

医療・介護サービス提供体制改革推進本部

議事次第

日時：平成 25 年 10 月 11 日（金）

16：10～16：30

場所：省議室（9 階）

1 大臣ご挨拶

2 議 題

医療・介護サービス提供体制改革の推進について

【資料】

資料 1 医療・介護サービス提供体制改革推進本部について

資料 2 医療・介護サービス提供体制改革の推進について

参考資料 1 社会保障審議会医療部会資料（抜粋）

参考資料 2 社会保障審議会介護保険部会資料（抜粋）

医療・介護サービス提供体制改革推進本部について

資料1

医療・介護の従事者、施設、事業等の確保及び有効活用等を図り、効率的で質の高い医療・介護サービス提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応し、各自治体が地域の実情に応じて、地域包括ケアシステム(医療、介護、住まい、予防、生活支援が身近な地域で包括的に確保される体制)の構築を推進していくことを支援するためには、部局横断的な連携が求められることから、厚生労働省に医療・介護サービス提供体制改革推進本部を設置する。

(平成25年10月11日設置)

本部

本部長: 大臣
本部長代理: 副大臣、政務官
副本部長: 事務次官、厚生労働審議官

構成員: 医政局長、老健局長、保険局長、社会・援護局長
審議官(老健、医療・介護地域連携担当)、
審議官(医療保険、医政、医療・介護連携担当)
審議官(社会・援護担当)

医療・介護連携推進プロジェクトチーム

- 高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の一体的な確保を行うため、医療計画と介護保険事業(支援)計画の連携、医療機能分化・連携や在宅医療・介護を進めるための新たな財政支援制度等について、関係部局で一体的に検討を行う。
- 主査を厚生労働審議官とし、副主査を医政局長、保険局長及び老健局長等とする。また、関係課室長を構成員とする。

地域包括ケアシステム推進プロジェクトチーム

- 地域包括ケアシステムの構築のための自治体支援その他の取組を行う。
 - ①先進事例の収集・提供
 - ②各種マニュアル、ツール等の作成・提供
 - ③見える化のシステム構築による自治体支援
 - ④都道府県単位での市町村セミナー、説明会等への講師派遣など、自治体への丁寧な説明
 - ⑤市町村をきめ細かく支援する方策の検討
- 今年度から来年度にかけて、自治体の第6期介護保険事業(支援)計画(中長期の見通しを含む)の策定作業に合わせ、自治体支援の活動を推進する。
- 主査を老健局長とし、副主査を医政局長、保険局長及び社会・援護局長等とする。また、関係課室長を構成員とする。

医療・介護サービス提供体制改革推進本部 名簿

(平成 25 年 10 月 11 日現在)

本部長	田村 憲久	厚生労働大臣
本部長代理	土屋 品子	厚生労働副大臣
本部長代理	赤石 清美	厚生労働大臣政務官
副本部長	村木 厚子	厚生労働事務次官
副本部長	柴畑 潤	厚生労働審議官
本部員	原 徳壽	医政局長
	原 勝則	老健局長
	木倉 敬之	保険局長
	岡田 太造	社会・援護局長
	有岡 宏	大臣官房審議官 (老健、医療・介護地域連携担当)
	神田 裕二	大臣官房審議官 (医療保険、医政、医療・介護連携担当)
古都 賢一	大臣官房審議官 (社会・援護担当)	

医療・介護サービス提供体制改革推進本部設置規程

平成25年10月11日
厚生労働大臣伺い定め

(設置)

第1条 医療・介護の従事者、施設、事業等の確保及び有効活用等を図り、効率的で質の高い医療・介護サービス提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応し、各自治体が地域の実情に応じて、地域包括ケアシステム（医療、介護、住まい、予防、生活支援が身近な地域で包括的に確保される体制をいう。）の構築を推進していくことを支援するためには、部局横断的な連携が求められることから、厚生労働省に医療・介護サービス提供体制改革推進本部（以下「本部」という。）を設置する。

(組織)

第2条 本部は、本部長、本部長代理、副本部長及び本部員をもって構成する。

- 2 本部長は、厚生労働大臣をもって充てる。
- 3 本部長代理は、厚生労働副大臣のうち本部長の指名する者及び大臣政務官のうち本部長の指名する者をもって充てる。
- 4 副本部長は、事務次官及び厚生労働審議官をもって充てる。
- 5 本部員は、別紙の職にある者をもって充てる。ただし、本部長が必要と認めるときは、本部員を追加することができる。
- 6 本部長は、必要に応じ、本部に構成員以外の者の参加を求めることができる。
- 7 本部長は、必要に応じ、本部にプロジェクトチームを設置することができる。

(庶務)

第3条 本部の庶務は、医政局総務課及び老健局総務課において処理する。

(その他)

第4条 この規程に定めるもののほか、本部の運営に関し必要な事項は、本部長が別に定める。

附 則

この規程は、この規程を定めた日（平成25年10月11日）から施行する。

別紙

医政局長

社会・援護局長

老健局長

保険局長

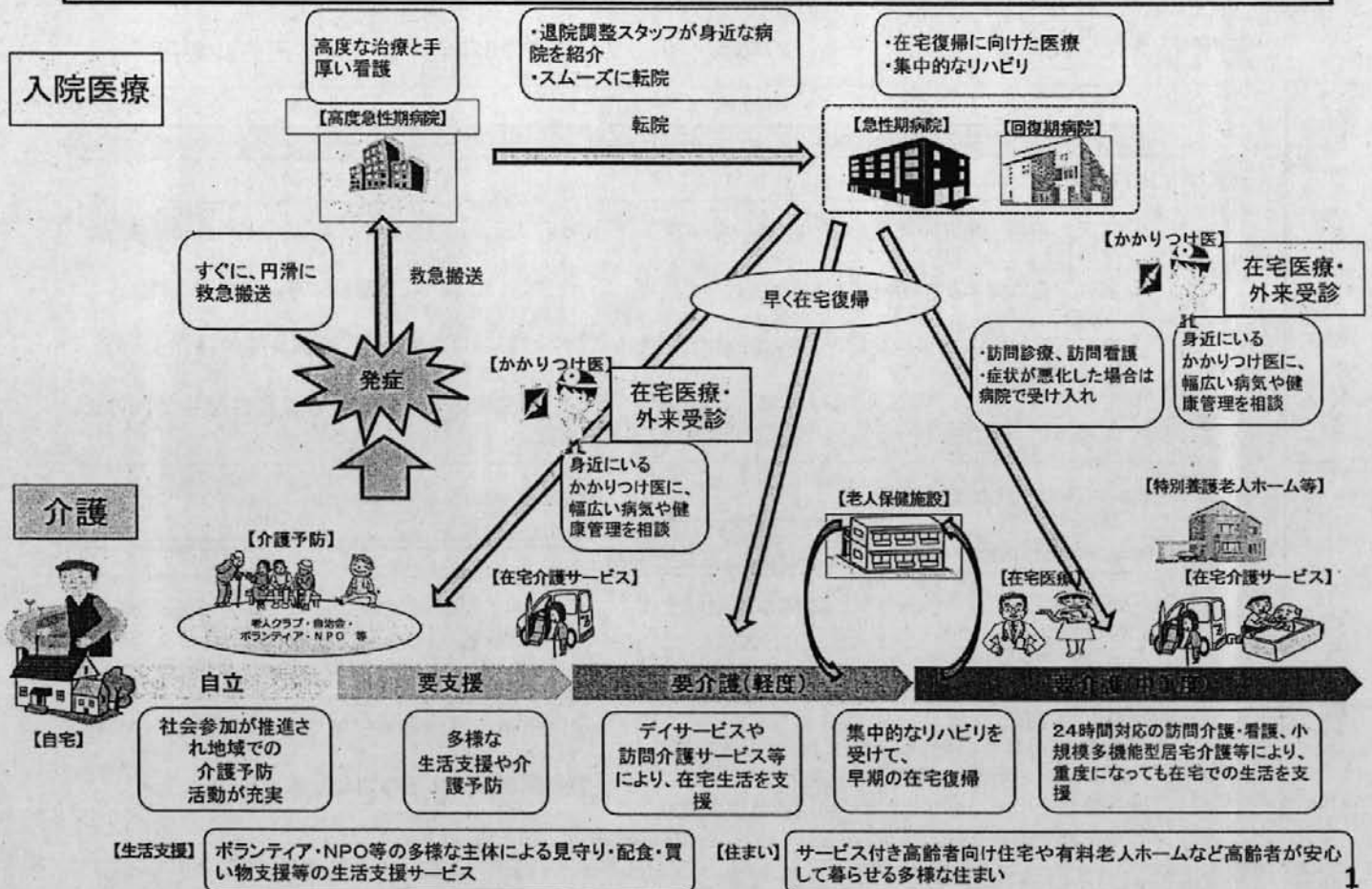
大臣官房審議官（賃金、社会・援護・人道調査担当）

大臣官房審議官（老健、障害保健福祉、医療・介護地域連携担当）

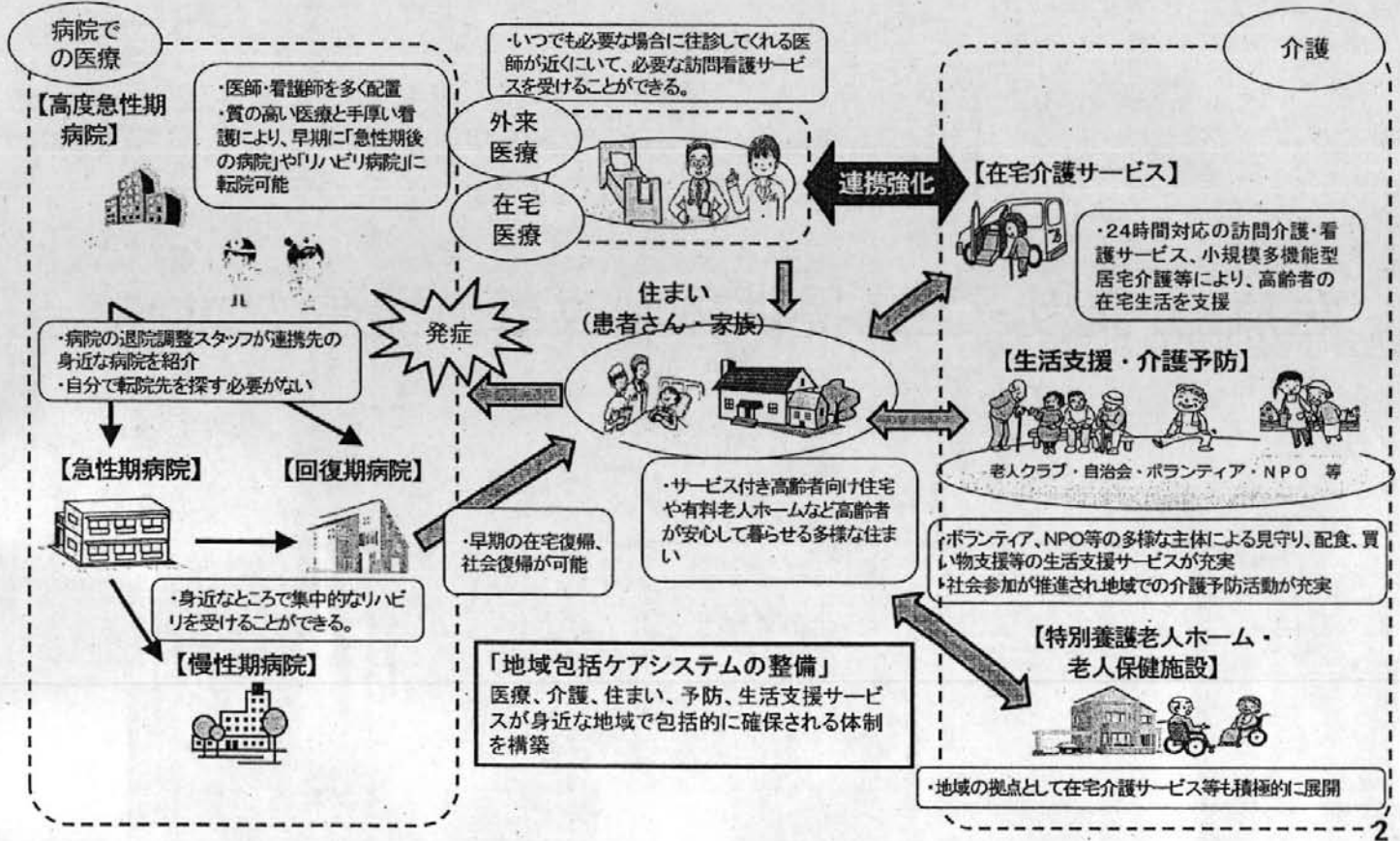
大臣官房審議官（医療保険、医政、医療・介護連携担当）

医療・介護サービス提供体制改革の推進について

医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（利用者の立場から）



医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）



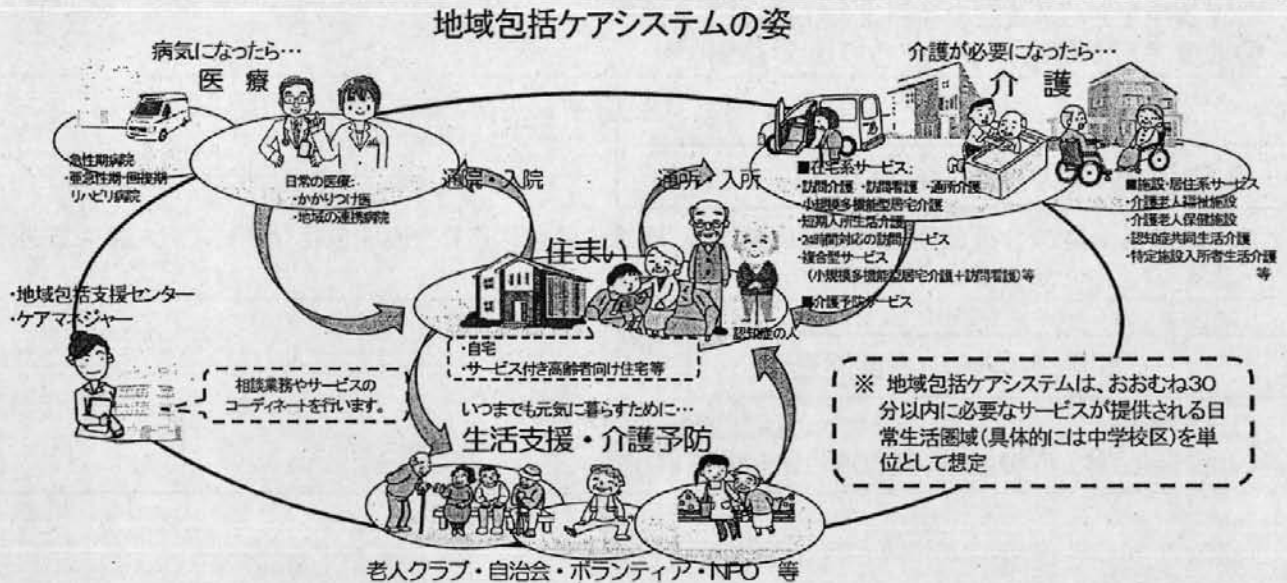
社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子による
社会保障制度改革の工程表(平成29年度まで)(医療・介護関係抜粋)

	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
医療サービス等の提供体制		現行医療計画(～29年度) 必要な措置を29年度までを目途に順次講ずる			* 30年度～次期医療計画
	▲ 一環として法律案の26年通常国会への提出を目指す	①病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護の推進 ・病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設 ・地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置 (必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等) ②地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善等に係る施策 ③医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し など			
介護保険制度		第5期介護保険事業計画(～26年度)	第6期介護保険事業計画(～29年度) 必要な措置を27年度までを目途に講ずる		
	▲ 法律案の26年通常国会への提出を目指す	①地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し ・在宅医療・在宅介護の連携の強化 ・高齢者の生活支援・介護予防に関する基盤整備 ・認知症に係る施策 ②地域支援事業の見直しと併せた地域の実情に応じた要支援者への支援の見直し ③一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し など ④いわゆる補足給付の支給の要件に資産を勘案する等の見直し ⑤特別養護老人ホームに係る施設介護サービス費の支給対象の見直し ⑥低所得の第一号被保険者の介護保険料の負担軽減 ⑦介護報酬に係る適切な対応の在り方 など			
<small>※ 本工程表は、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」(平成25年8月21日閣議決定)に盛り込まれた講ずべき社会保障制度改革の措置等のうち、医療サービス等の提供体制、介護保険制度について講ずる時期等が明示されている措置や検討事項の内容について記載したものである。</small>					

地域包括ケアシステム

- 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、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 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です。
- 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が生じています。

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必要があります。



4

地域包括ケアシステム構築推進のための市町村支援の具体的な取組

1. 広報の推進

- 地域包括ケアシンポジウム(全国5か所、7月29日～8月8日)
- 地域包括ケアシステムの広報ホームページ立ち上げ(8月6日)
- 地域ケア会議活用推進事業全国会議(9月20日)
- 市町村セミナーの開催(11月8日、平成26年1月17日)
- 生活支援のコーディネーターに係るシンポジウム等の開催(今年度中目途、2カ所程度)
- 定期巡回・随時対応サービスに係るシンポジウムの開催(今年度中に3カ所で実施予定)
- 小規模多機能型居宅介護に係るシンポジウム等の開催(今年度中に実施予定)

2. 介護保険事業計画の策定支援

- 第6期介護保険事業(支援)計画の策定準備等に係る担当者等会議(7月29日)
- 日常生活圏域ニーズ調査の調査項目例の提供(7月29日)、生活支援ソフトの改訂版の提供(年内目途)
- 第6期介護保険事業計画策定用ワークシート、ワークシートの手引書の作成(検討中、年度末に暫定版提供予定)

3. 介護・医療関連情報の「見える化」システム構築による自治体支援

- 介護保険総合データベース、国勢調査等の公的統計調査の情報を有効に活用できる形で「見える化」システムを通じて提供。これにより、地方自治体は、全国比較や他の自治体との比較も行いつつ、それぞれの介護保険事業の現状等を視覚的にわかりやすく把握・分析し、今後の医療・介護サービスのより一層効果的な提供体制の検討が可能となる。

5

4. 事例集の作成・配布

- 事例集の第1版を提供(7月29日)
- 事例集の詳細版を作成・提供・ホームページでの周知
- 市町村介護予防強化推進事業(予防モデル事業)の好事例の紹介
- 定期巡回・随時対応サービスの事例集の作成(地方自治体、事業者、ケアマネジャー向け)
- 自立支援に資するケアプラン事例集の作成

5. 各種マニュアルの作成・提供

- 認知症ケアパス策定の手引書(検討中)
- 地域ケア会議活用マニュアルの作成・提供

6. 地方自治体における人材育成への支援

- 地方自治体の介護保険担当職員に対して、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築のための研修を充実する方策を検討

7. セミナー、説明会等への講師派遣

- 市町村向けセミナー、説明会等への講師派遣
- 地方自治体からの相談、情報連絡体制の整備検討

6

「見える化」事業について(イメージ①)



○地理情報システムを活用して介護保険事業の現状等を「見える化」することで、全国及び自治体間の比較を容易にし、自治体における現状分析を支援する。

○介護保険総合データベースの情報を基に、介護保険政策評価支援システム等で提供している各種指標を統合し、「見える化」して提供する。

○介護保険総合データベース以外に、国勢調査等の公的統計調査の情報を活用して提供することで、介護保険給付以外の自治体特性を考慮した現状分析を支援する。

7

第2部 社会保障4分野の改革 II 医療・介護分野の改革 2 医療・介護サービスの提供体制改革

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようとするれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に進められるべきものであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時に進められるべきものである。

今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことを踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている。

この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならない。かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかが重要となる。確かに、地域ケア会議や医療・介護連携協議会などのネットワークづくりの場は多くの市町村や広域圏でできているが、今のところ、医療・介護サービスの提供者が現場レベルで「顔の見える」関係を構築し、サービスの高度化につなげている地域は極めて少ない。成功しているところでは、地域の医師等民間の熱意ある者がとりまとめ役、市町村等の行政がその良き協力者となってマネージしている例が見られることを指摘しておきたい。

10

こうした地域包括ケアシステムの構築に向けて、まずは、2015（平成27）年度からの第6期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ、各種の取組を進めていくべきである。

具体的には、高齢者の地域での生活を支えるために、介護サービスについて、24時間の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型サービスの普及を図るほか、各地域において、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や生活支援サービスの充実を図ることが必要である。これと併せて、介護保険給付と地域支援事業の在り方を見直すべきである。地域支援事業については、地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業（地域包括推進事業（仮称））として再構築するとともに、要支援者に対する介護予防給付について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組等を積極的に活用しながら柔軟かつ効率的にサービスを提供できるよう、受け皿を確保しながら新たな地域包括推進事業（仮称）に段階的に移行させていくべきである。

また、地域包括ケアの実現のためには地域包括支援センターの役割が大きい。かかりつけ医機能を担う地域医師会等の協力を得つつ、在宅医療と介護の連携を推進することも重要である。これまで取り組んできた在宅医療連携拠点事業について、地域包括推進事業として制度化し、地域包括支援センターや委託を受けた地域医師会等が業務を実施することとすべきである。

さらに、中低所得層の高齢者が地域において安心して暮らせるようにするため、規制改革等を進めつつ、地域の実情に応じ、介護施設等をもとより、空家等の有効活用により、新たな住まいの確保を図ることも重要である。

なお、地域医療ビジョン同様に、地域の介護需要のピーク時を視野に入れながら2025（平成37）年度までの中長期的な目標の設定を市町村に求める必要があるほか、計画策定のために地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理していく仕組みを整える必要がある。また、上記（1）で述べた都道府県が策定する地域医療ビジョンや医療計画は、市町村が策定する地域包括ケア計画を踏まえた内容にするなど、医療提供体制の改革と介護サービスの提供体制の改革が一体的・整合的に進むようにすべきである。

いずれにせよ、地域包括ケアシステムの確立は医療・介護サービスの一体改革によって実現するという認識が基本となる。こうした観点に立てば、将来的には、介護保険事業計画と医療計画とが、市町村と都道府県が共同して策定する一体的な「地域医療・包括ケア計画」とも言い得るほどに連携の密度を高めていくべきである。

なお、地域包括ケアシステムを支えるサービスを確保していくためには、介護職員等の人材確保が必要であり、処遇の改善やキャリアパスの確立などを進めていく必要がある。また、地域医師会等の協力を得ながら、複数の疾患を抱える高齢者が自分の健康状態をよく把握している身近な医師を受診することを促す体制を構築していくことも必要である。

(5) 医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援

医療・介護サービスの提供体制改革の推進のために必要な財源については、消費税増収分の活用が検討されるべきである。具体的には、病院・病床機能の分化・連携への支援、急性期医療を中心とする人的・物的資源の集中投入、在宅医療・在宅介護の推進、更には地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携、生活支援・介護予防の基盤整備、認知症施策、人材確保などに活用していくことになる。

ただし、その活用が提供体制の改革に直接的に結びついてこそ、消費税増収分を国民に還元するという所期の目的は果たされることになる。

その活用手段として、診療報酬・介護報酬の役割も考えられるが、医療・介護サービスの提供体制改革に係る診療報酬や介護報酬の活用については、福田・麻生政権時の社会保障国民会議の際には、体系的な見直しが前提とされていたことに留意する必要がある。医療・介護サービスの在り方が「地域完結型」に変わるからには、それに資するよう、診療報酬・介護報酬の体系的見直しを進めていく必要がある。

また、今般の国民会議で提案される地域ごとの様々な実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築するという改革の趣旨に即するためには、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していくことが必要と考えられる。医療機能の分化・連携には医療法体系の手直しが必要であり、また、病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものも含まれることから、その場合の手法としては、基金方式も検討に値しよう。

この財政支援については、病院等の施設や設備の整備に限らず、地域における医療従事者の確保や病床の機能分化及び連携等に伴う介護サービスの充実なども対象とした柔軟なものとする必要がある。

いずれにせよ、消費税増収分の活用の前提として、地域医療ビジョン、地域包括ケア計画等の策定を通じ、地域の住民にもそれぞれの地域の医療や介護サービスに対する還元のありようが示されることが大切である。

12

社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子(抄)

2. 医療制度

高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、国民皆保険制度を維持することを旨として以下のとおり、必要な改革を行う。

- (1) 個人の選択を尊重しつつ、健康管理や疾病予防など自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みの検討など、個人の主体的な健康の維持増進への取組を奨励する。
- (2) 情報通信技術、レセプト等を適正に活用しつつ、事業主、地方公共団体及び保険者等の多様な主体による保健事業の推進、後発医薬品の使用の促進及び外来受診の適正化その他必要な措置を講ずる。
- (3) 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応し、地域包括ケアシステム(医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制)を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項その他診療報酬に係る適切な対応の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。
 - ① 病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項
 - イ 病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設
 - ロ 地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置(必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等)
 - ハ 新たな財政支援の制度の創設
 - ニ 医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し
 - ② 地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善等に係る施策
 - ③ 医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し
- (4) (3)に掲げる医療提供体制及び地域包括ケアシステムを構築するに当たっては、個人の尊厳が重んじられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努める。
- (5) 次期医療計画の策定期間が平成30年度であることを踏まえ、(3)に掲げる必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる。その一環としてこのために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを目指す。

13

3. 介護保険制度

- (1) 個人の選択を尊重しつつ、介護予防など自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みの検討など、個人の主体的な取組を奨励する。
- (2) 低所得者を始めとする国民の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、給付範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図りつつ、地域包括ケアシステムの構築を通じて必要な介護サービスを確保する観点から、次に掲げる事項その他介護報酬に係る適切な対応の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。
- ① 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直しによる次に掲げる措置
 - イ 在宅医療及び在宅介護の連携の強化
 - ロ 高齢者の生活支援及び介護予防に関する基盤整備
 - ハ 認知症に係る施策
 - ② 地域支援事業の見直しと併せた地域の実情に応じた要支援者への支援の見直し
 - ③ 一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し
 - ④ いわゆる補足給付の支給の要件に資産を勘案する等の見直し
 - ⑤ 特別養護老人ホームに係る施設介護サービス費の支給対象の見直し
 - ⑥ 低所得の第一号被保険者の介護保険料の負担軽減
- (3) 第6期介護保険事業計画が平成27年度から始まることを踏まえ、(2)に掲げる必要な措置を平成27年度を目途に講ずる。このために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを目指す。

社会保障審議会医療部会資料 (抜粋)

第34回社会保障審議会医療部会	資料1
平成25年10月11日	

地域医療ビジョンを実現するために必要な措置 (必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等) 及び 新たな財政支援制度の創設について (抜粋)

- | | |
|--|-----------|
| 1. 必要な病床の適切な区分の設定及び病床機能報告制度・地域医療ビジョンとの関係について | P7 |
| 2. 都道府県の役割の強化等及び新たな財政支援制度の創設について | P10 |

「都道府県の役割の強化等及び新たな財政支援制度の創設について」の内容について

- 都道府県の役割の強化等及び新たな財政支援制度の創設について、以下のような内容が考えられるが、これらについてどう考えるか。

(1) 医療計画の機能強化等

- ① 医療計画の策定・変更時の医療保険者の意見聴取
- ② 機能分化・連携のための圏域ごとの協議の場の設置
- ③ 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化（介護保険の計画との一体的な策定）
- ④ 地域医療ビジョンの達成のための都道府県知事による診療報酬に関する意見提出

(2) 新たな財政支援制度の創設

(3) 病床の有効利用に係る都道府県の役割の強化

- ① 一定期間稼働していない病床に対する都道府県知事による稼働又は削減の措置の要請
- ② 医療機関に対する都道府県知事による医療機能の転換等の要請又は指示

2

(1) ③ 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化（介護保険の計画との一体的な策定）

1. 現行制度の概要

(医療計画について)

- 医療法において、厚生労働大臣は、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針（基本方針）を定めるものとしてされている。
また、都道府県は、基本方針に則し、かつ、地域の実情に応じて、医療計画を定めるものとしてされている。

(介護保険事業支援計画について)

- 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（基本指針）を定めるものとしてされている。
また、都道府県は、基本指針に即して、三年を一期とする介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する計画（都道府県介護保険事業支援計画）を定めるものとしてされている。

- なお、医療計画と介護保険事業支援計画ともに、双方との調和が保たれるように努めなければならないとされている。

2. 具体的内容

- 医療・介護サービスについては、2025年（平成37年）に向け、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の一体的な確保を進める必要がある。
在宅医療・介護連携の推進については、第32回医療部会で提示した論点があると考えられるが、医療・介護サービスの一体的確保を進めるため、これに加え、都道府県が策定する医療計画について、次頁のような見直しについてどう考えるか。

3

- 都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画を、一体的・強い整合性を持った形で策定することとしてはどうか。
- 具体的には、
 - ・ 国が定める両計画の基本方針を統合的なものにして、策定する
 - ・ 現在、医療計画の計画期間は5年、介護保険事業支援計画の計画期間は3年となっているが、両者の整合を図る観点から、医療計画の策定サイクルを見直す（両者の計画期間が揃うよう、平成30年度以降、計画期間を6年に見直し、在宅医療など介護保険と関係する部分等は、中間年（3年）で必要な見直しを行う）
 - ・ 国、都道府県、市町村（介護保険事業計画を策定）において、こうした統合的な基本方針や計画を策定し、進めるための協議を行う
 - ・ 訪問看護など市町村の介護保険事業計画に盛り込まれた在宅医療サービスを確保するための取組について、医療計画に記載すること等が考えられるのではないか。

3. メリット

- 入院医療における病院・病床の機能分化・連携の推進と、退院患者の受入れ体制として必須の在宅医療・介護サービスの確保とが、同時かつ一体的に進められるようになる。

4. 課題・論点

- 都道府県・市町村が協議を行う上では、既存の医療や介護に係る協議との役割分担を整理し、効率的に行っていくことが必要。

4

(2) 新たな財政支援制度の創設

1. 具体的な内容

- 医療・介護サービスについては、2025年（平成37年）に向け、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の一体的な確保を進める必要がある。
また、医療・介護サービスの提供体制は、地域ごとの様々な実情に応じて、整備される必要があり、そのためには、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の新たな財政支援の仕組みが必要ではないか。
- 新たな財政支援の仕組みは、消費税増収分を活用して設けることとし、医療機関の施設や設備の整備だけでなく、地域における医療従事者の確保や病床の機能分化及び連携等に伴う介護サービスの充実等も対象とする柔軟なものとするべきではないか。
- また、病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものもあることから、都道府県に基金を造成する仕組みとしてはどうか。

2. メリット

- 都道府県が、地域の実情を踏まえて、医療・介護サービスの提供体制の一体的な確保を進めることができる。

3. 課題・論点

- ① 消費税増収分を活用する前提として、地域医療ビジョン、介護保険事業計画等の策定を通じて、実効ある医療・介護サービス提供体制の改革の姿を示していくことが必要。
- ② 既存の基金事業（地域医療再生基金、介護基盤緊急整備等臨時特例基金）により実施している基盤整備との関係について、整理が必要。

5

社会保障審議会介護保険部会資料 (抜粋)

地域包括ケアシステム

平成25年8月28日介護保険部会資料

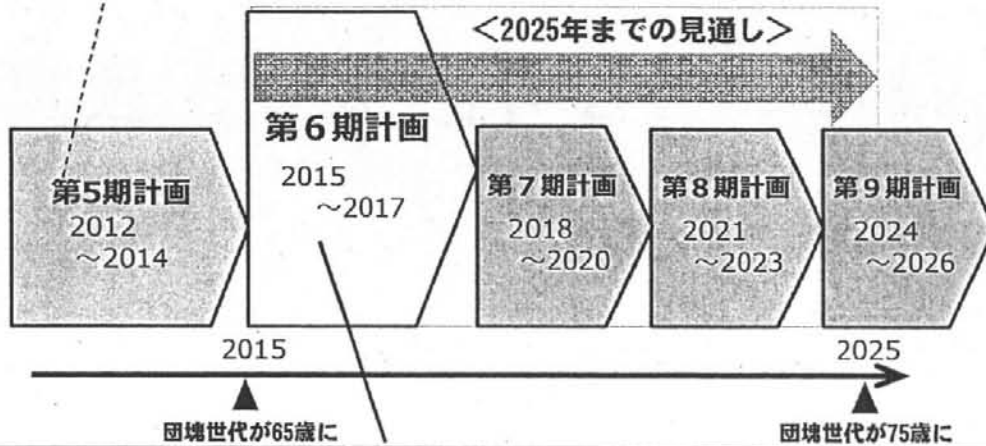
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、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必要があります。

地域包括ケアシステムの姿



2025年を見据えた第6期介護保険事業計画の位置づけ

第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる 地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

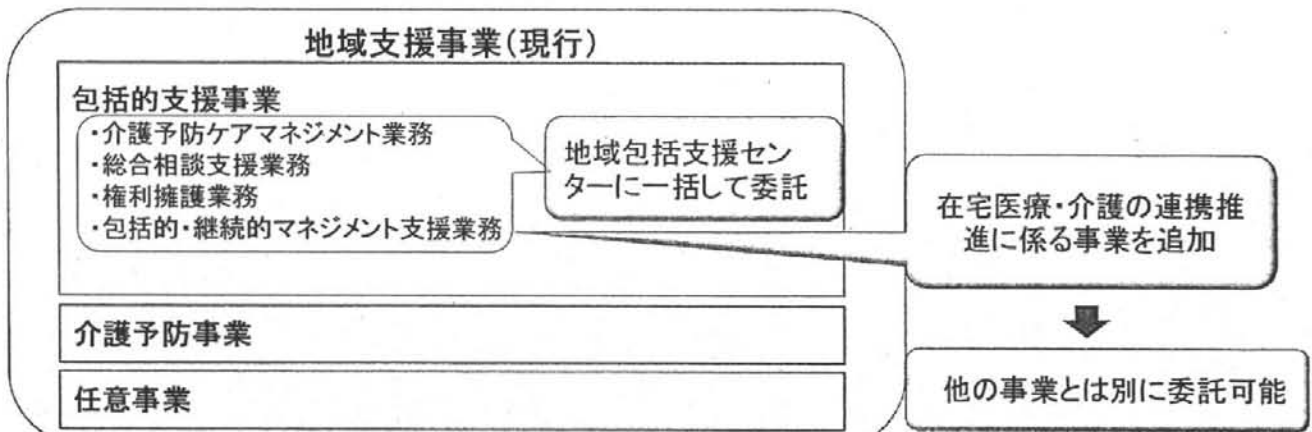


- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け「地域包括ケア計画」として、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくべきではないか。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を求めることとしてはどうか。
- また、地域包括ケアシステムを構成する各要素に関する取組について、新たに実施する事業も含め、地域の将来を見据えたより具体的な記載を求めることとしてはどうか。

3

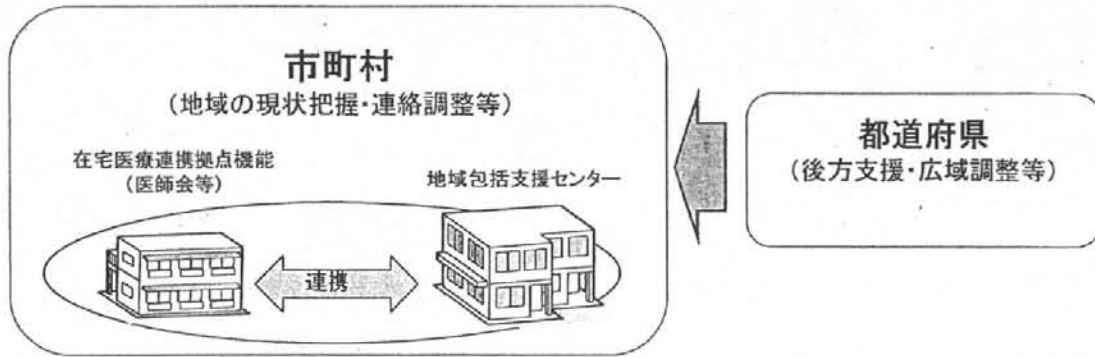
在宅医療・介護の連携推進の制度的な位置づけ(イメージ)

- 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～）の成果を踏まえ、在宅医療・介護の連携推進について、介護保険法の中で恒久的な制度として位置づけ、全国的に取り組むこととしてはどうか。
- 具体的には、医療に係る専門的な知識及び経験を活用した地域における医療と介護の連携の推進について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、市町村が主体となり、取り組むこととしてはどうか。
- その際、現行制度では包括的支援事業を委託する場合、事業の全てにつき一括して行うことと規定されているが、医療に係る専門的な知識及び経験が必要である業務の趣旨に鑑み、在宅医療・介護の連携推進に係る事業については、これらを適切に実施できる事業体に、他の事業とは別に委託できる仕組みが必要ではないか。



4

在宅医療・介護の連携推進について(イメージ)



(参考) 想定される取組の例

- ①地域の医療・福祉資源の把握及び活用
 - ・地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布
- ②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介
 - ・関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討
- ③在宅医療・介護連携に関する研修の実施
 - ・グループワーク等の多職種参加型の研修の実施
- ④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
 - ・主治医・副主治医制等のコーディネート
- ⑤地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業者等への支援
 - ・介護支援専門員からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応

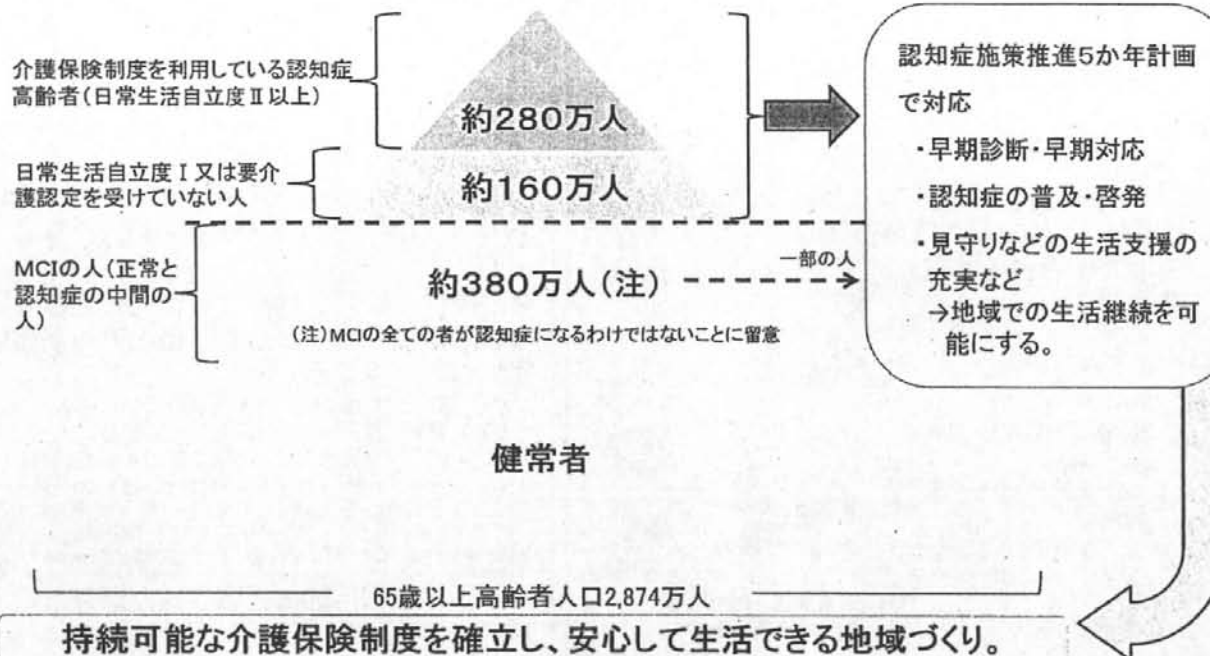
等

5

認知症高齢者の現状 (平成22年)

平成25年9月4日介護保険部会資料

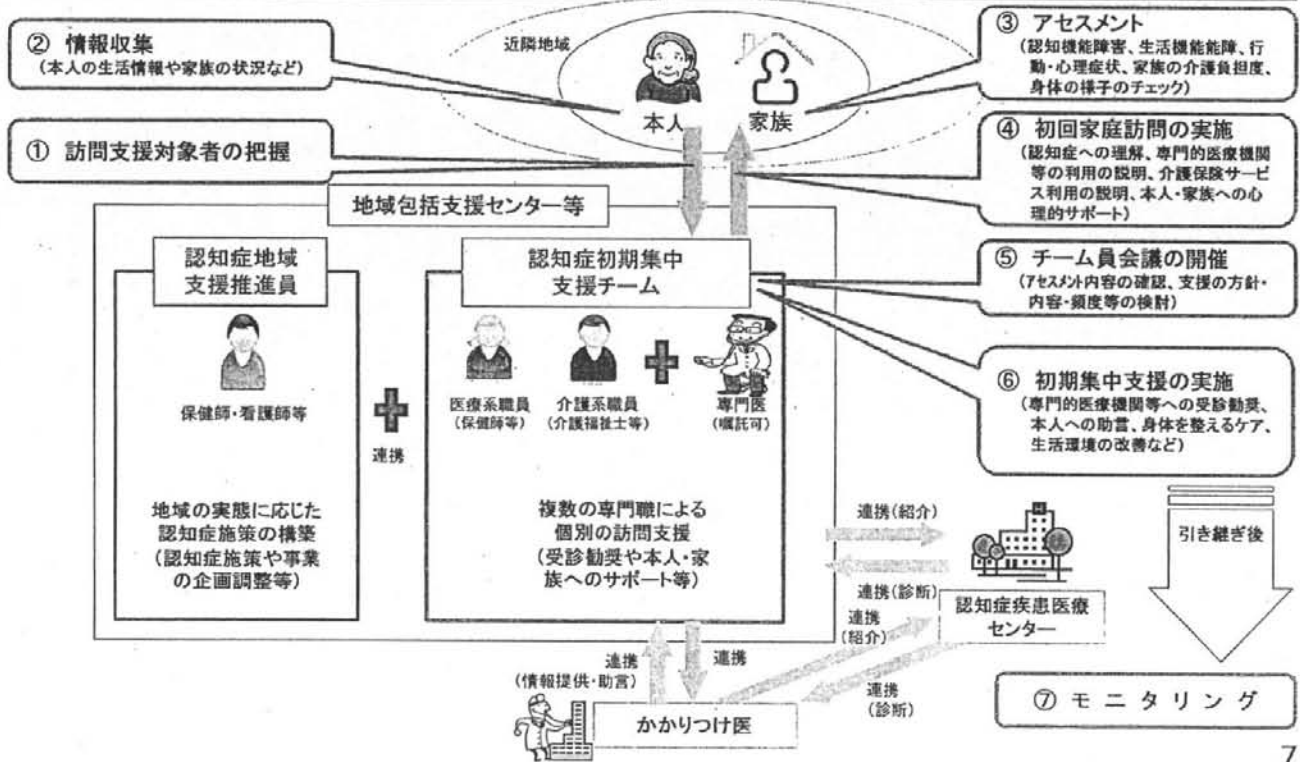
- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計(平成22年)。また、全国のMCI(正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の間)状態の者)の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計(平成22年)。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人(平成22年)。



認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

以下の体制を地域包括支援センター等に配置

- 認知症初期集中支援チーム—複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問し、アセスメントや家族（個別の訪問支援）支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
- 認知症地域支援推進員—認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、認知症施策や事業の企画調整等を行う。（専任の企画調整担当者）



(参考) 認知症初期集中支援チームについて

【目的】

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

【認知症初期集中支援チームとは】

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

配置場所

地域包括支援センター等
 診療所、病院
 認知症疾患医療センター
 市町村の本庁

認知症初期集中支援チームのメンバー



【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人とする。

◆医療サービス、介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

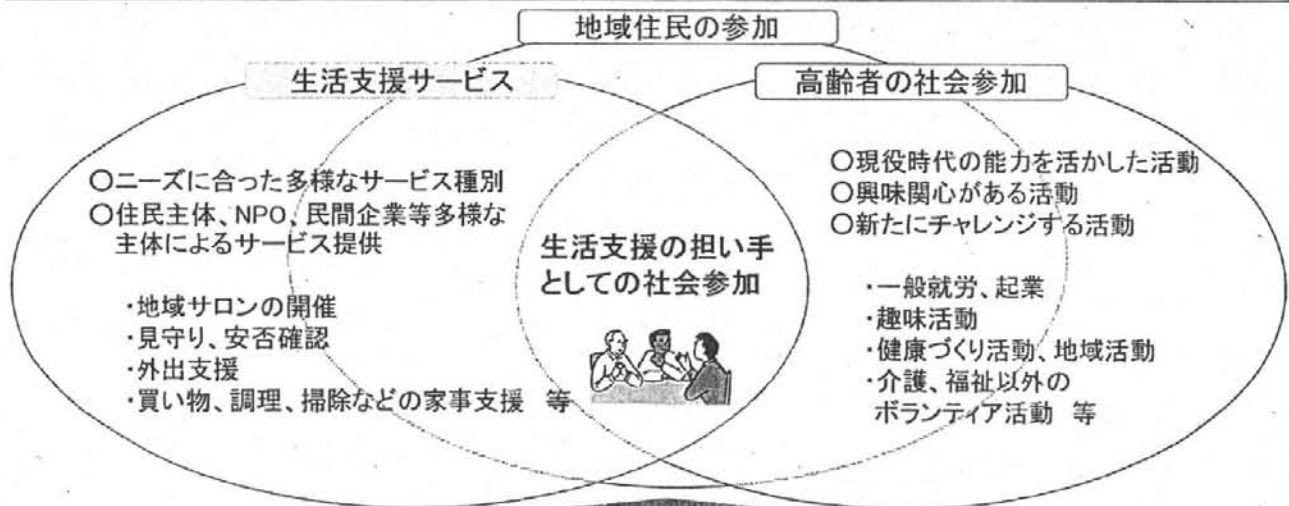
- (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
- (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
- (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
- (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人

◆医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

平成25年9月4日介護保険部会資料

- 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、見守り・配食等の生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。
- 高齢者の社会参加をより一層推進することを通じて、元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍することも期待される。このように、高齢者が社会的役割をもつことにより、生きがいや介護予防にもつながる。



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

9

多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

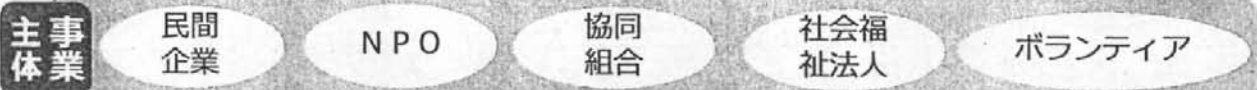
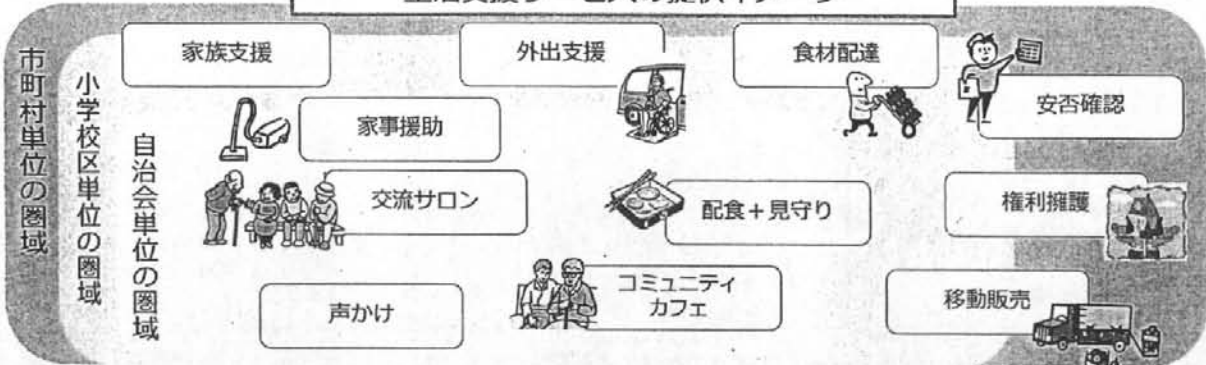
平成25年9月4日介護保険部会資料

- 高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を支援



- ・ 介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・ 「生涯現役コーディネーター（仮称）」の配置や協議体の設置などに対する支援

生活支援サービスの提供イメージ



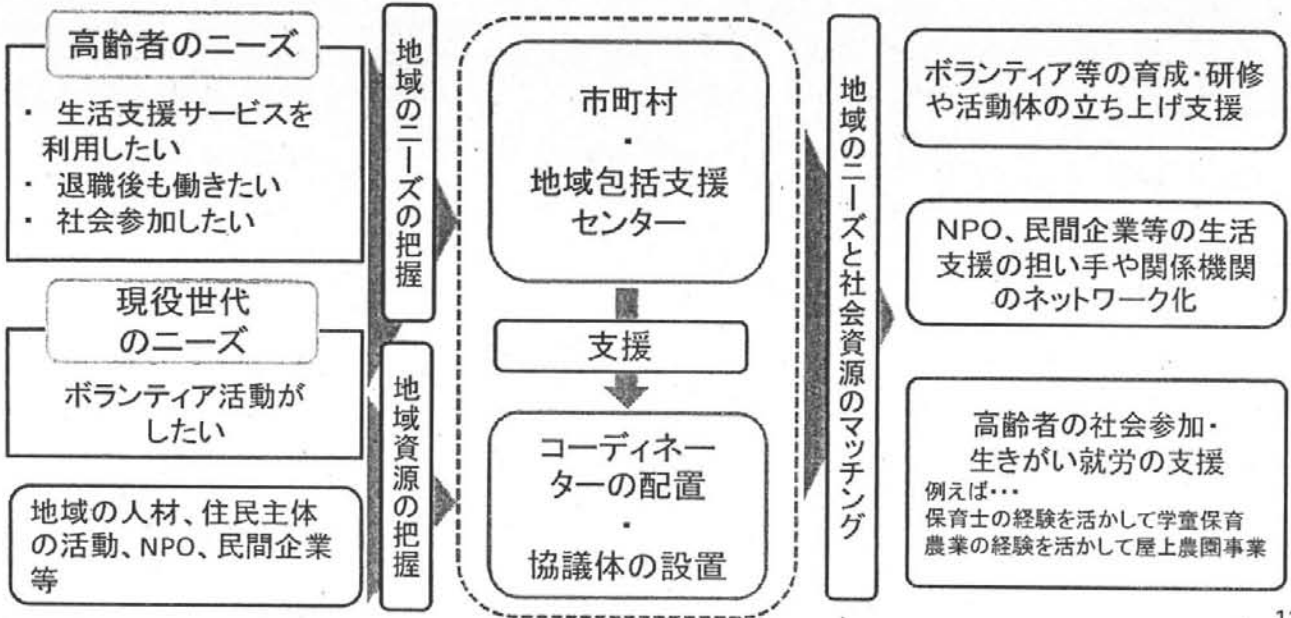
バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）

⇒ 民間とも協働して支援体制を構築

10

- 多様な生活支援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。
- 生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化(コーディネーターの配置、協議体の設置等)については、市町村が行う地域支援事業の枠組みで行う。
- これらを通じ、高齢者が積極的に社会参加し、生活支援の担い手となって支援が必要な高齢者を支える社会を実現していく。これにより、高齢者は実際に介護サービスが必要となった場合に主体的に介護保険制度に関わることができる。(高齢者が中心となった地域の支え合い(互助)の仕組みの構築)

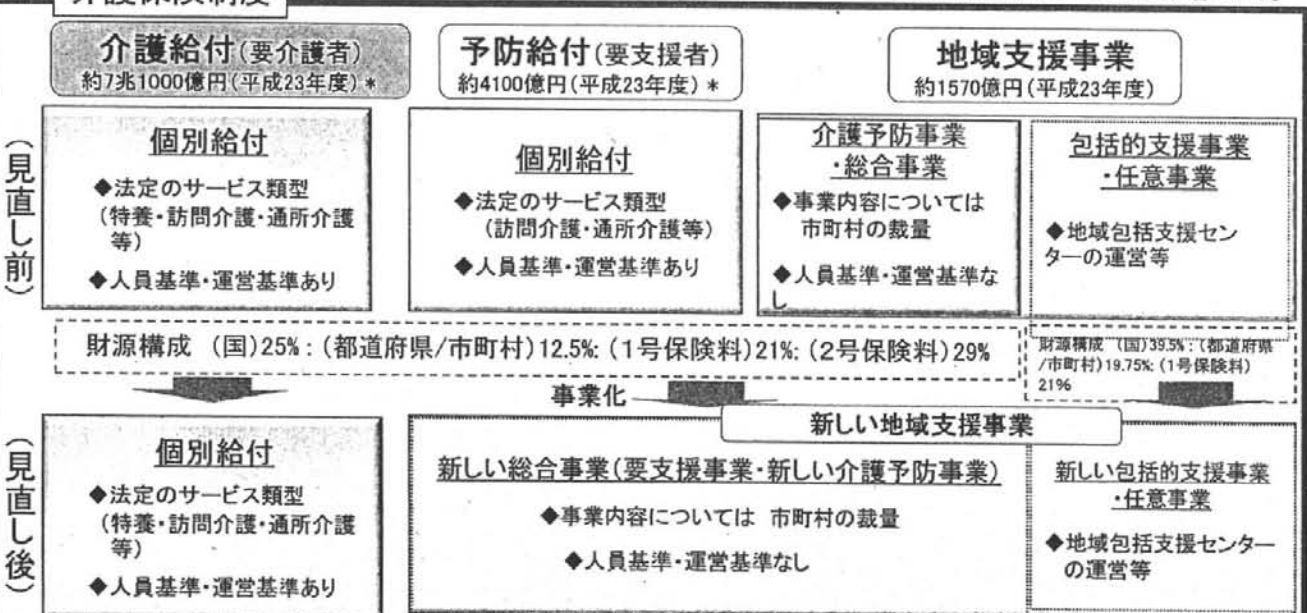


介護予防給付の地域支援事業への移行(案)

- 要支援者に対する介護予防給付については、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスの提供をできるよう、地域支援事業の形式に見直すことを検討。
- 全国一律のサービスの種類・内容・運営基準・単価等によるのではなく、市町村の判断でボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の地域資源を効果的に活用できるようにしていく。
- 移行後の事業も、介護保険制度内でのサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- 事業への移行にあたっては、既存介護サービス事業者の活用も含め多様な主体による事業の受け皿を地域に整備するため、地域の実情に合わせて、一定程度時間をかけて行う。

介護保険制度

*これ以外に高額介護サービス費等が含まれる。



予防給付から移行する要支援事業(案)

○ 要支援者に対するサービスを予防給付から市町村が実施する地域支援事業の形に見直し(「要支援事業」)、新しい介護予防事業(現行の介護予防事業について必要な見直しを行う⇒(3)へ)とあわせて「新しい総合事業」とする。

〈要支援事業のイメージ〉

- 1 実施主体: 市町村 (事業者への委託等)
- 2 対象者: 要支援者について、現行の予防給付を段階的に廃止し、新総合事業の中で実施
- 3 利用手続き: 要支援認定を受けてケアマネジメントに基づきサービスを利用
- 4 事業の内容: 現行の予防給付、予防事業を移行し、予防サービス、生活支援サービスを一体的、効率的に実施
- 5 サービス基準等: 柔軟なサービス提供を可能とし、柔軟な人員配置等に応じたサービス内容、単価設定を可能とする。

〈検討の枠組み〉

- 全国一律のサービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価設定等によるのではなく、市町村の判断で、ボランティア、NPO、民間企業、協同組合、社会福祉法人等を積極的に活用するなど、地域の実情に応じた取組が実施できるような枠組みを検討。
- 移行に際しては、住民主体の取組などの基盤整備(地域づくり)が重要となるが、地域で状況が異なることから、既存の介護サービス事業者の活用も含め、地域の実情に合わせて一定程度時間をかけて移行できるような枠組みを検討。
- 市町村における効率的な事業の実施により、制度全体の効率化を図る。
 なお、地域支援事業については介護保険給付見込額の3%以内など、事業費の上限設定が市町村ごとになされているが、予防給付(4100億円(平成23年度))の地域支援事業への移行に伴い、この上限設定については見直す必要があり、検討する。

3

社会参加と介護予防効果の関係について

スポーツ関係・ボランティア・趣味関係のグループ等への社会参加の割合が高い地域ほど、転倒や認知症やうつ病のリスクが低い傾向がみられる。

調査方法

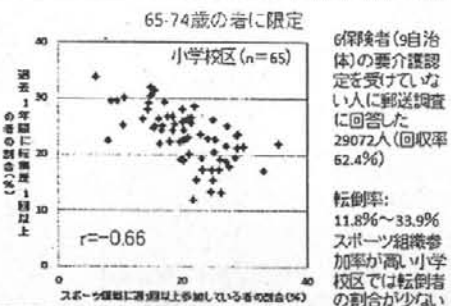
2010年8月～2012年1月にかけて、北海道、東北、関東、東海、関西、中国、九州、沖縄地方に分布する31自治体に居住する高齢者のうち、要介護認定を受けていない高齢者169,201人を対象に、郵送調査(一部の自治体は訪問調査)を実施。
 JAGES2010/11調査フィールド
 112,123人から回答。
 (回収率66.3%)

【研究デザインと分析方法】
 研究デザイン: 横断研究
 分析方法: 地域相関分析

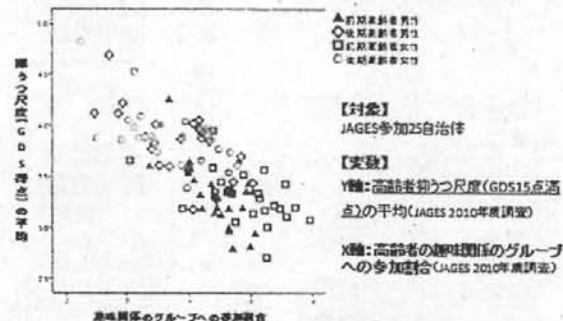
JAGES(日本老年学的評価研究)プロジェクト



スポーツ組織への参加割合が高い地域ほど、過去1年間に転倒したことのある前期高齢者が少ない相関が認められた。

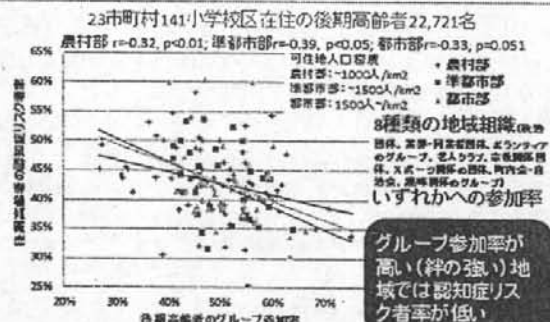


趣味関係のグループへの参加割合が高い地域ほど、うつ病(低いほど良い)の平均点が低い相関が認められた。



図表については、厚生労働科学研究班(研究代表者: 近藤克則氏)からの提供

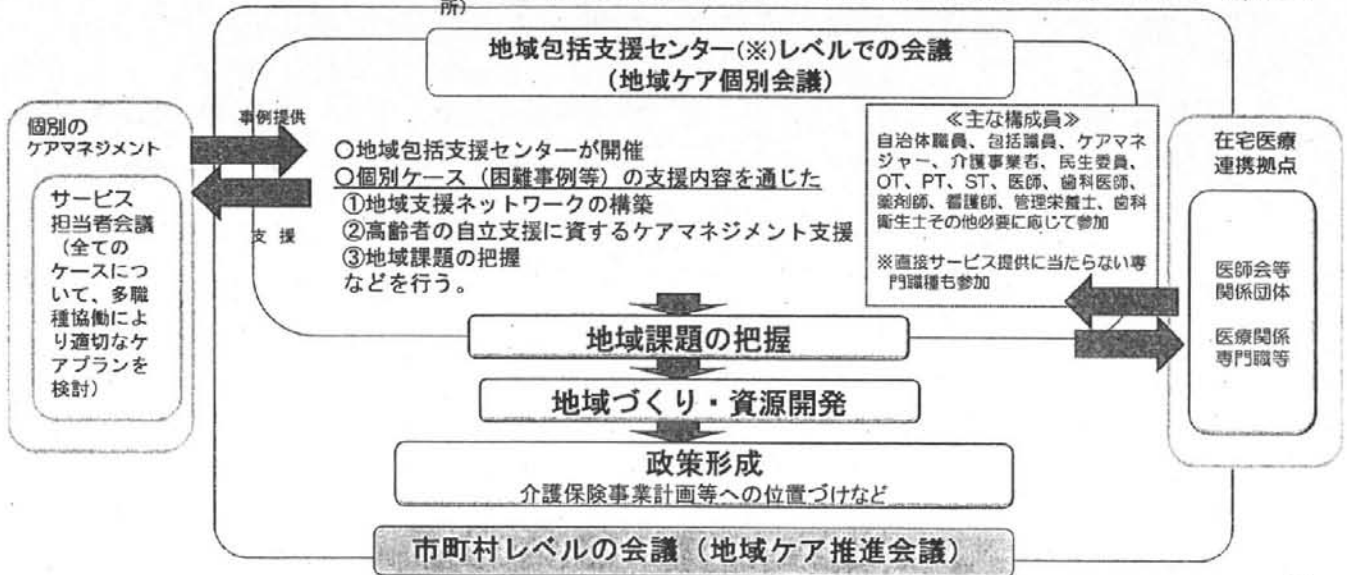
ボランティアグループ等の地域組織への参加割合が高い地域ほど、認知症リスクを有する後期高齢者の割合が少ない相関が認められた。



14

- 地域ケア会議は、
 - ・多職種による第三者による専門的視点を交えて、ケアマネジメントの質の向上を図り、
 - ・また、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域課題を発見し、
 - ・地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる、
- 地域包括ケアシステムの実現に向けたツール。
- 個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」は、市町村内の圏域単位での地域包括支援センターが開催。一方、地域づくりや政策形成等につなげる「地域ケア推進会議」は市町村レベルで開催
- 平成24年度から本格的に推進を開始。
- 平成24年6月現在、1,202保険者で実施されているが、その主催者、介護の内容、参加者等は様々であり、個別ケースの検討を基本としている会議は多くない現状にある。

※平成24年4月末現在の地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・ブランチ・サブセンター合計7,072ヶ所)



地域ケア会議とその他の取組の関連性

