

「介護ウェーブ2017(後半)」の課題について

2017年9月 全日本民医連介護・福祉部

1 介護保険制度改革をめぐる情勢

前回 2014 年の法「正」によって生じている深刻な介護困難を放置したまま、政府は今年 5 月、「改正」介護保険法(地域包括ケア強化法)を成立させました。すでに、「高額介護サービス費の負担上限額の引き上げ」「総報酬割の導入」など、その一部がこの 8 月から実施されています。

今回の『改正』では、「現役並所得」者の利用料 3 割化など新たな負担増のほか、「自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化」(「自立支援」に“成果”を挙げた市町村への財政支援の実施)、「介護医療院」の創設(療養病床再編の受け皿)、「共生型サービスの創設」(高齢者、障害者・児へのサービスの一体的提供)などが盛り込まれました。これまでの延長線にとどまらない内容がふくまれています。また、要介護1、2の全サービスの地域支援事業(総合事業)への移行(2019 年度末までに結論を出す)、利用料のさらなる引き上げなどを次回「改正」時の検討課題として明記したことでも特徴です。

「共生型サービス」の土台になっているのが、政府が昨年打ち出した「我が事・丸ごと」地域共生社会方針であることも見逃せません。地域の様々な課題を「我が事」として捉え、「丸ごと」対応していくと説明されていますが、制度の縦割り是正の名目で公的サービスを効率化したり、公的に保障すべき内容を住民の「互助」に移し替えようという内容です。高齢者・障害者、住民が願う共生社会ではなく、社会保障費を削減する新たな手段として機能させていく点に本質があります。

現在、2018 年度介護報酬改定の審議が進められています。政府は、「生活援助の人員基準の緩和」、「通所介護などその他のサービスの適正化」、「自立支援に対する成功報酬の導入」などを検討事項として掲げています。秋以降、個別サービスごとの改定の具体的な内容を議論し、12 月から来年 1 月にかけて、基本方向や改定率が示されることになります。

今年 4 月から総合事業が全面的に開始されていますが、一部の市町村で健康悪化、受給権侵害などの重大な事態が生じています。介護保険事業計画の策定や介護保険料の見直しなどの作業など、第7期に向けた自治体の対応が本格化しています。

2 2017年度後半期の取り組みについて

第 42 期は、今年実施される法「改正」に向けて、「3 つのステージ」での介護ウェーブの取り組みを提起しました。

「法案審議」の時期は、「改悪法案をつくりさせない、上程させない」ことを、「法案上程」後は、法案そのものの「廃案」を目標に掲げ、署名や事例調査、国会行動、各地域での様々な取り組みを進めてきました。特に「法案審議」の段階で、財務省が提案した「軽度」切り捨ての見直し(生活援助・福祉用具の自己負担化、その他サービスを総合事業に移行)を見送りに追い込んだことは、現場や地域から実態を告発したり、制度改善、改悪中止を求める声を上げることの重要性を改めて示しています。

「法案成立」を受けて、介護ウェーブは新たなステージに入ります。さらなる負担増や給付抑制の実施中止・制度の改善を求めます。介護報酬の底上げと合わせ、大幅な待遇改善、職員確保対策を実施させることが必要です。自治体に対しては、総合事業実施後の実態把握や改善、地域の実状に基づく第7期計画の策定など、これまで以上に働きかけを強めていく必要があります。

今年 3 月に提起した「**介護ウェーブ2017 基本方針**」(2017 年 3 月 6 日、第ア- 362 号)をふまえ、2017 年度後半期の取り組みについて提起します。2018 年度に向けて様々な課題がありますが、各県連、法人・事業所での具体化をお願いします。別添「当面想定されるスケジュール」などもご参照ください。

(1) 「介護ウェーブ2017後半」の私たちの要求

「4つの基本要求」(3つの改善と財源の確保)を掲げ、その実現を強く求めます。

① 「制度改善」—介護保険制度の緊急・抜本改善

- ・前回2014年「改正」による影響の検証と生じている介護困難への対応
- ・新たな負担増、給付抑制を強いる2017年「改正」法の実施中止、内容の見直し
- ・さらなる「軽度斬り」(要介護1、2の総合事業への移行、2019年度末までに結論)の検討中止
- ・費用負担の軽減、要介護認定の実態把握と改善(認定結果と状態像の乖離、軽度判定化の傾向)

② 「報酬改善」—介護報酬の引き上げ・改善

- ・基本報酬の大幅の大幅な底上げ(質の向上、経営の維持、処遇改善を基本的な考え方据える)
- ・小規模事業所をはじめ、介護事業所の経営実態を適切に反映させた改定の実施

③ 「処遇改善」—大幅な処遇改善と、確保対策の強化

- ・介護報酬(処遇改善加算)ではなく、一般財源(交付金制度)による対策を講じること
(加算を継続する場合は、対象の拡大、加算率の引き上げ、実務の簡素化、利用料算定から除外)
- ・国として全力を挙げて実効性のある確保対策を講じること

④ 「財源確保」

- ・以上の改善を実現するための必要予算の確実な確保
- ・社会保障費自然増分の引き下げ方針(5000億円に圧縮)の撤回

(2) 具体的な取り組み

○ 今回の制度見直しについて学習を強め、理解を深めましょう

- ・具体的な事例に引き寄せ、見直しの影響や問題点を学びます。共同組織と一緒に取り組みます。介護保険「改正」の内容と併せて、医療・介護制度改革の全体像もふくめた学習も大切です
- ・全日本民医連HP「介護ウェーブ」にアップされている資料(「ご存じですか? 介護保険『改悪』法案が可決・成立しました」)などもご活用ください。

https://www.min-iren.gr.jp/kaigo_wave/

○ 制度の問題点を地域に知らせ、「制度改善・報酬改善・処遇改善」を求める声を国会に届けましょう。

- ・秋以降、新たな「介護請願署名」を取り組みます(社保協、全労連、医労連との共同署名です)。
- ・目標を20万筆とします。各県連ごとの「目安」は別紙を参照ください。11月末を第一次集約、12月末を第二次集約とし、秋の臨時国会、来年の通常国会に提出します。
- ・街頭での署名・宣伝活動に使えるよう、「のぼり旗」などの資材を新たに作成します。積極的にご活用下さい。詳細は後日ご案内します。

○ 地域の事業所に働きかけ、実態や要求をつかみ、国会に届けましょう

- ・前回の介護報酬改定で、小規模事業所を中心にかつてない困難が広がっています。政府の処遇改善策は不十分なままであり、介護現場での人手不足も深刻化しています。
- ・地域の事業所を対象にした「団体署名(法人・事業所署名)」、「法人・事業所ひと言カード」に取り組みます。報酬引き上げ・制度改善要求への賛同をお願いするとともに、各法人・事業所の現状・要望などを「ひと言カード」に記入してもらいます。法人として署名・記入して頂くことを基本としますが、事業所単位でもかまいません。
- ・報酬改定の審議日程の関係もあり、11月末までに全日本民医連事務局宛てお送り下さい。賛同頂いた法人・事業所名を連記し、意見(ひと言カード)を添えた要望書として整え、厚労省などに直接提出します。

○ 制度の改悪で利用者・家族にどんな困難が生じているか事例を通して明らかにし、発信しましょう

- ・以下の2つの調査に取り組みます。

① 介護保険制度に起因する困難事例調査

— 先の通常国会で、安倍首相は前回2014年法「改正」後、顕著な影響は生じていないと繰り返し答弁しました。しかし、昨年私たちが実施した事例調査でも、利用料2割負担や補足給付などの見直しにより、各地で重大な困難が生じていることが明らかになっています。2014年法「改正」はじめ、これまでの制度改悪で利用者・家族にどのような介護困難、生活困難が生じているのか、引き続き具体的な事例を通して明らかにし、発信していくことが必要です。

— 「介護保険制度に起因する困難事例調査」を実施します。請願署名と同様、11月末を第一次集約、12月末を第二次集約とします。「一事業所一事例」など、県連、法人の方針に位置づけてとりくみましょう。

② 総合事業影響調査

— 総合事業への移行によって、利用者・家族に生じている困難について集約します。

— 4月より全市町村で開始されましたが、影響が徐々に顕在化してくることが予測されるため、期間を区切らずに、継続的に取り組みます。該当する事例を集約した時点でお送りください。

・以上の調査結果を県連・法人内で共有するとともに、自治体交渉などにも生かしましょう。地元マスコミにも働きかけ、記者会見などを通して実態を広く知らせましょう。

○ 国会、地方議会の日程などに合わせ、国、自治体への働きかけを強めましょう。

(国に対して)

- ・あらゆる機会を通して、「制度改善・報酬改善・処遇改善」を働きかけます(厚労省、財務省との交渉、懇談、介護給付費分科会委員、国會議員への要請など)。
- ・対応が遅れている地域密着型サービスの普及・拡大など、基盤整備への支援強化を求めます。

(自治体に対して)

- ・総合事業や第7期に向けた対応を中心に、自治体との懇談、要請に取り組みます。
- ・以下の内容が懇談・要請(質問)の主なポイントとなります。別添・横浜市に対する要請書参照
 - * 総合事業開始後の影響(利用者、事業者)の把握、必要な改善(※)
 - * 第7期介護保険事業(支援)計画の策定
 - ・第6期計画の進捗状況の確認(特養などの基盤整備、介護職員確保の状況など)
 - ・第7期計画に対する基本的な考え方と策定までのスケジュール
 - ・第7期計画の具体的な内容
 - 地域包括ケアの確立に向けた基盤整備～特養、地域密着型サービスなどの計画化
 - 特に、地域医療構想との整合性の確保(都道府県と市町村の「協議の場」を設定など)
 - 「インセンティブ改革」への対応(国の“成果指標”に基づく目標設定や実施計画)
 - 「ニッポン一億総活躍プラン」をふまえた整備時期の前倒し
 - ・第7期計画策定に関する広報や住民参加の保障
- * 第7期介護保険料の見込み(保険財政の現状)、介護保険料の滞納状況
 - ・保険料の据え置き、引き下げの要請
 - ・滞納者に対する制裁措置や差し押さえなどの実態
- * 「我が事・丸ごと」に沿った包括的支援体制の整備、地域福祉計画の見直しの内容
- * 介護職員の需給見通し(充足状況・推計)、確保に向けた具体的対策
 - ・第7期より、都道府県だけではなく市町村の計画にも記載
- * 2014年法「改正」の検証と対応～利用料2割化、補足給付の見直し、特養入所対象の限定

* 国への意見提出の要請ー「改正」法の内容や介護保険料の軽減措置など

- ・職員、共同組織の中で、計画の策定委員、運協委員として選出されている方もいます。法人と連携を強め役割を發揮しましょう。計画策定に対する住民参加を追求します。
- ・自治体キャラバンや自治体アンケートなど、社保協と協力して進めます。政党との懇談、地方議員との連携を強めます

(※) 総合事業について、6月28日、厚労省から「ガイドラインの一部改正」の通知が発出されています。この中には、「基本チェックリストの実施の結果、非該当となった場合に、要介護認定等の申請を不可とするものではなく、申請があった場合には、市町村はこれを受け付けなければならない」、「平成30年以降も、市町村において、現行の介護予防訪問介護等に相当するサービスを実施することが可能である」、「基準緩和型サービスの単価の設定は、事業者の採算性も考慮した上で設定することが重要である」など、この間の総合事業の実態を一定ふまえ、是正を求める内容が盛り込まれています。自治体との懇談・交渉の材料として活用してください。

詳細は、別添「『介護予防・日常生活支援総合事業について』の一部改正について」をご参考下さい。

- ・懇談、交渉の内容、結果など、全日本民医連あて是非お知らせ下さい。「介護ウェーブ推進ニュース」等を通して全国に発信します。

○ 他の事業所、関係団体への働きかけ、介護改善を求める共同を大いに広げましょう

- ・署名や調査への協力、企画への参加を広く呼びかけます。
- ・今回の「改正」は、共生型サービスの創設、我が事・丸ごと地域共生社会など、障害・福祉施策との関わりが深い内容となっています。障害者団体、福祉関係団体とも連携して取り組みます。
- ・介護福祉士養成校では入学者の定員割れなど、厳しい事態が続いている。地元の介護福祉士養成校への働きかけや連携を追求します。
- ・「改正」法の問題点や総合事業の動きなどをテーマに、地域社保協とも連携しながら、介護シンポジウム、学習会などを企画します
- ・地元マスコミに利用者や介護現場の実態を知らせ、記者会見などを通じて地域に発信します。
- ・北海道、岩手、東京、長野、広島などの経験に学び、介護改善運動を推進する「幅広型」の組織づくりの追求します。

○ 「介護をよくするアクション月間」では、介護の現状を伝え、制度改善を大いに訴えましょう

- ・中央社保協の提起に基づき、全日本民医連として11月1日～30日を秋の取り組みの集中月間として設定します。
- ・社保協、各団体と協力しながら、署名・宣伝、介護110番、自治体懇談、地域集会などに取り組みます。
- ・すでにご案内している「2017年介護全国学習交流会」(10月22日、東京・林野会館)への多くの参加をお願いします。(中央社保協、民医連、全労連、医労連などで構成される実行委員会で企画・準備している集会です)。

当面想定されるスケジュール

2017・9 全日本医連介護・福祉部

	政府	自治体	介護ウェーブ2017(後半)
7月	全国介護保険担当課長会議 （「改正」介護法対応、第7期事業計画「基本指針」など）		
8月	・介護給付費分科会 2018年度概算予算決定	* サービスの見込み量の設定 * 保険料仮算定、等作業	介護ウェーブ方針提起
9月	<臨時国会開会> ・介護給付費分科会／2巡回	都道府県・市町村議会	介護署名（事業所署名）等スタート 自治体交渉など開始
10月	・介護給付費分科会 財務省が改定率を提案？？		国会要請行動 報酬改定要望書提出（～11月）
11月	・介護給付費分科会 （夏～秋）	* 都道府県・市町村「協議の場」設定 → 医療計画との整合性確保	「介護をよくするアクション」月間 責任者会議、介護の日（11日） 国会要請行動
12月	介護報酬「意見」とりまとめ 2018年度政府予算編成	都道府県・市町村議会 * パブリックコメント公募・集約	国会要請行動（介護職交流会）
1月	<通常国会開会> 報酬諮問答申、改定率決定 (医療・介護・障害)		国会要請行動
2月	改定告示	都道府県・市町村議会 (計画の議会報告、条例改正)	
3月	Q&Aなど発出		
4月	2018年 医療・介護制度改革いっせいスタート -「改正」介護保険法施行、介護報酬（トリプル）改定、第7期事業計画・第7期介護保険料…		

第6期介護保険事業計画の到達点並びに今後に向けた質問と要望

2017.7.21

神奈川民医連横浜協議会

文責：片倉

一．第6期介護保険事業計画の到達点を教えてください。

(1)特養の整備状況と待機者について

①特養の整備状況を教えてください。

2020年の東京オリンピックを控え、地価や建設資材の高騰、介護職員の慢性的な不足、介護報酬の引き下げによって、特養開設の事業計画を申請する法人が年々少なくなっていると聞きますが、横浜市では、いかがでしょうか。

②特養待機者の総数と介護度別内訳数を教えてください。

前回の法改正(2015年)前との比較で特養待機者の数字を示してください。

毎日新聞(5/5付)によると特養の約2割で要介護3の入所を見合わせていることが判明しました。背景には、前回の介護報酬改定(2015年)で、特養の日常生活継続支援加算の算定要件が要介護4・5の占める割合が新入居者の7割以上に変更されたことが大きいと言われています。横浜市の特養でも、要介護3の入所を見合わせていることはありますか。

③要介護1・2の特養待機者数を教えてください。

前回の法改正で原則要介護3以上でなければ入所できなくなりましたが、要介護1・2であっても特例入所の4要件を満たせば入所できることになっています。しかし、そのことを知らない市民が多いのではないでしょうか。

要介護1・2でも要件が満たせば入所できることを市民に周知徹底すべきだと思いますがいかがでしょうか。

④退去扱いについて教えてください。

2015年4月1日以降入所された方で要介護認定により、要介護1・2に判定された場合、特例入所の要件を満たせば引き続き入所できますか。他都市では、単身で身寄りがない方が退所扱いになったという事例が出ています。横浜市においては、要介護1・2というだけで退所扱いにならないよう特例入所要件の周知徹底をお願いします。

⑤特養の空きベット数を教えてください。

横浜市の特養ベット数14,990(2017年1月1日現在)に対して、現在の空きベット数はいくつでしょうか。

全国的には新規に特養を開設しても、介護職員が集まらず全床オープンできない

ところがあると聞きますが、横浜市ではいかがでしょうか。また、前回の法改正による補足給付の見直しによって、利用者の負担が増え、費用の面で特養入所の申し込みを躊躇する方が増えたと聞きます。利用申し込みに影響が出ていますか、横浜市として「隠れ待機者」の実態を把握されていたら教えてください。

(2)介護保険料の滞納者について

①介護保険料の滞納者の総数について滞納理由を教えてください。

前年との比較数字とその理由について説明してください。

介護保険料の引き上げが原因ではないかと指摘する声もありますが、滞納理由についてどのように考えていますか。

第7期介護保険事業計画では、介護保険料の設定について、どのように検討していますか。現在の基準月額5,990円の引き下げを検討していますか。低所得者対策のために現在13段階ある保険料区分をさらに見直しますか。

②介護保険料滞納者の回収状況を教えてください。

厚生労働省の調査によると全国的には約6割の回収状況とのことですが、横浜市ではいかがですか。

また、回収の見通しについて聞かせてください。

③介護保険料滞納者のうち、ペナルティが生じている総数とその内訳を教えてください。また、資産の差し押さえ状況を教えてください。

④介護保険料の減額・免除の総数とその理由について教えてください。

前年との比較数字とその理由について説明してください。

⑤介護保険料の軽減制度を拡充してください。

(3)介護人材の確保と養成について

①介護人材の確保と養成状況を教えてください。

「医療介護総合確保促進法に基づく神奈川県計画」(2016年3月改定)によれば2025年度には、神奈川県全体で約2.5万人の介護人材不足が見込まれています。横浜市は、2025年度までに介護人材がどの程度不足になると推定していますか。また、横浜市としての人材確保目標を年度ごとに教えてください。

さらに人材確保目標にもとづく養成計画と養成状況を教えてください。

②介護人材の養成校に入学した場合に入学祝金の支給や奨学金(無利子)の貸与を行うよう検討してください。

③初任者研修や実務者研修など各種研修受講者に対する助成制度を設けてください。

④介護人材バンクをはじめ、離職している介護職員向けの再就職相談事業などを実施してください。

- ⑤介護人材の確保対策として、介護施設や事業所に就職した場合に就職支度金や赴任費などの支給を検討してください。
- ⑥ケアマネの資格取得のための研修費用に6万円の費用がかかります。5年に一度の更新研修にも3万円から4万円の費用がかかります。自治体によっては研修費用の一部を助成しているところがあります。横浜市においても、他都市を参考に資格取得のための研修や更新研修への費用助成制度を設けてください。

(4)介護予防・日常総合事業について

- ①現行相当サービスの利用状況を教えてください。
2017年度も現行相当サービスが継続され、利用者からは大変喜ばれています。
引き続き2018年の法「改正」以降も、現行相当サービスを継続してください。
- ②2016年10月からスタートした基準緩和A型の事業者数や利用者数を行政区ごとに教えてください。また、無資格者に対する研修の実施状況とその後の訪問介護員登録数を教えてください。
- ③2017年4月からスタートした基準緩和B型の事業者数や利用者数を行政区ごとに教えてください。

(5)認知症施策の推進について

- ①認知症の早期診断・早期対応に向けた医療体制の整備や相談支援体制の充実を図ってください。認知症疾患医療センターの整備状況や認知症サポート医の養成状況を教えてください。認知症初期集中支援チームの設置状況も行政区ごとに教えてください。
- ②認知症の人や家族が安心して過ごせる居場所づくりに対する支援を行ってください。認知症カフェやサロンなどの実施状況を行政区ごとに教えてください。
- ③認知症サポーターやキャラバンメイトの養成状況と今後の取り組み方針を教えてください。
- ④認知症ケアに携わる介護人材の育成状況と今後の取り組み方針を教えてください。
- ⑤認知症高齢者向けグループホームの整備状況を教えてください。
認知症高齢者向けにグループホームの増設を中学校区ごとに検討してください。

二. 第7期の介護保険事業計画について

(1)第7期介護保険事業計画立案スケジュールについて

- ①計画素案の公表や介護保険料を含めた原案の公表など計画策定までのスケジュールを教えてください。
- ②計画内容を協議する運営協議会の開催日程を教えてください。

(2)第7期介護保険事業計画立案にあたっての基本的な考え方と重要課題について

- ①第7期介護保険事業計画立案にあたっての基本的な考え方と重要課題について教えてください。
- ②介護保険法「改正」で議論されたインセンティブ改革にもとづく「自立支援」・「重度化防止」に成果を上げた事業所に対する成功報酬の導入や「共生型サービス」といわれる障害者と高齢者の一体的提供については、どのように考えますか。
- ③先の社会保障制度審議会介護保険部会に提出された「基本方針(案)」で「医療計画との整合性の確保」が示されました。第7期介護保険事業計画には在宅医療の整備目標をどのように盛り込む予定ですか。

老発0628第9号
平成29年6月28日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長
(公印省略)

「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」の
一部改正について

介護予防・日常生活支援総合事業については、平成27年6月5日老発0605
第5号本職通知の別紙「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」(以
下「ガイドライン」という。)を参考として行われているところであるが、今般、
ガイドラインの一部を別添新旧対照表のとおり改正し、平成29年4月1日から
適用することとしたので通知する。

ついては、本事業の円滑な実施に努められるよう、特段の配慮をお願いする
とともに、管内市町村に対して、周知徹底を図るなど、本事業の円滑な実施に
について御協力を賜りたい。

介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインの新旧対照表

改正後（新）	改正前（旧）
介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン	介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン
目次	目次
<p>第1～2 (略)</p> <p>第3 市町村を中心とした生活支援・介護予防サービスの充実等</p> <p>1～2 (略)</p> <p>3 生活支援・介護予防サービスの開発・発掘のための取組</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p><u>(6) その他</u></p> <p>4 住民主体の支援活動<u>等</u>の推進</p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p><u>(3) 高齢者の社会参加による介護予防等の推進</u></p> <p>5～6 (略)</p> <p>第4～8 (略)</p>	<p>第1～2 (略)</p> <p>第3 市町村を中心とした生活支援・介護予防サービスの充実等</p> <p>1～2 (略)</p> <p>3 生活支援・介護予防サービスの開発・発掘のための取組</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>4 住民主体の支援活動の推進</p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>5～6 (略)</p> <p>第4～8 (略)</p>
(本文)	(本文)
<p>第1～2 (略)</p> <p>第3 市町村を中心とした生活支援・介護予防サービスの充実等</p> <p>1 基本的な考え方</p>	<p>第1～2 (略)</p> <p>第3 市町村を中心とした生活支援・介護予防サービスの充実等</p> <p>1 基本的な考え方</p>

改正後（新）	改正前（旧）
<ul style="list-style-type: none"> ○ 要支援者等軽度の高齢者については、IADLの低下に対応した日常生活上の困りごとや外出に対する多様な支援が求められる。また、今後、多様な生活上の困りごとへの支援が特に必要となる単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯が世帯類型の中で大きな割合を占めていくことを踏まえ、高齢者等地域住民の力を活用した多様な生活支援等サービスを充実していくことが求められる。 <p>また、高齢者がその担い手となることで、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが可能となり、高齢者自身の介護予防の効果も期待できる。</p> ○ 新たに設けられた地域支援事業の生活支援体制整備事業の活用などにより、市町村を中心とした支援体制の充実強化を図り、地域全体で多様な主体によるサービス提供を推進していくことが重要である。 ○ 市町村における具体的な取組については、以下において各地域における好事例を踏まえた取組例を取りまとめたので、参考にして実施していただきたい。 <p>(図略)</p> <p><u>(介護保険事業計画の第7期計画期間に向けた対応)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>要支援者等の高齢者は、IADLの低下が見られたり、単身高齢者や高齢者夫婦のみの世帯が増加していること等から、多様な生活支援が必要となる。</u> ○ <u>こうした高齢者の在宅生活を支えるため、支え手の観点では、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等、支え手の裾野を多様な主体に拡げ、重層的にサービスを提供する体制を構築することが重要である。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 要支援者等軽度の高齢者については、IADLの低下に対応した日常生活上の困りごとや外出に対する多様な支援が求められる。また、今後、多様な生活上の困りごとへの支援が特に必要となる単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯が世帯類型の中で大きな割合を占めていくことを踏まえ、高齢者等地域住民の力を活用した多様な生活支援等サービスを充実していくことが求められる。 <p>また、高齢者がその担い手となることで、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが可能となり、高齢者自身の介護予防の効果も期待できる。</p> ○ 新たに設けられた地域支援事業の生活支援体制整備事業の活用などにより、市町村を中心とした支援体制の充実強化を図り、地域全体で多様な主体によるサービス提供を推進していくことが重要である。 ○ 市町村における具体的な取組については、以下において各地域における好事例を踏まえた取組例を取りまとめたので、参考にして実施していただきたい。 <p>(図略)</p>

改正後（新）	改正前（旧）
<p>○ 総合事業の発展的成長のためには、このような観点から、地域づくりに必要な、「地域のアセスメント」をしっかり行う必要がある。</p> <p>○ 具体的には、地域の課題を把握して構造化することや、地域資源の把握を着実に行うため、以下の対応を重点的に進める。（参考項目：第3－3－（5））</p> <p>① 地域のニーズの把握と地域の課題としての構造化</p> <p>下記ア～エの情報を活用し、地域における課題を把握し、地域で共通した課題とそうでない課題（個別ケースの課題）に分類をした上で、KJ法等により整理を行う。その上で、各課題について、緊急度や発生地域等で構造化を行う。</p> <p>ア 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の調査結果（圏域ごとの家族構成、経済状況、外出の状況、移動の手段等に関する定量的情報）</p> <p>イ 地域ケア会議や生活支援体制整備事業の協議体等の関係者が保有する情報</p> <p>ウ 見える化システムにより把握されているデータ（給付や高齢化率等にかかるデータ）</p> <p>エ その他、市町村の窓口担当者が把握している情報等</p> <p>② 地域資源の把握</p> <p>多様な関係者の多様な視点から、地域の見つめ直し、「高齢者が参加する活動」「高齢者が利用するサービス」「実施主体」「場・拠点」等の観点に分類するなどして、地域資源を整理して把握する。また、民間企業やNPOなど、主体によって、得意なこととそうでないことが異なることから、それぞれの得手不得手を整理しておくことで、後のサービスの検討を効果的に進めることに繋がる。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 生活支援・介護予防サービスの開発・発掘のための取組</p>	

改正後（新）	改正前（旧）
<p>(1) ~ (4) (略)</p> <p>(5) 取組の流れ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「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）において協議体を立ち上げ、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（表6参照）。 ○ <u>障害を有する高齢者や、支援を必要とする高齢者と障害者が同居しているケースなど、複合的な支援ニーズを有している高齢者に対し、適切な支援を検討し、また、市町村における各会議体の効率的な運営を図る観点から、協議体の開催に当たっては、協議を行う内容を踏まえて、介護保険制度における地域ケア推進会議のほか、障害者施策における（自立支援）協議会や児童施策における会議体との共同開催などの連携を図ること。</u> ○ <u>地域におけるサービスは、地域におけるニーズや資源に基づいて創出するものであり、サービスの創出自体が目的ではなく、地域のニーズ等を十分に把握しないままに創出されたサービスは、地域の実情に沿わないものとなってしまう恐れがあることに十分留意すること。（参考1参照）</u> ○ <u>なお、地域で協働するための基盤づくりや、地域資源の把握・地域課題の抽出などにおける取組においては、先行事例を元にしてポイントがまとめられているので、参考とされたい。（参考2参照）</u> ○ <u>また、住民主体の地域づくりにおいては、住民の主体性を尊重した行政のスタンスが重要である。（参考3参照）</u> <u>特に、住民主体による取組は、行政があらかじめ枠組みを作ることは、地域の自主性を損なうおそれがあることに留意し、地域にすでにある活</u> 	<p>(1) ~ (4) (略)</p> <p>(5) 取組の流れ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「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）において協議体を立ち上げ、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（表6参照）。

改正後（新）	改正前（旧）
<p><u>動の発見から始め、その活動について、地域ニーズとのマッチングを行っていくという視点を持ち、また、住民主体の取組が必要とする支援は、財政的支援だけでなく、場所等の手配、専門職の派遣など、多様であることを念頭に支援を行うことが重要である。（参考4参照）</u></p> <p>○ なお、地域づくりは、地域の実情を踏まえて進められるべきものであることから、地域ごとの創意工夫により、取組内容に違いが生じることが想定されるが、地域の実情を踏まえずに市町村全体で同じ取組を行うことは、地域づくりを後退させてしまうおそれがあることに留意が必要である。</p>	
<p>（表6）（略）</p> <p><u>（参考1）</u></p> <p>介護予防・生活支援サービス等の創出を検討するまでの考え方</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民など多様な主体の参画による、多様なサービスを充実させることにより、地域の支え合いの体制づくりや介護予防の推進、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指している。 ○ 地域ごとの特性や地域資源を把握した上で、必要なサービスについては、行政のみでなく、協議体や生活支援コーディネーターとも連携し検討することが重要である。 	<p>（表6）（略）</p>

改正後（新）

改正前（旧）

（参考2）

生活支援コーディネーター・協議体及び市町村が取り組む地域づくりのポイント

※ 研究事業において、実施状況に関するヒアリングやアンケート調査等を通じて、各取組に関するポイントを整理したもの。

STEP1：地域で協働する基盤づくり

1-1 生活支援体制の設計

Point ✓ 行政、生活支援コーディネーター等、地域づくりの推進役となるメンバーで、地域における生活支援コーディネーターや協議体のあり方、地域づくりの道筋に関して聞き台をもとに議論を重ね、地域の関係主体と意識の統一を行っておく。

1-2 住民への働きかけ

Point ✓ 住民に対し、座谈会の開催、タウン誌による広報など、様々な方法により地域づくりの狙いを理解してもらう。
✓ 行政は、生活支援コーディネーター等、地域の主体が、住民へ働きかけを行いやすいように支援を行う。

1-3 協議体の立ち上げ

Point ✓ 地域づくりのために、強く協議体に関わって欲しい人物には、個別に働きかけを行う。

✓ 協議体の立ち上げ時は、異なる考え方を持ったメンバーとの関係構築や地域づくりの狙いの共有を図る。

1-4 協議体の運営

Point ✓ 協働の場は、異なる考え方方が集まる場であり、地域の活動は、地域の様々なに興った考え方から生まれる。
✓ そのため、協働の場は、試行錯誤の繰り返しが、経験の共有や取組の振り返りを通じて、協働の実感に結びつく。

STEP2：地域資源の把握、地域課題の抽出

2-1 地域資源の把握

Point ✓ 資源の価値は、見る人や場面によって異なることから、多様な関係者の多様な視点で見つめます。
✓ 「高齢者が参加する活動」、「高齢者が利用するサービス」、「実施主体」、「場・拠点」等の観点に分類し、地域の資源を整理して把握する。

2-2 地域課題の抽出

Point ✓ 地域の課題は、一人ひとりの生活の課題の積み重ねである。そのため、個別支援に関わっているケアマネジャー等専門職や、住民、行政等が把握する情報の集約から始める。
✓ 行政は、地域ケア会議等の取組強化を推進し、地域の課題等の抽出機能を強化する。

2-3 課題の構造化

Point ✓ 個別事例の検討を通じた地域の共通課題の抽出や、KJ法等を用いた課題の整理を行った上で、各課題について緊急度、発生地域等で構造化を行う。
✓ 課題を構造化することで、協議体や地域の関係者が、地域の課題を「自分ごと」として捉えやすくなり、対応策の検討（次項）が進みやすくなる。

2-4 資源の充実に向けた方針の検討

Point ✓ 対応出来ていない課題や、未活用の資源があることを協議体のメンバー間で共通認識を持ち、資源を作り出すアイデアは、一人の発想に頼るのではなく、多様な人の発想の組み合わせで膨らませる。
✓ 地域だけでは対応が難しい、行政の対応が必要なものについては、市町村全域をカバーする生活支援コーディネーターや協議体、行政府内担当部局へ引き継ぐ。

STEP3：地域資源の充実

3-1 多様な参加のきっかけづくり

Point ✓ 地域の活動に興味があるても、参加まで踏み出せないでいる高齢者に対しては、学習会やちょっとした手伝い等の参加のきっかけを用意する。
✓ 活動の仲間づくりの観点から支援を行うことで、活動の継続や活発化へのモチベーションが高まる。

3-2 今ある活動やサービスの強化

Point ✓ 今ある活動等を地域で知らうために、生活支援コーディネーターや協議体、行政がPRを行う。
✓ 文具交換会など、活動の担い手同士が学び合う機会を設けることや、団体・企業同士のマッチングによる協働の推進が地域の基盤強化に繋がる。

3-3 新たな活動やサービスの開発

Point ✓ 地域活動に関心のある人物と地域のニーズのコーディネートを行うとともに、その人の新たな活動が継続するよう支援することで新たな活動が生まれる。
✓ 行政が考えたものの押しつけではなく、地域の関係者が「出来ること」、「やってみたいこと」から始める。

※ 平成28年度老人保健事業推進費等補助金「新しい包括的支援事業における生活支援コーディネーター・協議体の先行事例の調査研究事業報告書「～高齢者の活躍と暮らしを応援する地域づくりのヒント集～」をもとに、厚生労働省において作成。

改正後（新）	改正前（旧）
<p><u>(参考3)</u></p> <p><u>平成28年度老人保健健康増進等事業「国が行う地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築支援に関する調査研究事業」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)（抜粋）</u></p> <p><u>「地域づくり」を積極的に推進するためには、前提として行政側のスタンス（立場、姿勢）が重要になります。住民主体の地域づくりでは、いわゆるボトムアップ型が前提で、住民の主体性が尊重されます。とりわけ、総合事業の中心である「B類型」や「一般介護予防事業」の活動内容は、住民の発意やアイデアによって、行政が想定している以上に幅広いものになりますし、またそうなることが期待されています（地域づくりベクトル）。</u></p> <p><u>一方で、行政の仕事の進め方は、事業内容があらかじめ明確で、標準化されている取組には向いていますが（行政ベクトル）、活動の内容が時間の経過とともに変化したり、あるいは住民グループや地区によって異なったりする場合には、柔軟な対応が難しい場合があります。行政の仕事の仕方と地域づくりのベクトルの違いをしっかり理解し、住民の地域づくりのベクトルに合わせるような支援方法を強く意識することが、地域づくりを進める際の行政のスタンスとしてます重要になります。</u></p> <p><u>整備事業では、行政が地域づくりのベクトルにあった仕事の仕方を実現するための仕掛けとして、「協議体」や「生活支援コーディネーター」が用意されています。これらの仕掛けをうまく活用していくことが「地域づくり」には大切になります。</u></p>	

改正後（新）	改正前（旧）												
<p style="text-align: center;">一般的な行政のベクトル</p> <p style="text-align: center;">地域づくり(整備事業)のベクトル</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>求められる専門性</td> <td>自立支援を意識した専門性</td> <td>専門性は必要ない</td> </tr> <tr> <td>支援の内容</td> <td>より標準化</td> <td>多様</td> </tr> <tr> <td>担当部門</td> <td>介護・高齢者・保健部門</td> <td>多様な部門</td> </tr> <tr> <td>担い手の性質</td> <td>組織化されている</td> <td>より個人に近い</td> </tr> </table>	求められる専門性	自立支援を意識した専門性	専門性は必要ない	支援の内容	より標準化	多様	担当部門	介護・高齢者・保健部門	多様な部門	担い手の性質	組織化されている	より個人に近い	
求められる専門性	自立支援を意識した専門性	専門性は必要ない											
支援の内容	より標準化	多様											
担当部門	介護・高齢者・保健部門	多様な部門											
担い手の性質	組織化されている	より個人に近い											

(参考4)

平成28年度老人保健健康増進等事業「国が行う地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築支援に関する調査研究事業」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）（抜粋）

改正後（新）	改正前（旧）
<p>場所・備品の手配</p> <p>空き教室や商店街の空きスペースなど、活用できる場所が地域にあっても、場所によっては利用のルールが柔軟でない場合もある。また、体操教室の道具やDVDプレーヤー、配食のための調理器具など、備品の費用の捻出に苦労するケースもある。</p> <p>専門職の派遣</p> <p>リハビリ職等を体操教室に派遣し体操の仕方を指導する、配食団体に対し栄養士が助言するといったこと等が考えられる。ただし、専門職は貴重な資源であることに留意が必要。広くうすく張り付ける方法を検討する必要がある。</p> <p>広報支援</p> <p>広報のノウハウがないために、活動が地域に広がっていないケースも多い。団体に対し広報ツールを提供する、行政側でリスト化してPRする、広報誌等で活動をとりあげる等の方法がある。特に、活動が評価されるような取組は担い手の動機づけにもつながる。</p> <p>資源同士をつなぐ</p> <p>NPO・ボランティアなどの機能的団体は、地縁団体や行政との関わりが少ないことが多い。地域の中で活動する団体・事業者等が交流する機会をもつことで、新たな活動のアイデアが生まれることもある。第2層協議体の重要な役割でもある。</p>	

（6）その他

- 地域における移動に対するニーズへの対応については、主として交通部局が公共交通施策として対応しているが、その対応を効果的に進めるため、政策立案、情報共有、意識改革等、福祉部局と交通部局が連携した対応が重要である。
- そのため、福祉部局が把握している地域の移動ニーズを交通部局と共有し、
 - ・ 福祉有償運送等に分類される訪問型サービスの実施しやすい環境の整備
 - ・ 交通部局が把握している高齢者以外の移動ニーズと、福祉部局が把握している高齢者の移動ニーズをあわせた移動サービスの実施
 - ・ 福祉部局が把握している地域の移動ニーズの公共交通施策への反映を行えるよう検討を行う等の対応が考えられる。

改正後（新）	改正前（旧）
<p>○ また、地方公共団体（都道府県、市町村）が中心となり、交通事業者・道路管理者・利用者・学識経験者等から成る公共交通に関する協議会が設置されているので、交通部局と福祉部局による検討を進めた上で、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村の介護保険担当職員や生活支援コーディネーター等が、上記の公共交通に関する協議会へ参加し、把握しているニーズを伝え、公共交通施策における検討を共に行う ・ 協議体や地域ケア推進会議に公共交通部局担当者を参画させ、地域における移動に関するニーズへの対応を共に検討する <p>等の地域の実情に応じた段階的な連携の強化を図ることが効果的である。</p> <p>○ なお、総合事業の対象としては、要支援者等に限られるが、事業として障害者等の要支援者等以外の者を含めた一体的な実施を行うことは可能であり、その場合、運営費の補助については、要支援者数等とその他の者の人数で按分する等、合理的な方法で総合事業の対象を確定することで、運営費補助の対象となる。（参考：第6－1－（6））</p>	
<p>4 住民主体の支援活動等の推進</p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>(3) 高齢者の社会参加による介護予防等の推進</p> <p>高齢者が社会参加することや、社会的役割を持つことは、高齢者の生きがいづくりや、介護予防の効果が期待できることから、生活支援コーディネーターや協議体の取組においては、新しいサービスの創出だけではなく、元気な高齢者をはじめとした、地域の高齢者の活躍の場を創出するという観点が重要である。</p> <p>なお、高齢者の活躍の場は、総合事業のサービスの担い手としてだけではなく、障害者施策における就労移行支援事業所、就労継続支援事業所で</p>	<p>4 住民主体の支援活動の推進</p> <p>(1)～(2) (略)</p>

改正後（新）	改正前（旧）
<p><u>の活動や、子ども食堂での活動など、高齢者施策に限られない広い視野で検討を行うことが重要である。</u></p>	
<p><u>(参考) 世代間交流による高齢者の活躍の場を通じた介護予防・健康づくりの取組例</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>・ ら・ふいと HOUSE</u> <u>・ 鳥取ふれあい共生ホーム 照陽の家</u> <u>・ 袋井市 はーとふるプラザ袋井</u> <p><u>http://www.smartlife.go.jp/common/pdf/award/award_05_02.pdf (厚生労働省主催「第5回健康寿命をのばそう!アワード」)</u></p>	
<p>5～6 (略)</p>	
<p>第4 サービスの利用の流れ(被保険者の自立支援に資するサービスのための介護予防ケアマネジメントや基本チェックリストの活用・実施、サービス提供等) (略)</p>	<p>5～6 (略)</p>
<p>1～2 (略)</p>	
<p>3 基本チェックリストの活用・実施 (概要)</p> <p>○ 地域包括支援センターや市町村窓口において、生活の困りごと等の相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを実施し、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）の振り分けを行う。</p> <p>基本チェックリストの質問項目及び基準については、改正前の二次予防</p>	<p>3 基本チェックリストの活用・実施 (概要)</p> <p>○ 地域包括支援センターや市町村窓口において、生活の困りごと等の相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを実施し、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）の振り分けを行う。</p> <p>基本チェックリストの質問項目及び基準については、改正前の二次予防</p>

改正後（新）	改正前（旧）
<p>事業対象者の把握として利用していたものと変わらないものとし、以下に掲げる＜事業対象者に該当する基準＞に該当する者について、地域包括支援センター等において介護予防ケアマネジメントを実施する。その際、対象者の基準については「閉じこもり」「認知機能の低下」「うつ病の可能性」を判断する項目についても活用する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 実施に際しては、後述の「基本チェックリストの使い方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人等に記入してもらう。 ○ 「表8 事業対象者に該当する基準」のある1つの基準のみに該当（例えば「口腔機能の低下」のみに該当）した場合でも、介護予防ケアマネジメントにおいてアセスメントを行い、該当した基準の項目に関係なく、自立支援に向けた課題の抽出、目標の設定等を行い、必要なサービスにつなげる。 <p>(留意事項)</p> <p>○ <u>基本チェックリストは、必ずしも認定を受けなくても、必要なサービスを事業でできるよう本人の状況を確認するツールとして活用するものであり、要介護認定等の申請に対して影響するものではない。基本チェックリストの実施の結果、非該当となった場合に、要介護認定等の申請を不可とするものではなく、申請があった場合には、市町村はこれを受け付けなければならない。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村窓口においては、必ずしも専門職でなくてもよい。 ○ 基本チェックリストの活用・実施の際には、質問項目と併せ、利用者本人の状況やサービス利用の意向を聞き取った上で、振り分けを判断する。 <p>○ <u>介護予防等の支援を行う上で、利用者本人の基礎疾患等に関する情報は、支援の有効性や安全性を確保する上で重要となる。基本チェックリストの実施の際には、基礎疾患等に関する情報の重要性に鑑み、要介護認定</u></p>	<p>事業対象者の把握として利用していたものと変わらないものとし、以下に掲げる＜事業対象者に該当する基準＞に該当する者について、地域包括支援センター等において介護予防ケアマネジメントを実施する。その際、対象者の基準については「閉じこもり」「認知機能の低下」「うつ病の可能性」を判断する項目についても活用する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 実施に際しては、後述の「基本チェックリストの使い方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人等に記入してもらう。 ○ 「表8 事業対象者に該当する基準」のある1つの基準のみに該当（例えば「口腔機能の低下」のみに該当）した場合でも、介護予防ケアマネジメントにおいてアセスメントを行い、該当した基準の項目に関係なく、自立支援に向けた課題の抽出、目標の設定等を行い、必要なサービスにつなげる。 <p>(留意事項)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村窓口においては、必ずしも専門職でなくてもよい。 ○ 基本チェックリストの活用・実施の際には、質問項目と併せ、利用者本人の状況やサービス利用の意向を聞き取った上で、振り分けを判断する。

改正後（新）	改正前（旧）
<p><u>等の申請に繋げることに付隨して医師の意見を確認することや、主治医への個別の確認などにより、利用者の状態を確認すること。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村窓口で基本チェックリストを実施した場合には、一般介護予防事業のみを利用する場合を除いて、基本チェックリストの実施結果等を地域包括支援センターに送付し、地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを開始する。 ○ 基本チェックリストのチェック内容は、本人の状態に応じて変化するため、一般介護予防へ移行した後や、一定期間サービス事業の利用がなかつた後に、改めてサービス利用の希望があった場合は、再度基本チェックリストを行い、サービスの振り分けから行う。 ○ なお、基本チェックリストの活用・実施により、要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、認定申請を受け付ける。 ○ また、要介護認定等の申請とサービス事業の利用を並行して進める場合や、事業対象者として介護予防ケアマネジメントを行っている中で要介護認定等申請を行う場合もある。 ○ 介護予防ケアマネジメント活用・実施に当たって、市町村窓口で基本チェックリストを実施した場合は、地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを受けることを、利用者から市町村に対して届け出ることとし、その届出があった場合に市町村は当該者を受給者台帳に登録し、被保険者証を発行する。 また、地域包括支援センターで基本チェックリストを実施した場合は、利用者は市町村に対してセンターを通じて、地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを受けることを届け出ることとし、その届出があった場合に市町村は当該者を受給者台帳に登録し、被保険者証を発行する。 ○ 被保険者証には、事業対象者である旨、チェックリスト実施日、担当地 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村窓口で基本チェックリストを実施した場合には、一般介護予防事業のみを利用する場合を除いて、基本チェックリストの実施結果等を地域包括支援センターに送付し、地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを開始する。 ○ 基本チェックリストのチェック内容は、本人の状態に応じて変化するため、一般介護予防へ移行した後や、一定期間サービス事業の利用がなかつた後に、改めてサービス利用の希望があった場合は、再度基本チェックリストを行い、サービスの振り分けから行う。 ○ なお、基本チェックリストの活用・実施により、要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、認定申請を受け付ける。 ○ また、要介護認定等の申請とサービス事業の利用を並行して進める場合や、事業対象者として介護予防ケアマネジメントを行っている中で要介護認定等申請を行う場合もある。 ○ 介護予防ケアマネジメント活用・実施に当たって、市町村窓口で基本チェックリストを実施した場合は、地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを受けることを、利用者から市町村に対して届け出ることとし、その届出があった場合に市町村は当該者を受給者台帳に登録し、被保険者証を発行する。 また、地域包括支援センターで基本チェックリストを実施した場合は、利用者は市町村に対してセンターを通じて、地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを受けることを届け出ることとし、その届出があった場合に市町村は当該者を受給者台帳に登録し、被保険者証を発行する。 ○ 被保険者証には、事業対象者である旨、チェックリスト実施日、担当地

改正後（新）	改正前（旧）
<p>域包括支援センターナー名を記載する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ また、セルフマネジメントの推進のため、本人の介護予防に関する情報が集約されたものとして、「介護予防手帳」を作成し、被保険者証への記載事項の代用とすることも可能とするとともに、被保険者証とあわせて携帯するような仕組みづくりも考えられる。 	<p>域包括支援センターナー名を記載する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ また、セルフマネジメントの推進のため、本人の介護予防に関する情報が集約されたものとして、「介護予防手帳」を作成し、被保険者証への記載事項の代用とすることも可能とするとともに、被保険者証とあわせて携帯するような仕組みづくりも考えられる。
4 (略)	4 (略)
第5 (略)	第5 (略)
第6 総合事業の制度的な枠組み	第6 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
(1)～(3) (略)	(1)～(3) (略)
(4) サービスの基準	(4) サービスの基準
(総合事業によるサービスに対する基準)	(総合事業によるサービスに対する基準)
○ 総合事業によるサービスに関する基準については、それぞれのサービス内容に応じて、以下のような考え方に基づいて、市町村において定める。	○ 総合事業によるサービスに関する基準については、それぞれのサービス内容に応じて、以下のような考え方に基づいて、市町村において定める。
○ なお、法令上、総合事業によるサービスに対する基準については、①サービスの実施に当たって必ず遵守すべき基準（法第115条の45第1項第1号イからニまで）、②委託する際に受託者が適合すべき基準（法第115条の47第4項）及び③指定事業者の指定に当たって遵守すべき基準（法第115条の45の5第2項）が規定されており、市町村はこれらの基準は遵守する必要がある。	○ なお、法令上、総合事業によるサービスに対する基準については、①サービスの実施に当たって必ず遵守すべき基準（法第115条の45第1項第1号イからニまで）、②委託する際に受託者が適合すべき基準（法第115条の47第4項）及び③指定事業者の指定に当たって遵守すべき基準（法第115条の45の5第2項）が規定されており、市町村はこれらの基準は遵守する必要がある。
表15 サービスの基準のイメージ（例） (略)	表15 サービスの基準のイメージ（例） (略)
① 現行の介護予防訪問介護等に相当するサービス	① 現行の介護予防訪問介護等に相当するサービス
▪ このサービスに係る指定事業者の指定に当たっては、国が示す介護	▪ このサービスに係る指定事業者の指定に当たっては、国が示す介護

改正後（新）	改正前（旧）
<p>予防訪問介護等に相当するサービスの基準による。</p> <p>改正法附則第13条の経過措置に基づき総合事業の指定を受けたとみなされる事業者に対しては、国が省令で定めた基準・単価の例による。</p> <p><u>なお、平成30年度以降も、市町村において、現行の介護予防訪問介護等に相当するサービスを実施することが可能である。</u></p> <p>②～④（略）</p> <p>(5)（略）</p> <p>(6) 単価等</p> <p>(総合事業によるサービスの内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 総合事業は、市町村が要支援者に対して、 <ul style="list-style-type: none"> ①現行の訪問介護、通所介護に相当するサービス ②緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA、通所型サービスA） ③住民主体による支援（訪問型サービスB、通所型サービスB） ④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（従来の2次予防事業に相当）（訪問型サービスC、通所型サービスC） <p>などの多様な主体による多様なサービスの提供を可能とするものであり、そのサービス内容に応じた単価設定が基本であるが、それぞれの単価の設定について考え方を整理する。</p> <p>(現行の介護予防訪問介護等に相当するサービス)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 要支援者等が個別のサービスを受けその利用状況に応じて対価を支払うサービスであり、指定事業者によるサービス提供（第1号事業支給費の支給）により、事業を実施する。 ○ 第1号事業支給費の額（サービス単価）については、厚生労働省令により、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 	<p>予防訪問介護等に相当するサービスの基準による。</p> <p>改正法附則第13条の経過措置に基づき総合事業の指定を受けたとみなされる事業者に対しては、国が省令で定めた基準・単価の例による。</p> <p>②～④（略）</p> <p>(5)（略）</p> <p>(6) 単価等</p> <p>(総合事業によるサービスの内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 総合事業は、市町村が要支援者に対して、 <ul style="list-style-type: none"> ①現行の訪問介護、通所介護に相当するサービス ②緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA、通所型サービスA） ③住民主体による支援（訪問型サービスB、通所型サービスB） ④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（従来の2次予防事業に相当）（訪問型サービスC、通所型サービスC） <p>などの多様な主体による多様なサービスの提供を可能とするものであり、そのサービス内容に応じた単価設定が基本であるが、それぞれの単価の設定について考え方を整理する。</p> <p>(現行の介護予防訪問介護等に相当するサービス)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 要支援者等が個別のサービスを受けその利用状況に応じて対価を支払うサービスであり、指定事業者によるサービス提供（第1号事業支給費の支給）により、事業を実施する。 ○ 第1号事業支給費の額（サービス単価）については、厚生労働省令により、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

改正後（新）	改正前（旧）
<p>別の額（サービス単価）を定めることと規定している。（施行規則第140条の63の2第1項）※ 国が定める上限は、単位で規定。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村は、サービス単価を設定するに当たって、訪問介護員等による専門的サービスであること、設定する人員基準、運営基準等の内容等を勘案し、地域の実情に応じつつ、国が定める額（予防給付と同じ額）を上限としつつ、ふさわしい単価を定めることが望ましい。（施行規則第140条の63の2第2項） ○ 単価は、月当たりの包括単価とする場合の他、利用1回ごとの出来高で定めることができるが、この場合、月の合計額が包括単価以下となるようになる。 ○ 加算については、地域の実情に応じて、市町村が定めることができるとあるが、総合事業の効率的な実施の観点から、市町村は、加算を定めた結果、国が定める単価の上限額を超過することができないようにする。ただし、国が定めている加算については、その範囲において単価の上限額を超過することができる。 ○ また、限度額管理外とする加算については、国において定められている加算（中山間地域の小規模事業所に対する加算や特別地域加算、処遇改善加算等）のみ、その範囲内で定めることができるものとする。 <p>（緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA、通所型サービスA）：指定事業者によるサービス提供によるもの）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 要支援者等が個別のサービスを受けその利用状況に応じて対価を支払うサービスであり、指定事業者によるサービス提供（第1号事業支給費の支給）により、事業を実施する。 ○ 第1号事業支給費の額（サービス単価）については厚生労働省令により、市町村において、国が定める額（予防給付の単価）を下回る額を個別の額 	<p>別の額（サービス単価）を定めることと規定している。（施行規則第140条の63の2第1項）※ 国が定める上限は、単位で規定。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村は、サービス単価を設定するに当たって、訪問介護員等による専門的サービスであること、設定する人員基準、運営基準等の内容等を勘案し、地域の実情に応じつつ、国が定める額（予防給付と同じ額）を上限としつつ、ふさわしい単価を定めることが望ましい。（施行規則第140条の63の2第2項） ○ 単価は、月当たりの包括単価とする場合の他、利用1回ごとの出来高で定めることができるが、この場合、月の合計額が包括単価以下となるようになる。 ○ 加算については、地域の実情に応じて、市町村が定めることができるとあるが、総合事業の効率的な実施の観点から、市町村は、加算を定めた結果、国が定める単価の上限額を超過することができないようにする。ただし、国が定めている加算については、その範囲において単価の上限額を超過することができる。 ○ また、限度額管理外とする加算については、国において定められている加算（中山間地域の小規模事業所に対する加算や特別地域加算、処遇改善加算等）のみ、その範囲内で定めることができるものとする。 <p>（緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA、通所型サービスA）：指定事業者によるサービス提供によるもの）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 要支援者等が個別のサービスを受けその利用状況に応じて対価を支払うサービスであり、指定事業者によるサービス提供（第1号事業支給費の支給）により、事業を実施する。 ○ 第1号事業支給費の額（サービス単価）については厚生労働省令により、市町村において、国が定める額（予防給付の単価）を下回る額を個別の額

改正後（新）	改正前（旧）
<p>(サービス単価)として定めることと規定しており、市町村は、サービス内容や時間、基準等を踏まえ定める。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 単価は、月当たりの包括単価、利用1回ごとの出来高のいずれも可能である。 <p>(その他の訪問型サービス・通所型サービス)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 上記以外のものについては、委託の場合の単価設定、あるいは補助における補助単価の設定ということになる。 ○ 委託の場合の単価については、必ずしも市町村において要支援者個々人に対する個別のサービス単価を設定するものではないことが多いと考えられるため、指定事業者の場合に国が定める上限単価と厳密に比較することになじまないが、事業の実施に当たって、市町村は、利用者一人当たりに要する費用が国が定める上限単価を上回らないよう事業を計画して実施する（参加者が予定より少なかった等により、結果的に利用者一人当たりに要する費用が国が定める上限単価を上回ることは生じうる）。 ○ ただし、保健師やリハビリテーション専門職等が関与する短期集中予防サービスについては、医療・保健の専門職が関与するものであることから、この限りではない※。 ※ ただし、そのような保健師やリハビリテーション専門職等が関与する短期集中予防サービスは、事業の効果的かつ効率的な実施という観点から、3～6ヶ月等の期間を限定して実施されるべきものである。 ○ また、補助（助成）の方式により事業実施するものについては、支援の内容に応じ、市町村が適切な補助単価の設定を行う。 ○ なお、共生社会の観点から、要支援者、チェックリスト該当者以外の高齢者、障害者、児童等を対象に含めた住民主体による支援を実施する場合、支援の対象の半数以上が要支援者、チェックリスト該当者であれば、運営 	<p>(サービス単価)として定めることと規定しており、市町村は、サービス内容や時間、基準等を踏まえ定める。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 単価は、月当たりの包括単価、利用1回ごとの出来高のいずれも可能である。 <p>(その他の訪問型サービス・通所型サービス)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 上記以外のものについては、委託の場合の単価設定、あるいは補助における補助単価の設定ということになる。 ○ 委託の場合の単価については、必ずしも市町村において要支援者個々人に対する個別のサービス単価を設定するものではないが多いと考えられるため、指定事業者の場合に国が定める上限単価と厳密に比較することになじまないが、事業の実施に当たって、市町村は、利用者一人当たりに要する費用が国が定める上限単価を上回らないよう事業を計画して実施する（参加者が予定より少なかった等により、結果的に利用者一人当たりに要する費用が国が定める上限単価を上回ることは生じうる）。 ○ ただし、保健師やリハビリテーション専門職等が関与する短期集中予防サービスについては、医療・保健の専門職が関与するものであることから、この限りではない※。 ※ ただし、そのような保健師やリハビリテーション専門職等が関与する短期集中予防サービスは、事業の効果的かつ効率的な実施という観点から、3～6ヶ月等の期間を限定して実施されるべきものである。 ○ また、補助（助成）の方式により事業実施するものについては、支援の内容に応じ、市町村が適切な補助単価の設定を行う。

改正後（新）	改正前（旧）
<p><u>費全体を補助することが可能である。また、半数を下回る場合は、利用者数で按分する等、合理的な方法で総合事業の対象を確定することで、その範囲において、運営費補助の対象となること。</u></p> <p><u>例 1：利用者が、要介護者 15 人、障害者 15 人、要支援者等 70 人の場合 → 運営費全体を補助の対象とすることが可能。</u></p> <p><u>例 2：利用者が、要介護者 30 人、障害者 30 人、要支援者等 40 人の場合 → 運営費全体の 40/100 を補助の対象とすることが可能。</u></p> <p><u>この他、要支援者等の人数に対して補助額を設定する等、市町村における創意工夫が可能である。</u></p> <p>(他の生活支援サービス)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 単価は、サービス内容等に応じて、市町村が定めるものとする。 ○ また、補助（助成）の方式により事業実施するものについては、支援の内容に応じ、市町村が適切な補助単価の設定を行う。 <p><u>(サービス単価の設定等に関する留意事項)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>介護サービスの費用は、おむね提供者にかかる人件費と事業運営のための間接費で構成され、その比率は、訪問サービスの場合 7：3 程度、通所サービスの場合 5：5 程度となっており、これを踏まえて単価の検討を行うことが重要である。（図 1）</u> <p><u>基準緩和型の単価については、職員配置基準を緩和するのであれば人件費に影響が出ること、設備基準を緩和すれば賃料等の間接費に影響が生じることを踏まえ、事業者の採算性も考慮した上で設定することが重要である。</u></p> ○ <u>サービス単価の設定は、サービス事業者の採算に対して影響を与えることから、これまで築き上げてきた地域や事業者との関係性を損ねることの</u> 	

改正後（新）	改正前（旧）
<p>ないよう、単価や基準の設定の際には、地域のサービス量への影響を考慮するため、サービス事業者の経営状況についてヒアリングを行い、根拠に基づく説明を行うなど、サービス事業者をはじめとした関係機関と十分な協議を重ねること等が大切であること。</p> <p>また、市町村は、総合事業について、地域において必要と見込まれる事業量の確保に努めること。</p> <p>○ サービス事業者が、市町村の圏域をまたがってサービス提供を行っていることに鑑み、市町村独自の単価設定を行うことの必要性よりも、事業者の事務負担や効率的な事業実施への配慮の必要性が高い場合には、周辺市町村の単価に倣った設定を行うことも考えられる。</p> <p>○ 総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものであり、地域において総合事業を円滑に実施するためには、市町村は、地域のニーズと、ニーズに対するサービスの供給量を踏まえた介護専門職以外の担い手の確保に取り組む必要がある。（図2）</p> <p>基準緩和型の訪問型サービスについて、市町村が、訪問介護員の資格を持たない新たな担い手を想定し、従来と比較して低い単価を設定した場合において、新しい担い手の養成が十分でなく、有資格職員が従事することになれば、介護サービス事業所の収入減から、有資格職員の処遇悪化に繋がることが懸念される等、単価の設定においては、地域における担い手の確保に関する見通しの検討が重要である。</p> <p>なお、介護専門職以外の担い手の確保については、生活支援体制整備事業において、地域支援事業交付金の活用が可能である。</p> <p>※ 東京都武蔵野市のように、基準緩和型の訪問型サービスについて、既存の有資格職員と、資格を持たない新たな担い手が提供を行う場合で、</p>	

改正後（新）	改正前（旧）
<p><u>2種類の単価を設定している例もある。</u></p> <p>○ <u>サービス単価は設定を行った後、地域のサービス提供等への影響について、事後検証を行うことが重要であり、サービス事業者をはじめとする地域の関係者との協議等を行い、必要に応じて、サービス単価の水準等を見直すことで、より適切なサービス単価となる。</u></p> <p>(図1)</p> 	

改正後（新）	改正前（旧）
<p>(図2)</p> <p>出典)「新しい総合事業の移行戦略ー地域づくりに向けたロードマップ」セミナー資料報告書（平成27年度老人保健健康増進等事業「地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業」（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング））</p> <p>※ 各自治体における単価設定の事例</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 秋田県小坂町 事業者との調整を経て単価設定を行った上で、事業所の稼働状況を踏まえて改めて単価設定を検討することとして事業を開始した。 ○ 東京都稻城市 	

改正後（新）	改正前（旧）
<p><u>地域の実態把握と課題分析を行った上で、総合事業へ移行するためのシミュレーションを重ね、事業者の同意を得て単価を決定した。</u></p> <p>○ 神奈川県小田原市 <u>基準を緩和したサービスについて、基準の緩和度合いを単価に反映させる際に、国の統計資料を活用し、積算根拠の補強を行ったうえで、単価設定を行った。</u></p> <p>○ 神奈川県横浜市 <u>基準を緩和したサービスについて、事業者に対し、生活援助のみを提供する者の時給や無資格者の時給を設定する場合の対応についてアンケートを実施し、この結果を参考に単価設定を行った。</u></p> <p>○ 新潟県上越市 <u>緩和した基準によるサービスの内容について、事業者に対する意見聴取を実施し、採算性の観点における金額を聞き取り、単価設定の参考とした。</u></p> <p>○ 福岡県北九州市 <u>介護保険法に基づくサービスを実施する市内の法人に対して、掃除や洗濯等の介護保険外サービスの実施状況や利用料についてアンケートを実施し、利用料の水準を参考として単価を設定した。</u></p> <p>(介護予防ケアマネジメント)</p> <p>○ 介護予防ケアマネジメントは、直接実施又は委託により実施するものとされていることから、前述のとおり、サービス単価を設定するということは必ずしも生じないが、介護予防ケアマネジメントは要支援者等の個人に対する個別のサービスであることから、委託に当たっては、1件当たりの単価を設定することとし、その単価については、提供する内容等に応じて、予防給付の報酬単価以下の単価を市町村が定める。</p>	

改正後（新）	改正前（旧）
<p>(1 単位当たりの単価設定)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 給付においては、1単位10円を基本としつつ、事業所の所在する市町村の地域区分や各サービスの人件費割合に応じて、各サービスごとに、10円から11.40円までの間で、1単位当たりの単価が設定されている。 ○ 総合事業については、市町村において、訪問型サービスについては介護給付の訪問介護の単価、通所型サービスについては介護給付の通所介護の単価を設定する（例えば、3級地ではそれぞれ11.05円、10.68円）。しかし、介護予防訪問介護等に相当するサービス以外の訪問型サービス及び通所型サービスについては、市町村の判断により、10円の単価を用いることもできるものとする。 ○ 一方、その他の生活支援サービスについては、市町村が、そのサービスの内容に応じて設定することができる。そのため、例えば、3級地の市町村においては、1単位当たりの単価を10円、10.68円、10.83円、11.05円から選択することができる。 	<p>(1 単位当たりの単価設定)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 給付においては、1単位10円を基本としつつ、事業所の所在する市町村の地域区分や各サービスの人件費割合に応じて、各サービスごとに、10円から11.40円までの間で、1単位当たりの単価が設定されている。 ○ 総合事業については、市町村において、訪問型サービスについては介護給付の訪問介護の単価、通所型サービスについては介護給付の通所介護の単価を設定する（例えば、3級地ではそれぞれ11.05円、10.68円）。しかし、介護予防訪問介護等に相当するサービス以外の訪問型サービス及び通所型サービスについては、市町村の判断により、10円の単価を用いることもできるものとする。 ○ 一方、その他の生活支援サービスについては、市町村が、そのサービスの内容に応じて設定することができる。そのため、例えば、3級地の市町村においては、1単位当たりの単価を10円、10.68円、10.83円、11.05円から選択することができる。
<p>表16 単位当たり単価 （略）</p>	<p>表16 単位当たり単価 （略）</p>
<p>(7)～(8) （略）</p>	<p>(7)～(8) （略）</p>
<p>(9) 高額介護予防サービス費相当事業等</p>	<p>(9) 高額介護予防サービス費相当事業等</p>
<p>(高額介護予防サービス費相当事業及びその対象サービス)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村は、総合事業によるサービス利用に係る利用者負担の家計に与える影響を考慮し、高額介護予防サービス費に相当する事業を実施する。 ○ その対象となるサービスについては、指定事業者によるサービス提供を 	<p>(高額介護予防サービス費相当事業及びその対象サービス)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村は、総合事業によるサービス利用に係る利用者負担の家計に与える影響を考慮し、高額介護予防サービス費に相当する事業を実施する。 ○ その対象となるサービスについては、指定事業者によるサービス提供を

改正後（新）	改正前（旧）
<p>行うものとする。</p> <p>※ なお、基本的には要支援1・2の者については個人で上限額に到達し、高額介護予防サービス費の対象となることは想定されず、夫が要介護で、妻が要支援であるなど、の世帯合算の場合のみ該当になると考えられる。</p>	<p>行うものとする。</p> <p>※ なお、基本的には要支援1・2の者については個人で上限額に到達し、高額介護予防サービス費の対象となることは想定されず、夫が要介護で、妻が要支援であるなど、の世帯合算の場合のみ該当になるとを考えられる。</p>
<p>(高額医療合算介護予防サービス費相当の事業の実施)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 例えば、当該事業により利用負担を軽減した後においても、なお残る負担と医療保険の自己負担額を合算した額が年間上限を超えた場合に、高額医療合算介護予防サービス費と同様に、事業により利用者負担を軽減することも想定され、市町村はそのような軽減に配慮した事業を行うことが適当である。 	<p>(高額医療合算介護予防サービス費相当の事業の実施)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 例えば、当該事業により利用負担を軽減した後においても、なお残る負担と医療保険の自己負担額を合算した額が年間上限を超えた場合に、高額医療合算介護予防サービス費と同様に、事業により利用者負担を軽減することも想定され、市町村はそのような軽減に配慮した事業を行うことが適当である。
<p>(調整の方法)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 例えば、給付と事業の双方を受けている利用者世帯がある場合は、法律に基づく高額介護予防サービス費等の調整後に、その利用者負担が月額上限を超える場合に、事業の運用の中で、事業の利用料を償還することを想定している。 ○ 具体的な額等のルールは現在の高額介護予防サービス費等を踏まえて、以下の例のとおりとする。 <p style="color: red; margin-left: 2em;">また、本ガイドラインに示す参考例のほか、「<u>介護予防・日常生活支援総合事業における高額介護予防サービス費相当事業等の計算事例集の送付について</u>」(平成28年12月27日事務連絡)において、計算事例を示しているので、参考とされたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ なお、平成29年8月より、高額介護予防サービス費等における自己負担限度額（月額）について、所得階層が一般世帯の場合は、37,200円か 	<p>(調整の方法)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 例えば、給付と事業の双方を受けている利用者世帯がある場合は、法律に基づく高額介護予防サービス費等の調整後に、その利用者負担が月額上限を超える場合に、事業の運用の中で、事業の利用料を償還することを想定している。 ○ 具体的な額等のルールは現在の高額介護予防サービス費等を踏まえて、以下の例のとおりとする。

改正後（新）	改正前（旧）
<p><u>ら 44,400 円となり、また、自己負担が 1 割の者（年金収入 280 万円未満）のみの世帯については、過大な負担とならないよう、年間の負担総額が従前の負担最大額を超えない仕組みとして、年間上限額を 446,400 円とする 3 年間の時限措置を設ける予定となっており、高額介護予防サービス相当事業における自己負担限度額も同様の取扱いとなるので、留意すること。</u></p>	
<p>（参考）（略）</p>	
<p><u>（その他）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="152 584 1114 671">○ 高額介護予防サービス費相当事業等の費用の算定については、国保連合会への委託が可能であること。 	
<p>（10）～（12）（略）</p> <p>2 一般介護予防事業</p> <p>（1）～（3）（略）</p> <p>（4）実施に当たっての留意事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="161 964 1114 1099">○ 一般介護予防事業の実施に当たっては、地域の医師会、歯科医師会等の協力を得るとともに、保健、精神保健福祉等の関係課部局、保健所、医療機関等の関係機関と十分に調整を図るものとする。 	<p>（10）～（12）（略）</p> <p>2 一般介護予防事業</p> <p>（1）～（3）（略）</p> <p>（4）実施に当たっての留意事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1199 964 2133 1099">○ 一般介護予防事業の実施に当たっては、地域の医師会、歯科医師会等の協力を得るとともに、保健、精神保健福祉等の関係課部局、保健所、医療機関等の関係機関と十分に調整を図るものとする。 <li data-bbox="1199 1115 2133 1345">○ <u>介護予防・生活支援総合事業の実施を猶予する市町村においても、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、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ことが重要であることから、従来の一次予防事業に重点的に取り組むこと。</u> <li data-bbox="1199 1361 2133 1393">○ <u>これらの市町村においても、早期に介護予防を機能強化する必要がある</u>

改正後（新）	改正前（旧）
<p>○ <u>リハビリテーション専門職等の関与を促進するためには、リハビリテーション専門職等は医療機関等に従事していることが多いことから、市町村においては、郡市区医師会等関係団体やリハビリテーション専門職等が所属する医療機関等と連携して、リハビリテーション専門職等が業務の一環として派遣が受けられるよう、地域の実情にあわせて体制を整備する必要があること。</u></p> <p>○ <u>なお、地域リハビリテーション支援体制の活性化のため、都道府県によつては、「介護予防市町村支援事業」を活用して都道府県医師会等関係団体が関与の上でリハビリテーション専門職等の広域派遣調整等を実施している。市町村においては、こうした都道府県の取組の実施状況について把握し、実施されていない場合は先行事例等を参考にし、都道府県と協議すること。</u></p> <p><u>(参考)</u></p> <p><u>平成 28 年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方に関する調査研究事業」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング) (抜粋)</u></p>	<p><u>ことから、平成 27 年 4 月をもって、従来の一次予防事業の 1 メニューとして地域リハビリテーション活動支援事業を実施することが可能である。</u></p>

改正後（新）	改正前（旧）
<p>地域リハビリテーションの体制について</p> <p>【都道府県】 介護予防市町村支援事業 （介護保険事業費補助金）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○リハビリテーション専門職等の広域派遣調整事業 <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション専門職等の広域的な派遣調整 ・派遣にあたり、市町村事業等に必要な知識（活動と参加に焦点を当てたアプローチ）を習得させるための研修会の実施 <p>介護保険事業費補助金（都道府県へ1/2補助）</p> <p>〔国〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○国→都道府県 <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防市町村支援事業（介護保険事業費補助金） ○国→市町村 <ul style="list-style-type: none"> ・地域支援事業交付金 <p>地域支援事業交付金</p> <p>都道府県リハビリテーション協議会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県及び地域における連携指針の作成 ・都道府県及び地域リハビリテーション広域支援センターの指定に係る調整・協議 <p>関係団体（例）</p> <p>都道府県医師会、病院協会、老人保健施設協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会、栄養士会、歯科衛生士会等</p> <p>都道府県リハビリテーション支援センター</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域リハビリテーション広域支援センターの支援 ・リハビリ資源の調査・研究 ・関係団体、医療機関との連絡・調整 <p>地域リハビリテーション広域支援センター (二次医療圏等の中核的リハビリ医療機関など)</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域住民の相談の対応支援 <ul style="list-style-type: none"> ①地域住民の相談への対応に関わる支援 ②福祉用具・住宅改修等の相談実施に係る支援 地域のリハビリ実施機関の従事者への援助・研修 <ul style="list-style-type: none"> ①施設に出向いて行う従事者への援助 ②リハビリ従事者に対する研修 連絡協議会の設置・運営 <ul style="list-style-type: none"> ・地域における関係団体、患者の会、家族の会等からなる協議会 <p>リハ職等の派遣 謝金等（リハ職派遣に係る謝金等）</p> <p>〔市町村〕</p> <p>※地域リハビリの調整 ※地域リハビリテーション活動支援事業の活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議の実践・充実 ・地域支援事業の充実・強化 ・市町村職員、地域包括支援センター職員、介護予防事業所職員の知識の向上やリハビリテーションの視点からの自立支援などに資する支援 <p>3～4 （略）</p> <p>5 その他</p> <p>(1) （略）</p> <p>(2) 地域支援事業における財政調整 (地域支援事業交付金の仕組み)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域支援事業交付金については、総合事業に要する費用の25%を、国が市町村に対して交付する。 ○ 従来の介護予防事業においては全ての市町村に対して一律25%の支給を行っていたものを、予防給付を移行するに当たって、給付の調整交付金と同様の仕組みを設けている。 <p>3～4 （略）</p> <p>5 その他</p> <p>(1) （略）</p> <p>(2) 地域支援事業における財政調整 (地域支援事業交付金の仕組み)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域支援事業交付金については、総合事業に要する費用の25%を、国が市町村に対して交付する。 ○ 従来の介護予防事業においては全ての市町村に対して一律25%の支給を行っていたものを、予防給付を移行するに当たって、給付の調整交付金と同様の仕組みを設けている。 	

改正後（新）	改正前（旧）
<p>○ そのため、25%のうちの5%部分については、以下の①②により、交付される。（介護保険法第122条の2第2項に規定する交付金の額の算定に関する省令（平成27年厚生労働省令第58号））</p> <p>①介護予防・日常生活支援総合事業普通調整交付金 第1号被保険者の年齢階級別の分布状況（第1号被保険者のうち、75歳以上の高齢者の割合）、第1号被保険者の所得の分布状況に応じて、市町村に支給するもの</p> <p>②介護予防・日常生活支援総合事業特別調整交付金 災害その他特別の事情に応じて、市町村に支給するもの</p> <p style="background-color: #fce4ec; border: 1px solid #f0e68c; padding: 5px; margin-top: 10px;">総合事業における財政調整のための交付金について（総合事業調整交付金）</p> <p>【内容】 総合事業に係る国の交付金について、一律に交付するものを国庫負担率25%のうち20%とし、残りの5%分については市町村における介護保険財政を調整するために傾斜を付けた交付金として交付する。（総合事業調整交付金） ※介護給付における調整交付金の制度を総合事業に導入するもので、基本的な算定の考え方は同じ</p> <p>【算定式】 総合事業調整交付金 = 普通調整交付金（①調整基準標準事業費額 × ②交付金交付割合 × ③調整率）+ 特別調整交付金</p> <p>①調整基準標準事業費額 総合事業実施に要する年間の所要額（見込額）…算定式は別紙参照</p> <p>②交付金交付割合 介護給付における調整交付金の算定式と同じ。 ※交付金交付割合 = $(55/100 - \text{第2号被保険者負担率}) - ((50/100 - \text{第2号被保険者負担率}) \times \text{後期高齢者加入割合補正係数} \times \text{所得段階別加入割合補正係数})$ 注：後期高齢者加入割合補正係数及び所得段階別加入割合補正係数の算定式も介護給付の調整交付金と同様</p> <p>③調整率 介護給付における調整交付金の算定式から「特別調整交付金」の要素を除いたもの。 ※調整率 = 当該年度分として交付する交付金の総額 ÷ 当該年度における「①調整基準標準事業費額」に「②交付金交付割合」を乗じた額</p>	<p>○ そのため、25%のうちの5%部分については、第一号被保険者の年齢階級別の分布状況（第1号被保険者のうち、75歳以上の高齢者の割合）、第一号被保険者の所得の分布状況に応じて、市町村に支給するものとする。（介護保険法第122条の2第2項に規定する交付金の額の算定に関する省令（平成27年厚生労働省令第58号））</p> <p style="background-color: #fce4ec; border: 1px solid #f0e68c; padding: 5px; margin-top: 10px;">総合事業における財政調整のための交付金について（総合事業調整交付金）</p> <p>【内容】 総合事業に係る国の交付金について、一律に交付するものを国庫負担率25%のうち20%とし、残りの5%分については市町村における介護保険財政を調整するために傾斜を付けた交付金として交付する。（総合事業調整交付金） ※介護給付における（普通）調整交付金の制度を総合事業に導入するもので、基本的な算定の考え方は同じ</p> <p>【算定式】 総合事業調整交付金 = ①調整基準標準事業費額 × ②交付金交付割合 × ③調整率</p> <p>①調整基準標準事業費額 総合事業実施に要する年間の所要額（見込額）…算定式は別紙参照</p> <p>②交付金交付割合 介護給付における調整交付金の算定式と同じ。 ※交付金交付割合 = $(55/100 - \text{第2号被保険者負担率}) - ((50/100 - \text{第2号被保険者負担率}) \times \text{後期高齢者加入割合補正係数} \times \text{所得段階別加入割合補正係数})$ 注：後期高齢者加入割合補正係数及び所得段階別加入割合補正係数の算定式も介護給付の調整交付金と同様</p> <p>③調整率 介護給付における調整交付金の算定式から「特別調整交付金」の要素を除いたもの。 ※調整率 = 当該年度分として交付する交付金の総額 ÷ 当該年度における「①調整基準標準事業費額」に「②交付金交付割合」を乗じた額</p>