地域包括ケアシステムの構築に向けて

平成26年8月25日（月）

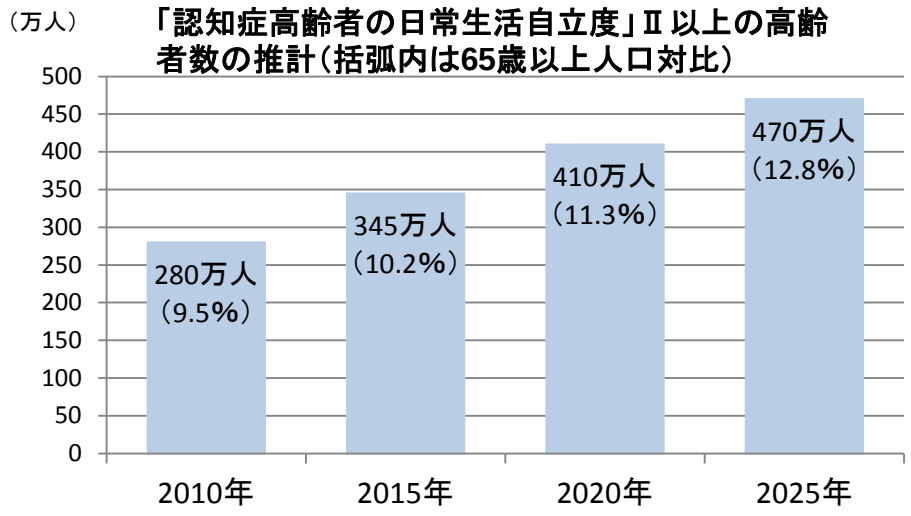
厚生労働省老健局振興課長
髙　橋　　謙　司

今後の介護保険をとりまく状況

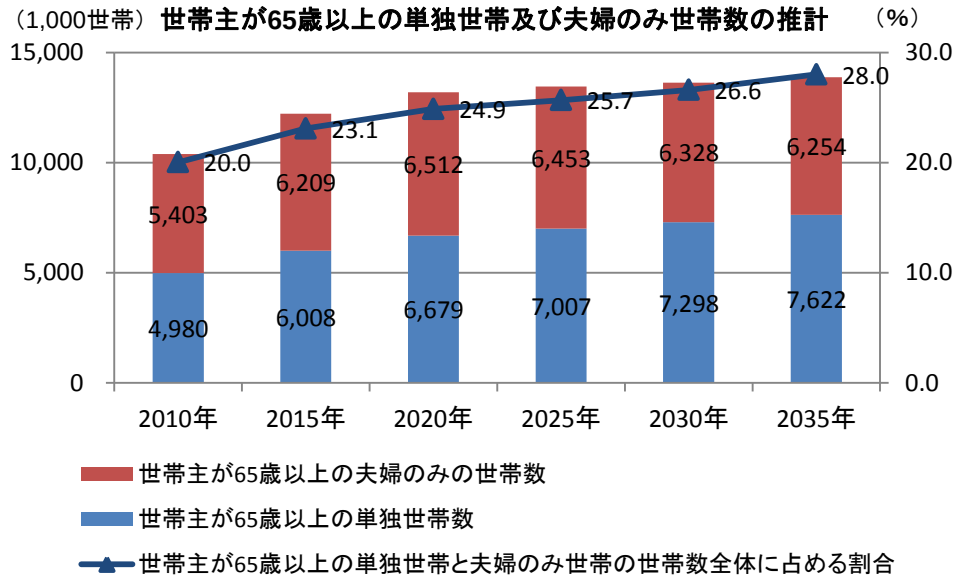
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測（3,878万人）。
また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	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



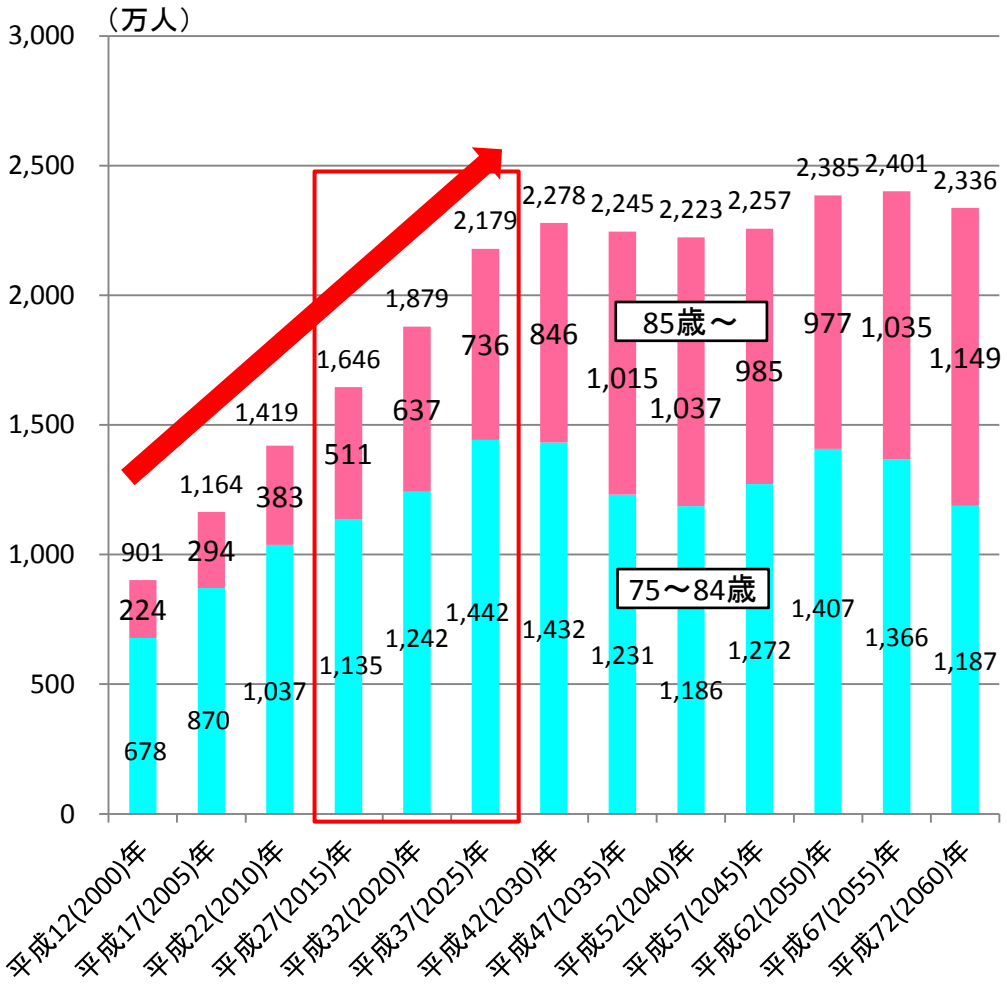
④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	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）

⑤要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

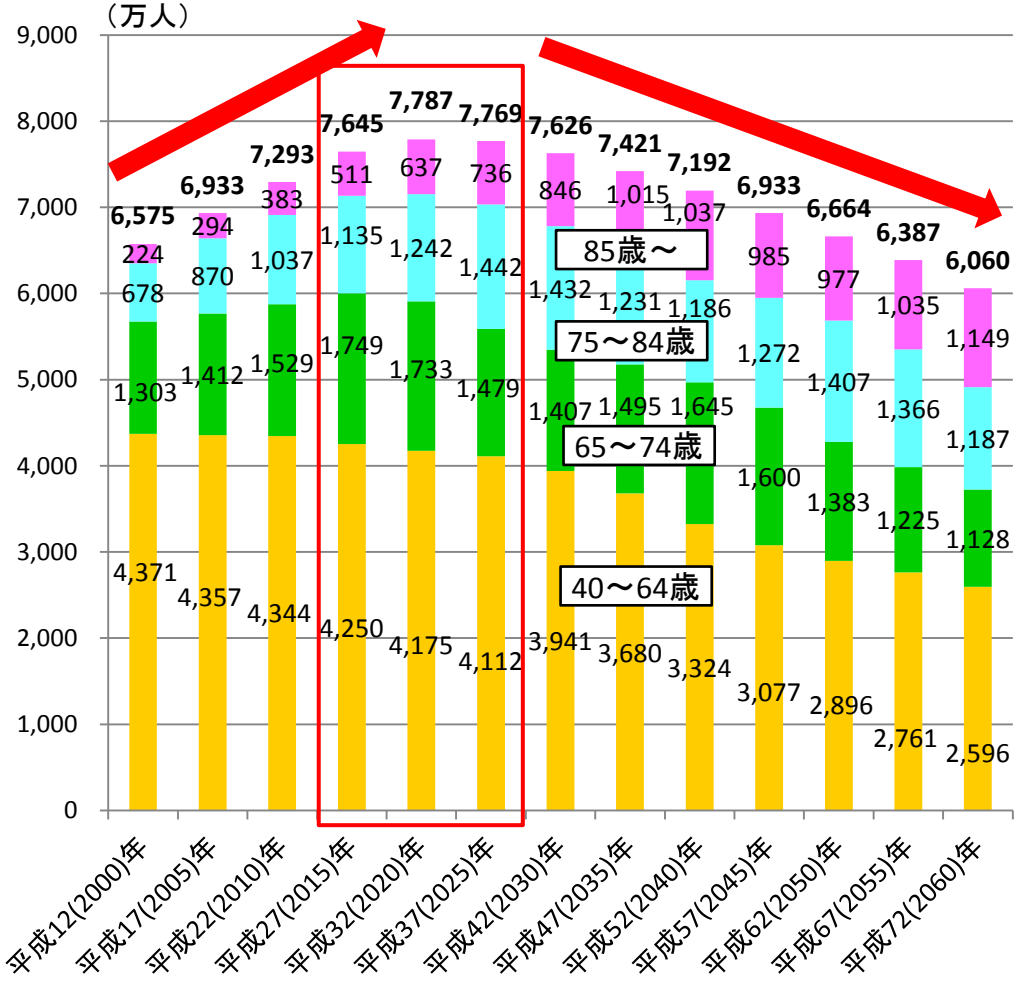
〇75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。

〇2030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。



⑥介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

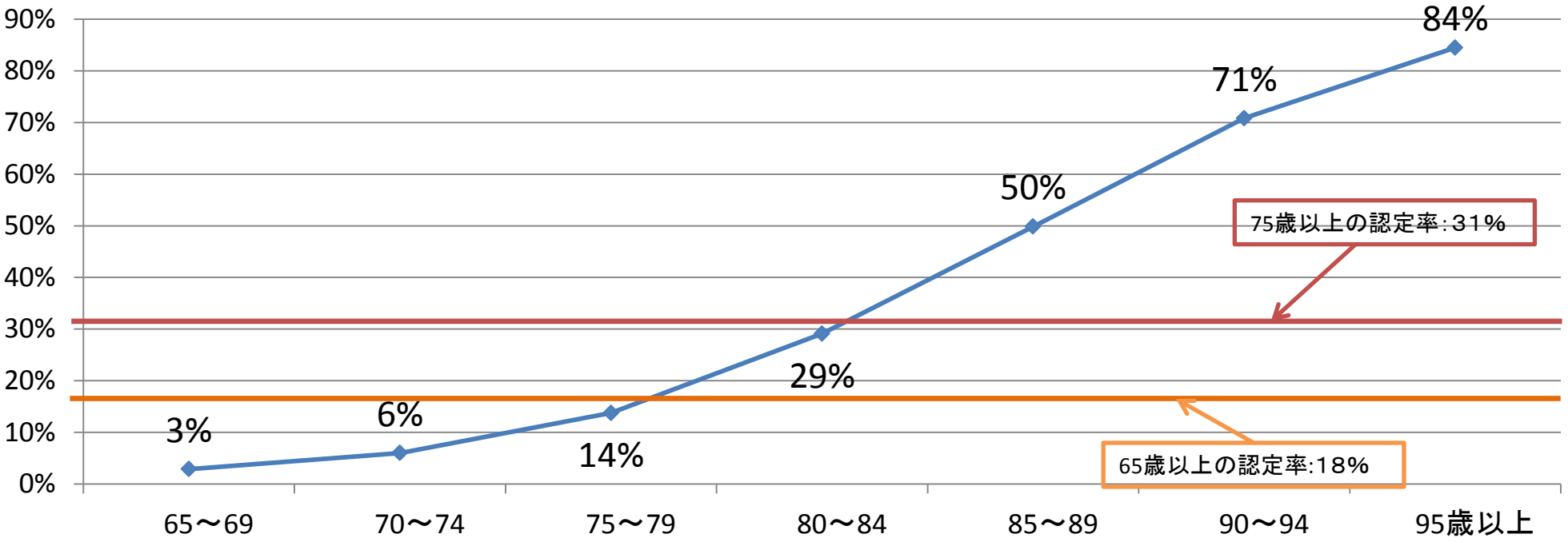
〇保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。



（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）

（参考）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）

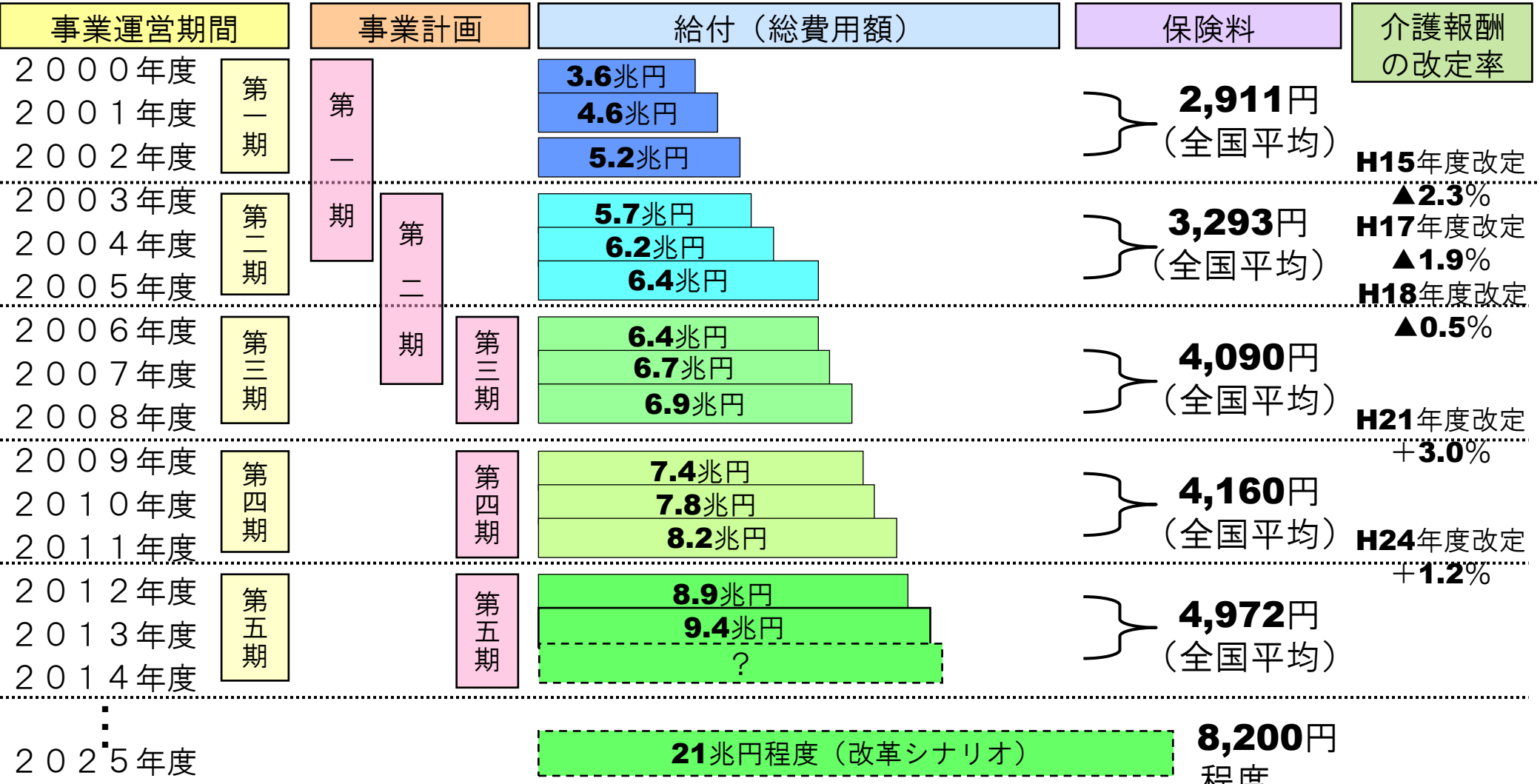
【参考】平成22年度1年度間において、入院、入院外又は歯科のいずれか1医療機関以上で診療を受けた者（合計）の割合

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

介護給付費の増加と保険料の上昇

○　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き、３年間を通じて財政の均衡を保つよう設定される（３年度を通じた同一の保険料）。



※2011年度までは実績であり、2012～2013年は当初予算である。
※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

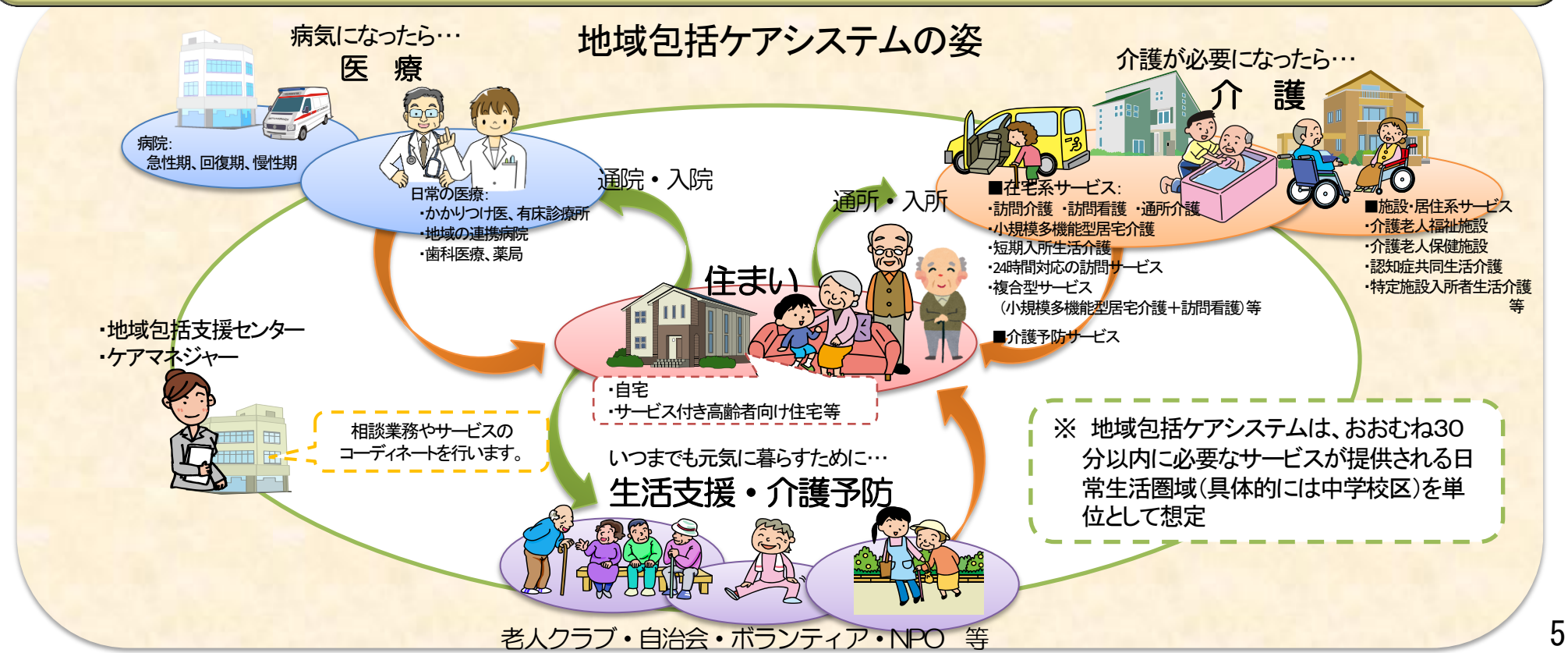
地域包括ケアシステムの構築について

○　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・生活支援が一体的に提供される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。



地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）

市町村では、2025年に向けて、3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域包括ケアシステムを構築していく。

地域の課題の把握と社会資源の発掘

日常生活圏域ニーズ調査等

介護保険事業計画の策定のため日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の実態を把握

地域ケア会議の実施

地域包括支援センター等で個別事例の検討を通じ地域のニーズや社会資源を把握

※　地域包括支援センターでは総合相談も実施。

医療・介護情報の「見える化」
（随時）

他市町村との比較検討

量的・質的分析

□高齢者のニーズ

□住民・地域の課題

□社会資源の課題
- 介護
- 医療
- 住まい
- 予防
- 生活支援

□支援者の課題
- 専門職の数、資質
- 連携、ﾈｯﾄﾜｰｸ

社会資源

○地域資源の発掘

○地域リーダー発掘

○住民互助の発掘

事業化・施策化協議

地域の関係者による対応策の検討

介護保険事業計画の策定等

■都道府県との連携
（医療・居住等）
■関連計画との調整
- 医療計画
- 居住安定確保計画
- 市町村の関連計画　等

■住民参画
- 住民会議
- セミナー
- パブリックコメント等

■関連施策との調整
- 障害、児童、難病施策等の調整

地域ケア会議　等

■地域課題の共有
- 保健、医療、福祉、地域の関係者等の協働による個別支援の充実
- 地域の共通課題や好取組の共有

■年間事業計画への反映

具体策の検討

対応策の決定・実行

■介護サービス
- 地域ニーズに応じた在宅サービスや施設のバランスのとれた基盤整備
- 将来の高齢化や利用者数見通しに基づく必要量

■医療・介護連携
- 地域包括支援センターの体制整備（在宅医療・介護の連携）
- 医療関係団体等との連携

■住まい
- サービス付き高齢者向け住宅等の整備
- 住宅施策と連携した居住確保

■生活支援／介護予防
- 自助（民間活力）、互助（ボランティア）等による実施
- 社会参加の促進による介護予防
- 地域の実情に応じた事業実施

■人材育成[都道府県が主体]
- 専門職の資質向上
- 介護職の処遇改善

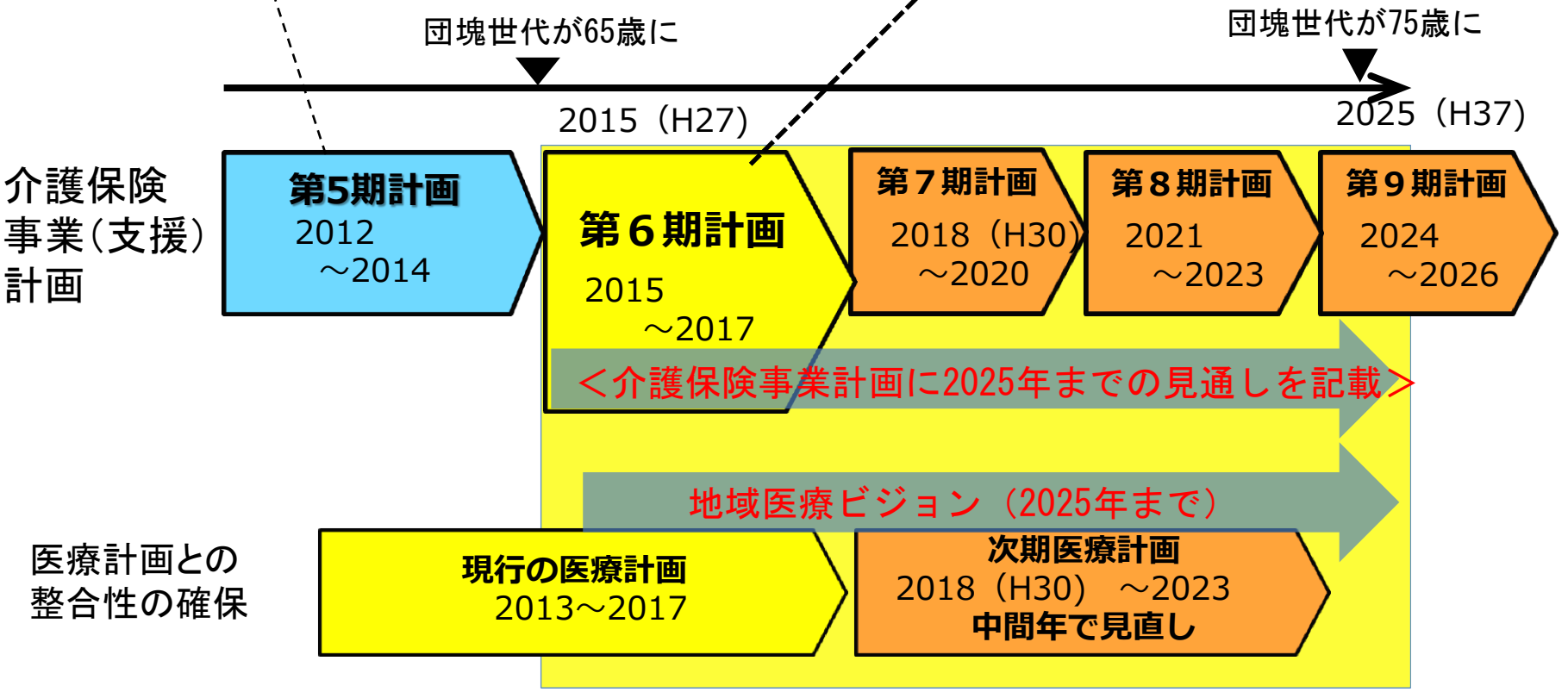
PDCAサイクル

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定等

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**

○**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**。

○**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**して記載し、**中長期的な視野に立った施策の展開を図る。**



第６期計画のポイント（市町村介護保険事業計画）

①2025年のサービス水準等の推計

各保険者は計画期間中の給付費を推計して保険料を算定するだけでなく、いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる2025年のサービス水準、給付費や保険料水準なども推計し、市町村介護保険事業計画に記載する。

推計に当たっては、各保険者におけるサービスの充実の方向性、生活支援サービスの整備等により2025（平成37）年度の保険料水準等がどう変化するかを検証しながら行うこと。

②在宅サービス・施設サービスの方向性の提示

「地域包括ケア計画」として、在宅サービス、施設サービスをそれぞれの地域で今後どのような方向性で充実させていくか、地域の特徴を踏まえて中長期的な視点をもって各保険者として方向性を提示する。

その際には、75歳以上高齢者、認知症の高齢者など医療と介護の両方を必要とする人の増加に対応し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス及び小規模多機能型居宅介護などの普及が重要。

③生活支援サービスの整備

日常生活上の支援が必要な高齢者が地域で安心して在宅生活を継続できるよう、ボランティア、NPO、協同組合等の多様な主体による多様な生活支援サービスを充実強化するための取組を記載する。

平成29年4月までに新しい総合事業を開始し、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を第6期中に事業へ移行することを踏まえ、コーディネータの配置などにより、地域づくりを積極的・計画的に進める。

④医療・介護連携・認知症施策の推進

新たに地域支援事業に位置付けられる医療・介護連携の機能、認知症への早期対応などについて必要な体制の整備など各市町村の第6期における取組方針と施策を示す。第6期期間中に取組可能な市町村から順次具体的に実施。

⑤住まい

高齢者の日常生活の支援や保健・医療・介護などサービス提供の前提となる住まいに関して、今後どのような方向性で充実させていくか、保険者として方向性を提示する。その際、市町村及び都道府県の住宅関係の計画担当部局、介護保険部局との連携を図る。

第６期計画のポイント（都道府県介護保険事業支援計画）

①医療･介護連携等の市町村支援

市町村の地域支援事業に新たに医療･介護連携等が位置付けられるが、在宅医療体制の整備や医療･介護連携に向けた取組などはこれまで市町村になじみがないことから、都道府県がより広域的な立場から行う市町村への後方支援･広域調整の具体的取組を明確に示す。

②2025年の人材推計

今後更にサービス量の増大が見込まれる2025年に向けて介護人材の確保と資質の向上を図ることが必要であることから、市町村のサービス量見込を踏まえて、各都道府県の計画期間中･2025年の介護人材等の必要量を推計する。併せて、その結果必要となる介護人材の確保･育成のための具体的取組を示す。

③医療計画との整合性

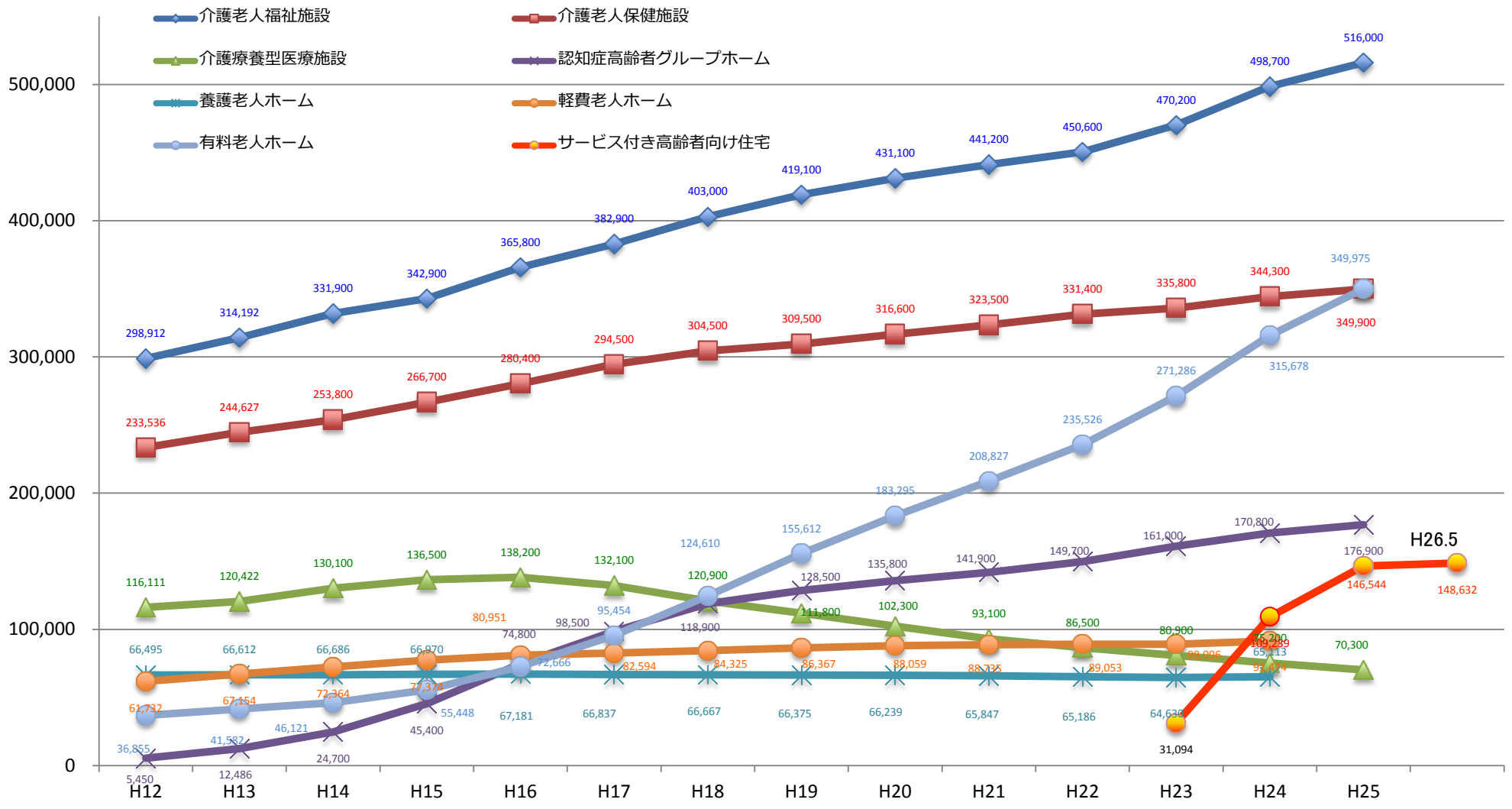
高度急性期から在宅医療･介護までの一連のサービス提供体制の一体的な確保を図るために、都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画を一体的に強い整合性を持った形で策定することを踏まえ、今後策定される地域医療構想の指針を見ながら医療計画との連携の密度を高めていく。

④高齢者居住安定確保計画との調和

高齢者の日常生活の支援や保健･医療･介護などのサービスが提供される前提となる住まいに関して、市町村介護保険事業計画を踏まえた供給目標や取組を示す。その際には公営住宅、高齢者に対する賃貸住宅や老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム等）の整備活用が重要。そのため、都道府県の住宅関係の計画担当部局、市町村の介護保険部局及び住宅担当部局との連携を図る。

高齢者向け住まいの定員数

（単位：人・床）

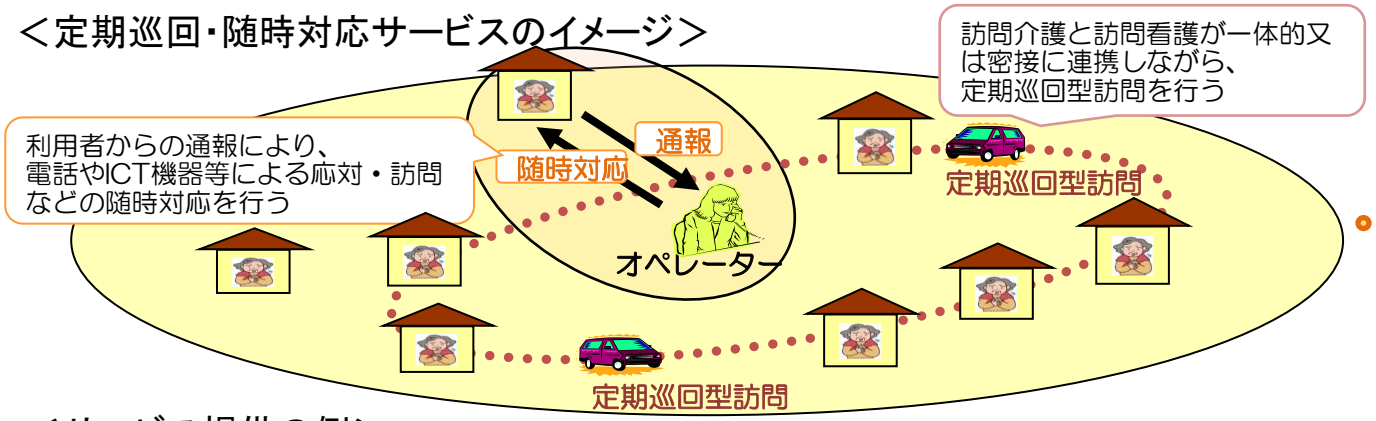


※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査（10月審査分）【H14～】（定員数ではなく利用者数）」による。
※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護福祉施設サービスを合算したもの。
※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。
※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H24社会福祉施設等調査（10/1時点）」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24は基本票の数値。
※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（7/1時点）による。
※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（3/31時点）」による。

24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの概要

○ 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、**重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足**していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して**医療と介護との連携が不足**しているとの問題がある。
○ このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う**「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」**を創設（2012年４月）。

＜定期巡回・随時対応サービスのイメージ＞



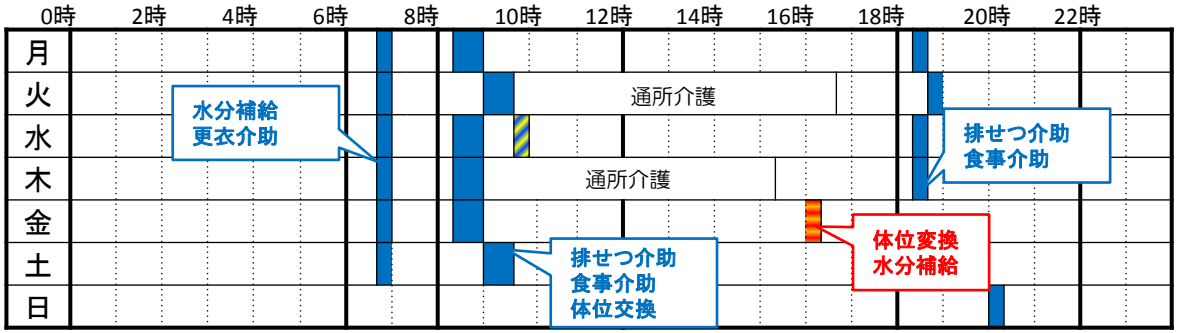
参入していない事業者は、
「夜間・深夜の対応が中心」
「コール対応が中心」 等のイメージ

実態は、

夜間・深夜の対応は日中と比べて少なく、利用者からのコールも少ない。（イメージが実態と大きく異なっていることが多い。）

【三菱UFJリサーチ＆コンサルティング調査より】

＜サービス提供の例＞



・**日中・夜間を通じて**サービスを受けることが可能

・**訪問介護と訪問看護を一体的に**受けることが可能

・定期的な訪問だけではなく、**必要なときに随時サービス**を受けることが可能

＜参考＞

1. 第5期介護保険事業計画での実施見込み

平成24年度	平成25年度	平成26年度
189保険者（0．6万人／日）	283保険者（1．2万人／日）	329保険者（1．7万人／日）

2. 社会保障・税の一体改革での今後の利用見込み

平成27年度	平成37年度
1万人／日	15万人／日

3. 介護保険事業所数、受給者数

介護保険事業所数（26年5月31日時点）	受給者数（26年5月31日時点）
489事業所	7,942人

小規模多機能型居宅介護の概要

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

利用者の自宅

在宅生活の支援

様態や希望により、「訪問」

小規模多機能型居宅介護事業所

「訪問」

人員配置は固定にせず、柔軟な業務遂行を可能に。

どのサービスを利用しても、なじみの職員によるサービスが受けられる。

「通い」を中心とした利用

様態や希望により、**「泊まり」**

運営推進会議

利用者、利用者の家族、地域住民、市町村の職員、地域包括支援センターの職員等による会議において、おおむね2月に1回以上、活動状況等について協議・報告・評価を行う。

- **外部の視点の評価による地域に開かれたサービス**
- **サービスの質の確保**

《利用者》

- 1事業所の登録定員は25名以下
- 「通い」の利用定員は登録定員の2分の1～15 名の範囲内
- 「泊まり」の利用定員は通いの利用定員の3分の1～9名の範囲内

《人員配置》

- 介護・看護職員
  日中：通いの利用者3人に1人＋訪問対応1人
  夜間：泊まりと訪問対応で2人（1人は宿直可）
- 介護支援専門員1人

《設 備》

- 居間及び食堂は機能を十分に発揮しうる適当な広さ
- 泊まりは4．5畳程度でプライバシーが確保できるしつらえ

○要介護度別の月単位の定額報酬

介護保険事業所数、受給者数（介護予防含む）

介護保険事業所数（26年3月審査分）	受給者数（26年3月審査分）
4,311事業所	78,611人

地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革

改革の目的： 今回の医療・介護の改革は、プログラム法の規定に基づき、**高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保**することで地域における適切な医療・介護サービスの提供体制を実現し、患者の早期の社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能とすること

効率的かつ質の高い医療提供体制の構築 ＋ 地域包括ケアシステムの構築

計画
基金

■医療及び介護サービスの整合的な計画の策定と、医療・介護を対象とした新たな財政支援制度

・都道府県が策定する医療計画と介護保険事業計画を、一体的・強い整合性を持った形で策定（両者を包括する基本的な方針）
・消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（各都道府県に基金を設置）を法定化（医療・介護とも対象）

■地域での効率的・質の高い医療の確保

○病床の機能分化・連携
- 各医療機関が医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を都道府県に報告
- 都道府県は、報告制度等を活用し、各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来のあるべき姿（地域医療構想（ビジョン））を策定
- 地域医療構想（ビジョン）は、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議により推進することを基本。なお、医療機関相互の協議の合意に従わない医療機関が現れた場合等には必要な対処措置を講ずる

○有床診療所等の役割の位置づけ
- 病床機能報告制度及び地域医療構想（ビジョン）の導入を踏まえ、国、地方公共団体、病院、国民（患者）と併せ、有床診療所の役割・責務について、医療法に位置づける。

○在宅医療の推進、介護との連携

サービスの充実

■地域包括ケアシステムの構築

○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
*前回改正による24時間対応の定期巡回サービスをはじめ、介護サービスの充実・普及を推進

○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

○特別養護老人ホームの「新規」入所者を、原則、要介護3以上に重点化　*要介護1・2でも一定の場合には入所可能

サービス充実の基盤制度の整備

■地域での効率的・質の高い医療の確保

○医療事故にかかる調査の仕組みの位置づけ

○医療法人制度に係る見直し
- 持ち分なし医療法人への移行促進策を創設（移行計画の策定等）
- 医療法人社団と医療法人財団の合併を可能とする。

○臨床研究中核病院の位置づけ

■チーム医療の推進

○診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設

○診療放射線技師、臨床検査技師、歯科衛生士の業務範囲又は業務実施体制の見直し

■医療・介護従事者の確保

○医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能の位置づけ

○看護師等免許保持者に対して、ナースセンターへの届出制度を創設

○医療機関の勤務環境改善
*指針の策定、都道府県で取組を支援する仕組み

○臨床修練制度の高度な医療技術を有する外国医師への拡充

○歯科技工士国家試験の全国統一化

○介護従事者の確保
*上記基金による対応、27年度介護報酬改定で検討

■持続可能な介護保険制度の構築（費用負担の公平化）

○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

○一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

○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

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）
＊介護保険制度内でのサービス提供であり、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

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

＊保険料見通し：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は、65歳以上高齢者の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上（単身で年金収入のみの場合、280万円以上）。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

○　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

在宅医療・介護の連携の推進

○　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。

在宅医療・介護連携推進事業の事業項目

- （ア） 地域の医療・介護サービス資源の把握
- （イ） 在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応の協議
- （ウ） 在宅医療・介護連携に関する相談の受付等
- （エ） 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援
- （オ） 在宅医療・介護関係者の研修
- （カ） 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
- （キ） 地域住民への普及啓発
- （ク） 二次医療圏内・関係市町村の連携

（参考）**「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」による改正後の介護保険法**

第115条の45第2項

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

一～三　（略）

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

五、六　（略）

第115条の45の10

1　市町村は、第115条の45第2項第4号に掲げる事業の円滑な実施のために必要な関係者相互間の連絡調整を行うことができる。

2　市町村が行う第115条の45第2項第4号に掲げる事業の関係者は、当該事業に協力するよう努めなければならない。

3　都道府県は、市町村が行う第115条の45第2項第4号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村に対する必要な協力をすることができる。

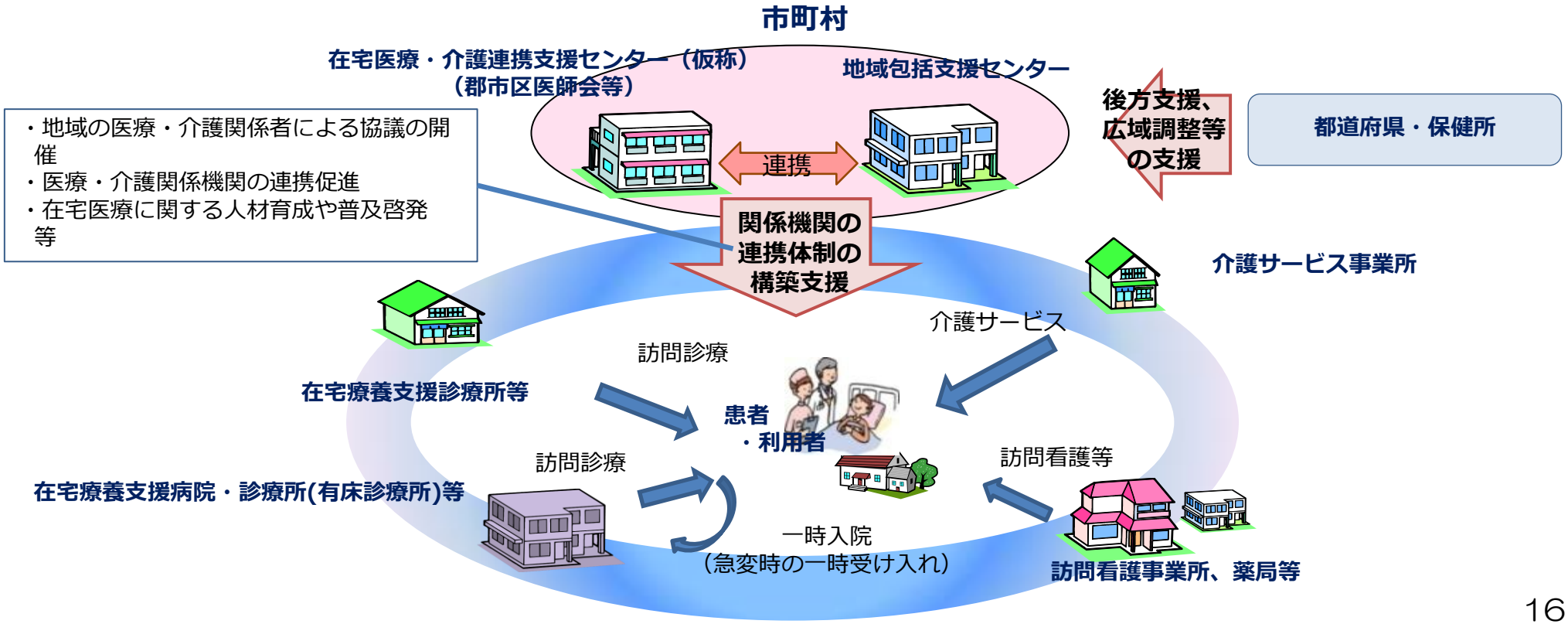
在宅医療・介護連携の推進

○　**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。**



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

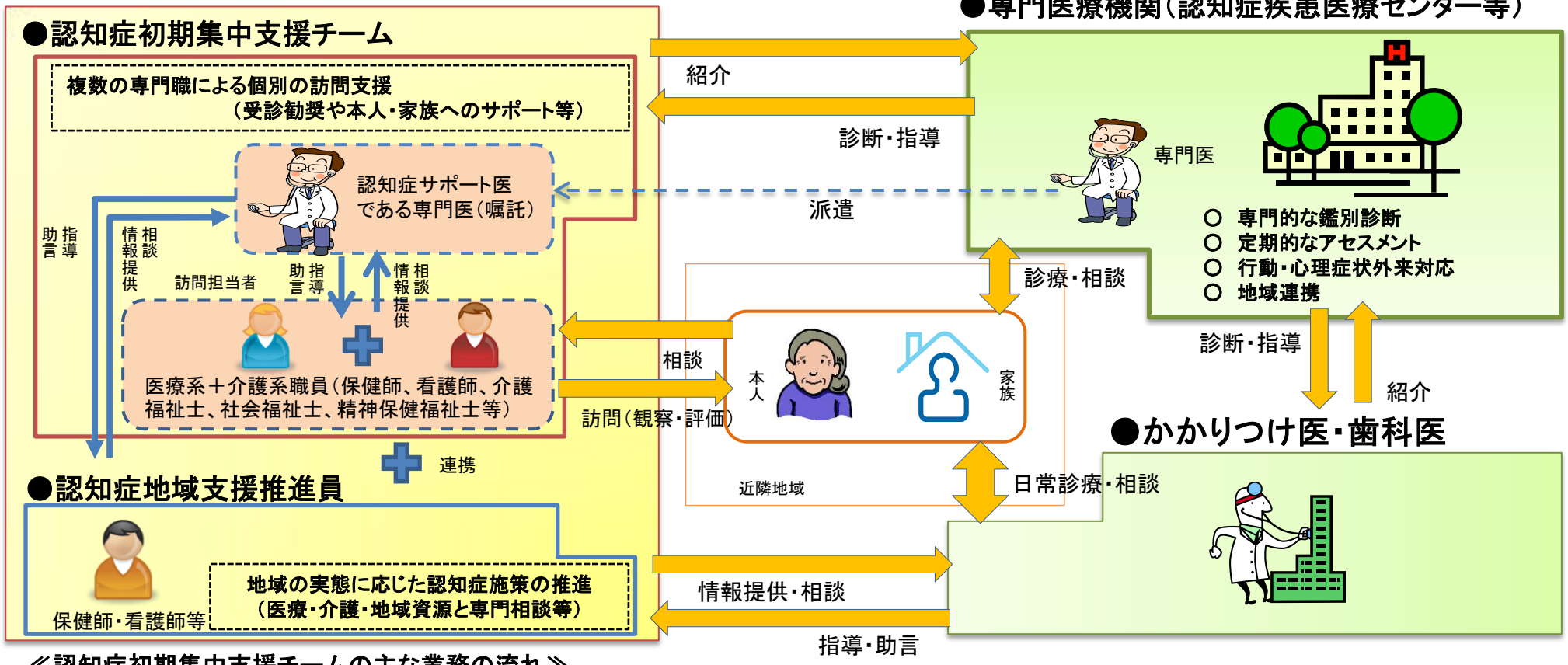
認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

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**（個別の訪問支援）
ー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ふまえて、観察・評価を行い、本人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**（専任の連携支援・相談等）
ー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、身体の様子のチェック）、**⑤専門医を含めたチーム員会議の開催**（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**

地域ケア会議の推進

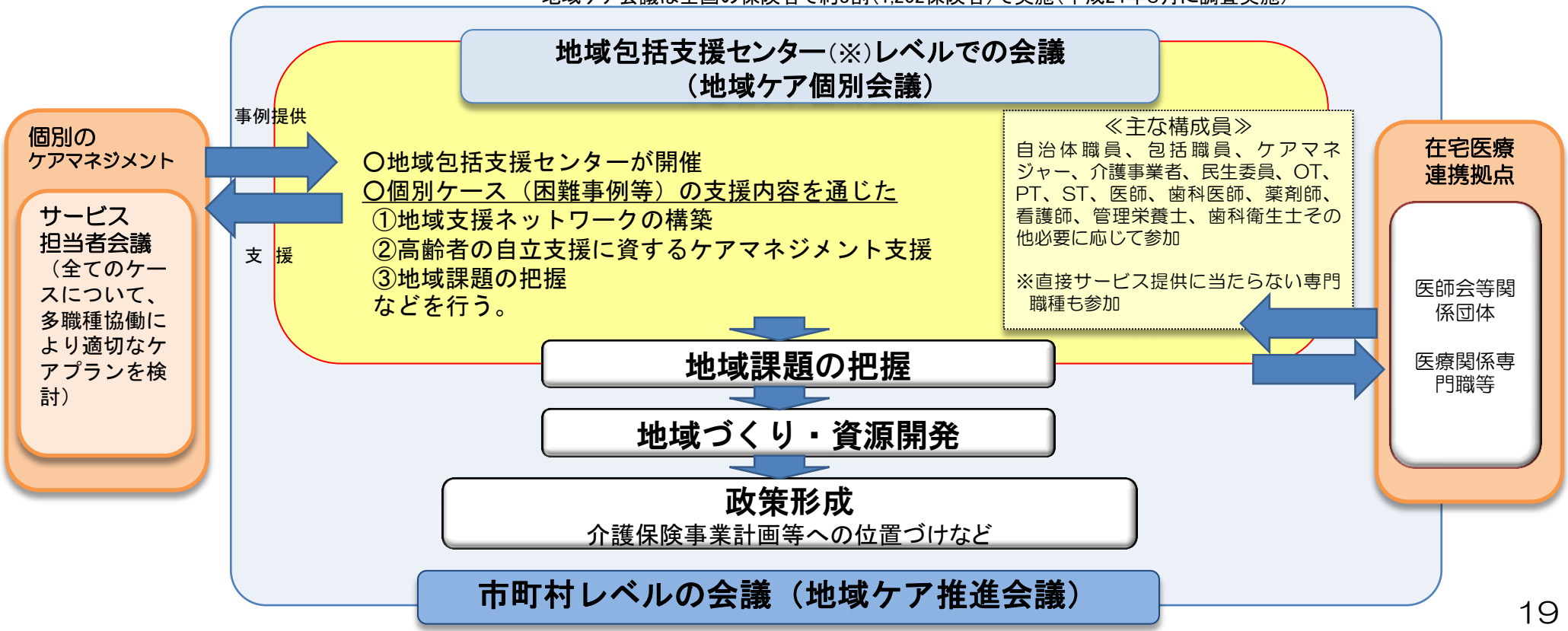
○ 「地域ケア会議」（地域包括支援センター及び市町村レベルの会議）については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。

○ 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を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、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
- 地域ケア会議に参加した者に対する守秘義務を規定 など

・地域包括支援センターの箇所数：4,484ヶ所（センター・ブランチ・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8割（1,202保険者）で実施（平成24年６月に調査実施）

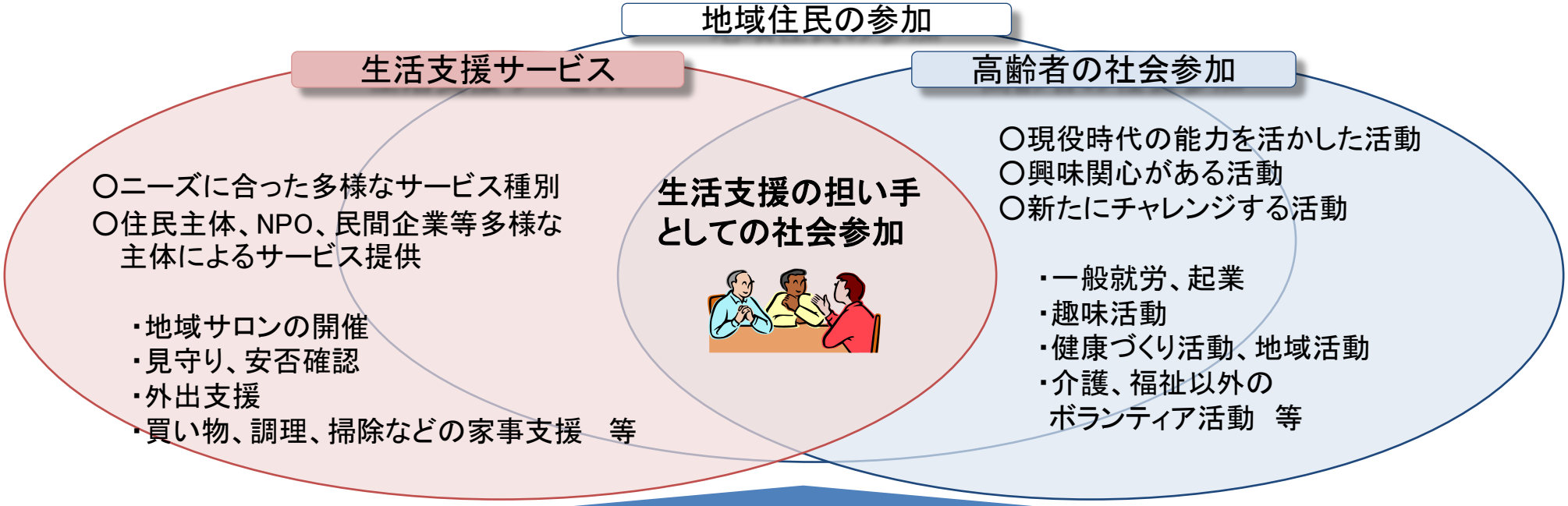


生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

○　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、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「生活支援サービスコーディネーター」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。（平成26年度より前倒しして予算措置）



バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化

バックアップ

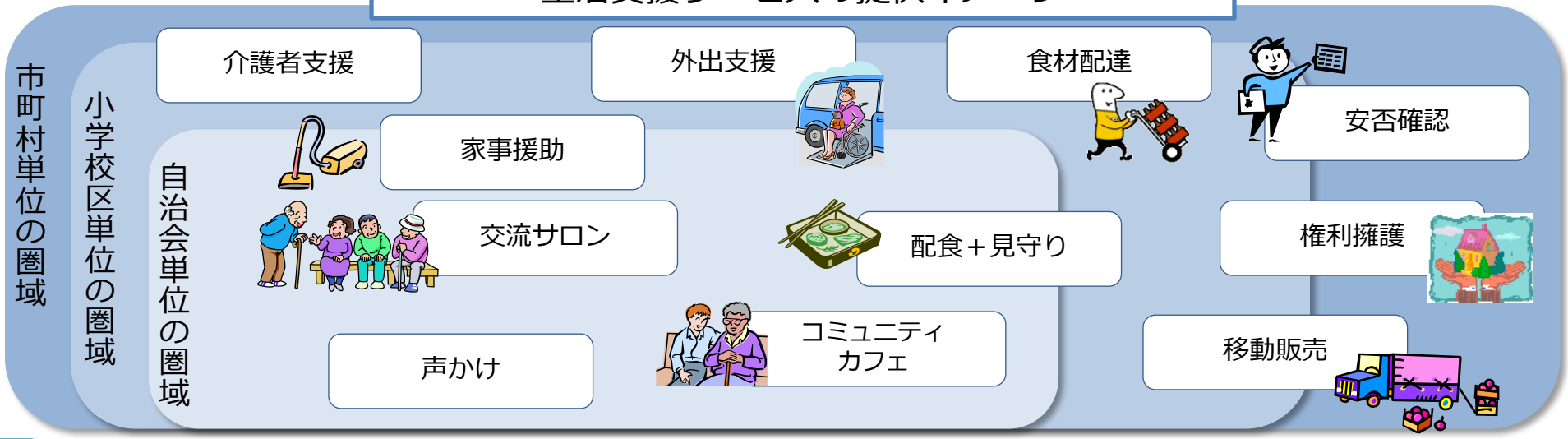
都道府県等による後方支援体制の充実

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、協同組合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
- 「生活支援サービスコーディネーター」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



主な事業体

民間企業　ＮＰＯ　協同組合　社会福祉法人　ボランティア　等

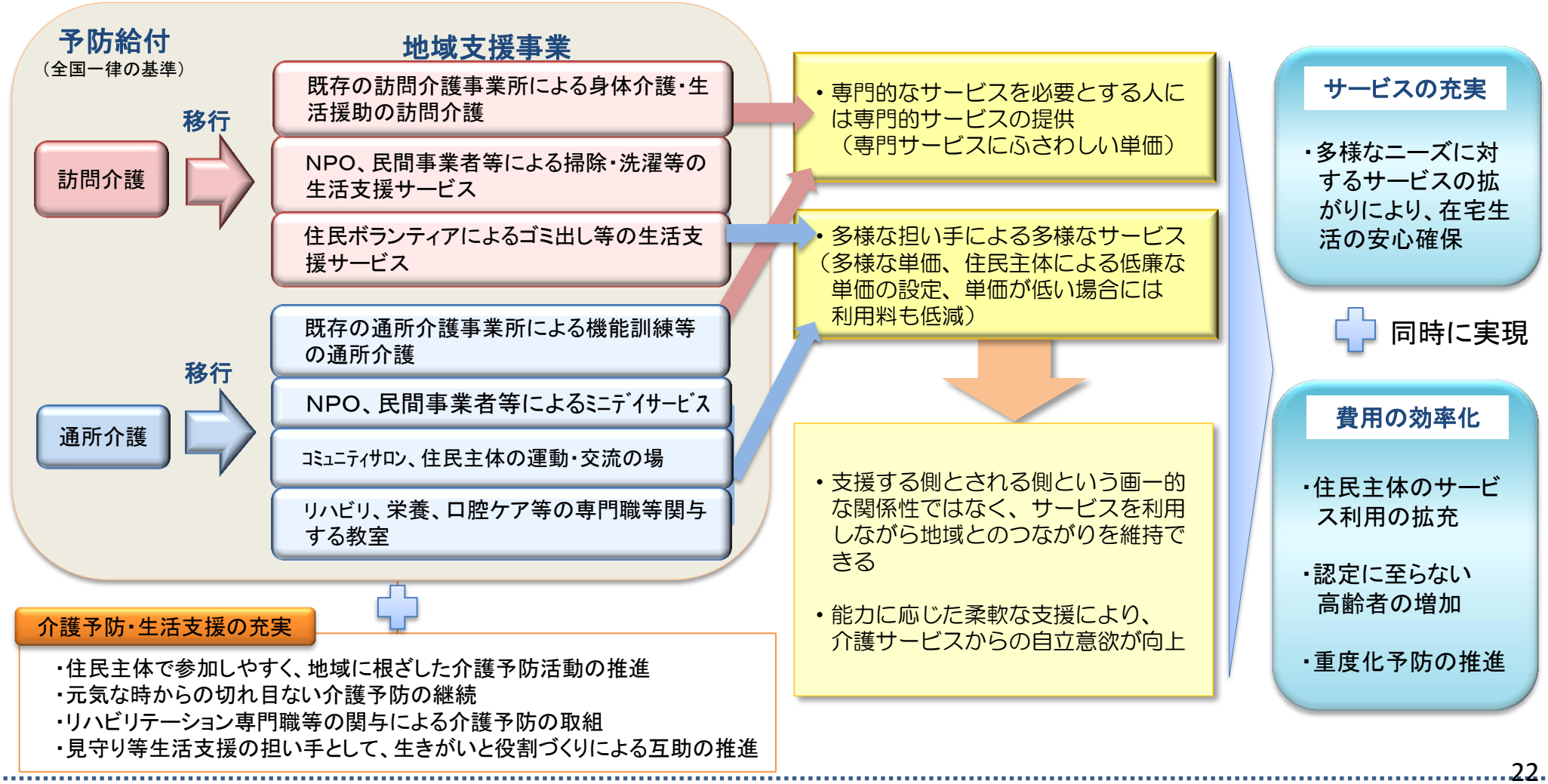
バックアップ

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

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、市町村が地域の実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。



新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の概要

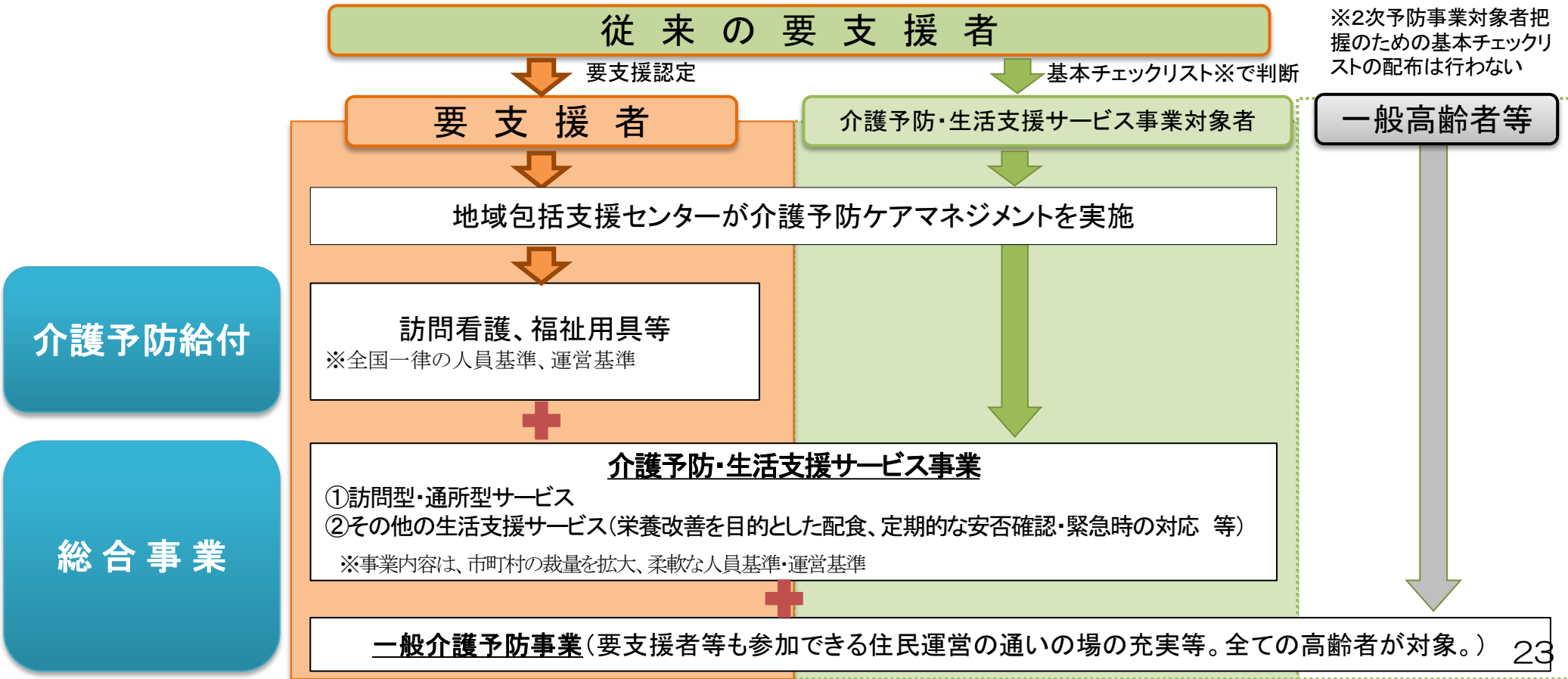
○ サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直す（平成29年度末には全て事業に移行）。

○ 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。



新しい介護予防事業

○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、地域づくりなどの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り組みを推進

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

新しい地域支援事業の全体像

介護保険制度

＜現行＞

＜見直し後＞

【財源構成】
国　25%
都道府県　12.5%
市町村　12.5%
1号保険料　21%
2号保険料　29%

介護給付　（要介護1～５）

介護予防給付
（要支援1～２）
訪問看護、福祉用具等
訪問介護、通所介護

地域支援事業

介護予防事業
又は介護予防・日常生活支援総合事業
○ 二次予防事業
○ 一次予防事業
介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

現行と同様

介護給付（要介護1～５）

介護予防給付（要支援1～２）

事業に移行

全市町村で実施

新しい介護予防・日常生活支援総合事業
（要支援1～２、それ以外の者）
○ 介護予防・生活支援サービス事業
・訪問型サービス
・通所型サービス
・生活支援サービス（配食等）
・介護予防支援事業（ケアマネジメント）
○ 一般介護予防事業

多様化

地域支援事業

【財源構成】
国　39.5%
都道府県　19.75%
市町村　19.75%
1号保険料　21%

包括的支援事業
○地域包括支援センターの運営
・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

包括的支援事業
○ 地域包括支援センターの運営
（左記に加え、地域ケア会議の充実）
○ 在宅医療・介護連携の推進
○ 認知症施策の推進
（認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員 等）
○ 生活支援サービスの体制整備
（コーディネーターの配置、協議体の設置等）

充実

任意事業
○ 介護給付費適正化事業
○ 家族介護支援事業
○ その他の事業

任意事業
○ 介護給付費適正化事業
○ 家族介護支援事業
○ その他の事業

介護予防・日常生活支援総合事業　ガイドライン案（骨子）

第１　総合事業に関する総則的な事項

○事業は、要支援者の多様なニーズに、要支援者の能力を最大限活かしつつ、多様なサービスを提供する仕組み。

○生活支援の充実、高齢者の社会参加・支え合い体制づくり、介護予防の推進、関係者間の意識共有と自立支援に向けたサービスの推進等を基本に事業を実施。

○住民主体のサービス利用、認定に至らない高齢者増加、重度化予防推進により、結果として費用の効率化。

事業の具体的な内容

第2　サービスの類型

○市町村が基準・単価等を定める際の参考例を提示。

○現行の訪問介護等に相当するサービスのほか、緩和した基準のサービス、住民主体の支援等の多様なサービスを想定。

第4　サービスの利用の流れ

○認定を受けずに、チェックリストにより、サービスを利用可能。

○ケアマネジメントで、利用者に適切なサービスを提供。

第6　総合事業の制度的な枠組み

○直接実施や委託のほか、指定事業者による実施や、事業者に対する補助による実施が可能。

○基準・単価等は、国の基準や単価の上限を踏まえ、設定。

○市町村の事業費の上限は、移行分をまかなえるよう設定。

基盤整備

第3　生活支援・介護予防サービスの充実

○コーディネーターや協議体等を通じ、地域の支え合い体制づくりを推進。

○担い手の知識・スキルの向上のため、研修実施。

○市町村で行われているボランティアポイントも活用可能。

第5　関係者間の意識共有と介護予防ケアマネジメント

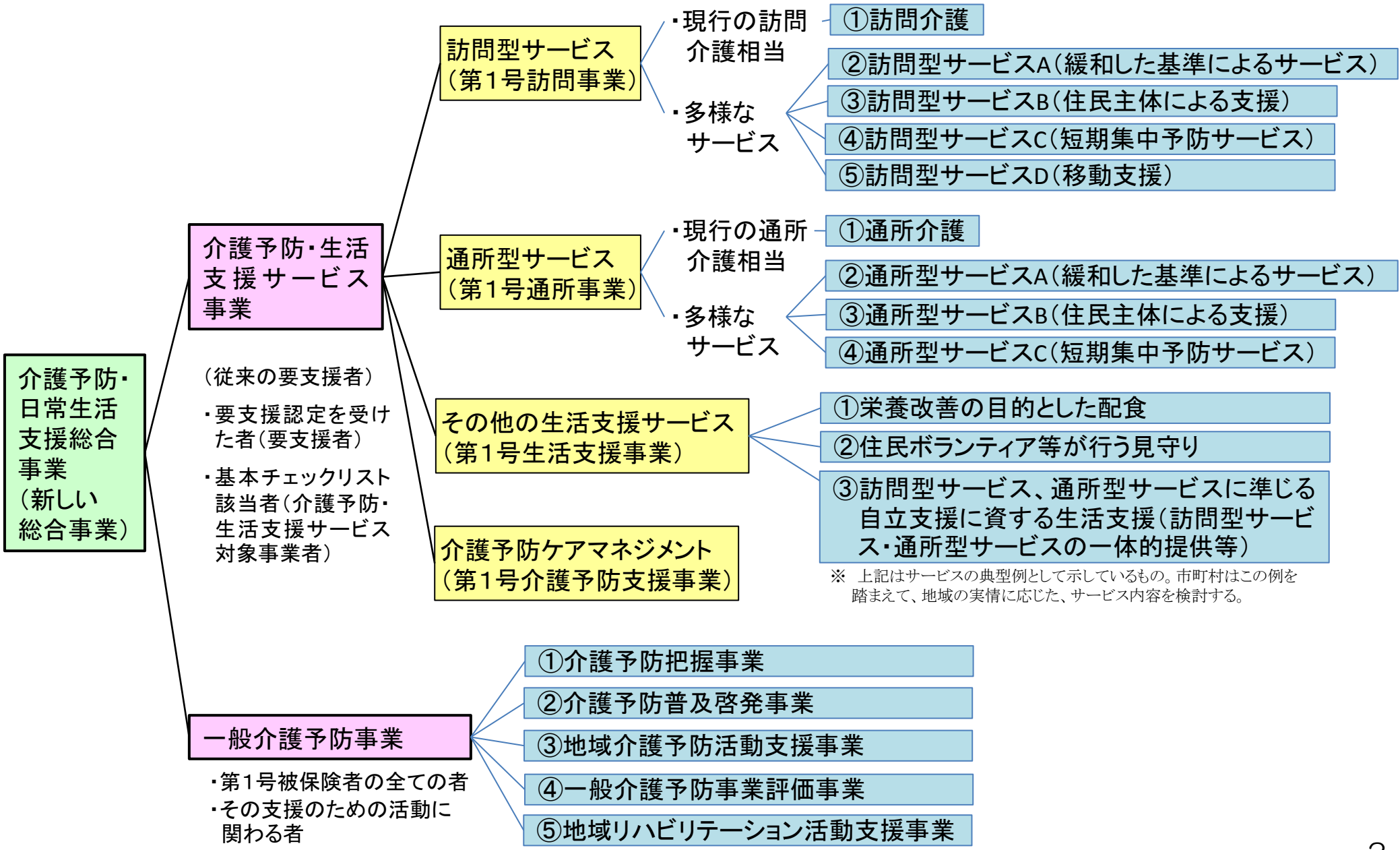
○一歩進んだケアマネジメントに向け、関係者の意識共有や、短期集中アプローチで自立につなげるケアマネジメントを推進。

第7　円滑な事業への移行・実施

○事業は29年４月まで猶予可能。市町村は、早期から総合事業に取り組む。一方で、受け皿の整備等に一定の時間をかけることも選択肢。

○エリアごとなど、段階的な実施も可。

介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の構成



サービスの類型（典型的な例）

○　要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す。

（例）通所型サービス

※　市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○　通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○　多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	①　通所介護	②　通所型サービスA （緩和した基準によるサービス）	③　通所型サービスB （住民主体による支援）	④　通所型サービスC （短期集中予防サービス）
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション　等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース　等 ※3～6ケ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者（例）	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 ＋ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 （市町村）

（例）訪問型サービス

※　市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○　訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○　多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA （緩和した基準によるサービス）	③訪問型サービスB （住民主体による支援）	④訪問型サービスC （短期集中予防サービス）	⑤訪問型サービスD （移動支援）
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース （例） ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者　等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ケ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員（訪問介護事業者）	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）	

生活支援・介護予防サービスの充実

1　生活支援・介護予防サービスの開発・発掘のための取組

○ 「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」や「協議体」の設置等（「生活支援体制整備事業」）を通じて、市町村が中心となって、サービスが創出されるよう取組を積極的に進める。具体的には、コーディネーターと協議体が協力しながら、取組を総合的に推進。

2　住民主体の支援活動の推進

○ 生活支援の担い手となる者の知識・スキルの向上はより良い生活支援に資するため、担い手に対し、市町村が中心となって、介護保険制度、高齢者の特徴と対応、認知症の理解などについての各種研修を実施するのが望ましい。

○ 高齢者が地域のサロン、会食会、外出の補助、介護施設等でボランティア活動を行った場合にポイントを付与するボランティアポイント制度が市町村において実施されており、地域支援事業の一般介護予防事業の枠組みが活用可能。

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
○ 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	○ 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	○ 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層の中学校区域があり、26年度は第１層、29年度までの間に第２層の充実を目指す。

※ 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

（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

【参考】「コーディネーター」及び「協議体」設置・運営に係るフロー（例）

「コーディネーター」と「協議体」の設置の手法については、地域の状況によって様々であると考えられるが、一例として、市町村が各地域（日常生活圏域・第２層）において協議体を起ち上げ、協議体のメンバーの中から第２層のコーディネーターを選出する事例を想定し、大まかな流れを示す。

市町村	協議体	コーディネーター
○生活支援サービスの充実に関する研究会の立ち上げ ○ニーズと地域資源の把握 ○市町村の方針の決定 ※研究会の立ち上げは早期に行う（26年度中が望ましい）。事業計画策定委員会等の活用も考えられる。		
○各地域（日常生活圏域等）に協議体を設置 ※コーディネーターの適任者がいる場合、協議体とコーディネーターを同時に設置・選出することも考えられる。 ※以後、適宜、協議体・コーディネーターを支援	○協議体の活動開始（初期は情報収集等から開始） ・ニーズや地域資源の情報共有、連携の強化 ・既存のサービス、集いの場等の活用 ・開発が必要なサービスの議論	
	○コーディネーターの選出 ※コーディネーターが選出されたら、協議体・コーディネーターが中心に実施。 ※コーディネーターは、都道府県が実施するコーディネーター向け研修を受講することが望ましい。	
	○コーディネーターと協議体の連携による生活支援の担い手の養成やサービスの開発	

※　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り。

サービスの利用の流れ

周知

○ 総合事業の目的、内容、サービスメニュー、手続方法等について十分に周知。その際、パンフレット等の使用などにより、被保険者やその家族などにわかりやすく説明。

① 相談

○ 被保険者からの相談を受け、窓口担当者より総合事業等を説明（サービス事業は、目的や内容、手続き等を十分説明）。その際、①事業のみ利用する場合は、基本チェックリストで迅速なサービス利用が可能であること、②事業対象者となった後も要介護認定等の申請が可能であることを説明。

※予防給付（訪問看護や福祉用具貸与等）を希望している場合等は、要介護認定等の申請につなぐ。

※第2号被保険者は、要介護認定等申請を行う。

② 基本チェックリストの活用・実施

○ 窓口で相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを活用・実施し、利用すべきサービスの区分（一般介護予防事業、サービス事業及び給付）の振り分けを実施。

③ 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始

○ 利用者に対して、介護予防・生活支援を目的に、その心身の状況等に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行う。

○ 利用者が居住する地域包括支援センターが実施するが、居宅介護支援事業所への委託も可能。

○ 介護予防ケアマネジメントは、利用者の状態像・意向等を踏まえ、3パターンに分けて行う。

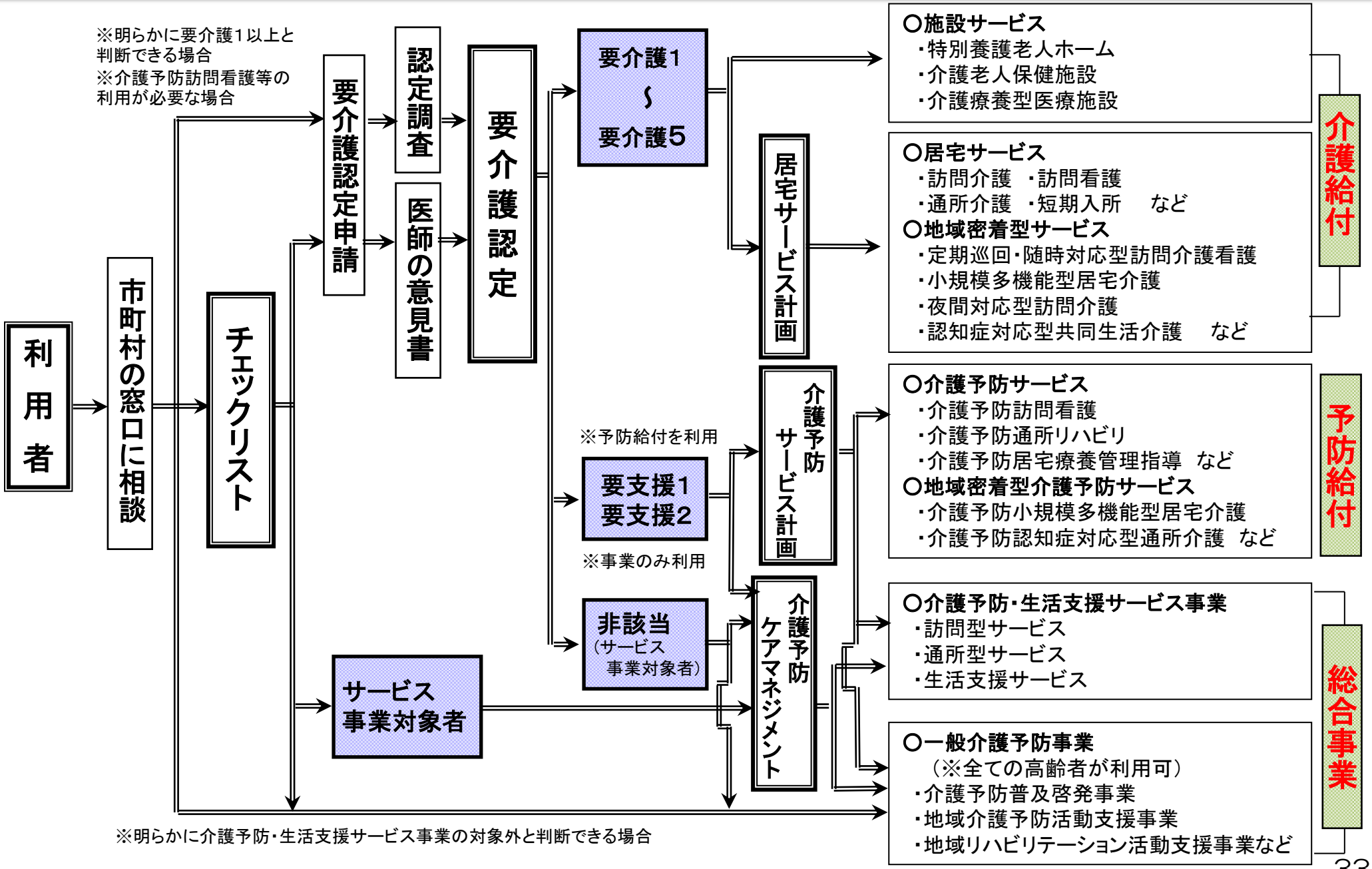
① 原則的な介護予防ケアマネジメント

② 簡略化した介護予防ケアマネジメント（サービス担当者会議やモニタリングを適宜省略）

③ 初回のみの介護予防ケアマネジメント（アセスメントを行い、サービスの利用につなげるところまで）

※ 高齢者が自らの機能を維持向上するように努力するにはセルフマネジメントが重要であり、その推進等のため、「介護予防手帳（仮称）」等の活用も提案

【参考】介護サービスの利用の手続き



総合事業の制度的な枠組み

1　介護予防・生活支援サービス事業

1　介護予防・生活支援サービス事業の実施方法

	概要	想定される実施例
①市町村の直接実施	市町村の職員が直接要支援者等に支援等を実施	保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス
②委託による実施	NPO・民間事業者等に、要支援者等への支援等を委託	NPO・民間事業者等が行う生活援助やミニデイサービス
③指定事業者によるサービス提供	市町村長が指定した事業者が、要支援者等にサービスを提供した場合に、その費用を支給（現行と同様の仕組み）※	既存の事業者が行う介護予防訪問介護等に相当するサービス
④NPOやボランティア等への補助	NPOやボランティア等に、要支援者等へのサービス提供などを条件として、立ち上げ経費や活動経費を補助（助成）	ボランティア等による生活支援や通いの場

※総合事業への円滑な移行を図るため、予防給付の指定事業所（訪問介護・通所介護）を総合事業の指定事業所とみなす経過措置がある。

2　サービスの基準

市町村における総合事業の円滑な実施のため、以下のようなサービスの基準の例を示す。

＜（例）通所型サービスの基準＞　※下線は、市町村や指定事業者等が事業を実施する際に、法令上必ず遵守すべき事項。それ以外は参考例。

	①現行の通所介護相当	②通所型サービスＡ（緩和した基準によるサービス）	③通所型サービスＢ（住民主体による支援）
人員	・管理者※　常勤・専従1以上 ・生活相談員　専従1以上　・看護職員　専従1以上 ・介護職員　～15人　専従1以上 15人～　利用者1人に専従0.2以上 ・機能訓練指導員　1以上 ※支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。	・管理者※　専従1以上 ・従事者　～15人　専従1以上 15人～　利用者1人に必要数 ※　支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。	・従事者　必要数
設備	・食堂・機能訓練室（３㎡×利用定員以上） ・静養室・相談室・事務室 ・消火設備その他の非常災害に必要な設備 ・必要なその他の設備・備品	・サービスを提供するために必要な場所 （３㎡×利用定員以上） ・必要な設備・備品	・サービスを提供するために必要な場所 ・必要な設備・備品
運営	・個別サービス計画の作成 ・従事者の清潔の保持・健康管理　・秘密保持等 ・事故発生時の対応　・廃止等の届出と便宜の提供　等 （現行の基準と同様）	・必要に応じ、個別サービス計画の作成 ・従事者の清潔の保持・健康管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応　・廃止等の届出と便宜の提供	・従事者の清潔の保持・健康管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止等の届出と便宜の提供

総合事業の制度的な枠組み

３　サービスの単価・利用者負担等

○　サービス内容等に応じて、市町村が単価・利用者負担を設定する。その設定の考え方は以下のとおり。

・　現行の訪問介護等に相当するサービスの単価は、市町村において、国が定める額（予防給付の単価）を上限として、個別の額（サービス単価）を定める※。　※　市町村は、訪問介護員等による専門的サービスであること、サービス基準等を勘案し、ふさわしい単価を定める。

・　利用者負担は、市町村が、サービス内容や時間、基準等を踏まえ設定。なお、現行の訪問介護等に相当するサービスは、介護給付の利用者負担割合（１割、一定以上所得者は2割）等を勘案し、設定。ただし、下限は当該給付の利用者負担割合。

○　指定事業者によるサービスについて、支給限度額を勘案しつつ、国保連を活用しながら、管理を実施。

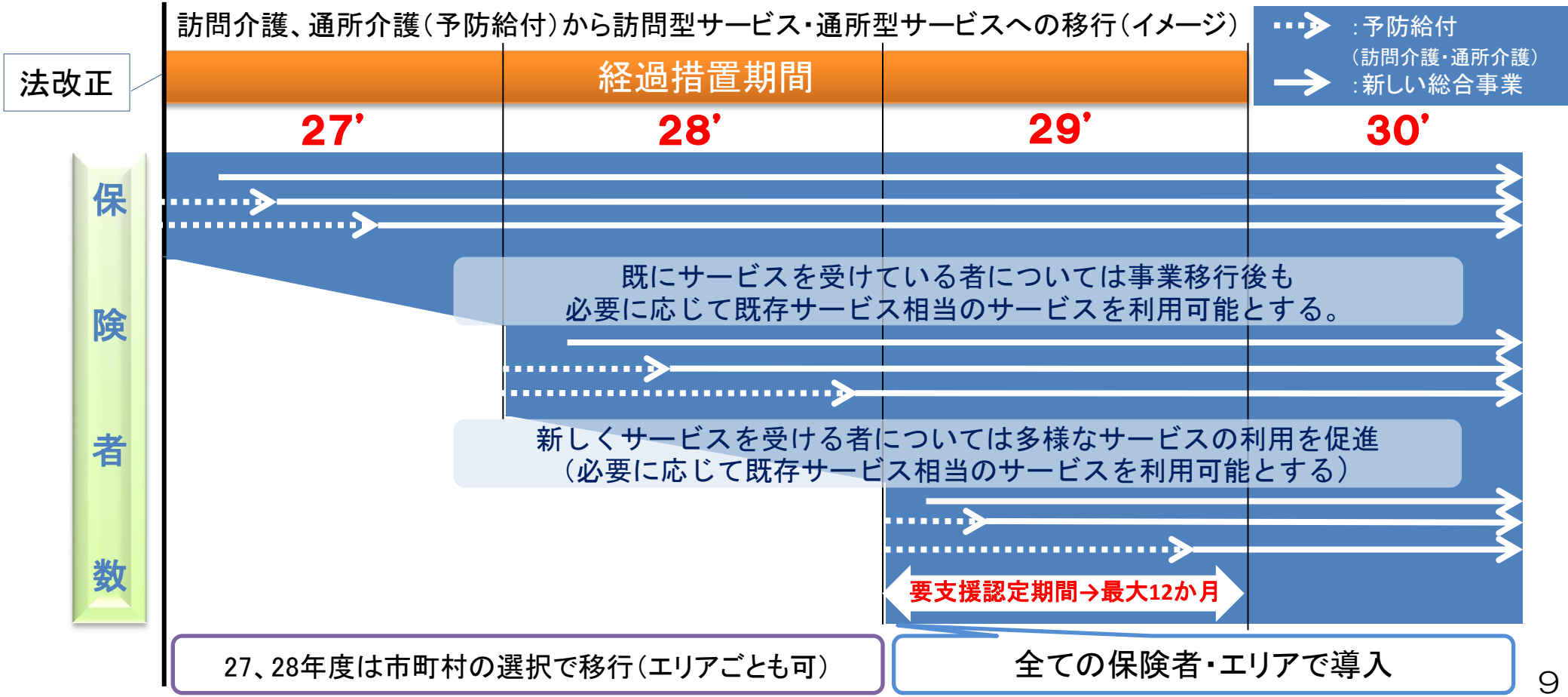
２　地域支援事業の上限

○　総合事業に移行するサービスに要する費用がまかなえるよう、以下のとおり従前の費用実績を勘案した上限を設定。
また、総合事業の円滑な実施に配慮し、計算式による上限を超える場合は、個別に判断する枠組みを設ける。個別判断は、事前の判断と事後の判断に分けて行う。

総合事業の上限　＝【①当該市町村の事業開始の前年度の（予防給付（介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援）＋介護予防事業）の総額】
×　【②当該市町村の75歳以上高齢者の伸び】

総合事業への円滑な移行

○　市町村が条例で定める場合は、総合事業の実施を平成29年４月まで猶予可能。
○　市町村は、できる限り早期から新しい総合事業に取り組む。一方で、受け皿の整備等のため、一定の時間をかけて、総合事業を開始することも選択肢。
※　総合事業の実施を猶予する場合も、総合事業の実施猶予の趣旨を踏まえ、現在から着実に受け皿の整備を行うよう努めることが適当。
＜段階的な実施例＞
①　エリアごとに予防給付を継続（【例】広域連合の市町村ごと）
②　初年度は総合事業によるサービスの利用を希望する者以外は予防給付を継続
③　既に給付によるサービスを利用している者は、初年度は予防給付とし、翌年度当初からすべての者を総合事業に移行



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】

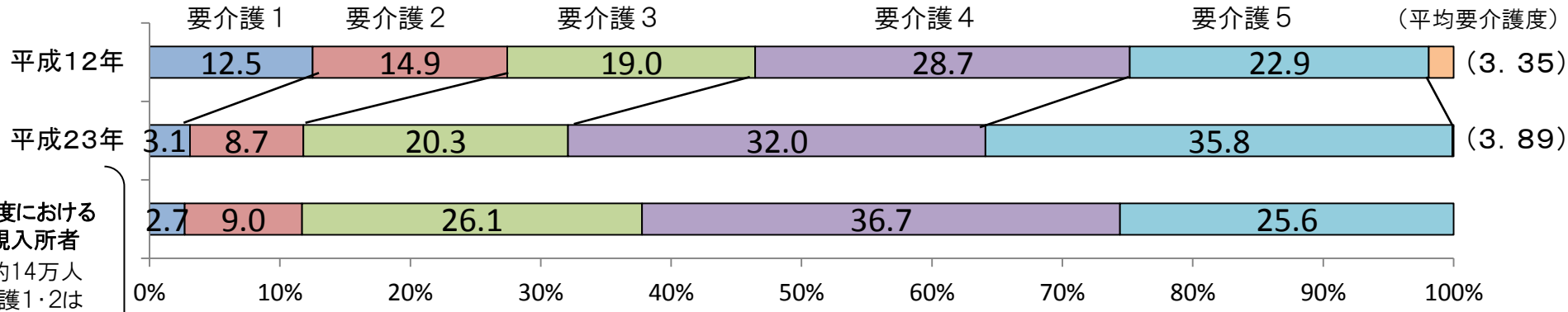
○　他方で、軽度（要介護１・２）の要介護者について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、特例的に、入所を認める

【 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：　7，865施設　　サービス受給者数：51．6万人（平成25年10月）　≫



特養の入所申込者の状況

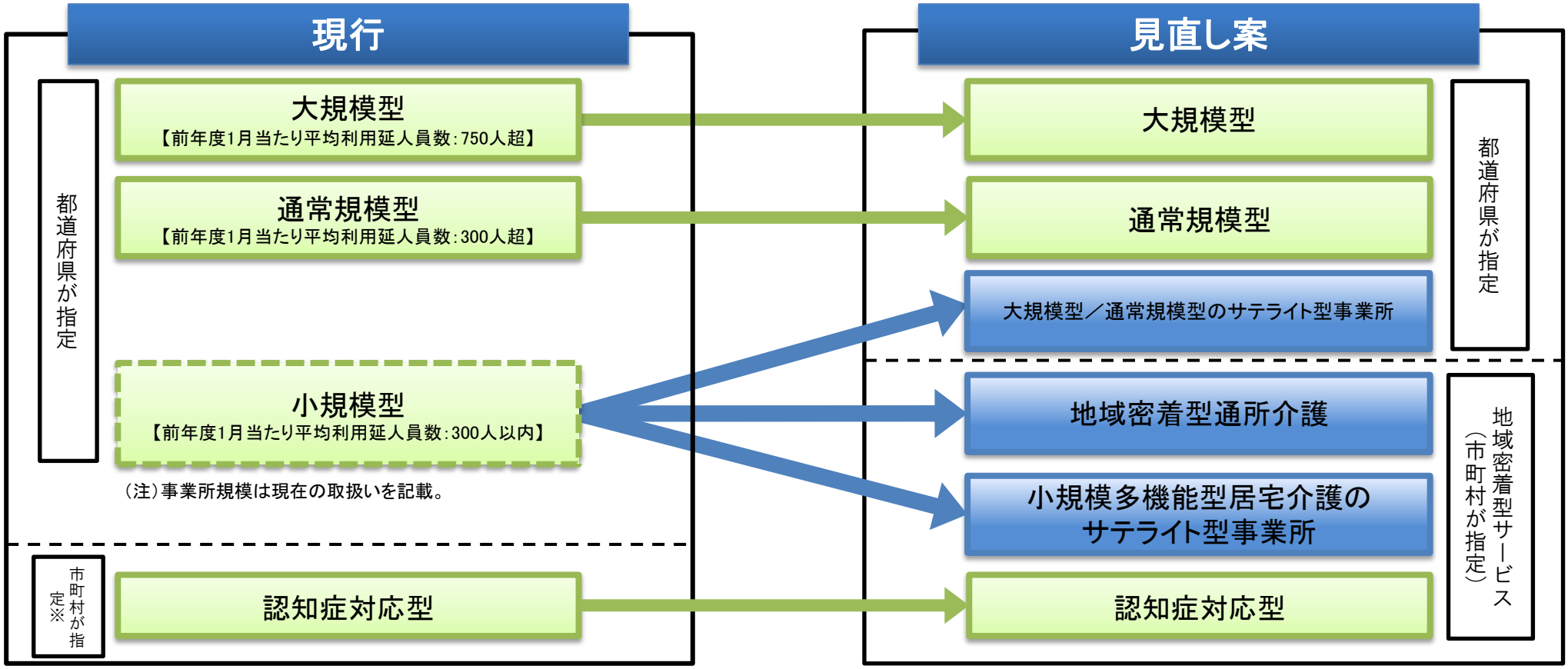
（単位：万人）

	要介護1～2	要介護3	要介護4～5	計
全体	１７．８ （３４．１％）	１２．６ （２４．１％）	２１．９ （４１．８％）	５２．４ （１００％）
うち在宅の方	１０．７ （２０．４％）	６．６ （１２．７％）	８．７ （１６．５％）	２６．０ （４９．６％）

※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26年3月集計。調査時点は都道府県によって異なる。）

小規模型通所介護の移行について

○　増加する小規模の通所介護の事業所について、①地域との連携や運営の透明性を確保するため市町村が指定・監督する地域密着型サービスへ移行、②経営の安定性の確保、サービスの質の向上のため、通所介護（大規模型・通常規模型）や小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所へ移行。

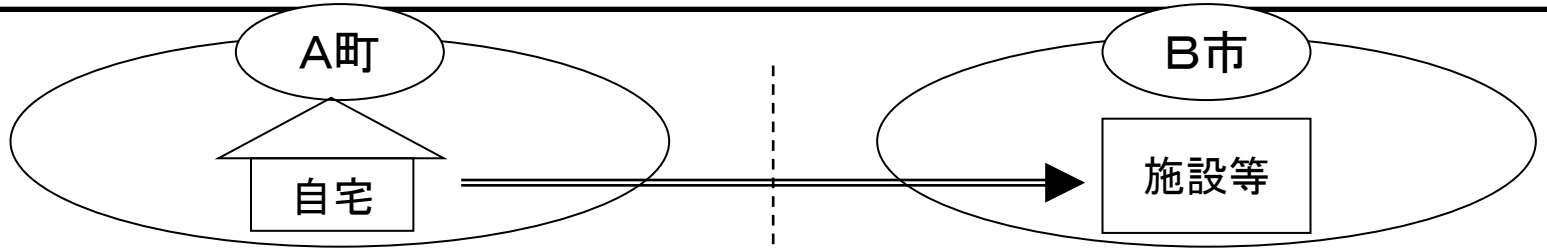


※地域密着型サービスとした場合の市町村の事務等
　○事業所の指定・監督
　○事業所指定、基準・報酬設定を行う際、住民、関係者からの意見聴取
　○運営推進会議への参加　　等
※地域密着型サービスは、市町村の判断で公募により事業者を指定できる。

サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用

○　介護保険においては、住所地の市町村が保険者となるのが原則だが、介護保険施設等の所在する市町村の財政に配慮するため、特例として、入所者は入所前の市町村の被保険者となる仕組み（住所地特例）を設けている。
○　現在、サービス付き高齢者向け住宅は有料老人ホームに該当しても特例の対象外だが、所在市町村の負担を考慮し、その他の有料老人ホームとの均衡を踏まえ、**有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅についても、住所地特例の対象**とする。
○　従来の住所地特例では、対象者が住所地の市町村の指定した地域密着型サービス及び地域支援事業を使えないという課題があるが、住所地特例対象者に限り、住所地市町村の指定を受けた地域密着型サービスを使えるようにし、住所地市町村の地域支援事業を利用できることとする（地域支援事業の費用負担は調整）。

＜制度概要＞



住所		**B市**
住民税		B市
行政サービス		B市
介護保険の保険者	**A町**	
介護保険料	A町	
保険給付	A町	

＜現在の対象施設等＞

(1)　介護保険３施設
(2)　特定施設（地域密着型特定施設を除く。）
・有料老人ホーム
※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない賃貸借方式のサービス付き高齢者向け住宅は対象外。
・軽費老人ホーム
(3)　養護老人ホーム

この除外規定を見直し、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅を住所地特例の対象とする

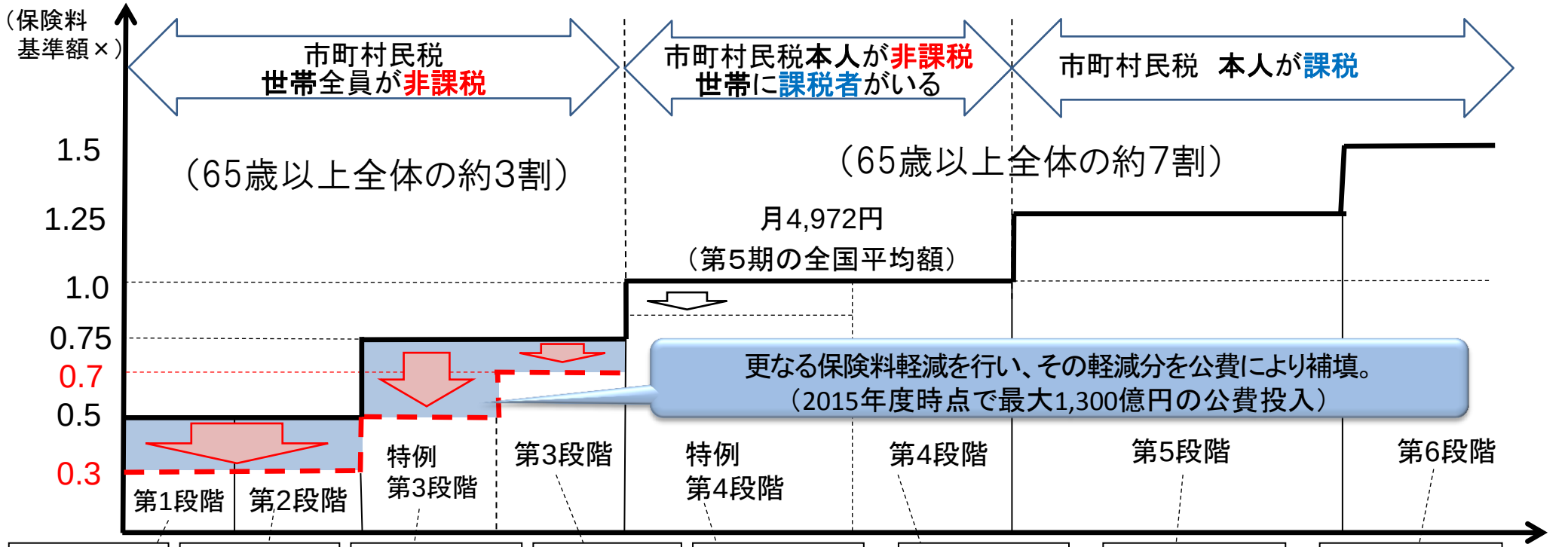
低所得者の一号保険料の軽減強化

〔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



第1段階
生活保護被保護者、世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者等

第2段階
世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下等

特例第3段階
（保険者判断で設定可能）
世帯全員が非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下

第3段階
世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入120万円超等

特例第4段階
（保険者判断で設定可能）
本人が非課税かつ本人年金収入等80万円以下

第4段階
本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる）

第5段階
市町村民税課税かつ基準所得金額190万円未満

第6段階
市町村民税課税かつ基準所得金額190万円以上

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

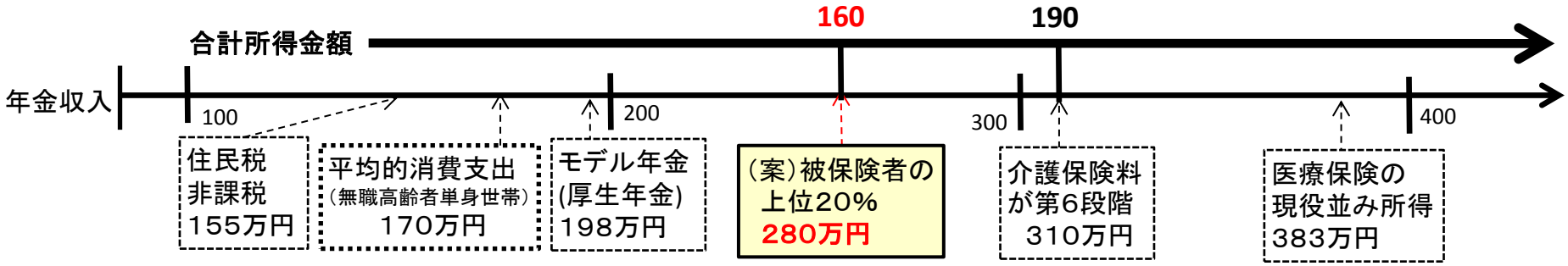
○ 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律１割に据え置いている利用者負担について、**相対的に負担能力のある一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする**。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。

○ 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、審議会では以下の案を中心に議論
案：**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＝年金収入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〉

	自己負担限度額（月額）
一般	37,200円（世帯）
市町村民税世帯非課税等	24,600円（世帯）
年金収入80万円以下等	15,000円（個人）

〈見直し案〉

現役並み所得相当	44,400円
一般	37,200円

参考：医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

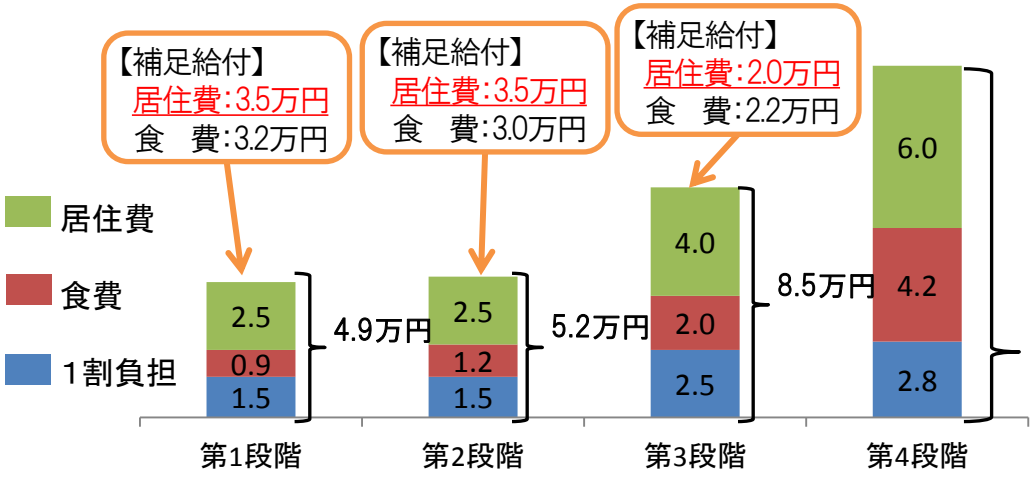
	自己負担限度額（現行／世帯単位）
現役並み所得者	80,100＋医療費1%（多数該当：44,400円）
一般	44,400円
市町村民税非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15.000円

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



負担軽減の対象

第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、 課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、 利用者負担第2段階該当者以外
第4段階～	・市町村民税本人非課税・世帯課税 ・市町村民税本人課税者

（※）認定者数：103万人、給付費：2844億円［平成23年度］

＜見直し案＞

預貯金等 → 一定額超の預貯金等（単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超程度を想定）がある場合には、対象外。　→本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ（加算金）を設ける

配偶者の所得 → 施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外

非課税年金収入 → 補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案する

介護福祉士の資格取得方法に関する動き（社会福祉士及び介護福祉士法の改正の経緯）

【平成１９年度改正】

介護福祉士の資質向上を図る観点から、一定の教育課程を経た後に国家試験を受験するという形で資格の取得方法を一元化。

（平成２４年度からの施行を予定）

	実務経験ルート	養成施設ルート
改正前	・介護業務の実務3年を経て、国家試験を受験。	・養成施設(2年以上)の卒業のみで介護福祉士の資格を取得。
改正後	・実務3年に加え、600時間以上(6か月以上)の実務者研修の受講を義務づけ。	・教育内容を1,650時間の課程から1,800時間の課程に充実するとともに、新たに国家試験を義務づけ。

【平成２３年度改正】

施行延長と環境整備を図るため、次のとおり改正。

	実務経験ルート	養成施設ルート
改正内容	・施行を平成24年度から27年度に3年延長。(法律) （理由：①新たな教育内容（たん吸引等）の追加、②受講支援策の充実） ・研修時間を600時間から450時間(たん吸引等50時間含む)に見直し(省令) ・働きながらでも研修を受講しやすい環境の整備。(省令 等) （①通信教育の活用、②過去に受講した科目を読み替える仕組みの導入、③受講費用の支援 等）	・施行を平成24年度から27年度に3年延長。(法律) ・新たな教育内容（たん吸引等50時間)の追加により、研修時間を1,800時間から1,850時間に見直し。(省令)

【今般の見直し（案）】

介護人材の確保が困難な状況を踏まえ、介護人材確保のための方策について検討を行うこととし、それに併せて介護福祉士の資格取得にかかる①実務経験者に対する実務者研修の義務付け、②養成施設卒業者に対する国家試験の義務付けの施行時期を１年延期する。

（平成２７年度→平成２８年度に施行を延期）

主な施行期日について

施行期日	改正事項
①公布の日 （平成26年6月25日）	○診療放射線技師法（業務実施体制の見直し） ○社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律（介護福祉士の資格取得方法の見直しの期日の変更） ●地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律（厚生労働大臣による総合確保方針の策定、基金による財政支援） ○医療法（総合確保方針に即した医療計画の作成） ●介護保険法（総合確保方針に即した介護保険事業計画等の作成）
②平成26年10月1日	○医療法（病床機能報告制度の創設、在宅医療の推進、病院・有床診療所等の役割、勤務環境改善、地域医療支援センターの機能の位置づけ、社団たる医療法人と財団たる医療法人の合併） ○外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律（臨床教授等の創設） ○良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（持分なし医療法人への移行）
③平成27年4月1日	○医療法（地域医療構想の策定とその実現のために必要な措置、臨床研究中核病院） ●介護保険法（地域支援事業の充実、予防給付の見直し、特養の機能重点化、低所得者の保険料軽減の強化、介護保険事業計画の見直し、サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用） ※なお、地域支援事業の充実のうち、在宅医療・介護連携の推進、生活支援サービスの充実・強化及び認知症施策の推進は平成30年4月、予防給付の見直しは平成29年4月までにすべての市町村で実施 ○歯科衛生士法、診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律（業務範囲の拡大・業務実施体制の見直し） ○歯科技工士法（国が歯科技工士試験を実施）
④平成27年8月1日	●介護保険法（一定以上の所得のある利用者の自己負担の引上げ、補足給付の支給に資産等を勘案）
⑤平成27年10月1日	○医療法（医療事故の調査に係る仕組み） ○看護師等の人材確保の促進に関する法律（看護師免許保持者等の届出制度） ○保健師助産師看護師法（看護師の特定行為の研修制度）
⑥平成２８年４月１日までの間にあって政令で定める日	●介護保険法（地域密着型通所介護の創設） ※平成28年4月1日施行を予定
⑦平成30年4月1日	●介護保険法（居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲）