



ひと、暮らし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

令和3年度 自治体職員新任担当者研修資料

自治体職員新任担当者研修

～地域包括ケアシステムについて～

厚生労働省 九州厚生局

1. 介護保険制度の制定の経緯
2. 介護保険制度の概要
3. 介護保険を取り巻く状況
4. 地域包括ケアシステム
5. 後期高齢者医療特別調整交付金
6. 地域医療介護総合確保基金
7. 保険者機能強化推進交付金等
8. 介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための
厚労省職員派遣
9. 九州厚生局地域包括ケアシステムアドバイザー派遣

1. 介護保険制度の制定の経緯

介護保険制度の創設前の老人福祉・老人医療政策の経緯

年代	高齢化率	主な政策
1960年代 <u>老人福祉政策の始まり</u>	5.7% (1960)	1962(昭和37)年 訪問介護（ホームヘルプサービス）事業の創設 1963(昭和38)年 老人福祉法制定 ◇特別養護老人ホーム創設、訪問介護法制化
1970年代 <u>老人医療費の増大</u>	7.1% (1970)	1973(昭和48)年 老人医療費無料化 1978(昭和53)年 短期入所生活介護（ショートステイ）事業の創設 1979(昭和54)年 日帰り介護（デイサービス）事業の創設
1980年代 <u>社会的入院や寝たきり老人の社会的問題化</u>	9.1% (1980)	1982(昭和57)年 老人保健法の制定 ◇老人医療費の一定額負担の導入等 1987(昭和62)年 老人保健法改正（老人保健施設の創設） 1989(平成元年)年 消費税の創設（3%） ゴールドプラン （高齢者保健福祉推進十か年戦略）の策定 ◇施設緊急整備と在宅福祉の推進
1990年代 <u>ゴールドプランの推進</u> <u>介護保険制度の導入準備</u>	12.0% (1990)	1990(平成2)年 福祉8法改正 ◇福祉サービスの市町村への一元化、老人保健福祉計画 1992(平成4)年 老人保健法改正（老人訪問看護制度創設） 1994(平成6)年 厚生省に高齢者介護対策本部を設置（介護保険制度の検討） 新ゴールドプラン 策定（整備目標を上方修正） 1996(平成8)年 介護保険制度創設に関する連立与党3党（自社さ）政策合意 1997(平成9)年 消費税の引上げ（3%→5%） 介護保険法成立
2000年代 <u>介護保険制度の実施</u>	17.3% (2000)	2000（平成12）年 介護保険法施行

介護保険制度創設前の制度の問題点

老人福祉

対象となるサービス

- ・特別養護老人ホーム等
- ・ホームヘルプサービス、デイサービス等

(問題点)

- 市町村がサービスの種類、提供機関を決めるため、利用者がサービスの選択をすることができない
- 所得調査が必要なため、利用に当たって心理的抵抗感が伴う
- 市町村が直接あるいは委託により提供するサービスが基本であるため、競争原理が働かず、サービス内容が画一的となりがち
- 本人と扶養義務者の収入に応じた利用者負担(応能負担)となるため、中高所得層にとって重い負担

老人医療

対象となるサービス

- ・老人保健施設、療養型病床群、一般病院等
- ・訪問看護、デイケア等

(問題点)

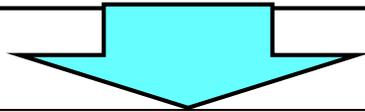
- 中高所得者層にとって利用者負担が福祉サービスより低く、また、福祉サービスの基盤整備が不十分であったため、介護を理由とする一般病院への長期入院(いわゆる社会的入院)の問題が発生
 - 特別養護老人ホームや老人保健施設に比べてコストが高く、医療費が増加
 - 治療を目的とする病院では、スタッフや生活環境の面で、介護を要する者が長期に療養する場としての体制が不十分
(居室面積が狭い、食堂や風呂がない等)

従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界

介護保険制度の導入の基本的な考え方

【背景】

- 高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。
- 従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界。



高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み(介護保険)を創設

1997年 介護保険法成立、2000年 介護保険法施行

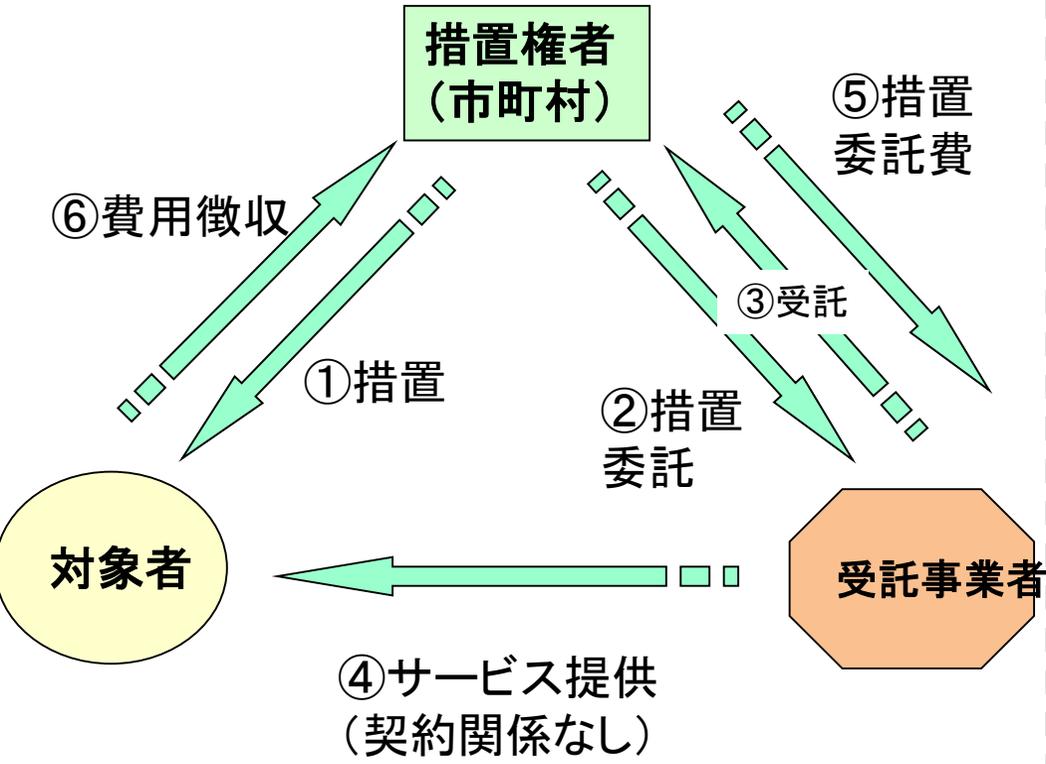
【基本的な考え方】

- **自立支援**・・・単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をすることを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。
- **利用者本位**・・・利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- **社会保険方式**・・・給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

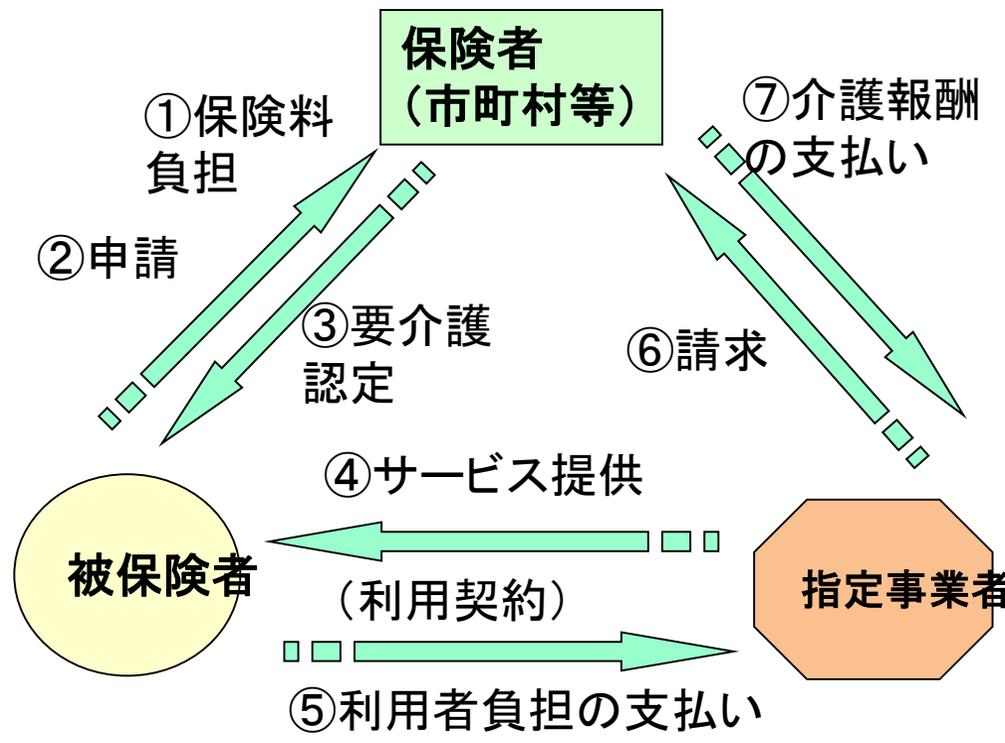
福祉サービスの利用方法の変化

- 介護保険制度では、基本的に行政はサービスを提供する主体ではなく、多様な事業者が利用者と相対して、契約に基づいてサービスを行うようにした。
- 介護サービス(特に在宅サービス)の事業者は、一定の条件を満たせば都道府県の指定を受けて参入できることとし、多様な主体の参入と、それに伴うサービス基盤の充実を促進した。

<措置制度>



<介護保険制度>



福祉と医療に分かれていた介護サービスの一元化

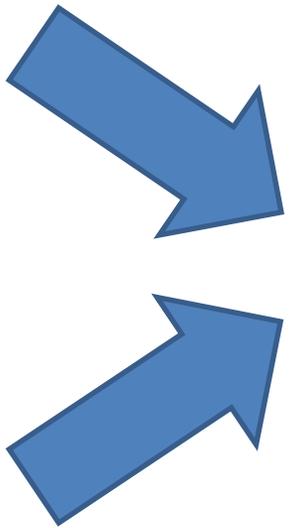
- 介護保険制度では、それまで高齢者福祉サービスと高齢者医療サービスの双方に分かれていた介護サービスを、一つの制度として統合し、利用者がその中から選択できるようにした。
- 従来の福祉分野と医療分野では利用者負担の方式が異なっていたが、介護保険では原則1割負担という公平な利用者負担にした。

■ 高齢者福祉 (公費)

施設	●特別養護老人ホーム ●養護老人ホーム 等
居宅	●訪問介護 ●短期入所生活介護 ●通所介護 ●福祉用具給付・貸与 ●痴呆対応型共同生活介護 等

■ 老人保健 (医療保険料+公費)

施設	○老人保健施設 ○療養型病床群
在宅	○老人訪問看護 ○通所リハビリテーション 等



■ 介護保険導入時 (介護保険料+公費)

施設サービス	●介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設
居宅サービス	●訪問介護 ●短期入所生活介護 ●通所介護 ●福祉用具給付・貸与 ●痴呆対応型共同生活介護(※) ●特定施設入居者生活介護 ○訪問看護 ○通所リハビリテーション 等

(※) 現「認知症対応型共同生活介護」 (H18より名称変更)

※ 介護保険制度導入後も、高齢者福祉の観点から、措置施設としての養護老人ホームや特別養護老人ホーム等は存続 (老人福祉法)

※ 療養型病床群の一部については、医療保険適用の療養型病床群等となった

利用者から見た従前の制度と介護保険制度の違い

従前の制度

① 行政窓口申請し、市町村がサービスを決定。

② 医療と福祉に別々に申し込み。

③ 市町村や公的な団体(社会福祉協議会など)中心のサービスの提供。

④ 中高所得者にとって利用者負担が重く、利用しにくい。

介護保険制度

利用者が自らサービスの種類や事業者を選んで利用。

介護サービスの利用計画(ケアプラン)を作って、医療・福祉のサービスを総合的に利用。

民間企業、農協、生協、NPOなど多様な事業者によるサービスの提供。

所得にかかわらず、1割の利用者負担。

2. 介護保険制度の概要

介護保険制度の仕組み

市町村（保険者）

税金 50%	市町村 12.5%	都道府県 12.5% ^(※)	国 25% ^(※)
	※施設等給付の場合は、 国20%、都道府県17.5%		
保険料 50%	23%		27%
	人口比に基づき設定		

費用の9割分(8割・7割分)の支払い^(※)

- サービス事業者
- 在宅サービス
 - ・訪問介護
 - ・通所介護 等
 - 地域密着型サービス
 - ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 - ・認知症対応型共同生活介護 等
 - 施設サービス
 - ・老人福祉施設
 - ・老人保健施設 等



財政安定化基金

(令和3-5年度)
全国プール

1割(2割・3割)負担^(※)

居住費・食費

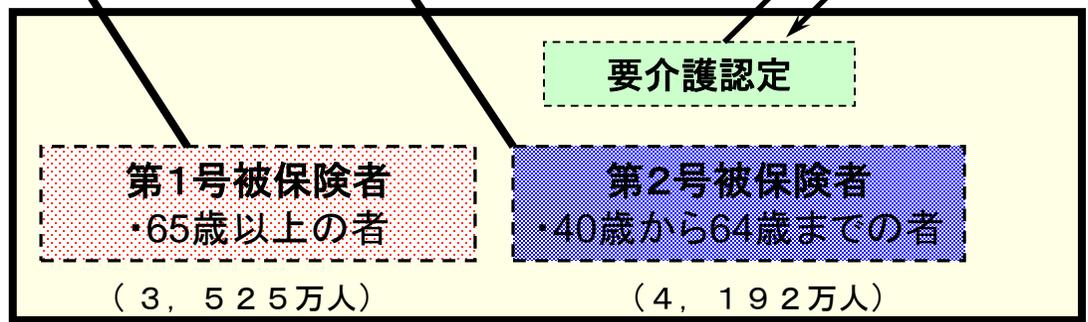
サービス利用

保険料

個別市町村

国民健康保険・健康保険組合など

原則年金からの天引き

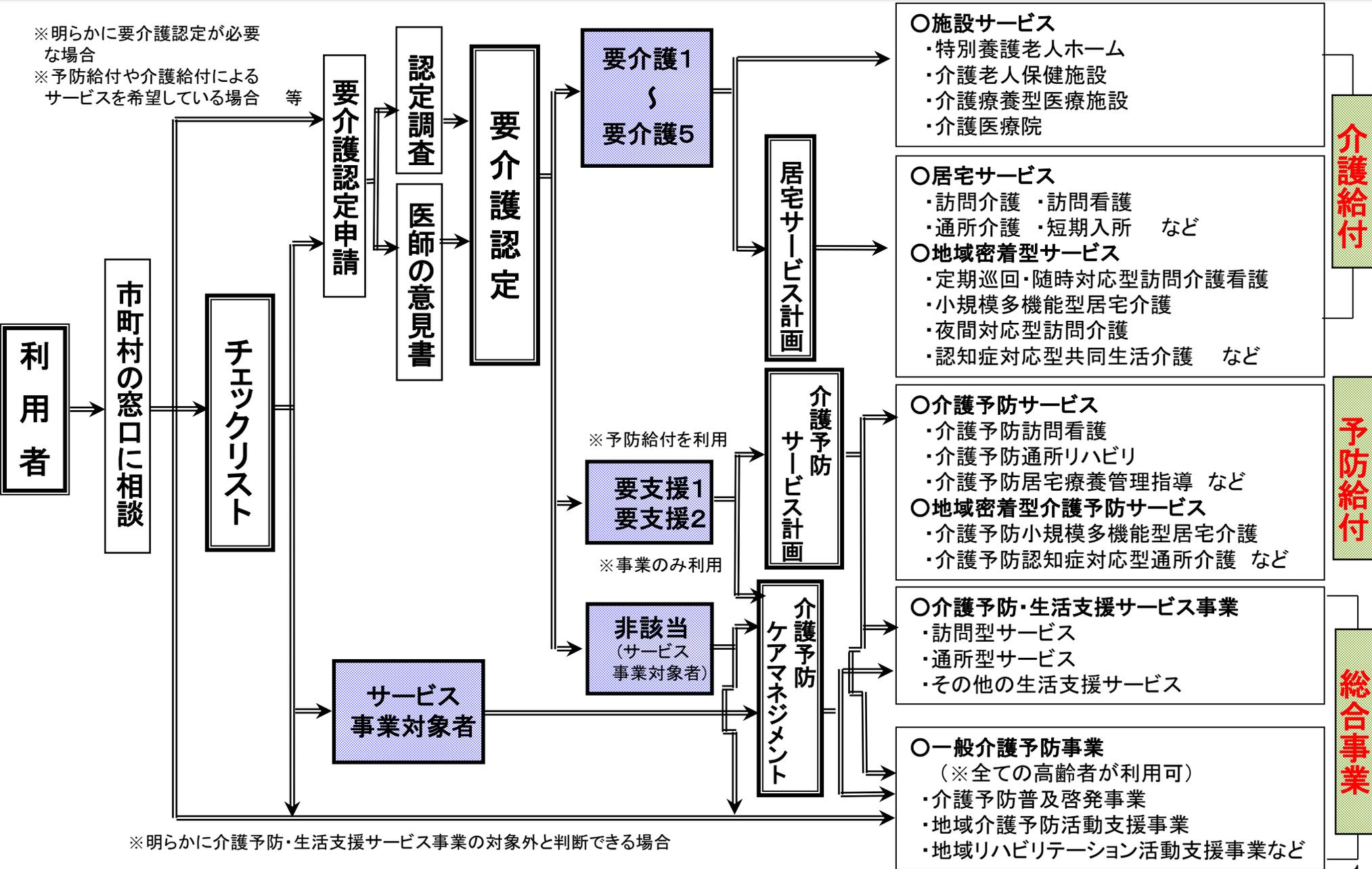


加入者（被保険者）

(注) 第1号被保険者の数は、「介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成30年度末現在の数である。
 第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成30年度内の月平均値である。
 (※)一定以上所得者については、費用の2割負担(平成27年8月施行)又は3割負担(平成30年8月施行)。

介護サービスの利用の手続き

※明らかに要介護認定が必要な場合
 ※予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合



介護給付

予防給付

総合事業

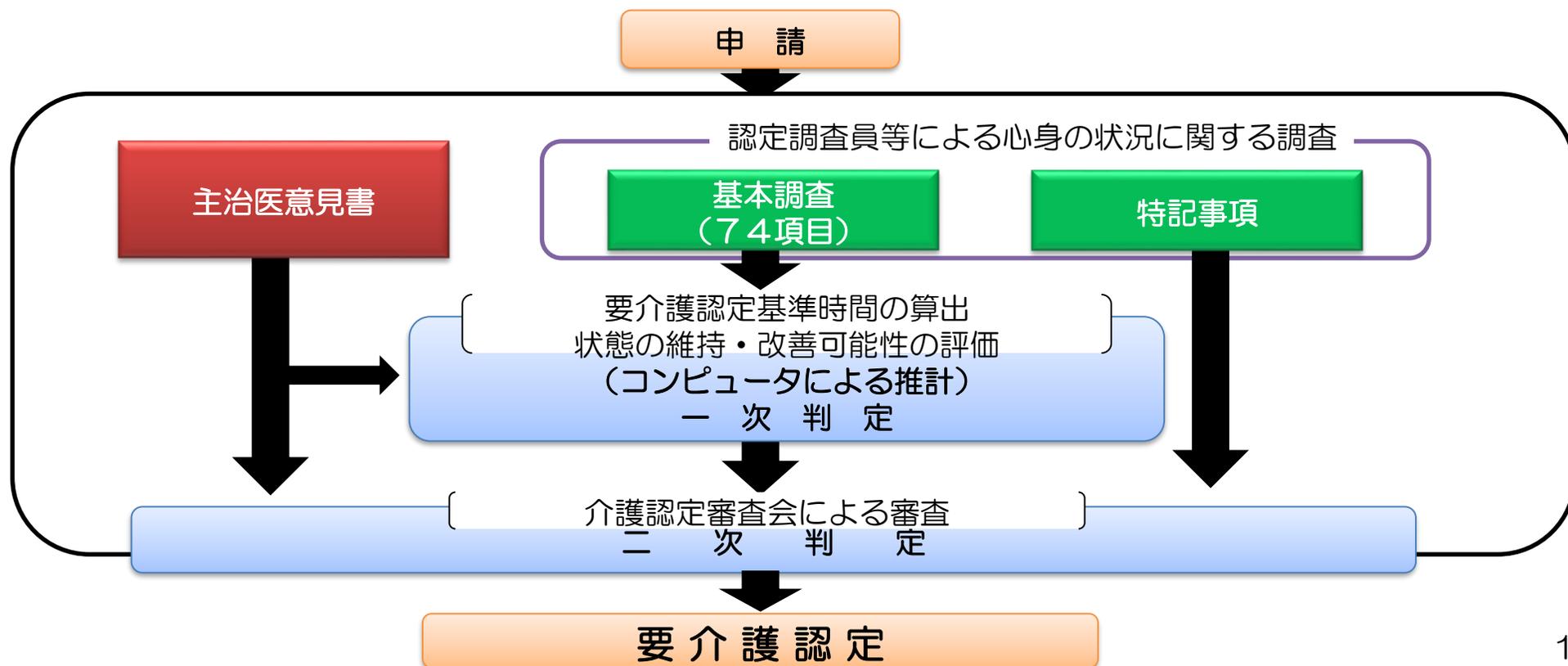
※明らかに介護予防・生活支援サービス事業の対象外と判断できる場合

要介護認定制度について

要介護認定の仕組み

○ 要介護認定(要支援認定を含む。)は、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組みであり、一次判定及び二次判定の結果に基づき、市町村が申請者について要介護認定を行う。

- ①一次判定・・・市町村の認定調査員による心身の状況調査(認定調査)及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。
- ②二次判定・・・保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。



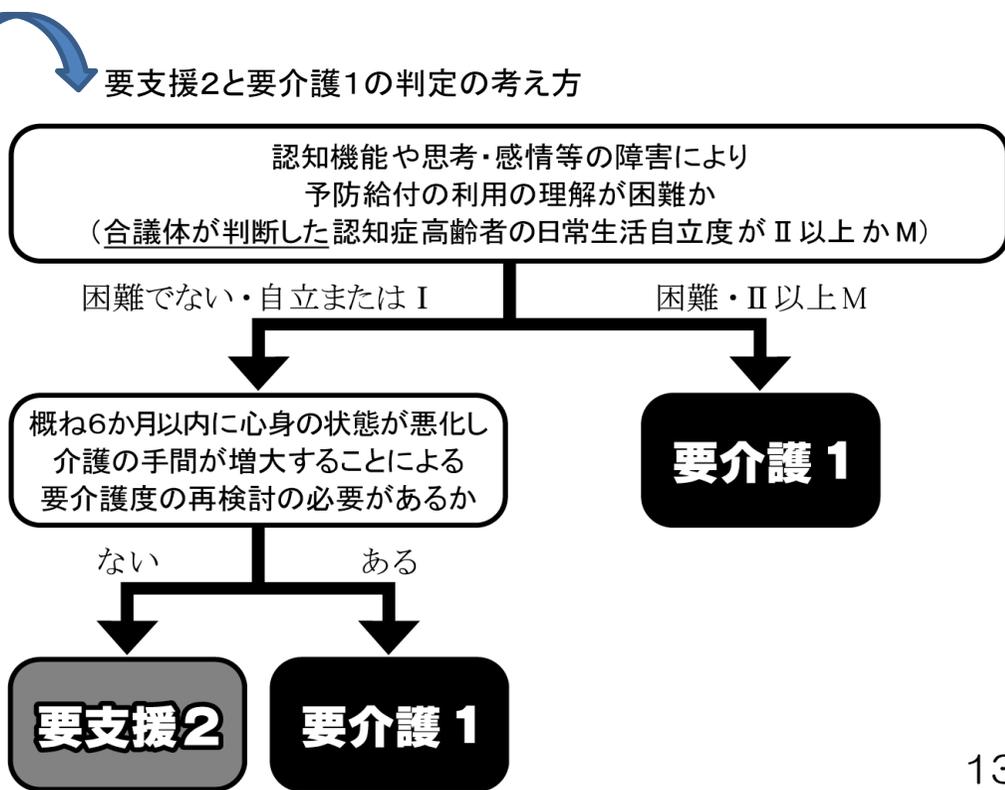
要介護状態区分等について

○ 要介護認定では、まず一次判定において、認定調査と主治医意見書に基づき、要介護認定等基準時間を推計し(運動能力の低下していない認知症高齢者に対しては加算)、それにより要介護状態区分(要介護1等)を判定する。

なお、要介護認定等基準時間が32分以上50分未満の場合には、認知機能の低下・状態の安定性の評価により「要支援2」と「要介護1」に振り分けられる。

○ その後、二次判定において、介護認定審査会で一次判定の結果に基づき、認定調査の特記事項や主治医意見書の内容を踏まえて判断を行う。

要支援1	要介護認定等基準時間が25分以上32分未満又はこれに相当すると認められる状態
要支援2 要介護1	要介護認定等基準時間が32分以上50分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護2	要介護認定等基準時間が50分以上70分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護3	要介護認定等基準時間が70分以上90分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護4	要介護認定等基準時間が90分以上110分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護5	要介護認定等基準時間が110分以上又はこれに相当すると認められる状態



被保険者の範囲について

○介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の加齢に伴って生じる疾病が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができることとしている。

	65歳以上の者	40歳以上65歳未満の者
受給要件	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態にある者 ※要介護状態とは、身体上又は精神上的の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態のことをいう。 ・要支援状態にある者 ※身体上若しくは精神上的の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、又は身体上若しくは精神上的の障害があるために厚生労働省令で定める期間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態のことをいう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態にある者若しくは要支援状態にある者であって、<u>その原因である身体上または精神上的の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定めるもの（「特定疾病」という。別紙参照。）によって生じたものであるもの。</u>

(注)介護保険法第7条の規定より引用。

特定疾病について

1. 特定疾病とは

特定疾病とは、心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病であって次のいずれの要件をも満たすものについて総合的に勘案し、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる疾病である。

- 1) 65歳以上の高齢者に多く発生しているが、40歳以上65歳未満の年齢層においても発生が認められる等、罹患率や有病率(類似の指標を含む。)等について加齢との関係が認められる疾病であって、その医学的概念を明確に定義できるもの。
- 2) 3～6ヶ月以上継続して要介護状態又は要支援状態となる割合が高いと考えられる疾病。

2. 特定疾病の範囲

介護保険法施行令第2条(平成10年政令第412号)(抄)

- 1 がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)
- 2 関節リウマチ
- 3 筋萎縮性側索硬化症
- 4 後縦靭帯骨化症
- 5 骨折を伴う骨粗鬆症
- 6 初老期における認知症
- 7 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 8 脊髄小脳変性症
- 9 脊柱管狭窄症
- 10 早老症
- 11 多系統萎縮症
- 12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 13 脳血管疾患
- 14 閉塞性動脈硬化症
- 15 慢性閉塞性肺疾患
- 16 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

介護保険の財源構成と規模

(令和3年度予算)

介護給付費：11.9兆円
総費用ベース：12.8兆円

保険料 50%

公費 50%

第1号保険料
【65歳以上】
23% (2.7兆円)

平成27年度から保険料の低所得者軽減強化に別枠公費負担の充当を行い、この部分が公費(国・都道府県・市町村)となる

国庫負担金【調整交付金】
5% (0.6兆円)

・第1号被保険者に占める75歳以上の高齢者の割合、所得段階別の割合等に応じて調整交付

・第1号・第2号保険料の割合は、介護保険事業計画期間(3年)ごとに、人口で按分

国庫負担金【定率分】
20% (2.2兆円)

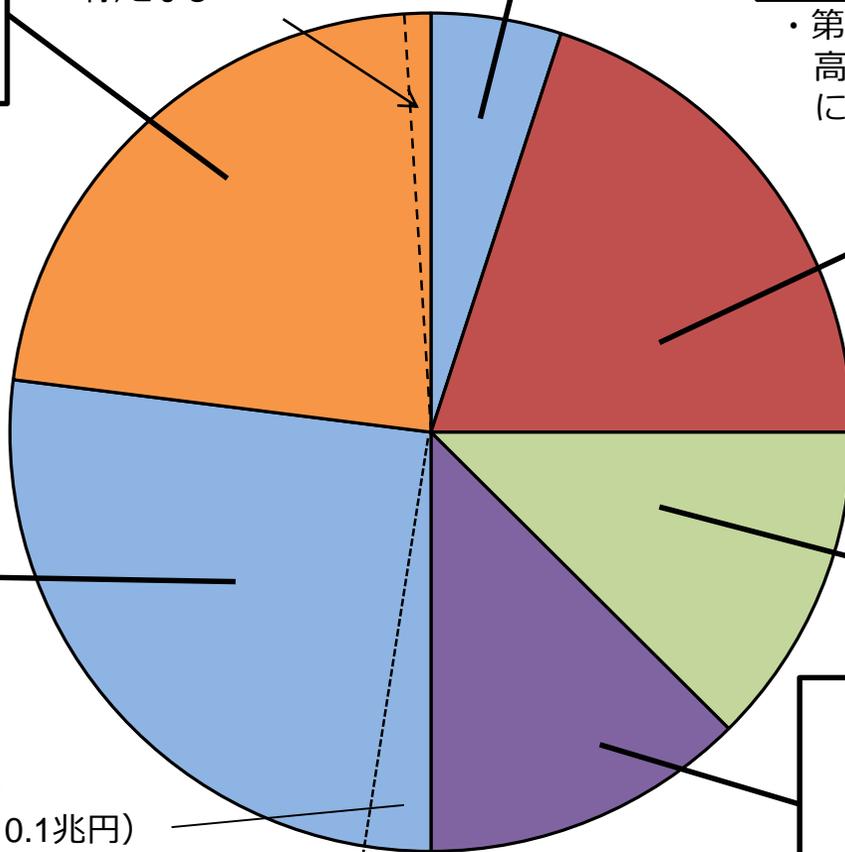
・施設の給付費の負担割合
国庫負担金(定率分) 15%
都道府県負担金 17.5%

第2号保険料
【40~64歳】
27% (3.2兆円)

都道府県負担金
12.5% (1.7兆円)

・第2号保険料の公費負担(0.3兆円)
国保(国：0.3兆円 都道府県：0.1兆円)

市町村負担金
12.5% (1.5兆円)



※数値は端数処理をしているため、合計が一致しない場合がある。

介護保険の保険料（第2号被保険者）

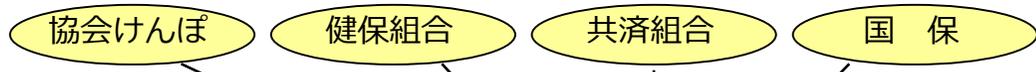
- 40～64歳（第2号被保険者）については、各医療保険者を通じて保険料を徴収。
- 全国ベースで第2号被保険者一人あたりの保険料額を計算し、これを各医療保険者が被保険者数に応じて納付する仕組み。

①第2号被保険者（40～64歳）は給付費の27%を負担

②第2号被保険者一人あたりの保険料額を計算
 (介護給付費の27% ÷ 第2号被保険者数 = 第2号被保険者1人あたり保険料額)

被用者保険間では報酬額に比例して負担する仕組み（総報酬割）を導入（H29.8～）

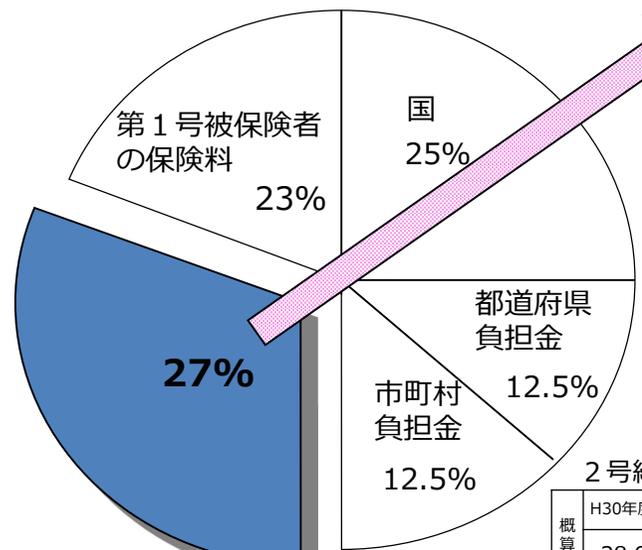
③被保険者数に応じて負担



④各医療保険者が医療保険料と一体的に徴収

⑤社会保険診療報酬支払基金に納付

⑥各市町村に交付（各市町村の介護給付費の27%分）



2号納付金額 (億円)		H30年度予算	R1年度予算	R2年度予算	R3年度予算案
概算		28,977	30,553	32,141	33,318
確定		H30年度実績	R1年度実績		
		26,926	27,835		

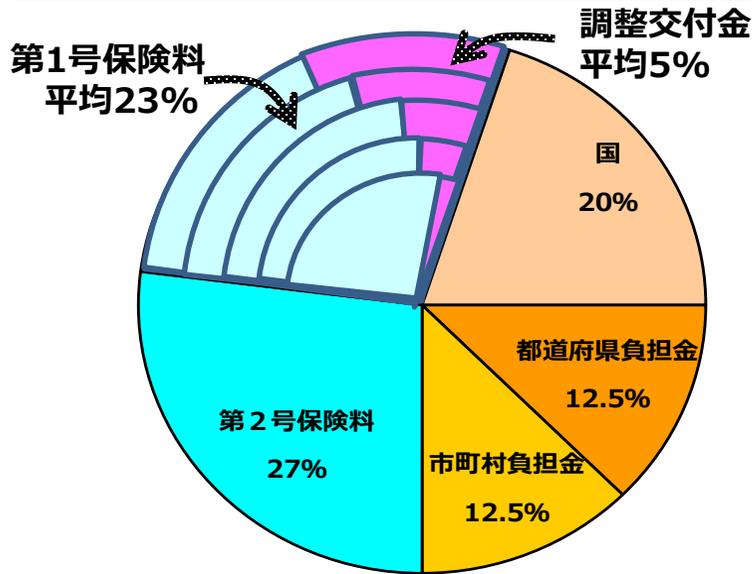
(参考) 協会けんぽにおける介護保険料率の推移 (%)

H 14年度	H 15年度	H 16年度	H 17年度	H 18年度	H 19年度	H 20年度	H 21年度	H 22年度	H 23年度	H 24年度	H 25年度	H 26年度	H 27年度	H 28年度	H 29年度	H 30年度	R 1年度	R 2年度	R 3年度
1.07	0.89	1.11	1.25	1.23	1.23	1.13	1.19	1.50	1.51	1.55	1.55	1.72	1.58	1.58	1.65	1.57	1.73	1.79	1.80

※平成15年度以降の料率は、総報酬制導入後の料率である。

調整交付金について

「後期高齢者比率が高いことによる給付増」と、「被保険者の所得水準が低いことによる収入減」を、国庫負担金25%のうち5%分を用いて財政調整。市町村間の財政力の差を解消。



1. 後期高齢者加入割合の違い

- ・前期高齢者（65歳～74歳）：認定率 約4.2%
- ・後期高齢者（75歳～84歳）：認定率 約18.9%
- ・後期高齢者（85歳～）：認定率 約59.7% ※平成30年度事業状況報告年報

後期高齢者の構成割合が大きい市町村

→保険給付費が増大 →調整しなければ、保険料が高くなる

2. 被保険者の所得水準の違い

所得の高い高齢者が相対的に多い市町村

→ 調整しなければ、同じ所得でも、保険料は低くてすむ

所得の低い高齢者が相対的に多い市町村

→ 調整しなければ、同じ所得でも、保険料は高くなる



【調整交付金の役割】

- ・ 保険者の給付水準が同じであり、
- ・ 収入が同じ被保険者であれば、**保険料負担額が同一**となるよう調整するもの。

(※) 調整交付金の計算方法

各市町村の普通調整交付金の交付額

$$= \text{当該市町村の標準給付費額} \times \text{普通調整交付金の交付割合} (\%)$$

普通調整交付金の交付割合 (%)

$$= 28\% - (23\% \times \text{後期高齢者加入割合補正係数} \times \text{所得段階別加入割合補正係数})$$

調整交付金の財政調整の例

A町

後期高齢者(75歳以上)が多い
保険者
低所得の高齢者が多い保険者

調整交付金が5%であれば、11,200円

実際は、
6,200円

調整交付金を多く
(14.5%)
支給



B市

後期高齢者が少ない保険者
低所得の高齢者が少ない保険者

実際は、4,950円

調整交付金5%であれば、4,050円

調整交付金なし



介護サービスの種類

都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス

市町村が指定・監督を行うサービス

介護給付を行うサービス

◎居宅介護サービス

【訪問サービス】

- 訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導
- 特定施設入居者生活介護
- 福祉用具貸与
- 特定福祉用具販売

【通所サービス】

- 通所介護（デイサービス）
- 通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

- 短期入所生活介護（ショートステイ）
- 短期入所療養介護

◎施設サービス

- 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
- 介護医療院

◎地域密着型介護サービス

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 地域密着型通所介護
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 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
- 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

◎居宅介護支援

予防給付を行うサービス

◎介護予防サービス

【訪問サービス】

- 介護予防訪問入浴介護
- 介護予防訪問看護
- 介護予防訪問リハビリテーション
- 介護予防居宅療養管理指導
- 介護予防特定施設入居者生活介護
- 介護予防福祉用具貸与
- 特定介護予防福祉用具販売

【通所サービス】

- 介護予防通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

- 介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）
- 介護予防短期入所療養介護

◎地域密着型介護予防サービス

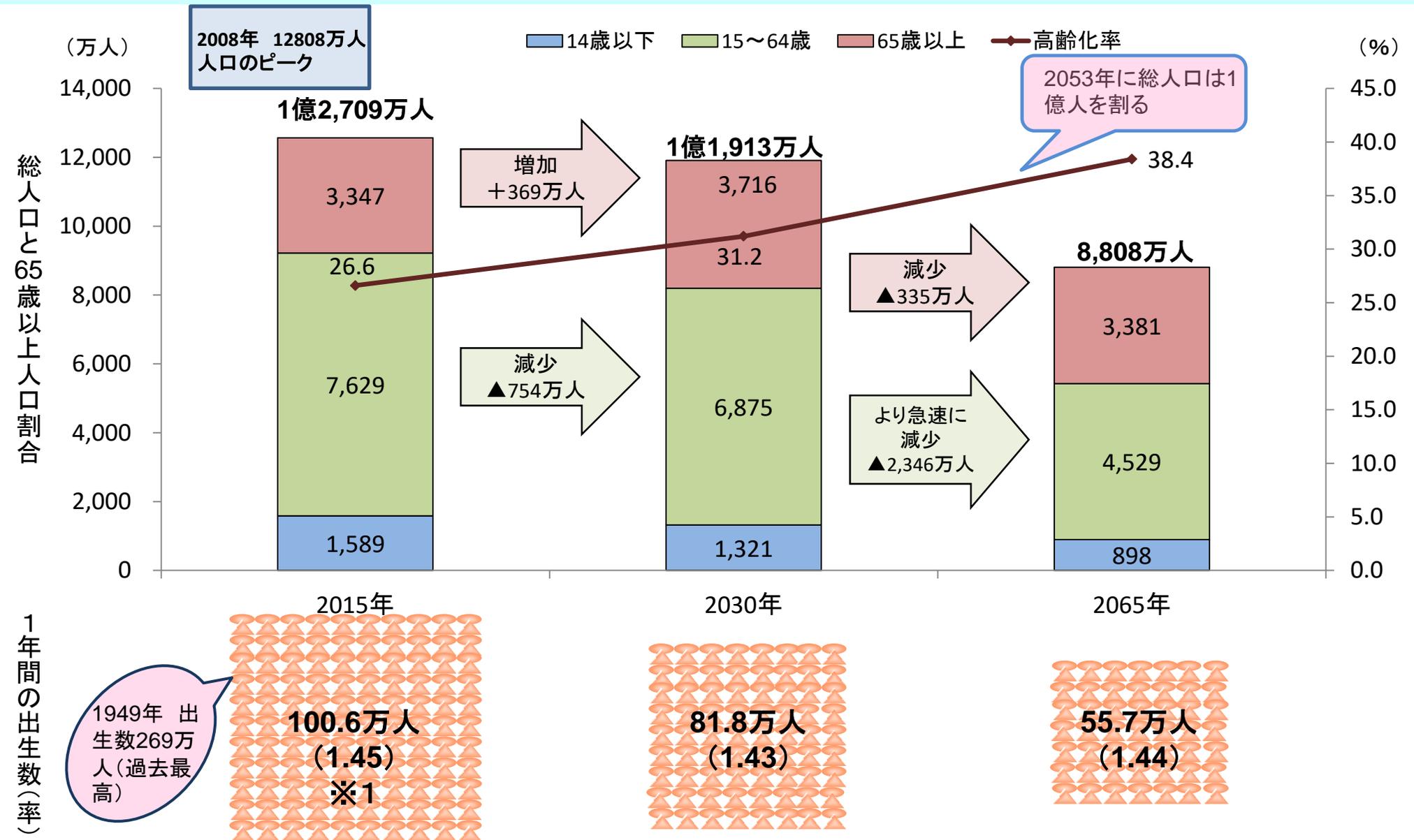
- 介護予防認知症対応型通所介護
- 介護予防小規模多機能型居宅介護
- 介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

◎介護予防支援

この他、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。

3. 介護保険を取り巻く状況

今後の人口構造の急速な変化 平成29年将来人口推計(中位)



(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)
厚生労働省「人口動態統計」
※1 出典:2015(平成27)年人口動態統計

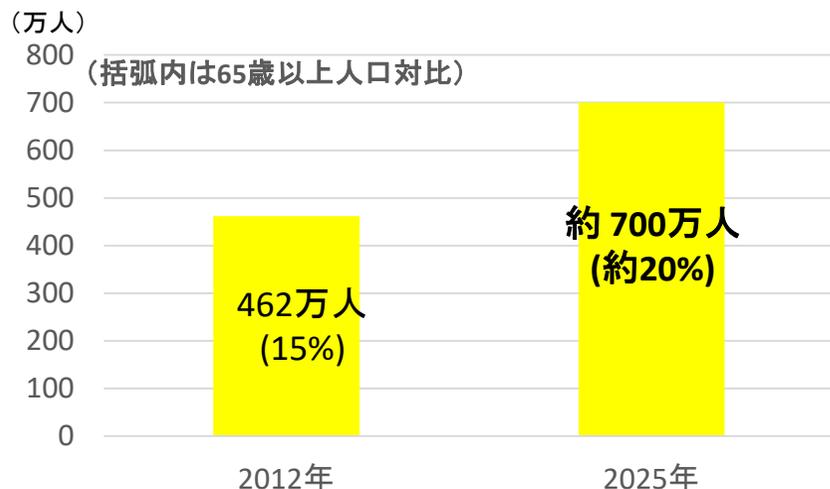
今後の介護保険をとりまく状況

- ① 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)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

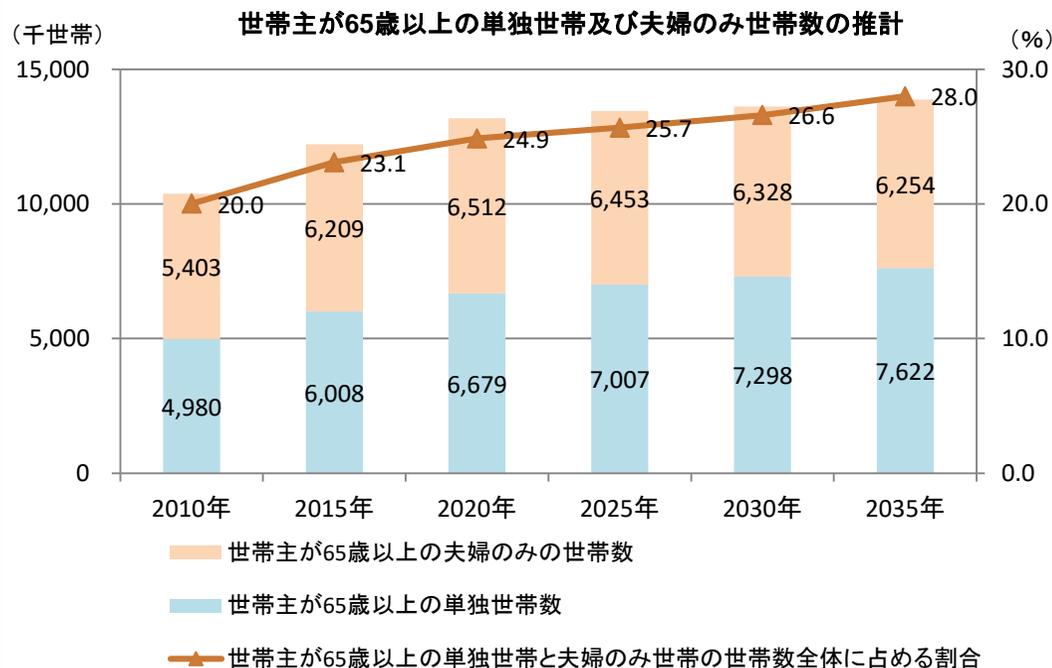
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国推計)(平成24(2012)年1月推計)」より作成

- ② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく



※「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 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



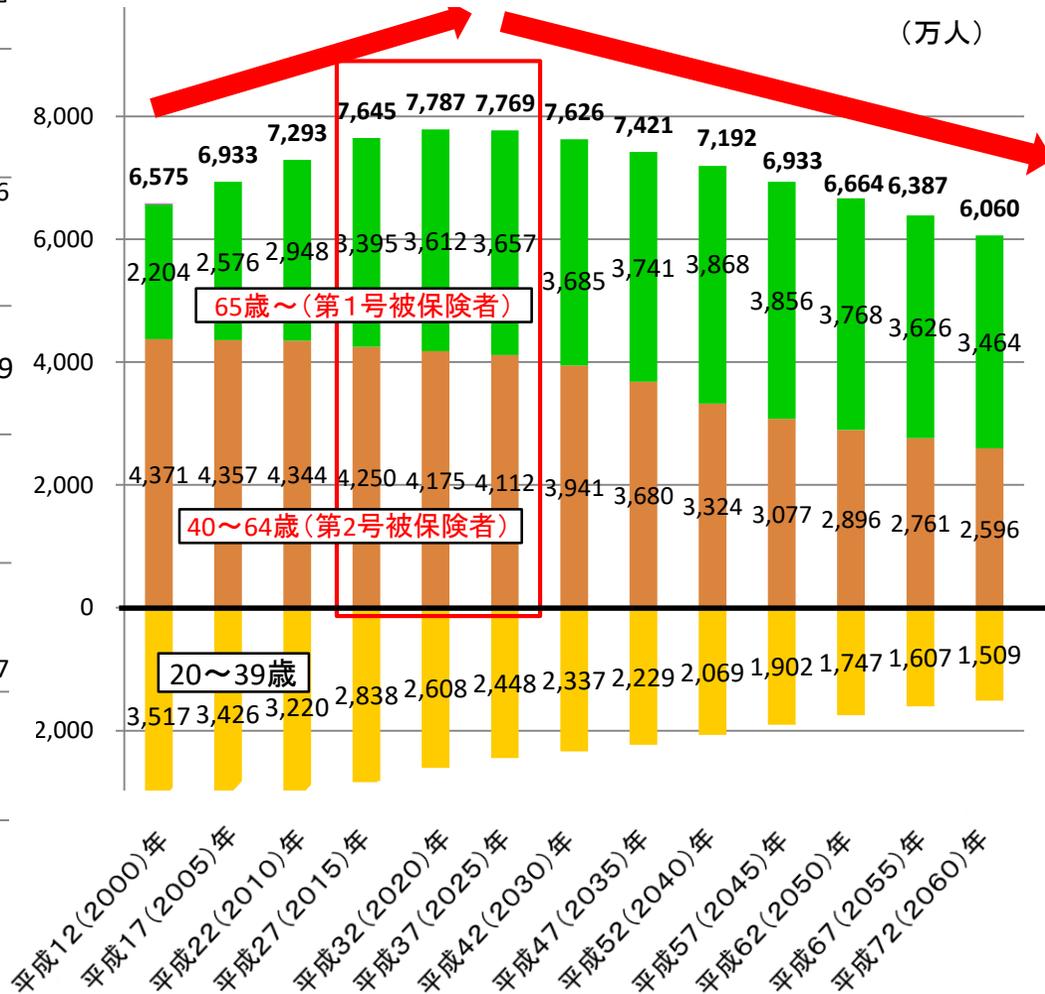
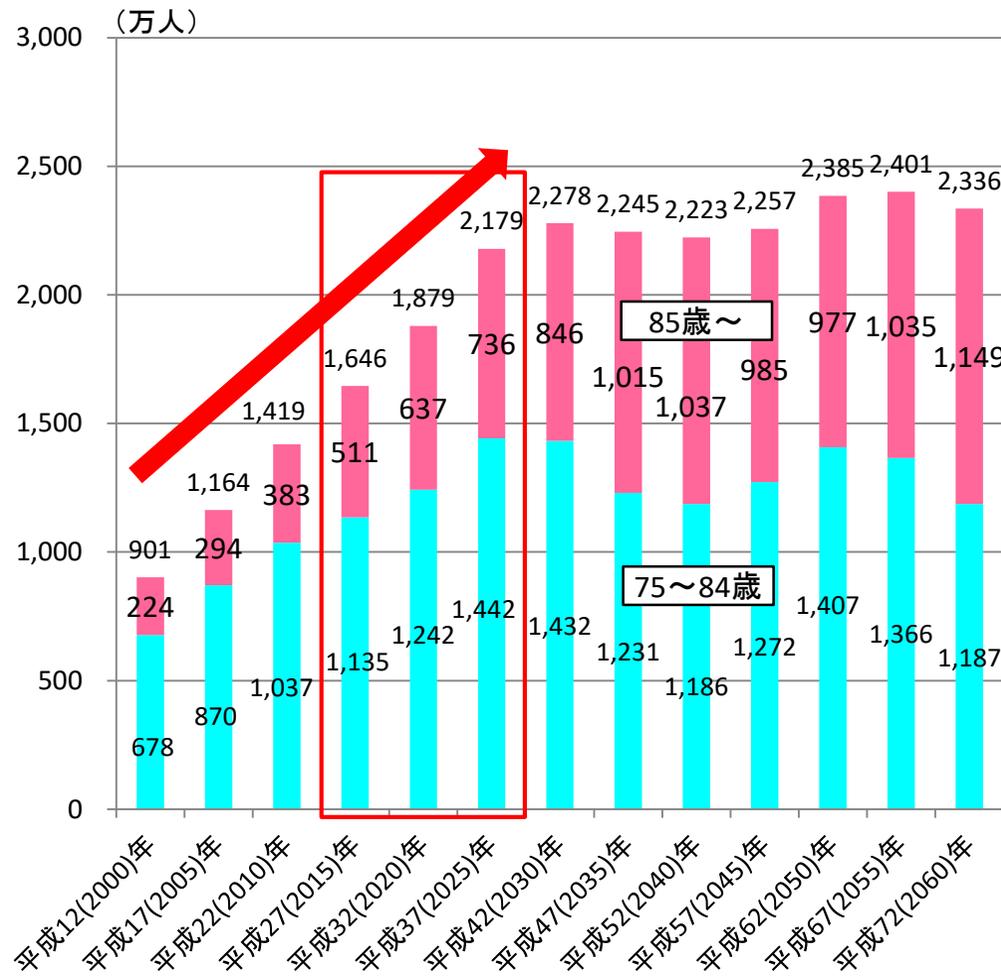
国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(平成25(2013)年1月推計)」より作成

④ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。
 ○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。

⑤ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2021年をピークに減少する。



(資料)将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

これまでの20年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来20年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.6倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.3倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2020年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,558万人	1.6倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2020年4月末	
認定者数	218万人	⇒	669万人	3.1倍

③サービス利用者の増加

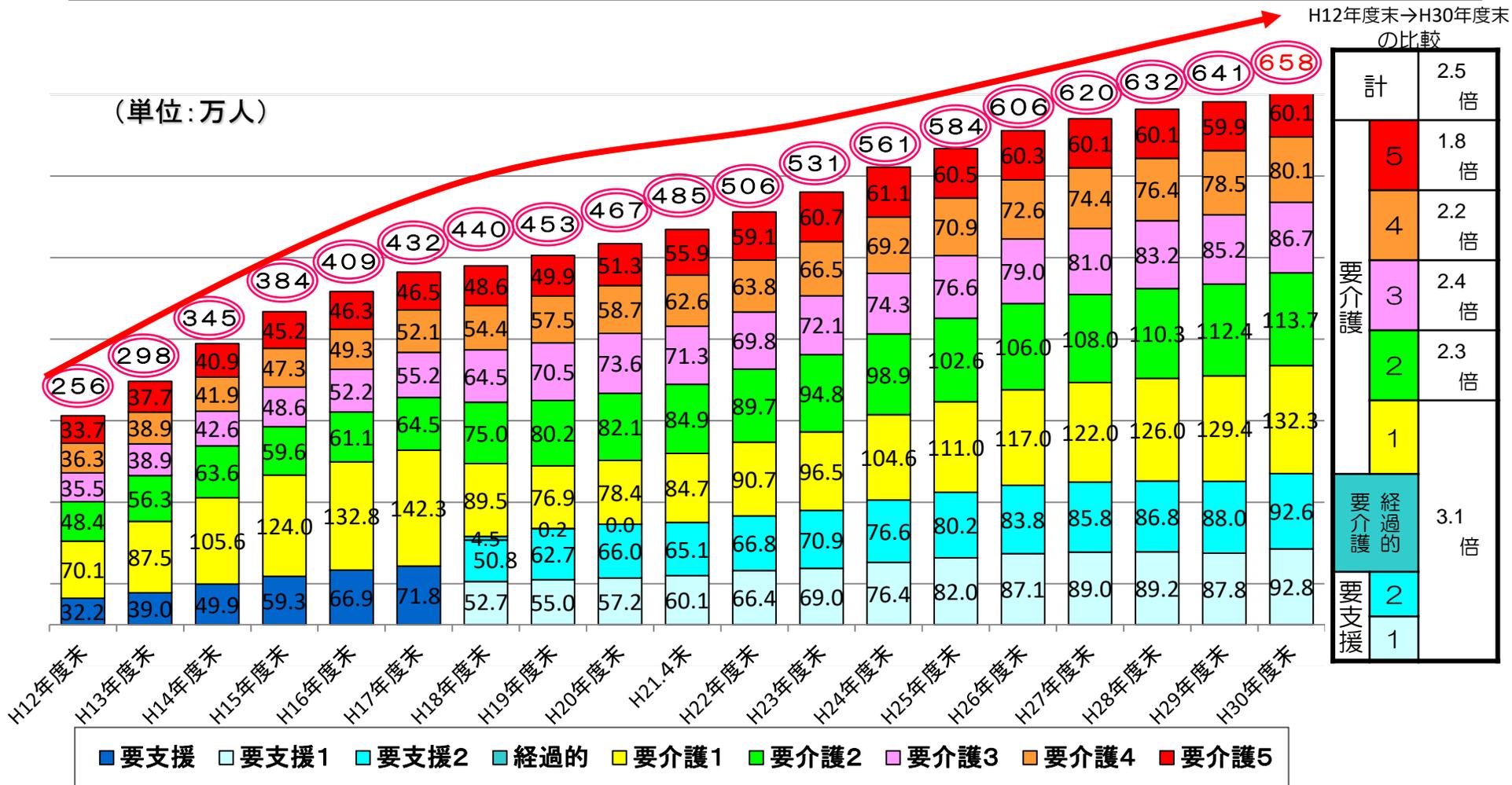
	2000年4月		2020年4月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	384万人	4.0倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	95万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		84万人	
計	149万人	⇒	494万人※	3.3倍

（出典：介護保険事業状況報告）

※ 居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、並びに、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）、及び認知症対応型共同生活介護の合計。在宅サービス利用者数、施設サービス利用者数及び地域密着型サービス利用者数を合計した、延べ利用者数は563万人。

要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成30年度末現在658万人で、この19年間で約2.5倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。

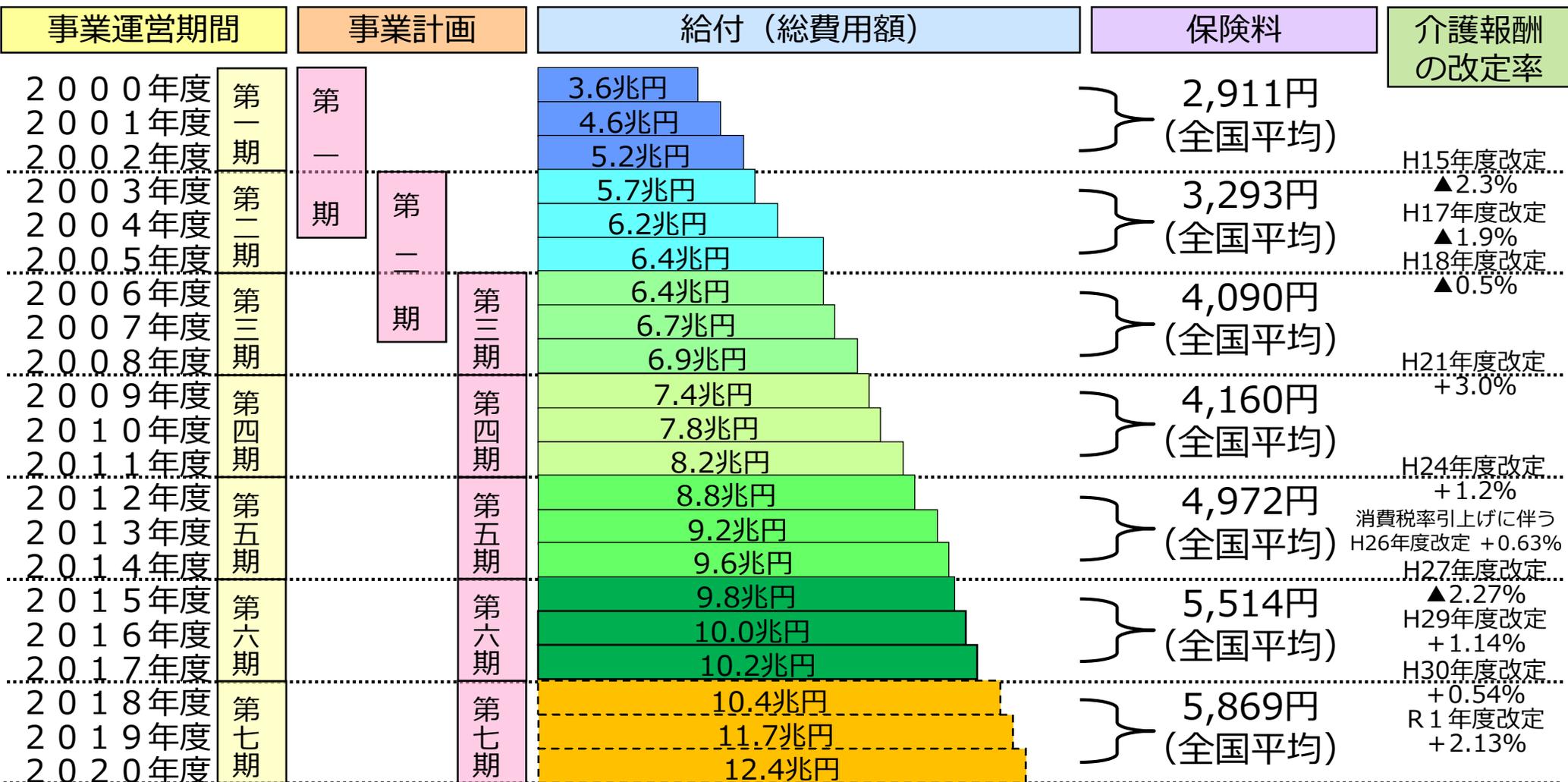


【出典】介護保険事業状況報告

注) H22年度末の数値には、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町は含まれていない。

介護給付と保険料の推移

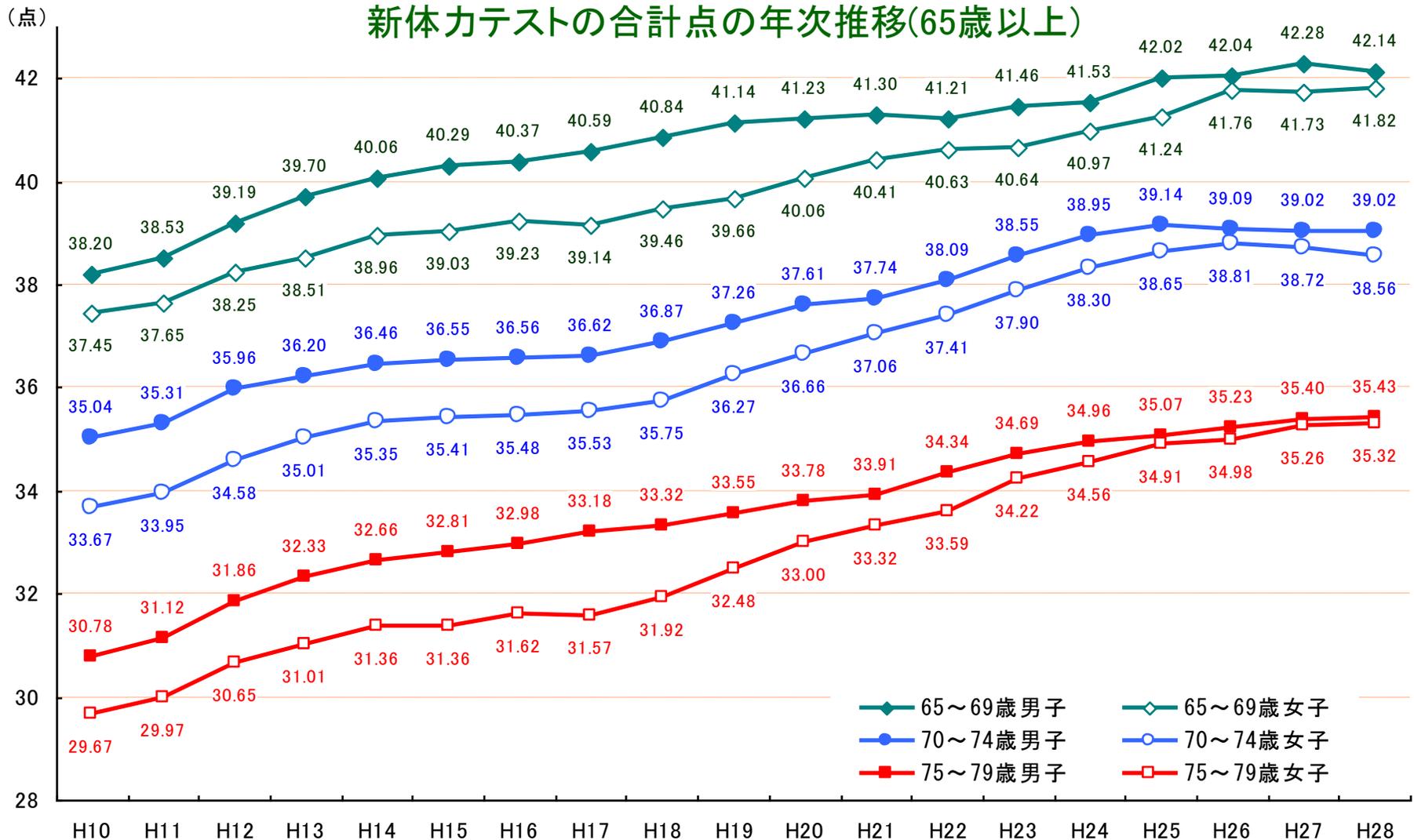
- 市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、介護保険料は上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。



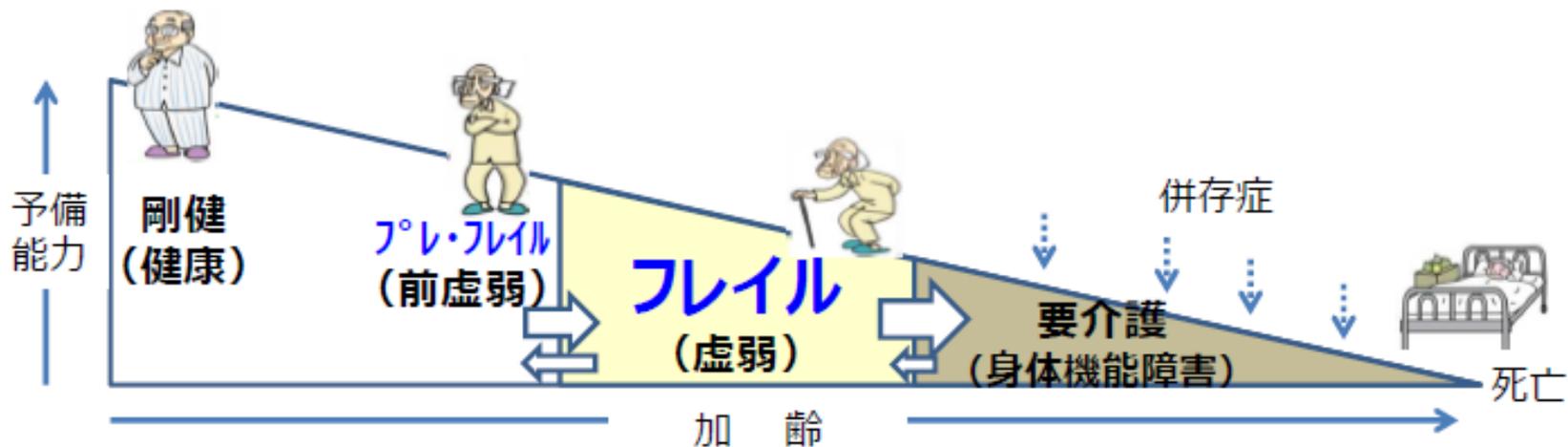
※2018年度までは実績であり、2019～2020年度は当初予算である。

高齢者の体力は向上している

新体カテテストの合計点の年次推移(65歳以上)



- (注) 1. 図は、3点移動平均法を用いて平滑化してある。
 (前年度～翌年度の平均を当年度に計上。ただし平成10年度は翌年度との、28年度は前年度との平均)
 2. 合計点は、新体カテテスト実施要項の「項目別得点表」による。(新体カテテストは平成10年度から開始。高齢者の測定も盛り込まれた)
 3. 得点基準は、男女により異なる。



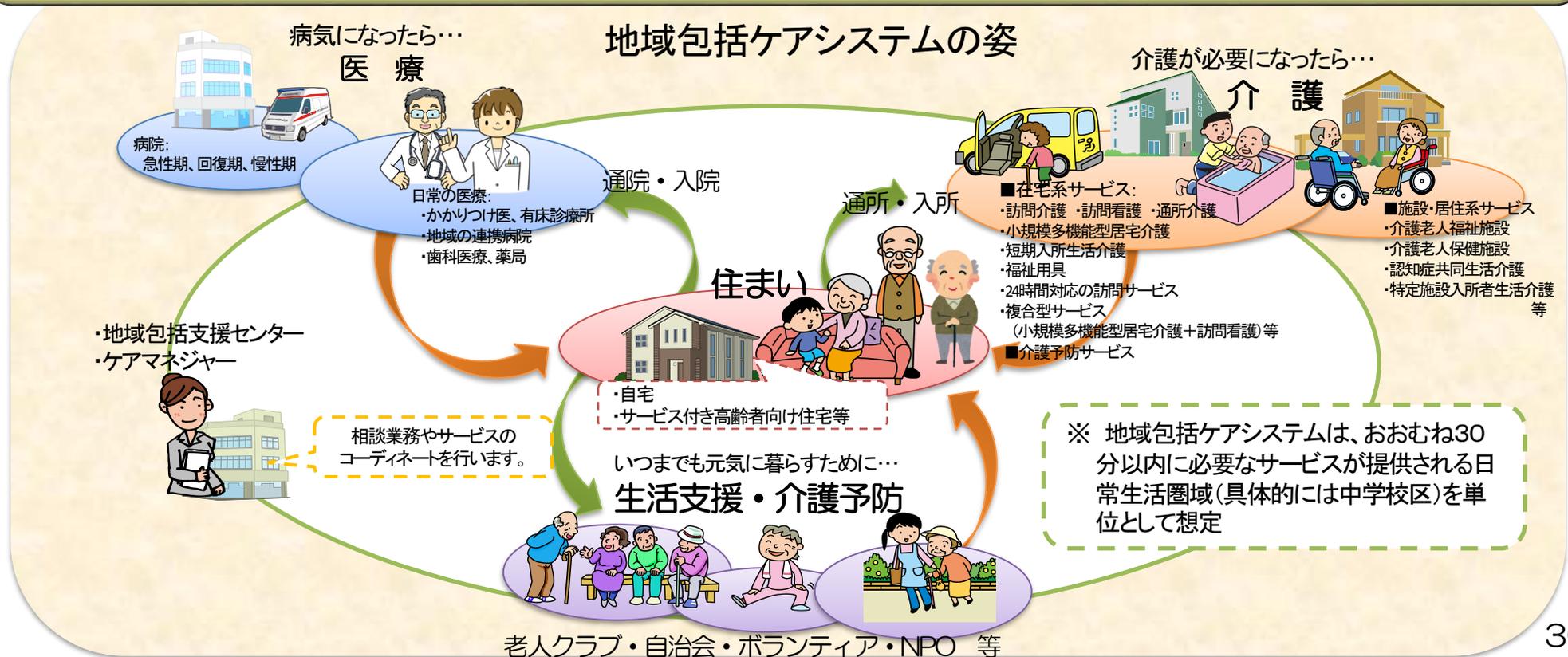
(東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢:作図)

- 高齢期のフレイル(虚弱)段階での進行防止が重要
- フレイルの前段階からの予防対策として身近な場での住民主体による運動活動や会食その他の多様な社会参加の機会を作ることも重要
- 認知症にも効果

4. 地域包括ケアシステム

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。**



介護保険法 第5条第3項（地域包括ケアの理念規定）

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。

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

第2条（定義）

この法律において、「**地域包括ケアシステム**」とは、地域の実情に応じて、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（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、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をいう。

地域支援事業の概要

令和3年度予算 公費3,884億円、国費1,942億円

○ 地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者の社会参加・介護予防に向けた取組、配食・見守り等の生活支援体制の整備、在宅生活を支える医療と介護の連携及び認知症の方への支援の仕組み等を一体的に推進しながら、高齢者を地域で支えていく体制を構築するため、市町村において「**地域支援事業**」を実施。

○地域支援事業の事業内容

※金額は積算上の公費（括弧書きは国費）

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

1,980億円 (990億円)

① 介護予防・生活支援サービス事業

- ア 訪問型サービス
- イ 通所型サービス
- ウ その他の生活支援サービス（配食、見守り等）
- エ 介護予防ケアマネジメント

② 一般介護予防事業

- ア 介護予防把握事業
- イ 介護予防普及啓発事業
- ウ 地域介護予防活動支援事業
- エ 一般介護予防事業評価事業
- オ 地域リハビリテーション活動支援事業

(2) 包括的支援事業・任意事業

1,902億円 (951億円)

① 包括的支援事業

- ア 地域包括支援センターの運営 うちイ、社会保障充実分
534億円 (267億円)
 - i) 介護予防ケアマネジメント業務
 - ii) 総合相談支援業務
 - iii) 権利擁護業務（虐待の防止、虐待の早期発見等）
 - iv) 包括的・継続的マネジメント支援業務
※支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言、地域のケアマネジャーのネットワークづくり 等

イ 社会保障の充実

- i) 認知症施策の推進
- ii) 在宅医療・介護連携の推進
- iii) 地域ケア会議の実施
- iv) 生活支援コーディネーター等の配置

② 任意事業

- ・ 介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

○地域支援事業の事業費

市町村は、政令で定める事業費の上限の範囲内で、介護保険事業計画において地域支援事業の内容、事業費を定めることとされている。

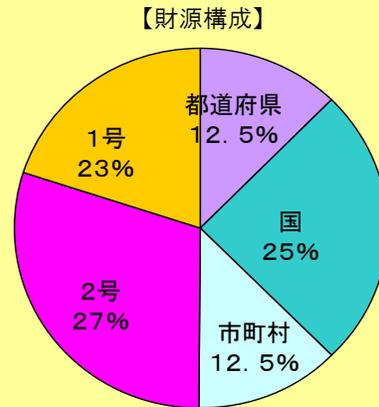
【事業費の上限】

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業
 - 事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額
- ② 包括的支援事業・任意事業
 - 「26年度の介護給付費の2%」×「高齢者数の伸び率」

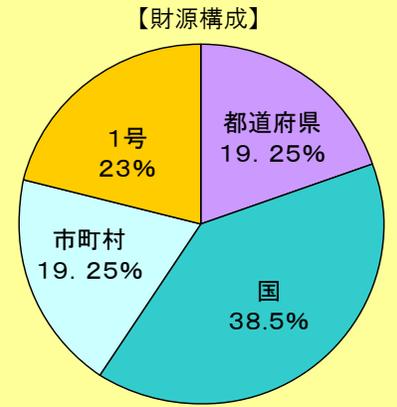
○地域支援事業の財源構成

（財源構成の割合は第7期以降の割合）

介護予防・日常生活支援総合事業



包括的支援事業・任意事業



○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

○ 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。

（国：都道府県：市町村＝2：1：1）

地域支援事業の全体像

<改正前>

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 23%
2号保険料 27%

【財源構成】

国 38.5%
都道府県 19.25%
市町村 19.25%
1号保険料 23%

地域支援事業

地域支援事業

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

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付 (要支援1～2)

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・介護連携推進事業**
○**認知症総合支援事業**
(認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等)
○**生活支援体制整備事業**
(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

改正前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

地域支援事業の各事業ごとの目的等

事業		目的	概要	補助経費
総合事業	介護予防・生活支援サービス事業	地域における生活支援や介護予防のサービスの充実を図る。	訪問型サービス、通所型サービス等を実施する。	サービス提供に関する人件費、間接経費等。
	一般介護予防事業	高齢者が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を図る。	住民主体の通いの場を充実、リハビリテーション専門職等の関与により、介護予防の推進を図る。	通いの場の運営のための間接経費等
包括的支援事業	地域包括支援センターの運営	相談の受付や制度横断的支援、高齢者虐待への対応、支援困難事例の対応等を通じて住民の健康の保持及び生活の安定等を図る	総合相談支援、権利擁護、ケアマネジメンの支援、介護予防ケアマネジメントを実施する。	センターに配置される保健師等の人件費等。
	地域ケア会議の開催	地域の多様な関係者による検討の場を通じて、支援や支援体制の質の向上を図る。	保健医療や福祉の専門職等が参画し、個別事例や地域課題の検討を行う。	会議に参加する者への謝金等。
	在宅医療・介護連携推進事業	地域の医療・介護の関係団体が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供するための必要な支援を行う。	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実施する。	会議開催、研修会開催に係る経費等
	認知症総合支援事業	認知症の早期診断・早期対応や認知症ケアの向上等の体制整備を図る。	認知症初期集中支援チームによる支援と認知症地域支援推進員による地域の体制整備を行う。	チームや推進員の運営費等
	生活支援体制整備事業	多様な日常生活上の支援体制の充実・強化と高齢者の社会参加を推進する。	生活支援コーディネーターの配置、協議体の設置及び就労的活動支援コーディネーターを配置する。	生活支援コーディネーターの人件費等。
任意事業	介護給付費等適正化事業	介護保険事業の運営の安定化のため、介護給付費等の費用の適正化を行う。	認定調査状況のチェック、ケアプラン点検、住宅改修等の点検等。	適正化業務を行う者の人件費等。
	家族介護支援事業	現に介護を行う家族に対する支援を通じて介護負担の軽減等を行う。	介護知識や技術に関する教室や介護者同士の交流会の開催等。	教室や交流会の開催経費等。



被保険者が要介護状態等となることを予防し、日常生活において必要なサービス等を行うことで、高齢者が社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援

総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

(1) 介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業)

- 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。
 - ① 要支援認定を受けた者
 - ② 基本チェックリスト該当者(事業対象者)

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

- ※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。
- ※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐためのもの。
- ※ 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

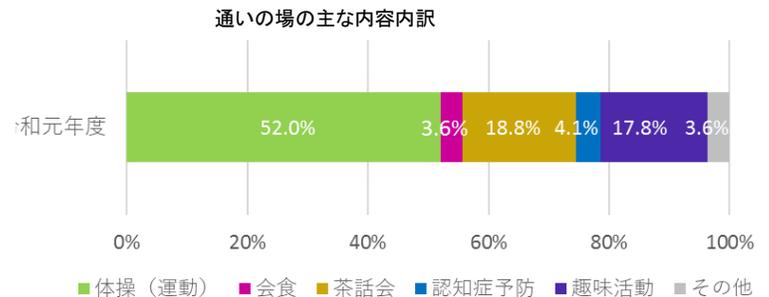
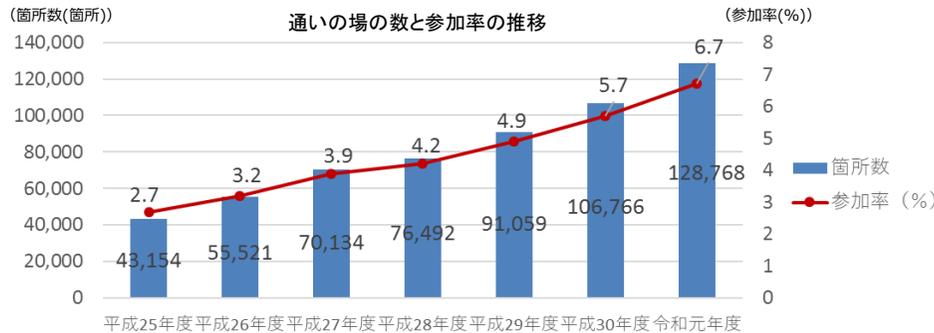
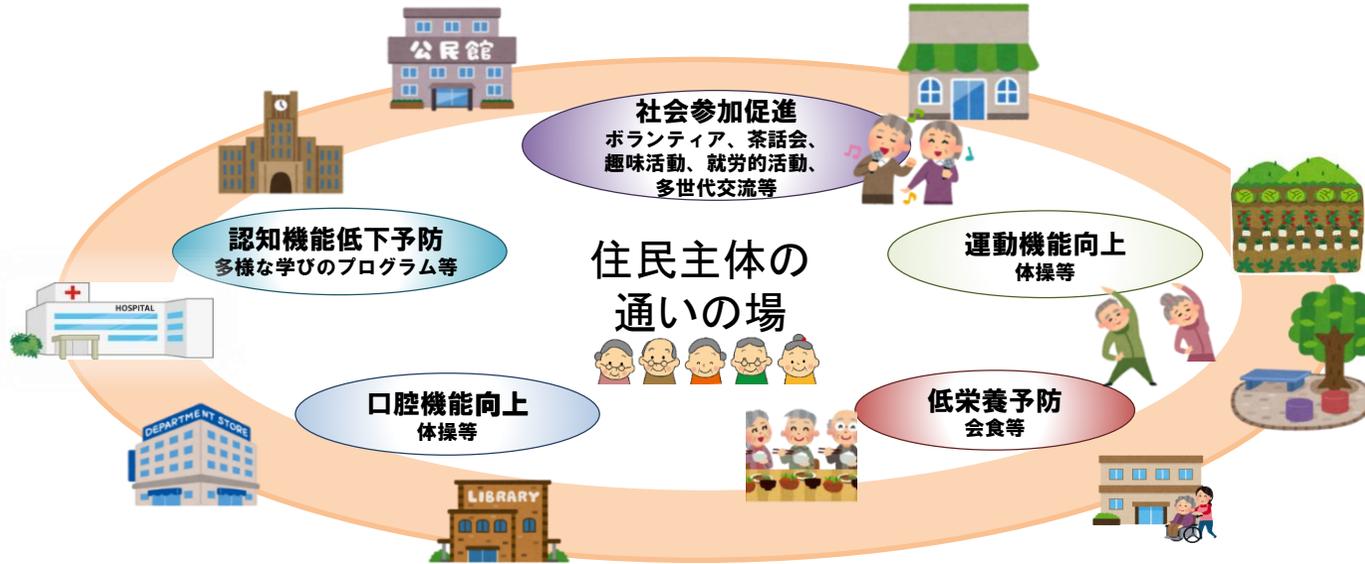
(2) 一般介護予防事業

- 対象者は、第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者。

事業	内容
介護予防把握事業	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	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を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）

- 住民主体の通いの場の取組について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進
- 通いの場の数や参加率は増加・上昇傾向にあり、取組内容としては体操、茶話会、趣味活動の順が多い。



（参考）事業の位置づけ：介護予防・日常生活支援総合事業

○ 介護予防・生活支援サービス事業

○ 一般介護予防事業

・ 地域介護予防活動支援事業

・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

【財源構成】

国：25%、都道府県：12.5%、市町村12.5%
1号保険料：23%、2号保険料：27%

通いの場の活動自粛下における介護予防のための広報業務

R2年度一次補正予算
額
0.6億円

〇目的

新型コロナウイルス感染拡大防止のために、緊急事態宣言下では、全国10万か所以上ある通いの場の多くが活動を自粛していた。自治体の支援等により、少しずつ通いの場は再開されつつあるが、高齢者が閉じこもりがちになると、健康への影響も懸念される。

そのため、居宅で過ごす時間が長くなることが想定される高齢者に対して、居宅においても健康を維持するために必要な情報や感染予防に配慮しつつ活動を再開するための情報等について広報を行うことにより、高齢者の健康を維持し、介護予防を推進する。

高齢者の関心をひく広報資料を作成し、高齢者の特性に配慮した方法により発信

<p>WEBサイト 「集まろう！通いの場」 (9月～公開中)</p>  <p>http://kayoinoba.mhlw.go.jp</p>  <p>動画 (11月中公開)</p>  <p>著名人を活用した番組</p> <p>YouTube 朝日新聞 DIGITAL</p> <p>オンラインメディア</p>	<p>ポスター・リーフレット (11月中公開・12月中に 全自治体宛て200万部配布)</p> 	<p>新聞 (12月頃から全国紙 面に順次掲載)</p>  <p>著名人による対談広告</p> <p>テレビ (1月頃)</p>  <p>BS放送 スポットCM</p> <p>リビングルームメディア</p>
--	---	---

有識者委員会

- 尾身 茂氏 (地域医療機能推進機構 (JCHO) 理事長)
- 津下一代氏 (女子栄養大学特任教授)
- 辻一郎氏 (東北大学大学院医学系研究科教授)



当事者 家族・支援者・自治体職員等

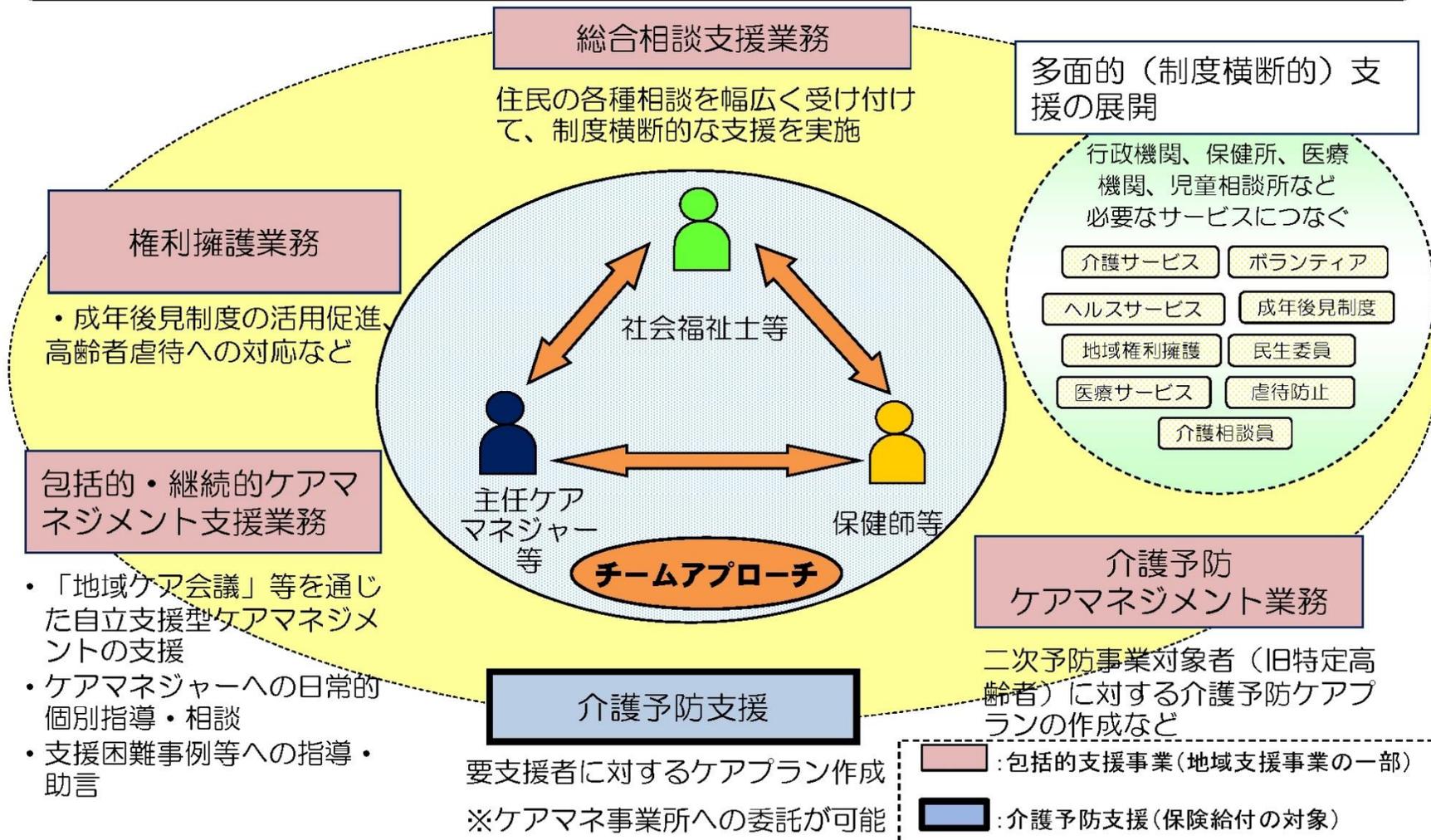


※自治体においては、町内放送や広報誌など、地域の実情に応じ活用可能な媒体により周知

地域包括支援センターの業務

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種チームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である。（介護保険法第115条の46第1項）

主な業務は、介護予防支援及び包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）で、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施する。



地域包括支援センターの事業評価を通じた機能強化

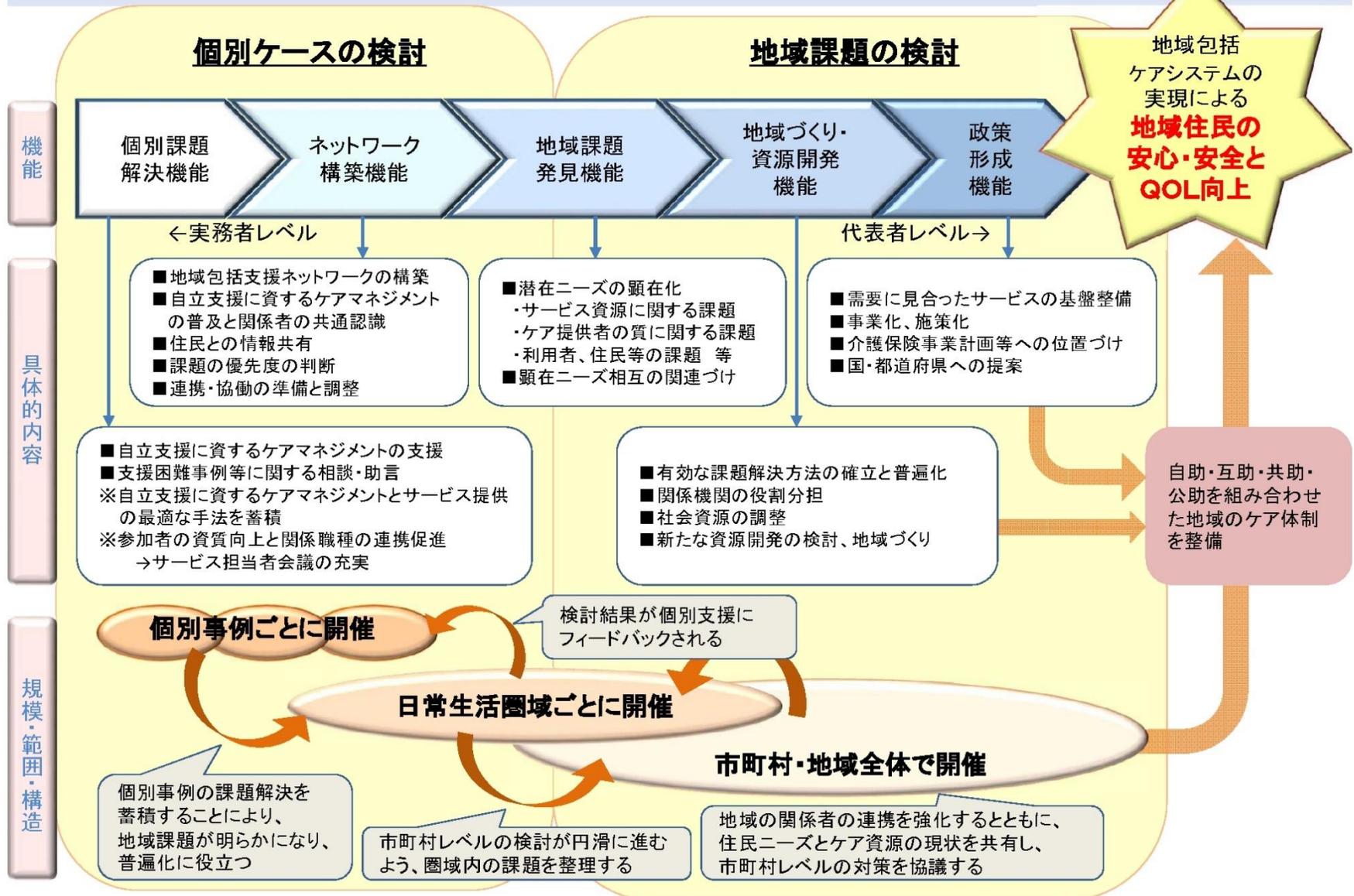
趣旨・概要

- センターが地域において求められる機能を十分に発揮するためには、人員体制及び業務の状況を定期的に把握・評価し、その結果を踏まえて、センターの設置者及び市町村が事業の質の向上のための必要な改善を図っていくことが重要であり、全ての市町村及びセンターで取組状況を評価することにより、地域包括ケアシステムの深化に向けた取組を加速させる。

(評価指標の例)

	市町村	地域包括支援センター
組織運営体制	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 運営協議会の議論を踏まえた、センターの運営方針、センターへの支援・指導の内容を改善しているか <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険施行規則に定める3職種の配置を義務付けているか <input checked="" type="checkbox"/> センターの3職種1人当たり高齢者数が1,500人以下であるか 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 市町村の支援・指導によるセンター業務の改善が図られているか <input checked="" type="checkbox"/> 市町村から配置を義務付けられている3職種を配置しているか <input checked="" type="checkbox"/> 受けた介護サービスに関する相談について市町村報告や協議を行う仕組みが設けられているか
総合相談	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> センターと協議し相談事例の終結条件を定めているか 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 相談事例の終結条件及び分類方法が市町村と共有されているか
権利擁護	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 消費生活に関する相談窓口及び警察に対し、センターとの連携について協力依頼を行っているか 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 消費者被害の情報を民生委員、介護支援専門員等に提供しているか
包括的・継続的ケアマネジメント支援	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員対象の研修会等の開催計画を策定しているか <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員のニーズに基づく意見交換の場を設定しているか <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員から受けた相談内容を整理・分類し把握しているか 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員から受けた相談内容を整理・分類し把握しているか <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員が円滑に業務を行うことができるよう、地域住民に対して介護予防・自立支援に関する意識の共有を図っているか
地域ケア会議	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 地域ケア会議の開催計画の策定をしているか <input checked="" type="checkbox"/> 議事録や検討事項を構成員全員が共有する仕組みを講じているか <input checked="" type="checkbox"/> 生活援助の訪問回数が多いケアプラン検証の実施体制を確保しているか 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> センター主催の地域ケア会議の運営方針を参加者等に周知しているか <input checked="" type="checkbox"/> 検討した個別事例のその後の変化等をモニタリングしているか
介護予防ケアマネジメント等	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> センター、介護支援専門員、生活支援コーディネーター等に対し多様な地域の社会資源に関する情報を提供しているか 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ケアプランに多様な地域の社会資源を位置づけているか <input checked="" type="checkbox"/> ケアプラン作成に当たっての委託事業所選定の公平性・中立性確保のための指針が市町村から示されているか
事業連携	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 医療関係者とセンターの合同の事例検討会の開催又は開催支援を行っているか 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 医療関係者と合同の事例検討会への参加しているか <input checked="" type="checkbox"/> 認知症初期集中支援チームと情報を共有しているか

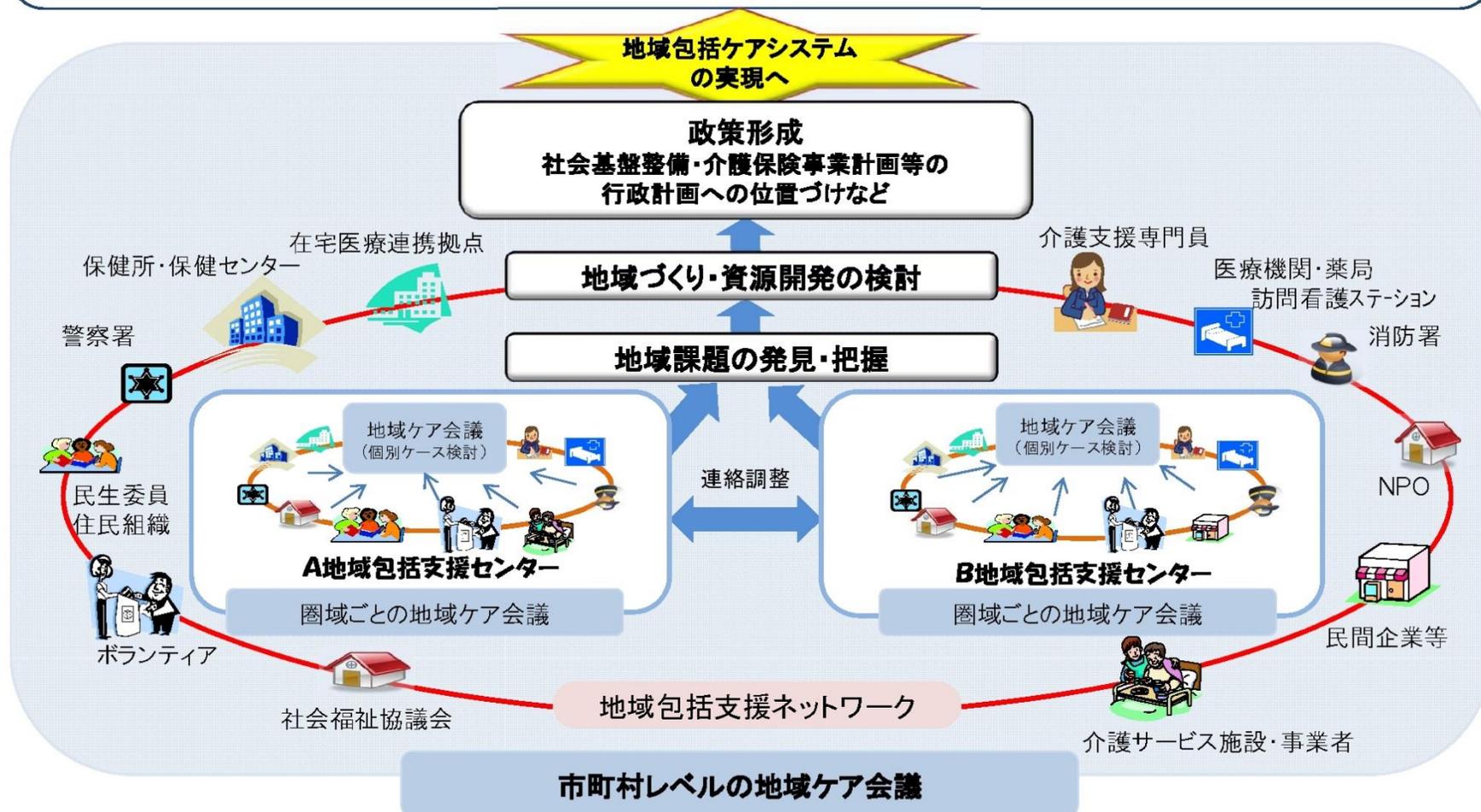
「地域ケア会議」の5つの機能



※地域ケア会議の参加者や規模は、検討内容によって異なる。

「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

- 地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議を開催する。
- 市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。
- 市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。



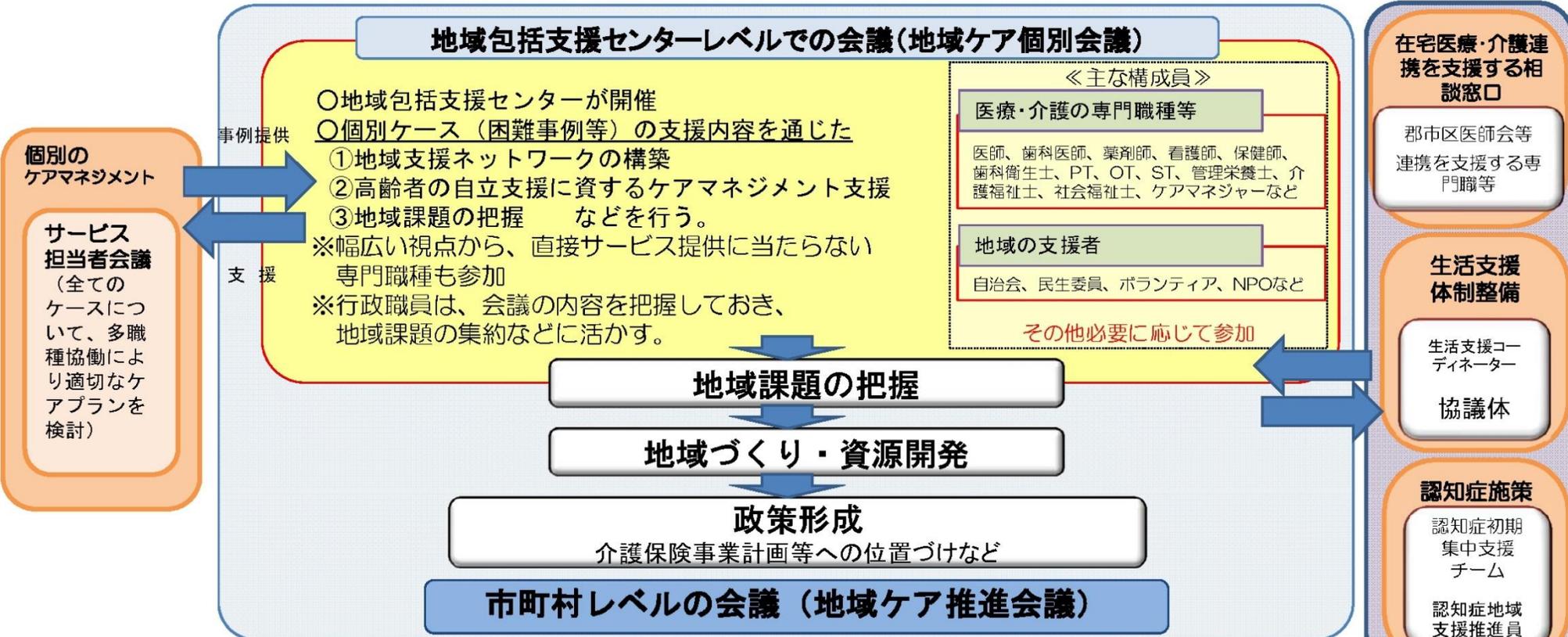
地域ケア会議の推進

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



在宅医療・介護連携推進事業

- 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～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 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、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、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。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催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。

事業項目と事業の進め方のイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

（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・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

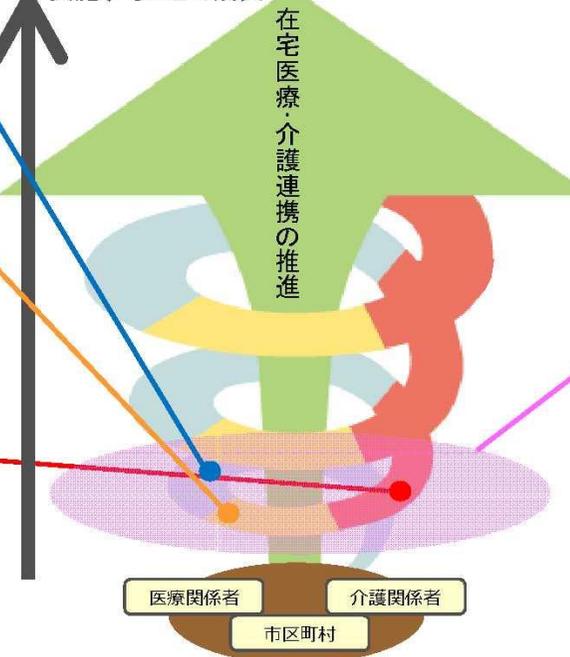
（カ）医療・介護関係者の研修

- 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

* 地域の実情に応じて②と③を同時並行で実施する場合もある。



PDCAサイクルで継続的に実施することで成長



③（ア）（イ）に基づいた取組の実施

（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

（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

（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 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

（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

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

- 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

「8つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(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・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

(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、多職種連携の実践を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

③ (ア) (イ) に基づいた取組の実施

(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

(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

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 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

(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

(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

事業全体の目的を明確化しつつPDCAサイクルに沿った取組を実施しやすくする
観点、地域の実情に応じてより柔軟な運用を可能にする観点からの見直し

地域のめざす理想像

●切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

①現状分析・課題抽出・施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）

(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

②対応策の実施

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

+

＜地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能＞

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

●地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施

③対応策の評価・改善

都道府県主体の役割へ変更

（都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用。また、保健所等を活用し、②対応策の実施も必要に応じ支援。）

●総合事業など他の地域支援事業等との連携

認知症施策の総合的な推進について

- 平成27年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定し、認知症の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出来る社会の実現に向けた取組みを進めてきた。
- 平成30年12月には、認知症に係る諸問題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的に対策を推進することを目的として「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、令和元年6月18日に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。

認知症施策推進大綱(概要)(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定)

【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」※1と「予防」※2を車の両輪として施策を推進



※1 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味

※2 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味

コンセプト

- 認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、多くの人にとって身近なものとなっている。
- 生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、**予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。**また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

具体的な施策の5つの柱

① 普及啓発・本人発信支援

- ・企業・職域での認知症サポーター養成の推進
- ・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開 等

② 予防

- ・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
- ・エビデンスの収集・普及 等

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- ・早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
- ・家族教室や家族同士のピア活動等の推進 等

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

- ・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
- ・企業認証・表彰の仕組みの検討
- ・社会参加活動等の推進 等

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

- ・薬剤治験に即応できるコホートの構築 等

認知症の人や家族の視点の重視

認知症地域支援推進員

市町村

協働

認知症
地域支援推進員



【推進員の要件】

- ①認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する医師、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士
- ②①以外で認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者

【配置先】

- 地域包括支援センター
- 市町村本庁
- 認知症疾患医療センターなど



医療・介護等の支援ネットワーク構築

- 認知症の人が認知症の容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築
- 市町村等との協力による、認知症ケアパス（状態に応じた適切な医療や介護サービス等の提供の流れ）の作成・普及等



認知症対応力向上のための支援

※関係機関等と連携し以下の事業の企画・調整を行う

- 認知症疾患医療センターの専門医等による、病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援
- 介護保険施設等の相談員による、在宅で生活する認知症の人や家族に対する効果的な介護方法などの専門的な相談支援
- 「認知症カフェ」等の開設
- 認知症ライフサポート研修など認知症多職種協働研修の実施等
- 社会参加活動のための体制整備



相談支援・支援体制構築

- 認知症の人や家族等への相談支援
- 「認知症初期集中支援チーム」との連携等による必要なサービスが認知症の人や家族に提供されるための調整



【事業名】 認知症地域支援・ケア向上事業（地域支援事業）

【目標】 2025（令和7）年度

- ・認知症地域支援推進員の先進的な活動の横展開
- ・全認知症地域支援推進員が新任者・現任者研修を受講

認知症初期集中支援チーム

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

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

(保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等)

認知症サポート医 である医師（嘱託）

● 配置場所 地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

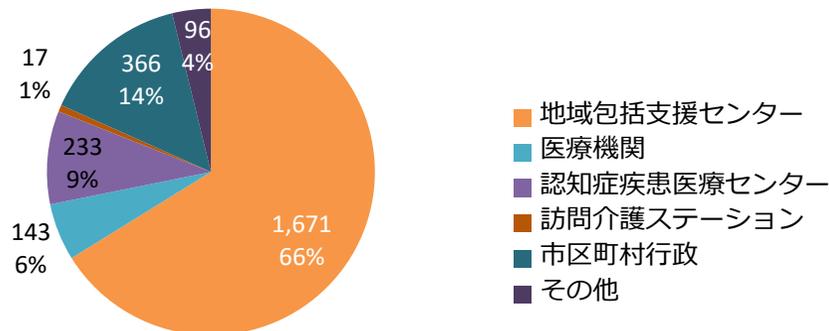
設置状況

※R2年度認知症施策地域介護推進課実施状況調べによる

実施市町村数	設置チーム数	チーム員総数	平均チーム員数
1,741市町村	2,526チーム	16,567人	6.6人

設置場所

R1.9月末、全市町村に設置



対象者

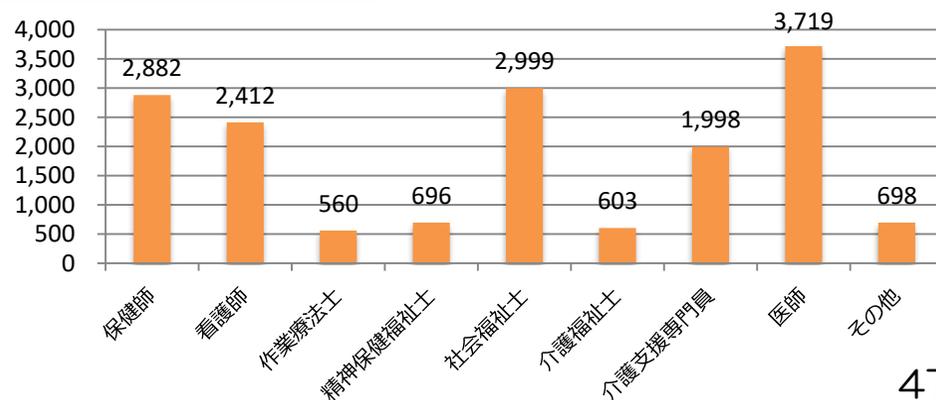
40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人

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

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

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

チーム員の職種



認知症カフェ

- 認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場である認知症カフェを活用した取組を推進し、地域の実情に応じた方法により普及する。

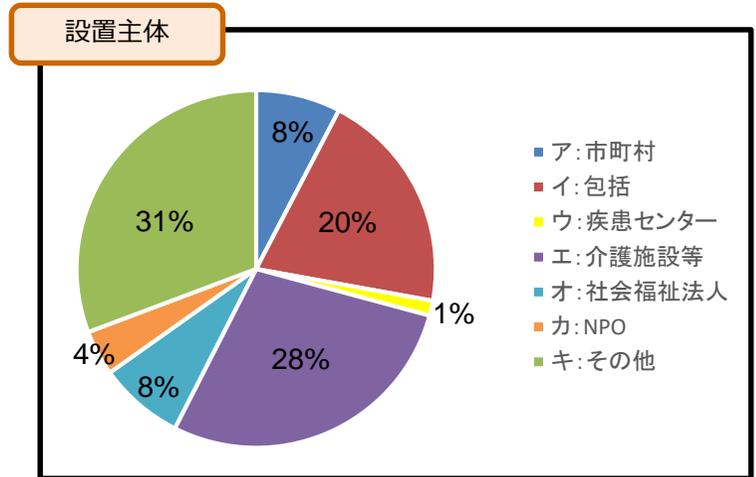
【認知症施策推進大綱：KPI／目標】認知症カフェを全市町村に普及（2020年度末）

【実施状況】2019（令和元）年度実績調査

- ・47都道府県1,516市町村にて、7,988カフェが運営されている。
- ・設置主体としては、介護サービス施設・事業者、地域包括支援センターが多く見られた。

【認知症カフェの概要】

- 1～2回／月程度の頻度で開催（2時間程度／回）
- 多くは、通所介護施設や公民館等を活用
- 活動内容は、特別なプログラムを用意せず、利用者が主体的に活動。講話や音楽イベントなどを開催している場合もある。
- 効果
 - ・認知症の人 → 自ら活動し、楽しめる場所
 - ・家族 → わかり合える人と出会う場所
 - ・専門職 → 人としてふれあえる場所（認知症の人の体調の把握が可能）
 - ・地域住民 → つながりの再構築の場所（住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場）



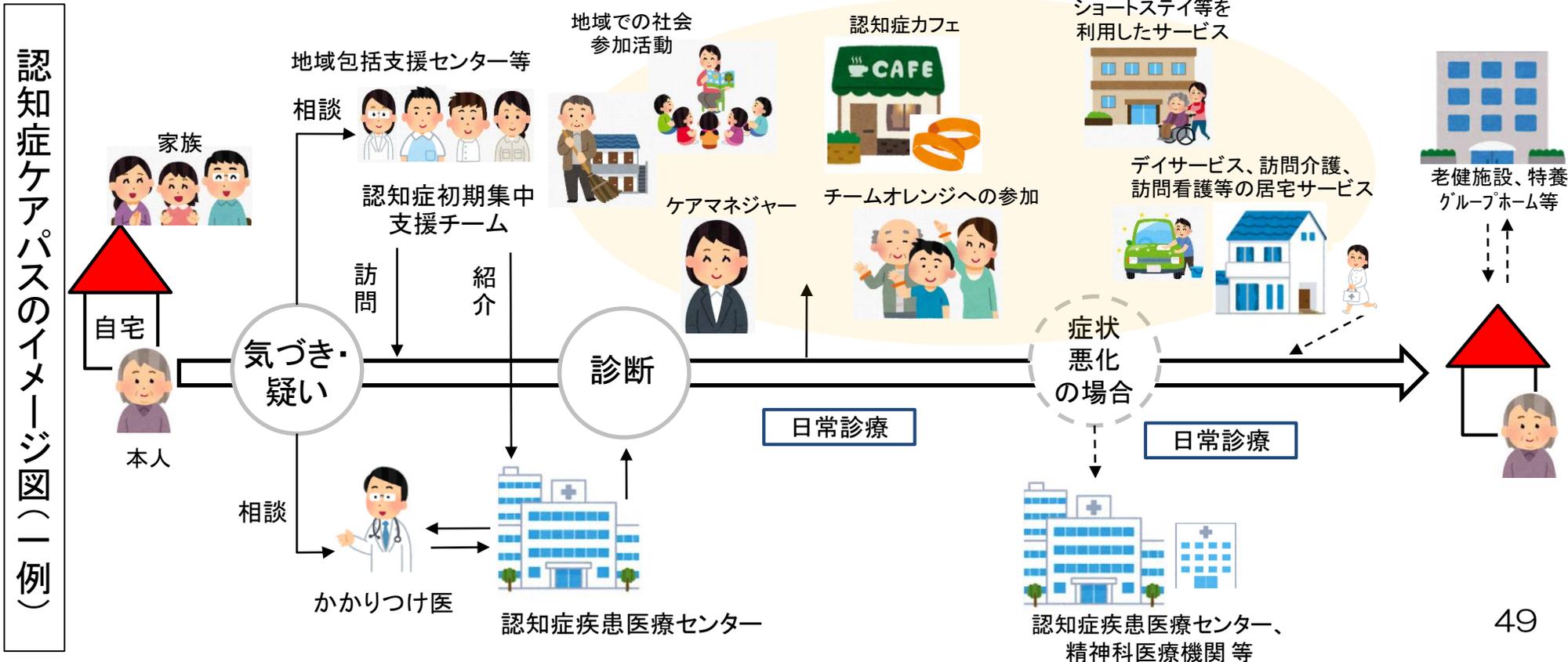
認知症ケアパス

- 認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの。
 - 市町村が地域の実情に合わせて作成し、住民や関係機関に広く周知することとしている。
- ※ 令和元年度実績：1,488市町村（実施率85.5%）

～認知症施策推進大綱（抜粋）～

・地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する総合相談窓口である地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターを含めた認知症に関する相談体制を地域ごとに整備し、ホームページ等を活用した窓口へのアクセス手段についても総合的に整備する。また、その際に「認知症ケアパス」を積極的に活用し、認知症に関する基礎的な情報とともに、具体的な相談先や受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする。

【KPI／目標】 市町村における「認知症ケアパス」作成率100%



認知症サポーターの養成

【認知症サポーター】

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対して、できる範囲での手助けをする人

【目標値】 ◆2020年度末 1,200万人 (2020(令和2年)12月末実績 1,301万人)

◆2025(令和7)年末 企業・職域型の認知症サポーター養成数400万人

～各種養成講座～

《キャラバンメイト養成研修》

- 実施主体：都道府県、市町村、全国的な職域団体等
- 目的：地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバンメイト」を養成
- 内容：認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム等をグループワークで学ぶ。



《認知症サポーター養成講座》

- 実施主体：都道府県、市町村、職域団体等
- 対象者：〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等
〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット
コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等
〈学校〉小中高等学校、大学、教職員、PTA等

「認知症サポーター養成講座 DVD」
～スーパーマーケット編、マンション管理者編、
金融機関編、交通機関編、訪問業務編～



チームオレンジの取組の推進

◆「チームオレンジ」とは

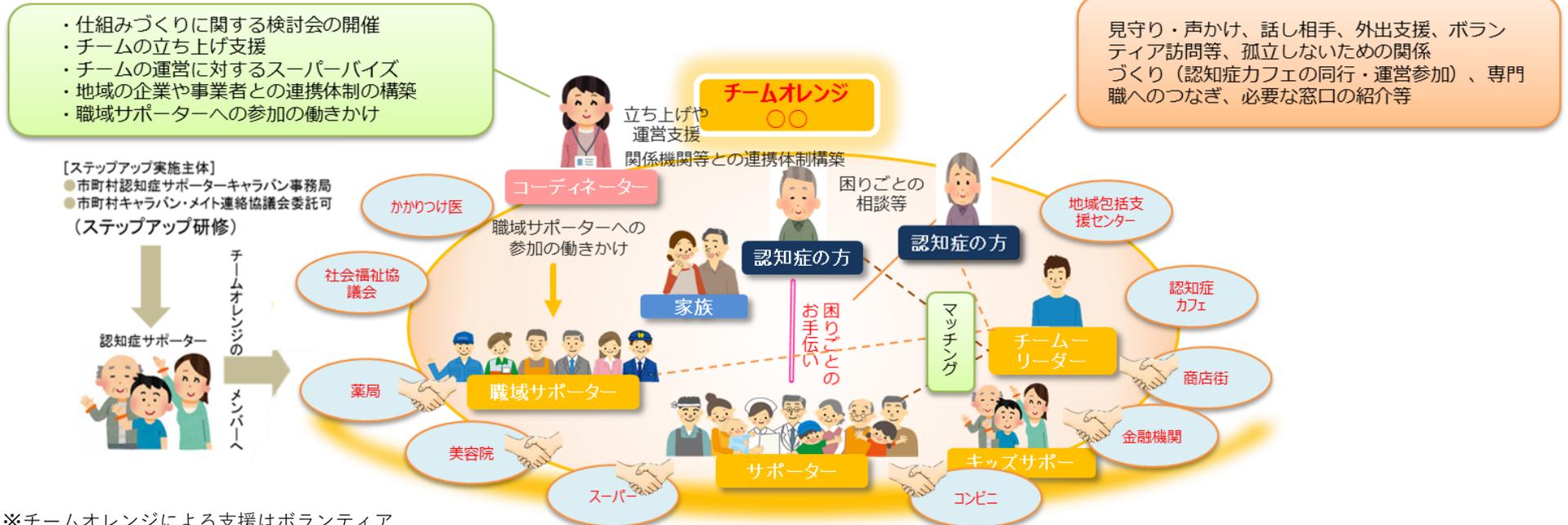
認知症と思われる初期の段階から、心理面・生活面の支援として、市町村がコーディネーター（※）を配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーター（基本となる認知症サポーター養成講座に加え、ステップアップ講座を受講した者）を中心とした支援者をつなぐ仕組み。

（※）認知症地域支援推進員を活用しても可

【事業名】認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業（地域支援事業交付金）

【認知症施策推進大綱：KPI／目標】2025（令和7）年

・全市町村で、本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み（チームオレンジなど）を整備



※チームオレンジによる支援はボランティアで行うことが望ましい。（地域医療介護総合確保基金を活用した介護人材確保のためのボランティアポイントの仕組みの活用も可能）

チームオレンジ三つの基本

- ①ステップアップ講座修了及び予定のサポーターでチームが組まれている。
- ②認知症の方もチームの一員として参加している。（認知症の方の社会参加）
- ③認知症の人と家族の困りごとを早期から継続して支援ができる

生活支援体制整備事業について

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

(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
<ul style="list-style-type: none">○ 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	<ul style="list-style-type: none">○ 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	<ul style="list-style-type: none">○ 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

※ コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとなっているが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要。

生活支援体制整備事業について

(3) 就労的活動支援コーディネーターの配置

- 令和2年度より、新たに就労的活動の普及促進策を創設
- 具体的には、利用者に就労的活動を提供したいと考える介護事業所やNPO法人等と、これら就労的活動ができる場所とをマッチングする人材（就労的活動支援コーディネーター）配置などの事業を実施

秋田県藤里町の事例 (生涯現役を目指す就労的活動のコーディネート)

- 年代を問わず、地域活動等に意欲がある人が「働き方登録票」を事務局（社会福祉協議会）に登録。
- 事務局が町内企業や町民からの依頼と登録者をマッチング。
- 自分の希望に添った働き方で地域の特産品づくり等に取り組むことを通じ、生涯現役を希望する全ての人が活躍できる環境づくりを目指している。

【働き方登録票】

分類	番号	働くから	働き方
A 収入	1	40万円以上	仕事優先 なんでもります型 定額の収入を得たい。
	2	30～39万円	自分の希望業 業収入型 仕事は通い、少額でも収入を得たい。
	3	20万円以下	非収入型 業収入型 業収入はなくてもいい、できる時に仕事したい。
B 仕事時間	1	ポイント	ポイントで受取る。
	2	時間単位	仕事優先 なんでもります型 受けたい仕事の時間働きます。
	3	時間単位	自分の希望業 業収入型 通った仕事の間働きます。
C 少る気	1	希望の時間	短時間なら働きます。
	2	希望の時間	希望の時間なら働きます。
	3	希望の時間	希望の時間なら働きます。
D 経験	1	経験が浅い	仕事優先 なんでもります型 いろいろな仕事に自分でチャレンジします。
	2	経験が浅い	自分の希望業 業収入型 経験した職種なら、なんでもります。
	3	経験が浅い	非収入型 業収入型 慣れないうちに仕事をします。
E 経験	1	経験が浅い	仕事優先 なんでもります型 仕事に経験が浅い なんでもります型 仕事に経験が浅い なんでもります型 仕事に経験が浅い なんでもります型
	2	経験が浅い	自分の希望業 業収入型 仕事に経験が浅い なんでもります型 仕事に経験が浅い なんでもります型
	3	経験が浅い	非収入型 業収入型 仕事に経験が浅い なんでもります型 仕事に経験が浅い なんでもります型

【ふきの皮むき作業】



熊本県水俣市の事例 (一般介護予防事業を活用した食・農・福の連携)

- 65歳以上の人を対象とし、山間部では遊休農地を活用した野菜づくり、市街地ではプランターを活用した花・野菜づくり、温泉地では景観整備の草刈りや間伐で出た材木を使った椎茸栽培など、一般介護予防事業として地域の特性に応じた様々な活動を実施。
- 収穫した野菜を使った会食や配食により、地域の交流や高齢者の見守り・食の確保にもつながっている。
- 売上は、活動経費として活用。

【活動風景①】



【活動風景②】



<参考> 「健康立国の実現に向けて」（令和元年7月23日全国知事会）（抄）4

【提言③介護予防・フレイル対策】

- 高齢者の社会参加・就労は、介護予防・フレイル対策にも有効であることから、そのためのマッチング機能等を担う人材の確保・育成、活動支援に対する財源の確保

地域支援事業における任意事業の概要

○事業の目的

地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、介護保険事業の運営の安定化を図るとともに、地域の実情に応じた必要な支援を行う。

○事業の対象者

被保険者、要介護被保険者を現に介護する者その他個々の事業の対象者として市町村が認める者。

○事業の対象者

地域の実情に応じ、創意工夫を生かした多様な事業形態が可能であり、具体的には以下に掲げる事業を対象。

介護給付等費用適正化事業

利用者に適切なサービスを提供できる環境の整備を図るとともに、介護給付等に要する費用の適正化のための事業を実施。

※実施保険者数は1,570

- ① 認定調査状況チェック
- ② ケアプランの点検
- ③ 住宅改修等の点検
- ④ 医療情報との突合・縦覧点検
- ⑤ 介護給付費通知
- ⑥ 給付実績を活用した分析・検証事業
- ⑦ 介護サービス事業者等への適正化支援事業

家族介護支援事業

介護方法の指導その他の要介護被保険者を現に介護する者の支援のため必要な事業を実施。

※カッコ内は実施市町村数

- ① 介護教室の開催(702)
要介護被保険者の状態の維持・改善を目的とした教室の開催
- ② 認知症高齢者見守り事業(1117)
地域における認知症高齢者の見守り体制の構築
- ③ 家族介護継続支援事業(1469)
家族の身体的・精神的・経済的負担の軽減
ア 健康相談・疾病予防事業
イ 介護者交流会の開催
ウ 介護自立支援事業
・ 家族を慰労するための事業(慰労金)
・ 介護用品の支給(H26年度に実施している保険者のみ)

その他の事業

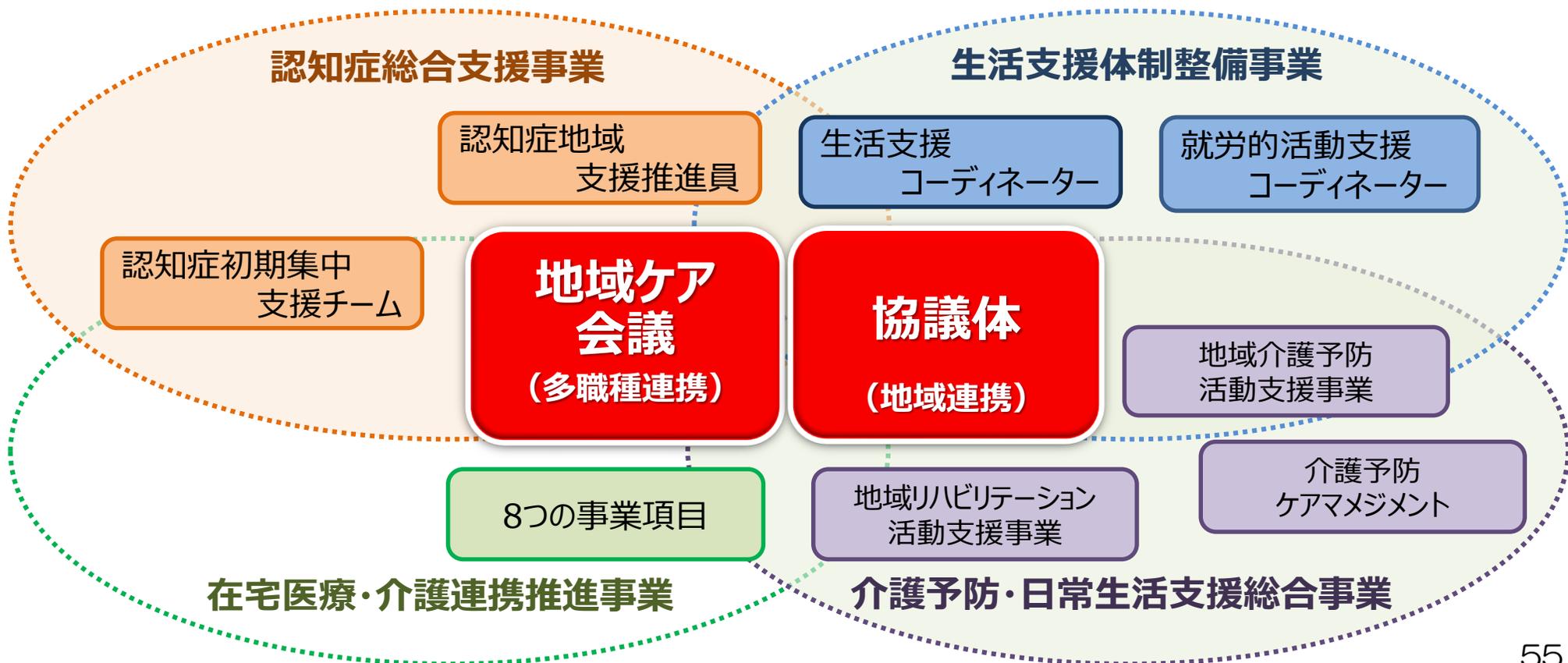
介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事業を実施。

※カッコ内は実施市町村数

- ① 成年後見制度利用支援事業(397)
- ② 福祉用具・住宅改修支援事業(956)
- ③ 認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業(63)
- ④ 認知症サポーター等養成事業(1216)
- ⑤ 重度のALS患者の入院におけるコミュニケーション支援事業(20)
- ⑥ 地域自立生活支援事業(742)
ア 高齢者の安心な住まいの確保に資する事業
イ 介護サービスの質の向上に資する事業
ウ 地域資源を活用したネットワーク形成に資する事業(配食・見守り等)
エ 家庭内の事故等への対応の体制整備に資する事業

地域支援事業の連動を意識する（イメージ）

- 高齢者施策における地域包括ケアシステムの構築の目的は、“”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。
- 各事業はあくまでも地域を支援するための手段（ツール）であり、それぞれの事業実施が目的（ゴール）ではないことに留意する必要がある。
- 住民を含む関係者と考え方や方向性を共有し、多職種や多機関が連携して地域全体を支えることが必要であり、各事業の関連性を活かすためにも“場”としての地域ケア会議や協議体を活用することが重要。



5.後期高齢者医療特別調整交付金

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する経緯

年度	関連事項
平成20年度	後期高齢者医療制度の施行(4月)
平成26年度	日本老年医学会による「フレイル」の提唱(5月)
平成27年度	経済財政諮問会議 ◇フレイルに対する総合対策が言及される。(5月)、改革工程表にフレイル対策の推進が示される。(12月) 後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究(厚生労働科学特別事業)報告書 ◇フレイルの概念整理、取組のエビデンス検討、ガイドラインの素案作成(~3月)
平成28年度	高齢者の医療の確保に関する法律の一部改正(4月施行) ◇高齢者の特性に応じた保健指導等が広域連合の努力義務とされる。 経済財政運営と改革の基本方針2016閣議決定(6月) ◇「フレイル対策については、ガイドラインの作成等や効果的な事業の全国展開等により推進する。」 高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ(7月~) ◇WG(3回)、作業チーム(2回)、モデル事業実施
平成29年度	高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ ◇WG(2回)、作業チーム(2回)、モデル事業実施
平成30年度	高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ ◇高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン策定(4月) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議(9~12月)
令和元年度	医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部改正(5月公布) ◇市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築等 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班(5~9月) 高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ ◇高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン改定[第2版](10月)
令和2年度	医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部改正(4月施行)

後期高齢者医療における「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」に関する地方厚生(支)局への業務移管

- 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」に関する次の業務を移管。
 - ※ 令和6年度までに全ての市町村において実施を目指す(令和2年度現在、約2割実施)
- 具体的な内容等については、事務処理マニュアル及び審査マニュアルを提示。

1 特別調整交付金審査事務

一体的実施を推進するための特別調整交付金の事務

※「地方厚生局長及び四国厚生支局長が行う補助金等の交付に関する事務」(厚生労働省告示)を制定予定。

- ①本省が作成する交付基準・申請通知を踏まえ、広域連合(都道府県経由)から提出される実施計画書を審査
(実施時期:当初交付分は7月～10月頃、変更交付分は12月～1月頃)
- ②本省からの内示を踏まえて、広域連合(都道府県経由)から提出される交付申請書を審査
(実施時期:当初交付分は11月頃、変更交付分は2月頃)
- ③事業終了後、翌年度に提出される事業報告書を審査
(実施時期:事業年度翌年の6月以降)

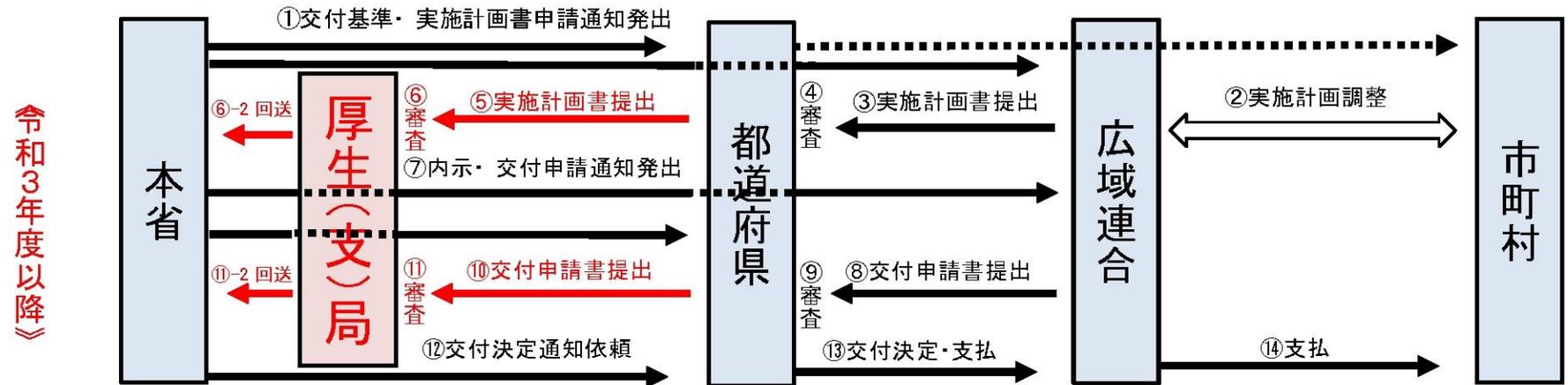
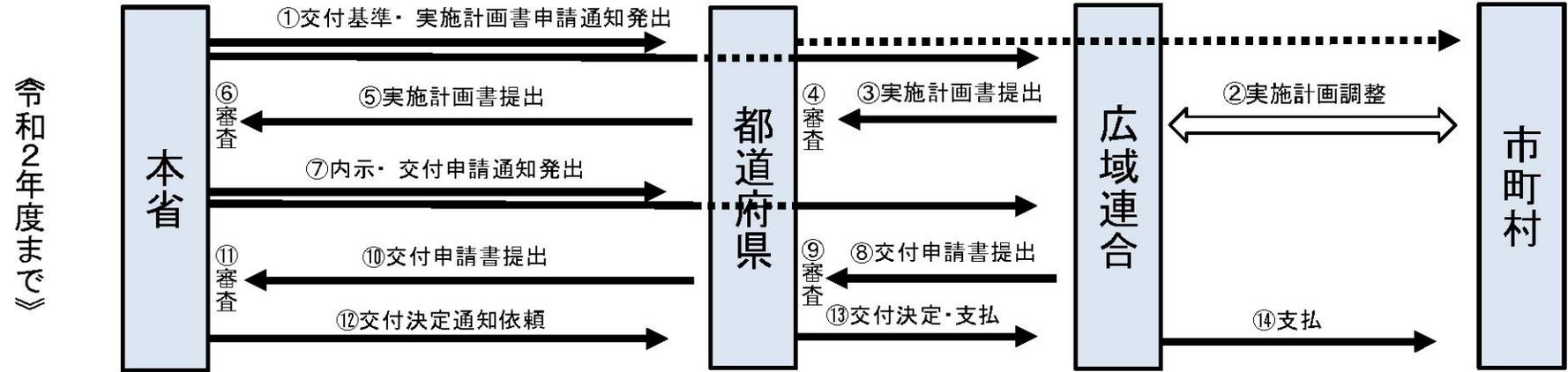
2 実施状況調査・ヒアリング

- ・本省が設定する項目に基づき、広域連合・市町村における一体的実施事業の状況調査を実施
- ・交付金申請内容等から好事例を収集し、ヒアリングを実施
→各厚生(支)局にて1～2月頃にとりまとめ、これらの結果を本省で集約し、公表(3月頃)

3 申請内容に関する広域連合等からの照会対応

一体的実施に係る特別調整交付金の申請内容等に関する広域連合等からの照会について、本省と連携して対応。

特別調整交付金 審査事務の流れ



※ 当初交付決定の流れを記載。

保健事業と介護予防の現状と課題(イメージ)

医療
保険

被用者保険の保健事業 (健保組合、協会けんぽ)

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防(糖尿病対策等)
保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。
- 健康経営の取組
 - ・ 保険者と事業主が連携した受動喫煙対策や職場の動線を利用した健康づくりの実施。
 - ・ 加入者の健康状態や医療費等が見える化した健康スコアリングレポート等の活用。

退職等

国民健康保険の 保健事業(市町村)

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防(糖尿病対策等)
 - ・ 保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。
- 市町村独自の健康増進事業等と連携した取組

75歳

後期高齢者広域連合の 保健事業 (広域連合。市町村に委託・補助)

- 健康診査のみの実施がほとんど
- 一部、重症化予防に向けた個別指導等も実施

国保と後期高齢者の
保健事業の接続の必要性
(現状は、75歳で断絶)

〇フレイル状態に着目した
疾病予防の取組の必要性
(運動、口腔、栄養、社会参加
等のアプローチ)

保健事業と介護予防の
一体的な実施(データ分析、
事業のコーディネート等)

65歳

介護保険の介護予防・日常生活支援総合事業等(市町村)

- 一般介護予防事業(住民主体の通いの場)
- 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)、生活予防支援事業(ケアマネジメント)

→保健事業との連携による支援メニューの充実の必要性

介護
保険

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）

市町村が一体的に実施

④多様な課題を抱える高齢者や、閉じこもりがちで健康状態の不明な高齢者を把握し、アウトリーチ支援等を通じて、必要な医療サービスに接続。

医療・介護データ解析

- ②高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握
- ③地域の健康課題を整理・分析



国保中央会・国保連が、分析マニュアル作成・市町村職員への研修等を実施

- ①市町村は次の医療専門職を配置
- ・事業全体のコーディネーターや企画調整・分析を行うため、市町村に保健師等を配置
 - ・高齢者に対する個別的支援や通いの場等への関与等を行うため、日常生活圏域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を配置

経費は広域連合が交付（保険料財源+特別調整交付金）

- 企画・調整・分析等を行う医療専門職の配置
- 日常生活圏域に医療専門職の配置等に要する費用（委託事業費）

高齢者

※フレイルのおそれのある高齢者全体を支援

保健事業

- ⑤国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続

疾病予防・重症化予防

- ・健診結果等を活用した保健指導
- ・かかりつけ医と連携した疾病管理や重症化予防
- ・健康教育、健康相談、適切な受診勧奨等
- ・介護予防との一体的なフレイル予防（運動・栄養・口腔等）の取組

- ⑥社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取組へ

介護予防の事業等

生活機能の改善

- ⑨民間機関の連携等、通いの場的大幅な拡充や、個人のインセンティブとなるポイント制度等を活用

- ⑦医療専門職が、通いの場等にも積極的に関与

- ⑩市民自らが担い手となって、積極的に参画する機会の充実

かかりつけ医等

- ⑧通いの場への参加勧奨や、事業内容全体等への助言を実施

- ⑪通いの場に、保健医療の視点からの支援が積極的に加わることで、
- ・通いの場や住民主体の支援の場で、専門職による健康相談等を受けられる。
- ・ショッピングセンターなどの生活拠点等を含め、日常的に健康づくりを意識できる魅力的な取組に参加できる。
- ・フレイル状態にある者等を、適切に医療サービスに接続。

【企画・調整等を担当する医療専門職】

市町村ごとに1人分の委託事業費を交付

正規職員を念頭(専従)
保健師等

(1) 事業の企画・調整等

- ・KDBシステムを活用した分析・健康課題の明確化
- ・庁内外の関係者間の調整、地域医療関係団体との連携
- ・事業全体の企画・立案・調整・分析
- ・通いの場等への関与に向けた事業計画の策定
- ・国保保健事業(重症化予防など)と連携した事業計画の策定
- ・かかりつけ医等との進捗状況等の共有

(2) KDBシステムを活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握

- ・医療、健診、介護情報等を整理・分析、重点課題の明確化
- ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等の分析結果も活用して、地域健康課題の整理・分析
- ・医療・介護の情報を分析し、支援対象者の抽出と事業へのつなぎ



(3) 医療関係団体等との連絡調整

- ・事業の企画段階から相談等
- ・事業の実施後においても実施状況等について報告

【地域を担当する医療専門職】

日常生活圏域ごとに1人分の委託事業費を交付

常勤・非常勤いずれも可
保健師、管理栄養士、歯科衛生士、
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等

※個別的支援と併せて、通いの場等への関与(ポピュレーションアプローチ)を実施

●高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)

ア 低栄養防止・重症化予防の取組(かかりつけ医と連携したアウトリーチ支援)

- (a) 栄養・口腔・服薬に関わる相談・指導
- (b) 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導

イ 重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談・指導の取組

ウ 健康状態が不明な高齢者の状態把握・受診勧奨等・必要なサービスへの接続

●通いの場等への積極的な関与(ポピュレーションアプローチ)

ア フレイル予防の普及啓発、運動・栄養・口腔等取組等の健康教育・健康相談を実施

介護予防
(地域リハビリテーション活動支援事業等)の
取組と一体的に実施

イ フレイル状態の高齢者を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上の支援等を行う。

ウ 取組により把握された高齢者の状況に応じて、健診や医療の受診勧奨、介護サービスの利用勧奨などを行う。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（スキーム図）

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、**後期高齢者の保健事業**について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、**市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。**

国（厚生労働省）

- **保健事業の指針**において、一体的実施の方向性を明示。**法**
- **具体的な支援メニュー**をガイドライン等で提示。
- 特別調整交付金の交付、先進事例に係る支援。

＜市町村が、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組を実施＞

広域連合

委託 **法**

市町村

- **広域計画**に、広域連合と市町村の連携内容を規定。**法**
- **データヘルス計画**に、事業の方向性を整理。
- **専門職の人件費等**の費用を交付。

- 一体的実施に係る**事業の基本的な方針**を作成。**法**
- **市町村が、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組**を実施。**法**
(例) データ分析、アウトリーチ支援、通いの場への参画、支援メニューの改善 等
- **広域連合に被保険者の医療情報等の提供**を求めることができる。**法**
- 地域ケア会議等も活用。

必要な援助

都道府県への
報告・相談

都道府県
(保健所含む)

- 事例の横展開、県内の健康課題の俯瞰的把握、事業の評価 等

国保中央会
国保連合会

- データ分析手法の研修・支援、実施状況等の分析・評価 等 **法**

三師会等の
医療関係団体

- 取組全体への助言、かかりつけ医等との連携強化 等

事業の一部を民間機関に委託できる。**法**
(市町村は事業の実施状況を把握、検証)

※ **法** は法改正事項

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進するための 「特別調整交付金交付基準」のポイント

1 交付の対象となる事業の要件

- ・広域連合が一体的実施等の保健事業を市町村に委託
- ・委託を受けた市町村は次の医療専門職を配置して事業を実施
 - ①健康課題の把握・分析、事業の企画・調整・分析、評価等を行う保健師等の医療専門職
※原則専従の正規職員(企画・調整等の一環として関連業務に従事することは可)
 - ②各地域(日常生活圏域)において個別訪問等や通いの場等への積極的関与の支援を行う
医療専門職(保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等)
※常勤、非常勤ともに可
- ・事業の実施に当たって、関係機関、関係団体に委託することも可

2 交付額

広域連合が市町村に委託事業費を交付。委託事業費のうち交付対象となる費用の交付基準額の2/3を上限として特別調整交付金で支援

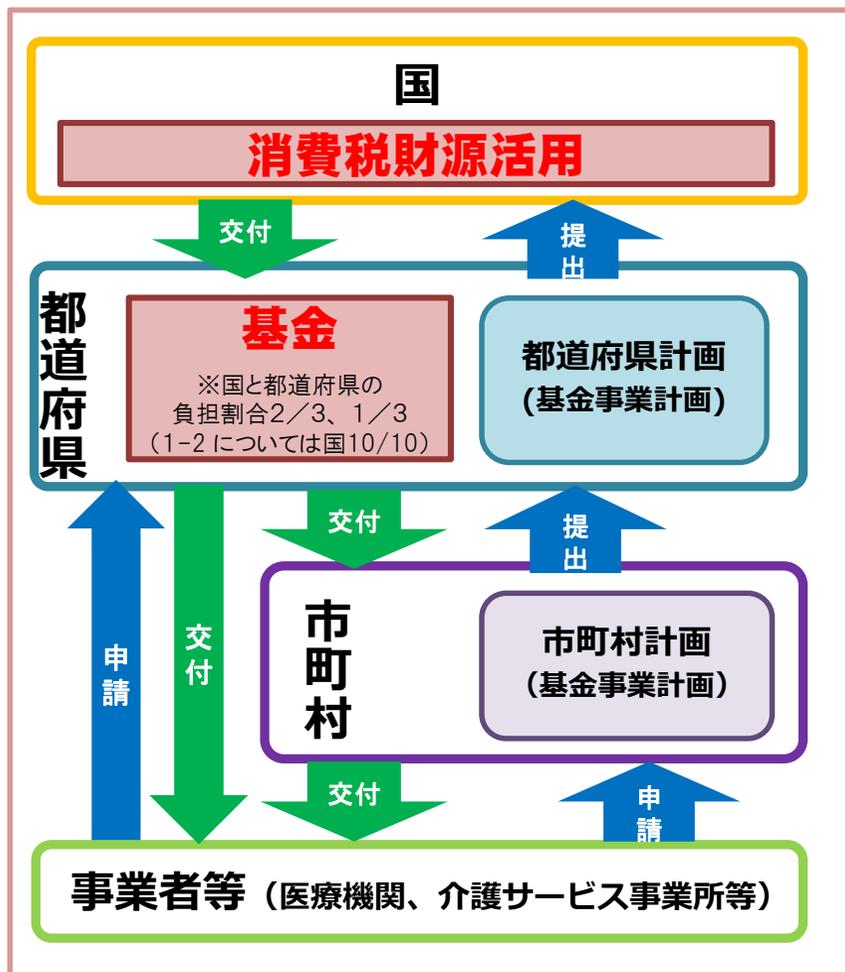
- ① 企画・調整等の業務に要する費用
→ 交付基準額 = 市町村毎に580万円 × 医療専門職の人数 (事業を実施する日常生活圏域数により上限人数を設定)
- ② 個別的な支援や通いの場等への関与等の業務に要する費用
→ 交付基準額 = 市町村毎に350万円 × 事業を実施する日常生活圏域数 (人件費)、日常生活圏域毎に50万円 (その他経費)

6. 地域医療介護総合確保基金

地域医療介護総合確保基金

令和3年度予算:公費で2,003億円
(医療分 1,179億円、介護分 824億円)

- 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

- 1-1 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
- 1-2 地域医療構想の達成に向けた病床数又は病床の機能の変更に関する事業
(次期通常国会に法案提出)
- 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
- 6 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

地域医療介護総合確保基金を活用した介護施設等の整備

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、都道府県計画に基づき、地域密着型サービス等、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備を促進するための支援を行う。

対象事業

1. 地域密着型サービス施設等の整備への助成

- 可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域密着型サービス施設・事業所等の整備（土地所有者（オーナー）が施設運営法人に有償で貸し付ける目的で整備する場合や、改築・増改築を含む）に対して支援を行う。
 （対象施設） 地域密着型特別養護老人ホーム（併設されるショートステイ用居室を含む）、小規模な老人保健施設、小規模な介護医療院、小規模な養護老人ホーム、小規模なケアハウス、都市型軽費老人ホーム、小規模な特定施設（介護付き有料老人ホーム）、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、認知症対応型デイサービスセンター、介護予防拠点、地域包括支援センター、生活支援ハウス（離島・奄美群島・山村・水源地域・半島・過疎地域・沖縄・豪雪地帯に係る振興法や特別措置法に基づくものに限る）、緊急ショートステイ、施設内保育施設
 ※定員30人以上の広域型施設の整備費については、平成18年度より一般財源化され、各都道府県が支援を行っている（介護医療院を含む）。
- 上記対象施設を合築・併設を行う場合に、それぞれ補助単価の5%加算を行う。
- 空き家を活用した地域密着型サービス施設・事業所等の整備について支援を行う。
- 介護離職ゼロ50万人受け皿整備と老朽化した特別養護老人ホーム等の広域型施設の大規模修繕を同時に進めるため、介護離職ゼロ対象サービス（※）を整備する際に、あわせて行う広域型特養等の大規模修繕・耐震化について支援を行う。＜令和5年度までの実施＞
 ※特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、ケアハウス、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設（介護付き有料老人ホーム）（いずれも定員30人以上の広域型施設を含む）

2. 介護施設の開設準備経費等への支援

- 特別養護老人ホーム等の円滑な開設のため、施設の開設準備（既存施設の増床や再開設時、大規模修繕時を含む）に要する経費の支援を行う。
 ※定員30人以上の広域型施設を含む。広域型・地域密着型の特別養護老人ホームに併設されるショートステイ用居室を含む。
 ※「大規模修繕時」は、施設の大規模修繕の際に、あわせて行うロボット・センサー、ICTの導入に限る。＜令和5年度までの実施＞
 ※通いの場の健康づくりや防災に関する意識啓発のための設備等についても支援を行う。
- 在宅での療養生活に伴う医療ニーズの増大に対応するため、訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型事業所の設置に必要な設備費用等について支援を行う。
- 土地取得が困難な地域での施設整備を支援するため、定期借地権（一定の条件の下、普通借地権）の設定のための一時金の支援を行う。
- 施設整備候補地（民有地）の積極的な掘り起こしのため、地域の不動産事業者等を含めた協議会の設置等の支援を行う。また、土地所有者と施設整備法人のマッチングの支援を行う。
- 介護施設で働く職員等を確保するため、施設内の保育施設の整備、介護職員用の宿舍の整備＜令和5年度までの実施＞に対して支援を行う。

3. 特養多床室のプライバシー保護のための改修等による介護サービスの改善

- 特別養護老人ホーム及び併設されるショートステイ用居室における多床室のプライバシー保護のための改修費用について支援を行う。
- 特別養護老人ホーム等のユニット化に係る改修費用について支援を行う。
- 介護療養型医療施設等の老人保健施設等（介護医療院を含む）への転換整備について支援を行う。
- 施設の看取りに対応できる環境を整備するため、看取り・家族等の宿泊のための個室の確保を目的として行う施設の改修費用について支援を行う。
- 共生型サービス事業所の整備を推進するため、介護保険事業所において、障害児・者を受け入れるために必要な改修・設備について支援を行う。

※1～3を行う施設・事業所等が、特別豪雪地帯又は奄美群島・離島・小笠原諸島に所在する場合は、補助単価の8%加算が可能。

介護施設等における感染拡大防止対策に係る支援 (地域医療介護総合確保基金)

令和3年度予算：公費618億円の内数（国費412億円の内数）

- 介護施設等において、新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、①多床室の個室化に要する改修費、②簡易陰圧装置の設置に要する費用、③感染拡大防止のためのゾーニング環境等の整備に要する費用を支援する。

① 多床室の個室化に要する改修費

■事業内容

事業継続が必要な介護施設等において、感染が疑われる者が複数発生して多床室に分離する場合に備え、感染が疑われる者同士のスペースを空間的に分離するための個室化^(※)に要する改修費について補助

※可動の壁は可

※天井と壁の間に隙間が生じることは不可

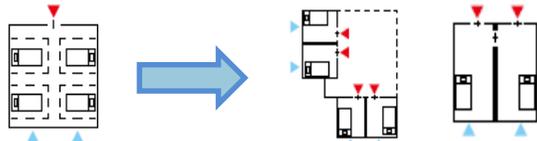
■補助対象施設

入所系の介護施設・事業所

■補助上限額

1 定員あたり97.8万円

※ 地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金で実施していた事業を移管



《多床室》

《個室化》

② 簡易陰圧装置の設置に要する費用

■事業内容

介護施設等において、感染が疑われる者が発生した場合に、感染拡大のリスクを低減するためには、ウイルスが外に漏れないよう、気圧を低くした居室である陰圧室の設置が有効であることから、居室に陰圧装置を据えるとともに簡易的なダクト工事等に必要の費用について補助

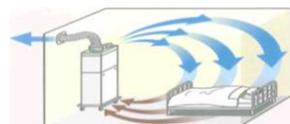
■補助対象施設

入所系の介護施設・事業所

■補助上限額

1 施設あたり：432万円×都道府県が認めた台数（定員が上限）

※ 令和2年度第1次補正予算から実施



③ 感染拡大防止のためのゾーニング環境等の整備に要する費用

■事業内容

新型コロナウイルス感染症対策として、感染発生時対応及び感染拡大防止の観点からゾーニング環境等の整備に要する費用について補助

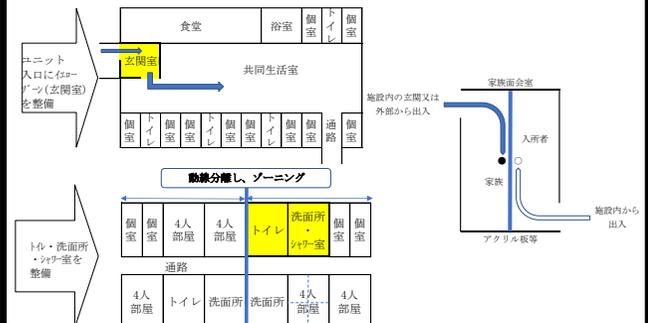
■補助対象施設

入所系の介護施設・事業所

■補助上限額

- ① ユニット型施設の各ユニットへの玄関室設置によるゾーニング：100万円/箇所
- ② 従来型個室・多床室のゾーニング：600万円/箇所
- ③ 2方向から出入りできる家族面会室の整備：350万円/施設

※ 令和2年度第3次補正予算から実施



※ 機動的に支援できるように、新型コロナウイルス発生後、かつ、緊急的に着手せざるを得なかった事業に限り、内示日前のものも補助対象

○ 地域の実情に応じた介護従事者の確保対策を支援するため、都道府県計画を踏まえて実施される「参入促進」・「資質の向上」・「労働環境・処遇の改善」に資する事業を支援。 ※赤字下線は令和2年度補正予算及び令和3年度新規・拡充メニュー

参入促進

- 地域住民や学校の生徒に対する介護や介護の仕事の理解促進
- 若者・女性・高齢者など多様な世代を対象とした介護の職場体験
- 高齢者など地域の住民による生活支援の担い手の養成、支え合い活動継続のための事務支援
- 介護未経験者に対する研修支援
- ボランティアセンターとシルバー人材センター等の連携強化
- 介護事業所におけるインターンシップ等の導入促進
- 介護に関する入門的研修の実施からマッチングまでの一体的支援、参入促進セミナーの実施、介護の周辺業務等の体験支援
- 人材確保のためのボランティアポイントの活用支援
- 介護福祉士国家資格の取得を目指す外国人留学生や1号特定技能外国人等の受入環境整備
- 福祉系高校修学資金貸付、介護分野就職支援金貸付、多様な働き方の導入 等

資質の向上

- 介護人材キャリアアップ研修支援
 - ・ 経験年数3～5年程度の中堅職員に対する研修
 - ・ 喀痰吸引等研修
 - ・ 介護キャリア段位におけるアセッサー講習受講
 - ・ 介護支援専門員、介護相談員育成に対する研修
- 各種研修に係る代替要員の確保、出前研修の実施
- 潜在介護福祉士の再就業促進
 - ・ 知識や技術を再確認するための研修の実施
 - ・ 離職した介護福祉士の所在等の把握
- チームオレンジ・コーディネーターなど認知症ケアに携わる人材育成のための研修
- 地域包括ケアシステム構築に資する人材育成
 - ・ 生活支援コーディネーターの養成のための研修
- 認知症高齢者等の権利擁護のための人材育成
- 介護施設等防災リーダーの養成 ※令和2年度3次補正予算～

労働環境・処遇の改善

- 新人介護職員に対するエルダー・メンター(新人指導担当者)養成研修
- 管理者等に対する雇用改善方策の普及
 - ・ 管理者に対する雇用管理改善のための労働関係法規、休暇・休職制度等の理解のための説明会の開催
 - ・ 介護従事者の負担軽減に資する介護ロボット・ICTの導入支援(拡充) ※令和2年度3次補正予算～ ※拡充分は令和5年度まで
 - ・ 介護事業所への業務改善支援
 - ・ 新人教育やキャリアパスなど雇用管理体制の改善に取り組む事業所のコンテスト・表彰を実施
- 介護従事者の子育て支援のための施設内保育施設運営等の支援
- 子育て支援のための代替職員のマッチング
- 介護職員に対する悩み相談窓口の設置、ハラスメント対策の推進、若手介護職員の交流の推進、両立支援等環境整備
- 新型コロナウイルス流行下におけるサービス提供体制の確保(令和3年度まで) 等

- 関係機関・団体との連携・協働の推進を図るための、都道府県単位、市区町村単位での協議会等の設置
- 介護人材育成等に取り組む事業所に対する都道府県の認証評価制度の運営支援
- 離島、中山間地域等への人材確保支援

7. 保險者機能強化推進交付金等

保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

令和3年度予算額（令和2年度予算額）： 400億円(400億円)

400億円の内訳
 ・保険者機能強化推進交付金：200億円
 ・介護保険保険者努力支援交付金：200億円(社会保障の充実分)

趣旨

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための保険者機能強化推進交付金を創設
- 令和2年度においては、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、保険者機能強化推進交付金に加え、介護保険保険者努力支援交付金(社会保障の充実分)を創設し、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより配分基準のメリハリ付けを強化

概要

各市町村が行う自立支援・重度化防止の取組及び都道府県が行う市町村に対する取組の支援に対し、それぞれ評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて、交付金を交付する。

- 【主な指標】
- ① PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化
 - ② ケアマネジメントの質の向上
 - ③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化
 - ④ 介護予防の推進
 - ⑤ 介護給付適正化事業の推進
 - ⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い

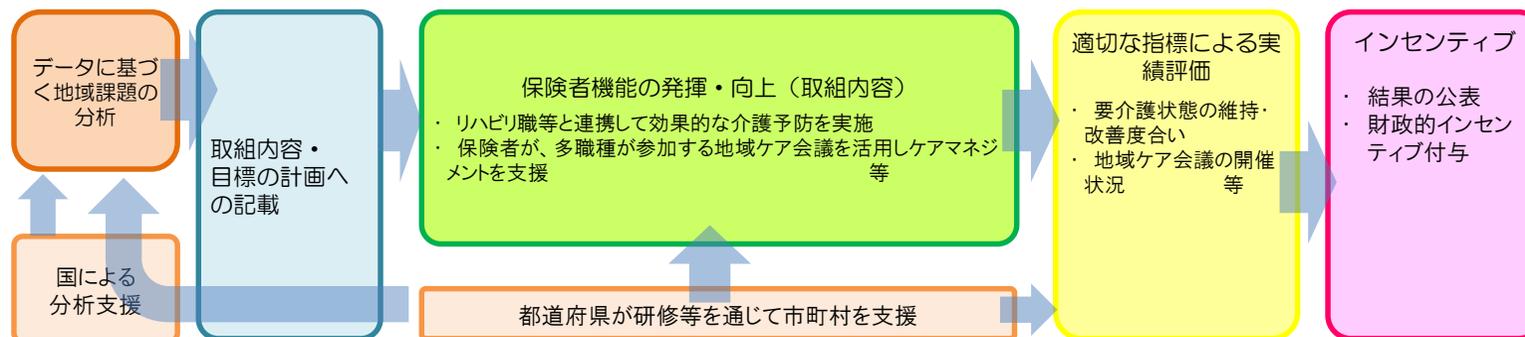
<市町村分>

- 1 配分** 保険者機能強化推進交付金200億円のうち190億円程度
介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち190億円程度
- 2 交付対象** 市町村(特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。)
- 3 活用方法** 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当
なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者は、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組を進めていくことが重要。

<都道府県分>

- 1 配分** 保険者機能強化推進交付金200億円のうち10億円程度
介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち10億円程度
- 2 交付対象** 都道府県
- 3 活用方法** 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業(市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等)の事業費に充当。

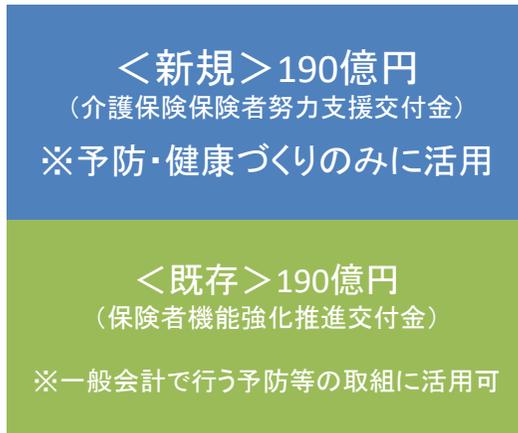
<参考>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



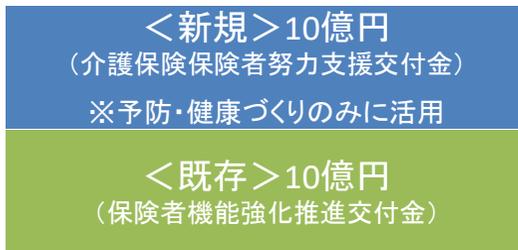
保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の構造(イメージ)

市町村分

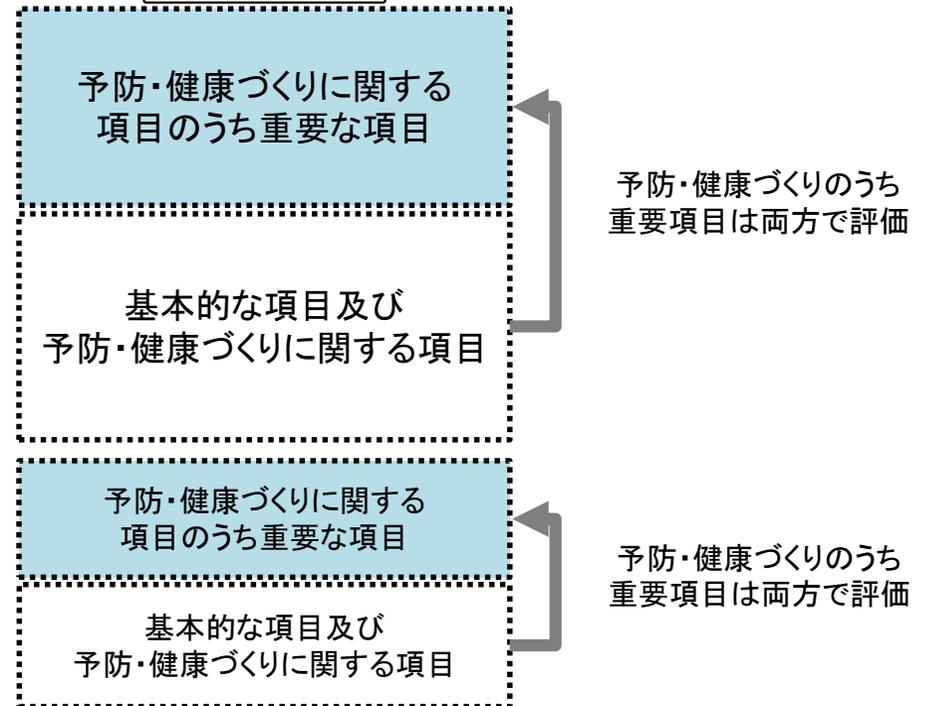
計400億円



都道府県分



指標イメージ



市町村保険者機能強化推進交付金等による財政支援

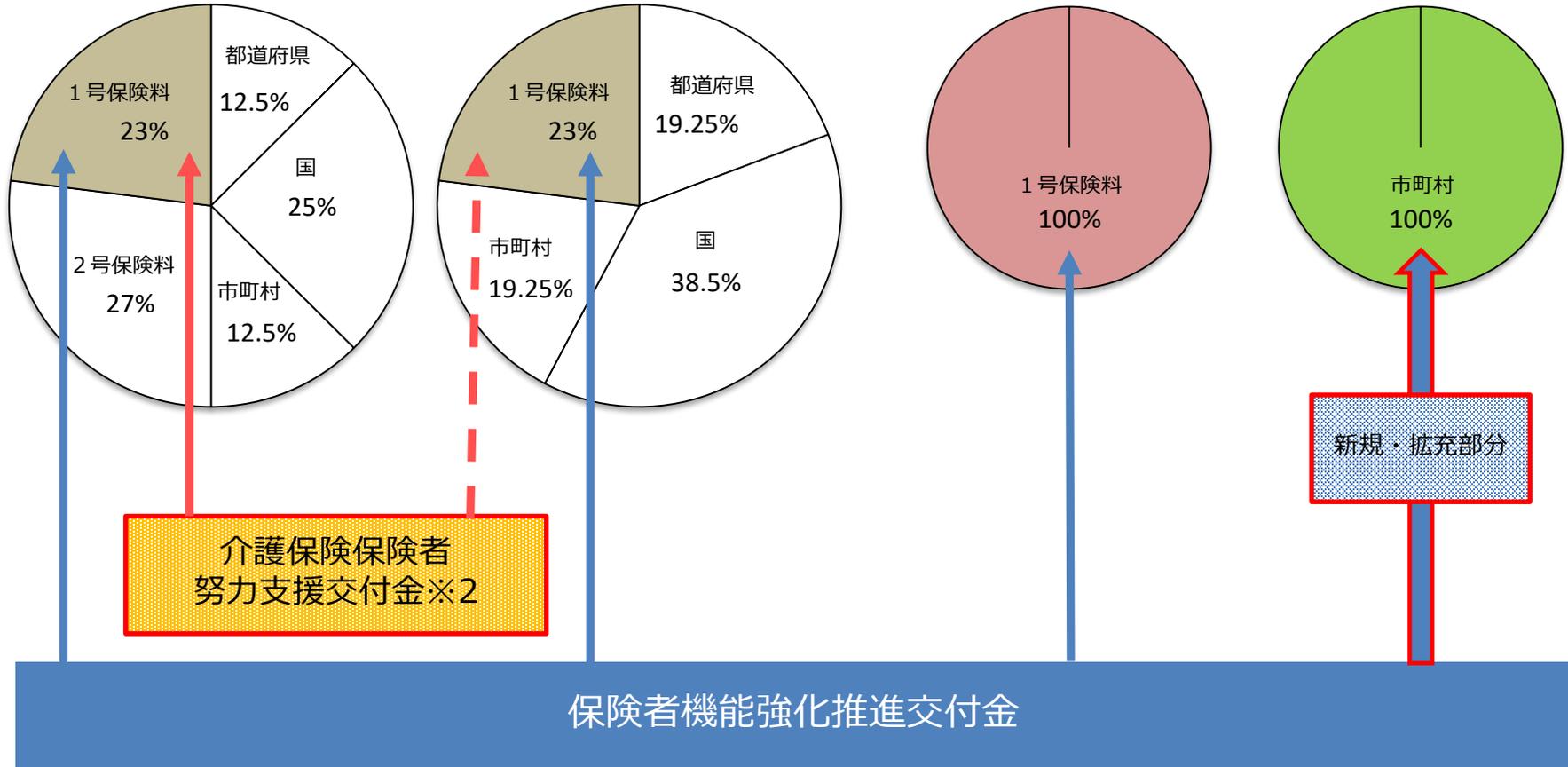
地域支援事業

保健福祉事業
市町村特別給付

一般会計事業
※1

介護予防・日常生活支援総合事業

包括的支援事業



(令和2年度より)

- ※1 保険者機能強化推進交付金について、一般会計事業に係る高齢者の予防・健康づくりに資する取組（新規・拡充部分）に充当可能。
- ※2 介護保険保険者努力支援交付金について、介護予防・日常生活支援総合事業及び包括的支援事業（包括的継続的ケアマネジメント支援、在宅医療介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業に限る。）に充当可能。

《都道府県の評価指標》

指標項目	点数 【推進交付金(支援交付金)】
I 管内の市町村の介護保険事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題の把握と支援計画	280点(120点)
II 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (1) 保険者による地域分析、介護保険事業計画の策定に係る支援 (2) 地域ケア会議、介護予防・日常生活支援総合事業に係る支援 (3) 生活支援体制整備等に係る支援 (4) 自立支援・重度化防止等に向けたリハビリテーション専門職等の活用に係る支援 (5) 在宅医療・介護連携に係る支援 (6) 認知症総合支援に係る支援 (7) 介護給付の適正化に係る支援 (8) 介護人材の確保・生産性向上に係る支援 (9) その他の自立支援・重度化防止等に向けた各種取組への支援事業	1,335点(520点) 50点(0点) 260点(260点) 100点(70点) 130点(130点) 150点(0点) 85点(0点) 90点(0点) 440点(30点) 30点(30点)
III 管内の市町村における評価指標の達成状況による評価	340点(340点)
合計点数 【推進交付金(支援交付金)】	
I	280点(120点)
II	1,335点(520点)
III	340点(340点)
計	1,955点(980点)

2021年度 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の評価指標（概要）

《市町村の評価指標》

指標項目	点数 【推進交付金(支援交付金)】
I PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築 ・「見える化」システム活用等による当該地域の介護保険事業の特徴把握 ・認定者数・給付実績等の定期的モニタリングの実施 ・地域差等の分を踏まえた介護給付費の適正化の方策、実施 ・リハビリテーション提供体制に関する取組や目標の設定	155点(60点)
II 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進 (1) 介護支援専門員・介護サービス事業所等 (2) 地域包括支援センター・地域ケア会議 ・市町村の基本方針を定め、地域包括支援センターに周知 ・地域ケア会議における個別事例の検討件数割合 (3) 在宅医療・介護連携 (4) 認知症総合支援 ・介護保険事業計画等に具体的な計画を定め、進捗管理 ・早期診断・早期対応に繋げるための体制構築 (5) 介護予防／日常生活支援 ・体操等の通いの場への65歳以上の方の参加率 ・介護予防と保健事業の一体的実施 ・介護予防の場へのリハビリテーション専門職等の関与 ・社福法人・医療法人・民間サービス等と連携した介護予防の取組 ・介護予防におけるデータ活用 ・高齢者の社会参加を促すための個人インセンティブ	1,190点(775点) 80点(0点) 195点(115点) 85点(10点) 175点(45点) 450点(450点)

指標項目	点数 【推進交付金(支援交付金)】
(6) 生活支援体制の整備 (7) 要介護状態の維持・改善の状況等 ・要介護認定者の要介護認定の変化率 ・健康寿命延伸の実現状況(要介護2以上の認定率)	85点(35点) 120点(120点)
III 介護保険運営の安定化に資する施策の推進 (1) 介護給付の適正化 ・ケアプラン点検の実施状況 (2) 介護人材の確保 ・介護人材確保のための取組 ・介護人材を養成する研修事業の実施状況、研修修了者のマッチング状況 ・介護助手等の高齢者の就労的活動の促進、高齢者の就労的活動への参加率 ・文書削減の取組	245点(50点) 120点(0点) 125点(50点)

プロセス指標	合計点数 【推進交付金(支援交付金)】
・PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化 ・ケアマネジメントの質の向上 ・多職種連携による地域ケア会議の活性化 ・介護予防の推進 ・介護給付適正化事業の推進	I 155点(60点) II 1,190点(775点) III 245点(50点)
アウトカム指標	
・要介護状態の維持・改善の度合い	計 1,590点(885点)

8. 介護予防・日常生活支援総合事業 等の充実のための厚労省職員派遣

概要

- 介護予防・日常生活支援総合事業等については、高齢者の多様なニーズに対応する仕組みとして、各市町村において地域の実情に応じた様々な取組が進められてきたところ。
- 一方で、日頃から各種事業の実施に課題を感じている市町村や、新型コロナウイルス感染症の影響に伴い、通いの場等の再開に向けて課題を抱えている市町村も一定数いる。
- このため、令和2年度において、地方厚生(支)局や都道府県とも連携しながら、これら課題を抱える市町村に対して厚生労働省職員を派遣し、個別の相談支援や実践を通じた継続的な支援等を実施。

※支援対象の市町村は、「介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための厚生労働省職員派遣による支援の実施について(依頼)」(令和2年6月24日厚生労働省老健局振興課・老人保健課連名事務連絡)及び「介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための厚生労働省職員派遣に関する支援対象市町村の選定及び今後の対応について」により意向を確認の上で選定

支援内容

- 1) 伴走的支援(8月下旬から順次実施:A・Bグループ 8厚生(支)局 8都道府県 17市町村)
 - 支援対象の市町村に対して複数回(2回、又は3回)職員を派遣し、市町村職員との意見交換や相談支援のほか、実践を通じた継続的な支援を実施
 - 訪問に際しては、所在する地方厚生(支)局や都道府県も同行
- 2) 研修会等の支援(10月中旬から順次実施:Cグループ 8厚生(支)局 24都道府県 ※320市町村)
 - 上記1の支援対象に該当しなかった市町村に対して①研修会、②意見交換会、③その他(①から③のいずれか又は全てを選択)の調整を都道府県が行った上で支援を実施
 - 支援内容は、①介護予防ケアマネジメント、②通所型サービスC(短期集中予防サービス)、③地域ケア会議(①から③のいずれか又は全てを選択)●派遣は、原則1都道府県につき1回を予定

介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための厚生労働省職員派遣について

▶ エントリーのあった121市町村(40都道府県)に対する支援について

		Aグループ	Bグループ	Cグループ
対象市町村 ※詳細別添		9市町村 (5都道県・5厚生局)	8市町 (3県・3厚生局)	104市町村※ (40府県・8厚生(支)局) ※うち26都道府県よりエントリー
支援内容	派遣回数(メド)	3回	2回	1回
	支援方法	継続支援 市町村職員との意見交換や相談支援、実践等 ※複数市町村の場合には集合型を想定(単発支援も同様)		単発支援 研修・意見交換・その他等 ※テーマ限定(ケアマネジメント、 通所C、地域ケア会議等)で対応
	実施時期	1回目:8月～		10月～ 24都道府県で展開

▶ 派遣スケジュール(イメージ)※17都道府県より既にCエントリーの申し込みあり(9.28時点)

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
Aグループ		1回目			2回目		3回目	
Bグループ		1回目				2回目		
Cグループ					1回目			

厚生労働省職員の派遣：エントリー121市町村の主な課題（厚生(支)局ブロック別）

厚生(支)局 ブロック	介護予防 ケアマネ ジメント	地域ケア 会議	通いの場	生活支援 体制整備 事業	総合事業 の再構築	実態把握	通所型 サービス B	通所型 サービス C	訪問型 サービス B	訪問型 サービス C	移動支援	その他
北海道	0	0	4	4	3	1	0	1	0	0	1	2
東北	2	4	1	3	3	0	1	1	2	0	2	4
関東信越	6	5	12	6	11	2	6	9	3	5	4	6
東海北陸	6	2	1	3	1	3	2	4	1	2	1	7
近畿	2	3	5	3	6	0	2	8	2	2	1	4
中国	5	3	3	2	4	2	0	8	2	0	2	3
四国	0	2	0	1	2	0	2	2	0	0	0	3
九州	5	4	11	6	5	0	3	6	1	1	3	3
計	26	23	37	28	35	8	16	39	11	10	14	32

その他：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 / 庁内連携 / 事業評価指標 / 医療介護連携 等

令和3年度の研修会開催イメージ

【総合事業等の充実のための市町村支援に関する研修会】

対 象

管内都道府県職員等



内 容

①市町村支援を受けた都道府県及び市町村からの事例報告

(都道府県)

- ・市町村支援で共に伴走して感じたこと
- ・市町村支援を行う上で大切だと思うこと
- ・是非、おすすりめしたいノウハウについて
- ・その他

(市町村)

- ・伴走支援にエントリーした時の内容
- ・伴走支援を受けて変化していった流れ
- ・総合事業等の充実のために必要なこと
- ・支援を受けた成果
- ・その他

②全国事例の報告(厚労省)

- ・市町村支援を受けた他の取組事例の紹介

③パネルディスカッション or グループワーク

9. 九州厚生局地域包括ケアシステム アドバイザー派遣

九州厚生局地域包括ケアシステムアドバイザー派遣

- 九州厚生局では、九州・沖縄管内の地域包括ケア深化推進及び地域共生社会実現に向けた支援を希望する県・市町村等に対して、それぞれの市町村等の課題に即したアドバイザーの派遣を実施しています。

○アドバイス項目

- (1) 介護予防・日常生活支援事業
- (2) 一般介護予防事業
- (3) 地域ケア会議
- (4) 在宅医療・介護連携推進事業
- (5) 認知症総合支援事業
- (6) 権利擁護（成年後見・介護相談員等）
- (7) 生活支援体制整備事業
- (8) その他

○アドバイザー登録者数

16人（令和3年6月現在）

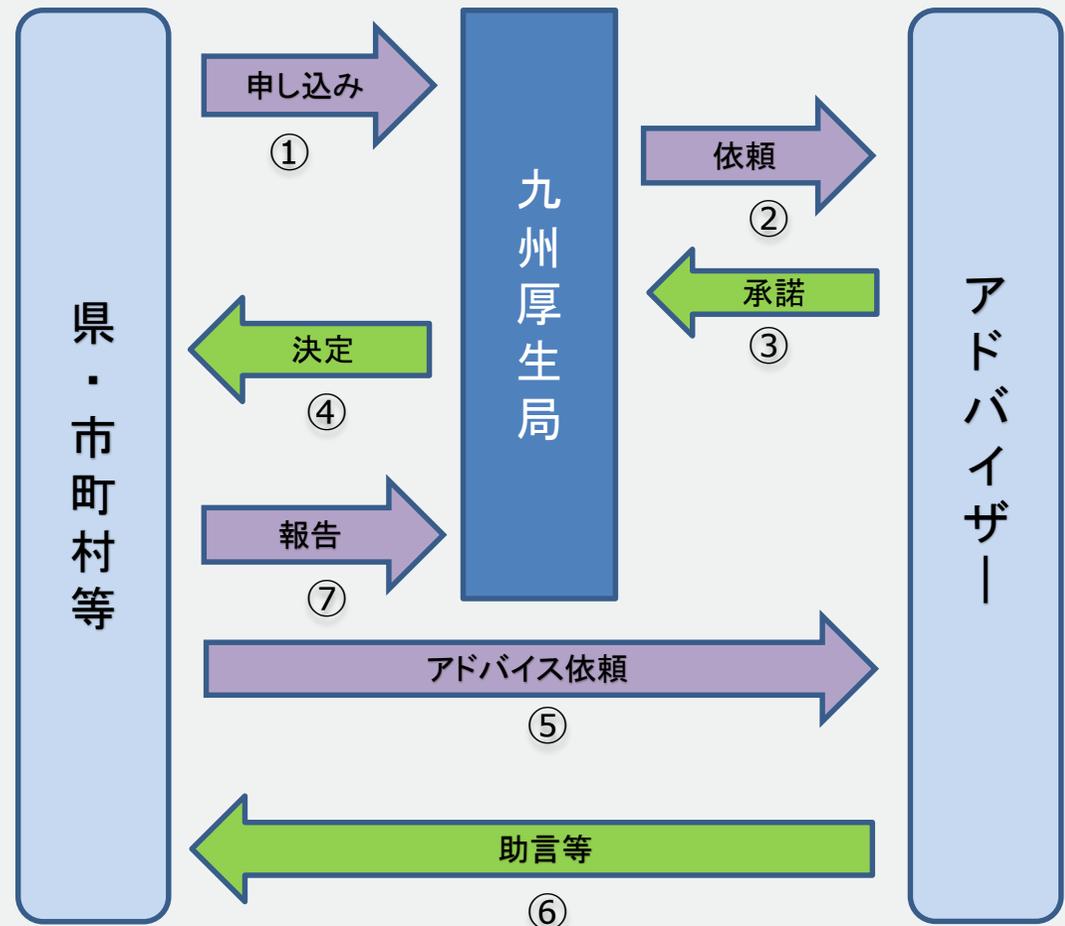
○申請方法

九州厚生局公式ホームページでご確認ください。

【知りたい分野から探す】

地域包括ケアシステム→アドバイザー派遣

○アドバイザー派遣概要（流れ）



ご清聴ありがとうございました

支え合いによる地域包括ケアシステムの構築について

- 地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。
- 自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。
- とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。



- 自助**：
 - ・介護保険・医療保険の自己負担部分
 - ・市場サービスの購入
 - ・自身や家族による対応
- 互助**：
 - ・費用負担が制度的に保障されていないボランティアなどの支援、地域住民の取組み
- 共助**：
 - ・介護保険・医療保険制度による給付
- 公助**：
 - ・介護保険・医療保険の公費（税金）部分
 - ・自治体等が提供するサービス

出典：平成28年3月 地域包括ケア研究会報告書より

咲かそう、地域包括ケアの花！

厚生労働省HP「地域包括ケアシステム」もぜひご覧ください

地域包括ケアシステム

検索

クリック

「地域包括ケアシステム」で検索してください。

介護事業所を検索するなら

