

我が国における地域包括ケアシステムの 実現に向けて

厚生労働省老健局振興課

吉田 昌司

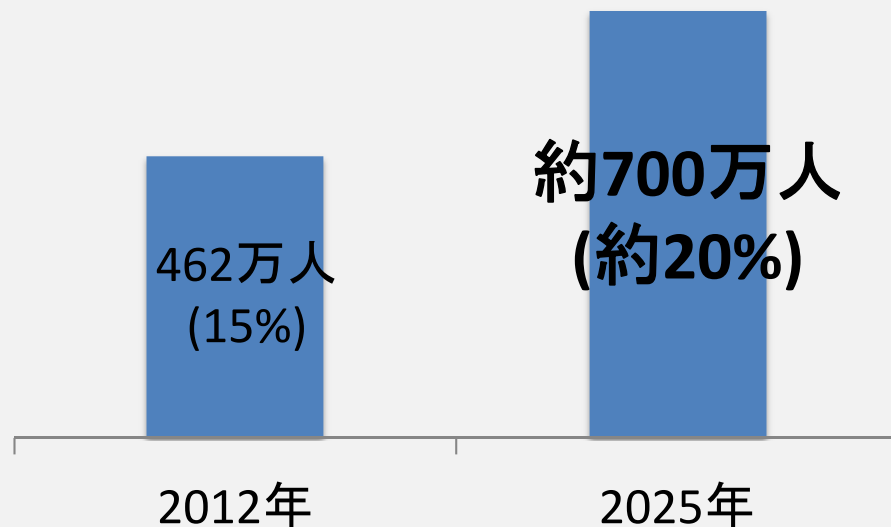
2025年の介護保険をとりまく状況

1. 高齢者の増加

	2012年8月	2025年
65歳以上人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,657万人(30.3%)
75歳以上人口(割合)	1,511万人(11.8%)	2,179万人(18.1%)

2. 認知症高齢者の増加

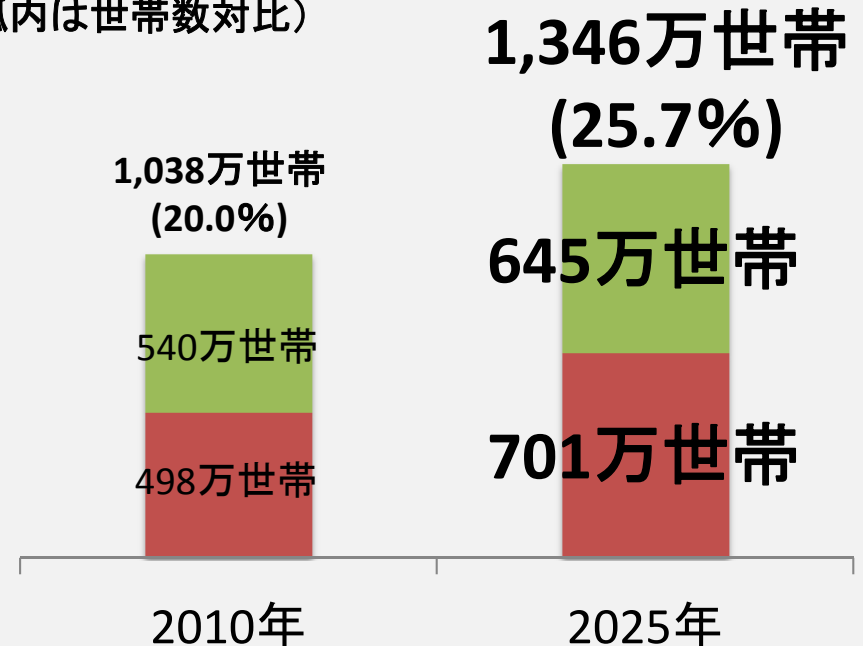
(括弧内は65歳以上人口対比)



※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

3. 単独世帯・夫婦のみ世帯の増加

(括弧内は世帯数対比)



■ 世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯数
■ 世帯主が65歳以上の単独世帯数

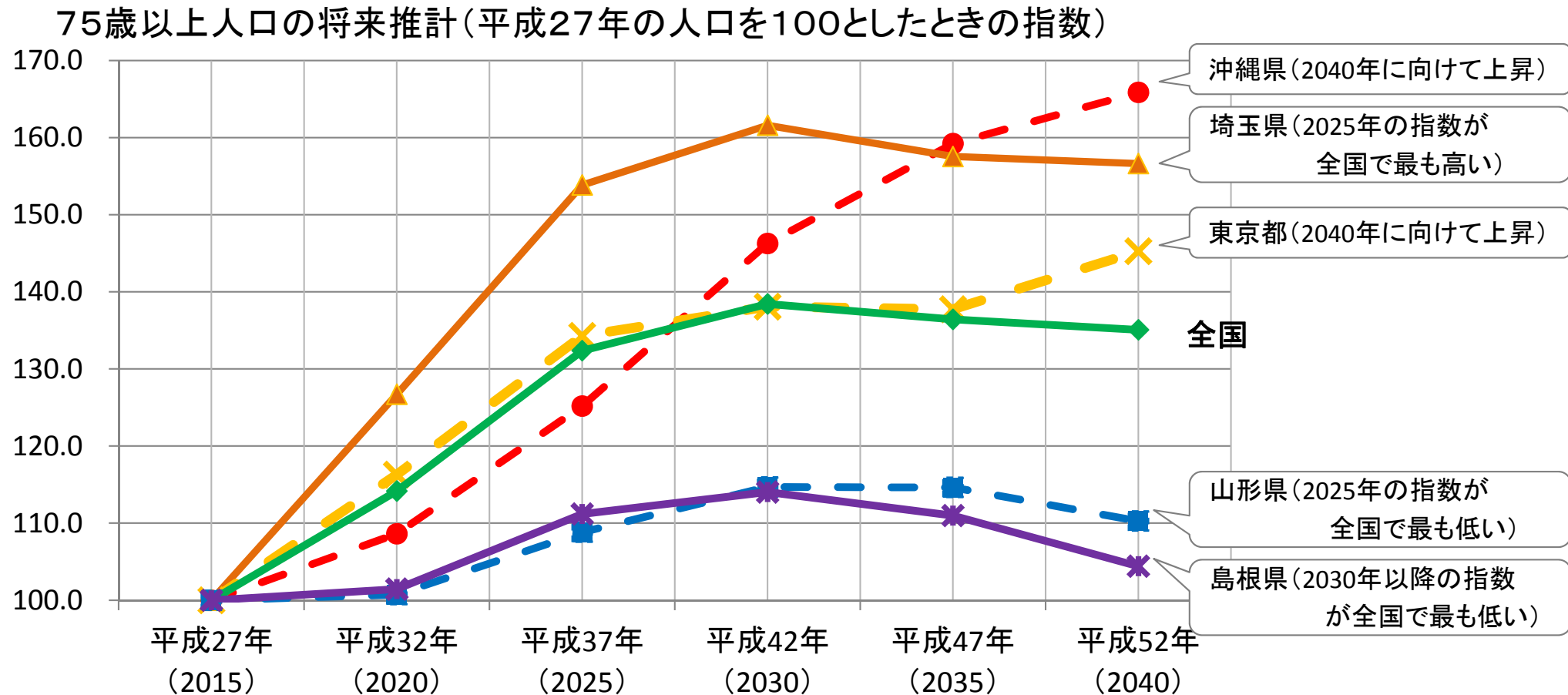
次期介護保険事業計画の始まる2015年から2025年までの各地域の高齢化

○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年が一番高いのが34道府県、2035年が一番高いのが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

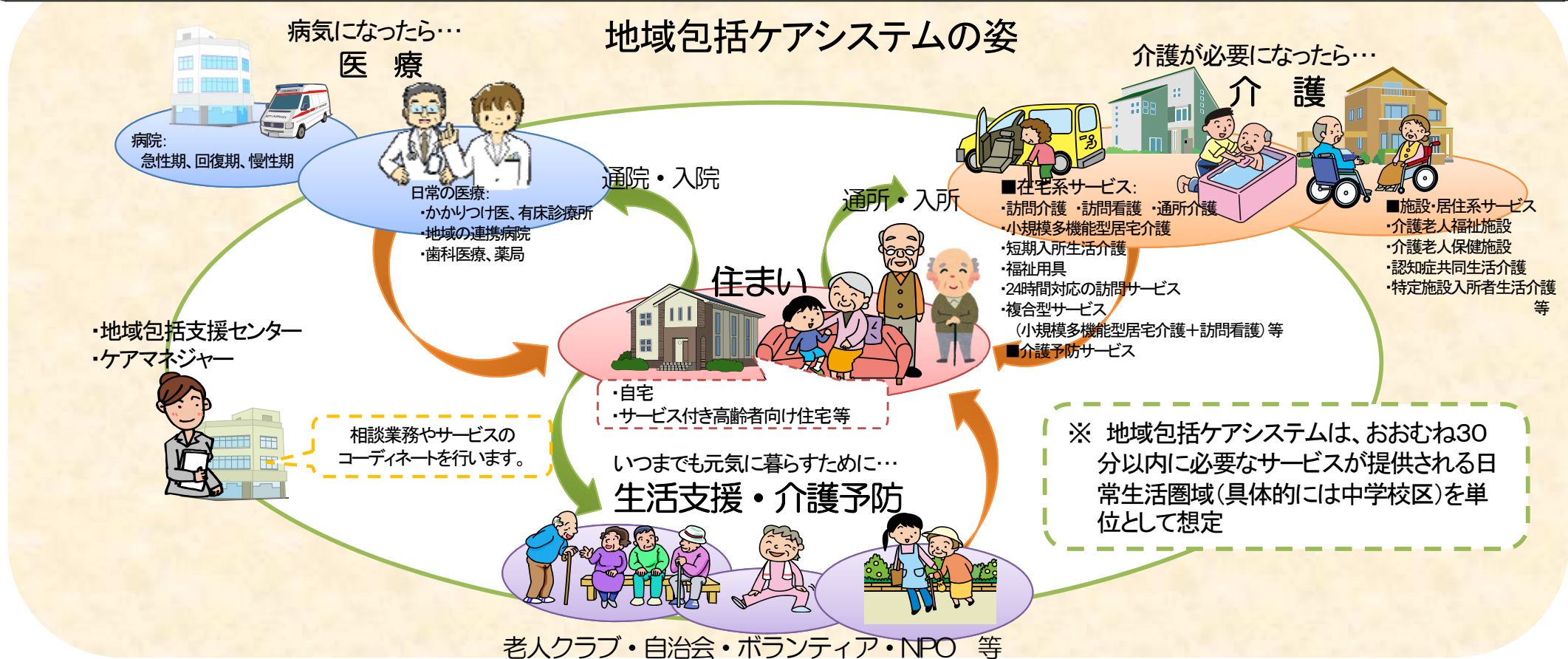
○2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。



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

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



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検討

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）
- * 介護保険制度内でサービスの提供であり、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以上に限定（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

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

- * 保険料見通し：現在5,000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を、65歳以上高齢者の所得上位20%とした場合、合計所得金額160万円（年金収入で、単身280万円以上、夫婦359万円以上）。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

○ 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

市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策など地域支援事業の充実 118億円(国費ベース)

- 地域包括ケア実現に向けた、充実・強化の取組を地域支援事業の枠組みを活用し、市町村が推進。
 - あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し、サービスの多様化を図る。
 - これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。
- ※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託することも可能

平成30年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療・介護連携 (13億円)

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

認知症施策 (28億円)

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の人本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる地域の構築を推進

地域ケア会議 (24億円)

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

生活支援の充実・強化 (54億円)

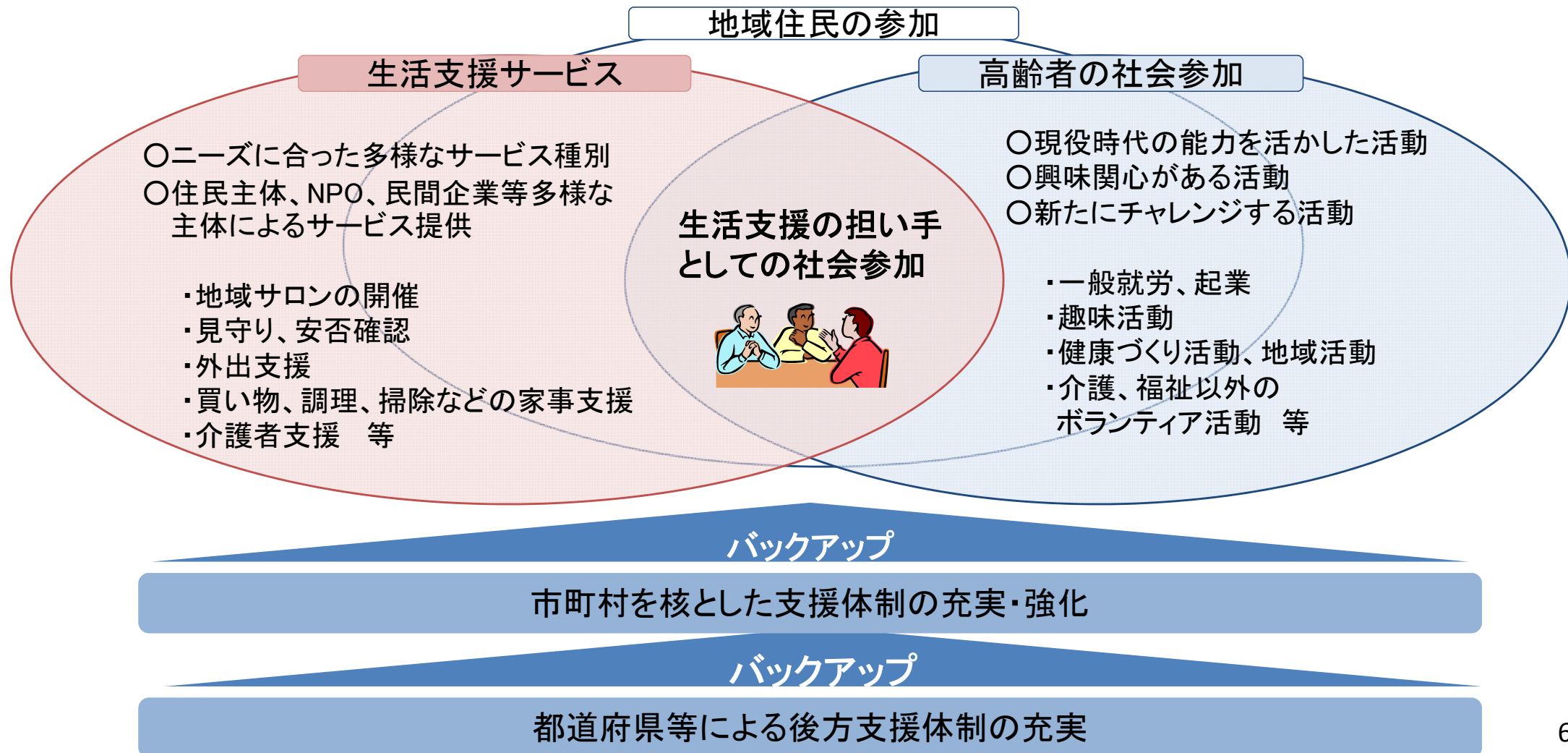
生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

※1 平成30年度からの完全実施に向けて段階的に予算を拡充。(財源は、消費税の増収分を活用)

※2 上記の地域支援事業(包括的支援事業)の負担割合は、国39%、都道府県19.5%、市町村19.5%、1号保険料22%

※3 金額は四捨五入により、億円単位にまとめているため、合計額は一致していない。

- 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「生活支援サービスコーディネーター」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。

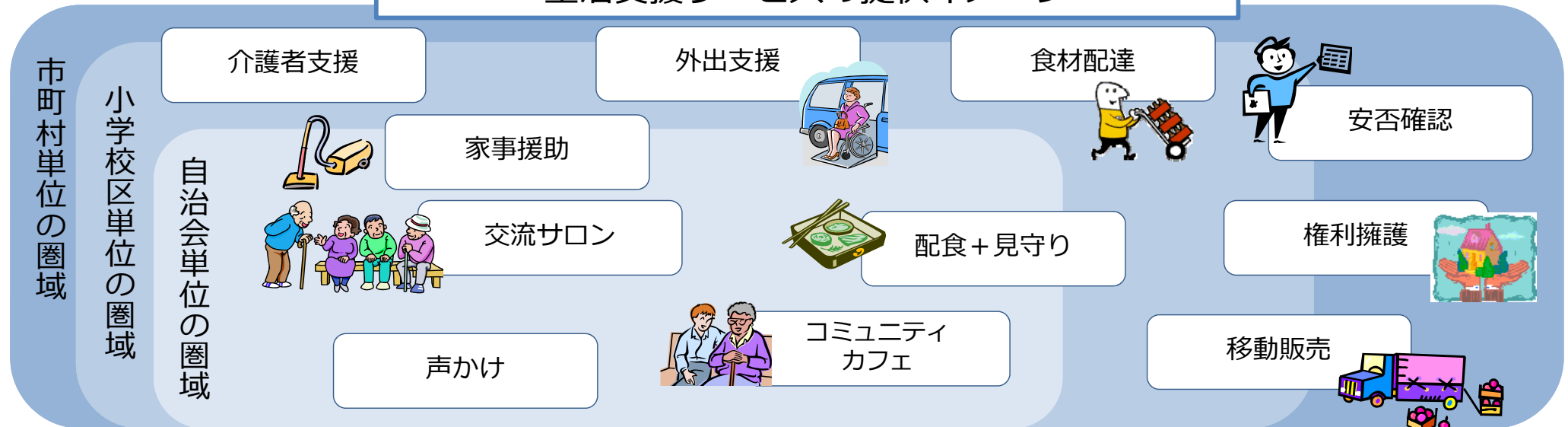


多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

○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

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

生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、担い手やサービスの開発を行い、高齢者の社会参加及び生活支援・介護予防の充実を推進する。

※介護保険法改正により、平成27年度から地域支援事業(包括的支援事業)に位置づけ

(1) 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置 ⇒多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
○ 地域に不足するサービスの創出 ○ サービスの担い手の養成 ○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など	○ 関係者間の情報共有 ○ サービス提供主体間の連携の体制づくり など	○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の中学校区域があり、平成26年度は第1層、平成29年度までの間に第2層の充実を目指す。

① 第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心

② 第2層 中学校区域で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開

※ コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外



(2) 協議体の設置 ⇒多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

NPO

民間企業

協同組合

ボランティア

社会福祉法人

等

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの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できるように介護予防事業を見直す。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

現行の介護予防事業

一次予防事業

- ・介護予防普及啓発事業
- ・地域介護予防活動支援事業
- ・一次予防事業評価事業

二次予防事業

- ・二次予防事業対象者の把握事業
- ・通所型介護予防事業
- ・訪問型介護予防事業
- ・二次予防事業評価事業

一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直す

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

一般介護予防事業

・介護予防把握事業

地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる。

・介護予防普及啓発事業

介護予防活動の普及・啓発を行う。

・地域介護予防活動支援事業

地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う。

・一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う。

・(新)地域リハビリテーション活動支援事業

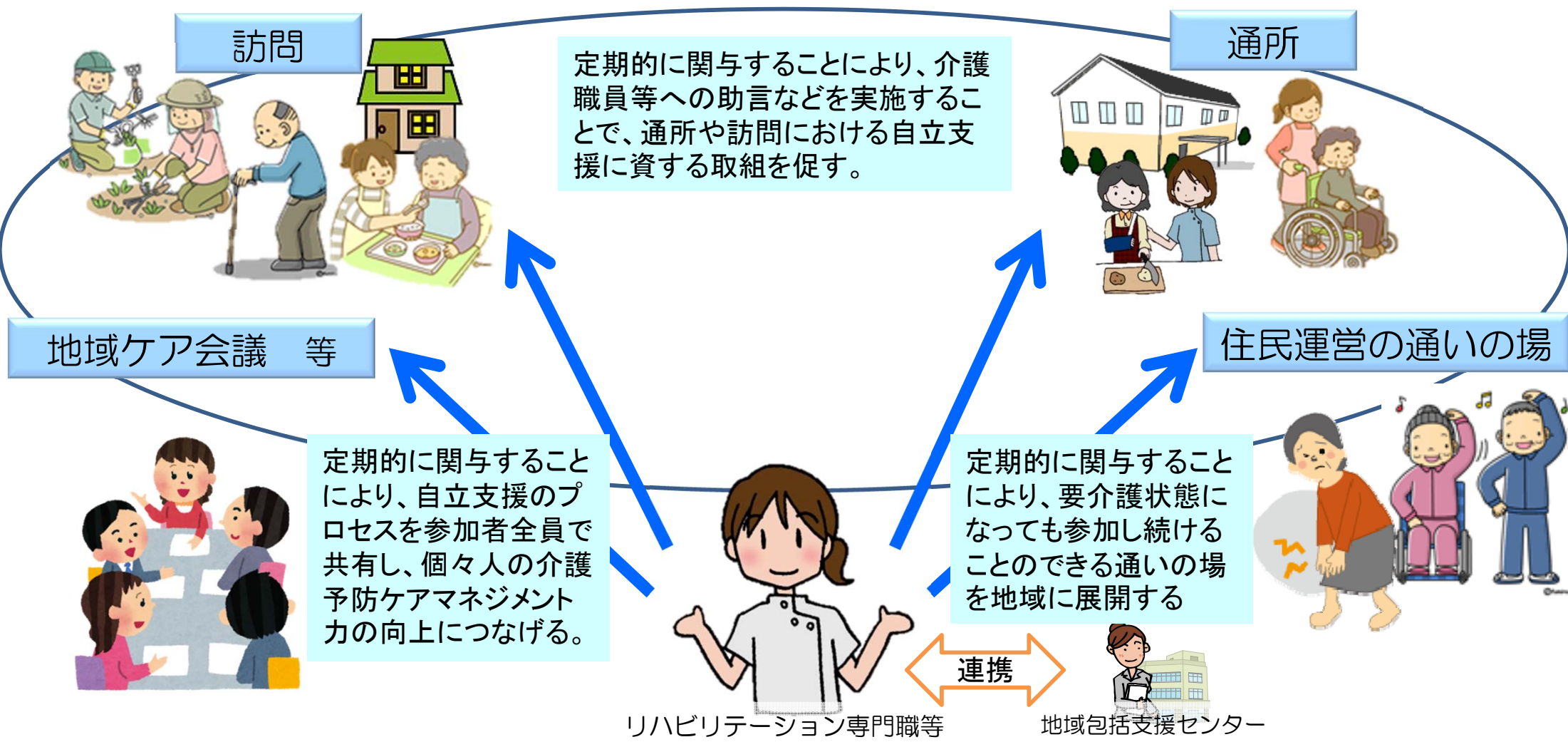
地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。

介護予防・生活支援サービス事業

※従来、二次予防事業で実施していた運動器の機能向上プログラム、口腔機能の向上プログラムなどに相当する介護予防については、介護予防・生活支援サービス事業として介護予防ケアマネジメントに基づき実施

【参考】地域リハビリテーション活動支援事業の概要

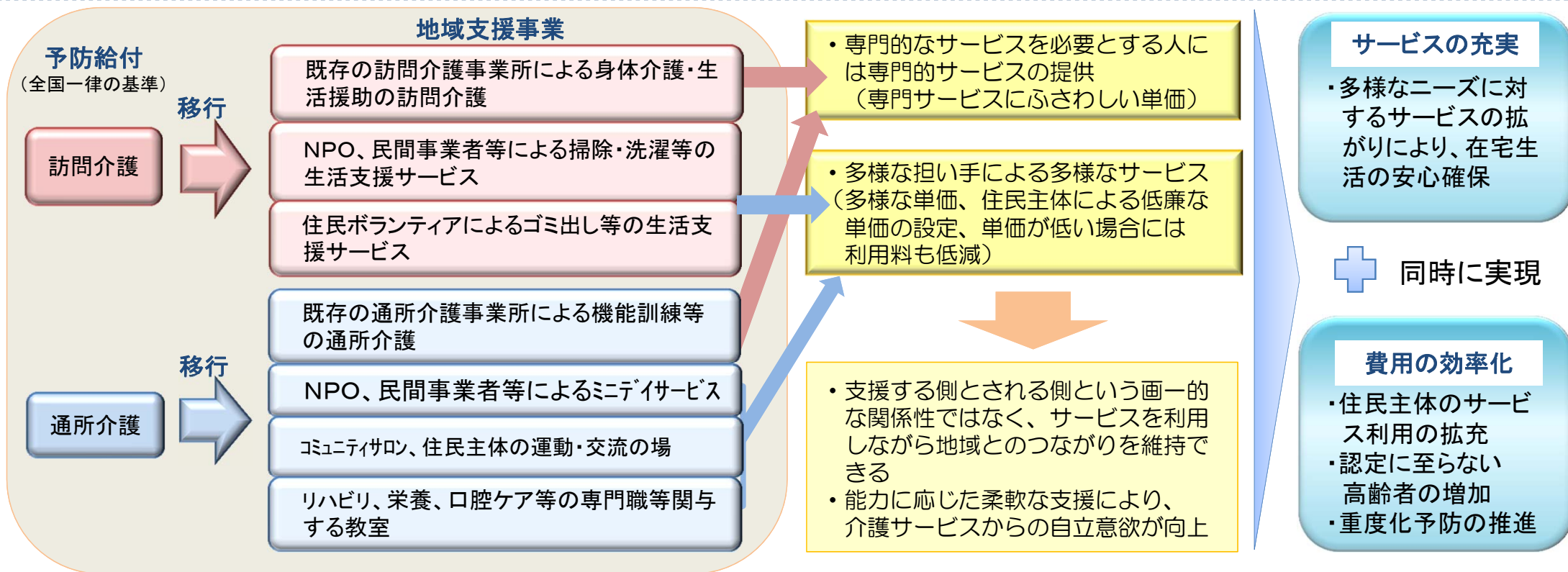
○ 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

予防給付の見直しと地域支援事業の充実

- 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(高齢者の状態像等に応じたケアマネジメント)。高齢者は支え手側に回ることも。
- 総合事業の事業費の上限は、事業への移行分を賄えるように見直し。
- 国は、指針(ガイドライン)を策定し、市町村による事業の円滑な実施を支援。



<地域支援事業の充実>

①生活支援・介護予防の充実

- ・住民主体で参加しやすく、地域に根ざした介護予防活動の推進
- ・元気な時からの切れ目ない介護予防の継続
- ・リハビリテーション専門職等の関与による介護予防の取組
- ・見守り等生活支援の担い手として、生きがいと役割づくりによる互助の推進

②在宅医療・介護連携の推進

③認知症施策の推進

④地域ケア会議の推進

市町村による新しい地域づくりの推進(生活支援・介護予防の充実)

- 市町村が中心となってコーディネーターと連携しつつ、生活支援サービスの充実、介護予防の推進等を図ることにより、高齢者が利用可能な多様なサービスが地域で提供される。
- 高齢者の中には事業の担い手となる者も出現。これは介護予防にもつながる。
⇒ 高齢者を中心とした地域の支え合い(互助)が実現。

市町村が中心となって企画・立案

地域資源の開発

(例)

- ・ボランティアの発掘・養成・組織化

→ ボランティアは生活支援・介護予防の担い手として活動。高齢者の困り事の相談の対応等も実施。(コーディネーターとも連携)

- ・生活支援・介護予防の立ち上げ支援

介護予防・生活支援の充実

多様な通いの場

(例)

- ・サロン
- ・住民主体の交流の場
- ・コミュニティカフェ
- ・認知症カフェ
- ・ミニデイサービス
- ・体操教室
- ・運動・栄養・口腔ケア等の教室

多様な生活支援

(例)

- ・ゴミ出し
- ・洗濯物の取り入れ
- ・食器洗い
- ・配食
- ・見守り
- ・安否確認

研修を受けたボランティアが地区の集会所で介護予防教室を運営。

小規模多機能居宅介護に交流施設を併設。地域のサロンとして活用。子どもとの交流も実施。

研修を受けたボランティアが高齢者と一緒に洗濯物を取り入れる等生活行為の自立を支援。

地域活性化を推進するNPOが地域に配食サービスを展開。

交番、金融機関、コンビニ等幅広い関係機関が連携し、認知症の高齢者の見守り体制を構築。

連携・協力

コーディネーター・協議体

参加・活用
(担い手となる
高齢者も出現)

支援を要する高齢者

- 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（地域の中核的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

(参考) 柏市における在宅医療推進の取り組み

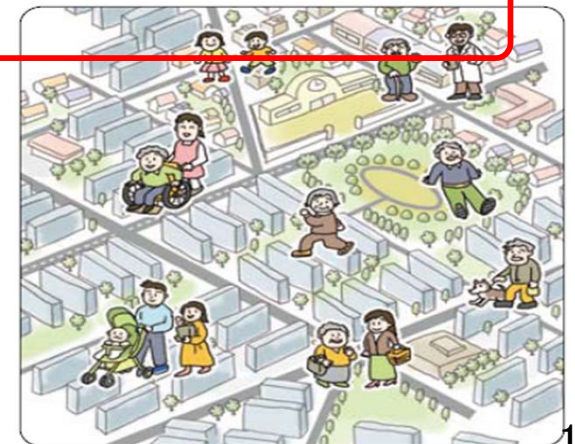
在宅医療を推進するため、行政（柏市）が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合う体制を構築し、関係作りとルール作りを行う。

<推進体制>



<在宅医療を推進するための取り組み>

- ① 在宅医療従事者の負担軽減の支援（主治医・副主治医システムの構築，医療・看護・介護の連携体制の確立，**情報共有システム等**）
- ② 効率的な医療提供のための多職種連携（在宅医療チームのコーディネート，在宅医療を行う診療所・訪問看護の充実）
- ③ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
- ④ 在宅医療に従事する人材育成（在宅医療研修の実施）
- ⑤ 上記を実現するための地域医療拠点の整備



在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤のあり方に関する調査研究事業

事業概要

在宅医療と介護が連携するための情報システムは、地域の多くの事業者が利用することで大きな効果が期待できるため、異なるシステムであっても必要な情報を交換できる標準化された仕組みが必要であることから、以下の事業を実施（老人保健健康増進等事業により実施）。

（24年度）

- ・ ITベンダーやシステム利用者に対するアンケート調査及び聞き取り調査の実施、複数の情報システムが連携できる共通基盤を構築して、データ交換ができることを実証

（25年度）

- ・ 共通基盤（情報連携基盤）を構築し、実証運用を行うとともに、共有すべき情報項目等を含む「在宅医療と介護の連携における情報システムの適切な利用を促進するためのガイドライン」（草案）を策定

在宅医療と介護に関する情報連携のイメージ図

地域包括支援センターが発信した情報を確認できる。
B社システムを利用している歯科医師や

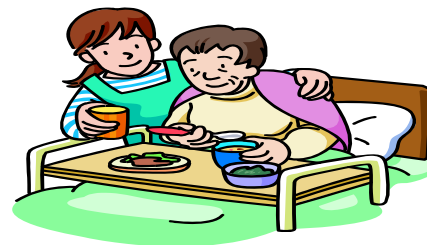
A社システム



フェイスシート
（利用者の基本情報）

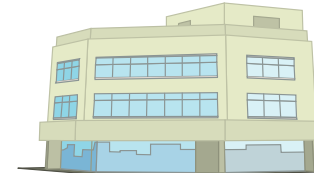
ケアレポート

等



・異なる情報システムであっても、必要な情報を交換できる仕組みを構築

B社システム



フェイスシート
（利用者の基本情報）

ケアレポート

等

A社システムを利用している主治医や
看護師が発信した情報を確認できる。

複数の情報システムで連携し、患者（利用者）の必要な情報を安全に相互転送することが可能となる。

在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤のあり方に関する調査研究 (平成24年度、25年度 老人保健健康増進等事業により東京大学高齢社会総合研究機構が実施)

<現状・課題>

- 2025年に向けて、各地域で地域包括ケアシステムの構築が必要。
 - ⇒ 在宅医療・介護の機関・事業所間での情報共有が重要。
- その構築には、診療所や介護サービス事業者等、様々な主体が必要な情報連携を行う必要があるが、現在は異なる情報システムを利用している機関・事業所間では、情報共有ができない。



- 異なる情報システムを利用している機関・事業所間でも必要な情報共有をできる仕組みが必要。
 - ⇒ 以下の項目について検討が必要。
 - ① 共有する情報項目の標準化
 - ・効果的な情報連携を行うため、在宅医療・介護の連携に必要な基本情報を共通化することが必要 等
 - ② 情報の共有方法の標準化
 - ・用語、コード等の表記方法や通信手段等、情報技術的な各種の取り決めが必要 等
 - ③ 実施面での課題
 - ・情報共有の対象者の選定方法や、情報共有における関係者の役割を定めることが必要 等

在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤のあり方に関する調査研究 (平成24年度、25年度 老人保健健康増進等事業により東京大学高齢社会総合研究機構が実施)

<事業概要>

○ 平成24年度は以下の事業を実施。

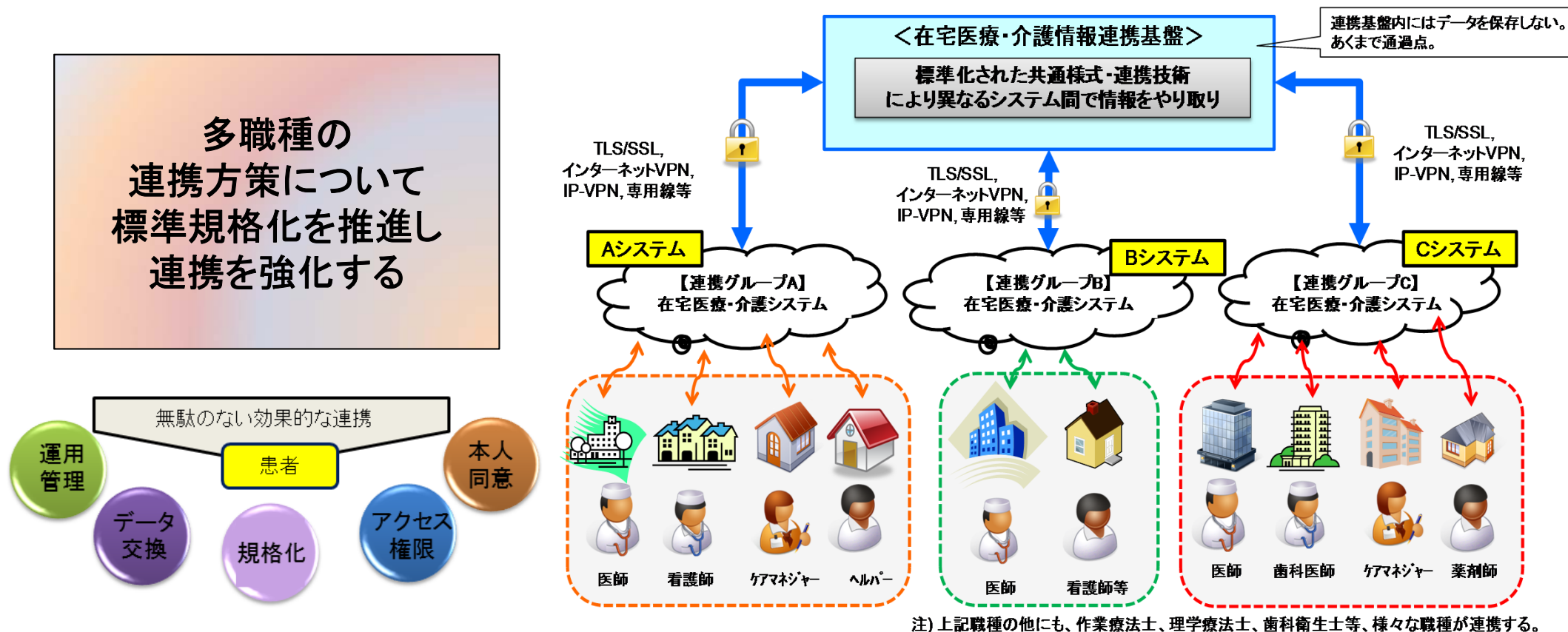
- ① 現在の情報連携の実態把握を目的としたITベンダーに対するアンケート調査及び聞き取り調査を実施
- ② 情報システムの利用者である事業者の実態把握を目的としたアンケート調査及び聞き取り調査を実施
- ③ 複数の情報システムが連携できる共通基盤を実証的に構築
- ④ アンケート調査・聞き取り調査・パイロットテストの結果を分析し、連携による業務効果や問題点等について有識者等により構成される委員会において評価・検討し、報告を取りまとめ

○ 平成25年度は、共通基盤(情報連携基盤)を構築し、実証として、在宅医療と介護に関する共有情報についてデータ交換を行い、共通基盤の利用に関する効果や課題を調査。

※総務省とも連携。総務省の研究事業の中で複数の地域の異なるシステム間で実証を行った。

さらに、関係団体が幅広く参画するガイドライン検討委員会で議論し、共有すべき情報項目等を含む「在宅医療と介護の連携における情報システムの適切な利用を促進するためのガイドライン」(草案)を策定。

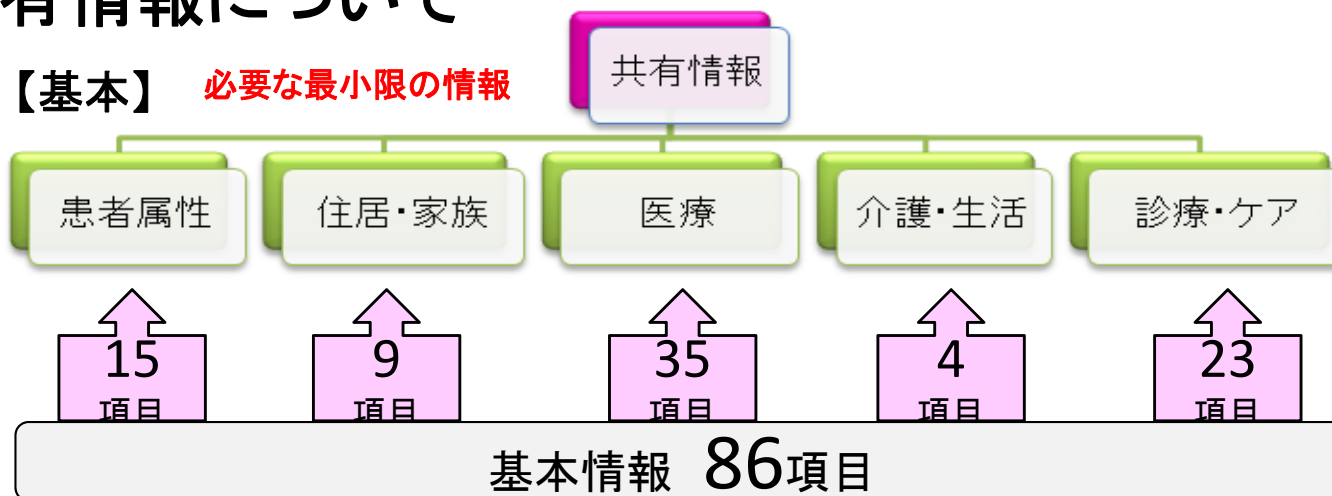
在宅ケアに関する質の向上と効率化を推進するため、関係者が利用する情報システムについて共通基盤による適切な利用方策のあり方を定めて規格化し推進する。



- | | |
|------------|-------------------------------|
| (1) 規格化 | 共有する情報項目、表示方法、データ形式、サイズを決める |
| (2) 本人同意 | 個人データの第三者提供に関する本人同意の方法を定める |
| (3) アクセス権限 | 情報システムの利用手続き及び閲覧・入力権限のあり方を定める |
| (4) データ交換 | 情報システム間で信頼性のあるデータ交換できる方法を定める |
| (5) 運用管理 | 効果的で信頼性のある情報システムの運用管理の在り方を定める |

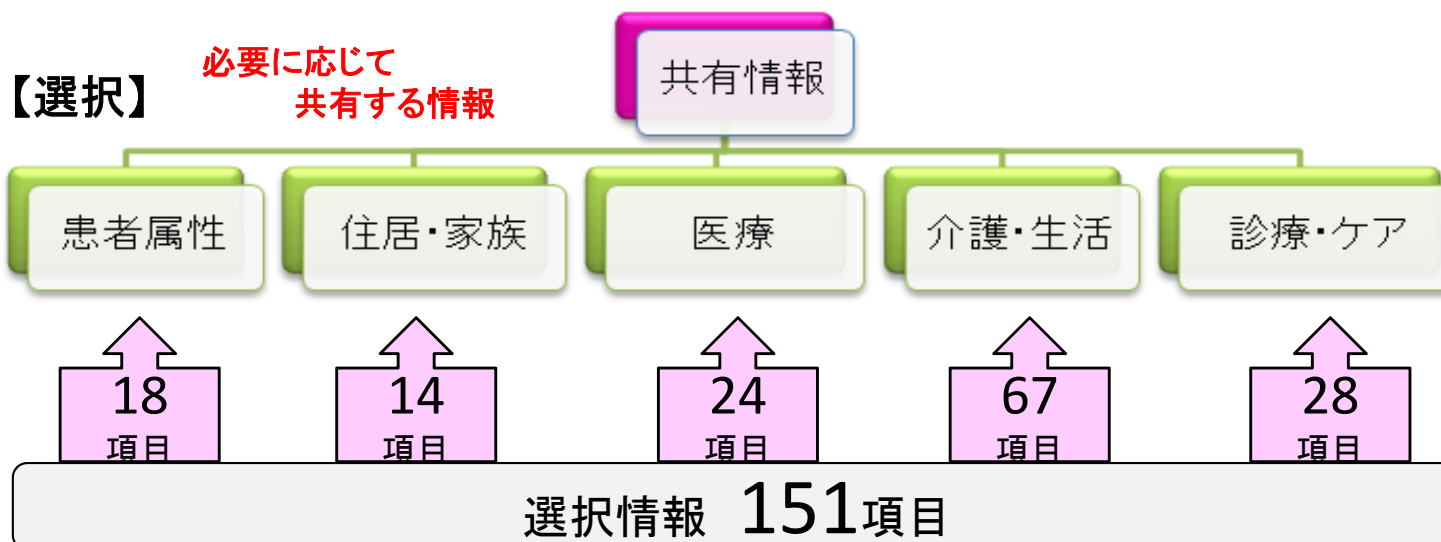
標準的な共有情報について

【基本】 必要な最小限の情報



- > 在宅医療と介護の連携に必要な最小限の共有情報
- > 在宅療養の開始時や患者の容態や生活等に重大な変化が生じた時に共有する
- > これまで帳票や電話、Fax等による情報共有の実績がある

【選択】 必要に応じて共有する情報



- > 患者に対するきめ細かな在宅療養の見守り体制を強化する段階に共有する
- > さらなる医療・ケアの充実や業務効率の効果をめざして共有する