

要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会 (第1回)	資料3
令和2年4月23日	

# 要介護者等に対する リハビリテーションサービス提供体制について

令和2年4月23日  
厚生労働省老健局

## **1. 要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会の背景**

## **2. 令和元年度老人保健健康増進事業の概要**

- ① 開催概要
- ② 議論の概要
- ③ 本事業における介護保険の生活期リハビリテーションの概要
- ④ 用語の定義
- ⑤ リハビリテーション指標の議論の範囲
- ⑥ 事業所、施設へのアンケート調査結果
- ⑦ 自治体への調査結果
- ⑧ 保険者および都道府県がおこなうデータ分析の考え方
- ⑨ P D C A サイクルを効果的に機能させる意義
- ⑩ P D C A の具体的な指標案

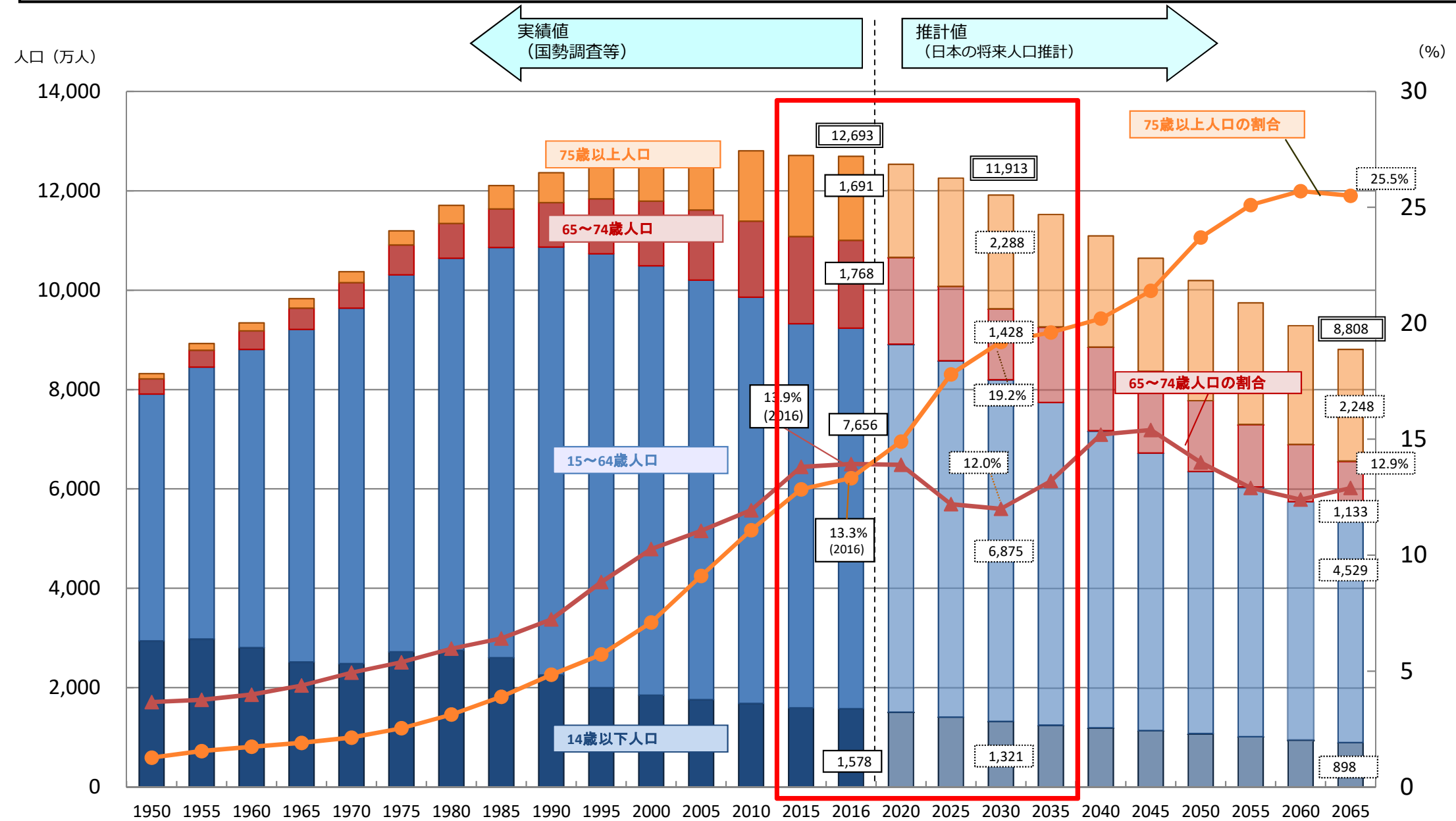
## **3. 令和元年度老人保健健康増進事業をうけての論点整理**

- ① 論点

# **1. 要介護者等に対するリハビリテーションサービス 提供体制に関する検討会の背景**

# 総人口の推移

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。



資料：2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）中位推計」

# これまでの20年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来20年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.6倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.3倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

## ①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2019年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,528万人	1.6倍

## ②要介護（要支援）認定者の増加

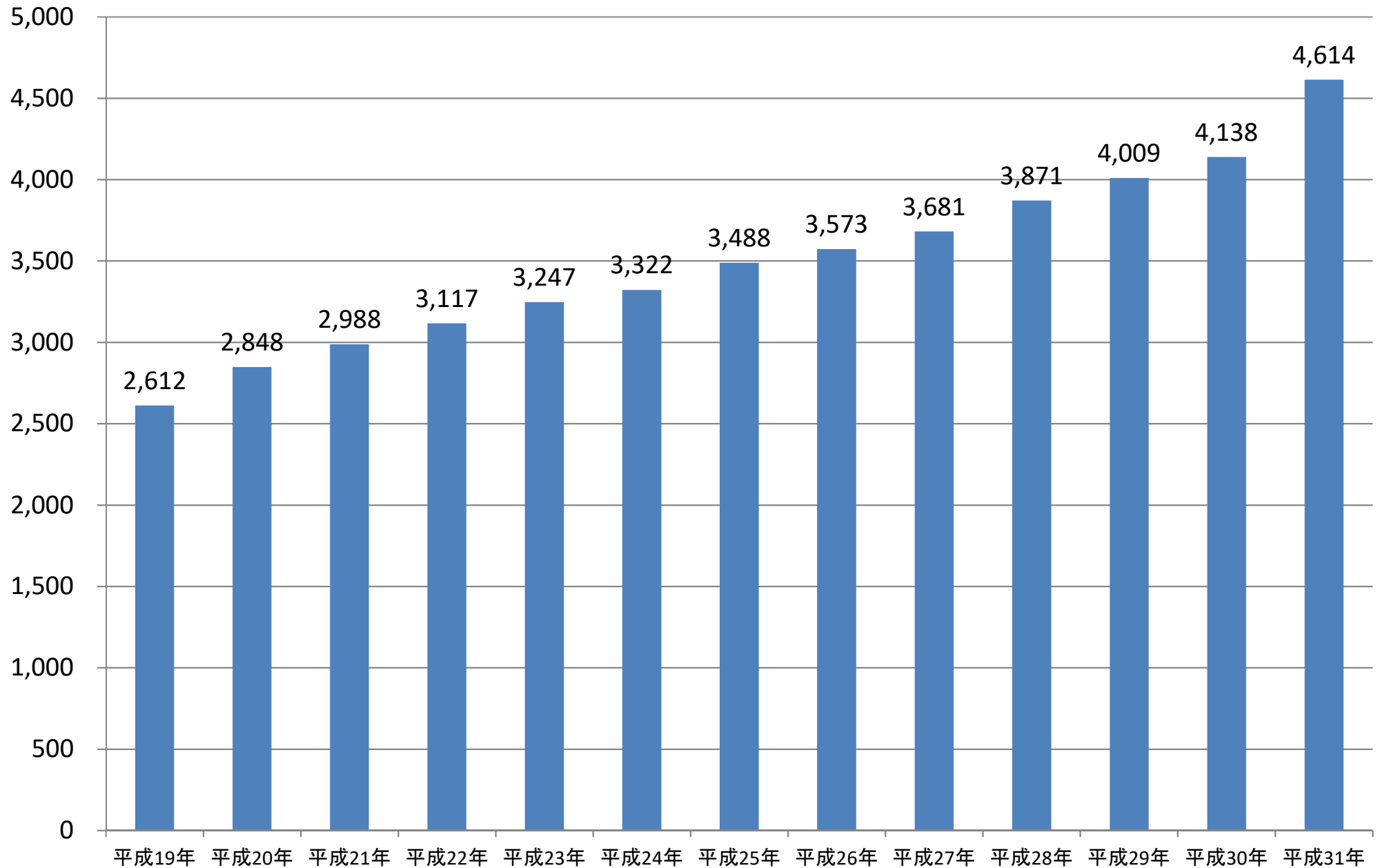
	2000年4月末		2019年4月末	
認定者数	218万人	⇒	659万人	3.0倍

## ③サービス利用者の増加

	2000年4月		2019年4月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	378万人	3.9倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	95万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		87万人	
（居宅系）	—		61万人	
（居住系）	—		21万人	
（施設系）	—		6万人	
計	149万人	⇒	487万人※	3.3倍

※ 居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、並びに、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定入所者生活介護（地域密着型含む）、及び認知症対応型共同生活介護の合計。（出典：介護保険事業状況報告）

# 訪問リハビリテーションの請求事業所数

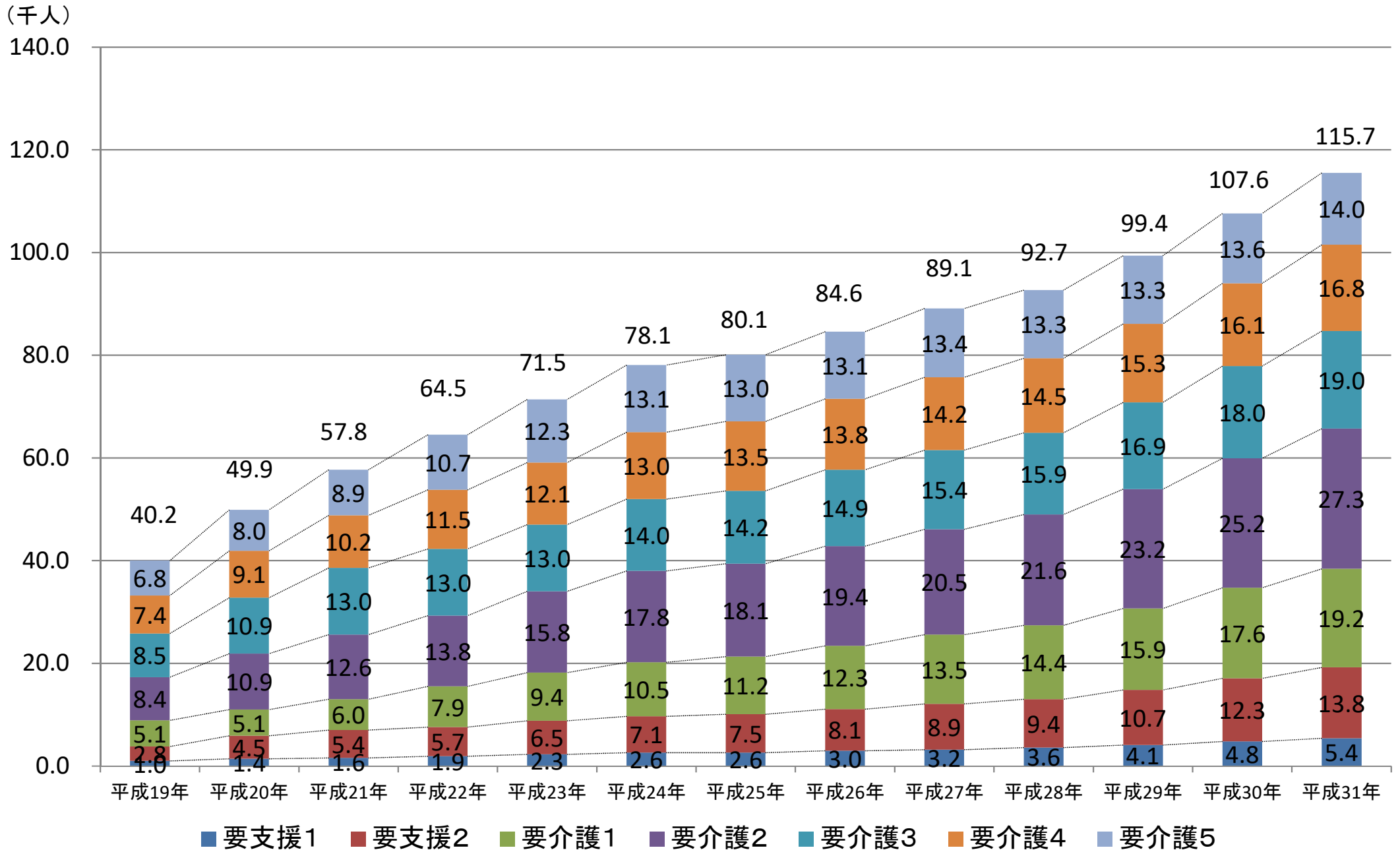


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

# 訪問リハビリテーションの受給者数

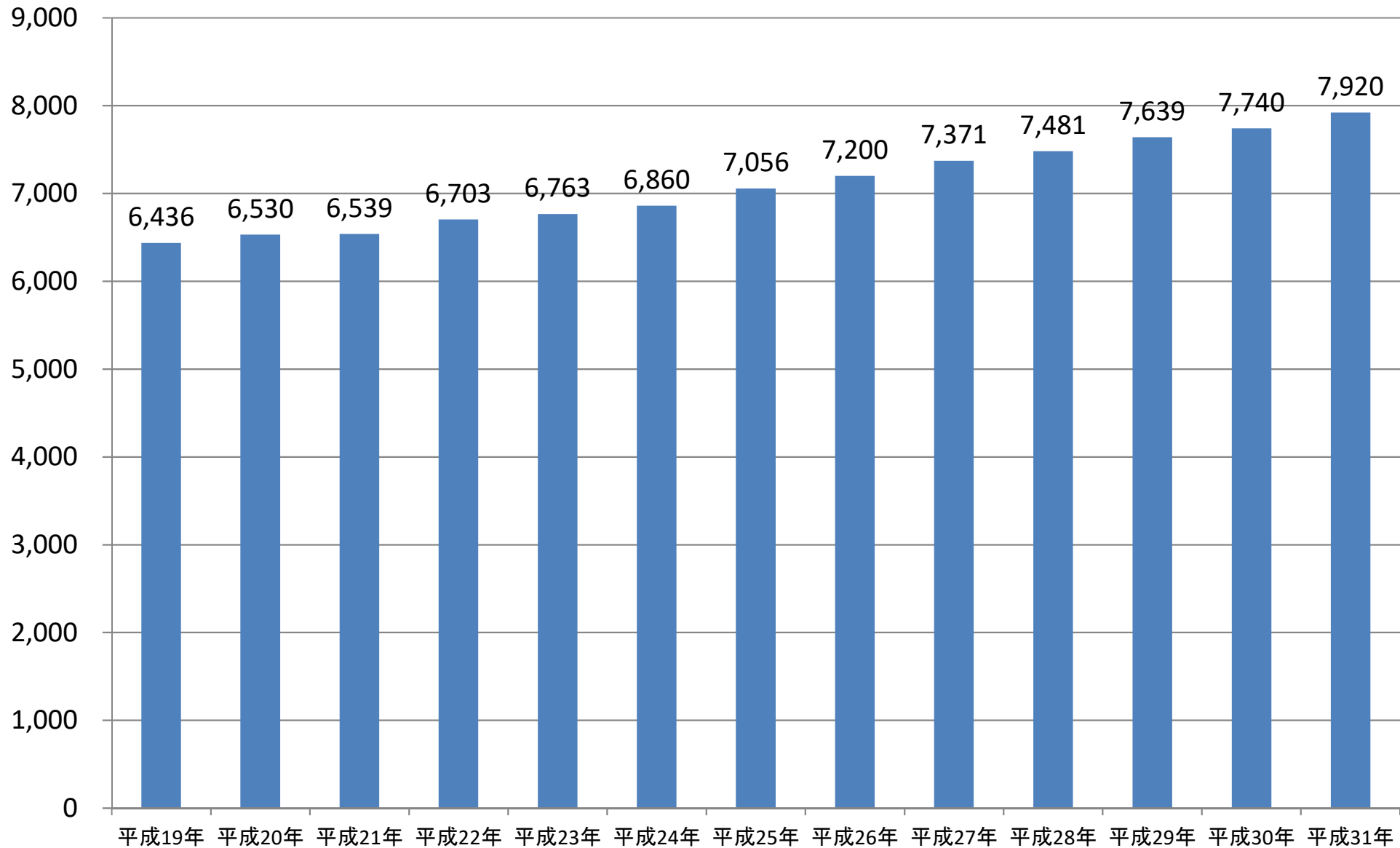


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

# 通所リハビリテーションの請求事業所数



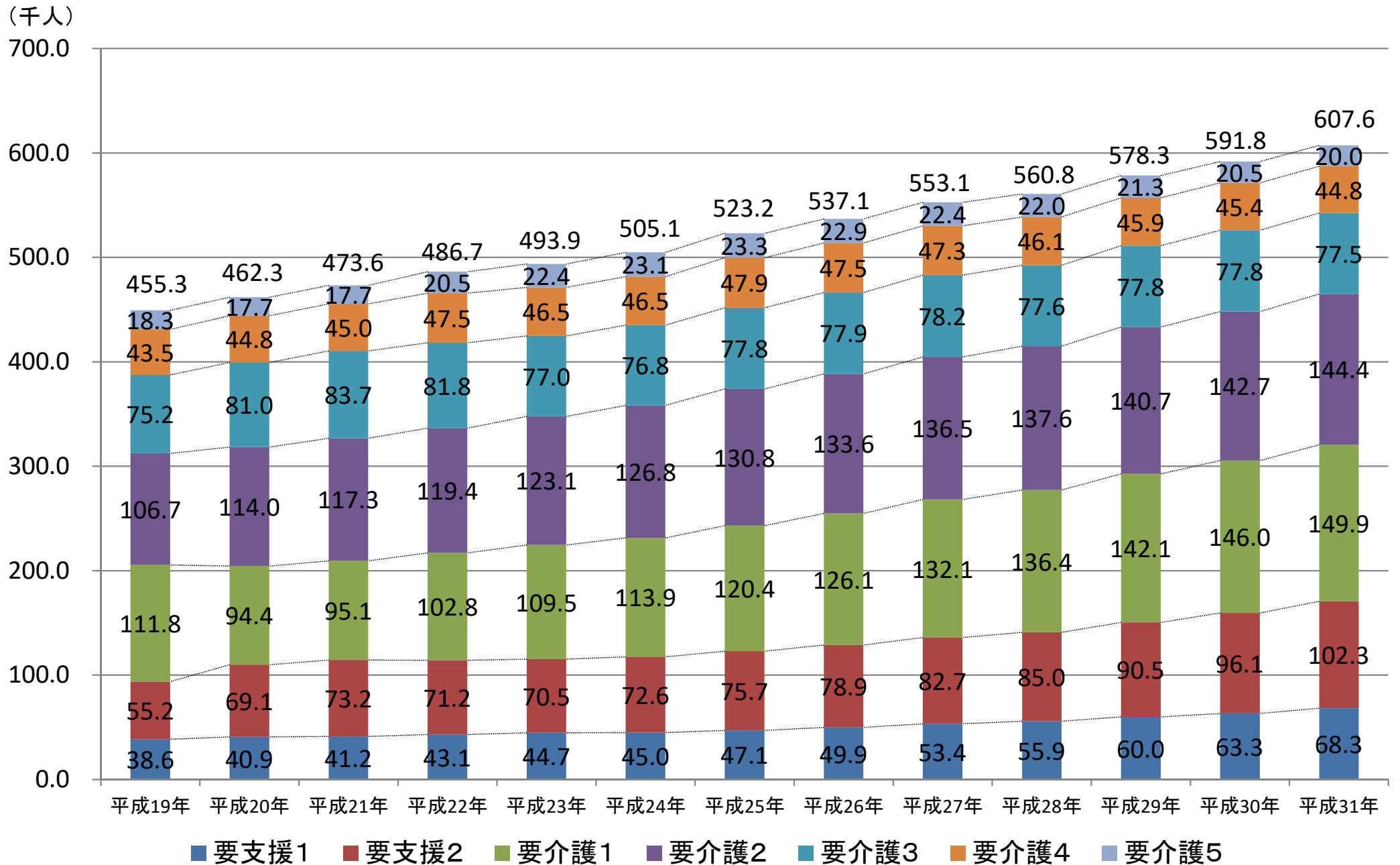
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」（各年4月審査分）



# 通所リハビリテーションの受給者数

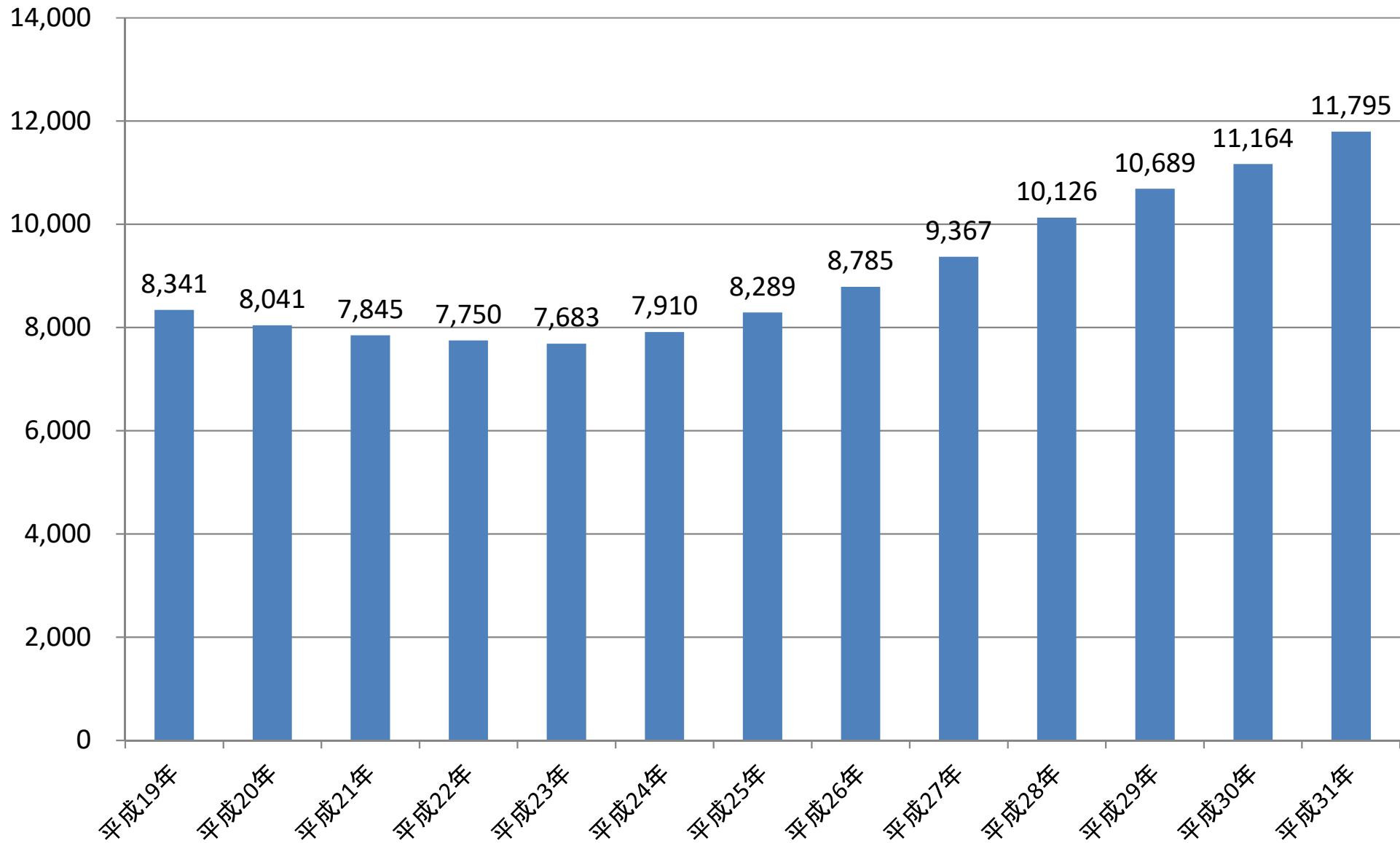


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

# 訪問看護の請求事業所数



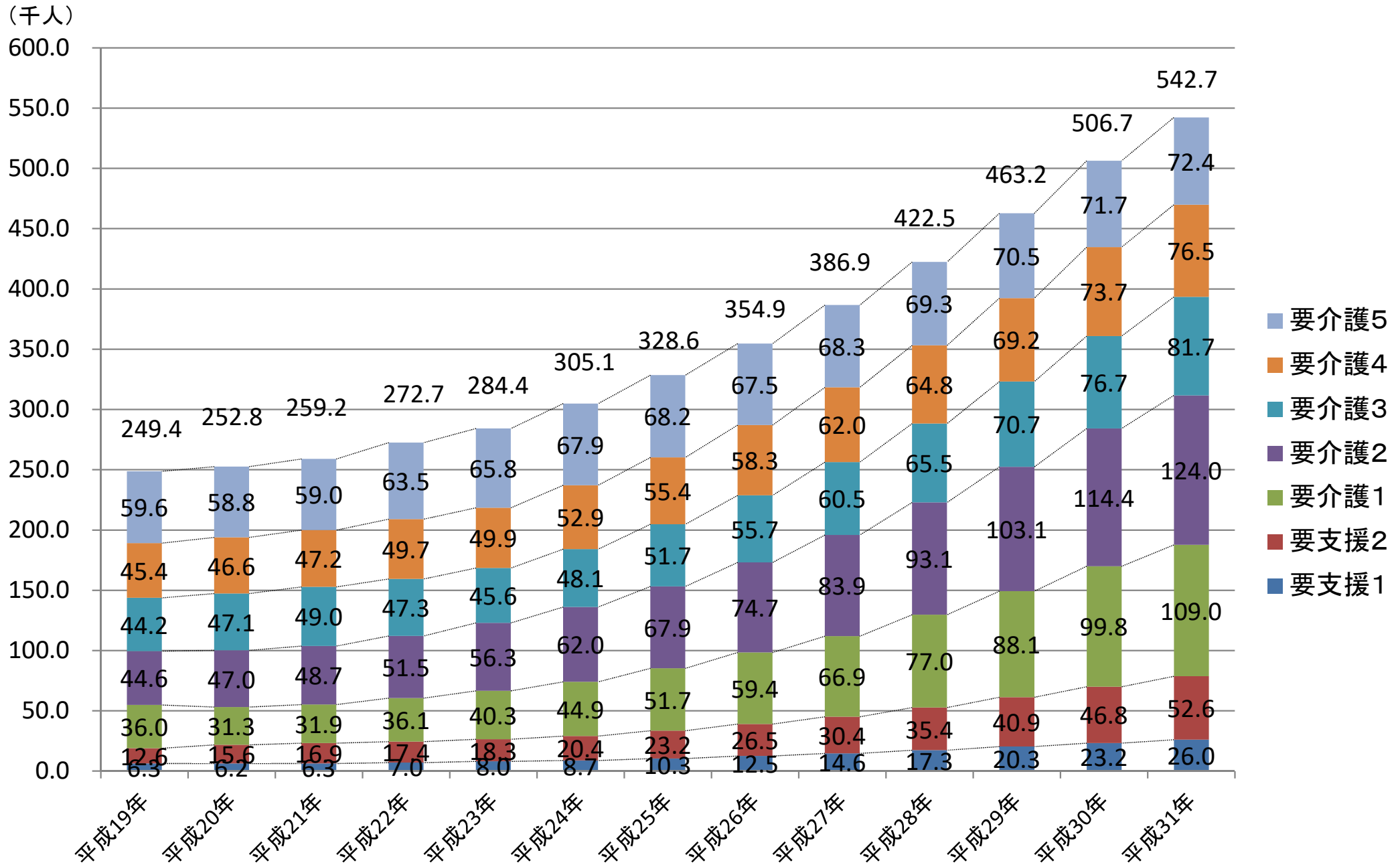
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

※介護保険の訪問看護を行う病院又は診療所を含む。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

# 訪問看護の受給者数

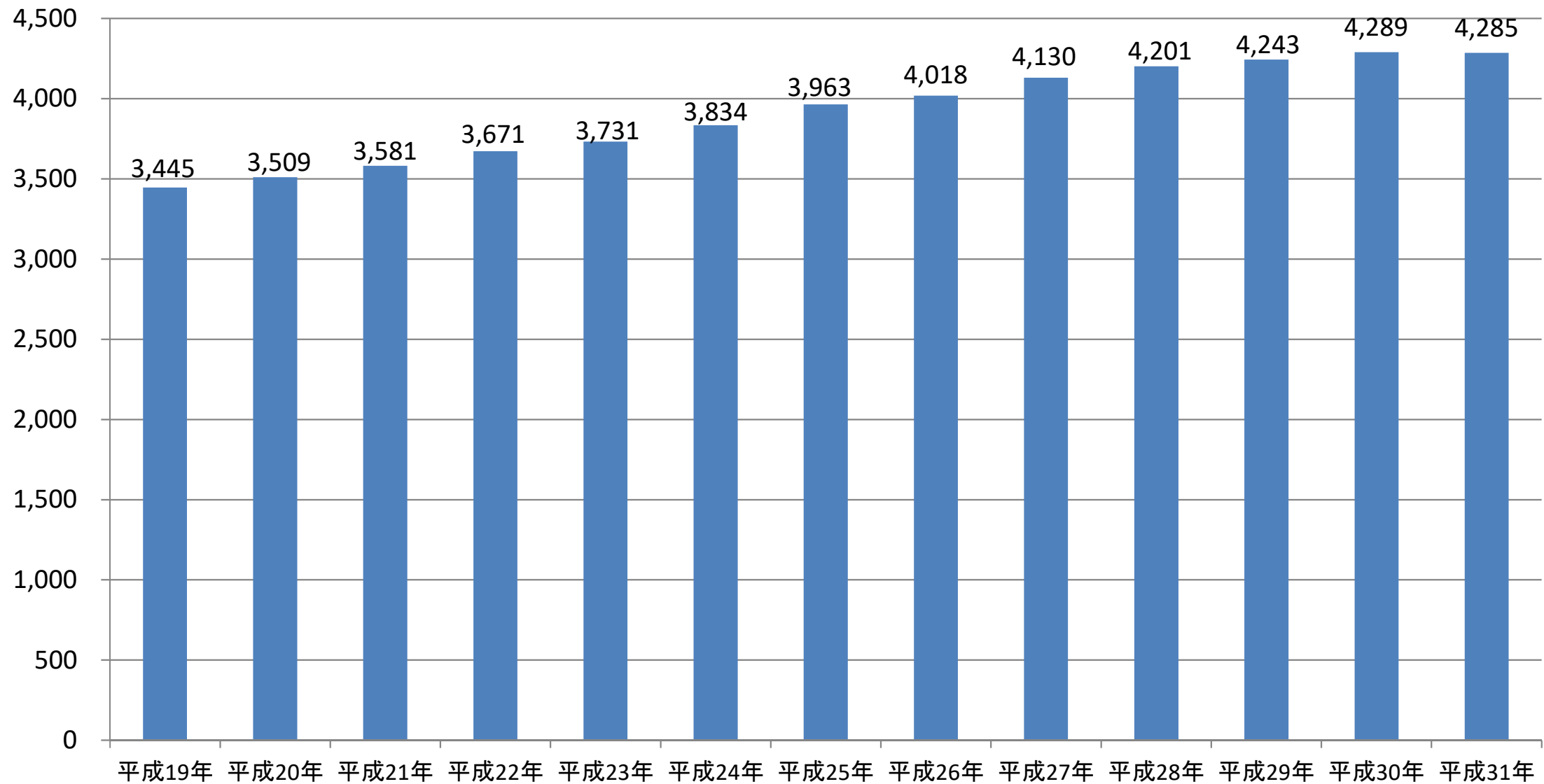


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

# 介護老人保健施設の請求事業所数



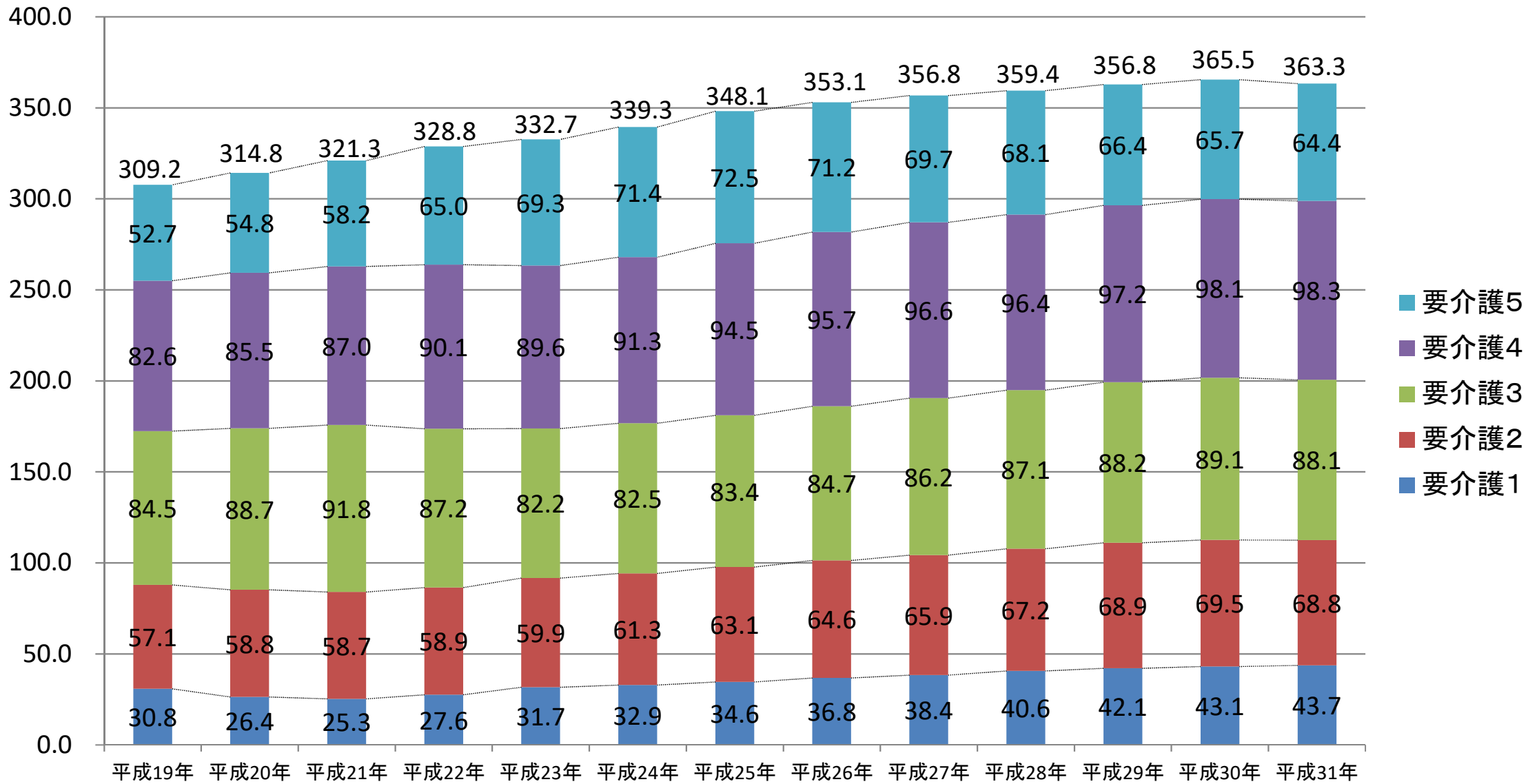
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

# 介護老人保健施設の受給者数

(千人)



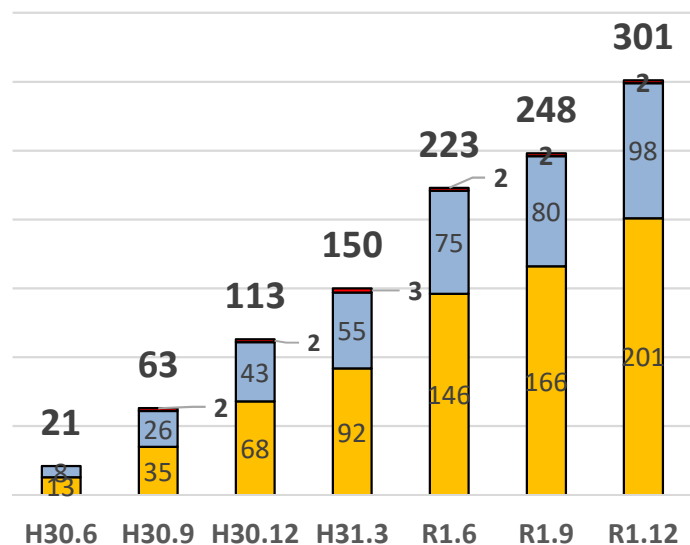
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

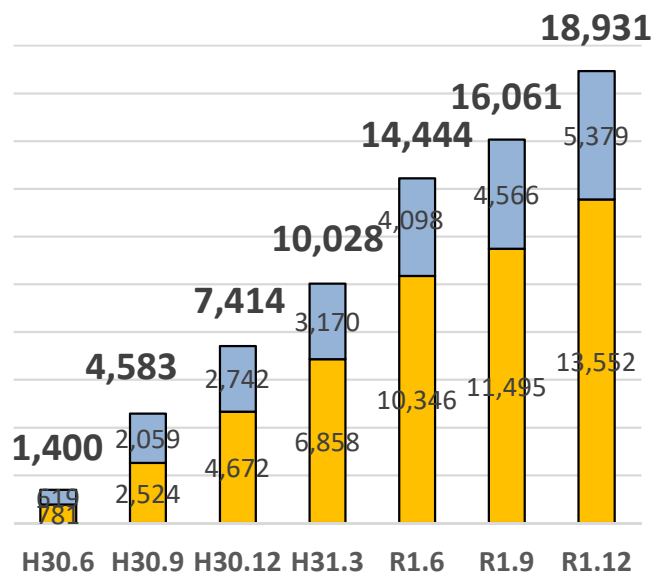
# 介護医療院等(開設状況)について

○令和元年12月末時点での介護医療院開設数は、301施設・18,931療養床であった。

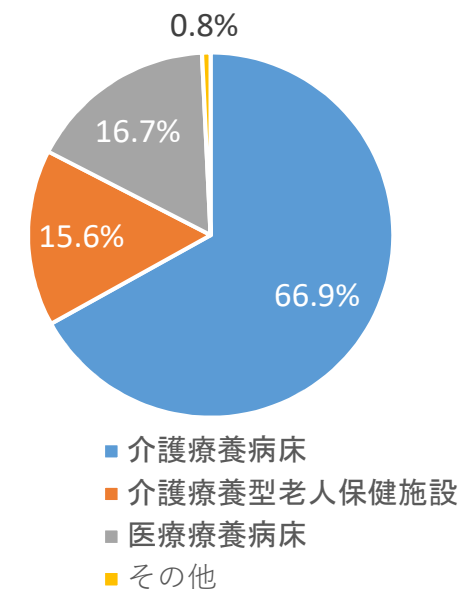
施設数の推移



療養床数の推移



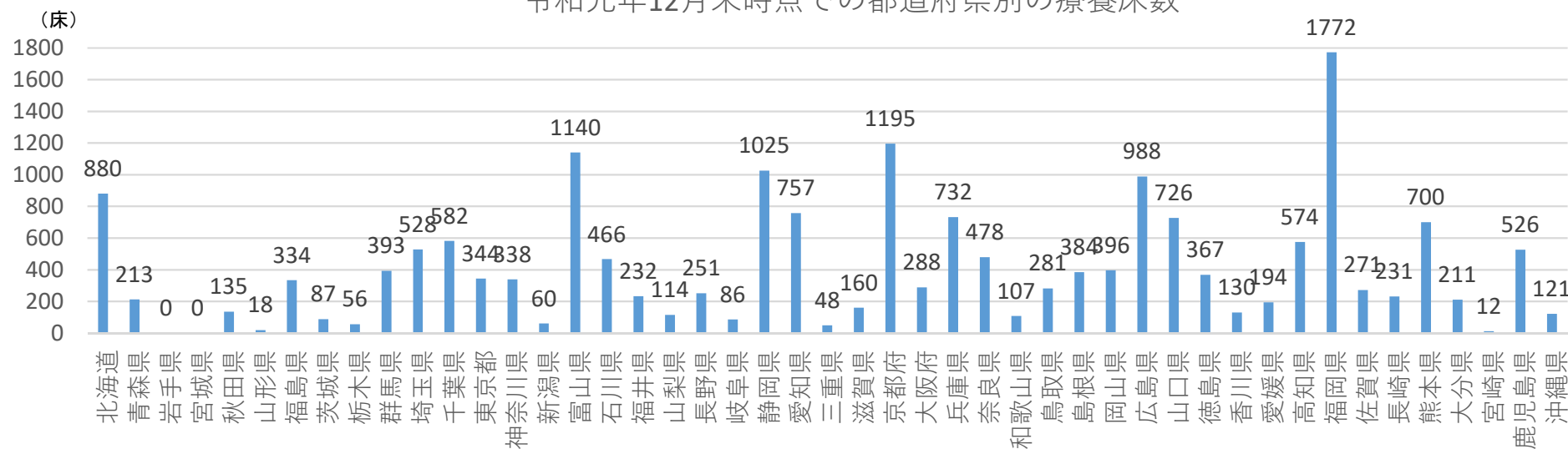
転換元の病床割合  
(令和元年12月末時点)



- I型みの施設
- II型みの施設
- I型II型混合の施設

- I型療養床
- II型療養床

令和元年12月末時点での都道府県別の療養床数



# 介護保険制度におけるリハビリテーションの位置づけ

## 介護保険法 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。

## 介護保険法 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、加齢に伴って生ず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の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。

# 平成16年高齢者リハビリテーション研究会について

## 1. 背景

- 最近の軽度の要介護者の増加を踏まえ、介護予防・リハビリテーションの確立が急務。
- 平成17年国会提出予定の介護保険法の改正案及び平成18年4月実施予定の介護報酬改定（診療報酬改定も同時期）において対応すべく、研究会を設置。

## 2. 高齢者リハビリテーション研究会の経緯

- (第一回) ○高齢者リハビリテーションの現状と課題について
- (第二回) ○要介護状態にならないようにする予防的リハビリテーションについて  
○各ステージ毎のリハビリテーション提供体制について  
○地域リハビリテーション提供システムについて
- (第三回) ○福祉用具・住宅改修の提供体制について  
○利用者のニーズに応じた多様なリハビリテーション提供体制について
- (第四回) ○論点整理
- (第五回) ○ヒアリング及び報告書骨子討議

## 3 委員名簿 (○は委員長)

- 青井 禮子 (社) 日本医師会常任理事
- 石神 重信 (社) 日本リハビリテーション医学会常任理事
- 上田 敏 (財) 日本障害者リハビリテーション協会顧問
- 大川 弥生 国立長寿医療研究センター老人ケア研究部長
- 太田 睦美 (社) 日本作業療法士協会保険部員
- 越智 隆弘 国立相模原病院長
- 柏木 知臣 全国脳卒中友の会連合会副会長
- 川越 雅弘 日本医師会総合政策研究所主席研究員
- 木村 隆次 全国介護支援専門員連絡協議会長
- 小宮 英美 NHK解説委員
- 斎藤 正身 全国老人デイ・ケア連絡協議会長
- 坂井 剛 (社) 日本歯科医師会常務理事
- 正林 督章 島根県健康福祉部次長
- 鈴木 隆雄 東京都老人総合研究所副所長
- 浜村 明德 日本リハビリテーション病院・施設協会会長  
(社) 全国老人保健施設協会常任理事
- 備酒 伸彦 兵庫県但馬県民局但馬長寿の郷地域ケア課主査
- 藤田 郁代 日本言語聴覚士協会会長
- 山口 武典 国立循環器病センター名誉総長
- 山崎 摩耶 (社) 日本看護協会常任理事
- 吉尾 雅春 (社) 日本理学療法士協会神経系研究部会部長

## 平成16年1月 高齢者リハビリテーション研究会 報告書 【目次】

- I はじめに
- II 高齢者リハビリテーションの現状
  - 1 高齢者リハビリテーションの歩み
  - 2 高齢者の現状
  - 3 サービスの実施状況
- III 介護保険制度施行後見えてきた課題
  - 1 死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患は異なる
  - 2 軽度の要介護者が増加している
  - 3 介護予防の効果があがっていない
  - 4 高齢者の状態像の一に応じた適切なアプローチが必要
- IV 高齢者リハビリテーションの基本的考え方
  - 1 高齢者の状態に応じた対策が必要
  - 2 廃用症候群の対策の重要性
  - 3 生活を支えるという目標
  - 4 個別的・総合的なサービスの提供
  - 5 評価に基づく計画的な提供
  - 6 地域で提供できる体制の整備
  - 7 質の確保
  - 8 基盤の整備
- V 現行サービスの見直しへの提案
  - 1 生活機能低下の予防
  - 2 医療・介護におけるリハビリテーション
  - 3 地域リハビリテーションシステム
- VI 必要な基盤整備
  - 1 目標の設定
  - 2 サービス提供拠点の整備
  - 3 人材育成
  - 4 研究
  - 5 その他
- VII 国民と専門家に求められること
  - 1 国民
  - 2 かかりつけ医
  - 3 介護支援専門員
  - 4 専門職
- VIII おわりに



# 平成27年高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会について

## 1. 背景

- 平成26年法改正では、予防給付の見直しによる介護予防・日常生活支援総合事業の創設などを行い、要支援者の多様なニーズに、要支援者の能力を最大限活かしつつ、多様なサービスを提供する仕組みを導入し、住民主体のサービス利用や認定に至らない高齢者の増加、重度化予防を推進していくことで、高齢者の自立支援に向けた取組を進めていくこととなった。
- 高齢者のリハビリテーションでは、生活期リハビリテーションが果たすべき役割と「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかける「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方」を再整理することが求められている。
- 今後の介護報酬改定等への対応等、地域包括ケアの推進を担うリハビリテーションや居宅サービスについて集中的に検討するため、「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方」検討会を設置することとなった。

## 2. 高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方

- (第一回) ○高齢者リハビリテーションの現状と課題について
- (第二回) ○高齢者の地域におけるリハビリテーションの現状と課題について
- (第三回) ○第2回検討会の主な意見  
○報告書の作成に向けた議論の整理
- (第四回) ○今後更に議論すべき課題
- (第五回) ○高齢者の地域におけるリハビリテーションの在り方検討会報告書(案)

## 3 委員名簿 (◎は委員長)

### 氏名所属

- ◎ 大森 彌 東京大学名誉教授
- 栗原 正紀 一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会会長
- 齋藤 訓子 公益社団法人日本看護協会常任理事
- 斉藤 正身 一般社団法人全国デイ・ケア協会会長
- 佐藤 徹 公益社団法人日本歯科医師会常務理事
- 塩澤 紀子 セントケア・ホールディング株式会社 介護サービス支援部・施設サービス担当 部長
- 鈴木 邦彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 鷺見 よしみ 一般社団法人日本介護支援専門員協会会長
- 田辺 秀樹 一般社団法人日本臨床整形外科学会理事長
- 東内 京一 和光市保健福祉部長
- 中村 春基 一般社団法人日本作業療法士協会会長
- 半田 一登 公益社団法人日本理学療法士協会会長
- 東 憲太郎 公益社団法人全国老人保健施設協会会長
- 深浦 順一 一般社団法人日本言語聴覚士協会会長
- 堀田 聰子 独立行政法人労働政策研究・研修機構研究員
- 水間 正澄 公益社団法人日本リハビリテーション医学会理事長
- 宮田 昌司 一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会会長

## 平成27年3月 高齢者の地域における 新たなリハビリテーションの在り方検討会 報告書 【目次】

### I はじめに

### II 高齢者のリハビリテーションを取り巻く現状

1. 高齢者の状況
2. 介護保険制度の状況
3. 地域包括ケアシステムの構築
4. これからの介護予防
5. 居宅サービスとしてのリハビリテーションの概況
6. 平成16年高齢者リハビリテーション研究会の指摘事項

### III 平成16年の高齢者リハビリテーション研究会後から見えてきた課題

1. 身体機能に偏ったリハビリテーションの見直し
2. 個別性を重視した適時適切なリハビリテーションの実施
3. 居宅サービスの効果的・効率的連携
4. 高齢者の気概や意欲を引き出す取組み

### IV 高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方

1. 高齢者の地域におけるリハビリテーションの課題
2. 生活期のリハビリテーションの具体的な提案

### V 今後更に議論すべき課題等

1. 通所リハビリテーションの機能の再検討
2. 地域のリハビリテーション活動の普及と地域資源の発掘
3. 医療と介護の連携
4. 他職種連携・協働
5. 市町村の役割
6. リハビリテーション専門職の質の向上
7. 認知症のリハビリテーション
8. 国民へのリハビリテーションの啓発普及
9. その他

# 介護保険事業(支援)計画について

- 保険給付の円滑な実施のため、3年間で1期とする介護保険事業(支援)計画を策定している。

## 国の基本指針(法第116条、7期指針:平成30年3月厚生労働省告示第57号)

- 介護保険法第116条第1項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の推進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が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指針を定める

※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

## 市町村介護保険事業計画(法第117条)

- 区域(日常生活圏域)の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)  
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、  
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標
- その他の事項

## 保険料の設定等

- 保険料の設定
- 市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

## 都道府県介護保険事業支援計画(法第118条)

- 区域(老人福祉圏域)の設定
- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)  
※介護保険施設、介護専用型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、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる(任意)
- 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標
- その他の事項

## 基盤整備

- 都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

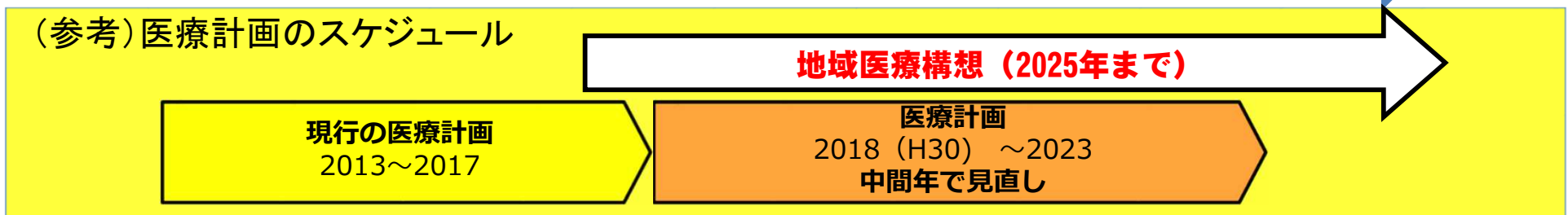
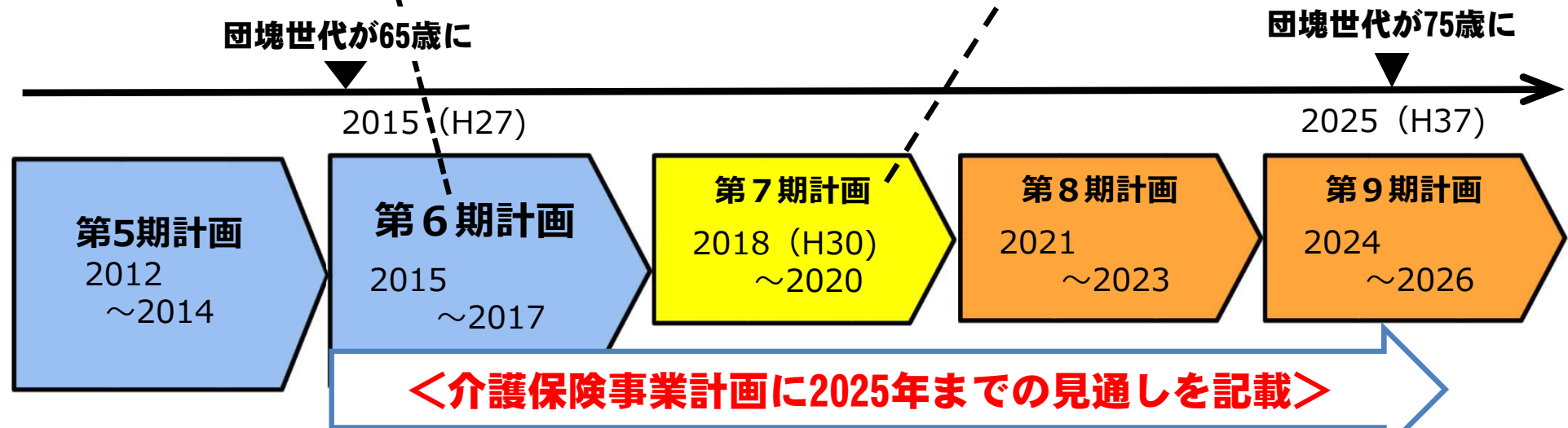
# 第6期及び第7期介護保険事業計画の改正点

## 第6期計画の改正点

- 2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載し、中長期的な視点に立った施策の展開を図ることとする。

## 第7期計画の改正点

- 介護保険の理念である高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた各市町村の取組を推進するため、実態把握・課題分析を踏まえ、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成すること。
- 平成30年度以降、計画作成・見直しのサイクルが一致となる医療計画との整合性の更なる確保。
- 「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。



## 地域包括ケアシステムの深化・推進

### 1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

#### (1) 保険者等による地域分析と対応

##### 【データに基づく課題分析と対応】

- ・ 各保険者が地域の実態を把握・課題を分析
- ・ 介護保険事業計画に、目標・取組内容等を記載
- ・ リハ職との連携等による自立支援・介護予防施策の推進

##### 【適切な指標による実績評価】

- ・ 要介護状態の維持・改善度合い、地域ケア会議の開催状況等の適切な指標に従い、実績を評価

##### 【インセンティブ】

- ・ 評価結果の公表、財政的インセンティブの付与の検討

#### (2) 地域支援事業・介護予防・認知症施策の推進

- ・ ケアマネジメント支援について、地域の住民や事業所を含めた『地域全体をターゲットとする支援』へ拡大
- ・ 地域包括支援センターの機能強化（土日祝日の開所、地域ケア会議の内容の具体化・明確化、市町村による評価の義務付け等）
- ・ 介護予防に関するポイント付与が出来ることの明確化
- ・ 認知症の容態に応じたサービスを受けられる仕組みの構築
- ・ 認知症の人の視点に立った施策の推進

#### (3) 適切なケアマネジメントの推進等

- ・ ケアマネジメント手法の標準化に向けた取組の推進
- ・ 居宅介護支援事業所の運営基準等の見直し検討（管理者の役割、公正中立の確保等）（報酬改定時に検討）

##### 【国や都道府県による支援】

- ・ 各都道府県・市町村の地域分析に資するデータの提供（国）
- ・ 研修や医療職派遣に関する調整等（都道府県）

### 2. 医療・介護の連携の推進等

- ・ 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に至る方法を国が具体化し、市町村にその実施を求める
- ・ 介護保険事業支援計画に、在宅医療・介護連携推進事業に対する医療部局との連携を含め、より実効的な市町村支援を盛り込むなど、都道府県の介護部局及び医療部局の双方が市町村支援に取り組むこととする

### 3. 地域包括ケアシステムの深化・推進のための基盤整備等

#### (1) 地域共生社会の実現の推進

- ・ 共生型サービスを位置付け
- ・ 相談支援専門員とケアマネジャーの連携の推進

#### (2) 介護人材の確保（生産性向上・業務効率化等）

- ・ ロボット・ICTに係る介護報酬や人員・設備基準の見直し等
- ・ 提出書類等の見直しや簡素化

#### (3) サービス供給への保険者の関与

- ・ 市町村協議制の対象拡大（ショートステイ）、地域密着型通所介護の指定拒否の仕組の導入、居宅サービス指定への市町村関与の強化

#### (4) 安心して暮らすための環境の整備

- ・ 有料老人ホームについて、前払金の保全措置の対象拡大等の入居者保護のための施策の強化等



# 第7期 介護保険事業(支援)計画 基本指針の構成

## 前文

### 第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

#### 一 地域包括ケアシステムの基本的理念

- 1 自立支援、介護予防・重度化防止の推進
- 2 介護給付等対象サービスの充実・強化
- 3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備
- 4 日常生活を支援する体制の整備
- 5 高齢者の住まいの安定的な確保

#### 二 二千二十五年を見据えた地域包括ケアシステムの構築に向けた目標

#### 三 医療計画との整合性の確保

#### 四 地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進

#### 五 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上

#### 六 介護に取り組む家族等への支援の充実

#### 七 認知症施策の推進

#### 八 高齢者虐待の防止等

#### 九 介護サービス情報の公表

#### 十 効果的・効率的な介護給付の推進

#### 十一 都道府県による市町村支援等

#### 十二 市町村相互間の連携

#### 十三 介護保険制度の立案及び運用に関するPDCAサイクルの推進

### 第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

#### 一 市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者地域の実態の把握
- 3 市町村介護保険事業計画の作成のための体制の整備
- 4 二千二十五年度の推計及び第七期の目標
- 5 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 6 日常生活圏域の設定
- 7 他の計画との関係
- 8 その他

#### 二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項

- 1 日常生活圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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及び介護給付の適正化への取組及び目標設定

#### 三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項  
(一)在宅医療・介護連携の推進 (二)認知症施策の推進  
(三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進 (四)地域ケア会議の推進  
(五)高齢者の居住安定に係る施策との連携
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策
- 3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策
- 4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項
- 5 地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項
- 6 市町村独自事業に関する事項
- 7 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項

### 第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項

#### 一 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者等の実態の把握
- 3 都道府県介護保険事業支援計画の作成のための体制の整備
- 4 市町村への支援
- 5 二千二十五年度の推計及び第七期の目標
- 6 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 7 老人福祉圏域の設定
- 8 他の計画との関係
- 9 その他

#### 二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項

- 1 老人福祉圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 市町村が行う被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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及び介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定
- 4 老人福祉圏域を単位とする広域的調整
- 5 市町村介護保険事業計画との整合性の確保

#### 三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項  
(一)在宅医療・介護連携の推進 (二)認知症施策の推進  
(三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進 (四)地域ケア会議の推進  
(五)介護予防の推進 (六)高齢者の居住安定に係る施策との連携
- 2 介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項
- 3 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上に資する事業に関する事項
- 4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業に関する事項
- 5 介護サービス情報の公表に関する事項
- 6 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項

### 第四 指針の見直し

### 別表

# 医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。

## 計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）

## 記載事項(主なもの)

### ○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

#### 二次医療圏

**335医療圏** (平成30年4月現在)

##### 【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

#### 三次医療圏

**52医療圏** (平成30年4月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

##### 【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

### ○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

### ○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

5事業…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

### ○ 医師の確保、医療従事者(医師以外)の確保

- ・ 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の確保。

# 第7次医療計画におけるPDCAの考え方

## 医療計画作成指針 抜粋

「医療計画について」（平成29年3月31日付け医政発0331第57号厚生労働省医政局長通知）より

### 第3 医療計画の内容

#### 3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療提供体制

5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制については、基本方針第四で示された方針に即して、かつ、患者や住民にわかりやすいように記載する。

具体的には、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、(1) 住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））、患者動向や医療資源・連携等の医療提供体制について把握した現状、(2) 成果を達成するために必要となる医療機能、(3) 課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策、(4) 原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称、(5) 評価・講評方法等を記載する。

また、記載に当たっては、(6) 公的医療機関等及び独法医療機関並びに社会医療法人の役割、(7) 病病連携及び病診連携にも留意する。

さらに、特に必要な場合には、関係機関の役割として、(8) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割、(9) 薬局の役割、(10) 訪問看護ステーションの役割についても記載すること。

(1)～(4) 略

(5) 評価・公表方法等

5疾病・5事業及び在宅医療について、評価・公表方法及び見直しの体制を明らかにする。目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況の把握、評価について、都道府県医療審議会等により定期的に実施し（1年ごとの実施が望ましい。）、目標に対する進捗状況が不十分な場合、その原因を分析した上で、施策及び事業の結果（アウトプット）のみならず、住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））、地域の医療の質などの成果（プロセス）にどのような影響（インパクト）を与えたかといった観点から、必要に応じて施策の見直しを図ることが必要である。

なお、都道府県医療審議会等において評価等を行うに当たっては、その役割が発揮できるよう、委員の構成（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、医療保険者、医療を受ける立場にある者（患者等）、学識経験のある者）及び運営（作業部会の積極的な活用や患者を代表する委員への情報の提供等）について、適切に取り組むこと。

(6)～(10) 略

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

## 在宅医療の提供体制に求められる医療機能

### ①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

### ②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

### ④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

### ③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む）・薬局
- ・訪問看護事業所・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

## 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

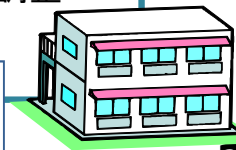
- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
  - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
  - ・他医療機関の支援
  - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院等

## 在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
  - ・地域の関係者による協議の場の開催
  - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
  - ・関係機関の連携体制の構築等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所・市町村等





# 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

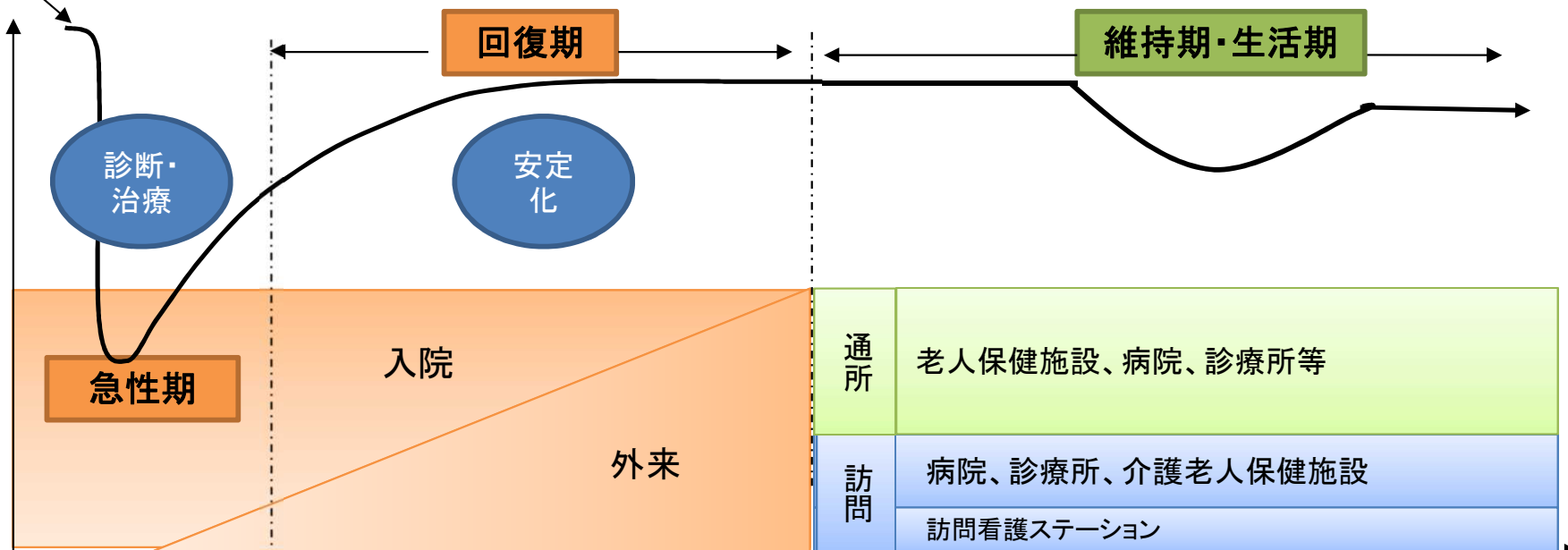
	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ストラクチャー	● 退院支援担当者を配置している診療所・病院数	● 訪問診療を実施している診療所・病院数	● 往診を実施している診療所・病院数	● 在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数
	● 退院支援を実施している診療所・病院数	小児の訪問診療を実施している診療所・病院数		
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	在宅療養支援診療所・病院数、医師数		
	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	● 訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養後方支援病院	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数	機能強化型の訪問看護ステーション数		
		小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	● 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数	
		歯科訪問診療を実施している診療所・病院数		
		在宅療養支援歯科診療所数		
		訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数		
		在宅で活動する栄養サポートチーム(NST)と連携する歯科医療機関数		
	訪問薬剤指導を実施する薬局・診療所・病院数			
プロセス	● 退院支援(退院調整)を受けた患者数	● 訪問診療を受けた患者数	● 往診を受けた患者数	● 在宅ターミナルケアを受けた患者数
	介護支援連携指導を受けた患者数	小児の訪問診療を受けた患者数		● 看取り数 (死亡診断のみの場合を含む)
	退院時共同指導を受けた患者数	訪問歯科診療を受けた患者数		在宅死亡者数
	退院後訪問指導を受けた患者数	歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数		
		訪問口腔衛生指導を受けた患者数		
		● 訪問看護利用者数		
		訪問薬剤管理指導を受けた者の数		
	小児の訪問看護利用者数			
アウトカム				

(●は重点指標)

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11「在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例」平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知(令和2年4月13日一部改正)より引用

脳卒中等の発症

身体機能



役割分担

主に医療保険

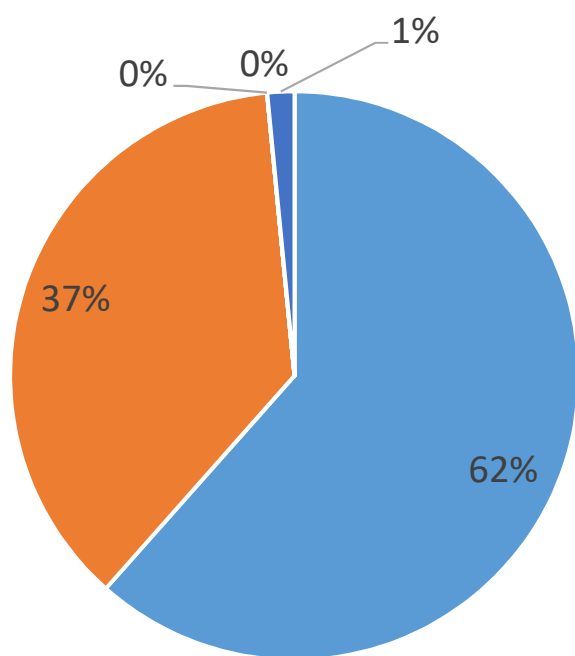
主に介護保険

	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持	維持	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成

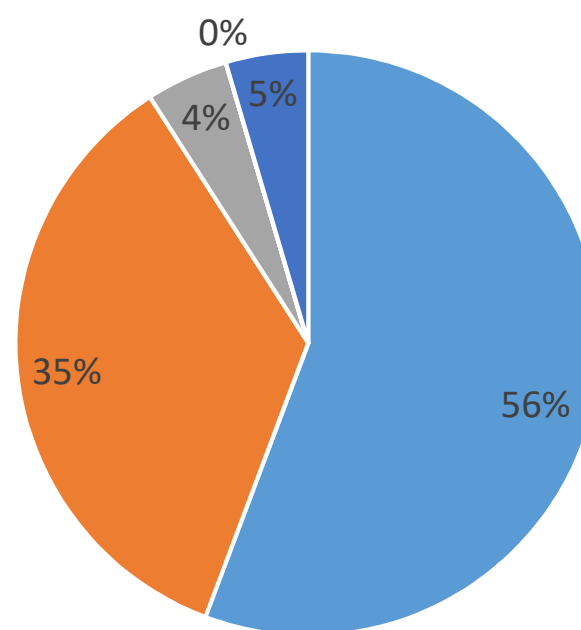
# 本人・家族のリハビリテーションの効果について

## 訪問リハビリテーション



- 効果があった
- どちらかというと効果があった
- あまり効果を感じられない
- 効果を感じられない
- わからない

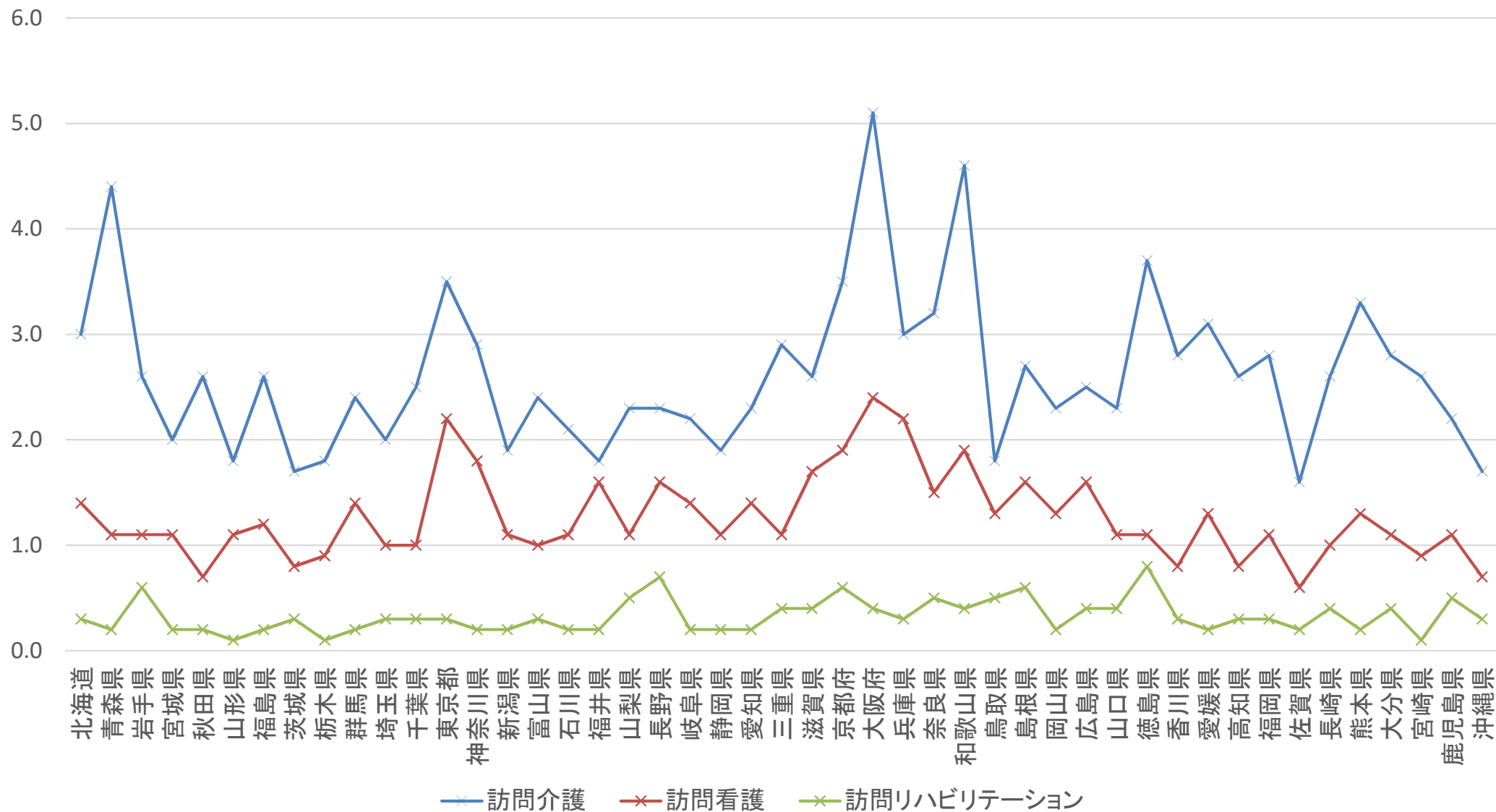
## 通所リハビリテーション



- 効果があった
- どちらかというと効果があった
- あまり効果を感じられない
- 効果を感じられない
- わからない

出典:令和元年度老人保健健康増進事業「要介護者等に対するリハビリテーション提供体制の指標開発事業」

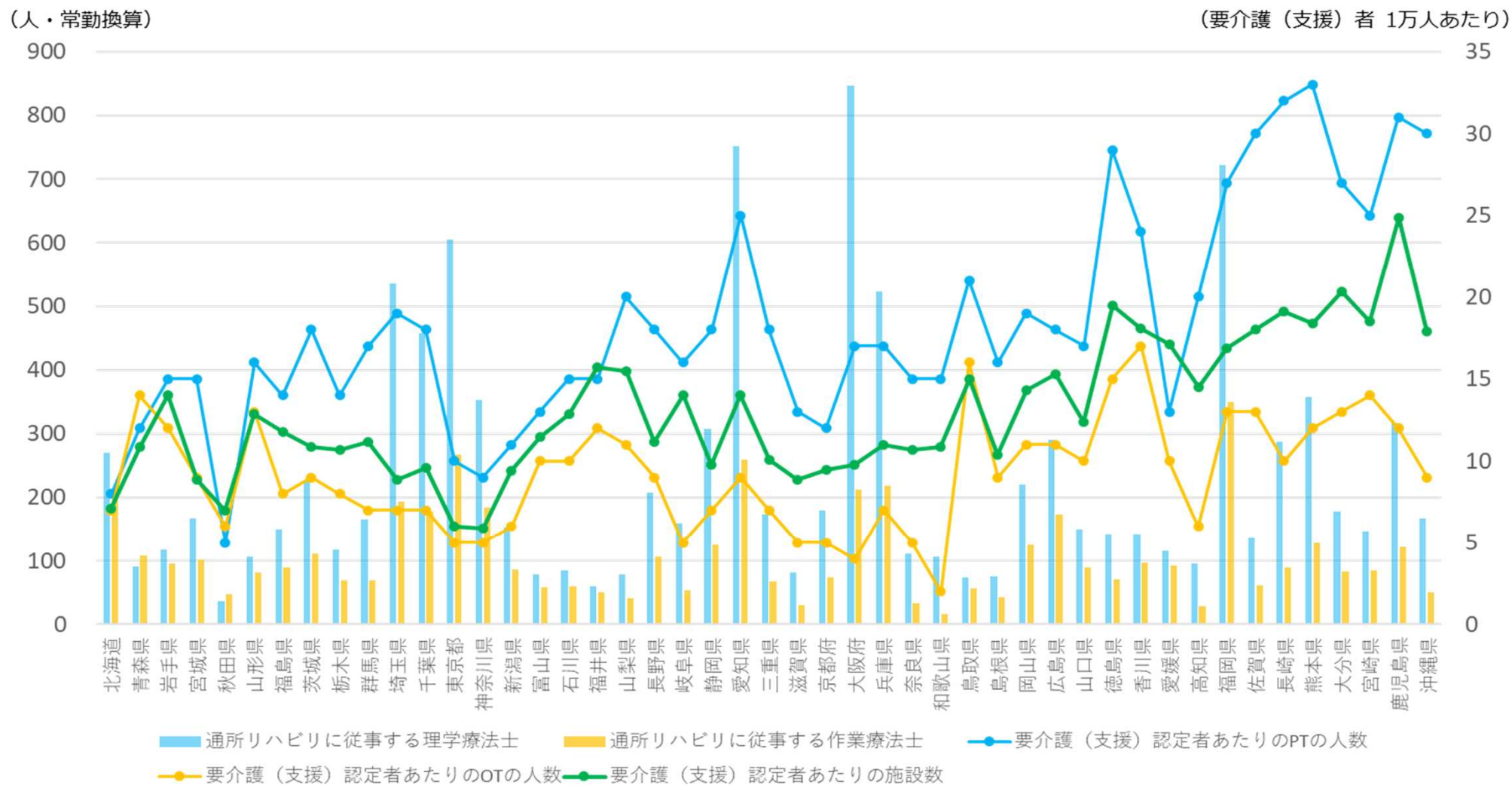
# 都道府県別のサービス別の受給率



出典：介護保険見える化システム（平成30年度時点）

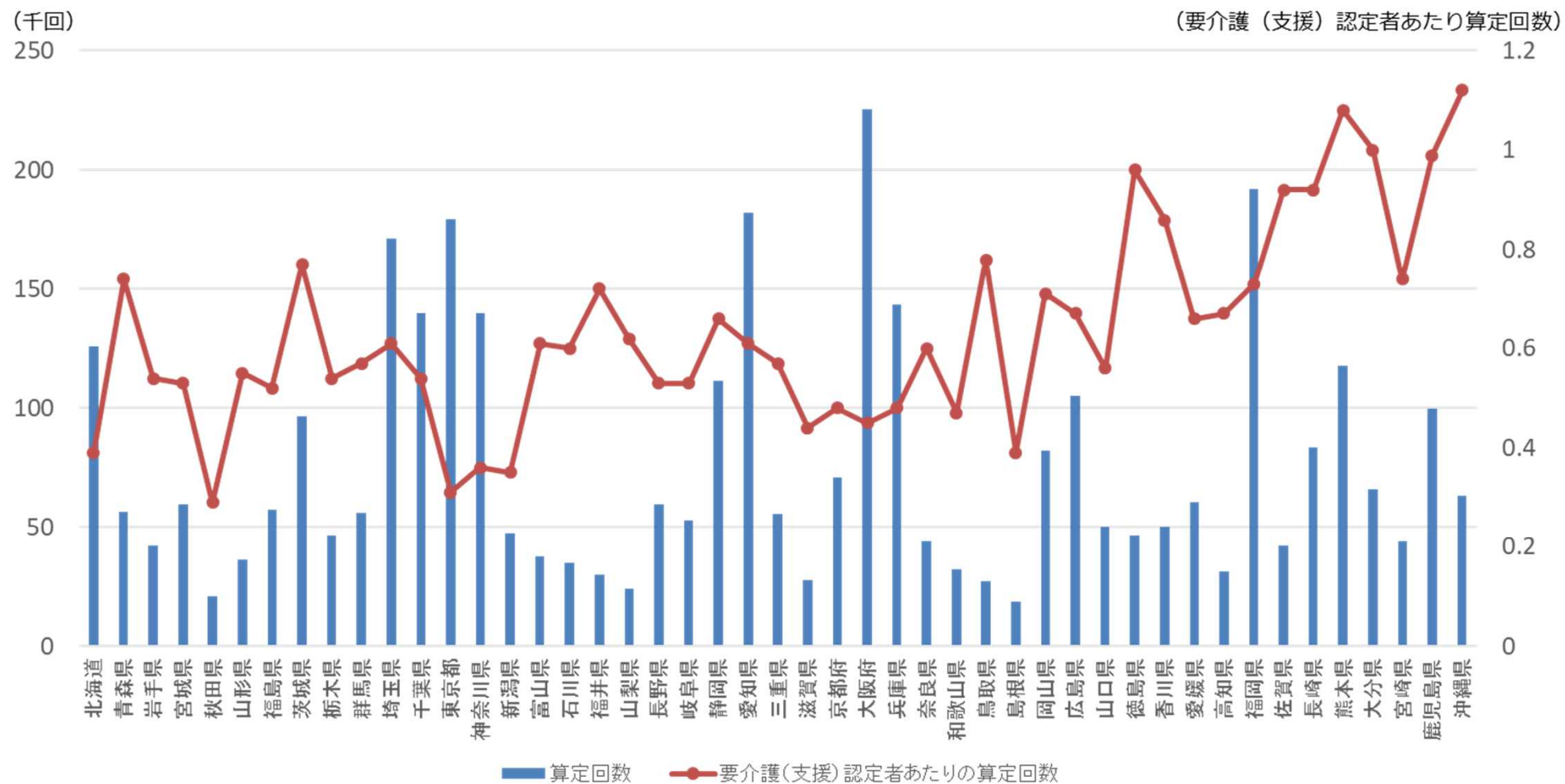
※受給率は、受給者数÷第1号被保険者数で算出されます。受給率はサービスの利用「量」ではなく、地域内のサービス基盤の多寡を一定程度把握

# 都道府県ごとの通所リハビリテーション（従業者数、事業所数）



出典:介護サービス施設・事業所調査（平成29年）・介護保険事業状況報告（平成29年9月）

# 通所リハビリテーションの地域差（算定回数）



出典:介護給付費実態調査(平成31年1月分)・介護保険事業状況報告書(平成29年9月)



### Ⅲ 地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護の提供・整備）

#### 1. 介護サービス基盤、高齢者向け住まい

##### 【今後の介護サービス基盤の整備】

##### ○地域の実情に応じた介護サービス基盤整備

- ・高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に見据えた計画的な整備
- ・特養、老健、介護医療院、認知症高齢者グループホーム、訪問介護等のそれぞれの役割・機能を果たしつつ、連携を強化しながらの整備
- ・都市部・地方部など地域特性を踏まえた整備
- ・高齢者向け住まい（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅）の整備状況等も踏まえた整備
- ・「介護離職ゼロ」の実現に向けた施設整備・在宅支援サービスの充実、介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）も含めた基盤整備促進

##### 【高齢者向け住まいの在り方】

##### ○有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の質を確保するため、行政による現状把握と関与を強化

- ・都道府県から市町村への有料老人ホームに関する情報の通知
- ・未届けの有料老人ホームへの対応、介護サービス利用の適正化
- ・事業者に係る情報公表の取組の充実
- ・「外部の目」を入れる取組の推進（介護相談員等の活用）

##### 【高齢者の住まいと生活の一体的支援の在り方】

- ・自宅と介護施設の中間的な住まい方の普及
- ・生活困窮者施策とも連携した住まいと生活支援の一体的な実施

#### 2. 医療・介護の連携

##### 【総論】

- ・地域医療構想等と整合した介護サービス基盤整備
- ・中重度の医療ニーズや看取りに対応する在宅サービスの充実
- ・リハビリテーションの適時適切な提供
- ・老健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の推進

##### 【介護医療院】

##### ○介護医療院への円滑な移行の促進

- ・早期の意思決定支援、手続きの簡素化等移行等支援策の充実
- ・医療療養病床からの移行等、介護医療院のサービス量を適切に見込むための方策を実施

##### 【在宅医療・介護連携推進事業】

##### ○地域の実情に応じた取組の充実のための事業体系の見直し

- ・認知症施策や看取りの取組を踏まえた見直し
- ・切れ目のない在宅医療・介護の実現に関する目標の設定
- ・一部項目の選択的実施や地域独自の項目の実施
- ・都道府県による市町村支援  
（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）
- ・PDCAサイクルに沿った取組の推進  
（指標の検討、地域包括ケア「見える化」システムの活用等）

### Ⅳ 認知症施策の総合的な推進

##### 【総論】

##### ○認知症施策推進大綱に沿った施策の推進

- ・介護保険事業計画に基づく取組の推進（介護保険法上の計画記載事項に認知症施策の総合的推進を位置付け）
- ・他の施策との連携（他の計画との調和・連携）
- ・「共生」「予防」の取組の推進（介護保険法上に大綱の考え方・施策を位置付け。「認知症」の規定の見直し）

- ・認知症サポーターの養成、本人発信支援等の普及啓発の推進
- ・地域で認知症サポーター等が活躍できる仕組みづくり  
（チームオレンジ）
- ・認知症予防に資する可能性のある活動の推進
- ・予防に関するエビデンスの収集・分析
- ・早期発見・早期対応に向けた体制の質の向上、連携強化
- ・認知症カフェ、家族教室、ピア活動等の介護者（家族）支援の推進

# 基本指針の構成について

社会保障審議会  
介護保険部会(第90回)

資料1-2

令和2年2月21日

市町村	都道府県	見直しの方針案
8 その他	9 その他	
(一)計画期間と作成の時期	(一)計画期間と作成の時期	
(二)公表と地域包括ケアシステムの普及啓発	(二)公表と地域包括ケアシステムの普及啓発	
<b>二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項</b>	<b>二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項</b>	
1 日常生活圏域	1 老人福祉圏域	
2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み	2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み	
(一)各年度における介護給付対象サービス(介護給付等対象サービスのうち介護給付に係るものをいう。以下同じ。)の種類ごとの量の見込み		<ul style="list-style-type: none"> <li>●介護離職ゼロ実現に向けた特定施設入居者生活介護を含む都市部での着実な介護基盤整備や地方部での機能維持の重要性を記載【市県】</li> <li>●在宅生活の限界点の引上げの重要性等について記載【市】</li> <li>○整備に当たっては、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を勘案して計画を策定【市県】</li> </ul>
(二)各年度における予防給付対象サービス(介護給付等対象サービスのうち予防給付に係るものをいう。以下同じ。)の種類ごとの量の見込み		
3 各年度における地域支援事業の量の見込み		
(一)総合事業の量の見込み		<ul style="list-style-type: none"> <li>○総合事業の対象者の弾力化を踏まえて計画を策定【市】</li> <li>○一般介護予防事業と他の総合事業に基づく事業等との連携方針について計画に記載【市】</li> </ul>
(二)包括的支援事業の事業量の見込み		
4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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及び介護給付の適正化への取組及び目標設定	3 市町村が行う被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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及び介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○要介護(支援)者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載【市県】</li> <li>○一般介護予防事業等に関する市町村支援の方針について計画に記載【県】</li> <li>●地域リハビリテーション体制の重要性を記載【県】</li> </ul>
(一)被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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への取組及び目標設定	(一)市町村が行う、被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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への取組への支援に関する取組及び目標設定	<ul style="list-style-type: none"> <li>●具体的な取組の例示として、「就労的活動」について記載【市】</li> <li>●総合事業に係る都道府県による継続的な市町村支援について記載【県】</li> </ul>



# 要介護者等に対するリハビリテーション提供体制の 指標開発に関する調査研究事業

令和2年度予算 36,386千円

## 令和2年度要求内容

- 適切なリハビリテーションの提供は、利用者がその能力に応じ自立した日常生活を営むために欠かせないものである。一方で、地域における通所リハビリテーション事業所数やリハビリ職員数には地域差が存在する。
- 要介護者と要支援者におけるリハビリテーションサービス提供体制の均霑化を目指し、介護保険事業（支援）計画における地域のリハビリテーションの提供体制の指標の検討・提案を行うための検討会を開催。
- 介護保険事業（支援）計画リハビリテーションサービス提供体制の指標に関する手引きを作成。

## 成果目標・事業スキーム

### 成果目標

- 介護保険事業（支援）計画における要介護者等のリハビリテーションの提供体制の指標の分析・検討・提案。
- 令和3年度介護報酬改定の議論するにあたり、直近におけるリハビリテーションの実態を把握するための実態調査を実施する。
- 都道府県及び市町村の介護保険事業（支援）計画担当者に対し、リハビリテーションサービス提供体制の指標に関する手引きを作成して普及・啓発を実施。

## 事業イメージ

- 要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会（仮称）

### ① 開催の目的・主な検討事項

- (1) 介護保険事業計画における要介護者等に対するリハビリテーション提供体制
- (2) PDCAサイクルに沿った指標
- (3) その他

### ② 要介護者等に対するリハビリテーション提供体制指標案(例)

ストラクチャー	プロセス	アウトカム
訪問リハビリテーション事業所数	訪問リハビリテーション受給者数	要介護度の改善度
訪問リハビリテーション従事者数	通所リハビリテーション受給者数	リハビリテーションの終了人数
通所リハビリテーション事業所数	訪問看護受給者数	
通所リハビリテーション従事者数	介護老人保健施設受給者数	

- 過去のリハビリテーションに関する調査事業や介護保険総合データベース等を基に要介護者等に対するリハビリテーションに関する分析を行い、指標作成のためのデータを作成・提案。
- 都道府県及び市町村が介護保険事業（支援）計画のリハビリテーション提供体制指標の策定にあたり参考となる手引きを作成。

## 2. 令和元年度老人保健健康増進事業の概要

- ① 開催概要
- ② 議論の概要
- ③ 本事業における介護保険の生活期リハビリテーションの概要
- ④ 用語の定義
- ⑤ リハビリテーション指標の議論の範囲
- ⑥ 事業所、施設へのアンケート調査結果
- ⑦ 自治体への調査結果
- ⑧ 保険者および都道府県がおこなうデータ分析の考え方
- ⑨ P D C A サイクルを効果的に機能させる意義
- ⑩ P D C A の具体的な指標案

# 令和元年度老人保健健康増進事業の開催概要

## ① 開催概要

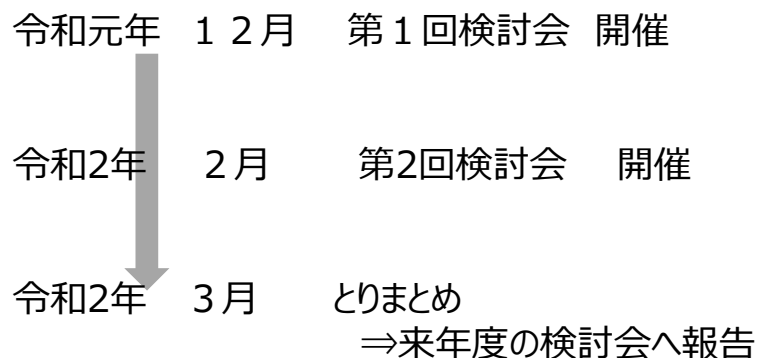
### 現状・課題

- 要介護（支援）者に対するリハビリテーション提供体制の構築に向けての検討会を開催
- 令和元年12月から計3回にわたり議論を行い、令和2年3月に、取りまとめをした。

#### <主な検討事項>

- (1) 目指すべき要介護者に対するリハビリテーション提供体制
- (2) P D C A サイクルに沿った指標
- (3) その他

### 検討スケジュール



構成員（計16名）	
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
折茂 賢一郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長
角野 文彦	滋賀県健康医療福祉部 理事
○川越 雅弘	公立大学法人埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科兼研究開発センター教授
久保 俊一	公益社団法人日本リハビリテーション医学会 理事長
黒羽 真美	一般社団法人日本言語聴覚士協会 理事
近藤 国嗣	一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長
後藤 裕子	公益社団法人日本看護協会 医療政策部長
田中 志子	一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 常任理事
田辺 秀樹	一般社団法人日本臨床整形外科学会 顧問
次橋 幸男	公益財団法人 天理よろづ相談所病院 医員
中畑 万里子	福岡県行橋市介護保険課 課長補佐
松井 一人	公益社団法人日本理学療法士協会 理事
宮田 昌司	一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会 会長
村井 千賀	一般社団法人日本作業療法士協会 常任理事
山田 剛	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事

○座長

## ② 議論の概要 (総論)

- リハビリテーションサービスに関して
  - ・ 訪問リハビリテーションは一部の県で受給率が低く、必要とされるサービスを受給できていない可能性がある。
  - ・ 通所リハビリテーションに従事している理学療法士数・作業療法士数や算定回数は、地域差が存在している。要介護（支援）者あたりの事業所数、従事している理学療法士数・作業療法士数や算定回数でも同様に地域差がある。
- リハビリテーションサービスの地域差を均霑化するために要介護（支援）者がリハビリテーションの必要性に応じて、リハビリテーションサービスを利用可能な提供体制を市町村毎に整備を進めていく必要がある。
- 要介護者は身体機能低下だけでなく、認知機能低下等の多彩な病態や障害があることから、国際生活機能分類（ICF）の理念に基づき、「心身機能」「活動」「参加」に働きかけるリハビリテーションを提供することがリハビリテーションの全体像であることを検討委員会で確認。
- 本検討における議論の範囲を、介護保険事業計画に位置付けられるリハビリテーションサービスのうち、特に介護老人保健施設、介護医療院、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションに焦点を当てる。

## ② 議論の概要 リハビリ指標について (1/5)

### (1) 指標の考え方

- 指標の考え方として各地域において、訪問リハ、通所リハ、老人保健施設、介護医療院などの整備状況の現状把握からはじめ、要介護（支援）者がリハビリテーションの必要に応じて利用可能な提供体制の構築を目指すために的確なものでなければならない。
- 目指すべき姿は「要介護（支援）者がリハビリテーションの必要性に応じてリハビリテーションサービスを利用可能な提供体制の構築」としてはどうか。
- 地域の介護リハビリテーションの資源や供給量、需要を元に介護保険の生活期リハビリテーションの現状や課題を把握し、適切な施策へとつなげていくことを目的として指標（案）を利活用する。
- 要介護者等に対するリハビリテーション提供体制の構築に当たっては、現状の把握や課題の抽出の際に、多くの指標を活用することとなるが、各指標の関連性を意識し、地域の現状をできる限り構造化しながら整理する必要がある。その際にはPDCAサイクルを有効に機能させることが重要である。
- 上記以外に留意する点としては、急性期・回復期で提供されるリハビリテーション及び地域支援事業等の地域資源の把握、介護保険のリハビリテーションと介護予防を含めた地域支援事業との連携、医療計画の指標等の既存の制度との整合性があげられる。

## ② 議論の概要 リハ指標について (2/5)

### (1) 指標の考え方 (続き)

- 要介護（支援）者に対するリハビリテーション提供体制の構築に向けて、介護保険事業（支援）計画の実効性を高めるためにはPDCAサイクルを回すことが重要であることを確認しました。PDCAサイクルを推進する指標案の作成に当たっては、以下の観点に留意が必要との整理を行った。

- ・ 都道府県や市町村の策定に関して、収集・活用がしやすい指標であること
- ・ 現状を評価できる指標が示されているかどうか、また、施策と連動する指標であること
- ・ 評価指標に関して、事業所単体ではなく、地域全体に重点を置いた評価とすること
- ・ 評価指標のアウトカム評価に関して、短期又は長期的観点や将来的な指標の活用を考慮すること
- ・ 評価指標のアウトカム評価に関して、ストラクチャー指標とプロセス指標を反映した形とすること

## ② 検討会での主な意見 リハ指標について (3/5)

### (2) ストラクチャー指標

ストラクチャー指標について、介護保険における介護サービスを提供する施設や事業所の物的資源、人的資源、地域の状態像等を表す指標として、以下の例で合意を得られた。

#### 目標設定する項目・指標の例

- ・「事業所数」
- ・「定員数」
- ・「従業者数」
- ・「短期集中リハビリテーション算定事業者数」
- ・「認知症短期集中リハビリテーション算定事業者数」

さらなる検討事項として、各指標の計算方法の分母については、10万人・要介護者認定者数・第一号保険者数をあげているが、2号被保険者を含めるという意見も出た。

### (3) プロセス指標

介護サービスを提供する施設や居宅介護支援事業所との連携、事業所の活動や、事業所や施設間の連携体制を測る指標として以下の例で合意を得られた。またすることを念頭におき設定。

#### 目標設定する項目・指標の例

- ・「受給率」「受給者数」÷「第1号被保険者数」(%)
- ・「短期集中リハビリテーション算定件数」
- ・「認知症短期集中リハビリテーション算定件数」
- ・「生活機能向上連携加算件数」
- ・「個別リハビリテーション実施加算」

さらなる検討事項として、ストラクチャー指標と同様に分母の計算方法、リハビリテーションマネジメント加算、経口維持・経口移行加算、生活行為向上リハビリテーション実施加算について意見が出た。



## ② 検討会での主な意見 リハ指標について (4/5)

### (4) アウトカム指標

高齢者や要介護（要支援）認定者の状態像の特徴や変化を測る指標として議論を行い、以下の意見が出た。

#### ○ 指標の考え方

- ・「生活期リハビリテーションは活動・参加の拡大を目指すこと」
- ・「地域共生」
- ・「本人の尊厳」
- ・「生活の維持向上」
- ・「保険者機能強化推進交付金及び介護予防の成果のイメージ等の既存の項目を参考にする」

#### ○ 具体的な例示

- ・ 要介護認定率の改善率
- ・ BI(バーサルインデックス) の変化度
- ・ 日常生活自立度
- ・ 要介護度、要介護者の満足度、
- ・ 社会参加支援加算等の報酬

- アウトカム指標は非常に難しく、要介護認定の実態から、要介護度は指標に適切ではないという議論になった。また、軽度要介護者は心身機能が中心になっており、認知症のことも含めアウトカム指標を考えていく必要がある。



## ② 検討会での主な意見 リハ指標について (5/5)

- 本事業におけるリハ指標（案）は、まずは介護保険事業計画担当者等が「目標と取り組み」に資するべくストラクチャー、プロセスに関するところから進めるのが妥当である。
- アウトカム指標については、検討委員会での議論を列挙することとなった。一方で、自治体からはアウトカム指標の具体例を提示して欲しいという要望がある。全国や都道府県別に解析し、要介護認定率の改善率やBI（バーサルインデックス）の変化度、障害高齢者の日常生活自立度、患者満足度等がストラクチャーとプロセスとの関連等を検証し、引き続き今後の検討課題とする。
- リハ指標（案）は令和2年3月31日時点のものであり、わが国として確定したものではなく、指標の定義については、令和2年度の要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会で議論を行う。

# 本事業における介護保険の生活期リハビリテーションの概要

## ③ 本事業における介護保険の生活期リハビリテーションの概要 (1/2)

- リハビリテーションは、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、単なる心身機能向上のための機能回復訓練のみではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。
- 本事業の介護保険における生活期リハビリテーションは、ADLやIADL向上への働きかけといった高齢者個人への活動へのアプローチはもとより、地域や家庭における社会参加や役割の創出といったところまでをカバーすることが範囲となり、  
介護保険における生活期のリハビリテーションにおいては、高齢者が共生社会の中でどう尊厳を持って暮らしていくかという事が重要。 **「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会」報告書（平成27年3月）**

介護予防は、高齢者が要介護状態等となることを予防すること、又は要介護状態等を軽減させ、若しくは悪化を防止することを目的とする取組である。特に、生活機能（※）の低下した高齢者に対しては、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった身体機能の改善だけを目指すのではなく、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけ、これによって日常生活の活動を高め、家庭や地域・社会での役割を果たす、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現を支援して、QOLの向上を目指すことが重要である。

※「生活機能」について

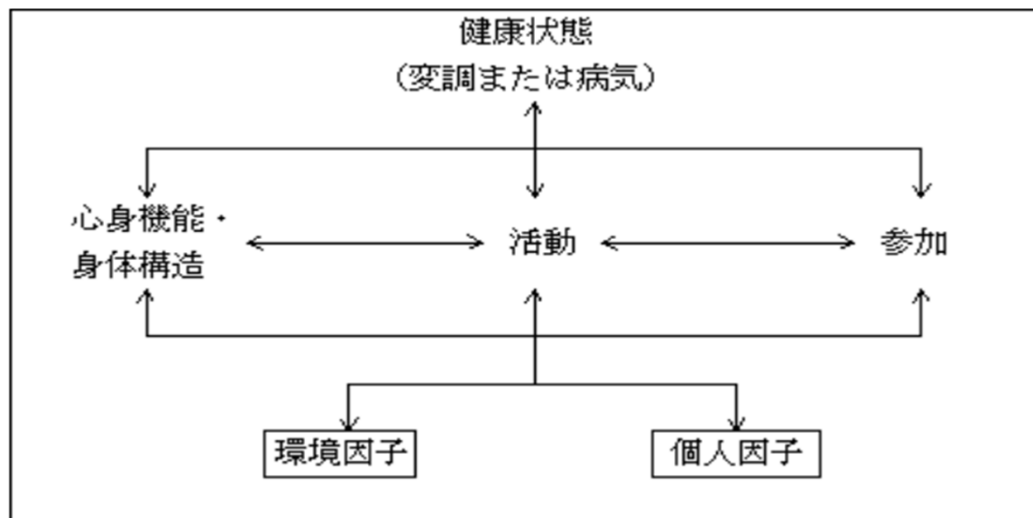
国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, disability and health）では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」として捉え、

- ①体の働きや精神の働きである「心身機能」
  - ②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」
  - ③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」
- の3つの要素から成るものとしている（次図）

# 本事業における介護保険の生活期リハビリテーションの概要

## ③ 本事業における介護保険の生活期リハビリテーションの概要 (2/2)

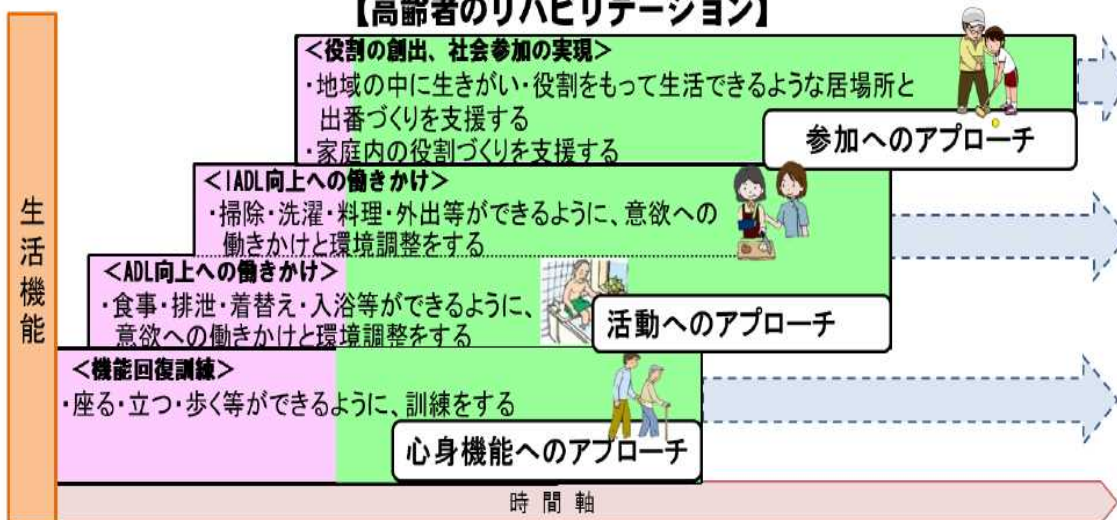
### ICFの構成要素間の相互作用



出典：厚生労働省「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）

生活期リハビリテーションのこれまでの介護予防の手法は、身体機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであり、介護予防で得られた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や社会参加を促す取組（多様な通いの場の創出など）が必ずしも十分ではなかったという課題がある。このような現状を踏まえると、これからの介護予防は、機能回復訓練などを通じた高齢者本人への取組だけではなく、生活環境の調整や、生きがい・役割をもって生活できるような居場所・出番のある地域づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境への取組も含めた、様々な取組が重要となる。このような効果的な取組を実践するため、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す必要がある。（引用終わり）

### 【高齢者のリハビリテーション】



日本リハビリテーション医学会においても、リハビリテーション医学を説明する際、「機能を回復する」、「障害を克服する」、「活動を育む」の3つで整理している。生活期のリハビリテーション医学・医療を実践していくにあたり、これらのキーワードが重要となる。

疾病・外傷で低下した身体的・精神的機能を回復させ、障害を克服するという従来の解釈のうえにたち、ヒトの営みの基本である「活動」に着目し、その活性化を図る過程をリハビリテーション医学の中心とするという考え方に至る。

とりわけ、生活期のリハビリテーションについては、家庭・社会での活動へのアプローチ（実践）へのかかわりが大きいと整理する。

出典：厚生労働省「平成27年度介護報酬改定の骨子」より引用

# 用語の定義

## ④ 用語の定義

- 本事業におけるリハビリテーション提供体制指標開発事業を今後、市町村及び都道府県に展開するためには、事業計画策定担当者をはじめ、地域の医療職や介護職、関係団体等が目的を正しく理解し、共通の言語でコミュニケーションを進める必要がある。そのために基本的な用語の定義が必要となる。
- ストラクチャー、プロセス、アウトカム指標に関しては、そこに着目した指標の分析が、ヘルスケアの質を評価する一般的な生活期リハビリテーションにおける各指標の一例であり、本事業における生活期リハビリテーションにおけるストラクチャー、プロセス、アウトカムに相当する指標例としての解説になる。

用語	定義
<b>リハビリテーション</b> 引用：公益社団法人 日本WHO協会	WHO（世界保健機関）によると、リハビリテーションとは、老化や健康状態(慢性疾患、障碍、外傷など)により、日常生活の機能に限界が生じているか、その可能性が高い場合に必要となる一連の介入のこと。機能の限界の例は、考える、見る、聞く、コミュニケーションをとる、移動する、人間関係を持つ、仕事を続けるなどが困難になる。 リハビリテーション重要事項の考え方をふまえるとリハビリテーションは医学的リハビリテーション、社会的リハビリテーション、職業的リハビリテーションの3つに分類される。
<b>理学療法士</b> 引用：理学療法士及び作業療法士法第一章総則（定義）第二条	厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行なうことを業とする者をいう。理学療法とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。
<b>作業療法士</b> 引用：理学療法士及び作業療法士法第一章総則（定義）第二条	厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行なうことを業とする者をいう。作業療法とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。



## 用語の定義

用語	定義
<p style="text-align: center;"><b>言語聴覚士</b></p> <p>引用:言語聴覚士法(定義)第二条</p>	<p>厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいう。</p>
<p style="text-align: center;"><b>訪問リハビリテーション</b></p> <p>引用：介護保険法第八条</p>	<p>居宅要介護者について、そのものの居宅において、その心身の機能の維持改善を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。</p>
<p style="text-align: center;"><b>通所リハビリテーション</b></p> <p>引用：介護保険法第八条</p>	<p>居宅要介護者について、介護老人保健施設、介護医療院、病院、診療所その他の厚生労働省省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持改善を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。</p>
<p style="text-align: center;"><b>介護老人保健施設</b></p> <p>引用：介護保険法第八条</p>	<p>要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設</p>
<p style="text-align: center;"><b>介護医療院</b></p> <p>引用：介護保険法第八条</p>	<p>要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設</p>
<p style="text-align: center;"><b>活動</b></p> <p>引用:ICF国際生活機能分類</p>	<p>ICF (International Classification of Functioning, disability and Health : 国際生活機能分類) によれば、活動とは、生活上の目的を持った具体的な行いのこと。読むことや書くことに加え、コミュニケーションをとることや家庭生活を行うことなど。</p>

## 用語の定義

用語	定義
<b>参加</b>	ICFによれば、参加とは、「家庭内での役割を再構築、役割を果たす」、地域社会に出る、外出ばかりが社会参加ではない、家庭や社会などへの関わりのこと。働くことや運動をすること、地域の中での役割を果たすこと。と定義し、活動と参加は「実行状況」と「能力」の2つにおいて評価することが大切だとし、「実行状況」とは現在「実施している」活動であり、「能力」とは「できる」活動のこと。
引用:ICF国際生活機能分類	
本事業における <b>リハビリテーション 提供体制の指標</b> (リハ指標)	本事業において、介護保険者が介護保険事業計画の策定や進捗管理、評価を実施するためのリハビリテーション提供体制の指標
本事業におけるリハ指標の <b>対象とする介護サービス</b>	対象とするサービスは介護保険における介護老人保健施設、介護医療院、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションから着手し、今後さらなる検討とする。
本事業における <b>ストラクチャー指標</b>	介護保険における介護サービスを提供する施設や事業所の物的資源、人的資源、地域の状態像等を表す指標
本事業における <b>プロセス指標</b>	介護サービスを提供する施設や居宅介護支援事業所との連携、事業所の活動や、事業所や施設間の連携体制を測る指標。
本事業における <b>アウトカム指標</b>	高齢者や要介護（要支援）認定者の状態像の特徴や変化を測る指標
<b>PDCAサイクル</b>	介護保険担当者や関係者が介護保険事業計画を策定（PLAN）し、第7期の取り組みを（DO）を元に、事業の取り組みを確認・評価（CHECK）して、改善活動やサービス供給量の整備、第7期計画の振り返りを踏まえた第8期計画の作成等（ACTION）を行う一連のサイクルのこと。 何のためにリハビリテーションを実施しており、地域において、何が課題であり、次に何をすべきかを把握するために、アウトカム指標も今後検討していく必要がある。

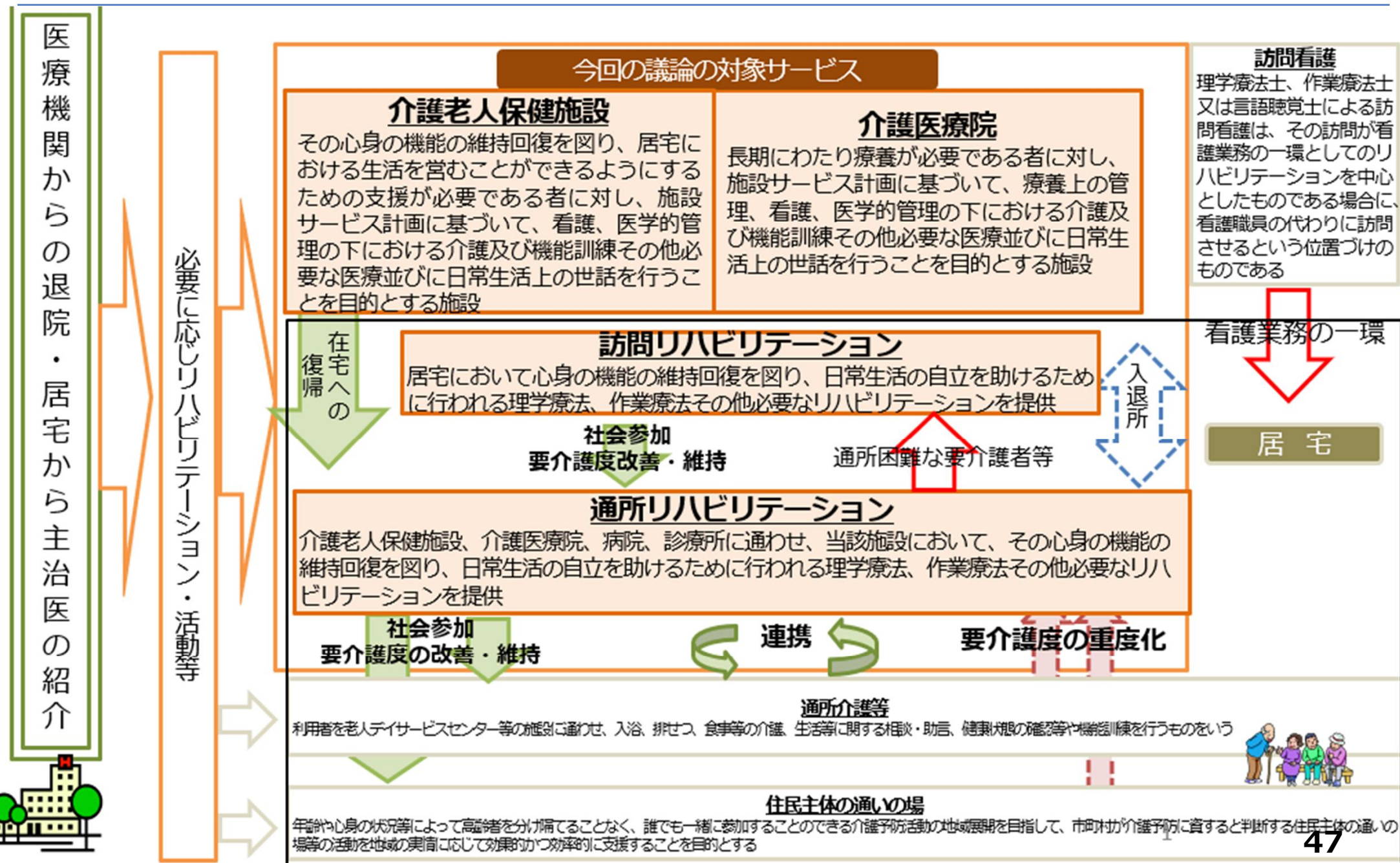
### ⑤ 本事業におけるリハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲

- 介護保険の生活期リハビリテーションの理念や介護保険制度の変遷をふまえて、本事業においては要介護（支援）者がリハビリテーションの必要性に応じてリハビリテーションサービスを利用可能な提供体制の構築を目指すためのものであることとした。
- 身体機能低下だけでなく、認知機能低下等の多彩な病態や障害があることから、国際生活機能分類（ICF）の理念に基づき、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの構成要素に加え、それらの構成要素と相互作用を及ぼす「環境因子」に働きかけるリハビリテーションを提供することが重要であることも確認し、介護保険事業計画におけるリハビリテーションの提供体制の議論の範囲を整理した。
- 本事業における介護保険事業計画における生活期リハビリテーションを担う入所系施設は介護老人保健施設、介護医療院、居宅系サービス事業所としては訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションとした。



# リハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲

## ⑤ 本事業におけるリハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲



# 事業所、施設への等へのアンケート調査結果

## ⑥ 事業所、施設へのアンケート結果調査概要 (1/2)

- 本調査では、今後のリハビリテーション提供体制の在り方において、各施設・事業所での現在のリハビリテーション提供体制や連携等の状況を把握する事を目的とし、介護保険でのリハビリテーションを利用されている利用者より、リハビリサービスの利用状況や、健康状態等を把握し、リハビリテーションの有用性についての検討する事を目的とし実施。

<調査対象一覧>

No	対象施設・事業所	調査数	基本票	利用者票	本人・家族票
1	通所リハ事業所	350事業所	1部	2部	2部
2	訪問リハ事業所	200事業所	1部	2部	2部
3	老健施設	200事業所	1部	2部	なし
4	居宅介護支援事業所	100施設	1部	なし	なし

<回収状況（施設・事業所票・利用者票・本人家族票）>

調査種類	配付数	回収数	回収率
施設・事業所票	850	172	20.2%
利用者票（1施設2部）	1500	273	18.2%
本人・家族票（1施設2部）	1100	188	17.1%

- アンケートの結果について、基本票では保険者別では訪問・通所リハでは基本的に同一保険者内、老健は同一保険者外という状況がわかった。
- 地域資源については、利用者にサービスを導入したくても地域のリハビリテーション資源がないため、導入できなかった経験は「ない」と回答した割合が「通所リハ事業所」75.4%、「訪問リハ事業所」76.7%、「老健」82.4%
- 日常生活圏域における通所リハの地域資源について「利用者に対して充足していると思う」と回答した割合が「訪問リハ」48.3%、「通所リハ」53.8%、「老健」52.9%
- 訪問リハの地域資源に関しては、訪問リハでは「利用者に対して充足していると思う」が55%に対し、通所リハ・老健では「利用者に対して不足していると思う」が35.4%
- 訪問リハの地域資源に対しては、訪問リハと通所リハ・老健とでは認識の違いがあった。また、通所リハにおいては、「わからない」が27.7%であり、訪問リハの実態が見えづらいということも考えられる。

# 事業所、施設へのアンケート調査結果

## ⑥ 事業所、施設へのアンケート調査結果概要 (2/2)

(1) 利用者にサービスを導入したくても地域リハ資源がないため、導入できなかった経験

	調査数	ある	ない	無回答
訪問リハ事業所	60	13	46	1
	100.0	21.7%	76.7	1.7
通所リハ事業所	65	13	49	3
	100.0	20.0	75.4	4.6
老健施設	34	6	28	-
	100.0	17.6	82.4	-

(2) 日常生活圏域における**通所**リハビリテーションの地域資源について

	調査数	利用者に対し 大変充足	利用者に対し 充足	利用者に対し 不足	利用者に対し 大変不足	わからない	無回答
訪問リハ事業所	60	3	29	18	3	7	-
	100.0	5.0	48.3	30.0	5.0	11.7	-
通所リハ事業所	65	2	35	15	2	9	2
	100.0	3.1	53.8	23.1	3.1	13.8	3.1
老健施設	34	4	18	5	2	5	-
	100.0	11.8	52.9	14.7	5.9	14.7	-

(3) 日常生活圏域における**訪問**リハビリテーションの地域資源について

	調査数	利用者に対し 大変充足	利用者に対し 充足	利用者に対し 不足	利用者に対し 大変不足	わからない	無回答
訪問リハ事業所	60	1	33	17	1	7	1
	100.0	1.7	55.0	28.3	1.7	11.7	1.7
通所リハ事業所	65	4	13	23	5	18	2
	100.0	6.2	20.0	35.4	7.7	27.7	3.1
老健施設	34	2	10	12	6	4	-
	100.0	5.9	29.4	35.3	17.6	11.8	-
居宅介護支援事業所	17	2	7	4	3	1	-
	100.0	11.8	41.2	23.5	17.6	5.9	-

## ⑦ 自治体への調査結果概要 (1/4)

- 地域で目指すべき計画を推進するためには、常に現状と目指すべき姿のギャップを理解することが必要であり、このギャップを埋めるための施策の一つとして補助金や基金の利活用が考えられる。

### (1) 兵庫県の事例

神戸市であっても単独型のリハ事業所は殆どない状態。リハ職が必要となるため、デイサービスよりも新規の事業所参入のハードルが高い状況であり、訪問リハの事業所も大体県内の設立で母体は医療機関か介護老人保健施設となるため、主に既存の介護老人保健施設を軸として、補助金の利活用を考えていた。

在宅復帰支援強化事業は平成27年から継続し、令和元年まで実施。延べ44施設が補助を受けており（補助率は1/2または上限の範囲内）兵庫県より各介護老人保健施設へ毎年度メールで周知している。神戸市においても単独型の訪問リハビリテーションは少なく、介護老人保健施設併設の訪問リハビリテーション開設を支援することとしている。

補助内容	累計実績	費用の1/2または上限
全老健の在宅復帰支援のためのR 4システム	13	880,000
重度入所者に対する介護を行うための機器整備費 (生体情報モニター、吸引器、酸素濃縮器)	24	570,000
介護老人保健施設併設訪問リハ事業所開設の経費	7	500,000



## ⑦ 自治体への調査結果概要 (2/4)

### (2) 京都府の事例

京都府は政令市を有し、日本海側の北部ほどリハビリテーション資源の確保が厳しい状況にある。京都府の補助制度は、「理学療法士等に対する修学資金貸与」制度といった学生への奨学金貸与があり、府内に就職すると免除になり、無利子貸し付けで府内に5年間務めると返還無しになる。京都も兵庫県と同様に政令市とサービス提供の申し込みが多数だと京都府北部に行く学生を優先し、府外でも府内で就職する事を前提に貸し付けをしている（定数が70名、府内枠40名、府外枠30名で去年は50名位利用。北部の方の養成を進め、各高校に案内を実施）

貸与金額	36,000円/月（四半期ごとに貸与）
申請方法	理学療法士等を養成する学校等を通じて当センターあて貸与申請書等を提出する
返還免除要件	以下のいずれにも該当するとき <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 理学療法士等の学校等を卒業1年以内に理学療法士等の免許を取得すること</li> <li>・ 免許取得後直ちに府内に所在する医療機関等において引き続き5年間理学療法士等の業務に従事すること</li> </ul>
推薦基準	<p>推薦基準</p> <p>理学療法士等養成施設の長は、次の条件に適合する者で、以下の優先順位により修学資金貸与候補者として推薦《条件》</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 平成31年度在学者で貸与を希望する者</li> <li>2. 学業成績が良好であり、所定の修学期間を全うし、かつ理学療法士等免許の取得が確実であると見込まれる者</li> <li>3. 将来、次の京都府免除対象施設において、5年間、理学療法士等として業務に従事することが確実と見込まれる者</li> </ol> <p>【優先順位】</p> <p>第1位 京都府理学療法士等修学資金貸与の継続申請者</p> <p>第2位 就業希望地域が北部地域、府域（北部、京都市域以外）、京都市域の順に優先的に貸与</p> <p>※1北部地域とは丹後圏域（伊根町・京丹後市・与謝野町・宮津市）及び中丹圏域（舞鶴市・綾部市・福知山市）。</p> <p>※2第2位内においては作業療法学科在学者、言語聴覚学科在学者、理学療法学科在学者の順に貸与</p> <p>4. 府外出身者は、別枠での採用。ただし、希望者が30名を越える場合は、上記の優先順位に準ずる。</p>

## ⑦ 自治体への調査結果概要 (3/4)

- いくつかの都道府県と市へ第8期介護保険事業（支援）計画にリハビリテーション指標を活用することについて、訪問および書面で意見を聴取した。

### (1) 都道府県へのヒアリング結果

#### ① A 都道府県

- ・ リハビリテーション資源の地域差がある。
- ・ 既存事業所も人材不足が課題で、この3年位で厳しくなっている。
- ・ 前期の取り組みと目標の中で、指標が無かったので苦労した。計画分野を網羅する様な指標のガイドラインをリハビリテーション分野だけでも何か作ってくれたらと思う。
- ・ 介護保険サービスの観点から調査研究と思われるが、実際に関係者に指標を持って行った時に医療との関係性等を考えられるようなものであるとありがたい。

#### ② B 都道府県

- ・ 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの利用率が若干少ない。坂が多く通所が困難という地形上の理由がある。
- ・ 一番難しいのは市も県も、アウトカムをどうするかだと思われる。
- ・ インセンティブ交付金があり、アウトプットの指標が中心なので、このリハ指標案と関係するのかどうか関心がある。
- ・ 計画策定までの流れは、最初に都道府県で会議があり、細かい市町への方針案を示し、方針案を全市町にヒアリングに回り、具体的な介護保険事業（支援）計画に落とし込んでいる。今回リハ指標が新たに入れば趣旨説明をする。

## ⑦ 自治体への調査結果概要 (4/4)

### (2) 市へのヒアリング結果

#### ① A市（政令市）

- ・ 訪問看護ステーションのリハ職がサービスを担っている部分があり、リハビリテーションについて不足しているのか把握しにくい部分がある。
- ・ 政令市も集計単位は「市」となるのか。人口の多い政令市も5万人の自治体も同一に扱われて集計結果を出された時に、我々は何ができるのかと思う所がある。

#### ② B市（政令市）

- ・ 需要の調査は行っていないが、リハビリテーション供給が不足しているとの認識はない。
- ・ 第8期介護保険事業計画に項目自体を追加する事に関して、令和元年度内にデータや指標を示していただかないと検討スケジュールとしては不可能。
- ・ 指標や数値の利活用としても、第1四半期の内に取り纏められなければ見送りになる。リハビリテーション指標の活用方法については現状思い当たらない。

#### ③ C市

- ・ 訪問リハや通所リハ事業所が十分に無い、新規に手上げる事業所も見当たらないという自治体はその前提で計画を策定している。
- ・ リソースがない市町村は、リハビリテーション指標があっても介護サービスを提供もできないとなる。医療機関が無い地域は、指標を立てられてもサービス基盤の整備を行う事はできない。



## ⑧ 保険者および都道府県がおこなうデータ分析の考え方（1/4）

- 介護保険者および都道府県は、介護保険事業（支援）計画の策定と策定後のマネジメントにあたり、地域のリハビリテーションサービスの現状を把握すること、計画に記載した取組の効果を把握することが求められる。
- そのためには国は介護保険者を支援すべく、データ分析等技術的な支援を行い、介護および医療に係るデータベースを利活用し、政策起点の議論の活性化を支援することが必要になると考えられる。
- データの活用について、医療とリハビリテーションの関連性など都道府県で行うことと、市町村で行うことを整理し、具体的に役割を示す必要があると考える。

都道府県の役割	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域医療構想・医療計画および介護保険事業（支援）計画との整合性を図り医療保険で実施する急性期・回復期を中心としたリハビリテーションと介護保険で実施する生活期リハビリテーションについて、行政部門横断で医療と介護の連携に関する基本方針と施策を整理する。</li><li>・ リハビリテーションや訪問診療、訪問看護等について、国より提供される医療データや公表データを市町村にも提供（共有）し、共通の課題認識を図ることが重要である。</li></ul>
市町村の役割	<ul style="list-style-type: none"><li>・ データを通じて介護及び医療に係る地域課題や地域資源を都道府県と共有する。</li><li>・ 市町村における介護保険事業計画担当者を中心として、健康増進部署、介護予防、在宅医療介護連携関係者、三師会や療法士会等、地域の関係者等とのデータを通じた対話を行うことが重要である。</li></ul>

## ⑧ 保険者および都道府県がおこなうデータ分析の考え方 (2/4)

### ○ 介護保険総合データベースの活用

- ・ 指標案の検討にあたり、各種統計調査や、地域包括ケア「見える化」システムで提供されている情報を整理し、介護保険総合データベース（以下、介護DB）を活用してアウトカム指標案の検討を行うことが考えられる。
- ・ 介護DBに格納されている介護レセプト等情報及び要介護認定情報を最大限活用して事業所数やサービス提供の実態などをふまえた指標案の検討を行う。

### ○ 国保データベース（KDB）の活用

- ・ 「国保データベース（KDB）システム」とは、国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報（健診・医療・介護）等から、保健事業等の実施に資する資料として①「統計情報」②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステムがある。
- ・ KDBの対象は①国民健康保険の被保険者②後期高齢者医療制度の被保険者③介護保険の利用者及び④特定健診の受診者であり、KDBでは74歳未満の方の医療情報が国保の被保険者に限定。
- ・ 都道府県に対しては、医療計画の策定や進捗管理を目的に、国から「医療計画策定支援データブック」として5疾病・5事業及び在宅医療に関する指標等が毎年度、提供されているが、令和2年度については、国から国保データベース（KDB）システムを活用し、都道府県において在宅医療の体制整備にかかる取組状況や医療機関からの退院患者が利用している介護サービスの実態等を評価できるようデータによる支援が準備されている。（厚生労働省「在宅医療・介護に係る分析支援データ集計業務事業」）

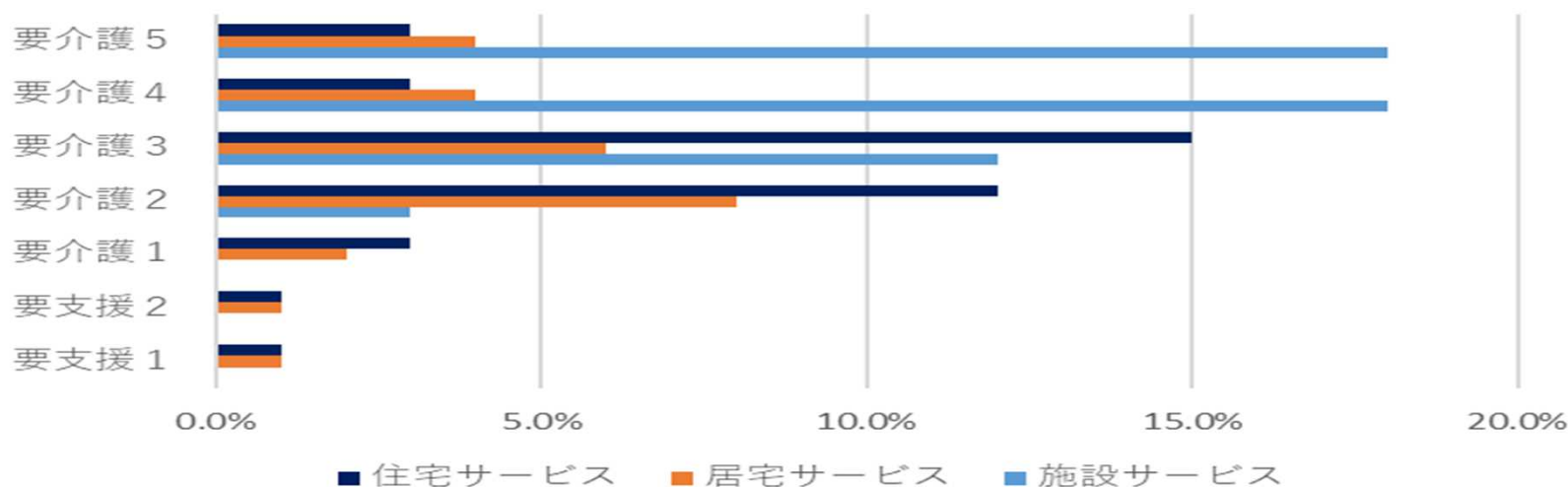
## ⑧ 保険者および都道府県がおこなうデータ分析の考え方 (3/4)

- このデータを活用することで、都道府県はもとより、市町村も地域の在宅医療の提供体制の状況を適切に把握するとともに、市町村単位で医療提供体制及び医療機関からの退院患者が利用している介護サービス等の実態把握に資するデータを利活用することが可能となる。データ資源を都道府県および保険者の介護保険事業（支援）計画担当者が共有・活用できることが期待される。

### 例 1 : K D B を活用し、療養病床から退院した65歳以上の高齢者の要介護度別の介護サービスの利用状況の割合 (イメージ)

市町村にとって、医療機関からの退院患者が利用している介護サービスの実態を把握できるようになることで、追加的に整備が必要なリハビリテーションサービス等の見込み量を適切に推計できるようになる

要介護度別の利用割合



注釈: ここでいう居宅サービスとは訪問介護、通所介護、訪問看護、訪問リハ、通所リハ、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、住宅サービスは、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回随時対応型訪問介護看護を示している。

## ⑧ 保険者および都道府県がおこなうデータ分析の考え方 (4/4)

- ・ 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションサービス必要量は今後の高齢化の進展により、今後も増加することが見込まれる。
- ・ 医療計画（地域医療構想）による病床の機能分化・連携に伴って生じる追加的需要に対応するためには、介護保険のリハビリテーションサービスの基盤整備についても一定の考慮が必要となる。

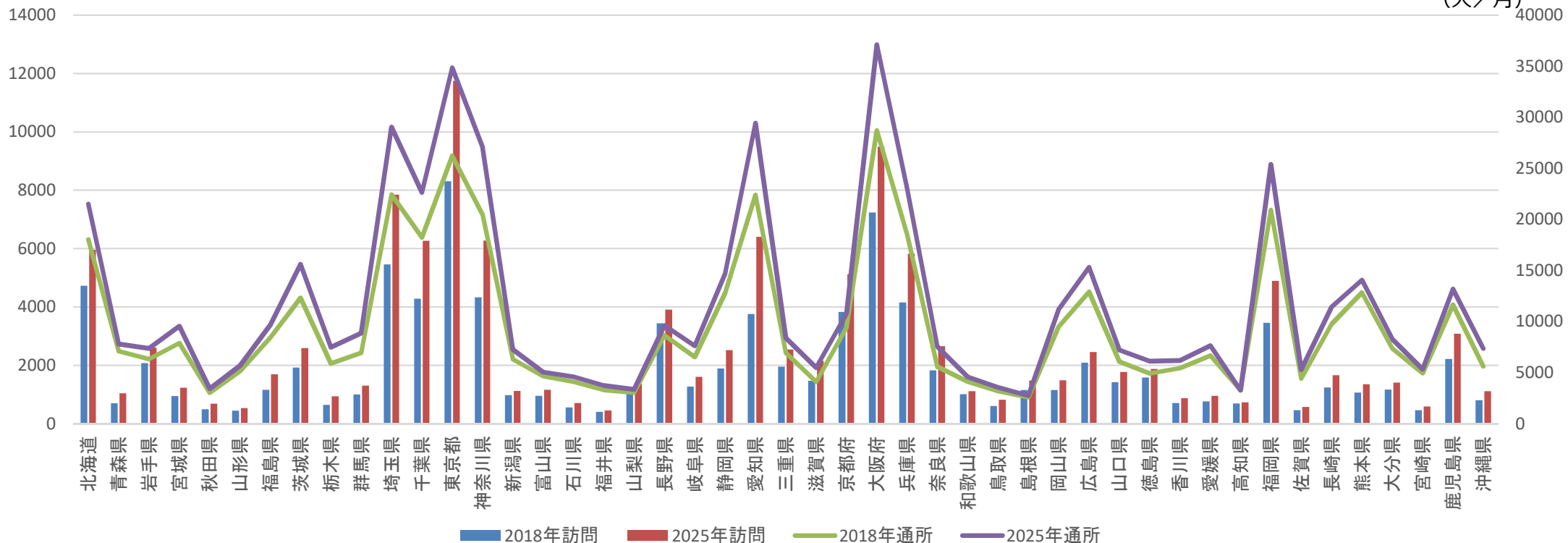
### 例2：KDBを活用し、病床の機能分化・連携に伴って生じる追加的需要を介護のサービス見込み量に反映

市町村にとって、医療機関からの退院患者が利用している介護サービスの実態を把握できるようになることで、追加的に整備が必要なリハビリテーションサービス等の見込み量を適切に推計できるようになる

(人/月)

訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの見込み量

(人/月)



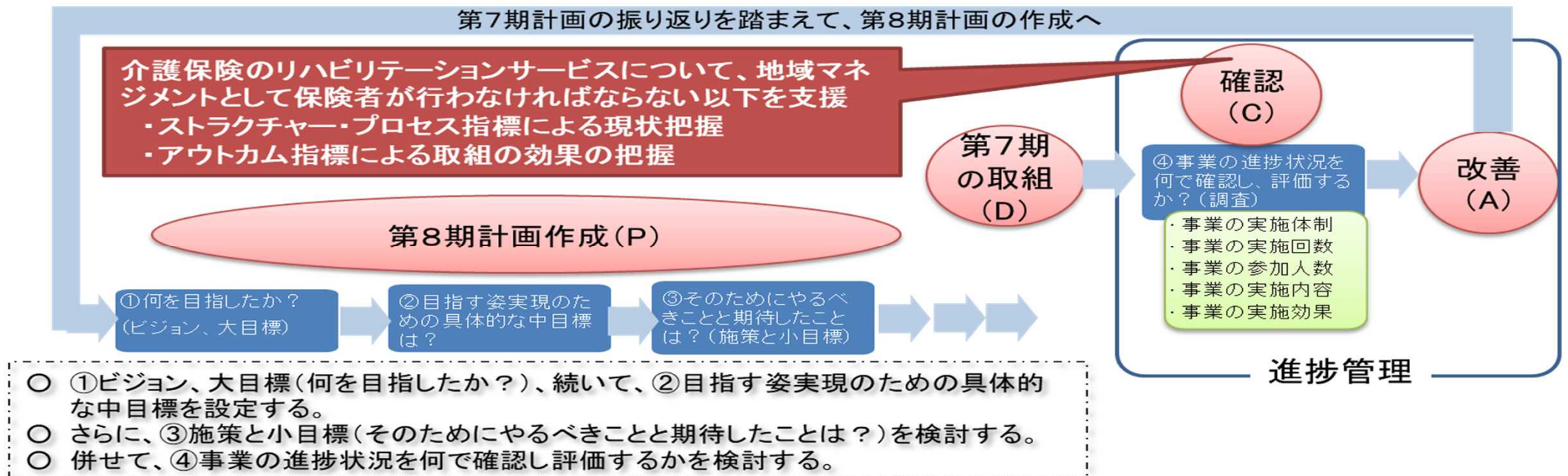
出典：全国の保険者が作成した第7期介護保険事業計画における推計値を集計したもの。



# PDCAサイクルを効果的に機能させる意義

## ⑨ PDCAサイクルを効果的に機能させる意義

- 今後もリハビリテーションの重要性を高め、重度化防止、介護予防、ご本人の状態に応じたリハビリテーションの提供量等を考えていく必要があり、介護保険におけるリハビリテーションの位置付けを明らかにし、自治体（保険者）の介護保険事業の継続性を考えていくということが重要になる。
- これまでも、「介護保険事業計画における施策反映の手引き」等で示されているように「地域の目指すべき」姿を設定し、どのような介護サービスを提供したいかというビジョンの設定が重要。
- 手引きの解説によると、最初に国の政策の方向性と介護報酬の動向を考慮し、基本的な市町村の意思をおいた上で、地域の現状を把握し、その上で第8期介護保険事業計画を策定する必要がある。
- この介護保険事業計画を策定していく過程（プロセス）において、リハビリテーションもひとつの検討すべきテーマとなる。今回検討を行うリハ指標案は、第8期介護保険事業計画の策定に向けて、保険者が介護保険のリハビリテーションサービスについて「現状の把握と評価（確認）」（いわゆるPDCAサイクル）を行うことを支援することを目指す。



## ⑩ P D C Aの具体的な指標案 (1/3)

- 平成27年度介護報酬改定で中重度の要介護者や認知症高齢者になったとしても、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるようにする」という在宅生活を支援するためのサービスの充実を図ることが基本方向として打ち出された。
- リハビリテーションにおいては、「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持・向上を図り、訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの基本方針に規定された。
  - ・ 「生活行為向上リハビリテーション実施加算」
  - ・ 「認知症短期集中リハビリテーションの充実」
  - ・ 「社会参加支援加算」
  - ・ 「リハビリテーション会議」
- 平成30年度介護報酬改定においては、介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現することが基本方向で打ち出された。

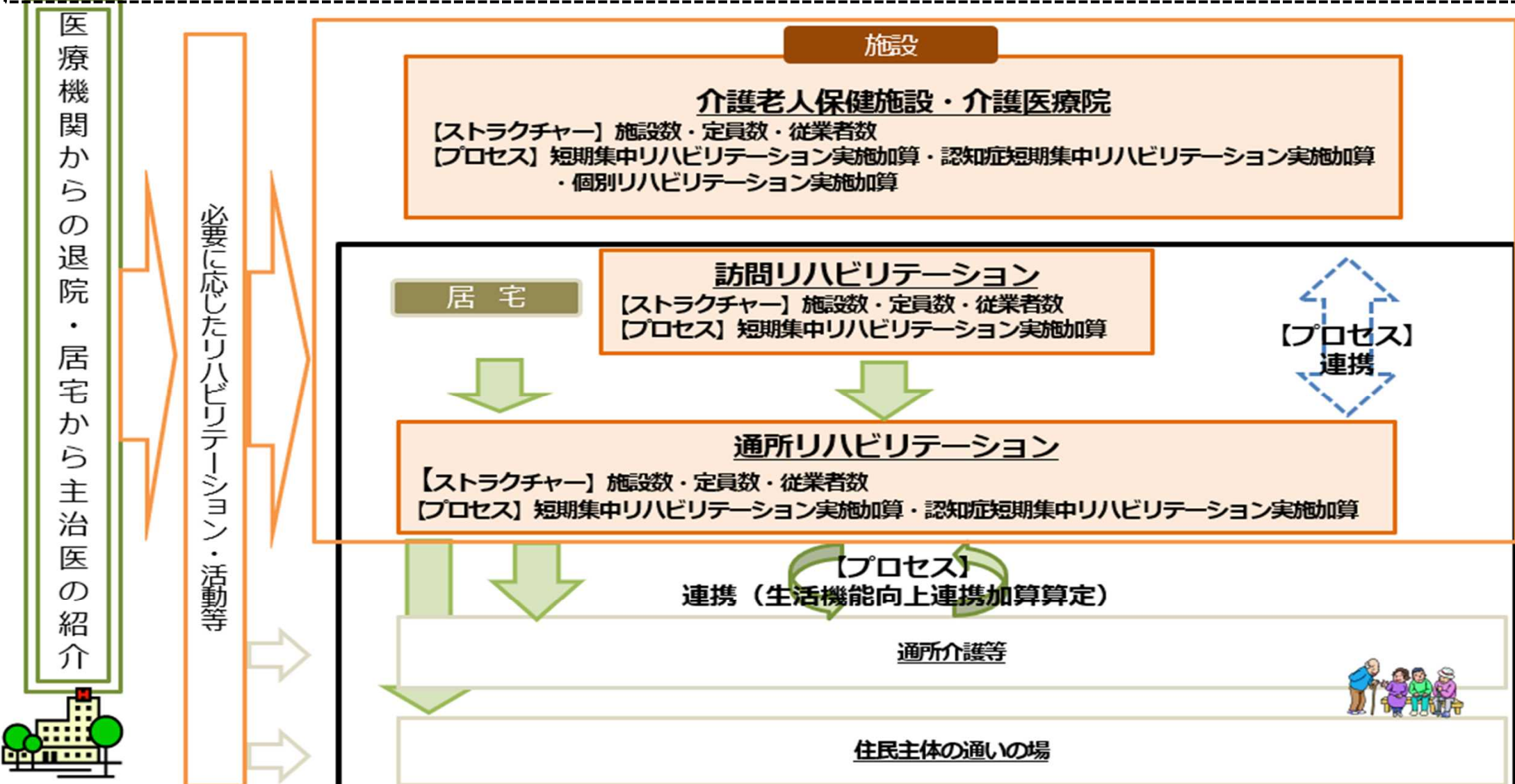
### 具体的には

- ・ リハビリテーションに関する医師の詳細な指示について、リハビリテーションのマネジメントに関する加算の要件とした上で、医師の関与を強化すること
- ・ 介護予防通所リハビリテーションに設けられている、アウトカム評価を介護予防訪問リハビリテーションにも設けること
- ・ その他、訪問介護、通所介護等において、通所リハビリテーション事業所等のリハ職等と連携して作成した計画に基づく介護を評価
- ・ 平成29年、平成30年の介護報酬改定の動向踏まえ、リハビリテーション提供体制の指標案を検討。

# PDCAの具体的な指標案

## ⑩ PDCAの具体的な指標案 (2/3)

- 要介護（支援）者がリハビリテーションの必要性に応じてリハビリテーションサービスを利用可能な提供体制の構築を目指す。
- 要介護者は身体機能低下だけでなく、認知機能低下等の多彩な病態や障害があることから、国際生活機能分類（ICF）の理念に基づき、「心身機能」「活動」「参加」に働きかけるリハビリテーションを提供する。





# P D C A の具体的な指標案

## ⑩ P D C A の具体的な指標案 (3/3)

### 介護保険事業計画におけるリハビリテーション提供体制構築に係る PDCAサイクルに沿った指標案

	居宅サービス（訪問・通所リハビリテーション）	施設サービス（介護老人保健施設・介護医療院）
ストラクチャー	訪問・通所リハビリテーション事業所数【介護DB】 （10万人・要介護認定者・第1号保険者）	介護老人保健施設・介護医療院施設数【介護DB】 （10万人・要介護認定者・第1号保険者）
	要介護者1人当たり定員数【見える化】	
	従事者数（職種別）【サービス事業所・施設調査】	
	短期集中リハビリテーションを実施している事業所・施設数【介護DB】	
	認知症短期集中リハビリテーションを実施している事業所・施設数【介護DB】	
プロセス	訪問・通所リハビリテーション受給率【見える化】	介護老人保健施設・介護医療院受給率
	短期集中リハビリテーション算定件数【介護DB】	
	個別リハビリテーション実施加算件数【介護DB】	
	生活機能向上連携加算算定件数【介護DB】	
	認知症短期集中リハビリテーション算定件数【介護DB】	

# **3. 令和元年度老人保健健康増進事業 をうけての論点整理**

### 3. 令和元年度老人保健健康増進事業をうけての論点整理

#### ① 令和元年度老人保健健康増進事業をうけての論点整理 (1/4)

##### 【議論の範囲、用語の定義】

- 要介護者は、身体機能低下だけでなく、認知機能低下等の多彩な病態や障害があることから、国際生活機能分類（ICF）の理念に基づく、「心身機能」「活動」「参加」に働きかけるリハビリテーションを提供することがリハビリテーションの全体像であることを確認した。
- 本検討における議論の範囲を、介護保険事業計画に位置づけられるリハビリテーションサービスのうち、介護老人保健施設、介護医療院、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションとした。
- 事業計画策定担当者をはじめ、地域の医療職や介護職、関係団体等が目的を正しく理解し、共通の言語でコミュニケーションを進める必要がある。そのために基本的な用語の定義を議論した。

■ **論点 1**：議論の範囲および用語の定義についてはこの内容をふまえたものとしてはどうか。

##### 【リハビリテーション指標の考え方】

- 指標の考え方として各地域において、訪問リハ、通所リハ、老人保健施設、介護医療院などの整備状況の現状把握からはじめ、要介護（支援）者がリハビリテーションの必要に応じて利用可能な提供体制の構築を目指すために的確なものでなければならない。
- 提供体制の構築をするために地域のリハビリテーションの資源や供給量、需要を元に介護保険の生活期リハビリテーションの現状や課題を把握し、適切な施策へつなげていくことを目的として指標を活用する。介護保険事業（支援）計画の実効性を高めるためにはP D C Aサイクルを推進する指標案が必要である。

■ **論点 2**：リハビリテーション指標はこの内容を踏まえた考え方としてはどうか。

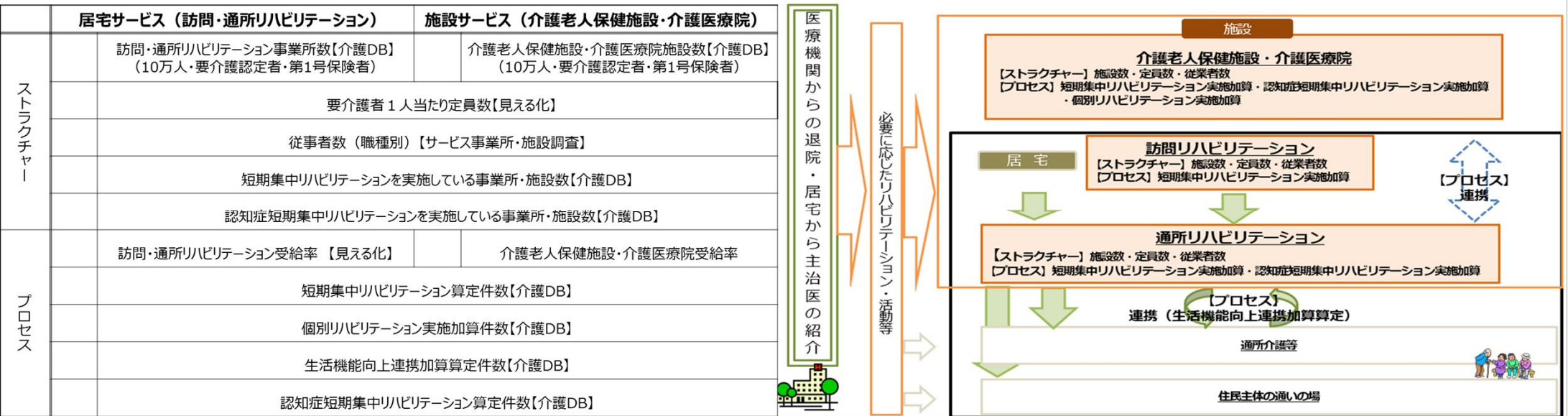
### 3. 令和元年度老人保健健康増進事業をうけての論点整理

#### ① 令和元年度老人保健健康増進事業をうけての論点整理 (2/4)

##### 【ストラクチャー指標について】

- ストラクチャー指標として「事業者数」「定員数」「従業者数」「短期集中リハビリテーション算定事業者数」「認知症短期集中リハビリテーション算定事業者数」で合意が得られた。
- 医療計画指標では重点指標を定めているが、これについては議論がなされなかった。

■ **論点3**：ストラクチャー指標はこの議論をふまえた項目としてはどうか。また重点指標を定めるかどうか。



### 3. 令和元年度老人保健健康増進事業をうけての論点整理

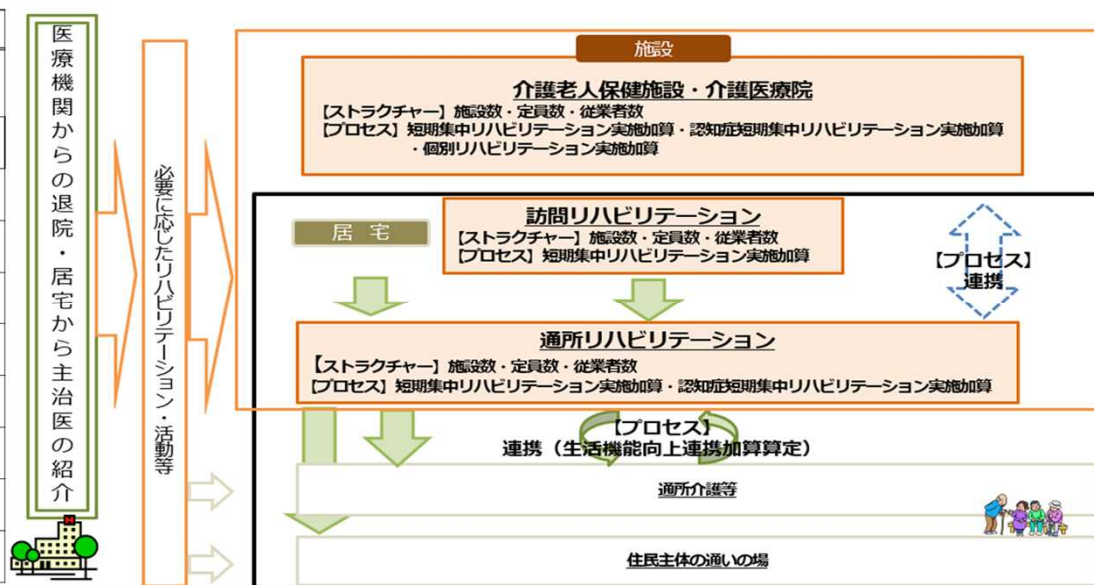
#### ① 令和元年度老人保健健康増進事業をうけての論点整理 (3/4)

##### 【プロセス指標について】

- プロセス指標として「短期集中リハビリテーション算定数」「認知症短期集中リハビリテーション算定件数」「受給率」「受給者数」「生活機能向上連携加算件数」「個別リハビリテーション実施加算」で合意が得られた。そのほかにもリハビリテーションマネジメント加算、経口維持経口移行加算、生活機能行為向上リハビリテーション実施加算について意見が出た。
- 医療計画指標では重点指標を定めているが、これについては議論がなされなかった。

■ **論点4**：プロセス指標はこの議論をふまえた項目としてはどうか。また重点指標を定めるかどうか。

	居宅サービス（訪問・通所リハビリテーション）	施設サービス（介護老人保健施設・介護医療院）
ストラクチャー	訪問・通所リハビリテーション事業所数【介護DB】 (10万人・要介護認定者・第1号保険者)	介護老人保健施設・介護医療院施設数【介護DB】 (10万人・要介護認定者・第1号保険者)
	要介護者1人当たり定員数【見える化】	
	従事者数（職種別）【サービス事業所・施設調査】	
	短期集中リハビリテーションを実施している事業所・施設数【介護DB】	
プロセス	認知症短期集中リハビリテーションを実施している事業所・施設数【介護DB】	
	訪問・通所リハビリテーション受給率【見える化】	介護老人保健施設・介護医療院受給率
	短期集中リハビリテーション算定件数【介護DB】	
	個別リハビリテーション実施加算件数【介護DB】	
	生活機能向上連携加算算定件数【介護DB】	
認知症短期集中リハビリテーション算定件数【介護DB】		



### 3. 令和元年度老人保健健康増進事業をうけての論点整理

#### ① 令和元年度老人保健健康増進事業をうけての論点整理 (4/4)

##### 【アウトカム指標について】

- アウトカム指標は難しく、要介護度は指標に適切ではないという議論になった。軽度要介護者は心身機能が中心となっており、認知症のことも含めアウトカム指標を考える必要がある。まず「目標と取り組み」に資するストラクチャー、プロセス指標から進めるのが妥当である。
- アウトカム指標については検討委員会での議論を列挙することとなった。一方、自治体からはアウトカム指標の具合例を提示してほしいという要望がある。
- 指標の考え方としては以下、挙げられた。

- ・ 「生活期リハビリテーションは活動・参加の拡大を目指すこと」
- ・ 「地域共生」
- ・ 「本人の尊厳」
- ・ 「生活の維持向上」
- ・ 「保険者機能強化推進交付金及び介護予防の成果のイメージ等の既存の項目を参考にする」

■ **論点5** : アウトカム指標の考え方及び具体的な項目についてどのように考えるか。