

參考資料



介護保険制度の改正について

平成27年3月

厚生労働省 老健局 振興課

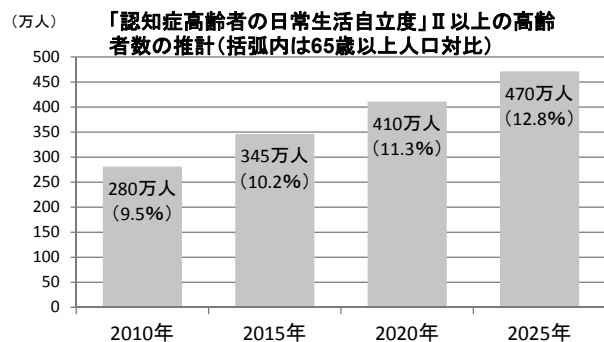
高齢者・介護を取りまく状況

今後の介護保険をとりまく状況

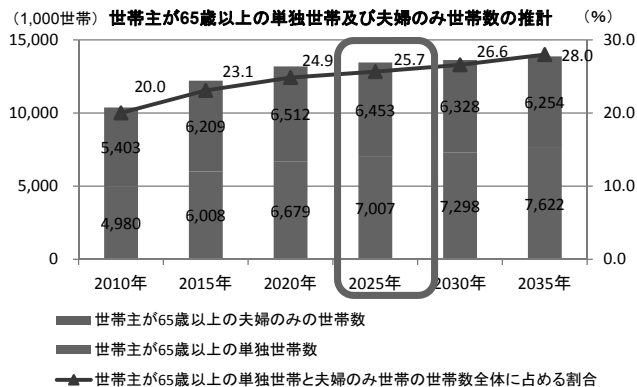
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

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

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく

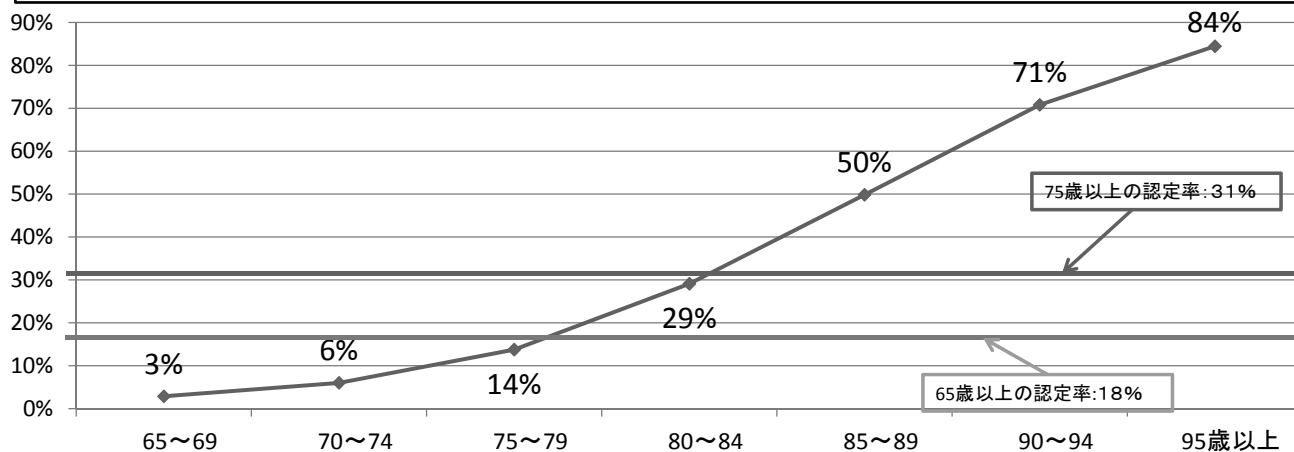


④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	~	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

年齢階層別の要介護認定率(推計)

- 要介護(支援)認定率は、年齢とともに上昇し、85歳~89歳では約半数が認定を受けているが、一号被保険者全体で認定を受けている率は、約18%程度である。
- 後期高齢者医療での受診率は96.9%であるのに対し、75歳以上の要介護(支援)認定率は31%となっている。



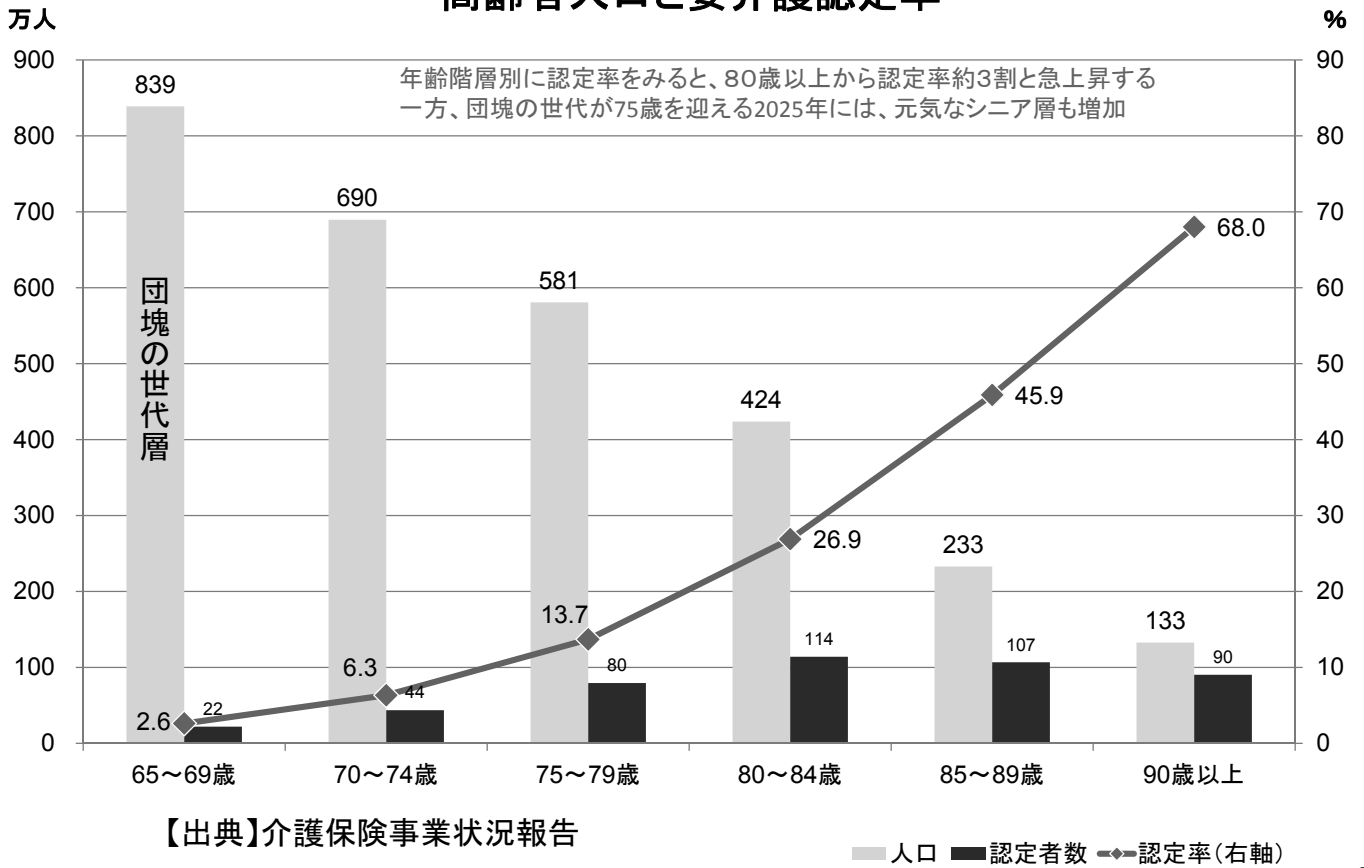
出典: 社会保障人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査(平成24年11月審査分)

【参考】平成22年度1年度間において、入院、入院外又は歯科のいずれか1医療機関以上で診療を受けた者(合計)の割合

協会(一般)	84.8%
組合健保	85.0%
国民健康保険	84.0%
後期高齢者医療	96.9%

(資料)平成22年度 医療給付実態調査

高齢者人口と要介護認定率

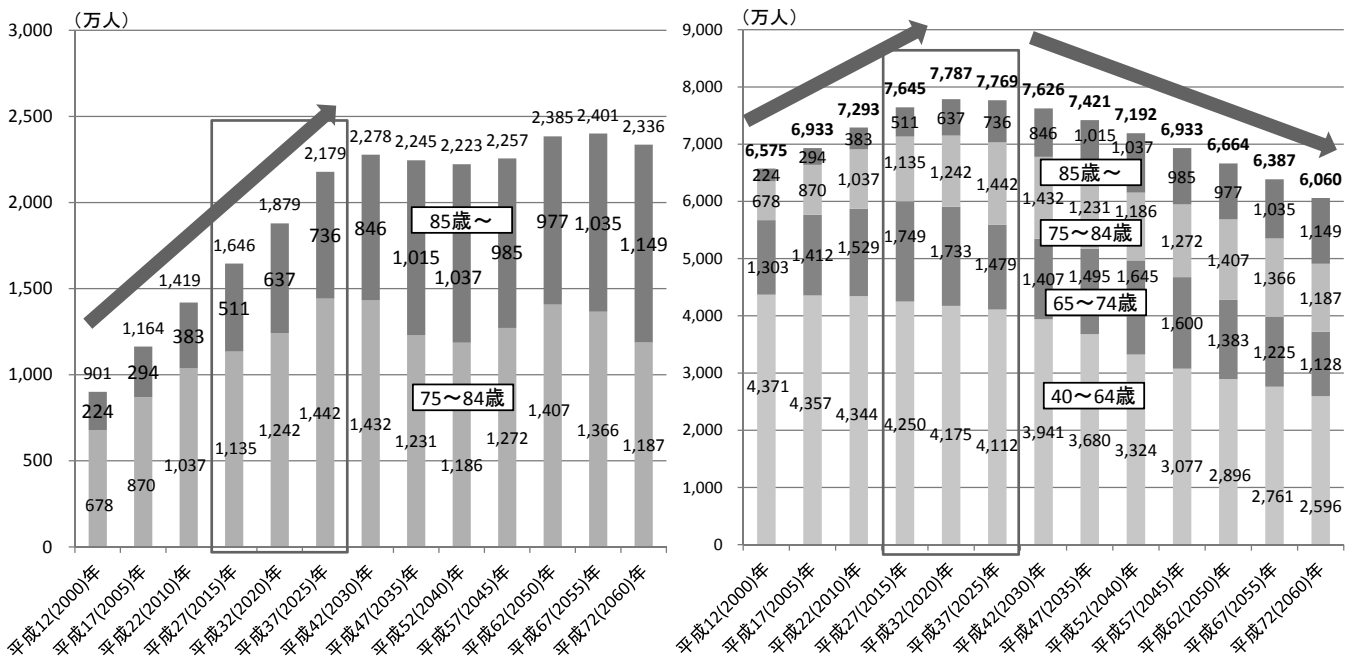


3

⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移 ⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間で、急速に増加。
○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。

○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計) 出生中位(死亡中位)推計実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

4

介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、2025年には保険料が現在の5000円程度から8200円程度に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

事業運営期間	事業計画	給付(総費用額)	保険料	介護報酬の改定率
2000年度 2001年度 2002年度	第一期	3.6兆円 4.6兆円 5.2兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2003年度 2004年度 2005年度	第二期	5.7兆円 6.2兆円 6.4兆円		
2006年度 2007年度 2008年度	第三期	6.4兆円 6.7兆円 6.9兆円	4,090円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2009年度 2010年度 2011年度	第四期	7.4兆円 7.8兆円 8.2兆円		
2012年度 2013年度 2014年度	第五期	8.9兆円 9.4兆円 10.0兆円	4,972円 (全国平均)	H18年度改定 ▲0.5%
2015年度		21兆円程度(改革シナリオ)		
			8,200円程度	H21年度改定 +3.0%
				H24年度改定 +1.2%
				H26年度改定 +0.63%

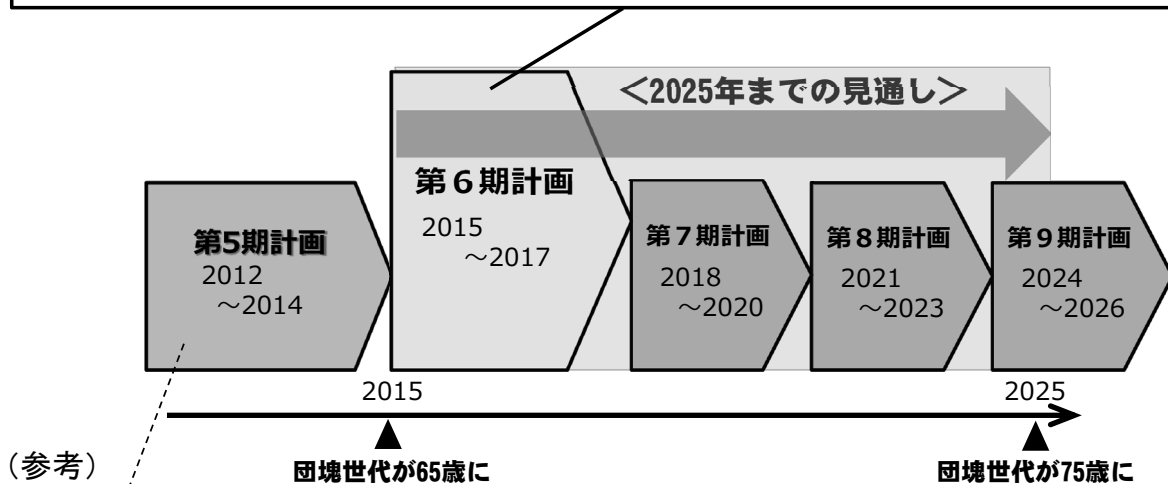
※2011年度までは実績であり、2012～2013年は当初予算、2014年度は当初予算(案)である。
 ※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(平成24年3月)

※2012年度の賃金水準に換算した値

5

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

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

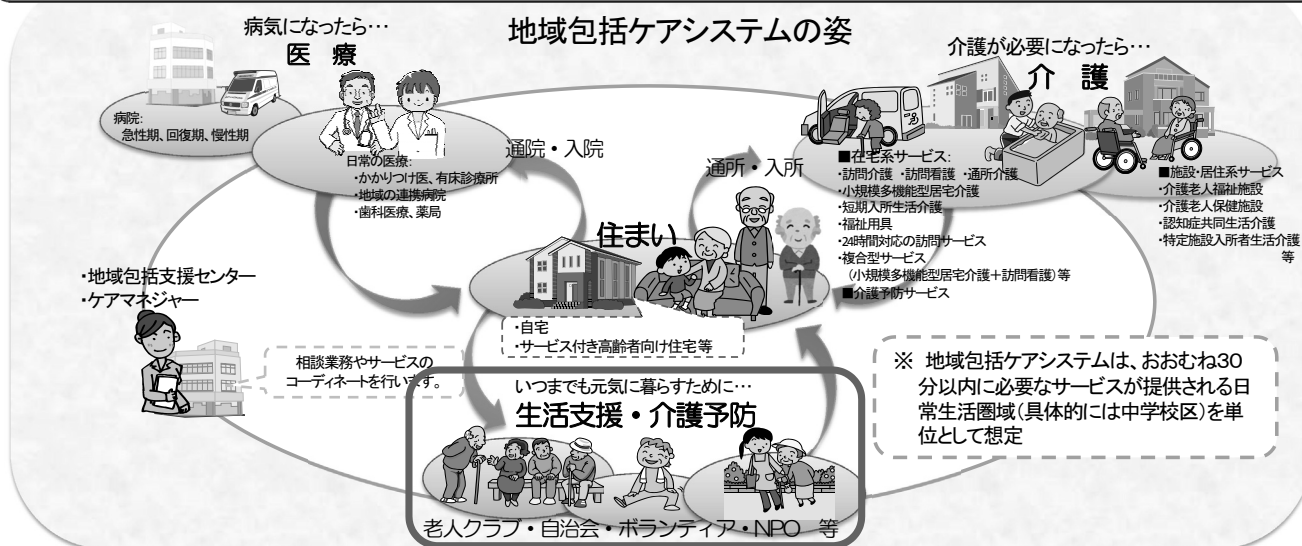


第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

6

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。
- 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。



7

支え合いによる地域包括ケアシステムの構築について

- 地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。
- 自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。
- とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。



自助: ・ 介護保険・医療保険の自己負担部分
・ 市場サービスの購入
・ 自身や家族による対応

互助: ・ 費用負担が制度的に保障されていないボランティアなどの支援、地域住民の取組み

共助: ・ 介護保険・医療保険制度による給付

公助: ・ 介護保険・医療保険の公費(税金)部分
・ 自治体等が提供するサービス

地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」(平成25年3月)より

8

介護保険制度の改正案の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が**住み慣れた地域で生活を継続**できるようにするため、**介護、医療、生活支援、介護予防を充実**。

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

- * 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
- * 介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

- * 段階的に移行（～29年度）
- * 介護保険制度内でサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- * 見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定（既入所者は除く）

- * 要介護1・2でも一定の場合には入所可能

- このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、**保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す**。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

- ・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大
- * 保険料見直し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
- * 軽減例：年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
- * 軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

- ・ 2割負担とする所得水準を、65歳以上高齢者の所得上位20%とした場合、合計所得金額160万円（年金収入で、単身280万円以上、夫婦359万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- ・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

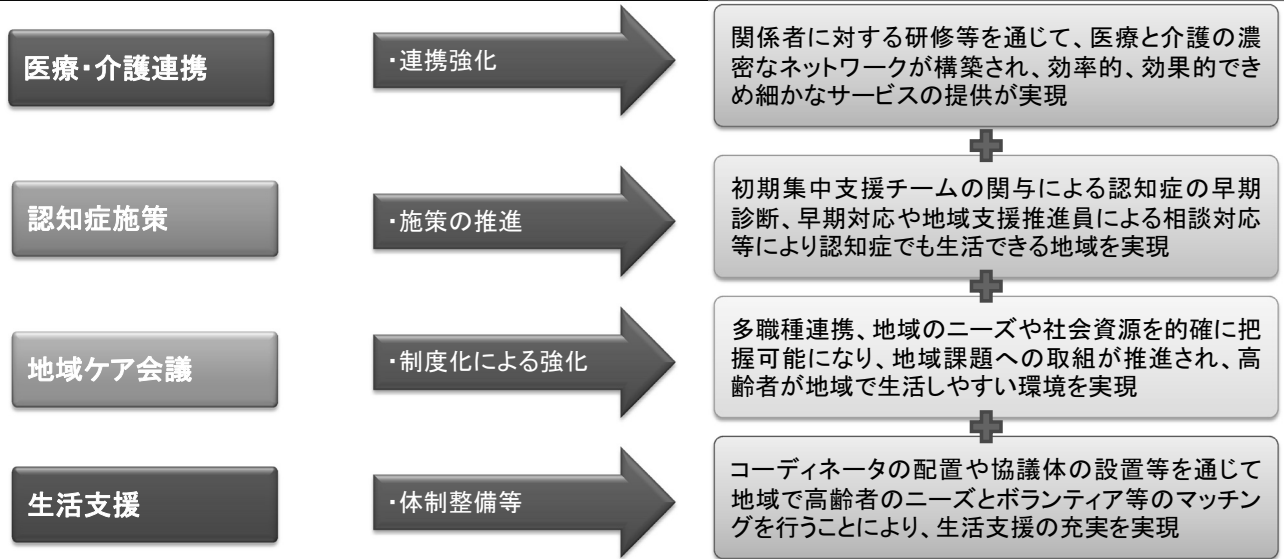
②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

- ・ 預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
- ・ 世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
- ・ 給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案
- * 不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

地域支援事業の充実

医療・介護連携・認知症施策・地域ケア会議・生活支援の充実・強化

- 地域包括ケア実現のため、上記の充実・強化の取組を**地域支援事業の枠組みを活用し**、市町村が推進。
 - あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し。
 - これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。
- ※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託することも可能



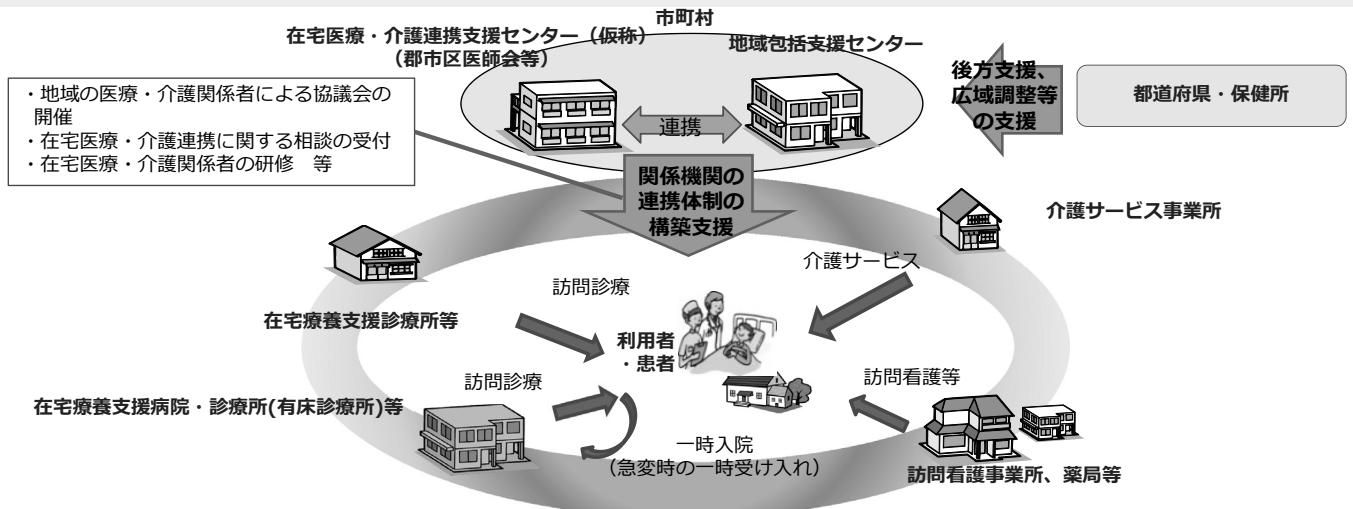
→→→消費税の増収分を活用し、地域支援事業を充実(制度改正を踏まえ原則平成27年度から実施予定)
 ※認知症施策の推進及び生活支援の基盤整備については平成26年度から一部前倒して事業化

10

医療・介護連携

在宅医療・介護連携の推進

- 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、**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・介護の提供を行うことが必要。**(※)在宅療養を支える関係機関の例
 - ・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)
 - ・在宅療養支援病院・診療所(有床診療所)等 (急変時に一時的に入院の受け入れの実施)
 - ・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)
 - ・介護サービス事業所 (入浴、排せつ、食事等の介護の実施)
- 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図る。**



11

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化し、全国的に取り組む。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ、取り組む。
- 可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市町村が、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することができる。
- 都道府県・保健所が、市町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施の手引き書や事例集の作成等により支援。都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化
- ◆ さらに連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査した結果を、関係者間で共有、住民にも公表等



（熊本市）

（エ）在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援

- ◆ 地域連携バス（在宅医療を行う医療機関、介護事業所等の情報を含む）等の活用により、在宅医療・介護の情報の共有支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも対応等

（オ）在宅医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じて、多職種連携の実際を学ぶ
- ◆ 介護職種を対象とした医療関連のテーマの研修会を開催等

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについても普及啓発等



（鶴岡地区医師会）

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

- ◆ 地域の医療機関・ケアマネジャー等介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等を協議等

（ウ）在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等

- ◆ 在宅医療・介護連携の支援窓口の設置・運営により、在宅医療と介護サービスの担当者（看護師、社会福祉士等）の連携を支援するコーディネーターを配置して、連携の取組の支援とともに、ケアマネジャー等から相談受付等

（カ）24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制を整備等

（ク）二次医療圏内・関係市区町村の連携

- ◆ 二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、在宅医療・介護等の関係者間で情報共有の方法等について協議等

12

認知症施策

認知症施策の推進

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「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ることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。
- 認知症施策を推進するため、介護保険法の地域支援事業に位置づける（「認知症初期集中支援チーム」の設置、認知症地域支援推進員の設置など）。

「認知症施策推進5か年計画」（平成24年9月厚生労働省公表）の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》

認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼。



《今後目指すべきケア》

「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

事項	5か年計画での目標	備考
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映	平成25年度ケアパス指針作成
○「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討	・平成25年度モデル事業14カ所 ・平成26年度予算では、地域支援事業（任意事業）で100カ所計上
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備	・平成25年度約250カ所 ・平成26年度予算では300カ所計上
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人	平成24年度末 累計35,131人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人	平成24年度末 累計2,680人
○「地域ケア会議」の普及・定着	平成27年度以降 すべての市町村で実施	
○認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末 700人	・平成25年度約200カ所 ・平成26年度予算では、地域支援事業（任意事業）で470カ所計上
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人	平成26年3月末 累計499万人

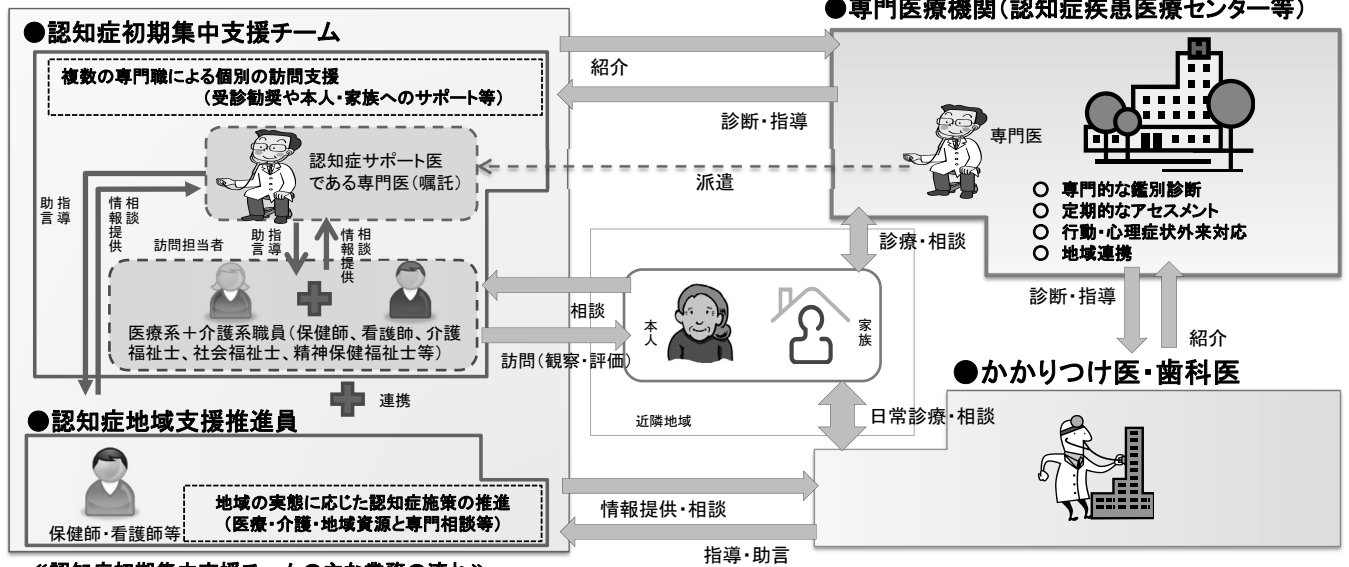
13

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

- **認知症初期集中支援チーム** 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等を(個別の訪問支援)
- **認知症地域支援推進員** 一認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



＜認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ＞

- ①訪問支援対象者の把握、②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)、③初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)、④観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子チェック)、⑤専門医を含めたチーム会議の開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)、⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)、⑦引き継ぎ後のモニタリング

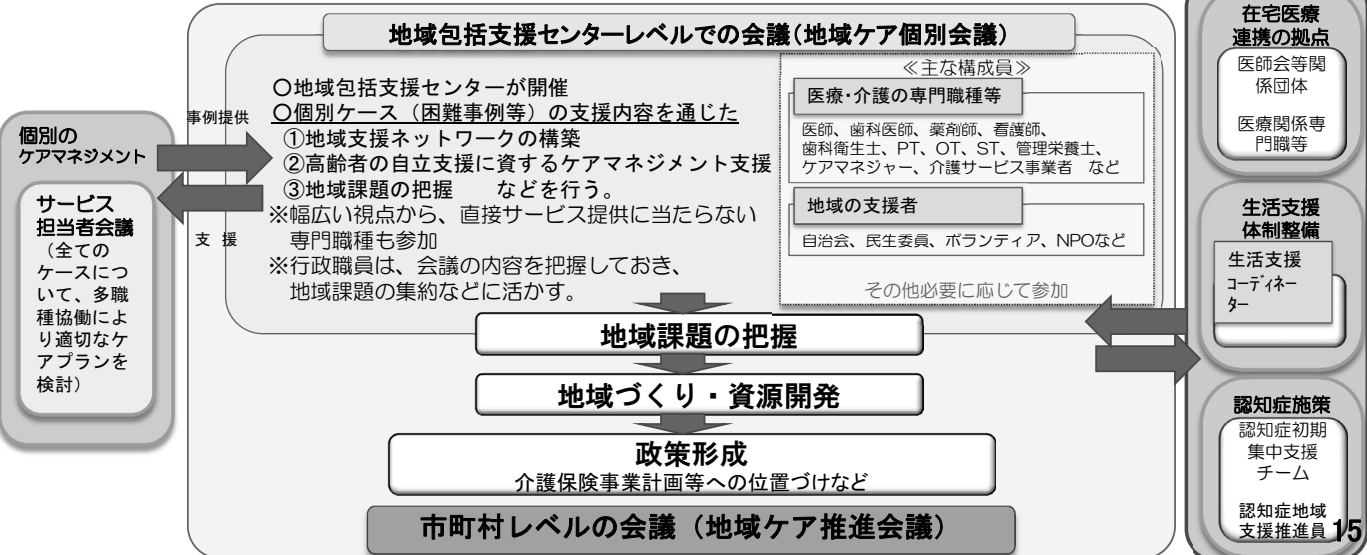
14

地域ケア会議

地域ケア会議の推進

- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援等を行うとともに、地域づくり・政策形成等につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。
 - ・適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして位置づけ
 - ・市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
 - ・地域ケア会議参加者に対する守秘義務を規定、関係者の出席や資料・情報の提供など地域ケア会議の円滑な実施が可能 等

・地域包括支援センターの箇所数:4,484ヶ所(センター・プラント・サブセンター合計7,196ヶ所)(平成25年4月末現在)
 ・地域ケア会議は全国の保険者で約6割(1,207保険者)で実施(平成24年度末時点)



15

地域ケア会議に関する法改正の内容

法改正のポイント

1. 市町村が「地域ケア会議」を設置し、高齢者への適切な支援及び支援体制に関する検討を行うことを規定

- 市町村が包括的・継続的ケアマネジメント事業の効果的な実施のため「地域ケア会議」を置くよう法律に明記(介護保険法115条の48第1項、第2項)
- 地域ケア会議を設置し、個別ケースの検討と地域課題の検討の両方を行うものであることを法律に明記。

2. 地域ケア会議関係者からの協力を得やすい体制に

- 関係者の出席や資料・情報の提供など地域ケア会議の円滑な実施が可能に。

(介護保険法115条の48第3項・第4項)

3. 関係者への守秘義務を課すこと

- 関係者に対して法律上の守秘義務を課すことで、地域ケア会議で個別事例を扱うことに対して、利用者や家族からの理解が得やすくなる。
- 参加者による情報交換等が円滑に行われるようになる。

※守秘義務違反の場合は一年以下の懲役・百万円以下の罰金。

→参加者に、**守秘義務の取扱について周知が必要**

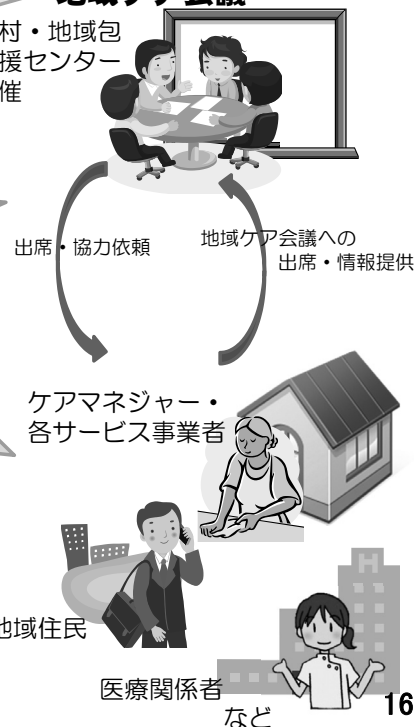
(介護保険法115条の48第5項、205条2項)

4. 具体的な会議の運営について市町村・センターにおいて従前どおり柔軟に行うことができる。

市町村
↓設置

地域ケア会議

市町村・地域包括支援センターが主催



ケアマネジャー・各サービス事業者

地域住民

医療関係者
など

16

介護保険法 改正案 (地域ケア会議関係抜粋)

第115条の48

市町村は、第115条の45第2項第3号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体(以下この条において「関係者等」という。)により構成される会議(以下この条において「会議」という。)を置くように努めなければならない。

2 会議は、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者(以下この項において「支援対象被保険者」という。)への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとする。

3 会議は、前項の検討を行うため必要があると認めるときは、関係者等に対し、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を求めることができる。

4 関係者等は、前項の規定に基づき、会議から資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

5 会議の事務に従事する者、又は従事していた者は、正当な理由がなく、会議の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

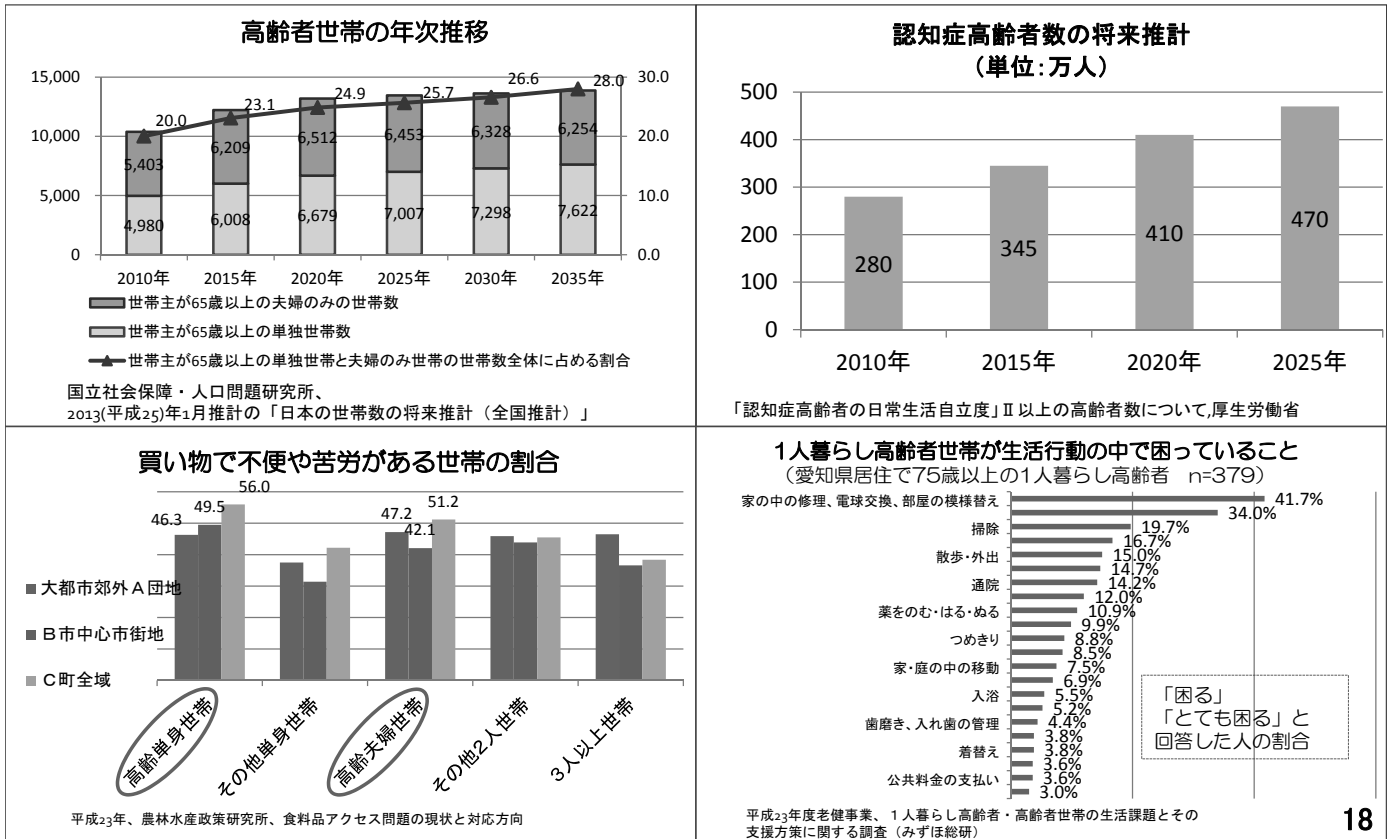
6 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、会議が定める。

第205条

2 (略)第115条の48第5項の規定に違反した者は、1年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

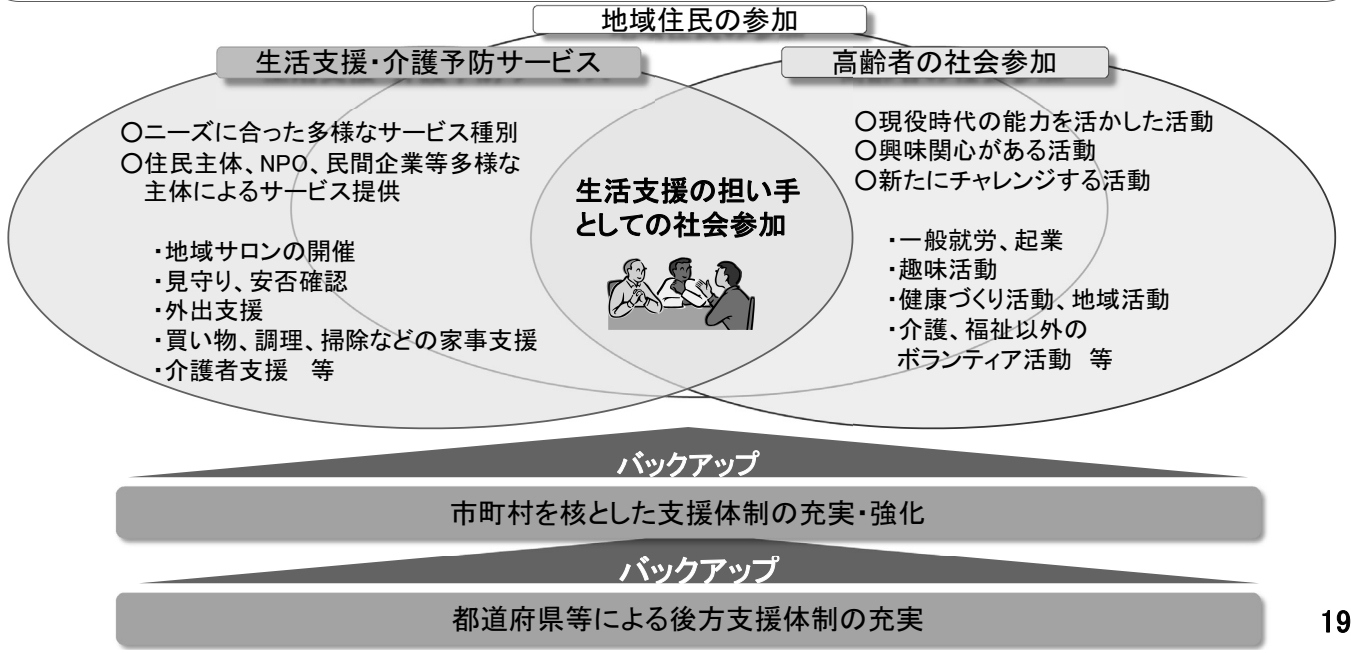
17

生活支援のニーズ



生活支援 生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加 介護予防

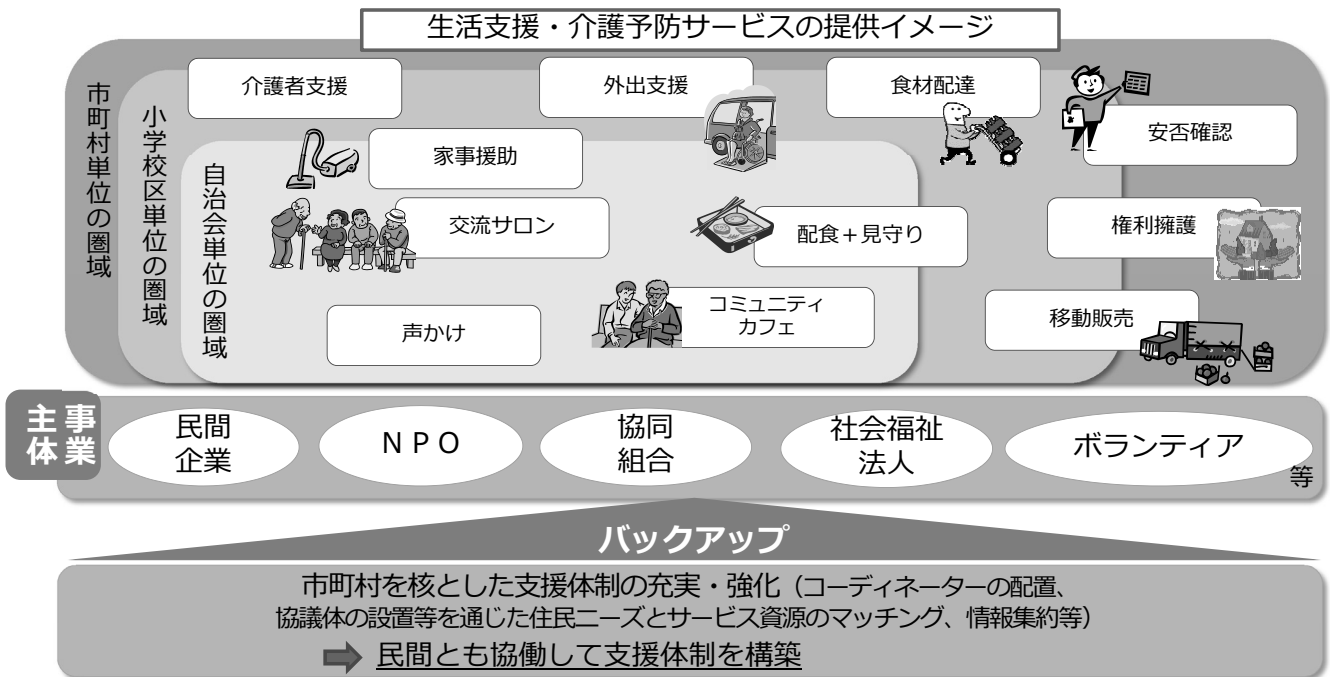
- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援



20

生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

(1) 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置 ⇒多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域に不足するサービスの創出 ○ サービスの担い手の養成 ○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 関係者間の情報共有 ○ サービス提供主体間の連携の体制づくり など 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の日常生活圏域（中学校区域等）があり、平成29年度までの間にこれらのエリアの充実を目指す。

① 第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心

② 第2層 日常生活圏域（中学校区域等）で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開

※ コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外

+

(2) 協議体の設置 ⇒多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

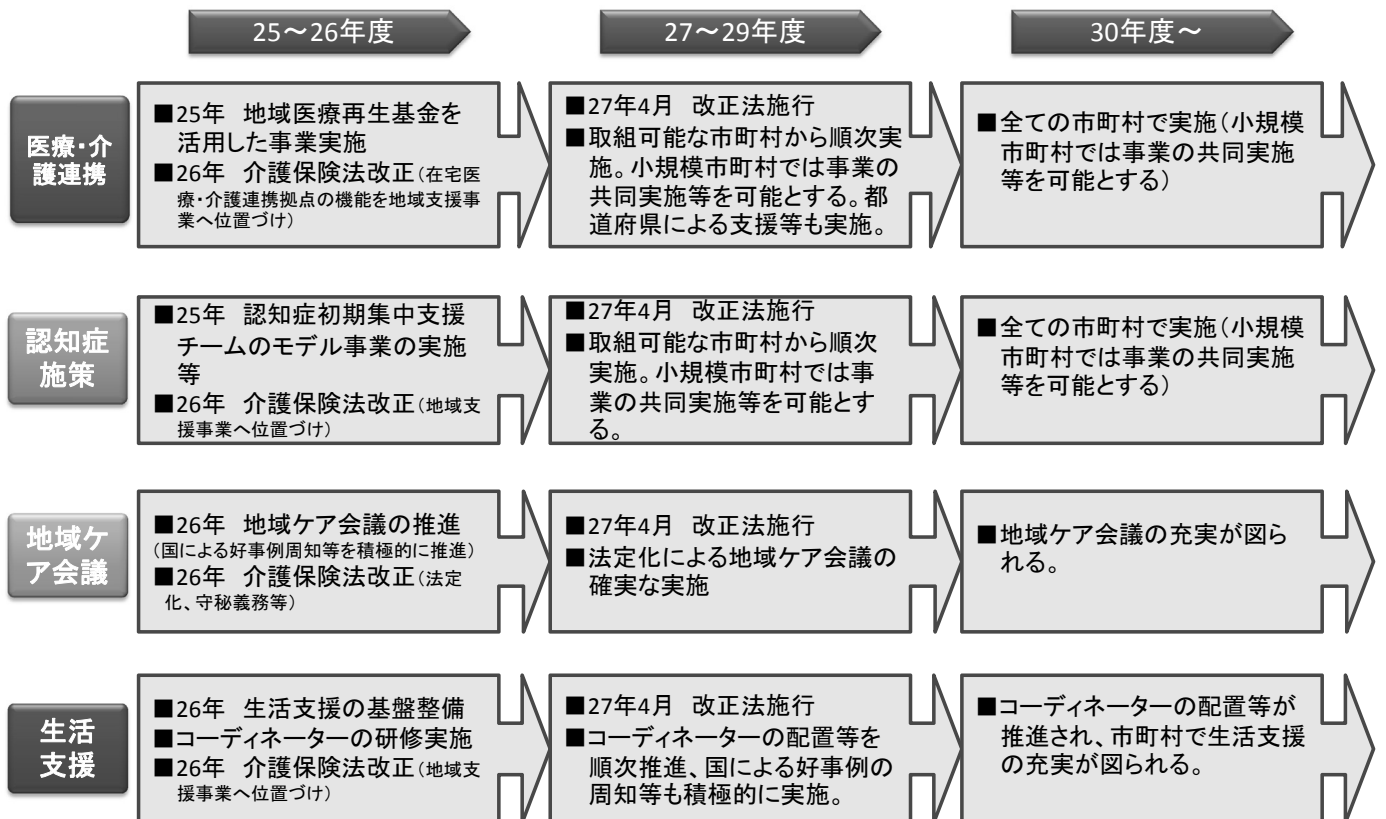
生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

NPO 民間企業 協同組合 ボランティア 社会福祉法人 等

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

21

地域支援事業充実の進め方

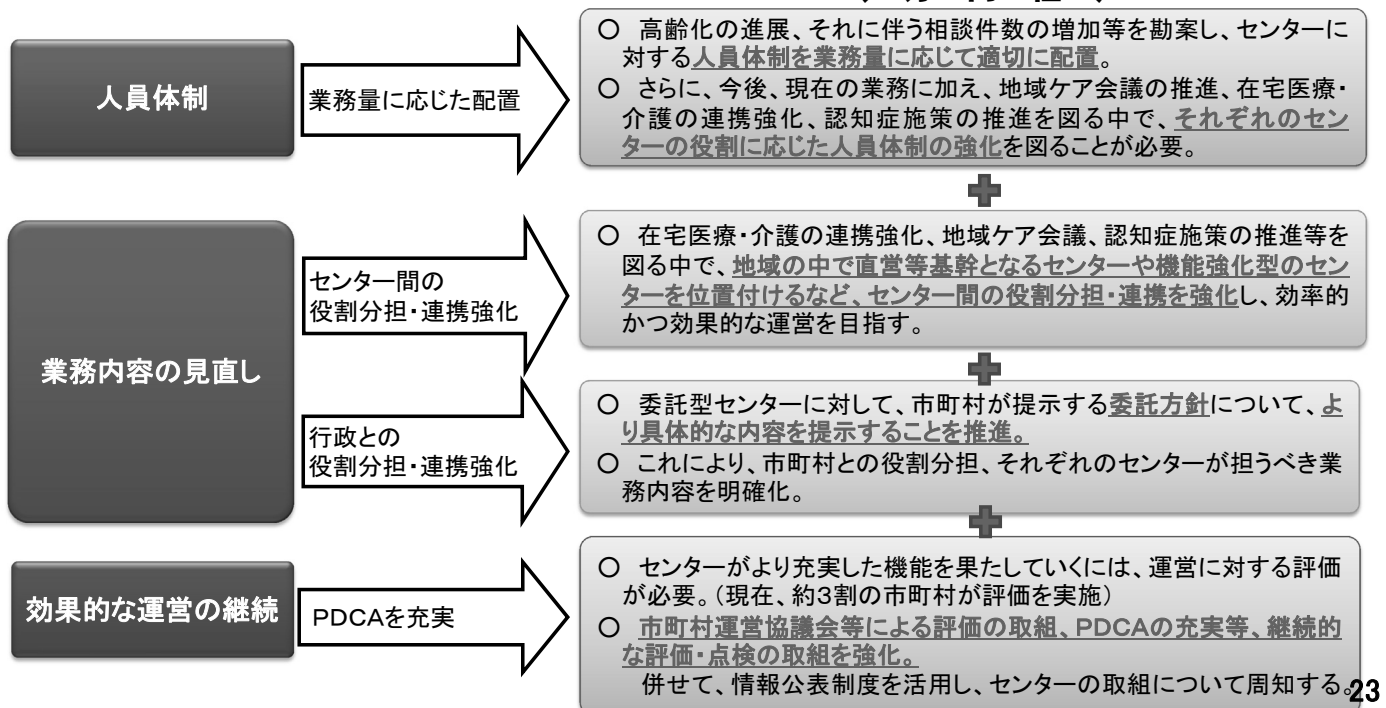


22

地域包括支援センターの機能強化へ向けた方向性

地域包括支援センターは、行政直営型、委託型にかかわらず、行政（市町村）機能の一部として地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として期待されることから、現状の課題や今後求められる役割を勘案しながら、複合的に機能強化を図ることが重要。

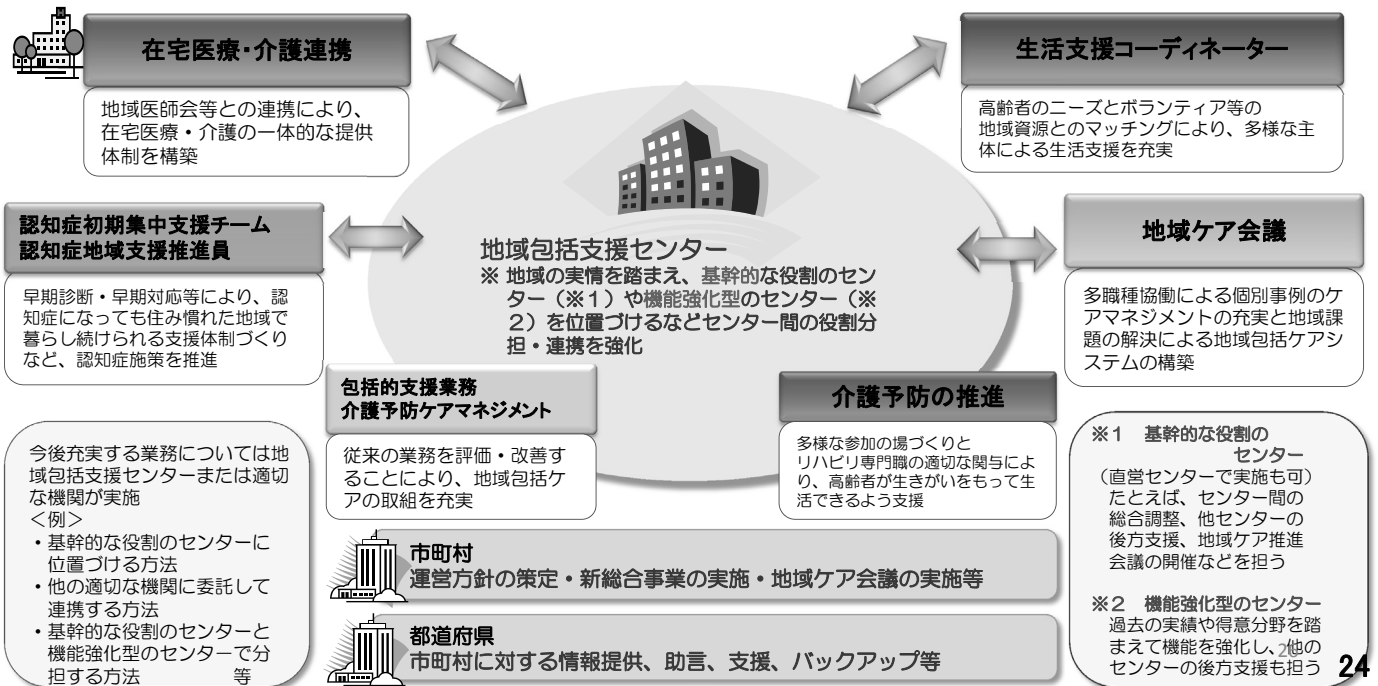
（方向性）



23

地域包括支援センターの機能強化

- 高齢化の進展、相談件数の増加等に伴う業務量の増加およびセンターごとの役割に応じた人員体制を強化する。
- 市町村は運営方針を明確にし、業務の委託に際しては具体的に示す。
- 直営等基幹的な役割を担うセンターや、機能強化型のセンターを位置づけるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。
- 地域包括支援センター運営協議会による評価、PDCAの充実等により、継続的な評価・点検を強化する。
- 地域包括支援センターの取組に関する情報公表を行う。



24

介護サービス情報公表制度の見直し

- 地域包括ケアシステム構築の観点から、現在公表されている介護サービス事業所の他に、地域包括支援センターと配食や見守り等の生活支援の情報について、本公表制度を活用し、広く国民に情報発信を行う。
また、通所介護の設備を利用して提供している法定外の宿泊サービスの情報も公表。
- 今後、介護人材の確保が重要となる中、各事業所における雇用管理の取組を推進することが重要であり、現行の従業者等に関する情報公表の仕組みについて、円滑に事業所が情報を公表できるよう見直しを行う。
- インターネットを通じて情報を入手することができない方に対しても、地域包括支援センター等で情報公表システムを活用して分かりやすく情報提供するなどの工夫が必要。

新たに国民に情報発信

地域包括支援センター
生活支援サービス

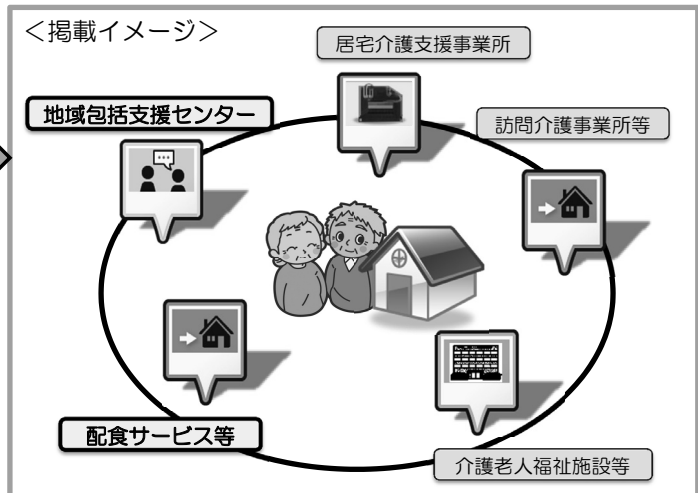
通所介護の宿泊サービス情報
※通所介護の情報に追加

人材確保の観点から活用を促進

従業者に関する情報

※キャリア段位制度の情報等も検討

<掲載イメージ>



25

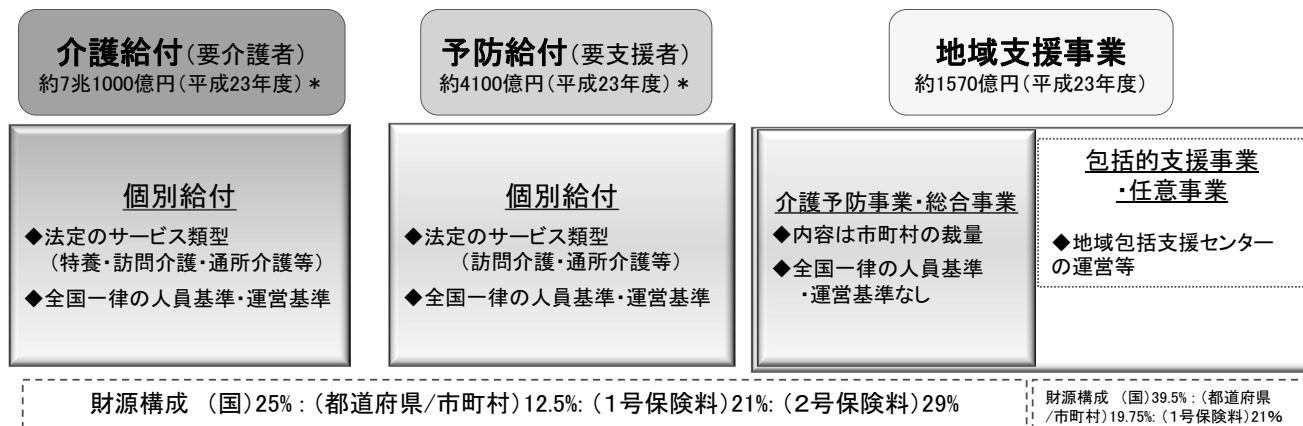
予防給付の見直し

地域の実情に応じたサービスの多様化を通じた生活支援・介護予防の体制を強化。併せて、高齢者の社会参加・介護予防の推進、効率的な事業実施を推進し、結果としての費用の効率化を同時に目指す。

現行の介護保険制度の仕組み

- 介護保険制度の中には、①要介護者(1～5)に対する介護給付、②要支援者(1・2)に対する予防給付のほか、保険者である市町村が、「事業」という形で、要介護・要支援認定者のみならず、地域の高齢者全般を対象に、地域が必要とされているサービスを提供する「地域支援事業」という仕組みがある(平成17年改正で導入。平成18年度から施行)。
※介護保険制度内でのサービスの提供であり、財源構成は変わらない。
- 要介護者・要支援者以外の高齢者(2次予防事業対象者など)への介護予防事業は、「地域支援事業」で実施。
- 市町村の選択により、「地域支援事業」において、要支援者・2次予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる事業(「総合事業」)を創設(平成23年改正で導入。平成24年度から施行)。
※24年度には27保険者(市町村等)が実施。25年度は44保険者が実施予定。

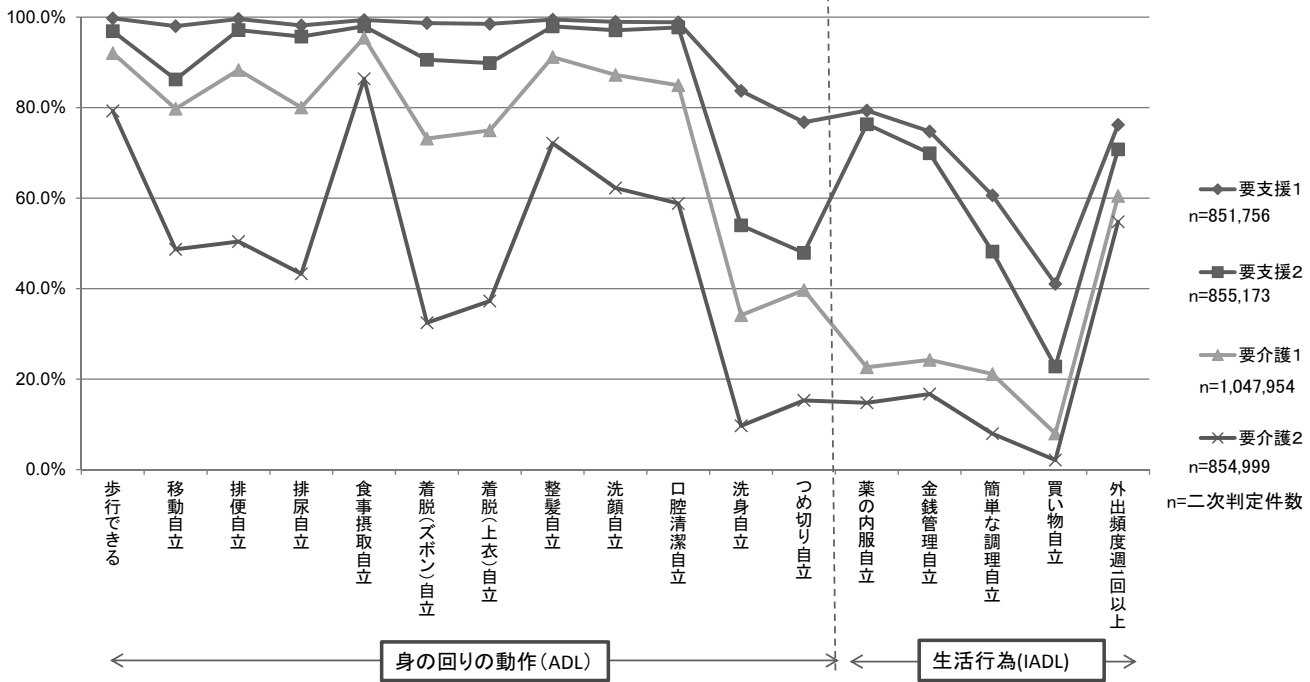
介護保険制度



*これ以外に高額介護サービス費等が含まれる。

(参考) 要支援1～要介護2の認定調査結果

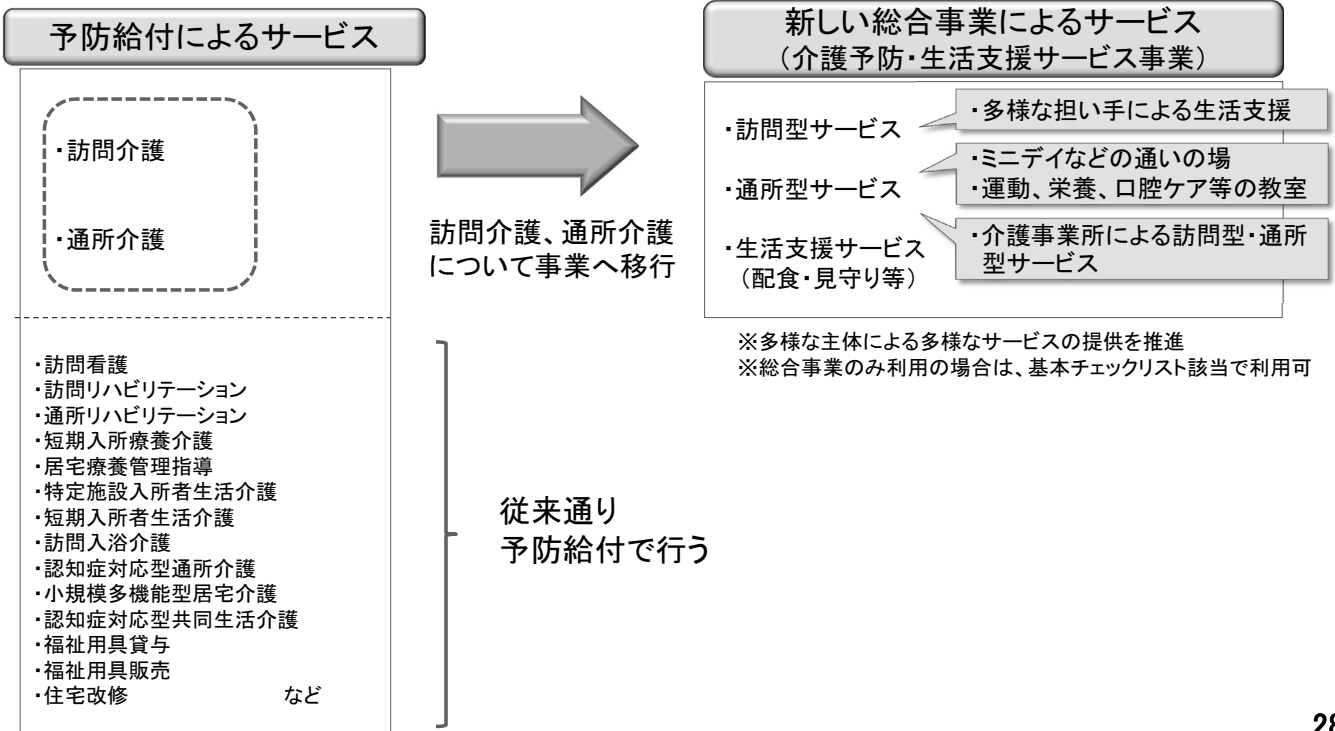
要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。
 ※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

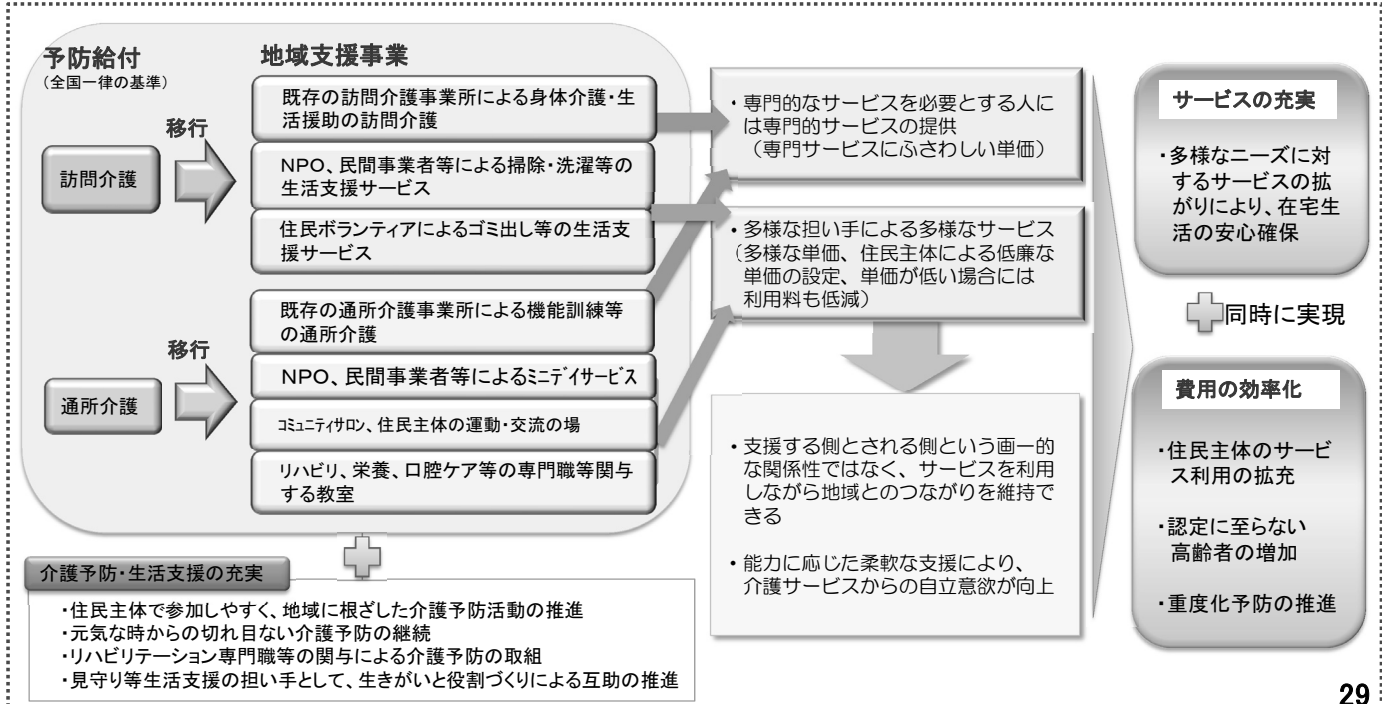
要支援者の訪問介護、通所介護の総合事業への移行(介護予防・生活支援サービス事業)

- 多様な主体による柔軟な取り組みにより効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、予防給付の訪問介護、通所介護は、事業にすべて移行(平成29年度末まで)
- その他のサービスは、予防給付によるサービスを利用



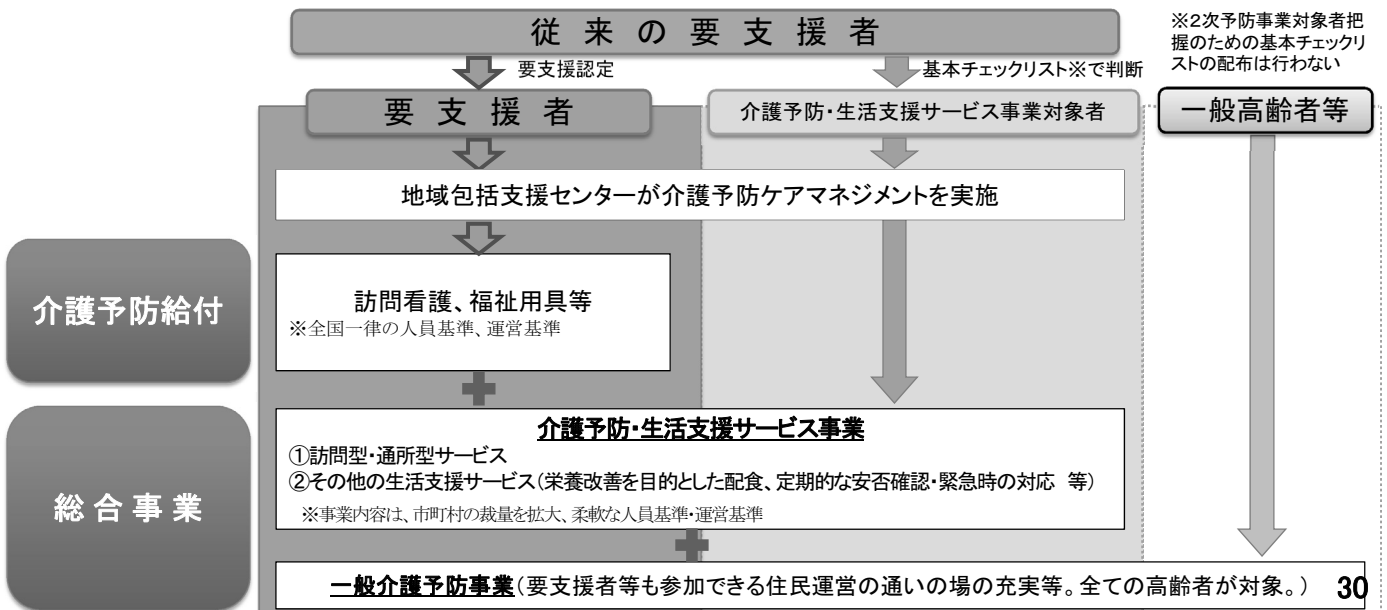
予防給付の見直しと生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の实情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（29年度末まで）。財源構成は給付と同じ（国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料）。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）のサービスと介護予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせる。
 - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に（基本チェックリストで判断）。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



介護予防の推進

介護予防の理念

- 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として行うものである。
- 生活機能(※)の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。

※「生活機能」…ICFでは、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の動きや精神の動きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される

これまでの介護予防の問題点

- 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。
- 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないかと。

これからの介護予防の考え方

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、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が重要であり、地域において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、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。
- 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。
- 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、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。
- このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。

31

新しい介護予防事業

- 機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけではなく、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ができるように介護予防事業を見直す。
- 元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営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。

現行の介護予防事業

一次予防事業

- ・介護予防普及啓発事業
- ・地域介護予防活動支援事業
- ・一次予防事業評価事業

二次予防事業

- ・二次予防事業対象者の把握事業
- ・通所型介護予防事業
- ・訪問型介護予防事業
- ・二次予防事業評価事業

一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直す

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

一般介護予防事業

介護予防事業対象者の把握事業

- ・地域の実情に応じて収集した情報等(例えば、民生委員等からの情報など)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、地域介護予防活動支援事業等で重点的に対応(基本チェックリストを活用することも可能)

介護予防普及啓発事業

地域介護予防活動支援事業

- ・要支援者等も参加できる住民運営の通いの場の充実

介護予防事業評価事業

(新)地域リハビリテーション活動支援事業

- ・「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけるために、地域においてリハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進

介護予防・生活支援サービス事業

- ・従来の二次予防事業対象者に実施していた通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業は、基本チェックリストの活用により、引き続き、対象者を限定して実施

介護予防・日常生活支援総合事業

32

介護予防・日常生活支援総合事業（長崎県佐々町）

- 高齢者を含む「介護予防ボランティア養成研修」を受けた地域住民が、①介護予防事業でのボランティアや、②地域の集会所などでの自主的な介護予防活動、③要支援者の自宅を訪問して行う掃除・ゴミ出し等の訪問型生活支援サービスを行うことを支援。
- 20年度から実施し、24年12月現在45名が登録・活動中。ボランティアの情報交換等のため連絡会も設置。行政担当者等も参加し、町の介護予防の方向性の統一化、個々のケースの切れ目ないケアの実現を図る。

【佐々町の概要】平成26年1月31日現在

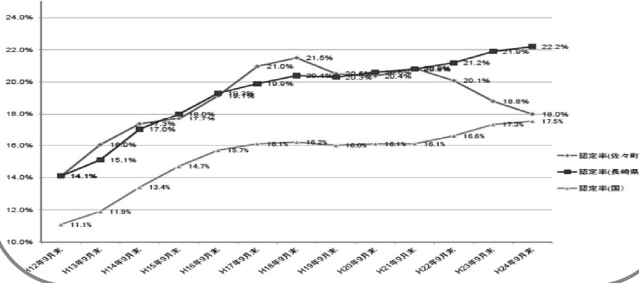
- 地域包括支援センター 直営 1カ所
- 人口: 13,738人
- 高齢者人口: 3,280人
- 高齢化率: 23.8%



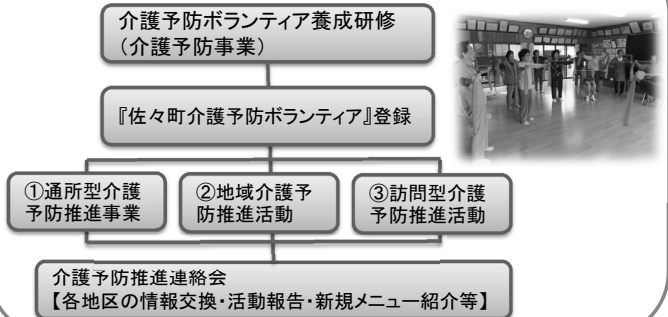
【取組の成果】

- できないこと「お手伝い」ではなく、「できていることの継続」と「改善可能なことを増やす」支援により、高齢者の自立度が向上し認定率が低下している。
- 身近な会場や地域資源を活かした通いの場、参加の場を作り、住民ボランティアが活躍することにより、住民同士の絆が深まった。

佐々町の認定率の推移



佐々町の介護予防ボランティア組織図



多様な通いの場と生活支援の体制づくり

- はつらつ教室、水中運動教室、男性料理教室、身近な会場での介護予防活動など、多様な通いと参加の場づくり
- 介護予防ボランティアの活躍の場と生きがい支援
- シルバー人材センター、介護予防ボランティア等による日常生活上の支援
- 地域デイサービスや地区の介護予防活動の開催により、要支援から改善しても通える場の確保



33

介護予防・日常生活支援総合事業（山梨県北杜市）

- 直営の地域包括支援センターが中心となって、地域づくりを推進。ニーズ調査の結果も活用し、高齢者の外出や交流が少ないといった地域課題を明確化。関係機関との情報交換を行いつつ、多様な通いの場づくり、ボランティア活動等を促進。
- 介護予防・日常生活支援総合事業では、これまでの取組により生み出された地域の資源等を有効に活用しつつ、①通所型予防サービス、②配食・見守り・安否確認等の生活支援サービスを実施。

【北杜市の概要】平成25年10月1日現在

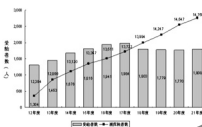
- 地域包括支援センター 直営 1カ所
- 人口: 48,882人
- 高齢者人口: 15,966人
- 高齢化率: 32.7%



【取組の経緯と成果】

- 北杜市は、平成18年度の地域包括支援センター設置以降、地域づくりによる介護予防の推進と地域力の向上に取り組んでいる。
- 平成22年に住民のニーズ調査を行い、全国との比較により、認知症高齢者が多い傾向にあること、社会参加意欲が低いこと、買い物等外出や交流が少ないこと等、北杜市の特徴や地域課題を明確化
- 介護事業者や関係機関との情報交換を行いながら、地域課題の解決に向けて、地域支援事業を充実強化（多様な通いの場づくり、ボランティア活動の促進、地域ケア会議の取組など）した。
- この結果、介護支援ボランティア登録者の増加や地域で高齢者が気軽に集える場を住民主体で立ち上げる等地域の方で高齢者や家庭介護を支えようという意識向上が図れている。
- このような北杜市独自の取組をH24年度から総合事業に位置づけている。

介護保険・被保険者数と受給者数



通所型予防サービス（ふれあい処北杜）

- 運営（8カ所） NPO、社協、任意団体、介護事業所
- 内容 会話、創作、体操、事業所の特性を生かした活動等（週1～2回）
- スタッフは1～2名。他ボランティア等
- ケアマネジメント 北杜市地域包括支援センターが実施
- 地域の人が誰でも気軽に立ち寄れる場所



生活支援サービス（あんしんお届サービス）

- 内容
 - ・配食＋安否確認（緊急連絡を含む）
 - ・弁当業者等が配食の際、利用者に声かけ
 - ・異状があった時の連絡義務づけ
 - ・弁当業者、任意団体、介護事業所（4カ所の事業者が参入）



介護予防事業

- 地域を中心とした自主活動への支援
 - ・いきいき運動教室（骨折・転倒予防のための運動教室）
 - ・筋力元気があつぎ事業（筋力向上トレーニングと運動習慣習得）
 - ・ふれあい広場（体操、レクリエーション、交流会を実施）

34

介護予防・日常生活支援総合事業(大分県杵築市)

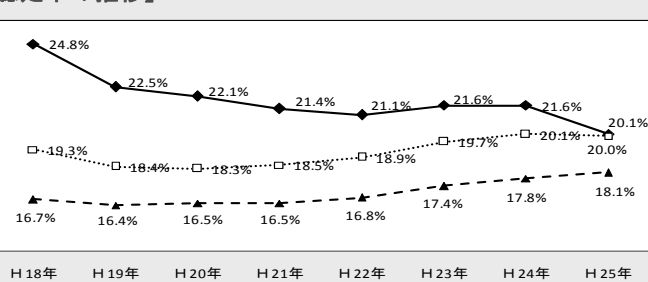
- 認定申請の相談時に、地域包括支援センター職員が面接しアセスメントを実施(必要があれば訪問)
- 高齢者の状態、ニーズ、有効と思われるサービスなどを総合的に判断して、総合事業を紹介
- 高齢者の選択により総合事業のサービスを利用して、認定申請に至らず過ごしている高齢者が多数
- 多様な通いの場づくり等を通じた介護予防活動の推進により、要介護・要支援状態から改善するケースもある

【杵築市の概要】 平成25年9月末現在

- 地域包括支援センター
 - 直営 1カ所
 - サブセンター 1カ所
- 人口 31,224人
- 世帯数 13,429人
- 高齢者人口 10,256人
- 高齢化率 32.9%



【認定率の推移】



【これまでの取組等】

- ・杵築市の要介護認定率は、平成18年で24.8%と高く、全国平均の16.7%や大分県平均の19.3%と比較しても突出していた。
- ・地域包括支援センターが創設され、ケアマネジメント支援と介護予防を強化するにあたり、関係者の意識改革やアセスメント能力向上などの人材育成を行い、介護保険制度の理念である自立支援の考え方を徹底して追求
- ・地域ケア会議で、要支援の新規・更新申請者や住宅改修・福祉用具の利用者等に対する支援のあり方を、保険者、地域包括支援センター、ケアマネジャー及び保健・医療等の多職種が一体となって検討し、自立支援に資するケアマネジメントを推進
- ・個別ケースの検討から地域課題を発見し、ニーズ量を把握した上で、例えば要支援から改善した高齢者の受け皿づくりや生活支援の整備など、必要とされる社会資源の整備につなげる。

【事業の概要と効果】

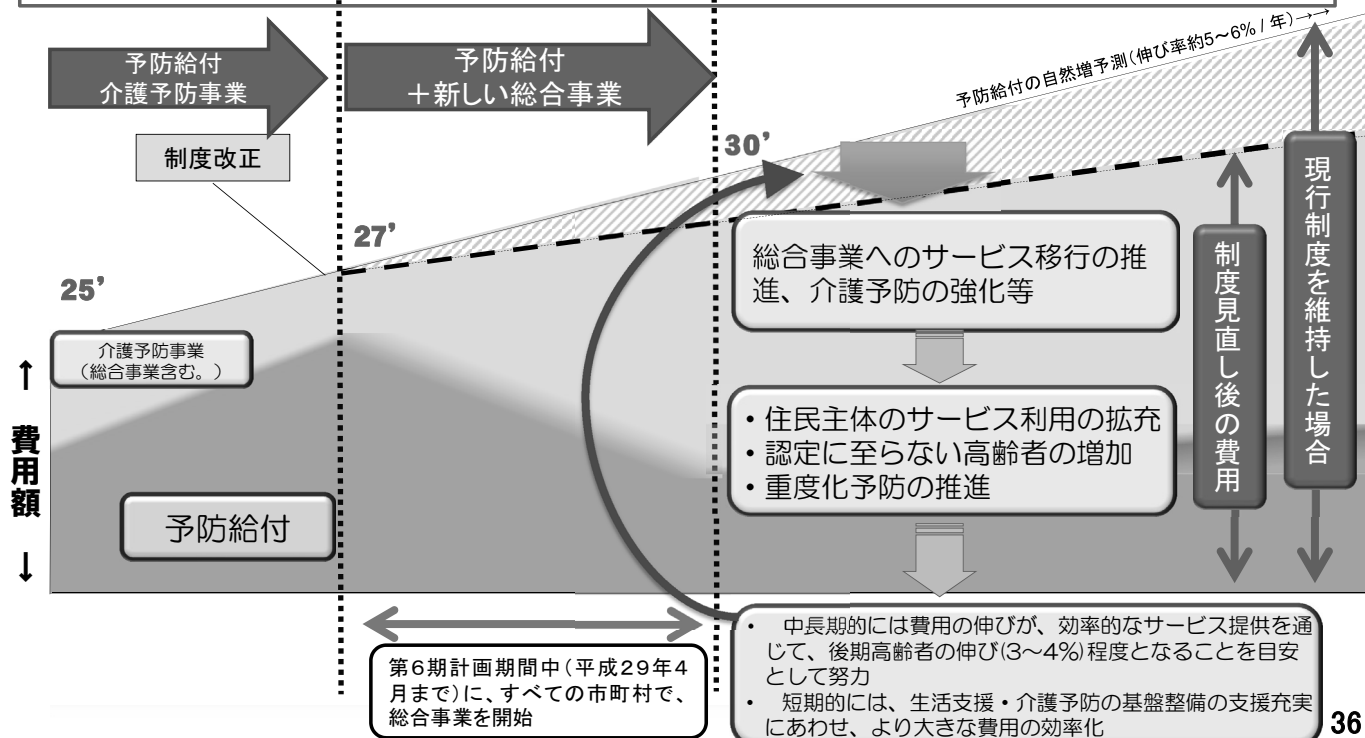
- ・事業の予防サービス(訪問型・通所型)においても介護予防給付のサービス事業所を活用。利用者の状態に合わせたケアマネジメントによって事業か給付か選択
- ・事業における委託単価は給付より低めに設定。利用者は同じ事業者を利用する場合であっても、事業を利用することにより自己負担額が軽減
- ・介護予防拠点を中心に、認知症予防教室、運動教室、高齢者サロン、一般財源による生きがいデイサービスや公民館におけるサークル活動など、多様な通いの場を選択肢として設け、介護予防活動を推進
- ・上記の活動を支える人材として、介護予
- ・地域での自立生活をめざして、3ヶ月ごし、給付から事業へ、事業から住民主体の活動へと移行する人もいる



35

総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化(イメージ)

- 総合事業への移行により住民主体の地域づくりを推進。住民主体のサービス利用を拡充し、効率的に事業実施。
- 機能が強化された新しい総合事業を利用することで、支援を必要とする高齢者が要支援認定を受けなくても地域で暮らせる社会を実現。
- リハ職等が積極的に関与しケアマネジメントを機能強化。重度化予防をこれまで以上に推進。



36

地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例(まとめ)

地域包括ケアシステムについては、市町村が中心となって、地域の多様な支える力を集結させ、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じてつくり上げていく必要があります。特に予防給付を見直し、円滑に地域支援事業へ移行していくためには、市町村が中心となって支え合いの体制づくりを進めることが必要です。厚生労働省では、市町村の好事例を取りまとめました。好事例も参考にしながら、各市町村で取組を進めていただきたいと思います。

○市町村介護予防強化推進事業(介護予防モデル事業)に関する事例・・・・・・・・・・P2

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/iitsurei.html

【厚生労働省のHP>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>介護予防>5 市町村介護予防強化推進事業】

○介護予防・日常生活支援総合事業に関する事例・・・・・・・・・・P20

○介護予防事業に関する事例・・・・・・・・・・P28

「地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例」(参考)

http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/torikumi_02.html

【厚生労働省のHP>>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>介護予防>4 地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例】

○生活支援コーディネーターに関する事例・・・・・・・・・・P36

「地域における生活支援サービスのコーディネーターの育成に関する調査研究事業 報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000046377.pdf>

【厚生労働省のHP>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>地域包括ケアシステム>5. 生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加】

○地域包括ケアシステム構築に関する事例

「事例を通じて、我がまちな地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成

～できること探しの素材集～」・・・・・・・・・・P55

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/jirei.pdf

【厚生労働省のHP>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>地域包括ケアシステム>1. 地域包括ケアシステムの実現に向けて>地域包括ケアシステム構築に向けた取組事例】

「過疎地域における地域包括ケアシステムの構築に関する調査研究事業報告書」・・・・・・・・P60

<http://www.hit-north.or.jp/houkokusyo/2013tiikihokatsu-shiryo.pdf> 【社団法人北海道総合研究調査会HP】

○地域ケア会議に関する事例(参考)

「地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集～地域の特色を活かした実践のために～」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-0-01.pdf

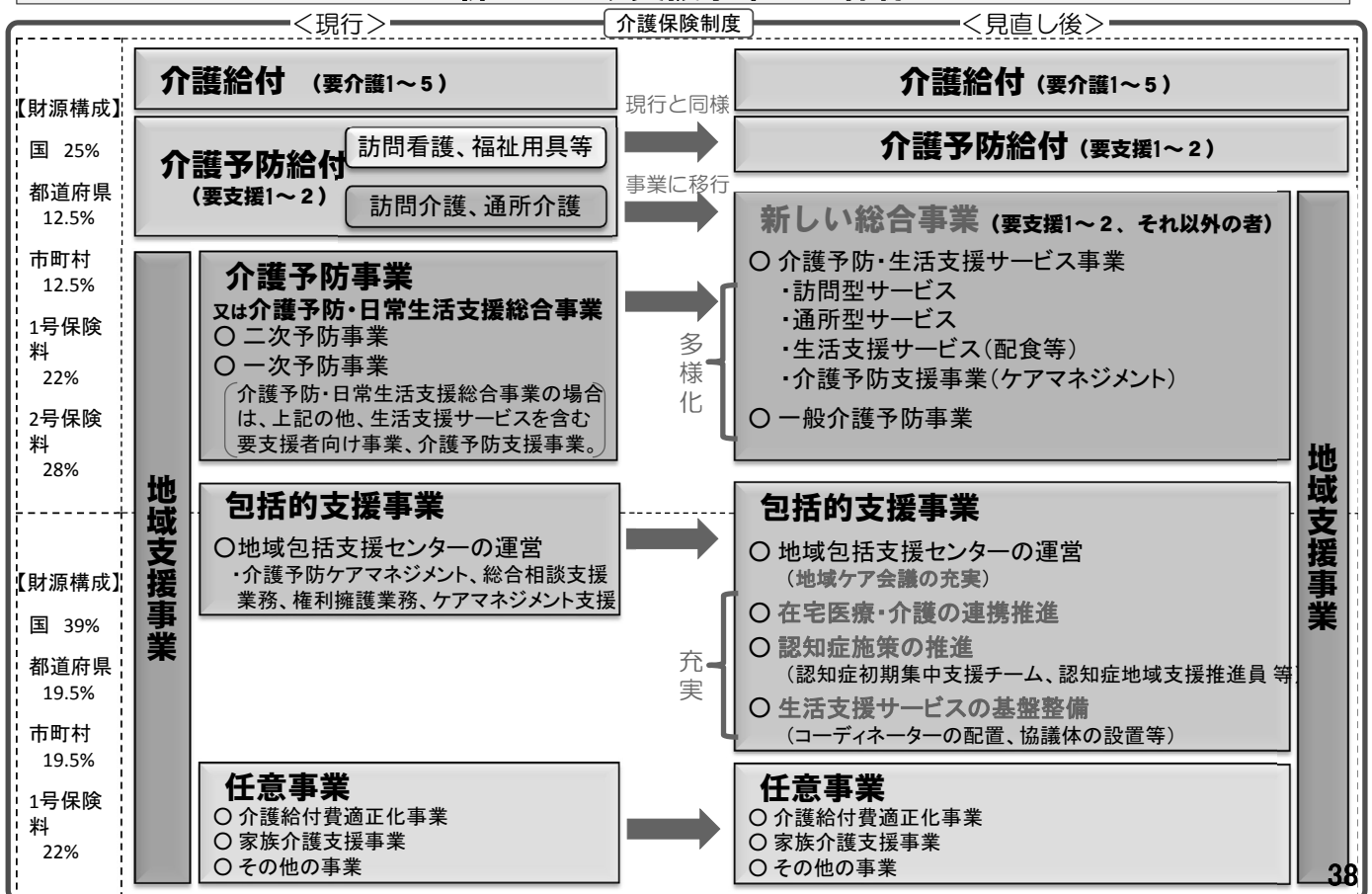
【厚生労働省のHP>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>地域包括ケアシステム>3. 地域ケア会議について】



【出典】平成26年3月 地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」

【日本地図から全国の事例を検索】をクリックすると、地図から事例の検索ができます。
<http://www.kaigokensaku.jp/chiiki-houkatsu/>

新しい地域支援事業の全体像



その他制度改正の概要

特別養護老人ホームの重点化

〔見直し案〕

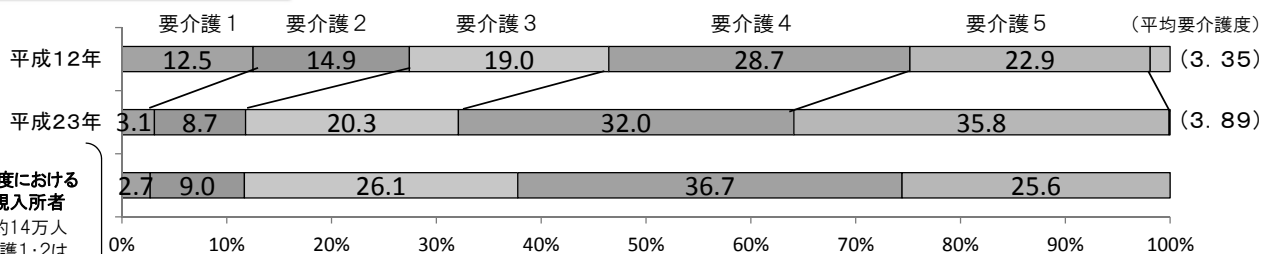
- 原則、特養への新規入所者を要介護度3以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化【既入所者は除く】
- 他方で、軽度（要介護1・2）の要介護者について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、特例的に、入所を認める

【参考：要介護1・2であっても特養への入所が必要と考えられる場合（詳細については今後検討）】

- 知的障害・精神障害等も伴って、地域での安定した生活を続けることが困難
- 家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心の確保が不可欠
- 認知症高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要

要介護度別の特養入所者の割合

◀ 施設数：7,831施設 サービス受給者数：51.1万人（平成25年8月） ▶



【参考】平成23年度における特養の新規入所者
※全体の約14万人のうち要介護1・2は約1.6万人

特養の入所申込者の状況

(単位：万人)

	要介護1～2	要介護3	要介護4～5	計
全体	13.2 (31.2%)	11.0 (26.2%)	17.9 (42.4%)	42.1 (100%)
うち在宅の方	7.7 (18.2%)	5.4 (12.9%)	6.7 (16.0%)	19.9 (47.2%)

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。（平成21年12月集計。調査時点は都道府県によって異なる。）

低所得者の一号保険料の軽減強化

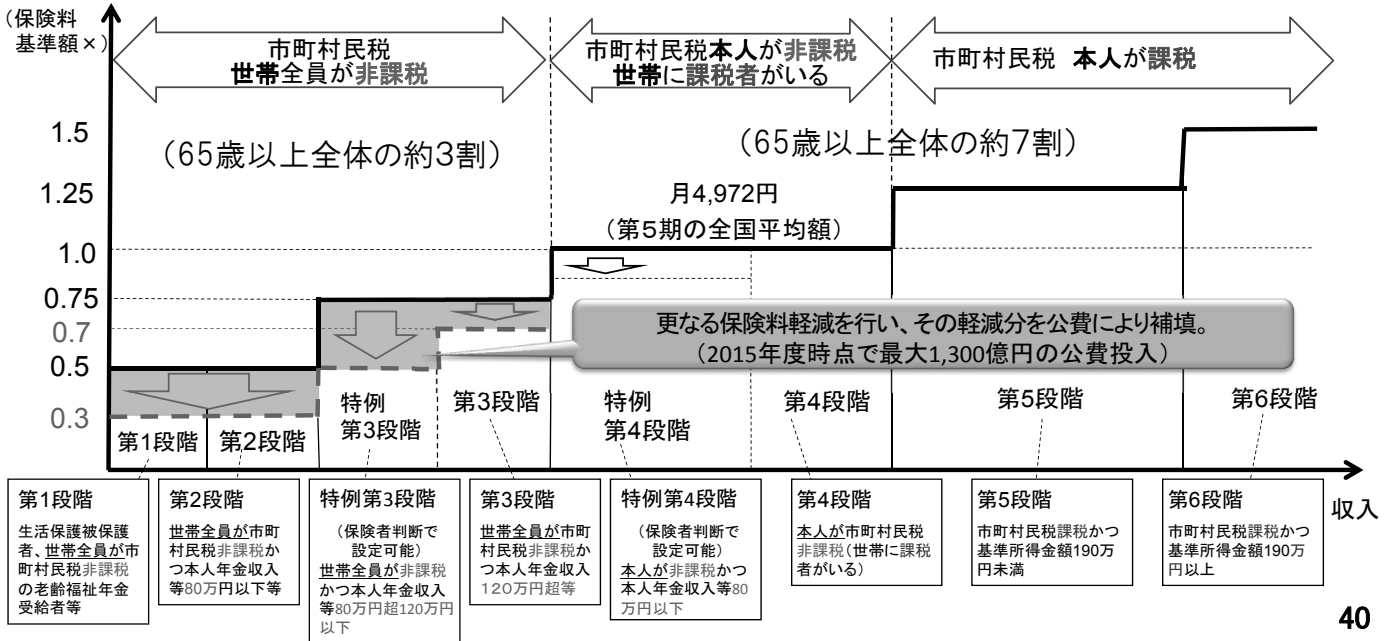
〔見直し案〕

■ 給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化。

■ 平成27年度(第6期介護保険事業計画)から実施。

現行 27年度～

第1・第2段階	0.5	→	0.3
特例第3段階	0.75	→	0.5
第3段階	0.75	→	0.7



40

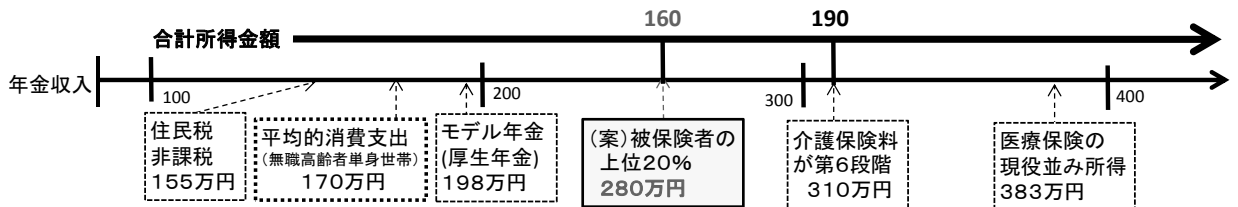
一定以上所得者の利用者負担の見直し

負担割合の引き上げ

- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、**相対的に負担能力のある一定以上の方の自己負担割合を2割とする**。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- 自己負担2割とする水準は、モデル年金や平均的消費支出の水準を上回り、かつ負担可能な水準として、**被保険者の上位20%**に該当する合計所得金額160万円以上の者(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)
- 要介護者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度と推計。

自己負担2割とする水準(単身で年金収入のみの場合)

※年金収入の場合:合計所得金額=年金収入額-公的年金等控除(基本的に120万円)



負担上限の引き上げ

自己負担限度額(高額介護サービス費)のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者のみ引上げ

〈現行〉		〈見直し案〉	
	自己負担限度額(月額)		
一般	37,200円(世帯)	現役並み所得相当	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)	一般	37,200円
年金収入80万円以下等	15,000円(個人)		

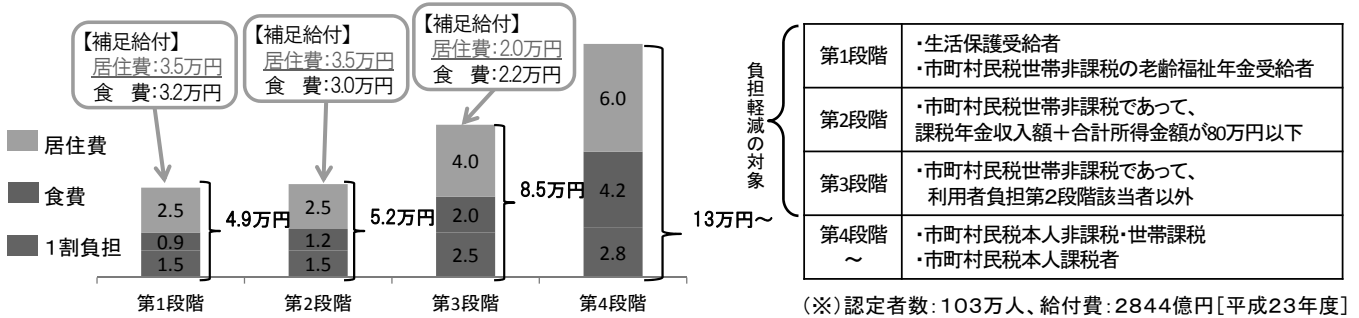
参考:医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額	
	自己負担限度額(現行/世帯単位)
現役並み所得者	80,100+医療費1%(多数該当:44,400円)
一般	44,400円
市町村民税非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円

41

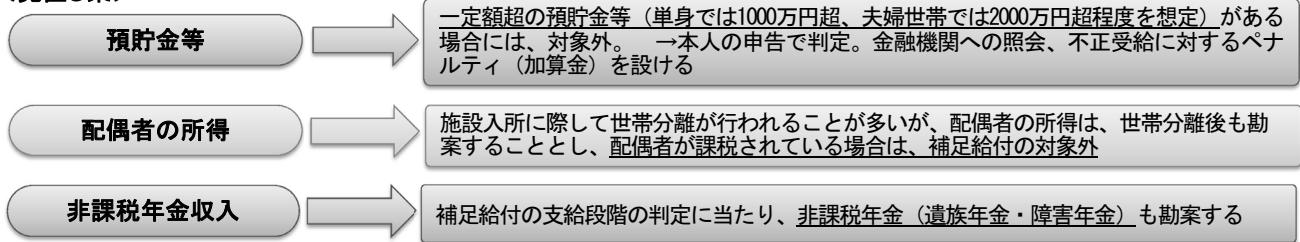
補足給付の見直し（資産等の勘案）

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金や不動産を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

<現在の補足給付と施設利用者負担> ※ ユニット型個室の例



<見直し案>



※ 不動産については、一定の評価額超の居宅等の不動産を所有している場合には対象外とし、これを担保に補足給付相当額の貸付を行い、死後に回収する仕組みを検討したが、貸付の対象者、資産の評価等事業実施に向けた課題を更に整理し、委託先を確保できるようにすることが必要であり、引き続き検討。

ご清聴ありがとうございました



出典:平成25年3月 地域包括ケア研究会報告書より

咲かそう、地域包括ケアの花！

厚生労働省HP「地域包括ケアシステム」
もぜひご覧ください

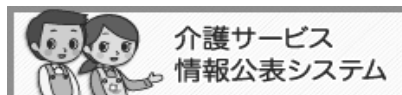
地域包括ケアシステム

検索

クリック

「地域包括ケアシステム」で検索してください。

介護事業所を検索するなら



介護サービス
情報公表システム

協議体とコーディネーターに係る考え方について

～ 「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&Aから抜粋 ～

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【9月30日版】・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問1 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）（以下「コーディネーター」という。）及び協議体の設置は必須なのか。

（答）

- 総合事業の円滑な実施に向けて、地域の受け皿を確保する観点から、ボランティアの養成や住民主体の通いの場の設置等生活支援の基盤整備が重要であり、そのため、地域の資源開発や関係者のネットワークの構築等を行うコーディネーター、定期的な情報の共有・連携強化の場として設置する協議体の役割は大きく、できるだけ速やかに取組みを始めていただきたいと考えている。
- ガイドライン案の「コーディネーター及び協議体の設置・運営のフロー（例）」において、例示として、まずは生活支援サービスの充実に係る研究会を立ち上げ、その後各地域（日常生活圏域等）に協議体を設置し、コーディネーターを選出していくという流れをお示しているが、まず早期に協議体を設置し、その後、具体的な活動の中からコーディネーターを選出していただくことが典型的な例となると考え、お示したものである。
具体的な取組みについては、市町村が地域の実情に応じて実施していただくことが必要であるが、生活支援の基盤整備に向けての取組は早期に開始することが有効であることから、そうした取組を支援するために、国としても平成26年度から協議体及びコーディネーターの設置・運営に係る財源措置（地域支援事業の任意事業において5億円を計上）をしたところである。
- 全国介護保険担当課長会議資料②のP225「介護保険条例参考例（案）」に関するQ&Aで「生活支援体制整備事業（以下、「整備事業」という。）は、何を行うと実施していることとなるか。」という問の回答において、「市町村において、当該年度に、日常生活圏域における協議体又はその立ち上げのための準備委員会等を立ち上げて、生活支援のニーズの把握やサービスの開発の資する検討を行っている場合には、当初は必ずしも生活支援コーディネーターを配置していなくても、整備事業を実施しているものとして差し支えない。」としているが、これは、日常生活圏域で設置された協議体の活動が一定期間経過した後協議体の中からコーディネーターが選出される場合を念頭に、「当初は必ずしも生活支援コーディネーターを配置していなくても、整備事業を実施しているものとして差し支えない。」としているものである。なお、例えば、小規模な自治体等については、地域の実情に応じて、NPOや中間支援組織等の団体をコーディネーターとして位置づけることもあり得ると考えている。

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問2 ガイドラインに記載されているコーディネーターの資格要件については、「市民活動への理解があり、多様な理念をもつ地域のサービス提供主体と連絡調整できる立場の者」や「コーディネーターが属する組織の活動の枠組みを超えた視点、地域の公益的活動の視点、公平中立な視点を有する」等とされているが、具体的にはどのような職種や立場の者を想定しているのか。また、常勤・非常勤、臨時職員やボランティアなどについて具体的な想定があるか。

(答)

1 コーディネーターについては、ガイドライン案では

- ・「職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要」
 - ・「地域における助け合いや生活支援サービスの提供実績のある者、または中間支援を行う団体等であって、地域でコーディネート機能を適切に担うことができる者」
 - ・「国や都道府県が実施する研修を修了した者が望ましい」
- などしつつ、あわせて好事例などもお示しているところ。

2 このようにコーディネーターは、常勤・非常勤、臨時職員やボランティアなどの雇用形態等については問わず、職種、配置場所、勤務形態等については、地域の実情に応じて、さまざまな可能性があると考えており、その役割であるボランティア等の生活支援の担い手の養成、住民主体の通いの場の設置等サービスの開発等を効果的に実施できるようにするといった観点から検討して、選出していただくことが重要である。市町村において、例えば、協議体とも連携し、市町村が考える生活支援の在り方、目指す地域づくりに最も適した者で、協議体の活動で中核となりうる人物を選出するなど、適切に判断されたい。

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問3 コーディネーターは、生活困窮者対策の相談支援員、主任相談支援員や、社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカー（地域福祉コーディネーター）のような他職種と兼務することは差し支えないか。また、兼務が可能であった場合、それぞれの職種について、別々の財源を充当することは可能か。

(答)

- 1 生活支援の担い手の養成、サービスの開発等を行うコーディネーターについては、生活困窮者対策の相談支援員、主任相談支援員や、社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカー（地域福祉コーディネーター）等とも連携し、地域のネットワークを活かして、取り組んでいただきたいと考えているが、経験や実績のある人材の確保・活用の観点や小規模な自治体など自治体の状況に応じた取組の推進の観点から、必要に応じて他職種と兼務することも可能である。
- 2 両者を兼務した場合に、その人件費にそれぞれの補助金・負担金を財源として充当することは差し支えないが、それぞれの補助目的にそった支出が求められることとなるため、業務量等により按分し、区分経理を行えるようにすることが必要だと考える。

問4 コーディネーターの活動評価や選任年数（更新期間）はあるか。

(答)

- 1 コーディネーターの活動については、生活支援の担い手の養成、サービスの開発等を行うといった役割が果たされているかという視点を基本に、配置されている圏域毎に市町村において適正に評価し、その取組を改善していくことが必要である。
- 具体的には、コーディネーターについては、協議体と連携しながら取組を推進することが基本であり、例えば、市町村も関与しつつ、協議体においてあらかじめコーディネーターの活動の目標等を定めておき、一定期間経過後その達成状況等について協議体で議論した上で、市町村が評価を行うといった手法が考えられる。
- 2 選任年数（更新期間）については、評価等を踏まえつつ、協議体等と連携しながら市町村において適切に判断されたい。

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【9月30日版】・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問3 コーディネーターは、生活困窮者対策の相談支援員、主任相談支援員や、社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカー（地域福祉コーディネーター）のような他職種と兼務することは差し支えないか。また、兼務が可能であった場合、それぞれの職種について、別々の財源を充当することは可能か。

(答)

- 1 生活支援の担い手の養成、サービスの開発等を行うコーディネーターについては、生活困窮者対策の相談支援員、主任相談支援員や、社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカー（地域福祉コーディネーター）等とも連携し、地域のネットワークを活かして、取り組んでいただきたいと考えているが、経験や実績のある人材の確保・活用の観点や小規模な自治体など自治体の状況に応じた取組の推進の観点から、必要に応じて他職種と兼務することも可能である。
- 2 両者を兼務した場合に、その人件費にそれぞれの補助金・負担金を財源として充当することは差し支えないが、それぞれの補助目的にそつた支出が求められることとなるため、業務量等により按分し、区分経理を行えるようにすることが必要だと考える。

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【9月30日版】・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問5 総合事業では既存事業や他施策を積極的に活用すべきとのことだが、例えば、コーディネーターについて、地域支援事業以外の補助金や一般財源を用いて取組を推進した場合に、介護保険法による「生活支援体制整備事業」を実施したこととなるのか。

(答)

- 1 元となる財源にかかわらず、生活支援体制整備事業に係る取組を推進した場合には、当該事業を実施したこととなる。このため、市町村内で実施されている既存の取組を有効に活用しつつ、生活支援の体制整備を推進していただきたいと考えている。
なお、コーディネーターの配置等については、包括的支援事業に係る財源を用意しており、市町村においては、これまでの取組と合わせて、当該事業を活用した取組も推進されたい。

問6 地域包括支援センターに、コーディネーターを配置する場合は、現在の地域包括支援センターの職員のほかに配置する必要があるのか。業務に支障が無い場合は兼務しても差し支えないか。

(答)

- 1 コーディネーターについては、ガイドライン案では
 - ・「職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要」
 - ・「地域における助け合いや生活支援サービスの提供実績のある者、または中間支援を行う団体等であって、地域でコーディネート機能を適切に担うことができる者」などとしているところ。
既存の職員が兼務することを否定するものではないが、地域包括支援センターの職員の業務量等の現状を踏まえれば、基本的には地域の人材をコーディネーターとして新たに配置することを想定している。
- 2 なお、新たに配置するコーディネーターの職種や配置場所については、地域の実情に応じて柔軟に設定していただければよいと考えているが、生活支援の担い手の養成、サービスの開発等を行うコーディネーターの役割を効果的に果たすことができる職種や配置場所を、市町村が中心となつて、例えば、協議体とも連携しつつ、幅広く検討していただきたいと考えている。

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【9月30日版】・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問6 地域包括支援センターに、コーディネーターを配置する場合は、現在の地域包括支援センターの職員のほかに配置する必要があるのか。業務に支障が無い場合は兼務しても差し支えないか。

(答)

1 コーディネーターについては、ガイドライン案では

- ・「職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要」
- ・「地域における助け合いや生活支援サービスの提供実績のある者、または中間支援を行う団体等であって、地域でコーディネート機能を適切に担うことができる者」

などとしているところ。

既存の職員が兼務をすることを否定するものではないが、地域包括支援センターの職員の業務量等の現状を踏まえれば、基本的には地域の人材をコーディネーターとして新たに配置することを想定している。

2 なお、新たに配置するコーディネーターの職種や配置場所については、地域の実情に応じて柔軟に設定していただければよいと考えているが、生活支援の担い手の養成、サービスの開発等を行うコーディネーターの役割を効果的に果たすことができる職種や配置場所を、市町村が中心となつて、例えば、協議体とも連携しつつ、幅広く検討していただきたいと考えている。

問7 コーディネーターを、市町村の職員が兼務して実施することは可能か。

(答)

1 前問の回答で記載したとおり、**基本的には地域の人材をコーディネーターとして新たに配置することを想定しており、既存の市町村の職員が兼務をすることは想定していない。**

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【9月30日版】・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問7 コーディネーターを、市町村の職員が兼務して実施することは可能か。

(答)

1 前問の回答で記載したとおり、**基本的には地域の人材をコーディネーターとして新たに配置することを想定しており、既存の市町村の職員が兼務をすることは想定していない。**

問8 コーディネーターの育成は、どのようなスケジュール、規模で行われるのか。また、コーディネーターの設置以前には、生活支援・介護予防サービスの体制を整備できないということか。

(答)

1 コーディネーターの育成については、平成26年度から実施する国の中央研修にて養成した指導者が講師となり、平成27年度以降、都道府県においてコーディネーター養成研修を実施いただくことを想定しており、平成29年度までに全国の日常生活圏域においてコーディネーターが配置できるよう育成することを目指している。

2 具体的な取組みの進め方については、市町村が地域の実情に応じて検討していただくことが必要であるが、ガイドライン案の「コーディネーター及び協議体の設置・運営のフロー（例）」において、例示として、まずは生活支援サービスの充実に係る研究会を立ち上げ、その後各地域（日常生活圏域等）に協議体を設置し、コーディネーターを選出していくという流れでお示するなど、典型的にはまず早期に協議体を設置し、その後、具体的な活動の中からコーディネーターを選出していただくことになると考えており、コーディネーターを配置する前の段階からボランティアの養成やサロンの整備などの資源開発を進めることは可能であると考えている。

3 なお、都道府県が実施するコーディネーター養成研修より前にコーディネーターを配置することも可能としている。

※平成26年度は、コーディネーターの配置や協議体の設置等について、できる限り早期に取り組んでいただきたいという趣旨から、地域支援事業の任意事業において財源措置（5億円を計上）をしている。

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問9 平成27年度以降、国レベルでコーディネーターの指導者養成研修を実施する予定はあるか。また、都道府県が実施するコーディネーターの養成研修に係る経費について、国の財源措置を予定しているのか。

(答)

- 1 平成26年度と同様に、平成27年度以降も国でコーディネーターの指導者養成研修を実施することを検討しており、平成27年度分の費用について概算要求を行ったところである。
- 2 都道府県が実施するコーディネーター養成研修に係る経費については、現在、国からの財源措置を検討中である。

問10 コーディネーター制度（生活支援体制整備事業）を軌道にのせ、資源開発等を円滑に進めるためには、どのように取り組んでいけば良いか。

(答)

- 1 資源開発等を円滑に進めるためには、市町村が全体方針を定める中、コーディネーターが協議体と連携しつつネットワークを構築した上で、取組を進めることが必要である。
- 2 具体的な進め方については、市町村が地域の実情に応じ検討することが必要であるが、例えば
 - ・ ガイドライン案で市町村の役割として「地域の高齢者支援のニーズと地域資源の状況を把握した上で、それらの見える化や問題提起、地縁組織等多様な主体への協力依頼などの働きかけ、目指す地域の姿・方針の決定、共有、意識の統一を行う」としていること
 - ・ ガイドライン案の「コーディネーター及び協議体の設置・運営のフロー（例）」で、例示として、まずは生活支援サービスの充実に係る研究会を立ち上げ、その後各地域（日常生活圏域等）に協議体を設置し、コーディネーターを選出していくという流れでお示しするなど、典型的にはまず早期に協議体を設置し、その後、具体的な活動の中からコーディネーターを選出することが考えられること
 等を踏まえて取り組んでいただくことが資源開発の推進につながるものと考えている。
 なお、生活支援体制整備事業については、体制構築までに一定の時間を要すると思われることなどを踏まえ、できるだけ早急に着手いただきたい。

48

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問11 地域ケア会議と協議体との連携についての記載があるが、どのような関係なのか。構成メンバーは共通するものではないか。

(答)

- 1 地域ケア会議については、多職種による個別事例の検討を通じ、高齢者の自立に資するケアプランにつなげていくとともに、個別事例の検討を積み重ねることで、地域課題を発見し、新たな資源開発などにつなげていくもの。
 このように地域ケア会議については、地域資源の把握・開発という側面で協議体の取組をサポートするものであることから、ガイドライン案でお示ししているとおり、「生活支援・介護予防サービスの充実を図っていく上で、コーディネーターや協議体の仕組みと連携しながら、積極的に活用を図っていくことが望ましい」と考えており、例えば、地域ケア会議にコーディネーターが参加するなど地域の実情に応じた連携した取組を進めていただきたいと考えている。（なお、ガイドライン案において地域ケア会議によるサービス開発の事例も紹介している。）
- 2 地域ケア会議は、個別事例の検討を通じて医療関係職種などを含めた多職種協働によるケアマネジメント支援を行うことが基本である一方、協議体は、多様なサービス提供主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進することとしている。このように性格等は異なるが、協議体の構成メンバーは、地域ケア会議のうち、地域包括支援ネットワークを支える職種・機関の代表者レベルが集まり、地域づくり・資源開発、政策の形成の観点から議論する市町村レベルの会議と一般的には一部重複することも想定されるので、例えば、小規模な自治体では両者を連続した時間で開催する等により効率的な運営を図っていただければと考えている。

49

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【9月30日版】・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問1 1 地域ケア会議と協議体との連携についての記載があるが、どのような関係なのか。構成メンバーは共通するものではないか。

(答)

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

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

2 地域ケア会議は、個別事例の検討を通じて医療関係職種などを含めた多職種協働によるケアマネジメント支援を行うことが基本である一方、協議体は、多様なサービス提供主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進することとしている。このように性格等は異なるが、協議体の構成メンバーは、地域ケア会議のうち、地域包括支援ネットワークを支える職種・機関の代表者レベルが集まり、地域づくり・資源開発、政策の形成の観点から議論する市町村レベルの会議と一般的には一部重複することも想定されるので、例えば、小規模な自治体では両者を連続した時間で開催する等により効率的な運営を図っていただければと考えている。

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【9月30日版】・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問1 2 生活支援体制整備事業については、どのように効果測定を行う予定か。

(答)

1 生活支援体制整備事業については、総合事業の円滑な実施の観点から、ボランティアの養成やサロンの設置等生活支援の基盤整備が重要であるため、市町村に取り組んでいただくものであり、生活支援体制整備事業の推進を担うコーディネーターや協議体については、

- ・ コーディネーターについては、配置されている圏域毎に、生活支援の担い手の養成、サービスの開発等を行うという役割が果たされているか
- ・ 協議体については、情報交換の場、働きかけの場、企画、立案、方針策定を行う場、コーディネーターの組織的な補完等という役割が果たされているか

といった視点をそれぞれ基本として、市町村が中心となって効果測定をしていただくことを想定している。

2 取組状況等の点検や評価は定期的実施していく必要があるほか国としてもその状況について把握する必要があると考えており、何らかの報告をいただくことを予定しているが、報告内容の詳細については今後検討して参りたい。

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【9月30日版】・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問13 生活支援や介護予防の担い手となるボランティア等を育成するために研修を行う場合、研修受講者は高齢者（65歳以上）の他に若年者（40代、50代）を含めることを予定している。若年者が含まれても、地域支援事業の新しい介護予防・日常生活支援総合事業、一般介護予防事業の地域介護予防活動支援事業の要件を満たすのか（若年者の養成に係る経費は補助対象外にならないか）。

（答）

- 1 新しい介護予防事業の一般介護予防事業については、「第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者」を対象としており、「地域介護予防活動支援事業」は住民主体の介護予防活動の育成・支援を行うものである。その中で、現在でも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には、高齢者以外が含まれている場合でも介護予防事業として費用を支出しているところであり、今後も同様である。
- 2 一方、新しい介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス事業の担い手となるような生活支援に関するボランティア等の人材を育成するための研修には、高齢者以外が含まれている場合でも「生活支援体制整備事業」として費用の支出は可能である。

51

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【11月10日版】・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問4 協議体の設置を推進することだが、どのようなメンバーに声がけをすれば良いか。民間企業にも積極的に参加してもらうのか。

（答）

- 1 協議体については、ガイドライン案・3「（3）協議体の目的・役割等」「④協議体の構成団体等」にもお示ししているとおり、市町村、地域包括支援センター等の行政機関、生活支援コーディネーターのほか、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、ボランティア団体、介護サービス事業者、シルバー人材センター等の地域の関係者で構成されることを想定しており、この他にも地域の実情に応じて適宜参加者を募ることが望ましいと考えている。
- 2 また、生活支援体制整備事業は、市町村の生活支援・介護予防サービスの体制整備を目的としており、ガイドライン案・2にもお示ししているとおり、介護保険制度でのサービスのみならず、市町村実施事業や民間市場、あるいは地域の支え合いで行われているサービスを含めて市町村内の資源を把握し、保険外のサービスの活用を促進しつつ、互助を基本とした生活支援・介護予防サービスが創出されるような取組を積極的に進める必要がある。
したがって、配食事業者、移動販売事業者等、地域の高齢者の生活を支える上で必要不可欠な民間企業にも地域の実情に応じて参画いただくことを想定している。

（参考）

総合事業のケアマネジメントでは、ケアマネジメントのプロセスを評価することとしており、ケアマネジメントの結果、保険外の民間企業のサービスのみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない場合についても、アセスメント等のプロセスに対し、ケアマネジメント開始月分のみ、事業によるケアマネジメント費が支払われる。

- 3 いずれにしても、**地域の資源開発や多様な主体のネットワーク化等を図るため、協議体の設置を早期に行うことが重要であり、例えば、まず、協議体の機能を有するような既存の会議等も積極的に活用しつつ、最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やしていくなどといった方法も有効であると考えている。**

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問1 生活支援・介護予防サービス（以下「生活支援等サービスという。」）が創出されるようコーディネーターの配置と協議体の設置が提案されている。ガイドライン案の中では協議体を設置し、その後コーディネーターの配置を行うことが示されているが、そもそも順序が逆ではないか。コーディネーターの配置を先に行うべきではないか。

（答）

- 1 総合事業の円滑な実施に向けて、地域の受け皿を確保する観点から、ボランティアの養成や住民主体の通いの場の設置等生活支援の基盤整備が重要であり、そのため、地域の資源開発や関係者のネットワークの構築等を行うコーディネーター、定期的な情報の共有・連携強化の場として設置する協議体の役割は大きく、できるだけ速やかに取組みを始めていただきたいと考えている。
- 2 ガイドライン案の第3の4の「表6 コーディネーター及び協議体の設置・運営に係る取組例」において、例示として、まずは生活支援サービスの充実に係る研究会を立ち上げ、その後各地域（日常生活圏域等）に協議体を設置し、コーディネーターを選出していくという流れをお示しているところ。これは、コーディネーターの候補がすぐには見つからない自治体や関係者の合意の上でコーディネーターを選出したい自治体も多いと思われる中、まず早期に協議体を設置し、その後、具体的な活動の中からコーディネーターを選出していただくことが典型的な例となると考え、お示したものであり、地域で適切な者がいる場合には、コーディネーターの配置を先に行うこともあると考えている。
- 3 なお、コーディネーターを先に配置するか否かにかかわらず、協議体の役割は重要であり、例えば、まず、地域資源の開発や多様な主体のネットワーク化等を図るといった協議体の機能を有するような既存の会議等も積極的に活用しつつ、地域で実際に活動の担い手となるような者について、必要最低限参画いただき、協議体を早期に立ち上げ、徐々にメンバーを増やしていくなどといった方法で取組みを進めることも有効であると考えている。

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問2 生活支援等サービスの提供体制が整った時点におけるコーディネーターの役割は何か。また、介護支援専門員との連携はどのように図っていくのか。

（答）

- 1 コーディネーターとは、高齢者の生活支援等サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援等サービスの提供体制の構築に向け、協議体と連携しつつ、地域課題を解決するために、地域で活動を行う関係者等に働きかけをすること等を通じて、主に資源開発やネットワーク構築を行う者をいう。
- 2 高齢者の生活支援等のニーズについては、日々変化していくものと考えられるので、そのニーズの変化に合わせたサービスの提供体制の構築に継続的に取り組むことが必要であり、その中では資源開発やネットワーク構築等を行うコーディネーターの役割は大きいと考えている。
また、コーディネーターについては、現場では、一人ひとりの高齢者が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有する介護支援専門員などの専門職と連携することが重要であり、協議体の場等を活用して定期的に情報交換等を行うことが望ましいと考えている。

問3 第1層（市町村区域）及び第2層（中学校区域）における生活支援等サービスの提供体制構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）の体制整備については、包括的支援事業の活用が可能とあるが、第3層（個々の生活支援等サービスの事業主体）において利用者と提供者をマッチングする等を行う際には、総合事業の「介護予防・生活支援サービス事業」の活用が可能か。

（答）

- 1 第1層（市町村区域）及び第2層（中学校区域）における生活支援等サービスの提供体制構築に向け、①資源開発（地域に不足するサービスの創出、サービスの担い手の養成）や②ネットワーク構築（関係者間の情報共有等）等に係る人件費、委託費、活動費用等については、平成27年度以降は地域支援事業の包括的支援事業における生活支援体制整備事業の活用が可能としている。
- 2 一方、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業において、住民主体の支援等で補助（助成）の方法で事業実施する場合には、サービスの利用調整等を行う人件費等の間接経費等を市町村の裁量により経費の対象とすることが可能である。

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A[1月9日版]・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問3 第1層（市町村区域）及び第2層（中学校区域）における生活支援等サービスの提供体制構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）の体制整備については、包括的支援事業の活用が可能とあるが、第3層（個々の生活支援等サービスの事業主体）において利用者と提供者をマッチングする等を行う際には、総合事業の「介護予防・生活支援サービス事業」の活用が可能か。

（答）

- 1 第1層（市町村区域）及び第2層（中学校区域）における生活支援等サービスの提供体制構築に向け、①資源開発（地域に不足するサービスの創出、サービスの担い手の養成）や②ネットワーク構築（関係者間の情報共有等）等に係る人件費、委託費、活動費用等については、平成27年度以降は地域支援事業の包括的支援事業における生活支援体制整備事業の活用が可能としている。
- 2 一方、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業において、住民主体の支援等で補助（助成）の方法で事業実施する場合には、サービスの利用調整等を行う人件費等の間接経費等を市町村の裁量により経費の対象とすることが可能である。

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A[1月9日版]・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問4 平成26年9月30日版Q&A(P22 問7)では、市町村の職員がコーディネーターになることは想定していない旨の記述があったが、先進事例として紹介されている平塚市の福祉村では、市職員が第1層（市町村区域）のコーディネーターの役割を担っている。Q&Aの「想定していない」とはコーディネーターとなることができないということか。

（答）

- 1 コーディネーターについては、ガイドライン案では
 - ・「職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要」
 - ・「地域における助け合いや生活支援サービスの提供実績のある者、または中間支援を行う団体等であって、地域でコーディネート機能を適切に担うことができる者」などとしているところ。
- 2 このように基本的には地域の人材をコーディネーターとして新たに配置することを想定しているところ、新たに人員を配置することに対しての財政支援を想定し、平成26年度から予算を確保してきており、そのような観点から平成26年9月30日付けのQ&Aでは既存の市町村の職員が兼務をすることは想定していないと回答した。コーディネーターとして市町村職員を配置することについて全て否定するものではなく、コーディネーターの役割が十分に果たせる者の任命について、市町村は、協議体とも連携しつつ、十分に検討していただきたいと考えている。

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問5 平成26年7月28日全国介護保険担当課長会議資料②のP225の「介護保険条例参考例（案）に関するQ&A」に、「整備事業の開始年度においては、協議体の立ち上げに関する市町村を単位とする研究会を立ち上げ、ニーズの把握やサービスの開発に資する検討を行っている場合には、事業を開始しているものとして差し支えない」とあるが、これは、事業実施2年目は、必ず協議体の設置とコーディネーターを配置しなければならないということか。また、その際、年度当初には、協議体とコーディネーターが機能する状態（例えば予算の確保や要綱の制定、コーディネーターの任命等）でなければならないか。

(答)

- 1 平成26年7月28日全国介護保険担当課長会議資料②のP225「介護保険条例参考例（案）に関するQ&A」で「生活支援体制整備事業（以下、「整備事業」という。）は、何を行うと実施していることとなるか。」という問の回答において、「市町村において、当該年度に、日常生活圏域における協議体又はその立ち上げのための準備委員会等を立ち上げて、生活支援のニーズの把握やサービスの開発の資する検討を行っている場合には、当初は必ずしも生活支援コーディネーターを配置していなくとも、整備事業を実施しているものとして差し支えない。」としているが、これは、日常生活圏域で設置された協議体の活動が一定期間経過した後に協議体の中からコーディネーターが選出される場合を念頭に、「当初は必ずしも生活支援コーディネーターを配置していなくとも、整備事業を実施しているものとして差し支えない。」としているものである。
- 2 事業実施2年目については、現在検討中であるが、できる限り2年目の間に協議体の設置及びコーディネーターの配置をしていただくことを想定しており、2年目の年度当初に必要な予算の確保や要綱の制定等は行っていただきたいと考えている。
- 3 なお、協議体は、多様なサービス提供主体が参画した定期的な情報の共有・連携の強化の場であり、会議等の名称の如何を問わず、実質的に協議体の役割を果たすものであることが必要である。

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問6 平成26年度に任意事業を活用して生活支援の基盤整備に着手した場合、平成27年度は2年目ということになるのか。それとも、制度改正後である平成27年度から数えて1年目という扱いとなるのか。

(答)

- 1 生活支援の基盤整備に向けての取組は早期に開始することが有効であることから、そうした取組を支援するために、国としても制度改正前の平成26年度から協議体及びコーディネーターの設置・運営に係る財源措置（地域支援事業の任意事業において5億円を計上）をしたところである。
- 2 平成27年度以降については、地域支援事業の包括的支援事業として予算計上しているところであり、任意事業とは法律上の位置付けが異なるものである。（仮に、平成26年度に任意事業を活用していたとしても、地域支援事業の包括的支援事業としては制度改正後である平成27年度から事業を実施したこととなる。）

問7 平成26年11月10日全国介護保険担当課長会議資料P287の「「コーディネーター」及び「協議体」設置・運営に係るフロー（例）」の市町村欄において、「市町村の方針の決定」とあるが、市町村が定めるべき方針の中身として盛り込むべき事項を今後示す予定はあるか。

(答)

- 1 市町村においては、まず生活支援サービスの充実に関する研究会を早期に立ち上げ、そこでの議論などを通じて、市町村が目指すべき地域の姿や協議体・コーディネーターの設置、サービス充実の方針などの市町村の方針を決定していただきたいと考えている。
- 2 市町村の方針の例としては、ガイドライン案では平塚市を紹介しており、平塚市においては、市の総合計画に「地域福祉推進事業」として、町内福祉村を市内各地区（おおむね小学校区ごと）に設置し、住民の自主的、主体的な参加を基本に、行政、社会福祉協議会、地縁組織、市民活動団体等の関係機関とパートナーシップを築き、相互に連携、協力しながら福祉活動を主体として、住民同士の支え合いを基本に、安心して心豊かに生活できる環境づくりに取り組むこととしており、町内福祉村を設立するにあたり、説明会やチラシの配布等を通じて、地域住民の合意形成を図っている。

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問8 平成26年11月10日全国課長会議資料P287の「「コーディネーター」及び「協議体」設置・運営に係るフロー（例）」の市町村欄において、「各地域（日常生活圏域等）に協議体を設置」とされている。一方、同資料P284において、コーディネーターについては「配置先や市町村ごとの配置人数等は限定せず」という記載があるが、協議体には設置数については記載がない。協議体はコーディネーターの組織的な補完を行う役割があることから、協議体の設置は、各地域（日常生活圏域）ごとではなく、コーディネーターの配置人数と同様に「限定しない」と解釈してよろしいか。

(答)

- 1 コーディネーターは、基本的には市町村圏域や日常生活圏域に配置することが想定されるが、常勤・非常勤、臨時職員やボランティアなどの雇用形態等については問わず、職種、配置場所、配置人数、勤務形態等については、地域の実情に応じて、さまざまな可能性があると考えており、その役割であるボランティア等の生活支援の担い手の養成、住民主体の通いの場の設置等サービスの開発等を効果的に実施できるようにするといった観点から検討して、選出していただくことが重要であるとしている。
- 2 一方、協議体については、地域で実際に活動する関係者が参画し、ニーズや課題を把握した上で、住民主体の通いの場の創設等実際の活動を身近な地域で生み出すことが重要であることから、例えば、市町村圏域や日常生活圏域ごとに設置することなどが想定されるが、予算の範囲内において市町村の裁量で柔軟な設置をすることを妨げるものではない。

