

生活支援、介護予防等について

1. 生活支援・介護予防について	
(1) 生活支援の充実について	・ ・ ・ 1
(2) 予防給付の見直しについて	・ ・ ・ 10
(3) 介護予防事業の見直しについて	・ ・ ・ 17
(4) 高齢者のリハビリテーションについて	・ ・ ・ 40
2. 地域包括支援センターについて	・ ・ ・ 46
3. 地域支援事業について	・ ・ ・ 58

1. 生活支援・介護予防について

(1) 生活支援の充実について

現状と課題

- 1人暮らし高齢者世帯、高齢者夫婦世帯の増加、認知症高齢者の増加により、地域特性に合った生活支援サービスや見守り等のサービス提供が必要
 - ・社会から孤立し、生活行為や心身の健康維持ができなくなっている(セルフ・ネグレクト)高齢者が、全国に1万人以上いるとの推計報告がある
 - ・セルフネグレクトは孤立死に至るリスクと考えられるが、市町村によって実態が十分把握されていない
- 支援を必要とする高齢者が地域で生活を継続するためには多様な支援ニーズがあり、公的介護サービス以外の生活支援サービスが必要
 - ・高齢者のいる世帯では、都市部・地方にかかわらず、買い物に不便を感じている世帯が約5割
 - ・一人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていることは、「家の中の修理、電球交換、部屋の模様替え」「掃除」「買い物」「散歩・外出」「食事の準備・調理・後始末」「通院」「ごみだし」などが上位にあがっており、公的介護サービスでカバーできないものが多い。
 - ・NPO等による生活支援サービスの利用者の多くは、要介護認定を受けていない者が要支援者。
- 住民の互助活動による生活支援サービスや見守り活動は十分と言えない
 - ・高齢者支援を目的とする60歳以上の住民グループ活動は5.9%
 - ・高齢者見守りネットワークを形成している自治体は36.8%

論点

- 生活支援の基盤整備を行うことが重要であるが、まず市町村が地域資源の把握を行うなど生活支援の基盤整備のための取組を開始するように促すことが必要ではないか。
- 市町村が中心となりつつ生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化を図ることが必要であり、具体的には、地域のニーズと地域資源のマッチングなどを行うコーディネーターの配置や協議体の設置が効果的と考えられるがどうか。特にコーディネーターについては、地域の実情や課題に精通し、かつ、ネットワークを持つ者が適切と考えられるがどうか。

社会保障制度改革国民会議 報告書(抄)

Ⅱ 医療・介護分野の改革

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

具体的には、高齢者の地域での生活を支えるために、介護サービスについて、24時間の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型サービスの普及を図るほか、各地域において、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や生活支援サービスの充実を図ることが必要である。

(5) 医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援

医療・介護サービスの提供体制改革の推進のために必要な財源については、消費税増収分の活用が検討されるべきである。具体的には、病院・病床機能の分化・連携への支援、急性期医療を中心とする人的・物的資源の集中投入、在宅医療・在宅介護の推進、更には地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携、生活支援・介護予防の基盤整備、認知症施策、人材確保などに活用していくことになる。ただし、その活用が提供体制の改革に直接的に結びついてこそ、消費税増収分を国民に還元するという所期の目的は果たされることになる。

関連する閣議決定等

○経済財政運営と改革の基本方針～脱デフレ・経済再生～（平成25年6月14日閣議決定）

第3章 経済再生と財政健全化の両立

3. 主な歳出分野における重点化・効率化の考え方

（1）持続可能な社会保障の実現に向けて

① 基本的考え方

- ・健康長寿、生涯現役、頑張る者が報われる社会の構築

健康長寿、生涯現役に向けて社会の在り方を変え、高齢者の社会参加を促し、社会保障に過度に依存をしなくて済む社会を構築する。また、子育て支援の充実、何度でも挑戦できる環境の整備を通じて、女性、若者、高齢者、障害者等の社会参加を促し、社会保障の担い手を増やす。

○新たな成長戦略～「日本再興戦略-JAPAN is BACK-」～（平成25年6月14日閣議決定）

第Ⅱ.3つのアクションプラン

二.戦略市場創造プラン

テーマ1 国民の「健康寿命」の延伸

（2）個別の社会像と実現に向けた取組

③病氣やけがをしても、良質な医療・介護へのアクセスにより、早く社会に復帰できる社会（続き）

Ⅱ）解決の方向性と戦略分野（市場・産業）及び当面の主要施策

○生活支援サービス・住まいの提供体制の強化

- ・高齢者生活関連産業等を活性化し、地域で暮らせる社会を実現するため、自助・互助の考え方に基づく、高齢者自身やNPO、ボランティア、社会福祉法人、民間企業等による多様な生活支援サービスを充実する。

○健康・医療戦略（平成25年6月14日9大臣申合せ）

2. 新サービスの創出（健康寿命伸長産業の創出）

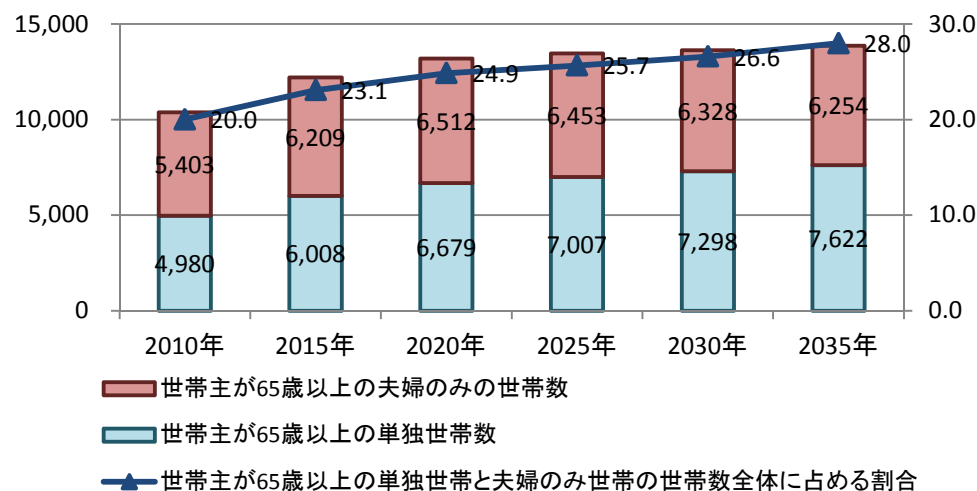
（2）技術や手法を核とする具体的サービスの創出

①医療機関主体による新サービスや、企業と医療機関の連携による新サービス

- ケ 高齢者生活関連産業等を活性化し、地域で暮らせる社会を実現するため、自助・互助の考え方に基づく、高齢者自身やNPO、ボランティア、社会福祉法人、民間企業等による多様な生活支援サービスを充実する。

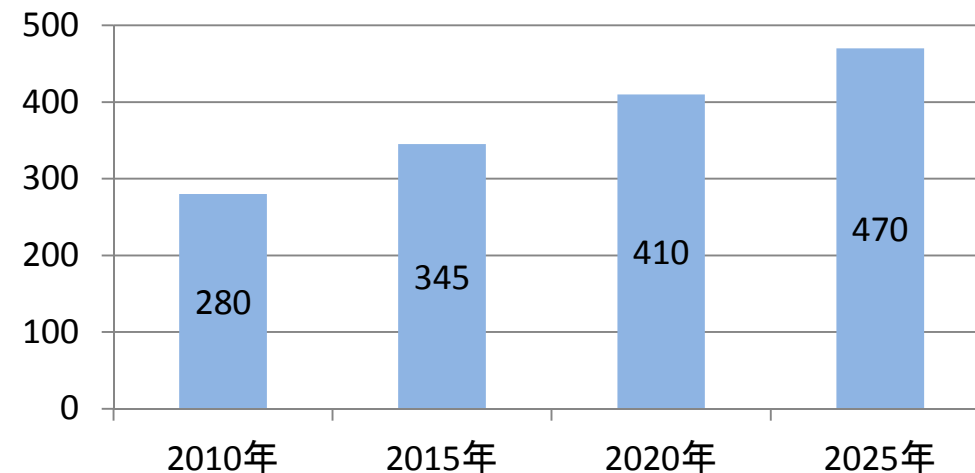
生活支援のニーズ

高齢者世帯の年次推移



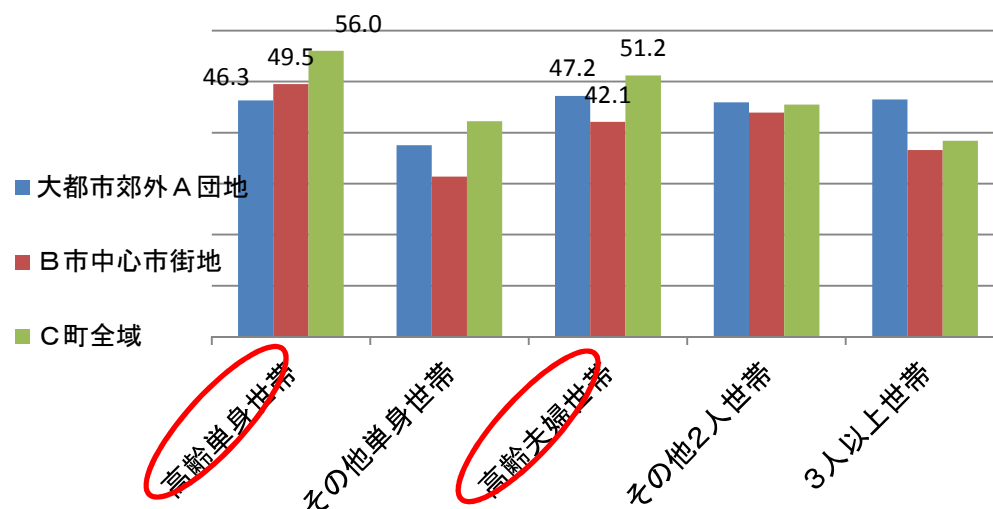
国立社会保障・人口問題研究所、
2013(平成25)年1月推計の「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」

認知症高齢者数の将来推計 (単位:万人)



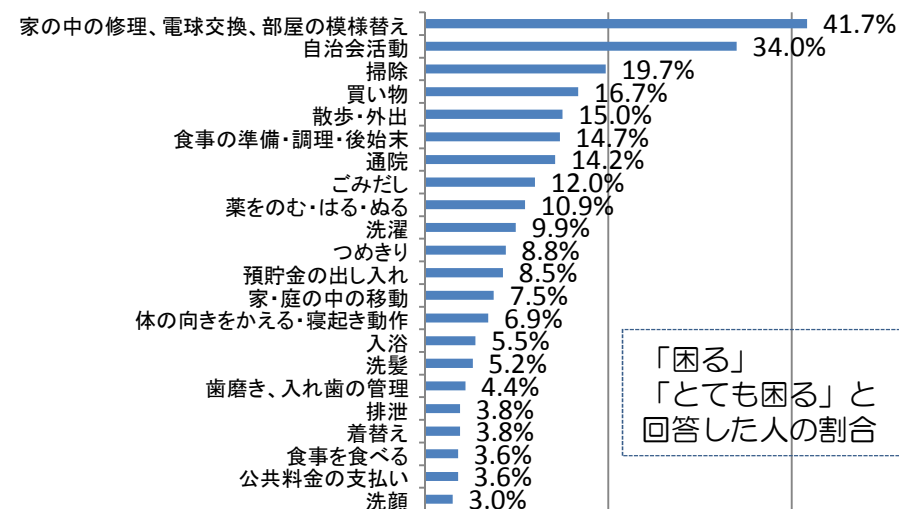
「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について、厚生労働省

買い物で不便や苦労がある世帯の割合



平成23年、農林水産政策研究所、食料品アクセス問題の現状と対応方向

1人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていること (愛知県居住で75歳以上の1人暮らし高齢者 n=379)



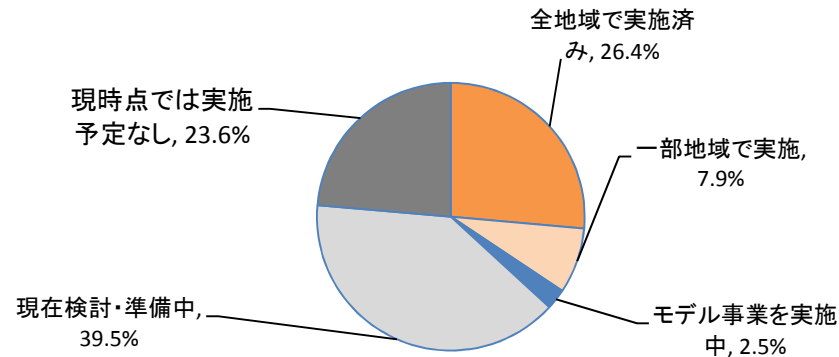
「困る」
「とても困る」と
回答した人の割合

平成23年度老健事業、1人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその
支援方策に関する調査(みずほ総研)

地域住民の互助活動およびNPO等による生活支援サービス

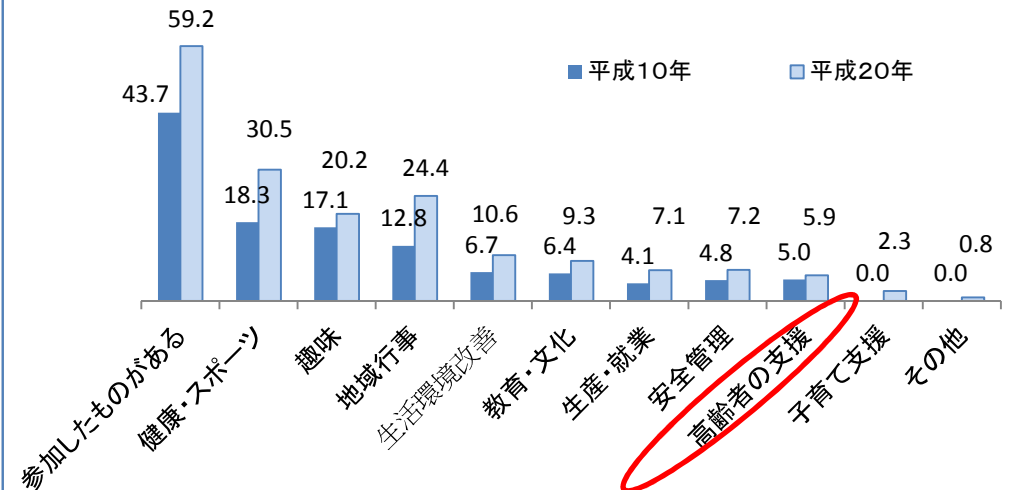
高齢者の見守りネットワークの形成状況

(全国1,750自治体のうち有効回答数 n=982)



平成22年内閣府 経済社会総合研究所「セルフ・ネグレクト状態にある高齢者に関する調査 幸福度の視点から」

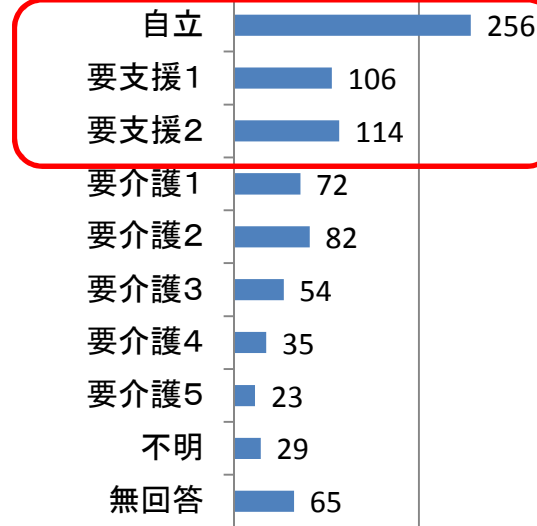
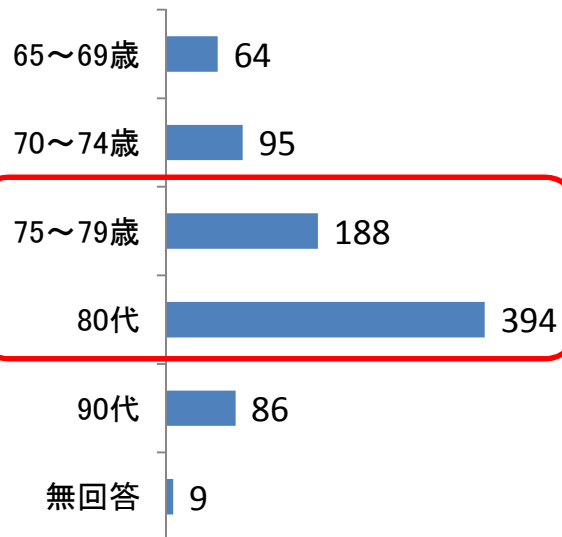
60歳以上の住民のグループ活動



平成24年度版 高齢社会白書、内閣府

NPO等による生活支援サービスの利用状況

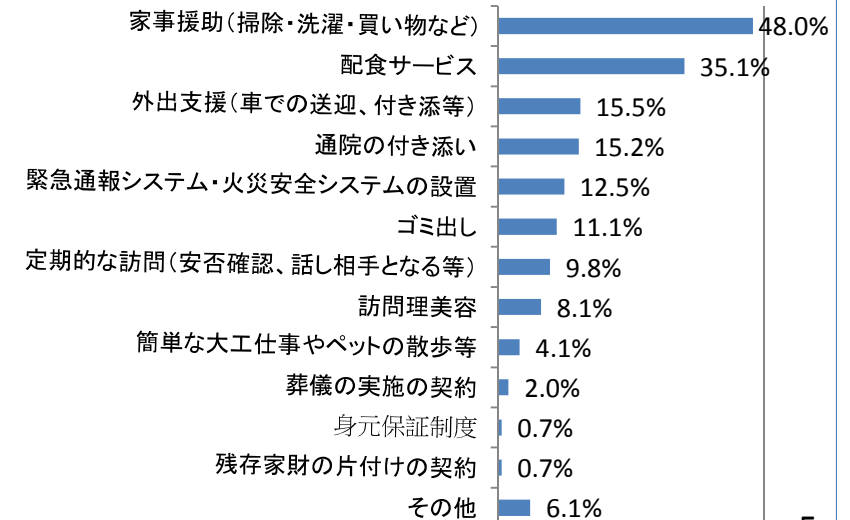
(調査対象10団体のサービスを利用する高齢者のうち有効回答数 n=836)



平成22年「神戸市の非営利組織による介護保険制度外サービス実態調査」

高齢者の利用サービス

(民間・公的を問わず介護保険対象外の生活支援サービスを利用した高齢者のうち有効回答数 n=296)



平成22年度「高齢者の生活実態 東京都福祉保健基礎調査」

生活支援サービスの充実に向けた取組

○介護予防と軽度者に対する生活支援の一体的運営

■介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)

- ・市町村の選択により、地域支援事業において要支援者・二次予防事業対象者(要介護状態等となるおそれのある高齢者)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
- ・同事業の導入により、多様なマンパワーや社会資源の活用等が図られ、地域の創意工夫を活かした取組の推進が期待される。

○地域住民の主体的取組による互助活動の推進

■地域支援事業

- ・地域介護予防活動支援事業等を活用し、ボランティア等の人材育成や、元気高齢者の自主的な社会活動及びサービスの担い手となることの支援

■地域支え合い体制づくり事業

- ・住民組織、NPO、自治体等との協働により、見守り活動チーム等の人材育成、地域資源を活用したネットワークの整備等、日常的な支え合い活動の体制づくりを支援

■高齢者生きがい活動促進事業

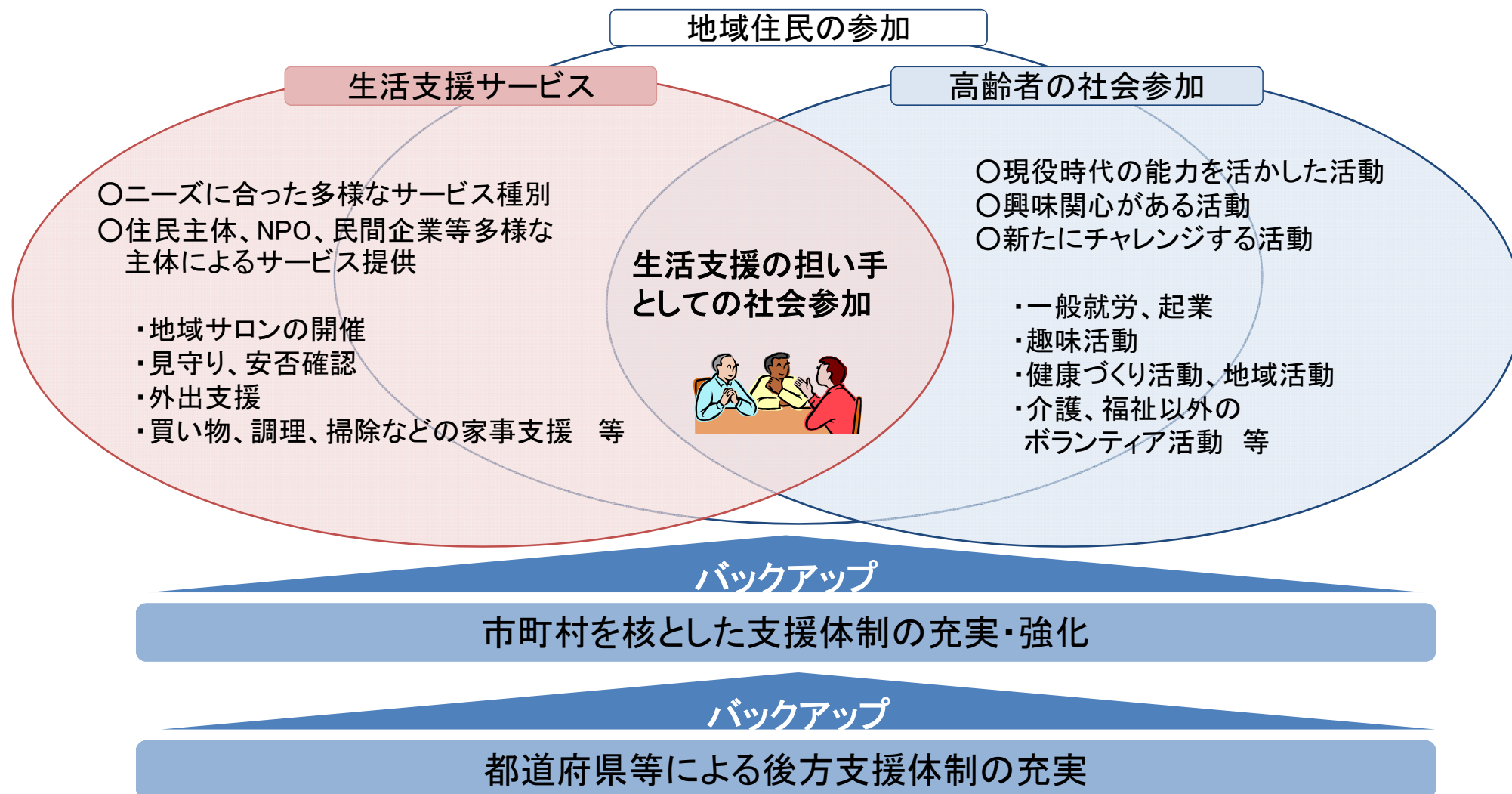
- ・企業退職高齢者等が、地域社会の中で役割を持っていきたいと生活できるよう、有償ボランティア活動等による一定の収入を得ながら、自らの生きがいや健康づくりにつながる活動を支援
- ・介護予防や生活支援サービス等の基盤となる活動の立ち上げ費用を補助

■「地域支え合いセンター」整備事業

- ・高齢者の生きがい活動や地域貢献等を目的としたNPO法人等非営利組織の活動拠点の整備を支援
- ・ハード面の整備は本事業、ソフト面は高齢者生きがい活動促進事業を活用し、連携して運営

生活支援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、見守り・配食等の生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。
- 高齢者の社会参加をより一層推進することを通じて、元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍することも期待される。このように、高齢者が社会的役割をもつことにより、生きがいや介護予防にもつながる。



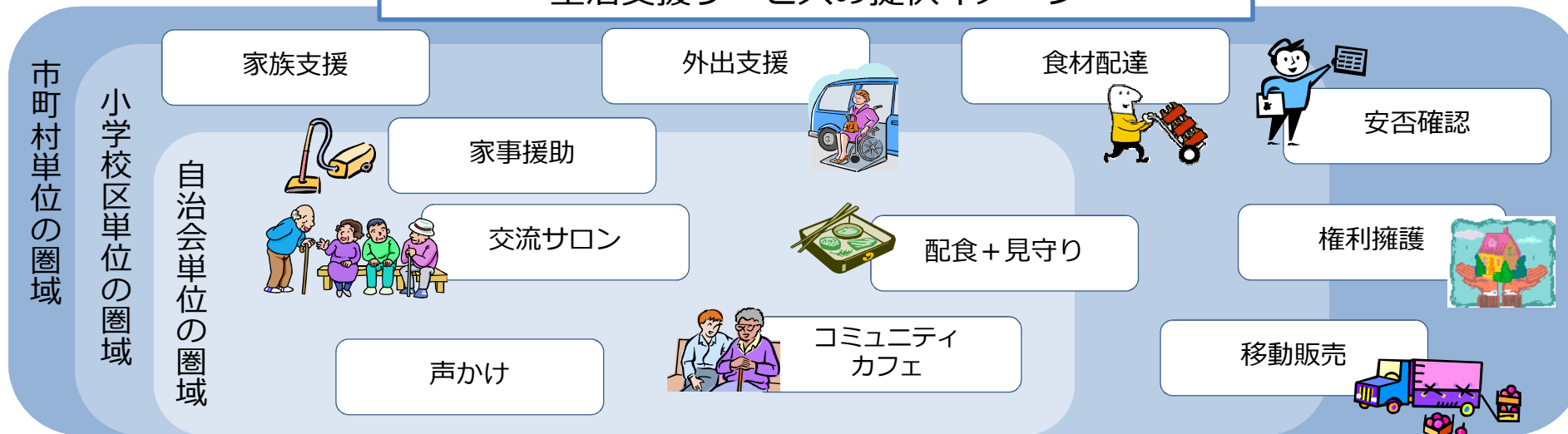
多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

○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、社会福祉法人等の多様な事業主体による重層的な生活支援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
- ・「生涯現役コーディネーター（仮称）」の配置や協議体の設置などに対する支援

生活支援サービスの提供イメージ



事業主体

民間企業

NPO

協同組合

社会福祉法人

ボランティア

バックアップ

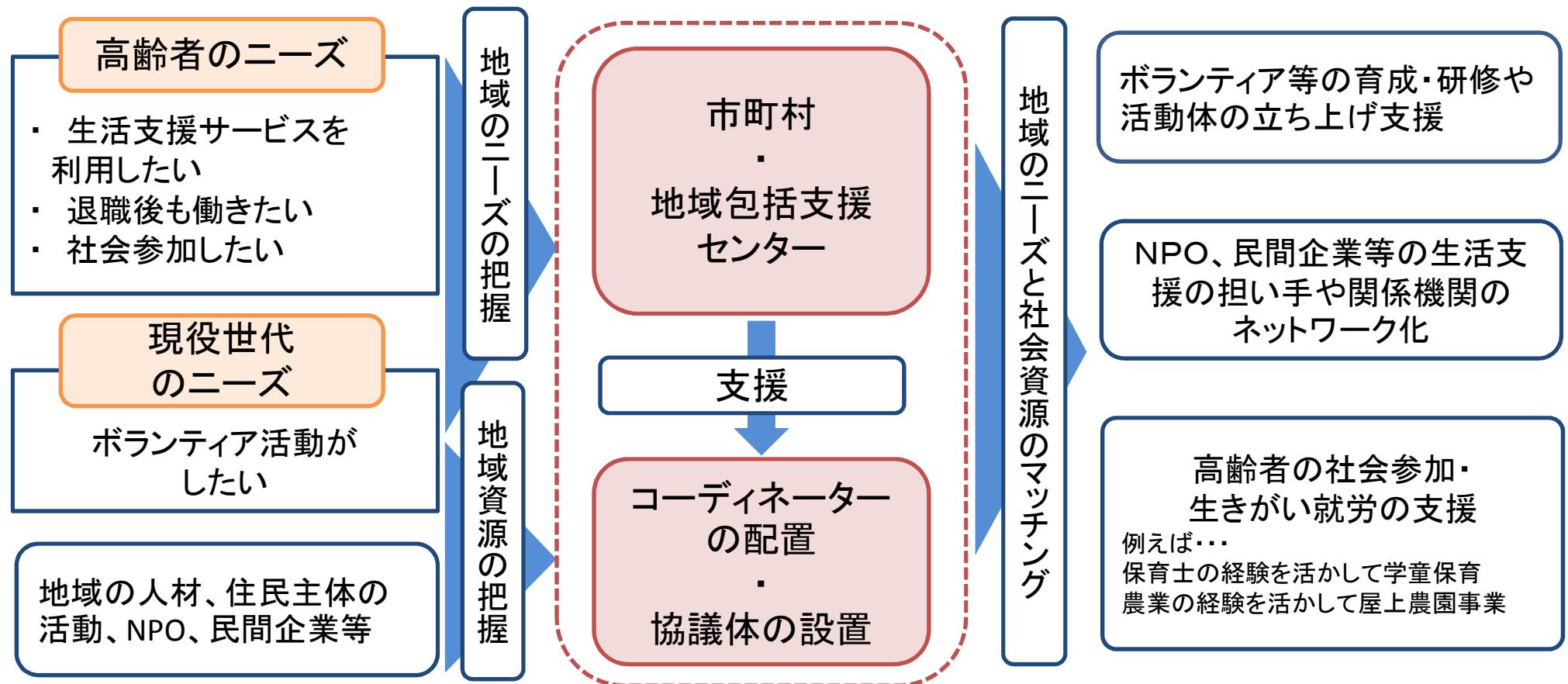
市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）



民間とも協働して支援体制を構築

市町村を核とした生活支援サービス支援体制の充実・強化と高齢者の社会参加の推進

- 多様な生活支援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。
- 生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化(コーディネーターの配置、協議体の設置等)については、市町村が行う地域支援事業の枠組みで行う。
- これらを通じ、高齢者が積極的に社会参加し、生活支援の担い手となって支援が必要な高齢者を支える社会を実現していく。これにより、高齢者は実際に介護サービスが必要となった場合に主体的に介護保険制度に関わることができる。(高齢者が中心となった地域の支え合い(互助)の仕組みの構築)



(2) 予防給付の見直しについて

現状と課題

- 現在の予防給付は、サービスの種類・内容・運営基準・単価を全国一律で国が定めているが、
 - ・要支援者は、生活支援のニーズが高く、その内容は見守り、配食、外出支援、買い物など多様なサービスが求められており、
 - ・生活支援の多様なニーズに応えるためには、介護サービス事業者以外にも、NPOや民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人など、多種多様な事業主体の参加による重層的なサービス提供が望ましい。
- (参考) ・高齢者のいる世帯では、都市部・地方にかかわらず、買い物に不便を感じている世帯が約5割
 - ・一人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていることは、「家の中の修理、電球交換、部屋の模様替え」「掃除」「買い物」「散歩・外出」「食事の準備・調理・後始末」「通院」「ごみだし」などが上位にあがっており、定型的な公的介護サービスになじまないものが多い。
 - ・NPO等による生活支援サービスの利用者の多くは、要介護認定を受けていない者か要支援者。
- 一方で、そういった軽度者の多様なニーズへの対応を家族や地域に十分頼ることが難しい社会状況になっている。このため、市町村が中心となって、地域での多様な生活支援の基盤整備を進めることとあわせて、サービス提供のあり方についてもより効果的なものにしていく必要がある。
- あわせて、高齢者が積極的に社会参加し、生活支援の担い手となって支援が必要な高齢者を支える社会を実現していくことが求められている。これが実現すれば、担い手であった高齢者が、実際に介護保険サービスが必要な状態になった場合であっても、主体的に介護保険制度に関わることが期待できる。このような高齢者が中心となった地域の支え合いが仕組みの構築が重要である。
- 中長期的に介護保険料の上昇が見込まれ、介護保険制度の持続性を確保していくことも求められる中で、こうした取組を介護保険財源も活用して地域住民を巻き込み実施していくこと等を通じて、要支援者に対するサービス給付を効果的・効率的なものにしていく必要がある。

論点

- 市町村が主体となって、より地域の実情に応じてサービスを提供するために、予防給付については同じ介護保険の枠組みである地域支援事業へ移行することを検討する。その際、市町村が、地域の実情に応じて柔軟な取組ができ、効果的かつ効率的に事業を行えるようにするためには、どのようなことに配慮すべきか。

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

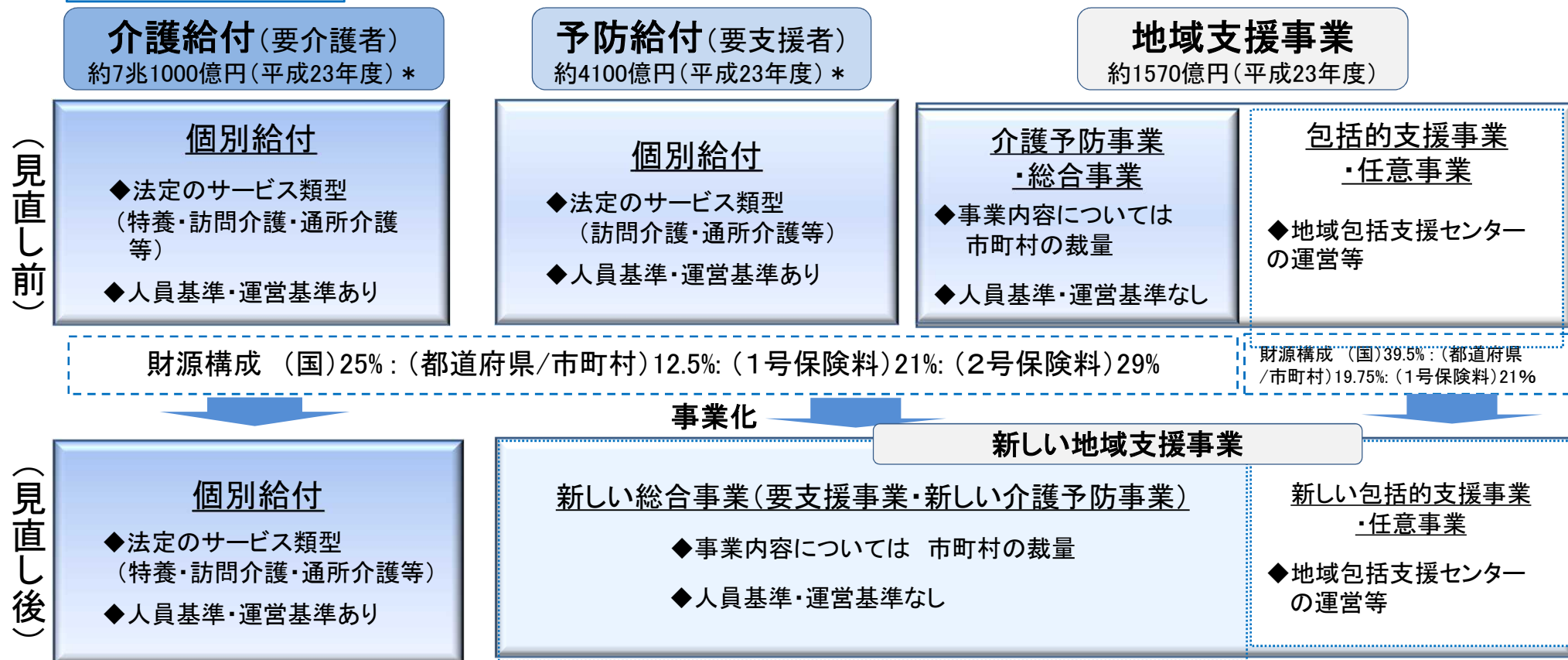
具体的には、高齢者の地域での生活を支えるために、介護サービスについて、24時間の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型サービスの普及を図るほか、各地域において、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や生活支援サービスの充実を図ることが必要である。これと併せて、介護保険給付と地域支援事業の在り方を見直すべきである。地域支援事業については、地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業(地域包括推進事業(仮称))として再構築するとともに、要支援者に対する介護予防給付について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組等を積極的に活用しながら柔軟かつ効率的にサービスを提供できるよう、受け皿を確保しながら新たな地域包括推進事業(仮称)に段階的に移行させていくべきである。

介護予防給付の地域支援事業への移行(案)

- 要支援者に対する介護予防給付については、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスの提供をできるよう、地域支援事業の形式に見直すことを検討。
- 全国一律のサービスの種類・内容・運営基準・単価等によるのではなく、市町村の判断でボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の地域資源を効果的に活用できるようにしていく。
- 移行後の事業も、介護保険制度内でのサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- 事業への移行にあたっては、既存介護サービス事業者の活用も含め多様な主体による事業の受け皿を地域に整備するため、地域の実情に合わせて、一定程度時間をかけて行う。

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。



※地域支援事業は地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業として再構築

予防給付から移行する要支援事業(案)

- 要支援者に対するサービスを予防給付から市町村が実施する地域支援事業の形に見直し(「要支援事業」)、新しい介護予防事業(現行の介護予防事業について必要な見直しを行う⇒(3)へ)とあわせて「新しい総合事業」とする。

〈要支援事業のイメージ〉

- 1 実施主体: 市町村 (事業者への委託等)
- 2 対象者: 要支援者について、現行の予防給付を段階的に廃止し、新総合事業の中で実施
- 3 利用手続き: 要支援認定を受けてケアマネジメントに基づきサービスを利用
- 4 事業の内容: 現行の予防給付、予防事業を移行し、予防サービス、生活支援サービスを一体的、効率的に実施
- 5 サービス基準等: 柔軟なサービス提供を可能とし、柔軟な人員配置等に応じたサービス内容、単価設定を可能とする。
- 6 財源: 1号保険料、2号保険料、国、都道府県、市町村(予防給付と同じ)

〈検討の枠組み〉

- 全国一律のサービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価設定等によるのではなく、市町村の判断で、ボランティア、NPO、民間企業、協同組合、社会福祉法人等を積極的に活用するなど、地域の実情に応じた取組が実施できるような枠組みを検討。
- 移行に際しては、住民主体の取組などの基盤整備(地域づくり)が重要となるが、地域で状況が異なることから、既存の介護サービス事業者の活用も含め、地域の実情に合わせて一定程度時間をかけて移行できるような枠組みを検討。
- 市町村における効率的な事業の実施により、制度全体の効率化を図る。
なお、地域支援事業については介護保険給付見込額の3%以内など、事業費の上限設定が市町村ごとになされているが、予防給付(4100億円(平成23年度))の地域支援事業への移行に伴い、この上限設定については見直す必要があり、検討する。

（参考）地域支援事業の概要

- 要支援・要介護状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、市町村において「地域支援事業」を実施。

○地域支援事業の事業内容

(1)介護予防事業

- ア 二次予防事業（二次予防事業の対象者に対する事業）
- ・ 二次予防事業の対象者把握事業
 - ・ 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
- イ 一次予防事業（全ての第1号被保険者を対象とする事業）
- ・ 介護予防普及啓発事業
 - ・ 地域介護予防活動支援事業
 - ※ボランティア等の人材育成、地域活動組織の育成・支援 等
 - ・ 一次予防事業評価事業
- ※(3)を導入する市町村は、(3)の事業の中で実施

(2)包括的支援事業

- ア 介護予防ケアマネジメント業務
- イ 総合相談支援業務
- ※地域の高齢者の実態把握、生活支援サービスとの調整 等
- ウ 権利擁護業務（虐待の防止、虐待の早期発見等）
- エ 包括的・継続的マネジメント支援業務
- ※支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言、地域のケアマネジャーのネットワークづくり 等

(3)介護予防・日常生活支援総合事業（平成24年度創設）※導入は任意

- ア 要支援者及び二次予防事業対象者に係る事業
- ・ 予防サービス事業（通所型、訪問型等）
 - ・ 生活支援サービス事業（配食、見守り等）
 - ・ ケアマネジメント事業
 - ・ 二次予防事業対象者の把握事業
 - ・ 評価事業
- イ 一次予防事業

(4)任意事業

介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業、配食・見守り等

○地域支援事業の事業費

25' 623億円（国費）

市町村は、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。

※ 政令で事業費の上限を規定（市町村が介護保険事業計画に定める介護給付見込額に対する以下の割合を上限とする。）

地域支援事業	3.0%以内
「介護予防事業」又は「介護予防・日常生活支援総合事業」	2.0%以内
「包括的支援事業」+「任意事業」	2.0%以内

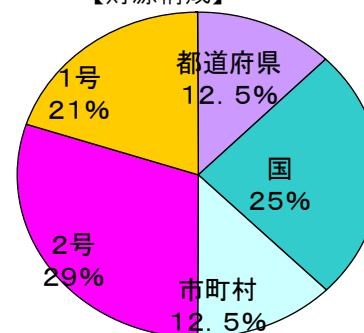
※ 介護予防・日常生活支援総合事業を実施する市町村のうち厚生労働大臣の認定を受けたときは、上限の引上げが可能

地域支援事業	3.0%+1%以内
介護予防・日常生活支援総合事業	2.0%+1%以内
総合事業以外の事業	2.0%以内

○地域支援事業の財源構成

介護予防事業
介護予防・日常生活支援総合事業

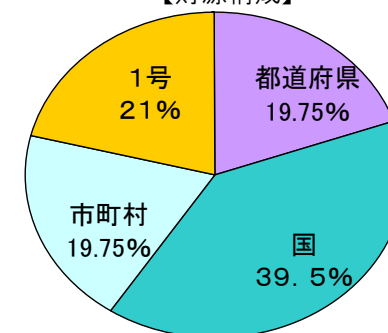
【財源構成】



○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

包括的支援事業・任意事業

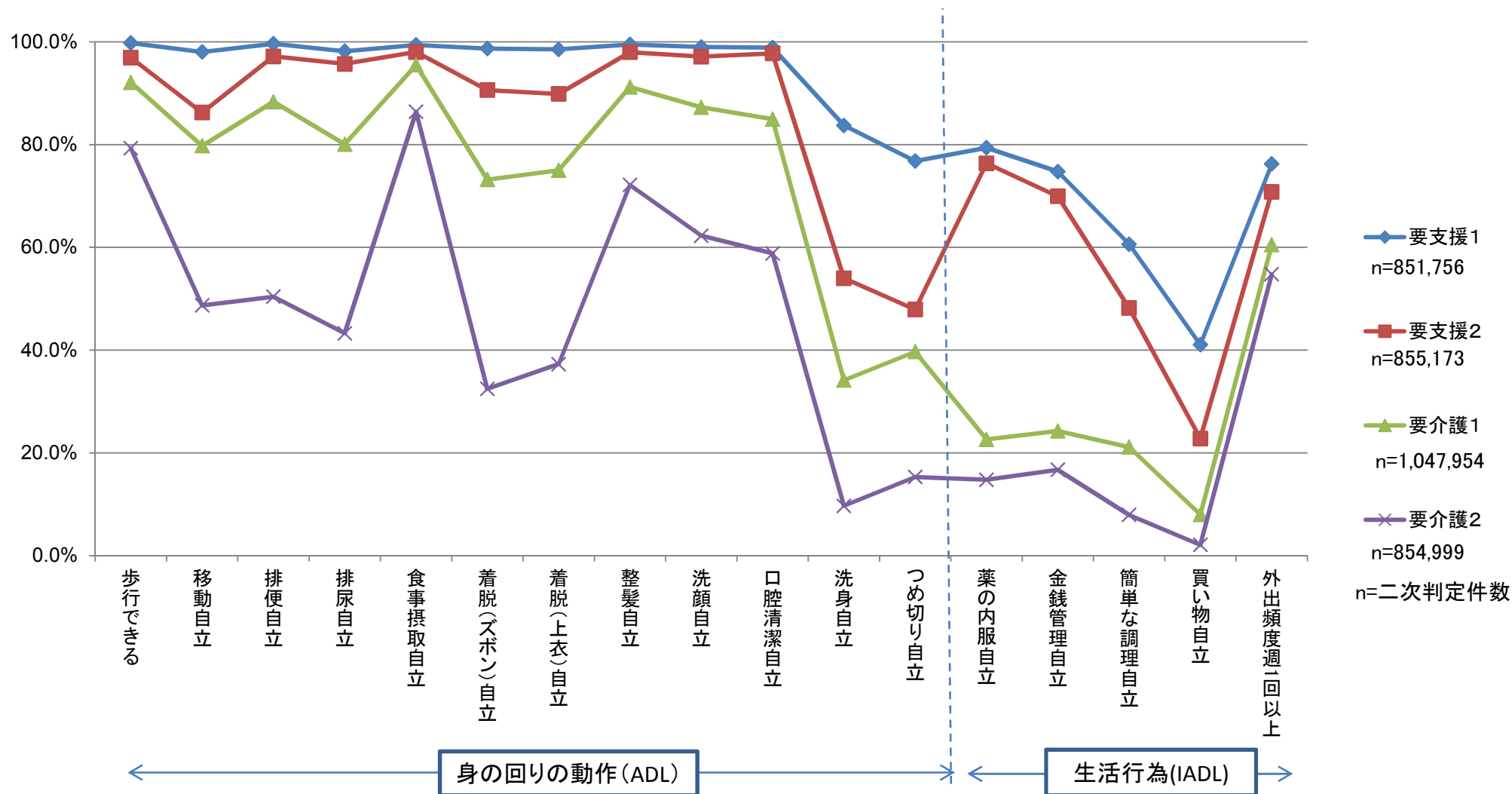
【財源構成】



○ 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。
（国：都道府県：市町村＝2：1：1）

(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))

(参考)平成22年度財務省予算執行調査結果

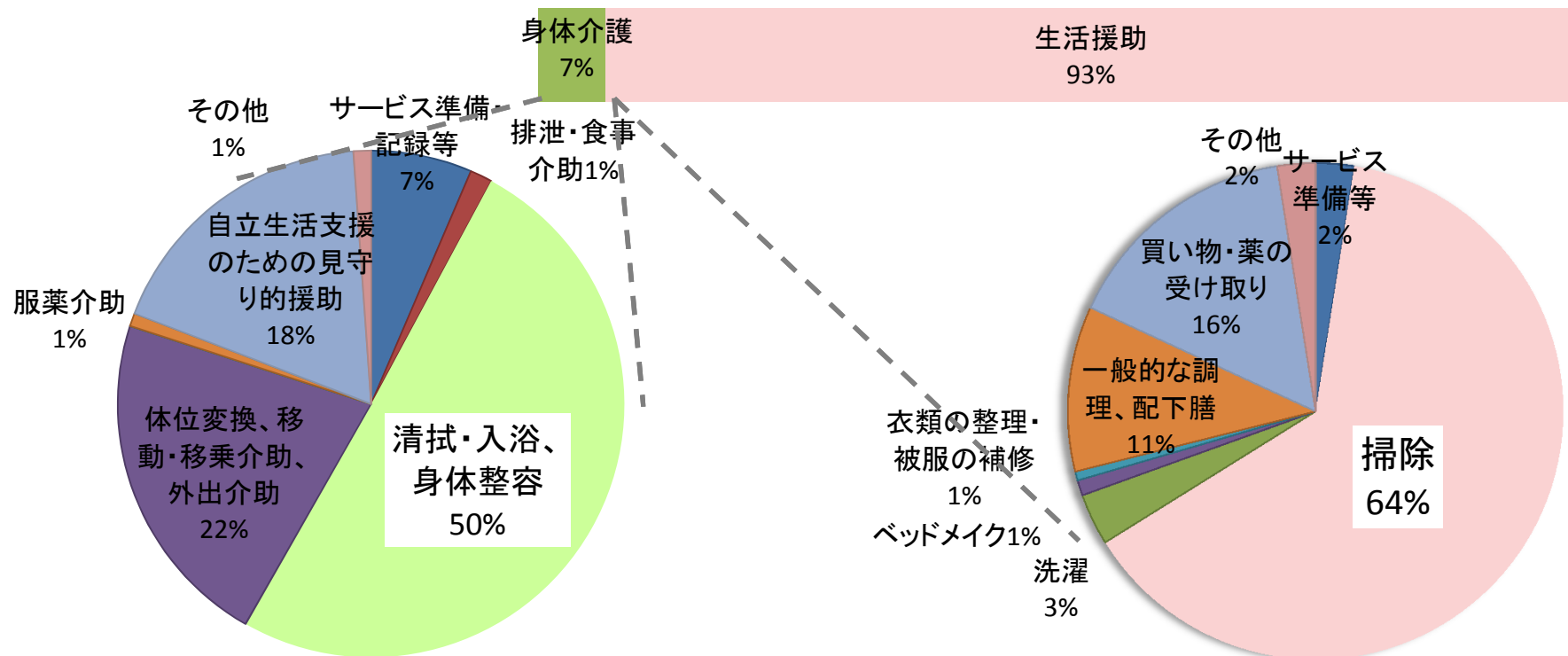
介護予防訪問介護の提供内容

- 生活援助が93%、身体介護が7%
- 生活援助は、「掃除」64% 「買い物・薬の受け取り」16% 「一般的な調理、配下膳」11%
- 身体介護は、「清拭・入浴・身体整容」が50%



利用者の状態像に見合った提供内容になっているか、介護予防訪問介護の実態把握を実施しているところ

介護予防訪問介護利用者(445名)における利用行為内容別の割合(利用時間で算出)



(3) 介護予防事業の見直しについて

現状と課題

- 平成18年に介護予防事業を創設し、市町村が実施主体となり、地域の実情に応じて介護予防に資する様々な取組が実施されてきている。一部の市町村からは、全国の推移と比較して、要介護認定率の伸びの抑制の効果が示されている。また、地域組織への社会参加の割合が高い地域ほど、転倒や認知症やうつリスクが低い傾向がみられている。
- これまで二次予防事業への参加者数の目標を高齢者人口の5%を目安として取り組んできたが、平成23年度の実績は0.8%と低調である。一方、一部の市町村では、一次予防事業を主体として、住民運営の体操の集いなどの活動を地域に展開し、元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、人と人とのつながりを通じて活動が広がるような地域づくりを実践することで、より多くの二次予防事業対象者の参加を実現している。
- 自立支援に効果の高い支援手法を明らかにする観点から、平成24年度から2年間かけて、13の自治体と協働して、二次予防事業対象者、要支援者等(要支援1～要介護2)を対象として、介護予防市町村強化推進事業(予防モデル事業)を実施している。予防モデル事業の成果として、リハビリテーション専門職等を活かすことにより、利用者の生活や行動に広がりが見られるようになっている。

論点

- 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を全国展開する観点から、国は都道府県と連携しながら技術的支援を行うとともに、全国・都道府県・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・医療関連情報の「見える化」を推進するべきではないか。
- 地域に活動的な通いの場を充実させるような取組の方が、結果として二次予防事業対象者を含めたより多くの高齢者の参加につながっている実態を踏まえ、効果的・効率的な介護予防を推進する観点から、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運用ができるように、介護予防事業を見直すべきではないか。
- 予防モデル事業の成果や地域の取組状況を踏まえ、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する観点から、介護予防事業を機能強化すべきではないか。

介護予防事業の概要（現在）

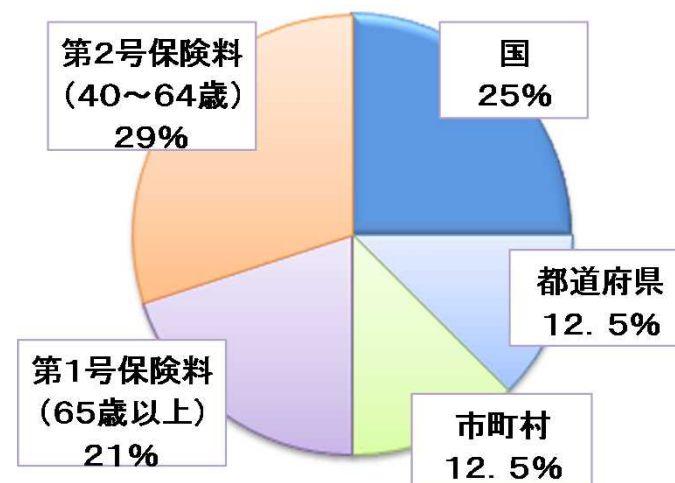
- 介護予防事業は介護保険法第115条の45の規定により、市町村に実施が義務付けられている。
- 要介護状態等ではない高齢者に対して、心身の機能や生活機能の低下の予防又は悪化の防止のために必要な事業として、各市町村が実施。
- 介護予防事業は介護給付見込み額の2%以内の額で実施（介護保険法施行令第37条の13）
- 平成25年度 国費：124億円 総事業費：496億円（介護保険法第122条の2）
（国1／4、都道府県1／8、市町村1／8、保険料（1号2／10、2号3／10））

一次予防事業（旧：一般高齢者施策）

【対象者】 高齢者全般

【事業内容】

- 介護予防普及啓発事業、
講演会、介護予防教室等の開催、啓発資材等の作成、配布等
- 地域介護予防支援事業
ボランティア育成、自主グループ活動支援 等



二次予防事業（旧：特定高齢者施策）

【対象者】 要介護状態等となるおそれのある高齢者（生活機能の低下等がみられる高齢者）

【事業内容】

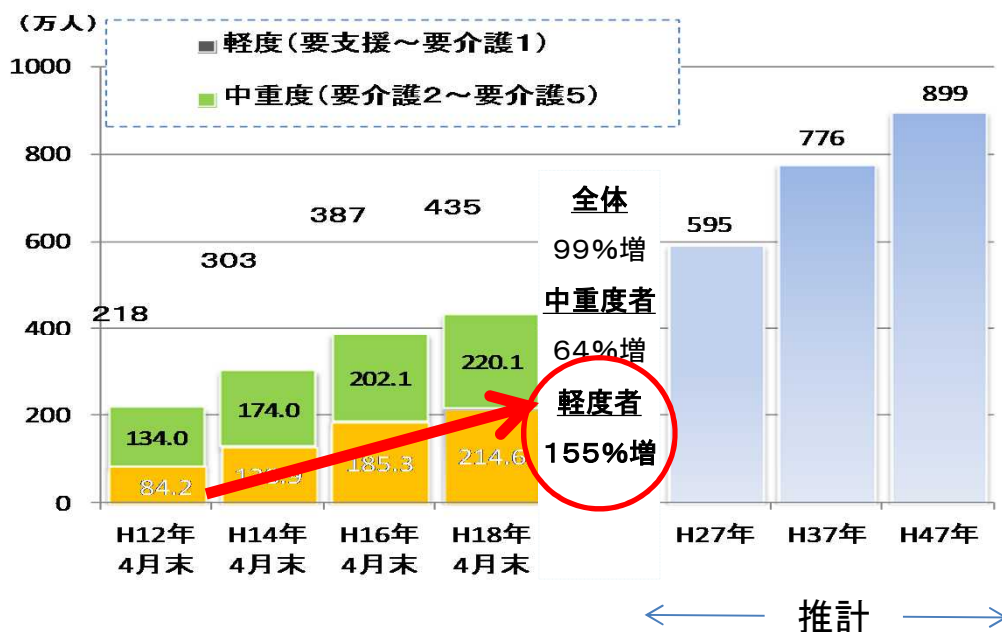
- 通所型介護予防事業
運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム、口腔機能の向上プログラム、複合プログラム 等
- 訪問型介護予防事業
閉じこもり、うつ、認知機能低下への対応、通所が困難な高齢者への対応 等

(参考) 介護予防導入の経緯 (平成18年度創設)

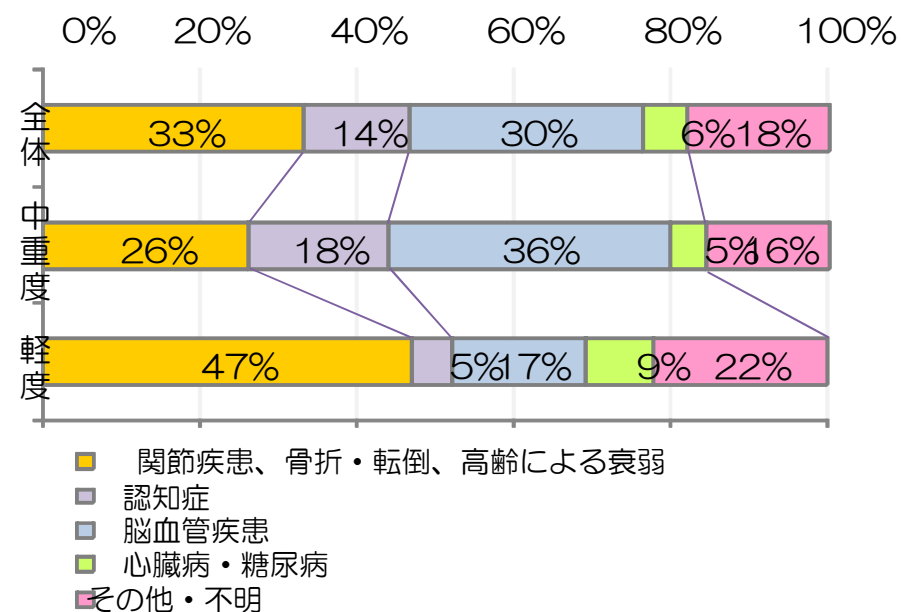
- 要支援・要介護1の認定者(軽度者)の大幅な増加。
- 軽度者の原因疾患の約半数は、体を動かさないことによる心身の機能低下。

定期的に体を動かすことなどにより予防が可能！ → 予防重視型システムの確立へ

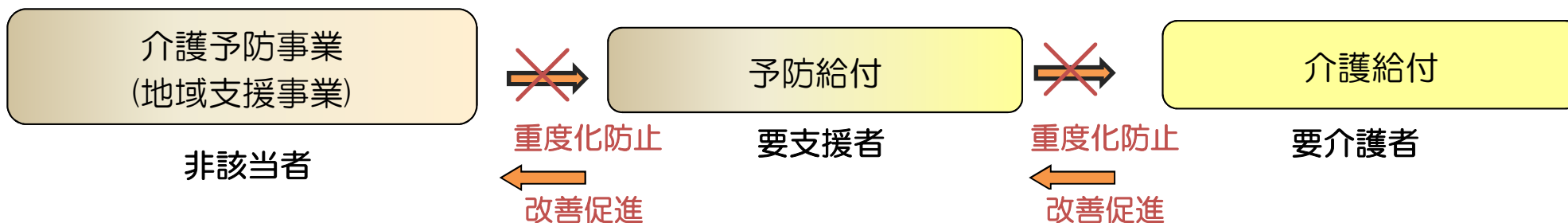
要介護度別認定者数の推移



要介護度別の原因疾患

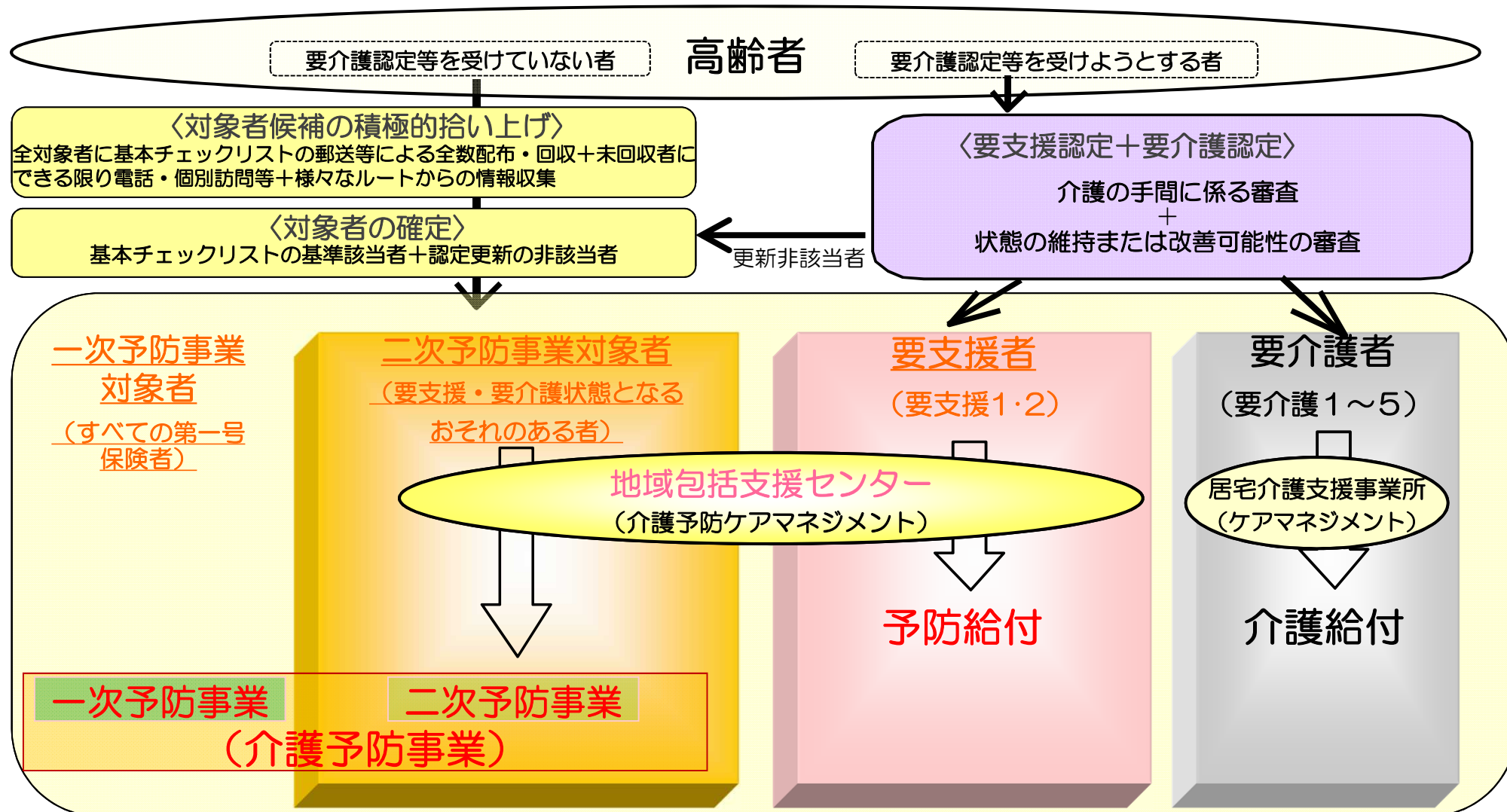


厚生労働省「平成16年国民生活基礎調査」



(参考) 介護予防（予防給付・介護予防事業）の全体像

- 要介護認定により要支援1・要支援2と認定された方に予防給付を提供
- 基本チェックリストにより、要支援・要介護状態になるおそれがあると判定された高齢者に対して、二次予防事業を提供



【介護予防の取組】

①大阪府大東市 ～住民主体の介護予防～

○住民が主体となって取り組む介護予防事業を市内全域で展開している。虚弱高齢者が元気高齢者の支えで元気を取り戻し、小学校の下校時の見守り隊に参加するなど社会活動が広がっている。
○介護予防活動を通して、見守りや助け合い等地域の互助の力が育っている。

基本情報（平成25年4月1日現在）

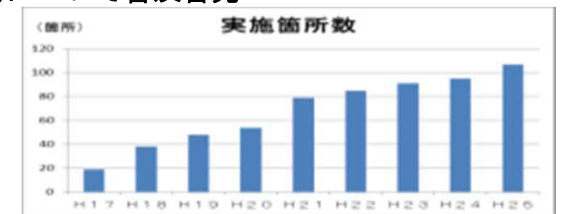
※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	力所
	委託	3	力所
総人口		123,573	人
65歳以上高齢者人口		26,697	人
		21.6	%
75歳以上高齢者人口		10,516	人
		8.5	%
第5期1号保険料		4,980	円



介護予防の取組の変遷

- 平成16年度に地域ケア会議で町ぐるみの介護予防の必要性を提言
- 平成17年度に虚弱者も参加できる「大東元気でまっせ体操」を開発し、一次・二次予防対象者の枠組みにとらわれず、自治会、町内会単位で住民主体での活動の場の普及に取り組む
- 老人会のイベント等で介護予防について普及啓発
- 住民主体の活動の場の育成及び世話役を養成
- 体操教室後に民生委員、校区福祉委員、世話役が集合。地域の虚弱高齢者情報を共有し、具体的な対策を検討する

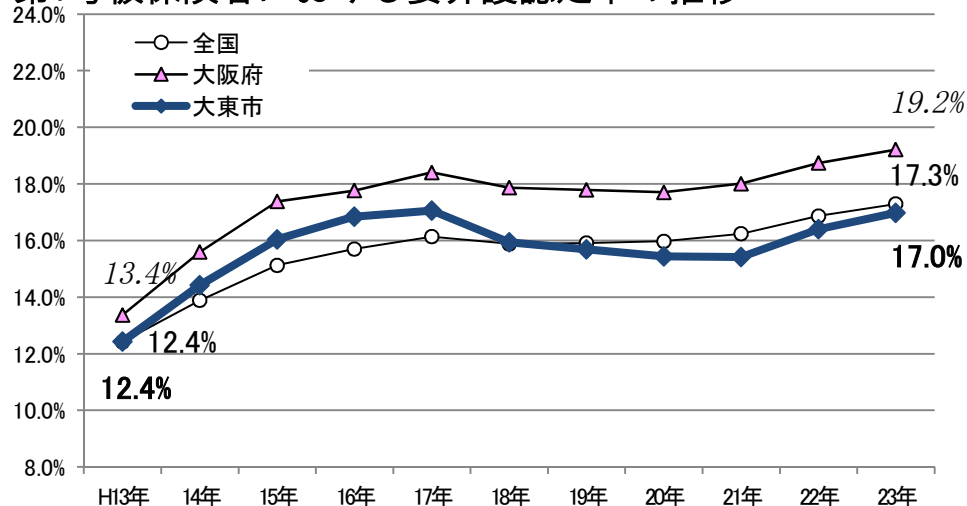


65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合 9.3 %

65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合 2.7 %

※要支援1～要介護5の高齢者163人が含まれる。

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 介護予防の啓発は保健師とリハ職のペアで行う
- 体操教室の立ち上げの際には体操指導と体操ビデオの提供及び世話役の育成を保健師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士が行った
- 身体障害や関節痛により体操を同じようにできない方に対しては、市のリハ職が訪問し、痛みがでない運動法を指導した
- 認知症や高次脳機能障害、精神障害などで集団活動に不具合が生じた時には地域包括支援センター職員が出向いて、認知症の方への対応方法等を世話役に指導した
- 世話役から活動の脱落者について地域包括支援センター職員に連絡が入った場合には、職員はその原因を明確にした上で個別に対応する（例：認知症の方への対応、不仲の場合には教室の変更）

②岡山県総社市 ～徒歩圏内に住民運営の体操の集い～

元気な高齢者と要支援・要介護認定を受けている高齢者が一緒に行う住民運営の体操の集いが、公民館や個人宅で、毎週1回開催されており、平成25年現在、市内全域に110会場が誕生し、徒歩圏内で参加できるようになっている。

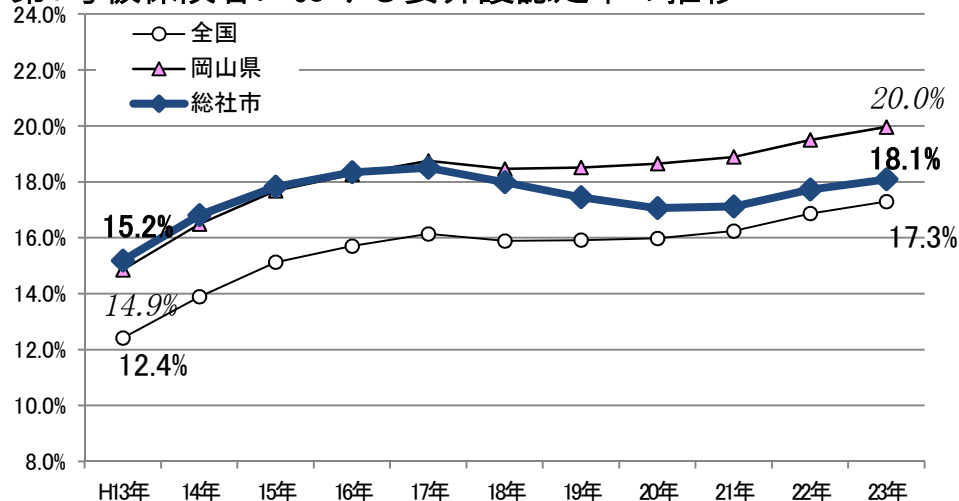
基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	力所
	委託	6	力所
総人口		66,861	人
65歳以上高齢者人口		16,017	人
		24.0	%
75歳以上高齢者人口		8,226	人
		12.3	%
第5期1号保険料		4,700	円



第1号被保険者における要介護認定率の推移



介護予防の取組の変遷

- 〈平成12年〉要介護認定の非該当者の受け皿として、「健康づくりの集い」を介護予防教室として実施。（作業療法士・理学療法士・保健師主導、月1回、17会場）
- 〈平成17年〉小学校区単位で小地域ケア会議を開始。住民・社協・ケアマネ・保険者等の意見交換の場として定着。
- 〈平成20年〉地域包括支援センター（当時直営）が、小地域ケア会議に働きかけ、各地区で週1回の体操の集いが始まる。
- 〈平成24年〉ケーブルテレビ等の各種媒体で市民に広報した結果、100会場まで増える。

H24年度参加実人数	高齢者人口に占める割合
1,535人	9.6%



※要支援1～要介護4の高齢者88人が含まれる。

個人宅での体操の集い

専門職の関与の仕方

- 地域包括支援センターの3職種が事務局（H24.4より委託）、行政の保健師・理学療法士は一委員として、市内21地区で1～2ヶ月に1回開催される小地域ケア会議に参加し、一緒に地域の課題を話し合う。
- 体操の集いの立ち上げ時には、行政もしくは地域包括支援センターの専門職が体操を具体的に指導。
- 集いの全ての会場で年1回体力測定を実施。随時、利用者の変調について住民から情報が入るので、専門職がアセスメントと助言指導を行う。

③愛知県武豊町 ～住民の参加・社会活動の場としてのサロン～

町・大学・社会福祉協議会が一体となり住民ボランティアに対して支援し(サロン立ち上げ支援、ボランティア育成、運営支援)、徒歩15分圏内(500m圏内)にサロンを設置。その結果、住民が主体的に参加し社会活動をする場として機能している。

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	力所
	委託	1	力所
総人口		41,927	人
65歳以上高齢者人口		8,711	人
		20.8	%
75歳以上高齢者人口		3,519	人
		8.4	%
第5期1号保険料		4,780	円

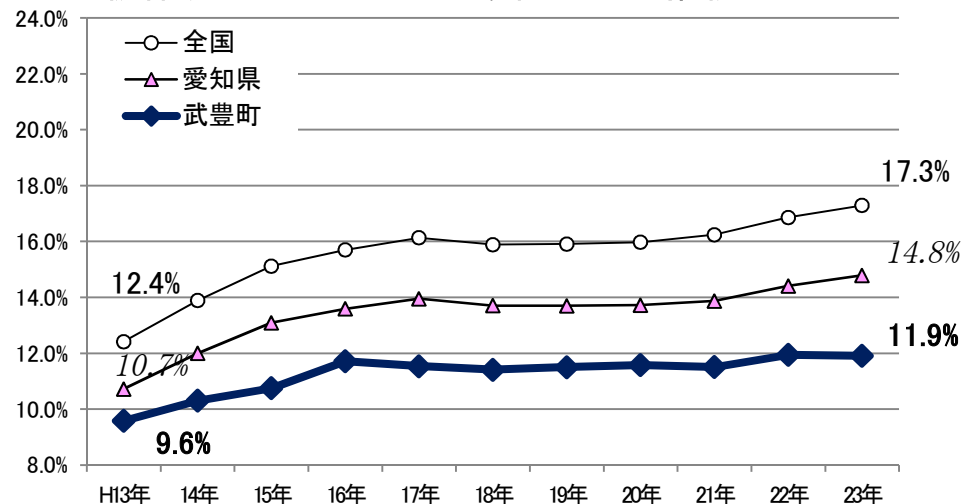


介護予防の取組の変遷

- （平成17年）町・社会福祉協議会（社協）・大学が協働し、高齢者の参加促進・社会活動活性化を進める目的で「憩いのサロン」の事業計画を開始（H20年からの町の総合計画に、政策評価の成果指標としてサロン拠点数が盛り込まれる）
- （平成18年）ボランティア候補者・町・大学とでワークショップや視察を繰り返し行い、各サロンの運営主体となるボランティア組織を形成しつつ、サロンの方向性・運営方法・サロンで実施する内容を固める
- （平成19年）3会場から始め、500m圏（徒歩15分で通える圏内）にサロンを設置することを目標に順次増設

65才以上高齢者に占める参加者の割合	9.8 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	1.0 %

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 地域包括支援センターは、サロン立ち上げから1年間は、ボランティア運営組織が自立して金銭管理・サロン運営が出来る様に支援
1年経過後は2～3ヶ月に1回の巡回と、各サロン会場の運営者連絡会を開催（隔月）しサポート
- 町の福祉課は、広報と新規会場の立ち上げ支援、健康課（保健師）は各サロンに順次出向き、健康講話・健康相談を実施
- 共同研究協定を結んでいる大学は町と協力して、事業効果検証や体力測定、認知症検査を実施
- 社協は、ボランティア研修や、ボランティアが加入する保険管理、求められた時にボランティアの派遣調整などを実施

④茨城県利根町 ～シルバーリハビリ体操指導士の体操普及活動～

茨城県立健康プラザの主催する講習会を終了した60歳以上の世代の住民ボランティア「シルバーリハビリ体操指導士」が、公民館等で高齢者のための体操教室を立ち上げ、自主活動として運営。町内13箇所で月2～4回、延13,390人が参加しており、地域に定着している。

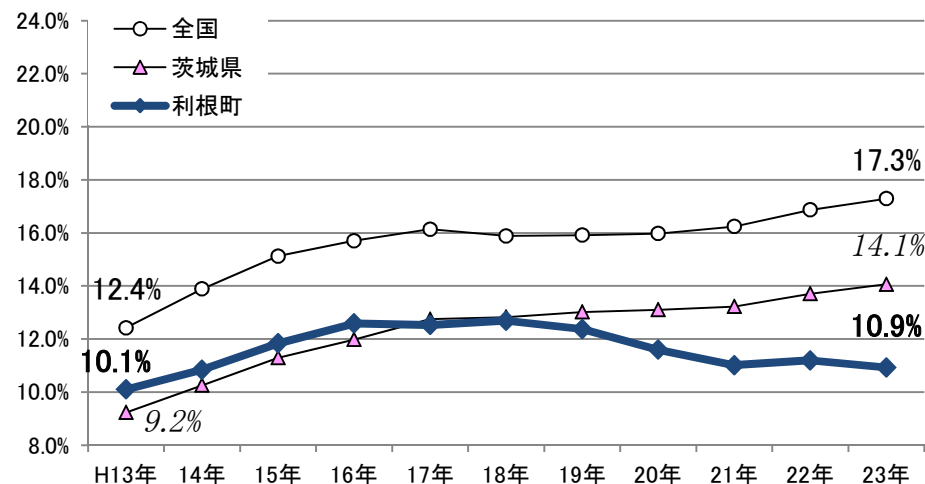
基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	1	カ所
	委託	0	カ所
総人口		17,592	人
65歳以上高齢者人口		5,272	人
		30.0	%
75歳以上高齢者人口		2,009	人
		11.4	%
第5期1号保険料		4,070	円



第1号被保険者における要介護認定率の推移



介護予防の取組の変遷

- 平成16年 利根町社会福祉協議会による定年男性のためのボランティア講座と県立健康プラザのシルバーリハビリ体操が結びつき、高齢者のための体操指導者の養成を開始。
- 平成17年 養成された「シルバーリハビリ体操指導士（以下、指導士）」が国保診療所の一室で外来受診者も交えて、地域の高齢者に体操を指導するようになった。
- 平成18年 二次予防事業のサポート役として指導士が参加
- 指導士の活動は、高齢世代が高齢世代を支え合う互助の活動として、町内に定着している。



H24年度 参加実人数	高齢者人口に 占める割合
544人	10.3%

専門職の関与の仕方

- 保健師
指導士の体操教室を、町内に広報。必要な人に体操の参加を勧める。
- 地域包括支援センターの主任ケアマネ・社会福祉士
体操に来れなくなった人に訪問、状況把握
- 国保診療所の医師
診療所の外来受診者に体操への参加を勧め、指導士の活動を後押し

⑤山梨県北杜市 ～地域ケア会議を通じた総合事業の展開～

○ 地域ケア会議で関係者の合意形成を図りながら、地区組織、NPO法人、介護サービス事業者を含めた民間事業者との連携・協働により、介護保険外サービスを創設し、介護予防・日常生活支援総合事業を展開。住民の自助・互助の促進につながっている。

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

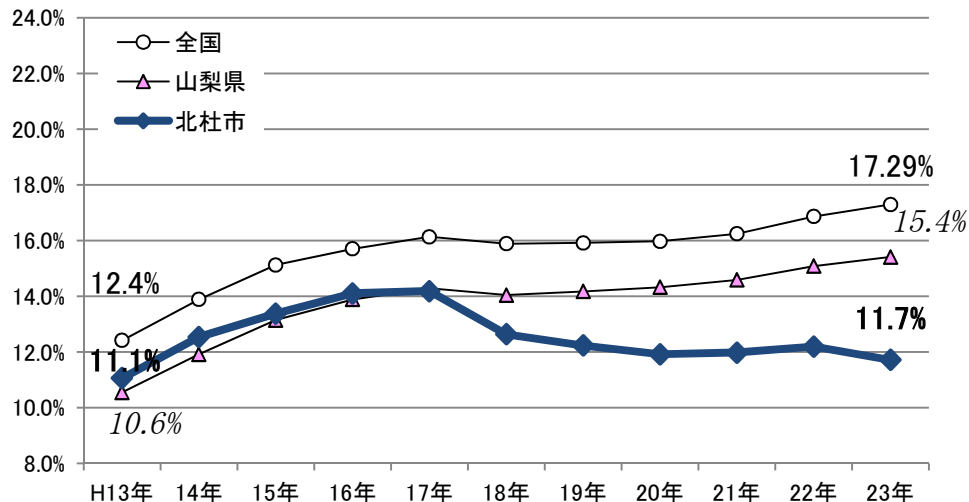
地域包括支援センター設置数	直営 委託	1 0	力所 力所
総人口		48,823	人
65歳以上高齢者人口		15,120	人
		31.0	%
75歳以上高齢者人口		8,135	人
		16.7	%
第5期1号保険料		3,833	円



介護予防の取組の変遷

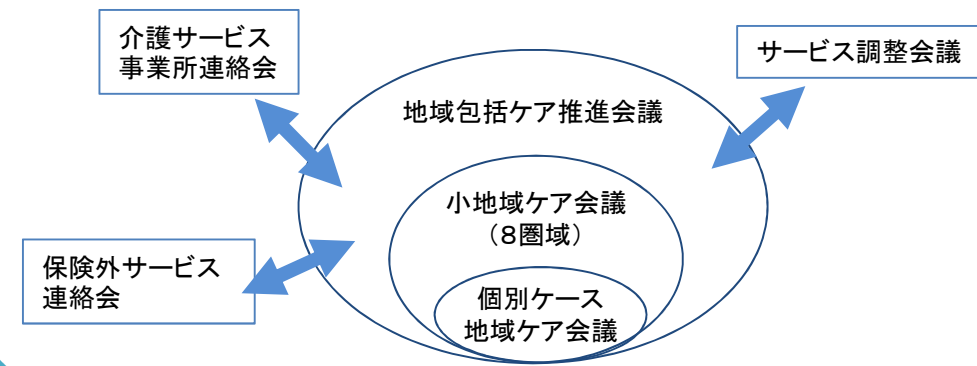
- 平成17年 介護予防事業の中核機関として地域包括支援センターを位置づけ、設置準備。
- 高齢者の健康増進・介護予防・重度化予防の各段階において、必要な対策を講じることができるよう、関係機関（庁内関係課、社会福祉協議会、介護サービス事業所、医療機関等）と検討を重ねる。
- 介護予防に関する各種事業の評価を重視し、PDCAを回しながら事業を進める。
- 「自助・互助・共助・公助」の考え方を普及するため、講演会や地区組織等への働きかけを行い、住民参加型の地域づくりをめざした。

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 地域ケア会議をはじめとした各種会議体を重層的に構成し、保健師や地域包括支援センターが、関係機関の連携強化を図る。
（地域包括支援センターは、必要に応じて関係者と同行訪問）



⑥長崎県佐々町 ～介護予防ボランティアを主軸にした地域づくり～

○中高年齢層を対象として介護予防ボランティアを養成し、ボランティア活動が無理なく継続できるように、連絡会を組織してバックアップしている。介護予防・日常生活支援総合事業においても、介護予防ボランティアが、生活支援や通所の場合、担い手として活躍している。

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	1	カ所
	委託	0	カ所
総人口		13,786	人
65歳以上高齢者人口		3,034	人
		22.0	%
75歳以上高齢者人口		1,626	人
		11.8	%
第5期1号保険料		5,590	円

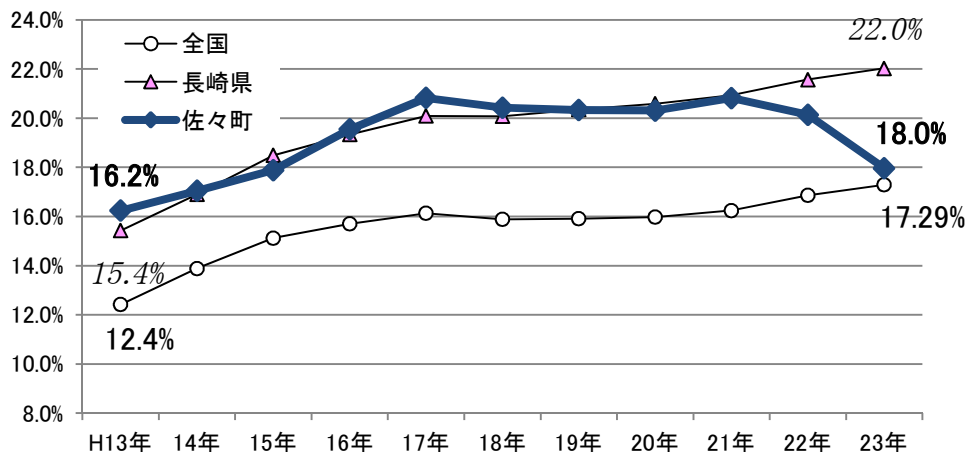


介護予防の取組の変遷

- 平成18年 地域包括支援センターが始動し、介護予防の普及啓発を行うものの、住民の主体的取組につながらず、2年が経過。町内唯一の地域サロンは、職員の関与無しには成り立たない状況だった。
- 平成20年 普及啓発のあり方を見直し、自主活動の育成に主眼を置いた「介護予防ボランティア養成講座」をスタート。修了者がそれぞれの地区で「地域型介護予防推進活動」に取り組むようになり、初年度に、8地区で集いの場が立ち上がる。
- 以後、毎年、新たなボランティアを養成し、現在、団塊世代を対象に「地域デビュー講座」として継続中。修了者による集いの場は、現在14地区で開催されている。（最終目標は、全町内会30地区）

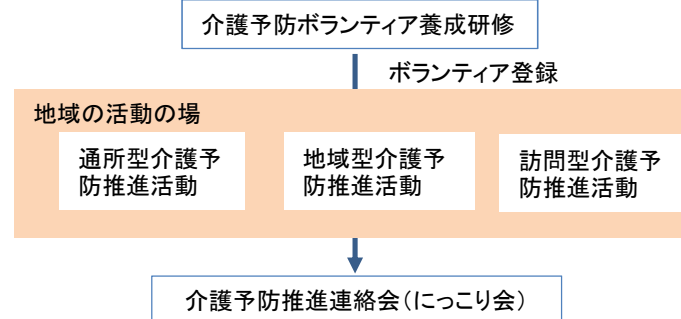
65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	11.6 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	6.6 %

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 「介護予防ボランティア養成講座」の企画と実施
- 月1回の定例会で、研修終了者の活動をバックアップ（にっこり会）
- 住民、関係団体と協議の機会を設け、課題やめざすべき方向などを共有



介護予防推進連絡会での実習風景

社会参加と介護予防効果の関係について

スポーツ関係・ボランティア・趣味関係のグループ等への社会参加の割合が高い地域ほど、転倒や認知症やうつ病のリスクが低い傾向がみられる。

調査方法

2010年8月～2012年1月にかけて、北海道、東北、関東、東海、関西、中国、九州、沖縄地方に分布する31自治体に居住する高齢者のうち、要介護認定を受けていない高齢者169,201人を対象に、郵送調査(一部の自治体は訪問調査)を実施。

112,123人から回答。
(回収率66.3%)

【研究デザインと分析方法】

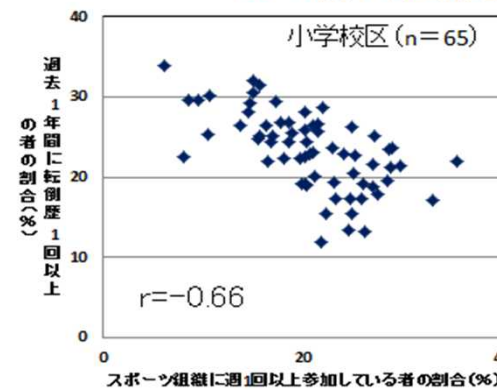
研究デザイン: 横断研究
分析方法: 地域相関分析

JAGES(日本老年学的評価研究)プロジェクト



スポーツ組織への参加割合が高い地域ほど、過去1年間に転倒したことのある前期高齢者が少ない相関が認められた。

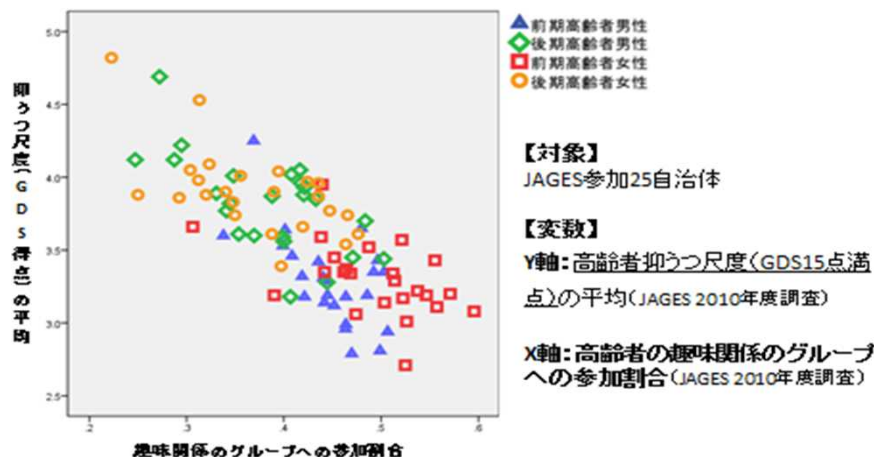
65-74歳の者に限定



6保険者(9自治体)の要介護認定を受けていない人に郵送調査に回答した
29072人(回収率62.4%)

転倒率:
11.8%～33.9%
スポーツ組織参加率が高い小学校区では転倒者の割合が少ない

趣味関係のグループへの参加割合が高い地域ほど、うつ病点(低いほど良い)の平均点が低い相関が認められた。

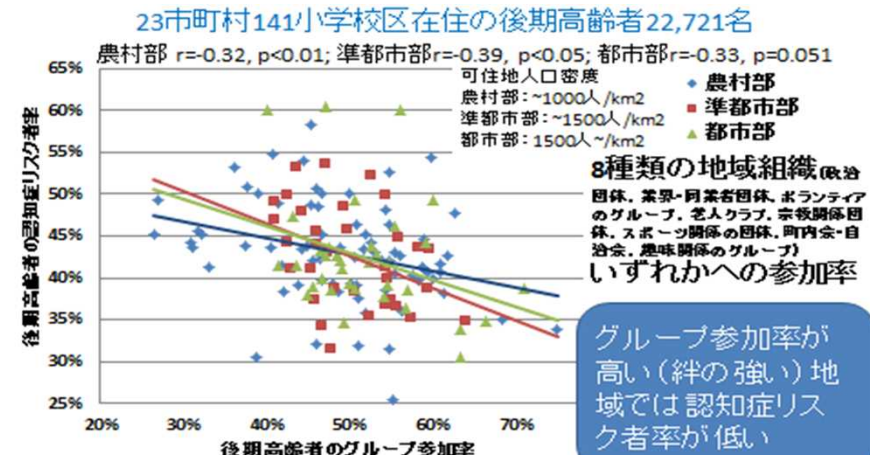


【対象】
JAGES参加25自治体

【変数】
Y軸: 高齢者抑うつ尺度(GDS15点満点)の平均(JAGES 2010年度調査)

X軸: 高齢者の趣味関係のグループへの参加割合(JAGES 2010年度調査)

ボランティアグループ等の地域組織への参加割合が高い地域ほど、認知症リスクを有する後期高齢者の割合が少ない相関が認められた。

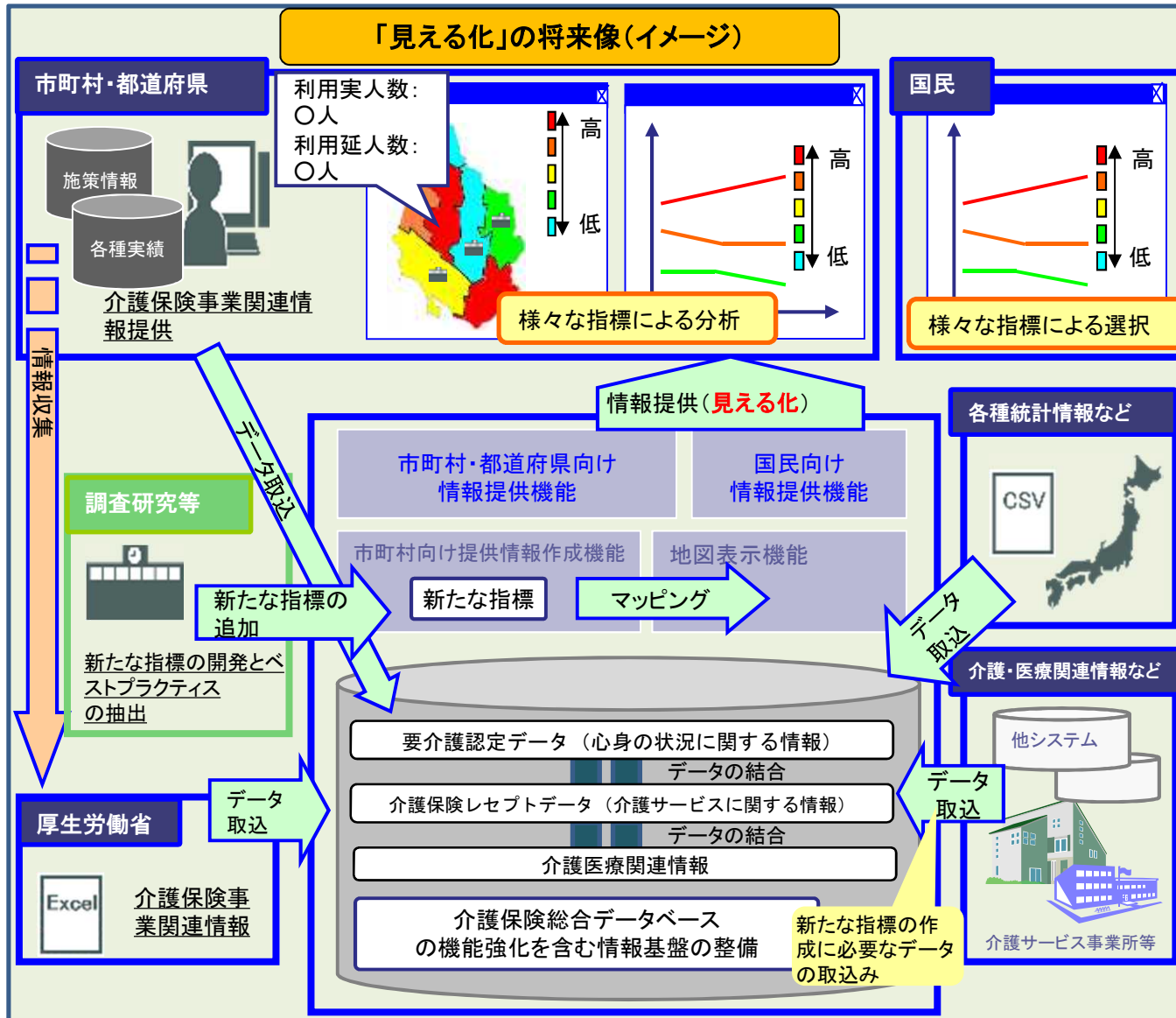


8種類の地域組織(政治団体、業界・同業者団体、ボランティアのグループ、老人クラブ、宗教関係団体、スポーツ関係の団体、町内会・自治会、趣味関係のグループ)いずれかへの参加率

グループ参加率が高い(絆の強い)地域では認知症リスク者率が低い

介護・医療関連情報の「見える化」の推進

地域包括ケアシステムの構築に向けて、国民・地方自治体にとって有益な情報を利活用しやすいように、介護・医療関連情報の「見える化」を推進



現状及び課題

- 地域の特性にあった地域包括ケアシステムを構築するためには、各地方自治体が、それぞれの特徴や課題を客観的に把握する必要がある
- 他方で、地方自治体の職員に十分に認識されていない
- また、介護サービスの質の向上に向けて具体的な評価手法の確立が求められている

課題解決策

- 国民・地方自治体に有益な情報を提供(=「見える化」)するために、介護保険総合データベースを活用し、以下のような取組を行う
 - ①様々な情報を取り込めるように、介護保険総合データベースの機能強化を含む情報基盤の整備を行う
 - ②調査研究等を通じて、新たな指標の開発等、情報発信する内容の質の向上に取り組む
 - ③国民・地方自治体にとって、安心して、利用しやすい、情報提供手法を構築する

将来像及び効果

- 地方自治体が、それぞれの地域の特性にあった、地域包括ケアシステムを構築する
- 国民が、介護サービスの質の評価に基づいて、適切な介護サービスを選択できるように情報基盤を構築する

二次予防事業の実績の推移

二次予防事業への参加者数の目標を高齢者人口の5%を目安として取り組んできたが、平成23年度の実績は0.8%と低調である。

		高齢者人口に対する割合				
年度	高齢者人口*1 (人)	基本チェックリスト 配布者*2 (配布者数)	基本チェックリスト 回収者*3 (回収者数)	基本チェックリスト 回収率 【回収者数／ 配布者数(%)	二次予防事業 対象者*4 (対象者数)	二次予防事業 参加者*5 (参加者数)
H18	26,761,472	—	—	—	0.6% (157,518人)	0.2% (50,965人)
H19	27,487,395	—	—	—	3.3% (898,404人)	0.4% (109,356人)
H20	28,291,360	52.4% (14,827,663人)	30.7% (8,694,702人)	58.6%	3.7% (1,052,195人)	0.5% (128,253人)
H21	28,933,063	52.2% (15,098,378人)	30.1% (8,715,167人)	57.7%	3.4% (984,795人)	0.5% (143,205人)
H22	29,066,130	54.2% (15,754,629人)	29.7% (8,627,751人)	54.8%	4.2% (1,227,956人)	0.5% (155,044人)
H23	29,748,674	55.8% (16,586,054人)	34.9% (10,391,259人)	62.6%	9.4% (2,806,685人)	0.8% (225,667人)

*1 高齢者人口：各年度末の高齢者人口を計上

*2,3基本チェックリスト配布者、回収者：平成18年度、19年度については調査なし

*4 二次予防事業対象者：当該年度に新たに決定した二次予防事業の対象者と前年度より継続している二次予防事業者の総数

*5 二次予防事業参加者：通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業、および通所型・訪問型介護予防事業以外で介護予防に相当する事業に参加した者を含む

（参考）二次予防事業対象者のスクリーニング方法

基本チェックリスト

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

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

10項目
以上に
該当

運動
3項目以上
に該当

栄養
2項目に該当

口腔
2項目以上
に該当

閉じこもり

認知機能

うつ

配布対象・配布方法

○基本チェックリストの配布

把握事業の全対象者に郵送等により配布・回収
ただし、地域の実情に応じた対応が可能

- ・3年間に分けて配布
- ・日常生活圏域ニーズ調査を活用等

○他部局からの情報提供等

下記の方法等で把握した者に対して基本チェックリストを実施

- ・要介護認定等の担当部局との連携
- ・保健部局との連携
- ・医療機関からの情報提供
- ・地域住民からの情報提供
- ・地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携
- ・本人、家族等からの相談
- ・特定健康診査等の担当部局との連携
- ・その他市町村が適当と認める方法

二次予防事業対象者の判別方法

次の i から iv までのいずれかに該当する者を、要介護・要支援状態となるおそれの高い状態にあると認められる者として二次予防事業対象者とする

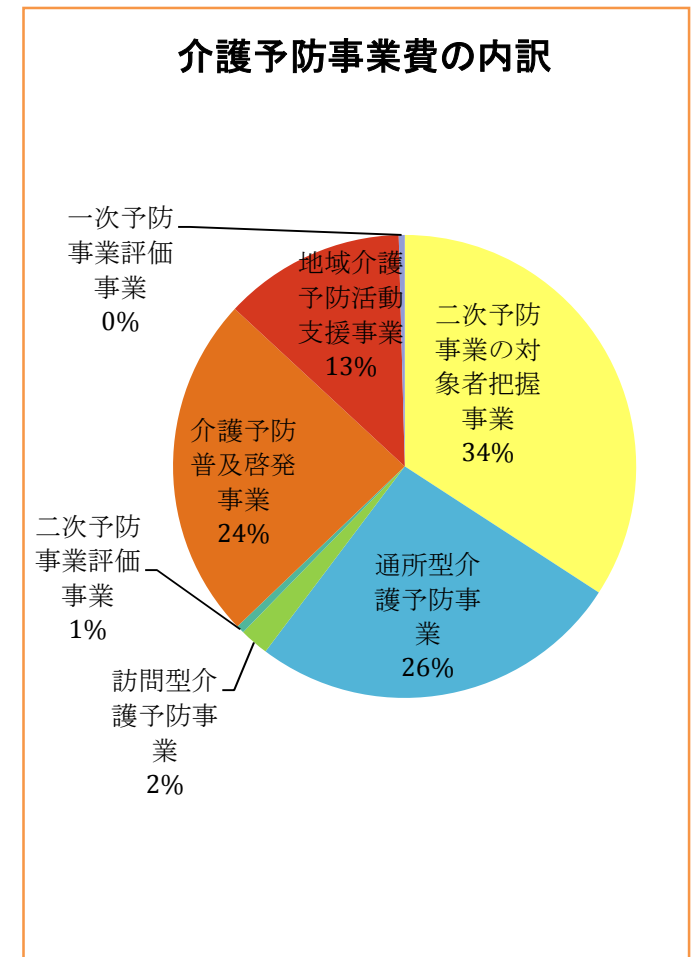
- 1 から 20 までの項目のうち 10 項目以上該当する者
- 6 から 10 までの項目のうち 3 項目以上該当する者
→運動器の機能が低下
- 11 から 12 までの項目のうち 2 項目該当する者
→低栄養状態
- 13 から 15 までの項目のうち 2 項目以上該当する者
→口腔機能が低下

なお、上記に該当する者のうち、16の項目に該当する者、18から20のいずれかに該当する者、21から25までの項目のうち2項目以上に該当する者については、うつ・閉じこもり・認知機能の低下予防や支援にも考慮する必要がある

平成23年度の介護予防事業の実績

	内容		実施 保険者数	対象経費実支出額
二次予防事業	二次予防事業の対象者把握事業		1,550	15,009,789,382円
	通所型介護 予防事業	運動器機能向上	1,137	11,467,101,458円
		栄養改善	285	
		口腔機能向上	595	
		認知機能低下予防・支援	214	
		複合	816	
		その他	119	
		訪問型介護 予防事業	運動器機能向上	
	栄養改善		224	
	口腔機能向上		192	
	認知機能低下予防・支援		142	
	閉じこもり予防・支援		202	
うつ予防・支援	176			
複合	149			
二次予防事業評価事業		931	249,221,350円	
一次予防事業	介護予防普 及啓発事業	パンフレット等の作成・配布	1,270	10,566,271,561円
		講演会・相談会	1,187	
		介護予防教室等	1,467	
		介護予防事業の記録等管理媒 体の配布	493	
		その他	254	
	地域介護予 防活動支援 事業	ボランティア等の人材育成	872	5,573,533,569円
		地域活動組織への支援・協力等	955	
		その他	216	
	一次予防事業評価事業		802	181,152,153円
合計			1,594	43,941,270,361円

「二次予防事業の対象者把握事業」が全体の3割強を占める



H23年度介護予防事業実施状況調査

市町村介護予防強化推進事業（予防モデル事業）の概要

事業の目的

※平成24-25年度の予算事業として実施

要支援者等に必要な予防サービス及び生活支援サービスを明らかにするために、一次予防事業対象者から要介護2までの者であって、ADLが自立又は見守りレベルかつ日常生活行為の支援の必要可能性のある者に対するサービスニーズの把握、必要なサービス（予防サービス及び生活支援サービス）の実施、効果の計測及び課題の整理。

1 年目（平成24年度）モデル市区町村（13市区町村）において、以下の流れにより事業を実施。

Step1 事前評価（IADLの自己評価及び保健師等による評価）

Step2 予防サービス及び生活支援サービスの実施

予防サービス（通所と訪問を組み合わせる実施）

通所



訪問

専門職等が対応（委託可）
・二次予防事業 等

専門職等が対応（委託可）
・家事遂行プログラム 等



生活支援サービス

・配食
・見守り
・ごみ出し
・外出支援 等

“卒業”後は、住民運営の“居場所”に移行

体操教室・食事会 等

認知症

この事業で 受けとめきれない
課題を明らかにする。

地域の社会資源や地域住民※を活用して実施

（※老人クラブ、シルバー人材センター、フィットネスクラブ、地域の活動的な高齢者等）

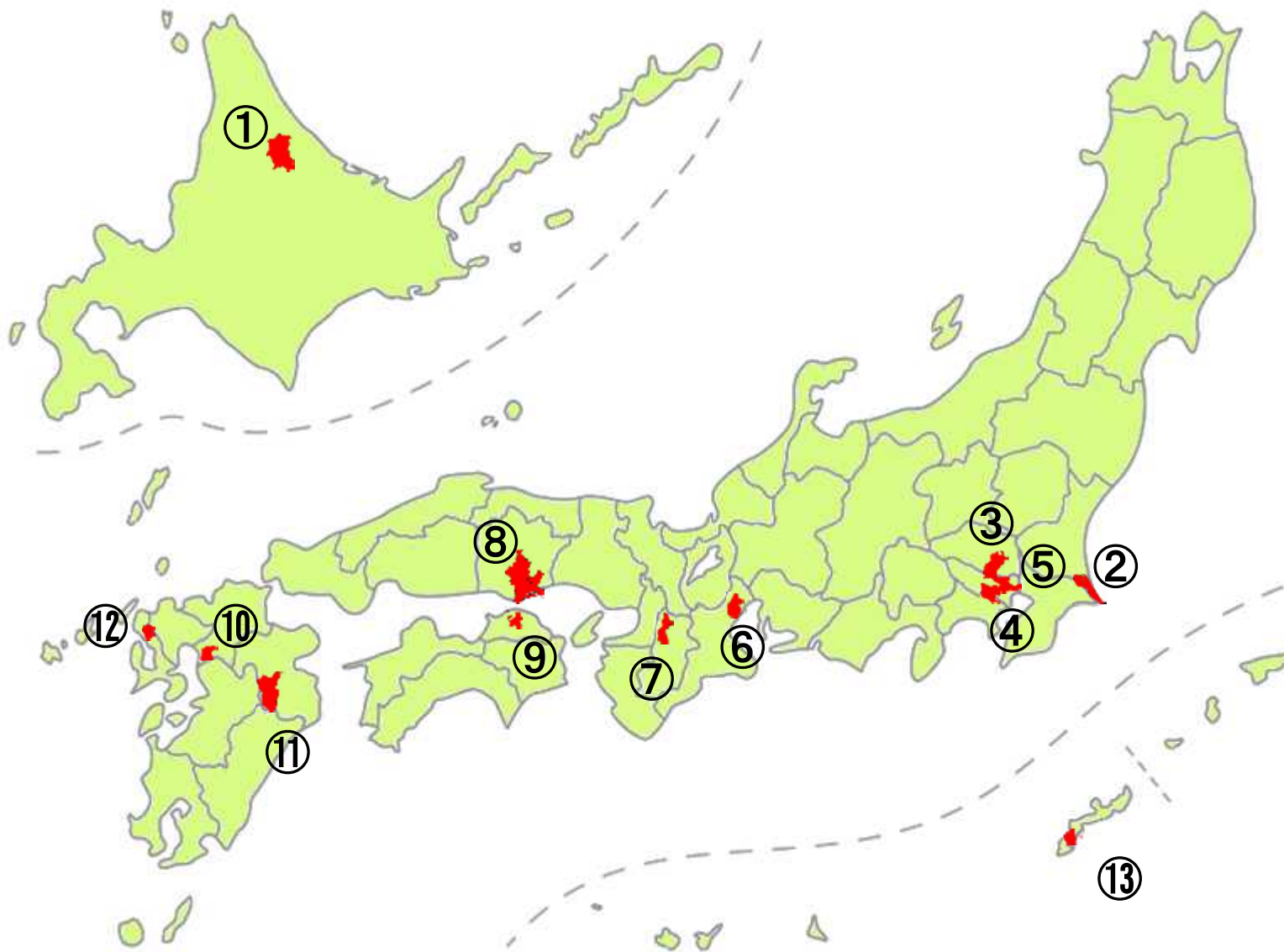
Step3 事後評価（IADLの自己評価及び保健師等による評価）

2 年目（平成25年度）

引き続き予防モデル事業を実施。

- ・モデル市町村において実施された事業の内容・結果を厚生労働省に報告。
- ・厚生労働省において、予防サービス及び生活支援サービスの類型化及び好事例の紹介。

(参考) 予防モデル事業実施市区町村



①	北海道下川町 (しもかわちょう)
②	茨城県神栖市 (かみすし)
③	埼玉県和光市 (わこうし)
④	東京都世田谷区 (せたがやく)
⑤	東京都荒川区 (あらかわく)
⑥	三重県いなべ市 (いなべし)
⑦	奈良県生駒市 (いこまし)
⑧	岡山県岡山市 (おかやまし)
⑨	香川県坂出市 (さかいでし)
⑩	福岡県大牟田市 (おおむたし)
⑪	大分県竹田市 (たけたし)
⑫	長崎県佐々町 (さざちょう)
⑬	沖縄県北中城村 (きたなかぐすくそん)

予防モデル事業の事例① ～奈良県生駒市～

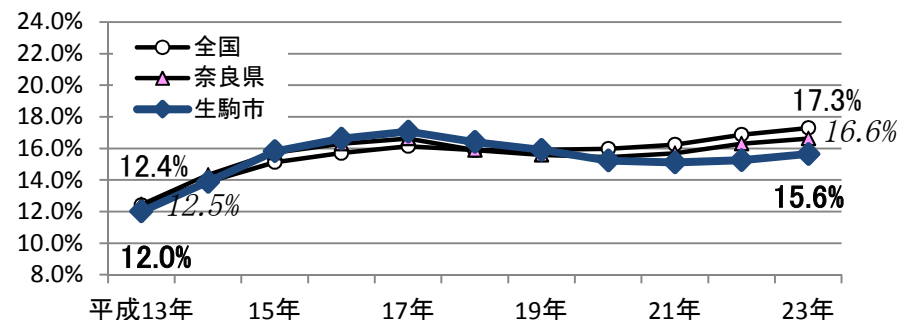
- 要支援者等に対し、住環境調整や外出練習等を行うことで生活機能の向上を図るとともに、運動を主体とした集団プログラムで仲間づくりや体力づくりを行い活動性を高めている（訪問型・通所型事業の一体的提供）。その後、徒歩圏内にある体操や会食の通いの場を利用してもらうことで、活動的な状態を維持している。
- リハ職等を活かすことにより、地域包括支援センター等の職員に自立支援の具体的手法が定着してきている。

基本情報（平成25年4月1日現在）※人口は平成24年3月31日

地域包括支援	直営	0	カ所
センター設置数	委託	6	カ所
総人口		119,910	人
65歳以上高齢者人口		25,767	人
		21.5	%
75歳以上高齢者人口		10,917	人
		9.1	%
第5期1号保険料		4,570	円

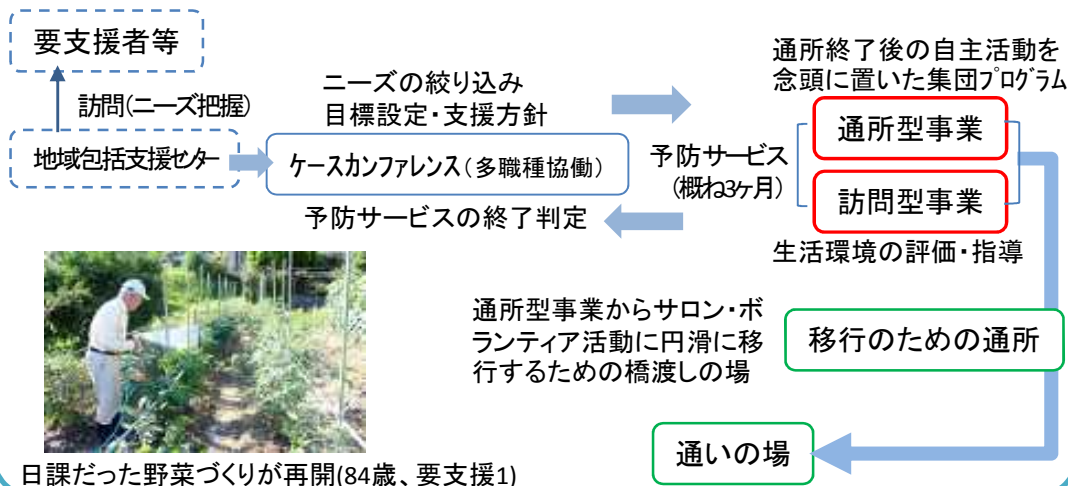


第1号被保険者における要介護認定の推移



自立支援の流れ

ケースカンファレンスで到達水準を見極めて、一定期間の予防サービスで自立の道筋をつけた後、自主活動への移行のための通所を経て、地域の通いの場へ移行



支援メニュー

1. 通所型事業（委託）
 - ・定員15、2時間×週2回×3か月
 - ・専門職：PT/OT、運動指導員、看護師、歯科衛生士、栄養士等
2. 訪問型事業（直営）
 - ・PT/OTが、市保健師・地域包括支援センターと同行訪問
 - ・浴室、トイレ、台所、玄関、周辺道路の環境評価と指導
 - ・利用者1人につき1～3回で終結
3. 生活支援サービス（委託）
 - ・シルバー人材センター（家事、ごみ分別、草取り等）
4. 通いの場
 - (1) 自主活動への移行のための通所
 - 転倒予防教室（直営）：保健師、運動指導士、ボランティア
 - ひまわりの集い（委託）：健康づくり推進員による会食
 - (2) 自主活動
 - 体操教室、機能訓練教室、高齢者サロン（43箇所）

予防モデル事業の事例② ～東京都世田谷区～

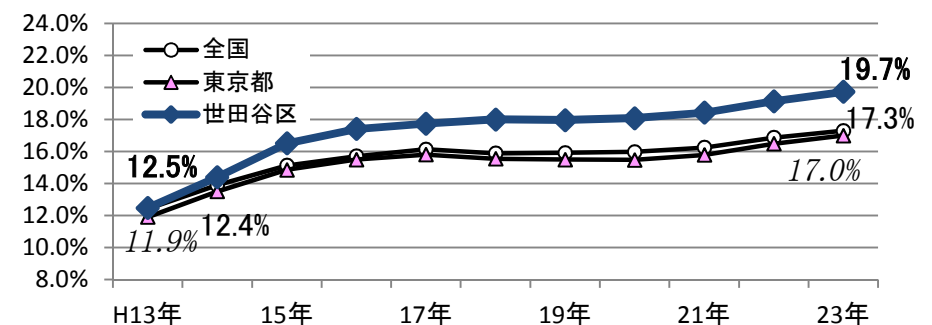
- 地域包括支援センターが、日常業務を通じて顔見知りの関係を築き、大学や喫茶店などの地域資源を活用して、通いの場や買物ツアーを立ち上げ、区民ボランティアの協力を得て運営している。
- さまざまな立場の区民が、地域包括支援センターの呼びかけで集まり、まちの困りごとなどを話し合っている。（民生委員、町会、警察、商店、社会福祉協議会、金融機関、消防、介護保険事業者、学校、医療機関など）

基本情報（平成25年4月1日現在）※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	力所
	委託	27	力所
総人口		842,323	人
65歳以上高齢者人口		159,112	人
		18.9	%
75歳以上高齢者人口		81,777	人
		9.7	%
第5期1号保険料		5,100	円

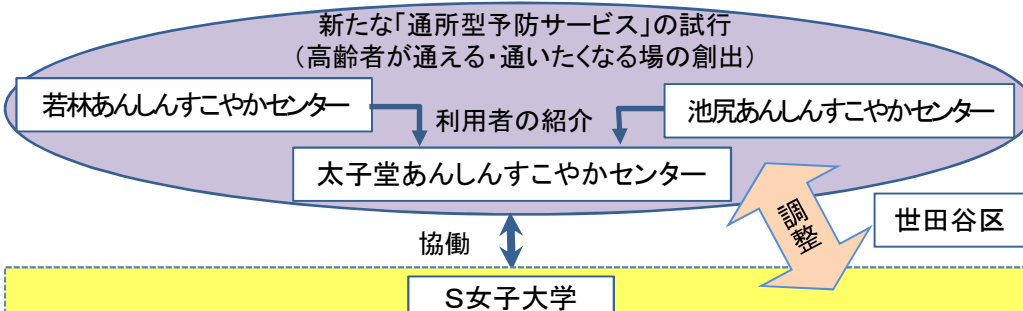


第1号被保険者における要介護認定の推移



大学と協働した通所事業

区が、大学の施設の使用を調整し、地域包括支援センターが通所事業を運営。大学は、学生ボランティアなどの人的支援の他、子育て世代との交流プログラムの提案など運営をバックアップ。



- 1.[施設提供]⇒生涯学習施設の提供
- 2.[専門支援]⇒プログラム開発(多世代交流、野菜ソムリエによる健康教育)、学生の指導助言
- 3.[人的支援]⇒学生ボランティア、イベント協力

支援メニュー

1. 通所型事業（委託）
 - ・概ね2時間×週1回×3か月，4会場
 - ・専門職：PT/OT、運動指導員、看護師、歯科衛生士、栄養士等
2. 訪問型事業（委託）
 - ・PT/OT・管理栄養士が、地域包括支援センターと同行訪問
 - ・浴室、トイレ、台所、玄関、周辺道路の環境評価と指導
 - ・利用者1人につき1～3回で終結
3. 生活支援サービス（委託）
 - ・社会福祉協議会（家事、ごみ分別、草取り等）
 - ・区民ボランティア（福祉施設の送迎車両の遊休時間帯を利用した買物ツアー）



ボランティアが添乗

4. 通いの場

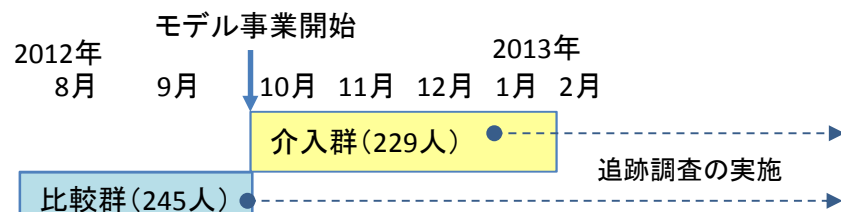
- (1) 地域包括支援センターによる資源開発（喫茶店等の活用）
- (2) 社会福祉協議会・NPO・区民によるサロン活動

予防モデル事業における利用者の変化

モデル事業の利用者(要支援1～要介護2)は、家事や散歩の他、地域の集いなどに参加する人の割合が高くなっており、生活や行動に広がりが見られるようになっている。

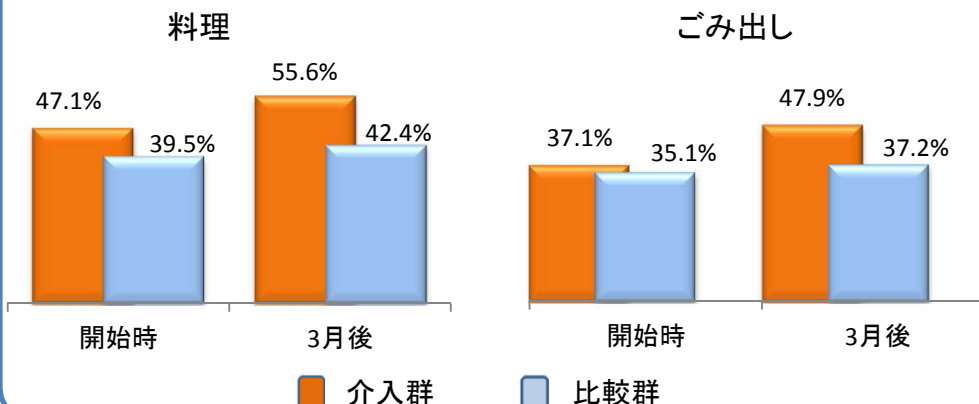
調査方法

モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、保険給付の利用者245人(比較群)とモデル事業の利用者229人(介入群)に対し、サービス開始時、3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月の4時点におけるIADL、社会参加等の評価を実施。

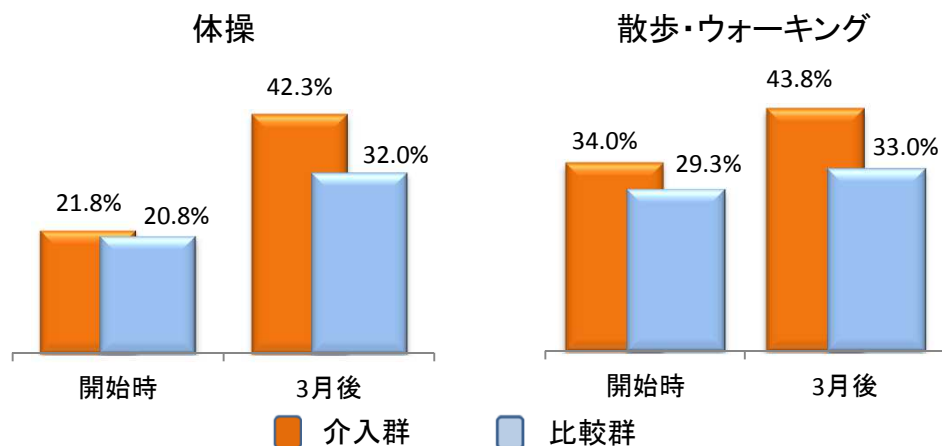


新規認定者の全数に事業の説明を行い、同意の得られた者全てに調査を実施
3ヶ月後評価を実施できたのは、比較群212人、介入群196人であった。

家事：介入群では、自分で料理やごみ出しをする人の割合が高くなっていった。

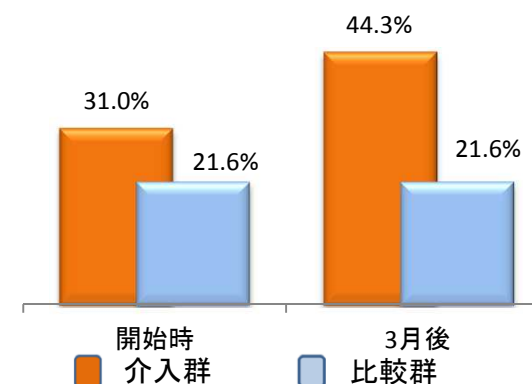


活動：体操や散歩・ウォーキングをする人の割合が、介入群の方でより高くなっていった。



参加：介入群では、地域の集いや趣味活動に参加する人の割合が高くなっていった。

地域の集いや趣味活動への参加



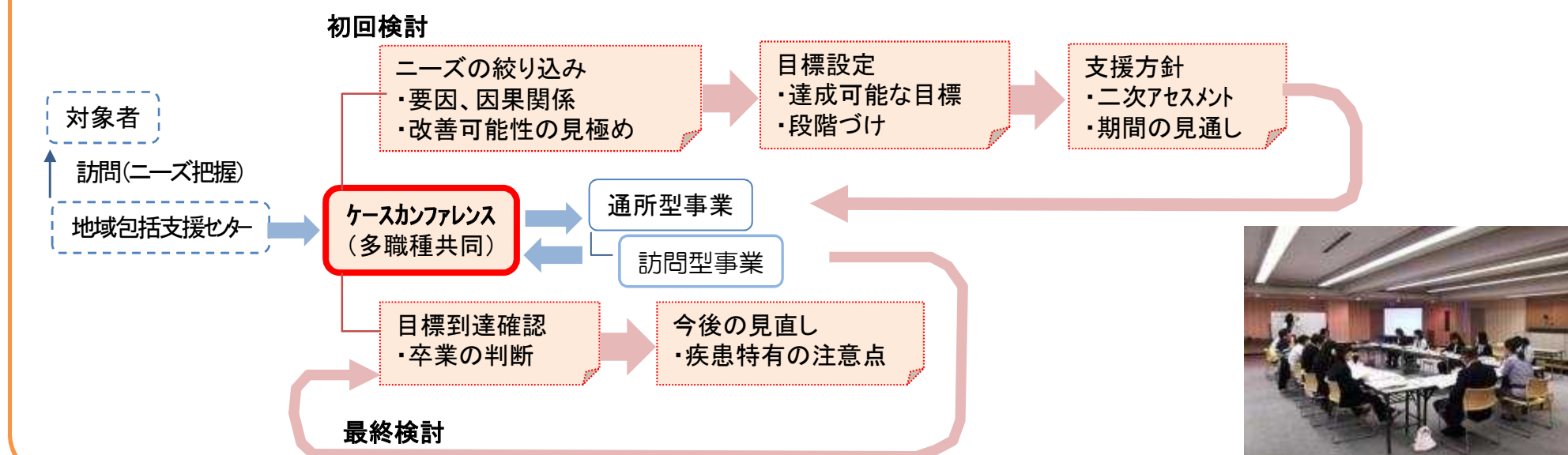
予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割①～ケースカンファレンス～

リハ職が、ケースカンファレンスに参加することにより、疾患の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。

ケースカンファレンスの概要

- リハ職の役割 : 難しくなっている行為について要因の検討、疾患特有の症状とADL・IADLの関連の整理、不足している情報・矛盾点の有無、リハ職による二次アセスメントの必要性の判断、改善可能性の見当づけ
- 職 種 構 成 : 保健師・看護師・ケアマネ・介護福祉士・管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・薬剤師
- 所要時間・処理件数: 3時間程度(1件10～15分程度 × 15～16件)

ケースカンファレンスの実際



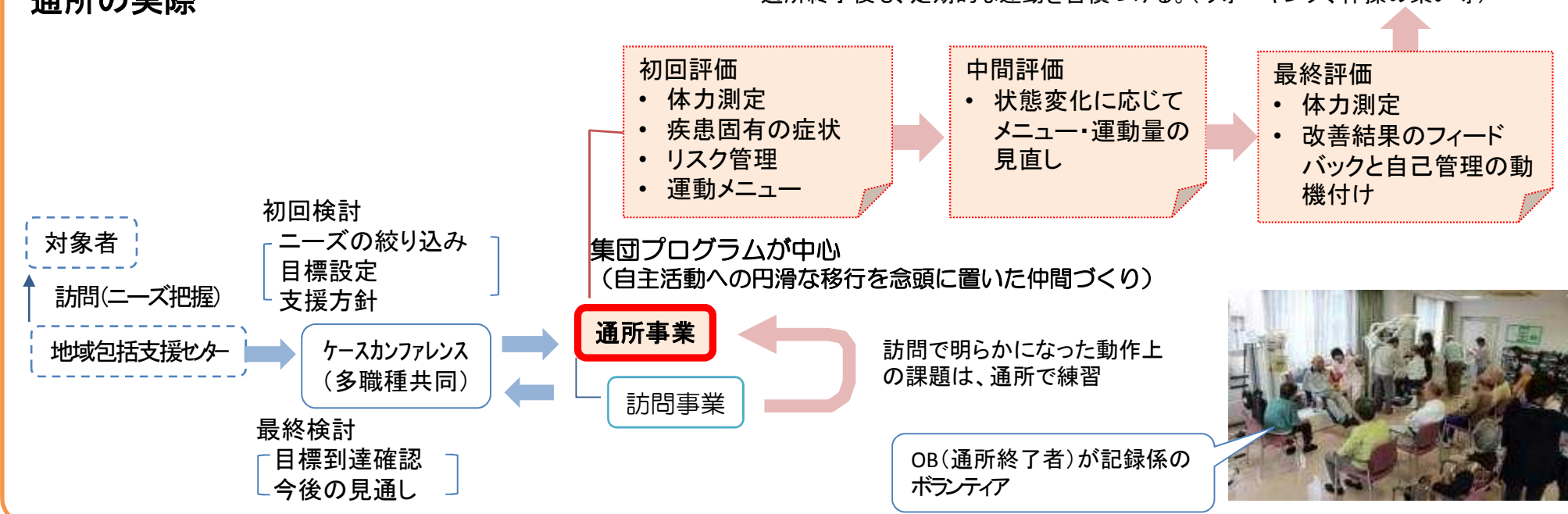
予防モデル事業を通じてみてきたリハ職の役割② ～通所事業～

- リハ職が、利用者の身体機能に応じた運動プログラムの提示や段階的進め方について、介護職員等にアドバイスを行うことにより、運動を主体とした集団プログラムを効果的に実施することができる。
- また、通所と訪問の双方に一貫して関わり、支障をきたしている生活行為（風呂のまたぎや荷物を持った歩行など）の改善に必要な運動メニューを提示することにより、生活機能の向上を図ることができる。

- リハ職の役割：機能評価、疾患固有の症状（疼痛・変形等）に配慮した運動プログラムの提示（PT）、興味・関心を引き出す活動種目の選定と導入（OT）、運動指導員・介護職員・ボランティア等へのプログラム実施上の助言、訪問で明らかになった動作上の課題について個別指導
- 職 種 構 成：通所スタッフ（介護職員・運動指導員等） & 理学療法士（作業療法士）
- 対 応 の 頻 度：1クール3か月（週2回×12週）の場合 ⇒ 利用者1人につき3回程度の評価（初回・中間・最終）
※利用者の状態に応じて、かかりつけ医に遵守事項を確認（心疾患等による運動負荷の制限等）

通所の実際

通所終了後も、定期的な運動を習慣づける。（ウォーキング、体操の集い等）



予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割③ ～訪問事業～

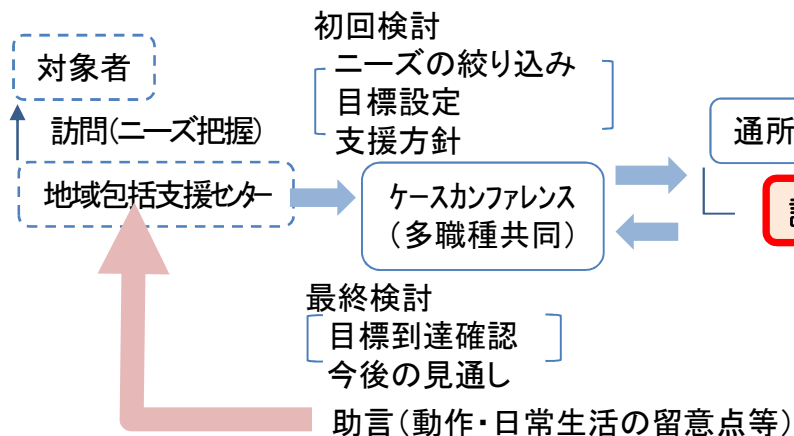
リハ職が、要支援者等の自宅を訪問することにより、難しくなっている生活行為が明らかとなり、動きやすい住環境に調整(家具の配置換え、物干し台の高さ調整などの生活上の工夫)することができる。

訪問事業の概要

- リハ職の役割 : 生活の場における動作・環境の評価、改善策の提案、本人・家族・地域包括支援センターへの助言
 - 職 種 構 成 : 市町村保健師or地域包括支援センター職員 & 作業療法士 or理学療法士(ケアマネジメントを担う地域包括支援センター等との同行訪問が基本。)
 - 対 応 の 頻 度 : 1回1時間程度、対象者一人につき1～3回程度で終結
- ※利用者の状態に応じて、かかりつけ医に遵守事項を確認(心疾患等による運動負荷の制限等)

訪問事業の実際

【腰痛をきっかけに外出しなくなった例】



OTの評価と改善提案 1回目

- 神社の参拝が日課だった
＝参拝の復活 [初期目標]
- ・玄関の上がり框が動作の支障
→踏み台設置
- ・自宅周辺に坂が多い
→歩行補助具の変更



初期目標が達成されるまでは、
地域包括等が訪問

2回目

- 外出行動の拡大
＝バスの利用 [最終目標]
- ・バス停までの徒歩移動の確認
→休憩地点の設定
- ・バス利用動作の確認
→乗降、着席・立ち上がり



※筋力向上や疼痛緩和等の機能へのはたらきかけはPTが、生活場面の評価と動作の応用はOTが適しており、対象者の状態に応じて選択できることが望ましい。

(4) 高齢者のリハビリテーションについて

現状と課題

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、重度な要介護状態であっても、在宅での生活を継続するためには、医療専門職のみならず全ての従事者と高齢者本人・家族が、リハビリテーションの理念を共有することが重要である。
- リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促すものである。そのためには、本人へのアプローチだけではなく、自宅における生活環境の調整や、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、本人を取り巻く環境へのアプローチが重要である。
- 現状では、ADLが比較的自立している要支援者に対する通所・訪問リハビリテーションは、機能回復訓練に偏っている。また、要介護4、5の重度者に対する通所リハビリテーションは、そもそも利用につながっていない。

論点

- 生活機能の低下した高齢者が、生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番を創出するためには、地域の実情をよく理解している市町村が、リハビリテーションの理念を踏まえながら地域づくりを推進すべきではないか。
- ADLが比較的自立している要支援者に対しては、既存の居宅サービスによるアプローチだけではなく、地域の多様な主体による様々な活動を創出するアプローチの方が、社会への参加する機会が増えるのではないか。
- 重度の要介護状態であっても在宅での生活を継続するためには、地域から孤立した状態に陥らないように、通所・訪問リハビリテーションが積極的にはたらきかけるとともに、地域との架け橋としての機能を果たすべきではないか。

リハビリテーションの理念

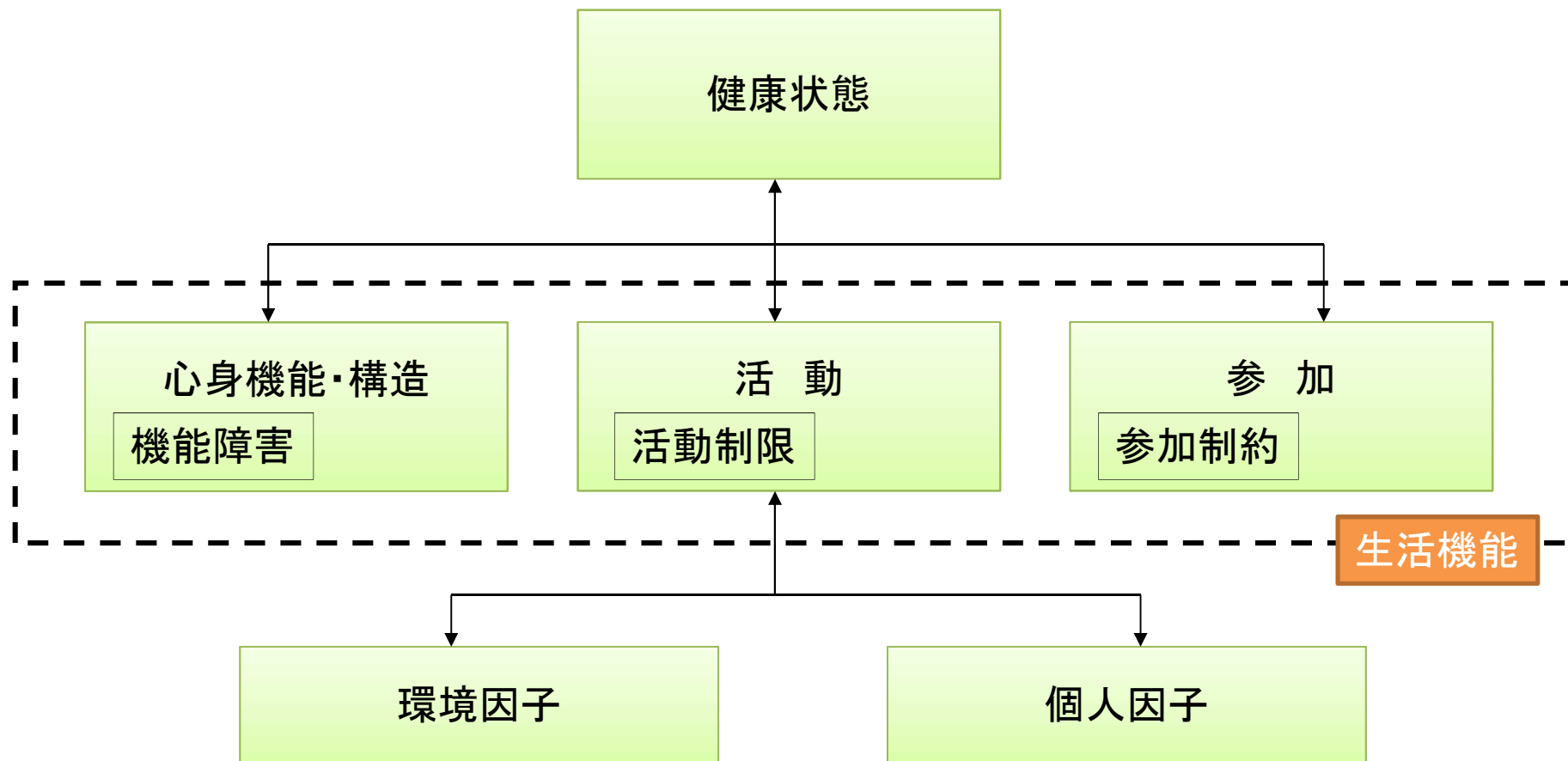
リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

高齢者のリハビリテーションに求められるもの

生活機能の向上を目的として、個々の働きかけを連動して総合的に提供するとともに、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、利用者本人が望んでいる生活を支えていくこと

注) 個々の働きかけとは・・・心身機能、日常生活活動、社会参加、物理的環境などへの働きかけ

国際生活機能分類（ICF）



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、

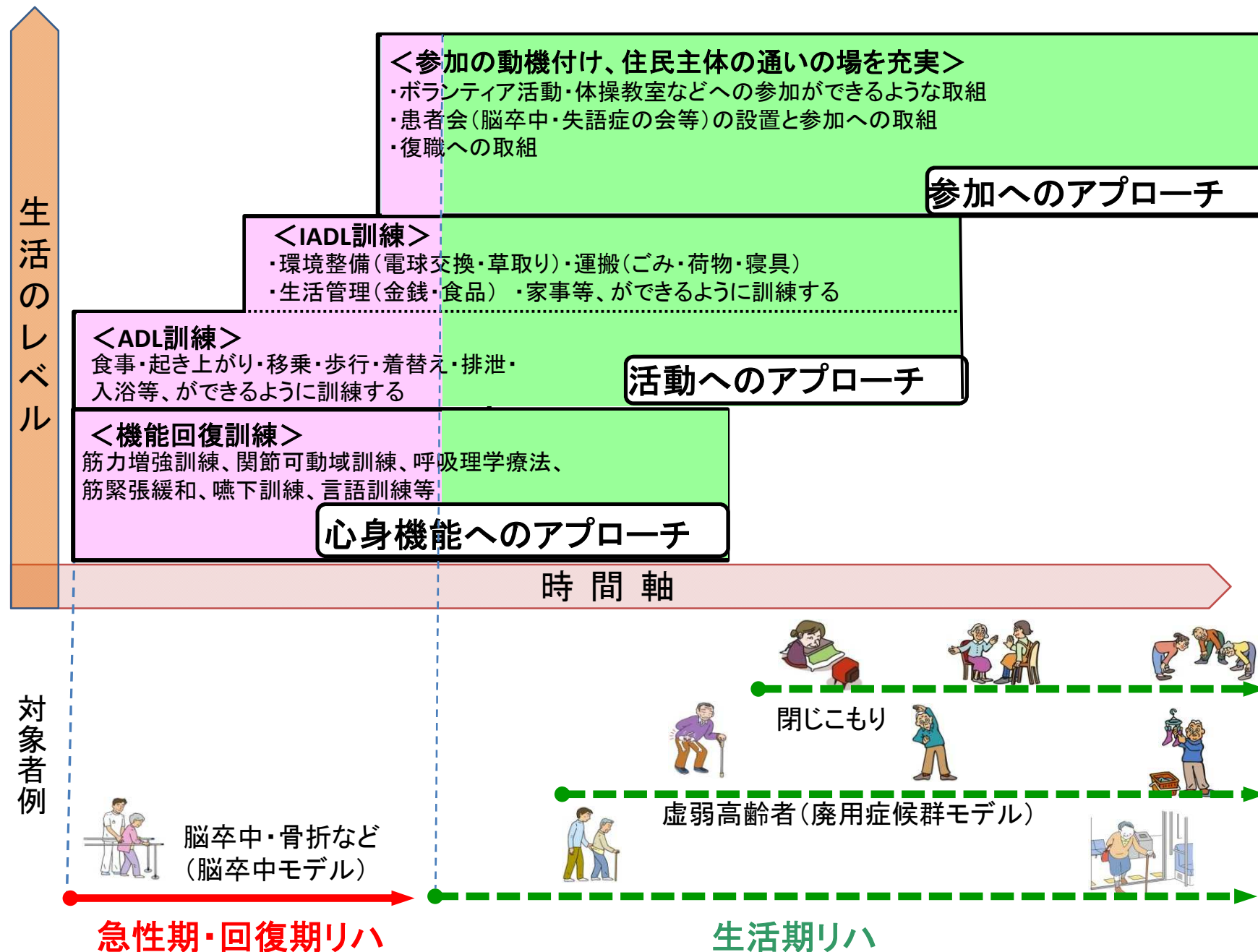
①体の働きや精神の働きである「心身機能」

②A D L・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つの構成要素からなる

高齢者のリハビリテーションのあるべき方向の全体像（イメージ）



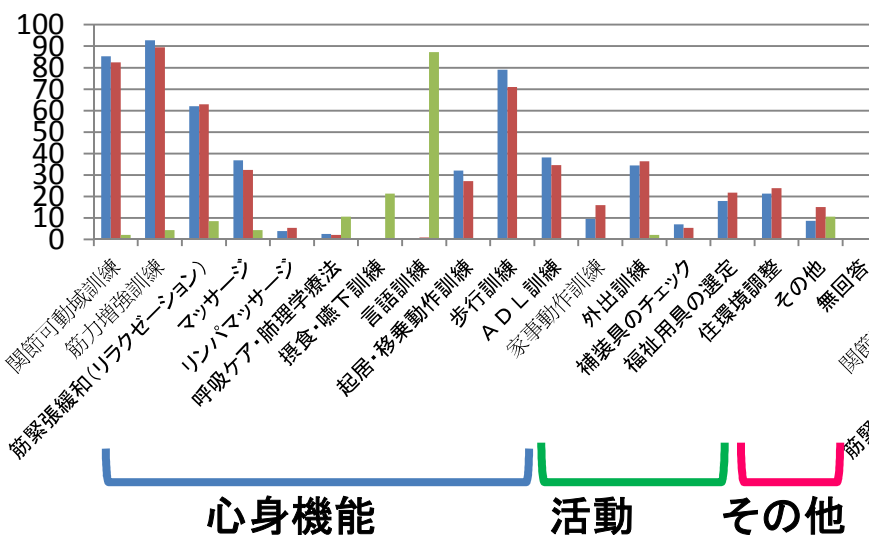
介護予防訪問・通所リハビリテーションの利用状況

- 要支援者に対するサービス提供内容は、機能回復訓練に偏っている。
- 月間利用者総数に占める終了者の割合は、5%未満である。

＜サービス提供内容＞

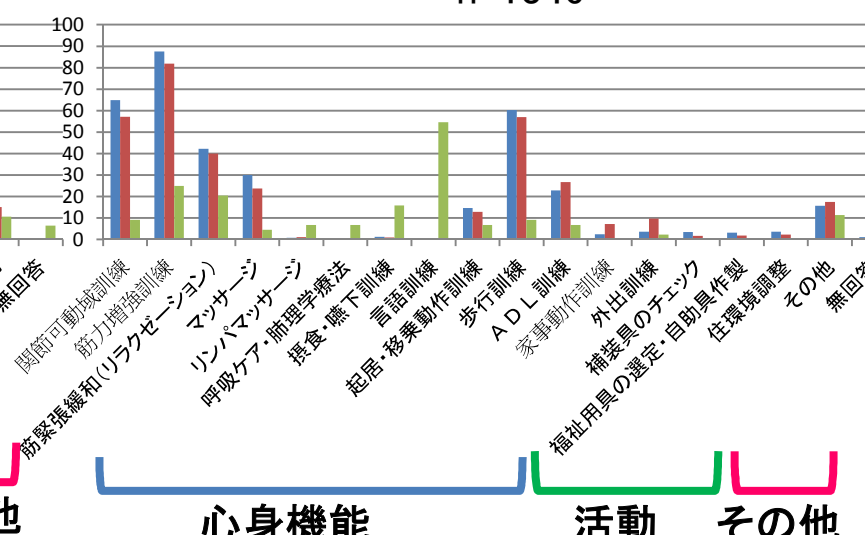
介護予防訪問リハビリテーション

n=1380



介護予防通所リハビリテーション

n=1346



- 言語聴覚士
- 作業療法士
- 理学療法士

対象: 要支援1・2

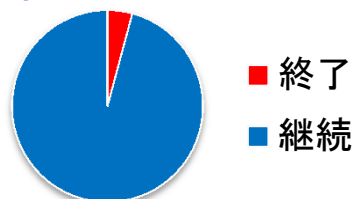
訪問リハ1000、通所リハ1000事業所を無作為抽出し、調査(回答)

訪問リハ 380事業所(1380人)

通所リハ 301事業所(1346人)
(回収率34.0%)

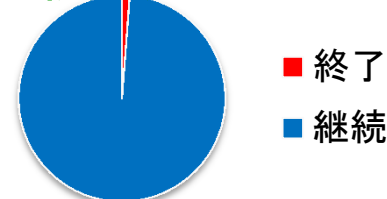
＜月間の終了状況＞

介護予防訪問リハビリテーション



終了者の割合 **4.2%**
(終了者: 120人、月間利用者数: 2843人)

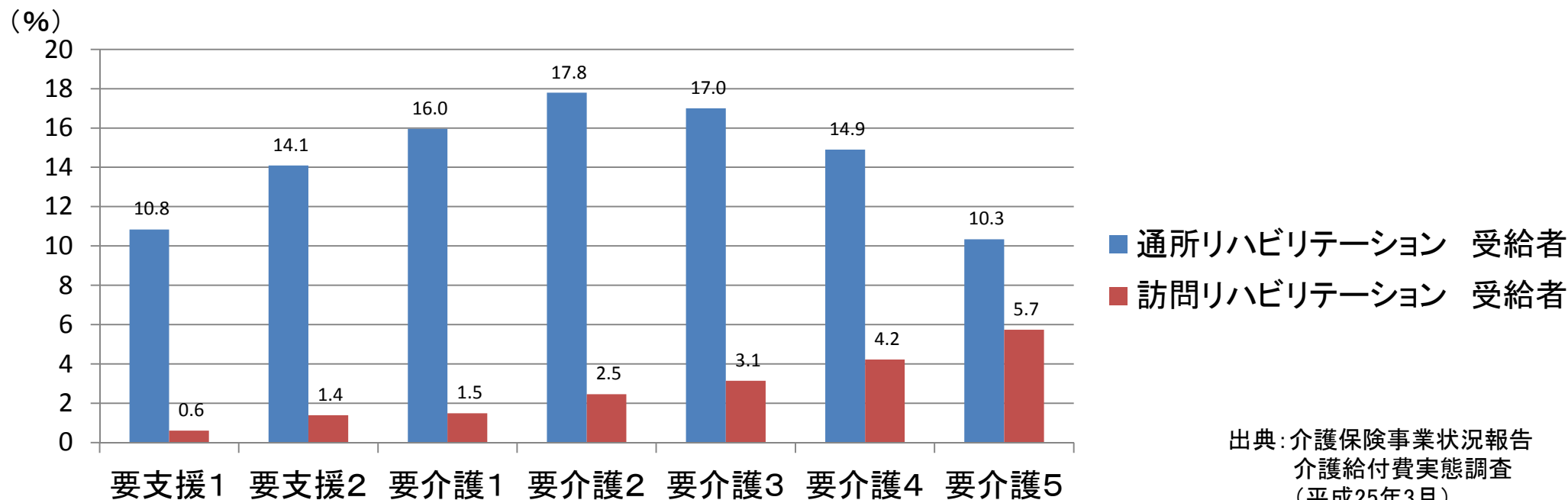
介護予防通所リハビリテーション



終了者の割合 **1.2%**
(終了者: 92人、月間利用者数: 7636人)

要介護度別の居宅サービス受給者数に占める通所・訪問リハビリテーション受給者数の割合

- 居宅サービス受給者数に占める通所リハビリテーション受給者数の割合は、要介護2をピークとして減少し、要介護4では15.4%、要介護5では10.9%である。
- 居宅サービス受給者数に占める訪問リハビリテーション受給者数の割合は、要介護度が高くなるにつれて、増加している。



	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
居宅サービス受給者数(人)	430099	531333	747113	728423	449353	314662	221424	3422407
通所リハビリテーション(人)	46600	74900	119200	129600	76400	46900	22900	516500
訪問リハビリテーション(人)	2600	7400	11100	17900	14100	13300	12700	79100

* 居宅サービス受給者：介護保険での居宅サービス（訪問、通所、短期入所、居宅療養管理指導、特定施設入居者生活介護、居宅介護支援）を受給した要介護者

2. 地域包括支援センターについて

現状と課題

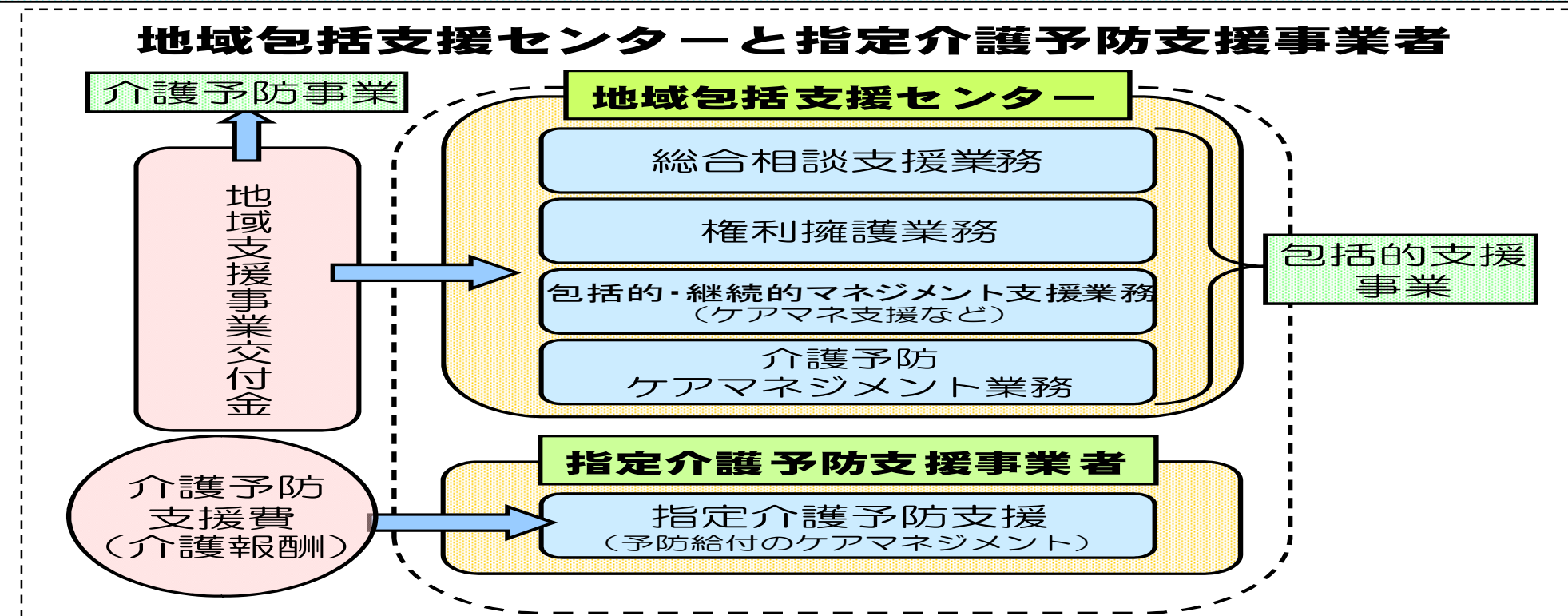
- 地域包括支援センターの設置数は4,328か所、サブセンター・ブランチを合わせて7,072か所。
日常生活圏域ごとにセンターを設置している保険者の割合は65%。（サブセンター等も含めると75%）
- 業務の状況
 - （1）センターの1/4は、業務量が過大と認識
 - ・ 業務量過大の内訳は、「総合相談支援業務」21.2%、「要支援者の予防ケアマネジメント」20.7%、「二次予防事業対象者の予防ケアマネジメント」17.7%の順
 - ・ 相談内容は、「医療・介護全般に関する相談」「認知症に関する相談」が圧倒的に多い
 - ・ 業務量全体に占める、要支援者・二次予防事業対象者の予防ケアマネジメントの割合は4割以上
 - （2）センターの約半数は、地域支援ネットワークを活かしたケアマネ支援をしていないと回答
 - ・ 地域支援ネットワーク構築や権利擁護業務については、2割以上のセンターが「職員の力量不足」を認識
 - ・ 連携に課題を感じる関係機関は、医療機関、インフォーマルサービス機関の順に割合が高い。
 - （3）相談件数は、1センターあたり1,745件（平成21年度）が、2,264件（平成24年度）と1.3倍に増加。
- 平成24年度制度改正の実施状況
 - ・ 委託型センターに対する市町村の委託方針の提示については、全センターで実施。
 - ・ 介護予防ケアプランの外部委託制限の廃止に伴い、その対応として「外部委託を増やしたい」40.6%、「既に委託率が高いため現状どおり」19.8%、「受け皿が無いため外部委託を増やせない」19.3%
- 市町村におけるセンターに対する評価の実施は、「評価していない68.6%」、「評価している30.2%」
- 他の公的相談機関に比べ、地域包括支援センターの認知度が約3割弱と低い状況。

論点

- 高齢者の増加、中でも支援が必要な75歳以上の高齢者、認知症高齢者の増加、さらにこれに伴う相談件数の増加等を勘案し、市町村はセンターに対する職員体制を業務量に応じて適切に配置すべきではないか。
- 今後、現在の業務に加え、地域ケア会議の推進、在宅医療・介護の連携強化、認知症施策の推進を図る中で、センター間の役割分担や、連携を強化し、また従来の枠組みによる人員配置などの体制とは別に、人員体制の強化を図ることが必要ではないか。
- センターがより充実した機能を果たしていけるように、委託型センターに対して、市町村が提示する委託方針について、より強化した内容を提示するよう促すことが必要ではないか。
- 地域包括支援センター運営協議会において、センターの事業内容等を評価することとなっているが、実施方法については市町村の裁量となっており、センターがより充実した機能を果たしていけるよう効果的な評価の実施を促すことが必要ではないか。
- 地域包括ケアシステムを構築していく中で、介護サービス利用等の起点となる地域包括支援センターの認知度向上を図ることが重要ではないか。

(参考)地域包括支援センターの業務と財源

- 地域包括支援センターは、地域支援事業における包括的支援事業と、指定介護予防支援事業者としての顔がある。
- 運営にかかる経費は、「地域支援事業交付金」と介護予防支援業務(予防給付のケアマネジメント)に対する「介護報酬」の2つがある。



〔財 源〕

◎ 地域支援事業交付金

※包括的支援事業及び任意事業の上限

- ・事業費の上限は、介護給付費の2%以内
- ・財源構成 国39.5%、都道府県19.75%、市町村19.75%
第1号保険料 21.0%

+

◎ 介護報酬

- ・予防給付のケアプラン経費
- ・4,120円×件数。
- ・初回については、さらに3,000円加算。

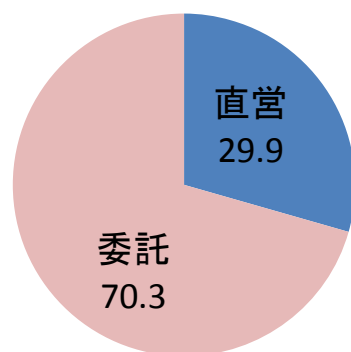
(参考)地域包括支援センターの設置状況

- 地域包括支援センターはすべての保険者に設置されており、全国に4,328カ所
- ブランチ・サブセンターを合わせると設置数は7,072カ所となる。
- 前年比で、センターは104カ所増え、ブランチ・サブセンターが205カ所減ったため、全体で101カ所減少
- 地域包括支援センターの設置主体は、直営が約3割、委託が約7割で、委託が増加している。

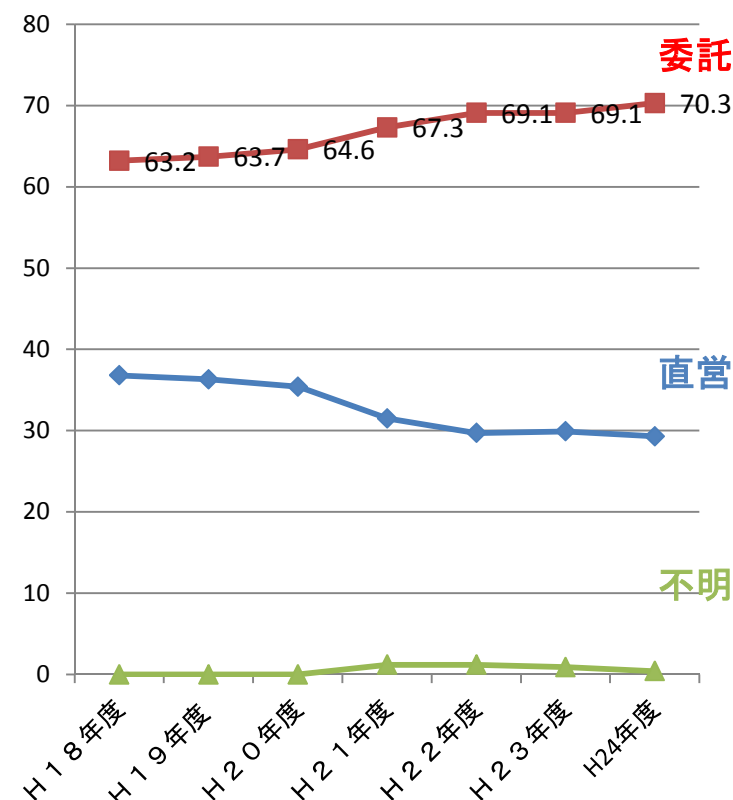
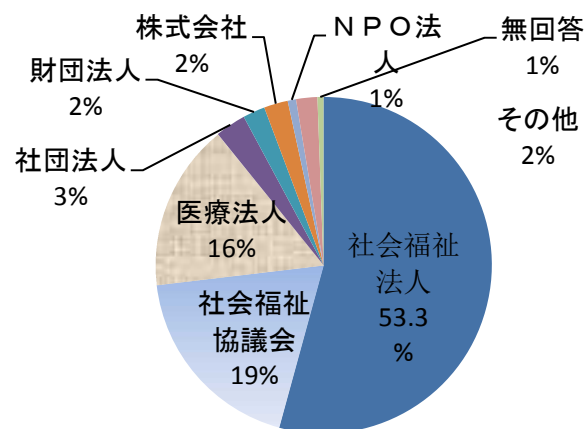
◎地域包括支援センターの設置数

地域包括センター設置数	4,328カ所
ブランチ設置数	2,391カ所
サブセンター設置数	353カ所
センター・ブランチ・サブセンター合計	7,072カ所

◎委託割合（％）



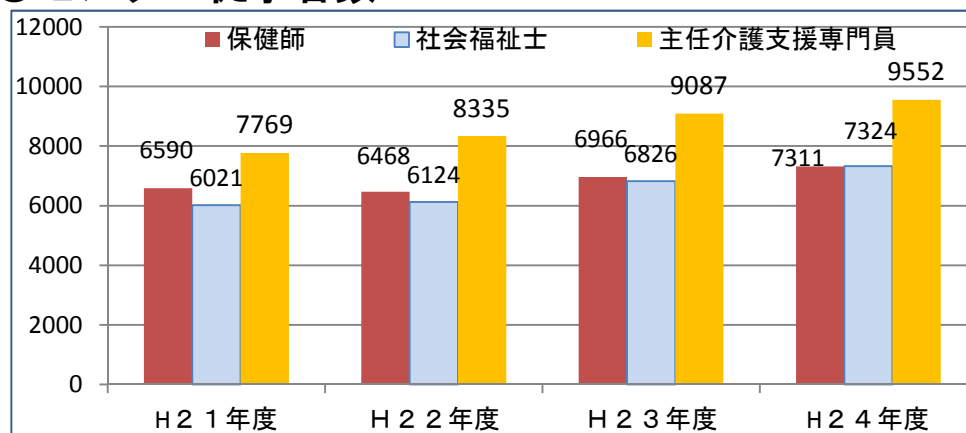
◎委託法人の構成割合



(参考)地域包括支援センターの職員の状況

- センター従事者数は年々増加しており、特に主任介護支援専門員が増えている
- センターの平均職員数は5.6人（H23年度調査は5.4人）
- 包括的支援業務の従事者数は、主任介護支援専門員より保健師・社会福祉士が多い
- 包括的支援業務の平均従事者数はセンターあたり約4人で、うち3.5人が介護予防支援業務を兼務

◎センター従事者数



◎1センター当たりの平均職員数

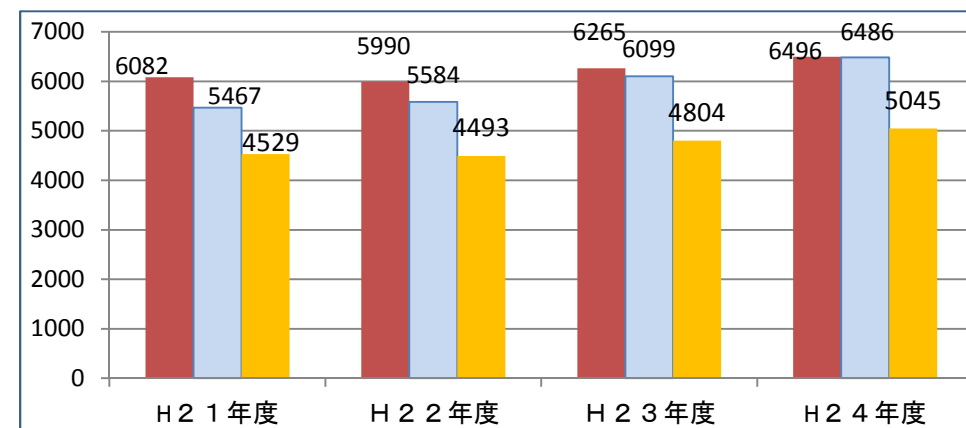
職 種	平均人数
保健師（準ずる者を含む）	1.7人
社会福祉士（準ずる者を含む）	1.7人
主任介護支援専門員	2.2人
計	5.6人

◎包括的支援業務の平均従事者数

職 種	平均人数
保健師（準ずる者を含む）	1.5(1.2)人
社会福祉士（準ずる者を含む）	1.5(1.2)人
主任介護支援専門員	1.2(1.0)人
計	4.2(3.5)人

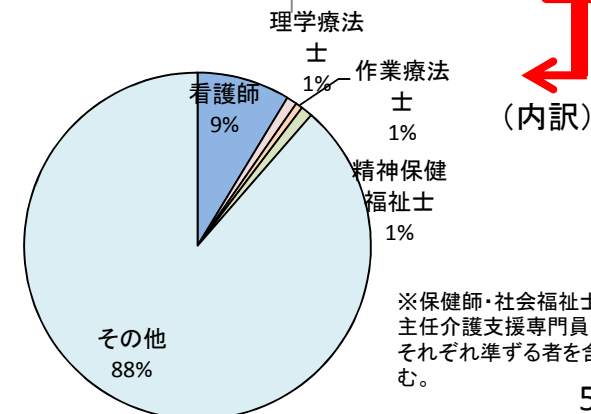
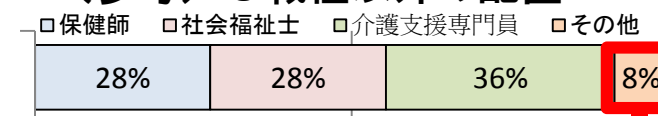
◎包括的支援業務の従事者数

※センター職員数はすべて常勤換算によるもの



※（ ）内は介護予防支援業務を兼務する職員の平均人数

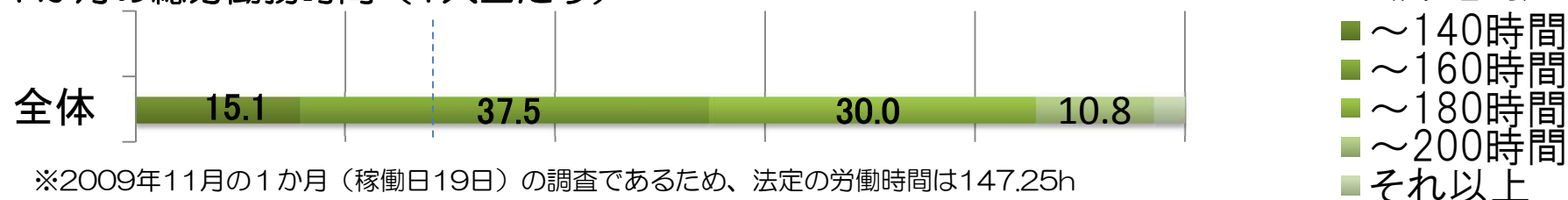
(参考) 3職種以外の配置



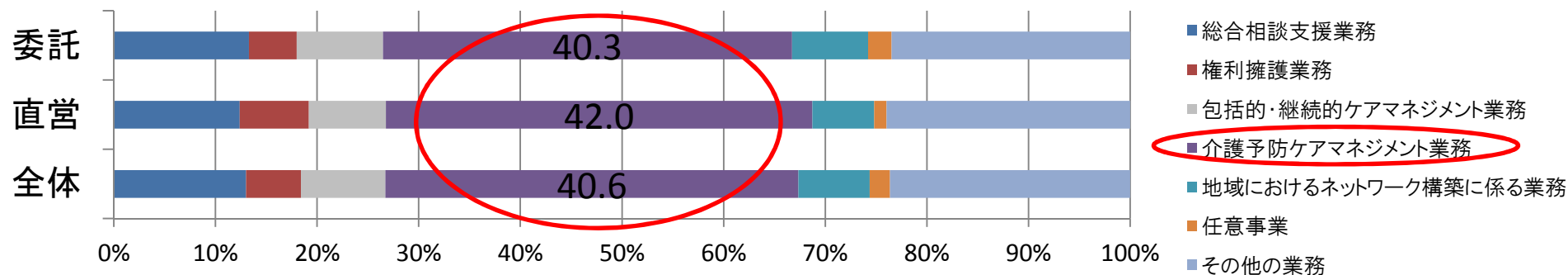
(参考)地域包括支援センターの業務実態

- 1か月の総労働時間数は平均158.7時間（1日あたり8.35h）。
→約8割のセンターにおいて超過勤務を行っている。
- 業務別時間数は、直営と委託ともに、介護予防ケアマネジメント業務が全体の4割以上を占める。
（4割のうち、要支援者にかかるケアマネジメント業務が約3割を占めている）

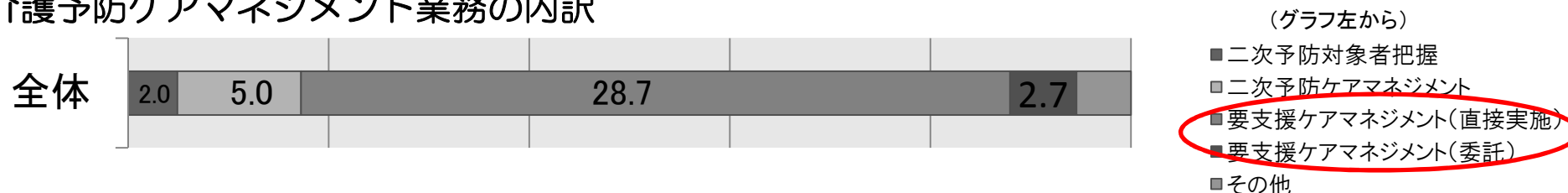
◎1か月の総労働時間（1人当たり）



◎業務別時間数の割合



◎介護予防ケアマネジメント業務の内訳



(参考)地域包括支援センターの総合相談件数について

総合相談件数の推移			21年度	22年度	23年度	24年度
全体	総合相談件数(年間) 【A】		7,079,520	8,063,638	9,495,500	9,797,655
		うち権利擁護(成年後見人、 高齢者虐待に関する事) 【B】	225,617	272,875	352,209	365,481

地域包括支援センター1ヶ所あたりの 総合相談件数の推移			21年度	22年度	23年度	24年度
地域包括支援センター数 ※ブランチ等を除く。【C】			4,056	4,065	4,224	4,328
地域包括支援 センター1カ所 あたり	総合相談件数 【A／C】		1,745	1,983	2,247	2,264
		うち権利擁護(成年後見人、 高齢者虐待に関する事) 【B／C】	56	67	83	84

N=各年度の地域包括支援センター数

出典:平成24年度老人保健健康増進等事業 地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業(三菱総合研究所)

(参考)地域包括支援センターが抱える課題(センター実態調査における自由記述より)

業務量等	○困難事例の対応に要するための時間が増えている。 ○要支援認定者が増え、そのプラン数も増加傾向にあり、他の業務に支障が出ている。
職員体制等	○専門職の確保が難しい。 ○3名で土日を含む対応をしているため、勤務の調整が難しい。
認知度	○一般にはセンターを知らない人も多く活動に支障を感じる。
業務内容・役割	○行政とセンターの役割分担が不明確。 ○センターは多職種で解決できるため丸投げのケースが多く、他機関との役割分担が課題
精神疾患に対する対応	○セルフネグレクトや精神疾患を持っている方の対応が難しい。
行政との連携	○何でもセンター任せの風潮が強く、行政の協力が弱い。 ○本来あるべき行政のバックアップが無いので、解決しがたい問題が増えたり、どのように動いて良いかわからないことも多くある。
社会資源	○認知症や権利擁護関係の課題について、つなぐ資源(機関)がほとんど無い。 ○認知症高齢者の増加と支え手の減少から、新たなインフォーマルなサービスを生むことが難しい。
委託型の課題	○委託型には、利用者や擁護者に対する措置の権限が無く、直営包括に立ち会い等を求めるため、スピードが求められる業務に支障。
相談件数の増加、複雑化	○独居、身寄りの無い高齢者が増加し、安否確認、生活支援、入院、万が一の場合まで全てに関わらざるを得ないが、どこまでやるべきか判断できない。 ○認知症、精神疾患、虐待のケースなど、専門的な知識、技術が必要な相談が増えてきている。

※平成24年度老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に関する調査研究事業」三菱総合研究所
 地域包括支援センターが抱える課題:その他の内容(自由記述)より

（参考）介護保険法の改正による地域包括支援センターの機能強化策（平成24年4月施行）

下線部分の改正を追加

（地域包括支援センター）

第115条の46（略）

2～4（略）

- 5 地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員法(昭和23年法律第198号)に定める民生委員、高齢者の日常生活の支援に関する活動に携わるボランティアその他の関係者との連携に努めなければならない。

【解説】

- 地域包括支援センターにおいて、介護事業者、医療機関、民生委員、ボランティアなどの関係者のネットワークが十分に構築できていないのではないか、との指摘があることから規定を新設
- この条項の新設の趣旨は、単にネットワークを形成することを目標とするのではなく、地域ケア会議などの場を活用して、迅速に関係者の共通認識と合意形成を図るための前提条件の重要性を意識して規定したことに留意

（実施の委託）

第115条の47 市町村は、老人福祉法第20条の7の2第1項に規定する老人介護支援センターの設置者その他の厚生労働省令で定める者に対し、包括的支援事業の実施に係る方針を示して、当該包括的支援事業を委託することができる。

2～8（略）

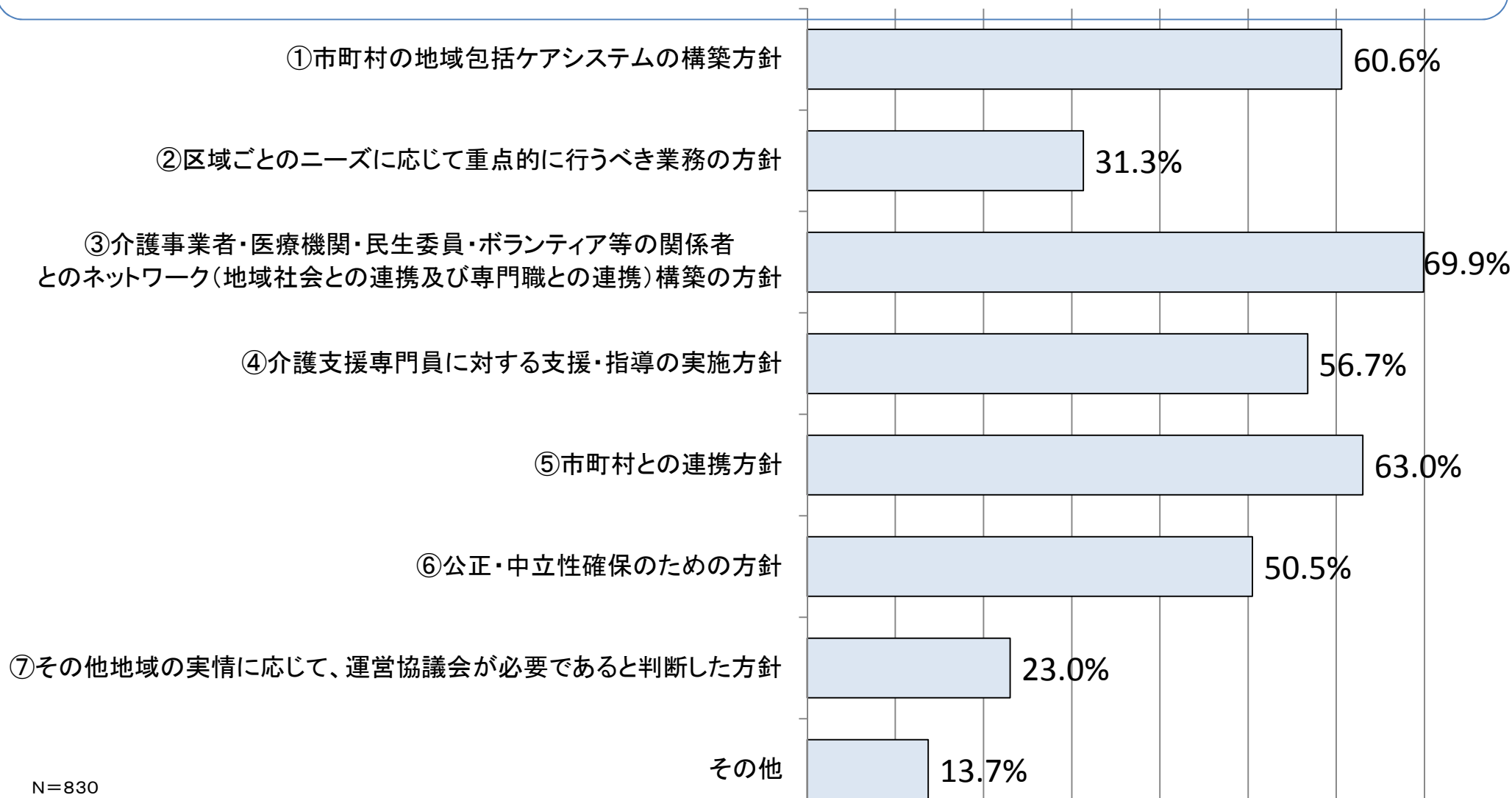
【解説】

- 地域包括支援センターについては、業務の性質上、保険者たる市町村の関与のもとで運営されるべきであるが、委託型のセンターについては、市町村が十分に関与できていないのではないか、との指摘があることから規定を新設
- 直営の場合でも、運営方針を定めることが望ましい。
- 方針の内容は、設置運営要綱で例示

- ◆ 平成24年度より、地域包括支援センターが本来業務を十分行えるように、介護予防支援にかかる居宅介護支援事業所への委託制限(介護支援専門員1人当たりの担当件数8件まで)を廃止。

(参考)市町村から地域包括支援センターへ提示されている実施方針の内容

市町村は、包括的支援事業をセンターに委託する場合は、法律上、委託先に対して、当該包括的支援事業の実施に係る方針を示さなければならないとされており、通知において以下の7項目の方針を例として示している。



(参考)地域包括支援センターの評価

○ 地域包括支援センターの評価を行っている保険者は33.9%。

※第5期市町村介護保険事業計画の策定過程等に係るアンケート調査結果について(厚生労働省調べ)

○センターの評価を行う保険者数

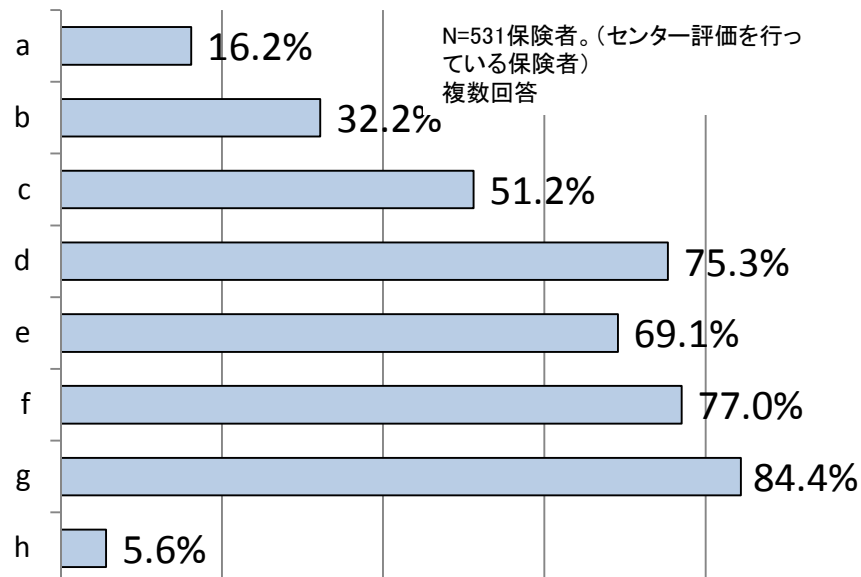
	評価 している	評価 していない
保険者数	531 (33.9%)	1,033 (65.9%)

N=1,568保険者。うち4保険者は無回答。

(地域包括支援センターの評価項目)

a	地域の中核的医療機関や地区医師会と利用者情報の共有化のツール(地域連携パス・情報提供シートなど)が開発され活用されているか
b	認知症の的確な診断や治療が可能な認知症専門医療機関と日常的な連携ができているか
c	認知症やもの忘れについて相談・対応できる地域の診療所、クリニックなどを把握しているか
d	ミーティング実施などによりセンター内の業務情報の共有化が図られているか
e	地域のインフォーマルなサービスも含め介護保険外のサービスの把握と情報提供がされているか
f	地域の自治会、町内会、民生委員などと情報交換を行い、担当地域の高齢者の実態把握を進めているか
g	地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等について、適宜、地域包括支援センターの各専門職が地域の関係者、関係機関との連携のうえで、具体的な支援方針を検討し、適切な指導・助言をしているか
h	その他

○評価の視点項目割合



(参考)地域包括支援センターの認知度について

「社会保障に関するアンケート」の結果について(厚生労働省 平成23年8月)

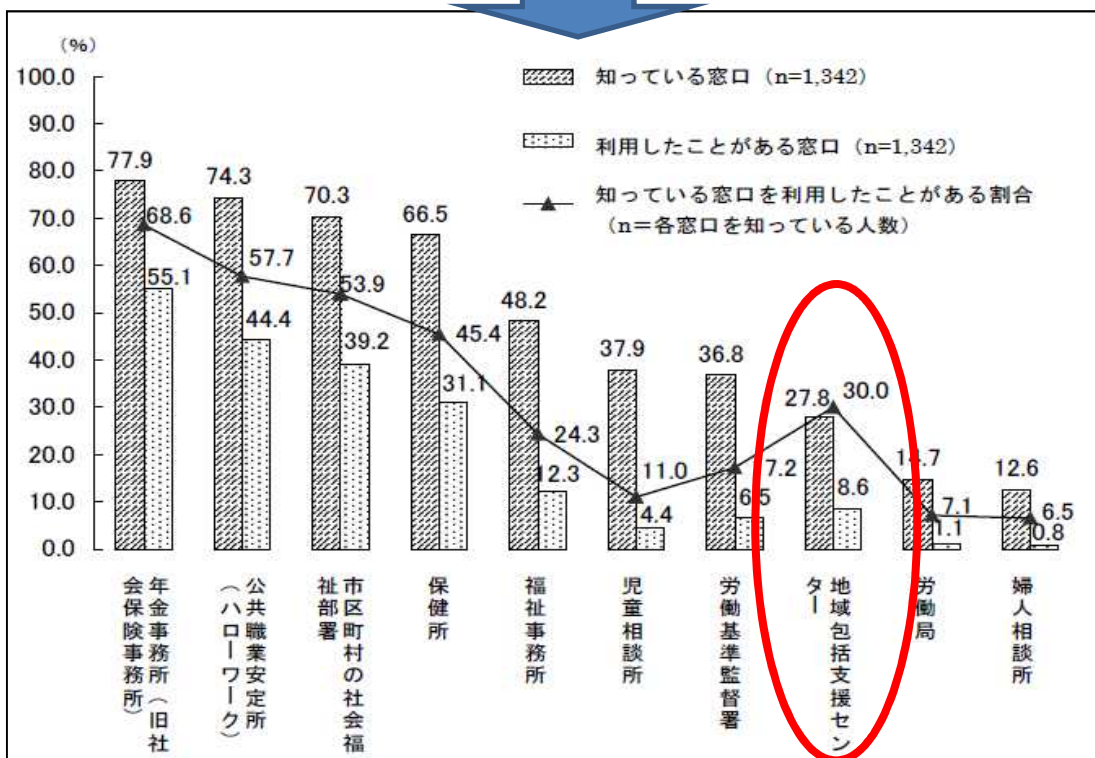
○調査対象者:

全国約8万人のモニターから、居住地(全国6ブロックをさらに政令指定都市とそれ以外に区分)、年齢、性別による構成比に応じて2,300人を無作為抽出し、郵送配布・郵送回収により実施。

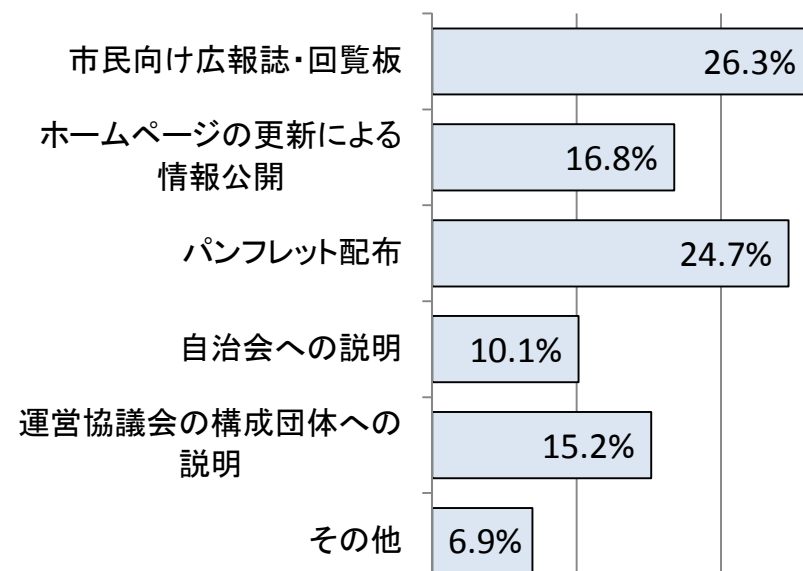
○調査対象期間: 平成23年2月10日～平成23年2月22日

○回答者の年代:

年齢	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	合計
配布数	337	440	395	395	430	303	2,300
回収数	146	217	230	234	297	218	1,342
回収率	43.30%	49.30%	58.20%	59.20%	69.10%	71.90%	58.30%



(参考) 市町村によるセンターの広報方法



出典: 平成24年度老人保健健康増進等事業 地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業(三菱総合研究所) N=4467 複数回答可

3. 地域支援事業について

現状と課題

- 地域支援事業の事業内容は以下のとおり。

事業内容の区分	財源構成	備考
① 介護予防事業 又は 介護予防・日常生活支援総合事業	1号保険料21% 2号保険料29% 国25% 都道府県12.5% 市町村12.5%	財源構成は、居宅 給付費と同じ
② 包括的支援事業	1号保険料21%、 国39.5%、都道府県19.75%、市町村19.75%	2号保険料を含まず、 その分を国、都道府 県、市町村で負担
③ 任意事業		

- 平成25年度予算：623億円（国費） ※1，761億円（事業費）

- 地域支援事業の事業費は、市町村の介護保険事業計画に定める介護給付及び予防給付の給付見込額に対する割合を上限とすることを政令で定めている。

地域支援事業	3.0%以内
介護予防事業 又は 介護予防・日常生活支援総合事業	2.0%以内
包括的支援事業 + 任意事業	2.0%以内

※介護予防・日常生活支援総合事業を実施する市町村のうち厚生労働大臣の認定を受けたときは、1%の上限の引き上げを可能としている。

- 平成25年度財務省予算執行調査において、任意事業については、事業のあり方について、想定される事業内容や他施策との区別の考え方等をより具体的に示すことなど、見直しが指摘されている。

論点

○ 前回（第46回）の在宅医療・介護連携及び地域ケア会議、今回の生活支援・介護予防、地域包括支援センター及び認知症施策の論点を踏まえ、地域支援事業については、以下の事項に係る見直しが必要ではないか。

- ・ 医療、介護連携の充実
- ・ 認知症施策の充実
- ・ 生活支援の充実
- ・ 予防給付の見直し
- ・ 介護予防事業の見直し
- ・ その他（財務省予算執行調査への対応）

（検討内容）

- ・ 地域支援事業の柱立て
 - ※現在は、介護予防事業（介護予防・日常生活支援総合事業）、包括的支援事業、任意事業
- ・ 充実分に係る財源
- ・ 上限のあり方
- ・ 任意事業の見直し 等

(参考) 地域支援事業の概要

○ 要支援・要介護状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、市町村において「地域支援事業」を実施。

○地域支援事業の事業内容

(1)介護予防事業

- ア 二次予防事業（二次予防事業の対象者に対する事業）
- ・ 二次予防事業の対象者把握事業
 - ・ 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
- イ 一次予防事業（全ての第1号被保険者を対象とする事業）
- ・ 介護予防普及啓発事業
 - ・ 地域介護予防活動支援事業
 - ※ボランティア等の人材育成、地域活動組織の育成・支援 等
 - ・ 一次予防事業評価事業
- ※(3)を導入する市町村は、(3)の事業の中で実施

(2)包括的支援事業

- ア 介護予防ケアマネジメント業務
- イ 総合相談支援業務
- ※地域の高齢者の実態把握、生活支援サービスとの調整 等
- ウ 権利擁護業務（虐待の防止、虐待の早期発見等）
- エ 包括的・継続的マネジメント支援業務
- ※支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言、地域のケアマネジャーのネットワークづくり 等

(3)介護予防・日常生活支援総合事業(平成24年度創設)※導入は任意

- ア 要支援者及び二次予防事業対象者に係る事業
- ・ 予防サービス事業(通所型、訪問型等)
 - ・ 生活支援サービス事業(配食、見守り等)
 - ・ ケアマネジメント事業
 - ・ 二次予防事業対象者の把握事業
 - ・ 評価事業
- イ 一次予防事業

(4)任意事業

介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業、配食・見守り等

○地域支援事業の事業費

25' 623億円(国費)

市町村は、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。

※ 政令で事業費の上限を規定（市町村が介護保険事業計画に定める介護給付見込額に対する以下の割合を上限とする。）

地域支援事業	3.0%以内
「介護予防事業」又は「介護予防・日常生活支援総合事業」	2.0%以内
「包括的支援事業」+「任意事業」	2.0%以内

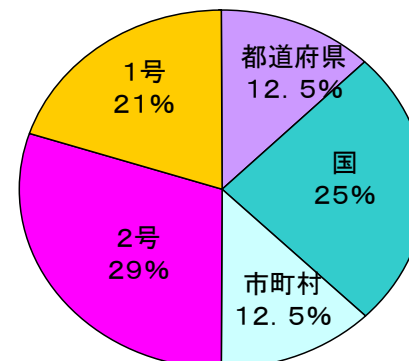
※ 介護予防・日常生活支援総合事業を実施する市町村のうち厚生労働大臣の認定を受けたときは、上限の引上げが可能

地域支援事業	3.0%+1%以内
介護予防・日常生活支援総合事業	2.0%+1%以内
総合事業以外の事業	2.0%以内

○地域支援事業の財源構成

介護予防事業
介護予防・日常生活支援総合事業

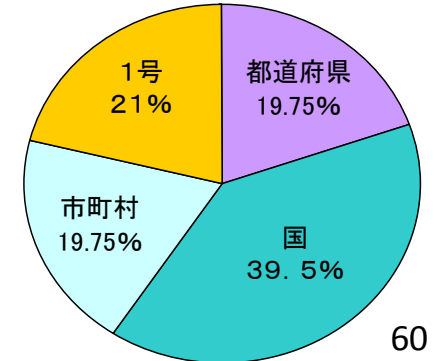
【財源構成】



○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

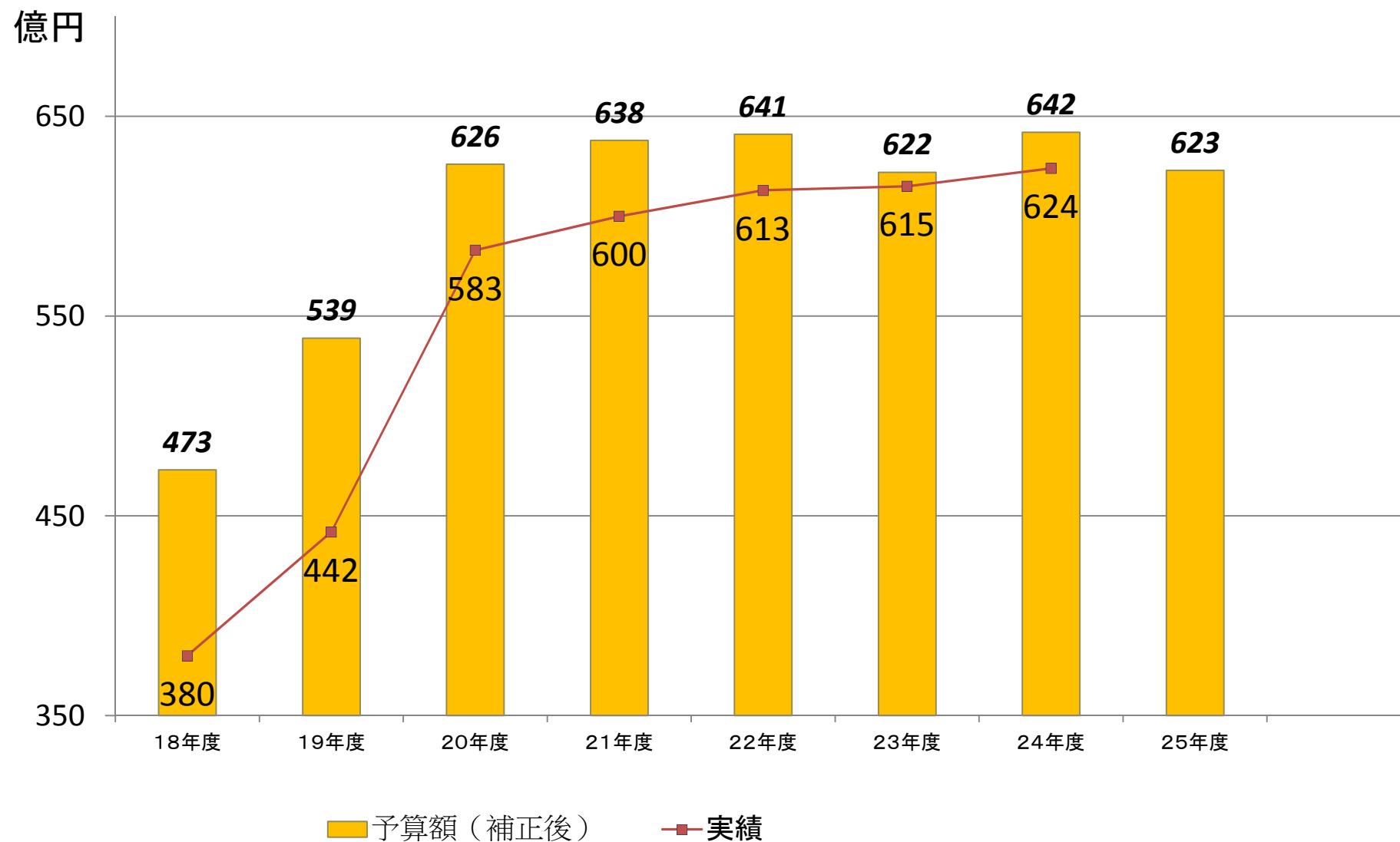
包括的支援事業・任意事業

【財源構成】



○ 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。
(国：都道府県：市町村＝2：1：1)

(参考) 地域支援事業交付金の予算及び交付決定実績の推移(国費)



(参考)地域支援事業における任意事業の概要

○事業の目的

地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、介護保険事業の運営の安定化を図るとともに、地域の実情に応じた必要な支援を行う

○事業の対象者

被保険者、要介護被保険者を現に介護する者その他個々の事業の対象者として市町村が認める者

○事業の内容

地域の実情に応じ、創意工夫を生かした多様な事業形態が可能

※介護保険事業の運営の安定化および被保険者の地域における自立した日常生活の支援のために必要な事業

介護給付費適正化事業

利用者に適切なサービスを提供できる環境の整備を図るとともに、介護給付等に要する費用の適正化のための事業を実施

【主な適正化事業】

- ① 認定調査状況チェック
- ② ケアプランの点検
- ③ 住宅改修等の点検
- ④ 医療情報との突合・縦覧点検
- ⑤ 介護給付費通知

家族介護支援事業

介護方法の指導その他の要介護被保険者を現に介護する者の支援のため必要な事業を実施

- ① 家族介護支援事業
要介護被保険者の状態の維持・改善を目的とした教室の開催 等
- ② 認知症高齢者見守り事業
地域における認知症高齢者の見守り体制の構築等
- ③ 家族介護継続支援事業
家族の身体的・精神的・経済的負担の軽減
(要介護被保険者を介護する者に対するヘルスチェック、介護用品の支給、介護慰労金の贈呈、介護者相互の交流会等の開催等)

その他の事業

介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事業の実施

- ① 成年後見制度利用支援事業
- ② 福祉用具・住宅改修支援事業
- ③ 認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業
- ④ 地域自立生活支援事業
ア 高齢者の安心な住まいの確保に資する事業
イ 介護サービスの質の向上に資する事業
ウ 地域資源を活用したネットワーク形成に資する事業（配食・見守り等）
エ 家庭内の事故等への対応の体制整備に資する事業
オ 高齢者の生きがいと健康づくり推進事業

(参考)財政制度等審議会財政制度分科会における指摘(抜粋) (平成24年10月15日)

介護予防事業

事業仕分けでの指摘も踏まえながら、より効果的・効率的に事業を行うという観点から、制度改革を含め、予算の見直しを行うべきではないか。

包括的支援事業

介護予防事業同様、事業の効果の検証が不十分である可能性が高く、より効果的・効率的に事業を行うという観点から、制度改革を含め、予算の見直しを行うべきではないか。

※地域包括支援センターについて、多くの市町村が運営方針の提示・指導や評価を実施していないとの調査結果(運営方針を提示・指導していない保険者が約6割、評価を実施していない保険者が約7割)。

任意事業

様々な事業が行われているが、全ての事業について国の補助事業として行う必要があるのかについて検討が必要ではないか。

(参考)平成25年度財務省予算執行調査の概要(地域支援事業(任意事業))

総 括 調 査 票

事案名 (21) 高齢者のための地域支援事業 (うち任意事業)

②調査の視点

○調査の視点

1. 事業規模について

⇒事業規模は過大なものとなっていないか。

2. 事業内容について

⇒介護保険制度上の上乗せ給付等や地域支援事業における介護予防事業などの他施策との仕分けや支援対象等は適切か。

○調査対象・方法

地域支援事業交付金の交付申請額の上位 100 市町村を調査対象とし、交付申請書類より、事業規模及び事業内容を精査。

1. 事業の実施状況について

- ・ 29 の市町村 (約 3 割) において、本来主体となっていて取り組むべき介護予防事業よりも事業費が多くなっており、また、包括的支援事業よりも事業費が多くなっている市町村が 1 市町村あった。

事業費比較	市町村数
任意事業 > 介護予防事業	29
任意事業 > 包括的支援事業	1

③調査結果及びその分析

2. 事業内容について

- ・ 介護給付等費用適正化事業については、給付費の通知のみを行い、ケアプランの点検等を行っていないなど、給付費の適正化という本来の目的にふさわしい事業を行っているとは必ずしも言い難い市町村が 11 あった。

- ・ 調査先において、介護予防事業 (国庫負担率 25%) として実施することも考えられる介護予防教室や講演会・パンフレットの配布、ボランティアの育成などを任意事業 (国庫負担率 39.5%) として実施している市町村が 62 あり、地域支援事業の中でも事業の仕分けが十分でない。

介護予防類似の事業	市町村数
高齢者に対する介護予防教室	10
講演会・パンフレット作成・啓発事業	22
ボランティア等の育成	41

- ・ 更には、介護保険法上のサービス利用限度額を超過した場合にその費用の一部を本事業にて助成している自治体、小学生なども対象とする地方単独事業と一体的に事業 (公衆浴場の利用助成) を行っている自治体、介護用品の支給事業のうち軽度者のみを本事業の対象とし、重度者については市町村単独事業としている自治体、高齢者の交流

④今後の改善点・検討の方向性

◎ 厚生労働省において、市町村が行っている個々の事業の実態を把握し、事業内容を精査すべき。

◎ 国費負担の適正化の観点も踏まえつつ、事業のあり方について、

- ・ 事業として想定される内容や他施策との区別の考え方等をより具体的に示すことで、介護保険制度上の上乗せ給付や横出し給付 (市町村特別給付)、保健福祉事業、介護予防事業等の他の補助事業、更には地方単独事業との明確な差別化を図りつつ、
 - ・ 厚生労働省において、任意事業として行う事業の妥当性を審査する仕組みとするとともに、
 - ・ 各市町村における事業費を介護予防事業や包括的支援事業の一定割合以下とし、これらの事業に対する補完的な事業としての位置づけを明確化する
- など、抜本的な見直しを行うべき。

の場 (サロン) の運営 (200 数十箇所) に事業費の 7 割以上を支出している自治体などもあり、介護保険制度上の上乗せ給付等の第 1 号保険料で賄われる施策や地方単独事業との仕分けや支援対象について見直す余地があると考えられる例が見受けられた。

社会保障審議会 介護保険部会（第47回）	資料 2
平成25年 9 月 4 日	

認知症施策の推進について

認知症施策について

現状・課題

- 高齢者人口の約 1 割が、要介護認定を受けたもののうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者で、要介護認定者の約 6 割となっている。また、今後も認知症高齢者は増加が予測されている。

(注)要介護認定を受けているが認知症日常生活自立度Ⅰの者や要介護認定を受けていない者を合わせた認知症有病者数は約 439 万人と推計され、MCI(正常と認知症の中間の者)の有病者数は約 380 万人と推計されている。(いずれも平成 22 年)

- これまでの主な認知症施策は、

- ①早期受診・対応の遅れによる認知症状の悪化、
 - ②認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくための介護サービスが量、質の両面から不足、
 - ③地域で認知症の人とその家族を支援する体制が不十分、
 - ④医療・介護従事者が現場で関係がとれた対応ができていないケースがある、
- など、様々な課題が指摘されてきた。

- 厚生労働省としては、これらの課題に対応し「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」の実現を目指すため、認知症施策推進 5 か年計画を策定し、平成 25 年度から取組を実施している。

- また、各介護サービス利用者にも多く認知症の方が含まれていることや、認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者のうち半数が在宅で生活している実態から、地域の実情に応じた対応が必要。

論点

- 今後、増加する認知症高齢者に対応するためには、「認知症施策推進5か年計画」を着実に推進するべきではないか。
- 認知症に関する取組は、これまでも地域支援事業の一般高齢者対策の一環として行われているが、認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者が要介護等認定者の約6割となっており、介護施策の重要課題となっていることを踏まえると、認知症施策は全ての市町村において今後重点的に取り組むべき課題である。そのため、地域支援事業において認知症施策を充実すべきではないか。
- 特に、早期診断・早期対応が重要であることから、地域包括支援センター等の職員が認知症の初期の段階で認知症の人やその家族に対して個別の訪問を行い適切な支援を行う仕組みとして、「認知症初期集中支援チーム」を地域支援事業として位置づけるべきではないか。
また、早期診断等を行うためには、認知症の専門医療機関の整備を積極的に促進し、医療サービスから介護サービスへの切れ目ない対応や連携を図るべきではないか。
- また、地域の実情に応じた認知症施策の企画調整等を行うために、地域包括支援センターに「認知症地域支援推進員」を設置することを地域支援事業に位置づけて、体制の強化を図るべきではないか。
- 認知症の人への支援にとどまらず、その家族に対する支援を地域住民と共に行うとともに、認知症の普及・啓発を更に推進すべきではないか。
- 認知症施策を担う医療・介護サービスの人材については、認知症対応力を更に向上させるべきではないか。
- 地域包括ケアシステムの構築を図るためには、インフォーマルサービスや他制度等も用いて、認知症にやさしい街づくりを積極的に行うべきではないか。
- 認知症に関する予防、診断、治療、ケア技術等の確立に向けた研究を積極的に進めるべきではないか。

医療・介護分野

2. 医療・介護サービスの提供体制改革

（4）医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

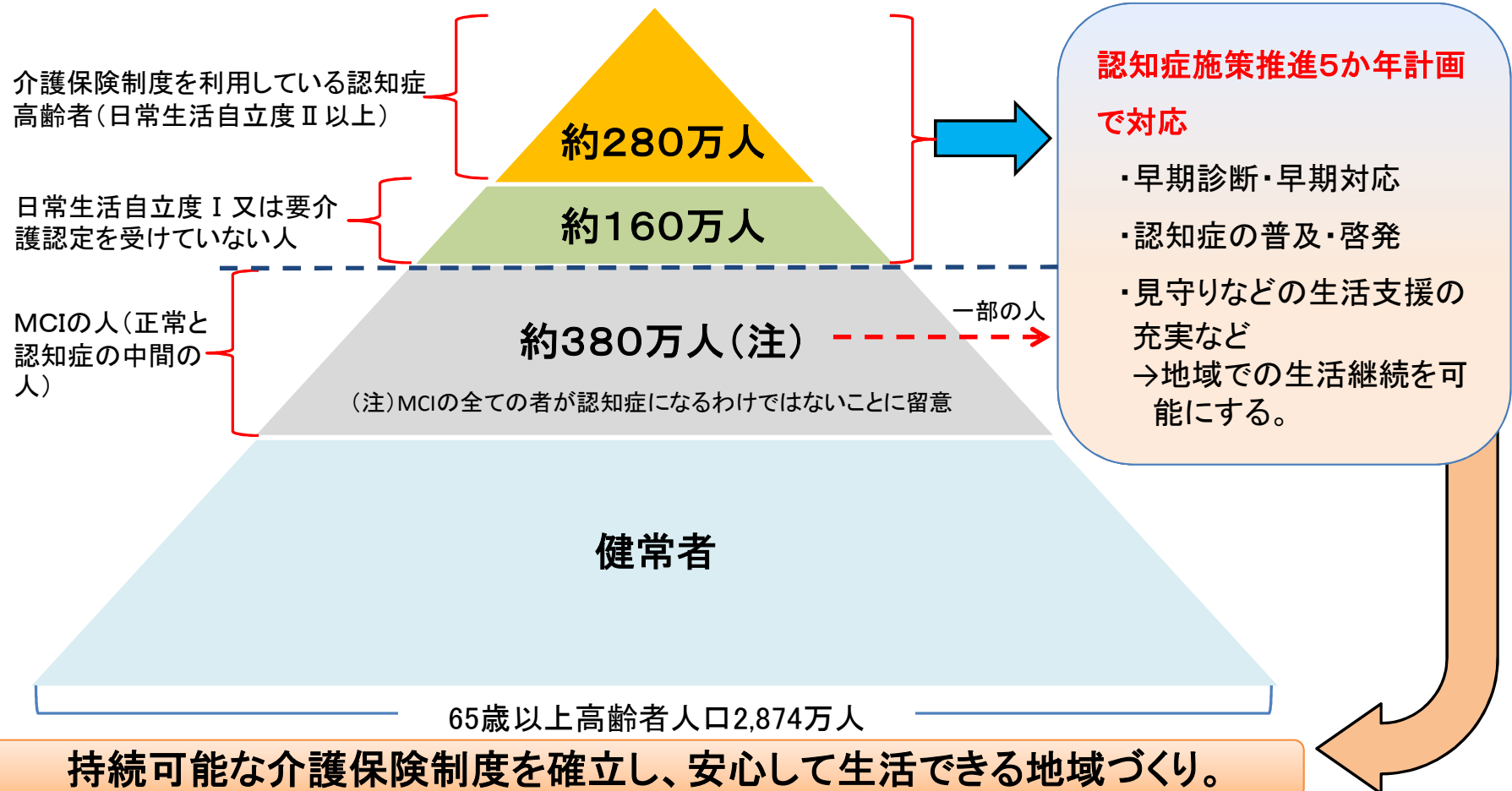
今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことも踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、その人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していく必要がある。

（中略）

具体的には、高齢者の地域での生活を支えるために、介護サービスについて、24時間の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型サービスの普及を図るほか、各地域において、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や生活支援サービスの充実を図ることが必要である。

認知症高齢者の現状（平成22年）

- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計（平成22年）。また、全国のMCI（正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の間）状態の者）の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計（平成22年）。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人（平成22年）。



(参考) 「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について

1. 認知症高齢者数

- 平成22年(2010)で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ(※)以上の高齢者数は280万人であった。

〔算出方法〕

- ①平成22年1年間の要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を算出した。
②年間データでは同一人物で複数回要介護認定を受けている者がいるので、平成15年と同月である平成22年9月の要介護認定データに上記①の割合(性別・年齢階級別・要介護度別認知症高齢者割合)を乗じて算出した。

※ ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない

※ 日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。(次頁の参考「認知症高齢者の日常生活自立度」参照)

2. 将来推計

(単位:万人)

将来推計(年)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	280 9.5%	345 10.2%	410 11.3%	470 12.8%

※平成24年(2012)を推計すると、305万人となる。

※下段は65歳以上人口に対する比率

〔算出方法〕

- 将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所:H24.1推計。死亡中位出生中位)に、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乗じて推計した。

(参考:平成15年 高齢者介護研究会報告書)

(単位:万人)

将来推計(年)	平成14年 (2002)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	149 6.3%	208 7.2%	250 7.6%	289 8.4%	323 9.3%

3. 認知症高齢者の居場所別内訳（平成22年9月末現在）

（単位：万人）

	居宅	特定施設	グループホーム	介護老人福祉施設	介護老人保健施設等	医療機関	合計
日常生活自立度Ⅱ以上	140	10	14	41	36	38	280

※端数処理の関係により合計は一致しない。

※介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれている。

（参考）

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	II a 家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
	II b 家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
	III a 日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	III b 夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢ aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

(参考) 65歳以上の要支援・要介護認定者のうち、一次判定時の認定調査結果における認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合

- 二次判定における要支援2と要介護1の判定では、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上は、要介護1と判定することとされており、理論的には要支援2で自立度Ⅱ以上は存在しない。
- 二次判定時に介護認定審査会が判断した自立度自体は記録されていない。また、二次判定における要支援2と要介護1以外の判定では、自立度の判定をすることになっていない。
- このため、参考値として、一次判定時の認定調査結果における自立度について集計したものである。

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合 (一次判定時)	8.0%	7.7%	67.7%	66.9%	78.5%	83.3%	92.4%	59.9%

(出典)介護保険総合データベース(平成25年8月15日集計時点)

(注) 平成24年度末における要支援・要介護認定結果を平成25年8月15日時点で集計したもの。
(1,580保険者中1,417保険者から国に報告されたもの)

今後の認知症施策の方向性

～ ケアの流れを変える ～

- 「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「事後的な対応」が主眼。



《今後目指すべきケア》

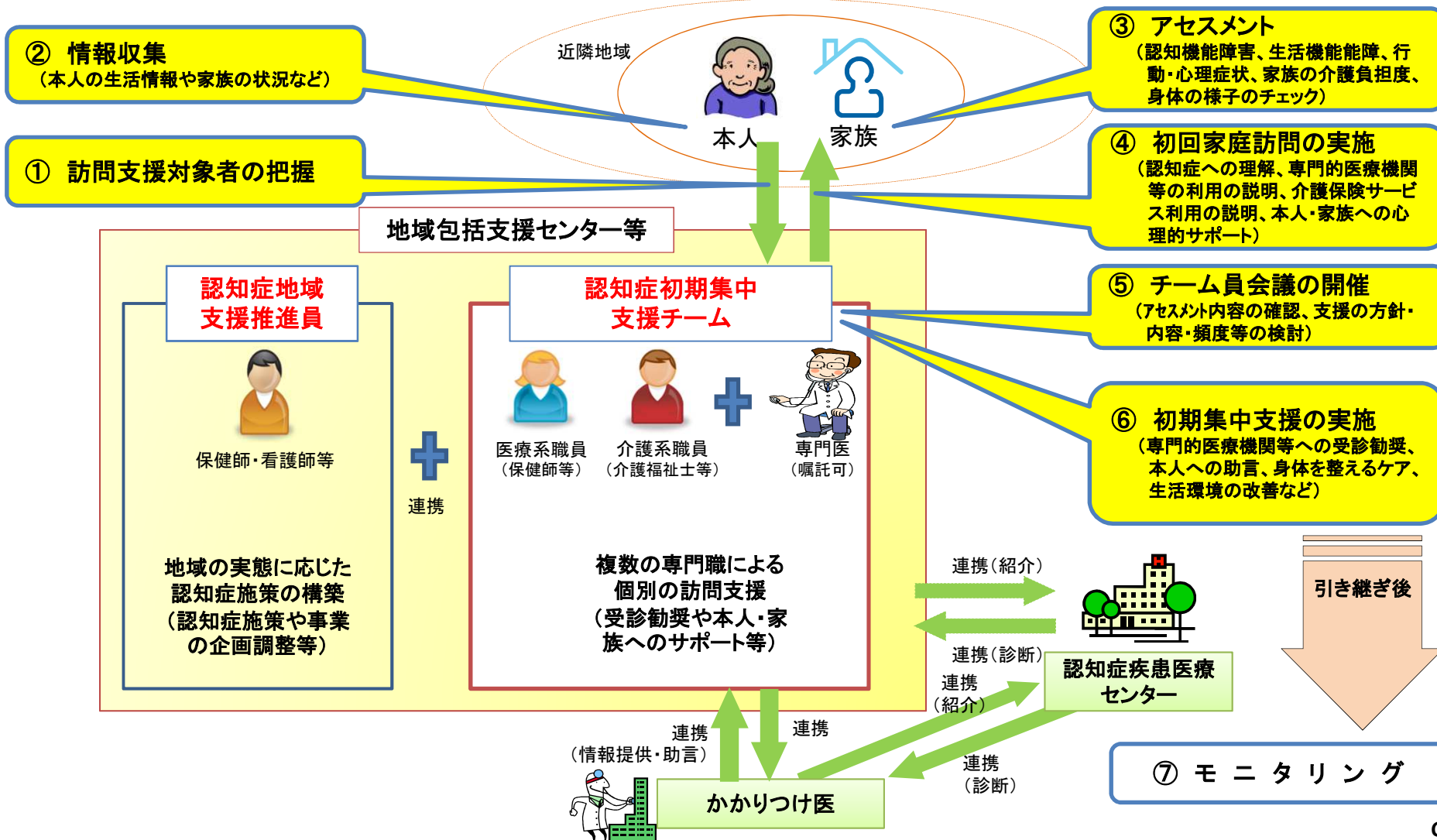
「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

事項	5か年計画での目標
○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
○「 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
○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
○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
○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
○「 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
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人（現在340万人）

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

以下の体制を地域包括支援センター等に配置

- 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し、アセスメントや家族支援などの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行う。
- 認知症地域支援推進員**—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、認知症施策や事業の企画調整等を行う。



(参考) 認知症初期集中支援チームについて

【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ために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

【認知症初期集中支援チームとは】

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

配置場所

地域包括支援センター等

診療所、病院
認知症疾患医療センター
市町村の本庁

認知症初期集中支援チームのメンバー



【対象者】

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

◆医療サービス、介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

- (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
- (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
- (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
- (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人

◆医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

早期診断・早期対応を担う医療機関の整備について

「精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正について」

(平成24年10月9日 医政指発1009第1号、障精発1009第1号、老高発1009第2号 3部局課長連名通知) ～抄～

[第2 医療機関とその連携]

[2 各医療機能と連携]

(5) 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能【認知症】

① 目標

- ・ 認知症疾患医療センターを整備するとともに、認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて、少なくとも二次医療圏に1カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1カ所程度（特に65歳以上人口が多い二次医療圏では、認知症疾患医療センターを複数カ所が望ましい。）を確保すること

「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」

2. 早期診断・早期対応

○ 早期診断等を担う医療機関の数

- ・ 平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。

(参考) 認知症疾患医療センター等の機能比較

		基幹型	地域型	認知症医療支援診療所(仮称)
考え方		・都道府県毎の拠点 ・空床確保により、都道府県圏域内での、周辺症状・身体合併症に対する急性期医療対応を担う	二次医療圏域毎の拠点	・65歳以上人口比率や地理的状況に応じて設置 ・診療所に設置
機能	鑑別診断	実施	実施	実施
	画像検査	CT: 実施 MRI: 実施	CT: 実施 MRI: ない場合は連携先で可。	CT: ない場合は連携先で可。 MRI: ない場合は連携先で可。
	早期診断・早期対応	—	実施	実施
	危機回避支援			
	研修等	実施	—	—

認知症の人の家族に対する支援の推進

ー認知症カフェの取組みー

認知症カフェの取組の一例

(K市地域包括支援センターの取組)

○1～2回／月程度の頻度で開催(2時間程度／回)

○通所介護施設や公民館の空き時間を活用

○活動内容は、特別なプログラムは用意されていなく、利用者が主体的に活動。

○効果

・認知症の人 → 自ら活動し、楽しめる場所

・家族 → わかり合える人と出会う場所

・専門職 → 人としてふれあえる場所(認知症の人の体調の把握が可能)

・地域住民 → つながりの再構築の場所(住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場)

認知症カフェの様子



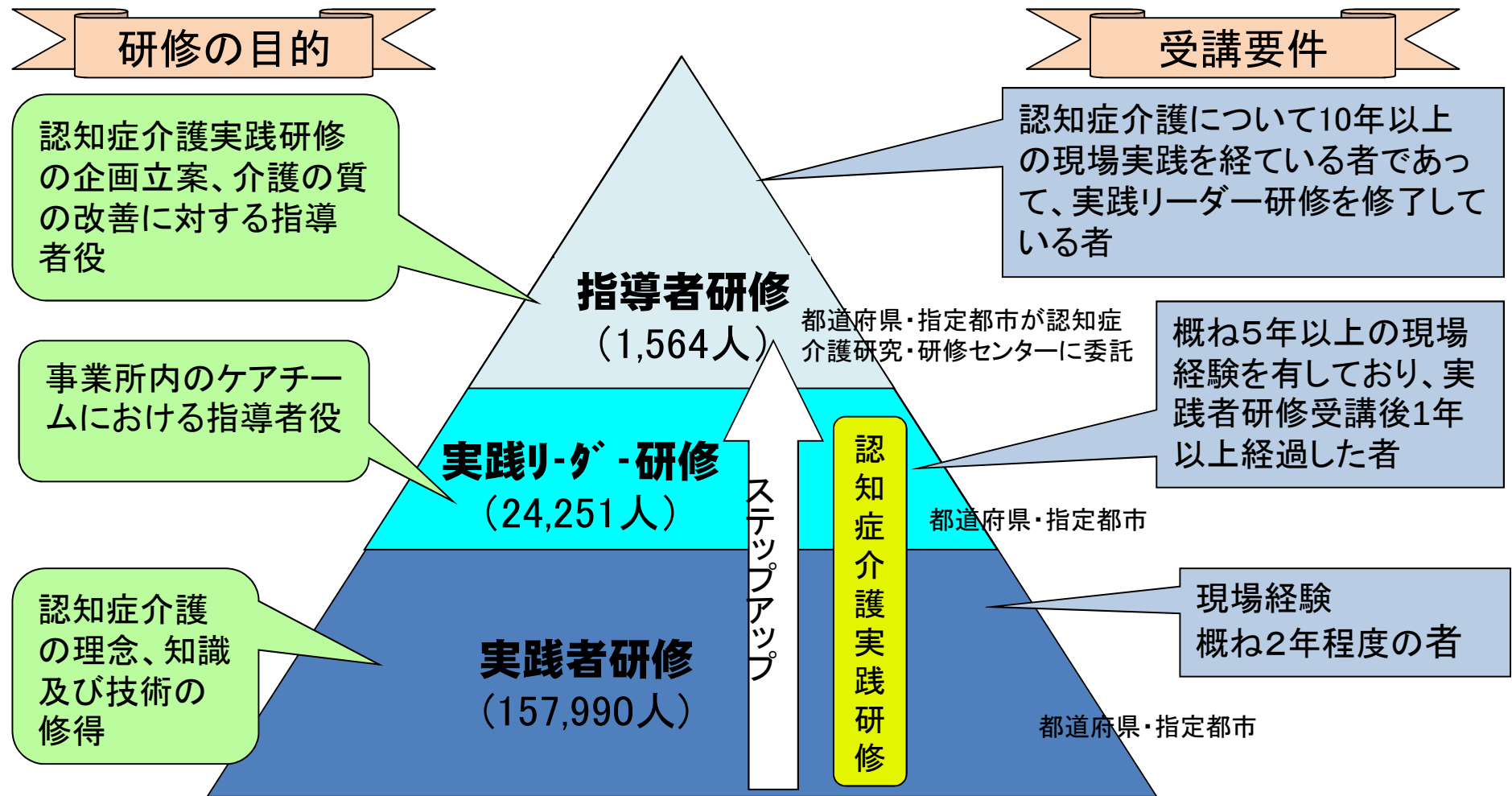
夜のカフェの様子

認知症の医療にかかる研修

	認知症サポート医 養成研修	認知症サポート医 フォローアップ研修	かかりつけ医 認知症対応力向上研修	病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修（新）
実施主体	都道府県・指定都市 (国立長寿医療研究センターに委託)	都道府県・指定都市		
補助率	国 1／2, 都道府県・指定都市 1／2			
研修対象者	実施主体の長が、都道府県・指定都市医師会と相談の上、下記のいずれかの条件を満たし適当と認めた医師 ア 地域において認知症の治療（早期発見等）に携わっている医師 イ 認知症サポート医の役割を担える医師	認知症サポート医及び地域においてかかりつけ医認知症対応力向上研修等の企画・立案等に協力している医師、その他地域において認知症医療体制構築に向けて取り組んでいる医師として実施主体の長が適当と認めた者	診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業含む）する医師	各都道府県及び指定都市管内の一般病院等で勤務する医師、看護師等の医療従事者 対象者のうち、医師、看護師のような、直接患者に接する機会が多い医療従事者について、優先的に研修を実施することを想定している。 ただし、他の医療従事者の受講を妨げるものではないため、都道府県・指定都市においては、地域の実情に応じて研修を実施すること。
想定される講師	国立長寿医療研究センター	各実施主体において選定	認知症サポート医	認知症サポート医、認知症ケアに精通した看護師 等
研修内容	ア かかりつけ医等に対する認知症対応力向上研修の企画立案に必要な知識及び効果的な教育訓練 イ 地域における認知症の人を支えるために必要な介護分野の知識、地域医師会・地域包括支援センター等の関係機関との連携づくり並びに連携を推進するために必要な知識・技術などの修得に資するもの	地域における医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築という認知症サポート医の役割を適切に果たすためのもの	かかりつけ医として必要で適切な認知症診療の知識・技術などの修得に資するもの	病院勤務の医療従事者として必要な認知症ケアの原則等の知識の修得に資するもの
研修時間	430分 (講義220分＋演習210分)	各実施主体において判断	250分	90分

認知症の介護にかかる研修

【認知症介護研修の概要について】



※ 括弧内は平成23年度までの累計修了者数(認知症・虐待防止対策推進室調べ)

※ 「現場経験」とは、認知症高齢者の介護に従事した経験をいう。

認知症サポーターキャラバンの実施状況

(認知症サポーターとは)

- 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

《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。
- メイト数：86,217人（平成25年6月30日現在）

《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、教職員、PTA等
- サポーター数：4,193,093人
（平成25年6月30日現在）

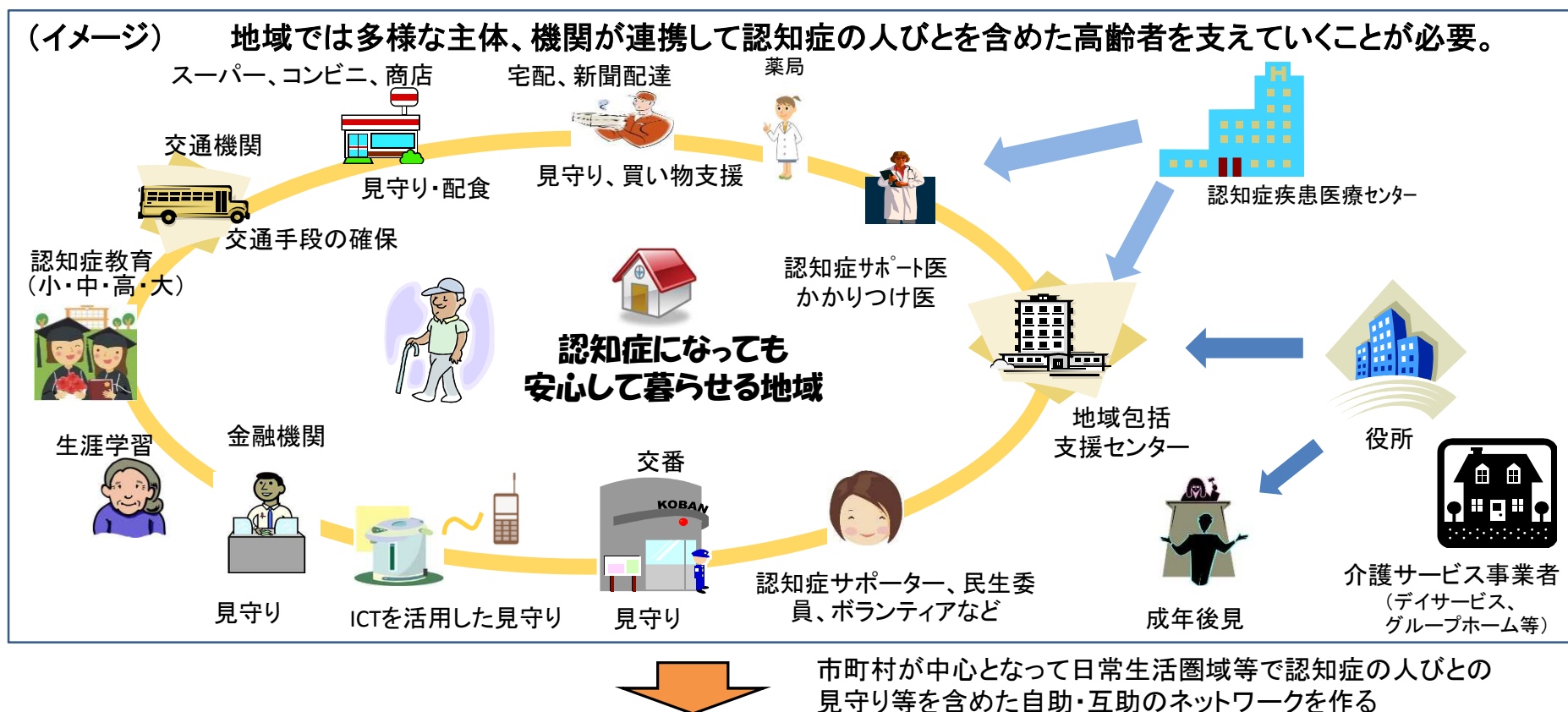


※ メイト・サポーター合計

4,279,310人（平成25年6月30日現在）

社会全体で認知症の人びとを支える

○社会全体で認知症の人びとを支えるため、介護サービスだけでなく、地域の自助・互助を最大限活用することが必要。



関係府省と連携し、地域の取組を最大限支援

関係団体や民間企業などの協力も得て、社会全体で認知症の人びとを支える取組を展開

認知症対策総合研究事業

25年度当初予算額(推進事業含む) 488,019千円

認知症患者に対する医療分野と福祉分野の連携による総合的な対策を一層推進するための実態把握及び予防、診断、治療、ケア技術等の確立に向けた研究

実態把握及び予防



- ・大規模な疫学調査、ゲノム研究により、認知症の発症促進因子や抑制因子を調べる
- ・認知症の経済学的影響などを調べる

診断

- ・超早期の発見や診断のためのツール開発
- ・血液を含め様々な試料でのバイオマーカー研究



治療



- ・根本的治療法の開発、病態の解明
- ・BPSDの予防と発現機序に基づいた治療法・対応法の開発

発症後対応

- ・認知症のケアや看護技術の開発
- ・病・診・介護の連携による認知症ケアネットワーク構築
- ・認知機能低下高齢者への自立支援機器を用いた地域包括的システムの開発



認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム

平成25年1月29日（九段）



認知症国家戦略を打ち出し、サービス改革等を強力に推進する国々から政策関係者を招聘。認知症政策の国際動向を把握。

＜参加6カ国＞ イギリス、フランス、オーストラリア、デンマーク、オランダ、日本

共通する理念と推進体制

基本的理念

認知症の人の思いを尊重し住み慣れた地域での生活の継続を目指す

推進体制

首相・大統領レベルのリーダーシップ、当事者・市民の積極的関与

地域生活を可能とするための共通戦略（例）

事前の意思表示

本人の意思や希望を初期に確認し、それを尊重したケアの提供

早期・事前的対応

早期のタイムリーで適切な診断と支援により危機を事前に防ぐ予防的ケア体制

ケアラー支援

レスパイトやカウンセリングなどの家族介護者（ケアラー）支援を強化

行動・心理症状への対応

行動・心理症状等への心理・社会的ケアの強化、抗精神病薬使用の低減

普及・啓発

認知症に対する理解と意識の向上を図る

介護人材の確保について

介護人材の確保について

現状と課題

- 団塊の世代が75歳以上となってくる2025年度に向け、地域包括ケアシステムを構築し、在宅サービスを充実していくにあたり、介護人材は、237～249万人が必要と推計されており、現在の149万人から毎年6.8～7.7万人の人材を確保していく必要がある。
- そのためには、学卒就職者やハローワークなどを通じて新たに入職してくる者を維持・増加させるとともに、離職して他産業へ流出していく者が介護分野に定着するよう取り組むことが重要。
- そこで、介護人材の確保にあたっては、人材の新規参入の促進と定着を図る取組が必要であり、他の産業に比べて離職率が高いことや平均賃金が低いことなどの課題を踏まえ、以下の視点で取組を推進していくことが必要である。
 - ①参入の促進
 - ②キャリアパスの確立
 - ③職場環境の整備・改善
 - ④処遇改善

社会保障制度改革国民会議 報告書(抄)

- 2 医療・介護サービスの提供体制改革
 - (4)医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築
 - (中略)地域包括ケアを支えるサービスを確保していくためには、介護職員等の人材確保が必要であり、処遇の改善やキャリアパスの確立などを進めていく必要がある。

論点

○ 以下の4つの視点からの取組みは、国・都道府県・市町村が役割分担しつつそれぞれが積極的に関与することが重要。

- ①参入の促進⇒8・9ページ参照
- ②キャリアパスの確立⇒11ページ参照
- ③職場環境の整備・改善⇒14ページ参照
- ④処遇改善⇒17ページ参照

○ 具体的には、

- ・国は、介護報酬改定を通じた処遇改善の取組の推進や認定介護福祉士などキャリアパス制度の確立に向けた取組の推進
- ・都道府県は、介護保険事業支援計画を活用しつつ、人材確保に向けたさまざまな取組の推進
- ・市町村は、単身高齢者などが増加する中、必要性が高まる生活支援について担い手を増やすことなどを中心に取り組むことが重要である。

○ 特に、都道府県については、人材確保に関する事項が介護保険事業支援計画の記載事項となっていること等から、積極的な政策展開が求められる。地域によって高齢化等人口構成の状況が異なること、介護労働市場は地域密着型であること、地域の関係者が協力して対策を講じていくことが効果的であることなども勘案すると、これまで以上に都道府県が広域的な視点から総合的な取組を推進することが期待される。

○ このためには、まず、必要となる介護人材の推計を行うことが重要であるが、現在推計を実施している都道府県は少数であり、推計手法が示されていないために実施できていないところもある。

※ 平成24年度に調査研究事業（社会福祉推進事業）として実施した「介護人材の見通し策定に関する調査・研究事業報告書」によると、都道府県・指定都市において、介護人材の需給推計を実施しているのは約2割。

○ このことから、国では、都道府県で必要となる介護人材の推計が可能となるワークシートを整備し提供するなど、都道府県の人材確保の取組を支援していくことが重要。

(1) 介護職員の状況

介護職員の推移と見通し

○ 介護保険制度の施行後、介護職員数は増加し、10年間で倍以上となっている。また、2025年には、介護職員は更に1.5倍以上必要と推計されている。

	平成12年度 (2000年度)	平成24年度 (2012年度) (推計値)	平成27年度 (2015年度) (推計値)	平成37年度 (2025年度) (推計値)
介護職員	55万人	149万人	167～176万人 (164～172万人)	237～249万人 (218～229万人)

【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、「医療・介護に係る長期推計」

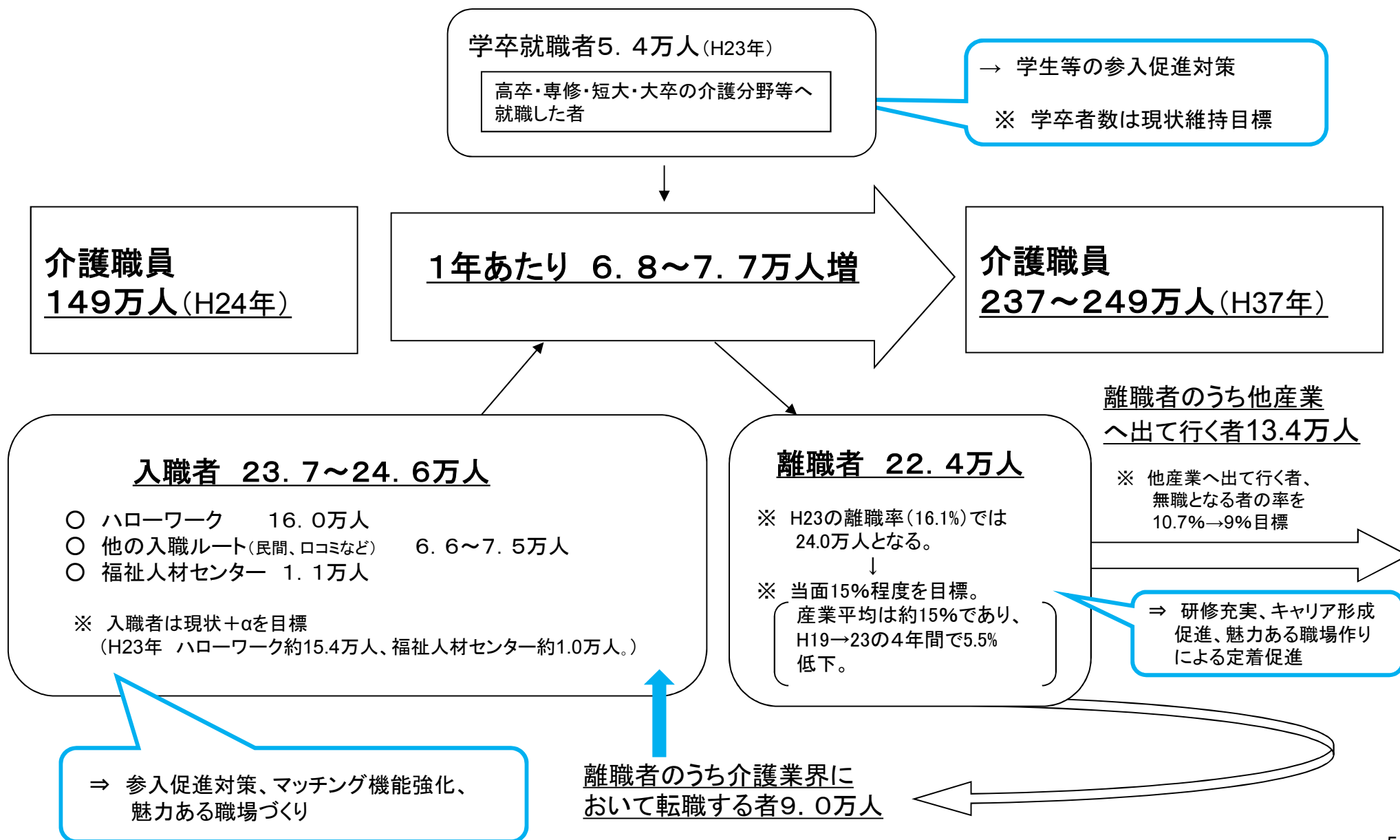
(注1) 平成27年度・平成37年度の数値は社会保障・税一体改革におけるサービス提供体制改革を前提とした改革シナリオによる。()内は現状をそのまま将来に当てはめた現状投影シナリオによる数値。

(注2) 2015年、2025年の推計値に幅があるのは、非常勤比率の変動を見込んでいることによるもの。

(平成23年10月1日現在)				介護保険施設			居宅サービス等		
	合計	常勤	非常勤	合計	常勤	非常勤	合計	常勤	非常勤
介護職員	139.9万人	85.1万人	54.8万人	35.4万人	29.5万人	5.9万人	104.5万人	55.6万人	48.9万人
		60.8%	39.2%		83.3%	16.7%		53.2%	46.8%

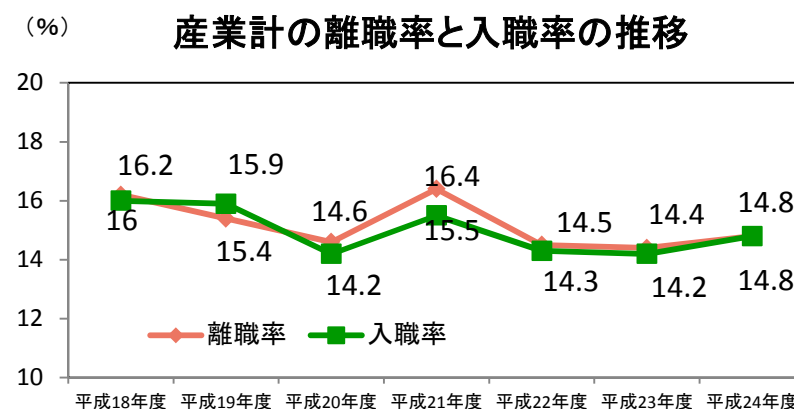
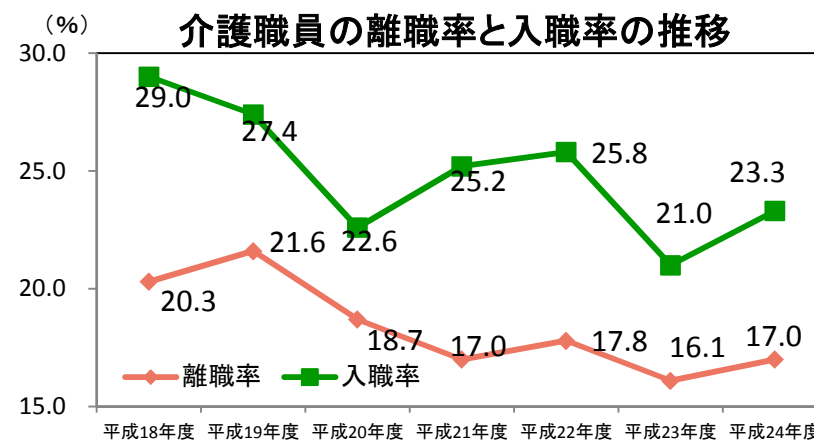
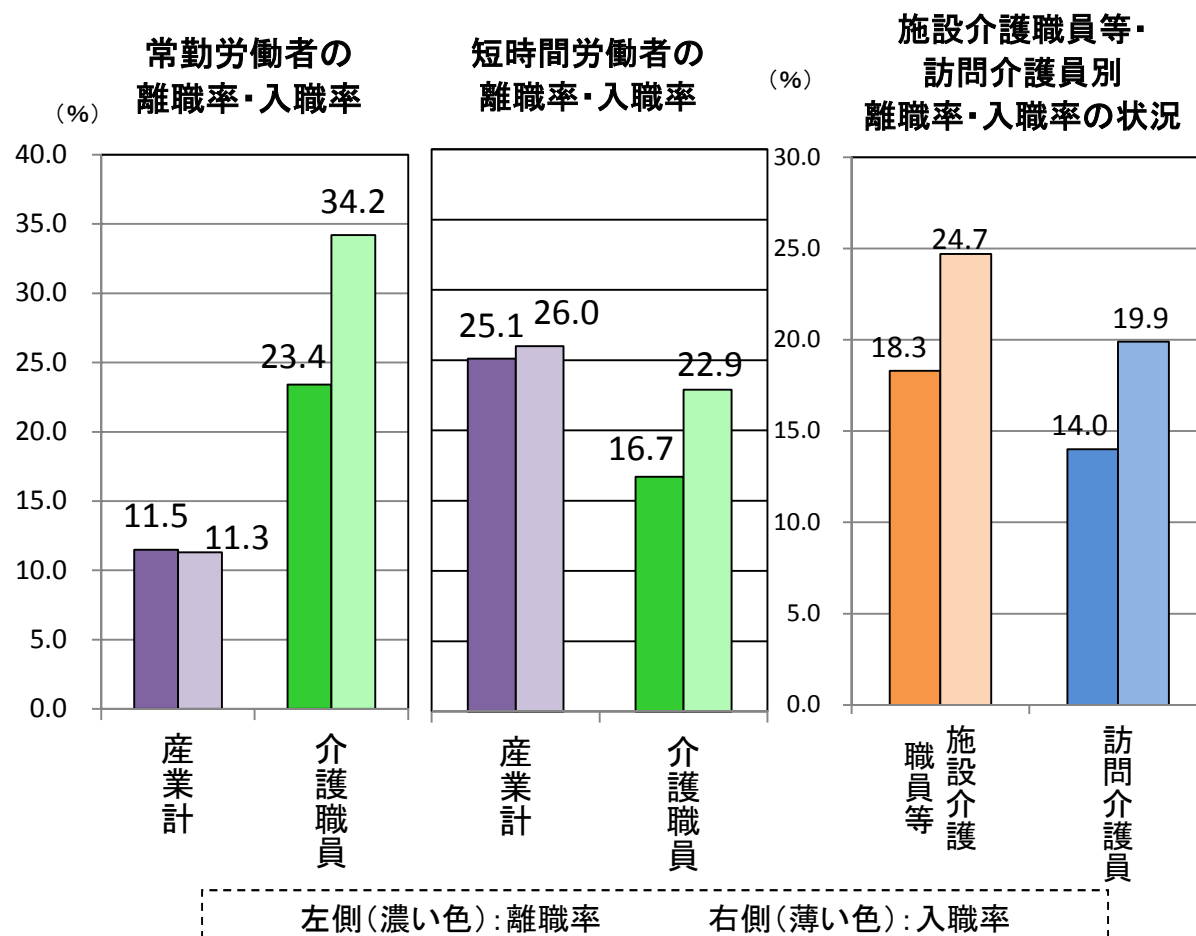
【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

介護人材確保における当面の見通しについて



離職率・入職率の状況（就業形態別、推移等）

- 介護職員の離職率は、産業計と比べて、常勤労働者では高いが、短時間労働者では低くなっている。
- 産業計・介護職員ともに離職率は低下傾向にある。



【出典】産業計の離職(入職)率: 厚生労働省「平成24年雇用動向調査」、介護職員の離職(入職)率: (財)介護労働安定センター「平成24年度介護労働実態調査」

(注1) 離職(入職)率=1年間の離職(入職)者数÷労働者数

(注2) 産業計の常勤労働者: 雇用動向調査における一般労働者(「常用労働者(期間を定めず雇われている者等)」のうち、「パートタイム労働者」以外の労働者)。

(注3) 産業計の短時間労働者: 雇用動向調査におけるパートタイム労働者(常用労働者のうち、1日の所定労働時間がその事業所の一般の労働者より短い者等)。

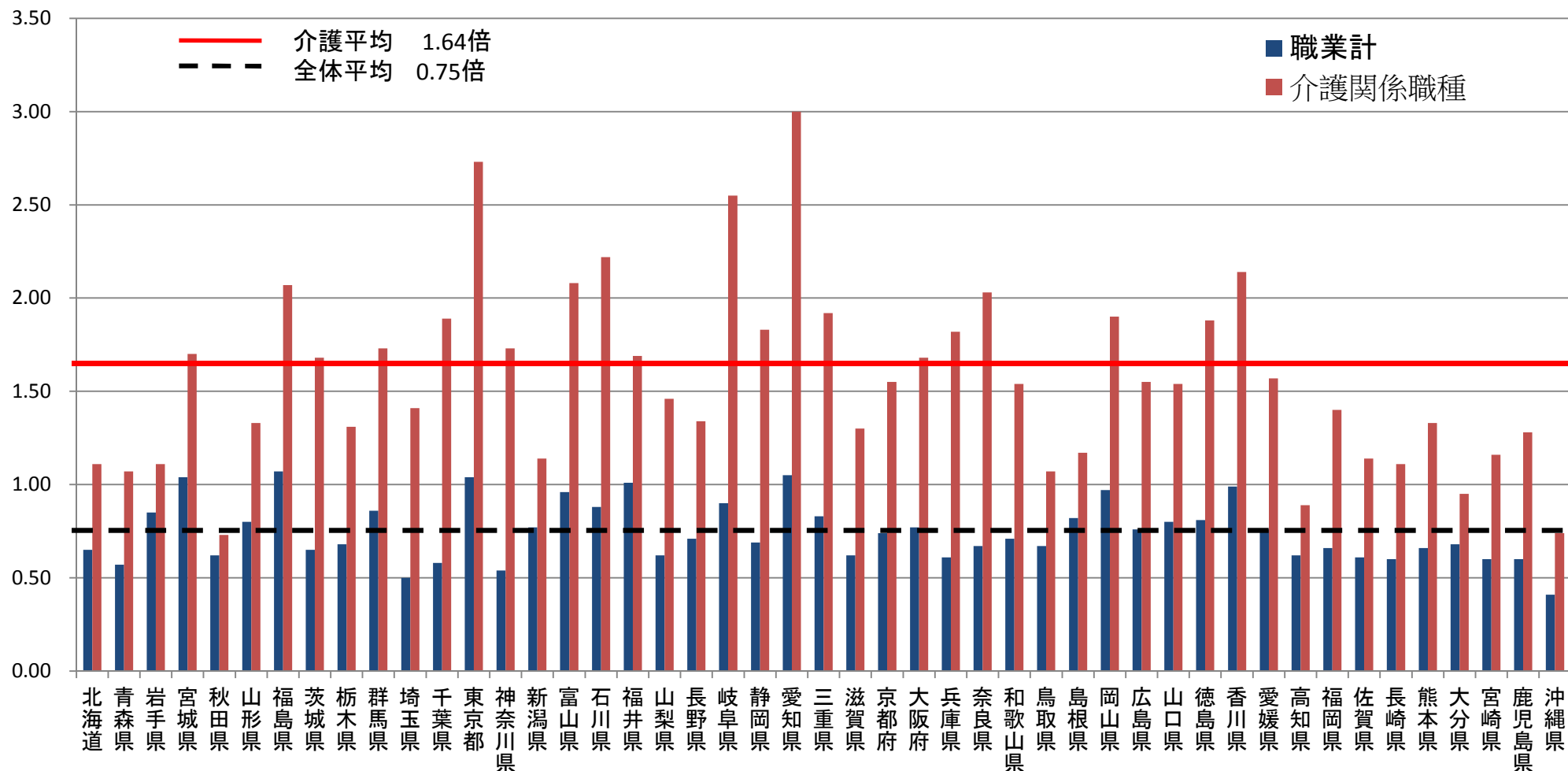
(注4) 訪問介護員とは介護労働実態調査における「訪問介護員」をいい、施設介護職員等とは同調査における「介護職員(訪問介護以外の介護保険の指定事業所で働き、直接介護を行う者)」をいう。介護職員とは「訪問介護員」及び「施設介護職員等」の2職種全体をいう。

(注5) 介護職員・施設介護職員等・訪問介護員の常勤労働者・短時間労働者は、介護労働実態調査における常勤労働者・短時間労働者をいう。

(参考) 都道府県別有効求人倍率(平成25年6月)

- 介護関係職種の有効求人倍率は、地域ごとに、大きな差異がある。
- 基本的には、職業計の場合と同様、介護関係職種の有効求人倍率も、地方よりも都市部の方が高くなっている。

都道府県別有効求人倍率(平成25年6月)



【出典】 厚生労働省「職業安定業務統計」

(注) 介護関連職種は、ホームヘルパー、介護支援専門員、介護福祉士等のこと。

(2) 4つの取組の視点

視点①：参入の促進（その1）

ハローワークでの取組	介護福祉士等修学資金貸付事業	イメージアップへの取組
ハローワークに「福祉人材コーナー」を設置、介護職員として介護分野で働こうとする者について、マッチングを実施 	【貸付内容】 ○貸付額(上限) ・学費 5万円(月額) ・入学準備金 20万円 ・就職準備金 20万円 ・生活費 4万2千円(月額) →生保世帯等の子どもに貸与する場合に上乗せ ○貸付利子:無利子 5年間継続して福祉・介護分野の事業所で就労した場合に、返済を全額免除	○ 介護職員合同入職式を開催し、介護職員に対し知事が激励(埼玉県における取組) ○ 小学校・中学校・高校へ介護職の実態を描写した図書を寄贈(広島県における取組) ○ 介護に関する漫画のイラストを活用したパンフレットの中学校、高校等への配布や、ローカル放送を活用したテレビによる広報(高知県における取組)
福祉人材センターでの取組		
都道府県福祉人材センターにおいて、福祉の仕事の紹介あっせん・マッチング、合同面接会、職場体験、セミナー、中高生へのイメージアップなどを実施		

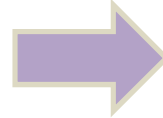


参入を促進していくための取組を強化していく方向性

- ①学校、学生、保護者等に対する介護職の魅力の広報、入職を促進するためのイメージアップを図る取組の推進
- ②地域の生活支援(高齢者の見守り・配食等)の担い手を増やすなどすそ野を広げる
- ③介護分野で働こうとしている方が、事前に事業所の状況を知ることができるよう、情報公表制度を活用した介護職員の労働条件などの公表を推奨
- ④ハローワークや都道府県福祉人材センターでの介護分野への就職支援の取組
- ⑤潜在的有資格者等の再就業を促進するための研修等実施

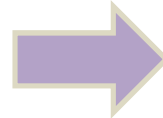
視点①：参入の促進（その2）

学校や保護者も介護業界への
就職に消極的



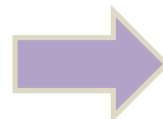
- ・ 介護職として働くことの魅力、メリットを丁寧に周知
- ・ 事業主等関係者も含めたイメージ向上の取組

介護サービスは成長産業



- ・ 福祉系学校以外の一般学生も視野に入れた参入促進
- ・ ターゲット（学生、潜在的有資格者、他産業）別の参入促進

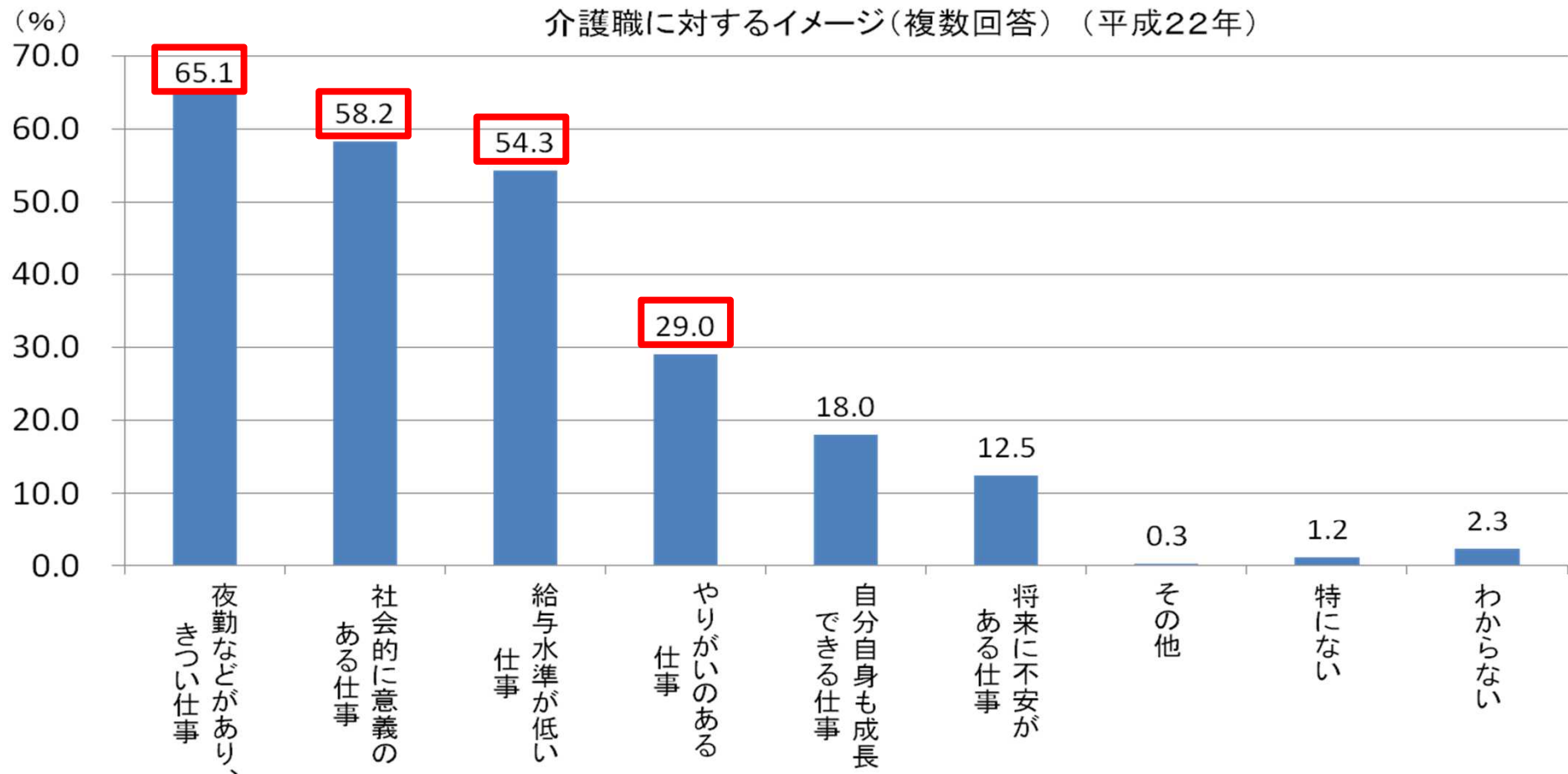
介護従事者のすそ野を広げる



- ・ サービスの質の確保のために充実した資格制度
- ・ 生活支援の担い手や補助的な業務で幅広い人材確保

(参考) 介護職に対するイメージ

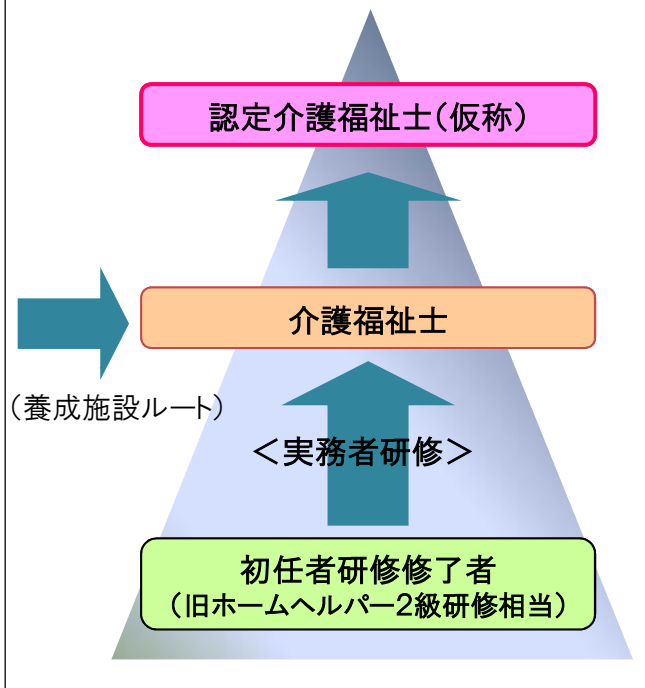
- ホームヘルパーや介護福祉士などの介護職について、イメージに近いものはどれか聞いたところ、「夜勤などがあり、きつい仕事」を挙げた者が65.1%と最も高く、以下、「社会的に意義のある仕事」、「給与水準が低い仕事」、「やりがいのある仕事」などの順となっている。
- 介護職に対するイメージのさらなる向上が重要であり、若い方にも介護職に就いてもらえるような取組を進める必要がある。



視点②：キャリアパスの確立

＜国における取組例＞

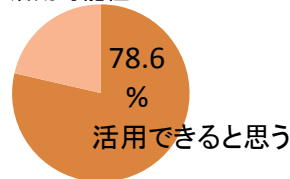
今後の介護人材のキャリアパス



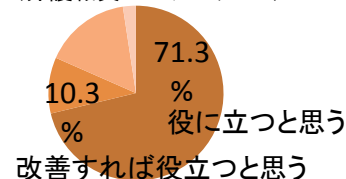
介護キャリア段位制度(内閣府)

レベル	レベルの特徴
プロレベル	7 分野を代表するトッププロフェッショナル
	6 ・プロレベルのスキル ・高度な専門性、オリジナリティ
	5
	4 チーム内でリーダーシップ
3	指示がなくとも、一人前の仕事ができる
2	指示のもと、ある程度の仕事ができる
1	職業準備教育を受けた段階

人事評価や処遇決定への活用可能性



能力開発やスキル向上に役立つか(介護職員へのアンケート)



＜事業者における取組例＞

(期待される取組の例)

- ・介護職員の技術を向上させる取組
- ・職位に応じた賃金体系の整備
- ・経験年数等に応じた業務内容の高度化等魅力ある職場づくり
- ・介護職員に他分野など様々な経験の機会を付与
- ・新人職員に対し先輩職員を教育係とするなど社内教育の充実等

＜県における取組例＞

- ・セミナー等の開催を通じ事業所に対するキャリアパス制度導入を支援(静岡県の取組)
- ・経験や資格に応じたモデル給与表を提示し、事業所での処遇改善を促進(埼玉県の実践)

キャリアパスの確立を実現していくための取組を強化していく方向性

- ①専門的な知識を習得しキャリアアップが図られるよう職員に対する研修の受講支援
- ②事業運営規模の拡大や経営の高度化を促進することによる法人の枠を超えた人事交流や研修等の実施の推進
- ③改正後の介護福祉士制度の円滑な施行等(実務者研修の導入、養成施設卒業者に対する国家試験義務付け、準介護福祉士の廃止・介護福祉士への統一化)
- ④認定介護福祉士の具体化に向けた取組など、介護福祉士の資格取得後のキャリアパスの確立
- ⑤介護キャリア段位制度などを活用した事業者によるOJT研修の促進
- ⑥事業者(管理者)の人材マネジメント能力の強化のための取組の推進
- ⑦常勤職員を増加していく上で有効な在宅サービスの普及 等

(参考) 介護人材の資質向上のための資格制度の見直し状況

1 認知症介護や他職種との連携等の介護人材の資質向上を図るため養成体系を整理

初任者研修終了者→介護福祉士→認定介護福祉士(仮称)をキャリアパスの基本とする。

ホームヘルパー2級研修を「初任者研修」と位置付け。在宅・施設を問わず、介護職として働く上で基本となる知識・技術を修得する研修とする。

介護職員基礎研修及びホームヘルパー1級研修は、実務者研修に一本化。

2 実務者研修は、以下のように見直したうえで、平成27年度より施行

(注)19年法改正により、国家試験を受験する実務経験者に義務付けられた研修

実務者研修の目標は、実務経験だけでは修得できない幅広い利用者に対する体系的な知識・技能の修得。

研修目標は維持しつつ、働きながら研修を受講しやすい環境を整備するとともに、時間数を450時間に見直し。(19年法改正時は600時間を想定)

3 介護福祉士養成施設卒業者に対する国家試験義務付け(平成27年度より)

(注)介護福祉士等の業務に喀痰吸引等を追加し、養成カリキュラムを充実

(参考) 「准介護福祉士」の廃止と介護福祉士の統一化について

「准介護福祉士」とは

- 「准介護福祉士」とは、養成施設卒業者のうち、国家試験に合格しなかった者に付与される資格であり、養成施設修了者に国家試験の合格が義務づけられる平成27年度以降に発生。

「准介護福祉士」創設の背景

※「就学コース」…養成施設を卒業して介護福祉士を取得するコース
「就労コース」…介護施設で介護実務経験を経て国家試験の合格により介護福祉士を取得するコース

- 日・フィリピンEPA協定締結当時、フィリピンの「就学コース」候補者は、「介護福祉士」資格の取得のためには、国家試験の合格が必要ない従来の制度を前提としていた。
このため、平成19年の社会福祉士及び介護福祉士法の改正で養成施設卒業者に対する国家試験が義務付けられた際、フィリピン「就学コース」の候補者が国家試験に不合格の場合も、日本に在留できるようにするためにも、「准介護福祉士」制度が創設された。

フィリピン・就学コース候補者の受入れ状況

- フィリピン政府は、「就労コース」への送り出しに注力し、「就学コース」については平成23年度以降送り出しを停止している。
このため、フィリピン側にとって、現時点では「准介護福祉士」資格の意味は実態上なくなっている。
- 現状のままでは、平成27年度以降は日本人の養成施設卒業者で国家試験不合格者のみに「准介護福祉士」が発生することになる。

国会の附帯決議等

- 平成19年の改正法の審議の際に、国家試験に不合格の場合にも、「准介護福祉士」資格を付与することについては、介護福祉士の資質向上を図る改正法の趣旨に反するとの議論があった。
- このため、「准介護福祉士」資格については、改正法の附則や国会の附帯決議で、フィリピン政府と早急に調整を行い、速やかに「介護福祉士」資格への統一化を図ることとされている。
 - **改正法附則第9条**
政府は、経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定に関する日本国政府とフィリピン共和国政府の間の協議の状況を勘案し、この法律の公布後5年を目途として、准介護福祉士の制度について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。
 - **参議院厚生労働委員会における法律案に対する附帯決議(平成19年4月26日) ～抄～**
准介護福祉士の仕組みは、フィリピンとの間の経済連携協定との整合を確保する観点にも配慮して暫定的に置かれたものであることから、介護福祉士制度の見直し後の介護福祉士の受け入れの在り方について早急にフィリピン側と調整を行う等の対応を行い、その結果を踏まえ、速やかに介護福祉士への統一化を図ること。
- フィリピン政府と交渉中であり、両国間で一致でき次第「准介護福祉士」の廃止が可能となる。

視点③：職場環境の整備・改善

介護ロボットの開発支援

＜今後の開発等の重点分野の例＞

○移乗介助①

ロボット技術を用いて介助者のパワーアシストを行う装着型の機器



○移乗介助②

ロボット技術を用いて介助者による抱え上げ動作のパワーアシストを行う非装着型の機器



中小企業労働環境向上助成金

重点分野等の中小企業が、雇用管理責任者を選任し、雇用管理改善につながる例えば以下の事項について、就業規則・労働協約を変更することにより制度を新たに導入、又は介護福祉機器の導入を行った場合に、助成金を支給する。

○評価・処遇制度

評価・処遇制度、昇進・昇格基準等を導入し実施 ⇒ 40万円助成

○介護福祉機器（介護事業所のみ）

介護福祉機器等を導入 ⇒ 導入費用の1/2助成（上限300万円）

介護サービス情報の公表制度

○介護サービス情報

＜基本情報＞

- | | |
|--------------------|--------|
| 1 事業所の名称、所在地等 | 4 利用料等 |
| 2 従業者に関する情報 | 5 法人情報 |
| 3 提供サービスの内容 | |

＜運営情報＞

- | | |
|----------------|------------------|
| 1 利用者の権利擁護の取組 | 5 適切な事業運営・管理の体制 |
| 2 サービスの質の確保の取組 | 6 安全・衛生管理等の体制 |
| 3 相談・苦情等への対応 | 7 その他（従業者研修の状況等） |
| 4 外部機関等との連携 | |

○介護従事者に関する情報の具体的な公表内容例

＜職種・勤務形態別の採用・退職者数＞

採用・ 離職者数	介護職員		介護支援専門員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度の採用者数	4	1	2	1
前年度の退職者数	3	0	1	0

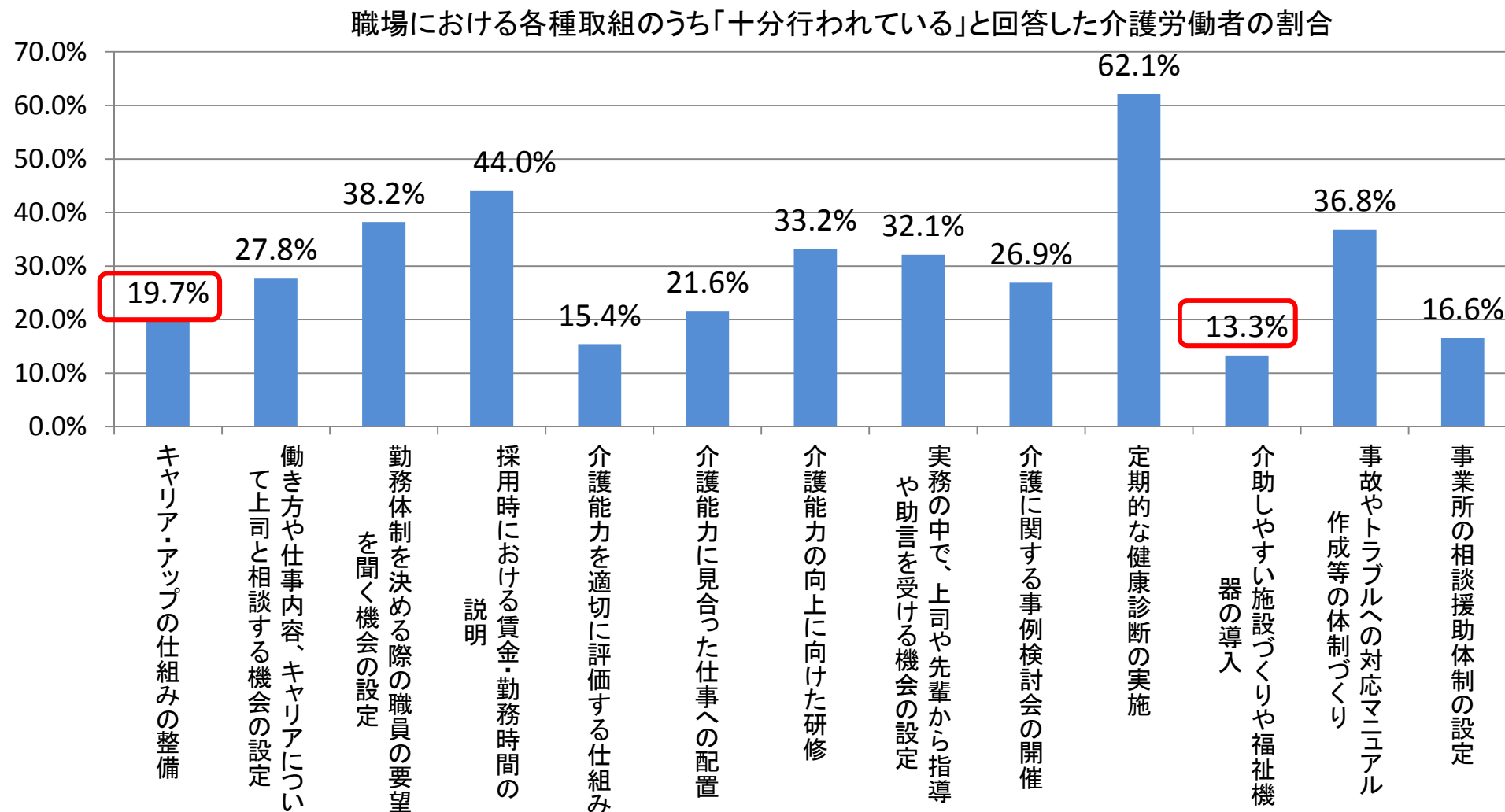


職場環境の整備・改善のための取組を強化していく方向性

- ①介護職員の負担軽減（介護職員の腰痛予防等）を図るために介護ロボットの開発促進
- ②介護福祉機器の導入など職場環境の整備を図るために助成金の活用
- ③介護分野で働こうとしている方が、事前に事業所の状況を知ることができるよう、情報公表制度を活用した介護職員の労働条件などの公表（再掲）
- ④ICTを活用した情報連携の推進・業務の効率化 等

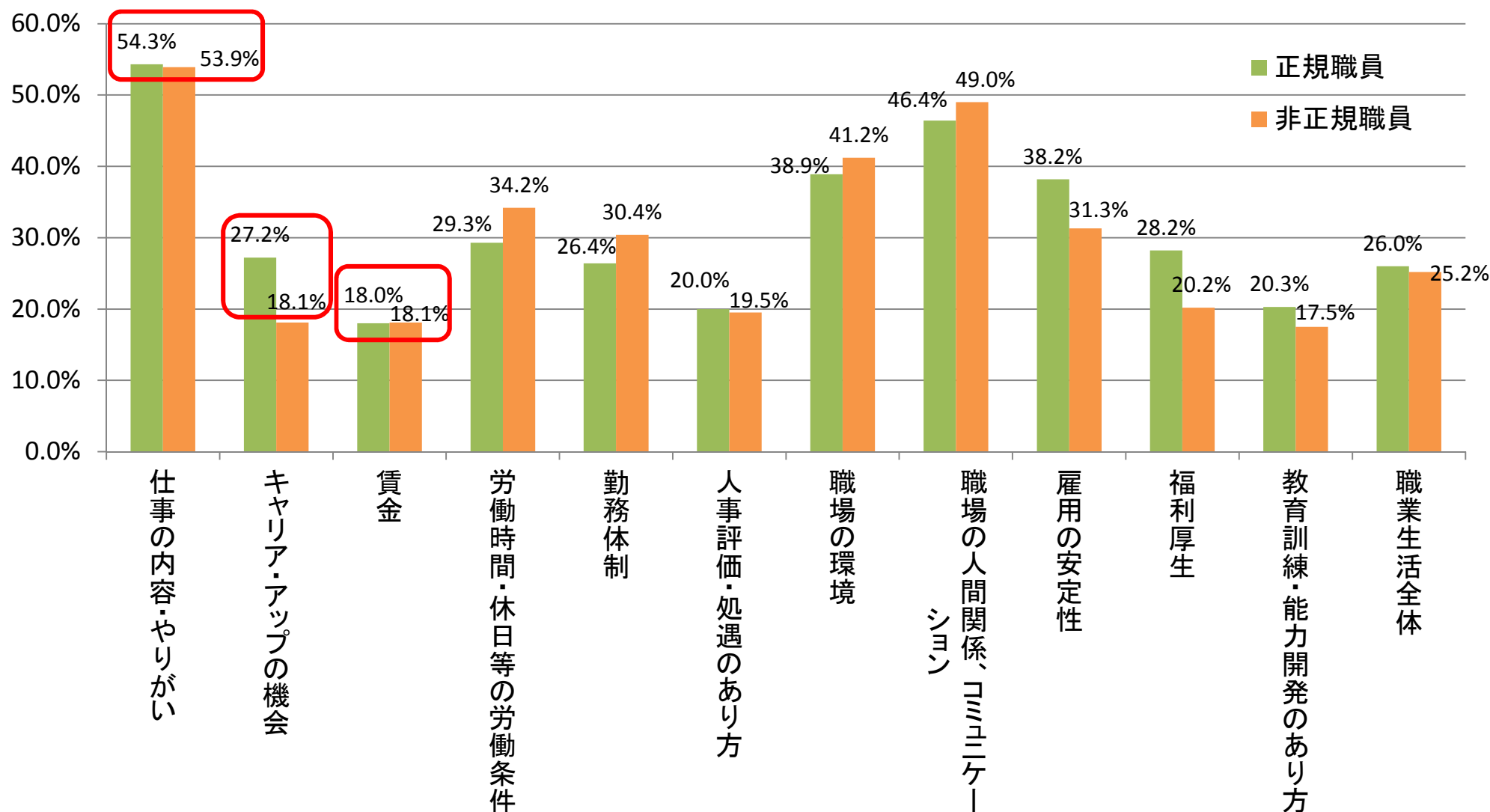
(参考) 介護労働者から見た職場の取組状況

- 職場における各種取組について、介護労働者に十分行われているかどうかを聞いたところ、「キャリア・アップの仕組みの整備」は約2割にとどまっている。
- また、「介護しやすい施設づくりや福祉機器の導入」についても13.3%と低くなっている。



(参考) 介護労働者の仕事に対する満足度

○ 介護労働者の仕事に対する満足度を見ると、「仕事の内容・やりがい」は高くなっているが、キャリア・アップの機会」や「賃金」については、満足度が低くなっている。



視点④：処遇改善

- 介護職員の処遇改善について、これまで介護報酬改定等により取り組んできている。

- ＜平成21年4月＞

- 平成21年度介護報酬改定でのプラス3%改定

- ＜平成21年10月～平成24年3月＞

- 介護職員処遇改善交付金（補正予算）

- ＜平成24年4月＞

- 平成24年度介護報酬改定でのプラス1.2%改定

- 介護職員処遇改善加算の創設（介護職員処遇改善交付金による処遇改善の継続）

- 介護職員の賃金水準の改善のためには、介護報酬の改定を通じた取組が中心となるが、職員のキャリアパスにあわせた賃金制度を事業所で整備するなど事業者による取り組みも非常に重要であり、そのためには施設長等の管理者が高い意識を持つことが求められる。

- また、事業者の介護職員の処遇改善に対する取組について、介護分野で働くことを希望している者にホームページなども活用して積極的に周知していくことも重要である。



処遇改善に向けた取組を強化していく方向性

- ・介護報酬の改定を通じて、介護職員の更なる処遇改善を図るとともに、事業者による取組の促進策を検討
- ・施設長や人事労務管理者などに対する研修の実施 等

(参考) 介護職員の賃金 (常勤労働者)

- 勤続年数、平均年齢等の要素の違いがあり、単純な比較はできないが、①介護分野の平均賃金の水準は産業計の平均賃金と比較して低い傾向にあり、②常勤労働者である介護職員の平均賃金は、医療福祉分野における他の職種の平均賃金と比較して低い傾向にある。
- 女性の介護職員は、産業計や福祉・介護分野全体との差が、それほど大きくはない。
- なお、介護職員は、産業計と比較すると、勤続年数が短い(半分弱)。

常勤労働者の男女比、平均年齢、勤続年数及び平均賃金

		男女計			男性			女性				
		平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)
産業別	産業計	41.7	11.8	325.6	67.4%	42.5	13.2	362.3	32.6%	40.0	8.9	249.7
	医療・福祉	39.9	7.7	295.7	26.9%	39.6	8.0	376.1	73.1%	40.0	7.6	266.1
	社会保険・社会福祉・介護事業	40.6	6.9	241.4	27.9%	39.2	7.0	274.2	72.1%	41.2	6.9	228.7
	サービス業	42.8	8.0	269.6	67.4%	44.0	8.8	291.5	32.6%	40.4	6.3	224.5
職種別	医師	41.2	5.2	879.3	72.8%	42.6	5.6	931.2	27.2%	37.6	4.0	740.1
	看護師	37.3	7.1	326.9	7.3%	34.6	6.0	336.2	92.7%	37.6	7.2	326.2
	准看護師	46.3	10.3	280.0	8.2%	38.8	9.9	301.0	91.8%	47.0	10.4	278.1
	理学療法士、作業療法士	31.2	5.0	276.8	44.9%	32.0	5.0	289.9	55.1%	30.5	5.0	266.1
	保育士	35.0	7.8	214.2	5.3%	30.0	4.7	231.2	94.7%	35.3	8.0	213.3
	ケアマネジャー	46.1	7.0	260.4	22.5%	39.6	7.1	285.8	77.5%	48.0	7.0	253.0
	ホームヘルパー	44.6	5.1	208.5	19.2%	37.0	3.2	226.3	80.8%	46.4	5.5	204.2
	福祉施設介護員	38.3	5.5	218.4	33.1%	35.6	5.3	231.4	66.9%	39.7	5.6	211.9

【出典】厚生労働省「平成24年賃金構造基本統計調査」

注1) 常勤労働者とは、賃金構造基本統計調査の一般労働者(短時間労働者以外の労働者)をいう。

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

注2) サービス業とは、廃棄物処理業、自動車整備業、機械等修理業、その他の事業サービス業、政治・経済・文化団体・宗教、職業紹介・労働者派遣業が含まれる。

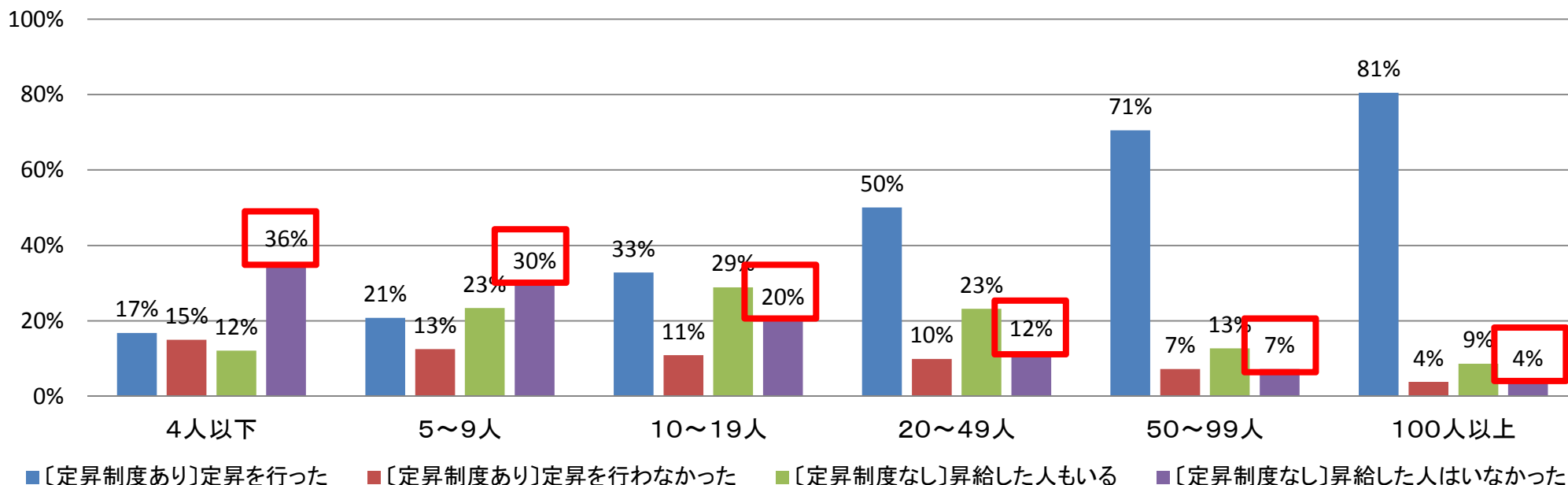
注3) 福祉施設介護員は、児童福祉施設、身体障害者福祉施設、老人福祉施設その他の福祉施設において、介護の仕事に従事する者をいう。

注4) きまって支給する現金給与額：労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額。基本給のほか、家族手当、超過労働手当を含むが、賞与は含まない。なお手取り額ではなく、所得税、社会保険料などを控除する前の額である。

(参考) 事業所における賃金制度の整備状況

- 介護事業所における定昇制度や賃金表の整備状況を見ると、事業所の規模が小さくなると、定昇制度もなく、昇給した人もいない事業所が多くなる。
- また、定昇制度がある事業所での賃金表の整備状況を見ると、賃金表がない事業所が約4割となっている。

事業所規模別の基本給の定昇制度の有無と運用状況



定昇制度のある事業所における賃金表の整備状況と運用状況

【賃金表あり】賃金表の昇給ルールに基づいて昇給する。	35.6%
【賃金表あり】賃金表はあるが、収支状況等に応じて運用は変動する。	22.5%
【賃金表なし】毎年経営トップの判断によって決める。	36.6%
【賃金表なし】毎年労使で話し合って決める。	1.4%
【賃金表なし】その他	2.0%

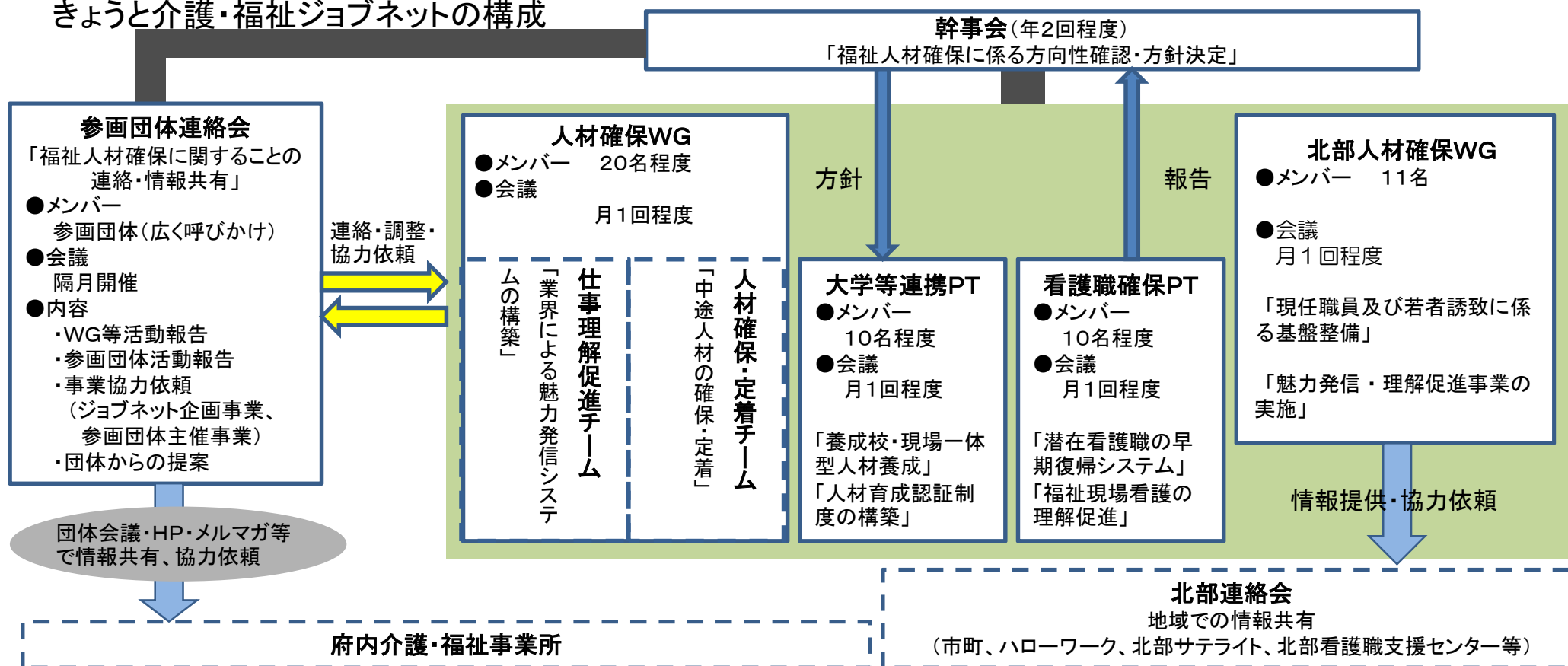
(3) 都道府県による取組

① 京都府における介護人材確保・定着に向けた取組

京都府の取組

- I 福祉人材育成認証制度の普及・推進
- II 3年間(平成24年度～平成26年度)で新たに福祉人材6,000人の確保及び定着を推進
- III 府北部地域での福祉人材確保(3年間で900人)
- 「きょうと介護・福祉ジョブネット」の構築。
 - ・介護現場の職員、関係団体、職能団体が参集し意見を交わす人材のプラットフォームにおいて、プロジェクトチームやワーキンググループを設置し、人材確保・定着に向けた事業や大学等と連携した取組を実施。

きょうと介護・福祉ジョブネットの構成



② 広島県における介護人材確保・定着に向けた取組

第5期ひろしま高齢者プラン

・質の高い人材育成・確保に向けた事業者、関係団体等の主体的な取組を促し、総合的に支援

保険者や事業者等の主体的な取組を促進するため協議会を設置

広島県福祉・介護人材確保等総合支援協議会 ※運営は広島県社協、運営経費は広島県の負担

【構成員】※以下のように行政や職能団体、事業者団体などで構成

広島県、広島労働局、広島県社会福祉協議会、広島県看護協会、広島県介護福祉士会、広島県社会福祉士会、日本介護福祉士養成施設協会、日本社会福祉教育学校連盟、日本社会福祉士養成校協会、介護労働安定センター、広島県社会福祉施設経営者協議会、広島県老人福祉施設連盟、広島県老人保健施設協議会、広島県身体障害者施設協議会、広島県知的障害者福祉協会、広島県訪問介護事業連絡協議会、広島県生活協同組合連合会、広島県教育委員会、（広島県市長会、広島県町村会：平成25年度参画予定）

【情報提供・啓発部会】

- 社会的認知の確立や中・高校生
の理解促進に向けた情報提供や啓
発

【人材確保・育成部会】

- 福祉介護人材の安定的確保に向
けた体制の整備
- 従事者全体の知識・技術の底上
げと高度な資質を有する人材の育成

【就業環境改善部会】

- 福祉・介護事業所における就業
環境改善の推進

広島県におけるビジョンの共有⇒利用者・従事者にとっての「魅力ある環境づくり」

【情報提供・啓発に関する取組】

- 小学校、中学校、高等学校への介護職の
実態を描写した図書(コミック)の寄贈
- 「介護の日フェスタin広島」の実施、「介護
の日」ポスター募集
- 職業の選択肢としての動機付けのため、
学生等への施設見学&体験バスツアーの
実施 等

【人材確保・育成に関する取組】

- マッチング機会を提供するため、合同
求人説明会や合同就職相談会を開催
- 介護職の就業体験の実施
- 新人教育を充実させるための新任職
員教育担当者研修の実施
- 事業所選択眼養成講座や人材確保
能力向上研修の開催 等

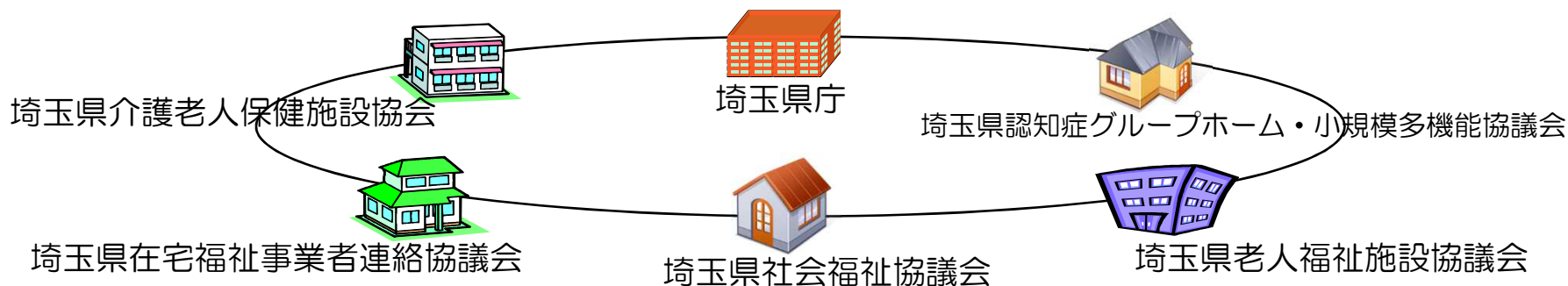
【就業環境の改善に関する取組】

- 自己点検ツールの提供による人材の
確保・定着に向けた就業環境改善等の
取組の促進
- 就業環境改善シンポジウムの開催に
よる改革・発展に向けた機運醸成と意
識改革の促進 等

③ 埼玉県における介護人材の確保・定着に向けた取組（平成25年度から）

介護職員しっかり応援プロジェクト

介護職員しっかり応援プロジェクトチームの設置



介護人材の確保・定着に向けた取組方針

- 介護職のイメージアップ
- 魅力ある職場づくりの促進
- 介護職員の給与アップ

介護職員合同入職式の実施

- ・新たに介護職員となった方を知事が激励
- ・知事メッセージの交付や記念講演を実施
- ・平成25年度は262事業所から約800人が参加



表彰の実施

- ・離職率が低い事業所や資格取得に積極的な事業所等を表彰
- ・優れた処遇を行った介護職員や事業所を表彰

介護職員給与改善の取組

- ・経験や資格に応じたモデル給与表を作成し事業所に給与改善の働きかけ
- ・給与水準が低い事業所に公認会計士を派遣し、個別指導を実施

魅力ある取組の情報発信

- ・県や各団体のHP等 ⇒ プロジェクトのPR、表彰対象事業所の取組紹介、介護職員からのビデオメッセージなど

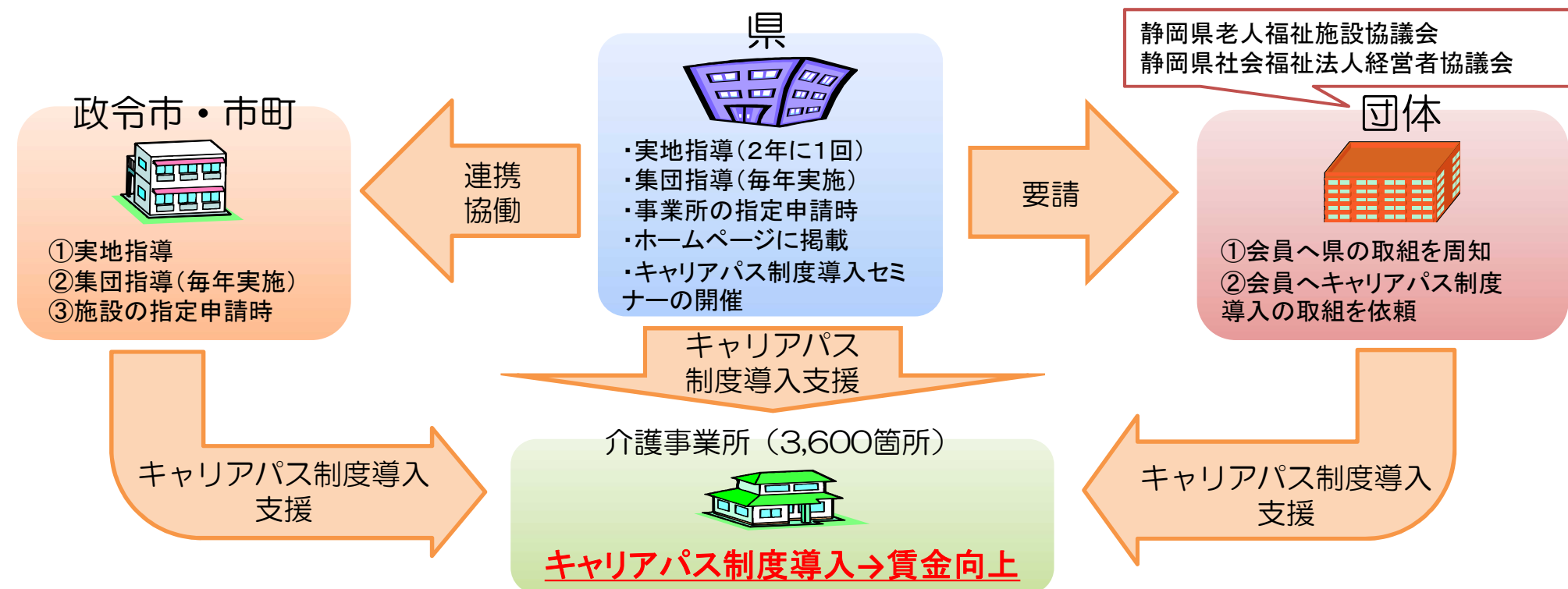
④ 静岡県における介護人材の確保・定着に向けた取組（平成25年度から）

○ 介護人材の確保対策の一環として、介護職員の賃金水準の向上を図り、介護職員が長く働きやすい環境をつくるため、各事業所にキャリアパス制度の導入を支援する取組を実施。

＜背景＞

- ・ 県内の有効求人倍率は、平成25年3月現在、全産業では0.78倍だが、介護分野は2.02倍と慢性的な人材不足の状況。
- ・ 人材不足の要因としては、賃金水準の低さがあり、賃金水準が低いのは勤続年数が短いことが原因との認識。
- ・ 処遇改善加算は、全事業所の81.7%が算定。ただし、キャリアパス要件の「要件Ⅰ」を算定している事業所は、特別養護老人ホームでは81.7%であるが、居宅系サービス事業所では57.9%と低くなっている。

○ 具体的な取組としては、キャリアパス制度導入セミナーの開催や、実地指導等の際にキャリアパスの参考例（平成24年度作成）を提示することなどにより、キャリアパス制度導入を促す。



⑤ 高知県における介護人材の確保・定着に向けた取組

- 高知県では、少子高齢化が進む中、介護の担い手となる介護職員の不足が懸念されるという問題意識のもとで、介護人材の確保・定着に向けた取組として、積極的な広報活動を展開している。
- 具体的には、福祉・介護の仕事について、正しい認識を広めるとともに、より多くの若い世代に福祉・介護分野への就業を選択してもらえよう、福祉・介護の仕事の魅力を伝えるため、パンフレットを作成し、県内の中学校、高校、専門学校等に配布するなどの取組を行っている。

広報 (パンフレット・TV)

【漫画を活用したPR広報】

- くさかり樹さん(高知県出身)の漫画「ヘルプマン」のイラストを使用したパンフレットを7万部作成し、県内の中学校・高校・専門学校に配布。

【テレビを活用したPR広報】

- 毎週月曜日に3分間程度の番組枠の中で、県内で介護の仕事に従事している若者をクローズアップし、介護の仕事の魅力をPRしている。

セミナーの開催

- 中山間地域の介護人材の確保に向けた取組として、中高生や保護者、福祉の仕事に興味のある一般の方を対象にセミナーを開催。
※平成25年度からの新規事業として実施

- セミナーでは、希望者に対して施設見学や介護体験などを実施

協議会の設置 (高知県福祉・介護人材確保推進協議会)

- 高知県庁(福祉部局・労働部局・教育委員会)、高知労働局、ハローワーク、介護労働安定センター、福祉人材センター、看護協会、介護福祉士会、老人福祉施設協議会ほか事業主団体、専門学校などが参加。
- 人材確保に関する取組の情報共有の場として、協議会を設置。
※年2回開催(県庁と労働局が事務局となり、各1回ずつ主催)

(4) 国・都道府県・市町村の役割分担

介護人材の確保に向けた国・都道府県・市町村の主な役割（現行）

【国】

- 介護報酬改定を通じた処遇改善の取組の推進
- 介護分野におけるキャリアパス制度の確立に向けた取組の実施
- 介護職員の負担軽減のための介護ロボットの開発促進や介護福祉機器の導入支援などの職場環境の整備に向けた取組
- ハローワーク等における職業紹介を通じた介護分野でのマッチング機能の強化
- 介護人材の需給推計のツールの提供等都道府県による人材確保の取組を促進するための支援

【都道府県】

- 介護保険事業支援計画に必要な介護人材の確保に向けた取組を位置付け
- 介護職員のスキルアップ等のための研修等の実施
- 学生等今後介護分野に就職する可能性がある層を主なターゲットとしたイメージアップのためのセミナー等の開催
- 情報交換・意見交換等を円滑に行うための関係団体・関係機関などを集めた協議会の設置・運営
- 研修等を通じた都道府県内の介護職員のネットワーク化の推進

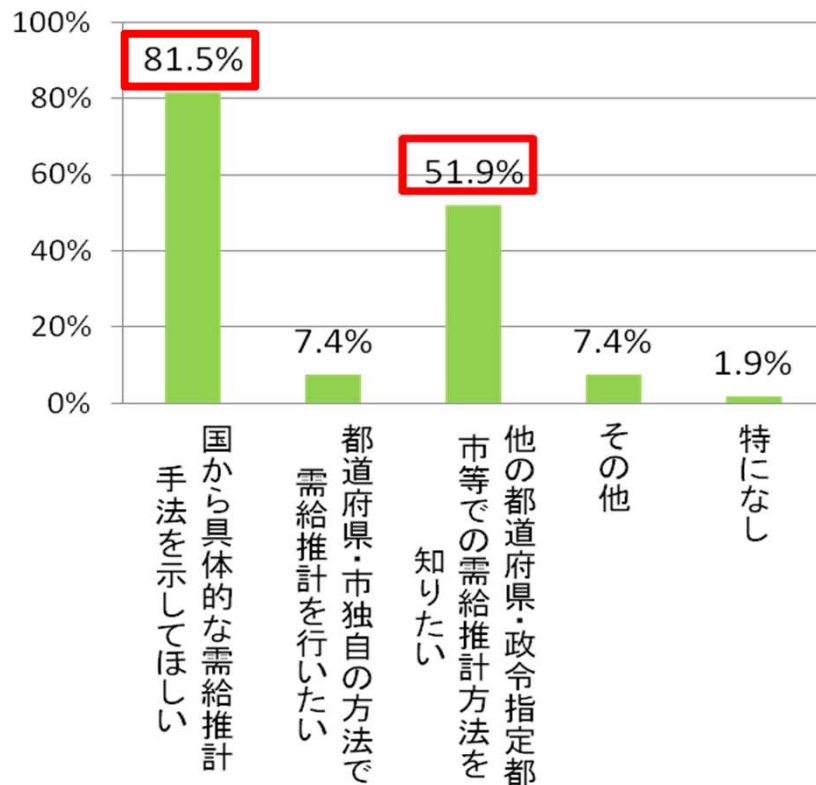
【市町村】

- 都道府県と連携し、事業者による介護人材確保に向けた取組を支援

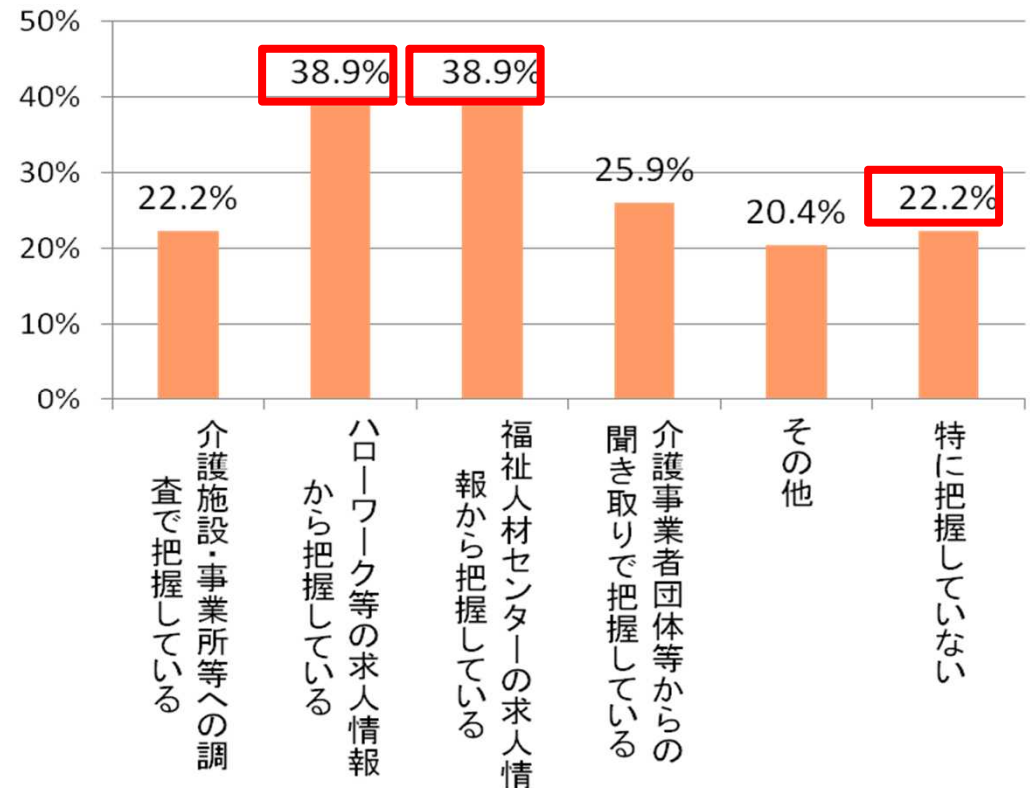
(参考) 介護人材の需給推計について

- 都道府県・指定都市において、介護人材の需給推計を行う場合の方法については、「国から具体的な需給推計手法を示してほしい」が最も多く、次に「他の都道府県・政令指定都市等で需給推計方法を知りたい」となっている。
- また、介護人材の過不足状況の把握方法としては、「ハローワーク等の求人情報から」、「福祉人材センターの求人情報から」把握しているのが多く、「特に把握していない」都道府県・指定都市も約2割ある。

介護人材の需給推計を行う場合の方法(複数回答)



介護人材の過不足状況の把握方法(複数回答)



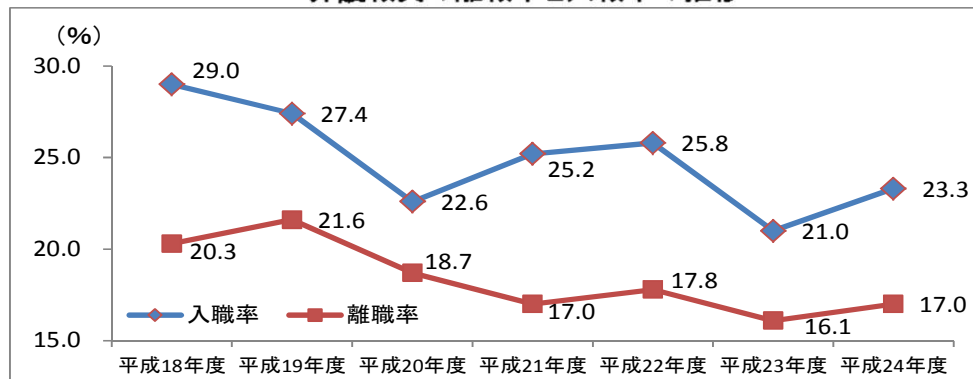
(参考)介護人材確保の推進に関する論点(議論中の整理案)

※ 介護人材確保策について今年度老人保健健康増進等事業を活用し有識者がメンバーの委員会で年度末の取りまとめに向け議論中であり、現在までの議論を整理したもの

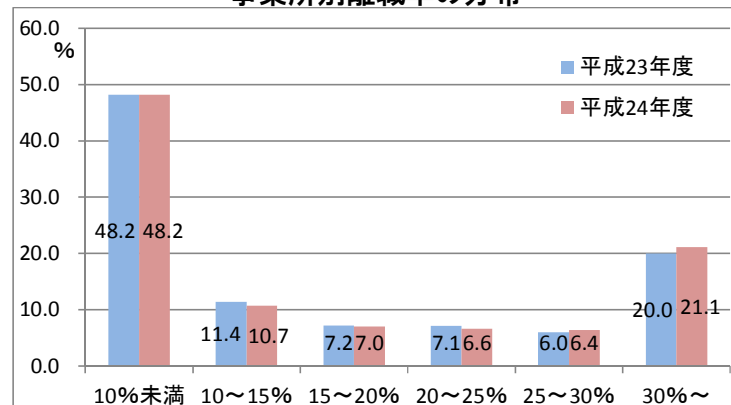
1. 介護人材に係る現状と今後の対応の方向性

- 介護職員（介護人材）の離職率は低下傾向にある。ただし、事業所のばらつきが大きい。
有効求人倍率の現状等を踏まえれば、今後高齢化が急速に進み介護サービス需要の増加が見込まれる都市部で人材確保が難しい状況。
- 介護人材確保を推進するため、これまでに「参入促進」と「定着促進」の観点からさまざまな取組が推進されてきた。これらの取組については、さらに効果を高めるための視点を持って推進し続けることが必要である。
- さらに、今後労働力人口の減少が進むこと等を考慮すれば、「参入促進」や「定着促進」の観点からの更なる取組に加え、「多様な介護人材の活用」と「生産性の向上・イノベーションの創出」の観点に立った取組の推進も必要。
- その際、介護分野の事業者全体の意識改革や事業所間の連携も含めた自主的な取組が重要であり、行政と協働しながら取り組むことが求められる。

介護職員の離職率と入職率の推移



事業所別離職率の分布

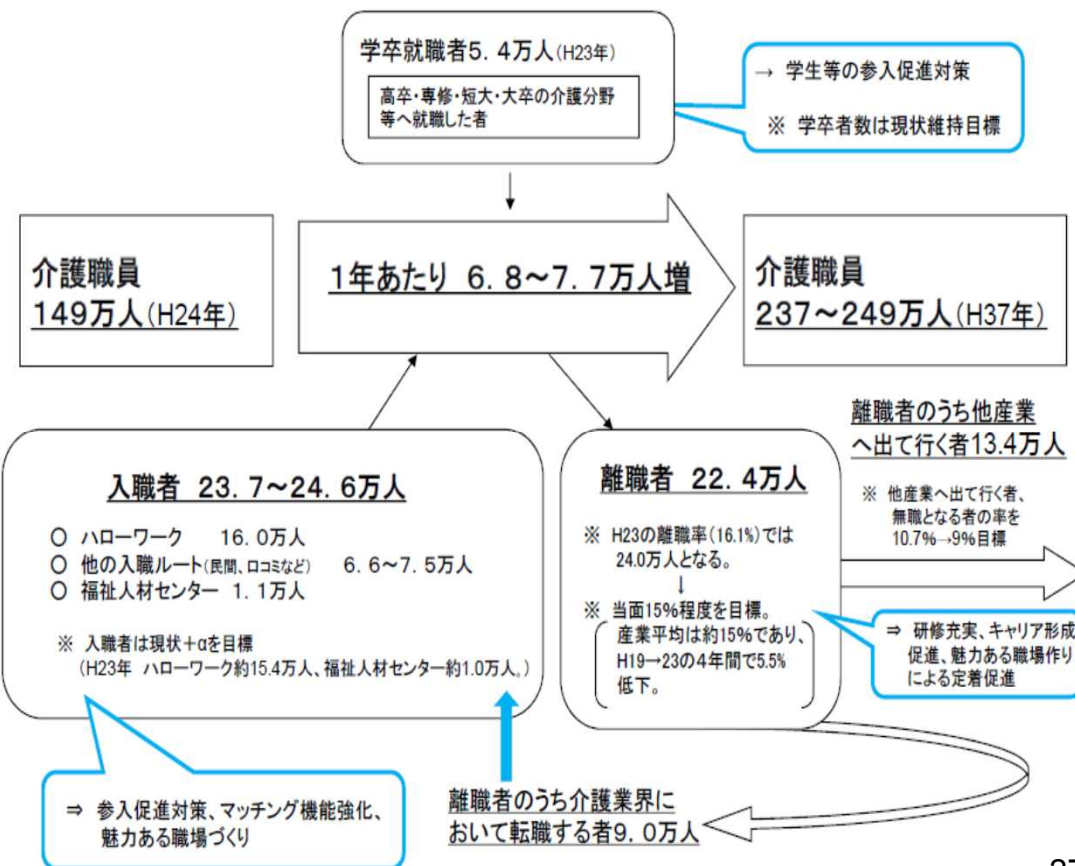


出典：(財)介護労働安定センター「平成24年度介護労働実態調査」

(注1) 離職(入職)率=1年間の離職(入職)者数÷労働者数

(注2) ここで介護職員とは「訪問介護員」及び「施設介護職員等」の2職種全体を指す

介護人材の確保における当面の見通し



2. 今後の取組を強化するために必要な視点

①参入の促進

これまでの取組を、さらに以下のような視点を加えて推進

(イメージアップの推進)

- ・介護業界自らのイメージ明確化の推進と、新卒学生、他産業から移る労働者、潜在有資格者など対象に合わせたきめ細かなメッセージの発信
- ・(介護、地域包括ケア等の理解について、)小中学校段階からのアプローチ

(一般学生への働きかけなど採用戦略の充実)

- ・介護福祉分野の養成施設等以外の一般学生への働きかけ
- ・入職時に感じる不安を払しょくする環境づくり

(すそを広げる)

- ・インフォーマル支援等で介護に関与し、いずれは本格的な介護職として従事する可能性がある人材の層の拡大
- ・多様な人材が介護現場で就労できるよう、介護能力に応じた業務内容や役割の整理の推進や多様な働き方の推進
- ・介護経験者や地域の介護者支援を行う団体等の活用の推進

②定着の促進

これまでの取組を、さらに以下のような視点を加えて推進

(事業者の意識改革と自主的な取組の推進)

- ・中小規模の事業所を含め、介護業界全体としてマネジメントに関する情報の提供と意識改革

(事業所の連携強化)

- ・複数の事業所が共同で採用等を行うユニットの形成促進など連携強化や共同化等の推進

(専門性の高い人材の確保)

- ・専門性の高い人材が質の高いサービスを提供し良い処遇を得られる仕組みの構築
- ・キャリア段位制度の活用

③多様な介護人材の活用と生産性向上・イノベーションの創出

上記の「参入の促進」や「定着の促進」等に加えてサービス量にも着目して以下のような視点に立った取組を推進

(多様な介護人材の活用)

- ・専門性の高い介護サービスの充実とあわせ、多様な人材を活用した生活支援・福祉サービス等の充実、セルフケアの考え方の推進

(生産性向上・イノベーションの創出)

- ・品質の良い経営の見える化の推進
- ・介護の質を担保しつつ収益性を確保できる効率性の良いビジネスモデルの検討と提示
- ・24時間対応可能な在宅サービス普及や施設の地域へのサービス展開や、個々の事業所単位だけでない事業所間連携も視野に入れた規制の見直し
- ・一部の離職率が高い事業所があることを踏まえ、離職率等に着目した見える化・差別化の推進

3. 都道府県による広域的・総合的な支援

有効求人倍率など介護人材を巡る状況は地域差が大きいこと、近隣で就職する傾向が強いなど介護労働市場が地域密着型であることなどから、**国が大きな方向性を示しつつ都道府県が主導して考え、以下のような取組の推進が必要**

- ・地域の実情を反映する仕組みづくり(都道府県による需給推計の実施、都道府県レベルの介護関係団体等が参画、協働し、業界全体としての取組を強化する協議会の設置等)と、個々の事業所を超えた連携の促進
- ・労働市場における介護人材のマッチング精度の向上(対象者に応じた細やかな情報発信等)

平成25年9月4日（水）

社会保障審議会介護保険部会

結城 康博
（淑徳大学教授）

今回の審議にあたって「資料1：生活支援及び介護予防等について」を中心に、私見及び事務局への質問を述べさせていただきたい。

（私見）

1. 介護予防給付の地域支援事業への移行案について（資料12～13頁）

事務局案では、理論上短期的に利用者への影響は少なく極端なサービス抑制には繋がらないと考える。しかし、全国の市町村（保険者）の力量に格差があり「地域間格差」が生じる懸念がある。また、シャドーコストが心配され、膨大なイニシャルコストが生じるであろう。

そのため、財源論を鑑みながら「要支援1」のみを地域支援事業に移行し、現行どおり「要支援2」は介護給付で存続すべきと考える。そして、その後の状況を検証しながら

「要支援2」の在り方を、次回の法改正時に検討すべきである。この案も「段階的な移行」と考える。

2. 予防給付の見直しについて（論点：資料10頁）

ただし、やむなく事務局案を遂行していくのであれば、①市町村に対する事務経費等の財源措置、②制度移行に際して早急に通知を提示する、③十分な経過措置、などの対応を厚労省側が講じなければ、介護現場は混乱し結果的に利用者のデメリットとなるであろう。

3. 介護予防事業の見直しについて（論点：資料17頁）

事務局側が提示した一次予防事業と二次予防事業を区別しない案は、概ね賛同できる。

4. 高齢者のリハビリテーションについて（論点：資料40頁）

訪問系リハ職の供給不足が顕著であり、何らかの措置が必要と考える。

5. 地域包括支援センターについて（論点：資料47頁）

自治体内に複数の地域包括支援センターが存在する場合には、可能な限り1か所は自治体直営とし基幹型機能を果たすべきである。また、地域包括支援センターの従事職員で、在宅介護や在宅医療で働いた経験年数が浅く、圏内の介護従事者よりも力量が充分とはいえない者も少なくない。そのため、従事職員における何らかの措置を講じるべきと考える。

6. 地域支援事業について（論点：資料59頁）

やむなく事務局側が提示した案を遂行する場合、地域支援事業の上限額を現行通り給付費を尺度とし8%強とすべきである。仮に、高齢化率の上昇といった尺度に変更すれば、長期的には軽度者へのサービス削減に繋がっていくと考える。

（事務局への質問）

介護予防給付の地域支援事業への移行等（資料12～13頁）

Q1：事務局側としては、「新しい総合事業（要支援事業・新しい介護予防事業）」及び「新しい包括的支援事業・任意事業」の総事業費を、新制度発足時の2015年4月は約6000億円（平成23年度ベース）を担保すると考えているのか？

Q2：事務局側としては、要支援事業における市町村（事業主体）と介護事業者等（サービス提供者）との関係を、現行の介護報酬システム（国保連システム）を踏襲することを前提に考えているのか？もしくは、委託契約・指定管理者制度を模索しているのか？

Q3：要介護認定制度における区分は、現行の要支援1～要介護5に変更がないと理解できるが、今後、事務局側は認定制度の大幅な改正を想定していないと理解してよいのか？

Q4：事務局側としては、新しい総合事業における「事業内容」「人員基準・運営基準」などの裁量権を市町村に委ねることを想定しているが、どの程度移譲していくと考えているのか？

Q5：事務局側が提示している案は、市町村の力量による「地域間格差」を助長させる可能性が懸念されるが、その点の見解は？

以上