

医療・介護総合確保の推進について

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（概要）

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（医療介護総合確保促進法関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**
- ②**医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し**、都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②**医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの**地域支援事業の充実とあわせ**、**予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化**
※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②**特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③**低所得者の保険料軽減を拡充**
- ④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ**（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「**補足給付**」の要件に**資産などを追加**

4. その他

- ①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日

公布日（平成26年6月25日）。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

医療・介護サービス提供体制 の一体的な確保について

地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針について

- 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第64号)第3条において、厚生労働大臣は、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)を定めることとされている。
- 総合確保方針の策定に当たり、関係者の意見を反映するため、医療介護総合確保促進会議を開催。

医療介護総合確保促進会議の役割

1. 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針 (総合確保方針) の 作成又は変更 についての検討
2. 医療介護総合確保促進法に定める 基金の使途及び配分等 についての検証
3. その他医療及び介護の総合的な確保に関する事項についての検討

開催スケジュール

- 第1回 平成26年7月25日
- 第2回 平成26年8月29日
- 第3回 平成26年9月8日
- 第4回 平成27年3月6日
- 第5回 平成27年10月28日



医療介護総合確保促進会議の構成員

- 相澤 孝夫(日本病院会副会長)
 - 阿部 泰久(日本経済団体連合会常務理事)
 - 荒井 正吾(奈良県知事)
 - 石川 憲(全国老人福祉施設協議会会長)
 - 井上 由起子(日本社会事業大学専門職大学院教授)
 - 今村 聡(日本医師会副会長)
 - 内田 千恵子(日本介護福祉士会副会長)
 - 遠藤 久夫(学習院大学経済学部教授)
 - 大西 秀人(高松市長)
 - 加納 繁照(日本医療法人協会会長)
 - 河村 文夫(奥多摩町長)
 - 菊池 令子(日本看護協会副会長)
 - 小林 剛(全国健康保険協会理事長)
 - 白川 修二(健康保険組合連合会副会長)
 - 鷲見 よしみ(日本介護支援専門員協会会長)
 - 武居 敏(全国社会福祉法人経営者協議会副会長)
 - 武久 洋三(日本慢性期医療協会会長)
 - ◎ 田中 滋(慶応義塾大学名誉教授)
 - 千葉 潜(日本精神科病院協会常務理事)
 - 永井 良三(自治医科大学学長)
 - 西澤 寛俊(全日本病院会会長)
 - 東 憲太郎(全国老人保健施設協会会長)
 - 樋口 恵子(NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長)
 - 平川 則男(日本労働組合総連合会総合政策局長)
 - 森 昌平(日本薬剤師会副会長)
 - 森田 朗(国立社会保障・人口問題研究所所長)
 - 山口 育子(NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長)
 - 山崎 泰彦(神奈川県立保健福祉大学名誉教授)
 - 山科 透(日本歯科医師会会長)
 - 山本 敏幸(民間介護事業推進委員会代表委員)
- ◎座長、○座長代理
(五十音順、敬称略)

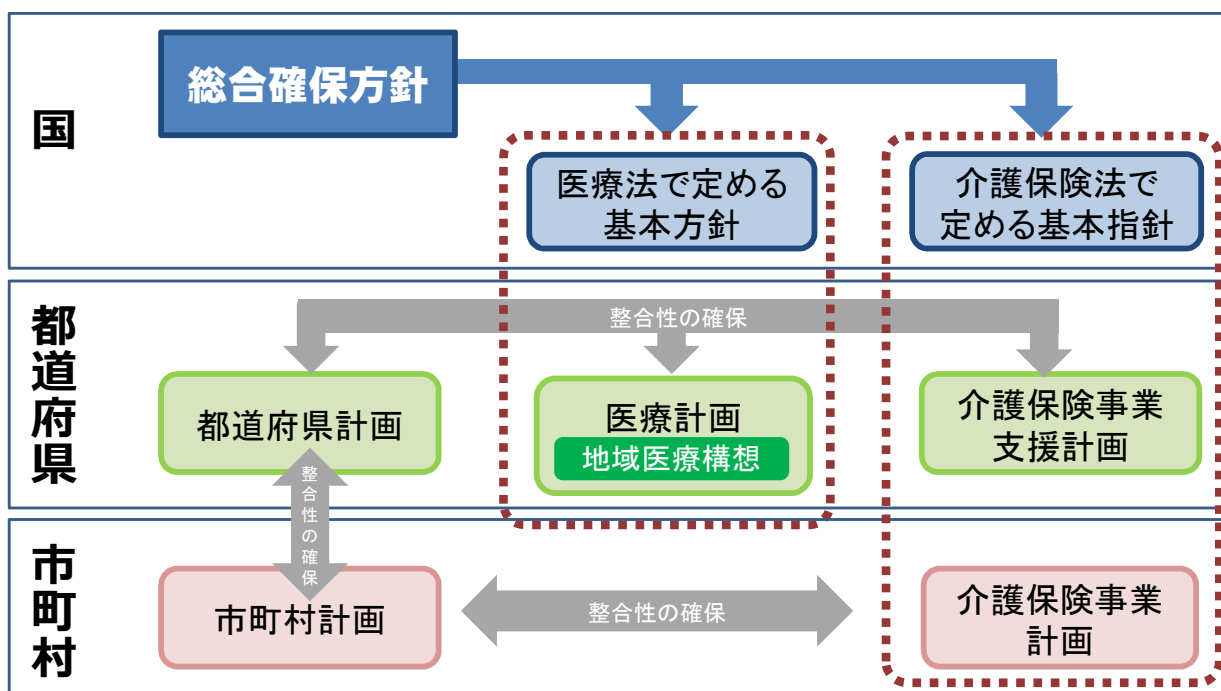
地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（概要）

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第3条に基づき、平成26年9月12日、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）を策定。

地域における医療及び介護の総合的な確保の意義・基本的方向

- 意義：「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現。
- 基本的方向：①効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築
②地域の創意工夫を生かせる仕組み / ③質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進
④限りある資源の効率的かつ効果的な活用 / ⑤情報通信技術（ICT）の活用

医療法の基本方針と介護保険法の基本指針の基本事項 医療と介護に関する各計画の整合性の確保



地域医療介護総合確保基金の基本事項

【基金の活用にあたっての基本方針】

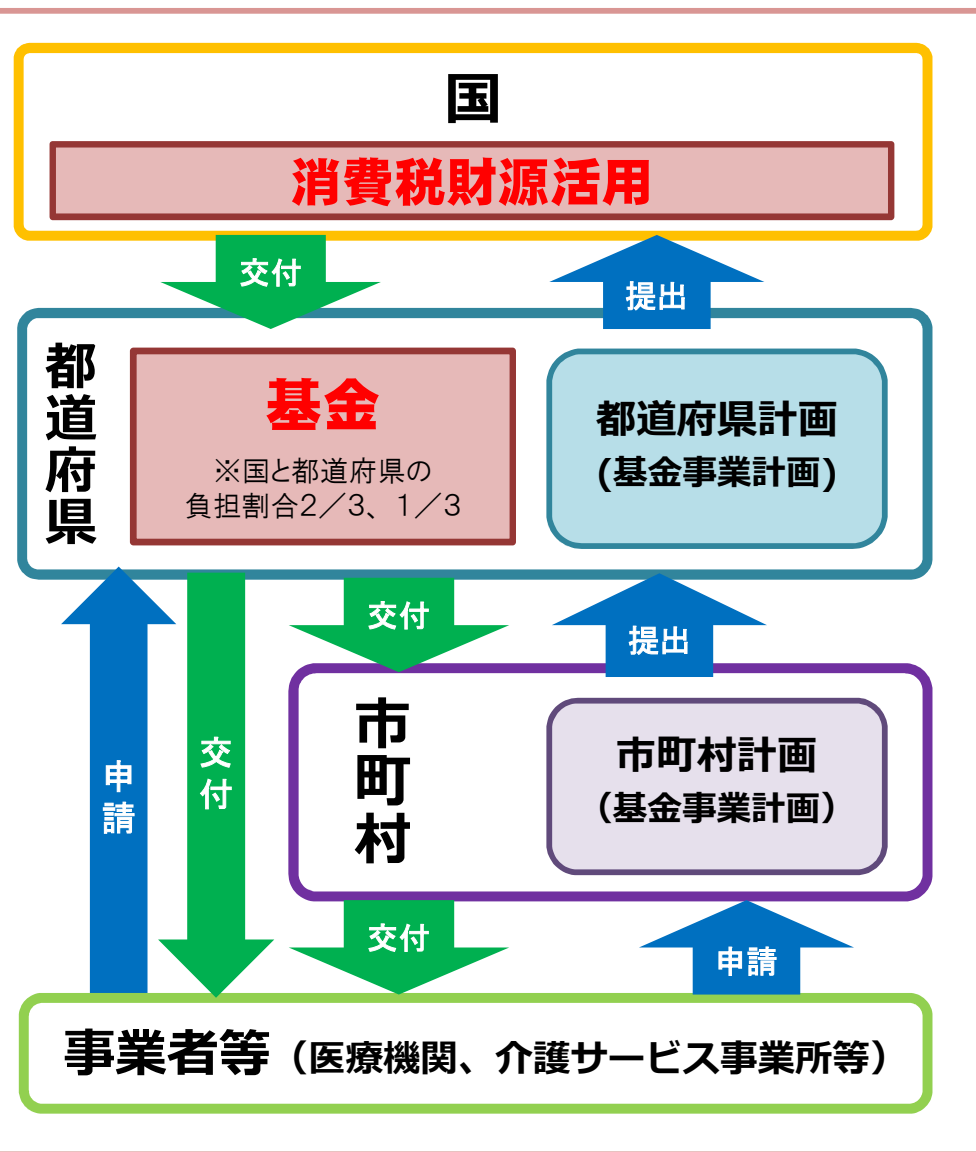
- 都道府県は、関係者の意見が反映される仕組みの整備
- 事業主体間の公平性など、公正性・透明性の確保
- 診療報酬・介護報酬等との役割分担の考慮 等

【基金事業の範囲】

- ① 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- ② 居宅等における医療の提供に関する事業
- ③ 介護施設等の整備(地域密着型サービス等)に関する事業
- ④ 医療従事者の確保に関する事業
- ⑤ 介護従事者の確保に関する事業

地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



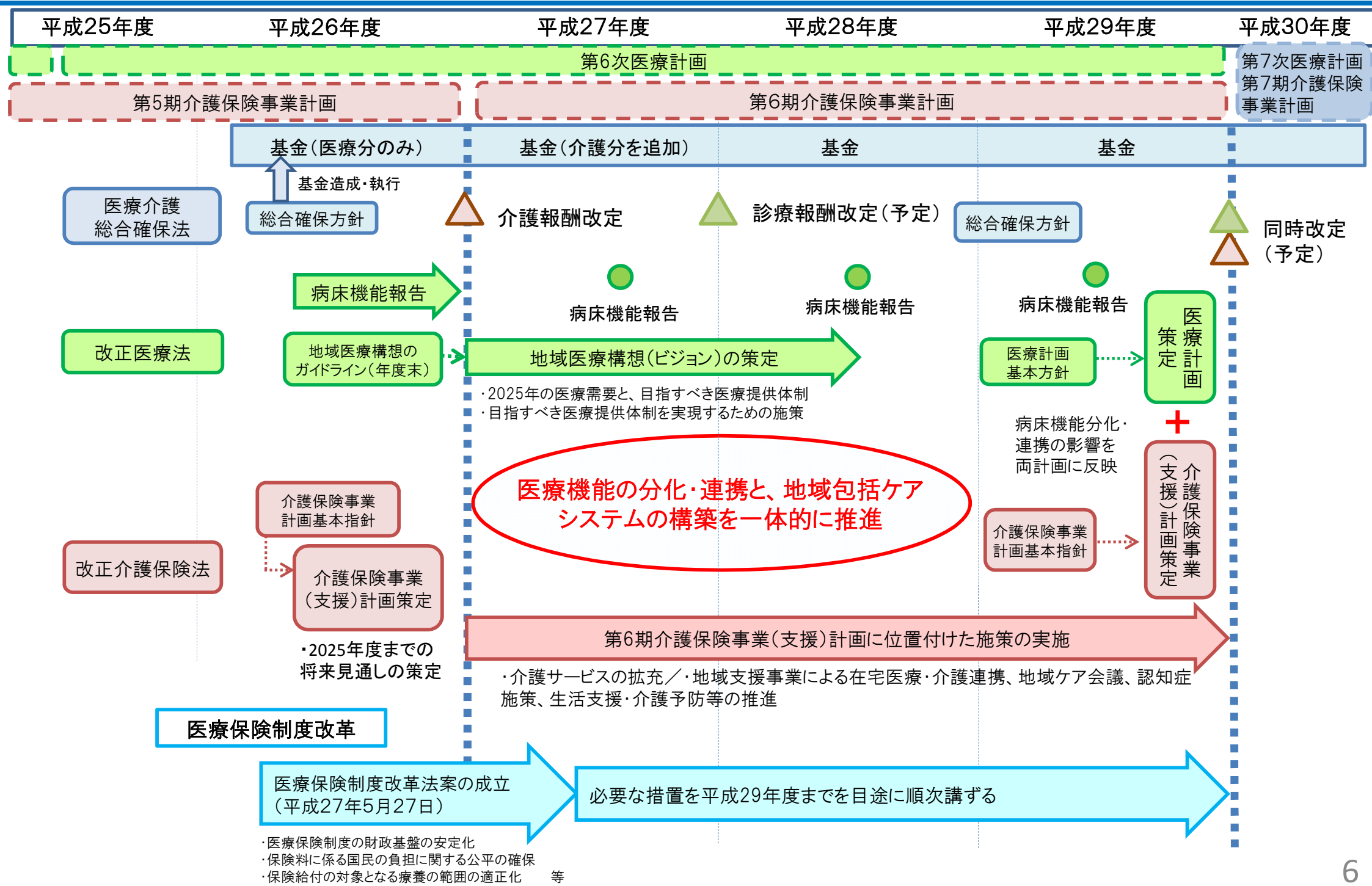
都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- 基金に関する基本的事項
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間（原則1年間） / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール

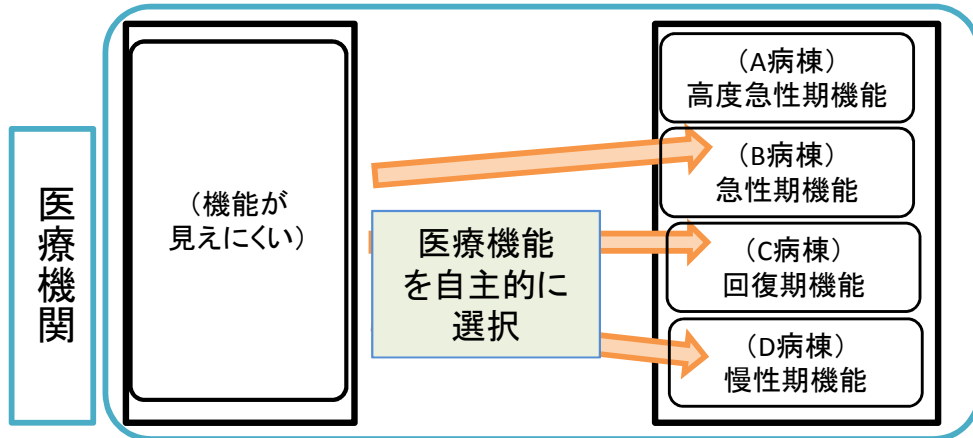


病床機能報告制度及び地域医療構想について

～地域における医療機能の分化・連携の推進～

地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が 「地域医療構想」を策定。
(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



医療機能の現状と今後の方向を報告

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

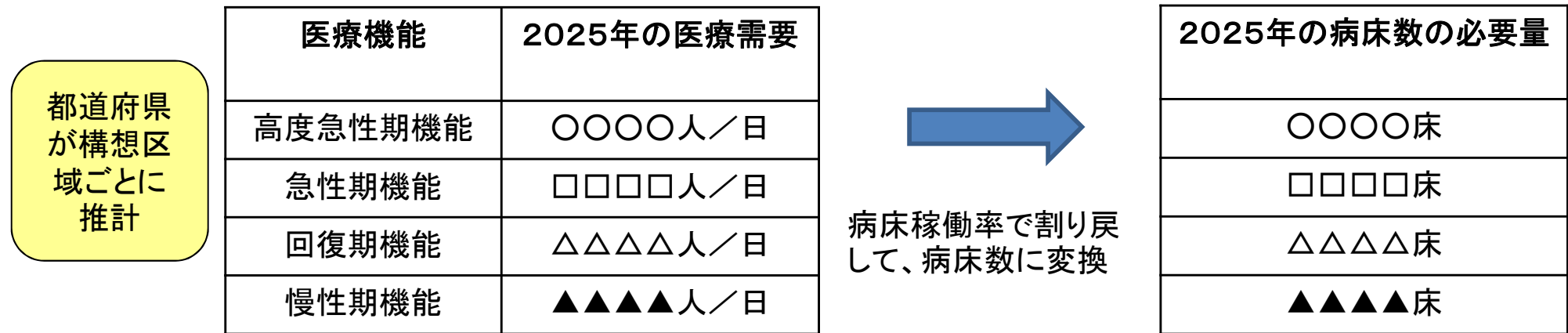
(「地域医療構想」の内容)

1. 2025年の医療需要と病床の必要量
 - ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
 - ・ 都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計
2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

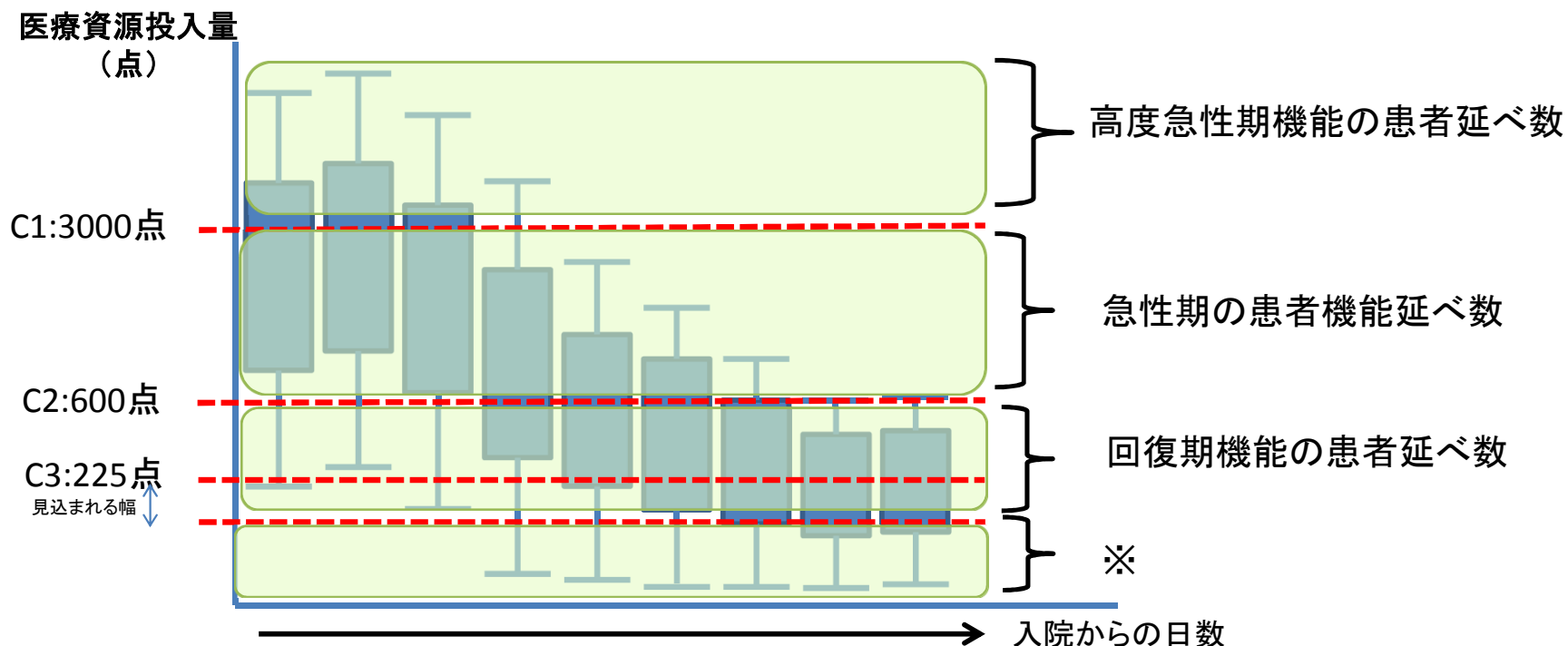
- 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者延べ数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



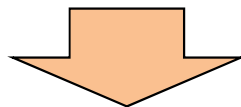
- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案できるよう、NDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータやDPCデータを分析する。
- 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値(医療資源投入量)の多寡を見ていく。
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

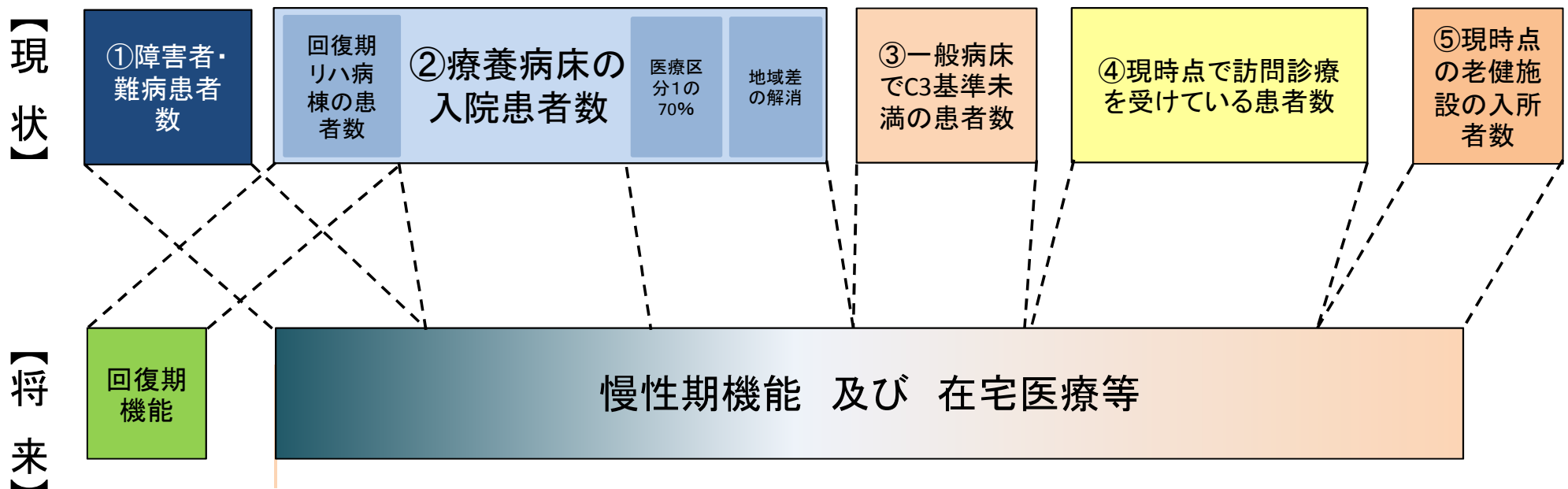


全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について

- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等※の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。
- ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。
- ① 一般病床の障害者数・難病患者数（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）については、慢性期機能の医療需要として推計する。
 - ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
 - ・ 医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等で対応する患者数として推計する。
 - ・ その他の入院患者数については、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の慢性期・在宅医療等の医療需要としてそれぞれを推計する。（療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者数は、回復期の医療需要とする。）
 - ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者数については、慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。
 - ④ 訪問診療を受けている患者数（在宅患者訪問診療料を算定している患者数）については、在宅医療等の医療需要に含めて推計する。
 - ⑤ 老健施設の入所者数（介護老人保健施設の施設サービス受給者数）については、在宅医療等の医療需要に含めて推計する。

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

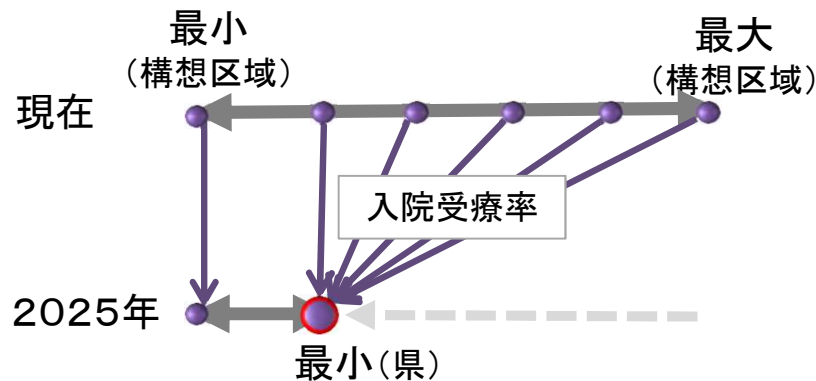
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
 その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

パターンA

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院
受療率を低下する。

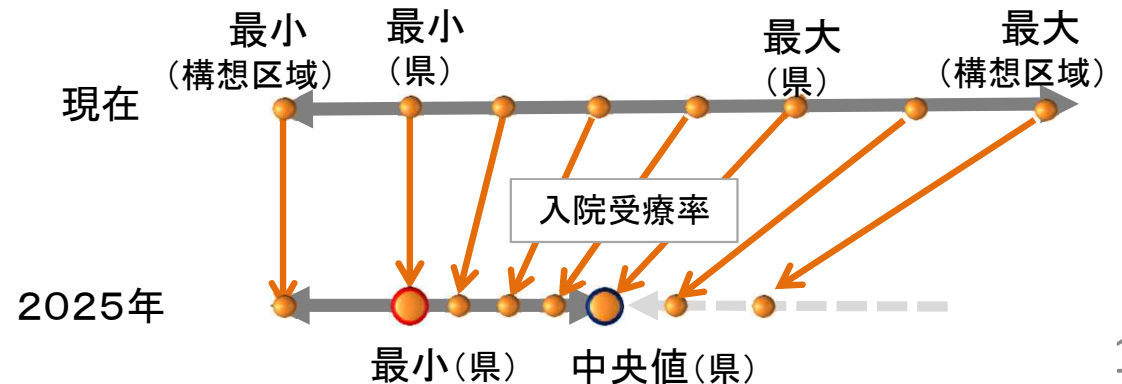
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

6/15内閣官房
専門調査会資料

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)



病床機能報告

123.4万床

[2014年7月時点]*

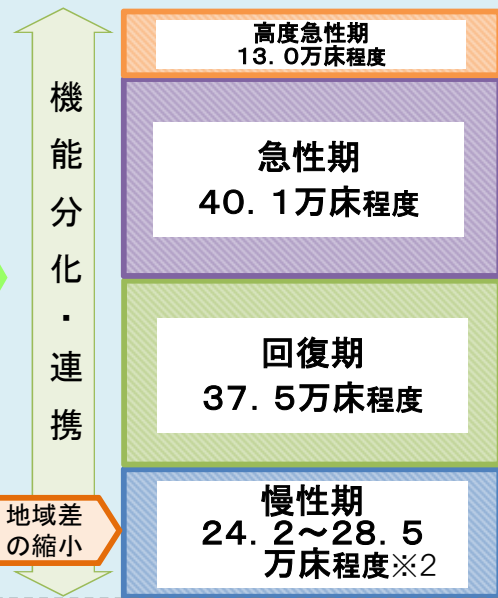


【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)

115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

- 地域医療構想は、平成27年4月から、都道府県が策定作業を開始。
- 医療計画の一部として策定することから、都道府県医療審議会で議論するとともに、医師会等の地域の医療関係者や住民、市町村等の意見を聴取して、適切に反映。
- 具体的な内容の策定とその実現に向けた都道府県のプロセスは以下のとおり。

① 都道府県は、機能分化・連携を図る区域として「構想区域」を設定。

※ 「構想区域」は、現在の2次医療圏を原則とするが、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院へのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定



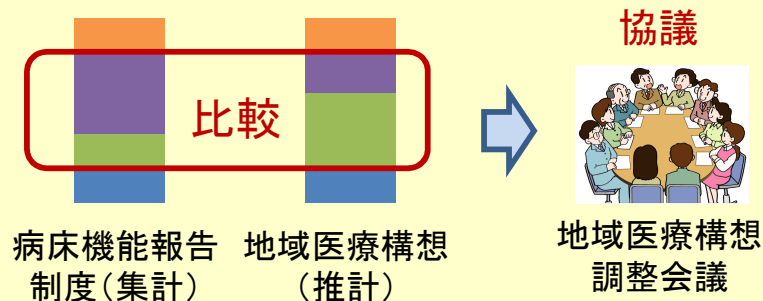
② 「構想区域」ごとに、国がお示しするガイドライン等で定める推計方法に基づき、都道府県が、2025年の医療需要と病床の必要量を推計。地域医療構想として策定。



③ 地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。

※ 「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者等が参加。

- ・ 病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- ・ 医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整。



④ 都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。14

地域医療構想の策定プロセス(1)

1 地域医療構想の策定を行う体制の整備※

※ 地域医療構想調整会議は、地域医療構想の策定段階から設置可

2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有

3 構想区域の設定※

※ 二次医療圏を原則としつつ、① 人口規模、② 患者の受療動向、③ 疾病構造の変化、④ 基幹病院までのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定

4 構想区域ごとに医療需要の推計※

※ 4機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)ごとの医療需要を推計

5 医療需要に対する医療供給(医療提供体制)の検討※

(アクセス時間による)

急性期	… 一部を除き構想区域内で完結	} 主な疾病ごとに検討
回復期	… 基本的に構想区域内で完結	
慢性期		

※ 現在の医療提供体制を基に、将来のあるべき医療提供体制について、構想区域間(都道府県間を含む)で調整を行い、医療提供体制を確定

6 医療需要に対する医療供給を踏まえ必要病床数の推計

地域医療構想の策定プロセス(2)

6 医療需要に対する医療供給を踏まえ必要病床数の推計



7 構想区域の確認

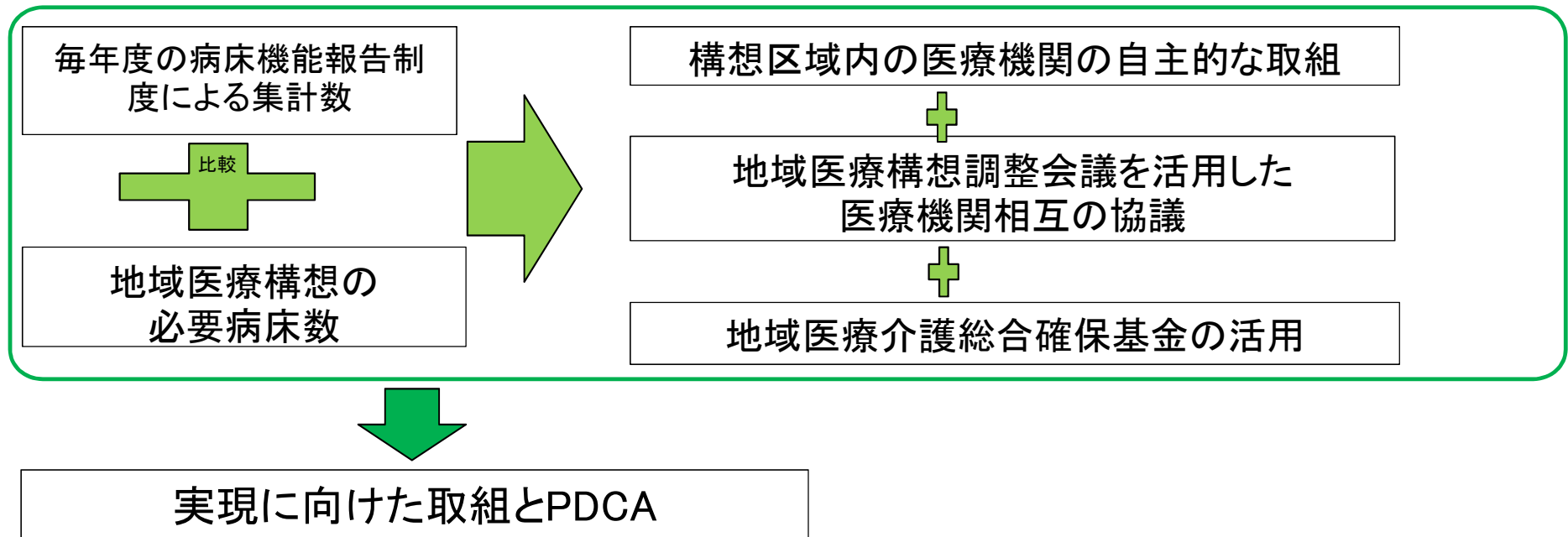


必要病床数と平成26年度の病床機能報告制度による集計数の比較



8 平成37(2025)年のあるべき医療提供体制を実現するための施策を検討

(参考)策定後の取組



都道府県の地域医療構想の策定の進捗状況

(平成28年1月現在)

＜構想策定の予定時期＞
 ○ 都道府県における地域医療構想の策定予定時期は、平成27年度中の策定予定が15(32%)、平成28年度半ばの策定予定が24(51%)、平成28年度中の策定予定が8(17%)であった。

＜既に行われた構想策定に関する会議（県単位）の回数＞
 ○ 地域医療構想の策定に関する会議（医療審議会やワーキンググループなど）については、全ての都道府県が1回以上開催しており、最多で8回開催している。

＜構想区域ごとの会議の開催状況＞
 ○ 構想区域ごとの会議の開催状況は、すべての構想区域で開催した県は44(94%)、未実施の県は3(6%)であった。

図1. 構想策定の予定時期

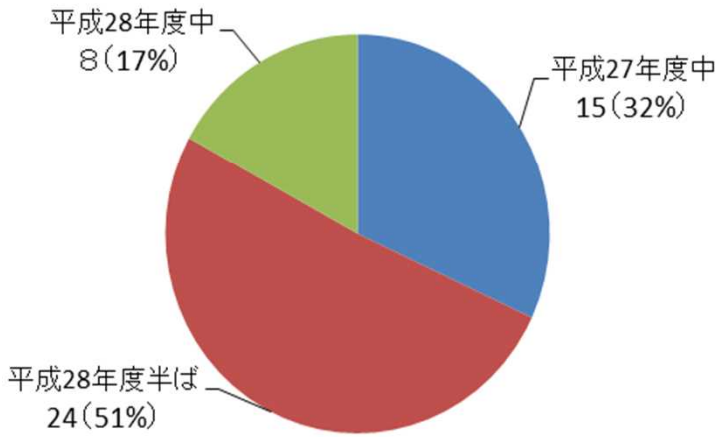


図2. 既に行われた構想策定に関する会議（県単位）の回数

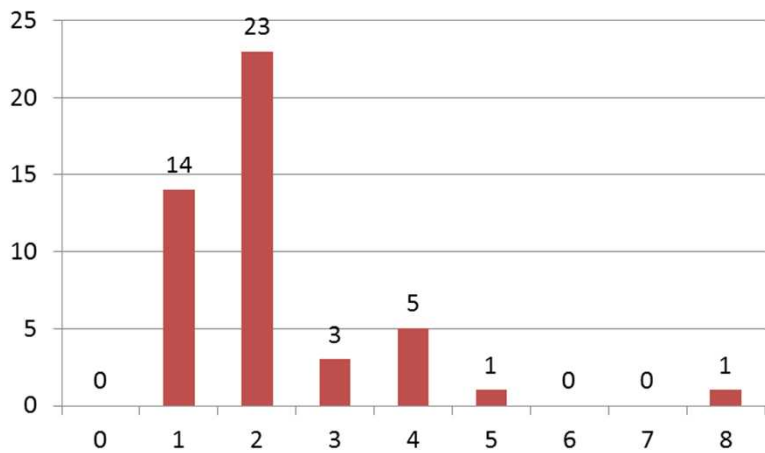
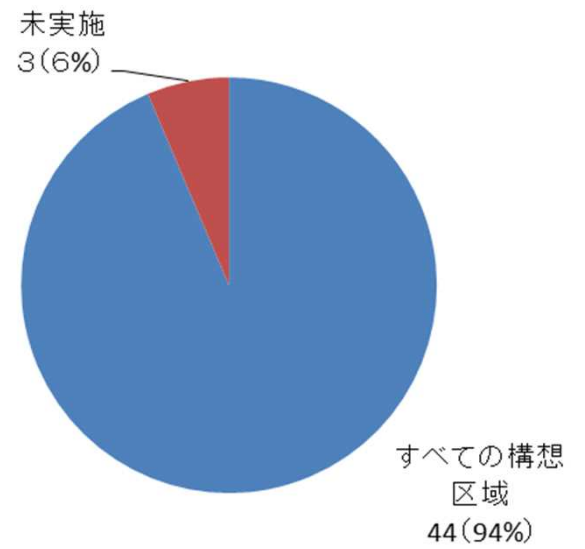


図3. 構想区域ごとの会議の開催状況



「地域医療構想」の実現に向けた今後の対応について

- 今後、都道府県が策定する「地域医療構想」の実現に向けて、以下の対応を図っていくことが必要。
 1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)
 2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討
 3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)等について

- 急性期中心の病棟から回復期(リハビリや在宅復帰に向けた医療)の病棟への転換など自主的な取組を進める必要。 ※ 回復期をはじめとして不足している医療機能を充足していくことが必要。
- その際に必要な施設・設備の整備は、「地域医療介護総合確保基金」により、補助を行い、病床転換を誘導。
 - ※ 「地域医療介護総合確保基金」(H28年度予算案は、1628億円(医療分904億円、介護分724億円)は、
 - 1 病床の機能分化・連携に関する事業
 - 2 在宅医療の推進
 - 3 介護施設等の整備に関する事業
 - 4 医療従事者の確保に関する事業
 - 5 介護従事者の確保に関する事業が対象。
医療分は、特に、1の「病床の機能分化・連携に関する事業」に重点的に配分。
- また、各機能の必要な看護師等の人数も異なることなどを踏まえ、転換に当たって妨げとならないような適切な診療報酬の設定が必要。

2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討について

- 地域医療構想との整合性を確保しつつ、医療従事者の需給を見通し、その確保策、地域偏在対策等について検討する「医療従事者の需給に関する検討会」を昨年12月に開催。
 - ※ ①医師、②看護職員、③理学療法士・作業療法士のそれぞれに分科会を設置し、12月を目途に最終的な報告書を取りまとめ。
- 医師については、平成29年度までの医学部定員の暫定増の取扱い及び地域偏在対策の論点に関する中間報告を今年4月末を目途にとりまとめ、その後、地域偏在対策や今後の医学部定員の在り方等について検討。

3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

基本的考え方

- 今後10年間の慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な慢性期の病床の確保とともに、在宅医療や介護施設、高齢者住宅を含めた医療・介護サービスの確保が必要。病床の機能分化・連携の推進と同時に、こうした医療・介護サービスの確保を着実に進める。

(1) 基金を活用した在宅医療、介護施設等の計画的な整備

- ・ 「地域医療介護総合確保基金」を有効的に活用して、在宅医療・介護施設等を着実に整備。
 - ※ 「地域医療介護総合確保基金」
「在宅医療の推進に関する事業」「介護施設等の整備に関する事業」に活用して、整備を推進。
- ・ 特に、平成30年度から始まる第7次医療計画及び第7期介護保険事業計画には、必要なサービス見込み量を記載し、計画的・整合的に確保。

(2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応できるサービス提供体制の見直し

- ・ (1)に加えて、厚生労働省に「療養病床の在り方等に関する検討会」を設置し、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、具体的な改革の選択肢の整理等を実施。
- ・ 今後、検討会の報告を踏まえ、社会保障審議会の部会において、制度改正に向けた議論を開始。

療養病床の在り方等に関する検討会

目的

- 平成27年3月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計するとともに、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すこととなった。
- 地域医療構想の実現のためには、在宅医療等に対応する者について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められている。
- 一方、介護療養病床については、平成29年度末で廃止が予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくのか等が課題となっている。
- このため、**慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行う**ため、本検討会を開催する。

検討事項

- (1) 介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方
- (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための(1)以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

構成員

(◎は座長、○は座長代理)

- ・池端 幸彦 (医療法人池慶会理事長・池端病院院長)
- ・井上 由起子 (日本社会事業大学専門職大学院教授)
- ・猪熊 律子 (読売新聞東京本社社会保障部部長)
- ◎遠藤 久夫 (学習院大学経済学部教授)
- ・尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター特任教授)
- ・折茂 賢一郎 (中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長)
- ・嶋森 好子 (慶応義塾大学元教授)
- ・鈴木 邦彦 (日本医師会常任理事)
- ・瀬戸 雅嗣 (社会福祉法人栄和会理事・総合施設長)
- 田中 滋 (慶応義塾大学名誉教授)
- ・土屋 繁之 (医療法人慈繁会理事長)
- ・土居 丈朗 (慶応義塾大学経済学部教授)
- ・東 秀樹 (医療法人静光園理事長・白川病院院長)
- ・松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授)
- ・松本 隆利 (社会医療法人財団新和会理事長)
- ・武藤 正樹 (国際医療福祉大学大学院教授)

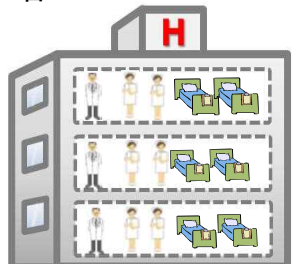
スケジュール

- 平成27年7月10日から、平成28年1月15日までに7回検討会を開催し、1月28日に選択肢の整理案を提示。
- 検討会の報告を踏まえ、社会保障審議会の部会において、制度改革に向けた議論を開始。

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

医療機関 (医療療養病床 20対1)

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者
- 医療の必要性が高い者



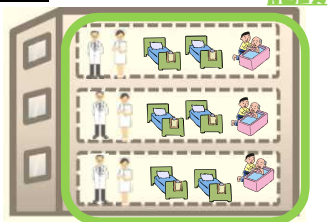
- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

医療機能を内包した施設系サービス

(患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示)

新(案1-1)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性が比較的高く、**容体が急変するリスク**がある者



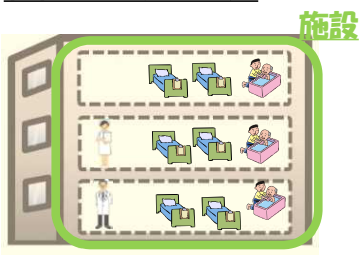
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案1-2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者**



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア

- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例

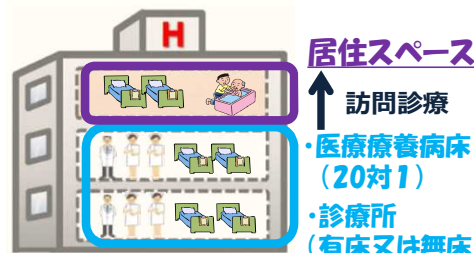


医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

- 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換
- 残りスペースを居住スペースに

新(案2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者**



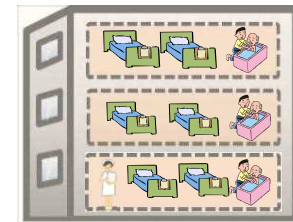
今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 居住スペースと医療機関の併設について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の種類としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の
特定施設入居
者生活介護

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者**



+

診療所等

- 医療は外部の病院・診療所から提供
- 多様な介護ニーズに対応

介護保険制度の改正について

介護保険制度の改正の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が**住み慣れた地域**で生活を継続できるようにするため、**介護、医療、生活支援、介護予防を充実**。

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

- * 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
- * 介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で対応

重点化・効率化

①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

- * 段階的に移行（～29年度）
- * 介護保険制度内でのサービス提供であり、財源構成も変わらない。
- * 見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に重点化（既入所者は除く）

- * 要介護1・2でも一定の場合には入所可能

○ このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、**保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す**。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

- ・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大（※軽減例・対象は完全実施時のイメージ）
 - * 保険料見通し：第6期5,500円程度→2025年度8,200円程度
 - * 軽減例：年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
 - * 軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

- ・ 2割負担とする所得水準は、65歳以上高齢者の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上（単身で年金収入のみの場合、280万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- ・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

- ・ 預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
- ・ 世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
- ・ 給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案
 - * 不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

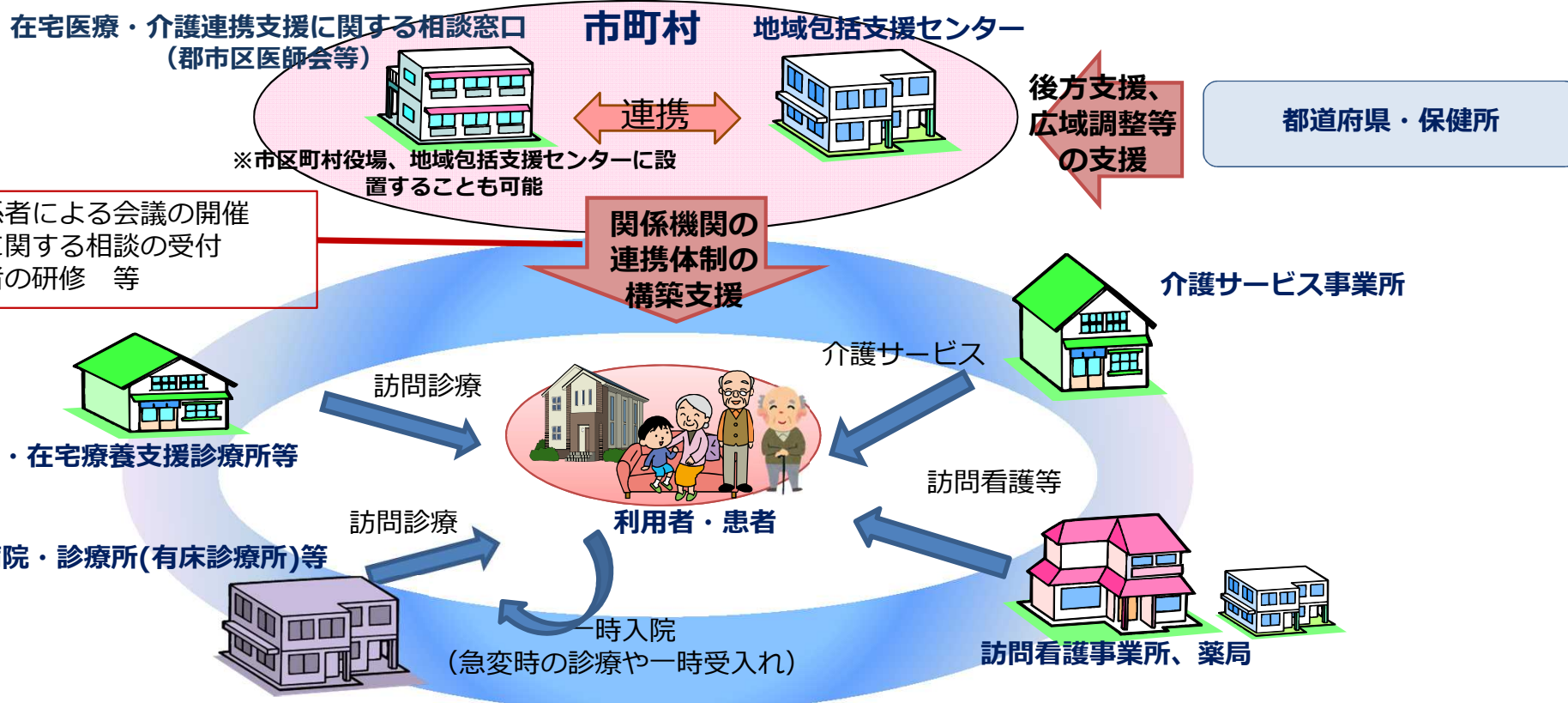
在宅医療・介護連携の推進

○ 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

○ このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の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～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、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）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）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等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査結果について

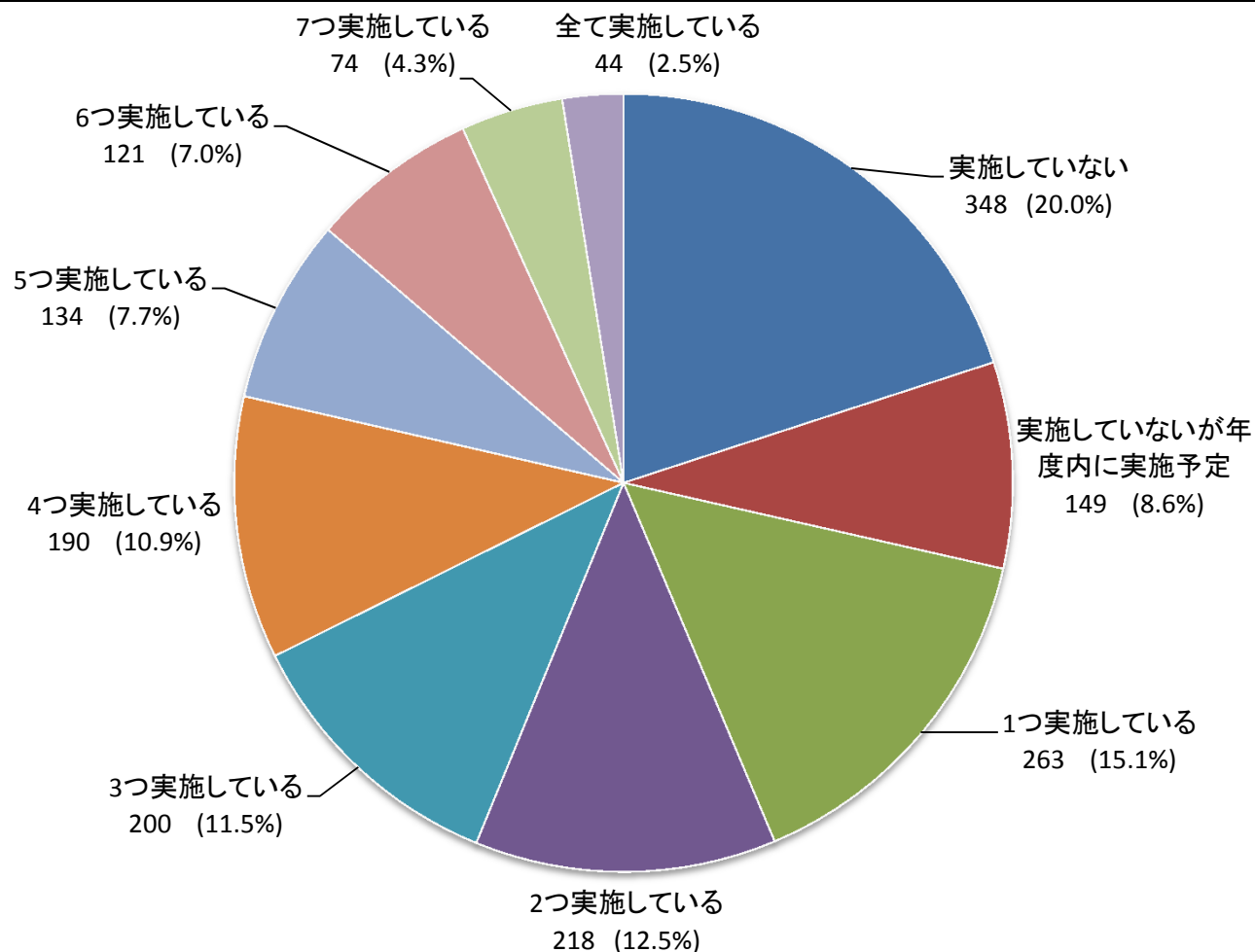
○調査目的 在宅医療・介護連携推進事業については、介護保険の地域支援事業に位置付けられ、実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施することとしている。

このため、全国の市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況を把握し、事業の円滑な導入及び充実に向けて必要な基礎資料を得ることを目的とした。

○調査対象 全国1,741 市区町村

○調査時期 平成27年9月（平成27年8月1日現在の状況）

○ 市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況 (n=1,741)



市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の各取組 (ア)～(ク) 毎の実施状況

	実施している	年度内に実施予定	実施していない
(ア)地域の医療・介護の資源の把握	671(38.5%)	374(21.5%)	696(40.0%)
(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	763(43.8%)	250(14.4%)	728(41.8%)
(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	331(19.0%)	177(10.2%)	1,233(70.8%)
(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援	439(25.2%)	212(12.2%)	1,090(62.6%)
(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援	380(21.8%)	79(4.5%)	1,282(73.6%)
(カ)医療・介護関係者の研修	675(38.8%)	215(12.3%)	851(48.9%)
(キ)地域住民への普及啓発	517(29.7%)	245(14.1%)	979(56.2%)
(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	549(31.5%)	122(7.0%)	1,070(61.5%)

(n=1,741)

在宅医療・介護連携推進事業を促進するための国の主な支援策

- 在宅医療・介護連携推進事業の実施にあたっては、
 - ・ 市町村が主体的に、地域の医療・介護関係者の協力を得つつ、在宅医療・介護連携に関する課題の抽出と対応策について検討すること
 - ・ 市町村が事業実施に係る検討段階から、郡市区医師会等の地域における医療・介護の関係団体等と緊密に連携しながら取り組むことが重要である。
- 医療施策に関する取組は、これまで主に都道府県が対応してきたため、事業実施に必要なノウハウの蓄積は、市町村により様々である。そのため、地域の実情に応じた取組を支援するため、国は主に以下の取組により支援。

在宅医療・介護連携推進事業の計画作成の支援

①在宅医療・介護連携推進支援事業(平成28年度予算(案)事業) ～在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー～ (参考資料1)

- ・対象 市町村、市町村が想定している委託先(郡市区医師会等)、市町村支援を担う都道府県・保健所
- ・内容 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携推進事業における各取組の効果的な展開方法、グループワーク(実施計画の作成演習)



②地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究 ～地域における医療・介護の連携に関する実践的なモデルの作成～

- ・対象 医療・介護連携に取り組む市町村職員
- ・内容 地域資源の実情に応じ、これから医療介護連携に関する取組を進めようとしている市町村にも応用可能な一般化した医療介護連携の取組モデルを作成、提示(※平成28年3月予定)。

現状分析のための支援

①「見える化」システムへの在宅医療・介護連携に関するデータ掲載 (参考資料2)

- ・地域包括ケア「見える化」システム(平成27年7月稼働)に、在宅医療・介護連携に関するデータを掲載し、都道府県及び市区町村が地域の現状分析等に活用できる機能を平成28年6月にリリース予定

②「在宅医療・介護連携推進事業」の継続的な進捗管理

- ・平成28年度においても、「在宅医療・介護連携推進事業」の取組毎に実施状況を調査し、全国の取組状況を周知する。

好事例の横展開

①地方自治体の意見交換の場の設定

- ・在宅医療・介護連携推進支援事業等の場を活用しつつ、好事例の横展開を推進する。

②地方自治体の取組事例の収集と情報提供

- ・取組事例を収集し、地方自治体を対象とする会議や市町村セミナー等の研修、ホームページを活用して好事例の横展開を推進する。

在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた都道府県の取組

－都道府県（保健所）に期待される役割について－

- 都道府県（保健所）は、市区町村が本事業に対して積極的に取り組むことができるよう、各市区町村の取組について、事前の準備状況も含めて進捗状況等を把握し、その状況を共有するとともに、各市区町村の実情に応じて、以下のような支援を積極的に検討することが重要である。
- 都道府県（保健所）の市区町村に対する支援項目及び取組例（在宅医療・介護連携推進事業の手引きより）

(1) 先行事例のノウハウ提供等、事業実施に係る技術支援

- ・ 都道府県内外の先行事例や好事例の把握、情報提供
- ・ 事業実施に係る市町村への技術的な助言や協力

(2) 都道府県が把握している地域の在宅医療・介護に関連する資料やデータの整理・提供

- ・ 医療機能情報提供制度で把握する医療資源の情報提供
- ・ 都道府県（保健所）が把握する医療統計等の整理・提供

(3) 在宅医療・介護連携推進事業に従事する人材の育成及び情報共有の場の設置

- ・ 在宅医療・介護連携に関する相談支援を担う人材育成
- ・ 市区町村や委託事業者等の担当職員を対象とする情報共有の場の設置や効果的な事業立案のための人材育成

(4) 広域的な医療・介護関係者に対する研修

- ・ 広域的に実施する方が効果的、効率的な医療・介護関係者の連携に資する研修
- ・ 小規模市町村における医療・介護関係者に対する研修（都道府県・保健所と市町村との役割分担を協議の上）

(5) 広域的な普及啓発

- ・ 広域的・全県的な普及啓発の実施（在宅療養や在宅看取りに係るパンフレットの作成等）

(6) 「(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村間の連携」に対する支援

- ・ 関係市区町村間の連携、調整
- ・ 医療機関・医療関係団体等への協力依頼等の調整

● 地域医療介護総合確保基金を活用した在宅医療・介護連携に関する事業

- ・ 在宅医療・介護連携のための事業で、地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）以外の事業については、地域医療介護総合確保基金を活用することが可能。
- ・ 市区町村との役割分担を明確にした上で、都道府県が広域的又は補完的に在宅医療と介護の連携に関する事業を行う場合は、地域医療介護総合確保基金を活用して差し支えない。
- ・ 医療と介護の双方にまたがる人材確保に関する事業については、当該事業の目的を整理した上で、医療又は介護のいずれかに計上するものとする。

【事業例】 ・在宅医療・介護連携のための相談員（コーディネーター）の育成

- ・ ICTによる医療介護情報共有
- ・ 複数市区町村にまたがる退院調整ルール作成等、広域的・補完的な在宅医療と介護の連携に関する事業 等

在宅医療・介護連携の推進に向けた多職種研修の実施による効果

- 多職種研修におけるグループワーク等を通して、
 - ①ネットワークづくり ——— 地域における医療・介護関係者と知り合う(顔の見える関係性の構築)
 - ②新たな知識の獲得(レベルの向上) ——— 他の職種の役割・能力・現状や、地域の実態・困り事等を知る
 - ③他職種からのフィードバック (モチベーションの向上) ——— 事例検討等を通して、それぞれの職種に求められる内容に気づく (他の職種からのフィードバックは、特に、医療系職種にとっては貴重な機会)
- 多職種によるグループワークの企画・運営の経験により、在宅サービスの実践スキルの向上、在宅医療の取組に必要なコミュニケーションスキルの向上、チームビルディング による地域での在宅医療の人材が育成される。



＜在宅医療と介護の連携の推進＞

＜医療・介護関係者及び関係団体における、在宅医療・介護連携に取り組む機運の醸成＞

多職種研修を実施するのに必要な、調整や運営を通して、行政、医療・介護関係者、関係団体の関係性が構築され、連携に対するモチベーションが高まる



＜事例検討等グループワーク等の実施＞

地域の医師・歯科医師・薬剤師・看護師・MSWや、ケアマネジャー等の介護関係者とのグループワークを通して、「地域には頼りになる多職種がいる」ことを知る。

在宅医療に取り組みでみようかな

この前一緒に研修した〇〇先生や看護師の△△さんに相談してみよう

あのケアマネさんに相談してみよう

＜多職種研修で実施されるグループワークの例＞

- ・事例検討 Aさんには、どんなケアが必要？ それぞれの職種は何をする？
- ・医療・介護資源マップの作成
- ・在宅療養を推進する上での課題と解決策 等

○研修運営ガイド (厚生労働省HP「医療と介護の連携に関する報告書等」で検索)

- 国立長寿医療研究センター／東京大学高齢社会総合研究機構／日本医師会／厚生労働省による共同名義
- 研修開催事務局が用いる手順書としての活用を想定
- 開催日程に応じていくつかのパターンを例示

在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた役割分担のイメージ

国の取組み

- ①在宅医療・介護連携推進事業に関する計画作成の支援
 - ・在宅医療・介護連携推進事業の企画立案に関するノウハウ、マニュアルの提供
- ②都道府県、市町村による在宅医療・介護連携に関する現状分析のための支援
 - ・在宅医療・介護連携に関する現状や課題分析に必要なデータの収集及び課題抽出を容易にする形での提供（見える化）
- ③好事例の横展開
 - ・取組事例を収集し、様々な機会を活用して好事例の横展開を推進

都道府県（保健所）の取組み

- ①小規模市町村等に対する効果的な事業の導入・展開に向けた支援
 - ・都道府県内外の先行事例のノウハウ提供等、事業実施に係る技術支援
 - ・都道府県が把握している地域の在宅医療・介護に関連する資料やデータの整理・提供
 - ・在宅医療・介護連携推進事業に従事する人材の育成及び情報共有の場の設置
- ②複数市町村にまたがる連携の取組等、広域的な在宅医療・介護連携の推進に向けた支援
 - ・広域的な医療・介護関係者に対する研修
 - ・広域的な普及啓発
 - ・「(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村間の連携」に対する支援

市町村の取組み

在宅医療・介護連携推進事業の着実な導入・実施

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| (ア) 地域の医療・介護の資源の把握 | (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援 |
| (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 | (カ) 医療・介護関係者の研修 |
| (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 | (キ) 地域住民への普及啓発 |
| (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援 | (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携 |

- **目的** 本事業は、市町村における在宅医療・介護連携の推進に地域間格差が生じないように、都道府県と連携しながら技術的支援を行い、在宅医療・介護連携推進事業の円滑な実施及び充実を図る。

●事業内容

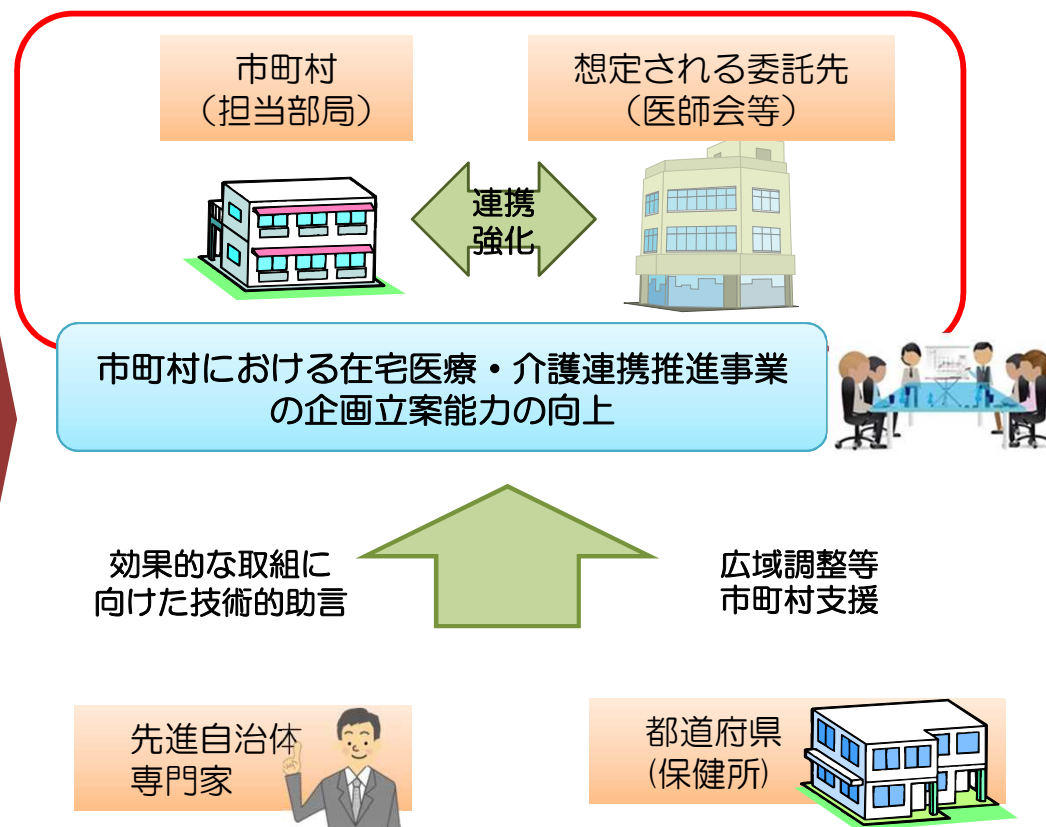
市町村における効果的な在宅医療・介護連携推進事業が実施されるように、市町村、市町村が想定している委託先（郡市区医師会等）、都道府県・保健所等を対象として、事業の企画立案能力の向上を図る「在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー」の実施や市町村に対する技術的助言などの支援を行う。

在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー

- ・ **対象** 市町村、市町村が想定している委託先（郡市区医師会等）
市町村支援を担う都道府県・保健所
- ・ **内容** 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携推進事業における（ア）～（ク）の各取組の効果的な展開方法
グループワーク（実施計画の作成演習）

在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業交付金）

- （ア） 地域の医療・介護の資源の把握
- （イ） 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- （ウ） 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- （エ） 医療・介護関係者の情報共有の支援
- （オ） 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- （カ） 医療・介護関係者の研修
- （キ） 地域住民への普及啓発
- （ク） 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

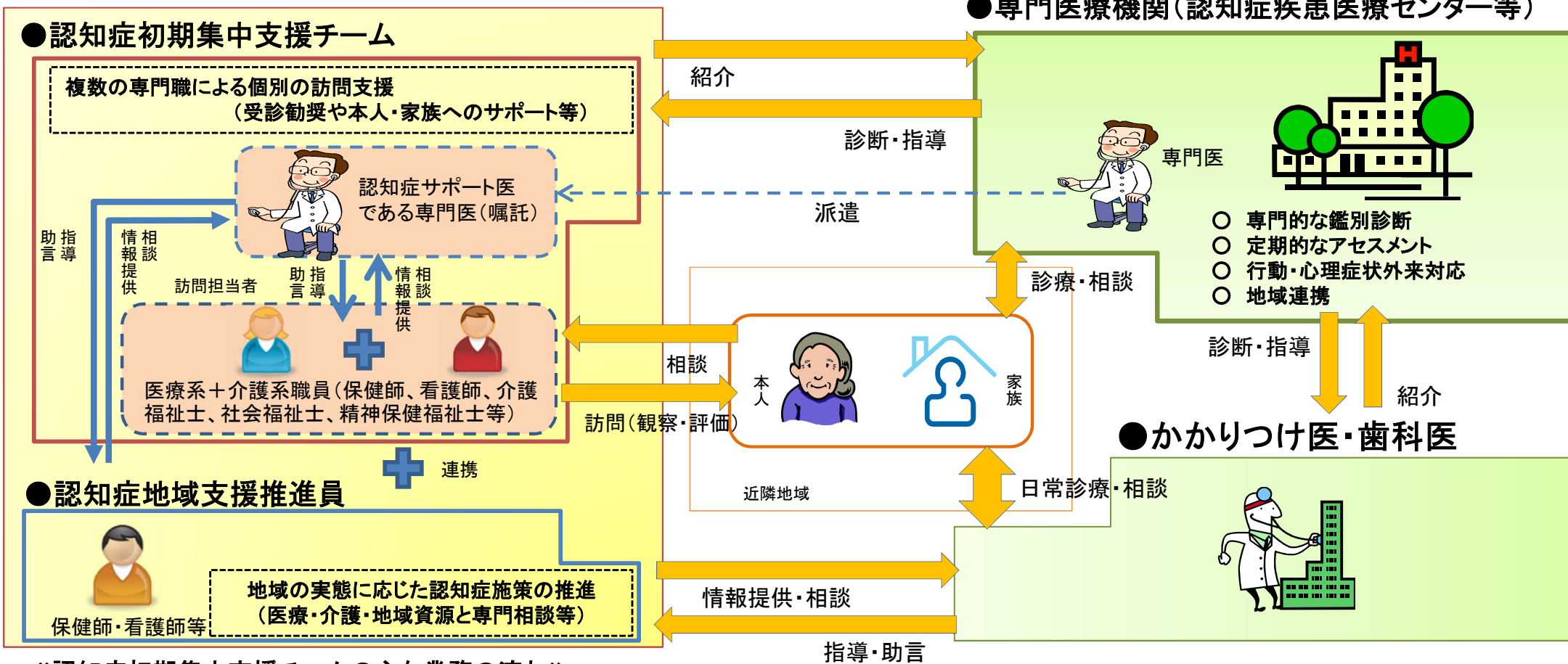


認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

- **認知症初期集中支援チーム** (個別の訪問支援) 一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(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等をふまえて、観察・評価を行い、本人や家族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** (専任の連携支援・相談等) 一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、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



《認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ》

- ①訪問支援対象者の把握、②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)、③初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)、④観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子チェック)、⑤専門医を含めたチーム員会議の開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)、⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)、⑦引き継ぎ後のモニタリング

地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。

※従来の包括的支援事業(地域包括支援センターの運営費)とは別枠で計上

(参考)平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。(法第115条の48)

- 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- 地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など

地域包括支援センターレベルでの会議(地域ケア個別会議)

- 地域包括支援センターが開催
 - 個別ケース(困難事例等)の支援内容を通じた
 - ①地域支援ネットワークの構築
 - ②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
 - ③地域課題の把握 などを行う。
- ※幅広い視点から、直接サービス提供に当たらない専門職種も参加
※行政職員は、会議の内容を把握しておき、地域課題の集約などに活かす。

《主な構成員》

医療・介護の専門職種等

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、
歯科衛生士、PT、OT、ST、管理栄養士、
ケアマネジャー、介護サービス事業者 など

地域の支援者

自治会、民生委員、ボランティア、NPOなど

その他必要に応じて参加

地域課題の把握

地域づくり・資源開発

政策形成

介護保険事業計画等への位置づけなど

市町村レベルの会議(地域ケア推進会議)

個別の ケアマネジメント

サービス
担当者会議
(全ての
ケースにつ
いて、多職
種協働によ
り適切なケ
アプランを
検討)

事例提供

支援

在宅医療・介護連
携を支援する相
談窓口

郡市区医師会等
連携を支援する
専門職等

生活支援
体制整備

生活支援コー
ディネーター

協議体

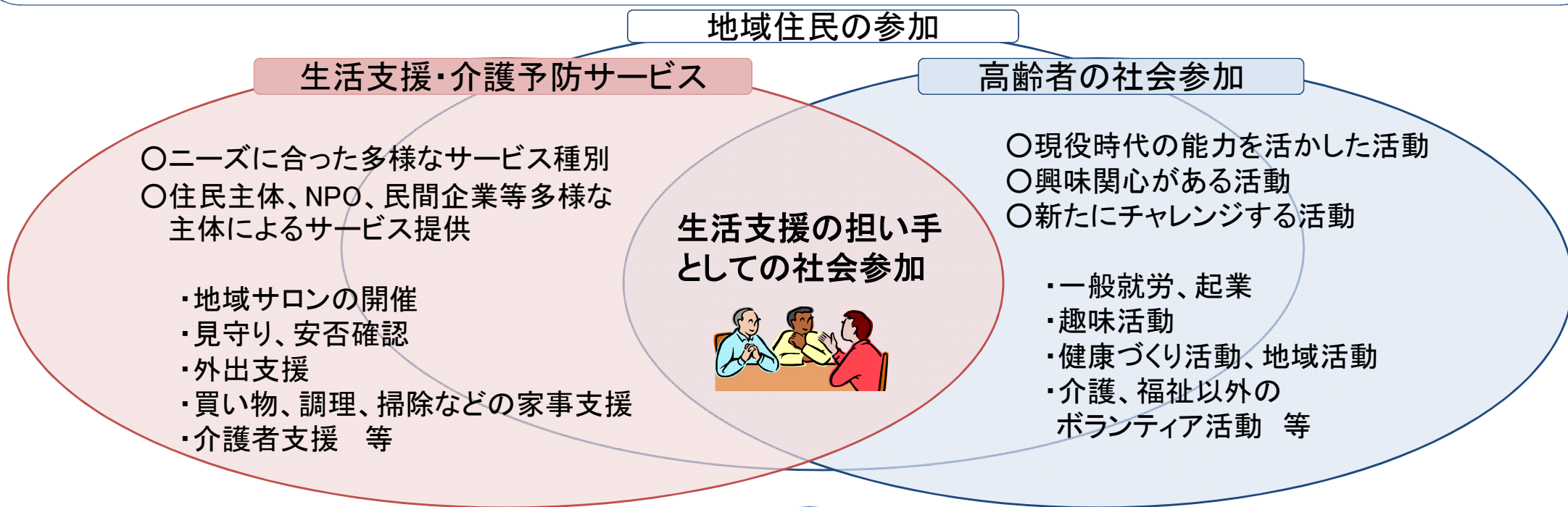
認知症施策

認知症初期
集中支援
チーム

認知症地域
支援推進員

生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

- 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、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防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。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



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

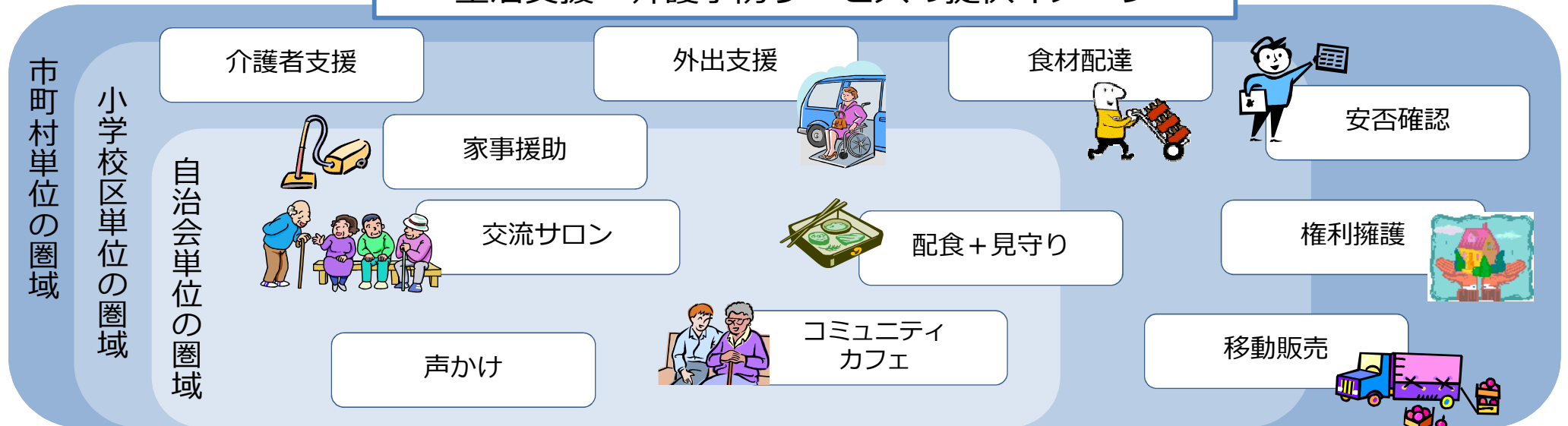
都道府県等による後方支援体制の充実

多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

○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、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防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
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援

生活支援・介護予防サービスの提供イメージ



事業主体

民間企業

NPO

協同組合

社会福祉法人

ボランティア

等

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

地域支援事業の全体像

< 従前 >

介護保険制度

< 改正後 >

【財源構成】

国 25%
都道府県 12.5%
市町村 12.5%
1号保険料 22%
2号保険料 28%

【財源構成】

国 39%
都道府県 19.5%
市町村 19.5%
1号保険料 22%

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)
訪問看護、福祉用具等
訪問介護、通所介護

介護予防事業
又は**介護予防・日常生活支援総合事業**
○二次予防事業
○一次予防事業
介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

包括的支援事業
○地域包括支援センターの運営
・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業
○介護給付費適正化事業
○家族介護支援事業
○その他の事業

従前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業 (要支援1~2、それ以外の者)
○介護予防・生活支援サービス事業
・訪問型サービス
・通所型サービス
・生活支援サービス(配食等)
・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
○一般介護予防事業

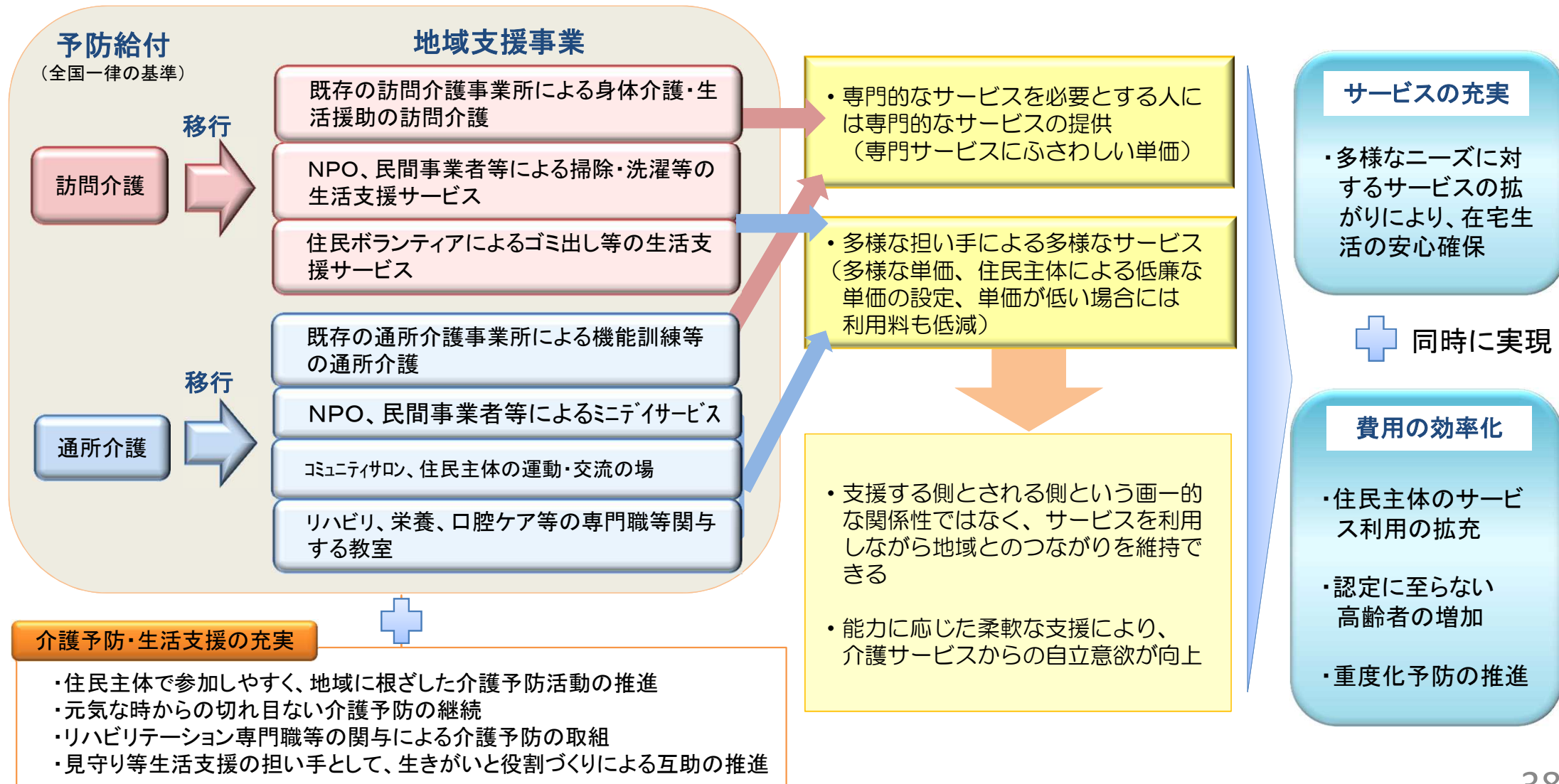
包括的支援事業
○地域包括支援センターの運営
(左記に加え、**地域ケア会議の充実**)
○**在宅医療・介護連携の推進**
○**認知症施策の推進**
(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)
○**生活支援サービスの体制整備**
(コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業
○介護給付費適正化事業
○家族介護支援事業
○その他の事業

地域支援事業

総合事業と生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行(29年度末まで)。財源構成は給付と同じ(国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料)。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



医療計画について

【根拠法令】医療法（昭和23年法律第205号）第30条の3

厚生労働大臣は、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第3条第1項に規定する総合確保方針に即して、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制（以下「医療提供体制」という。）の確保を図るための基本的な方針（以下「基本方針」という。）を定めるものとする。

基本方針に定める事項

- (1) 医療提供体制の確保のため講じようとする施策の基本となるべき事項
- (2) 医療提供体制の確保に関する調査・研究に関する基本的な事項
- (3) 医療提供体制の確保に係る目標に関する事項
- (4) 医療提供施設間の機能分担、業務連携、医療提供施設の機能の情報提供の推進に関する基本的な事項
- (5) 地域医療構想に関する基本的な事項
- (6) 地域における病床の機能の分化及び連携並びに病床の機能の情報提供の推進に関する基本的な事項
- (7) 医療従事者の確保に関する基本的な事項
- (8) 医療計画の作成・医療計画に基づく事業の実施状況の評価に関する基本的な事項
- (9) その他医療提供体制の確保に関する重要事項

医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

平成25年度からの医療計画における記載事項

- 新たに精神疾患を加えた五疾病五事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策

※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。

- 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
- 医療の安全の確保 ○ 二次医療圏(※)、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等

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

【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ 五疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
- ◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。

医療計画の内容

医療計画作成指針(医療計画について(医政発0330第28号 平成24年3月30日)別紙)

1 医療計画の基本的な考え方

医療計画作成の趣旨、基本理念、医療計画の位置づけ、期間等、医療計画を作成するに当たって、都道府県における基本的な考え方を記載する。

2 地域の現状

医療計画の前提条件となる地域の現状について記載する。

(指標の例)

地勢と交通、人口構造(その推移、将来推計を含む。)、人口動態(その推移、将来推計を含む。)、住民の健康状況、住民の受療状況、医療提供施設の状況

3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれにかかる医療連携体制

5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、以下の内容を患者や住民にわかりやすいように記載する。

- (1) 患者動向や、医療資源・連携等の医療提供体制について把握した現状
- (2) 必要となる医療機能
- (3) 課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策
- (4) 原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称
- (5) 評価・公表方法等

なお、記載に当たっては、公的医療機関及び社会医療法人の役割、歯科医療機関(病院歯科、歯科診療所)の役割、薬局の役割にも留意する。

4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

5 医療従事者の確保

- 地域医療対策協議会の議論の経過等及びその結果定められた施策
- 地域医療対策協議会の定めた施策に沿って臨床研修医を含む医師の地域への定着が図られるよう、例えば、地域医療支援センター事業等の具体的な事業について記載する。
- 医療従事者の確保の現状及び目標について、可能な限り具体的に記載する。

6 医療の安全の確保

7 基準病床数

8 医療提供施設の整備の目標

- 地域医療支援病院の整備の目標
- その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標
5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、それぞれの医療圏ごとに、都道府県が必要とする医療機能を有する医療提供施設の施設、設備、症例数、平均在院日数等の実態調査を行い、その結果を踏まえ、不足している医療機能についての整備の方法及び目標等について記載する。

9 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

障害保健対策、結核・感染症対策、臓器移植対策、難病等対策、歯科保健医療対策、血液の確保・適正使用対策、医薬品の適正使用対策、医療に関する情報化、保健・医療・介護(福祉)の総合的な取組などに考慮して、都道府県における疾病等の状況に照らして特に必要と認める医療等について、記載する。

10 施策の評価及び見直し

設定した数値目標等を基に、施策の達成状況を検証し、次の医療計画の見直しに反映させることが求められることから、施策の目標等、推進体制と役割、目標の達成に要する期間、目標を達成するための方策、評価及び見直し、進捗状況及び評価結果の広報・周知方法をあらかじめ医療計画に記載する。

在宅医療の体制（イメージ）

退院支援

○入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

- ・病院・診療所
- ・訪問看護事業所
- ・薬局
- ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
- ・在宅医療に必要な連携を担う拠点

等

日常の療養支援

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

病院・診療所、訪問看護事業所、薬局、居宅介護支援事業所、
地域包括支援センター、介護老人保健施設
短期入所サービス提供施設
在宅医療において積極的役割を担う医療機関
在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

急変

急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保

- ・病院・診療所
- ・訪問看護事業所
- ・薬局
- ・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
- ・在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

看取り

○住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

- ・病院・診療所
- ・訪問看護事業所
- ・薬局
- ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
- ・在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

医療計画で記載することが求められる指標(在宅部分の抜粋)

別表1 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例					
	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	
ストラクチャー指標	◎ 在宅療養支援診療所数、在宅療養支援診療所(有床診療所)の病床数、在宅療養支援診療所で在宅医療に携わる医師数(市区町村別)【診療報酬施設基準】				
	◎ 在宅療養支援病院数、在宅療養支援病院の病床数、在宅療養支援病院で在宅医療に携わる医師数(市区町村別)【診療報酬施設基準】				
	◎ 在宅療養支援歯科診療所数(市区町村別)【診療報酬施設基準】				
	◎ 訪問看護事業所数(都道府県別)【介護給付費実態調査】、訪問看護ステーションの従業者数(都道府県別)【介護サービス施設・事業所調査】				
	○ 24時間体制を取っている訪問看護ステーションの従業者数(市区町村別)【介護サービス施設・事業所調査(個票解析)】				
	◎ 麻薬小売業の免許を取得している薬局数(市区町村別)【都道府県調査】、訪問薬剤指導を実施する薬局数(市区町村別)【診療報酬施設基準】				
	○	管理栄養士による訪問栄養指導を提供している事業所数、居宅療養管理指導を提供している管理栄養士数(市区町村別)【市区町村調査】			
	○	歯科衛生士による訪問指導を提供している事業所数、居宅療養管理指導を提供している歯科衛生士数(市区町村別)【市区町村調査】			
	◎	訪問リハビリテーション事業所数(都道府県別)【介護給付費実態調査】			
	○	退院支援担当者を配置している診療所・病院数(市区町村別)【医療施設調査(個票解析)】	○ 短期入所サービス(ショートステイ)事業所数(市区町村別)【介護サービス施設・事業所調査(個票解析)】	○	在宅看取りを実施している診療所・病院数(市区町村別)【医療施設調査(個票解析)】
			○	ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数(市区町村別)【介護サービス施設・事業所調査(個票解析)】	
			○	看取りに対応する介護施設数(市区町村別)【都道府県調査】	
プロセス指標	◎	退院患者平均在院日数(都道府県別)【患者調査】	○ 訪問診療を受けた患者数(二次医療圏別)【NDB】	○	往診を受けた患者数(二次医療圏別)【NDB】
アウトカム指標				○	在宅死亡者数(市区町村別)【人口動態統計(個票解析)】
	◎: 必須指標、○: 推奨指標				

介護保険事業(支援)計画について

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、平成27年厚生労働省告示第70号）

- 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。

計画策定のための基本的な指針の概要

1) 地域包括ケアシステムの基本理念

地域の实情に応じて、高齢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て自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築に努める。

介護給付等対象サービスの充実・強化

地域における継続的な支援体制の整備を図る。その際、重度の要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者の増加等を踏まえサービスを検討する。

在宅医療の充実及び在宅医療と介護の連携による継続的な支援体制の整備

住み慣れた地域での生活を継続できるよう、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連携を図ることのできる体制を整備する。

介護予防の推進

高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要。

日常生活支援を支援する体制の整備

日常生活上の支援が必要な高齢者が、地域で安心して在宅生活を継続していくために必要となる多様な生活支援等サービスを整備するため、市町村が中心となって事業主体の支援・協働体制の充実・強化を進める。

高齢者の住まいの安定的な確保

住まいは保健・医療・介護などのサービスが提供される前提であり、高齢者向け住まいが、地域におけるニーズに応じて適切に供給される環境を確保する。

2) 認知症施策の推進

今後増加する認知症高齢者に適切に対応するため、認知症ケアパスを確立しながら、早期診断・対応等本人・家族への支援を実施する体制を構築する。

3) 2025年を見据えた目標

- ・2025年度までの間に各地域の实情に応じた地域包括ケアシステムを構築することを目標とする。
- ・地域包括ケア計画として、各計画期間を通じて段階的に構築。

4) 地域づくり

- ・多様な職種や機関との連携協働による地域包括ネットワークの構築。
- ・市町村を中心として地域の関係者で課題を共有・資源開発・政策形成。
- ・世代を超えて支え合う地域づくりを推進。

5) 人材の確保及び資質の向上

- ・地域包括システムを支える人材を安定的に確保する取組が重要。
- ・広域的な立場から都道府県は2025年を見据えた総合的な取組を推進。
- ・多様な人材の参入促進、資質の向上、雇用環境の改善を一体的に推進。
- ・市町村においても支え手の育成・要請等を推進。

8) 市町村・都道府県の連携

- ・近隣市町村と連携した地域包括ケアシステムの構築。
- ・都道府県による市町村への支援。
- ・連携した事業者への指導監督等。

利用者の選択

6) 介護サービスの情報の公表

制度の信頼性

7) 介護給付等に要する費用の適正化

第6期計画のポイント（市町村介護保険事業計画）

①2025年のサービス水準等の推計

各保険者は計画期間中の給付費を推計して保険料を算定するだけでなく、いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる2025年のサービス水準、給付費や保険料水準なども推計し、市町村介護保険事業計画に記載する。推計に当たっては、各保険者におけるサービスの充実の方向性、生活支援サービスの整備等により2025（平成37）年度の保険料水準等がどう変化するかを検証しながら行うこと。

②在宅サービス・施設サービスの方向性の提示

「地域包括ケア計画」として、在宅サービス、施設サービスをそれぞれの地域で今後どのような方向性で充実させていくか、地域の特徴を踏まえて中長期的な視点をもって各保険者として方向性を提示する。その際には、75歳以上高齢者、認知症の高齢者など医療と介護の両方を必要とする人の増加に対応し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス及び小規模多機能型居宅介護などの普及が重要。

③生活支援サービスの整備

日常生活上の支援が必要な高齢者が地域で安心して在宅生活を継続できるよう、ボランティア、NPO、協同組合等の多様な主体による多様な生活支援サービスを充実強化するための取組を記載する。平成29年4月までに新しい総合事業を開始し、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を第6期中に事業へ移行することを踏まえ、コーディネータの配置などにより、地域づくりを積極的・計画的に進める。

④医療・介護連携・認知症施策の推進

新たに地域支援事業に位置付けられる医療・介護連携の機能、認知症への早期対応などについて必要な体制の整備など各市町村の第6期における取組方針と施策を示す。第6期期間中に取組可能な市町村から順次具体的に実施。

⑤住まい

高齢者の日常生活の支援や保健・医療・介護などサービス提供の前提となる住まいに関して、今後どのような方向性で充実させていくか、保険者として方向性を提示する。その際、市町村及び都道府県の住宅関係の計画担当部局、介護保険部局との連携を図る。

第6期計画のポイント（都道府県介護保険事業支援計画）

①医療・介護連携等の市町村支援

市町村の地域支援事業に新たに医療・介護連携等が位置付けられるが、在宅医療体制の整備や医療・介護連携に向けた取組などはこれまで市町村になじみがないことから、都道府県がより広域的な立場から行う市町村への後方支援・広域調整の具体的取組を明確に示す。

②2025年の人材推計

今後更にサービス量の増大が見込まれる2025年に向けて介護人材の確保と資質の向上を図ることが必要であることから、市町村のサービス量見込を踏まえて、各都道府県の計画期間中・2025年の介護人材等の必要量を推計する。併せて、その結果必要となる介護人材の確保・育成のための具体的取組を示す。

③医療計画との整合性

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図るために、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に強い整合性を持った形で策定することを踏まえ、今後策定される地域医療構想の指針を見ながら医療計画との連携の密度を高めていく。

④高齢者居住安定確保計画との調和

高齢者の日常生活の支援や保健・医療・介護などのサービスが提供される前提となる住まいに関して、市町村介護保険事業計画を踏まえた供給目標や取組を示す。その際には公営住宅、高齢者に対する賃貸住宅や老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム等）の整備活用が重要。そのため、都道府県の住宅関係の計画担当部局、市町村の介護保険部局及び住宅担当部局との連携を図る。

都道府県の組織再編状況等について

(参考) 都道府県における医療・介護の連携推進に向けた組織再編状況

- 地域において医療と介護を総合的に確保していくためには、医療計画、介護保険事業支援計画、都道府県計画の作成等にあたって、医療・介護の担当部局間のより一層の連携を図っていくことが重要である。
- 地域における医療と介護を総合的に確保するための基本的な方針の成立(平成26年9月12日)以降、各都道府県において、医療と介護の連携を推進する観点などから、組織再編を行っている事例が見られ始めている。

(平成26年～27年の間に医療・介護関係の組織再編を行った都道府県)

- 医療・介護・生活支援などを一体的に提供する地域包括ケアシステム構築に向けた市町村支援を強化するため、地域包括ケア課を推進するなど、医療と介護の連携強化に向けた組織再編を実施。
- 北海道、山形県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、長野県、岐阜県、静岡県、広島県、徳島県、宮崎県、鹿児島県 等

(上記のうち、新設の局(又は部・課)で、医療・介護の両方の部署がある場合)

- 群馬県・・・健康福祉部に「医療介護局」を新設。医療介護局に「地域包括ケア推進室」を設置。健康福祉部にあった「医務課」、「介護高齢課」を「医療介護局」へ組織変更。
- 広島県・・・健康福祉局の組織改編を実施。従来の組織7課を「医療介護計画課」、「医療介護人材課」、「地域包括ケア・高齢者支援課」、「医療介護保険課」、「地域福祉課」の5課へ再編

※ 上記は一例であり、各都道府県においては地域の特性を踏まえた対応をいただいている。

群馬県 平成27年度組織改正(医療・介護関係)

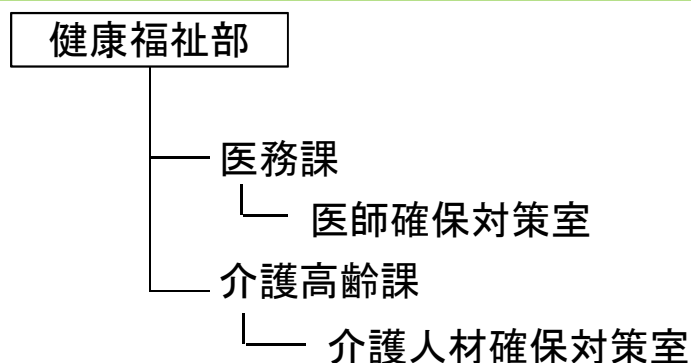
「医療・介護」の連携強化

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるように、医療と介護の更なる連携を強化する体制を整備する。

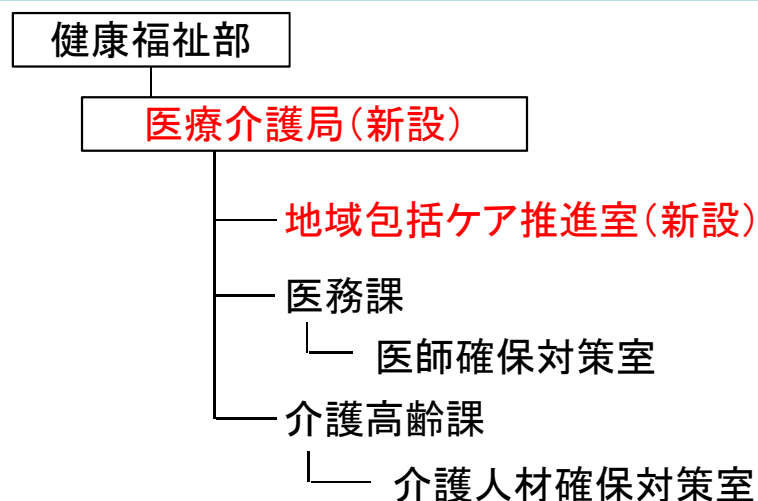
「医療介護局」の新設

医療と介護の連携を図り、市町村における地域包括ケア推進の支援を行うため、健康福祉部に「医療介護局」を新設。同局内に、医療と介護の連携に係る調整・相談窓口となる「地域包括ケア推進室」を新設。医務課と介護高齢課も所管する。

再編前



再編後



再編後の取組例

- 医療介護局を新設し、同一階に医療・介護に係る担当所属を配置したことにより、互いの業務が見えるようになった。
- 地域包括ケア推進室を新設したことにより、「医療」「介護」というそれぞれの視点から、「この地域での医療・介護連携推進」という視点に変わり、当室と県の地域機関である保健福祉事務所が協力して各市町村に直接出向き支援する体制が整備された。
- 地域包括ケアシステムや退院支援及び在宅医療の担当部署が明確化したことで、関係団体等からの講演依頼が増加し、地域包括ケアシステム構築の必要性の周知を図る機会が得られた。

広島県 平成27年度組織改正(医療・介護関係)

平成27年3月19日 広島県庁HP資料(抜粋)

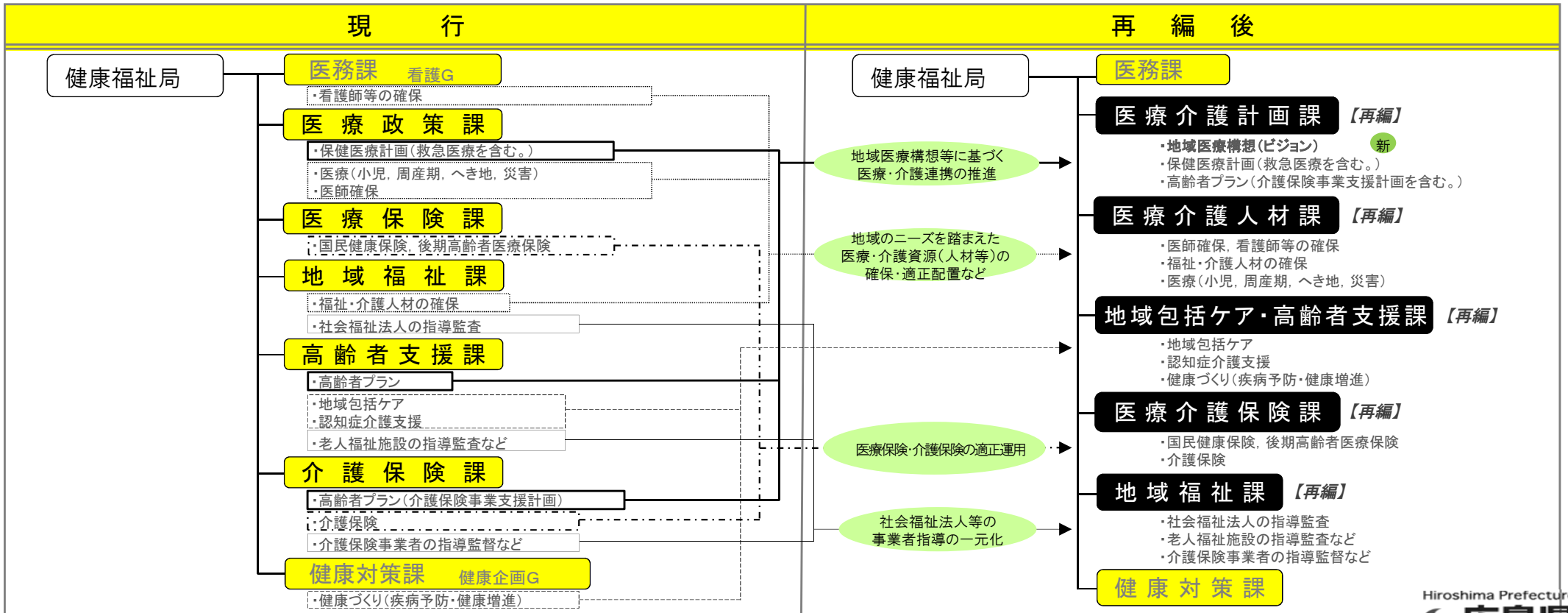
地方創生
(安心な暮らしづくり)

信頼される医療・介護提供体制の構築

重要施策への取組



◇ 団塊世代が75歳以上となる2025年(平成37年)を目途に、「効率的かつ質の高い医療提供体制」と「地域包括ケアシステム」を一体的に構築・運用していくため、医療と介護の連携強化を図る観点から関係課を再編し、関連施策を積極的に推進する。



再編後の取組例

- 医療介護計画課の新設により、医療計画と介護保険事業支援計画を一体的に策定・推進する体制が整い、庁内、市町、関係団体との調整等を同時並行的に行うことが可能になり、施策を効果的かつ効率的に執行できている。
- 医療介護人材課の新設により、医療及び介護の人材確保について、総合的な施策を検討する体制が整ったことで、個別の施策(合同就職説明会の開催など)において、一体的、あるいは、連携した取組の実施が可能となった。

総合確保方針に関連する区域のイメージ

- 総合確保方針においては、医療介護総合確保区域を以下のとおり規定している。
 - ・ 都道府県における医療介護総合確保区域 → 二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置いて設定
 - ・ 市町村における医療介護総合確保区域 → 日常生活圏域を念頭において設定

<医療における区域>

3次医療圏
(52ヶ所)

2次医療圏
(344ヶ所)

<介護における区域>

老人福祉圏域
(344ヶ所)

日常生活圏域
(5,904ヶ所)

<医療介護総合確保区域>

都道府県における
医療介護総合確保区域
(327ヶ所)

市町村における
医療介護総合確保区域

※ 2次医療圏と老人福祉圏域が完全に一致している区域は、42都道府県。

※ 2次医療圏、老人福祉圏域数、日常生活圏域については、平成27年4月現在。医療介護総合確保区域数については、平成27年7月現在。