老発第０６０９００１号
平 成 18 年 ６ 月 ９ 日
最終改正　老 発　0820 第 １ 号
令 和 ８ 年 ８ 月 20 日

各 都 道 府 県 知 事　殿

厚 生 労 働 省 老 健 局 長

地域支援事業の実施について

標記については、介護保険制度の円滑な実施の観点から、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、今般、別紙のとおり、「地域支援事業実施要綱」を定め、平成１８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、本事業の実施に努められるよう特段の御配慮をお願いするとともに、管内市町村に対して、周知徹底を図る等、本事業の円滑な実施について御協力を賜りたい。

別紙

地域支援事業実施要綱

１　目的及び趣旨

地域支援事業は、被保険者が要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者等への支援体制の構築等を一体的に推進するものである。

２　事業構成及び事業内容

（１）　介護保険法（平成９年法律第 123 号。以下「法」という。）第 115 条の 45 第１項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の事業構成及び事業内容は、別記１のとおりとする。

（２）　法第 115 条の 46 第１項に規定する包括的支援事業（法第 115 条の 45 第２項第４号から第６号に掲げる事業を除く。以下「包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）」という。）の事業構成及び事業内容は、別記２のとおりとする。

（３）　法第 115 条の 46 第１項に規定する包括的支援事業（法第 115 条の 45 第２項第４号から第６号に掲げる事業に限る。）及び法第 115 条の 48 第１項に規定する会議を開催する事業（以下「包括的支援事業（社会保障充実分）」という。）の事業構成及び事業内容は、別記３のとおりとする。

（４）　法第 115 条の 45 第２項第７号に掲げる事業（以下「介護情報利活用事業」という。）の事業構成及び事業内容は、別記４のとおりとする。

（５）　法第 115 条の 45 第３項各号に掲げる事業（以下「任意事業」という。）の事業構成及び事業内容は、別記５のとおりとする。

３　実施方法等

（１）　地域支援事業の実施に当たっては、高齢者のニーズや生活実態に基づいて総合的な判断を行い、高齢者に対し、自立した日常生活を営むことができるよう、継続的かつ総合的な支援のための施策を行うことができるよう実施することとする。

（２）　過去に国庫補助金等から一般財源化された事業（「介護予防・地域支え合い事業における一般財源化された事業について」（平成 23 年 10 月 21 日厚生労働省老健局振興課介護サービス振興係地域支援事業担当事務連絡）に掲載した生きがい活動支援通所事業、緊急通報体制等整備事業、外出支援サービス事業、寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業、軽度生活援助事業、訪問理美容サービス事業及び日常生活用具給付等事業並びに高齢者に関する介護知識・技術等普及促進事業、福祉用具・住宅改修研修事業、福祉用具・住宅改修活用広域支援事業、サービス事業者振興事業、高齢者自身の取り組み支援事業及び高齢者訪問支援活動推進事業については、地域支援事業として実施できな

い（高齢者に関する介護知識・技術等普及促進事業、福祉用具・住宅改修研修事業、福祉用具・住宅改修活用広域支援事業、サービス事業者振興事業、高齢者自身の取り組み支援事業及び高齢者訪問支援活動推進事業については、指定都市（平成 18 年度以降に指定都市へ移行した自治体も含む。）では一般財源化されているため実施不可であるが、指定都市を除く市町村（特別区、一部事務組合、広域連合等を含む。）は実施可能。）ことに留意する。

（３） 地域共生社会の推進の観点から、地域住民の複合化・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を整備するため、次に掲げる事業については、対象者の属性を問わない相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に行う重層的支援体制整備事業（社会福祉法（昭和 26 年法律第 45 号）第 106 条の４第２項に規定する重層的支援体制整備事業をいう。以下同じ。）として実施することができる。

ア 別記１の３に掲げる一般介護予防事業のうち同（２）ウに掲げる地域介護予防活動支援事業

イ 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）（別記２の２（１）に掲げる第１号介護予防支援事業を除く。）

ウ 別記３の２に掲げる生活支援体制整備事業

４ 実施主体

（１） 実施主体は、市町村（特別区、一部事務組合及び広域連合等を含む。以下同じ。）とする。

（２） 市町村は、地域の実情に応じ、利用者、サービス内容及び利用料の決定を除き、包括的支援事業（法第 115 条の 46 第１項に規定する包括的支援事業をいう。以下同じ。）の実施について、包括的支援事業の実施に係る方針を示した上で、当該事業を適切、公正、中立かつ効率的に実施することができると認められる老人介護支援センターの設置者（市町村社会福祉協議会、社会福祉法人等）、一部事務組合若しくは広域連合等を組織する市町村、医療法人、当該事業を実施することを目的として設立された民法法人、特定非営利活動法人その他市町村が適当と認める者に委託することができる。

この委託は、包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）については、法人に対し、その全てにつき一括して行わなければならない。また、包括的支援事業（社会保障充実分）については、地域包括支援センターの設置者以外に委託することも可能であり、地域の実情に応じてそれぞれの事業の実施要綱に定めるところによるものとする。

なお、委託した場合においても、市町村と委託先は密に連携を図りつつ、事業を実施しなければならない。

（３） 市町村は、地域の実情に応じ、利用者、サービス内容及び利用料の決定を除き、総合事業について、介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号。以下「省令」という。）第 140 条の 69 に定める基準に適合する者（第１号介護予防支援事業（法第 115 条の 45 第１項第１号ニに規定する第１号介護予防支援事業をいう。以下同じ。）については、地域包括支援センターの設置者に限る。）に対して、事業の実施を委託するこ

とができるものとする。また、総合事業のうち、サービス・活動事業（法第 115 条の 45 第１項第１号に規定する第１号事業をいう。以下同じ。）については、市町村が事業者を指定して事業を実施することができる（第１号介護予防支援事業については、居宅要支援被保険者（法第 53 条第１項に規定する居宅要支援被保険者をいう。以下同じ。）に係るものに限る。）ものとする。

（４） 市町村は、地域の実情に応じ、利用者、サービス内容及び利用料の決定を除き、任意事業の全部又は一部について、老人介護支援センターの設置者その他の市町村が適当と認める者に対し、その実施を委託することができるものとする。

（５） （２）から（４）までの受託者に対して市町村が支払う費用の額については、市町村において、地域の実情に応じて柔軟に決定するものとする。

なお、総合事業については、受託者に対する費用の審査・支払に係る事務を国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）に委託することが可能である。

（６） 法第 13 条第３項に規定する住所地特例適用被保険者に対する地域支援事業の実施に関しては、法第 115 条の 45 第１項により、当該住所地特例適用被保険者が入所又は入居する施設が所在する市町村（以下「施設所在市町村」という。）が行うものとしている。

ただし、任意事業については、転居前の市町村（以下「保険者市町村」という。）も行うことができる仕組みとなっており、事業の内容によっては、引き続き、保険者市町村が行うことができる。

（７） 地域支援事業は、市町村が実施主体となり、保健所その他の関係行政機関、医師会、歯科医師会その他の保健医療関係団体、社会福祉協議会その他の福祉関係団体、介護関係事業者その他の民間事業者、ボランティアを含む地域住民等の協力を得て推進するものとする。

５ 利用料

市町村、市町村から地域支援事業の実施について委託を受けた者及び指定を受けて総合事業を実施する者は、地域支援事業（別記１の３（２）アに掲げる介護予防把握事業を除く。）の利用者に対し、利用料を請求することができる。

利用料に関する事項は、地域の実情や各事業の内容に応じて、市町村において決定する。

なお、市町村が地域支援事業の実施について委託する場合は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 210 条で規定される総計予算主義の原則等を踏まえ、利用料を直接委託先の歳入とすることを前提に利用料を控除した額を委託費とすることは適当ではなく、会計上、委託料と利用料をそれぞれ計上することが適当であることについて、留意する必要がある。

６ 評価

地域支援事業の実施状況及び効果に関する評価は、保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金に関する指標により、毎年度実施する。

なお、総合事業については、法第 115 条の 45 の２において、市町村は、定期的に、その実

施状況について、調査、分析及び評価を行うとともに、その結果に基づき必要な措置を講ずるよう努めるものとされており、当該調査、分析及び評価事務については、別記１の３（２）エに掲げる一般介護予防事業評価事業として実施することが可能である。

当該評価の実施に当たっては、別添２の「総合事業の事業評価」を踏まえ、適切に行うこと。

また、市町村は、法第 115 条の 46 第９項に基づく包括的支援事業（地域包括支援センター）の評価について、「地域包括支援センターの事業評価を通じた機能強化について（通知）」（平成 30 年７月４日老振発 0704 第１号厚生労働省老健局振興課長通知）により実施すること。

別記１　総合事業

１　総論

（１）　目的

総合事業は、認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らす全ての高齢者が、自立した日常生活を送ること、また、そのための活動を選択することができるよう、地域に暮らす高齢者の立場から、市町村が中心となって、地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて実施することにより、地域の高齢者に対する効果的かつ効率的な支援等を行うことを目的としている。

（２）　基本的な考え方

総合事業は、（１）の目的のため、住民主体の活動を含む多様なサービス・活動の充実を図り、高齢者の選択できるサービス・活動を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、高齢者の社会参加の促進や介護予防に資する事業の充実による要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加、効果的なマネジメントと自立支援に向けたサービス・活動の実施による自立の促進や重度化予防の推進等を目指すものであり、その基本的な考え方は以下のとおりである。

ア　多様な生活支援の充実

地域住民の主体的な活動を含め、高齢者の日常生活と関わる地域の多様な主体による多様なサービス・活動の充実を図るとともに、これらのサービス・活動にアクセスしやすい環境の整備を進める。

イ　高齢者の社会参加と地域における支え合いの体制づくり

高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防等にもなることを踏まえ、積極的な取組を推進する。

ウ　介護予防の推進

介護予防の推進に当たっては、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ることが重要である。そのため、リハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進する。

エ　市町村、住民等の関係者間における意識の共有と自立支援に向けたサービス等の展開

市町村、住民等の地域の関係者間で、自立支援・介護予防といった理念、高齢者自らが介護予防に取り組むといった基本的な考え方、地域づくりの方向性等を共有するとともに、多職種によるケアマネジメント支援を行う。

オ　認知症施策との連動

総合事業の実施に当たっては、認知機能が低下した高齢者等が地域とつながりながら継続して自立した日常生活を送れるようにしていくという視点を持つことが重要であり、認知症施策との連動により、多様な日常生活上の支援体制の充実及び強化並びに社会参加の推進を一体的に図っていくことが必要である。なお、認知症施

策の推進に当たっては、共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和５年法律第 65 号。以下「基本法」という。）に定める目的や基本理念等を踏まえること。

カ　地域共生社会の推進

住民主体の支援等を実施するに当たっては、地域のニーズが居宅要支援被保険者等（法第 115 条の 45 第１号に規定する居宅要支援被保険者等をいう。以下同じ。）のみに限定されるものではなく、また、多様な人との関わりが高齢者の支援にも有効であることから、高齢者以外の障害者や児童等がともに集える環境づくりを心がけることが重要である。

（３）　事業構成

総合事業は、サービス・活動事業及び第１号被保険者（法第９条第１号に規定する第１号被保険者をいう。以下同じ。）の介護予防等のために実施する同項第２号に定める事業（以下「一般介護予防事業」という。）からなり、具体的には以下のとおり事業を実施するものとする。

２　サービス・活動事業

（１）　目的

サービス・活動事業は、居宅要支援被保険者等の社会参加、介護予防及び自立した日常生活のためのニーズに対応するため、介護サービス事業者等が提供する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（平成 26 年法律第 83 号）第５条による改正前の法（以下「平成 26 年改正前法」という。）において全国一律の保険給付として提供されていた介護予防訪問介護及び介護予防通所介護（以下「旧介護予防訪問介護等」という。）に相当する専門的なサービスに加え、地域住民の主体的な活動や高齢者の日常生活と密接に関わる地域の多様な主体による支援等の多様なサービス・活動による支援を行うことを目的とする。

（２）　事業構成

サービス・活動事業は、次に掲げる事業からなる。

ア　訪問型サービス（法第 115 条の 45 第１項第１号イに規定する第１号訪問事業をいう。以下同じ。）

イ　通所型サービス（同号ロに規定する第１号通所事業をいう。以下同じ。）

ウ　その他生活支援サービス（同号ハに規定する第１号生活支援事業をいう。以下同じ。）

エ　介護予防ケアマネジメント（同号二に規定する第１号介護予防支援事業をいう。以下同じ。）

（３）　対象者

サービス・活動事業の対象者は、居宅要支援被保険者等とし、具体的には次に掲げる者となる。

ア　居宅要支援被保険者

イ　事業対象者（介護保険法施行規則第百四十条の六十二の四第二号の規定に基づき

厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第197号）に定める基準（以下「基本チェックリスト」という。）に該当する第１号被保険者をいう。以下同じ。）

なお、基本チェックリストについては、別添１を参照すること。

ウ　継続利用要介護者（法第41条第１項に規定する居宅要介護被保険者であって要介護認定を受ける日以前から継続的にサービス・活動事業（（５）アに掲げる従前相当サービス及び（５）エに掲げるサービス・活動Ｃを除く。）を利用する者をいう。以下同じ。）

なお、継続利用要介護者に対し、サービス・活動事業を実施する際は、省令第140条の62の３第２項第３号の２の規定に基づき、継続利用要介護者の心身の状況を踏まえた適切な支援を行う観点から、市町村及び当該事業の実施者は、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター及び地域ケア会議との密接な連携を図る必要があること及びサービス・活動事業の実施時に継続利用要介護者に病状の急変が生じた場合等における必要な措置を講じるための実施方法をあらかじめ定めておく必要があることに留意すること。

（４）　実施方法

サービス・活動事業については、法第115条の45第１項において、市町村が実施するものとされており、具体的には次に掲げる実施方法による。

ア　市町村による直接実施

市町村が事業を実施する場合においては、省令第140条の62の３各項に掲げる基準を遵守して行うこと。

イ　指定事業者による実施

市町村は、当該市町村の長が指定する者（以下「指定事業者」という。）が実施するサービス・活動事業を居宅要支援被保険者等が利用した場合に、第１号事業支給費（法第115条の45の３第２項に規定する第１号事業支給費をいう。以下同じ。）を当該居宅要支援被保険者等に支給すること又は当該支給すべき額の範囲内で当該指定事業者に支払う（審査及び支払事務を国保連合会に委託することが可能）ことにより、サービス・活動事業を実施することができる。

当該指定については、事業者の申請に基づき、サービス・活動事業を実施する事業所ごとに行うこととし、市町村が、介護給付に係る指定の有効期間（６年）を勘案して定める期間ごとに更新を行わなければ、その効力を失う。また、指定事業者は、当該指定に係る内容について変更があったとき、事業を休止したとき、再開したときについては当該指定に係る市町村長に届け出る必要がある。なお、当該指定・更新申請及び変更・休止・再開に係る様式については、介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式（令和５年厚生労働省告示第331号）を活用すること。

なお、指定の効力は、当該市町村の区域内に所在する高齢者が利用する場合に限り及ぶこととなり、他市町村の被保険者が、指定事業者が行うサービス・活動事業を利用する場合は、当該他市町村の長の指定が必要となるため、市町村間で必要な連携を図られたい。

ウ　市町村から委託された者による実施

市町村は、省令第 140 条の 62 の３第２項各号に掲げる基準を遵守している者（介護予防ケアマネジメントについては、地域包括支援センターの設置者に限る。）に対しサービス・活動事業の実施を委託することができる。

また、委託する事業の範囲及び内容等については、市町村が実施要綱等により定めることとするが、委託料については、介護報酬と同様に利用者数やサービス・活動事業の提供実績に応じた出来高で支払う方法や、委託を受けた者のサービス・活動事業の実施のために必要となる経費を総額で支払う方法、市町村が行うサービス・活動事業の効果（状態の維持・改善や社会参加等につながった者の数等）に対する評価の結果に応じて支払う方法等が考えられ、市町村において適切な設定を行うこと。

なお、市町村は、委託を受けた者からの実績報告に基づき委託料を支払うこととなる。実績報告の内容については、利用者の数、氏名、被保険者番号、居宅要支援被保険者・事業対象者・継続利用要介護者の別のほか、サービス・活動事業の実施の目的や委託料の設定方法等に応じ、事業の実施効果を把握し、評価を適切に行うために把握すべき内容を定めること。

エ　市町村が地域の活動を行う者に補助・助成を行うことによる実施

市町村は、省令第 140 条の 62 の３第１項第２号において、総合事業を実施する際には、補助その他の支援を通じて、地域の人材や社会資源の活用を図るよう努めるものとすることとされており、有償・無償のボランティア活動などの地域住民の主体的な活動を行う団体及び当該活動を支援する団体により行われる多様な活動等をサービス・活動事業と位置づけ、当該活動等を行う団体等に対し当該活動に要する経費の全部又は一部について、補助又は助成を行うことができる。

補助・助成の対象経費については、省令に掲げる制度の趣旨・目的を踏まえ、活動の立上げ支援、活動場所の借上げに要する費用、光熱水費、利用者の利用調整等を行う者に対する人件費（賃金等）、利用者に対し支援を行う者が行うボランティア活動に対する奨励金（謝礼金）等の活動に係る間接経費の範囲内で市町村の裁量により定めるものとし、直接経費を対象とすることはできない（利用者に対し支援を行う者の人件費（賃金等）は対象とならないが、利用調整等を行う者に対する人件費に補助・助成をしている場合において、当該者が利用者を対し支援することを妨げるものではない。）。また、次に掲げる費用については対象とすることはできないことに留意すること。

（ア）　施設整備に係る費用

なお、地域の社会資源を積極的に活用しながら多様な通いの場を創出する観点から、空き家を活用して通所型サービスを実施する場合等において、階段の手すりやスロープの設置、トイレの改修等の居宅要支援被保険者等が利用しやすい環境整備を行うために必要となる改修等の軽微な改修に係る費用を対象とすることは差し支えない。

（イ）　居宅要支援被保険者等に対するサービス・活動事業に直接関連しない経費

補助・助成の額については、対象経費に補助率を乗じて得た額とする方法や事業の内容等を勘案し定額補助とすることも可能である。

補助金・助成金の交付の条件等は、市町村において要綱等により定めることとなるが、サービス・活動事業の実施に当たっては、省令第 140 条の 62 の３各項に掲げる基準を遵守することとされていることを踏まえ、少なくとも、同条第２項各号に掲げる基準を（同項第４号から第７号までに掲げる基準については必要に応じ）定めること。また、実績報告の内容については、補助・助成を受ける団体等の負担に配慮しつつ適切に求めることとし、少なくとも利用者数については、適宜適切な方法（団体等の負担に配慮し、時期については年度内の適切な時期とすることや、利用実績の有無によらず登録者の数とすること等も可能）で把握すること。

なお、住民主体の自主的な取組や活動を阻害しないよう、実施主体の活動内容については、過去に国庫補助金等から一般財源化された事業も含めて実施することを妨げるものではない。

（５） 訪問型サービス・通所型サービスの実施方法による分類・実施基準

ア 従前相当サービス

旧介護予防訪問介護等に相当するものとして、省令第 140 条の 63 の６第１号の基準に従い指定事業者が行うものをいい、実施主体は、介護サービス事業者等が想定される。

ここでいう旧介護予防訪問介護等に相当するものについては、平成 26 年改正前法第 53 条第１項本文の指定を受けて提供されるものに相当するもの（以下「指定相当サービス」という。）、同法第 54 条第１項第２号に規定する基準該当介護予防サービスに相当するもの（以下「基準該当相当サービス」という。）、同項第３号に定めるサービスに相当するもの（以下「離島等相当サービス」という。）が該当し、それぞれの指定基準については、次に掲げるところによる。

（ア） 指定相当サービス

介護保険法施行規則第百四十条の六十三の六第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準（令和６年厚生労働省告示第 84 号。以下「基準告示」という。）（第三章及び第五章を除く。）に掲げる基準の例により市町村が定める基準

（イ） 基準該当相当サービス

基準告示（第二章及び第四章を除く。）に掲げる基準の例により市町村が定める基準

（ウ） 離島等相当サービス

当該サービスの内容を勘案し、市町村が定める基準

イ サービス・活動Ａ

省令第 140 条の 63 の６第２号の基準に従い指定事業者が行うもの及び当該基準等を踏まえ、市町村が直接又は委託することにより実施するものをいい、実施主体は、介護サービス事業者等以外の多様な主体が想定される。

指定事業者に係る指定基準については、当該サービス・活動の内容等を勘案し、市

町村が定めるところによることとし、市町村が直接又は委託することにより実施する場合は、省令第 140 条の 62 の３第２項各号に掲げる基準及び市町村が当該サービスの内容等を勘案し必要と認める基準を実施要綱等において定めること。

ウ　サービス・活動Ｂ

省令第 140 条の 62 の３第１項第２号の規定に基づき、市町村が補助・助成を行うことで地域の人材や社会資源の活用を図るもの（サービス・活動Ｄに該当するものを除く。）をいい、実施主体は有償・無償のボランティア活動などの地域住民の主体的な活動を行う団体及び当該活動を支援する団体が想定される。

実施に当たっては（４）エを参照し、補助の条件等を適切に定め行うこと。なお、サービス・活動Ｂについては、その性質上、居宅要支援被保険者等以外の者も当該活動に参加することが想定される。

エ　サービス・活動Ｃ

高齢者の目標の達成のための計画的な支援を短期集中的に行うことにより、介護予防及び自立支援の効果が増大すると認められる者に対し、３月以上６月以下の期間を定めて保健医療に関する専門的な知識を有する者により提供されるものであって、市町村が直接又は委託することにより実施するものをいう。

実施に当たっては、省令第 140 条の 62 の３第２項各号に掲げる基準及び市町村が当該サービス・活動の内容等を勘案し必要と認める基準を実施要綱等において定めること。

オ　サービス・活動Ｄ

訪問型サービスであって、省令第 140 条の 62 の３第１項第２号の規定に基づき、市町村が補助・助成を行うことにより、地域の人材や社会資源の活用を図るものであって、居宅要支援被保険者等に対する移動支援や移送前後の生活支援のみを行うものをいい、実施主体は有償・無償のボランティア活動などの地域住民の主体的な活動を行う団体及び当該活動を支援する団体が想定される。

実施に当たっては（４）エを参照し、補助の条件等を適切に定め行うこと。なお、サービス・活動Ｄについては、その性質上、居宅要支援被保険者等以外の者も当該活動に参加することが想定される。

カ　その他

アからオまでに掲げるもののほか、市町村の判断により、例えば、共生型サービスを参考としたサービスや従前相当サービスを参考にした事業を委託により行うサービスを創設することが可能であるが、その場合においても、省令第 140 条の 62 の３第２項各号に掲げる基準を遵守する必要があり、以下の事項について遵守することが必要となる。

（ア）　従事者の清潔の保持・健康状態の管理

（イ）　従事者又は従事者であった者の秘密保持等

（ウ）　事故発生時の対応

（エ）　継続利用要介護者利用時の対応

（オ）　変更・再開の届出

（カ）　廃止・休止の届出と便宜の提供

（６）　訪問型サービス・通所型サービスに要する費用等

訪問型サービス及び通所型サービスに係る地域支援事業に要する額については、次に掲げるとおりとする。

ア　従前相当サービス（指定相当サービス）

指定相当サービスに係る居宅要支援被保険者等に支給する又は指定事業者に支払われる第１号事業支給費の額については、当該従前相当サービスを利用する居宅要支援被保険者等１人につき、（ア）に掲げる額に（イ）に掲げる割合を乗じて得た額とする。

（ア）　次に掲げる額

①　訪問型サービス

「介護保険法施行規則第百四十条の六十三の二第一項第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準」（令和３年厚生労働省告示第 72 号。以下「第１号事業費告示」という。）別表１に定める単位数に、厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成 27 年厚生労働大臣告示第 93 号。以下「単価告示」という。）に掲げる訪問介護に係る１単位の単価を乗じて得た額（１円未満の端数切り捨て）

②　通所型サービス

第１号事業費告示別表２に定める単位数に単価告示に掲げる通所介護に係る１単位の単価を乗じて得た額（１円未満の端数切り捨て）

なお、①及び②に掲げる額については、省令第 140 条の 63 の２第１項第１号イにおいて、市町村が別に定める場合にはその額とすることができるとされており、当該規定に基づき、市町村が別に第１号事業支給費の額を定める場合は、第１号事業費告示別表１又は別表２に定める単位数を変更することによることとし、第１号事業費告示に定める加算等とは異なる加算等を設けることはできないこととする。

（イ）　次に掲げる居宅要支援被保険者の状況に応じて、それぞれ次に定める割合

①　②及び③に掲げる者以外の居宅要支援被保険者等　100 分の 90

②　介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号。以下「政令」という。）第 22 条の２第１項に規定する合計所得金額（以下単に「合計所得金額」という。）が 160 万円以上である居宅要支援被保険者等（同条第４項に掲げる場合を除き、③に掲げる居宅要支援被保険者等を除く。）　100 分の 80

③　合計所得金額が 220 万円以上（同条第７項に掲げる場合を除く。）である居宅要支援被保険者等　100 分の 70

なお、①から③までに掲げる割合については、省令第 140 条の 63 の２第１項第１号イに基づき、市町村が①から③までに掲げる割合以下の範囲内で別に定めることができる。

また、市町村が、災害等のやむを得ない場合において、当該居宅要支援被保険者等の利用料減免を行う必要が生じたとき等は、省令第 140 条の 63 の２第３項の規定に基づき、居宅要支援被保険者等の合計所得金額に応じて、それぞれ（イ）①から③までに掲げる割合から 100 分の 100 までの範囲で定めることができる。

イ　従前相当サービス（基準該当相当サービス・離島等相当サービス）

基準該当相当サービス又は離島等相当サービスに係る居宅要支援被保険者等に支給する又は指定事業者に支払われる第１号事業支給費の額については、当該従前相当サービスを利用する居宅要支援被保険者等１人につき、ア（ア）に掲げる額に 100 分の 90 を乗じて得た額を基準として、市町村が定める額とする。

ウ　従前相当サービス以外の多様なサービス・活動

（ア）　サービス・活動Ａ

サービス・活動Ａは、介護サービス事業者等以外の多様な主体が参入することが想定されることや、利用対象者が居宅要支援被保険者等に限定されること、当該事業の内容が従前相当サービスと比較して限定的となることなど事業規模が小さい場合が想定されることから、市町村は、多様な主体が行う本来的な事業と総合事業とを一体として実施することにより、採算性及び事業運営の継続性を確保するなどの方策等を検討の上、次に掲げるとおり、適切な額の設定を行うこと。

①　指定事業者による場合

指定事業者が実施するサービス・活動Ａに係る居宅要支援被保険者等に支給する又は指定事業者に支払われる第１号事業支給費の額については、当該サービス・活動Ａを利用する居宅要支援被保険者等１人につき、アに掲げる従前相当サービス（指定相当サービス）に係る第１号事業支給費の額を勘案し、市町村が定める額とする。

この場合、サービス・活動Ａの内容、介護人材の確保の状況、事業の利用者数の見込み、採算性及び事業運営の継続性等を踏まえ、第１号事業費告示に定める単位数の変更や当該告示に定めのない加算等を市町村が独自に設定すること等、柔軟な設定が可能であるほか、従前相当サービス（指定相当サービス）の額を上回る額とすることも可能である。

また、ア（ア）の額及び（イ）の割合を勘案した上で定額とすることも可能である。

②　委託による実施の場合

委託によりサービス・活動Ａを実施する場合の委託料については、市町村が当該事業の内容等を踏まえ、柔軟かつ適切に設定すること。

なお、委託料については、（４）ウのとおり、指定事業者に支払う第１号事業支給費の場合と同様に、利用者１人当たりの設定とするほか、委託事業の実施のために必要となる経費を総額で支払う方法、状態の維持・改善や社会参加等につながった者の数等の事業効果に対する評価の結果に応じて支払う方法等

が考えられ、市町村において適切な設定を行うこと。

（イ）　サービス・活動Ｃ

委託によりサービス・活動Ｃを実施する場合の委託料の考え方については、サービス・活動Ａを委託により実施する場合と同様であり、（ア）②を参照し、市町村が当該事業の内容等を踏まえ、柔軟かつ適切に設定すること。

（ウ）　サービス・活動Ｂ及びサービス・活動Ｄ

サービス・活動Ｂ及びサービス・活動Ｄ（以下「サービス・活動Ｂ・Ｄ」という。）に係る補助・助成の額及び対象経費の範囲等については、（４）エを参照するほか、次に掲げる内容を踏まえ、市町村において、適切に設定すること。

また、（５）ウ及びオのなお書きにあるとおり、サービス・活動Ｂ・Ｄについては、その性質上、居宅要支援被保険者等以外の者も当該活動に参加することが想定されるところ、この場合の補助・助成の額は、次に掲げるところによることとする。

①　居宅要支援被保険者等以外の者に対するサービス・活動を付随的な活動とみなし定額を補助・助成する方法

居宅要支援被保険者等とそれ以外の者ごとの利用人数の記録・交付金の申請額の計算等に住民コストが発生することを踏まえ、住民活動を地域で幅広く展開していく観点から、市町村が当該居宅要支援被保険者等以外の活動を事業の目的を達成するための付随的な活動であると判断する場合は、補助・助成対象経費のうち、当該サービス・活動に係る活動の立上げ支援、活動場所の借上げに要する費用、光熱水費、利用者の利用調整等を行う者に対する人件費（賃金等）等の一部について、市町村が定める額を補助・助成することができる。

また、利用者に対し支援を行う者のボランティア活動に対する奨励金（謝礼金）については、居宅要支援被保険者等に対するサービス・活動に支障がないと認められる場合は、介護給付に係る兼務の考え方と同様に、居宅要支援被保険者等以外の者に対するものを含めて補助・助成することも差し支えないものとする。

なお、この場合においても、市町村は、居宅要支援被保険者等の利用者数について、適宜適切に把握（通常の場合と同様、団体等の負担に配慮し、時期については年度内の適切な時期とすることや、利用実績の有無によらず登録者の数とすること等も可能）すること。

②　対象者の割合に応じた按分による方法

①によりがたい場合は、補助・助成対象経費について、サービス・活動Ｂ・Ｄに該当する活動に係る居宅要支援被保険者等以外の者を含む利用者の総数に占める当該利用者のうち居宅要支援被保険者等の数（以下（ウ）において「対象者数割合」という。）に応じて按分等を行う。

ただし、住民主体の自主的な取組や活動を阻害しない観点から、対象者数割

合が 100 分の 50 を超える場合は、対象経費の総額を補助・助成して差し支えないこととする。

なお、サービス・活動Ａを委託により実施する場合において、居宅要支援被保険者等以外の者が、多様な主体が行う当該サービス・活動と同様の事業を利用する場合において、上記の場合と同様、当該利用者に対する事業を高齢者の選択肢の拡大に資する付随的な活動であると市町村が認める場合には、上記①及び②の考え方に準じて（この場合において、「ボランティア活動に対する奨励金」については、委託業務に従事する職員の人件費等を含めることとし、対象経費については、その他の直接経費を含むことができる。）委託費を設定することができる。

（７） その他生活支援サービスの事業内容、実施基準及び費用等

その他生活支援サービスの事業内容、実施に係る基準等及び地域支援事業に要する額については、次に掲げるとおりとする。

ア 事業内容

その他生活支援サービスの事業内容は、居宅要支援被保険者等が、地域において自立した日常生活を送るための支援であって、訪問型サービスや通所型サービスと一体的に行われる場合に効果があると認められる次に掲げるものとし、実施方法は、（４）アからエまでに掲げるいずれかの方法によることとする。

（ア） 栄養の改善を目的として、居宅要支援被保険者等に対して配食を行う支援（一人暮らし高齢者に対する見守りとともに行う配食等を含む。）

（イ） 居宅要支援被保険者等が自立した日常生活を営むことができることを目的として、居宅要支援被保険者等に対して、定期的な安否確認及び緊急時の対応を行う支援（住民ボランティア等が行う訪問による見守り等を含む。）

（ウ） 地域の実情に応じ、居宅要支援被保険者等の介護予防・重度化防止や自立支援に資することを目的として、例えば、訪問型サービスと通所型サービスを複合的に行う事業などの訪問型サービスや通所型サービスに準じるサービスを行う支援

イ 実施基準

（ア） 指定事業者による場合

指定基準については、当該その他生活支援サービスの内容等を勘案し、市町村が定めるところによる。

（イ） 委託による場合

省令第 140 条の 62 の３第２項各号に掲げる基準及び市町村が当該その他生活支援サービスの内容等を勘案し必要と認める基準を実施要綱等において定めること。

（ウ） 補助・助成による場合

（３）エを参照し、補助の条件等を適切に定め行うこと。

ウ 費用等

実施方法によらず、市町村が当該その他生活支援サービスの内容に応じて定める額とする。設定にあたっては（６）も参考にすること。

（８） 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方、事業内容等については、次に掲げるとおりとする。

ア 基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが居宅要支援被保険者等（居宅要支援被保険者であって指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者及び継続利用要介護者であって指定居宅介護支援又は特例居宅介護サービス計画費に係る居宅介護支援を受けている者を除く。以下この（８）において同じ。）に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施及び評価できるよう、また、高齢者自身が、地域で自立した生活を送るための活動を継続することにより、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう、心身機能・活動・参加の視点を踏まえて居宅要支援被保険者等の多様な選択を支援していくことが重要である。

イ 事業内容

介護予防ケアマネジメントは、居宅要支援被保険者等に対し、その介護予防や社会参加の推進を目的として、心身の状況、置かれている環境等に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業、市町村の独自事業及び民間企業等の多様な主体により提供される総合事業に該当しない生活支援サービス等の適切な事業（以下この（８）において「一般介護予防事業等の多様な事業」という。）が、包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業とする。

事業の実施に当たっては、「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」（平成 27 年６月５日老振発 0605 号厚生労働省老健局振興課長通知）の別紙１「介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）の実施について」（以下「介護予防ケアマネジメント実施要領」という。）を参照するとともに、次に掲げる内容について留意すること。

（ア） 介護予防サービス計画に類する計画の作成

指定介護予防支援においては、介護予防サービス計画を作成することが必要となるが、第１号介護予防支援事業はこれとは異なり、利用者１人ごとに省令第 140 条の 62 の５第３項各号に掲げる事項を記載した介護予防サービス計画に類する計画（以下「介護予防ケアマネジメント計画」という。）の作成を行うことは、次に掲げる場合を除き、必ずしも必要ではない。

介護予防ケアマネジメントにおいては、市町村においては、介護予防ケアマネジメント計画の作成の必要性について検討の上、適切な実施を行うこと。

① 市町村が、指定事業者が行う従前相当サービス又はサービス・活動Ａに係る第１号事業支給費の額の決定に際し、介護予防ケアマネジメントの結果を関連付けている場合であって、居宅要支援被保険者等が当該従前相当サービス等を利用する場合

② 介護予防ケアマネジメントの結果、利用者の選択及び目標に応じて、訪問型サービス又は通所型サービスについて、省令第 140 条の 62 の５第１項第１号又は同条第２項第１号の規定に基づき利用期間を定めることが必要と認められる場合（①に掲げる場合を除く。）

なお、訪問型サービス又は通所型サービスの利用期間については、予め当該事業の実施要綱等で定めることも可能である。

（イ） 訪問型サービス及び通所型サービスの利用開始日

介護予防ケアマネジメント計画を作成しない場合（当該計画において利用期間を定めない場合を含む。）の訪問型サービス及び通所型サービスの利用開始日は、省令第 140 条の 62 の５第１項第２号又は同条第２項第２号において、介護予防ケアマネジメントを受けた日以降とすることとされており、当該介護予防ケアマネジメントを受けた日については、例えば、次に掲げる日が想定される。

① 適切なアセスメントの結果、居宅要支援被保険者等の選択及び目標を踏まえ、サービス・活動事業を利用することが適切と判断し、当該事業の実施者に対し、その利用のための援助を行った日

② サービス・活動Ｃについて、当該事業実施者との連携のもと事業の実施プログラムを決定した日

（ウ） 介護予防ケアマネジメントに該当する援助

介護予防ケアマネジメントは、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業等の多様な事業が、包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行うものである。

したがって、例えば、次に掲げる援助についても、介護予防ケアマネジメントに該当し、当該援助のために必要となる人材確保などの体制整備に要した費用を介護予防ケアマネジメントに要した費用として取り扱うことができる。

① （イ）①及び②に掲げる援助のため実施したアセスメントや事業実施者との連携

② 介護予防ケアマネジメントの結果、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービスのいずれの利用にも至らなかった場合におけるアセスメントの実施及び当該結果に基づく一般介護予防事業等の多様な事業に係る利用調整等

③ いわゆる孤独・孤立の状況にある居宅要支援被保険者等に対する訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業等の多様な事業への参加を促すことを目的としたアウトリーチによるアセスメント等の実施

④　サービス・活動Ｂ・Ｄ等の利用者に対し、当該事業の利用開始日以降に、当該利用者の居宅若しくは当該事業が実施される場への訪問又は当該事業実施者からの報告等を通じ、居宅要支援被保険者等の状況や目標等に変化がないか、適切に事業の利用がなされているか等を定期的に把握すること及び当該把握した結果等を踏まえ、当該利用者又は当該事業実施者への助言等を行うこと

⑤　サービス・活動Ｃの利用の結果、目標の達成等がなされ、利用終了が適切と認められる利用者に対し、その選択及び目標に応じて、一般介護予防事業等の多様な事業を含む地域の多様な活動につなげた場合の援助

⑥　居宅要支援被保険者等の選択及び目標を踏まえたアセスメントや介護予防ケアマネジメント計画の作成を含む必要な援助を行うための、地域のリハビリテーション専門職等との連携・協働（援助方針の検討のためのカンファレンスの実施や医学的知見からの助言を受けること等。なお、地域のリハビリテーション専門職等と連携・協働する場合、市町村等は事前に都道府県医師会・郡市区医師会等や地域の医療機関等と調整等を行い、その体制を整備しておくこと。）

ウ　介護予防ケアマネジメントの類型

（ア）　ケアマネジメントＡ

従前相当サービスに係る介護予防ケアマネジメント計画の作成を行う場合やサービス・活動Ｃの利用期間を介護予防ケアマネジメント計画において定める場合など、指定介護予防支援と同様のプロセスを経て行うことが適当であるもの。

なお、原則として、従前相当サービスの利用者に対する介護予防ケアマネジメントは、ケアマネジメントＡとして実施すること。

（イ）　ケアマネジメントＢ

従前相当サービス以外の訪問型サービス及び通所型サービスを利用する居宅要支援被保険者等に対し、介護予防ケアマネジメント計画（市町村が省令第 140 条の 62 の５第３項各号に掲げる事項を省略した内容を定める場合、当該内容を記載した計画を含む。以下この（８）において「介護予防ケアマネジメント計画等」という。）の作成を行う場合等、指定介護予防支援に係る基準及びケアマネジメントプロセスを緩和して実施するもの。

（ウ）　ケアマネジメントＣ

例えば、サービス・活動Ｂ・Ｄの利用者に対し初回のみの介護予防ケアマネジメント計画等の作成を行う場合及び居宅要支援被保険者等に対するイ（ウ）に掲げる援助など指定介護予防支援に係る基準等によらない多様な援助を行うもの。

エ　介護予防ケアマネジメントに係る実施基準及び費用等

（ア）　地域包括支援センターの設置者を指定事業者として指定して行う場合（居宅要支援被保険者に係るものに限る。）

①　ケアマネジメントＡ

(a)　指定基準

「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（平成 18 年厚生労働省令第 37 号。以下「指定介護予防支援等基準」という。）（地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業者に係る部分に限る。）の基準の例により市町村が定める基準

(b)　費用等（第１号事業支給費の額）

介護予防ケアマネジメント計画の作成を行う居宅要支援被保険者等１人につき、第１号事業費告示別表３に定める単位数に、単価告示に掲げる介護予防支援に係る１単位の単価を乗じて得た額（１円未満の端数切り捨て）を第１号事業支給費の額（当該額については、省令第 140 条の 63 の２第１項第１号ロにおいて、市町村が別に定める場合にはその額とすることができるとされており、当該規定に基づき、市町村が別に第１号事業支給費の額を定める場合は、第１号事業費告示別表３に定める単位数を変更することによることとし、第１号事業費告示に定める加算等とは異なる加算等を設けることはできないこととする。）とする。

なお、指定介護予防支援等基準第５章（基準該当介護予防支援に関する基準）に定める基準の例により又は法第 59 条第１項第２号に定めるサービスの内容を勘案し市町村が定める基準に基づき指定を受けた指定事業者が行う介護予防ケアマネジメントの額は、当該額を勘案し、市町村が定める額とする。

②　ケアマネジメントＢ又はケアマネジメントＣ

(a)　指定基準

当該介護予防ケアマネジメントの内容等を勘案し、市町村が定める基準

(b)　費用等（第１号事業支給費の額）

①(b)に掲げるケアマネジメントＡに係る第１号事業支給費の額等を勘案し、市町村が定める額とする。

この場合、当該介護予防ケアマネジメントの内容等を踏まえ、市町村が独自に加算等を設けることや、第１号事業費告示別表３に定める単位数の変更、オに掲げる内容等も踏まえて当該告示に定めのない加算等を設定する等、柔軟な設定が可能であるほか、ケアマネジメントＡの額を上回る額とすることも可能である。

（イ）　地域包括支援センターの設置者に委託して行う場合

(a)　実施基準

省令第 140 条の 62 の３第２項各号に掲げる基準及び市町村が当該サービス・活動の内容等を勘案し必要と認める基準を実施要綱等において定めること。

(b)　費用等（第１号事業支給費の額）

委託により介護予防ケアマネジメントを実施する場合の委託料については、市町村が当該事業の内容等を踏まえ、柔軟かつ適切に設定すること。

なお、委託料については、介護予防ケアマネジメント計画等の作成実績など居宅要支援被保険者等１人当たりの単価を定める方法のほか、介護予防ケアマネジメント計画等の作成件数では評価しがたい包括的な業務の体制整備のため、介護予防ケアマネジメント計画等の作成に至らない事業の実施のために必要となる人件費等の経費を包括的に支払う方法や、オに掲げる内容等も踏まえた介護予防ケアマネジメントの実施に係る評価の結果に応じて支払う方法等が考えられ、市町村において適切な設定を行うこと。

なお、居宅要支援被保険者等に係る介護予防ケアマネジメントの支払いについては、介護予防ケアマネジメント計画等の作成実績など居宅要支援被保険者等１人当たりの単価を定める場合に限り、国保連合会に委託することができる。

オ　高齢者の選択を支援する目標指向型の介護予防ケアマネジメントの実施

市町村は、介護予防ケアマネジメントについて、高齢者の地域での自立した日常生活を継続するという視点に立った選択を支援するための目標志向型のマネジメントであることについて、事業の実施者（地域包括支援センター及び地域包括支援センターから事業の実施の一部を委託された指定居宅介護支援事業者をいう。）及び居宅要支援被保険者等を含む地域の関係者に対し、明確に示した上で、事業を実施することが重要であることから、次に掲げる内容に留意すること。

（ア）　市町村による加算等の創設

目標指向型のマネジメントを推進する観点から、市町村において、ケアマネジメントＢやケアマネジメントＣに係る第１号事業支給費又は委託料において、次に掲げる取組を加算等で評価することを検討されたい。

①　適切な専門職の介入を通じ居宅要支援被保険者等の機能の改善が図られ社会参加につなげるための取組

②　地域で孤立する居宅要支援被保険者等を、自立した日常生活を支援するための多様な活動につなげるためのアウトリーチなどの取組

③　地域のリハビリテーション専門職等と連携し、アセスメントを行った上で、居宅要支援被保険者等の目標を実現するための介護予防ケアマネジメントを実施する取組

なお、地域のリハビリテーション専門職等と連携・協働する場合、市町村等は事前に都道府県医師会・郡市区医師会等や地域の医療機関等と調整等を行い、その体制を整備しておくこと。

（イ）　高齢者の選択を支援するためのサービス・活動事業の充実

目標指向型の介護予防ケアマネジメントを実施するためには、従前相当サービ

スに限らず、それ以外のサービス・活動事業を地域で充実させていくとともに、当該事業が、介護予防ケアマネジメントを通じ、適切に選択されるよう支援していくことが必要である。

このため、市町村は、従前相当サービス以外のサービス・活動事業の利用者のイメージ、想定される利用者数、標準的な利用期間等について、市町村、地域包括支援センター及び地域住民を含む多様な医療・介護の関係者等との間で共有を図り、事業を実施するよう努めること。

（９） 利用者負担

市町村が、事業の内容等を踏まえ、事業の実施要綱等において定めるものとする。なお、指定事業者が実施する訪問型サービス及び通所型サービスであって指定相当サービスに係る利用者負担については、基準告示第 18 条及び第 51 条の規定の例により市町村が定める基準によること。

ただし、住民主体の支援等、事業に対する補助・助成の形式で実施されるサービス・活動は、当該支援の提供主体より自主的に実施されるものであることから、当該事業の実施主体が定めることも可能である。

なお、以下の点に留意すること。

① 利用者負担は、介護給付と同様に事業費用に対して定率とするほか、１回当たりの定額の負担とすることも可能である。

② 食材料費及び調理費相当分については、介護給付と同様に利用者負担とすること。

③ 指定事業者によって提供されるサービス・活動事業に係る利用者負担の額については、(12)に定める高額介護予防サービス費相当事業等の対象となること。また、当該対象となる事業以外のサービス・活動事業の利用料の設定に当たっても、市町村は低所得者への配慮を行うことが望ましい。

(10) 給付管理

居宅要支援被保険者及び継続利用要介護者は、予防給付又は介護給付に係るサービスを利用しつつ、総合事業を利用するケースが想定されることなどから、居宅要支援被保険者については、介護予防サービス費等区分支給限度基準額（法第 55 条第１項又は第３項の介護予防サービス費等区分支給限度基準額をいう。以下同じ。）の、継続利用要介護者については、法第 43 条第１項又は第３項の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の範囲内で、予防給付又は介護給付と指定事業者が行う訪問型サービス及び通所型サービスについて、一体的に給付管理を行うこととする。

また、事業対象者についても居宅要支援被保険者との均衡を図る観点から、要支援１に係る介護予防サービス費等区分支給限度基準額を目安として市町村が実施要綱等で定める額（退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられるケース等、利用者の状態に応じ、当該額を超えることが必要となる事業対象者については、要支援２に係る介護予防サービス費等区分支給限度基準額を限度として市町村が実施要綱等で定める額）の範囲内で、指定事業者が行う訪問型サービス及び通所型サービスについて、給付管理を行うことが適切である。

なお、この給付管理に係る事務については、国保連合会にその実施を委託することが可能である。

(11)　住所地特例適用被保険者に係る費用負担

住所地特例適用被保険者（法第 13 条第３項に規定する住所地特例適用被保険者をいう。以下同じ。）に対しては、当該被保険者に係る施設所在市町村が総合事業を実施することとしており、その要した費用（第１号事業支給費及び第１号事業支給費の対象とならない介護予防ケアマネジメントに要する費用に限る。）については、保険者市町村が、政令第 37 条の 16 第２項の規定に基づき算定される額を施設所在市町村に対して負担することとしている。

第１号事業支給費については、省令第 140 条の 72 の４第２項の規定に基づき、保険者市町村が、国保連合会経由で指定事業者に対して支払うことができることとしている。

また、施設所在市町村が、国保連合会を経由せずに地域包括支援センターに直接支払った介護予防ケアマネジメントに要した費用については、毎年度、国保連合会において全国の市町村間を一括して財政調整することとしている。具体的には、施設所在地市町村が、前年度の利用実績を「介護予防ケアマネジメント負担金調整依頼書」によりとりまとめ、年１回、国保連合会に提出することとし、提出を受けた国保連合会は、月ごとの対象者の数に 4,420 円を乗じて得た額を、施設所在市町村に対し支払うとともに、保険者市町村に対し請求することとしており、市町村においては、業務負担の軽減及び財源調整の円滑な実施の観点から、国保連合会と委託契約を締結して実施すること。なお、国保連合会との契約書や「介護予防ケアマネジメント負担金調整依頼書」については、「介護保険事務処理システム変更に伴う介護予防ケアマネジメントに係る財政調整業務委託契約書（例）について」（平成 27 年４月 17 日厚生労働省老健局振興課事務連絡）を参照されたい。

(12)　高額介護予防サービス費相当事業等

市町村（住所地特例適用被保険者に対する本事業の実施については、保険者市町村）は、居宅要支援被保険者等が、総合事業を利用するために必要な費用の負担が家計に与える影響を考慮し、総合事業として、次に掲げる事業を実施することができる。なお、本事業の実施を国保連合会に委託することが可能である。

ア　高額介護予防サービス費相当事業

（ア）　事業内容

法第 51 条第１項に定める高額介護サービス費及び第 61 条第１項に定める高額介護予防サービス費（以下「高額介護予防サービス費等」という。）に相当する費用（以下「高額介護予防サービス費等相当費」という。）を居宅要支援被保険者等に対し支払う事業とする。

（イ）　高額介護予防サービス費等相当費の額

高額介護予防サービス費等相当費の額は、政令第 22 条の２の２及び第 29 条の２の２に定める高額介護予防サービス費等の額について、指定事業者が実施

する訪問型サービス及び通所型サービスに係る利用者負担の額を居宅サービス等の利用者負担の額とみなして計算して得た額から高額介護予防サービス費等として支給すべき額を減じて得た額とする。

イ　高額医療合算介護予防サービス費相当事業

（ア）　実施内容

法第 51 条の２第１項に定める高額医療合算介護サービス費及び第 61 条の２第１項に定める高額医療合算介護予防サービス費（以下「高額医療合算介護予防サービス費等」という。）に相当する費用（以下「高額医療合算介護予防サービス費等相当費」という。）を居宅要支援被保険者等に対し支払う事業とする。

（イ）　高額医療合算介護予防サービス費等相当費の額

高額医療合算介護予防サービス費等相当費の額については、政令第 22 条の３及び第 29 条の３に定める高額医療合算介護予防サービス費等の額について、指定事業者が実施する訪問型サービス及び通所型サービスに係る利用者負担の額を居宅サービス等の利用者負担の額とみなして計算して得た額から高額医療合算介護サービス費等として支給すべき額を減じて得た額とする。

高額介護予防サービス費等相当費の額及び高額医療合算介護予防サービス費等相当費の額の計算においては、「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」（平成 28 年 12 月 27 日厚生労働省振興課事務連絡）を参照すること。

(13)　その他の制度における取扱い

ア　生活保護法における介護扶助

生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）第 15 条の２に規定する介護扶助（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成６年法律第 30 号）に基づき同法の規定の例による場合を含む。以下同じ。）については、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービスを給付対象としている。

給付対象の範囲は、指定事業者による事業に限らず、全ての事業であり、具体的には、介護扶助費として、指定事業所によるサービス提供については、利用者の自己負担分について給付を行い、また、市町村による直接実施、委託による実施又は補助による実施にて行われるサービスについては、利用者の利用料負担分を給付することとする。

イ　原子爆弾被爆者に対する公費助成

原子爆弾被爆者については、訪問介護や通所介護等の自己負担部分について、全額公費による助成事業が行われているところであるが、総合事業の実施に伴う助成範囲は、従前相当サービスとする。

ウ　障害給付における介護優先

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）第６条の自立支援給付については、同法第７条において、介護保険制度にお

いて自立支援給付のサービスと同等のサービスが提供される場合は、介護保険制度における保険給付等を優先することとされている。

この介護保険制度における保険給付等には、サービス・活動事業が含まれており、サービス内容や機能を踏まえた上で、障害福祉サービスに相当するサービスがある場合には、サービス・活動事業を優先して利用することとなる。

しかしながら、障害者は、その心身の状況やサービスを必要とする理由は多様であり、サービス・活動事業を一律に優先させ、これにより必要な支援を受けることができるか否かを一概に判断することは困難であることから、障害福祉サービスの種類や利用者の状況に応じて当該サービスに相当するサービス・活動事業を特定し、一律にサービス・活動事業を優先的に利用するものとはしないこととし、市町村は、障害者が必要としている支援内容をサービス・活動事業により受けることが可能か否かを適切に判断することが必要である。

具体的には、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業の適用関係に係る留意事項について」（平成 29 年７月 12 日付け厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課事務連絡）を参照すること。

エ　他事業との一体的実施

総合事業は、事業の効果、効率性等の観点から、障害者総合支援制度の地域生活支援事業、子ども・子育て支援制度の地域子育て支援拠点事業、生活困窮者支援等のための地域づくり事業、健康増進事業などの地域づくりに資する事業と連携して一体的に実施することができる。

(14)　サービス・活動事業の具体例

サービス・活動事業の実施については、本要綱に定めるところのほか、「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」（平成 27 年６月５日老発 0605 第５号厚生労働省老健局長通知）を参照すること。

３　一般介護予防事業

（１）　総則

ア　目的

一般介護予防事業は、市町村の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、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、住民主体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とともに、地域においてリハビリテーションに関する専門的知見を有する者を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域を構築することにより、介護予防を推進することを目的として実施する。

なお、これらの取組は、認知機能低下の予防に繋がる可能性も高いことから、認知症の発症予防の観点も踏まえ推進されたい。

その目的を達成するため、市町村は、一般介護予防事業を構成する介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業及び地域リハビリテーション活動支援事業の５事業のうち必要な事業を組み合わせて、地域の実情に応じて効果的かつ効率的に実施するものとする。その際、短期集中予防サービスや、地域ケア会議、生活支援体制整備事業等の事業との連携に加えて、運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から高齢者の保健事業と一体的に進めることが重要である。

また、一般介護予防事業の充実を図るためには、行政内における様々な分野の担当部局と連携し、分野横断的に進めるための体制を構築するとともに、地域の自治会や医療・介護等関係団体・機関等を含めた多様な主体との連携を進めていくことが重要である。

さらに、事業の推進に当たっては、市町村及び地域の医療機関等の医師、看護師、保健師、管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の専門職も重要な役割を担うことから、体制の充実を図ることや、専門職が配置されている他部門との連携に努めることも重要である。

イ　対象者

一般介護予防事業は、当該市町村の第１号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者を対象に実施するものとするが、住民主体の通いの場に６５歳未満の住民が参加し、ともに介護予防に取り組むことを妨げるものではない。

なお、介護予防に資する住民主体の通いの場の取組の推進に当たっては、通いの場に参加する高齢者の割合を 2040 年までに 15%とすることを目指し、通いの場の取組を推進していることを勘案することが望ましい。

（２）　各論

ア　介護予防把握事業

介護予防把握事業は、例えば、次に掲げる方法等により、地域の実情に応じ、効果的かつ効率的に収集した情報等を活用して、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を早期に把握し、住民主体の介護予防活動へつなげることを目的とする。

①　要介護認定及び要支援認定の担当部局との連携による把握
②　訪問活動を実施している保健部局との連携による把握
③　医療機関からの情報提供による把握
④　民生委員等地域住民からの情報提供による把握
⑤　地域包括支援センターの総合相談支援事業との連携による把握
⑥　本人、家族等からの相談による把握
⑦　特定健康診査等の担当部局との連携による把握
⑧　高齢者保健事業等の担当部局との連携による把握
⑨　重層的支援体制整備事業等の担当部局との連携による把握
⑩　その他市町村が適当と認める方法による把握

なお、多様な課題を抱える者や閉じこもりがちで健康状態が把握できていない者等の何らかの支援を要する者を把握するために、上記のほか、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の専門性をいかし、データ分析等を通じて健診・医療レセプト・介護情報がない者を把握することや訪問することも検討すべきである。その際、民生委員や地域のボランティア等とも連携することも重要である。

イ　介護予防普及啓発事業

介護予防普及啓発事業は、概ね次のものが考えられるが、市町村が介護予防に資すると判断した内容を地域の実情に応じて効果的かつ効率的に実施するものとする。なお、実施に際しては、高齢者本人のみならず、家族や現役世代に対する働きかけにより理解を得ることや、様々な関係者が連携し介護予防に取り組むという気運を高めていくことも重要である。また、特に必要と認められる場合、リフトバス等による送迎を行うことができるものとする。

①　介護予防に資する基本的な知識を普及啓発するためのパンフレット等の作成及び配布

②　介護予防に資する基本的な知識を普及啓発するための有識者等による講演会や相談会等の開催

③　介護予防の普及啓発に資する運動、栄養、口腔等に係る介護予防教室等の開催

④　介護予防に関する知識又は情報、各対象者の介護予防事業の実施の記録等を管理するための媒体（介護予防手帳等）の配布

ウ　地域介護予防活動支援事業

地域介護予防活動支援事業は、年齢や心身の状況等によって高齢者を分け隔てることなく、誰でも一緒に参加することのできる介護予防活動の地域展開を目指して、市町村が介護予防に資すると判断する住民主体の通いの場等の活動を地域の実情に応じて効果的かつ効率的に支援することを目的とする。

介護予防に資する住民主体の通いの場については、高齢者がそれぞれの年齢層や性別、健康状態、関心などに応じて参加できるよう、市町村が介護保険制度による支援を行っているものに限らず、スポーツや生涯学習に関する取組等を含めた多様な取組の実施が期待される。さらに、地域づくりの推進や男性の参加促進等を図る観点から、防災や交通安全、地域の見守り等の取組との連携も期待される。

また、以上の取組に加え、概ね次のようなものも組み合わせて支援することが考えられる。

①　介護予防に関するボランティア等の人材を育成するための研修

②　介護予防に資する多様な地域活動組織の育成及び支援

③　社会参加活動を通じた介護予防に資する地域活動の実施

④　介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与

なお、ポイント付与の取組については、参加へのインセンティブや、参加者のデータ収集、多様な主体との連携にもつながることが期待される一方、対象の偏りや費用対効果などの点については、社会的に理解の得られる範囲を見極めながら進め

ることが重要である。

エ　一般介護予防事業評価事業

（ア）　事業内容

一般介護予防事業評価事業は、介護保険事業計画において定める目標値の達成状況等の検証を通じ、一般介護予防事業を含め、地域づくりの観点から総合事業全体を評価し、その評価結果に基づき事業全体の改善を目的とする。その際、PDCAサイクルに沿って、効果的・効率的に取組が進むよう、介護関連データを活用し、適切かつ有効に行うよう努めること。

ただし、地域の実情を把握するための調査の実施にあたっては、介護保険事業計画の評価等を行う上で必要な項目を適切に選定し、調査結果に基づいて評価を行い、計画の見直しを行うこと。また、調査結果について、介護予防普及啓発事業の活用をする等、住民への情報提供に留意すること。

（イ）　実施方法

事業評価は、年度ごとに、別添２の「総合事業の事業評価」により、プロセス評価を中心に実施するとともに、アウトカム指標について評価することが望ましい。

オ　地域リハビリテーション活動支援事業

（ア）　事業内容

事業内容としては、概ね次のものが考えられるが、市町村が地域における介護予防の取組を機能強化する効果があると判断した内容を地域の実情に応じて効果的かつ効率的に実施するよう努めるものとする。実施に際しては、リハビリテーションに関する専門的知見を有する者が、高齢者の有する能力を評価し改善の可能性を助言する等、地域包括支援センターと連携しながら、通所系サービス、訪問系サービス、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等の介護予防の取組を総合的に支援する。

なお、実施担当者については医療機関等に従事していることも多いことから、郡市区医師会等関係団体や実施担当者が所属する医療機関等と連携し、実施担当者が業務の一環として派遣されるよう、地域の実情にあわせて体制を整備するものとする。

また、都道府県においても市町村の一般介護予防事業を中心とした地域支援事業の充実・強化のため地域リハビリテーション支援体制を整備し、都道府県によって都道府県医師会等関係団体が関与の上で実施担当者の広域派遣調整を実施している。こうした都道府県の取組の実施状況について把握し、協力体制を構築することが重要である。

①　住民への介護予防に関する技術的助言

②　介護職員等（介護サービス事業所に従事する者を含む。）への介護予防に関する技術的助言

③　地域ケア会議やサービス担当者会議におけるケアマネジメント支援

（イ） 実施担当者

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良くアプローチすることのできる能力を有する者が実施する。このような能力を有する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が想定されるが、職種を限定するものではない。

別記２　包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

１　包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）の内容

（１）　地域包括支援センターの運営体制

地域包括支援センター（以下別記２において「センター」という。）は、包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）等を実施するため設置される機関であり、センターにおける人員配置基準等については、省令第 140 条の 66 各号に定めるもののほか、「地域包括支援センターの設置運営について」（平成 18 年 10 月 18 日老計発第 1018001 号・老振発第 1018001 号・老老発第 1018001 号厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長連名通知）に定めるところによる。

（２）　包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）の構成

包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）については、次に掲げる事業から構成される。

ア　第１号介護予防支援事業（居宅要支援被保険者に係るものを除く。）

イ　総合相談支援事業(法第 115 条の 45 第２項第１号に掲げる事業をいう。以下同じ。)

ウ　権利擁護事業（法第 115 条の 45 第２項第２号に掲げる事業をいう。以下同じ。）

エ　包括的・継続的ケアマネジメント支援事業（法第 115 条の 45 第２項第３号に掲げる事業をいう。以下同じ。）

２　包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）の事業ごとの内容

（１）　第１号介護予防支援事業（法第 115 条の 45 第１項第１号ニ）

法において、第１号介護予防支援事業（居宅要支援被保険者に係るものを除く。）については、総合事業であり、かつ、法第 115 条の 46 第１項に規定する包括的支援事業と位置づけられている。

したがって、センターの設置者は、１(１)にいう人員配置基準等を遵守した上で、別記１の２(８)介護予防ケアマネジメントの内容に沿って、この事業を実施すること。

また、この事業に要した費用については、包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）に要した経費としてではなく、総合事業の第１号介護予防支援事業に要した経費として計上すること。

（２）　総合相談支援事業（法第 115 条の 45 第２項第１号）

ア　目的

総合相談支援事業は、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を幅広く把握し、相談を受け、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うことを目的とする。

イ　事業内容

（ア）　地域におけるネットワークの構築

センターは、支援を必要とする高齢者を見い出し、保健・医療・福祉サービスをはじめとする適切な支援へのつなぎ、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、高齢者の日常生活支援に関する活動に携わるボランティア等、地域における様々な関係者のネットワークの構築を図る。

（イ）　実態把握

（ア）で構築したネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者世帯への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者や家族の状況等についての実態把握を行うものとする。特に、地域から孤立している要介護（支援）者のいる世帯や介護を含めた重層的な課題を抱えている世帯等、支援が必要な世帯を把握し、当該世帯の高齢者や家族への支援につなげることができるように留意するものとする。

（ウ）　総合相談支援

①　初期段階の相談対応

本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的・継続的な関与又は緊急の対応の必要性を判断する。

適切な情報提供を行うことにより相談者自身が解決することができると判断した場合には、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行う。

②　継続的・専門的な相談支援

①の対応により、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、より詳細な情報収集を行い、個別の支援計画を策定する。

支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認する。

（エ）　家族を介護する者に対する相談支援の留意点

地域における高齢者の在宅生活を支えるに当たっては、介護を行う家族に対する支援も重要である。家族を介護する者が求めている支援としては、相談援助・支援、介護に関する情報や知識・技術の提供、家族介護者同士の支え合いの場の確保、家族介護者に関する周囲の理解の促進などがあり、センターにおいて、家族を介護する者に対する相談支援を実施する場合には、これらのニーズを踏まえ、ヤングケアラーや育児と介護を同時期に担う方などにも配慮しつつ、別記５の任意事業における家族介護支援事業と連携して支援を行う。

（オ）　地域共生社会の観点に立った包括的な支援の実施

複合化・複雑化した課題を抱える個人や世帯に対する適切な支援・対応を行うため、センターを含む相談支援を担う事業者は、相談等を通じて自らが解決に資

する支援を行うことが困難な地域生活課題を把握した場合には、必要に応じて適切な支援関係機関につなぐことが努力義務とされている（社会福祉法第 106 条の２）。

総合相談支援の実施にあたっては、他の相談支援を実施する機関と連携するとともに、必要に応じて引き続き相談者とその世帯が抱える地域生活課題全体の把握に努めながら相談支援に当たることが望ましい。

ウ　総合相談支援事業の一部委託について

センターの設置者は、あらかじめ地域包括支援センター運営協議会の意見を聞いた上で、市町村に届出を行うことにより、総合相談支援事業の一部を、指定居宅介護支援事業者のほか、総合相談支援事業の一部を適切、公正、中立かつ効率的に実施することができる法人であって、老人介護支援センターの設置者、一部事務組合又は広域連合を組織する市町村、医療法人、社会福祉法人、特定非営利活動法人その他市町村が適当と認めるもの（センターの設置者を除く。）に委託することができることとされている（法第 115 条の 47 第４項、省令第 140 条の 68 の２）。

なお、詳細については、「地域包括支援センターの設置運営について」（平成 18 年 10 月 18 日老計発第 1018001 号・老振発第 1018001 号・老老発第 1018001 号厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長連名通知）を参照されたい。

（３）　権利擁護事業（法第 115 条の 45 第２項第２号）

ア　目的

権利擁護事業は、地域の住民、民生委員、介護支援専門員等の支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点から、高齢者の権利擁護のため必要な支援を行うことを目的とする。

イ　事業内容

日常生活自立支援事業、成年後見制度等の権利擁護を目的とするサービスや制度を活用する等、ニーズに即した適切なサービスや機関につなぎ、適切な支援を提供することにより、高齢者の生活の維持を図る。

特に、高齢者の権利擁護の観点からの支援が必要と判断した場合には、次のような諸制度を活用する。

（ア）　成年後見制度の活用促進

成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、成年後見制度の説明や申立てに当たっての関係機関の紹介等を行う。

申立てを行える親族がないと思われる場合や、親族があっても申立てを行う意思がない場合で、成年後見の利用が必要と認める場合、速やかに市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、市町村申立てにつなげる。

（イ）　老人福祉施設等への措置の支援

虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求める。

（ウ）　高齢者虐待への対応

虐待の事例を把握した場合には、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成 17 年法律第 124 号）等に基づき、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認する等、事例に即した適切な対応をとる（詳細の業務については、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（平成 18 年４月厚生労働省老健局）を参照のこと）。

（エ）　困難事例への対応

高齢者やその家庭に重層的に課題が存在している場合、高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、センターに配置されている専門職が相互に連携するとともに、センター全体で対応を検討し、必要な支援を行う。

（オ）　消費者被害の防止

訪問販売によるリフォーム業者等による消費者被害を未然に防止するため、消費者センター等と定期的な情報交換を行うとともに、民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等に必要な情報提供を行う。

ウ　留意事項

イの（ア）の成年後見制度の円滑な利用に向けて次のことに留意する。

（ア）　市町村、地方法務局等と連携し、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行う。

（イ）　鑑定又は診断書の作成手続きに速やかに取り組むことができるよう、地域で成年後見人となるべき者を推薦する団体等を、高齢者又はその親族に対して紹介する。

（４）　包括的・継続的ケアマネジメント支援事業（法第 115 条の 45 第２項第３号）

ア　目的

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業は、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携等、地域において、多職種相互の協働等により連携し、個々の高齢者の状況や変化に応じて、包括的かつ継続的に支援していく包括的・継続的ケアマネジメントが重要であり、地域における連携・協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援等を行うことを目的とする。

イ　事業内容

（ア）　包括的・継続的なケア体制の構築

在宅・施設を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関を含めた関係機関との連携体制を構築し、地域の介護支援専門員と関係機関の間の連携を支援する。

また、地域の介護支援専門員が、地域における健康づくりや交流促進のためのサークル活動、老人クラブ活動、ボランティア活動等介護保険サービス以外の地域における様々な社会資源を活用できるよう､地域の連携･協力体制を整備する。

（イ） 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

地域の介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援するために、介護支援専門員相互の情報交換等を行う場を設定する等介護支援専門員のネットワークを構築したり、その活用を図る。

（ウ） 日常的個別指導・相談

地域の介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、介護支援専門員に対する個別の相談窓口の設置、サービス担当者会議の開催支援、居宅サービス計画、介護予防サービス計画、施設サービス計画の検証等、専門的な見地からの個別指導、相談への対応を行う。

また、地域の介護支援専門員の資質向上を図る観点から、必要に応じて、センターの各専門職や関係機関とも連携の上、事例検討会や研修の実施、制度や施策等に関する情報提供等を行う。

（エ） 支援困難事例等への指導・助言

地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例について、適宜、センターの各専門職や地域の関係者、関係機関との連携の下で、具体的な支援方針を検討し、指導・助言等を行う。

ウ 留意事項

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業は、センターにおいて実施する総合事業の第１号介護予防支援事業、介護予防支援、介護給付のケアマネジメントの相互の連携を図り、包括的・継続的なケアが提供されるよう配慮するものとする。

また、センターと指定介護予防支援を行う指定居宅介護支援事業者とが、地域の高齢者の自立支援・介護予防に資する援助を一体的に行うことができるよう、市町村長は、本事業の適切な実施のために介護予防サービス計画の実施状況等の情報提供を求めることができること、センターは指定介護予防支援を行う指定居宅介護支援事業者の求めに応じて助言を行うこととしている（法第 115 条の 30 の２）。

３ 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）の実施に際しての留意事項

センターの運営に当たっては、以下の点に留意すること。また、実施を委託する場合においては、法第 115 条の 47 第１項の規定を遵守すること。

（１） 地域包括支援ネットワークの構築について

２の（１）から（４）までに掲げる事業を効果的に実施するためには、介護サービスに限らず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、インフォーマルサービス

等の様々な社会的資源が有機的に連携することができる環境整備を行うことが重要である。このため、こうした連携体制を支える共通的基盤として多職種協働による「地域包括支援ネットワーク」を構築することが必要であり、センターは、これらの関係者との連携に努めていくことが求められている（法第 115 条の 46 第７項）。

そのための手段の一つとして、別記３の２の生活支援体制整備事業において、地域の多様な関係者の参画による協議体を設置することとされており、センターにおいてもこの協議体に積極的に参加していくことを通じて、センターが構築すべき地域包括支援ネットワークの充実にもつながることが考えられる。

（２） 地域ケア会議の実施について

市町村は、２の（４）の包括的・継続的ケアマネジメント支援事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体（以下「関係者等」という。）により構成される会議（以下「地域ケア会議」という。）の設置に努めなければならないこととされている（法第 115 条の 48 第１項）。

個別ケースを検討する地域ケア会議（地域ケア個別会議）は、センター等が主催し、医療、介護等の専門職をはじめ、民生委員、自治会長、ＮＰＯ法人、社会福祉法人、ボランティア等地域の多様な関係者が協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的とするものである。なお、介護支援専門員の資質向上に資するよう、市町村内の全ての介護支援専門員が必要に応じて地域ケア会議での支援が受けられるようにする等、その効果的な実施に努めること。

また、市町村は、個別ケースの検討により共有された地域課題を地域づくりや政策形成に着実に結びつけていくことで、市町村が取り組む地域包括ケアシステムの構築に向けた施策の推進にもつながることから、市町村とセンターが緊密に連携し、かつ役割分担を行いながら、取組を推進していくことが求められる。（法第 115 条の 48 第２項）

このように、地域ケア会議は個別ケースを検討する会議から地域課題の解決を検討する場まで一体的に取組んでいくことが重要であり、市町村等が開催する地域ケア会議（地域ケア推進会議）についても包括的支援事業の対象となる。また、個別ケースの検討に当たっては、必ずしも直接のサービス提供に関わっていない第三者を含めた多職種が協働する場であることから、当該第三者等の参加に係る旅費及び謝金等についても対象経費として差し支えない。これらの取扱いも含め、地域ケア会議の組織及び運営に必要な事項については、地域ケア会議において定める。（法第 115 条の 48 第６項）

また、「住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律等の一部を改正する法律」（令和６年法律第 43 号）が令和６年６月に公布され、同法において、住宅確保要配慮者居住支援協議会（以下「支援協議会」という。）は、地域ケア会議と相互連携に努めることとされているところである。こうしたことも踏まえ、高齢者の安定した住まいの確保に取り組むため、例えば、当該市町村等において高齢者の住まいに関す

る課題などがある場合には、地域ケア推進会議に支援協議会の構成員が参加するなど適切に課題等情報共有し、相互に連携できる体制を構築しておくことが重要である。

なお、地域ケア会議の実施にかかる費用については、本事業ではなく、別記３の包括的支援事業（社会保障充実分）の「４　地域ケア会議推進事業」に係る費用として計上し実施を行うこと。

別記３　包括的支援事業（社会保障充実分）

１　在宅医療・介護連携推進事業（法第 115 条の 45 第２項第４号）

（１）　目的

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、住民や地域の医療・介護関係者と地域のあるべき姿を共有しつつ、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進することを目的とする。

（２）　実施主体

市町村が主体的に検討し、事業を実施するものとする。ただし、事業の実施にあたっては、（３）の事業の全部又は一部について、省令第 140 条の 67 に基づき、市町村が適当と認める者に委託することができる。

（３）　事業内容

地域包括ケアシステムの実現に向けて、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築のため、各地域においてあるべき在宅医療・介護提供体制の姿を共有した上で、地域の実情に応じ、在宅医療・介護連携推進事業の具体的な実施時期や評価指標等を定め、取組内容の充実を図りつつ、ア～ウのＰＤＣＡサイクルに沿った取組を進める。

なお、取組においては、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面において、地域における在宅医療及び介護の提供に携わる者その他の関係者の連携（以下「在宅医療・介護連携」という。）を推進するための体制の整備を図る。

そのために、医療関係職種と介護関係職種との連携が重要であり、市町村が主体となって、医療及び介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、地域の医師会等と協働し在宅医療・介護連携等の推進を図ることが重要である。

その際、企画立案時から、医師会等の関係団体と協働することが重要であり、また、医療や介護・健康づくり部門で庁内連携を密にするとともに、総合的に事業を進める人材の育成・配置や他の地域支援事業等の関連施策との連携・調整を図ることも重要である。

ア　現状分析・課題抽出・施策立案（計画）

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に向け、現状の分析、課題の抽出、施策の立案を行う。

（ア）　地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業所等の機能等の社会資源及び在宅医療・介護サービス利用者の情報を把握する。その際、これまでに自治体等が把握している情報を整理し、リスト又はマップ等を自治体の状況に応じて作成する。なお、高齢者施設等と医療機関の連携状況についても把握すること。作成したリスト等は、地域の医療・介護関係者間の連携等に活用する。

（イ）　在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、解決策等の検討を行う。

将来の人口動態や地域特性に応じた在宅医療などのニーズの推計や課題の抽出を行い、医療計画や地域医療構想との整合に留意しつつ、これに対応する施策を立案する。

なお、立案時には事業の評価・見直し時期も合わせて設定し、目標に向けた取組の評価・改善を行う。

（ウ） 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築の推進

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築に向けて必要となる具体的取組を企画・立案する。

なお、本事業では、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築に向けて高齢者施設と医療機関の連携の推進を含め、必要となる取組についての検討の費用を対象とする。（取組の一つとして考えられる主治医・副主治医の仕組みの運営のための経費（医師への手当て等）、夜間・休日に医療機関が診療体制を確保するための経費（医療機関の協力金等）は、本事業の対象とならない。）

イ 対応策の実施

（ア） 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療・介護の連携を支援する相談窓口の設置・運営を行うために、在宅医療・介護の連携を支援する人材（コーディネーター）を配置し、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する事項の相談を受け付ける。なお、市町村単独での相談窓口設置が困難な場合は、都道府県（保健所等）と必要に応じ協議の上、複数の市町村による広域での設置や、窓口のコーディネーターを専従としない等の柔軟な対応も可能である。

また、必要に応じて、地域の在宅医療・介護関係者の連携を支援する相談会の開催や退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整、患者、利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。

（イ） 地域住民への普及啓発

在宅医療・介護連携に関する講演会やシンポジウム等の開催、在宅医療・介護サービスに関するパンフレットの作成・配布、ウェブサイトの作成等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。なお、地域住民を対象とした講演会やシンポジウム等を行うにあたっては、看取りや認知症、感染症発生時や災害時対応等を取り上げることが考えられる。

（ウ） 医療・介護関係者の情報共有の支援、知識の習得等のための研修などの地域の実情に応じた医療・介護関係者の支援

下記に掲げる①や②など、地域の医療・介護関係者との協働・連携を深めるための医療・介護関係者への支援を地域の実情に応じて柔軟に実施する。

① 在宅での看取り、急変時、入退院時にも活用できるような情報共有の手順等を定めた情報共有ツールを整備する等、地域の医療・介護関係者の情報共有を支援する。

情報共有ツールの整備に当たっては、他の既存様式を活用することや広域連携で取り組むこと等、地域の実情に応じて行うことが望ましい。

なお、本事業では、情報共有の方法やツール等を検討する際の会議やその使用方法等に関する説明会の開催等に係る費用を想定しており、情報共有のためのパソコンやモバイル機器等の購入費用やシステム使用料等のいわゆるランニングコストについては対象にならない。

② 地域の医療・介護関係者の連携を図るため、多職種でのグループワーク等の協働・連携に関する研修を行う。なお、必ずしも新たな研修・会議等を立ち上げる必要はなく、既存の地域ケア会議等の活用も検討することが望ましい。また、必要に応じて、相互の理解を深めるために、地域の医療関係者に介護に関する研修、介護関係者に医療に関する研修を行うことも望ましい。

ウ 対応策の評価の実施、改善の実施

立案時に評価の時期や指標を定めておき、実施した対応策について、それに基づき評価を行う。

その評価結果を踏まえ、目標設定や課題抽出、対応策の実施内容等について、地域包括ケアシステムの実現に向け、改善のための検討を行う。

（４） 留意事項

（３）の全ての事業を実施するものとする。

ア 事業の実施にあたり、都道府県（保健所等）と協議のうえ、複数の市町村による広域的な取組を検討し、近隣市町村が連携又は共同して、（３）の全ての事業又はその一部を実施することも可能である。

イ 事業の実施にあたって、基本法や認知症施策推進基本計画（以下「基本計画」という。）や看取りに関する取組等の動向を踏まえ、認知症施策や看取りに関する取組等を強化することが必要である。さらに、昨今の災害発生や救急搬送の動向を踏まえ、庁内関係課との連携を密にするとともに、災害・救急時の医療と介護の連携ルールの検討を行うことが望ましい。特に消防機関とは、看取り時の救急搬送ルールの策定等においてメディカルコントロール協議会における議論に参加する等、連携を行うことが望ましい。

ウ （３）のアによって高齢者施設等と医療機関の連携状況に課題がある場合は、都道府県（保健所等）及び関係団体等と連携し、高齢者施設等と医療機関の連携が推進されるよう努めること。

エ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和５年３月31日医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正）を参考に、在宅医療に必要な連携を担う拠点と必要に応じて連携して実施することが重要である。

オ （３）のアからウまでの事業について、本事業開始前に、関係機関・団体が既に行っている同様の取組がある場合は、本事業を行うに当たって、これを活用して差し支えない。

カ 本事業の実施については、参考として、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」（厚生労働省老健局老人保健課）がある。

キ　在宅医療・介護連携の形態は、地域の人口、医療・介護資源等に応じて様々であることから、事業の実施に当たっては、介護・医療関連情報の「見える化」の取組、先行地域の事例等を踏まえつつ、柔軟に検討することが望ましい。

ク　（３）の事業の実施に併せて、企画立案時から都道府県（保健所等）、医師会等関係機関や医師等専門職種と緊密に連携し、郡市区医師会等の関係団体等と、将来的な在宅医療と介護の連携の在り方について検討を行うことが望ましい。特に二次医療圏内にある関係市町村等との広域連携や、医療・介護の関係機関との調整や連携体制の構築、地域医療構想・医療計画との連携や整合性の確保、他市町村の取組事例やデータの活用・分析については、必要に応じ都道府県（保健所等）の助言も得ながら、取り組むことが重要である。

２　生活支援体制整備事業（法第 115 条の 45 第２項第５号）

（１）　目的

高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくためには、総合事業として実施するサービス・活動事業及び一般介護予防事業並びに地域住民を含めた多様な主体による高齢者の自立した生活や介護予防に資する総合事業に該当しない多様な活動又は事業（以下「生活支援・介護予防サービス」という。）について、事業間での連動を図りながら実施することが重要である。

このため、法第 115 条の 45 第２項第５号に定める事業（以下「生活支援体制整備事業」という。）においては、市町村が中心となって、元気な高齢者をはじめとする多世代の地域住民が担い手として参加する住民主体の活動団体、地域運営組織、ＮＰＯ法人、社会福祉法人、医療法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、シルバー人材センター、介護サービス施設・事業所、老人クラブ、家政婦（夫）紹介所、商工会議所・商工会、民生委員等の多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築し、地域の支え合いの体制づくりを推進していくことを目的としている。

（２）　実施主体

市町村。

ただし、市町村は、省令第 140 条の 67 に定める者に対し、法第 115 条の 47 第１項の規定に基づき、事業の実施に係る方針を示して、事業の全部又は一部を委託することができる。

（３）　実施内容

生活支援体制整備事業は、生活支援・介護予防サービスの資源開発やネットワーク構築等のためのコーディネート機能を果たす者（以下「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」という。）の配置及び協議体（地域の多様な主体により構成される生活支援・介護予防サービスに関する企画、立案、方針策定等を行う場をいう。以下同じ。）の設置等を行うことにより、市町村による、（１）に掲げる多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築し、地域の支え合いの体制づくりを推進するものであり、具体的な事業内容は、次に定めるところによる。

ア　生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置及び協議体の設置

（ア）　配置・設置の単位区域

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置及び協議体の設置については、次のａ及びｂに掲げる区域ごとに、それぞれ行うものとする。

ａ　第１層　市町村（指定都市においては行政区、広域連合においては構成市町村 ）の区域

ｂ　第２層　日常生活圏域（法第 117 条第２項第１号に定める、市町村が、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定める区域をいう。以下同じ。）

（イ）　配置・設置に係る留意点

１人の生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）が第１層と第２層を兼務することや複数の第２層を担当することなど、市町村の状況に応じて柔軟な配置が可能である。

また、日常生活圏域の数が１となる市町村においては、第１層と第２層は同一の区域となるが、それぞれに生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を配置する必要はない。

協議体の設置についても同様の考え方とする。

（ウ）　生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）及び協議体の業務内容等については、イ及びウをそれぞれ参照すること。

イ　生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）

（ア）　業務の目的

次のａからｃまでに掲げる内容を目的に、（イ）に掲げる業務（以下「コーディネート業務」という。）を実施する。

ａ　資源開発（地域に不足する生活支援・介護予防サービスの創出（既存の活動を地域とつなげることを含む。）、生活支援・介護予防サービスの担い手（ボランティア等を含む。）の養成、元気な高齢者をはじめとする多世代の地域住民が担い手として活動する場の確保等）

ｂ　ネットワーク構築（多様な主体を含む関係者間の情報共有、生活支援・介護予防サービス提供主体間の連携の体制づくり等）

ｃ　ニーズと取組のマッチング（地域の支援ニーズと生活支援・介護予防サービス提供主体の活動のマッチング等）

なお、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）は、コーディネート業務を担う者であり、例えば、ａに掲げる資源開発においては、資源開発そのものではなく、高齢者を含む多世代の地域住民、生活支援・介護予防サービスの実施者、地域包括支援センター及び市町村をつなげ、それらの連携・共創を推進する役割を担うものである。したがって、市町村及び地域包括支援センターは、適

切に生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）との緊密な連携のもとで、サービス・活動事業としての事業化等を進めること。

また、コーディネート業務の実施に当たっては、高齢者が、単に地域の生活支援・介護予防サービスを享受するだけでなく、自身の関心や選択を踏まえ、自分事として地域の多様な活動に主体的に参加することを促すよう取り組むこと。

（イ） 業務の内容

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）は、地域住民や多様な主体との対話やネットワークの構築を行うことを通じ、関係者の間で地域の現状や将来像の共有を図るとともに、地域住民や多様な主体ごとの多様な価値判断を尊重しながら地域での共創を推進するため、次のａからｅまでに掲げるコーディネート業務を実施する。

この際、第１層に配置される者は、ａからｄまでに掲げる業務を中心に実施することとし、第２層に配置される者はａからｅまでに掲げる業務を第１層に配置される者との連携を図りながら実施すること。

ａ　高齢者の支援ニーズ・関心事や地域住民を含む多様な主体の活動の状況の情報収集及び可視化

ｂ　ａを踏まえた、地域住民や多様な主体による生活支援・介護予防サービスの企画・立案、実施方法の検討に係る支援（活動の担い手又は支援者たり得る多様な主体との調整を含む。）

ｃ　地域住民・多様な主体・市町村の役割（地域住民が主体的に行う内容を含む。）の整理、実施目的の共有のための支援

ｄ　生活支援・介護予防サービスの担い手（ボランティア等を含む。）の養成、組織化、具体的な活動とのマッチング

ｅ　支援ニーズと生活支援・介護予防サービスとのマッチング

ｅについては、生活支援・介護予防サービスの事業化（サービス・活動事業の事業化を含む。）や立ち上げ・継続のためのコーディネート業務を想定しており、生活支援・介護予防サービスの実施主体が、当該サービスの実施区域（以下「第３層」という。）において行う個々の高齢者と当該サービスとのマッチングについては、事業の対象外とする。

（ウ） 配置先及び必要となる員数

生活支援体制整備事業は、法第 115 条の 46 第１項に規定する包括的支援事業であること、また、第１層は市町村の区域、第２層は日常生活圏域としていることを踏まえ、当該区域を担当する地域包括支援センターとの連携を図ることを前提としつつ、適切な配置先を選定すること。

また、第１層及び第２層ごとに必要となる人員の員数等は定めていないことから、地域の実情に応じて柔軟な配置が可能であること。

（エ） 資格要件

国において統一的に資格要件を定めてはいないが、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）は、地域住民の関心事や地域の多様な活動の状況をよく知る者、地域住民による活動の支援について実績のある者、定年退職をして地域づくりに関心をもつ者、医療・介護・福祉の領域を越えた主体との対話のための知見を有する者等、様々な資質等が求められると考えられ、市町村は事業の目的等に応じたコーディネート業務を適切に実施できる者を選定すること。

また、都道府県又は厚生労働省が実施する研修を修了した者が望ましい。なお、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）に係る研修については、地域医療介護総合確保基金における介護従事者の確保に関する事業の対象としている。

ウ　協議体

（ア）　目的

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）が行うコーディネート業務を支援し、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による体制整備を推進することを目的とする。

（イ）　役割

ａ　生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の組織的な補完

ｂ　地域ニーズ、既存の地域資源の把握、情報の可視化の推進（実態調査の実施や地域資源マップの作成等）

ｃ　企画、立案、方針策定を行う場（生活支援・介護予防サービスの担い手養成に係る企画等を含む。）

ｄ　地域づくりにおける意識の統一を図る場

ｅ　情報交換の場、働きかけの場等

（ウ）　設置主体

市町村。

協議体の設置・運営については、様々な手法によることを可能とするが、市町村は、設置・運営において必要となる事項について予め要綱等において定めるとともに、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）や地域包括支援センターとの連携のもと、地域の関係者のネットワーク化を支援すること。

なお、地域の実情に応じた様々なネットワーク化の手法が考えられるため、既に類似の目的を持ったネットワーク会議等が開催されている場合は、その枠組みを活用することも可能である。

また、例えば、既存の地域の住民会議を活用する等、市町村に事務局をおかないことも考えられ、地域の実情に応じた形で実施が可能である。

（エ）　構成員

協議体の構成員については、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）のほか、市町村、地域包括支援センター等の行政機関、元気な高齢者をはじめとする多世代の地域住民が担い手として参加する住民主体の活動団体、地域運営組

織、ＮＰＯ法人、社会福祉法人、医療法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、シルバー人材センター、介護サービス施設・事業所、老人クラブ、家政婦（夫）紹介所、商工会議所・商工会、民生委員等の地域の多様な主体の関係者で構成されることが想定される。

また、介護保険制度以外の制度における事業（子育て支援等の福祉施策のほか地域振興・活性化等を目的とする事業等を含む。）、民間市場における保険外サービス、地域の支え合い活動等の多様な活動との連携を進めることは、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）のコーディネート業務を補完し、活動の推進や具体化を進める観点から重要であり、配食事業者、移動販売事業者、移動支援団体等、地域の高齢者の生活支援・介護予防に資する活動実績を有する又は参入を予定している民間企業等も参画することが望ましい。

なお、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の活動状況に応じ、協議体で取り扱うべき内容や関係者は異なることから、協議体の構成員は固定的である必要はなく、適宜適切な者の参画を促すこと。

エ　生活支援コーディネーターを中心とした相談支援連携体制構築事業

独居高齢者に対する支援、孤独・孤立対策の推進、育児と介護を同時に行う者（いわゆるダブルケアラー）やヤングケアラーをはじめとする家族介護者に対する支援など、地域包括支援センターに期待される役割は高まっているが、こうした複雑化・複合化した地域課題に対応するためには、地域包括支援センターのみが業務を負担するのではなく、地域包括支援センターが中心となって、地域の関係者とのネットワークを活用しながら総合相談支援機能を充実させることが必要である。

このため、市町村は、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）が、地域包括支援センターと連携しながら、地域住民への個別訪問や相談対応等といった個別の対応を通じ、複雑化・複合化した地域課題に対応するための地域づくりに取り組む事業を実施することができる。

（ア）　実施内容

複雑化・複合化する地域課題に対応するための地域づくりに取り組むため、個別の対応から地域課題の把握を行うとともに、地域の多様な主体とともに課題解決に向けた対応を行う。具体的には以下のような取組が想定されるが、これらは例として示すものであり、本事業の趣旨に沿う内容であれば地域の実情に応じて多様な取組を実施することが可能である。

・　地域包括支援センターとの連携のもとで、複雑化・複合化した課題を抱える世帯を対象とした個別訪問や相談対応を行い、個別の対応から地域課題の把握等を行う。

・　社会福祉協議会、民生委員・児童委員、子育て支援の相談窓口、ハローワーク等の関係機関・関係者のほか、銀行や飲食店などの地域の多様な主体からの情報収集を行うとともに、課題に対応するための関係者間のネットワークづく

りを行う。また、就業している家族介護者への支援を念頭に置き、企業や都道府県労働局等との連携やネットワークづくりを行う。

・　地域包括支援センターや地域の多様な主体を含む地域のネットワークを活用し、課題を抱える者の適切な支援へのつなぎや課題に対応するための資源開拓を行う。

（イ）　生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置方法

個別の対応にあたって地域包括支援センターとの連携が重要であることから、原則として地域包括支援センターに配置された生活支援コーディネーターが本事業の実施を担うこととする。

ただし、情報共有から課題への対応を含めて地域包括支援センターと密接な連携を行うことができると市町村が判断する場合には、地域包括支援センター以外の場所に配置された生活支援コーディネーターが本事業の実施を担うことも可能である。

（ウ）　留意事項

密接な連携が行えることを前提に、地域包括支援センターの設置者と生活支援コーディネーターの所属が同一であることは問わないこととし、例えば市町村直営の地域包括支援センターに委託を受けた生活支援コーディネーターを配置して本事業を実施することも可能である。

また、既に配置されている第１層・第２層の生活支援コーディネーターが本事業の実施を担うことも可能であるほか、既存の協議体をはじめとした地域のネットワークとの接続を図ることも重要である。

なお、家族介護者に対する支援にあたっては、別記５任意事業の３（２）家族介護支援事業や市町村の一般施策として実施される各支援策に加え、仕事と介護の両立支援施策と協働のうえ実施することが重要である。

オ　住民参画・官民連携推進事業

地域では、総合事業又は高齢者施策としては位置付けられない多様な生活支援・介護予防サービスが、民間企業、協同組合、シルバー人材センター、ＮＰＯ法人、地域の産業等に携わる団体等の多様な主体（以下エにおいて「地域での活動に取り組む民間企業等」という。）により事業化され、地域における様々な局面で高齢者の日常生活を支えている。

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）及び協議体の活動の活性化を図り、サービス・活動事業をはじめとする地域における生活支援・介護予防サービスの充実を図るためには、地域住民の主体的な活動を進めることに加え、これら活動の補完又は更なる推進を図るため、地域での活動に取り組む民間企業等が有する事業化の知見を活用することや、その活動との連動を深めることが重要である。

このため、市町村は、次に掲げる事業を実施することができる。

（ア）　生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）が企画するタウンミーティングやワークショップの開催等による、地域住民、医療・介護関係者及び地域での活動に取り組む民間企業等を含む多様な主体が地域課題等の洗い出しや解決策・必要となる事業等の検討を行う場の設置

（イ）　生活支援・介護予防サービスの企画・立案・プロジェクト化のため、地域での活動に取り組む民間企業等との連携・協働のもとで行う地域住民へのインタビュー、マーケティング、デザイン（既存事業の見直し等を含む。）等の実施（生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）や協議体に助言等を行うための人材の配置や民間企業等への委託等を含む。）

（ウ）　（ア）及び（イ）の結果等を踏まえ、地域での活動に取り組む民間企業等と地域住民の連携・協働のもとで行う生活支援・介護予防サービスの実装のための試行的実施に係る支援（総合事業として本格運用するまで又は民間企業等と地域住民の協働のもとで当該事業が自走することができるまでの期間における事業費の補助を含む。）

カ　就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の配置

市町村は、役割がある形での高齢者の社会参加等を促進するため、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）のほか、就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）を配置することができる。

（ア）　活動内容

就労的活動の場を提供できる民間企業・団体等と就労的活動の取組を実施したい事業者等とをマッチングし、高齢者個人の特性や希望に合った活動をコーディネートすることにより、役割がある形での高齢者の社会参加等を促進する。

（イ）　配置

配置先や市町村ごとの配置人数等は限定せず、地域の実情に応じた多様な配置を可能とする。

（ウ）　資格・要件

地域の産業に精通している者又は中間支援を行う団体等であって、地域でコーディネート機能を適切に担うことができる者とする。

なお、高齢者の就労的活動の充実には、当該活動と地域の第１次産業や製造・流通・販売・サービス業等の民間企業等による活動との連携が期待されることから、こうした活動に知見のある者を配置することも効果的と考えられる。

キ　留意事項

（ア）　本事業を、効果的に実施するため、企画段階や支援の担い手として、積極的に高齢者を含めた地域住民の参加を促していくことが重要である。

（イ）　本事業に関連して、以下のような取組を実施することも可能である。

a　協議体の設置に向けた生活支援・介護予防サービスの充実に関する研究会等の立ち上げや開催

b　研究会や協議体等が中心となって実施する地域資源の実態調査等の情報収集

c　生活支援・介護予防サービスに係るボランティア等の担い手を養成するための研修等の実施

なお、当該研修は市町村が単独で実施する研修を対象としている。一定程度専門的な生活支援・介護予防サービスや市町村をまたぐ広域的な活動の場合、例えば、広域的な移動（輸送）サービス従事者養成研修や広域的な配食サービスの調理・配送に係る従事者養成研修等、単独の市町村だけでは養成が困難なものについて、広域的な観点から都道府県が実施する場合は、地域医療介護総合確保基金における介護従事者の確保に関する事業の対象となる。

（ウ）　生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）及び就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）は、必要に応じて他の制度に位置づけられる職種と兼務することも可能である。

なお、この場合にその人件費にそれぞれの制度による補助金・負担金を財源として充当することは差し支えないが、それぞれの補助目的にそった支出が求められることとなるため、業務量等により按分し、区分経理を行えるようにすることが必要である。

（エ）　住民主体による支援などの多様な支援を推進するためには、高齢者施策にとどまらず、地域づくりの観点から、高齢者施策以外の市町村内の担当部門、地域内の関係団体との連携を視野に入れ、様々な分野の多様な主体を巻き込んで取組を進めていくこと。

したがって、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）が行うコーディネート業務を通じて創出等される地域での活動は、例えば、多世代交流の場など、高齢者の支援のみならず、その結果として、多様な世代の支援に資することも想定されるものである。

（オ）　本事業については、市町村が中心となって生活支援・介護予防サービスに係る体制整備の進捗状況を把握しながら計画的に取り組んでいく必要があることから、実施方針を明確化するとともに、短期的及び中長期的な目標を定め、必要に応じて事業の評価や効果測定を実施すること。

３　認知症総合支援事業（法第 115 条の 45 第２項第６号）

（１）　認知症初期集中支援推進事業

ア　目的

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支

援チーム」（以下「支援チーム」という。）を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

イ　実施主体

市町村。ただし市町村は、ウの事業の全部又は一部について、省令第 140 条の 67 に基づき、市町村が適当と認める者（地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、診療所等）に委託することができる。

ウ　事業内容

（ア）　実施体制

a　支援チームの配置と役割

支援チームは、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等に配置することとし、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人（以下「訪問支援対象者」という。）及びその家族を訪問、観察・評価、家族支援等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ものとする。また、地域包括支援センター職員や市町村保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、認知症サポート医、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師、認知症疾患医療センター職員、介護事業者との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保すること。

b　認知症初期集中支援チーム員の構成

認知症初期集中支援チーム員（以下「チーム員」という。）は、以下の①を満たす専門職２名以上、②を満たす専門医（(ウ)b④において単に「専門医」という。）１名の計３名以上の専門職にて編成する。

①　以下の要件をすべて満たす者２名以上とする。

・　医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、介護支援専門員又はこれらに準ずる者であり、かつ、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有すると市町村が認めたもの

・　認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に３年以上携わった経験がある者

また、チーム員は国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、必要な知識・技能を修得するものとする。

ただし、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が受講内容を共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする。

② 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師１名とする。

ただし、上記医師の確保が困難な場合には、当分の間、以下の医師も認めることとする。

・ 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした５年以上の臨床経験を有する医師であって、今後５年間で認知症サポート医研修を受講する予定のあるもの

・ 認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に５年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。）

c チーム員の役割

b の①を満たす専門職は、目的を果たすために訪問支援対象者の認知症の包括的観察・評価に基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

b の②を満たす専門医は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から指導・助言等を行う。また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需する。

なお、訪問する場合のチーム員数は、初回の観察・評価の訪問は原則として医療系職員と介護系職員それぞれ１名以上の計２名以上で訪問することとする。また、観察・評価票の記入は、チーム員である保健師又は看護師の行うことが望ましいが、チーム員でない地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の保健師又は看護師が訪問した上で行っても差し支えない。

d 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置等

市町村は、実施主体として、以下の体制を講じること。

① 医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される「認知症初期集中支援チーム検討委員会」（以下「検討委員会」という。）を設置するとともに、検討委員会が関係機関・団体と一体的に当該事業を推進していくための合意が得られる場となるよう努めること。

② 支援チームと医療関係者との連携を図るため、認知症疾患医療センターや地元医師会との事前協議や主治医（かかりつけ医）に対する連絡票等情報の共有化に向けたツールの作成やそれを用いた地域の連携システムの構築を図ること。

（イ） 訪問支援対象者

訪問支援対象者は、原則として、40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下の a、b のいずれかの基準に該当する者とする。なお、訪問支援対象者の選定の際には、b に偏らないよう留意すること。

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

①　認知症疾患の臨床診断を受けていない者

②　継続的な医療サービスを受けていない者

③　適切な介護サービスに結び付いていない者

④　介護サービスが中断している者

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

（ウ）　事業の実施内容

以下のａからｃまでについていずれも実施するものとする。なお、ｃについては市町村が自ら実施すること。

a　支援チームに関する普及啓発

地域住民や関係機関・団体に対し、支援チームの役割や機能について広報活動や協力依頼を行う等、各地域の実情に応じた取り組みを行うものとする。

b　認知症初期集中支援の実施

①　訪問支援対象者の把握

訪問支援対象者の把握については、支援チームが必ず地域包括支援センター及び認知症疾患医療センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるように配慮すること。チーム員が直接訪問支援対象者に関する情報を知り得た場合においても、地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターと情報共有を図ること。

②　情報収集及び観察・評価

本人のほか家族等のあらかじめ協力の得られる人が同席できるよう調整を行い、本人の現病歴、既往歴、生活情報等に加え家族の状況等を情報収集すること。

また、信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うこと。

③　初回訪問時の支援

初回訪問時に、認知症の包括的観察・評価、基本的な認知症に関する正しい情報の提供、専門的医療機関への受診や介護保険サービスの利用の効果に関する説明及び訪問支援対象者やその家族の心理的サポートや助言等を行う。（おおむね２時間以内）

④　専門医を含めたチーム員会議の開催

初回訪問後、訪問支援対象者毎に、観察・評価内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容、支援頻度等を検討するため、専門医も含めたチーム員会議を行う。必要に応じて、訪問支援対象者のかかりつけ医、介護支援専門員、市町村関係課職員等の参加も依頼する。

⑤　初期集中支援の実施

医療機関への受診が必要な場合の訪問支援対象者への動機付けや継続的な医療サービスの利用に至るまでの支援、介護サービスの利用等の勧奨・誘導、認知症の重症度に応じた助言、身体を整えるケア、生活環境等の改善等の支援を行う。（訪問支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね最長で６か月）

⑥　引き継ぎ後のモニタリング

初期集中支援の終了をチーム員会議で判断した場合、認知症疾患医療センター、地域包括支援センターの職員や担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で円滑に引き継ぎを行うこと。

また、チーム員会議において、引き継ぎの２か月後に、サービスの利用状況等を評価し、必要性を判断の上、随時モニタリングを行うこと。

なお、訪問支援対象者に関する情報、観察・評価結果、初期集中支援の内容等を記録した書類は５年間保管しておくこと。

⑦　支援実施中の情報の共有について

訪問支援対象者の情報を地域包括支援センター等の関係機関が把握した場合には、認知症初期集中支援チーム及び認知症疾患医療センターに情報を提供する等して情報共有を図り、事業実施すること。

c　認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置

検討委員会において、支援チームの設置及び活動状況を検討する。

エ　留意事項

（ア）　チーム員は、個人情報保護法の規定等を踏まえ、訪問支援対象者及び対象者世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

（イ）　実施主体は、（２）認知症地域支援・ケア向上事業を実施する場合においては、認知症地域支援推進員（以下「推進員」という。）等と支援チームが効率的かつ有機的に連携できるように調整を行い、定期的な情報交換ができるような環境をつくるように努めること。

（ウ）　実施主体は、地元医師会、認知症疾患医療センターその他の認知症に関する専門的な医療を提供する医療機関、認知症専門医、認知症サポート医等との連携に努めること。

（エ）　事業の実施区域外の情報提供を得た場合においても、当該訪問支援対象者の支援に関わる情報提供について同意を得た上で、当該訪問支援対象者が居住する日常生活圏域を担当する地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターに情報を提供する等の連携を図ること。

（オ）　実施主体は、本事業に係る経理と他の事業に係る経理を明確に区分すること。

（カ）　実施主体は、本事業の実施に当たって、「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター）を参考とすること。

（キ）　近隣市町村が連携又は共同して、ウの事業全て又はその一部を実施することも可能である。

（２）　認知症地域支援・ケア向上事業

ア　目的

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、認知症の容態の変化に応じ、すべての期間を通じて、必要な医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人に対して効果的な支援が行われる体制を構築するとともに、地域の実情に応じて、認知症ケアの向上を図るための取組を推進することが重要である。

このため、市町村において認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務、地域において「生きがい」をもった生活を送れるよう社会参加活動のための体制整備等を行う推進員を配置し、当該推進員を中心として、医療・介護等の連携強化等による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ることを目的とする。

イ　実施主体

市町村。ただし、市町村は、ウの事業の全部又は一部について省令第 140 条の 67 に基づき、市町村が適当と認める者に委託することができる。

ウ　事業内容

（ア）　実施体制

a　推進員の配置

推進員は、地域包括支援センター、市町村本庁、認知症疾患医療センター等に配置することとし、以下のいずれかの要件を満たす者を１人以上配置するものとする。

①　認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士又は介護支援専門員

②　上記①以外で認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有する者として市町村が認めた者（例：認知症介護指導者養成研修修了者等）

また、市町村は、必要に応じて都道府県と連携しながら、研修会や関係者によるネットワーク会議等の機会を通じて、推進員の活動を行う上で有すべき知識の確認と資質の向上に取り組むものとする。

b　嘱託医の配置

医療と介護の連携を図るため、認知症サポート医養成研修修了者（以下「認知症サポート医」という。）、認知症疾患医療センターの専門医等の医師を地域包

括支援センター、市町村本庁等に配置し、以下の活動等を実施することが望まれる。

・　推進員等からの相談に対する医療的見地からの助言
・　認知症の人を専門医療機関につなぐための関係機関との調整
・　地域において認知症の人への支援を行う関係者の会議への出席・助言

（イ）　推進員の業務内容

以下のａ及びｂを実施するとともに、地域の実情に応じて、ｃ及びｄも実施するものとする。

ａ　認知症の人に対し、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む医療機関や、介護サービス事業者や認知症サポーター等地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図るための取組

（具体例）

・　認知症の人やその家族が状況に応じて必要な医療や介護等のサービスが受けられるような関係機関との連携体制を構築する。
・　地元医師会や認知症サポート医、認知症疾患医療センターの専門医等とのネットワークを形成する。
・　認知症ケアパス（状態に応じた適切な医療や介護サービス提供の流れ）の作成・普及における主導的役割を担う。
・　推進員が配置されていない他の地域包括支援センターに対する認知症対応力向上のための支援を行う。

ｂ　推進員を中心に地域の実情に応じて、地域における認知症の人とその家族を支援する相談支援や支援体制を構築するための取組

（具体例）

・　認知症の人やその家族等から相談があった際、その知識・経験を活かした相談支援を実施する。
・　認知症の本人のニーズを地域で共有する取組の実施や、好事例の収集、方法論を研究する。
・　「認知症初期集中支援推進事業」で設置する「認知症初期集中支援チーム」と連携を図る等により、状況に応じた必要なサービスが提供されるよう調整する。

ｃ　ｂの取組に加えて、以下の①～③の取組に該当する相談支援や支援体制を構築するための取組

①　若年性認知症支援コーディネーターと連携して、若年性認知症の人や家族への対応を行う取組
②　夜間・休日等の時間外に認知症の人や家族からの相談や対応を行う取組
③　オンライン機器を活用して、認知症の人や家族からの相談や対応を行う取組

d　以下の①から⑥までの事業実施に関する企画及び調整

①　病院・介護保険施設等で認知症対応力向上を図るための支援事業

病院や介護保険施設等の職員の認知症への理解を深め、対応力を高めるために、認知症疾患医療センター等の専門医等が処遇困難事例に対しては事例検討を行い個別支援を実施する。

②　地域密着型サービス事業所・介護保険施設等での在宅生活継続のための相談・支援事業

認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、認知症対応型共同生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、特別養護老人ホーム等が、相談員を配置し、当該事業所等が有する知識・経験・人材を活用し、在宅で生活する認知症の人やその家族に対して効果的な介護方法等の専門的な相談支援等を行う。

③　認知症の人の家族に対する支援事業

市町村又は市町村が適当と認める者が、「認知症カフェ」等を開設することにより、認知症の人とその家族、地域住民、専門職が集い、認知症の人を支えるつながりを支援し、認知症の人の家族の介護負担の軽減等を図るため、

・　認知症の人とその家族、地域住民、専門職がカフェ等の形態で集う取組（以下「認知症カフェ」という。）等の開催
・　認知症カフェ等を通じて顔なじみになったボランティアが「認とも」として、認知症の人の居宅を訪問して一緒に過ごす取組の実施
・　認知症の人の家族向けの介護教室の開催等を行う。

④　認知症ケアに携わる多職種協働のための研修事業

医療も介護も生活支援の一部であることを十分に意識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的なケアにつなげていくため、認知症ケアにおける多職種協働の重要性等を修得する認知症多職種協働研修を実施する。

⑤　認知症高齢者をはじめとする高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備事業

認知症高齢者をはじめとする高齢者や若年性認知症の人が、地域において役割を担い、「生きがい」をもった生活を送れるよう、高齢者等の希望に応じ、これまでの経験や残された能力を活かして、農作業や商品の製造・販売、食堂の運営、その他の軽作業、地域活動等、社会参加活動を行うための体制を整備する。

⑥　認知症の人と家族への一体的支援事業

認知症の人とその家族が、より良い関係性を保ちつつ、希望する在宅生活を継続できるよう、公共スペースや既存施設等を活用して本人と家族が共に活動する時間と場所を設け、本人支援、家族支援及び一体的支援からなる一

連のプログラムを実施することにより、本人の意欲向上及び家族の介護負担感の軽減と、家族関係の再構築等を図る。

エ　留意事項

（ア）　実施主体は、ウ（ア）ａの推進員の配置を検討する際に、推進員が認知症の人の声を起点として、認知症の人や家族等と共に市町村における認知症施策を推進する役割であるということを念頭に、市町村の実情に応じて、期待される推進員の位置づけ・役割や配置人数等を明確にすること。また、市町村において、日頃から担当者と推進員が対話を重ね、共生社会の実現を目指し、認知症施策を協働して推進していくよう留意すること。

（イ）　推進員及び嘱託医は、個人情報保護法の規定等を踏まえ、利用者及び利用者の世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

（ウ）　本事業の実施に当たって、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む医療機関、介護サービス事業者等の関係機関での情報共有を図り、連携に努めること。

（エ）　実施主体は、（１）認知症初期集中支援推進事業を実施する場合においては、推進員等と認知症初期集中支援チームが効率的かつ有機的に連携できるように調整を行い、定期的な情報交換ができるような環境をつくるように努めること。

（オ）　実施主体は、本事業の実施に当たって、地元医師会や医療機関、認知症サポート医、認知症疾患医療センターの専門医等との連携に努めること。

（カ）　認知症疾患医療センターを含む医療機関等、地域包括支援センターを含む社会福祉協議会等から本事業の実施市町村の区域外に居住する者に関する情報提供を受けた場合においても、当該者の支援に関わる情報提供について同意を得た上で、当該者が居住する区域を担当する地域包括支援センターや認知症疾患医療センターに情報を提供する等の連携を図ること。

（キ）　市町村は、都道府県が「認知症総合戦略推進事業」等において、認知症施策の水準の向上を図るなどを目的とした会議を開催する際は、本事業の実施状況等の情報提供について協力すること。

（ク）　市町村は、本事業に係る経理と他の事業に係る経理を明確に区分すること。

（ケ）　近隣市町村が連携又は共同して、ウの事業全て又はその一部を実施することも可能である。

（コ）　ウ（イ）ｃ⑤認知症高齢者をはじめとする高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備事業を実施するにあたっては、

・　１市町村当たり３カ所を標準とし、財源の範囲内で１市町村当たり、最大５カ所までとすること。

・　以下の①から④については当該事業費の交付対象外とすること。

①　維持管理費

② 市町村等が独自に個人に金銭給付（これに準ずるものを含む。）を行う費用、又は個人負担を直接的に軽減する費用

③ 介護保険サービスの一環として行われる社会参加活動に当てられる費用

④ 国からの補助金、交付金等を使用して行われる社会参加活動の取組に当てられる費用

・ 支援の対象となる社会参加活動は、営利を目的とするものではないこと。

（サ） ウ(イ)ｃ⑥の認知症と家族に対する一体的支援事業を実施するにあたっては、

・ ファシリテーター（推進員や専門職等）を確保すること。

・ 認知症の人とその家族等（親族に限らない）を一組として、複数家族を対象とすること。

・ 開催は月に一、二回程度とし、開催の情報について運営主体がホームページ等で事前に周知を行うこと。

・ 推進員を通じて、運営主体から開催回数、参加者等の実績の報告を求めるとともに、利用者の家族を通じた満足度調査又は DBD13（認知症行動障害尺度：Dementia Behavior Scale）などを実施してもらったうえで、事業の効果についても併せて報告を求めること。

（３） 認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業

ア 目的

認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組みを地域ごとに整備し、基本法や基本計画に基づき、「共生」の地域づくりを推進することを目的とする。

イ 実施主体

市町村。ただし、市町村は、ウの事業の全部又は一部について省令第 140 条の 67 に基づき、市町村が適当と認める者に委託することができる。

ウ 事業内容

（ア） 実施体制

事業の実施に当たって、（イ）の役割を担うチームオレンジコーディネーターを地域包括支援センター、市町村本庁、認知症疾患医療センター等に１名以上配置するものとする。なお、認知症の人の数その他の状況により、推進員がチームオレンジコーディネーターを兼務するなど、地域の実情に応じた柔軟な対応を行うことも可能とする。

（イ） チームオレンジコーディネーターの業務内容

地域の認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーター（認知症サポーター養成講座に加え、より実際の活動につなげるためのステップアップ講座（「認知症サポーター等養成事業の実施について」（平成18年７月12日老計発0712001号厚生労働省老健局計画課長通知）の別添「認知症サポーター等養成事業実施要

綱」の３．（３）に定める講座をいう。以下同じ。）を受講した者）を中心とした支援を繋ぐ仕組み（以下「チームオレンジ」という。）を整備し、その運営を支援する。

チームオレンジを整備するためのプロセスやチームオレンジの活動内容など事業の詳細については、各地域で認知症の人やその家族の支援ニーズのほか、既存の社会資源等を勘案した上で設定すべきものであるので、以下の具体例も参考に地域の実情を考慮した上で柔軟に実施すること。

（具体例）

a　チームオレンジの支援

・　地域で暮らす認知症の人やその家族の支援ニーズを把握するため、本人ミーティングの場の活用や地域・職域における認知症サポーターその他の地域住民からの情報収集・分析

・　ステップアップ講座の企画や受講勧奨など実施支援

・　ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等によるチームオレンジの編成支援

・　企業・職域型の認知症サポーターや小・中・高校生認知症サポーターに対するチームオレンジへの参加の働きかけ

・　地域の医療・介護の関係機関や小売業・金融機関・公共交通機関など生活関連の企業・団体等との連携体制の構築

b　チームオレンジの運営に対する助言

チームオレンジの運営において中核的な役割を担うメンバー（チームリーダー等）が行う以下の取組について助言するとともに、必要に応じて役割分担を行いながら連携して実施。

・　認知症の人やその家族の視点を反映したチームオレンジの活動方針の検討

・　チームオレンジのメンバーの管理

・　認知症の人やその家族の支援ニーズとチームオレンジの支援とのマッチング

・　チームオレンジの活動を通じて得られた個人情報の適切な管理

・　チームオレンジの定例会の開催

・　その他運営に関する助言等

エ　留意事項

（ア）　チームオレンジコーディネーターは、個人情報保護法の規定等を踏まえ、利用者及び利用者の世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

（イ）　認知症の人本人の視点を反映したチームオレンジの活動を展開するため、チームオレンジの活動内容の設定に当たっては、本人ミーティングの場等も活用しながら、認知症の人本人の希望や必要としていること等をできる限りくみ取るよう努めること。

（ウ）　チームオレンジによる支援は、外出支援、見守り・声かけ、話し相手、認知症カフェの同行支援等の対人援助のみならず、例えば、単身高齢者が多く暮らす地域を定期的に巡回するなど、地域のニーズを踏まえた上で柔軟に設定すること。

（エ）　チームオレンジには、原則として、認知症の人が地域で生活していく上で関わる機会が多いと想定される幅広い年齢層の認知症サポーターや、企業・職域型の認知症サポーターの参画を求めること。また、認知症の人や家族を単に支えられる側ととらえるのではなく、チームオレンジのメンバーの１人として社会参加できる環境の整備に配慮すること。

（オ）　ステップアップ講座の企画に当たっては、オレンジ・チューター（「医療介護提供体制改革推進交付金、地域医療対策支援臨時特例交付金及び地域介護対策支援臨時特例交付金の運営について」（平成 26 年９月 12 日医政発 0912 第５号・老発 0912 第１号・保発 0912 第２号厚生労働省医政局長・厚生労働省老健局長・厚生労働省保険局長通知）の別紙「地域医療介護総合確保基金管理運営要領」の別記２「介護従事者の確保に関する事業」の（20）のロに定めるチームオレンジコーディネーター研修等事業の講師等をいう。）のほか、認知症サポーターキャラバン市町村事務局とも緊密に連携すること。なお、ステップアップ講座の実施にかかる費用については、本事業ではなく別記５の任意事業の３（３）のエの認知症サポーター等養成事業に係る費用として計上し実施を行うこと。

（カ）　市町村は、本事業に係る経理と他の事業に係る経理を明確に区分すること。

（キ）　近隣市町村が連携又は共同して、ウの事業全て又はその一部を実施することも可能である。

（ク）　チームオレンジによる支援はボランティアで行うことが望ましいこと。

４　地域ケア会議推進事業

地域ケア会議推進事業の内容については、別記２の３（２）に記載する内容のとおりとするが、当該地域ケア会議にかかる費用については、包括的支援事業（地域包括支援センター運営）ではなく、本事業において計上して実施することとする。

別記４　介護情報利活用事業

１　目的

被保険者、介護サービス事業者、その他の関係者が被保険者に係る情報を共有し、及び活用するための情報基盤を整備することにより、業務の効率化を図るとともに、介護サービスの質の向上を図ることを目的とする。

２　実施主体

市町村が、他の市町村と共同して、事業を国民健康保険団体連合会に委託し、国民健康保険団体連合会は、受託した事務の全部を公益社団法人国民健康保険中央会（以下「国民健康保険中央会」という。）に再委託することにより、実施するものとする。

３　事業内容

介護情報利活用事業は、国民健康保険中央会が開発する介護情報基盤やその関連システムを利用し、市町村、介護サービス事業者、医療機関等が保有する被保険者の情報を連携するものである。

別記５　任意事業

１　目的

地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、介護保険事業の運営の安定化を図るとともに、被保険者及び要介護被保険者を現に介護する者等に対し、地域の実情に応じた必要な支援を行うことを目的とする。

２　対象者

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

ただし、住宅改修費の支給の申請に係る必要な理由がわかる書類を作成する事業又は必要な理由がわかる書類を作成した場合の経費を助成する事業については、住宅改修の活用を希望する要介護（支援）被保険者で居宅介護（介護予防）支援の提供を受けていない者に対して当該者の住宅改修費の支給の申請に係る必要な書類を作成した者に限る。

３　事業内容

任意事業は、法第 115 条の 45 第３項各号において、介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業、その他介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事業が規定されているが、地域の実情に応じ、創意工夫を生かした多様な事業形態が可能であり、具体的には、次に掲げる事業を対象とする。

（１）　介護給付等費用適正化事業

介護（予防）給付について真に必要な介護サービス以外の不要なサービスが提供されていないかの検証、本事業の趣旨の徹底や良質な事業展開のために必要な情報の提供、介護サービス事業者間による連絡協議会の開催等により、利用者に適切なサービスを提供できる環境の整備を図るとともに、介護給付等（指定事業者によるサービス・活動事業も含む。）に要する費用の適正化のための事業を実施する。なお、介護給付等（指定事業者によるサービス・活動事業も含む。）に要する費用の適正化のための事業のうち、主要な適正化事業は次のとおり。

・　主要介護給付等費用適正化事業（省令第 140 条の 62 の 12 第１号のイからハまでに掲げる事業）

①　認定調査状況チェック

②　ケアプラン等の点検（ケアプランの点検並びに住宅改修等の点検）

③　医療情報との突合・縦覧点検

・　上記の主要３事業のほか、以下の事業を実施することができる。

④　給付実績を活用した分析・検証事業

国保連合会で実施する審査支払いの結果から得られる給付実績を活用して、不適切な給付や事業者を発見し、適正なサービス提供と介護費用の効率化、事業者の指

導育成を図るもの。

⑤　介護サービス事業者等への適正化支援事業

介護給付費の適正な執行は、受給者に対して真に必要とする過不足のないサービスを実施することを通じて、受給者や地域からの事業者の信頼を高め、事業者自身の健全な発展を推進することが重要である。このことから、研修や説明会等を通じて事業者と適正化事業の目的を共有し、その実現に向けて協働して取り組むよう事業者や事業者団体に対して働きかけるもの。

⑥　介護給付費通知

介護給付等の受給者に対し、当該受給者の介護サービスの利用状況、当該介護サービスに要した費用、当該受給者が負担する額その他当該受給者の介護サービスに係る事項を記載した書面を通知し、当該受給者に当該事項の確認を促すことにより、介護給付等に要する費用の適正化を図るもの。

（２）　家族介護支援事業

要介護被保険者を現に介護する者（以下、本項目において「家族介護者」という。）の支援のため必要な事業を実施する。複雑化・複合化した課題を抱える高齢者やその家族の多様なニーズに応えられるよう、また、家族の働き方の希望等を踏まえたものとなるよう、各市町村における家族介護者支援に係る実態・ニーズに沿って以下の取組を実施することができる。なお、家族介護者に対する支援にあたっては、別記３包括的支援事業（社会保障充実分）の２（３）エ「生活支援コーディネーターを中心とした相談支援連携体制構築事業」や市町村の一般施策として実施する各支援策に加え、仕事と介護の両立支援施策と協働のうえ実施することが重要である。

ア　家族介護者への個別・集団支援

家族介護者自身の生活・人生の質の向上、心身の状態の維持・改善を目的とした、家族介護者支援に係る相談窓口の設置、家族の働き方等に配慮した相談対応ができる体制の整備、家族介護者同士の交流・意見交換の場の開催を行う。家族の働き方等に配慮し、オンラインによる相談対応や交流会等の実施も想定される。また、家族介護者支援に係るアセスメントの質の向上に資する研修やツールの作成等を行うことも可能である。

イ　地域でのネットワーク構築

家族介護者支援に係る関係者の連携強化を目的とした、企業を含む地域の関係者や家族介護者同士による地域でのネットワーク構築、仕事と介護の両立支援のため企業等に出向いての教室・講座の開催、家族介護者支援に係るピアサポーターの育成・活動支援を行う。

ウ　ニーズ把握・事業評価

家族介護支援事業をより効果的に実施することを目的に、事業実施に係るニーズ把握や事業評価を行う。例えば、いわゆるダブルケアラー、ヤングケアラー、8050 問題

など複雑な課題を抱える家族を含め、地域の家族や関係機関等へのアンケートやヒアリング等を通じた実態把握を行った上で、事業の計画・実施・評価・改善を行う。

エ　介護教室の開催

要介護被保険者の状態の維持・改善を目的とした、適切な介護知識・技術の習得や、外部サービスの適切な利用方法の習得等を内容とした教室を開催する。

オ　認知症高齢者等見守り事業

地域における認知症高齢者等の見守り体制の構築を目的とした、認知症に関する広報・啓発活動、認知症の人が行方不明になった場合に早期発見できる仕組みの構築・運用、認知症高齢者等に関する知識のあるボランティア等による見守りのための訪問等を行う。

カ　家族介護継続支援事業

家族の身体的・精神的・経済的負担の軽減を目的とした以下の事業とする。

（ア）　健康相談・疾病予防等事業

家族介護者に対するヘルスチェックや健康相談の実施による疾病予防、病気の早期発見等を行うための事業

（イ）　介護自立支援事業

以下の要件のいずれも満たす要介護者を、現に介護している家族を慰労するための事業

①　事業実施前１年の間において介護保険法第８条各項に定めるサービスを全く利用していない要介護者。ただし、地域の実情や家族の状況を踏まえ、以下のいずれかに該当する要介護者を現に介護している家族を対象とすることは差し支えない。

a　福祉用具貸与、特定福祉用具販売又は住宅改修のみを利用する要介護者

b　事業実施前１年の間における介護保険法第８条各項に定めるサービス（福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を除く。）の利用日数の合計が 10 日以内の要介護者

②　要介護３以上の要介護者。ただし、地域の実情や家族の状況を踏まえ、要介護２の者で、かつ、認定調査時の主治医意見書において「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上の要介護者を現に介護している家族を対象とすることは差し支えない。

なお、上記アからカのほか、平成 26 年度に、任意事業において介護用品の支給に係る事業を実施している市町村であって、第８期介護保険事業計画期間中に当該事業を実施している市町村に限り、第９期介護保険事業計画期間においては、次に掲げる内容を支給要件として実施して差し支えないこととする。ただし、実施市町村においては、本取扱いが第９期介護保険事業計画期間における例外的な激変緩和措置であることを踏まえ、当該期間における市町村特別給付及び保健福祉事業等への移行を含めた介護用品支給事業の廃止・縮小に向けた取組を着実に実行することとされたい。

① 本人課税（第６～９段階）の新規・既存利用者については、対象外とする。本人非課税・世帯員課税（第４～５段階）の新規・既存利用者については、年間６万円の支給上限を設ける。

② 新規利用者については、高齢者の個別の状態を踏まえて必要な者に支給することとする。

具体的には、以下の方法により必要性を個別判断することとする。ただし、要介護４以上の者については、以下の方法によらず、必要な者に該当することとしても差し支えない。

a 市町村職員は、要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）における認定調査票を確認し、「排尿」又は「排便」の項目において「介助」又は「見守り等」に該当する者を対象とする（※）。

※ 例外的な取扱いとして、認定調査票の「ズボン等の着脱」等の項目の「特記事項」を踏まえ、別途必要性が認められる者についても対象とする。

b 要介護認定を受けていない者からの申請や、介護用品の支給申請時点において要介護認定時の状態から変化しており認定調査票では必要性が確認できない場合（状態が改善し必要性に疑義が生じる者や、認定調査票の項目には該当していなかったがその後状態が変化し必要性があると考えられる者など）については、市町村職員は、認定調査と同様の方法で必要性を確認する。

確認に際しては、ケアマネジャーや地域包括支援センター職員に依頼することも可能とする。

なお、第９期介護保険事業計画期間中においては、介護用品支給事業に要する費用に対する地域支援事業交付金の額は、原則として、地域支援事業交付金の予算の範囲内かつ介護用品支給事業に係る令和５年度の対象経費支出予定額（※）（国の交付額は当該額に38.5%を乗じて得た額）の範囲内とする。

その上で、実施市町村における高齢者の所得段階が下がることや要介護度が悪化するなどのやむを得ない事情により計画的な取組の実施に支障がある場合は、地域支援事業交付金の予算の範囲内かつ介護用品支給事業に係る令和５年度の対象経費支出予定額（※）に物価の状況その他諸般の事情に鑑みた率（1.073）を乗じた額（国の交付額は当該額に38.5%を乗じて得た額）の範囲内で交付することとする。

※ 地域支援事業交付金の令和５年度当初交付決定に関する交付申請にあたり、市町村が、「地域支援事業の交付について」（平成20年５月23日厚生労働省発老第0523003号厚生労働事務次官通知）の別紙「地域支援事業交付金交付要綱」の別紙様式第２様式２（令和５年度任意事業実施計画書）において、事業名「⑬介護用品の支給」の事業費欄に記載した額を指す。

（３） その他の事業

法第 115 条の 45 第３項第３号の規定に基づき、次のアからカまでに掲げる介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事業を実施する。

ア　成年後見制度利用支援事業

市町村申立て等に係る低所得の高齢者に係る成年後見制度の申立てに要する経費や成年後見人等の報酬の助成等を行う。

なお、本事業は、市町村申立てに限らず、本人申立て、親族申立て等についてもその対象となりうるものであることに留意されたい。

イ　福祉用具・住宅改修支援事業

福祉用具・住宅改修に関する相談・情報提供・連絡調整等の実施、福祉用具・住宅改修に関する助言、住宅改修費の支給の申請に係る必要な理由がわかる書類の作成及び必要な理由がわかる書類を作成した場合の経費の助成を行う。

ウ　認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業

認知症対応型共同生活介護事業所において、要介護者及び要支援２の認定を受けた者を受け入れ、家賃、食材料費及び光熱水費の費用負担が困難な低所得者に対し利用者負担の軽減を行っている事業者を対象として助成を行う。

エ　認知症サポーター等養成事業

認知症サポーター養成講座の企画・立案及び実施を行うキャラバン・メイトを養成するとともに、地域や職域において認知症の人と家族を支える認知症サポーターを養成する。具体的には、「認知症サポーター等養成事業の実施について」（平成 18 年７月 12 日老計発 0712001 号厚生労働省老健局計画課長通知）に基づき事業を実施する。

オ　重度のＡＬＳ患者の入院におけるコミュニケーション支援事業

重度のＡＬＳ患者の入院において、入院前から支援を行っている等、当該重度のＡＬＳ患者とのコミュニケーションについて熟知している支援者が、当該重度のＡＬＳ患者の負担により、その入院中に付き添いながらコミュニケーション支援を行う。具体的には、「重度のＡＬＳ患者の入院におけるコミュニケーションに係る支援に関する地域支援事業の取扱いについて」（平成 23 年７月１日厚生労働省老健局振興課長通知）に基づき事業を実施。

カ　地域自立生活支援事業

次の①から④までに掲げる高齢者の地域における自立した生活を継続させるための事業を実施する。

①　高齢者の安心な住まいの確保に資する事業

高齢者が民間賃貸住宅等に円滑に入居し安心して生活ができるよう、不動産関係団体や地域の関係者、住宅部局・福祉関係部局等が連携して、入居前から入居中、退居時に至るまでの総合的な支援等を実施するとともに、シルバーハウジング等の高齢者が多数居住する集合住宅の入居者を対象に、生活援助員の派遣を行うなど、地域の実情に応じた、高齢者の安心な住まいを確保するための事業を行う。なお、本事業の実施については、「高齢者の安心な住まいの確保に資する事業の実施につ

いて」（令和６年８月５日老高発 0805 第１号厚生労働省老健局高齢者支援課長通知）において定める。

② 介護サービス等の質の向上に資する事業

地域で活躍している高齢者や民生委員等が、介護サービス等利用者のための相談等に応じるボランティア（介護サービス相談員）として、利用者の疑問や不満、不安の解消を図るとともに、サービス担当者と意見交換等（介護サービス相談員派遣等事業）を行う。

③ 地域資源を活用したネットワーク形成に資する事業

栄養改善が必要な高齢者（介護予防・日常生活支援総合事業において、配食の支援を受けている者を除く。）に対し、地域の社会福祉法人等が実施している配食の支援を活用し、高齢者の状況を定期的に把握するとともに、必要に応じ、地域包括支援センター等に報告する。

④ 家庭内の事故等への対応の体制整備に資する事業

高齢者のいる世帯における家庭内の事故等による通報に随時（24 時間・365 日）対応するための体制整備（電話を受け付け、適切なアセスメントを行う専門的知識を有するオペレーターの配置等）を行う。

４ 留意事項

（１） 任意事業の実施に当たっては、包括的支援事業の円滑な実施に資するネットワークの構築や地域のコミュニティの形成を踏まえる等、地域における社会資源の活用に留意しながら、事業ごとの実施目標の設定や実施後の効果検証等を行いながら、効果的・効率的な実施に努めること。

（２） 特に、包括的支援事業（地域包括支援センターの運営等）及び任意事業の実施に必要な上限額について、平成 29 年度において介護給付費等適正化推進市町村（政令第８条第 14 号に定める介護給付費等適正化推進市町村をいう。）と認められた市町村については、特例の上限額を選択できることとされているが、当該市町村は特に特例が設けられている趣旨を鑑み、介護給付等費用適正化事業の実施等により効率的・効果的な事業実施に努めること。

（３） 住宅改修費の支給の申請に係る必要な理由がわかる書類を作成する事業及び必要な理由がわかる書類を作成した場合の経費を助成する事業の実施に当たっては、介護支援専門員又は作業療法士、福祉住環境コーディネーター検定試験二級以上その他これに準ずる資格等を有する者等、居宅介護住宅改修費又は介護予防住宅改修費の支給の対象となる住宅改修について十分な専門性があると認められる者が作成者であること。

（４） 認知症対応型共同生活介護事業所を利用している低所得の要介護者及び要支援２の認定を受けた者に対し、家賃等の利用者負担の軽減を行っている事業者へ助成をする事業を実施する場合、低所得者の範囲や助成対象経費等を、予め要綱等において明確に規定しておくこと。

（５）　３の（３）のカの③のような、配食の支援を活用した事業を実施する場合、食材料費及び調理費相当分は利用者負担とすることを基本とするが、利用料の設定に当たっては、低所得者への配慮や市町村における財源等を考慮すること。なお、事業の対象者・利用の負担額等については、予め要綱等において明確に規定しておくこと。

（６）　任意事業については、他の国庫補助事業の対象となる場合は、当該他の補助事業を優先すること。

（７）　実施する事業の目的が介護予防に資するものであって、例えば介護予防教室や高齢者の介護予防に係る指導者の養成、高齢者の生きがいや健康づくり、介護予防・社会参加を目的とした場づくり、介護支援ボランティアポイント等、介護予防の取組として実施することが適切な場合は、任意事業ではなく、総合事業において実施すること。

（８）　介護サービス等の質の向上に資する事業の実施に当たっては、都道府県と市町村が連携し、住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅での介護サービス相談員の受入を促進するなど、効果的な事業実施に努めること。

別添１

基本チェックリスト

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

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

別添２

総合事業の事業評価

総合事業の実施に当たっては、ボランティア活動と有機的な連携を図る等、地域の人材を活用していくことが重要である。60歳代、70歳代を始めとした高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態に至っていないことから、こうした高齢者が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ることとなる。併せて、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こととなる。

このため、地域づくりの視点から、事業全体を評価した上で、居宅要支援被保険者等に対するサービス・活動事業及び一般介護予防事業について事業評価を行うこととする。事業評価をする際には、以下の３段階の評価指標を活用することとする。

① ストラクチャー指標：事業を効果的かつ効率的に実施するための実施体制等に関する指標

② プロセス指標：事業を効果的かつ効率的に実施するための企画立案、実施過程等に関する指標

③ アウトカム指標：事業成果の目標に関する指標

評価の実施に当たっては、関係者間での議論が重要であることから、各市町村で開催している介護保険運営協議会や地域包括支援センター運営協議会等において議論することが重要である。

また、総合事業は、地域に暮らす全ての高齢者が自立した日常生活を送るとともに、そのための活動を選択することができるよう、地域に暮らす高齢者の立場から、市町村が中心となって、地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて実施することにより、地域の高齢者に対する効果的かつ効率的な支援等を行うことを目的としている。保険者として、医療・介護の専門職がより専門性を発揮し、必要な支援を地域で切れ目なく提供できるよう、人材確保や財政等の観点を持つことが必要である。

これらを踏まえ、それぞれの地域の実情を踏まえた評価指標を定めた上で、事業評価を実施されたい。

１　総合事業

＜ストラクチャー指標＞

以下の４項目について、事業を効果的かつ効率的に実施するための実施体制を整備できているかどうかを年度ごとに評価する。（４段階で評価する場合の例：「1. できている、2. ある程度できている、3. あまりできていない、4. できていない」）この際、評価した具体的理由についても整理しておくことが望ましい。

① 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的について、分かりやすく説明することのできる職員の養成や、説明資料の整備ができているか。

② 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的を共有（規範的統合）し、総合事業を実施する上で、介護保険、高齢者福祉、地域福祉、健康増進、企画、市民活動推進、自治会支援、社会教育、産業振興、都市計画、住宅、交通等の担当部署と広く連携する体制を構築できているか。

③ 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的を共有（規範的統合）し、総合事業を実施する上で、地域包括支援センターと連携する体制を構築できているか。

④ 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的を共有（規範的統合）し、

総合事業を実施する上で、協議体を設置し、元気な高齢者をはじめとする多世代の地域住民が担い手として参加する住民主体の活動団体、地域運営組織、ＮＰＯ法人、社会福祉法人、社会福祉協議会、都道府県医師会・郡市区医師会、医療法人、地縁組織、協同組合、民間企業、シルバー人材センター、介護サービス施設・事業所、老人クラブ、家政婦（夫）紹介所、商工会議所・商工会、民生委員等の多様な主体による多様なサービス・活動の提供体制を構築できているか。

＜プロセス指標＞

以下の７項目について、事業を効果的かつ効率的に実施するための企画立案、実施過程等のプロセスについて、適切にできているかどうかを年度ごとに評価する。（４段階で評価する場合の例：「1. できている、2. ある程度できている、3. あまりできていない、4. できていない」）この際、評価した具体的理由についても整理しておくことが望ましい。

① 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的を共有（規範的統合）できるよう、総合事業の企画・実施・評価のプロセスの中で、地域住民の意見収集や協議への住民参画が行われているか。

② 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的を共有（規範的統合）できるよう、介護サービス施設・事業所、医療機関、民間企業、地域運営組織、ＮＰＯ法人、社会福祉法人、社会福祉協議会、都道府県医師会・郡市区医師会、医療法人、地縁組織、協同組合、シルバー人材センター、老人クラブ、家政婦（夫）紹介所、商工会議所・商工会、民生委員、住民等のあらゆる関係者に働きかけを行っているか。

③ 自治会、社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ、ボランティア、ＮＰＯ法人、社会教育関係者の活動状況等について地域資源として適切に把握できているか。

④ 介護予防の推進、生活支援の充実に関する行政課題を整理できているか。

⑤ 介護予防の推進、生活支援の充実を図っていく上で、長期的な視点をもって具体的な戦略を立てられているか。

⑥ 総合事業に関する苦情や事故を把握しているか。

⑦ 関係機関（地域包括支援センター、医療機関、民生委員等）において情報を共有するため、共有する情報の範囲、管理方法及び活用方法に関する取り決めをしているか。

＜アウトカム指標＞

以下の定量的指標を用いて総合事業による効果の評価を行う。

指　標	評価方法
① ６５歳以上新規認定申請者数及び割合 ※ 介護予防・日常生活支援総合事業実施状況調査を活用	年度ごとに年間の新規認定申請者の状況を集計し、時系列評価、地域間や他市町村との比較を行うことで、住民主体の介護予防活動の推進状況と、生活支援の充実状況の評価に活用する。 （新規認定申請者割合＝新規認定申請者数÷高齢者数）
② ６５歳以上新規認定者数及び割合（要支援・要介護度別） ※ 介護予防・日常生活支援総合事業実施状況調査を活用	年度ごとに年間の新規認定者の状況（要支援・要介護度別）を集計し、時系列評価、地域間や他市町村との比較を行うことで、住民主体の介護予防活動の取組状況と、生活支援の充実状況の評価に活用する。 （新規認定者割合＝新規認定者数÷高齢者数）

③ ６５歳以上要支援・要介護認定率（要支援・要介護度別） ※ 介護保険事業状況報告を活用	年度ごとに任意の時点の要支援・要介護認定率（要支援・要介護度別）を集計し、時系列評価、地域間や他市町村との比較を行うことで、住民主体の介護予防活動の取組状況と、生活支援の充実状況の評価に活用する。 （認定率＝認定者数÷高齢者数）
④ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等による健康に関連する指標の状況	複数年度ごとに任意の時点における地域の健康に関連する指標を集計し、時系列評価、地域間や他市町村との比較を行うことで、住民主体の介護予防活動の取組状況と、生活支援の充実状況の評価に活用する。 健康関連指標の例：主観的健康観、社会参加の状況、運動機能、口腔機能、栄養状態、認知機能、閉じこもり、うつ等
⑤ 健康寿命延伸の実現状況	介護予防を含む介護保険事業全体を運営する上での目標である、健康寿命延伸の実現状況の評価に活用する。（毎年の評価に加え、中期的な変化の評価も望ましい） 指標の例： ・要介護２以上の年齢調整後認定率、その変化率 ※客観的評価のため、健康寿命の補完的指標を参考 ※要介護度の分布や新規で要介護認定を受けた要因の確認も併せて必要
⑥ 住民の幸福感の向上	住民が生きがいのある自分らしい人生を送るという介護予防の目的の達成状況を評価する観点から、住民の幸福感の評価に活用する。 （介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は対象者が限られていることから評価に当たっては留意） 指標の例： ・住民の幸福感の変化率（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査に調査項目あり）
⑦ 介護予防・日常生活支援総合事業の費用額	年度ごとに年間の介護予防・日常生活支援総合事業の費用総額の伸び率と、後期高齢者の伸び率との関係等について、時系列評価や他市町村等と比較することで、事業の効率性の評価に活用する。
⑧ 予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業の費用総額	年度ごとに年間の予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業の費用総額の伸び率と、後期高齢者の伸び率との関係等について、時系列評価や他市町村等と比較することで、事業の効率性の評価に活用する。

上記に加え、市町村が高齢者の選択肢の拡大のため多様なサービス・活動の充実を通じ、高齢者が元気なうちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動を続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる地域づくりを進めるに当たっての事業評価においては、次の内容も参考とされたい。

（１） 評価のための前提となる考え方

評価に当たっては高齢者の視点と保険者の視点の双方から行うことが重要であり、具体的には以下のとおり。

① 高齢者の視点

・　高齢者の地域での生活や選択（活動）がどのように変化したか
・　高齢者にかかわる活動に地域の多様な主体がどのように関与しているか

②　保険者の視点

・　地域住民などの多様な主体による参画が進み、そこに医療・介護の専門職がゆるやかに関われているか（人材の視点）
・　あらかじめ決められた予算（上限額や介護保険事業計画等）の範囲内で実現できているか（財政の視点）

（２）　総合事業の充実に向けた評価指標の例

（１）を評価するための指標の例については、下表を参照すること。

アプローチ	プロセス	アウトプット	アウトカム	最終アウトカム
高齢者の選択肢の拡大	・生活支援コーディネーターや協議体等による取組実績	・多様なサービス・活動の種類・数	・従前相当サービスが位置づけられたプランの割合	・調整済み軽度認定率 ・初回認定者の平均年齢 ・在宅継続数・率
ポピュレーション・アプローチ	・出前講座・説明会等の開催数 ・通いの場の箇所数 ・体力測定会の開催数 ・広報活動の回数	・多様なサービス・活動の参加者数等 ・出前講座・説明会等に出席した住民の数 ・通いの場の参加者数	・多様なサービス・活動に対する継続参加率 ・社会参加率 ・通いの場の75歳以上高齢者の年代別参加率・継続参加率	
ハイリスク・アプローチ	・孤独・孤立等の状態にある高齢者へのアウトリーチ支援の実績等 ・サービス・活動Ｃなど専門職による支援を想定するサービス・活動の開催回数・参加者数等	・孤独・孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動の参加者数 ・想定対象者に占める実際の参加者数 ・参加者の参加前後の生活状況等の変化	・孤独・孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動の継続参加率 ・社会参加率 ・参加者の一定期間後の生活状況等	

このほか、指標の設定を含めた評価の考え方や内容については、令和５年度老人保健健康増進等事業における「第９期介護保険事業計画期間における介護予防・日常生活支援総合事業の充実・活性化に向けた方策に関する調査研究事業報告書」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）を参照されたい。

２　総合事業（サービス・活動事業）

＜ストラクチャー指標＞

以下の１項目について、事業を効果的かつ効率的に実施するための実施体制を整備できているかどうかを年度ごとに評価する。（４段階で評価する場合の例：「1.できている、2.ある程度できている、3.あまりできていない、4.できていない」）この際、評価した具体的理由についても整理しておくことが望ましい。

介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及びサービス事業提供者が、総合事業の趣旨や自立支援の重要性を共有し、連携する体制を構築できているか。

＜プロセス指標＞

以下の６項目について、事業を効果的かつ効率的に実施するための企画立案、実施過程等のプロセスについて、適切にできているかどうかを年度ごとに評価する。（４段階で評価する場合の例：「1.できている、2.ある程度できている、3.あまりできていない、4.できていない」）この際、評価した具体的理由についても整理しておくことが望ましい。

① 窓口に相談にきた高齢者に対し、総合事業の目的、内容、サービスメニュー及び手続方法について十分な説明を行っているか。
② 介護予防ケアマネジメントに関する様式が統一されているか。
③ サービス・活動事業の実施状況を把握しているか。
④ サービス・活動事業の実施量と需要量の関係を的確に把握しているか。
⑤ サービス・活動事業の実施状況の検証に基づき、次年度以降の実施計画の見直しを行っているか。
⑥ 要支援者、事業対象者及び継続利用要介護者の個人情報が共有されることについて、十分な説明を行い、同意を得ているか。

以上の定性評価に加えて、以下の定量的指標を用いてサービス・活動事業の実施状況の評価を行う。

指　標	評価方法
① 介護予防ケアマネジメント依頼書受理件数 ※ 介護予防・日常生活支援総合事業実施状況調査を活用	年度ごとに年間の介護予防ケアマネジメント依頼書受理件数を集計し、実施状況を評価する。
② サービス・活動事業の実施状況	年度ごとに年間の各種事業の実施状況を集計し、実施回数及び利用者数により実施状況を評価する。 訪問型サービス、通所型サービス、その他生活支援サービス別に実施回数及び利用者数（要支援１、要支援２、事業対象者、継続利用要介護者別）を集計することが望ましい。

＜アウトカム指標＞

以下の定量的指標を用いて総合事業による効果の評価を行う。

指　標	評価方法
① 主観的健康感	年度ごとに年間のサービス・活動事業の利用者について、利用前後の主観的健康感の変化を集計し、維持・改善割合（事業利用者のうち利用後に主観的健康感が維持・改善された者の割合）によりサービス・活動事業の効果を評価する。

３　総合事業（一般介護予防事業）

＜ストラクチャー指標＞

以下の１項目について、事業を効果的かつ効率的に実施するための実施体制を整備できているかどうかを年度ごとに評価する。（４段階で評価する場合の例：「1.できている、2.ある程度できている、3.あまりできていない、4.できていない」）この際、評価した具体的理由についても整理しておくことが望ましい。

一般介護予防事業の実施に当たり、行政内の他の部門と一般介護予防事業の重要性を共有し、効果的・効率的な事業実施のために、連携する体制を構築できているか。

＜プロセス指標＞

事業を効果的かつ効率的に実施するための企画立案、実施過程等のプロセスについて、適切にできているかどうかを年度ごとに評価する。

指　標	評価方法
① 行政内部での連携	介護予防の取組の効果的な推進の観点から、福祉や健康増進、市民協働、教育、産業振興、都市計画等の様々な分野の担当部局との連携が重要であるため、その連携体制と連携した取組の実施状況を評価する。 指標の例： ・行政内の他部門と連携して介護予防の取組を進める体制の整備状況（会議等） ・行政内の他部門と連携した取組の実施状況（イベントの実施等） ・他部門が行う通いの場や、その参加状況の把握
② 地域の多様な主体との連携	介護予防の取組の効果的な推進の観点から、自治会や医療・介護等関係機関、NPO法人、さらに民間企業、大学等も含めた多様な主体との連携が重要であるため、その連携状況を評価する。 指標の例： ・多様な主体と連携して介護予防の取組を進める体制の整備状況（会議・イベントの実施等） ・多様な主体が行う通いの場や、その参加状況の把握
③ 保健事業との一体的な実施	介護予防の取組の効果的な推進の観点から、医療保険制度における保健事業との一体的な実施が重要であるため、その実施状況を評価する。 指標の例： ・介護予防と保健事業の一体的な実施の実施状況
④ 関係団体との連携による専門職の関与	介護予防の取組の効果的な推進の観点から、多様な専門職（運動・口腔・栄養分野等）の関与が重要であるため、各分野の関係団体との連携状況を評価する。 指標の例： ・関係団体との連携状況（会議の実施等） ・専門職の介護予防への関与状況

⑤　通いの場への参加促進（ポイント等）	高齢者の通いの場への参加を促す観点から、参加促進に向けた取組（ポイント等）を評価する。 指標の例： ・参加促進に向けたポイント等の取組の実施状況
⑥　参加促進のためのアウトリーチの実施	通いの場に参加していない者の参加を促すことの重要性に鑑み、参加促進のためのアウトリーチ対象者把握の取組とアウトリーチの取組を評価する。 指標の例： ・対象者把握の取組の実施状況 ・参加促進に向けたアウトリーチの取組の実施状況
⑦　担い手としての参加促進	通いの場への担い手としての参加など、役割のある形での取組が重要であるため、担い手としての参加を促進するための取組を評価する。 指標の例： ・通いの場等の担い手を育成するための研修の実施状況 ・有償・無償ボランティア等の推進に向けた取組の実施状況
⑧　介護予防の企画・検証等を行う体制の整備	PDCAサイクルに沿った取組を推進するためには、企画・検証等を行う体制が重要であるため、その体制整備や検証等の実施状況を評価する。 指標の例： ・介護予防の企画や検証等を行う協議体の設置状況 ・協議会における検証や改善の実施状況
⑨　データの活用に係る取組の推進	人口や認定率、通いの場の設置状況、介護レセ等のデータを分析した上で、それに基づく対策を実施することが重要であることから、それらの取組状況を評価する。 指標の例： ・分析等の実施状況を評価
⑩　通いの場に参加する高齢者の状態の把握の実施	通いの場の成果を評価するに当たって、高齢者の状態を把握することが望ましいが、現時点ではデータ収集等の体制が整っていないので、その取組を評価する。 指標の例： ・通いの場に参加する高齢者の状態の把握

＜アウトカム指標＞

以下の定量的指標を用いて一般介護予防事業による効果の評価を行う。なお、評価対象として、高齢者全体を指標①②（再掲）、一般介護予防事業の利用者及び未利用者を指標③、一般介護予防事業の未利用者については指標④を想定している。

指　標	評価方法
① 健康寿命延伸の実現状況	介護予防を含む介護保険事業全体を運営する上での目標である、健康寿命延伸の実現状況の評価に活用する。（毎年の評価に加え、中期的な変化の評価も望ましい） 指標の例： ・要介護２以上の年齢調整後認定率、その変化率 ※客観的評価のため、健康寿命の補完的指標を参考

	※要介護度の分布や新規で要介護認定を受けた要因の確認も併せて必要
② 住民の幸福感の向上	住民が生きがいのある自分らしい人生を送るという介護予防の目的の達成状況を評価する観点から、住民の幸福感の評価に活用する。 （介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は対象者が限られていることから評価に当たっては留意） 指標の例： ・住民の幸福感の変化率（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査に調査項目あり）
③ 通いの場を始めとする社会参加の拡大	経年比較が可能な方法により通いの場の参加率を測定。参加頻度も評価する観点から、延べ数についても評価することが望ましい。加えて、従来の通いの場に限らず、就労等を含めた多様な社会参加状況についても評価する。 指標の例： ・通いの場（全体・週１回以上）の参加率（実数・延べ数）、その変化率、週１回以上開催の通いの場の有無 ・社会参加（就労、ボランティア、通いの場等）の状況
④ 通いの場に参加する高齢者の状態の変化	＜中長期的な課題＞ 通いの場の効果等を評価する観点から、今後、通いの場に参加する高齢者の状態（IADL等）の維持・改善状況を評価することを検討する。