



## 地域包括ケアシステムの構築について

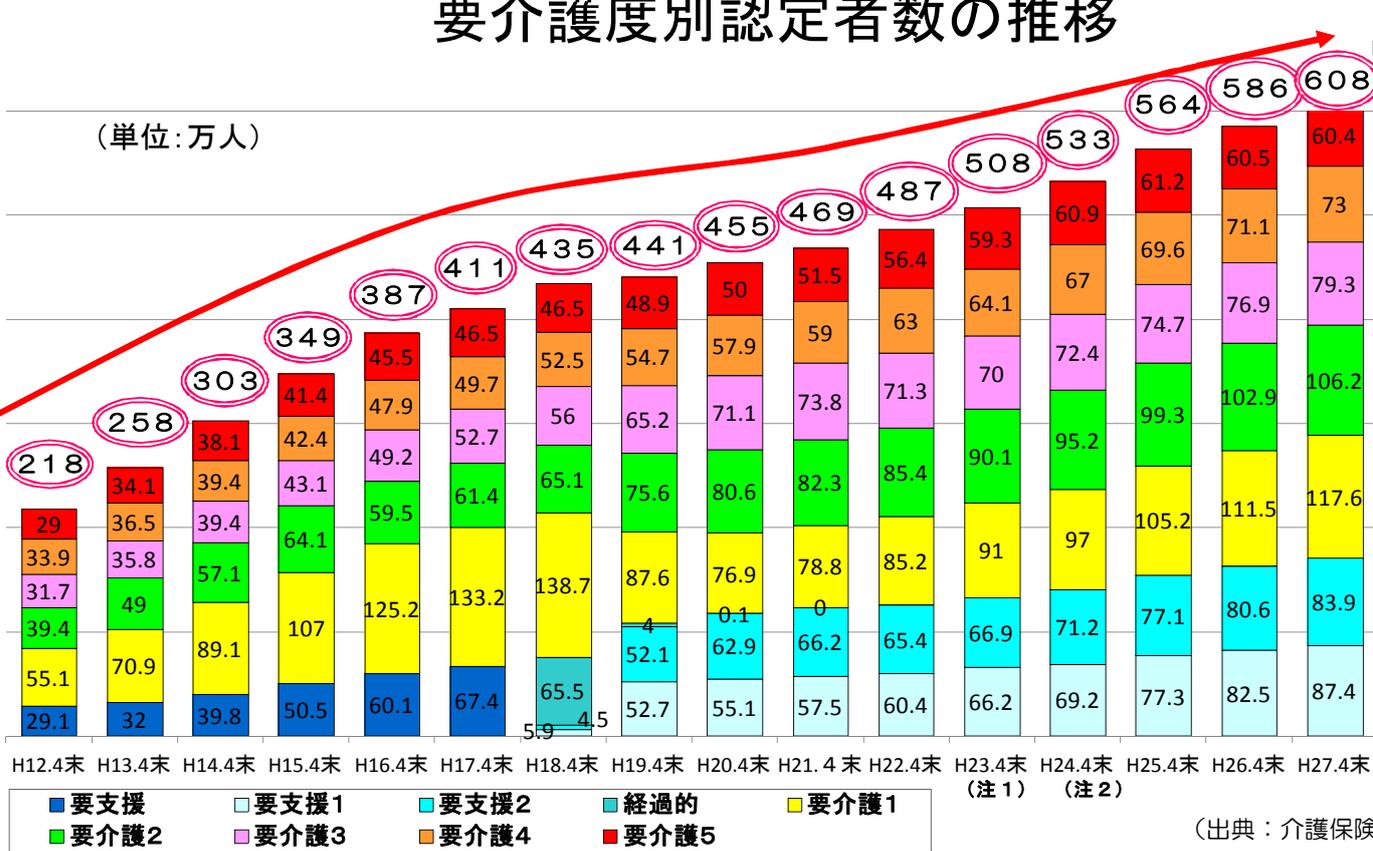
厚生労働省東北厚生局 健康福祉部  
地域包括ケア推進課

### Ⅰ．介護保険制度の現状

# 要介護度別認定者数の推移

H12.4→H27.4の比較

(単位:万人)



計	2.79倍	
要介護	5	2.08倍
	4	2.15倍
	3	2.50倍
	2	2.70倍
	1	3.43倍
経過的		
要支援	2	3.43倍
1		

H12.4末 H13.4末 H14.4末 H15.4末 H16.4末 H17.4末 H18.4末 H19.4末 H20.4末 H21.4末 H22.4末 H23.4末 H24.4末 H25.4末 H26.4末 H27.4末  
 (注1) (注2)  
 ■要支援 ■要支援1 ■要支援2 ■経過的 ■要介護1  
 ■要介護2 ■要介護3 ■要介護4 ■要介護5

(出典：介護保険事業状況報告)

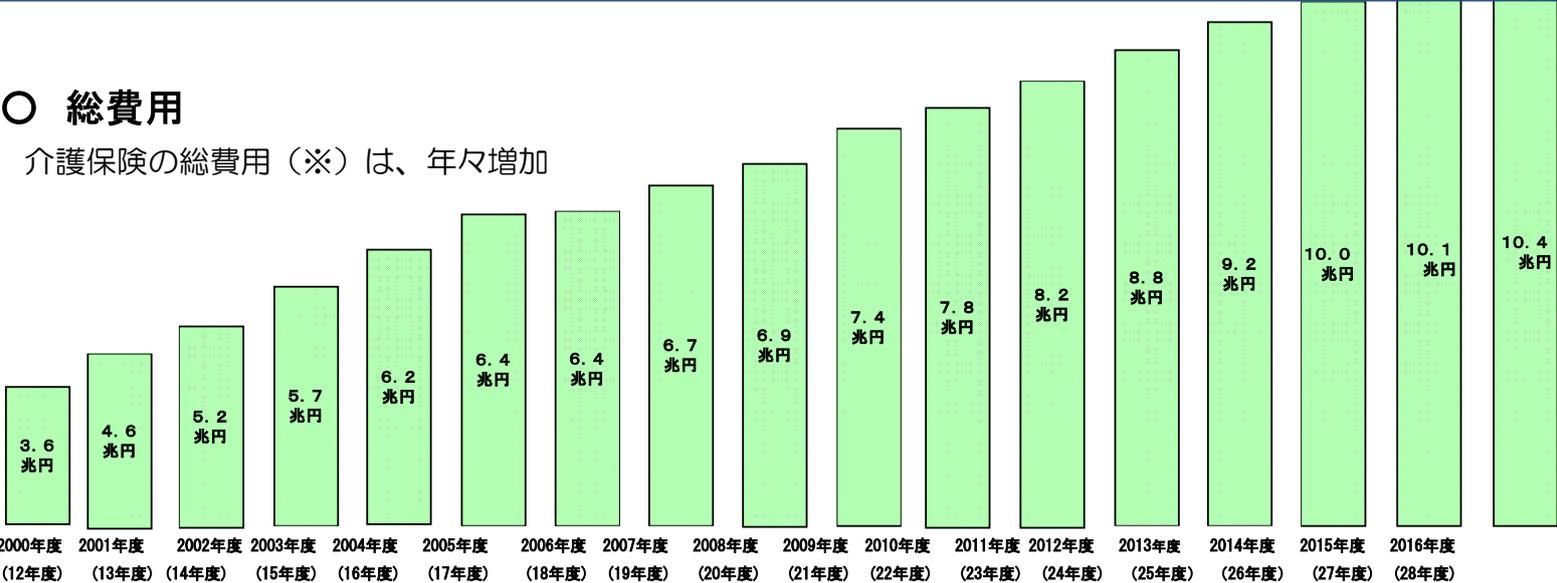
(注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。  
 (注2) 檜葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

※ 平成17年介護保険法の改正により、従来の「要支援」は「要支援1」に、「要介護1」は「要介護1」及び「要支援2」に区分変更された。  
 ※ 改正法施行時(平成18年4月1日)に要支援認定を受けていた者は、その認定期間の満了まで「経過的要介護」とする。  
 ※ 数字は四捨五入している。

## 介護費用と保険料の推移

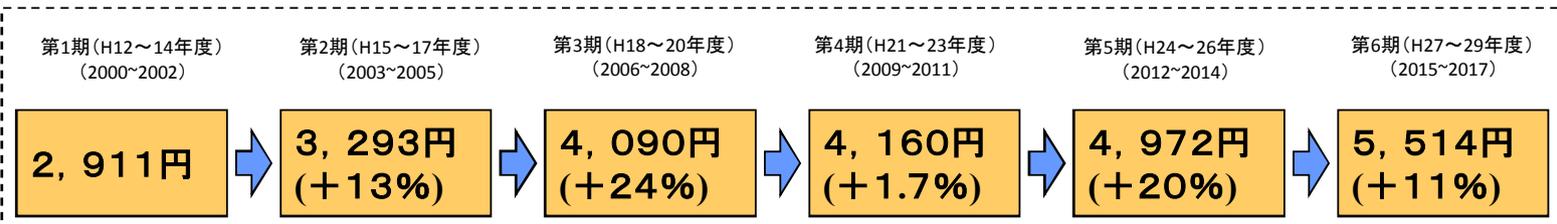
### ○ 総費用

介護保険の総費用(※)は、年々増加



(注) 2000～2013年度は実績、2014～2016年度は当初予算である。  
 ※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない(地方交付税により措置されている)。

### ○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕



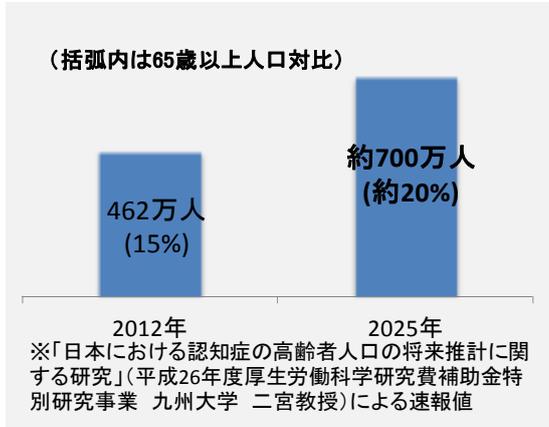
# 今後の介護保険をとりまく状況

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。

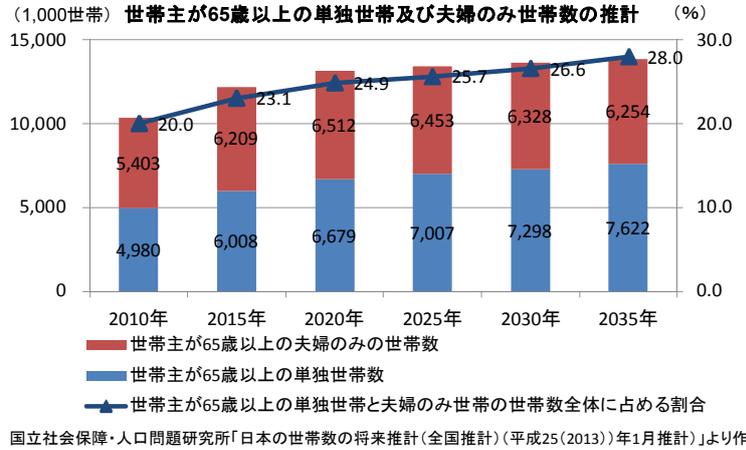
	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

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。



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



④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

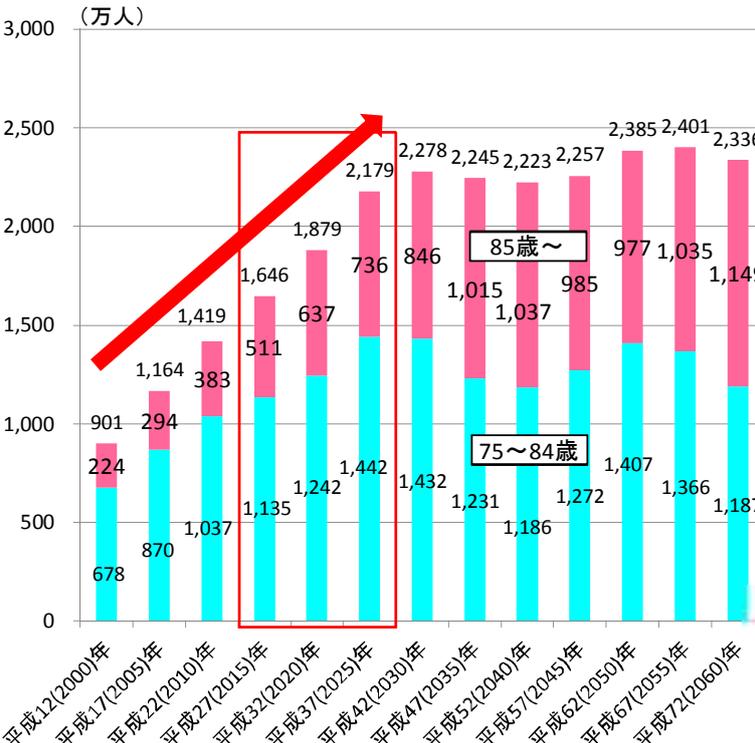
※都道府県名欄の( )内の数字は倍率の順位

	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	宮城県(20)	福島県(33)	青森県(36)	岩手県(43)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合 ( )は倍率	76.5万人 <10.6%>	71.7万人 <11.6%>	101.6万人 <11.1%>	29.9万人 <13.0%>	29.0万人 <15.1%>	20.0万人 <15.4%>	21.0万人 <16.6%>	18.8万人 <18.4%>	19.0万人 <17.0%>	1645.8万人 <13.0%>
2025年 <>は割合 ( )は倍率	117.7万人 <16.8%> (1.54倍)	108.2万人 <18.1%> (1.51倍)	148.5万人 <16.5%> (1.46倍)	38.5万人 <17.4%> (1.29倍)	34.4万人 <19.3%> (1.19倍)	23.7万人 <20.4%> (1.18倍)	23.4万人 <20.6%> (1.12倍)	20.5万人 <23.0%> (1.09倍)	20.7万人 <20.6%> (1.09倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.32倍)

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

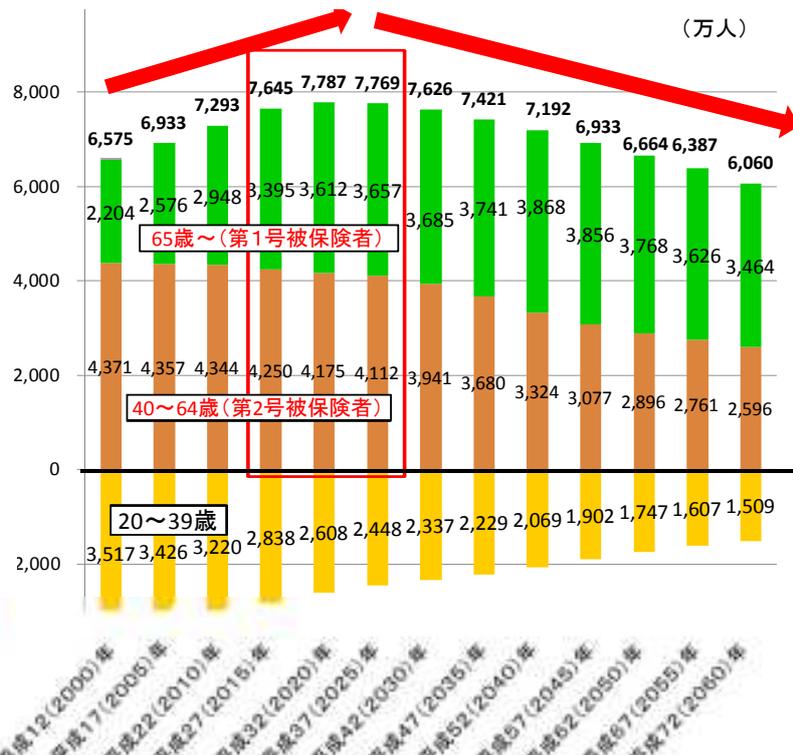
⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○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年間で、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。



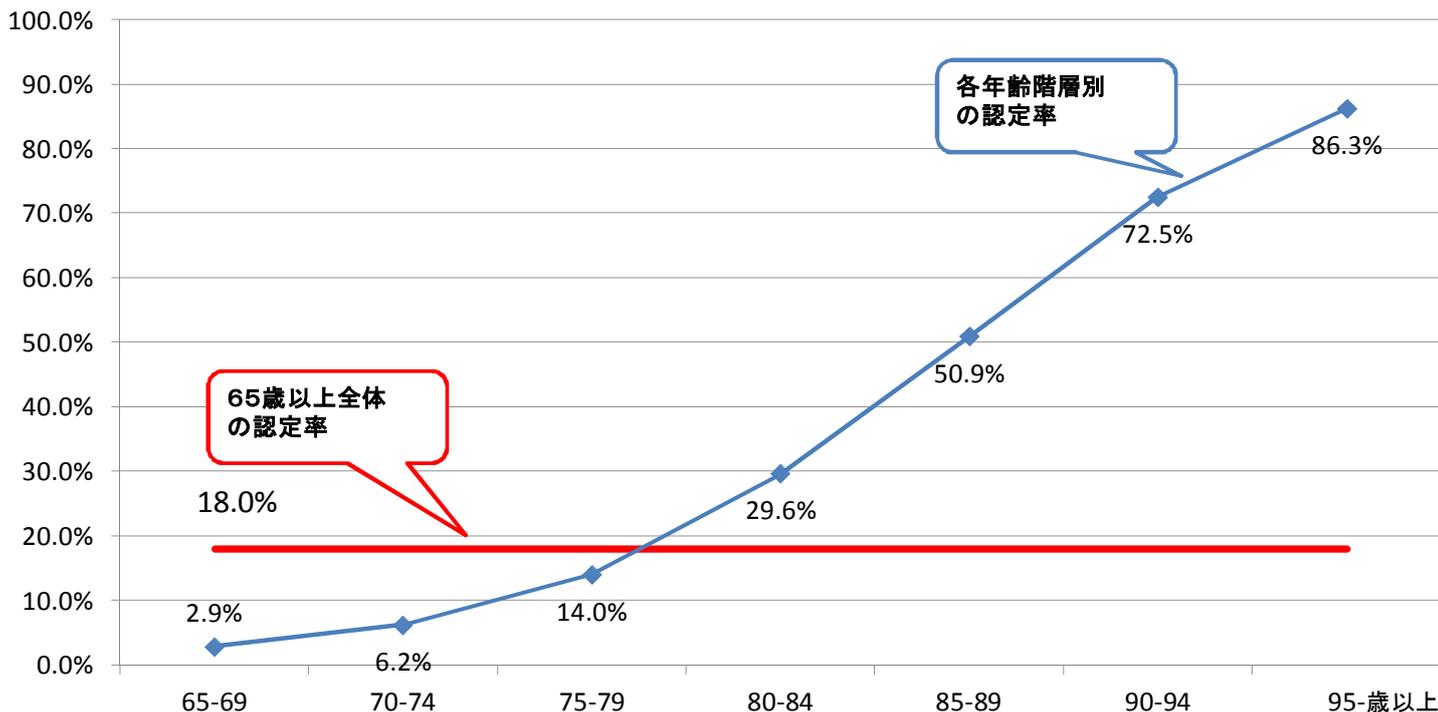
⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○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)

# 年齢階層別の要介護(要支援)認定率



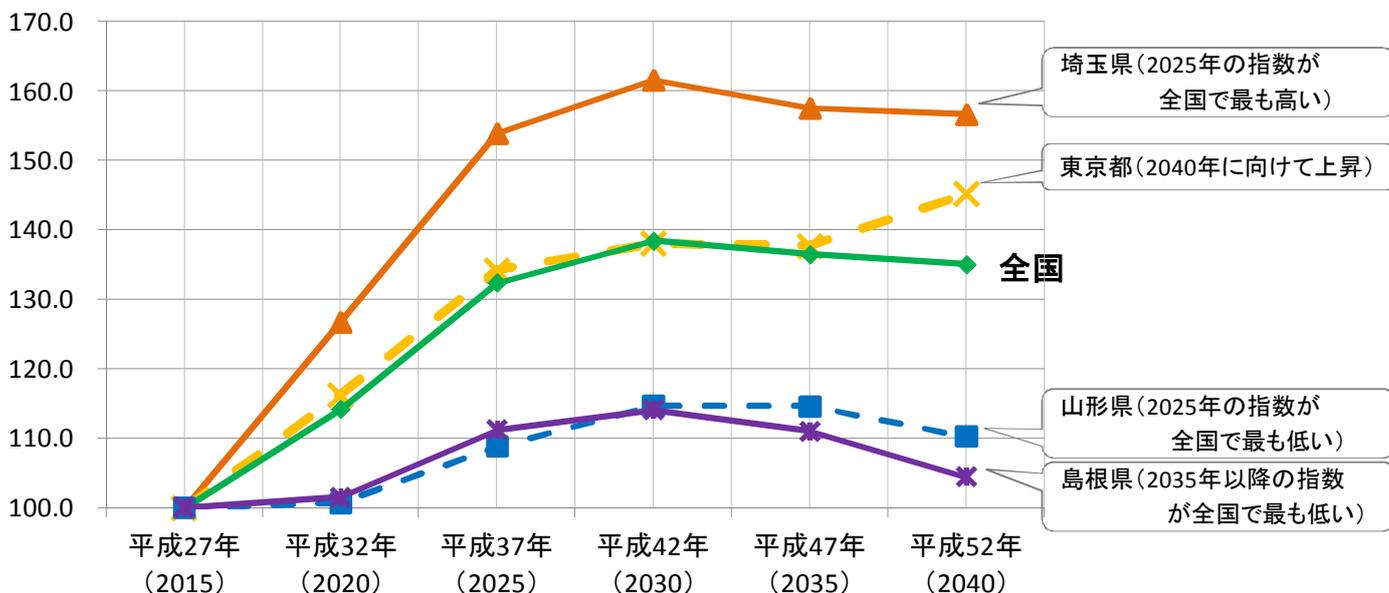
出典: 社会保障人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査(平成26年10月審査分)

## 2015年～2025年～2040年の各地域の高齢化の状況①

### 【都道府県】

- **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。その後の上昇は緩やかで、**2030年頃をピークに減少する**。  
 ※ 2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県  
 ※ **東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県**では、2040年に向けてさらに上昇
- **2015年から10年間の伸びの全国計**は、1.32倍であるが、**埼玉県、千葉県**では、**1.5倍を超える**一方、**山形県、秋田県**では、**1.1倍を下回る**など、地域間で大きな差がある。

### 75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



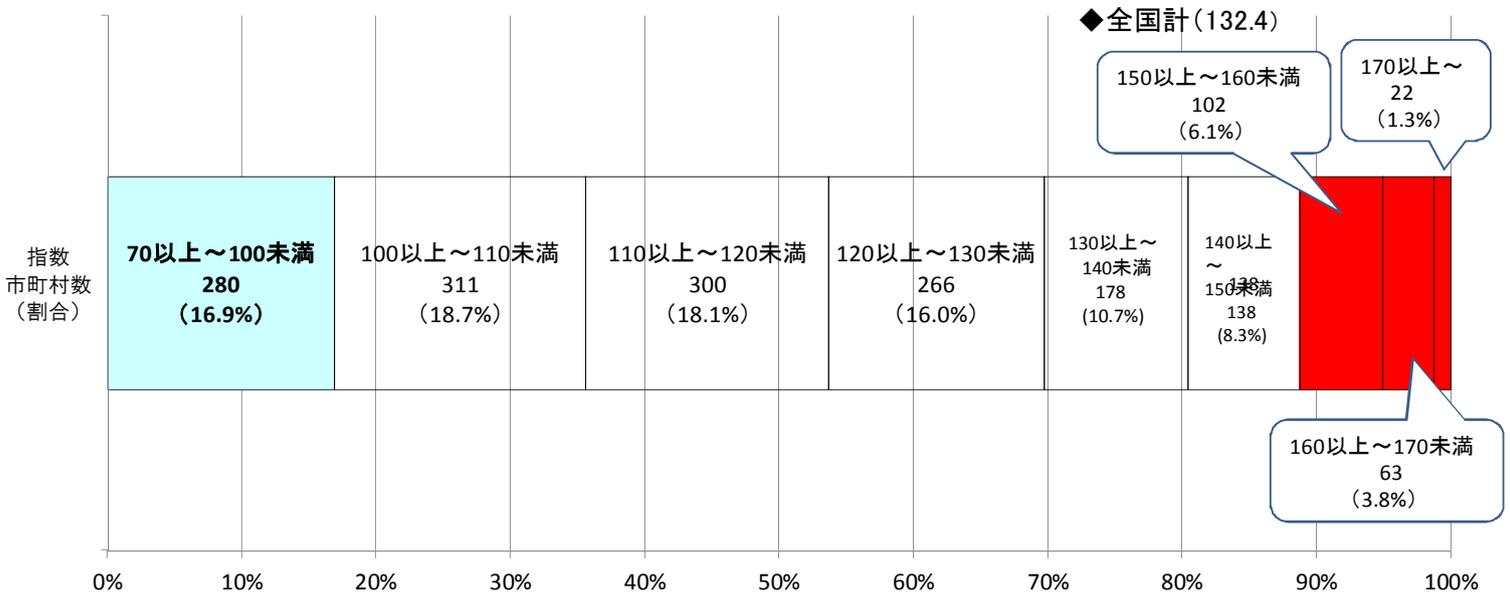
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

# 2015年～2025年～2040年の各地域の高齢化の状況②

## 【市町村】

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

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



注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

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

## 2025年を見据えた介護保険事業計画の策定等

第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載し、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。

団塊世代が65歳に

団塊世代が75歳に

2015 (H27)

2025 (H37)

第5期計画  
2012～2014

第6期計画  
2015～2017

第7期計画  
2018 (H30)～2020

第8期計画  
2021～2023

第9期計画  
2024～2026

<介護保険事業計画に2025年までの見通しを記載>

地域医療ビジョン (2025年まで)

現行の医療計画  
2013～2017

次期医療計画  
2018 (H30)～2023  
中間年で見直し

介護保険事業(支援)計画

医療計画との整合性の確保

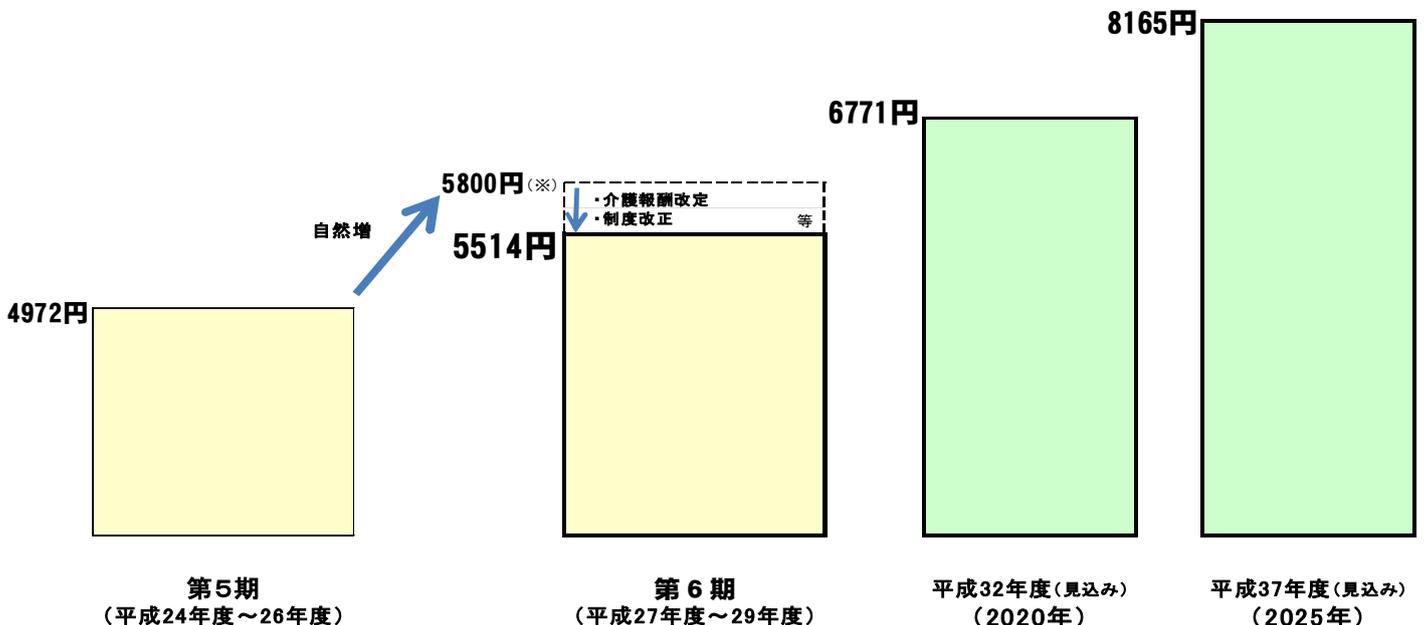
# 第6期介護保険事業計画等の全国集計



## 第6期及び2025年度等における介護保険の第1号保険料

- 65歳以上の方の納める介護保険料に関し、各市町村が定めた
  - ・ 第6期（平成27年度～平成29年度）の額
  - ・ 2020年及び2025年の見込額（今回初）の加重平均額を公表（4月28日）。
- 併せて、各サービスの見込み量についても公表。

第6期 : 5,514円 (10.9%増)  
 2020年 : 6,771円  
 2025年 : 8,165円



< 中長期的な推計 >

※政府予算の伸び率(年4.7%)を基に推計

# 第6期介護保険事業計画等の全国集計（概要）

## ○第1号被保険者数

平成26(2014)年度	平成27(2015)年度	平成28(2016)年度	平成29(2017)年度	平成32(2020)年度	平成37(2025)年度
3,278万人	3,345万人	3,406万人	3,455万人	3,550万人	3,575万人

## ○第1号被保険者の要介護（要支援）認定者数

平成26(2014)年度	平成27(2015)年度	平成28(2016)年度	平成29(2017)年度	平成32(2020)年度	平成37(2025)年度
588万人	612万人	639万人	668万人	744万人	826万人

## ○第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合

平成26(2014)年度	平成27(2015)年度	平成28(2016)年度	平成29(2017)年度	平成32(2020)年度	平成37(2025)年度
17.9%	18.3%	18.8%	19.3%	21.0%	23.1%

※1）2014年度の数値は、介護保険事業状況報告（平成26年12月分）の平成26年12月末時点の数値である。

※2）2015年度～2017年度、2020年度、2025年度の数値は、第6期介護保険事業計画について、平成27年4月24日現在で集計した数値である。

13

## 第6期介護保険事業計画におけるサービス見込み量等の推計結果

●この推計は、第6期計画の策定に当たり全国の保険者が推計した、第6期計画期間の最終年度である平成29年度、5年後の平成32年度、10年後団塊の世代が75歳となる平成37年度の介護サービスの必要見込み量を集計し、直近の実績（平成27年3月）と比較したもの。

		平成27年3月 (実績)	平成29年度 (2017)	平成26年度から の伸び	平成32年度 (2020)	平成26年度から の伸び	平成37年度 (2025)	平成26年度から の伸び
1. 第6期介護保険事業計画等の全国集計（概要）	第一号被保険者数	3,302万人	3,455万人	(5%増)	3,550万人	(7%増)	3,575万人	(9%増)
	第1号被保険者の要介護(要支援)認定者数	592万人	668万人	(14%増)	744万人	(27%増)	826万人	(40%増)
2. 第6期介護保険事業計画におけるサービス見込み	在宅介護	353万人	384万人	(9%増)	436万人	(24%増)	491万人	(40%増)
	うちホームヘルプ	103万人	121万人	(16%増)	137万人	(32%増)	155万人	(49%増)
	うちデイサービス	191万人	231万人	(20%増)	267万人	(39%増)	301万人	(56%増)
	うちショートステイ	38万人	45万人	(15%増)	51万人	(30%増)	58万人	(46%増)
	うち訪問看護	37万人	46万人	(25%増)	54万人	(47%増)	62万人	(68%増)
	うち小規模多機能	8万人	13万人	(56%増)	15万人	(81%増)	17万人	(105%増)
	うち定期巡回・随時対応型サービス	1.0万人	3.3万人	(280%増)	4.7万人	(443%増)	6.2万人	(614%増)
	うち看護小規模多機能型居宅介護	0.3万人	1.4万人	(400%増)	1.8万人	(552%増)	2.3万人	(735%増)
	居住系サービス	38万人	47万人	(25%増)	53万人	(40%増)	60万人	(58%増)
	特定施設(有料老人ホーム等)	20万人	25万人	(30%増)	29万人	(49%増)	33万人	(71%増)
	認知症高齢者グループホーム	18万人	22万人	(18%増)	24万人	(30%増)	26万人	(43%増)
介護施設	96万人	106万人	(12%増)	114万人	(20%増)	123万人	(30%増)	
特養	54万人	62万人	(17%増)	68万人	(27%増)	74万人	(38%増)	
老健(+介護療養)	41万人	44万人	(7%増)	46万人	(12%増)	49万人	(19%増)	
3. 保険料	保険料基準額	4,972円	5,514円	(11%増)	6,771円	(36%増)	8,165円	(64%増)

※平成27年3月（実績）の数値は、介護保険事業状況報告（平成27年5月月報:平成27年3月サービス分）より、平成29年度（2017）、平成32年度（2020）、平成37年度（2025）の数値は、第6期介護保険事業計画における推計値について、平成27年4月24日現在で集計した数値。

# 2020年代初頭に向けた介護人材確保について

2020年度に必要となる介護人材 **約20万人** (需要見込みと供給見込みの差)

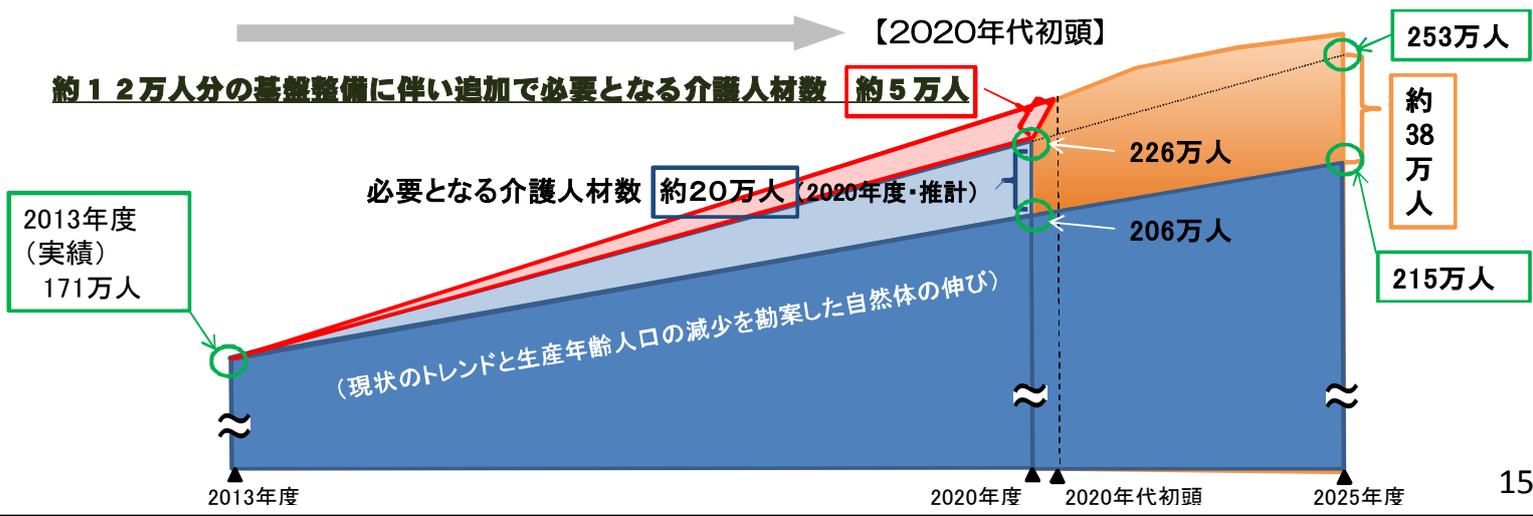
- ※ 需要見込み: 市町村による第6期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量等に基づく推計
- ※ 供給見込み: 入職・離職等の動向に将来の生産年齢人口の減少等の人口動態を踏まえた推計\*  
(平成27年度以降に追加的に取り組む施策の効果は含んでいない)
- \* 入職・離職等の見込みは、現状維持を前提とし、さらに生産年齢人口の減少を折り込んだ堅めの推計となっている



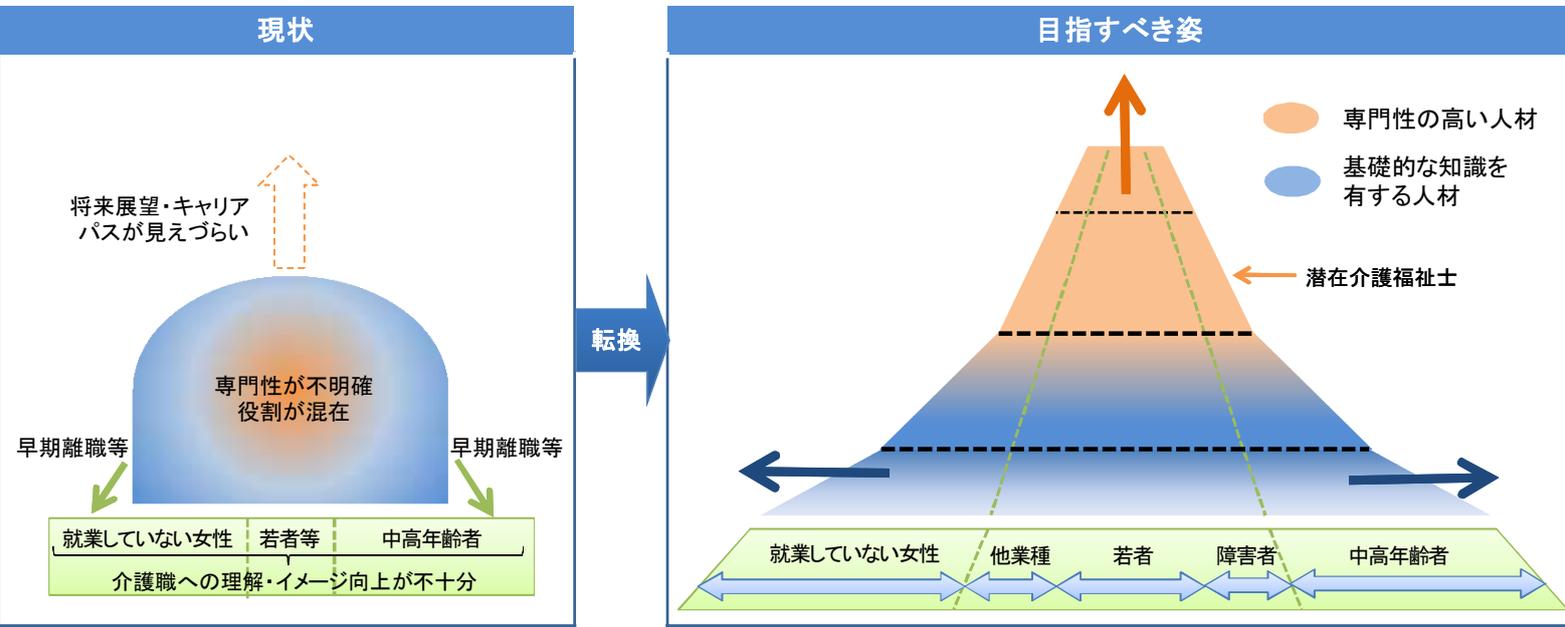
約12万人分の基盤整備に伴い**約5万人**の介護人材が必要

- ※ 介護サービス約12万人増 × 利用者1人あたり必要な介護人材数(平均)0.4人 … 約5万人

介護人材 **約25万人** 確保のため対策を総合的・計画的に推進



## 「総合的な確保方策」の目指す姿 ~「まんじゅう型」から「富士山型」へ~



参加促進	1. すそ野を拓げる	人材のすそ野の拡大を進め、多様な人材の参加促進を図る
労働環境・ 処遇の改善	2. 道を作る	本人の能力や役割分担に応じたキャリアパスを構築する
	3. 長く歩み続ける	いったん介護の仕事についての者の定着促進を図る
資質の向上	4. 山を高くする	専門性の明確化・高度化で、継続的な質の向上を促す
	5. 標高を定める	限られた人材を有効活用するため、機能分化を進める

## II. 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の概要（介護関係）

- 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の概要
- 介護保険制度の改正の主な内容について（地域支援事業関係）

17

### 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の概要

#### 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（地域介護施設整備促進法等関係）

- 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。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。

18

## 医療・介護サービスの提供体制の改革の趣旨

- 2025年には団塊の世代が75歳以上となり、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となります。今後、高齢化が進むと医療や介護を必要とする方がますます増加しますが、現在の我が国の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分対応できないと見込まれています。
- 例えば、医療については、入院患者が増えると、救急患者の受入れを断る事例が増えるのではないかと、退院して在宅に帰りたいが往診してくれる医師が見つからないのではないかなどといった不安があります。
- また、介護については、介護度が重度になったり、一人暮らしや老夫婦だけになっても、安心して暮らすことができるか、在宅で暮らすことができなくなった時の施設が十分にあるか、認知症になっても地域で生活を続けていくことができるかなどといった不安があります。
- このため、高度な急性期医療が必要な患者は、質の高い医療や手厚い看護が受けられ、リハビリが必要な患者は身近な地域でリハビリが受けられるようにする必要があります。同時に、退院後の生活を支える在宅医療や介護サービスを充実し、早期に在宅復帰や社会復帰ができるようにするとともに、生活支援や介護予防を充実させ、住み慣れた地域で長く暮らすことができるようにする必要があります。  
2025年を見据え、限られた医療・介護資源を有効に活用し、必要なサービスを確保していくため、こうした改革を早急に実施することが不可欠です。

### 今後の高齢化の見込み

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上人口 (割合)	3,058万人 (24.0%)	3,395万人 (26.8%)	3,657万人 (30.3%)	3,626万人 (39.4%)
75歳以上人口 (割合)	1,511万人 (11.8%)	1,646万人 (13.0%)	2,179万人 (18.1%)	2,401万人 (26.1%)

### 認知症高齢者数の推計

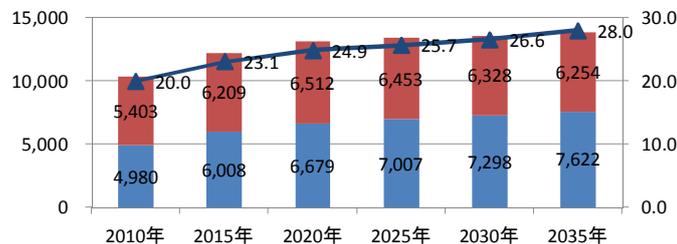
(日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数の推計)

2010年: 280万人



2025年: 470万人

### 世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計

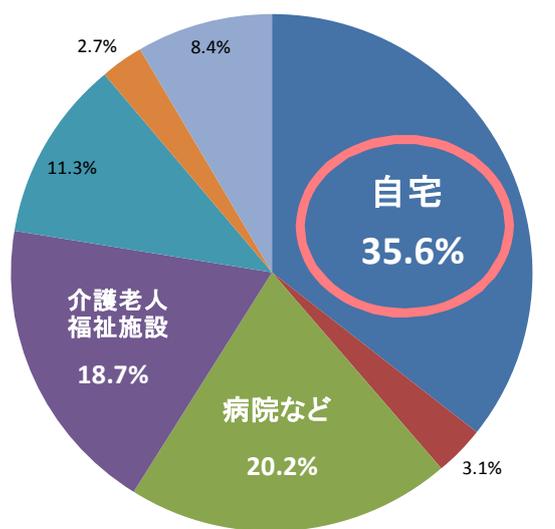


- 世帯主が65歳以上の夫婦のみ世帯数
- 世帯主が65歳以上の単独世帯数
- ▲ 世帯主が65歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯が全体に占める割合

19

## 介護を受けたい場所

3人に1人は、「介護を受けたい場所」について、「自宅」を希望している。

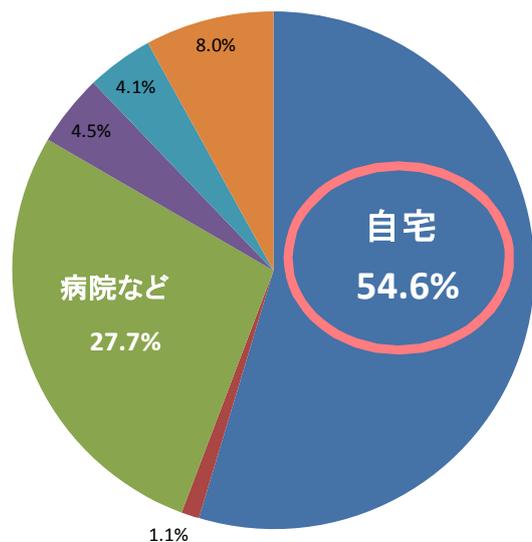


- 自宅
- 病院などの医療機関
- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- その他・わからない
- 子ども・親族の家
- 介護老人福祉施設
- 民間有料老人ホーム等

(注)対象は、全国55歳以上の男女

## 最期を迎えたい場所

半数以上が、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。



- 自宅
- 病院などの医療施設
- 高齢者向けのケア付き住宅
- 子ども・親族の家
- 特別養護老人ホームなどの福祉施設
- その他・わからない

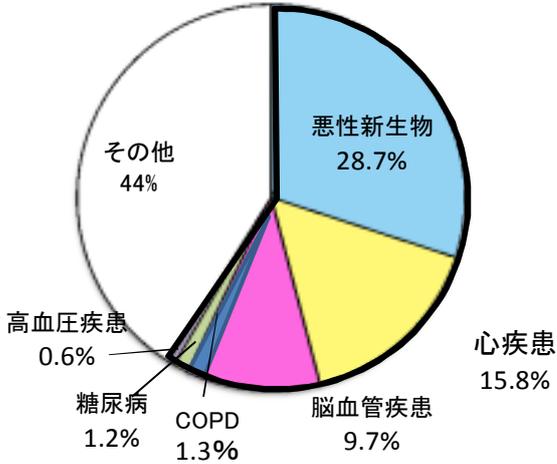
(注)対象は、全国60歳以上の男女

# 我が国における疾病構造

生活習慣病は死亡割合の約6割

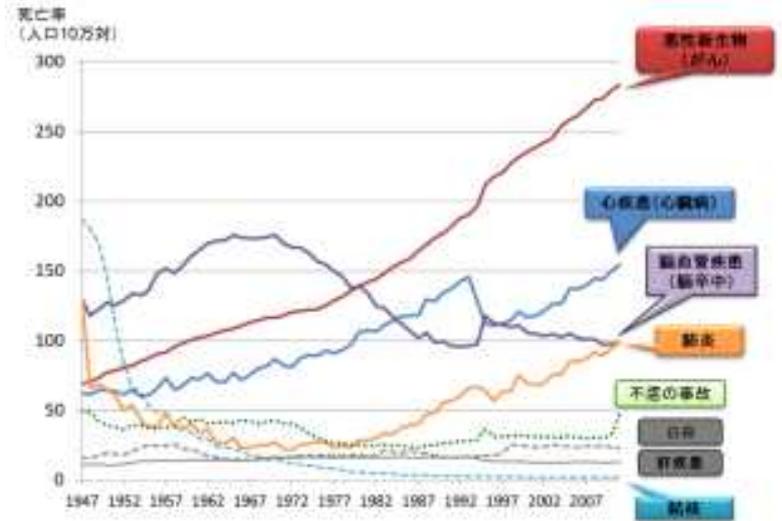
我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化。

死因別死亡割合(平成24年)  
生活習慣病・・・57.2%



(出所)「平成24年度人口動態統計」

主な疾患別の死亡率の推移



(出所)「人口動態統計(1947～2011年)」

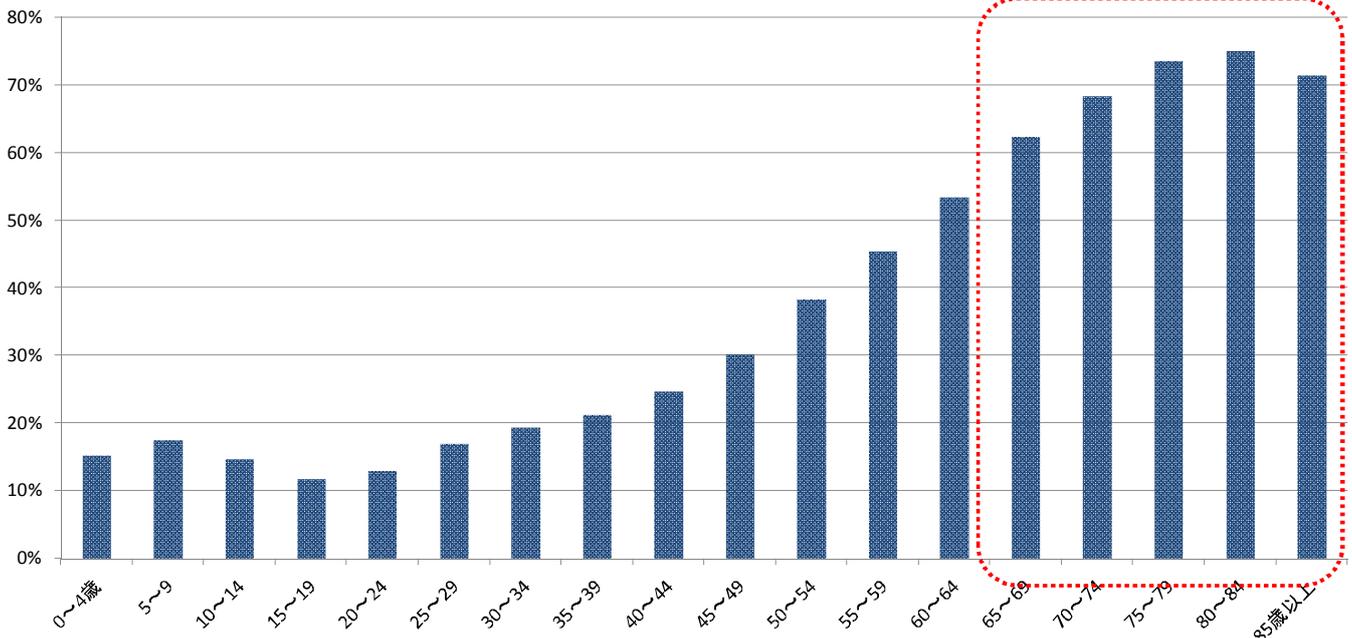
※ 生活習慣病関連疾患に係る医療費は、医科診療医療費(28.3兆円)の約3割(8.9兆円)を占める。(出所)「平成24年度国民医療費」

## 高齢者における医療の必要性について

○ 年齢とともに医療機関等へ通院する割合は高くなり、65歳以上の高齢者では過半数の者が通院をおこなっている。

年齢別通院者※割合

(通院者割合)



※ 通院者；通院者とは、世帯員（入院者を除く。）のうち、病気やけがで病院や診療所（往診・訪問診療を含む。）、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。

出典：平成25年国民生活基礎調査

# 平成26年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）

- \* 保険料見直し：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

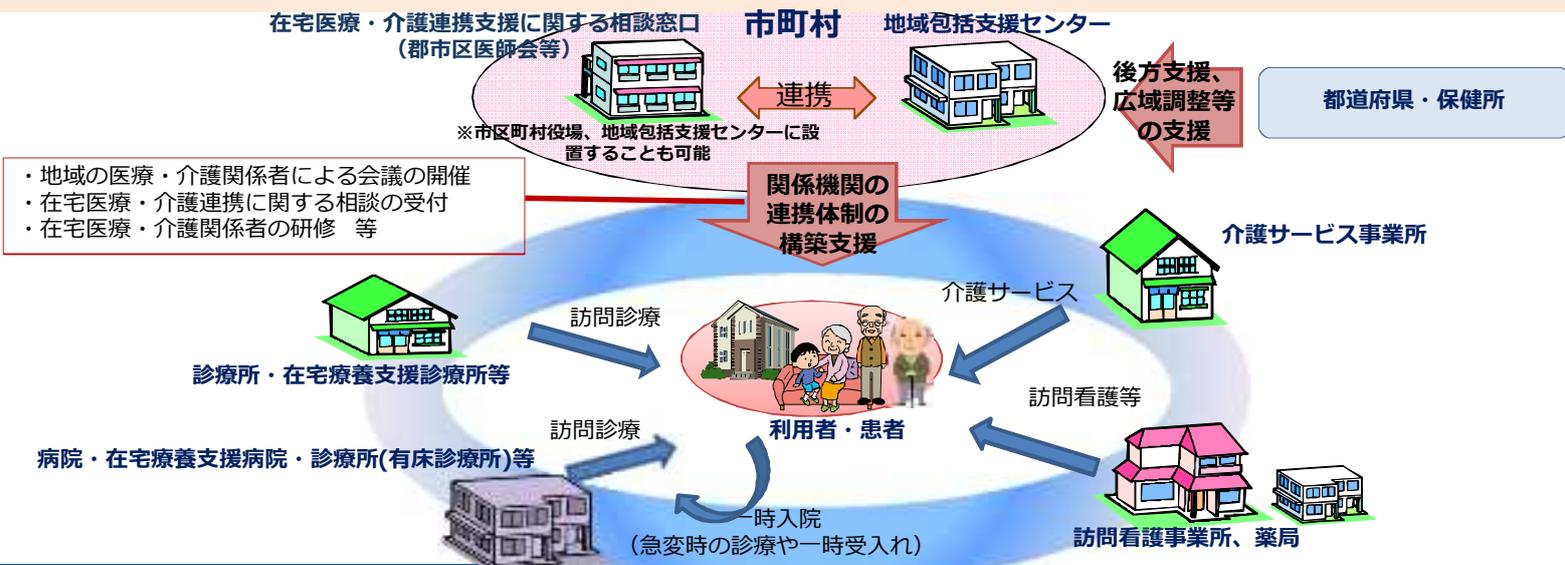
- ・2割負担とする所得水準は、65歳以上高齢者の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上（単身で年金収入のみの場合、280万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- ・医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

#### ②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補正給付」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。
- 関係機関の連携による多職種協働の体制の構築のため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となり取組を進める。



### 在宅医療・介護連携推進事業

- 平成26年改正により地域支援事業に位置づけ。
- 平成27年4月より実施可能な市町村から開始し、平成30年4月には全市区町村で実施。

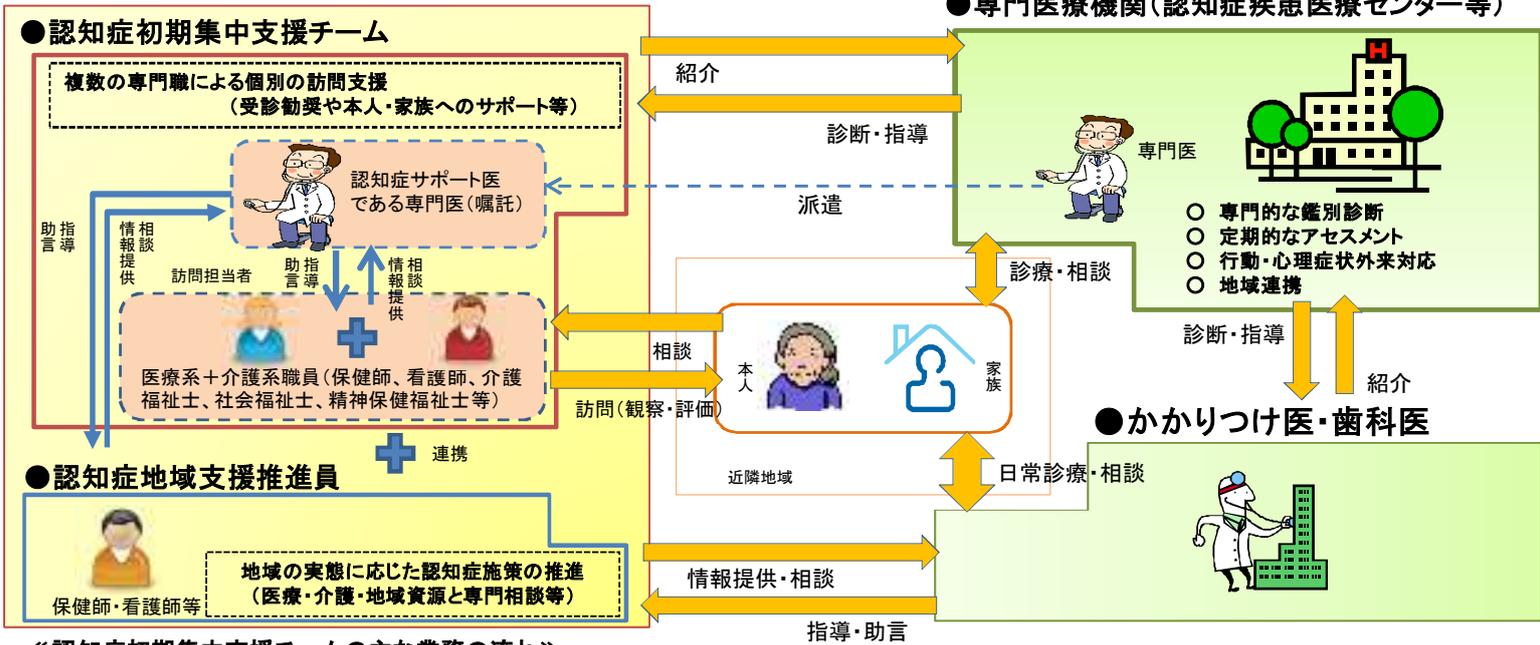
- |                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| (ア) 地域の医療・介護の資源の把握            | (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援      |
| (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討    | (カ) 医療・介護関係者の研修            |
| (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 | (キ) 地域住民への普及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

# 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** 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(個別の訪問支援)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** 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、身体の様子などのチェック)、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

## 認知症カフェ実施状況

### ○ 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

～認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)抜粋～

#### 【認知症カフェ等の設置】

2013(平成25)年度国の財政支援を開始

⇒ 2018(平成30)年度～すべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画により地域の実情に応じ実施



### ○ 27年度実績調査

- ・47都道府県722市町村にて、2253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。

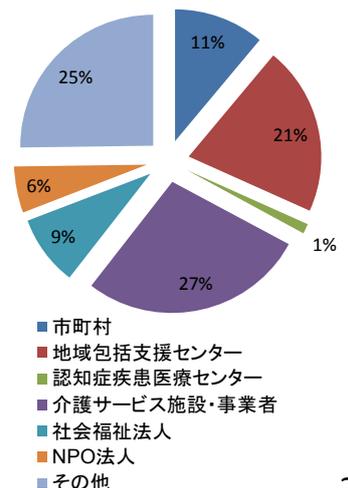
～都道府県別実施状況(実施市町村数)～

～都道府県別実施状況(設置カフェ数)～

～設置主体～

都道府県	実施市町村数	都道府県	実施市町村数	都道府県	実施市町村数
北海道	32	石川県	14	岡山県	14
青森県	8	福井県	13	広島県	13
岩手県	13	山梨県	6	山口県	8
宮城県	20	長野県	23	徳島県	12
秋田県	10	岐阜県	28	香川県	6
山形県	19	静岡県	12	愛媛県	10
福島県	15	愛知県	39	高知県	10
茨城県	9	三重県	13	福岡県	26
栃木県	7	滋賀県	13	佐賀県	3
群馬県	7	京都府	21	長崎県	8
埼玉県	37	大阪府	23	熊本県	19
千葉県	27	兵庫県	36	大分県	13
東京都	40	奈良県	10	宮崎県	7
神奈川県	11	和歌山県	7	鹿児島県	14
新潟県	16	鳥取県	5	沖縄県	6
富山県	12	島根県	7	<b>計</b>	<b>722</b>

都道府県	カフェ数	都道府県	カフェ数	都道府県	カフェ数
北海道	81	石川県	33	岡山県	44
青森県	20	福井県	25	広島県	52
岩手県	17	山梨県	12	山口県	17
宮城県	69	長野県	45	徳島県	25
秋田県	14	岐阜県	45	香川県	14
山形県	42	静岡県	30	愛媛県	20
福島県	36	愛知県	161	高知県	22
茨城県	10	三重県	39	福岡県	73
栃木県	12	滋賀県	38	佐賀県	3
群馬県	9	京都府	97	長崎県	12
埼玉県	143	大阪府	106	熊本県	55
千葉県	67	兵庫県	206	大分県	38
東京都	226	奈良県	20	宮崎県	16
神奈川県	61	和歌山県	8	鹿児島県	33
新潟県	76	鳥取県	20	沖縄県	21
富山県	29	島根県	11	<b>計</b>	<b>2253</b>



※ 都道府県管内において認知症カフェの開設を把握している市町村数。

※ n=2253 (複数回答あり)

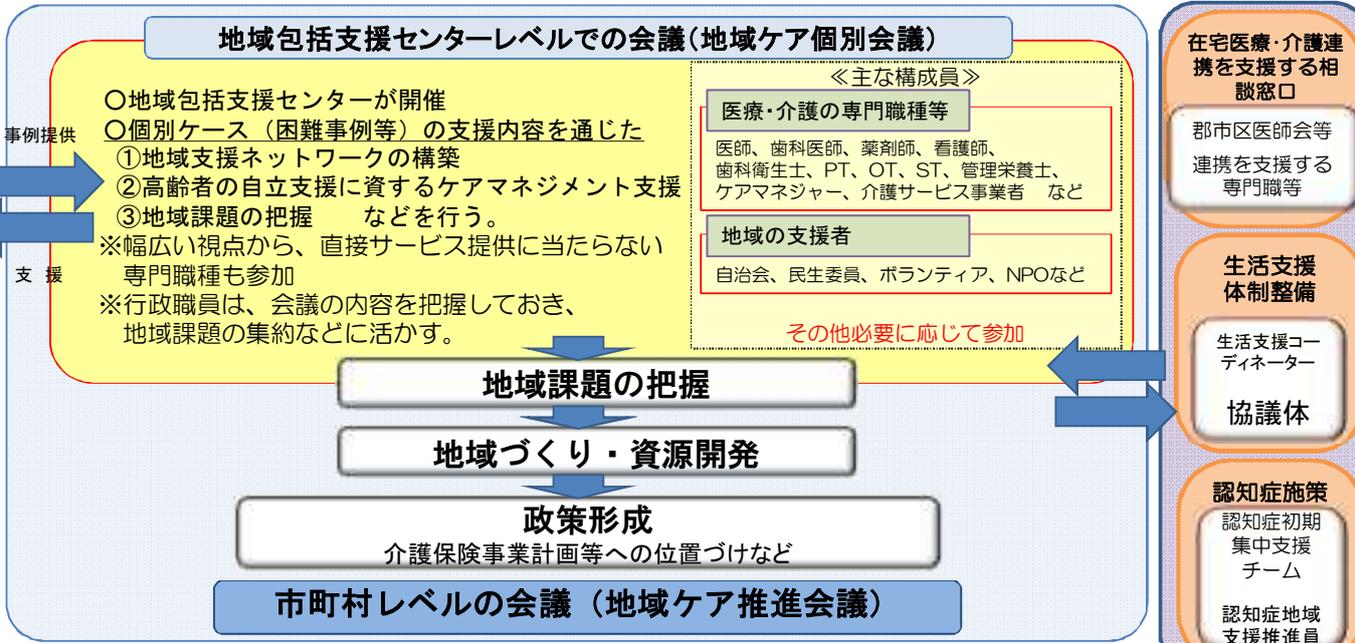
# 地域ケア会議の推進

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)

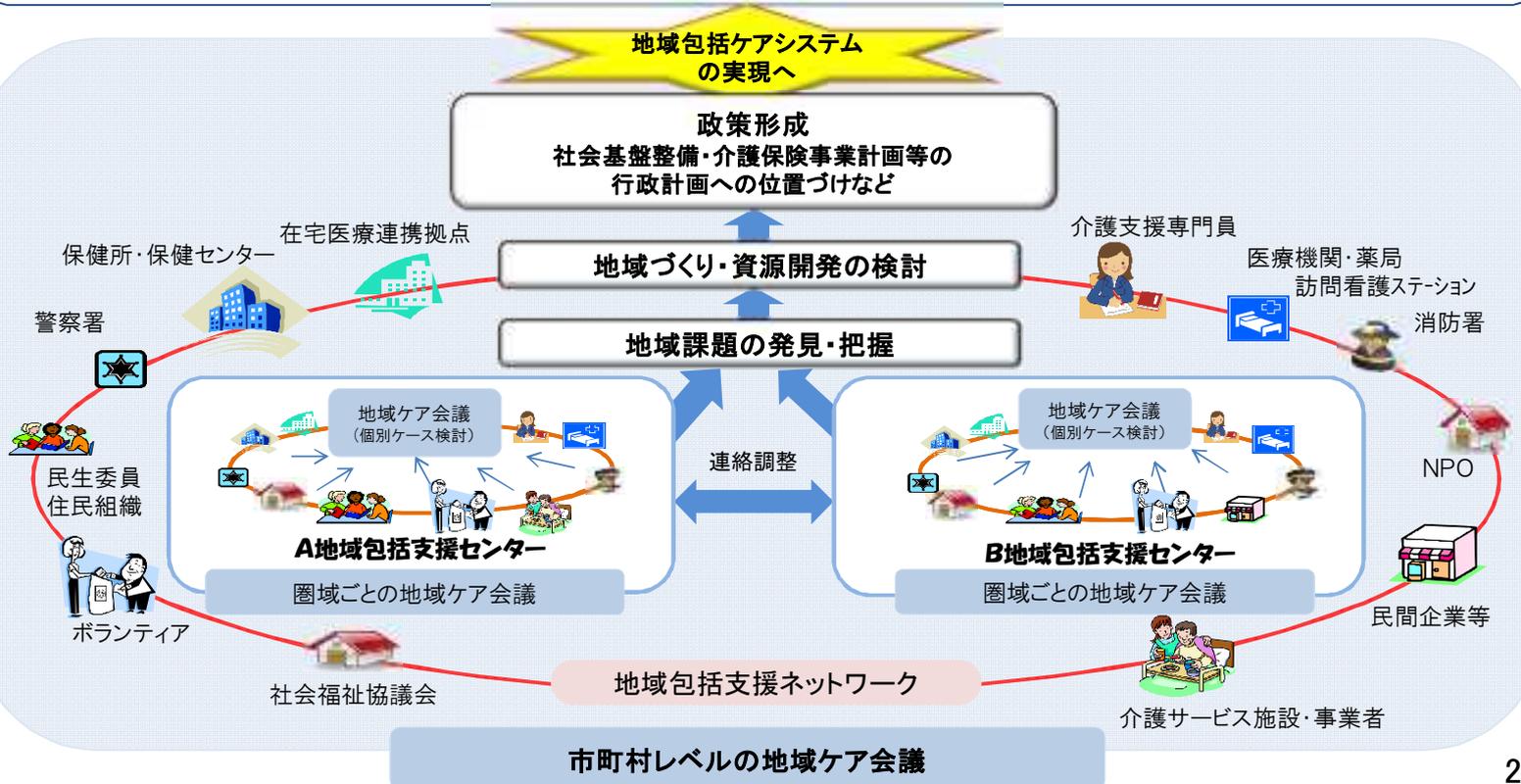
- 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- 地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など



・地域包括支援センターの箇所数:4,557ヶ所(センター・ブランチ・サブセンター合計7,228ヶ所)(平成26年4月末現在)

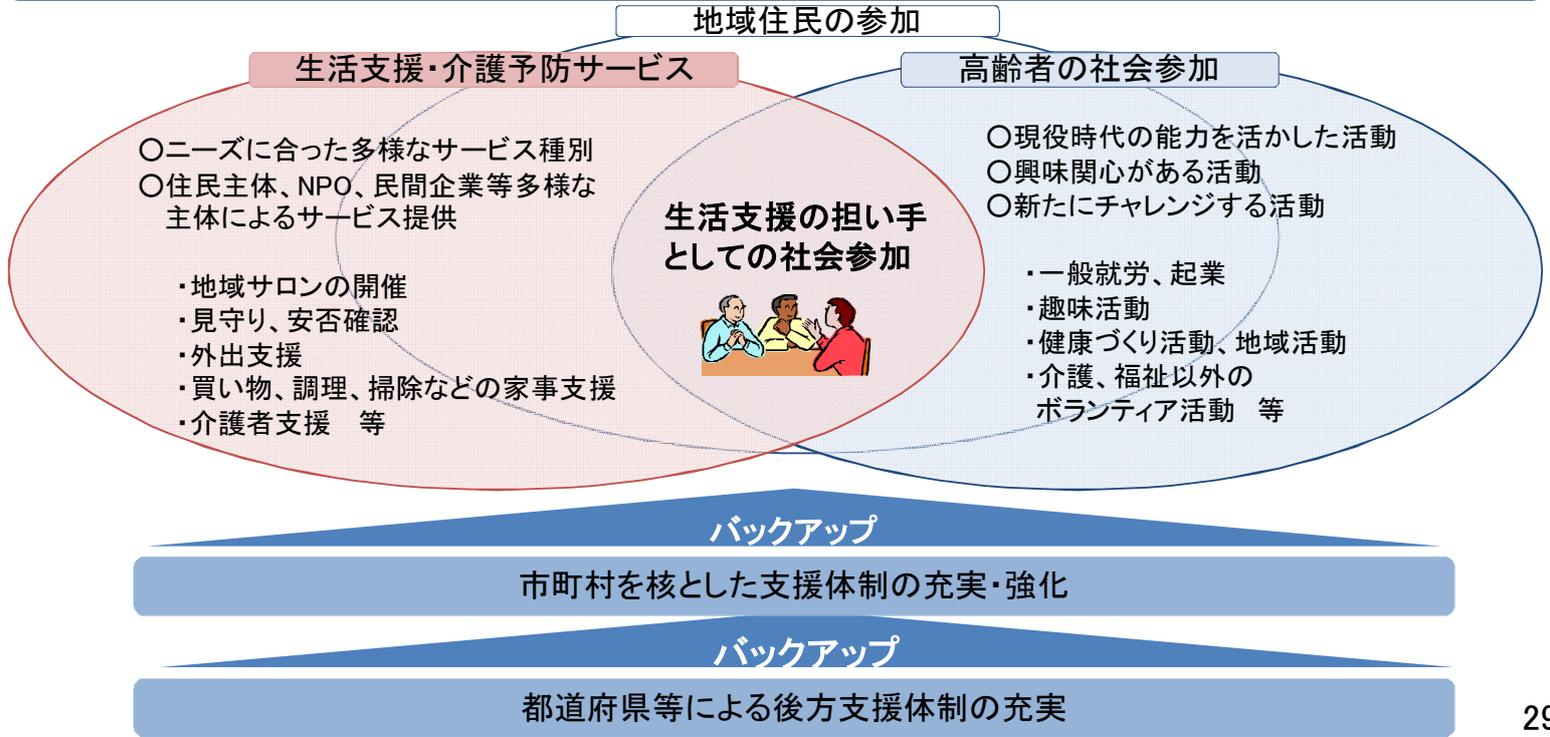
## 「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

- 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。



# 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。



## 【参考】生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割

(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"> <li>○ 地域に不足するサービスの創出</li> <li>○ サービスの担い手の養成</li> <li>○ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 関係者間の情報共有</li> <li>○ サービス提供主体間の連携の体制づくりなど</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul>

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

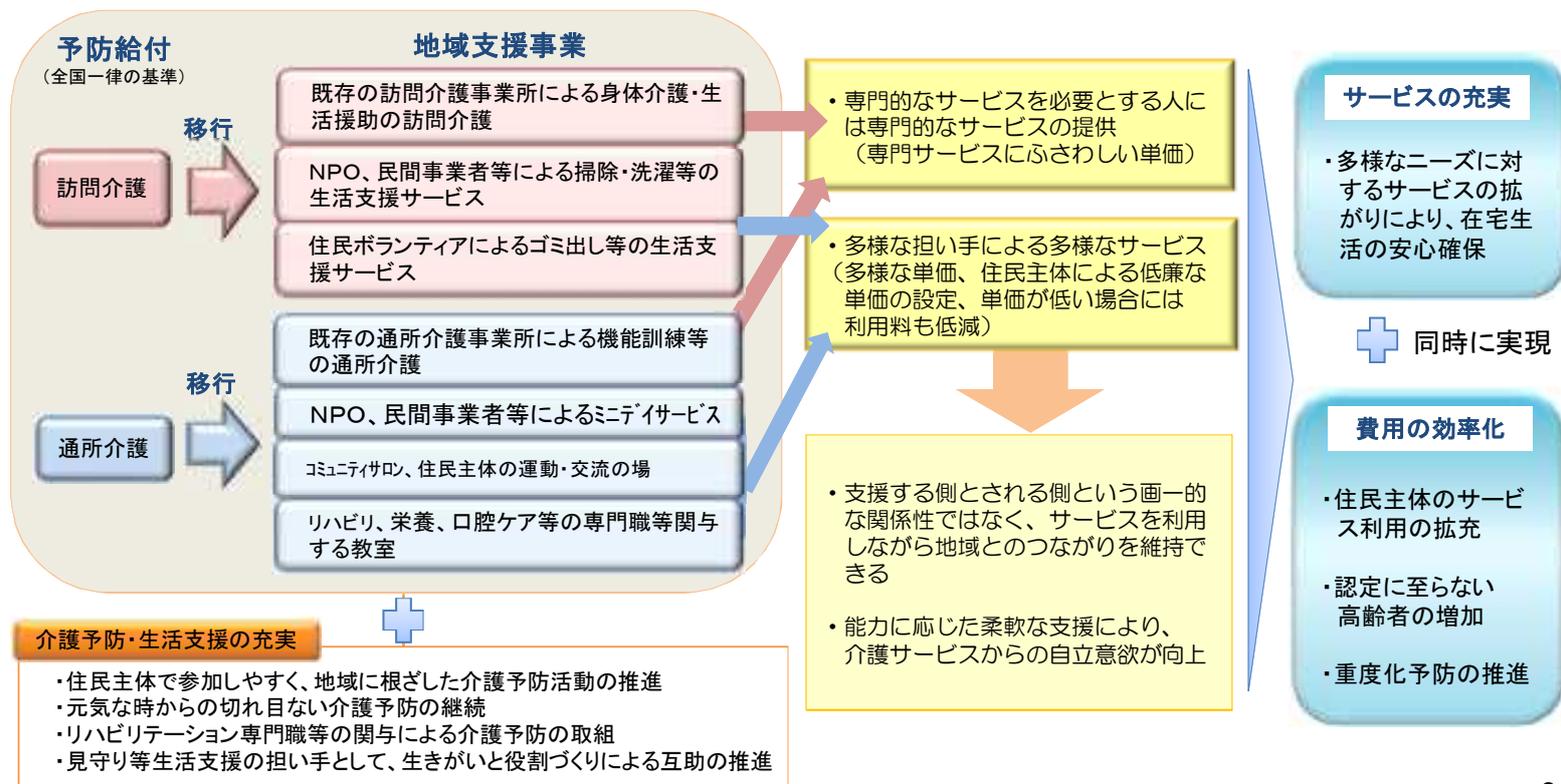
生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例



※1 これらの取組については、平成26年度予算においても先行的に取り組めるよう5億円を計上。  
 ※2 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する予定であるが、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

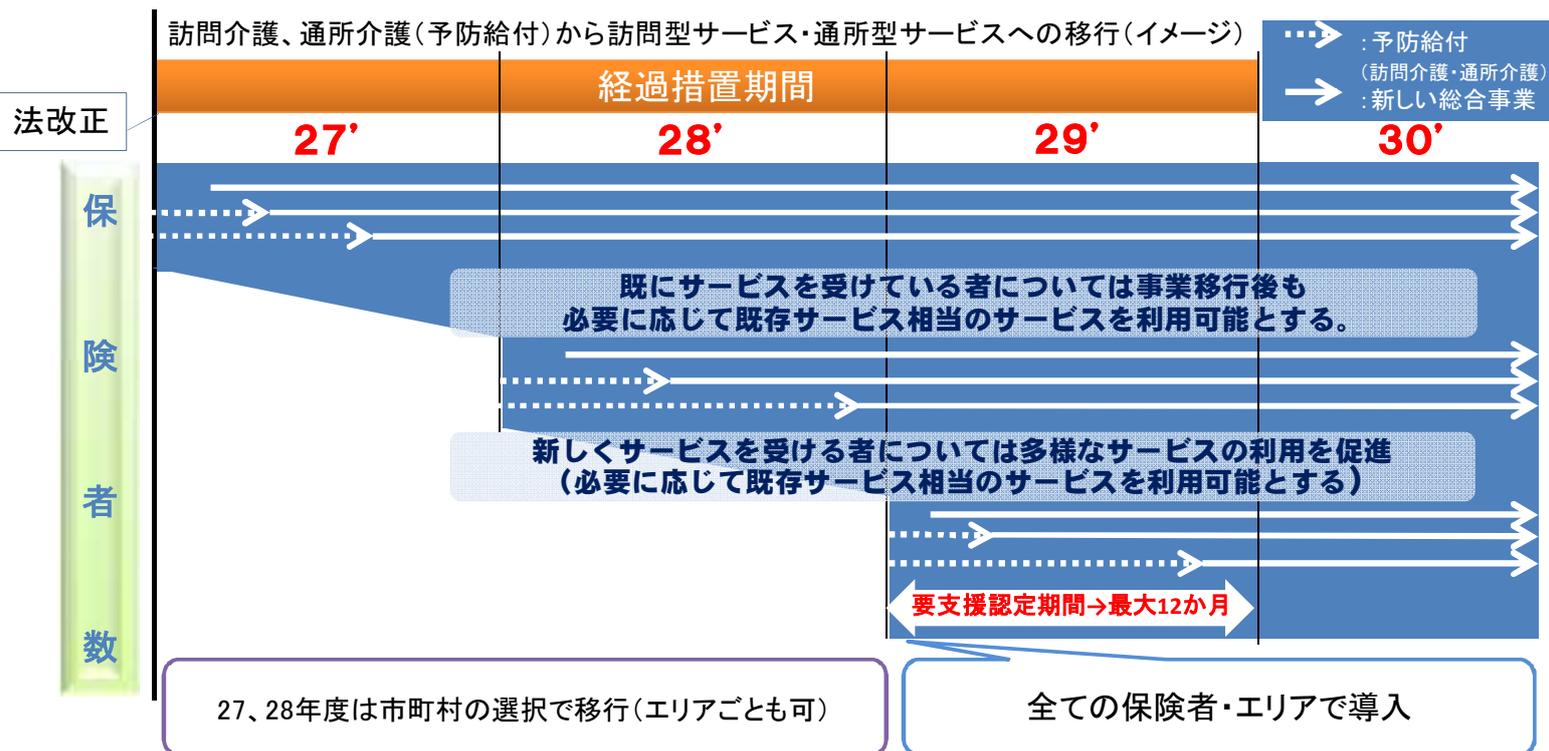
# 総合事業と生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の实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。

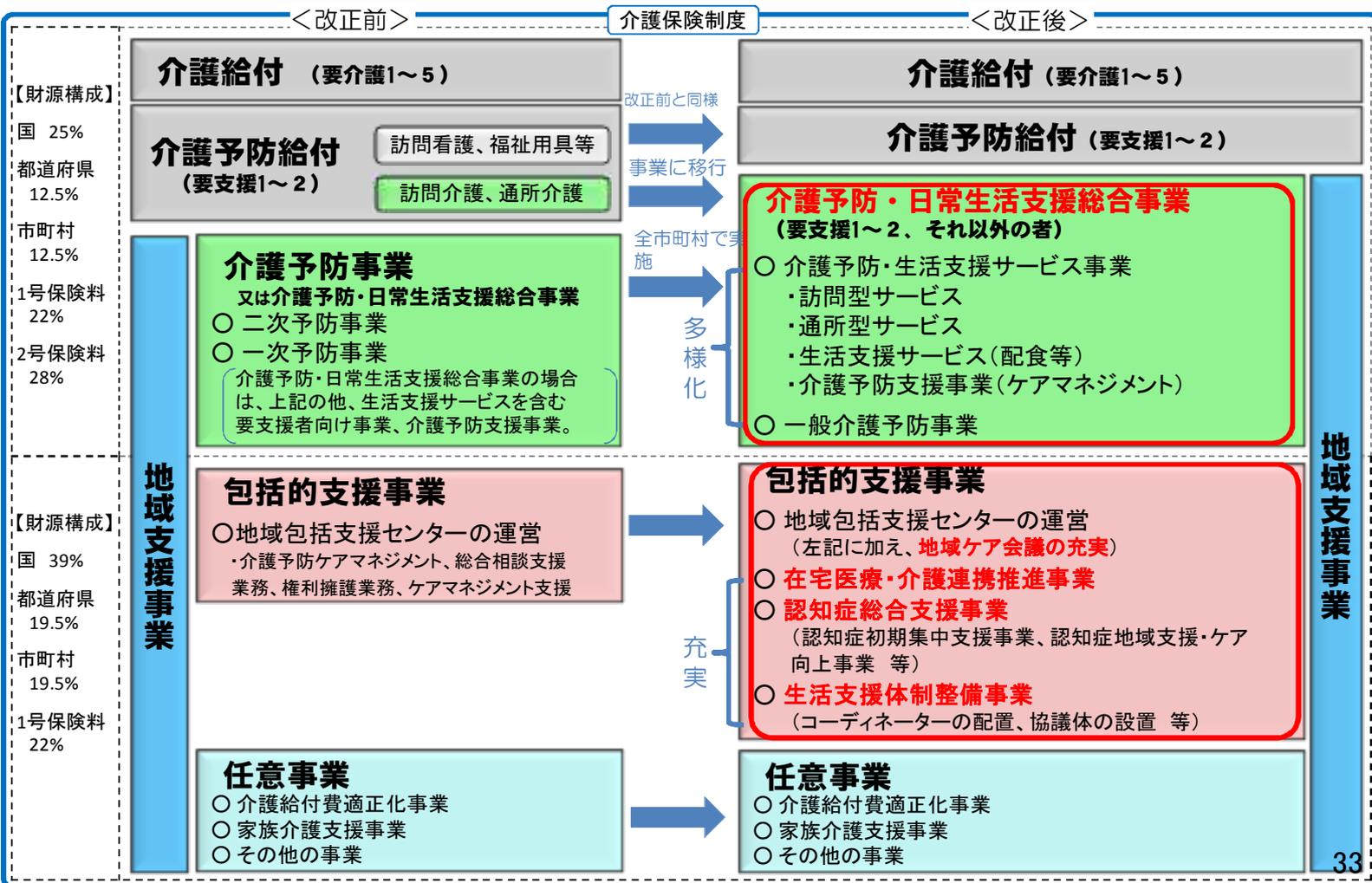


## 総合事業への円滑な移行

- 介護保険法附則第14条第1項(介護予防・日常生活支援総合事業等に関する経過措置)において、平成29年4月にはすべての市町村が新しい総合事業へ移行することが規定されている。



# 新しい地域支援事業の全体像



## ここまでのまとめ

- いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、医療や介護を必要とする高齢者の増加が見込まれている。
- こうしたことを背景に、介護保険制度を持続可能なものとするため、前回の改正では、地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化の2つの観点から見直しが行われた。
- このうち、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については、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・強化とともに予防給付(訪問介護・通所介護)が総合事業として移行し、多様化を図るなど、地域支援事業が大きく見直しされた。

# Ⅲ. 総合事業及び生活支援体制整備事業による地域づくり

## 総合事業に関する総則的な事項

### 1 事業の目的・考え方

#### (1) 総合事業の趣旨

総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするもの。

#### (2) 背景・基本的考え方

##### イ 多様な生活支援の充実

住民主体の多様なサービスを支援の対象とするとともに、NPO、ボランティア等によるサービスの開発を進める。併せて、サービスにアクセスしやすい環境の整備も進めていく。

##### ロ 高齢者の社会参加と地域における支え合い体制づくり

高齢者の社会参加のニーズは高く、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防等ともなるため、積極的な取組を推進する。

##### ハ 介護予防の推進

生活環境の調整や居場所と出番づくりなどの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。そのため、リハビリ専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進する。

##### ニ 市町村、住民等の関係者間における意識の共有と自立支援に向けたサービス等の展開

地域の関係者間で、自立支援・介護予防といった理念や、高齢者自らが介護予防に取り組むといった基本的な考え方、地域づくりの方向性等を共有するとともに、多職種によるケアマネジメント支援を行う。

##### ホ 認知症施策の推進

ボランティア活動に参加する高齢者等に研修を実施するなど、認知症の人に対して適切な支援が行われるようにするとともに、認知症サポーターの養成等により、認知症にやさしいまちづくりに積極的に取り組む。

##### ヘ 共生社会の推進

地域のニーズが要支援者等だけではなく、また、多様な人との関わりが高齢者の支援にも有効で、豊かな地域づくりにつながっていくため、要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等がともに集える環境づくりに心がけることが重要。

## 2 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) (指針の第2)

○ 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 (指針の第3)

○ 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

注「指針」:「介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針(平成27.3.31厚生労働省告示第196号)」

37

## サービスの類型(典型的な例)

○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。

### ① 訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当		多様なサービス			
サービス種別	① 訪問介護	② 訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 訪問型サービスB (住民主体による支援)	④ 訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤ 訪問型サービスD (移動支援)	
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援	
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進			・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース  ※3~6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定/委託	補助(助成)	直接実施/委託		
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準		
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)		

38

## ②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当		多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護		② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練		ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。		○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定		事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本		人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者		主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

## ③その他の生活支援サービス

- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

39

## I なぜ総合事業への移行が必要なのか？

第111回市町村セミナー  
三菱UFJリサーチ&コンサルティング資料

# 1. 基本コンセプト：「地域づくり」としての総合事業

## ■ 2025年に向けた地域包括ケアシステム構築の必要性と総合事業

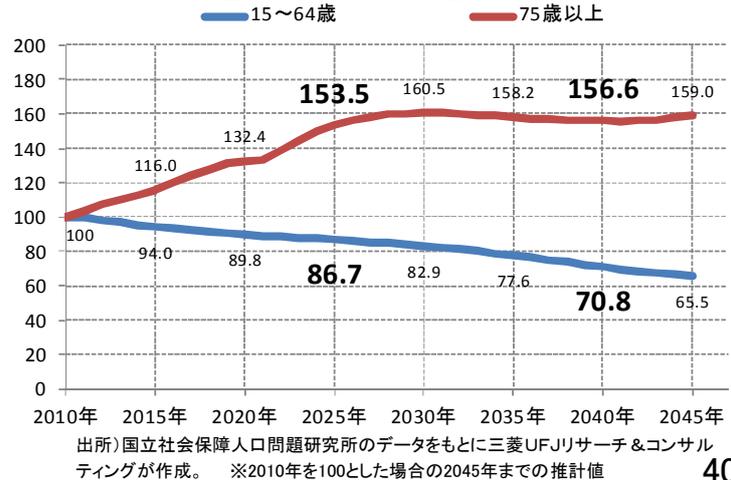
### ◎2025年に向けて医療・介護・予防・住まい・生活支援の一体的な提供の仕組みづくりが必要

- 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継続するための仕組みとしての地域包括ケアシステムの構築に向けては、医療や介護サービスの強化が必要なのは当然だが、調理、買い物、掃除などの生活支援の確保や、介護予防をいかにして効果的なものにしていくかも大きな課題。
- 各自治体では、地域包括ケアシステムの構築に向けて、平成27年度から主に4つの事業が展開される。「介護予防・日常生活支援総合事業(以下、総合事業)」、「生活支援体制整備事業(以下、整備事業)」、「在宅医療・介護連携推進事業」、「認知症総合支援事業」である。これら中でも特に、生活支援や介護予防に大きく関係するのは、要支援に相当する比較的軽度の高齢者を対象とした総合事業と、地域全体の生活支援体制の強化を目指す整備事業である。

### ◎総合事業の背景：ニーズの増大と担い手の減少

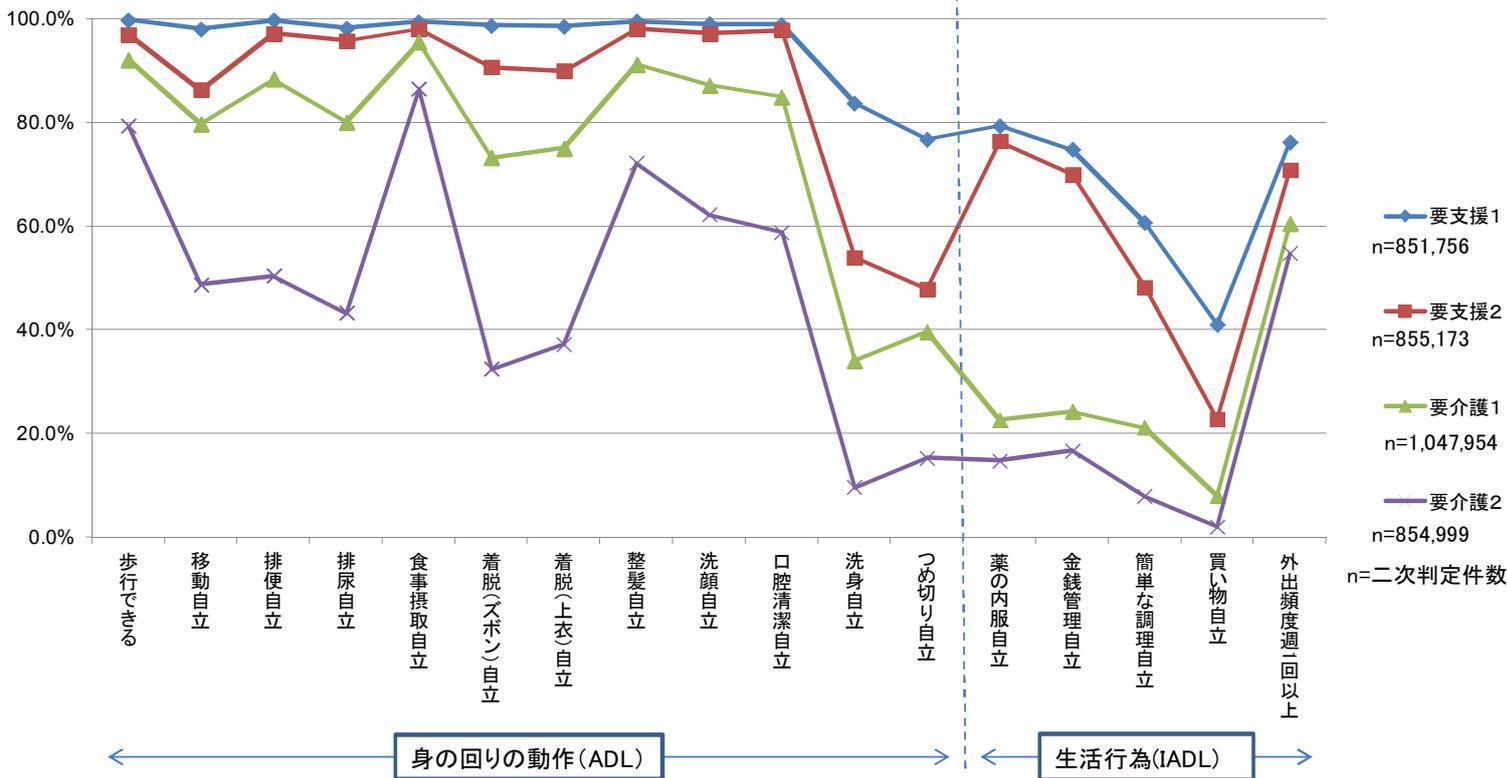
- 要介護リスクが高くなっていく後期高齢者(75歳以上)人口は、今後2025年に向けて増加し続ける一方で、生産年齢(15-64歳)人口は継続的に減少し、そのギャップは拡大しつづける。
- 単身世帯・高齢者のみ世帯の増加により生活支援ニーズは、人口の増加以上に、急速に高まってくることが予想される。
- 他方、在宅介護のニーズが増加する中で、それを支える専門職数の増加は、要介護度者の増加に対応できるほどは期待できない。
- 増加するニーズへの対応と生産年齢人口の減少という、二つの困難な条件のもとに進められなければならないことを意味している。

<生産年齢人口の減少と後期高齢者>



# (参考) 要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

## 社会参加と介護予防効果の関係について①

スポーツ関係・ボランティア・趣味関係のグループ等への社会参加の割合が高い地域ほど、転倒や認知症やうつ病のリスクが低い傾向がみられる。

### 調査方法

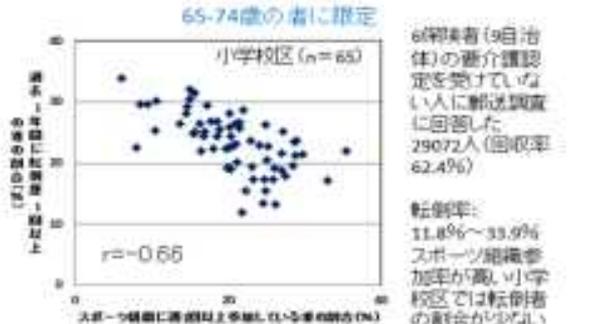
2010年8月～2012年1月にかけて、北海道、東北、関東、東海、関西、中国、九州、沖縄地方に分布する31自治体に居住する高齢者のうち、要介護認定を受けていない高齢者169,201人を対象に、郵送調査(一部の自治体は訪問調査)を実施。  
112,123人から回答。  
(回収率66.3%)

【研究デザインと分析方法】  
研究デザイン: 横断研究  
分析方法: 地域相関分析

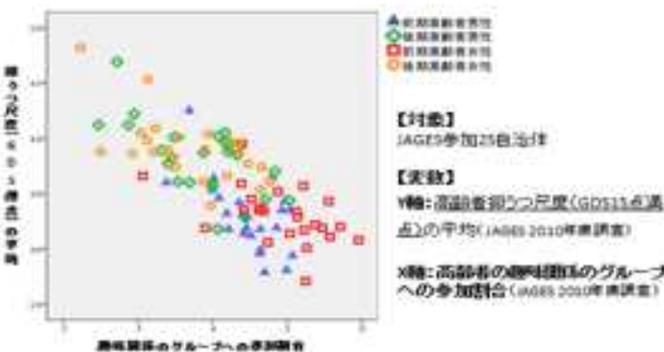
JAGES(日本老年学的評価研究)プロジェクト



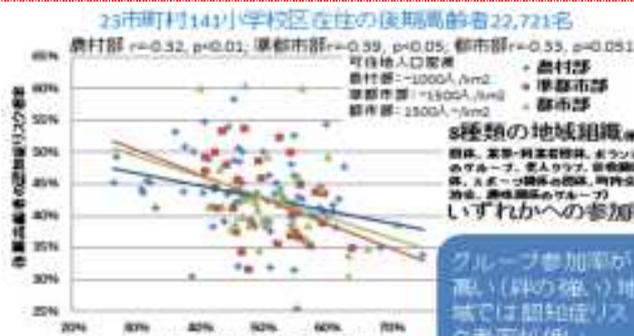
スポーツ組織への参加割合が高い地域ほど、過去1年間に転倒したことのある前期高齢者が少ない相関が認められた。



趣味関係のグループへの参加割合が高い地域ほど、うつ得点(低いほど良い)の平均点が低い相関が認められた。



ボランティアグループ等の地域組織への参加割合が高い地域ほど、認知症リスクを有する後期高齢者の割合が少ない相関が認められた。



# 社会参加と介護予防効果の関係について②

高齢者では、同居以外の他者との交流が「毎日頻繁」な人と比べて、「月1～週1回未満」の人は1.3～1.4倍その後の要介護認定や認知症に至りやすく、「月1回未満」の人はそれらに加えて1.3倍早期死亡にも至りやすい。

## 調査方法

2003年10月に愛知県下6市町村において要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者14,804人を対象に、郵送調査を実施し(回収率50.4%)、調査時点で歩行・入浴・排泄が自立していた12,085人について、調査後の約10年間を追跡し、要介護状態への移行、認知症の発症と死亡状況を把握。

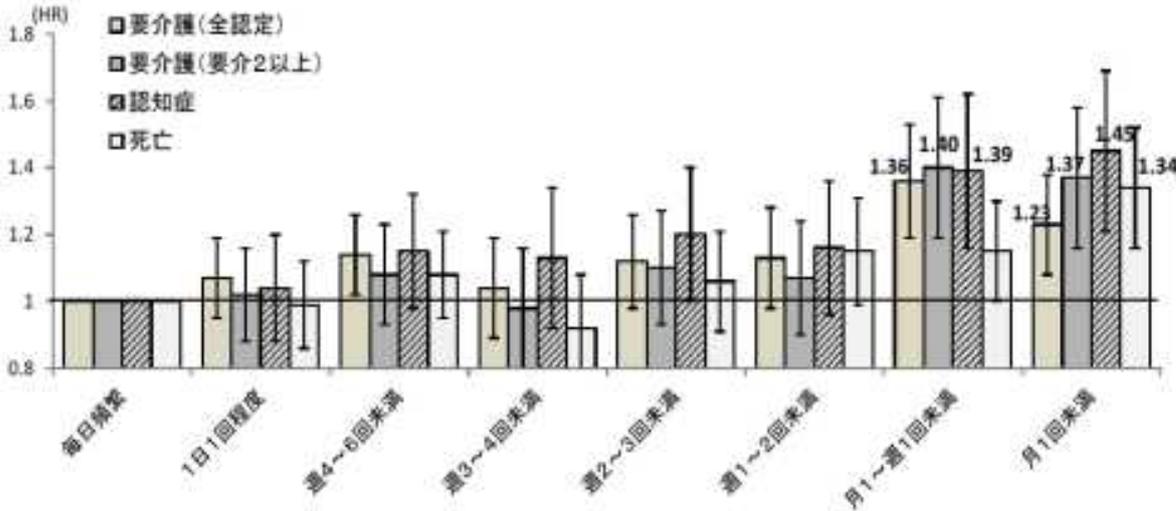
【研究デザインと分析方法】

研究デザイン:

分析方法:

AGES(愛知老年学的評価研究)プロジェクト

## 同居者以外の他者との交流頻度と健康指標との関係



性別、年齢、世帯構成、就学年数、婚姻状態、等価所得、資料疾患の有無、物忘れの有無、居住地域を調整した結果

43

## Ⅱ まず、すべきこと

【セミナー】「新しい総合事業の移行戦略」～地域づくりに向けたロードマップ～  
三菱UFJリサーチ & コンサルティング株式会社作成資料

### 協議体・生活支援コーディネーター（生活支援体制整備事業）

協議体は、住民主体の取組を推進するためのメインエンジン。生活支援コーディネーターは、すでに「地域づくり」を担ってきたような適任者がいないなら無理に配置しない。

#### 解説

- ◆ 地域の規模やこれまでの地域づくりの取組の蓄積によって、協議体や生活支援コーディネーターの設置・配置に対する考え方が違ってくる。第一層は、市域全体の生活支援サービスの開発など比較的広域で検討すべきテーマについて具体的な検討、第二層は、地域住民の活動を知り、地域の「あったらいいね」を提案したり、自分たちでできることを話し合う場として機能する。
- ◆ 生活支援コーディネーターや協議体を「あて職」で設定するのは、もっともやっつけてはいけないこと。協議体は、地域の中で話し合いをしていく中で参加してほしい人も変化していく。したがって最初からメンバーを固定化しないことが大切。
- ◆ 生活支援コーディネーターへの丸投げはNG。「任命したんだから地域づくりは生活支援コーディネーターの仕事でしょ」という態度は、生活支援コーディネーターを孤立させる。行政も地域包括支援センターも、生活支援コーディネーターを支えるよう積極的に協働することが基本だ。
- ◆ すでに「地域づくり」を担ってきたような適任者がいない場合は、生活支援コーディネーターの任命を急ぐ必要はない。協議体（準備会、研究会でも可）の事務局的な機能を担う者を決め、先に話し合いを進めるべき。
- ◆ 生活支援コーディネーターは一人でなければならないということでもない。複数でも法人でも可能なので、地域の実情に応じて配置する。

【協議体のイメージ】

#### 第1層の協議体

生活支援資源を  
**さがす・つくる**  
地域ケア推進会議への資源の提案

多様な主体（専門職以外も多数）

#### 第2層の協議体

地域のAさんBさんの活動を知り、「すごい」ことに気づき、「こういうのあったらいいね」と提案し、自分たちができることが何か、生活支援コーディネーターと一緒に考える場

多様な主体（住民中心）

44

# コーディネーターの目的・役割等について

## 設置目的

市町村が定める活動区域ごとに、**関係者のネットワークや既存の取組・組織等も活用しながら**、資源開発、関係者のネットワーク化、地域の支援ニーズとサービス提供主体のマッチング等のコーディネート業務を実施することにより、地域における生活支援・介護予防サービスの提供体制の整備に向けた取組を推進する。

## 役割

- 生活支援の担い手の養成、サービスの開発等の**資源開発**……第1層、第2層
- サービス提供主体等の関係者の**ネットワーク構築**……第1層、第2層
- 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動の**マッチング** ……第2層

## 配置

常勤・非常勤やボランティアなどの雇用形態については問わず、また、職種、人数、配置場所、勤務形態等は一律には限定せず、**地域の実情に応じた多様な配置が可能**であるが、**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。

## 資格・要件

- 地域における助け合いや生活支援・介護予防サービスの提供実績がある者、または中間支援を行う団体等であって、地域でコーディネート機能を適切に担うことができる者。
- 特定の資格要件は定めず、市民活動への理解があり、多様な理念をもつ地域のサービス提供主体と連絡調整できる立場の者であって、国や都道府県が実施する研修を修了した者が望ましい。
- コーディネーターが属する組織の活動の枠組みを超えた視点、地域の公益的活動の視点、公平中立な視点を有することが適当。

45

# 協議体の目的・役割等について

## 設置目的

生活支援・介護予防サービスの体制整備に向けて、多様なサービス提供主体の参画が求められることから、**市町村が主体**となつて、**「定期的な情報の共有・連携強化の場」として設置**することにより、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進する。

## 役割

- コーディネーターの組織的な補完
- 地域ニーズの把握、情報の見える化の推進（アンケート調査やマッピング等の実施）
- 企画、立案、方針策定を行う場
- 地域づくりにおける意識の統一を図る場
- 情報交換の場、働きかけの場

### 具体例

- ・地域の課題についての問題提起
- ・課題に対する取組の具体的協力依頼
- ・他団体の参加依頼  
（A団体単独では不可能なこともB団体が協力することで可能になることもある）

## 設置主体

**設置主体は市町村**であり、第1層のコーディネーターが協力して地域の関係者のネットワーク化を図り、設置する。

※地域の実情に応じた様々なネットワーク化の手法が考えられるため、既に類似の目的を持ったネットワーク会議等が開催されている場合は、その枠組みを活用することも可能。

※特定の事業者の活動の枠組みを超えた協議が行われることが重要。

## 構成団体等

- 行政機関（市町村、地域包括支援センター等）
  - コーディネーター
  - 地域の関係者（NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、ボランティア団体、介護サービス事業者、シルバー人材センター等）
- ※この他にも地域の実情に応じて適宜参画者を募ることが望ましい。

46

地域ケア会議と協議体の関係

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問 地域ケア会議と協議体との連携についての記載があるが、どのような関係なのか。構成メンバーは共通するものではないか。

1 地域ケア会議については、多職種による個別事例の検討を通じ、高齢者の自立に資するケアプランにつなげていくとともに、個別事例の検討を積み重ねることで、地域課題を発見し、新たな資源開発などにつなげていくもの。

このように地域ケア会議については、地域資源の把握・開発という側面で協議体の取組をサポートするものであることから、ガイドライン案でお示ししているとおり、「生活支援・介護予防サービスの充実を図っていく上で、コーディネーターや協議体の仕組みと連携しながら、積極的に活用を図っていくことが望ましい」と考えており、例えば、**地域ケア会議にコーディネーターが参加するなど地域の実情に応じた連携した取組を進めていただきたい**と考えている。(なお、ガイドライン案において地域ケア会議によるサービス開発の事例も紹介している。)

2 **地域ケア会議は、個別事例の検討を通じて医療関係職種などを含めた多職種協働によるケアマネジメント支援を行うことが基本である一方、協議体は、多様なサービス提供主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進することとしている。**このように**性格等は異なる**が、協議体の構成メンバーは、地域ケア会議のうち、地域包括支援ネットワークを支える職種・機関の代表者レベルが集まり、地域づくり・資源開発、政策の形成の観点から議論する市町村レベルの会議と**一般的には一部重複することも想定される**ので、例えば、小規模な自治体では**両者を連続した時間で開催する等効率的な運営を図っていただきたい。**この場合も、コーディネーターの補完や地域ニーズの把握等の協議体に期待される役割を全うできるメンバーを選定いただきたい。

Ⅲ 総合事業に向けて準備すべきことは何か？

第111回市町村セミナー  
三菱UFJリサーチ&コンサルティング資料

総合事業・整備事業への移行

②「資源の開発」と「支援・サービスの提供」に分けて考える

<「地域資源の開発」と「支援の提供」>

■「生活支援体制整備事業（地域資源の開発）」と「総合事業（支援の提供）」は、分けて考える

「総合事業に資するサービスを開発するのが生活支援体制整備事業」ではなく、「(既存サービスに加え)生活支援体制整備事業で開発された支援・サービスの中で、総合事業に適合する支援を組み込む」と考えるべき。

【地域資源の開発】

◎既存の地域資源の整理・確認

他部署等の住民主体の取組(健康づくり・生涯学習等)、市町村以外の活動(民間企業やNPO・ボランティア団体等)も含めた幅広い既存事業を把握・整理することが重要。例えば、地域包括支援センターが作成した資源マップなど既存で整理されたものを活用する視点も求められる。

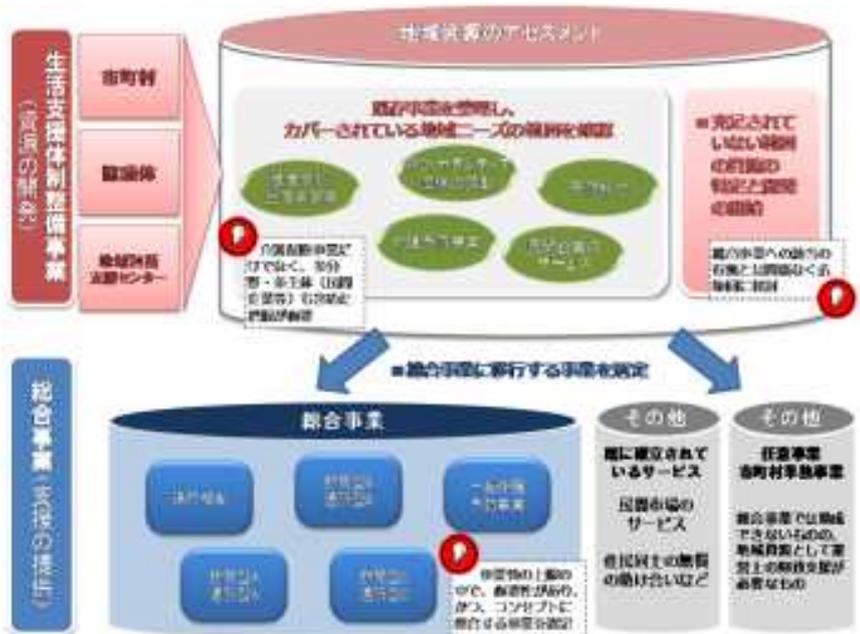
◎地域に不足している資源の特定と開発

既存の地域資源では対応できていない生活支援ニーズを特定し、協議体を活用し、時間をかけて資源開発していくことが重要。

【支援の提供】

◎総合事業に移行する事業を選定

①事業費を充てる必要性、②総合事業のコンセプトとの整合性、の観点から優先順位を付けて選定。



※地域資源のすべてを総合事業に取り込む必要はない

※総合事業に組み込む支援・サービスの選定は、【資源の開発】と同時並行で進める。【資源の開発】は多大な時間がかかるため、創設された支援・サービスから総合事業に組み込むかどうかの検討を行って行くのが妥当

## ＜地域資源の整理イメージ(例)＞

区分	公的サービス		保険外サービス (非営利・福祉組織など)							市場分野 (民間企業)		
	市福祉サービス (地域支援事業含む)	介護保険サービス	社会福祉協議会	介護事業所	NPO法人	シルバー人材センター	農業協同組合	生活協同組合	地縁団体等			
5つのこと	日常的な家事	買物、掃除、調理、布団干しなど	事業名:生活支援ホームヘルパー派遣 内容:日常の家事支援 料金:1時間200円1回2時間400円、週2回迄 要件等:一人暮らし、高齢夫婦世帯	訪問介護事業所 (8事業所)	訪問介護事業所	A事業所介護保険外自費サービス 1時間2000円 B介護事業所家事代行サービス 1時間2625円～(スポットサービス) C介護事業所支援 1時間1500円	A事業所介護保険外自費サービス 1時間2000円 B事業所家事代行サービス 1時間2625円～(スポットサービス) C介護事業所支援 1時間1500円	A事業所所有ボランティアサービス 1時間950円	家事支援 掃除1時間791円～ 調理1時間904円～	訪問介護事業所 食材宅配サービス	①生協らしいのたすけあい(家事支援1時間650円) ②食材宅配サービス ③弁当宅配	○A社(家事支援1時間2100円～) ○B社(弁当・食品配達) ○C社(弁当・食材宅配) ○D社(弁当宅配)(山形市) ○E社(冷凍宅配)(山形市) ○F社(冷凍弁当宅配)(河北町) ○G社(冷凍弁当配達) ○食材宅配H店内で買い物したものを送料324円～発送
	安心	自分の存在を気にかけてくれている人がいる	①事業名:安心訪問サービス 内容:ヤクルト届け安否確認 料金:無料 要件:一人暮らし ②事業名:配食サービス 内容:月・水・金の昼食を届け安否確認を行う。 料金:400円又は300円 要件:一人暮らし・高齢夫婦世帯 ③事業名:緊急通報装置貸し出し 内容:3件までの緊急時連絡先を予め登録した緊急通報装置を貸し出す。 料金:無料 要件:一人暮らし	訪問介護事業所 (8事業所)	①一人暮らしサロン ②民生委員の訪問	安否確認 話し相手など A事業所介護保険外自費サービス 1時間2000円 B事業所家事代行サービス 1時間2625円～(スポットサービス) C介護事業所支援 1時間1500円	安否確認 話し相手など A事業所 安否確認 話し相手など	安否確認 話し相手など 家事支援 掃除1時間791円～ 調理1時間904円～	安否確認 話し相手など 生協らしいのたすけあい(家事支援1時間650円)	①老人クラブ活動 ②地域サロンや公民館活動	○J社(緊急時プザーを押すことで24時間セムにつながる現場駆けつけや相談可能。基本料金1890円/月) ○K社(通称ボタンを押すと社へつながる。見守システム、安心入浴システム他あり。) ○K社(モバイル版緊急通報システム)	
	外出	通院や買物	①事業名:福祉タクシー利用助成 内容:福祉タクシー利用券600円年間18枚迄助成 ②事業名:移送サービス 内容:ストレッチャーでの移送が必要な方に利用券12枚迄助成。所得制限あり。 ③デマンドタクシー 内容:市内交通空白地帯から公共施設、病院等へのタクシー車両による移動支援。 料金:地区により300円又は500円	訪問介護事業所 (8事業所)	介護サービス(訪問介護・乗降助成)	通院買い物付き添いなど A事業所介護保険外自費サービス 1時間2000円 B事業所家事代行サービス 1時間2625円～(スポットサービス) C事業所支援 1時間1500円	通院買い物付き添いなど A事業所 通院買い物付き添いなど B事業所福祉有償運送サービス 内容:介助なしでは公共交通機関の利用が困難な方の自家用車を使用しての移動支援。 料金:2キロ以内400円 要件:介護度、自立度基準あり。	通院買い物付き添い 1時間904円	福祉有償運送サービス	①タクシー(福祉車両) ②Mタクシー(福祉車両) ③N社(福祉タクシー) 朝日町		
	交流	友人、知人等	事業名:介護予防生きがい活動事業(ミニデイ) 内容:各地区公民館等での交流活動 料金:1800円(食費含む) ○ふれあい元気サロン	通所介護(デイサービス)16事業所	①一人暮らしサロン ②一人暮らしの集い	A事業所 OCサロン	通所介護事業所 自費通所介護(デイサービス)料金:2600円	①老人クラブ活動 ②地域サロンや公民館活動				
	非日常的な家事	大掃除や家電製品の買物、雪片付けなど			除雪ボランティア 内容:単身の高齢世帯 低所得、近くに親族居ない世帯の除雪 料金:無料	大掃除、保険対象外の支援など A介護事業所介護保険外自費サービス 1時間2000円 B事業所家事代行サービス 1時間2625円～(スポットサービス) C介護事業所支援 1時間1500円	A事業所 大掃除、保険対象外の支援など	庭木の手入れ、大掃除 雪片付け1時間1244円～				
ちょこっとしたこと	蛍光灯の交換や硬いふたの開け閉めなど			よろずやボランティア 内容:高齢単身世帯への30分程度の支援 料金:無料								

資料) 寒河江市役所提供

## 生活支援・介護予防サービスの分類と活用例

高齢者の在宅生活を支えるためには、総合事業を含めたサービスが必要であり、その関係性を整理すると以下のとおりである。

サービスの分類	サービス事業	一般介護予防	任意事業	市町村実施	民間市場	地域の助け合い	備考
①介護者支援			総合事業の対象外であり、任意事業、市町村の独自事業での実施を想定。介護者の集い、介護教室等。				
②家事援助	訪問型サービスで実施。NPO・ボランティアを主に活用					要介護者の生活支援は任意事業で実施可能。一般財源化された軽度生活支援は市町村独自で実施可能。	
③交流サロン						要支援者を中心に定期的な利用が可能な形態は総合事業の通所型サービス、その他の地域住民の通いの場合は一般介護予防事業を主に想定。住民、ボランティア等を中心に実施。	
④外出支援	訪問型サービスDで実施。担い手はNPO、ボランティア					左記以外は、市町村・民間事業者が独自に実施	
⑤配食+見守り	その他の生活支援サービスを活用可。担い手はNPO、民間事業者等					左記以外は、任意事業又は市町村・民間事業者が独自に実施	
⑥見守り・安否確認	その他の生活支援サービスを活用。担い手は住民、ボランティア等					左記以外は、地域の地縁組織・民間事業者等による緩やかな見守り ※地縁組織は地区社会福祉協議会、自治会、町内会、地域協議会等を意味する。	サービス事業では、民間市場で提供されないサービスを提供

- 総合事業の趣旨は、住民等の多様な主体が参画して地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすること。
- 生活支援体制整備事業は、市町村が高齢者の生活支援に係る地域での様々な活動を把握し、創り出していくための重要な手段。
- 少子高齢化で、専門職の増加が生活支援ニーズの高まりに対応できるほど期待できないという中、介護予防や生活支援サービスの充実を図って、要介護になりにくい、自立支援に向けた地域づくりへの取組みの工夫が求められている。

## IV. 移行の留意点

# サービスの利用までの流れ

## 周知

- 総合事業の目的、内容、サービスメニュー、手続方法等について十分に周知。その際、パンフレット等の使用などにより、被保険者やその家族などにわかりやすく説明。

## ① 相談

- 被保険者からの相談を受け、窓口担当者より総合事業等を説明（サービス事業は、目的や内容、手続き等を十分説明）。その際、①事業のみ利用する場合は、基本チェックリストで迅速なサービス利用が可能であること、②事業対象者となった後も要介護認定等の申請が可能であることを説明。

※予防給付（訪問看護や福祉用具貸与等）を希望している場合等は、要介護認定等の申請につなぐ。  
 ※第2号被保険者は、要介護認定等申請を行う。



## ② 基本チェックリストの活用・実施

- 窓口で相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを活用・実施し、利用すべきサービスの区分（一般介護予防事業、サービス事業及び給付）の振り分けを実施。

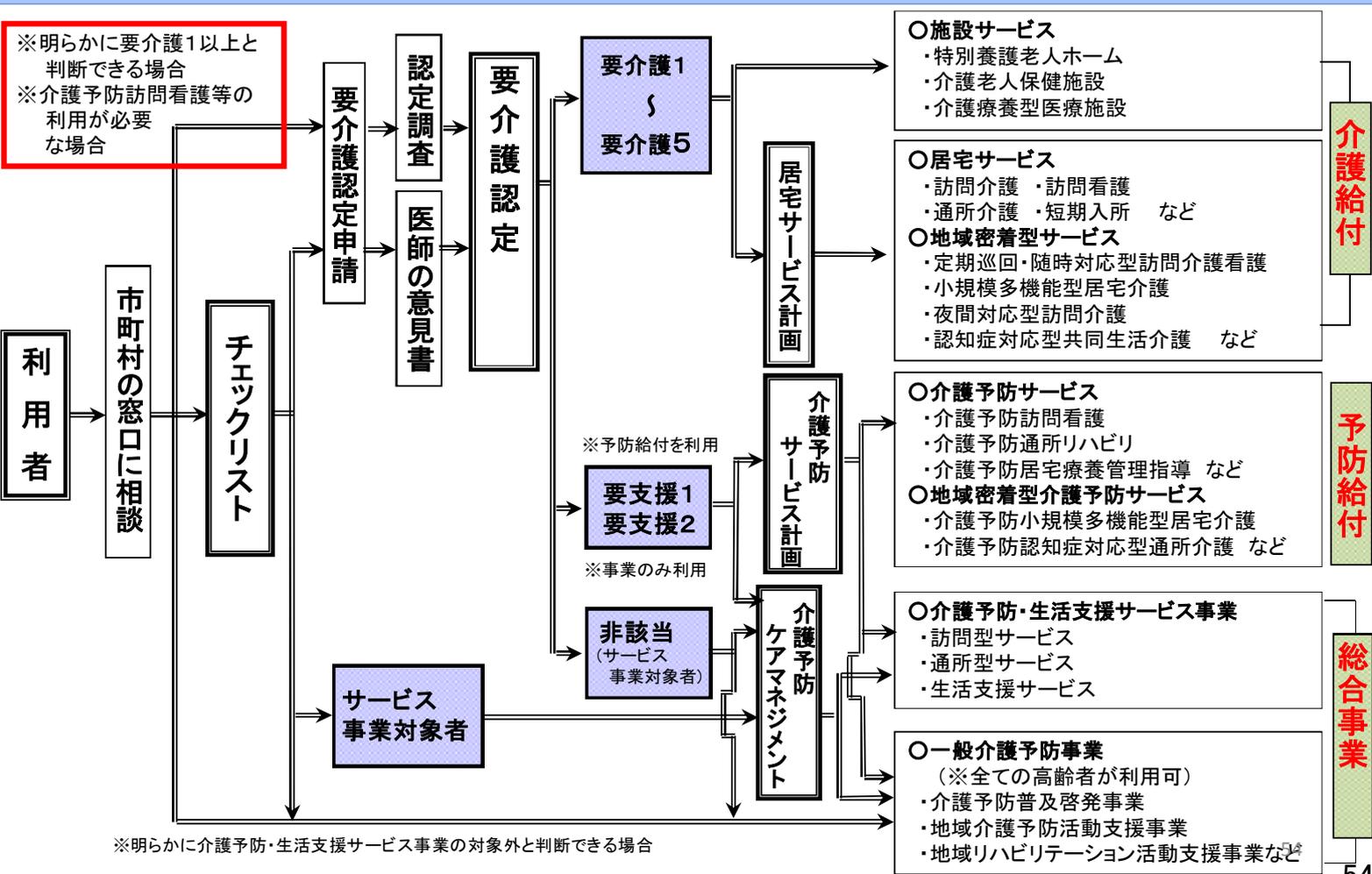


## ③ 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始

- 利用者に対して、介護予防・自立支援を目的に、その心身の状況等に応じて、その意向を踏まえ、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行う。
- 利用者が居住する地域包括支援センターが実施するが、居宅介護支援事業所への委託も可能。
- 介護予防ケアマネジメントは、利用者の状態像・意向等を踏まえ、3パターンに分けて行う。

- ① 原則的な介護予防ケアマネジメント
- ② 簡略化した介護予防ケアマネジメント（サービス担当者会議やモニタリングを適宜省略）
- ③ 初回のみ介護予防ケアマネジメント（アセスメントを行い、サービスの利用につなげるところまで）

## 【参考】介護サービスの利用の手続き



＜窓口＞：市町村の実情によって設置。

- 市町村の介護保険部門の窓口、支所、市民センター等
- 地域包括支援センター
  - ※ 地域包括支援センターのブランチorサブセンター

総合事業は、簡易な方法（基本チェックリスト）で事業対象者と判断することが可能となっている。

窓口においては、総合事業等の説明を行い、利用者の意向や抱えている課題等を総合的に判断し、基本チェックリストにより総合事業を利用するか、要介護（要支援）認定の申請が望ましいか、的確な判断が求められる。

### 適切な窓口体制の考え方

◇ 高齢者のニーズが多様化することを踏まえ、「どのような場合に、どのような視点で、どのようなサービスを利用することが適切であるか」について、市町村内での多機関、多職種による協議の場が不可欠である。

⇒ **医療・介護の専門職以外の者でも適切な対応が可能となるよう、各サービスや判断基準などを整理し、説明のための資料を整えておくことが重要。**

◇ 市町村の要介護（要支援）認定等の申請窓口には、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職を配置し、申請希望者からの相談を受けながら、必要に応じて総合事業を案内し、地域包括支援センターにつなぐといった体制を構築することも有効。

利用者の状態 : 生活の不活発により**下肢機能の低下**が顕著（要支援2）  
 利用者の課題 : 入浴ができない（入浴できるようになる余地あり）  
 認定期間 : 6ヶ月

ケアマネが立てた目標  
**清潔の保持に努める**  
 （安全に入浴する）

あいまいな目標  
 デイに行けば即達成  
 ※代表的な目標例

サービス内容  
 6ヶ月後評価困難

デイサービスで週2回風呂に入る

問題点  
 お世話なしには生活できない

デイサービスでは入浴できても  
 自宅では入浴ができない

見落とし多数！！

**✕ お世話型のケアマネジメント**

- ・根本的な課題解決になっていない。
- ・介護サービスが生活の不活発を助長 → 重度化の恐れ

ケア会議で修正した目標

具体的  
 6ヶ月後評価可能

**6ヶ月後**  
**自分で入浴することができる**

ケア会議でのアドバイス（PT・OT・ST・歯科・栄養 等）

- デイサービスで下肢筋力の強化と入浴動作の訓練を行ってみては？
- 浴室の住宅改修や入浴補助用具の購入を検討しては？
- **低栄養では？ BMIは？ 食生活は？**
- **歯・口腔・嚥下の状態は？**
- 薬の服用状況は？

サービス内容の見直し

再アセスメント

**○ 自立支援型のケアマネジメント**

根本的な原因に対するアプローチと、残存機能の維持・向上・悪化の防止

◆要介護度の改善 ◆自立した生活

## 地域づくりによる介護予防とは

### 住民運営の通いの場の充実プログラム

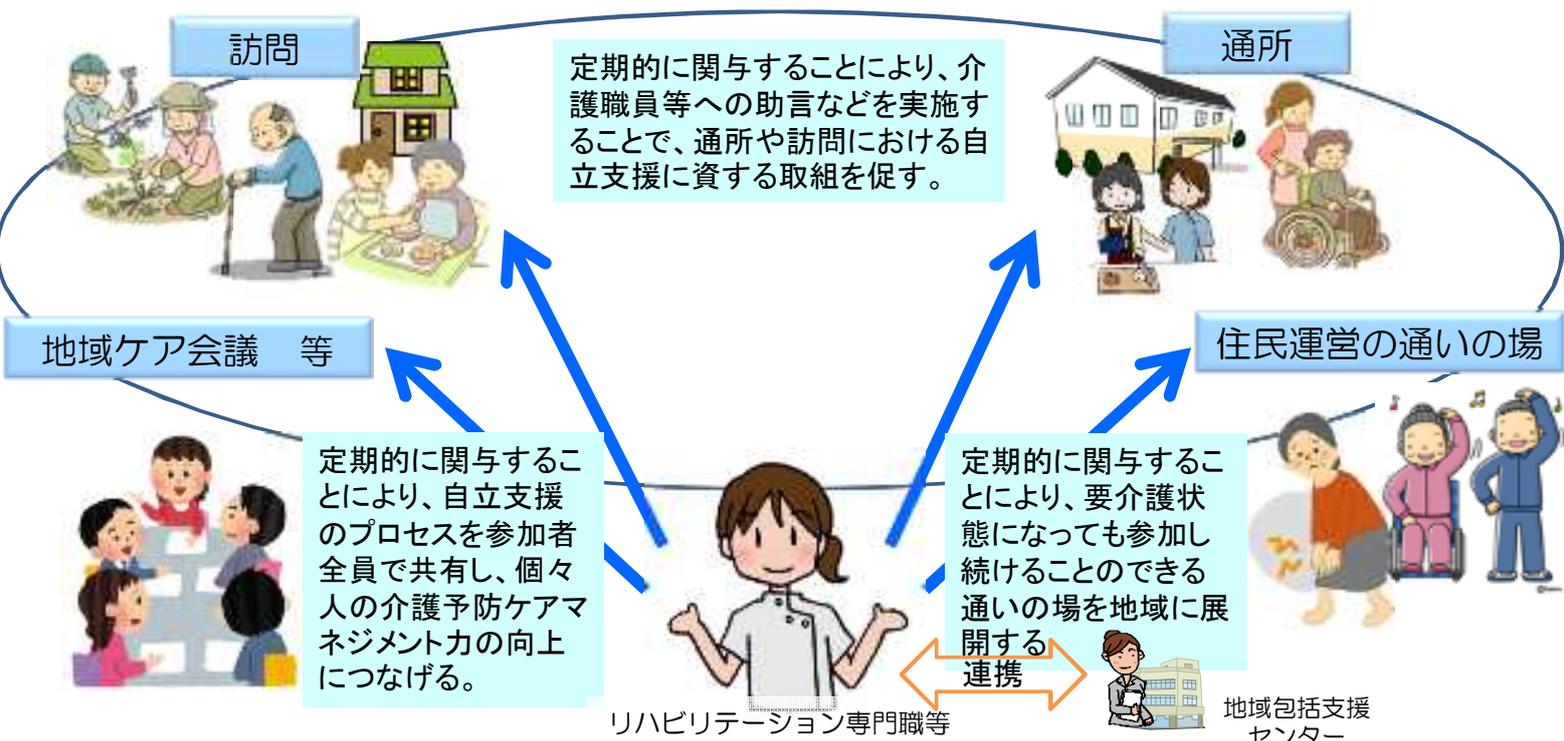
#### <コンセプト>

- ◆市町村の全域で、高齢者が容易に通える範囲に通いの場を**住民主体**で展開
- ◆前期高齢者のみならず、後期高齢者や閉じこもり等何らかの支援を要する者の参加を促す
- ◆住民自身の積極的な参加と運営による**自律的な拡大**を目指す
- ◆後期高齢者・要支援者でも行えるレベルの体操などを実施
- ◆体操などは**週1回以上**の実施を原則



# 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。

59

## (参考)一般介護予防事業 住民主体の介護予防活動とその支援

- 市町村の全域で、高齢者が容易に通える範囲に通いの場を住民主体で展開
  - 前期高齢者のみならず、後期高齢者や閉じこもり等何らかの支援を要する者といった幅広い参加を促進(高齢者人口の10%の参加を目標)
  - 住民自身の積極的な参加と運営による自律的な拡大を目指す
- 具体的には、
- 住民主体の通いの場は、原則として週1回以上の開催
  - 後期高齢者・要支援者でも行えるレベルの体操などを実施
  - 出前講座による栄養教室や口腔教室などを組み合わせることにより、住民主体の取組の効果を高める
  - ボランティアの育成・支援等を通じて、地域における互助の関係を促進

(参考)住民主体の介護予防活動に向けた体操の条件

- ①初めての人でも簡単にできる
- ②虚弱な高齢者でも安全にできる
- ③虚弱高齢者から元気高齢者まで誰もが一緒にできる
- ④住民自身が体操の効果を実感できる
- ⑤介護予防の効果が実証されている

# (参考)地域リハビリテーション活動支援事業 リハ専門職等による介護予防の機能強化

- 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
- 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

具体的には、

- 住民主体の通いの場に定期的に関与することにより、要介護状態になっても参加し続けることのできる通いの場を地域に展開
- 介護事業所において、介護職員等への助言などを実施することで、通所や訪問における自立支援に資する取組を促進
- 地域個別ケア会議等において、自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、個々人の介護予防ケアマネジメント力を向上
- ただし、地域リハビリテーション活動支援事業によるリハビリテーション専門職等の関与は、訪問リハビリテーションではなく、あくまでも住民や従事者に対するリハビリテーションからの助言・指導に限定

61

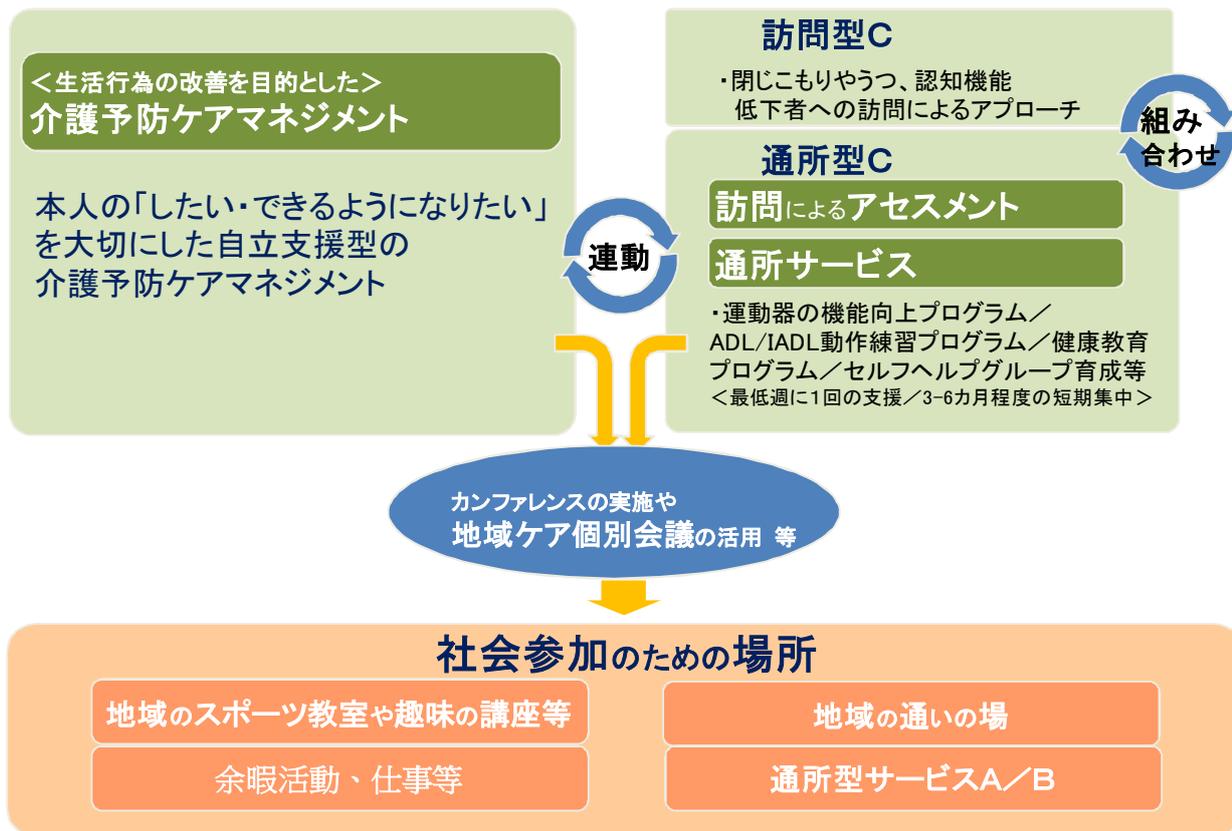
## 【参考】「通所型サービスB」と「地域介護予防活動支援事業」の比較

事業	介護予防・生活支援サービス事業	一般介護予防事業
サービス種別	通所型サービスB (住民主体による支援)	地域介護予防活動支援事業 (通いの場関係)
サービス内容	住民主体による要支援者を中心とする自主的な通いの場づくり ・体操、運動等の活動 ・趣味活動等を通じた日中の居場所づくり ・定期的な交流会、サロン ・会食等	介護予防に資する住民運営の通いの場づくり ・体操、運動等の活動 ・趣味活動等を通じた日中の居場所づくり ・交流会、サロン等
対象者とサービス提供の考え方	要支援者等	主に日常生活に支障のない者であって、通いの場に行くことにより介護予防が見込まれるケース
実施方法	運営費補助／その他補助や助成	委託／運営費補助／その他補助や助成
市町村の負担方法	運営のための事業経費を補助 ／家賃、光熱水費、年定額 等	人数等に応じて月・年ごとの包括払い ／運営のための間接経費を補助 ／家賃、光熱水費、年定額 等
ケアマネジメント	あり	なし
利用者負担額	サービス提供主体が設定 (補助の条件で、市町村が設定することも可)	市町村が適切に設定(補助の場合はサービス提供主体が設定することも可)
サービス提供者(例)	ボランティア主体	地域住民主体
備考	※食事代などの実費は報酬の対象外(利用者負担) ※一般介護予防事業等で行うサロンと異なり、要支援者等を中心に定期的な利用が可能形態を想定 ※通いの場には、障害者や子ども、要支援者以外の高齢者なども加わることができる。(共生型)	※食事代などの実費は報酬の対象外(利用者負担) ※通いの場には、障害者や子どもなども加わることができる(共生型)

62

# 短期集中予防サービス終了後の社会参加づくり

短期集中予防サービスは3から6ヶ月程度のサービス提供であることから、サービス終了後の社会参加のための場の検討が必要である。



63

※「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買い物、趣味活動等の行為をいう。(通所リハビリテーション留意事項通知[老企第36号 第2の8(12)]より)

## 担い手の養成について

総合事業においては、多様な主体によるサービスの設定が可能となっているが、サービス事業を検討する上では、担い手が適切に生活支援等を提供するための研修を行うことが望ましい。

### 担い手に対する研修・人材育成の実施について

生活支援や介護予防の担い手となるボランティア等が、要支援者等に対して適切な生活支援や介護予防を提供するとともに、必要な際には地域包括支援センター等の適切な機関に連絡することができるようにするためには、下記の内容の研修を実施することが望ましい。

### 担い手の養成研修の実施について

- ◆ 市町村が積極的に、地域の実情に応じた研修を実施することが望ましい (カリキュラムの例示)
  - ・高齢者の特徴と対応(高齢者や家族の心理)
  - ・認知症の理解
  - ・ボランティア活動の意義
  - ・緊急対応(困った時の対応) 等

### 事業主体が遵守すべき基準 ※ 介護保険法施行規則 第140条の62の3第2項

- ① 清潔の保持、健康状態の管理
- ② 業務上知り得た秘密の保持
- ③ 事故が発生した場合への措置
- ④ 廃止または休止の届け出

64

## 担い手の養成について

- ◆ サービスの創出だけでなく、地域の環境整備については市町村が責任をもって、ボランティアやNPO等の多様な担い手を養成することで支援体制の充実・強化を図る。

### (高齢者の社会参加)

- 現役時代の能力を活かした活動
- 興味関心がある活動
- 新たにチャレンジする活動

### (多様な主体によるサービス提供体制)

- ニーズに合った多様なサービス種別
- 住民主体、NPO、民間企業...等

## 生活支援コーディネーターの関与

- ◆ 生活支援の担い手の養成やサービスの開発  
(担い手を養成し、組織化し、担い手を支援活動につなげる機能)
  - 生活支援・介護予防サービスへの参加啓発
  - 地域に不足する生活支援サービスは担い手の養成に着手(サービスの開発)
  - 人材(ボランティア等)の育成
  - 元気な高齢者が活動する場所の確保

65

## ここまでのまとめ

- 総合事業は地域づくり。移行して終わりではない。
- 生活支援コーディネーターや協議体の運営を通じて、住民等の多様な主体が参画して地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とするサービスを充実、発展させていくことが必要。
- 地域包括ケアシステムの実現に向け、地域の関係者間で、自立支援・介護予防といった理念、高齢者自らが介護予防に取り組むといった基本的な考え方、地域づくりの方向性を共有し、住民の意向を踏まえた地域づくりを。

66

## 参考. 高齢者主体の地域包括ケアから地域丸ごとケアへ

### 新・第3の矢② 生涯現役で自分らしく活躍する社会の実現

第7回(平成28年4月26日)  
一億総活躍国民会議 資料14

□ 生涯健康で自立し、役割を持てる社会を、社会全体で実現する。

#### 生涯にわたる健康づくり・予防対策の推進

- 保険者のリーダーシップの確立、データヘルスの全国展開
  - ⇒ ICT・ビッグデータ活用、保険者機能の強化・連携等によりデータヘルスを強力に推進
  - ⇒ 医療関係者やデータ分析を行う民間企業との連携強化により保険者機能を支援
  - ⇒ 保険者インセンティブ改革
- 医療のICT化の推進(生涯を通じた医療データ蓄積に向け基盤整備・次世代医療ICTプラットフォーム構築)
- 高齢期の疾病予防・介護予防等の推進(フレイル等の総合対策、認知症施策の総合的な推進等)

□ 相互に支え合い、子ども・高齢者・障害者などの多様な活躍の場のある社会を、社会全体で実現する。

#### 暮らしと生きがいとともに創る「地域共生社会」へのパラダイムシフト

- 「支え手」「受け手」に分かれた社会から、**ともに創る「地域共生社会」**へ
  - ⇒ あらゆる住民が、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成。福祉サービスと協働して子育てなどを支援。
- 「タテワリ」から**「まるごと」**へ
  - ⇒ 対象者ごとに整備されている福祉サービスの一体的な提供の推進。

#### 【具体的な対応】

- **施設・人員基準や報酬体系の見直し**、担い手の**資格や養成課程の見直し**を検討。
- **地域課題の把握や解決の支援体制**(コーディネート機能など)を構築。
- **包括的な相談支援体制や地域における一体的なサービス提供**を支援するための制度を創設。

目指すべき  
将来像

- 子どもから高齢者に至る生涯を通じた予防により、平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速。
- 医療・介護の保険者がその機能及び体制を強化し、国、自治体、民間とともに生涯現役社会の実現に向けて機能を発揮
- 子ども・高齢者・障害者など全ての人が、いつまでも、その人らしく家庭・職場・地域で活躍し、地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる社会の実現

# (参考) 暮らしと生きがいをともに創る「地域共生社会」

第7回(平成28年4月26日)  
一億総活躍国民会議 資料14

## 【地域共生社会の好循環】

**子ども** 高齢者などと日常的に関わり合いながら暮らし、健全な成長に効果。

**高齢者** 子育て支援などで役割を持つことが、予防に効果。

**障害者** 活躍する場を持つことが、自立・自己実現に効果。

### 地域の実践例①：「富山型デイサービス」(富山県)

- 介護保険の指定通所介護事業所を母体として、障害者総合支援の就労継続支援B型の事業を実施する。
- 高齢者だけでなく、障害者、子どもなど、多様な利用者が共に暮らし、支え合うことでお互いの暮らしが豊かになる。
- 子どもと関わることで、高齢者のリハビリや障害者の自立・自己実現に良い効果を生む。



施設を訪問した際に障害者の方からいただいたプレゼント



### 地域の実践例②：「おじゃまる広場」など(三重県名張市)

- 名張市では、子ども・高齢者・障害者の誰もが活躍できる場を作り出し、好循環を生み出す仕組みを構築。
- 高齢者や障害者が、子育て支援にボランティアとして参画し活躍。子どもも高齢者や障害者に元気を与えて活躍。「おじゃまる広場」、「子ども支援センター」など
- このほか、「まちの保健室」は、介護・生活・子育てなどワンストップの相談窓口、地域づくりと地域福祉の総合的拠点として機能。



「つつじおじゃまる広場」の光景: 高齢者がボランティアとして、子育て支援・親子の孤立防止に活躍

「子ども支援センターかがやき」では、高齢者や障害者が子育て家庭の支援で活躍



69

### 地域の実践例③：「地域共生型拠点を活用した、あらゆる住民の担い手創出事業」(北海道石狩郡当別町)

第7回(平成28年4月26日)  
一億総活躍国民会議 資料14

#### 共生型地域オープンサロン

- 障がい者の就労拠点(喫茶店)
- 高齢者の介護予防ボランティア
- 子どもたちの学び・遊ぶ場



- ◎障がい者就労
  - 多様な障がい者就労の場
  - 同時に、子どもたちの障がい者理解の場に



- ◎介護予防ボランティア
  - 駄菓子屋で値札付けなどをしながら、子どもや障がい者と交流・見守り
  - 高齢者に介護予防・生きがい創出



- ◎体験型学童保育
  - 子どもたちによるお菓子作りやカフェ店員などの体験など

#### 共生型地域福祉ターミナル

- 総合ボランティア拠点
- インフォーマルサービスのワンストップ拠点
- 地域の日常的な世代間交流スペース



- ◎特技を生かした社会貢献
  - 高齢者と子どもが囲碁を通じて心を通わす
  - 子どもも高齢者の生きがいを高めて活躍



- ◎子育て支援
  - 育児支援を受けたい方と育児の手助けができる地域住民が会員組織を結成
  - 地域互助で育児を支え合い



- ◎住民相互の生活支援
  - 移動手段の確保など公的制度ではカバーできない分野で活躍するボランティア
  - 独自の養成カリキュラムを設け、地域で支え合う仕組みづくり

#### 共生型コミュニティー農園

- 障がい者の就労拠点(レストラン)
- 高齢者の就労拠点(農園)
- 男性団塊世代など多世代交流拠点



- ◎障がい者就労
  - 個々の障がい者の得意分野に応じた就労の取組
  - 飲食業の監修によるレストラン経営(企業参画型)



- ◎認知症高齢者の活躍
  - 要介護の認知症高齢者が農業経験を発揮
  - 地元農家による監修(農福連携)



- ◎団塊世代の活躍
  - 団塊世代の高齢者が若い世代を巻き込んだイベントを企画し、リタイア後の人生活力に
  - 畑やレストランを利用したパーティーで地域活力の向上

70

ご清聴ありがとうございました。

