

地域包括ケアシステムの推進、相談支援、認知症施策の推進について

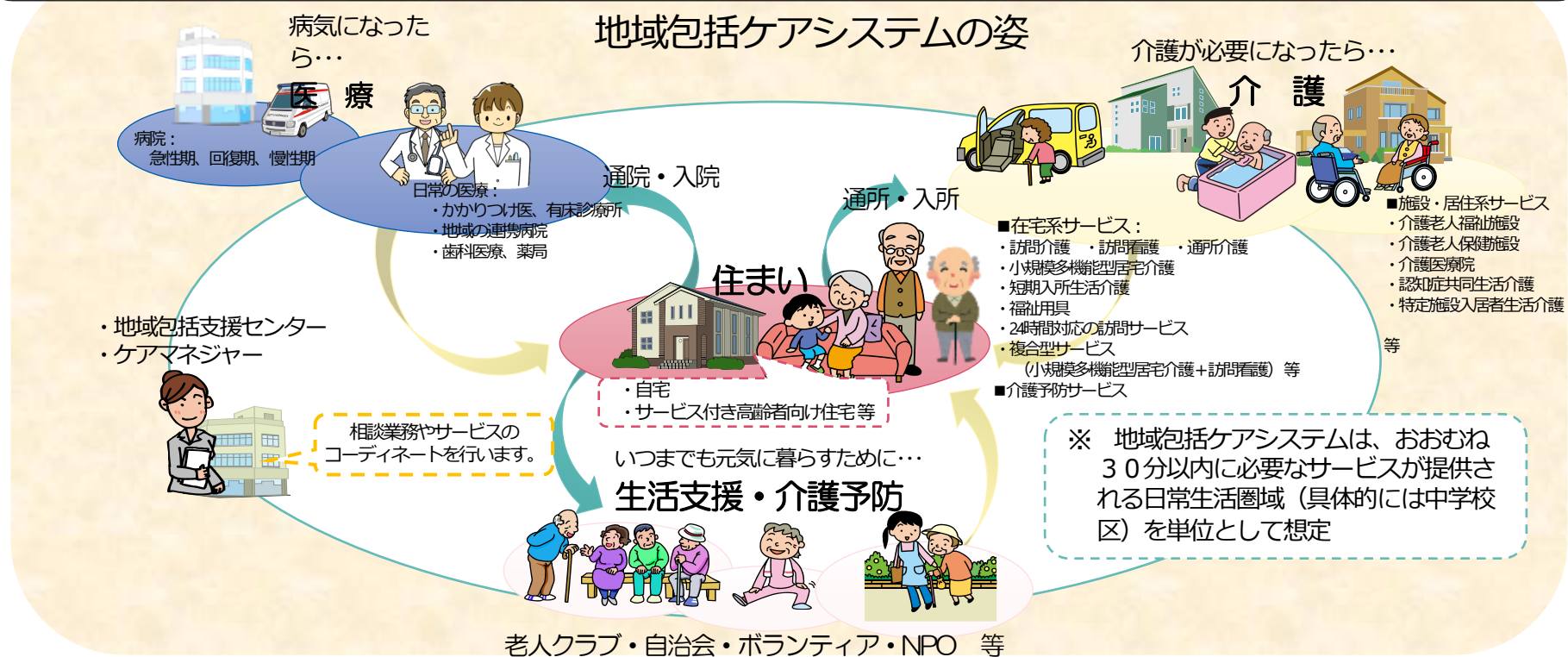
目次

I	地域包括ケアシステムの構築について	2
II	今後の人口減少・高齢化の進展について	5
III	多様なニーズに対応した介護の提供・整備について	17
IV	地域包括ケアシステムにおける相談支援等の在り方について	40
V	認知症施策の推進について	60
VI	課題と論点について	77
VII	参考資料	88

- I 地域包括ケアシステムの構築について
- II 今後の人口減少・高齢化の進展について
- III 多様なニーズに対応した介護の提供・整備について
- IV 地域包括ケアシステムにおける相談支援等の在り方について
- V 認知症施策の推進について
- VI 課題と論点について
- VII 参考資料

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



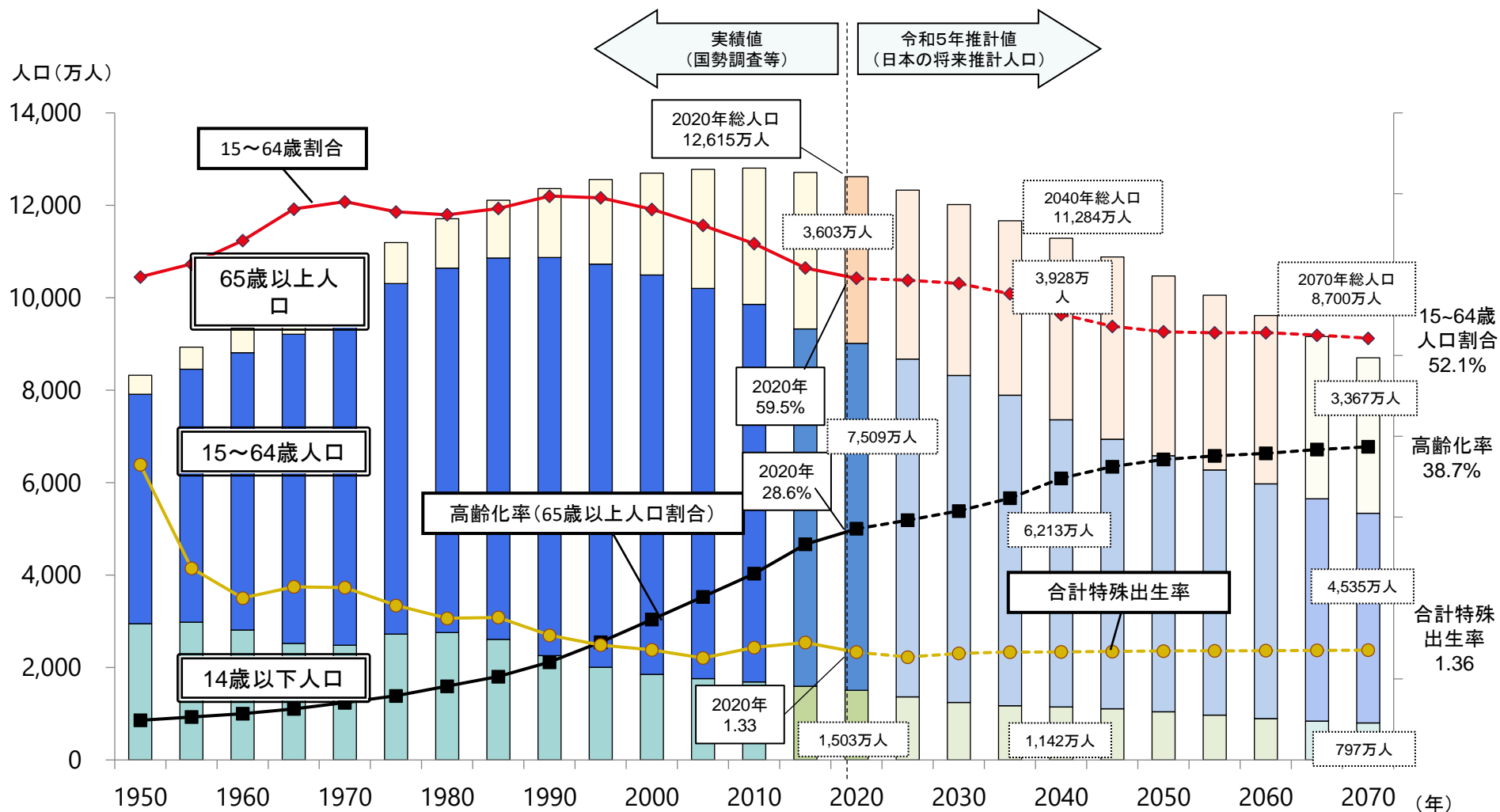
2040年を見据えた地域包括ケアシステムの推進について

地域包括ケアシステム： 重度な要介護状態となっても 住み慣れた地域で自分らしい 暮らしを人生の最期まで続け ることができるよう、医療・ 介護・予防・住まい・生活支 援が包括的に確保される体制 (地域包括ケアシステム) の 構築を実現。	医療・介護 (医療介護連携)	「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会で検討 → 介護保険部会で議論
	介護予防・生活支援	「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会で検討 → 介護保険部会で議論
	住まい	次回以降の介護保険部会で議論
	相談支援等	今回、議論

- I 地域包括ケアシステムの構築について
- II 今後の人口減少・高齢化の進展について
- III 多様なニーズに対応した介護の提供・整備について
- IV 地域包括ケアシステムにおける相談支援等の在り方について
- V 認知症施策の推進について
- VI 課題と論点について
- VII 参考資料

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。

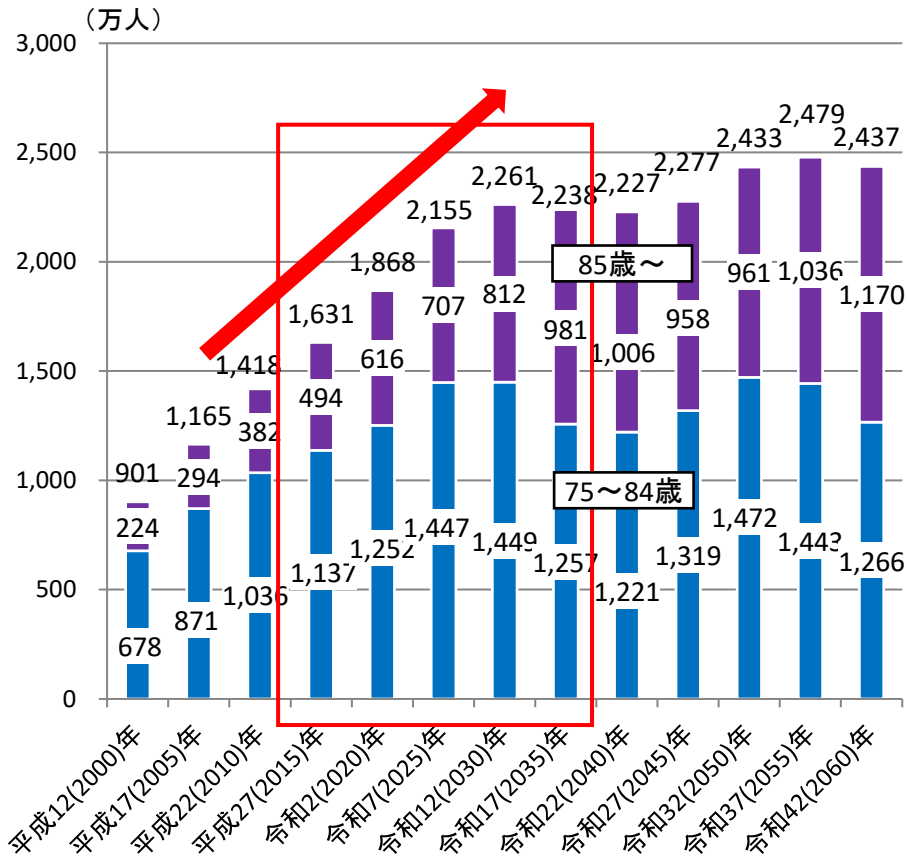


(出所) 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)

今後の介護保険をとりまく状況

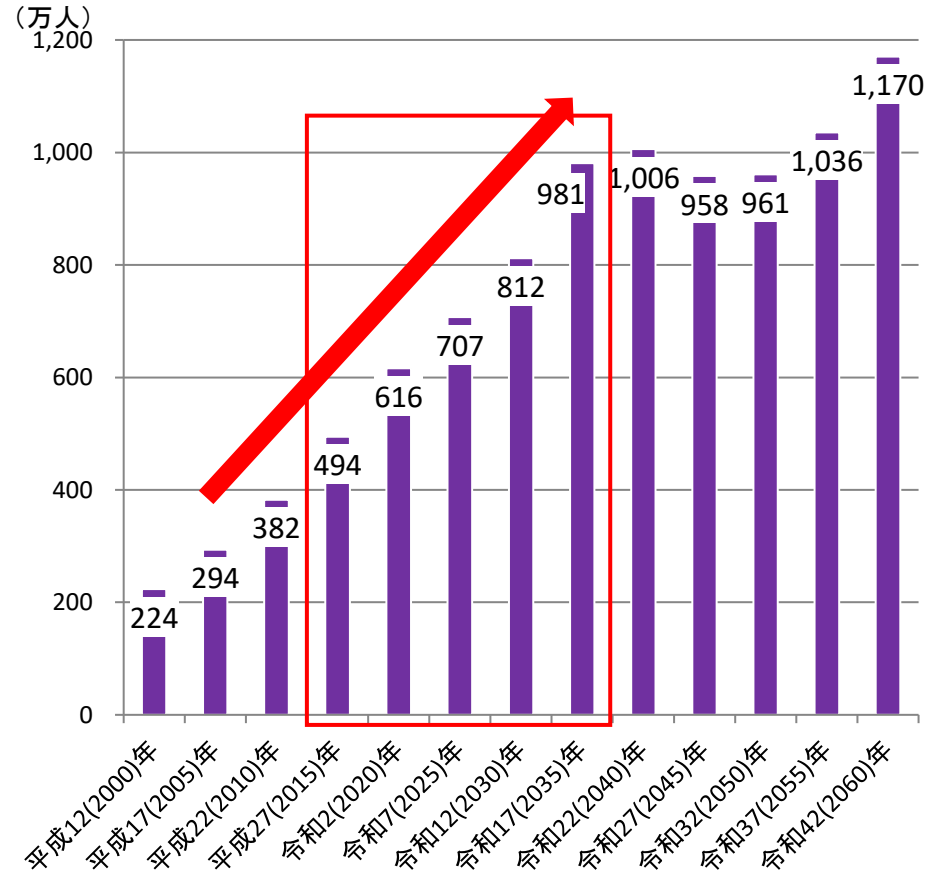
75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2015年から2025年までの10年間も、急速に増加。



85歳以上の人口の推移

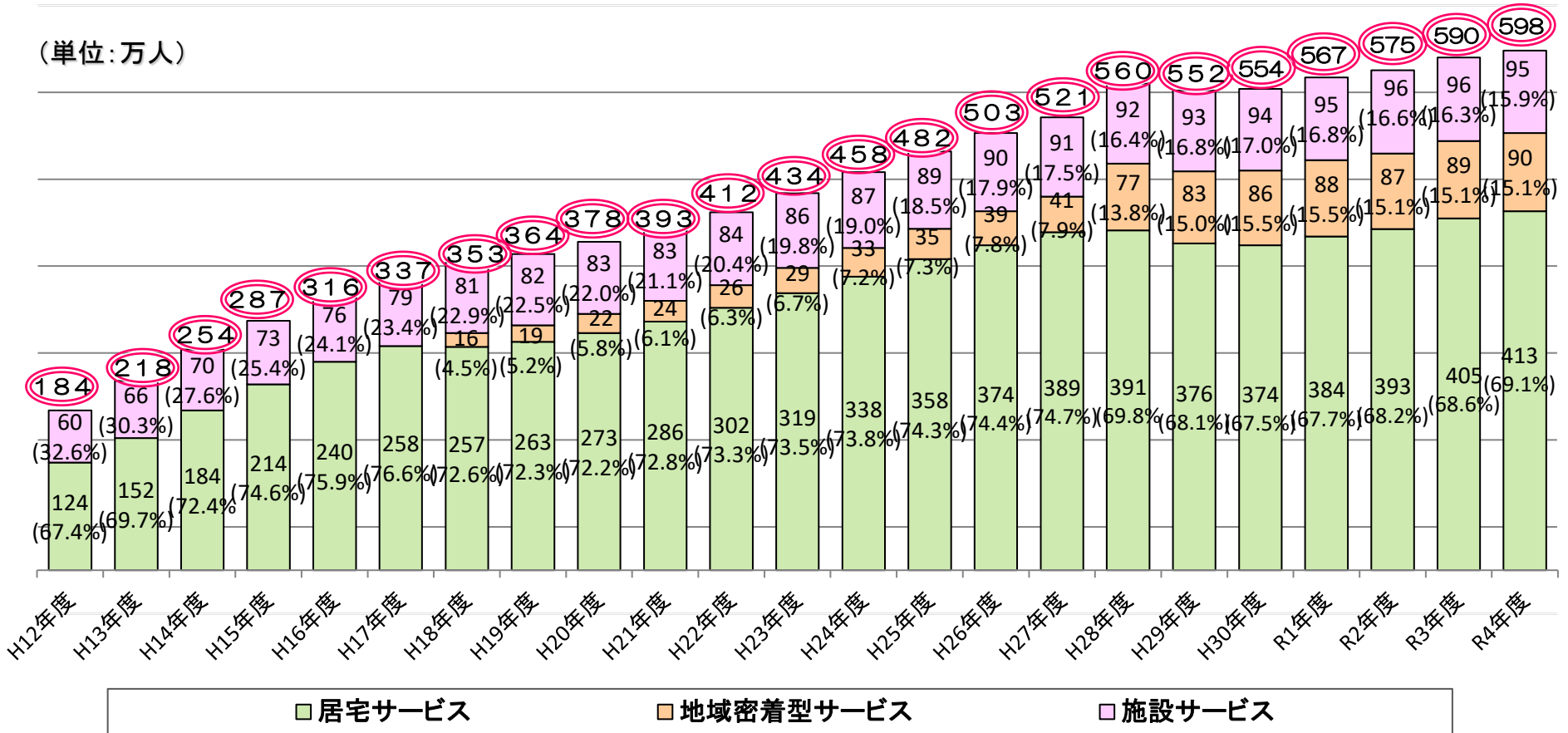
○85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

介護保険サービス利用者の推移 (種類別平均受給者(件)数(年度平均))

(単位:万人)



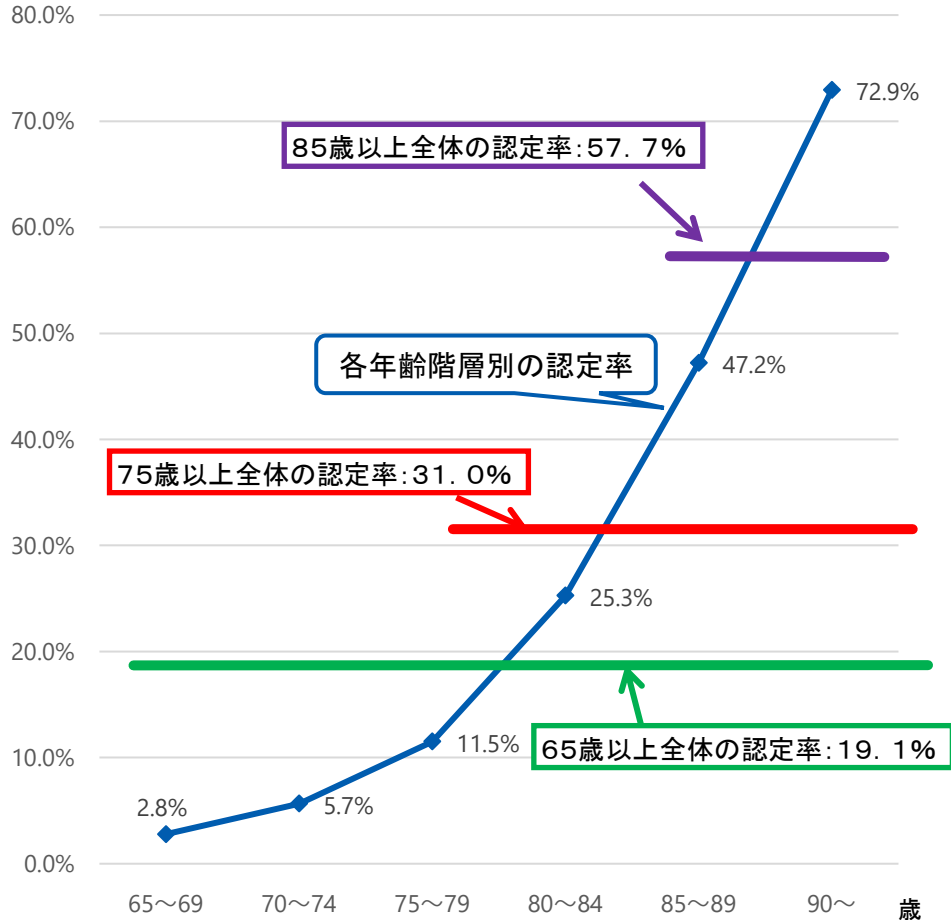
【出典】介護保険事業状況報告

- ※ 1 () は各年度の構成比。
- ※ 2 各年度とも3月から2月サービス分の平均(ただし、平成12年度については、4月から2月サービス分の平均)。
- ※ 3 平成18年度の地域密着型サービスについては、4月から2月サービス分の平均。
- ※ 4 受給者数は、居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス間の重複利用がある。
- ※ 5 東日本大震災の影響により、平成22年度の数値には、福島県内5町1村の数値は含まれていない。

今後の介護保険をとりまく状況

年齢階級別の要介護認定率

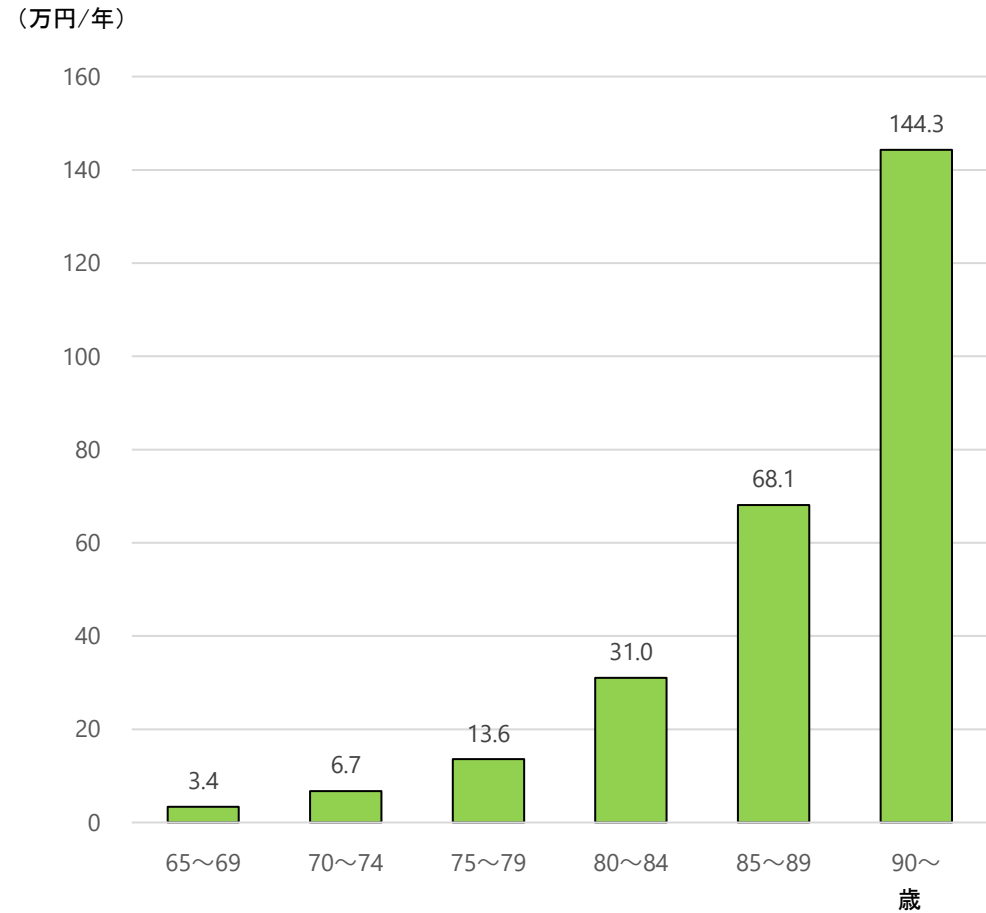
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典: 2023年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2023年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成
注)要支援1・2を含む数値。

年齢階級別の人口1人当たりの介護給付費

○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。

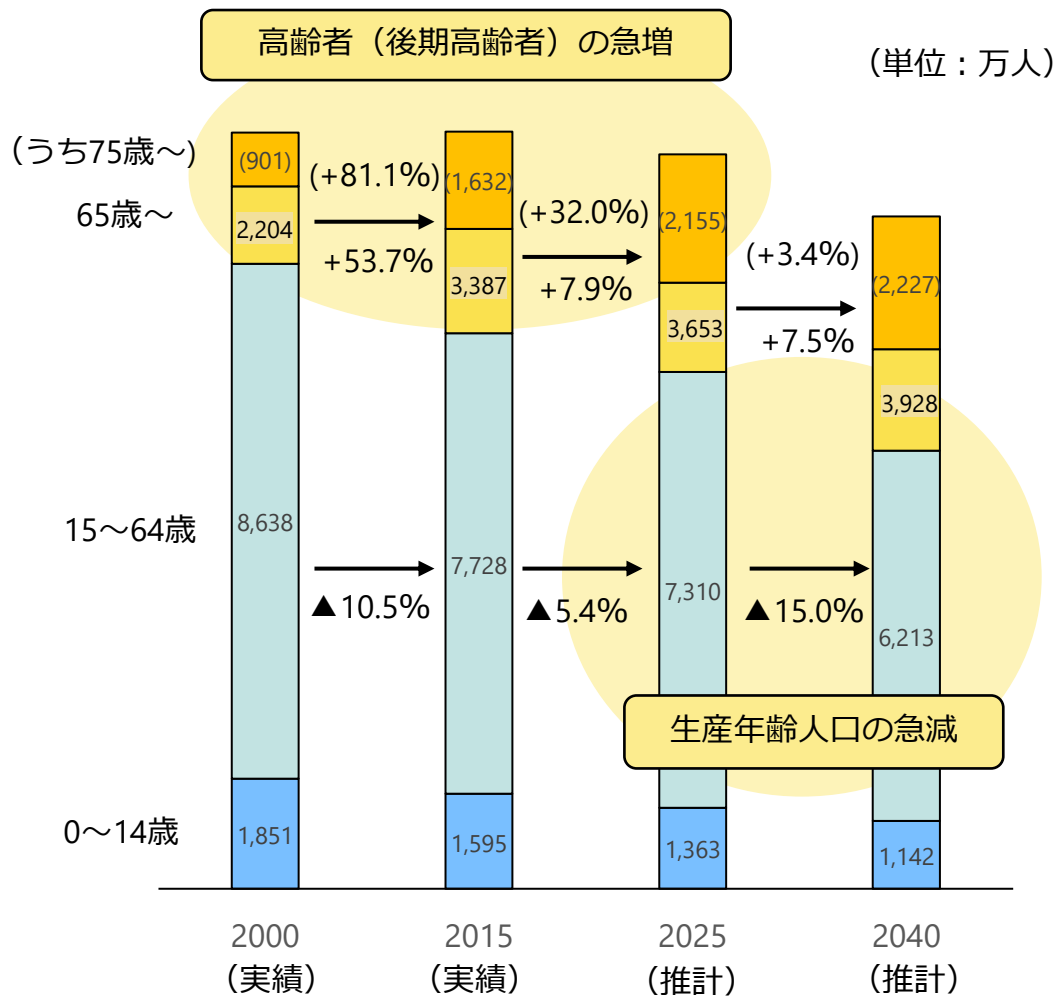


出典: 2023年度「介護給付費等実態統計」及び2023年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成
注)高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。
補給給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

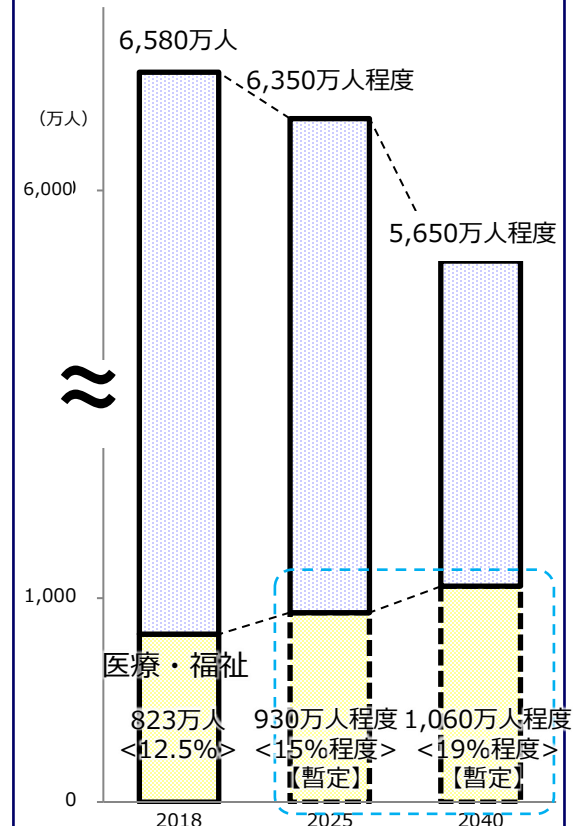
今後の介護保険をとりまく状況

○人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

【人口構造の変化】



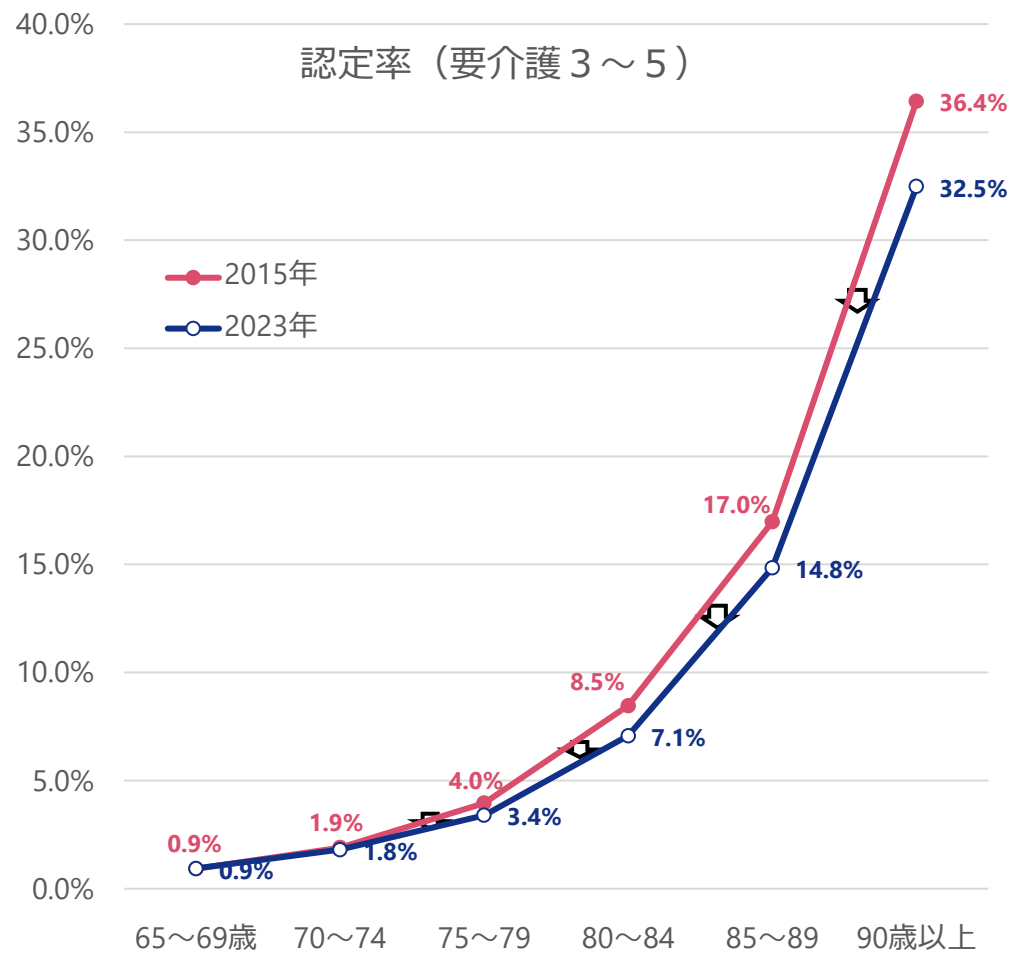
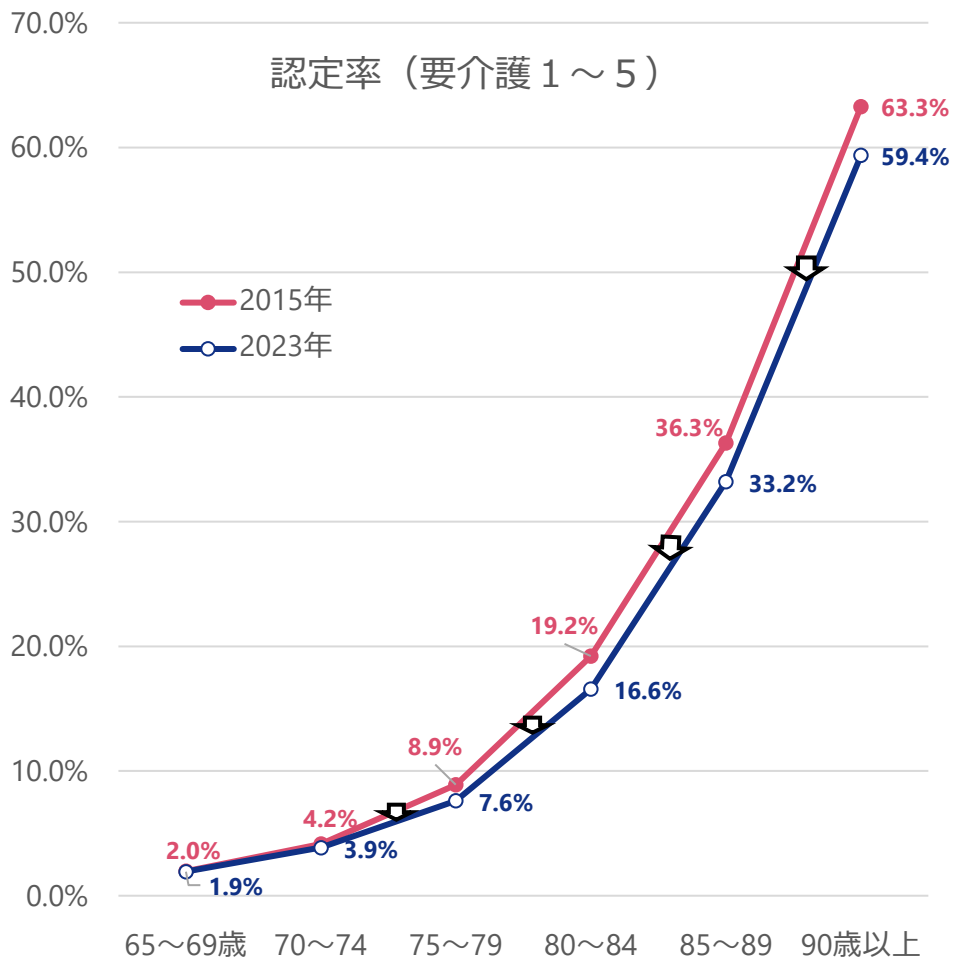
《就業者数の推移》



(資料) 就業者数については、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」（出生中位・死亡中位推計）を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況（2025年）をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計（暫定値）。

(出典) 実績は総務省「国勢調査」
推計は社会保障・人口問題研究所「将来推計人口 令和5年推計」

第1号被保険者の年齢階級別認定率（人口に対する認定者数の割合）の変化 （介護保険事業状況報告月報及び人口推計から作成）



	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳以上
①2015年	2.0%	4.2%	8.9%	19.2%	36.3%	63.3%
②2023年	1.9%	3.9%	7.6%	16.6%	33.2%	59.4%
②-①	0.0%	-0.3%	-1.3%	-2.6%	-3.1%	-3.9%

	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳以上
①2015年	0.9%	1.9%	4.0%	8.5%	17.0%	36.4%
②2023年	0.9%	1.8%	3.4%	7.1%	14.8%	32.5%
②-①	0.0%	-0.1%	-0.6%	-1.4%	-2.1%	-3.9%

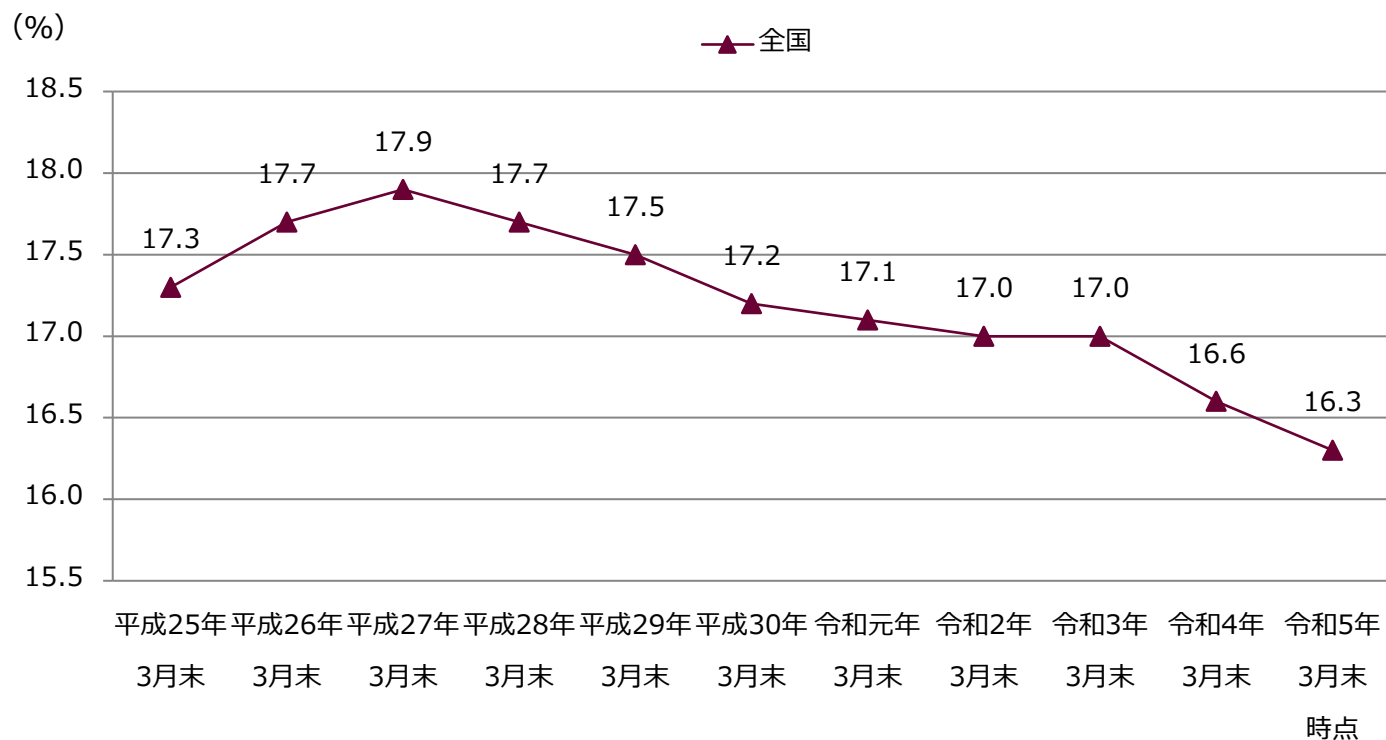
※ 各年の9月末日時点の認定者数（介護保険事業状況報告月報より）及び10月1日時点の人口（人口推計より）から作成

第1号被保険者の認定率（年齢調整後）の変化

（介護保険事業状況報告月報及び人口推計から作成）

- 要介護認定率はピーク時の平成27年3月末の17.9%から減少してきており、令和5年3月末には16.3%となっている。（平成27年3月末比▲1.6%）

年齢調整済み認定率（全国）



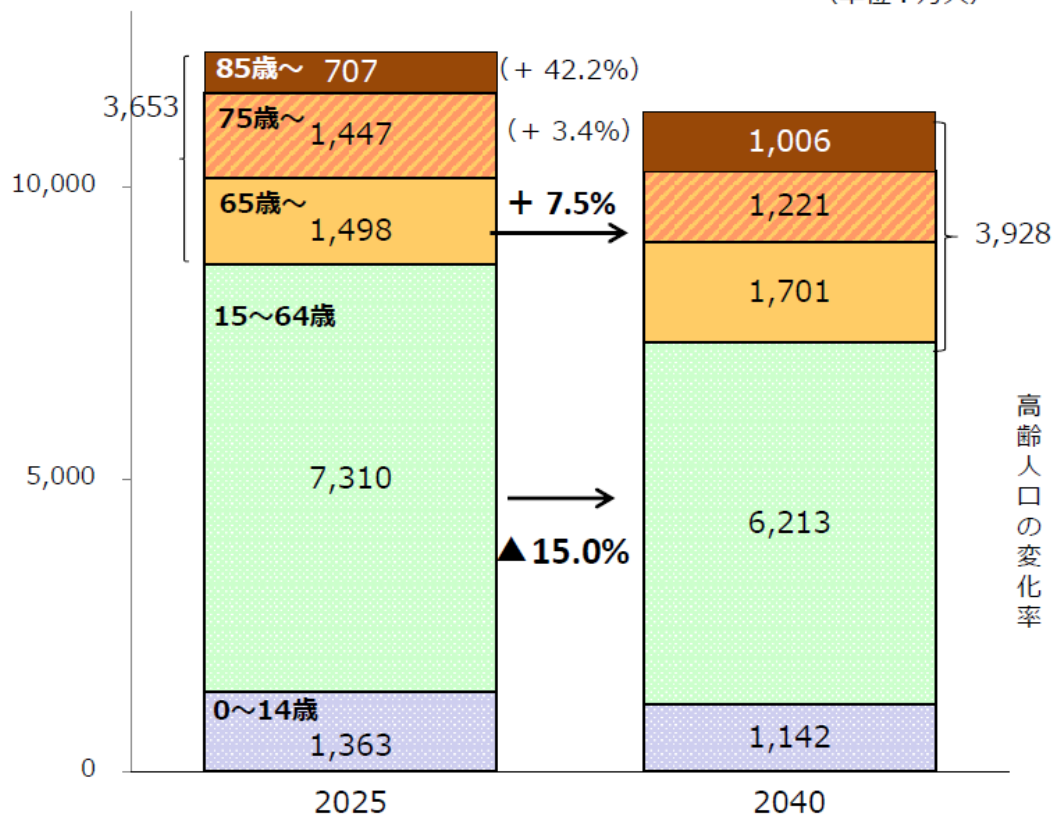
（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

2040年の人口構成

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、ほぼ全ての地域で生産年齢人口は減少し、都市部では高齢人口が増加、過疎地域では高齢人口は減少する。

＜人口構造の変化＞

(単位：万人)

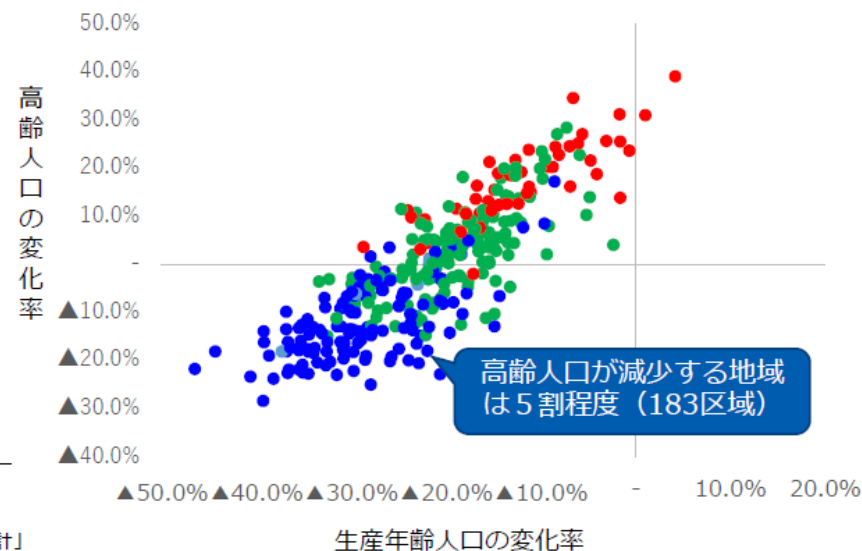


(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

＜2025→2040の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
● 大都市型	-11.9%	17.2%
● 地方都市型	-19.1%	2.4%
● 過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型：人口が100万人以上（又は人口密度が2,000人/km²以上）
 地方都市型：人口が20万人以上（又は人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上）
 過疎地域型：上記以外

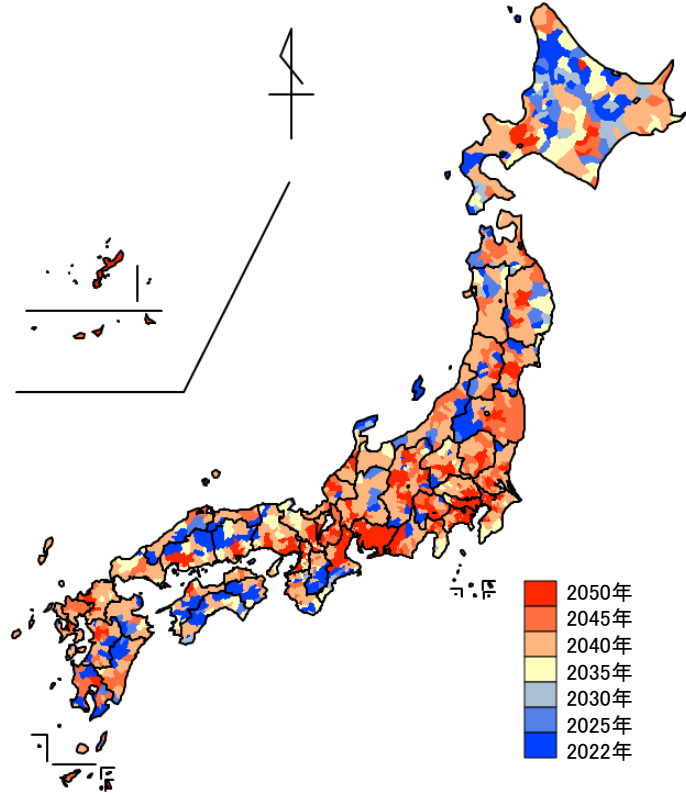


(資料出所) 第7回 新たな地域医療構想等に関する検討会 (令和6年8月)

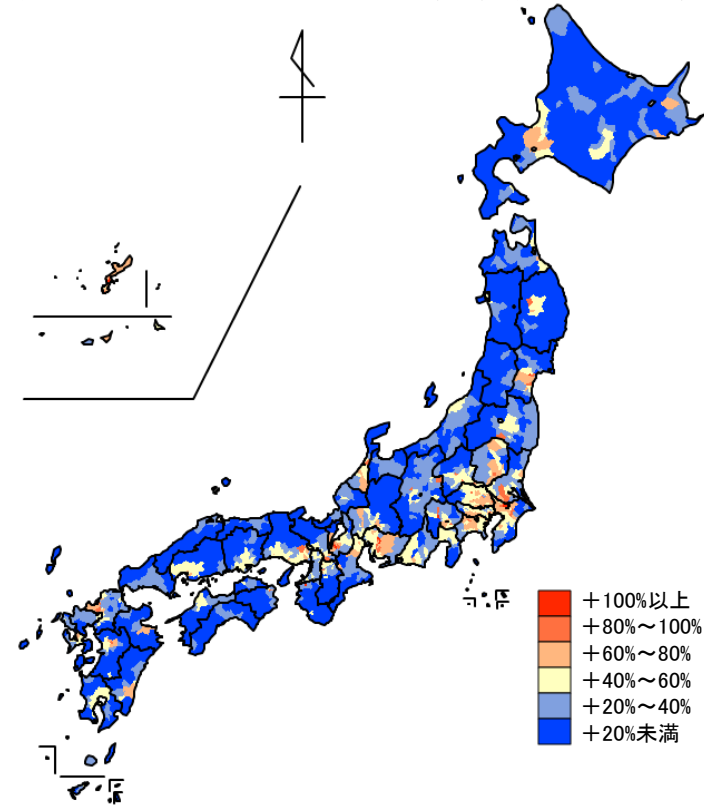
保険者別の介護サービス利用者数の見込み

- 各保険者における、2050年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年以降まで増え続ける保険者が多い。
- また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2022年の利用者数との比(増加率)をみると、+20%未満の保険者(約44%)が多い一方で、+60%以上となる保険者(約13%)も存在する。

【保険者別 2050年までの間にサービス利用者数が最も多い年】



【保険者別 2050年までの間にサービス利用者数が最も多い年の利用者数の増加率】

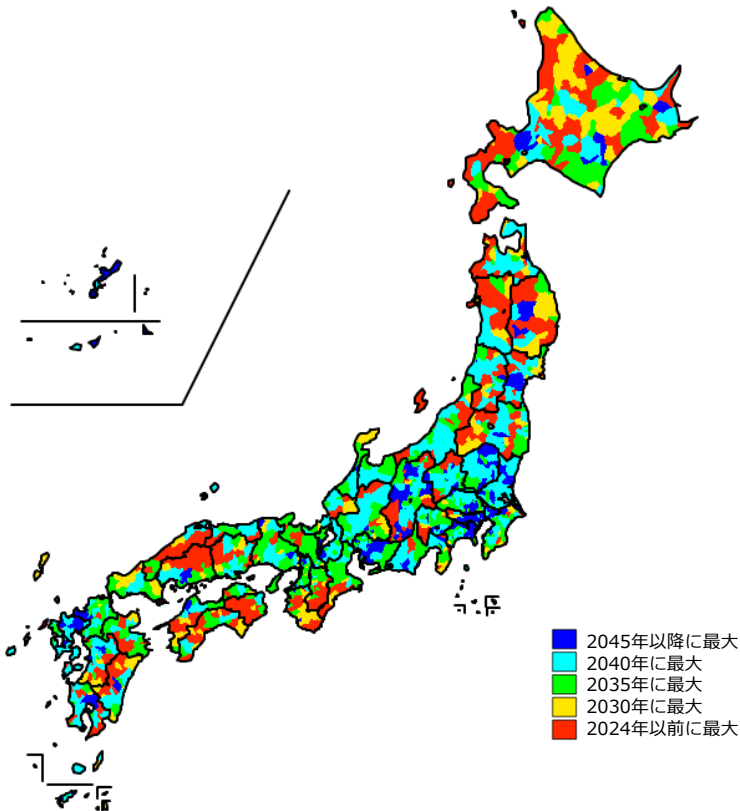


※ 2022年12月(10月サービス分)介護保険事業状況 月次報告(厚生労働省)、2022年度介護給付費等実態調査(厚生労働省・老健局特別集計)から、保険者別の年齢階級別・サービス類型別・要介護度別利用率を算出し、当該利用率に推計人口(日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)を乗じて、2022年以降5年毎に2050年までの保険者別の推計利用者数を作成。

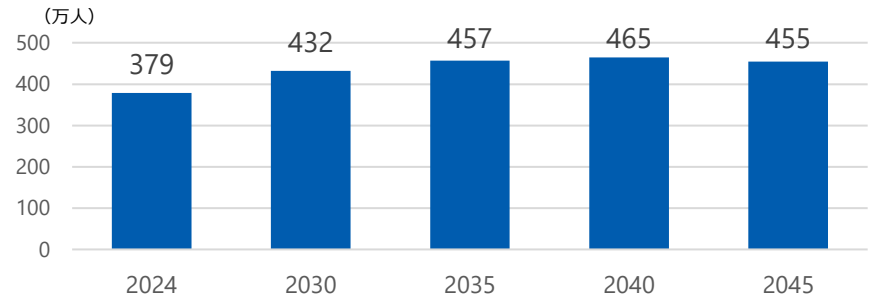
介護サービス需要の変化①（在宅サービス）

- 各市町村が作成した第9期介護保険事業計画によれば、全国における在宅サービスの利用者数は2040年にピークを迎えると見込まれる。
- 保険者によって在宅サービス利用者数が最大となる年は様々であるが、既に2024年までに313(19.9%)の保険者がピークを迎え、2035年までに906(57.6%)の保険者がピークを迎える見込まれる。

在宅サービス利用者数が最大となる年



在宅サービス利用者数の将来見込



在宅サービス利用者数が最大となる年と2040年までの増加率

	2024以前	2030	2035	2040	2045以降	2040までの増減率	
						既にピーク	今後ピーク
政令市・特別区 県庁所在地	-	-	15 (20.3%)	27 (36.5%)	32 (43.2%)	—	26.6%
市(上記を除く)	67 (9.8%)	59 (8.6%)	221 (32.4%)	222 (32.5%)	114 (16.7%)	△5.7%	21.8%
町村(広域連合含む)	246 (30.1%)	138 (16.9%)	160 (19.6%)	195 (23.9%)	77 (9.4%)	△11.6%	14.9%
(再掲)三大都市圏	2 (0.7%)	20 (6.6%)	123 (40.5%)	70 (23.0%)	89 (29.3%)	△4.4%	26.0%
(再掲)三大都市圏以外	311 (24.5%)	177 (13.9%)	273 (21.5%)	374 (29.5%)	134 (10.6%)	△7.5%	20.2%

※「在宅サービス利用者」は、介護予防支援、居宅介護支援、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護の1月あたり利用者数の合計

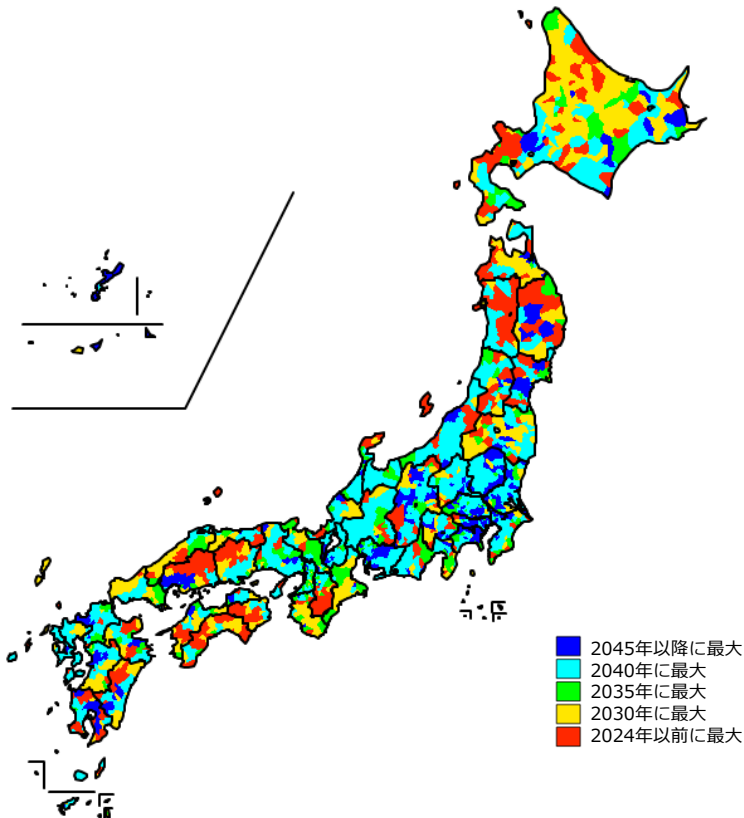
※「三大都市圏」は、東京圏(東京都特別区、さいたま市、千葉市、川崎市、横浜市、相模原市及びこれらに対する通勤・通学10%圏に含まれる市町村)、名古屋圏(名古屋市及び同市に対する通勤・通学10%圏に含まれる市町村)、関西圏(京都市、大阪市、堺市、神戸市及びこれらに対する通勤・通学10%圏に含まれる市町村)

(出典) 第9期市町村介護保険事業計画において各市町村が算出した推計値に基づき作成

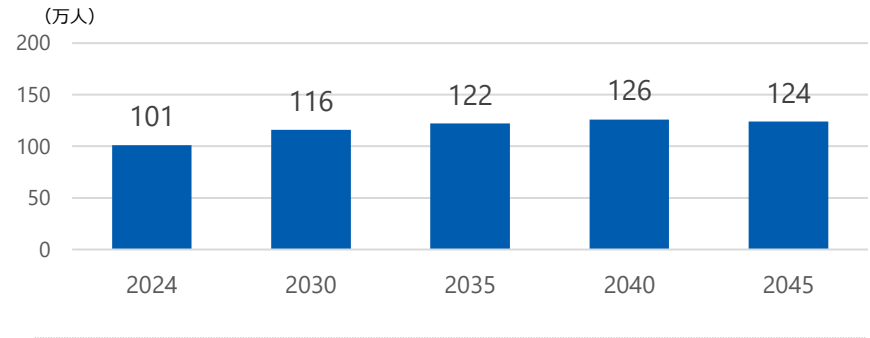
介護サービス需要の変化②（施設サービス）

- 各市町村が作成した第9期介護保険事業計画によれば、全国における施設サービスの利用者数は2040年にピークを迎えると見込まれる。
- 保険者によって施設サービス利用者数が最大となる年は様々であるが、既に2024年までに256(16.3%)の保険者がピークを迎え、2035年までに762(48.4%)の保険者がピークを迎える見込まれる。

施設サービス利用者数が最大となる年



施設サービス利用者数の将来見込



施設サービス利用者数が最大となる年と2040年までの増加率

	2024以前	2030	2035	2040	2045以降	2040までの増減率	
						既にピーク	今後ピーク
政令市・特別区 県庁所在地	-	4 (5.4%)	8 (10.8%)	30 (40.5%)	32 (43.2%)	—	29.6%
市(上記を除く)	67 (9.8%)	92 (13.5%)	97 (14.2%)	296 (43.3%)	131 (19.2%)	△5.7%	27.8%
町村(広域連合含む)	189 (23.2%)	200 (24.5%)	105 (12.9%)	235 (28.8%)	87 (10.7%)	△10.1%	25.2%
(再掲)三大都市圏	3 (1.0%)	14 (4.6%)	71 (23.4%)	129 (42.4%)	87 (28.6%)	△2.4%	34.8%
(再掲)三大都市圏以外	253 (19.9%)	282 (22.2%)	139 (11.0%)	432 (34.0%)	163 (12.8%)	△7.7%	23.8%

※「施設サービス利用者」は、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設の1月あたり利用者数の合計

※「三大都市圏」は、東京圏(東京都特別区、さいたま市、千葉市、川崎市、横浜市、相模原市及びこれらに対する通勤・通学10%圏に含まれる市町村)、名古屋圏(名古屋市及び同市に対する通勤・通学10%圏に含まれる市町村)、関西圏(京都市、大阪市、堺市、神戸市及びこれらに対する通勤・通学10%圏に含まれる市町村)

(出典) 第9期市町村介護保険事業計画において各市町村が算出した推計値に基づき作成

- I 地域包括ケアシステムの構築について
- II 今後の人口減少・高齢化の進展について
- III 多様なニーズに対応した介護の提供・整備について**
- IV 地域包括ケアシステムにおける相談支援等の在り方について
- V 認知症施策の推進について
- VI 課題と論点について
- VII 参考資料

介護保険事業(支援)計画について

- 保険給付の円滑な実施のため、3年間で1期とする介護保険事業(支援)計画を策定している。

国の基本指針(法第116条、9期指針:令和6年厚生労働省告示第18号)

- 介護保険法第116条第1項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が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指針を定める
 - ※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

市町村介護保険事業計画(法第117条)

- 区域(日常生活圏域)の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)
 - ※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標
- その他の事項

保険料の設定等

- 保険料の設定
- 市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

都道府県介護保険事業支援計画(法第118条)

- 区域(老人福祉圏域)の設定
- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)
 - ※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
 - ※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる(任意)
- 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標
- その他の事項

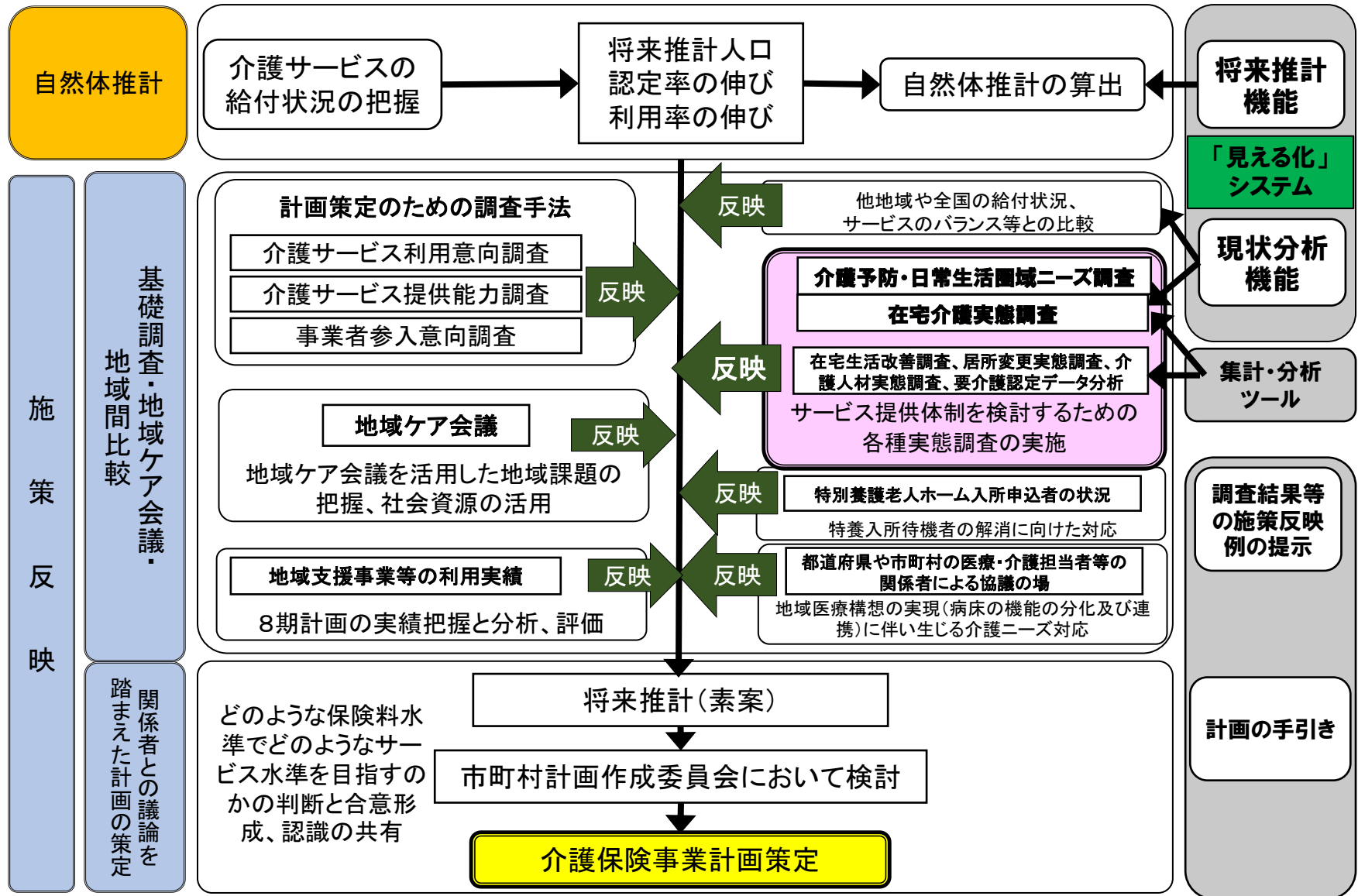
基盤整備

- 都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

第9期介護保険事業計画の作成プロセスと支援ツールイメージ

《作成プロセス》

《支援ツール》



第9期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

令和5(2023)年度
実績値 ※1

令和8(2026)年度
推計値 ※2

令和22(2040)年度
推計値 ※2

○ 介護サービス量

	令和5(2023)年度 実績値 ※1		令和8(2026)年度 推計値 ※2		令和22(2040)年度 推計値 ※2	
在宅介護	381 万人		407 万人	(7%増)	465 万人	(22%増)
うちホームヘルプ	121 万人		131 万人	(8%増)	151 万人	(25%増)
うちデイサービス	222 万人		238 万人	(7%増)	273 万人	(23%増)
うちショートステイ	35 万人		37 万人	(4%増)	42 万人	(20%増)
うち訪問看護	74 万人		81 万人	(9%増)	94 万人	(27%増)
うち小規模多機能	11 万人		13 万人	(13%増)	14 万人	(28%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	3.9 万人		4.9 万人	(24%増)	5.7 万人	(46%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	2.1 万人		3.1 万人	(49%増)	3.6 万人	(76%増)
居住系サービス	49 万人		54 万人	(11%増)	63 万人	(28%増)
特定施設入居者生活介護	28 万人		31 万人	(12%増)	36 万人	(30%増)
認知症高齢者グループホーム	21 万人		23 万人	(9%増)	27 万人	(25%増)
介護施設	103 万人		108 万人	(5%増)	126 万人	(22%増)
特養	64 万人		67 万人	(5%増)	79 万人	(23%増)
老健	34 万人		35 万人	(2%増)	41 万人	(18%増)
介護医療院	4.5 万人		5.9 万人	(30%増)	6.7 万人	(48%増)
介護療養型医療施設	0.4 万人		－ 万人		－ 万人	

※1) 2023年度の数値は介護保険事業状況報告(令和5年12月月報)による数値で、令和5年10月サービス分の受給者数(1月当たりの利用者数)。
在宅介護の総数は、同報告の居宅介護支援・介護予防支援、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の受給者数の合計値。
在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護、訪問リハ(予防給付を含む。)、夜間対応型訪問介護の合計値。
デイサービスは通所介護、通所リハ(予防給付を含む。)、認知症対応型通所介護(予防給付を含む。)、地域密着型通所介護の合計値。
ショートステイは短期入所生活介護(予防給付を含む。)、短期入所療養介護(予防給付を含む。)の合計値。
居住系サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを含む。

※2) 令和8(2026)年度、令和22(2040)年度の数値は、地域包括ケア「見える化」システムにおける推計値等を集計したもの。
なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

いわゆる「総量規制」について

- 介護保険法又は老人福祉法に基づき、介護保険事業計画等に定めた定員数に既に達しているか、又は当該申請に係る指定等によってこれを超える場合、その他計画の達成に支障が生じるおそれがあると認める場合には、都道府県知事・市町村長は事業者の指定等をしていないことができることとされている。

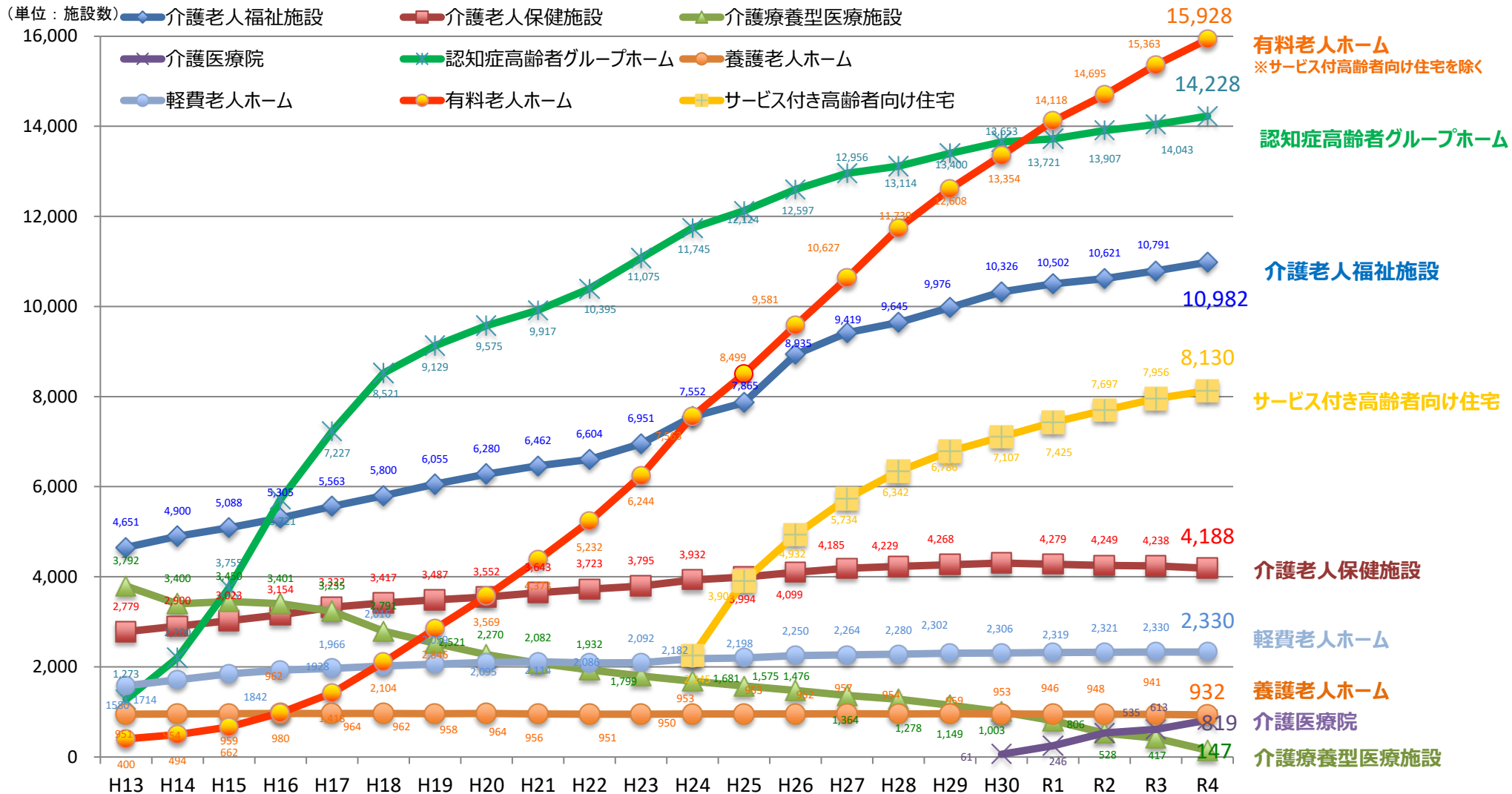
<対象サービス（地域密着型サービスを含む。）>

- ・ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 介護医療院
- ・ 介護専用型特定施設
- ・ 認知症高齢者グループホーム
- ※混合型特定施設（任意）

<根拠法令>

- ・ ・ ・ 老人福祉法第15条第6項
- ・ ・ ・ 介護保険法第94条第5項
- ・ ・ ・ 介護保険法第107条第5項
- ・ ・ ・ 介護保険法第70条第4項
- ・ ・ ・ 介護保険法第78条の2第6項第4号
- ・ ・ ・ 介護保険法第70条第5項

高齢者向け住まい・施設の件数



※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30～】」による。

※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。

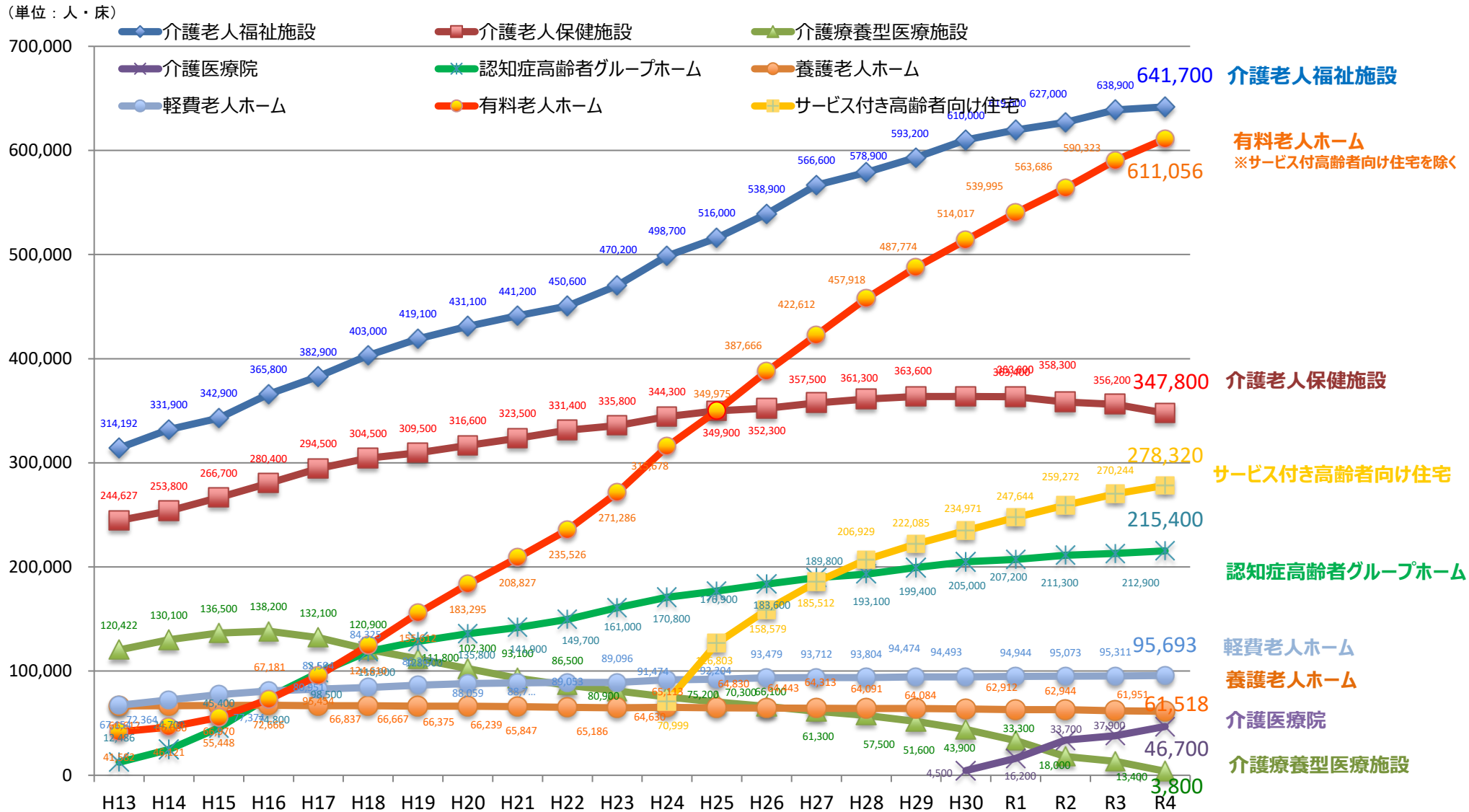
※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）

※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（R2.10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～は基本票の数値。（利用者数ではなく定員数）

※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（利用者数ではなく定員数）による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。

※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（R4.9/30時点）」による。（利用者数ではなく登録戸数）

高齢者向け施設・住まいの利用者数



※1：介護保険施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30～】」による。

※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したものの。

※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）

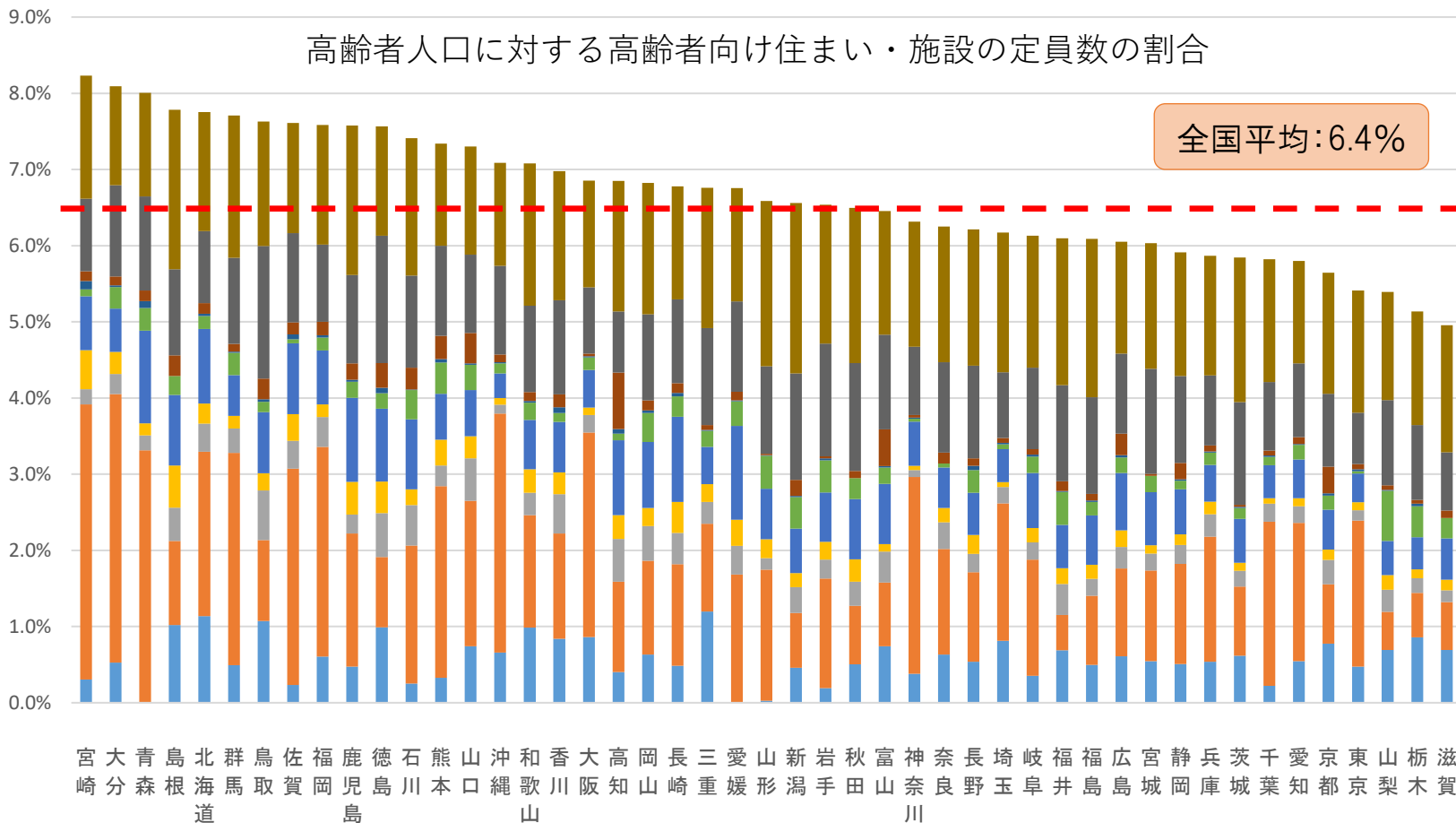
※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（R2.10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～は基本票の数値。（利用者数ではなく定員数）

※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（利用者数ではなく定員数）による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。

※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（R4.9/30時点）」による。（利用者数ではなく登録戸数）

都道府県別 65歳以上に対する高齢者向け住まい・施設の整備状況

- 高齢者向け住まい・施設（下記グラフの10類型）の整備状況は、65歳以上の高齢者人口に対する整備率が都市部6都府県（東京、神奈川、埼玉、千葉、愛知、大阪）平均で6.1%と、全国平均6.4%を下回っている状況にある。
- うち、介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院・介護療養型医療施設）の整備状況は、65歳以上の高齢者人口に対する整備率が、都市部6都府県平均で2.6%であり、全国平均3.0%を下回っている状況にある。

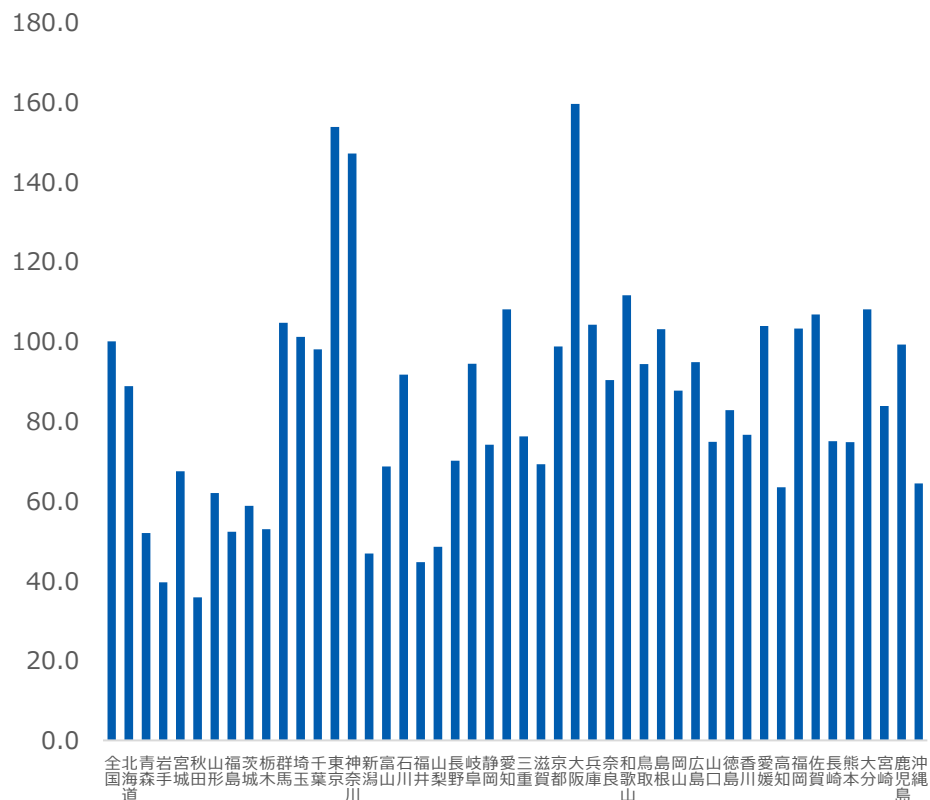


※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、介護サービス・施設事業所調査（令和4年結果）による。
 ※2：特別養護老人ホームは、介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設を指す。
 ※3：養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅は、「令和4年社会福祉施設等調査（基本票、10/1時点）」による。
 ※4：高齢者人口は、総務省「推計人口（令和4年10月1日）」による。

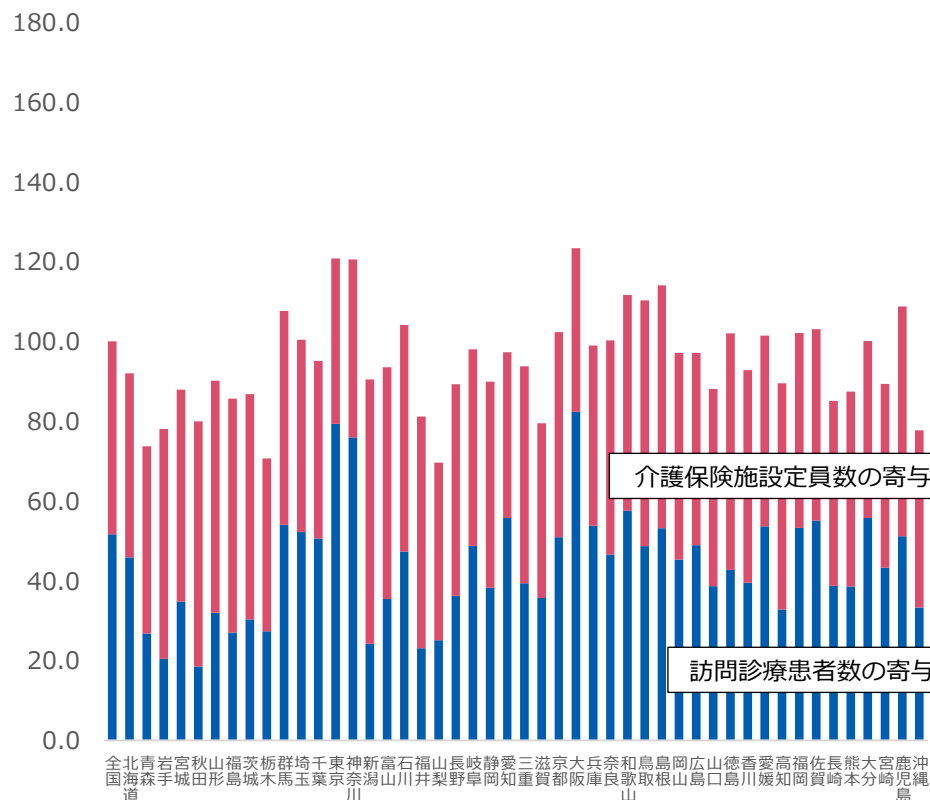
訪問診療患者数の地域差、訪問診療患者数と介護保険施設定員数の地域差

在宅医療と介護保険施設は患者像が重複する場合があります、地域の資源に応じてサービス提供が行われている。訪問診療患者数に係る地域差については、介護保険施設定員数と合わせると地域差は縮小する。

訪問診療患者数の65歳以上人口比
(指数：全国=100) (変動係数0.32)

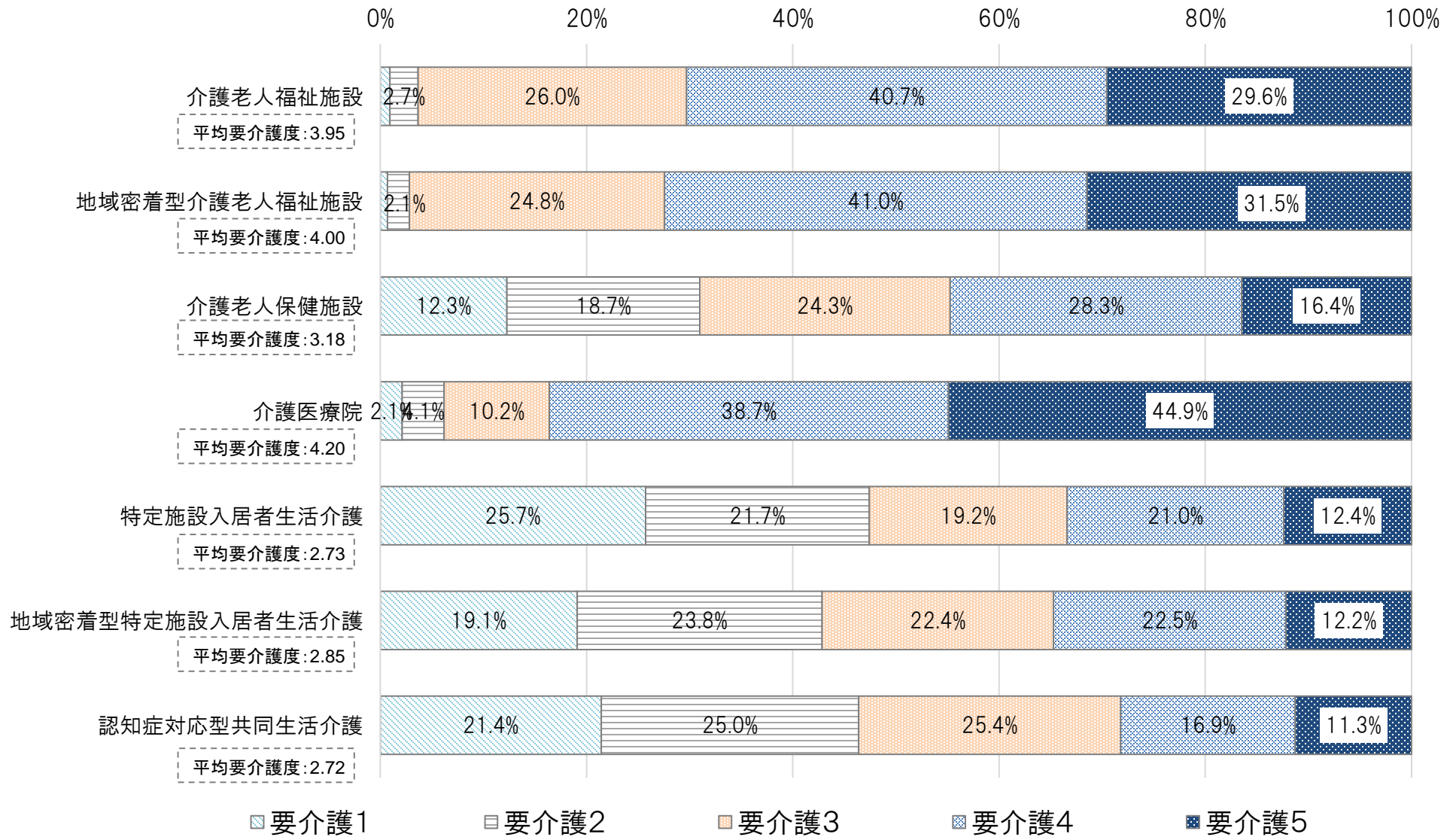


訪問診療患者数と介護保険施設定員数の65歳以上人口比
(指数：全国=100) (変動係数0.13)



資料出所：NDBデータ（2022年10月分）、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（2022年）及び総務省「住民基本台帳人口」（2023年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
 ※ 訪問診療患者数については、65歳以上の者に限る。
 ※ 介護保険施設定員数については、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院の定員数の合計。

施設系・居住系サービスの要介護度別利用者の構成割合



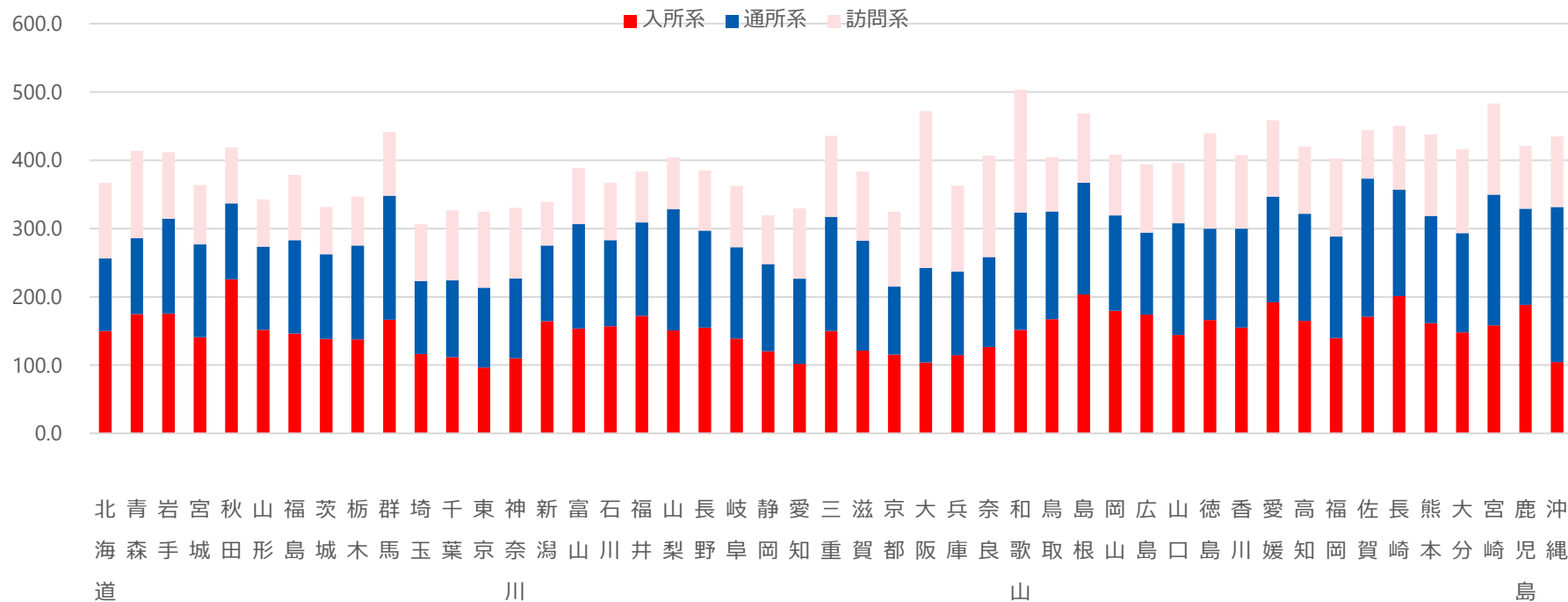
【出典】令和4年介護給付費等実態統計(年次報告、累計)

介護事業所の数や分布の地域差

○ 65歳以上人口10万人当たりの事業所数を都道府県別にみると、次の地域差がある。

- ・ 入所系は秋田県、島根県、長崎県が多く、東京都、愛知県、大阪府が少ない
- ・ 通所系は沖縄県、佐賀県、宮崎県が多く、京都府、北海道、埼玉県が少ない
- ・ 訪問系は大阪府、和歌山県、奈良県が多く、新潟県、山形県、茨城県が少ない

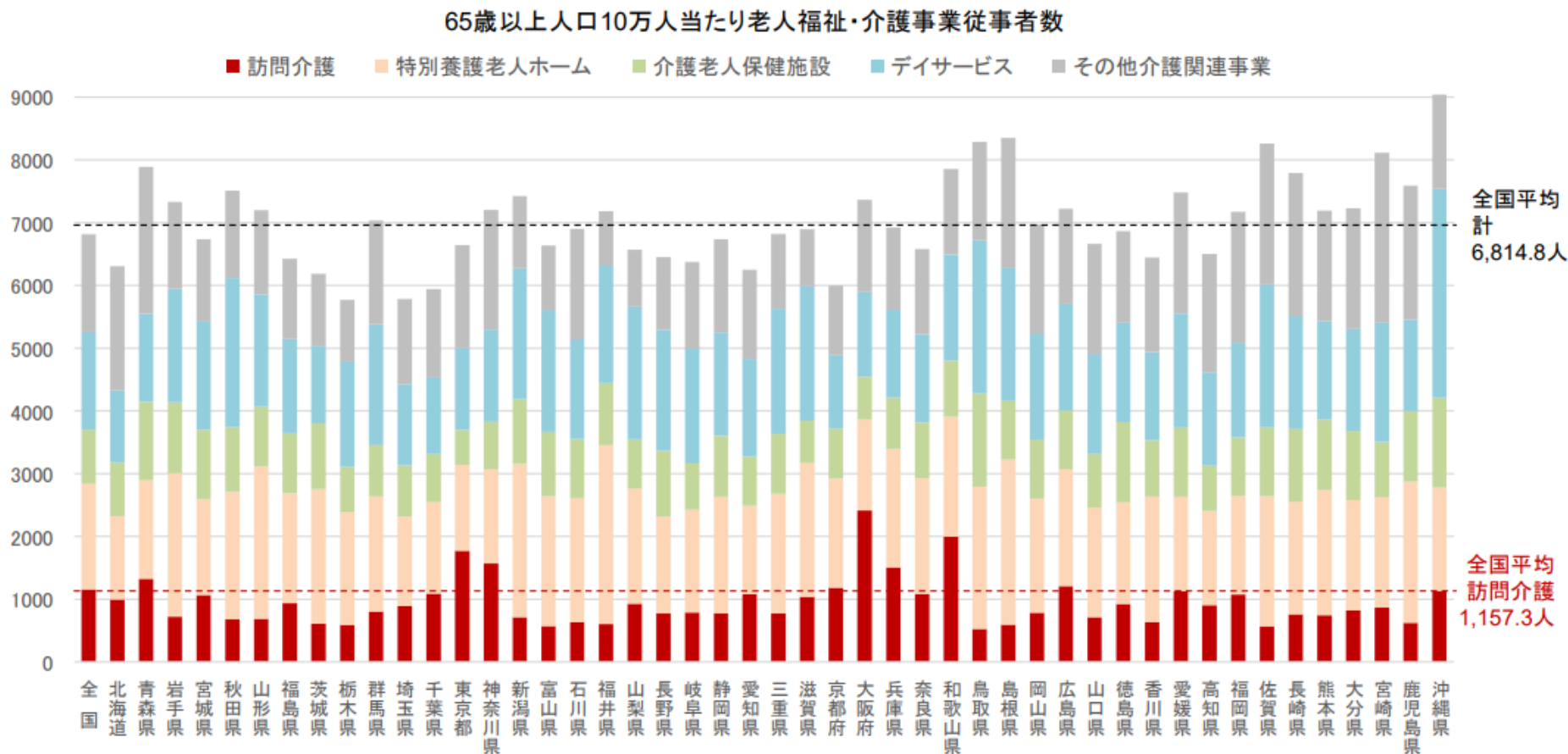
65歳以上人口10万人当たり介護事業所数



(資料出所) 厚生労働省「令和4年介護サービス施設・事業所調査」、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を基に作成。

介護従事者の数や分布の地域差

- 65歳以上人口10万人当たりの老人福祉・介護従事者数は、東北、山陰、九州地方で比較的高いなど、地域差が見られる。
- そのうち、訪問介護従事者数では、青森、東京、神奈川、大阪、兵庫、和歌山の6都府県のみが全国平均を上回るなど、大きな地域差が見られる。



(資料出所) 国土審議会計画推進部会 「国土の長期展望」 (令和3年6月)

介護サービスの種類

都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス

市町村が指定・監督を行うサービス

介護給付を行うサービス

◎居宅介護サービス

【訪問サービス】

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

【通所サービス】

- 通所介護（デイサービス）
- 通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

- 短期入所生活介護（ショートステイ）
- 短期入所療養介護

◎施設サービス

- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護医療院

◎地域密着型介護サービス

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 地域密着型通所介護
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

◎居宅介護支援

予防給付を行うサービス

◎介護予防サービス

【訪問サービス】

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

【通所サービス】

- 介護予防通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

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

◎地域密着型介護予防サービス

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

◎介護予防支援

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

介護保険制度における新たなサービス等の導入の経緯①

第1期
(平成12年度～)

平成12年4月 介護保険法施行

◎居宅介護サービス

【訪問サービス】

- 訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導

- 特定施設入居者生活介護
- 認知症対応型共同生活介護
- 福祉用具貸与
- 特定福祉用具販売

【通所サービス】

- 通所介護（デイサービス）
- 通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

- 短期入所生活介護（ショートステイ）
- 短期入所療養介護

◎施設サービス

- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護療養型医療施設【～R5】

◎居宅介護支援

第2期
(平成15年度～)

導入サービス	導入理由
介護予防給付	制度スタート後、要介護認定を受ける方（特に軽度者（要支援、要介護1の方））が増加した一方、軽度者の方は、適切なサービス利用により「状態の維持・改善」が期待されることから、この軽度者の方の状態を踏まえ、できる限り要支援・要介護状態にならない、又は重度化しないよう、「介護予防」を重視したシステムの確立を目指し創設。
地域支援事業	要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村が実施する事業として創設。
地域密着型サービス	認知症高齢者や一人暮らし高齢者が増加している中で、こうした方々が出来る限り住み慣れた地域での生活が継続できるよう、地域の特性に応じて多様で柔軟なサービス提供が可能となるような新たなサービス体系として創設。
例：小規模多機能型居宅介護	中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービスを提供
例：夜間対応型訪問介護	在宅にいる場合も、夜間を含め24時間安心して生活できる体制を整備するため、定期巡回と通報による随時対応を合わせたサービスを提供
サテライト型施設（特別養護老人ホーム・老人保健施設等）	施設が有している様々な機能を地域に展開していくことを目指すとともに、小規模な施設の効率的運営を可能とする観点から創設。本体施設との密接な連携を前提に、人員基準を一部緩和

第3期
(平成18年度～)

介護保険制度における新たなサービス等の導入の経緯②

第4期
(平成21年度～)

第5期
(平成24年度～)

第6期
(平成27年度～)

第7期
(平成30年度～)

平成23年改正(平成24年4月等施行)

導入サービス	導入理由
定期巡回・随時対応サービス	訪問介護などの在宅サービスが増加している一方で、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足していることや、医療ニーズが高い高齢者に対して医療と介護との連携が不足しているという課題に対応するため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護の両方を提供し、定期巡回と随時の対応を行うサービスとして創設。
複合型サービス	利用者がニーズに応じて柔軟に医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けられ、また、事業者にとっても柔軟な人員配置が可能となるよう、小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数のサービスを組み合わせて提供するサービスとして創設。
サービス付き高齢者向け住宅 ※高齢者住まい法改正	高齢者が、安心して住める住まいとして、①バリアフリー化、②状況把握サービス・生活相談サービスの提供、③契約解除時の前払い金の変換ルール及び保全措置が講じられている貸宅住宅及び有料老人ホームの登録制度を創設。
サテライト型事業所施設（小規模多機能型居宅介護） ※介護報酬改定	認知症高齢者等の在宅生活を支える重要なサービスとして更なる普及を促進する観点から、経営の安定化を図りつつ、利用者にとってより身近な地域でのサービス提供が可能となるようなサービスとして創設。本体施設との密接な連携を前提に、人員基準を一部緩和。

平成26年改正(平成27年4月等施行)

導入サービス	導入理由
地域支援事業の充実	高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように地域包括ケアシステムを構築するため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実させるよう、以下の取組を新たに地域支援事業に位置づけ。 ①在宅医療・介護連携の推進、②認知症施策の推進、③地域包括ケア会議の推進、④生活支援サービスの充実・強化
介護予防・日常生活支援総合事業 (新しい総合事業)	一人暮らし高齢者等の急速な増加や家族の介護力の低下等により、生活支援サービスへのニーズや高齢者の社会参加の必要性が高まっていることを踏まえ、従来の介護予防・日常生活支援総合事業を発展的に見直し、予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業へ移行。
特養の入所者重点化	特養の新規入所者を原則要介護3以上に限定し、在宅生活が継続困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化。 軽度(要介護1・2)の要介護者の入所について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合に、市町村の関与の下、特例的な場合に限定。

平成29年改正(平成30年4月等施行)

導入サービス	導入理由
介護医療院	今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設として創設。

※介護保険と障害福祉制度に新たな共生型サービスを位置付け

※介護老人保健施設について、入所者の在宅復帰、在宅療養支援を目的とした施設であることを明確化

介護保険制度における新たなサービス等の導入の経緯③

第8期
(令和3年度～)

令和2年改正(令和3年4月等施行)

導入サービス	導入理由
重層的支援体制整備事業 ※社会福祉法に基づく事業	市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、Ⅰ相談支援、Ⅱ参加支援、Ⅲ地域づくりに向けた支援を実施する事業を創設する。(地域包括支援センターの運営等)

第9期
(令和6年度～)

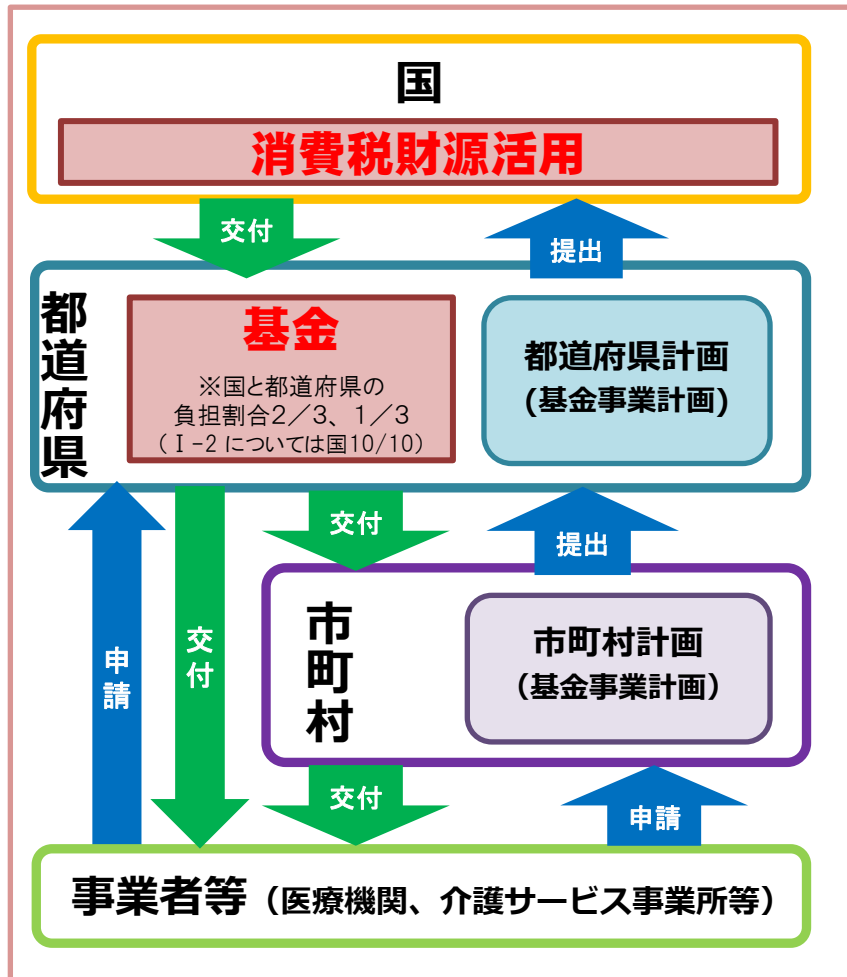
令和5年改正(令和6年4月等施行)

導入サービス	導入理由
看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化	看多機を、複合型サービスの一類型として、法律上に明確に位置付けるとともに、そのサービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス(療養上の世話又は必要な診療の補助)が含まれる旨を明確化。

地域医療介護総合確保基金

令和7年度予算案:公費で1,433億円
(医療分 909億円、介護分 524億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**

医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2

 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用。
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

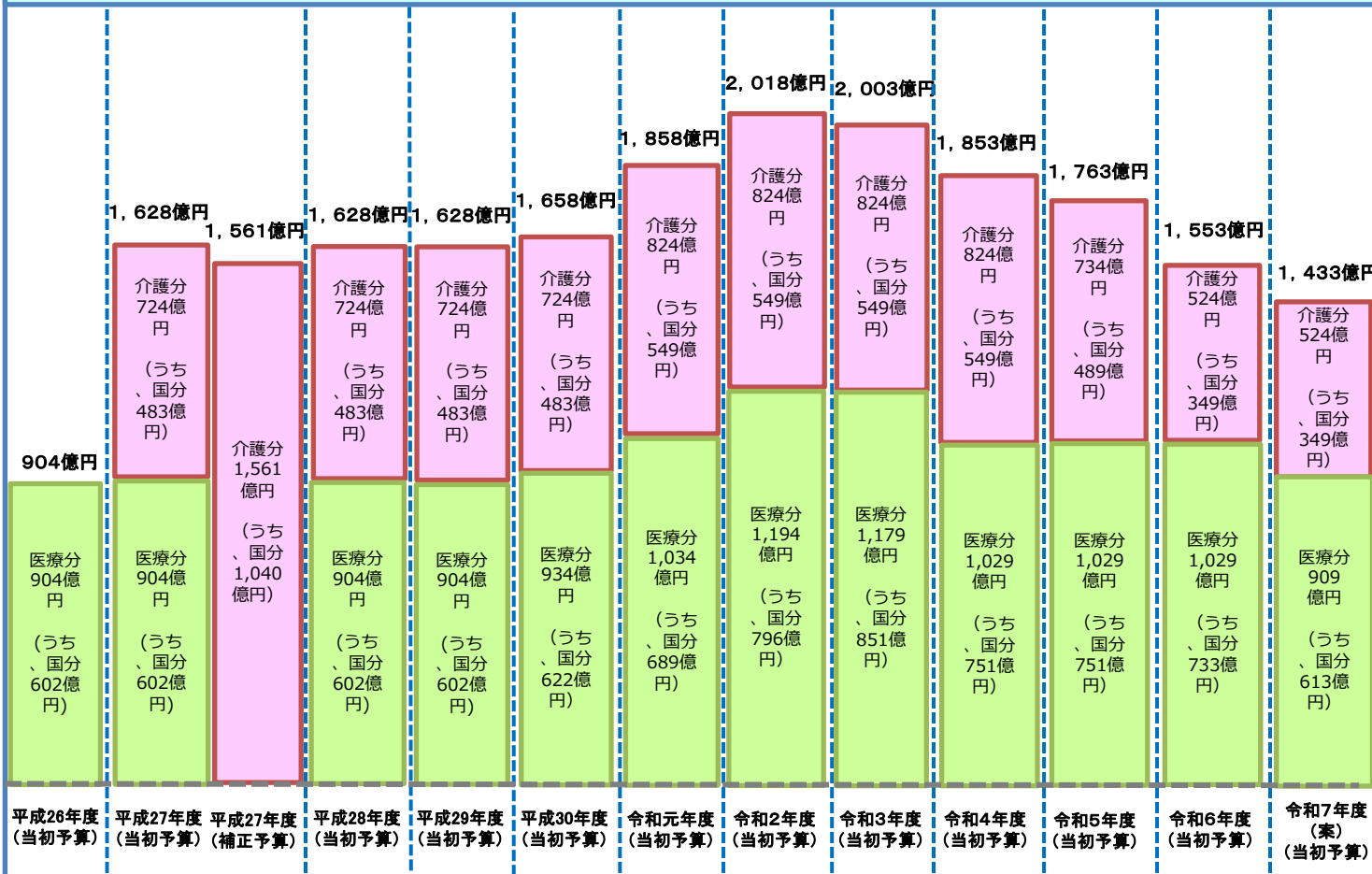
地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

地域医療介護総合確保基金の令和7年度予算案について

- 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。
- 地域医療介護総合確保基金の令和7年度予算案は、公費ベースで1,433億円(医療分909億円(うち、国分613億円)、介護分524億円(うち、国分349億円))を計上。

地域医療介護総合確保基金の予算額



地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

※ 基金の対象事業変遷

- 平成26年度に医療を対象として I-1、II、IV で創設
- 平成27年度より介護を対象として III、V が追加
- 令和2年度より医療を対象として VI が追加
- 令和3年度より医療を対象として I-2 が追加

令和7年度当初予算案 252億円（252億円） ※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後急増する高齢単身世帯、夫婦のみ世帯、認知症高齢者等が可能な限り住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことを可能とするため、都道府県計画に基づき、地域密着型サービス等、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備を促進するための支援を行うとともに、令和7年度においては、地域のニーズ等に即した事業の充実や、令和6年度が終期となっている事業の期限の撤廃を行う。

2 事業の概要・スキーム・実施主体等

- ・ 基金を活用し、以下の事業を、都道府県計画を踏まえて実施。

【対象事業】 ※ 配分基礎単価の上限額の引き上げ

1. 地域密着型サービス施設等の整備への助成

- ① 可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域密着型サービス施設・事業所等の整備に対して支援。
※定員30人以上の広域型施設の整備費は平成18年度に一般財源化され、各都道府県が支援を実施。
- ② 対象施設を合築・併設を行う場合に、それぞれ補助単価の5%加算を実施。
- ③ 空き家を活用した地域密着型サービス施設・事業所等の整備について支援を実施。
- ④ 介護離職受け皿整備と老朽化した広域型施設の大規模修繕を同時に進めるため、介護離職ゼロ対象サービスを整備する際に、あわせて行う広域型特別養護老人ホーム等の大規模修繕・耐震化について支援を実施。【期限の撤廃】
- ⑤ 一定の条件の下で、災害レッドゾーン・災害イエローゾーンに立地する老朽化等した広域型介護施設の移転建替（災害イエローゾーンにおいては現地建替も含む。）にかかる整備費の支援を実施。
- ⑥ 移転用地の確保が困難な大都市において、老朽化した介護施設の改築・大規模修繕等を促進させるため、工事中に介護施設の利用者を受け入れる代替施設の整備を公有地において実施する場合の費用の支援を実施。
- ⑦ 地域の介護ニーズに応じて、地域密着型施設から広域型施設への転換による受け皿の拡大、2施設以上の施設の集約化・ダウンサイジング等（サービス転換含む）に取り組む施設整備費（大規模修繕含む）の支援を実施。※ 都市部においては、5%の加算を設定。
- ⑧ 2040年までに全国平均以上に高齢者が増加と予測される地域について、小規模な介護付きホームの対象地域を拡大（11箇所）する。

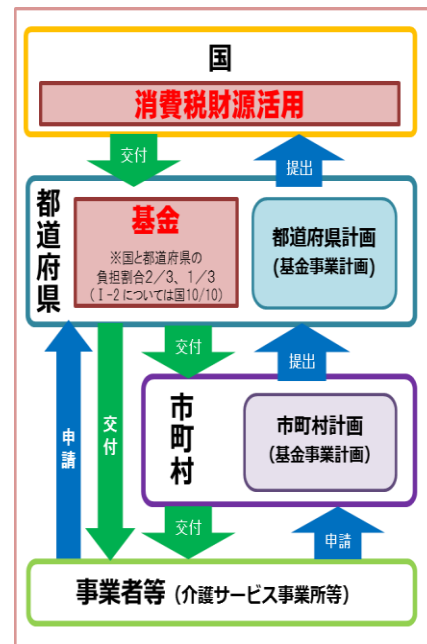
2. 介護施設の開設準備経費等への支援

- ① 特別養護老人ホーム等の円滑な開設のため、施設の開設準備に要する経費の支援を実施。
※定員30人以上の広域型施設を含む。
- ② 在宅での療養生活に伴う医療ニーズの増大に対応するため、訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型事業所の設置に必要な設備費用等について支援を行う。
- ③ 土地取得が困難な地域での施設整備を支援するため、定期借地権（一定の条件の下、普通借地権）の設定のための一時金の支援を実施。
- ④ 介護施設で働く職員等を確保するため、施設内の保育施設の整備、介護職員用の宿舍の整備に対して支援を実施。

3. 特養多床室のプライバシー保護のための改修等による介護サービスの改善等

- ① 特別養護老人ホーム及び併設されるショートステイ用居室における多床室のプライバシー保護のための改修費用について支援を実施。
- ② 特別養護老人ホーム等のユニット化改修費用について支援を実施。
- ③ 施設の看取りに対応できる環境を整備するため、看取り・家族等の宿泊のための個室の確保を目的として行う施設の改修費用について支援を実施。
- ④ 共生型サービス事業所の整備を推進するため、介護保険事業所において、障害児・者を受け入れるために必要な改修・設備について支援を実施。
- ⑤ 新型コロナウイルス感染症が5類感染症へ移行したことを踏まえ、新型コロナウイルス感染拡大防止対策支援事業の補助率を縮小（2/3から1/3）する。

<実施主体等>



<令和5年度交付実績> 38都道府県

介護保険給付・地域支援事業の全体像

<p>【財源構成】</p> <p>国:25%</p> <p>都道府県:12.5%</p> <p>市町村:12.5%</p> <p>1号保険料:23%</p> <p>2号保険料:27%</p>	<p>介護給付（要介護1～5）</p>
<p>【財源構成】</p> <p>国:38.5%</p> <p>都道府県:19.25%</p> <p>市町村:19.25%</p> <p>1号保険料:23%</p>	<p>予防給付（要支援1～2）</p> <p>介護予防・日常生活支援総合事業（要支援1～2、それ以外の者）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス・活動事業（第一号事業） <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問型サービス ・ 通所型サービス ・ 生活支援サービス（配食等） ・ 介護予防支援事業（ケアマネジメント） ○ 一般介護予防事業 <p>地域支援事業</p> <p>包括的支援事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括支援センターの運営 (介護予防ケアマネジメント、総合相談支援事業、権利擁護事業、ケアマネジメント支援、地域ケア会議の充実) ○ 在宅医療・介護連携推進事業 ○ 認知症総合支援事業 (認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等) ○ 生活支援体制整備事業 (コーディネーターの配置、協議体の設置 等) <p>任意事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護給付費適正化事業 ○ 家族介護支援事業 ○ その他の事業

施策名：介護予防・地域ささえあいサポート拠点整備モデル事業

○ 施策の目的

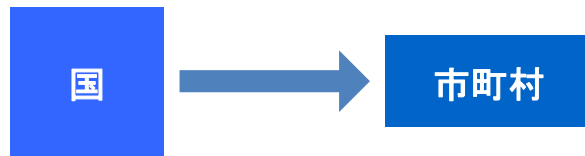
人口減少・中山間地域等において、身近な場所での介護予防の取組を支援するとともに、地域のささえあいを効果的に下支えする機能を整備する。

○ 施策の概要

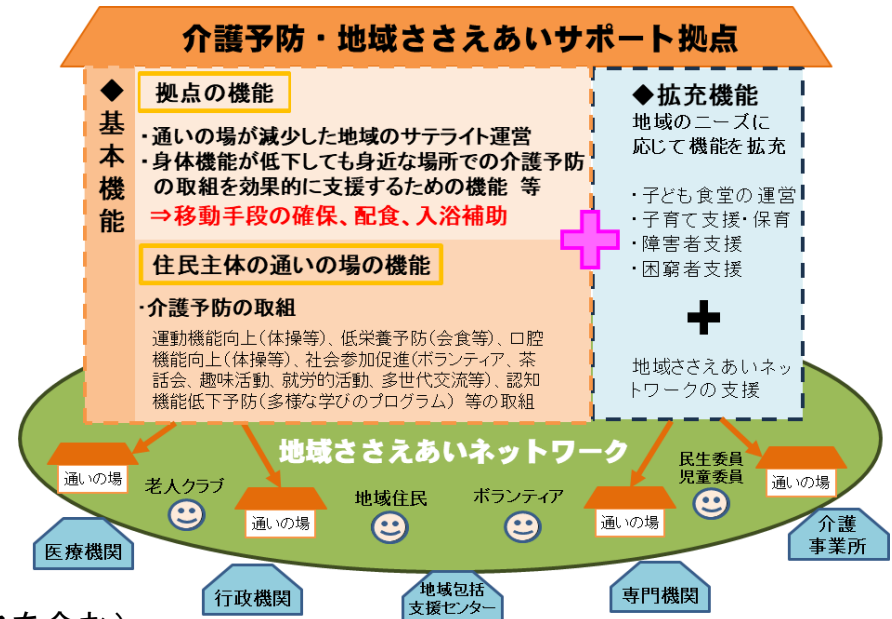
高齢者支援の担い手が不足することを見据え、高齢者の健康寿命延伸に資する介護予防の取組を中心に、地域でささえあい、多様な機関や関係者が連携して取組を効果的に支援する拠点を、人口減少・中山間地域等に整備するモデル事業を行う。

○ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

- 実施主体：市町村
- スキーム図：



○ 介護予防・地域ささえあいサポート拠点のイメージ図



○ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

介護予防・地域ささえあいサポート拠点を整備することにより、人口減少・中山間地域等における介護予防の取組の更なる推進が図られ、高齢者の健康寿命延伸に寄与する。

あったかふれあいセンター事業概要

第2回「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会（令和7年2月3日）
高知県資料より

○ あったかふれあいセンターの活動は、センターだけで完結するものではなく、地域住民や関係機関と共に取り組んだり、より専門的な支援へつなぐ等、地域住民（利用者）を取り巻くさまざまな人や資源と連携して取り組んでいます。

あったかふれあいセンター

◆基本機能

①集い+α（預かる・働く・送る・交わる・学ぶ等）

②相談・訪問・つなぎ



③生活支援

◆拡充機能 地域のニーズに応じて機能を拡充

①移動手段の確保 ④介護予防

②配食

⑤認知症カフェ

③泊まり

⑥子ども食堂 等

地域で展開 サテライト

介護予防体操、
集い、交流など

より専門的
な支援への
つなぎ

協働した取組
の実施

地域包括
支援センター等

社協

保健機関

医療機関

民生委員
・児童委員

住民やNPO主体の取組
(子育てサークルなど)

地域住民

集落支援員

行政機関

専門機関

介護
事業所

「つながり」を実感できる地域福祉づくり

あったかふれあいセンターの機能

第2回「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会（令和7年2月3日）
高知県資料より

主となる
取組

すべての拠点で実施



集い

誰もが日中自由に過ごすことのできる場所を提供しています。



相談

福祉サービスに関することから、生活上でのささいな困りごとまでさまざまな相談に応じます。



訪問

独居高齢者や障害のある方などの見守り訪問を実施しています。また訪問時、必要に応じて困りごとなどの相談にも応じます。



生活支援

買い物や行政手続きのサポートなど、生活上でのちょっとした困りごとに対し、さまざまな生活支援サービスを提供します。



つながり

相談や訪問活動により把握されたニーズや課題を、関係機関と連携し必要な支援に結び付けます。

付加的な
取組

拠点ごとに選択して実施



送る

あったかふれあいセンター利用者の送迎を行います。



交わる

あったかふれあいセンター利用者以外の地域の方や団体と交流活動を行います。



学ぶ

地域福祉に関することを中心に、日常生活で役立つさまざまな講座や研修会を行います。



預かる

見守りが必要な方の一時預かりを行います。



働く

障害のある方への就労支援や、高齢者の生きがいづくりのための収益活動などを行います。



移動手段の確保

交通手段を持たない方の買い物や通院などの移動をサポートします。



配食

高齢者や障害のある方などへ食の確保や栄養改善を目的に配食サービスを行います。



泊まり

緊急時には、支援が必要な方を一時的に宿泊させ、見守りなどを行います。



介護予防

介護予防に関する講座や体操などを行います。



認知症カフェ

認知症の方やその家族、地域の方など誰もが参加できる集いの場を開催します。



子ども食堂

地域の方、子ども、保護者の方などが一緒に食事し、交流できる場を提供します。

- I 地域包括ケアシステムの構築について
- II 今後の人口減少・高齢化の進展について
- III 多様なニーズに対応した介護の提供・整備について
- IV 地域包括ケアシステムにおける相談支援等の在り方について**
- V 認知症施策の推進について
- VI 課題と論点について
- VII 参考資料

2040年に向けて地域で求められることが想定される相談支援のあり方

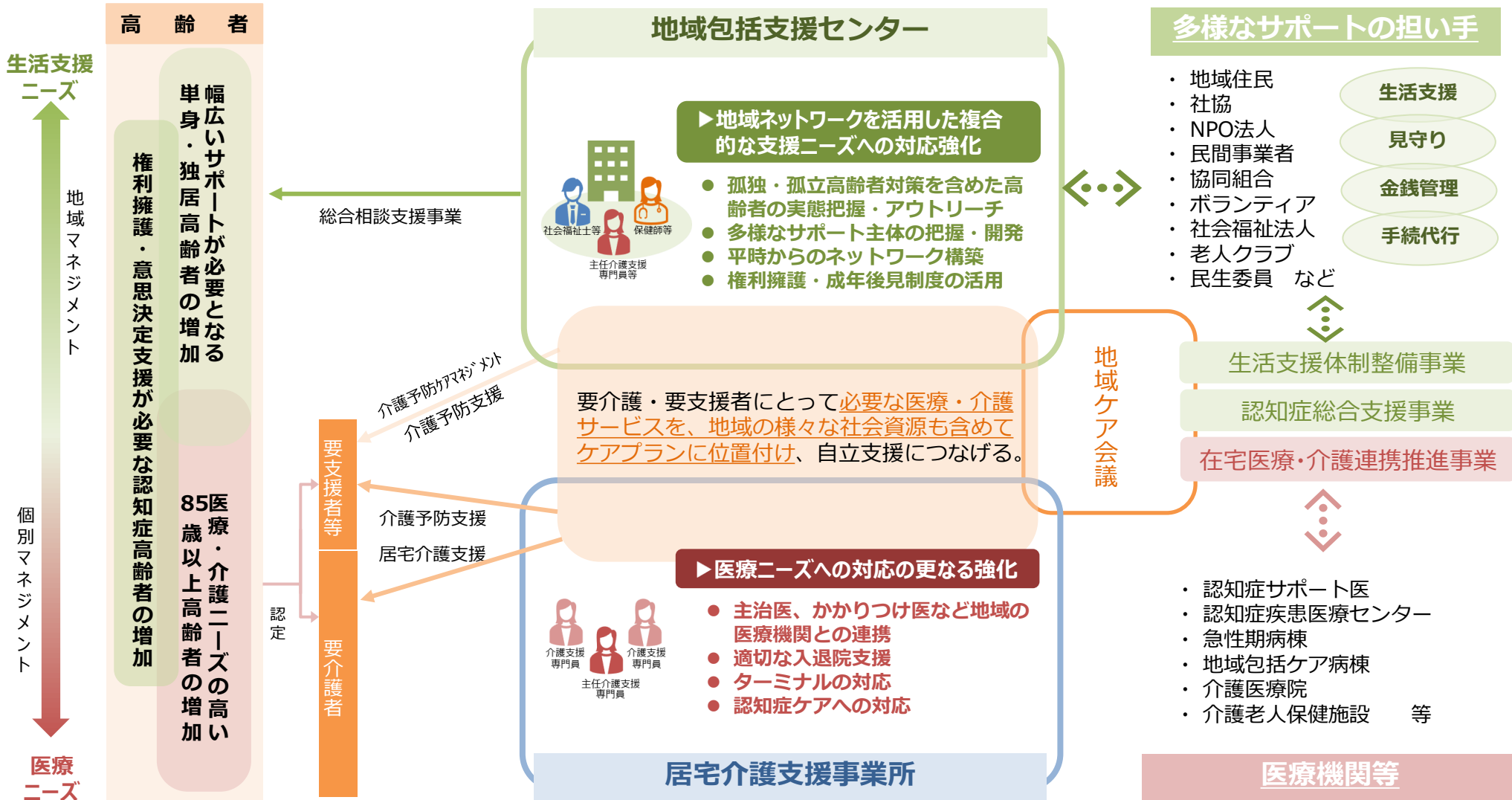
- 75歳以上高齢者数の伸びは緩やかになる一方で、85歳以上高齢者数は急増する。併せて、認知症高齢者や単身・夫婦のみ世帯の高齢者が増加する。
- 医療・介護ニーズのみならず、生活や住まい等に関する複雑化・複合化したニーズに対応するための相談支援のあり方を検討していく必要がある。

	2025年		2040年
75歳以上高齢者	2,155万人	(+3.4%) →	2,227万人
85歳以上高齢者	707万人	(+42.2%) →	1,006万人
要介護・要支援認定者	717万人	(+17.6%) →	843万人
認知症高齢者	471万人	(+24.0%) →	584万人
世帯主65歳以上の 単独・夫婦のみ世帯の 世帯数全体に占める割合	26.0%	→	30.3%

(資料出所)

- 75歳以上高齢者、85歳以上高齢者・・・国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
- 要介護・要支援認定者数・・・第9期介護保険事業計画について集計
- 認知症高齢者・・・「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」（令和5年度老人保健事業推進費等補助金 九州大学 二宮利治教授）より
- 世帯主65歳以上の単独・夫婦のみ世帯の世帯数全体に占める割合・・・国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）より

複合的な課題を抱える高齢者の増加に対応するための 相談体制・ケアマネジメント体制の整備



複合的な課題を抱える高齢者の増加に対応するための 相談体制・ケアマネジメント体制の整備

2040年に向けて、地域で求められることが想定される相談機能

- **医療・介護ニーズの高い85歳以上高齢者に対する専門的な支援**：退院支援や認知症ケアパスにおける医療・介護の連携のハブとして
- **認知症になっても希望をもって暮らすことができる社会の実現**：権利擁護や成年後見制度などの利活用促進による尊厳の保持
- **家族構成・生活スタイル・住まい方の変化や価値観の多様化への対応**：地域住民や多様な主体との連携による地域づくりの促進

地域包括支援センター

【地域マネジメント：ネットワーク、社会資源の創出】

- 地域における医療・介護の連携強化や、複雑化・複合化した課題を抱える高齢者やその家族等への切れ目のない支援が必要。

このため、地域で暮らす高齢者の関心事や多様な主体による活動状況の把握、地域のネットワーク構築など、地域づくりの推進が必要。

- 在宅医療・介護連携推進事業や生活支援体制整備事業などの事業間連動を深めるとともに、市町村が設置する「地域ケア会議」に主体的に関与していくことが必要。

⇒ 地域づくりの具体的な方策をどのように考えるか。
市町村が設置する「地域ケア会議」が果たすべき役割についてどのように考えるか。

居宅介護支援事業所

【個別的支援：個々の利用者へのケアマネジメント】

- ケアマネジャーは、かかりつけ医等、医療を含む地域の関係者との関係構築、尊厳の保持と自立支援を図る一連のプロセスを担うことが重要であり、専門性が発揮できるような環境整備が必要。

⇒ 居宅介護支援事業所のケアマネジャーや主任ケアマネジャーに求められる専門性についてどのように考えるか。

また、人材の確保、職責に見合う処遇の確保、業務範囲の整理、ICTの活用、研修の在り方の見直し等の取組を進める方策についてどのように考えるか。

- 複合的な課題を抱える高齢者の増加等により、ケアマネジャーの役割の重要性は増大する一方で、ケアマネジャーの従事者数は横ばい・減少傾向。
- 利用者のために質の高いケアマネジメントを実現する観点から、ケアマネジャーがケアマネジメント業務に注力することができるよう、業務の整理やICT等の活用により負担を軽減しつつ、なり手を確保していくことが喫緊の課題。以下に沿って制度改正や報酬改定等に向けて引き続き検討。

1. ケアマネジャーの業務の在り方

～ケアマネジャーが専門性を生かし、個々の利用者に対するケアマネジメント業務に注力するための負担軽減等の環境整備～

- ケアマネジャーは、在宅の介護サービスの要。利用者に寄り添い、尊厳の保持と自立支援を図る一連のプロセスを担う。かかりつけ医等医療を含む地域の関係者と顔の見える関係を構築し、利用者に必要な支援を行うことが重要。いわゆるシャドウワークも含めケアマネジャーの業務が増加する中、ケアマネジャーが専門性を生かして利用者へのケアマネジメント業務に注力できる環境整備が必要。
- 利用者にとってより質の高いケアマネジメントを実現しつつ、ケアマネジャーの業務負担を軽減する観点から、居宅介護支援事業所は個々の利用者に対するケアマネジメントに重点、地域包括支援センターは社会資源への働きかけを含めた地域全体の支援に重点を置くことが適当。この役割を中心に据えつつ、業務の在り方を考えていくことが重要。
- ➔ 居宅介護支援事業所におけるケアマネジャーが実施する業務については、以下の考え方に沿って、負担の軽減を図る。
 - ・ 法定業務は、ケアマネジャーに求められる役割との関係から、事業所内での業務分担を検討することが必要。特に、利用者と直接関わる業務は、更なる質の向上を図るとともに、その位置づけを整理。
 - ・ 法定業務以外の業務については、ケアマネジャーの業務上の課題というだけではなく地域課題として地域全体で対応を協議すべきものであり、基本的には市町村が主体となって関係者を含めて協議し、利用者への切れ目ない支援ができる地域づくりを推進。
- ➔ 業務効率化の観点から、ケアプランデータ連携システムの更なる普及促進やAIによるケアプラン作成支援の推進。

業務の種類	主な事例
①法定業務	・利用者からの相談対応、関係機関との連絡調整、ケアプラン作成
②保険外サービスとして対応しうる業務	・郵便・宅配便等の発送・受取、書類作成・発送、代筆・代読、救急搬送時の同乗
③他機関につなぐべき業務	<ul style="list-style-type: none"> ・部屋の片付け・ゴミ出し、買い物などの家事支援 ・福祉サービスの利用や利用料支払いの手続き ・入院中・入所中の着替えや必需品の調達 <ul style="list-style-type: none"> ・預貯金の引出・振込、財産管理 ・徘徊時の捜索 ・死後事務
④対応困難な業務	・医療同意

基本的には市町村が主体となり関係者を含めて地域課題として協議

相談体制の整備や地域の関係者からなる協議の場での検討、生活支援コーディネーターなど既存の仕組み、職能団体による事業化やインフォーマルな資源の活用等

～主任ケアマネジャーの役割の明確化や位置付けの検討～

- 主任ケアマネジャーは居宅介護支援事業所・地域包括支援センターいずれでも他のケアマネジャーへの指導・育成の役割を有する。
- ➔ 役割に応じた専門性を発揮するため、制度的位置付けの明確化、研修の在り方、役割に応じた評価の在り方、柔軟な配置等を検討。

ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会 中間整理概要②

2.人材確保・定着に向けた方策

～質の確保を前提とし、幅広い世代に対する人材確保・定着支援の取組の総合的な実施～

- 現在のケアマネジャーの年齢構成等を踏まえると、10年以内には、ケアマネジャーの担い手は急激に減少していくことが見込まれ、幅広い世代に対する人材確保・定着支援に向けて、様々な取組を総合的に実施することが必要。

→現在働いている方々の就労継続支援

・他産業・同業他職種に見劣りしない処遇の確保や様式の見直しによる書類作成の負担軽減、カスタマーハラスメント対策等の働く環境の改善。

・シニア層が働き続けることができる環境の整備。

→新規入職の促進

・ケアマネジャーの受験要件（※）について、新たな資格の追加・実務経験年数の見直しを検討。

・若年層に重点を置きながら、魅力発信等の取組を促進。

（※）現在は、保健・医療・福祉の法定資格に基づく業務や一定の相談援助業務に従事した期間が、通算5年以上である者となっている。

→潜在ケアマネジャーの復職支援

・再研修を受けやすい環境や、柔軟な勤務体制の設定など、復帰しやすい環境の整備

3.法定研修の在り方

～ケアマネジャーの資質の確保・向上を図りつつ、受講者の負担軽減を図るための法定研修の見直し～

- 利用者にとって適切な介護サービスを提供するためには、ケアマネジャーの資質の確保・向上が重要。一方で、受講者の経済的・時間的負担が大きいということが課題。このため、ケアマネジャーの資質の確保・向上を前提としつつ、可能な限り経済的・時間的負担の軽減を図ることが適当。その際、更新研修については、利用者への支援に充当する時間の増加につなげる観点から大幅な負担軽減を図るとともに、あわせてその在り方を検討。

→ 研修の質の確保・費用負担の軽減の観点から、全国統一的な実施が望ましい科目について、国レベルで一元的に作成する方策の検討。

→ 都道府県は、研修の実施状況や受講者の満足度等の丁寧な把握に努めながら、地域の実情も踏まえつつ、真にケアマネジャーの資質の確保・向上につながる研修を実施。また、都道府県の研修向上委員会等について、在り方を検討。

→ 研修受講に当たっての負担を軽減するため、オンライン受講の推進や分割受講の仕組みなど、柔軟な受講が行えるようにする方策を検討するとともに、地域医療介護総合確保基金の活用や教育訓練給付制度等の制度について、引き続き周知。

4.ケアマネジメントの質の向上に向けた取組の促進

～ケアマネジメントの質の向上に向けた取組の総合的な実施～

- ケアマネジメントの質の向上を図る観点からは、様々な取組を総合的に実施していくことが重要。

→ 適切なケアマネジメント手法の更なる普及、ケアマネジャーの自主的な気づきを促すためのケアプラン点検の適切な実施の促進。

→ 業務の在り方の整理を進めた上で、ケアマネジメントの質を評価するための手法等について、引き続き検討することが適当。

地域共生社会の在り方検討会議 概要

①設置の趣旨

- 地域共生社会の実現に向けた取組については、平成29年の社会福祉法改正により、市町村による包括的な支援体制の整備について努力義務規定が盛り込まれるとともに、令和2年の同法改正により、重層的支援体制整備事業が新設されたところ。
- 令和2年の改正法附則第2条において、施行後5年を目途として施行状況について検討を加えることとされており、地域共生社会の実現に資する施策の深化・展開について、また、身寄りのない高齢者等が抱える課題等への対応や、総合的な権利擁護支援策の充実等について、検討することを目的として開催する。

②主な検討事項

1. 「地域共生社会」の実現に向けた方策（地域共生社会の実現に資する施策の深化・展開、重層的支援体制整備事業等に関する今後の方向性）
2. 地域共生社会における、身寄りのない高齢者等が抱える課題等への対応及び多分野の連携・協働の在り方
3. 成年後見制度の見直しに向けた司法と福祉との連携強化等の総合的な権利擁護支援策の充実

③構成員

朝比奈 ミカ	市川市よりそい支援事業がじゅまる+（多機関協働等） 市川市生活サポートセンターそら 総合センター長	上山 泰	新潟大学法学部法学科教授
尼野 千絵	特定非営利活動法人暮らしづくりネットワーク北芝 地域ささえあい推進室コーディネーター	菊池 馨実	早稲田大学理事・法学学術院教授
石田 路子	特定非営利活動法人高齢社会をよくする女性の会 副理事長	栗田 将行	社会福祉法人福岡市社会福祉協議会 地域福祉部事業開発課長
伊藤 徳馬	茅ヶ崎市こども育成部こども育成相談課こどもセンター 課長補佐	田中 明美	生駒市特命監
奥田 知志	特定非営利活動法人抱樸 理事長	中野 篤子	公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート 常任理事
勝部 麗子	社会福祉法人豊中市社会福祉協議会 事務局長	永田 祐	同志社大学社会学部社会福祉学科教授
加藤 恵	社会福祉法人半田市社会福祉協議会 半田市障がい者相談支援センター センター長	原田 正樹	日本福祉大学学長
鍋木 奈津子	上智大学総合人間科学部社会福祉学科准教授	松田 妙子	NPO法人子育てひろば全国連絡協議会 理事 特定非営利活動法人せたがや子育てネット代表
		(座長) 宮本 太郎	中央大学法学部教授

④今後のスケジュール（予定）

令和6年6月～令和7年1月：自治体・有識者等へのヒアリング（計8回）、令和7年3月：これまでの議論を踏まえた論点の整理
令和7年夏目途：とりまとめ（令和7年度以降：関係審議会で議論）

ケアマネジメントの実施体制

		実施の種類	実施主体
要介護者 (注2)		居宅介護支援 (保険給付)	居宅介護支援事業所
要支援者 (注2)	予防給付を利用 ※総合事業を併用する 場合を含む	介護予防支援 (保険給付)	地域包括支援センター (注1) 居宅介護支援事業所 (R6.4~)
	総合事業のみを利用	介護予防ケアマネジメント (総合事業)	地域包括支援センター (注1)
事業対象者 (注3)		介護予防ケアマネジメント (総合事業かつ包括的支援事業)	地域包括支援センター (注1)

要支援者が予防給付を受けるかどうかによって居宅介護支援事業所の取り扱いが変わる

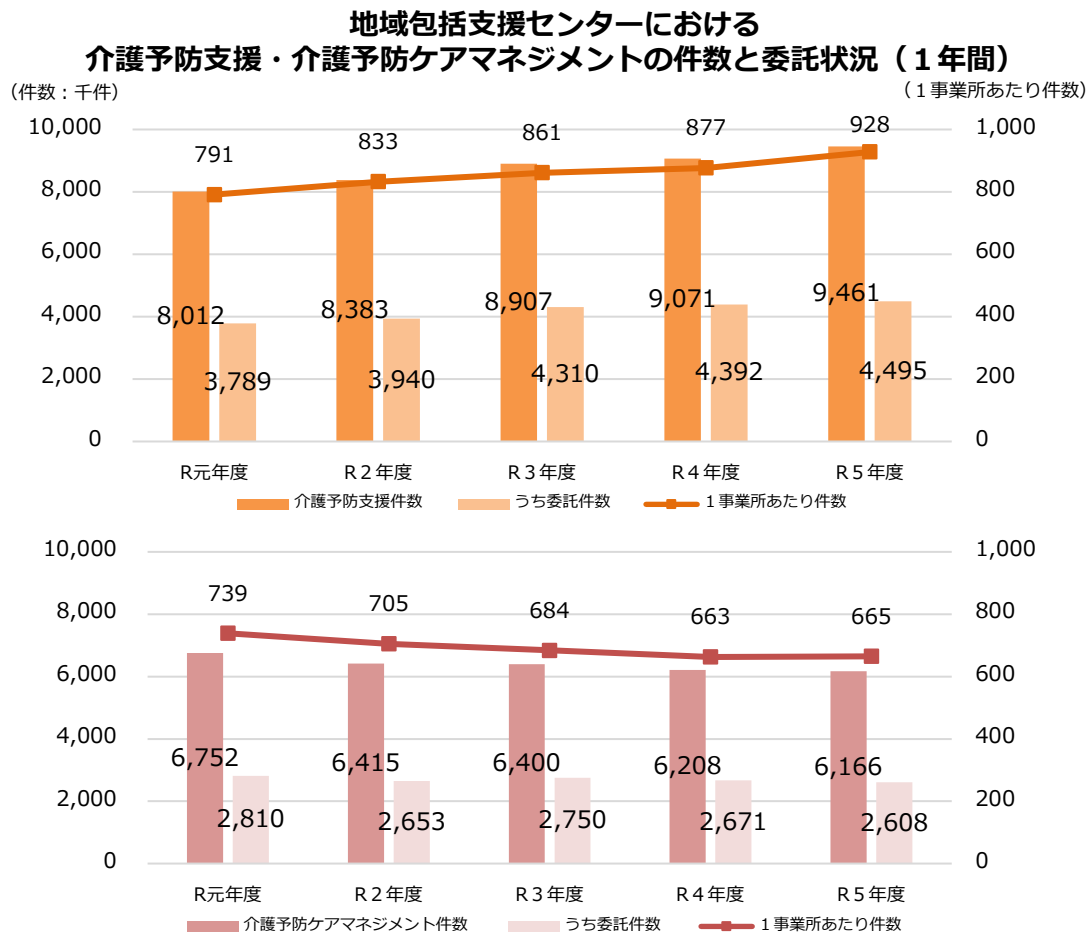
注1 地域包括支援センターは介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの一部を指定居宅介護支援事業所に委託することができる。

注2 要介護者・要支援者のうち、介護保険施設、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、(介護予防・地域密着型)特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(以下「施設等」という。)の利用者等に関しては、当該施設等に従事する介護支援専門員等がケアマネジメントを行う。

注3 いわゆる基本チェックリスト該当者をいい、予防給付を受けることはできない。

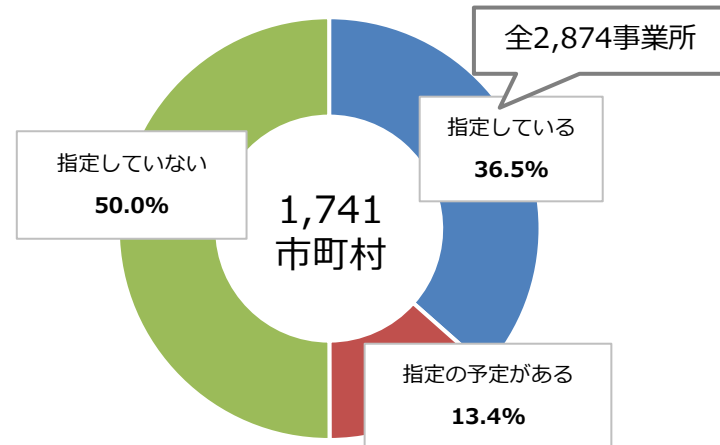
地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所における介護予防支援の状況

- 従来、地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への介護予防支援の委託は半数程度。
- R5改正を受けて、直近では36.5%の市町村で居宅介護支援事業所への介護予防支援の指定を行っており、請求実績もみられる。



介護予防支援と 介護予防ケアマネジメント の合計（千件）	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
		14,763	14,798	15,307	15,279

居宅介護支援事業所への介護予防支援の指定状況 (令和6年12月1日時点)



※広域連合として指定する場合も含む。

【出典】厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べ

介護予防支援の請求状況（1ヶ月）

	(R6年3月)	R6年4月	R6年5月
地域包括支援センター	838.0千回	828.2千回 4,678事業所	838.2千回 4,728事業所
居宅介護支援事業所	—	9.0千回 569事業所	14.4千回 861事業所

【出典】介護給付費等実態統計月報

ケアマネジャーの医療介護連携に関する加算の算定状況

- 入院時情報連携加算は、令和6年度改定において枠組みが見直されており単純比較は難しいが、全体として算定事業所は増加。
- その他の加算も、少しずつ算定事業所数又は算定率が上昇している傾向。

○医療介護連携に関する加算の算定事業所数及び算定率の推移（居宅介護支援事業所）

（単位：事業所）

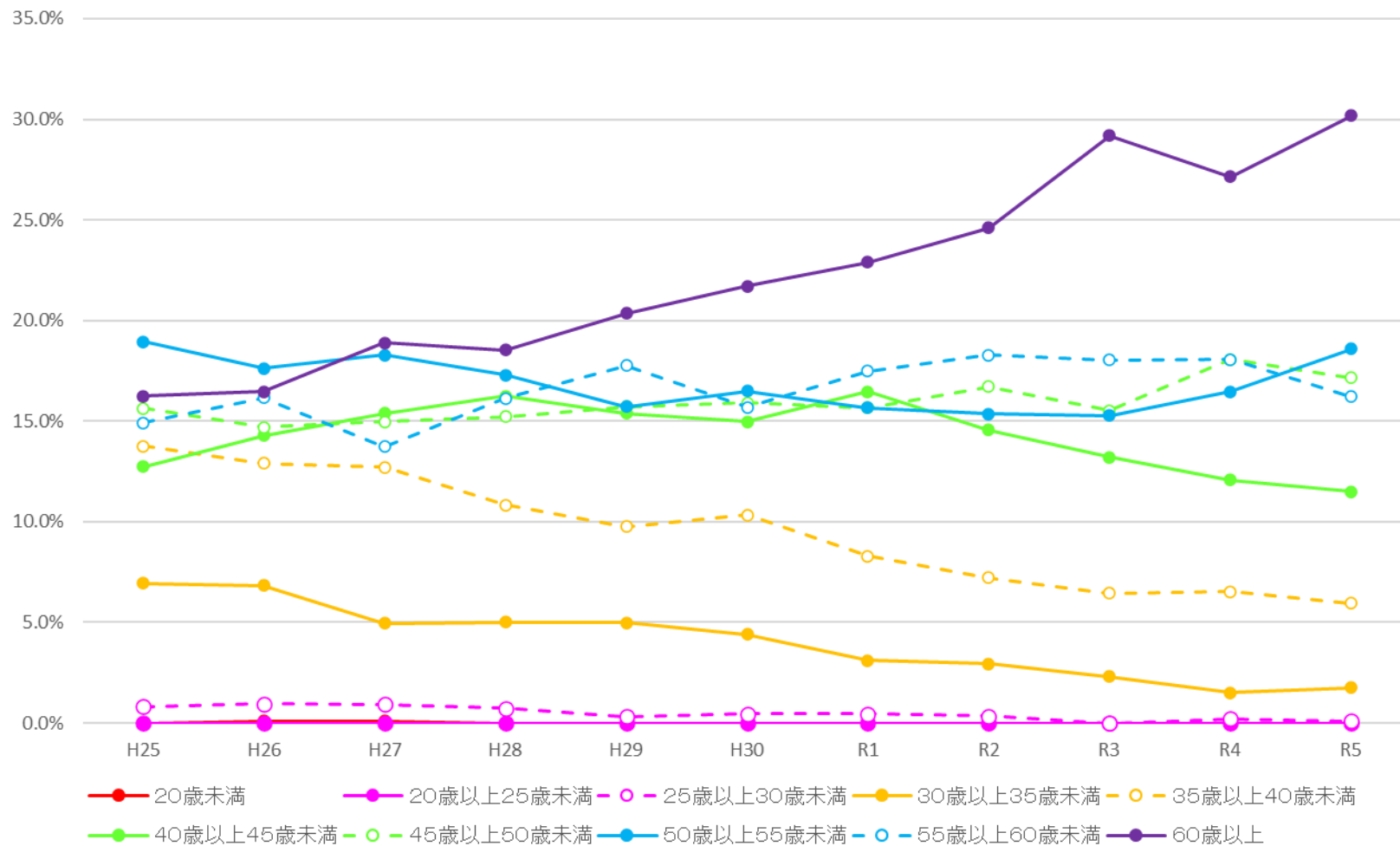
	令和5年4月	令和6年4月	※令和6年度報酬改定内容
特定事業所医療介護連携加算	567 (1.5%)	588 (1.6%)	
入院時情報連携加算（Ⅰ）	16,683 (45.2%)	14,748 (41.0%)	医療機関への情報提供を3日以内から入院当日に見直し
入院時情報連携加算（Ⅱ）	3,740 (10.1%)	9,586 (26.7%)	医療機関への情報提供を4～7日以内から入院翌日又は翌々日に見直し
退院・退所加算いずれか算定	8,576 (23.2%)	8,623 (24.0%)	
・うち退院・退所加算（Ⅰ）イ・ロ	7,558 (20.5%)	7,625 (21.2%)	
・うち退院・退所加算（Ⅱ）イ・ロ	2,215 (6.0%)	2,151 (6.0%)	
・うち退院・退所加算（Ⅲ）	282 (0.8%)	296 (0.8%)	
通院時情報連携加算	5,245 (14.2%)	5,223 (14.5%)	医師だけでなく歯科医師との連携も対象に追加
ターミナルケアマネジメント加算	607 (1.6%)	870 (2.4%)	末期の悪性腫瘍以外にも対象を緩和
緊急時等居宅カンファレンス加算	91 (0.2%)	86 (0.2%)	

令和6年12月2日

介護支援専門員の年齢状況の推移

○ 60歳以上の者の割合が増加傾向にある一方で、45歳未満の者の割合は低下傾向にある。

介護支援専門員の年齢別階級割合の推移



(出典)介護労働実態調査

介護支援専門員 1人あたり 1ヶ月間の労働投入時間（居宅介護支援事業所）

- タイムスタディ調査の結果から、ICTの導入により一定の効率化が図れると考えられる主な業務と、本来業務ではないと考えられる業務に要している時間が把握できる。ただし、本来業務ではないと考えられる業務の発生頻度は事業所により偏りがあるため、全体の平均では本来業務ではないと考えられる業務の時間数が少なく出ている可能性があることに留意。

	個別利用者のケアマネジメントと直接関わる業務																							
	利用者宅への訪問									その他の訪問				来所対応	連絡		会議・照会			ケアプラン作成	事業所内の報告・連絡・ケースカンファレンス	等	介護保険に関する支援	介護保険外のインフォーマルサービス等に関する支援
	初回訪問（契約等）	アセスメント	ケアプランの説明	モニタリング	訪問診療立ち会い	ターミナル・看取り	相談・見守り等	担当以外（代理等）	移動・待機	主治医・医療機関等	通院同行	地域包括支援センター	その他関係機関		地域包括支援センター	利用者・サービス事業所・他機関	（サービ担当会）	（退院・退所カンファレンス）	医療機関・入所施設					
時間（時間）	1.0	1.4	0.9	16.4	0.2	0.9	2.7	0.4	11.2	1.1	0.8	0.6	1.8	0.5	0.7	17.9	4.5	0.7	0.1	36.2	3.0	2.9	0.3	
割合	0.6%	0.9%	0.6%	10.2%	0.1%	0.5%	1.7%	0.2%	7.0%	0.7%	0.5%	0.4%	1.1%	0.3%	0.4%	11.1%	2.8%	0.4%	0.0%	22.5%	1.8%	1.8%	0.2%	

	介護保険以外の手続き・書類の受け取り等	緊急時等のやむを得ない対応	関連業務									研修・講演関係					その他の移動・待機（出張含む）	兼務業務	合計	
			給付管理の対象ではない者への支援	合出席等	地域ケア会議や地域連携に関わる会	事業所内の打ち合わせ・指導	管理者業務	事務作業				その他業務	研修・講演の受講	研修・講演の講師	委員会等への出席	OJT同行				その他
								書類の印刷・複写・整理・ファイリング・発送等	入力作業	利用者情報の転記等の反復	報酬請求に関わる事務作業									
時間（時間）	0.4	0.4	1.0	2.0	5.7	3.0	7.6	3.1	5.9	4.6	5.3	4.9	1.0	0.9	0.2	0.7	0.9	6.8	160.6	
割合	0.3%	0.2%	0.6%	1.2%	3.6%	1.9%	4.8%	1.9%	3.7%	2.9%	3.3%	3.0%	0.6%	0.6%	0.2%	0.4%	0.5%	4.2%	100.0%	

（注）端数処理をしているため合計が合わないことがある。

【出典】令和4年度老人保健健康増進等事業「居宅介護支援及び介護予防支援における令和3年度介護報酬改定の影響に関する業務実態の調査研究事業」（株）三菱総合研究所

職員 1 人あたり 1 ヶ月間の労働投入時間（地域包括支援センター）

- 地域包括支援センターのケアマネジャーは、介護予防支援業務や介護予防ケアマネジメント業務に多くの時間を費やしており、地域の実態把握等の時間が少なくなっている。

（単位：時間）

	介護予防支援業務	地域包括支援センターとしての業務						その他の業務				合計
		総合事業の介護予防ケアマネジメント	ネットワーク構築・実態把握のための活動	総合相談支援	総合相談支援に関する記録・その他業務	権利擁護、虐待の早期発見・防止	包括的・継続的ケアマネジメント	事務作業	関係機関との連携・地域ケア会議等	研修・その他業務	兼務業務	
主任介護支援専門員	45	12	2	17	16	1	4	16	11	41	3	167.7
	26.7%	7.0%	1.1%	10.0%	9.4%	0.8%	2.3%	9.5%	6.7%	24.7%	1.8%	100.0%
介護支援専門員 （包括的支援業務専任）	71	8	3	9	10	2	2	11	5	23	10	154.5
	45.8%	4.9%	1.8%	6.1%	6.6%	1.5%	1.2%	7.2%	3.5%	14.8%	6.6%	100.0%
介護支援専門員 （包括的支援業務専任以外）	74	14	1	9	7	0	1	14	2	26	5	153.5
	48.4%	9.3%	0.7%	5.9%	4.7%	0.1%	0.4%	9.3%	1.2%	16.7%	3.5%	100.0%

（注）端数処理をしているため合計が合わないことがある。

【出典】令和4年度厚生労働省老健事業「居宅介護支援及び介護予防支援における令和3年度介護報酬改定の影響に関する業務実態の調査研究事業」報告書（株式会社三菱総合研究所）

地域ケア会議の推進

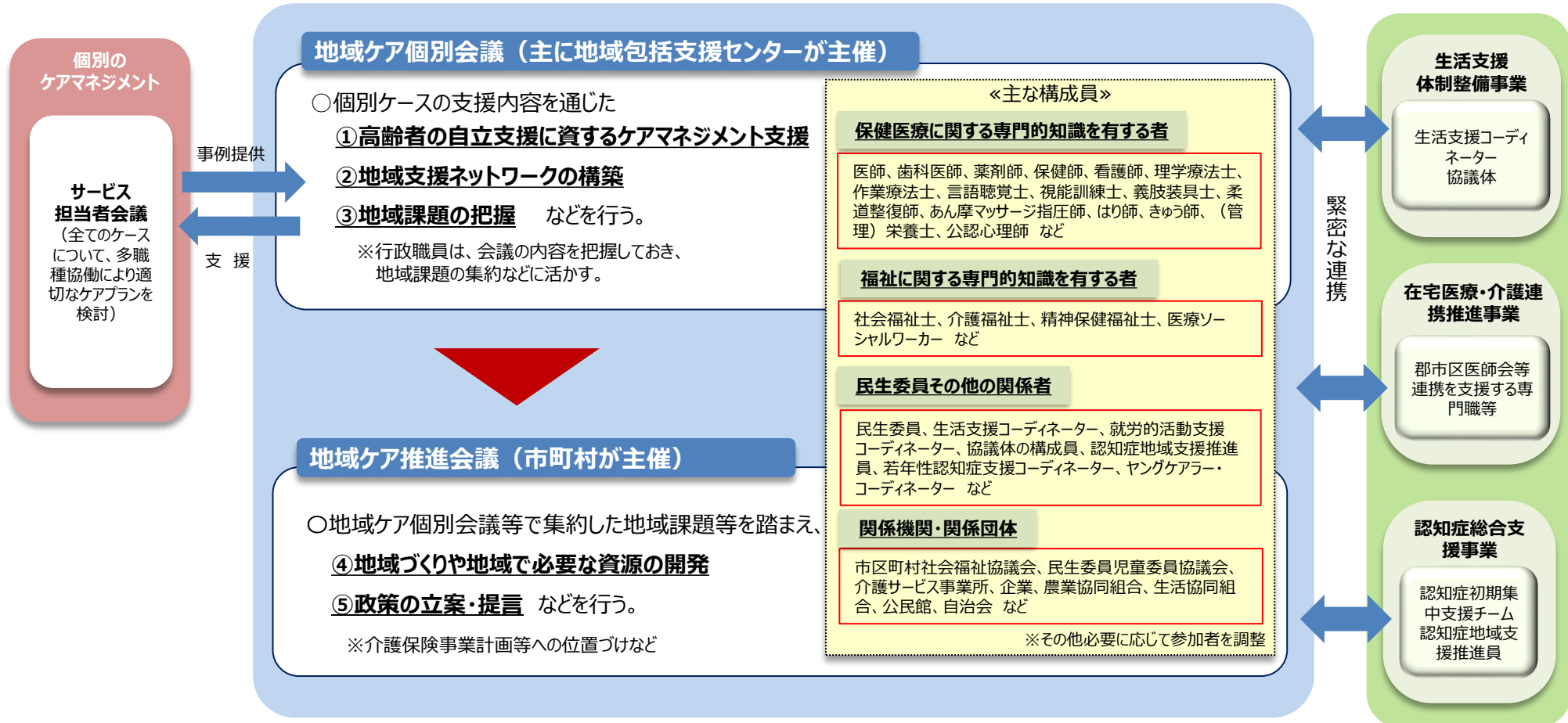
地域ケア会議は、

○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ケースの検討等を行い、ケアマネジメント支援、地域のネットワーク構築、地域課題の把握等を行い、

○市町村は、個別ケースの検討により共有された地域課題を地域づくりや政策形成に結びつけていく。

※地域ケア会議の実施にかかる費用については、包括的支援事業（社会保障充実分）に係る費用として計上

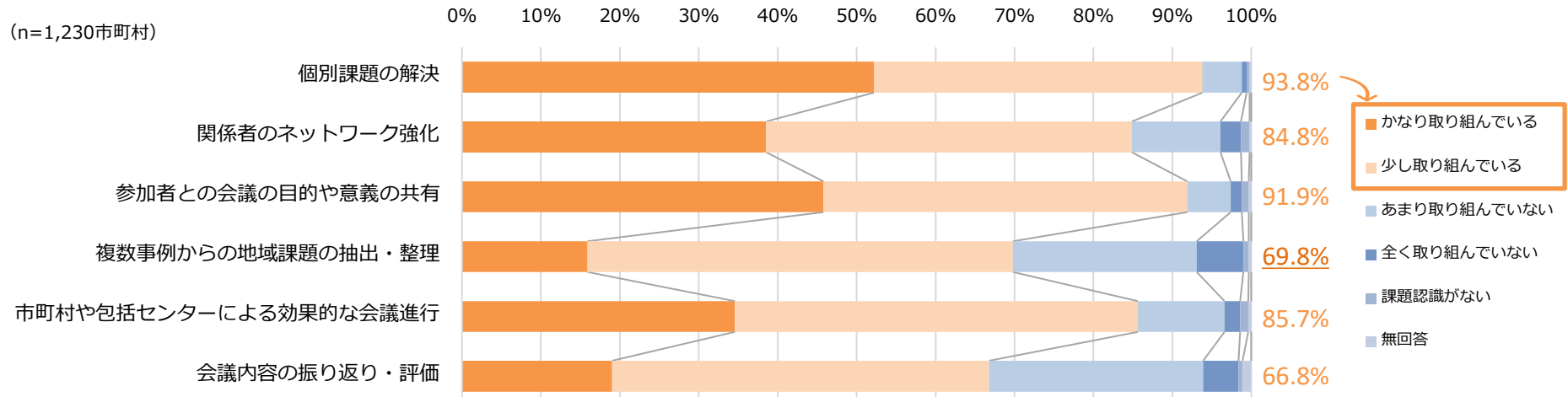
<地域ケア会議の全体像>



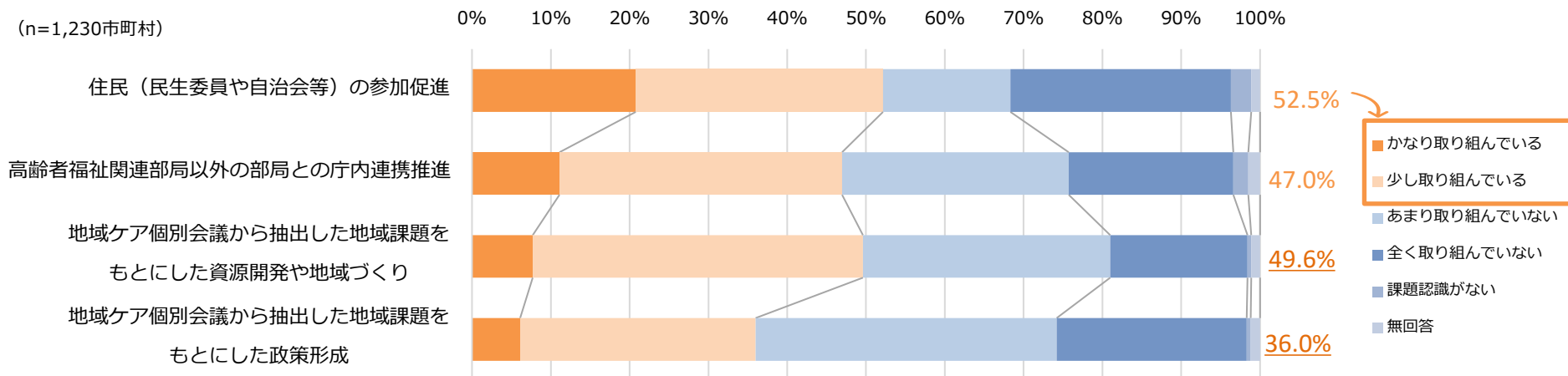
地域ケア会議の取組状況（令和元年度調査）

- 地域ケア個別会議を通して、**関係者のネットワーク強化**に取り組む市町村が多くみられる一方で、**地域課題の抽出・整理**を行っている市町村は**7割程度**となっている。
- 地域ケア推進会議を通して、**資源開発**や**地域づくり**、**政策形成**につなげている市町村は**半数程度**にとどまっている。

地域ケア個別会議



地域ケア推進会議

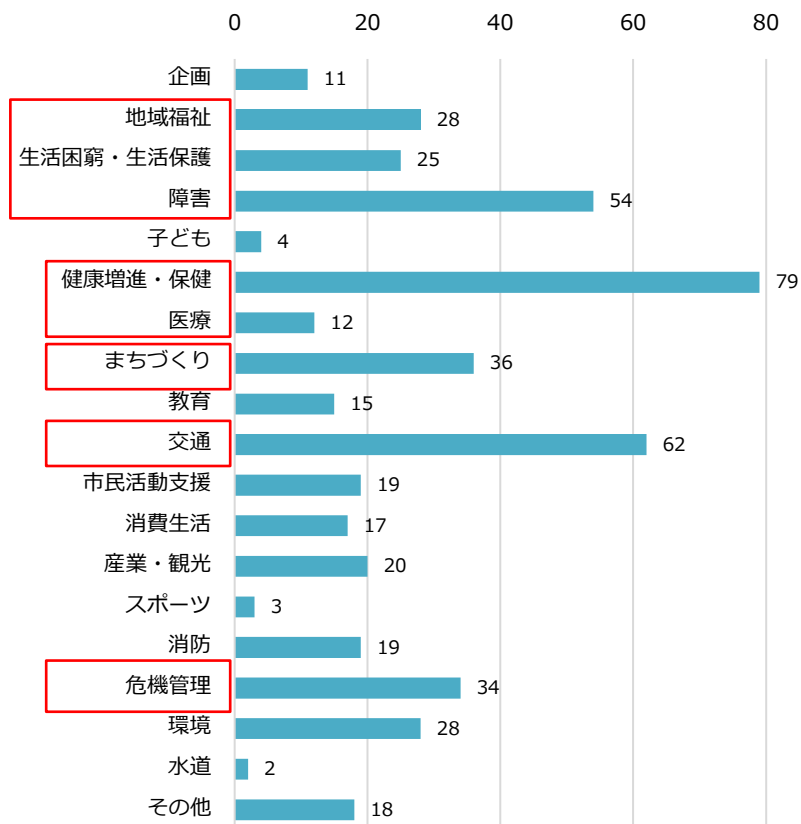


地域ケア推進会議における庁内連携の状況（令和元年度調査）

- 地域ケア推進会議における庁内連携先として、障害や生活困窮などの**福祉分野**、**保健医療分野**、**交通分野**といった、高齢者の健康や生活支援に関係する部署が挙げられていた。**まちづくり**や**危機管理**などの市町村施策全般に係る部署とも連携している。
- 庁内連携のテーマは、移動・買い物などの**生活支援**が多い。また、**ネグレクト・虐待**、**成年後見・身元保証**といった複雑な課題を抱えるケースへの対応、**地域とのつながり・見守り**、**災害時支援**といった様々な関係者の連携を必要とするものもみられる。

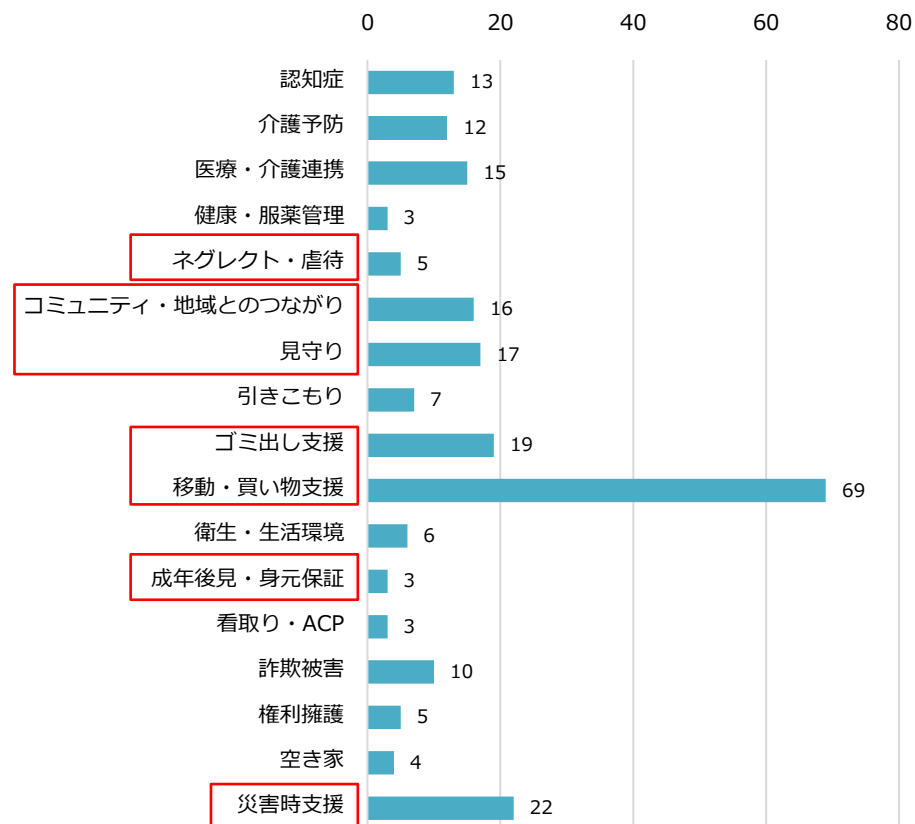
地域ケア推進会議で連携している部局

(n=302市町村)



地域ケア推進会議での庁内連携のテーマ

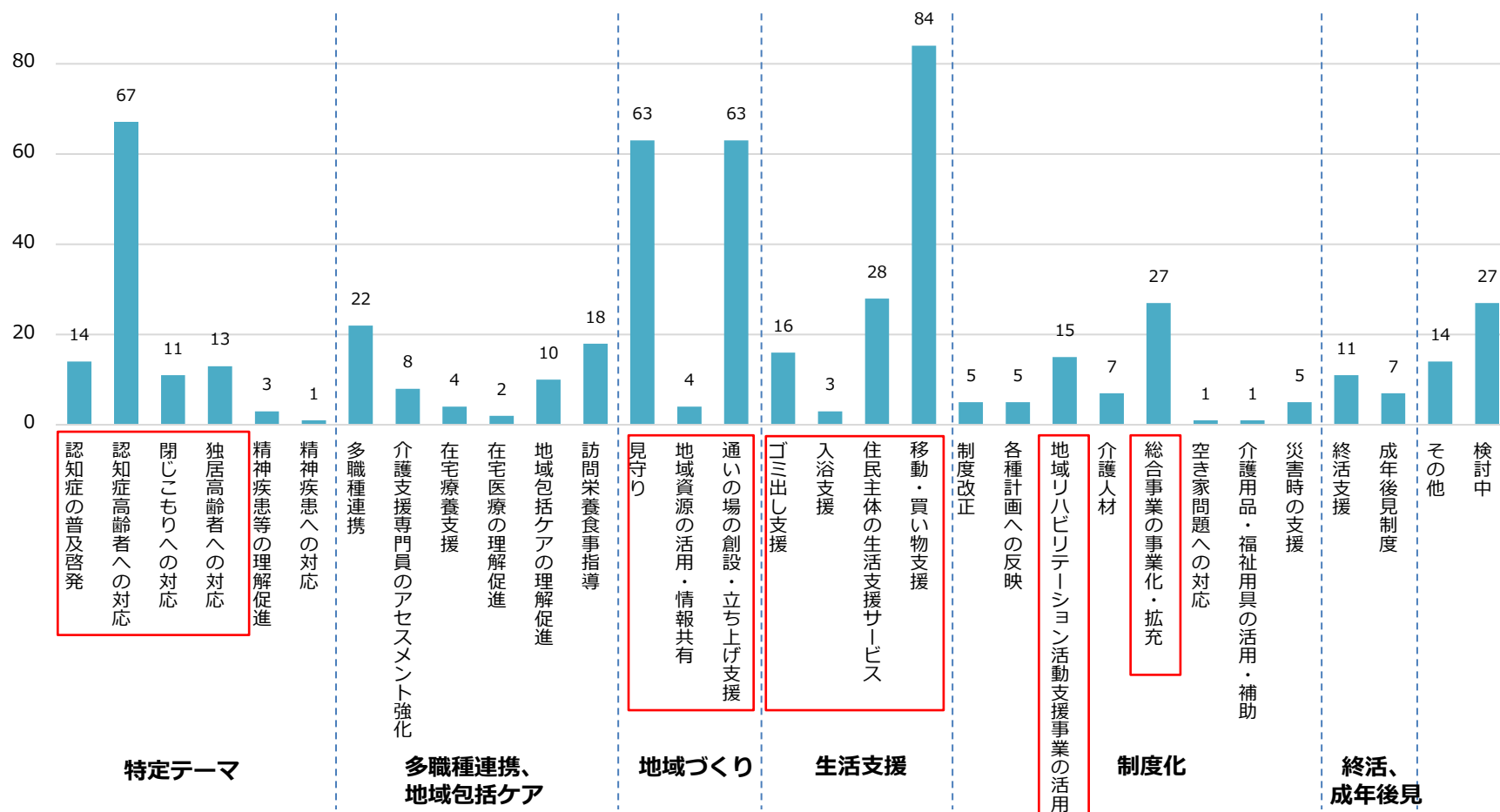
(n=302市町村)



地域ケア推進会議を通じた資源開発・政策形成（令和元年度調査）

- 地域ケア推進会議を通して資源開発・政策形成につながったテーマとして、**認知症、閉じこもり、独居高齢者**などの課題への対応、**見守りや通いの場**といった地域資源への働きかけ、**移動・買い物支援**などの生活支援が挙げられていた。
- 総合事業の事業化・拡充や地域リハビリテーション活動支援事業の活用など事業間連携にも寄与している。

資源開発・政策形成につながった事例やテーマ（n=342市町村）



地域共生社会を実現するための地域ケア会議や地域包括支援センターの取組例

- 松戸市では、地域包括支援センターにおける対応事例の分析や、地域ケア会議での議論を通じて、多世代地域包括ケアシステムの必要性を共有。地域ケア会議の深化や窓口機能の充実を図り、重層的支援体制整備事業を用いた体制構築へとつなげた。
- 朝来市では、地域ケア会議体制の見直しを通じて、居宅介護支援事業所のケアマネジャー・主任ケアマネジャーの資質向上、医療・介護連携をはじめとした地域課題の検討・解決のための体制構築を実現。

千葉県松戸市の事例（重層的支援体制整備事業創設前）

<背景>

- ダブルケア、8050問題など、多分野にまたがる複合的な課題が増加。
- 地域包括支援センターでの相談事例の分析、地域ケア会議での問題提起・議論を通じて、多世代・多分野にわたる支援の必要性を共有。**

H29.4「**基幹型地域包括支援センター**」を設置し、**支援体制を強化**

H29.8「**福祉相談機関連絡会**」を設置し、**多分野**（高齢、子ども、障害、生活困窮）における**相談機関間の連携を強化**

H30.4「**福祉まるごと相談窓口（福まる窓口）**」を福祉に関する困りごとの**ワンストップ相談窓口**として設置（R1.4に3圏域に拡大）

多世代地域包括ケアシステムの推進

地域ケア会議の共生対応

- 地域課題の発見・解決力の強化**
- それぞれの知恵や専門性を持ち寄る地域ケア会議への深化**

地域包括支援センターの多世代対応

- 圏域内の多分野にわたる問題への相談対応、15箇所の**各センターがワンストップ窓口となることを目指す**
- センター専門職の充実

在宅医療・介護連携支援センターの多世代対応

- 地域サポート医によるアウトリーチ等、困難事例への協力
- 多職種との連携推進、多分野支援

R3.4～「**重層的支援体制整備事業**」としてこれまでの体制を組み換え

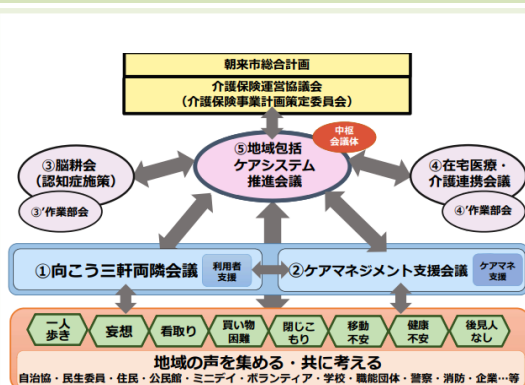
兵庫県朝来市の事例（自立支援に資する地域ケア会議の推進）

<地域ケア会議における課題>

- 地域包括支援センター2箇所（直営・委託）、居宅介護支援事業所11箇所。
- 地域ケア会議で実施する個別事例検討は、居宅介護支援事業所のケアマネジャー自身の成長を目指す会議と、事例の課題を解決する会議に分けることが肝要。

- 本人・家族が自身の抱える問題に向き合い、それを解決していくプロセスを支援できるような「**自立支援**」に資するよう、
- ケアマネジャー自身が課題と向き合い、多角的に思考し言語化していくプロセスを重視した「**ケアマネジメント支援**」を行うことを目指す。

既存会議を整理し、**地域ケア会議体制**をリデザイン



- 「ケアマネジメント支援会議」において、包括と居宅が協働しながらケアマネを支援。

⇒ **ケアマネの課題解決力・相談援助技術の向上、居宅の主任ケアマネのスーパーバイズ能力向上。**

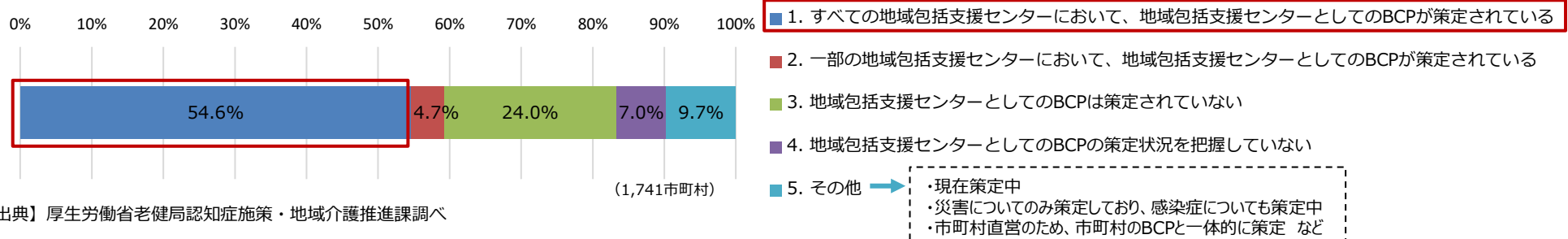
- 個別事例から抽出された地域課題は、地域包括ケアシステム推進会議を通して、**地域課題解決のための検討を各会議体へ依頼。**

⇒ 例えば、日常的な医療介護連携トラブルを整理し、**入退院時連携マニュアルの策定**に繋がった。

地域包括支援センターのネットワークを活用した災害時等の対応

- 地域包括支援センターは、災害や感染症等の発生時において、要支援者の把握や関係機関との連絡調整など、各地域において重要な役割を有する。**地域包括支援センターとしての業務継続計画（BCP）が策定されている市町村は半数以上**にのぼり、市町村のBCPと一体的に策定されている地域もある。
- 能登半島地震の経験からは、BCPにもとづき**自治体と地域包括支援センターとが連携し被災者・避難者の把握や支援がスムーズに実施できた**との声が聞かれた。一方で、「事務作業に追われ地域包括支援センターとしての本来の動きができなかった」「今回の経験を踏まえ、BCPの見直しや訓練が必要と感じた」といった課題もみられた。
- 災害等に備えて、**有事における地域包括支援センターの役割の明確化や、平時からの関係機関や地域住民との関係構築が重要**。

地域包括支援センターとしてのBCPの策定状況（令和6年12月1日時点）



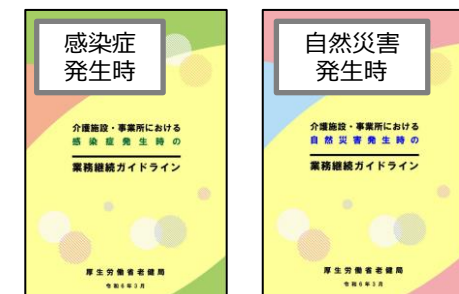
（参考）能登半島地震に対応した市町村及び地域包括支援センター職員の声

- 自治体保健師と地域包括支援センターとの役割分担がうまく機能し、**地域包括支援センターによる要支援者への支援をスムーズに行うことができた**。
- 避難先の自治体の介護サービス事業所とのやりとりや書類送付などの事務作業に追われてしまい、**要支援者の状態把握や個別相談に取り組む余裕がなく、地域包括支援センターとしての本来の動きができなかった**。
- 地域包括支援センターとしてのBCPは策定していたが、見直しや訓練、職員への周知が足りていなかった**。意識が高まっている今のうちに**しっかりと見直しをおきたい**。
- 震災後の状況にあわせて、センターが対応する内容もその都度変化するが、地域の関係機関と連携しながら活動している。**平時からの関係機関や地域住民との関係構築の大切さを改めて感じた**。

※令和6年能登半島地震に係る地域包括支援センターネットワーク会議（2024年5・7月）における発表及び意見交換からの抜粋。
会議主催の石川県に許可を得て掲載。

（参考）介護サービス事業者においては、BCP等の策定、研修の実施、訓練の実施等が義務づけられたところ。

<介護施設・事業所におけるBCPガイドライン>

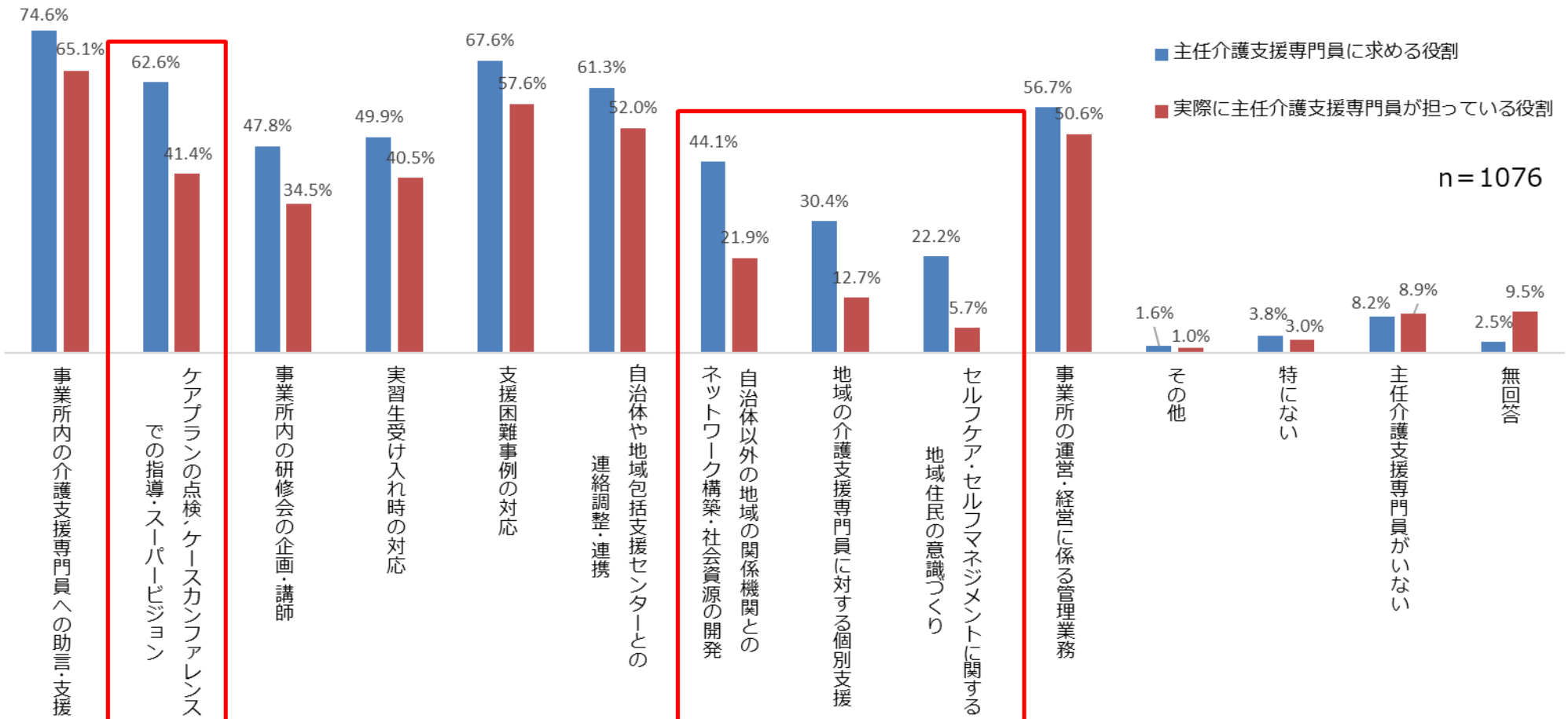


【掲載先】

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/douga_00002.html

主任ケアマネジャーに求める役割と実際に事業所内で担っている役割（居宅介護支援事業所調査）

- 主任ケアマネジャーに求める役割は「事業所内の介護支援専門員への助言・支援」が74.6%で最も高く、次いで「支援困難事例の対応」が67.6%となっている。
- 一方、実際に事業所内で担っている役割との差をみると、「ケアプラン点検での点検、ケースカンファレンスでの指導・スーパービジョン」「自治体以外の地域の関係機関とのネットワーク構築・社会資源の開発」「地域の介護支援専門員に対する個別支援」「セルフケア・セルフマネジメントに関する地域住民の意識づくり」については、求める割合に対して実際に事業所内で担っている割合が低い傾向がみられる。

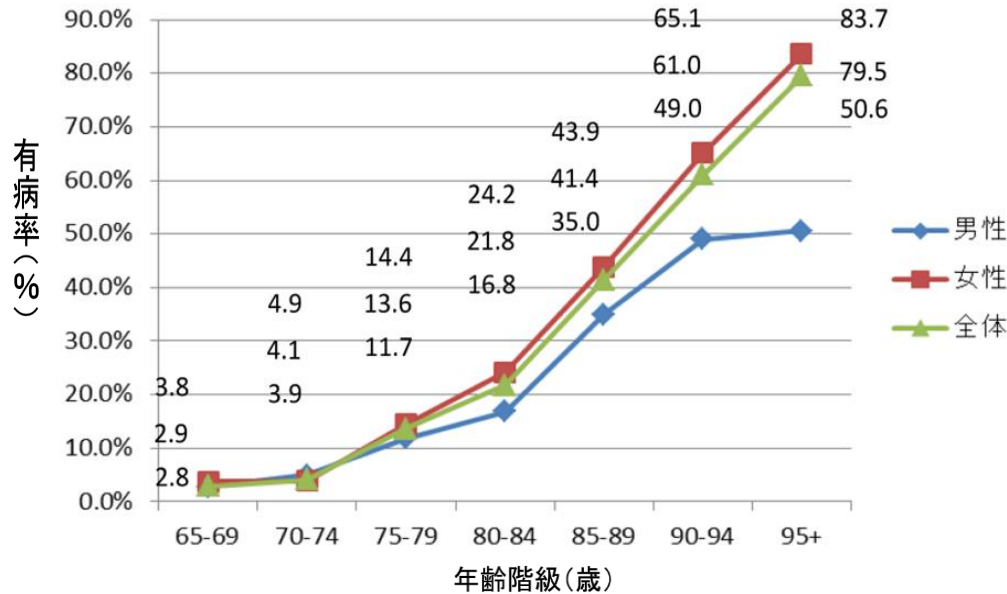


- I 地域包括ケアシステムの構築について
- II 今後の人口減少・高齢化の進展について
- III 多様なニーズに対応した介護の提供・整備について
- IV 地域包括ケアシステムにおける相談支援等の在り方について
- V 認知症施策の推進について**
- VI 課題と論点について
- VII 参考資料

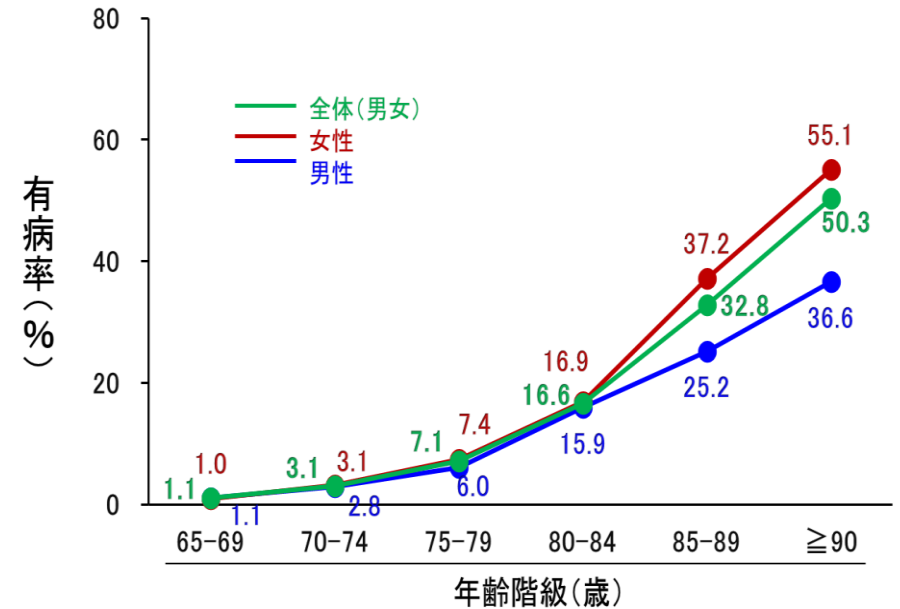
認知症の状況

- 認知症有病率は年齢とともに上昇する。特に85歳以上になると有病率は急増する。
- 2012年調査に比べ、2022年調査の認知症有病率が低位であった理由として、喫煙率の全体的な低下、中年期～高齢早期の高血圧や糖尿病、脂質異常などの生活習慣病管理の改善、健康に関する情報や教育の普及による健康意識の変化などにより、認知機能低下の進行が抑制された可能性が指摘されている。

2012年の認知症有病率：15.0%



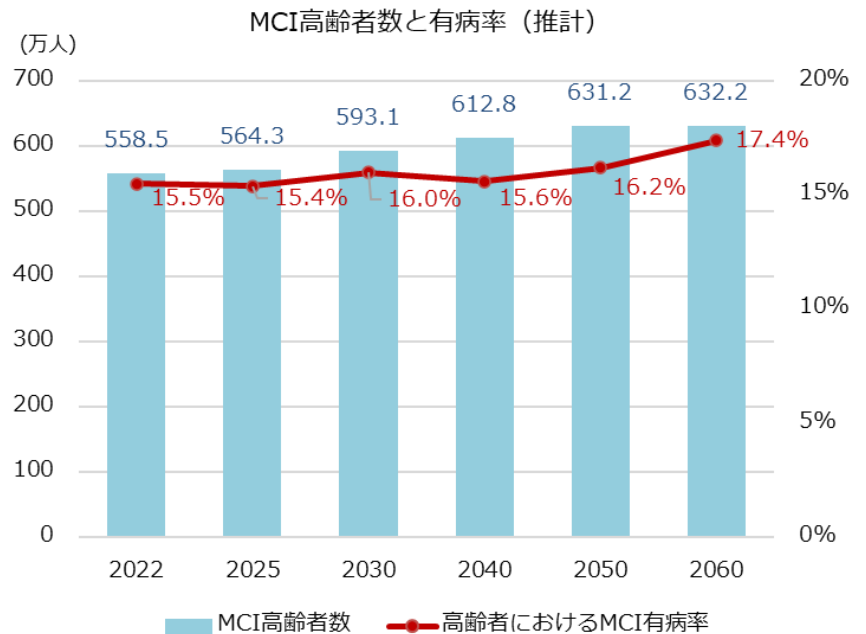
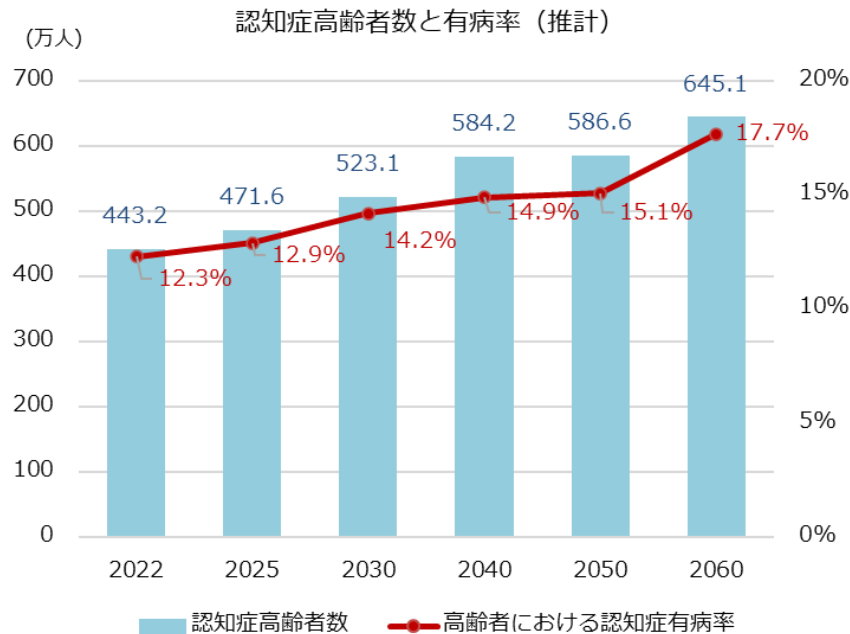
2022年の認知症有病率：12.3%



- 2012年の有病率：平成23年度厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」（研究代表者 筑波大学 朝田隆）」
- 2022年の有病率：令和5年度 老人保健事業推進費等補助金「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」（研究代表者 九州大学 二宮利治）」

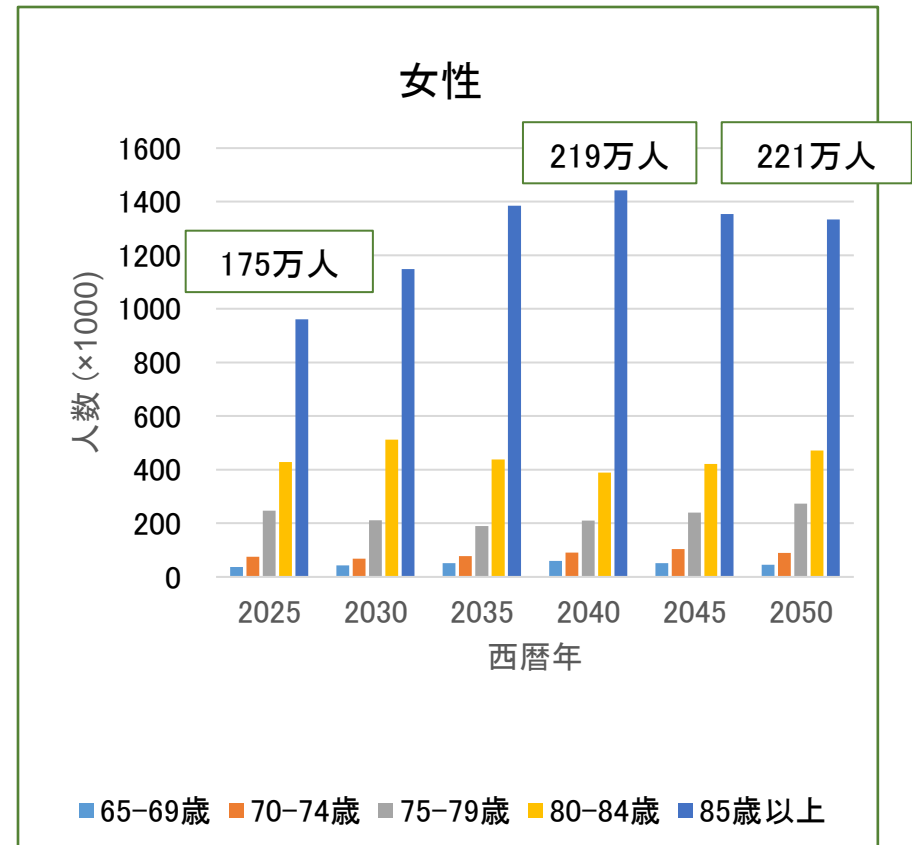
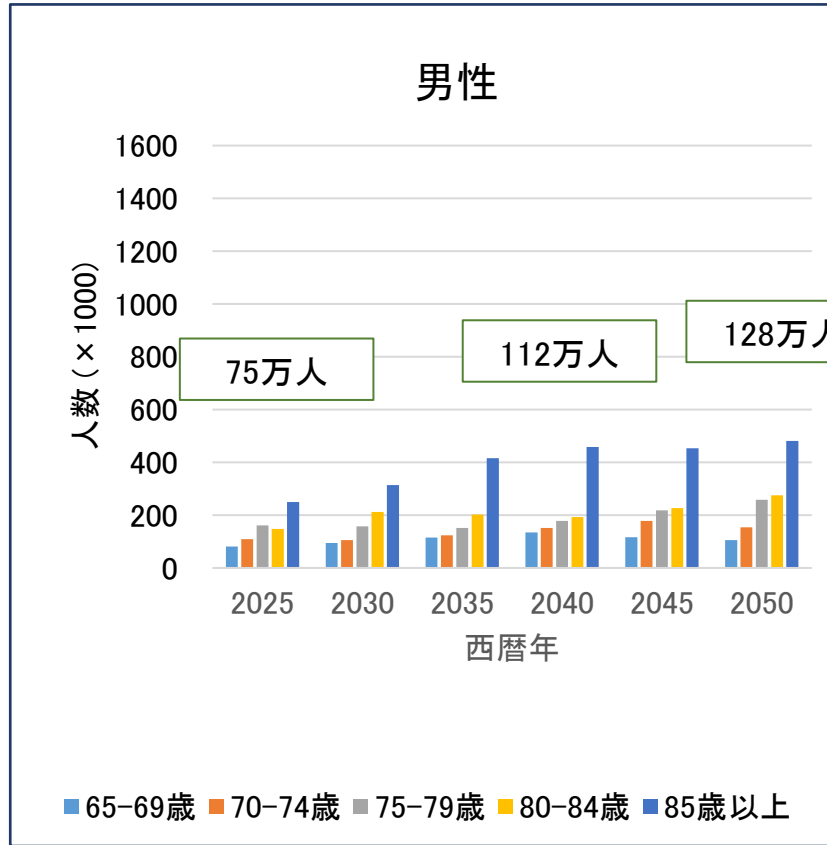
認知症の状況

- 2022年の認知症およびMCIの性年齢階級別有病率が今後も一定と仮定した場合、2060年の認知症者高齢者数は645万人、MCI高齢者数は632万人と推計される



資料：「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」（令和5年度老人保健事業推進費等補助金 九州大学 二宮利治教授）より厚生労働省にて作成

性・年齢階級別に見た認知機能低下のある単身世帯高齢者数の将来推計 (認知機能低下=MCIまたは認知症)



性・年齢階級別「MCIまたは認知症」有病率（二宮ら）と国立社会保障・人口問題研究所の世帯規模別・性・年齢階級別将来推計人口（令和6年推計）を掛け合わせて算出

認知症施策推進基本計画の概要

【位置付け】 共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和5年法律第65号。以下「基本法」という。）に基づく国の認知症施策の基本計画。これに基づき、地方自治体は推進計画を策定（努力義務）。

前文 / I 認知症施策推進基本計画について / II 基本的な方向性

- 基本法に明記された共生社会の実現を目指す。
 - 認知症の本人の声を尊重し、「**新しい認知症観**」※に基づき施策を推進する。
※①誰もが認知症になり得ることを前提に、国民一人一人が自分ごととして理解する。②個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間と共に、希望を持って自分らしく暮らすことができる。
- ⇒ ①「新しい認知症観」に立つ、②自分ごととして考える、③認知症の人等の参画・対話、④多様な主体の連携・協働

III 基本的施策

- 施策は、**認知症の人の声を起点とし、認知症の人の視点に立って、認知症の人や家族等と共に推進**する。
- ⇒ 以下の12項目を設定：①国民の理解、②バリアフリー、③社会参加、④意思決定支援・権利擁護、⑤保健医療・福祉、⑥相談体制、⑦研究、⑧予防、⑨調査、⑩多様な主体の連携、⑪地方公共団体への支援、⑫国際協力

IV 第1期基本計画中に達成すべき重点目標等

- 次の4つの重点目標に即した評価指標を設定：①「新しい認知症観」の理解、②認知症の人の意思の尊重、③認知症の人・家族等の地域での安心な暮らし、④新たな知見や技術の活用
- 評価指標は、重点目標に即して、**プロセス指標、アウトプット指標、アウトカム指標**を設定

V 推進体制等

- 地方自治体において、地域の実情や特性に即した取組を創意工夫しながら実施
- 地方自治体の計画策定に際しての柔軟な運用（既存の介護保険事業計画等との一体的な策定など）
- ①行政職員が、認知症カフェ等様々な接点を通じて、認知症の人や家族等と出会い・対話する、②ピアサポート活動や本人ミーティング等の当事者活動を支援する、③認知症の人や家族等の意見を起点として、施策を立案、実施、評価する。

重点目標・評価指標

重点目標	プロセス指標	アウトプット指標	アウトカム指標
①国民一人一人が「新しい認知症観」を理解している	<ul style="list-style-type: none"> 地域の中で認知症の人と出会い、その当事者活動を支援している地方公共団体の数 認知症サポーターの養成研修に認知症の人が参画している地方公共団体の数 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症希望大使等の本人発信等の取組を行っている地方公共団体の数 認知症サポーターの養成者数及び認知症サポーターが参画しているチームオレンジの数 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症や認知症の人に関する国民の基本的な知識の理解度 国民における「新しい認知症観」の理解とそれに基づく振る舞いの状況
②認知症の人の生活においてその意思等が尊重されている	<ul style="list-style-type: none"> ピアサポート活動への支援を実施している地方公共団体の数 行政職員が参画する本人ミーティングを実施している地方公共団体の数 医療・介護従事者等に、認知症の人の意思決定支援の重要性の理解を促す研修を実施している地方公共団体の数とその参加者数 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症施策に関して、ピアサポート活動等を通じて得られる認知症の人の意見を反映している地方公共団体の数 認知症施策に関して、ピアサポート活動等を通じて得られる家族等の意見を反映している地方公共団体の数 	<ul style="list-style-type: none"> 地域生活の様々な場面において、認知症の人の意思が尊重され、本人が望む生活が継続できていると考えている認知症の人及び国民の割合
③認知症の人・家族等が他の人々と支え合いながら地域で安心して暮らすことができる	<ul style="list-style-type: none"> 部署横断的に認知症施策の検討を実施している地方公共団体の数 認知症の人と家族等が参画して認知症施策の計画を策定し、その計画に達成すべき目標及び関連指標（KPI）を設定している地方公共団体の数 医療・介護従事者に対して実施している認知症対応力向上研修の受講者数 	<ul style="list-style-type: none"> 就労支援も含めて個別の相談・支援を実施していることを明示した認知症地域支援推進員や若年性認知症支援コーディネーターを設置している地方公共団体の数 認知症バリアフリー宣言を行っている事業者の数 製品・サービスの開発に参画している認知症の人と家族等の人数 基本法の趣旨を踏まえた認知症ケアパスの作成・更新・周知を行っている市町村の数 認知症疾患医療センターにおける認知症関連疾患の鑑別診断件数 	<ul style="list-style-type: none"> 自分の思いを伝えることができる家族、友人、仲間がいると感じている認知症の人の割合 地域で役割を果たしていると感じている認知症の人の割合 認知症の人が自分らしく暮らせると考えている認知症の人及び国民の割合 認知症の人の希望に沿った、保健医療サービス及び福祉サービスを受けていると考えている認知症の人の割合
④国民が認知症に関する新たな知見や技術を活用できる	<ul style="list-style-type: none"> 国が支援・実施する、認知症の人と家族等の意見を反映させている認知症に関する研究事業に係る計画の数 	<ul style="list-style-type: none"> 国が支援・実施する、認知症の人と家族等の意見を反映させている認知症に関する研究事業の数 	<ul style="list-style-type: none"> 国が支援・実施する、認知症に関する研究事業の成果が社会実装化されている数

認知症カフェ



認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場

【実施状況】令和5（2023）年度実績調査

- ・ **47都道府県1,593市町村（91.4%）にて、8,558 カフェが運営**
- ・ 設置主体は、介護サービス施設・事業者、地域包括支援センターが多く見られた。

ピアサポーターによる本人支援の推進

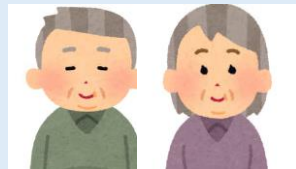
- 認知症の方やその家族は、診断直後等は認知症の受容や今後の見通しなど大きな不安を抱えている。このため、前向きな一歩を踏み出せるよう、心理面、生活面の早期からの支援として、認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等を把握し、認知症の方による相談支援（ピアサポート活動支援事業）を実施。
- 認知症の人の心理的な負担の軽減を図るとともに、認知症の人が地域を支える一員として活躍し、社会参加することを後押ししていく。

都道府県・指定都市の取組

- ・ 仕組みづくりに関する検討会の開催
- ・ ピアサポーターの登録
- ・ ピアサポートチームの結成



活動を希望する
認知症本人



本人

ピアサポートの活動内容

- ・ 相談支援
- ・ 当事者同士の交流（本人ミーティングへの誘い・同行）等



診断されたご本人の、その不安を一緒に乗り越えられたら・・・

おれんじドア

～ご本人のための忘れぬ相談窓口～

認知症の診断を受け、これから、どうなるだろうと不安を抱えているご本人、家族の悩みに応じていただく、私より先に診断を受け、その不安を乗り越えてきた当事者の方々の声にお応えして、この「おれんじドア」には、お悩みのことでお話を聴き合える相談窓口と、繋がれたらいいな、という気持ちで活動しています。【おれんじドア実行委員会代表、西野 智文】

※原則として毎月4回（毎月1回～10時）※申し込み要です。お申し込みください。

平成28年	5月28日（第4土曜）	14時～16時	東北福祉大学
	6月25日（第4土曜）	14時～16時	スタージャンパレス3F
	7月23日（第4土曜）	14時～16時	「スタージャンパレス」
	8月27日（第4土曜）	14時～16時	※7月23日の開催場所を会場として開催いたします。
	9月24日（第4土曜）	14時～16時	※7月23日の開催場所を会場として開催いたします。
	10月22日（第4土曜）	14時～16時	※7月23日の開催場所を会場として開催いたします。

〒061-0926 宮城県仙台市青葉区国府1丁目16番1号
東北福祉大学 社会福祉学部の多目的室にて、以下時間帯で開催いたします。

【お問い合わせ先】 070-5477-0718（月～金 10時～15時）
☎ 099-556-5226（受付時間：平日9時～17時）

【主催】 おれんじドア実行委員会 代表 西野 智文

【後援】 宮城の認知症と向き合える会（※主催者同様のロゴを掲載）
認知症の人と家族の支援センター 東北福祉大学
仙台市 高齢者課

※後援予定 河北新報社 朝日新聞社 毎日新聞社 読売新聞社

【都道府県の実施状況】 令和5（2023）年度実績調査

- ・ 事業名：ピアサポート活動支援事業（認知症総合戦略推進事業）
- ・ 実績：22都府県 ※当事者団体等へ委託することも可

【市町村の実施状況】 令和5（2023）年度実績調査

- ・ 実績：全国の148市町村（8.5%）
※ 市町村が配置する認知症地域支援推進員が中心となって地域支援事業交付金等を活用してピアサポート活動を実施

本人ミーティング

- ・ 認知症の本人が集い、本人同士が主になって、自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのよりよい暮らし、暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う場。
- ・ 本人だからこそその気づきや意見を本人同士で語り合い、それらを本人同士、そして地域に伝えていくための集まり。

今、地域で起きている課題

【本人】

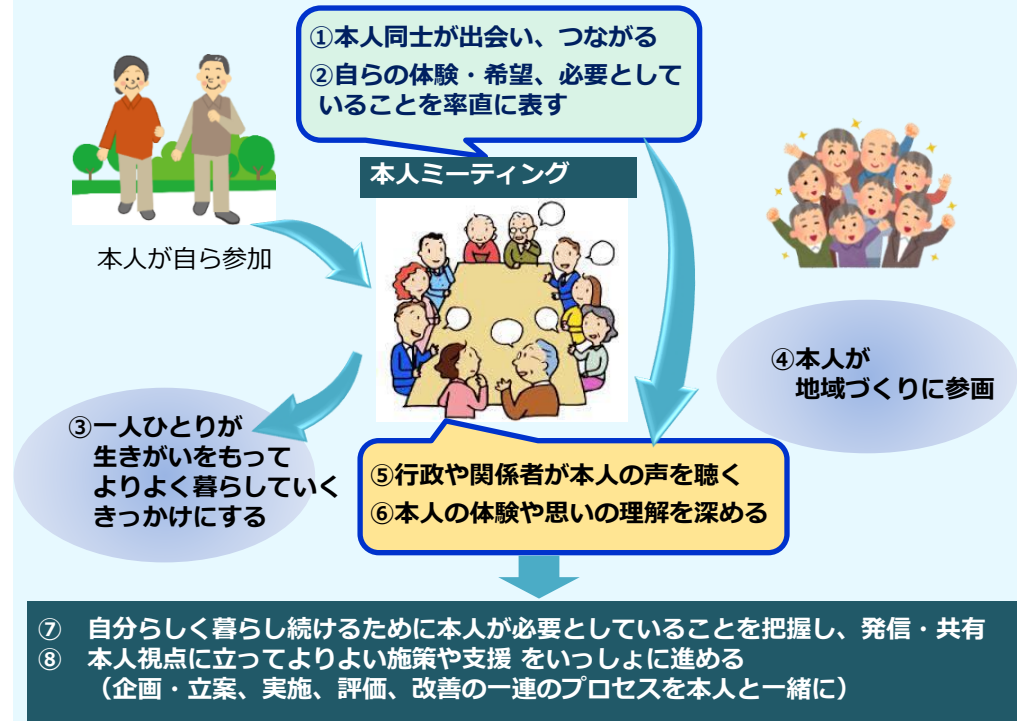
- ・ 声をよく聴いてもらえない
- ・ わかってくれる人、仲間に出会えない
- ・ 世話になる一方はつらい、役立ちたい
- ・ 自分の暮らしに役立つ支えがない
- ・ 生きていく張り合いがない
- ・ とじこもる、元気がなくなる

【地域、支援者、行政】

- ・ 本人の声をよく聴いたことがない
- ・ 本人のことが、よくわからない
- ・ つきあい方、支え方がよくわからない
- ・ 本人が地域の中で元気で生きがいをもって暮らし続けるために、どんな(新しい)サービスが必要かわからない

本人ミーティングのねらい

認知症の人の視点を重視した地域づくりを具体的に進めていくための方法。



【実績】令和5年度は432市町村で本人ミーティングを実施

認知症の人の社会参加活動の体制整備

- ・ 認知症を有する高齢者や若年性認知症の中には、これまでの経験等を生かして活躍したいとの声が少ない。
- ・ 地域において「生きがい」をもった生活や認知症予防等の介護予防に資するよう、認知症地域支援推進員の取組として、**令和元年度より社会参加活動のための体制整備を地域支援事業に位置づけ**、その取組を支援。

(具体的な取組例)

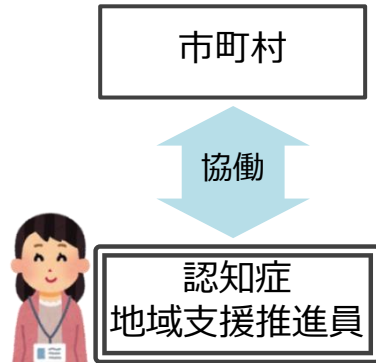
- ・ 市町村が適当と認めた事業者による農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動等の社会参加に対する支援
- ・ 社会参加活動を行うに当たり、事業者に専門家を派遣する等により活動を実施するために必要な助言
- ・ 市町村が適当と認めた事業者によるマルシェ等イベントの開催支援
- ・ 社会参加活動を行うために必要な農業生産者や企業等とのマッチング支援 など

(主な経費内容)

- ・ 作業実施の指導・訓練に関する人件費（農家等への謝礼）や介護支援が必要な場合の人件費
- ・ 作業実施のための諸経費（器具の購入）やイベント（マルシェ）の開催
- ・ 商品の売上げは、支援の対象者である高齢者の有償ボランティアの謝金等として事業費に充てつつ、不足部分を支援
 - ※ 1市町村あたり、3カ所の実施を想定（財源の範囲内で1市町村当たり、最大5カ所まで）。



認知症地域支援推進員による支援



【配置先】

- 地域包括支援センター
- 市町村本庁
- 認知症疾患医療センター
など



医療・介護等の支援ネットワーク構築

- 関係機関との連携体制の構築
- 認知症ケアパスの作成・普及 等



関係機関と連携した事業の企画・調整

- 病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援
- 効果的な介護方法などの専門的な相談支援
- 「認知症カフェ」等の開設
- 認知症多職種協働研修の実施
- 社会参加活動のための体制整備
 - ・市町村が適当と認めた者による農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動等の社会参加に対する支援
 - ・専門家を派遣する等、利用者に対する技術・専門知識の指導・助言
 - ・マルシェ等イベントの開催支援 など



相談支援・支援体制構築

- 認知症の人や家族等への相談支援
- 必要なサービスが認知症の人や家族に提供されるための調整

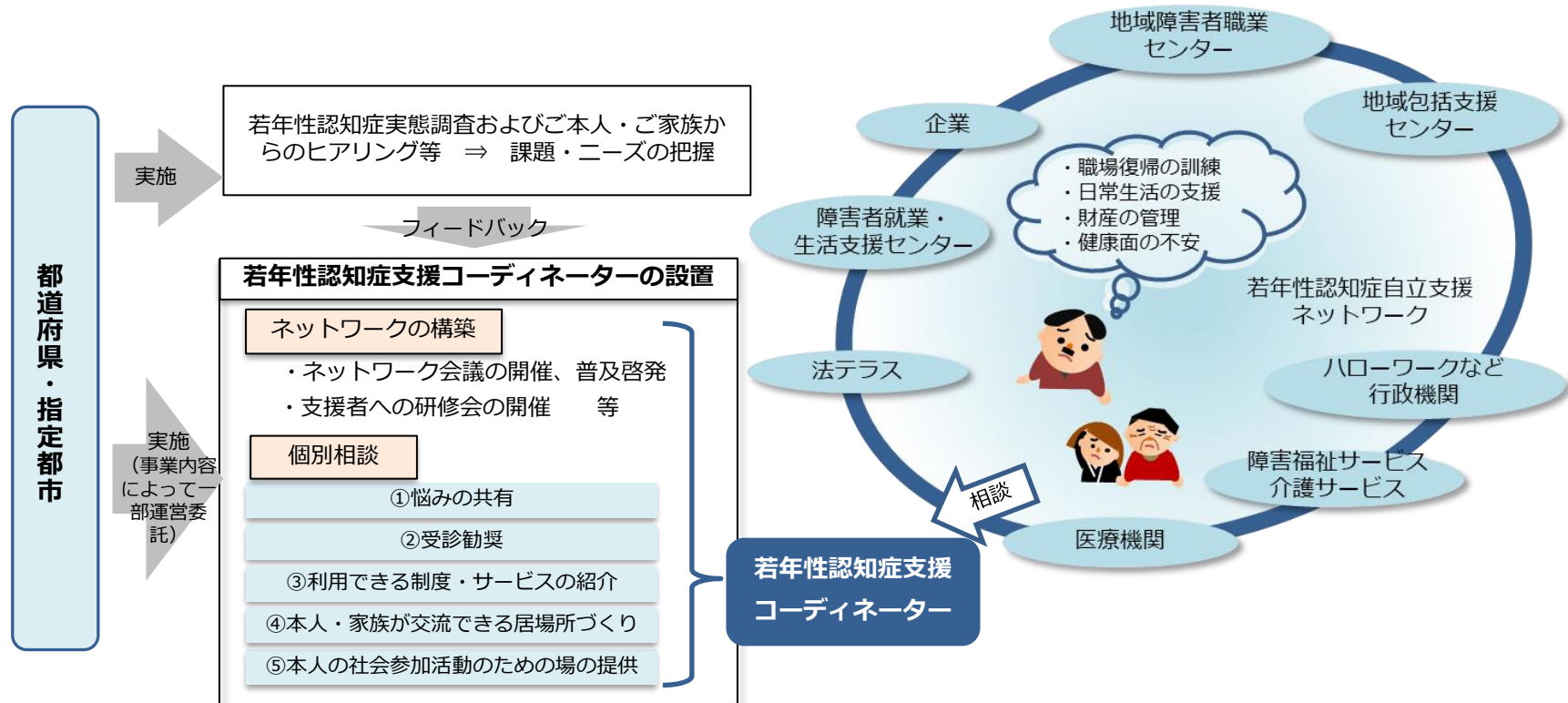
【事業名】認知症地域支援・ケア向上事業（地域支援事業）

【実績】市町村に配置されている推進員の合計は8,867人、1,712市町村（令和5年度実績調査）

若年性認知症支援コーディネーターによる支援

(概要)

- ・若年性認知症は、いわゆる現役世代が発症するが、若年性認知症に対する理解が不足し、診断される前に症状が進行し社会生活が事実上困難となることなどが指摘されている。
- ・このため、若年性認知症に関する相談から医療・福祉・就労の総合的な支援を実施することにより、現役世代である若年性認知症の方への支援に当たり、一人ひとりの状態やその変化に応じた適切な支援方策の構築を図る。



【実績】若年性認知症支援コーディネーターは、全国で170人（令和6年11月時点）

認知症サポーターの養成

【認知症サポーター】（2024年6月末実績 1,549万人）

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

～各種養成講座～

《キャラバン・メイト養成研修》

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



《認知症サポーター養成講座》

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

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



認知症初期集中支援チーム

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

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



（保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等）

● 配置場所 地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

対象者

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

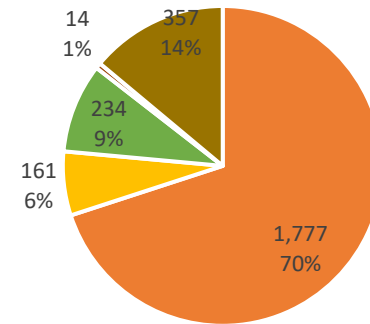
- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人
 - （ア）認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - （イ）継続的な医療サービスを受けていない人
 - （ウ）適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - （エ）診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

設置状況

※ R 5 年度認知症施策地域介護推進課実施状況調べによる

実施市町村数	設置チーム数	チーム員総数	平均チーム員数
1,741市町村	2,543チーム	17,066人	6.7人

設置場所



R 1.9月末、全市町村に設置

【令和4年度 実績】

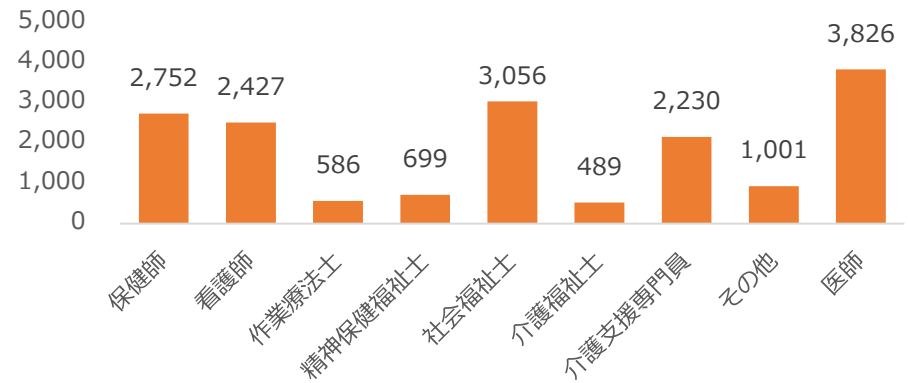
訪問実人数：15,280件

医療サービスにつながった者：87.4%

介護サービスにつながった者：67.2%

- 地域包括支援センター
- 認知症疾患医療センター
- 医療機関
- 訪問看護ステーション
- その他

チーム員の職種



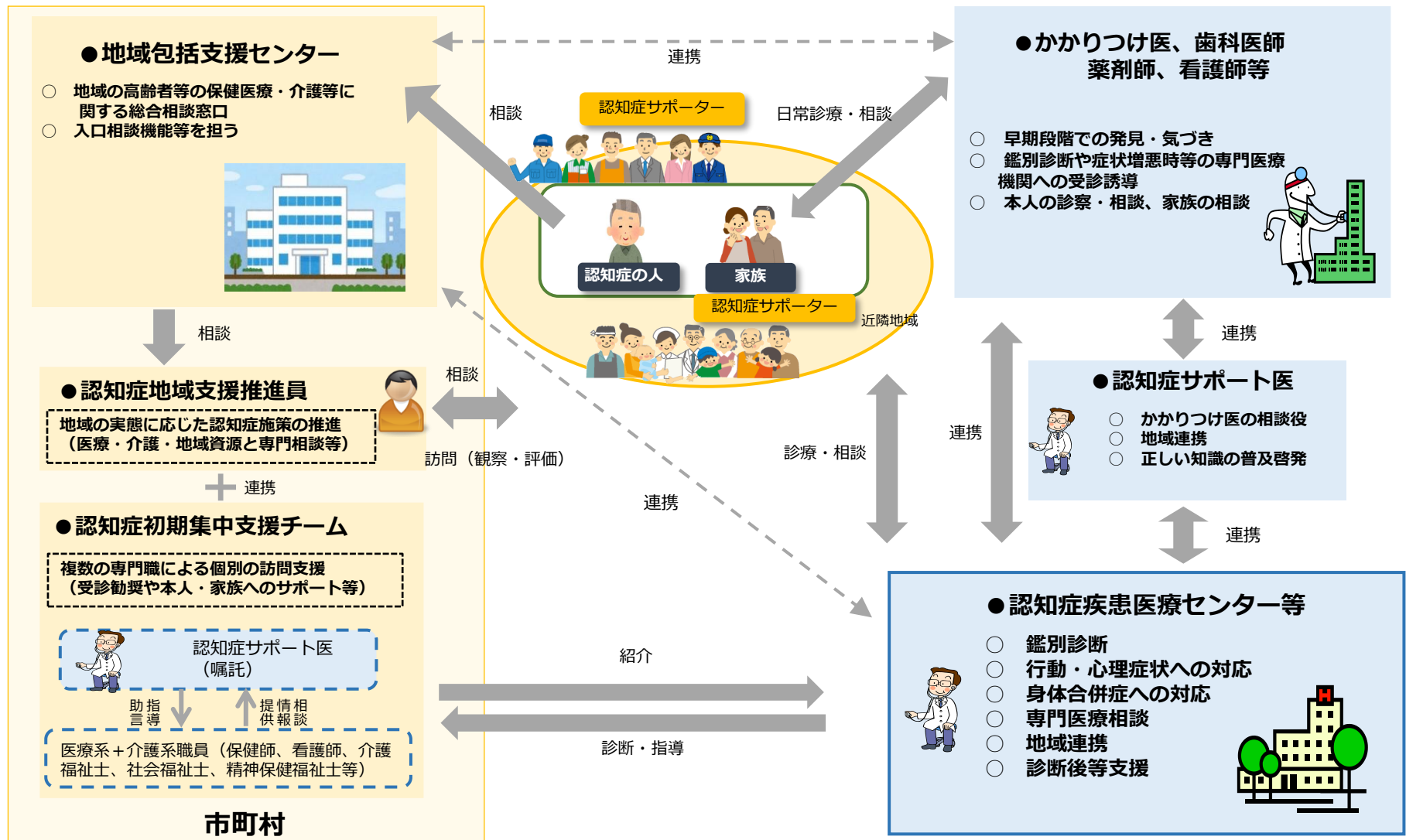
認知症疾患医療センター

- 認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る事業（H20年度創設）
- 実施主体：都道府県・指定都市（病院または診療所を指定）、設置数：全国に**509カ所**（令和6年12月現在）

		基幹型Ⅰ	基幹型Ⅱ	地域型	連携型
主な医療機関		総合病院、大学病院等		精神科病院、一般病院	診療所、一般病院
設置数		16カ所	5カ所	388カ所	100カ所
基本的活動圏域		都道府県圏域		二次医療圏域	
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談			
	人員配置	<ul style="list-style-type: none"> 専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） 臨床心理技術者（1名以上） 精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） 臨床心理技術者（1名以上） 精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） 看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等（1名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） 看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等（1名以上）
	検査体制 （※他の医療機関との連携で可）	<ul style="list-style-type: none"> CT MRI SPECT（※） 	<ul style="list-style-type: none"> CT MRI（※） SPECT（※） 	<ul style="list-style-type: none"> CT（※） MRI（※） SPECT（※） 	<ul style="list-style-type: none"> CT（※） MRI（※） SPECT（※）
	BPSD・身体合併症対応	救急医療機関として空床を確保	急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可		
	医療相談室の設置	必須			-
地域連携機能		<ul style="list-style-type: none"> 地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療センター地域連携会議」の組織化 等 			
診断後等支援機能		<ul style="list-style-type: none"> 診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援や当事者等によるピア活動や交流会の開催 			
事業の着実な実施に向けた取組の推進		<ul style="list-style-type: none"> 都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与 	<ul style="list-style-type: none"> 基幹型が存在しない場合、地域型・連携型が連携することにより実施 		

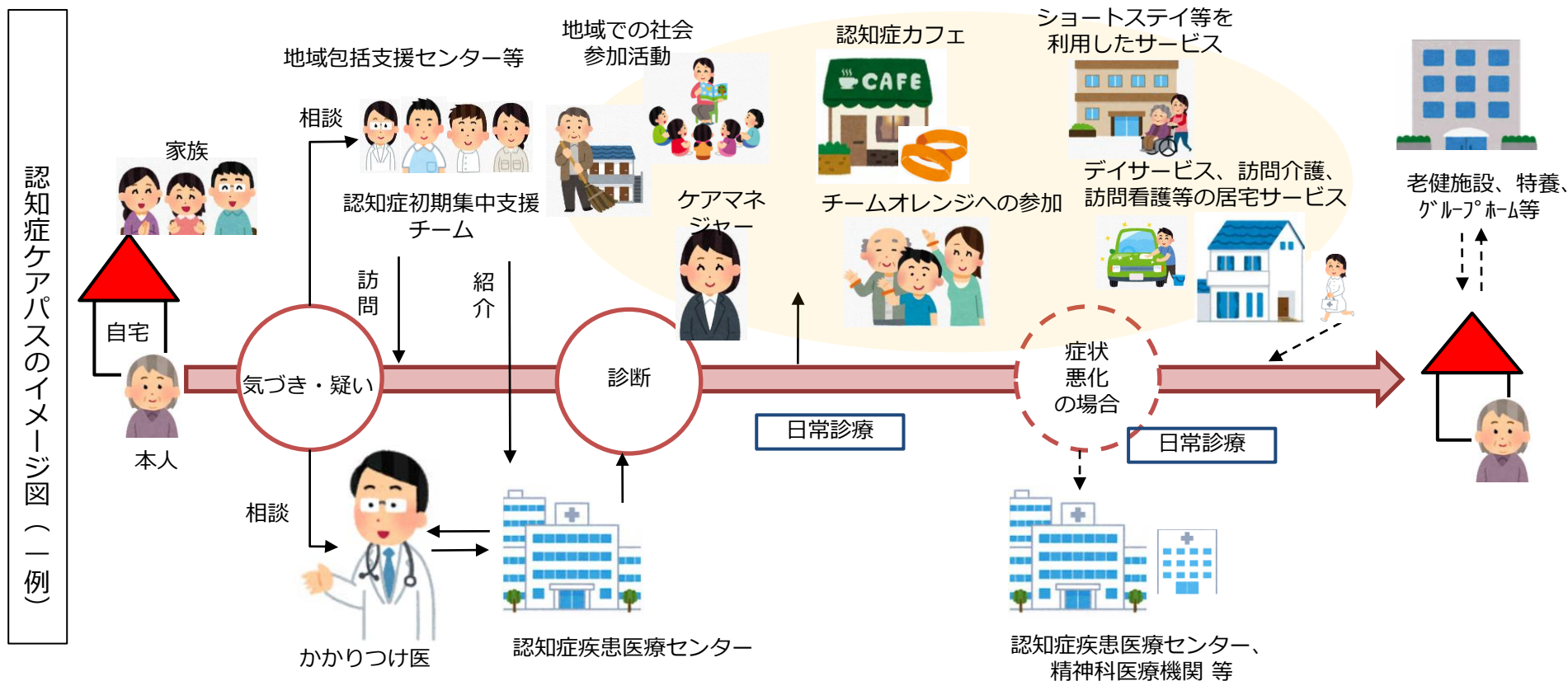
容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

○認知症に係る医療・介護等の提供体制は、関係機関が連携し、容態に応じて適時・適切な対応が必要



認知症ケアパス

○認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの。



- I 地域包括ケアシステムの構築について
- II 今後の人口減少・高齢化の進展について
- III 多様なニーズに対応した介護の提供・整備について
- IV 地域包括ケアシステムにおける相談支援等の在り方について
- V 認知症施策の推進について
- VI 課題と論点について
- VII 参考資料

地域包括ケアシステムの推進と相談支援・認知症施策の推進について (検討の視点)

検討の視点

- 今後、2040年に向けて、高齢化、とりわけ85歳以上の高齢者の増加が進展していく。また、65歳以上高齢者数のピークが到来する。一方で、生産年齢人口は減少し、介護人材の確保・定着が課題。
- 85歳以上の方の増加に伴い、医療・介護の複合ニーズを抱える方や中重度の要介護度となる方、認知症を抱える方、独居高齢者が増加する見込みである。
- 高齢者人口の数やその伸びには地域差があると同時に、人口減少スピードも地域ごとに異なる。介護需要の変化にも地域差があり、それに即したサービス提供体制を考えていく必要がある。
- 介護保険制度は、保険者が中心となり、関係機関等が連携し、高齢者等の介護や介護予防等のニーズに応える仕組みであり、
 - ・将来的にも必要なサービスの内容やそれらのサービス基盤の過不足ない確保
 - ・医療と介護の連携を含め、地域包括ケアシステムの推進に向けた取組等については、地域の高齢化の状況や今後の変化等に大きく影響を受けるもの。
- まずは、第10期介護保険事業計画や、65歳以上の高齢者が全国的にピークを迎える2040年を念頭に、様々な諸課題について検討する。
- 地域包括ケアシステムについては、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護、介護予防・生活支援、住まいが包括的に確保される体制の実現を地域において実現していくもの。
2040年を見据え、地域における状況を踏まえつつ、地域包括ケアシステムの深化を図っていく必要がある。

地域包括ケアシステムの推進と相談支援・認知症施策の推進について (検討の視点)

検討の視点

- 地域包括ケアシステムについて、2040年を見据えると、人口減少のスピードや高齢化の進展の地域差がより顕在化。既に高齢者人口のピークを迎えて減少局面に入っている地域、高齢者人口が今後急増する都市部、高齢者人口が今後ピークを過ぎて減少に転じる地域など、地域によってサービス需要の変化は様々。また、提供体制や実施事業、地域資源についても地域差がある。時間軸・地域軸の両視点を踏まえ、地域の状況に応じたサービス提供体制や医療・介護との連携等を検討していく必要がある。
 - 地域包括ケアシステムについて、2040年に向けて、医療・介護（医療介護連携）、介護予防・生活支援に関しては、「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会で検討の上、本部会に報告し、議論する。
 - 地域包括ケアシステムについて、2040年に向けて、住まいに関しては、次回以降、本部会において議論する。
- 地域包括ケアシステムにおいて、「相談支援」は、医療・介護、介護予防・生活支援、住まいなど様々な地域の関係者と利用者、また関係者同士をつなぐための入口となる重要な機能である。

ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会の中間整理も踏まえ、85歳以上の高齢者の増加に伴い、医療・介護の複合ニーズを抱える方や中重度の要介護度となる方、認知症を抱える方、独居高齢者が増加する中でどのような相談支援の体制を構築していくか、今回、本部会で検討する。
- 以下のページで、①今後の人口減少・高齢化の進展と多様なニーズに対応した介護の提供・整備と地域包括ケアシステムの推進、②相談支援に係る地域包括ケアシステムの推進、③認知症施策の推進のそれぞれについて現状・課題及び論点を整理する。

① 今後の人口減少・高齢化の進展と多様なニーズに対応した介護の提供・整備と地域包括ケアシステムの推進について

現状・課題

(2040年と人口減少・高齢化の進展・地域差)

- 人口減少は全国的に進み、生産年齢人口が減少。高齢者人口は当面増加し、2043年には3,953万人とピークを迎え、その後減少局面に入る。85歳以上人口は2035年頃まで一貫して上昇。
- 要介護認定率や一人当たり介護給付費は、年齢が高まるにつれ上昇。特に85歳以上で急増する。要介護認定率はカーブしており、85歳以上になると要介護認定率が57.7%と上昇。
※65歳以上の認定率は19.1%、75歳以上の認定率は31.0%
※要介護認定率は、経年でみると、年齢調整済認定率は平成27年をピークに減少している。
- 2040年には、ほぼ全ての地域で生産年齢人口は減少し、都市部では高齢人口が増加、過疎地域では高齢人口は減少。高齢者人口の変化には地域差があり、例えば、65歳以上人口は65%（1,064市町村）で2025年までにピークを迎えると見込まれている。一方で、都市部を中心に239市町村（14%）では2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- これに伴い、介護サービス需要の変化も地域差。地域別にみると、町村や広域連合の地域においては既に利用者数、すなわち介護需要のピークを迎えている自治体が3割～4割となる一方で、政令市・特別区など都市部においては、2040年以降にピークを迎える自治体が約8割近くとなっている。その他の市においては、当面介護需要は増加し、その後減少に転じるケースが多い。

(介護サービス基盤の提供・整備)

- 第9期の介護保険事業計画の中では、2026年度までに在宅サービスが約7%の増加（26万人分）、居住系サービスの増加が約11%（5万人分）、施設サービスが約5%の増加（5万人分）となっている。また、2040年度に向けて、在宅サービスが約22%の増加（84万人分）、居住系サービスが約28%の増加（14万人分）、施設サービスが約22%の増加（23万人分）となっている。

① 今後の人口減少・高齢化の進展と多様なニーズに対応した介護の提供・整備と地域包括ケアシステムの推進について

現状・課題

- 高齢者向けの施設・すまいの件数・利用者数の推移をみると、居住系サービスの伸びが大きい。一方、65歳以上の高齢者人口に対する整備率が、都市部6都府県平均で2.6%であり、全国平均3.0%を下回っている状況。

(地域の状況、高齢者のニーズに応じた介護サービスの展開、地域包括ケアシステムの推進)

- 介護保険制度において、これまで、地域の状況や高齢者のニーズに応じ、累次の改正を行い、様々なサービス類型を設けるとともに、そのサービス基盤を整備。また、地域医療介護総合確保基金を都道府県に設置し、当該基金を活用し、計画に基づき、施設整備についても必要な支援を実施。
- 介護保険制度においては、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院など施設サービス、訪問介護・通所介護・短期入所介護など在宅サービス、高齢者とサービス事業者をつなぐ居宅介護支援事業所等が、それぞれの役割・機能を果たしながら、高齢者のニーズに対応してサービスを提供してきたところ。
- また、単身・独居の高齢者も含め、住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、地域密着型サービスや居住系のサービスが順次拡大されてきた。具体的には、
 - ・ 地域のなじみの関係の中で高齢者を支える観点から、地域に根ざした小規模なサービス（地域密着型サービス、多機能のサービス（小規模多機能型居宅介護等）を整備するとともに、サテライト型の活用の推進
 - ・ 医療ニーズに対応可能なサービスや事業の種類の拡大（看護小規模多機能型居宅介護等、各サービスにおける医療との連携に向けた加算等）
 - ・ 高齢者のニーズに柔軟に対応した、すまい（サービス付き高齢者向け住宅）の創設
 - ・ 地域における実情に応じた支援を提供する観点から、地域支援事業の導入等を進めてきたところ。

① 今後の人口減少・高齢化の進展と多様なニーズに対応した介護の提供・整備と地域包括ケアシステムの推進について

論点

- 要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を推進することが引き続き重要。
2040年は、65歳以上の高齢者が全国でピークとなるとともに、医療・介護の複合ニーズを抱える方や中重度の要介護度となる方、認知症を抱える方、独居高齢者が増加していく。2040年を見据え、地域における状況を踏まえつつ、地域包括ケアシステムを深化させていくことが必要ではないか。
- 地域包括ケアシステムについて、保険者である市町村や広域自治体である都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが引き続き重要。上記の点も踏まえながら、その機能強化を図っていく必要があるのではないか。

※ 地域包括ケアシステムについて、2040年に向けて、医療・介護（医療介護連携）、介護予防・生活支援に関しては、「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会で検討の上、本部会に報告し、議論する。

※ 地域包括ケアシステムについて、2040年に向けて、住まいに関しては、次回以降、本部会において議論する。

※ 地域包括ケアシステムについて、2040年に向けて、相談支援に関しては、後述する。

② 地域包括ケアシステムにおける相談支援等の在り方について

現状・課題

(ケアマネジメントや相談支援を取り巻く状況)

- 2025年に団塊の世代が全て後期高齢者となり、2040年に向けては、医療ニーズが高い高齢者の増加が見込まれるところ、今後、退院支援や認知症ケアパスにおける医療・介護の連携のハブとして、在宅の中重度者を支えるためのケアマネジメントの推進が必要。
- あわせて、認知症の高齢者や、単身・夫婦のみ高齢者世帯が増加する中で、住み慣れた地域で尊厳をもって暮らすことができるよう、介護保険のサービスと地域の様々なサービス等を組み合わせた支援を行うことが必要。

(※) 身寄りのない高齢者等が抱える課題等への対応等については、別途、地域共生社会の在り方検討会議（社会・援護局）において検討が進められている。

(居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの役割分担のあり方)

- こうしたニーズも踏まえて、地域として必要な相談支援が提供されるよう、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターは、適切な役割分担を図ることが必要。

- 具体的には、

- ・ 居宅介護支援事業所は、医療機関や地域の関係者との連携のもと、個々の利用者に対するケアマネジメントに重点をおき、地域の様々な社会資源を含めてケアプランに位置づけることによる個別的な支援を推進し、
- ・ 地域包括支援センターは、医療介護連携を始めとする地域のネットワークづくりや、地域における社会資源の創出など、地域全体の支援に重点を置くことが考えられる。

(※) 令和5年の介護保険法改正においては、居宅介護支援事業所への介護予防支援の指定を可能としている。

- また、こうした観点からも、居宅介護支援事業所におけるケアマネジャーがやむを得ず実施している法定業務以外の業務については、ケアマネジャーの業務上の課題というだけでなく、地域課題として地域全体で対応を協議すべきものであり、基本的には市町村が主体となって関係者を含めて協議し、必要に応じて社会資源の創出を図るなど、利用者への切れ目のない支援が提供される地域づくりを推進することが必要。

② 地域包括ケアシステムにおける相談支援等の在り方について

現状・課題

(居宅介護支援事業所の役割を踏まえたケアマネジャーの専門性の発揮)

- こうした居宅介護支援事業所の役割の中で、ケアマネジャーは、かかりつけ医等、医療を含む地域の関係者と顔の見える関係を構築しながら、尊厳の保持と自立支援を図る一連のプロセスを担うことが重要。このようなケアマネジャーに求められる役割に応じて、必要な専門性が発揮できるような取組を進めることが必要。
- 他方で、現在のケアマネジャーの年齢構成等を踏まえると、10年以内には、ケアマネジャーの担い手は急激に減少していくことが見込まれているところ、業務範囲の整理、研修の在り方の見直し、ICTの活用といった負担軽減の取組をあわせて進めていくことが必要。

(地域包括支援センターの役割)

- また、地域包括支援センターは、地域における医療・介護の連携の強化とともに、複雑化・複合化した課題を抱える高齢者やその家族等に対する切れ目のない支援を行うため、地域で暮らす高齢者の関心事や多様な主体による活動状況を把握しつつ、地域のネットワーク構築を行い、地域づくりにより一層深く関わっていくことが必要。
- こうした観点から、地域包括支援センターは、在宅医療・介護連携推進事業や生活支援体制整備事業などの事業間連動を深めるとともに、市町村が設置する「地域ケア会議」に主体的に関与していくことが期待される。

(主任ケアマネジャーの役割)

- 上記を踏まえて、主任ケアマネジャーは、包括的・継続的ケアマネジメント支援の担い手となることが期待され、そのうえで、特に、
 - ・ 居宅介護支援事業所においては、対応が難しい事例への様々な支援や、事業所内のケアマネジャーの指導・育成を行うこと
 - ・ 地域包括支援センターにおいては、地域のケアマネジャーに対する支援を行うとともに、他の専門職や関係機関等と連携しながら、地域の現状を把握・分析し、将来像やニーズに合わせた社会資源の創出など、地域課題を解決する方策を検討することといった役割を担うことが考えられる。

② 地域包括ケアシステムにおける相談支援等の在り方について

論点

(地域で求められる相談機能のあり方、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターとの役割分担について)

- 医療ニーズが高い高齢者や、認知症の高齢者・単身・夫婦のみ高齢者世帯の増加を踏まえて、医療・介護を始めとする地域の高齢者を支える多様な関係機関との連携を進めながら、地域において必要な相談機能を確保するため、どのような方策を進めていくべきか。
- 居宅介護支援事業所は個別支援に重点、地域包括支援センターは地域全体の支援に重点といった役割分担の在り方や、こうした取組を進めるための方策について、どのように考えるか。特に、現在ケアマネジャーがやむを得ず実施している法定業務以外の業務に関する地域の関係者における協議の在り方について、どのように考えるか。

(居宅介護支援事業所の役割を踏まえたケアマネジャーの専門性の発揮)

- こうした今後の相談支援のニーズも踏まえて、居宅介護支援事業所のケアマネジャーに求められる専門性についてどのように考えるか。また、こうした専門性が発揮されるよう、必要となる人材の確保、職責に見合う処遇の確保等のあり方、業務負担の軽減の方策（業務範囲の整理、ICTの活用等）、法定研修の在り方等についてどのように考えるか。

(地域包括支援センター及び地域ケア会議の在り方について)

- 地域包括支援センターが、地域における医療・介護の連携の強化や、複雑化・複合化した課題を抱える高齢者やその家族等に対する切れ目のない支援を行うため、具体的な方策についてどのように考えるか。
- 今後、複雑化・複合化した課題を抱える高齢者やその家族等に対する切れ目のない支援を行うための協議の場として、市町村が設置する「地域ケア会議」が果たすべき役割についてどのように考えるか。

(主任ケアマネジャーについて)

- これらの居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに求められる機能を踏まえて、主任ケアマネジャーに期待される役割や、そうした役割が発揮されるための方策についてどのように考えるか。

(※) 独居高齢者等も含めた利用者への切れ目のない支援のための地域づくりの推進や、意思決定支援の体制づくりについては、地域共生社会の在り方検討会議（社会・援護局）における議論を踏まえつつ、今後の部会において議論。

③ 認知症施策の推進について

現状・課題

- 2025年から2040年に向けた人口動態的特性は、85歳以上の高齢者の急増である。85歳を超えると、要介護認定率のみならず認知症有病率が大きく上昇する。高齢化の進展とともに、単身高齢世帯数の増加トレンドは続く。高齢者の認知症有病率は2012年の15.0%から2022年の12.3%に低下しているものの、認知症/MCIの単身世帯高齢者数は、2025年の約250万人から、2040年には約349万人に増加すると推計されている。
- 独居の認知症高齢者については、日常の生活支援を担う家族や親族がいない場合には、必要な情報を入手し、必要な社会的支援につながる事が困難であるため、同居家族がいる場合よりも、社会的孤立のリスクが高い。このため、医療支援（服薬管理や栄養管理など）、生活支援（見守り、移動支援、金銭管理など）、権利擁護支援など複合的な支援ニーズを抱えている。（若年性認知症の人には就労支援ニーズもある。）
- 認知症ケアパスは、認知症の人やその家族が「いつ」「どこで」「どのような」医療や介護サービスが受けられるのか、認知症の態に応じたサービス提供の流れを地域ごとにまとめたものであり、令和5年度時点で1,656市町村（作成率：95.1%）で策定されている。昨年末に閣議決定された認知症施策推進基本計画において、認知症の人の参画や意思の尊重など認知症基本法の趣旨を踏まえた認知症ケアパスの作成・更新・周知が求められている。
- 現在の認知症ケアパスにおいては、認知症の症状、状態に応じて、かかりつけ医、認知症疾患医療センター、初期集中支援チーム、地域包括支援センター、介護支援専門員、介護サービス事業所、認知症カフェなどが、認知症の本人や家族を支援することになっている。

③ 認知症施策の推進について

論点

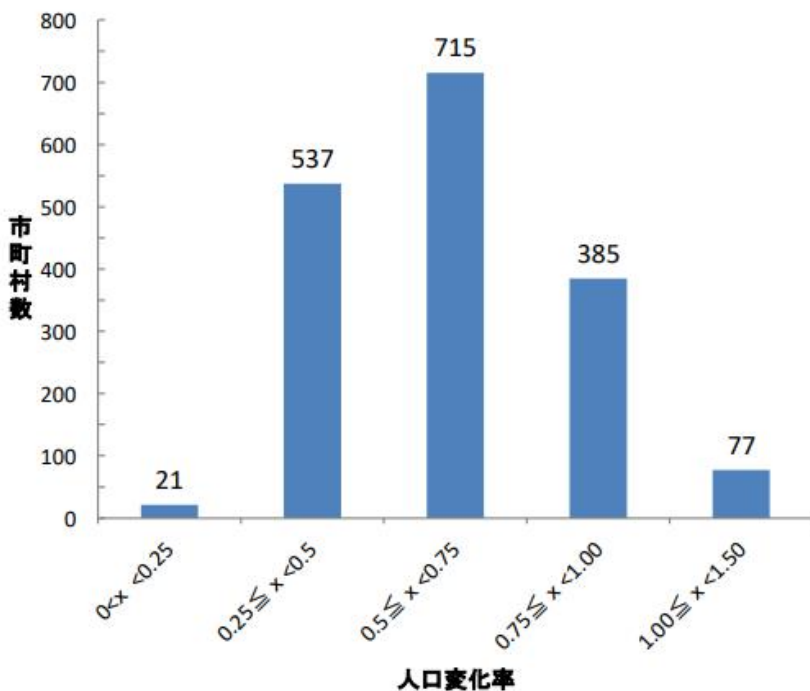
- 2040年とその先を見据え、複合的な支援ニーズを抱える独居の認知症高齢者が増加することを踏まえ、独居の認知症高齢者が安全・安心に暮らすための生活支援、社会環境の整備にむけて、関係機関との連携が求められるが、
 - ・ かかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センター等が、地域の実情に応じてどのように連携の強化を図っていくべきか。
 - ・ また、介護サービスや生活支援のニーズにも対応できるよう、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、介護支援専門員、介護サービス事業所のスタッフ、家族、地域の様々な関係者とともに、認知症高齢者を支援するネットワークをどのように構築していくべきか。
 - ・ 医療、介護サービスのほかに、権利擁護・意思決定支援、地域のインフォーマルサービスなど、認知症高齢者を取り巻く多岐にわたる課題に対し、地域の社会資源をどのように確保し、連携を図っていくべきか。
 - 上記の関係機関や社会資源との連携をオーガナイズするために、地域における役割分担についてどう考えるか。
 - 独居の認知症高齢者が抱える複合的な支援ニーズに対応するために、関係機関や必要となる社会資源について、新たに更新する認知症ケアパスにどのように位置づけていくべきか。
- ※ 認知症高齢者を含め、独居の高齢者等への切れ目のない支援のための地域づくりの推進や、意思決定支援の体制づくりについては、地域共生社会の在り方検討会議（社会・援護局）における議論を踏まえつつ、今後の部会において議論。

- I 地域包括ケアシステムの構築について
- II 今後の人口減少・高齢化の進展について
- III 多様なニーズに対応した介護の提供・整備について
- IV 地域包括ケアシステムにおける相談支援等の在り方について
- V 認知症施策の推進について
- VI 課題と論点について
- VII 参考資料**

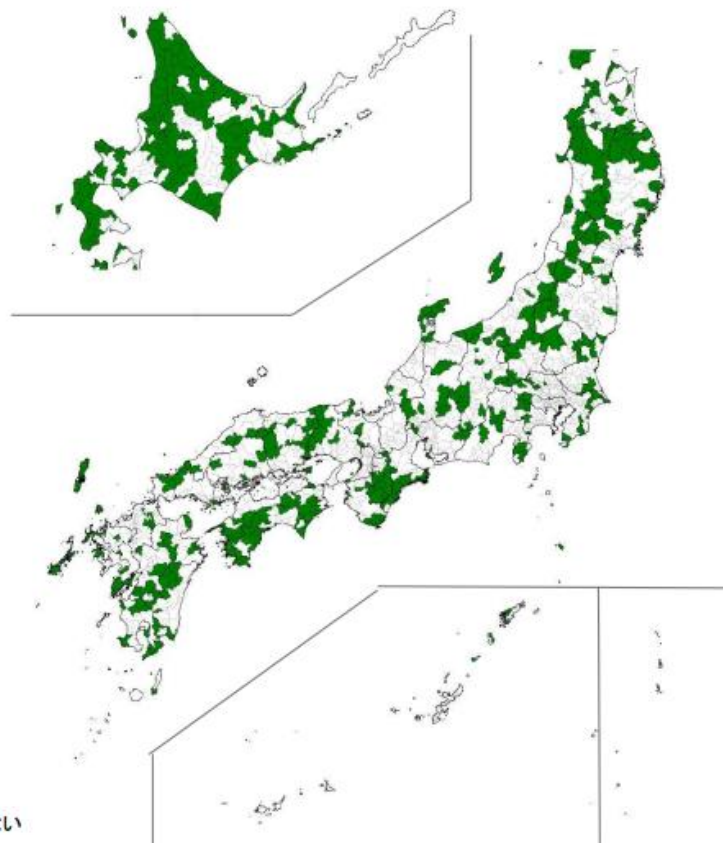
人口減少の地域差

- 市区町村別にみると、**558市町村（全市区町村の約3割）が人口半数未満になり**、そのうち21市町村が25%未満となる。
- 特に、人口が半減する市町村は**中山間地域**等に多く見られる。

2015年人口に対する2050年人口の変化率別市区町村数



2050年までに人口半数未満となる市区町村の分布



(注)分析対象には、福島県富岡町、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村は入っていない

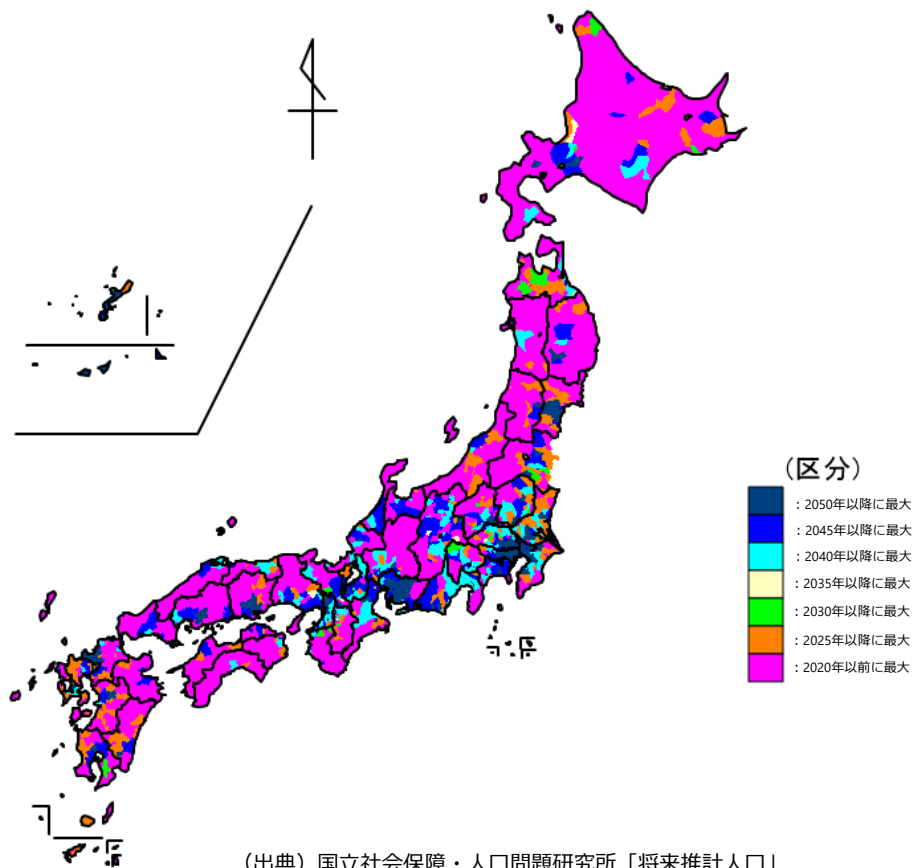
(備考) 1. 総務省「平成27年国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」等より、国土交通省国土政策局推計
2. 国土数値情報500mメッシュ(4次メッシュ)の中心点が市町村区域の内側に位置するメッシュを当該市町村に属するメッシュとして集計。

(資料出所) 国土審議会計画推進部会「国土の長期展望」(令和3年6月)

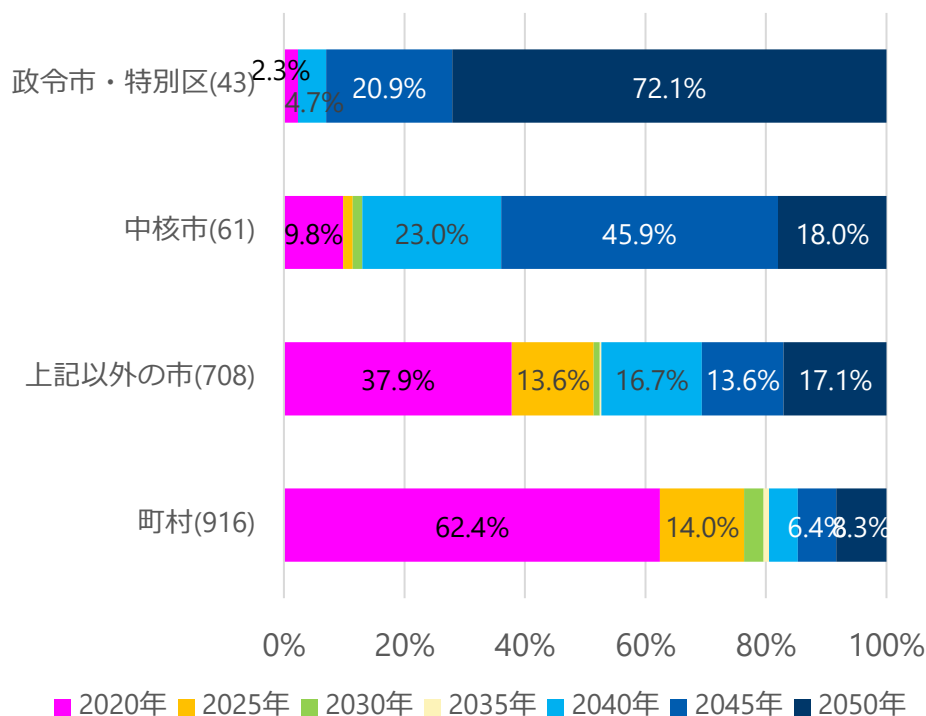
65歳以上人口の将来推計①（65歳以上人口が最大となる年）

- 将来推計人口によれば、65歳以上人口は、847市町村(49%)では2020年以前に既にピークを迎えており、都市部を中心に239市町村(14%)では2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 65歳以上人口がピークとなる年は、政令市・特別区・中核市では2040年以降に迎える見込まれるのに対し、その他の市町村の65%(1,064市町村)では2025年までに迎える見込まれる。

65歳以上人口が最大となる年



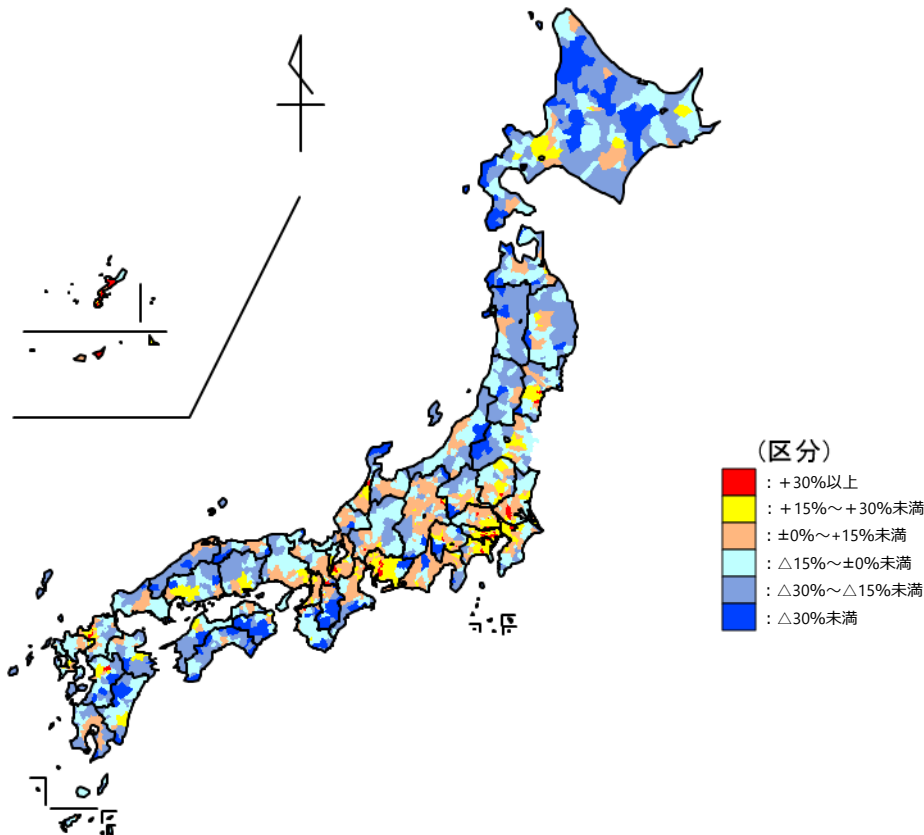
65歳以上人口が最大となる年（市町村区分別）



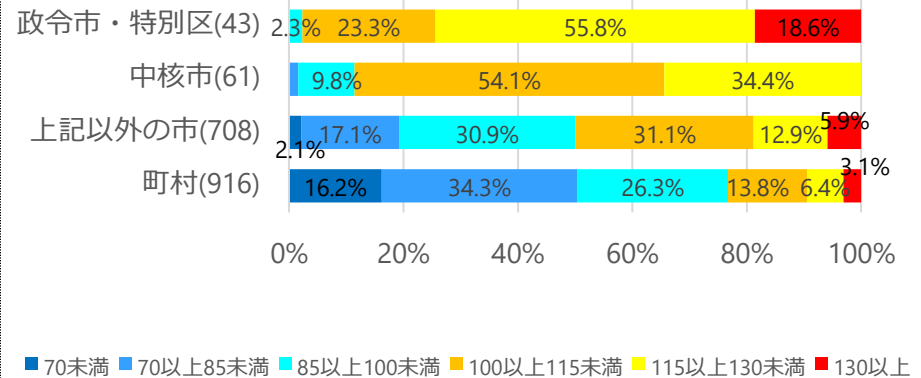
65歳以上人口の将来推計②（2040年までの65歳以上人口増減率）

- 将来推計人口によれば、2040年の65歳以上人口は、2020年と比較して、政令市・特別区の約75%では15%以上の増加が見込まれるのに対し、町村部の約半数では15%以上の減少が見込まれる。
- 政令市・特別区・中核市以外の市町村について、昼夜人口比率が低く（＝昼間の流出人口が多い）、大都市のベッドタウンと推定される市町村では、2040年の65歳以上人口は相対的に高い傾向がある。

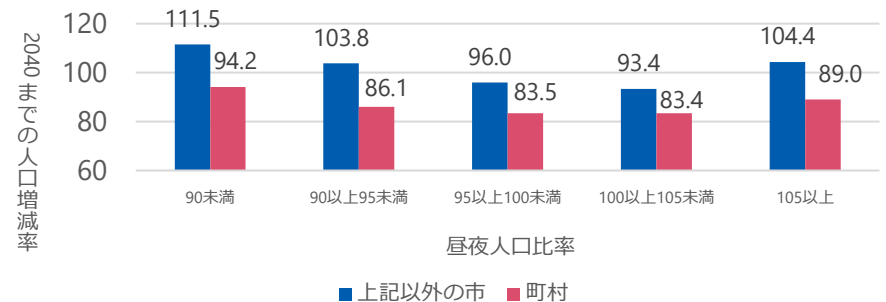
2040年までの65歳以上人口増減率（2020年を100とした場合）



2040年までの65歳以上人口増減率（市町村区分別）



2040年までの65歳以上人口増減率（単純平均、昼夜人口比率別）



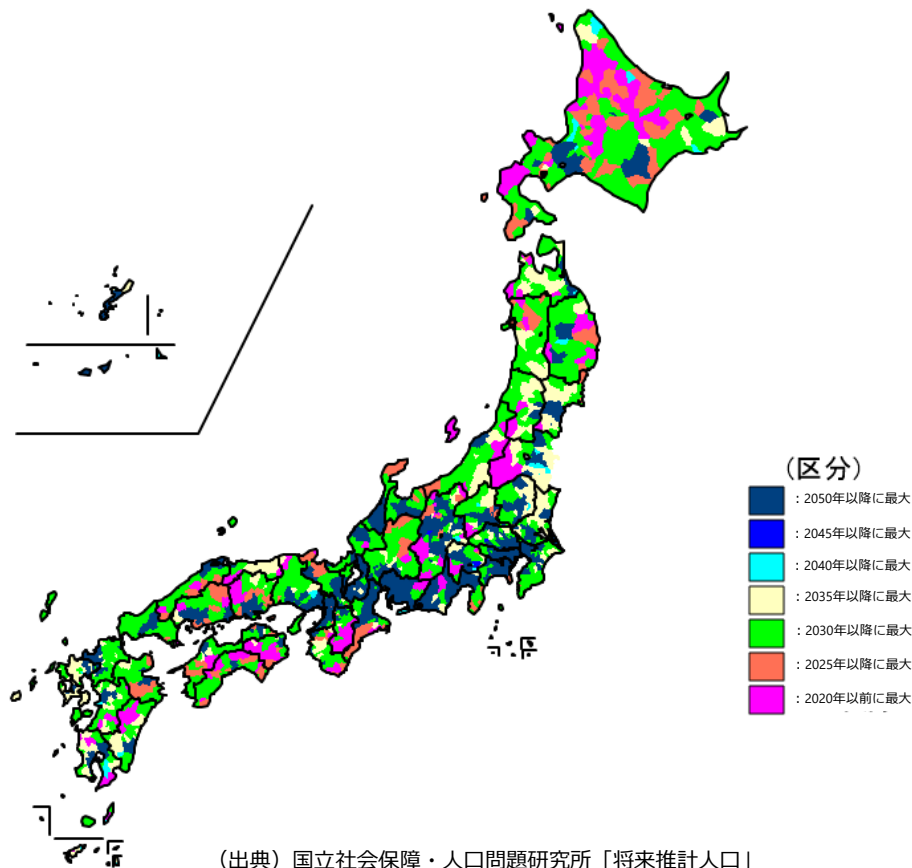
(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」、総務省「国勢調査」（従業地・通学地による人口・就業状態等集計）

※「昼夜人口比率」は、100を上回っているときは昼間人口が夜間人口を上回ることを示し、100を下回っているときは昼間人口が夜間人口を下回ることを示す。

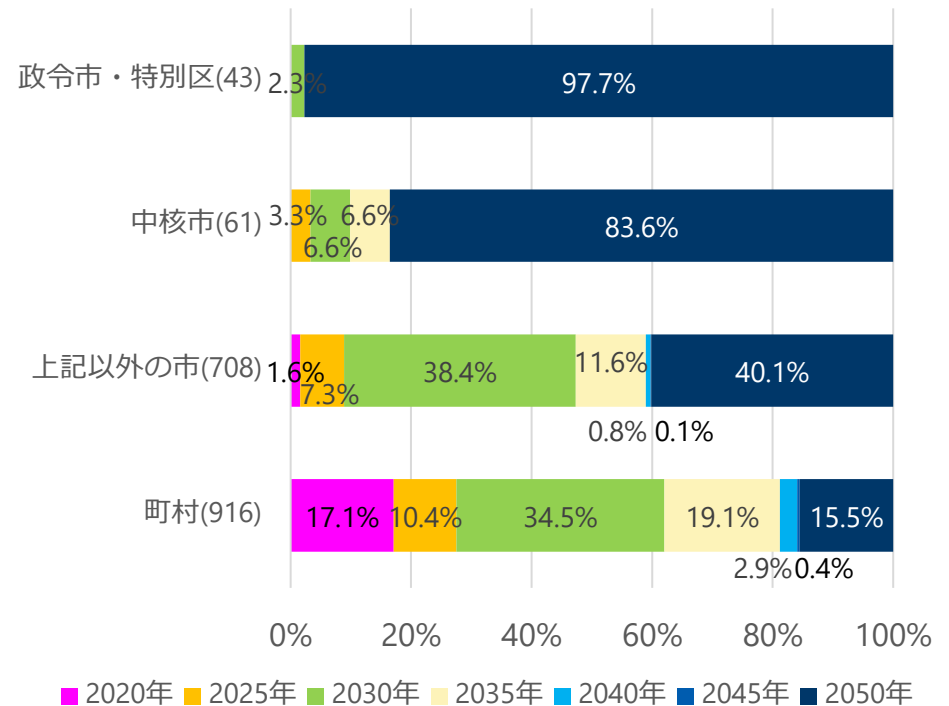
75歳以上人口の将来推計①（75歳以上人口が最大となる年）

- 将来推計人口によれば、75歳以上人口は、2020年以前に既にピークを迎えているのは168市町村(9.7%)であり、都市部を中心に519市町村(30.0%)では2050年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 75歳以上人口がピークとなる年は、政令市・特別区・中核市では2050年以降に迎える見込まれるのに対し、その他の市町村の71%(1,160市町村)では2035年までに迎える見込まれる。

75歳以上人口が最大となる年



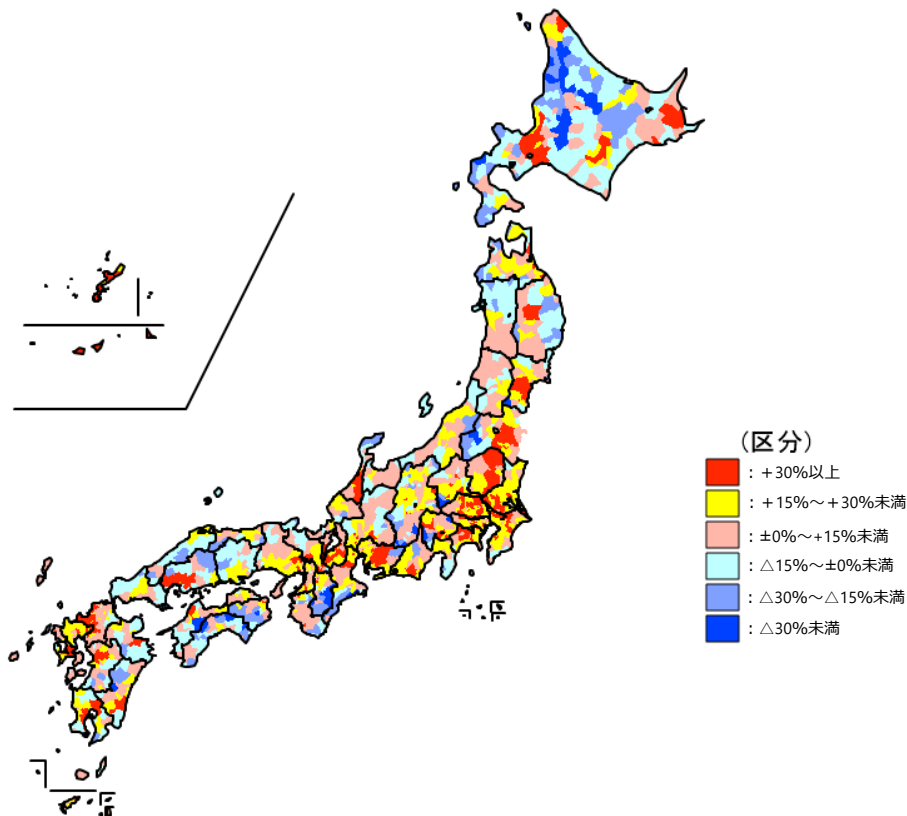
75歳以上人口が最大となる年（市町村区分別）



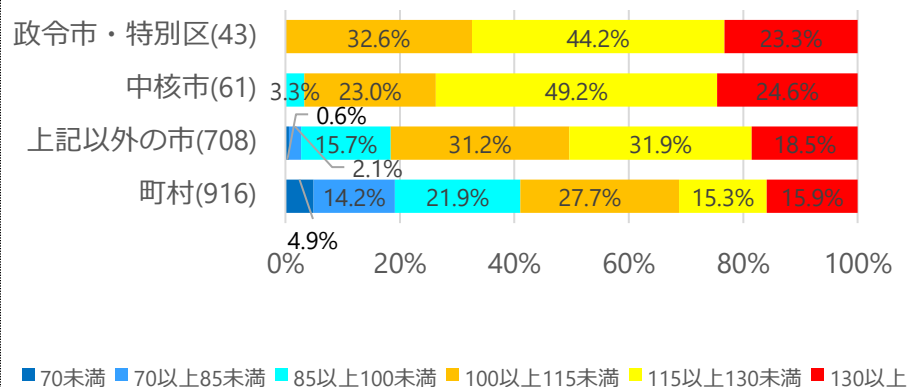
75歳以上人口の将来推計②（2040年までの75歳以上人口増減率）

- 将来推計人口によれば、2040年の75歳以上人口は、2020年と比較して、政令市・特別区の67%では15%以上の増加が見込まれるのに対し、町村部の41%（376市町村）では減少が見込まれる。
- 政令市・特別区・中核市以外の市町村について、昼夜人口比率が低く（＝昼間の流出人口が多い）、大都市のベッドタウンと推定される市町村では、2040年の75歳以上人口の増加率が相対的に高い傾向がある。

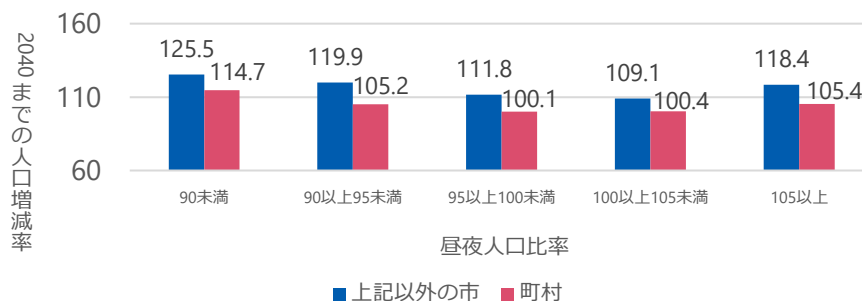
2040年までの75歳以上人口増減率（2020年を100とした場合）



2040年までの75歳以上人口増減率（市町村区分別）



2040年までの75歳以上人口増減率（単純平均、昼夜人口比率別）



(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」、総務省「国勢調査」（従業地・通学地による人口・就業状態等集計）

※「昼夜人口比率」は、100を上回っているときは昼間人口が夜間人口を上回ることを示し、100を下回っているときは昼間人口が夜間人口を下回ることを示す。

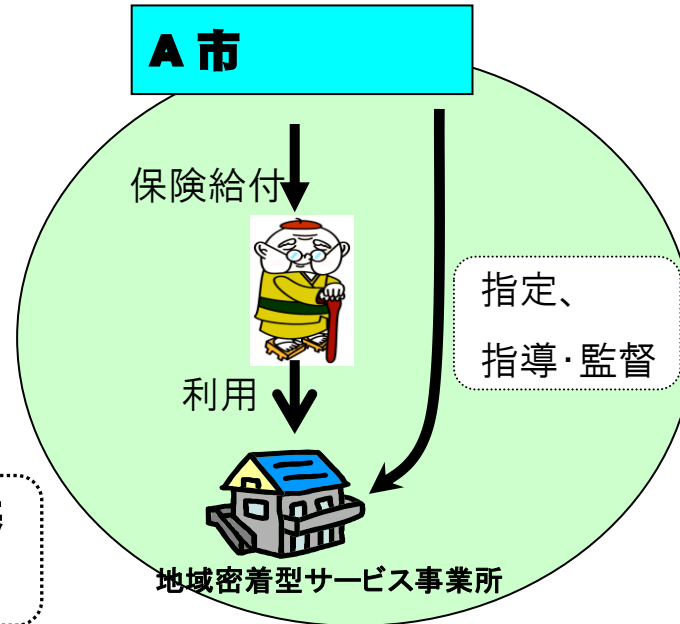
地域密着型サービスの概要

平成17年介護保険制度改革により、要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるため、身近な市町村で提供されることが適当なサービス類型（＝地域密着型サービス）を創設した。

1：A市の住民のみが利用可能

- 市町村が指定権限を持つ
- その市町村の住民のみがサービス利用可能（A市の同意を得た上で他の市町村が指定すれば、他の市町村の住民が利用することも可能）

3：地域の実情に応じた指定基準、介護報酬の設定



2：地域単位で適正なサービス基盤整備

市町村（それをさらに細かく分けた圏域）単位で必要整備量を定めることで、地域のニーズに応じたバランスの取れた整備を促進

4：公平・公正透明な仕組み

指定（拒否）、指定基準、報酬設定には、地域住民、高齢者、経営者、保健・医療・福祉関係者等が関与

【地域密着型サービスの種類】

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ※平成24年4月から
- 夜間対応型訪問介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型通所介護 ※平成28年4月から
- 認知症対応型通所介護（認知症デイ）
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 看護小規模多機能型居宅介護 ※平成24年4月から

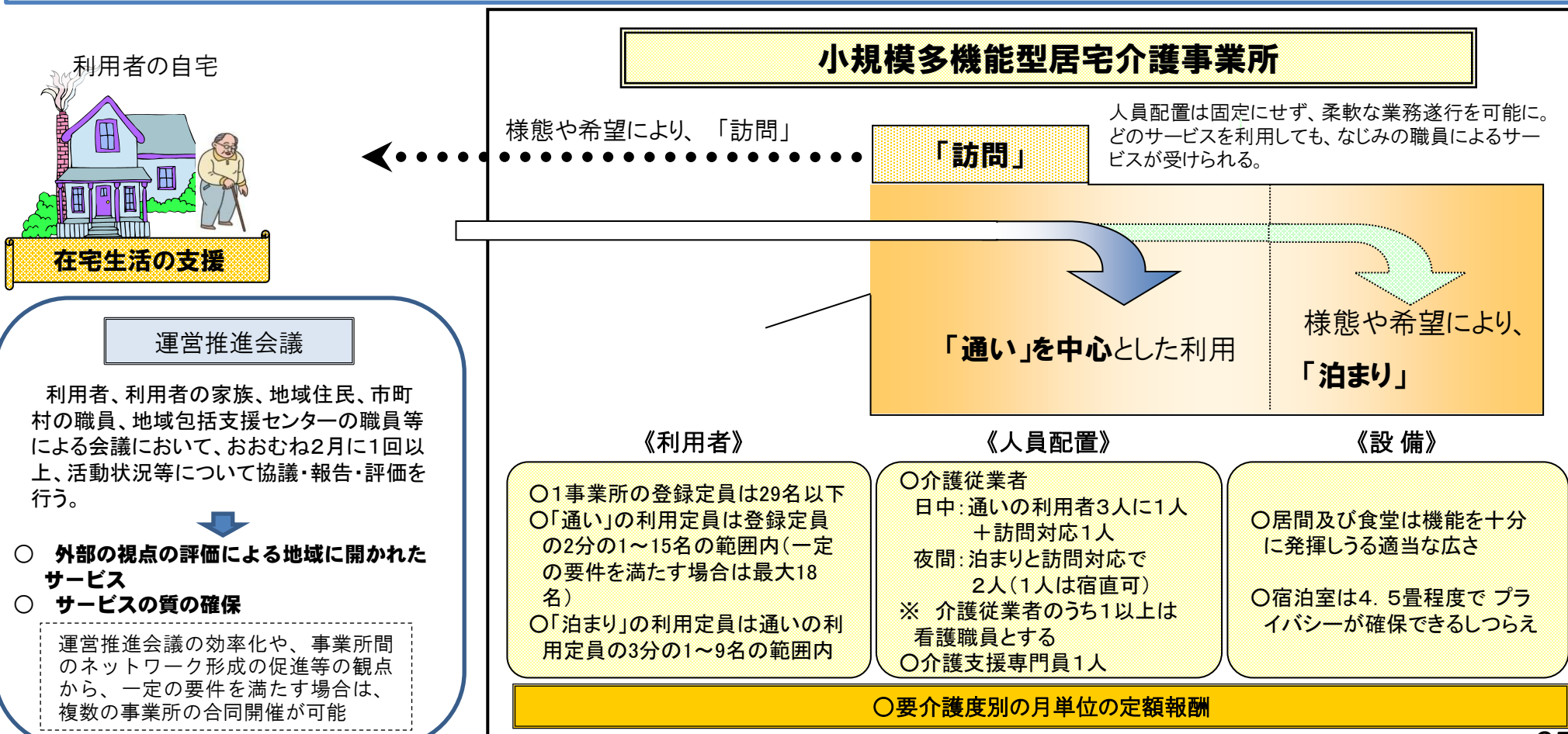
小規模多機能型居宅介護の概要

定義

- 「小規模多機能型居宅介護」は、利用者（要介護（支援）者）の心身の状況や置かれている環境に応じて、利用者の選択に基づき、居宅に訪問し、または拠点に通わせ、もしくは拠点に短期間宿泊させ、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等や機能訓練を行うもの。

経緯

- 「通い」を中心として、要介護（支援）者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された（平成18年4月創設）。



夜間対応型訪問介護の概要

定義

○「夜間対応型訪問介護」とは、夜間において、定期巡回訪問、または、随時通報を受け利用者（要介護者）の居宅を訪問介護員等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護等の提供を行うものをいう。

経緯

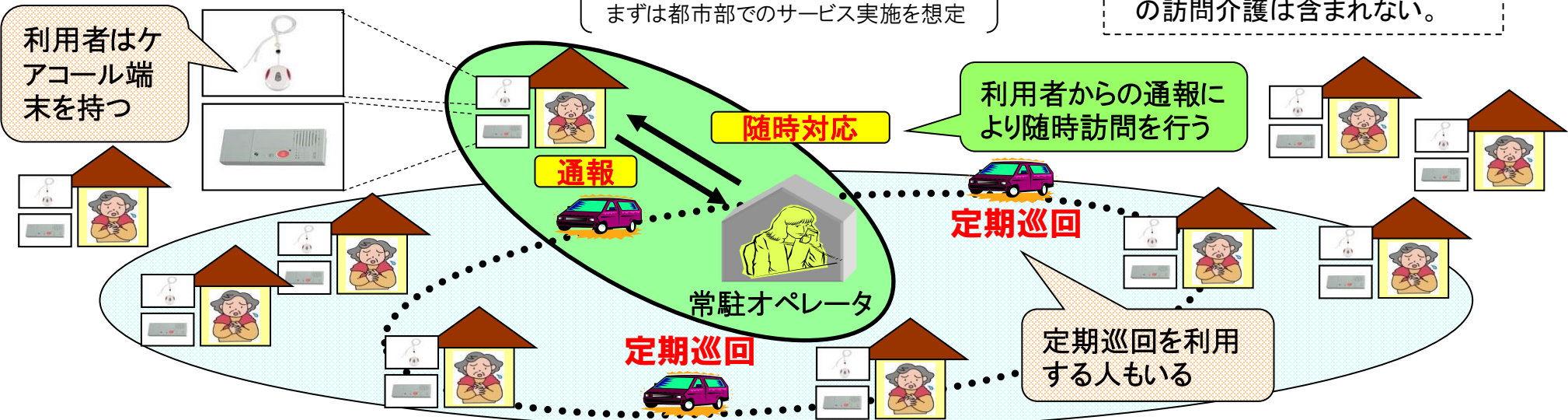
○在宅にいる場合も、夜間を含め24時間安心して生活できる体制の整備が必要であるとの考えから、平成18年4月に、夜間における「定期巡回」と「通報による随時対応」を合わせた「夜間対応型訪問介護」が創設された（夜間における訪問介護サービスの提供のみを想定したサービス類型）。

<夜間対応型訪問介護のイメージ図>

基本的には、利用対象者300人程度を想定

（人口規模にすれば20万程度
まずは都市部でのサービス実施を想定）

※ 夜間の訪問介護のみを実施するサービス類型であり、日中の訪問介護は含まれない。



介護医療院の概要

(定義)

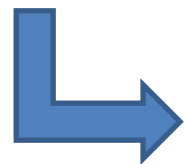
介護医療院とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第29項)

(基本方針)

第二条 介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、その者が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するものでなければならない。

(介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成30年厚生省令第5号))



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の概要

定義

- 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とは、
 - ・定期巡回訪問、または、随時通報を受け利用者（要介護者）の居宅を介護福祉士等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を行うとともに、看護師等による療養上の世話や診療の補助を行うもの（訪問看護を一体的に行う場合）
 - または
 - ・定期巡回訪問、または、随時通報を受け訪問看護事業所と連携しつつ、利用者（要介護者）の居宅を介護福祉士等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を行うもの（他の訪問看護事業所と連携し訪問看護を行う場合）
- のうち、いずれかをいう。

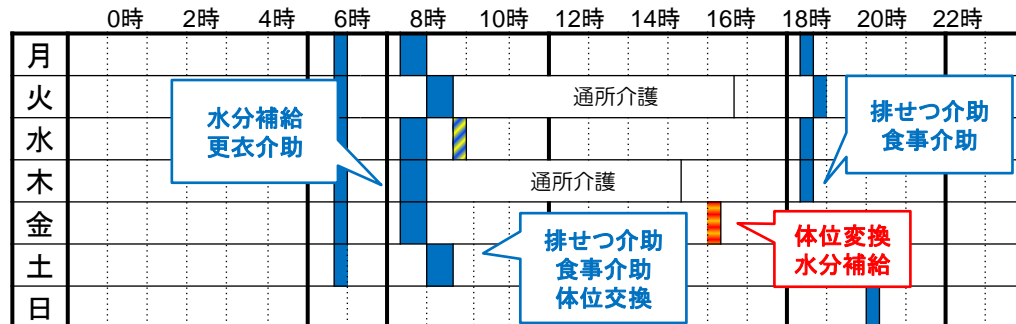
経緯

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、**重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足**していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して**医療と介護との連携が不足**しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「**定期巡回・随時対応型訪問介護看護**」を創設（平成24年4月）。

<定期巡回・随時対応サービスのイメージ>



<サービス提供の例>



- ・日中・夜間を通じてサービスを受けることが可能
- ・訪問介護と訪問看護を一体的に受けることが可能
- ・定期的な訪問だけではなく、**必要なときに随時サービス**を受けることが可能

看護小規模多機能型居宅介護の概要

登録利用者への看護小規模多機能型居宅介護の提供

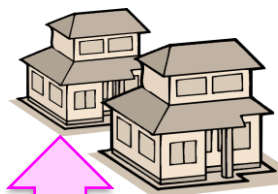
通い
泊まり



自宅



訪問
(看護・介護)



登録利用者
以外への
訪問看護

がん末期の看取り期・
病状不安定期における在宅
生活の継続支援

家族へのレスパイトケア、相
談対応による不安の軽減

退院直後の在宅療養
生活へのスムーズな
移行支援

看護小規模多機能型居宅介護事業所

医療ニーズの高い利用者の状況に応じたサービスの
組み合わせにより、地域における多様な療養支援を行う

○登録定員:29名以下 (通い定員18名以下・宿泊定員9名以下)

○主な人員:常勤換算2.5以上の看護職員(うち常勤保健師又は
看護師1以上)、専従の介護支援専門員、その他職員



登録利用者以外の地
域住民に対しても訪
問看護を提供
(指定訪問看護事業所の
指定を併せて受けている
場合)

運営推進会議
等による連携

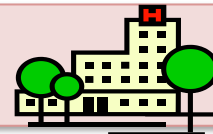
入院・休日
夜間の対応

密接な連携
訪問看護指示

- ・地域住民の代表者
- ・市町村又は地域包括
支援センターの職員等



- ・協力医療機関
- ・協力歯科医療機関
- ・バックアップ施設 (介護老人福祉施設、
介護老人保健施設、病院等)



- ・主治医



- 主治医と看護小規模多機能型居宅介護事業所の密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用することができる。
※ 医療ニーズへの対応が必要な利用者に対して、小規模多機能型居宅介護事業所では対応できなかったが、看護小規模多機能型居宅介護事業所では対応できる。
- 看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、「通い」、「泊まり」、「訪問(看護・介護)」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。

「地域包括ケアシステム」に関する法律上の規定

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）

（定義）

第2条 この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

介護保険法（平成9年法律第123号）

（国及び地方公共団体の責務）

第5条

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

- 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進
 - ・ 医療と介護の連携の推進
 - 在宅における医療ニーズへの対応強化
 - 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
 - 在宅における医療・介護の連携強化
 - 高齢者施設等と医療機関の連携強化
 - ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
 - ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- ・ 看取りへの対応強化
- ・ 感染症や災害への対応力向上
- ・ 高齢者虐待防止の推進
- ・ 認知症の対応力向上
- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進
- ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
- ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
- ・ LIFEを活用した質の高い介護

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進
- ・ 介護職員の処遇改善
- ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
- ・ 効率的なサービス提供の推進

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築
- ・ 評価の適正化・重点化
- ・ 報酬の整理・簡素化

5. その他

- ・ 「書面掲示」規制の見直し
- ・ 基準費用額（居住費）の見直し
- ・ 地域区分
- ・ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、それぞれの住み慣れた地域において利用者の尊厳を保持しつつ、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

※各事項は主なもの

医療と介護の連携の推進

<在宅における医療ニーズへの対応強化>

- ・ 医療ニーズの高い利用者が増える中、適切かつより質の高い**訪問看護**を提供する観点から、専門性の高い看護師が計画的な管理を行うことを評価する加算を新設。

<高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化>

- ・ 所定疾患施設療養費について、**介護老人保健施設**の入所者に適切な医療を提供する観点から、対象に慢性心不全が増悪した場合を追加する。

<在宅における医療・介護の連携強化>

- ・ 退院後早期に連続的で質の高い**リハビリテーション**を実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書を入手し、内容を把握することを義務付ける。

<高齢者施設等と医療機関の連携強化>

- ・ **高齢者施設等**について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関等と実効性のある連携体制を構築するための見直しを行う。

質の高い公正中立なケアマネジメント

- ・ **居宅介護支援**における特定事業所加算の算定要件について、ヤングケアラーなどの多様な課題への対応を促進する観点等から見直しを行う。

感染症や災害への対応力向上

- ・ **高齢者施設等**における感染症対応力の向上を図る観点から、医療機関との連携の下、施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止するための医療機関との連携体制の構築や感染症対策に資する取組を評価する加算を新設する。
- ・ 感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際は、特定の場合を除き基本報酬を減算する。（1年間の経過措置）

高齢者虐待防止の推進

- ・ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

認知症の対応力向上

- ・ 平時からの認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防及び出現時の早期対応に資する取組を推進する観点から、認知症のチームケアを評価する加算を新設。

福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

- ・ 利用者負担を軽減し、制度の持続可能性の確保を図るとともに、**福祉用具**の適時・適切な利用、安全を確保する観点から、一部の用具について貸与と販売の選択制を導入する。その際、利用者への十分な説明や多職種の意見や利用者の身体状況等を踏まえた提案などを行うこととする。

地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組

- ・ **訪問介護**における特定事業所加算について、中山間地域等で継続的なサービス提供を行っている事業所を適切に評価する観点等から見直しを行う。

看取りへの対応強化

- ・ 各種サービスにおける、看取り・ターミナルケア関係の加算の見直し等を行う。

介護老人保健施設の概要

(定義)

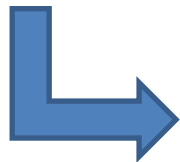
介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第28項)

(基本方針)

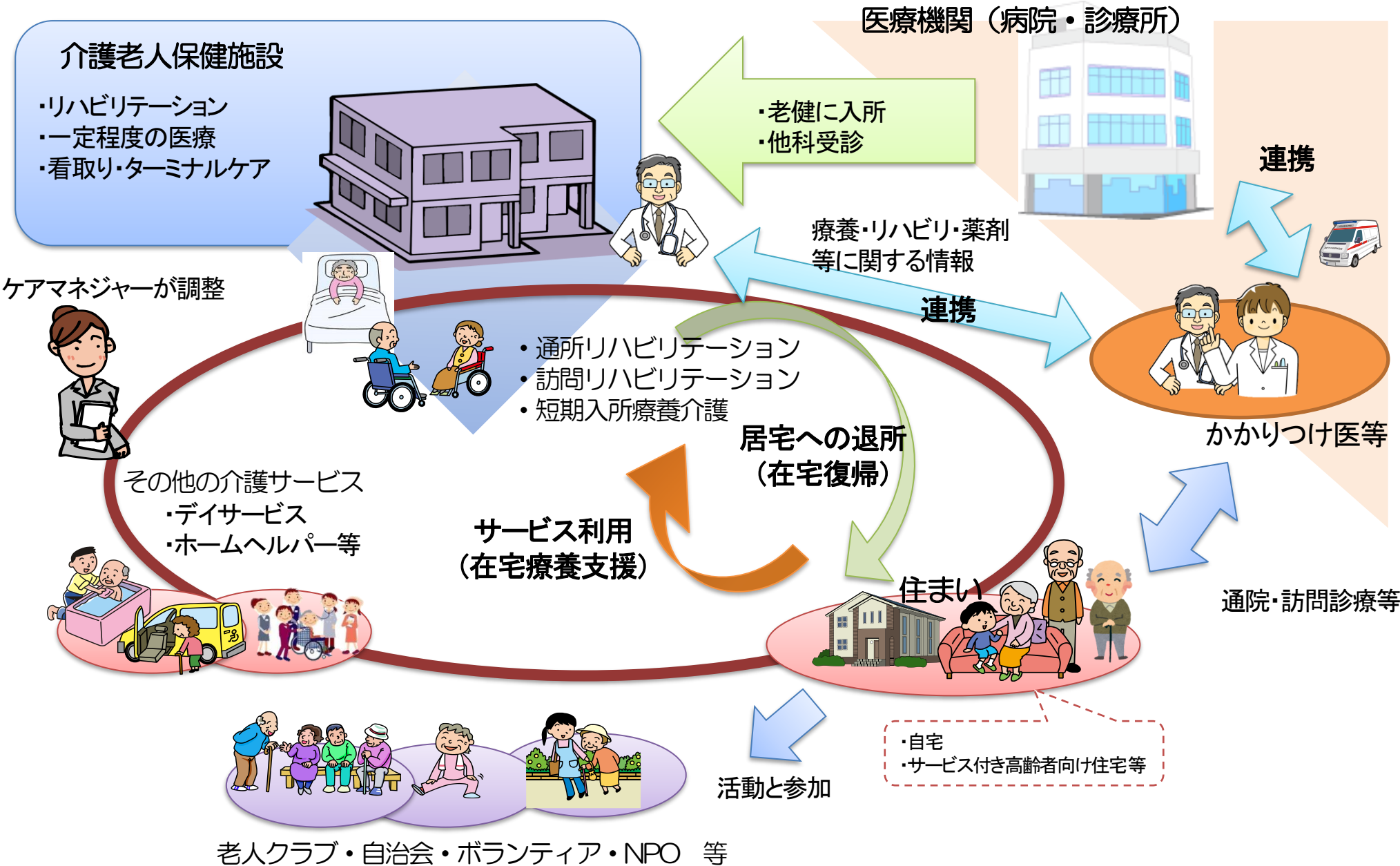
第一条の二 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号))



- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
- リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

地域包括ケアシステムにおける介護老人保健施設のイメージ



かかりつけ医の定義と機能(日本医師会・四病院団体協議会)

2.1. かかりつけ医の定義

「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。

「かかりつけ医」とは(定義)

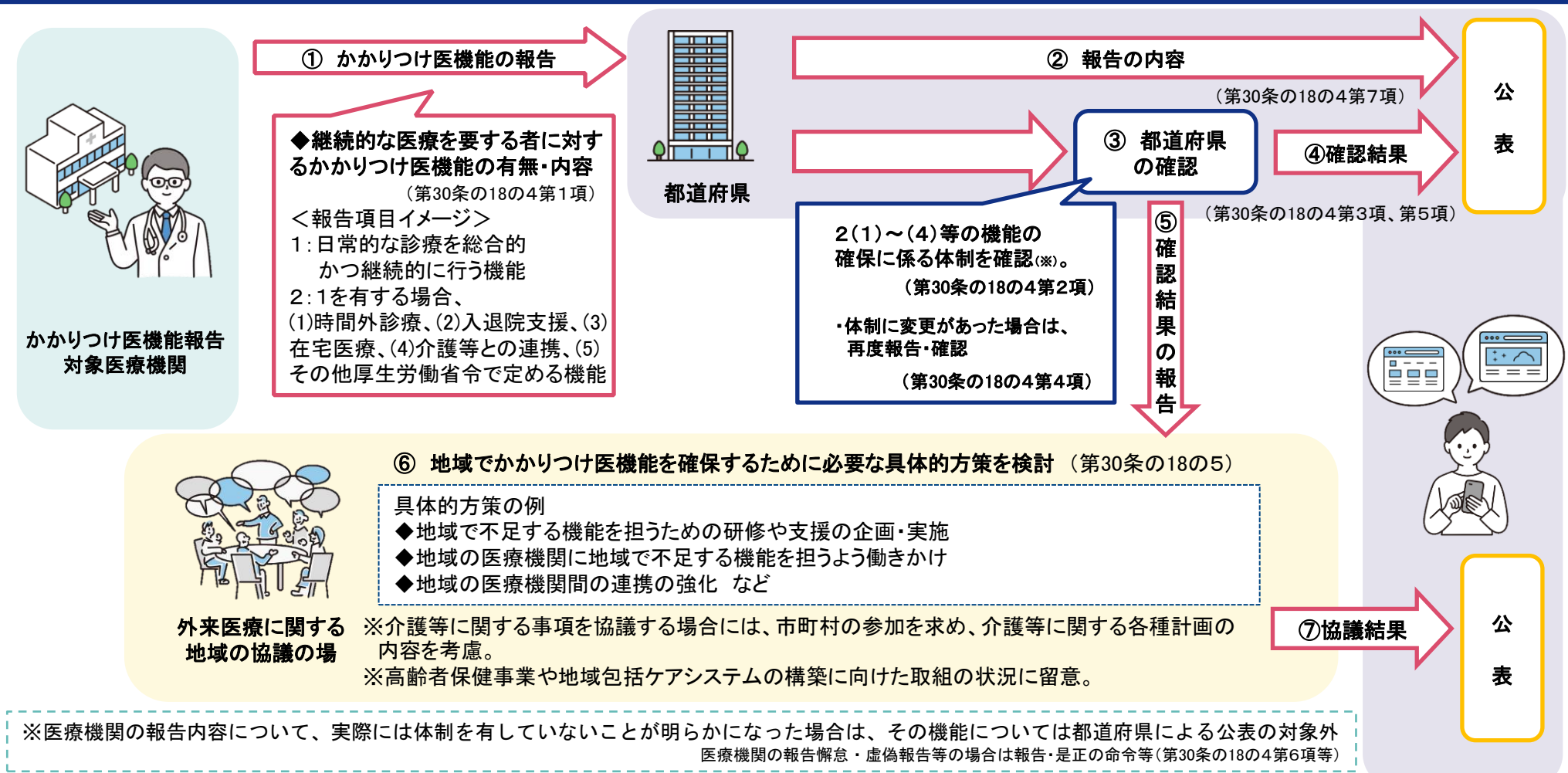
なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



報告を求めるかかりつけ医機能「1号機能」

- かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関は、特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所とする。
- 報告を求めるかかりつけ医機能（1号機能）の概要は以下のとおり。報告事項のいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

■ かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関

- 特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所

■ 具体的な機能（1号機能）

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能

■ 医療機関からの報告事項（1号機能）

- 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること
- かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無
- 17の診療領域※1ごとの一次診療の対応可能な有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること
- 一次診療を行うことができる疾患
- 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※1 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※いずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

※かかりつけ医機能に関する研修及び一次診療・患者相談対応に関する報告事項については、改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえて、改めて検討する。

令和6年7月5日「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」資料

（例）一次診療に関する報告できる疾患案（40疾患）

傷病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症(関節リウマチ、脱臼)	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17.小児
皮膚の疾患	221.6	1.皮膚・形成外科、17.小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17.小児
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	-
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17.小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17.小児
うつ(気分障害、躁うつ病)	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
骨粗しょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス(神経症)	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
脳梗塞	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17.小児
睡眠障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17.小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じよくの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛(片頭痛)	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
頸腕症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎(肝硬変、ウイルス性肝炎)	15.3	8. 肝・胆道・膵臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

※一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「患者調査」全国の推計外来患者数
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInflId=000032211984&fileKind=1>

【上記例の設定の考え方】

- ・一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

報告を求めるかかりつけ医機能「2号機能」

- 報告を求めるかかりつけ医機能（2号機能等）の概要は以下のとおり。
- 各報告事項のうち、いずれかが「有」の場合は「当該機能有り」として報告を行う。

■ 具体的な機能（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
 - ・通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能
- （2）入退院時の支援
 - ・在宅患者の後方支援病床を確保し、地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスに参加し、入退院時に情報共有・共同指導を行う機能
- （3）在宅医療の提供
 - ・在宅医療を提供する機能
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
 - ・介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する機能

■ その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務等）、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等
- 1号機能及び2号機能の報告で「当該機能有り」と現時点でならない場合は、今後担う意向の有無

■ 医療機関からの報告事項（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
 - ① 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況（在宅当番医制・休日 夜間急患センター等に参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況
- （2）入退院時の支援
 - ① 自院又は連携による後方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
 - ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
 - ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数
- （3）在宅医療の提供
 - ① 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況（自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 自院における訪問看護指示料の算定状況
 - ④ 自院における在宅看取りの実施状況
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
 - ① 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況（主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議等への参加、介護支援専門員や相談支援専門員と相談機会設定等）
 - ② 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 介護保険施設等における医療の提供状況（協力医療機関となっている施設の名称）
 - ④ 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
 - ⑤ ACPの実施状況

(参考) 在支診・在支病の施設基準

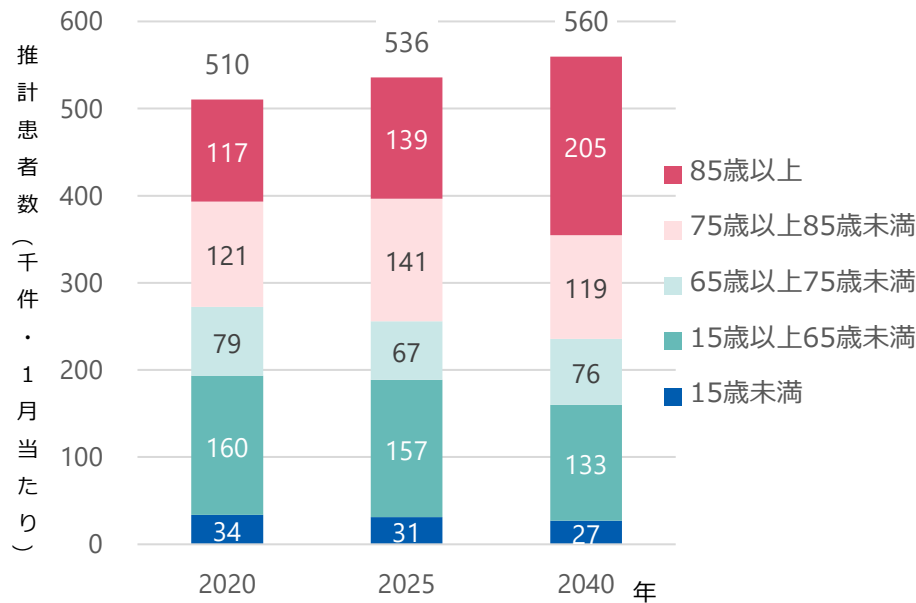
	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ <u>訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備</u> ⑨ <u>介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</u>					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上			
	⑩ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					
	⑪ <u>各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。</u>					

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

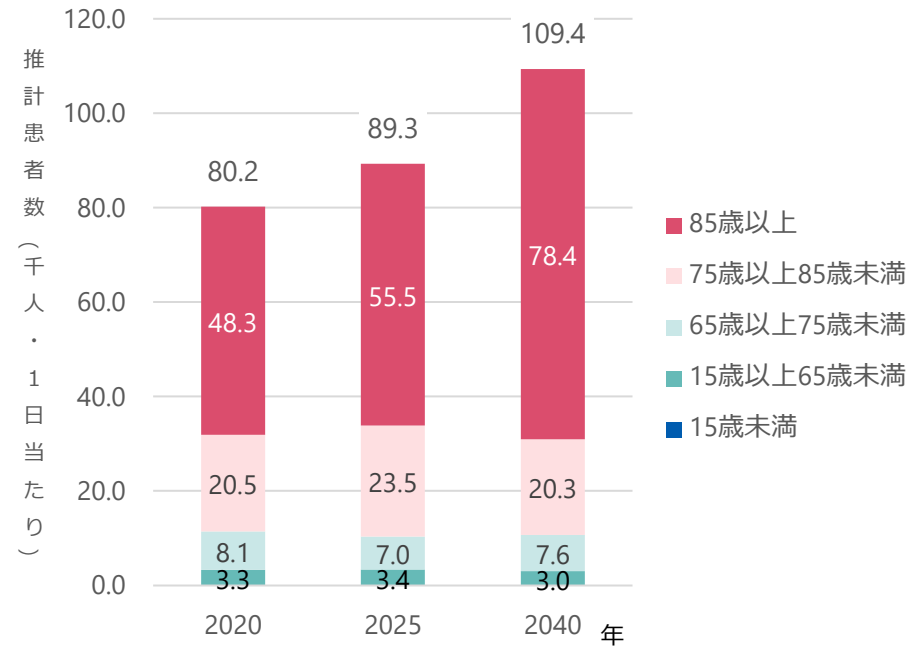
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計

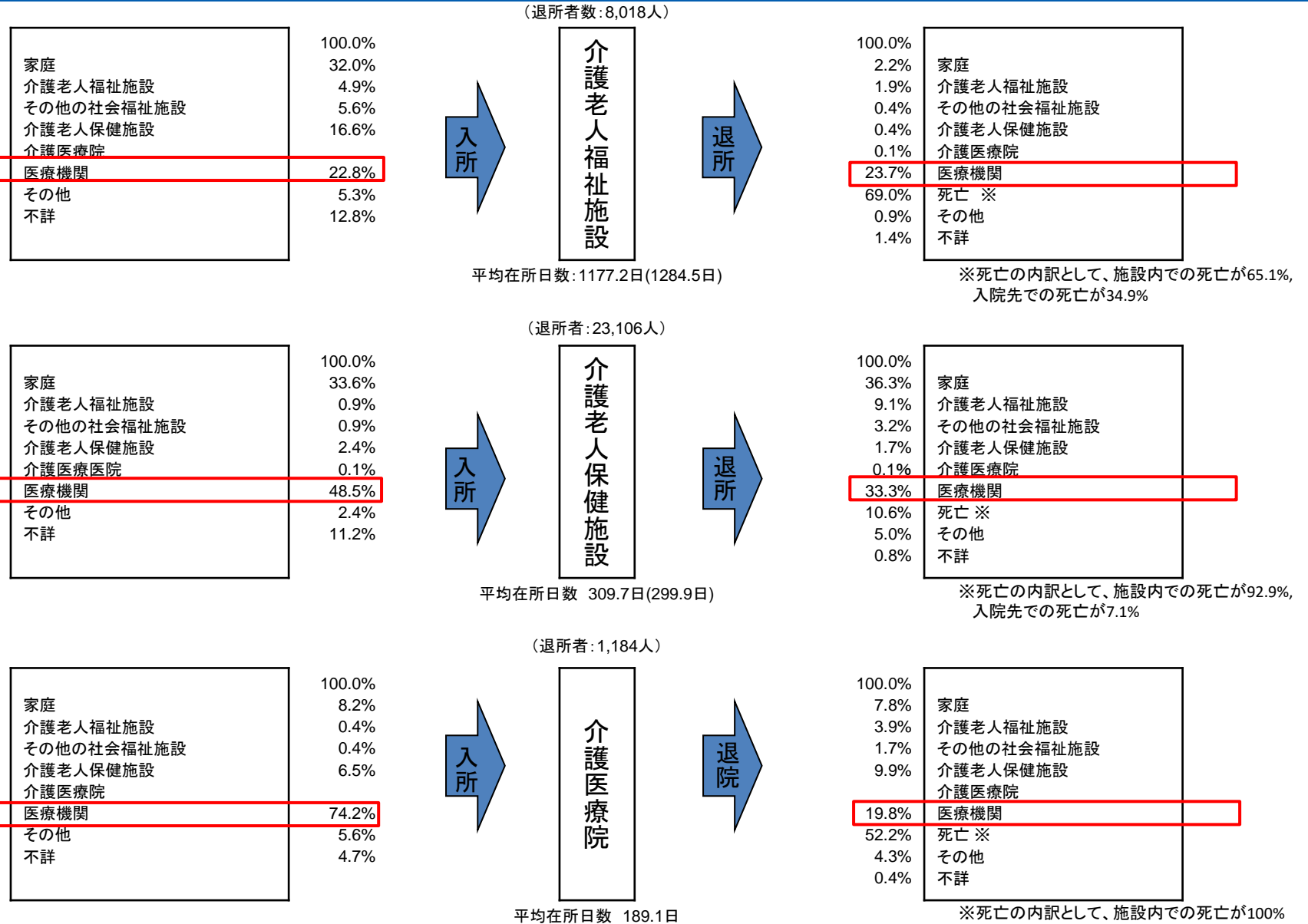


2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
 ※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
 ※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
 総務省「人口推計」（2017年）
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」
 を基に地域医療計画課において推計。

介護保険三施設における入所者・退所者の状況

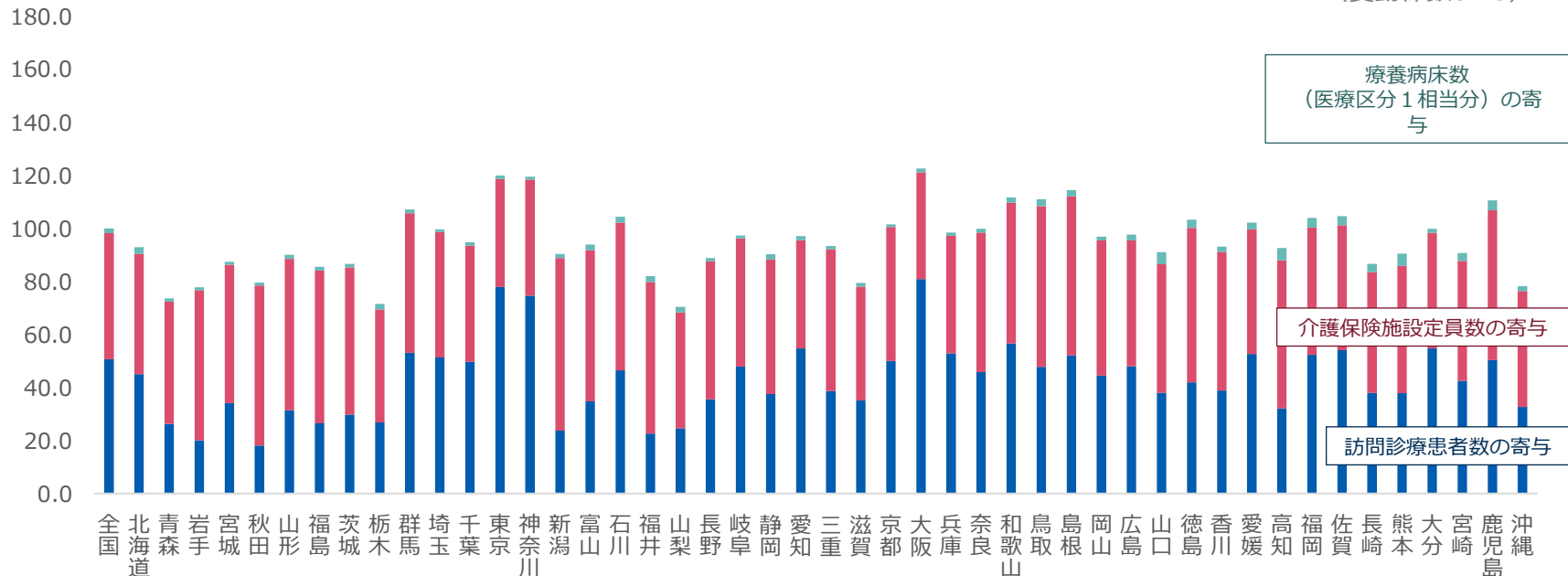


出典: 令和元年介護サービス施設・事業所調査結果

訪問診療患者数、介護保険施設定員数、療養病床数の地域差

在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部（医療区分1）については患者像が重複する場合があります。地域の資源に応じてサービス提供が行われている。訪問診療患者数に係る地域差については、介護保険施設定員数、療養病床数（医療区分1相当分）と合わせると地域差は縮小する。

訪問診療患者数、介護保険施設定員数及び療養病床数（医療区分1相当分）の65歳以上人口比
 (指数：全国=100) (変動係数0.13)

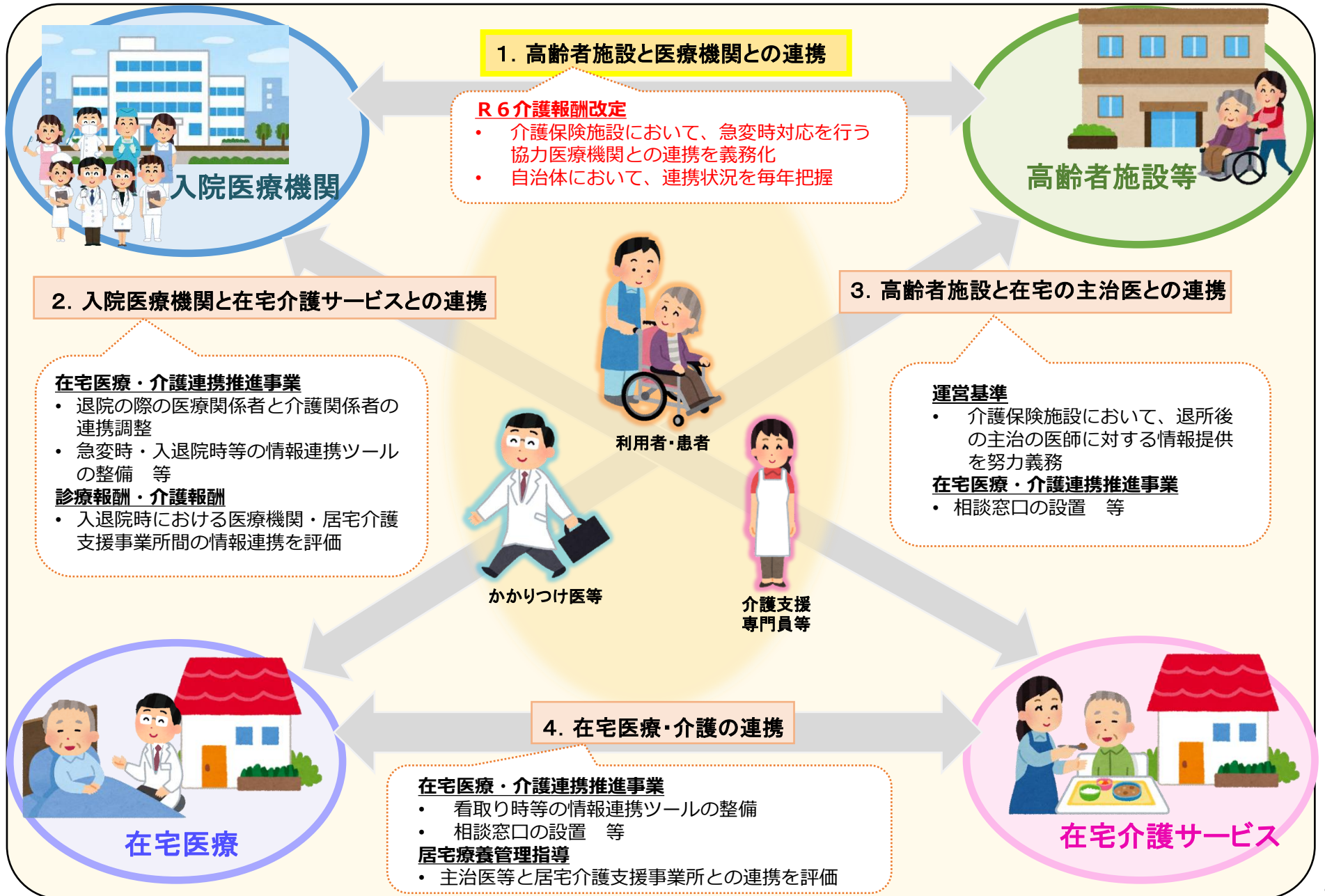


資料出所：NDBデータ（2022年10月分）、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（2022年）、厚生労働省「医療施設調査」（2022年）、NDBオープンデータ（2022年度）及び総務省「住民基本台帳人口」（2023年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※ 訪問診療患者数については、65歳以上の者に限る。

※ 介護保険施設定員数については、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院の定員数の合計。

※ 療養病床数（医療区分1相当分）については、都道府県別に、療養病床数（病院、一般診療所及び介護療養型医療施設の合計）に対し療養病棟入院基本料の算定回数に占める医療区分1の算定回数の割合を乗じることにより算定している。



協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。「経過措置3年間」
- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★

【基準】

- ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。
- ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

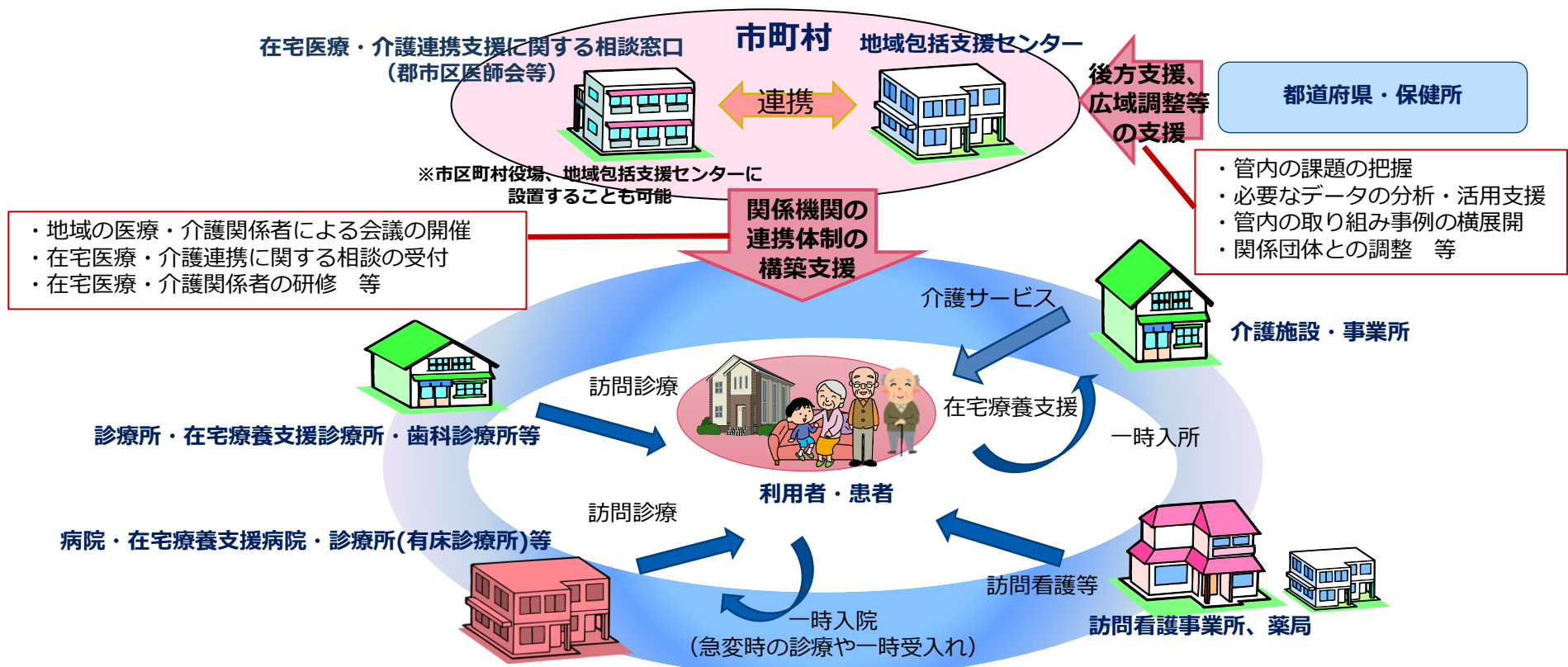
在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



介護施設等における対応力の強化

- 増加する高齢者救急への対応として、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

■ Ambulatory Care Sensitive Conditions(ACSCs)

ACSCs：緊急入院を避けることができると考えられる喘息や糖尿病等の一連の疾患・状態。

Hodgson et al. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019

高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水、COPD等があげられる。

■ 老健施設における治療管理などの対応の評価

単位等

- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239単位/日
- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日

- 注1 所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）は、いずれか一方のみ算定可能。
 注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日（Ⅰ）もしくは10日（Ⅱ）を限度とする
 注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

算定要件等

<対象疾患>

- ・ 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

<所定疾患施設療養費（Ⅰ）>

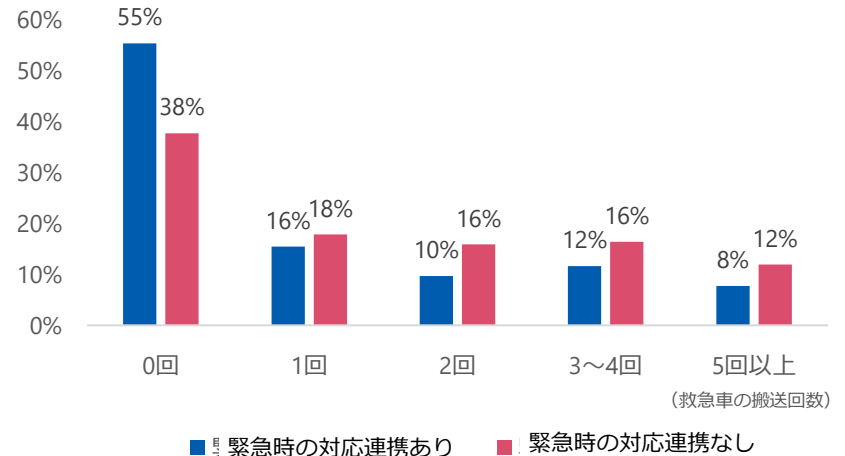
- ・ 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

<所定疾患施設療養費（Ⅱ）>

- ・ 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること
- ・ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

■ 介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携

介護施設における協力医療機関との緊急時の対応連携の有無別の2か月間の救急車の搬送回数

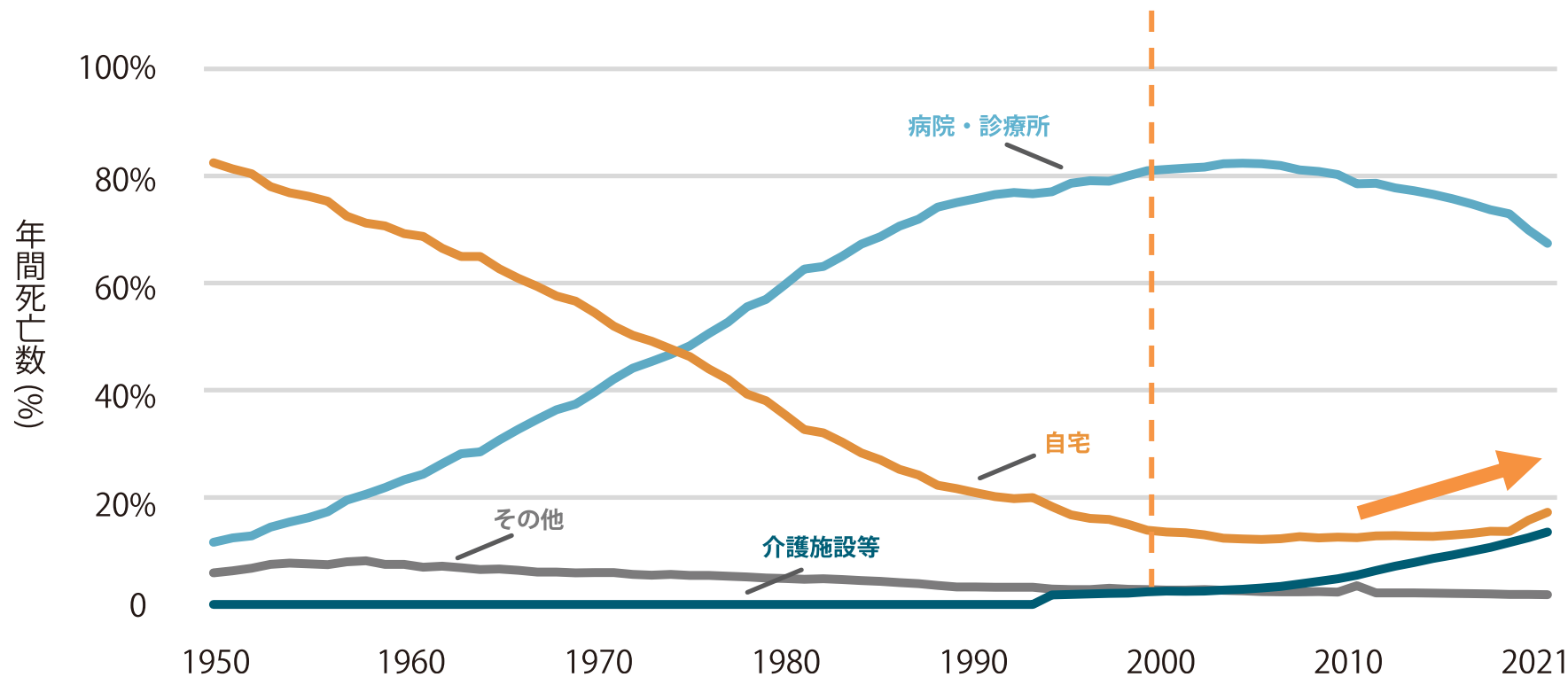


資料出所：「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社（令和4年度老人保健健康増進等事業）データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

死亡の場所の推移

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

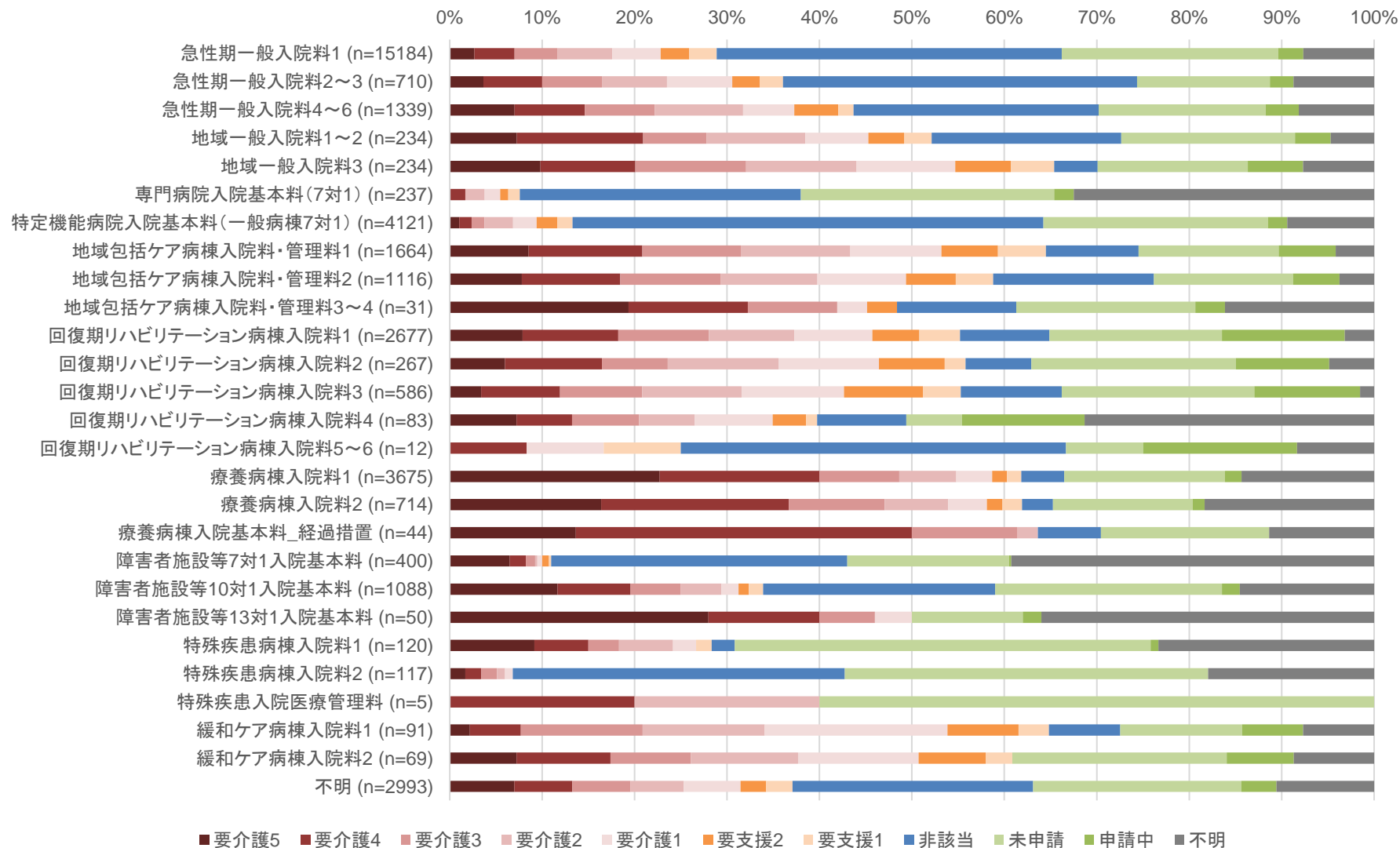
死亡の場所の推移



厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

入院料ごとの要介護度別の患者割合

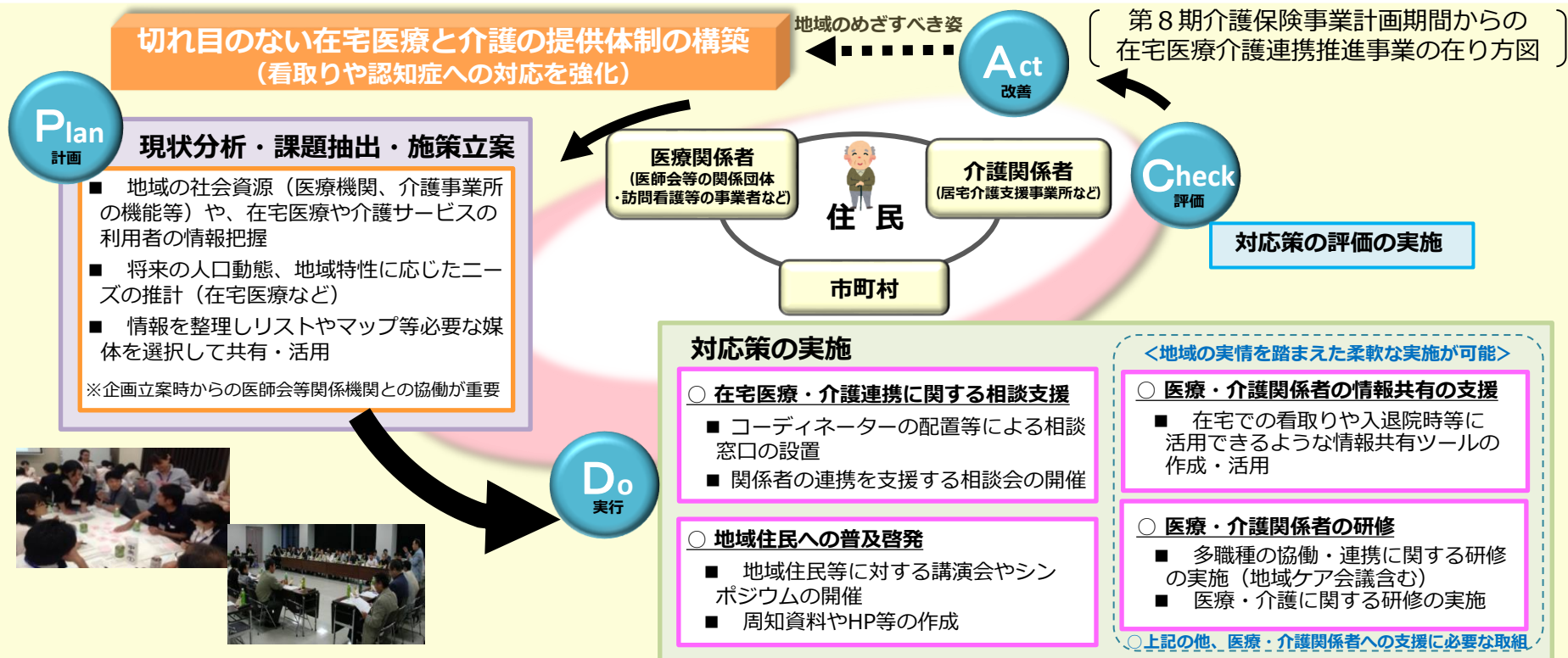
診調組 入-1
5 . 6 . 8



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



＜市町村における庁内連携＞ 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
- 地域医療構想・医療計画との整合

在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた役割分担のイメージ

国の取組み

①在宅医療・介護連携推進事業に関する計画作成の支援

- ・ 在宅医療・介護連携推進事業の企画立案に関するノウハウ、マニュアルの提供

②都道府県、市町村による在宅医療・介護連携に関する現状分析のための支援

- ・ 在宅医療・介護連携に関する現状や課題分析に必要なデータの収集及び課題抽出を容易にする形での提供（見える化）

③好事例の横展開

- ・ 取組事例を収集し、様々な機会を活用して好事例の横展開を推進

都道府県の取組み

①在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等

- ・ 在宅医療・介護連携の推進のための情報発信・研修会の開催
- ・ 他市町村の取組事例の横展開
- ・ 必要なデータの分析・活用支援
- ・ 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- ・ 市町村で事業を総合的に進める人材の育成

②在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携

- ・ 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
- ・ 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- ・ 入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整

③地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合について

市町村の取組み

在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクルに沿った取組

①現状分析・課題抽出・施策立案

- ・ 地域の医療・介護の資源の把握
- ・ 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ・ 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

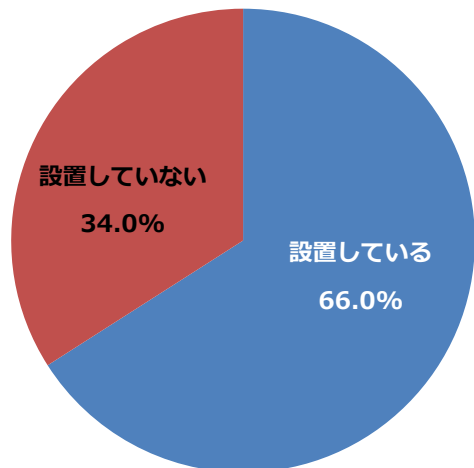
②対応策の実施

- ・ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- ・ 地域住民への普及啓発
- 加えて、地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援

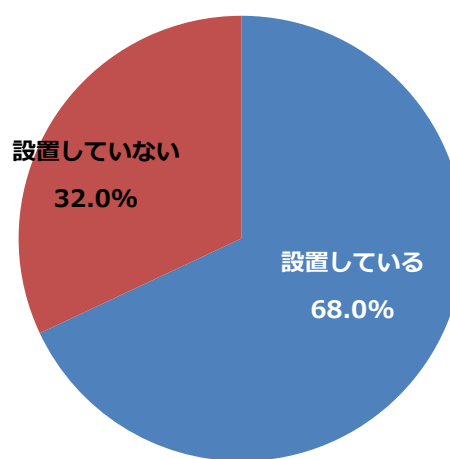
- 協議体を設置している割合は、都道府県で66.0%、市町村で68.0%であった。
- 協議体を設置している自治体における開催圏域は、都道府県では都道府県単位が71.8%、市町村では市町村単位が53.5%であった。

■ 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会の設置状況

■ 都道府県 (n=47)

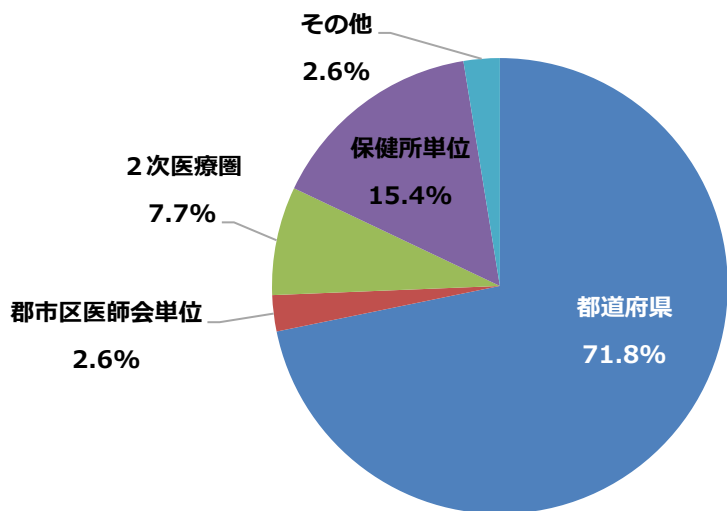


■ 市町村 (n=1,741)

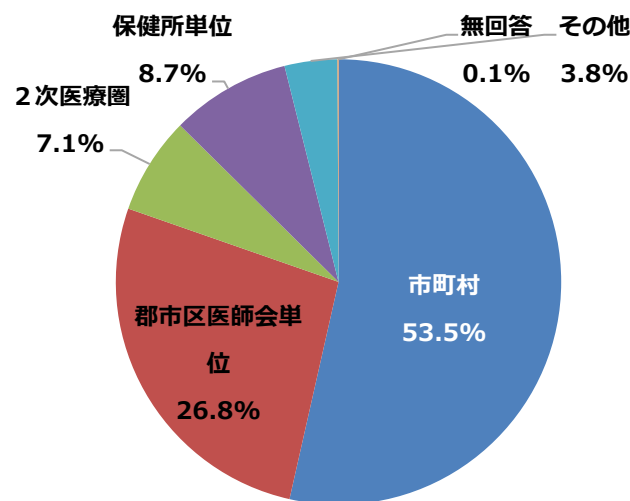


■ 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会の開催圏域

■ 都道府県 (n=30)

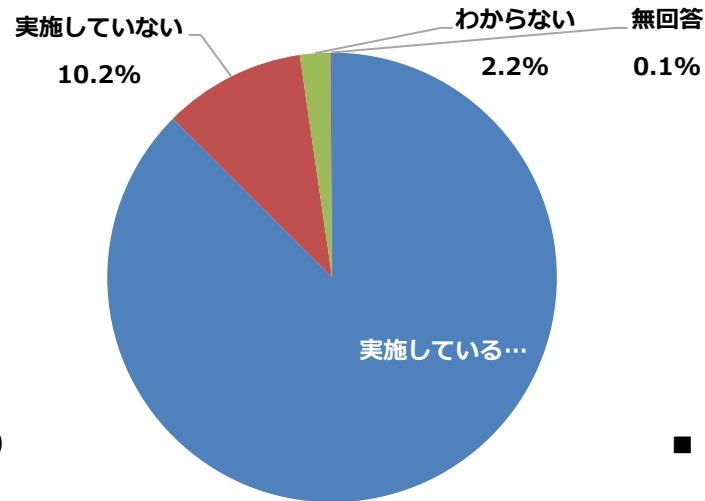


■ 市町村 (n=1,184)

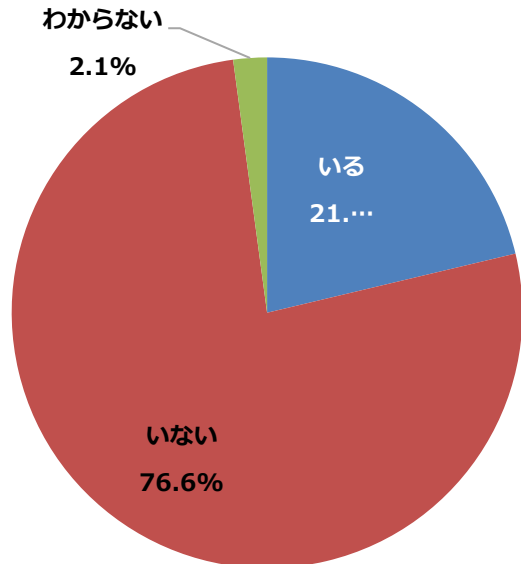


- 在宅医療・介護連携に関する相談支援は、市町村の87.5%で実施されている。
- 都道府県コーディネーターの配置について「いる」が21.3%、市町村コーディネーターの配置について「いる」が59.0%である。

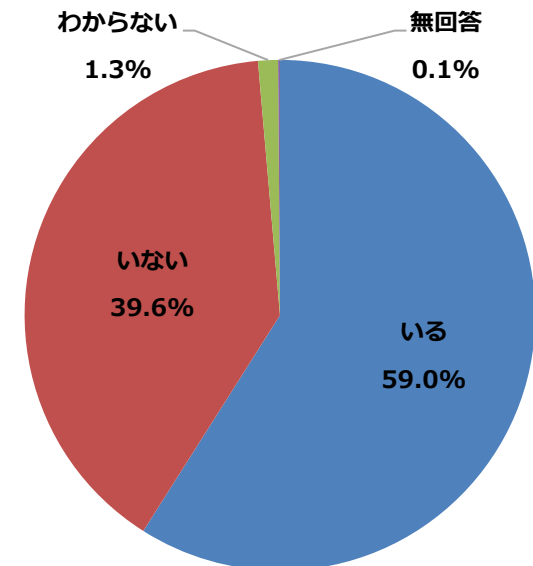
■ 在宅医療・介護連携に関する相談支援の実施 (n=1,741) 市町村



■ 都道府県コーディネーターの配置 (n=47)

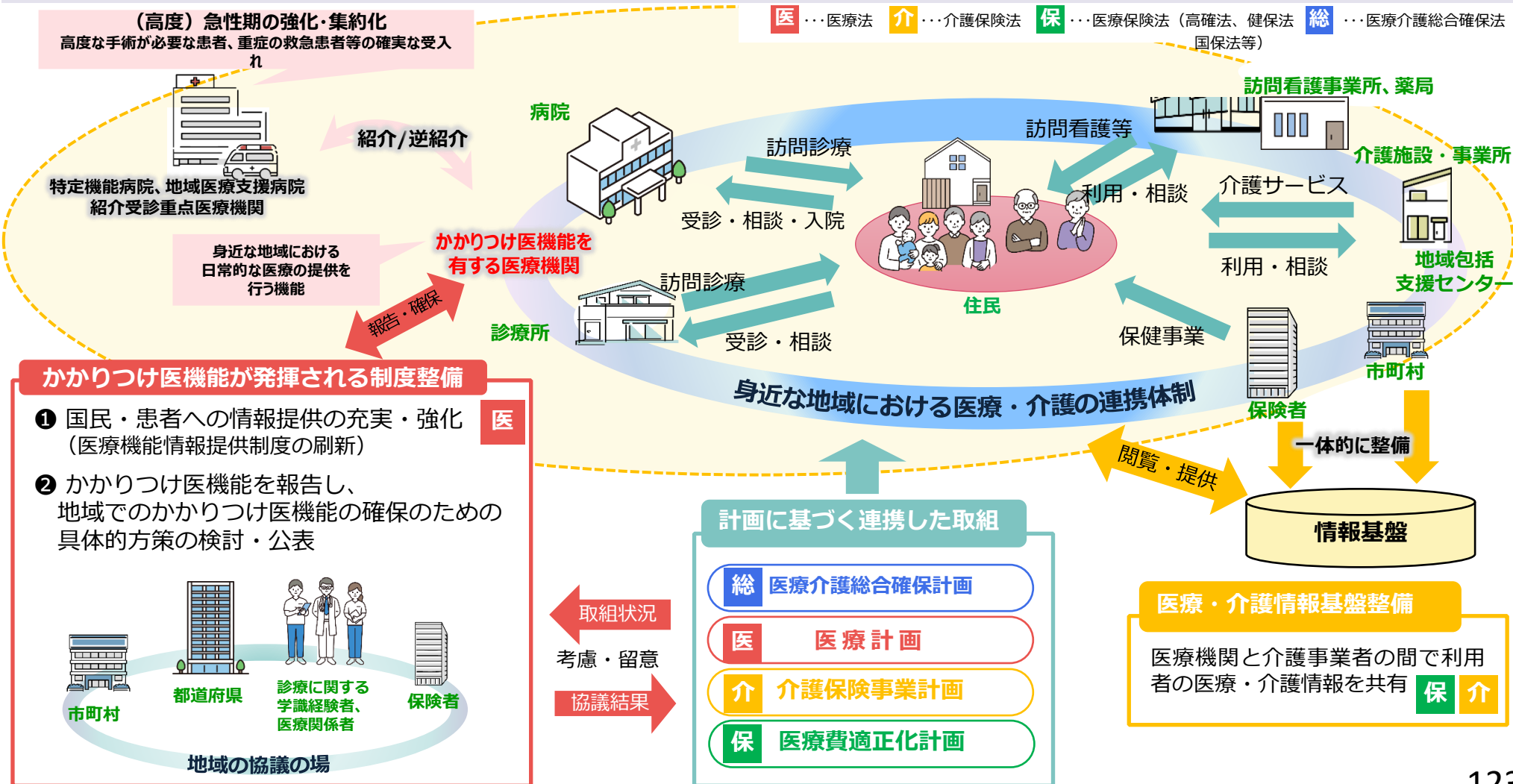


■ 市町村コーディネーターの配置 (n=1,741)



地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入院を繰り返し、最期は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。

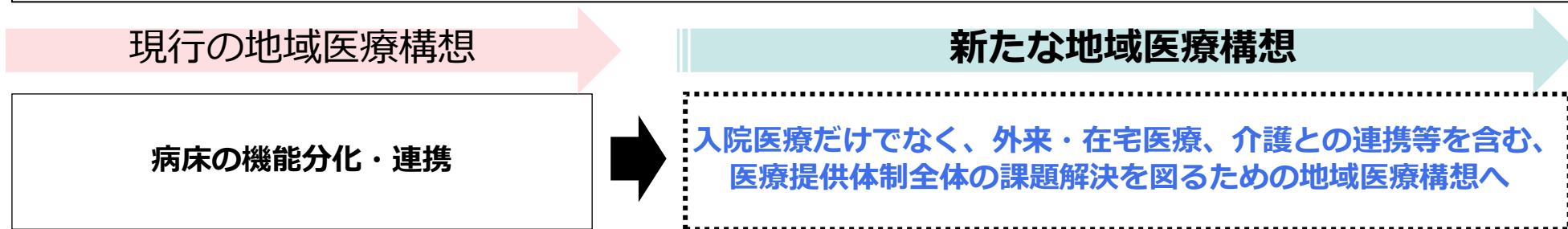


かかりつけ医機能が発揮される制度整備

- 国民・患者への情報提供の充実・強化（医療機能情報提供制度の刷新）
- かかりつけ医機能を報告し、地域でのかかりつけ医機能の確保のための具体的方策の検討・公表

新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。



地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

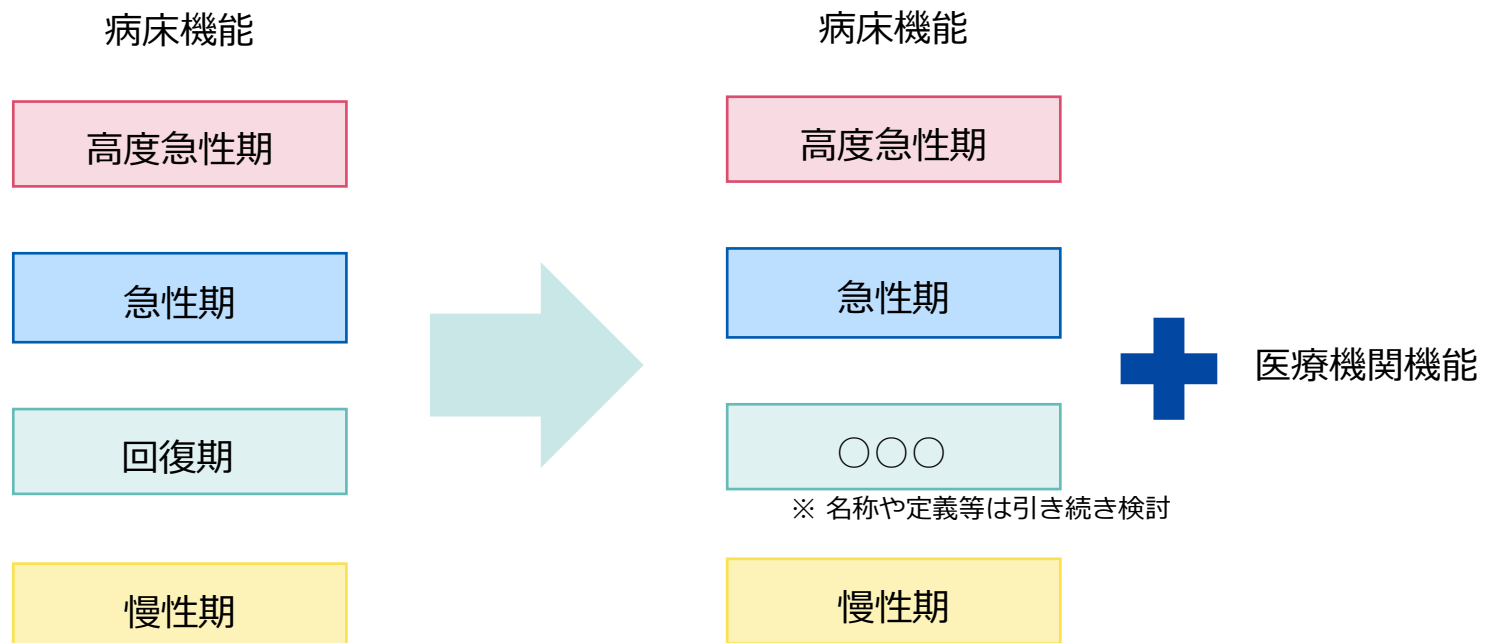
病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き4つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。



医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 <p>※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要</p>

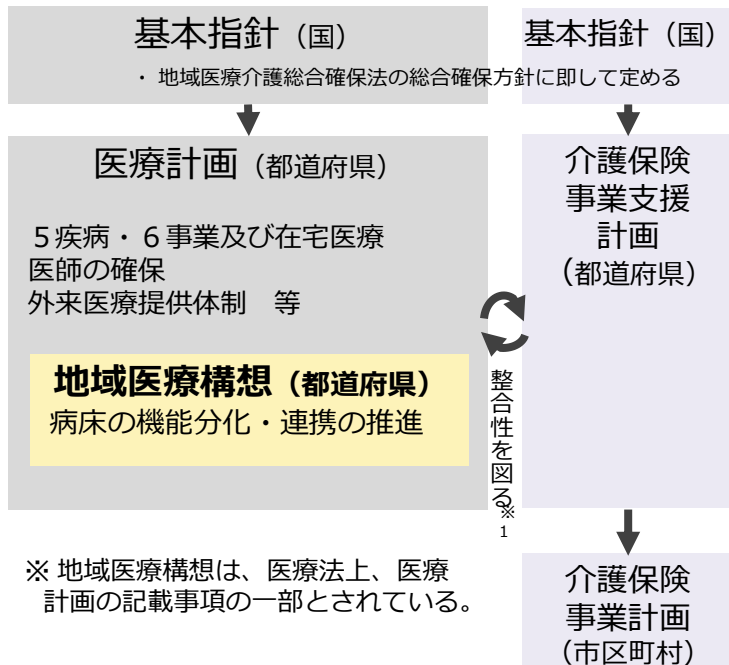
広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理（案）

- 新たな地域医療構想について、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等も含めた医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を行っており、地域医療構想と医療計画の関係の整理を行うこととしてはどうか。
 - ・ 新たな地域医療構想について、医療計画の記載事項の一つではなく、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性を定めるとともに、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等を定めるものとする。新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。
 - ・ 医療計画について、地域医療構想の6年間（一部3年間）の実行計画として、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定めるものとする。

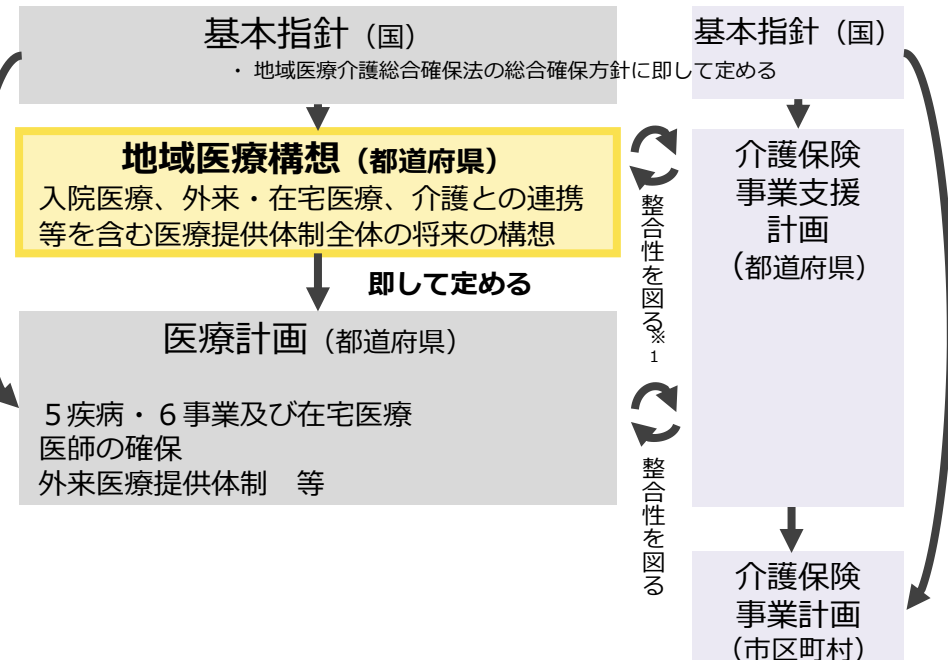
<現行>



※ 地域医療構想は、医療法上、医療計画の記載事項の一部とされている。

※1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

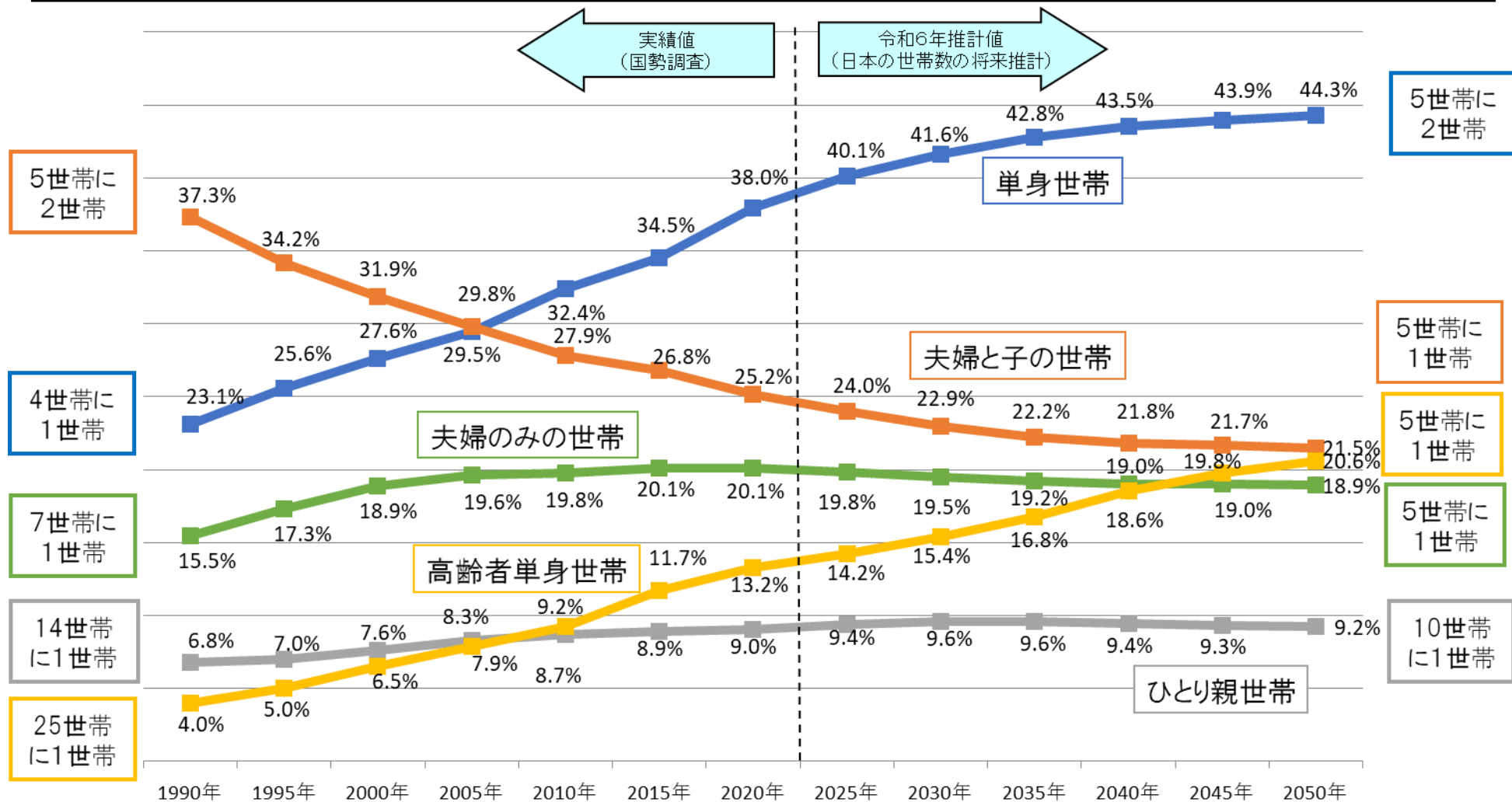
<今後>



※1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

世帯構成の推移と見通し

○単身世帯、高齢者単身世帯(※1)ともに、今後とも増加が予想されている。
 単身世帯は、2050年で44.3%に達する見込み。(全世帯数約5,570万世帯(2020年))



(出典) 総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(令和6年推計)」

(※1) 世帯主が65歳以上の単身世帯を、高齢者単身世帯とする。

(※2) 全世帯数に対する高齢者単身世帯の割合はグラフのとおりだが、世帯主年齢65歳以上世帯に対する割合は、35.2%(2020年)から45.1%(2050年)へと上昇。

(※3) 子については、年齢にかかわらず、世帯主との続き柄が「子」である者を指す。

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、**地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援する**ことを目的とする施設（介護保険法第115条の46第1項）

※指定居宅介護支援事業者等の地域の事業者等に一部委託可能

総合相談支援事業

地域の高齢者や家族介護者に対して、**初期段階から継続的・専門的に相談支援**を行い、**地域における様々なサービス等につなげる。**

※指定居宅介護支援事業者の一部委託可能

第一号介護予防支援事業 (介護予防ケアマネジメント)

要支援者等が、介護予防・日常生活支援を目的とした活動をその選択に基づき行えるよう支援する。

指定介護予防支援

※指定居宅介護支援事業者が直接指定を受けて、又はセンターから一部委託を受けて実施することが可能

包括的支援事業の実施



全国で**5,451**か所



地域包括支援ネットワーク

包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティア、自立相談支援機関、障害福祉サービスに関する相談窓口、都道府県労働局（介護休業・介護休暇等に関する相談など）など地域のさまざまな関係者と連携する。

権利擁護事業

高齢者が尊厳ある生活を送ることができるよう、**成年後見制度の活用促進**や、**高齢者虐待への対応**等を行う。

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

個々の介護支援専門員への支援、介護予防サービスの検証等を通して、地域における高齢者の自立支援・介護予防を推進する。

地域ケア会議の実施

地域の関係者による、**地域づくりや政策形成**の場

包括的支援事業について

○地域包括支援センターは包括的支援事業として以下の事業を実施

○「地域支援事業の実施について」（平成18年老発第0609001号老健局長通知）より

包括的支援事業

第1号介護予防支援事業 (介護予防ケアマネジメント)

- ・ 要支援者等の介護予防を目的に、心身の状況等に応じて、その選択に基づき、総合事業等が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う
※介護予防給付のサービスを利用する場合は介護予防支援により行う

総合相談支援事業

- ・ 地域における様々な関係者の**ネットワークの構築**
- ・ 地域から孤立している要介護者のいる世帯や重層的な課題を抱えている世帯等、支援が必要な世帯等の**実態把握**
- ・ 本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受け、必要に応じて適切なサービスや制度につなぐ（**総合相談**）
- ・ **ヤングケアラー**や**ダブルケアラー**を含めた家族介護者に対する相談支援
- ・ 地域共生社会の観点に立った包括的な支援

権利擁護事業

- ・ **成年後見制度の活用促進**
- ・ 虐待等の場合における老人福祉施設等への措置支援
- ・ 高齢者虐待への対応
- ・ 重層的な課題や、支援拒否等の困難事例に対するチームアプローチ
- ・ 消費者被害の防止

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

- ・ 地域の連携・協力体制を整備する**包括的・継続的ケア体制**の構築
- ・ 地域における**介護支援専門員のネットワーク**の活用
- ・ 地域の介護支援専門員に対する日常的個別指導・相談
- ・ 地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導・助言

地域ケア会議

- ・ 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業を効果的に実施するため、地域ケア会議を設置するよう努める
- ・ センター等が開催する地域の多様な関係者が協働し、介護支援専門員のケアマネジメントを支援するための会議（**地域ケア個別会議**）
- ・ 市町村等が開催する個別ケースの検討により共有された地域課題を**地域づくり**や**政策形成**に結びつけるための会議（**地域ケア推進会議**）

包括的支援事業は、上記のほか

○在宅医療・介護連携推進事業・・・切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、住民や地域の医療・介護関係者と地域のあるべき姿を共有しつつ、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進する事業

○生活支援体制整備事業・・・市町村が中心となって、多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築し、地域の支え合いの体制づくりを推進していく事業

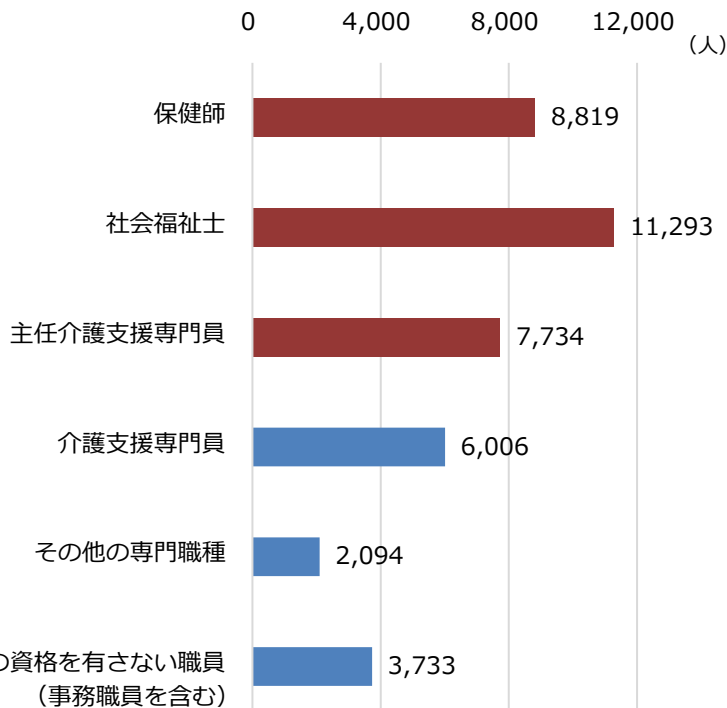
○認知症総合支援事業・・・認知症初期集中支援推進事業、認知症地域支援・ケア向上事業、認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業

※上記の3事業について市町村は地域包括支援センターの設置者以外への委託も可能。

地域包括支援センターの職員状況

- 地域包括支援センターの従事者数は、全国で39,679人。
- 包括的支援事業に従事する3職種は、65歳以上高齢者数がおおむね3,000人以上6,000人未満あたり原則それぞれ1人以上配置することとされているが、標準的な配置よりも不足していると考えられる地域包括支援センターが一定存在する。

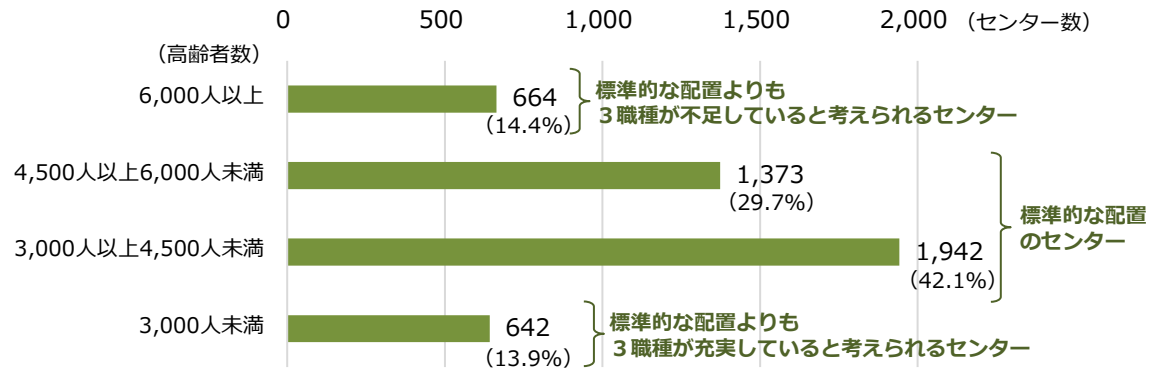
地域包括支援センターの従事者数



計39,679人
(1センター平均7.3人)

※3職種にはそれぞれ「準ずる者」を含む。
※個別の担当圏域を有する5,348センターで集計。

包括的支援事業に従事する3職種の職員1人あたりの65歳以上高齢者数



※介護保険法施行規則第140条の66第1号ハの基準が適用されるセンター（担当圏域の高齢者数が3,000人未満）を除く4,621カ所で集計。

【参考】介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

第四百四十条の六十六 法第一百五十五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 法第一百五十五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 次のイからハまでに掲げる基準

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（地域包括支援センター運営協議会（中略）が第一号被保険者の数及び地域包括支援センターの運営の状況を勘案して必要であると認めるときは、常勤換算方法（中略）によることができる。ロにおいて同じ。）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（中略）その他これに準ずる者 一人

ロ 中略

ハ 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

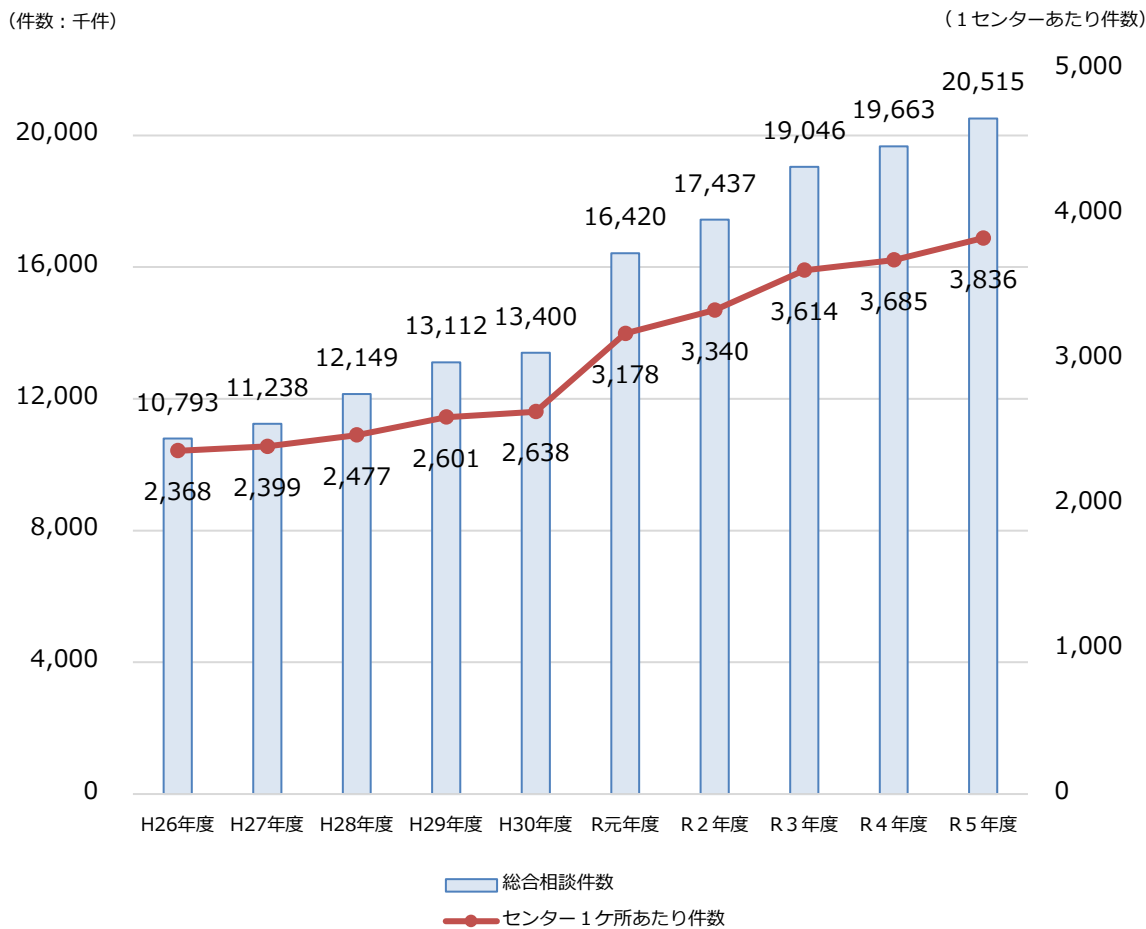
担当する区域における第一号被保険者の数	人員配置基準
おおむね千人未満	イの(1)から(3)までに掲げる者のうち一人又は二人
おおむね千人以上二千人未満	イの(1)から(3)までに掲げる者のうち二人（うち一人は専らその職務に従事する常勤の職員とする。）
おおむね二千人以上三千人未満	専らその職務に従事する常勤のイの(1)に掲げる者一人及び専らその職務に従事する常勤のイの(2)又は(3)に掲げる者のいずれか一人

二 イ、ロ 略

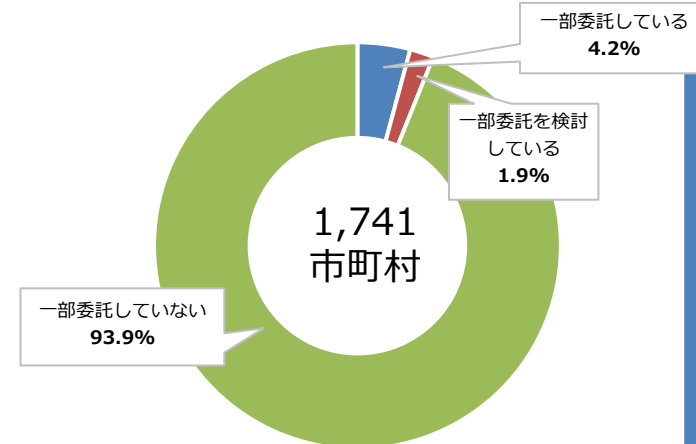
地域包括支援センターにおける総合相談支援事業の状況

- 地域包括支援センターにおける総合相談件数は年々増加傾向。
- R5改正を受けて、直近では4.2%の市町村で総合相談支援事業の一部委託を行っており、ほとんどの市町村が1事業所に委託。

地域包括支援センターにおける総合相談件数（1年間）

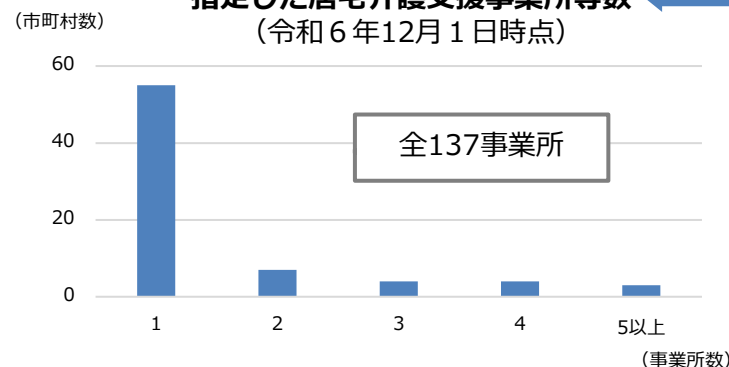


居宅介護支援事業所等への総合相談支援事業の一部委託状況 (令和6年12月1日時点)



※広域連合として一部委託する場合も含む。

指定した居宅介護支援事業所等数 (令和6年12月1日時点)



【出典】厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べ
(H26～28年度総合相談件数とH26～29年度センター数は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)

【出典】厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べ

生活支援体制整備事業について

生活支援体制整備事業は、生活支援コーディネーターの配置と協議体の設置により、「市町村が中心となって」「多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築し、地域の支え合いの体制づくりを推進していく」もの（地域支援事業実施要綱より）

- 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。**
- 五 **被保険者の地域における自立した日常生活の支援及び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に係る体制の整備その他のこれらを促進する事業**

（1）生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置

多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。

資源開発

- 地域に不足するサービスの創出（既存の活動と地域をつなげることを含む）
- サービスの担い手（ボランティアを含む）の養成
- 元気な高齢者をはじめとする多世代の住民が担い手として活動する場の確保 など

ネットワーク構築

- 多様な主体を含む関係者間の情報共有
- サービス提供主体間の連携の体制づくり など

ニーズと取組のマッチング

- 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動のマッチング など

（2）協議体の設置

地域の多様な主体間の連携・協働を推進し生活支援コーディネーターの活動を支援・補完。

住民主体の活動団体

地域運営組織

NPO法人

社協・社会福祉法人

協同組合

民間企業

保険外サービス等の実施者

等

生活支援体制整備事業費（生活支援コーディネーターの配置・協議体の設置）の標準額

■ 第1層（市町村区域） **8,000千円 × 市町村数**（※）

■ 第2層（中学校区域） **4,000千円 × 日常生活圏域の数**

■ 住民参画・官民連携推進事業 **4,000千円 × 市町村数**（※）

★このほか、就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の配置も生活支援体制整備事業として実施可能。

※ 指定都市の場合は行政区の数
一部事務組合及び広域連合の場合は構成市町村の数

地域包括支援センターの体制整備等（令和6年4月1日施行）

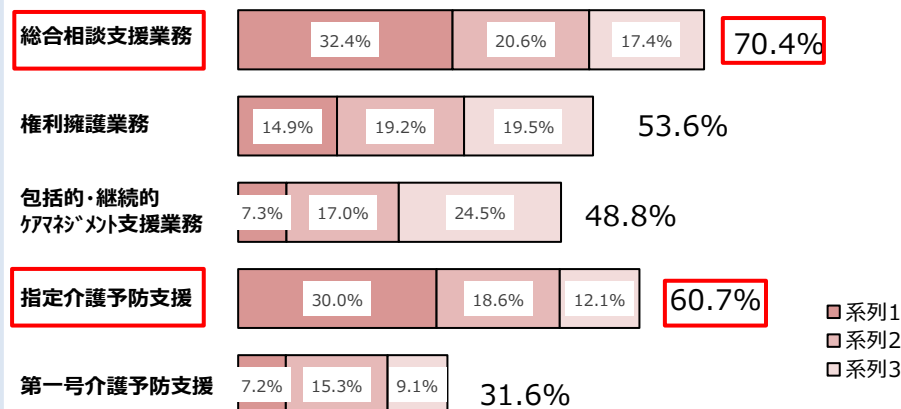
改正の趣旨

- 地域住民の複雑化・複合化したニーズへの対応、認知症高齢者の家族を含めた家族介護者支援の充実など、地域の拠点である地域包括支援センターへの期待や業務は増大。
- このため、居宅介護支援事業所など地域における既存の資源の効果的な活用・連携を図りながら、介護予防支援（介護予防ケアプランの作成等）や総合相談支援業務など、センターが地域住民への支援をより適切に行う体制の整備を図る。

改正の概要・施行期日

- 要支援者に行う介護予防支援について、地域包括支援センターに加えて、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施できることとする。その際、指定を受けたケアマネ事業所は、市町村や地域包括支援センターとも連携を図りながら実施することとする。
- 地域包括支援センターが行う総合相談支援業務について、その一部をケアマネ事業所等に委託することを可能とする。その際、委託を受けたケアマネ事業所等は、市町村等が示す方針に従って、業務を実施することとする。
- 施行期日：令和6年4月1日

負担に感じる業務（上位3つまで）からの回答を集計

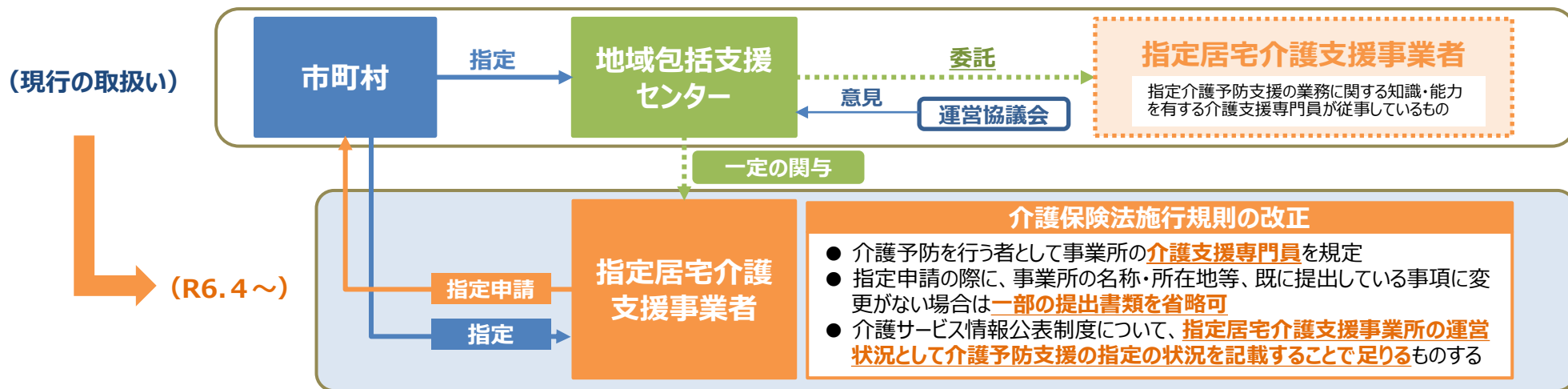


介護予防支援の指定対象の拡大（介護保険法施行規則の改正）

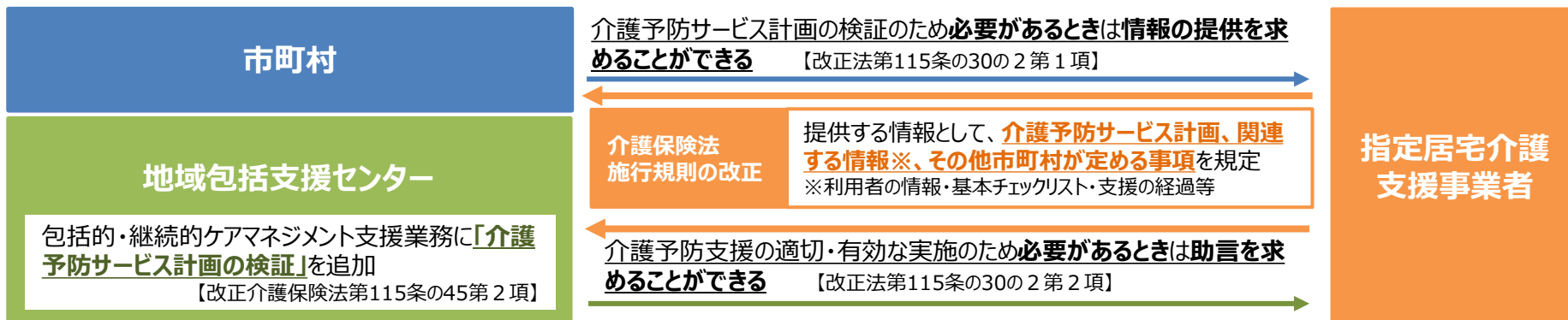
「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

○ こうした地域包括支援センターの業務負担軽減を進めるに当たり、保険給付として行う介護予防支援について、地域包括支援センターが地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設であることを踏まえ、介護予防支援の実施状況の把握を含め、**地域包括支援センターの一定の関与を担保した上で、居宅介護支援事業所に介護予防支援の指定対象を拡大することが適当**である。

1. 指定居宅介護支援事業者が、介護予防支援の指定を受けて実施する場合の所要の手続き等



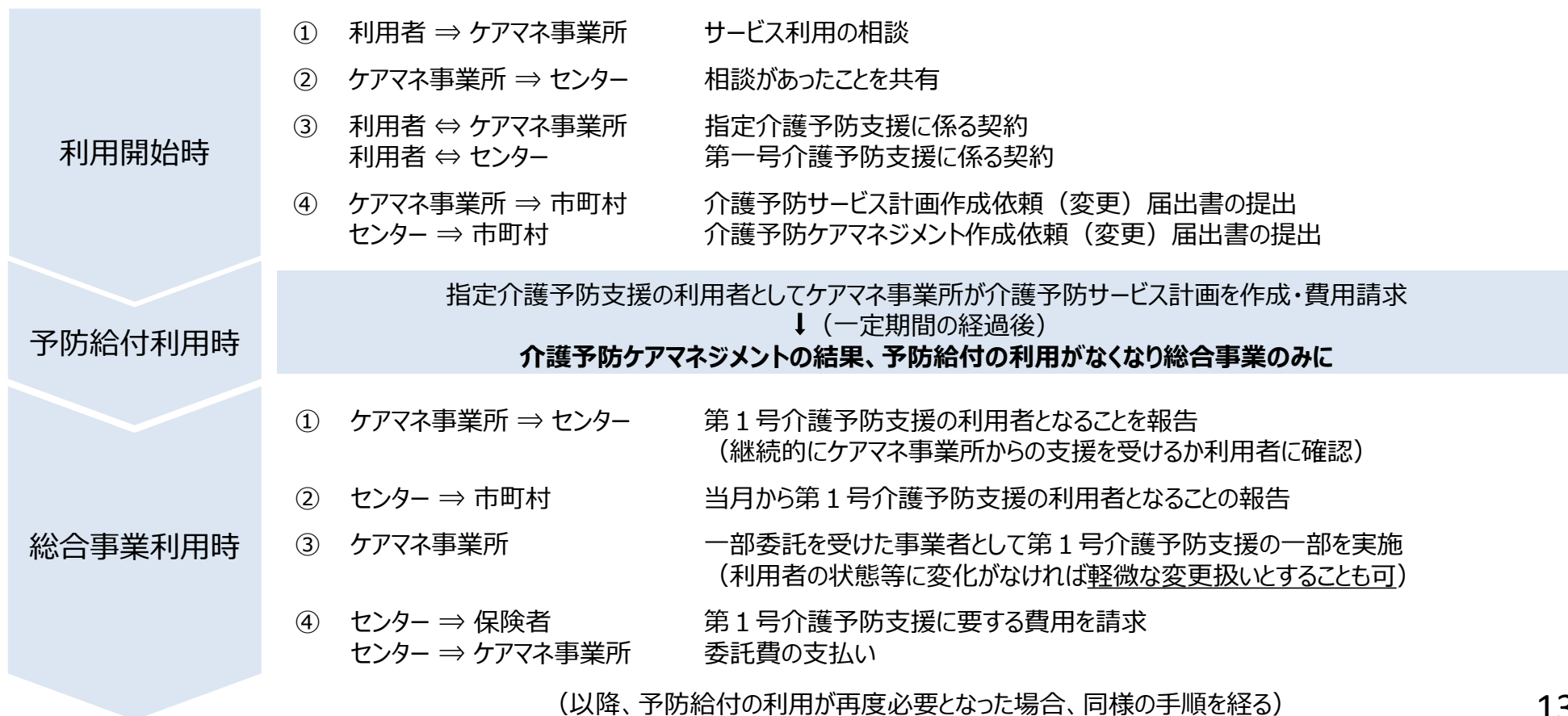
2. 指定介護予防支援事業者に対する地域包括支援センターの一定の関与



(参考) 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを行き来する場合の取扱い

- 指定居宅介護支援事業者が実施する指定介護予防支援の利用者が、予防給付の対象となる介護予防サービス等を利用しなくなった場合、当該利用者は第1号介護予防支援事業の対象者となるため、当該利用者が引き続き当該居宅介護支援事業者による援助を受けようとする場合、センターが第1号介護予防支援事業の一部を委託する必要性が生じる。
- 利用者にとって必要となるサービスの適切な選択の支援を行う観点から、当面の間は、指定の状況を踏まえながら第1号介護予防支援事業の一部を指定介護予防支援事業者としての指定を受けている指定居宅介護支援事業者に委託する場合は、**あらかじめ運営協議会の意見を聴いた上で、利用者ごとに行うのではなく、包括的な委託を行って差し支えないこととした。**

(参考) 「包括的な委託」を行った場合の事務フロー (イメージ)



総合相談支援事業の一部委託（介護保険法施行規則の改正）

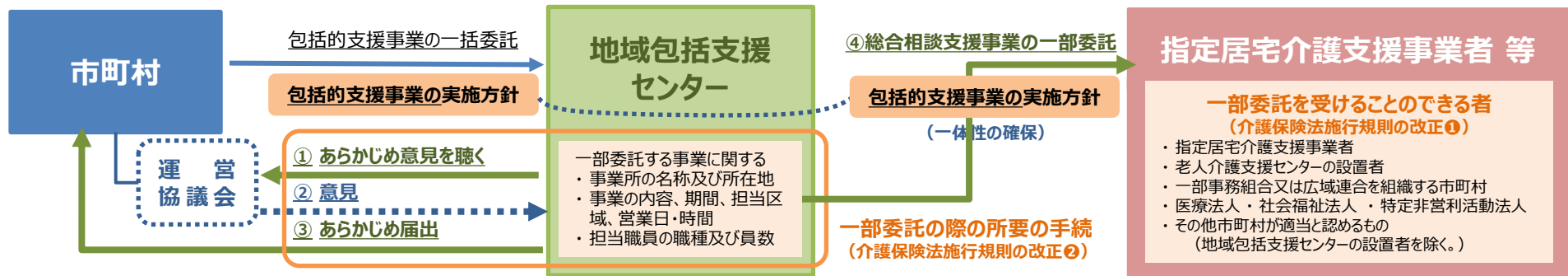
「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

- また、総合相談支援業務について、センターの専門性を活かした効果的な実施等の観点から、居宅介護支援事業所などの地域の拠点のブランチやサブセンターとしての活用を推進することが適当である。総合相談支援業務はセンターが行う根幹の業務であることを踏まえ、質の確保に留意しつつ、センターの業務との一体性を確保した上で市町村からの部分委託等を可能とすることが適当である。

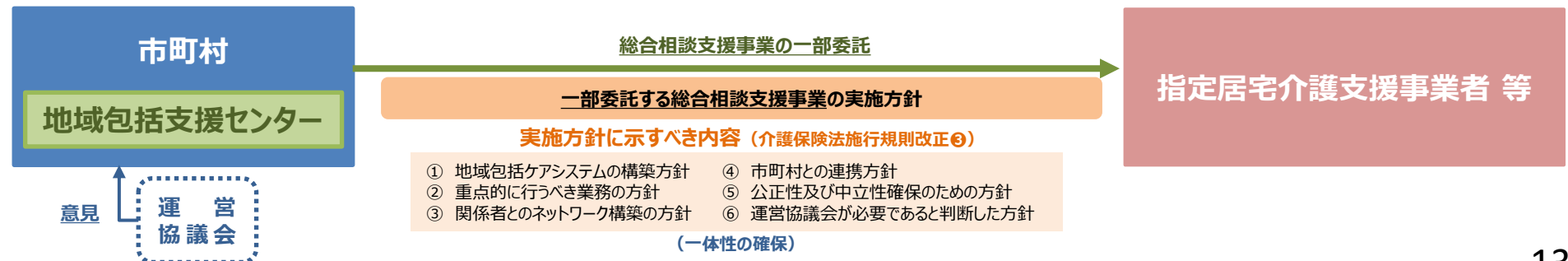
介護保険法 施行規則の改正

- ① 一部委託を受けることのできる者について、指定居宅介護支援事業者のほか老人介護支援センターの設置者などを定める。
- ② 委託型センターが一部委託を行う際は、あらかじめ運営協議会の意見を聴いた上で所定の事項を届け出ることとする。
- ③ 一部委託を受けた者は市町村が定める包括的支援事業の実施方針に従い事業を実施することとなるが、市町村直営型センターが一部委託を行う際の実施方針として示すべき内容を定める。

パターン1. 地域包括支援センター（委託型）の設置者が一部委託をする場合



パターン2. 地域包括支援センター（市町村直営型）が一部委託をする場合



地域包括支援センターにおける柔軟な職員配置について

「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

- センターの職員配置については、人材確保が困難となっている現状を踏まえ、3職種（保健師その他これに準ずる者、社会福祉士その他これに準ずる者及び主任介護支援専門員その他これに準ずる者）の配置は原則として、センターによる支援の質が担保されるよう留意した上で、**複数拠点で合算して3職種を配置**することや、**「主任介護支援専門員その他これに準ずる者」の「準ずる者」の範囲の適切な設定**など、柔軟な職員配置を進めることが適当である。

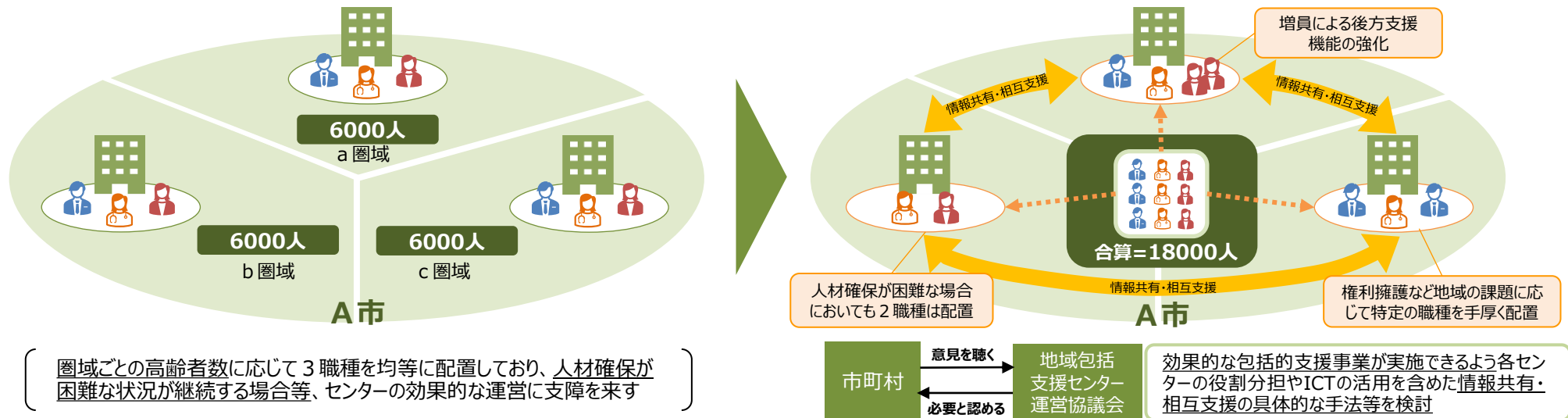
（参考）「令和5年の地方からの提案等に関する対応方針」（令和5年12月22日閣議決定） 4【厚生労働省】(30)介護保険法

(viii) 地域包括支援センター（115条の46第1項）における保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員の配置について、地域の実情に応じ、一定の条件を満たす場合には、柔軟な職員配置を可能とすることについて検討し、令和6年度までに結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

介護保険法施行規則の改正

現行の配置基準は存置しつつ、**市町村の判断により、複数圏域の高齢者数を合算し、3職種を地域の実情に応じて配置**することを可能とする

注）市町村の事務負担に配慮し、本改正に伴う条例改正について1年の猶予期間を設ける。



- このほか、人材確保が困難となっている現状等を踏まえ、センターの職員配置について以下の対応を実施
 - ・ センターに置くべき常勤の職員について、運営協議会で必要と認める場合は、常勤換算方法によることとする（介護保険法施行規則の改正）
 - ・ 主任介護支援専門員に準ずる者として、「地域包括支援センターが育成計画を策定しており、センターに現に従事する主任介護支援専門員の助言のもと、将来的な主任介護支援専門員研修の受講を目指す介護支援専門員であって、介護支援専門員として従事（専任か否かは問わない。）した期間が通算5年以上である者」を追加（通知改正）

ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会

開催の趣旨

- ケアマネジャーは、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者として、介護保険制度を運用する要として重要な役割を担っている。
- 一方、現場で従事するケアマネジャーの人数が減少する中、ケアマネジャーが現場で対応している利用者像は多様化、複雑化しており、ケアマネジャーに求められる能力や役割はさらに増している。
- こうした中で、「介護保険制度の見直しに関する意見」において、「ケアマネジメントの質の向上及び人材確保の観点から、第9期介護保険事業計画期間を通じて、包括的な方策を検討する必要がある。」とされたところ、ケアマネジメントに係る課題を包括的に検討し、具体的な方策を講じるための検討会を開催する。

開催実績

第1回	R6/4/15	ケアマネジメントに係る現状・課題
第2回	R6/5/9	関係者に対するヒアリング、ケアマネジメントに係る現状・課題
第3回	R6/6/24	ケアマネジメントの在り方
第4回	R6/9/20	これまでの議論を踏まえて更に議論すべき論点
第5回	R6/11/7	中間整理に向けた議論
第6回	R6/12/2	中間整理(案)
	R6/12/12	中間整理 公表

構成員

※◎は座長

構成員名	所属
相田里香	(同)青い鳥代表社員
石山麗子	国際医療福祉大学大学院医療福祉経営専攻教授
江澤和彦	日本医師会常任理事
落久保裕之	広島県介護支援専門員協会会長
川北雄一郎	全国地域包括・在宅介護支援センター協議会副会長
工藤英明	青森県立保健大学健康科学部社会福祉学科教授
柴口里則	日本介護支援専門員協会会長
染川朗	日本介護クラフトユニオン会長
田中明美	生駒市特命監
◎田中滋	埼玉県立大学理事長
常森裕介	東京経済大学現代法学部准教授
内藤佳津雄	日本大学文理学部心理学科教授
花俣ふみ代	認知症の人と家族の会常任理事

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44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31日時点で主任ケアマネジャーでない者が管理者の事業所は、当該管理者が管理者である限り、管理者を主任ケアマネジャーとする要件の適用を令和9年3月31日まで猶予する。

（令和3年4月1日以降に新たに管理者となる者に対しては、更なる経過措置は適用されない。）

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又は指定居宅介護支援事業者が、

- ① 要支援者の心身の状況、置かれている環境、要支援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：地域包括支援センターの設置者である場合・・・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。

指定居宅介護支援事業者である場合・・・事業所ごとに介護支援専門員を1人以上配置

○管理者：地域包括支援センターの設置者である場合・・・事業所ごとに常勤専従の者を配置

指定居宅介護支援事業者である場合・・・事業所ごとに常勤専従の主任介護支援専門員を配置

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】

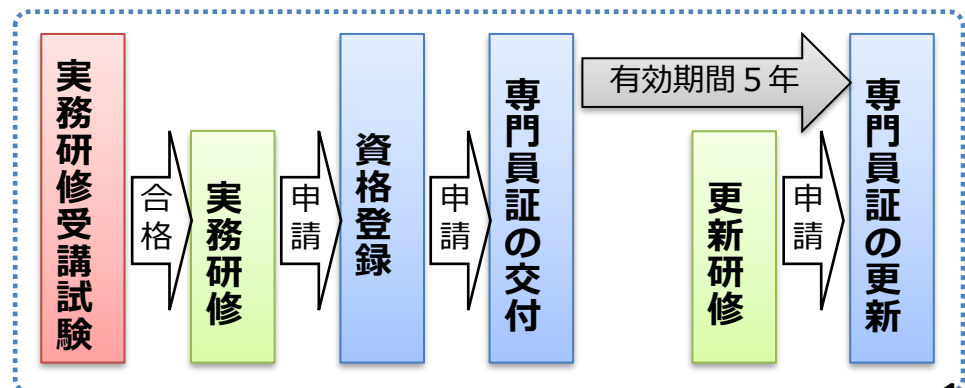
介護支援専門員実務研修受講試験に合格した者

<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】



居宅介護支援・介護予防支援の受給者数

(千人)

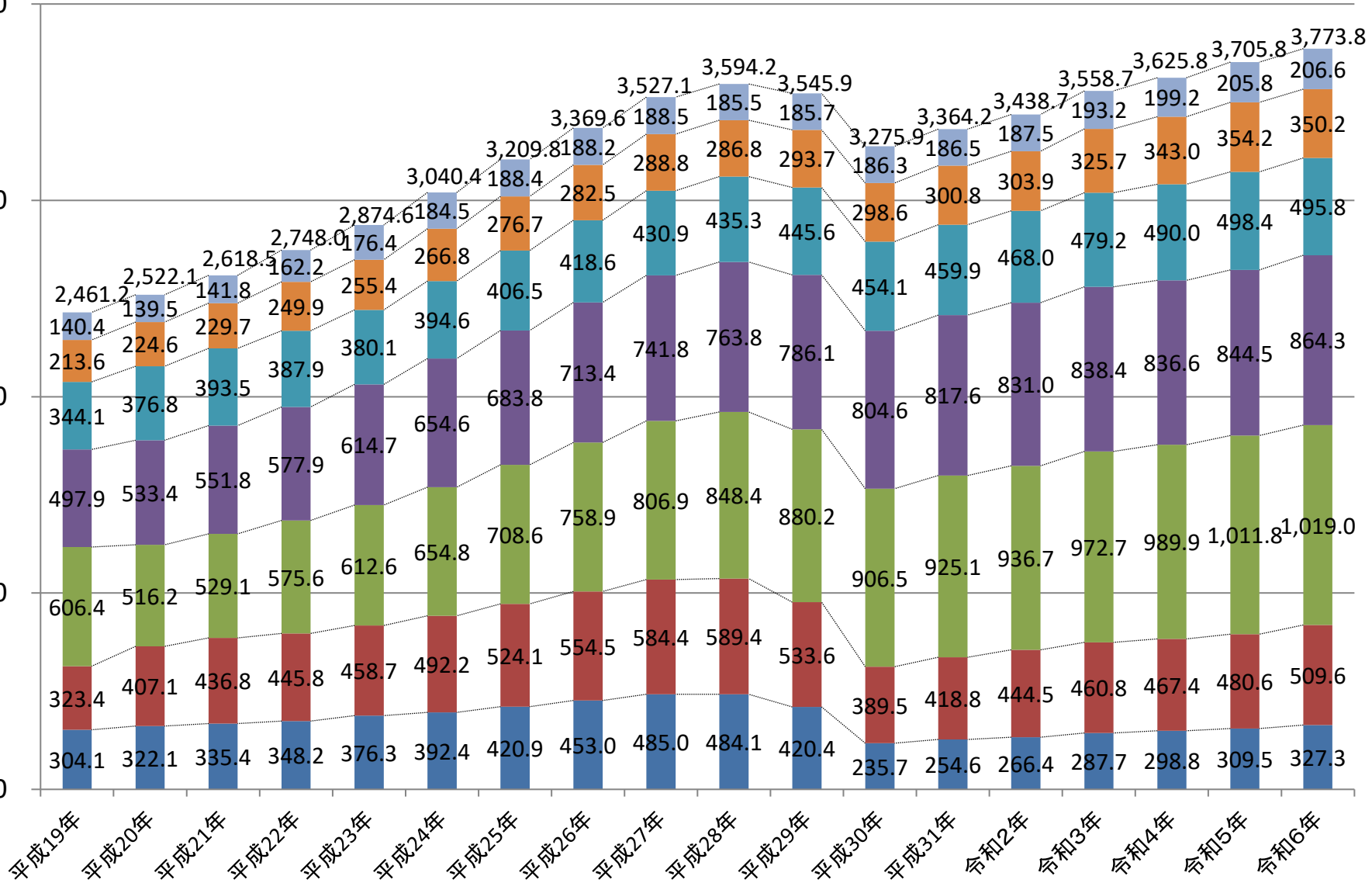
4,000

3,000

2,000

1,000

0



- 要介護5
- 要介護4
- 要介護3
- 要介護2
- 要介護1
- 要支援2
- 要支援1

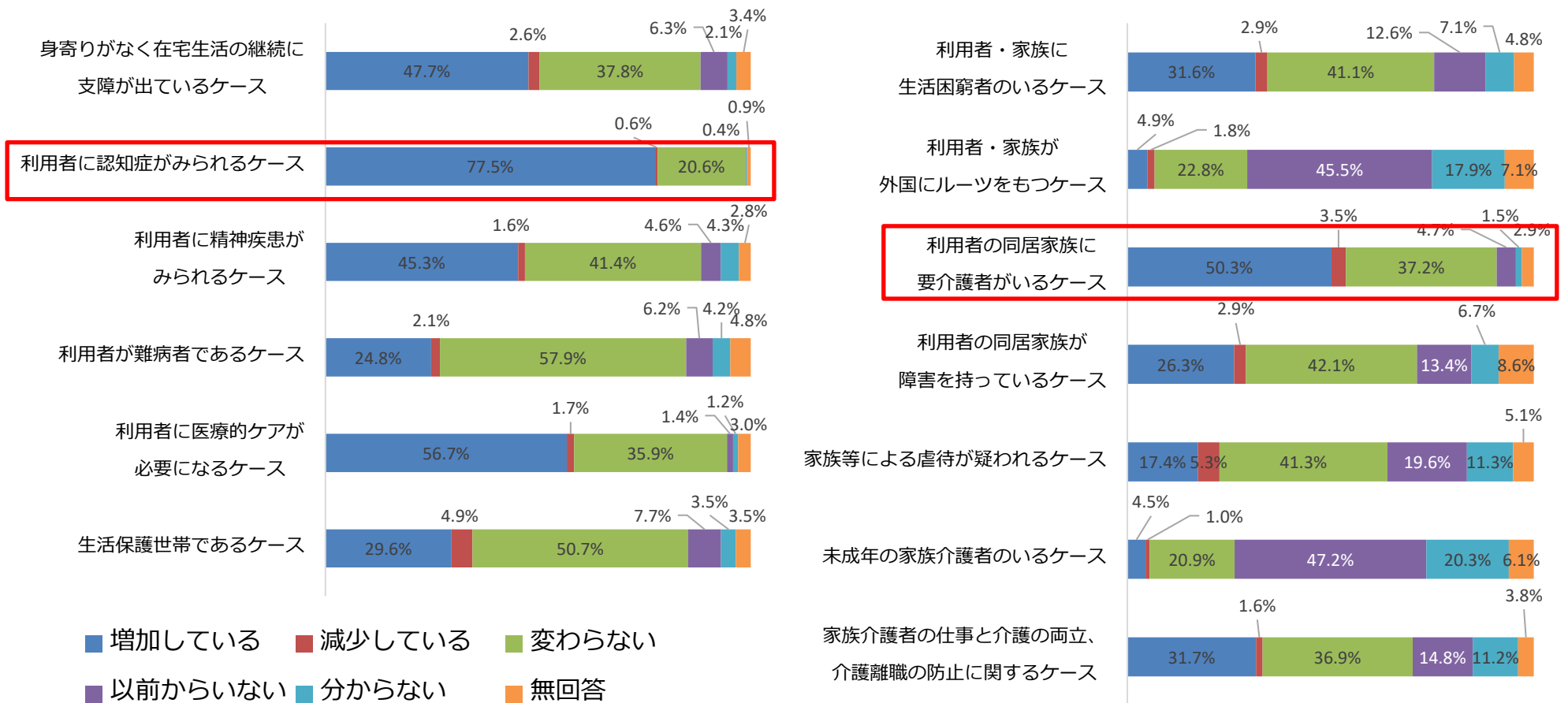
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

ケアマネジャーが担当している利用者の状況（直近3年間での変化）（ケアマネジャー調査）

- 直近3年間において、「利用者に認知症がみられるケース」や「利用者に医療的ケアが必要になるケース」、「利用者の同居家族に要介護者がいるケース」は増加していると感じているケアマネジャーが半数以上いる一方、いずれのケースについても、「減少している」と感じているケアマネジャーの割合は少ない。

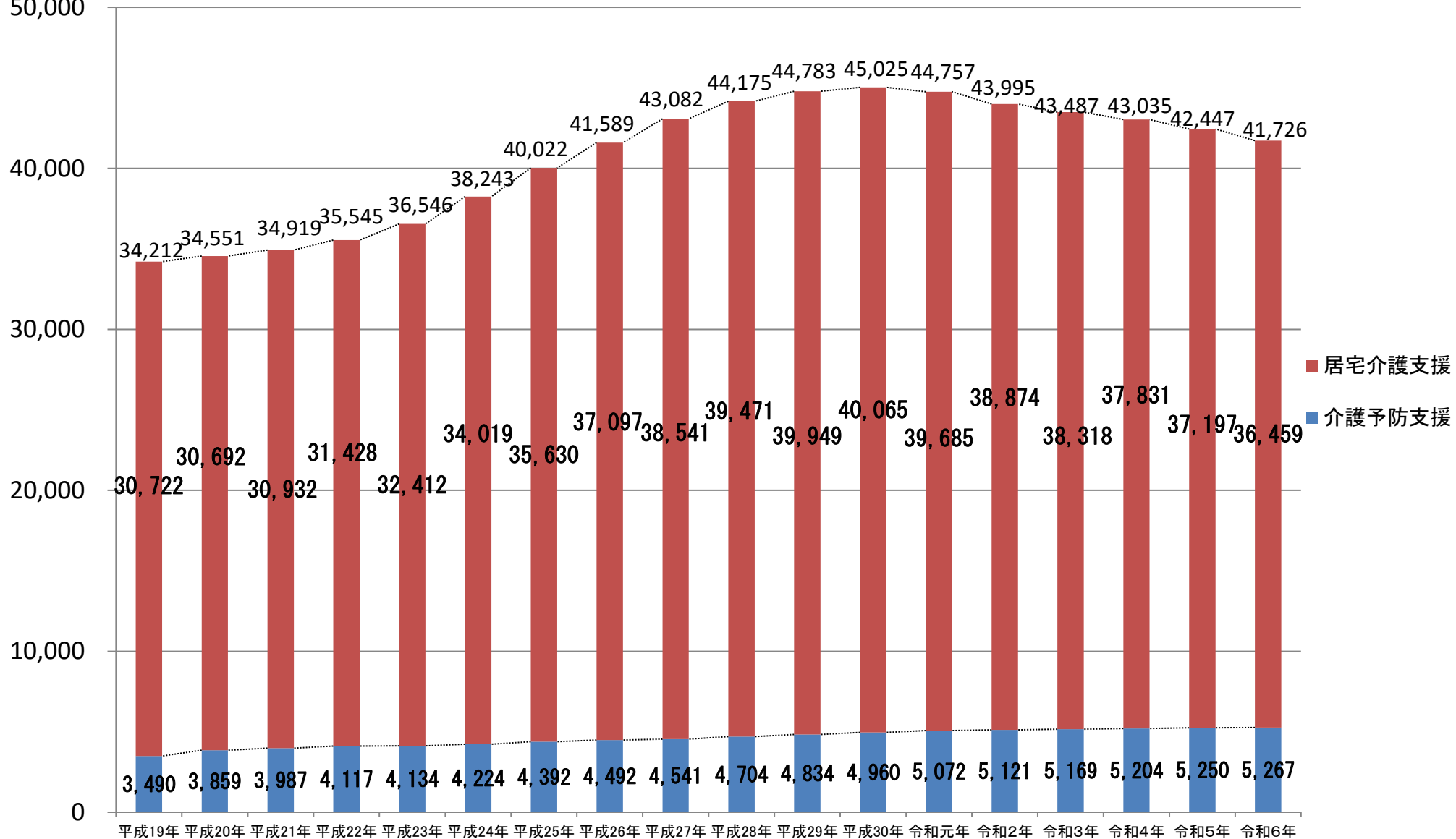
○担当している利用者について、直近3年間（令和2年11月1日～令和5年10月31日）でどのような変化を感じているか（n = 1,213）



【出典】 令和5年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントのあり方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（株）

居宅介護支援・介護予防支援の請求事業所数

(事業所)
50,000



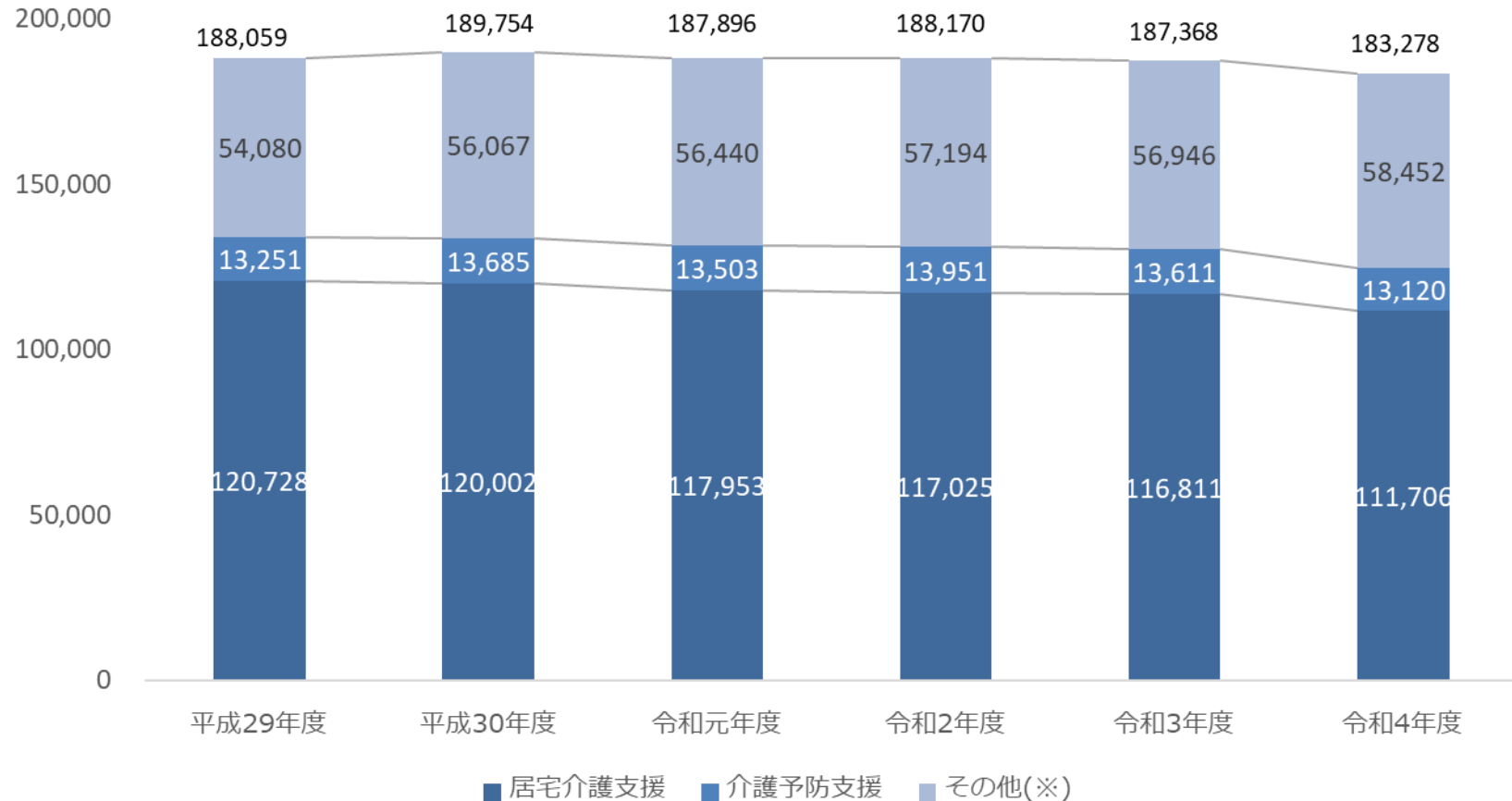
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）」（各年4月審査分）

令和6年12月2日

介護支援専門員の従事者数（実数）の推移

(単位：人)



(※) 特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、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、地域密着型介護老人福祉施設、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及び介護医療院

【出典】介護サービス施設・事業所調査（各年度10月1日時点）

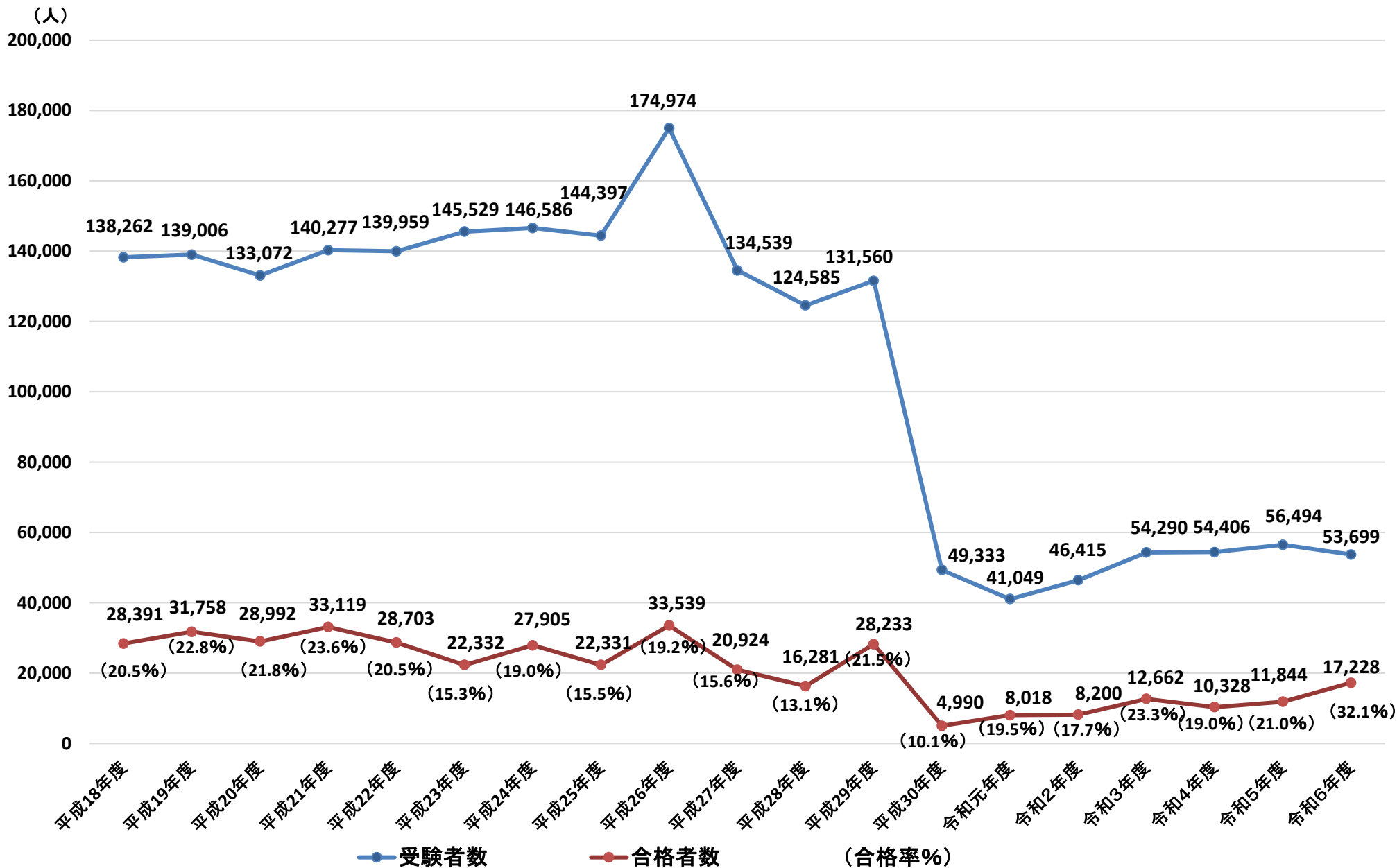
実務研修修了者の年齢

- 実務研修修了者向けに実施したアンケートの回答者の平均年齢は、45.0歳であった。分布としては、「45～49歳」、「40～44歳」、「35～39歳」が比較的多くなっている。

実務研修修了者アンケート調査の結果(年齢)

～29歳	24	1.7%
30～34歳	135	9.7%
35～39歳	263	19.0%
40～44歳	255	18.4%
45～49歳	274	19.8%
50～54歳	202	14.6%
55～59歳	157	11.3%
60～64歳	51	3.7%
65～69歳	17	1.2%
70歳以上	8	0.6%
合計	1,386	100.0%
平均	45.0	

介護支援専門員実務研修受講試験の受験者数及び合格者数の推移



令和6年12月2日

介護支援専門員の新規確保が難しくなっている要因（自治体調査）

○介護支援専門員の新規確保が難しくなっている要因としては、「賃金・処遇の低さ」、「業務範囲の広さ」、「事務負担の大きさ」が多く挙げられる。

○多くの地域で介護支援専門員の新規確保が難しくなっている要因として考えられるもの：最大3つまで複数回答

	n	業務範囲の広さ	責任の大きさ	事務負担の大きさ	ICT等の対応負担	職場の間関係	利用者・家族との関係性	他事業所・多職種との連携負担	キャリア形成・スキルアップにつながりにくい	賃金・処遇の低さ	労働時間や休日等の労働条件	受験要件の厳しさ	研修受講負担の大きさ	その他	あてはまるものはない
都道府県	27	55.6%	3.7%	18.5%	0.0%	7.4%	7.4%	3.7%	0.0%	96.3%	7.4%	18.5%	51.9%	3.7%	0.0%
政令市・特別区	18	66.7%	16.7%	61.1%	0.0%	5.6%	16.7%	0.0%	0.0%	72.2%	11.1%	16.7%	5.6%	5.6%	5.6%
中核市	25	32.0%	16.0%	56.0%	0.0%	12.0%	28.0%	0.0%	0.0%	80.0%	20.0%	4.0%	28.0%	0.0%	0.0%
上記以外の市町村（人口10万人以上）	84	50.0%	19.0%	58.3%	1.2%	1.2%	26.2%	3.6%	1.2%	72.6%	20.2%	6.0%	11.9%	6.0%	1.2%
上記以外の市町村（人口5万人以上10万人未満）	109	55.0%	25.7%	46.8%	1.8%	4.6%	22.0%	1.8%	2.8%	70.6%	19.3%	10.1%	23.9%	1.8%	0.9%
上記以外の市町村（人口3万人以上5万人未満）	101	55.4%	35.6%	42.6%	1.0%	2.0%	17.8%	4.0%	4.0%	69.3%	19.8%	9.9%	20.8%	4.0%	0.0%
上記以外の市町村（人口3万人未満）	255	58.8%	42.7%	42.4%	1.2%	4.7%	19.2%	3.9%	3.1%	56.1%	15.7%	9.0%	19.2%	3.9%	2.4%
全体	619	55.4%	31.8%	45.4%	1.1%	4.2%	20.2%	3.2%	2.6%	66.2%	17.3%	9.4%	20.7%	3.7%	1.5%

介護支援専門員の過不足感（居宅介護支援事業所・地域包括支援センター調査）

- 地域包括支援センターでは、「やや不足している」との回答が最も多い。
- 居宅介護支援事業所では、「適正」との回答が最も多い。
- 人材の過不足感については、二極化が進みつつあると考えられる。

○介護支援専門員の人員状況の過不足感

	地域包括支援センター		居宅介護支援事業所	
余裕がある	16	0.9%	608	6.1%
適正である	496	27.5%	4,168	41.9%
やや不足している	790	43.8%	3,332	33.5%
大きく不足している	468	26.0%	1,538	15.5%
わからない	33	1.8%	292	2.9%
合計	1,803	100.0%	9,938	100.0%

ケアマネジャーの1人当たり担当利用者数について

- 1事業所当たりの利用者数は95.0人（要介護80.8人、要支援14.2人）となっている。
- ケアマネジャーの1人当たり担当利用者数は31.8人（要介護26.9人、要支援4.9人）となっている。

実施年度	調査事業名	回収数 (事業所)	1事業所当たり 利用者数 (人)			ケアマネジャーの 常勤換算人員 (人) (常勤+非常勤)	常勤換算の介護支援 専門員1人当たり利用者数 (人) (換算人員ベース)		
			要支援	要介護			要支援	要介護	
R01	老健事業 (管理者要件に関する調査)	33,264	85.7	15.2	70.5	2.8	30.8	5.6	25.2
R02	老健事業 (管理者要件に関する調査)	30,021	88.3	14.1	74.2	2.8	31.0	5.1	25.9
R03	老健事業 (報酬改定の影響に関する調査)	1,134	93.2	13.4	79.8	3.1	32.7	4.8	27.9
R04	老健事業 (管理者要件に関する調査)	23,536	95.0	14.2	80.8	3.0	31.8	4.9	26.9

【出典】

- ・令和元年度老人保健健康増進等事業「居宅介護支援及び介護予防支援における平成30年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業「管理者要件に関する調査」」(株)三菱総合研究所)
- ・令和2年度老人保健健康増進等事業「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業「管理者要件に関する調査」」(株)三菱総合研究所)
- ・令和3年度老人保健健康増進等事業「居宅介護支援及び介護予防支援における令和3年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業」(株)三菱総合研究所)
- ・令和4年度老人保健健康増進等事業「居宅介護支援及び介護予防支援における令和3年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業「管理者要件に関する調査」」(株)三菱総合研究所)

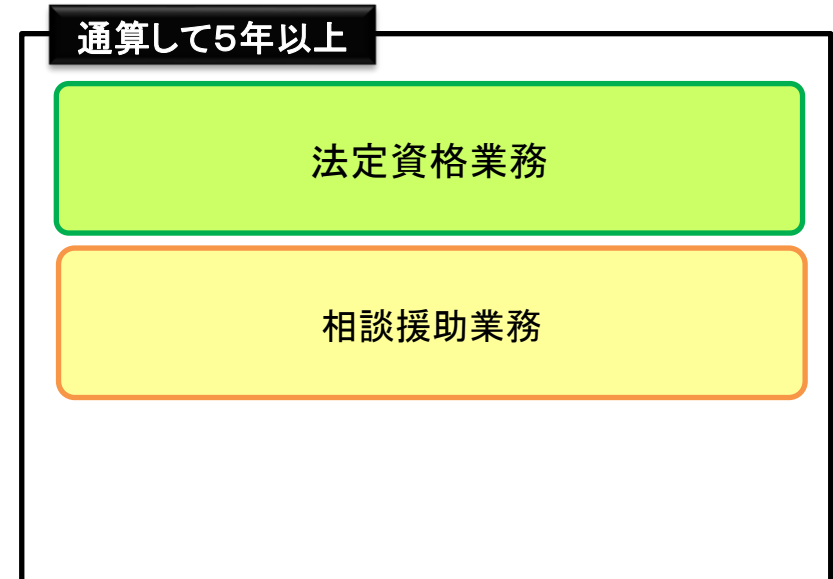
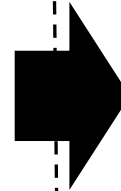
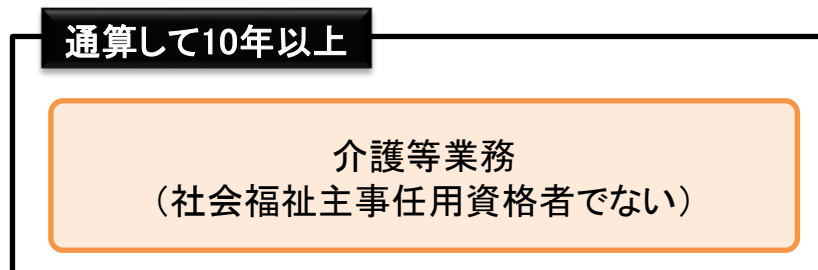
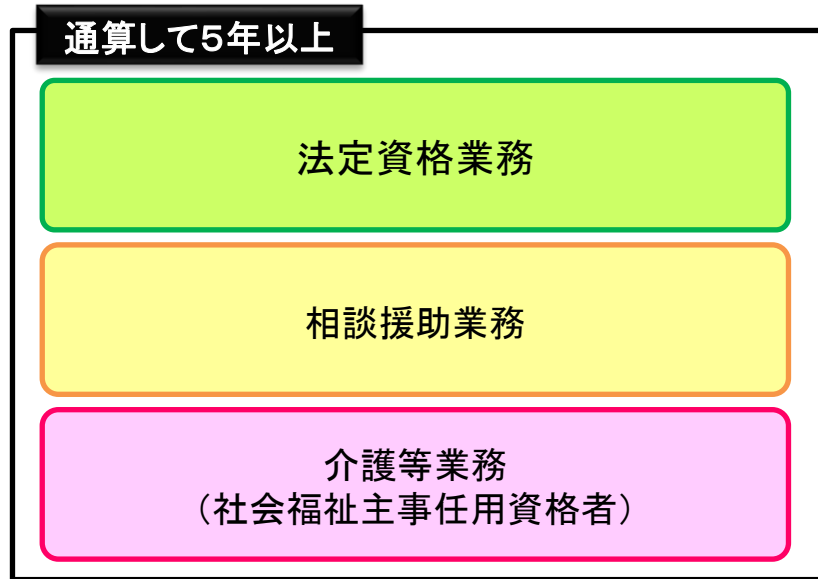
介護支援専門員実務研修受講試験の受験要件の見直し

見直し概要

- 介護支援専門員の資質や専門性の向上の観点から、法定資格保有者に限定することを基本に見直す。
 - また、介護支援専門員の業務が相談援助業務の性格を有することを考え、相談援助業務の経験がある者については、引き続き受験資格を有する者とする範囲とする。
- ※ なお、この見直しは平成27年度試験から適用とするが、3年間(平成29年度試験まで)は従前の受験要件を満たす場合でも受験を可能とする経過措置を設定。

～平成29年度

平成30年度～



保健・医療・福祉に関する主な資格一覧

- 保健・医療・福祉に関する主な資格は以下のとおり。
- 赤字の資格に基づく業務又は一定の相談援助業務に従事した期間が通算して5年以上の場合、介護支援専門員実務研修受講試験を受験することができる。

- ・ 医師
- ・ 歯科医師
- ・ 薬剤師
- ・ 保健師
- ・ 助産師
- ・ 看護師
- ・ 准看護師
- ・ 臨床検査技師
- ・ 臨床工学技士
- ・ 理学療法士
- ・ 作業療法士
- ・ 歯科技工士
- ・ 歯科衛生士
- ・ 診療放射線技師
- ・ 視能訓練士
- ・ 言語聴覚士
- ・ 栄養士
- ・ あん摩マッサージ指圧師
- ・ はり師
- ・ きゅう師
- ・ 柔道整復師
- ・ 義肢装具士
- ・ 救急救命士
- ・ 公認心理師
- ・ 社会福祉士
- ・ 介護福祉士
- ・ 保育士
- ・ 精神保健福祉士
- ・ 福祉用具専門相談員
- ・ 訪問介護員
- ・ 居宅介護従業者
- ・ 重度訪問介護従業者
- ・ 行動援護従事者

介護人材の賃金の状況（一般労働者、男女計）

		平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	賞与込み給与 (万円)
産業別	産業計	42.8	10.5	36.9
	職種別			
	医師	41.6	5.9	102.6
	看護師	40.5	8.5	40.7
	准看護師	51.2	12.2	33.5
	理学療法士、作業療法士、 言語聴覚士、視能訓練士	34.6	6.6	34.6
	介護支援専門員（ケアマネジャー）	52.6	9.8	33.4
	介護職員 【(C)と(D)の加重平均】	44.6	7.7	30.0
	訪問介護従事者(C)	48.6	7.2	30.8
	介護職員（医療・福祉施設等）(D)	44.3	7.7	30.0

【出典】厚生労働省「令和5年賃金構造基本統計調査」に基づき老健局老人保健課において作成。

注1)一般労働者とは、「短時間労働者」以外の者をいう。短時間労働者とは、1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者、又は1日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも1週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない者をいう。

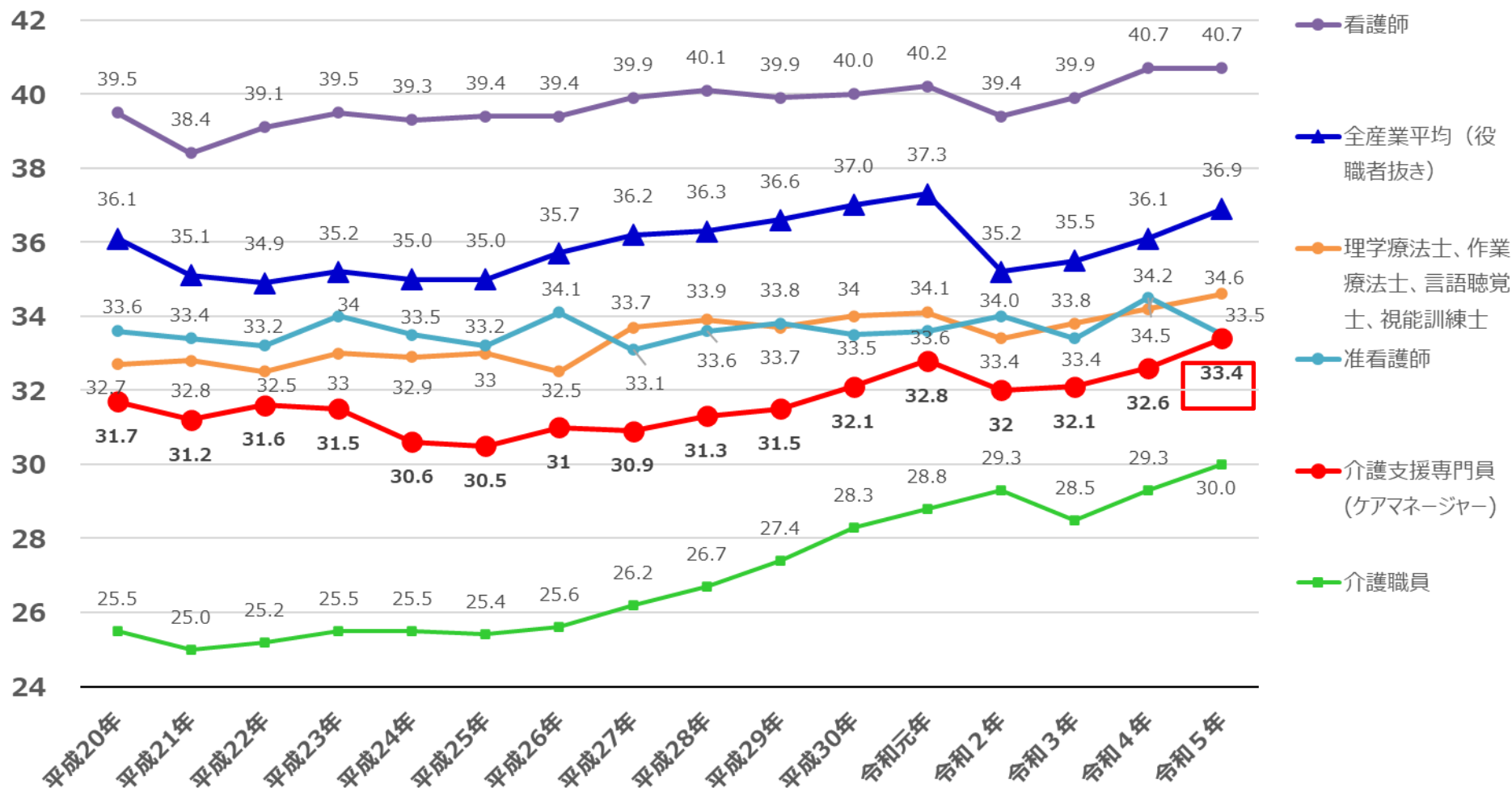
注2)「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額(労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額)」に、「年間賞与その他特別給与額(前年1年間(原則として1月から12月までの1年間)における賞与、期末手当等特別給与額(いわゆるボーナス))」の1/12を加えて算出した額

注3)「介護職員(医療・福祉施設等)」は、医療施設・福祉施設等において入所者及び通所者に対する入浴、排せつ、食事等の介護の仕事に従事するものをいう。

注4)産業別賃金は「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。なお、職種別賃金には役職者は含まれていない。役職者を含む産業計は、平均年齢43.9歳、勤続年数12.4年、賞与込み給与42.2万円

賃金構造基本統計調査による介護人材の賃金の推移

賞与込み給与
(万円)



(出所) 厚生労働省「賃金構造基本統計調査」を基に作成。

注) 賞与込み給与は、調査年の6月分として支払われた給与に調査年の前年の1月から12月分の賞与の1/12を加えて算出した額。

居宅介護支援事業所のケアマネジャーの業務範囲内と考える業務と実際に対応している業務

(地域包括支援センター調査)

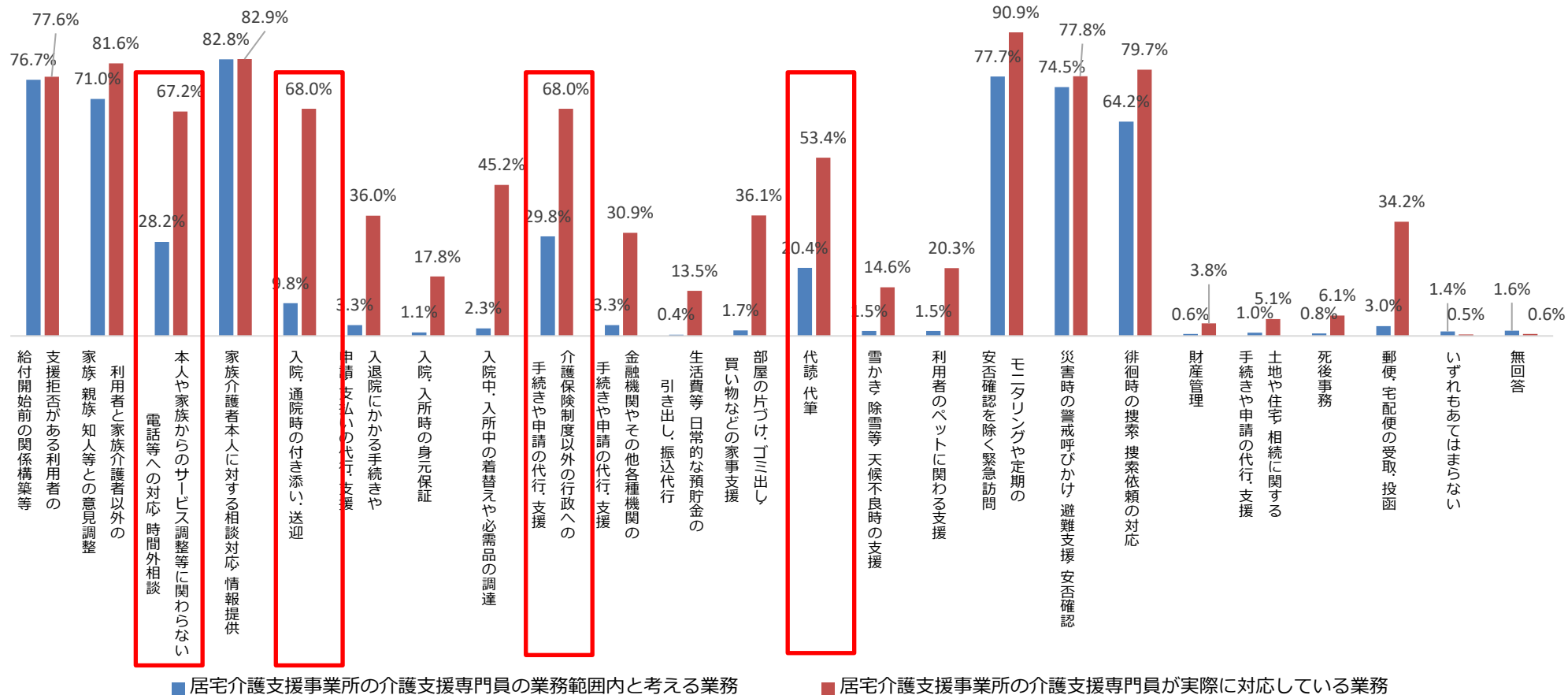
ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会(第6回)

参考資料

令和6年12月2日

- 居宅介護支援事業所のケアマネジャーの業務範囲内と考える業務と実際に対応している業務については、「介護保険制度以外の行政への手続きや申請の代行・支援」「本人や家族からのサービス調整等に関わらない、電話等への対応、時間外相談」「代読、代筆」「入院・通院時の付き添い・送迎」等の項目について、業務範囲内と考える割合は低いが、実際に対応している割合が高いという傾向がみられる。

○居宅介護支援事業所のケアマネジャーの業務範囲内と考える業務／実際に対応している業務：複数回答 (n=2,296)

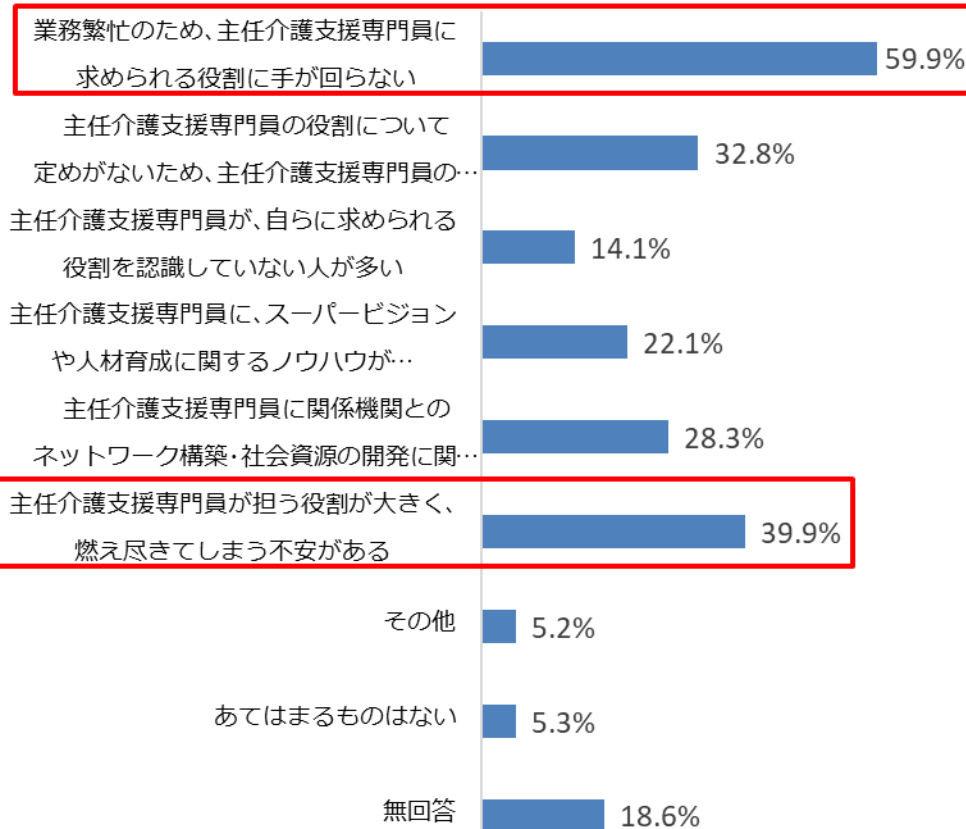


【出典】 令和5年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントのあり方に関する調査研究事業」 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)

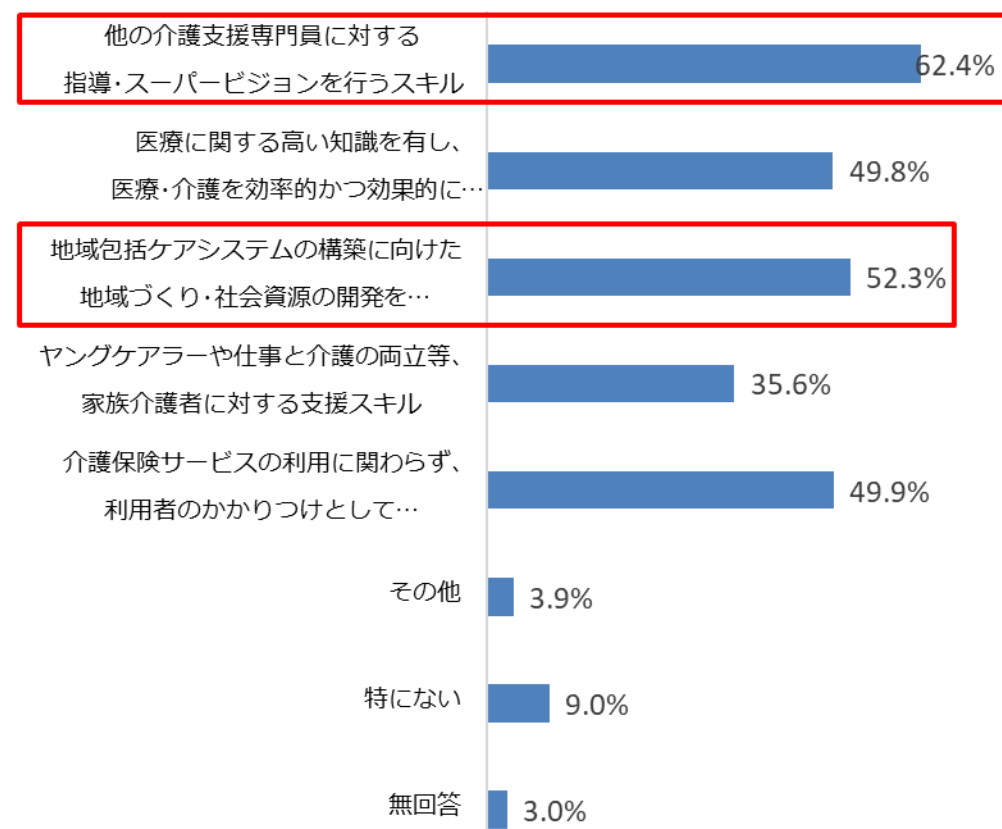
主任ケアマネジャーの業務に関する課題、必要となるスキル (居宅介護支援事業所調査)

- 主任ケアマネジャーの業務に関する課題は、「業務繁忙のため、主任介護支援専門員に求められる役割に手が回らない」が59.9%でもっとも割合が高く、次いで「主任介護支援専門員が担う役割が大きく、燃え尽きてしまう不安がある」が39.9%となっている。
- 今後一層、主任ケアマネジャーに必要となるスキルについてみると、「他の介護支援専門員に対する指導・スーパービジョンを行うスキル」が62.4%でもっとも割合が高く、次いで「地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくり・社会資源の開発を中心となって進めるスキル」が52.3%となっている。

○主任ケアマネジャーの業務に関する課題 (n = 1076)



○主任ケアマネジャーに必要となるスキル (n = 1076)



○介護保険法（平成9年法律第123号）

（地域包括支援センター）

第百十五条の四十六 （略）

2～4 （略）

5 地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業を実施するために必要なものとして市町村の条例で定める基準を遵守しなければならない。

6 市町村が前項の条例を定めるに当たっては、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は厚生労働省令で定める基準に従い定めるものとし、その他の事項については厚生労働省令で定める基準を参酌するものとする。

○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 次のイからハまでに掲げる基準

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（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（法第二十二條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。以下同じ。）が第一号被保険者の数及び地域包括支援センターの運営の状況を勘案して必要であると認めるときは、常勤換算方法（当該地域包括支援センターの職員の勤務延時間数を当該地域包括支援センターにおいて常勤の職員が勤務すべき時間数で除することにより、当該地域包括支援センターの職員の員数を常勤の職員の員数に換算する方法をいう。）によることができる。ロにおいて同じ。）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、ハ （略）

二 （略）

○介護支援専門員資質向上事業の実施について（平成26年7月4日老発0704第2号）

（別添5）主任介護支援専門員研修実施要綱

1 目的

介護保険サービスや他の保険・医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言・指導などケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務に関する知識及び技術を修得するとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりを実践できる主任介護支援専門員の養成を図ることを目的とする。

2 対象者

介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する介護支援専門員とする。

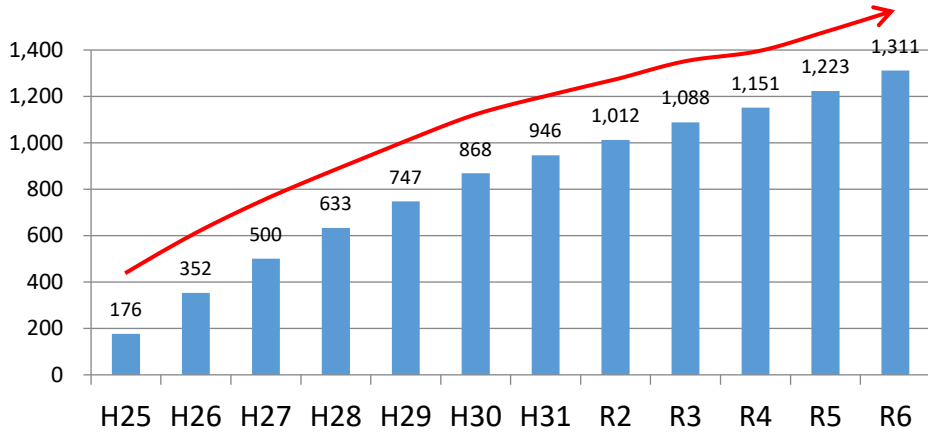
具体的には、主任介護支援専門員としての役割を果たすことができる者を養成する観点から、居宅サービス計画等を提出させることにより、研修実施機関において内容を確認し、利用者の自立支援に資するケアマネジメントが実践できていると認められる者のうち、以下の①から④のいずれかに該当し、かつ、（別添2）「介護支援専門員専門研修実施要綱」に基づく専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ又は（別添4）「介護支援専門員更新研修実施要綱」の3の（3）に基づく実務経験者に対する介護支援専門員更新研修を修了した者とする。

- ① 専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年（60ヶ月）以上である者（ただし、管理者との兼務は期間として算定できるものとする。なお、専任の介護支援専門員として従事した期間については、居宅介護支援のほか、地域包括支援センター、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護又は介護保険施設において介護支援専門員として従事した期間を含むものとする。）
- ② 「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」（平成14年4月24日老発第0424003号厚生労働省老健局長通知）に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者又は日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであって、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年（36ヶ月）以上である者（ただし、管理者との兼務は期間として算定できるものとする。）
- ③ 施行規則第140条の66第1号イの（3）に規定する主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配置されている者
- ④ その他、介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者
また、受講対象者の選定に当たっては、特に質の高い研修を実施する観点から、上記の要件以外に、都道府県において実情に応じた受講要件を設定することは差し支えないものとする。

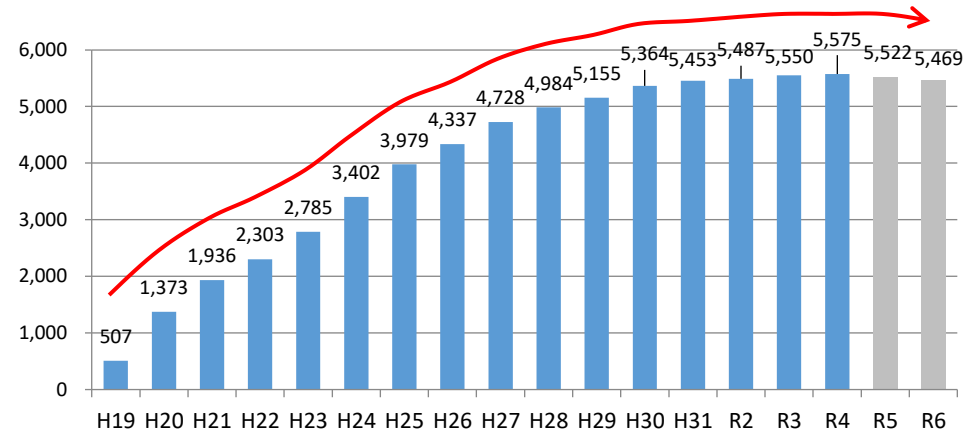
地域密着型サービスの事業所数の推移

○ 地域密着型サービスのうち、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の制度創設以降の請求事業所数の推移をみると、夜間対応型訪問介護は平成28年度以降、横ばい傾向が続いており、**小規模多機能型居宅介護は令和4年度をピークに減少に転じている。**

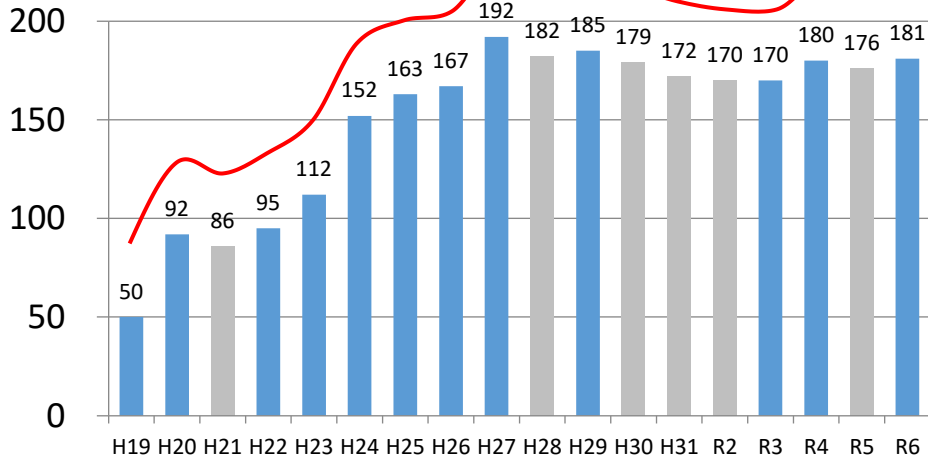
○ 定期巡回随時対応型訪問介護看護



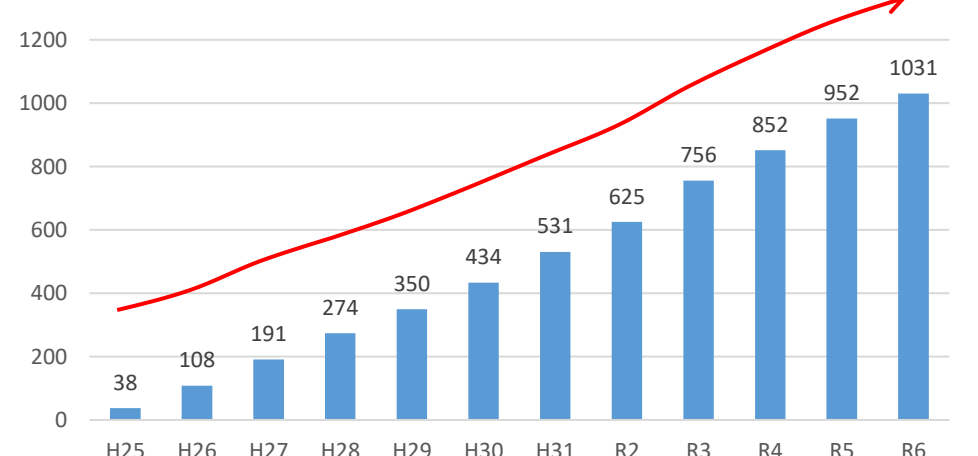
○ 小規模多機能型居宅介護



○ 夜間対応型訪問介護



○ 看護小規模多機能型居宅介護

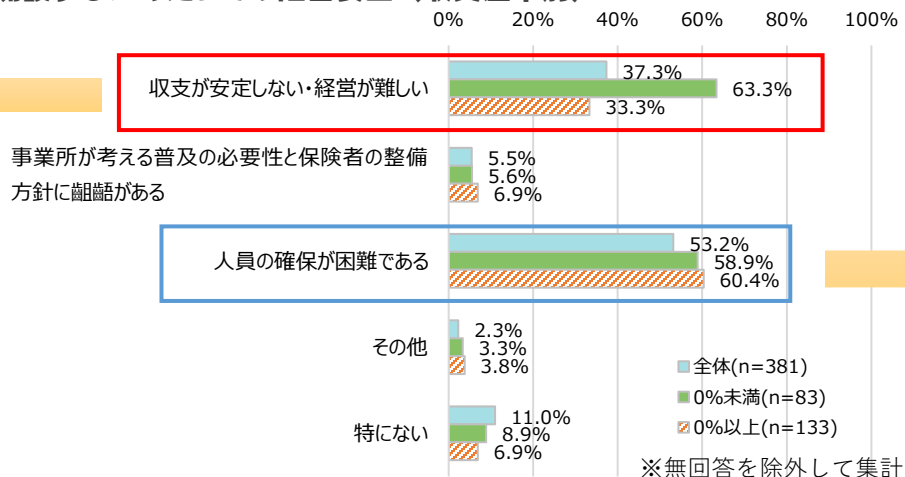


出典：介護給付費等実態統計月報（各年4月審査分）

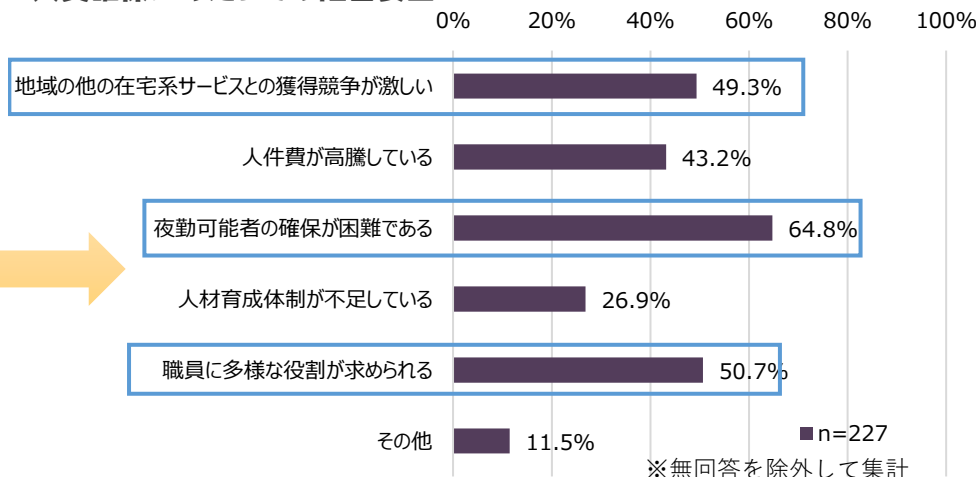
小規模多機能型居宅介護の新規開設の阻害要因

- 小規模多機能型居宅介護の新規開設の疎外要因として、多くの事業所が「**収支が安定しない・経営が難しい**」、「**人員の確保が困難である**」を挙げている。
- 「**収支が安定しない・経営が難しいこと**の要因」として、「**利用者や家族における認知度が不足している**」が、「**人員確保にあたっての疎外要因**」として、「**夜勤可能者の確保が困難である**」が最も多く挙げられている。

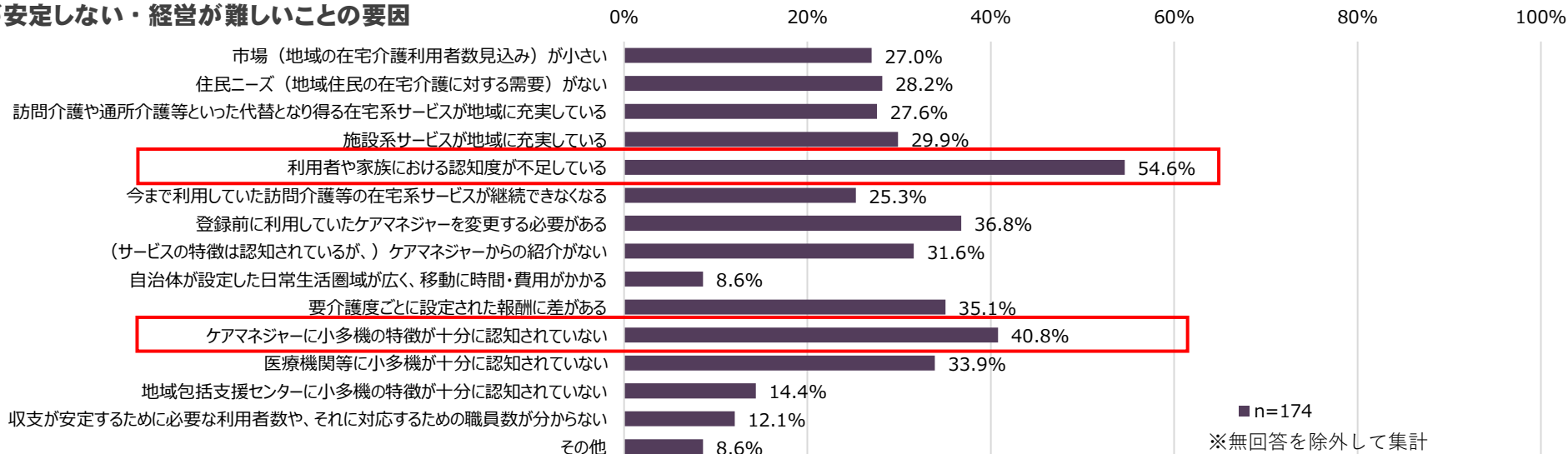
新規開設するにあたっての阻害要因（収支差率別）



人員確保にあたっての阻害要因



収支が安定しない・経営が難しいことの要因

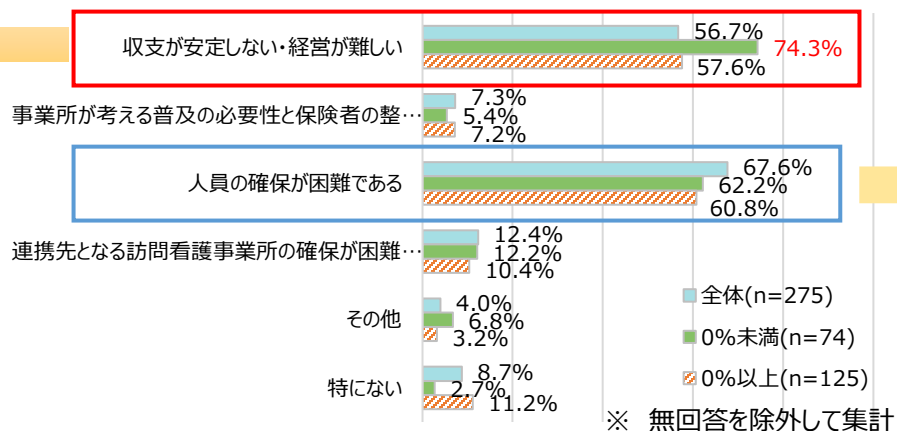


定期巡回・随時対応型訪問介護看護の新規開設の阻害要因

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の新規開設の疎外要因として、多くの事業所が「**収支が安定しない・経営が難しい**」、「**人員の確保が困難である**」を挙げている。
- 「収支が安定しない・経営が難しいことの要因」として、「**ケアマネジャーに定期巡回サービスの特徴が十分に認知されていない**」が、「**人員確保にあたっての疎外要因**」として、「**訪問介護員の魅力が低く、なり手がいない**」が最も多く挙げられている。

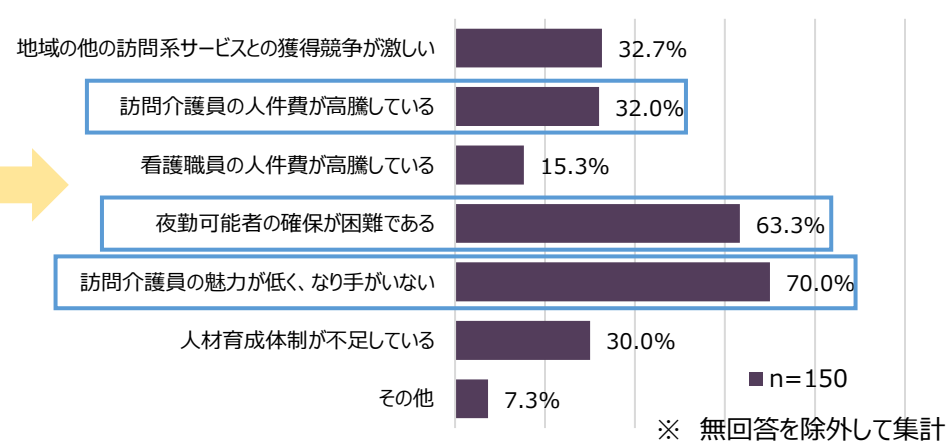
新規開設するにあたっての阻害要因（収支差率別）

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



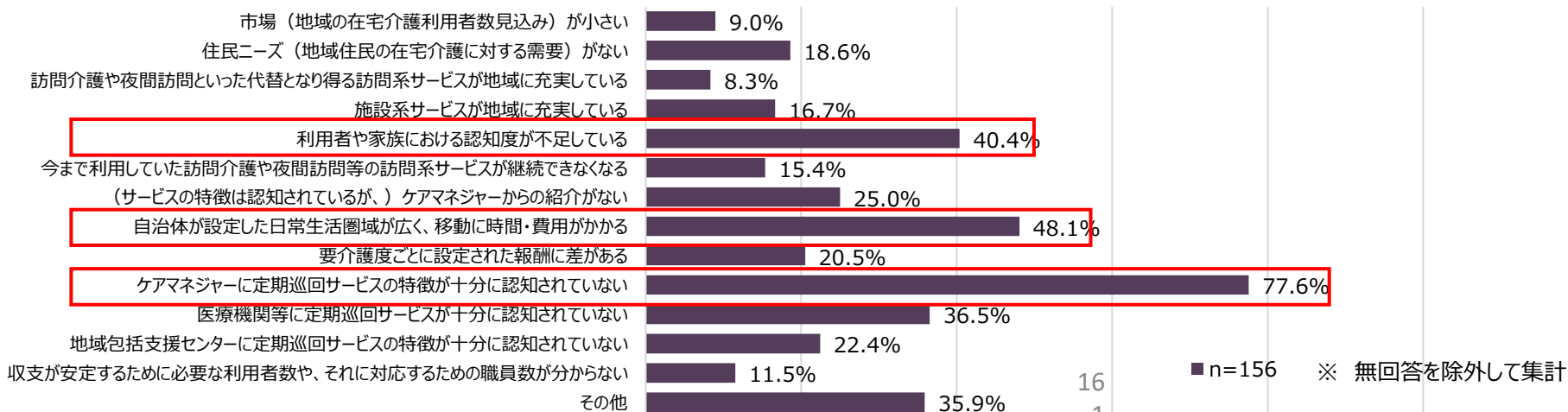
人員確保にあたっての阻害要因

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



収支が安定しない・経営が難しいことの要因

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



改定事項

- 小規模多機能型居宅介護 基本報酬
- ① 1(2)④総合マネジメント体制強化加算の見直し★
- ② 1(5)④業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入★
- ③ 1(6)①高齢者虐待防止の推進★
- ④ 1(6)②身体的拘束等の適正化の推進★
- ⑤ 1(7)④（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症対応力の強化
- ⑥ 2(3)①科学的介護推進体制加算の見直し★
- ⑦ 3(1)①介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算の一本化★
- ⑧ 3(2)①テレワークの取扱い★
- ⑨ 3(2)②利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置の義務付け★
- ⑩ 3(2)③介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進★
- ⑪ 3(2)⑧外国人介護人材に係る人員配置基準上の取扱いの見直し★
- ⑫ 3(3)⑫（看護）小規模多機能型居宅介護における管理者の配置基準の見直し★
- ⑬ 5②特別地域加算、中山間地域等の小規模事業所加算及び中山間地域に居住する者へのサービス提供加算の対象地域の明確化★
- ⑭ 5③特別地域加算の対象地域の見直し★