

今後の介護保険部会の予定について

	開催日時	議題
第46回	8月28日(水) 9時～12時	(1) 社会保障制度改革国民会議報告書、法制上の措置の骨子について (2) 地域包括ケアシステムの構築
第47回	9月4日(水) 14時～17時	(1) 生活支援、予防給付等 (2) 認知症施策の推進 (3) 介護人材の確保
第48回	9月18日(水) 9時～12時	(1) 在宅サービス関係 (2) 施設サービス関係
第49回	9月25日(水) 16時～19時	(1) 低所得者の第1号保険料の軽減強化 (2) 一定以上所得者の利用者負担 (3) 補足給付
第50回	10月2日(水) 17時～20時	(1) 都市部の高齢化対策に関する検討会報告 (2) その他の事項
第51回	10月16日(水) 9時～12時	更に議論が必要な項目について①
第52回	10月30日(水) 14時～17時	更に議論が必要な項目について②
第53回	11月14日(木) 12時～15時(調整中)	とりまとめに向けた議論①
第54回	11月27日(水) 9時～12時	とりまとめに向けた議論②

現時点での予定であり、今後、変更がありうる

社会保障審議会介護保険部会（第46回）議事次第

平成25年8月28日（水）

9：00～12：00

於 東海大学校友会館「阿蘇・朝日の間」

議 題

- 1 社会保障制度改革国民会議報告書、法制上の措置の骨子について
- 2 地域包括ケアシステムの構築に向けて
 - ①地域包括ケアシステムの構築について
 - ②介護保険事業計画について
 - ③在宅医療・介護連携について
 - ④地域ケア会議について
 - ⑤ケアマネジメントについて

【資料】

- 資料1 社会保障制度改革国民会議報告書
- 資料2 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
- 資料3 地域包括ケアシステムの構築に向けて
- 資料4 今後の介護保険部会の予定について
- 参考資料1 介護保険制度を取り巻く状況等
- 参考資料2 地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例

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〕

社会保障制度改革推進法（平成24年法律第64号）第4条の規定に基づ
く「法制上の措置」に関し、

- ① 同法第2条の基本的な考え方にのっとり、かつ、同法第2章に定める
基本方針に基づき、
- ② 自らの生活を自ら又は家族相互の助け合いによって支える自助・自立
を基本とし、これを相互扶助と連帯の精神に基づき助け合う共助によっ
て補完し、その上で自助や共助では対応できない困窮等の状況にある者
に対しては公助によって生活を保障するという考え方を基本に、
受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため講ず
べき改革（以下「社会保障制度改革」という。）の推進に関する骨子につい
て、社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、次のとおり定め
る。

政府は、本骨子に基づき、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」として、社会保障制度改革の全体像及び進め方を明ら
かにする法律案を速やかに策定し、次期国会冒頭に提出する。

一 講ずべき社会保障制度改革の措置等

人口の高齢化が急速に進展する中で、活力ある社会を実現するため
にも、健康寿命の延伸により長寿を実現することが重要である。このため、
以下の社会保障制度改革を推進するとともに、個々人が自助努力を行う
インセンティブを持てる仕組みや、サービスの選択肢を増やし、個人が
選択することができる仕組みを入れるなど、高齢者も若者も健康で、年
齢等にかかわらず、働くことができ、持てる力を最大限に発揮して生

きることができる環境の整備に努めるものとする。あわせて、住民相互の助け合いの重要性を認識し、これらの取組の推進を図るものとする。

1. 少子化対策

- (1) 急速な少子高齢化の進展の下で、社会保障制度を持続させていくためには、その基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施していく必要があることに鑑み、就労、結婚、妊娠、出産、育児等の各段階に応じた支援を切れ目なく行い、子育てに伴う喜びを実感できる社会を実現するため、子ども・子育て支援の量的拡充及び質の向上を図る観点並びに仕事と子育ての両立支援を推進する観点から、次に掲げる措置（待機児童解消加速化プランの実施に当たって必要となるものを含む。）等を着実に実施する。

その際、全世代型の社会保障を目指す中で、少子化対策を全ての世代に夢や希望を与える日本社会への投資であると認識し、幅広い観点から取り組む。

- ① 子どものための教育・保育給付及び地域子ども・子育て支援事業の実施のために必要な措置
- ② 保育緊急確保事業の実施のために必要な措置
- ③ 社会的養護の充実に当たり必要となる児童養護施設等における養育環境等の整備のために必要な措置

- (2) 平成 27 年度以降の次世代育成支援対策推進法（平成 15 年法律第 120 号）の延長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。

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、個人の尊厳が重んぜられ、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。
- (6) 持続可能な医療保険制度を構築するため、次に掲げる事項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 医療保険制度の財政基盤の安定化について次に掲げる措置
 - イ 国民健康保険（国保）の財政支援の拡充
 - ロ 国保の保険者、運営等の在り方に関し、保険料の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国保の運營業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市区町村の積極的な役割が果たされるよう都道府県・市区町村で適切に役割分担するために必要な措置
 - ハ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 26 号）附則第 2 条に規定する所要の措置
 - ② 保険料に係る国民の負担に関する公平の確保について次に掲げる措置
 - イ 国保及び後期高齢者医療制度の低所得者の保険料負担を軽減する措置
 - ロ 被用者保険者に係る後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置
 - ハ 所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し
 - ニ 国保の保険料の賦課限度額及び被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げ
 - ③ 保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等について次に掲げる措置
 - イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う、70 歳から 74 歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せて検討する負担能力に応じた負担の観点からの高額療養費の見直し
 - ロ 医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し
- (7) 次期医療計画の策定期間が平成 30 年度であることも踏まえ、(6) に掲げる必要な措置を平成 26 年度から平成 29 年度までを目途に順次講ずる。法改正が必要な措置については、必要な法律案を平成 27 年通常国会に提出することを目指す。
- (8) (6) に掲げる措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方等について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行う。

- (9) 難病対策に係る都道府県の超過負担の解消を図るとともに、難病及び小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な医療費助成の制度を確立するため、必要な事項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。
- (10) (9) に掲げる必要な措置を平成 26 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。

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。

- (4)(2)に併せて、後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置に係る検討状況等を踏まえ、介護納付金の算定の方法を被用者保険者については総報酬割とする措置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。

4. 公的年金制度

年金生活者支援給付金の支給、基礎年金の国庫負担割合の2分の1への恒久的な引上げ、老齢基礎年金の受給資格期間の短縮、遺族基礎年金の支給対象の拡大等の措置を着実に実施するとともに、次に掲げる事項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 マクロ経済スライドに基づく年金給付の額の改定の在り方
- ② 短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲の拡大
- ③ 高齢期における職業生活の多様性に応じ、一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方
- ④ 高所得者の年金給付の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し
- ⑤ ①から④に掲げるもののほか、必要に応じ行う見直し

二 改革推進体制

一に掲げる社会保障制度改革の措置等を円滑に実施するとともに、引き続き、社会保障制度改革推進法の基本的な考え方等に基づき、2025年を展望しつつ、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための改革を総合的かつ集中的に推進するために必要な体制を整備する。

三 その他

1. 財源の確保

一に掲げる措置については、関連する法律の施行により増加する消費税及び地方消費税の収入並びに社会保障給付の重点化・効率化により必

要な財源を確保しつつ行う。

2. 地方公共団体等との協議

一に掲げる措置等のうち病床の機能分化、医師等の確保及び国保の見直しに関する事項について必要な措置を講ずるに当たっては、これらの事項が地方自治に重要な影響を及ぼすものであることに鑑み、地方六団体等の関係者と十分に協議を行い、当該措置についてこれらの者の理解を得ることを目指す。

地域包括ケアシステムの構築に向けて

1. 地域包括ケアシステムの構築について . . .	1
2. 介護保険事業計画について . . .	11
3. 在宅医療・介護連携について . . .	22
4. 地域ケア会議について . . .	30
5. ケアマネジメントについて . . .	35

1. 地域包括ケアシステムの構築について

現状と課題

- 65歳以上の高齢者数は、2025年には3657万人となり、高齢化がますます進むうえ、認知症高齢者や、世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯はさらに増加していくと見込まれている。
また、75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。
- こういった中で、団塊の世代が75歳以上となる2025年に、各地域で、それぞれの地域の実情にあった地域包括ケアシステム（医療・介護・予防・住まい・生活支援が確保される体制）の構築を目指す必要がある。
- 平成24年4月に施行された介護保険法改正で「地域包括ケア」に係る規定の創設や24時間対応の定期巡回・随時対応サービス、複合型サービスの導入等を行ったほか、日常生活圏域ニーズ調査や地域ケア会議の実施、医療・介護情報の「見える化」等を推進している。また、「認知症施策推進5カ年計画」を策定し、今後の認知症施策の方向性を示してきた。

論点

- 今後は、地域包括ケアシステムの構築・推進に向け、さらに、中長期的な視点に立った介護保険事業計画の策定、在宅医療・介護連携の強化、地域ケア会議の推進、ケアマネジメントの見直し、総合的な認知症施策の推進、生活支援・介護予防の基盤整備等が必要ではないか。

第1部 社会保障制度改革国民会議の使命 3 社会保障制度改革の方向性

(6) 地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て

今後、大都市では、75 歳以上の高齢者が急増する一方、地方圏では、75 歳以上の高齢者数の伸びは緩やかになり、減少に転じる地域も少なくない。一方、過疎化が進む地域では、人口が急速に減少し、基礎的な生活関連サービスの確保が困難になる自治体も増加する。このように地域ごとに高齢化の状況が異なっており、また、地域の有する社会資源も異なることから、各地域において地域の事情を客観的なデータに基づいて分析し、それを踏まえて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など医療・介護の提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要となる。

高齢化に伴い患者が急増することによって、医療需要が量的に増加するだけでなく、疾病構造も変化し、求められる医療もそれに合わせた形で変化する中で、医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制を実現するため、医療機能の分化・連携を強力に進めていくことが必須であるが、その改革の実現のためには、在宅等住み慣れた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠である。

過度な病院頼みから抜け出し、QOLの維持・向上を目標として、住み慣れた地域で人生の最後まで、自分らしい暮らしを続けることができる仕組みとするためには、病院・病床や施設の持っている機能を、地域の生活の中で確保することが必要となる。すなわち、医療サービスや介護サービスだけでなく、住まいや移動、食事、見守りなど生活全般にわたる支援を併せて考える必要があり、このためには、コンパクトシティ化を図るなど住まいや移動等のハード面の整備や、サービスの有機的な連携といったソフト面の整備を含めた、人口減少社会における新しいまちづくりの問題として、医療・介護のサービス提供体制を考えていくことが不可欠である。

また、地域内には、制度としての医療・介護保険サービスだけでなく、住民主体のサービスやボランティア活動など数多くの資源が存在する。こうした家族・親族、地域の人々等の間のインフォーマルな助け合いを「互助」と位置づけ、人生と生活の質を豊かにする「互助」の重要性を確認し、これらの取組を積極的に進めるべきである。

さらに、(5)で述べたように、今後、比較的低所得の単身高齢者の大幅な増加が予測されており、都市部を中心に、独居高齢者等に対する地域での支え合いが課題となっている。地域の「互助」や、社会福祉法人、NPO等が連携し、支援ネットワークを構築して、こうした高齢者が安心して生活できる環境整備に取り組むことも重要である。

このような地域包括ケアシステム等の構築は、地域の持つ生活支援機能を高めるという意味において「21世紀型のコミュニティの再生」といえる。

病床機能の分化・連携や、地域包括ケアシステムの構築は、団塊の世代のすべてが75 歳以上となる2025（平成37）年に向けて速やかに取り組むべき課題であり、その実現に向けて早急に着手し、全国から先駆的实践事例等を収集するなど、地域の特性に応じて実現可能な体制を見出す努力を促すための取組を早急に開始すべきである。

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

(1) 病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

医療提供体制改革の実現に向けた第1弾の取組として、これまで検討が進められてきた医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（「病床機能報告制度」）を早急に導入する必要がある。

次いで、同制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定することが求められる。さらには、地域医療ビジョンの実現に向けて医療機能の分化と連携が適切に推進されることが、中期的な医療計画と病床の適切な区分を始めとする実効的な手法によって裏付けられなければならない。その際には、医師・診療科の偏在是正や過剰投資が指摘される高額医療機器の適正配置も視野に入れる必要がある。

地域医療ビジョンについては、都道府県において現状分析・検討を行う期間を確保する必要があるものの、次期医療計画の策定期である2018（平成30）年度を待たず速やかに策定し、直ちに実行に移していくことが望ましい。その具体的な在り方については、国と策定主体である都道府県とが十分協議する必要がある。

(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も踏まえれば、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ず、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。

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、介護施設等のもとより、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。

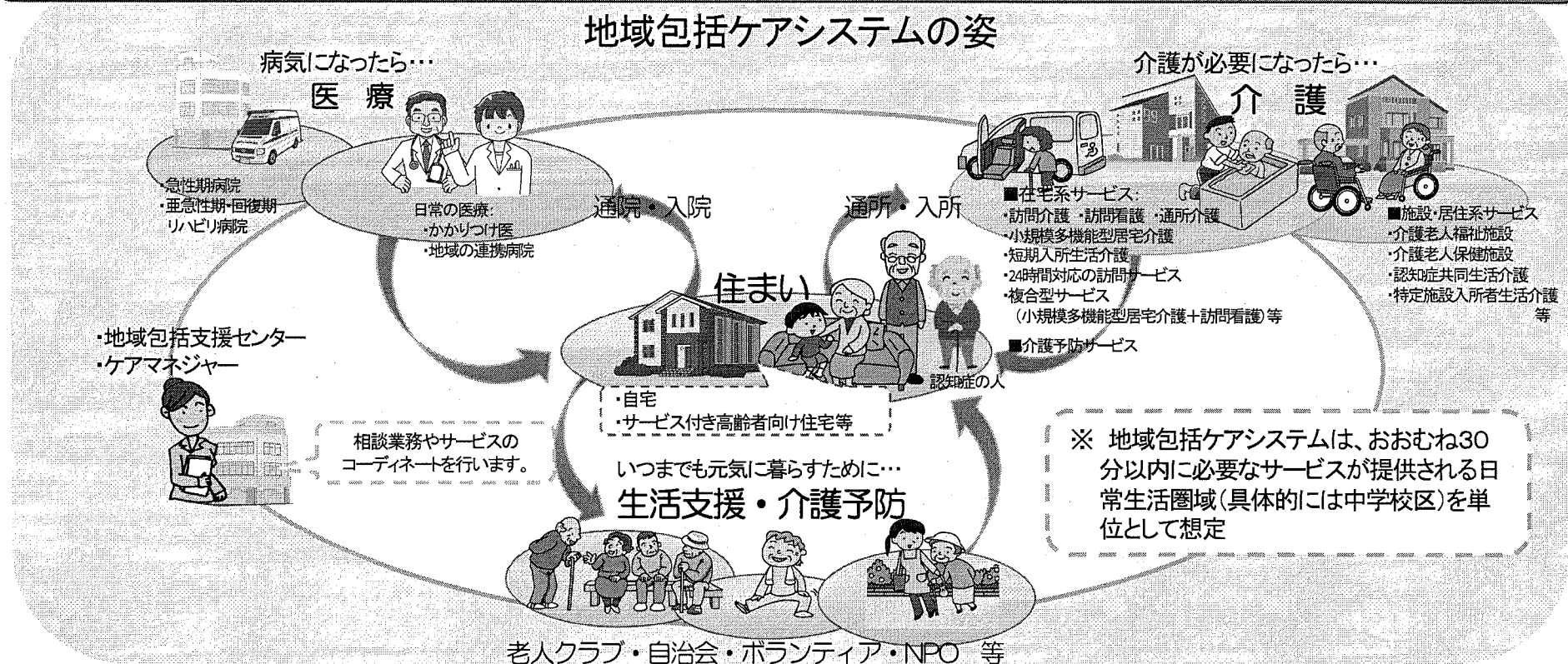
なお、地域医療ビジョン同様に、地域の介護需要のピーク時を視野に入れながら2025（平成37）年度までの中長期的な目標の設定を市町村に求める必要があるほか、計画策定のために地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理していく仕組みを整える必要がある。また、上記（1）で述べた都道府県が策定する地域医療ビジョンや医療計画は、市町村が策定する地域包括ケア計画を踏まえた内容にするなど、医療提供体制の改革と介護サービスの提供体制の改革が一体的・整合的に進むようにすべきである。

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。

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、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。

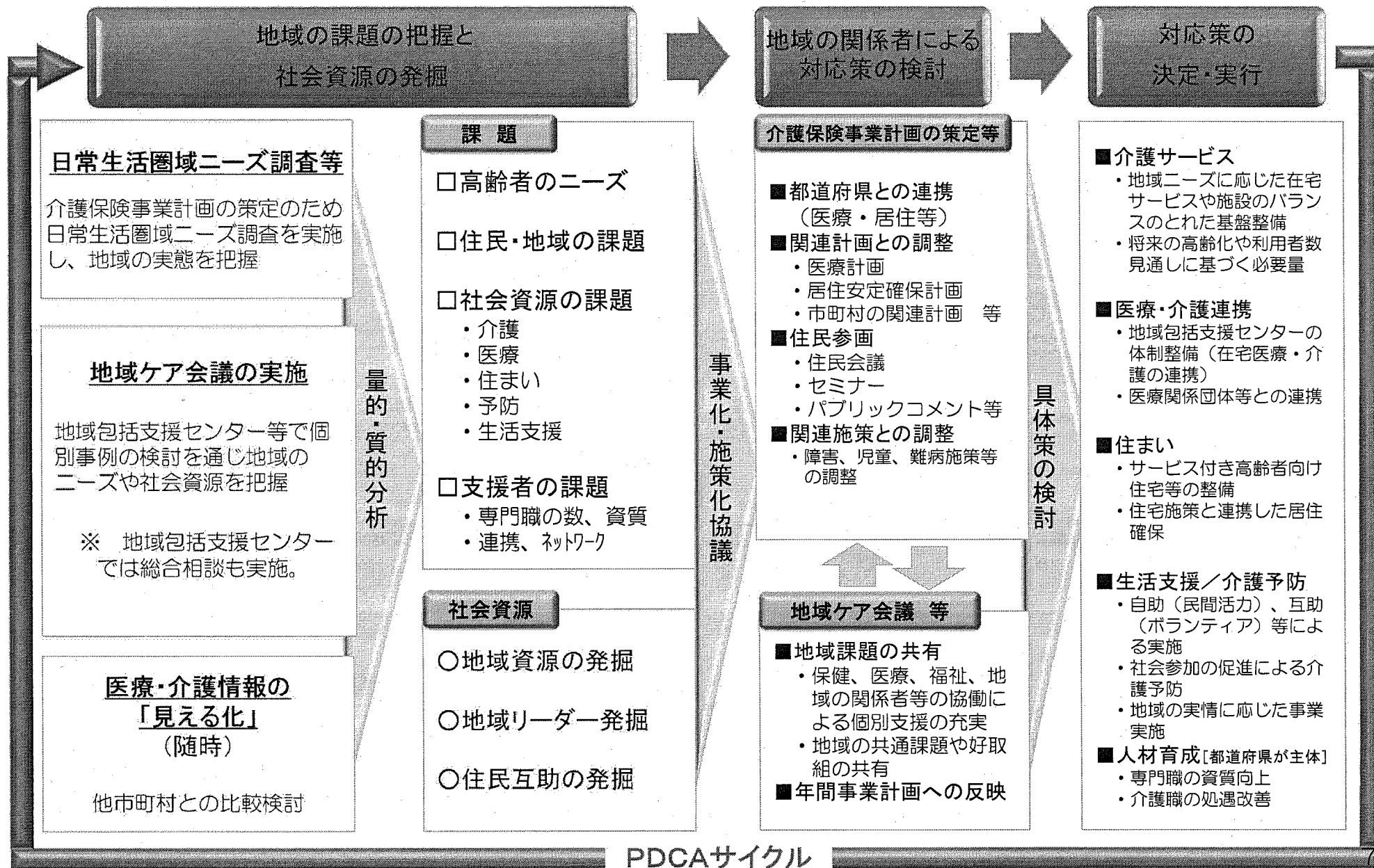


介護保険法における「地域包括ケア」に係る理念規定の創設

介護保険法 第5条第3項（平成23年6月改正、24年4月施行）

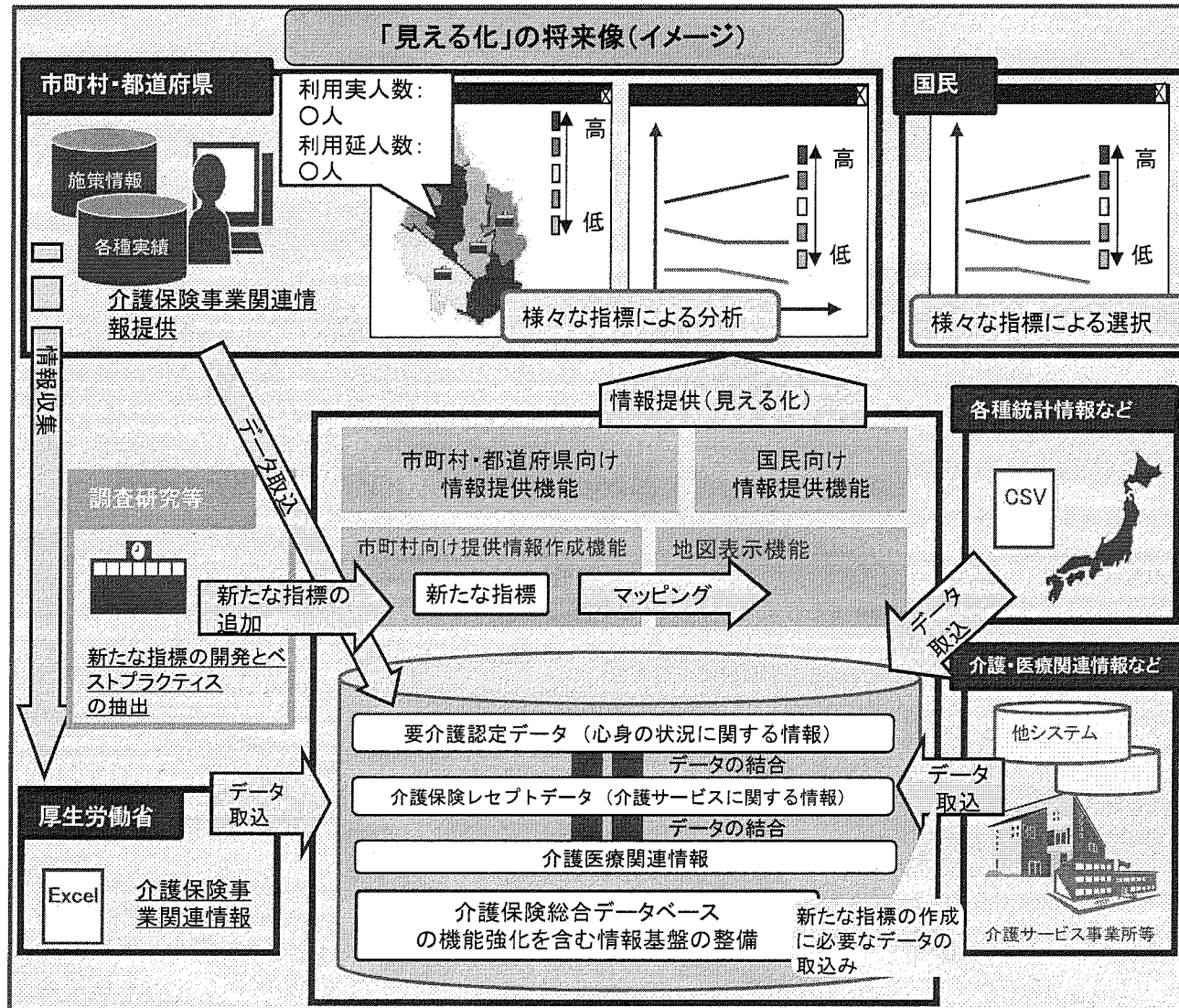
国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）



介護・医療関連情報の「見える化」の推進

地域包括ケアシステムの構築に向けて、国民・地方自治体にとって有益な情報を利活用しやすいように、介護・医療関連情報の「見える化」を推進



現状及び課題

- 地域の特性にあった地域包括ケアシステムを構築するためには、各地方自治体が、それぞれの特徴や課題を客観的に把握する必要がある
- 他方で、地方自治体の職員に十分に認識されていない
- また、介護サービスの質の向上に向けて具体的な評価手法の確立が求められている

課題解決策

- 国民・地方自治体に有益な情報を提供(=「見える化」)するために、介護保険総合データベースを活用し、以下のような取組を行う。
 - ①様々な情報を取り込めるように、介護保険総合データベースの機能強化を含む情報基盤の整備を行う
 - ②調査研究等を通じて、新たな指標の開発等、情報発信する内容の質の向上に取り組む
 - ③国民・地方自治体にとって、安心して、利用しやすい、情報提供手法を構築する

将来像及び効果

- 地方自治体が、それぞれの地域の特性にあった、地域包括ケアシステムを構築する
- 国民が、介護サービスの質の評価に基づいて、適切な介護サービスを選択できるように情報基盤を構築する

在宅医療・介護の推進について

できる限り、住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けつつ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す。

- 我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命86歳（世界2位）、男性79歳（同8位）を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立。
- 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測（3,878万人）。
- 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。
- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- ケアマネジャーの50%近くが医師との連携が取りづらいと感じているなど医療・介護の連携が十分とはいえない。

- 国民の希望に応える療養の場の確保は、喫緊の問題。
- 「社会保障・税一体改革大綱」に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化、地域包括ケアシステムの構築等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要。

■ 施策を総動員し、「在宅医療・介護」を推進

○ 予算での対応

- ・平成24年度補正予算や平成25年度予算により、在宅医療・介護を推進

○ 制度的対応

- ・平成25年度からの5カ年の医療計画に、新たに「在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制」等を明記
- ・在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中

○ 診療報酬・介護報酬

- ・24年度同時改定において、在宅医療・介護を重点的に評価

○ 組織

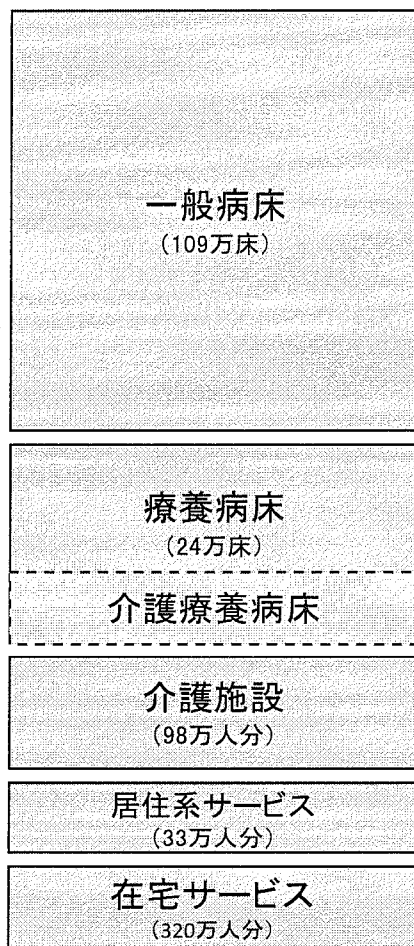
- ・省内に「在宅医療・介護推進プロジェクトチーム」を設置し、在宅医療・介護を関係部局で一体的に推進

(参考) 医療・介護機能の再編 (将来像)

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

【2012(H24)年】

【2025(H37)年】



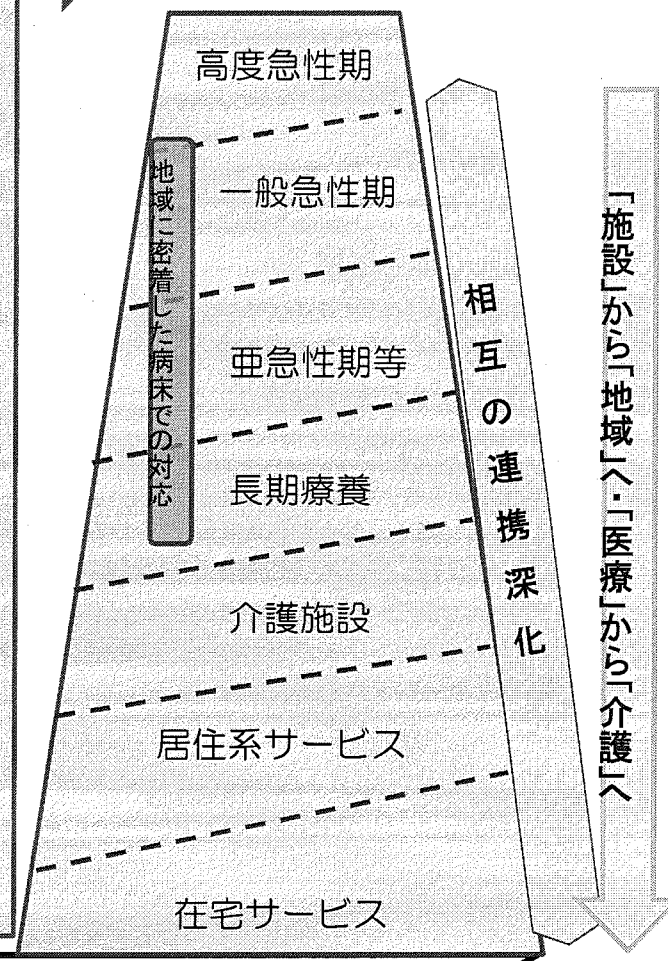
- 【取組の方向性】
- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
 - 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強 等

2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として実施

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

2. 介護保険事業計画について

現状と課題

- 平成24年度（2012年度）からの第5期の介護保険事業計画では、以下のような新しい取組を開始している。
 - ① 日常生活圏域ニーズ調査の実施による地域の課題・ニーズの的確な把握。
 - ② 地域の実情を踏まえ、認知症支援策の充実、医療との連携、高齢者の居住に係る施策との連携、見守りや配食などの多様な生活支援サービスといった地域包括ケアシステムの実現に必要な要素の記載。
- 第5期では、約8割の保険者が日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域包括ケアシステムの実現に必要な要素の記載の取組もされているが、今後の地域包括ケアシステムの実現のためには、保険者が地域の課題により対応した介護保険事業計画を作成していく必要がある。

（地域包括ケアシステムの実現に必要な要素の記載）（出典：第5期市町村介護保険事業計画の策定過程等に係るアンケート調査）
認知症支援策の充実 87.4%、医療との連携 73.0%、高齢者の居住に係る施策との連携 63.2%、生活支援サービス 77.0%
- その際、各地域によって今後の高齢化の進展の度合いが大きく異なることに留意が必要。

論点

- 平成27年度（2015年度）からの第6期以後の介護保険事業計画は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、「地域包括ケア計画」として、第5期で取組を開始した地域包括ケアシステム構築のための取組を承継発展させるとともに、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年を見据えた対応を進めるために、各保険者が計画期間中の給付費を推計して保険料を設定するだけでなく、2025年のサービス水準、給付費や保険料水準も推計して記載することとしてはどうか。
- 在宅医療連携拠点の機能や認知症への早期対応など地域包括ケアシステムを構成する各要素について、当面の方策と段階的な充実のための施策をより具体的に記載することを求めることとしてはどうか。
また、介護サービスを担う人材確保のための記載も充実させていくべきではないか。
- 第5期から実施した日常生活圏域ニーズ調査については、より積極的な活用を促すべきではないか。
- 市町村が具体的な取組を開始できるよう、好事例の把握・情報提供など、市町村への支援を行うべきではないか。

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) (略)

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。

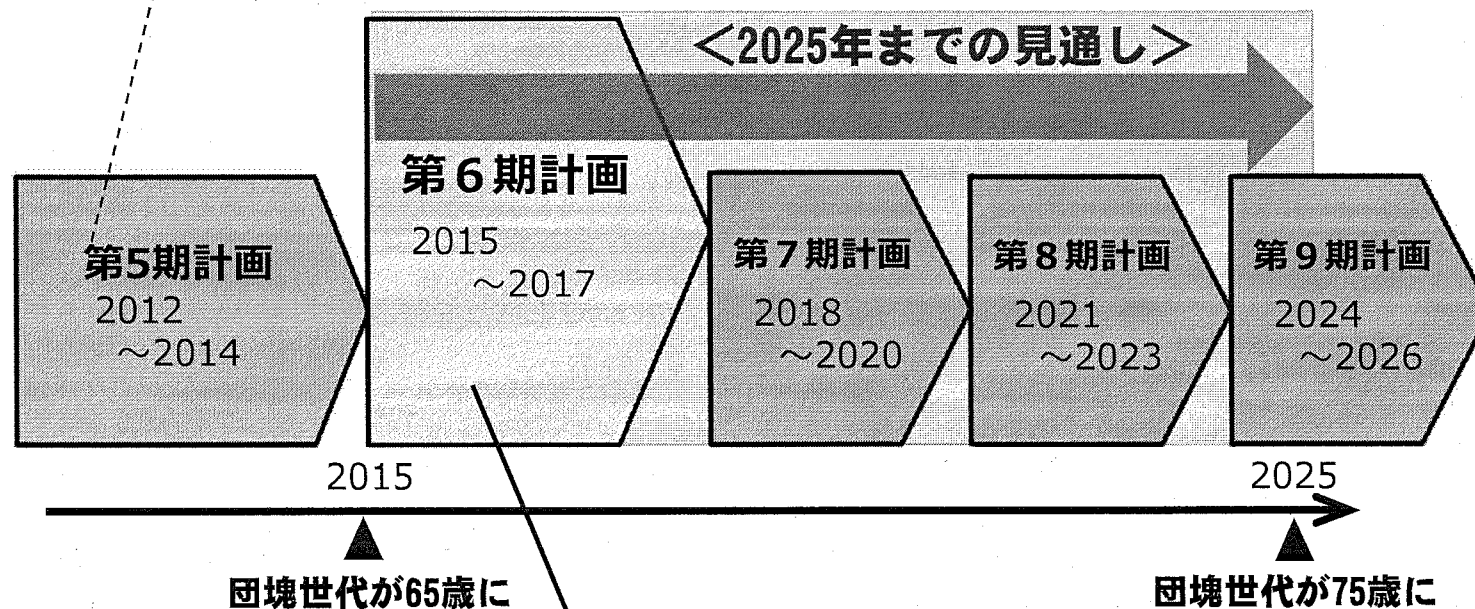
(略)

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。

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。

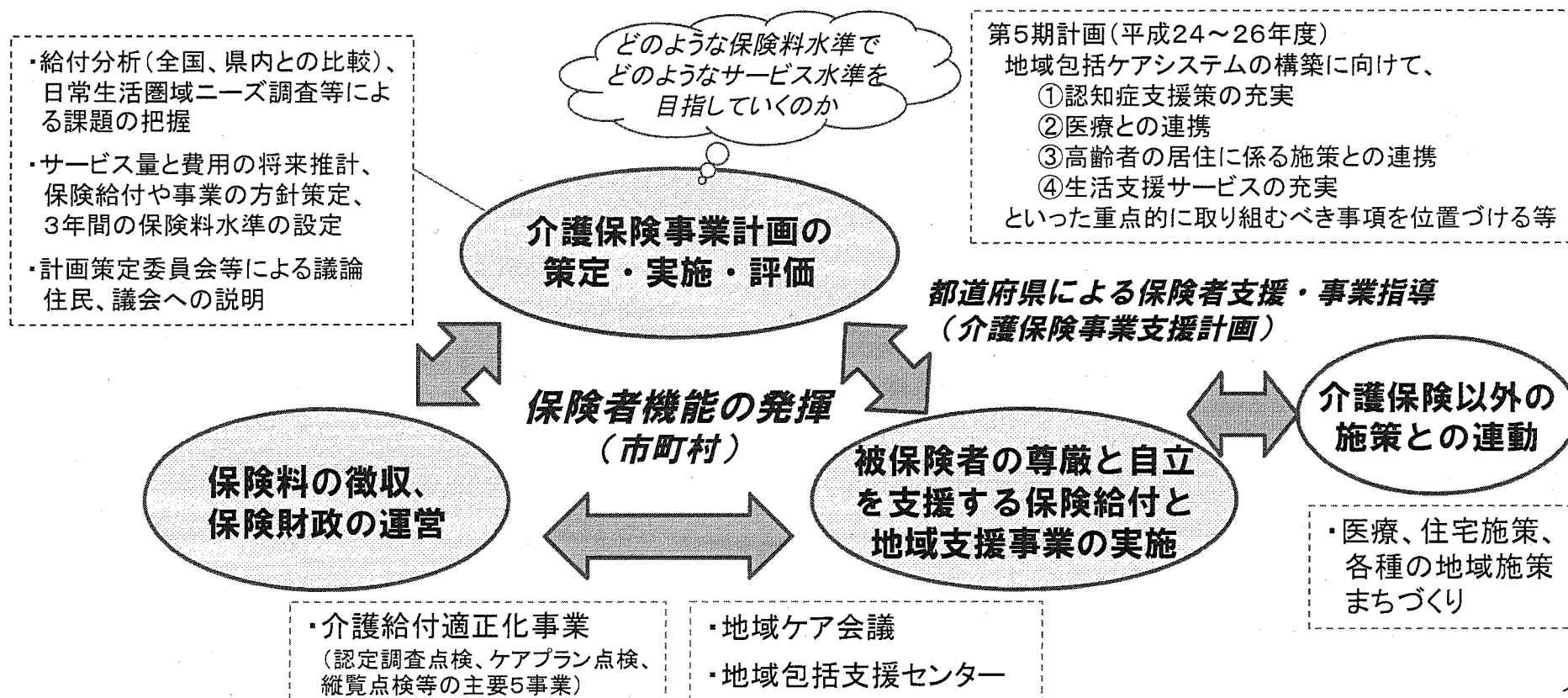
(参考)介護保険事業(支援)計画と保険者機能

○介護保険は、各保険者の給付する介護サービスの量や種類等が、それぞれの保険者の保険料水準に反映される制度。

○保険者の役割は、介護保険法の目的に沿って、共同連帯の仕組みである介護保険を運営すること。

どのような保険料水準でどのようなサービス水準を目指していくのか、保険者機能の発揮が求められている。

○このため、保険者は、給付分析やニーズ調査などにより課題を把握し、住民や関係者の意見を踏まえて、3年ごとの「介護保険事業計画」を策定・実施する。



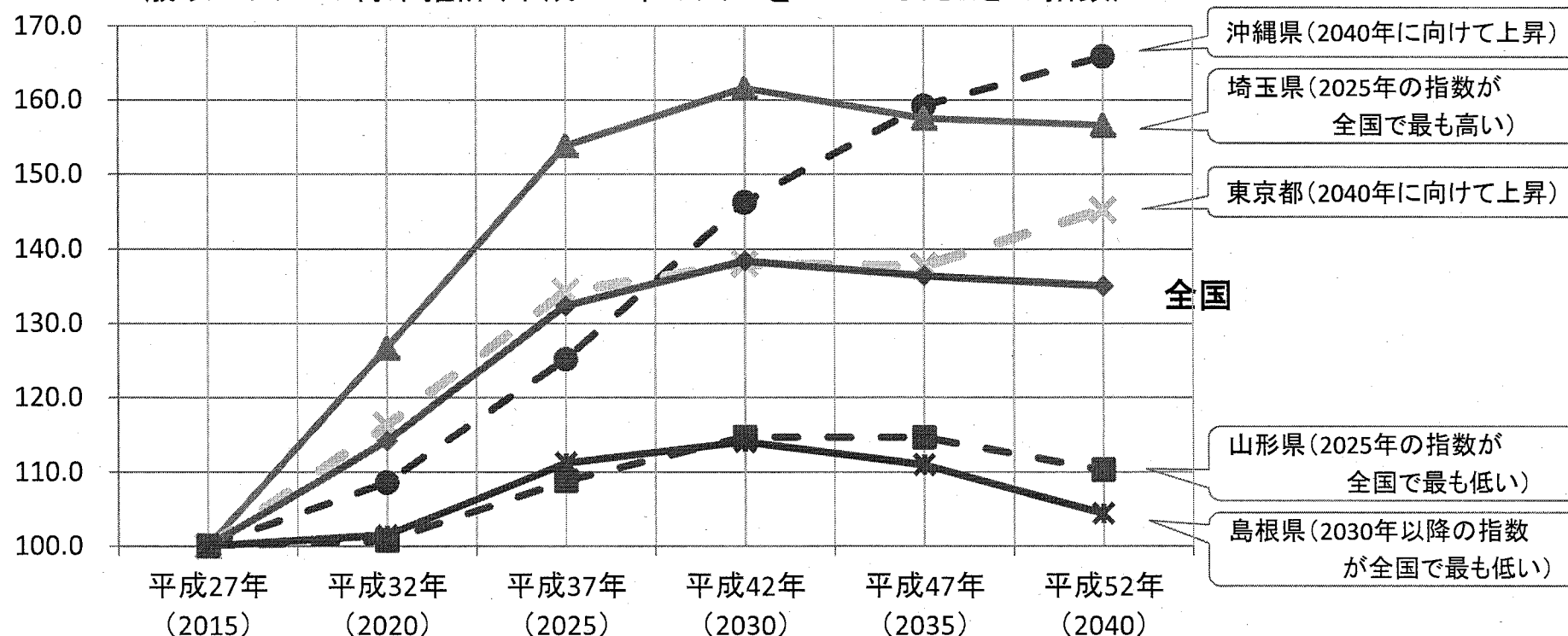
(参考) 2025年までの各地域の高齢化の状況

○75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。

※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
 ※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇

○2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

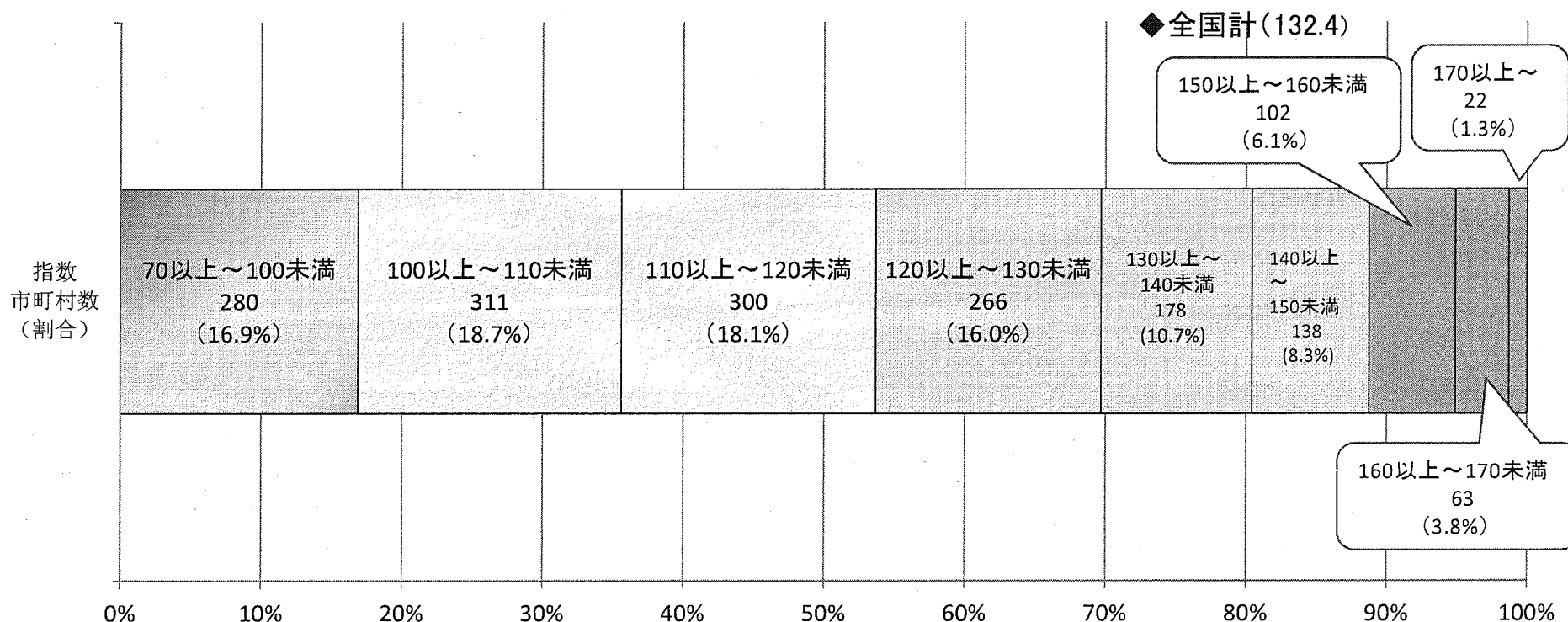
75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある。

75歳以上人口について、平成27(2015)年を100としたときの平成37(2025)年の指数



注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

(参考) 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、18.3.31告示314)

- 介護保険法第116条第1項に基づき、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
- その他の事項

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)
- 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。

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。

(参考) 第5期介護保険事業(支援)計画の主な内容

介護保険事業計画（市町村）
○ 市町村介護保険事業計画の基本的理念等
● 日常生活圏域の設定
○ 介護給付等対象サービスの現状等
● 各年度（平成24～26年度）の介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量
○【参酌標準】平成26年度目標値の設定（任意記載事項） ・入所施設利用者全体に対する要介護4、5の割合は、70%以上
● 各年度の日常生活圏域ごとの必要利用定員総数の設定
・認知症グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設
● 各年度の地域支援事業に要する見込量
○ 各年度の地域支援事業に要する費用の額
○ <u>認知症被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項</u>
○ <u>医療との連携に関する事項</u>
○ <u>高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項</u>
○ <u>被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事項</u>
○ 介護給付等に要する費用の適正化に関する事項
○ 計画の達成状況の点検・評価

介護保険事業支援計画（都道府県）
○ 都道府県介護保険事業支援計画の基本的理念等
● 老人福祉圏域の設定
○ 介護給付等対象サービスの現状等
● 各年度（平成24～26年度）の介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量
（市町村介護保険事業計画におけるサービス見込量を積上げる）
○【参酌標準】平成26年度目標値の設定（任意記載事項） ・3施設の個室・ユニット化割合 50%以上 ・特養の個室・ユニット化割合 70%以上
● 各年度の老人福祉圏域ごとの必要入所（利用）定員総数の設定
・介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護専用型特定施設、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設（介護専用型以外の特定施設（混合型特定施設）についても、必要利用定員総数の設定は可）
○ 施設の生活環境の改善に関する事項
○ 介護給付等対象サービス及び地域支援事業に従事する者の確保又は資質の向上に関する事項
○ 介護給付等に要する費用の適正化に関する事項
○ 計画の達成状況の点検・評価

※ ●は必須記載事項（基本的記載事項）である。 ※アンダーラインは、平成24年度法律改正で追加

※ 保健、医療、福祉又は居住に関する事項を定める計画（医療計画、地域福祉計画、高齢者居住安定確保計画等）との調和規定がある。

(参考)第5期介護保険事業計画と日常生活圏域ニーズ調査

- 地域の課題・ニーズを的確に把握するため、第5期計画(平成24～26年度)からは、計画策定に当たり、各市町村が「日常生活圏域ニーズ調査」を実施し、地域の課題・ニーズを把握することとした。

【目的】

- ・どの圏域に
 - ・どのようなニーズをもった高齢者が
 - ・どの程度生活しているのか
- を把握する。

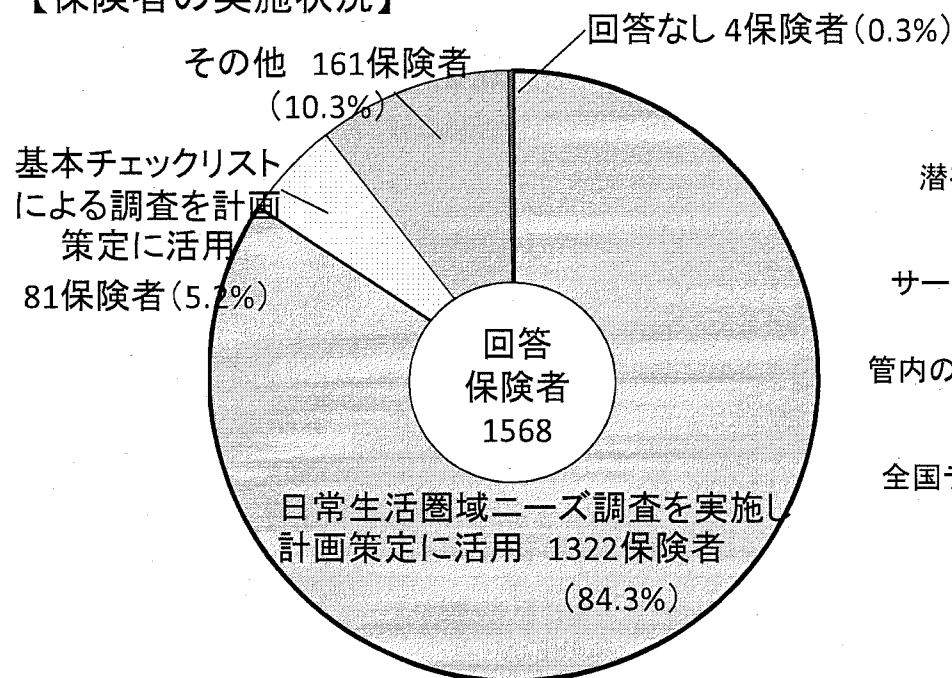
【調査項目(例)】

- 身体機能・日常生活機能 (ADL・IADL)
- 住まいの状況
- 認知症状
- 社会参加の状況
- 疾病状況

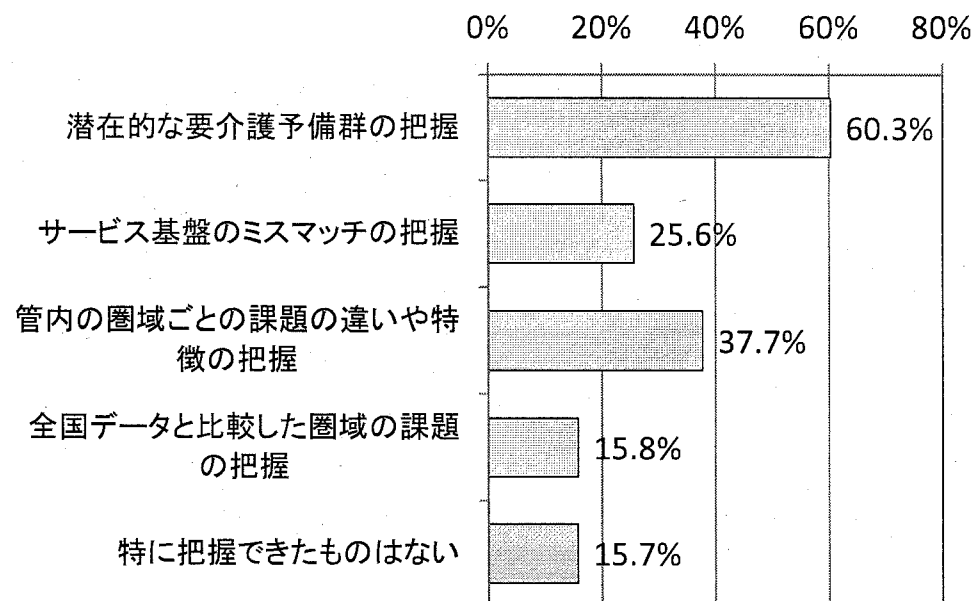
【調査方法】

- ・郵送＋未回収者への訪問による調査

【保険者の実施状況】



【把握できた課題】



※ 日常生活圏域ニーズ調査を実施した1322保険者に対する割合(複数回答) 19

出典:第5期市町村介護保険事業計画の策定結果等に係るアンケート調査結果(厚生労働省老健局)

(参考)日常生活圏域ニーズ調査及び重点記載事項に係る規定

介護保険法（抄）

（市町村介護保険事業計画）

- 第117条 市町村は、基本指針に即して、3年を1期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）を定めるものとする。
- 2 市町村介護保険事業計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
- 一 当該市町村が、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定める区域ごとの当該区域における各年度の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及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る必要利用定員総数その他の介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
 - 二 各年度における地域支援事業の量の見込み（略）
- 3 市町村介護保険事業計画においては、前項各号に掲げる事項のほか、次に掲げる事項について定めるよう努めるものとする。
- 一～四 （略）
 - 五 認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項、医療との連携に関する事項、高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項その他の被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事項
- 4 （略）
- 5 市町村は、第2項第1号の規定により当該市町村が定める区域ごとにおける被保険者の心身の状況、その置かれている環境その他の事情を正確に把握した上で、これらの事情を勘案して、市町村介護保険事業計画を作成するよう努めるものとする。

(参考) ニーズ調査の活用方法の例

保険者名	取組の概要
北海道小樽市	要介護認定者数の推計に反映 二次予防事業への参加勧誘などハイリスク高齢者へのアプローチに活用
栃木県日光市	日常生活圏域の見直し、地域密着型サービスの充実に活用
埼玉県和光市	高齢者個人の状態像と地域の課題を把握するための材料として活用し、要介護認定者数やサービス見込量の推計に反映 保険者の事業運営方針決定の基礎資料とした
千葉県松戸市	要介護認定者数及びサービス見込量の推計に反映
東京都中野区	要介護認定者数の推計に反映
東京都荒川区	地域密着型サービスの充実、相談窓口体制の充実に活用 給付の現状に着目し、地域ケア会議、介護予防、医療との連携体制の強化
新潟県長岡市	日常生活圏域ごとの課題分析による介護予防事業の企画への活用
福井県南越前町	ハイリスク高齢者への個別訪問の充実、介護予防事業の充実に活用
福岡県行橋市	地域包括支援センターを再構築し、介護予防事業などの充実に活用
福岡県介護保険広域連合	要介護認定者数の推計に反映
長崎県長崎市	地域支援事業等に反映

3. 在宅医療・介護連携の推進について

現状と課題

- 団塊の世代が75歳となる2025年には、75歳以上人口が2,000万人を超える。医療提供体制の見直しと連動し、今後、在宅で医療・介護を必要とする人が増加する。特に、単身高齢者、認知症高齢者が増加し、地域包括ケアシステムの実現のためには、医療と介護の連携がますます重要であり、在宅医療・介護の提供体制の充実と医療・介護連携の推進が必要。
- 在宅医療と介護の連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等様々な局面で求められる。特に、今後増加する退院による在宅復帰の際に円滑に適切な在宅サービスにつなげることや、再入院をできる限り防ぎ在宅生活を継続するため、在宅医療・介護の連携強化が求められている。さらに、重度な高齢者に対しては自宅での看取りも視野に入れつつ、連携することが必要。
- その中で、介護支援専門員や介護支援専門員を支援する機能をもつ地域包括支援センターが果たす役割は大きいですが、医師との連携に困難を感じる介護支援専門員が約5割、地域包括支援センターが約2割という現状。このため医療側からも取組の強化が求められている。あわせて地域包括支援センターでも、医療面での対応強化や認知症高齢者への対応強化など体制の充実が求められるとともに、在宅医療に関する拠点機能との連携の強化が必要。
- これまでの医療行政は、都道府県が二次医療圏を中心に考えてきたが、今後、在宅医療についてはより日常生活圏に近いエリア等の市町村レベルで体制を整える必要がある。
- 在宅医療と介護を一体的に提供できる体制整備を図るには、地域の医師会等と連携しつつ、都道府県の支援のもと、市町村が積極的に関与することが必要。

論点

- 在宅医療・介護連携拠点の機能について、現在の地域包括支援センターによる包括的支援事業や地域ケア会議と役割分担や連携方法に留意しつつ、介護保険法の中で制度化してはどうか。
- これまで在宅医療の提供体制等への関与が少なかった市町村の取組を推進するために、都道府県が積極的に支援することが必要ではないか。
- 小規模市町村での取組を円滑に進めるため、複数の市町村による共同での事業を認める等の措置が必要ではないか。
- 在宅医療・介護連携拠点の機能については、医療計画との調和も図りながら、介護保険事業（支援）計画に記載することとしてはどうか。

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

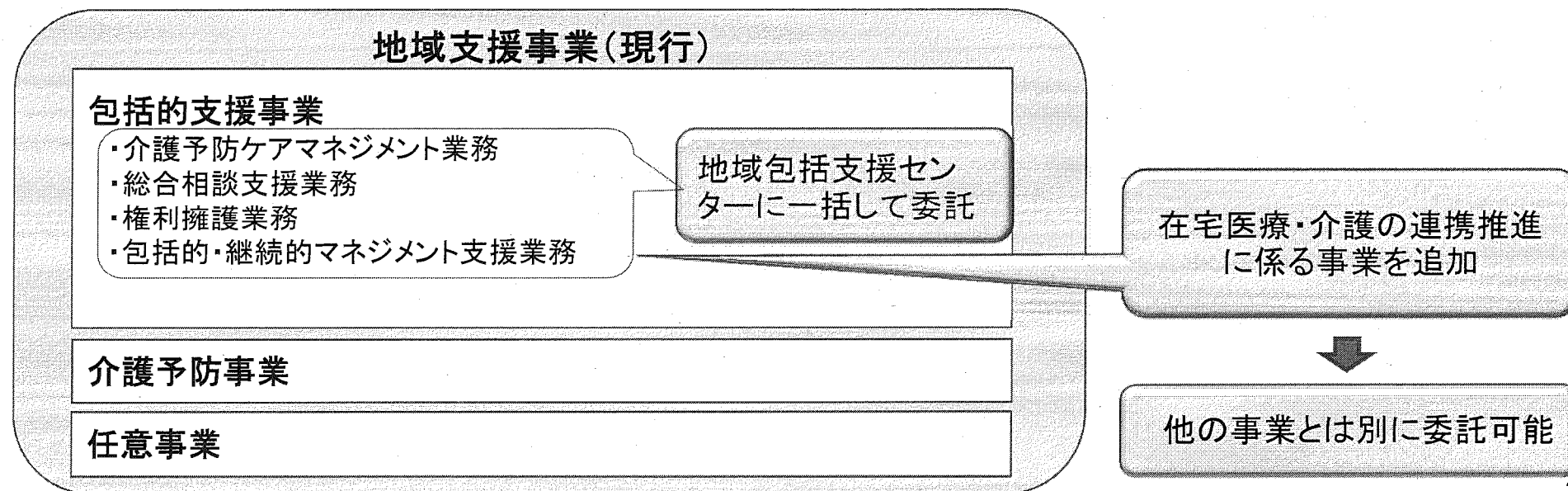
(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

(略)

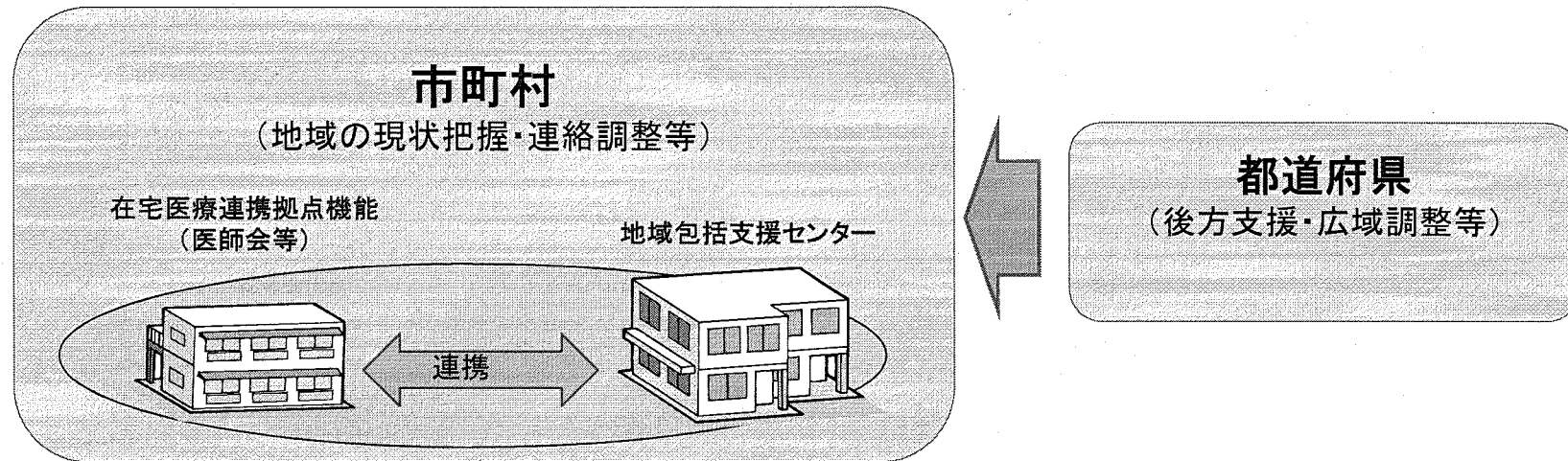
また、地域包括ケアの実現のためには地域包括支援センターの役割が大きい。かかりつけ医機能を担う地域医師会等の協力を得つつ、在宅医療と介護の連携を推進することも重要である。これまで取り組んできた在宅医療連携拠点事業について、地域包括推進事業として制度化し、地域包括支援センターや委託を受けた地域医師会等が業務を実施することとすべきである。

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。



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

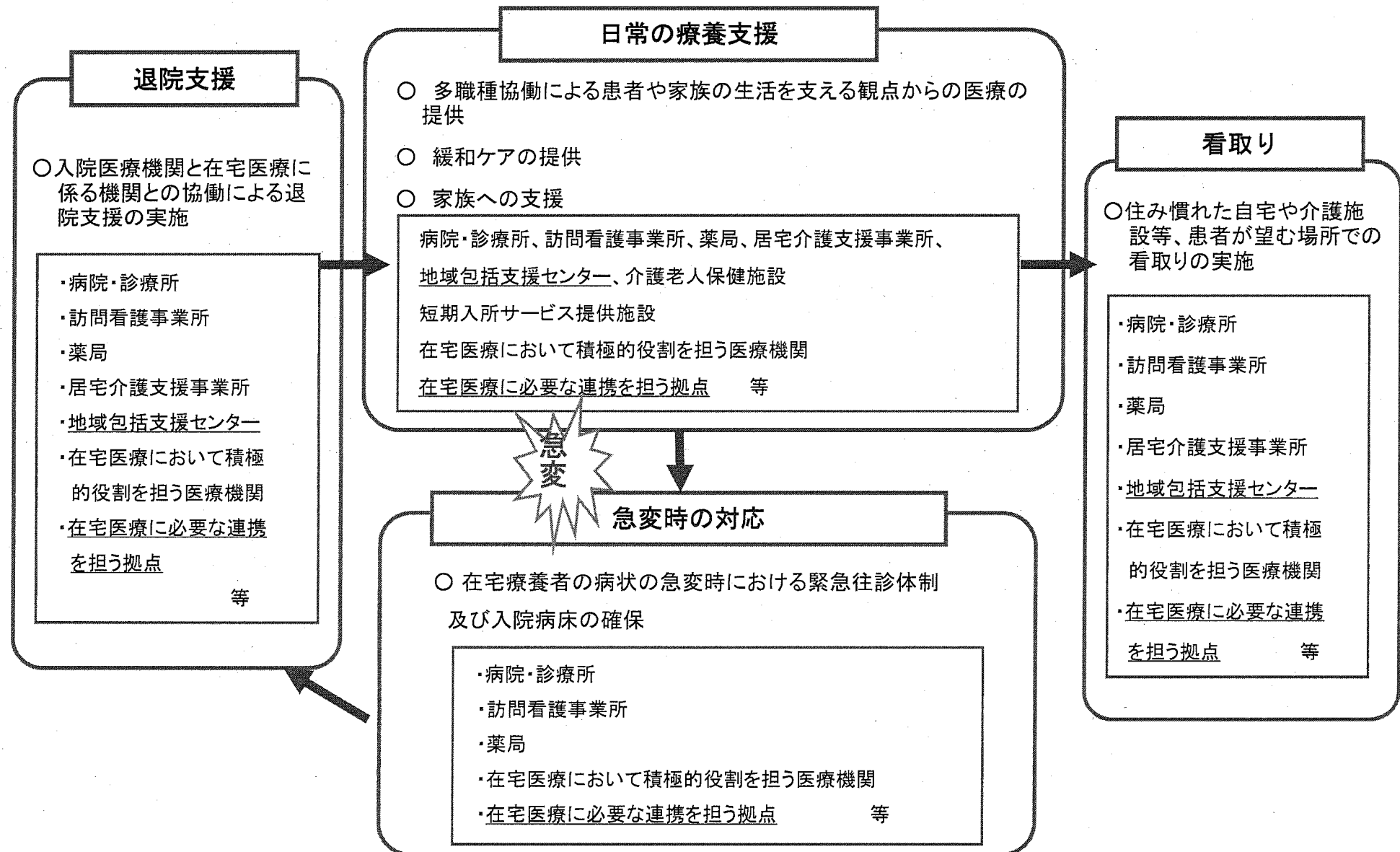
- ・主治医・副主治医制等のコーディネート

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

在宅医療の体制



(参考) 平成24年度在宅医療連携拠点事業

実施主体

実施主体	箇所数	実施主体	箇所数
自治体	14	医師会等医療関係団体	16
病院	32	訪問看護ステーション	10
うち在宅療養支援病院	14	薬局	1
診療所	29	その他(NPO法人等)	3
うち在宅療養支援診療所	28	合計	105

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化
- ◆ 更に連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)も調査し、関係者に配布、ネット上に公表等



【効果】

- ◆ 照会先や協力依頼先を適切に選べるようになった。
- ◆ 医療機関への連絡方法や時間帯、担当者が明確になり、連携がとりやすくなった。

(2) 会議の開催

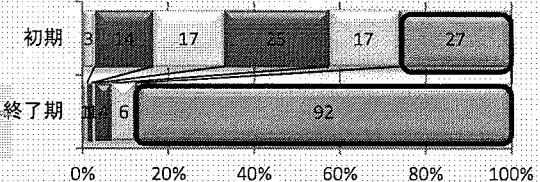
- ◆ 関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討

【効果】

在宅医療多職種連携会議の開催回数とその評価

在宅医療多職種連携会議の開催回数

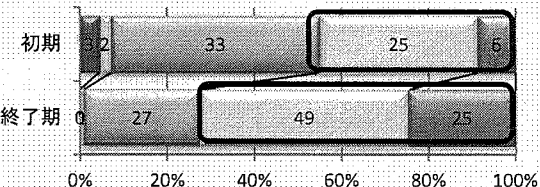
92%の拠点で年3回以上の会議が開催された



■未実施 ■計画中 ■概ね1ヶ月以内に実施予定 ■実施(1回) ■実施(2回) ■実施(3回以上)

実施した在宅医療多職種連携会議に対する評価

74%の拠点で会議に対する高い評価を得た



■全く評価できない
■あまり評価できない
■まあまあ評価できる
■よく評価できる
■非常に評価できる



(3) 研修の実施

【効果】

- ◆ グループワーク等の多職種参加型研修の実施
- ◆ 訪問診療同行研修の実施
- ◆ 医療機器に係る研修等の座学
- ◆ 介護職種を対象とした医療教育に関する研修等

- ◆ 介護職、医療職間の理解が促進され、研修に参加した事業所、医療機関等による新たな連携体制が構築できた。
- ◆ 専門医療機関との勉強会等で各職種のスキルアップができた。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

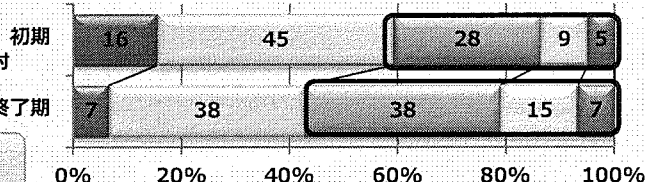
- ◆ 緊急入院受け入れ窓口の設置
- ◆ 主治医・副主治医制のコーディネート 等

【効果】

地域における
かかりつけ医の24時間対
応体制の構築

60%の拠点でかかりつけ医の24
時間対応体制が構築できた

24時間対応の在宅医療提供体制



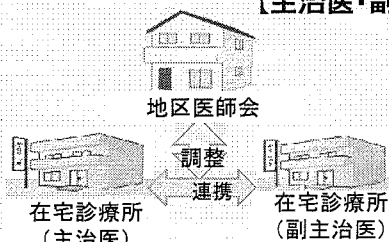
■ 未構築 ■ 構築不足 ■ まあまあ構築 ■ よく構築 ■ 非常によく構築

【主治医・副主治医制】

担当医調整様式(例)

担当医	氏名	診療時間	連絡先	調整状況	調整理由
1	田中 太郎	9:00-12:00	03-XXXX-XXXX	調整済み	在宅診療所へ移動
2	佐藤 花子	13:00-16:00	03-XXXX-XXXX	調整済み	在宅診療所へ移動
3	鈴木 一郎	17:00-20:00	03-XXXX-XXXX	調整済み	在宅診療所へ移動
4	山田 健二	21:00-24:00	03-XXXX-XXXX	調整済み	在宅診療所へ移動
5	中村 三郎	9:00-12:00	03-XXXX-XXXX	調整済み	在宅診療所へ移動
6	小林 四郎	13:00-16:00	03-XXXX-XXXX	調整済み	在宅診療所へ移動
7	高橋 五郎	17:00-20:00	03-XXXX-XXXX	調整済み	在宅診療所へ移動
8	斎藤 六郎	21:00-24:00	03-XXXX-XXXX	調整済み	在宅診療所へ移動

(板橋区医師会)



(5) 患者・家族や地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした相談窓口の設置

- ◆ 患者・家族、地域包括支援センターやケアマネからの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応

【効果】

- ◆ ケアプランに必要な医療的支援を位置づけられ、より適切なケアマネジメントが行われるようになった。
- ◆ 医療・介護ニーズが高い方について、各関連施設への連絡・調整が円滑になった。

(6) 効率的な情報共有のための取組

- ◆ 地域の在宅医療・介護関係者の連絡のための様式・方法の統一
- ◆ 地域連携クリティカルパスの作成
- ◆ ショートステイの空き情報等のネット上のリアルタイム情報の発信

【効果】

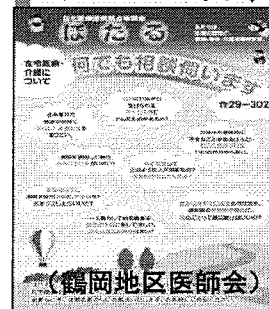
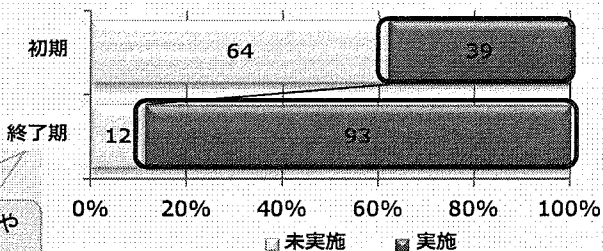
- ◆ 多職種の専門性を生かした質の高いサービスの提供ができた。
- ◆ ICTやメーリングリストを活用することにより、タイムリーな情報共有が可能となった。

(7) 地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催
- ◆ 地域住民に対する在宅医療相談窓口の設置(市の施設への設置、病院への設置)
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、ホームページ等を活用

【効果】

フォーラム・講演会等の開催



93%の拠点でフォーラムや講演会が開催された

効果データの出典) 平成24年度 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究
「在宅拠点の質の向上のための介入に資する活動性の客観的評価に関する研究」

中間まとめ

- 平成23年度の10ヶ所、平成24年度は105ヶ所の地域において、都道府県、市町村、医師会、在宅療養支援診療所(病院)、訪問看護ステーション等が連携拠点となり、在宅医療において、医療側から介護への連携を図る取組を実施。
- 各拠点においては、平成23年度の在宅医療連携拠点事業で得られた知見を活かし市町村と地域医師会が連携を図りつつ取組が進められた。
- 拠点事業の効果としては、在宅医療提供機関間のネットワークの構築により在宅医療提供機関数が増加するとともに、重症例への対応機能の強化につながり、在宅医療の充実と在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの構築に寄与したと考えられる。
- また、顔の見える関係性が構築されたことで介護関係者側にとっては医療関係者へのアプローチが容易になり、医療者側の介護への理解も深まった。さらに研修会等で介護関係者の医療分野の知識の充実が図られる等を通じてケアマネジメントの質が向上していると考えられる。
- 地域包括ケアシステムの実現のためには、地域において面的に在宅医療・介護連携を展開していくことが不可欠であるが、その推進体制としては地域全体を見渡せ、中立的な立場で関係者間の調整を行うことができる市町村が中心となり、医療側から他職種も含めて地域全体に働きかけやすい医師会等の理解と協力を得て取り組むことが重要であることが改めて確認された。またその前提として都道府県レベルでの関係団体等への働きかけや調整など、都道府県が市町村を支援する体制を整えることも重要である。

4. 地域ケア会議について

現状と課題

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるためには、医療との連携、自助・互助・共助・公助の適切なコーディネート、サービス資源の開発など、包括的なケアシステムの構築が必要であり、地域ケア会議はその実現のための重要な手段。
- 地域ケア会議は多職種により個別事例の検討を行うが、それを積み重ねることを通じて以下の実現が期待できる。
 - ・ 高齢者の課題解決の支援と介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント能力の向上
 - ・ 高齢者の実態把握や課題解決を図ることを可能とする地域の関係機関等の相互の連携による地域包括支援ネットワークの構築
 - ・ 個別の課題を解決する中で浮かび上がってくる地域の資源不足やサービス量の課題などについて、地域で必要な取組を明確化し、それを政策へ反映させること
- このため、地域包括支援センターの設置運営通知（平成24年4月改正）に「地域ケア会議」を明記し、センター長等を対象とした研修に取り組んでいる。
 - ※「地域ケア会議」の5つの機能
 - ①個別課題の解決、②ネットワーク構築、③地域課題の発見、④地域づくり・資源開発、⑤政策形成
- 個別事例の検討にあたっては、介護支援専門員の協力を得ることや、守秘義務の取り扱いなど、円滑な検討のための環境整備が必要。また、個別事例の検討によって明らかになった地域課題の解決に向けては、保険者による政策形成につなげること等が必要。

論点

- これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法に制度的位置づけを行うべきではないか。
- その際、以下の点に留意すべきではないか。
 - ① 個別事例の検討を通じ、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、地域ケア会議が実効性あるものとして定着するよう普及すること。その際、介護支援専門員の協力を得ることが必要。
 - ② 地域ケア会議で取り扱われる個人情報守秘義務について取り決めること。
 - ③ 地域ケア会議で行政側に提案された政策課題等については、着実にその実現に取り組むこと。
 - ④ 保険者たる市町村は、在宅医療連携拠点事業等の関連事業や多様な機関等の連携を通じて、地域のニーズに合った政策形成を行うこと。

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

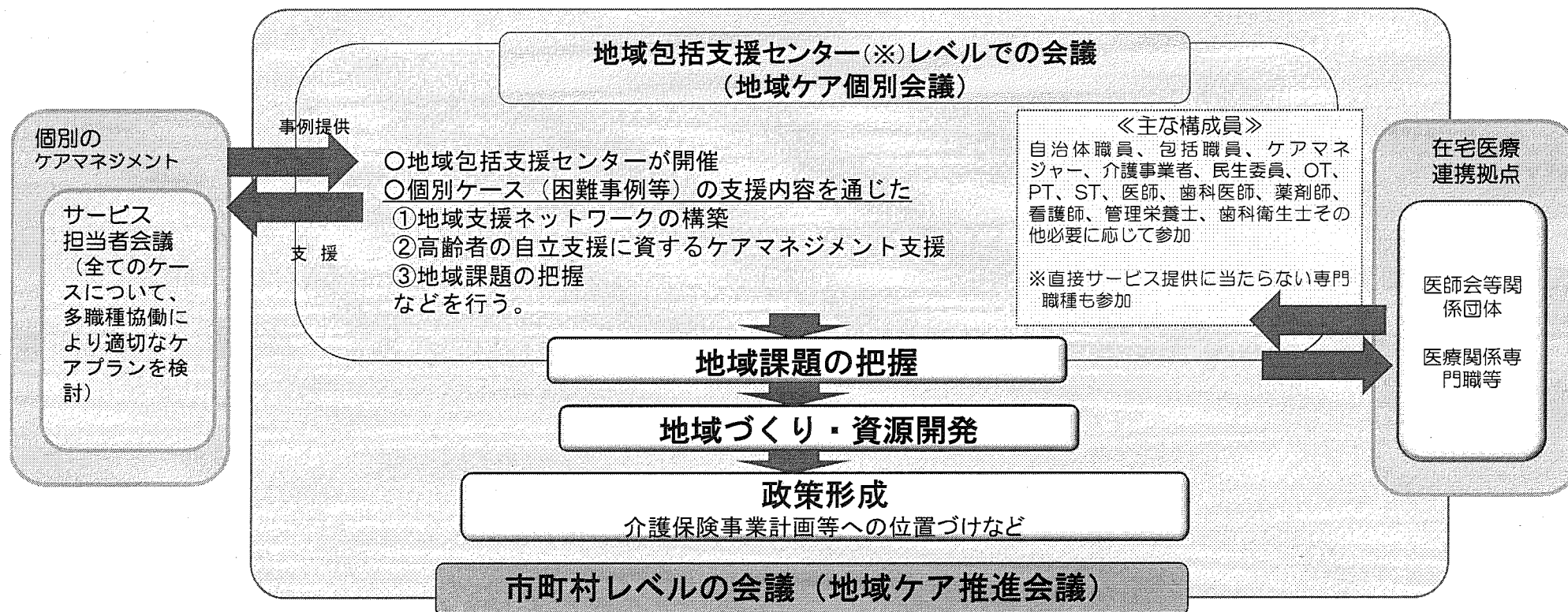
(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

(略) 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ということが重要となる。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。

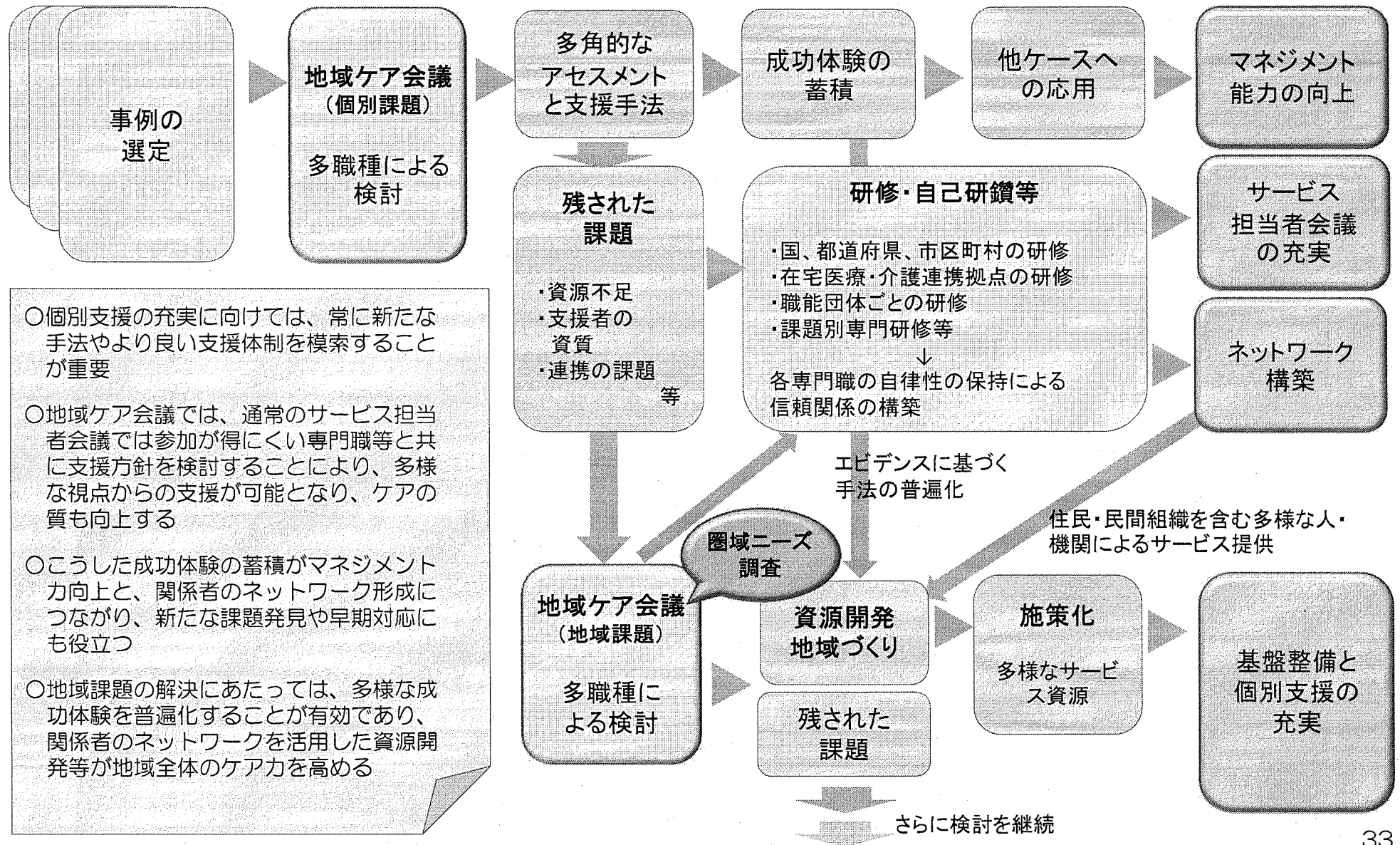
地域ケア会議

- 地域ケア会議は、
 - ・多職種の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)



(参考)地域ケア会議とその他の取組の関連性



(参考) 地域ケア会議に関する取組状況

取組状況

- 地域ケア会議への広域支援員・専門職派遣事業(都道府県事業)
(H24年度～)
- 地域ケア会議運営マニュアルの作成
(H24年度老人保健健康増進等事業)
- 地域ケア会議活動推進等事業(H25年度～)
 - ・全国会議の開催による好取組の紹介と市町村への普及啓発
 - ・地域ケア会議活用マニュアル(事例集)の作成
 - ・地域ケア会議コーディネーターの育成
 - ・広域支援員・専門職の派遣(都道府県事業)
 - ・地域ケア会議立ち上げ支援にかかる事業(市町村事業)

5. ケアマネジメントについて

現状と課題

- ケアマネジメントについては、介護保険部会等において様々な課題が指摘され、ケアマネジメントを担う介護支援専門員について、別途の検討の場を設けて議論を進めるとされたことから、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」を開催し、平成25年1月7日に中間的な整理がまとめられた。
- 当該検討会では、自立支援に資するケアマネジメントを推進するとともに、地域包括ケアシステムを構築していく中で、多職種協働や医療との連携を推進していくため、①介護支援専門員自身の資質向上、②自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備、という視点で対応の方向性がまとめられた。
- これを受け、提言された項目ごとに、具体化に向けて取り組んでいる。

論点

(1) 居宅介護支援事業者の指定権限の委譲について ⇒40, 41ページ参照

○高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営めるようにするには、地域包括ケアシステムの構築とともに、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントが必要となってくることから、地域において、ケアマネジメントの役割を担っている介護支援専門員の育成や支援などに市町村が積極的に関わっていくよう、保険者機能の強化という観点から、居宅介護支援事業者の指定権限を市町村に委譲すべきではないか。

○なお、指定権限を委譲した場合でも、市町村の体制面を考慮し、都道府県が市町村を支援する仕組みが必要ではないか。
※介護保険法では、要介護認定等について、福祉事務所や保健所による協力・援助に関する規定や地方自治法に基づく審査会業務の委託に関する規定を設けている。

(2) 地域ケア会議について ⇒30ページ参照

(3) 介護支援専門員実務研修受講試験の受験要件の見直し ⇒42ページ参照

○介護支援専門員の専門性の確保及び向上を図っていくため、受験要件を見直し、法定資格保有者、または生活相談員等で、必要な実務経験が5年以上ある者を受験対象者としてはどうか。

(4) 介護支援専門員の研修制度の見直し ⇒43ページ参照

○介護支援専門員の資質向上を図り、ケアマネジメントの質を向上させるため、研修カリキュラム等の具体的な見直しを進めてはどうか。

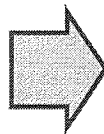
(5) 主任介護支援専門員による現場での実務研修等の実施 ⇒44ページ参照

○主任介護支援専門員の資質向上を図るため、更新制を導入（更新時に研修実施）するとともに、主任介護支援専門員の具体的な役割として、地域の介護支援専門員に対する現場での実務研修の実施などを位置付けてはどうか。

介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方 に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】

【検討の背景】

- 地域包括ケアシステムの構築
⇒多職種協働、医療との連携の推進等
- 自立支援に資するケアマネジメントの推進



【見直しの視点】

- ①介護支援専門員自身の資質の向上に係る見直しの視点
- ②自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備に係る見直しの視点

【具体的な改善策】

(1) ケアマネジメントの質の向上

- ①ケアマネジメントの質の向上に向けた取組
 - ・自立支援に資するケアマネジメントに向け、適切な課題抽出や評価のための新たな様式の活用を推進
 - ・多職種協働によるサービス担当者会議の重要性の共有と環境づくり

- ②介護支援専門員実務研修受講試験の見直し
 - ・試験の受験要件を法定資格保有者等に限定する見直しを検討

- ③介護支援専門員に係る研修制度の見直し
 - ・演習に重点を置いた研修制度への見直しや研修修了時の修了評価の実施について検討
 - ・実務研修の充実や基礎研修の必修化について検討
 - ・更新研修の実施方法や研修カリキュラムについて見直しを検討
 - ・研修指導者のためのガイドライン策定を推進
 - ・都道府県の圏域を超えた研修等の実施を検討

- ④主任介護支援専門員についての見直し
 - ・研修修了時の修了評価や更新制の導入について検討
 - ・主任介護支援専門員による初任段階の介護支援専門員に対する現場での実務研修の導入について検討
 - ・地域の介護支援専門員のネットワーク構築の推進

- ⑤ケアマネジメントの質の評価に向けた取組
 - ・ケアマネジメントプロセスの評価やアウトカム指標について調査研究を推進
 - ・ケアマネジメントの向上に向けた事例収集及び情報発信

(2) 保険者機能の強化等

- ①地域ケア会議の機能強化（多職種協働による個別ケースの支援内容の検討を通じ、自立支援に資するケアマネジメント支援、ネットワーク構築、地域課題の把握、資源開発等を推進）
 - ・制度的な位置付けの強化
 - ・モデル事例の収集など地域ケア会議の普及・促進のための基盤整備
 - ・コーディネーター養成のための研修の取組

- ②居宅介護支援事業者の指定等のあり方
 - ・居宅介護支援事業者の指定権限の委譲を検討

- ③介護予防支援のあり方
 - ・地域包括支援センターへの介護予防支援を行う介護支援専門員の配置を推進
 - ・要支援者の状況に応じた支援のあり方について検討

- ④ケアマネジメントの評価の見直し
 - ・インフォーマルサービスに係るケアマネジメント評価の検討
 - ・簡素なケースについて、ケアマネジメントの効率化を検討

(3) 医療との連携の促進

- ・医療に関する研修カリキュラムの充実
- ・在宅医療・介護の連携を担う機能の整備の推進
- ・主治医意見書の活用を促進する取組の推進

(4) 介護保険施設の介護支援専門員

- ・相談員に対して介護支援専門員等の資格取得を推進

➡ 今後、制度的な見直しに係るものについては介護保険部会、報酬改定に係るものについては給付費分科会で議論を進める

検討会における議論の中間的な整理のポイント

- 介護支援専門員自身の資質向上と自立支援に資するケアマネジメントのための環境整備を図ることにより、ケアマネジメントの機能強化を図る。

1. ケアマネジメントの質の向上

- アセスメントやモニタリングが十分でないといった課題や、サービス担当者会議での多職種協働が十分に機能していないといった課題に対応するため、介護支援専門員の資質向上を図り、ケアマネジメントの質を向上させる。

2. 保険者機能の強化

- 介護支援専門員の資質向上に向けた取組が効果的なものとなるよう、保険者である市町村による支援体制を充実していくなど、自立支援に資するケアマネジメントが実現できるような環境を整える。

3. 医療との連携の促進

- 医療関係職種との連携が十分でないといった課題があることから、医療との連携に必要な知識を習得する機会の充実や医療関係職種と連携しやすい環境整備などにより、医療との連携を促進する。

4. 介護保険施設の介護支援専門員

- 施設においても、多職種協働によるケアマネジメントを進めていくため、施設においてその役割を担う者について、ケアマネジメントの質を向上させる。

介護支援専門員に関する制度見直しについて①

1. ケアマネジメントの質の向上

<ケアマネジメントの質の向上に向けた取組>

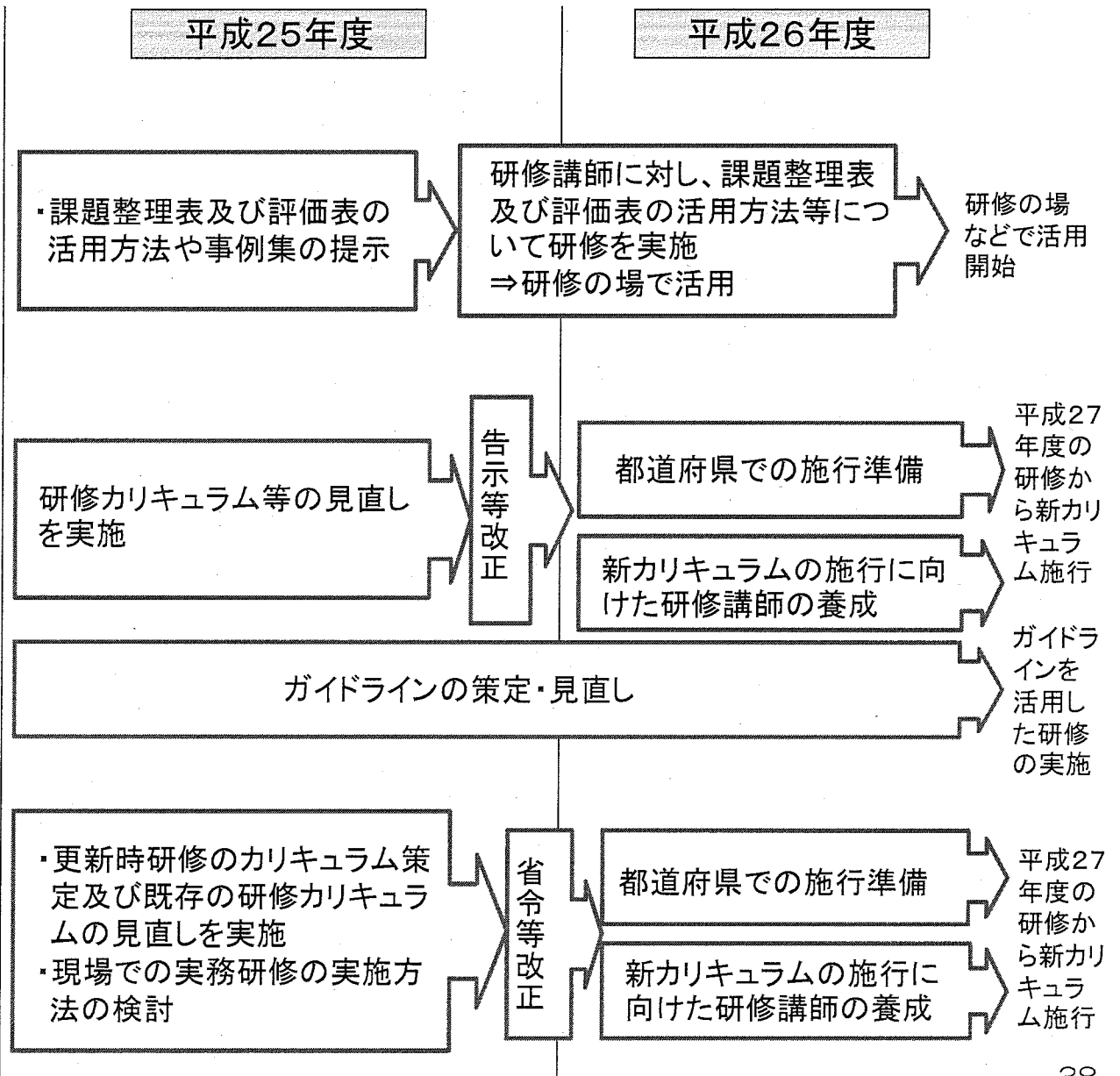
- 利用者の課題(ニーズ)の適切な把握に向けた課題整理表の具体化
- ケアプランに位置付けたサービスを適切に評価する評価表の具体化

<介護支援専門員に係る研修制度の見直し>

- 研修修了時の修了評価を導入
- 実務従事者基礎研修の必修化
- 専門研修等の研修カリキュラムの見直し等
- 研修実施のためのガイドライン策定

<主任介護支援専門員の資質向上>

- 更新制及び更新時研修の導入
- 研修カリキュラム等の見直し
- 介護支援専門員に対する現場での実務研修の実施



介護支援専門員に関する制度見直しについて②

<実務研修受講試験に係る見直し>

- 原則、国家資格保有者に受験要件を限定
- 試験における解答免除の廃止

2. 保険者機能の強化等

<保険者機能の強化に向けた取組>

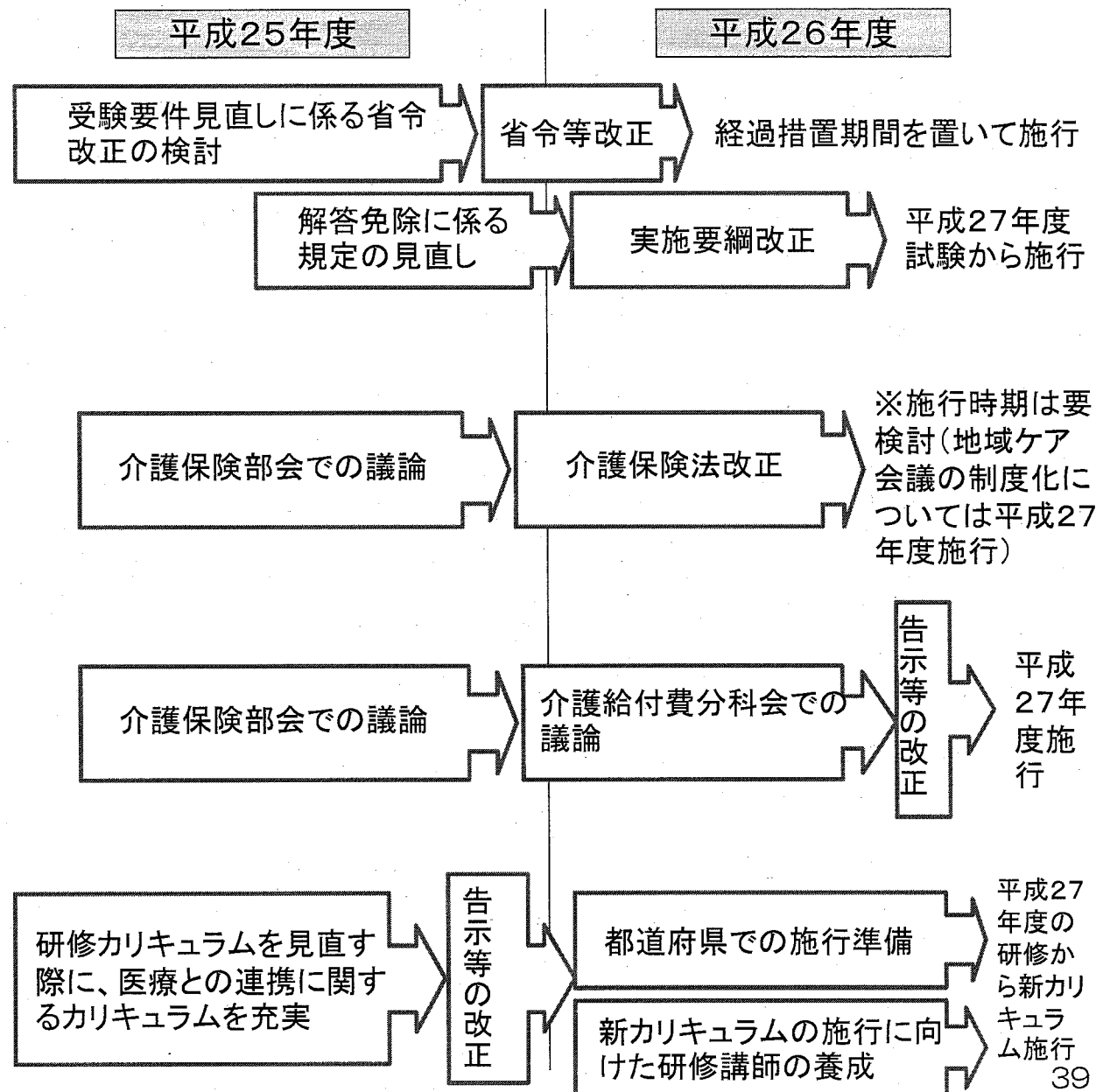
- 居宅介護支援事業者の指定権限の委譲
- 地域ケア会議の制度化

<ケアマネジメントの評価の見直し>

- 給付管理が発生しない場合のケアマネジメントの評価
- 福祉用具貸与のみのケースについてケアマネジメントの効率化

3. 医療との連携に向けた取組

- 医療との連携に関する研修カリキュラムの充実



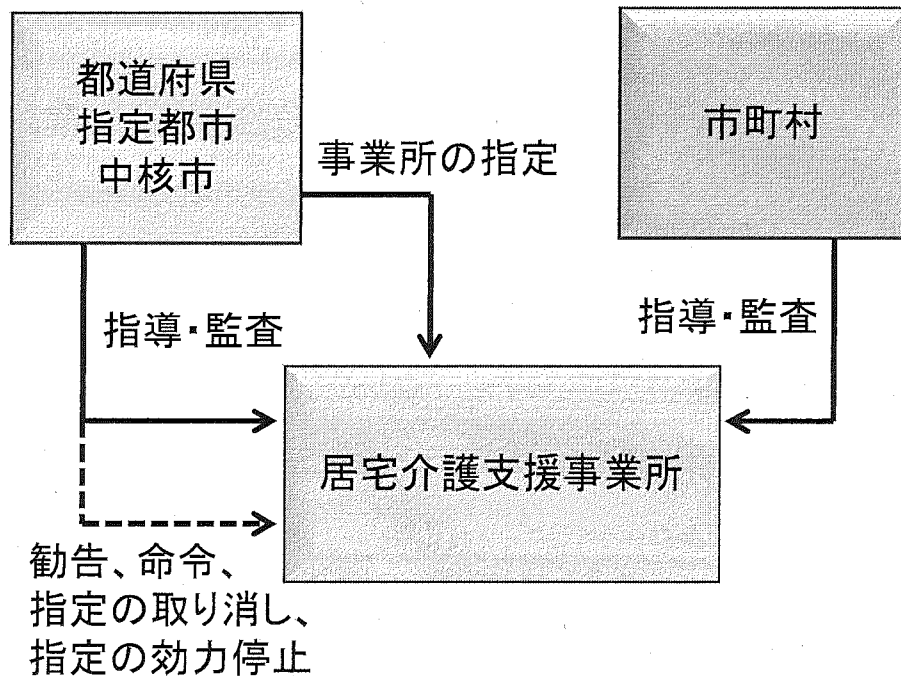
居宅介護支援事業者の指定権限の委譲について（案）（法律改正）

○ 現在、居宅介護支援事業者の指定は、事業所からの申請により、都道府県が行うこととなっているが、指定都市・中核市以外の市町村にも指定権限を委譲してはどうか。

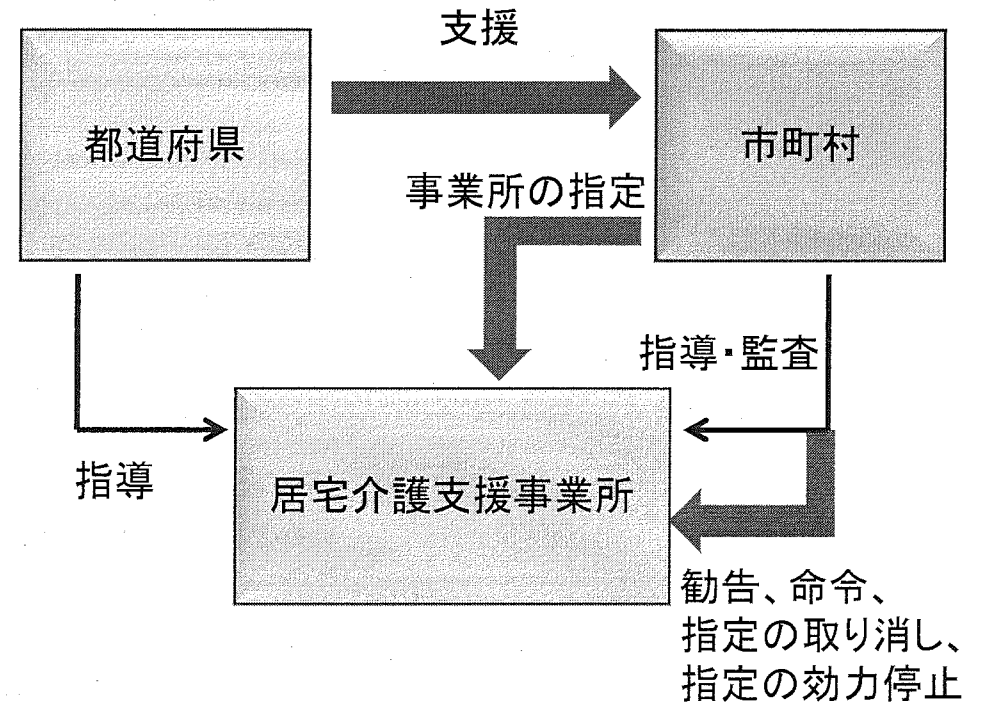
※ 大都市等の特例により、指定都市及び中核市については、居宅介護支援事業者の指定権限が委譲されている。

※ 事業者の指導・監査については、現行制度においても保険者である市町村においても実施することが可能となっている（勧告や命令といった権限は有していない）。

<現行>



<改正案>



居宅介護支援事業者の指定権限に関する指摘等

介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理(平成25年1月7日)

○居宅介護支援事業者の指定等のあり方

居宅介護支援事業者の指定は、都道府県によって居宅介護支援を行う事業所ごとに行われているが、地域ケア会議の強化等、市町村による介護支援専門員の支援を充実していくに当たり、居宅介護支援事業者に対する市町村の関わりを強めていくことも重要である。

そこで、保険者機能の強化の一環として、居宅介護支援事業者の指定を市町村が行うことができるよう、見直しを検討すべきである。この場合、町村をはじめとした体制面での課題などを考慮し、都道府県等との役割分担や連携の在り方を検討すべきである。

地域主権戦略大綱(平成22年6月22日閣議決定)

○基礎自治体への権限移譲

都道府県と市町村の間の事務配分を「補完性の原則」に基づいて見直しを行い、可能な限り多くの行政事務を住民に最も身近な基礎自治体が広く担うこととする。

※ 今後、権限委譲を行う事務として、必要な法制上その他の措置を講じることとされているもののうち、指定居宅サービス事業者等の指定等(介護保険法第41条第1項等)があげられている。

介護支援専門員実務研修受講試験の受験要件の見直し（案）（省令、通知改正）

現行

受験対象者は、下記の1、2、3の実務経験を単独で、または通算して5年あるいは10年の期間が必要

1. 法定資格

保健・医療・福祉に関する以下の法定資格に基づく業務に従事した期間が5年以上

（医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士）

2. 相談援助業務

介護老人福祉施設や障害者支援施設等において、要介護者等の日常生活の自立に関する相談援助業務に従事した期間が5年以上

3. 介護等業務

介護保険施設や障害者支援施設等において、要介護者等の介護等の業務に従事した期間が、
①社会福祉主事任用資格や訪問介護2級研修修了者であれば5年以上
②それ以外であれば10年以上

見直し後

受験対象者は、法定資格保有者、または生活相談員等で、必要な実務経験が5年以上ある者とする

1. 法定資格保有者

法定資格

①②③の期間が通算して5年以上

①保健・医療・福祉に関する以下の法定資格に基づく業務に従事した期間

（医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士）

②介護老人福祉施設や障害者支援施設等において、要介護者等の日常生活の自立に関する相談援助業務に従事した期間

③介護保険施設や障害者支援施設等において、要介護者等の介護等の業務に従事した期間

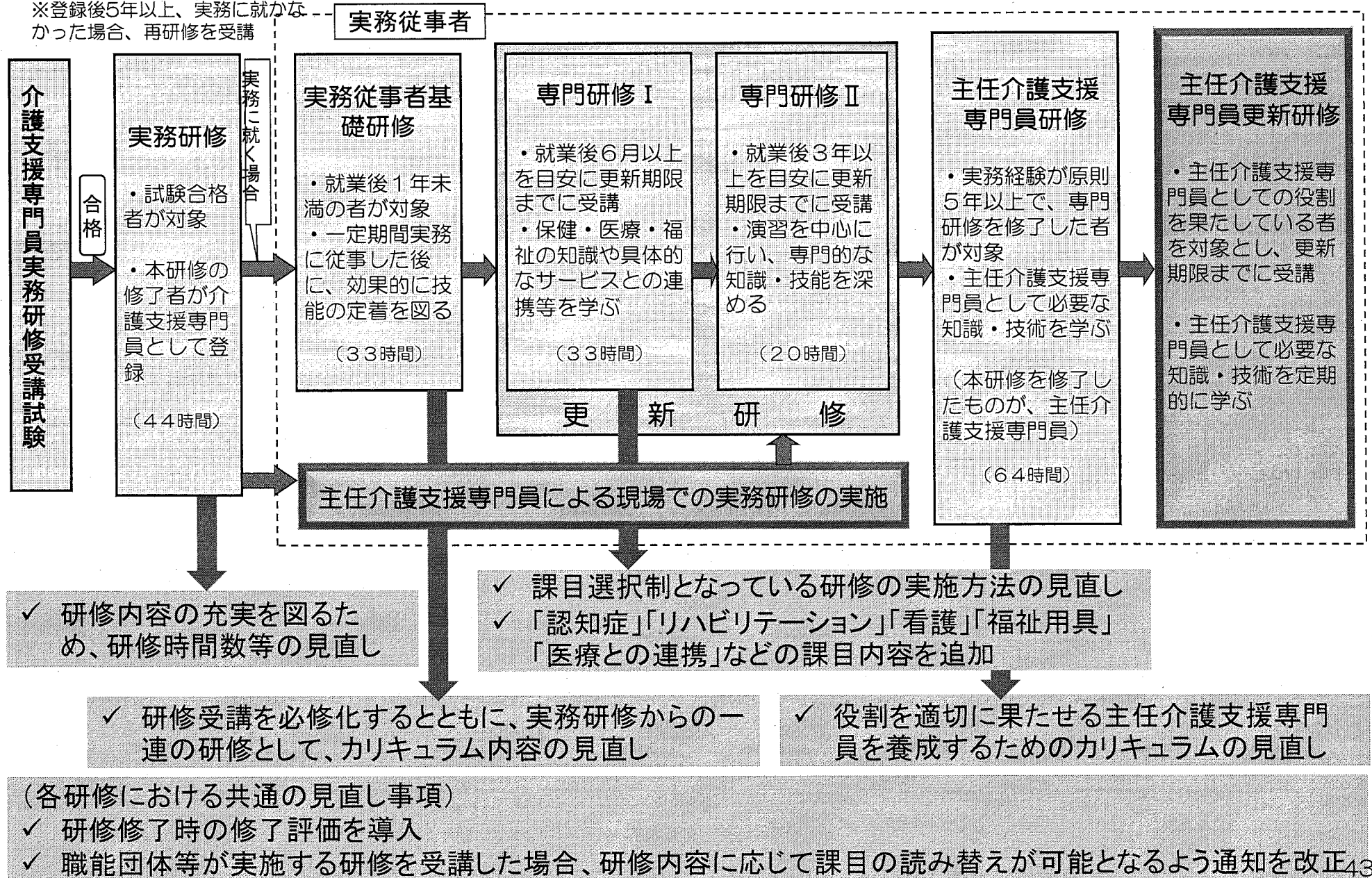
2. 生活相談員・支援相談員・相談支援専門員

① 介護老人福祉施設等において、生活相談員または支援相談員として、要介護者等の日常生活の自立に関する相談援助業務に従事した期間が5年以上

② 相談支援専門員である者が、要介護者等の日常生活の自立に関する相談援助業務等に従事した期間が5年以上

介護支援専門員の研修制度の見直し（案）（省令、告示、通知改正）

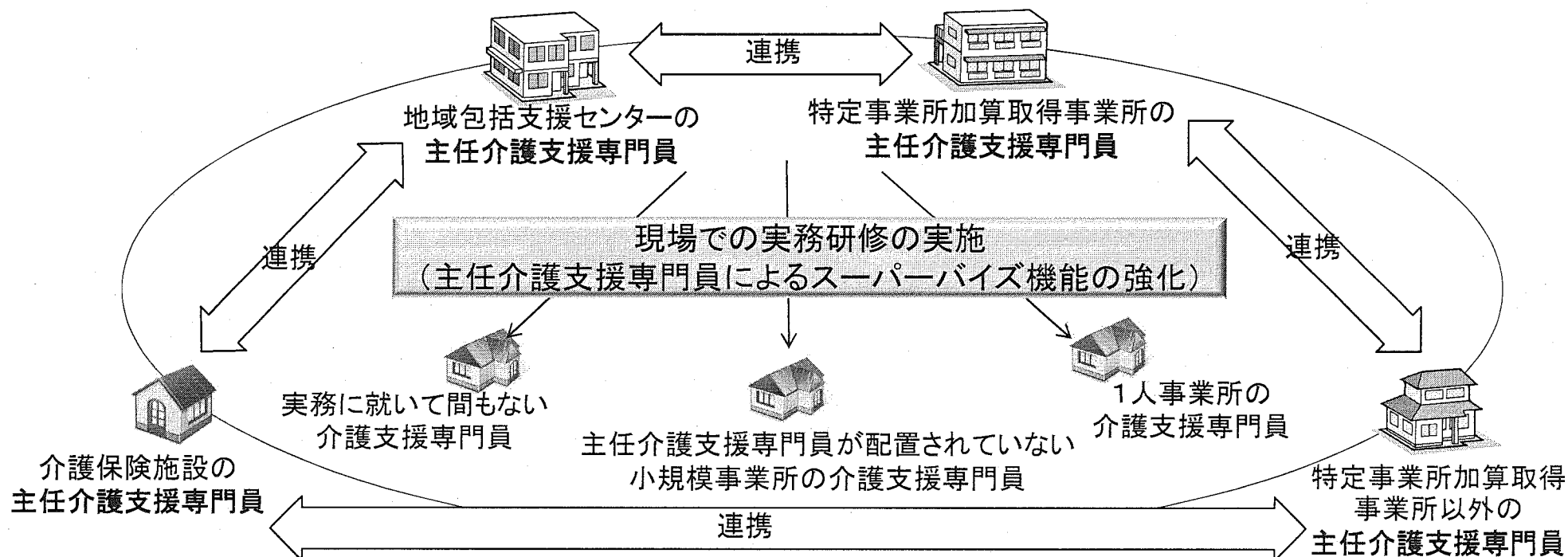
※登録後5年以上、実務に就かなかった場合、再研修を受講



主任介護支援専門員による現場での実務研修等の実施（案）（省令改正）

現在、主任介護支援専門員が配置されることとなっているのは、①地域包括支援センター、②特定事業所加算を取得している居宅介護支援事業所であるが、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員役割については明確でない。

⇒ 主任介護支援専門員に更新制を導入し、更新時に研修を実施することで主任介護支援専門員の資質向上を図るとともに、地域の介護支援専門員に対する現場での実務研修の実施や介護支援専門員のネットワークの構築といった役割を担うこととする。



主任介護支援専門員が連携することにより、地域の介護支援専門のネットワークの構築、地域包括ケアシステム実現に必要な情報の収集・発信、インフォーマルサービス等の質・量の確保といったことに取り組む

介護保険部会におけるこれまでの主な意見・未定稿

※ 第 46 回から第 49 回までの主だったご意見を事務局において整理したもの。ご質問や介護保険制度改正以外についてのご意見を除いている。また、事務局から説明した内容、回答等も除いている。

地域包括ケアシステムについて

- 2025 年に向けて地域包括ケアシステムを構築していく方向性については賛成。早急に前倒しで制度改正等を行っていかねばならないという必要性は分かるが、現実的なタイムスケジュールをより早く明確にしてほしい。
- 市町村の役割・責任が重くなってくる。スキルアップ、人員拡充が必要となってくる。また、市町村の取組のばらつきを防ぐためにも、都道府県が積極的に関与することが必要。
- 都道府県は市町村の支援をしてきているが、都道府県の役割をもっと明確にしてほしい。
- 地域包括ケアシステムのコンセプトには賛同できるが、それを具体的に実行していく場合に、日本全国を見る限り、なかなか難しい現状がある。どこの地域でも実現可能な水準を見据えながら、当システムの構築を目指すべき。
- ほとんどの人は「地域包括ケアシステム」を知らない。もっと国民に知ってもらうような計画的な取組が必要。

介護保険事業計画について

- 当面の施策に加えて段階的に地域包括ケアシステムの構築を進める施策についても盛り込むべき。特に将来展望を示す上で、給付、保険料推計も併せて盛り込むべき。
- 第 6 期からの介護保険事業計画を、地域包括ケア計画と位置付けることは賛成。人材確保の記載も充実させていくことも賛成。
- 介護労働安定センターでプラットフォームの取組が始まっており、人材確保について都道府県の支援計画の方にも当然あってしかるべき。また、国の役割も検討が必要。
- 一部を除いて市町村の現場力の低下は否めない。前例踏襲的な慣習を改め、各自治体オリジナルの計画策定に期待したい。
- 市町村の事業計画に、利用者や家族の介護保険を利用するに当たって守るべきルール の啓発も追加すべき。啓発活動は市町村の責務において実施すべき。利用者のルール・マナーが悪いことにより労働意欲の減退や辞職につながることもある。

- 介護保険事業計画では利用者が参加しているが、医療計画にはほとんど利用者が参加していない。認知症の人が増える中、計画策定の段階から利用者の視点も生かせるようにすべき。在宅利用者の実態を把握する全国調査がされていない。

在宅医療・介護連携について

- 在宅医療連携事業や地域での在宅医療の展開は、医師会として責任を持って進めたい。
- 基本的に医療政策は県で、介護施策は市町村という今の位置づけの中で、医療・介護連携ということで、市町村が総合調整をすることは良い。都道府県と市町村との役割分担、市町村長の権限を明確にしてほしい。
- 2015年の時点で全ての市町村で実施するのは無理であり、ある程度任意事業のようなものとして走り出させて、2018年に本格的に事業化・必須事業化するという形も考えておくべき。タイムスケジュールを出して、現場で準備を進めていく方策を考えてほしい。
- 在宅医療・介護連携事業は、包括的支援事業となると2号保険料が入らないが、若年者にも効果が及ぶと考えられるので、財源について一考してほしい。
- 在宅医療・介護連携事業は、従来の包括的支援事業と同様に、2号保険料を財源としない方向で考えるべき。
- 医療介護連携には、優秀なケアマネジャーの活用が必要。

地域ケア会議について

- 地域ケア会議は素晴らしい制度であり、進めるべき。ある自治体では、要介護認定率が下がり、保険料が抑制できた。会議の議長をする人の力量により左右されるので、自治体の人材の育成が非常に大切。
- 地域ケア会議は大事であり、困難事例に対して多職種が連携してアプローチしていく考え方は、非常に優れた取組の姿勢。地域ケア会議が良く理解されて機能するためには時間を要する。研修や情報提供など、自治体へのサポートが必要。
- 地域ケア会議では、市町村が当事者となって調整役になるため、市町村長の権限・役割を明確にし、総合調整の権限を新たに付与してほしい。
- 地域ケア会議は、介護支援専門員と地域のケアマネジメントに関わる専門職等が適切な意見交換ができる場であってほしい。地域ケア会議そのものの標準化・平準化、質の担保に対して十分配慮願いたい。
- 地域ケア会議は、利用者不在、家族不在に陥りやすい。利用者や家族の視点をどのように入れていくか。
- 地域ケア会議は、扱う課題によって利用者が参加すればよいので、個々のケアプランを議論する場には必ずしも利用者の出席は必要ないのではないかと。

ケアマネジメントについて

(ケアマネジャーの質の向上)

- 主任ケアマネジャーは、研修を受ければなれるという仕組みで、実力がどうなのかとすることがあるため、更新研修は是非とも必要。また、単に研修を受けただけでなく、評価が必要であり、この点はケアマネジャーも同様。
- 主任ケアマネジャーが所属する事業所で何をすべきか明確にすべき。今後はより一層困難な事例が地域に流れてくるので、研修のシステムやカリキュラムの改正のみならず、工夫が必要。
- 実践力のあるケアマネジャーの育成に力を入れていくことが必要。特に自立支援型のケアマネジメントが言われるが、単に自立ということで、利用者が求めるサービスが制限されないように注意していくことが必要。また、保険者機能を強化する上で、ローカルルールの問題への対処が必要。ケアマネ事業所と保険者の建設的な議論が妨げられないよう、都道府県又は国の適切な関与が必要。

(市町村への指定権限の移譲)

- 指定権限を市町村に下ろすことは、権限移譲、地方分権等の観点から賛同する。事務作業等について実務家等の間で検証して、スムーズな権限移譲を図ってほしい。
- 指定権限を市町村に下ろすことは基本的に是とするが、一律的にというのはやめてほしい。それぞれの状況を踏まえ、都道府県と協議をしながらということやってほしい。
- 市町村への権限移譲はおおむね賛同するが、自治体側にケアマネジメントを熟知している職員が少ないため、それらの人材を確保・育成することが絶対条件と考える。

生活支援サービスの充実と、介護予防給付の地域支援事業への移行について

- 市町村が主体的に地域の実情に合った形で、しかも個々の高齢者のきめ細やかな配慮のもとに、こういう地域支援事業を実施していくという方向性については、総論的に賛成。ただし、ソフトランディングできるような経過的な措置が必要。今、予防給付でサービスを受けている人たちが、急にサービスが受けられないことにならないように、既存のサービス等の事業所等から基本的に継続的にサービスが受けられるような仕組みが必要。あるいは、同じサービスを受ける場合でもある程度弾力的な運用ができるような形にして、サービスの効率化やより成果が出るようなサービスの組み合わせができやすいような形にしてほしい。
- 既存のサービス事業を締め出すわけではなく、これを活用しつつ、段階的に移行していくという視点は、大いに賛同できる。とりわけ、例えば、デイサービス事業を1つとっても、実際にやっている事業者は、どの人が要介護で、どの人が要支援か、あまりよ

くわからずにワーカーはやっている。これらは、本来の予防給付とは違うのではないかという疑問を従前から持っていたわけで、特に要支援者に対しては、生活機能のリハビリテーションを中心にしたプログラムの提供なども必要。

- 市町村格差という話が出ているが、都道府県も当然後方支援を行うが、例えば地域支援事業の中に、いくつかの市町村が共同事業として取り組めるようなものができるという規定もあっていい。あるいは都道府県と連携して、都道府県が市町村から逆委託する方法もあるので、地域支援事業の中で都道府県事業として、例えば広域行政が担う普及・啓発や人材の育成の分野については、都道府県が出ていてもいい。
- 予防給付を地域支援事業に移していくことについては、賛同。ただし、移行したが費用や効果も従来と変わらないということでは全く意味はない。市町村で知恵を出し、ボランティアやNPOの地域の資源を活用することにより、費用を抑え、効果を高める仕組みを作り上げることが重要。市町村のばらつきを防ぐためにも、都道府県の支援もお願いしたい。また、地域支援事業の上限設定をどうするかということは、極めて重要。
- 市町村は力量に差があるため、市町村間での差が生じるのではないかという懸念は、あえて当面は多少考慮せざるをえないが、むしろ市町村の能力を高めるためにも、勇気を持って市町村に委ねて、その能力を育てていくということを地域として取り組んでいくことが重要。そのためにも新しい地域支援事業という枠組みはなじむものではないかと考える。
- 介護を受ける方々は、その地域に暮らしているわけで、その地域でまさに民主主義の力で市町村の運営にも声を挙げて、意見を聞き入れる枠組みが民主主義国家にはある。市町村に移行したからといって、直ちに切り捨てられるというものでは決していない。
- ボランティアやNPO法人の活用が挙げられているが、市町村によってはそのような団体がうまく育っていないところがあり、その受け皿づくりについて国の指導や何らかの支援措置をお願いしたい。
- これまでの国の画一的な制度から、市町村独自のきめ細かものになるが、市町村の要望をしっかりと受けとめて、納得・合意の上でスタートするということがなければならない。
- 生活支援体制の充実・強化についてコーディネーターの配置や協議体の設置等があるが、平成27年度の第6期計画から全市町村で実施が義務づけられると、人材の確保等、大変な問題があり、実際に全市町村で実施が可能なのか。市町村で体制整備されるまで、十分な実施期間や猶予期間があればいい。
- 民間事業者自身の参入が容易となるよう、参入主体の規制・障害となるものはなるべく取り除くような措置を検討してほしい。
- 地域住民がボランティアや地域支援事業に似たような形で、自主的にいろいろな活動を地域で行ってきており、そのような活動を育み、主体性を奪わないような形での地域支援事業への移行という配慮が必要。介護保険法の中で、介護保険事業を行うものは法人だという事業者指定の原則があるが、この規定との関係も十分調整をお願いしたい。

- 地域支援事業に移行することで、予防サービスと生活サービスが混在するが、サービスの内容は明らかに違う。予防サービスは、食事のバランスへの気遣いや体調の変化、認知症の初期症状の方の対応など、専門職の知識と技能が絶対必要であり、真に自立支援のためのサービス提供は、介護の専門職が携わるべき。生活支援サービスを支援するコーディネーターは、専門職とすべき。
- 地域支援事業への移行に当たっては、一定時間をかけて行う必要があり、介護に従事する労働者の急激な雇用変化が起こることに十分留意して移行すべき。
- 要支援・軽度の要介護者へのサービスは介護保険制度のサービスを主張してきたが、住民活動をしている人々からは、NPOを含む公的な資金的・管理的な援助の必要性を表明する人が多数だった。今後、地域包括ケアシステムに関する事業を展開するにしても、あくまでも公が責任を持ち、見守りや話し相手などのボランティアな活動と公的な資金に基づく住民参加型事業との区別を明確に行うべき。地域の独自性、知恵を生かした事業が期待されるが、地域格差を生じさせないためにも一定の基準が必要。
- 段階的な運用で、まずは利用者、現場の混乱を回避できるように強く求めたい。また、要支援1と要支援2の状態像というのは、かなりの違いが見受けられることから、十分な注意が必要。また、ケアマネジメントの継続性が問われることにならないようにお願いしたい。
- 要支援1、2を介護保険からの切り離すものではなかったということで安心したが、いくつか不安なところもある。利用者のアセスメントやケアプランの作成を現在の地域包括支援センターで行えるのか、多様な事業主体というのは良いが、運営や人員に基準がないため、実施内容はどう担保するのかなどが心配。
- 予防給付と生活支援の部分を一体的に提供すると、原則地域包括支援センターが作成することとなっている介護予防プランがかなり複雑になってくる。ケアマネ事業者への委任が行いやすくなる取組も必要ではないか。
- 介護給付と予防給付の境界となる要介護認定制度そのもののあり方について、利用者の状況が適切かつ的確に反映され、要介護認定を行う人や要介護認定を行う地域によってばらつきが出ないように、現行の要介護認定のやり方が正しいのかどうか、内容はいいのかどうか、検証していただきたい。
- 市町村が全て決めてしまうことにならないよう、利用者の自由な選択という権利が冒されないことを十分念頭に置いて運営していただきたい。地域支援事業に移行していくに当たって、区分支給限度額に悪影響を及ぼすことのないように、十分調整をお願いしたい。
- 新しい地域支援事業を展開するに当たって、それを裏づけする財源が必要であり、少なくともこれまで予防給付で確保されていた、23年度ベースで言うと6,000億円弱程度の予算規模というのは、確実に最低限確保された上で、それぞれ市町村がその地域の実情に応じて事業を展開することが必要。
- 地域支援事業の上限額は、現行通り、給付費を尺度とし、8%強とすべき。

- 地域の機能強化という視点からは、地域支援事業の上限額は見直すべき。
- 地域支援事業の上限額は緩いと保険料・公費の増加につながる。介護の質を低下させないことを条件に、地域支援事業の上限額をしっかりと設けることが重要。
- 給付立てから事業立てに変更することについては、より柔軟なサービスの提供だけではなくて、ある程度の予防給付の抑制とか事業支出の削減などの財源効果をも期待したい。
- もともとの予防給付という部分は、3カ月ないし6カ月間、トレーニング等を行って改善等が見られたら、そこで一旦卒業するというスキームが最初考えられていたと思う。ところが、利用者は一度サービスを受け始めると、予防給付をずっと受けられているという実態がある。この卒業の部分を入れる前提で考えているのであれば、その部分を最初から説明して、利用者の方に納得していただかないと、市町村が悪者になってしまうし、今のまま、サービスを受け続けること前提で市町村事業に移るのは、極端に言うとし、市町村の事務経費だけが膨らんでしまって、何の効果もない。
- 天文学的に増えていく介護給付費、それに伴う保険料の高騰があり、予防給付の効率化は重要。ただし、市町村で体制整備がされるまで十分な猶予期間が必要。また、人員基準や運営基準、また単価設定など全国一律から、ボランティアやNPO等を活用することにより、地域の実情に応じた取組が可能になり、その結果として、事業費も下がるのではないかという狙いもあるだろうが、結果として事業費が下がらなかった場合について、保険者として非常に強い懸念を持っている。
- 集いの場や見守りといった高齢化社会に向けた街づくりそのものの、社会基盤に関わるものまで、なぜ2号の保険料を投入するのかについて整理が必要。
- 地域支援事業は、市町村の裁量で内容が決められる仕組みであり、まさに市町村の事業である以上、2号被保険者の保険料を財源として充てるべきではない。また、地域支援事業への移行に当たっては、必要性の高い介護サービスに重点化していく観点から、介護予防、生活支援でも効果が認められないものは、保険給付の対象から外していくことも視野に検討すべき。
- 事務局の案では、利用者の極端なサービス抑制にはつながらないが、地域格差が生じる懸念がある。また、シャドーコストやイニシャルコストがかかる。そのため、要支援1のみをまず地域支援事業に移行し、要支援2については現行通り介護給付で存続すべき。事務局通りの案で行うなら、市町村のシステム経費等への補助、制度移行に際して早急な通知を提示すること、また、十分な経過措置を設けることが必要。
- 生活支援の充実については、異論はない。インフォーマルなサービスの基盤を作っていくことは、重要であるが、インフォーマルなサービスが全国的に普及し、その活動状況を確認する中で、それを今のフォーマルなサービスを担うだけの担い手としてよいのかを検討すべき。
- 2006年4月の予防給付の導入の総括が、今回の議論の中で十分されているとは思えない。多様なニーズに対応できていないのかと言えば、好事例がたくさん提供されていて、介護予防事業の形で色々な地域で活動されているという紹介もあるので、どれだけ対応できていないのかが十分理解できていないところがある。

- 地域のサロン等の形に置き換わる中で、訪問や通所のサービス利用者が地域で減っていくことによって、本当に担い手であるサービス事業者がその地域で継続的に提供してくれるのかという不安もある。地域の資源の差にも、大きな心配がある。
- 要支援を介護給付から地域支援事業に移行することについては、強い不安と懸念がある。市町村が地域の実情に合わせて、効果的・効率的に事業を行うことで、多様なサービスが受けられて充実するという考え方には賛同できない。人員基準や運営基準がなく、事業内容は市町村の裁量であるため、本当に認知症の高齢者の大変な状態、初期段階の状態に対応できるのか。認知症は、初期の段階においてこそ、しっかりした専門職がケアする介護保険でやるべき。

介護予防事業の見直しについて

- 1次予防事業と2次予防事業を区別しない案は、おおむね賛同できる。
- 廃用症候群の原因を取り除くために、多職種、特にリハ職の適切な関与と目標設定が大事であり、さらには行き場をつくることの重要性については、賛同する。1次予防と2次予防事業と分けないという考え方も賛同する。今回、予防のモデル事業の中で、多職種、特にリハ職の介入が好結果につながっているというデータが示されているが、今後にとって大変明るい材料。
- 1次予防事業と2次予防事業の境なくやっている市町村もあり、境をなくすことには賛成。一方で、今までハイリスク高齢者に対して、運動、口腔、栄養など課題別のアプローチをしてきた部分については、効果も出ているので、事業実施後の評価も加えて、エビデンスとして蓄積する必要がある。
- 1次予防事業、2次予防事業の区別をなくすという方向性でよい。特に、介護予防事業は重要だが、誰をターゲットにするかということは、これからさらにもっと精査していく必要があり、まず第1弾として、今の枠組みから変えることは非常に重要な第一歩になる。

高齢者のリハビリテーションについて

- リハビリテーションの専門職は限られ、偏在しているところもあることから、地域包括支援センター等に、サポートしていくシステムを都道府県単位ぐらいで考えていくことが必要。
- 訪問系リハ職の供給不足が顕著であり、何らかの措置が必要。

地域包括支援センターについて

- 在宅医療・介護連携など、地域包括ケアシステムの構築のためには、地域包括支援センターの果たす役割は大きく、機能強化が必要。
- 全ての地域包括支援センターを同じにするのではなく、基幹型には人を集めるといった視点も必要。
- 自治体内に複数の地域包括支援センターがある場合、可能な限り1か所は自治体直営とし、基幹型の機能を果たすべき。また、地域包括支援センターの従事職員で、在宅介護や在宅医療で働いた経験年数が浅く、圏内の介護従事者よりも力量が十分とは言えない者も少なくない。そのため、従事職員に対する何らかの措置を講じるべき。
- 認知症地域支援推進員やコーディネーターの配置などを全ての地域包括支援センターに備えるのではなくて、基幹型とか地域型というような、機能を分けて考えていった方がいい。
- 行政と地域包括支援センターの役割をもう少しはっきりとしていくことが、当面大事な視点。

認知症施策について

- 今までとは違い、予防的な視点が含まれていることや今までより個人に対する視点があることは評価できる。今回進められようとしている認知症初期集中支援チームという試みは非常に評価できる。認知症地域支援推進員も地域包括支援センターの強化につながり、センターの負担をより減らすこともできる。
- 特に早期診断・早期対応が重要であり、認知症初期集中支援チームを中心に認知症の専門医療機関の整備を積極的に行い、早期診断を行い、切れ目のない支援を図るべき。
- 認知症施策については、内容的には賛同するが、認知症初期集中支援チームや認知症支援推進員の配置の人材養成と、財源確保が課題。
- 認知症初期集中支援チームの設置などモデル事業を継続事業として制度化することについては、介護保険制度の財源でどこまで賄うべきものなのか、慎重に議論すべき。
- 認知症初期集中支援チームでサービスにつながった後も、多職種の訪問事業を実現できるような方向性をとっていただきたい。
- 認知症の方々が地域で見守られながら生活していくのには、インフォーマルな資源なしでは難しい。きめ細かい対応が必要で、現場にいる専門職の方々がもう一回り大きな仕事の仕方をしていって、重なり合うような場面をたくさん作っていかないと、この地域包括ケアシステムにはすき間が出てきてしまう。
- 認知症の施策については、方向性については非常に重要だが、支え手の知識・技術の向上は不可欠。特に研修体制については、十分な予算を確保した上で、あまねく認知症に関わる人たちの技術が向上できるようにお願いしたい。
- 認知症の実践者研修について充実が必要。

介護人材の確保について

- 介護サービスは成長産業だということをアピールして、介護人材の確保を国の政策として推進してほしい。
- 介護福祉士の資格を持っている方の 3 割、4 割が介護関連の仕事についていない。待遇改善と教育の充実が必要。
- 資料について、視点や方向性が分かりやすく論点整理されており、それぞれの立場の方が目標や戦略を描ける。介護人材が介護職員に限定されている点は気になる。取組の促進策の中に賃金表の整備を入れていただきたい。都道府県を取組事例が出ているが、見える化の促進や、使用前・使用後のデータ化もお願いしたい。
- 看護職員やリハビリなども含め、福祉領域で働く人材をどうやって確保していくのかということについて、需給の実態を把握しながら施策を立てていく仕組みを作っていくことが必要。特に、訪問看護に関しては、人材不足は猶予がないような状況。
- 人材確保は重要な課題だが、介護福祉士等が必ずしも介護福祉分野で仕事をしないこと自体を過度に憂う必要はない。能力を持っているので、しかるべき時期にはまた介護福祉分野で仕事をしてもらうことで、幅広く介護人材が確保されていくことになる。
- 介護職員の待遇改善は引き続き重要ではあるが、介護報酬が公的に決められている以上、自由に値段は決められない。一つの打開策として、自由に値段が付けられる保険外のサービスを混ぜることで待遇改善につなげるのも一つの道。
- 供給側、需要側、それぞれ両者の働きたい、又は賃金を払いたいという情報を何らかの形で集めて、両者をにらみながら適切に介護報酬を決めていくという道も、実験的な手法だが、一つの方法。
- 介護人材の確保は介護職員の処遇改善が大きなポイントになるが、介護事業者の経営実態が改善していることも踏まえ、介護事業者のさらなる自助努力を求めていくことを優先すべき。
- 情報公表制度において、職員の保有資格、「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」の取得状況、常勤・非常勤の別、経験年数、勤続年数、賃金に関する情報などの公表を検討すべき。
- 処遇改善を介護報酬で対応するのでは、十分に従業員に回っていかない。産業別最低賃金を積極的に活用するなど、正当な賃金水準確保のための環境整備に積極的に取り組んでほしい。
- 介護の現場に一般の方が入りやすい環境づくりが必要。PT、OT、ST あるいは管理栄養士などのリハビリテーションの専門職の確保がこれから更に求められていくのであれば、何らかの制度的な措置を今後検討していくことが必要。
- 介護能力をどうやって評価するのか、そして、それをどうやって高めていくのが課題。
- 准介護福祉士については、介護福祉士の資格制度を複雑にするだけであり、このまま廃止の方向でご尽力いただきたい。

在宅サービスについて

(総論)

- チームケアにおけるサービスが円滑に提供され、かつ、質の低下を招かない限り、人員基準等の規制緩和を進めていくことは賛成。規制はサービスの質の向上等を十分検証した後に必要最小限に行い、事業者の自主性をもっと尊重すべき。
- 看護師不足という実態を踏まえ、各サービス類型が連携して効率的に事業サービスを提供するという方向性は支持したい。
- 人員基準の緩和が出てきているが、人材確保はとにかく手を抜かないでやってもらうというのが大前提。

(通所介護)

- 小規模の通所介護について、地域密着型サービスとして市町村の指定にするという方向については、賛成。ただし、市町村の事務の負担が増えることから、例えば運営協議会での承認をある程度形式化するなど、配慮が必要。
- 地域密着型サービスにどの程度移行させるかによって市町村に与える事務負担が大きくなるが、移行に当たって市町村が円滑に事業を担えるよう配慮すべき。
- 小規模の通所介護について、一部を除き市町村の現場力低下は否めないため、段階的に権限を移譲していくという意味で十分な経過措置を設けるべき。
- 地域密着型への分類については民間介護事業者としては賛成。これにより、一層地域との交流や、きめ細かいサービスが提供できる。
- サービスの提供の仕方は非常に多様化されているが、評価・効果を共有するためにも、個別支援計画の充実とケアマネジャーへの提出を必須にしていきたい。
- 通所介護の事業内容を類型化してメリハリをつけていくという方向性は支持したい。
- デイサービスについては、レスパイト、高齢者の社会参加、機能訓練という3つの機能があり、機能訓練に特化したものを評価する方向性というのはデイサービスが元々持っていた機能からすれば疑念を感じる。
- 通所介護のレスパイト中心というのは一体どんなサービスが提供されるのか心配であり、サービス内容についてきちんと検討すべき。
- 今まで通所介護と通所リハビリの違いは何度も議論されてきたが、同じテーブルの上で整合性を考えた議論をする必要がある。

(お泊まりデイサービス)

- 「お泊りデイサービス」の中には質の悪いサービスがあるため、法定外部分といえども保険給付と併用する場合、「宿泊」部分については全国一律の規定を設けるべき。

- お泊まりデイサービスについては、十分な職員体制の確保、防火体制の整備、利用者の尊厳が保持された環境を確保するというような観点での基準というものを設けるべき。
- お泊まりデイサービスは、需要が非常に高いが、利用者の安全面や環境、処遇面において基準というものを設けるべき。
- お泊まりデイサービスについて、何らかの基準を設けるべき。介護保険外のサービスとはいえ、併設されたサービスであり、例えば届け出をすることで、都道府県としても指導がしやすくなる。
- お泊まりデイサービスについて、大変劣悪な環境の中で泊まりが実施されている場合もあるため、きちんとした規定等で管理すべき。

(定期巡回・随時対応サービス)

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスが普及しないのが、啓発の努力不足だけなのか、もう少し深掘りする必要がある。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスも複合型サービスも看護職員の確保がネックになっており、定着確保、復職支援を行うべき。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの普及が進んでいないのは、採算性等の問題が大きいのだろうが、より一層、経営情報等をタイムリーに提供していただきたい。
- 訪問介護における身体介護の20分未満についても、生活を支える意味では大事であり、引き続き推進していくべき。

(小規模多機能型居宅介護)

- 基準該当短期入所生活介護事業所を併設できる事業者等の対象について、小規模多機能型居宅介護事業者に拡大することは非常に歓迎する。ただし、性格の異なるものが1つの建物におさまるものであり、短期入所生活介護の基準に引っ張られることがないように留意しつつ、基準関係の見直しをしてもらいたい。

(複合型サービス)

- 複合型サービスにも空き家の活用を進めていくべき。登録定員の上限、宿泊サービスの定員の規定などの緩和の検討については、賛成。
- 24時間365日、看護師を常時配置しなくてはならない点がネックになっており、配置基準の緩和で普及が進むのではないか。

(訪問看護)

- 機能強化型あるいは拠点型、名称は色々あると思うが、そういったステーションの創設を検討すべき。訪問看護の人材確保は大きな課題。病院から訪問看護あるいは介護保険エリアに出向するという考えも一つある。

- 都道府県が地域の実情を踏まえた訪問看護サービス確保のための施策を策定し、介護保険事業支援計画に盛り込むことは是非進めるべき。訪問看護の事業所の指定を市町村に移譲するということをあわせて検討すべき。
- 訪問看護師を中心に介護分野の看護師不足は深刻であるため、医療と介護における公正な看護師配置施策を考えないと、根本的な問題解決にはいたらない。

（福祉用具）

- 保険給付として福祉用具貸与のみしか利用していないケースは、ケアマネジャー有資格者の福祉用具専門相談員に業務を移譲することも検討すべき。
- 福祉用具について減額の届出という点について非常に歓迎すべきだが、行き過ぎた減額等がないような配慮も必要。
- 公定価格化を検討すべき。
- 福祉用具貸与のみのケースについて、ターミナルのケアのように医療の訪問看護を活用しつつ福祉用具貸与を利用するケースもあるので、ケアマネジャーによるモニタリングのあり方を見直すに当たっては、そのような点も踏まえた慎重な議論をすべき。

（住宅改修）

- 住宅改修の登録制については賛同。
- 改修事業者の登録制を進めるべき。福祉住環境コーディネーターといった住宅改修の専門家の育成や活用について、制度的な枠組みを整えていくべき。
- 住宅改修については、相談機能が重要であり、退院・退所時の相談体制に重点を置いて体制整備を図ってもらいたい。

（介護ロボット）

- 介護ロボットの活用について、一定の報酬上での評価をお願いしたい。それが、介護ロボットの普及推進の起爆剤になる。
- 介護ロボットについて、将来的な保険適用やその範囲を検討するのであれば、利用者本人の自立につながり得るものかどうかなど、保険給付の低減につながる経済的側面を含めたアプローチが必要。

（その他）

- 介護保険サービスは「準市場（疑似的市場）」であり、「純市場（完全市場）」ではない。そのため「供給が過度な需要を生む」といった無駄な保険給付が生じることは不適切。ゆえに「混合介護」を否定するつもりはないが、不適切なビジネス体系に陥る危険性も否定できないため、詳細を分析しながら場合によっては何らかの規制を考えるべき。

施設サービス等について

(特別養護老人ホーム)

- 介護保険を今後とも持続可能な制度としていくためには、限られた財源の中で選択と集中は避けられず、特別養護老人ホームへの入所は重度者に重点化をして、軽度者については在宅という流れを進めて、全体的に効率化を図るべき。特別養護老人ホームについては3以上の要介護者を対象とすることに賛成。
- 要介護3以上に重点化することは賛成。県内で入所指針をいくら厳格化しても、他県の施設で要介護1、2の方が入って、住所地特例を受けては、平等という意味でもおかしいので、法律による厳格化をお願いしたい。
- 一定の中重度の在宅生活の困難な人への施設という位置づけについては、一定の理解はできるが、どこを境界にすべきかについては、さらに専門的な検討をしていただきたい。
- 特別養護老人ホームの待機者が多い中で、対象者を中重度に絞り込む方向性は理解できるが、現に入っている方々への対応については十分に配慮すべき。
- 要介護2以下の軽度者の中には、住宅事情等によって在宅介護が困難な方もおり、その受け皿については、重点化とセットで考えるべき。
- 入所申込要件を中重度に特化していく議論は、要介護認定の結果に一部地域間格差が見られることから、変更するならば要介護2からとすべき。
- 入所判定基準に基づいて、年々要介護度も高くなり、重度化しているのが実態であるが、特別養護老人ホームは老人福祉法に基づく施設で、地域の事情によってセーフティネットとしての役割を果たすべく、相応の判断があつて、軽度の要介護者1、2の方の入所も行われている。今後も特別養護老人ホームが有する福祉機能を確保するため、入所判定は事業者の主体性に任せるべき。
- 要介護1・2の方の中には、認知症でBPSD等が非常に活発で、どうしても在宅で生活できないというケースもあり、要介護3以上に入所制限することで、こういった方が特別養護老人ホームを利用できなくなることは問題。要介護認定の問題かもしれないが、要介護度ではなく、必要性で見るべき。
- 実態として入所判定基準に基づいて大部分は重度な方が入所するが、一部どうしてもやむを得ない事情がある場合は要介護1、2の方の入所があつてしかるべき。入所判定基準を見直す等、運用を厳格化することによる対応も可能であり、入所判定は施設に任せるべき。もし法的に要介護3以上に入所制限する場合であっても、実態に応じた裁量的な施策をとるべき。
- 施設サービスの提供と住まいの確保とは別問題であり、特別養護老人ホーム入所をあえて要介護3以上に限定して被保険者の選択の権利を狭め、国民の不安と不信を拡大することには反対。
- 特別養護老人ホームの入所者は高齢化・重点化が進んでおり、医療ニーズの高い入所者への対応とともに、施設内での「看取り」対応が課題であり、医療提供体制の再構築が必要。看取り体制を一層強化していくため、特に夜間・緊急時の看護体制や外部の医療サービスの導入等、「終の棲家」の役割を担うための医療ニーズに対応した特別養護

老人ホームの医療、看護のあり方、運営体制、報酬体系等について検討が必要。

- 低所得者層で施設入所がどうしても必要な方の場合、特別養護老人ホームしか選択肢がないケースが非常に多い。その中でユニット型一辺倒になると、行き場のない方が出てくる。そういう意味で、プライバシーに配慮した多床室がこれから必要。
- 原則、新設する特別養護老人ホームの居室は個室としながらも、状況に応じて一部プライバシーに配慮しながら多床室も増やすべき。
- 個室ユニットにしていくというのは、基本的にはいいかもしれないが、個室のメリット、デメリットもあれば、多床室のメリット、デメリットもあるわけで、がちがちに個室ユニットしかないというような考え方で特別養護老人ホームを整備していくことはいかなものか。
- 多床室問題について、現在 75%が多床室であり、プライバシーの確保についても調査が進められているということで、その結果を期待したい。
- 特別養護老人ホームの運営主体についても見直すべき。

(高齢者向け住まい)

- 養護老人ホーム、軽費老人ホームは、要介護 1・2 を含めた低所得高齢者の生活の場として必要な場合がある。養護老人ホームは措置控え等があり、ベッドが空いている状況。特別養護老人ホームと養護老人ホーム、軽費老人ホームというのは一体的に検討すべき問題。
- 措置控え・老朽化・多床室といった問題から養護老人ホーム、軽費老人ホームといった社会資源が有効に活用されないのはきわめて問題。今後増加が見込まれる低所得者、処遇困難者への対応として、養護老人ホーム、軽費老人ホームのセーフティネット機能を再評価し、これに対する支援策を再考する必要。
- サービス付き高齢者向け住宅を増やしていくことに反対はしないが、重度の方が安心して暮らしていくには、「生活支援員」の責務に、現行の規定よりも介護的業務の要素をさらに加えるべき。なお、サービス付き高齢者向け住宅ではないが、看板上「高齢者住宅」といったビジネスモデルが一部に見られ、サービスの質や不適正な介護保険給付が懸念される。また、住宅型有料老人ホームの一部に、モラル的に問題があるサービス体系が見られる。
- サービス付き高齢者向け住宅については、自己評価を公開して、それと違ったら異論が出るというような仕組みが必要。
- サービス付き高齢者向け住宅については、一体どんなサービスなのかというのがよく分からない。利用する側にとっては誤解も生まれやすい。
- 高齢者ハウスの構想を進めるに当たっては、利用者の安全に十分配慮し、いわゆる貧困ビジネス化させない歯止め策となる基準が必要であり、また、NPOを含めた多様な事業主体の参入が想定される中で、養護老人ホーム、軽費老人ホームのノウハウや専門性をこの構想にも十分活かすように努力すべき。
- 空き家の活用の際、耐震性とか安全性の度外視というのは絶対あってはならない。

(介護老人保健施設・介護療養型医療施設)

- 老健施設における医療をきちっと提供できる構造を、無駄のない社会資源として使ってほしい。老健施設の在宅復帰について、在宅復帰率の計算上、全ての退所者が分母になり、医療機関への転院が分母に含まれているが、医療機関へのトリアージを行って転院事例が増えると在宅復帰率が低下するというジレンマが生じており、検討すべき。
- 介護療養型医療施設の廃止方針について、方針をころころ変えるようなことはしないで、計画的に29年度末の廃止に向けた対応をとるべき。
- 医療的ニーズを伴う要介護高齢者が増えており、それらの受皿不足を考えて介護型療養病床の廃止時期を延期すべき。
- 介護療養病床の将来について一定の方向づけをされても地域特性があって動けないところが少なからず存在する。しかしながら、看取りや医療・介護度の高い患者への対応など十分に機能を発揮している施設もあり、介護療養病床をこのまま廃止に持っていったら大きな不安が生じるだろう。

(その他)

- 施設のケアマネジメントについては、事業者の理念や整備の基盤によってマネジメント機能が高められたり、浸透の仕方が違ってくるので、まず、移行をスムーズな形にするためにも、ケアプランと個別支援計画の関係を整理して介護、看護、リハビリ等の計画が効果的かつ総合的に提供されることが必須。

利用者負担について

(総論)

- 団塊の世代全てが後期高齢者となる2025年には、介護保険のサービス利用者は約657万人、総費用額は約21兆円にまで膨らみ、保険料は平均8,200円程度になると見込まれている中で、制度の持続可能性を高め、国民の信頼を確保できる制度設計が必要。世代間・世代内での公平を図るための改革として、一定以上所得者の利用者負担引き上げについては賛成。
- 費用負担の公平化の議論の前に横たわるものとして、介護保険の1号保険料の引き上げを避けていくということがあった上で、応分の負担ができる人に2割負担をお願いするということがあるのではないか。
- 協会けんぽの適用事業所約160万のうち4分の3が、従業員9人以下の中小零細であり、これ以上の保険料引き上げは避けなければならない。一定以上の所得を有する高齢者には応分の負担をお願いせざるを得ない。
- 費用負担については、高齢者の関心は非常に高い。若い世代の負担を増やしたくないとか、保険財政を心配している、また、世代内の負担の公平化ということについては、理解をしている方々が多くいるという印象。

- 社会保険である介護保険については、保険料の差をつけて、給付は一定というのが基本と考えてきたが、高額介護サービス費という仕組みがあることを考えて、同一世代内の公平性の確保という考え方には一定の理解ができる。
- 要介護状態に陥るのは本人に帰責できない事由による場合も多く、そういった人に対して更に利用者負担を引き上げることは、公平性にそぐわない。そう考えると、利用者負担ではなく保険料で応能負担を強化する方向も考えられるのではないか。
- 現行の1割負担でも、経済的事情によりサービスの利用を控えている場合がある。利用者負担の引き上げを行うと、より一層、本来必要なサービスの利用を控える結果となり、そのために介護者の負担が増えることや、重度化が進むといったことも危惧される。

(一定以上所得の基準)

- 一定以上所得の基準は、医療保険制度の現役並み所得の基準（年収383万円（単身の場合）・520万円（複数の被保険者がいる場合））と異なってもよいと考えられ、事務局が提案した一定以上所得の基準は概ね妥当。
- 事務局が提案した一定以上所得の基準の案①（被保険者全体の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上相当。年金収入の場合、年収280万円以上）・案②（住民税課税者である被保険者のうち所得額が上位概ね半分以上に該当する合計所得金額170万円以上相当。年金収入の場合、年収290万円以上）を比べた場合、世代内の公平という観点から、被保険者全体に占める比率を用いている案①を採用すべき。
- 事務局が提案した一定以上所得の基準は低すぎるのではないか。後期高齢者医療制度の現役並み所得者は被保険者の約7%、入院レセプトに占める割合は約5.5%であり、それと比較して対象が広い。
- 介護保険制度の創設以来はじめて利用者負担の引き上げを導入するからには、慎重な検討が必要。このため、一定以上所得の基準は、まずは医療保険制度の現役並み所得の基準とあわせ、2割負担を定着させたうえで、その状況を検証・分析しながら対象層を拡大できるかどうかを議論すべき。
- 一定以上所得の基準は、医療保険制度の現役並み所得の基準とあわせれば、高齢者をはじめとする国民の納得を得られやすいのではないか。
- 医療保険制度現役並み所得の基準と異なる基準とした場合、高齢者の認識と乖離するのではないか。
- 医療保険制度の現役並み所得の基準と異なる基準とする理由として、介護サービスは医療サービスと比べて費用の額が予測可能であるとの説明がされているが、介護の場合、利用者は長期化リスクの不安を抱えており、高齢者の受け止め方とは齟齬があるのではないか。
- 医療保険制度の現役並み所得の基準は、実際の現役世代の収入より相当高くなっており、これを現役並みとは言えない。このような基準を介護保険制度に導入すべきではない。
- 一定以上所得の基準は、保険料第6段階（合計所得金額190万円以上）からとすれば、わかりやすく、合理的ではないか。

- 高額医療合算介護サービス費というセーフティネットも整備されている中で、住民税本人課税者については一律に利用者負担引き上げをお願いすべきであり、一定以上所得の基準は、保険料第5段階（住民税本人課税者）からとしたらどうか。そうすれば対象者の判定事務も容易。
- 一度に住民税本人課税者まで広げられないということであれば、その道筋の途中として、事務局提案の案①が適当ではないか。
- 高額医療・高額介護合算制度がセーフティネットとしてある以上、本来であれば少なくとも課税層については、一律的な利用者負担の引き上げが検討されてしかるべき。法案上のたてつけはあくまでも過渡的な措置と位置づけ、将来的には一律引き上げを改めて検討することを前提に議論すべき。
- 一定以上所得の基準を保険料第5段階で区切った場合、生活保護との関連も整理しないと不公平感が生じてくるのではないか。
- 一定以上所得の基準を検討するにあたって、現役時代に平均的な収入があった方に負担をお願いするという方向も考えられ、モデル年金が線引きの一つの指標として参考になるのではないか。
- 事務局の示した平均的消費支出のモデルでは、あまり余裕がないのではないか。
- 平均的消費支出のモデルについては、今後の年金のマクロ経済スライドの影響や、消費増税、医療保険料・介護保険料の増加により、可処分所得は目減りしていくことを踏まえて検討する必要がある。
- 全国消費実態調査によれば、要介護認定を受けている者がいる世帯の方が、いない世帯よりも支出が多くなっており、そういった実態も踏まえて検討する必要がある。

（高額介護サービス費）

- 高額介護サービス費の利用者負担の上限見直しについては、事務局案で概ね理解を得られるのではないか。
- 2割負担とした場合、高額介護サービス費の上限に該当する人も多く、必ずしも負担が2倍になるわけではないとの説明だが、高額介護サービス費の上限見直しも検討すべき。

（その他）

- 利用者負担は1割から急に2割とするのではなく、1.5割の層を設けることも考えられるのではないか。
- 利用者の家計にとって医療・介護は不可分であり、両者の負担をセットで考えていく必要がある。
- 保険外サービスを利用する者は案①・案②に該当する層に多いと考えられ、保険外サービスの成長や消費マインドへの影響を踏まえて検討が必要。
- 新たに所得判定を行う必要が生じることにより市町村の事務が繁雑になるため、市町

村と実務面の協議を十分に行ってほしい。

- 利用者負担をお願いする以上、介護保険の理念である重度化予防・状態の維持改善に資するサービスを介護報酬で評価し、サービスの質を確保することで、国民の理解を求めていくべき。
- 消費税の8%、10%への引き上げ時に、消費税をどのように介護の充実に充てるのかについて、具体的なプランを積極的に発信して、負担増の理解を求めていくべき。
- 利用者自身がケアプランの内容に問題意識を持ってもらうため、ケアプランの作成にも自己負担を導入することを検討すべき。

補足給付について

(総論)

- 制度の持続可能性を高め、世代間・世代内の公平を図る観点から、補足給付の支給要件について、単にフローの所得だけでは把握できない負担能力を加味するために、資産を勘案することには賛成。
- 金融資産等を多く有しているにもかかわらず、住民税の課税所得が少ないことを理由に負担軽減の恩恵を受けているという現状は改善すべき
- 補足給付はこれまでも在宅で生活していた方にとっては不公平感のあるものであったため、提案の方向性は理解するが、資産の有無を自己申告制とした場合、新たな不公平が生まれてしまうことが懸念される。
- 正直者が馬鹿を見ろというようなことがないようにすべき。
- いきなり完璧な資産勘案を導入することは困難であるが、第一歩として、事務局の提案内容を導入すべき。これにより新たな不公平が生まれることを懸念するよりも、現に生じている不公平を解消すべき。
- 資産勘案については、実務的に対応可能かという点が一番の課題であり、現実的な方策を詰める必要がある。

(預貯金等の勘案)

- 事務局が提案した預貯金等の基準(1,000万円(夫婦で2,000万円))は妥当。
- 預貯金等の基準は1,000万円(夫婦で2,000万円)と提案されているが、すぐに換金できない生命保険が含まれている場合や、負債を有している場合もあり、こういった事情にきめ細かく対応する必要があるのではないか。
- 負債を勘案するかどうかは精査する必要があるが、勘案するとしても、それを逆手にとって自らの経済力を過小に見せるようなことは起こらないようにする必要がある。
- 仮に金融資産は把握できるとしても、タンス預金は勘案するのかといった問題はどうしても生じるため、ある程度の割り切りは必要になってくる。
- 預貯金等は自己申告制とし、ペナルティーを強化するというが、果たして実効性がある

るかどうか疑問。

- 不正防止の徹底を図るべき。
- 預貯金等を自己申告とした場合、金融機関調査も可能にするとのことだが、生活保護分野でさえ金融機関は非協力的であった。ましてや介護保険の分野で、市町村が金融機関に対して個人の金融資産を確認できるのか。よほどの制度的裏付けが必要となるのではないか。
- 申請前日に子どもに財産を贈与するといった対応を防ぐためにも、預貯金等の残高は、補足給付を申請する1年前の時点を基準として把握してはどうか。
- 預貯金等の申告については、本人が高齢で自ら申告できない場合があるが、子どもから経済的虐待を受けているケースも存在するため、配慮が必要ではないか。
- 預貯金等の基準の境界に位置する人にとっては負担感・不公平感が大きいのではないか。
- 自分の葬祭費用を用意している高齢者が多いが、こうした意識を尊重すべきではないか。

(不動産の勘案)

- 不動産についても、不動産担保貸付制度を浸透させ、きちんと勘案すべき。今後さらに保険料が上がっていく中で、不動産をたくさん持っている人に補足給付をするということでは、保険料負担者の理解を得られない。
- 不動産は換金性が低いため、慎重に検討する必要があるが、貸付制度の活用は十分想定できるものであり、前向きに検討すべき。
- 不動産の勘案は保険者の事務手続に多大なコストがかかるため、反対。勘案するのは預貯金等のみとすべき。
- 固定資産税評価額で2,000万円以上が基準になるとすれば、対象として想定されるのは、ほぼ大都市ではないか。それぞれの市町村において具体的にどの程度事務負担が増えるのか、実証的な検証を行ってほしい。
- 農山村では売却不可能な不動産が多く存在しており、担保権設定が非常に困難なケースや、設定できたとしても少額となるケースが想定される。そのような中で果たして実務的に対応可能かどうか、詳細な検討が必要。
- 固定資産税評価額は変動していくもの。また、担保権を設定したら、長期に渡る不動産管理が必要。こういったことを踏まえ、費用対効果や事務の委託先を検討する必要がある。
- 固定資産税評価額については、評価替えにより相当程度上昇するケースがあるが、そのような場合に課税標準は軽減する措置があるため、課税標準を用いればよいのではないか。また、固定資産税評価額で見ようとすると、都市部の方が山間地域よりも高く、都市部で負担感が大きくなるが、課税標準で見れば大きな差は生じない。
- 勘案する不動産について、基本的には宅地で良いが、マンションの場合、底地は区分所有となり、1人当たりの持ち分を按分したら小さくなってしまうので、その場合は土

地・建物を一体として勘案の方がよいのではないか。

- 貸付の委託先として、生活福祉資金の貸し付けを行っている社会福祉協議会は考えられないのか。
- 貸付制度については、判断能力の低下している高齢者が利用することを踏まえると、外部委託できちんとした対応ができるのかどうか不安。
- 子どもが同居している場合には不動産を勘案しないとされているが、仮に現在同居していなくとも、様々な事情により子どもが同居せざるを得ない状況になることもあり得るため、様々な個別対応が必要となってくるのではないか。
- 子どもが同居している場合には不動産を勘案しないという考え方はわかるが、調査を受ける一時点のみ偽装するようなことは起きてはならず、実務上難しい課題。
- 農地については、異なった利用をしている場合があり、特に都市部は宅地と見なすことが必要ではないか。
- 農地は対象とせず宅地のみとすべき。

(非課税年金の勘案)

- 遺族年金、障害年金といった非課税年金についても、所得として勘案することが必要。
- 遺族年金の勘案には賛成だが、障害年金の勘案には反対。
- 障害年金を他の非課税収入と同じように捉えて良いかどうかは、慎重に検討する必要がある。

(その他)

- 補足給付は本来の給付外の福祉的給付であり、その性格は低所得者対策。このため本来、その財源は介護保険ではなく、全額公費である福祉財源で賄うべき。

1号保険料の低所得者軽減について

(低所得者軽減)

- 今後ますます1号保険料が上昇していく中で、負担できない事態となれば徴収率が下がってしまう。徴収率を保ったうえである程度の負担をしていただくためには、低所得者への軽減策をきちんと講じていく必要がある。
- 軽減の方法として、別枠での新たな公費投入を確実に導入してほしい。そのための財源として、1,300億円程度を確実に充当してほしい。
- 消費増税分の財源は、低所得者の保険料軽減よりも、むしろ保険料の地域間格差是正のために投入するべきではないか。
- 低所得者軽減策に公費を充てるとなると、実質公費負担は50%以上を超えるため、公

費負担割合が50%以上となると理解する。

- あくまで保険料でとるべき部分を軽減するものであるという目的を明確にするため、今回の措置を公費負担割合の拡大として位置付けるべきではない。

(多段階化)

- 既に保険者で多段階の保険料設定をして細分化して対応されているので、これにならってさらに弾力化する方向については賛同。
- 保険料の多段階化は、従来から各市町村において独自に取り組んできており、これにならった方向性として賛成。今回標準9段階化を導入することで、市町村間の対応のばらつきがある程度収斂することも見込まれる。
- 多段階化により、高所得者の保険料負担が増えることも考えられる。介護とは無縁な高齢者に対する地域の事業なども具体的なプランとして打ち出さなければ、負担増となる1号被保険者の反発につながるのではないか。

(その他)

- 高齢者と現役世代の負担のバランスを考える意味でも、2号保険料の軽減にも目を向けた施策を検討してほしい。

その他

- 制度改正にあわせて、電算システムの変更などの大きな事務コストが出てくることから、国による財源措置をお願いしたい。
- 介護・医療関連情報の見える化は重要であり、進めていただきたい。
- 介護認定審査会の経費などの事務的な経費をどう抑えていくかという視点も必要。
- 費用負担の公平化については、制度改正の効果に係る将来推計を出してほしい。
- 調整交付金について、5%交付されていない保険者では、差分を1号保険料で負担しているが、全て1号被保険者にしわ寄せが来るのはいかがなものか。調整交付金は別枠化してもらいたい。
- 調整交付金の役割は保険者間の1号保険料の格差を平準化するものであって、配分に地域差が生じるのは制度上当然。同じ所得であれば同じ保険料水準となる制度が望ましいので、他の市町村の保険料水準との差に見える化できるとよい。
- 利用者に対する説明を求められるのは現場のケアマネジャーなので、現場に対する説明や周知を保険者が責任を持って行うことが必須。
- 補足給付の見直しについては相当煩雑な手続が必要となるため、施設入所の際に利用者からケアマネに説明を求められても、対応は困難。きちんとした説明・手続ができないために利用者が不利益を被ることがないようにしなければならないが、不安がある。

- 後期高齢者医療制度施行時のような混乱を招かぬよう、広報活動を展開し、国民にわかりやすく説明を行っていくべき。
- 大きな制度改正があるときには、現場の事業者・生活相談員・ケアマネジャー・サービス提供責任者といった人たちが利用者に対して納得のいく説明ができるよう、研修などを行ってほしい。
- 介護離職を防ぐ視点も入れながら検討を進めてほしい。介護離職が進んでいる中、単なる啓発をするだけでなく、もっとわかりやすく介護保険制度を浸透させていく必要がある。

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。

介護給付(要介護者)

約7兆1000億円(平成23年度)*

個別給付

- ◆法定のサービス類型
(特養・訪問介護・通所介護等)
- ◆人員基準・運営基準あり

予防給付(要支援者)

約4100億円(平成23年度)*

個別給付

- ◆法定のサービス類型
(訪問介護・通所介護等)
- ◆人員基準・運営基準あり

地域支援事業

約1570億円(平成23年度)

介護予防事業 ・総合事業

- ◆事業内容については市町村の裁量
- ◆人員基準・運営基準なし

包括的支援事業 ・任意事業

- ◆地域包括支援センターの運営等

財源構成 (国)25%:(都道府県/市町村)12.5%:(1号保険料)21%:(2号保険料)29%

財源構成 (国)39.5%:(都道府県/市町村)19.75%:(1号保険料)21%

事業化

新しい地域支援事業

個別給付

- ◆法定のサービス類型
(特養・訪問介護・通所介護等)
- ◆人員基準・運営基準あり

新しい総合事業(要支援事業・新しい介護予防事業)

- ◆事業内容については市町村の裁量
- ◆人員基準・運営基準なし

新しい包括的支援事業 ・任意事業

- ◆地域包括支援センターの運営等

※地域支援事業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として再構築

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。
- 6 財源: 1号保険料、2号保険料、国、都道府県、市町村(予防給付と同じ)

〈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。