

# 地域支援事業等の更なる推進 ＜参考資料＞

令和元年10月9日  
厚生労働省老健局

- 1.地域包括支援センター …… p 4
- 2.ケアマネジメント …… p 29
- 3.総合事業 …… p 64
- 4.在宅・医療介護連携推進事業 …… p 99

# 高齢化の進展等を踏まえた保険者機能の強化・再定義について ～地域保険としての地域のつながり機能・マネジメント機能の強化に向けて～

社会保障審議会  
介護保険部会（第76回）

資料 1

平成31年 3月20日

## はじめに

- 今後の高齢者介護をめぐる状況を展望すると、高齢化の進展に加え、世帯構造の変化（単身世帯、高齢者のみ世帯の増加）が並行して進み、地域のつながりが徐々に弱まり、2025年はもとより、2040年に向けて、介護サービス需要が更に増加、多様化していくことが見込まれる。
- これに加え、とりわけ2025年以降は、現役世代（担い手）の減少が顕著となり、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保が大きな課題となる。
- 一方で、高齢者に視点を向けると、年齢を問わず働き続ける高齢者も近年増加しており、高齢者の就業率は国際的に見ても高い水準にある。さらに、身体面における高齢者の若返り（体力指標の向上）が見られるほか、地域活動を含めた社会参加活動への参加を希望する層・実際に参加している層とも増加傾向が見られるなど、従来の高齢者像も大きく変わりつつある。なお、活動団体や組織に参加する意欲はあるがまだ参加していない層も増加傾向が見られる等の課題もある。
- こうした状況を踏まえ、2040年を展望すると、今後の介護サービス需要に応える基盤整備を着実に進めることとあわせ、高齢者が社会参加や就労など地域とのつながりを保ちながら生活を継続する基盤づくりが重要となる。こうした取組は、高齢化が進展する中、地域社会の活力の維持・向上にも寄与する。  
また、健康・医療戦略や未来投資戦略等において、政府全体として、健康寿命の延伸（2020年までに1歳、2025年までに2歳延伸）を目標として掲げており、健康づくりと介護予防の推進（健康寿命の延伸）は、介護保険制度にとっても大きなテーマとなっている。こうした取組が地域で推進され、より多くの高齢者が参画することによって、予防・健康づくりの推進が図られるだけでなく、こうした取組自体が（年齢による「支える側」「支えられる側」の区分ではなく）地域のつながり強化及び地域の活力の維持・向上に寄与することが期待される。

## 検討テーマについて

- 上記を踏まえると、地域保険である介護保険制度においては、保険者に求められる機能として、介護サービス基盤の整備に加え、予防・健康づくりの取組を通じ、介護サービスの基盤としての地域のつながり強化に繋げていくことが求められている。あわせて、保険者（市町村）ごとの取組状況にはばらつきが見られることから、その分析と機能強化に向けた検討が必要となる。

➡ 検討テーマ①：保険者機能の強化（地域保険としての地域のつながり機能、マネジメント機能の強化）

- 特に、介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）等を含めた地域支援事業は、上記の予防・健康づくりを通じた地域のつながり強化に向けて、有力なツールとなる。

地域支援事業の着実な推進により、機能回復訓練のような高齢者本人へのアプローチはもとより、これにとどまることなく、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチを行い、地域で暮らし続けるための社会参加（地域住民の主体的な取組）を軸として、すべての高齢者を視野に入れた取組を推進していくことが必要となる。

➡ 検討テーマ②：地域支援事業等の更なる推進、健康づくりと介護予防の推進

- また、平成29年の地域包括ケア強化法に基づき、今年度より、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組等を推進するための交付金（保険者機能強化推進交付金）を創設している。上記の取組を更に促進し、実効的なものとしていくため、推進機能の強化に向けた、きめ細やかな見直しと仕組みづくりを検討する必要がある。

➡ 検討テーマ③：保険者機能強化推進交付金の機能強化

検討テーマ		主要検討課題
① 保険者機能の強化	②地域支援事業等の更なる推進、健康づくりと介護予防の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センターの機能強化</li> <li>・ケアマネジメントの在り方、自立支援・重度化防止に向けた質の高いケアマネジメントの実現</li> <li>・総合事業（介護予防・生活支援サービス事業）の効果的な推進</li> <li>・介護予防（一般介護予防事業等）の推進</li> </ul>
	③保険者機能強化推進交付金の機能強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者機能強化推進交付金の現状</li> <li>・交付金の更なる機能強化に向けた課題</li> </ul>

# 1 .地域包括支援センター

# 地域包括支援センターについて

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、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、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設。（介護保険法第115条の46第1項）

## 総合相談支援業務

住民の各種相談を幅広く受け付けて、制度横断的な支援を実施

## 権利擁護業務

- ・ 成年後見制度の活用促進、高齢者虐待への対応など

## 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

- ・ 「地域ケア会議」等を通じた自立支援型ケアマネジメントの支援
- ・ ケアマネジャーへの日常的個別指導・相談
- ・ 支援困難事例等への指導・助言

全国で5,079か所。  
(ブランチ等を含め7,256か所)

※平成30年4月末現在、厚生労働省老健局振興課調べ。  
※倉敷市を除く。

## 多面的（制度横断的）支援の展開

行政機関、保健所、医療機関、児童相談所など必要なサービスにつなぐ

介護サービス ボランティア

ヘルスサービス 成年後見制度

地域権利擁護 民生委員

医療サービス 虐待防止

介護相談員 障害サービス相談

生活困窮者自立支援相談

介護離職防止相談

## 介護予防ケアマネジメント (第一号介護予防支援事業)

要支援・要介護状態になる可能性のある方に対する介護予防ケアプランの作成など

# 地域支援事業の概要

令和元年度予算 公費3,882億円、国費1,941億円

○ 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(新しい総合事業) 1,978億円 (989億円)

- 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（旧介護予防事業を再編）
  - 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 1,905億円 (952億円)のうち、社会保障充実分 534億円 (267億円)

- ① 包括的支援事業
  - ア 地域包括支援センターの運営
    - 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】

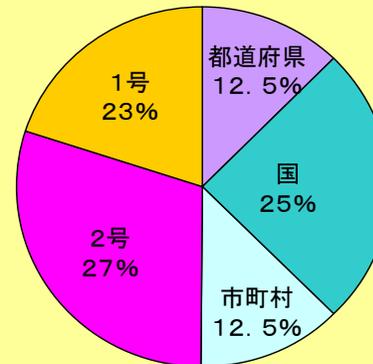
- ① 介護予防・日常生活支援総合事業
  - 事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額
- ② 包括的支援事業・任意事業
  - 「26年度の介護給付費の2%」×「高齢者数の伸び率」

## ○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

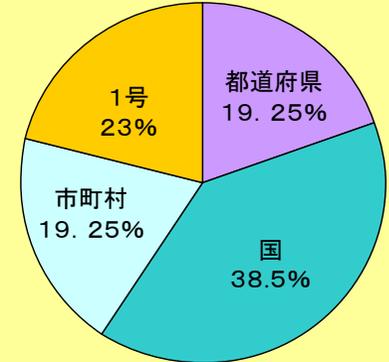
【財源構成】



○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

包括的支援事業・任意事業

【財源構成】



○ 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)

# 地域包括支援センターの運営状況について

## 1. 地域包括支援センター設置数・設置主体

	H25調査 (平成25年4月末)	H26調査 (平成26年4月末)	H27調査 (平成27年4月末)	H28調査 (平成28年4月末)	H29調査 (平成29年4月末)	H30調査 (平成30年4月末)
センター設置数	4,484か所	4,557か所	4,685か所	4,905か所	5,041か所	5,079か所
サブセンター設置数	344か所	359か所	390か所	340か所	343か所	328か所
ブランチ設置数	2,368か所	2,312か所	2,193か所	1,887か所	1,924か所	1,849か所

### ○ センター5,079か所のうち、直営は1,155か所(22.7%)、委託は3,924か所(77.3%)

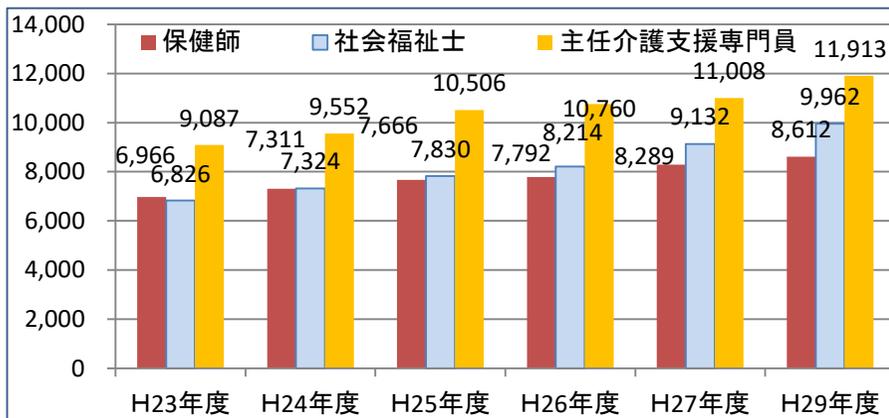
		H25調査 (平成25年4月末)		H26調査 (平成26年4月末)		H27調査 (平成27年4月末)		H28調査 (平成28年4月末)		H29調査 (平成29年4月末)		H30調査 (平成30年4月末)	
設置主体		か所	割合										
直営		1,265	28.2%	1,239	27.2%	1,219	26.0%	1,226	25.0%	1,209	24.0%	1,155	22.7%
委託		3,213	71.7%	3,292	72.2%	3,466	74.0%	3,679	75.0%	3,832	76.0%	3,924	77.3%
運営主体	社会福祉法人 (社協除く)	1,738	54.1%	1,806	54.9%	1,886	54.5%	1,981	53.8%	2,072	54.1%	2,130	54.3%
	社会福祉協議会	608	18.9%	612	18.6%	643	18.6%	656	17.8%	673	17.6%	680	17.3%
	医療法人	549	17.1%	557	16.9%	585	16.9%	637	17.3%	683	17.8%	719	18.3%
	社団法人	87	2.7%	79	2.4%	94	2.7%	92	2.5%	103	2.7%	109	2.8%
	財団法人	61	1.9%	55	1.7%	57	1.6%	64	1.7%	74	1.9%	72	1.8%
	株式会社等	72	2.2%	76	2.3%	79	2.3%	84	2.3%	97	2.5%	94	2.4%
	NPO法人	26	0.8%	28	0.9%	30	0.9%	32	0.9%	34	0.9%	38	0.9%
	その他	72	2.2%	79	2.4%	87	2.5%	104	2.8%	72	1.9%	75	1.9%
不明・無回答		-	-	-	-	-	-	29	0.8%	24	0.6%	9	0.2%
不明・無回答		6	0.1%	26	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計		4,484	100.0%	4,557	100.0%	4,685	100.0%	4,905	100.0%	5,041	100.0%	5,079	100.0%

※平成30年度は倉敷市を除く。

# 地域包括支援センターの職員の状況

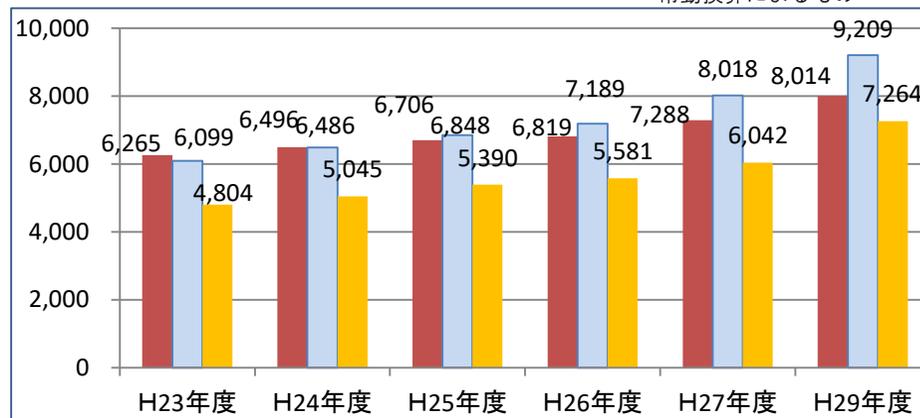
- センター従事者数は年々増加傾向にある。
- センターの平均職員数は6.0人（H27年度調査6.0人）
- 包括的支援業務の従事者数は、主任介護支援専門員より保健師・社会福祉士が多い
- 包括的支援業務における3職種以外の配置については、介護支援専門員が約7割

## ◎センター従事者数



## ◎包括的支援業務の従事者数

※センター職員数はすべて常勤換算によるもの



## ◎1センター当たりの平均職員数

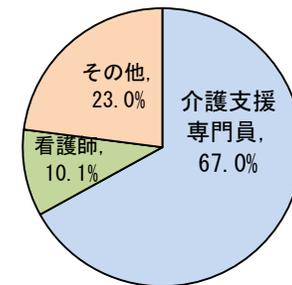
職種	平均人数
保健師 (準ずる者を含む)	1.7人
社会福祉士 (準ずる者を含む)	2.0人
主任介護支援専門員 (介護支援専門員を含む)	2.4人
計	6.0人

## ◎包括的支援業務の平均従事者数

職種	平均人数
保健師 (準ずる者を含む)	1.6(1.1)人
社会福祉士 (準ずる者を含む)	1.8(1.3)人
主任介護支援専門員 (準ずる者を含む)	1.5(1.0)人
計	4.9(3.4)人

※( )内は介護予防支援業務を兼務する職員の平均人数

## (参考) 包括的支援業務における3職種以外の配置

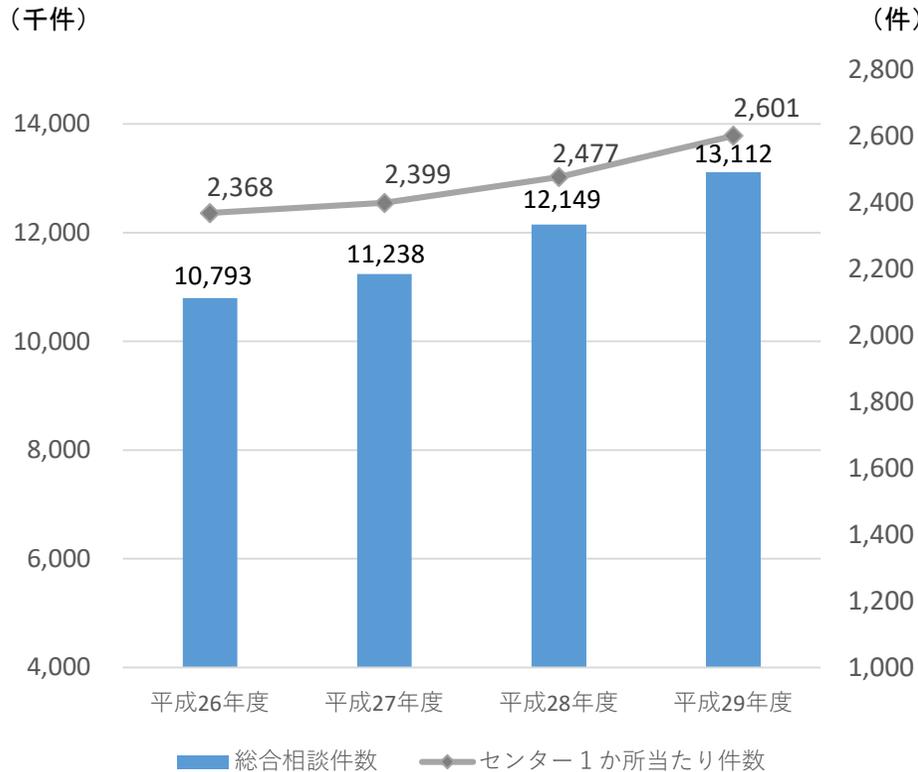


(内訳)

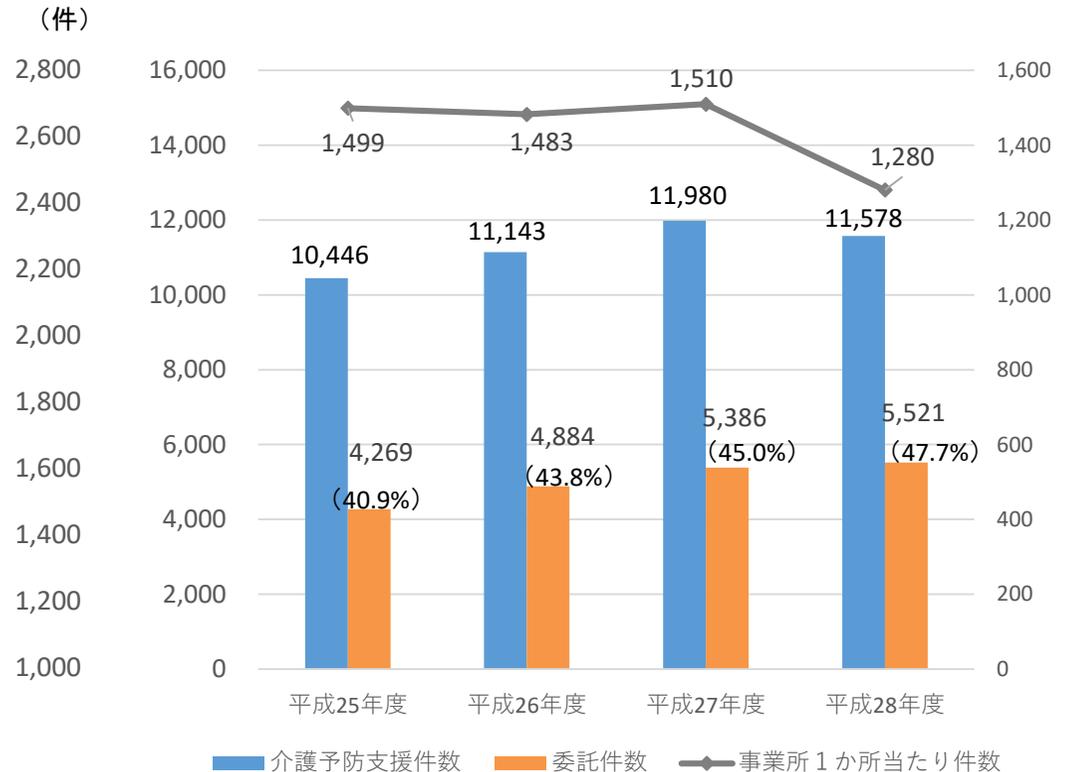
※保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員はそれぞれ準ずる者を含む。

# 地域包括支援センターにおける年間相談件数等の推移

## 総合相談件数(1年間)



## 介護予防支援件数(1年間)



(件、箇所)

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
総合相談件数	10,792,691	11,238,026	12,148,584	13,111,727
地域包括支援センター数	4,557	4,685	4,905	5,041
センター1か所当たり件数	2,368	2,399	2,477	2,601

(件、箇所)

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
介護予防支援件数	10,446,139	11,143,372	11,979,872	11,577,586
うち委託件数	4,268,640	4,884,163	5,386,173	5,521,012
介護予防支援事業所数	4,121	4,222	4,367	4,730
事業所1か所当たり件数 (委託件数を除く)	1,499	1,483	1,510	1,280

出典)平成29年度老人保健事業推進費等補助金「地域包括支援センターが行う包括的支援事業における効果的な運営に関する調査研究事業報告書」  
平成30年度地域包括支援センター運営状況調査(厚生労働省老健局振興課)

介護保険制度の見直しに関する意見  
(平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会) 【抜粋】

【地域包括支援センターの強化】

(略)

○ また、地域包括支援センターの業務負担が過大になっているとの指摘があり、特に介護予防支援業務等は地域包括支援センターの業務から外すべきとの意見が複数ある一方で、市町村が責任主体とされサービス事業者とは独立した位置づけである地域包括支援センターでの保健師等複数の専門職によるチームアプローチの重要性に鑑み、介護予防支援業務等は地域包括支援センターで行うべきとの意見があった。

## 地域包括支援センターの事業の実施状況に係る評価について

- 地域包括支援センターにおける事業の実施状況については、平成29年介護保険法改正において、地域包括支援センター設置者及び市町村による評価を行うことを義務化。

### 介護保険制度の見直しに関する意見（平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会）

- 地域包括支援センターにおける課題は、介護予防支援や総合相談支援など、それぞれの地域包括支援センターで異なることから、市町村がそれぞれの課題を踏まえた必要な体制を整備するほか、引き続きそのための財源を確保するとともに、業務の整理を検討することが必要である。  
このため、後述するように、地域包括支援センターの体制に関する評価の実施を通じて、市町村に対し適切な人員体制の確保を促すこととするほか、前述したように、国において介護予防ケアマネジメントの実施状況の把握・検証を行いつつ、介護予防支援との間で円滑な実施が図られるよう、事務手続き等の改善を検討することが適当である。
- 地域包括支援センターの活動を適切に評価していくためには、確立された評価指標により定期的に評価を行うことが必要であるが、現在、地域包括支援センターの評価は、努力義務として市町村がそれぞれの方法で実施している。
- このため、国において評価指標を定めるとともに、評価を行うことを市町村及び地域包括支援センターの義務とすることが適当である。また、市町村に対し地域包括支援センターの体制に関する評価の実施を通じて、適切な人員体制の確保を促し、またその結果を公表することが適当である。

### 介護保険法（平成29年介護保険法改正後）

- （地域包括支援センター）  
第百十五条の四十六（略）  
2・3（略）  
4 地域包括支援センターの設置者は、自らその実施する事業の質の評価を行うことその他必要な措置を講ずることにより、その実施する事業の質の向上を図らなければならない。  
5～8（略）  
9 市町村は、定期的に、地域包括支援センターにおける事業の実施状況について、評価を行うとともに、必要があると認めるときは、次条第一項の方針の変更その他の必要な措置を講じなければならない。  
10～12（略）

# 地域包括支援センター—評価指標の概要

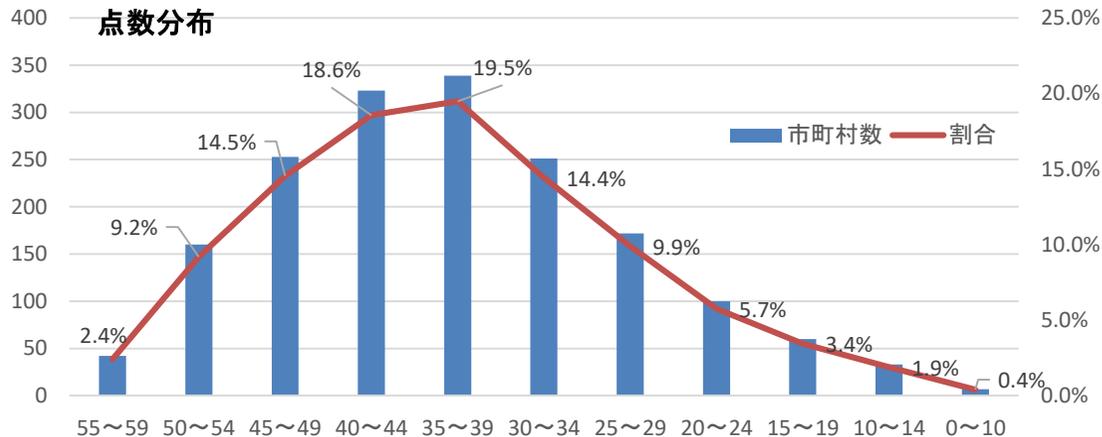
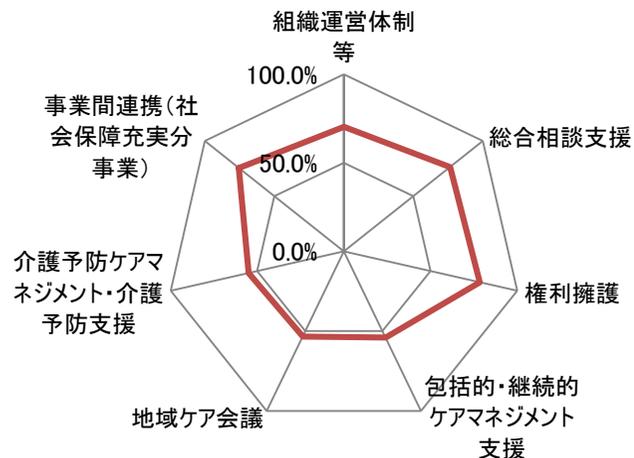
## 評価指標の概要

- 評価指標は、地域包括支援センターの組織運営体制と、総合相談支援業務・権利擁護業務等センターが担う役割ごとに設定。
- 具体的な評価指標については、法令や関係通知の規定においてセンターとして行うことが望ましいとされているものを中心に、調査研究事業における議論を踏まえ設定。

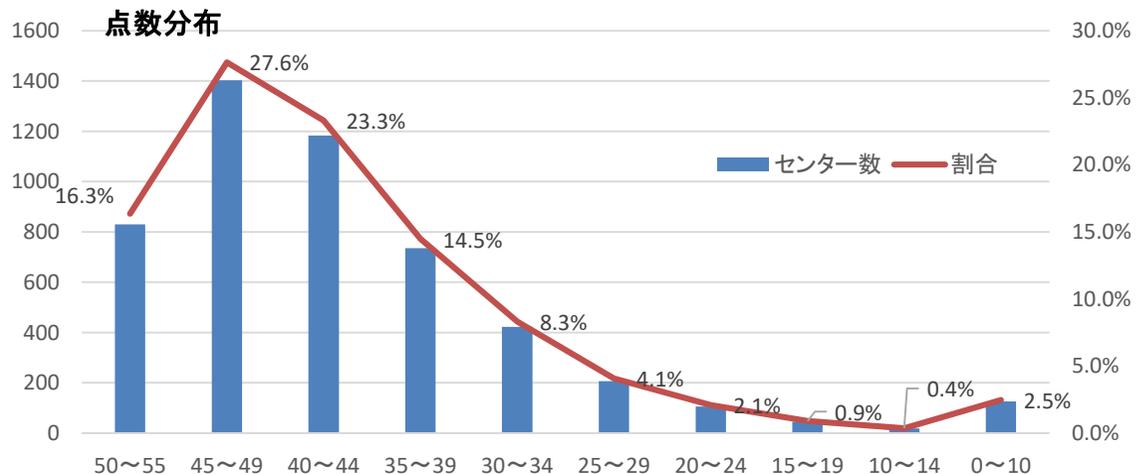
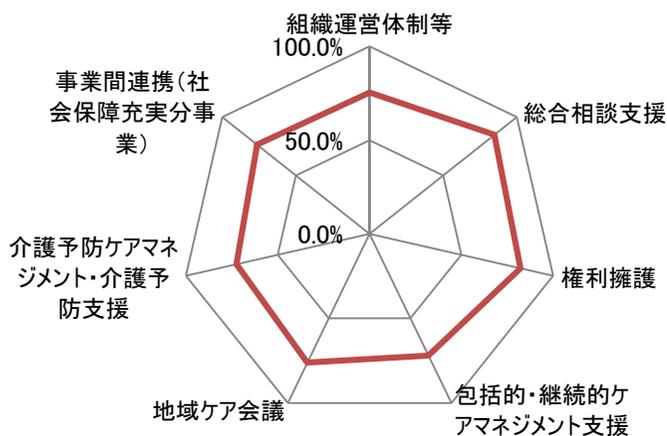
	評価分野	概要
1	組織運営体制	保健師等3職種の配置状況等、地域包括支援センターの組織運営体制を評価するもの。
2	総合相談支援	相談内容の記録・把握、対応困難な相談事例解決のための市町村とセンターの連携体制など、総合相談支援を適切に実施するための取組を評価するもの。
3	権利擁護	消費者被害の情報に関する地域の民生委員等への情報提供など、高齢者の権利擁護のための業務を適切に実施するための取組を評価するもの。
4	包括的・継続的ケアマネジメント支援	医療関係者と介護支援専門員の意見交換の場の設定など、適切なケアマネジメントが行われるための地域における連携・協働の体制づくり等の取組を評価するもの。
5	地域ケア会議	多職種連携による自立支援・重度化防止等に資する観点からの個別事例の検討等を行う地域ケア会議の取組状況を評価するもの。
6	介護予防ケアマネジメント・介護予防支援	ケアプランへの地域の多様な社会資源が位置づけられているかなど、介護予防ケアマネジメントの実施状況を評価するもの。
7	事業連携	医療関係者と合同の事例検討会への参加など、在宅医療・介護連携推進事業等との連携の状況を評価するもの。

# 地域包括支援センター評価指標の集計結果（平成30年度）

## 市町村



## センター



# ケアマネジメント実施体制

対象者	要支援者等(※1)	要介護者
ケアマネジメントの実施主体(※2)	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所
ケアマネジメントの種類		
給付のみ利用する場合	保険給付 (介護予防支援) (※3、※4)	保険給付 (居宅介護支援)
給付と事業併用する場合		/
事業のみ利用する場合	総合事業による実施 (介護予防ケアマネジメント)	

※1 要支援者及び基本チェックリストに該当した総合事業対象者。

※2 介護保険施設、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、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、特定施設入居者生活介護に関しては、その施設等に従事する介護支援専門員等がケアプラン作成を実施。

※3 地域包括支援センターが指定介護予防支援事業所として実施

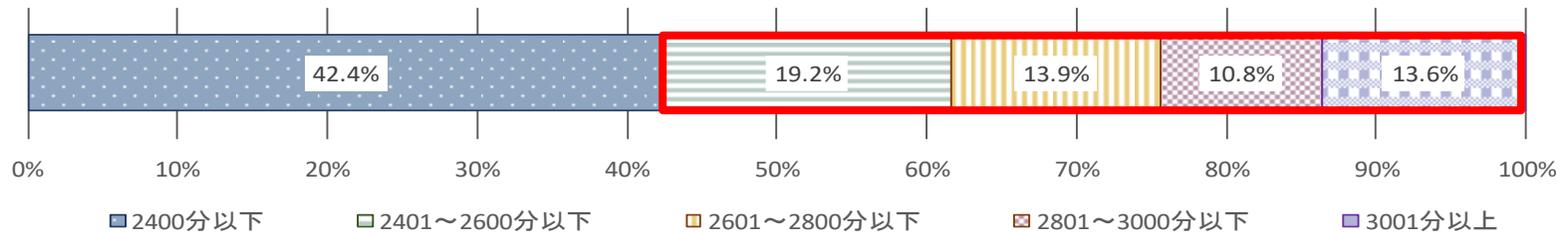
※4 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントについては、居宅介護支援事業所に委託も可

# 地域包括支援センターの業務実態

## ■ 1週間の労働時間数(1人あたり)

- 1週間の総労働時間数(食事・休憩・休暇時間を除く)の平均値は2489.9分であった。  
法定労働時間は1週間あたり2400分であり、89.9分、時間が長くなっていた。
- 分布で見ると、法定労働時間内の2400分以下は42.4%であり、6割弱は法定労働時間を超えている状況にあった。

【1週間の総労働時間数：分布(1人あたり)：タイムスタディ票 n=740 (単位：%)】

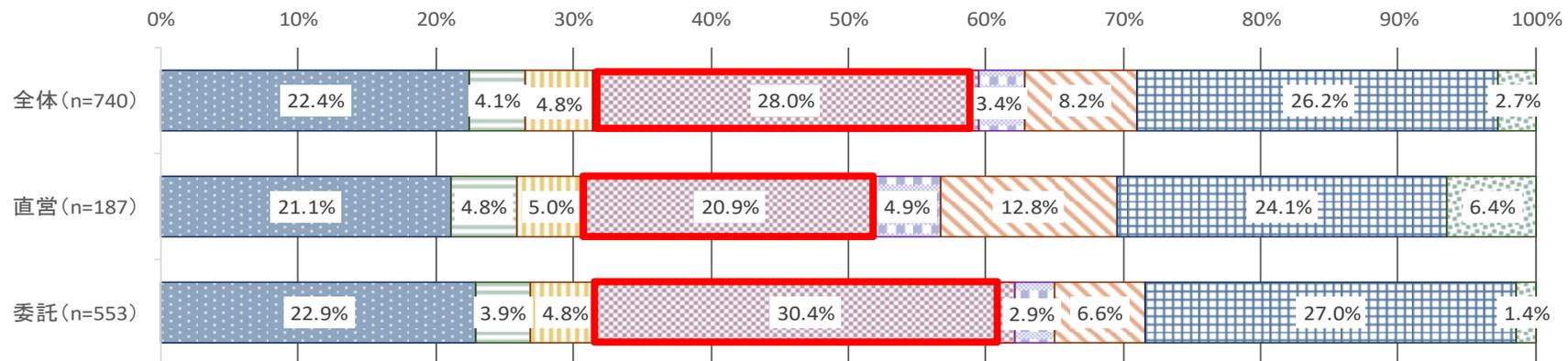


※「食事・休憩・休暇時間」を除く。

## ■ 1週間の業務時間割合(1人あたり)

- 直営・委託別に、各業務の1週間の業務時間割合の平均値を比較すると、委託の方が、「D.指定介護予防支援、第1号介護予防支援」の割合が高く、30.4%であった。

【直営・委託別 1週間の業務別の時間割合：平均値(1人あたり)：タイムスタディ票 (単位：%)】



※「食事・休憩・休暇時間」を除く。

- A. 総合相談支援業務
- B. 権利擁護業務
- C. 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
- D. 指定介護予防支援、第1号介護予防支援
- E. 地域ケア会議に関する業務
- F. その他の業務(社会保障充実分・一般介護予防・任意事業)
- G. その他の地域包括支援センターの業務等
- H. 地域包括支援センター以外の業務

# 予防プラン作成の外部委託の状況

○ 地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への、予防ケアプランの委託割合は、平成28年度で47.7%となっている。

※ 介護予防支援の実施件数に占める委託件数の割合

○ 一件当たりの委託料は、4,000円以上が概ね半数を占めている。

※ 予防ケアプランの介護報酬は430単位（1単位10円の場合、4,300円）（平成28年度時点）

（参考）介護予防支援のケアプラン作成を委託した場合の1件の委託費の分布

	センター数	割合
4,000円以上	2,652	52.6%
3,900～4,000円未満	431	8.5%
3,800～3,900円未満	898	17.8%
3,700～3,800円未満	167	3.3%
3,700円未満	543	10.8%
無回答	350	6.9%
合計	5,041	100.0%

（注）平成29年度老人保健事業推進費等補助金「地域包括支援センターが行う包括的支援事業における効果的な運営に関する調査研究事業」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）を基に作成

○ 介護保険法施行規則(平成11年3月31日厚生省令第36号)抜粋

(法第百十五条の四十六第六項の厚生労働省令で定める基準)

第百四十条の六十六 法第百十五条の四十六第六項の厚生労働省令で定める基準は、次の各号に掲げる基準に応じ、それぞれ当該各号に定める基準とする。

一 法第百十五条の四十六第五項の規定により、地域包括支援センターの職員に係る基準及び当該職員の員数について市町村が条例を定めるに当たって従うべき基準 次のイ及びロに掲げる基準

イ 一の地域包括支援センターが担当する区域における第一号被保険者の数がおおむね三千人以上六千人未満ごとに置くべき専らその職務に従事する常勤の職員の員数は、原則として次のとおりとすること。

(1) 保健師その他これに準ずる者 一人

(2) 社会福祉士その他これに準ずる者 一人

(3) 主任介護支援専門員(介護支援専門員であつて、第百四十条の六十八第一項第一号に規定する主任介護支援専門員研修を修了した者(当該研修を修了した日(以下この(3)において「修了日」という。)から起算して五年を経過した者にあつては、修了日から起算して五年を経過するごとに、当該経過する日までの間に、同項第二号に規定する主任介護支援専門員更新研修を修了している者に限る。)をいう。)その他これに準ずる者 一人

ロ イの規定にかかわらず、次の(1)から(3)までのいずれかに掲げる場合には、地域包括支援センターの人員配置基準は、次の表の上欄に掲げる担当する区域における第一号被保険者の数に応じ、それぞれ同表の下欄に定めるところによることができる。

(1) 第一号被保険者の数がおおむね三千人未満の市町村に地域包括支援センターを設置する場合

(2) 市町村の合併の特例等に関する法律(平成十六年法律第五十九号)第二条第二項に規定する合併市町村又は地方自治法第二百八十四条第一項に規定する一部事務組合若しくは広域連合であつて、イの基準によっては地域包括支援センターの効率的な運営に支障があると地域包括支援センター運営協議会(指定居宅サービス事業者等(法第二十二条第三項に規定する指定居宅サービス事業者等をいう。)又はこれらの者に係る団体の代表者、居宅サービス等の利用者又は第一号被保険者若しくは第二号被保険者の代表者、地域住民の権利擁護を行い又は相談に応ずる団体等の代表者、地域における保健、医療又は福祉に関する学識経験を有する者等のうち、地域の実情を勘案して市町村が適当と認める者により構成されるものをいう。(3)及び次号ロにおいて同じ。)において認められた場合

(3) 市町村の人口規模にかかわらず、地理的条件その他の条件を勘案して特定の生活圏域に一の地域包括支援センターを設置することが必要であると地域包括支援センター運営協議会において認められた場合

担当する区域における第一号被保険者の数	人員配置基準
おおむね千人未満	イの(1)から(3)までに掲げる者のうちから一人又は二人
おおむね千人以上二千人未満	イの(1)から(3)までに掲げる者のうちから二人(うち一人は専らその職務に従事する常勤の職員とする。)
おおむね二千人以上三千人未満	専らその職務に従事する常勤のイの(1)に掲げる者一人及び専らその職務に従事する常勤のイの(2)又は(3)に掲げる者のいずれか一人

## ◎ 3職種 1人あたりの65歳以上高齢者数の分布

3職種1人あたりの 65歳以上高齢者数	センター数	
500人以下	190	3.7%
500人超1,000人以下	825	16.2%
1,000人超1,500人以下	1,691	33.3%
1,500人超2,000人以下	1,396	27.5%
2,000人超	948	18.7%
計算不能(データ不備)	29	0.6%
<b>合計</b>	<b>5,079</b>	<b>100.0%</b>

- ※ 3職種には各職種の「準ずる者」を含む。
- ※ 3職種のうち、介護予防支援に専従する職員は除く。
- ※ 3職種の数値は常勤換算による。

# 地域包括支援センターにおける3職種以外の職員加配状況(平成30年4月末時点)

## ① 3職種以外の職種の加配状況

加配の有無	センター数
加配あり	2833(56%)
	※うち、事務職加配 1413(28%)
加配なし	2244(44%)
合計	5077

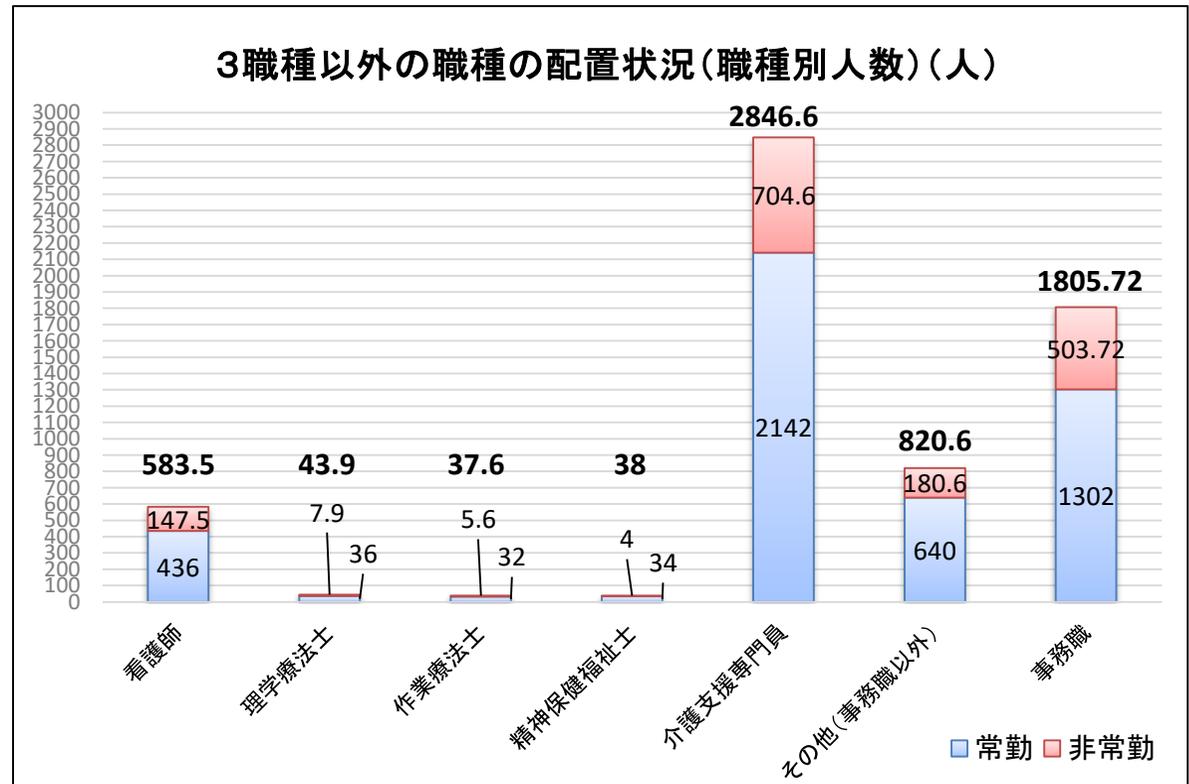
※倉敷市と大田区の2センターは除く

## ② 3職種以外の職種の配置状況(平均)

全ての地域包括支援センターに対する配置数	1.92人
3職種以外を加配している地域包括支援センターに対する配置数	3.43人

## ③ うち事務職の配置状況(平均)

全地域包括支援センターに対する事務職の配置数	0.36人
事務職を加配している地域包括支援センターに対する事務職の配置数	1.28人



※出典:平成30年度地域包括支援センター運営状況調査(厚生労働省老健局振興課調べ)

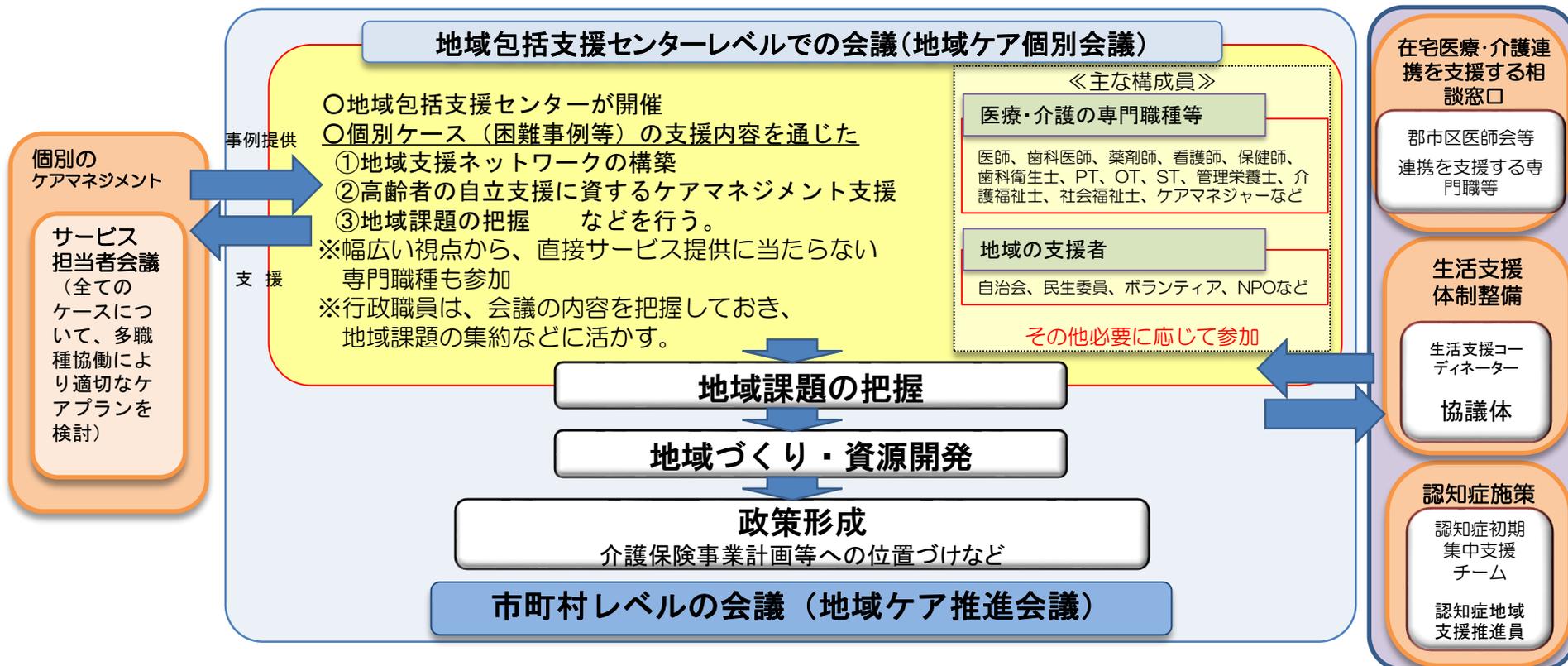
# 地域ケア会議の推進

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)

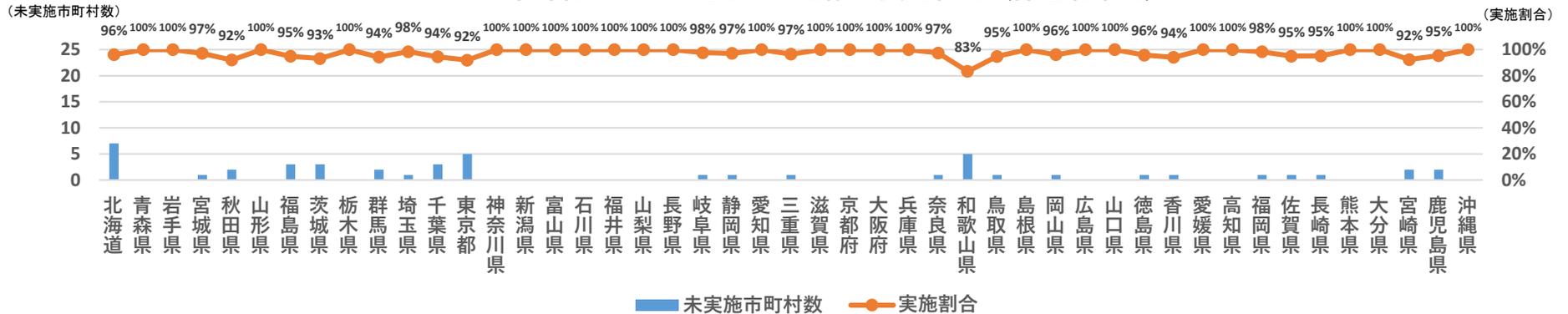
- 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- 地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など



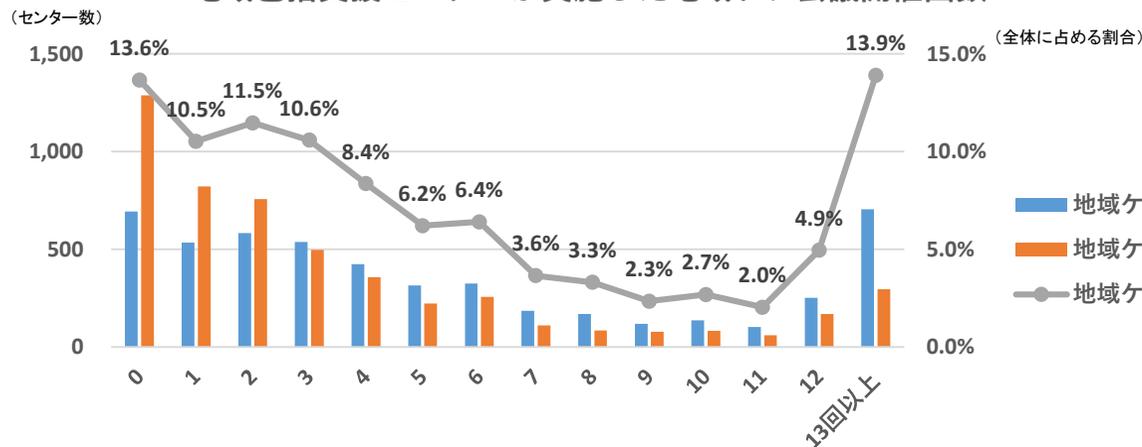
# 地域ケア会議の開催状況

- 地域ケア会議は、97.3%の市町村(市町村、地域包括支援センター開催含む)で開催されている。
- すべての都道府県において、8割以上の市町村では地域ケア会議が開催されている。(83~100%)
- 地域包括支援センターが開催する地域ケア個別会議の開催回数をみると、年3回以下のセンターが半数近くを占める一方、年12回以上(1月あたり1回以上)開催しているセンターも2割近くある。

市町村における地域ケア会議の実施状況 (都道府県別)



地域包括支援センターが実施した地域ケア会議開催回数



地域ケア会議を開催している地域包括支援センターの割合 (個別会議・推進会議いずれか1回以上)	93.0%
---	-------

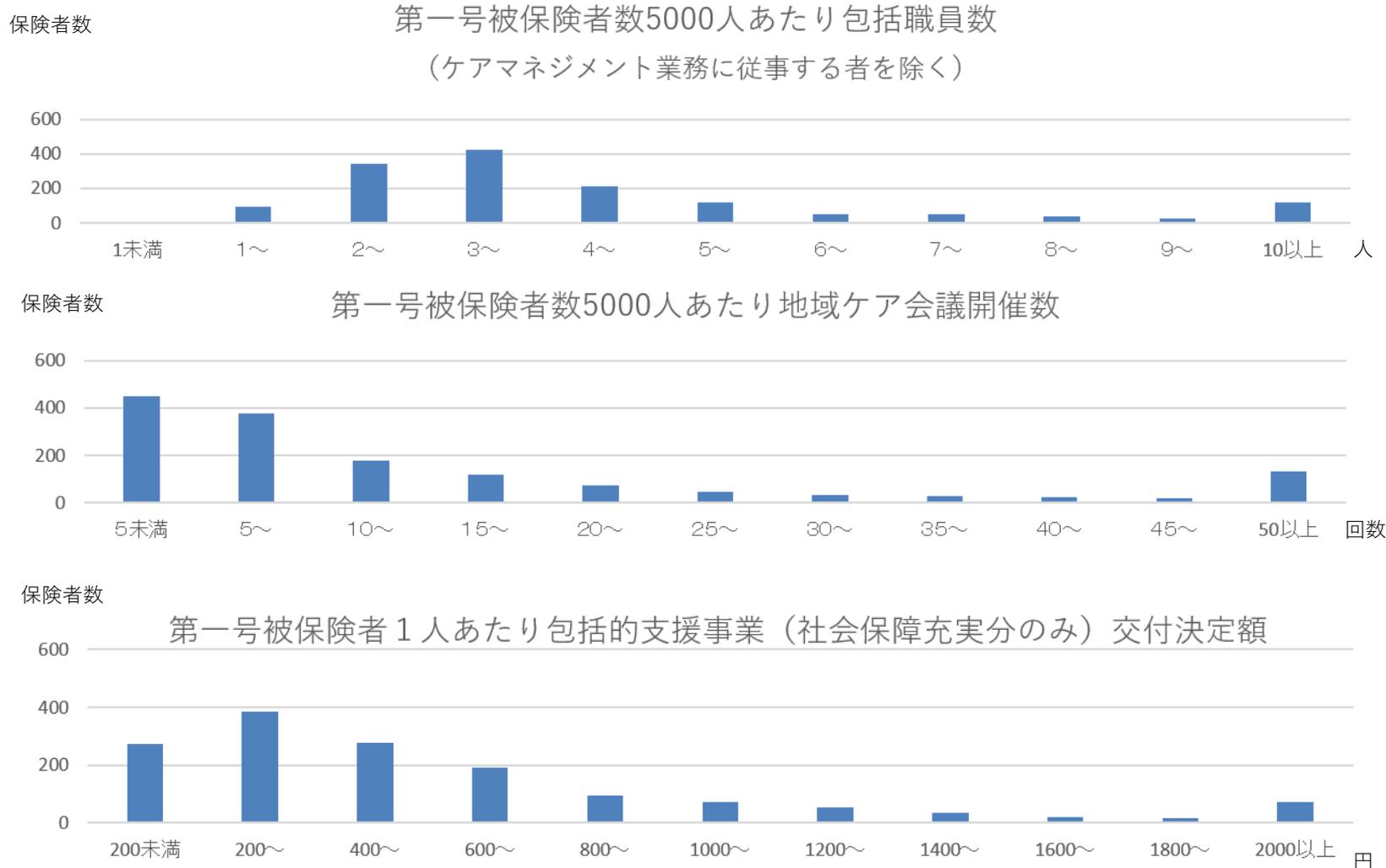
(n=5,079)

調査時点:平成30年7月  
(平成29年度の年間の状況を調査)  
※倉敷市を除く。

## 地域支援事業の保険者別実施状況

各指標について一定範囲内に該当する保険者の数を足上げたもの。

※合併等により値が不明な保険者は対象から除いている。※実際には1号被保険者が5000人未満の被保険者についても、同様に計算。



※数値は老健局振興課調べ（第一号被保険者数は「介護事業状況報告月報（平成30年4月分）」の結果を使用）

# 令和元年度保険者機能強化推進交付金(市町村分)における 包括的支援事業(地域包括支援センター)に関する指標

Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進 (3) 地域包括支援センター	配点
<地域包括支援センターの体制に関するもの>	
① 地域包括支援センターに対して、介護保険法施行規則に定める原則基準に基づく3職種の配置を義務付けているか。	8点
② 地域包括支援センターの3職種(準ずる者を含む)一人当たり高齢者数(圏域内の第1号被保険者数/センター人員)の状況が1,500人以下 ※ 小規模の担当圏域における地域包括支援センターについては配置基準が異なるため以下の指標とする。 担当圏域における第1号被保険者の数が概ね2,000人以上3,000人未満:1,250人以下 第1号被保険者の数が概ね1,000人以上2,000人未満:750人以下 第1号被保険者の数が概ね1,000人未満:500人以下	10点
③ 地域包括支援センターが受けた介護サービスに関する相談について、地域包括支援センターから保険者に対して報告や協議を受ける仕組みを設けているか。	5点
④ 介護サービス情報公表システム等において、管内の全地域包括支援センター事業内容・運営状況に関する情報を公表しているか。	8点
⑤ 地域包括支援センター運営協議会での議論を踏まえ、地域包括支援センターの運営方針、地域包括支援センターへの支援・指導の内容を検討し改善しているか。 ア 運営協議会での議論を踏まえ、地域包括支援センターの運営方針、地域包括支援センターへの支援・指導の内容を検討し改善している イ 運営協議会での議論を踏まえ、地域包括支援センターの運営方針、地域包括支援センターへの支援・指導の内容について改善には至らないが改善点を検討している	ア10点 イ5点
<ケアマネジメント支援に関するもの>	
⑥ 地域包括支援センターと協議の上、地域包括支援センターが開催する介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催計画を作成しているか。	10点
⑦ 介護支援専門員のニーズに基づいて、多様な関係機関・関係者(例:医療機関や地域における様々な社会資源など)との意見交換の場を設けているか。	10点
⑧ 管内の各地域包括支援センターが介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類した上で、件数を把握しているか。 ア 経年的に件数を把握している イ 2018年度の件数を把握している	ア10点 イ5点
<地域ケア会議に関するもの>	
⑨ 地域ケア会議について、地域ケア会議が発揮すべき機能、構成員、スケジュールを盛り込んだ開催計画を策定しているか。 ア ①～⑤のすべての機能を含む開催計画を策定している場合 イ ①～③の機能のみを含む開催計画を策定している場合 ①個別課題の解決、②地域包括支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり・資源開発、⑤政策の形成	ア10点 イ5点
⑩ 地域ケア会議において多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか。	10点
⑪ 個別事例の検討等を行う地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か。(個別ケースの検討件数/受給者数) ア 個別ケースの検討件数/受給者数 ○件以上(全保険者の上位3割) イ 個別ケースの検討件数/受給者数 ○件以上(全保険者の上位5割)	ア12点 イ6点
⑫ 生活援助の訪問回数の多いケアプラン(生活援助ケアプラン)の地域ケア会議等での検証について、実施体制を確保しているか。	10点
⑬ 地域ケア会議で検討した個別事例について、その後の変化等をモニタリングするルールや仕組みを構築し、かつ実行しているか。	10点
⑭ 地域ケア会議において複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するための政策を市町村へ提言しているか。 ア 複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するための政策を市町村に提言している イ 複数の個別事例から地域課題を明らかにしているが、解決するための政策を市町村に提言していない	ア10点 イ5点
⑮ 地域ケア会議の議事録や決定事項を構成員全員が共有するための仕組みを講じているか。	10点

※⑤、⑧、⑨、⑭はア又はイのいずれかを選択  
⑪はア又はイのいずれかに該当すれば加点

## 市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策など地域支援事業の充実 令和元年度予算 267億円(公費:534億円)

- 地域包括ケア実現に向けた、充実・強化の取組を**地域支援事業の枠組みを活用し**、市町村が推進。
- あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し、サービスの多様化を図る。
- これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。

※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託することも可能

以下の取組について、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

### 在宅医療・介護連携

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

### 認知症施策

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応、地域支援推進員による相談対応、社会参加活動の体制整備、認知症カフェの設置や認知症の本人が集う取組を推進し、認知症になってからも安心して暮らし続けられる地域づくりを推進

### 地域ケア会議

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進

### 生活支援の充実・強化

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

※ 上記の地域支援事業（包括的支援事業）の負担割合は、国38.5%、都道府県19.25%、市町村19.25%、1号保険料23%

# 「一億総活躍プラン」 (介護離職ゼロ関係部分)

## 介護離職 ゼロの実現

介護に不安なく取り組む(家族を支える環境づくり)

### ③ 介護する家族の不安や悩みに答える相談機能の強化・支援体制の充実

#### 【国民生活における課題】

要介護者数が増加。

- ・要介護(要支援)認定者：608万人(2015年4月)(介護保険事業報告)。この15年間で約2.8倍
- ・2012年の認知症者数462万人、2025年の認知症者数は約700万人(65歳以上人口の約20%)という推計あり  
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 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)

介護する家族は健康が悪化し離職。

- ・介護離職理由：自分の心身の健康状態が悪化 男性:25.3% 女性:32.8%  
(2012年度厚生労働省委託調査、複数回答)

サービスや制度に関する情報が不足。

- ・介護している人が手助・介護について相談した人(離職者)  
家族・親族：54.7%、いない：17.1%  
(2012年度厚生労働省委託調査、複数回答)

#### 【今後の対応の方向性】

家族が介護を必要とする状況になったときに、職場や地域包括支援センター等、様々な場所で介護の情報を入手し、相談できる体制を構築する。また、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)(2015年1月)の実現などにより、認知症の介護を行う家族等への支援を行う。

#### 【具体的な施策】

- ・介護に関する総合的な相談の機関として、2006年に地域包括支援センターが制度化。2015年度現在、全国で4,685か所設置されているが、家族が介護を必要とするようになったときの身近な相談先であることを広く周知しつつ、同センターの土・日・祝日の開所を促進する。また、ハローワーク等との連携により、介護離職の防止に向けた取組みを強化する。
- ・2016年度より、ケアマネジャーの研修カリキュラムに家族に対する支援を追加する。
- ・2005年から、認知症の特色や対応の仕方を学ぶことができる認知症サポーター養成講座が開始され、これまで累計750万人が受講しているが、市町村や企業による開催を更に推進する。あわせて、修了者の把握と活用、地域・職域の先進的な事例の展開、サポーター同士の発表・討議の機会の提供などの取組を進める。
- ・認知症の人が集まる場や認知症カフェなど、認知症の人やその家族が集う取組を2020年度までに全市町村に普及させ、こうした活動の情報を市町村や地域包括支援センターから住民に発信する。
- ・認知症の人の見守り模倣訓練など、認知症高齢者等による事故等を未然に防ぐ取組を進めるとともに、民間保険等の活用を含め、事故等が起こった場合の備えについて検討する。
- ・成年後見制度の利用の促進に関する法律に基づき、認知症、知的障害その他の精神上的の障害があることにより財産管理・日常生活に支障がある方を、その自己決定権を尊重しながら社会で支える成年後見制度の利用を促進する。

50

年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度以降	指標
地域包括支援センター強化	センターの周知、開所日増、関係機関との連携強化 ※認知症地域支援推進員 2018年度全ての市町村に配置			センターの活用状況を見ながら見直し、措置									認知症サポーターの人数 →2017年度末800万人  認知症初期集中支援チーム →2018年度全ての市町村に設置
認知症サポーターの養成	認知症サポーターの養成と更なる取組の推進 ※2017年度末までに800万人目標			サポーター数の状況、活用状況を踏まえた新たな取組の実施									
認知症初期集中支援チーム設置	適切な治療やケアにつなげ自立生活をサポート ※2018年度に全ての市町村に設置			チームの活動状況を見ながら、見直し、措置									
家族支援の普及	ケアマネジャーの改訂研修カリキュラムの活用 全国の労働局から介護休業を周知			利用状況を踏まえ、見直しの上で更なる追加措置									
成年後見制度の利用促進	施行、周知、基本計画の策定			基本計画を踏まえ、制度の更なる利用促進									

# 市町村及び地域包括支援センターが行う家族介護者支援について

## 主旨

地域における高齢者の在宅生活を支えるに当たっては、家族介護者に対する支援も重要であり、介護する家族の不安や悩みに答える相談機能の強化・支援体制の充実を図るため、家族介護者に対する支援手法を整備し周知する。(平成30年7月)

## 通知の主な内容

- 市町村及び地域包括支援センターによる家族介護者支援の具体的取組について、マニュアルにより周知。

(マニュアルにより示す取組の例)

- 出張相談等による相談機会の充実

例1) 商業施設に相談会場を設置し、社会保険労務士、介護支援専門員等の専門職を配置し、幅広い相談に対応。

例2) 病院や診療所の協力を得て、ロビーや待合室の一角で相談会を開催。

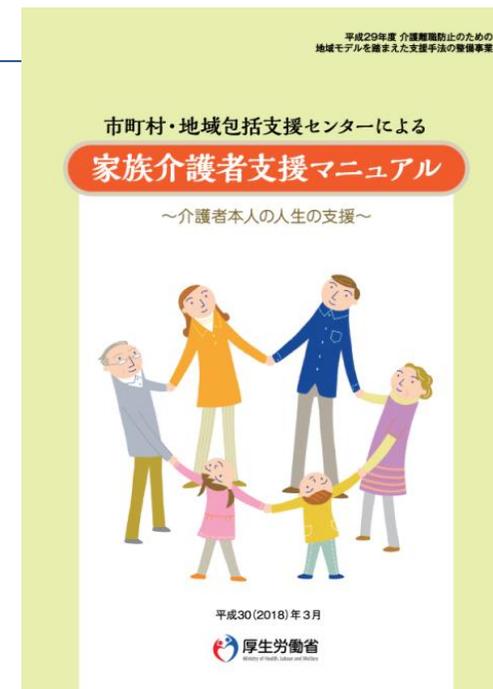
- 相談窓口における家族介護者のアセスメントや自己チェック等の推進

例1) 専門職が家族介護者の相談に応じる際の、心身やこころの健康、家族・介護の状況等に関するアセスメントシートの活用。

例2) 家族介護者が介護支援専門員と面談する際の、自身の体調や気持ち等について整理して適切に伝えるための自己チェックシートの活用。

- 介護離職防止等のための他機関連携の推進

例) 自治体の労働・経済・商工部局、ハローワーク、社会保険労務士等との連携・協働による専門的支援への引き継ぎ。



家族介護者支援マニュアル

## 参考

「ニッポン一億総活躍プラン」(平成28年6月2日閣議決定)の具体的施策として、地域包括支援センターを家族が介護を必要とするようになったときの身近な相談先であることを広く周知しつつ、同センターの土・日・祝日の開所を促進すると示されている。

# 地域支援事業による家族支援

- 介護保険法上の地域支援事業による介護者の家族等への支援として、介護知識・技術習得等を内容とした教室の開催、認知症高齢者に対する見守り体制の構築、介護者の家族等へのヘルスチェック等を行っている。

## ○実施事業

### 1. 介護者教室の開催

要介護被保険者の状態の維持・改善を目的とした、適切な介護知識・技術の習得や、外部サービスの適切な利用方法の習得等を内容とした教室を開催する。

### 2. 認知症高齢者見守り事業

地域における認知症高齢者の見守り体制の構築を目的とした、認知症に関する広報・啓発活動、徘徊高齢者を早期発見できる仕組みの構築・運用、認知症高齢者に関する知識のあるボランティア等による見守りのための訪問等を行う。

### 3. 家族介護継続支援事業

#### (ア)健康相談・疾病予防等事業

要介護被保険者を現に介護する者に対するヘルスチェックや健康相談の実施による疾病予防、病気の早期発見等を行うための事業

#### (イ)介護者交流会の開催

介護から一時的に解放するための介護者相互の交流会等を開催するための事業

#### (ウ)介護自立支援事業

介護サービスを受けていない中重度者の要介護者を現に介護している家族を慰労するための事業

## ○家族介護支援事業の実施市町村数

n=1,741

事業内容		市町村数
介護者教室		704 (40.4%)
認知症高齢者見守り事業		1, 150 (66.1%)
家族 介護 継続 支援 事業	健康相談	178 (10.2%)
	介護用品の支給	1, 149 (66.0%)
	慰労金等の贈呈	684 (39.3%)
	交流会の開催	793 (45.5%)
全体		1, 593 (91.5%)

【出典】平成29年度介護保険事務調査

## 地域包括支援センターの土日開所等の状況

**平日以外の窓口（連絡先）を設置し、住民にパンフレットやホームページ等で周知していますか。**

	センター数（割合）
平日以外の窓口（連絡先）を設置し、周知している	3,016（59.4%）
平日以外の窓口（連絡先）を設置しているが、周知していない	1,339（26.4%）
平日以外の窓口（連絡先）を設置していない	602（11.9%）
無回答	122（2.4%）

**夜間・早朝の窓口（連絡先）を設置し、住民にパンフレットやホームページ等で周知していますか。**

	センター数（割合）
夜間・早朝の窓口（連絡先）を設置し、周知している	2,849（56.1%）
夜間・早朝の窓口（連絡先）を設置しているが、周知していない	1,393（27.4%）
夜間・早朝の窓口（連絡先）を設置していない	713（14.0%）
無回答	124（2.4%）

※ 平成29年度実績

## 2. ケアマネジメント

# 居宅介護支援・介護予防支援の概要・基準

## 1 居宅介護支援

### <定義> 【法第8条第24項】

- 居宅の要介護者が居宅サービス等の適切な利用ができるように、
  - ① 要介護者の心身の状況、置かれている環境、要介護者や家族の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成
  - ② 居宅サービス計画に基づくサービス提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整
  - ③ 介護保険施設等への入所が必要な場合における紹介 等を行うこと。

### <人員基準> 【居宅介護支援 運営基準第2条・第3条】

- 従業者：事業所ごとに常勤の介護支援専門員を1人以上配置（利用者35人：介護支援専門員1人を基準）
- 管理者：事業所ごとに常勤専従の主任介護支援専門員（※）を配置  
（※）令和3年3月までは、常勤専従の介護支援専門員の配置も可能とする経過措置あり。

## 2 介護予防支援

### <定義> 【法第8の2条第16項】

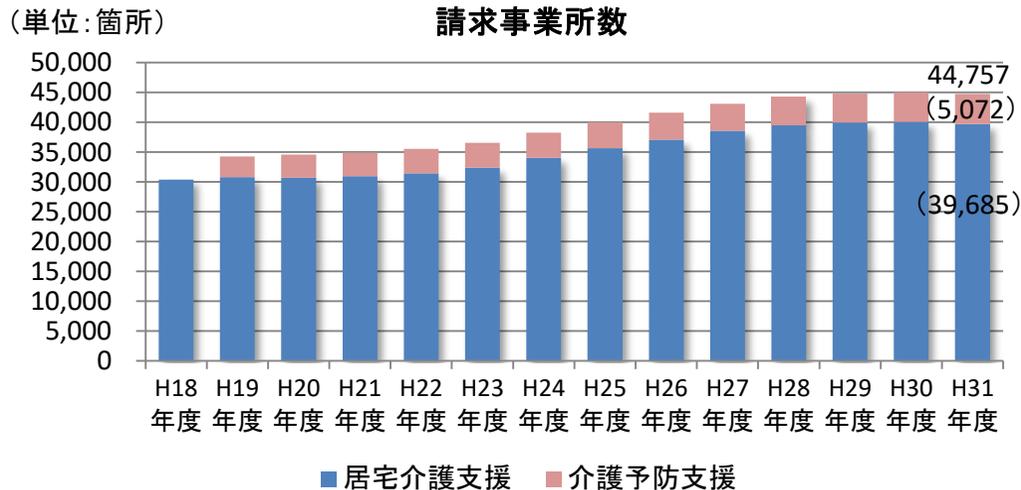
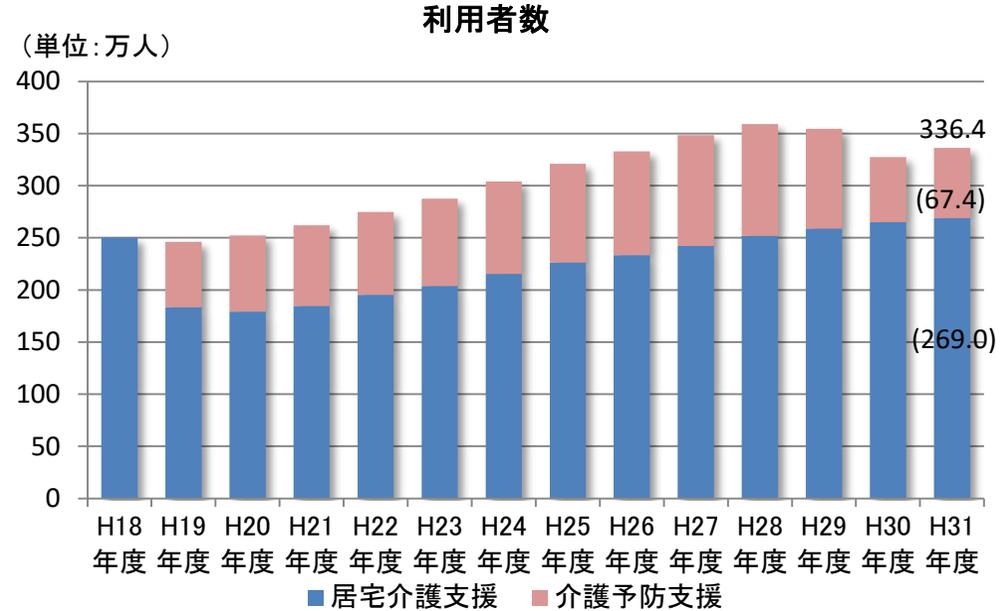
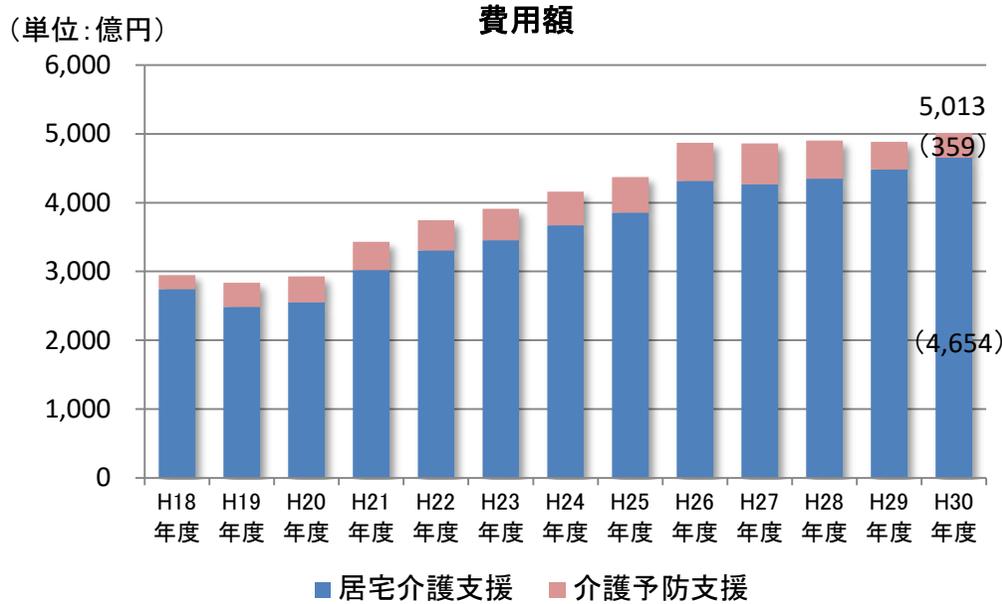
- 居宅の要支援者が介護予防サービス等の適切な利用ができるように、市町村が設置する地域包括支援センターが、
  - ① 要支援者の心身の状況、置かれている環境、要介護者や家族の希望等を勘案し、介護予防サービス計画を作成
  - ② 介護予防サービス計画に基づくサービス提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整 等を行うこと。

### <人員基準> 【介護予防支援 運営基準第2条・第3条】

- 従業者：事業所ごとに担当職員（※）を1人以上配置  
（※）①保健師、②介護支援専門員、③社会福祉士、④経験ある看護師、⑤高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事 のいずれかの要件を満たす者であって、介護予防支援業務に関する必要な知識及び能力を有する者。
- 管理者：事業所ごとに常勤専従の者を配置

# 居宅介護支援の事業所数・利用者数等

○居宅介護支援・介護予防支援の利用は、ここ数年は増加傾向にある。



居宅介護支援・介護予防支援の  
介護サービス費用額(平成30年度)

(上欄の単位: 億円)

要支援		要介護					合計
1	2	1	2	3	4	5	
135	224	1,467	1,303	913	598	373	5,013
2.7%	4.5%	29.3%	26.0%	18.2%	11.9%	7.4%	100%

【出典】平成30年度介護給付費実態統計(旧:介護給付費等実態調査)

注1) 費用額の値は、5月審査(4月サービス)分から翌年の4月審査(3月サービス)分までの合計である。

注2) 利用者数、請求事業所数の値は、4月審査分である。

# 居宅介護支援・介護予防支援の報酬のイメージ（1月あたり）

## 居宅介護支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）

利用者の要介護度や取扱件数に応じた基本サービス費

	要介護1・2	要介護3・4・5
居宅介護支援費Ⅰ	1,057単位/月	1,373単位/月
居宅介護支援費Ⅱ	529単位/月	686単位/月
居宅介護支援費Ⅲ	317単位/月	411単位/月

【報酬体系は逡減制】※1



※1 介護支援専門員（常勤換算）1人当たり40件を超えた場合、超過部分のみに逡減制（40件以上60件未満の部分は居宅介護支援費Ⅱ、60件以上の部分は居宅介護支援費Ⅲ）を適用

※2 取扱件数には介護予防支援受託者数を2分の1とした件数を含む

利用者の状態に応じたサービス提供や  
事業所の体制に対する加算・減算

初回利用者へのケアマネジメント  
に対する評価（300単位）

入院時の病院等との連携  
（・入院後3日以内：200単位  
・入院後7日以内：100単位）

退院・退所時の病院等との連携

- ・退院・退所時カンファレンスへの参加あり  
（連携1回：600単位、連携2回：750単位、連携3回：900単位）
- ・退院・退所時カンファレンスへの参加なし  
（連携1回：450単位、連携2回：600単位）

利用者の状態の急変等に伴い利用  
者宅で行われるカンファレンスへの参加  
（200単位）

末期がん患者に対する頻回な居  
宅訪問や主治医・事業者との連  
携に対する評価（400単位）

ケアマネジメント等の質の高い事業所への評価  
（Ⅰ：500単位、Ⅱ：400単位、Ⅲ：300単位、Ⅳ：125単位）

小規模多機能型居宅介護事業所  
との連携（300単位）

看護小規模多機能型居宅介護事  
業所との連携（300単位）

サービス担当者会議や定期的な  
利用者の居宅訪問未実施、契約  
時の説明不足等（▲50%）

訪問介護等において特定の事業  
所を位置付ける割合が80%を超  
える場合（▲200単位）

## 介護予防支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）

介護予防支援費

431単位/月

小規模多機能型居宅介護事業所  
との連携（300単位）

初回利用者へのケアマネジメント  
に対する評価（300単位）

# 平成30年度介護報酬改定の概要（居宅介護支援・介護予防支援）

## 1) 基本報酬

例) ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40未満である場合 又は 40以上である場合において、40未満の部分(居宅介護支援(I))

要介護1・2 1,042単位/月 ⇒ 1,053単位/月

要介護3～5 1,353単位/月 ⇒ 1,368単位/月

参考) 消費税率の引き上げに伴う改定(2019年度介護報酬改定)

要介護1・2 : 1,057単位/月 要介護3～5 : 1,373単位/月

要支援1・2 : 431単位/月

## 2) 医療と介護の連携の強化

- 利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供しよう依頼することを義務付け。(★)
- 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差を設けないこととする。
- 退院・退所加算について、退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価するとともに、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価。
- 利用者が医療系サービスを利用を希望する場合、意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務付け。(★)
- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況等について、主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務付け。(★)
- 特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所を更に評価。

## 3) 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

- 主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化。
- 利用者等の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握・記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価。(ターミナルケアマネジメント加算)

## 4) 質の高いケアマネジメントの推進

- 主任ケアマネジャーであることを管理者の要件化。(3年間の経過措置期間)
- 特定事業所加算について、他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行うなど、地域のケアマネジメント機能を向上させる取組を評価。

## 5) 公正中立なケアマネジメントの確保

- 利用者はケアプランに位置付けるサービス提供事業所について、複数の紹介を求めることが可能であることや、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務付け(★)、これに違反した場合には報酬を減算。
- 特定事業所集中減算について、請求事業所数の少ないサービスや医療系サービスを対象サービスから除外。

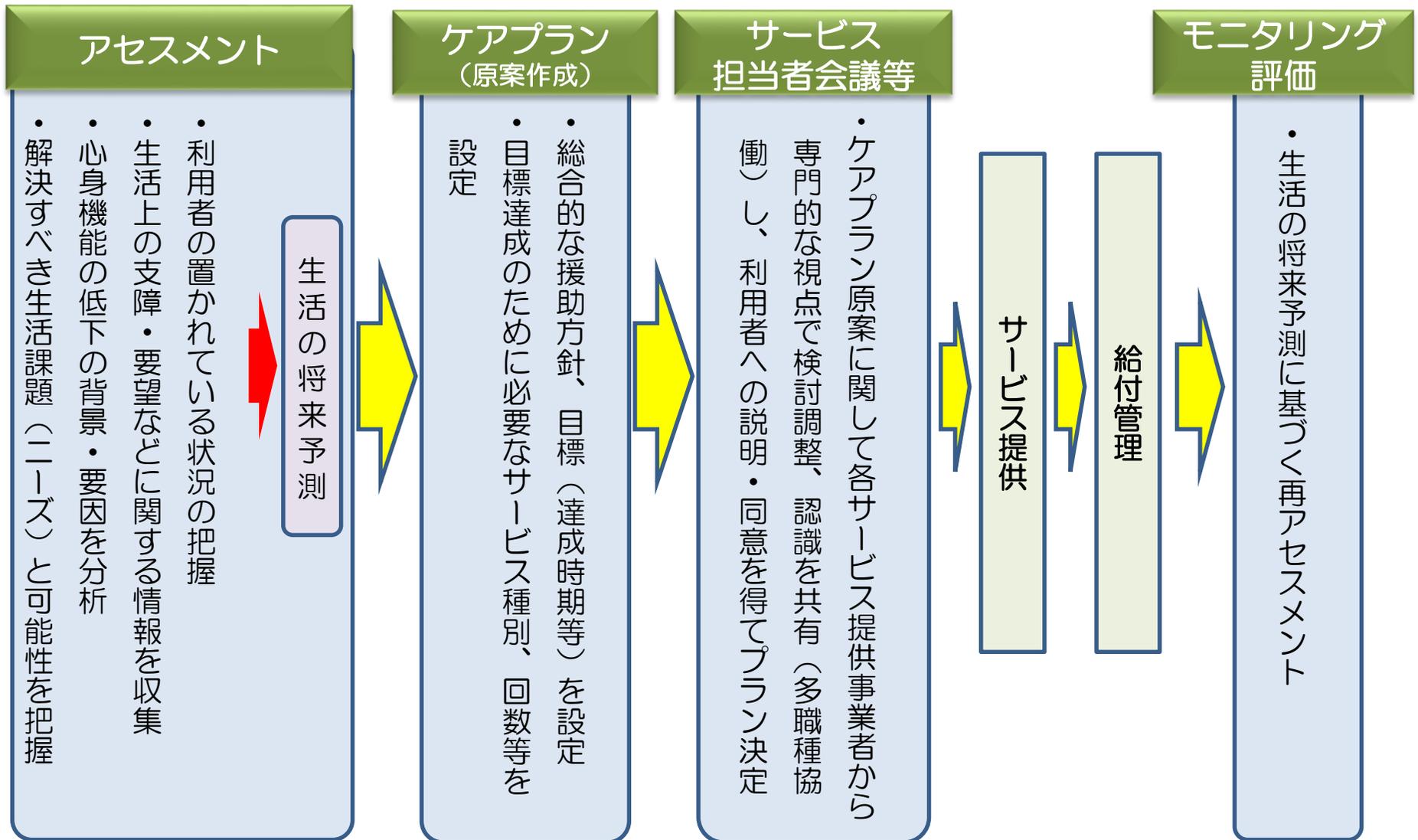
## 6) 訪問回数の多い利用者への対応

- 統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合、市町村にケアプランを届出。

## 7) 障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携

- 障害福祉制度における特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確化。(★) (※)★印は介護予防支援においても同様に改定。

# ケアマネジメントの流れ



# 介護支援専門員の概要

## 1 介護支援専門員の定義

- 要介護者等からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じて適切な介護サービスを利用できるよう、市町村、サービス提供事業者、介護保険施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するとして介護支援専門員証の交付を受けた者。【法第7条第5項】

## 2 資格取得・研修体系

### <介護支援専門員実務研修受講試験>

- 受験要件【法第69条の2第1項、規則第113条の2】

保健・医療・福祉に関する法定資格に基づく業務（※1）又は一定の相談援助業務（※2）に従事した期間が通算して5年以上

（※1）医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士

（※2）生活相談員（介護老人福祉施設等）、支援相談員（介護老人保健施設）、相談支援専門員（障害者総合支援法）、主任相談支援員（生活困窮者自立支援法）

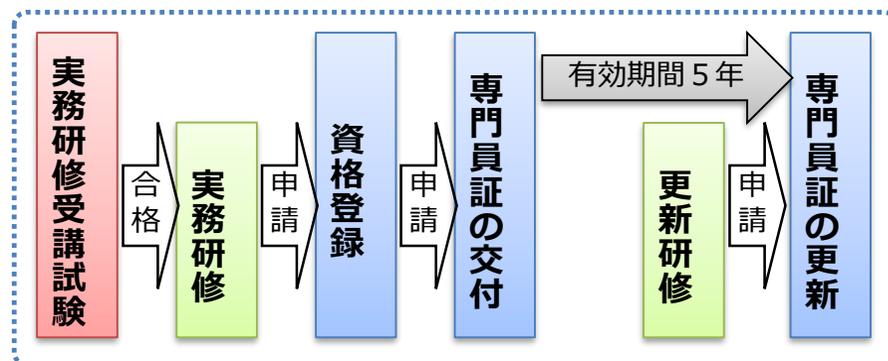
### <介護支援専門員実務研修>

- 受講要件【法第69条の2第1項、規則第113条の4第1項】  
介護支援専門員実務研修受講試験に合格した者

### <介護支援専門員更新研修>

- 受講要件【法第69条の8第2項、規則第113条の18項第1項】  
介護支援専門員証の有効期間の更新を受けようとする者

### 【資格取得・更新の流れ】



# 介護支援専門員の従事者数

(単位：人)

	合計	居宅介護支援	介護予防支援	居宅	地域密着型					介護保険施設		
				特定施設入居者生活介護 (※1・2)	小規模多機能型居宅介護 (※1)	看護小規模多機能型居宅介護	特定施設入居者生活介護	認知症対応型共同生活介護 (※1・2)	介護老人福祉施設	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
従事者数 (実数)	197,230	120,728	13,251	6,088	5,947	436	340	23,935	2,610	13,275	8,715	1,906
従事者数 (常勤換算)	156,014	104,694	11,530	4,401	3,537	273	202	12,332	1,678	9,493	6,585	1,291

(※1) 介護予防サービスを一体的に行っている事業所の従事者を含む。また、介護予防サービスのみ行っている事業者は対象外。

(※2) 特定施設入居者生活介護及び認知症対応型共同生活介護については、計画作成担当者の従事者数。なお、計画作成担当者について、特定施設入居者生活介護では「専らその職務に従事する介護支援専門員であること」、認知症対応型共同生活介護では「1以上の者は、介護支援専門員をもって宛てなければならない」とされている。

(※3) 上表の従事者数は、各サービスごとに調査の回収割合で補正した人数で、それぞれ四捨五入によっているため、端数において合計と合致しない。

【出典】平成29年介護サービス施設・事業所調査（10月1日現在調査）

## 居宅サービス計画（ケアプラン）の構成

### ○サービス利用の根拠となる帳票

#### 【第1表】居宅サービス計画書①

利用者・家族の「望む生活」を含め、ケアプラン全体の方向性を示す帳票  
（記載項目）利用者・家族の生活に対する意向、介護認定審査会の意見、総合的な援助方針等

#### 【第2表】居宅サービス計画書②

第1表を実現するために、アセスメントから導き出された生活課題を解決するための手順を示す帳票  
（記載項目）生活全般の解決すべき課題、長期・短期目標、援助内容（サービス内容・種別・頻度）等

#### 【第3表】週間サービス計画書

第2表で計画した具体的な支援の内容を週単位で示した帳票  
（記載項目）サービス利用の週間タイムスケジュール

### ○経過記録に関する帳票

【第4表】サービス担当者会議の要点（※ サービス担当者会議の議事概要）

【第5表】居宅介護支援経過（※ モニタリングで把握した内容等の記録）

### ○保険事務に関する帳票

【第6表】サービス利用票

【第7表】サービス利用票（別表）

1か月単位でのサービス利用予定・実績を記入し、利用者負担額を計算する帳票  
（記載項目）1か月単位の利用計画・利用実績の記録、利用者負担額等

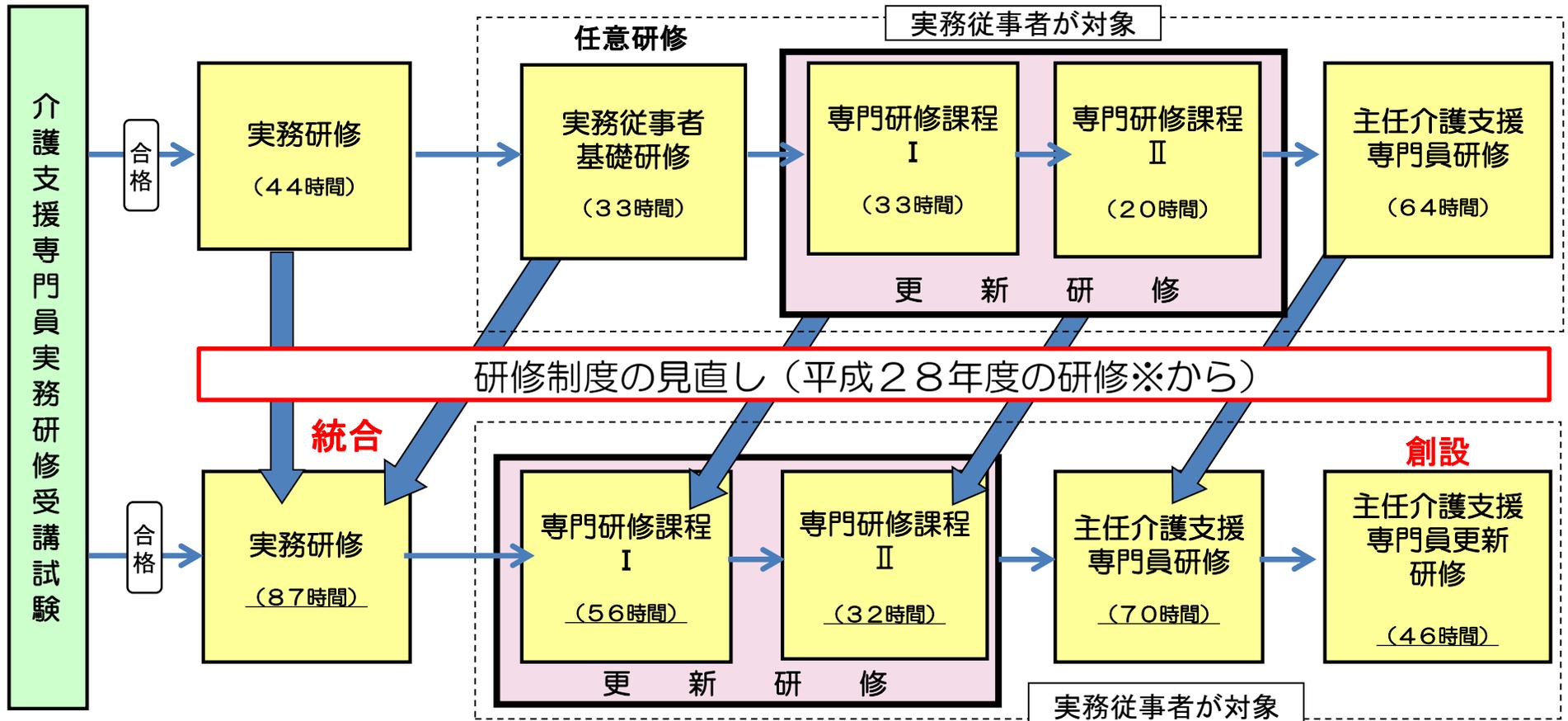




# 介護支援専門員の研修制度の充実

※平成26年6月2日告示公布(主任更新については平成27年2月12日公布)

- 地域包括ケアシステムの中で、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら、利用者の尊厳を旨とした自立支援に資するケアマネジメントを実践できる専門職を養成。
- 入口の研修である介護支援専門員実務研修を充実するため、任意の研修となっている介護支援専門員実務従事者基礎研修を介護支援専門員実務研修に統合。
- 主任介護支援専門員に更新制を導入。
- 専門職として修得すべき知識、技術を確認するため、各研修修了時に修了評価を実施。

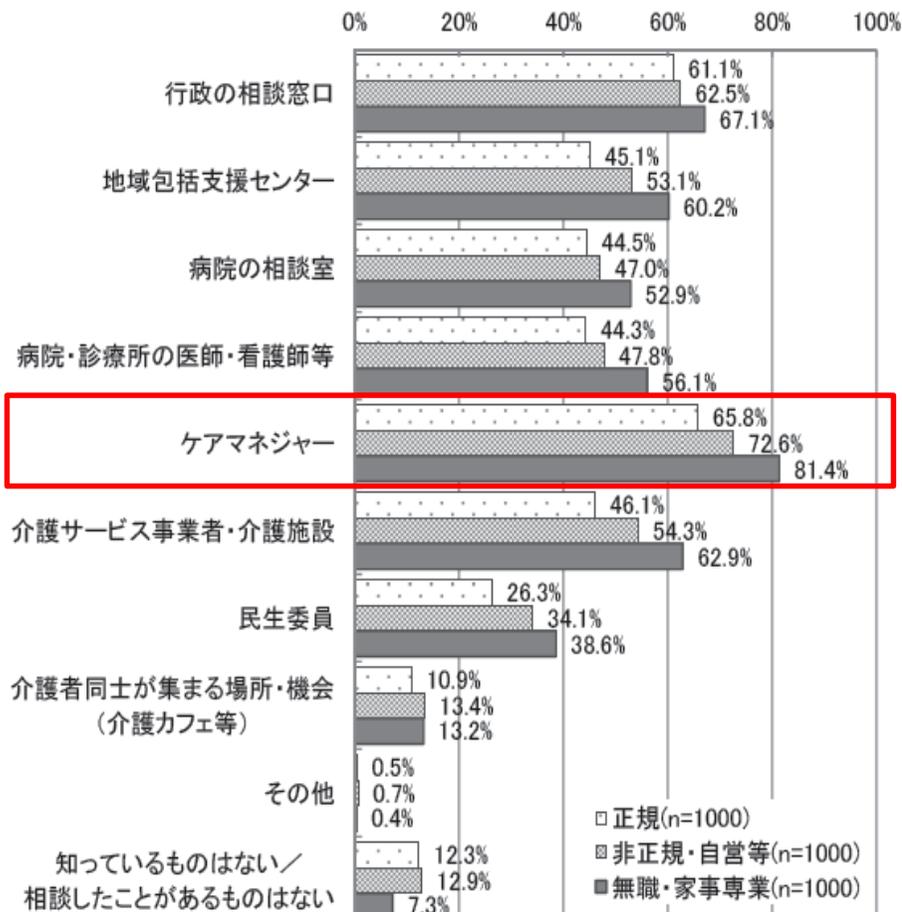


※ 実務研修等は平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から、専門研修等は平成28年4月1日から施行。

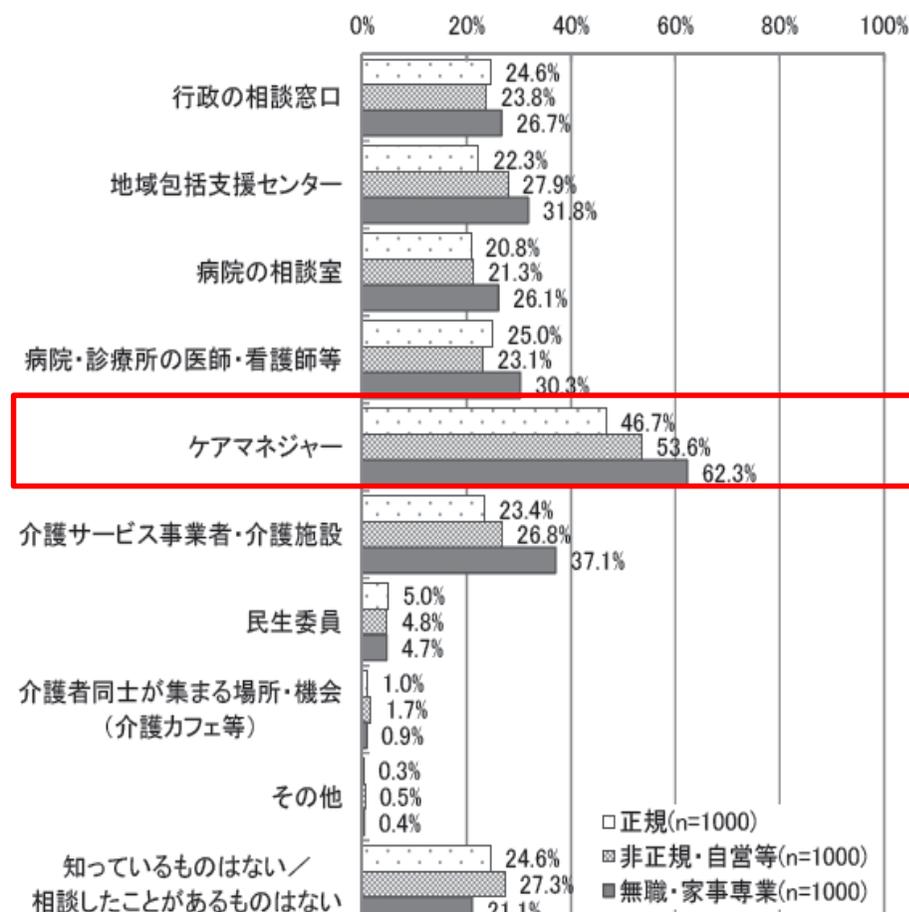
# 就業者等が知っている・相談したことがある介護の相談先

- 知っている介護の相談先として、「ケアマネジャー」と回答する者が最も多かった。
- 相談したことがある介護の相談先も同様に、「ケアマネジャー」と回答する者が最も多かった。

## 【知っている介護の相談先】



## 【相談したことがある介護の相談先】



※就業者(正規、非正規・自営等)、無職・家業専業(介護離職者含む)を対象としたインターネットアンケート。

## 17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（入院時情報連携加算の見直し）

### 概要

※ i は介護予防支援を含み、ii 及び iii は介護予防支援を含まない

#### ア 入院時における医療機関との連携促進

入院時における医療機関との連携を促進する観点から、以下の見直しを行う。

- i 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務づける。【省令改正】
- ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。
- iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。【通知改正】

### 単位数

【ii について】

<現行>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月

<改定後>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月

### 算定要件等

【ii について】

<現行>

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

<改定後>

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- ・入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- ・入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

## 17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（退院・退所加算の見直し）

### 概要

※介護予防支援は含まない

#### イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進

退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。

- i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。
- ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。
- iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。

また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。【通知改正】

### 単位数

#### <現行>

退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	300単位	300単位
連携 2 回	600単位	600単位
連携 3 回	×	900単位

⇒

#### <改定後>

退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	450単位	600単位
連携 2 回	600単位	750単位
連携 3 回	×	900単位

### 算定要件等

- 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。

ただし、「連携 3 回」を算定できるのは、そのうち 1 回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

※ 入院又は入所期間中につき 1 回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

## 17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（特定事業所加算の見直し）

### 概要

※ウは介護予防支援を含み、エは介護予防支援は含まない

#### ウ 平時からの医療機関との連携促進

- i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。【省令改正】
- ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。【省令改正】

#### エ 医療機関等との総合的な連携の促進

特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所を更に評価する。（平成31年度から施行）

### 単位数

○エについて

<現行>

なし

⇒

<改定後>

特定事業所加算(Ⅳ) 125単位/月（新設）

### 算定要件等

<エについて>

- 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算（新設：次頁参照）を年間5回以上算定している事業所

## 17. 居宅介護支援 ②末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

### 概要

※介護予防支援は含まない

#### ア ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

#### イ 頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

### 単位数

○イについて

<現行>

なし

⇒

<改定後>

ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月（新設）

### 算定要件等

<イについて>

○対象利用者

- ・末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

○算定要件

- ・24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
- ・利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施
- ・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

# 介護報酬改定の実施状況（入院時の連携）

## 【7月～9月に医療機関に入院した利用者数】

		平均(人)
平成30年度	医療機関に入院した利用者	<b>8.0</b>
	うち入院時に医療機関へ情報提供を行った利用者	<b>6.6</b>
	うち「入院時情報連携加算」を適用した利用者	5.9
	加算(Ⅰ)	5.1
	加算(Ⅱ)	0.7
平成28年度	医療機関に入院した利用者	<b>7.7</b>
	うち入院時に医療機関へ情報提供を行った利用者	<b>4.2</b>
	うち「入院時情報連携加算」を適用した利用者	3.1

注) 居宅介護支援事業所のみを集計している。

# 介護報酬改定の実施状況（退院時の連携）

## 【7月～9月に退院し給付管理の対象となった利用者数】

		平均(人)
平成30年度	退院した利用者	5.7
	そのうち退院時に医療機関の職員と面談を行った利用者	4.2
平成28年度	退院した利用者	6.0
	そのうち退院時に医療機関の職員と面談を行った利用者	3.1

注) 居宅介護支援事業所のみを集計している。

## 【事業所において退院・退所加算を算定している件数(平均(人))】

会議参加	期間	連携1回	連携2回	連携3回
なし	H29年4月～9月	1.7	0.4	
	H30年4月～9月	2.1	0.8	
あり	H29年4月～9月	1.4	0.4	0.1
	H30年4月～9月	1.9	0.8	0.1

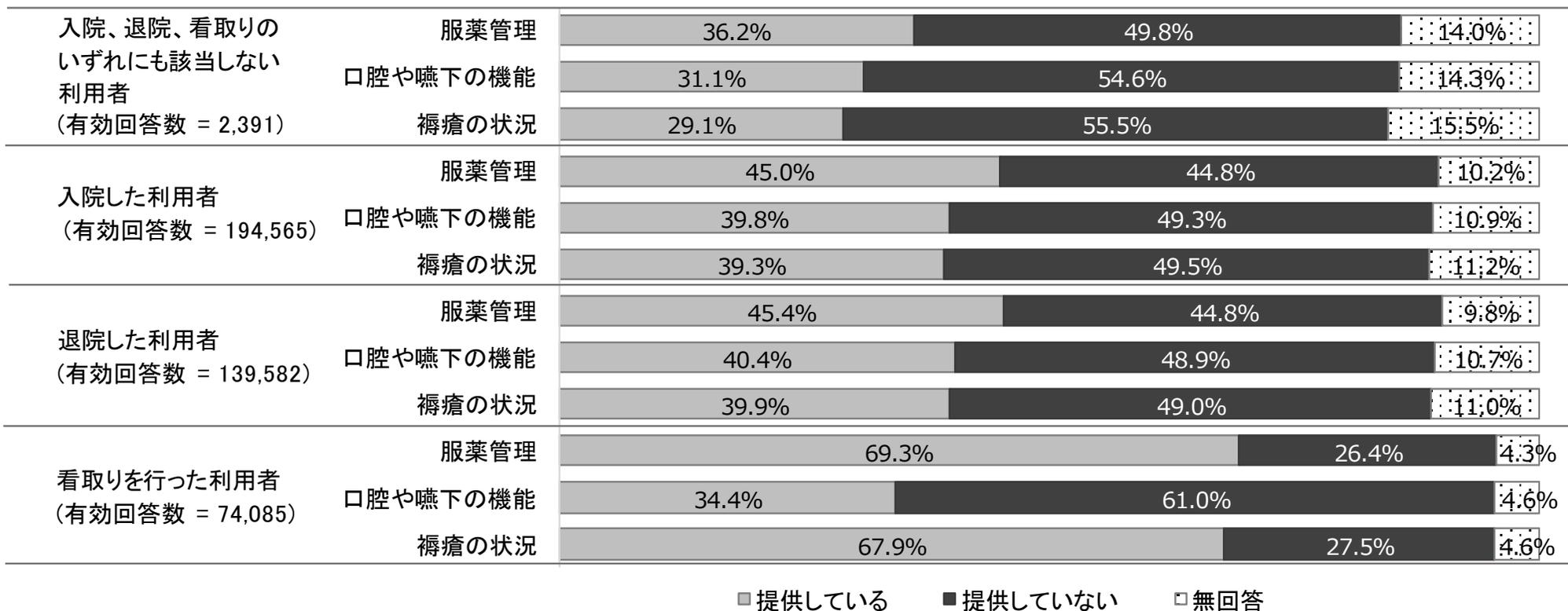
注) 居宅介護支援事業所のみを集計している。

(出典) 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成30年度調査)

(3) 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

# 介護報酬改定の実施状況（日常的な連携）

## 【訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態増についての主治の医師等への情報提供】



## 【主治の医師等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携】

	全体	ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった	ケアプラン提出後、主治の医師等との連携がスムーズになった	ケアプランを提出したが、活用されていない／活用されていることが不明	その他	無回答
居宅介護支援事業所	3,489 100.0%	980 28.1%	657 18.8%	1,621 46.5%	184 5.3%	593 17.0%
介護予防支援事業所	3,354 100.0%	779 23.2%	426 12.7%	1,127 33.6%	445 13.3%	902 26.9%

# 介護報酬改定の実施状況（末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント）

## 【ケアマネジメントプロセスの簡素化の状況】

注) 居宅介護支援事業所のみを集計している。

	全体	0人	1人	2人	3人	4人	5人以上	平均
亡くなった利用者数	2,002	379	793	415	107	107	107	1.6
	100.0%	18.9%	39.6%	20.7%	5.3%	5.3%	5.3%	—
ケアマネジメントプロセスを簡素化した利用者数	2,002	1,441	239	59	17	17	17	0.3
	100.0%	72.0%	11.9%	2.9%	0.8%	0.8%	0.8%	—

注1) 亡くなった利用者数・・・平成29年10月～平成30年9月に担当した末期がんにかかっている利用者のうち、平成30年4月～9月末までの期間に亡くなった利用者数

注2) ケアマネジメントプロセスを簡素化した利用者数・・・このうち主治の医師等に助言を得ることを前提として、ケアマネジメントプロセスを簡素化した利用者数

## 【ターミナルケアマネジメント加算の届出の有無】

注) 居宅介護支援事業所のみを集計している。

全体	届出済み(注)	届出ていない	無回答
1,288	341	875	72
100.0%	26.5%	67.9%	5.6%

注) 平成30年9月より前に届けた場合を含む

(出典) 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成30年度調査)

(3) 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業49

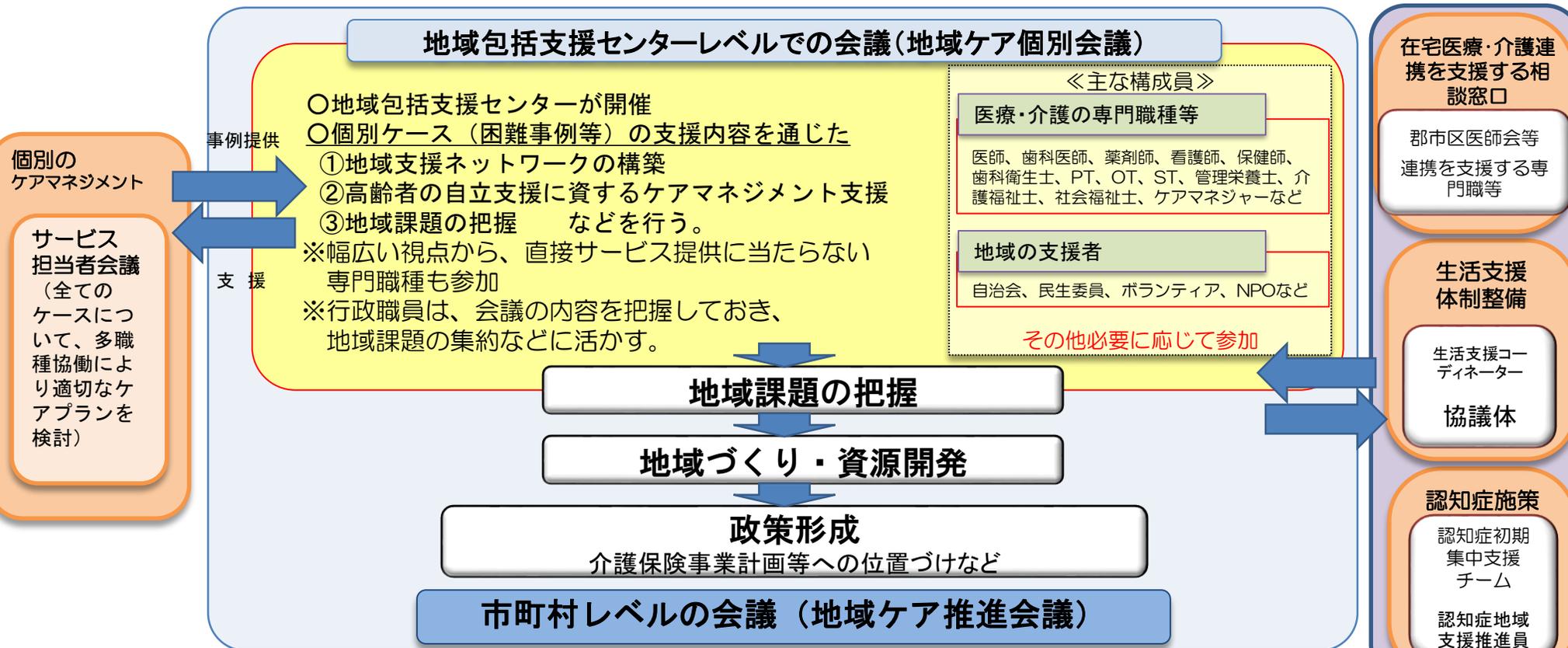
# 地域ケア会議の推進

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



## 「地域ケア会議」は 専門職が知恵を持ち寄る場

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

ケアマネジャー

生活支援  
コーディネーター

地域包括  
支援センター  
(保健師、主任ケアマネ、  
社福士)

- 「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。
- しかし、残念ながら、うまく機能している地域は多くない。

# 地域ケア会議 | ①豊明市の例

## 豊明市の地域ケア会議（多職種合同ケアカンファレンス）の概要

【目的】 自立型ケアマネジメントの強化、多職種の視点によるケアの質の向上

【頻度】 要支援・事業対象者（月1回・1.5H・4ケース）、  
要介護（月1回・1.5H・ミニ講義+3ケース）

【参加者】 市、地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護サービス事業所等、  
医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、保健師、  
看護師、歯科医、歯科衛生士、生活支援コーディネーター、司法書士、  
社協、民間企業等

人口 68,728人（30.4）  
高齢者人口 17,484人  
高齢化率 25.4%



## ポイント1 | 明確かつ簡潔な論点の設定

### 会議における議論のポイント

#### ①本当の課題は何ですか？

本人にとっての自立は？自立を阻害する要因は？  
（現状とありたい姿のギャップから課題を特定）

#### ②本当に解決できますか？

サービスは現状とありたい姿のギャップを  
本当に解決できるのか

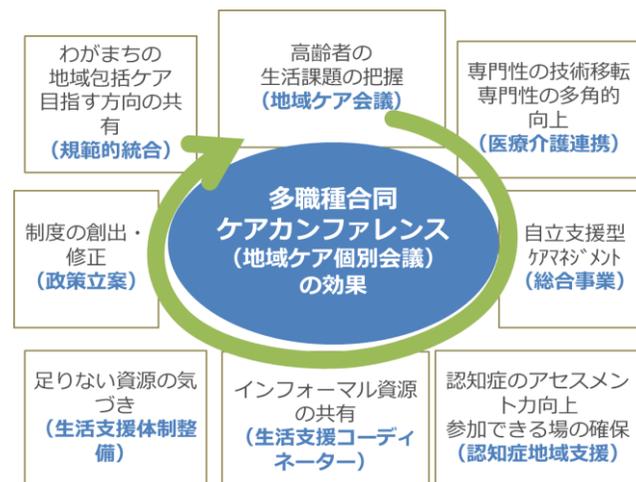
※ 普通の暮らしを取り戻す（自立）支援とは

- ① 現状分析（なぜ今の状態になったのか？）、
- ② 目標設定（どんな暮らしを目指すのか？）、
- ③ 「本当の課題」の抽出（取り組むべき課題は何か？）

を検討することで、本人や家族が課題と向き合い、行動変容を起こすことに繋がる。

## ポイント2 | 他の事業との連動

多職種によるカンファレンスを行うことで、医療介護連携、総合事業、認知症地域支援、生活支援体制整備事業等の市町村が実施する事業が繋がる。



# ケアプランにおける保険外サービスの活用について

## ●指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）

（基本方針）

第一条の二 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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に配慮して行われるものでなければならない。

2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

（以下略）

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条の二に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

一～三 （略）

四 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス（法第二十四条第二項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

（以下略）

## ●ケアマネジメントにおける自助（保険外サービス）の活用・促進に関する調査研究事業（平成29年度老人保健健康増進等事業）

- 生活支援領域で提供される単価制の保険外サービスを活用したことがあるケアマネジャーは全体の7割を超えるが、これ以外に多様な保険外サービスを多数取り扱ったことがある者（※）は全体の約35%に留まる。

※生活支援領域で提供される単価制の保険外サービスサービス以外に3種類以上の領域の保険外サービスを取り扱ったことがある者として集計

## 17. 居宅介護支援 ④公正中立なケアマネジメントの確保（契約時の説明等）

### 概要

※一部を除き介護予防支援を含む

#### ア 契約時の説明等

利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額する。

なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。【通知改正】

### 単位数

	<現行>		<改定後>
運営基準減算	所定単位数の50/100に相当する単位数	⇒	変更なし

### 算定要件等

○ 以下の要件を追加する。

利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、

- ・ 複数の事業所の紹介を求めることが可能であること
- ・ 当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること

の説明を行わなかった場合。

# 介護報酬改定の実施状況（公正中立なケアマネジメントの確保）

【ケアプラン作成に際して、利用者に複数事業所を紹介することや当該サービス・事業所をケアプランに位置づけた理由を説明することについての、事業所内のケアマネジャーへの周知】

注) 居宅介護支援事業所の集計結果

全体	周知している	周知していない	自身以外にケアマネジャーはいない	無回答
1, 288	1, 055	14	153	66
100. 0%	81. 9%	1. 1%	11. 9%	5. 1%

【個々のサービスの内容や利用する目的、事業所ごとの強み、弱みなどについての説明を受けましたか（入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者）】

注) 居宅介護支援事業所のみを集計している。

	全体	十分な説明を受けた	説明を受けたが十分とはいえない	説明を受けていない	わからない・覚えていない。	無回答
平成30年度	1, 628	1, 320	136	12	136	24
	100. 0%	81. 1%	8. 4%	0. 7%	8. 4%	1. 5%
平成28年度	3, 111	2, 538	282	29	206	56
	100. 0%	81. 6%	9. 1%	0. 9%	6. 6%	1. 8%

(出典) 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成30年度調査) 55

(3) 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

# 介護報酬改定の実施状況（公正中立なケアマネジメントの確保）

【利用するサービスについて複数の選択肢が示されましたか（入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者）】

注) 居宅介護支援事業所の集計結果

	全体	複数の選択肢が示された自分で選択することができた	選択肢は提示されたが、ケアマネジャーにおけるほぼ決定していた	選択肢は示されなかった	変更の経験がない・覚えていない。	無回答
平成30年度	1, 628	1, 298	139	24	131	36
	100. 0%	79. 7%	8. 5%	1. 5%	8. 0%	2. 2%
平成28年度	3, 111	2, 485	262	55	224	85
	100. 0%	79. 9%	8. 4%	1. 8%	7. 2%	2. 7%

(出典) 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成30年度調査)  
 (3) 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

# 介護報酬改定の実施状況（公正中立なケアマネジメントの確保）

【ケアプランの内容について、十分な説明がありましたか（入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者）】

注) 居宅介護支援事業所の集計結果

	全体	納得するまで説明を受けることができた	説明はあったが、十分に理解して納得できなかった	十分な説明はなかった	変更の経験がない・覚えていない	無回答
平成30年度	1, 628	1, 365	137	13	90	23
	100. 0%	83. 8%	8. 4%	0. 8%	5. 5%	1. 4%
平成28年度	3, 111	2, 647	230	19	146	69
	100. 0%	85. 1%	7. 4%	0. 6%	4. 7%	2. 2%

(出典) 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成30年度調査)  
 (3) 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

## 17. 居宅介護支援 ③質の高いケアマネジメントの推進

### 概要

※介護予防支援は含まない

#### ア 管理者要件の見直し

居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】

#### イ 地域における人材育成を行う事業者に対する評価

特定事業所加算について、他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行う事業所など、地域のケアマネジメント機能を向上させる取組を評価することとする。

### 単位数

#### ○イについて

	<現行>		<改定後>
特定事業所加算(Ⅰ)	500単位/月	⇒	変更なし
特定事業所加算(Ⅱ)	400単位/月	⇒	変更なし
特定事業所加算(Ⅲ)	300単位/月	⇒	変更なし

### 算定要件等

#### <イについて>

##### ○特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)共通

- ・ 他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施を要件に追加する。

##### ○特定事業所加算(Ⅱ)(Ⅲ)

- ・ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加を要件に追加する。(現行は(Ⅰ)のみ)

# 介護報酬改定の実施状況（質の高いケアマネジメント）

## 【管理者の主任ケアマネジャーの資格の有無】

注) 居宅介護支援事業所のみを集計している。

	合計	管理者が主任ケアマネジャー	管理者が主任ケアマネジャーでない	無回答
平成30年度	1,288	660	563	65
	100.0%	51.2%	43.7%	5.0%
平成28年度	1,572	706	804	62
	100.0%	44.9%	51.1%	3.9%

## 【管理者が主任ケアマネジャーでない管理者の業務経験年数】

注) 居宅介護支援事業所のみを集計している。

	全体	【管理者のケアマネジャーとしての業務経験年数(通算年数)】								平均(年)	標準偏差
		1年未満	1～2年未満	2～3年未満	3～4年未満	4～5年未満	5年以上	無回答			
管理者が主任ケアマネジャーでない	563	21	37	39	54	56	339	17	6.9	4.8	
	100.0%	3.7%	6.6%	6.9%	9.6%	9.9%	60.2%	3.0%	—	—	

(出典) 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成30年度調査)

(3) 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

# 介護報酬改定の実施状況（質の高いケアマネジメント）

## 【管理者が主任ケアマネジャーか否かによる事業所内ミーティングの開催頻度】

注) 居宅介護支援事業所のみを集計している。

	全体	週1回	2週に1回	月に1回	その他	行っていない	無回答
主任ケアマネジャーである	660	420	16	83	82	47	62
	100.0%	63.6%	2.4%	12.6%	12.4%	7.1%	1.8%
主任ケアマネジャーでない	563	126	30	155	109	140	3
	100.0%	22.4%	5.3%	27.5%	19.4%	24.9%	0.5%

## 【管理者が主任ケアマネジャーか否かによる育成・研修の取り組みの違い】

注) 居宅介護支援事業所のみを集計している。

【事業所内事例検討会を定期的に行っている】	全体	該当	非該当	無回答
主任ケアマネジャーである	660	413	149	98
	100.0%	62.6%	22.6%	14.8%
主任ケアマネジャーでない	563	160	182	221
	100.0%	28.4%	32.3%	39.3%

(出典) 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成30年度調査)

(3) 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

# 介護報酬改定の実施状況（質の高いケアマネジメント）

【定期的に相談の時間を設けている （ケアマネジャーの育成・資質向上絵の取り組み）】	全体	該当	非該当	無回答
主任ケアマネジャーである	660	274	290	96
	100.0%	41.5%	43.9%	14.5%
主任ケアマネジャーでない	563	156	169	238
	100.0%	27.7%	30.0%	42.3%

注) 居宅介護支援事業所のみを集計している。

【訪問等へ同行し指導している（ケアマネ ジャーの育成・資質向上絵の取り組み）】	全体	該当	非該当	無回答
主任ケアマネジャーである	660	278	286	96
	100.0%	42.1%	43.3%	14.5%
主任ケアマネジャーでない	563	112	213	238
	100.0%	19.9%	37.8%	42.3%

注) 居宅介護支援事業所のみを集計している。

(出典) 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成30年度調査)

(3) 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業 61

# 適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業の背景・目的

## <背景>

- ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定)において、自立支援と介護の重度化防止の推進を目的として、10年間の工程(2016年～2026年)で「適切なケアマネジメント手法の策定」を行うこととされた。
- 高齢者の生活のありようの多様化をうけ、課題が重層化している今日介護支援専門員はこれまで以上に多くの情報を収集・分析するだけでなく多職種間での連携を進め、本人の状態や維持・改善に向けた支援が求められている。



## <課題>

- 制度発足後今日まで、介護支援専門員の力量によってケアマネジメント(インテーク～モニタリング迄)のプロセスにおけるアプローチ方法に差異が生じているとの指摘がある。
- 具体的な改善方策となると「アセスメント様式の統一化」のような部分的な視点からの思考しかない。
- 特に多い指摘は「ケアプランの支援内容のばらつき」と「根拠を説明できない」こと。

## <目的>

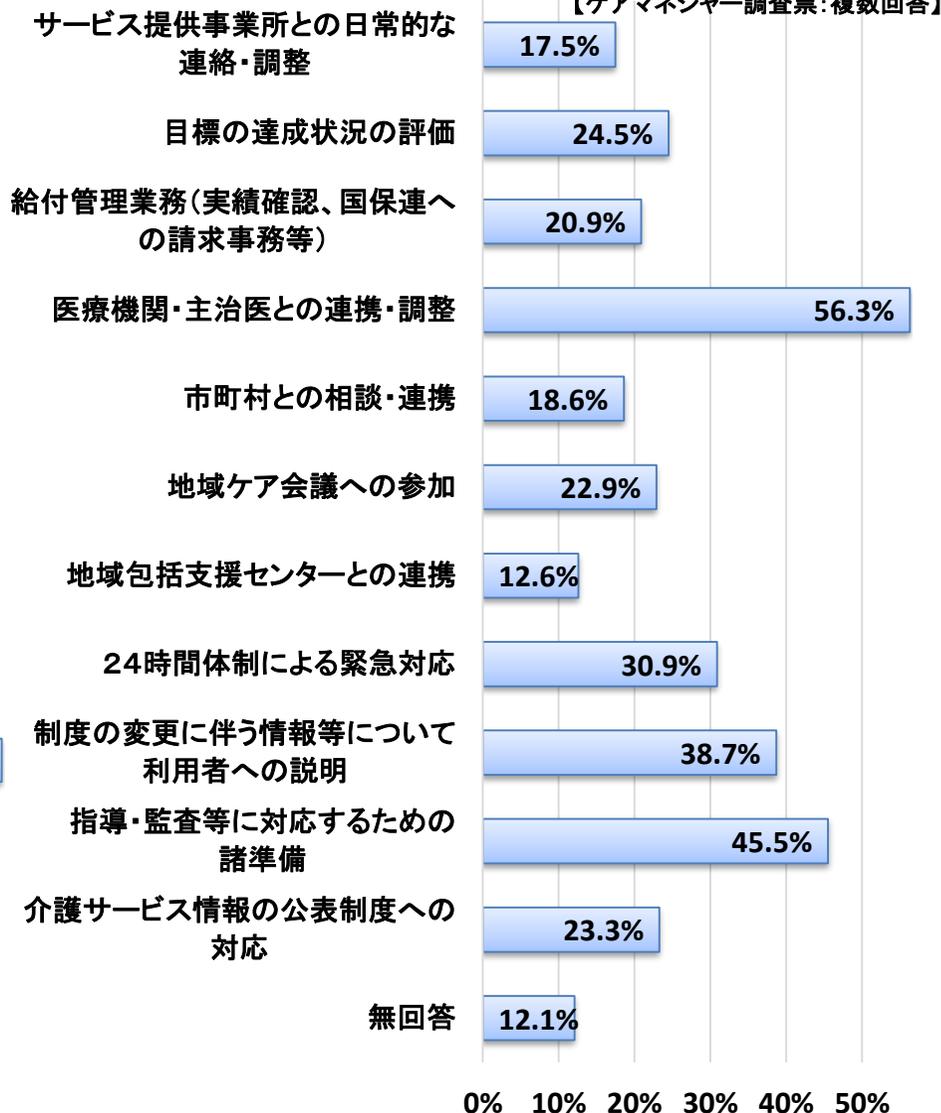
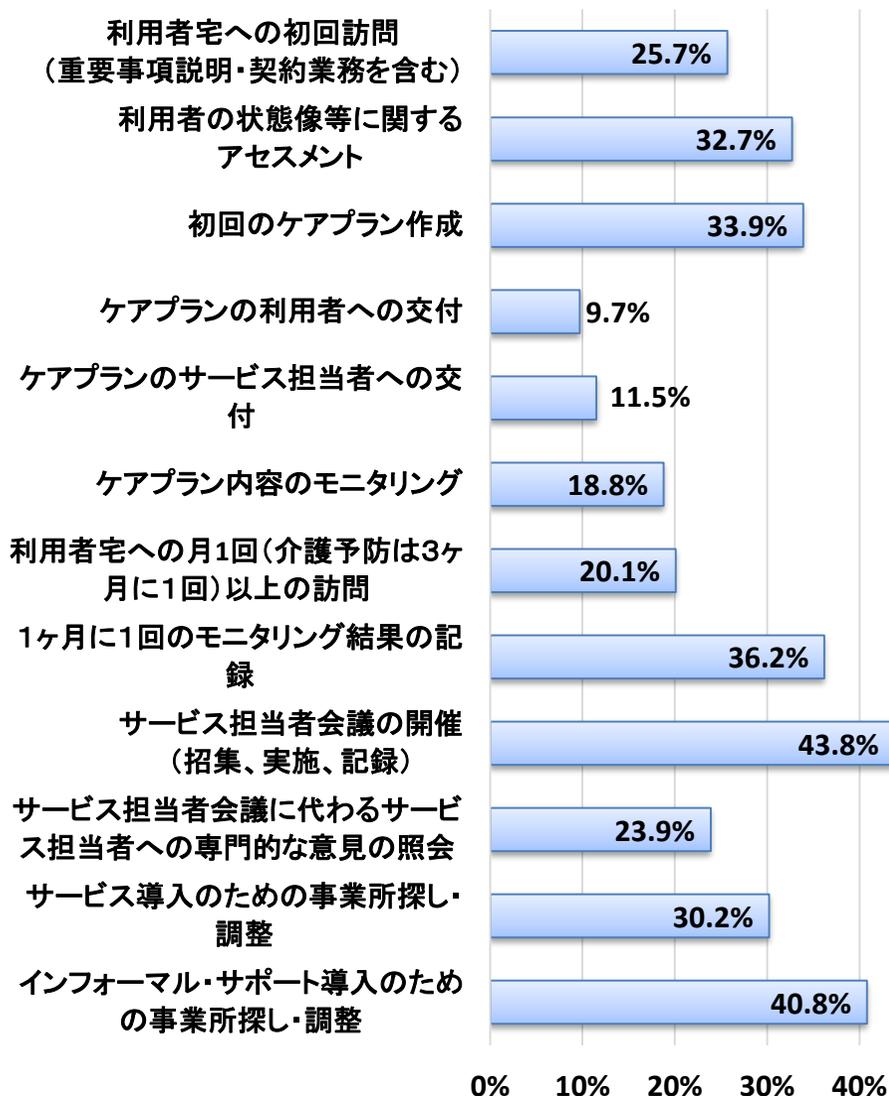
- ケアマネジメントの「差異」の要因と考えられる、個々の介護支援専門員の属人的な認識(知識)を改め「支援内容」の平準化を図る。その為に「利用者の状態に対して最低限検討すべき支援内容」の認識(知識)を体系化し共有化することにより「差異」を小さくするための手法の策定と普及を行う。
- 介護支援専門員に必要な知識(エビデンス等)を体系化し付与することで、サービス担当者会議等において「根拠の明確な支援内容」を示せる事により他職種と支援内容の共有化を図る。
- ケアマネジメントプロセスをより有効なものとし、他職種との役割分担や連携・協働の推進、モニタリング手法の明確化、ひいてはケアマネジメントの質の向上、自立支援の推進を図る。

## <これまでの成果実績>

- 平成28年度:脳血管疾患・大腿骨頸部骨折がある方のケア
- 平成29年度:心疾患(心不全)がある方のケア
- 平成30年度:認知症がある方のケア
- 令和元年度:肺炎がある方のケア(予定)

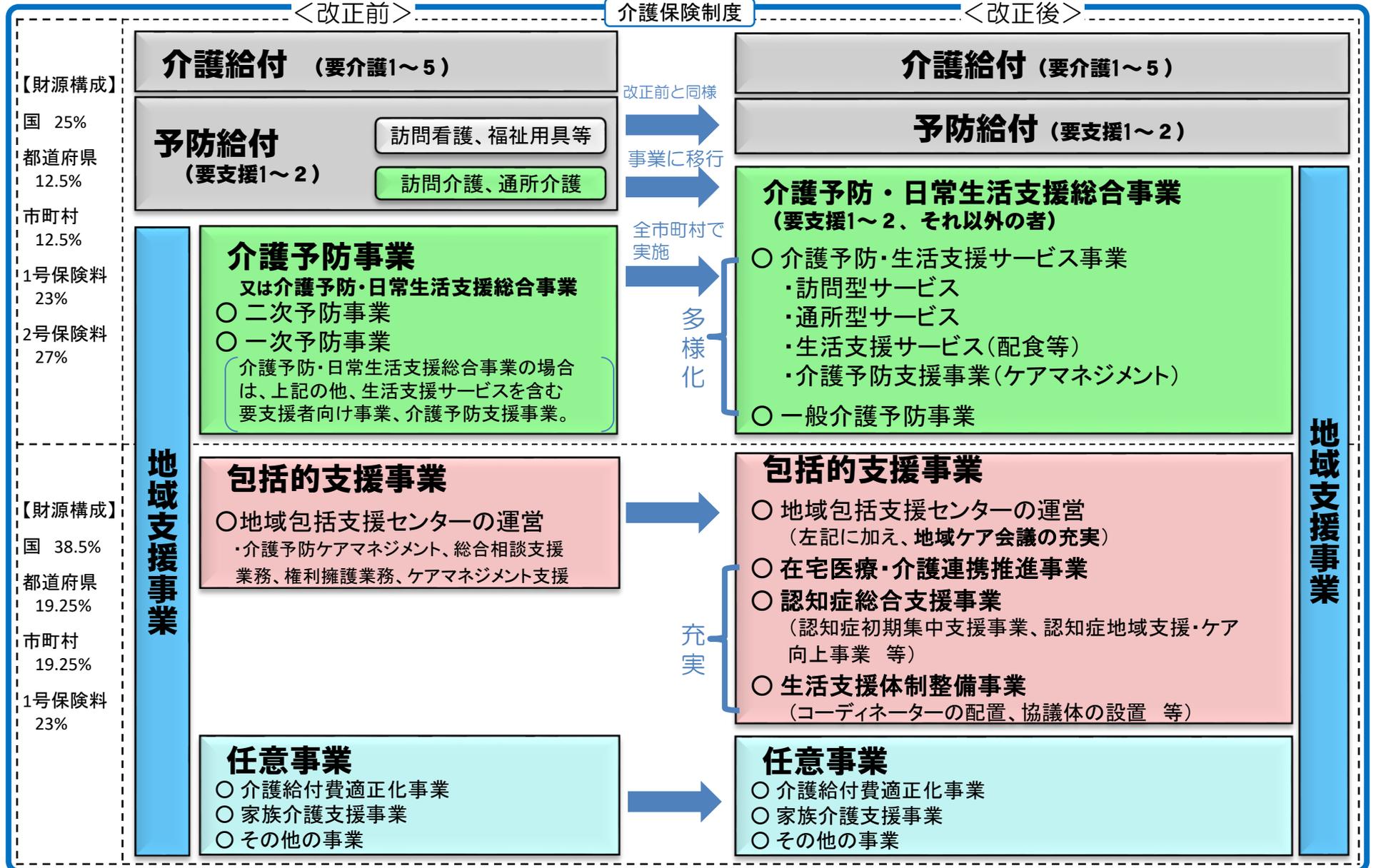
# 介護支援専門員の業務負担が大きい業務

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業(平成30年度調査)  
【ケアマネジャー調査票:複数回答】



# 3. 総合事業

# 新しい地域支援事業の全体像(平成26年改正前後)



地域支援事業

## 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

# チェックリストの様式

(介護保険法施行規則第140条の62の4第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準)

(様式第一)

記入日：平成 年 月 日 ( )

氏名	住所	生年月日	
希望するサービス内容			
No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI = ) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(様式第二)

① 様式第一の質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
② 様式第一の質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当
④ 様式第一の質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目No.16に該当
⑥ 様式第一の質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦ 様式第一の質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当

(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。  
この表における該当 (No. 12 に限る。) とは、BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合をいう。

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする

# 地域支援事業の概要

令和元年度予算 公費3,882億円、国費1,941億円

○ 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(新しい総合事業) 1,978億円 (989億円)

- 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（旧介護予防事業を再編）
  - 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 1,905億円 (952億円)

- 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)
  - 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の配置
  - 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
- 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。

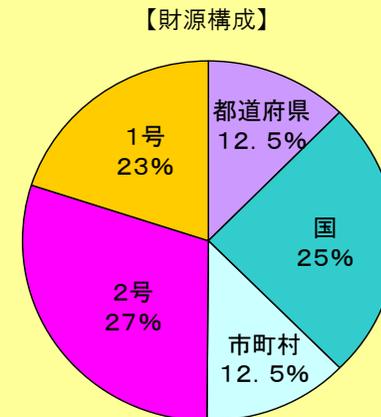
### 【事業費の上限】

- 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

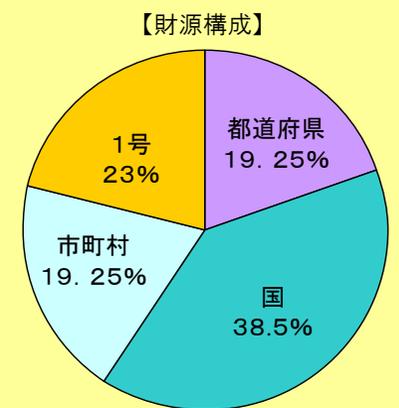
(財源構成の割合は第7期以降の割合)

介護予防・日常生活支援総合事業



○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

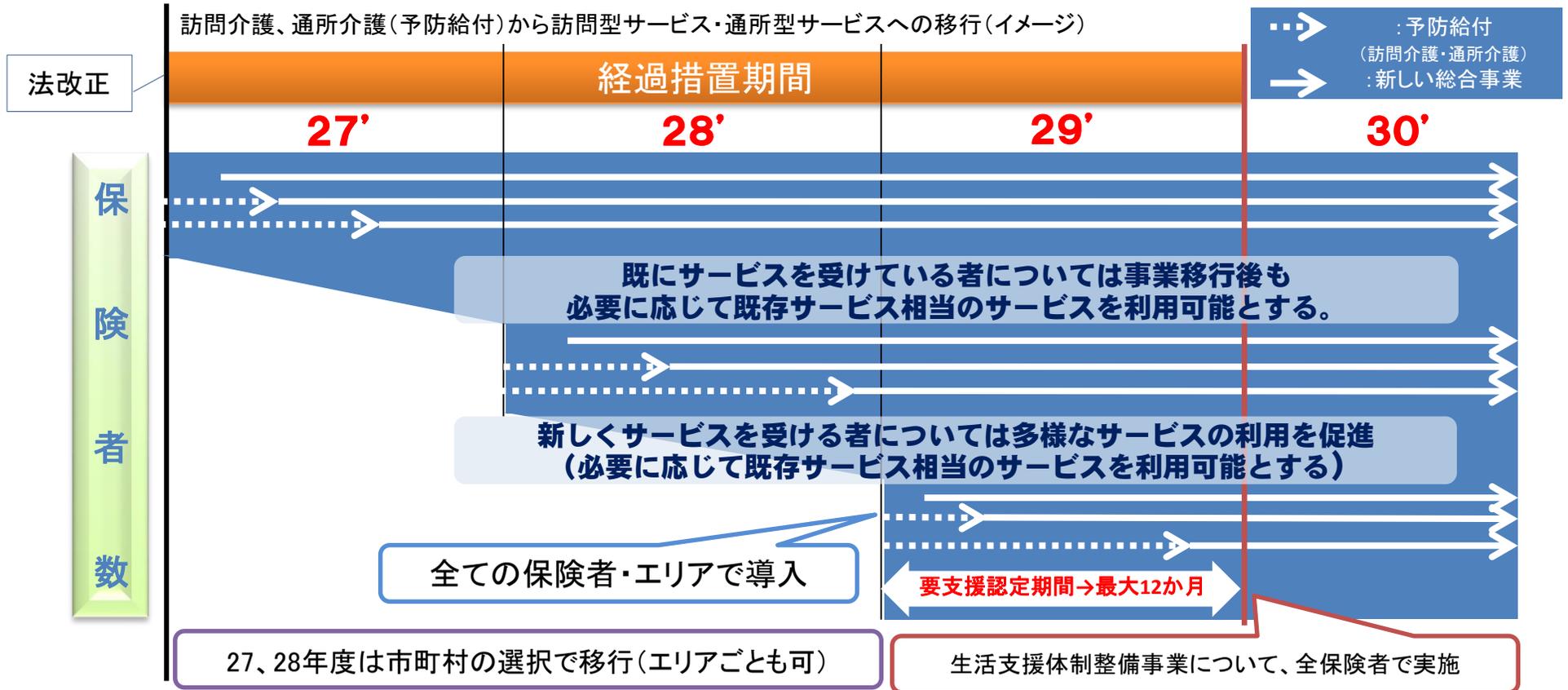
包括的支援事業・任意事業



○ 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)

# 総合事業の実施に関する猶予期間

- 市町村が条例で定める場合は、総合事業の実施を平成29年4月まで猶予可能。
- 市町村は、できる限り早期から新しい総合事業に取り組む。一方で、受け皿の整備等のため、一定の時間をかけて、総合事業を開始することも選択肢。



年度別移行状況(平成29年8月1日調査)

	平成27年度中	平成28年度中	平成29年度中	合計
実施保険者数	287	324	967	1578(全保険者)
実施率(累積)	18.2%	38.7%	100.0%	

## 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、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	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

※ 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、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	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 ○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。

## ○ 国は地域支援事業実施要綱において、以下のようなサービス単価を定めている。

### 1 訪問介護員等によるサービス費(訪問介護従前相当サービス費)

- イ 訪問型サービス費Ⅰ 1,172単位  
(事業対象者・要支援1・2 1月につき・週1回程度の訪問)
  - ロ 訪問型サービス費Ⅱ 2,342単位  
(事業対象者・要支援1・2 1月につき・週2回程度の訪問)
  - ハ 訪問型サービス費Ⅲ 3,715単位  
(事業対象者・要支援2 1月につき・週2回を超える程度の訪問)
  - ニ 訪問型サービス費Ⅳ 267単位  
(事業対象者・要支援1・2 1回につき・1月の中で全部で4回までのサービスを行った場合)
  - ホ 訪問型サービス費Ⅴ 271単位  
(事業対象者・要支援1・2 1回につき・1月の中で全部で5回から8回までのサービスを行った場合)
  - ヘ 訪問型サービス費Ⅵ 286単位  
(事業対象者・要支援2 1回につき・1月の中で全部で9回から12回までのサービスを行った場合)
  - ト 訪問型サービス費(短時間サービス) 166単位  
(事業対象者・要支援1・2 1回につき 主に身体介護を行う場合 1月につき22回まで算定可能)
  - チ 初回加算 200単位(1月につき)
  - リ (1)生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位(1月につき)  
(2)生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位(1月につき)
  - ヌ 介護職員処遇改善加算  
(1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)+所定単位×137/1000  
(2)介護職員処遇改善加算(Ⅱ)+所定単位×100/1000  
(3)介護職員処遇改善加算(Ⅲ)+所定単位×55/1000  
(4)介護職員処遇改善加算(Ⅳ)+(3)の90/100  
(5)介護職員処遇改善加算(Ⅴ)+(3)の80/100
  - ル 介護職員等特定処遇改善加算  
(1)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)+所定単位×63/1000  
(2)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)+所定単位×42/1000
- 注1～9 (略)

### 3 介護予防ケアマネジメント費

- イ 介護予防ケアマネジメント費 431単位(1月につき)
- ロ 初回加算 300単位(1月につき)
- ハ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300単位  
注1～2(略)

### 2 通所介護事業者の従事者によるサービス費(通所介護従前相当サービス費)

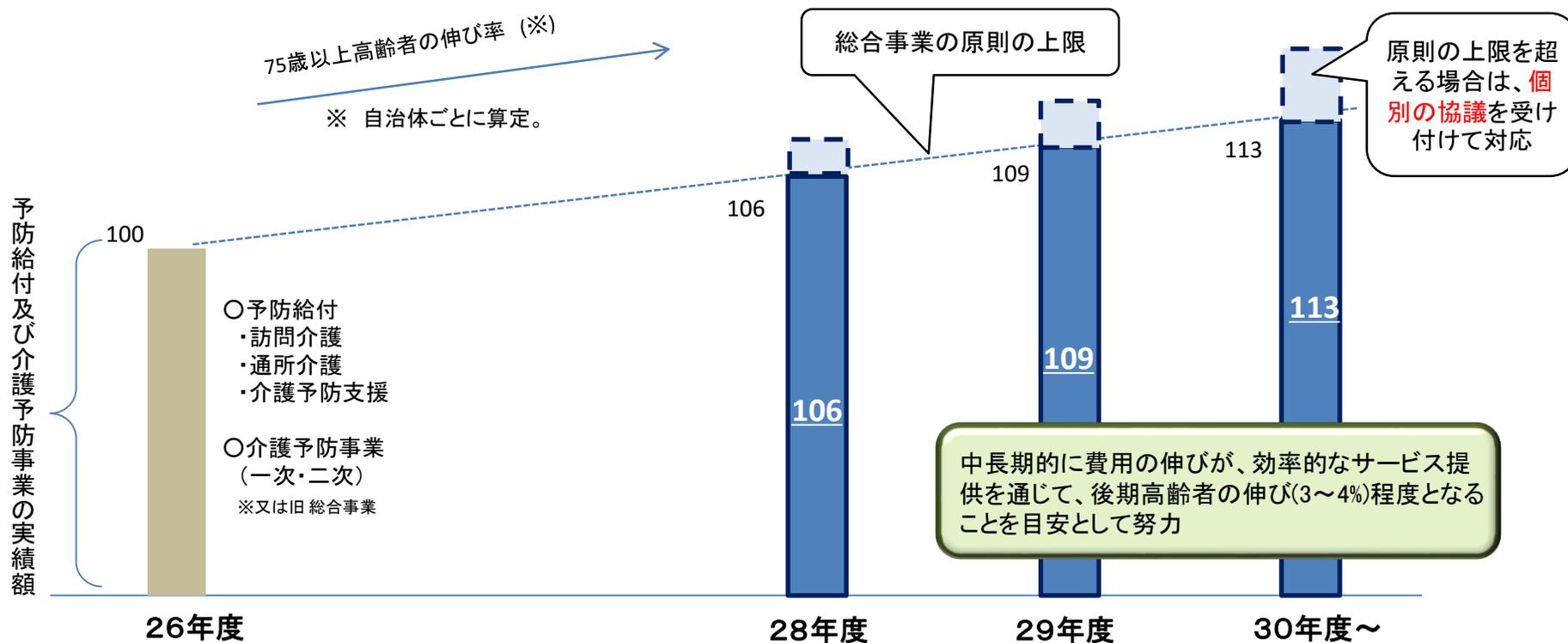
- イ 通所型サービス費  
(1)事業対象者・要支援1 1,655単位  
(2)事業対象者・要支援2 3,393単位  
(3)事業対象者・要支援1 380単位  
(1回につき・1月の中で全部で4回までのサービスを行った場合)
  - (4)事業対象者・要支援2 391単位  
(1回につき・1月の中で全部で5回から8回までのサービスを行った場合)
  - ロ 生活機能向上グループ活動加算 100単位(1月につき)
  - ハ 運動器機能向上加算 225単位(1月につき)
  - ニ 栄養改善加算 150単位(1月につき)
  - ホ 口腔機能向上加算 150単位(1月につき)
  - ヘ 選択的サービス複数実施加算  
(1)選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)  
①運動器機能向上及び栄養改善 480単位(1月につき)  
②運動器機能向上及び口腔機能向上 480単位(1月につき)  
③栄養改善及び口腔機能向上 480単位(1月につき)
  - (2)選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)  
運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上 700単位(1月につき)
  - ト 事業所評価加算 120単位(1月につき)
  - チ サービス提供体制強化加算  
(1)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ  
①事業対象者・要支援1 72単位(1月につき)  
②事業対象者・要支援2 144単位(1月につき)
  - (2)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ  
①事業対象者・要支援1 48単位(1月につき)  
②事業対象者・要支援2 96単位(1月につき)
  - (3)サービス提供体制強化加算(Ⅱ)  
①事業対象者・要支援1 24単位(1月につき)  
②事業対象者・要支援2 48単位(1月につき)
  - リ 生活機能向上連携加算 200単位(1月につき)  
※運動器機能向上加算を算定している場合には、100単位(1月につき)
  - ヌ 栄養スクリーニング加算 5単位(1回につき) ※6月に1回を限度とする
  - ル 介護職員処遇改善加算  
(1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)+所定単位×59/1000  
(2)介護職員処遇改善加算(Ⅱ)+所定単位×43/1000  
(3)介護職員処遇改善加算(Ⅲ)+所定単位×23/1000  
(4)介護職員処遇改善加算(Ⅳ)+(3)の90/100  
(5)介護職員処遇改善加算(Ⅴ)+(3)の80/100
  - ヲ 介護職員等特定処遇改善加算  
(1)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)+所定単位×12/1000  
(2)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)+所定単位×10/1000
- 注1～12 (略)

# 総合事業の上限額

<平成27年度に事業開始の場合>

- 平成27年度は、平成26年度の予防給付等の実績額に、75歳以上高齢者数の伸び率(※)を乗じて上限を設定。
- 平成28年度以降は、前年度の上限額に、75歳以上高齢者数の伸び率(※)を乗じて上限管理を行う。 ※直近3か年平均

※下図は平成26年度実績を100とし、以降を3%の伸び率で上限管理する場合のイメージ(便宜上、各年度の伸び率を一定としている)



※ 個別の協議で認められる例

- 介護予防や生活支援のサービスの供給体制が近隣市町村と比較して著しく不足している場合
- 病気などの大流行、災害の発生などの避けられない事情により、要支援者等が急増した場合
- 総合事業開始当初、総合事業への移行に伴うやむを得ない事情により、費用の伸び率が高くなった場合 等

※ 平成30年度において、408保険者(全体の26%)から個別の協議を受付

※ 平成27年度から平成29年度までについては、事業開始の前年度の費用額に10%を乗じた額の範囲内で、個別判断を不要とする。

## 総合事業の上限額(個別協議の概要)

### ※総合事業ガイドライン抜粋

○ 市町村における総合事業の円滑な実施に配慮し、計算式による上限を超える場合について、個別に判断する枠組みを設ける。個別判断は、事前の判断と事後の判断に分けて行う。

#### <事前の判断>

- ・ 当該年度の見込額が明らかに上限を超える場合について、一定の特殊事情を勘案して認める。

#### 【例】

- ・ 介護予防に効果的なプログラムを新たに導入する場合・介護予防や生活支援サービスの供給体制が近隣市町村と比較して著しく不足している場合・小規模市町村で通いの場等の新たな基盤整備を通じて当該年度だけ費用の伸びが増加する場合など、費用の伸びが一時的に高くなるが、住民主体の取組等が確実に促進され費用の伸びが低減していく見込みである場合
- ・ 前年度の個別判断で上限を引き上げており、その影響が当該年度以降も継続すると見込まれる場合（計算式の①を前年度の上限の引き上げを踏まえた額におきかえる）

#### <事後の個別判断>

- ・ 事業実施後、結果として上限を超えた場合について、一定の特殊事情を勘案して認める。

#### 【例】

- ・ 病気などの大流行、災害の発生などの避けられない事情により、要支援者等が急増した場合
- ・ 多様なサービスへの移行促進を図る等費用の効率化に向け政策努力したが、結果として上限以上となった場合で、その後住民主体の取組等が確実に促進され費用の伸びが低減していく見込みである場合
- ・ 総合事業開始当初、総合事業への移行に伴うやむを得ない事情により、費用の伸び率が高くなった場合

- 中間取りまとめまでの期間においては、一般介護予防事業等に今後求められる機能として通いの場を中心に議論を行ったところ。
- 今後、これについては、
  - ・ 類型化や参加促進のための取組を進めるため、事務局において事例収集等を行うなど作業を行うとともに、
  - ・ 支援が必要な者を把握し、通いの場への参加を含めた必要な支援につなげる方策については、専門職の関与の方策を検討する中で、あわせて検討することとしてはどうか。
- また、今後の本検討会においては、中間取りまとめに盛り込まれた以下の内容を中心に検討を進めることとしてはどうか。

- ・ 専門職の効果的・効率的な関与の具体的な方策

（検討の視点）

- 専門職の関与に関する具体的な目的や方法、役割等の明確化
- 医療機関等との連携や複数の職種の連携した取組に関する事例収集や、関係団体等からの意見聴取
- 地域リハビリテーション活動支援事業を含む専門職の関与の具体的な方策
- 支援が必要な者を把握し、通いの場への参加を含めた必要な支援につなげる方策

- ・ PDCAサイクルに沿った推進方策

（検討の視点）

- PDCAサイクルに沿った取組を推進するためのプロセス指標やアウトカム指標を含めた評価の在り方
- 市町村が評価を行うに当たっての国や都道府県の支援が必要との指摘を踏まえた、データ収集やシステムの活用、制度的位置付け

- ・ 地域支援事業の他事業との連携方策や効果的な実施方法、在り方

（検討の視点）

- 一般介護予防事業と短期集中予防サービスの「サービスC」や、地域ケア会議の取組との連携など地域支援事業の他の事業との連携方策や効果的な実施方法等に関する事例収集や関係団体等からの意見聴取
- 総合事業の上限額の取り扱いや、要介護認定を受けても、住民主体のサービスを利用し地域のつながりを継続できるよう、総合事業の対象要件の緩和を求める指摘を踏まえた、総合事業の在り方

## (参考) 今後の主な検討事項に関する検討会における意見

一般介護予防事業等の  
推進方策に関する検討会 (第5回)

資料1

令和元年9月4日

- 専門職の関与の方策等
  - ・ 専門職が関わる目的や方法、役割を明確にすべき。明確に定められていないので通いの場に参加しても何をしたら良いか分からないという声も聞く。
  - ・ 最初は専門職がボランティアに教え、その後はボランティアが広める等、専門職の負担を減らす仕組み作りが必要。
  - ・ 専門職の関与については、対象者を把握して事業に結びつける局面と事業を効果的に運用していく局面が考えられる。多様な職種が事業に携わるべきであり、連携方策も重要。
  
- PDCAサイクルに沿った推進方策
  - ・ 市町村が事業の評価をしていない理由は、「やり方がわからない」と「『評価をすることが望ましい』では必要性を感じない」ということが大きいと思う。国が評価の必要最小限の項目を設定して、評価のやり方を確立して、市町村に伝えた方がいい。
  - ・ PDCAサイクルに沿った取組を進めることが重要であり、これに関するマニュアルの作成や、アウトカムを地域間比較等もできるようKDB等の活用、介護予防に関するデータベースの構築等を検討してはどうか。
  - ・ 評価については、自治体の業務負担への配慮も必要。
  
- 地域支援事業の他事業との連携方策や効果的な実施方法、在り方
  - ・ 通いの場と他の事業をうまく組み合わせた事例もあると思うので、実態把握してはどうか。
  - ・ 総合事業では、上限額の範囲で取り組まなければならないが、一般介護予防事業を熱心に取り組んでいるところは弾力的にできるなどの配慮も検討いただきたい。
  - ・ 要介護認定を受けても、引き続き、住民主体のサービスを利用し地域のつながりを継続することが重症化防止につながると考えており、総合事業の対象の要件緩和が必要。

## 介護予防・日常生活支援総合事業を実施する上での課題①

- 介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型・通所型サービスは、要支援者及び基本チェックリスト該当者（事業対象者）が支援の対象。
- こうした中で、一定数の市町村において、同サービスを実施する上での課題として「対象者が要支援者等に  
限られてしまっていることで、事業が実施しにくい」と回答。

### <総合事業における訪問型・通所型サービスを実施する上での課題>

「対象者が要支援者等に限られてしまっていることで、事業が実施しにくい」と回答した市町村の割合（n=1,686）

サービス類型	割合
サービスA （緩和した基準によるサービス）	17.3%
サービスB （住民主体による支援）	31.1%
サービスC （短期集中予防サービス）	21.8%
サービスD （移動支援）	28.8%

## 介護予防・日常生活支援総合事業を実施する上での課題②

### <総合事業に関する意見（支援の対象者に関する事項）>（1 / 2）

市区町村	実施時期	総合事業に関する意見（自由記述）
A町	平成27年4月	軽度者（要介護2）まで対象を拡大してほしい。要介護認定との繋がりが出来なかったり、 <b>要介護者でも総合事業により自立支援を促せるケースもあるにも関わらず、一体的な支援が組めない。</b>
B市	平成28年2月	<b>要介護者をサービスBにおける費用按分の対象に含めてほしい。</b> （活動者にとって、事業対象者・要支援者・要介護者はいずれも「困っているかた」であることは同じであるが、 <b>要介護者のみ補助対象外であることにより、サービス提供の拒否・住民同士の関係性の悪化が起きてしまうため</b> ）
C町	平成28年3月	高齢化が著しい当町にとって、要介護者と要支援者（事業対象者）は隣り合わせである。 <b>せっかく利用し慣れた緩和サービスが、要介護認定になれば利用できなくなることで自体が不自然</b> である。総合事業の対象者が要介護2までに早く広がってほしい。
D市	平成28年4月	サービスBはケアプランに基づいてサービスを利用するというハードルが高い。しかし、それがないと対象者の選別ができず、総合事業の補助の対象としづらい。ケアプランの作成、 <b>利用者の半分（割合按分含む）は事業の対象者というのをどうクリアし、利用しやすい補助制度を策定するのが課題</b> である。
E町	平成28年4月	<b>対象者が、要支援やそれに準ずる方が対象とされており、地域住民全体でもないため非常に制度として実施しにくい。</b> 地域の高齢化が進み住民主体で考えることが難しく、相当事業で実施しても非効率なため、事業所運営の他の制度での補助金が必要な状況である。
F町	平成28年4月	総合事業は、国による画一的なサービスではなく、地域の实情に合わせた市町村独自の多様なサービスを展開することで、地域独自の支えあい活動を推進し、加えて介護保険財政の健全化を図ることを目的としていると理解しているが、 <b>対象者や事業内容等の制限で思うような事業実施・展開が図れていない。（特に訪問B及び訪問D）</b>
G村	平成28年10月	事業主体や担い手不足によりサービス創出が困難であり、また、 <b>事業対象者が限られサービス実施が容易でない。</b>
H市	平成28年10月	訪問型B、通所型Bについて <b>対象者が要支援者等に限られることで、住民が主となり実施しているにもかかわらず、事務負担が大きくなることも、事業が実施しにくい。</b>

（注）平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社N T Tデータ経営研究所）を基に作成

## 介護予防・日常生活支援総合事業を実施する上での課題②

### <総合事業に関する意見（支援の対象者に関する事項）>（2 / 2）

市区町村	実施時期	総合事業に関する意見（自由記述）
I 市	平成29年1月	<b>要支援及び事業対象者に限られるため、事業展開がしにくい。</b> 元気高齢者、事業対象者、要支援者、要介護者の区別なく、全ての高齢者がサービスを利用できるようにしていただきたい。
J 町	平成29年4月	<b>対象者が、要支援1・2、事業対象者に限定されているため、小規模自治体では独自の展開を進めにくい。</b> B型のサービスは助け合い主体のサービスであるが、助け合いを総合事業にはめ込むには無理がある。 <b>サービスの対象者を限定しているような制度に助け合いはなじまない。</b>
K 市	平成29年4月	これまで、 <b>要支援者に限られていた通所・訪問サービスが事業対象者まで拡大になったことで費用が増大している。</b>
L 町	平成29年4月	<b>ようやく要支援者と事業対象者が利用できるサービス体制が整いつつある中で、さらに対象が増えることにより事務量等も含め負担がかかるため、この体制のまま継続していければと思う。</b> 通所C利用者が状態がよくなり一般介護予防事業へ、通所A利用者が通所Cから一般介護予防事業へもしくはC事業とA事業を行き来しながら維持する、現行相当サービス利用者が状態がよくなり通所Aへ等といった具合に介護保険申請をせずしていかに状態を保ちながら年齢を重ねていくか、サービス利用の良い循環ができればよいと思うが、どのようにその良い循環を生まれるようにすることができるかが課題である。
M 町	平成29年4月	総合事業全体を理解し組み立てるための人材が少なく、また、大きな負担であった。独自性が出せるところはよいが、他法の壁や <b>対象者と非対象者との混合事業としての取り組みなどを柔軟にできるような制度の構築を望む。</b>
N 市	平成29年4月	介護予防・生活支援サービス事業については、制度の複雑さ、多様さから制度の理解を被保険者や事業者、団体に浸透させるのが難しく、住民主体のサービスは広がらない。 <b>対象者を要支援者等に要介護者を加えることで複雑さを解消させてほしい。</b>
O 市	平成29年4月	住民主体型サービスBや生活支援サービスについては、対象者が要支援者等に絞られることにより複雑化して担い手の確保が進まない。 <b>生活の中の少しの困りごとは総合事業対象者に限ったことではなく、多様な担い手を増やしていく戦略であるなら、補助の在り方など柔軟にしてほしい。</b>

(注) 平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」  
(株式会社N T Tデータ経営研究所) を基に作成

- 世田谷区では、介護予防・日常生活支援総合事業のサービスB（住民主体による支援）において、以下の取組を実施。

## ★要介護になっても通い続けられる場

### ■金曜倶楽部■

平成28年5月より活動開始。

開設当初は要支援認定者等のみの利用であったが、緩やかに状態が低下している参加者もあり、現在は約半数が要介護認定者となっている。要介護になっても、週1回の活動を楽しみに体調や身だしなみを整え、雨にも風にも、暑さ寒さにも負けず、自力で通い続けている。運営者と参加者、双方の「また来週」という思いが、重度化防止につながっている。



## ◆課題

### ■事業対象要件の緩和

補助により実施する通所型の住民主体型サービスについて、利用者の過半数を要支援者等とする規定が非常に大きな課題となっている。要介護認定を受けたからといって、即、住民主体型サービスの利用を中止し介護給付の通所型サービスに切り替えるより、引き続き、住民主体型サービスを利用し地域でのつながりを継続することが重度化防止につながるものと考えており、要件の緩和が必要と考える。

### ■活動場所の確保

区民利用施設の利用状況は既に飽和状態であり、現状でも月2回程度しか利用できないため、週1回の活動の場の確保は困難。区内の高齢者施設等はセキュリティや衛生面の問題から、定期的かつ継続的な借用は難しい。店舗や個人宅等、複数名が活動できる広さの確保は容易ではない。

### ■住民主体の取り組みの実態把握

区内には、スポーツクラブやフィットネスのほか、医療機関等が実施する地域の介護予防教室や、区立体育施設で実施される体操教室等、インフォーマルな資源が多数あるため介護予防の活動の選択肢が多く、いわゆる「通いの場」には限られない。そのため、住民主体の取り組みの全容を把握することは、ほぼ不可能である。

### ■評価指標の考え方

保険者機能強化推進交付金の通いの場の評価指標が、地域の実情に合っていない。地域支援事業として実施していることから、地域の実情に応じた目標設定及び、目標に対する達成度で評価するような仕組みができるとよい。

# 総合事業等の実施状況①

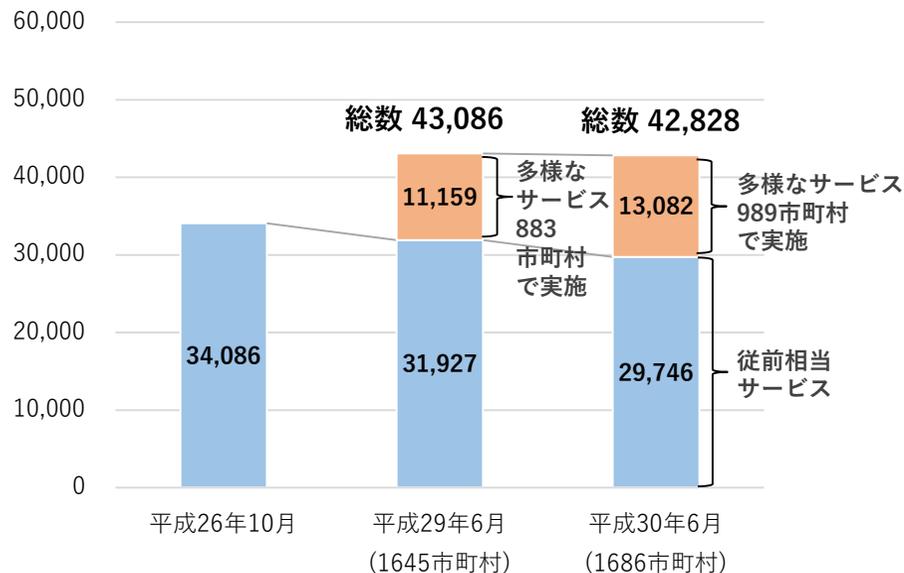
## 1. 総合事業の提供体制等

### (1) 総合事業のサービス別事業所数

- 従前相当以外の多様なサービス（従来より基準を緩和したサービス、住民主体による支援等）を実施する事業所が訪問型サービスは約1.3万箇所、通所型サービスは約1.2万箇所にのぼっている。

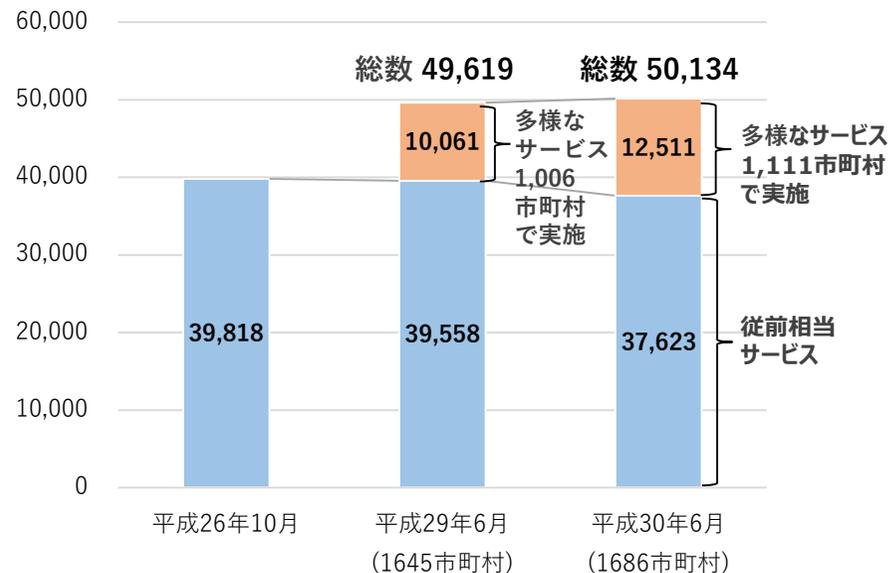
(図1) サービス別事業所数の推移

訪問型サービス



- 従前相当以外の多様なサービス
- 介護予防訪問介護（平成26年10月）・従前相当サービス（平成29年6月・平成30年6月）

通所型サービス



- 従前相当以外の多様なサービス
- 介護予防通所介護（平成26年10月）・従前相当サービス（平成29年6月・平成30年6月）

- ※1 総合事業には上記の他、配食・見守り等のその他生活支援サービスを提供する事業所がある。また、総合事業に位置づけられていない通いの場等の取組みもある。
- ※2 平成29年6月の事業所数については、未回答であった97市町村の事業所は含まれていない。また、平成30年6月の事業所数については、未回答であった55市町村の事業所は含まれていない。
- ※3 事業所数については、平成26年度介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）における、平成26年10月の介護予防訪問介護・介護予防通所介護の事業所数と、平成29年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社N T Tデータ経営研究所）、平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社N T Tデータ経営研究所）における、平成29年6月および平成30年度6月時点の従前相当サービス・多様なサービスの事業所数の合計を比較。
- ※4 回答主体である市町村から見て、他の市町村に所在する事業所については調査対象外としている。

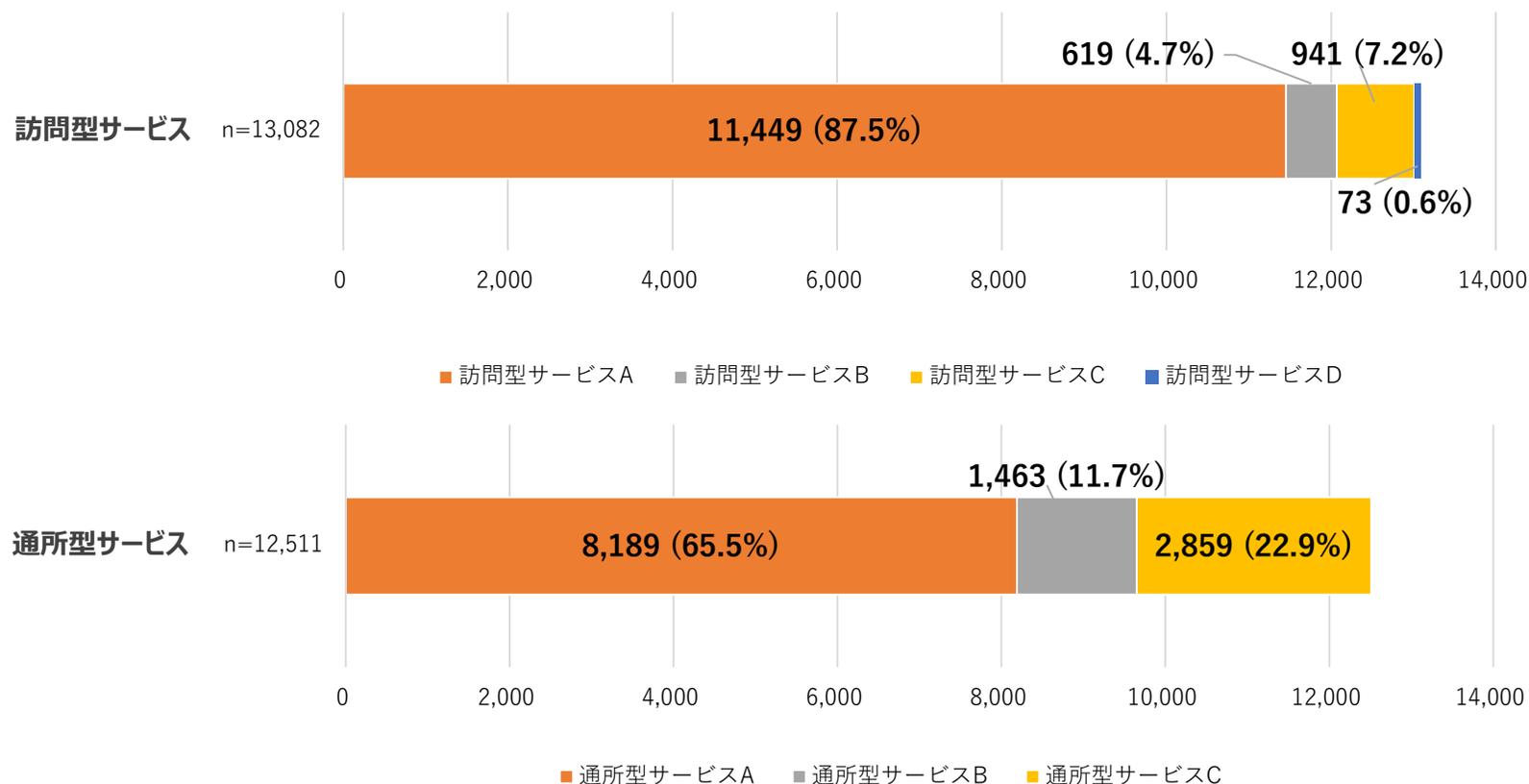
# 総合事業等の実施状況②

## 1. 総合事業の提供体制等

### (2) 従前相当サービス以外の多様なサービス別の事業所数内訳

- 従前相当サービス以外の多様なサービスの事業所数の内訳は、訪問型サービス、通所型サービスともに基準を緩和したサービス（サービスA）が最も多い。

(図2) 総合事業の多様なサービスの事業所数



※ 本ページ以降、従来より基準を緩和したサービスをサービスA、住民主体による支援をサービスB、短期集中予防サービスをサービスC、移動支援をサービスDとする。

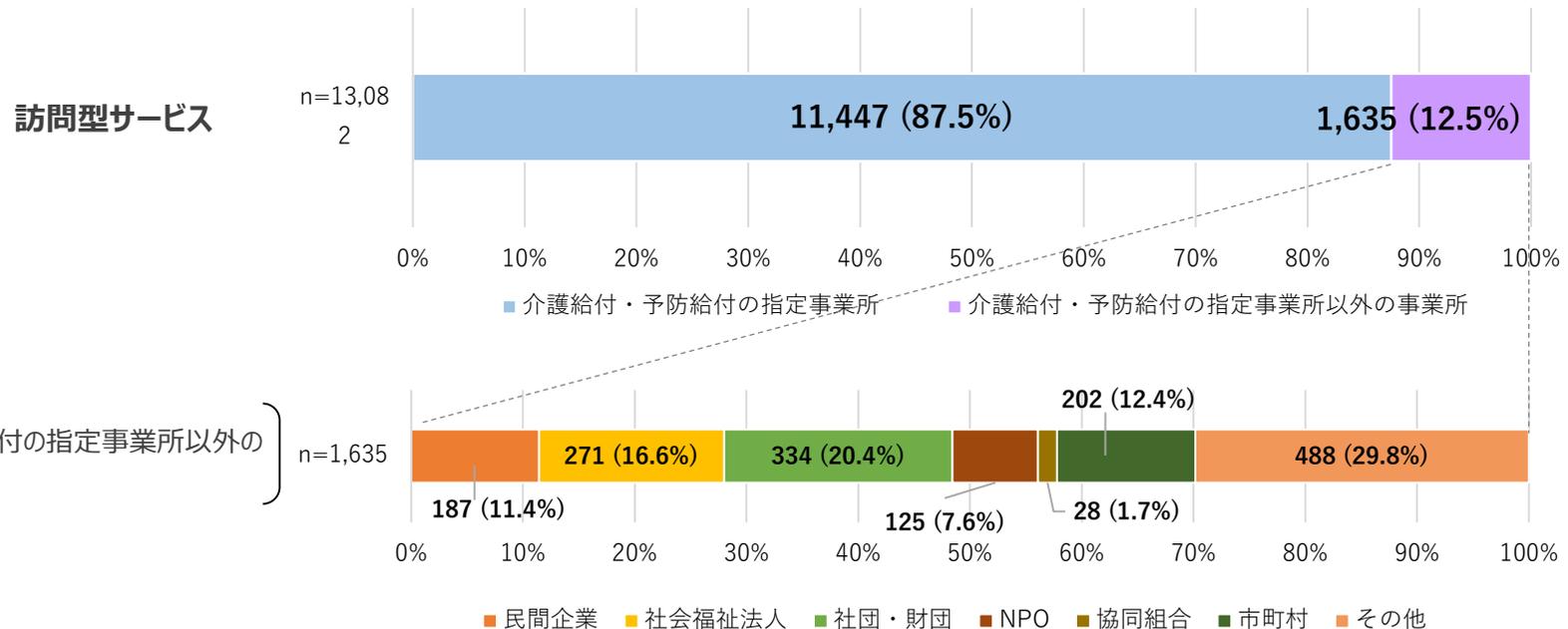
# 総合事業等の実施状況③

## 1. 総合事業の提供体制等

### (3) 多様なサービスの実施主体別内訳

- 実施主体別内訳を見ると、訪問型サービスでは介護給付・予防給付の指定事業所が実施主体となっている事業所が約9割を占める。

(図3-1) 多様なサービスの実施主体別内訳



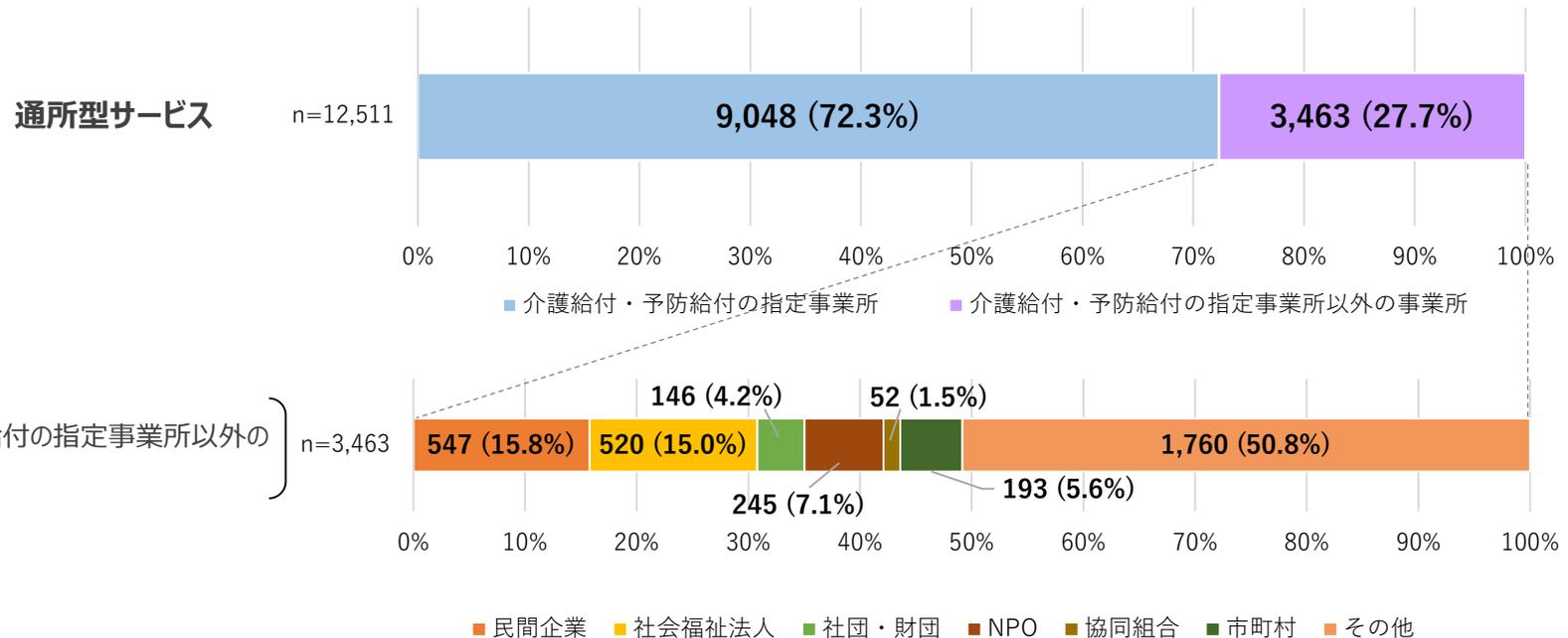
# 総合事業等の実施状況④

## 1. 総合事業の提供体制等

### (3) 多様なサービスの実施主体別内訳 (つづき)

- 実施主体別内訳を見ると、通所型サービスでは、介護給付・予防給付の指定事業所が実施主体となっている事業所が約7割を占める。

(図3-2) 多様なサービスの実施主体別内訳



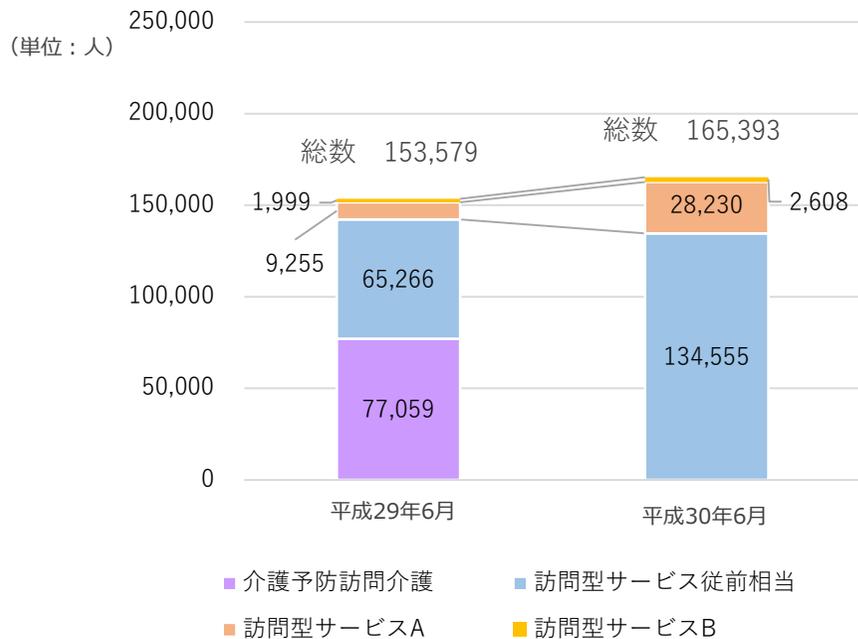
# 総合事業等の実施状況⑤

## 2. 総合事業のサービスの利用状況等

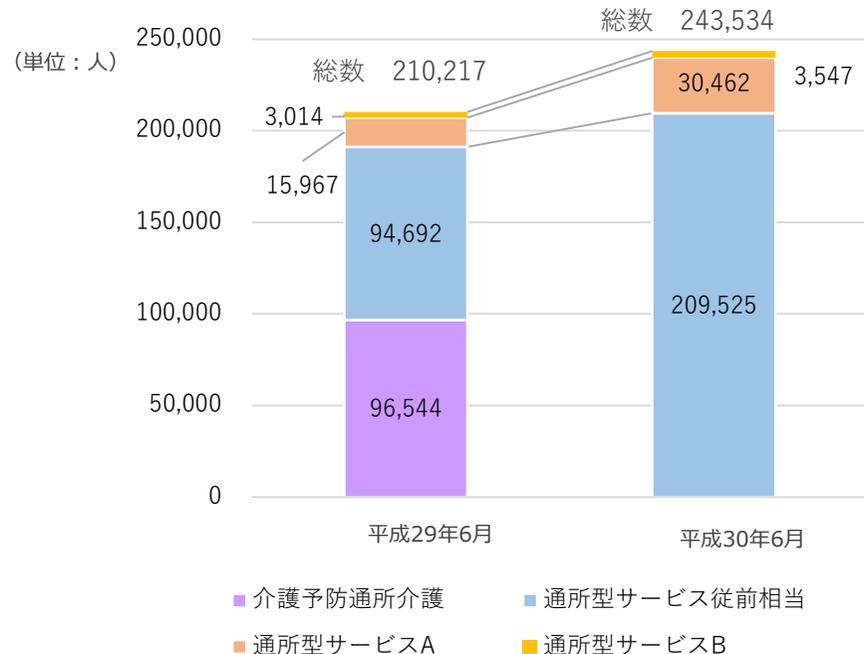
### (参考1) 利用者数の推移

○ 平成29年6月、平成30年6月の両時点において利用者数を把握している市町村に限定して利用者数を比較すると、訪問型サービスでは約1.2万人、通所型サービスでは約3.3万人増加している。

訪問型サービス 市町村数 688



通所型サービス 市町村数 686



※1 算出方法  
 平成29年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社N T Tデータ経営研究所）および、平成30年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社N T Tデータ経営研究所）において従前相当サービス、サービスA、サービスBの利用者数をすべて「把握している」と回答した市町村（訪問型：688市町村、通所型：686市町村）を対象に、以下の方法で利用人数の合計を比較している。  
 平成29年6月：介護保険事業状況報告（平成29年8月）における、平成29年6月の介護予防訪問介護、通所介護の利用者数＋平成29年度調査における平成29年6月の総合事業利用者数（訪問型・通所型の従前相当サービス、サービスA、サービスB）  
 平成30年6月：平成30年度調査における平成30年6月の総合事業利用者数（訪問型・通所型の従前相当サービス、サービスA、サービスB）

※2 総合事業の実施時点で要支援認定の有効期間が残っている者については、要支援認定の有効期間が終了するまで（最長12ヶ月間）、介護予防訪問介護・介護予防通所介護を利用した。（平成30年3月末まで。）

※3 平成29年6月時点、ならびに平成30年6月時点の総合事業の各サービスについては、一部重複があり得る。（従前相当サービスとサービスAの両方を利用しているケース等。）

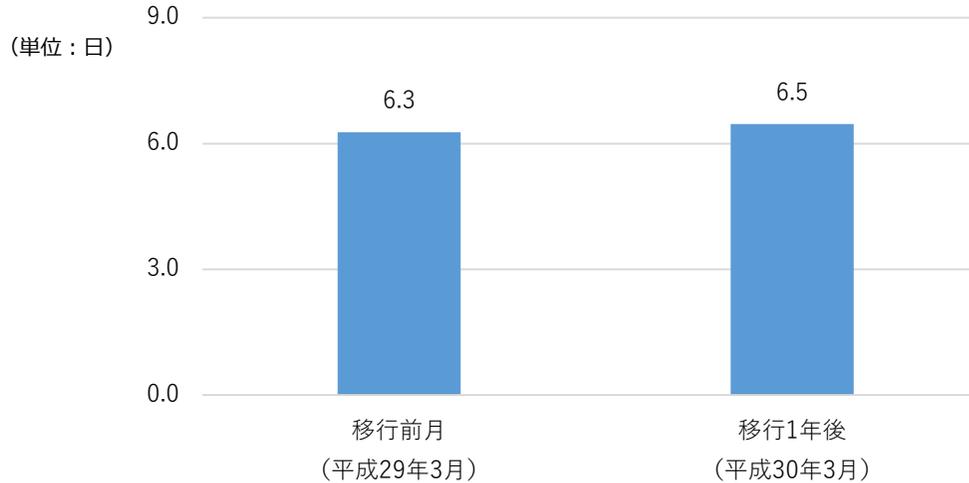
# 総合事業等の実施状況⑥

## 2. 総合事業のサービスの利用状況等

### (2) 利用日数の推移

○ 平成29年4月に総合事業へ移行した市町村について、利用者のサービス利用日数の変化を確認したところ、大きな変化はなかった。

(図8) 多様なサービスの利用者の1ヶ月間における利用日数の変化



回答市町村 400市町村 (調査対象者 4,621人)

※1 平成29年4月から総合事業へ移行した市町村において、サービスの利用者に係る、平成29年3月における介護予防訪問介護・介護予防通所介護の利用日数と、平成30年3月におけるサービス利用日数（従前相当サービス、サービスA、サービスB、サービスC）を比較した。

※2 n数は回答のあった400市町村から抽出した調査対象者4,621人である。調査対象者は市町村ごとに30件を上限として単純無作為抽出を行った。

※3 調査対象者は、以下の①、②の赤枠に両方該当する者である。

#### ①サービスの利用

総合事業移行前 (平成29年3月時点)	総合事業移行後 (平成30年3月時点)
予防給付を利用していた	多様なサービスのみ利用している 従前相当と多様なサービスを利用している 従前相当サービスのみ利用している
予防給付を利用していなかった	多様なサービスのみ利用している 従前相当と多様なサービスを利用している 従前相当サービスのみ利用している

#### ②要支援等区分

総合事業移行前 (平成29年3月時点)	総合事業移行後 (平成30年3月時点)
要支援2	要支援2 要支援1 チェックリスト該当
要支援1	要支援2 要支援1 チェックリスト該当

# 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

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ター機能を担い、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る。

- 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

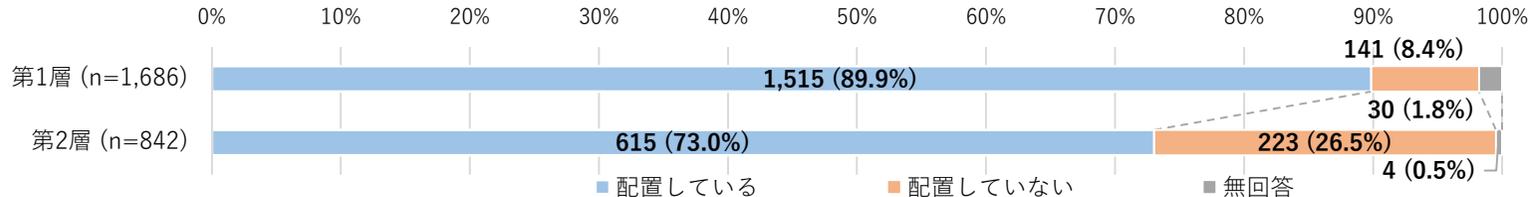
※ コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとなっているが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要。

# 総合事業等の実施状況⑦

## ①生活支援コーディネーターの配置状況

- 生活支援コーディネーターについては、第1層では約9割、第2層では約7割の市町村で配置されている。
- 生活支援コーディネーターを配置済の圏域の数は、第1層で1,628圏域、第2層で4,949圏域となっている。
- 生活支援コーディネーターの人数は、第1層で2,295人、第2層で4,472人となっている。

【生活支援コーディネーターの配置状況（平成30年6月時点）】



※第2層における生活支援コーディネーターの配置状況については、第2層の圏域を設定している市町村のみを母数としている。

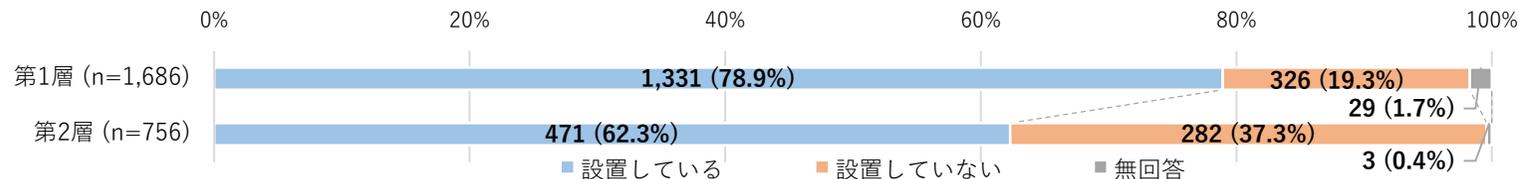
【生活支援コーディネーターの配置圏域数・配置人数（平成30年6月時点）】

	第1層	第2層
圏域の総数	1,807	6,993
うち、コーディネーターが配置されている圏域の数	1,628	4,949
配置率（配置されている圏域数/圏域の総数）	90.0%	70.8%
コーディネーターの人数（実人数）	2,295	4,472

## ②協議体の設置状況

- 協議体については、第1層では約8割、第2層では約6割の市町村で設置されている。
- 協議体を設置済の圏域の数は、第1層で1,420圏域、第2層で3,520圏域となっている。
- 協議体の数は、第1層で1,432か所、第2層で3,906か所となっている。

【協議体の設置状況（平成30年6月時点）】



※第2層における生活支援コーディネーターの配置状況については、第2層の圏域を設定している市町村のみを母数としている。

【協議体の設置圏域数・設置協議体数（平成30年6月時点）】

	第1層	第2層
圏域の総数	1,808	6,981
うち、協議体が設置されている圏域の数	1,420	3,520
設置率（設置されている圏域数/圏域の総数）	78.5%	50.4%
協議体の数（実数）	1,432	3,906

### 3. 今後の方向性

#### ● 普及に向けた施策の実施課題を踏まえた推進策の実施

市町村によって、地域の実情が異なることに加え、事業の推進に当たっての課題も異なることから、今後、地域包括ケアシステムの構築をより一層推進するために、市町村の課題を踏まえた都道府県等による伴走的支援の強化等が求められる。また、国は、単価や事業対象者の在り方など、市町村が地域の実情を踏まえた取組を進めやすい制度的環境の整備に向けた検討を進める必要がある。

#### ● 総合事業の評価の在り方の整理とPDCAサイクルの確立

総合事業の実施状況に関する適切な評価の実施に向けて、評価の在り方の整理が必要である。評価の枠組みについては、介護予防及び生活支援の両面からの効果的かつ把握が比較的簡便な項目であるなど、実効性ある指標であることが求められる。事業評価の基本的な考え方の整理については、事業内容がその事業の対象（総合事業の場合には住民）に与える影響などを構造化して示す概念枠組みであるロジックモデルを踏まえた評価指標が考えられる。

本調査を通じ、全国における総合事業等の進捗状況や実態の把握は進んできたといえる。今後は、事業の評価の考え方の整理を踏まえながら、事業効果の観点も加え、引き続き、実施状況の把握を行うことが重要である。

## 地域支援事業実施要綱(抜粋)

### 別記1 総合事業

#### (1) アー(エ)ー② サービス提供の留意事項

(前略) 補助(助成)の方法で事業を実施する場合について、当該補助(助成)の対象経費や額等については、立ち上げ支援や活動場所の借り上げの費用、間接経費(光熱水費、サービスの利用調整等を行う人件費等)等、様々な経費について、市町村がその裁量により対象とすることを可能とするが、ボランティアがサービス提供する場合には、その人件費等は補助の対象とすることはできない。また、施設整備の費用(軽微な改修は除く。)、直接要支援者等に対する支援等と関係ない従業員の募集・雇用に要する費用、広告・宣伝に要する費用等も対象とすることはできない。運営費の一部を補助するものであるが、例えば補助率を設定せずに年定額での補助を行うことも可能である。

※ 人件費とは、一般的に労働に対して支払われる経費を指すが、実施要綱では、ボランティア行為に対して行われる謝礼としての金銭を想定して規定している。

新

# 介護人材確保のためのボランティアポイントの活用

## (地域医療介護総合確保基金(介護従事者確保分))

令和2年度概算要求

○ボランティアポイントを活用することで、介護分野の各種研修やボランティア活動へのインセンティブを拡大し、若者層、中年齢層、子育てを終えた層、高齢者層など各層の社会参加・就労的活動を推進するとともに介護現場での更なる活躍を支援。介護人材の裾野を拡大する。

※現行制度で実施されている介護予防に資する高齢者向けのボランティアポイント制度の仕組みを参考

新

### 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」

若者層、中年齢層、  
子育てを終えた層、  
高齢者層



- 実施主体: 都道府県(市町村への補助を想定)
- ポイント付与の対象: 若者、中年齢者、子育てを終えた者、高齢者
- 対象事業:
  - ① 都道府県等が実施する介護分野への入門的研修等の各種研修の受講
  - ② 高齢者の通いの場や介護施設等での介護の周辺業務(清掃、配膳、見守り等)などのボランティア活動
- 財源構成: 国2/3、都道府県1/3

<取組のイメージ>

介護予防に着目(現行制度)

通いの場への参加

ポイント

通いの場の運営や補助等を行うボランティア

ポイント

さらなる社会参加を希望する者

ポイント

人材確保に着目

ポイント

介護分野の研修参加

実践

介護の周辺業務

ステップアップ

介護現場での更なる活躍

【現行制度】地域支援事業(一般介護予防事業)を活用した「介護予防に資するボランティアポイント」

高齢者層  
(第1号被保険者)



- 実施主体: 市町村(平成29年度:445市町村で実施)
- ポイント付与の対象: 高齢者(第1号被保険者)
- 対象事業: ①介護予防に資するボランティア活動  
②介護予防に資する活動への参加
- 財源構成: 国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%、介護保険料50%

※両施策を同時に実施する場合、一体的にポイントの管理、ボランティア活動の場へのマッチングを行うことは可能(共通経費は登録者数の多い制度に計上)

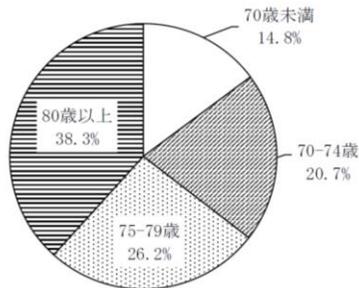
※それぞれ単独での実施も可能

老人クラブなど、高齢者を中心とした互助の取組を行う団体が、構成員の高齢化等により、会計処理、事業報告、補助金申請などの書類作成等ができないために活動の継続が難しくなる場合、事務手続き等に詳しい者(企業退職者、税理士、社会保険労務士等)が、「事務お助け隊」として書類作成等をサポートすることにより、地域の支え合い・助け合い活動の立ち上げや活動の継続を支援する。

(参考)

図表14 会員・年齢別 (N=141,098人)

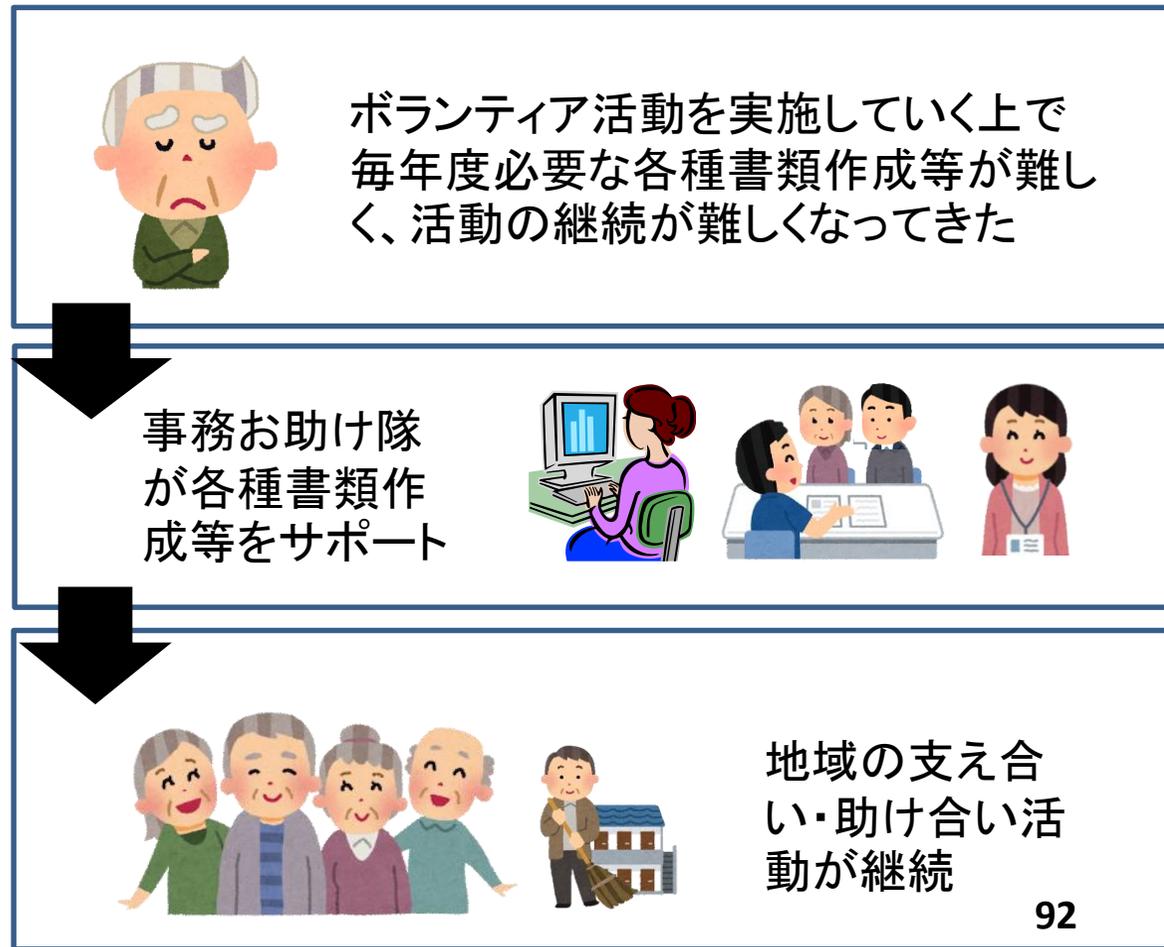
○老人クラブ年齢構成 75歳以上 64.5%



○老人クラブの9割以上がボランティア活動を実施

図表40 老人クラブが実施している活動の割合と活動数 (N=2,215)

分野	各分野において1つ以上の活動を実施しているクラブの割合	活動数(平均)
健康づくり活動	92.5%	3.4項目
友愛活動	84.0%	2.4項目
奉仕・ボランティア活動	94.8%	2.7項目
学習・趣味・親睦活動	95.7%	3.2項目
地域活動	91.7%	3.5項目
生産・伝承活動	49.1%	0.9項目
	計	16.1項目



# 令和元年度保険者機能強化推進交付金(市町村分)における 総合事業に関する指標

Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進 (6)介護予防／日常生活支援	配点
① 介護予防・日常生活支援総合事業の創設やその趣旨について、地域の住民やサービス事業者等地域の関係者に対して周知を行っているか。	6点
② 介護予防・生活支援サービス事業における多様なサービス(基準を緩和したサービス、住民主体による支援、短期集中予防サービス、移動支援を指し、予防給付で実施されてきた旧介護予防訪問介護相当サービス・旧介護予防通所介護相当サービスに相当するサービスは含まない。以下同じ。)及びその他の生活支援サービスの量の見込みを立て、その見込み量の確保に向けた具体策を記載した上で、計画1年目のサービス量を確認しているか。	12点
③ 介護予防・生活支援サービス事業における多様なサービスやその他の生活支援サービスの開始にあたり、生活支援コーディネーターや協議体、その他地域の関係者との協議を行うとともに、開始後の実施状況の検証の機会を設けているか。	12点
④ 高齢者のニーズを踏まえ、介護予防・生活支援サービス事業における多様なサービス、その他生活支援サービスを創設しているか。	12点
⑤ 介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者数はどの程度か(【通いの場への参加率＝通いの場の参加者実人数／高齢者人口】等) ア 通いの場への参加率が○%(上位3割) イ 通いの場への参加率が○%(上位5割) <span style="float: right;">※ア又はイのいずれかに該当すれば加点</span>	ア15点 イ 8点
⑥ 地域包括支援センター、介護支援専門員、生活支援コーディネーター、協議体に対して、総合事業を含む多様な地域の社会資源に関する情報を提供しているか。	10点
⑦ 地域リハビリテーション活動支援事業(リハビリテーション専門職等が技術的助言等を行う事業)等により、介護予防の場にはリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設け実行しているか。	12点
⑧ 住民の介護予防活動への積極的な参加を促進する取組を推進しているか(単なる周知広報を除く。)	10点

# 総合事業等に関する都道府県等による市町村への伴走的支援とノウハウの横展開

## 概要

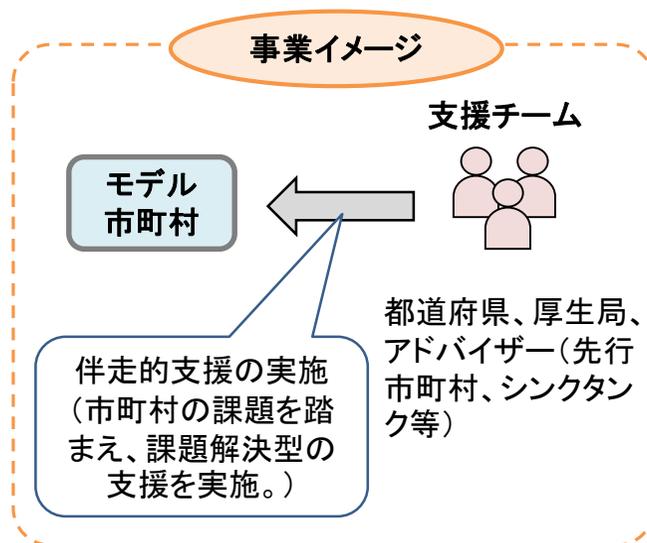
- 総合事業等については、多様な主体によるサービスが実施されているものの、従前相当サービスの利用が主流となっており、全国的に更なる推進に取り組む必要がある。
- 総合事業を効果的に実施するためには、市町村への優良事例の紹介だけでなく、市町村が直面している課題を踏まえた伴走的支援と、その対応をノウハウとしてまとめ、横展開していくことが重要。
- そこで、事業の推進や支援に関して豊富な経験を有する有識者(先行市町村、シンクタンク等)とともに、特定の市町村において伴走的支援を実施しながら、そのプロセスをノウハウとしてまとめ、全国への横展開を進める。

## 支援対象自治体

人口規模	自治体名
10万人以上	長野市(長野県)
1～10万人	佐伯市(大分県)
1万人未満	麻績村(長野県)

## スケジュール

- ～9月 : 市町村の状況把握  
支援策の検討
- 10月～ : 伴走的支援の実施
- 2月～ : 伴走的支援の検証
- 3月末 : 支援内容・成果のとりまとめ



市町村への伴走的支援の内容と、その対応に関するノウハウをまとめ、全国へ横展開。

## 主なアドバイザー(委員会委員)

近藤克則(千葉大学)(○)
岩名礼介(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)
大坂純(東北こども福祉専門学院)
斎木大(日本総合研究所)
高松隆司(奈良県生駒市)
中村一郎(山口県防府市)
服部真治(医療経済研究・社会保障福祉協会医療経済研究機構)
松本小牧(愛知県豊明市)
三政貴秀(秋田県小坂町)
高橋都子(福岡県北九州市)

※ 上記に加え、長野県庁、大分県庁、関東信越厚生局、九州厚生局が参加。また、厚生労働省老健局振興課がオブザーバーとして参加。

## 1 保険者の役割



## 2 個別支援の検討からはじめる



## 3 困ったときの考え方・取り組み方

### Q 事業の担い手がない・養成しても実らない

- ➔参加者像を想定して内容や告知方法を検討する
- ➔“やってほしい”より住民の“やりたい”を優先する
- ➔研修で広がったネットワークが活動のきっかけとなる

### Q 民間事業者と連携する術がわからない

- ➔連携を考える前に、対応すべきニーズを把握する
- ➔課題解決とサービス利用の両方を実現する

# DAYS BLG! (東京都町田市) ～社会参加支援～

## 【基本情報】

- ・地域密着型通所介護事業所で、所要時間7時間以上9時間未満の報酬を算定。加算は、「若年性認知症利用者受入加算」、「認知症加算」を算定。
- ・認知症の方が9割、高次脳機能障害の方が1割の構成。**認知症と診断された初期の段階の方、認知症の症状が初期の方を対象。**

## 【基本的な理念】

### ①1日の過ごし方をメンバーが選択

- ・大切にしていることは、**一日の過ごし方や食べるものをメンバーが選択。** 一日をどこで何をして過ごすか**本人が選ぶことが生きる満足感に。**

### ②地域との連携、社会参加支援

- ・**「介護する側／される側」の分け隔てがなく、スタッフも利用者、子ども、来客がごちゃ混ぜにいる場であって、出来ないことを出来る人が助け合いながら1日を過ごす場。**1日の流れは以下のとおり。

時間	内容	時間	内容
9:00	到着	13:00	コーヒータイム
9:45	バイタルチェック&水分補給	13:15	午後の予定選択 (例)野菜配達、洗車、ボランティア活動、公園散策 他
10:00	午前の予定選択 (例)営業、ボランティア活動、弁当等の買い物、庭掃除 他	15:50	ティータイム
10:30	各メンバーが選択した活動	16:10	本日の振り返り
12:00	昼食(例)弁当、外食	16:30	メンバーさんからの締めあいさつ

### (例①)有償ボランティア:仕事

- ・自動車ディーラーでの洗車業務、レストラン等に提供する玉ねぎの皮むき、カラオケ店の敷地草取り、保育園の雑巾縫い等で、「できること」の範囲で働き、労働の対価として「謝礼」を受け取っている(次頁参照)



### (例②)無償ボランティア:社会における役割

- ・保育園から「子ども達に読み聞かせをしてほしい」との要望を受けて、学童保育や保育園での紙芝居の読み聞かせなどを行う。



(参考:有償ボランティアの謝礼)

野菜の配達	450円/1時間
自動車ディーラーの営業車輛の洗車	10,000円/1ヶ月
商店街自治会の花壇整備	1,000円/1回
コミュニティ情報誌のポスティング	4円/1枚×320部(1週間)
地域の高齢者宅の庭整備	5,000円/3日
門松制作	20,000円/3か月
ボールペン袋詰め	1円/1本(合計1,000本)
認知症講演会	不定

# 介護サービス事業所における社会参加活動例

## NPO法人シニアライフセラピー研究所・かめキッチン

事業種別：通所介護  
エリア：神奈川県藤沢市  
利用者数：1日平均6.5人  
平均要介護度：1.5

### 【社会参加の活動内容】

- ・ デイサービスの利用者も、地域のボランティアや障害者がまざって働ける環境を作る
- ・ 地域のレストランで提供する惣菜を一緒に作る
- ・ 障害や属性に関係なく、業務内容・貢献度に応じて謝金が支払われる(有償ボランティア)
- ・ 介護保険の利用者の支払い実績としては1時間あたり謝金200円～300円

### <主な活動内容>

- ・ レストランで提供する料理の調理
- ・ 総務関係の事務作業
- ・ 他の人に、仕事内容を教える

## 株式会社ユニティ・リハケアガーデン

名称：リハケアガーデンネクスト  
事業種別：通所介護  
エリア：鹿児島県霧島市  
利用者数(1日平均)：3時間コース 18名  
6時間コース 30名  
平均要介護度：3時間コース 支援2～介護1  
6時間コース 介護1～介護2

### 【社会参加の活動内容】

デイサービスの利用は、3時間と6時間で、下記のような社会参加・就労が盛り込まれている。1回の就労時間は、1時間程度。外にでる人もいれば、室内で作業をする人もいる。

- ・ ホンダ自動車の車内清掃
- ・ 中華料理店ふきんやおしぼりたたみ
- ・ 弁当屋の箱のスタンプ押し
- ・ ローソン商品の仕分け
- ・ 小学校での鉄棒のペンキ塗り、窓ガラス拭き、下校時のあいさつ係
- ・ 地元地域の草取り
- ・ クロネコヤマトのメール便の配達 など

(出典)「介護サービス事業における社会参加活動の適切な実施と効果の検証に関する調査研究事業報告書」

(平成30年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分))

平成31年(2019)年3月 一般社団法人 人とまちづくり研究所

# 就労的活動の普及に向けて（地域支援事業交付金関係）

- 地域支援事業は、高齢者が要介護状態等となることを予防するとともに、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するもの
- こうした中で、令和2年度の概算要求では、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配置などの事業を実施（以下の取組事例等も参考としつつ、詳細は予算編成過程で検討）

## 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々が活躍できる環境づくりを目指している。

### 【働き方登録票】

分野	番号	働くかたち	働き方
A 収入	4	8万円以上	仕事優先 なんでもやります型
	3	3〜8万円	自分の希望優先 職人型
	2	2万円以下	余裕優先型
	1	ポイント	支援付
B 仕事時間	4	6時間以上	仕事優先 なんでもやります型
	3	3時間未満	自分の希望優先 職人型
	2	1時間	余裕優先型
	1	不定	支援付
C ゆも気	4	なんでもひらき できます	仕事優先 なんでもやります型
	3	得意分野はひとり できます	自分の希望優先 職人型
	2	誰かと一緒になら できます	余裕優先型
	1	支援があればでき ます	支援付
D 経験	4	仕事の経験があり ます	仕事優先 なんでもやります型
	3	得意な仕事があり ます	自分の希望優先 職人型
	2	仕事はしたことが あります	余裕優先型
	1	仕事の経験があり ません	支援付

### 【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）

### 【提言③介護予防・フレイル対策】

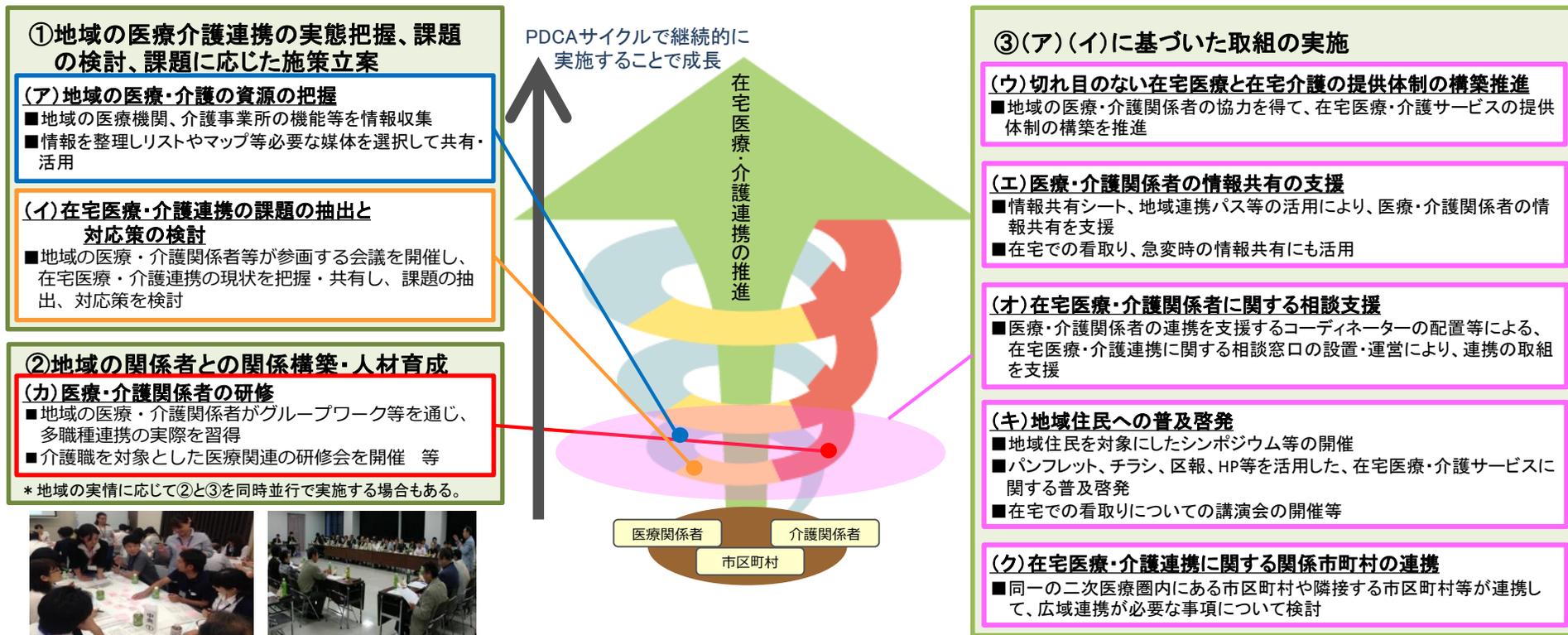
- 高齢者の社会参加・就労は、介護予防・フレイル対策にも有効であることから、そのためのマッチング機能等を担う人材の確保・育成、活動支援に対する財源の確保

## 4 .在宅医療・介護連携推進事業

# 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



\* 図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

# 参照条文

## ○介護保険法(平成9年法律第123号)

(地域支援事業)

第百十五条の四十五 (略)

2 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、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するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

一～三 (略)

四 医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業(前号に掲げる事業を除く。)

五・六 (略)

3～5 (略)

(市町村の連絡調整等)

第百十五条の四十五の十 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条の四十五第二項各号に掲げる事業の円滑な実施のために必要な関係者相互間の連絡調整を行うことができる。

2 市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条の四十五第二項各号に掲げる事業の関係者は、当該事業に協力するよう努めなければならない。

3 都道府県は、市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条の四十五第二項各号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村に対する支援に努めるものとする。

## ○介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)

(法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業)

第百四十条の六十二の八 法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業は、次に掲げる事業とする。

一 地域における在宅医療及び介護に関する情報の収集、整理及び活用を行う事業

二 医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者(以下この条において「医療・介護関係者」という。)により構成される会議の開催等を通じて、地域における在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携(以下「在宅医療・介護連携」という。)に関する課題の把握及びその解決に資する必要な施策を検討する事業

三 医療・介護関係者と共同して、在宅医療及び在宅介護が円滑に提供される仕組みの構築に向けた具体的な方策を企画及び立案し、当該方策を他の医療・介護関係者に周知する事業

四 医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業

五 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業

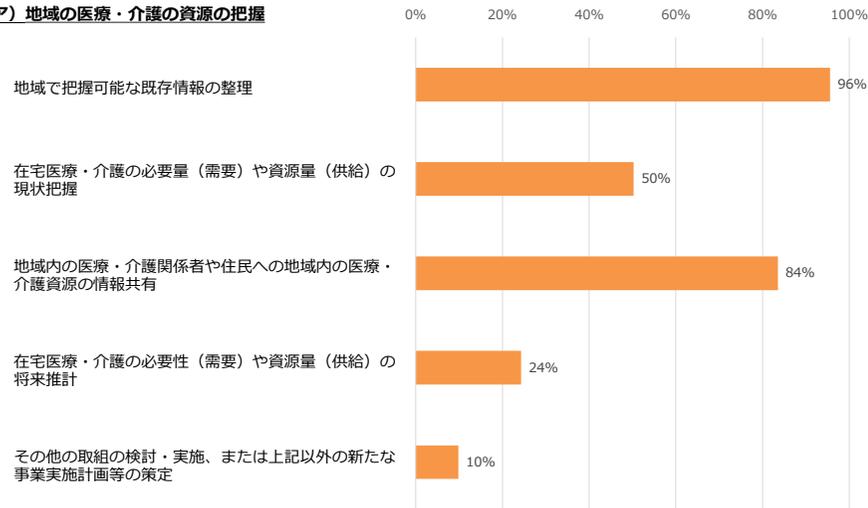
六 医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得や当該知識の向上のために必要な研修を行う事業

七 在宅医療・介護連携に関する地域住民の理解を深めるための普及啓発を行う事業

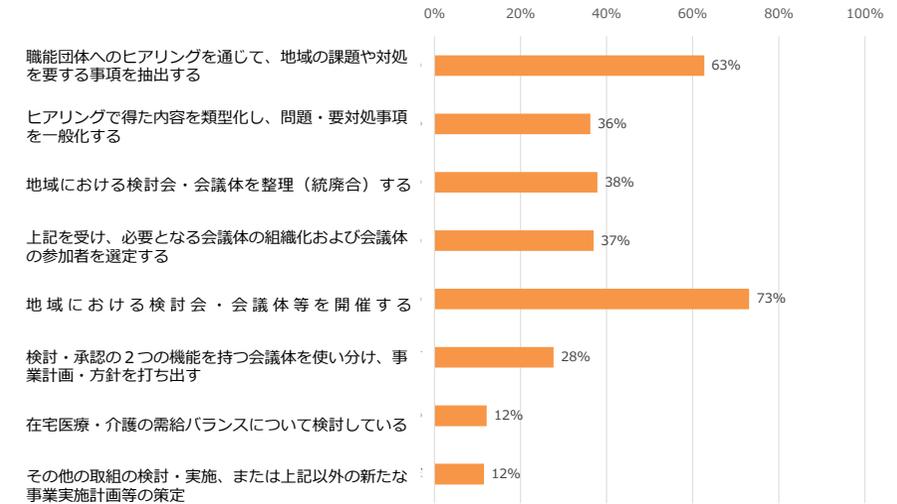
八 他の市町村との広域的な連携に資する事業

# 在宅医療・介護連携推進事業の事業項目別の進捗状況①(n=1,734 複数回答)

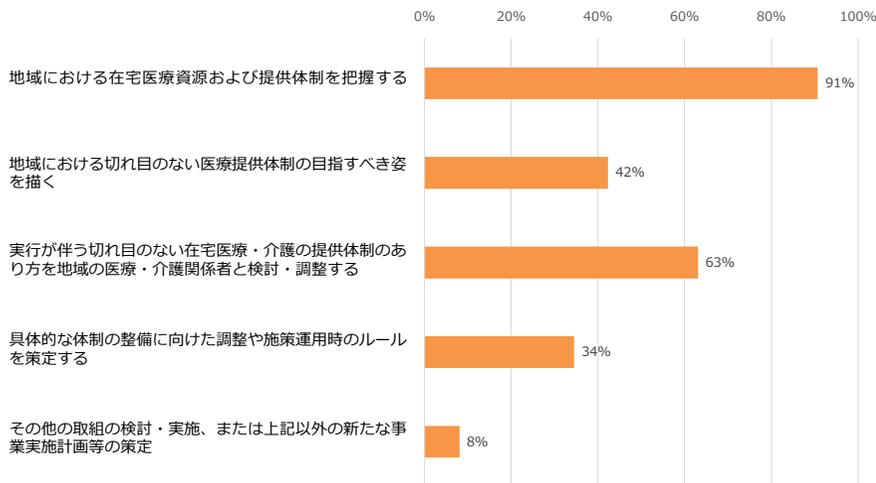
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握



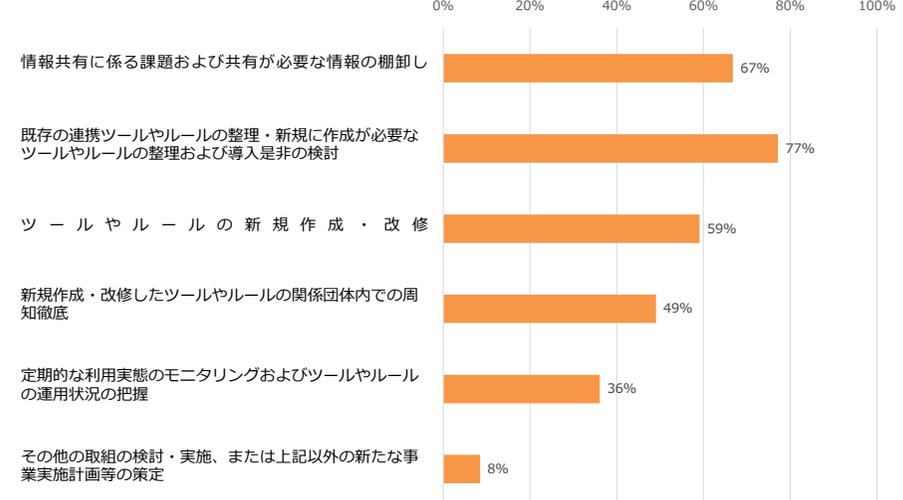
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討



(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



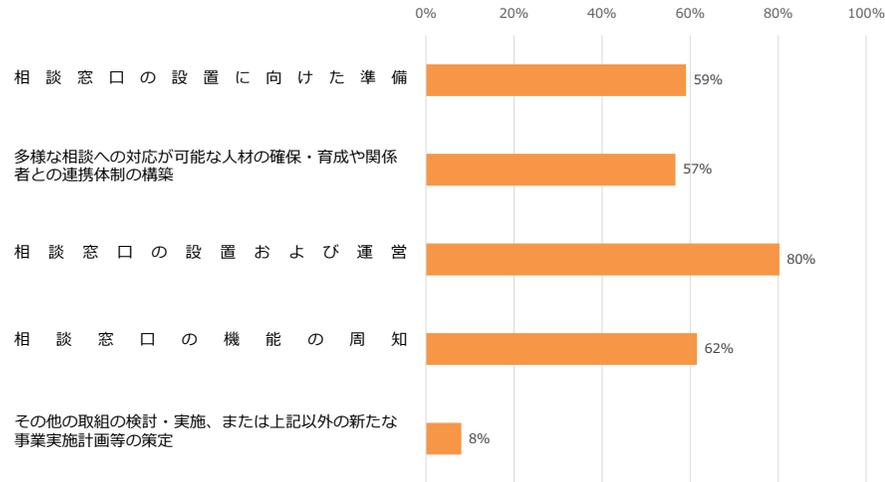
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援



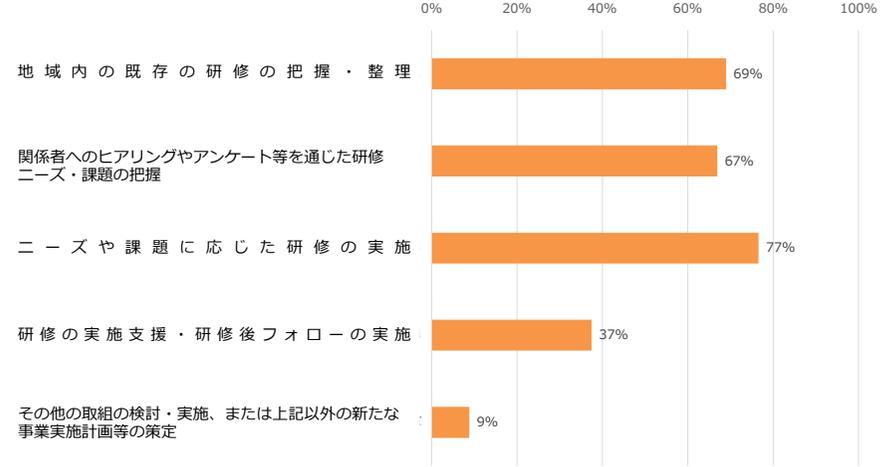
出典 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業  
 (平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)

# 在宅医療・介護連携推進事業の事業項目別の進捗状況②(n=1,734 複数回答)

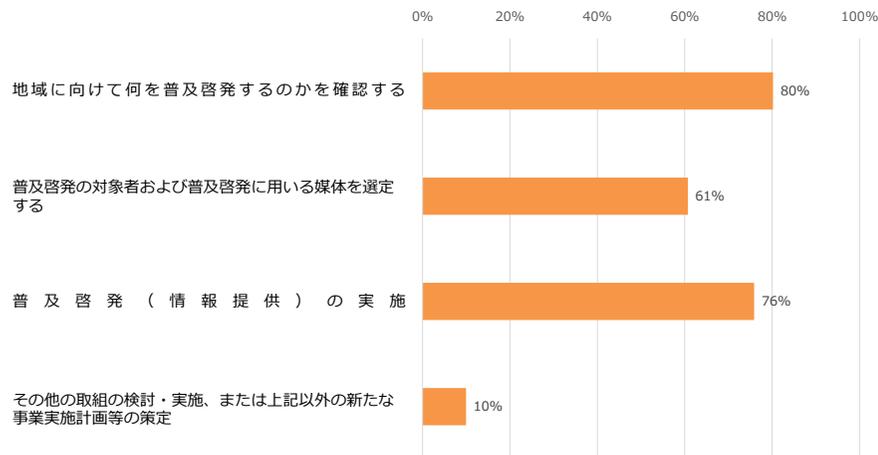
## (オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援



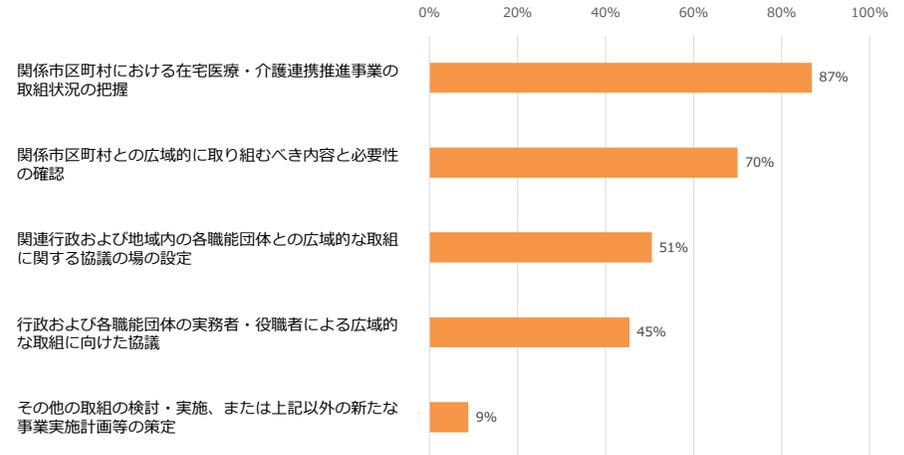
## (カ) 医療・介護関係者の研修



## (キ) 地域住民への普及啓発



## (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

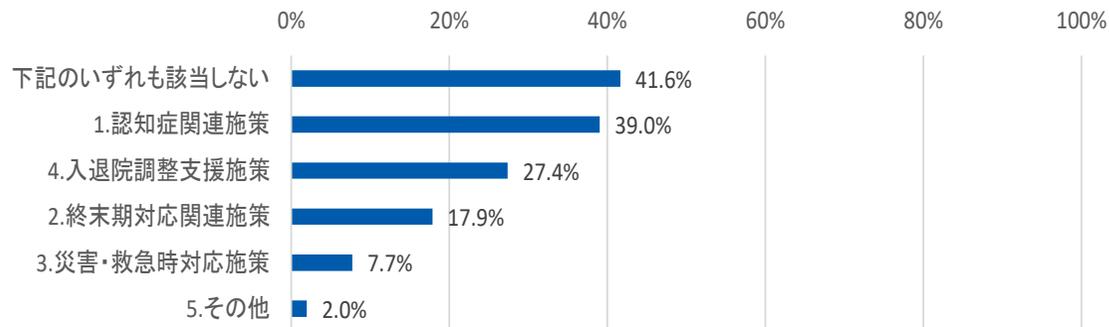


出典 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業  
 (平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)

# 在宅医療・介護連携推進事業と連携した取組

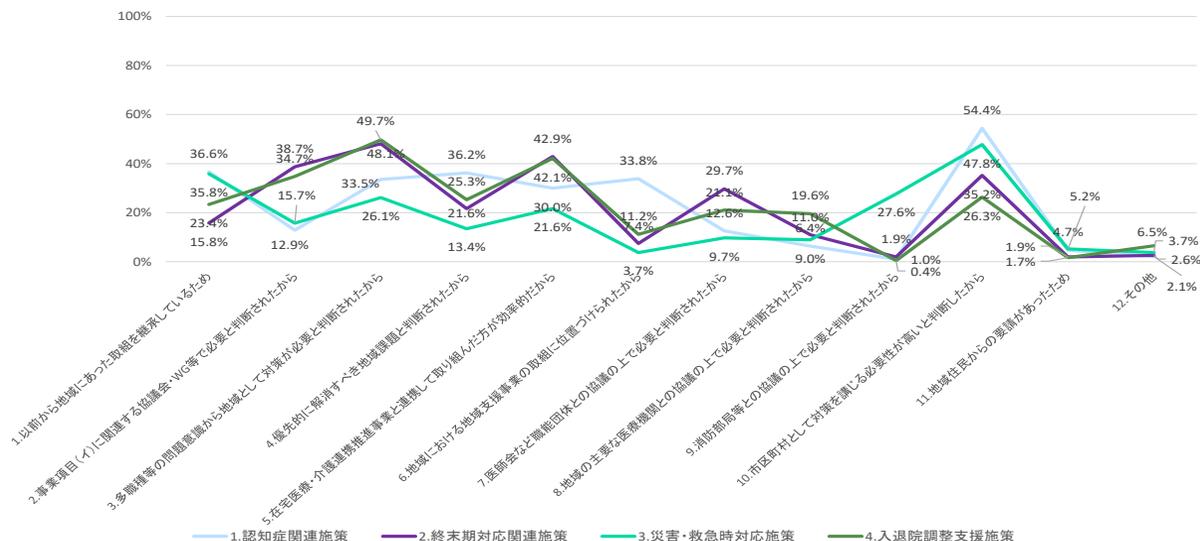
- 8つの事業項目以外の施策に取り組んでいるという自治体は約6割程度であり、取り組んでいる施策は「認知症関連施策」が最も高く、次いで「入退院調整支援施策」、「2.終末期対応関連施策」となっている。
- 施策を実施した理由は「市区町村として対策を講じる必要が高いと判断したから」、「多職種等の問題意識から地域として対策が必要と判断されたから」、「医師会など職能団体との協議の上で必要と判断されたから」という回答が多くなっている。

## 8つの事業項目以外の重層的・補完的な取組の実施状況(n=1,734 複数回答)



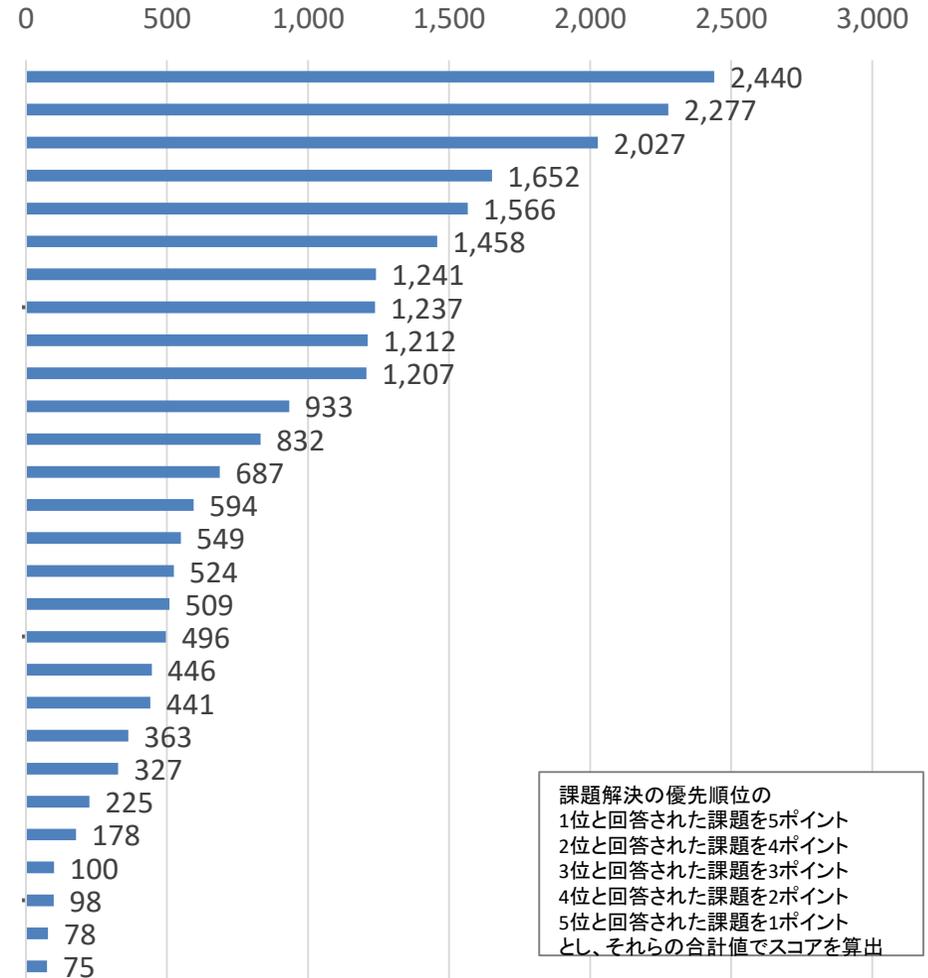
## 8つの事業項目以外の重点施策の取組理由

(N: 1.認知症関連施策=672, 2.終末期対応関連施策=310, 3.災害・救急時対応施策=134, 4.入退院調整施策=475)



○ 在宅医療・連携推進事業の課題については、「事業実施のためのノウハウの不足」、「指標設定等の事業評価のしにくさ」、「将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと」等の回答が多い。

- 地域の医療・介護資源の不足
- 事業実施のためのノウハウの不足
- 行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築
- 指標設定等の事業評価のしにくさ
- 事業推進を担う人材の確保
- 将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと
- 本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと
- 事業全体を見渡せる人材の不足
- 地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足
- 医師会等関係団体との調整
- 予算の確保
- 多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化
- 総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足
- 関係機関との最終的な合意形成
- 事業運営に関する相談のできる人材の不足
- 医療機関との調整
- 医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足
- 現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと
- 行政内部の連携、情報共有等
- 広域的な医療介護連携（退院調整等）に関する協議
- 隣接する市区町村との広域連携の調整
- （才）の相談支援の窓口に配置する相談員の研修、人材育成
- 多職種研修の企画・運営の技術的支援
- 都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、当該市区町村のデータ等の提供
- 特になし
- 在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供
- 市区町村間の意見交換の場の設置

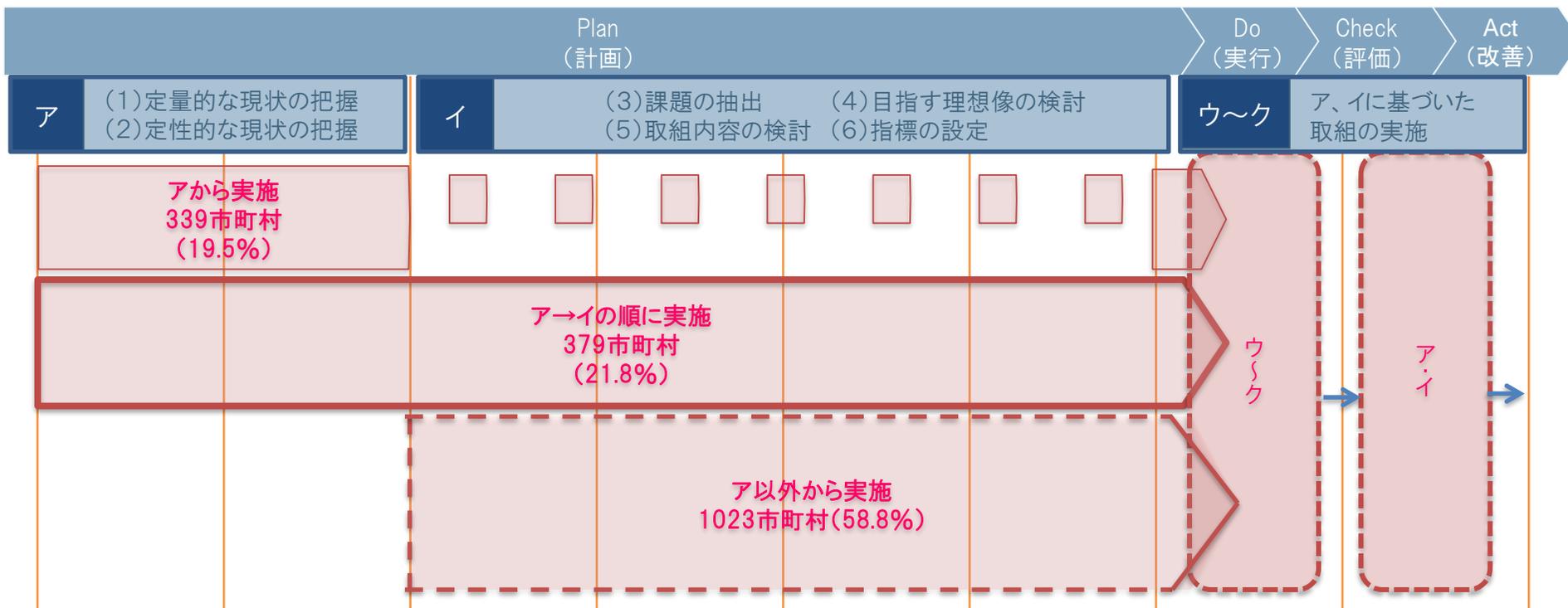


# PDCAを踏まえた事業展開の現状(n=1,741)

- 在宅医療・介護連携推進事業の評価状況について、「評価している」自治体は約3割にとどまる。
- PDCAのP<計画>に相当するア(地域の医療・介護の資源の把握)→イ(在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討)の順に実施した市町村は379(21.8%)であり、多くの市町村でPDCAサイクルに基づく事業が展開されていない現状にある。



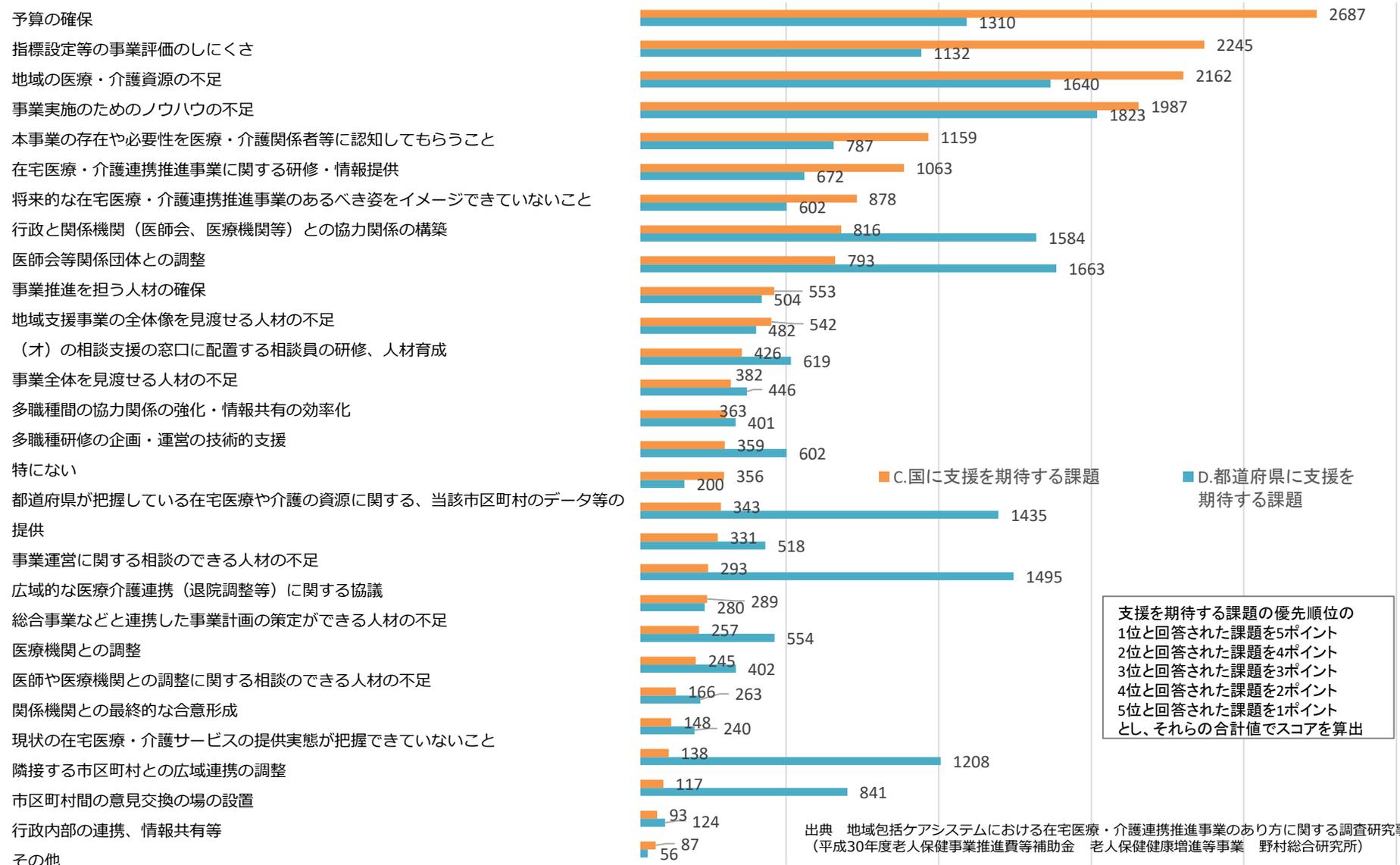
出典 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業(速報値)  
(平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)



出典 平成29年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査(8月1日時点確定値)

# 在宅医療・介護連携推進事業において支援を期待する課題(n=1,734 最大5項目優先順位回答)

○ 全ての都道府県で、何らかの在宅医療・介護連携推進事業に関する市町村支援が行われているが、「事業実施のためのノウハウの不足」、「都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、当該市区町村のデータ等の提供」、「広域的な医療介護連携(退院調整等)に関する協議」等、引き続き市町村が都道府県に支援を期待する声がある。



出典 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業(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 野村総合研究所)

# 第7期介護保険事業（支援）計画に関する基本指針のポイント

## 基本指針とは

- 介護保険法において、厚生労働大臣は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（以下「基本指針」という。）を定めることとされている。
- 都道府県及び市町村は、基本指針に即して、3年を一期とする都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画を定めることとされており、基本指針は計画作成上のガイドラインの役割を果たしている。

## ポイントの概要

### 1 高齢者の自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化の推進

- ・ 介護保険の理念「自立支援・重度化防止」の重要性を追加
- ・ 介護保険制度の立案・運用のPDCAサイクルの推進について新設
- ・ 計画策定時のプロセスに関する記述を具体化する等により充実
- ・ 制度改正を受けて、計画策定後の評価やPDCA推進の重要性を追加
- ・ 制度改正で自治体計画の必須記載事項とされた自立支援・重度化防止に向けた取組と目標の記載を追加
- ・ 都道府県による市町村支援の充実

### 2 「我が事・丸ごと」、地域共生社会の推進

- ・ 地域包括ケアシステムの基本的理念との関係や重要性を追記
- ・ 地域福祉計画との調和に関する記述を充実

### 3 平成30年度から同時スタートとなる医療計画等との整合性の確保

- ・ 基本理念に「医療計画との整合性の確保」を新設
- ・ 協議の場を通して都道府県医療計画との整合性を図る重要性を追加

### 4 介護を行う家族への支援や虐待防止対策の推進

- ・ 家族支援の充実の重要性に関する項目を追加
- ・ 地域包括支援センターにおける相談機能の充実
- ・ 高齢者虐待の防止の重要性に関する項目を追加

### 5 「介護離職ゼロ」に向けた、介護をしながら仕事を続けることができるようなサービス基盤の整備

- ・ 介護離職防止の観点で踏まえたニーズ把握の重要性
- ・ 介護離職の防止に向けた介護支援専門員の資質の向上
- ・ 地域包括支援センターにおける介護離職防止を支えるための相談機能の充実

### 6 その他

- ・ 地域ケア会議のさらなる推進のための項目の新設、充実
- ・ 市町村も人材確保策について記載するよう推奨

# 第7期 介護保険事業(支援)計画 基本指針の構成

## 前文

### 第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

#### 一 地域包括ケアシステムの基本的理念

- 1 自立支援、介護予防・重度化防止の推進
- 2 介護給付等対象サービスの充実・強化
- 3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備
- 4 日常生活を支援する体制の整備
- 5 高齢者の住まいの安定的な確保

- 二 二千二十五年を見据えた地域包括ケアシステムの構築に向けた目標
- 三 医療計画との整合性の確保
- 四 地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進
- 五 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上
- 六 介護に取り組む家族等への支援の充実
- 七 認知症施策の推進
- 八 高齢者虐待の防止等
- 九 介護サービス情報の公表
- 十 効果的・効率的な介護給付の推進
- 十一 都道府県による市町村支援等
- 十二 市町村相互間の連携
- 十三 介護保険制度の立案及び運用に関するPDCAサイクルの推進

### 第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

#### 一 市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者地域の実態の把握
- 3 市町村介護保険事業計画の作成のための体制の整備
- 4 二千二十五年度の推計及び第七期の目標
- 5 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 6 日常生活圏域の設定
- 7 他の計画との関係
- 8 その他

#### 二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項

- 1 日常生活圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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及び介護給付の適正化への取組及び目標設定

#### 三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項
  - (一)在宅医療・介護連携の推進
  - (二)認知症施策の推進
  - (三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
  - (四)地域ケア会議の推進
  - (五)高齢者の居住安定に係る施策との連携
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策
- 3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策
- 4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項
- 5 地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項
- 6 市町村独自事業に関する事項
- 7 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項

### 第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項

#### 一 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者等の実態の把握
- 3 都道府県介護保険事業支援計画の作成のための体制の整備
- 4 市町村への支援
- 5 二千二十五年度の推計及び第七期の目標
- 6 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 7 老人福祉圏域の設定
- 8 他の計画との関係
- 9 その他

#### 二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項

- 1 老人福祉圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 市町村が行う被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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及び介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定
- 4 老人福祉圏域を単位とする広域的調整
- 5 市町村介護保険事業計画との整合性の確保

#### 三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項
  - (一)在宅医療・介護連携の推進
  - (二)認知症施策の推進
  - (三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
  - (四)地域ケア会議の推進
  - (五)介護予防の推進
  - (六)高齢者の居住安定に係る施策との連携
- 2 介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項
- 3 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上に資する事業に関する事項
- 4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業に関する事項
- 5 介護サービス情報の公表に関する事項
- 6 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項

## 第四 指針の見直し

### 別表

## I - ② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進（その1）

- 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

### 居宅介護支援

- 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価する。

#### <現行>

- 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月
  - ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供
- 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月
  - ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

#### <改定後>

- 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月
  - ・入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）
- 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月
  - ・入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）

- 退院・退所加算について、退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価するとともに、医療機関等との連携回数に応じた評価とする。加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。

#### <現行>退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	300単位	300単位
連携2回	600単位	600単位
連携3回	×	900単位

#### <改定後>退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

- 特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所（※）を更に評価する。（平成31年度から施行）

#### 特定事業所加算（Ⅳ） 125単位／月（新設）

※ 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している事業所

- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

# I - ① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応（その3）

- 特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

## 介護老人福祉施設

- 複数の医師を配置するなどの体制を整備した特養について、配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行った場合を新たに評価する。

配置医師緊急時対応加算      650単位／回（早朝・夜間の場合） **（新設）**  
 1300単位／回（深夜の場合） **（新設）**

- 看取り介護加算について、上記の配置医師緊急時対応加算の算定に係る体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価する。

< 現行 >

看取り介護加算

死亡日以前4日以上30日以下      144単位／日  
 死亡日の前日又は前々日      680単位／日  
 死亡日      1280単位／日



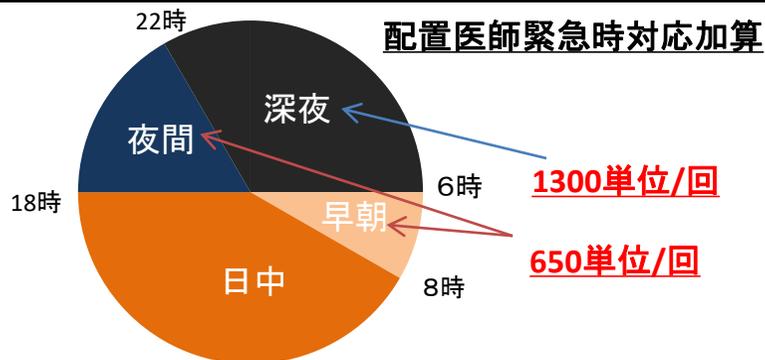
< 改定後 >

看取り介護加算（Ⅰ）

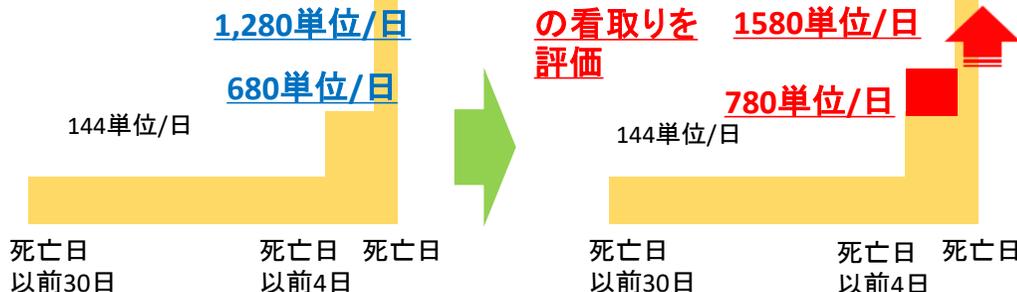
死亡日以前4日以上30日以下      144単位／日  
 死亡日の前日又は前々日      680単位／日  
 死亡日      1280単位／日

看取り介護加算（Ⅱ） **（新設）**

死亡日以前4日以上30日以下      144単位／日  
 死亡日の前日又は前々日      780単位／日  
 死亡日      1580単位／日



看取り介護加算



## 在宅医療・介護連携推進事業

### 【事例①】 熊本県玉名市・玉東町・和水町・南関町・長洲町

### —限られた人材で在宅医療・介護の体制整備—

医療・介護従事者の高齢化と人材不足の中、限られた資源を有効活用した、「誰もが気負わず関わられる在宅医療」の実現を目指す取組

#### <たまな在宅ネットワーク>

■医師会に、専任のコーディネーターを配置し、以下の取組等を実施。

##### ①医師不在時補完システム

主治医だけでなく他の医師も連携し、在宅生活を支える仕組みを構築。主治医不在時に対応が必要になった場合は、出来る範囲で対応可能な医師が対応。これにより、医師の在宅医療に参加するハードルを低下。  
→ネットワーク加入の医療機関が6から36に増加。

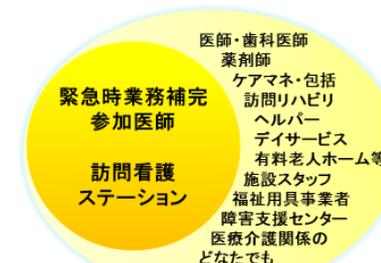
##### ②在宅医療資源紹介・仲介システム

在宅医療を希望する患者がいる場合に、在宅医療を支えるチームをつくるシステムを構築。地域の医師、訪問看護、介護支援専門員、ヘルパー、薬剤師等の手上げを受け、患者へ紹介しつながり支援。

##### ③多職種が情報共有・学びあえる場の設定

定例カンファレンスを開催し、「多職種を知る、一緒に向き合える、想いを共にする、共に成長する在宅医療ネットワーク」を強化

#### たまな在宅ネットワーク構成図



有志の集まり

機会均等  
事情に応じて手をあげれる



# 在宅医療・介護連携推進事業

## 【事例②】滋賀県大津市 一入退院時から在宅療養まで安定して過ごせる環境整備一

役割分担したエリア別在宅医療連携拠点による相談支援や連携の強化と、入退院支援ルール  
の運用による入退院時から在宅療養まで安定して過ごせる環境の整備

### <在宅医療連携拠点機能>

#### 1つの拠点：全体総括

- ・保健所、医師会、歯科医師会、薬剤師会  
拠点事業の方針決定、情報収集発信

#### 3つの拠点：医療介護関係者への相談支援の中核

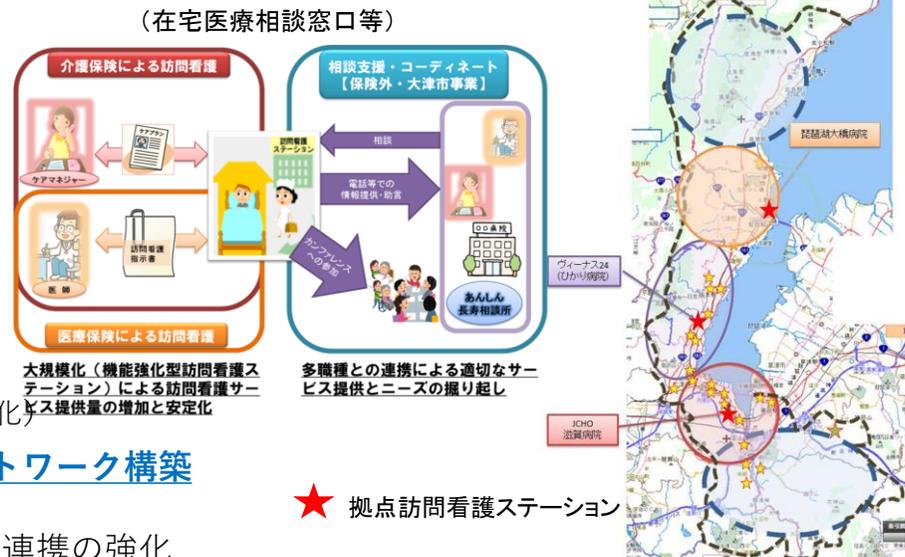
- ・医療機関に併設した訪問看護ステーションに  
相談・支援機能を付加（委託事業）  
⇒医療介護関係者からの相談対応  
医療と介護の連携と訪問看護の体制の強化  
（地域の訪問看護ステーション支援や24時間対応の強化）

#### 7つの拠点：市民相談・啓発の中核、多職種ネットワーク構築

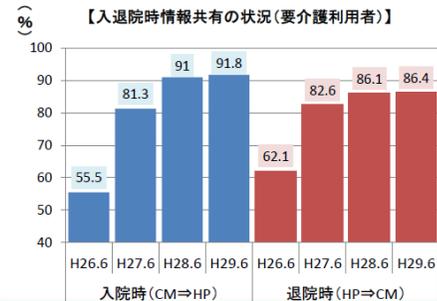
- ・あんしん長寿相談所、すこやか相談所  
⇒市民からの相談対応・小地域における多職種連携の強化

### <入退院支援連携>

- ・入退院支援ルール及び『大津保健医療圏域における病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き』運用（R1改訂）
- ・入退院支援に関する情報交換会（2回/年）
- ・入退院支援に関する連携状況調査（1回/年）
- ・病院関係者・退院調整担当看護師会議



★ 拠点訪問看護ステーション



# 在宅医療・介護連携推進事業

## 【事例③】岩手県北上市 ー在宅チームケアで在宅看とりー

行政と医療機関が両輪となって、在宅医療と介護の連携拠点を整備。切れ目のない医療と介護の供給体制の構築し、在宅療養と看取りを強力に支援

### <在宅チームケアによる在宅看取りの取組>

- 平成28年に、医療介護連携拠点として、医療機関に北上市在宅医療介護連携支援センターを設置。
- 患者の意向を尊重した意思決定支援研修会の実施（北上医師会共催・医療ケアチーム対象）
- 北上市独自の「わたしのきぼうノート（ライフプランニング/エンディングノート）」発行



- 「住み慣れた北上で看取りを考える市民の集い」の開催（北上医師会共催）



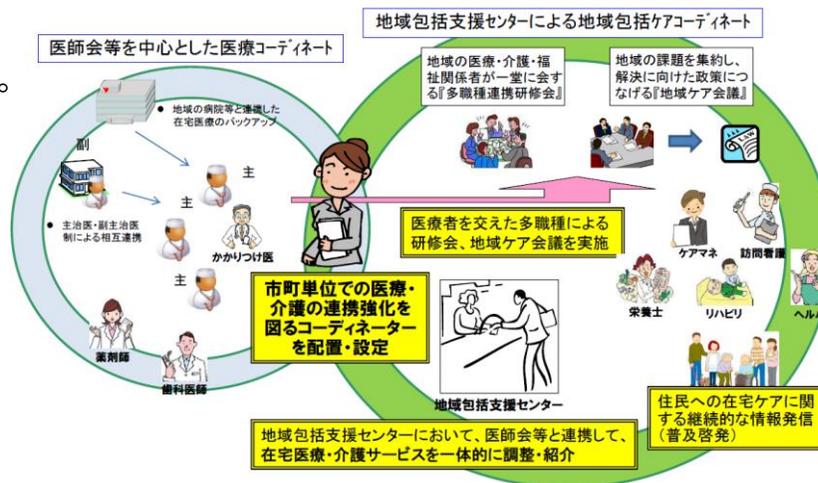
# 在宅医療・介護連携推進事業

## 【事例④】 福井県 一県下全ての市町における在宅ケア体制整備の展開

在宅ケア体制整備を目指したモデル事業（平成22年）の成果を生かし、県下全ての市町で**地域の実情に応じた在宅ケア体制づくり**（24時間対応の在宅医療体制等）を拡大

### <市町と地区医師会を中心とした体制整備>

- 平成22年から、他の地方都市のモデルとなるような在宅ケア体制整備を目指した研究事業を推進。
- 平成25年度から、全市町に、医療・介護の連携強化を図るコーディネーター（保健師または看護師）を育成・配置し、市町単位での体制づくりを推進。
- 平成26年度から、市町が在宅医療・介護連携推進事業の実施主体となり、地区の医師会等と協力して実施。県下に、研究事業で実施した在宅ケア体制モデルが展開できるよう、市町の取組を支援。



全县に展開するにあたってのポイントは、以下の3つ。

- ・ワンストップでの医療・介護サービスの提供（医療・介護の総合相談窓口の設置）
- ・多職種・機関とのスムーズな連携を図るためのICTによる患者情報の共有化
- ・地域の医療機関の連携による24時間対応の在宅医療

# 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について (平成30年3月14日公表)

## 1. 見直しの必要性

- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
  - ・ 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
  - ・ 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることを踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

## 2. 主な見直しの概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
  - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
  - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

# 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため  
繰り返し話し合うこと



## 主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が  
確認できる

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、**本人の意思決定が基本**

人生の最終段階における  
医療・ケアの方針決定

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

**本人の推定意思を尊重し、**  
本人にとって最善の方針をとる

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が  
確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない  
・家族がいない

本人にとって最善の方針を  
医療・ケアチームで慎重に判断

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等

→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、**方針の検討や助言**

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



## 【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」と「予防」※1を車の両輪として施策を推進

※1「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

## 世界の認知症戦略

世界各国において、政府による認知症戦略策定が進展

### 英国

○国家認知症戦略

- ・2019年に国家認知症を5カ年計画として発表。
- ・2015年に2020年までの新たな戦略を発表。

### フランス

○神経変性疾患に関する国家計画

- ・2001年に認知症国家戦略を策定。2014年からは神経変性疾患全般に関する新たな戦略として策定。

### 米国

○国家アルツハイマー計画に基づく計画

- ・2011年に国家アルツハイマー計画法が署名され、2012年に同法に基づく計画を発表。

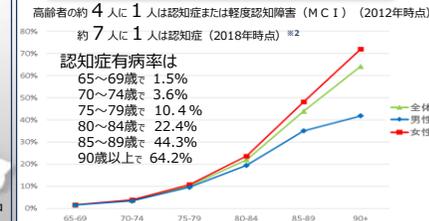
### オーストラリア

○認知症に関する国家構想

- ・2005年に認知症に関する国家構想を策定。現在は2015年から2019年までの計画期間中

上記のほか、韓国、インドネシアなどアジア各国でも国家戦略の策定などの取組が進められている。

## 我が国の認知症有病率等について

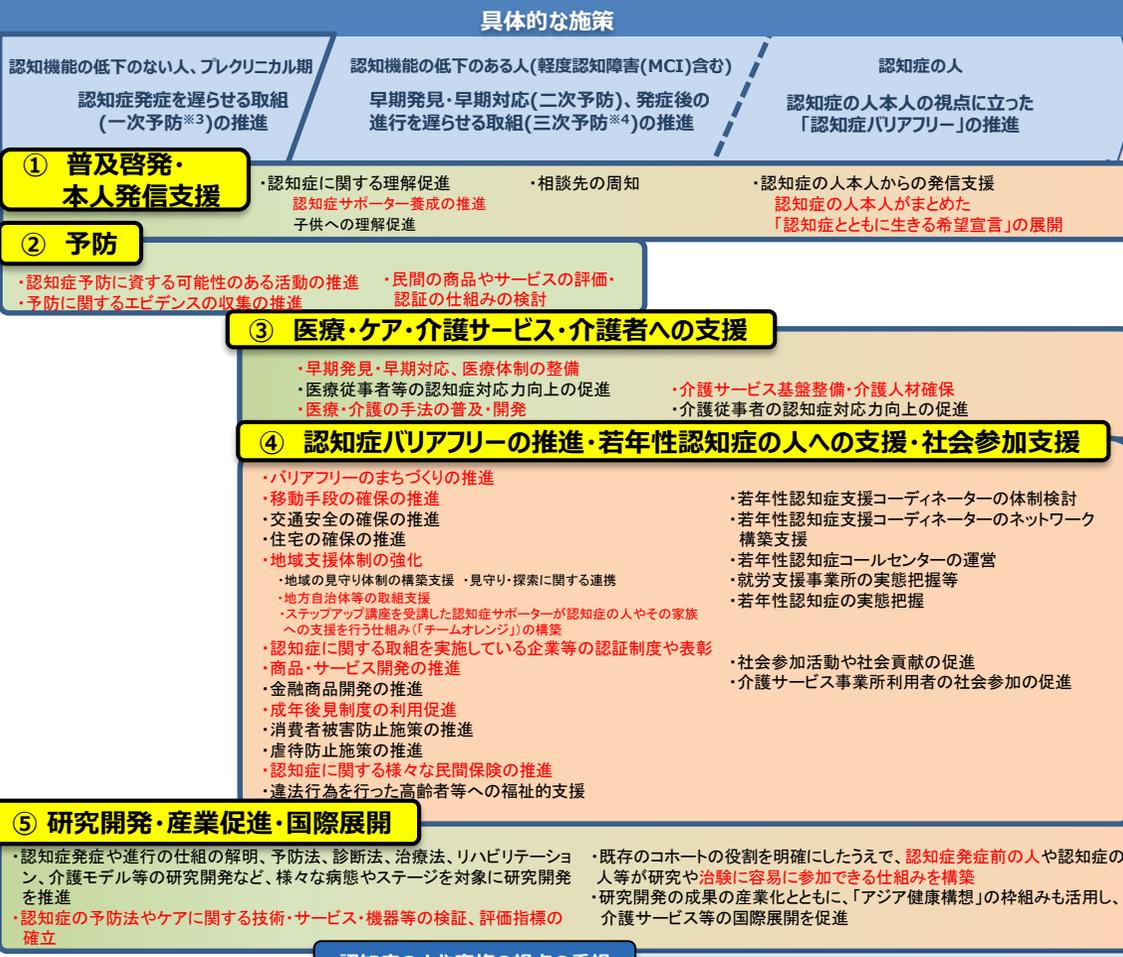


## コンセプト

○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。



赤字: 新規・拡充施策

## 認知症の人や家族の視点を重視

上記1~5の施策は、認知症の人やその家族の意見を踏まえ、立案及び推進する。

## 目指すべき社会

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会

### 主なKPI/目標

- 普及啓発・本人発信支援**
  - ・企業・職域型の認知症サポーター養成数400万人
  - ・認知症サポーター養成数1200万人(2020年度)
  - ・世界アルツハイマーデー及び月間における普及・啓発イベント等の開催
  - ・広報紙やホームページ等により、認知症に関する相談窓口の周知を行っている市町村100%
  - ・認知症の相談窓口について、関係者の認知度2割増加、住民の認知度1割増加
  - ・認知症大使(希望宣言大使(仮称))の創設
  - ・全都道府県においてキャラバン・メイト大使(仮称)の設置
  - ・全都道府県においてピアサポーターによる本人支援を実施
- 予防**
  - ・介護予防に資する通いの場への参加率を8%程度に高める
  - ・認知症予防に関する事例集・取組の実践に向けたガイドラインの作成
  - ・認知症予防に関するエビデンスを整理した活動の手引きの作成
  - ・介護保険総合データベースやCHASEによりデータを収集・分析し、科学的に自立支援や認知症予防等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示
- 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援**
  - ・認知症初期集中支援チームにおける医療・介護サービスにつながった者の割合65%
  - ・市町村における「認知症ケアパス」作成率100%
  - ・BPSD予防に関するガイドラインや治療指針の作成、周知
  - ・BPSD予防のための、家族・介護者対象のオンライン教育プログラムの開発、効果検証
- 認知症ハリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援**
  - ・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
  - ・認知症ハリアフリー宣言件数、認証制度応募件数、認証件数(認知症ハリアフリー宣言、認証制度の仕組みの検討結果を踏まえて検討)
  - ・本人の意見を踏まえた商品・サービスの登録件数(本人の意見を踏まえ開発された商品・サービスの登録制に関する計画を踏まえ「認定」)
  - ・全預金取扱金融機関(\*)の個人預金残高に占める後見制度支援預金又は後見制度支援信託を導入しとする金融機関の個人預金残高の割合 50%以上 (2021年度末)
  - ・ネットバンク等の店舗窓口において現金を取り扱っていない金融機関及び業種・職域情報結合に係る個人預金残高は除く
  - ・成年後見制度の利用促進について(2021年度末)
    - ・中核機関(権利擁護センターを含む、以下同じ。)を整備した市区町村数 全1741市区町村
    - ・中核機関においてインターネット等による成年後見制度や相談窓口の周知を行っている市区町村数 全1741市区町村
    - ・中核機関において後見人候補者を推薦する取組を行っている市区町村数 3000市区町村
    - ・中核機関において後見人支援の取組(専門職の雇い上げ等により相談や手続支援を実施)を行っている市区町村数 200市区町村
    - ・協議会等の合議体を設置した市区町村数 全1741市区町村
    - ・市町村が推薦を受けた市区町村数 全1741市区町村数
    - ・国研院を受託した中核機関職員や市区町村職員等の数 3500人
    - ・後見人等向けの意思決定支援研修が実施される都道府県の数 全47都道府県
  - ・人口5万人以上の全ての市町村において、消費者安全確保地域協議会の設置
- 研究開発・産業促進・国際展開**
  - ・認知症のバイオマーカーの開発・確立(POC取得3件以上)
  - ・認知機能低下抑制のための技術・サービス・機器等の評価指標の確立
  - ・日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始
  - ・薬剤治験に即対応できるコホートを構築

期間: 2025年まで

※3 認知症の発症遅延や発症リスク低減 ※4 重症化予防、機能維持、行動・心理症状の予防・対応