

介護予防・日常生活支援総合事業等の充実に向けて

2022年3月15日(火)

厚生労働省 老健局

認知症施策・地域介護推進課

地域づくり推進室 室長補佐 田中明美

自己紹介

田中 明美（たなか あけみ）プロフィール

厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課
地域づくり推進室 室長補佐

[保健師、看護師、精神保健福祉士、介護支援専門員]



- 1995年4月奈良県生駒市役所入職、福祉健康部健康課に配属
- 1999年福祉健康部高齢福祉課
- 2002年福祉健康部福祉支援課、2012年予防推進係長
- 2013年福祉部介護保険課、翌年課長補佐
- 2015年高齢施策課、2016年高齢施策課主幹・地域包括ケア推進室室長兼務
- 2017年福祉健康部地域包括ケア推進課長
- 2018年福祉健康部次長（兼）地域包括ケア推進課課長
- 2019年福祉健康部次長
- 2020年4月から現職

※ 「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職員派遣支援事業」
支援先の香川県観音寺市職員によりイラスト作成

もくじ

1. 地域包括ケアシステムの構築について

○改めて地域包括ケアシステムについて確認しましょう

2. 総合事業の充実に向けて

○総合事業の現状を捉えて、更なる充実に向けてアップデート！

3. 令和3年度介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための厚生労働職員派遣支援事業について

○令和3年度のアウトリーチ型伴走支援についてご紹介

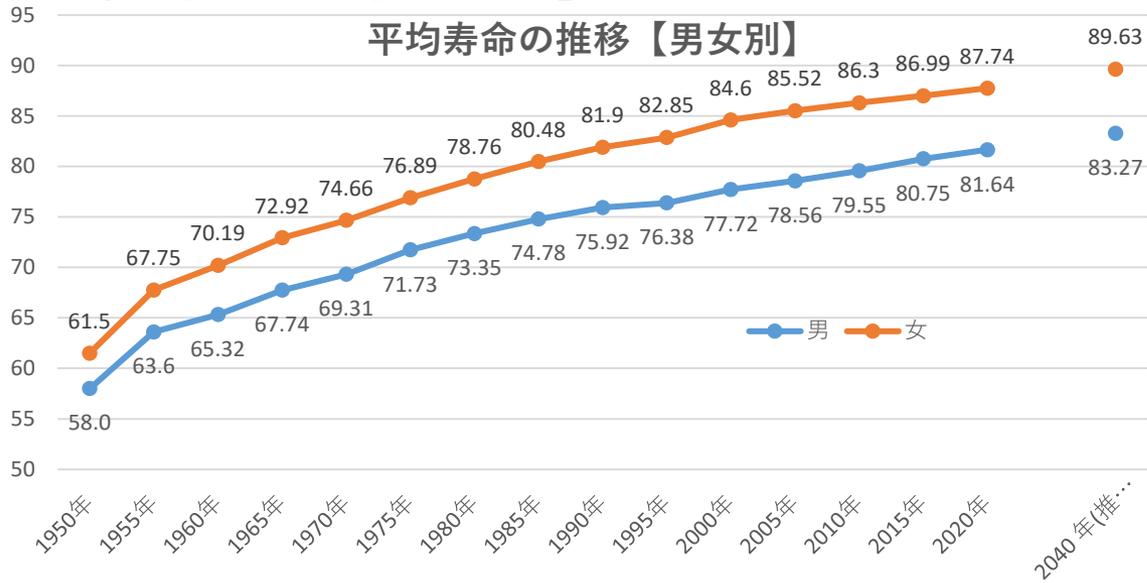
4. 令和4年度地域づくり加速化事業について

○令和4年度の新規事業のご紹介

1. 地域包括ケアシステムの構築について

長寿社会の到来と健康寿命の推移

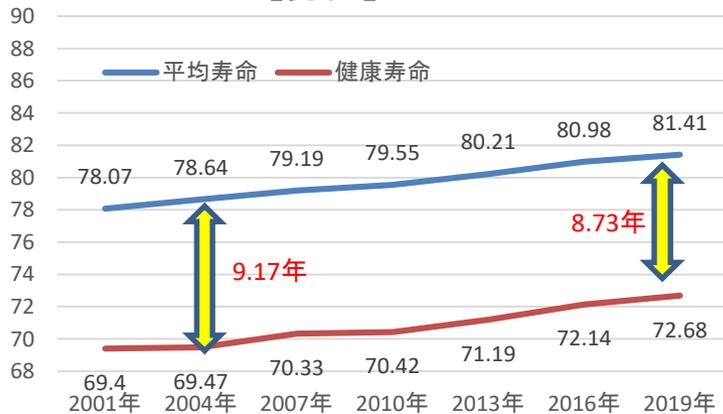
【平均寿命の推移と将来推計(全国)】



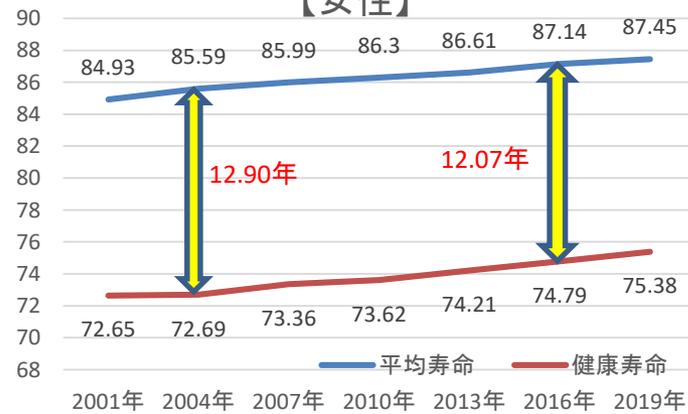
資料:2020年までは厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室「令和元年簡易生命表」、2040年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」における出生中位・死亡中位推計。

【健康寿命と平均寿命の推移(全国)】

【男性】



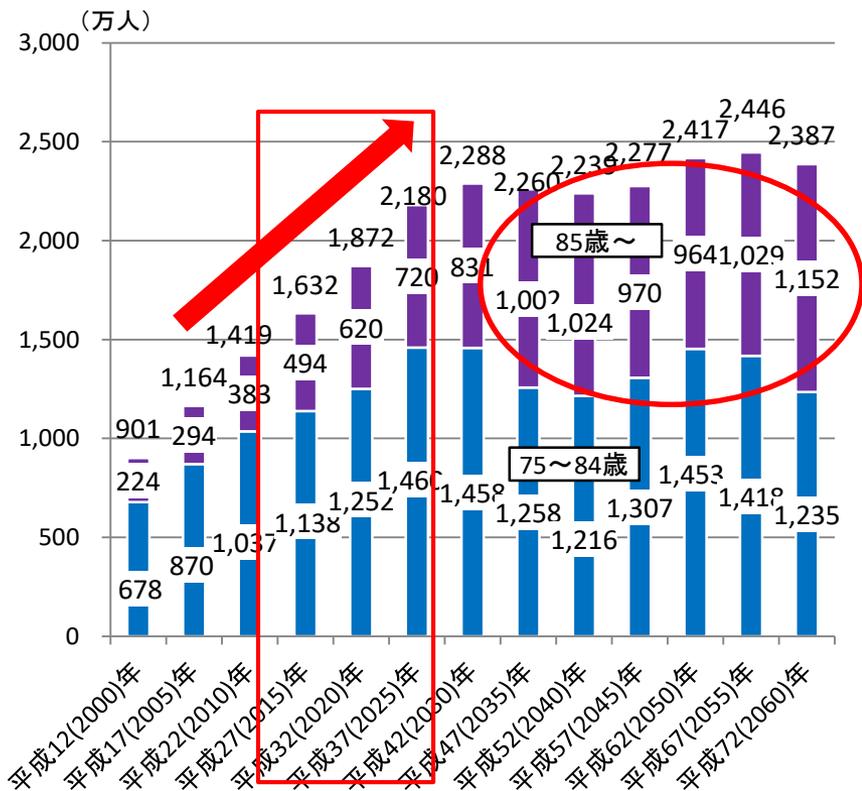
【女性】



資料:平均寿命については、2010年につき厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室「完全生命表」、他の年につき「簡易生命表」、健康寿命については厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室「簡易生命表」、「人口動態統計」、厚生労働省政策統括官付参事官付世帯統計室「国民生活基礎調査」、総務省統計局「人口推計」より算出。

75歳以上、85歳以上の人口の推移

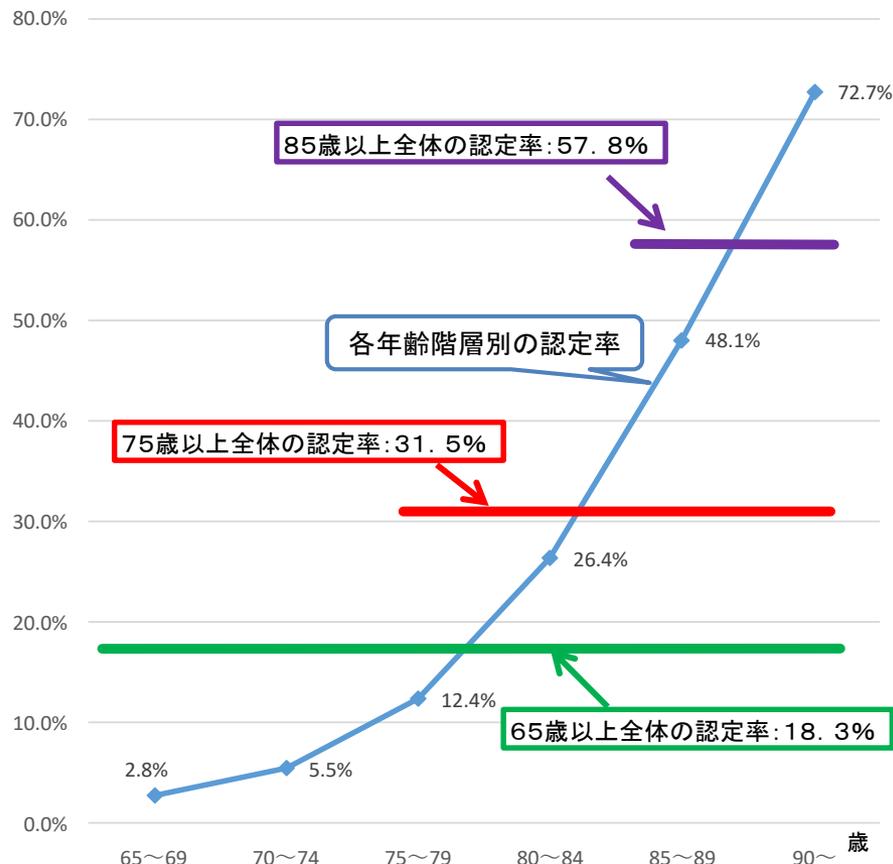
- 75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2015年から2025年までの10年間で、急速に増加。
- 85歳以上の人口は、2035年頃まで一貫して増加



(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29年4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)

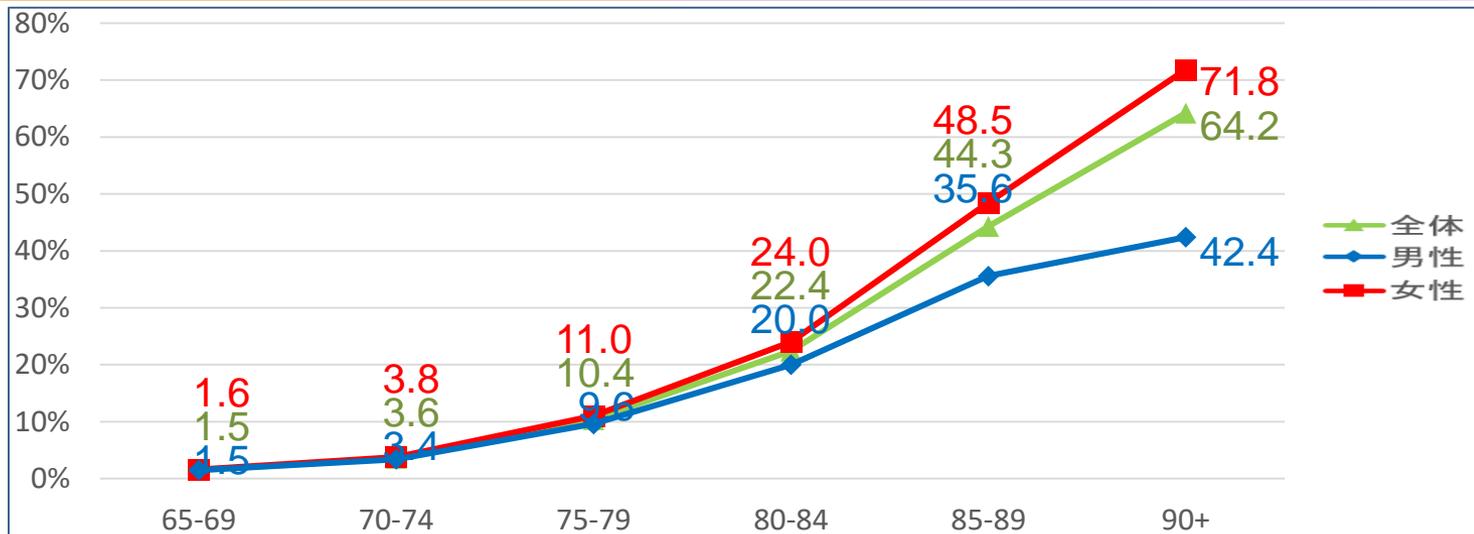
年齢階級別の要介護認定率

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典: 2020年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2020年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

年齢階級別の認知症有病率について (一万人コホート年齢階級別の認知症有病率)



日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
 悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果(解析対象 5,073人)
 研究代表者 二宮利治(九州大学大学院)提供のデータより作図

認知症の人の将来推計について

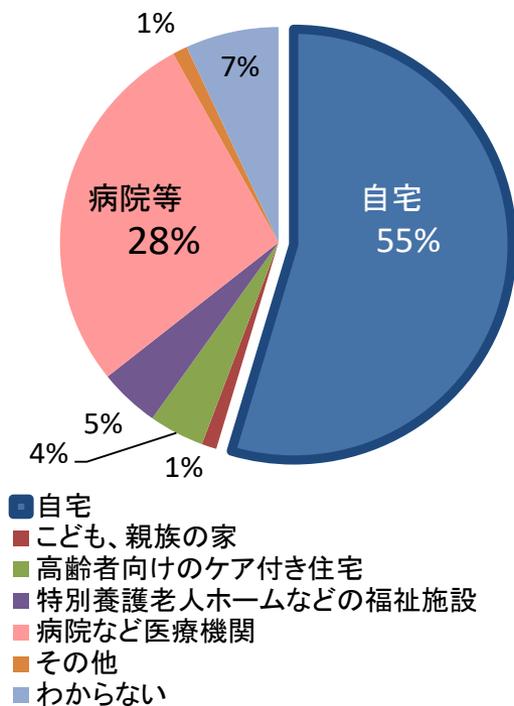
年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

「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

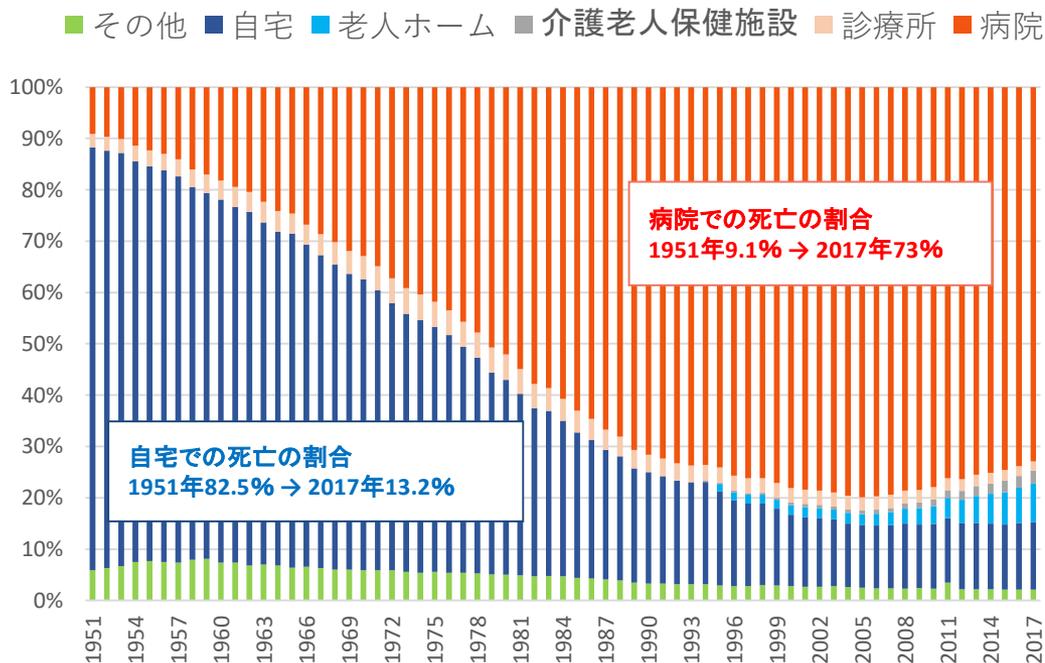
死亡場所の推移

- 国民の多くは、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。
- 場所別の死亡者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている

最期を迎えたい場所



死亡の場所の推移



出典：24年度 高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

出典：平成29年人口動態調査

「地域包括ケアシステム」が求められる理由

- 住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続 (Aging in Place)
- 「生活の質の向上」をサービスのアクセス・質・利用者満足度・効率性を改善しながら実現するシステムへの『期待』

20世紀 = 「病院の世紀」

パラダイム
転換

21世紀 = 長寿社会
「地域包括ケアの世紀」

複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす人の増加

「治す医療」

「病院単独で提供される医療」

長期入院

(病院の中で管理された人生の最期)

施設に收容する福祉

豊富な若年労働力
家族と同居する高齢者

専門職依存型のサービス提供

“支え手”と“受け手”との分離・固定化
(地域コミュニティの衰退)

「治し、支える医療」

「病院を含む地域全体で提供される医療・介護」

時々入院・ほぼ在宅

(自分らしい生活の中での幸福な人生の最期)

地域に展開する介護

希少な若年労働力
一人暮らしの高齢者

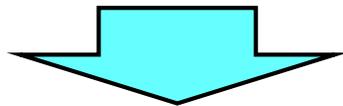
地域住民参加型のサービス提供

“地域支え合い体制づくり”

介護保険制度創設の基本的な考え方

【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というを超えて、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

介護保険制度改正の経緯

第1期
(平成12年度～)

第2期
(平成15年度～)

第3期
(平成18年度～)

第4期
(平成21年度～)

第5期
(平成24年度～)

第6期
(平成27年度～)

第7期
(平成30年度～)

第8期
(令和3年度～)

平成12年4月 介護保険法施行

平成17年改正(平成18年4月等施行)

- 介護予防の重視(要支援者への給付を介護予防給付に。**地域包括支援センターを創設**、介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施。介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施)
- 小規模多機能型居宅介護等の**地域密着サービスの創設**、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定 など

平成20年改正(平成21年5月施行)

- 介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化等

平成23年改正(平成24年4月等施行)

- 地域包括ケアの推進**。24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予(公布日)
- 医療的ケアの制度化**。介護職員によるたんの吸引等。有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護

平成26年改正(平成27年4月等施行)

- 地域医療介護総合確保基金の創設**
- 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(在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等)**
- 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**
- 低所得の第1号被保険者の**保険料の軽減割合を拡大**、一定以上の所得のある利用者の自己負担引上げ(平成27年8月) 等
- 特別養護老人ホームの入所者を中重度者に重点化**

平成29年改正(平成30年4月等施行)

- 全市町村が保険者機能を発揮し、**自立支援・重度化防止**に向けて取り組む仕組みの制度化
- 「日常的な医学管理」、「看取り・ターミナル」等の機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた、**介護医療院の創設**
- 特に所得の高い層の利用者負担割合の見直し(2割→3割)、介護納付金への総報酬割の導入 など

令和2年改正(令和3年4月施行(予定))

- 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する**市町村の包括的な支援体制の構築の支援**
- 医療・介護のデータ基盤の整備の推進**

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。
- 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」と「予防」※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

対象期間：団塊の世代が75歳以上となる2025（令和7）年までとし、策定後3年を目途に施策の進捗を確認

共生

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。**



予防

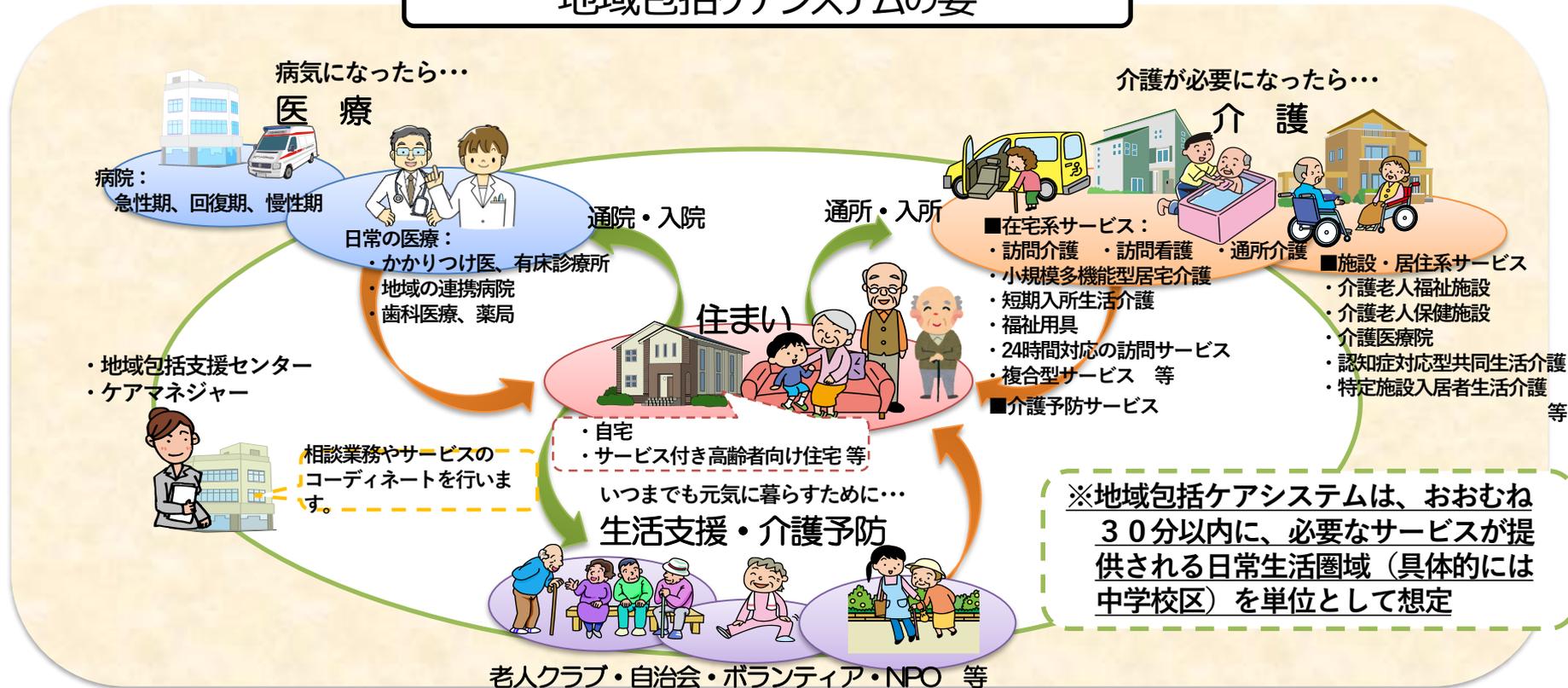
運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

- こうした基本的な考え方の下、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、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、⑤研究開発・産業促進・国際展開の5つの柱に沿って施策を推進する。その際、これらの施策は全て認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を推進することを基本とする。

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、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。
- 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**。

地域包括ケアシステムの姿



地域包括ケアシステムに関する規定

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（平成25年12月公布）

（医療制度）

第四条

4 政府は、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応して**地域包括ケアシステム（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。次条において同じ。）、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。次項及び同条第二項において同じ。）**を構築することを通じ、地域に必要な医療を確保するため、次に掲げる事項及び診療報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一～三（略）

（介護保険制度）

第五条

2 政府は、低所得者をはじめとする国民の介護保険の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図りつつ、**地域包括ケアシステムの構築を通じ**、必要な介護サービスを確保する観点から、介護保険制度について、次に掲げる事項及び介護報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一～六（略）

介護保険法第5条第3項

⇒平成23年介護保険法改正で追加した地域包括ケアの規定

（国及び地方公共団体の責務）

第五条

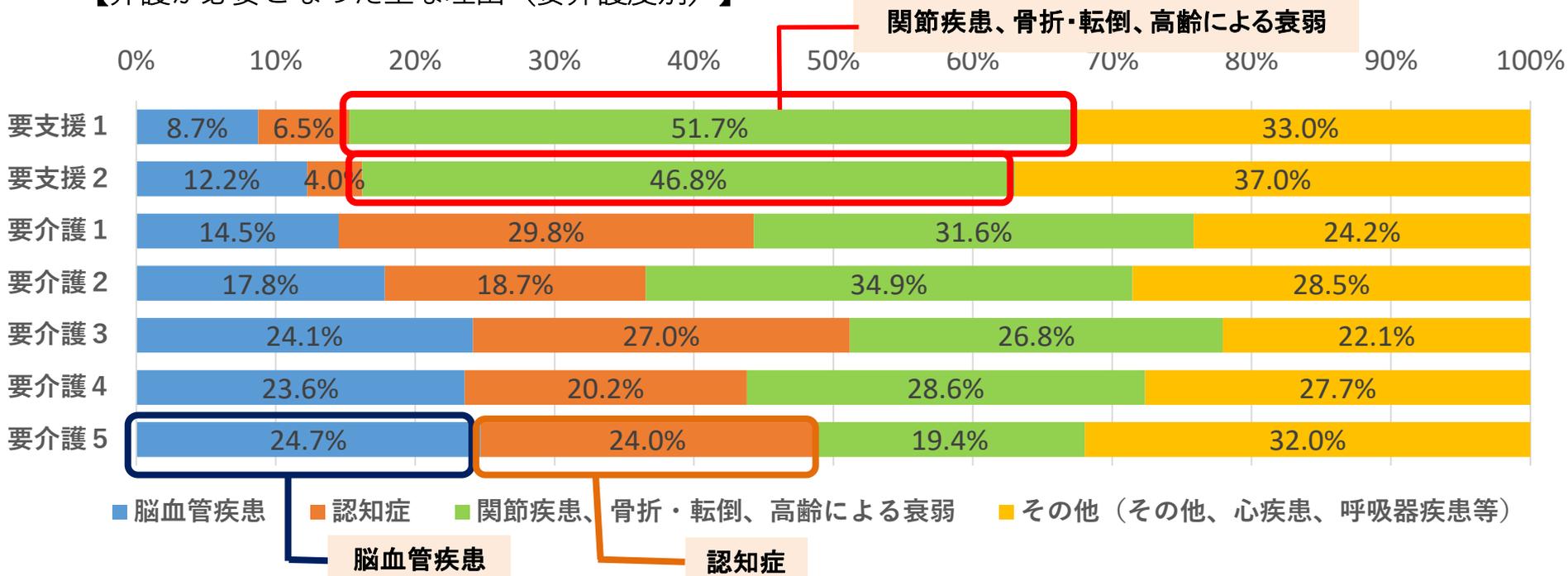
3 国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

介護が必要となる原因

【介護が必要となった主な理由(合計)】

	①認知症	②脳血管疾患(脳卒中)	関節疾患、骨折・転倒、高齢による衰弱				その他								
			③高齢による衰弱	④骨折・転倒	⑤関節疾患	⑥その他	⑦心疾患(心臓病)	⑧呼吸器疾患	⑨悪性新生物(がん)	⑩糖尿病	⑪不詳	⑫パーキンソン病	⑬脊髄損傷	⑭視覚・聴覚障害	⑮わからない
構成比	17.6%	16.1%	12.8%	12.5%	10.8%	9.1%	4.5%	2.7%	2.6%	2.5%	2.4%	2.3%	1.5%	1.4%	1.1%
			36.1%				30.2%								

【介護が必要となった主な理由(要介護度別)】



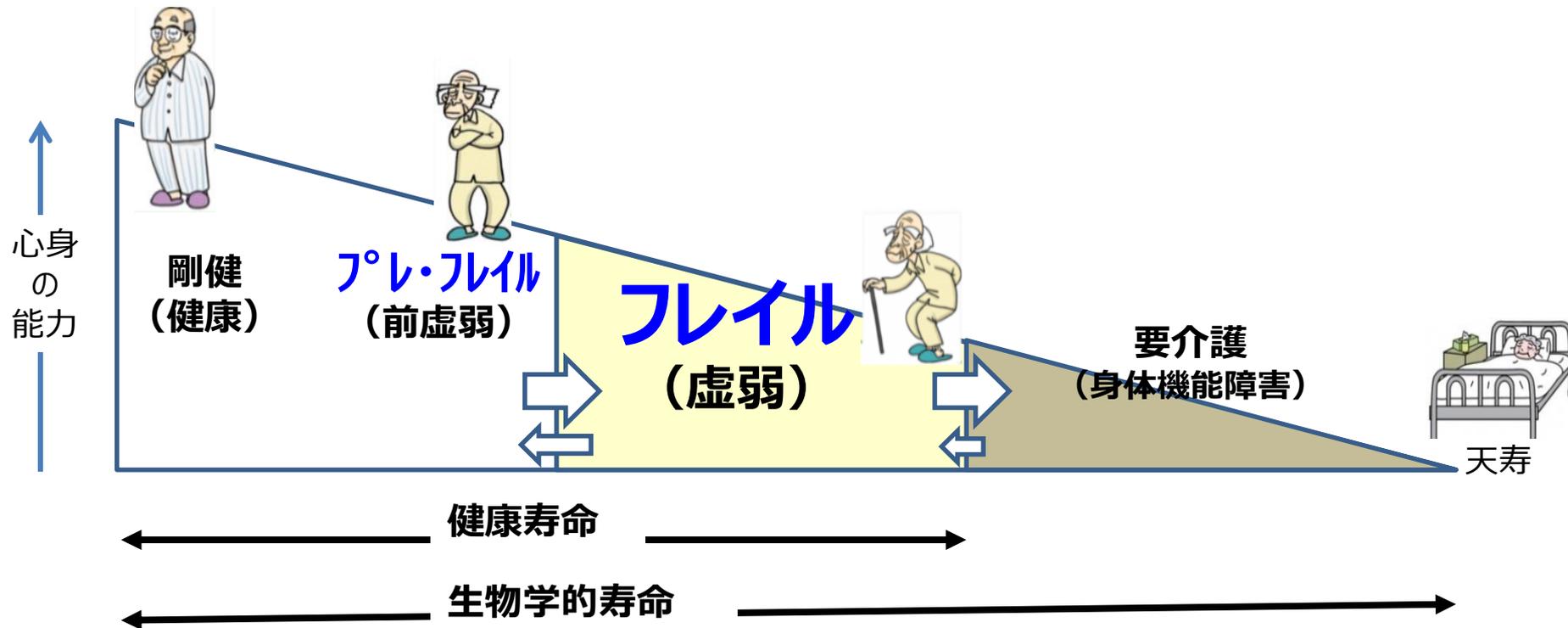
(出典)厚生労働省「令和元年国民生活基礎調査」

虚弱(Frailty)⇒フレイル

フレイルとは、健常な状態と要介護状態(日常生活でサポートが必要な状態)の中間の状態として、**日本老年医学会**が2014年に提唱した。

多くの高齢者は健常な状態から、筋力が衰える「サルコペニア」という状態を経て、さらに生活機能が全般に衰える「**フレイル**」となり、要介護状態に至る。

しかし、適切な介入により、様々な機能を**可逆的**に戻せる状態像



出典：東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢先生 作成（葛谷雅文，日老医誌 46:279-285, 2009より引用改変）より改変

介護予防・日常生活支援総合事業の推進

～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。

地域住民の参加

生活支援・介護予防サービス

- ニーズに合った多様なサービス種別
- 住民主体、NPO、民間企業等多様な主体によるサービス提供
 - ・ 地域サロンの開催
 - ・ 見守り、安否確認
 - ・ 外出支援
 - ・ 買い物、調理、掃除などの家事支援
 - ・ 介護者支援 等

生活支援の担い手としての社会参加



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
 - ・ 一般就労、起業
 - ・ 趣味活動
- ・ 健康づくり活動、地域活動
 - ・ 介護、福祉以外のボランティア活動 等

バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化

バックアップ

都道府県等による後方支援体制の充実

2. 総合事業の充実に向けて

必要な知識の身に付け方

～「マクロ」と「ミクロ」の行ったり来たり～

マクロとミクロではズレが生じている場合は多い。そのズレを把握しながら業務を進めることが大事。
これにより、県との連携強化、市町村・関係団体とのネットワークづくりにも繋がる。

マクロ 的視点

■ 制度（国が目指そうとしている方向性）を徹底的に理解する

⇒介護保険担当課長会議資料 等
（今年度の見直し内容等）

⇒既存資料（見直し前の状況）

■ 既存データにより、管内の状況を把握（俯瞰）する

⇒本省の調査結果

- ・認知症施策（毎年実施）
- ・インセンティブ交付金等

※前年度の課主催の会議資料等

⇒老人保健健康増進等事業等の調査結果 等

交互に
行ったり
来たり

ミクロ 的視点

■ 現場に飛び込み情報を収集する

⇒現場はどうなっているか？

⇒国の目指す方向に進められているのか？いないのか？

⇒どうすれば進められるのか？

（例）現場への飛び込み方

- ・ 県の実施する市町村支援の取組
⇒研修会の企画立案時からの参画
⇒市町村ヒアリングへの同行等
- ・ 市町村の取組
⇒地域ケア会議等、各種取組
- ・ 関係団体(医師会・社協等)の取組
⇒団体が開催する研修等への参加

新しい地域支援事業の全体像(平成26年改正前後)

<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%

介護給付 (要介護1~5)

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

改正前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

介護給付 (要介護1~5)

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

地域支援事業

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。

(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。

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

介護予防・生活支援サービスの類型(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。※ 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。

①訪問型サービス 訪問型サービスは、従前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り、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	従前の訪問介護相当		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)	

②通所型サービス 通所型サービスは、従前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り、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	従前の通所介護相当		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 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		・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)

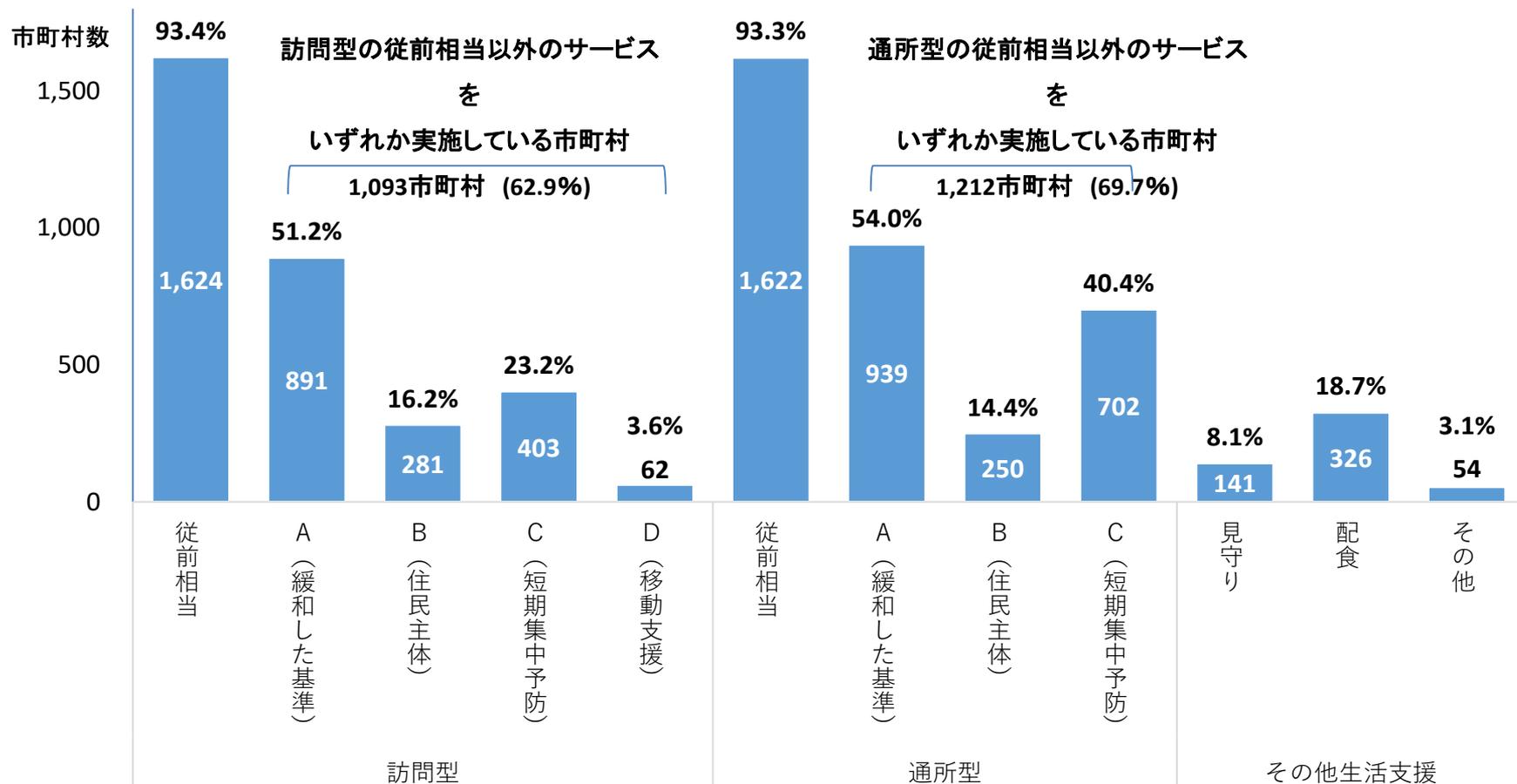
③その他の生活支援サービス その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

介護予防・生活支援サービス事業の実施状況

令和元年3月時点で従前相当サービスを実施している市町村は、訪問型で1,624市町村(93.4%)、通所型で1,622市町村(93.3%)である。訪問型の従前相当以外のサービスをいずれか実施している市町村は1,093市町村(62.9%)、通所型の従前相当以外のサービスをいずれか実施している市町村は1,212市町村(69.7%)である。

n=1,739

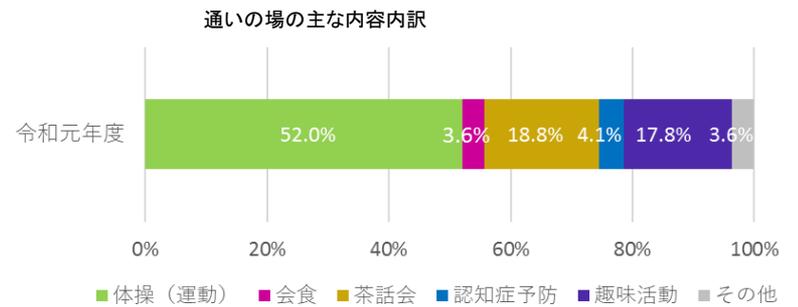
サービスを実施している市町村数



*令和2年度に実施した「介護予防・日常生活支援総合事業等(地域支援事業)の実施状況」(令和元年度実施分)に関する調査(第2弾) (以下、「厚労省調べ」という。)の調査結果をもとに集計した。 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00007.html

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、趣味活動の順で多い。



(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%

(介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(令和元年度実施分)に関する調査)

解決に向けて知恵を出し合う場「地域ケア会議」

「地域ケア会議」は 専門職が知恵を持ち寄る場

- 「地域ケア会議」とは、
 - ・ 市町村等が主催し、
 - ・ 医療・介護の専門職に加え、地域包括支援センターや生活支援コーディネーター等の多くの職種が一堂に会することで、
 - ・ 個々の高齢者の課題を明らかにし、効果的な支援方法を幅広く検討するための会議。
- 個別課題の積み重ねから地域課題を発見し、市町村としての政策形成につなげていくことも期待される。

市町村
(主催者)

医師、歯科医師、
薬剤師、看護師、
リハビリ等の専門職

生活支援
コーディネーター

ケアマネジャー

地域包括
支援センター
(保健師、主任ケアマネ、
社福士)



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

デイサービスで週2回風呂に入る

6ヶ月後評価困難

問題点

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

お世話なしには生活できない

× 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

6ヶ月後
自分で入浴することができる

具体的
 6ヶ月後評価可能

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

地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業（調査結果：抜粋）

「かなり取組が進んでいる」と回答した市町村の特徴

○地域ケア会議の開催に向け丁寧にその目的や意義、ゴールを明確に示し、関係者等と共有していることや先のビジョンを設定し、その目的に向かってアクションを行い、都度、振り返りを行い発展し続けている。

○推進に課題のある市町村は、会議開催の目的・意義について、関係者等とそのデザインを作る過程において合意形成を図るプロセスを得ていない

地域ケア個別会議と地域ケア推進会議の連動

○地域ケア個別会議の取組はある程度進んできているものの、地域ケア推進会議に至るまでのプロセスに課題がある。
○今後のさらなる取組の促進・効果的運用に向けては、地域ケア推進会議等を活用した地域課題の解決、地域ケア会議全体構成の継続的見直し、改善の取組も重要。

地域性等を考慮した取組の促進

○各市町村が地域の状況、活用できる資源を考慮して取組を進めることが重要。

介護予防のための地域ケア会議の推進

○介護予防のための地域ケア会議に取り組む自治体は、回答があったうちの6割超
※回数、検討事例数を見る限り試行的運用と想定
○一層の取組促進には、参考となるツール、書式等を共有し、ツールを活用した体系を作りあげることが重要。
○多くの事例を積み上げ地域の介護予防に関する課題等を把握すること、住民参加を促進し、高齢者等のニーズを把握することも重要。

介護予防ケアマネジメントの実施状況

○ニーズ調査の結果の活用や地域包括支援センター等へのヒアリング・意見交換ができていない自治体があり、現場の声を把握する取組に課題がある。

○アセスメントの質向上のため独自のアセスメントシートの作成や専門職の同行を行っている自治体もある。

○適切なサービス選択のために独自基準を作成する場合には、関係者等との協議繰り返し行う等、関係者等が納得する方向性を打ち出すことが重要

○各サービスの効果について、一層の取組促進には、参考となるツール、書式等の共有が重要※ただし、目的等の共有や関係者との継続したコミュニケーションを行いつつ、ツールを活用した体系を作ることが重要

○多くの事例を積み上げ地域の介護予防に関する課題等を把握すること、住民参加を促進し、高齢者等のニーズを把握することも重要。

○市町村としての自立支援の考え方を地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と共有しスキルアップを図ることが重要。

地域ケア会議の評価・振り返り

○地域ケア会議の評価・振り返りを行っている市町村は非常に少ない。

○関係者間での検討を踏まえた評価・振り返り、継続的な見直しを進め、必要に応じて体系・運用方法等を改善していくことが重要。

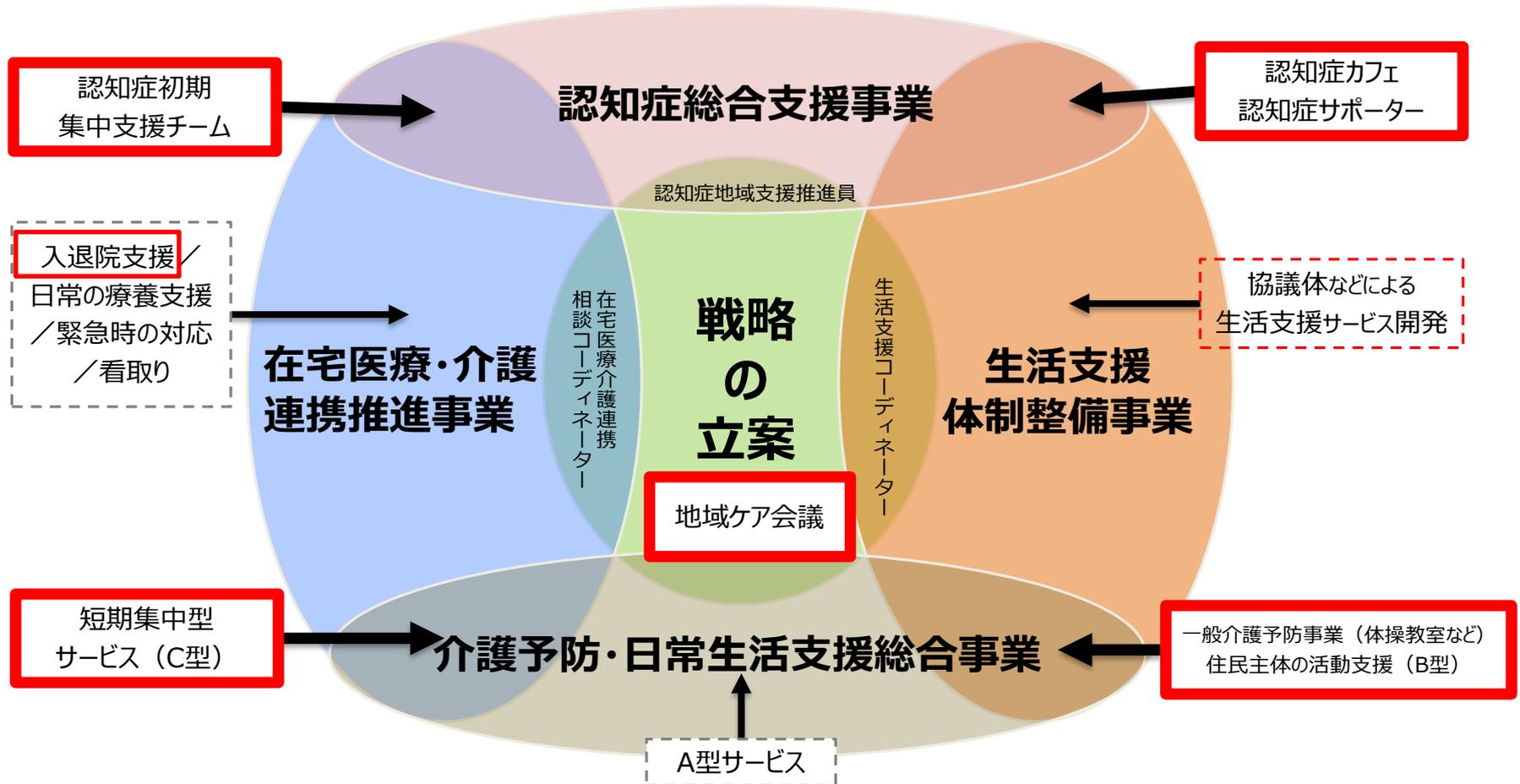
○地域ケア会議全体に係るPDCAサイクルを運用する体制・仕組み等を作っていくことが重要。

※令和元年度老人保健事業推進費等補助金「地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業」（株式会社 日本総合研究所）結果を基に、厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課地域づくり推進室において作成



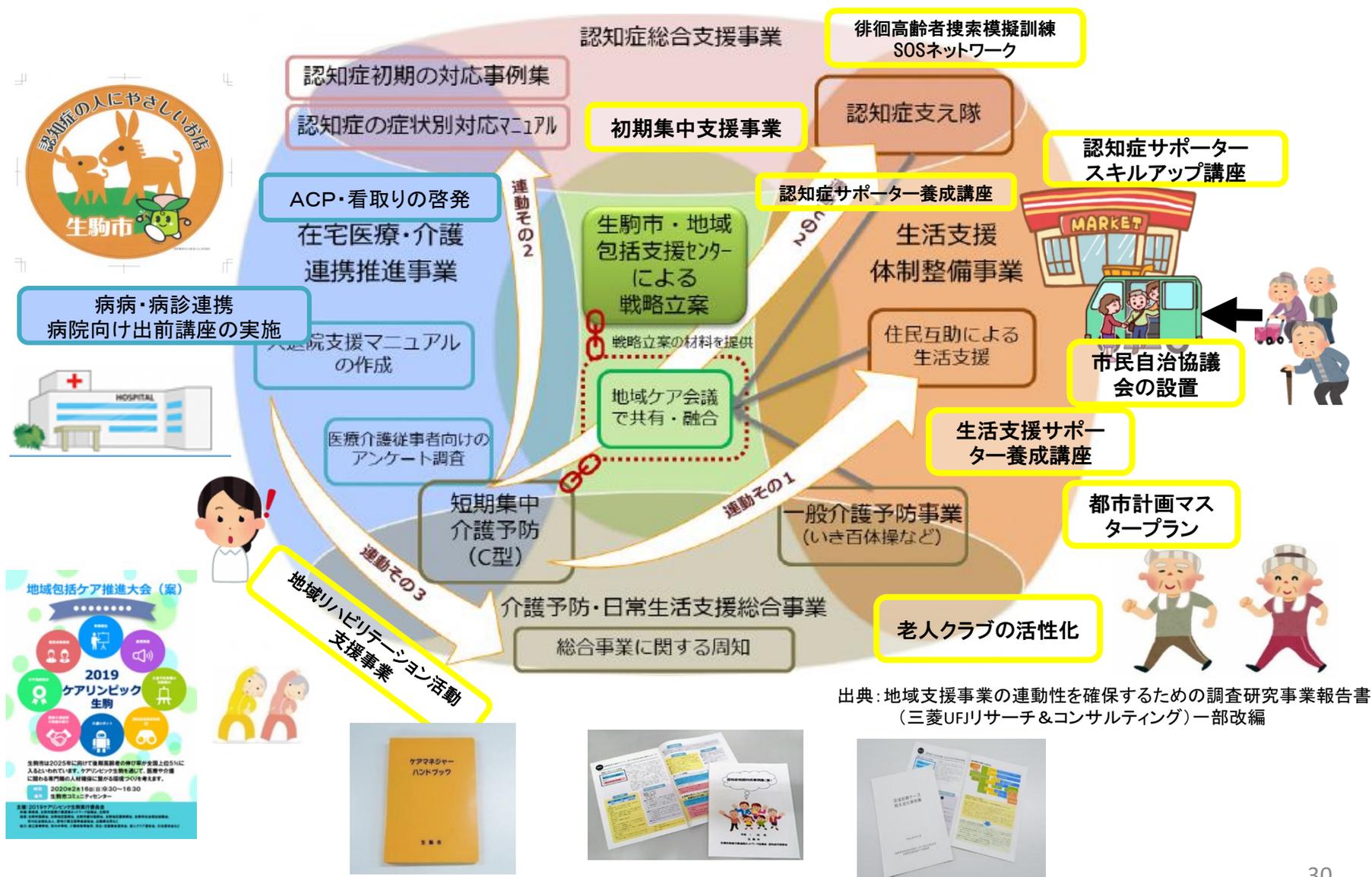
地域支援事業内での連動

～関連のある事業同士をつなげる～

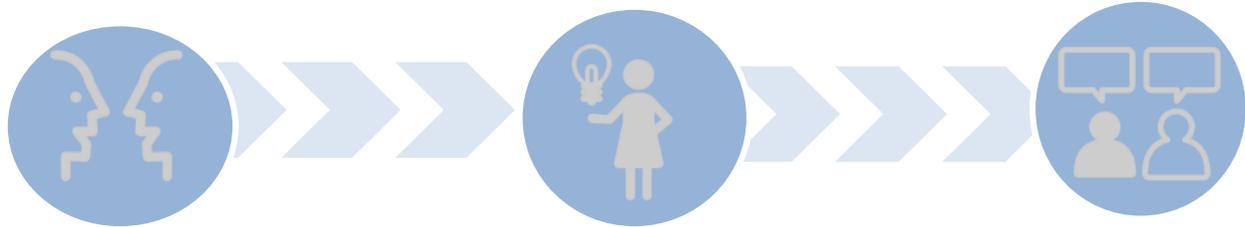


資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」
(平成30年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業) を一部改編

地域包括ケアシステムの構築に必要な地域支援事業の連動性(生駒市の例)



地域づくりに必要な視点



つながる
(対話する)

知る
(共有する)

うまれる
(うみだす・育む)



行政・社会福祉協議会・地域包括支援センター・生活支援コーディネーターや認知症地域支援推進員 等



共に知恵を出し合い協力し合って、進められることがあるはず！

少し、視野を広げてみましょう！

地域包括支援センター・生活支援コーディネーター・認知症地域支援推進員・行政・社協等のつぶやきから意見交換の場づくりにつながり、やがて、市民も交えた相互交流・協働へと発展！

いろんなつぶやきに耳を傾けて聴いてみよう

ステップ1: 認知症高齢者の支援を巡り連携強化



ちょっとした声かけ、見守り、同行支援があれば、馴染みの関係・環境を失わずに済む認知症高齢者をなんとか支え隊！という声から、関係者が一堂に集まり、協議！

ステップ3: 「認知症支え隊養成講座」の展開

認知症予防教室の脳トレで、参加してほしい人達が日時を忘れて中断していく。なんとかして継続できないか？
地域のサロンに行きたいけど、日時を忘れてその日に向かうことができない。なんとかできないか？→声かけできる人 募集しよう！

市役所 生活支援推進員養成講座

「認知症支え隊」養成講座

受講生募集

「暮らしについて学びたいけれど、ついでに学びたい」という声に応える講座です。でも、「何かやることがある」という声かけがあれば、自分の生活環境で取り組むことができます。認知症支援は、そんな声かけが大切です。あなたもぜひ学びたい声かけをしてみませんか？

●対象 市内にのみ、受講生「認知症支援士」として活動できる人
（講師として、生活支援士である人）
●定員 30人（中心員）
●受講料 無料
●申し込み期間 10月25日（水）～11月1日（金）（要項に準じます）
●申し込み先 生活支援推進員養成講座事務局
もしし生活支援推進員養成講座事務局へ
Tel 0743-75-0234 Fax 0743-73-0533
（事務局のパソコンの故障により、掲載の申込書について変更がある場合がございます）

申し込み期間	内容
11月25日（水）	「生活支援推進員養成講座（認知症支援士）」 地域包括ケア推進課
14:00-16:00	「認知症のこと、よく知ろう」
11月26日（木）	「認知症のサロンの楽しみを知らう～作業療法士からの体験～」
13:00-15:00	作業療法士 藤田 大樹 さん 認知症支援推進員養成講座
11月27日（金）	「予防教室～脳トレの体験～」
12月4日（日）	講師 宮下 さん、藤田 さん 「体験を通して～とちぎ～」

※第1回はメディアカルセンター、第2-3回はコミュニティセンターで開催します。

ステップ2: 生活支援体制整備で築いてきたネットワークも活用！

「協議体で認知症の勉強会」

●家事がほとんど担えなくなった



ステップ4: 「心が動けば体が動く！」自分達にもできることがある！

認知症カフェ



「認知症に優しい図書館」

認知症のこと、専門職家族、当事者がもっと学べる環境を作ろう
図書館好きの認知症の方が安心できる空間を作ろう！



地域貢献 事業所の職員としてできること



平成29年 生駒市の認知症支え隊
養成講座の1期生終了後、支え隊の
活動として認知症カフェのお手伝い



令和3年 今も自分に
出来ることを認知症カフェ
(心カフェ)で続けています！



ケアリンピック(ケアのオリンピック: イベント)に
利用者の家族と参加。他事業所の仲間と「これからの
介護人材確保」に向けた啓発にも参加しました。

3. 令和3年度介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための厚生労働職員派遣支援事業について

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事業について

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も一定数いるものと考えている。
- このため、令和3年度においても、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等を派遣し、個別の相談支援や実践を通じた継続的な支援等を実施。
- R2年度事業では、伴走的支援を実施した17市町村において、「つながる・知る・うまれる」のプロセスを踏まえた市町村支援をすることが、有効であることが確認できた。
- R2年度の実践を踏まえ、課題別に有効な市町村支援の在り方を検証することも加え、本事業を展開。

※「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3年5月28日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課、老人保健課連名事務連絡)により、都道府県が支援先市町村を選定し、厚生局を経由して本省に報告。市町村の選定例:高齢者の自立支援・介護予防等に関する事業展開等に取り組んでいるが、その実施に課題を抱えており、支援を必要とする市町村(例:総合事業について個別協議を行っている市町村、介護予防ケアマネジメント、地域ケア会議、短期集中サービスCの運用に課題を抱えている市町村等)

令和3年度 支援内容

1) 伴走的支援(7月中下旬から順次実施予定: 7厚生(支)局 16都道府県 22市町村)

- 支援対象の市町村に対して複数回(3回程度)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
- 都道府県が市町村へ伴走支援を行う場面に、厚生(支)局と厚生労働省職員等が同行

R3年度 支援対象市町村一覧

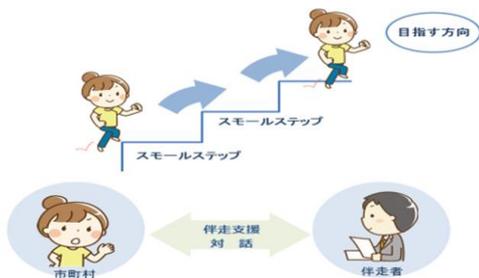
◆ 7厚生（支）局・16道県・22市町村

◆ 希望する支援内容及び都道府県・市町村の取組状況を鑑み、支援回数ごとにグループA（3回の訪問）、グループB（1回の訪問）

※希望に応じ、訪問前後にオンライン（zoom）による打合せも実施。

グループ	厚生局	都道府県	市町村
A	北海道	北海道	新篠津村
A	東北	秋田県	能代市
A	東北	秋田県	横手市
A	関東信越	千葉県	東金市・富津市・千葉県全体
A	関東信越	長野県	長野市
A	関東信越	長野県	辰野町
A	関東信越	新潟県	長岡市
A	関東信越	山梨県	中央市
B	関東信越	埼玉県	深谷市
B	関東信越	埼玉県	川越市
A	東海北陸	静岡県	西伊豆町
A	東海北陸	静岡県	富士宮市
A	東海北陸	三重県	紀北町
A	中国四国	広島県	大竹市
A	四国	徳島県	小松島市
B	四国	愛媛県	管内市町村向けの集合研修を予定
A	九州	佐賀県	神埼市
B	九州	熊本県	あさぎり町
B	九州	熊本県	宇城市
B	九州	宮崎県	宮崎市
A	九州	鹿児島県	長島町
A	九州	鹿児島県	日置市

緑:2市への単発+県全体で計3回の支援、オレンジ:単発支援、ピンク:県全体の支援、白:3回の訪問支援



現地支援

- ◆目標達成に向け積み残し確認
- ◆積み残しの解決の目安を共有
- ◆今後の方向性を確認・共有

3回目

準備期間

- ◆最終回に向けて、積み残している課題がないか、進捗を確認
- ◆予定通り進んでいない場合には、行動の見直し（状況を支援者間で共有・支援方針の再検討）
- ◆当初の目標に対する達成度等の確認
- ◆3回目の支援内容の検討・協議

現地支援

- ◆課題解決に必要な連携先の参加
- ◆あるべき姿の目線合わせ
- ◆課題解決に向けた役割分担等

2回目

準備期間



- ◆初回支援時に次回までに実施する内容を固めたものについて、その進捗を確認する
- ◆目標が高すぎないか、支援期間内に達成できそうか、確認。必要なら目標設定の修正等
- ◆行き詰まりや確認や行動を起こしたことによって、新たな課題が生じてないか確認（承認・助言）
- ◆2回目支援内容について、協議（参加メンバー、検討内容、手段（研修・GW・意見交換・視察等）
- ◆市と協議した内容を支援者間で共有（修正やアップデートする必要性の有無判断）

現地支援

- ◆市町村の現状や課題感を報告
- ◆あるべき姿の目線合わせ
- ◆あるべき姿－現状＝課題の共有
- ◆解決すべき優先課題の共有

1回目

準備期間

- ◆支援チームとの役割分担・支援方針の共有等（1回目の流れについて、大まかな想定を共有）
- ◆この分野に経験が浅い都道府県職員等に対して、事前の勉強会等も場合によっては展開もあり
- ◆支援内容によって、参加する市町村メンバー（課内・関係課・関係機関・関係者・住民・民間等）考慮
- ◆伴走支援の意義・目的について、初回に参加するメンバーと共有しておくことを強調（単に出席は×）



※1回目は道庁にてオンライン

1回目支援
8/17



新篠津村の皆さん

- 乗合タクシーはあるが利用が少ない。移動支援が必要と住民目線で熱い思いを伺った・・・が、移動支援を真に欲している数はどのくらい？

ニーズ把握が必要との気づき！

- 住民主体の通いの場の育成がうまくいっていない。村民は村の手厚いサービスに慣れているのか、役場が何とかしてくれるだろうと・・・地縁でつながっていない人を何とかできないだろうか。

小規模自治体ならでは！村民で知らない人はいない。通いの場に来てほしいと思う人は20~30人とすぐに対象者が思い当たる。

他村の取組紹介



田中補佐より地域の互助力を引き出すことを伝える。やってくれそうな人にまず声掛けしては？とアドバイス

地域の力を借りて、やってみよう！役場でできることも限界があることを知らせることも必要。

2回目支援
10/22

オンラインでは温度感が伝わりづらく、役場関係者の皆さんが同じ思いかをモニタリング期間で再確認！⇒皆さん同じ気持ちでした！

ついに来ました！新篠津村
村視察にて、市街地以外は1軒1軒離れてます



右) 道の駅兼温泉(たっばの湯)。以前、送迎バスがあった頃は自主的な集まりもあったようだ



移動支援が必要な理由をさらに検討⇒移動の不便さは直接確認することが必要

- 村内の福祉サービスの状況や担い手について検討。担い手は同じ人ばかりが活躍。これ以上は頼めない・・・
- さらに依頼するのではなく、その人達の情報を共有いただき一緒に考えていくのはどうか、とアドバイス。

社福法人・社協・SCさんも交えて意見交換



夏は農作業で忙しく、通いの場に参加しない人もいるとの情報を得る！

冬季限定の【通いの場】を行ってはどうか？

村内の通いの場への移動支援も考えていく方向で取り組んでいくことへ

村の乗合タクシーをもっとPRしよう！診療所にも患者送迎の無料運行サービスがあるので周知や活用を検討しよう！

3回目支援
12/13

吹雪いていました！新篠津村



- 元気な人も冬は運動不足。予算もない中で半日程度の運動を検討。村民に声掛けをすると意外とニーズがあった！（お断りする方も出るほど）
- 確認すると、高齢者全体の約2割が一見元気そうだが何もしなければ虚弱となる方

冬場の一般介護予防事業(移動支援付) 実証実験の説明



自立した活動を行っている団体へ協力依頼

～実証実験期間～
A地区：12/20~3/28
B地区：12/23~3/24

他村の取組紹介



健康寿命の延伸や他県の取組事例紹介

地域の課題は地域関係者と情報共有・意見交換を行うことで様々なアイデアにつながる



意見交換の場って重要！と実感

※1回目は市役所に
てハイブリット開催

1回目支援
8/4

事前のDVD視聴



協議体の会議風景を撮影した動画（3か所）を市から送付を受け、支援の前日までに視聴

地域支援事業の運動性

事業同士が繋がっている実感がない・繋げ方もわからない・・・支援者から質問を投げかけられても「コレだ！」というものがでてこないところに課題があると思うという意見が包括から上がる。→包括の普段の総合相談の中から訪問D立ち上げのきっかけが出てきた。これも事業のつながりでは？無意識にしていることを意識化してみよう！

在宅死は全国トップクラス

認知症の相談件数が多いが、初期集中支援チーム対応件数が少ない。これはどう評価する？

件数が多い=良いこととは限らない。包括で相談を通じ水際対策できているのかも。→事の本質を見抜くことの大切さを実感！

ロールプレイの展開



協議体の進め方として、事前にDVD視聴を踏まえ、ロールプレイにより場面を再現。

具体的なファシリテートのイメージに繋がった！

- ファシリテーションの前向きな改善策を提案
- * 話題を膨らませてみよう！
- * 話が広がりすぎたらカットインしよう！ 等々・・・
- テーマの置き方で会議雰囲気異なる！

地域の課題という議題は重苦しさ
地域の時間はポジティブな雰囲気
地域との交流は様々なアイデアに繋がる

2回目支援
10/26

1回目を受けて、全関係者で地域支援事業の目的と方向性を協議する機会が必要。モニタリング期間でヒアリングを実施すると、行政担当課と包括の想いのズレがありそう。対話する機会を増やしたい！協議体・生活支援を切り口に、医介連携・認知症膺も連動させた『あるべき姿の目線合わせ』を第2回支援テーマに。

1回目支援でつかんだファシリテートイメージを協議体で実践した報告



支援者から『行政が地域の方と物事を進める際に注意したほうが良いこと』を参加者へ投げ掛け。参加者より、地域のリーダー的存在を巻き込むには・・・

業務上の無意識を意識化

- ・ 地域の中での立ち位置や関係性の理解
- ・ 声をかける順番

うまくいった取組を評価した上で、難しいところの底上げについてグループでアイデア出し

グラフィックレコーダーにて可視化



ワーク『横手市における高齢者の生活支援を考える』何がニーズ？どんな資源がある？関係者のつながり？



KJ法でグループワーク

「いいねシール」で参加者の想いを浮き彫りに

3グループでの意見を1つに集約

目指す姿は同じだった！共有不足で実践に繋がっていなかった。⇒庁内連携に向け、部内で一緒に考えられる機運を高めていく！

3回目支援
11/26

第1部

将来的な庁内連携に向けたきっかけづくりとして部内の主に保健師と福祉担当向けを対象に勉強会

『地域包括ケアシステムの深化・推進を目指して～それぞれの立場でできること』講話
具体事例を交えて講話し、目的は同じという目線合わせにつながった。

地域包括ケア勉強会



常々何か一緒にできないかと思っていた。これを機に一緒に取り組みたい！との意見も

今後の庁内連携の進め方の作戦会議

勉強会の気づきを今後につなげるために、担当課・包括・SCで話し合い



定期的に勉強会を開こう！

第2部：包括職員の半数以上が参加！

担当課・包括・SCを対象に事業間連動を講話

隣同士で講話での気づきを意見交換⇒全体シェア

事業を1つに繋げていくために、まずは自分達の事業を知る気づきに繋がった！

『自分の担当事業と繋がりそうなもの』フリートーク

医介連携・認知症施策⇒互いに事業を知れば全ての事業と連動できるかも

『協議体活動とのつながり』フリートーク

協議体に包括が参加している意義や効用を意味付け。目的を持った介入と包括の日々の活動を結び付けて考える

担当課と包括の対話継続が重要！その上で将来的なビジョンを共有しながら、つながり続ける

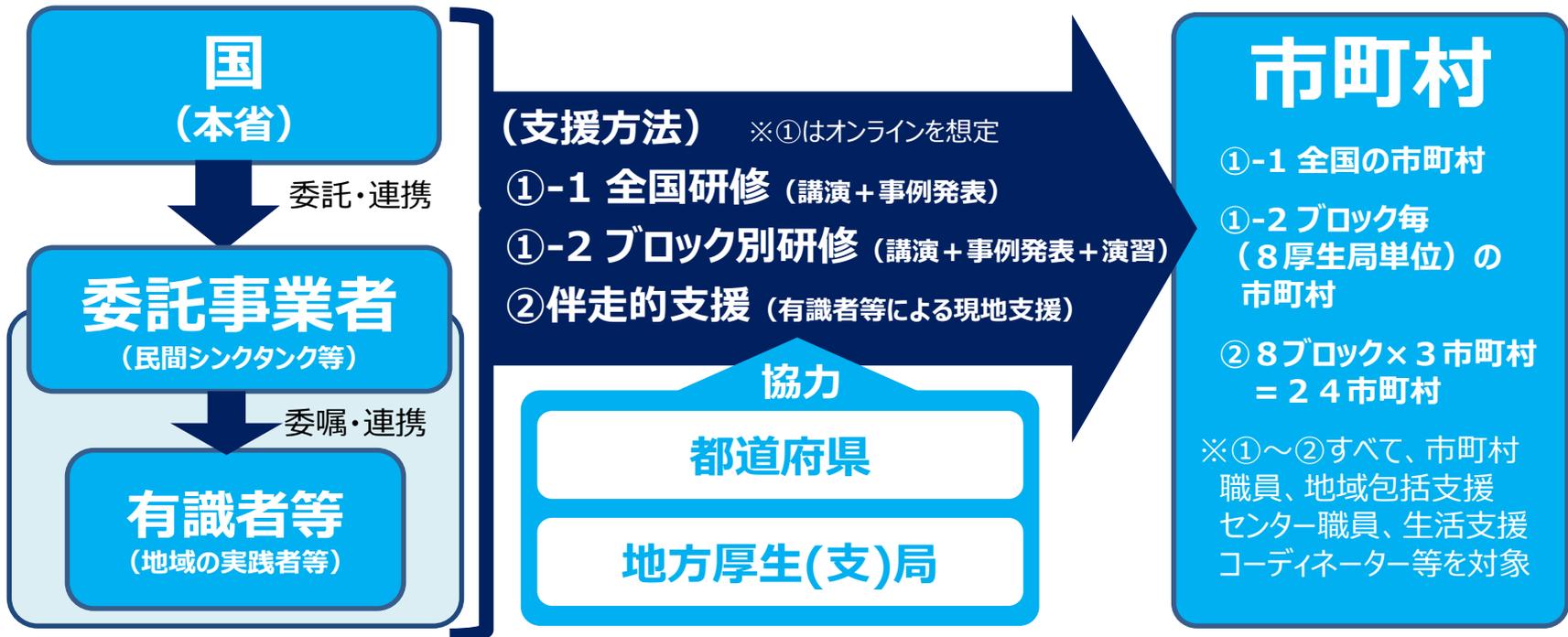
4. 令和4年度地域づくり加速化事業について

地域づくり加速化事業

(項) 介護保険制度運営推進費 (目) 要介護認定調査委託費 令和4年度予算案 75,000千円 (新規)

事業概要

- 地域包括ケアを全国で推進するためには、取組が停滞している市町村の底上げ及び都道府県による市町村支援力の強化が必要であり、そのためには本省・地方厚生(支)局による支援の強化など、支援体制を整備する必要がある。
- そのため、各市町村において、地域づくりに係る課題を計画的に解消して地域包括ケアの推進が図れるよう、地域包括ケアシステムの評価指標(R3老健事業で作成)やこれまでの市町村支援のノウハウを踏まえた、市町村の地域づくりに向けた**支援パッケージ**を活用し、
 - ①**有識者等による研修(全国・ブロック別)を実施**するとともに、
 - ②従前相当のサービスが多いなど総合事業の取組に課題を抱える自治体や市町村を越えた広域的対応に挑戦する自治体などに対象を絞って**伴走的支援** ※8ブロック×3市町村=計24市町村を行うことにより、自らPDCAの視点をもって地域づくりを進める自治体を増加させることを目指す。



ご清聴ありがとうございました！