

地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携、 介護予防・健康づくり、認知症ケアについて

厚生労働省老健局

目次

1. 「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会 中間とりまとめ
(抜粋) 2
2. 第119回介護保険部会（4月21日）における主な御意見 12
3. 地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携、介護予防・健康づくり、
認知症ケア 関係資料 15
4. 地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携、介護予防・健康づくり、
認知症ケアに係る主な論点について 122

1. 「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」 検討会中間とりまとめ（令和7年4月10日）（抜粋）

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」 検討会中間とりまとめ（令和7年4月10日）（抜粋）

<地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携>

- 2040年に向けて、85歳以上の人口が増加し、医療と介護の複合ニーズを抱える者が急増する中、地域包括ケアシステムにおいて、これらの者が適切な医療・介護サービスを受けられるよう受け皿を確保する必要があるほか、急変があった際に必要な通院、入院等ができるよう、医療、介護の連携を強化していく必要がある。また、慢性期の患者が増加し、医療機関、介護保険施設等、在宅のいずれかでケアされる状況の中、在宅や介護施設における高齢者救急を支える包括的な機能を有する医療との連携も必要となる。
- 令和6年度同時改定において、施設等における高齢者の急変時における対応等を念頭に、介護保険施設と協力医療機関との連携を強化する改定が行われたところ。協力医療機関について、二次医療圏まで広げて医療介護連携のマッチングができていない福祉施設・介護施設が一定程度あり、地域差も大きいとの指摘がある。連携が進んでいない地域については、都道府県が行う地域医療構想調整会議の場を活用して、高齢者施設等の協力医療機関としての役割を担う医療機関を調整するなど、検討することが重要である。

医療介護連携について、介護報酬も診療報酬も加算はあるが十分算定されていない。算定要件が複雑であり、算定に労力を要することなどが要因。限られた人材で連携できるように算定要件を見直すべきとの意見があった。
- 福井県では在宅医療・介護連携推進事業を積極的に推進しており、県・市町と医師会が緊密に連携し、住民の意見も聞きながら丁寧な合意形成を行い、県下の全病院での入退院支援ルール運用など、地域の医療資源に応じた在宅ケア体制を構築している。坂井地区では、在宅医療、介護の連携に取り組んでいるが、訪問診療を行う医師の高齢化、後継ぎ不足、24時間の連携体制と医師の働き方など様々な課題もある。また、全県に展開するにも市町の地域性や医療資源・介護資源の状況に差があり、課題を要する。
- このように、在宅医療・介護連携推進事業では、地域の医師会等の関係者とも連携し、相談窓口の設置や看取り時等の情報連携ツールの整備を行っているが、自治体によって取組に差がある状況である。今後、かかりつけ医機能を都道府県に報告することとなることに加え、在宅医療に必要な連携を担う拠点を都道府県が医療計画に位置づけている中、これらと、在宅医療・介護連携推進事業の整理をした上で、地域の医療・介護資源の状況に留意しつつ、普及していく必要がある。

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」 検討会中間とりまとめ（令和7年4月10日）（抜粋）

<地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携>

○ 85歳以上の複合ニーズを抱える者や独居高齢者が増えていくと、急変し病院に入院し、治療後、すぐに自宅に在宅復帰することが難しい。このため、退院して在宅復帰するまでの老人保健施設、地域の中小病院等の医療機関の役割が重要である。

在宅ケアのためには、医療が緊急に必要なときに対応できる機能が重要であり、訪問診療を行う医療機関、急性期に入院できる一般病院、訪問看護事業所、ショートステイ等で在宅を支える老人保健施設、緊急時に対応できる地域の体制整備と人材確保策が必要である。また、在宅ケアには訪問看護、訪問介護やケアマネジャーによる支援、ケアを提供しやすい住まい、口腔管理、薬剤管理や栄養指導も必要である。利用者への質の高いサービス提供のため、医療と介護が緊急時も含めて連携して支える体制を構築することが重要である。そのためには、地域において、医療機関と介護事業者との間で情報共有や顔の見える体制を構築し、互いの果たす機能や役割を理解しつつ、コミュニケーションの強化が必要である。

また、地域包括ケアシステムを深化させていくためには、地域でかかりつけ医機能が発揮され、医療と介護、生活支援サービス等の切れ目ない連携が行われることが重要である。

○ 2040年に向けて、地域における人口構造の変化に伴う医療需要と介護需要の変化や、現在の医療介護の提供体制の状況とその活用について、組み合わせて考えていくことが重要。地域によって、医療資源や介護資源の状況は様々（※）であり、地理的な制約もある。地域において、医療機関・介護事業者双方について、ネットワークを構築していく必要がある。そのためには、これらの医療資源・介護資源の状況を地域ごとに見える化する必要があり、分析し、更には今後どのように取り組んでいくべきか考察する必要がある。

（※）医療・介護資源について、地域別に3分類に分けて考えるべきとの意見があった。

- 中山間・人口減少地域： 医療・介護需要の双方が低下
- 大都市部： 外来を含めた医療需要、介護需要ともに増加。
- 一般市等： 外来を含めた医療ニーズが減少する一方、介護需要は当面伸びやがて減少に転じていく。

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」 検討会中間とりまとめ（令和7年4月10日）（抜粋）

<地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携>

- 今般、地域医療構想や医療計画の見直しに伴い、都道府県に医療機関の機能を報告する制度改正も検討されており、都道府県に情報がより集約されることとなる。地域医療構想等との接続の観点から、都道府県の担うべき役割や市町村の担うべき役割の整理を行うとともに、地域において様々な場面や主体間で医療と介護が連携して対応していくことが必要であり、制度的な議論が必要である。
- 医療、介護の状況を地域別に見える化し、分析して提供体制を考える必要がある。新たな地域医療構想の検討でも、今後課題に応じて地域医療構想調整会議に市町村が参画することとされている。地域医療構想と介護保険事業計画を擦り合わせるためには、人口動態に基づく需要予測や医療資源の把握などのデータ分析、過去からのトレンドからの変化等を踏まえた考察が必要となる。国等による支援の在り方や、大学等の機関が自治体のデータ分析を支援する取組、地方における関係団体の関わり、地域で議論する場（※）の設定など、制度的な議論が必要である。

（※）地域において、2040年に向けて、いわば介護や障害福祉の構想を協議する協議の場の設置が必要との意見があった。

<介護予防・健康づくり、介護予防・日常生活支援総合事業等>

- 地域包括ケアシステムにおける介護予防の推進のためには、地域において介護予防・健康づくり・リハビリテーションや重度化防止に取り組んでいく必要がある。高齢者が地域支援の担い手として主体的に参加することが重要であり、「支える側」「支えられる側」という関係を超えた取組とする必要がある。介護予防を推進し、高齢者の自立支援や重度化防止に取り組むことは、介護保険制度の持続可能性の確保にも資する。
- 住民主体の通いの場や高齢期における就労等、高齢者の社会参加の拡大が、要介護状態となるリスクや認知症発生リスクの低減に効果があるとの研究成果が繰り返し報告されている。要介護認定率の減少に効果的な施策を展開するために、これまでに実施してきた介護予防・健康づくり等の効果に関する検証結果等を、自治体の担当者が利用しやすい形で情報提供を行うことで、介護予防・健康づくりの取組を活性化させるべきである。また、自治体の介護予防に関する取組を評価するためのデータ収集の仕組みや、介護保険事業計画等のあり方の中でどのように反映していくか等について、制度的な議論が必要である。

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」 検討会中間とりまとめ（令和7年4月10日）（抜粋）

<介護予防・健康づくり、介護予防・日常生活支援総合事業等>

- 介護予防・日常生活支援総合事業を活用し、医療・介護専門職が専門性を発揮しつつ、高齢者や多様な主体を含めた地域の力を組み合わせていくことは重要である。地域によって高齢者の状態や社会資源の状況は様々であり、市町村の財源の確保を含めた事業の推進方策について更なる検討が必要である。「総合事業の充実に向けた工程表」を踏まえた取組を着実に進めるとともに、地域ごとの介護予防・日常生活支援総合事業の実施内容やその効果を精緻に分析・検証することが必要。データベースをつくり見える化すべきとの意見もあった。地域類型（中山間地域、一般市、都市部等）に分けて、事業実施までのプロセスを含め、好事例の横展開をすること等により市町村の取組支援を進めるべきである。
- 今後の人口動態等を踏まえ、支援を必要とする高齢者の増加が見込まれる中、保険者が地域の実情に応じて生活支援や介護予防のニーズを効果的かつ継続的に支援していくことができるよう、上限額や安定的な財源確保方策等について検討していく必要がある。
- 自治体の取組を促していくため、保険者機能強化推進交付金や介護保険保険者努力支援交付金（インセンティブ交付金）により介護予防等に係る自治体の取組を評価し、促進することは重要である。都道府県による市町村支援を含め、先進的な取組等を行い、成果を上げている自治体がより適切に評価されるようにしていく観点から、指標の精査を行うとともに、第10期に向けた介護予防・健康づくりの強化・促進に向けて、当該交付金制度を含め、枠組みの整理・強化を図っていくべきである。
- 介護予防等の取組や地域のインフォーマルな支え合いは重要であり、一般介護予防事業の中で実施する通いの場については、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、誰もが一緒に参加し、認知症予防、多世代交流や就労的活動など、地域のニーズに応じた多様な機能を有する場として、地域共生社会の実現に向けて、発展・拡充させていく必要がある。
- フレイルの可能性がある（生活機能が低下している）者など、支援を要する者をどこにつなげるか地域において十分に整理・周知されていない中、こうした者への医療専門職の早期かつ集中的な関与が重要であるが、医療専門職の確保には課題がある。介護老人保健施設等の医療等専門職の活用、施設等において通いの場を設置するなど、施設等と連携した体制を構築していくことも重要である。

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」 検討会中間とりまとめ（令和7年4月10日）（抜粋）

<介護予防・健康づくり、介護予防・日常生活支援総合事業等>

- 介護予防・日常生活支援総合事業を提供している事業所や通いの場だけでなく、健康増進施設、総合型スポーツクラブなど、介護予防・健康づくり等に効果的な地域の資源が見える化し、高齢者が自ら希望する場所で介護予防・健康づくり等に取り組むことができるような仕掛けが必要である。
生活機能が低下している者を含め、地域に暮らす高齢者が健康意識を高め、適切なサービス等につながるよう自治体や既存施設において取組を進め、地域包括ケアシステムにおける介護予防を推進していくことが重要である。
- 大分県では、要支援者の認定割合が高い状況に危機感を持ち、介護予防・重度化防止、中でも、サービス・活動C（短期集中予防サービス）に力を入れている。民間企業とも協力し、予防マネジメントのICT化を進めるとともに、都道府県が市町村を支援しながら、短期集中予防サービスで改善を目指すプログラムを提供した後に通いの場等の社会参加につなぐ「自立支援サイクル」を構築した結果、約8割の利用者が自立につながるなど、高齢者の生活の質の向上を図りながら、効率的・効果的な取組を実施している。
- 高知県では、人口減少や高齢化が全国に先行していることを見据え、子どもから高齢者まで、年齢や障害の有無にかかわらず、小規模でありながら必要なサービスが提供でき、ふれあうことのできる地域共生社会の拠点として「あったかふれあいセンター」を設置し、介護予防・健康づくり等にも専門職が関与しながら取り組んでいる。
- 令和6年度補正予算において、中山間・人口減少地域において、身近な場所での介護予防の取組を推進し、通いの場を含め、地域のささえあいを効果的に支えるため、市町村単位で介護予防・地域ささえあいサポート拠点を設けるモデル事業を実施。この取組の検証を通じて介護予防・健康づくりを主軸に、通いの場等を支え、地域共生社会を実現するための拠点の在り方について検討すべきである。

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」 検討会中間とりまとめ（令和7年4月10日）（抜粋）

<介護予防・健康づくり、介護予防・日常生活支援総合事業等>

- 地域包括ケアシステムにおける介護予防・健康づくりについては、地域における介護予防の支援の拠点を中心に、生活機能が低下している者への対応を含め、通いの場等の地域の資源を見える化・公表し、利用しやすいようにする必要がある。都道府県が実施している地域リハビリテーション支援体制の整備や市町村が実施している通いの場の取組、サービス・活動C、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等の介護予防関連施策は、従来、個別事業として取り組んできたが、地域の実情に応じた関連施策の連携の方法や専門職等の適切な関与の方策について議論を進めていく必要がある。
- 介護や福祉以外の住民サービス、公共サービス、例えば、高齢者の移動支援や買い物支援等と介護予防の取組を効果的にリンクさせるという視点も有用である。鳥取県においては、これらを組み合わせて戦略的に実施している。
地域資源の掘り起こしに加え、地域に根ざす企業や移住・Uターン者、ボランティア等外部の人材・資源と組み合わせることも有効と考えられる。地域づくりの活性化や介護予防活動の充実を図るため、地方における創意工夫で取り組んでいくことが重要である。
- また、家族も本人の介護を支えており、その支え手としての負担を考慮の上、仕事と介護の両立支援の充実、企業における相談対応の整備、地域支援事業で任意事業として実施する家族介護支援事業による支援など、総合的に対応を行っていくことが重要である。

<認知症ケア>

- 令和5年6月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立し、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現を推進することが明記された。認知症の人本人の声を尊重し、誰もが認知症になり得ることを前提に、認知症になっても希望を持って暮らし続けることができるという「新しい認知症観」に基づき施策を推進することとしている。

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」 検討会中間とりまとめ（令和7年4月10日）（抜粋）

<認知症ケア>

- 国の認知症施策推進基本計画を踏まえ、都道府県や市町村がそれぞれの実情に即した認知症施策推進計画を策定し、認知症施策を計画的に進め、認知症の人・家族が安心して暮らせるために、本人や家族が参画した共生社会を実現していくことが重要である。そのためには、地域で認知症の人が集うことができる認知症カフェや、就労の場を含む社会参加の機会につながるピアサポート活動や本人ミーティングなど、認知症の人の幅広い居場所づくりなど、地域において様々な取組を一層充実させ、認知症の人が地域で活躍できる環境を整備する必要がある。
- 2040年に向けて、認知症高齢者が増加する中、独居の認知症高齢者、認知症高齢者を抱える夫婦世帯、認知症高齢者とそれを支える家族など様々な家族の形態においてその対応が課題となる。2025年段階で独居の認知機能低下高齢者は約250万人、2040年には330万人と急速に増加すると推計されている。このような中、引き続き、認知症の人と家族が自分らしく生きること、認知症の方の意思決定支援への取組や認知症の人の心への支援が重要であり、地域においてこのような取組を進めていくべきである。
- 独居の認知症高齢者は、日常の生活支援を担う家族や親族がおらず、必要な社会的支援につながるための情報の入手が困難であるため、社会的孤立のリスクが高い。また、身体的・精神的健康度が低下しやすく、経済的にも困窮しやすい状況等にある。独居の認知症高齢者を取り巻く課題は、医療、介護のみならず、生活支援や権利擁護・意思決定支援、住まい支援、地域のインフォーマルサービスなど多岐にわたることに加えて、こうした様々な課題に対応できる地域の資源が不足していると考えられる。また、MCIの段階で社会的孤立のリスクは高まっている。MCIから軽度の認知症への移行は連続性があることから、ある程度の自立生活を営むことができる軽度の認知症の人にとって、インフォーマルな支援は重要である。
- このため、2040年に向けた超高齢社会においては、認知機能の低下とともに生きる高齢者の権利利益を保護するために、社会的孤立を解消し、地域社会とつながり、必要なサービスのアクセシビリティを高める地域づくりと、権利擁護・意思決定支援を包含した地域包括ケアシステム、すなわち地域の特性に応じた統合的なサービス提供を行っていく必要がある。

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会 中間とりまとめ（概要）

2040年に向けたサービス提供体制等のあり方（概要）

2040年に向けて、85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等が増加するとともに、地域のサービス需要が変化する中、地域包括ケアシステムを深化し、全ての地域において、利用者等が適切に介護や医療等のサービスを受けながら自立して日常生活を営めるよう、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供体制を確保するとともに、介護人材が安心して働き続けることができる環境を整備し、介護人材や利用者等が地域で活躍できる地域共生社会を構築

基本的な考え方

- ① 「地域包括ケアシステム」を深化：2040年に向けて、医療・介護、介護予防、認知症ケアへの切れ目のない提供（地域の提供体制確保）
- ② 地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保：高齢者の介護サービス需要に地域差。2040年に向けた需要の変化を踏まえた対応
- ③ 介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援：処遇改善など人材確保の取組の充実。地域単位でも専門機関等の関係者が連携して支援を行い、雇用管理による人材の定着、テクノロジー導入・タスクシフト/シェア、協働化など経営改善をあわせて図っていく
- ④ 地域の共通課題と地方創生：介護は高齢者に加え、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要なインフラ。人手不足、移動の課題、生産性向上の必要性など、他分野と共通課題。その解決に向け、関係者が連携して地域共生社会を構築し、地方創生を実現

方向性

（1）人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制や支援体制の構築

2040年に向けて、地域における人口減少・サービス需要の変化に応じ、全国を主に3つの地域に分類して、テクノロジー等も活用し、その地域の状況に応じたサービス提供体制や支援体制を構築

○ 「中山間・人口減少地域」：サービスを維持・確保するための柔軟な対応

- ・ サービス需要が減少する中、様々なサービスを組み合わせる維持・確保できるよう、地域のニーズに応じた柔軟な対応（配置基準等の弾力化、包括的な評価の仕組み、訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化、市町村事業によるサービス提供などの検討）
- ・ 地域の介護機能の維持等のため、地域の介護を支える法人等への支援、社会福祉連携推進法人の活用促進

○ 「大都市部」：需要急増を踏まえたサービス基盤整備のための適切な対応

- ・ サービス需要が急増する中、公と民の多様なサービスに加え、ICTやAI技術など民間活力も活用したサービス基盤の整備
- ・ 重度の要介護者や独居高齢者等に対応可能な、ICT技術等を用いた24時間対応可能な効率的かつ包括的なサービスの検討

○ 「一般市等」：サービスを過不足なく確保するための適切な対応

- ・ サービス需要が増減する中、既存の介護資源等を有効活用しサービスを過不足なく確保。将来の需要減少に備えた準備と柔軟な対応

○ 支援体制の構築

- ・ サービス提供体制の変化の中、他分野とも連携した支援体制が必要。医療も含め、地域における介護サービス提供体制の状況をエリア別に見える化し、地域で状況把握・分析、関係者間の共有・議論。介護保険事業計画等のあり方の議論の中で位置づけを検討

(2) 介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援

2040年に向けて、生産年齢人口が減少する中、介護人材確保は最大の課題。処遇改善をはじめとする人材確保の取組を進めるとともに、地域単位でも、専門機関等の連携を図り、雇用管理・生産性向上、事業者間の協働化など、経営改善に向けた支援を実施

○ 国や地方における介護人材確保に向けた取組

- 賃上げや処遇改善の取組の継続
- 地域における人材確保状況等の見える化・精緻な分析、対策の検討
- 地域の公的な機関等の連携やプラットフォーム機能の充実等
- 入門的研修の強化、業務の整理・切り出し、タスクシェア/人材シェア、多様な人材とのマッチング
- 若い世代に向けた介護の魅力向上
- 常勤化支援
- 外国人材の定着支援や就労・生活環境整備
- 養成施設の環境整備

○ 雇用管理等による介護人材の定着に向けた取組

- 介護事業者の適切な雇用管理（ハラスメント対策含む）
- 介護人材の多様なキャリアモデルの見える化・キャリアアップの仕組み
- オンラインを含めた教育・研修への位置付け、試験制度における取組

○ 職場環境改善・生産性向上の取組

- 生産性向上による業務効率化等で得た時間で職員への投資を図り、質の向上や介護人材定着を促すことが重要
- テクノロジー導入・運営支援、介護助手等によるタスクシフト/シェア
- 団体等と連携したテクノロジー等の普及
- デジタル中核人材の育成、科学的介護の推進、生産性相談窓口による伴走支援。介護記録ソフトやAIなど在宅の技術開発、研究

○ 介護事業者の経営改善に向けた支援

- 都道府県単位で雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築（地域の専門機関や専門職等との連携）

○ 他事業者との協働化、事業者間の連携、大規模化

- 小規模の良さを活かし、大規模化によるメリットを示しつつ、間接業務効率化や施設・設備の共同利用など、協働化や事業者間連携をまずは推進。大規模化を事業者間でも進めるとともに、社会福祉連携推進法人の活用が進む仕組みを検討

(3) 地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携、介護予防・健康づくり、認知症ケア

2040年に向けて、地域包括ケアシステムを深化させ、医療・介護、介護予防、生活支援等の包括的な確保を図る必要があり、そのためには、地域資源を把握・分析し、様々なサービスや事業の組み合わせや連携を図っていく必要

○ 地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携

- 地域包括ケアにおける医療介護連携の強化。退院して在宅復帰するまでの老人保健施設、地域の中小病院等の医療機関の役割が重要（医療・介護資源の地域差を踏まえて対応していく必要）
- 地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論（地域医療構想との接続）

○ 介護予防・健康づくり、介護予防・日常生活支援総合事業等

- 地域リハビリテーション体制、「通いの場」の取組、サービス・活動C、一体的実施等の介護予防関連施策の連携と専門職等の適切な関与の促進
- 総合事業の充実やインセンティブ交付金の改善
- 介護予防支援拠点の整備

○ 認知症ケア

- 医療、介護、生活支援、権利擁護・意思決定支援等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進

今後の予定

この中間とりまとめは介護保険部会に報告し、順次議論。また、4月以降、障害福祉やこどもなど他の福祉分野と共通の課題、社会福祉法人の経営支援等について議論し、夏にとりまとめ予定。その上で、介護保険部会等の関係審議会に報告し、制度改正に向けた議論を行っていく。

2. 第119回介護保険部会における委員からの主な御意見

第119回介護保険部会（4月21日）における委員からの主な御意見

<地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携>

- 2025年を目途にして地域包括ケアシステムの構築を進めてきたが、2040年に向けた長期的な方向性を示す上で、重点に絞って一旦振り返りが必要。一体的な体制づくりについて確実に前進してきた面と課題として残っている点を明確化する必要がある。日常生活圏域についてどう考えるか、包括報酬・包括ケアサービスの普及、医療介護連携等を概括的に振り返る必要がある。
- 地域包括ケアシステム構築の節目としてきた2025年現在の状況を評価・検証していくことが必要。訪問介護員の不足によりサービス提供を断ったことがある事業所があることなど、厚生労働省でも現場の実態を把握すべき。
- 地域包括ケアの体制確保に向け、今後ますます地域包括支援センターが重要な役割を果たすこととなる。現在、業務として行っている介護予防支援、介護予防マネジメントのあり方についても、長期的な視野を持って見直すことが必要ではないか。
- 中間とりまとめ記載の医療・介護連携のマッチングが進む具体の支援策について、早急に推進してほしい。
- 医療と介護のニーズを持つ人が増える中で、介護側だけではなく、医療側も介護の現場を知ることが必要。介護情報の医療サイドの利活用、医学生や研修医が介護現場に詳しくなること等が進めば、医療・介護が一体的になり、より良い地域づくりにもつながると思う。具体的な議論に期待。

<介護予防・健康づくり、介護予防・日常生活支援総合事業等>

- 介護予防と健康づくり、日常生活支援は、アウトカムが同じではないことに注意すべき。介護予防では要介護認定率の抑制、日常生活支援では、障害にかかわらず尊厳ある地域生活が継続できるようにしていくこと。この日常生活支援に関するアウトカムを意識して生活支援体制整備を進めている自治体は少ない。
- 総合事業のサービスCは効果が上がっていると感じる一方、サービスBは複雑な状況になっていると思う。サービスB、住民主体型のサービスについては、包括的支援体制事業、重層的支援体制整備事業とのすり合わせが重要だと思う。

第119回介護保険部会（4月21日）における委員からの主な御意見

<介護予防・健康づくり、介護予防・日常生活支援総合事業等>（続き）

- 介護予防・健康づくりの強化・促進に向けて、インセンティブ交付金を含め、枠組みの整理・強化を図るべきという中間とりまとめの記載には、日常生活支援の強化・促進という文言がない。このことが取組の遅れの要因の一つになっているのではないか。

<認知症ケア>

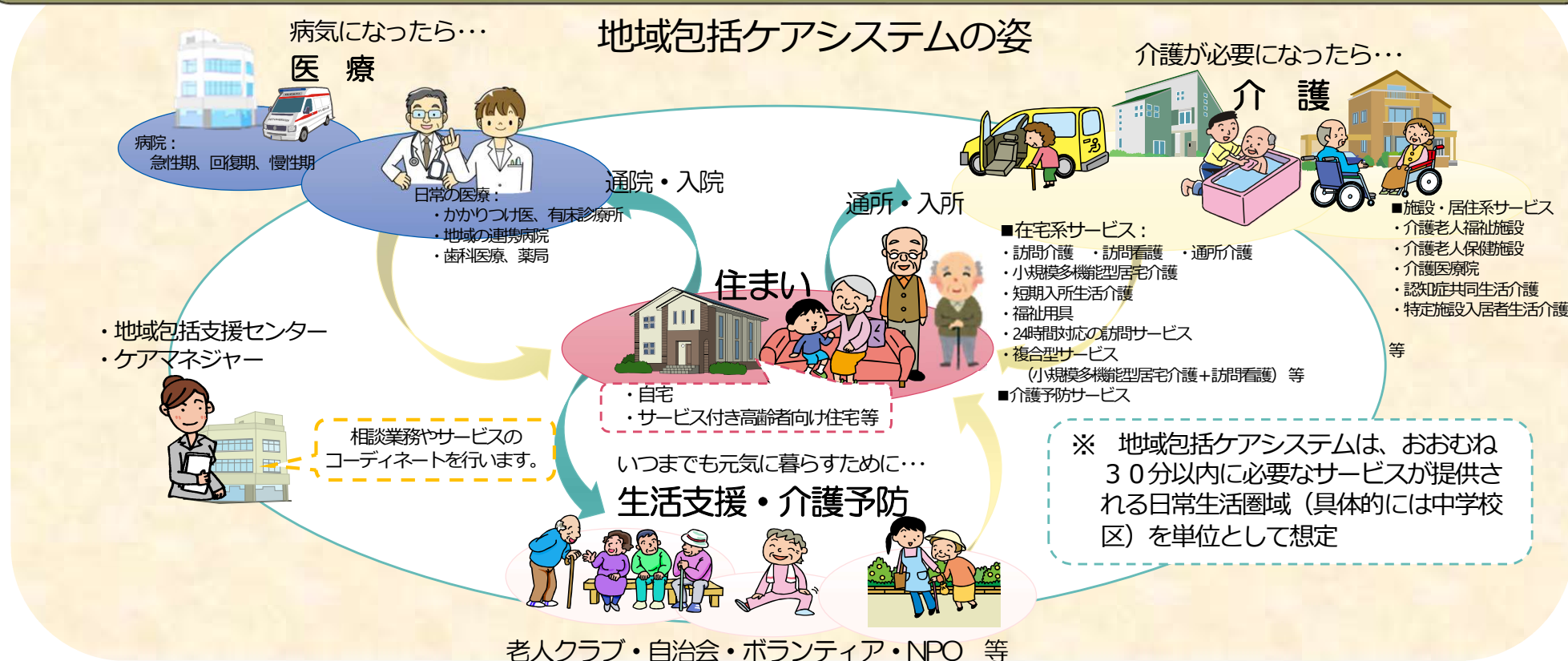
- 中間とりまとめの記載は、独居の認知症高齢者のみならず、夫婦のみの認知症高齢者についても妥当する。
- インフォーマルなサービスよりもまずは介護保険サービス等フォーマルなサービスではないのか。専門性ある人の支援やアセスメントが必要。

3. 地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携、 介護予防・健康づくり、認知症ケア 関係資料

地域包括ケアと医療・介護（医療介護連携）

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。**



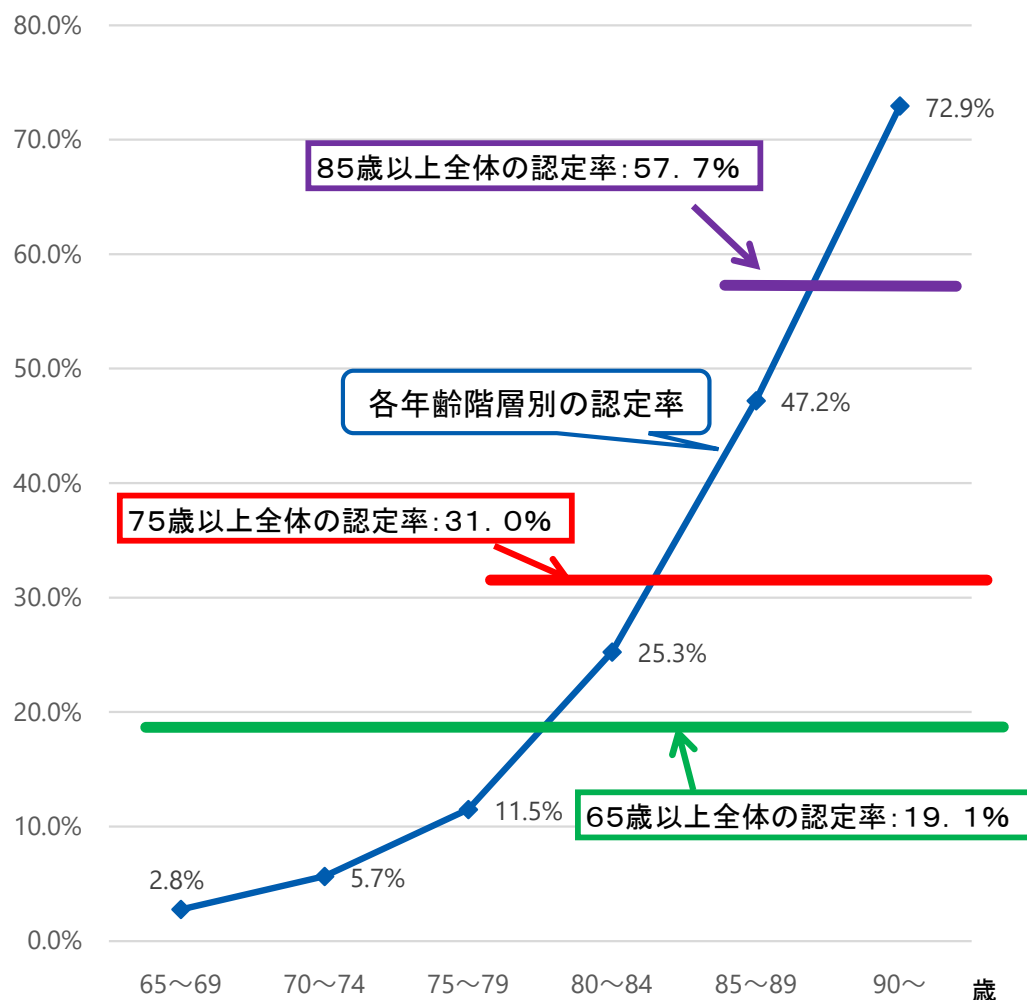
2040年を見据えた地域包括ケアシステムの推進について

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 暮らしを人生の最後まで続け ることができるよう、医療・ 介護・予防・住まい・生活支 援が包括的に確保される体制 （地域包括ケアシステム）の 構築を実現。	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 → 今回、本部会で議論
	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 → 今回、本部会で議論
	住まい	第118回部会（3月17日）で議論 → 有料老人ホームにおける 望ましいサービス提供のあり 方に関する検討会で検討 → 介護保険部会で議論
	相談支援等	第117回部会（2月20日）で議論

医療と介護の複合ニーズが一層高まる

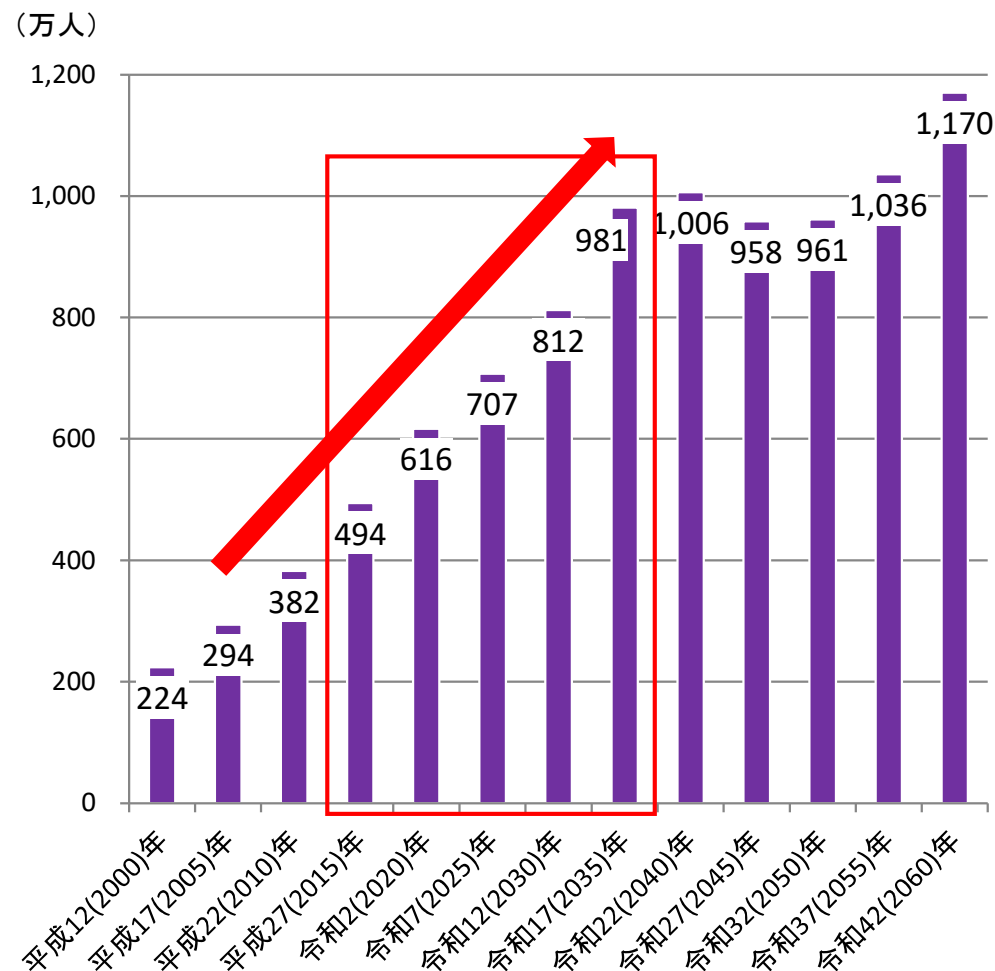
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。
- 85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。

年齢階級別の要介護認定率



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。

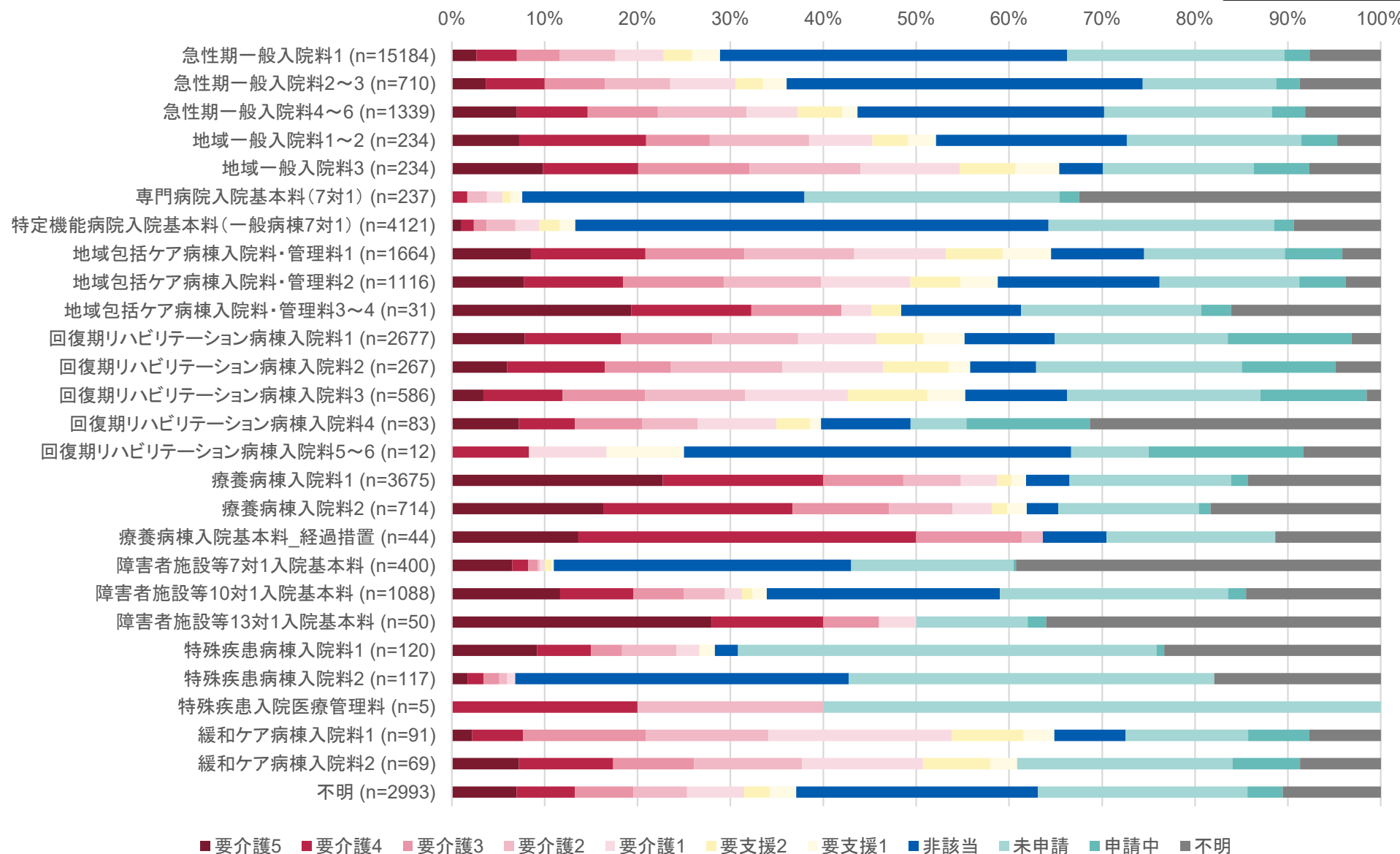
85歳以上人口の推移



出典: 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

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)

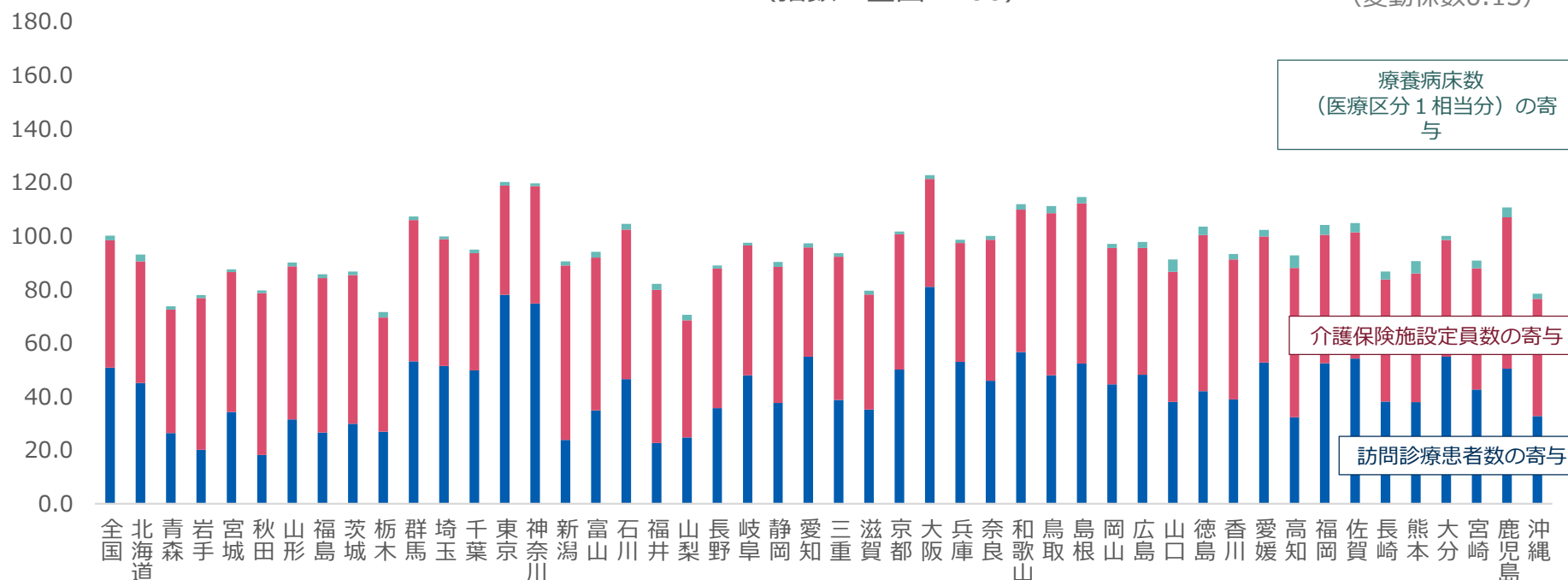
訪問診療患者数、介護保険施設定員数、療養病床数の地域差

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。

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）>

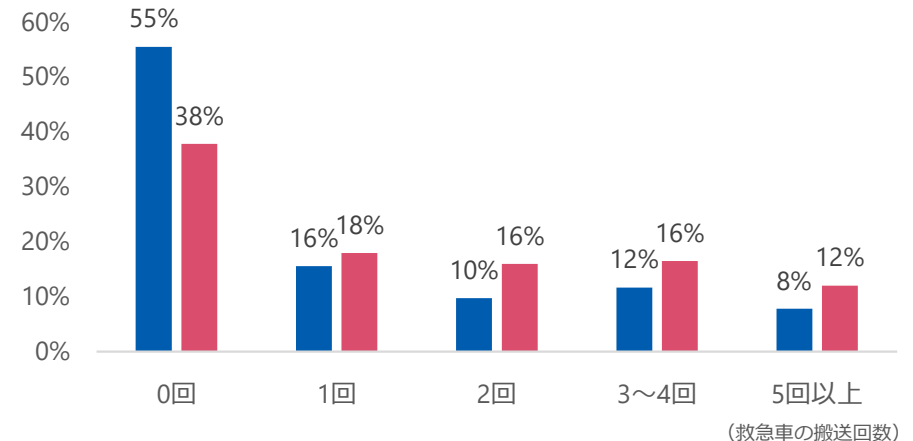
- ・ 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

<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

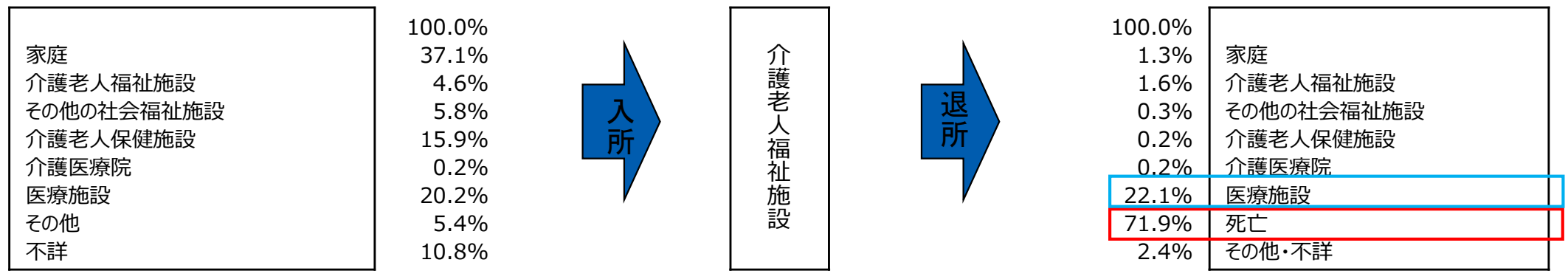


■ 緊急時の対応連携あり ■ 緊急時の対応連携なし

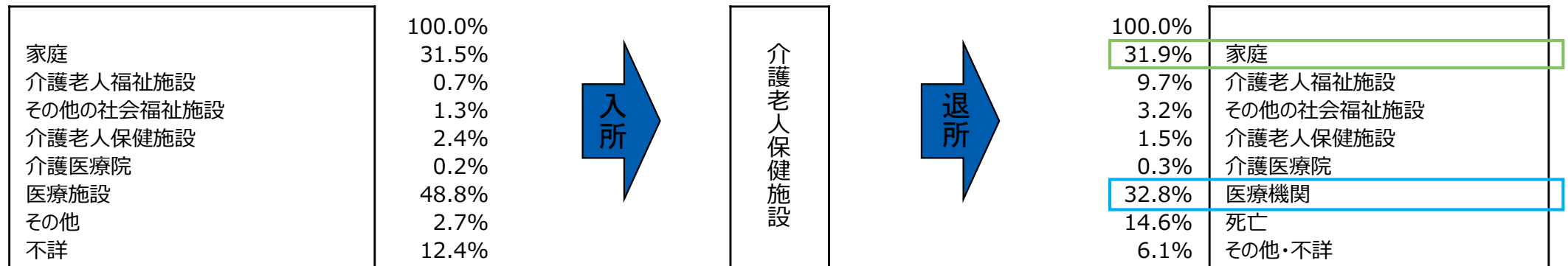
資料出所：「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社（令和4年度老人保健健康増進等事業）データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

(参考) 介護保険 3 施設における入所者・退所者の状況

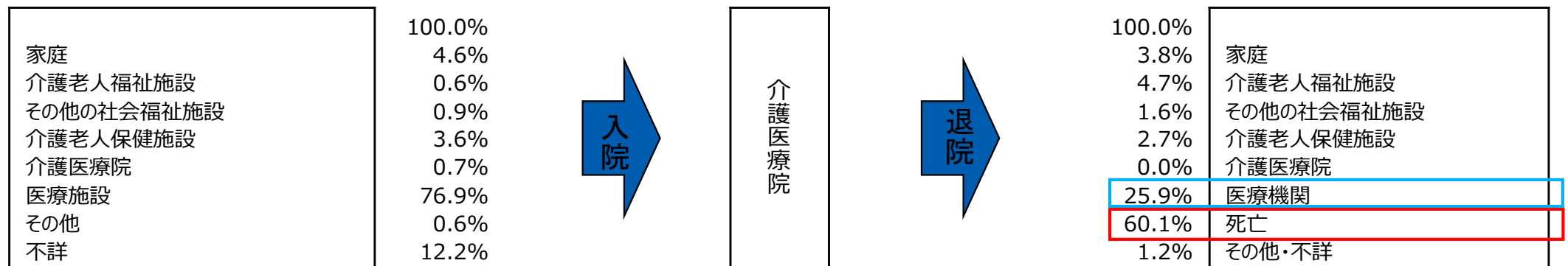
○ 介護老人福祉施設の退所者の約7割が死亡を理由として退所している。



平均在所日数：1153.7日



平均在所日数 404.2日



平均在所日数 344.6日

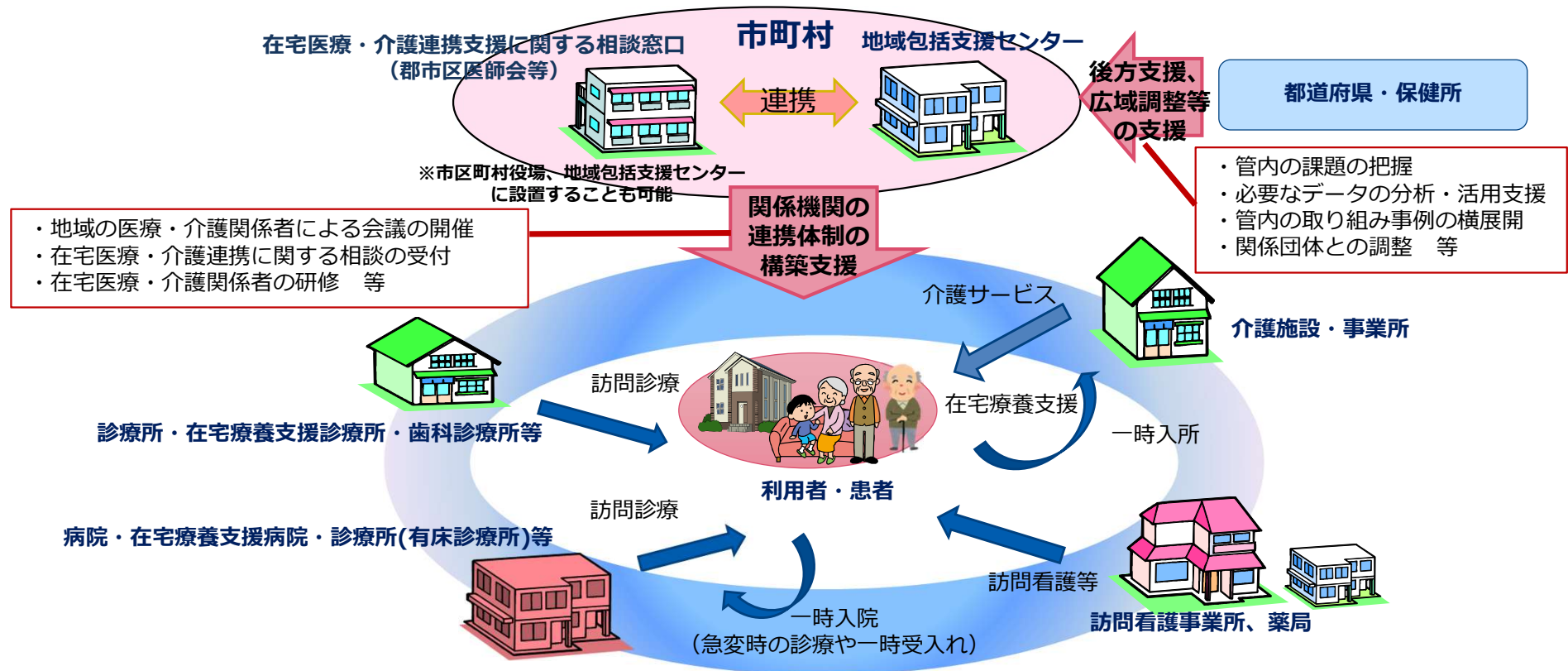
在宅医療・介護連携の推進

- 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）

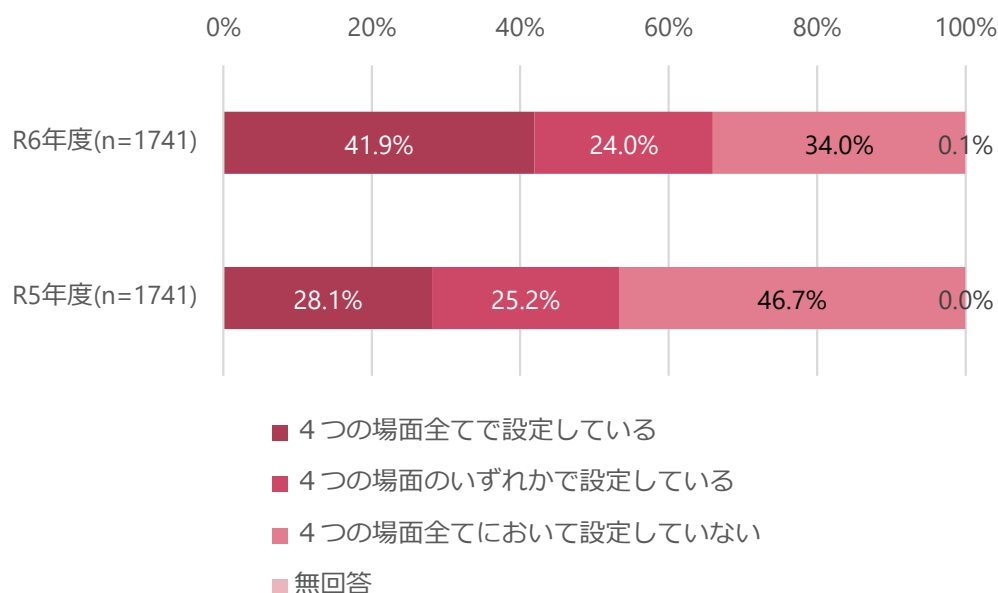
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



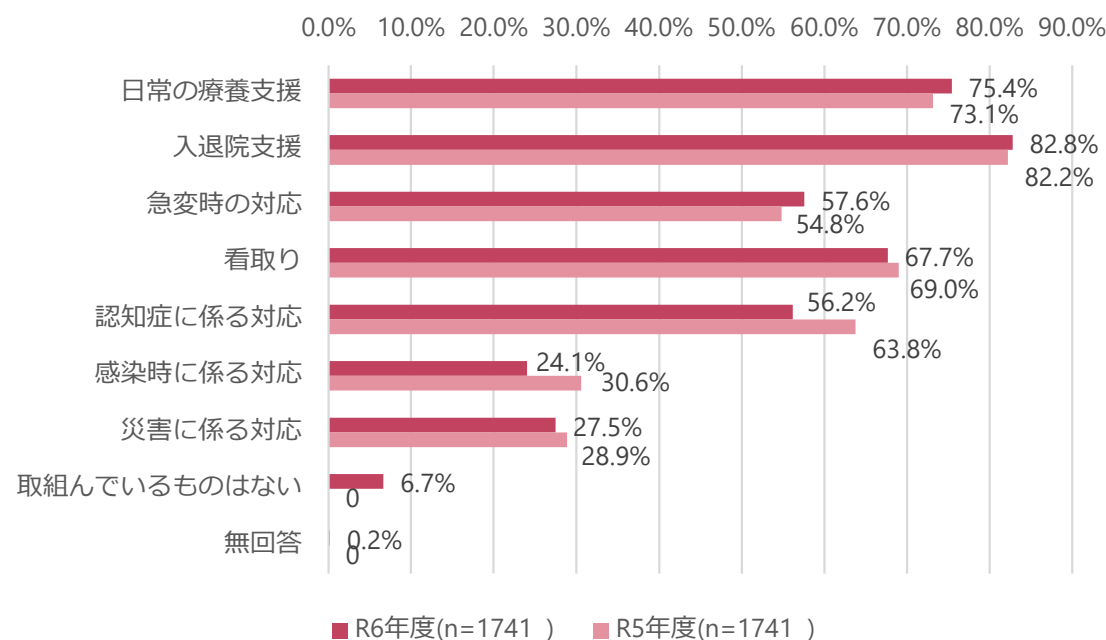
在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査（市町村票）

- 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30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 医療と介護が主に共通する4つの場面（入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）のあるべき姿について、41.9%が「4つの場面全てで設定している」と回答し、24.0%が「4つの場面いずれかで設定している」と回答した。
- 取り組んでいる場面として、「入退院支援」が82.8%と最も多く、次いで「日常の療養支援」が75.4%であった。

■ あるべき在宅医療・介護提供体制の姿を設定

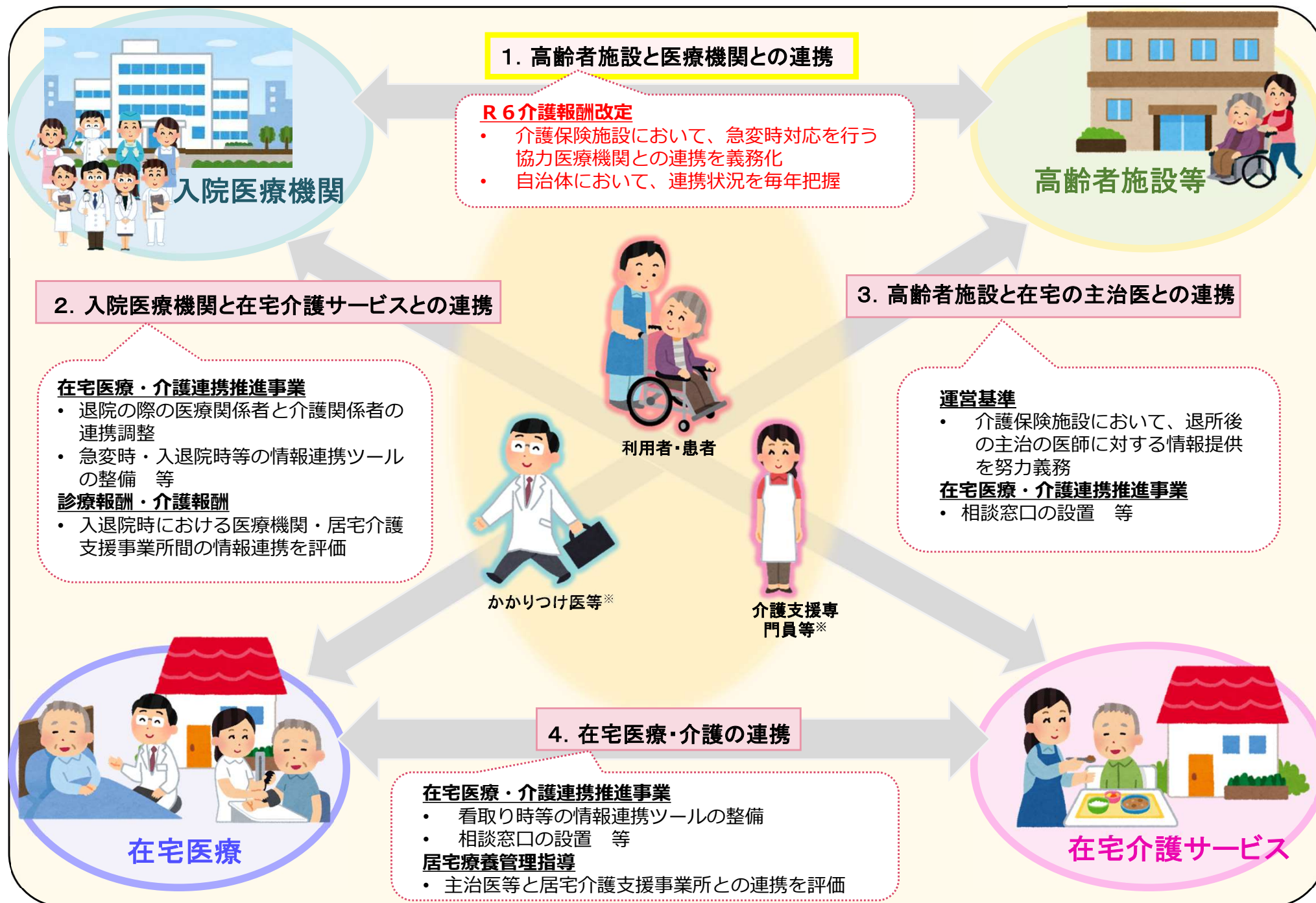


■ 取り組んでいる場面



出典：令和6年度在宅医療連携推進支援事業における実態調査

医療・介護連携の主な取組について



※医療と介護に係る多職種が関わっていることに留意が必要。

(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>					○ 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
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つては280床未満					
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>					

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。

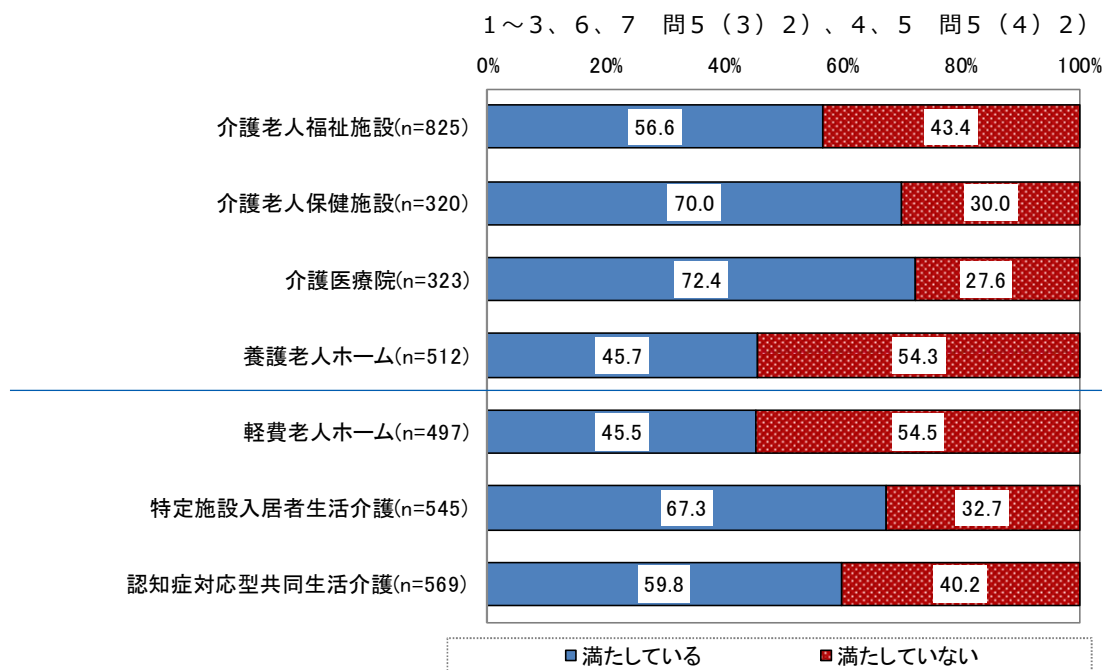
(1) . 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

【協力医療機関の定め状況】

- 介護老人福祉施設は56.6%、介護老人保健施設は70.0%、介護医療院は72.4%、養護老人ホームは45.7%が義務化された①相談対応を行う体制、②診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制（③は病院に限る）、の全てを満たす協力医療機関を定めていた。
- 軽費老人ホームは45.5%、特定施設入居者生活介護は67.3%、認知症対応型共同生活介護は59.8%が努力義務化された①相談対応を行う体制、②診療を行う体制を満たす協力医療機関を定めていた。

図表6 要件を満たす協力医療機関を定めている施設



※介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームは、①相談対応を行う体制、②診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制を有している協力医療機関を定めている割合。協力医療機関の回答がない場合は「満たしていない」とした。①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること（③は病院に限る）を義務とした。

※軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護は①相談対応を行う体制、②診療を行う体制を有している協力医療機関を定めている割合。協力医療機関の回答がない場合は「満たしていない」とした。①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

(1) . 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

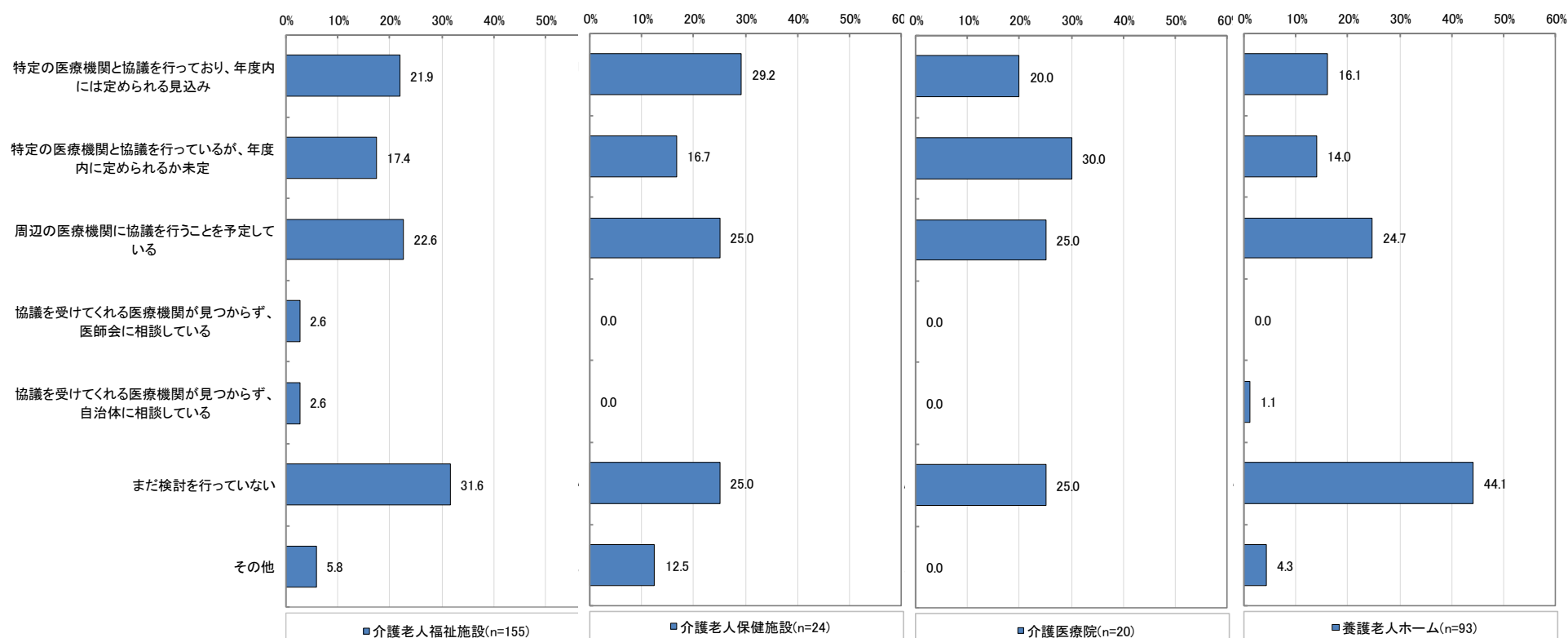
3. 調査結果概要

【要件を満たす協力医療機関を定めていない場合について】

- 要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等における現在の進捗状況について、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームについては、「年度内に定められる見込み」が21.9%、29.2%、20.0%、16.1%、「周辺の医療機関に協議を行うことを予定している」が22.6%、25.0%、25.0%、24.7%であった。一方で、「まだ検討を行っていない」が31.6%、25.0%、25.0%、44.1%であった。

図表25 要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等における現在の進捗状況【複数回答】～4問9(1)

【施設系サービス・養護老人ホーム】



※施設系サービス・養護老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること（③は病院に限る）を義務とした

※無回答が多かったため、無回答を除いて集計

(1) . 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

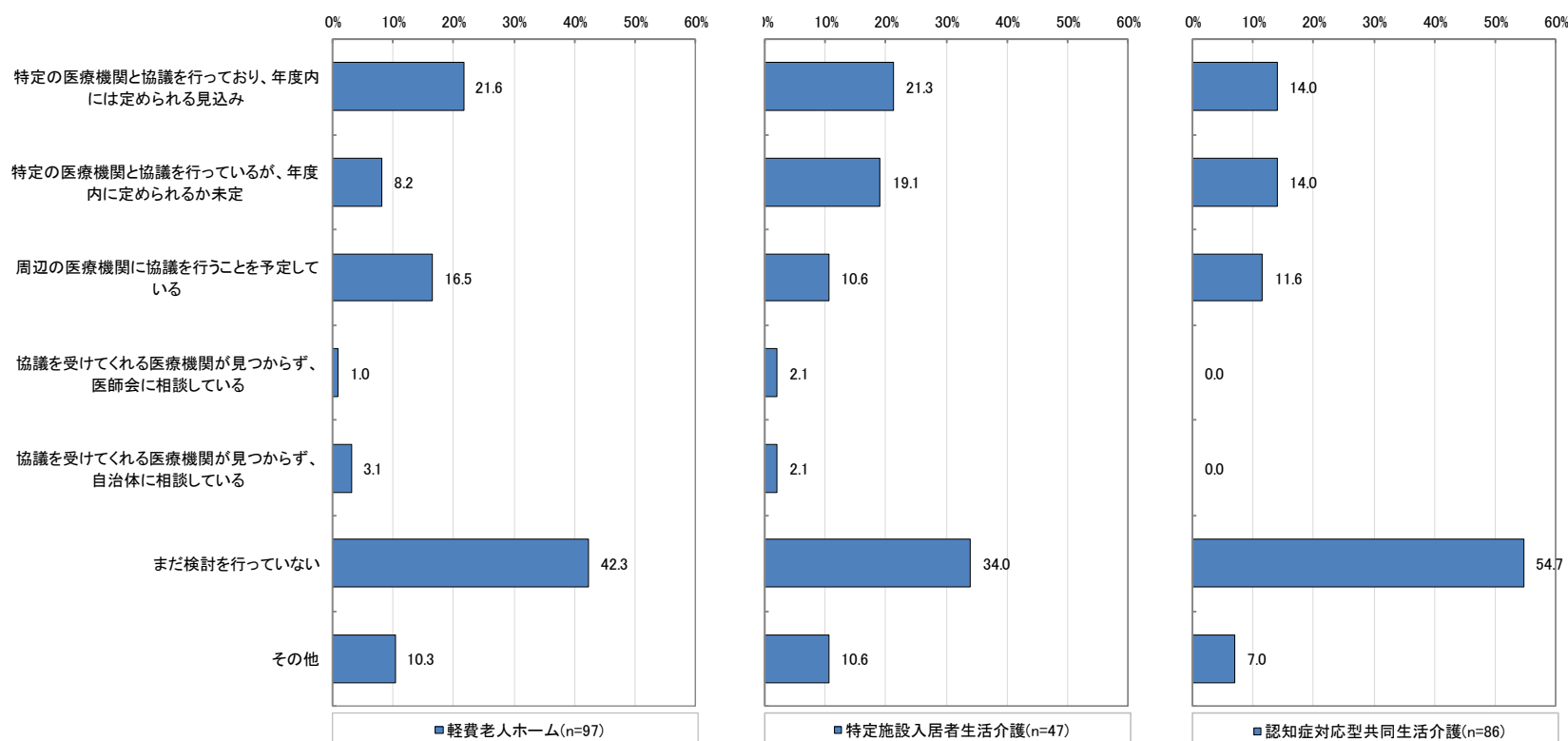
3. 調査結果概要

【要件を満たす協力医療機関を定めていない場合について】

- 要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等における現在の進捗状況について、軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護については、「年度内に定められる見込み」が21.6%、21.3%、14.0%、「周辺の医療機関に協議を行うことを予定している」が16.5%、10.6%、11.6%であった一方で、「まだ検討を行っていない」が42.3%、34.0%、54.7%であった。

図表 2 6 要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等における現在の進捗状況【複数回答】 5, 6 問9 (1)、7 問8 (1)

【居住系サービス・軽費老人ホーム】



※居住系サービス・軽費老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした

※無回答が多かったため、無回答を除いて集計

(1) . 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

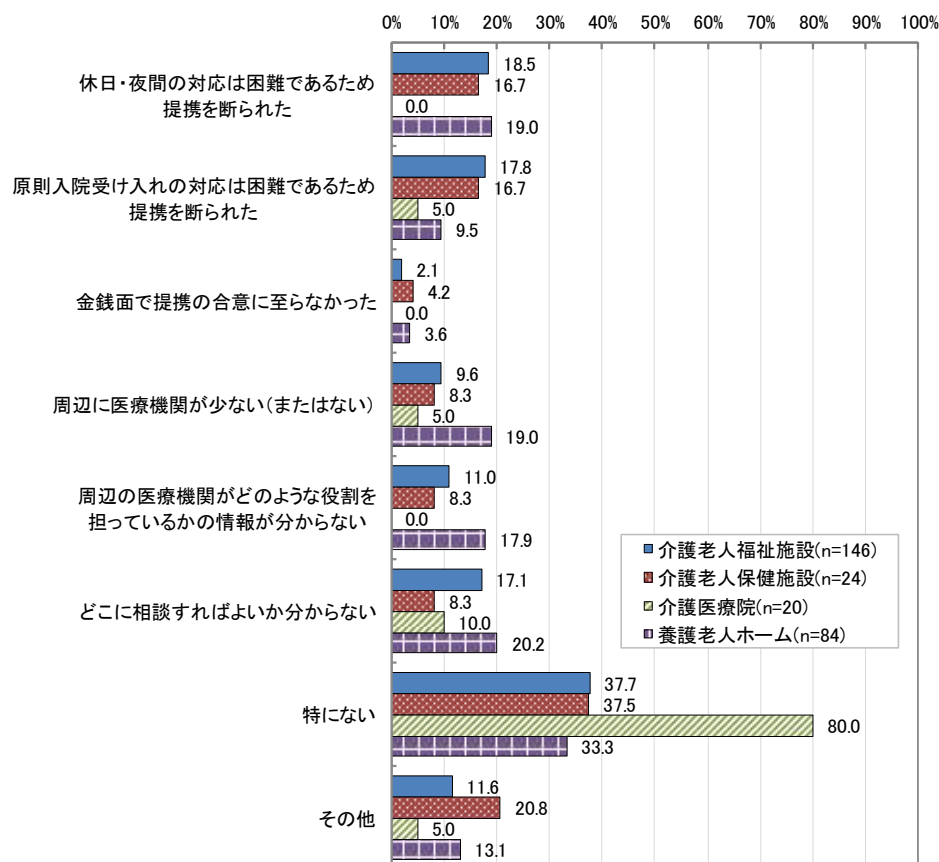
【要件を満たす協力医療機関を定めていない場合について】

○協力医療機関を定めるにあたっての課題では、「休日・夜間の対応は困難であると提携を断られた」等の提携を試みたが至らなかったケース、「どこに相談すればよいか分からない」といった情報収集段階のケースがみられた。

図表27 協力医療機関を定めるにあたっての課題【複数回答】

1～6 問9(2)、7 問8(2)

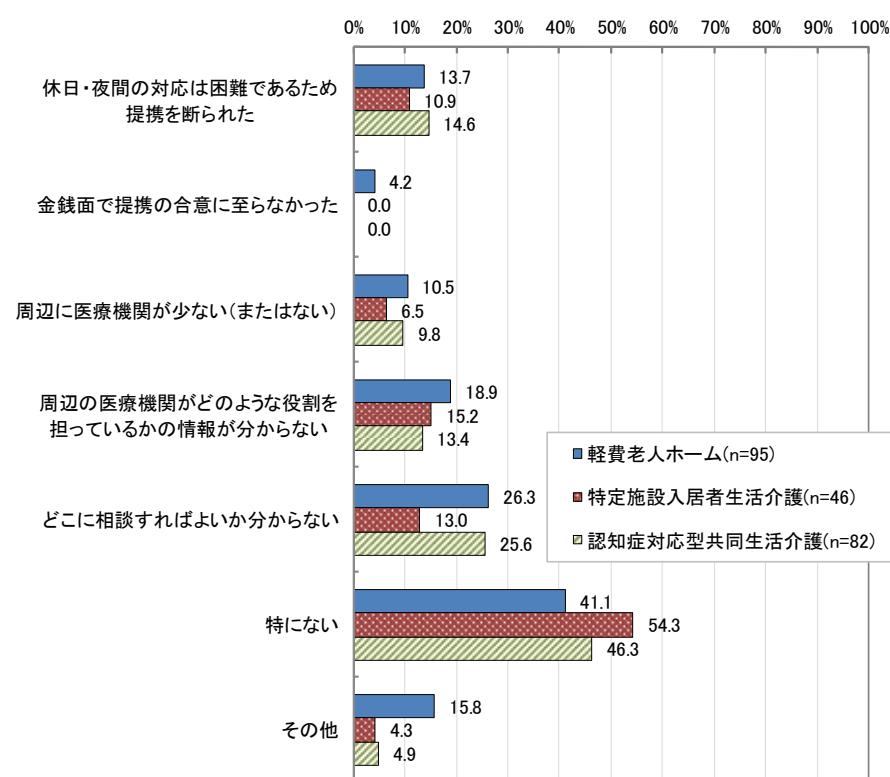
【施設系サービス・養護老人ホーム】



※施設系サービス・養護老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制(③は病院に限る)を確保した協力医療機関を定めることを義務とした

※無回答が多かったため、無回答を除いて集計

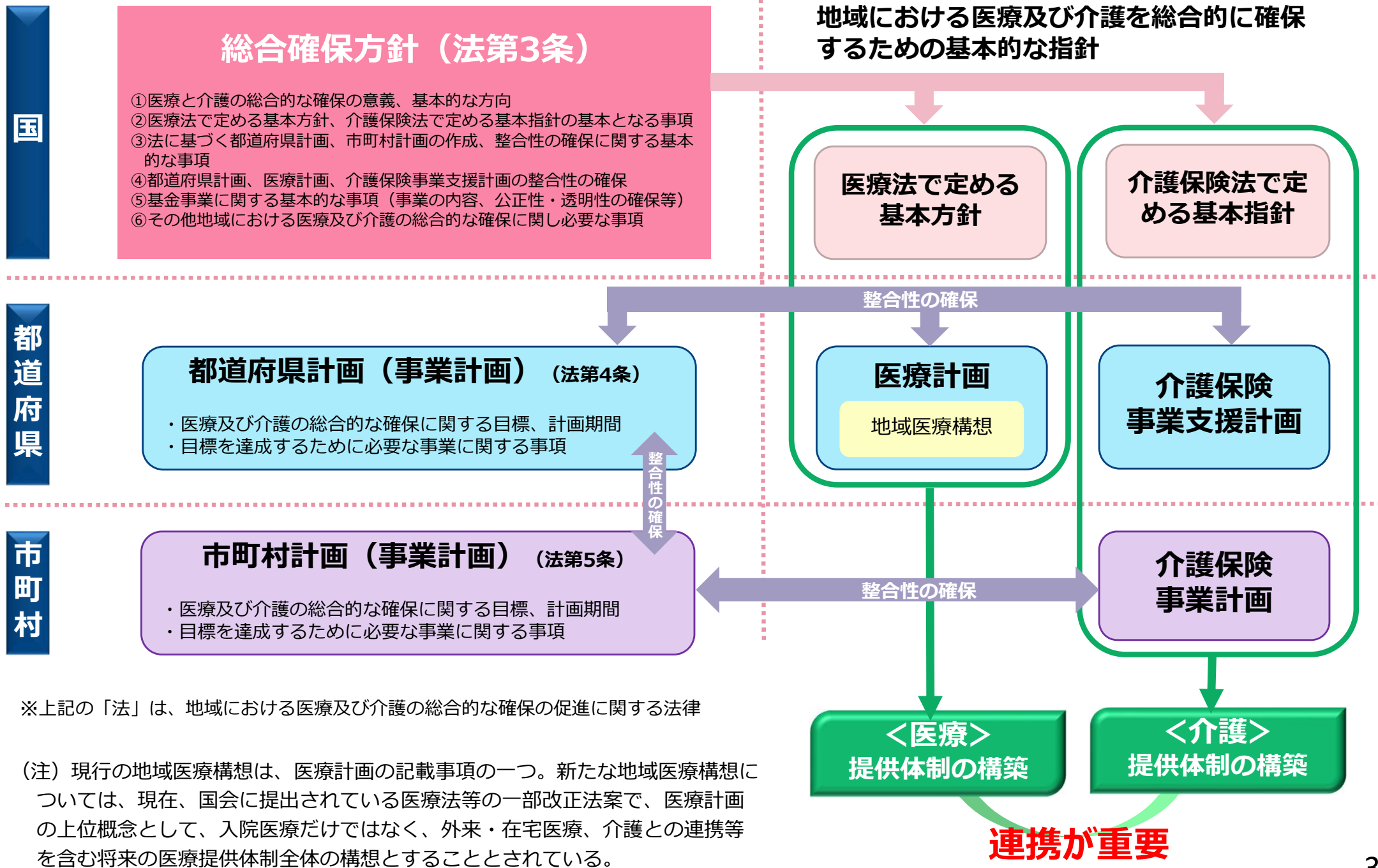
【居住系サービス・軽費老人ホーム】



※居住系サービス・軽費老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした

※無回答が多かったため、無回答を除いて集計

地域医療介護総合確保法と介護保険法等の関係性の整理



医療・介護における地域レベルごとの各種計画の策定について

地域医療構想

第10期介護保険事業（支援）計画（令和9年度～）

国

基本方針・地域医療構想策定ガイドライン

- ・良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針を定めたもの
- ・地域の実情に応じた地域医療構想の策定と実現に向けた取組等に関するガイドライン

都道府県

地域医療構想

- ・構想区域（原則、二次医療圏）の設定
- ・構想区域ごとの医療需要・必要病床数の推計
- ・医療需要等を踏まえた医療提供体制の検討

等

地域医療構想調整会議

- ・地域の医療機関が担うべき病床機能や、地域医療構想の達成の推進に関する協議
- ・都道府県医療計画に盛り込む事業に関する協議

圏域

市町村

市町村

(※)

※ 新たな地域医療構想において、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合に参画を想定。

基本指針

- ・介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針を定めたもの
- ※ 都道府県・市町村が作成する介護保険事業（支援）計画への記載事項等を示したもの。

都道府県介護保険事業支援計画

- ・区域（老人福祉圏域）の設定
- ・市町村の計画を踏まえて、各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み
- ・各年度における必要入所定員総数（老人福祉圏域別）

等

基盤整備

広域的調整を図るために必要な支援

提出

老人福祉圏域

市町村介護保険事業計画

- ・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
- ・各年度における必要利用定員総数（認知症GH、地密特養、地密特定/日常生活圏域別）

等

基盤整備
保険料の設定等

整合性の確保
（在宅医療等の整備目標
や介護サービスの種類毎
の量の見込み）

都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する会議体

- すべての都道府県において、都道府県介護保険事業支援計画の作成にあたり、学識経験者・保健医療・福祉関係者、利用者、管内市町村等からなる会議体において検討が行われている。
- 設置形態や当該会議における検討事項等は、都道府県ごとに様々であるが、構成員には、すべての都道府県において医療関係者（主に県医師会）と福祉関係者（主に県介護福祉士会、県社協等）が参画。

主な構成員

- ・ 学識経験者・・・県立大学教授、看護・保健福祉大学教授 等
- ・ 医療関係者・・・県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会 等
- ・ 福祉関係者・・・県老人福祉施設協会、県老人保健施設協議会、県介護支援専門員協会、
県介護福祉士会、県社協 等
- ・ 利用者関係・・・公募委員、県老人クラブ連合会、認知症の人と家族の会県支部 等
- ・ 管内市町村

都道府県における設置例

(例 1)

名 称：〇〇県高齢者保健福祉施策推進委員会

設置根拠：県が定める設置要綱

構成委員：大学教授、県医師会、県薬剤師会、県介護福祉士会、県社会福祉協議会、県老人クラブ連合会、
公募委員（県民）、県国民健康保険団体連合会、管内市介護保険担当課

(例 2)

名 称：〇〇県社会福祉審議会高齢者保健福祉専門分科会

設置根拠：社会福祉審議会条例

構成委員：大学教授、県医師会、県歯科医師会、県看護協会、県介護福祉士会、県介護支援専門員協会、
県老人保健施設協議会、県社会福祉協議会、県老人クラブ連合会、認知症の人と家族の会県支部、
県経済団体、県市長会、県町村会

二次医療圏と老人福祉圏域

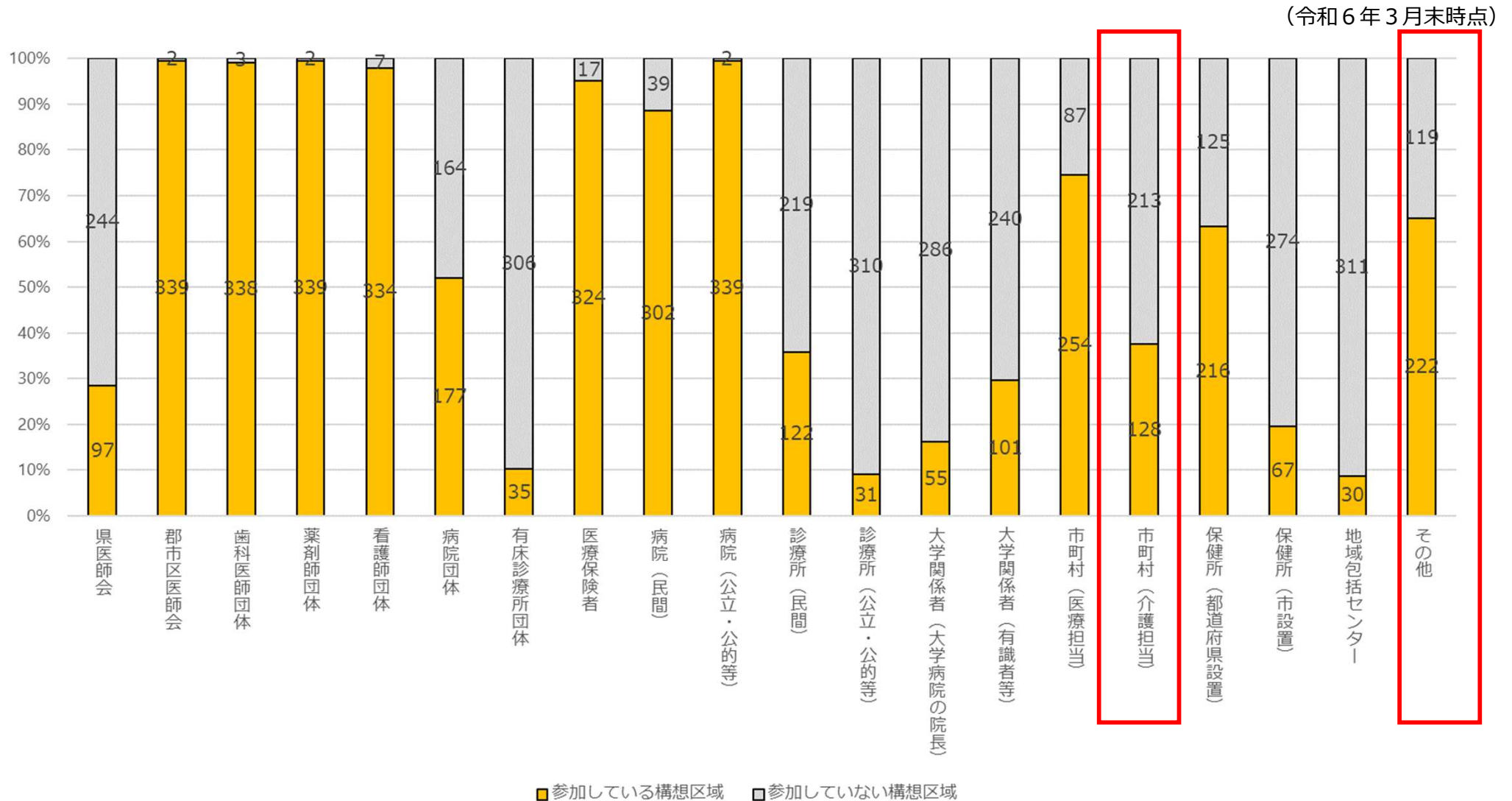
- 都道府県は、都道府県介護保険事業支援計画において、介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定める単位となる圏域（老人福祉圏域）を定めるものとしている。
- 全国で、老人福祉圏域は336圏域、二次医療圏は330圏域存在。
- 老人福祉圏域については、「保健医療サービス及び福祉サービスの連携を図る観点から、二次医療圏と一致させることが望ましい。」と定めており、両圏域の構成市町村は概ね一致している。

（二次医療圏と老人福祉圏域が異なる地域）

	二次医療圏名	構成市町村	老人福祉圏域名	構成市町村
福島県	会津・南会津	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町、 下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町	会津圏域	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
			南会津圏域	下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町
神奈川県	川崎北部	川崎市	川崎	川崎市
	川崎南部	川崎市		
兵庫県	阪神	尼崎市、西宮市、芦屋市、 伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町	阪神南	尼崎市、西宮市、芦屋市
			阪神北	伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町
	播磨姫路	姫路市、 相生市、赤穂市、宍粟市、たつの市、市川町、福崎町、神河町、太子町、上郡町、佐用町	中播磨	姫路市、市川町、福崎町
			西播磨	相生市、赤穂市、宍粟市、たつの市、神河町、太子町、上郡町、佐用町
徳島県	東部	徳島市、鳴門市、 吉野川市、阿波市 、佐那河内村、石井町、神山町、松茂町、北島町、藍住町、板野町、上板町	東部 1	徳島市、鳴門市、佐那河内村、石井町、神山町、松茂町、北島町、藍住町、板野町、上板町
			東部 2	吉野川市、阿波市
	南部	小松島市、阿南市、勝浦町、上勝町、那賀町、 牟岐町、美波町、海陽町	南部 1	小松島市、阿南市、勝浦町、上勝町、那賀町
			南部 2	牟岐町、美波町、海陽町
	西部	美馬市、三好市、 みよし広域連合（つるぎ町、東みよし町）	西部 1	美馬市、三好市
			西部 2	みよし広域連合
宮崎県	延岡西臼杵	延岡市、 高千穂町、日之影町、五ヶ瀬町	延岡	延岡市
			西臼杵	高千穂町、日之影町、五ヶ瀬町

地域医療構想調整会議（構想区域単位）の構成員の状況

- 地域医療構想調整会議の構成員の状況を見ると、「郡市区医師会」「歯科医師団体」「薬剤師団体」「看護師団体」「医療保険者」「病院（民間）」「病院（公立・公的等）」は、ほとんどの構想区域で参加している。



※1 構想区域の総数は339であるが、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置しているため、本調査における母数は341となっている。

※2 社会福祉協議会、消防本部、訪問介護ステーション協議会、介護・福祉関係団体、住民代表 等

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年間を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、8期指針：令和3年1月厚生労働省告示第29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8次医療計画における在宅医療の圏域について

二次医療圏について

地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療（中略）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること

【出典】医療法施行規則 第三十条の二九（昭和二十三年厚生省令第五十号）

在宅医療の圏域について

5 疾病・6 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。

【出典】「医療計画について」（令和5年3月31日 厚生労働省医政局長通知（令和5年6月15日一部改正））

<在宅医療の体制構築に係る指針>

第3 構築の具体的な手順

2 圏域の設定

- （1）都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定すること。
圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実に行うことが望ましい。
- （2）医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- （3）圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。なお、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも1つは設定すること。
- （4）検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、在宅医療に関わる病院・診療所関係者、住民・患者、市町村等の各代表が参画すること。

※ 赤字は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

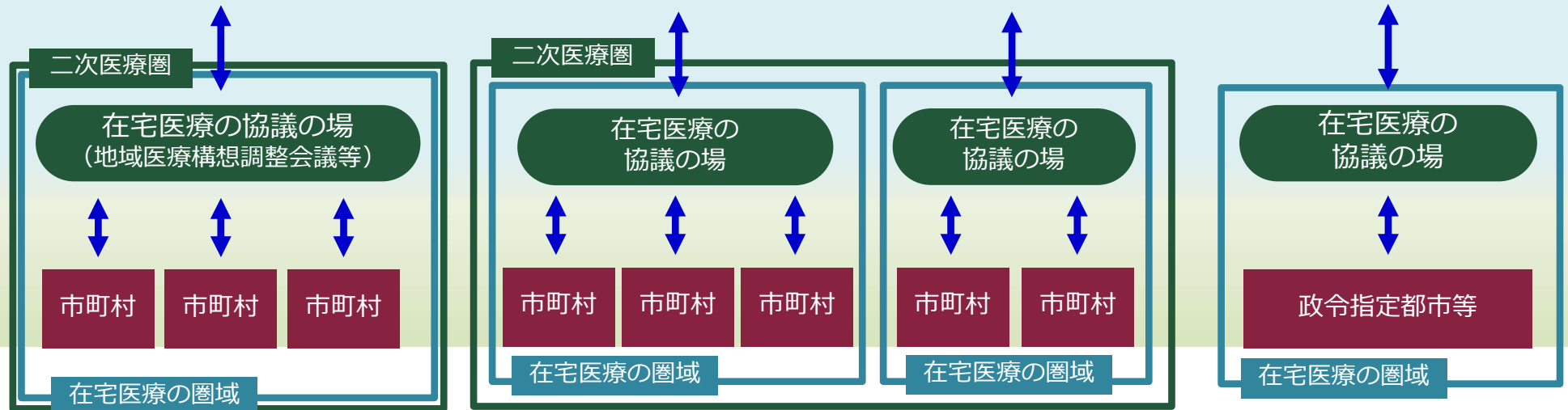
- 在宅医療の圏域は、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況や、地域包括ケアシステムの観点も踏まえた上で、医療資源の整備状況や介護との連携の在り方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

都道府県と市町村の連携体制

都道府県

医療

連携
介護

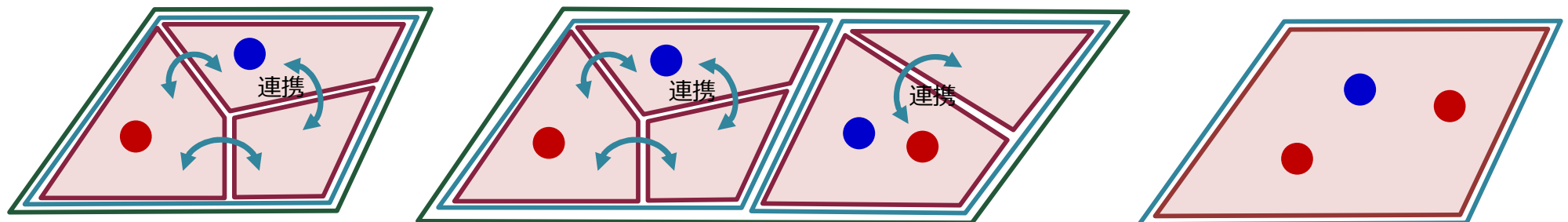


二次医療圏単位で医療・介護の連携体制を構築できる場合

市町村以上二次医療圏未満の単位で医療・介護の連携体制を構築できる場合

市・区単位で医療・介護の連携体制を構築できる場合

在宅医療の圏域



医療法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

1. 地域医療構想の見直し等【医療法、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等】

- ① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
 - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
 - ・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課することとする。

3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

- ① 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等を見直しを行う。

また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

施行期日

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は令和8年4月1日（1②並びに2①の一部、②及び③）、令和8年10月1日（1④の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①の一部）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①の一部及び3②）等）

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革

※「●」は法律事項

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
- ・ 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
- ・ 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等により狭い区域での協議を実施
- ・ 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- 厚労大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

医療DXの推進

- 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組 等

オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者による届出 等

その他、下記の措置を行う

- ・ 一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底
- 持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長（※） 等

医師偏在対策

<医師確保計画の実効性の確保>

- 「重点医師偏在対策支援区域」の設定
- ・ 「医師偏在是正プラン」の策定

<地域の医療機関の支え合いの仕組み>

- ・ 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の公的医療機関等への拡大等
- 外来医師過多区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定（6年から3年等への短縮）を連携して運用
- 保険医療機関の管理者要件

<経済的インセンティブ等>

- 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
 - 診療所の承継・開業・地域定着支援
 - 派遣医師・従事医師への手当増額
 - 保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
 - 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関への支援
- ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討
- ・ 全国的なマッチング機能の支援
- ・ 医師養成過程を通じた取組

美容医療への対応

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入（報告事項）
 - 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- ・ 関係学会によるガイドライン策定 等

（※）現行の期限（令和8年12月31日）から更に3年延長。
本制度に係る税制優遇措置の延長については、令和8年度税制改正要望を行う。

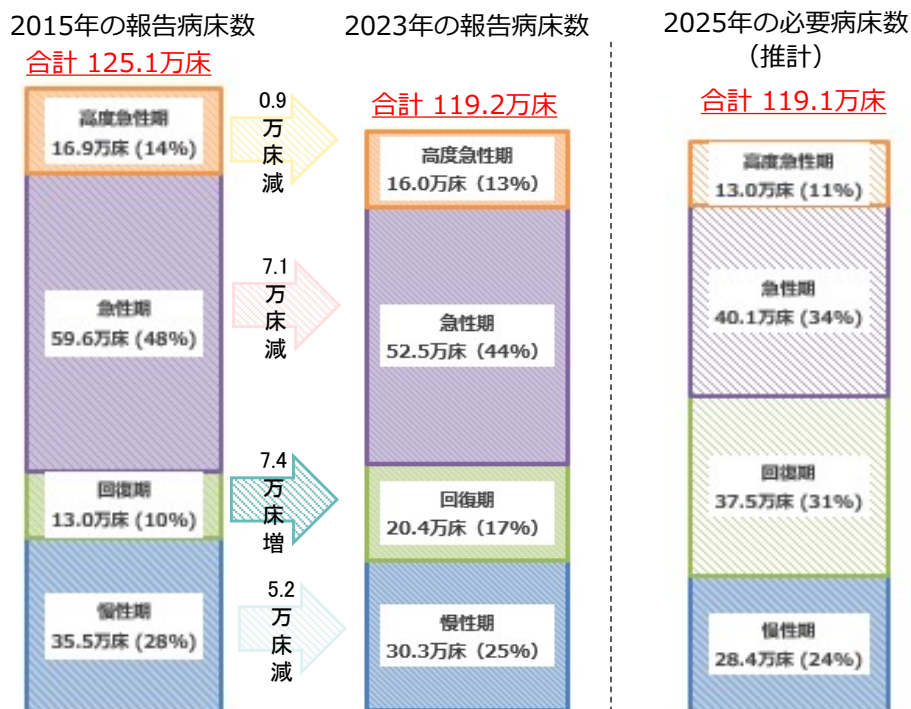
1. 地域医療構想の見直し等① 新たな地域医療構想の概要

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

- 団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。
- 約300の構想区域を対象として、病床の機能分化・連携を推進するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

<全国の報告病床数と必要病床数>



※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る地域医療構想へ

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。

- 病床の機能分化・連携だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めたあるべき医療提供体制の実現に資する新たな地域医療構想を策定。

- 2040年やその先を見据えて、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・集約化を推進することが重要。
このため、病床の機能分化・連携に加え、
 - ・ 地域ごとの医療機関機能
(高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等)
 - ・ 広域な観点の医療機関機能 (医育及び広域診療等の総合的な機能)の確保に向けた取組を推進。

<今後のスケジュール>

- 令和7年度 新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成 (国)
- 令和8年度～ 新たな地域医療構想の策定 (県)
- 令和9年度～ 新たな地域医療構想の取組を順次開始 (県)

高齢者の暮らしの安心を支える在宅ケア体制の整備

あらかじめ、
幸せだったらいいな。

幸せ度
いちばん
福井県

在宅ケア体制の整備・全県展開は、
県・市町と医師会が緊密にタッグを組んで推進



県・県医師会の事業

□ 「在宅ケアサポートセンター」の運営

在宅ケアに携わる人材の育成と県民に対する啓発を行う
センターを県医師会等と合同で運営



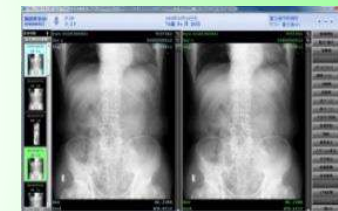
在宅口腔ケア実技研修



県民公開講座において
専門職自ら寸劇を披露

□ 「ふくいメディカルネット」の構築・運用

ICTを用いた医療・介護情報の共有一元化システムを
県医師会と合同で構築・運用



「ふくいメディカルネット」
共有画面（診断画像）

県単位では全国初！
国も先進事例として紹介！
(H29.11.22 第152回社会保障審議会
介護給付費分科会 等)

□ 「福井県入退院支援ルール」の策定・運用

退院後の在宅ケアへのスムーズな移行を促す、医療・介護関係者間の情報提供ルールを策定
県下の全病院で入退院支援ルールが運用されているほか、医療・介護関係者の協議により定期的に改定

市町・地区医師会の事業

□ 地域の実情に応じた在宅ケア体制の構築

県下全地域において市町と地区医師会との協議を実施し、地域の医療資源に応じた体制を構築

両者の間を
県が調整

入退院時の医療介護連携の推進に向けた取組事例

■ 福井県における退院支援ルール策定の取組（県全域で適応するルールは、全国初）

取組開始時の現状と課題

- 入院時、ケアマネから医療機関への情報提供は約5割、要支援者では3割未満だった。
 - 退院時、医療機関からケアマネへの連絡は3割弱で情報提供がなく、2割以上が退院直前だった。
- ケアマネジャーから病院への情報提供（入院時）
- 病院からケアマネジャーへの情報提供（退院時）
- なし あり
- なし あり
- 病院とケアマネの連携ルールは、一部で取り組まれていたが、医療機関や地域で様式等が異なり、十分活用されていなかった。

保健所単位での意見調整

県庁と県医師会が連携し、入退院時の退院支援ルール作成に向け取り組むことを確認

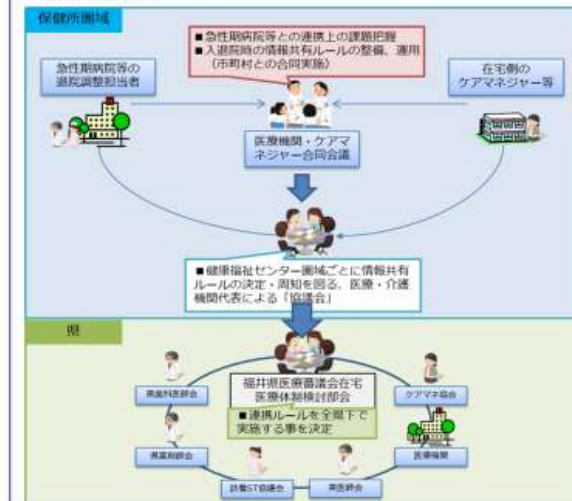
全県のケアマネジャーを対象に入退院時連携の実態を調査

県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置
医療機関、ケアマネジャー、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、退院支援ルールについての意見の取りまとめ

市町や医療圏をまたぐ入退院の事例が多く見られることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。

福井県退院支援ルールの策定

退院支援ルールの適用範囲を全県とすることとし、保健所圏域毎の協議会で出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会議および県医療審議会において全県統一のルールを策定した。（平成28年4月運用開始）



県の役割

- 事業の企画・予算の確保
- 市町への参加要請（介護保険担当部局、地域包括支援センター、居宅介護事業所等）
- 県庁は、全県的な関係者協議の場の設置、県保健所は、保健所圏域毎の協議の実施や関係機関の連携調整を支援。
- 入退院時の連携状況の定期的な把握・評価、退院支援ルールの改善

県医師会の協力

- 事業の実施方法や退院支援ルール等に対する医療的見地からの助言
- 郡市医師会に対する連絡調整や協力要請
- 病院、有床診療所、ケアマネ協会等の関係機関に対する協力要請

期待される成果

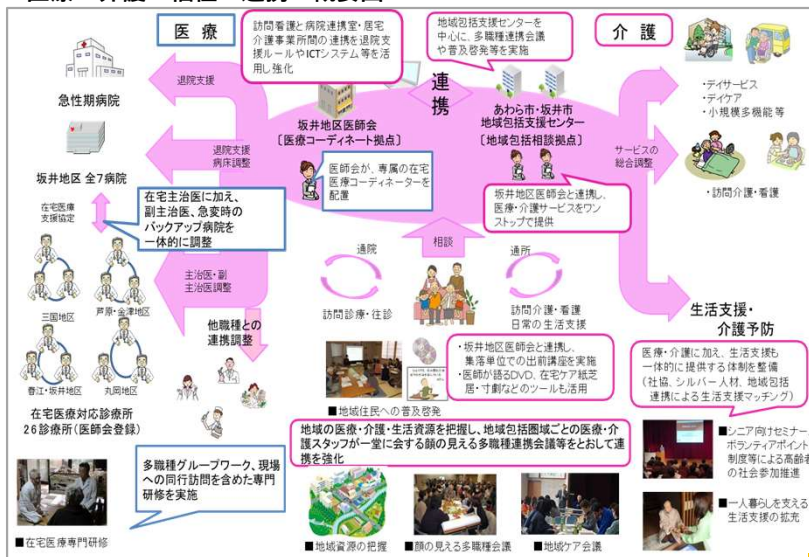
- 退院調整のフローを標準化したことにより、入退院時の情報提供率の向上につながる
- 入院時情報提供がなかった割合：約5割→約2割
うち要支援者：約7割→約4割
- 退院時に介護支援専門員に情報提供がなかった割合：約2割→約1割
- 協議を重ねる事で、お互いの事情や役割への理解が深まり、信頼関係が構築され、互いに仕事しやすくなる
- ルールの活用により入院・退院にかかる診療報酬および介護報酬上の評価・加算につながる

坂井地区在宅ケアネットについて

取り組みの経緯

年月	内容
平成20年11月1日より	福井県の「地域における在宅医療体制の整備」のモデル事業として開始。在宅医療コーディネーターを配置
平成22年11月	東京大学・福井県のジェロントロジー共同研究事業における在宅ケア体制整備開始
平成24年4月	坂井地区広域連合が在宅医療連携拠点事業を開始。坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会発足
平成25年1月	坂井地区医師会と地区内7病院で在宅患者の急変時受け入れに関し協定を結び、安心連携カードの運用開始
平成25年2月	ICT活用による在宅情報共有システムの運用
平成26年	同行訪問診療実地研修開始

医療・介護・福祉の連携の概要図



在宅医療の現状

- ・かかりつけ医の業務として、訪問診療や往診をする医療機関の数は大きく変わっていないが、**在宅医療を中止する**ところも出てきている。
- ・**ターミナルや高度なスキルが必要な患者の訪問診療や往診は受けない傾向**がある。
- ・理由は通常診療への影響が大きい、**医師の体力の問題、24時間体制・対応が困難**など
- ・**在宅医療専門診療所が地域内にて開業**し、かかりつけ医との役割分担ができてきた。

介護事業体制について

- ・平成12年(2000年)に坂井地区医師会では介護保険制度発足時から介護事業(居宅介護支援(ケアマネ)、訪問介護(ヘルパー)、通所介護(デイサービス)、訪問看護)をまとめた**ケアセンターの運用を開始**。
- ・平成25年頃から**地域に介護事業所が急増**したことから競合状態となり、**利用者の取り合い、介護スタッフの不足**が起これ始め、令和3年からのコロナ禍による利用者の減少から介護事業運営が逼迫した。ヘルパー事業やデイサービス事業では運営が困難で廃止または一部休止・縮小するところも出てきた。
- ・老々介護や独居の超高齢の要介護者が多くなって、**施設介護の需要が多くなり、在宅介護利用者が減**ってきている。

在宅医療の課題

- (1) **在宅医療の担い手不足**
医師の高齢化 後継者不在 医師の偏在 意識の変化
- (2) **在宅医療のスキルを学ぶのは負担が大きいと感じている。**
緩和医療、経管栄養、褥瘡処置、人工呼吸器管理、神経難病など
- (3) **主治医・副主治医体制を整備することが困難。**
個人的に親しい医師間での副主治医制となっている
機能強化型在宅支援診療所①②は施設基準などの問題で当地区では開設されていない。
- (4) **退院前カンファランスや居宅介護サービス提供者会議など外部への出席困難**

介護提供体制の課題

- (1) **マンパワー不足の解消。人材確保・人材育成が困難**
なぜ介護職に就かないのか、なぜ訪問看護師が増えないのか
①自分の時間や家庭を最優先にする風潮が強くなり、時間外や休日勤務などの不規則な勤務が多い看護・介護職は敬遠される
②介護の仕事のイメージがよくない(激務で薄給)
・利用者やその家族との対応でストレスが多いと感じたり、利用時のアクシデントなどに対する責任が重いと感じる
・同額の給与であればより楽な仕事に就こうとする
- (2) **安定した事業所運営が困難になっている**
物価上昇や人件費の上昇に事業所の収益が追いついていない

用いる情報

AJAPAを用いた将来予測

All Japan Areal Population-change Analyses; AJAPA

地域別人口変化分析ツール；あじゃぱ

Gen2 Ver. 1.0 on 2018-12-28

© 2013-2018 産業医科大学公衆衛生学教室

産業医科大学公衆衛生学教室HP

①都道府県を選択

13東京都

②二次医療圏を選択

1307区東部

③市区町村を確定

13108江東区

二次医療圏を確定

市区町村を確定

二次医療圏の分析を開始

市区町村の分析を開始

2020年の国勢調査と患者調査を
組み合わせて、入外別・主傷病
別患者数を推計

二次医療圏の分析結果を表示

市区町村の分析結果を表示

資料： <https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>

用いる情報

NewCarestによる将来予測

Step 1

表示する保険者を選択します。

① 都道府県を選択してください。

② 保険者を選択してください。

05秋田県

湯沢市



分析地域の選択

Step 2

表示するサービス種類を選択します。

サービス種類	表示有無（表示する場合TRUE、表示しない場合FALSE）
施設サービス	
介護療養型医療施設	TRUE
介護老人福祉施設	TRUE
介護老人保健施設	TRUE
居宅サービス	
介護予防支援・居宅介護支援	TRUE
居宅療養管理指導	TRUE
短期入所生活介護	TRUE
短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）	TRUE
短期入所療養介護（介護老人保健施設）	TRUE
通所リハビリテーション	TRUE
通所介護	TRUE
特定施設入居者生活介護	TRUE
福祉用具貸与	TRUE
訪問リハビリテーション	TRUE
訪問介護	TRUE
訪問看護	TRUE
訪問入浴介護	TRUE
地域密着型サービス	
小規模多機能型居宅介護	TRUE
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	TRUE
地域密着型特定施設入居者生活介護	TRUE
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	TRUE
認知症対応型共同生活介護	TRUE
認知症対応型通所介護	TRUE
複合型サービス	TRUE
夜間対応型訪問介護	TRUE



分析サービスの選択

2015年の国勢調査と介護保険事業報告を組み合わせ、要介護度別、サービス種別利用者数を推計

STEP 3

以下のボタンを押して表示します。

推計結果を表示

産業医科大学公衆衛生学教室HP

用いる情報

年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)の検討

$$\text{SCR} = \frac{\sum \text{性年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{性年齢階級別レセプト期待数}} \times 100.0$$

$$= \frac{\sum \text{性年齢階級別レセプト数} \times 100.0}{\sum \text{性年齢階級別人口} \times \text{全国の性年齢階級別レセプト出現率}}$$

NDB（各年度）を用いて、地位別の医療行為の状況を比較

- 年齢階級は原則5才刻みで計算
- 100.0を全国平均としている

SCR: Standardized Claim Ratio

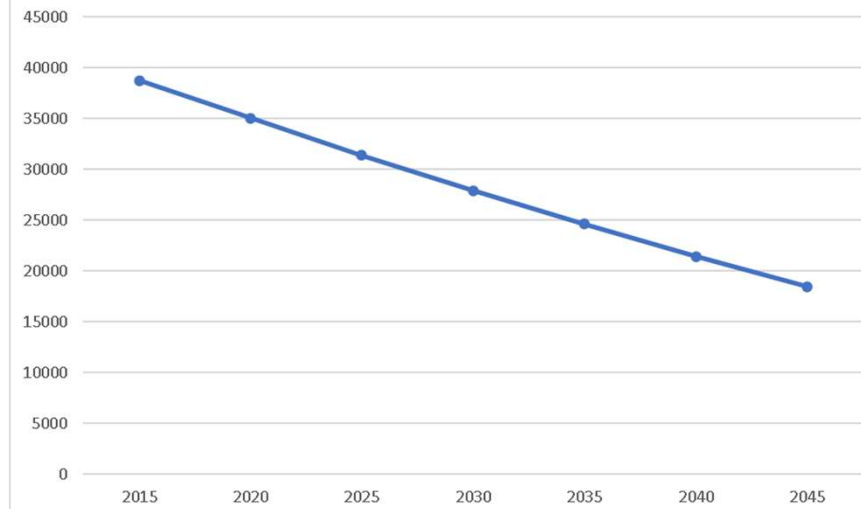
この値が100より大きいということは、当該機能に相当する医療が性年齢を補正しても全国より多く提供されていることを意味し、100より小さければ全国より提供量が少ないということを意味する。
医療分は内閣府のホームページあるいは藤森研司先生のTableauサイトで閲覧できる。

外来診療ニーズ

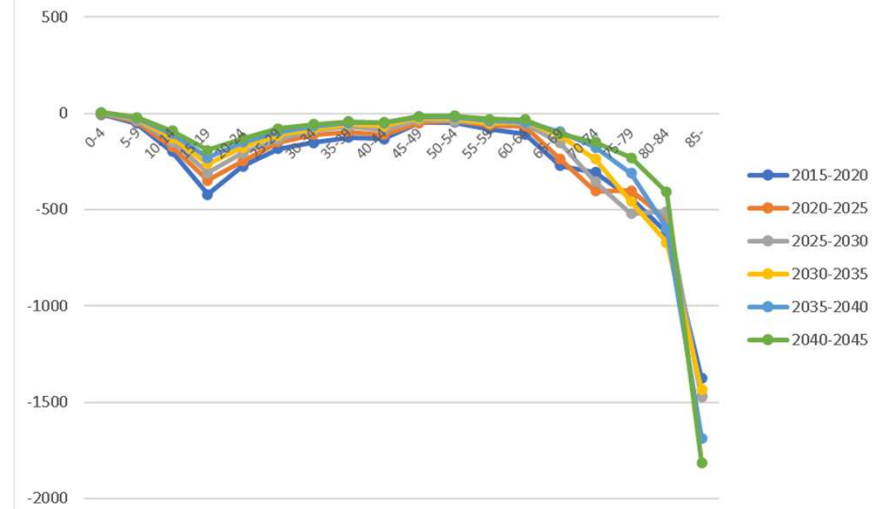
介護サービスニーズ

人口推計の結果（嘉麻市）

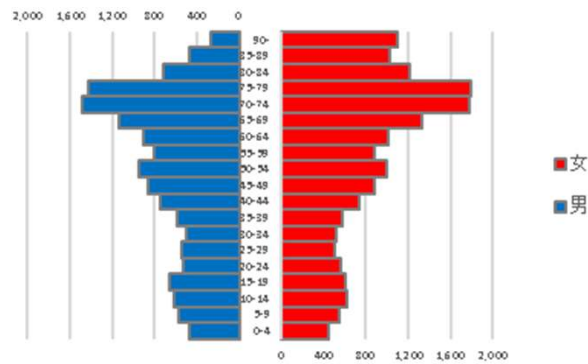
総人口の推移



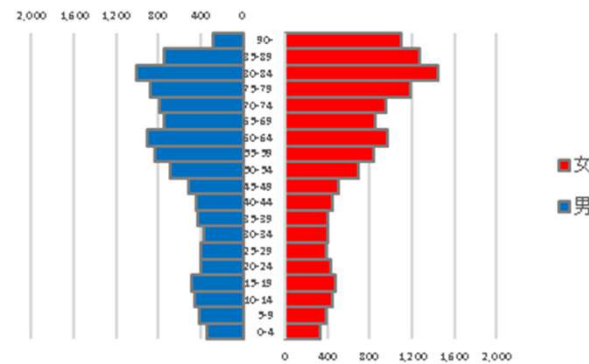
年齢階級別人口変化



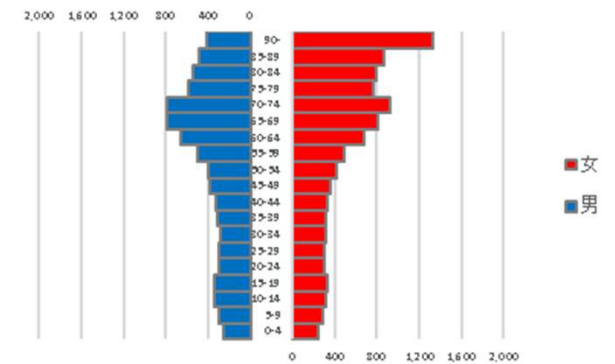
2025年



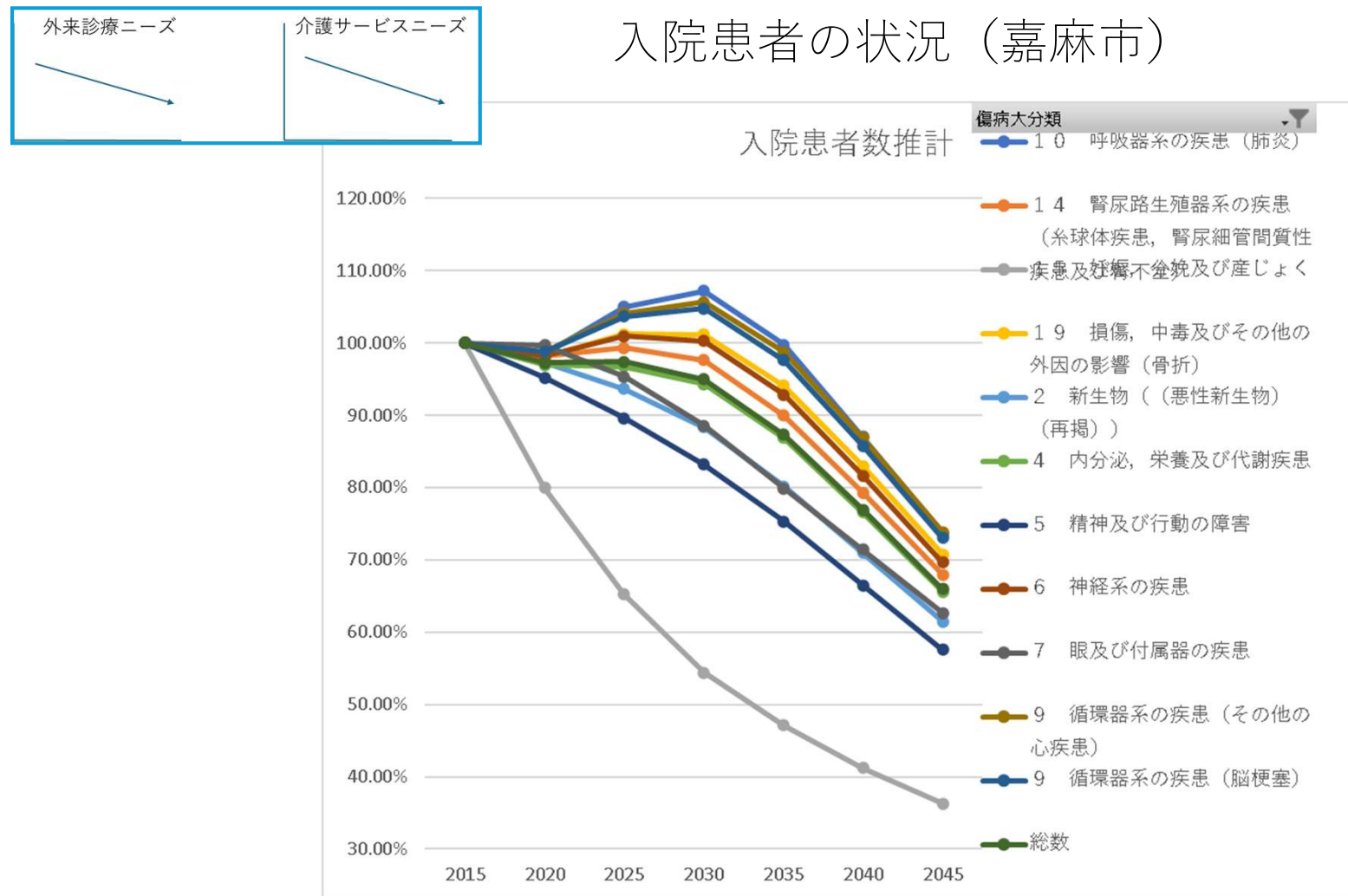
2035年



2045年



入院患者の状況（嘉麻市）



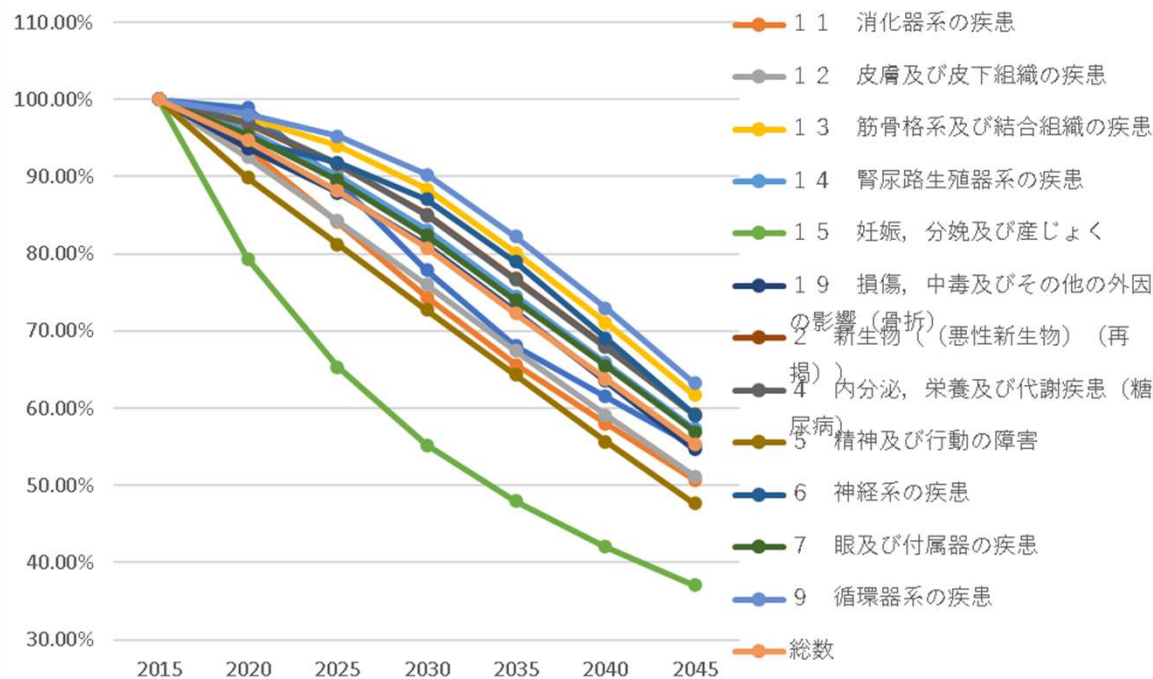
大幅な人口減により、急性期から慢性期まで含めて、入院需要はすでに減少傾向にある。

外来診療ニーズ

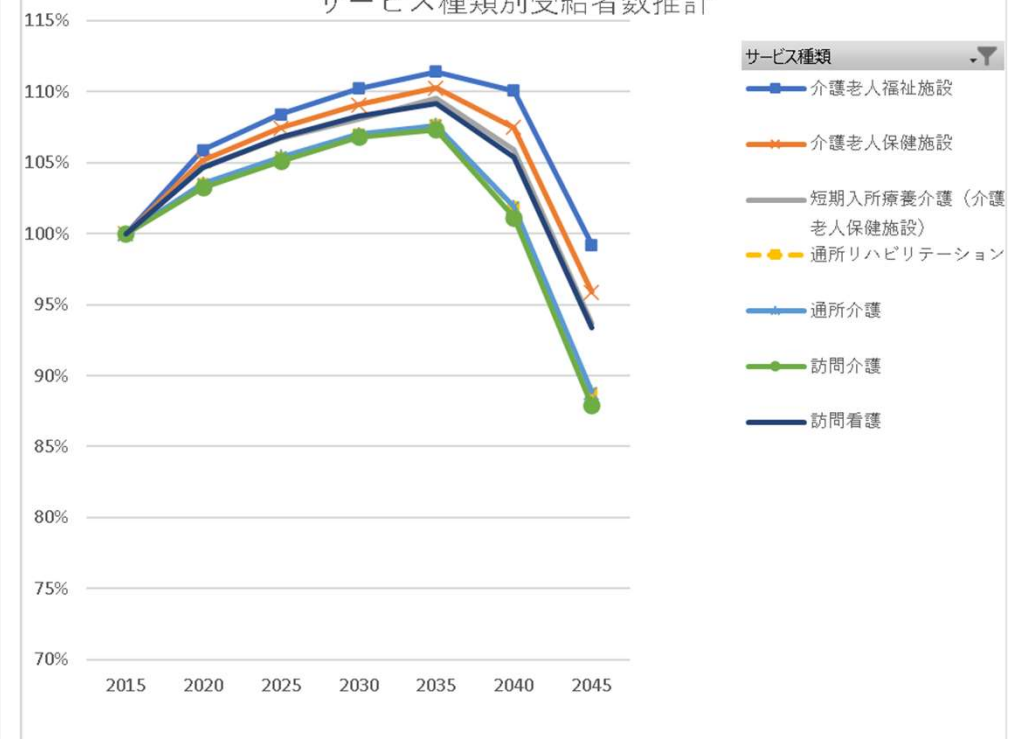
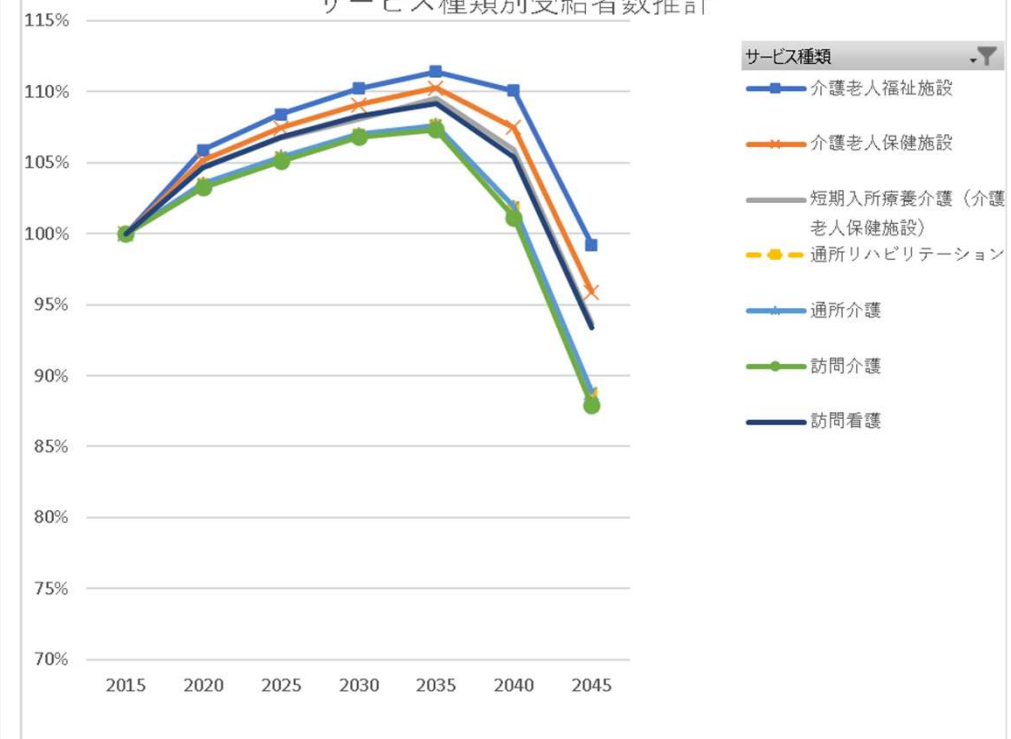
介護サービスニーズ

外来及び要介護高齢者の状況（嘉麻市）

外来患者数推計

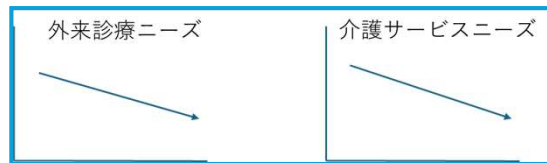


サービス種類別受給者数推計



外来需要はすでに大場に減少傾向となっているが、介護ニーズは2035年まで維持され、その後急速に減少する。

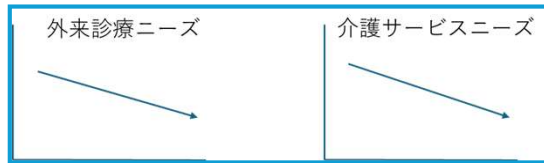
3地域の医療SCR



項目	南区	行橋市	嘉麻市
初診料等	100.5	119.5	48.7
一般病棟入院基本料等	156.5	110.6	34.3
療養病棟入院基本料	59.1	159.0	166.1
有床診療所入院基本料	103.8	209.5	89.0
往診等	82.3	34.2	22.6
在宅患者訪問診療料等	143.8	69.6	44.4
訪問看護指示料等	102.0	141.4	77.6

療養病棟への入院を除くと、他の医療機能は全国に比較して提供量が大幅に少ない。

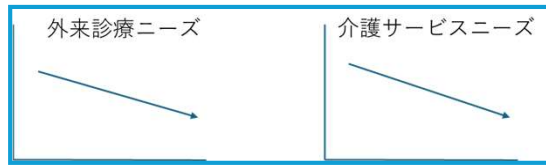
3地域の介護SCR



二次医療圏	4001福岡・糸島	4013京築	4009飯塚
施設介護SCR	160.8	63.1	125.0
サ高住SCR	177.2	258.4	118.0
訪問看護SCR	150.8	43.8	72.3
通所サービスSCR	194.5	66.4	134.5
訪問介護SCR	135.6	56.5	84.6

注： 介護SCRは演者が独自に算出

施設介護、通所サービスの提供量は全国より多くなっているが、訪問看護、訪問介護の提供量は少ない。



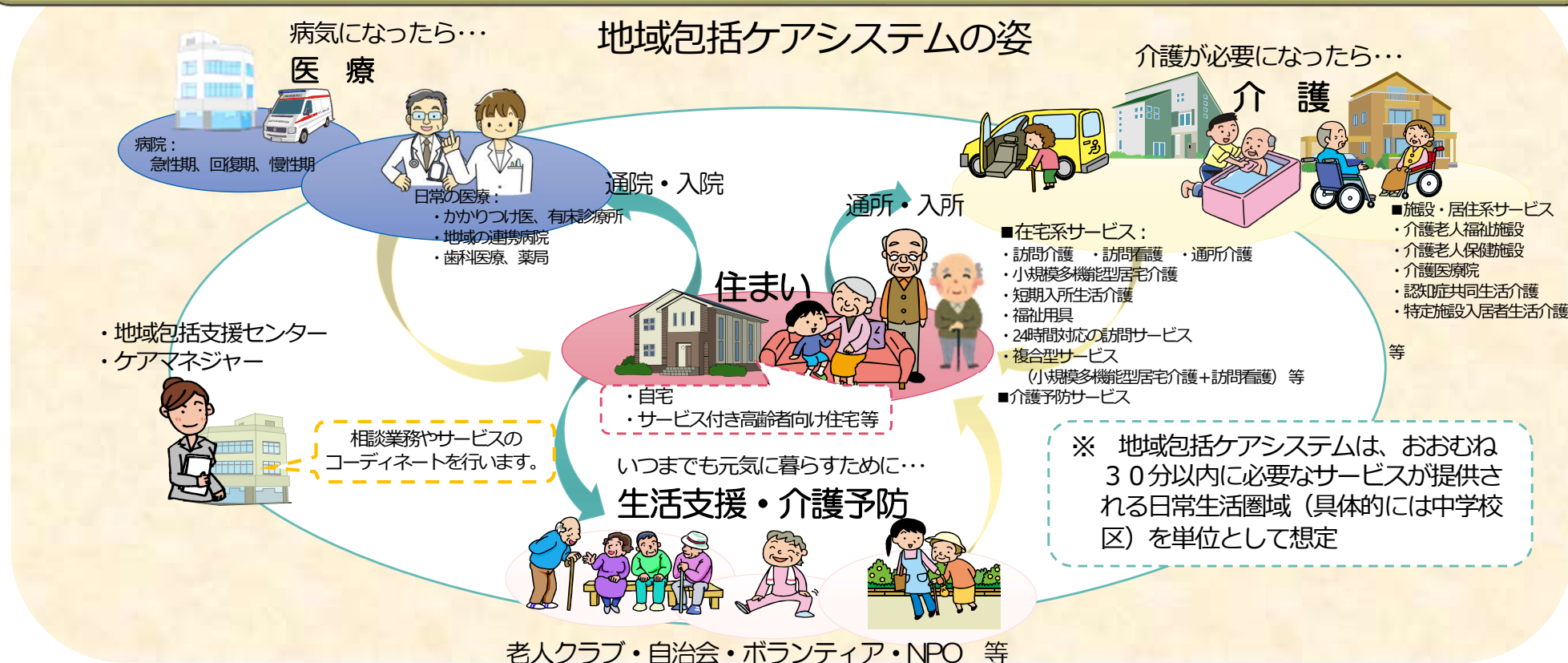
嘉麻市の地区診断

- 人口は2015年以降減少。今後、高齢者人口も減少する。2035年以降、介護需要が急速に減少する。
- 療養病棟入院は全国より多い。
- 外来、一般病棟入院、往診、訪問診療、訪問看護指示は全国より少ない。
- 施設介護、通所介護は全国より多い。
- サ高住は全国並み。訪問介護、訪問看護は全国より少ない。
- **人口が減少していること、外来需要が低下傾向であること、現時点で訪問系の医療介護が十分提供できていないことを考慮すると、今後、訪問系のサービスを増やしていくことは難しいと考えられる。施設介護、療養病床の機能をニーズの動向に合わせて維持していくことが現実的ではないか？**
- **有床診療所の有床部分の機能の維持も検討すべきではないか？**
- **介護施設の医療を日常的に支援する病院の役割が重要になるのではないか？**
- **医療MaaSやオンライン診療（D to P with N）などの活用が必要ではないか？**

介護予防・日常生活支援総合事業

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。**

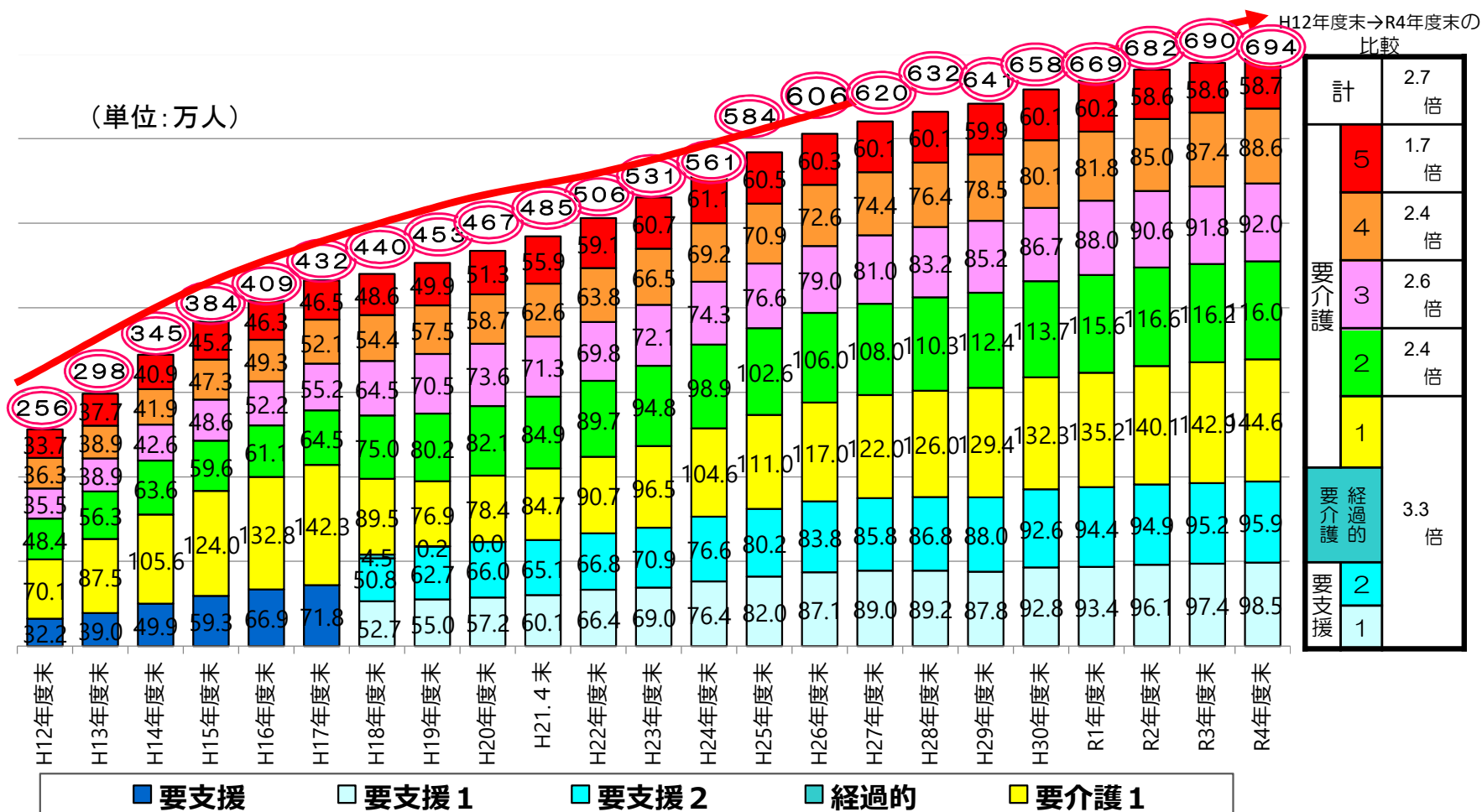


2040年を見据えた地域包括ケアシステムの推進について

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 暮らしを人生の最後まで続け ることができるよう、医療・ 介護・予防・住まい・生活支 援が包括的に確保される体制 （地域包括ケアシステム）の 構築を実現。	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 → 今回、本部会で議論
	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 → 今回、本部会で議論
	住まい	第118回部会（3月17日）で議論 → 有料老人ホームにおける 望ましいサービス提供のあり 方に関する検討会で検討 → 介護保険部会で議論
	相談支援等	第117回部会（2月20日）で議論

要介護認定者数の推移

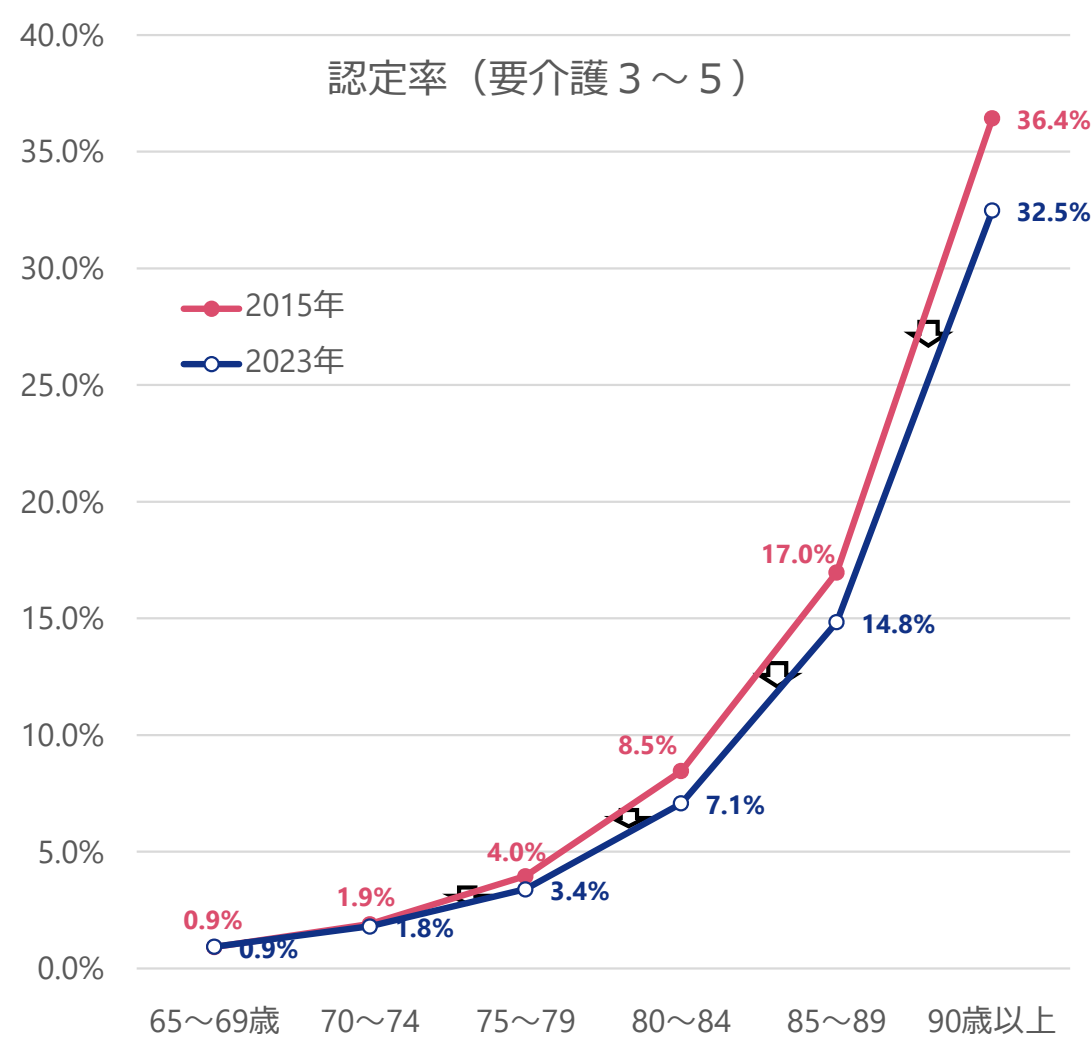
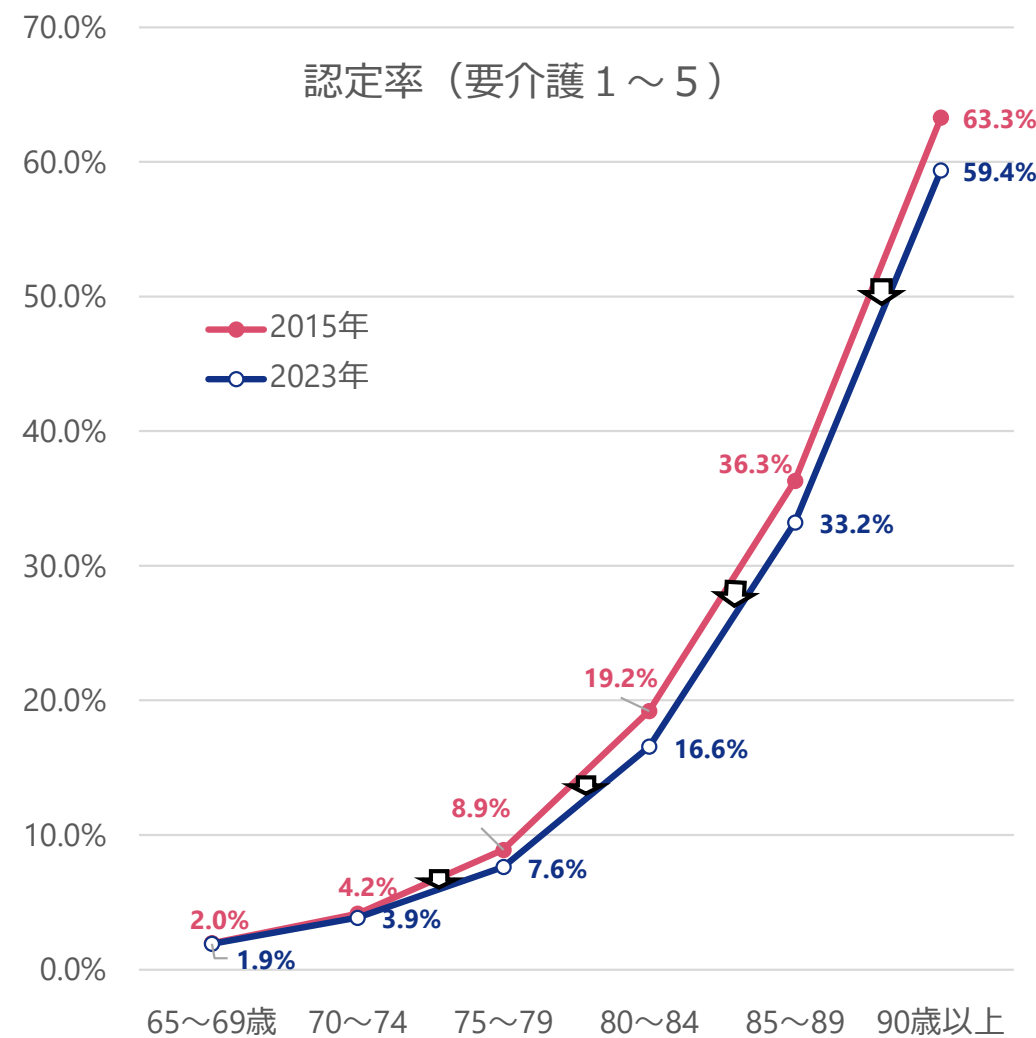
要介護(要支援)の認定者数は、令和4年度末現在694万人で、この23年間で約2.7倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。



【出典】介護保険事業状況報告

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

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%

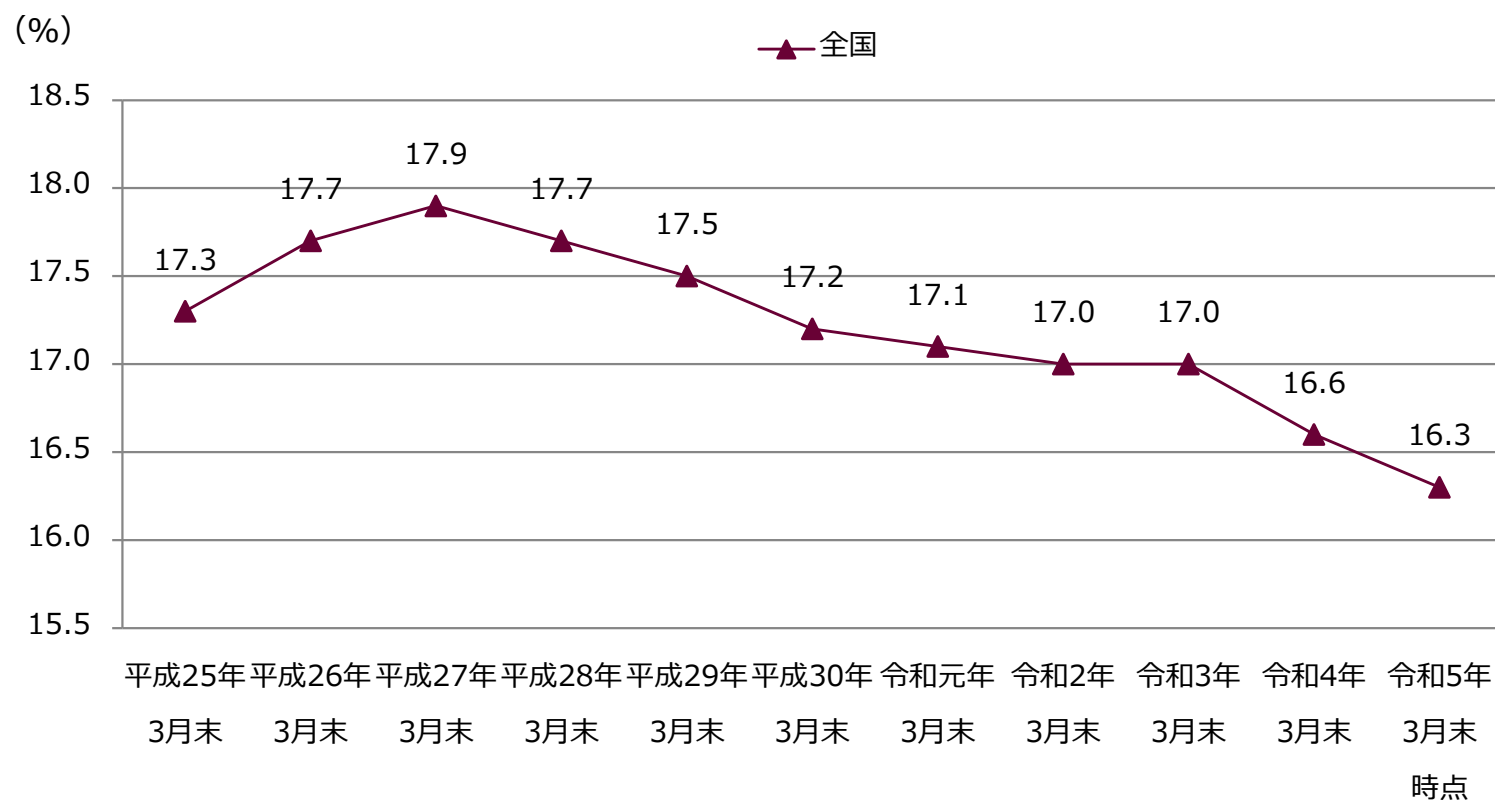
	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳以上
①2015年	0.9%	1.9%	4.0%	8.5%	17.0%	36.4%
②2023年	0.9%	1.8%	3.4%	7.1%	14.8%	32.5%
②-①	0.0%	-0.1%	-0.6%	-1.4%	-2.1%	-3.9%

※ 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」

地域支援事業の概要

1 事業の目的

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



咲かそう、地域包括ケアの花！

2 事業費・財源構成

事業費

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

【事業費の上限】

① 介護予防・日常生活支援総合事業

「事業移行前年度実績」×「75歳以上高齢者の伸び率」

※ 災害その他特別な事情がある場合は、個別協議を行うことが可能

② 包括的支援事業・任意事業

「26年度の介護給付費の2%」×「65歳以上高齢者の伸び率」
+「社会保障の充実分」

財源構成

① 介護予防・日常生活支援総合事業

1号保険料、2号保険料と公費で構成
(介護給付費の構成と同じ)

② 包括的支援事業・任意事業

1号保険料と公費で構成
(2号は負担せず、公費で賄う)

	①	②
国	25%	38.5%
都道府県	12.5%	19.25%
市町村	12.5%	19.25%
1号保険料	23%	23%
2号保険料	27%	-

3 実施主体・事業内容等

実施主体

市町村

事業内容

高齢者のニーズや生活実態等に基づいて総合的な判断を行い、高齢者に対し、自立した日常生活を営むことができるよう、継続的かつ総合的にサービスを提供する。

① 介護予防・日常生活支援総合事業

要支援者等の支援のため、介護サービス事業所のほかNPO、協同組合、社会福祉法人、ボランティア等の多様な主体による地域の支え合い体制を構築する。あわせて、住民主体の活動等を通じた高齢者の社会参加・介護予防の取組を推進する。

ア サービス・活動事業（第一号事業）

訪問型サービス、通所型サービス、その他生活支援サービス、
介護予防ケアマネジメント

イ 一般介護予防事業

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

② 包括的支援事業

地域における包括的な相談及び支援体制や在宅と介護の連携体制、認知症高齢者への支援体制等の構築を行う。

ア 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、
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

イ 社会保障の充実

在宅医療・介護連携の推進、生活支援の充実・強化、認知症施策の推進、
地域ケア会議の開催

③ 任意事業

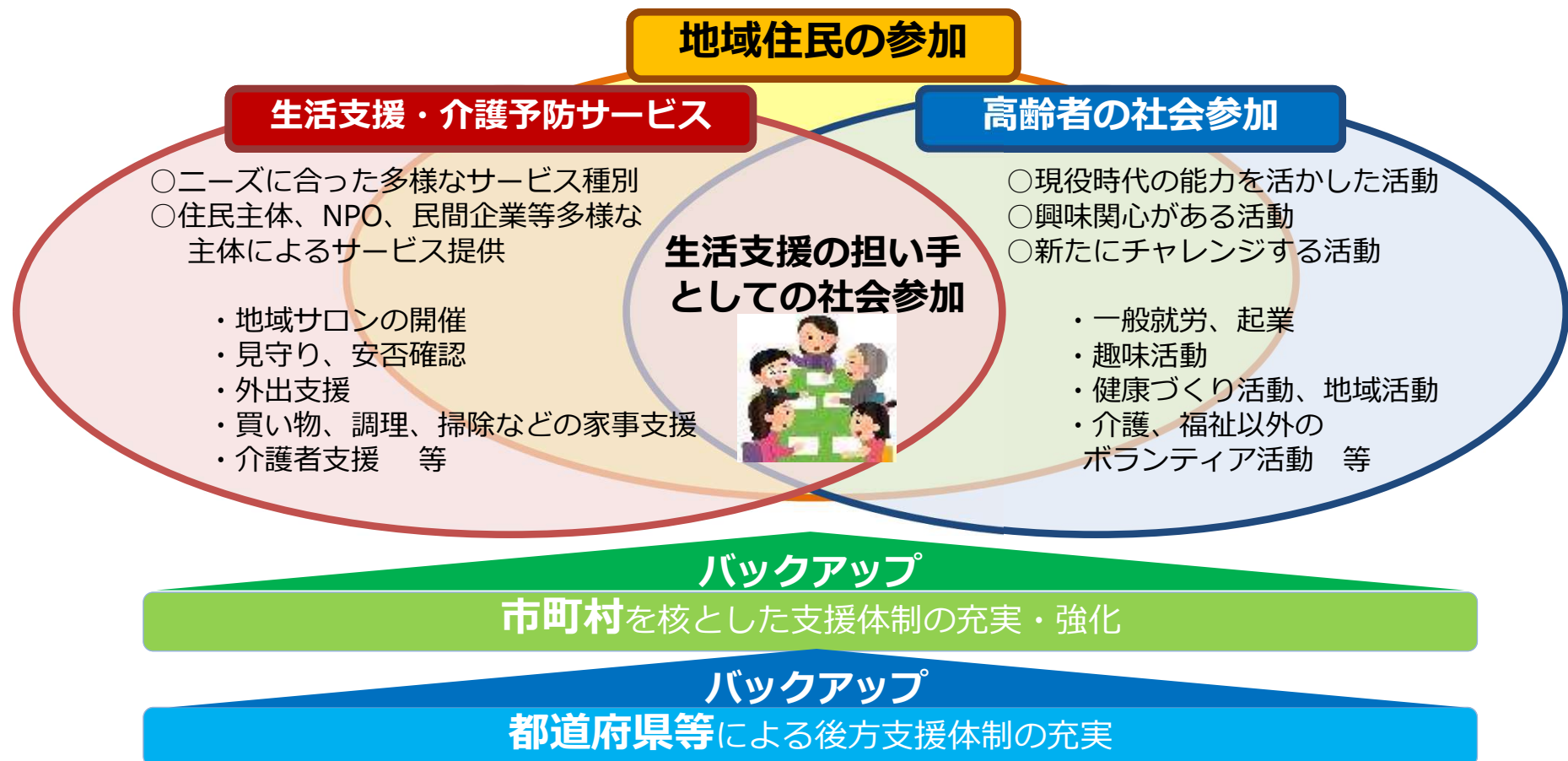
地域の実情に応じて必要な取組を実施。

介護給付費等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

介護予防・日常生活支援総合事業の推進

～生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加～

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。
ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、**社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防**につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような**地域づくりを市町村が支援すること**について、**制度的な位置づけの強化**を図る。



介護予防・日常生活支援総合事業の概要

(1) サービス・活動事業（第一号事業）

- 対象者（施行規則第140条の62の4）
 - ①要支援認定を受けた者
 - ②基本チェックリスト該当者（事業対象者）
 - ③継続利用要介護者（一部サービスに限る）

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

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

(2) 一般介護予防事業

- 対象者
第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等による助言等を実施

介護予防・日常生活支援総合事業の構成

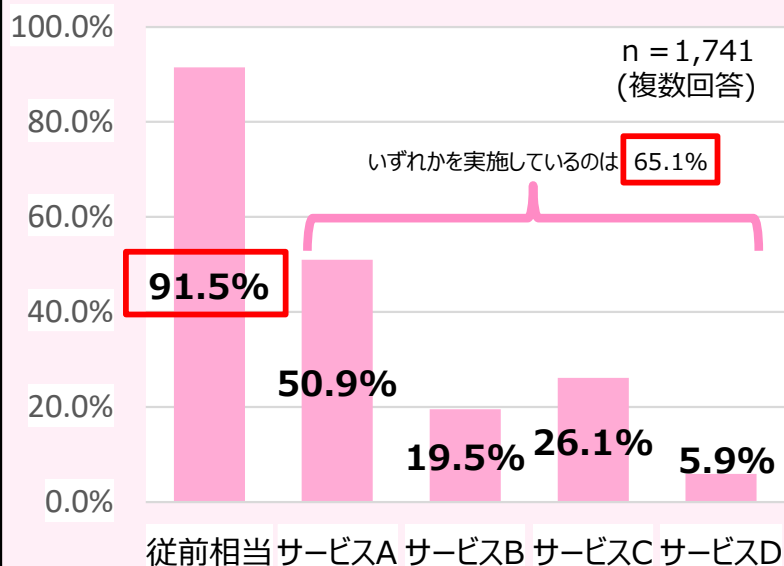
介護予防・日常生活支援総合事業

サービス・活動事業 ・要支援認定を受けた者（要支援者） ・事業対象者（基本チェックリスト該当者） ・継続利用要介護者※サービス・活動A・B・Dのみ	訪問型サービス（第1号訪問事業）	従前の訪問介護相当 多様なサービス・活動	①従前相当サービス ②訪問型サービス・活動A（多様な主体によるサービス・活動） ③訪問型サービス・活動B（住民主体によるサービス・活動） ④訪問型サービス・活動C（短期集中予防サービス） ⑤訪問型サービス・活動D（移動支援）
	通所型サービス（第1号通所事業）	従前の通所介護相当 多様なサービス・活動	①従前相当サービス ②通所型サービス・活動A（多様な主体によるサービス・活動） ③通所型サービス・活動B（住民主体によるサービス・活動） ④通所型サービス・活動C（短期集中予防サービス）
	その他生活支援サービス（第1号生活支援事業）		①栄養改善を目的とした配食 ②住民ボランティア等が行う見守り ③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの複合的提供等）
	介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）		①ケアマネジメントA ②ケアマネジメントB ③ケアマネジメントC
一般介護予防事業 ・第1号被保険者の全ての者 ・その支援のための活動に関わる者	①介護予防把握事業 ②介護予防普及啓発事業 ③地域介護予防活動支援事業 ④一般介護予防事業評価事業 ⑤地域リハビリテーション活動支援事業		※ 上記はサービスの典型例として示しているもの。市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

介護予防・日常生活支援総合事業 実施市町村数（令和5年度）

- 介護予防・日常生活支援総合事業のうちサービス・活動事業（第一号事業）の実施市町村数をみると、訪問型サービス・通所型サービスともに、従前相当サービスを実施している市町村がもっとも多かった(1,593市町村(91.5%)・1,582市町村(90.9%))。またその他生活支援サービスを実施している市町村は399市町村（22.9%）であった。
- 従前相当サービス以外のサービスのいずれかを実施している市町村は、訪問型サービスにあっては1,134市町村（65.1%）、通所型サービスにあっては1,242市町村（71.3%）であった。

訪問型サービス



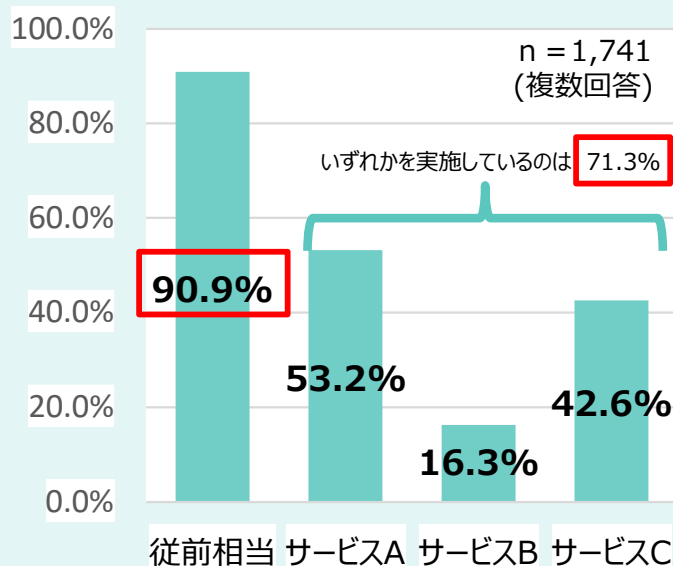
実施市町村数

従前相当	1,593
サービスA	887
サービスB	339
サービスC	455
サービスD	102

左記のうち

- 従前相当のみ実施している市町村は607。
- 従前相当以外のいずれかのサービスを実施している市町村は1,134。

通所型サービス



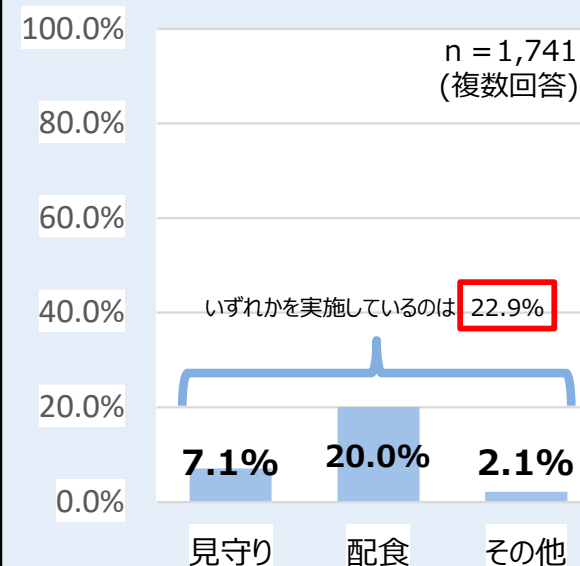
実施市町村数

従前相当	1,582
サービスA	926
サービスB	283
サービスC	741

左記のうち

- 従前相当のみ実施している市町村は499。
- 従前相当以外のいずれかのサービスを実施している市町村は1,242。

その他サービス



実施市町村数

見守り	123
配食	349
その他	37

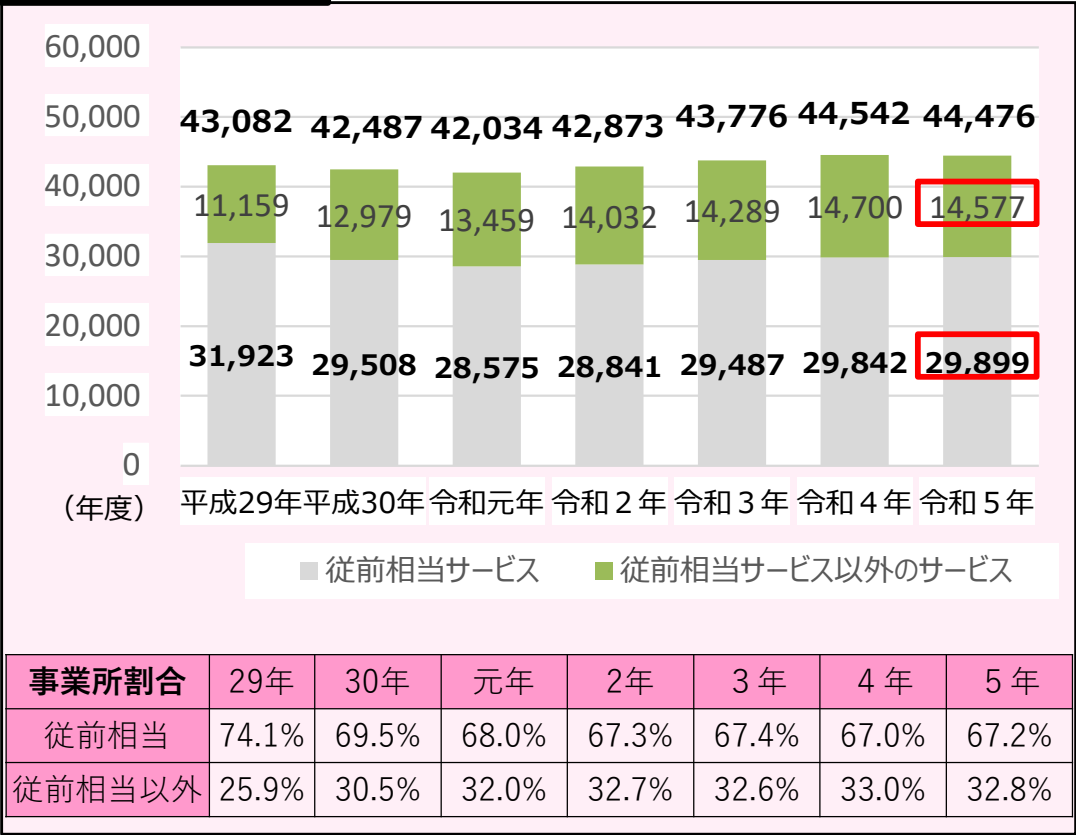
左記のうち

- いずれも実施していない市町村は1,342。
- いずれかを実施している市町村は399。

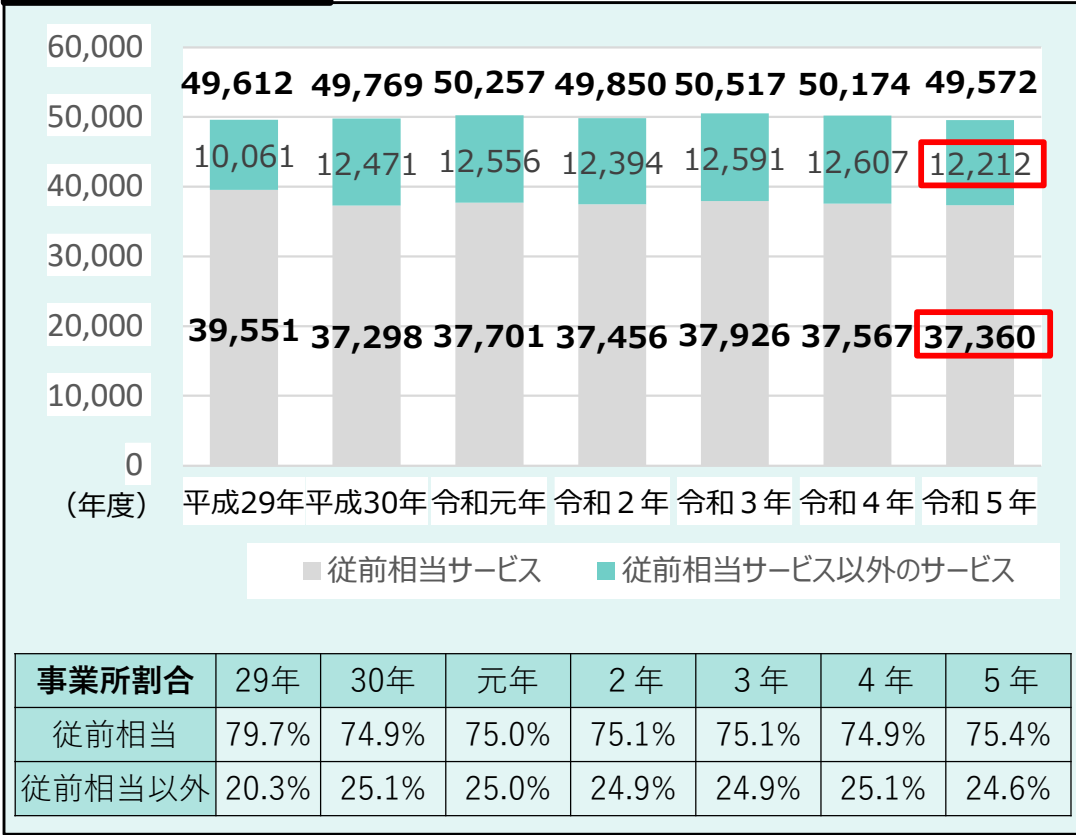
介護予防・日常生活支援総合事業 実施事業所（団体）数

- 介護予防・日常生活支援総合事業のうちサービス・活動事業（第一号事業）の訪問型サービス・通所型サービスの実施事業所(団体)数をみると、令和5年度にあっては以下のとおりであった。
- ・ 訪問型サービス：従前相当サービスは29,899事業所(団体)、従前相当サービス以外のサービスは14,577事業所(団体)
 - ・ 通所型サービス：従前相当サービスは37,360事業所(団体)、従前相当サービス以外のサービスは12,212事業所(団体)

訪問型サービス



通所型サービス



※ 令和元年度「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査」（NTTデータ経営研究所）報告書及び「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和2・3・4・5年度実施分）に関する調査」（厚生労働省老健局老人保健課）より作成。

※ 各年のn数は、平成29年：1,644、平成30年：1,686、令和元年：1,719、令和2年～：1,741。
（平成29年・平成30年・令和元年のデータにあっては、調査未回答自治体（それぞれ97市町村、55市町村、22市町村）あり。）

※ 重複を避けるため、各市町村内に所在する事業所のみ計上している。また、訪問型サービス・通所型サービスのうち「その他」は除いている。

※ 調査時点は、平成29年度～令和元年度のデータにあっては各年の6月1日、令和2～5年度のデータにあっては各年度末。

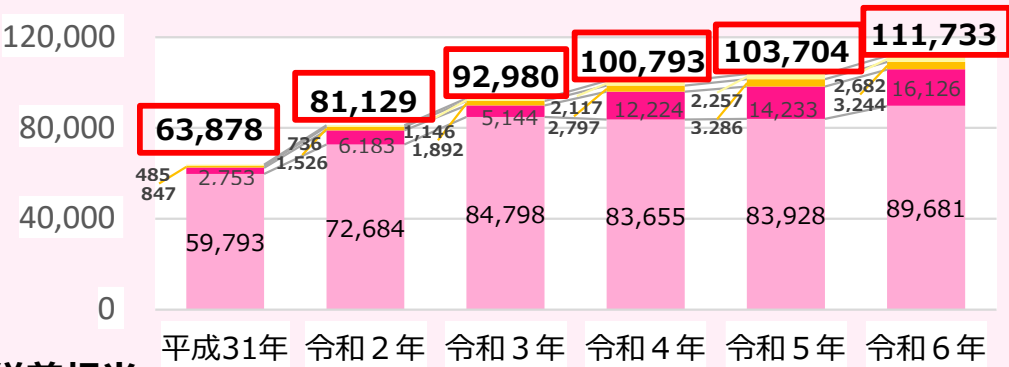
介護予防・日常生活支援総合事業 利用実人数

○ 介護予防・日常生活支援総合事業のうちサービス・活動事業（第一号事業）の訪問型サービス・通所型サービスの利用実人数の推移をみると、いずれも従前相当サービス以外のサービスの利用者数は増加している。

訪問型サービス

単位：人

従前相当以外



従前相当

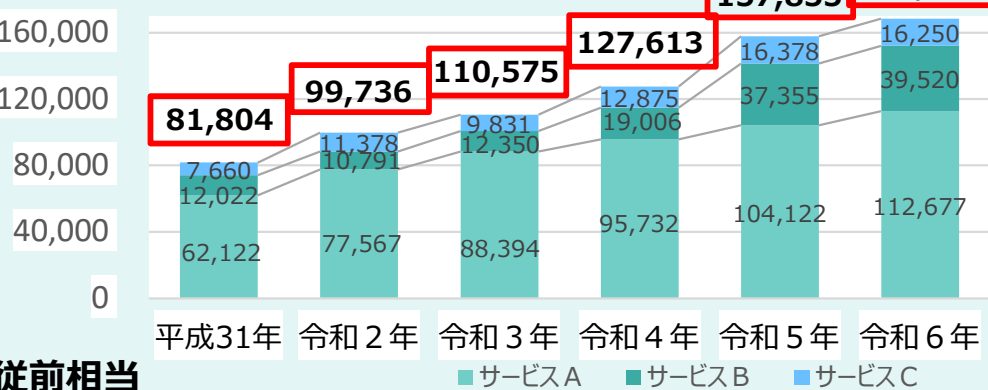


	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
サービスA	59,793	72,684	84,798	83,655	83,928	89,681
サービスB	2,753	6,183	5,144	12,224	14,233	16,126
サービスC	847	1,526	1,892	2,797	3,286	3,244
サービスD	485	736	1,146	2,117	2,257	2,682
従前相当	361,300	349,300	341,800	329,000	319,100	315,400

通所型サービス

単位：人

従前相当以外



従前相当



	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
サービスA	62,122	77,567	88,394	95,732	104,122	112,677
サービスB	12,022	10,791	12,350	19,006	37,355	39,520
サービスC	7,660	11,378	9,831	12,875	16,378	16,250
従前相当	566,100	534,100	536,400	526,000	551,000	575,300

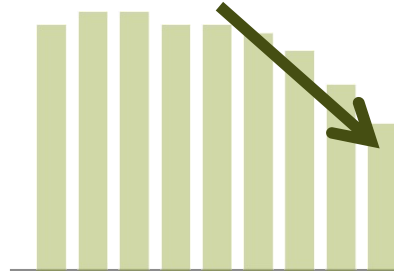
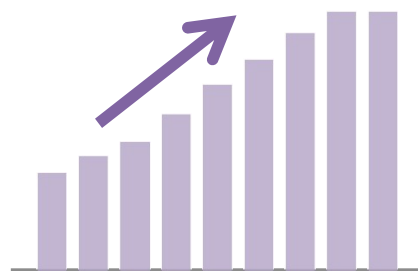
※ 従前相当サービス利用者数：介護給付費等実態統計（各年4月審査分）における「訪問型サービス（独自）」「通所型サービス（独自）」の区分を集計したもの。（令和3年度までは「みなし」の区分を含む。）
※ サービスA・B・C・D・利用者数：以下調査より引用（いずれも調査時点は各年3月、調査回答自治体の利用者数のみを積み上げたもの。）
・令和元年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所）（令和2年3月）
・「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況に関する調査」（厚生労働省老健局老人保健課）（令和3・4・5・6年3月）
※ 参考：平成29年の利用実人数 訪問型サービスの従前相当以外は24,230人、従前相当は416,700人／通所型サービスの従前相当以外は46,434人、従前相当は564,700人
平成30年の利用実人数 訪問型サービスの従前相当以外は49,729人、従前相当は376,000人／通所型サービスの従前相当以外は77,335人、従前相当は562,300人

総合事業の充実に向けた基本的な考え方

- 2025年以降、現役世代が減少し医療・介護専門職の確保が困難となる一方で、85歳以上高齢者は増加していく。また、こうした人口動態や地域資源は地域によって異なる。
- こうした中、高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくためには、市町村が中心となって、医療・介護専門職がより専門性を発揮しつつ、高齢者や多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるという視点に立ち、地域をデザインしていくことが必要。
- 総合事業をこうした地域づくりの基盤と位置づけ、その充実を図ることで高齢者が尊厳を保持し自立した日常生活を継続できるよう支援するための体制を構築する。

85歳以上人口の増加

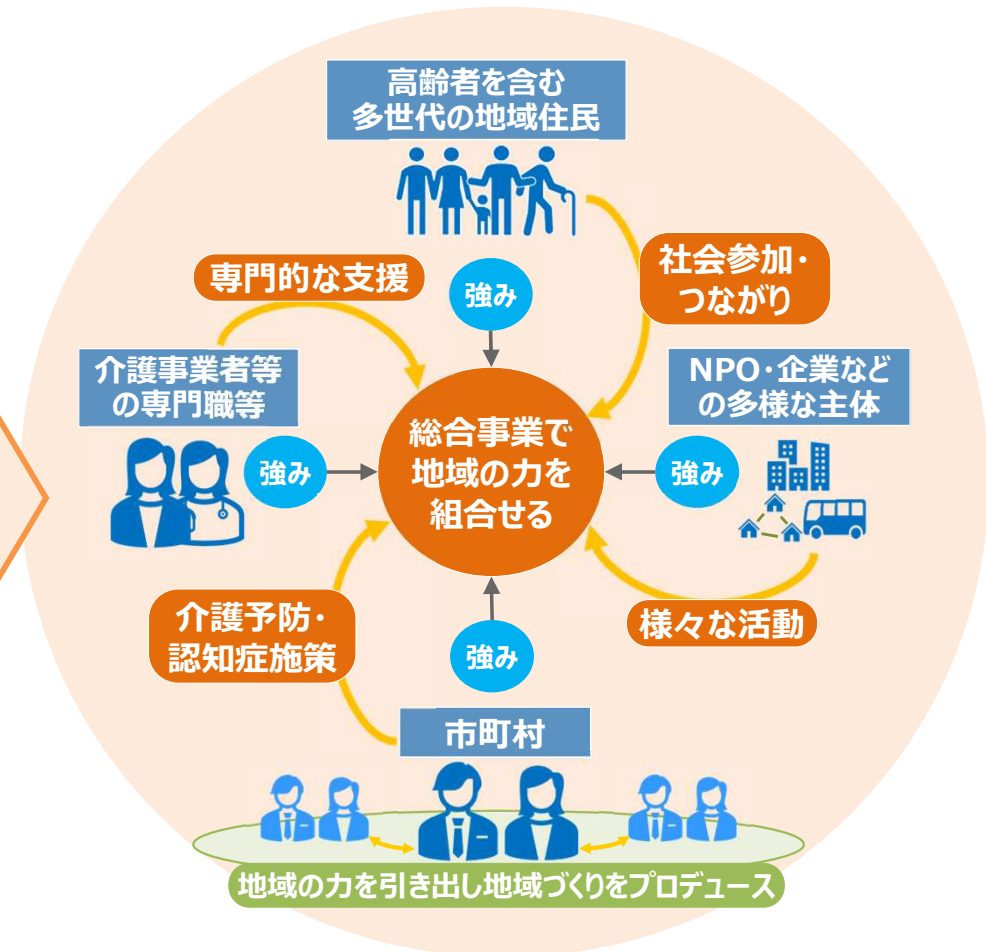
現役世代の減少



地域共生社会の実現



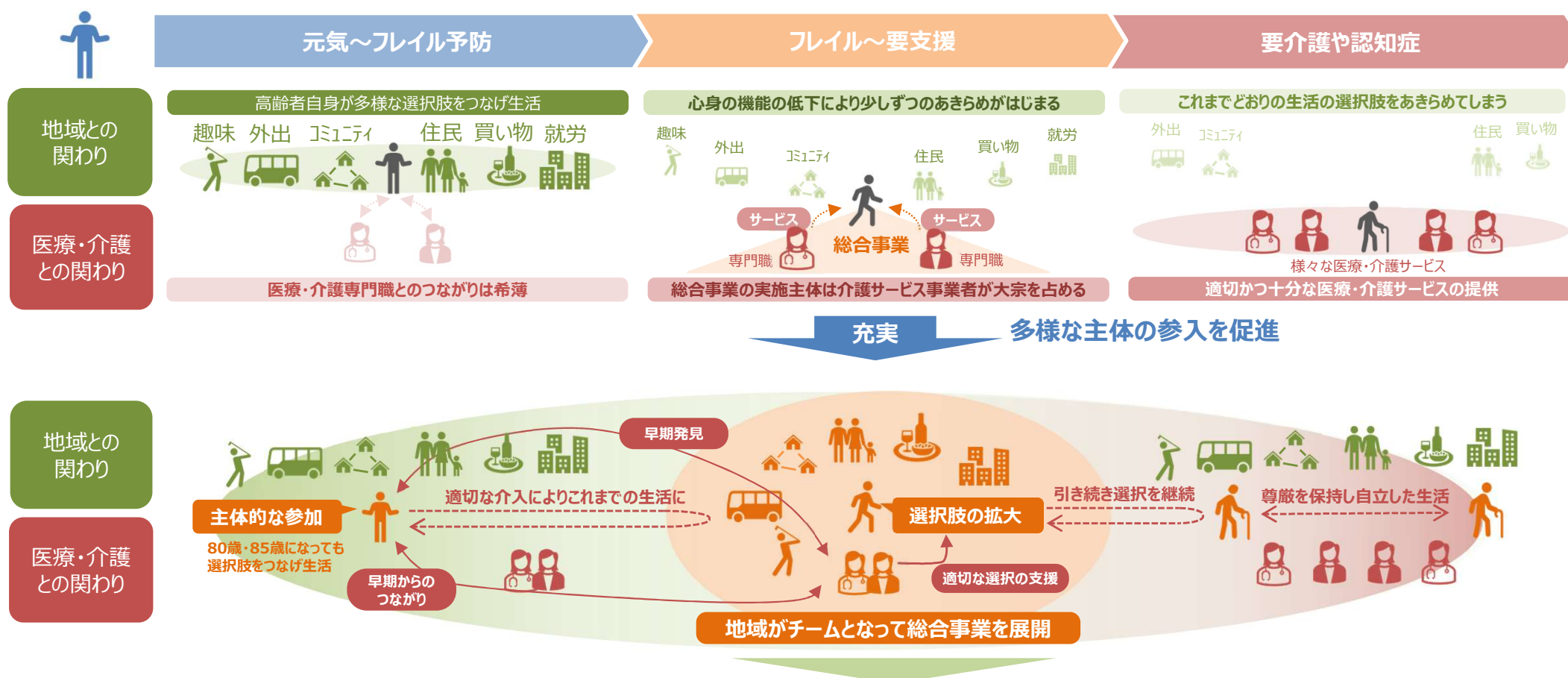
地域で暮らす人やそこにあるものは地域によって様々



介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理（概要）②

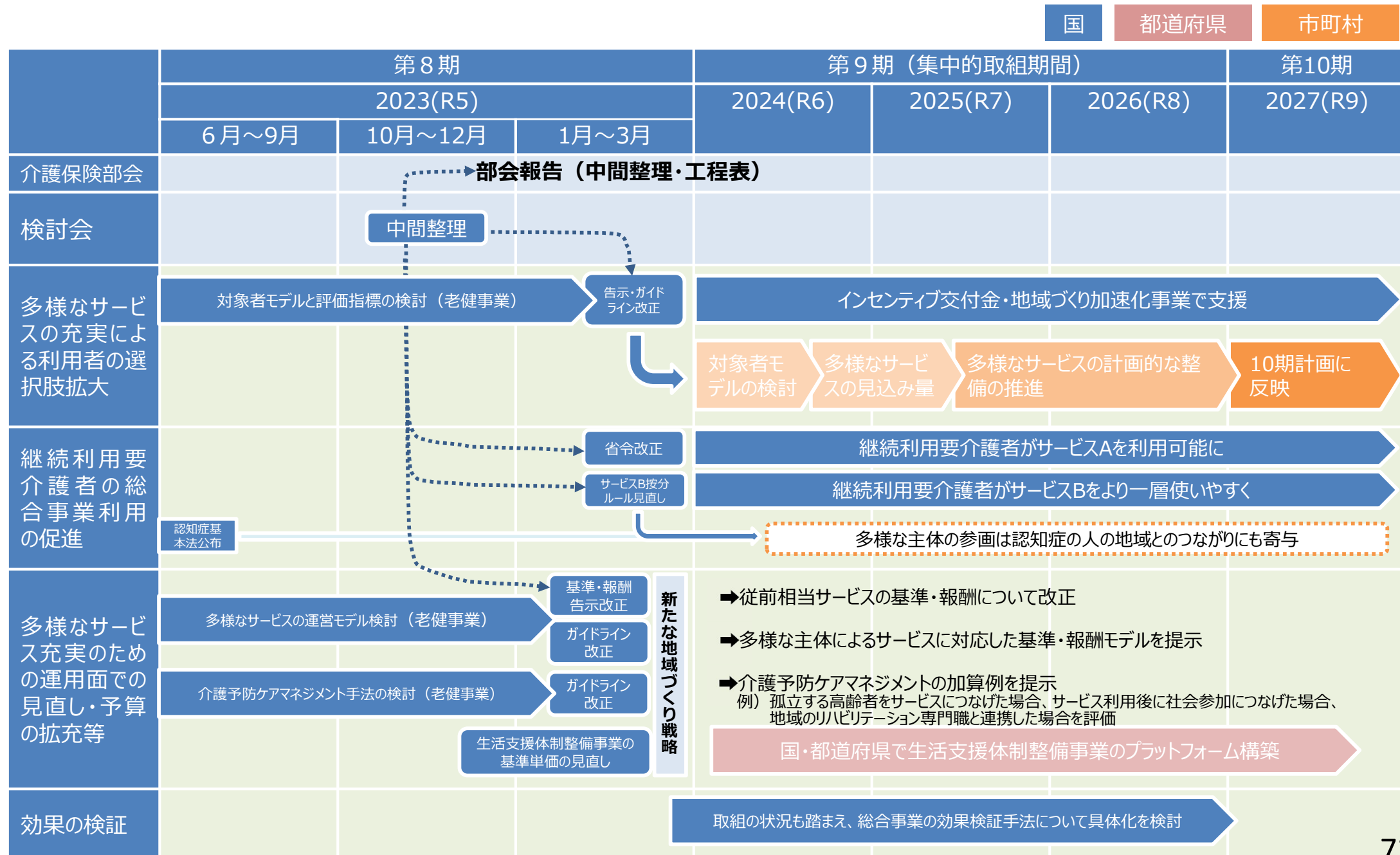
高齢者や多様な主体の参画を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化

- 高齢者の地域での生活は、医療・介護専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するもの。また、高齢者自身も多様な主体の一員となり、地域社会は形作られている。
- 総合事業の充実とは、こうした地域のつながりの中で、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに関わり合いながら、**高齢者自身が適切に活動を選択できる**ようにするものである。
- 総合事業の充実を通じ、高齢者が元気なうちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指していく。



地域の人と資源がつながり地域共生社会の実現や地域の活性化

総合事業の充実に向けた工程表



多様なサービス・活動の交付金上の分類（令和6年度要綱改正）

○国が示す総合事業の類型について、あくまでも制度に基づく実施手法等による分類であること、**多様なサービス・活動は、高齢者の目線に立ち、選択肢の拡充を図るものであることを明確化。**

- ・ 高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）できるサービス、高齢者の日常生活支援を行うサービスなど、高齢者の目線に立ったサービスのコンセプトを軸とする多様な事業のあり方の例示
- ・ 予防給付時代の制度的分類にとらわれない、訪問と通所、一般介護予防事業、高齢者の保健事業や保険外サービスなどを柔軟に組み合わせた新たなサービス・活動モデルの例示
- など、高齢者がその選択と参加の際にわかりやすく、また、市町村がこれまで国が示してきたサービス類型に縛られず総合事業を弾力的に展開できるような事業のあり方を検討することが必要である。

実施要綱改正後

	従前相当サービス	多様なサービス・活動				その他
		サービス・活動A (多様な主体によるサービス・活動)		サービス・活動B、 サービス・活動D（訪問型のみ） (住民主体によるサービス・活動)	サービス・活動C (短期集中予防サービス)	
		指定	委託			
実施手法	指定事業者が行うもの（第1号事業支給費の支給）		委託費の支払い	活動団体等に対する補助・助成	委託費の支払い	
想定される 実施主体	介護サービス事業者等 (訪問介護・通所介護等事業者)	介護サービス事業者等以外の多様な主体 (介護サービス事業者等)		- ボランティア活動など地域住民の主体的な活動を行う団体 - 当該活動を支援する団体	保健医療に関する専門的な知識を有する者が置かれる団体・機関等	
基準	国が定める基準※1を例にしたもの		サービス・活動の内容に応じて市町村が定めるもの			
費用	国が定める額※2（単位数）		サービス・活動の内容に応じて市町村が定める額			
	額の変更のみ可	加算設定も可				
対象者	要支援者・事業対象者	- 要支援者・事業対象者 - 継続利用要介護者		- 要支援者・事業対象者 - 継続利用要介護者 ※ 対象者以外の地域住民が参加することも想定	要支援者・事業対象者のうち、目標達成のための計画的な支援を短期集中的に行うことにより、介護予防・自立支援の効果が増大すると認められる者	
サービス内容 (訪問型)	旧介護予防訪問介護と同様* * 身体介護・生活援助に該当する内容を総合的かつ偏りなく老計10号の範囲内で実施することが求められる	- 高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）することができる活動 - 介護予防のための地域住民等による見守り的援助の実施 - 高齢者の生活支援のための掃除、買い物等の一部の支援*を行う活動 など * 市町村の判断により老計10号の範囲を越えてサービス・活動を行うことも可能 - 通院・買い物等の移動支援や移送前後の生活支援（原則としてB・Dでの実施を想定）			ガイドライン改正	対象者に対し、3月以上6月以下の期間を定めて保健医療に関する専門的な知識を有する者により提供される短期集中的なサービス
サービス内容 (通所型)	旧介護予防通所介護と同様* * 運動器機能向上サービス、入浴支援、食事支援、送迎等を総合的に行うことが求められる	- 高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）することができる活動 - セルフケアの推進のため一定の期間を定めて行う運動習慣をつけるための活動 - 高齢者の社会参加のための生涯学習等を含む多様な活動を支援するもの - 住民や地域の多様な主体相互の協力で行う入浴、食事等を支援する活動 など - 送迎のみの実施				
支援の 提供者	国が定める基準による		市町村が定める基準による			
	訪問型:訪問介護員等 サービス提供責任者 通所型:生活相談員、看護職員 介護職員、機能訓練指導員	- 地域の多様な主体の従事者 - 高齢者を含む多世代の地域住民 (有償・無償のボランティア)		- 有償・無償のボランティア - マッチングなどの利用調整を行う者	保健医療専門職	

これらによらないもの

(委託と補助の組み合わせなど)

7

これらによらないもの

（委託と補助の組み合わせなど）

多様なサービス・活動の例（令和6年度ガイドライン改正）

○実施要綱の改正内容について具体的なイメージができるよう、事業例について、「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」（平成27年6月5日老発0605第5号厚生労働省老健局長通知）の一部を改正。

従前相当サービス

- 専門職による専門的な支援ニーズに総合的に応えるサービス
- 想定される対象者は、進行性疾患や病態が安定しない者など
- サービスの内容は総合的なものであるほか一定の制約あり

選択



支援

多様なサービス・活動

- 地域住民を含む地域の多様な主体により展開されるサービスや活動
- 想定される対象者は、地域とのつながりの中で生活する要支援者等
- サービスの内容は高齢者の視点に立って検討される

【高齢者の選択肢の拡大の視点にたった多様なサービス・活動A・B(D)のイメージ】

訪問型の多様なサービス・活動のイメージ

- 地域住民が担い手となって活動することができる活動
 - 介護予防のための地域住民等による見守りの援助の実施
 - ➡ 多世代の地域住民が高齢者に対する生活支援や介護予防のための見守りの援助等を実施する（多様なサービス・活動の利用者が、自身ができる範囲で活動することも想定される）
 - ➡ （有償・無償）ボランティア活動による場合はサービス・活動B、雇用（ボランティアとの選択も可）による場合など、地域の多様な主体への委託による活動として実施する場合は訪問型サービス・活動Aとなる
 - 高齢者の生活支援のための掃除、買い物等の一部の支援を行う活動 など
 - ➡ 地域の訪問型サービスの利用者の支援ニーズを把握した結果、例えば、掃除がその大宗を占める場合、掃除に特化したサービス・活動を提供
 - ➡ 地域の清掃業者に委託等を行う場合、サービス・活動Aとなる
 - 通院・買い物等の移動支援や移送前後の生活支援
 - ➡ 地域住民の互助活動としての移動支援と付き添いであり、行き先は、介護予防・社会参加の推進の観点から、市町村と地域住民とが協議のもと定める
 - ➡ 原則としてサービス・活動B・Dでの実施を想定しているが、中間支援組織等への委託を行う場合はサービス・活動Aの一部として実施することも可能
- ※ 買い物支援については、通所型サービスを実施する場所あてに共同で配送を依頼することや、移動販売を訪問型サービス・活動Aとして実施することなども想定される

通所型の多様なサービス・活動のイメージ

- 地域住民が担い手となって活動することができる活動
 - ➡ 多世代の地域住民が高齢者や例えば子どもなどの見守りを行う場、高齢者が自身のスキルを活かし、他の高齢者の支援を行う場、例えば農業などの地域産業と連動し、食品の加工や農作業などを行う場（多様なサービス・活動の利用者が、自身ができる範囲で活動することも想定される）
 - ➡ 訪問型サービスと同様
- セルフケアの推進のため一定の期間を定めて行う運動習慣づけのための活動
 - ➡ 外出機会の低下等がみられる者、サービス・活動Cの利用終了直後の者などに対する運動習慣づけのための活動
 - ➡ 民間の運動・健康づくり施設への委託等（期間を定めて支援し、終了後は自主的な活動（セルフケア）に移行すること）を想定
- 高齢者の社会参加のための生涯学習等を含む多様な活動
 - ➡ 高齢者が興味・関心があり、今後の外出機会の向上や社会参加に資する活動と連動するような、ITリテラシーの向上やスキルアップのための学習活動やサークル活動等への参加を支援
 - ➡ 当該活動を実施する多様な主体への委託等が想定（利用者の自己負担等に関わりのない活動経費の一部を定額で支援する手法が適切）
- 住民や地域の多様な主体相互の協力で行う入浴・食事等の支援
 - ➡ 多世代の地域住民が集まる場で、高齢者同士が入浴時の見守りや食事等の支援（配膳等）を行う活動
 - ➡ 入浴施設、公民館、図書館など地域の多様な空間を活用することを想定

住民主体のサービス・活動の推進（令和6年度要綱改正）

（サービス・活動A・B（D）における総合事業対象者以外の参加者に係る委託費・補助等の取扱い）

○サービス・活動Aを委託により実施する場合の委託費や、サービス・活動B（D）の補助等の対象経費について、総合事業の対象者以外の地域住民が参加する場合のルールについて、地域の多様な主体の参画を推進する観点から見直し。

住民主体サービスについて、全利用者の半数以上が要支援者・事業対象者・継続利用要介護者である場合、地域共生社会の推進の観点から事業費を按分せず全額を地域支援事業交付金の交付対象とする取扱いとしている。他方、利用人数の記録・交付金の申請額の計算等に住民コストが発生することを踏まえ、住民活動を地域で幅広く展開していく観点から、更なる方策を検討することが必要である

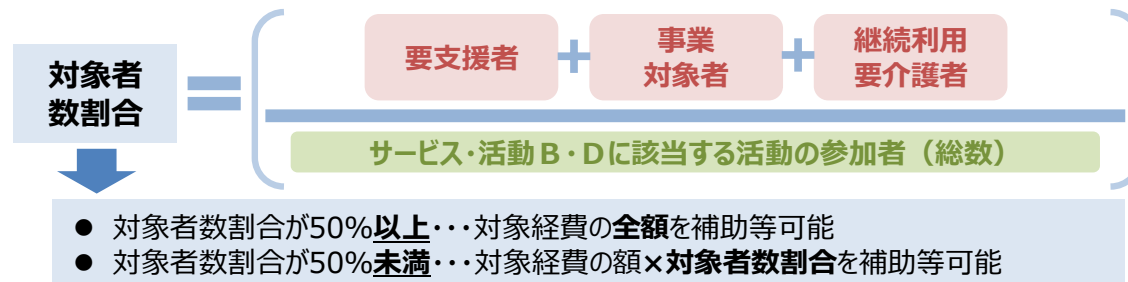
補助対象経費

活動に係る「間接経費」の範囲内で市町村の裁量により定める

例)

- 活動の立上げ支援に要する費用
 - 活動場所の借上げに要する費用
 - 光熱水費
 - 利用者の利用調整等を行う者に対する人件費 *
 - 支援者のボランティア活動に対する奨励金（謝礼金）
- * 支援者の人件費は対象とならないが、人件費を補助等している利用調整等を行う者が利用者に対し支援することは妨げない。

総合事業対象者以外の参加者がいる場合のルール



→ 地域の多様な主体による活動の展開が阻害される可能性

令和6年度以降、地域住民を含む多様な主体による活動の促進を図る観点から、以下の取扱いによる。※

活動に係る「間接経費」の範囲内で市町村の裁量により定める

例)

- 活動の立上げ支援に要する費用
 - 活動場所の借上げに要する費用
 - 光熱水費
 - 利用者の利用調整等を行う者に対する人件費 *
 - 支援者のボランティア活動に対する奨励金（謝礼金）
- * 支援者の人件費は対象とならないが、人件費を補助等している利用調整等を行う者が利用者に対し支援することは妨げない。

※ 市町村の判断により、改正前の方法により補助を行うことも可能

市町村が、総合事業の対象者以外の参加者に対する活動を事業の目的を達成するための附随的な活動と判断する場合は、以下の取扱いによることとする。

- 対象者数割合によらず、**対象経費の一部を（定額）補助等**すること
- 対象者に対する活動に支障がないと市町村が認める場合、（給付の場合の兼務と同様）**対象者以外の者に対する活動全体に対して補助等**すること



⇒対象者の数によらずボランティア活動全体に対する奨励金を補助することが可能

サービス・活動Aの委託費についても、同様の考え方によることができる。

※この場合、「ボランティア活動に対する奨励金」については、委託業務に従事する職員の人件費等を含めることとし、対象経費については、その他の直接経費を含むことができる。

* この取扱いによる場合も、対象者のみの事業を実施する場合と同様に、市町村は、総合事業の対象者の数について、適宜適切に把握（団体等の負担に配慮し、把握時期を年度内の適切な時期とすることや、利用実績の有無によらず登録者の数とすること等も可能）すること

改正前

実施要綱改正後

総合事業における継続利用要介護者の利用可能サービスの弾力化

- 本人の希望を踏まえて地域とのつながりを継続できるようにする観点から、継続利用要介護者（介護給付を受ける前から継続的に総合事業を利用する要介護者）にあっては、介護予防・日常生活支援総合事業の住民主体サービス（サービス・活動B・D）を利用できることとしている（令和3年4月施行^{（※）}）。
- （※）継続利用要介護者数：295人、継続利用要介護者に対する総合事業を提供する市町村数：59市町村（令和4年6月1日現在）
（出典）令和4年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備の実施状況に関する調査研究」（株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所）
- 「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理」（令和5年12月7日）等を踏まえ、総合事業における多様な主体の参入の促進を図りながら、地域のつながりの中で高齢者自身が適切に活動を選択できるよう、見直しを行う。

「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理」（令和5年12月7日）

- 高齢者の日常生活と関わる地域の多様な主体の参画が進めば、高齢者自身に支援が必要となっても、さらには要介護状態や認知症となっても、地域でのこれまでの日常生活を自身の能力と選択に応じて継続できることにつながる。このような視点に立てば、継続利用要介護者の利用対象サービスを、住民主体サービスから広げていくことについて検討することが必要である。

介護保険法
施行規則の改正

- ・ 継続利用要介護者が地域とのつながりのもとで日常生活を継続するための選択肢の拡大を図る観点から、継続利用要介護者が利用できるものとしてサービス・活動Aを含める。
- ・ 継続利用要介護者の選択のもと、心身の状況等を踏まえたサービスが適切に提供されるよう、継続利用要介護者に対し総合事業を提供する際の基準に、**居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・地域ケア会議等との密接な連携と緊急時の対応**に関する規定を新設。

	訪問型・通所型 従前相当サービス	訪問型・通所型 サービス・活動A	訪問型・通所型 サービス・活動B	訪問型・通所型 サービス・活動C	訪問型 サービス・活動D
内容	従前の予防給付相当	多様な主体によるサービス	住民主体	短期集中予防	住民主体の移動支援
対象	×	○（R6.4～）	○（R3.4～）	×	○（R3.4～）

（注）継続利用要介護者のケアマネジメントは、従前と同様、原則として指定居宅介護支援事業者が本人の選択のもとで行う。
継続利用要介護者に対する総合事業に要する費用については、総合事業の上限額の個別協議の対象とする。（通知により規定）

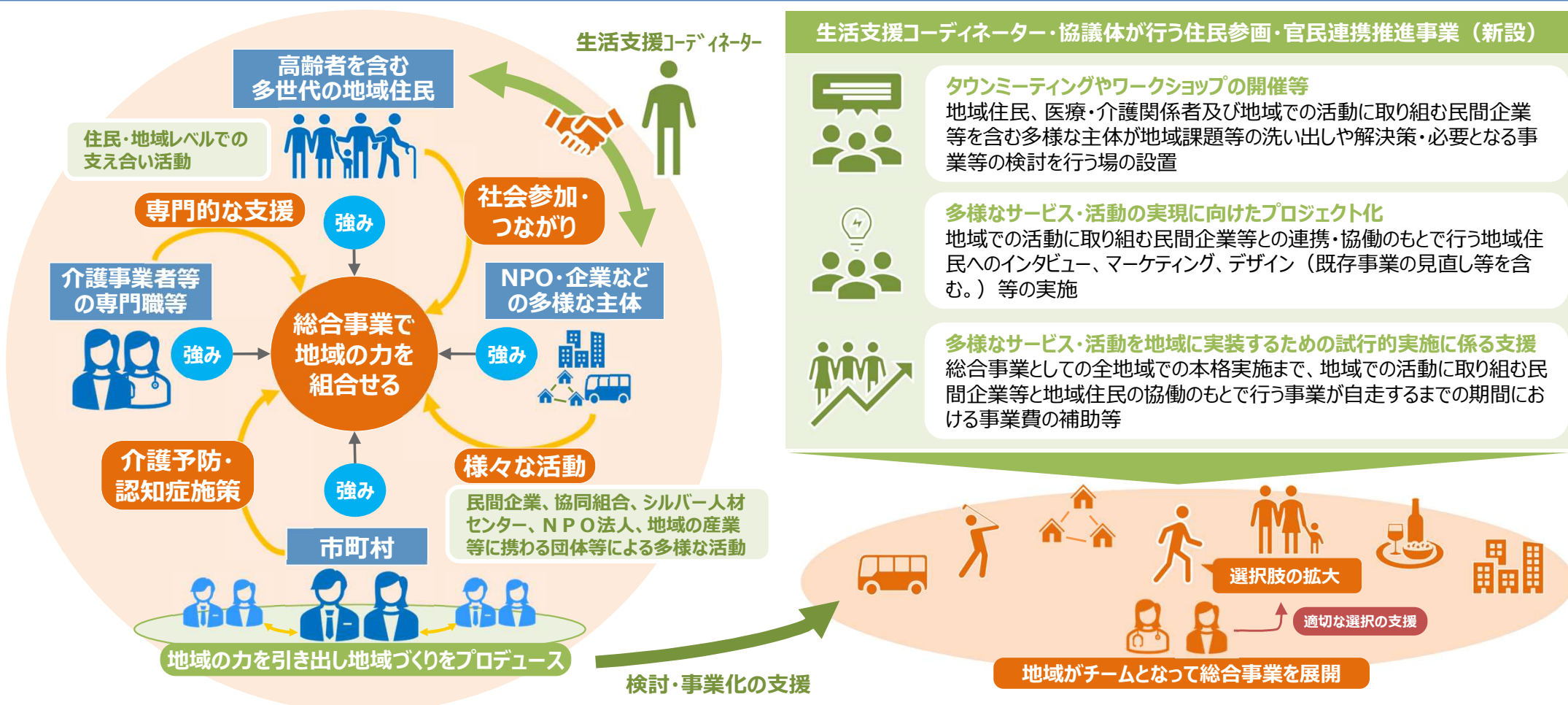
生活支援コーディネーターによる地域住民と地域の多様な主体との連携の推進

(令和6年度要綱改正：生活支援体制整備事業における住民参画・官民連携推進事業の創設)

○高齢者の目線に立ち、地域で一層の多様なサービス・活動の充実を図るためには、生活支援体制整備事業を活用し、地域住民の関心事項を引き出し、高齢者の日常生活を取り巻く様々な活動とをつなげていくことが重要。

○このため、生活支援体制整備事業について、住民や地域での活動に取り組む民間企業等とをつなげるための活動についての評価を拡充する。

生活支援体制整備事業の活性化を図るため、生活支援コーディネーターが、その活動や協議体運営を通じ、地域住民の活動とそれ以外の多様な主体の活動とをつなげる活動の評価するなどの検討が必要である。



生活支援体制整備事業（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

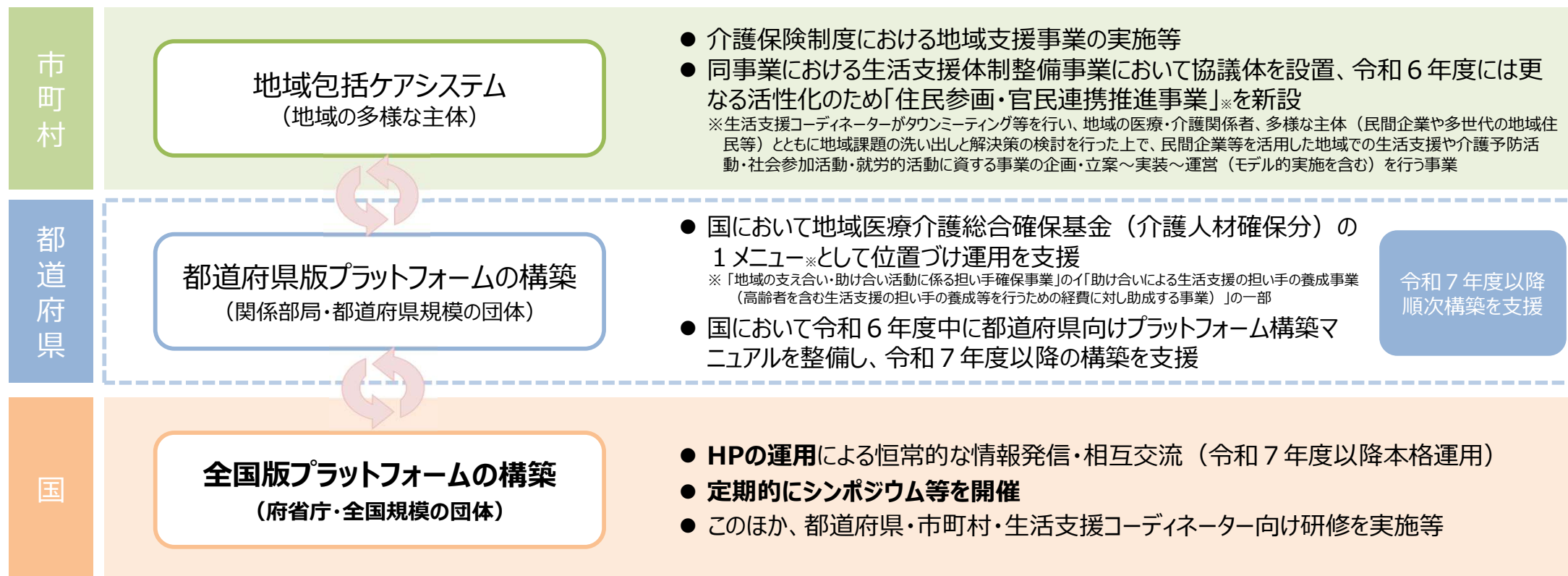
- 第1層（市町村区域） 8,000千円 × 市町村数（※）
- 第2層（中学校区域） 4,000千円 × 日常生活圏域の数

+ 住民参画・官民連携推進事業の実施
4,000千円 × 市町村数（※）

※ 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

生活支援共創プラットフォームの構築

- 高齢者の地域での生活は、医療・介護のみならず、地域の交通・産業・商業などの経済活動や住民による取組など多様な主体との関わりの中で成立するもの。
- 市町村が、高齢者の尊厳ある自立した生活を支えるための地域包括ケアシステムの深化・推進を図るためには、こうした介護保険制度の領域を越えた活動との連携を深めることが重要であり、国・都道府県にプラットフォームを置き、地域共生社会の実現に寄与。



地域における多様な主体の共創の充実



掃除、洗濯、調理、買い物、見守り、移動（交通）、住まい、居場所、食事、健康、医療、介護、学び、文化・芸術、（多世代）交流
スポーツ・レクリエーション、まちづくり、ボランティア・地域活動、就労、後継者、防災・防犯、農地、環境保全

高齢者の選択肢の拡大に向けた総合事業の事業評価の推進（令和6年度要綱改正）

- 法第115条の45の2において、市町村は、定期的に総合事業の実施状況について、調査・分析・評価を行うとともに、その結果に基づき必要な措置を講ずるよう努めるものとされており、当該調査・分析・評価事務については、一般介護予防事業評価事業として実施することが可能。
- 具体的な評価のあり方については、今後、検討を深めることとしているが、国において実施要綱に示す評価の留意点について、介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理で示された4つの視点を踏まえ、見直しを行う。

総合事業の評価指標の見直しに当たっては、・高齢者一人一人の介護予防・社会参加・自立した日常生活の継続の推進の状況 ・高齢者の地域生活の選択肢の拡大 ・地域の産業の活性化（地域づくり） ・総合事業と介護サービスとを一連のものとして地域の介護サービスを含む必要な支援を継続的かつ計画的に提供するための体制づくりの4つの観点を盛り込むことが必要であると考えられる。

評価のための前提となる考え方

高齢者の視点

- 高齢者の地域での生活や選択（活動）がどのように変化したか
- 高齢者にかかわる活動に地域の多様な主体がどのように関わっているか

保険者の視点

人材の視点

- 地域住民などの多様な主体による参画が進み、そこに医療・介護の専門職がゆるやかに関わっているか。

財政の視点

- あらかじめ決められた予算（上限額や介護保険事業計画等）の範囲内で実現できているか

総合事業の充実に向けた評価指標の例

3つのアプローチ

1

高齢者の選択肢の拡大

➢ 生活支援コーディネーターや協議体等による取組実績

● 多様なサービス・活動の種類・数

● 従前相当サービスが位置づけられたプランの割合

2

ポピュレーション・アプローチ

➢ 出前講座・説明会等の開催数
➢ 通いの場の箇所数
➢ 体力測定会の開催数
➢ 広報活動の回数

● 多様なサービス・活動の参加者数等
● 出前講座・説明会等に出席した住民の数
● 通いの場の参加者数

● 多様なサービス・活動に対する継続参加率
● 社会参加率
● 通いの場の75歳以上高齢者の年代別参加率・継続参加率

3

ハイリスク・アプローチ

➢ 孤独・孤立等の状態にある高齢者へのアウトリーチ支援の実績等
➢ サービス・活動Cなど専門職による支援を想定するサービス・活動の開催回数・参加者数等

● 孤独・孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動の参加者数
● 想定対象者に占める実際の参加者数
● 参加者の参加前後の生活状況等の変化

● 孤独・孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動の継続参加率
● 社会参加率
● 参加者の一定期間後の生活状況等

最終アウトカム

- 調整済み軽度認定率
- 初回認定者の平均年齢
- 在宅継続数・率

地域づくり加速化事業

1 事業の目的

令和7年度当初予算額 78百万円（89百万円） ※（）内は前年度当初予算額

- これまで団塊世代（1947～1949年生）が全員75歳以上を迎える2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築を図るため、市町村の地域づくり促進のための支援パターンに応じた支援パッケージを活用し、①有識者による市町村向け研修（全国・ブロック別）や②個別協議を実施しているなど総合事業の実施に課題を抱える市町村への伴走的支援の実施等を行ってきたところ。
 - 令和4年12月の介護保険部会意見書で、「総合事業を充実化していくための包括的な方策の検討を早急に開始するとともに、自治体と連携しながら、第9期介護保険事業計画期間を通じて、工程表を作成しつつ、集中的に取り組んでいくことが適当である。」との意見を受け、令和5年度に「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」を設置し、第9期介護保険事業計画期間を通じた集中的な取組を促進するため、検討会で議論を行い、令和5年12月7日に「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理」を取りまとめたところ。
 - 中間整理において、地域共生社会の実現に向けた基盤として総合事業を地域で活用する視点から地域の多様な主体が総合事業に参画しやすくする枠組みの構築を行うこととされたところ。
 - こうした検討会での議論等を踏まえ、本事業をととして総合事業の充実に向けた取組を推進していく。
- そのため、令和7年度においても、引き続き、以下の取組を行う。
- ①今後、こうした伴走的支援を地域に根差した形で展開していくため、全国8か所の地方厚生(支)局主導による支援対象を拡充するとともに地域で活動するアドバイザーを養成するなど、地域レベルでの取組を一層促進していく。
 - ②また、令和4年12月の介護保険部会意見書で、第9期計画期間を通じて総合事業の充実集中的に取り組むことが適当であり、その際、地域の受け皿整備のため、生活支援体制整備事業を一層促進することとされていることを踏まえ、生活支援体制整備事業を更に促進するためのプラットフォームの構築及び発展（全国シンポジウムの開催含む）を図る。

2 事業の概要・スキーム

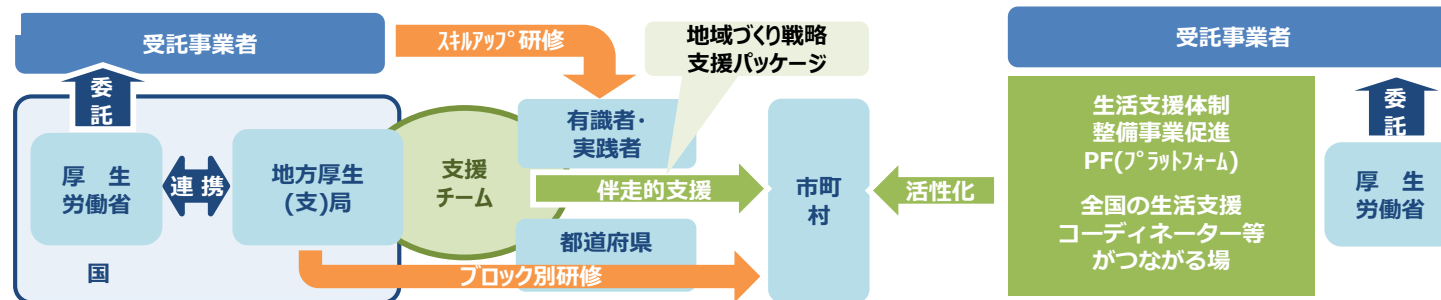
1. 地域包括ケアの推進を図るため、以下の事業により市町村を支援する。

- ① 地方厚生(支)局・都道府県主導による支援パッケージを活用した伴走的支援の実施（全国24か所）
 - ・地方厚生(支)局・都道府県と連携し、市町村を支援する地域の有識者・実践者の支援スキル向上に資する研修を併せて実施
- ② 自治体向け研修の実施（各地方厚生(支)局ブロックごと）
- ③ 地域づくり戦略や支援パッケージ(注)の改訂など地域づくりに資するツールの充実

(注) 市町村等が地域包括ケアを進める際に生じる様々な課題を解決するための実施方法やポイントをまとめたもの。

2. 全国の生活支援コーディネーターや多様な分野の団体等がつながるためのプラットフォーム(PF)を構築・発展

<事業イメージ>



3 実施主体等

【実施主体】

- ・国から民間事業者へ委託



【補助率】

- ・国10/10

【参考】

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」

（令和5年12月22日閣議決定）

地域支援事業の上限額（介護保険法施行令第37条の13）

- 介護保険法第115条の45第4項より、地域支援事業は、政令で定める額（上限額）の範囲内で行うものとされている。
 - 上限額は、各市町村ごと・事業の区分ごとに設定されている。
- ※ 平成26年度までは介護給付費の額に連動して上限額が高くなる仕組みとしていたが、平成27年度以降は総合事業の創設等を踏まえ、各事業の実施に必要な経費を確保し、その円滑な実施を進める観点から、本取扱いへ移行した経緯がある。

地域支援事業

※地域支援事業全体の上限額は定めず、以下の①～③の区分ごとに上限額を設定

①介護予防・日常生活支援 総合事業

サービス・活動事業（第一号事業）
一般介護予防事業

【上限額】（第1項～第4項）

移行前年度の予防給付等実績額

× 75歳以上高齢者の伸び率 など

②包括的支援事業 （地域包括支援センターの運営） ・任意事業

地域包括支援センターの運営
介護給付費適正化事業
家族介護支援事業 など

【上限額】（第6項・第7項）

平成26年度の上限額

× 65歳以上高齢者の伸び率 など

③包括的支援事業 （社会保障の充実分）

在宅医療・介護連携推進事業
生活支援体制整備事業
認知症総合支援事業
地域ケア会議推進事業

【上限額】（第6項・第7項のうち特定包括的支援事業費額）

厚生労働大臣が認める額

（実際には交付要綱で事業ごとに金額を設定）

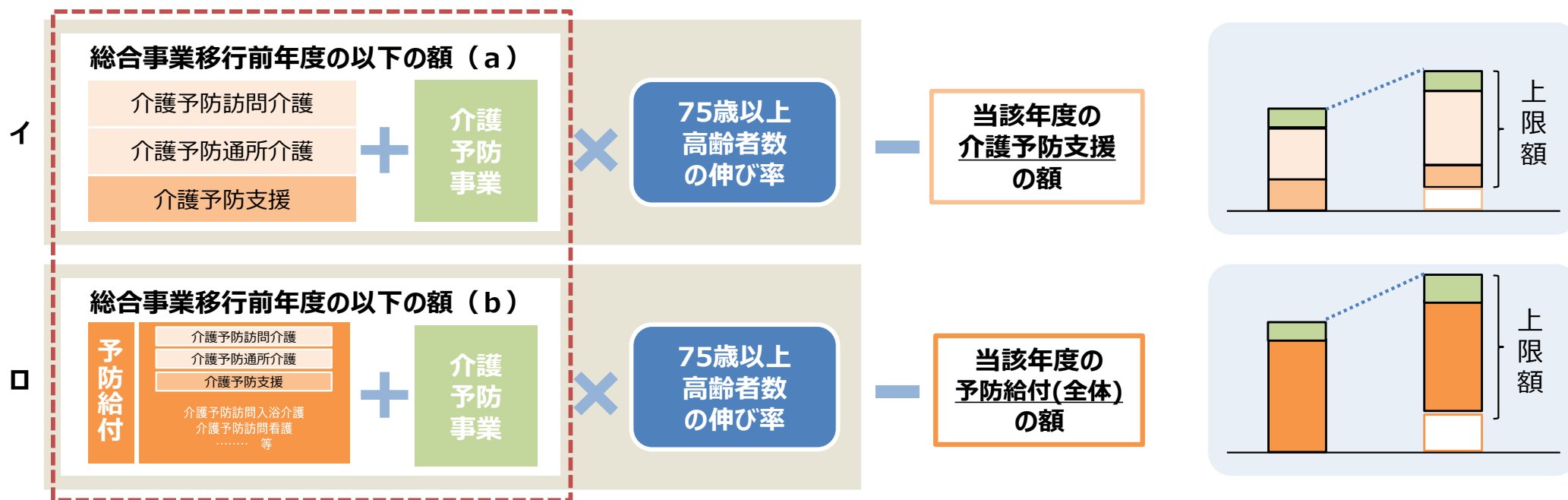
※③の合計額の中で柔軟な実施が可能

介護予防・日常生活支援総合事業に要する額の上限（基本的な考え方） （介護保険法施行令第37条の13）

- 総合事業については、75歳以上高齢者人口の伸び率等を勘案し、介護保険法施行令第37条の13第4項に定める額（**原則の上限額**）の範囲内で実施することとされている。
- ただし、厚生労働大臣が定める事由により原則の上限額を超える場合は、個別協議を行うことにより例外的に上限額を引き上げることが認められている。

原則の上限額について

- 総合事業の上限額は次のイ又はロのいずれか高い額とする。（第4項第1号）



平成27～29年度に特定事情市町村と認められた市町村の特例（第4項第2号）

平成27～29年度 a・bの額に調整率（最大10%）を乗じて得た額とする

平成30年度以降 a・bの額を平成29年度の総合事業の実績額とする

個別協議について（同条第5項）

- 厚生労働大臣が定める事由に該当する場合、一定の範囲内で認める事由ごとの額を原則の上限額に加算する。

介護予防・日常生活支援総合事業の上限制度の運用の見直し

(介護保険法施行令の改正・厚生労働省告示の創設)

- 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の上限額は、事業移行前年度の実績額に市町村の75歳以上高齢者の伸び率を乗じた額とされ、特別な事情がある場合は、例外的な個別判断により上限額を超えた交付金の措置が認められている。
- 総合事業の上限制度については、改革工程表2020に基づき、令和3年度以降その運用について必要な見直しを行ってきており、また、介護保険部会の意見書においても「引き続き検討を行うことが適当」とされたところ。

「新経済・財政再生計画改革工程表2020」（令和2年12月18日経済財政諮問会議決定）

64．b．地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の上限制度の運用の在り方について、速やかに必要な対応を検討。

「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）

- 総合事業費の上限額については、自治体の状況等を踏まえ、見直しを進めるとともに、小規模な自治体であっても持続可能な介護予防の活動ができるよう、やむを得ない事情により上限額を超過する際のきめ細かな対応について、引き続き検討を行うことが適当である。

- 市町村の状況を踏まえ、総合事業の上限制度が適切に運用できるよう、以下について**政令・告示により明確化**
 - ・ 介護予防効果の高い新たなプログラムについて、将来の費用低減が見込まれるものであること
 - ・ 75歳以上高齢者が減少局面にある市町村や人口1万人未満の小規模市町村へのきめ細やかな対応

介護保険法施行令第37条の13第5項の改正

- ・ 現行の「介護予防の効果が高い新たな事業」について、将来の総合事業費の低減に資すると見込まれるものであることを**明確化**
- ・ 75歳以上人口が減少局面にある市町村による将来における総合事業の費用の低減に資すると見込まれる事業の実施を**追加**
- ・ 「その他の特別な事情」を「その他の厚生労働大臣が定める事由」とし、個別協議を行うことのできる事由を**具体化**

厚生労働省告示（令和6年厚生労働省告示第19号）の制定 ※①～③は政令で定める事由

介護保険法施行令に基づき個別協議を行うことができる事由を定める

- ① 災害による居宅要支援被保険者等の数の増加
- ② 介護予防の効果が高く、かつ、将来における総合事業に要する費用の低減に資すると見込まれる新たな事業の実施
- ③ 75歳以上人口が減少局面にある市町村による将来における総合事業に要する費用の低減に資すると見込まれる事業の実施
- ④ 人口1万人未満の市町村による地域の人材や社会資源の活用を図るための必要な措置の実施
- ⑤ その他厚生労働省老健局長が定める事由

サービス・活動C（短期集中予防サービス）

- 効果的な介護予防を行うには、一般介護予防事業等を活用して適切に対象者を選定し、サービス・活動Cにつなげるとともに、終了後も引き続き活動や参加が維持されるよう、通いの場等の社会参加に資する取組に結びつけることが重要。
- 一方、サービス・活動Cを実施している自治体は少なく、実施する上での課題もある。

サービス・活動Cの概要

＜対象者＞

要支援者・事業対象者のうち、目標達成のための計画的な支援を短期集中的に行うことにより、**介護予防・自立支援の効果が増大すると認められる者**

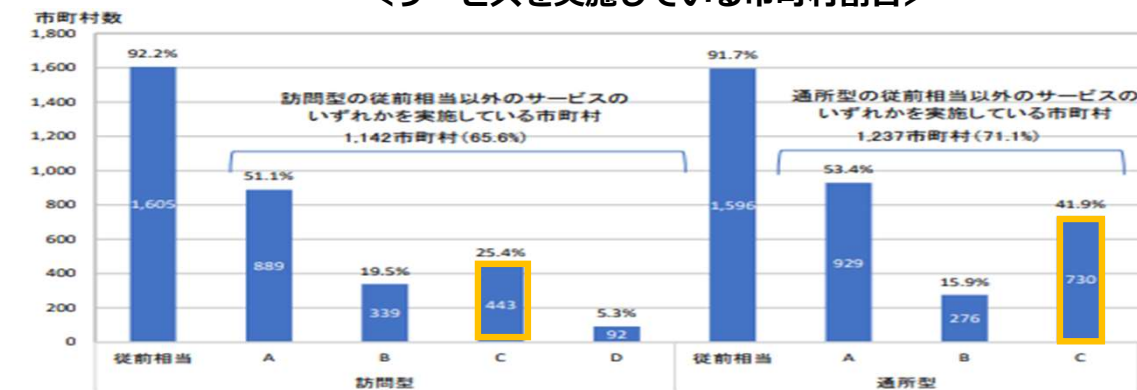
＜サービス内容＞

対象者に対し、**3月以上6月以下の期間を定めて保健医療に関する専門的な知識を有する者により提供される短期集中的なサービス**

＜支援の提供者＞

保健医療専門職

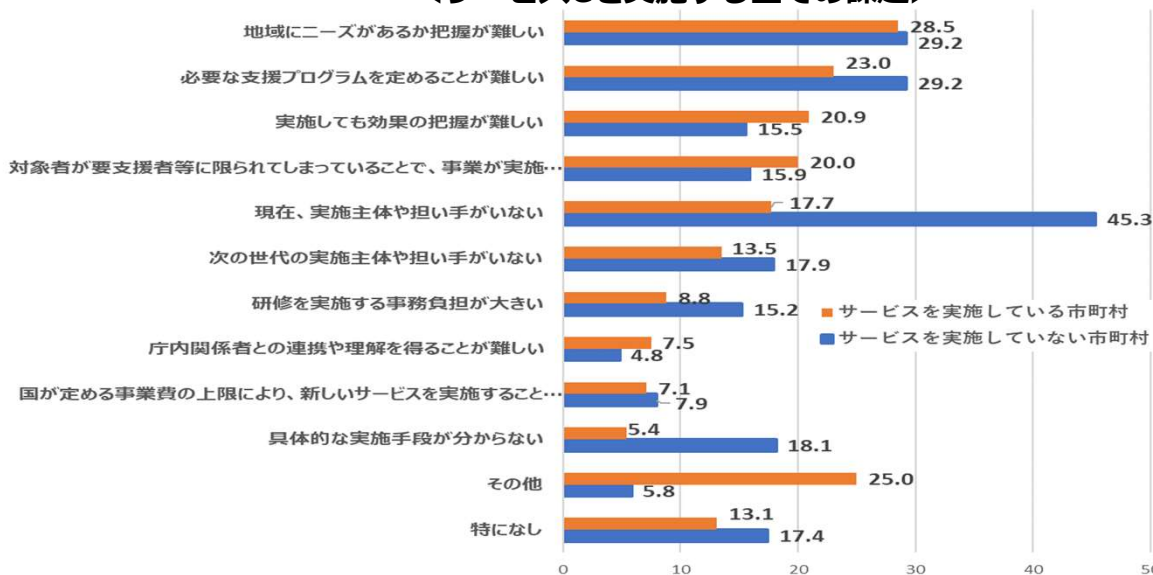
＜サービスを実施している市町村割合＞



実施率＝実施市町村数/全市町村数

出店：介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和元年度実施分）に関する調査結果（厚生労働省）

＜サービスCを実施する上での課題＞



出店：令和元年度 介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業報告書（NTTD）（%）

奈良県生駒市の事例： 短期集中予防サービス取組（取組のポイント）

総合事業の体系的な実施



- 介護予防の必要性や元気度を考慮し、総合事業の体系図を構築。集中介入期・移行期・生活期という時期に分けて、多様なサービスや一般介護予防事業を整理し、アップデートを重ねてきている。
- 短期集中予防サービスは、介護予防ケアマネジメントと地域ケア会議との連動性が重要で、関係機関・者、住民との目線合わせは必須である。
- 「もう年だから」と年齢だけであきらめてしまったこと、あきらめかけていることに着目し、3カ月という有期限の中で専門スタッフやボランティアとともに個人が再獲得したいと思うことを実現するためにサポートする事業である。
- 丁寧な地域ケア会議を通して、個別課題の解決に向けた支援や地域課題を集積し、必要な事業を創出・政策形成にも寄与している。
- 事業の対象には、廃用性の方をはじめ、整形外科疾患で痛みやしびれを伴い活動性が低下している方や認知症や難病を患っている方まで、主治医とも連携しながら、幅広し対象の方が参加している。
- 認知症の方の参加から、認知症支援隊養成講座が生まれたり、認知症の方の「〇〇したい」をサポートする事業も生まれている。
- 訪問型サービスCでは、自宅や戸外での活動が広がる支援も行っている。

介護予防ケアマネジメント・地域ケア会議・短期集中予防サービスは連動 (短期集中予防サービス 通所型C+訪問型Cの様子)



訪問型サービスCでの様子

【薬の飲み忘れを防ぐ支援Bさん】
ご主人と一緒に内服薬の自己管理ができるよう、カレンダーを工夫。

【バスの乗降指導でCさん】
徐々に体力アップしてきたため、生活の幅を広げるため、バスへの乗降が自身でできるかを確認。安全に乗り降りする指導を実施。

【通院が自身のできるよう電車にトライ】
歩行補助具を活用しながら、電車に乗る練習を実施。
電車を待つ位置、扉が開いてからカートを車内に入れる方法などを助言・指導。
最終月の訪問調整で実施！

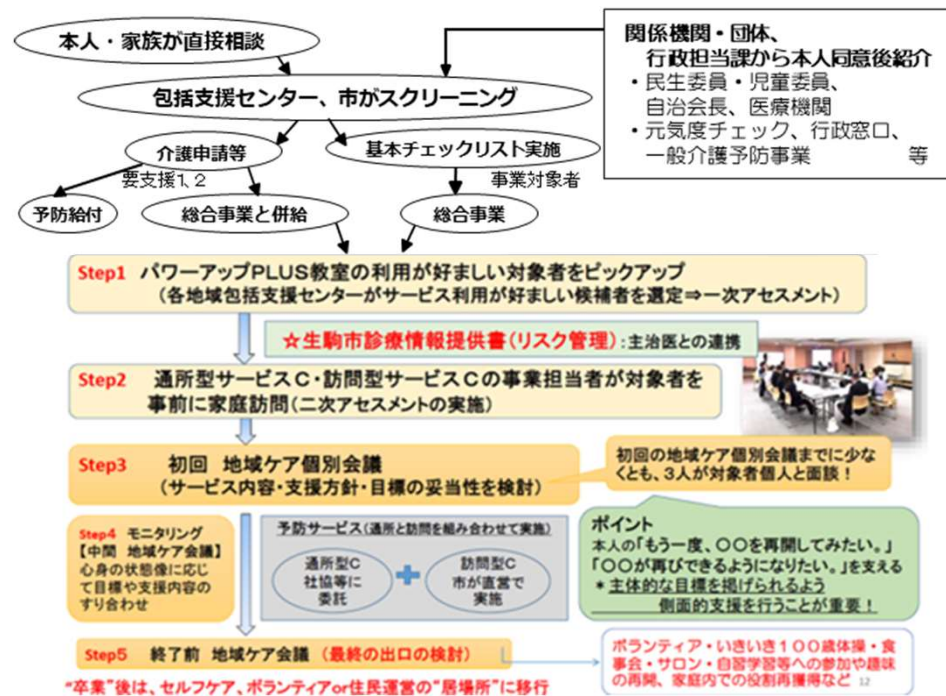
【認知症で物忘れが進んでいるAさん】
調理の一連の流れをOTが確認。
調理に至る行程を分析→的確な指示・声掛けの方法を検討。調理ができることがわかりました！

【玄関の上がり框・浴槽の出入り指導】
浴槽のマタギ動作の確認や手すり等の活用方法の指導。玄関の上がり框の段差解消などの助言・指導。

【布団で寝起きしたいDさんへの指導】
タッチアップを活用し、立ち上がりの方法を具体的に助言・指導。
起き上がり動作を含み助言・指導。

奈良県生駒市の事例： 丁寧なピックアップと地域ケア会議を通して広がるセルフケアや住民主体の活動の輪

対象者を丁寧にピックアップする流れ



氏名: Aさん 105歳 女性

99歳になるまで、介護保険サービスを利用せず、介護予防教室などに参加しながら、毎日、散歩をしたりして体力維持に努めておられました。
99歳で転倒し、大腿骨頭骨折にて、全身麻酔で手術を受けた後、リハビリを受け退院。退院後は、入浴や体力増強を目的にデイサービスを一時期ご利用。その後、フレイル状態から脱却できる【パワーアップPLUS教室】に3ヶ月通われ、元気を取り戻され、現在105歳。
卒業後は、ヒマワリの集い(通所型B)に参加されています。セルフケアでは、毎日の散歩が日課です!



インタビューで印象に残った言葉

「近鉄百貨店に行って、好きな毛糸や布地を買って、まだまだ裁縫がしたいわ。このコートも自分で縫ったのよ。」

坂道を歩いていてしんどくないですか?

「全然、そんなことなかったことないわ。とにかくなんでも、日課にすることが大事なのよ」とお話しくださいました。

【人生100年時代! 勇気づけられます!】

短期集中予防サービスの受け皿の一つとして住民主体の活動が拡充

住民主体・地域運営の【通いの場】が増加

平成24年		平成27年		平成29年		令和5年	
教室名	教室数	教室名	教室数	教室名	教室数	教室名	教室数
わくわく教室	9	わくわく教室	9	わくわく教室	9	わくわく教室	9
地域型のびのび教室	10	地域型のびのび教室	23	地域型のびのび教室	26	地域型のびのび教室	24
脳の若返り教室	4	脳の若返り教室	14	脳の若返り教室	14	脳の若返り教室	12
高齢者サロン	35	高齢者サロン	40	高齢者サロン	45	高齢者サロン	47
ひまわりの集い	1	ひまわりの集い	2	ひまわりの集い	2	ひまわりの集い	2
		いきいき百歳体操	2	いきいき百歳体操	56	いきいき百歳体操	101
				コグニサイズ教室	2	コグニサイズ教室	2
				認知症カフェ	3	認知症カフェ	5
						送迎付き介護予防教室	2
						地域リハ訪問事業	1
						地域型ひまわりの集い	10
合計	59	合計	90	合計	157		215

認知症高齢者もサービスCにエントリーするため、その人の〇〇したい!を叶えるために地域ケア会議で協議を重ね、「認知症支援隊養成講座」が誕生。

例) 自身で買い物したい!を叶えるため、ボランティアとのマッチングを行い、買い物支援をしている場面です。送迎ボランティア、買い物を支援しているボランティアがサービスCをきっかけに生まれました!



奈良県生駒市の事例： 短期集中予防サービスの導入による費用対効果

- サービス・活動Cの参加者と非参加者での比較ではないが、サービス・活動Cに効果を示唆するデータとして、以下のような結果が得られている。



介護予防ケアマネジメントが大変で地域包括支援センターが疲弊しているという話を聞くが、生駒市においては後期高齢者数が増加しても事業費そのものは増大しておらず、介護予防ケアマネジメント件数も大幅に伸びていない。

これは、短期集中予防サービスによる効果が大きく、エンドレスサービス利用者が増え続けていないためでもある。

一般介護予防事業

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的して行うものである。
- 機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなど的高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを行う。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。
- 市町村が主体となり、一般介護予防事業を構成する以下5つの事業のうち必要な事業を組み合わせ、地域の実情に応じて効果的かつ効率的に実施する。

○ 介護予防把握事業

地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、住民主体の介護予防活動へつなげる。

○ 介護予防普及啓発事業

介護予防活動の普及・啓発を行う。

○ 地域介護予防活動支援事業

市町村が介護予防に資すると判断する地域における住民主体の通いの場等の介護予防活動の育成・支援を行う。

○ 一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う。

○ 地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。

自治体における一般介護予防事業の実施状況について

介護予防把握事業

	実施数 (市町村数)	実施率
介護予防把握事業	1695	97.4%

介護予防普及啓発事業

	実施数 (市町村数)	実施率
介護予防普及啓発事業	1,698	97.5%
パンフレット等の作成・配布	1,455	83.6%
講演会や相談会の開催	913	52.4%
介護予防教室等の開催	1,588	91.2%
介護予防事業の実施の記録等を 管理するための媒体の配布	650	37.3%
その他	220	12.6%

一般介護予防事業評価事業

	実施数 (市町村数)	実施率
一般介護予防事業評価事業	587	33.7%
一般介護予防事業評価事業を実施していない場合、 介護予防・日常生活支援総合事業の事業評価の実施状況	636	36.5%

地域介護予防活動支援事業

	実施数 (市町村数)	実施率
地域介護予防活動支援事業	1,463	84.0%
介護予防に関するボランティア等の人材を育成するための研修	942	54.1%
介護予防に資する多様な地域活動組織の育成・支援	1,122	64.4%
社会参加活動を通じた介護予防に資する地域活動の実施	519	29.8%
介護予防に資する取組への参加やボランティア等への ポイント付与	705	40.5%
高齢者等による介護予防に資するボランティア活動 に対するポイントの付与	504	28.9%
自らの介護予防のため、介護予防に資する活動 に参加する高齢者等へのポイントの付与	425	24.4%
その他	74	4.3%

地域リハビリテーション活動支援事業

	実施数 (市町村数)	実施率
地域リハビリテーション 活動支援事業	1,302	74.8%

令和5年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査

地域リハビリテーション活動支援事業

地域リハビリテーション活動支援事業を実施している市町村（1,302自治体）における専門職の派遣依頼の実績

派遣実績		医師	歯科医師	薬剤師	保健師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士・栄養士	歯科衛生士	その他	
実施市町村		市町村数	217	189	607	306	299	1,174	901	398	742	693	534
		割合※ ¹	[12.5%]	[10.9%]	[34.9%]	[17.6%]	[17.2%]	[67.4%]	[51.8%]	[22.9%]	[42.6%]	[39.8%]	[30.7%]
市町村からの派遣依頼先種別	郡市区医師会等の職能団体	市町村数	113	128	405	14	53	409	339	163	292	374	75
		割合	52.1%	67.7%	66.7%	4.6%	17.7%	34.8%	37.6%	41.0%	39.4%	54.0%	14.0%
	医療機関	市町村数	114	64	106	5	91	576	397	172	108	62	67
		割合	52.5%	33.9%	17.5%	1.6%	30.4%	49.1%	44.1%	43.2%	14.6%	8.9%	12.5%
	介護サービス施設・事業所	市町村数	17	3	31	33	105	413	311	90	119	43	130
		割合	7.8%	1.6%	5.1%	10.8%	35.1%	35.2%	34.5%	22.6%	16.0%	6.2%	24.3%
	その他	市町村数	18	15	116	268	124	300	197	70	414	308	421
		割合	8.3%	7.9%	19.1%	87.6%	41.5%	25.6%	21.9%	17.6%	55.8%	44.4%	78.8%

派遣回数		医師	歯科医師	薬剤師	保健師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士・栄養士	歯科衛生士	その他
合計※2		274 (1,768)	71 (1,292)	1,449 (7,035)	2,052 (9,614)	3,754 (12,741)	35,378 (56,154)	14,999 (25,676)	1,976 (3,495)	4,001 (14,322)	3,855 (12,970)	21,453 (61,368)
	個人宅※2	5 (5)	0 (7)	6 (37)	86 (481)	58 (541)	9,846 (14,228)	4,479 (6,714)	314 (346)	677 (1,251)	191 (809)	1,581 (7,118)
	事業所※2	2 (26)	0 (34)	0 (1)	15 (45)	469 (782)	2,294 (2,841)	555 (906)	125 (152)	93 (196)	171 (367)	475 (1,384)
	住民主体の通いの場※2	52 (86)	22 (63)	209 (602)	1,504 (6,685)	2,021 (6,561)	15,064 (21,945)	5,866 (8,441)	647 (870)	1,395 (4,993)	1,500 (5,281)	15,646 (38,069)
	地域ケア会議等※2	184 (1,453)	43 (1,049)	1,196 (6,270)	215 (1,747)	259 (1,859)	3,737 (9,496)	2,351 (6,370)	538 (1,579)	1,501 (6,295)	1,239 (4,701)	1,175 (6,360)
	その他※2	31 (197)	6 (138)	36 (122)	229 (651)	944 (2,993)	4,429 (7,607)	1,741 (3,225)	352 (547)	334 (1,584)	753 (1,809)	2,576 (7,937)
	把握していない※2	0 (1)	0 (1)	2 (3)	3 (5)	3 (5)	8 (37)	7 (20)	0 (1)	1 (3)	1 (3)	0 (500)

※1 全市町村に対する割合

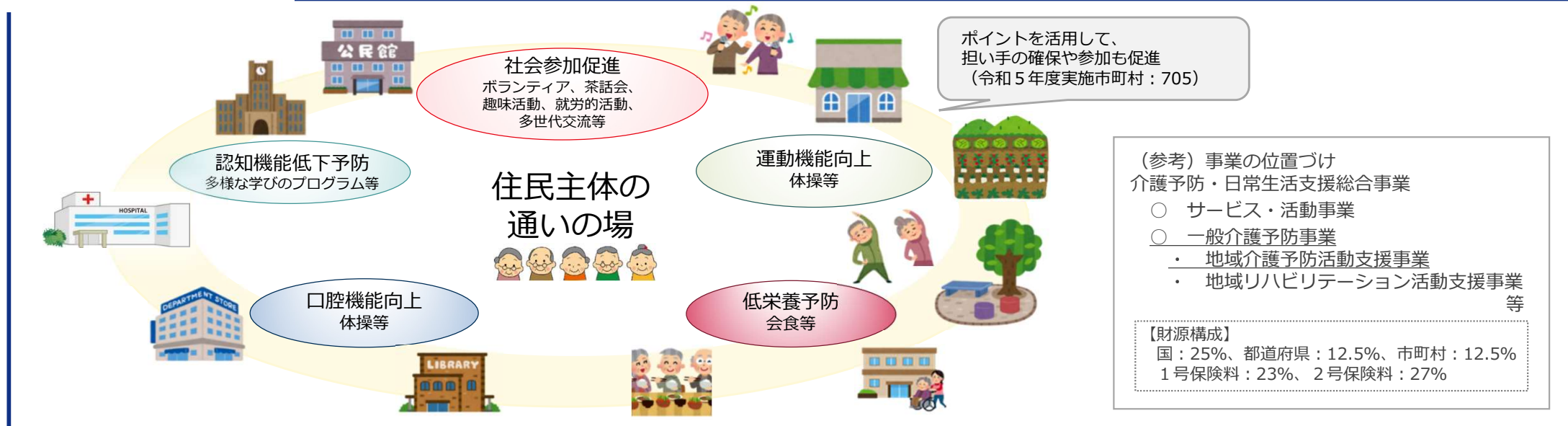
※2 ()は地域リハビリテーション活動支援事業を活用していない場合も含む派遣回数である。

出典：令和5年度介護予防・日常生活支援総合事業
（地域支援事業）の実施状況に関する調査

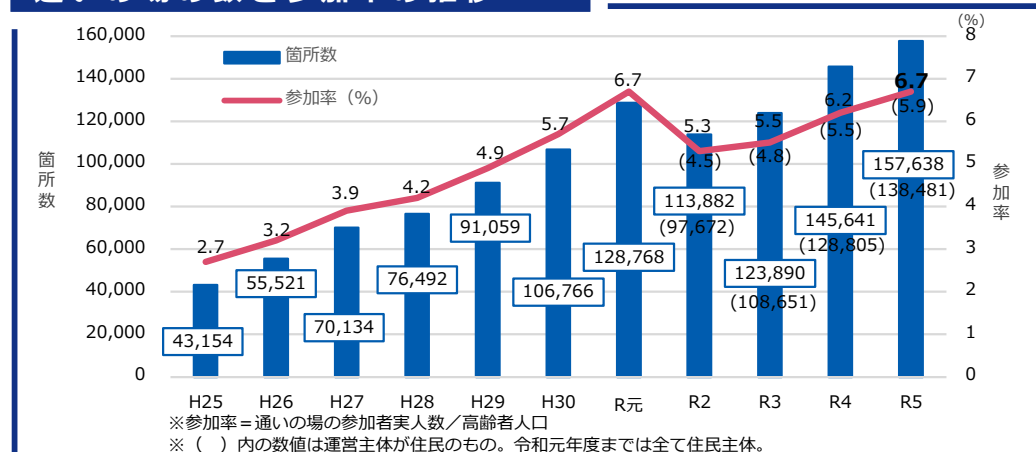
住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）

- 住民主体の通いの場について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進。
- 通いの場の数や参加率は令和元年度まで上昇傾向であったが、令和2年度に低下し、令和3年度以降、再び上昇。
- 取組内容としては体操、趣味活動、茶話会の順が多い。

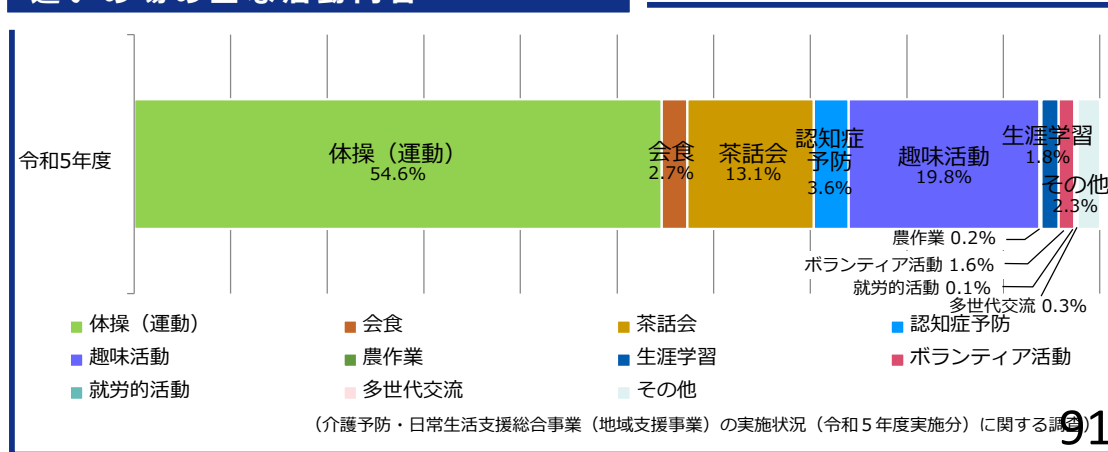
イメージ



通いの場の数と参加率の推移



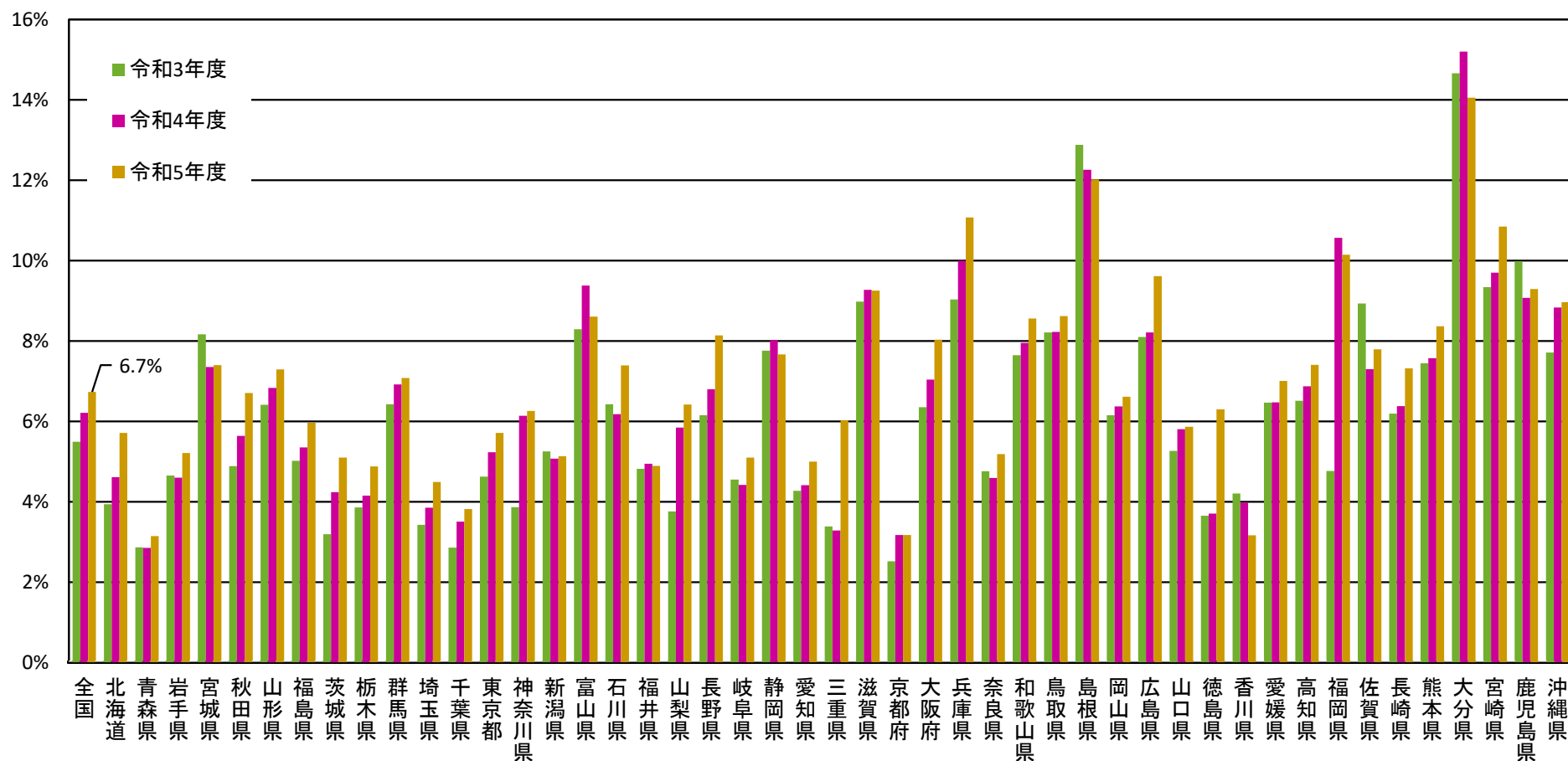
通いの場の主な活動内容



通いの場の参加者の状況

通いの場の参加者割合（都道府県別）

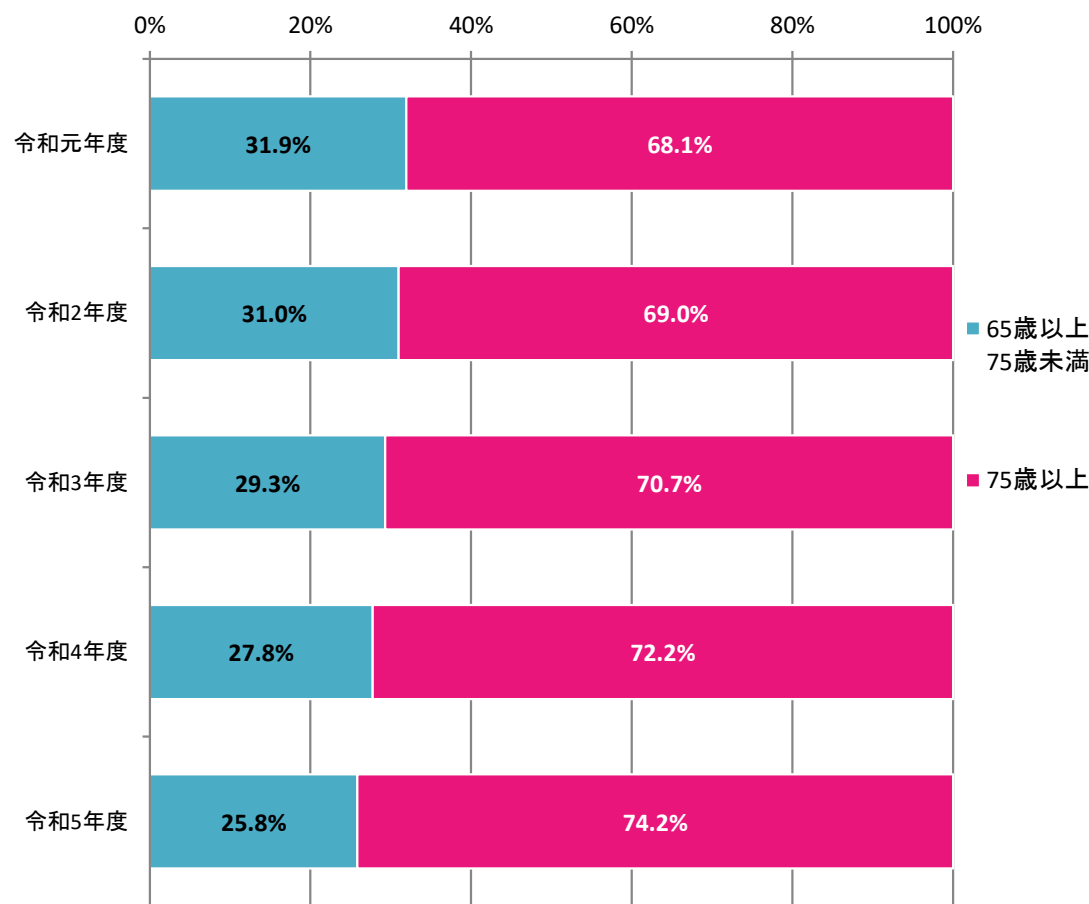
参加者実人数 2,418,838人 高齢者人口の6.7%が参加



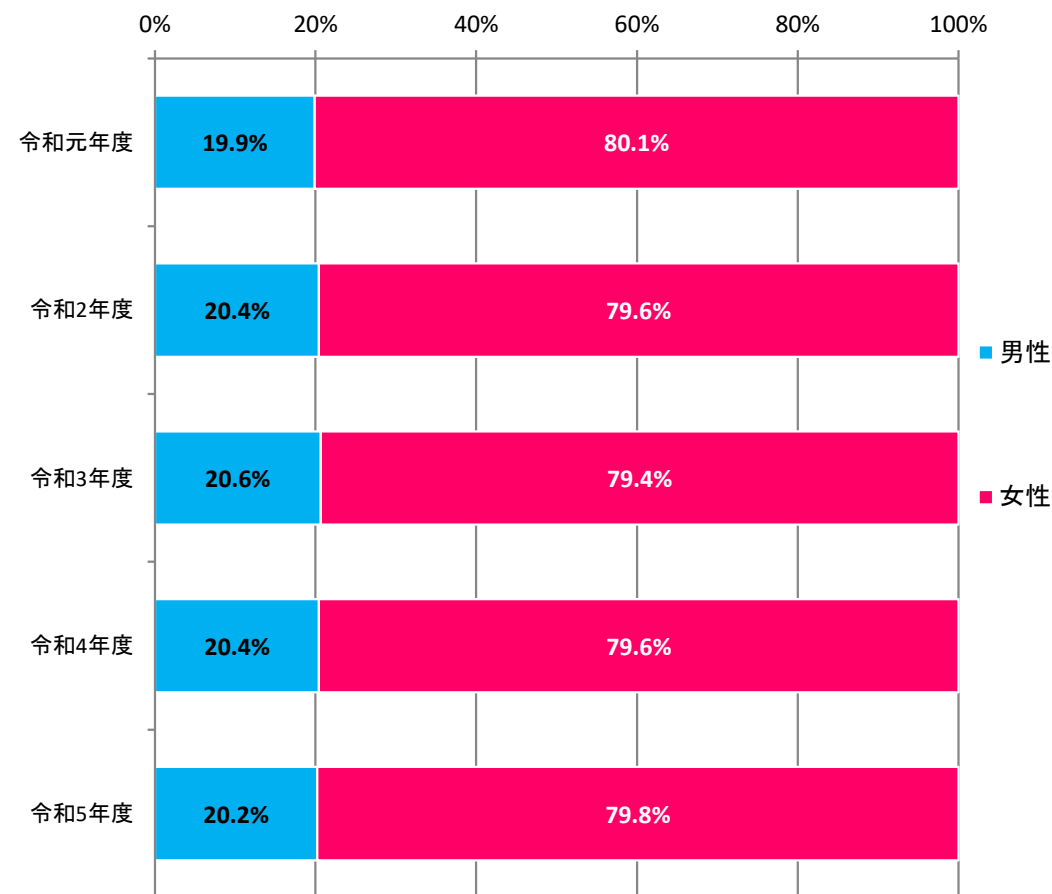
通いの場への参加率＝通いの場※の参加者実人数／高齢者(65歳以上)人口 ※月1回以上の活動実績がある通いの場(具体的な開催頻度を「把握していない」含む)

通いの場の参加者の状況

通いの場の参加者割合（年齢階級別）



通いの場の参加者実人数（性別）（構成比）



※参加者数は、性・年齢階級のを把握している者のみ

通いの場の事例：生活の中にあるその人の望む“居場所”が通いの場となる地域づくり（愛知県豊明市）

- 多様な地域資源を活用した通いの場づくりが行われている。
- 地域資源（通いの場や生活支援サービス等）をサービス種別に見える化して活用している。



POINT

- ① 行政・企業・地域の共同型で体操教室「まちかど運動教室」を展開。
- ② 通いの場とは体操教室だけではなく、生活の中にあるその人が望む“居場所”も通いの場となるような地域づくり。
- ③ 民間企業等との連携による地域の資源を活用した多種多様な通いの場づくり。

Data(2019年12月31日現在)

総人口	69,009人
高齢化率	25.8%
第7期介護保険料 基準額(月額)	5,515円

概要

豊明市では、日常生活における定期的に運動を実践する場として「まちかど運動教室」を開催すると共に「高齢者が普通に暮らせる地域づくり」に取り組んでいる。通いの場とは体操教室だけではなく、日常的な暮らしの場の全てが通いの場であるとの考えからだ。

そこで、何が活用できるのかという視点で地域を見直し、無料送迎付きの温泉施設、地域の特色でもある豊富にある喫茶店、お寺、カーディーラーなど、資源となりうる民間企業等と連携し、バラエティーに富んだ通いの場づくりに取り組んできた。さらに、民間企業等と連携する「公的保険外サービスの創出・促進に関する協定」の中でも多種多様な通いの場がつけだされている。

【豊明市 在宅医療・福祉統合ネットワーク】

豊明市では、地域の関係者と連携して在宅医療・福祉統合ネットワーク「いきいき笑顔ネットワーク」を構築。在宅医療・介護地域資源マップにおいて、地域資源を検索したり、その結果を地図にプロットして見ることができる。

まちかど運動教室

地域の歩いて行ける場所で週1回(1時間)の運動プログラムを提供する場。

地域 会場を確保・教室を運営

民間 講師のインストラクターを派遣

市 予算確保・広報

行政・企業・地域の共同型で展開

※地域の教室以外に、中央会場として市が主催する無料の教室もある。

地域資源を活用した通いの場(例)



①自動車販売店の商談スペースで毎日体操。②毎日通う高齢者も。市内70店以上の喫茶店で見守り。③無料送迎バスがある天然温泉。④理学療法士による健康講座。⑤男性の参加が多いお寺で健康麻雀。⑥・⑦カラオケボックスを利用した体操教室。⑧・⑨薬局で専門職による健康チェックと体操を実践



通いの場の事例：民間法人専門職が社会貢献として行う地域の介護予防のための活動 (北海道帯広市・大樹町)

○ 介護保健施設等を活用して医療専門職が関与した通いの場の取組が行われている。



POINT

- ① 道内で最初に認知症対策としての学習療法を導入した法人の自施設で培ったノウハウを地域へ還元する。
- ② 法人予算に地域貢献活動費用を計上。職員の自発的な地域での取り組みも積極的に支援する。

Data(2020年12月1日現在)

総人口	165,851人(帯広市) / 5,446人(大樹町)
高齢化率	29.2%(帯広市) / 35.8%(大樹町 ※2019年1月時点)
第7期介護保険料 基準額(月額)	5,790円(帯広市) / 5,800円(大樹町)

概要

社会福祉法人光寿会・医療法人社団慈弘会は、帯広市と大樹町を拠点として、医療機関、介護保険施設を運営する法人である。同法人は、2006年に北海道で社会福祉法人光寿会・医療法人社団慈弘会は、帯広市と大樹町を拠点として、医療機関、介護保険施設を運営する法人である。同法人は、2006年に北海道で最初に認知症対策として非薬物療法・学習療法(東北大学加齢医学研究会 川島隆太所長監修)を導入。「地域と共生」を法人モットーとする同法人は、法人内施設で培ったそのノウハウを地域に貢献すべく、2009年に、まずは大樹町で「脳の健康教室」を開催。その後、帯広市でも展開している。

老健施設の地域貢献活動は、2018年度介護報酬改定により施設要件の1つとして示されているが、同法人では、かねてより地域貢献活動に対する予算を計上。その数字は職員にも周知されている。職員の自発的な行動や提案も「地域のためになること」であれば、自由に認められている。施設の周辺地区で月に1回開催する「出前講座」も、職員発信で始まった取組。

また、2016年からは施設周辺の道の駅などの一角を使い、「くらしの窓口」なる簡易出張相談窓口も随時実施する。法人の専門職員が地域住民の介護に関するさまざまな相談にのり、必要に応じて適切なサービスにつないでいる。

<法人概要>

- ◆ 社会福祉法人光寿会
 - ・従業員数: 227名
 - ・施設: 老健施設ケアステーションひかり(大樹町)
 - 老健施設ケアステーションアンダンテ(帯広市)
 - 地域密着型特養アルベジオ(帯広市)
- ◆ 医療法人社団慈弘会
 - ・従業員数: 17名
 - ・医療機関: 森クリニック(大樹町)
 - ハートサウンズもりクリニック(帯広市)

■法人の主な取組

●「脳の健康教室」

概ね65歳以上の地域高齢者を対象。週に1回は集まって仲間との会話を楽しみつつ学習をする。その際に次回までの宿題を出し、自宅でも毎日学習を継続してもらう。

(帯広市) 日時: 毎週月曜日 14:00～15:00

場所: 帯広ダイイチ白樺店

(大樹町) 日時: 毎週火曜日 13:00～15:00

場所: 大樹町経済センターコスモール



●「出前講座」

月に1回、法人内の専門職(セラピスト、管理栄養士、介護福祉士)による健康体操、減塩レシピ紹介、健康に関する講義などを地域で行う。開催場所は、地区の老人クラブの集いなど。

●「くらしの相談窓口 ～かがやき～」

大樹町の道の駅ショッピングモールに月1回開催。「福祉・介護のこと、どなたでも気軽に相談できます」がキャッチコピー。

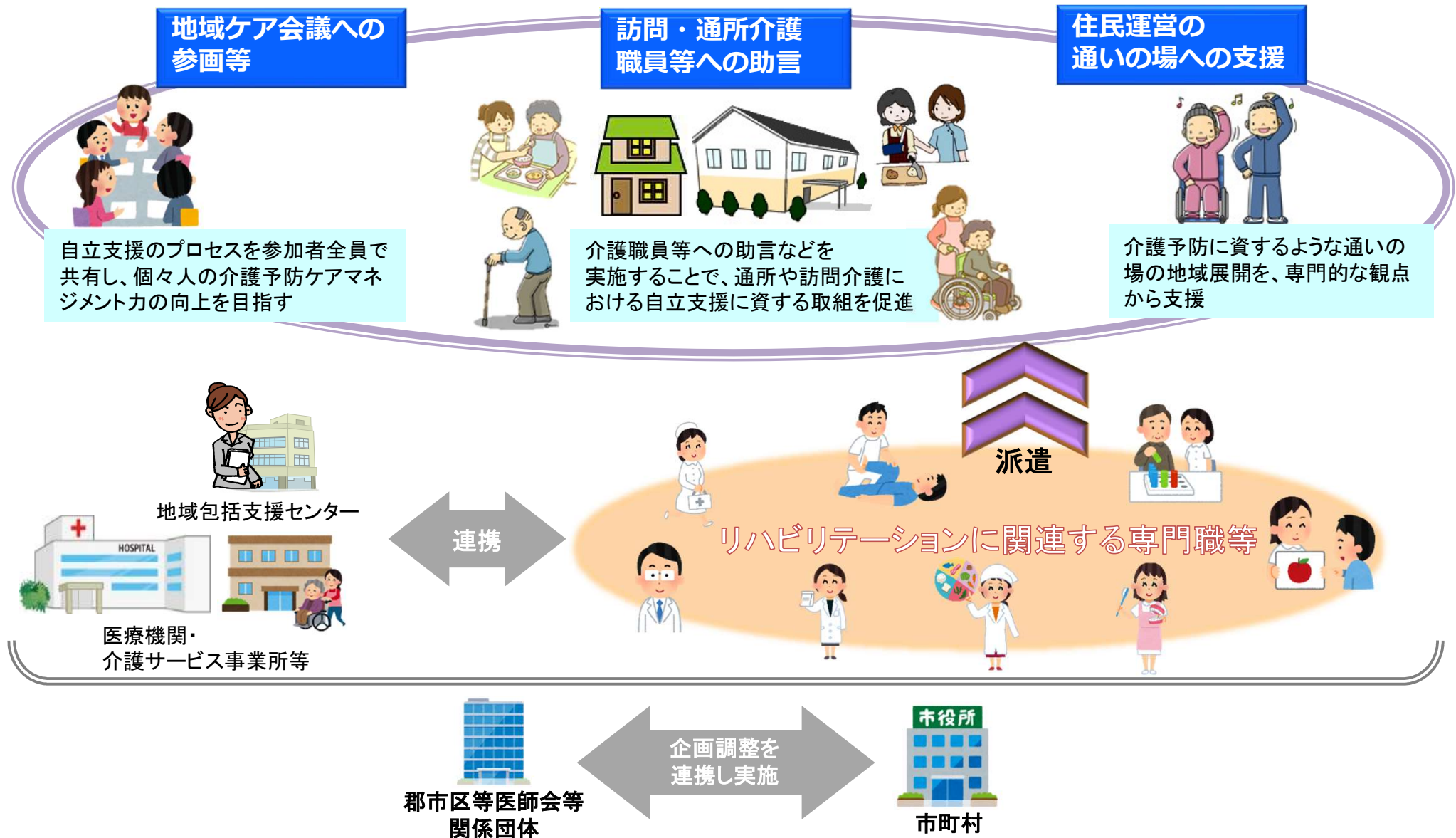
●「ハートサウンズ オレンジカフェ」

法人のクリニックで2017年から開催している認知症カフェ。毎月第3火曜日に開催。毎回15名程度が参加する。



地域リハビリテーション活動支援事業の概要

- 地域における介護予防の取組を機能強化するため、地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進
- 市町村は、郡市区等医師会等の関係団体と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、リハビリテーション専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解を促進



地域リハビリテーション体制について

【地域リハビリテーション推進のための指針】

都道府県における望ましい地域リハビリテーションのイメージ

- 都道府県は、協議会の設置や支援センターの指定を行い、事業実施を推進することで、市町村の一般介護予防事業を中心とした地域支援事業の充実・強化を支援

都道府県 ← 協議

都道府県リハビリテーション協議会（企画体制）

- ・ リハビリテーション連携指針の作成
- ・ リハビリテーション支援センターの指定に係る調整・協議

参加団 thể例（都道府県医師会等の関係団体）

病院協会、老人保健施設協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会、栄養士会、歯科衛生士会等
関係団体、介護支援専門員協会、保健所、市町村、都市区等医師会、患者・家族の会代表やその他事業の推進に必要な者

指定

都道府県リハビリテーション支援センター（推進体制）

- ・ 地域リハビリテーション支援センターにおける研修の企画
- ・ リハビリテーション資源の把握
- ・ 行政や関係団体との連絡・調整

支援

地域リハビリテーション支援センター（市町村、二次医療圏等地域の実情に応じ設定）

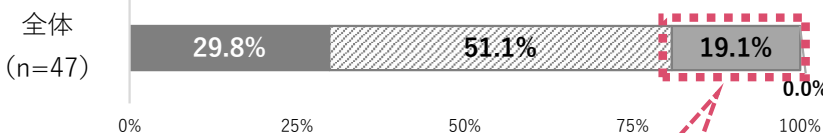
- ・ 地域での相談支援（住民からの福祉用具や住宅改修等に関する専門的相談）
- ・ 研修の実施（リハビリテーション従事者、介護サービス事業所の職員、市町村職員向け等）
- ・ 通いの場や地域ケア会議等への派遣の調整

地域リハビリテーション支援体制の状況

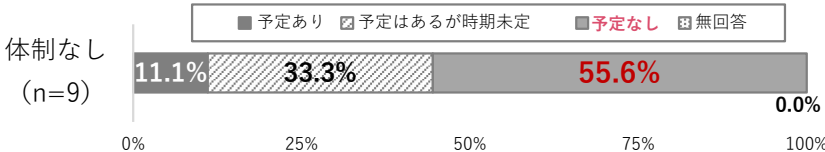
都道府県での地域リハ支援体制の整備状況（令和5年度末時点）



※「地域リハ支援体制がある」とは、左図のイメージ図と同じ地域リハ支援体制があることを示す。

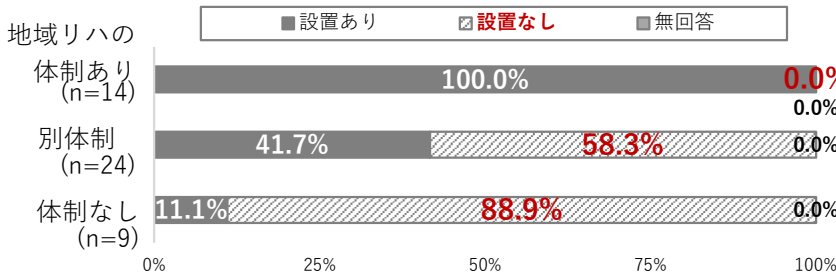


地域リハ支援体制の整備予定



*「地域リハ支援体制がなし」の回答に限る

都道府県リハ協議会の設置の有無（令和5年度末時点）



令和6年度老人保健健康増進等事業「全国における地域リハビリテーション体制の調査研究事業」より抜粋

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査について

実施目的

保険者が、一般高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者、要支援者を対象に、日常生活圏域ごとに、地域の抱える課題の特定(地域診断)に資することなどを目的に実施するもの。

対象者

要介護1～5以外の高齢者
(一般高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者、要支援1・2)

調査手法・項目

- 原則、郵送調査(市町村の事情によっては訪問調査)
- 要介護状態になる前の高齢者のリスクや社会参加状況などを把握するという目的から、下記の調査項目数を選定
 - ・必須項目35問
 - ・オプション項目29問(調査の目的や対象者等に応じて適宜、採用すべきかどうかを市町村が検討する項目)

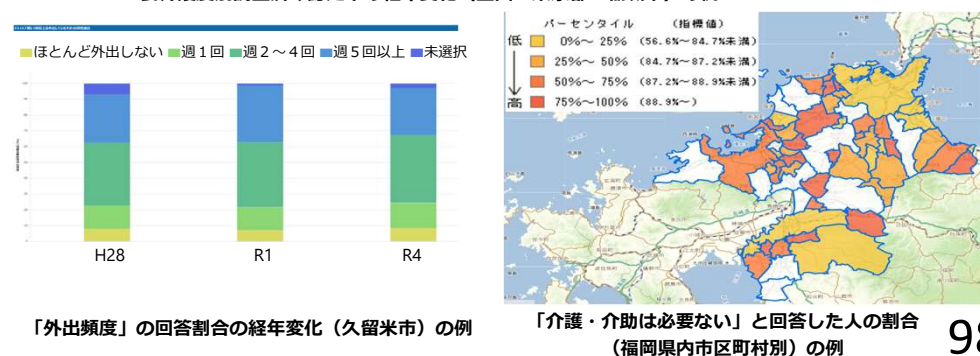
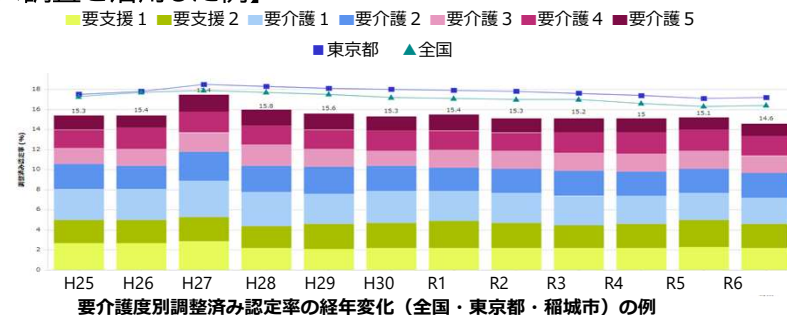
【主な調査項目】

設問内容	設問内容の意図
問1 あなたのご家族や生活状況について	基本情報
問2 からだを動かすことについて	運動器機能の低下・転倒リスク・閉じこもり傾向を把握
問3 食べることについて	口腔機能の低下・低栄養の傾向を把握
問4 毎日の生活について	認知機能の低下、IADLの低下を把握
問5 地域での活動について	ボランティア等への参加状況・今後の参加意向
問6 たすけあいについて	うつ傾向を把握
問7 健康について	知的能動性・社会的役割・社会参加の状況等を把握
問8 認知症に係る相談窓口の把握について	家族を含めた認知症の有無や、相談窓口の認知状況を把握

調査結果の活用方法

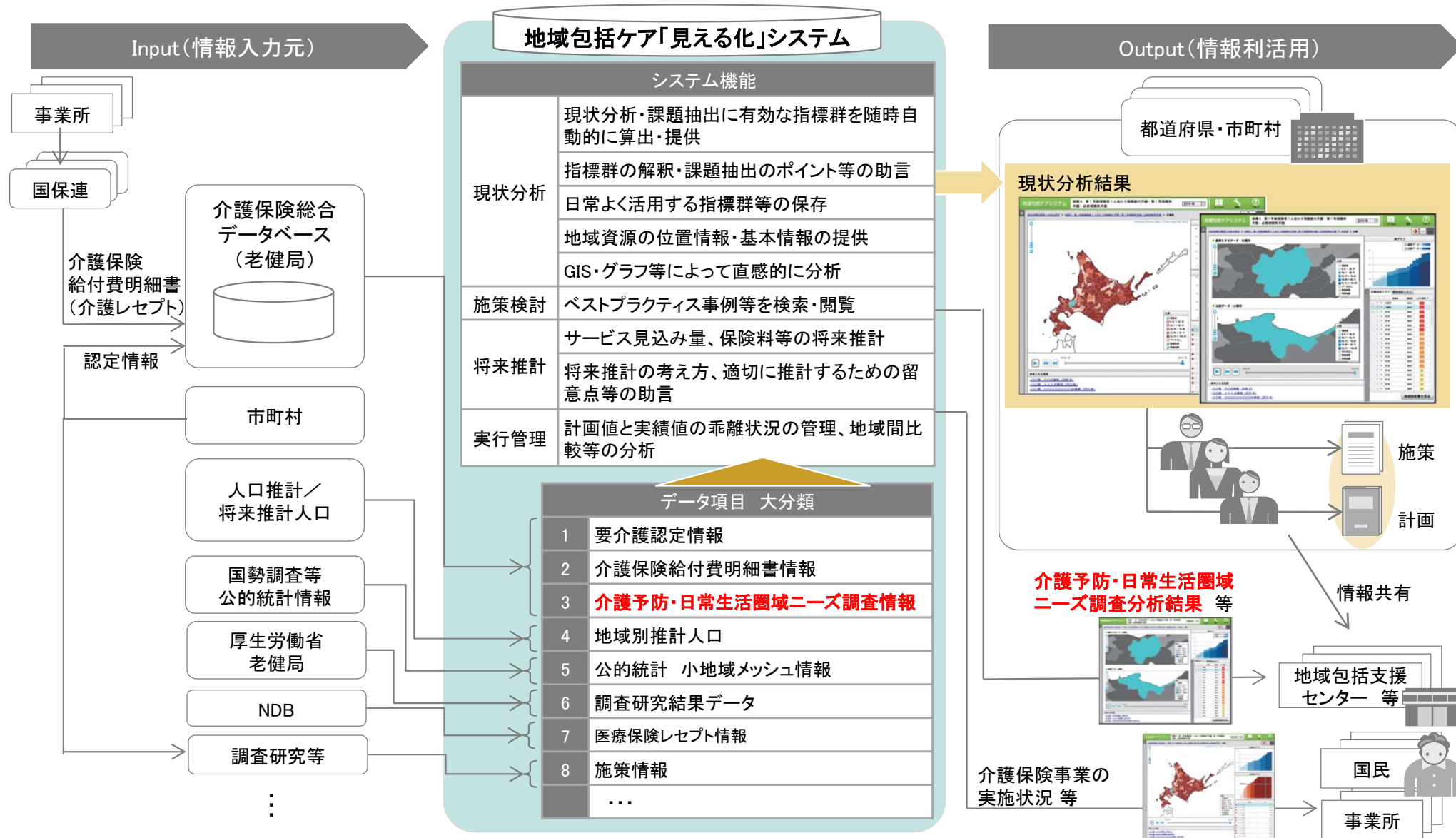
- 地域の抱える課題の特定(地域診断)
※地域包括ケア「見える化」システムに登録することで、自地域のデータの経年比較や他地域のデータとの地域相関比較を行うことが可能
- ニーズ調査の他、各種データを整理・分析するとともに、地域ケア会議等で出た課題や議論を整理した上で、介護保険事業計画策定委員会等の関係者が集まる場で地域の課題を共有し、対応を検討することが可能。
- ニーズ調査結果を地域包括ケア「見える化」システムに登録している自治体数は802市区町村にとどまる。

【ニーズ調査を活用した例】



地域包括ケア「見える化」システム

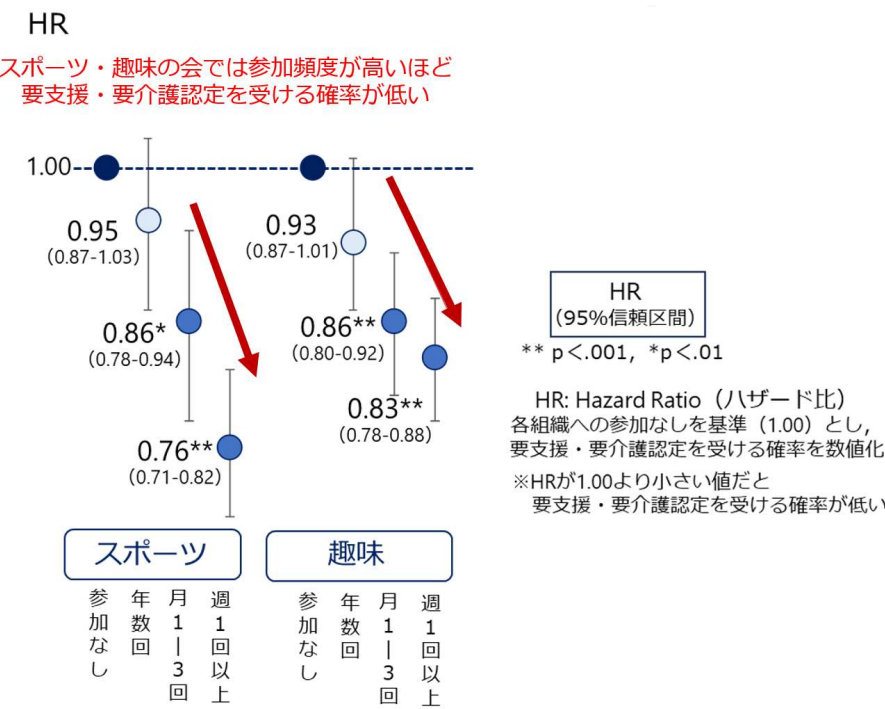
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、全国・都道府県・二次医療圏・老人福祉圏・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるように、介護・医療関連情報を国民も含めて広く共有(「見える化」)を推進。



○ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査やレセプト情報等を連結して活用することにより、以下のような研究結果が示されている。

- ・スポーツ・趣味の会では参加頻度が高いほど 6年後に要支援・要介護認定を受ける確率が低かった。
- ・通いの場参加者では3年後の生活機能が良好で、趣味、老人クラブ、学習・教養サークル、ボランティア参加頻度が高く、会った友人の数が多かった。

①スポーツ・趣味の会への参加と要介護リスクの抑制



・スポーツ・趣味の会では**参加頻度が高い**ほど 6年後に
要支援・要介護認定を受ける確率が低かった

出典: Ide K, Tsuji T, Kanamori S, Watanabe R, Iizuka G, Kondo K.
Frequency of social participation by types and functional decline:
A six-year longitudinal study.
Arch Gerontol Geriatr. 2023 Sep;112:105018.

②通いの場への参加による健康行動・暮らしの変化

1. 身体/認知的健康	2. 精神的健康	5. 利他的行動
死亡	うつ兆候	ボランティア
認知症	希望なし	特技伝達
全認定		
要介護2以上	3. 心理的ウェルビーイング	6. 健康行動
残存歯数19本以下	幸福感	喫煙
主観的健康感良好	人生の満足度	肉魚摂取頻度
	4. 社会的ウェルビーイング	野菜果物摂取頻度
BMI (Body Mass Index)	スポーツ	歩行時間
生活機能※1	趣味	健診・検診
高血圧	老人クラブ	
脳卒中	学習・教養	
心疾患	友人と会う頻度	
糖尿病	会った友人の数	
高脂血症	外出頻度	
呼吸器疾患	情緒的サポート	
	手段的サポート	

N = 4,232 (通いの場参加: 15.5%)
※1: 応用的な日常動作
(買い物, 金銭管理, 病人を見舞うなど)

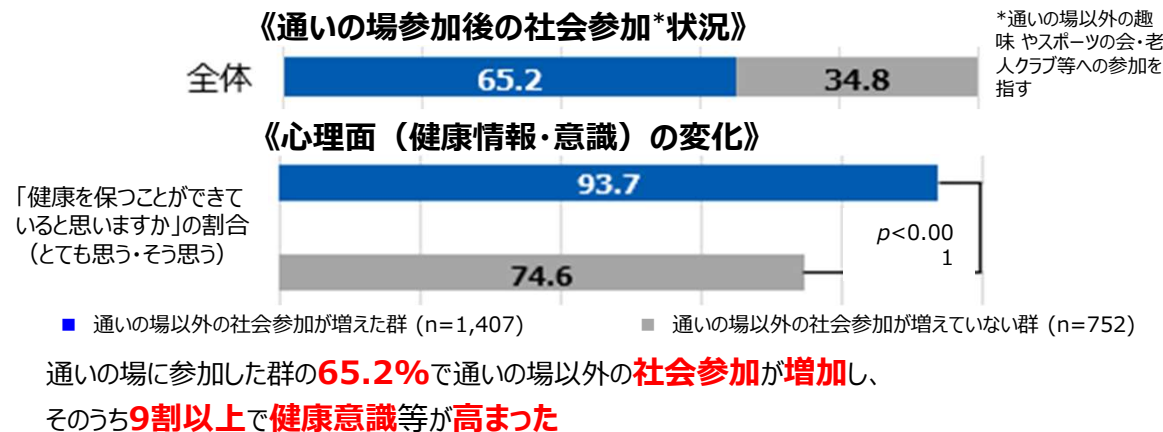
p値
(結果の確かさ)
*** < 0.0015
** < 0.01
* < 0.05

・通いの場参加者では3年後の**生活機能が良好で、趣味、
老人クラブ、学習・教養サークル、ボランティア参加
頻度が高く、会った友人の数も多く、健康行動も改善**

出典: Ide K, Nakagomi A, Tsuji T, Yamamoto T, Watanabe R, Yokoyama M, Shirai K,
Kondo K, Shiba K. Participation in Community Gathering Places and Subsequent Health
and Well-being: An Outcome-wide Analysis, Innovation in Aging, 2023;igad084,
<https://doi.org/10.1093/geroni/igad084>.

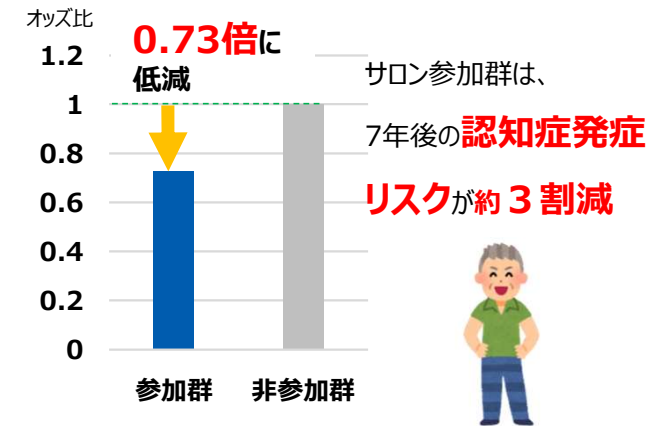
- ・ 通いの場（サロン）に参加している群は、①通いの場以外への参加が増加して健康意識が高まったり、②認知症発症リスクが低下していた。
- ・ 通いの場に限らず、社会参加をしていた群で、③うつ発症リスクや、④要介護リスクが低下していた。

① 社会参加の増加・健康意識の高まり



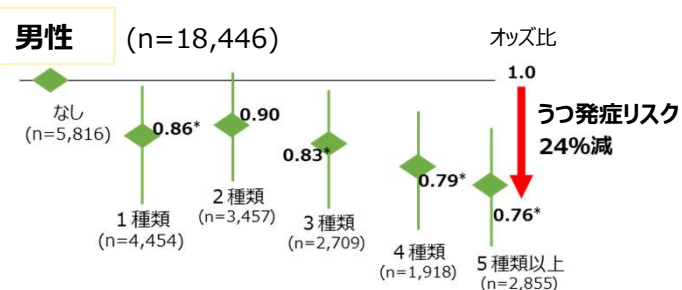
(林 他. 総合リハ 2019; 47(11): 1109-1115)

② 認知症発症リスクの低下



(Hikichi H, et al. Alzheimers. Dement. 2016; 3(1): 23-32)

③ うつ発症リスクの低下

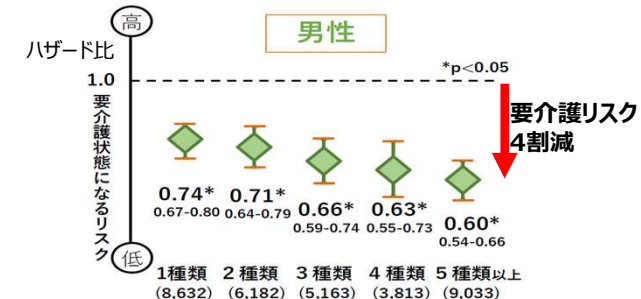


男女ともに**社会参加***の**種類が多い**ほど、3年後の
うつ発症リスクが**低下**していた

*ボランティア、スポーツの会、趣味の会、老人クラブ、町内会、自治会、介護予防と健康づくりの活動、学習・教養サークル、特技や経験を他者に伝える活動への参加を指す

(宮澤 他. 総合リハ 2021; 49(8): 789-798)

④ 要介護リスクの低下



男女ともに**社会参加***の**種類が多い**ほど、3年後の
要介護認定を受けるリスクが**低下**していた

*老人クラブ、業界団体、ボランティア、町内会、就労、スポーツの会、趣味の会等への参加を指す

(東馬場 他. 総合リハ 2021; 49(9): 897-904)

介護予防・地域ささえあいサポート拠点整備モデル事業

● 背景

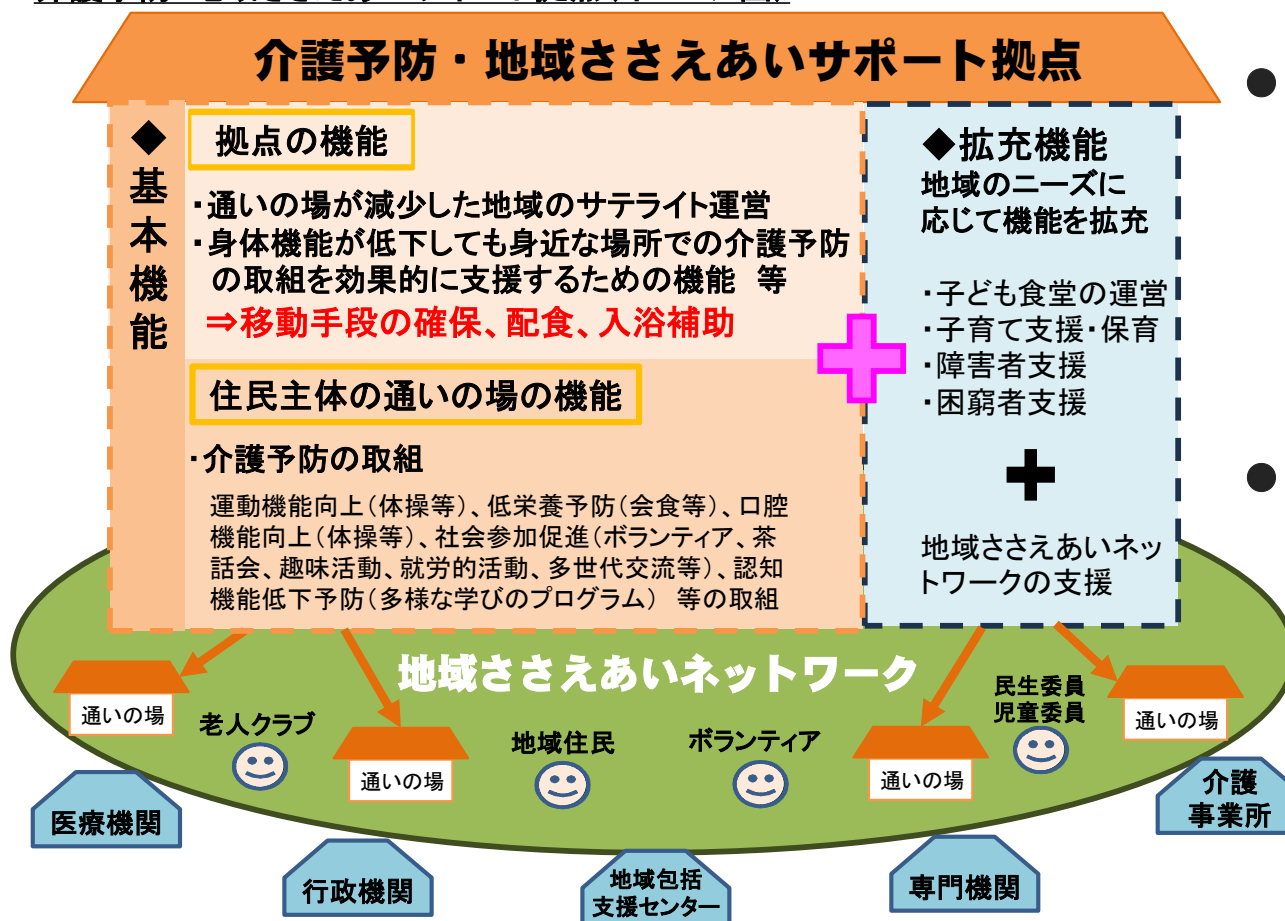
＜現在＞

通いの場は、住民主体の介護予防の取組を推進する場として、高齢者の社会参加を促すとともに、支え合い機能や多世代交流の場として地域共生社会の実現の一翼を担っている。

＜今後＞

- ・高齢者の健康寿命を延伸するために、更なる介護予防の取組が重要
- ・人口が減少している地域や中山間地域等を中心に、高齢者支援の担い手が減少
- ・身近な場所での介護予防の取組を効果的に支援するための拠点が必要
- ・人口減少等に伴い、地域のニーズに応じて、子育て支援や障害者支援等の機能も担う

● 介護予防・地域ささえあいサポート拠点（イメージ図）



● 施策の目的

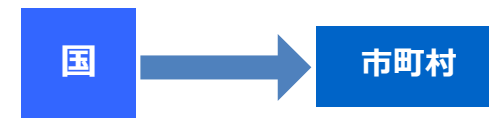
- ・身近な場所での介護予防の取組を効果的に支援するための拠点をモデル的に整備
- ・人口減少・中山間地域等において、あわせて地域のささえあいを効果的に下支えする機能をモデル的に実施

● 施策の概要

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、地域で支え合い、多様な機関や関係者が連携して取組を支援する拠点を、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）

- ☐ 実施主体：市町村（10か所）
- ☐ 補助率：国10／10
- ☐ 事業スキーム



● 施策の対象経費

1市町村あたり5,000万円以内を基本とする。
（内訳）

- ☐ 施設の改修等に係る経費（工事費等）
- ☐ 拠点の立ち上げに係る経費（人件費、消耗品費等）
- ☐ 送迎等に係る経費（賃借料、燃料費、保険料等）
- ☐ 研修等に係る経費（謝金、旅費、会場借料等）

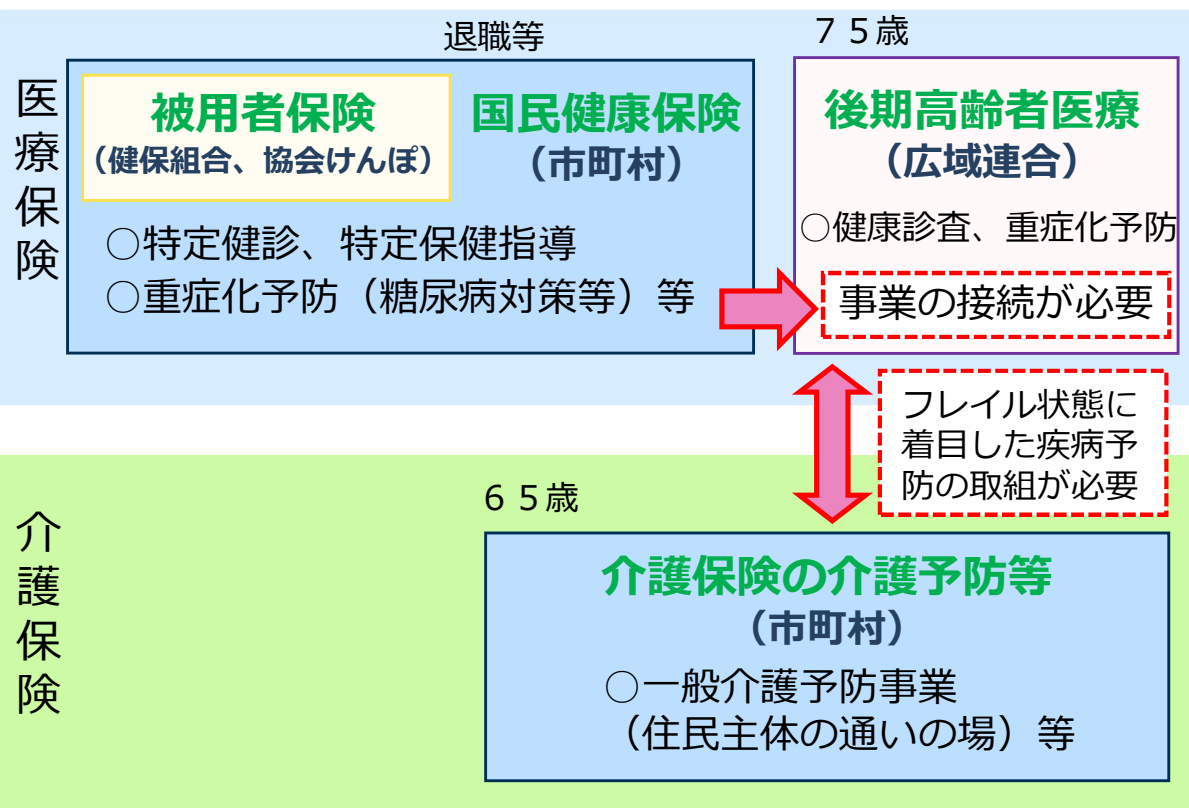
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組が令和2年4月から開始**された。
- 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

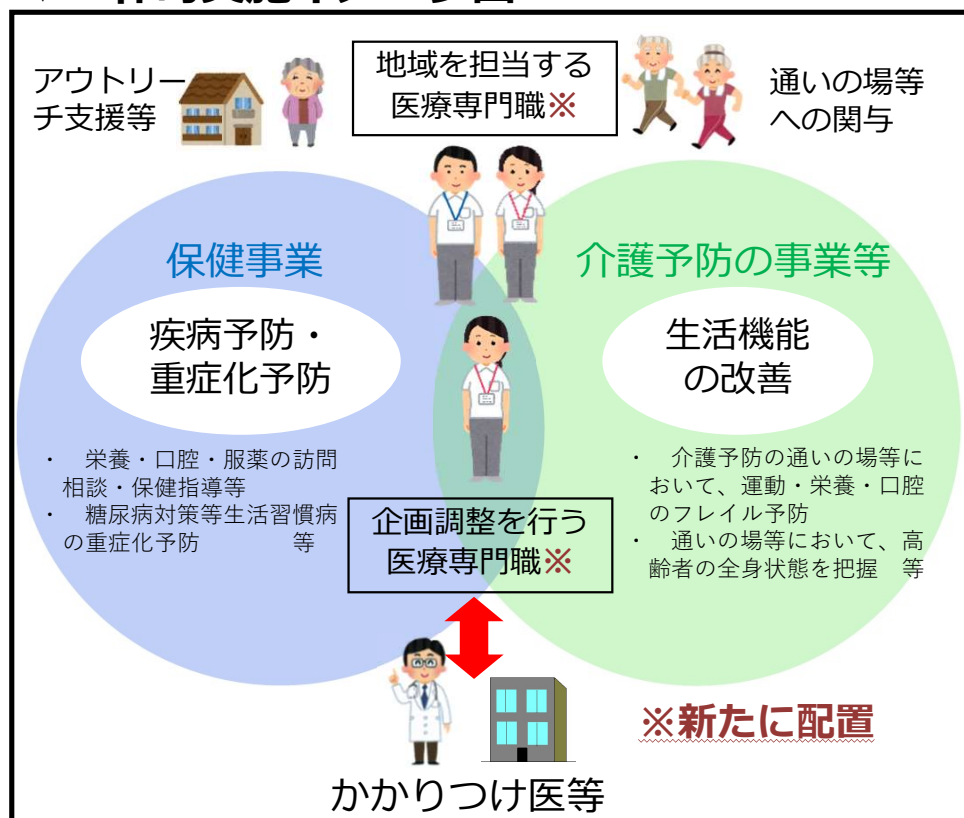
- 令和6年度において、ほぼ全ての市町村において一体的な実施を展開済み。
- 令和7年度以降においては、実施市町村における取組の量の増加と質の向上を目指す。

高齢者医療課調べ（令和6年11月時点）

▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図

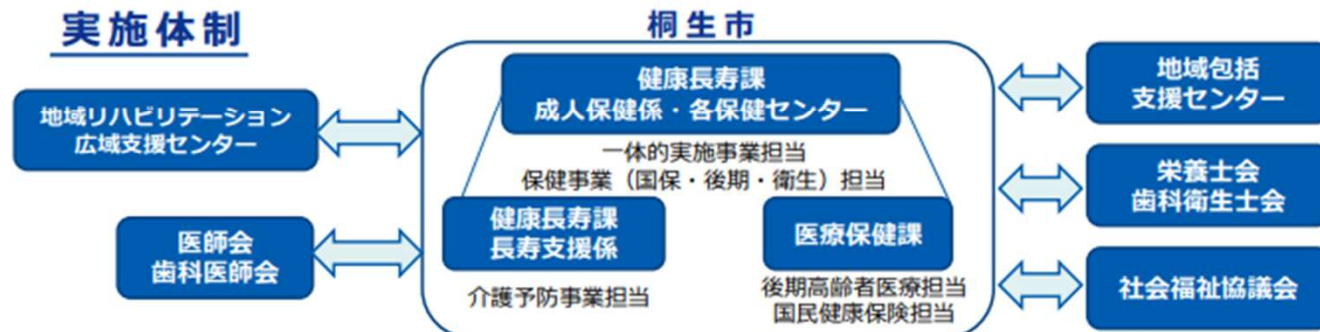


群馬県桐生市 一庁内外連携・多職種連携による誰もが安心して暮らせるまちづくり

市の概況（令和6年4月1時点）

人口	102,328人
高齢化率	37.35%
後期被保険者数	22,730人
日常生活圏域数	8圏域

実施体制



取組の経緯

保健師、管理栄養士、歯科衛生士及び健康運動指導士など多職種が公民館に出向いて相談会を開くなどの取組は以前から実施していたが、一体的実施事業の開始に向けて、令和元年度から体制等についての協議を始めた。令和2年度には一体的実施事業の実施体制なども視野に入れた市の機構改革があった。保健事業を担い保健師が配置されていた成人保健係、地域支援事業担当部署であり地域包括支援センターを所管していた長寿支援係が健康長寿課として1つの課となったことで、より密な連携体制が取れるようになった。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

保健事業担当（成人保健係）、介護予防事業担当（長寿支援係）が同課に配置されているため、随時情報共有が可能。

医療保健課（後期高齢者医療主管課）にも計画作成時、事業実施時、実施結果時に情報共有を行っている。

● 医療関係団体等との連携

医師会や歯科医師会をはじめ、地域リハビリテーション広域支援センター、栄養士会、歯科衛生士会、地域包括支援センター及び社会福祉協議会など地域で活躍する関係機関と多職種連携を通して、地域包括ケアに取り組んでいる。



←
理学療法士が
サロンでフレ
イル予防の教
育をしている
様子。

ハイスコアアプローチ

● 糖尿病性腎症重症化予防

【実施方法】

前年度健診で空腹時血糖または随時血糖またはHbA1c基準該当者で過去1年間に糖尿病受診歴のない年度年齢80歳以下の者を対象に、事前に事業案内を郵送で通知。対象者1人につき3回の訪問や来所、電話等による保健指導を行う。また、医療未受診者に対して、受診勧奨を行う。

【実施内容】

初回保健師による訪問時、課題に応じた助言を行うとともに、生活習慣改善に向けた改善計画（目標と行動計画）を設定。2回目には管理栄養士の栄養指導相談を行い、改善目標に向けたアドバイスと支援を行う。3回目に保健師が、医療受診状況、目標達成状況を評価する。

● 健康状態不明者対策

前年度健診未受診かつ医療レセプトデータのない被保険者かつ介護認定を受けていない年度年齢77歳の者に対して、高齢者質問票の内容を含んだアンケートを郵送し、その結果からフレイルリスクの高い人やアンケートの返信がなかった人に対し、訪問や来所、電話等による個別支援を実施。

ポピュレーションアプローチ

● 複合的取組

・健康教育・健康相談・フレイル状態の把握

地区の健康教育に加え、保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士または作業療法士等が1か所のサロンに対し4回介入し、フレイル予防の健康教育および体操や運動を実施。介入するサロンは地域包括支援センターが選定し、センター職員も参加している。サロンでの体力測定の様子から、その後の声掛けにもつなげている。

＜実施後のサロン支援（地域支援事業）＞

・フレイルリスクの改善

フレイルリスクの高い参加者が多いサロンに対し、地域リハより理学療法士または作業療法士の派遣協力を受け、転倒予防など生活上の注意点の振り返りや効果的な運動の実習等を行う。地域包括支援センターとも連携し、継続的な支援をする。

・口腔機能向上の取組

質問票や反復唾液嚥下テストからサロンを選定し、地域リハより言語聴覚士の派遣協力を受け、口腔機能の維持の実習等を行う。

● 気軽に相談できる環境づくり

既存の保健事業（きりゅう健康ポイント事業「100点チャレンジ」）と連携し、窓口でのチャレンジカード提出時にフレイル予防の啓発を同時に実施。

熊本県熊本市 一効果的なデータ活用・庁内連携で実現する高齢者支援の充実一

市の概況（令和6年4月1時点）

人	口	728,677人					
高	齡	化	率	27.4%			
後	期	被	保	険	者	数	104,051人
日	常	生	活	圏	域	数	27圏域

実施体制



高齢福祉課
介護保険課

高齢者支援担当

国保年金課
（主担当課）

企画・調整担当

医療対策課

保健衛生担当

一体的実施庁内WG

健康福祉政策課
健康づくり推進課
保護管理援護課

健康福祉担当



地域包括支援センター

各区福祉課・保健こども課

医師・歯科医師会・大学等

取組の経緯

- ・健康、医療及び介護の各分野において、以前から、各課で健康増進、生活習慣病予防、介護予防に取り組んでいたが、各課の既存事業の情報共有や市が保有するビッグデータの分析や活用、市民との健康課題の共有が不十分であること、健康増進活動に取り組む地域や人が固定化しつつあることなどが課題であった。
- ・新型コロナウイルス感染症予防で外出を自粛する高齢者の疾病の重症化やフレイルリスクが高まることが懸念されたため、令和3年度から、庁内一体となった高齢者の支援体制づくりに取り組むこととなり、一体的実施事業を開始。
- ・R3年度は5圏域、R4年度は10圏域、R5年度は15圏域をモデル圏域に選定し、実施圏域を段階的に拡大。R6年度からは市内全27圏域で本事業に取り組んでいる。

企画調整・関係機関との連携

- 庁内連携
 - ・関係課（全体）で実施する「庁内連携会議」（年2回）の中で一体的実施の取組の周知、報告、意見交換を行っている。
 - ・各計画との整合性を図り、各課の既存事業を整理、連動させることで、効果的に高齢者支援を推進していくため、高齢者支援に関する主務関係課で「一体的実施庁内WG」を構成し、課を超えた業務の横連携を図っている。
- 医療関係団体等との連携
 - 医師会等には、事業の周知、啓発協力（骨折予防）依頼等を行っている。
- 熊本大学（整形外科）との連携
 - 骨折予防に関して、大腿骨骨折リスク判定ツールの提供や研修会の講師として支援を受け、連携を図っている。

ハイリスクアプローチ

- フレイル予防
 - 健診結果から低栄養、口腔及び身体的フレイルのリスクのある対象者を抽出し、短期集中予防サービスの利用勧奨をしている。また、地域包括支援センターと連携し、対象者が利用を希望する場合、スムーズに利用申請手続きにつながるよう工夫している。
- 生活習慣病重症化予防（糖尿病性腎症等）
 - 国保において糖尿病の医療費が高い課題を踏まえ、糖尿病性腎症予防のためにHbA1c基準該当者を対象とし、通知、訪問等にて医療機関への受診勧奨と保健指導を実施。
- 骨折予防対策
 - 熊本県後期高齢者医療広域連合が示した貧血と骨折の相関を踏まえ、貧血がある者へ通知、訪問等にて、医療機関への受診勧奨や転倒・骨折予防を踏まえた保健指導を実施。予防的に介入を行うため、BMI値や体重減少の有無に関わらずHb11g/dL未満を対象としている。訪問時は握力測定や開眼片足立ちを実施することで、対象者自身が転倒、骨折リスクを認識し、行動変容や自己管理ができるよう促している。

ポピュレーションアプローチ

- 健康教育・健康相談
 - 通いの場において、体力測定や後期高齢者の質問票等を活用し、参加者の健康状態の把握やフレイル予防や骨折予防等の普及啓発活動及び参加者の状況に応じた健診・医療受診勧奨や介護サービス等の利用勧奨を行っている。
 - より具体的に健康状態を把握するため、体力測定結果とアンケート結果（後期高齢者の質問票等）を組み合わせ、フレイルリスク等を判定し、本人へ結果返却している。
 - 併せて、体組成測定、大腿骨骨折リスク判定ツール等の活用をすることで、本人が網羅的に健康状態を知り生活改善を行うきっかけづくりを行っている。
 - また、通いの場ごとの集計結果を提示することで、継続した健康づくり活動の意義を感じてもらえるよう働きかけている。



保険者機能強化推進交付金等

保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

令和7年度当初予算額 (一般財源) 101 億円 (100億円)
(消費税財源) 200 億円 (200億円)

1 事業の目的

- 平成29年の地域包括ケア強化法の成立を踏まえ、客観的な指標による評価結果に基づく財政的インセンティブとして、平成30年度より、保険者機能強化推進交付金を創設し、保険者（市町村）による高齢者の自立支援、重度化防止の取組や、都道府県による保険者支援の取組を推進。令和2年度からは、介護保険保険者努力支援交付金（社会保障の充実分）を創設し、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより、これらの取組を強化。
- 令和5年度においては、秋の行政事業レビューや予算執行調査などの結果を踏まえ、アウトカムに関連するアウトプット・中間アウトカム指標の充実や、評価指標の縮減など、制度の効率化・重点化を図るための見直しを行ったところであり、令和6年度以降、引き続き保険者機能強化の推進を図っている。

2 事業スキーム・実施主体等

- 各市町村が行う自立支援・重度化防止の取組及び都道府県が行う市町村支援の取組に対し、評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて、交付金を交付する。
- ※ 介護保険保険者努力支援交付金（消費税財源）は、上記の取組の中でも介護予防・日常生活支援総合事業及び包括的支援事業（包括的・継続的ケアマネジメント支援事業、在宅医療介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業）に使用範囲を限定。

【実施主体】 都道府県、市町村

【交付金の配分に係る主な評価指標】

（保険者機能強化推進交付金）

- ① 事業計画等によるPDCAサイクルの構築状況
- ② 介護給付の適正化の取組状況
- ③ 介護人材確保の取組状況

【交付金の活用方法】

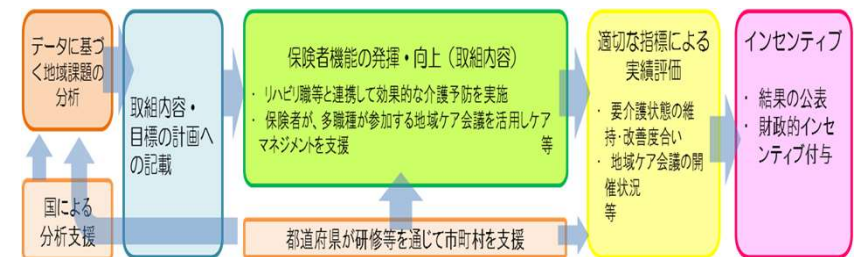
- 都道府県分：高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業（市町村に対する研修事業、リハビリテーション専門職等の派遣事業等）の事業費に充当。
- 市町村分：国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業など、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な事業を充実。

【補助率・単価】 定額（国が定める評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて、交付金を配分）

【負担割合】 国10/10

【事業実績】 交付先47都道府県及び1,571保険者（令和5年度）

〈交付金を活用した保険者機能の強化のイメージ〉



保険者機能強化推進交付金と介護保険保険者努力支援交付金の役割分担について

〈最終的な政策目標〉

高齢者がその状況に応じて
可能な限り自立した日常生活を営む

〈地域包括ケアの実施体制〉

質の高い介護
サービスを提供
する

※ 制度的なシステムが確立
しているため評価の対象外

介護予防/日常
生活支援を推進
する

認知症総合支援
を推進する

在宅医療・在宅
介護連携の体制
を構築する

公正・公平な給付を行う体制を構
築する

介護人材の確保その他のサービス提供基
盤の整備を推進する

〈地域包括ケアを進めていく上での基盤〉

持続可能な地域のあるべき
姿をかたちにする

努力支援交付金で評価

推進交付金で評価

高齢化等が進展する中、地域における人口動態等の変化を見据えながら、
保険者機能を強化し、政策目標の実現を図ることが必要

令和6年度保険者機能強化推進交付金等の見直しの全体像

- 保険者機能強化推進交付金等については、令和4年度秋レビューや予算執行調査結果等も踏まえつつ、社会保障審議会介護保険部会による意見書の内容に沿って、保険者機能強化に一層資するものとなるよう、令和5年度（令和6年度評価）から、以下のような見直しを行った。
 - ① 保険者機能強化推進交付金と介護保険保険者努力支援交付金の役割分担の明確化
 - ② プロセス評価指標の重点化（既存評価指標の廃止縮減、評価指標の体系見直し）
 - ③ 中間アウトカム・アウトプット指標の創設等のアウトカム指標の強化
 - ④ アウトカム指標による交付金配分枠の創設
 - ⑤ 保険者機能強化に意欲的に取り組む自治体に対する配分枠の創設
 - ⑥ 評価結果の見える化のさらなる推進

【交付金の役割分担の見直し】

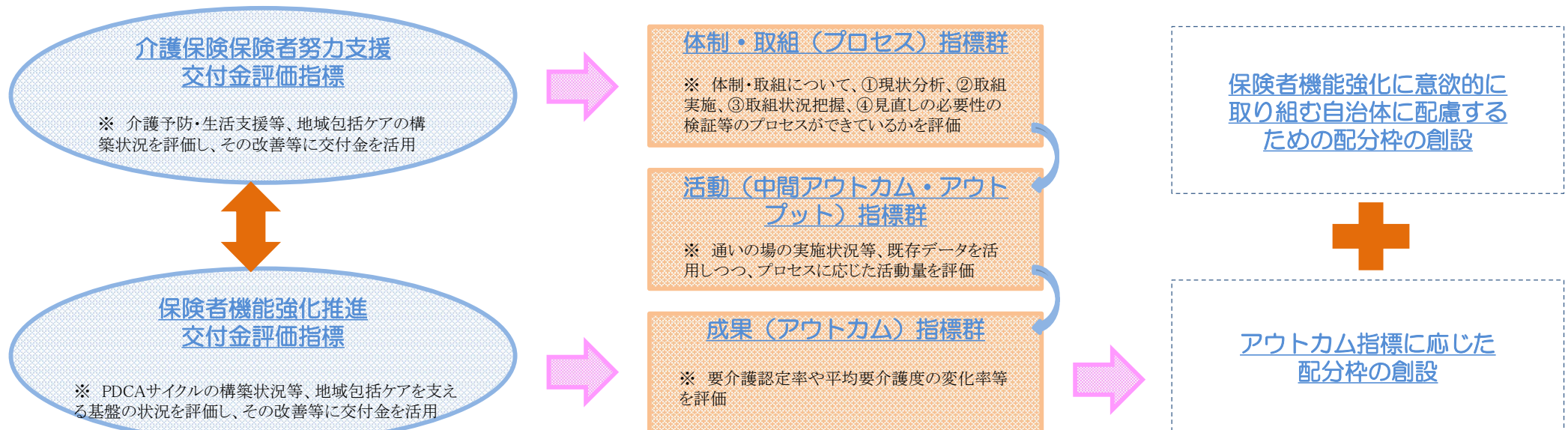
- 各交付金の目的を明確化し、評価指標についてもそれぞれを区分することで、PDCAサイクルを強化。【上記①】

【評価指標の見直し】

- 各交付金に係る評価指標について、プロセス指標は極力縮減するとともに、プロセス、アウトプット、アウトカムの3群に体系化を図り、アウトカムとプロセスの関連付けを強化。【上記②・③】

【交付金配分基準の見直し】

- 現在、第一号被保険者数ごとに配分枠を設けているが、保険者の取組を促し、メリハリの利いた配分を行うため、配分基準を見直し。【上記④・⑤】



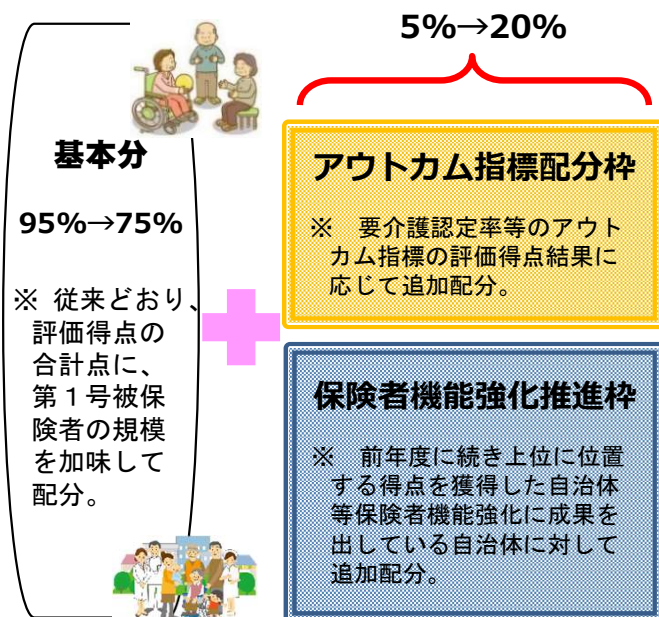
※ 上記のほか、見える化のさらなる推進を図るため、市町村の評価結果について、評価項目毎の得点獲得状況についても公表。【上記⑥】

1 事業の目的

- 保険者機能強化推進交付金については、令和7年度において、以下の見直しを行ったところ。
 - ① アウトカム指標等に着目した配分の拡充
 - ② 成果指向型の保険者機能強化に向けた支援の構築
 - ・ 地域包括ケアの構築に向けた基盤整備や取組の充実に既に一定程度取り組んでいる保険者を対象として、さらなる健康寿命の延伸に向け、**地域のデータ分析に基づき、自らターゲットとなる対象者、成果目標及び評価指標を設定**した上で、**当該成果を達成するために成果指向型の介護予防・健康づくりの取組を行う保険者に対する新たな支援の枠組み**を構築

2 見直しの内容

① アウトカム指標等に着目した配分の拡充



② 成果指向型の保険者機能強化に向けた支援の構築(新規) 5%



令和7年度（都道府県分）保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果の概要

- 2025年（令和7年度）における保険者機能強化推進交付金等の配分に活用するため、国において令和7年度評価指標を定め、これに基づき、47都道府県が自らの取組等について評価を行った結果は、次のとおりである。

【平均点】 **528.8点**（800点満点） 【R6：516.1点（800点満点）】

【平均得点率】 **66.1%** 【R6：64.5%】

【得点トップ】 **静岡県 625点**（78.1%） 【R6：徳島県の597点（得点率74.6%）】

- 令和7年度評価結果においては、都道府県における取組が進んだこと等により、平均得点率等について、前年度を上回る結果となった。
- 都道府県分については、市町村分に比べ、平均点が高い傾向にあり、また、分野別に見ると、支援の目標Ⅲ（在宅医療介護連携関連）の得点率が最も高く、アウトカムを除き支援の目標Ⅰ（介護予防・日常生活支援関連）の得点率が最も低い。

		保険者機能強化推進交付金											介護保険保険者努力支援交付金											合計			
		目標Ⅰ 持続可能な地域のあるべき姿			目標Ⅱ 公平・公正な給付を行う体制の構築			目標Ⅲ 介護人材の確保その他のサービス提供基盤の整備			目標Ⅳ 高齢者の状況に応じた自立した日常生活（アウトカム指標群）	推進交付金合計	目標Ⅰ 介護予防/日常生活支援の推進			目標Ⅱ 認知症総合支援の推進			目標Ⅲ 在宅医療・在宅介護連携の構築			目標Ⅳ 高齢者の状況に応じた自立した日常生活（アウトカム指標群）	努力支援交付金合計	体制・取組指標群計	活動指標群計	アウトカム計	
		体制・取組指標群	活動指標群	小計	体制・取組指標群	活動指標群	小計	体制・取組指標群	活動指標群	小計			体制・取組指標群	活動指標群	小計	体制・取組指標群	活動指標群	小計	体制・取組指標群	活動指標群	小計						
R7	配点	60	40	100	64	36	100	72	28	100	100	400	48	52	100	68	32	100	68	32	100	100	400	380	220	200	800
	平均点	51.9	15.6	67.5	59.9	15.0	74.9	64.2	10.9	75.1	47.7	265.1	41.3	20.2	61.5	63.4	12.4	75.8	66.2	12.4	78.6	47.7	263.7	346.9	86.6	95.3	528.8
	平均得点率	86.4%	39.0%	67.5%	93.6%	41.7%	74.9%	89.2%	39.0%	75.1%	47.7%	66.3%	86.1%	38.8%	61.5%	93.2%	38.8%	75.8%	97.4%	38.8%	78.6%	47.7%	65.9%	91.3%	39.4%	47.7%	66.1%
	中央値	54	16	69	64	15	76	67	11	78	45	270	42	20	64	68	14	77	68	14	80	45	263	358	88	90	527

令和7年度（市町村分）保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果の概要

- 2025年（令和7年度）における保険者機能強化推進交付金等の配分に活用するため、国において令和7年度評価指標を定め、これに基づき、1,741市町村が自らの取組等について評価を行った結果は、次のとおりである。

【平均点】 **435.0点**（800点満点） 【R6：422.4点（800点満点）】

【平均得点率】 **54.4%** 【R6：52.8%】

【得点トップ】 **荒尾市（熊本県）649点**（81.1%） 【R6：小松市（石川県）の663点（得点82.9%）】

- 令和7年度評価結果においては、市町村における取組が進んだこと等により、平均得点率等について、ほぼ前年度を上回る結果となった。
- 分野別に見ると、支援の目標Ⅲ（在宅医療介護連携関連）の得点率が最も高く、支援の目標Ⅱ（認知症総合支援関連）の得点率が最も低い。

		保険者機能強化推進交付金											介護保険保険者努力支援交付金											合計			
		目標Ⅰ 持続可能な地域のあるべき姿			目標Ⅱ 公平・公正な給付を行う体制の構築			目標Ⅲ 介護人材の確保その他のサービス提供基盤の整備			目標Ⅳ 高齢者の状況に応じた自立した日常生活（アウトカム指標群）	推進交付金合計	目標Ⅰ 介護予防/日常生活支援の推進			目標Ⅱ 認知症総合支援の推進			目標Ⅲ 在宅医療・在宅介護連携の構築			目標Ⅳ 高齢者の状況に応じた自立した日常生活（アウトカム指標群）	努力支援交付金合計				
		体制・取組指標群	活動指標群	小計	体制・取組指標群	活動指標群	小計	体制・取組指標群	活動指標群	小計			体制・取組指標群	活動指標群	小計	体制・取組指標群	活動指標群	小計	体制・取組指標群	活動指標群	小計			体制・取組指標群計	活動指標群計	アウトカム計	
R7	配点	64	36	100	68	32	100	64	36	100	100	400	52	48	100	64	36	100	68	32	100	100	400	380	220	200	800
	平均点	49.5	10.0	59.4	47.3	18.1	65.4	38.9	7.7	46.6	47.8	219.2	35.1	20.2	55.3	33.3	13.2	46.5	53.3	12.8	66.1	47.8	215.7	257.4	81.9	95.7	435.0
	平均得点率	77.3%	27.7%	59.4%	69.6%	56.5%	65.4%	60.7%	21.5%	46.6%	47.8%	54.8%	67.5%	42.0%	55.3%	52.1%	36.6%	46.5%	78.4%	40.0%	66.1%	47.8%	53.9%	67.7%	37.2%	47.8%	54.4%
	中央値	52	9	62	52	20	68	40	6	48	50	224	37	20	57	34	12	47	58	14	71	50	221	268	82	100	446

認知症ケア

ひと、くらし、みらいのために

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。
 - 認知症の人本人の声を尊重し、「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。

1. 認知症の人に関する国民の理解の増進等

- ・ 学校教育、社会教育における「新しい認知症観」に基づく実感的理解の推進
- ・ 認知症の人に関する理解を深めるための、本人発信を含めた運動の展開（認知症希望大使の活動支援）

2. 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進

- ・ 認知症の人が自立し安心して暮らすための、地域における生活支援体制の整備等（地域の企業や公共機関等での認知症バリアフリーの推進）
- ・ 事業者が認知症の人に適切に対応するために必要な指針の策定

3. 認知症の人の社会参加の機会の確保等

- ・ 認知症の人自らの経験等の共有機会の確保（ピアサポート活動の推進）
- ・ 認知症の人の社会参加の機会の確保（本人ミーティング、介護事業所における社会参加活動等の推進）
- ・ 多様な関係者の連携・協働の推進による若年性認知症の人等の就労に関する事業主に対する啓発・普及等

4. 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護

- ・ 認知症の人の意思決定支援に関する指針の策定、情報提供（「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の改定）
- ・ 認知症の人に対する分かりやすい形での意思決定支援等に関する情報提供

5. 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等

- ・ 専門的な、又は良質かつ適切な医療提供体制の整備（認知症疾患医療センターの相談機能の充実）
- ・ 保健医療福祉の有機的な連携の確保（認知症初期集中支援チームの見直し、認知症地域支援推進員の適切な配置）
- ・ 人材の確保、養成、資質向上（認知症に関する研修の在り方の見直し）

6. 相談体制の整備等

- ・ 認知症の人の状況等に配慮し総合的に対応できる体制整備（地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の相談体制整備）
- ・ 認知症の人又は家族等が互いに支え合うための相談・交流の活動に対する支援等（認知症地域支援推進員の適切な配置、認知症カフェ、ピアサポート活動、認知症希望大使の活動支援）

7. 研究等の推進等

- ・ 予防・診断・治療、リハビリテーション・介護方法等の研究の推進・成果の普及
- ・ 社会参加の在り方、共生のための社会環境整備その他の調査研究、検証、成果の活用（介護ロボット・ICT等の開発・普及の支援）

8. 認知症の予防等

- ・ 科学的知見に基づく知識の普及・地域活動の推進・情報収集
- ・ 地域包括支援センター、医療機関、民間団体等の連携協力体制の整備（早期発見・早期対応・診断後支援まで行うモデルの確立）

9. 認知症施策の策定に必要な調査の実施

- ・ 若年性認知症の人を含む認知症の人の生活実態、社会参加・就労支援を促進する体制や社会実装の方策など共生社会の実現に関わる課題の把握と課題解決に向けた調査研究

10. 多様な主体の連携

- ・ かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症サポート医、認知症初期集中支援チーム、居宅介護支援事業所、認知症疾患医療センター等の連携及び地域住民を含む多様な主体との協働、分野横断的な取組の推進

11. 地方公共団体に対する支援

- ・ 地方公共団体の参考となるような取組の共有などの支援

12. 国際協力

- ・ 外国政府、国際機関、関係団体等との連携、我が国の高齢化及び認知症施策の経験や技術について世界に向けて情報発信

施策の目的

国民一人一人が自分ごととして認知症を理解し、認知症の人が希望を持って自分らしく暮らすことが出来るという考え方（「新しい認知症観」）に基づき施策を推進するために、**多くの自治体で、地域住民に対して「新しい認知症観」に関する普及啓発等を実施し、認知症施策推進計画が策定されることを目的とする。**

施策の概要

自治体が、地域住民に対して「新しい認知症観」や認知症基本法の普及啓発を図るとともに、認知症の人や家族等の意見を丁寧に聴いた上で「新しい認知症観」に基づき施策を推進するために、**認知症施策推進計画を策定する際の準備に係る経費を補助する。**

施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等

【対象経費】

（対象事業例）

- ・地域住民が「新しい認知症観」や認知症基本法についての理解を深めるための勉強会等の開催
- ・認知症の人や家族等の意見を丁寧に聴く場の設置
- ・認知症の人や家族等とともに施策を立案、実施、評価する取組
- ・地域の企業や公共機関等での認知症バリアフリーの取組の推進やその支援
- ・地域版認知症希望大使の活動にかかる支援 等

【補助率】 国（定額）

1自治体あたり 都道府県 500万円 市町村 200万円



都道府県・市町村向け認知症施策推進計画策定の手引き（概要）

位置づけ・目的

- 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法に基づき、都道府県・市町村においては、国の「認知症施策推進基本計画」を基本としつつ、「都道府県認知症施策推進計画」、「市町村認知症施策推進計画」を策定することが努力義務とされている。
- 本手引きは、独立して/他計画と一体として認知症施策推進計画を策定する場合、更には自治体における個別の認知症施策について、より良い形に見直し、実践する場合に参照されることを目的としている。

構成

■ 本手引きの要点

- 都道府県・市町村の担当者に意識してほしい考え方・心構え
- 都道府県・市町村にて計画の内容を検討する際の留意点

■ 計画の意義・目的

- 基本法の基本的な考え方と基本計画の意義
- 都道府県・市町村計画の役割

■ 計画策定のポイント

- 施策検討・実施時の留意点
 - ・ 新しい認知症観とは
 - ・ 本人参画のあり方
 - ・ 他計画との連動および認知症施策推進計画の柔軟な策定
 - ・ 部署横断的対応の具体的方法
- 基本的施策ごとに留意すべき点
- 基本計画におけるKPIの考え方

手引きの主要エッセンス：都道府県・市町村の担当者に意識してほしい考え方・心構え（抜粋）

1. 認知症と共に生きる人を権利の主体として、その基本的人権を本人および社会全体として確保・実現するという**権利（人権）ベースの考え**を根幹におく。
2. 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、認知症の人と家族等と共に推進**する。
3. まずは施策を立案、実施、評価する**行政職員が、認知症の人と家族等の暮らしや活動の現場に出向き**、認知症の人と家族等と共に過ごし、対話を重ね、意見を交わす。そのなかで自分なりの「**新しい認知症観**」を獲得する。
4. 認知症の人の声を起点に、各地域での課題を明らかにしたうえで、認知症の人と家族等と共に、**地域のあるべき姿を描く。「暮らしやすい地域」に向けて、認知症の人と家族等および医療・介護に留まらない多様な部局・関係者と共にまちづくりに取り組む**。
5. 計画策定そのものを目的化するのではなく、**地域のあるべき姿を実現**するための手段として活用する。
6. 国の基本計画に記載された内容について、網羅的にまんべんなく実施するのではなく、**各自治体の実態に合わせて優先順位を付け、重点的に取り組む施策を検討**する。
7. 地域のあるべき姿の実現に向けては、新規施策の実施にかかわらず、これまでに各自治体において実施してきた既存施策についても、**認知症の人と家族等と共に見直し、検討し直す**。

都道府県・市町村向け認知症施策推進計画策定の手引き（施策検討時の「留意点」）

- 「基本的施策ごとに留意すべき点」の章では、国の計画の基本的施策①～⑧の分野に対応し、自治体における施策検討の際に留意すべき点を掲載。
- 分野ごとに、求められる基本的考え方に加え、参考事例等も盛り込んでおり、自治体職員が適宜参照できる構成としている。

【留意点の解説例・手引き抜粋】

基本的施策① 認知症の人に関する国民の理解の増進等

- (ア) 一人一人の希望に応じた多様な「本人発信」のあり方を認知症の人と共に考える
- (イ) 認知症サポーターの養成および活動につながる環境整備を認知症の人と共に推進する
- (ウ) 教育機関や行政機関、企業等と連携し、分かりやすい周知・広報を継続的に実施する

基本的施策② 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進

- (ア) 生活等を営むうえでの障壁（バリア）を認知症の人と共に明確にする
- (イ) ハード・ソフト両面における障壁の除去に向けた方法を認知症の人と共に考える
- (ウ) 認知症の人の日常生活に係る多様な部局と連携する
- (エ) 認知症の人の日常生活に係る多様な企業・団体と連携する
- (オ) 認知症の人の「実現したい暮らし」を起点としてチームオレンジを整備する
- (カ) 独居の認知症高齢者が社会的支援につながりやすい地域づくりを推進する
- (キ) 災害対応に向けた取組を地域の認知症の人と家族等の参画・対話を基に進める
- (ク) 金銭管理や消費行動を安心して行える環境を整備する

・
・
・

基本的施策③ 認知症の人の社会参加の機会の確保等

基本的施策④ 認知症の人の意思決定の支援および権利利益の保護

基本的施策⑤ 保健医療サービスおよび福祉サービスの提供体制の整備等

基本的施策⑥ 相談体制の整備等

基本的施策⑦ 研究等の推進等

基本的施策⑧ 認知症の予防等

【都道府県・市町村にて計画の内容を検討する際の留意点】

- (ア) 一人一人の希望に応じた多様な「本人発信」のあり方を認知症の人とともに考える

認知症の人は多様であり、希望大使等の自発的な発信が得意な方だけではありません。また、希望する発信のあり方は一人一人異なります。「本人発信」を広くとらえ、より多く、より多様な認知症の人が発信できる多様な方法（日常の声を拾いあげることも含む）を考えることが必要です。実際に、ピアサポート（※今後の生活の見通しなどに不安を抱えている認知症の人に対し、精神的な負担の軽減と認知症の人の社会参加の促進を図るため、認知症当事者による相談支援を実施すること）の場での本人や家族等の生の声や率直な思いを「冊子」としてまとめて発信している事例、地域の認知症の人の声を「動画」や「手紙」として発信している事例等、多様な方法で発信を行う事例が登場しています。

自治体の担当者から「自分たちの自治体には声を出してくれる認知症の人がいない」という話を聞くことは少なくありません。いつの間にか「本人発信」をするのは、「認知症の人としてはっきりと主張する人」という像をつくりあげ、そうした「本人像」にあてはまる人を探してしまうことがあります。どの自治体にも必ず認知症の人が、それぞれ想いをもって暮らしています。なかには言葉を発することが難しい人もいます。しかし、本人一人一人が声に限らず姿を通して何らかの形で想いを発信しています。そうした小さな声、声なき声を拾いあげることも重要な「本人発信」の取組です。

会議の場等で本人に参加して語ってもらう・発言してもらう機会をつくることも重要ですが、自治体の担当者や認知症地域支援推進員が、本人の暮らしの場・活動する場や出かけていくところに足を運び、ともに過ごすなかで、ポロっと出てくるつぶやきを拾い上げる活動も「本人発信」に含まれます。本人ミーティングやピアサポート、認知症カフェ等は認知症の人同士の出会いの場であり、発信の場としても活用できます。自治体にはそのような認知症の人同士の出会いの場、発信の場の整備をより一層推進することが期待されます。一方、そのような場所でしか発信ができないわけではありません。医療機関や介護事業所、地域包括支援センター、行政の窓口、通いの場、サロン、町かどなどのいたるところで認知症の人は発信を行っており、それらの発信を計画策定や施策の検討等につなげることができます。

「本人発信」は発信して終わりではなく、その発信を地域に届け、地域住民一人一人の認知症に関する知識及び認知症の人に関する理解の深化につなげることが重要です。

都道府県・市町村向け認知症施策推進計画策定の手引き（KPIの考え方）

- 「基本計画におけるKPIの考え方」の章では、KPIの意義・目的をはじめとして、国の基本計画のKPI（プロセス・アウトプット・アウトカム指標）それぞれについて、指標同士の関係性や、各指標における重要な考え方・ポイント、留意すべき点等を解説している。

【国の基本計画におけるKPI一覧】

	プロセス指標	アウトプット指標	アウトカム指標
重点目標	地方公共団体等における認知症施策の立案、実施、評価におけるプロセス（認知症の人の参画状況、分野横断的な関係者との取組状況等）等により多面的に把握するという観点	重点目標に資する認知症施策の実施状況等を把握するという観点	認知症の人や家族等の当事者の認識、あるいは国民の認識を確認することを通じて、共生社会の実現状況を把握するという観点
1 国民一人一人が「新しい認知症観」を理解していること	1. 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 2. 認知症サポーターの養成講座に認知症の人が参画している地方公共団体の数	3. 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 4. 認知症サポーターの養成者数 5. 認知症サポーターが参画しているチームオレンジの数	6. 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 7. 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こと	1. 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 2. 行政担当者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 3. 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	4. 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 5. 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	6. 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こと	1. 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 2. 認知症の人と家族等が参画した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 3. 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	4. 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コーディネーターを設置している地方公共団体の数 5. 認知症バリアフリー宣言を行っている事業者の数 6. 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 7. 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 8. 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	9. 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 10. 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 11. 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
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こと	1. 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	2. 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	3. 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

【KPIごとの解説例・手引き抜粋】

(2) 重点目標1：国民一人一人が「新しい認知症観」を理解していること

基本計画においては、「新しい認知症観」（＝認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が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等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという考え方）の実感的理解の重要性を示しています。地域住民含む全ての関係者が「新しい認知症観」を理解していることは、基本法の目的である「認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会」の実現に当たっても必要なものであり、重点目標1はこれを掲げているものです。

それぞれの行政職員が地域の中で認知症の人と出会うことが重要な第一歩であり、その上で、認知症の人や家族等の活動を支援していくことが必要です（プロセス）。こうした取組が、本人発信の拡大や地域における支え合いの体制づくりに寄与し（アウトプット）、結果として住民一人一人の新しい認知症観の実感的理解が促進されます（アウトカム）。

プロセス指標 アウトプット指標 アウトカム指標

1. 「地域の中で認知症の人と出会い（a）、その当事者活動を支援（b）している地方公共団体の数」

- (a) 行政職員が「地域の中で認知症の人と出会い」、対話を行うことは、行政が地域における認知症施策を推進するための前提です。基本計画においても「認知症施策の立案、実施、評価にあたっては、認知症の人と家族等の参画が最も重要である」とされていますが、これは以下のような考え方等を背景としています。

- 認知症の人の生きづらさや自分らしい暮らしのために必要なことについては、認知症を体験する本人だからこそその想いや気づきを把握して初めて明確になる。
- 本人の声から施策の立案を始めることで、全ての事業や取組が、本人のより良い暮らしにつながり、その地域が目指すまちづくりが進んでいく。
- 認知症の人の声は、自治体が地域づくりにおいて目指していることやそのための計画・目標が、実際にそこで暮らす本人にとってどの程度進捗しているのかを捉えるための一つの要素にもなりうる。

…（以下略）

都道府県・市町村における計画策定①

大阪府

- ・ 認知症基本法を受け、R6年度にすでに府の認知症計画を策定済み（※）。
- ・ R6年末に閣議決定された国の基本計画の内容を踏まえ、認知症の人及び家族等の意見を計画に反映させるべく、R9年度の第10期の府の介護保険事業支援計画の策定にあわせ、改訂を検討中。

※ 令和6年3月に、「大阪府高齢者計画2024」を策定。その中で介護保険事業支援計画等とあわせて「大阪府認知症施策推進計画」を策定している。

「大阪府認知症施策推進計画2024」策定にあたっては、基本法の趣旨を踏まえ、認知症の人本人：6名（若年性認知症の人を含む）、家族：7名から計画案の概要に対する意見を伺ったうえで、高齢者保健福祉計画推進審議会において審議を行った。

山形県

- ・ R7年3月に県の認知症施策推進計画を策定。
- ・ 計画策定にあたり、認知症カフェや当事者のつどいの場、個別面談等において認知症の本人やその家族の意見を聴取。
- ・ なお、面談を通して本人が本人発信活動を希望し、山形県の地域版希望大使の任命へとつながった。

熊本県

- ・ R9年度からの第10期県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画と一体的に認知症県計画を策定予定。
- ・ 若年性認知症当事者を含む県職員が認知症カフェやチームオレンジなどの活動に出掛けて行き、市町村と一緒に本人ミーティングの立上げを行うほか、若年性認知症の本人の居場所づくりも行い、その中で認知症の人や家族等の意見を聞く。

都道府県・市町村における計画策定②

鳥取県鳥取市

- R6年度に鳥取市認知症施策推進計画を策定済み（※）。
- 従来の支援者視点・事業提供の発想から、認知症の本人視点・暮らしの継続の発想に転換するために、認知症の本人の話を起点にし、ワークショップを開催。計画作りのプロセスを重視し、計画後の取組につなげる動き。

※ 令和6年3月に、認知症本人やその家族、介護サービス事業者や医療機関などのメンバーで構成された「認知症施策推進計画策定ワーキンググループ」を立ち上げ、全6回の会議を通して計画を策定



静岡県藤枝市

- 「認知症とともに生きる共創のまちづくりワークショップ」を2回開催。
- 認知症の本人、家族、市民の声を集め、認知症計画に反映する予定。

千葉県浦安市

- R7年度に市の認知症計画を策定予定。
- 令和3年度より定期的に施策担当者が本人ミーティングを開催しており、ここでの意見から、自分らしく暮らし続けるための心持ちや考え方などを抽出し、市の基本計画に反映していく予定。



秋田県羽後町

- 認知症の本人たちが集う場に、町の担当者や推進員が出向き、ともに過ごすことにより、これまでの事業では足りなかった点を把握することを通じて、認知症施策推進計画策定の準備を進めている。

4. 地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携、 介護予防・健康づくり、認知症ケアに係る主な論点

論点

● 「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会中間とりまとめの「地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携、介護予防・健康づくり、認知症ケアの方向性」について、以下の点も含め、どう考えるか。

(地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携)

- 2040年に向けて、85歳以上の人口が増加し、医療と介護の複合ニーズを抱える者が急増する中、地域包括ケアシステムにおいて、これらの者が適切な医療・介護サービスを受けられるよう受け皿を確保し、急変があった際に必要な通院、入院等ができるよう、医療、介護の連携を強化していく必要がある。地域において、医療機関と介護事業者との間で情報共有や顔の見える体制を構築していく必要があるのではないか。
- 令和6年度同時改定において、施設等における高齢者の急変時における対応等を念頭に、介護保険施設と協力医療機関との連携を強化する改定が行われたところ。協力医療機関について、二次医療圏まで広げて医療介護連携のマッチングができていない福祉施設・介護施設が一定程度あり、地域差も大きいとの指摘がある。介護保険施設が要件を満たす協力医療機関を設定できていない地域については、都道府県が行う地域医療構想調整会議の場を活用して、高齢者施設等の協力医療機関としての役割を担う医療機関を調整するなど、適切な方策を検討すべきではないか。
- 在宅医療・介護連携推進事業では、市町村が都道府県や地域の医師会等の関係者とも連携し、相談窓口の設置や看取り時等の情報連携ツールの整備を行っているが、自治体によって取組に差がある状況である。今後、かかりつけ医機能を都道府県に報告することとなることに加え、在宅医療に必要な連携を担う拠点を都道府県が医療計画に位置づけている中、これらと、在宅医療・介護連携推進事業の整理をした上で、地域の医療・介護資源の状況に留意しつつ、どのように普及していくか。
- 85歳以上の複合ニーズを抱える者や独居高齢者が増えていくと、急変し病院に入院し、治療後、すぐに自宅に在宅復帰することが難しい。このため、退院して在宅復帰するまでの老人保健施設、地域の中小病院等の医療機関の役割が重要であるとともに、在宅ケアにおいて、医療と介護が緊急時も含めて連携して支える体制を構築することが重要である。地域において、医療機関と介護事業者との間で情報共有や顔の見える体制を構築し、互いの果たす機能や役割を理解しつつ、コミュニケーションの強化が必要であるとともに、地域でかかりつけ医機能が発揮され、ケアマネジャー等による相談支援とあわせて、医療と介護、生活支援サービス等の切れ目ない連携が行われることが重要である。これらを実現するためどのような方策が考えられるか。

論点

（地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携）（続き）

- 2040年に向けて、地域における人口構造の変化に伴う医療需要と介護需要の変化や、現在の医療介護の提供体制の状況とその活用について、組み合わせて考えていくことが重要。今般、地域医療構想や医療計画の見直しに伴い、都道府県に医療機関の機能を報告する制度改正も検討されており、また、今後課題に応じて地域医療構想調整会議に市町村が参画することとされている。

地域医療構想等との接続の観点から、都道府県の担うべき役割や市町村の担うべき役割の整理を行うとともに、地域において様々な場面や主体間で医療と介護が連携して対応していくことが必要ではないか。

- 現在、介護保険事業支援計画は都道府県において保健医療の関係者も含めた会議体で検討し、決定している。地域医療構想は医療計画の一部として、都道府県において地域の医療関係者を含む都道府県医療審議会や地域医療構想調整会議（※）等の意見を聞きながら、策定・推進している。都道府県は、都道府県介護保険事業支援計画において、介護サービスの種類ごとの量の見込みを定める単位となる圏域（老人福祉圏域）を定めるものとしており、老人福祉圏域と二次医療圏はほぼ一致している。

（※）地域医療構想調整会議に市町村の介護担当や介護関係者が構成員となっている自治体もある。現在、国会に提出されている医療法等の一部改正法案で、地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求めることとしている。

- 中間とりまとめにおいて、地域医療構想と介護保険事業計画を擦り合わせるためには、人口動態に基づく需要予測や医療資源の把握などのデータ分析、過去からのトレンドからの変化等を踏まえた考察が必要となることや、医療、介護の状況を地域別に見える化し、分析して提供体制を考えるため、国等による支援の在り方や、大学等の機関が自治体のデータ分析を支援する取組、地方における関係団体の関わり、地域で議論する場の設定等の検討が示されている。

都道府県の圏域、二次医療圏や老人福祉圏域、市町村の圏域（日常生活圏域など）、それぞれの圏域でどのような主体が主導して分析し、どのように関係者が議論していく形が適当か。また、現行の議論の場の状況や構成等を踏まえつつ、どのように実効的な体制を構築していくか。さらに、これらの結果を介護保険事業計画や介護保険事業支援計画など既存の枠組みにどのように反映していくのが適当か。

地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携、介護予防・健康づくり、認知症ケアに係る主な論点

論点

(介護予防・健康づくり、介護予防・日常生活支援総合事業等)

- 地域包括ケアシステムにおける介護予防等の推進のためには、地域において、地域支援事業等を活用し、介護予防・健康づくり・リハビリテーションや重度化防止や日常生活支援に取り組んでいく必要がある。
- 介護予防・健康づくりの取組を活性化させるための国が各自治体に対して行う情報提供のあり方や、自治体の介護予防に関する取組を評価するためのデータ収集・活用の仕組みについて検討が必要ではないか。また、こうした結果を介護保険事業計画等に反映する方法等について、どのように考えるか。
- 中間とりまとめにおいて、これまでの介護予防・日常生活支援総合事業の評価・検証、データベース化、高齢者や多様な主体を含めた地域の力を総合事業で組み合わせることの重要性等が指摘されている。地域によって高齢者の状態や社会資源の状況は様々である中、総合事業を含めた地域支援事業について、介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた工程表に基づく取組状況等を踏まえ、その着実な実施、上限額や安定的な財源確保方策も含め、各地域で事業を推進していく方策等についてどのように考えるか。
また、中間とりまとめにおいて、枠組みの整理・強化、地域資源の見える化等について示されているが、どのように考えるか。保険者機能強化推進交付金や介護保険保険者努力支援交付金制度における都道府県による市町村支援を含め、先進的な取組等を行い、成果を上げている自治体がより適切に評価されるようにしていく方策をどう考えるか。その際、令和7年度に新たに取り入れた成果指向型の保険者機能強化を含め、どのような枠組みが適当か。
- 一般介護予防事業等について、介護予防に加え地域づくりにもつなげるなど、高齢者の社会参加の取組が拡充してきているが、こうした活動等を通じて把握した地域のフレイルの可能性がある（生活機能が低下している）高齢者の対応に関して、地域リハビリテーション体制、「通いの場」の取組、サービス・活動C、一体的実施等の介護予防関連施策の効果的な連携と医療専門職等の適切な関与のあり方についてどう考えるか。
また、地域における医療専門職等の確保や、これらの生活機能が低下している高齢者の把握と地域による支援をつなげることが課題であるが、地域ごとに様々な資源をどのように見える化し、高齢者が自ら希望する場所で介護予防・健康づくり等に取り組むことができるような仕組みをどう構築するか。

論点

（介護予防・健康づくり、介護予防・日常生活支援総合事業等）（続き）

- 令和6年度補正予算において、中山間・人口減少地域において、身近な場所での介護予防の取組を推進し、通いの場を含め、地域のささえあいを効果的に支えるため、市町村単位で介護予防・地域ささえあいサポート拠点を設けるモデル事業を実施している。この取組を検証しつつ、介護予防・健康づくりを主軸に、通いの場等を支え、地域共生社会を実現するための拠点の在り方についてどのように考えるか。
- 中間とりまとめでは、介護や福祉以外の住民サービス、公共サービス、例えば、高齢者の移動支援や買い物支援等と介護予防の取組を効果的にリンクさせるという視点、地域に根ざす企業や移住・UIJターン者、ボランティア等など外部の人材・資源と組み合わせることの有効性が指摘されている。地域づくりの活性化や介護予防活動の充実を図るため、地方における創意工夫で取組を進めていくための方策をどう考えるか。
また、中間とりまとめでは、家族も本人の介護を支えており、その支え手としての負担を考慮の上、仕事と介護の両立支援の充実、企業における相談対応の整備、地域支援事業で任意事業として実施する家族介護支援事業による支援など、総合的に対応を行っていくことの重要性が指摘されているが、どう考えるか。

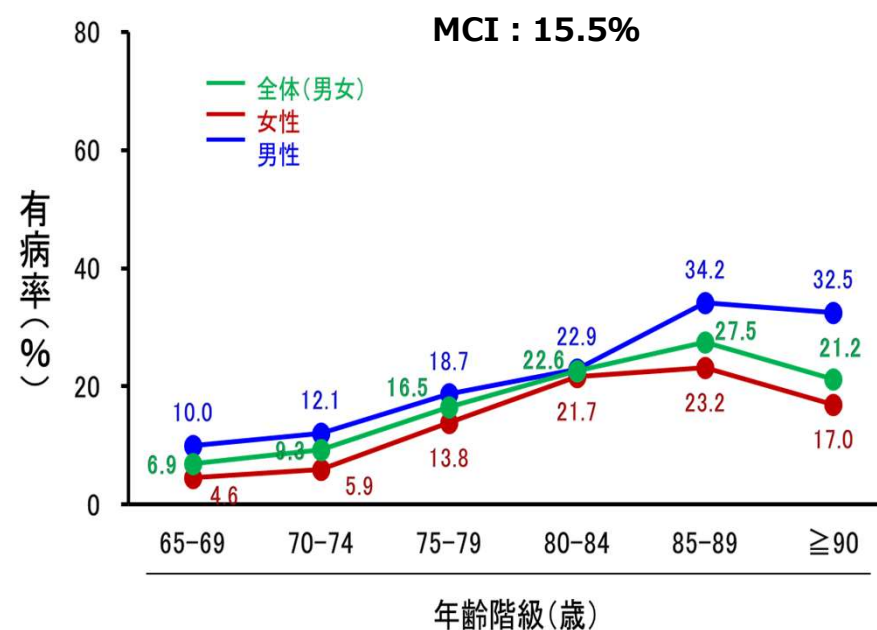
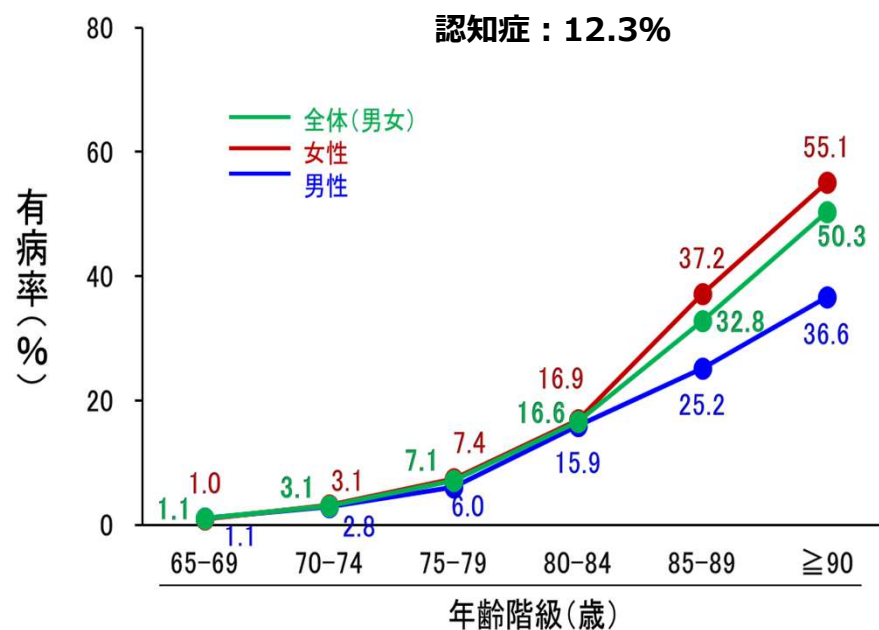
（認知症ケア）

- 2040年に向けた超高齢社会においては、認知機能の低下とともに生きる高齢者の権利利益を保護するために、社会的孤立を解消し、地域社会とつながり、必要なサービスのアクセシビリティを高める地域づくりと、権利擁護・意思決定支援を包含した地域包括ケアシステム、すなわち地域の特性に応じた統合的なサービス提供を行っていく必要がある。
- 現在、国の認知症施策推進基本計画を踏まえ、各自治体で認知症施策推進計画を策定しているところ。中間とりまとめにおいては、認知症の人の幅広い居場所づくり、意思決定支援、医療・介護等に加え地域におけるインフォーマルな支援等の重要性が示されているが、こうした施策を推進する方策について、どのように考えるか。

参考資料

認知症の推計

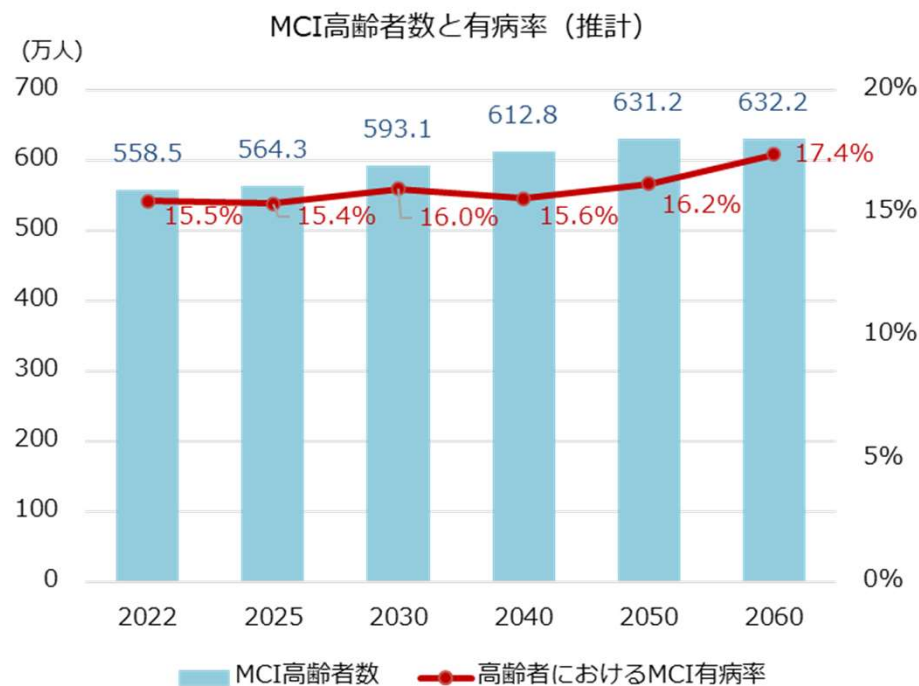
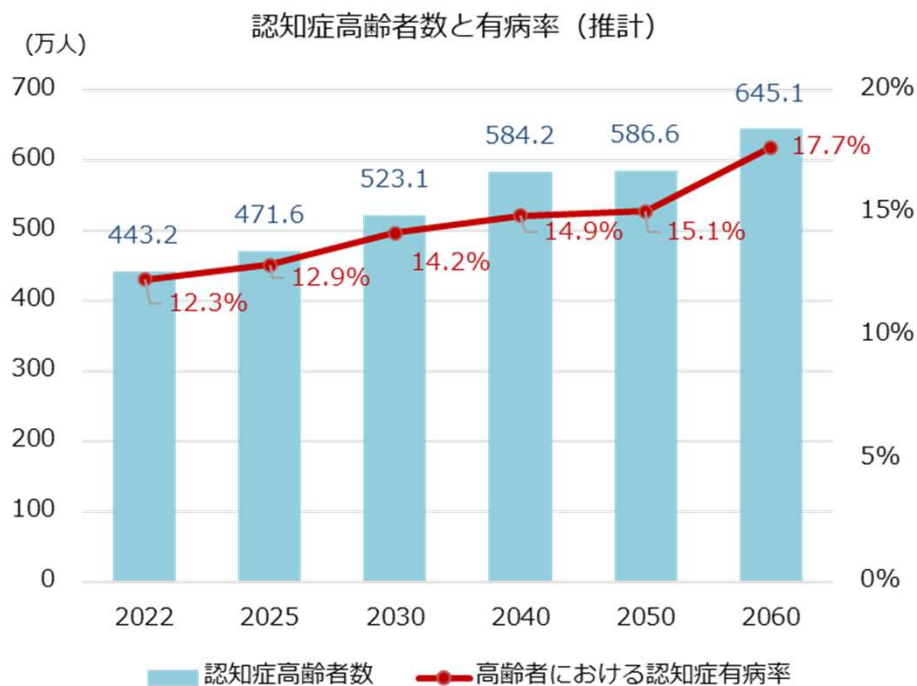
- 2022年に認知症の地域悉皆調査を実施した4地域（福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町、島根県海士町）において推計
- MCI/認知症の有病率は約3割。85－89歳の約6割、90歳以上の約7割はMCI/認知症になると見込まれる



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

認知症の推計

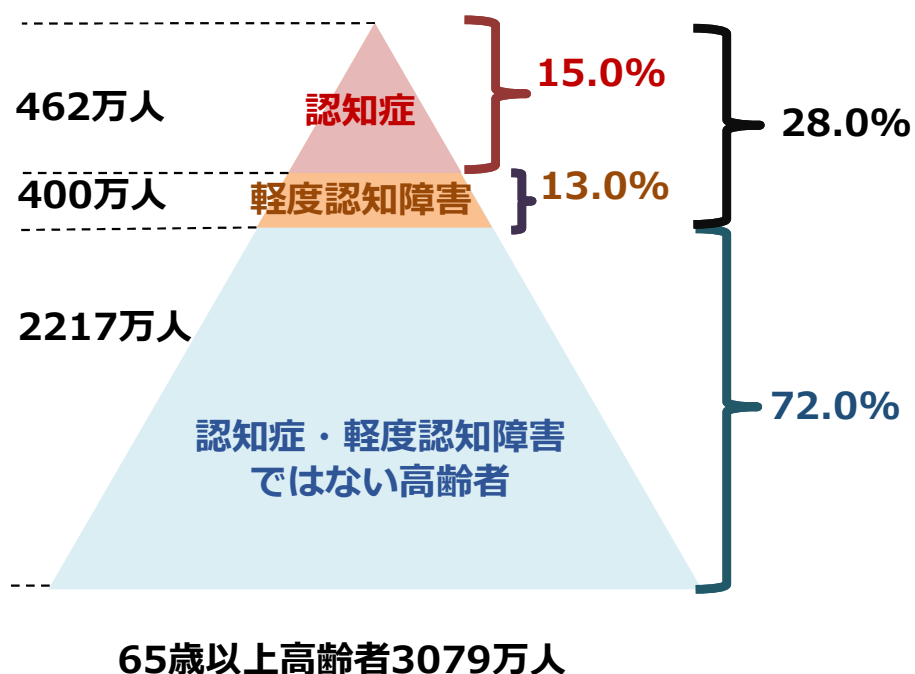
- 2022年の認知症およびMCIの性年齢階級別有病率が今後も一定と仮定した場合、2060年の認知症高齢者数は645万人、MCI高齢者数は632万人と推計される



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

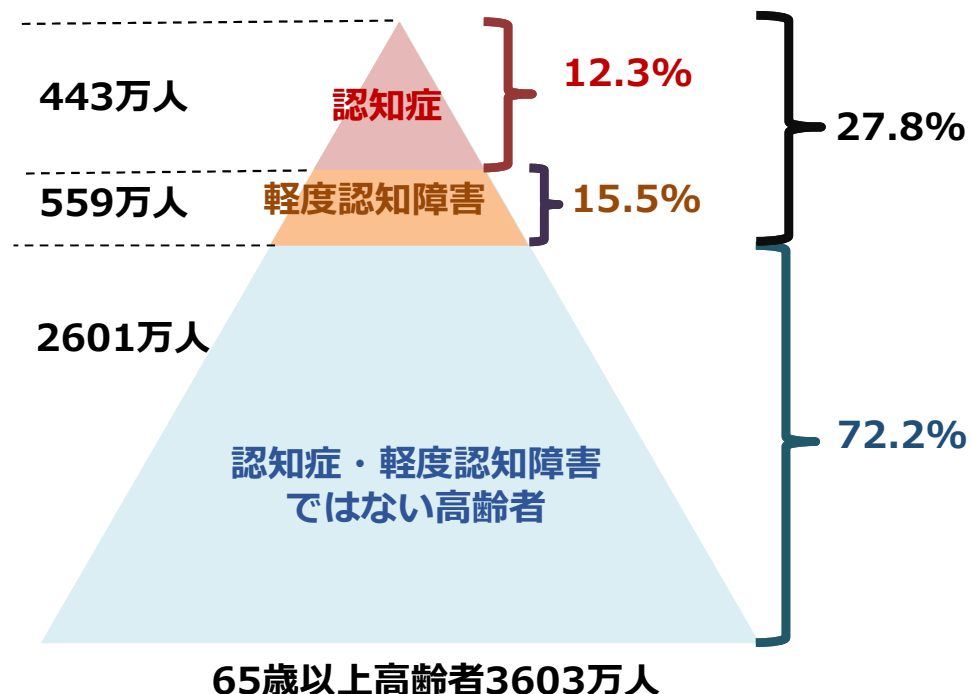
65歳以上の認知症有病率の変化

2012年有病率調査



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年有病率調査



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)」

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：

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

認知症施策のこれまでの主な取組

- ① 平成12年に**介護保険法を施行**。認知症ケアに多大な貢献。
 - ・認知症に特化したサービスとして、認知症グループホームを法定。
 - ・介護保険の要介護（要支援）認定者数は、制度開始当初218万人→2018年4月末644万人と3倍に増加。
 - ・要介護となった原因の第1位は認知症。
- ② 平成16年に「**痴呆**」→「**認知症**」へ用語を変更。
- ③ 平成17年に「**認知症サポーター（※）**」の養成開始。
 - ※90分程度の講習を受けて、市民の認知症への理解を深める。
- ④ 平成26年に**認知症サミット日本後継イベント**の開催。
 - ※総理から新たな戦略の策定について指示。
- ⑤ 平成27年に関係12省庁で**新オレンジプラン**を策定。（平成29年に改定）
- ⑥ 平成29年に**介護保険法の改正**。
 - ※新オレンジプランの基本的な考え方として、介護保険法上、以下の記載が新たに盛り込まれた。
 - ・認知症に関する知識の普及・啓発
 - ・心身の特性に応じたリハビリテーション、介護者支援等の施策の総合的な推進
 - ・認知症の人及びその家族の意向の尊重 等
- ⑦ 平成30年に**認知症施策推進関係閣僚会議**が設置。
- ⑧ 令和元年に**認知症施策推進大綱**が関係閣僚会議にて決定。
- ⑨ 令和2年に**介護保険法の改正**。
 - ・国・地方公共団体の努力義務を追加（介護保険法第5条の2）
 - ・「認知症」の規定について、最新の医学の診断基準に則し、また、今後の変化に柔軟に対応できる規定に見直す。
- ⑩ 令和4年に**認知症施策推進大綱中間評価**。
- ⑪ 令和5年に「**共生社会の実現を推進するための認知症基本法**」成立。
- ⑫ 令和5年に「**認知症と向き合う『幸齢社会』実現会議**」が設置（12月意見のとりまとめ）。
- ⑬ 令和6年に「**認知症施策推進基本計画**」が閣議決定。

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

令和5年6月14日成立
令和6年1月1日施行

1. 目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

⇒ **認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進**

2. 基本理念

- ① 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③ 日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものの除去。地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会を確保する。
- ④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥ 共生社会の実現に資する研究等の推進。予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法など科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備する。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

3. 国・地方公共団体等の責務等

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

4. 認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

5. 基本的施策

- ①国民の理解、②バリアフリー、③社会参加、④意思決定・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

6. 認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、認知症の人及び家族等により構成される関係者会議を設置し、意見を聴く。

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

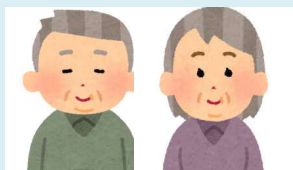
- ・仕組みづくりに関する検討会の開催
- ・ピアサポーターの登録
- ・ピアサポートチームの結成



活動を希望する
認知症本人

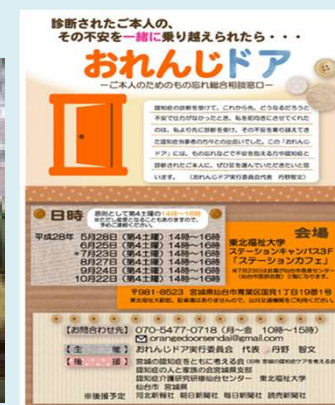


本人



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



【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）
 【目標】2025（令和7）年までに全都道府県においてピアサポーターによる本人支援を実施
 【実績】22都府県、148市町村で実施（2023（令和5）年度末）

※都道府県・指定都市は、当事者団体等へ委託することも可
 ※補助対象経費は検討会、事業の運営（ピア活動の謝金、会場借料）、広報・普及等

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】

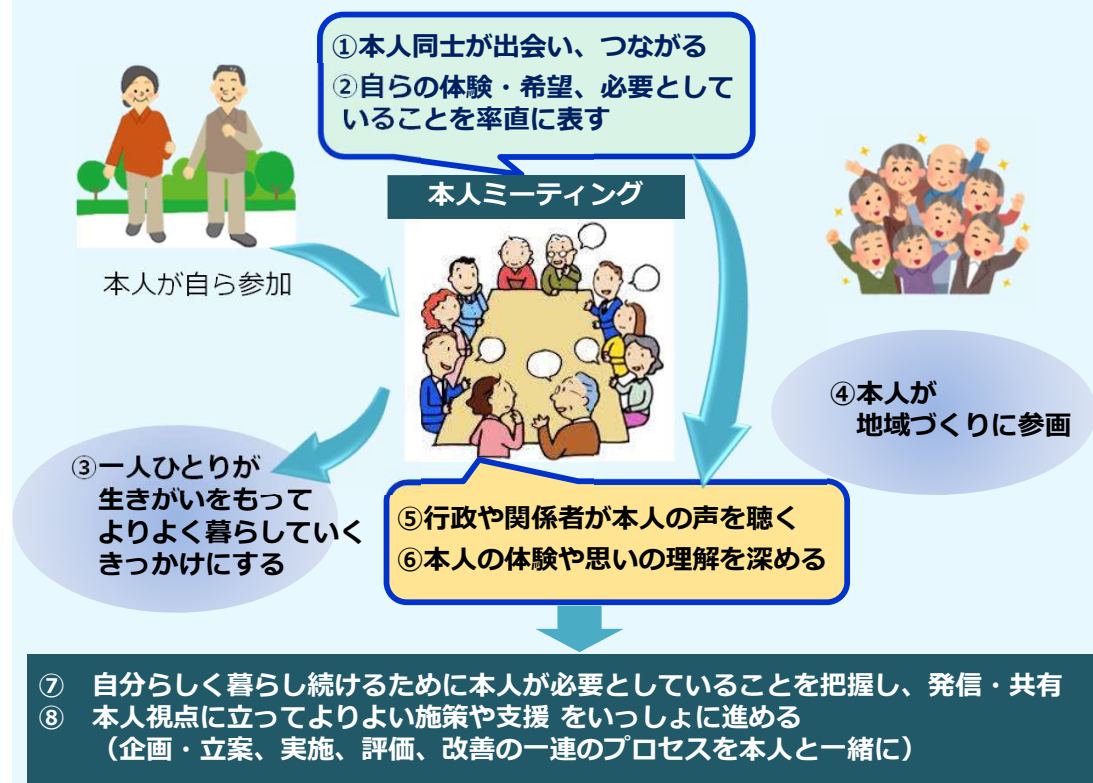
- ・ 声をよく聴いてもらえない
- ・ わかってくれる人、仲間に出会えない
- ・ 世話になる一方はつらい、役立ちたい
- ・ 自分の暮らしに役立つ支えがない
- ・ 生きていく張り合いがない
- ・ とじこもる、元気がなくなる

【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

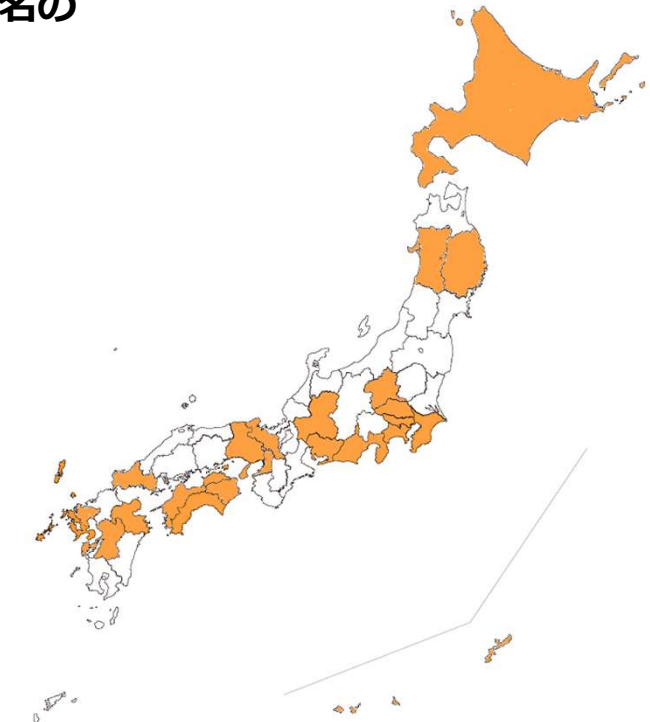
認知症の人の視点を重視した地域づくりを具体的に進めていくための方法。



【実績】令和5年度は432市町村で本人ミーティングを実施

認知症の人本人からの発信の支援 (認知症本人大使の任命)

- 国において、**7名の「希望大使」**（令和2年～丹野智文さん、藤田和子さん、柿下秋男さん、春原治子さん、渡邊康平さん、令和6年～鈴木貴美江さん、戸上守さん）を任命
- 都道府県において、令和2年度以降、**24都道府県、74名の地域版の希望大使を任命**（令和6年9月末現在）



※**オレンジ色**は、地域版希望大使を任命しているところ
(このほか、検討中もあり)

認知症の人本人が自らの言葉で語り、認知症になっても
希望を持って前を向いて暮らすことができている姿等を積極的に発信

認知症サポーターの養成

【認知症サポーター】

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

【目標値】 2025年末 1,500万人 (2024年6月末実績 1,549万人)
2025年末 企業・職域型の認知症サポーター養成数 400万人

～各種養成講座～

《キャラバン・メイト養成研修》

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



《認知症サポーター養成講座》

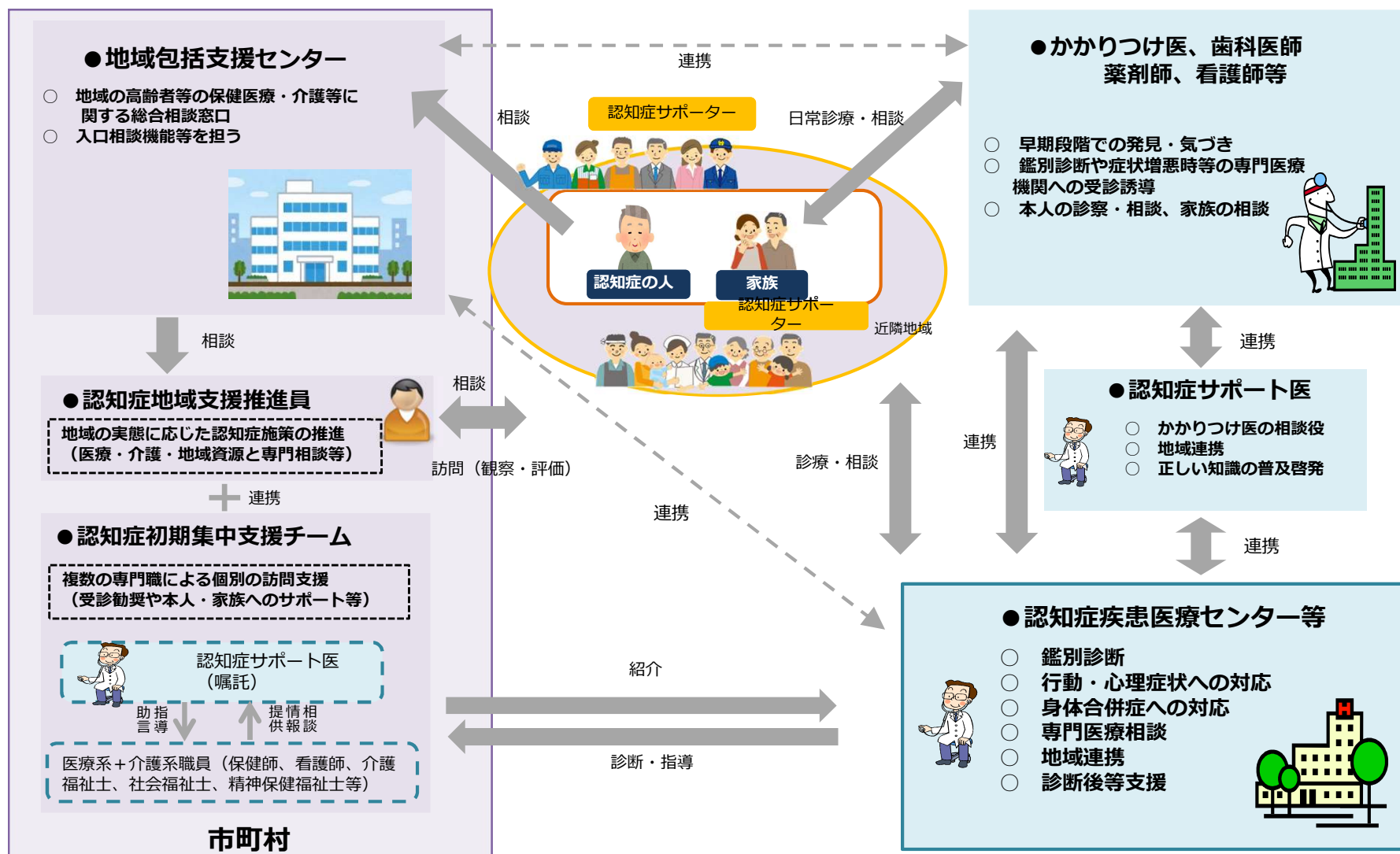
- 実施主体：都道府県、市町村、職域団体等
- 対象者：〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織 等
〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット
コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関 等
〈学校〉小中高等学校、大学、教職員、PTA 等

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



容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

認知症ケアパス：認知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、流れをあらかじめ標準的に示したもの



認知症総合支援事業（地域支援事業）

令和7年度当初予算額 88 億円の内数（86億円の内数）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるよう、市町村において、認知症の早期診断・早期対応に向けた支援体制の構築、地域の実情に応じた認知症施策の推進、認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み（チームオレンジ）の整備を図る。

2 事業の概要・スキーム・実施主体等

【事業の概要】

○認知症初期集中支援推進事業

「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等に配置し、認知症専門医の指導の下、保健師、介護福祉士等の専門職が、認知症が疑われる人、認知症の人やその家族に対して、初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを実施する。

○認知症地域支援・ケア向上事業

認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、

- ・医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関の連携支援、認知症ケアパスの作成・普及
- ・認知症の人やその家族を支援する相談支援や支援体制を構築するための取組、
- ・認知症カフェ等の設置や認知症の人の社会参加活動の体制整備、認知症の人とその家族を一体的に支援するプログラムを提供するための事業等に関する企画及び調整
- ・認知症基本法の理念や「新しい認知症観」について、地域住民に普及啓発を行う取組等を行う「認知症地域支援推進員」を配置する。

（令和7年度拡充内容）

・自治体において専任の認知症地域支援推進員（定年退職した介護施設・事業所の認知症介護指導者、育児や介護のためのフルタイムで勤務するのが難しい地域包括支援センターに勤務していた社会福祉士等を想定）を新たに配置する際の経費を補助することを可能とする。

※認知症地域支援推進員は、全国1,713市町村に8,509人配置（うち、専任の推進員は825人）

○認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業

市町村がチームオレンジコーディネーターを配置し、地域の認知症の人や家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組みとして「チームオレンジ」を整備し、その運営を支援する。

【実施主体】：市町村

【負担割合】：1号保険料23／100、国38.5／100、都道府県19.25／100、市町村19.25／100

【事業実績】：実施保険者数：1,555保険者※の内数（※）本事業が含まれる地域支援事業の包括的支援事業（社会保障充実分）の実施保険者数

参考（取組事例）

松戸市の取組事例（地域資源の見える化、グリスロによる外出支援）

1. 基本情報・課題

- ◆ 千葉県松戸市 人口500,428人 高齢化率25.9%
- ◆ 東京都、埼玉県に隣接し、首都圏のベッドタウンとして1960~70年代に人口急増した地域。子育て世帯の転入も続いているが、UR団地等高齢化が著しい地域も存在している。
- ◆ 公共交通や店舗等の資源が比較的豊富な都市部にあっても、スポット的に高齢化の著しい地域が存在。
- ◆ 運転免許返納等により、車での移動から徒歩の行動範囲になると、店舗までの長距離歩行や、荷物を持った場合歩行が困難など、日常生活において「買い物」が地域課題となる地域がある。

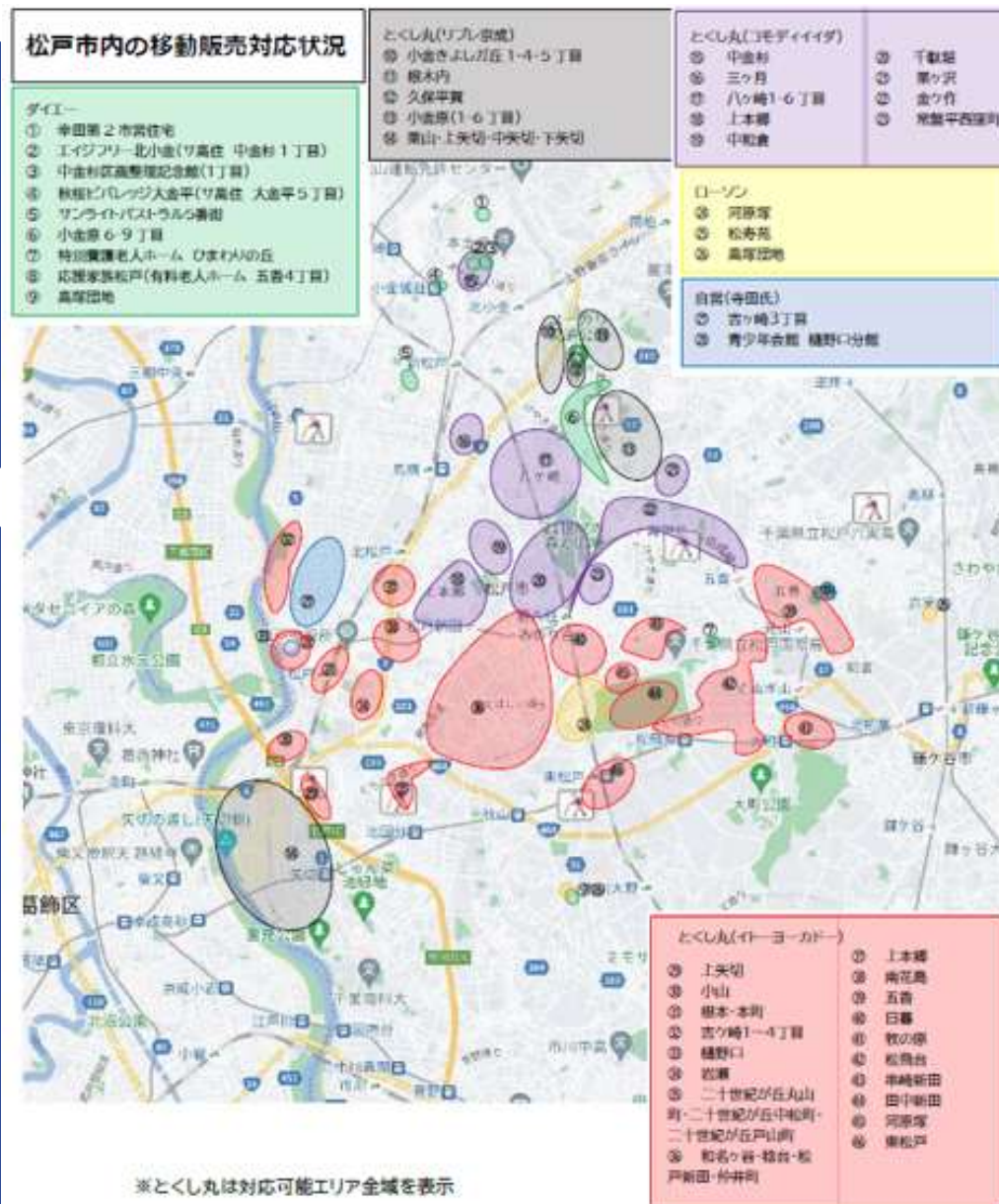
2. 取組

- ◆ これまで、医療・介護・福祉拠点を中心としていた情報収集を、事例の移動販売をはじめ、介護予防の「通いの場」や移動支援ツールなど、日常生活のニーズに密着した「地域資源」の把握と見える化に取り組んでいる。
- ◆ 生活支援コーディネーターによる地域資源の情報等を市がとりまとめ、「地域資源マップ」として見える化し、地域包括支援センター等にフィードバックしている。
- ◆ 高齢者の社会参加の促進、外出機会の創出を通じて、孤立化の防止や、介護予防の推進、地域の活性化を実現させるためのツールとして、グリスロスローモビリティを活用（4地区。運行人数280人/月のエリア有）



グリスロ(グリスロモビリティ)『松戸モデル』
: 時速20キロ未満で公道を走ることができる電動車
を活用した小さな移動サービス

- ① 道路運送法による登録・許可不要の輸送
- ② 運営主体は地域住民(自治会など)
- ③ 市は地域へグリスロ車両の貸与と運営費用の一部補助、伴走支援を実施
(平日午前1便、午後1便を行うこと等が条件)



千葉県流山市

笑顔があふれる世代間交流の場の拡充に向けた取組



POINT

- ① 高齢者同士や世代間の交流を目的とした通いの場を支援。
- ② 個人や自治会だけではなく、診療所、有料老人ホーム、子どもを対象としたNPO法人、コミュニティスペース兼観光案内所など、多様な主体が運営。

Data(2021年4月1日現在)

総人口	201,284人
高齢化率	23.2%
第8期介護保険料 基準額(月額)	5,690円

概要

流山市は地域交流を目的とした施設「高齢者ふれあいの家」を展開している。高齢者ふれあいの家とは高齢者が自由に集まり交流を行う施設で、市内の民家や空き家等の利用も活発だ。高齢者の外出を促すことで、引きこもりの防止、社会参加の促進、介護予防につながり、また、ボランティアとして活躍する高齢者の生きがいの充実、地域の子どもの多世代間の交流など多様な機能を担う。

高齢者ふれあいの家は、個人やボランティア団体、NPO法人、自治会、社会福祉法人など、地域の多様な主体がそれぞれの特性を活かして多様な活動を展開している。例えば、民間企業が運営するものでは、コミュニティスペース兼観光案内所として運営がされており、町歩き等を通じた多文化・世代交流が行われていたり、診療所や福祉関係団体が

運営するものでは参加者の希望に基づきながら、予防効果の高いメニューを適宜実施している。あるいは、子どもを対象としたNPO法人が運営するものでは、孫のような子どもたちと一緒に遊ぶ多世代交流の取組が展開されるなど、多種多様なメニューが実施されている。

高齢者ふれあいの家

「高齢者ふれあいの家」とは、家にとじこもりがちな地域のおおむね65歳以上の高齢者が自由に集まり、次にあげる交流を行う施設。

- ・ 高齢者の健康、生きがい等に関する趣味活動又は教養講座等の開催による高齢者相互の交流。
- ・ 高齢者と子ども等との世代間の交流。



支援費の支給

- ・ 利用人数（65歳以上利用者）と実施回数により支援費を支給。
- ・ 利用施設等の賃貸借契約を締結し賃借料を支払う場合は、月額20,000円（限度額）。
- ・ 開設に伴う準備資金200,000円。

<条件（一部抜粋）>

- ・ 営利目的でない活動であること。
- ・ 1回の開催時間は、2時間以上。
- ・ 週1回の開催の場合には、開設後3年以内に週2回の開催になるよう努めること など

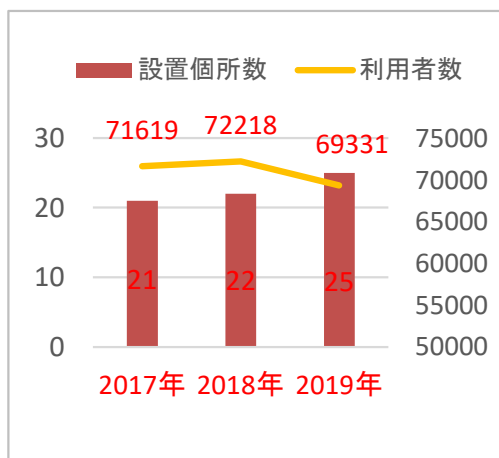
人的支援

- ・ 市職員の派遣（各種教養講座等）。
- ・ 開設時に広報誌による周知。
- ・ 開設時の備品調達及び事業宣伝に係る費用。
- ・ 活動に必要な市所有の資材の借用等に係る仲介。

効果

2003年に2か所からスタートした高齢者ふれあいの家は現在25か所と市内に広がってきている。

高齢者ふれあいの家を運営する団体の中には県から表彰されるなど、その活動が評価されている。



図：高齢者ふれあいの家実施状況



宮城県大河原町

デイサービスを活用した住民主体の介護予防教室



POINT

- ① 高齢者の状態が変わっても、変わらない“場”が提供できるデイサービスを活用した介護予防教室。
- ② リハビリテーション専門職が介護予防教室へ出向き、ADLを評価し利用者本人に応じた助言を実施。
- ③ 介護予防教室参加者は『わたしの手帳（介護予防手帳）』を活用。
- ④ 住民主体の通いの場を充実させるため、専門職から学ぶボランティア育成プログラム。

Data(2020年3月1日現在)

総人口 23,693人

高齢化率 27.3%

第7期介護保険料
基準額(月額) 3,900円

概要

デイサービスの定員空き枠を活用して実施する個別方式による介護予防教室は大河原町独自の取組である。町内に12か所あるデイサービス事業所のうち、6か所と委託契約を結び週1回開催している。介護予防教室では、運動やストレッチ、機能訓練、脳トレをはじめとした認知症予防活動、趣味活動、レクリエーション、季節のイベントなど、各教室ごとにさまざまなプログラムが用意されており、必要時にはリハビリテーション専門職が出向きADL評価を行っている。

教室利用者には、本人・地域包括支援センター職員・デイサービス職員とで『わたしの手帳（介護予防手帳）』を作成し、活用してきた。介護予防手帳については、リハビリテーション専門職から、地域包括支援センター職員、デイサービス職員、ボランティアが生活行為向上の考え方の助言を受けている。

この介護予防教室のメリットの1つに、要介護認定から改善し、要支援認定、非該当になっても、また反対に、非該当から要支援等になったとしても、継続して同じ場所に通えるという点があげられる。環境の変化に適応しにくくなるという高齢者の特性に応じた取組だ。この、いわば「デイサービスの空き」を活用した取組は、あくまで町が場と人のつながりを行うが、利用者（町民）とデイサービス（事業者）が主体となり実施している取組といえる。



この取組に加え、住民主体の通いの場についても、充実・継続的な拡大に向け、介護予防ボランティアの育成に取り組んできた。全9回の養成講座で、うち1回は介護予防教室などでの実習を行うほか、認知症サポーター養成講座も兼ねている。各プログラムの講師は、県理学療法士会や県作業療法士会、社会福祉協議会などが務める。

これまでの「介護予防サポーター」から、“仲間”というイメージの“メイト”を使い、「はつらつメイト」に名称を変更。はつらつメイト養成講座終了後は、メイト自身が運営する通いの場等で活躍しており年々活動の場を増やしている。

効果

はつらつメイト養成講座（当時は、介護予防サポーター養成講座）は平成27年度から開始した。養成講座終了後は、既存の通いの場で活躍するほか、保健師のバックアップのもと、大河原町オリジナルのこつこつ体操のほかロコモ体操を中心とした自主的な通いの場を週1回開催している。

開催年度	養成数	活動数	名称(スポカフェ)	場所数
H27	19	8		
H28	12	4	元気でい隊茶 きょういくかい	2
H29	12	6	ふらっとホーム	1
H30	11	10		
R1	16	16	ニコニコ会 きらくなサロン はつらつクラブ	3
合計	70	44		6

表 はつらつメイト養成講座修了生が創設した
通いの場とその数



新潟県新潟市

誰もが気軽に集まり交流することができる 新潟市発祥の“地域の茶の間”



POINT

- ① 人と人、人と社会がつながり、自然な助け合いが生まれる「地域の茶の間」の取組みから、介護予防と生活支援を一体的に推進。
- ② 地域の茶の間をさらに推進するために開設した「地域包括ケア推進モデルハウス」に定期的に専門職を派遣し、相談・アドバイスを実施。介護予防と保健の連携がさらに推進。
- ③ 地域の茶の間創設者のノウハウを学ぶ「茶の間の学校」で人材を育成。

Data(2019年9月末日現在)

総人口	789,368人
高齢化率	29.1%
第7期介護保険料 基準額（月額）	6,353円

概要

新潟市発祥の「地域の茶の間」は、子どもから高齢者まで、障がいや認知症の有無にかかわらず、誰もが気軽に集まり交流し、それぞれの生きがいや役割を持つことで、自発的な参加意欲が生まれる場である。その「地域の茶の間」を土台とし、支え合う地域が生まれ、介護予防や健康寿命の延伸につながることを目指している。

新潟市8区9か所に開設した「地域包括ケア推進モデルハウス」（以下「モデルハウス」）は地域包括ケアシステムの要と位置づけされており、常設型の地域の茶の間としての場だけでなく、様々な役割を担う場となっている。

モデルハウスには、定期的に保健師や作業療法士等の専門職が派遣され、在宅での生活を支える取組も行われている。また、地域の茶の間を運営する人材を育成する「茶の間の学校」では、基幹型モデルハウス「実家の茶の間・紫竹」での実習を始め、必要性・理念、立ち上げや運営のノウハウを学ぶことができる。

「実家の茶の間・紫竹」は、多世代が参加し、それぞれが好きな時間を過ごしている。



初めての方でも利用しやすい居心地がよい場であり続けているのは、お当番がさりげない配慮をしながら、参加者がプライバシーを聞き出さないなどの「決まりごと」を守ること、ほどよい距離感が保たれていることが1つのポイントである。この「決まりごと」を取り入れている地域の茶の間も多数ある。

また、参加者のこれまでの経験や得意なことを生かし、役割をもつことで、「自分の居場所」という確認ができ、特に男性の参加率が上がる。

そのほか、町内会主催による野菜作りや、ボランティア団体が主催する併用住宅の店舗部分にある空きスペースを活用した食事提供を伴う場があるなど、地域の茶の間の主体・内容・参加者は多様な広がりをみせている。

効果

平成3年から新潟市内で始まった地域の茶の間は着実に広がり続けており、市が補助・助成していない自主運営の地域の茶の間を含めると市内総数は600を超えるという。視察も多く、新潟市から全国へ地域の茶の間の広がりをみせている。

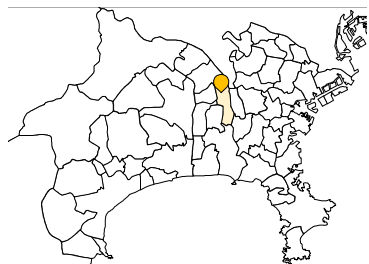
また、「実家の茶の間・紫竹」では参加券を生活支援のお礼として活用することができ、仲介役が必要のない住民同士が互いに助けあえる関係が自然と生まれていることも1つの効果といえる。



図：地域の茶の間設置数推移
（地域の茶の間に対する補助金実績のみ）

神奈川県大和市

身近な“公園”を活用し通いの場を育成



POINT

- ① 2014年度から4年をかけて市内約100か所の公園に気軽にストレッチや簡単な筋力トレーニングなどの運動ができる健康遊具を設置。
- ② 介護予防担当部局の理学療法士等がインストラクターを務め健康遊具を活用した体験会を実施。
- ③ 体験会終了後は、保健師等の支援により自主グループができ、月数回活動。

Data(2021年3月1日現在)

総人口	241,082人
高齢化率	23.9%
第7期介護保険料 基準額（月額）	5,699円

概要

大和市は、「健康都市やまと」を将来都市像とする「健康都市やまと総合計画」に基づき、「人の健康」「まちの健康」「社会の健康」の3つの領域から様々な施策を行っている。その1つとして高齢者の閉じこもりや運動機能の低下予防を目的に、市内約100か所の公園に、32種類・300基超の健康遊具を設置してきた。

健康遊具の作成・設置に当たっては、公園管理等の所管課が主として設置事務を担っていたが、介護予防担当部局の理学療法士などが協働し、介護予防により効果が見込める器具を検討し、設置を進めた。

この健康遊具を活用し、気軽に介護予防に取り組めるよう、市民を対象とした「健康遊具体験会（年間約30回）」を開催。介護予防担当課の理学療法士や保健師等から、健康遊具の正しい使い方のほか、ストレッチや筋力トレーニングなど運動のコツを学ぶ。

また、介護予防サポーター等のボランティアを対象とした「プチトレセミナー（全14回）」を開催（プチトレとは、体に無理なく、手軽に効果的なトレーニングをすること）。受講後の体力測定では握力・長座位体前屈・開眼片足立ちバランス・2ステップテストの全ての項目で改善が見られ、特に2ステップテストでは優判定者が約30%から約89%まで増加した。

このセミナーでボランティア等は、理学療法士や保健師等のサポートを受け、健康遊具を活用したトレーニングをしながら、運動に関する知識を得るとともに、ともに取り組む仲間をつくることができる。セミナー終了後はボランティア等が地域の仲間と一緒に楽しみながら月数回健康遊具を活用した体力づくりに取り組んでおり、通いの場となっている。

令和2年度実施の介護予防アンケート（介護予防把握事業）では、回答者のうち、健康遊具を知っている方は約57%。また、市内の公園を利用している方のうち、約16%が健康遊具を利用している。

また、参加者事後アンケート（対象者：令和元年4月から令和元年11月までの健康遊具体験会参加者）回答者123人のうち、約64%が健康遊具を継続使用している。健康遊具体験会、プチトレセミナーの参加は、大和市の健康ポイント事業「ヤマトン健康ポイント事業」と「健康都市大学」受講ポイントの対象とされている。



↑健康遊具体験会のようす

■健康遊具例■

【サイクルステーション】



【あしこしベンチ】



【ステップバランス】



【バランス円盤】



【リズムボード】



【ふみ板ストレッチ】



岐阜県各務原市

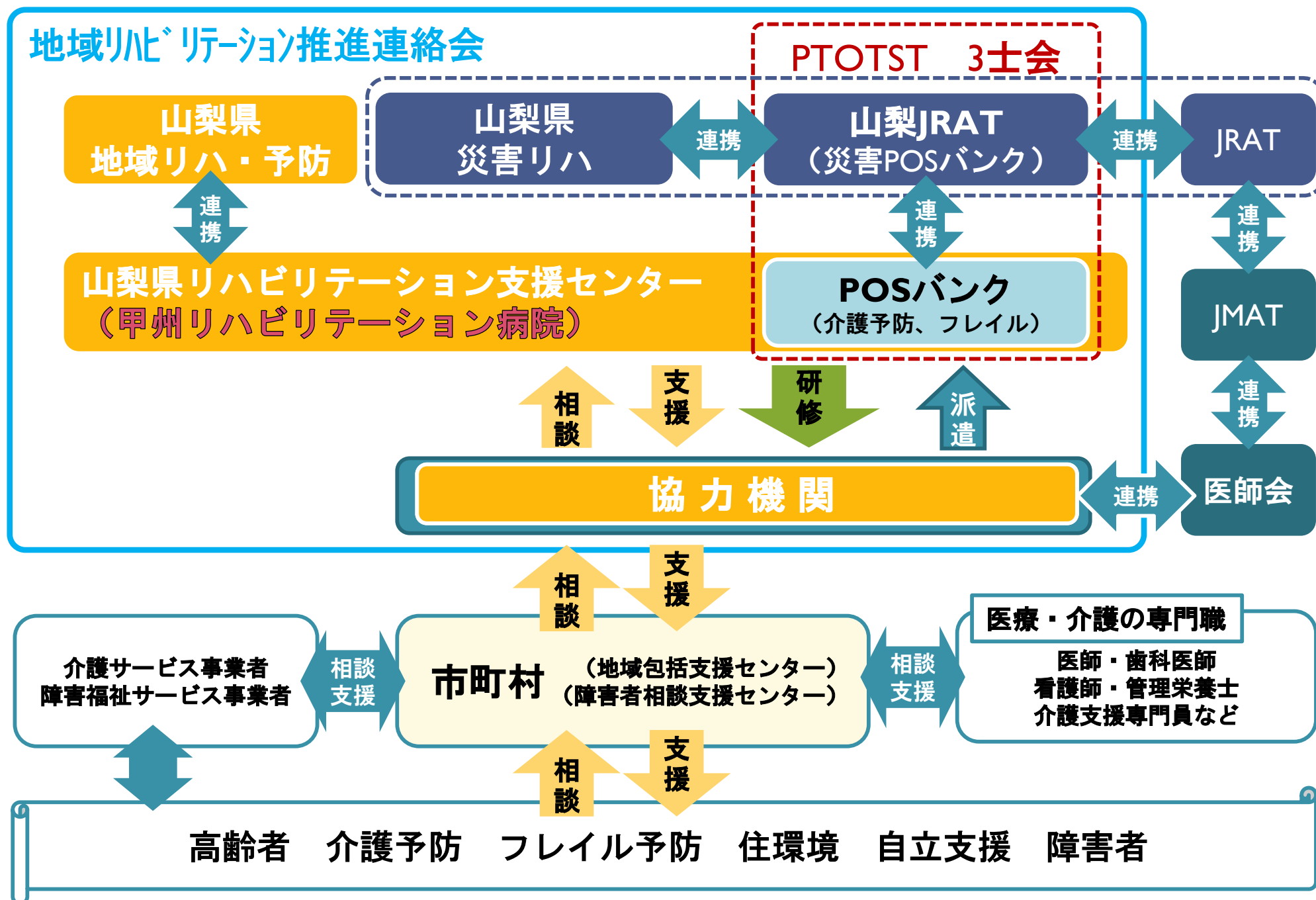
農福連携——農作業体験を通じた新たな介護予防事業



	POINT ① 2019年から農福連携事業で農作業を通じた新たな介護予防事業を開始。 ② 介護予防事業で「はたけサロン」を実施。地域の高齢者や子どもたちとの交流を積極的に取り組む。	Data(2020年3月1日現在) <table><tr><td>総人口</td><td>147,542人</td></tr><tr><td>高齢化率 (2019年10月時点)</td><td>27.9%</td></tr><tr><td>第7期介護保険料 基準額(月額)</td><td>4,900円</td></tr></table>	総人口	147,542人	高齢化率 (2019年10月時点)	27.9%	第7期介護保険料 基準額(月額)	4,900円
総人口	147,542人							
高齢化率 (2019年10月時点)	27.9%							
第7期介護保険料 基準額(月額)	4,900円							
概要 各務原市は、福祉と農業のマッチングにより、高齢者の生きがいづくりや介護予防、活躍の場確保等につなげるべく「農福連携事業」を2019年度に開始した。農福連携事業では、農作業体験による心身のリハビリテーションや仲間との共同作業を通じた社会参加の促進を期待すると共に、農業分野に携わることで高齢者が生涯現役で活躍できる社会をめざす。 2019年度は、2つの事業に取り組む。1つは、高齢者向けの介護予防事業として「はたけサロン」をスタート。はたけサロンでは、参加者が月2回程度のペースで市内の畑で野菜苗の植え付けや草引き、収穫などの農作業を行う。もう1つは、外出支援事業として、高齢者や認知症の方、その家族の外出機会創出を目的に、2019年度は特産のにんじん収穫体験を実施。	はたけサロン事業 高齢者を主な対象者とした農作業体験による介護予防事業。農業の楽しさを知ってもらうとともに、閉じこもりがちな高齢者の外出支援などにつなげる。また、この活動を継続することで、将来的に農業分野における担い手育成につなげる。 ・市内の畑で農作業を行う。期間は6月から11月にかけて毎月2回程度。  左:「はたけサロン」での農作業の様子。中左:子どもたちと一緒に収穫。中右:「子ども食堂」×「はたけサロン」の取組。サツマイモの収穫体験。右:自分たちが掘ったサツマイモを使っておにまんじゅうづくりに挑戦。	効果 本年度スタートした事業のため、効果等は今後に期待される。サロン参加者からは「健康づくりに役立ち、人とのつながりもできて楽しい」との声があがっている。 子どもとの交流も積極的に取り組んでおり、世代を超えたふれあいの機会にもなっている。  ↑「こども園」×「はたけサロン」での、ひまわり見学の様子。ひまわりは、6月にサロン参加者と園児らが植えたもの。						

参考URL：<https://www.city.kakamigahara.lg.jp/kenkofukushi/koureisha/1009249/1002485.html> (各務原市)

山梨県地域リハビリテーション支援体制（2021年から）



山梨県リハビリテーション支援センター（甲州リハビリテーション病院）の取組①

人口過疎村へリハビリテーション専門職を定期派遣



小菅村・丹波山村 地域支援事業



山梨県リハビリテーション支援センター（甲州リハビリテーション病院）の取組②

管理栄養士の地域活動

地域住民の栄養ケアの拠点・かかりつけ管理栄養士へ！

機能強化型認定栄養ケア・ステーション

地域住民や自治体、民間企業への栄養相談、セミナー、料理教室の開催、地域包括ケアシステムに関わる事業関連業務を行う

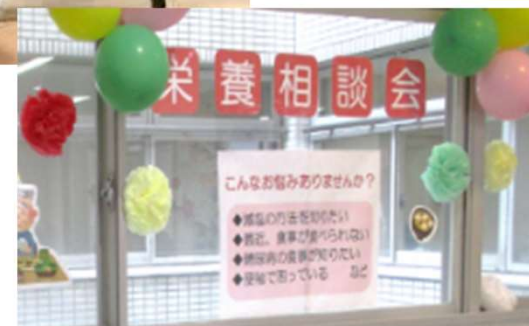
2022年 地域住民へキッチンカー始動

〈イベント内容〉

- ・宅配冷凍弁当の試食会
- ・日本栄養士会 栄養の日
- ・タンパク質30gランチ
- ・デイサービスへの出張
- ・体操教室への参加
- ・シニアクラブへの参加
- ・健康診断への参加 等



シニアクラブ×キッチンカー
作業療法士と協働



21年7月より、愛知県豊田市にて世界最大規模の介護予防事業を開始

プレスリリース (2021/6/30)

株式会社ドリームインキュベータ 🕒 2021年6月30日 16時00分

2
 いいね！
 シェア

ツイート

はてな

素材DL

その他

株式会社ドリームインキュベータ（東京都千代田区、代表取締役社長COO 三宅 孝之、以下DI）は、愛知県豊田市（市長 太田 稔彦）より受託した、ソーシャルインパクトボンドを活用した新たな官民連携介護予防「ずっと元気！プロジェクト」における社会参加促進サービスの提供を開始することとなりましたので、お知らせいたします。



Next Rise
Social Impact Action

ミライのフツをつくろう



SDGs

未来都市とよた

●豊田市官民連携介護予防「ずっと元気！プロジェクト」の概要：

本プロジェクトは、コロナ禍を踏まえた新たな社会参加促進サービスを、豊田市在住の高齢者の方々に提供することにより、将来的な要介護リスクを低減させ、長く元気に健康で暮らしていただくことを目的としています。本プロジェクトを通じて、豊田市在住の高齢者の方々の、日々の生活における幸福度や満足度の向上・豊かな暮らしづくりに貢献していきます。

実施にあたっては、多数の事業者の方々のご協力をいただいております。運動・趣味・エンタメ・就労など、多様なテーマの社会参加促進サービス提供が予定されております。

なお、本事業は、当社グループ会社である合同会社Next Rise ソーシャルインパクト推進機構が、サービス提供を行う事業者の選定や取りまとめといった事業の運営・推進を担っています。

事業概要

目的

豊田市高齢者の方々の幸福度・生活満足度向上、及び要介護リスク・介護費の低減

事業運営者

合同会社 Next Rise ソーシャルインパクト推進機構（以下NRS）が豊田市より受託

- 本事業の運営・推進を担う

提供サービス

運動・健康、趣味・エンタメ等様々な社会参加促進サービス

- NRSが選定した複数の事業者が提供

事業期間

2021年7月1日～2026年6月30日

事業規模

介護費削減目標：約10億円
事業参加者数*：約5,000人/年

豊田市官民連携介護予防「ずっと元気！プロジェクト」のスキーム

