

今後の社会保障制度と作業療法士に 期待する事

平成29年7月

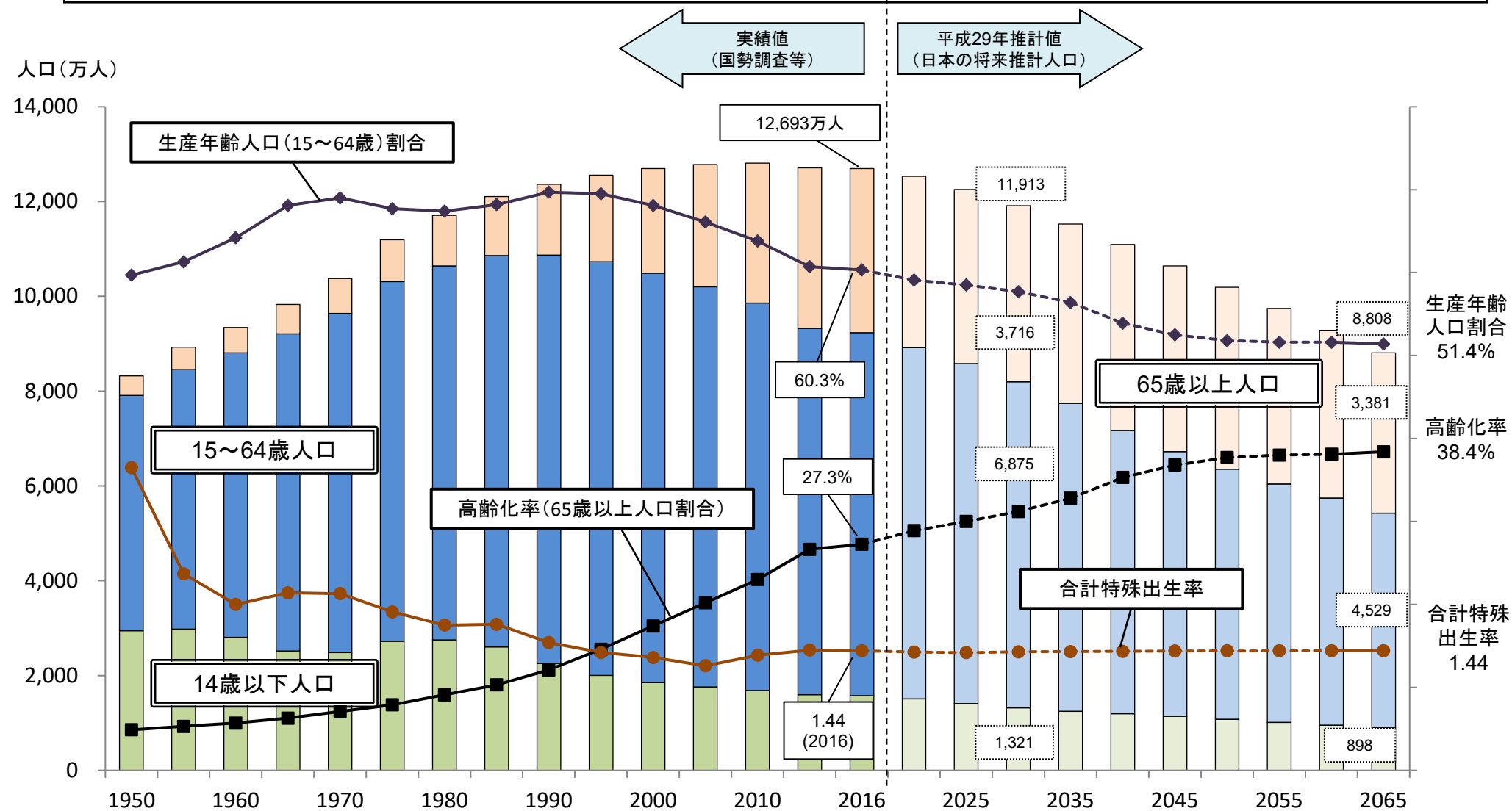
厚生労働副大臣 衆議院議員

橋本 岳

1. 社会保障制度及び 診療報酬・介護報酬改正について

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。

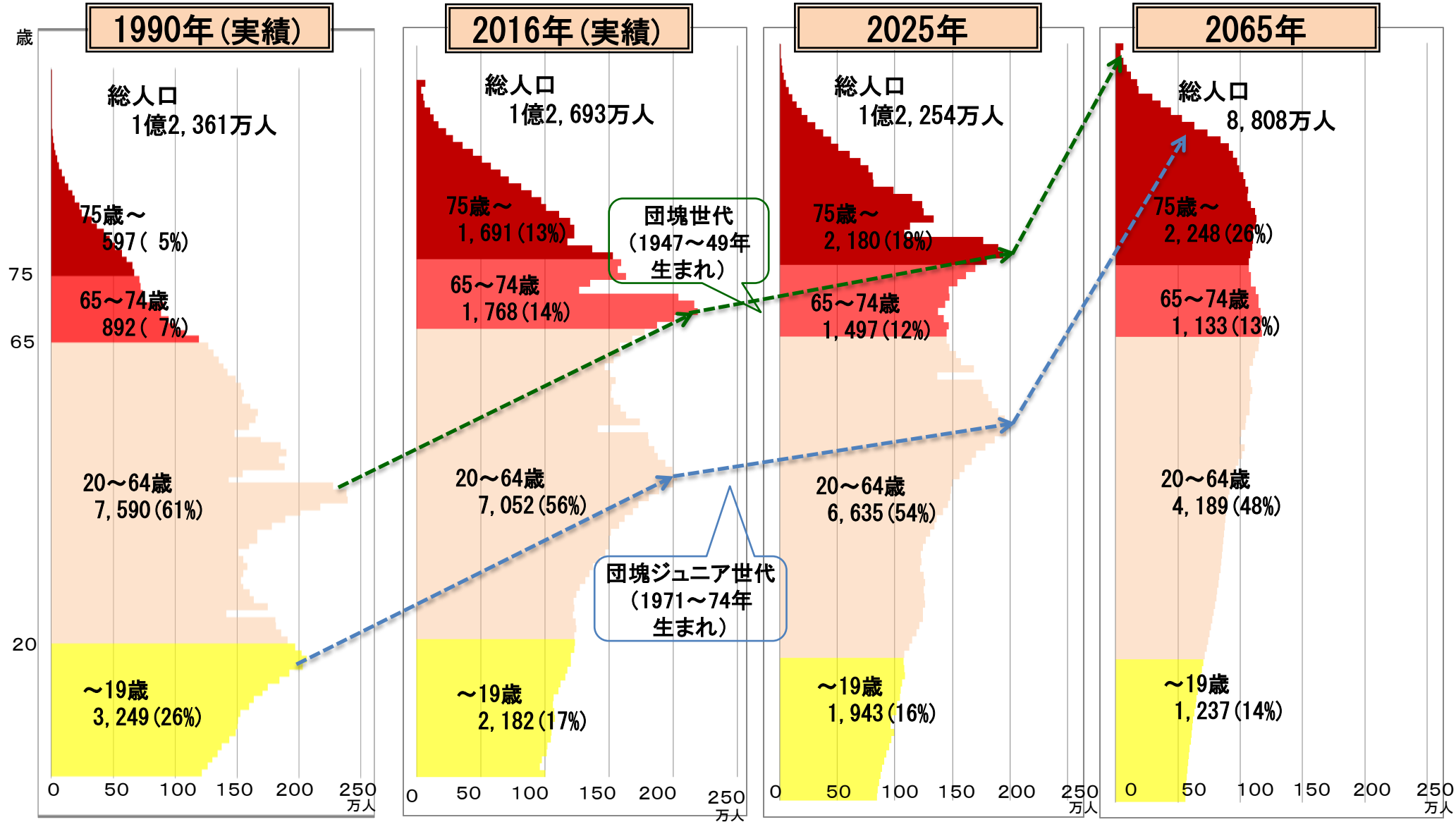


(出所) 2016年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」、2016年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」(※2015年までは確定値、2016年は概数)、2017年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

日本の人口ピラミッドの変化

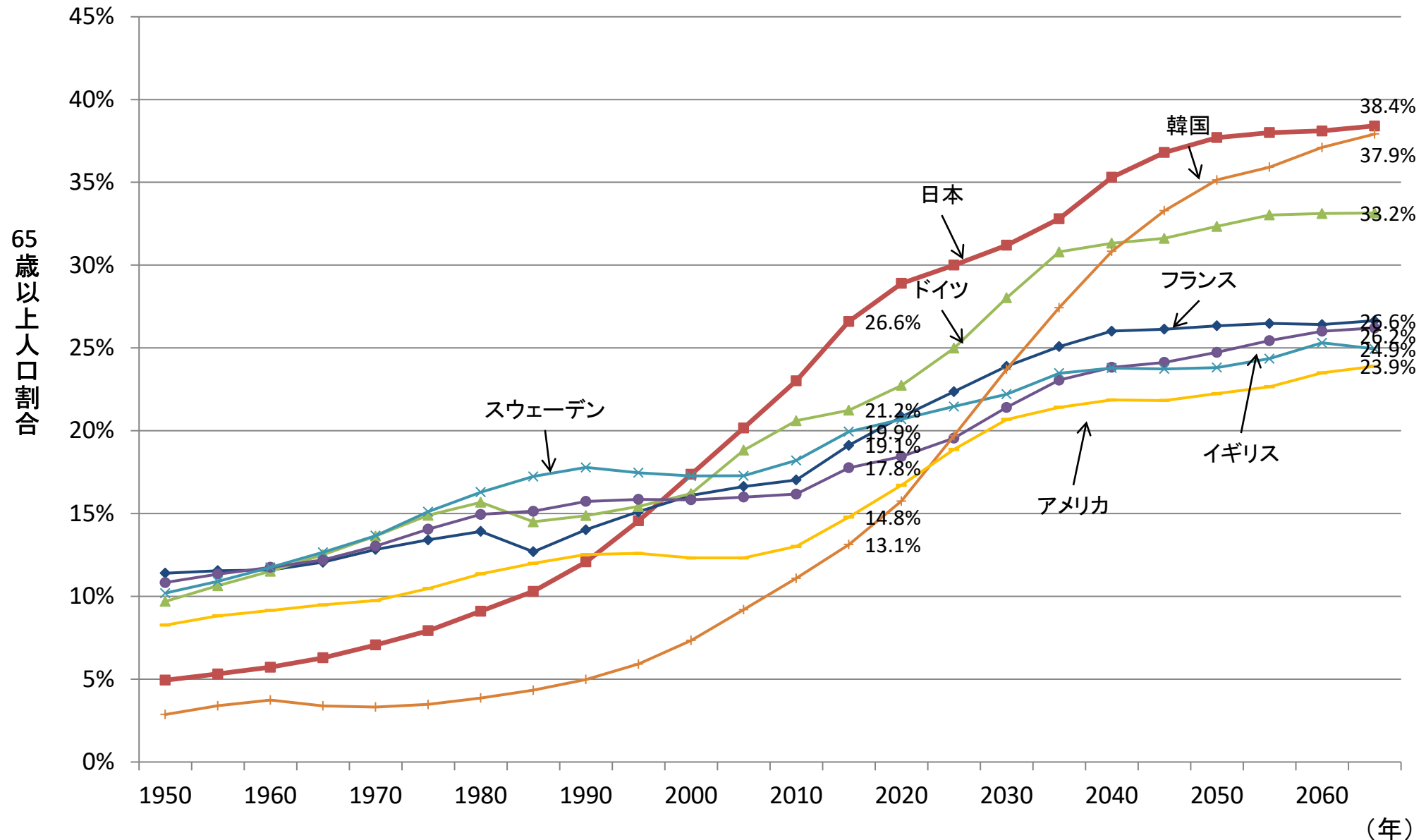
○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。

○2065年には、人口は8,808万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



(出所) 総務省「国勢調査」および「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29年推計):出生中位・死亡中位推計

65歳以上人口割合の推移



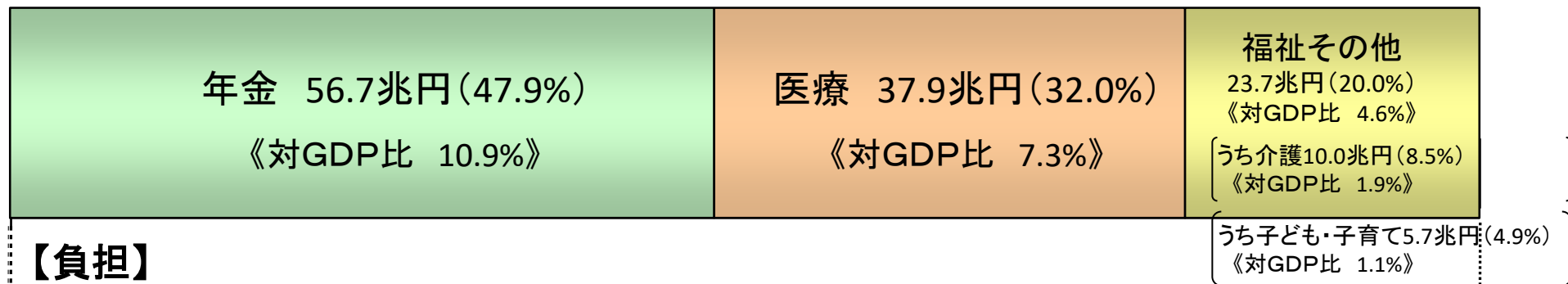
(出所) 日本は、総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)
諸外国は、United Nations, World Population Prospects 2015

社会保障の給付と負担の現状(2016年度予算ベース)

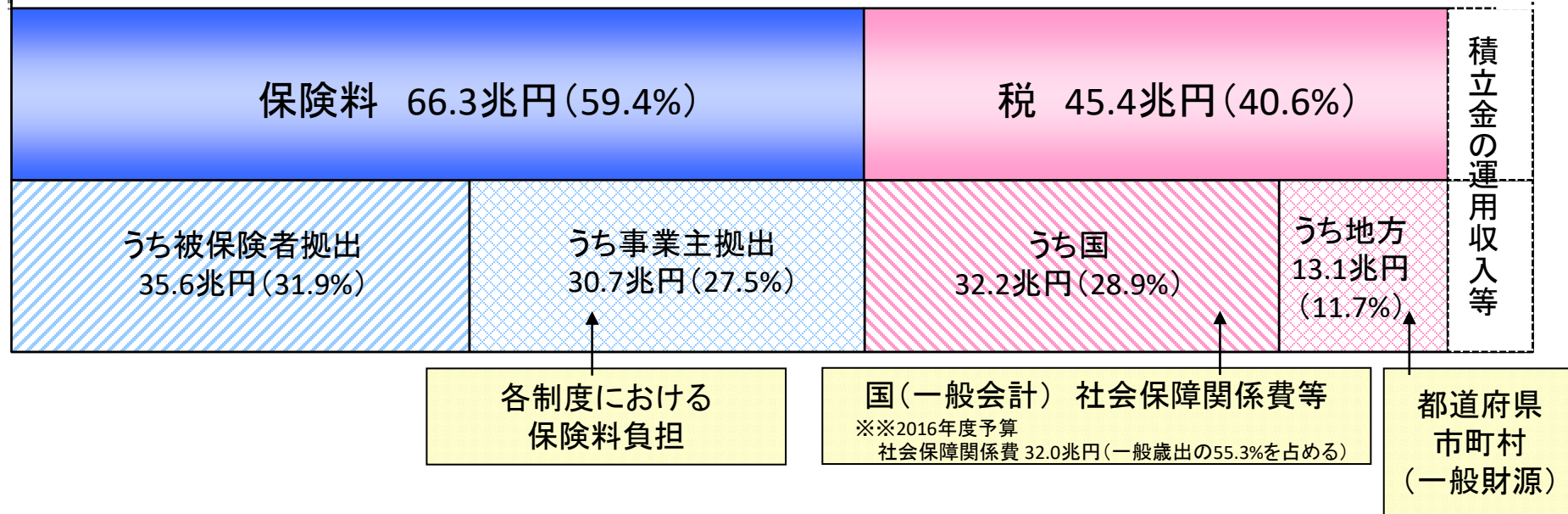
社会保障給付費(※) 2016年度(予算ベース) 118.3兆円 (対GDP比 22.8%)

【給付】

社会保障給付費

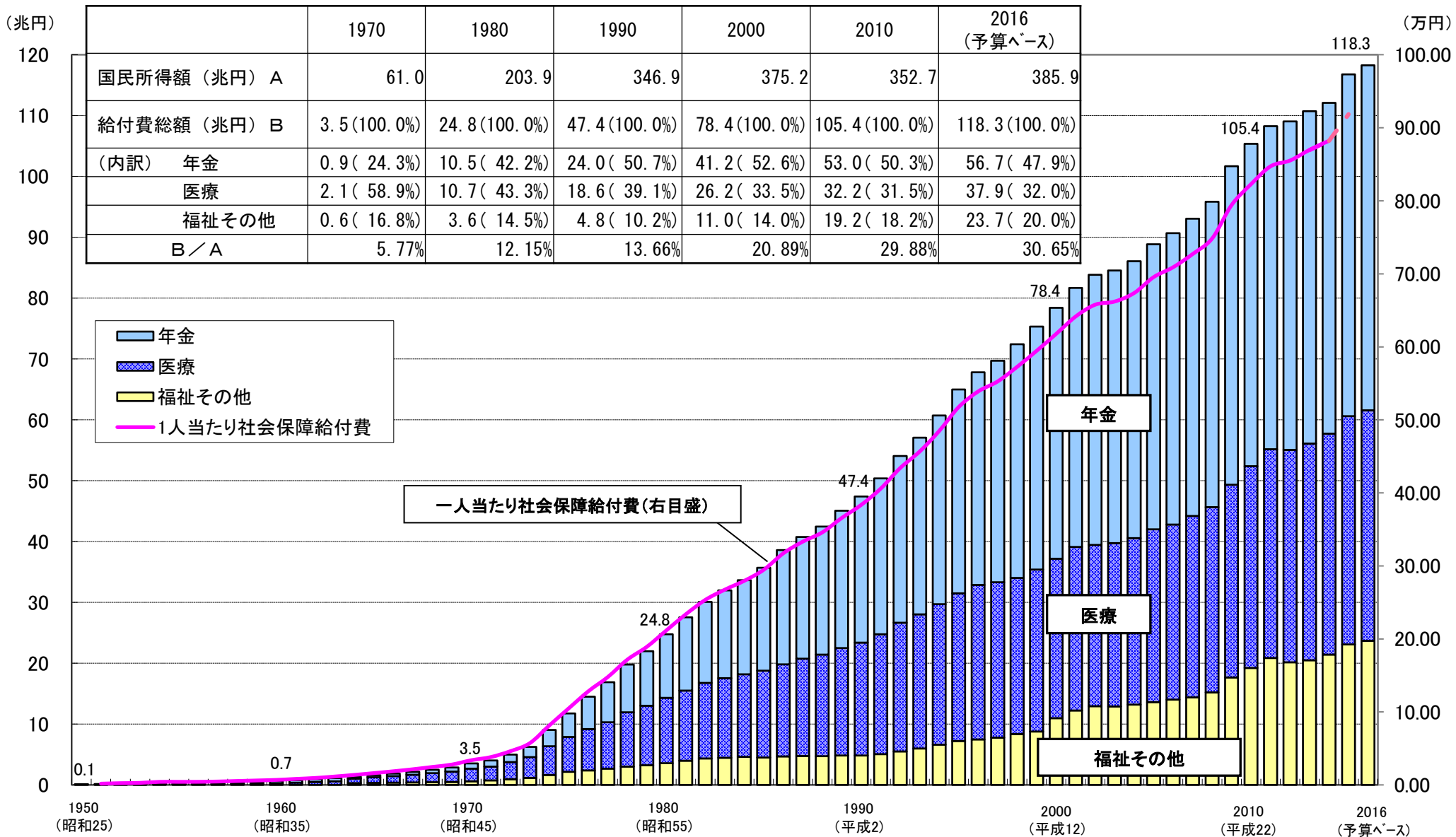


【負担】



※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障給付費の推移



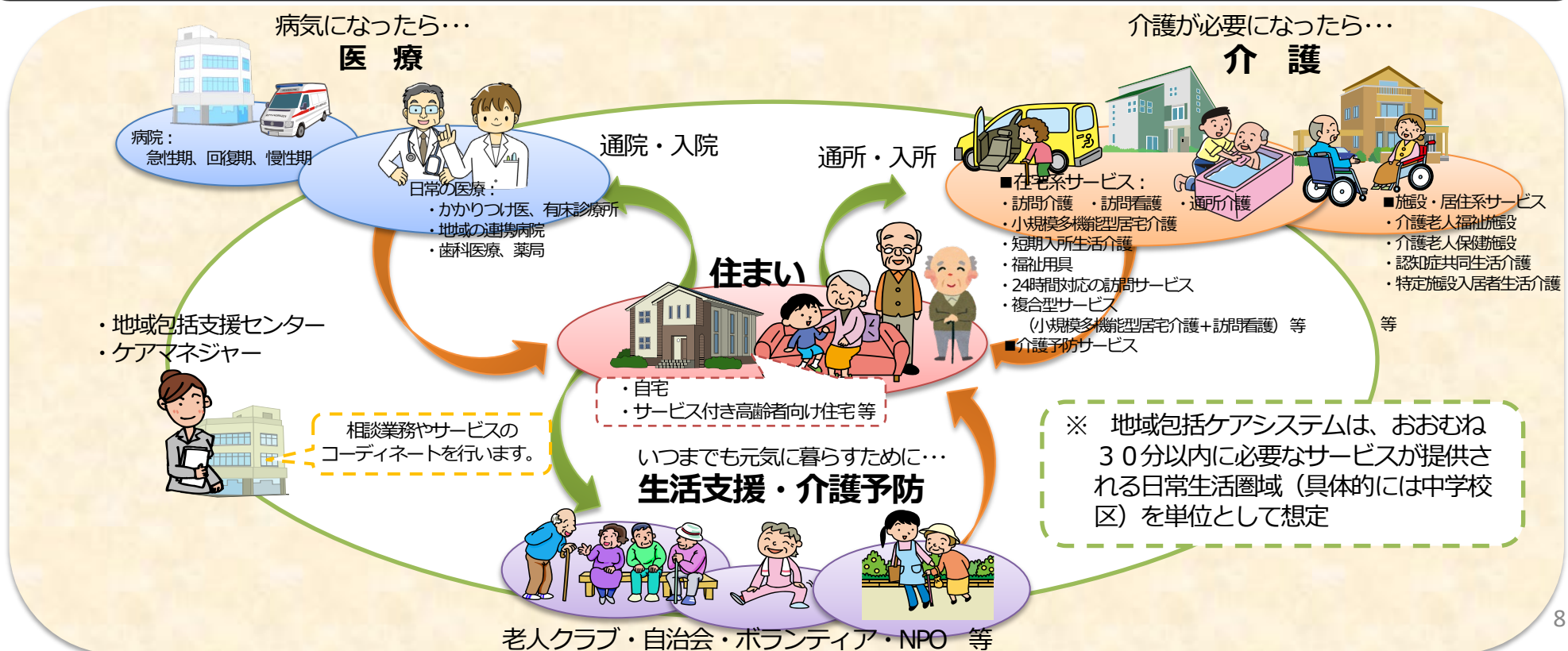
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成26年度社会保障費用統計」、2015年度、2016年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2016年度の国民所得額は「平成28年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成28年1月22日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2016年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

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。



平成30年度の診療報酬・介護報酬改定に向けて検討が想定される主な事項

診療報酬・薬価制度等

介護報酬

1. 医療機能の分化・連携の強化、地域包括ケアシステムの構築の推進

①入院医療

- ・地域医療構想の推進に向けて、急性期・回復期・慢性期といった医療機能や患者の状態（重症度）に応じた評価を推進

②外来医療、在宅医療

- ・生活習慣病患者への適切な治療も含め、かかりつけ医機能の推進
- ・アウトカムに着目した効果的な治療の評価
- ・多職種連携による効率的な医療提供の推進、
- ・薬の適切な処方（リフィル処方による残薬解消、降圧剤等の適切な処方）
- ・大病院受診時定額負担の対象病院の見直し

①介護医療院の報酬・基準の設定や各種の転換支援策

②自立支援や在宅生活の支援に関する取組の推進

- ・自立支援に向けた介護事業者へのインセンティブ
- ・通所リハビリテーションと通所介護の役割分担・機能強化
- ・小規模多機能型居宅介護等の人員基準・利用定員

【医療と介護の連携推進】

- ・特養における医療ニーズや看取りにより一層対応できる仕組み
- ・医療機関とケアマネジャーの連携
- ・維持期リハビリの介護保険への移行

2. 効率的・効果的な医療提供の推進

- ・遠隔医療の診療報酬の評価
- ・ICTを活用した負担軽減につながる取組の推進
- ・がんゲノム検査を活用した効果的な治療の推進

3. 薬価制度の抜本改革

- 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に沿って、
- ・市場規模拡大への柔軟な対応（年4回の再算定）
- ・中間年の薬価調査・薬価改定
- ・長期収載品の薬価引下げ、新薬創出加算の抜本的見直し、費用対効果の高い薬の薬価引上げを含め、真に有効な医薬品のイノベーション推進

4. 調剤報酬の抜本的見直し

- ・かかりつけ薬剤師・薬局の活躍の推進
- ・薬局の機能に応じたメリハリの効いた評価（いわゆる門前・門内薬局の評価の適正化）

2. 介護人材確保と質が高く効率的なサービス提供体制の構築

- ・生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和・報酬の設定
 - ・介護ロボット・ICTを活用する事業所の報酬・人員基準
- （注）平成29年度改定では、介護職員の月額1万円相当の処遇改善を実施。

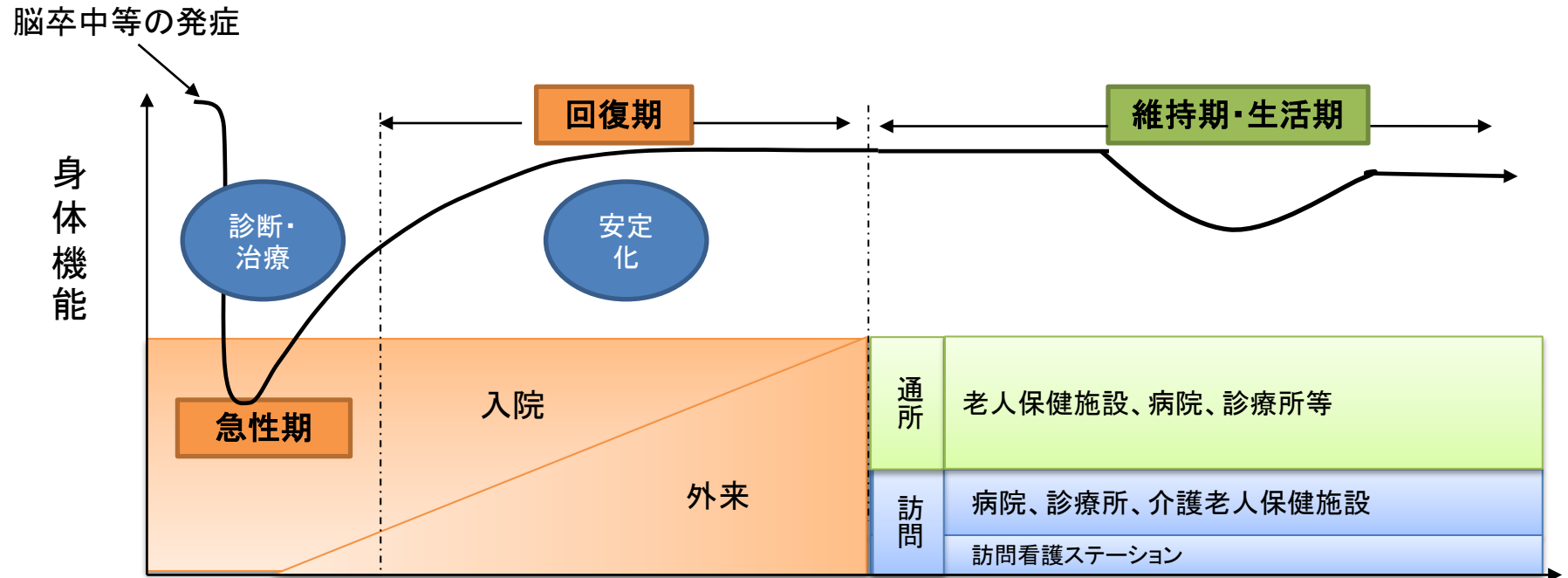
3. 介護サービスの適正化・重点化

- ・通所介護などその他の給付の適正化
- ・福祉用具の全国平均貸与価格の公表と貸与価格の上限の設定

※1 項目立ても含め、具体的な内容は、中央社会保険医療協議会及び社会保障審議会介護給付費分科会において検討。

※2 現時点で想定される主な事項を便宜的に記したもの。

リハビリテーションの役割分担



役割分担

主に医療保険

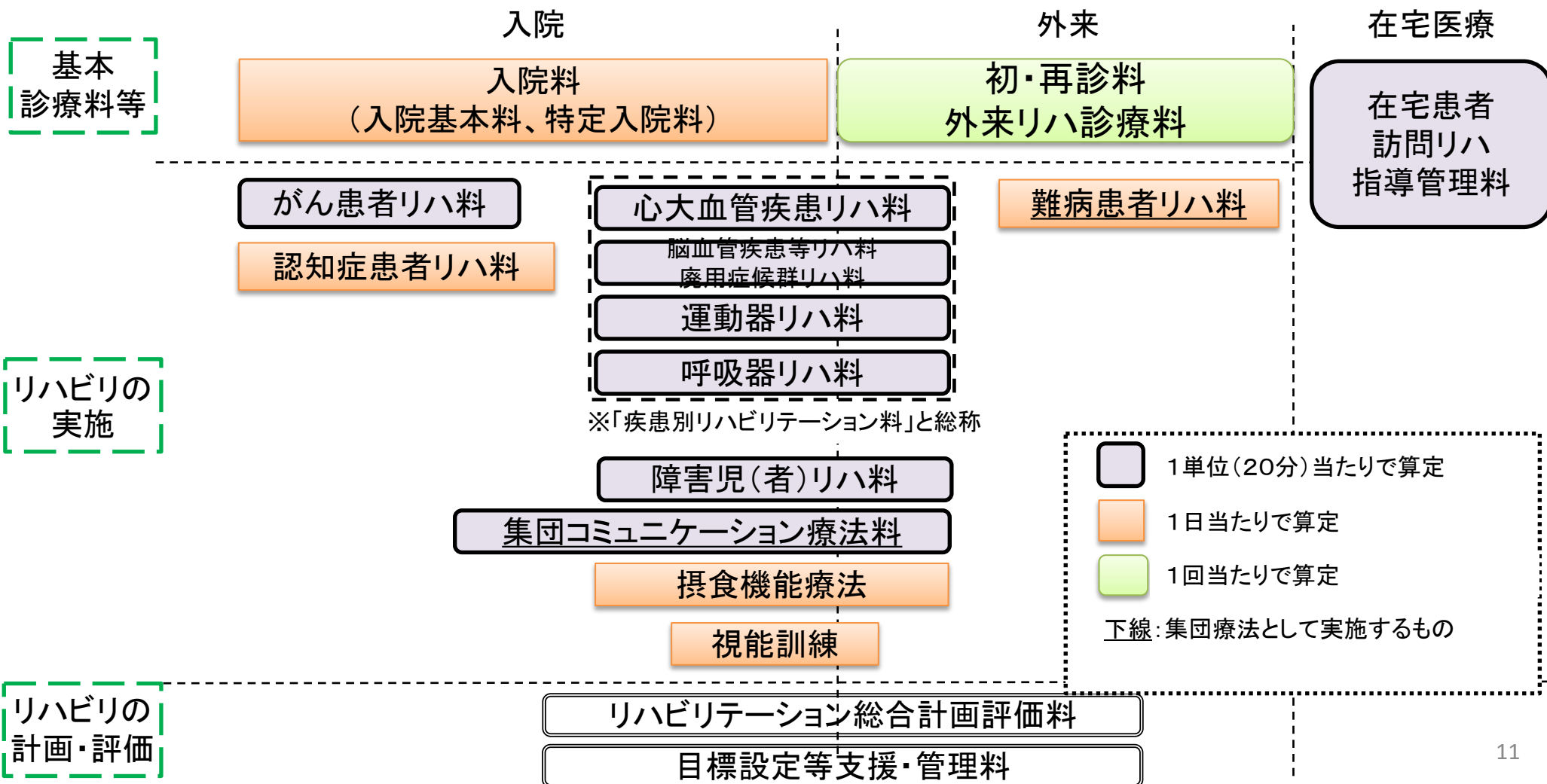
主に介護保険

	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・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

リハビリテーションにかかる診療報酬の構造

- リハビリテーションの診療報酬には、基本診療料等に加え、リハビリテーションの実施に対する評価や、リハビリテーションの計画等に対する評価がある。



発症等からの経過に応じた疾患別リハビリテーション料の点数について ～脳血管リハビリテーション料（Ⅰ）の場合～

			発症等 ～180日	181日以降
標準的算定日数の上限	除外	■ 以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合 ・失語症、失認及び失行症の患者 ・高次脳機能障害の患者 ・回復期リハ病棟入院料を算定する患者 ・その他疾患別リハビリテーションの対象患者で、リハビリの継続が必要と医学的に認められる場合 等 ■ 以下で、治療上有効と医学的に判断される場合 ・先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合 ・障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者の場合(加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病以外	245点	
		要介護被保険者 <u>以外</u>		245点 (月13単位まで)
	対象	要介護被保険者		147点 (月13単位まで)

標準的算定日数を超えた場合の点数

標準的算定日数を超えた場合の疾患別リハビリテーション料の点数について
～脳血管リハビリテーション料（Ⅰ）の場合～

		要介護被保険者	
		非該当	該当
標準的算定日数の上限	除外	245点 移行可能 245点 (月13単位まで) 147点 (月13単位まで)	
	対象		

平成29年度末までに、原則として、
介護保険に移行する方針

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

医療と介護の連携に関する意見交換における主な御意見【概要版】（抜粋）

テーマ3:リハビリテーション

急性期や回復期のリハビリテーションにおいて、目標設定支援の視点に基づくリハビリテーションをより一層推進することについて

- 急性期・回復期・維持期・生活期というリハビリテーションの流れを考えると、急性期の時から、生活上の目標設定の視点に基づくリハビリテーションを進めることが重要。
- 患者が自宅に帰った後までを想定した目標設定をするためには、急性期のリハビリテーションを担っている病院における多職種カンファレンスが重要。

疾患別リハビリテーションの維持期における介護保険への円滑な移行を含め、医療と介護との間で切れ目のない継続的なリハビリテーションを効果的に提供することについて

- 介護保険に移行できる人はできるだけ移行するとともに医療保険でのリハビリテーションが必要な人は引き続き残れるよう、標準的算定日数を超過して医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている要介護被保険者の状態を明らかにする必要がある。
- 10年近く維持期のリハビリテーションの介護への移行が延期されているが、次回改定は医療と介護の同時改定であり、円滑に介護保険に移行するための絶好の機会。
- 医療保険から介護保険に紹介がある場合、FIMデータばかりで活動と参加に関するデータがないのが現状。情報共有の際、身体能力等について共通した項目があったほうがいいが、まずは活動と参加の状況について、医療と介護の共通の項目を作るべき。

医療と介護の連携・移行をより効率的に推進する観点から、リハビリテーションにおける実施計画書等の在り方について

- 施設基準や要件のさらなる緩和やリハビリテーションにおける実施計画書等の共通化による情報共有等、非効率な運用を改善する必要がある。
- 医療と介護のリハビリテーションにおける実施計画書等は、互換性を持たせて、情報の引き継ぎが円滑にいくように検討していくべき。

自立支援に向けたインセンティブの検討について

平成29年4月14日 未来投資会議 安倍総理大臣発言

老化は避けられませんが、日々の努力で介護状態になることを予防できます。いったん介護が必要になっても、本人が望む限りリハビリを行うことで改善できます。（略）そして、効果のある自立支援の取組が報酬上評価される仕組みを確立させます。

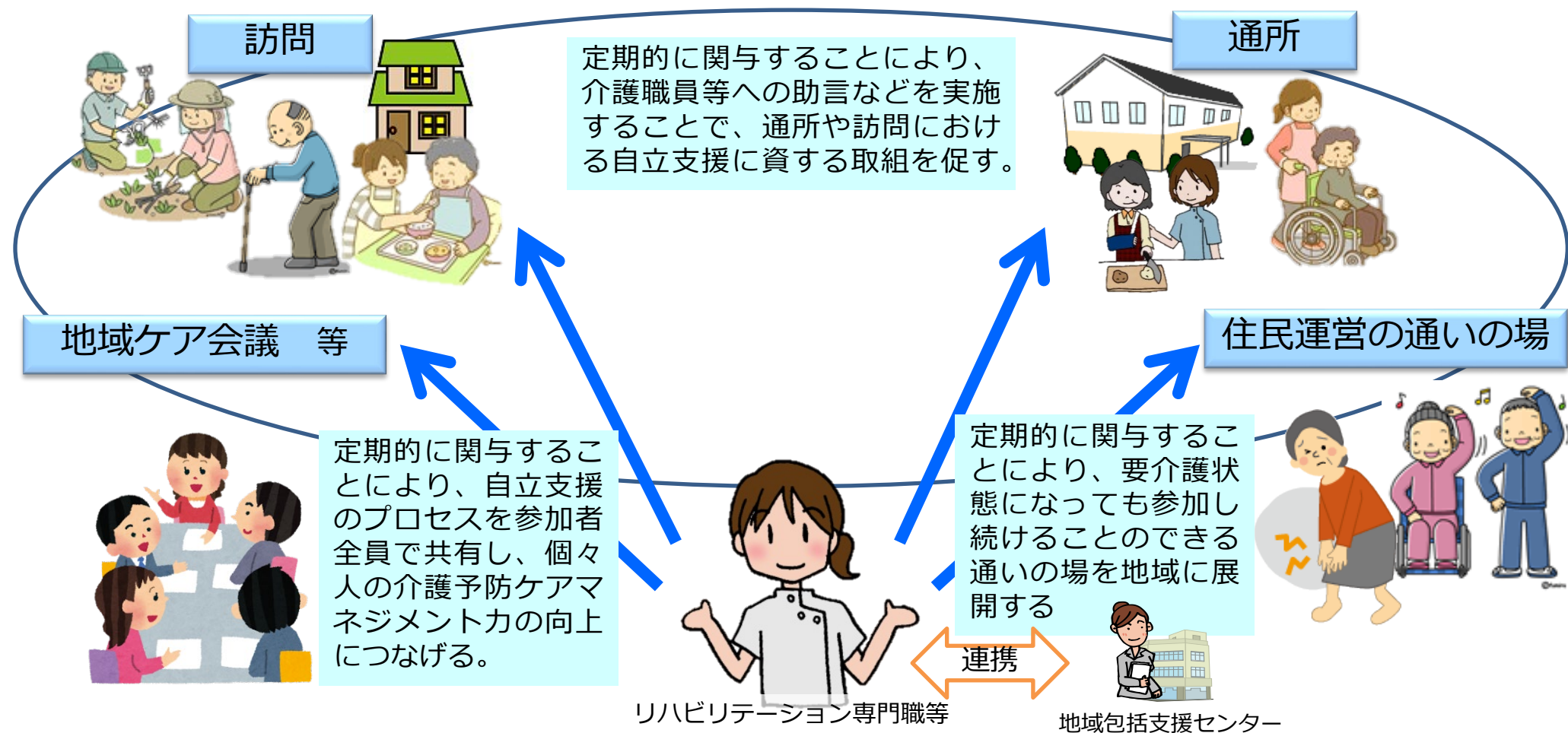
平成29年6月9日 経済財政運営と改革の基本方針 2017

自立支援に向けた介護サービス事業者に対するインセンティブ付与のためのアウトカム等に応じた介護報酬のメリハリ付け（中略）について、関係審議会等において具体的内容を検討し、2018年度（平成30年度）介護報酬改定で対応する。

※今後、平成30年度の介護報酬改定において、自立支援に向けたインセンティブについての議論を深めていく予定。

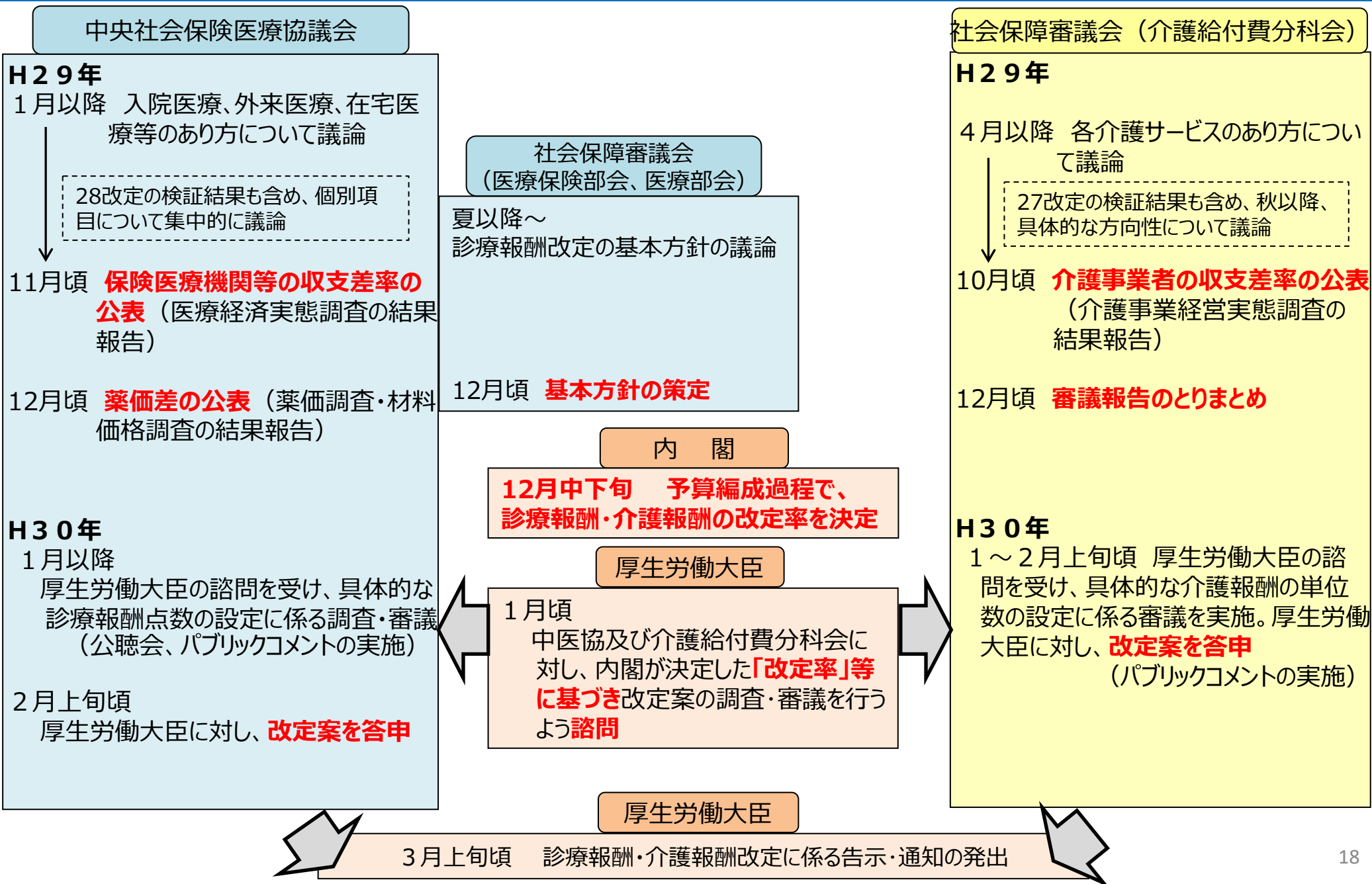
生活支援・介護予防におけるリハビリテーション専門職の活躍

地域リハビリテーション活動支援事業において、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。

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



2. 作業療法士の現状等について

作業療法士の現状

業 務 等

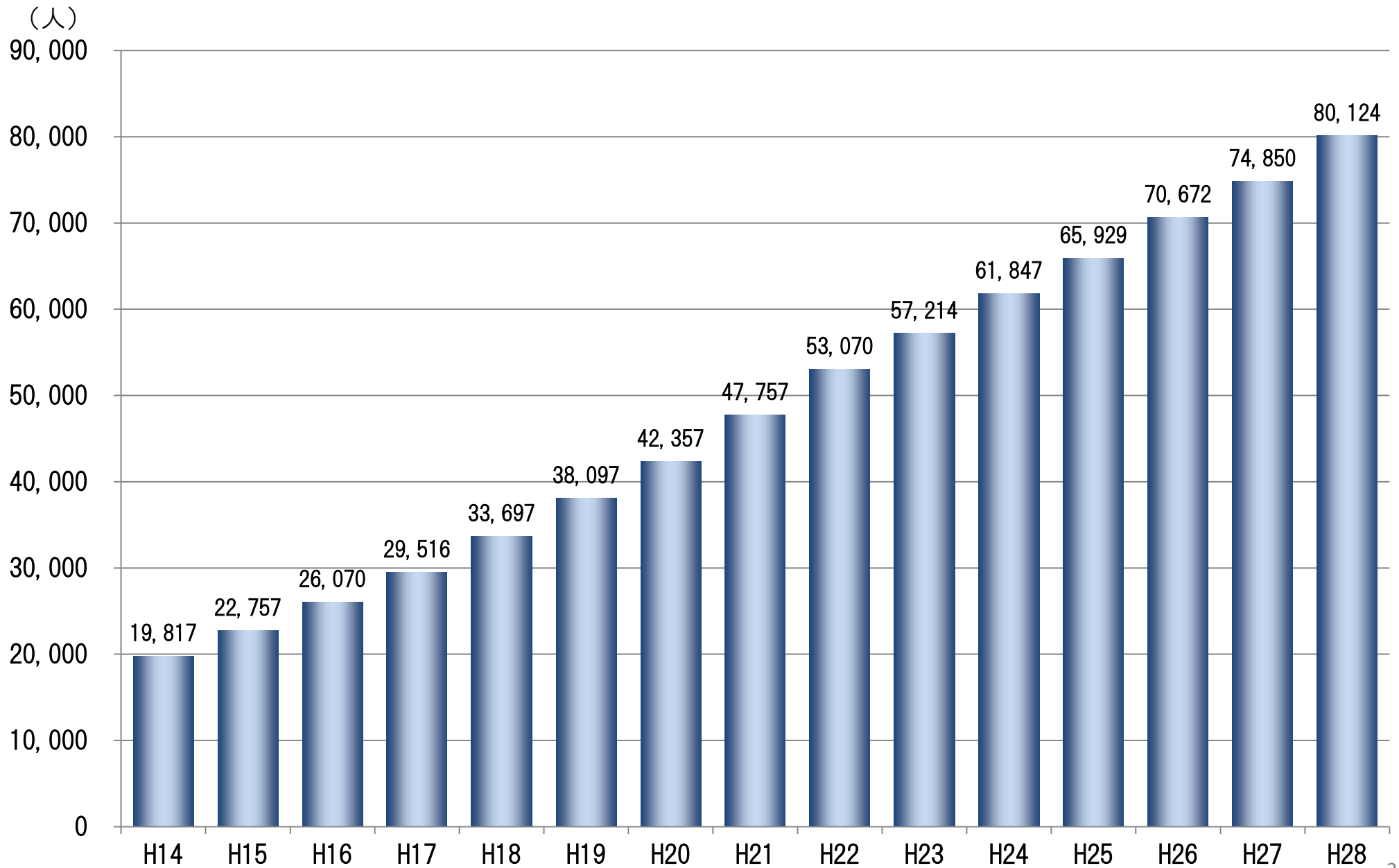
※理学療法士及び作業療法士法（昭和40年法律第137号）

- 「作業療法士」とは、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適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせることをいう。
- 診療の補助として作業療法を行う場合は、医師の指示の下に行わなければならない。
- 作業療法士は名称独占資格である。

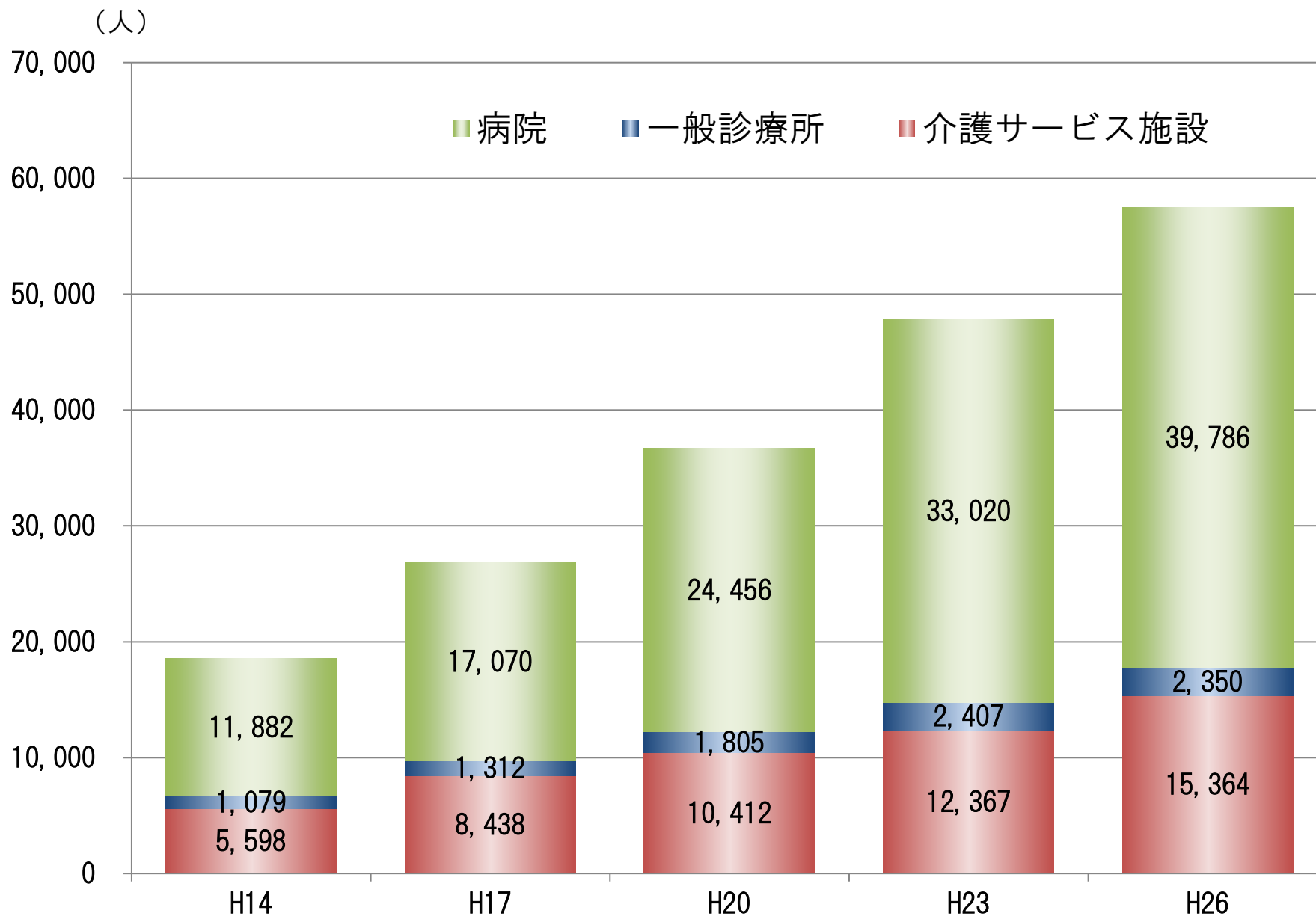
現 況

（１）免許取得者数（平成28年12月末現在）		80,124人
（２）従事者数（平成26年10月現在）	病院・診療所	42,136人
	介護保険施設等	15,364人
（３）学校養成施設数及び定員数（平成28年4月1日現在）	施設数	189か所
	定員数	7,533人
（４）国家試験実施状況（平成29年2月実施）	受験者数	5,983人
	合格者数	5,007人
	合格率	83.7%

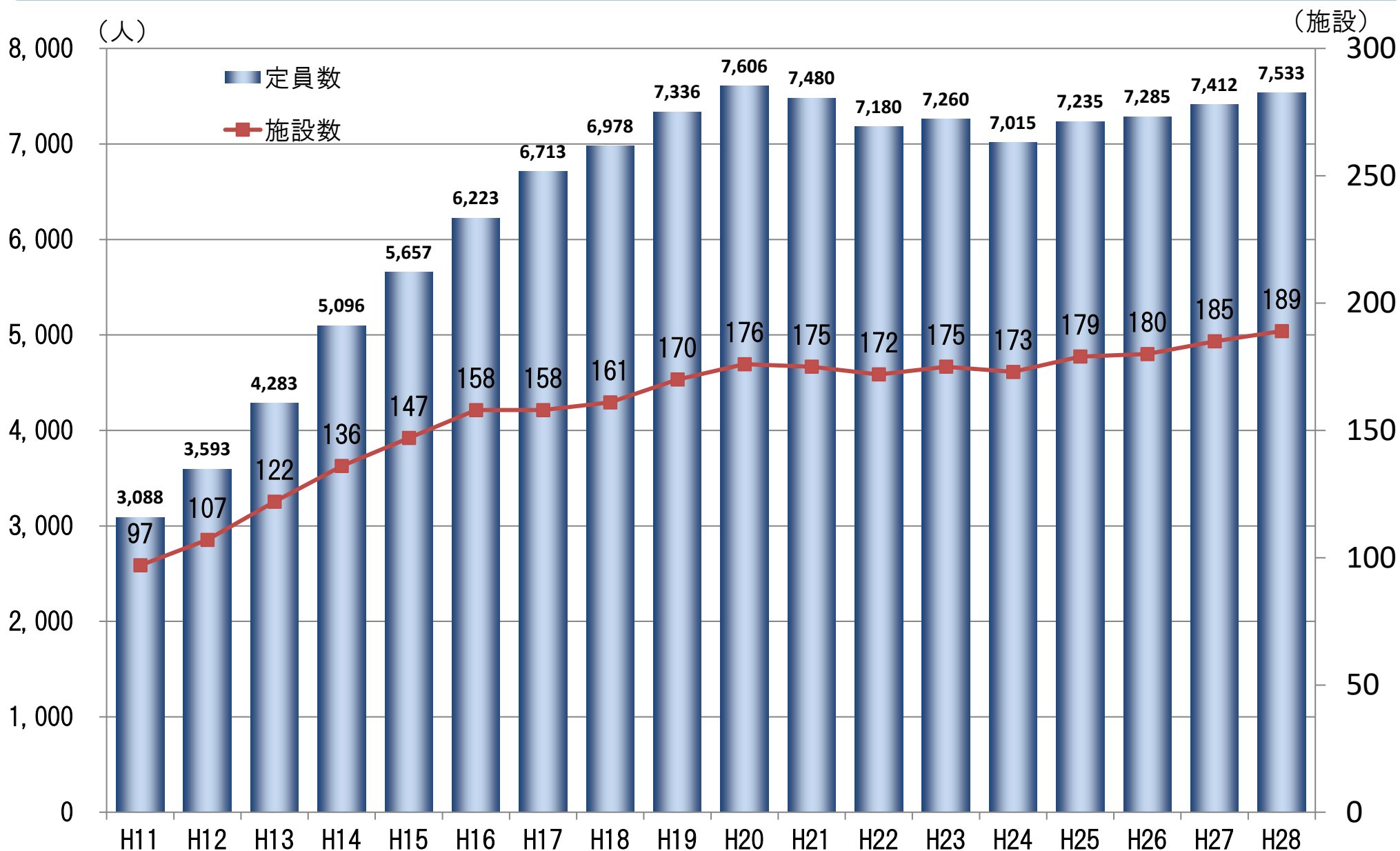
免許登録者の推移



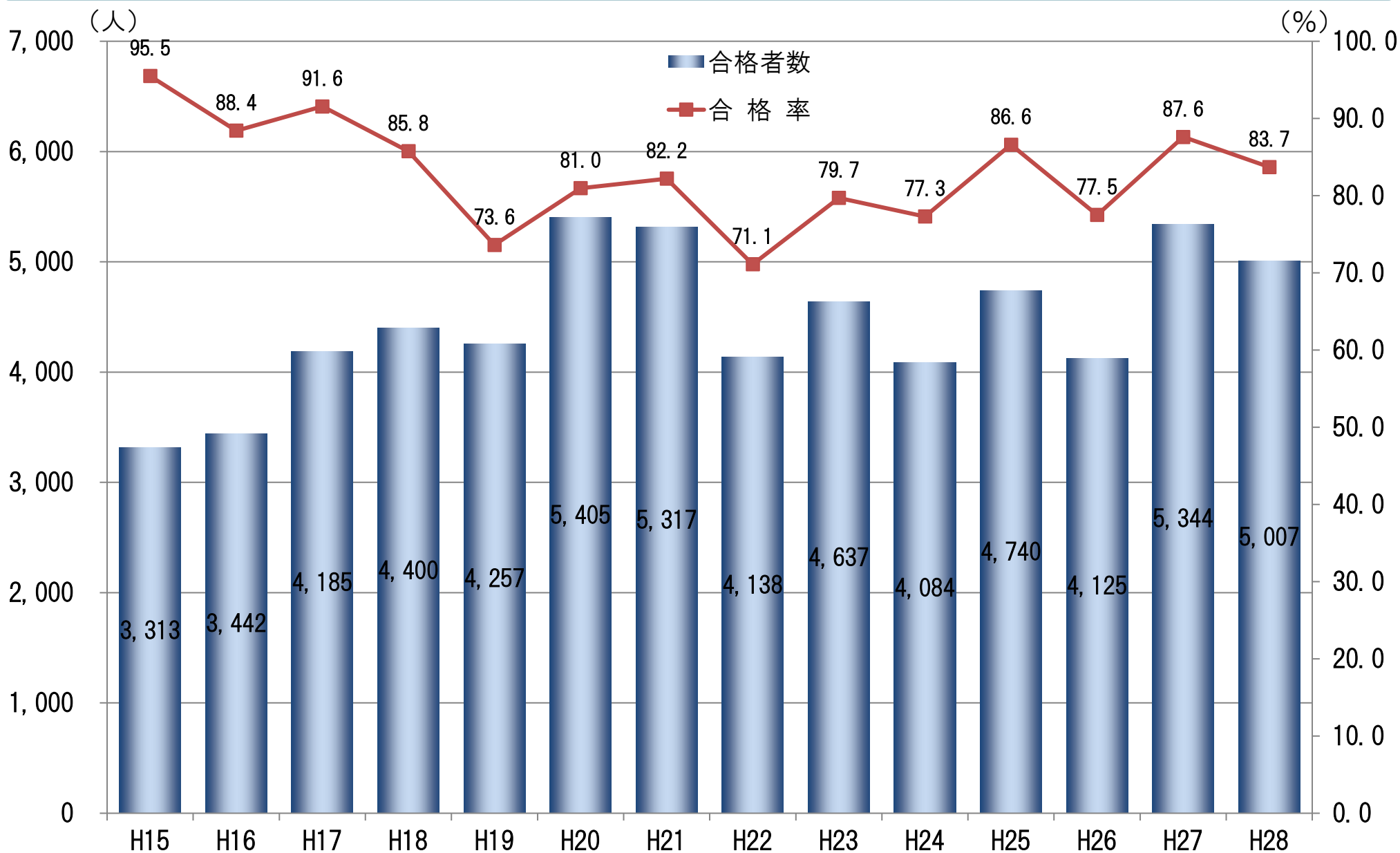
従事者数の推移



学校・養成施設数・定員数の推移



国家試験合格者、合格率の推移



理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会

目 的

理学療法士・作業療法士（以下「PT・OT」という。）の学校養成施設のカリキュラム等については、平成11年以降、改正を行っていないが、この間、高齢化の進展に伴う医療需要の増大や、地域包括ケアシステムの構築など、PT・OTを取り巻く環境も変化している。

また、PT・OTの学校養成施設数の増加によって、臨床実習の在り方の見直し等が求められている。

このような状況を踏まえ、質の高いPT・OTを養成するため、PT・OT学校養成施設の指定基準の見直しなど、PT・OT学校養成施設のカリキュラム等の検討を行う。

検討内容

「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則」、「理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン」の見直しについて

- （１）総単位数の見直しについて
- （２）臨床実習の在り方について
- （３）専任教員の要件について
- （４）その他

構 成 員

池田	由美	首都大学東京健康福祉学部 准教授
澤潟	昌樹	在宅総合ケアセンター元浅草 副センター長
釜范	敏	公益社団法人日本医師会 常任理事
才藤	栄一	藤田保健衛生大学 統括副学長 (一般社団法人リハビリテーション教育評価機構 理事長)
高木	邦格	一般社団法人全国リハビリテーション学校協会理事長
高畑	進一	大阪府立大学地域保健学総合リハビリテーション学類 教授
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
○ 福島	統	東京慈恵会医科大学 教育センター長
水間	正澄	医療法人社団輝生会 常務理事
山田	千鶴子	社会医療技術学院 学院長
横田	一彦	東京大学医学部附属病院リハビリテーション部技師長

※○は座長

(五十音順、敬称略)

活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

- 国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）の「心身機能」、「活動」、「参加」の3つの要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進するため、平成27年の介護報酬改定では「活動」と「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入や、このような質の高いリハビリテーションの着実な提供を促すためのリハビリテーションマネジメントの充実等を図った。
- 作業療法士には、急性期から生活期までの継続したリハビリテーションを通して、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にする取組を期待する。
- また、高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域ケア会議や住民主体の通いの場等への作業療法士の関与を促進し、地域における介護予防の取組への寄与を期待する。

ご静聴ありがとうございました。