

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

社保審一介護給付費分科会	
第76回（H23. 6. 16）	資料 3

1 医療と介護の連携の強化等

- ① 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進。
- ② 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
- ③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設。
- ④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
- ⑤ 介護療養病床の廃止期限（平成24年3月末）を猶予。（新たな指定は行わない。）

2 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
- ② 介護福祉士の資格取得方法の見直し（平成24年4月実施予定）を延期。
- ③ 介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
- ④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

3 高齢者の住まいの整備等

- 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。
- ※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進（高齢者住まい法の改正）

4 認知症対策の推進

- ① 市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
- ② 市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

5 保険者による主体的な取組の推進

- ① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
- ② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

6 保険料の上昇の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

【施行日】

- 1⑤、2②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

地域包括ケアシステムについて

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備（平成21年度補正予算：3年間で16万人分確保）
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国交省と連携）

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

※「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。（「地域包括ケア研究会報告書」より）

第1次一括法の概要

(「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」)

平成23年5月
内閣府地域主権戦略室

1. 改正内容

地方分権改革推進計画(H21.12.15 閣議決定)を踏まえ、関係法律の整備(42法律)を行う。

○ 義務付け・枠付けの見直しと条例制定権の拡大(41法律)

地方自治体の自主性を強化し、自由度の拡大を図るため、義務付け・枠付けを見直し

【例】

(1)施設・公物設置管理の基準

- ・児童福祉施設の設備及び運営に関する基準の条例委任
- ・公営住宅の整備基準及び収入基準の条例委任
- ・道路の構造の技術的基準の条例委任

(3)計画等の策定及びその手続

- ・中心市街地活性化基本計画の内容の一部の例示化

(2)協議、同意、許可・認可・承認

- ・市町村立幼稚園の設置廃止等に係る都道府県教育委員会の認可を届出へ
- ・都道府県の三大都市圏等大都市等における都市計画決定に係る大臣同意協議の廃止

※1 政府は、施行の状況等を勘案し、児童福祉法等に規定する基準等の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

※2 政府は、地方分権改革推進委員会による勧告において、地方公共団体に対する自治事務の処理又はその方法の義務付けに関し、具体的に講ずべき措置が提示された事項及び見直し措置を講ずべきものとされた事項のうち、この法律において措置が講じられていないものについて、できるだけ速やかに、当該勧告に即した措置を講ずるものとする。

○ 内閣府の所掌事務 (改革 (※) 推進のための基本的政策に関する企画・立案、基本的政策に関する施策の実施を推進) の追加 (内閣府設置法)

※ 日本国憲法の国民主権の理念の下に、住民に身近な行政は、地方公共団体が自主的かつ総合的に広く担うようにするとともに、地域住民が自らの判断と責任において地域の諸課題に取り組むことができるようにするための改革

2. 施行期日

①直ちに施行できるもの → 公布の日(平成23年5月2日)

②政省令等の整備が必要なもの → 公布の日から起算して3月を経過した日(平成23年8月2日)

③地方自治体の条例や体制整備が必要なもの → 平成24年4月1日

第1次一括法の改正概要（義務付け・枠付けの見直し関係）

平成23年5月
内閣府地域主権戦略室

1.施設・公物設置管理の基準

<現行>

施設基準は
政省令で規定

<見直し後>

・施設等基準は条例で規定
・政省令は条例制定の基準へ

(1)「従うべき基準」の例

福祉施設（児童福祉施設、特別養護老人ホーム、介護施設、障害者支援施設、認定こども園等）
○職員の資格及び数（例：保育士等の配置基準等）
○居室面積等（例：ほふく室3.3㎡以上等）
○サービスの適切な利用等に関する事項（例：虐待等の禁止、秘密保持等）※附則第46条に検討規定

(2)「標準」の例

①養護老人ホーム等：利用者数
②保育所：居室面積（ただし、省令基準に照らして大臣が指定する地域について政令で定める日までの間）

(3)「参酌すべき基準」の例

①福祉施設：「標準」及び「従うべき基準」以外の基準（例：保育所の屋外遊戯場面積、特養の廊下幅及び食堂や機能訓練室の面積等）
②職業能力開発施設：施設外訓練等の実施の基準
③へき地手当：へき地手当の月額等
④公営住宅：整備基準、入居収入基準
⑤道路：構造基準（ただし、設計車両、建築限界、設計自動車荷重は国が規定）、案内標識及び警戒標識の寸法
⑥河川：準用河川における河川管理施設等の構造基準

※「検討規定」（附則第46条）
今後の施行の状況等を勘案し、福祉施設の基準の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

2.協議、同意、許可・認可・承認の見直し等

(1)認可の見直し

〔学校教育法関係〕
○市町村立幼稚園の設置廃止等の認可 → 事前届出へ
〔漁港漁場整備法関係〕
○漁港区域の指定等の大員認可 → 事後報告へ
〔港湾法関係〕
○港湾区域の設定の大員認可 → 届出へ（国際戦略港湾等は同意協議へ）

(2)承認の見直し

〔海岸法関係〕
○海岸保全施設の工事に係る大員承認 → 同意協議へ

(3)同意協議等の見直し

〔森林病虫害等防除法関係〕
○高度公益機能森林等の区域指定等の大員同意協議 → 一部を事後報告へ
○都道府県防除実施基準に係る大員協議 → 事後報告へ
〔企業立地促進法関係〕
○基本計画に係る大員同意協議 → 一部の同意協議廃止へ
〔港湾法関係〕
○特定埠頭の運営の事業認定の大員同意協議 → 事後通知へ（国有財産である港湾施設等を含む場合を除く）
〔下水道法関係〕
○流域別下水道整備総合計画に係る大員同意協議 → 協議へ
○公共下水道事業計画に係る大員（知事）認可 → 協議又は届出へ
〔都市計画法関係〕
○都道府県の三大都市圏等大都市等における都市計画決定に係る大員同意協議 → 廃止へ
○市の都市計画決定に係る知事同意協議 → 協議へ
〔国土利用計画法関係〕
○土地利用基本計画に係る大員同意協議 → 協議へ
〔自動車NOx法関係〕
○総量削減計画に係る大員同意協議 → 協議へ

〔大気汚染防止法関係〕

○総量削減計画に係る大員同意協議 → 範囲を限定し協議へ

〔ダイオキシン類対策特別措置法関係〕

○総量削減計画に係る大員同意協議 → 範囲を限定し協議へ

(4)協議の見直し

〔災害対策基本法関係〕

○都道府県地域防災計画に係る大員協議 → 事後報告へ

〔地方教育行政の組織及び運営に関する法律関係〕

○学校運営協議会設置に係る都道府県教委協議 → 廃止へ

〔文化財保護法関係〕

○国有地での発掘に係る関係各省庁協議 → 廃止へ

〔林業労働力の確保の促進に関する法律関係〕

○基本計画に係る大員協議 → 範囲を限定し報告へ

〔農業改良助長法関係〕

○都道府県協同農業普及事業実施方針に係る大員協議 → 廃止へ

〔農業振興地域の整備に関する法律関係〕

○基本方針に係る大員同意協議等 → 範囲を限定し同意協議へ

〔中小企業団体の組織に関する法律関係〕

○商工組合等の設立認可等に係る大員協議 → 廃止へ

〔道路法関係〕

○都道府県道の路線認定等に係る大員協議 → 廃止へ

〔自然環境保全法関係〕

○特別地区の指定等に係る大員協議 → 廃止へ

〔辺地法関係〕

○市町村総合整備計画に係る知事協議 → 一部廃止へ

(5)その他

〔地方公営企業法関係〕

○利益の処分に伴う減債積立金等の積立義務の廃止等
○企業団の監査委員の定数に係る規定の廃止

3.計画等の策定及びその手続

(1)策定義務の規定そのものの廃止

○職階制に適合する給料表に関する計画〔地方公務員法関係〕
○資金貸付事業計画〔小規模企業者等設備導入資金助成法関係〕
○地域産業資源活用事業の促進に関する基本構想〔地域産業資源活用促進法関係〕

(2)策定義務の「できる」規定化等

○農山漁村電気導入計画〔農山漁村電気導入促進法関係〕

○中小企業支援事業の実施に関する計画〔中小企業支援法関係〕
○消防広域化の推進計画（含：計画の内容を例示化）〔消防組織法関係〕
○辺地総合整備計画（含：計画の内容の一部を例示化）〔辺地法関係〕

(3)内容の例示化

○基本計画の内容の一部を例示化〔中心市街地の活性化に関する法律関係〕
○防災計画の内容の一部を例示化〔石油コンビナート等災害防止法関係〕
○都道府県の医療計画の内容の一部を例示化〔医療法関係〕

介護給付費分科会における今後の検討の進め方について (案)

【平成23年】

4月～夏頃 フリートーキング+事業者団体等ヒアリング

<テーマ>

4月13日 総論

4月27日 総論、地域区分について

5月13日 介護人材の確保と処遇の改善策について

定期巡回・随時対応サービス及び複合型サービスについて

今後 (未定)・高齢者施設について

・医療と介護の連携について

・リハビリ、軽度者への対応について

・認知症への対応について

など

※事業者団体等ヒアリングについては、テーマに応じて選定予定。

秋頃～12月 居宅サービス・施設サービス等について議論 (各論)

12月中旬 報酬・基準に関する基本的な考え方の整理・取りまとめ

平成24年度政府予算編成

【平成24年】

1月

介護報酬改定案 諮問・答申

4月

平成24年4月改定施行

Ⅱ 医療・介護等

～ 全世代に配慮した長期的に維持可能な医療・介護制度の再構築 ～

基本的考え方

【現状の課題】 我が国の医療・介護制度は、①医療・介護を担う人材が不足・偏在し、医療・介護の提供体制の機能分化が不十分であり、連携も不足している、②近年の状況変化（雇用基盤の変化、高齢化、医療の高度化、格差の拡大等）に起因する財政状況の悪化等、サービスの提供体制とそれを支える保険制度の両面に大きな課題を抱えている。

【施策の方向】 持続可能な制度を構築するため、運営の効率化を図りつつ、医療・介護のサービス提供体制と保険制度の両面の機能強化を行う必要がある。

改革案の具体的内容（ポイント）

○ 以下の施策について、24年度診療・介護報酬同時改定及び以後の改定に適切に盛り込むとともに、医療・介護サービス提供体制の基盤整備を図るための一括的な法整備を行う。

■医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化（→3～6ページ）

- ・医師確保、介護職員等の人材確保と資質の向上
- ・病院・病床の機能分化・機能強化、専門職種間の協働と役割分担の見直し
- ・在宅医療体制の強化・地域包括ケアシステムの確立・ケアマネジメントの機能強化
- ・精神保健医療の改革、認知症対策の強化、介護予防・重度化予防への重点化

■それを支える医療・介護保険制度の保障の重点化・機能強化（→7～9ページ）

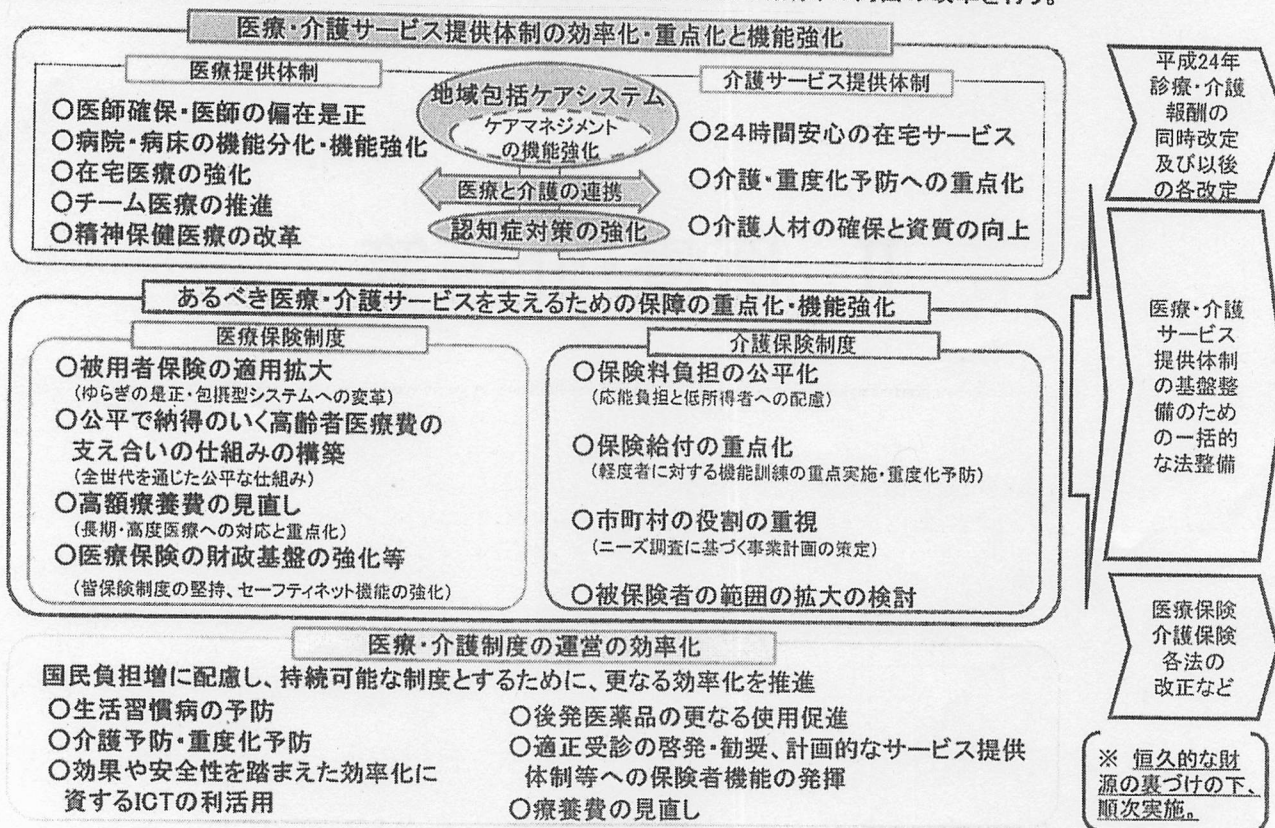
- ・働き方にかかわらず保障を提供
- ・長期・高額な医療への対応のためのセーフティネット機能の強化
- ・世代間の負担の公平化
- ・所得格差を踏まえた基盤の強化・保険者機能の強化

■医療・介護制度の運営の効率化（→10～11ページ）

- ・生活習慣病の予防、介護予防・重度化予防、ICTの利活用、後発医薬品の使用促進、保険者機能の発揮

医療・介護制度改革の全体像

○ 医療・介護制度改革として、運営の効率化を図りつつ、①質の高い効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築、②それを支える医療・介護保険制度の機能強化・持続可能性の確保、の両面の改革を行う。

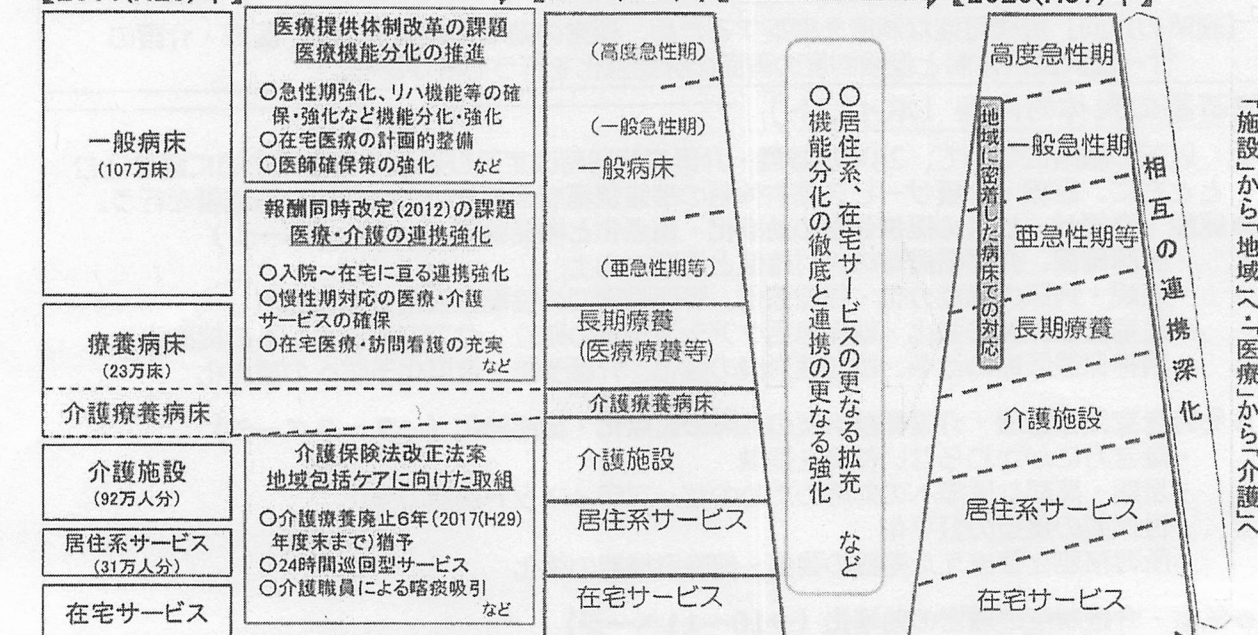


将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

○ 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。

○ 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

(参考)改革シナリオにおける主な機能強化、効率化・重点化要素(2025年)

		2025年
機能強化	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・高度急性期の職員等 2倍程度増(単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) ・一般急性の職員等 6割程度増(単価 約1.5倍)(") ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増) ・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム 約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増) ・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、サービス間の連携強化など	・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善(単価の上昇) ・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増)など
効率化・重点化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	・高度急性期 : 平均在院日数 15～16日程度 ・一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度 ・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度 (パターン1の場合) (現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度[急性期15日程度(高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。)
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携・ICTの活用等	・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、△0.1%程度(医療の伸び率ケース①の場合) (現状投影シナリオでも繰り込み、後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)

医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み

パターン 1	平成23年度 (2011)	平成37(2025) 年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15～16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15 日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性期等 75 日程度 亜急性期等57～58日程度 長期ケア 190 日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	【地域一般 病床】 24万床 77%程度 19～20日 程度 26万人/月
亜急性期・ 回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度	
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
(注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
ここでは、地域一般病床は、概ね人口1万人未満の自治体に暮らす者(今後250～300万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

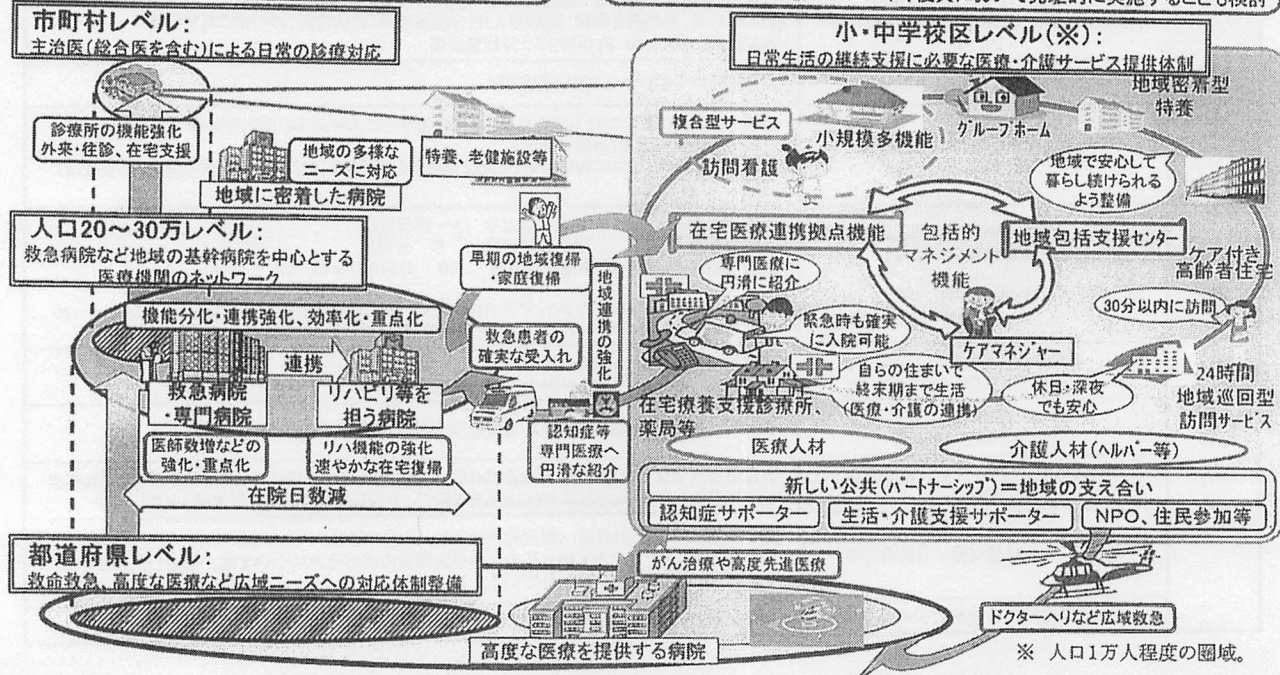
都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

主治医(総合医を含む)による日常の診療対応

救急病院など地域の基幹病院を中心とする
医療機関のネットワーク

救命救急、高度な医療など広域ニーズへの対応体制整備

※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討



良質な医療を効率的に提供するための医療提供体制の機能強化

○ 国民が安心して良質な医療を受けることができるよう、①医師確保・偏在対策、②病院・病床の機能分化・強化、③在宅医療体制の強化、④チーム医療の推進、⑤精神保健医療の改革など、医療提供体制の機能強化を図る。

- 機能分化に加え、医療機能のネットワーク化や、医療・介護の連携強化が重要に

医師不足対策など目下の課題に取り組みつつ、必要な分野への医療資源の思い切った集中投入など構造的な改革が必要

○総合的な診療を行う医師と専門的な診療を行う医師との役割分担などを踏まえた偏在対策

- 急性期への資源集中投入による機能強化、亜急性期・回復期リハビリ、慢性期等の機能分化・強化と集約化
- 拠点病院機能、救急医療機能等の強化
- 地域の実状に応じて幅広い医療ニーズに対応する機能の強化
- 医療機関の連携強化、ネットワーク化(連携バス普及、情報共有等)

- 在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護ステーション等の計画的整備
- 地域に密着した医療機関病床の在宅支援病床としての活用検討
- 連携拠点機能の整備や連携パスの普及
- 在宅医療を担うマンパワーの確保強化

- 医師、看護職員、介護職員など各職種の専門性向上と役割分担見直し
- 医療クラーク等の積極的活用による医師等の業務分担の推進
- 医療ニーズの増大・高度化、看護の質の向上に対応した看護職員確保策強化

- 精神病床に関する機能に応じた人員配置や連携機能の強化
- 包括的に支援する多職種チームによるアウトリーチ支援(訪問支援)体制整備
- 障害福祉サービス、介護サービスとの連携強化

医療事故に関する無過失補償制度とその医療事故の原因(過失の有無等)を究明し、再発防止策を提言する仕組み、死亡時画像診断の活用等の検討

医療・介護サービスの提供体制の機能強化・効率化・重点化

○ 医療・介護サービスの提供体制について、人員資源等の集中的な投入及び機能分化を前提に強化を図る一方で、平均在院日数の縮減や予防事業の実施などにより、運営の効率化・重点化を図る。

【医療分野】

○機能強化

- ・ 医師の不足・偏在への対応
- ・ 急性期医療への医療資源の集中投入を始めとする医療機能強化
- ・ 在宅医療提供体制の強化による在宅医療の需要増・入院の減少

○効率化・重点化

- ・ 医療資源の重点的投入及び機能分化による平均在院日数の減少等
- ・ 生活習慣病の予防による健康の保持・増進
- ・ 地域の医療連携の推進による患者の状態に適した医療の提供
- ・ ICTの利活用等(審査支払事務の効率化、レセプトデータベースの活用など)

【介護分野】

○機能強化

- ・ 介護職員の処遇改善・資質の向上
- ・ 利用者それぞれのニーズに合わせた施設介護における個別ケアの普及
- ・ 居宅系・在宅サービスの充実・強化
- ・ 認知症等の対応のためのグループホームや小規模多機能型居宅介護の整備
- ・ 地域での日常生活を可能とするための居宅サービスの充実(24時間安心の在宅サービスなど)
- ・ 医療ニーズの低い利用者の入院からの移行にともなう介護の総需要の増

○効率化・重点化

- ・ 介護予防、重度化予防等への保険給付の重点化

医療・介護制度の運営の効率化等の取組み

○ 医療・介護保険制度の健全性を維持し、持続可能で安定的な制度運営を確保する観点から、予防事業や、ICTの利活用、後発医薬品の更なる使用促進などのその他の取組みにより、制度運営の更なる効率化等を図る。

【予防事業】

国民の生活の質の向上等を図る観点から、生活習慣病の予防、介護予防・重度化予防に積極的に取り組む。

○生活習慣病の予防

特定健診・保健指導の導入から今年度で4年目を迎えた実績を踏まえ、エビデンスに基づく新たな健診等の在り方を早急に関係者と検討し、保険者による、より効果的な保健事業の実施によって生活習慣病の予防に取り組む。

○介護・重度化予防

リハビリや機能訓練等の介護予防・重度化予防の取組みにより、要介護者の数を減少させる等の取組みを推進する。

【その他の取組み】

○ICT利活用の推進

レセプト電子化による審査支払事務の効率化、国の保有するレセプト情報等のデータベースの医療の地域連携への活用などを着実に進める。

○後発医薬品の更なる使用促進等

現在、平成24年度までに後発医薬品のシェア(数量ベース)を30%とする目標を掲げているが、更なる使用促進を図る。また、先発医薬品を含む医薬品の価格設定等のあり方を費用対効果の観点から検討するなど、引き続き保険給付の適正化に取り組む。

○保険者による適正受診の勧奨等の保険者機能の発揮

現在、一部の保険者で実践されているレセプトを用いた被保険者への適正受診の啓発・勧奨の取組みについて、保険者全体における実施を推進する等、制度運営の効率化に向けた保険者機能の発揮を強化。

○療養費等の見直し

会計検査院から指摘を受けた柔道整復療養費等、従来から見直しの議論がなされていた療養費等の支給について、その効率化を図る。

○国保組合の国庫補助の見直し

所得の高い国民健康保険組合に対する定率国庫補助の見直しを行う。

医療・介護分野におけるICTの利活用について

- 「新たな情報通信技術戦略(平成22年5月)」やIT戦略本部における医療情報化に関するタスクフォースにおける検討等を踏まえ、医療・介護分野におけるICTの利活用を積極的に推進する。

1. 電子レセプトの利活用

- 医療機関や保険者において、自らが保有する電子レセプトデータ等の分析を行うことにより、医療の質の向上や効果的な保健事業の実施が可能となる。
- 有識者会議の審査に基づき、厚生労働省が保有するレセプト情報等を提供することにより、都道府県が作成する医療計画への活用や医療サービスの質の向上等を目指した研究が可能となる。
- レセプト電子化により、縦覧・突合点検が可能となるなど審査支払事務の効率化が図られる。

2. 医療・介護の連携等への活用

- ITを活用したネットワークを構築することにより、在宅医療と介護の関係者間で必要な情報の共有を図ることが可能となる。
- 電子カルテを用いることにより、医療機関間の情報共有の促進が可能となる。
- 病院―診療所間で検査データを共有することが可能となる。

3. 個人による電子化された医療・健康情報の活用

- 電子化された医療・健康情報を管理・活用することにより、自らの健康管理等を効率的に行うことが可能となる。(例) 電子版お薬手帳／カード、電子版糖尿病連携手帳

4. 番号制度の導入による利便性の向上

- 高額医療・高額介護合算制度について、医療・介護サービス提供者間の情報連携により立て替え払いが不要となる。
- 券面に「番号」を記載した1枚のICカードで年金手帳、医療保険証、介護保険証等を提示可。
- 医療・介護サービスの現場において、本人が自分の診療情報等を容易に入手・活用できる。

保険者におけるレセプトの活用(広島県呉市の事例)

平成22年12月2日
医療保険部会資料

○後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知するサービスを実施。平成20年7月から22年3月までの対象者の6割超が後発医薬品へ切り替え。

○生活習慣病二次予防(受診勧奨)

- ・ 健診情報から健診異常値の方を抽出し、レセプトと突合して医療機関未受診者に受診勧奨を行う。
- ・ レセプトから生活習慣病で医療機関に通院していた患者を抽出し、一定期間通院していない患者に受診勧奨を行う。

○生活習慣病三次予防(重症化予防)

- ・ レセプトから抽出した対象病名毎に指導対象者を選定し、個別に指導を行うことにより重症化を予防。

○重複受診・頻回受診対策

- ・ 複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者や頻繁に医療機関で受診している者を確認し、訪問指導を実施。

※平成21年度における訪問前後1ヶ月の比較

(重複受診) 件数:23件 診療費削減額:432,229円 最大89,220円/人 診療費減

(頻回受診) 受診日数減:80人 診療費削減1,906,642円 最大 受診日数30日/月 → 15日/月
80,550円/人 診療費減

○調剤点検

- ・ 別々の医療機関で同一成分の薬剤を重複して服用している人、相互作用の発生の恐れがある人を抽出できる。

※ 2.7%が重複服薬、6.4%に相互作用。(併用禁忌0.3%、併用回避6.1%)