅医療の実施
- ・介護職員の処遇改善、キャリアパス制度の確立
- ・都道府県が中高校生が介護分野に関心を持つような啓発活動
- ・小規模特養の整備を進め、小規模多機能型居宅介護や在宅サービスを併設
- ・施設新設の用地確保が難しい東京都は、圏域を超えた施設整備を進める
- ・都市部の住民用の施設建設は、都道府県が介護保険事業支援計画にその旨を明記することが、必要最低限
- ・しかし、都市部のニーズを期待し、地方が特養などを整備することには、都市部の高齢者本人の意思に反し、地方の施設入所を強いる形となってしまう

# 地域包括ケア構築のゴールは2025年 あと12年

## 改革スケジュール

	診療報酬	介護報酬	医療計画	地域包括ケア計画
	2年おき	3年おき	5年おき	3年おき
2014	●			
2015		●		●
2016	●			
2017				
2018	●	●	●	●
2019				
2020	●			
2021		●		●
2022	●			
2023			●	
2024	●	●	●	●
2025				

地域包括ケア構築へ  
現場は何をすべきか？



# 国のプラン 魂を注入する主役は「現場の方々」

- ・国は地域包括ケアシステム構築を推し進めている
- ・さまざまな方策で、医療と介護の連携・改革を促す  
「法改正」「診療報酬」「介護報酬」「地域医療ビジョン」「医療計画」  
「地域包括ケア計画(介護保険事業計画)」など
- ・これら方策で現場を誘導 改革を進める
- ・それなりの効果を発する
- ・全国一律の改革 各地域の細かい現状への効果までは・・・
- ・現場の立場で言えば「絵に描いた餅」と見る向きも
- ・言い換えれば「仏(プラン)つくって魂入れず」
  - 仏(プラン)に魂を入れる主役は、現場の方々
  - 決して国からの丸投げではない(と思わない)
  - より良いサービス提供へ、ヒント(暗示)をもらった(と思う)
  - 前向きな姿勢が、市民の1人として嬉しい

# 西区在宅ケア連絡会が築いた財産を生かす①

- ・1997年発足 創立16年 きょうで第176回目の例会
- ・職場や職種の垣根をこえた「顔の見える関係」＝仲間
- ・西区を守る医療介護集団 みなさんはその一員
- ・医療と介護の連携にあたって、全国各地で困っていること  
→「顔の見える関係」が構築していない
- ・顔が見えなければ、連携パスなどのツールは、効果半減
- ・西区在宅ケア連絡会＝「札幌モデル」  
  
→在宅高齢者が医療・介護のサービスを「ぐるぐる」とスピーディーに受けられるよう、職務にあたる。これがベース  
  
→市民が安心して在宅生活を選択できる環境を築いていく

# 西区在宅ケア連絡会が築いた財産を生かす②

## さらなるスキルアップを図る

### 【のみこみネット・札幌】に注目

- ・札幌の医療介護従事者で組織
- ・在宅高齢者の接触嚥下、誤嚥性肺炎を予防
- ・札幌市各区のケア連絡会という社会資源を生かし  
医療介護従事者、高齢者、家族へ講習会を開く計画
  - 10月19日(土曜)午後1時から公開研修会開催
  - 場所は札幌市医師会館 参加無料
  - こういう現場発信の活動に参加してみる
- ・この活動は「認知症」「がん」などで応用可能
  - 新たな「札幌モデル」へ一歩

# 西区在宅ケア連絡会が築いた財産を生かす③

## 札幌の地域包括ケアのあり方を提言する組織へ

- ・診療報酬や介護報酬の改定、法改正をめぐり、さまざまな団体が要望書提出やロビー活動を展開
- ・地域包括ケアでは、そうした専門団体がない
- ・現場を知る実績ある団体が声を上げて主張すべき
- ・西区在宅ケア連絡会の場合、札幌市へ要望していく

## 地域包括ケアを構築するパイプ役へ

- ・構築にあたり、札幌市、医師会、各団体の結束が不可欠
- ・医療介護の視点で住みやすい街づくりを推進  
→地域包括ケア「西区システム」の構築に期待