

2023年度改訂版

介護予防推進コース 導入研修 講義3



一般社団法人 日本言語聴覚士協会

保健と予防の一体的実施

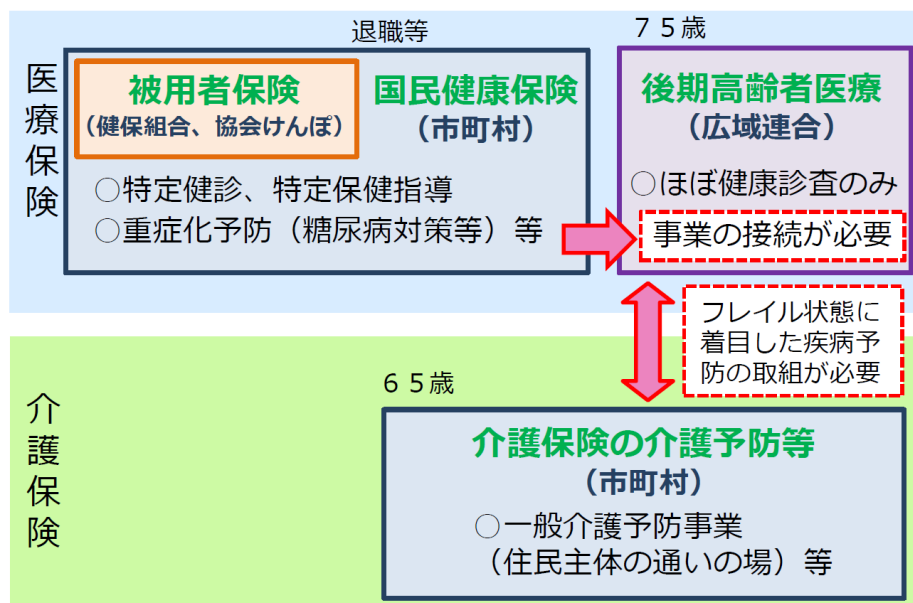
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- 広域連合が高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組が令和2年4月から開始された。
- 広域連合は、その実施を構成市町村に委託することができる。

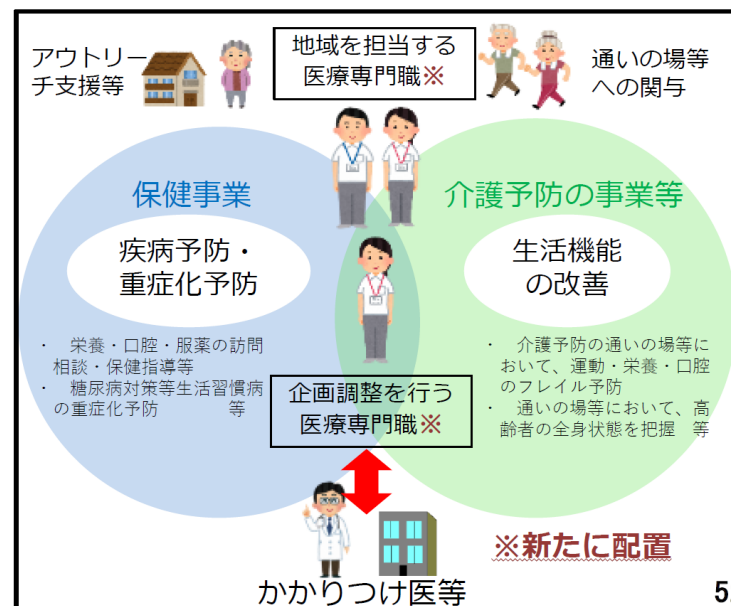
- 令和3年度の実施計画申請済みの市町村は **793市町村**、全体の**約5割**（令和4年2月現在）。
- 令和4年度から開始予定の市町村は **307市町村**、全体の**6割超**の市町村で実施される予定。
- 令和6年度には **1,552市町村**、全体の**9割弱**の市町村で実施の目途が立っている状況。
- **令和6年度までに全ての市町村**において一体的な実施を展開することを目指す。

※高齢者医療課調べ（令和3年12月時点・速報値）

▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図



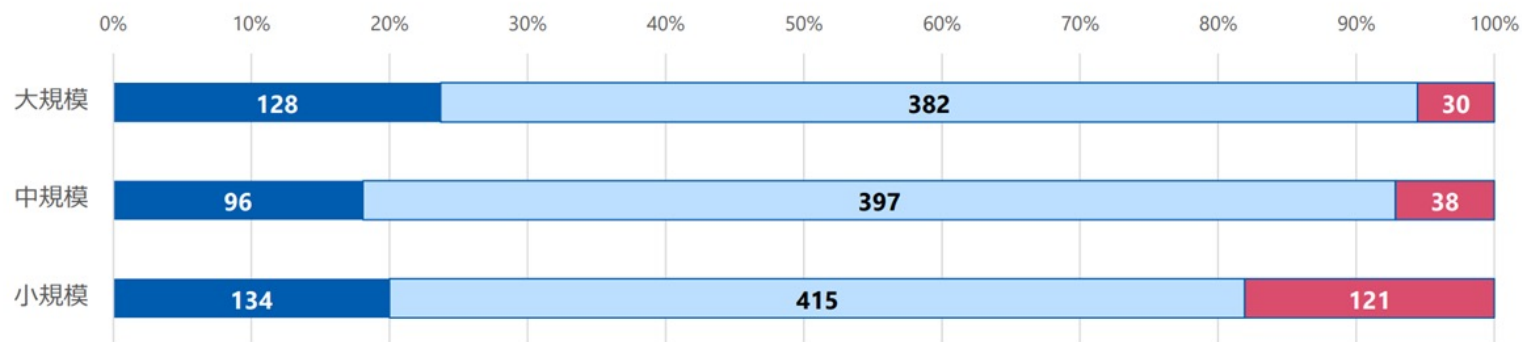
52

市町村における一体的実施の実施開始予定時期（市町村人口規模別）

- 一体的実施の実施状況を市町村人口規模別で見ると、規模が大きいほど実施されており、時期未定が少ない。
- **令和4年7月現在で実施予定なしは133市町村あり、うち小規模が104市町村（78.1%）を占めている。**

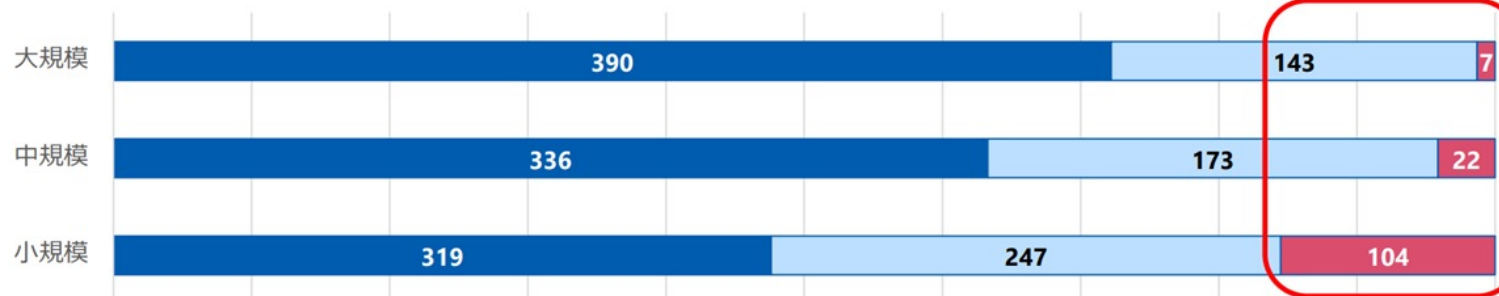
(N=1,741)

**R3.12
時点**



出典：令和3年度一体的実施実施状況調査（市町村票）

**R4.7
時点**



高齢者医療課調べ（令和4年7月時点）

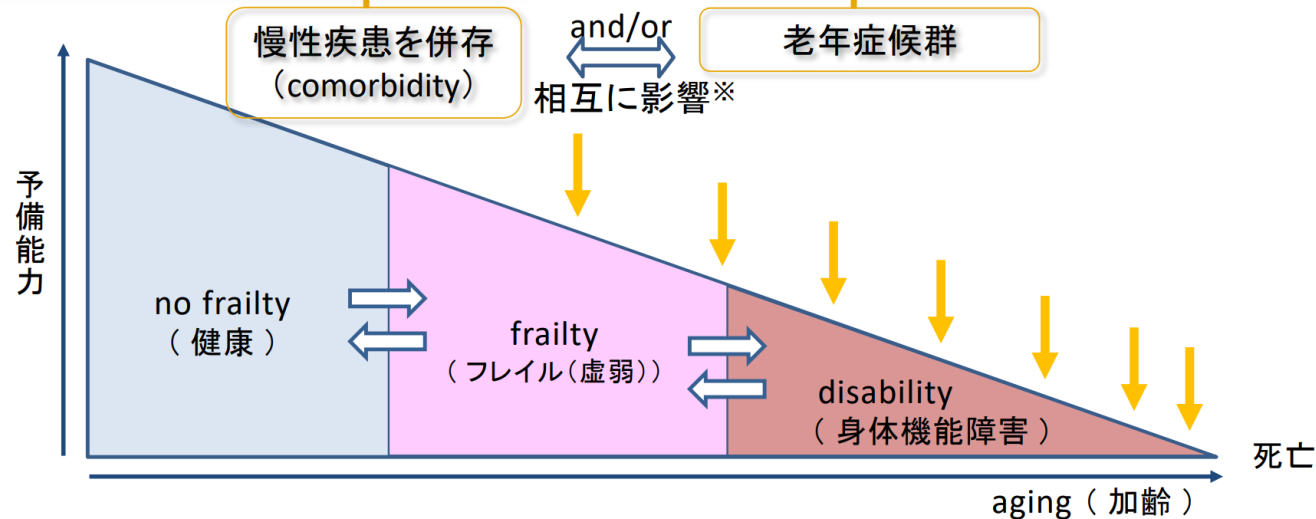
■ 実施済 ■ 実施予定 ■ 予定なし

大規模：人口50,000以上 中規模：人口15,000～50,000未満 小規模：人口15,000未満

高齢者の健康状態の特性等について

●高血圧 ●心疾患 ●脳血管疾患
●糖尿病 ●慢性腎疾患(CKD)
●呼吸器疾患 ●悪性腫瘍
●骨粗鬆症 ●変形性関節症等、
生活習慣や加齢に伴う疾患

●認知機能障害 ●めまい ●摂食・嚥下障害
●視力障害 ●うつ ●貧血
●難聴 ●せん妄 ●易感染性
●体重減少 ●サルコペニア(筋量低下)



「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド2018年版』(日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018)によると「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、**身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく**、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。また、「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要である。

厚生労働省保険局高齢者医療課
高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン 第2版

[000557575.pdf \(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/shingi2_000557575.pdf)

後期高齢者の特性と、取組の現状

後期高齢者の特性

○前期高齢者と比べ、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイル※が顕著に進行する
(※身体的な脆弱性、精神・心理的脆弱性、社会的な繋がり の欠如といった多様な課題を抱える)

○健康状態や生活機能、生活背景等、個人ごとの状態の違いが拡大する

○加齢に伴う様々な事情も相まって、複数の慢性疾患を抱えていることが多い。

○医療・介護サービス等を現に受けていない者であっても、加齢に伴いフレイルが進行するリスクは高い

健康増進に向けた保健事業・介護予防の取組状況

⑥ 身体的な脆弱性への支援が中心で、社会参加を含む多様な課題まで視野に入りづらい。
幅広い対象者へのアプローチが困難。

⑦ 生活機能の向上に向けた取組に、疾病予防等の医学的観点を盛り込むこととされていない。

⑥ 専門職等を配置しづらい広域連合によるきめ細かな支援には限界。
また、保健事業の場で生活背景等の個人情報も把握することは困難なケースが多い。

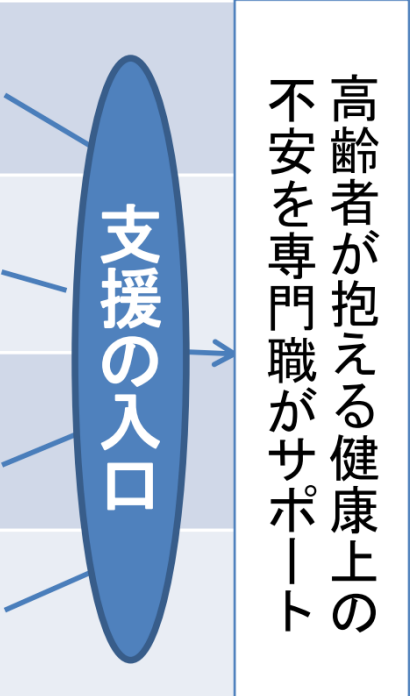
⑦ 介護予防の場で、医療情報等の個人情報を踏まえた支援を実施しているケースは少ない。

⑥ 重症化予防等の取組は徐々に進んでいるが、社会参加を含む多様な課題まで視野に入れた取組にはなっていないケースが多い。

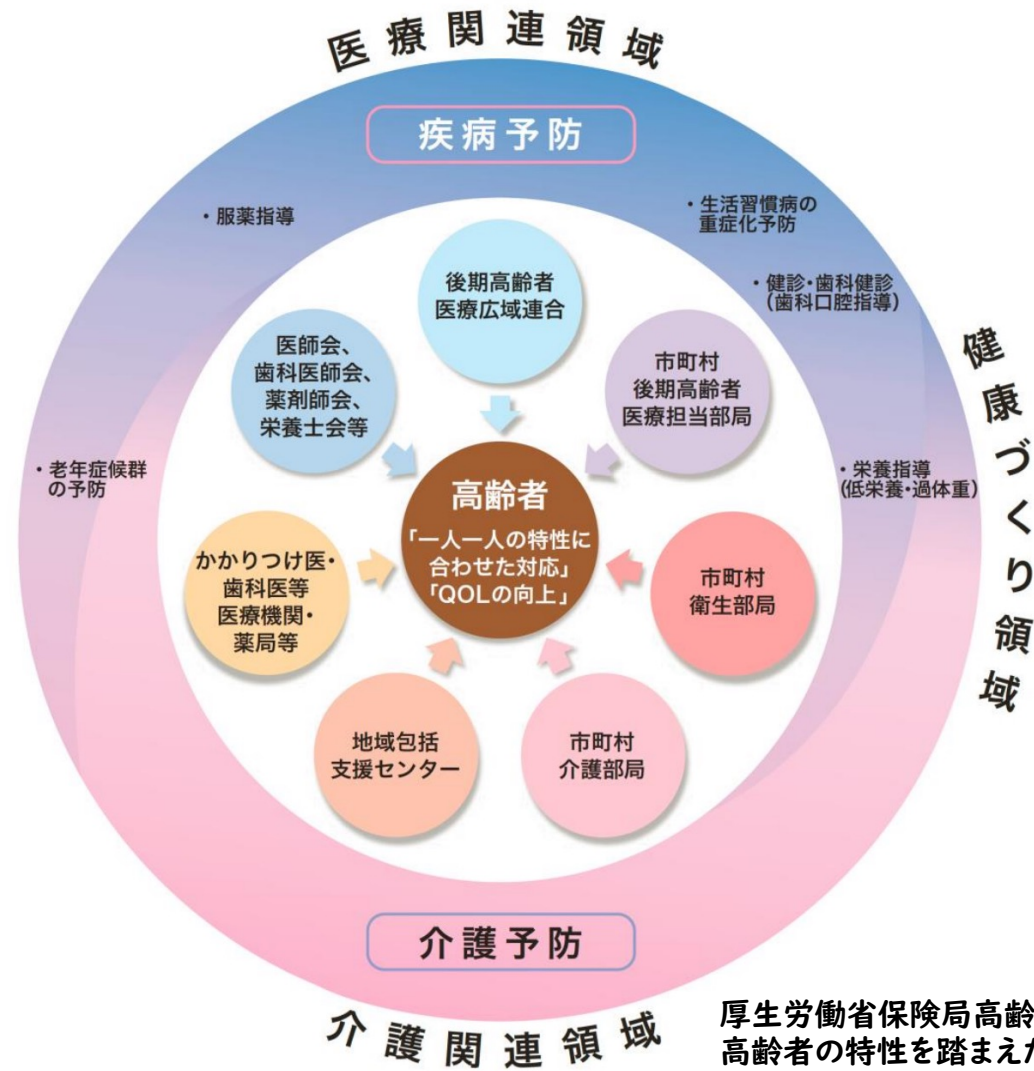
⑥ 健康診査や医療受診者には個別に支援を実施。その他の者へのアプローチは困難。

⑦ 通いの場などの取組は進めているが、無関心層への働きかけが十分ではない。

図表 I - 14 高齢者の健康支援のイメージ

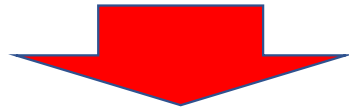
内 容	支援のイメージ
①生活習慣病等の重症化 予防に関する課題	 <相談・支援のスタンス> ○在宅の日常生活を支える (生活習慣・スタイルへの支援) - スローガン (例) - ・ 毎日歩こう ・ たんぱく質は欠かさず食べよう ○対象者の主体性を重視 ・ 安心、楽しみ、元気といったポジティブな要素を重視 ・ できなくなったことの把握だけでなく、できることに着目 ・ 自信や前向きな姿勢を育む
②栄養に関する課題	
③口腔に関する課題	
④服薬に関する課題	

図表 I-13 高齢者の複合的な状況への対応（重層的な体制・多機関・多職種連携）



図表 I - 15 「後期高齢者の質問票」の内容について

「標準的な質問票」
メタボリックシンドローム対策に着目
した 質問項目が設定されており、
フレイル等の高齢者の特性の把握が
不十分である

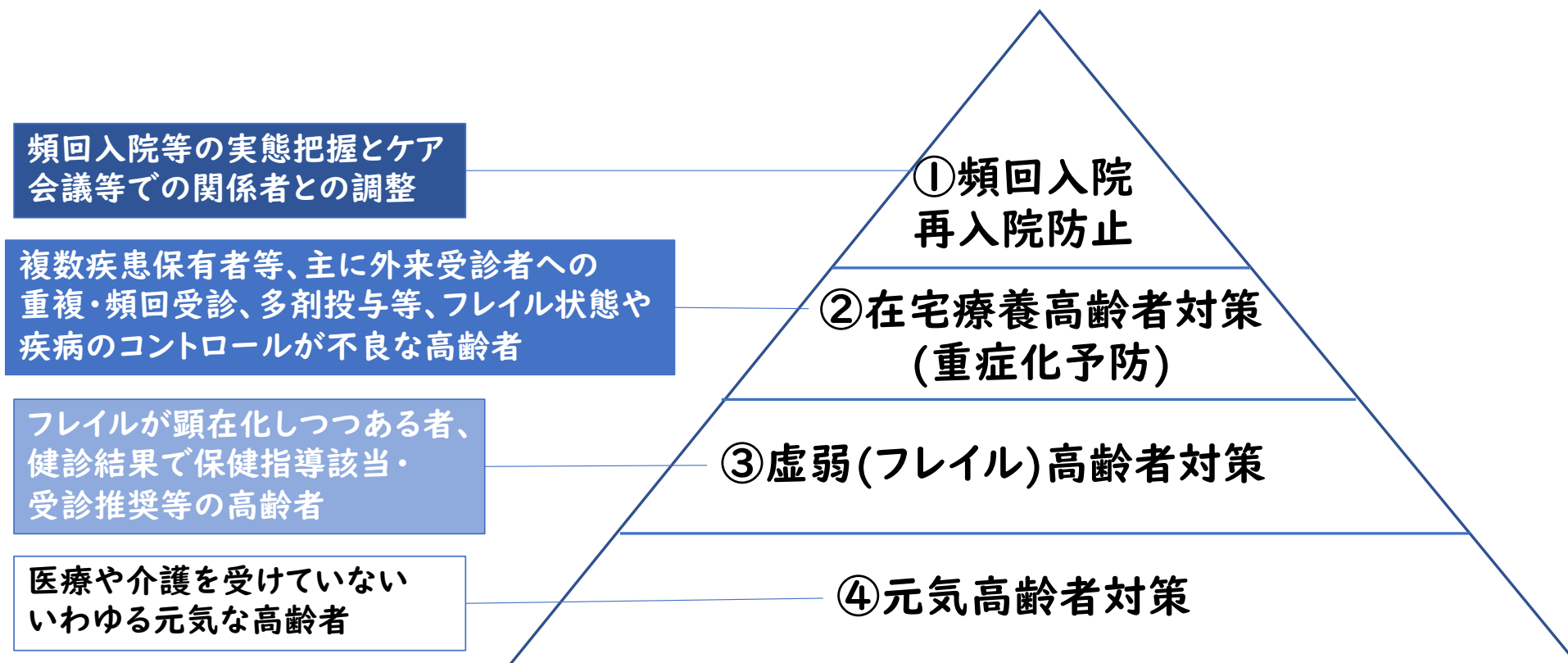


「後期高齢者の質問票」
フレイル等の高齢者の特性を把握するため
の新たな質問票を策定（令和元年）

厚生労働省保険局高齢者医療課
高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン 第2版
[000557575.pdf \(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/shingi2_000557575.pdf)

類型名	No	質問文	回答
健康状態	1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
心の健康状態	2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
口腔機能	4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか ※さきいか、たくあんなど	①はい ②いいえ
	5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい ②いいえ
体重変化	6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ
運動・転倒	7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい ②いいえ
	8	この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ
	9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい ②いいえ
認知機能	10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの 物忘れがあると言われていましたか	①はい ②いいえ
	11	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい ②いいえ
喫煙	12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた
社会参加	13	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ
	14	ふだんから家族や友人との付き合いがありますか	①はい ②いいえ
ソーシャルサポート	15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい ②いいえ

健康指標の分析に基づく後期高齢者における健康支援のあり方



高齢者の保健事業の目標設定の考え方

在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加（入院率・入外比、疾病別医療費、要介護度）

フレイル(虚弱)の進行の防止

生活習慣病等の重症化予防

高齢による心身機能の低下防止
(老年症候群)

健康状態に課題がある
高齢者の減少

慢性疾患の
コントロール

服薬状況

低栄養

相互に影響

心身機能が低下した
高齢者の減少

口腔機能

認知機能

運動機能

※国保・ヘルス
事業との連携

高齢者の健康状態・フレイルの状態、生活状況等の包括的な把握

※介護予防
との連携

適正受診・服薬

- ・かかりつけ医
- ・受診中断の早期対処
- ・重複・残薬指導

禁煙・適正飲酒

- ・禁煙
- ・過量飲酒の減少

栄養・食生活

- ・たんぱく質摂取
- ・塩分・水分調整
- ・体重管理・指導

口腔機能

- ・摂食・嚥下体操
- ・義歯の補正・指導

運動・リハビリ

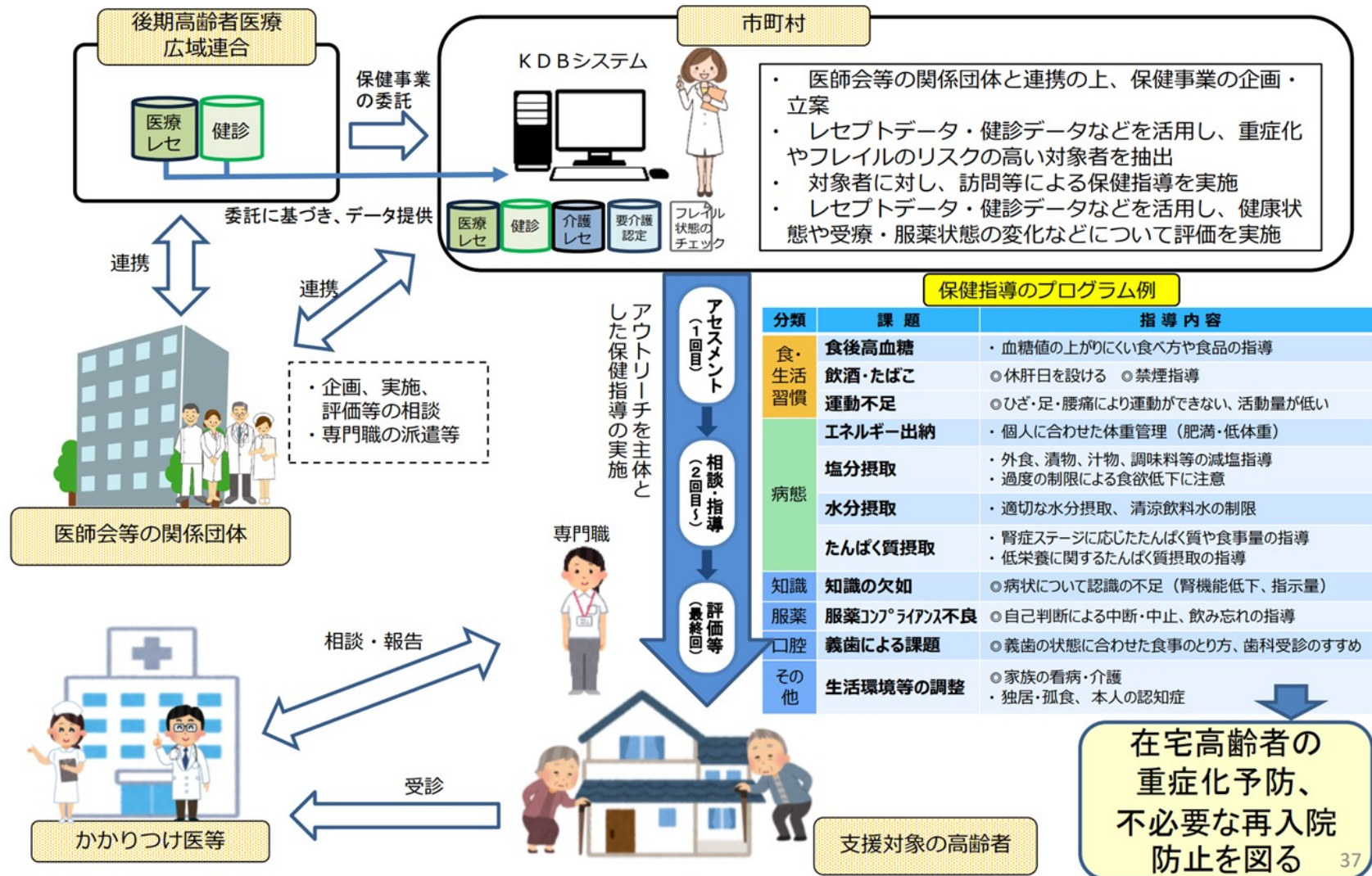
- ・転倒・骨折防止の
ための運動器等の
指導
- ・リハビリの継続

外出・社会参加

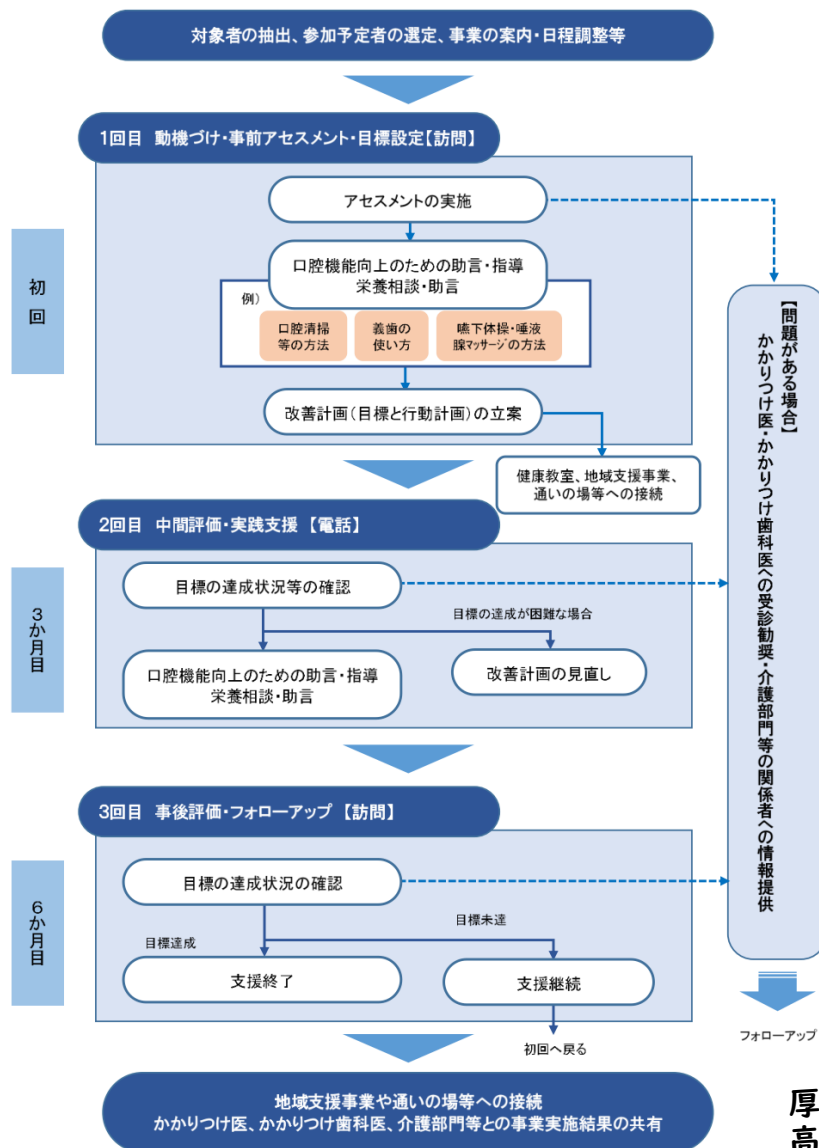
- ・買い物、散歩
- ・地域活動・ボランティア
等の支援

虚弱(フレイル)高齢者や在宅療養高齢者等への健康支援

(参考) 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進事業（「個別アプローチ」のイメージ）



口腔に関するプログラム例



【概要】

事業目的: 歯科衛生士等が支援することにより、口腔機能低下防止とともに低栄養防止を図る。

対象者: 口腔機能の低下(またはその恐れ)がある高齢者

抽出基準: 口腔機能・食機能の低下の恐れがある(質問票No.4,5)もしくは歯科健診で「問題あり」と判定された者

実施体制: 歯科衛生士・保健師等による3～6か月を1クールとする居宅訪問(2回)・電話による支援(1回)

【実施体制】

歯科衛生士や保健師等、医療専門職による電話もしくは訪問によるアウトリーチ支援を行う。口腔機能の低下は栄養状態の悪化にもつながることから、口腔に関する支援にとどまらず、管理栄養士等との連携の上、栄養に関する支援を行うことも想定される。また、高齢者本人による取組だけでなく、専門的ケアの提供も必要となる場合があることから、地域の歯科医師会・歯科衛生士会や(かかりつけ)歯科医との連携も重要である。さらに、口腔内の状況は服薬状況とも関係するため、かかりつけ医との連携も必要である。

【実施内容】

(1) 動機付け・事前アセスメント・目標設定

初回訪問時は、改善計画の立案のために必要な「口腔機能に関する課題」を見つけ出すために、その具体的な状況・背景を確認する。歯科健診を受診している場合はその内容を参照しつつ、下表に示すような項目についてアセスメントを行う。

(例) 項目: 口腔内の状況・咀嚼嚥下機能・体重変化・食習慣 等
データソース: 歯科健診結果・後期高齢者の質問票・目視 等

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。

(例) 歯や口が痛くて食べられない・歯の欠損や義歯に問題がある場合
⇒ 歯科医院の受診勧奨

具体的な助言に加えて、栄養状態の改善に向けて、課題解決に向けた改善計画(目標と行動計画)を対象者とともに立案する。

(例) 毎食後歯磨きをする

(2) 中間評価・実践支援

中間評価では、設定した目標の達成状況や口腔・嚥下の状態等を確認する。目標の達成が困難と想定される場合や、継続的な実施が難しいと考えられる場合には、改善計画の見直し(目標の再設定、行動計画の見直し)を行う。

(3) 事後評価・フォローアップ

事後評価では、設定した目標が達成されているかどうかを確認する。目標が達成されている場合は支援終了とし、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業で引き続き支援を継続するか、他のサービスへ接続する。

厚生労働省保険局高齢者医療課

高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン 第2版

000557575.pdf (mhlw.go.jp)

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例⑤

【広域連合・県の事例】

- 市町村における一体的実施の取組を推進するため、各都道府県の課題や地域の特性に応じた支援体制が構築されている。

東京都後期高齢者医療広域連合

(R4.4.1 被保険者数：1,615,173人 高齢化率：23.4%)

市町村の規模別特性を踏まえた一体的実施の横展開

■ 東京広域の一体的実施の進捗状況

- 管内に62市区町村（特別区23、市26、町5、村8）あり、多様な地域の特性がある（うち島しょ部は2町7村）。
- 令和4年5月時点で23市区町村（37.1%）が受託済である一方、15市区町村（24.2%）は実施予定がない状況である。全国を取組割合と比較して実施市町村割合が低い。

■ 市区町村規模別の事例収集・横展開

- 広域連合が主催で市区町村担当者を対象とした「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る説明会」では、未実施の市区町村の実施促進のため、「特別区」「市」「町村」それぞれの事例発表を行い、地域の特性に合わせた実施に至るまでの準備や、実施体制の工夫等を共有した。
- 説明会では、事前に「他市区町村に相談したい課題」を収集し、課題毎のグループディスカッションも実施した。



神津島村の事例

（村直営診療所を活用し、健診時に理学療法士による歩行測定を実施）

宮城県保健福祉部長寿社会政策課

(R3.3.31後期高齢者人口：318,701人 高齢化率：28.4%)

宮城県フレイル対策市町村サポート事業

■ 事業の経緯

- 宮城県の管内市町村では、一体的実施を含むフレイル対策において、地域支援を担当する医療専門職の人材確保及び人材育成に苦慮していた。そこで、宮城県が中心となり、市町村で地域を担当する医療専門職の人材育成に取り組むこととした。

■ 取組の概要

- 市町村の事業をサポートするため、職能団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会）及び関係団体（後期高齢者医療広域連合、国保連合会、大学等）と連携・協働して、各医療専門職による「みやぎ健康支援アドバイザー」を養成し、市町村を対象に知識と技術の向上を目指した研修会の開催や、「みやぎ健康支援アドバイザー」のチーム派遣による地域の実情に応じたサポートを行っている。
- 事業の事務局は「宮城県栄養士会」に委託して実施している。



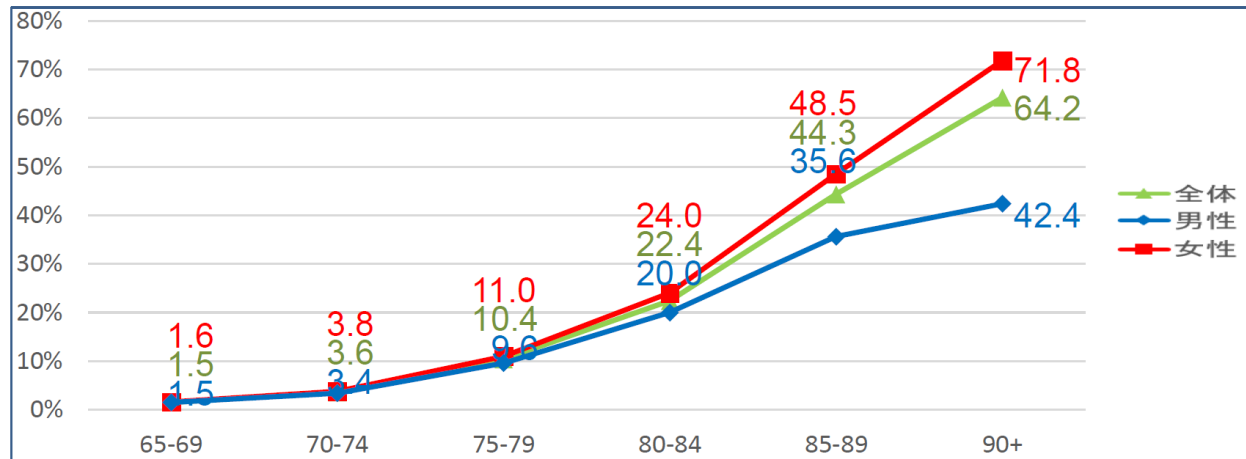
みやぎ健康支援アドバイザー



チーム派遣の様子

認知症施策関連

年齢階級別の認知症有病率について（一万人コホート年齢階級別の認知症有病率）



日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
 悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果（解析対象 5,073人）
 研究代表者 二宮利治（九州大学大学院）提供のデータより作図

認知症の人の将来推計について

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計（※） 人数/(率)	15.0%	525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授）による速報値

（※）久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病（糖尿病）の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。

本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

2022.12.20 社会保障審議会介護保険部会意見参考資料

認知症施策推進大綱(概要)(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定)



【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」※を車の両輪として施策を推進

※1 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味

※2 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進捗を緩やかにする」という意味

コンセプト

- 認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、**多くの人にとって身近なものとなっている。**
- 生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、**住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。**
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、**予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。**また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。



具体的な施策の5つの柱

① 普及啓発・本人発信支援

- ・企業・職場での認知症サポーター養成の推進
- ・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開 等

② 予防

- ・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
- ・エビデンスの収集・普及 等

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- ・早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
- ・家族教室や家族同士のピア活動等の推進 等

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

- ・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
- ・企業認証・表彰の仕組みの検討
- ・社会参加活動等の推進 等

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

- ・薬剤治験に即応できるコホートの構築 等

認知症の人や家族の視点を重視

WHO 認知症予防ガイドライン

WHOの認知症に対する行動計画(“Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025”)における取組の一つ。
国際的な認知症専門家のグループによって作成、2019年5月発表。

ランセットレポート*1と米国科学工学医学アカデミー認知症予防レポート*2を下敷きとして課題を設定、系統的文献レビューを実施。

*1. Dementia Prevention, Intervention and Care, Livingston et al., Lancet 2017 *2. Preventing Cognitive Decline and Dementia: A Way Forward, 2017

文献の評価、ガイドラインの作成にあたってはエビデンスの質評価だけでなく、介入による利益と害、必要な資源、実現可能性や公平性、関係者による受容なども考慮するGRADEと呼ばれる手法を用いている。結果はエビデンスの質と推奨度で表される。

エビデンスの質：非常に (conditional)*低い (very low) , 低 (low), 中 (moderate), 高 (high)

推奨度：強い (strong), 条件付き (conditional) *「強い」は介入により利益が害や負担を上回る確信が強い。「条件付き」は利益と害や負担のバランスに関し確信が持てない

介入	内容	対象者	エビデンスの質	推奨度
運動	運動	健常	中	強く推奨
	運動	軽度認知障害	低	条件付き推奨
禁煙	禁煙	喫煙者	低	強く推奨
栄養	地中海食	健常、軽度認知障害	中	条件付き推奨
	健康的でバランスのとれた食事	すべての成人	低～高	条件付き推奨
	Vit B, E, 多価不飽和脂肪酸 (EPA, DHA等)、多成分サプリ		中	強く推奨しない
飲酒	危険飲酒行動の減少、中断	健常、軽度認知障害	中(観察研究)	条件付き推奨
認知機能トレーニング		健常、軽度認知障害	非常に低い～低	条件付き推奨
社会参加	認知症予防目的の社会参加のエビデンスは不十分だが、社会参加や社会的支援は健康と強く関連しており、生涯を通して社会的包摂を推進するべき			
減量		中年期肥満	低～中	条件付き推奨
高血圧	WHOガイドラインに沿った降圧	高血圧患者	低～高	強く推奨
	認知症予防のための降圧	高血圧患者	認知症では非常に低い	条件付き推奨
糖尿病	WHOガイドラインに沿った糖尿病治療	糖尿病患者	非常に低い～中	強く推奨
	認知症予防のための糖尿病治療	糖尿病患者	非常に低い	条件付き推奨
高脂血症	中年期高脂血症の治療		低	条件付き推奨
うつ	認知症予防目的の抗うつ薬のエビデンスは不十分だが、うつ患者にはWHOガイドラインに沿って抗うつ薬や心理療法を実施するべき			
難聴	認知症予防のための補聴器へエビデンス不十分だが、高齢者にはWHOガイドラインに沿った難聴スクリーニング、介入を行うべき			

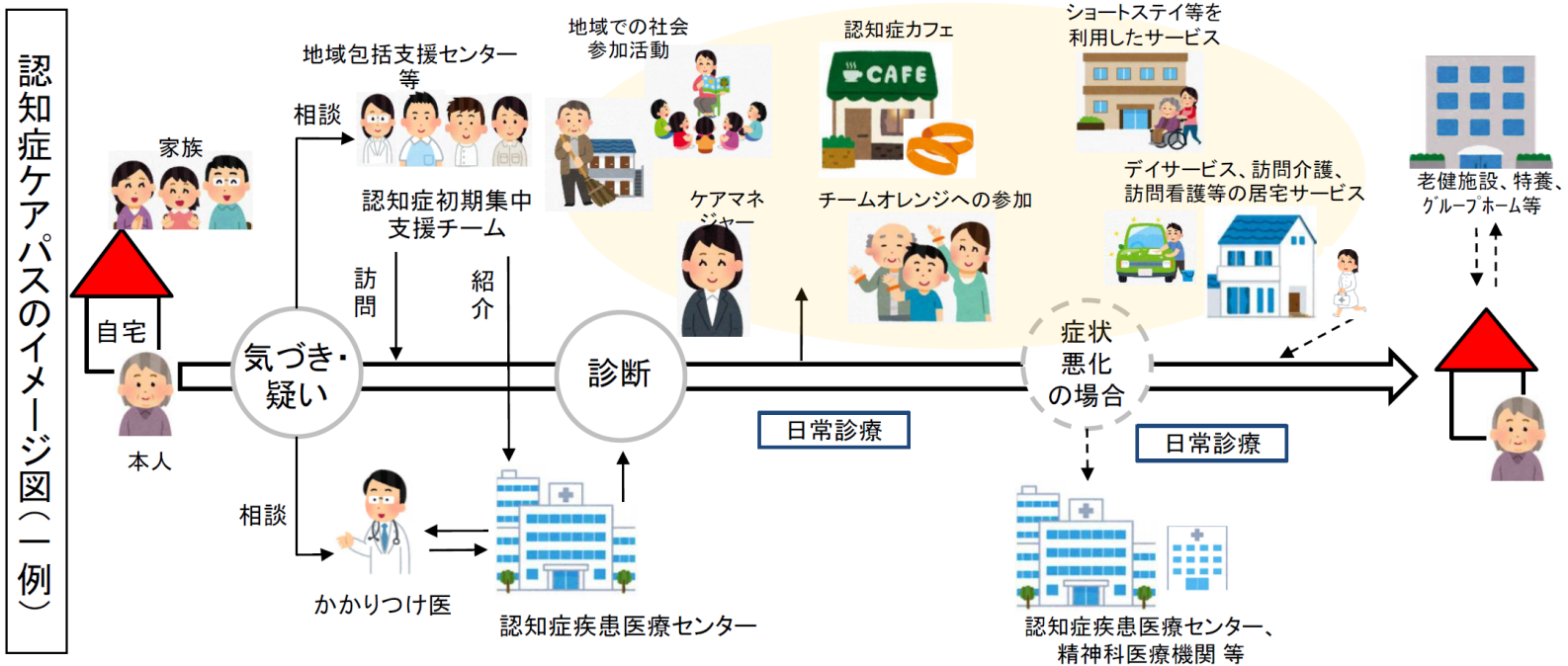
認知症ケアパス

- 認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの。
 - 市町村が地域の実情に合わせて作成し、住民や関係機関に広く周知することとしている。
- ※ 令和2年度実績：1,542市町村（実施率88.6%）

～認知症施策推進大綱（抜粋）～

・地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する総合相談窓口である地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターを含めた認知症に関する相談体制を地域ごとに整備し、ホームページ等を活用した窓口へのアクセス手段についても総合的に整備する。また、その際に「認知症ケアパス」を積極的に活用し、認知症に関する基礎的な情報とともに、具体的な相談先や受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする。

【KPI／目標】 市町村における「認知症ケアパス」作成率100%



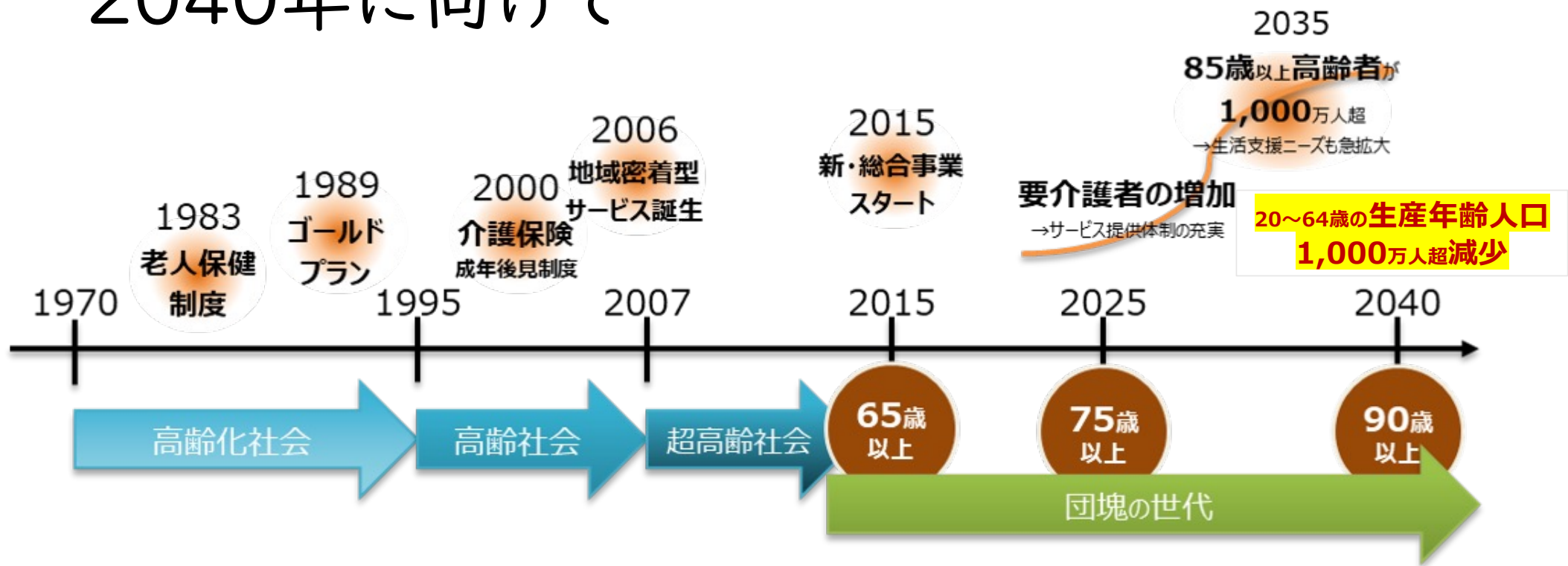
認知症の方やその家族に対応する各機関等の役割と実績等

	機能	箇所数／職員数／実績等
認知症初期 集中支援 チーム	○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及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活のサポートを行う。 ○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としている。 ○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・診療所等に配置される。	○実施市町村数:1,741市町村(全市町村) 設置チーム数:2,519チーム チーム員総数:14,951人 (令和3年度末) ○実績(令和3年度末) ・訪問実人数:16,405件 ・医療サービスにつながった者:84.6% ・介護サービスにつながった者:66.1%
認知症サポート 医	○認知症サポート医は、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医等への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる。 ○かかりつけ医等の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、他の認知症サポート医との連携体制の構築、各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力、都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医等を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師等を担う。 ○認知症サポート医の養成研修の実施主体は都道府県及び指定都市であり、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター(愛知県大府市)に委託して実施するものとしている。	○1.2万人(令和3年度末)
認知症疾患 医療センター	○認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る(H20年度創設)。 ○専門的医療機能として、鑑別診断とそれに基づく初期対応、認知症の行動・心理症状と身体合併症への急性期対応、患者家族への電話・面談等の専門医療相談を実施。 ○地域連携拠点機能として、認知症に関する情報発信・普及啓発、認知症医療に関する連携体制強化、認知症者の家族や地域住民等を対象とした研修等を実施。 ○診断後等支援機能として、本人や家族に対し、今後の生活等に関する不安が軽減されるよう、専門的職員による相談支援や、ピア活動、交流会等を実施。	○全国に499カ所(令和4年10月現在)。 ○専門医等を1名以上配置。 ・基幹型・地域型では、臨床心理技術者1名以上、精神保健福祉士又は保健師等を2名以上配置、 ・連携型では、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を1名以上配置。 ○相談実績:延べ216,156件(令和2年度)

	機能	箇所数／職員数／実績等
地域包括支援センター	○市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、<u>住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援</u>(介護保険法第115条の46第1項) ○住民の各種相談を幅広く受け付けて、制度横断的な支援を行う①「総合相談支援業務」のほか、②権利擁護業務、③介護予防ケアマネジメント業務、④地域ケア会議等の包括的・継続的ケアマネジメント業務を実施。	○全国で5,351か所(ランチ等を含め7,386か所)。平均職員数は7.35人 ○第一号被保険者数3000～5999人ごとに常勤職員、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員(または準じる者)を1名ずつ配置(介護保険法施行規則第140条の66) ○地域包括支援センター運営費(地域支援事業・包括的支援事業:平成26年度の上限×65歳以上高齢者の伸び率)
認知症地域支援推進員	○市町村に配置し、地域の支援機関間の連携づくりや、認知症ケアパス・認知症カフェ・社会参加活動などの地域支援体制づくり、<u>認知症の人やその家族を支援する相談業務等</u>を実施。	○全国で8,078人(令和4年4月) ※配置先は、地域包括支援センター77.6%、市町村12.7%、認知症疾患医療センター0.2%、その他(社協など)9.5% ○認知症の医療や介護の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、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士などを1名以上配置。
認知症カフェ	○認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、<u>お互いを理解し合う場</u>である認知症カフェを活用した取組を推進。 ○設置主体は、介護サービス施設・事業者、地域包括支援センターなど、地域の実情に応じた方法により普及。 ○認知症の人にとっては、<u>自ら活動し、楽しめる場所、家族にとってはわかり合える人と出会う場所</u>	○47都道府県1,539市町村(88.4%)にて、7,886カフェが運営(令和3年度末) ※設置主体は、<u>介護サービス施設・事業者2,128箇所(27%)、地域包括支援センター1,900箇所(24%)など</u> ○平均参加者数17.6人/回(うち認知症の人4.4人、家族3.5人、地域住民8.8人、専門職3.9人)。
ピアサポート	○今後の生活の見通しなどに不安を抱えている認知症の人に対し、精神的な負担の軽減と認知症当事者の社会参加の促進を図るため、<u>認知症当事者による相談支援(ピアサポート)</u>を実施。 ○実施主体は都道府県、指定都市。 ※市町村が配置する認知症地域支援推進員が中心となって市町村単位でピアサポート活動を実施することも可能。	○15都県、8指定都市(令和3年度末) ※市町村(指定都市以外):78市町村

介護予防が重要視される背景

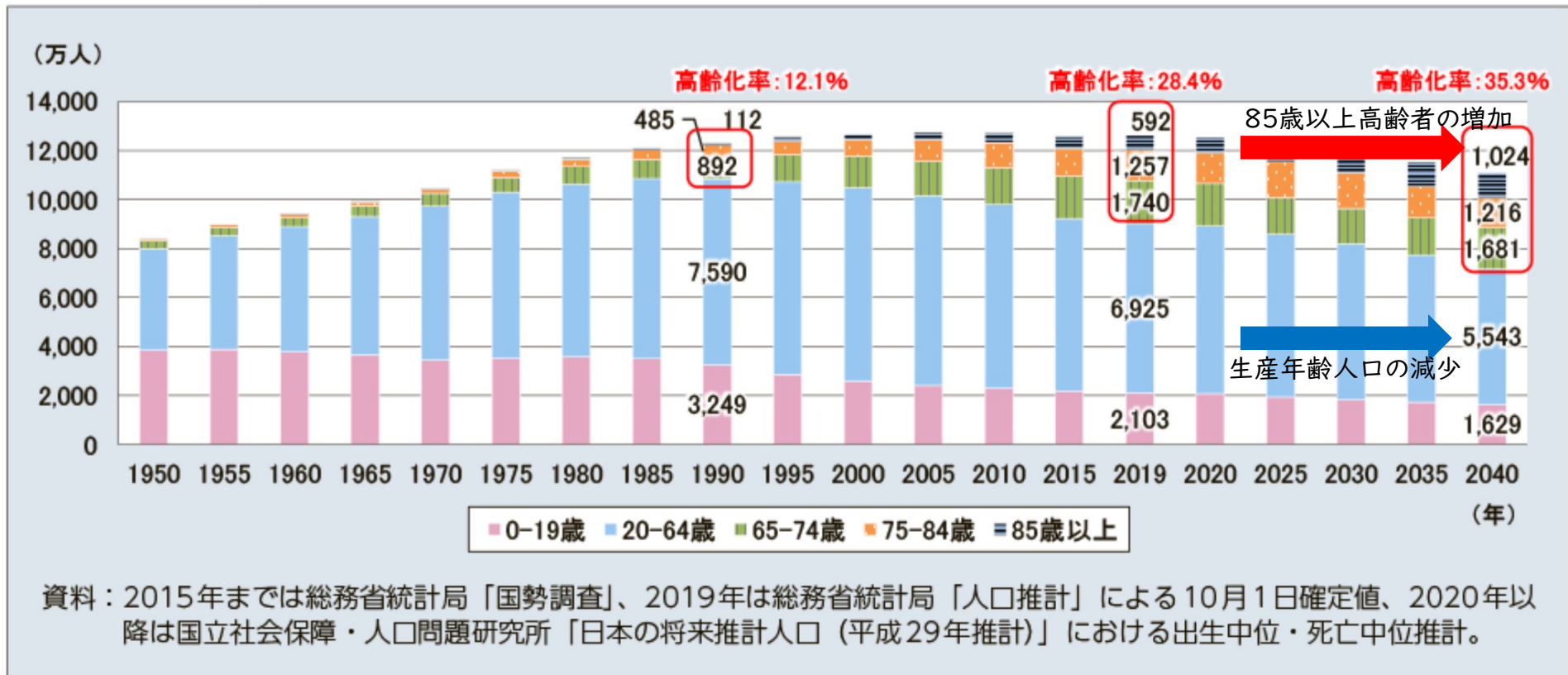
2040年に向けて



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「＜地域包括ケア研究会＞ 2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム-「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会」、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究事業（平成30年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業）

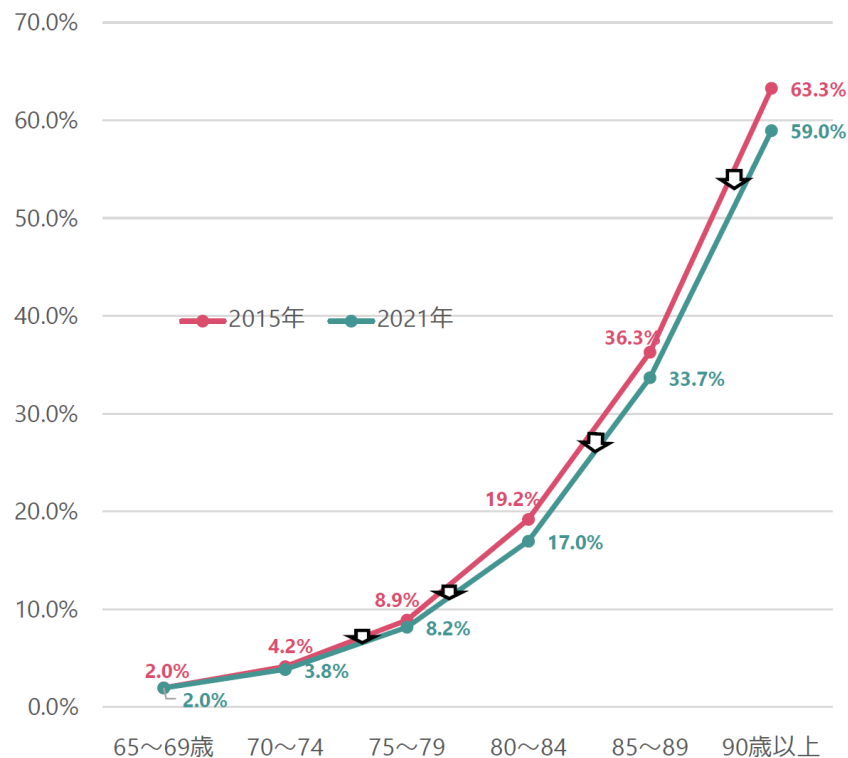
三菱UFJリサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞ 2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム」（地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究）、平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2019年

2040年までの人口の長期推移



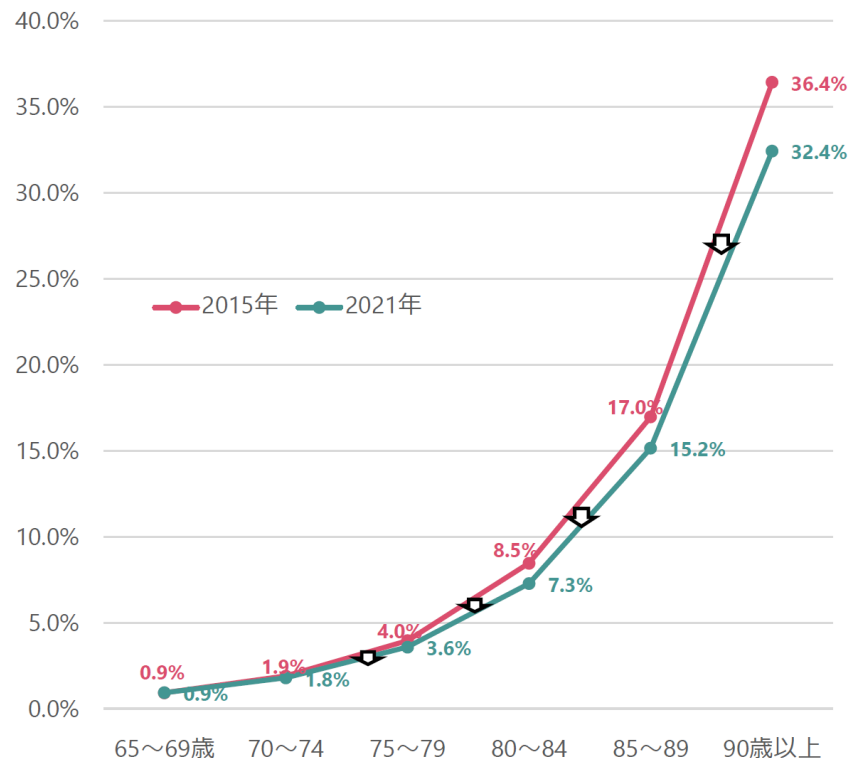
(参考)第1号被保険者の年齢階級別認定率(人口に対する認定者数の割合)の変化 (介護保険事業状況報告月報及び人口推計から作成)

認定率（要介護 1～5）



	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上
①2015年	2.0%	4.2%	8.9%	19.2%	36.3%	63.3%
②2021年	2.0%	3.8%	8.2%	17.0%	33.7%	59.0%
②-①	0.0%	-0.3%	-0.7%	-2.2%	-2.6%	-4.3%

認定率（要介護 3～5）

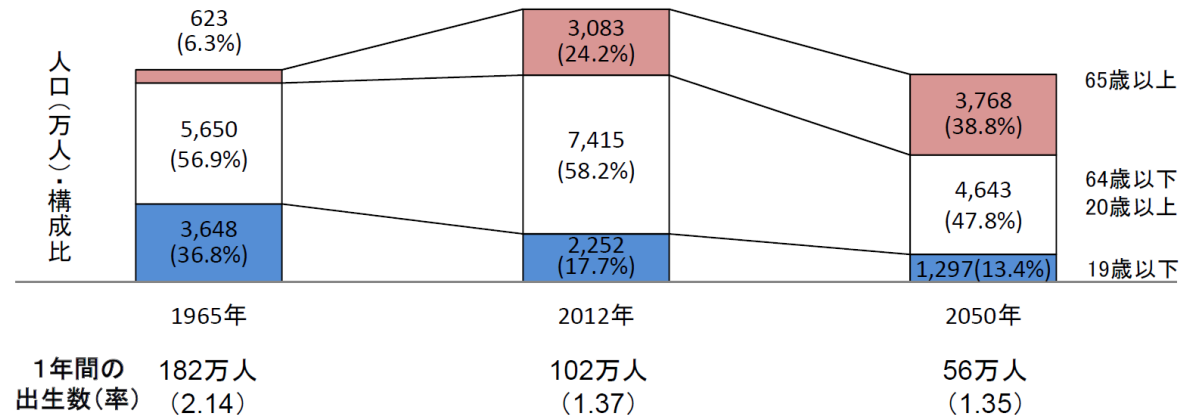
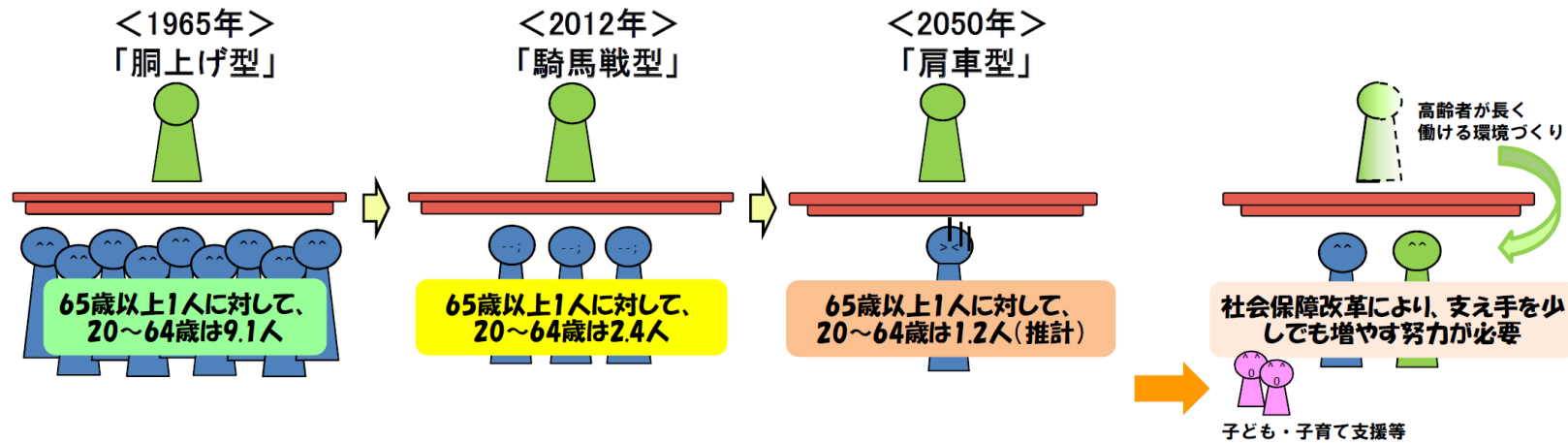


	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上
①2015年	0.9%	1.9%	4.0%	8.5%	17.0%	36.4%
②2021年	0.9%	1.8%	3.6%	7.3%	15.2%	32.4%
②-①	0.0%	-0.1%	-0.4%	-1.2%	-1.8%	-4.0%

※ 各年の9月末日時点の認定者数（介護保険事業状況報告月報より）及び10月1日時点の人口（人口推計より）から作成

「肩車型」社会へ

今後、急速に高齢化が進み、やがて、「1人の若者が1人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れることが予想されています。

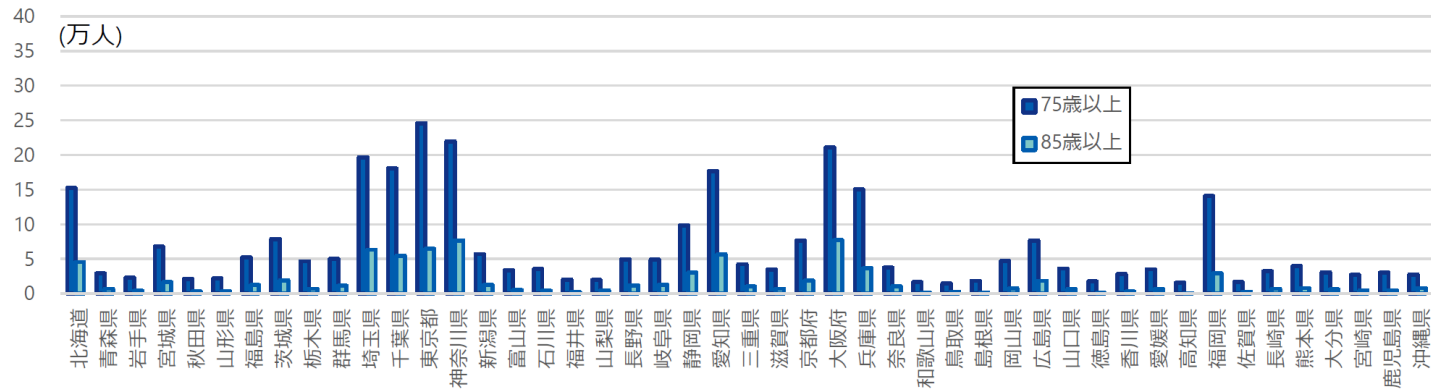


(出所)総務省「国勢調査」、社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」「(出生中位・死亡中位)、厚生労働省「人口動態統計」

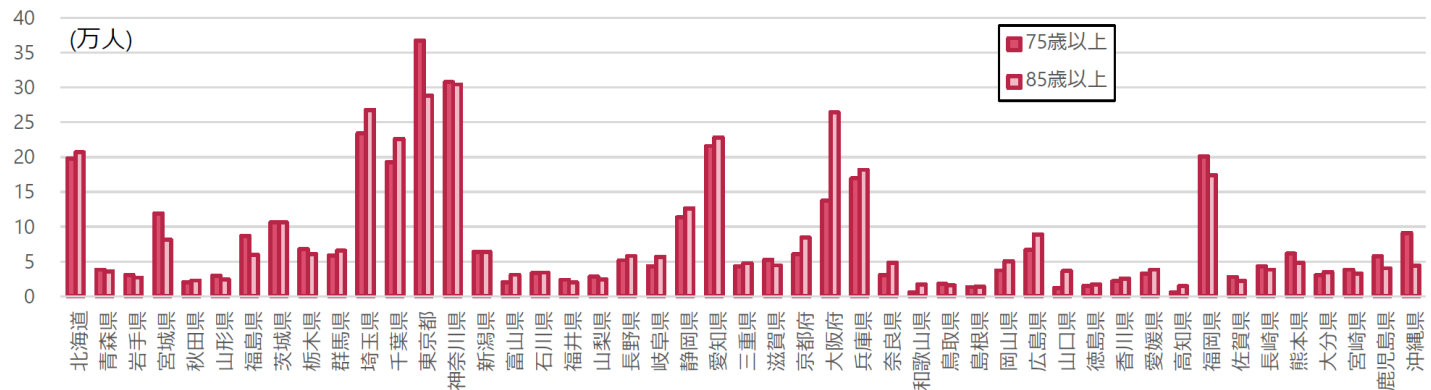
都道府県別の高齢化の状況（高齢者の増加数）

○75歳以上人口の増加は東京、愛知、大阪圏において特に大きく、各地方の中心地域においても大きい。
○2021年から、2025年の増加数と2040年の増加数を比較すると、2040年の増加数が大きい。
○2021年から2040年の増加数については、85歳以上人口の伸びが大きい。

2021年から2025年の増加数



2021年から2040年の増加数



第8期計画期間における 各都道府県第1号被保険者平均保険料基準額（令和3～5年度）

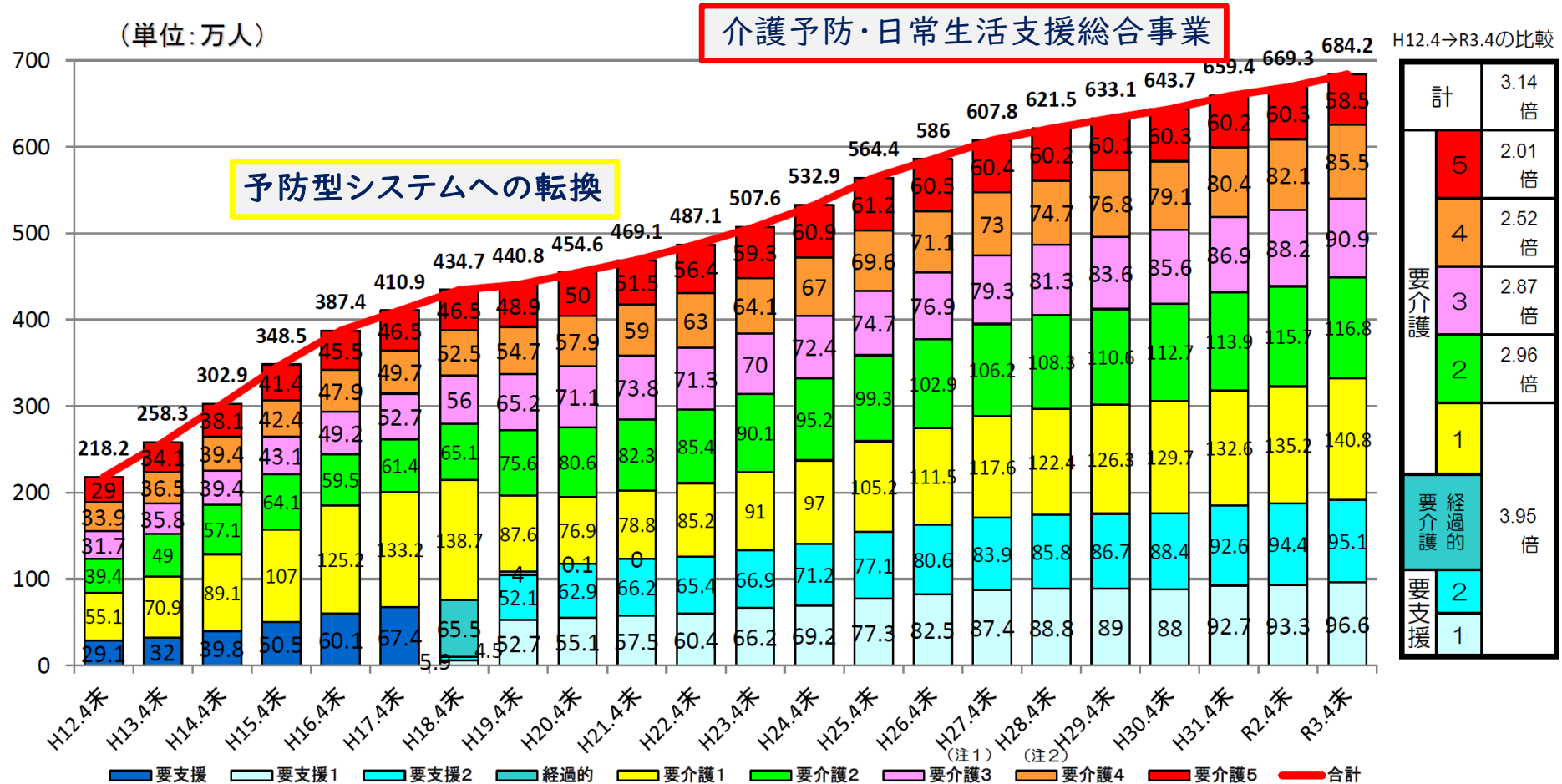
	第7期保険料 基準額（月額） （前回公表数値） （円）	第8期保険料 基準額（月額） （円）	保険料基準額 の伸び率 （％）
全国 1,571保険者	5,869	6,014	2.5%
北海道	5,617	5,693	1.4%
青森県	6,588	6,672	1.3%
岩手県	5,955	6,033	1.3%
宮城県	5,799	5,939	2.4%
秋田県	6,398	6,487	1.4%
山形県	6,022	6,110	1.5%
福島県	6,061	6,108	0.8%
茨城県	5,339	5,485	2.7%
栃木県	5,496	5,656	2.9%
群馬県	6,078	6,136	1.0%
埼玉県	5,058	5,481	8.4%
千葉県	5,265	5,385	2.3%
東京都	5,911	6,080	2.9%
神奈川県	5,737	6,028	5.1%
新潟県	6,178	6,302	2.0%
富山県	6,028	6,301	4.5%
石川県	6,330	6,349	0.3%
福井県	6,074	6,242	2.8%
山梨県	5,839	5,783	-1.0%
長野県	5,596	5,623	0.5%
岐阜県	5,766	5,931	2.9%
静岡県	5,406	5,681	5.1%
愛知県	5,526	5,732	3.7%

	第7期保険料 基準額（月額） （前回公表数値） （円）	第8期保険料 基準額（月額） （円）	保険料基準額 の伸び率 （％）
三重県	6,104	6,174	1.1%
滋賀県	5,973	6,127	2.6%
京都府	6,129	6,328	3.2%
大阪府	6,636	6,826	2.9%
兵庫県	5,895	6,001	1.8%
奈良県	5,670	5,851	3.2%
和歌山県	6,538	6,541	0.0%
鳥取県	6,433	6,355	-1.2%
島根県	6,324	6,379	0.9%
岡山県	6,064	6,271	3.4%
広島県	5,961	5,985	0.4%
山口県	5,502	5,446	-1.0%
徳島県	6,285	6,477	3.1%
香川県	6,164	6,204	0.6%
愛媛県	6,365	6,409	0.7%
高知県	5,691	5,814	2.2%
福岡県	5,996	6,078	1.4%
佐賀県	5,961	5,984	0.4%
長崎県	6,258	6,254	-0.1%
熊本県	6,374	6,240	-2.1%
大分県	5,790	5,956	2.9%
宮崎県	5,788	5,955	2.9%
鹿児島県	6,138	6,286	2.4%
沖縄県	6,854	6,826	-0.4%

※端数処理等の関係で、各自治体の公表している額と一致しない場合がある。

2022.12.20社会保障審議会介護保険部会意見参考資料

要介護認定者数の推移



介護予防導入の経緯（平成18年度創設）

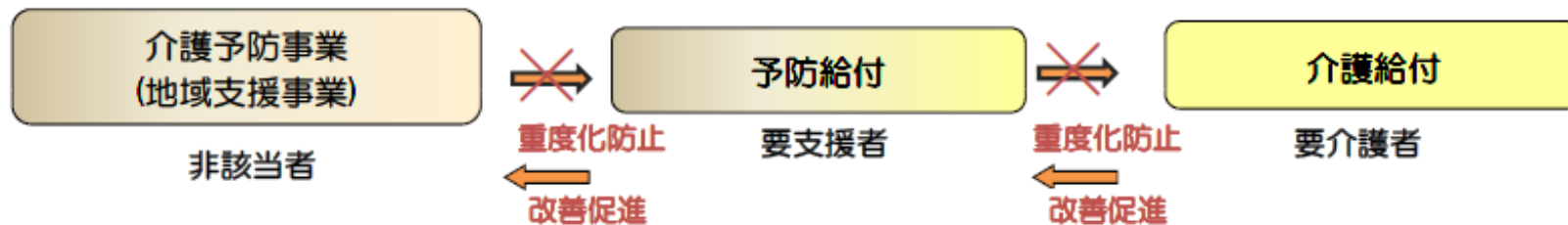
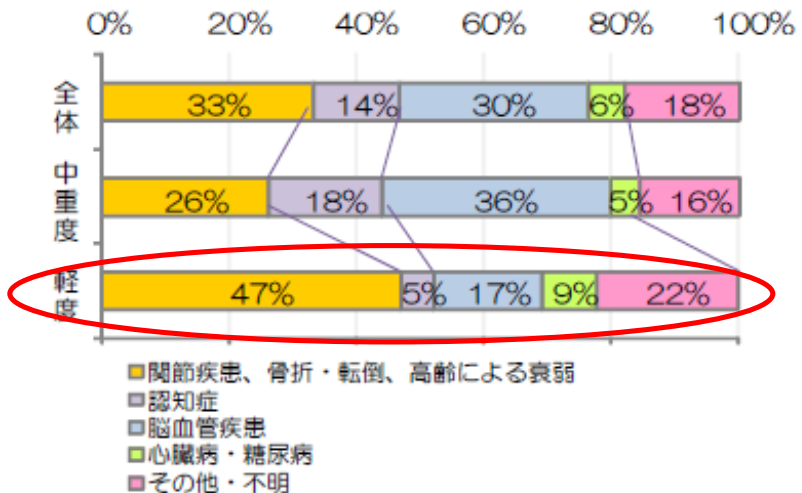
- 軽度の認定者（要支援・要介護1）の大幅な増加。
- 軽度者の原因疾患の約半数は、体を動かさないことによる心身の機能低下。

定期的に体を動かすことなどにより予防が可能！ → **予防重視型システムの確立へ**

要介護度別認定者数の推移



要介護度別の原因疾患



介護予防事業の概要

- 介護予防事業は介護保険法第115条の45の規定により、市町村に実施が義務付けられている。
- 要介護状態等ではない高齢者に対して、心身の機能や生活機能の低下の予防又は悪化の防止のために必要な事業として、各市町村が実施。
- 介護予防事業は介護給付見込み額の2%以内の額で実施（介護保険法施行令第37条の13）
- 平成25年度 国費：124億円 総事業費：496億円（介護保険法第122条の2）

（国1／4、都道府県1／8、市町村1／8、保険料（1号2／10、2号3／10））

一次予防事業（旧：一般高齢者施策）

【対象者】高齢者全般

【事業内容】

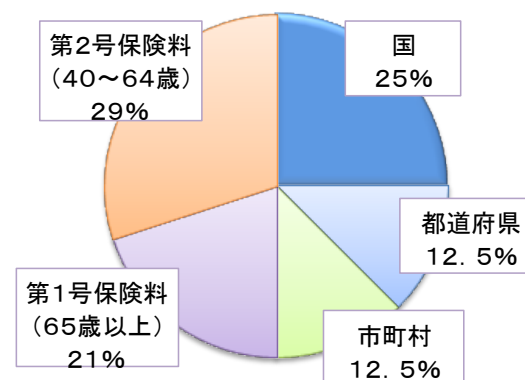
- 介護予防普及啓発事業、講演会、介護予防教室等の開催、啓発資材等の作成、配布等
- 地域介護予防支援事業
ボランティア育成、自主グループ活動支援 等

二次予防事業（旧：特定高齢者施策）

【対象者】要介護状態等となるおそれのある高齢者（生活機能の低下等がみられる高齢者）

【事業内容】

- 通所型介護予防事業
運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム、口腔機能の向上プログラム、複合プログラム 等
- 訪問型介護予防事業
閉じこもり、うつ、認知機能低下への対応、通所が困難な高齢者への対応 等



みえてきた課題

- 要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者の事業参加率は低かた一方, その把握等に多額の費用を要した.
- 参加動機が基本チェックリストへの該当であり, 本人の意思とは関係のないところにあった.
- 終了後に活動性が低下し, 二次予防事業の成果が持続できないケースがあった.

費用対効果の向上
虚弱高齢者を把握する手段の見直し
参加者の意欲向上
トレーニングに偏らないプログラムの立案
終了後の受け皿づくり



介護予防・日常生活支援
総合事業で**実現**

保険者機能強化推進交付金・
介護保険保険者支援交付金

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

平成29年5月26日成立、6月2日公布

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

- ① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

- ② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

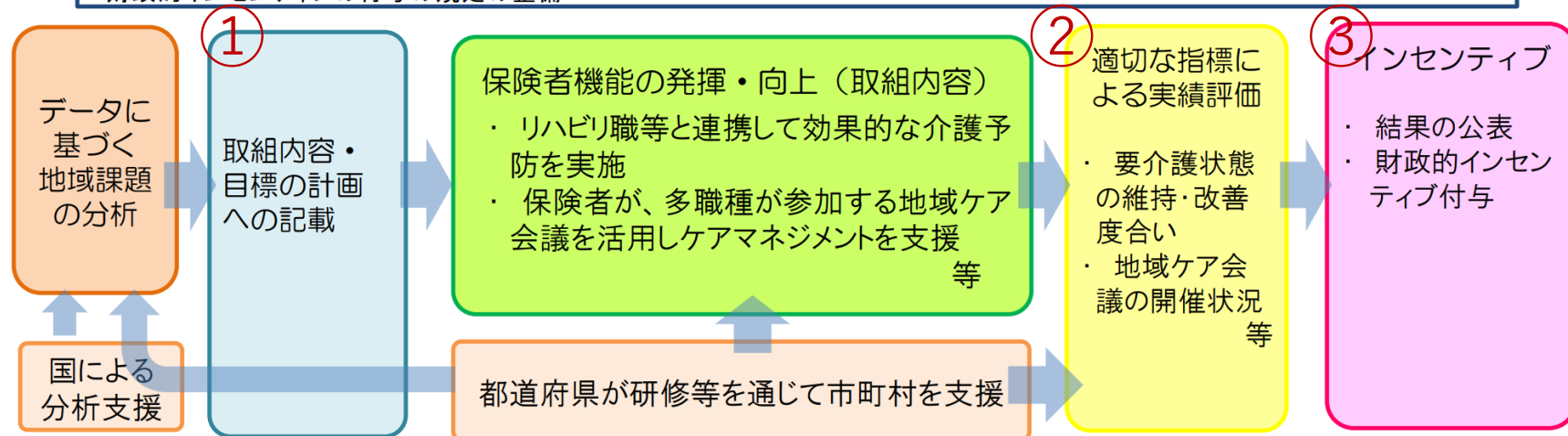
1. 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

- 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。
- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
 - ① データに基づく課題分析と対応（取組内容・目標の介護保険事業（支援）計画への記載）
 - ② 適切な指標による実績評価
 - ③ インセンティブの付与を法律により制度化。

※主な法律事項

- ・介護保険事業（支援）計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ・介護保険事業（支援）計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ・都道府県による市町村支援の規定の整備
- ・介護保険事業（支援）計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ・財政的インセンティブの付与の規定の整備

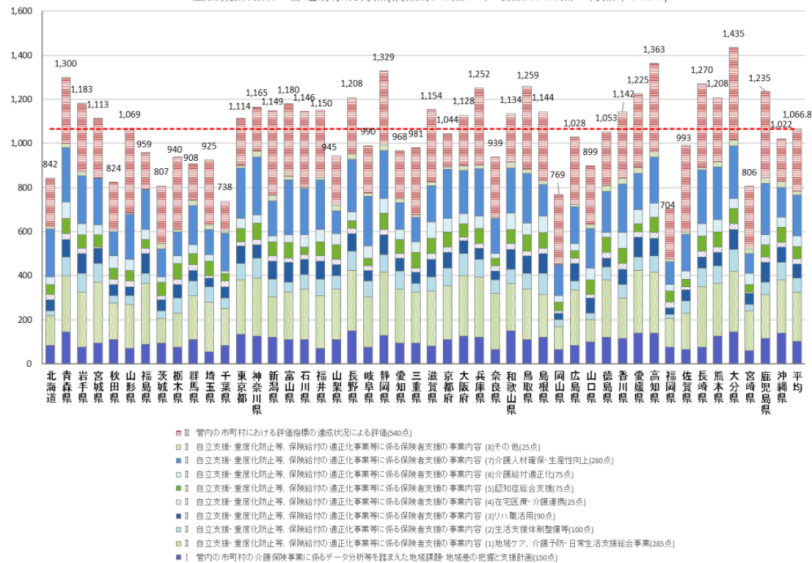


令和4年度 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者支援交付金に係る評価指標による得点状況

【都道府県分】

評価指標	配点	得点率
I 管内の市町村の介護保険事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題・地域差の把握と支援計画	150	69%
II 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容		
(1) 地域ケア会議、介護予防・日常生活支援総合事業に係る支援	285	78%
(2) 生活支援体制整備等に係る支援	100	64%
(3) 自立支援・重度化防止等に向けたリハビリテーション専門職等の活用に係る支援	90	73%
(4) 在宅医療・介護連携に係る支援	25	87%
(5) 認知症総合支援に係る支援	75	77%
(6) 介護給付の適正化に係る支援	75	63%
(7) 介護人材の確保・生産性向上に係る支援	280	66%
(8) その他の自立支援・重度化防止等に向けた各種取組への支援事業	25	66%
III 管内の市町村における評価指標の達成状況による評価	540	53%
合計	1,645	65%

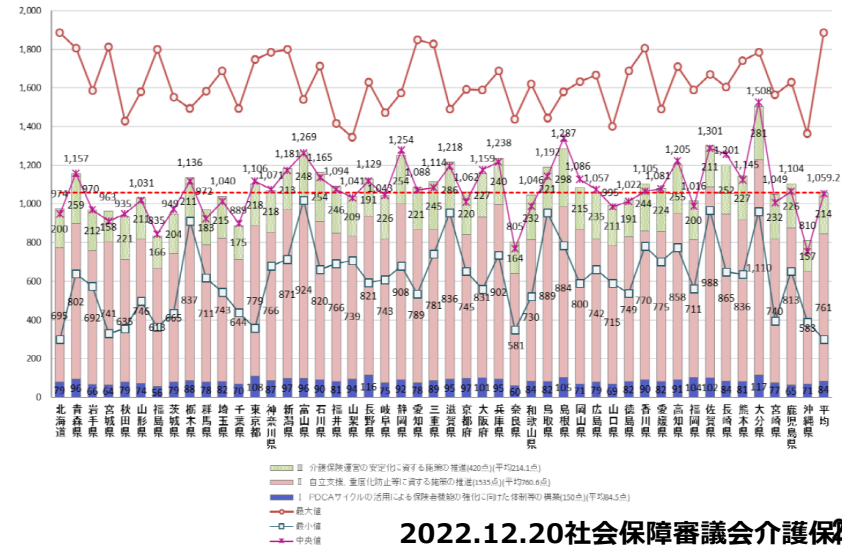
全国集計結果 都道府県別得点(満点1,645点、平均点1066.8点、得点率64.9%)



【市町村分】

評価指標	配点	得点率
I PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築	150	56%
II 自立支援・重度化防止等に資する施策の推進		
(1) 介護支援専門員・介護サービス事業所等	100	51%
(2) 地域包括支援センター・地域ケア会議	165	54%
(3) 在宅医療・介護連携	120	68%
(4) 認知症総合支援	140	60%
(5) 介護予防／日常生活支援	560	41%
(6) 生活支援体制の整備	90	57%
(7) 要介護状態の維持・改善の状況等	360	48%
III 介護保険運営の安定化に資する施策の推進		
(1) 介護給付の適正化	260	60%
(2) 介護人材の確保	160	37%
合計	2,105	50%

全国集計結果 都道府県別市町村得点(満点2,105点、平均点1,059.2点、得点率50.3%)



地域リハビリテーションの理念

地域リハビリテーションとは

障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてを言う。

1. リハビリテーションサービスの整備と充実

- ① 介護予防、障害の発生・進行予防の推進
- ② 急性期・回復期・生活期リハビリテーションの質の向上と切れ目のない体制整備
- ③ ライフステージにそった適切な総合的リハビリテーションサービスの提供

2. 連携活動の強化とネットワークの構築

- ① 医療介護・施設間連携の強化
- ② 多職種協働体制の強化
- ③ 発症からの時期やライフステージにそった多領域を含むネットワークの構築

3. リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援

- ① 市民や関係者へのリハビリテーションに関する啓発活動の推進
- ② 介護予防にかかわる諸活動を通した支えあいづくりの強化
- ③ 地域住民も含めた地域ぐるみの支援体制づくりの推進

日本リハビリテーション病院・施設協会, 2016改定

活動指針

地域リハビリテーションは、障害のある全ての人々や高齢者にリハビリテーションが適切に提供され、インクルーシブ社会を創生することを目標とする。この目的を達成するため、当面、以下のことが活動の指針となる。

- 障害の発生は予防することが大切であり、リハビリテーション関係機関や専門職は、介護予防にかかわる諸活動（地域リハビリテーション活動支援事業等）に積極的にかかわっていくことが求められる。
- また、災害等による避難生活で生じる生活機能の低下にもリハビリテーションが活用されるべきである。
- あらゆるライフステージに対応してリハビリテーションサービスが総合的かつ継続的に提供できる支援システムを地域に作っていくことが求められる。
- ことに医療においては、廃用症候の予防および生活機能改善のため、疾病や障害が発生した当初よりリハビリテーションサービスが提供されることが重要であり、そのサービスは急性期から回復期、生活期へと遅滞なく効率的に継続される必要がある。
- さらに、機能や活動能力の改善が困難な人々に対しても、できうる限り社会参加を促し、また生あるかぎり人間らしく過ごせるよう支援がなされなければならない。
- 加えて、一般の人々や活動に加わる人が障害を負うことや年をとることを家族や自分自身の問題としてとらえるよう啓発されることが必要である。
- 今後は、専門的サービスのみでなく、認知症カフェ活動・認知症サポーター・ボランティア活動等への支援や育成も行い、地域住民による支えあい活動も含めた生活圏域ごとの総合的な支援体制ができるよう働きかけていくべきである。

講義3 まとめ

- 保健と予防の一体的実施が6割の市町村で始まり、令和6年には9割を超える見通しの中、通いの場において健康増進を目指した課題の発見、解決による生活機能の向上を目指す。
- 認知症高齢者は2025年以降も増え続け、引き続き施策を推進する。予防と共生を両輪とする中で、WHO認知症予防ガイドラインには社会参加や難聴への対応が盛り込まれている。
- 2040年に向けて介護予防はますます重要性を増す中で、これまでの反省を踏まえ、費用対効果や参加意欲を高め、効果を継続する取組を行う。
- 市町村事業を行う保険者機能の強化には交付金を設けられており、効果的な取り組みを評価する仕組みが導入されている。
- 介護予防は地域リハビリテーションの理念や活動指針を踏まえ、住民への啓発や体制整備を踏まえて積極的に関わることが求められている。