

平成27年度介護保険法改正に向けて

執筆者：関西国際大学 教育学部教授（学長補佐） 長谷憲明 氏

医療・介護総合推進法（正式名称「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」）が、平成26年6月18日に成立しました。

平成27年4月から順次施行される改正介護保険法では、①地域包括ケアシステムの構築 と、②費用負担の公平化 が大きなトピックで、介護保険制度のなかで地域に求められる役割のさらなる増大が見込まれるとともに、自己負担や保険料の見直しが大きな話題となっています。

本特集では、3回に分けて、法改正の内容や、執筆者の視点でとらえた今後の課題などについて、事例等を用いて、できるだけ分かりやすくお伝えします。

執筆者紹介

長谷 憲明(ながたに よしはる)氏

1970年から2002年3月まで東京都の職員として福祉事務所勤務、保護課、障害、高齢、企画等の仕事に従事し退職。同年4月～2008年度 関西国際大学経営学部教授、2009年度～2011年度 同大学客員教授（学長特別補佐）、2012年4月からは、同大学教育学部教授（学長補佐）に着任。そのほか、2005年度～2011年度 明治大学公共政策大学院ガバナンス研究科兼任教員、2009年度～2011年度 公益財団法人東京都福祉保健財団事業者支援部参与。

現在、大学で教鞭を執るかたわら、地域研究所等において社会福祉に関わる取り組みを多数行なっている。単著『新しい介護保険のしくみ』（発行：瀬谷出版）、共著『介護支援専門員養成研修教本 基礎編 四訂版』、『通所介護等の仕事』（通所介護等検討会 編）（発行：公益財団法人東京都福祉保健財団）など。

第2回 医療と介護サービスの連携の推進について 平成26年10月29日掲載

1 はじめに

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が平成26年6月25日に公布されたことに伴い、介護保険法の一部改正が行われました。

その趣旨は「医療と介護を必要とする状態の高齢者が、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、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、在宅の医療機関と介護サービス事業者の連携を推進」するとのことです。

また、それらを受け、医療・介護を総合的に確保するため、「[地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針](#)」が示されました。医療介護の連携は、昔からの課題であり、その円滑な実施のためには多くのハードルがあります。

2 概要

2- (1) しくみの概要

医療・介護の連携は、具体的には介護保険法の**包括的支援事業**（第115条の45第2項四）として実施されることとなります。包括的支援事業の中に「在宅医療・介護連携推進事業」を創設し、市（区）町村が主体となって平成27年4月から取り組む事業とされています。その取り組みの概要は以下の通りです。

☆ 在宅医療・介護連携推進事業

- 介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ。
- 可能な市（区）町村は**平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月まで**には全ての市（区）町村で実施。
- 各市（区）町村が、原則として（ア）から（ク）の全ての事業項目を実施。
- 一部を郡市医師会等（地域中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することができる。
- 都道府県・保健所が、市（区）町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施の手引き書や事例集の作成等により支援。都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目

- （ア）地域の医療・介護サービス資源の把握
- （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議
- （ウ）在宅医療・介護連携に関する相談の受付等
- （エ）在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援
- （オ）在宅医療・介護関係者の研修
- （カ）24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
- （キ）地域住民への普及啓発
- （ク）二次医療圏内・関係市町村の連携

[（リンク：平成26年7月28日 厚生労働省 全国介護保険担当課長会議/老人保健課関係資料「1. 在宅医療・介護連携の推進について（2）」より）](#)

この実施に向けて、県レベル、市区町村レベルでモデル的取り組みがなされています。しかし、実施の前に整えるべき事項が多くあり、多くの市（区）町村では、準備が整い次第ということからか、**平成30年4月までの猶予期間が設けられている**ため、限りなく30年4月実施の方向に向かうのではないのでしょうか。

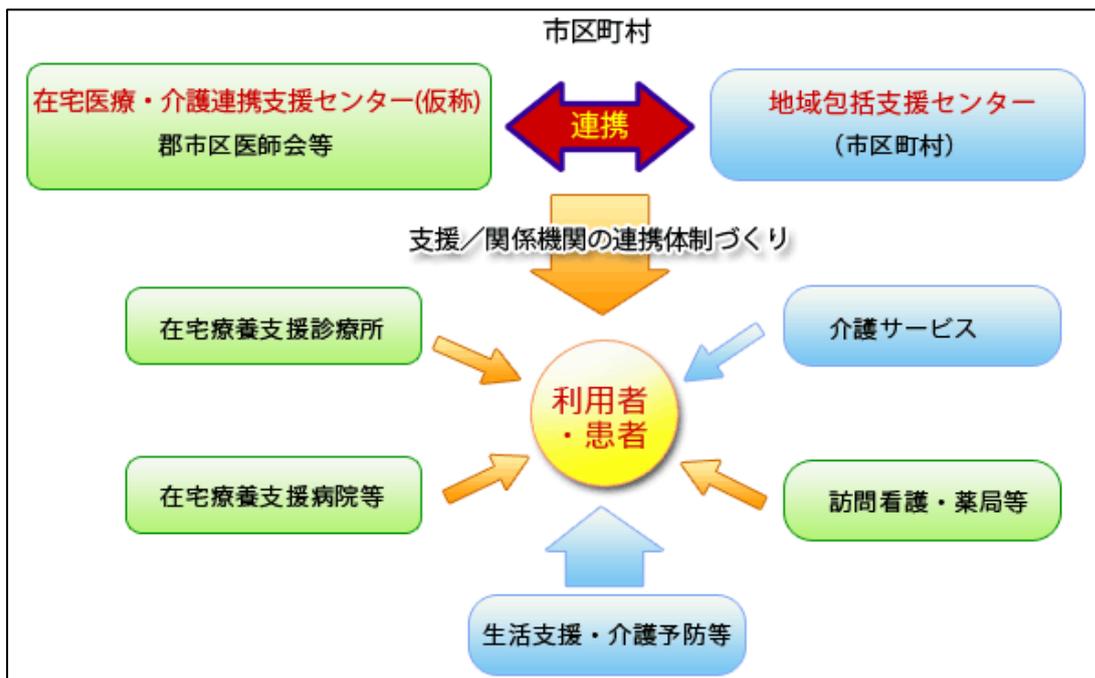
2- (2) 在宅医療・介護連携

次に、具体的な連携のイメージはどのようになるのでしょうか。

○ 在宅医療・介護の連携のイメージ

- ・ 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、生活を継続するためには、地域での医療・介護の関係機関が連携し、**包括的・継続的な在宅医療・介護の提供**が必要。
- ・ このため、関係機関が連携し、他職種協働による在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、**都道府県・保健所の支援の下に、市区町村が中心となって**、地域の医師会等と密接に連携しながら、地域の連携体制の構築を図る。

☆上記説明イメージ図



(リンク：平成26年10月9日 厚生労働省 第2回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議 資料1を加工)

このイメージ図に、**在宅医療・介護連携支援センター（仮称）**が示されています。このセンターと地域包括支援センターの関係等はどうなるのでしょうか。

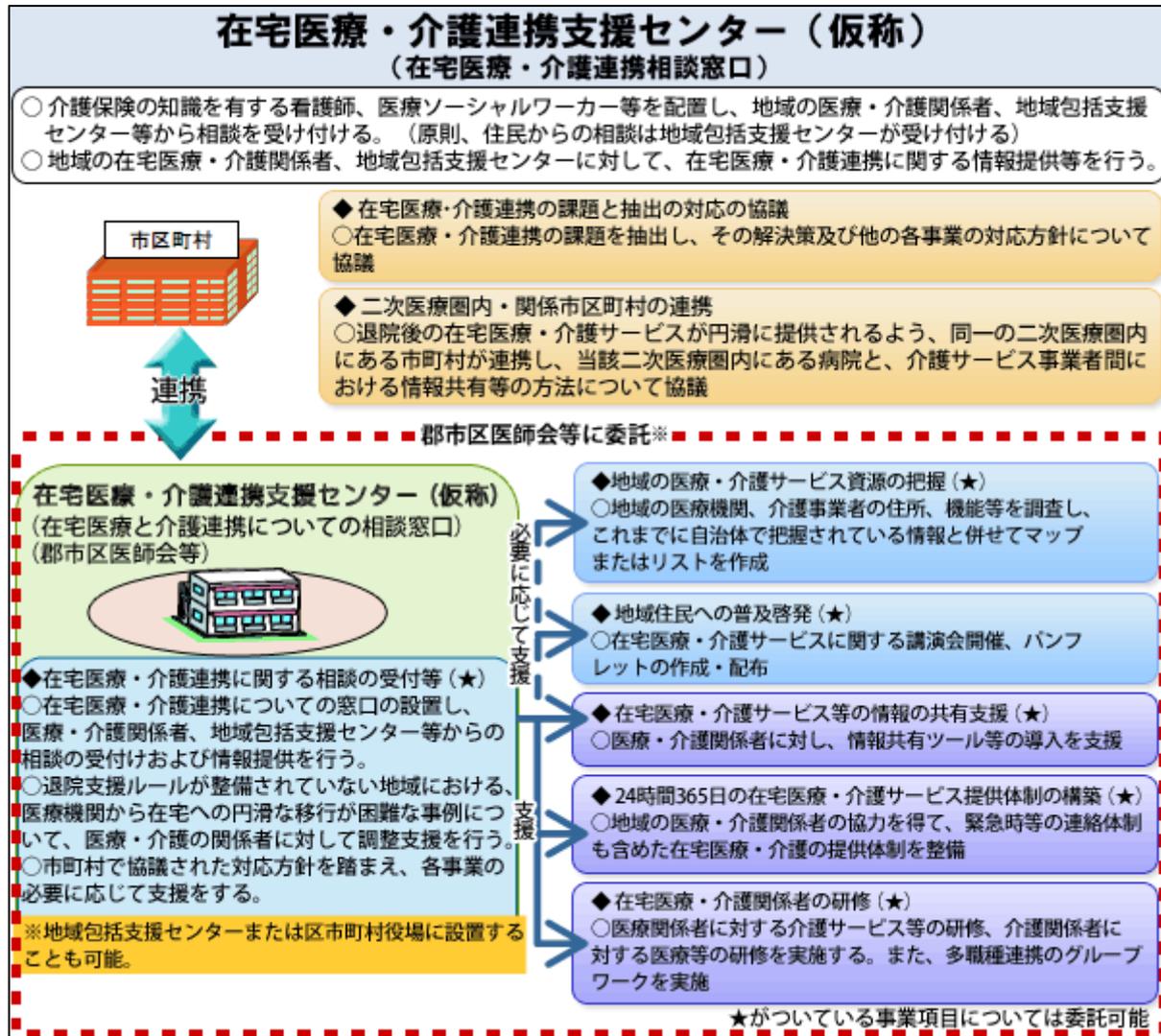
医療介護連携について、地域包括ケアシステムの構築のコーディネーター役として、**地域包括支援センター**の強化がうたわれていましたが、医療連携において新たなセンターが位置づけられました。

このセンターについては、以下のように説明されています。

- 介護保険の知識を有する看護師、医療ソーシャルワーカー等を配置し、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの相談を受け付ける。(原則、住民からの相談は地域包括支援センターが受け付ける)
- 地域の在宅医療・介護関係者、地域包括支援センターに対して、在宅医療・介護連携に関する情報提供を行う。

また、在宅医療・介護連携支援センターの役割としては、下図のように示されています。

図 イメージ図



[（リンク：平成 26 年 10 月 9 日 厚生労働省 第 2 回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議 資料 1 より）](#)

2－（3）在宅医療・介護連携支援センター（仮称）事業の実施

この事業は以下により実施することと、国から示されています。

- ① 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、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む
- ② 可能な市区町村は平成 27 年 4 月から取組を開始し、平成 30 年 4 月には全ての市区町村で実施
- ③ 各市区町村が原則としてア～クの全ての事業項目を実施
 - ア 地域の医療・介護サービス資源の把握
 - イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議
 - ウ 在宅医療・介護連携支援センターの運営等
 - エ 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援
 - オ 在宅医療・介護関係者の研修
 - カ 24 時間 365 日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
 - キ 地域住民への普及啓発
 - ク 二次医療圏内・関係市区町村の連携
- ④ 一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することができる
- ⑤ 都道府県・保健所が、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施の手引き書や事例集の作成等により支援。都道府県を通じ実施状況を把握

[（リンク：平成 26 年 10 月 9 日 厚生労働省 第 2 回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議より）](#)

この事業の実施には、事前に相当の準備が必要です。モデル的に取り組んでいる市区町村を除いて、平成 27 年 4 月から実施できる市区町村はかなり限定的になるでしょう。

2- (4) 利用者を取り巻く環境

目を転じて、利用者の視点から考えるとどうなるでしょうか。病院改革や介護保険施設の効率化・重点化により、入院期間の短縮や介護保険施設への入所のハードルが高くなることは、この間言われてきました。

病院では機能分化や、退院促進の取り組みが始まりつつあります。平成 26 年度の診療報酬改定では、退院の促進に向けた措置がとられています。

☆ 在宅復帰の促進

◇ 在宅復帰の推進

ア 7 : 1 病棟の自宅等退院患者割合の導入 → 在宅復帰率 75%以上

イ 地域包括ケア病棟 → 70%以上

ウ 在宅復帰支援型老健施設 → 50%以上

その他の老健は30%以上

◇ 療養病棟における在宅復帰機能の評価

一定の在宅復帰等の実績を有する病棟に対する評価を新設（在宅復帰機能強化加算）

* 在宅復帰患者（1ヶ月以上入院）50%以上

* 平成 26 年診療報酬改定から

また、介護保険の分野では、27 年度改正により、24 時間 365 日のサービスの確保や、[通所介護](#)の機能分化により、重度者対応の通所介護が予定されています。

しかし、それで、医療を必要とする高齢者（一人暮らしを含む）や重度の高齢者を、「尊厳を保持」して支えきれぬかと言えば、必ずしも安心まで結びつかない現状もあると思います。

また、特別養護老人ホームにおいても、入所待機者が多い中、平成 27 年 4 月から入所対象が原則要介護 3 以上と、従来と比べて制限されます。

このように、退院の促進や入所施設のハードルがあがる方向では、「在宅での暮らし」を支えるシステムの構築が、行政にとって喫緊の課題になります。制度が変わり、在宅での尊厳のある暮らしを理念として掲げても、実態が伴わなければ絵空事になります。

平成 24 年度以降積極的に取り組まれ、平成 27 年度からは最重点施策となる地域包括ケアシステムは、軽度者への住民同士の支え合いの推進と共に、医療の観点からは在宅医療の推進・介護との連携が、必須になるわけです。それがうまく機能しないと、生活基盤が不十分なまま、医療を必要とする高齢者等が地域にもどることになります。退院した後の受け皿作りは、待ったなしです。それは市区町村の役割とされています。

3 医療と連携したリハビリの強化

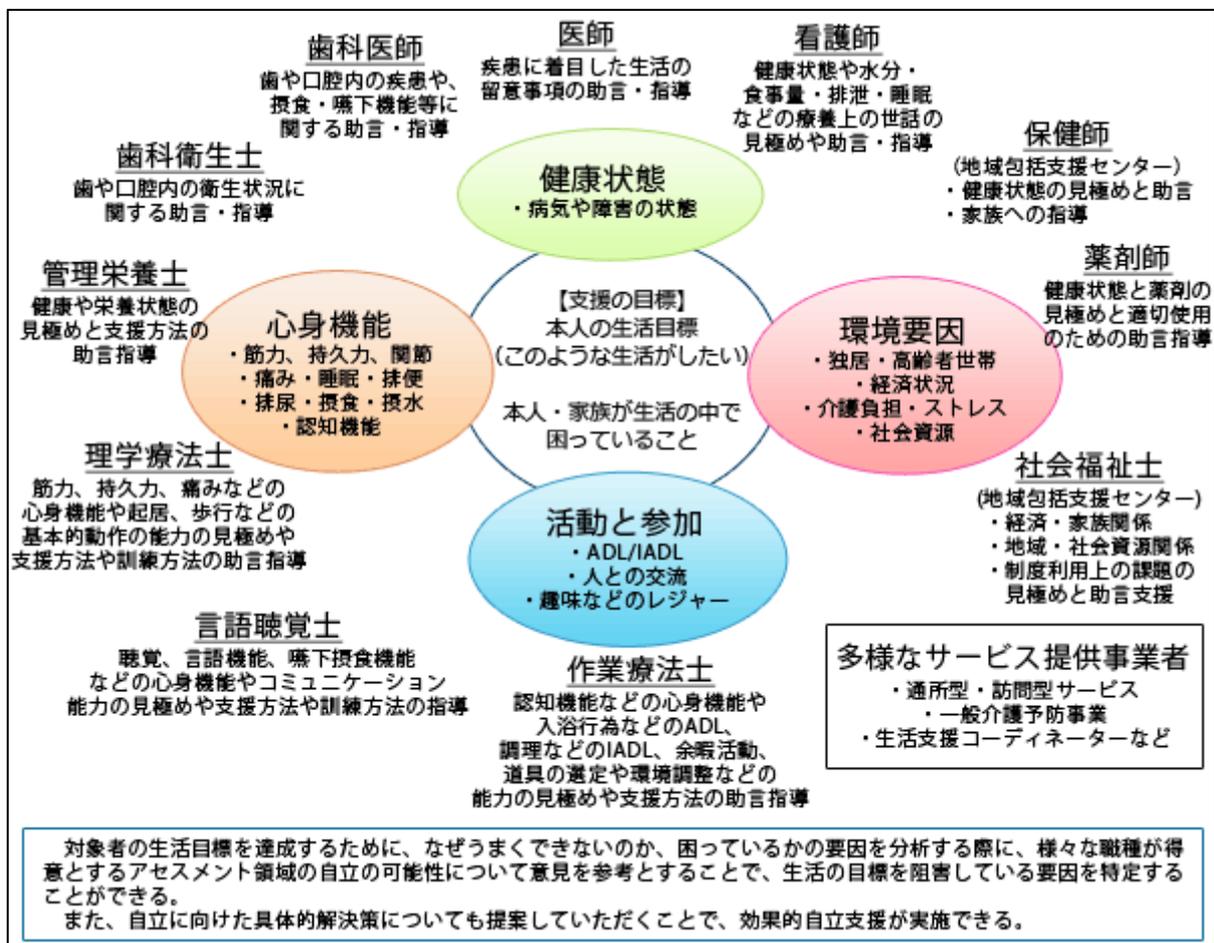
27年度改正では、リハビリについても重要視されています。新しい[地域支援事業](#)の一般介護予防事業の中に、[地域リハビリテーション活動支援事業](#)が新たに設けられています。

具体的活動内容については、今後の詰めを残しているようですが、リハビリ専門職としては「経験豊かな理学療法士、作業療法士、言語聴覚士」とされ、その活動内容として「心身機能だけでなく、活動、参加の要素にバランス良く働きかけることができる能力を持つ者」とされています。

その活動は、「高齢者本人へのアプローチだけでなく、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要」とされています。[\(リンク:「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A 9月30日版から\)](#)

サービス担当者会議と多職種協働による介護予防ケアマネジメント支援

図 サービス担当者会議で求められるリハビリテーション専門職等の発言内容



([リンク:平成26年7月28日 厚生労働省 全国介護保険担当課長会議/振興課関係別紙資料1-2 89ページ](#))より)

4 地域包括ケアシステムと地域包括支援センターの機能強化

4-（1）地域包括支援センターの機能強化

介護難民や介護地獄を防ぎ、在宅での高齢者の安全・安心の暮らしを支える仕組みとして、「新たな地域包括ケアシステム」の構築が緊急課題となりました。そのため、現在の**地域包括支援センターの機能強化**が重要になります。逆に言うと、機能強化できていない地域包括支援センターでは、新たな展開に対応できない、ということです。

保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士の三職種が配置されている地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメントその他の現在定められている業務に追われているのが現状です。

下図のように、新たな業務が加わり、それをどのようにこなしていくかが 27 年度以降の課題になりますが、**医療連携**や**地域の社会資源の開発**等重いテーマが並んでいます。新たに位置づけられる**生活支援コーディネーター**もいつから配置されるのか、次年度予算要求が迫る中で不明な市区町村も多いと思われれます。

★ 地域包括支援センターの機能強化



[（リンク：平成 26 年 7 月 28 日 厚生労働省 全国介護保険担当課長会議/振興課関係資料「医療・介護連携・認知症施策・地域ケア会議・生活支援の充実・強化」より）](#)

上のポンチ絵にもあるように、地域包括支援センターの機能強化のために、従前の事業のほかに、以下の（新規）事業の実施が必要となります。

上記図を踏まえれば

①在宅医療・介護連携の仕組み作り **(新規)**

在宅医療・介護連携支援センターと連携し、在宅医療・介護サービス等の一体的提供体制の構築

②認知症初期集中支援チーム・認知症地域支援推進員

③地域ケア会議 **(新規)**

④介護予防ケアマネジメント

⑤介護予防の推進

⑥生活支援コーディネーター **(新規)**

地域の社会資源の開発と、高齢者のニーズとボランティア等の地域資源とのマッチングにより、多様な主体による生活支援等の充実を図る。

これらの取り組みを効率的・効果的に行う必要があります。地域包括支援センターの再編成が必要との認識での人員配置・予算措置をしないと、対応は難しいでしょう。

4- (2) 各地域での取り組み

都道府県 在宅医療・介護連携推進担当者 アドバイザー会議（平成26年4月24日／10月9日）において、県レベルでの取り組み、市（区）町村レベルでの取り組み等について、紹介されています。

また、これ以外についても県・保健所等が、市町村等に医療・介護連携の説明会等を実施しています。自治体のホームページ等で見るができます。

【4月24日紹介事例】 [リンク：厚生労働省ホームページ](#)

- ① 大分県 高齢福祉課
- ② 富山県砺波厚生センター（保健所）
- ③ 東京都世田谷区保健福祉部計画調整課
- ④ 姫路市役所 保健福祉推進室

【10月9日紹介事例】 [リンク：厚生労働省ホームページ](#)

- ⑤ 横須賀市健康部 地域医療推進課
- ⑥ 柏市 保健福祉部福祉政策課
- ⑦ 和歌山県福祉保健部高齢者生活支援室
- ⑧ 大分県中部保健所

これらの取り組みを行っている市区町村も参考にして、具体的取り組みに向けた準備を行うことが必要ですが、自治体によってその取り組みは異なっているようです。

5 おわりに

- * 今回の介護保険制度改正は、平成 18 年の制度改正（介護予防、地域密着型サービス、地域包括支援センター創設）を上回る、大きな改正です。
- * 今回は、2025 年に**団塊世代が後期高齢者になる**という将来を踏まえ、後期高齢者が増加する中、**医療・介護等ニーズ増加への対応**として、介護保険制度・医療保険制度の改革が進められました。
- * 地域包括ケアシステムの構築や医療介護の連携は、平成 24 年度の介護保険制度改正時にも行われてきたことです。その意味で今回の改正と同じともいえますが、今回の改正の特徴は、地域包括ケアシステムを実体化させるため、関連する法律を改正し、制度を変え、あるいは創設し実現を図っていることです。
- * 後期高齢者の増加は、要介護認定率を引き上げ、認知症高齢者を増加させます。また、人口減少と高齢化及び景気低迷下、税収ののびが期待しにくい中、社会保障費の抑制等の観点からの、サービスの絞り込みが行われました。**退院退所の促進、軽度者の介護保険本体給付からの除外、施設利用者を中重度者に制限**等です。特に**入院や介護老人保健施設利用者を地域に戻すしくみ**が制度化されつつあります。
- * 公的なサービスから外れる人や、不足する公的なサービスの補完として、**元気な高齢者や自治会等の住民による地域での支え合い活動**も、新しい地域包括ケアシステムでは重要な役割を持って位置づけられています。
- * 退院・退所直後の高齢者の増加、医療を必要とする高齢者の増加、在宅での看取り、一人暮らし高齢者の増加等への対応が必要になります。
- * サービスの提供の考え方が、「施設完結型」から「地域完結型」に転換する中で、地域で様々なサービスや住民が参加して、地域全体でサービスを完結させるためのしくみづくりを行う必要があります。**地域住民の支え合い分野への参加**を基礎として、そのうえに公的なサービスとして**医療と介護の連携**や、**公的サービスの重点化・効率化**を実現し、**重度者等の受け皿**として機能する地域の構築が求められています。
- * 特に、これまでなかなか実現できなかった在宅医療・介護連携のモデル事業を行い、**新たな相談機関**（在宅医療・介護連携支援センター（仮称））を位置づけ、地域で「**リハビリ専門職**」が活動する事業を創設し、地域の社会資源等の活用とマッチングを行う「**生活支援コーディネーター**」の配置等が、27 年度改正において位置づけられています。
- * このような「新しいしくみ」を組み立て・機能させる役割が、市区町村に求められています。自治体によっては新たな組織や庁内横断のプロジェクトを立ち上げて対応しているところもあります。新たなしくみとして、在宅医療・介護連携を機能させることは、市区町村にとり、とても重要な課題です。