

平成29年度 新居浜市地域包括支援センター運営に関する歳入歳出内訳書（当初予算）

1 介護保険事業特別会計

<歳入>

(単位 千円)

| 地域支援事業 | 項目 | 内容 | H27年度 | H28年度 | H29年度 |
|---------|--------------------------------------|----------------------------------|---------|---------|--------|
| | 国庫支出金 | 介護予防事業費25%、 包括的支援事業費・任意事業費39% | 47,291 | 53,033 | 67,213 |
| 県支出金 | 介護予防事業費12.5%、 包括的支援事業費・任意事業費19.5% | 23,641 | 26,516 | 33,604 | |
| 支払基金交付金 | 介護予防事業費28% | 9,849 | 11,818 | 19,021 | |
| 保険料 | 介護予防事業費・包括的支援事業費 ・任意事業費22% | 29,535 | 33,259 | 43,301 | |
| 一般財源 | 介護予防事業費12.5%、 包括的支援事業費・任意事業費19.5% | 25,014 | 27,881 | 33,604 | |
| 諸収入 | 個人負担金 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | |
| | 合 計 | 136,330 | 153,507 | 197,743 | |

<歳出>

(単位 千円)

| 地域支援事業 | 事業 | 内容 | H27年度 | H28年度 | H29年度 |
|--------|--------------------------|--|---------|---------|---------|
| | | 介護予防・生活支援サービス事業 | | — | — |
| | 介護予防ケアマネジメント費 | 非常勤職員人件費(3人)、介護予防ケアマネジメント業務委託料、総合事業パンフレット作成費 | — | — | 27,608 |
| | 介護予防事業 | | 37,733 | 44,574 | 41,332 |
| | 介護予防一般高齢者施策事業費 | 介護予防教室開催委託料、介護予防啓発パンフレット等作成費、地域リハビリテーション活動支援事業謝金等 | 13,580 | 16,154 | 22,457 |
| | 介護予防特定高齢者施策事業費 | (二次予防事業終了) | 8,952 | 7,979 | — |
| | 笑いによる健康増進事業費 | (笑いの健康効果評価事業終了) | 800 | — | — |
| | シルバーボランティア推進事業費 | 臨時職員人件費(1人)、ボランティア報酬、講習会講師謝礼、ボランティア保険料、介護予防リーダー養成研修費 | 3,828 | 4,576 | 3,706 |
| | 高齢者ふれあい介護予防啓発事業費 | (新居浜市協働事業市民提案事業で採択され、地域包括支援センターが担当した事業、単年度で終了) | 420 | — | — |
| | 介護予防プログラム開発事業費 | (「PPK体操」作成、完了) | 2,060 | — | — |
| | 健康長寿地域拠点づくり事業費 | 事業者委託料、講師謝金、拠点づくり事業交付金 デイサービスえびすや業務委託料 | 8,093 | 15,865 | 15,169 |
| | 包括的支援事業 | | 93,098 | 104,803 | 126,134 |
| | 地域包括支援センター管理事業費 | 人件費(正規8人、非常勤9人)、車両管理費(1台)、協力機関業務・地域ケアネットワーク・認サポの各委託料(9か) | 91,198 | 100,134 | 107,137 |
| | 総合相談権利擁護事業費 | 研修費、講師謝金、権利擁護啓発パンフレット作成費 | 609 | 339 | 339 |
| | 包括的継続的ケアマネジメント支援事業費 | ケアマネジメント指導研修費、地域ケア会議助言者謝金、研修費、在宅医療介護連携講師謝金等 | 493 | 612 | 1,122 |
| | 認知症高齢者地域支え合い事業費 | 認サポ講座費用、研修費、地域SOSネットワーク活動の補助金、認知症初期集中支援チームの委託料・報償費等 | 798 | 1,200 | 5,142 |
| | 健康長寿コーディネーター配置事業費 | 非常勤職員人件費(1層1名、2層4名)、コーディネーター活動費、生活支援体制整備研修費 | — | 2,518 | 12,394 |
| | 任意事業 | | 5,499 | 4,130 | 2,669 |
| | 介護相談員派遣事業費 | 介護相談員活動報償費、研修費 | 1,799 | 1,930 | 2,144 |
| | 高齢者生きがい創出事業費 | (市民評価により事業の在り方見直し、介護予防事業充実に より対応) | 2,000 | 1,000 | — |
| | 在宅介護支援啓発事業費 | (市民評価により事業の在り方見直し、介護予防事業充実に より対応) | 1,200 | 1,200 | — |
| | 高齢者ふれあいカフェ事業費 | (新居浜市協働事業市民提案事業で採択され、地域包括支援 センターが担当した事業、単年度で終了) | 500 | — | — |
| | 高齢者の楽しみづくりと 産直市活性化事業費 | 業務委託料(新居浜市協働事業市民提案事業で採択され、地 域包括支援センターが担当することとなった事業) | — | — | 525 |
| | 合 計 | | 136,330 | 153,507 | 197,743 |

2 一般会計

(1) 介護予防支援事業

<歳入>

(単位 千円)

| 科目 | 内容 | H27年度 | H28年度 | H29年度 |
|------|------------|--------|---------|--------|
| 諸収入 | 介護予防プラン作成料 | 80,449 | 90,031 | 87,894 |
| 一般財源 | 一般財源 | 11,244 | 10,742 | 2,925 |
| 合 計 | | 91,693 | 100,773 | 90,819 |

<歳出>

(単位 千円)

| 事業 | 内容 | H27年度 | H28年度 | H29年度 |
|----------------|--|--------|---------|--------|
| 予防給付ケアプラン作成事業費 | 非常勤・臨時職員人件費(10人)、システムリース料、介護予防ケアプラン作成委託料、介護予防パンフレット作成費 | 91,693 | 100,773 | 90,819 |
| 合 計 | | 91,693 | 100,773 | 90,819 |

(2) その他事業

<歳入>

(単位 千円)

| 科目 | 内容 | H27年度 | H28年度 | H29年度 |
|------|------|-------|-------|-------|
| 一般財源 | 一般財源 | 1,000 | 1,000 | — |
| 合 計 | | 1,000 | 1,000 | — |

<歳出>

(単位 千円)

| 事業 | 内容 | H27年度 | H28年度 | H29年度 |
|---------------|-----------------|-------|-------|-------|
| 成年後見制度普及支援事業費 | 成年後見制度普及支援事業補助金 | 1,000 | 1,000 | — |
| 合 計 | | 1,000 | 1,000 | — |

地域包括支援センター H28 懸案事項と今後の方向性

事業実施・予算措置関係

1 事業名称変更について

- ・ 新予防給付ケアマネジメント事業費 ⇒ 予防給付ケアプラン作成事業費
- ・ シルバーボランティアポイント助成事業費 ⇒ シルバーボランティア推進事業費
- ・ 健康長寿コーディネーター配置事業費 ⇒ (健康長寿地域体制整備事業費など)

新総合事業関係

2 新総合事業の移行と展開について

- ① 基本チェックリスト実施に向けた居宅事業所の理解
 - ・ 「とりあえず認定申請をしておけば安心できる」「利用者の希望として」といった感覚を払拭する必要がある。
 - ・ 総合事業の新居浜市における必要性についての十分な理解を得て、協力を求めているかなければならない。
- ② サービス事業所の誤解
 - ・ 訪問が1回60分になる、手続が変わる等の誤解や、これによりプラン作成が困難になっているという話が聞こえている。
 - ・ 市町村ごとの制度設計であることを理解しておらず、他市の内容で思い込みをしている可能性がある。
- ③ 多様なサービスの構築等
 - ・ 短期集中予防サービスの検討
 - ・ 他のサービス
 - ⇒ コーディネーターの稼働の中で検討

3 シルバーボランティアの推進

- ① 登録者数の伸び悩み対策
 - ・ 平成29年度に交流会を開催する等により拡大を図る。
- ② 介護予防リーダー養成とシルバーボランティア登録者研修との統合
 - ・ 平成29年度よりシルバーボランティア登録者に対して、介護予防リーダー養成講座受講をセットとすることを検討している。

③ 支援要望と活動とのマッチング方法の構築

⇒ 在宅ボランティアの試行と点検を行っている。

28年度在宅活動 対象者5人、述べ7回

- ・ 傾聴 … 2回
- ・ 院内車いす介助 … 2回
- ・ 防犯カメラSDカード取り換え（高所作業） … 1回
- ・ 電燈据え付け … 1回
- ・ アロエのビニールかけ（しゃがみ作業） … 1回

4 健康長寿地域拠点づくり事業

- ・ 拠点120か所実現に向けた具体的方策を検討中
- ・ 将来的な拠点活動の発展とその可能性について検討を行う必要がある。

包括的支援事業関係

5 ブランチ機能の充実と体制の見直し（議会・監査・政策会議等からの指摘含む）

- ・ 委託料、委託内容、実施件数の状況把握と総括
⇒ 委託仕様見直し中
- ・ 社会福祉法人空白校区の担当のあり方と新規事業所
⇒ 第3回資料参照
- ・ 見直し議論における辞退の可能性
⇒ 各法人聞取り中

6 地域ケアネットワークの充実

- ・ 大島での開催、全校区4回開催に向けた具体的方策を持つ必要がある。
- ・ ケアネットワークは現在は主に学習会の場となっているが、計画的に意見交換の場に変えていく必要がある。
- ・ 地域ケア推進会議の役割について、他の会議との関連を整理する必要がある。
- ・ 第2層協議体として役割を付加するか、依頼のタイミングを検討 ⇒ 11-④

7 地域包括支援センターの資格者確保の方策

- ・ 「準ずる者」解消について時期・影響・状況の見極めを行い、必要な準備を始める必要である。（国の取り扱い現時点で不明確）
- ・ 主任ケアマネ確保を中心とした三職種確保の方策を29年度前半に人事課と協議を行う予定である。
- ・ 改善の実現を図るため、要望等の方法を考慮することも検討できる。

8 地域ケア会議の充実

① 事例検討型

- ・ ケース検討について、地域からのケース提出が行われるルールづくり
⇒ ブランチ契約の仕様として検討中

② ケアプラン検討型

- ・ ケース選択・準備・進行・各種調整等の標準化が課題
⇒ 継続できる方策が必要
- ・ 自立支援に向けた国のモデル事業（H29、3県各3市程度）参加検討中
- ・ 介護福祉課事業所指導係より集中減算解除の根拠としての開催要求あり

9 医療・介護連携の推進

- ・ 平成30年4月に8項目着手していなければならない。（30年度予算要望と他の調整との関係上、29年夏を目途に大枠の見込みをたてる必要がある。）
- ・ 「医師会と丁寧に調整し協働関係を構築した上での取り組み」とされている。
- ・ 4大病院それぞれに連携室があることを考慮しつつ在宅医療との関係を整理する必要がある。
- ・ 見える化のためのツールの検討 ⇒ 11と合わせて検討

10 認知症初期集中支援チーム ⇒ チーム検討委員会議題

11 健康長寿コーディネーター配置事業

① 活動状況 ⇒ 第1層協議体にて報告

② 見える化のためのツールの検討

③ 第2層コーディネーターの配置・業務等

- ・ H29市政日より4月号で募集、5月から配置
- ・ 当面の業務、地域との関係づくり等の具体策を検討する必要がある

④ 第2層協議体の設置について

- ・ 平成29年度末までに地域ケアネットワークへ当面の依頼をし、設置
- ・ ケアネットとは別途に進捗に合わせ協議の場を構築

⑤ 今後の限度額を考慮して圏域数を検討する必要があるか。 ⇒ 12との関係

その他の懸案事項

12 地域包括支援センターの委託化の検討

- ・ 現在総人員は34人であるが、平成29年度には正規職員1名と第2層コーディネーター4名が増員となり、管理面において限界に近い状況と言える。
- ・ 国の制度見直しの方向性において、土日開所等の機能拡充が検討されている。
- ・ 圏域ごとの委託の可能性と是非について検討し、必要な場合は部内方針化を図る必要がある。

13 H29度の次期介護保険事業計画策定における地域支援事業の計画検討

- ・ 国は、地域支援事業について次々と改正をおこなっており、新居浜において適時に対応するためには新居浜市の地域支援事業の短期計画・中期見通し・長期展望を持つ必要がある。 ⇒ 資料4「介護保険制度の見直しに関する意見（抜粋）」参照
- ・ 平成29年度は第7期の介護保険事業計画作業年であることから、その検討過程において十分な検討を行い、上記計画等の内容を反映させることが大切である。

介護保険制度の見直しに関する意見(抜粋)

平成28年12月9日

社会保障審議会介護保険部会 より

目次

| | |
|--|-------|
| はじめに..... | 1 |
| I 地域包括ケアシステムの深化・推進..... | 2 |
| 1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進..... | 2 |
| (1) 保険者等による地域分析と対応..... | 2 |
| (2) 地域支援事業の推進..... | 6 |
| (3) 介護予防の推進..... | 10 |
| (4) 認知症施策の推進..... | 12 |
| (5) 適切なケアマネジメントの推進等..... | 14 |
| (6) ニーズに応じたサービス内容の見直し..... | 17 |
| 2. 医療・介護の連携の推進等..... | 20 |
| 3. 地域包括ケアシステムの深化・推進のための基盤整備等..... | 22 |
| (1) 地域共生社会の実現の推進..... | 22 |
| (2) 介護人材の確保(生産性向上・業務効率化等)..... | (以下略) |
| (3) サービス供給への保険者の関与 | |
| (4) 安心して暮らすための環境の整備(有料老人ホームの入居者保護の充実等) | |
| II 介護保険制度の持続可能性の確保 | |
| 1. 利用者負担のあり方 | |
| 2. 給付のあり方 | |
| 3. 費用負担(総報酬割・調整交付金) | |
| III その他の課題 | |
| おわりに | |

はじめに

- 介護保険制度は、その創設から16年が経ち、サービス利用者は制度創設時の3倍を超え、500万人に達しており、介護サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきている。
- その一方で、高齢化に伴い、介護費用の総額も制度創設時から約3倍の約10兆円になるとともに、65歳以上の人が支払う保険料の全国平均も、制度創設時は3,000円を下回っていたものの、現在は5,000円を超え、2025年度には8,000円を超えることが見込まれている。また、40歳以上64歳以下の人負担する保険料についても大幅に増加しており、今後も介護費用の拡大に伴い増加することが見込まれる。
- さらに、2025年にはいわゆる団塊世代すべてが75歳以上となるほか、2040年にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上になるなど、人口の高齢化は、今後さらに進展することが見込まれている。具体的には、2015年時点で65歳以上人口3,395万人、75歳以上人口1,646万人だったものが、2042年には65歳以上人口が3,878万人となりピークを迎え、2055年には75歳以上人口が2,401万人となり、全人口の25%を超える見込みである。
- また、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など、各地域の状況は異なる。その一方で、年齢構成を補正した上でも、要介護認定率や一人当たり介護費用、施設サービスと居宅サービスの割合等について、地域差が存在している状況にある。
- 介護職員を継続的に確保していくことも必要である。介護職員については、介護保険制度創設時の約55万人から、2014年度には約177万人と、3倍以上に増加しているが、2020年代当初における介護人材の需給ギャップを解消するため、約25万人の人材を追加的に確保するための対策を進めている。
一方で、介護職員の有効求人倍率の伸びは全産業平均に比べ大きくなっている状況もあることから、一層の人材確保対策に取り組むことが求められている。
- また、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」(平成 27 年6月 30 日閣議決定)や、「経済・財政再生アクション・プログラム」(平成 27 年 12 月 24 日経済財政諮問会議)、「経済財政運営と改革の基本方針 2016」(平成 28 年6月2日閣議決定)等でも、経済・財政の再生や社会保障制度の持続可能性の確保の観点から、介護保険制度の見直しについて、様々な指摘がなされている。

○ このように介護保険制度を取り巻く状況が大きく変化している中で、団塊世代が75歳以上となる2025年や、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者数がピークを迎える2040年も見据えつつ、引き続き、高齢者がその有する能力に応じ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や、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減・悪化の防止といった制度の理念を堅持し、質が高く必要なサービスを提供していくと同時に、財源と人材とをより重点的・効率的に活用する仕組みを構築することにより、制度の持続可能性を確保していくことが重要である。持続性を確保するためには、給付費の伸びの抑制を図るとともに、利用者負担の在り方、保険料負担の在り方について、世代内・世代間の公平等を踏まえた必要な見直しに取り組むことが必要である。さらに、国及び都道府県が一体となって支えつつ、介護保険の保険者である市町村の保険者機能を強化していくことが必要である。

○ 介護保険制度については、これまでの制度改正等においても、「**地域包括ケアシステムの推進**」と「**介護保険制度の持続可能性の確保**」に取り組んできたが、**今後もこの2点をより深化・推進していく観点から、必要な見直しを進めていくことが適当**である。

○ このような認識の下、本部会では、本年2月以降16回にわたって審議を重ねてきた。以下、本部会におけるこれまでの審議を整理し、介護保険部会の見直しに関する意見書としてとりまとめる。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

(1) 保険者等による地域分析と対応

【総論】

○ 介護保険は、高齢者の自立支援や介護予防をその理念としているが、今後、高齢化が進展していく中においても、この理念を堅持し、地域包括ケアシステムをより深化・推進していくことが必要である。

○ 特に、いわゆる団塊世代が75歳以上となる2025年、さらにはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年に向けて、大都市やその周辺都市、地方都市、中山間地域等、地域によって高齢化の状況及びそれに伴う介護需要も異なってくることが想定され、地域実情に合わせた地域包括ケアシステムを深化・推進していくことが重要である。

- また、現在、要介護認定率や一人当たり介護費用、施設サービスと居宅サービスの割合などについては、地域差が存在している状況にある。

介護保険制度には、全国一律の基準による要介護認定など保険者間の差を抑制し適正化を図る仕組みがある一方で、高齢化の状況、地理的条件、独居等の家族構成など地域差を必然的に生じさせる要素もあり、それぞれの保険者が国及び都道府県の協力のもと、地域差の存在について多角的な分析を行い、その結果を踏まえて、縮小されるべき地域差については、これを縮小するよう適切に対応していくことが求められる。

- このような状況を踏まえ、今後は、以下の①から④の取り組みを繰り返し行うこと、すなわち、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組である「**地域マネジメント**」を推進し、**保険者機能を強化していくことが適当**である。

- ① 各保険者において、それぞれの**地域の実態把握・課題分析**を行う。
- ② 実態把握・課題分析を踏まえ、地域における**共通の目標を設定**し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた**具体的な計画を作成**する。
- ③ この計画に基づき、地域の介護資源の発掘や基盤整備、多職種連携の推進、効率的なサービス提供も含め、**自立支援や介護予防に向けた様々な取り組みを推進**する。
- ④ これら様々な取り組みの**実績を評価した上で、計画について必要な見直し**を行う。

- その際、市町村自身が保険者機能を果たすためには、新たに生じる事務負担に十分配慮し、行政サービスの質の低下を招かないようにする必要がある。人員やノウハウの課題もあることから、保険者による極端な格差が生じないよう国や都道府県が市町村を具体的にかつ積極的に支援していくことが適当である。都道府県が行う具体的な支援について、地域によって状況が異なることに留意した上で、その内容や法的根拠を明確にする必要がある。

例えば、国においては地域の実情や特性を踏まえ、地域の自主性を尊重しながら各種ガイドラインを作成するほか、都道府県職員に対する研修を実施することなどが考えられ、都道府県においては市町村職員に対する研修を実施するほか、医療職の派遣に関する団体調整を行うことなどが考えられる。

この点に関して、地方財政に占める介護保険事業歳出のボリュームが増大していることも意識しつつ、各市町村において、保険者機能を強化するという強い認識を持ち、介護保険に係る行政分野への人材投入等を行うべきであるとの意見があった。

【データに基づく地域課題の分析等】

- 市町村や都道府県の介護保険事業(支援)計画の作成、実施及び評価、並びに国民の

介護保険事業の運営に関する実情の把握に資するため、保険者による地域の実態把握・課題分析のための基盤を整備することが適当である。その際、評価指標にかかるものを含めデータの整備について、市町村及び都道府県に過度な事務負担が生じないよう、国において、全国の市町村及び都道府県が活用できるシステムを構築するなど環境を整備していくことが重要である。

○ 具体的には、

- ・ 市町村による国に対する介護給付費や要介護認定等に関するデータの提出を義務づけるとともに、
- ・ 国は、市町村から提供されるデータを集計・分析し、地域包括ケア「見える化」システムを通じて、各都道府県・市町村の地域分析に資するようなデータ(地域差に関するデータを含む。)を提供する
- ・ また国は、「見える化」を広く国民に周知させるための広報などを進めることとするのが適当である。

○ なお、地域包括ケア「見える化」システムにおいて活用されている、介護保険総合データベースのデータについては、データベースをより有効活用するために、データの利用目的が公益性の高い場合には、第三者提供を可能とすることが適当である。

この場合、個人情報保護は当然に重要であり、この点も含め、データを提供する対象、データ利用に係る手続き等については、別途、検討の場を設けて検討することとするのが適当である。

○ また、医療と介護のデータを合わせた分析・利活用も重要な課題であるが、これについては、「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」の取りまとめを踏まえつつ、検討していくこととするのが適当である。

この点に関連して、医療と介護のデータベースはそれぞれ匿名化され容易には名寄せができないため、それらを連結して分析するためには技術的な検討を実施していくことが必要との意見があった。

【地域マネジメントに係る取り組み内容・目標の計画への記載】

○ 市町村や都道府県が介護保険事業(支援)計画を策定する際には、上記により国から提供されたデータを利用して地域課題を分析するよう努めることとするのが適当である。

また、都道府県は、市町村が行う地域課題の分析を支援するよう努めることとするほか、こうした分析が円滑にできるよう、国はガイドラインを策定するなどの支援を実施することが適当である。

○ **市町村は、介護保険事業計画に、地域の実情に応じて、高齢者の自立支援と介護予防に向けた具体的な取組内容やその目標を記載することとするのが適当**である。

○ 一方、都道府県については、介護保険法において「介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない」とされているところ、高齢者の自立支援と介護予防に向けて、都道府県が実施に努めるべき具体的な保険者支援について、法律上明確化することが適当である。

さらに、都道府県は、介護保険事業支援計画に、市町村が行う高齢者の自立支援と介護予防に向けた取組に係る支援の具体的な内容やその目標を記載することとするのが適当である。

【自立支援や介護予防に向けた様々な取り組みの推進】

○ **市町村は、介護保険事業計画に従い、高齢者の自立支援と介護予防に向けた具体的な取り組みを進めることとなる。**

○ 具体的な取り組みとしては、住民や事業者など地域全体への**自立支援・介護予防に関する啓発普及**、介護予防の**通いの場の充実**、**リハビリテーション専門職等との連携**や**口腔機能向上**や**低栄養防止に係る活動の推進**、**地域ケア会議の多職種連携による取り組みの推進**、**地域包括支援センターの強化**など、地域の実態や状況に応じた様々な取り組みが考えられる。

【適切な指標による実績評価】

○ 各市町村において様々な取り組みを進めていくこととなるが、地域マネジメントによる地域包括ケアシステムの深化が着実に進むよう、**取組のアウトカム指標やアウトプット指標（プロセス指標）を国が設定**し、PDCAの一環として、**市町村や都道府県が自己評価**するとともに、国に報告する仕組みを設けることが適当である。

○ **アウトカム指標**については、要介護認定率の抑制等、適正なサービス利用の阻害につながるものがないものとする必要があり、例えば、**要介護状態等の維持・改善の度合い**、**健康な高齢者の増加などの保険者の取組の成果を反映する指標**が考えられる。

また、**アウトプット指標**については、例えば、地域包括ケア「見える化」システムの活用状況も含む**地域分析の実施状況**、**地域ケア会議の実施状況**、**生活支援コーディネーターの活動状況**、地域包括支援センターにおける**ケアマネジメント支援等の実施状況**、**介護予防・自立支援の取組の状況等を指標**とする方向が考えられる。

評価指標については、市町村毎に人材やノウハウ、地域資源などの状況は大きく異なるため、それぞれの地域での取り組みが適切に評価できるようなきめの細かいものとする必要があるとあり、市町村や都道府県の意見を十分に聞いた上で設定することが適当である。

【インセンティブの付与】

○ 都道府県や市町村に対する取組を推進するため、上記の評価については各市町村、都道府県毎に、住民も含めて公開することとし、成果を他の地域と比較することによりPDCAサイクルに活用することとするのが適当である。

○ さらに、**財政面においても、市町村や都道府県に対するインセンティブを設ける**ことも検討すべきである。

その具体的な内容については、市町村及び都道府県の取組は多様であり、追加財源を確保した上で実施すべきとの意見がある一方、ディスインセンティブも組み合わせた上で財政中立で実施すべきとの意見もあった。また、自治体毎に人材やノウハウ、地域資源などに大きな差異がある中で、自治体間の格差が広がらないように留意すべきとの意見などもあり、これらの意見に留意しながら、丁寧な検討を行うことが適当である。なお、保険者の取り組みは保険者機能そのものであるとともに、適正化自体が保険者のインセンティブとなることや都道府県の支援と各市町村におけるアウトカムとの関係が明確とは言い難いことから、インセンティブを設けるべきではないとの意見もあった。

(2)地域支援事業の推進

【地域支援事業の評価】

○ 地域支援事業は、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ことを目的とするものであり、①介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」と言う。）、②包括的支援事業、③任意事業から構成されている。

○ この**地域支援事業に関しては、地域包括支援センターの活動や、総合事業について評価を行う仕組みはあるものの、地域支援事業全体として評価を行う仕組みはなく、それぞれの事業が効果的に実施されるためには、定期的に取り組の評価を行い、評価に基づく取組の改善が行われる必要がある。**

○ このため、**地域支援事業における地域ケア会議の実施状況、生活支援コーディネーターの活動状況、地域包括支援センターにおけるケアマネジメント支援等の実施状況につい**

て、評価指標として国が定め、市町村は評価指標に基づく評価を行うこととするほか、評価が効果的な事業実施に結びつくよう、市町村が介護保険事業計画に地域支援事業の事業方針や目標を定めることとするのが適当である。

- また、市町村が地域支援事業等を通じた介護予防等の取組を適切に進めることができるよう、都道府県が市町村の課題に応じ積極的に支援を実施することを目的として、国において、都道府県職員に対する研修を実施することが適当である。

【介護予防・生活支援サービス事業、生活支援体制整備事業の実施状況の把握・検証】

- 介護予防・生活支援サービス事業（総合事業の一つであり、要支援認定を受けた被保険者等に対して、訪問型サービスや通所型サービス、その他生活支援サービス等を提供する事業）については、平成26年介護保険法改正により創設されたが、その実施は市町村が条例で定める場合、平成29年4月まで猶予可能とされている。

また、生活支援体制整備事業（包括的支援事業の一つであり、地域におけるサービスや担い手の開発等に取り組む生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等を行う事業）についても平成26年介護保険法改正により創設されたが、その実施は市町村が条例で定める場合、平成30年4月まで猶予可能とされている。

- 平成27年4月に総合事業を開始した78市町村の状況をみると、介護予防訪問介護と介護予防通所介護に相当するサービス以外の「多様なサービス」が出現していることが確認された一方で、介護サービス事業者や介護労働者以外の「多様な主体」による取組が十分に広まるまでに至っていないことが分かった。

- このような状況を踏まえ、総合事業の取組が地域に定着し、地域づくりに対する住民意識が醸成されることによる、取組の発展的成長を促進するため、生活支援体制整備事業の早期実施を促すとともに、引き続き、随時、市町村に対し必要な支援を行いつつ、利用者の状況を含む介護予防・生活支援サービス事業及び生活支援体制整備事業の実施状況や、介護専門職への影響について把握・検証を進め、その結果を踏まえ、政策の評価を行うことが適当である。

なお、この実施状況の把握・検証については、遅滞なく行う必要があるとの意見がある一方で、第6期介護保険事業計画期間中に検証を行うのは早過ぎるとの意見があった。

- また、介護予防ケアマネジメント（総合事業のみを利用する者に対するケアマネジメント）について、今後、実施状況の把握・検証を行いつつ、介護予防支援（予防給付のサービスを利用する者に対するケアマネジメント）との間で円滑な実施が図られるよう、事務手続き

等の改善を検討することとするのが適当である。

【地域包括支援センターの強化】

○ 地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメントや包括的支援事業等の実施を通じて、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である。

○ 高齢者の自立支援・介護予防を推進するためには、地域においてケアマネジメントが適切に機能する必要があるため、地域包括支援センターの業務のひとつとしてケアマネジメント支援が位置づけられている。

実際の支援の中心は介護支援専門員(ケアマネジャー)への直接的支援となっているが、地域における適切なケアマネジメント環境を整備するためには、住民やサービス事業所を対象とした取組も必要である。

また、ケアマネジメント支援の強化に当たっては、地域ケア会議について、更なる取組の促進が必要である。

○ このため、**地域包括支援センターが行うケアマネジメント支援について、ケアマネジャー個人への支援から、地域の住民やサービス事業所等を含めた『地域全体をターゲットとする支援』へ拡大するとともに、国においてケアマネジメント支援の全体像の整理を行い、業務のプロセスや取組事項等を具体化・明確化することが適当である。**

また、地域ケア会議の推進のため、**地域ケア会議の業務を具体化・明確化することが適当である。**

○ 次に、介護離職を防止する観点からは、地域包括支援センターの取組として、働きながら介護に取り組む家族や、今後の仕事と介護の両立不安や悩みを持つ**就業者に対する相談支援の充実強化**が、より一層求められる。

○ このため、**地域包括支援センターの土日祝日の開所や、電話等による相談体制の拡充、地域に出向いた相談会の実施など、相談支援の強化を図ることが適当である。**また、これに併せて、国においてこれらの取組の円滑な実施を促すための環境整備も進めることが適当である。

○ 地域包括ケアシステムを構築するためには、在宅医療と介護の連携も必要となり、その推進のためには、例えば、退院時の調整など、地域包括支援センターも積極的に役割を果たしていくことが求められる。

- このため、地域包括支援センターの業務として、例えば、ケアマネジャーが決まっていな
い患者に対するケアマネジャーの選定の支援や、予防給付等の利用が見込まれる患者に
対する退院に向けたサービスの調整等を位置づけることが適当である。なお、土日祝日の
開所等を行う場合、対応する人員の確保は難しいとの意見があった。
- このように地域包括支援センターの取組強化が求められる中、地域包括支援センター職
員の質の向上が課題となってくる。現在、地域包括支援センターには、主任介護支援専門
員、保健師、社会福祉士の3職種を配置することとしているが、このうち、保健師、社会福
祉士については「準ずる者」が一定数配置されている現状となっている。
- このため、この「準ずる者」について、職種ごとの特性を踏まえ、将来的に解消すること
を目指すことが適当である。その際、保健師については、人材確保が困難となっている実態
を踏まえ、「準ずる者」の規定を残しつつ、高齢者の公衆衛生業務に関する業務経験を追
加する等の対応をとることが適当である。
また、ケアマネジメント支援等の政策課題について、円滑な実施が図られるよう、地域包
括支援センター職員に対する研修を実施することが適当である。
- また、地域包括支援センターの業務負担が過大になっているとの指摘があり、特に介護
予防支援業務等は地域包括支援センターの業務から外すべきとの意見が複数ある一方で、
市町村が責任主体とされサービス事業者とは独立した位置づけである地域包括支援セン
ターでの保健師等複数の専門職によるチームアプローチの重要性に鑑み、介護予防支援
業務等は地域包括支援センターで行うべきとの意見があった。
- 地域包括支援センターにおける課題は、介護予防支援や総合相談支援など、それぞ
れの地域包括支援センターで異なることから、市町村がそれぞれの課題を踏まえた必要な体
制を整備するほか、引き続きそのための財源を確保するとともに、業務の整理を検討する
ことが必要である。
このため、後述するように、**地域包括支援センターの体制に関する評価の実施を通じて、
市町村に対し適切な人員体制の確保を促す**こととするほか、前述したように、国において
介護予防ケアマネジメントの実施状況の把握・検証を行いつつ、介護予防支援との間で円
滑な実施が図られるよう、事務手続き等の改善を検討することが適当である。
- 地域包括支援センターの活動を適切に評価していくためには、確立された評価指標によ
り定期的に評価を行うことが必要であるが、現在、地域包括支援センターの評価は、努力

義務として市町村がそれぞれの方法で実施している。

- このため、**国において評価指標を定めるとともに、評価を行うことを市町村及び地域包括支援センターの義務とすることが適当である。また、市町村に対し地域包括支援センターの体制に関する評価の実施を通じて、適切な人員体制の確保を促し、またその結果を公表することが適当である。**

(3)介護予防の推進

【介護予防の事業評価と改善】

- 介護予防は、高齢者等が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的とする取組であり、単に運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけ、これによって日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すことが重要である。
- この介護予防については、平成26年介護保険法改正においては、以下の考え方に基づき、関連の事業の再編が行われた。
 - ① 機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれた取組が重要である。
 - ② 高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態にいたっておらず、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながっていく。できる限り多くの高齢者が、地域で支援を必要とする高齢者の支え手となっていくことで、より良い地域づくりにつながる。
 - ③ 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者が増え、通いの場が普及拡大していくような地域づくりを推進する。
 - ④ 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(例えば、住民主体の通いの場の立ち上げや充実、地域ケア個別会議への関与等)を推進する。
- 介護予防の取組については、現在も一定の指標を用いて評価を行い、事業の改善に活用しているが、今後も、平成26年介護保険法改正の考え方に従い、より効果的に事業を推進するため、**現在の評価指標に加えて、介護予防・自立支援に特化し、その現状を反映するような指標を検討することとするのが適当**である。

指標の検討に際しては、現在ある指標を踏まえながら、**プロセス指標だけではなく、アウト**

トカム指標を組み合わせながら実施することが必要である。

- なお、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止はあくまでも目標であり、利用者に対して過度な強制とならないよう、十分に留意することが適当である。

【自立支援・介護予防を推進するための都道府県等の支援】

- 効果的な介護予防の取組には、リハビリテーション専門職等が地域ケア会議や住民主体の通いの場等へ関与し、高齢者の自立や社会参加を促進することが有用であるが、これらの専門職等が不足している現状にあった。

- そのため、介護予防・日常生活支援総合事業において、市町村が地域ケア会議等にリハビリテーション専門職等を派遣するための事業（地域リハビリテーション活動支援事業）を新設し、これらの専門職の関与を促進することとしたが、市町村においてリハビリテーション専門職等を確保することは難しい状況にある。

- このような状況を踏まえ、市町村が地域支援事業を行うにあたり、都道府県からの情報提供や、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等関係団体、医療機関等の関係者から、地域リハビリテーション推進の枠組等を活用した人的支援等の自立支援・介護予防の推進に必要な協力を得やすくするための制度的な手当てを行うことが適当である。

【介護予防の推進のための住民へのインセンティブ】

- これまでの地域づくりの推進等の取組によって、通いの場の数は徐々に増加しているが、一方で介護予防に意欲をもって主体的に取り組む住民を増加させることも必要である。

- このような観点から、既に、介護予防に関する取組への参加回数に応じて、市町村がポイントを付与し、一定のポイント数に応じて特典を得られるようにしている事例もある。

このため、**このような取り組みが、既存事業で実施できる旨を明確化することが適当**である。

このようなインセンティブ付けの仕組みについては、

- ・ 個人だけではなくグループに対しても評価し、社会参加の動機付けを促すようなインセンティブ付けをしていくことが必要ではないか
- ・ 特に個人へのインセンティブについては、過度な内容にならないように留意することが必要ではないか
- ・ 要支援・要介護の審査判定を受けた者が、状態を改善させて非該当となった場合を対

象とすべきではないか

- ・ 要介護・要支援認定非該当の方のみを対象とするのか
- ・ 介護予防等の活動を行ったことだけでなく、その活動の結果、重度化がいかに防がれたかを評価するのが適当ではないか
- ・ インセンティブ付けを検討する場合、その費用対効果が適切に測れるように検討する必要があるのではないか

など、付与方法や対象者の範囲、評価方法に関する意見があった。

(4) 認知症施策の推進

【総論】

○ 認知症施策については、平成27年1月に策定された認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)で示されている7つの柱(普及・啓発、介護者支援、本人視点の重視など)に沿って推進していくことが必要であるが、現行の介護保険法では、この考え方が明確化されていない。

○ このため、新オレンジプランの基本的な考え方を介護保険制度においても明確にすることが適当である。

【認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、社会参加や生きがいづくり】

○ 認知症の人への支援については、認知症の早期診断・早期対応を軸として、認知症の人がその時の容態に応じて、もっともふさわしい場所で適切なサービスを受けられる、循環型の仕組みを構築していくことが重要であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護職員等の認知症の人への対応力向上のための人材育成の推進や多職種連携等の医療・介護等の連携をさらに推進していくとともに、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の設置やその役割の整理・強化を進めていくことが必要である。

○ このため、この**循環型の仕組みを構築していく観点を介護保険事業(支援)計画等に盛り込む等、各地域で計画的に取り組むこととするのが適当**である。

○ その際、特に医療との連携の観点から、都道府県が市町村に対して必要な支援を行えるようにすることが適当である。また、認知症初期集中支援チームについては、必ずしも初期でない認知症の人への支援やいわゆる困難事例への対応等も必要とされていることから、より効果的にチームを機能させるような取り組みを進めていくことが適当である。

○ 一方、認知症に関する相談支援については、単に必要なサービスに繋げるというだけで

なく、**認知症の人同士が繋がることや、集まって意見交換したりするための場づくり等を通じて、認知症の人の社会参加や生きがい作りを支援していくことも重要である。**

- このため、**認知症地域支援推進員の役割の整理を含め、認知症の人の社会参加や生きがいづくりの効果的な展開方法を確立するとともに、その普及・定着を推進していくことが適当である。**

【認知症の人の介護者への支援】

- 家族をはじめとする認知症の人の介護者への支援については、新オレンジプランに沿って様々な取り組みが進められているが、認知症の人の介護者の生活上の課題は多様であることもあり、必ずしも十分な支援に繋がっていないのではないかと指摘もある。
- このため、認知症の人の介護者への支援について、認知症初期集中支援チーム、認知症カフェ、ボランティアが認知症の人の居宅を訪問して一緒に過ごす取組（「認とも」）、家族向けの認知症介護教室等に加え、認知症の人の家族もまた認知症と向き合う当事者であるとの視点を踏まえつつ、精神的側面への支援を含めたより重層的な介護者への支援の在り方等について検討を進めていくことが適当である。

【認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進】

- 認知症高齢者等の増加が見込まれる中、認知症高齢者等がその判断能力に応じて、必要な介護や生活支援サービスを受けながら日常生活を過ごすことができるようにすることが重要である。
- このため、成年後見制度利用促進法の検討状況も踏まえつつ、関係機関が連携しながら**市民後見人の育成やその活動の支援、法人後見の活用等により、後見等の実施前から継続的に支援が提供される体制の整備等を進めていくことが適当である。**なお、市民後見人への支援については、取組状況を踏まえつつ、実態に即した体制の整備をすることが重要である。
- また、認知症の人の行方不明等、改めて認知症の人やその家族を地域で見守り、コミュニティーで支える体制づくりに注目が集まっている。
- このため、認知症に向き合うことをきっかけに地域の繋がりを再生していくという観点も踏まえつつ、仮に**行方不明になったとしても早期に発見できるよう、地域における見守り体制や広域での取組づくりを、引き続き推進していくことが適当である。**

【若年性認知症施策の強化と認知症の人やその家族の視点の重視】

- 若年性認知症の人については、医療や介護、障害福祉サービスだけでなく、就労、居場所づくりや社会参加支援等を含めた支援を行うことが重要であり、企業に雇用継続されるための事業主に対する若年性認知症に関する就労上の配慮等を含む必要な知識等の普及・啓発や相談支援、居場所づくりや社会参加支援等を含めた支援ネットワークの構築等を推進していくことが重要である。
- このため、若年性認知症支援コーディネーターと地域障害者職業センターや認知症地域支援推進員などの関係機関との連携を推進していくことが適当である。
- また、認知症の初期の段階では、まだ介護が必要な状態にはなく、むしろ本人が求める今後の生活に係る様々なサポートが十分に受けられていないという指摘もあり、初期段階の認知症の人のニーズの把握や、これに対応できるような資源の整備と併せて、認知症の人の声を施策の企画・立案や評価に反映させる仕組みづくりも求められる。
- このため、認知症の人が集い、自らの体験や希望、必要としていることを主体的に語り合うミーティングの開催など、認知症の人を支える側の視点ではなく、本人の視点に立った施策を推進することができるようにするための取組を検討することが適当である。

(5) 適切なケアマネジメントの推進等

【適切なケアマネジメントの推進】

- ケアマネジャーの資質の向上も含め、適切なケアマネジメントを推進していくためには、市町村や地域包括支援センターによる支援の充実が重要であるが、この点については、上記1.(2)で記載した通りである。
- また、ケアマネジャーの資質向上を図る観点からは、適切なケアマネジメント手法の策定も重要である。国においてもこの取り組みに着手しているところであるが、今後、ケアマネジメント手法の標準化に向けた取組を順次進めていくことが適当であり、本部会ではアセスメントやプロセスの手法の標準化を推進すべきとの意見があった。
- さらに、人材育成については、個々の居宅介護支援事業所における取組の推進も重要である。しかし、管理者の中には人材育成やケアマネジャーの業務の実施状況の把握に課題を抱え、また、ケアマネジャーが1人のみの事業所については、他の事業所に比べて相談できる相手がないなど悩みを抱えている割合が多いといった実態が見られる。

- 一方で、ケアマネジメントの公正・中立を確保するための取組の一つとして、特定事業所集中減算があるが、この減算については、平成28年3月に会計検査院から、必ずしも合理的で有効な施策であるとは考えられないことなどの指摘を受けているところであり、また、本部会でもその実効性が乏しく、見直しをすべきとの意見があった。
- また、今後、重度者や医療の必要性が高い利用者が増えていくと考えられることから、医療ニーズを踏まえた適切なアセスメントや、ケアマネジメントを行う際の医療との連携が重要となる。例えば、医療機関へ入院した人が退院後に円滑に在宅生活に移行するためには、入退院時にケアマネジャーが関与し、医療機関と連携を図ることが重要であるが、その取組が必ずしも十分ではないとの指摘もある。
- これらの状況を踏まえ、適切なケアマネジメントを推進するため、**居宅介護支援事業所における管理者の役割の明確化、特定事業所集中減算の見直しも含めた公正中立なケアマネジメントの確保、入退院時における医療・介護連携の強化等の観点から、居宅介護支援事業所の運営基準等の見直しを平成30年度介護報酬改定の際にあわせて検討することとするのが適当**である。

【ケアマネジャーに対する指導権限の移譲】

- 居宅介護支援事業所の指定権限は、現在都道府県が有しているが、平成30年度には市町村へ移譲されることとなっている。一方で、ケアマネジャーに対する指導権限は、市町村ではなく都道府県が有している。
- この点について、平成27年の地方分権改革に関する一部の指定都市からの提案において、居宅介護支援事業所に対する指導権限とケアマネジャーに対する指導権限を一体的に行使できるようにすることが適切であるとの意見が示されている。
- しかしながら、市町村の有する人材やノウハウには差があるなど、各市町村のおかれている状況は様々であり、全市町村へ一律に移譲することは困難であることから、ケアマネジャーに対する指導権限の移譲については、地方公共団体の意見を踏まえ、指定都市のみに限定して一律移譲することとし、指定都市においては、業務体制の確保等、移譲に向けた準備を進めることが適当である。

【ケアマネジメントに関する利用者負担】

- 現在、居宅介護支援や介護予防支援のいわゆるケアマネジメントサービスには利用者

負担はない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に 10 割給付のサービスと位置づけたものである。

- ケアマネジメントに関する利用者負担については、利用者負担導入に反対の立場から、以下のような意見があった。
 - ・ あらゆる利用者が公平にケアマネジメントを活用し、自立した日常生活の実現に資する支援が受けられるよう、現行制度を堅持すべき。
 - ・ ケアマネジメントは浸透したかもしれないが、介護保険制度を初めて利用する人にとっては、ケアマネジャーのサポートがないとサービスの利用につながりにくいため、ケアマネジメントが重要であることに変わりはない。利用者負担を導入すればサービスの利用抑制につながる危険性がある。
 - ・ ケアマネジメントは過剰サービスを抑制する役割を担っているが、利用者負担を導入すると、利用者の意向を反映すべきとの圧力が高まり、給付費の増加につながる。
 - ・ 利用する側が受ける不利益について十分に議論をすることが重要。気兼ねなく相談できることを確保すべき。拙速な導入は危険である。

- その一方で、利用者負担導入に賛成の立場から、以下のように多くの意見が出されたところであり、ケアマネジメントの在り方とあわせて、引き続き検討を行うことが適当である。
 - ・ ケアマネジャーの専門性を評価する意味で利用者負担を求めるべき。
 - ・ 家族・利用者に専門的な業務であるケアマネジメントに対するコスト意識を持ってもらうために、一定の負担は必要。
 - ・ 低所得者への対応は、高額介護サービス費で対処すべき問題。
 - ・ 利用者の意向を反映すべきとの圧力については、ケアマネジャーの専門性を高めることや、ケアマネジメントの標準化などにより対応すべき。
 - ・ 各種サービスには定率の利用者負担があるので、給付費の増加には直結しない。
 - ・ 利用者負担を導入すれば給付費の適正化につながる。
 - ・ 施設給付ではケアマネジメントサービスは包含されていることとの均衡を図るべき。
 - ・ 利用者負担の問題は何度も議論されており、どこかの時点で踏み切って解決しなければならぬ問題である。

- また、仮に利用者負担が導入された場合は併せてセルフケアプランを廃止することも必要との意見や、利用者負担が導入されたとしてもセルフケアプランは作成に手間がかかるため増えないとの意見があった。

(6)ニーズに応じたサービス内容の見直し

【総論】

- 高齢者の自立支援や介護予防を推進していくためには、保険者等の取組はもとより、高齢者に提供される各種サービスも、この観点から提供されることが適当である。
- 各種サービスに関する介護報酬や指定基準の具体的な見直しについては、社会保障審議会介護給付費分科会で議論されるものであり、本部会で議論することはしないが、高齢者の自立支援や介護予防の推進の観点から、各種サービスのあり方としてどのようなことが求められるのかという観点から検討を行った。

【自立支援・重度化予防を推進する観点からのリハビリテーション機能の強化】

- 高齢者の自立支援や重症化予防の推進の観点からは、リハビリテーションが果たす役割は大きなものがあり、心身の機能が低下したことによって万一介護を必要とするような状態になった場合には、できる限り早い段階から適切なリハビリテーションを提供する必要がある(リハビリテーション前置主義)。
- 調査研究によれば、通所リハビリテーションと通所介護を比較した場合、通所リハビリテーションの方が、リハビリテーション専門職が多く配置され、日常生活自立度や要介護度に改善がみられ、その差はリハビリテーション専門職の配置の差とも考えられる。一方で、サービスの利用時間等については類似していた。
- また、リハビリテーション専門職と介護職が連携して訪問系のサービスの提供を行うことについて、事業所やヘルパー、ケアマネジャー、利用者等から良好な評価が得られていたとの調査研究もある。
- これらの状況を踏まえ、リハビリテーションについては、以下の観点からの見直しを平成30年度介護報酬改定にあわせて検討することとするのが適当である。
 - ・ 通所リハビリテーションと通所介護の役割分担と機能強化、特に通所リハビリテーションについて、リハビリテーション専門職の配置促進や短時間のサービス提供の充実
 - ・ 通所・訪問リハビリテーションを含めた、退院後の早期のリハビリテーションの介入の促進
 - ・ 職種間や介護事業所間の連携の強化
- これに関して、短時間のリハビリテーションが本来あるべき姿であることから、例えば時間区分を通所介護と通所リハビリテーションで分けるなど、特徴づけてはどうか、との意見があ

った。

- また、介護報酬改定の議論において、アウトカム評価を導入する方向で検討すべきとの意見があった。

【中重度者の在宅生活を支えるサービス機能の強化】

- 要介護者等の在宅の高齢者が安心して生活するためには、要介護度が高い人にも対応可能なサービスが提供できる体制の整備が必要である。しかし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護等の単身・重度の要介護者等に対応し得るサービスの普及が十分に進んでいないのが現状である。
- 現場からの声として、定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、日中についても、オペレーターと随時対応訪問介護員の兼務を可能にして欲しいとの要望が多いとの調査結果がある。
- 小規模多機能型居宅介護については、居宅のケアマネジャーが小規模多機能型居宅介護のケアマネジャーを兼務できるようにして欲しいとの要望がある。
この要望に関しては、ケアマネジャーの兼務が認められていないことが、小規模多機能型居宅介護の普及促進の阻害要因となっているのではないかと支持する意見があった一方で、小規模多機能型居宅介護は、ケアマネジメントを内包化することにより、迅速かつ柔軟なサービスが提供できており、見直しには反対であるとの意見があった。
- これらの状況やサービスの利用実態などを踏まえ、小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの地域密着型サービスについては、
 - ・ サービス提供量を増やす観点
 - ・ 機能強化・効率化を図る観点から人員要件や利用定員等の見直しを平成30年度介護報酬改定にあわせて検討することとするのが適当である。
なお、地域密着型サービスの担い手を安定的に確保する観点から、適切な報酬水準を確保できるような介護報酬とすべきとの意見や、これらのサービスについては、公募指定をした後の保険者による支援の有無によって事業の進捗に大きな差が生じているため、保険者による継続的な支援が大切との意見もあった。

- さらに、退院の許可が出たにも関わらず、自宅で療養できない75歳以上の入院患者の約4割が、自宅療養を可能にする条件として、「入浴や食事などの介護が受けられるサービス」をあげているとの調査結果がある。
- これに対応するためには、**利用者の生活を支えるために必要となる配食などのサービスが介護サービスと一体となって提供されやすくなるよう、国において、事業者の取組事例の周知等を行うことが適当**である。

【特別養護老人ホーム】

- 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)については、入所者の重度化が進展しており、死亡退所も多いが、昨年4月より、新規入所者は原則要介護3以上の方となっていることもあり、この傾向はさらに進んでいくことが想定される。
- このため、施設内での医療ニーズや看取りに、より一層対応できるような仕組みについて、平成30年度介護報酬改定にあわせて検討することとするのが適当である。
なお、この点に関して、配置医師の積極的な関わり方と報酬の在り方や、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等による医療系サービスが外から入る仕組みも含めた検討が必要との意見があった。
一方、指揮系統の混乱や過剰な医療提供を回避するため、外部からの医療提供を認めるべきではないとの意見があった。
- また、特別養護老人ホームは「終の棲家」であり、在所期間も長期間となっている。このため、その運営に当たっては、入所者のプライバシーに配慮した上で、一人ひとりのニーズに即し、その有する能力及び心身の状況に応じたケアを実現する方策を検討することが適当である。
この点に関して、特養のユニット型個室又は多床室については、ニーズに応じて整備すべきとの意見があった。また、在宅復帰に対する支援を検討すべきとの意見もあった。
さらに、地域資源を無駄なく効率的に運営していく観点、地域医療介護総合確保推進法の国会附帯決議に基づき、軽度の要介護者に対しては、個々の事情を勘案し、必要に応じて特別養護老人ホームへの入所が認められるよう、適切に対応するよう徹底すべきという観点などから、要介護1・2の方の入居の取扱いについて検討すべきとの意見もあった。

2. 医療・介護の連携の推進等

【総論】

- 医療や介護が必要な状態になってもできるだけ住み慣れた地域で生活が継続できるようにするためには、サービスを利用する国民の視点に立って、急性期の医療から在宅医療（在宅歯科医療を含む。以下同じ。）及び介護までの一連のサービスを切れ目なく提供することが求められ、入退院時や在宅療養など特に医療と介護の連携が必要な場面においても、スムーズな連携が行われることが重要である。
- また、医療と介護の連携が必要な場面では、要支援・要介護認定者及び家族などの介護者に対して納得できるよう、丁寧な情報提供と説明が行なわれるよう配慮することが必要である。
- そのためには、市町村単位での関係者や関係団体等による医療・介護連携体制の構築と、実際の医療・介護サービスを提供する場面における連携の充実を図る必要がある。

【市町村単位での関係者や関係団体等による医療・介護連携体制の構築】

- 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、平成30年4月までに、全ての市町村で在宅医療・介護連携推進事業を実施することとされている。
- しかし、これまで医療行政に関する取組は、主に都道府県が担ってきたことから、事業のノウハウや地域の関係団体との連携が乏しい市町村があることや、本来の目的がみえないうまま、取組の一部分だけを切り取り実施している自治体も少なくないなどの指摘がある。
また、同様の理由から、都道府県による市町村支援、具体的には、当該市町村に関する在宅医療や介護資源のデータ等の提供、事業に関する研修・情報提供、**医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等関係団体との調整や広域的な医療介護連携に関する協議**などの支援を求める声がある。
- 都道府県による市町村支援に関しては、「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」（平成27年3月厚生労働省告示第70号）において、都道府県が策定する介護保険事業支援計画に盛り込むことが求められているが、同じ都道府県が策定する医療計画では在宅医療・介護連携推進事業に対する市町村支援は位置づけられていない。
- このような状況を踏まえ、在宅医療・介護連携推進事業に関しては、

- ・ **地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案に至る方法について、国が具体化し、市町村にその実施を求める**
- ・ 市町村では取組が**困難な医療介護に関するデータの収集分析**、在宅医療にかかる体制整備、広域的な入退院時の連携等、都道府県が実施すべき市町村支援の取組について、国が明確化し、地域の医療に精通した**医師会等との連携や保健所の活用により市町村支援の充実を図る**
- ・ 平成30年度に都道府県が策定する介護保険事業支援計画に、在宅医療・介護連携推進事業に対する医療部局との連携を含め、より実効的な市町村支援を盛り込むなど、都道府県の介護部局及び医療部局の双方が市町村支援に取り組むこととするとともに、住宅部局をはじめとした関係部局との連携を進めていくことが重要である
- ・ 在宅医療・介護連携の推進に有効と考えられる市町村や都道府県の取り組みを国が収集し、これを広く全国の市町村や都道府県に示すことを通じて、これら有効な取り組みを全国的に広げていくことが適当である。

【医療サービスと介護サービスの連携の推進】

- 医療サービスと介護サービスの連携は、入退院時における入院医療機関と介護サービス事業所との連携のほか、生活の場における在宅療養を支える医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護職員等の多職種間の連携や、介護保険施設と医療機関の連携など、様々な連携がある。
- 入退院時の連携について言えば、入院医療機関（退院調整を担う看護師や社会福祉士等）の職員とケアマネジャーの情報共有により、医療サービスと介護サービスが切れ目なく提供されることが重要である。しかし、入退院時に相互の連絡や情報共有が不十分な場合、退院直前での急な連絡でサービス調整に困難をきたすなど、シームレスなサービス提供ができていないとの指摘がある。
- このような状況を踏まえ、入退院時における入院医療機関と介護サービス事業所との連携を含め、**平成30年度の介護報酬と診療報酬の同時改定の際には、医療と介護の連携の更なる充実に向けた検討をすることが適当**である。

【療養病床の見直し】

- 療養病床の見直しについては、社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会の審議結果に基づき、対応することとするのが適当である。

3. 地域包括ケアシステムの深化・推進のための基盤整備等

(1) 地域共生社会の実現の推進

【総論】

- 我が国の公的な福祉サービスは、高齢者・障害者・子どもといった対象者ごとに、典型的と考えられるニーズに対して専門的なサービスを提供することで、福祉施策の充実・発展に寄与してきた。
- しかし、福祉ニーズが多様化・複雑化してきており、複合的な課題を有する場合や分野横断的な対応が必要な場合の相談・支援が課題となっているほか、高齢化の中で人口減少が進行し、地域の実情に応じた体制整備や人材確保も課題となっている。
- 本年7月には、厚生労働省に、大臣を本部長とする「『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」が設置され、「地域共生社会」の実現を今後の福祉改革を貫く基本コンセプトに位置づけ、検討が進められている。

【公的な福祉サービスの「丸ごと」への転換】

- 高齢者、障害者等の福祉サービスについて見ると、デイサービスなど相互に相当するサービスがある。
利用者の利便や、サービスの提供に当たる人材の確保などの課題を踏まえると、同一の事業所で介護保険と障害福祉の両方のサービスを一体的に提供できるようにすることが考えられるが、現行制度上、障害福祉サービス事業所としての指定を受けているというだけでは、介護保険サービスを提供できる仕組みとはなっていない。
- また、介護保険優先原則の下では、障害者が高齢になり介護保険の被保険者となった場合、その障害者がそれまで利用してきた障害福祉サービス事業所が、介護保険サービス事業所としての指定を併せて受けていなければ、その障害者は、それまでとは別の介護保険サービス事業所を利用しなければならない場合がある。
- さらに、これまで障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合や、障害福祉サービスと介護保険サービスを併給する場合等において、相談支援専門員とケアマネジャーが利用者の状態やサービスの活用状況等について情報共有を図るなど、緊密な連携を行うことが必要である。
- これらの点については、社会保障審議会障害者部会報告書「障害者総合支援法施行3年後の見直しについて」(平成27年12月14日)においても、

- ・ 障害福祉サービス事業所が介護保険サービス事業所になりやすくする等の見直しを行うべきである
- ・ 相談支援専門員とケアマネジャーの連携を推進するため、両者の連携が相談支援事業及び居宅介護支援事業が行うべき業務に含まれる旨を明確にするべきであるとの指摘がなされている。

○ このような状況を踏まえ、サービスの質を確保しつつ、介護保険サービスの一類型として新たに共生型サービスを位置付け、障害福祉サービス事業所が介護保険事業所の指定を受けやすくするための見直しを行うことが適当である。

その際、具体的な指定基準等の在り方については、平成30年度介護報酬改定にあわせて検討することとするほか、事業所の指定手続についても、可能な限り簡素化を図ることが適当である。

なお、共生型サービスについては、高齢者、障害者等に十分な情報提供と説明が必要である。

○ また、**相談支援専門員とケアマネジャーが、支援に必要な情報を共有できるよう両者の連携を進めていくことが適当であり、具体的な居宅介護支援事業所の運営基準の在り方については、平成30年度介護報酬改定にあわせて検討することとするのが適当である。**

【相談支援体制の整備等】

○ 介護保険制度においては、地域包括支援センターにおいて、総合相談支援業務として各種相談・支援を行っているほか、生活支援コーディネーターの配置等により、関係者間のネットワーク構築や、サービスの担い手や地域に不足するサービスの開発等に取り組んでいる。

○ **地域共生社会の実現に向け、これらの相談支援等の実施に際しては、要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等、全ての人々を対象とする地域共生社会の理念を踏まえるものとするを明確化することが適当である。**

○ また、**厚生労働省に設置された「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部の議論等を踏まえ、地域共生社会の実現に向け、どのような対応が可能か、職員の体制や対応能力、財源のあり方を含め、引き続き検討を行うことが適当である。**

なお、障害者や児童等にも対象を拡大した相談支援の業務等に対し、介護保険から財源を拠出することについては反対との意見があった。

平成 28 年度第 1 回認知症初期集中支援チーム検討委員会

平成 29 年 3 月 23 日

1 チームの設置と体制

① チームサポート医（3名）

- ・ 医療機関の就任承諾の上、1 / 1 付で委嘱
- ・ 訪問対応 … 1 回 25,767 円（保健事業での医師会との協議単価に準じる。）
- ・ チーム員会議 … 1 時間 12,000 円（介護認定審査会委員報酬に準じる。）
- ・ 傷害保険加入

② チーム員委託（認知症疾患医療センターの P S W 2 名）

- ・ 1 / 1 付 医療法人十全会十全第二病院と業務委託契約
- ・ 対応事務費 … 1 件 4,000 円
- ・ 訪問支援 … （市内一般の講師謝金 2,000 円 / 時に準じる）
 - 1 回 4,000 円（移動・調査で 2 時間を想定）
 - 大 島 6,000 円
 - 別子山 8,000 円
- ・ チーム員会議 … 出席・検討のみ 1 回 4,000 円
 - 事例報告・記録 1 件 3,000 円

③ チーム員会議の開催

- ・ 事例ごとに訪問実施後遅滞なく開催する。
- ・ 会議の主担当となるチームサポート医は、開催ごとの輪番制とする。
- ・ 当番医とチーム員の都合に合わせ日程設定する。
- ・ 担当でない医師には日程を連絡し、参加可能であれば参加を求める。
- ・ 継続ケースは、次回担当医師に前回資料を事前送付する。

2 チームの稼働実績

① 事例

- ・ 1 / 24 ブランチからの相談
- ・ 80 歳代女性、買物時や知人に対する行動に異変が見られる。
- ・ 夫の理解や支援を得られず専門医治療に結びつきそうにない。

② 訪問調査

- ・ 1 / 31 市チーム員は本人アセスメント、軽度認知症の点数となった。
委託チーム員は家族面接、情報収集、生活状況の把握を行った。
- ・ 海外勤務の子が帰国同席し、父親に適切に関わるよう説得、父応諾。

③ チーム員会議

- ・ 2/28 19:00~20:20
- ・ 参加者（6名）
 - 進行 地域包括支援センター所長
 - 医師 1名
 - チーム員 3名（市チーム員、委託チーム員各1名それぞれ報告）
 - 関係者 地域包括支援センター包括支援担当副所長（事例担当者代理）
- ・ 結果：子の関与により夫支援による総合病院内の内科受診が可能となるため、当面の間包括による継続対応としつつ、チームサポート医からの依頼書により内科医師から同総合病院の精神科医師に繋げることにする。
- ・ 対応困難事例の検討 レビー小体型認知症と思われる困難事例の対応について、チームサポート医から注意点・助言があった。
- ・ その他 改正道路交通法の認知症が疑われる人への対応について意見交換をおこなった。

3 評価・課題等

- ・ 事例を重ね、準備・進行・継続時等のルールが確立されていくと考えられる
- ・ 医師輪番制のため当面は包括職員による進行とするが、開催を重ね検討状況が平準化した後には医師による進行も考えられる。
- ・ 今後のチーム員の増員に向けて、財団病院PSWの関係者参加や研修参加、OT等他職種の参加等も検討すべきであると思われる。
- ・ 他市状況も参考にし、事例によっては関係者の出席を増やすことも想定している。
- ・ チームの呼称が長いため、愛称・略称等を検討することが適当であると考えられる。