

新しい介護予防・日常生活支援総合事業と 生活支援サービスの推進に向けて

平成28年6月18日

厚生労働省老健局振興課
地域包括ケア推進係 主査
寺崎 讓

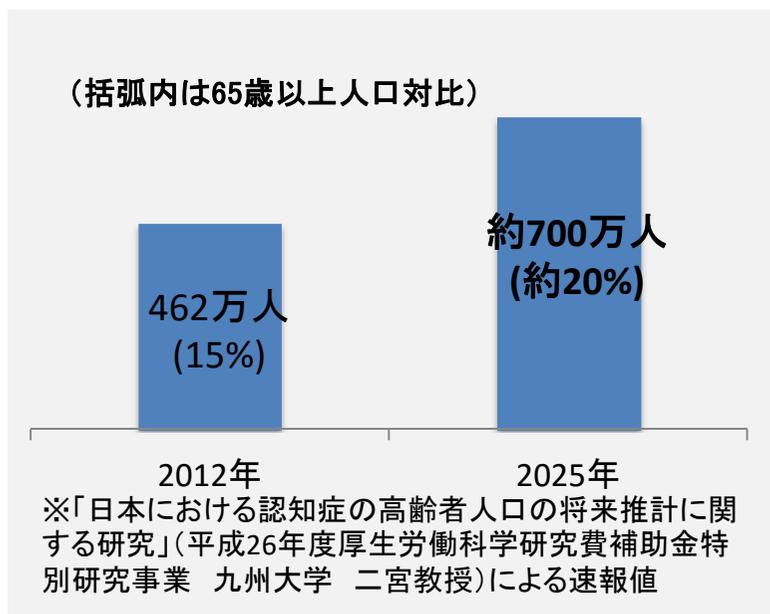
今後の介護保険をとりまく状況

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。

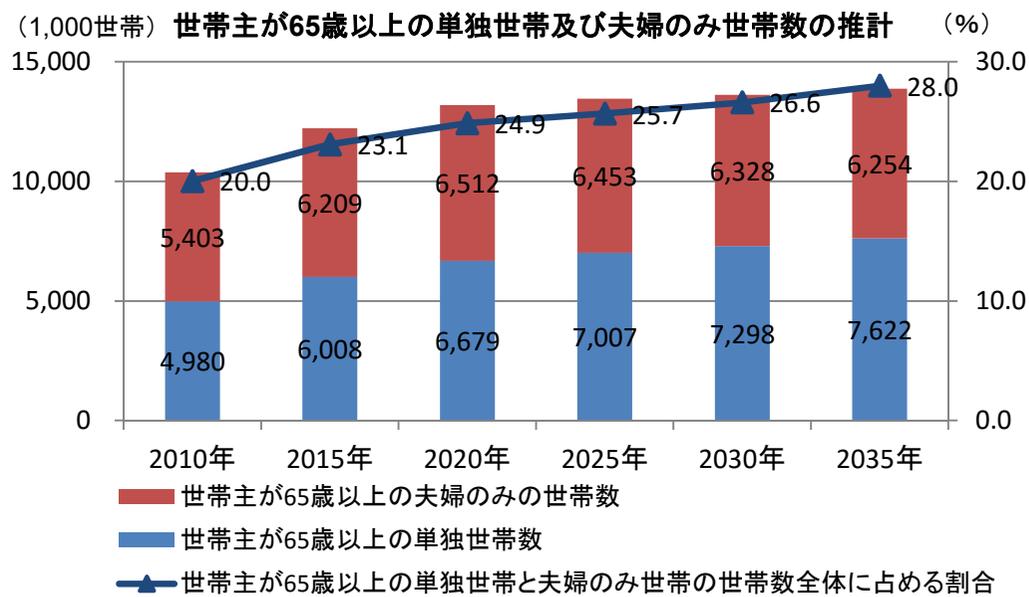
	2010年	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	2,948万人(23.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,419万人(11.1%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

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

② 65歳以上高齢者のうち、認知症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



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

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。

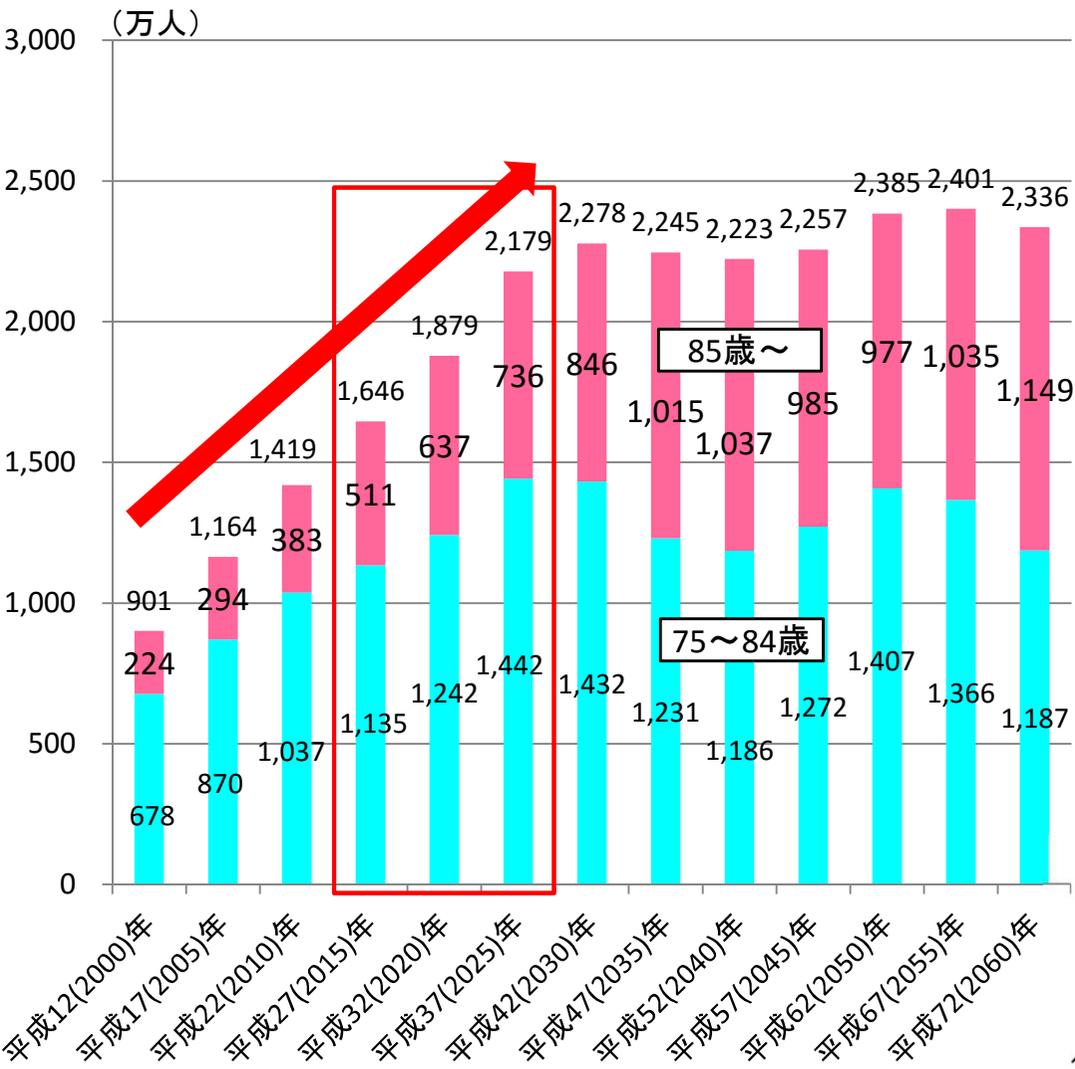
※都道府県名欄の()内の数字は倍率の順位

	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	~	東京都(11)	~	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	76.5万人 <10.6%>	71.7万人 <11.6%>	101.6万人 <11.1%>	81.7万人 <10.9%>	107.0万人 <12.1%>		147.3万人 <11.0%>		26.7万人 <16.2%>	18.8万人 <18.4%>	19.0万人 <17.0%>	1645.8万人 <13.0%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (1.54倍)	108.2万人 <18.1%> (1.51倍)	148.5万人 <16.5%> (1.46倍)	116.6万人 <15.9%> (1.43倍)	152.8万人 <18.2%> (1.43倍)		197.7万人 <15.0%> (1.34倍)		29.5万人 <19.4%> (1.10倍)	20.5万人 <23.0%> (1.09倍)	20.7万人 <20.6%> (1.09倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.32倍)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

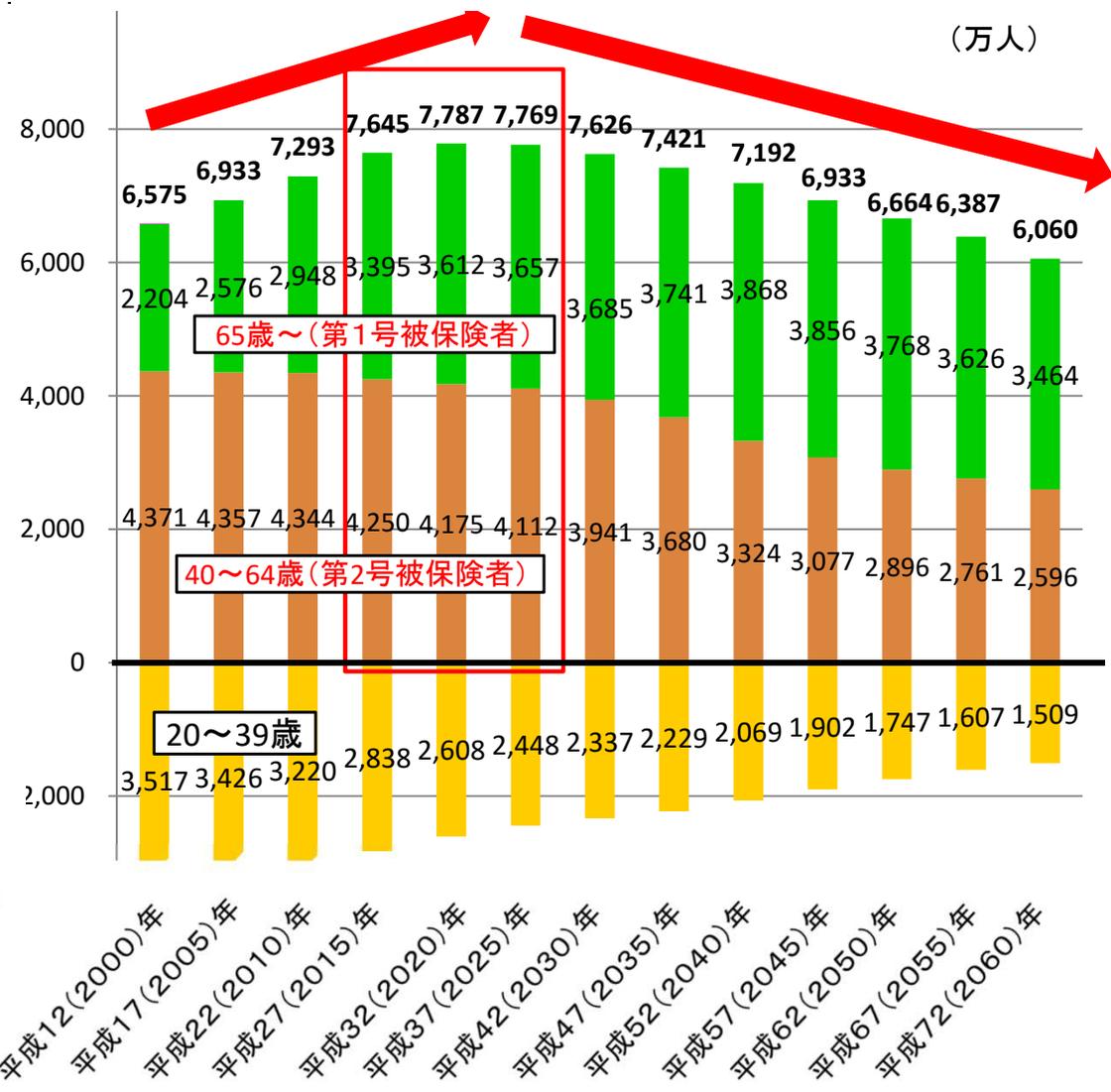
⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

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



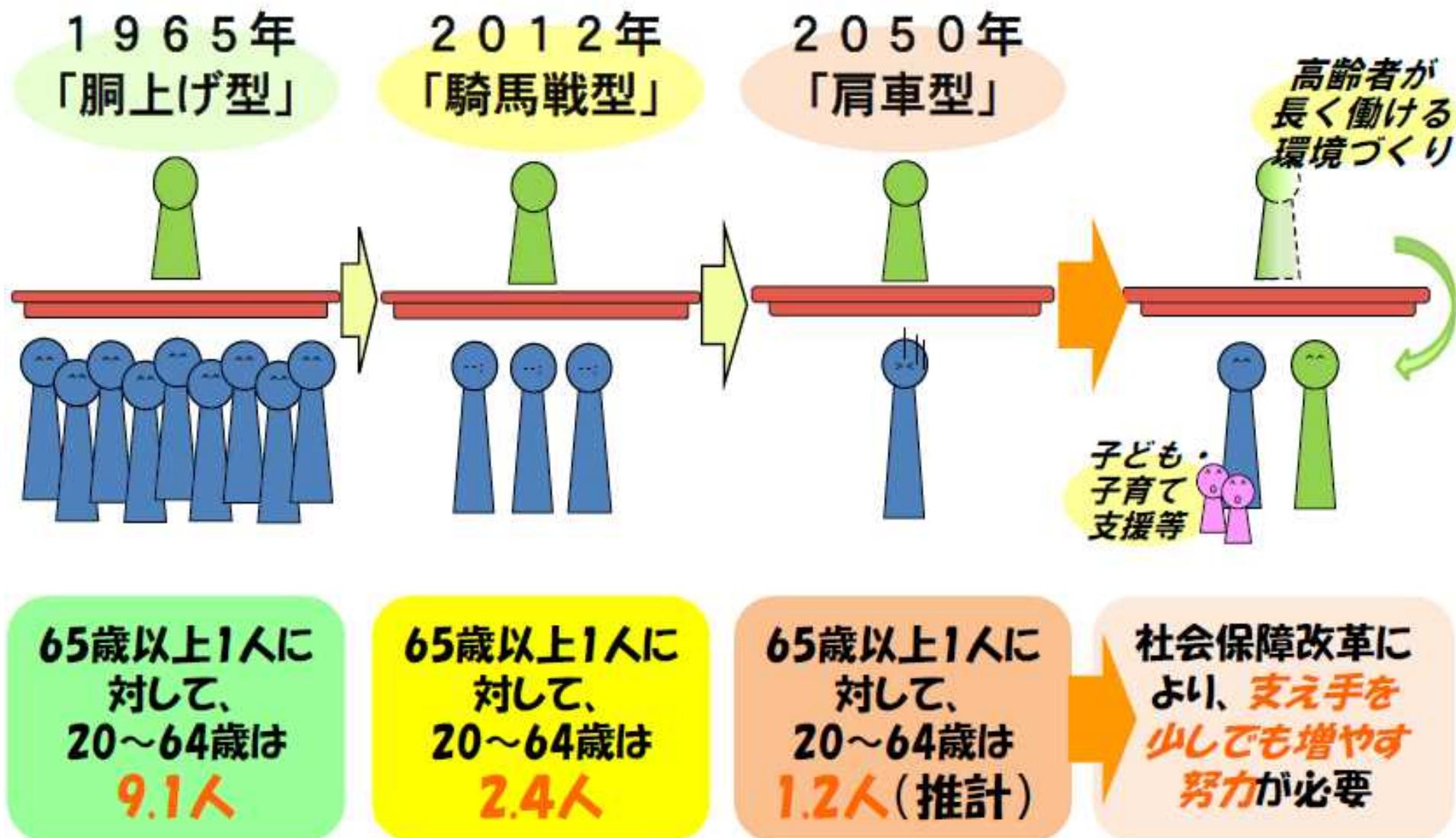
⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○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。



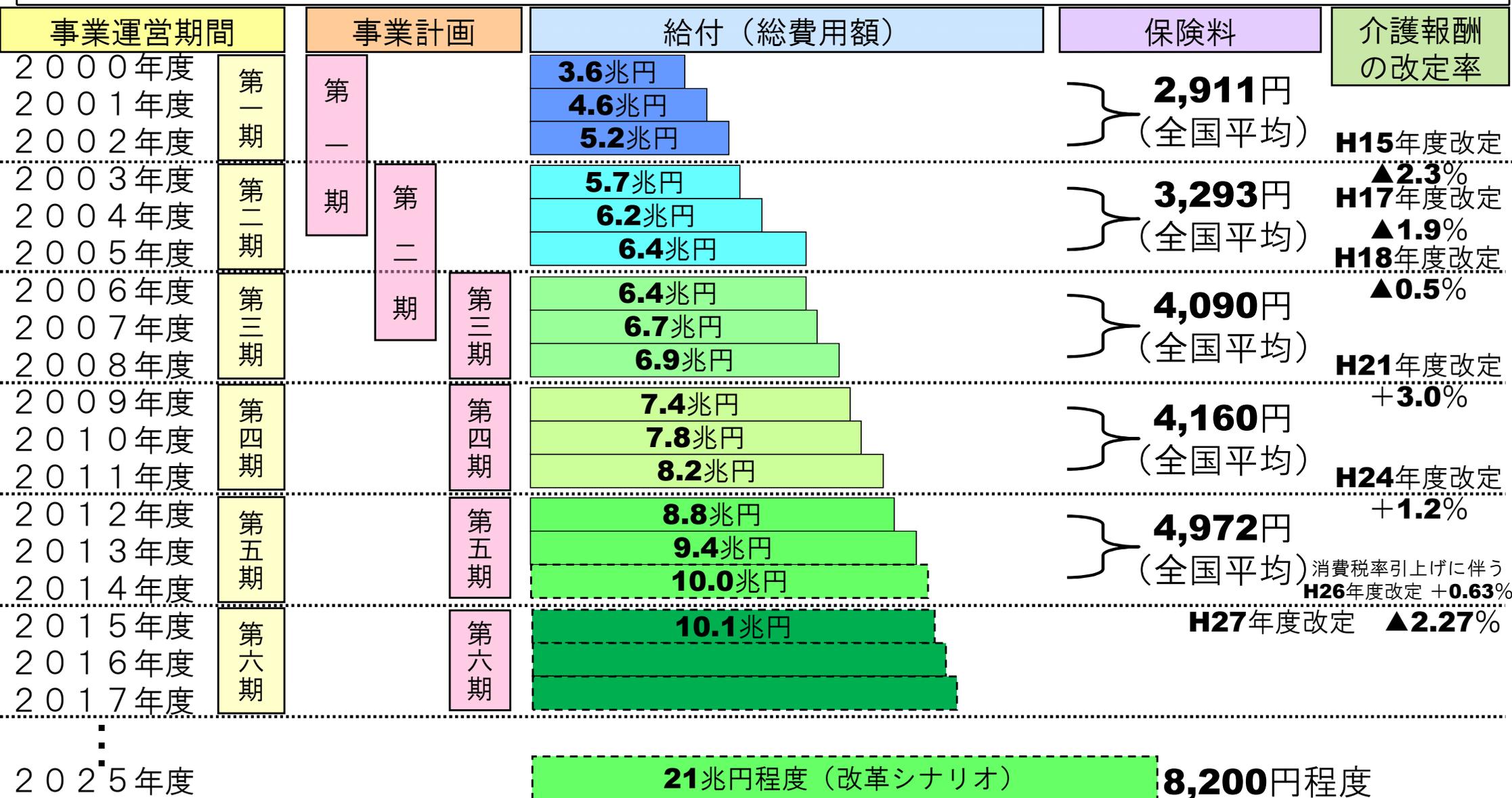
(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計) 出生中位(死亡中位)推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

「肩車型」社会へ



介護給付と保険料の推移

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



※2012年度までは実績であり、2013～2014年は当初予算であり、2015年は当初予算(案)である。

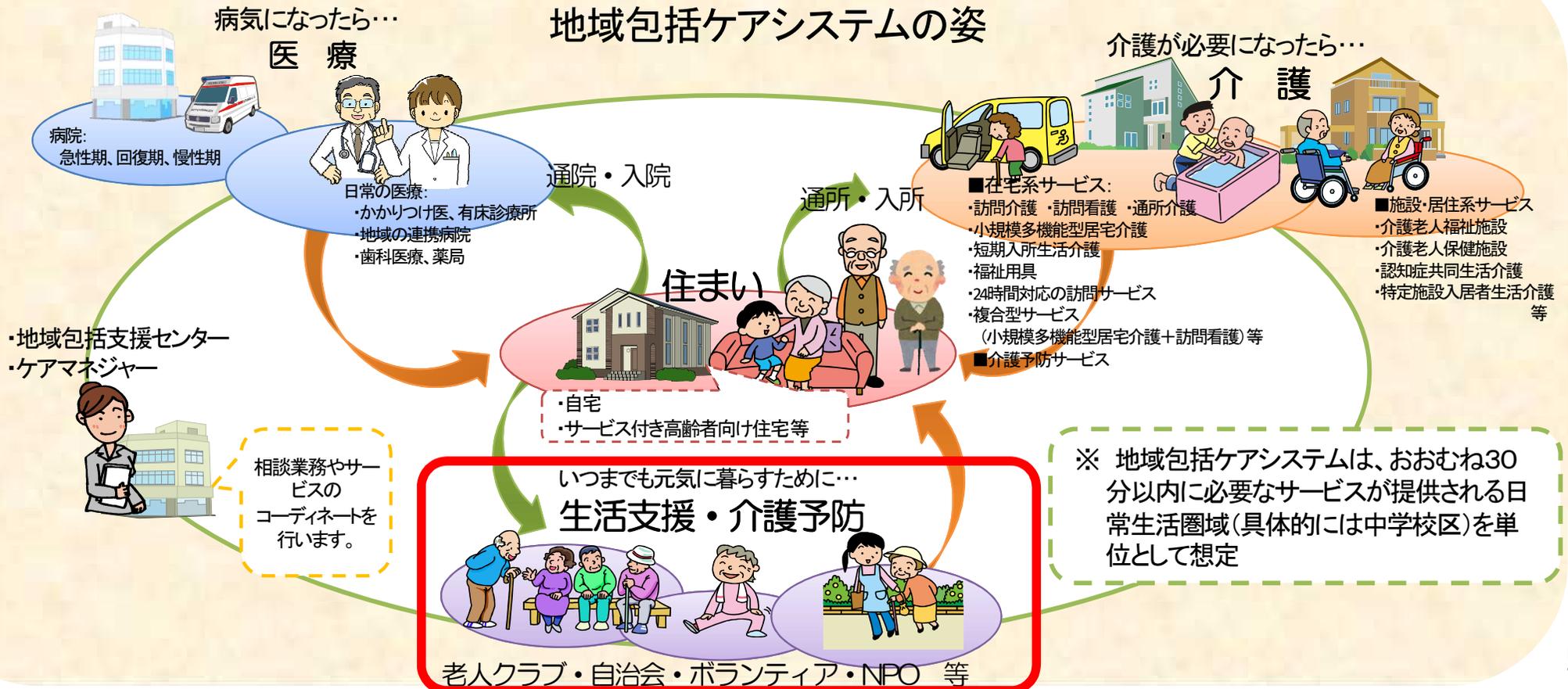
※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(平成24年3月)

※2012年度の賃金水準に換算した値

地域包括ケアシステムの構築について

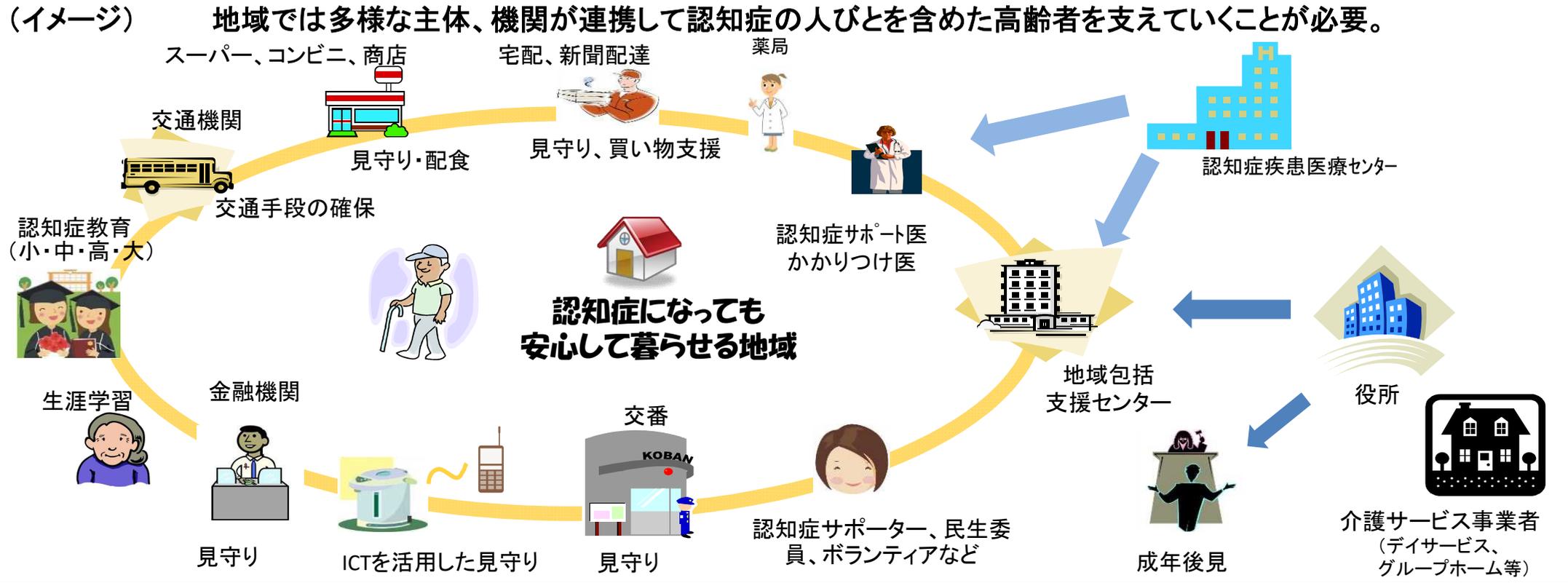
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、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

地域包括ケアシステムの姿



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

新しい地域支援事業の全体像

<改正前>

介護保険制度

<改正後>

【財源構成】

国 25%
都道府県 12.5%

市町村 12.5%

1号保険料 22%

2号保険料 28%

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

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。

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

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

改正前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

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

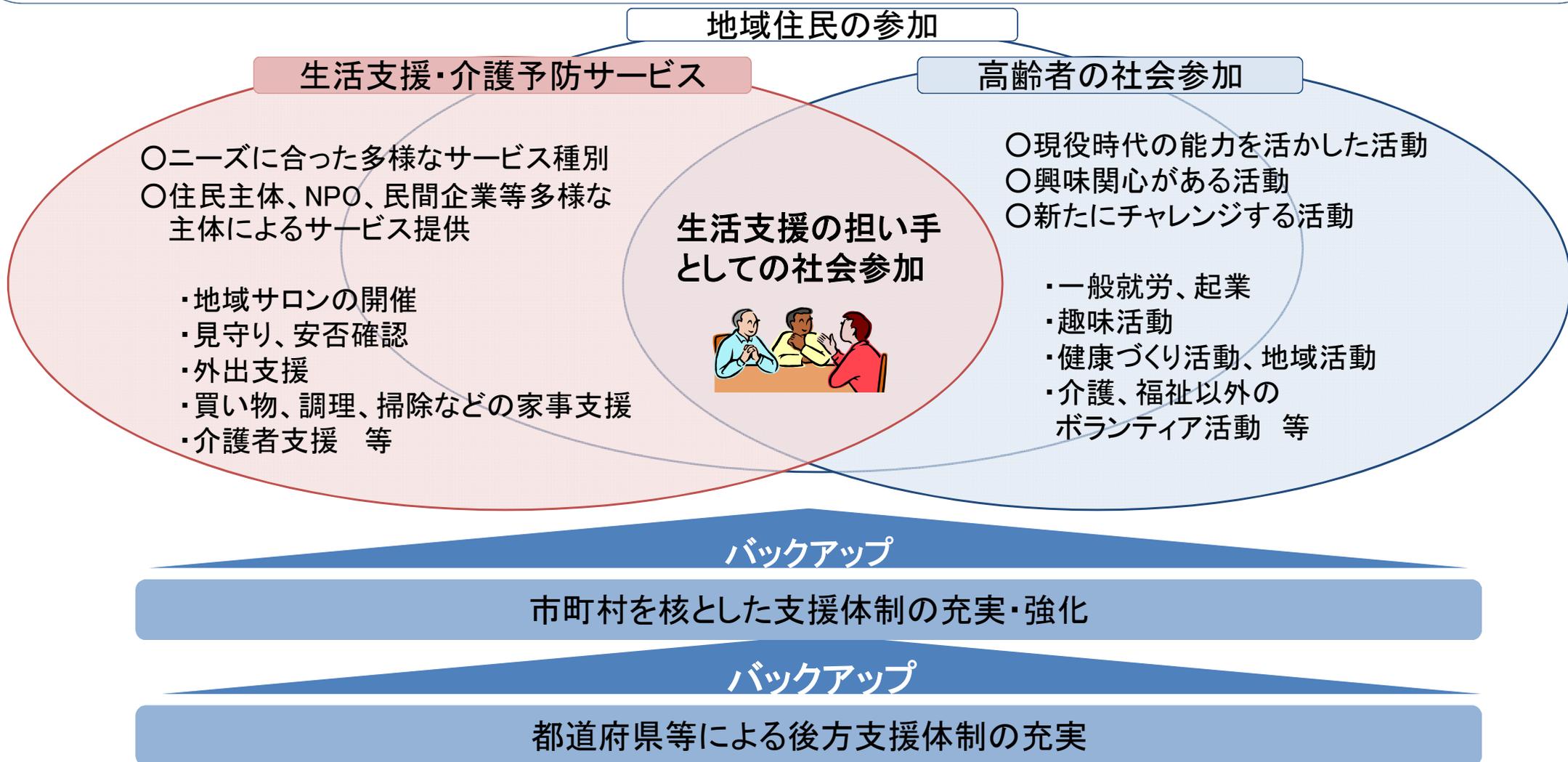
包括的支援事業
○ 地域包括支援センターの運営
(**地域ケア会議の充実**)
○ **在宅医療・介護の連携推進**
○ **認知症施策の推進**
(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)
○ **生活支援サービスの基盤整備**
(コーディネーターの配置、協議体の設置等)

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

地域支援事業

生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

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



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。

①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	<ul style="list-style-type: none"> ○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。	<ul style="list-style-type: none"> ○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 		<ul style="list-style-type: none"> ・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ヶ月の短期間で行う	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)	

新しい包括的支援事業(新規4事業)の「標準額」について

以下の①～④の算定式の合計額を「標準額」とし、これを基本として、各市町村の実情に応じて算定した額とする。

※平成29年度まで(実施の猶予期間)においては、①から④の実施する事業に係る算定式の合計額とする。

※4事業の合計額(「標準額」)の範囲内で柔軟に実施ができる

※市町村の日常生活圏域の設定状況、地域包括支援センターの整備状況及び事業の進捗等を踏まえて、必要に応じて「標準額」を超えることも可能であり、その場合は厚生労働省に追加額を協議して定めた額まで事業を実施することを可能とする。(次項に追加協議の参考例)

①生活支援体制整備事業

■第1層 8,000千円

※指定都市の場合は、行政区の数に乗じる

■第2層 4,000千円 × 日常生活圏域の数

※日常生活圏域が一つの市町村は、第1層分のみを算定。

③在宅医療・介護連携推進事業

■基礎事業分 1,058千円

■規模連動分 3,761千円 × 地域包括支援センター数

②認知症施策推進事業

■認知症初期集中支援事業 10,266千円

※指定都市の場合は、行政区の数に乗じる

■認知症地域支援・ケア向上推進事業 6,802千円

④地域ケア会議推進事業

■1,272千円 × 地域包括支援センター数

多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

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

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

生活支援・介護予防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

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

【参考】生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

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

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

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の中学校区域があり、平成26年度は第1層、平成29年度までの間に第2層の充実を目指す。

- ① 第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心
- ② 第2層 中学校区域で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開

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



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

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

NPO

民間企業

協同組合

ボランティア

社会福祉法人

等

※1 これらの取組については、平成26年度予算においても先行的に取り組めるよう5億円を計上。

※2 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

協議体・生活支援コーディネーター（生活支援体制整備事業）

協議体は、住民主体の取組を推進するためのメインエンジン。生活支援コーディネーターは、すでに「地域づくり」を担ってきたような適任者がいないなら無理に配置しない。

解説

- ◆ 地域の規模やこれまでの地域づくりの取組の蓄積によって、協議体や生活支援コーディネーターの設置・配置に対する考え方が違ってくる。第一層は、市域全体の生活支援サービスの開発など比較的広域で検討すべきテーマについて具体的な検討、第二層は、地域住民の活動を知り、地域の「あったらいいね」を提案したり、自分たちでできることを話し合う場として機能する。
- ◆ 生活支援コーディネーターや協議体を「あて職」で設定するのは、もっともやってはいけないこと。協議体は、地域の中で話し合いをしていく中で参加してほしい人も変化していく。したがって最初からメンバーを固定化しないことが大切。
- ◆ 生活支援コーディネーターへの丸投げはNG。「任命したんだから地域づくりは生活支援コーディネーターの仕事でしょ」という態度は、生活支援コーディネーターを孤立させる。行政も地域包括支援センターも、生活支援コーディネーターを支えるよう積極的に協働することが基本だ。
- ◆ すでに「地域づくり」を担ってきたような適任者がいない場合は、生活支援コーディネーターの任命を急ぐ必要はない。協議体（準備会、研究会でも可）の事務局的な機能を担う者を決め、先に話し合いを進めるべき。
- ◆ 生活支援コーディネーターは一人でなければならないということでもない。複数でも法人でも可能なので、地域の実情に応じて配置する。

【協議体のイメージ】

第1層の協議体

生活支援資源を
さがす・つくる
地域ケア推進会議への資源の提案

多様な主体（専門職以外も多数）

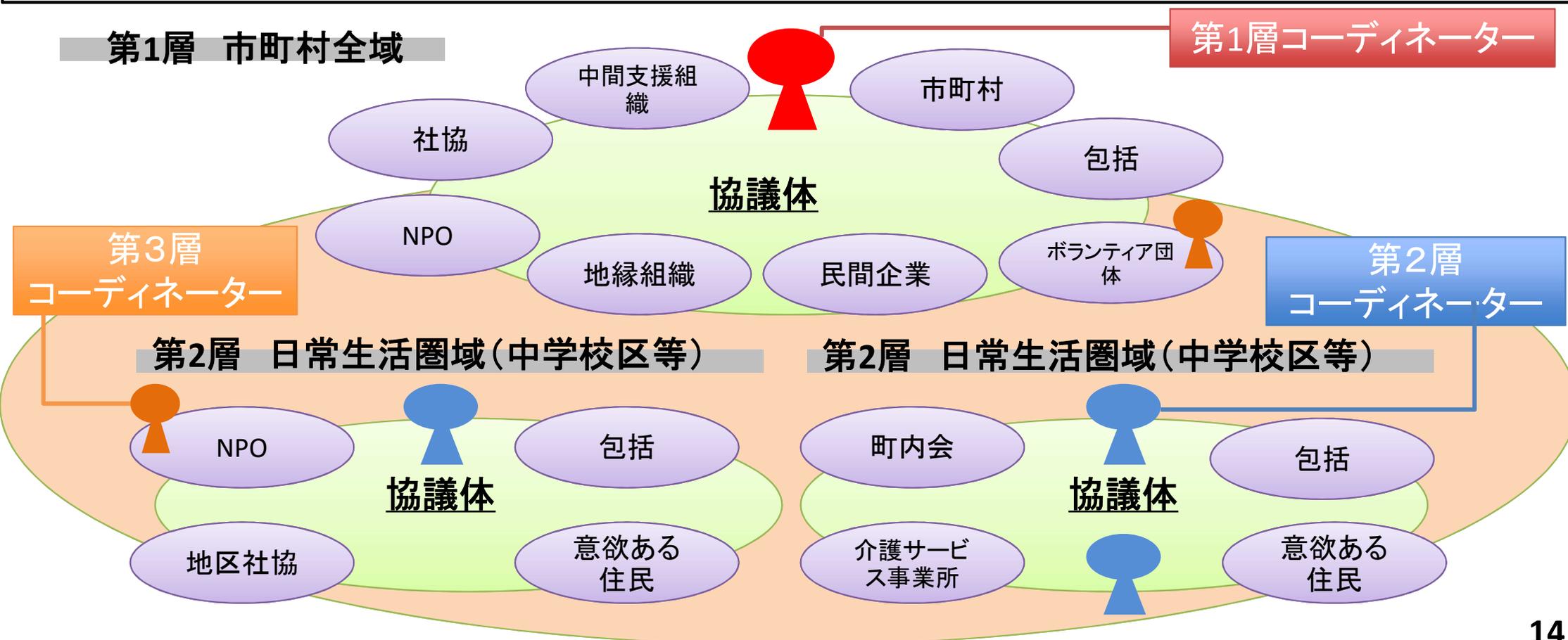
第2層の協議体

地域のAさんBさんの活動を知り、「すごい」ことに気づき、「こういうのあったらいいね」と提案し、自分たちができることが何か、生活支援コーディネーターと一緒に考える場

多様な主体（住民中心）

コーディネーター・協議体の配置・構成のイメージ

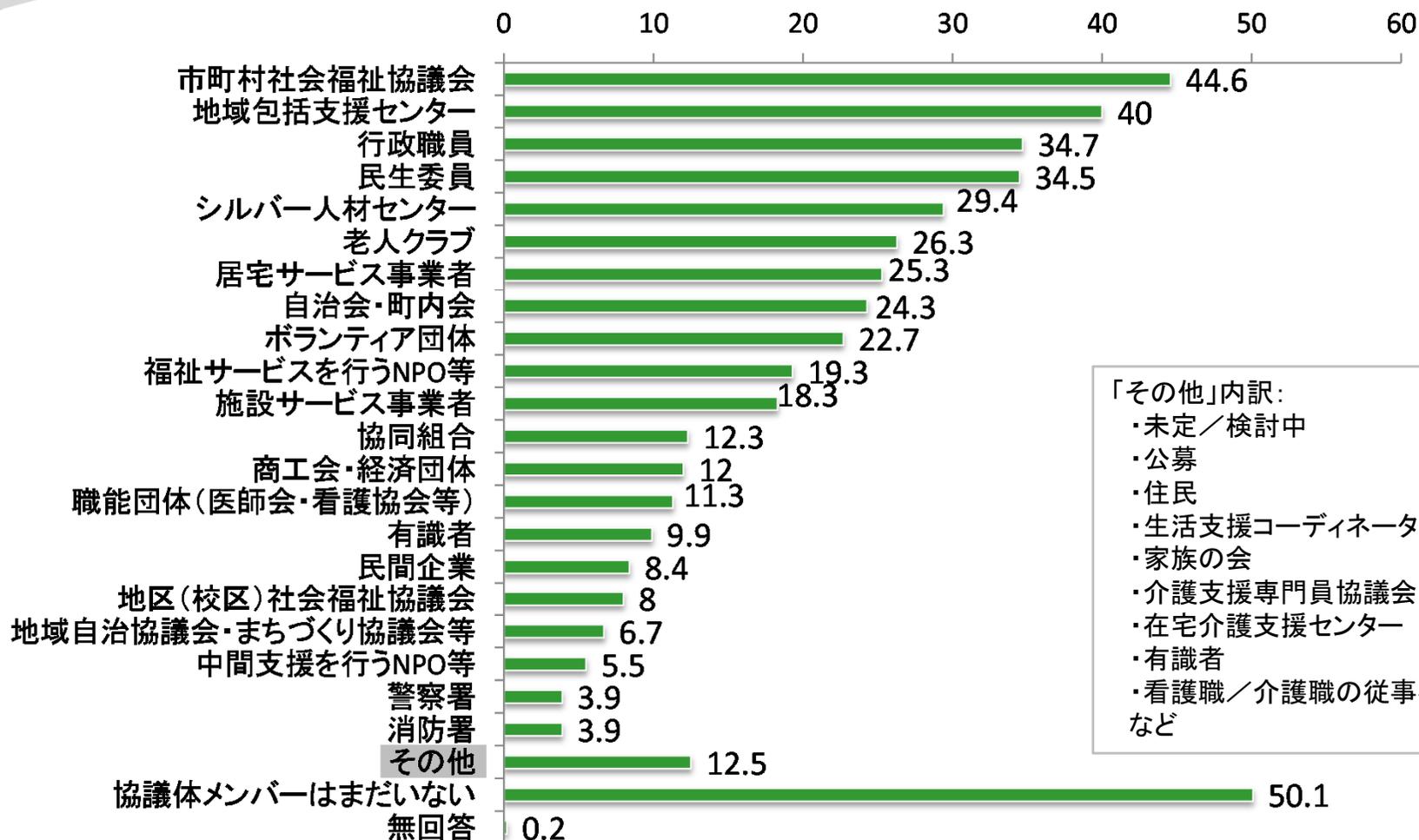
- コーディネーターとして適切な者を選出するには、「特定の団体における特定の役職の者」のような充て職による任用ではなく、例えば、先に協議体を設置し、サービス創出に係る議論を行う中で、コーディネーターにふさわしい者を協議体から選出するような方法で人物像を見極めたうえで選出することが望ましい。
- 協議体は必ずしも当初から全ての構成メンバーを揃える必要はなく、まずは最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やす方法も有効。
- 住民主体の活動を広める観点から、特に第2層の協議体には、地区社協、町内会、地域協議会等地域で活動する地縁組織や意欲ある住民が構成メンバーとして加わることが望ましい。
- 第3層のコーディネーターはサービス提供主体に置かれ、利用者と提供者のマッチング(利用者へのサービス提供内容の調整)を行うが、その提供主体の活動圏域によっては、第2層の圏域を複数にまたがって活動が行われたり、時には第1層の圏域を超えた活動が行われたりすることも想定される(体制整備事業対象外)



第1層協議体構成員所属先

協議体構成員所属先

n=415



「その他」内訳:

- ・未定／検討中 7
- ・公募 5
- ・住民 5
- ・生活支援コーディネーター 3
- ・家族の会 3
- ・介護支援専門員協議会 2
- ・在宅介護支援センター 2
- ・有識者 2
- ・看護職／介護職の従事者 2
- など

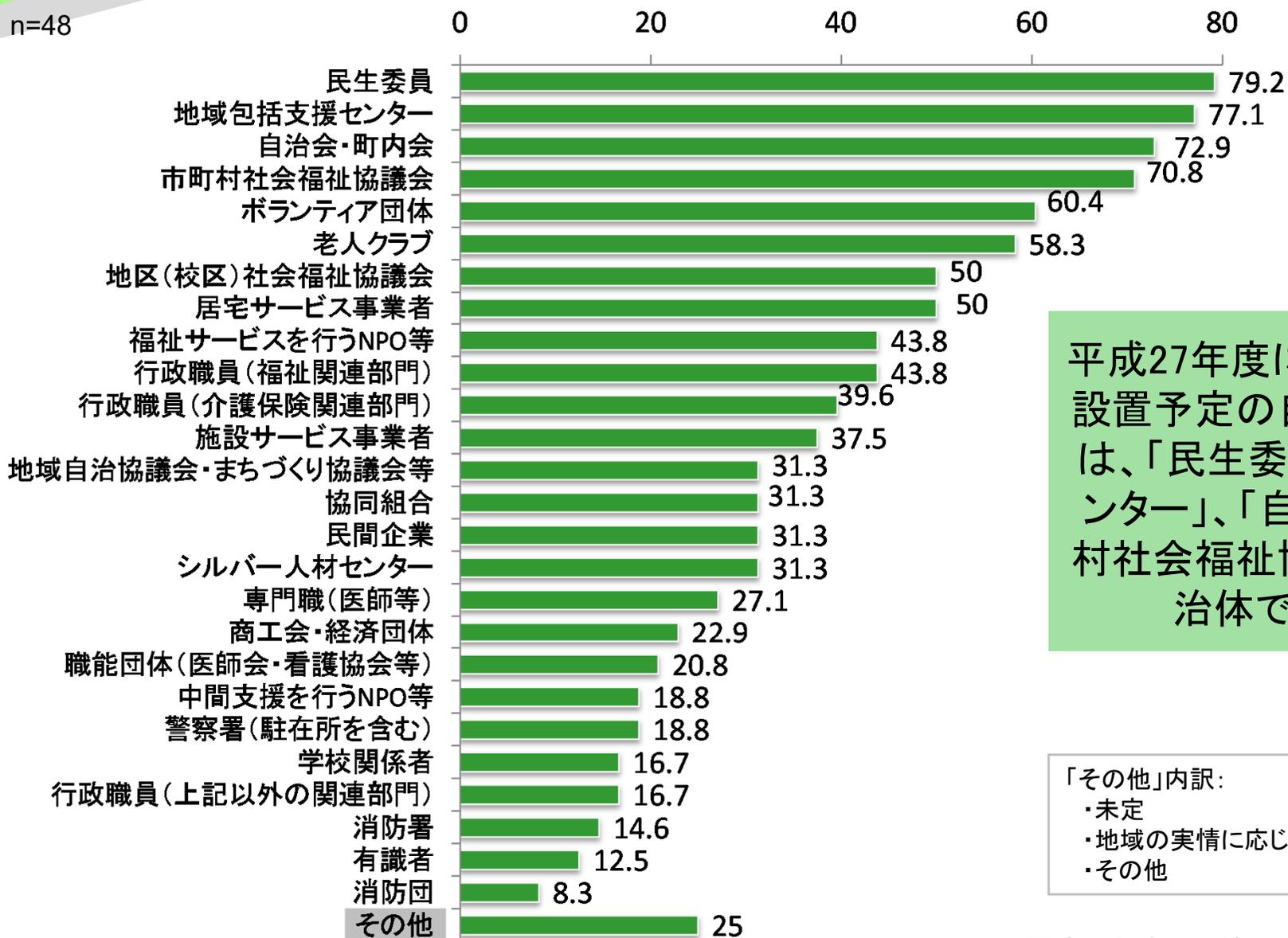
協議体構成員は、「市町村社会福祉協議会」、「地域包括支援センター」、「行政職員」、「民生委員」が多い。

注: 協議体設置済み、または準備実施自治体のみ

第2層の協議体構成員所属先

協議体構成員所属先

n=48



平成27年度に第2層設置済みまたは設置予定の自治体の協議体構成員は、「民生委員」、「地域包括支援センター」、「自治会・町内会」、「市町村社会福祉協議会」が7割以上の自治体で挙げられている。

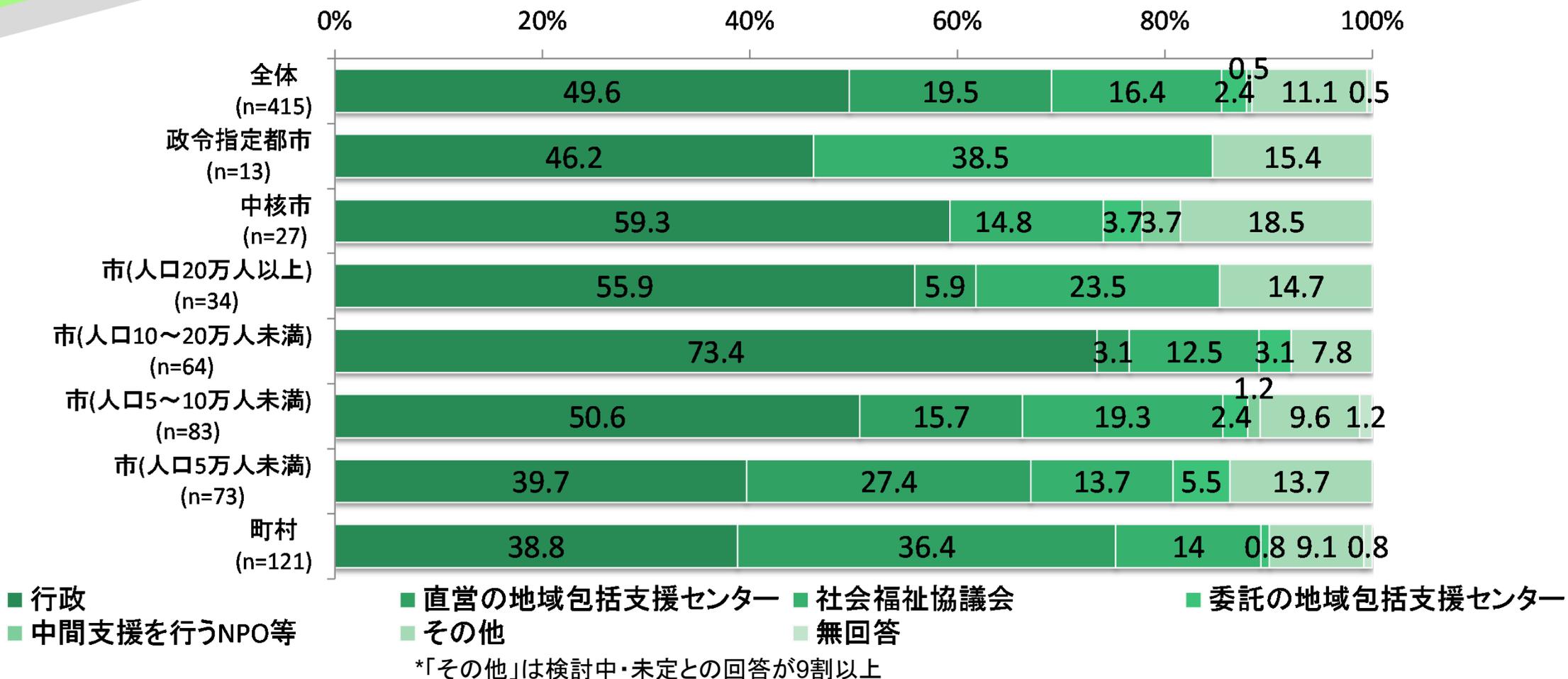
「その他」内訳:

・未定	3
・地域の実情に応じて	2
・その他	7

注:平成27年度設置済み、または設置予定のある自治体のみ

第1層協議体事務局の運営主体

協議体事務局の運営主体 (全体・自治体区分別)



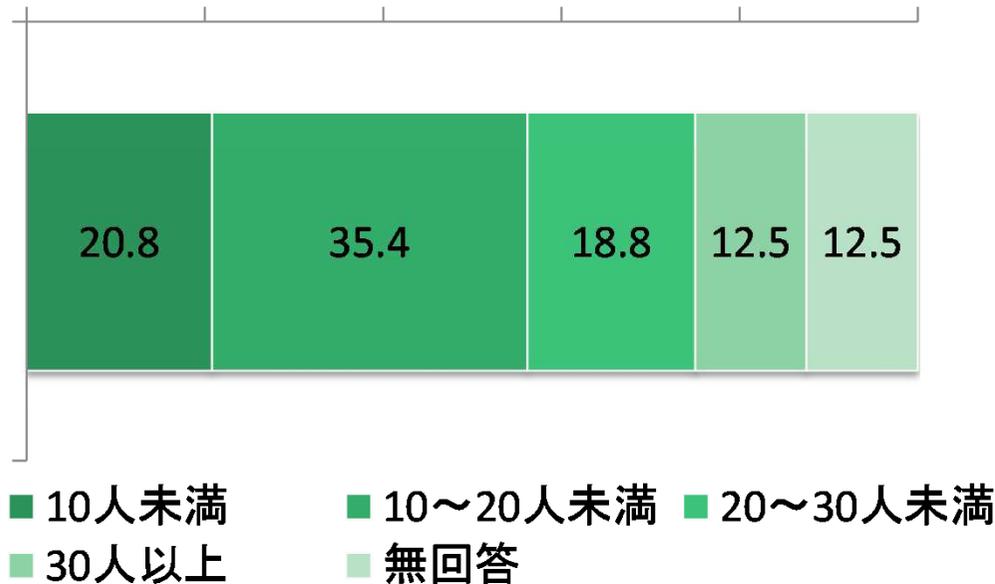
事務局の運営主体は、「行政」が5割で最も多いが、人口の少ない市町村は「直営の地域包括支援センター」も多い。

注: 協議体設置済み、または準備実施自治体のみ

第2層の協議体構成員数および事務局運営主体

協議体構成員数(1圏域あたりの平均)

n=48
0% 20% 40% 60% 80% 100%

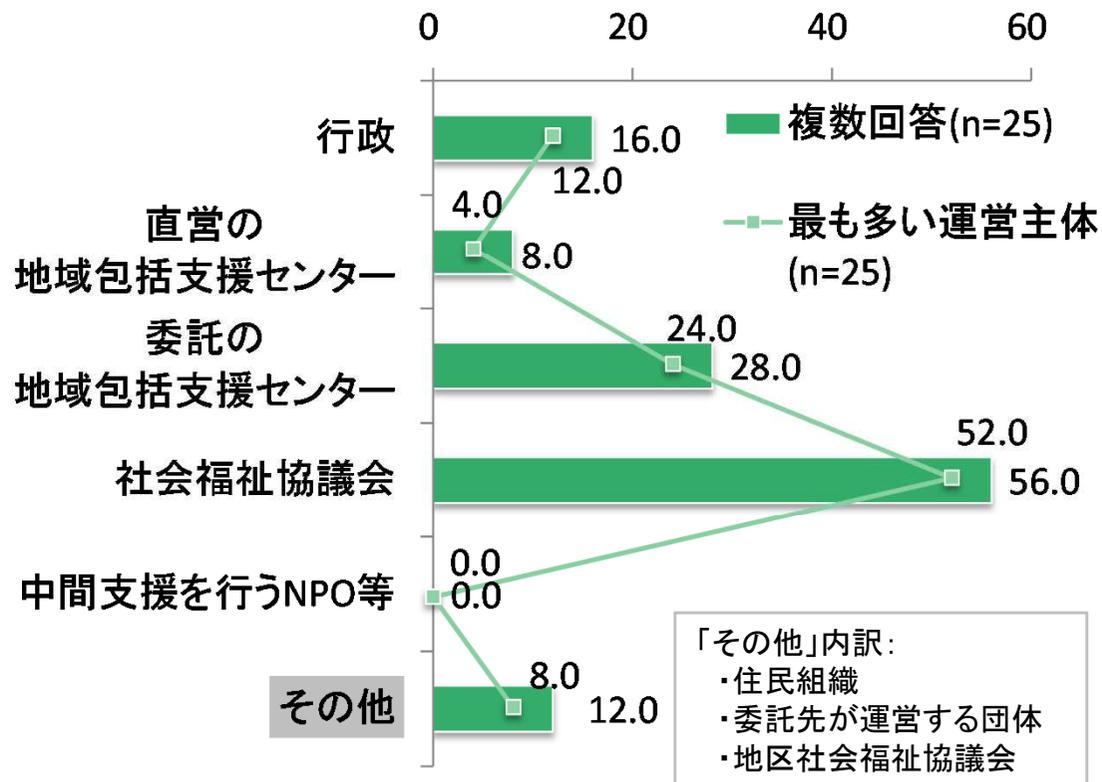


平均: 15人
中央値: 11.5人

第2層の協議体構成員数の1圏域あたりの平均人数は、「10~20人未満」がおよそ3分の1を占め最も多い。

注:平成27年度設置済み、または平成27年度設置予定の自治体のみ

協議体事務局の運営主体

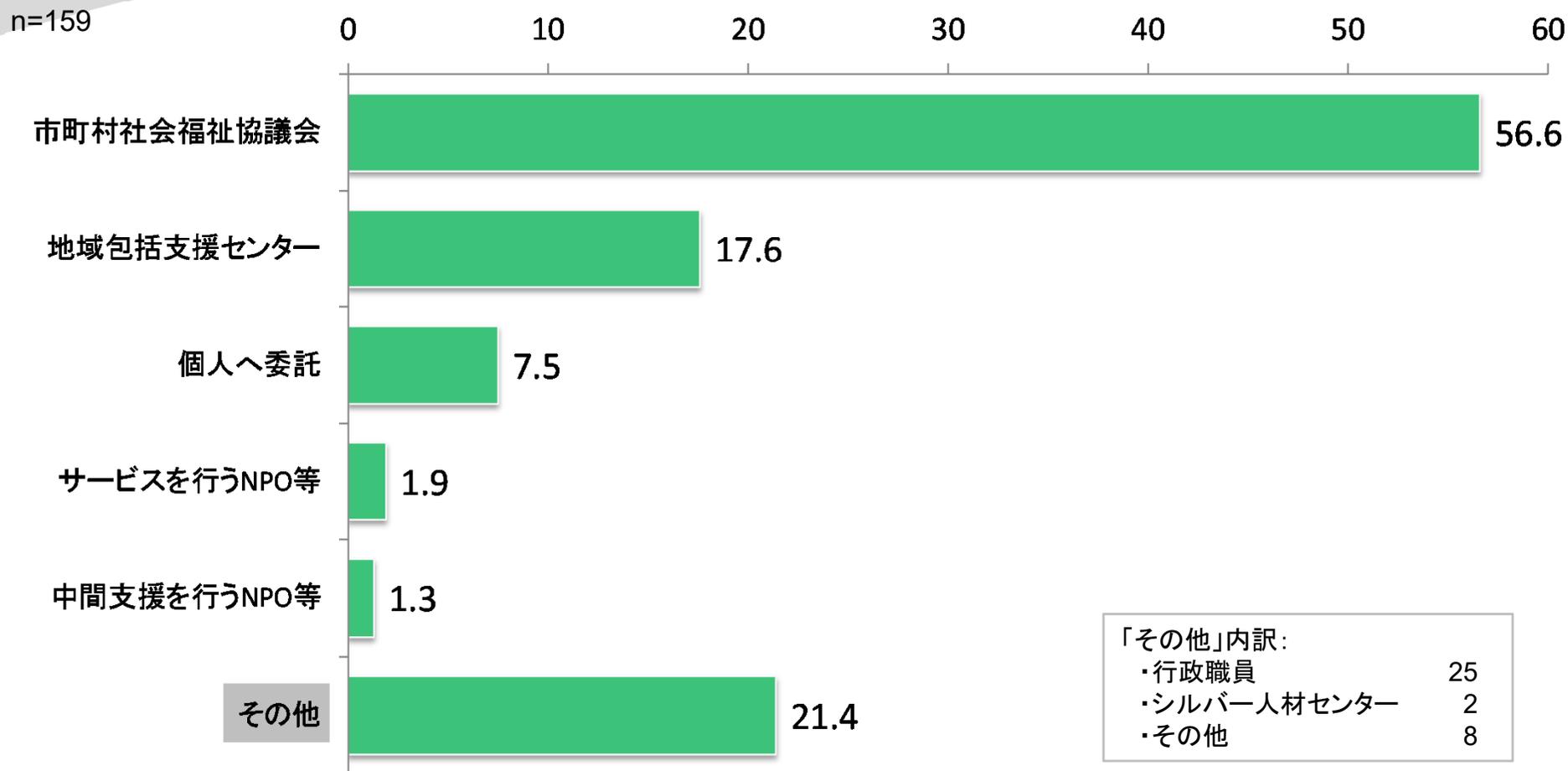


平成27年度に第2層の協議体設置済みの自治体について、協議体事務局の運営主体をみると、「社会福祉協議会」が最も多く、次いで「委託の地域包括支援センター」である。

注:平成27年度設置済みの自治体のみ

第1層コーディネーターの所属先

コーディネーターの所属先



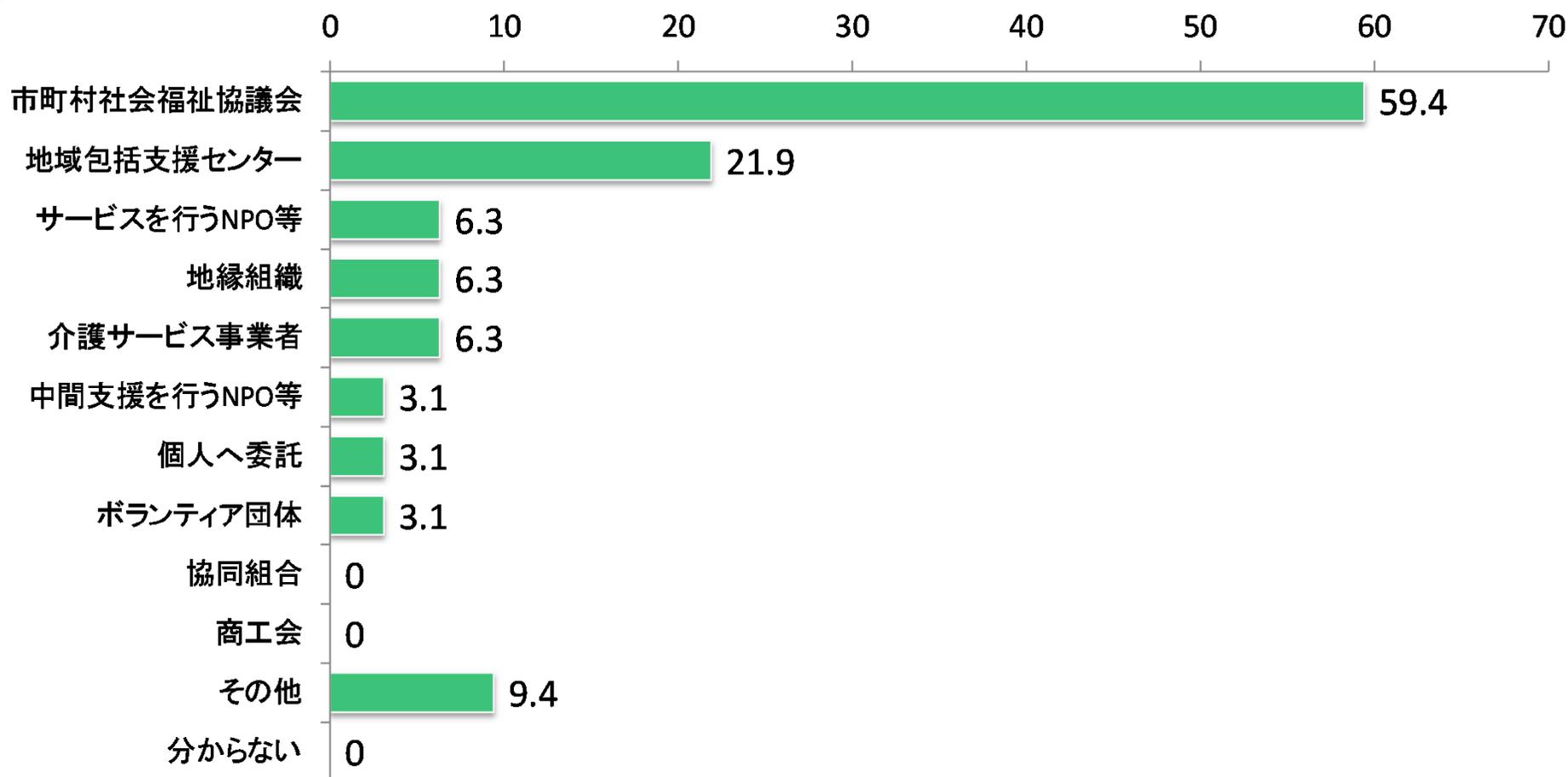
配置しているコーディネーターの所属をみると、「市町村社会福祉協議会」が最も多く6割弱である。次いで、「地域包括支援センター」が2割弱である。

注: コーディネーター配置済み自治体のみ

第2層のコーディネーターの所属先

コーディネーターの所属先

n=32

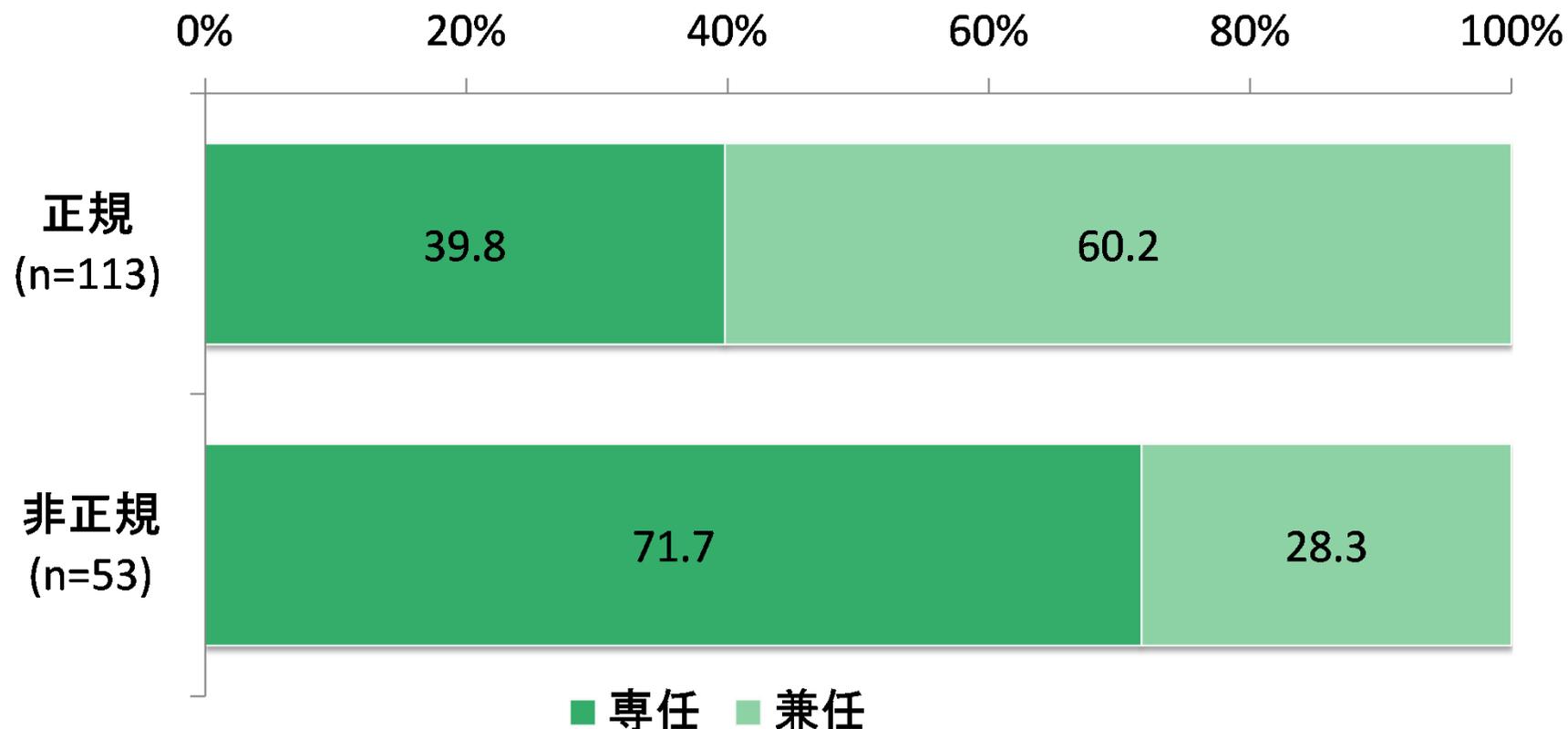


配置しているコーディネーターの所属は、「市町村社会福祉協議会」が最も多く6割である。
次いで、「地域包括支援センター」が2割である。

注:平成27年度コーディネーター配置済みの自治体のみ

第1層コーディネーターの専任・兼任状況

正規・非正規職員別の専任・兼任コーディネーター



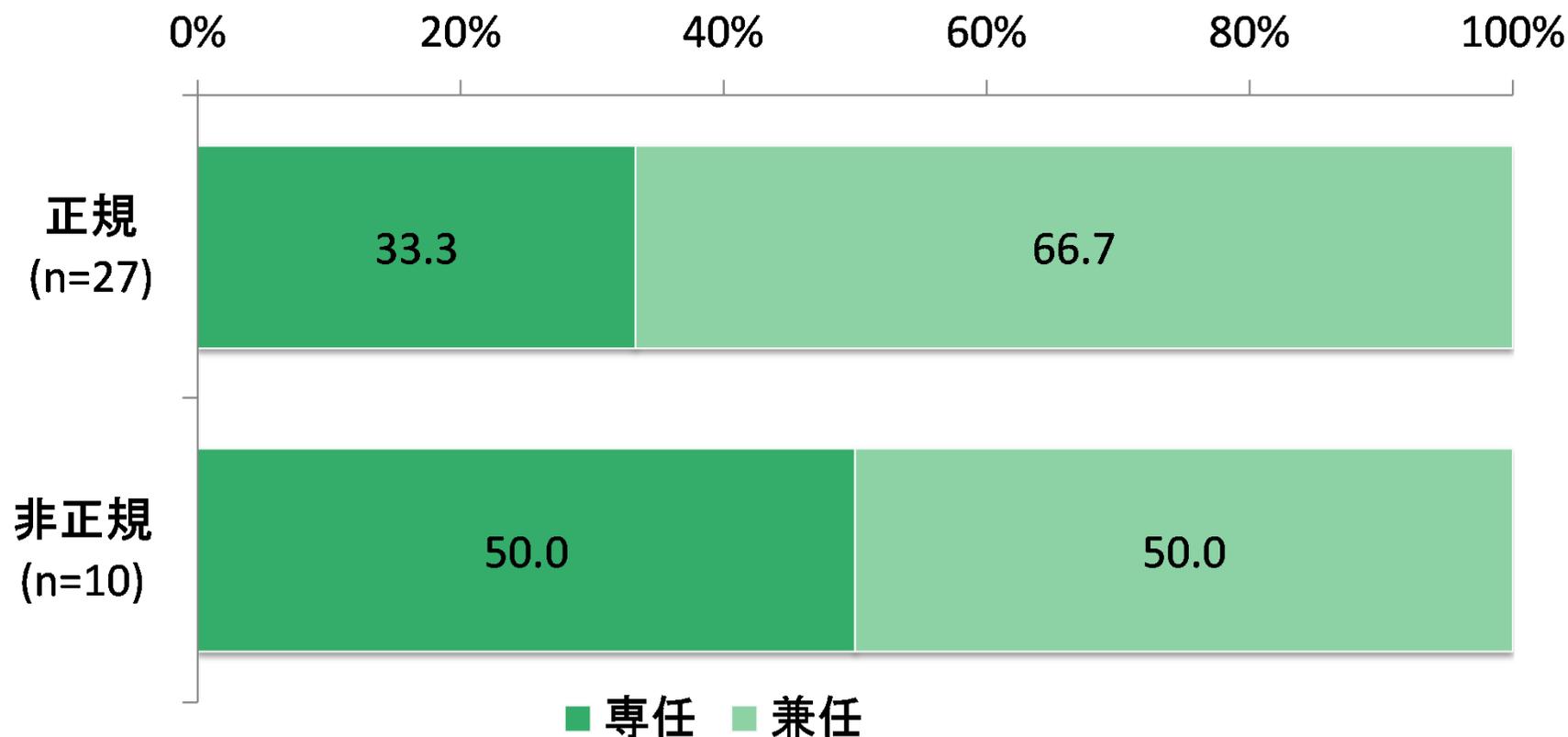
*n数は、自治体数ではなく、自治体の回答数をベースとして算出。
(ex. A市で「正規」、「非正規」の職員が両方いる場合、回答数「2」とする。)

配置しているコーディネーターの雇用形態別にみると、正規職員は、兼任の割合が6割と高く、非正規職員は、専任が7割を占める。

注: コーディネーター配置済み自治体のみ

第2層コーディネーターの専任・兼任状況

正規・非正規職員別の専任・兼任コーディネーター



* n数は、自治体数ではなく、自治体の回答数をベースとして算出。
(ex. A市で「正規」、「非正規」の職員が両方いる場合、回答数「2」とする。)

配置しているコーディネーターの雇用形態別にみると、正規職員は、兼任の割合が7割弱と高く、非正規職員は、専任・兼任が同じ割合である。

注: コーディネーター配置済み自治体のみ

総合事業・包括的支援事業(社会保障充実分)の実施状況について①

平成28年1月4日現在の集計結果

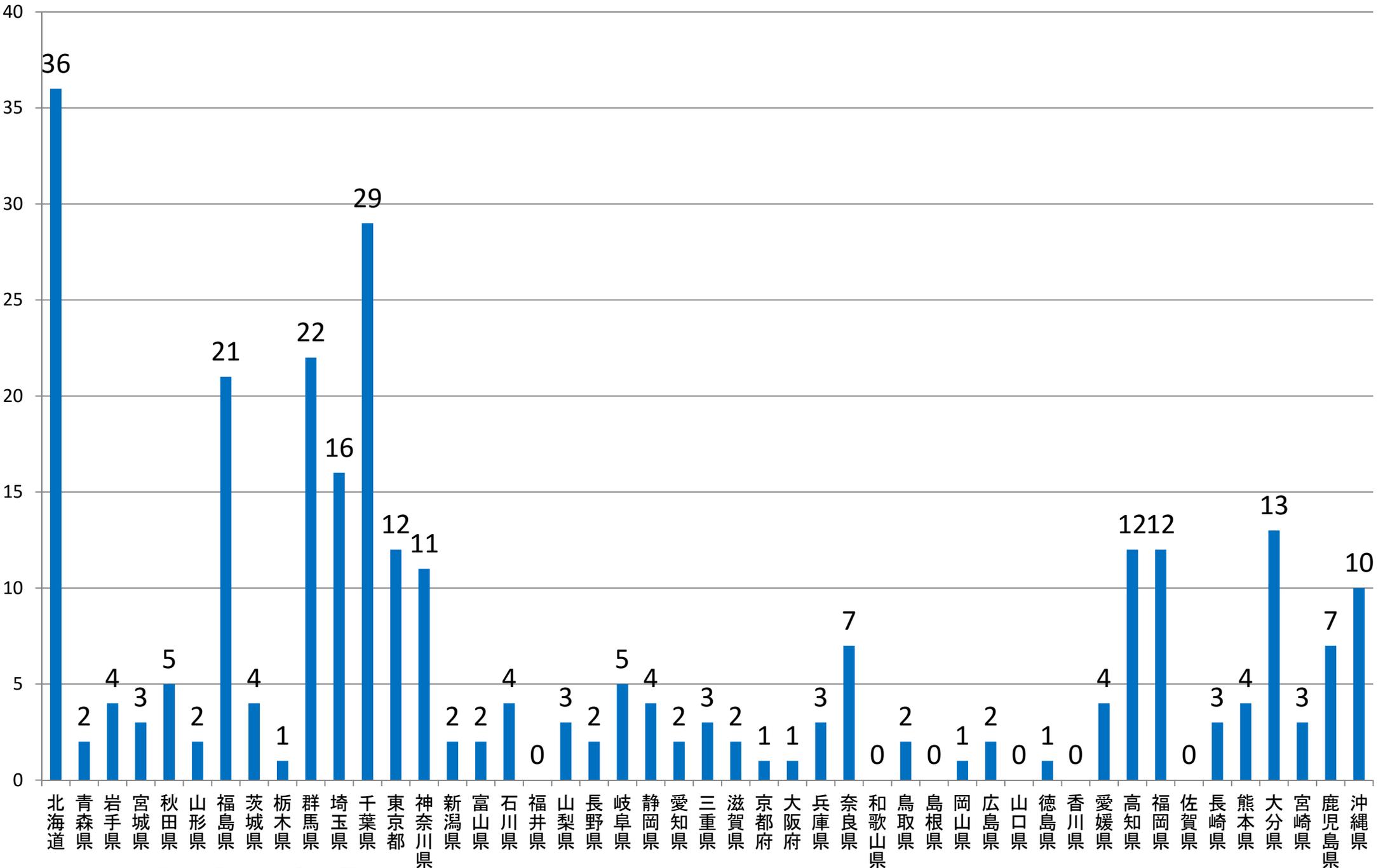
	介護予防・日常生活支援総合事業				生活支援体制整備事業			
	平成27年 1月調査	平成27年 10月調査	平成28年1月調査		平成27年 1月調査	平成27年 10月調査	平成28年1月調査	
			保険者数	(実施率)			保険者数	(実施率)
平成27年度中	114	202	283	(17.9%)	634	711	744	(47.1%)
平成28年度中	277	319	311	(19.7%)	153	243	346	(21.9%)
うち平成28年4月	201	219	222	(14.1%)	87	162	233	(14.8%)
平成29年4月(総合事業) 平成29年度以降(総合事業以外)	1,069	966	953	(60.4%)	482	478	411	(26.0%)
実施時期未定	119	92	32	(2.0%)	310	147	78	(4.9%)
合計	1,579	1,579	1,579		1,579	1,579	1,579	

総合事業・包括的支援事業(社会保障充実分)の実施状況について②

平成28年1月4日現在の集計結果

	在宅医療・介護連携推進事業				認知症総合支援事業							
					認知症初期集中支援推進事業				認知症地域支援・ケア向上事業			
	平成27年 1月調査	平成27年 10月調査	平成28年1月調査		平成27年 1月調査	平成27年 10月調査	平成28年1月調査		平成27年 1月調査	平成27年 10月調査	平成28年1月調査	
保険者数			(実施率)	保険者			(実施率)	保険者			(実施率)	
平成27年度中	686	824	897	(56.8%)	264	319	302	(19.1%)	631	729	740	(46.9%)
平成28年度中	117	155	216	(13.7%)	202	252	323	(20.5%)	140	184	252	(16.0%)
うち平成28年4月	87	153	171	(10.8%)	109	114	147	(9.3%)	55	112	154	(9.8%)
平成29年度以降	446	450	378	(23.9%)	642	752	779	(49.3%)	464	491	485	(30.7%)
実施時期未定	330	150	88	(5.6%)	471	256	175	(11.1%)	344	175	102	(6.5%)
合計	1,579	1,579	1,579		1,579	1,579	1,579		1,579	1,579	1,579	

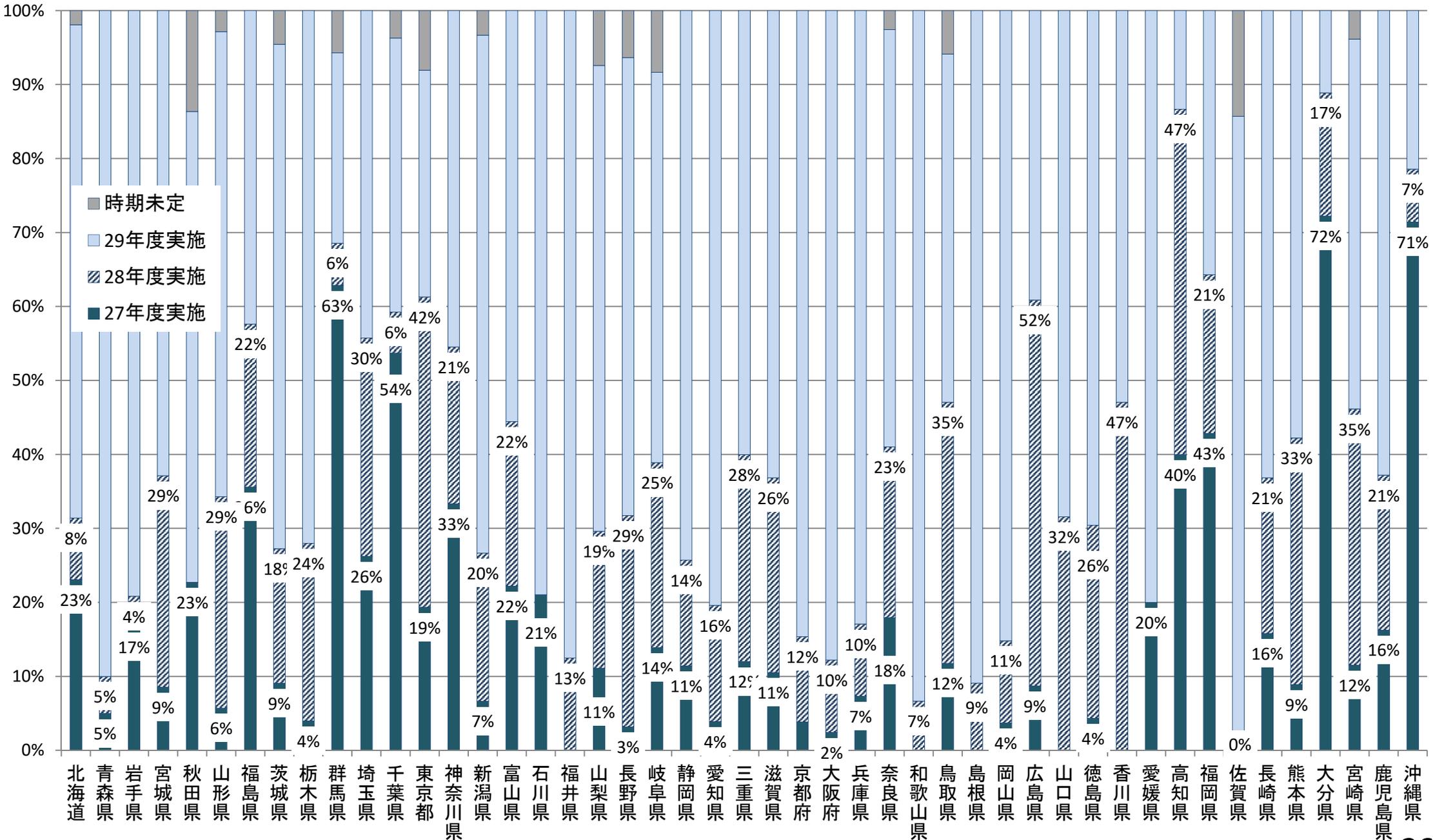
平成27年度の新しい総合事業の都道府県別実施予定保険者数



平成28年1月4日現在の集計結果

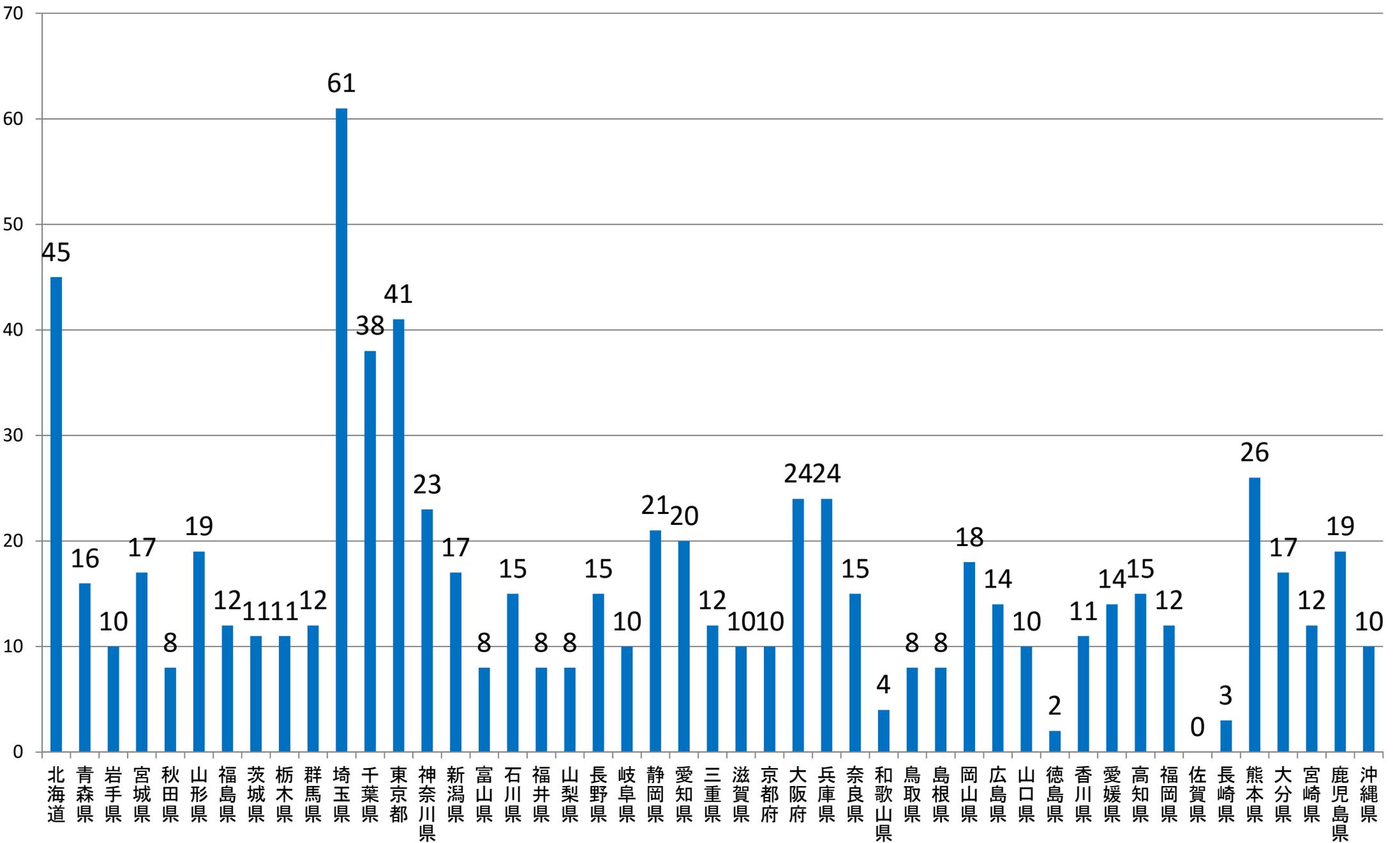
(参考)新しい総合事業の都道府県別・保険者の実施時期割合

- ・大分県や沖縄県では、平成27年度中に総合事業を実施する保険者が7割を超えており、取組が進んでいる。
- ・平成28年度までに総合事業を実施する保険者割合が最も高いのは、都道府県別に比較すると、大分県で89%、次いで高知県が87%となっている。



平成28年1月4日現在の集計結果

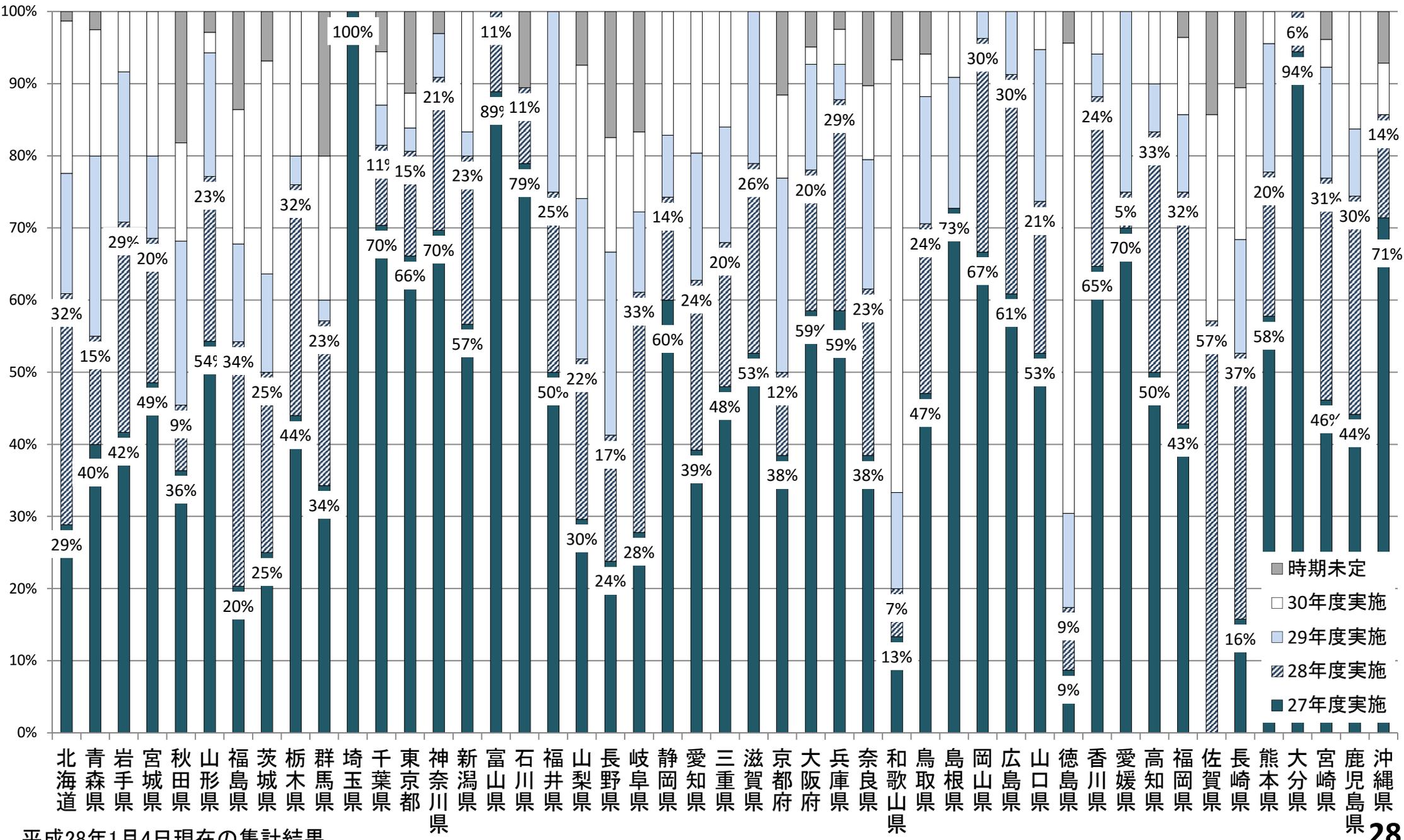
平成27年度の生活支援体制整備事業の都道府県別実施予定保険者数



平成28年1月4日現在の集計結果

(参考)生活支援体制整備事業の都道府県別・保険者の実施時期割合

・新しい総合事業を推進していく上で、早期に実施することが望ましい生活支援体制整備事業は、埼玉県では全ての保険者が平成27年度中に実施する。
 ・平成28年度までには約7割の保険者が実施し、富山県や大分県では平成28年度までに全ての保険者が実施する。



平成28年1月4日現在の集計結果