

地方制度調査会専門小委員会
厚生労働省ヒアリング資料

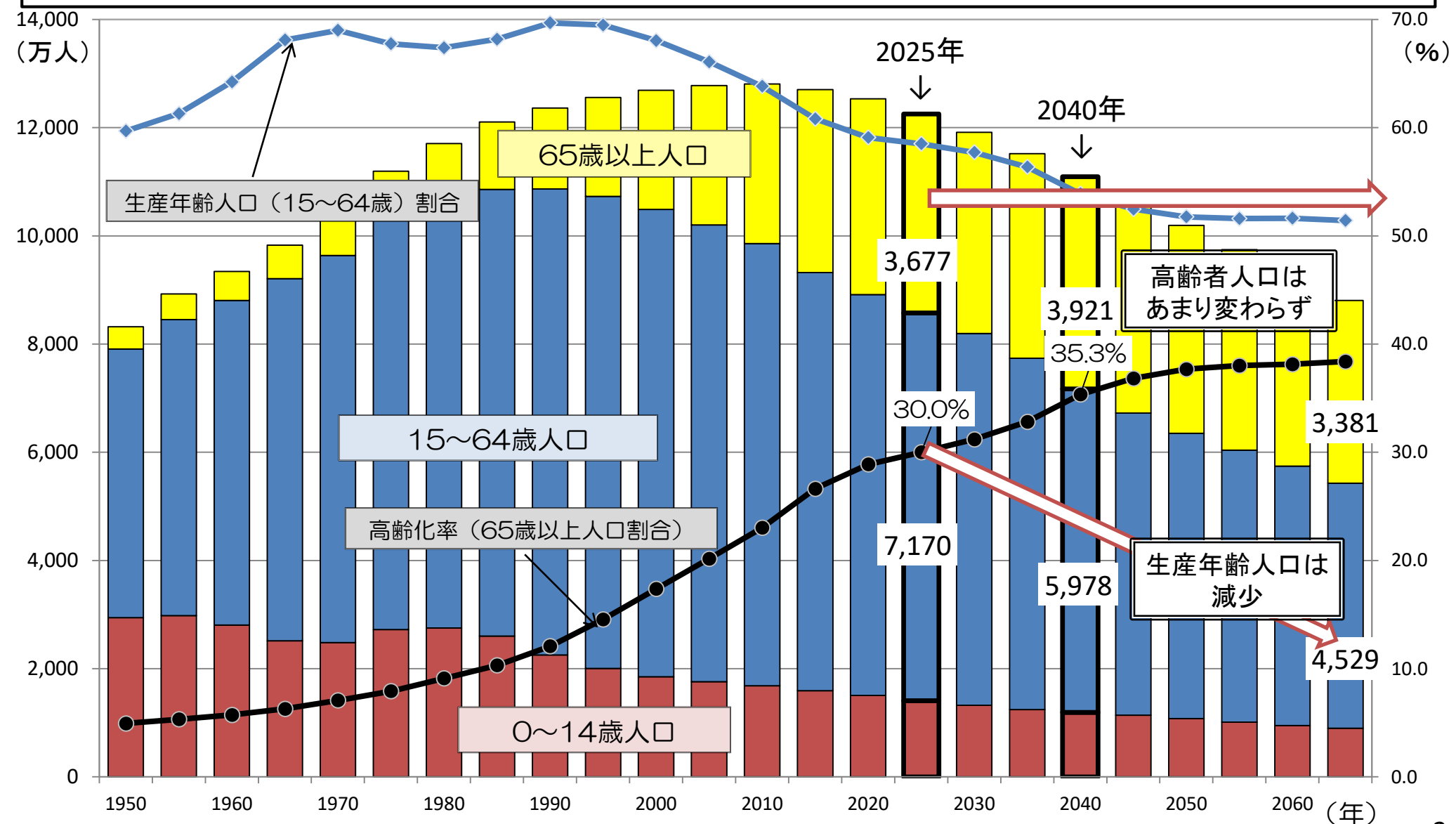
2040年頃の社会保障を取り巻く環境

平成30年9月12日
厚生労働省

人口・世帯・労働力について

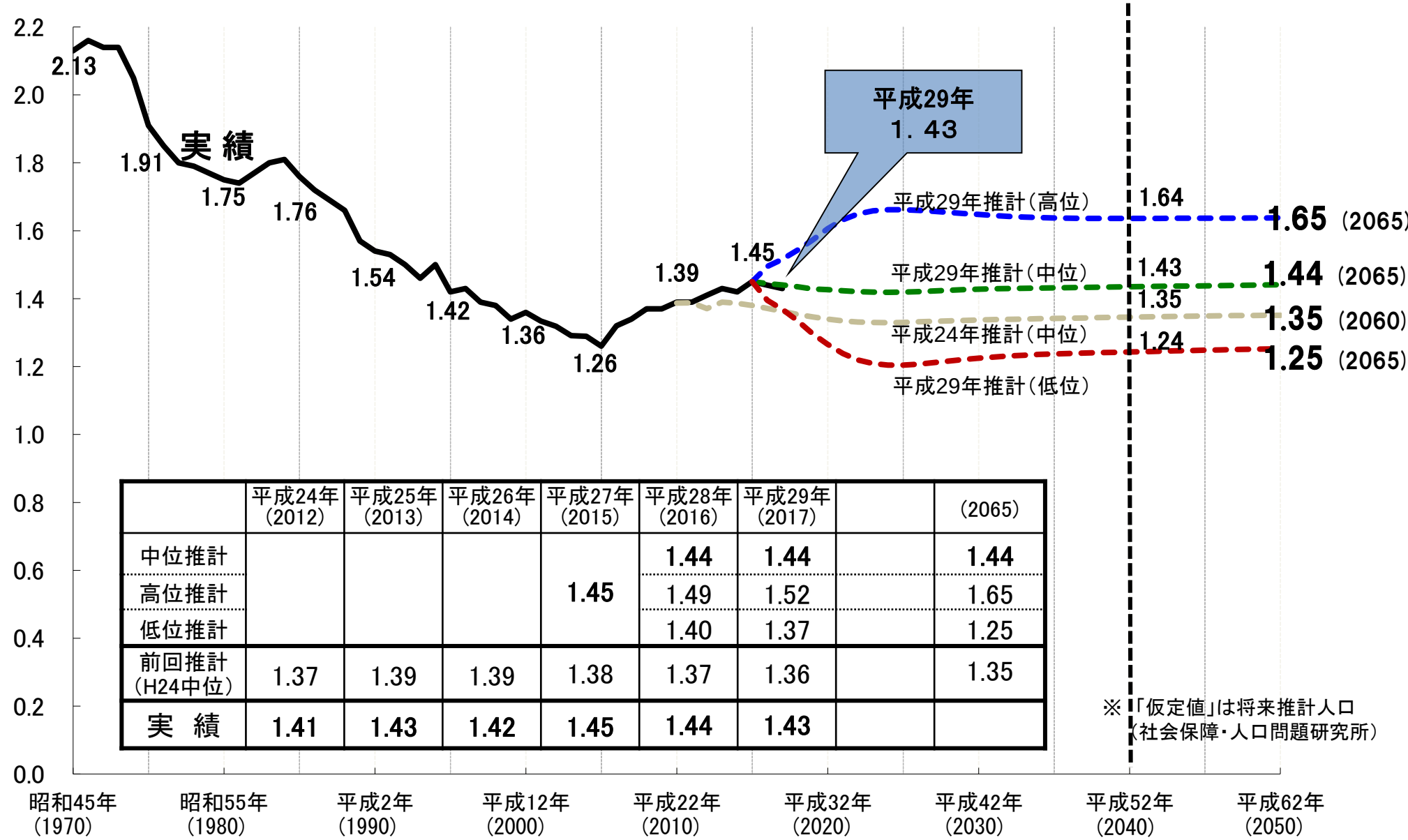
我が国の人口の推移と見通し

- 高齢者人口は2025年から2040年まで微増、2040年以降は微減。
- 生産年齢人口は継続的に減少。



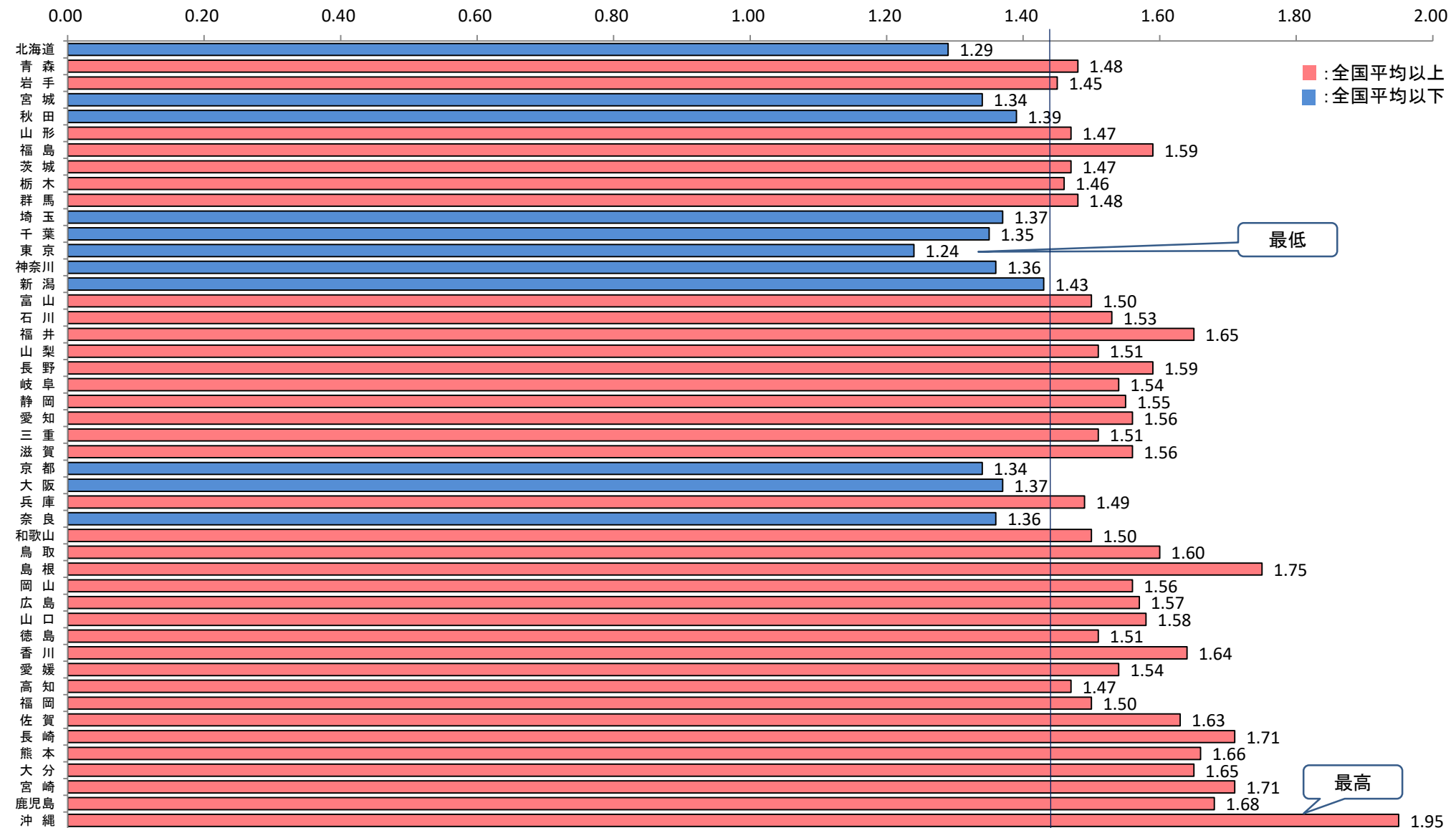
資料：2015年までは総務省統計局「国勢調査」による実績値、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位（死亡中位）仮定）による推計値

合計特殊出生率の実績と仮定値



都道府県別合計特殊出生率（2016年）

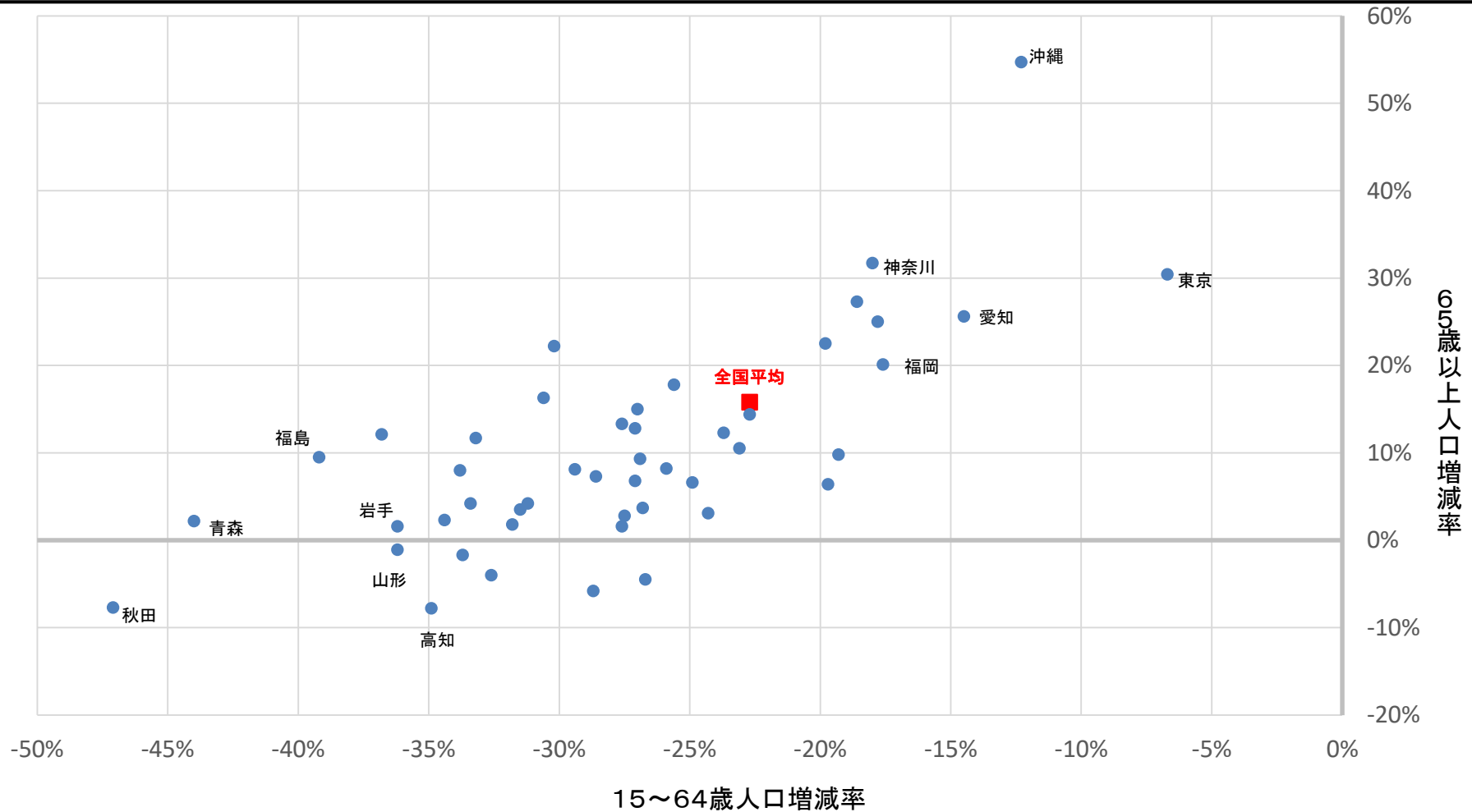
○ 都道府県によって出生率は差があり、最も低いのは東京都(1.24)、最も高いのは沖縄県(1.95)。



資料：平成28年(2016)人口動態統計（確定数）

都道府県別 生産年齢人口、高齢者の増減（2015→2040年）

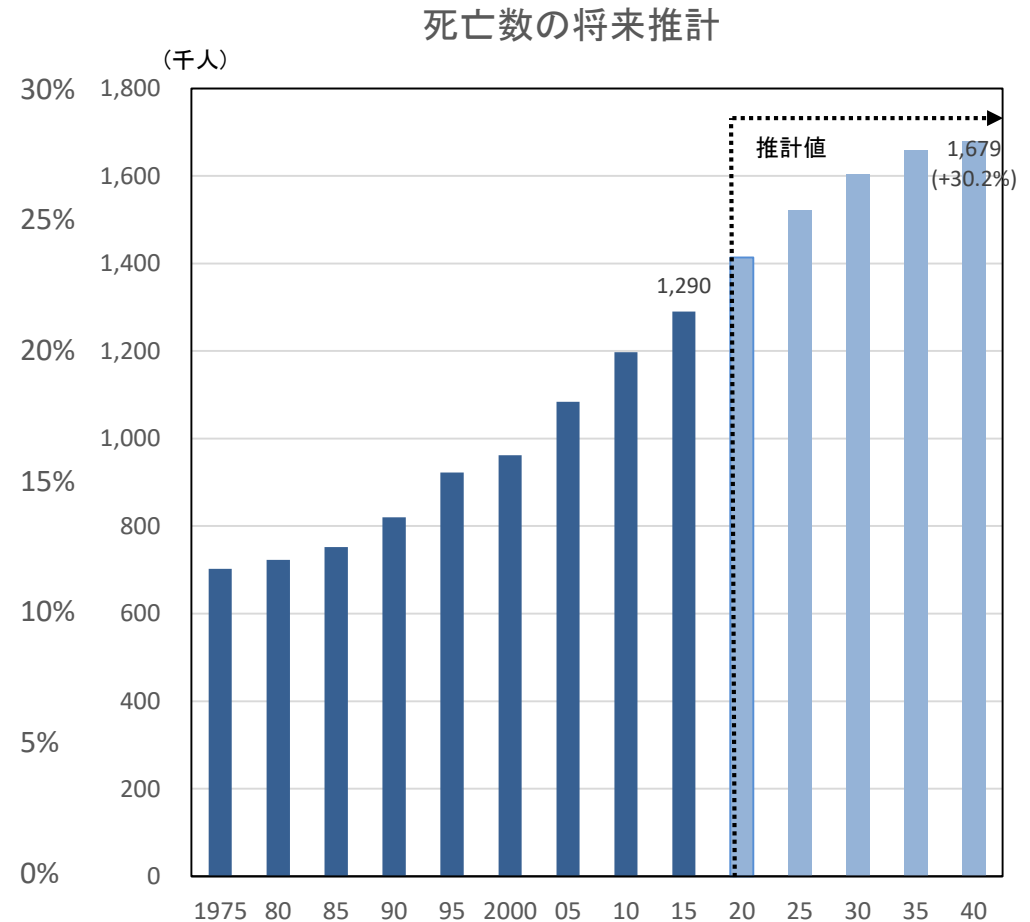
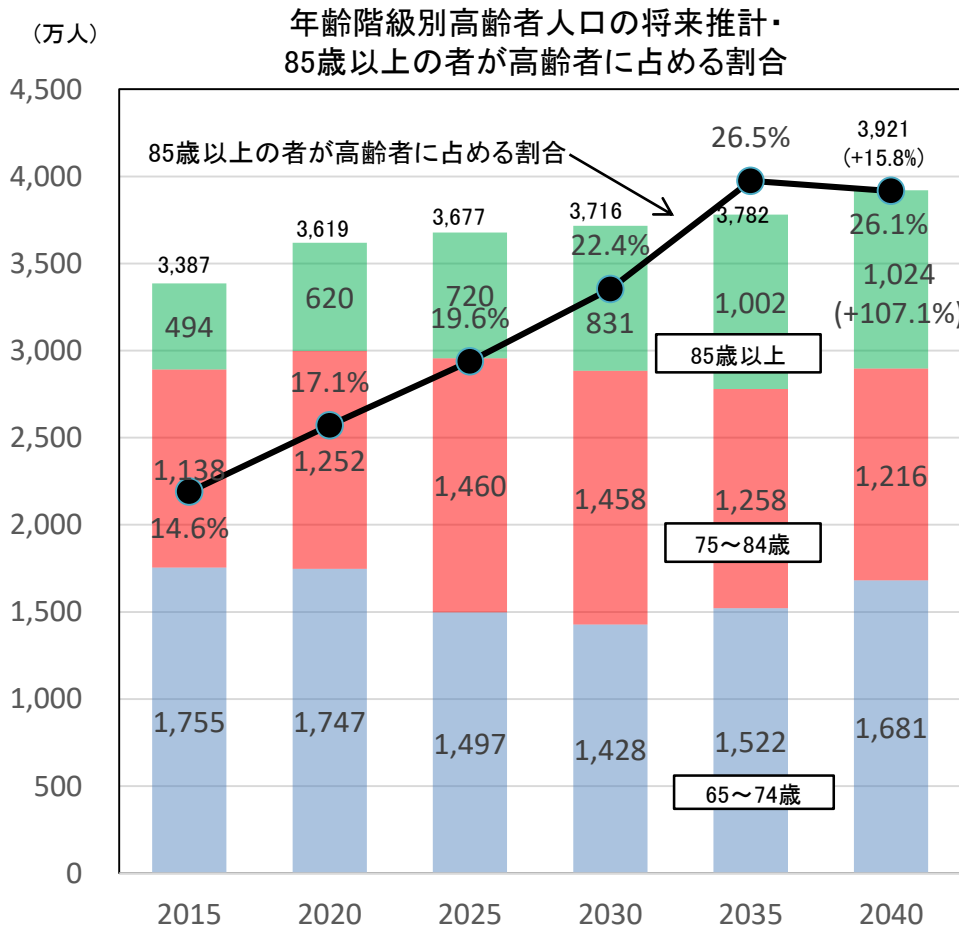
- 高齢者人口については、都市圏を中心に、今後2040年にかけて増加する県がある一方、一部の県では高齢者人口自体が減少する見込み。
- 生産年齢人口については、全都道府県で減少。減少幅は大都市部で小さく、地方部で大きい。



資料出所) 国立社会保障・人口問題研究所 日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)

高齢者数・死亡数の見通し

- 65歳以上人口は2040年までに対2015年比で15.8%増にとどまる一方で、85歳以上の者は同年比で倍増（107.1%増加）見込み。
- 年間の死亡数は、2040年には168万人と対2015年比で39万人（30.2%）増加すると見込まれている。

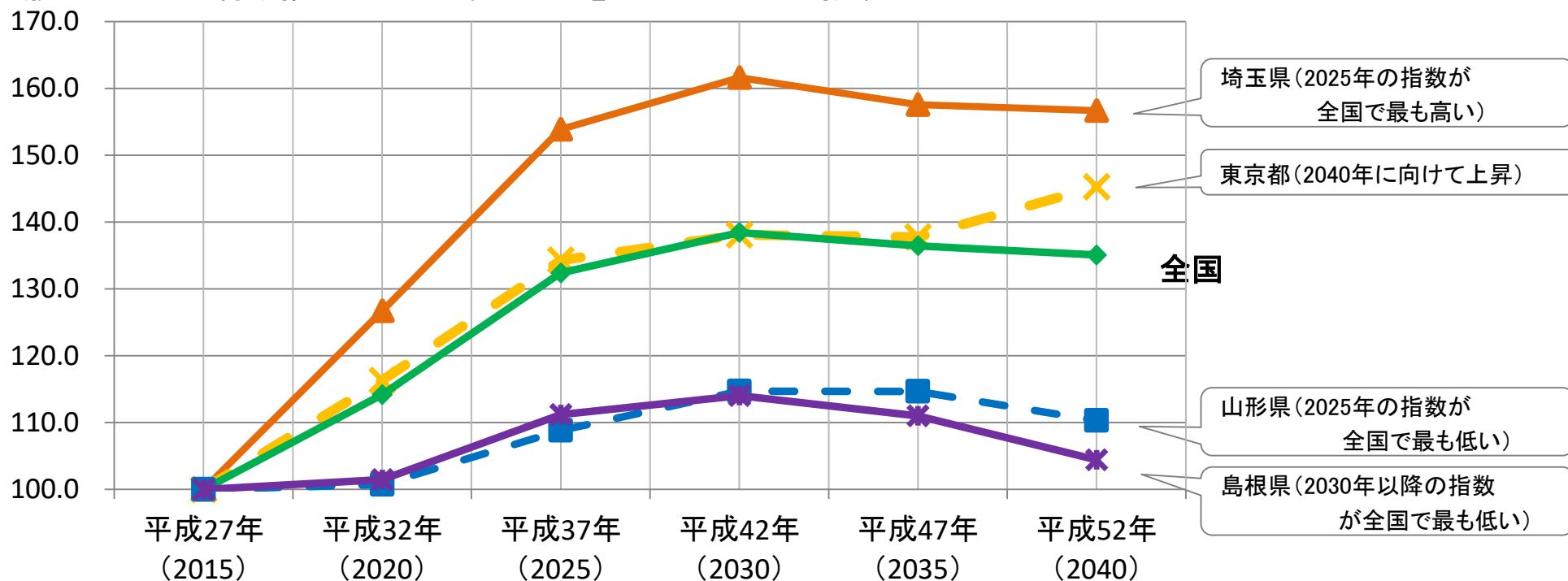


資料) 総務省統計局「国勢調査」、厚生労働省「人口動態統計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

2015～2025～2040年の各地域の75歳以上人口の状況

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
- 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

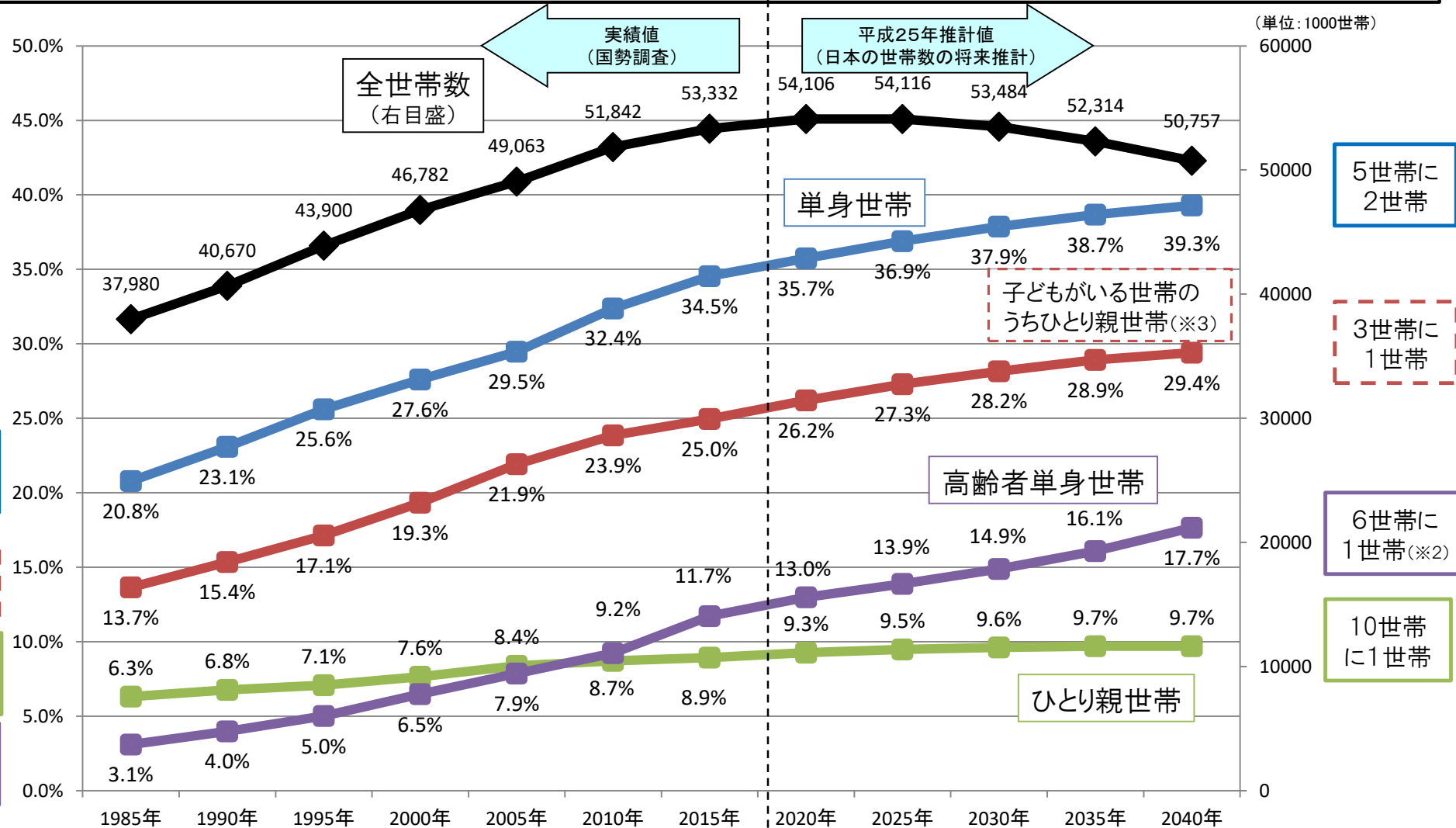
75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



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

世帯構成の推移と見通し

○ 全世帯数の伸びが止まり、2025年以降は減少が見込まれる一方、単身世帯、高齢者単身世帯、ひとり親世帯などは、引き続き増加することが予想されている。



（出典）総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（2018年推計）」

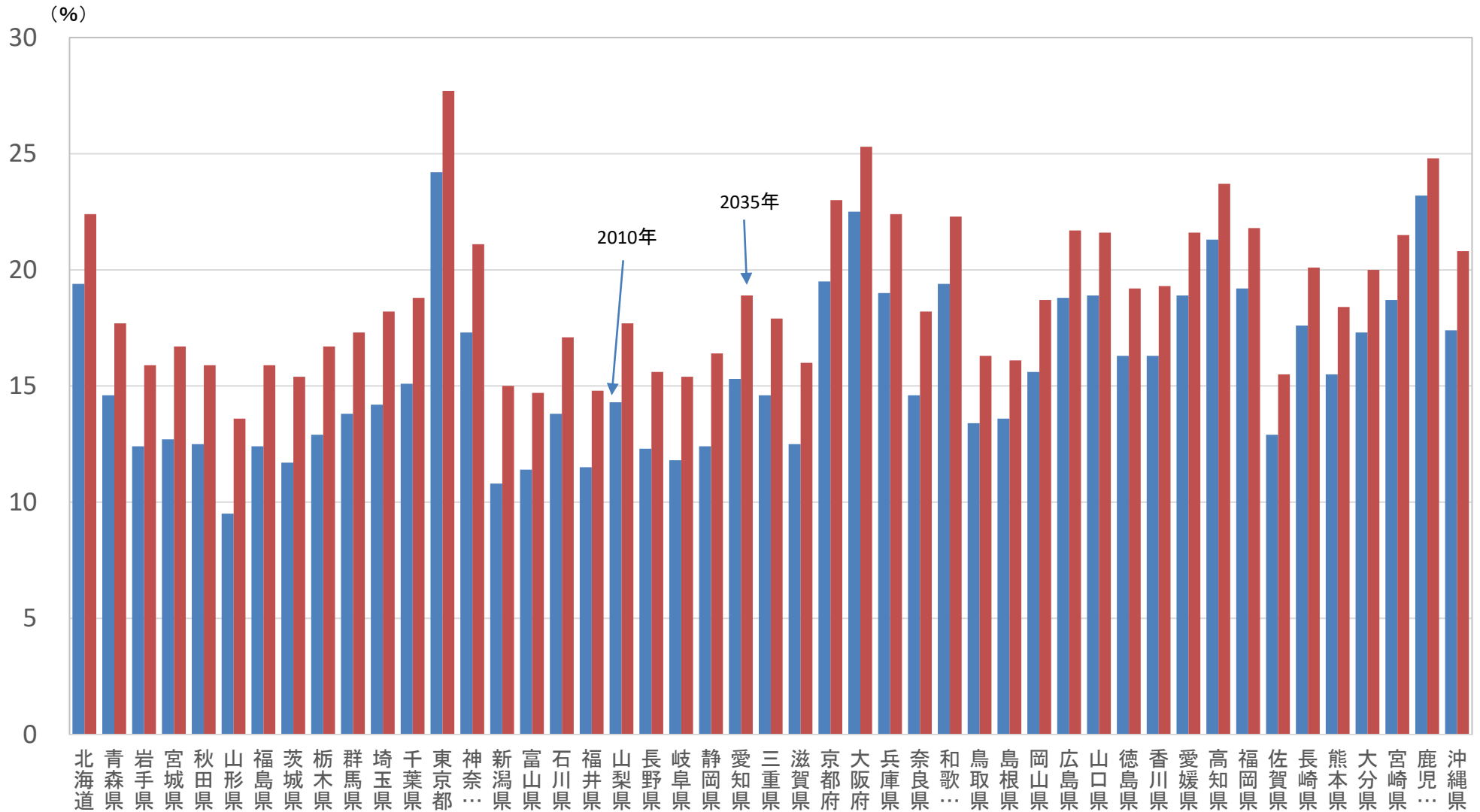
（※1）世帯主が65歳以上の単身世帯を、高齢者単身世帯とする。

（※2）全世帯数に対する高齢者単身世帯の割合はグラフのとおりだが、世帯主年齢65歳以上世帯に対する割合は、32.6%（2015年）から40.0%（2040年）へと上昇。

（※3）子どもがいる世帯のうちひとり親世帯＝ひとり親と子の世帯／（夫婦と子の世帯＋ひとり親と子の世帯）。また、子については、年齢にかかわらず、世帯主との続き柄が「子」である者を指す。

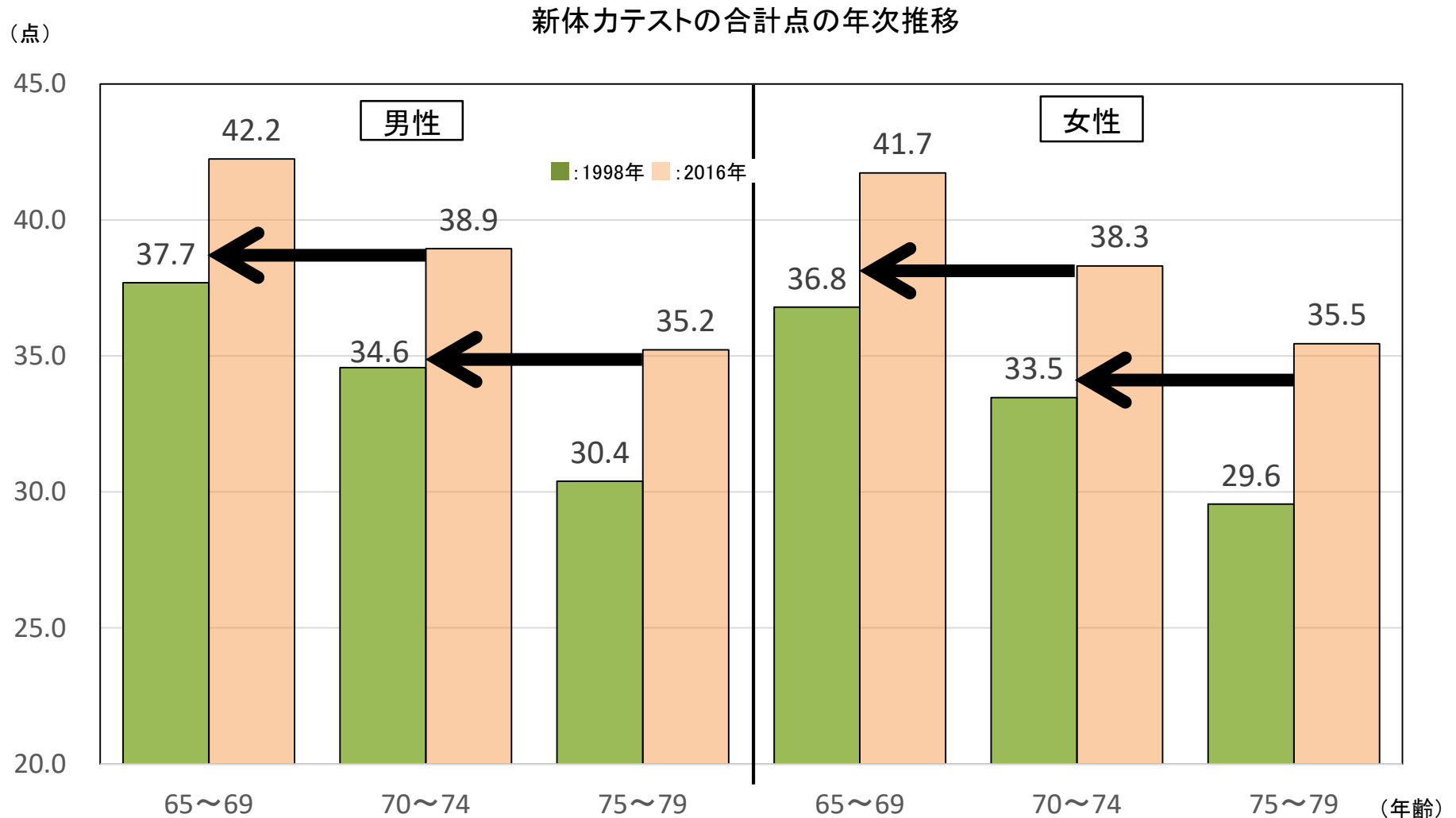
都道府県別高齢者単身世帯の割合の見通し

○ 高齢者世帯に占める高齢者単身世帯の割合は、大都市部と西日本が高い。



高齢者の身体面の変化①

○ 1998年から2016年までの18年間で、高齢者の体力は5歳程度若返っている。

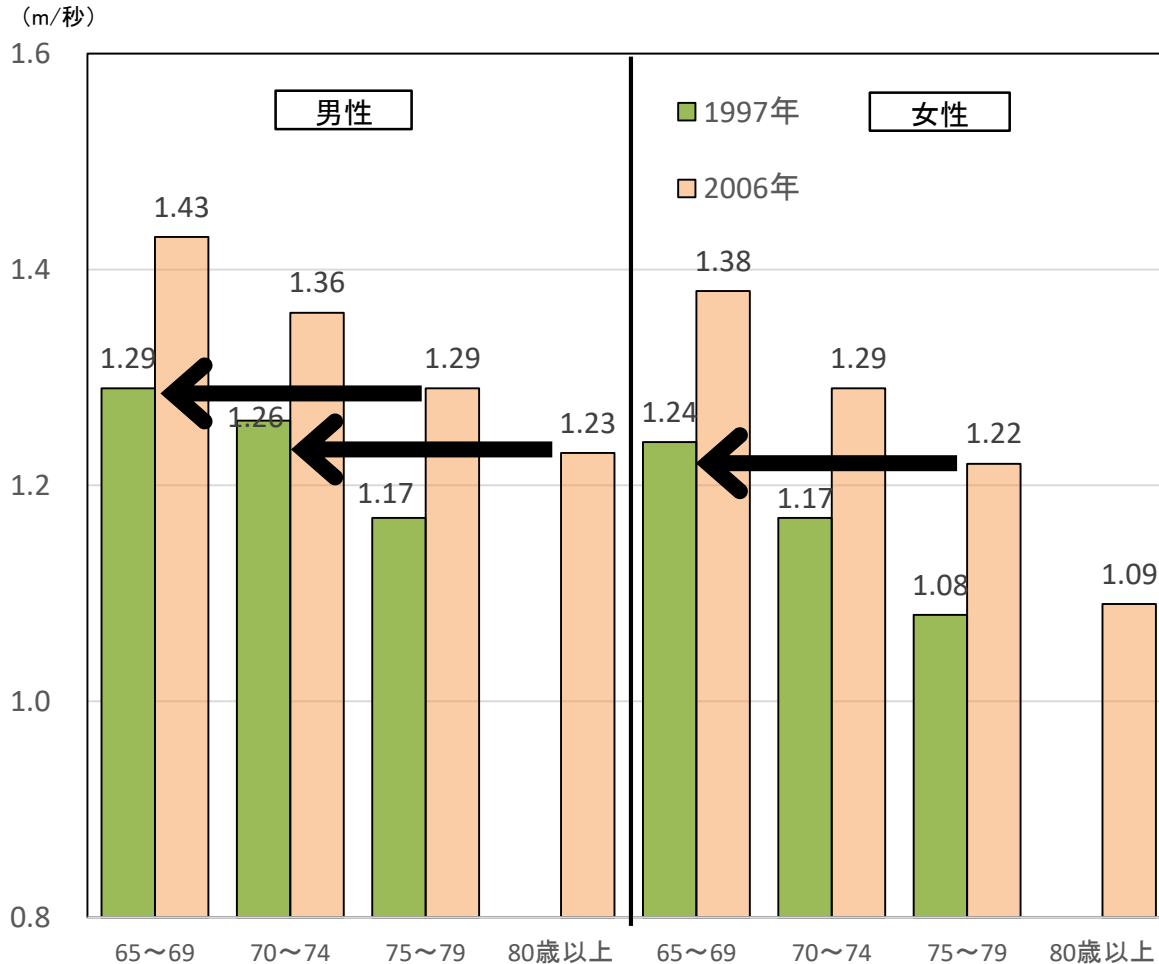


出典:「平成28年度体力・運動能力調査」(文部科学省)

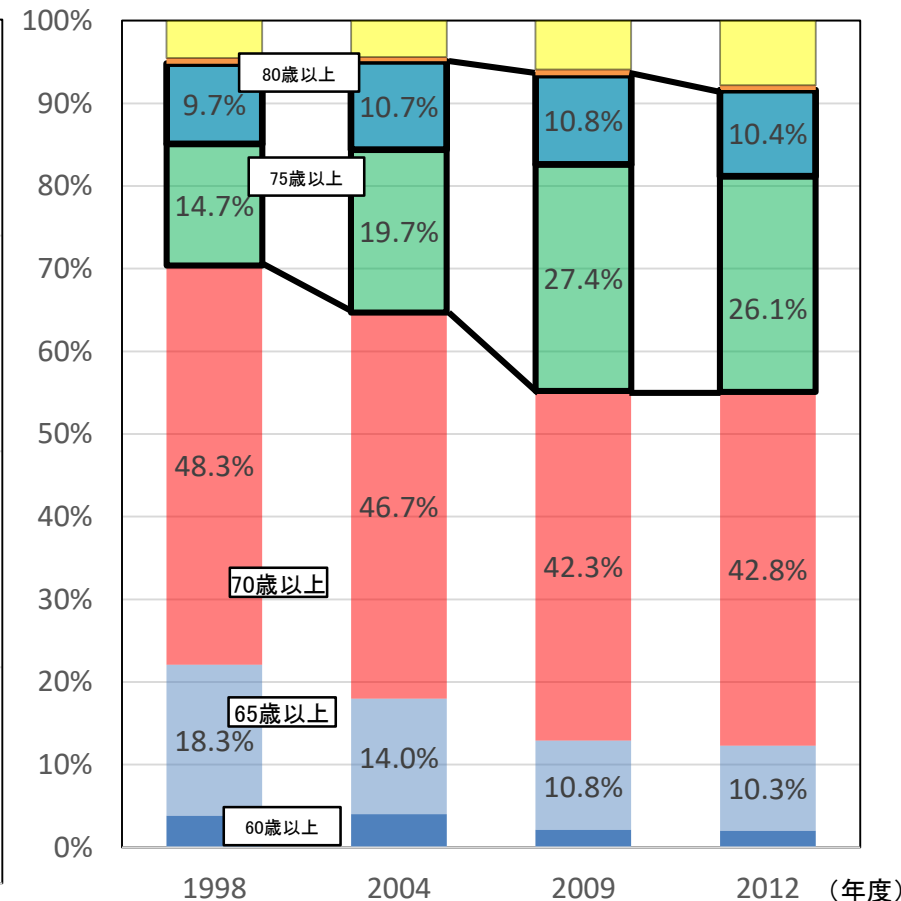
高齢者の身体面の変化②

- 2006年時点で、高齢者の歩行速度は、約10年前の10歳若い年齢層の歩行速度と同程度になっている。
- 高齢者自身を対象としたアンケート調査では、75歳以上を高齢者と捉える者の割合が増え、3割を超えている。

通常歩行速度の10年間の変化(コホート差)



「高齢者とは何歳以上か」との質問への回答



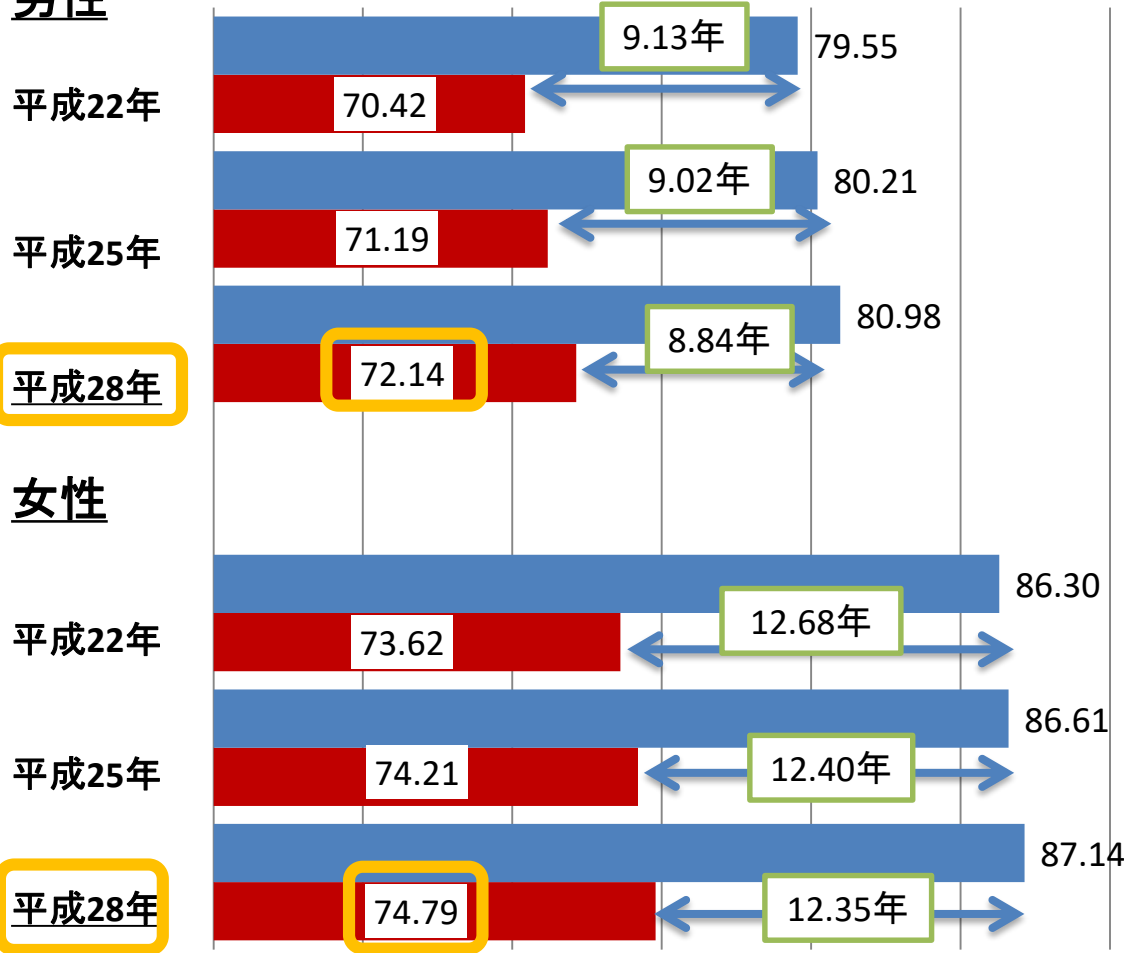
～2009年度: 全国60歳以上の男女へのアンケート調査(「高齢者の日常生活に関する意識調査結果」より)

2012年度: 昭和22年～24年生まれの全国の男女へのアンケート調査(「団塊の世代の意識に関する調査結果」より)

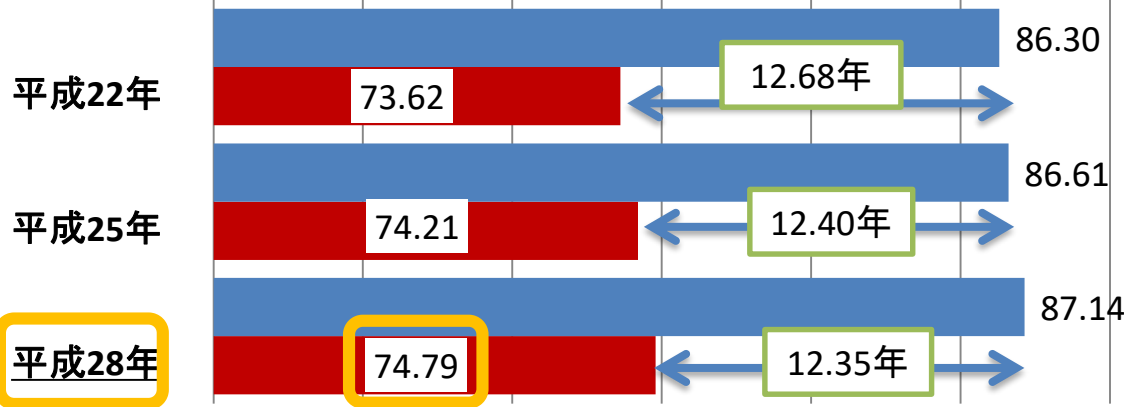
健康寿命と平均寿命の推移

- 健康寿命は、平成22年と比べて、6年間で、男性は1.72歳、女性は1.17歳伸び、平均寿命との差が男性で0.29歳、女性で0.33歳縮まった。
- 都道府県間の格差についても縮小している。

男性

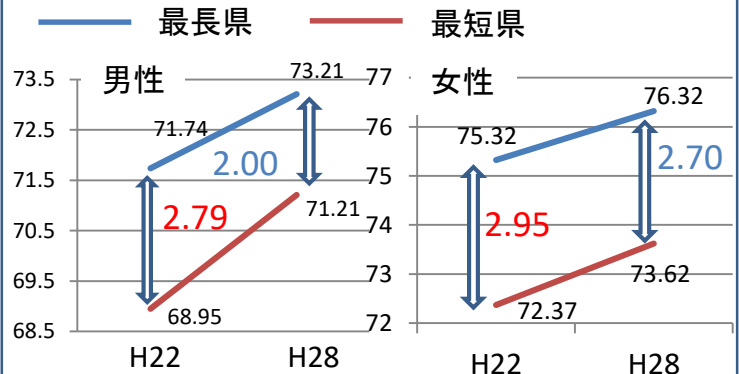


女性



○ 都道府県格差※の縮小

※日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差



健康寿命は全体として延伸しており、格差も縮小している。

【資料】

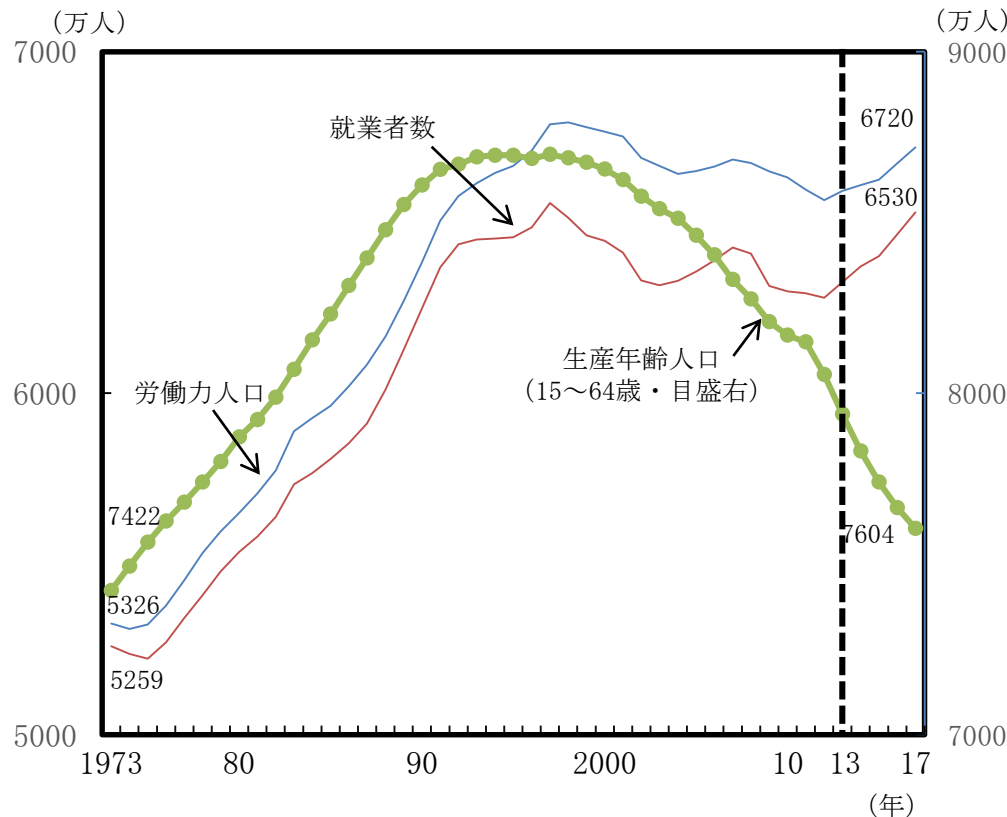
- 平均寿命: 厚生労働省「平成22年完全生命表」「平成25年簡易生命表」「平成28年簡易生命表」
- 健康寿命: 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年簡易生命表」
厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年人口動態統計」
厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年国民生活基礎調査」
総務省「平成22年/平成25年/平成28年推計人口」より算出

※ 厚生労働科学研究費補助金:健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究(研究代表者 辻一郎)において算出。
※ 平成28年(2016)調査では熊本県は震災の影響で調査なし。
※ 健康寿命を用いたその他の主な政府指標
・健康日本21(第二次)の目標:平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加(平成34年度)
・日本再興戦略及び健康・医療戦略の目標:「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」
・一億総活躍プランの指標:「平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速を実現し、2025年までに健康寿命を2歳以上延伸」

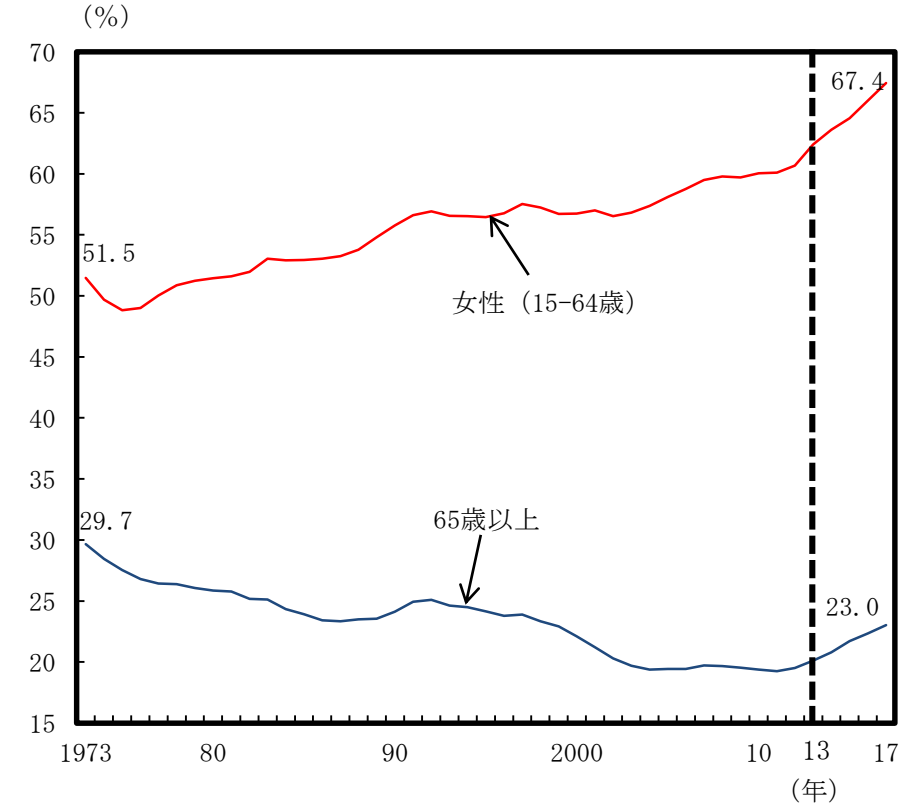
労働力人口・就業者数の推移

- 2013年以降、生産年齢人口が減少する一方で、就業者数が増加。
- その要因は、①景気の回復による労働需要の増加に加え、②各種施策の推進により、女性及び高齢者の就業が促進されたこと。

生産年齢人口・労働力人口・就業者数の推移



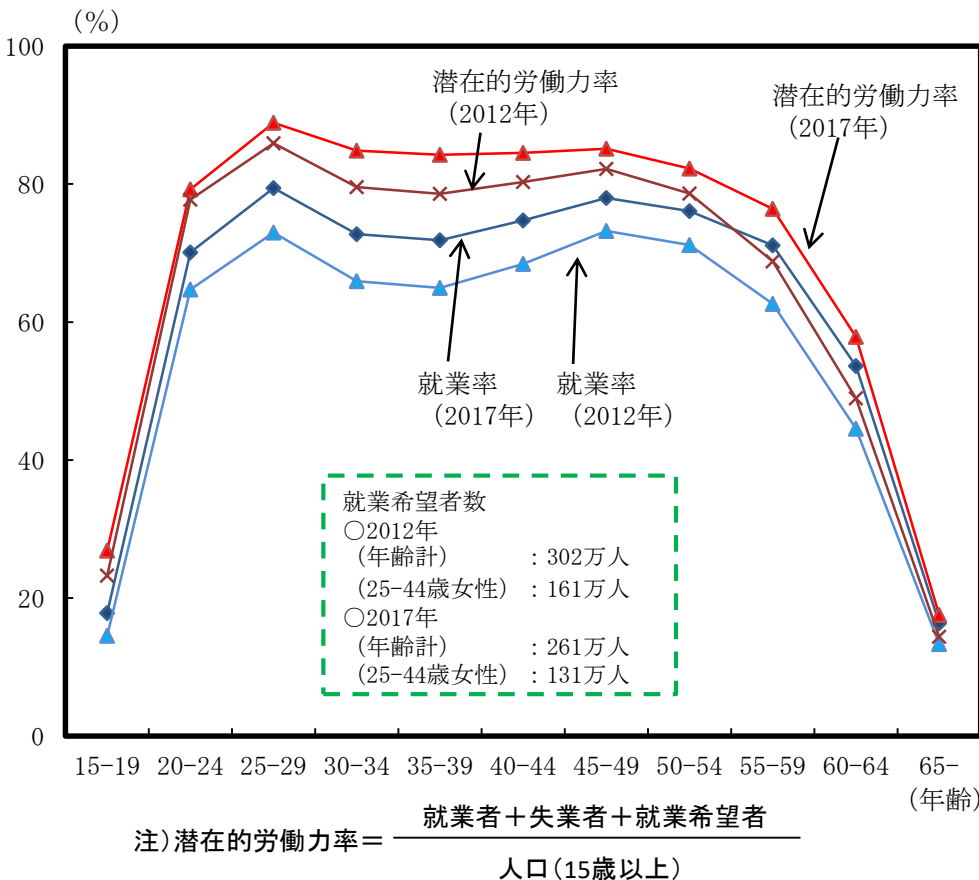
就業率の推移



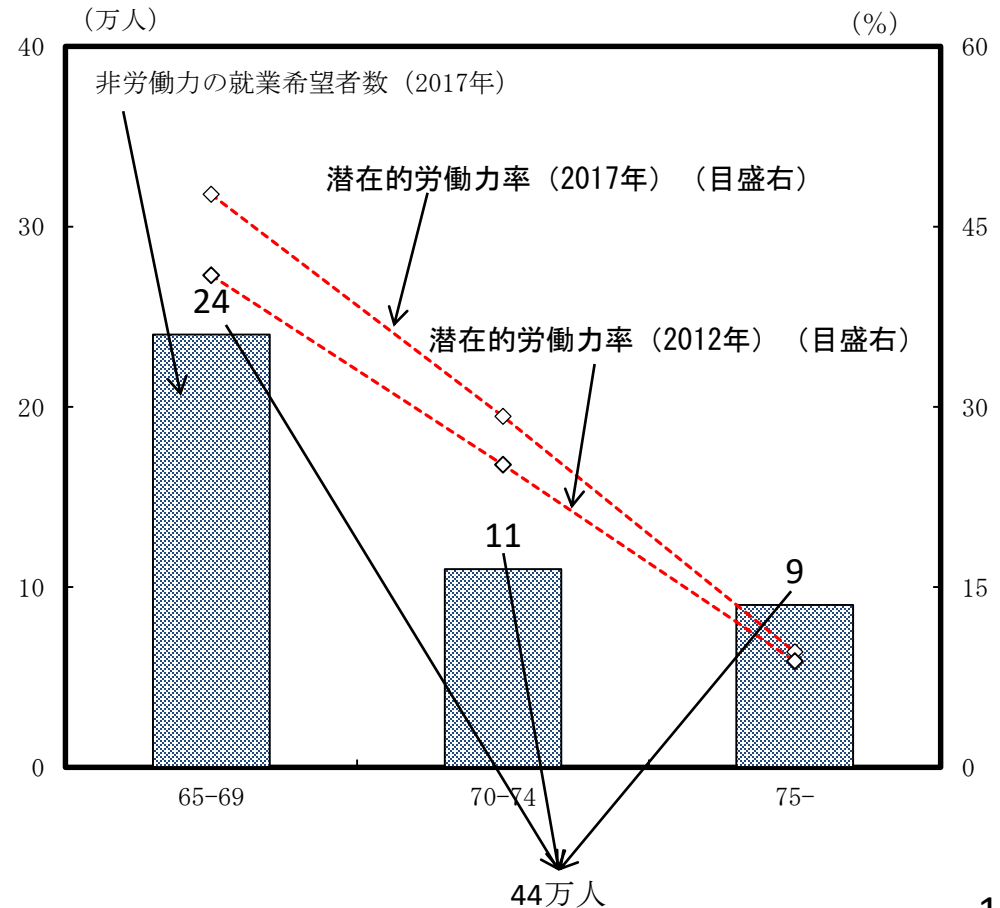
女性・高齢者の年齢別就業率

- 出産・育児を機に労働市場から退出する女性は減少しているものの、なお子育て期の女性の就業率と潜在的労働力率の差が大きい。
- 高齢者では、潜在労働力率が上昇しており、2017年時点で非労働力の就業希望者は44万人存在し、失業者数15万人と合わせると59万人存在。

女性の就業率・潜在的労働力率(2017年)



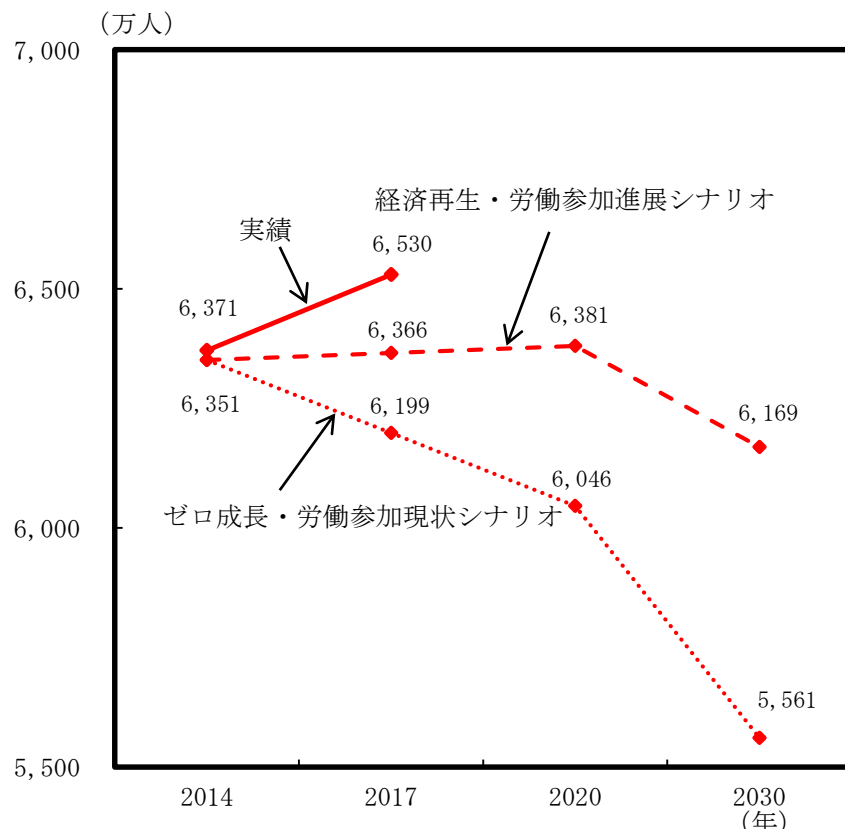
高齢者の潜在的労働力率



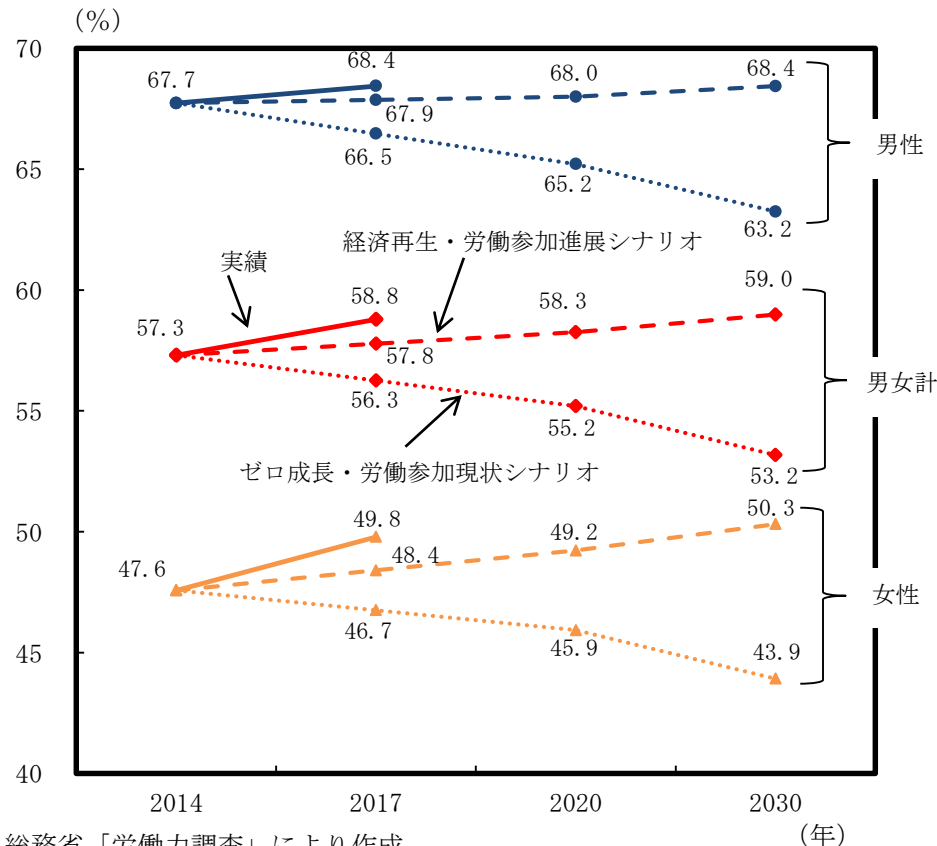
就業者数・就業率の比較

- 2015年度の労働力需給推計では、2030年に向けて、就業者数を5,561万人(ゼロ成長・労働参加現状シナリオ)～6,169万人(経済再生・労働参加進展シナリオ)と推計。
- 2020年までは、「経済再生・労働参加進展シナリオ」においてもほとんど横ばいで推移するものと見込まれていたが、実績値では、増加傾向で推移している。
- 実績の就業率は、男女ともに、「経済再生・労働参加進展シナリオ」の2020年の値を上回る水準で推移している。特に女性の就業率が高い水準で推移。

就業者数の実績と推計値の比較



就業率の実績と推計値の比較



(備考) 1. 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」、総務省「労働力調査」により作成。

2. 2014年における就業者数の差は、国勢調査の改訂に伴い2017年に行われた労働力調査のベンチマーク替えによるもの。

生産年齢人口の急減という局面で健康寿命の延伸に取り組むことの重要性

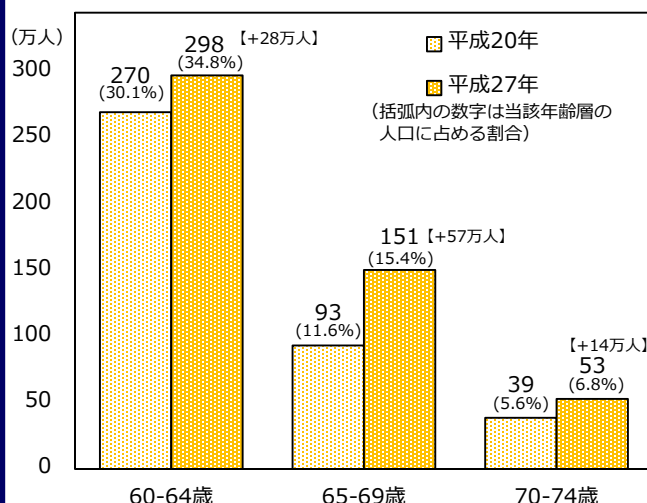
～高齢者就業の拡大を例に～

平成30年5月21日経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料

- 近年の高齢者就業の拡大は、今日の経済社会において、社会保障のみならず経済社会全体に様々な好影響をもたらしている。
- 今後、生産年齢人口の急減という新たな局面を迎える我が国経済社会の活力の維持向上のためには、高齢者の方々の就労・社会参加の基盤となる健康寿命の延伸等が重要な政策課題に。

制度の支え手と保険料収入の増加

<被用者保険被保険者の推移(60～74歳)>

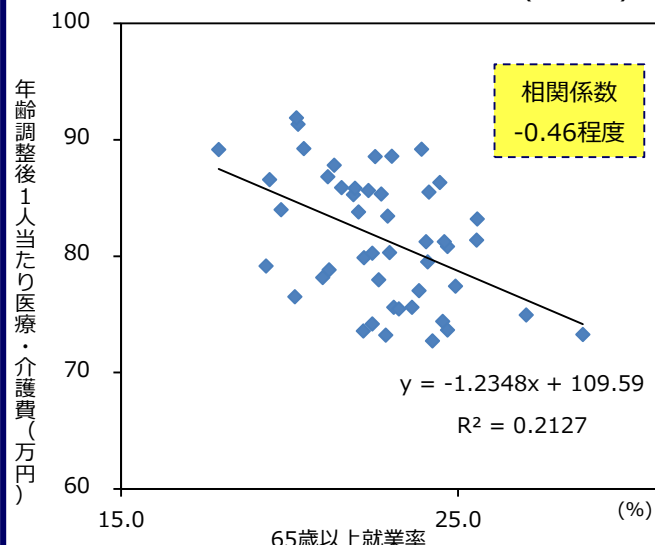


- 平成27年は平成20年と比べて、60～74歳の被用者保険被保険者数は99万人増（被保険者数全体の増（149万人）の約2/3に相当）。
- この増加した者に係る標準報酬が当該年齢の平均値（平成27年健康保険被保険者実態調査より）と同程度と仮定して、保険料収入への影響を粗く推計すると、約3,400億円の増加。

(グラフ出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

就業による健康の保持（医療・介護の需要減）

<65歳以上就業率と医療・介護費(27年度)>

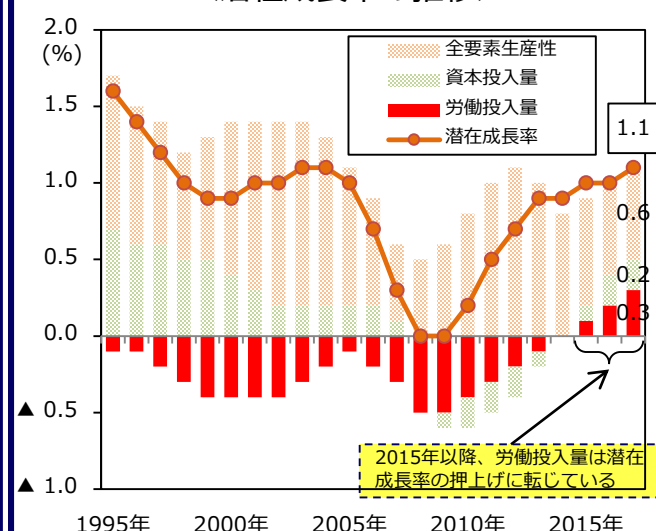


- 都道府県ごとの65歳以上就業率と年齢調整後1人当たり医療・介護費との間には負の相関。
- 厚生労働省「中高齢縦断調査」(特殊報告)によれば、1年前に就業していない者より就業している者の方が「健康」を維持する確率や、「不健康」が「健康」へ改善される確率が高いとの結果。

(グラフ出典) 65歳以上就業率は「国勢調査」。年齢調整後1人当たり医療費は、市町村国保と後期高齢者医療における年度データ。年齢調整後1人当たり介護費は、1号被保険者を対象に集計した年度データ。

労働投入増による潜在成長率の押上げ

<潜在成長率の推移>



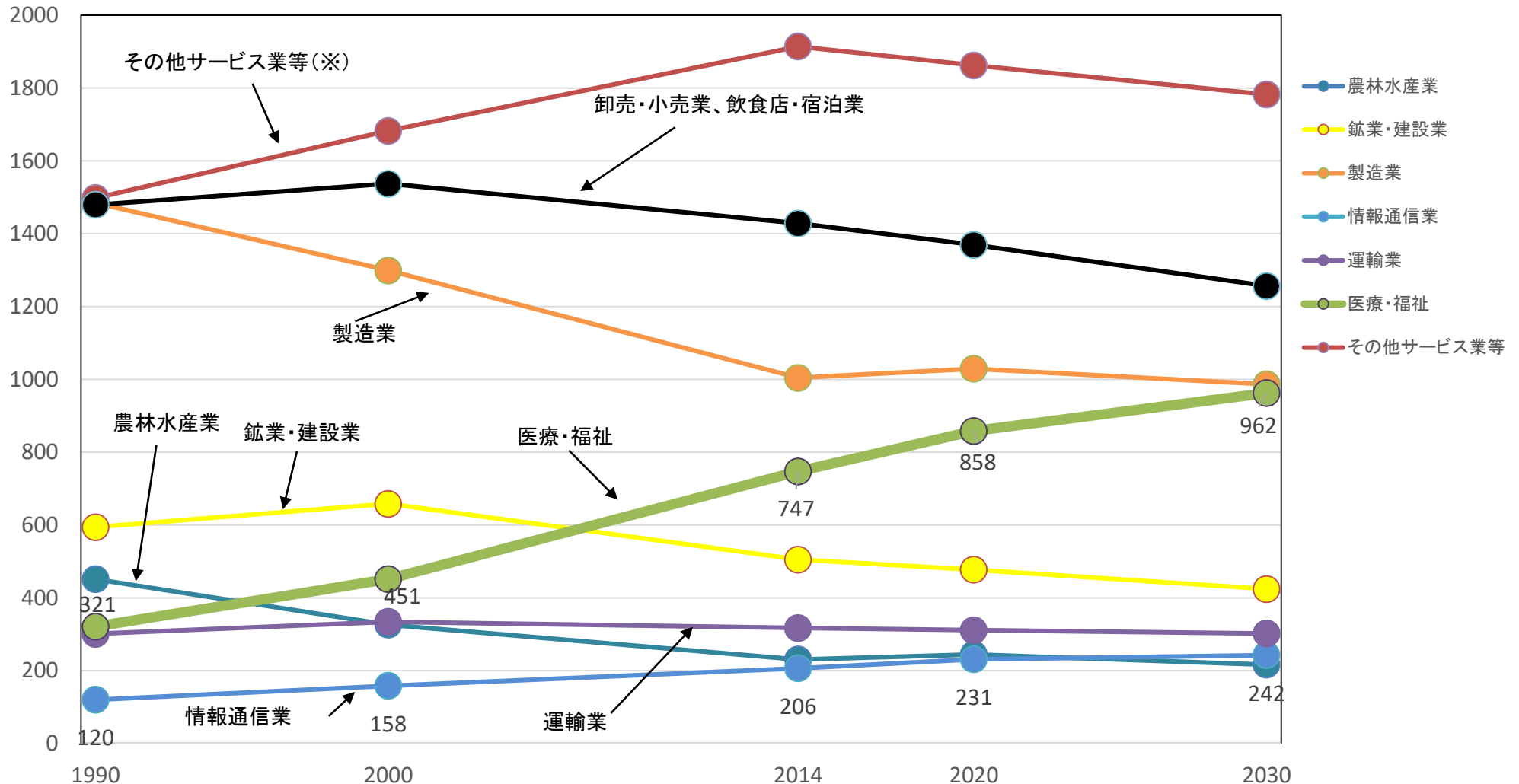
- 労働投入量の潜在成長率への寄与を見ると、労働力人口が頭打ちとなる中で長らく押下げ要因だったが、2015年以降、押上げ要因に転換。
- 「中長期の経済財政に関する試算」の成長実現ケースは、今後潜在成長率が2%程度となる姿を描いており、これを実現するためには、高齢者の方々のさらなる就業促進を通じた労働投入量の拡大が重要。

(グラフ出典) 内閣府「月例経済報告」

就業者数の推移と見通し（産業別）

- 2030年に向けて、「医療・福祉」及び「情報通信業」のみが増加し、その他の産業は減少する見込み。
- 2030年には、「製造業」が「医療・福祉」と同水準になると見込まれる。

(万人)



(※) その他サービス業等：電気・ガス・熱供給・水道業、金融保険・不動産業、教育・学習支援、生活関連サービス、その他の事業サービス、その他のサービス、公務・複合サービス・分類不能の産業を含む

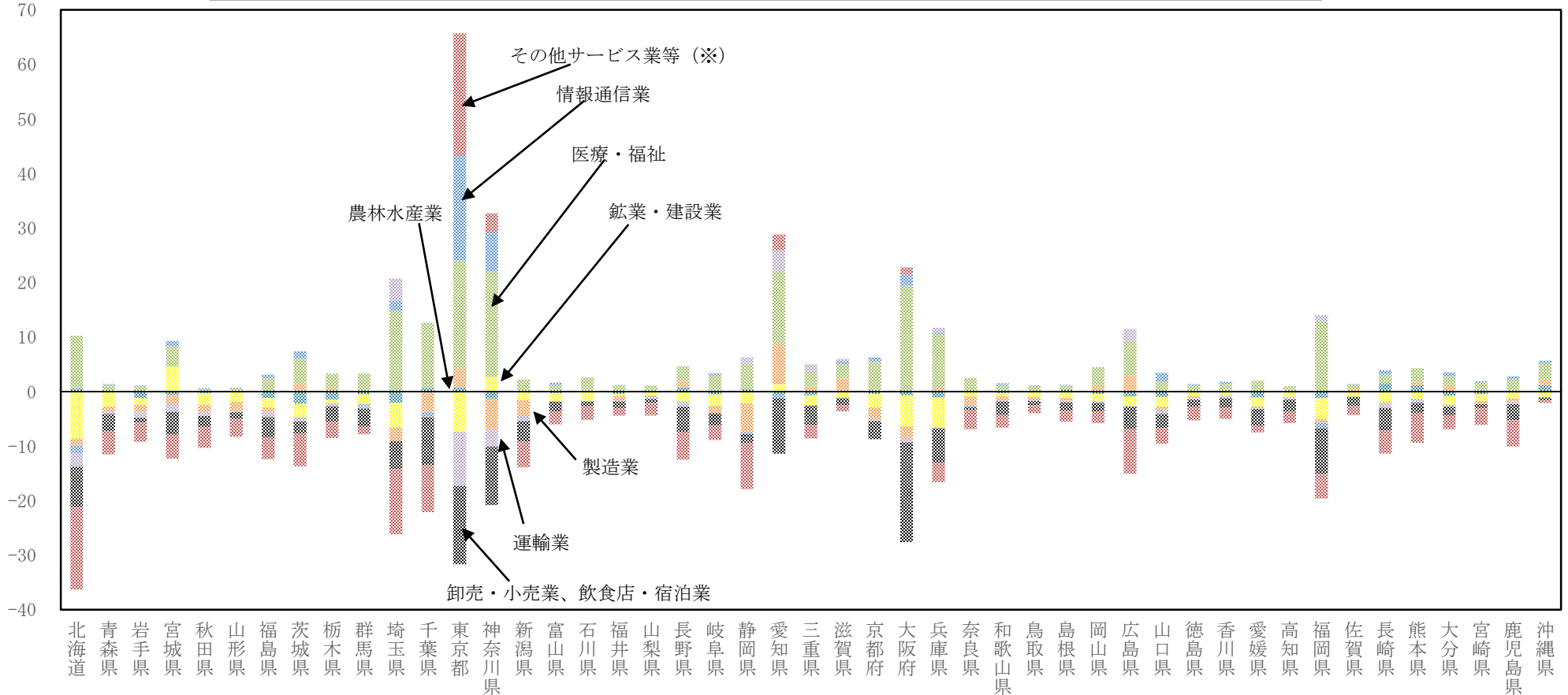
(備考) 出典：平成27年雇用政策研究会報告書。2014年までの実績値は総務省「労働力調査」、2020年及び2030年推計値は（独）労働政策研究・研修機構推計（「経済成長と労働参加が適切に進むケース」）による。

就業者数の都道府県別見通し（産業別）

- 「医療・福祉」は、全都道府県で増加。特に大都市圏で増加幅が大きくなる見込み。
- 「医療・福祉」以外の産業は、都道府県によって状況は異なるが、地方部では、減少する見込みの産業が多い。

(万人)

2014年実績値と比較した2030年推計値の増減数の見通し(都道府県別、産業別)

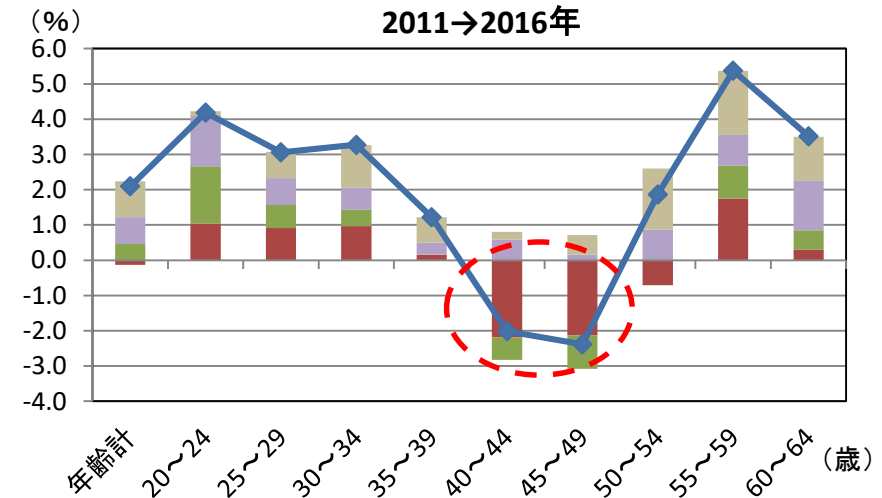
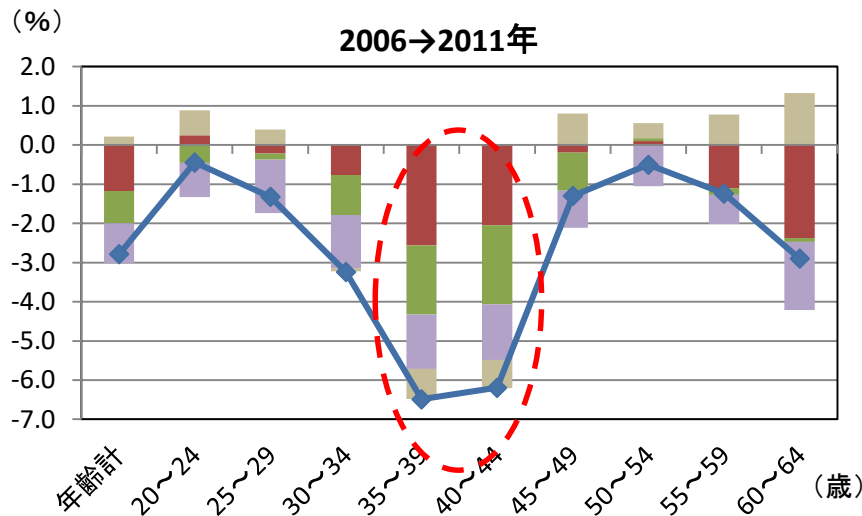
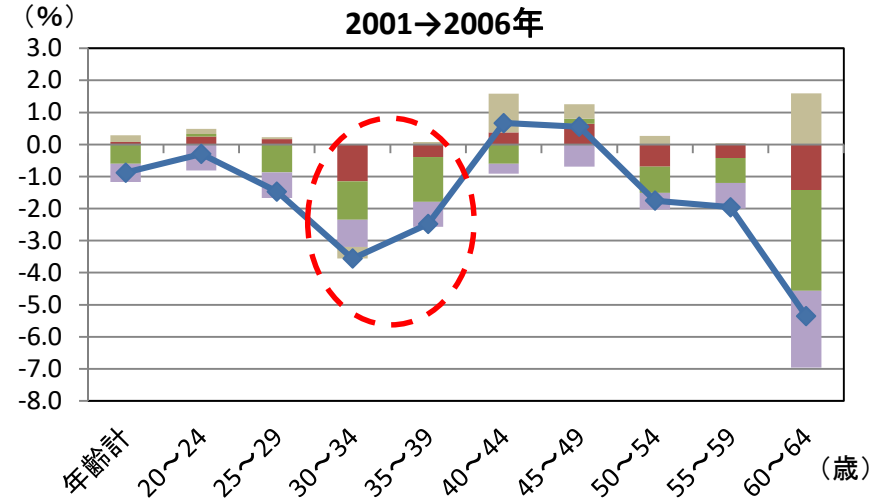
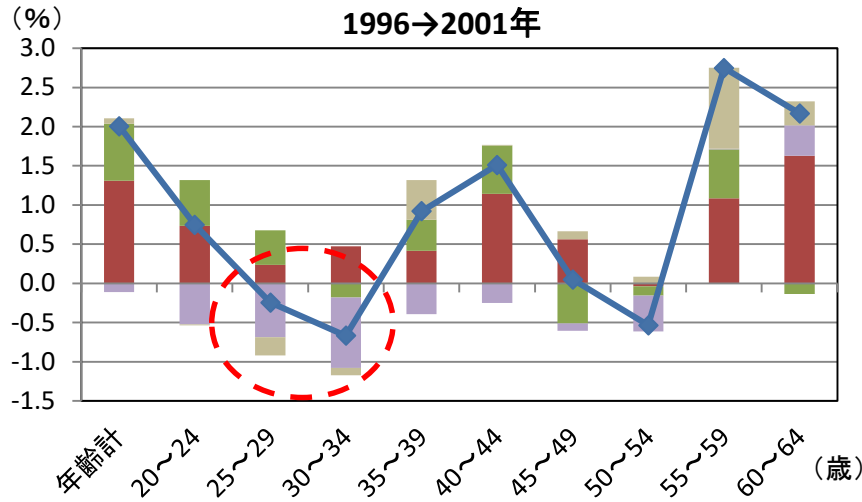


(※) その他サービス業等：電気・ガス・熱供給・水道業、金融保険・不動産業、教育・学習支援、生活関連サービス、その他の事業サービス、その他のサービス、公務・複合サービス・分類不能の産業を含む

(備考) 2014年実績値は総務省「労働力調査」、2030年推計値は(独)労働政策研究・研修機構推計「労働力需給の推計—新たな全国推計(2015年版)を踏まえた都道府県別試算—」における「経済成長と労働参加が適切に進むケース」(「日本再興戦略」を踏まえた高成長が実現し、かつ労働市場への参加が進むケース)による。

年齢階級別 所定内給与額の変化と要因 (男性一般労働者)

- バブル崩壊後の就職氷河期に就職した世代(大卒の場合、1971年～1982年頃生まれ)を中心として、所定内給与額が過去の同世代と比較して減少。
- これは、採用抑制による給与水準の高い大企業の労働者割合の低下や、景気の長期低迷により大企業を中心に行われた賃金制度の見直しにより年功的な賃金カーブが抑制された影響が現在まで続いている可能性。



資料: 厚生労働省政策統括官付賃金福祉統計室「賃金構造基本統計調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

(注) 1. 調査産業計、企業規模10人以上。

2. 常用労働者1,000人以上を大企業、常用労働者100～999人を中企業、常用労働者10～99人を小企業としている。

企業規模別労働者比率の寄与
中企業の所定内給与額の寄与
小企業の所定内給与額の寄与
大企業の所定内給与額の寄与
所定内給与額の増減率

2040年の社会保障給付費とマンパワー

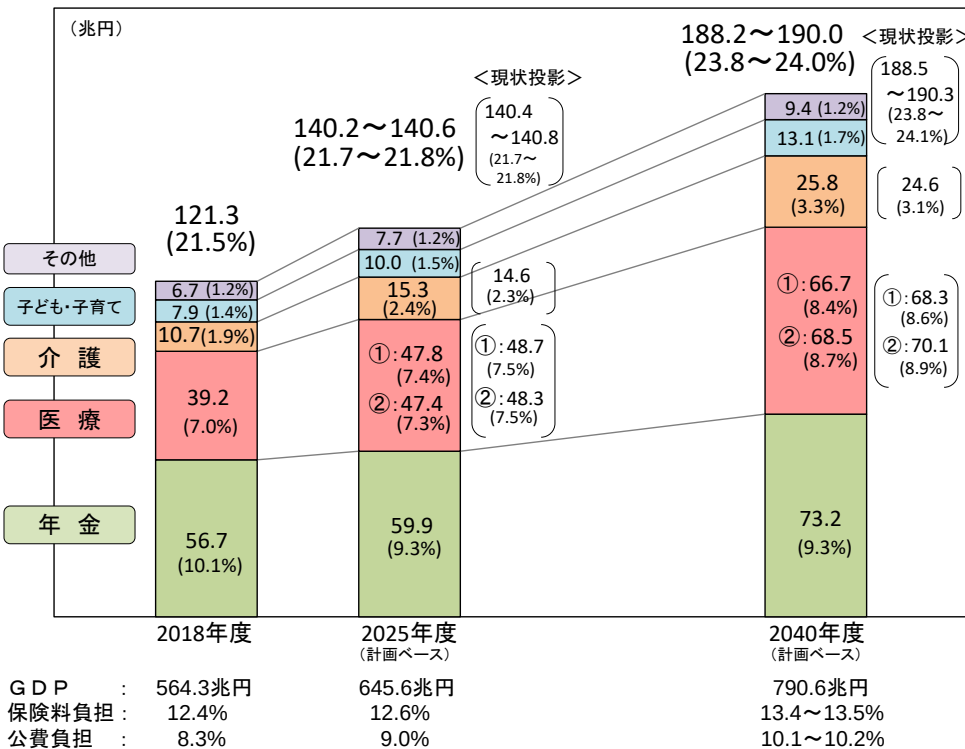
社会保障給付費全体の見通し

平成30年5月21日経済財政諮問会議
資料を一部改変

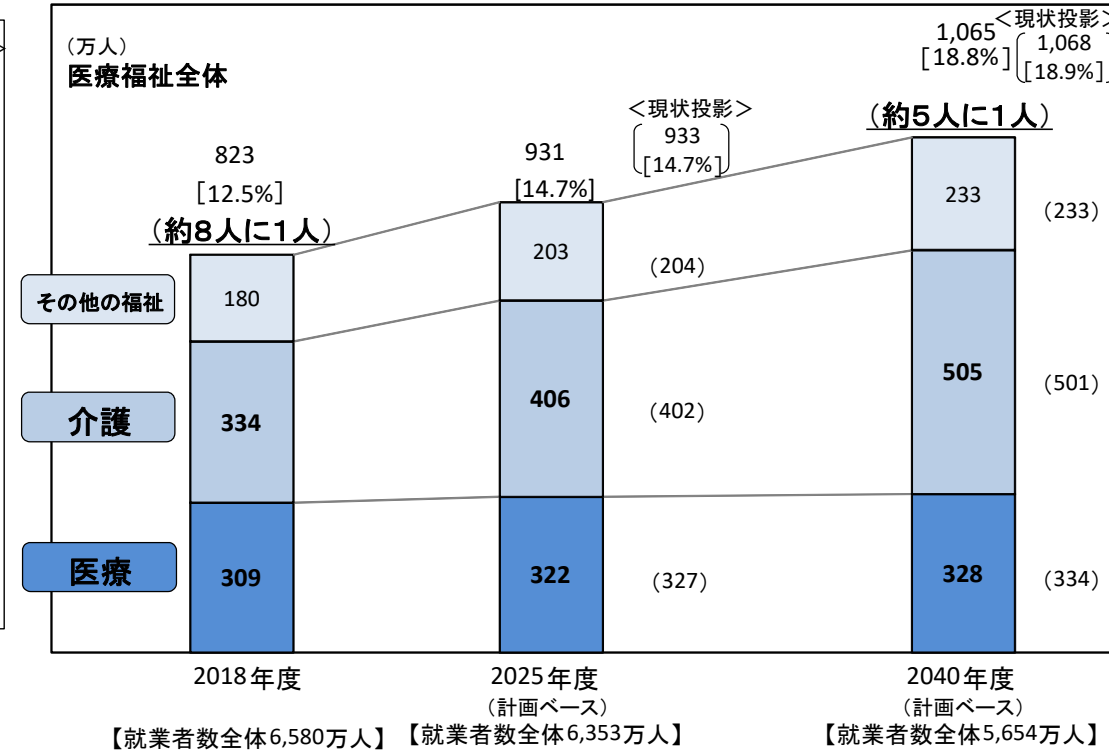
- 社会保障給付費の対GDP比は、2018年度の21.5%（名目額121.3兆円）から、2025年度に21.7～21.8%（同140.2～140.6兆円）となる。その後15年間で2.1～2.2%ポイント上昇し、2040年度には23.8～24.0%（同188.2～190.0兆円）となる。（計画ベース・経済ベースラインケース※）
- 経済成長実現ケース※でも、社会保障給付費の対GDP比は概ね同様の傾向で増加するが、2040年度で比較するとベースラインケースに比べて、1%ポイント程度低い水準（対GDP比22.6～23.2%（名目額210.8～215.8兆円））（計画ベース・経済成長実現ケース）。

社会保障給付費の見通し

（経済ベースラインケース）



医療福祉分野における就業者の見通し



（注1）医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り（①と②）示している。

（注2）「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

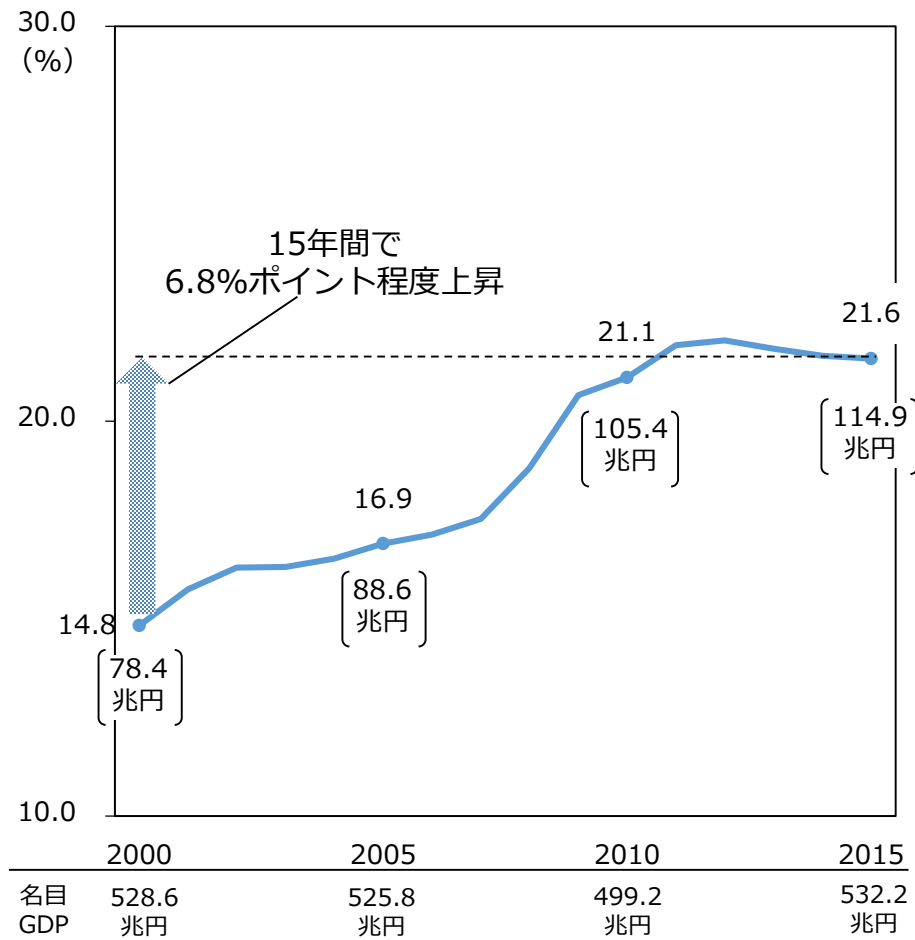
（注3）医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算（平成30年1月）」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。（ ）内は対GDP比。[]内は就業者数全体に対する割合。保険料負担及び公費負担は対GDP比。

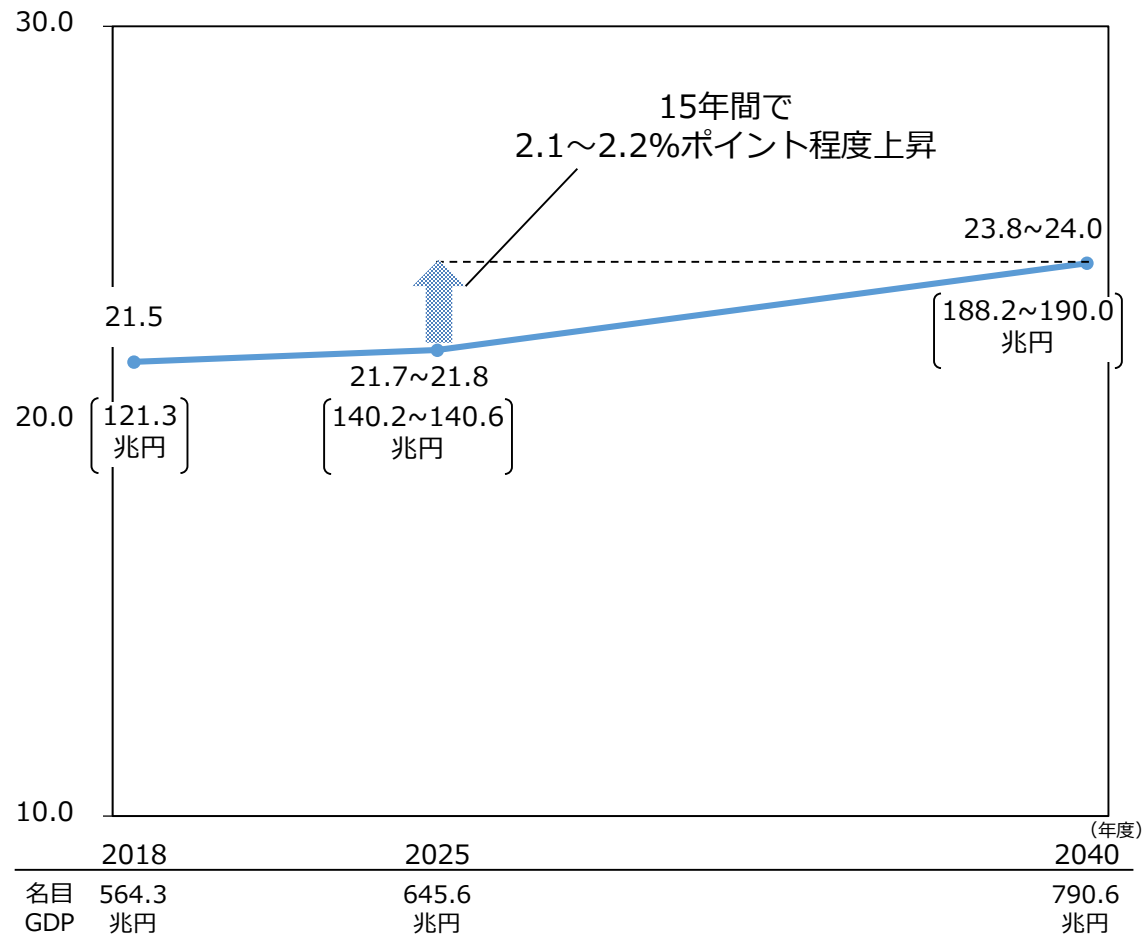
社会保障給付費対GDP比の推移（実績と将来見通し）

- 社会保障給付費の対GDP比は、2018年度の21.5%から、2025年度は21.7～21.8%、2040年度は23.8～24.0%へと上昇（経済ベースラインケース・計画ベース）。
- 2000年度から2015年度の15年間では6.8%ポイント程度上昇。2025年度から2040年度の15年間では2.1～2.2%ポイント程度の上昇。

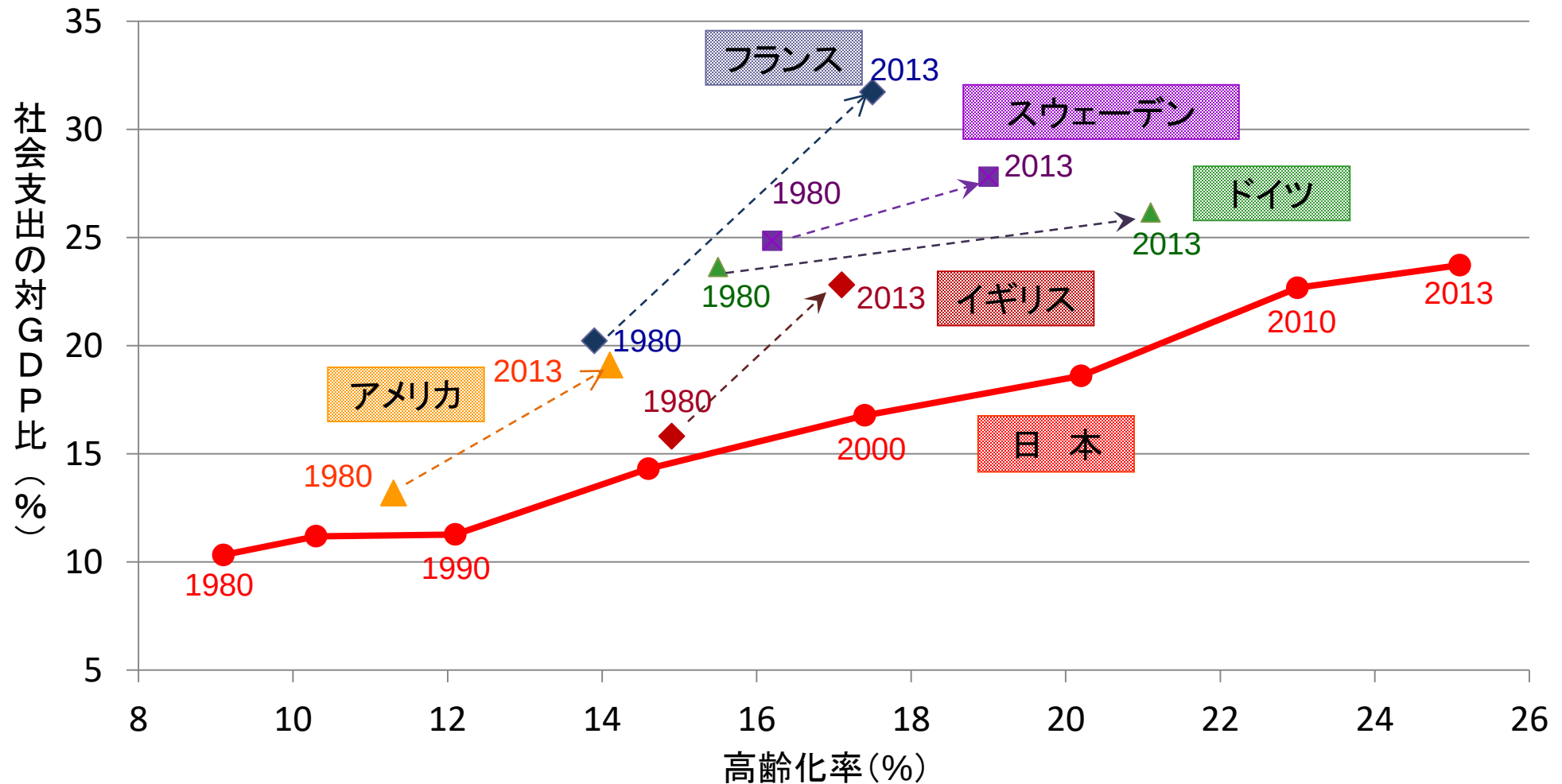
＜2000～2015年度の社会保障給付費対GDP比＞
【実績】



＜2018～2040年度の社会保障給付費対GDP比＞
【将来見通し】



高齢化率と社会保障の給付規模の国際比較

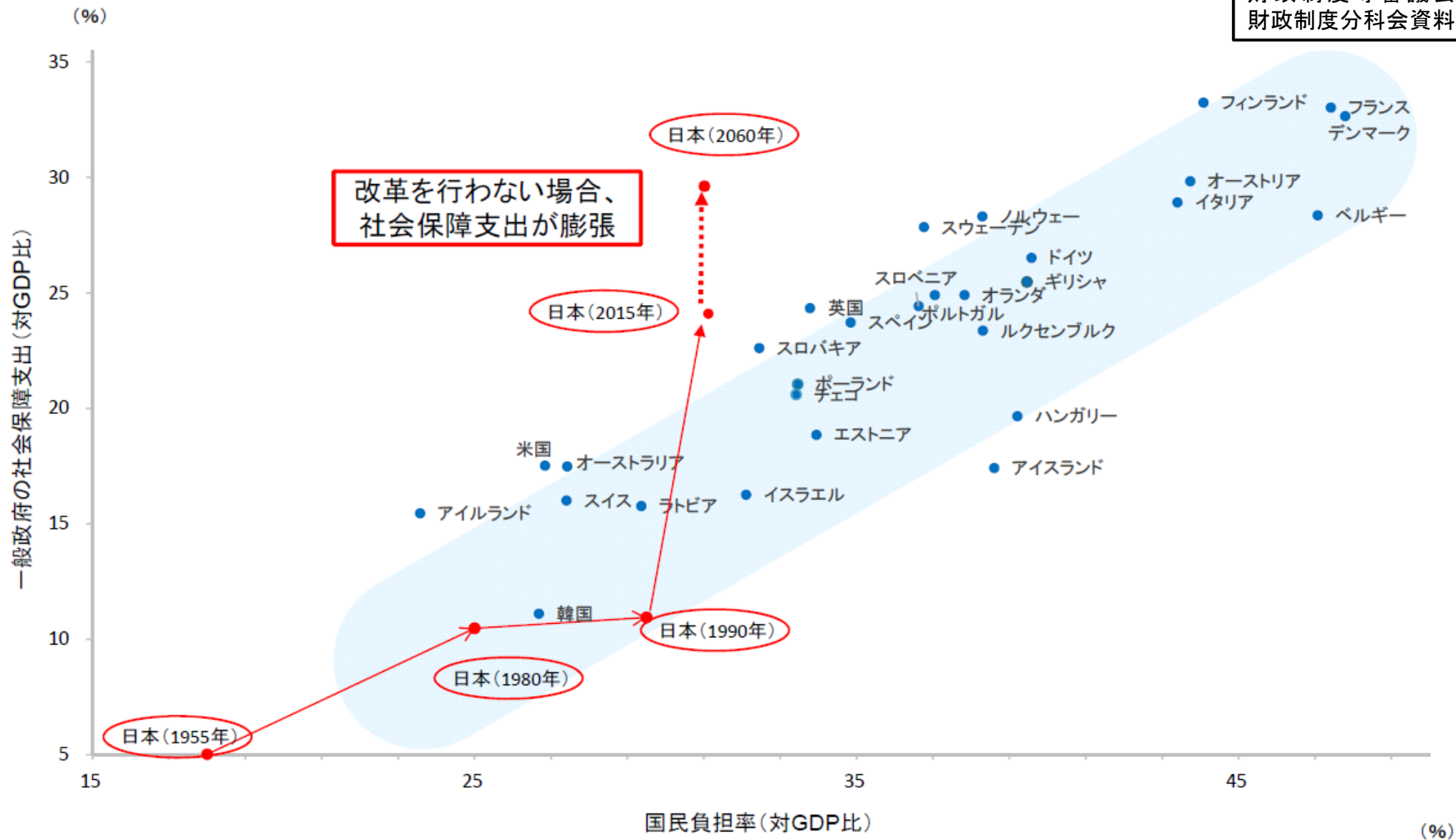


(資料) OECD(2016): OECD Social Expenditure Database, OECD Health Statistics 2016 より作成

(注) OECD基準に基づく「社会支出」は、施設整備費など直接個人には移転されない費用も計上されるという違いがあり、ILOの基準に基づく「社会保障給付費」に比べて範囲が広い。

OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係

平成30年4月11日
財政制度等審議会
財政制度分科会資料



(出典) 国民負担率: OECD “National Accounts”、“Revenue Statistics”、内閣府「国民経済計算」等。

社会保障支出: OECD “National Accounts”、内閣府「国民経済計算」。

(注1) 数値は、一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。

(注2) 日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績(アイスランド、ニュージーランド、オーストラリアについては2014年実績)。

(注3) 日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計(改訂版)」(平成30年4月6日 起草検討委員提出資料)より作成。

医療・介護の1人当たり保険料・保険料率の見通し

【経済：ベースラインケース】

	計画ベース		
	2018年度	2025年度	2040年度
医療保険			
協会けんぽ	10.0%	①10.6% ②10.5%	①11.5% ②11.8%
健保組合	9.2%	① 9.8% ② 9.7%	①10.9% ②11.2%
市町村国保 (2018年度賃金換算)	7,400円	①8,100円 ②8,000円	①8,200円 ②8,400円
後期高齢者 (2018年度賃金換算)	5,800円	①6,400円 ②6,300円	①8,000円 ②8,200円
介護保険			
1号保険料 (2018年度賃金換算)	約5,900円	約7,200円	約9,200円
2号保険料 協会けんぽ・健保組合	協会けんぽ1.57% 健保組合1.52%	2.0%	2.6%
2号保険料 市町村国保 (2018年度賃金換算)	約2,800円	約3,500円	約4,400円

※ 医療保険の2018年度における保険料は2018年度実績見込み(協会けんぽは実際の保険料率、健保組合は健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」より、市町村国保は予算ベースの所要保険料、後期高齢者は広域連合による見込みを基にした推計値)である。また、2025年度及び2040年度の保険料は2018年度の保険料と各制度の所要保険料の伸びから算出している。

※ 介護保険の2018年度における2号保険料の健保組合の値は、健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」による。また、市町村国保の保険料額は、一人当たり介護納付金額の月額について、公費を除いた額である。2018年度におけるそのほかの保険料は、実際の基準保険料額・保険料率である。

「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」に基づく

マンパワーのシミュレーション ー概要ー

（厚生労働省 平成30年5月21日）

平成30年5月21日経済財政諮問会議資料を一部改変

- 基本となる将来見通しに加え、今後の議論に資するため、①医療・介護需要が一定程度低下した場合、②医療・介護等における生産性が向上した場合を仮定して、将来の就業者数に関するシミュレーションを実施。

【シミュレーション（1）】

- 医療・介護需要が一定程度低下した場合

※ これまでの受療率等の傾向や今後の寿命の伸び等を考慮し、高齢期において、医療の受療率が2.5歳分程度、介護の認定率が1歳分程度低下した場合

<2040年度の変化等>

- ・ 医療福祉分野における就業者数：
▲81万人 [▲1.4%]

【シミュレーション（2）】

- 医療・介護等における生産性が向上した場合

※ ICT等の活用に関する調査研究や先進事例等を踏まえ、医療・介護の生産性が各5%程度向上するなど、医療福祉分野における就業者数全体で5%程度の効率化が達成された場合

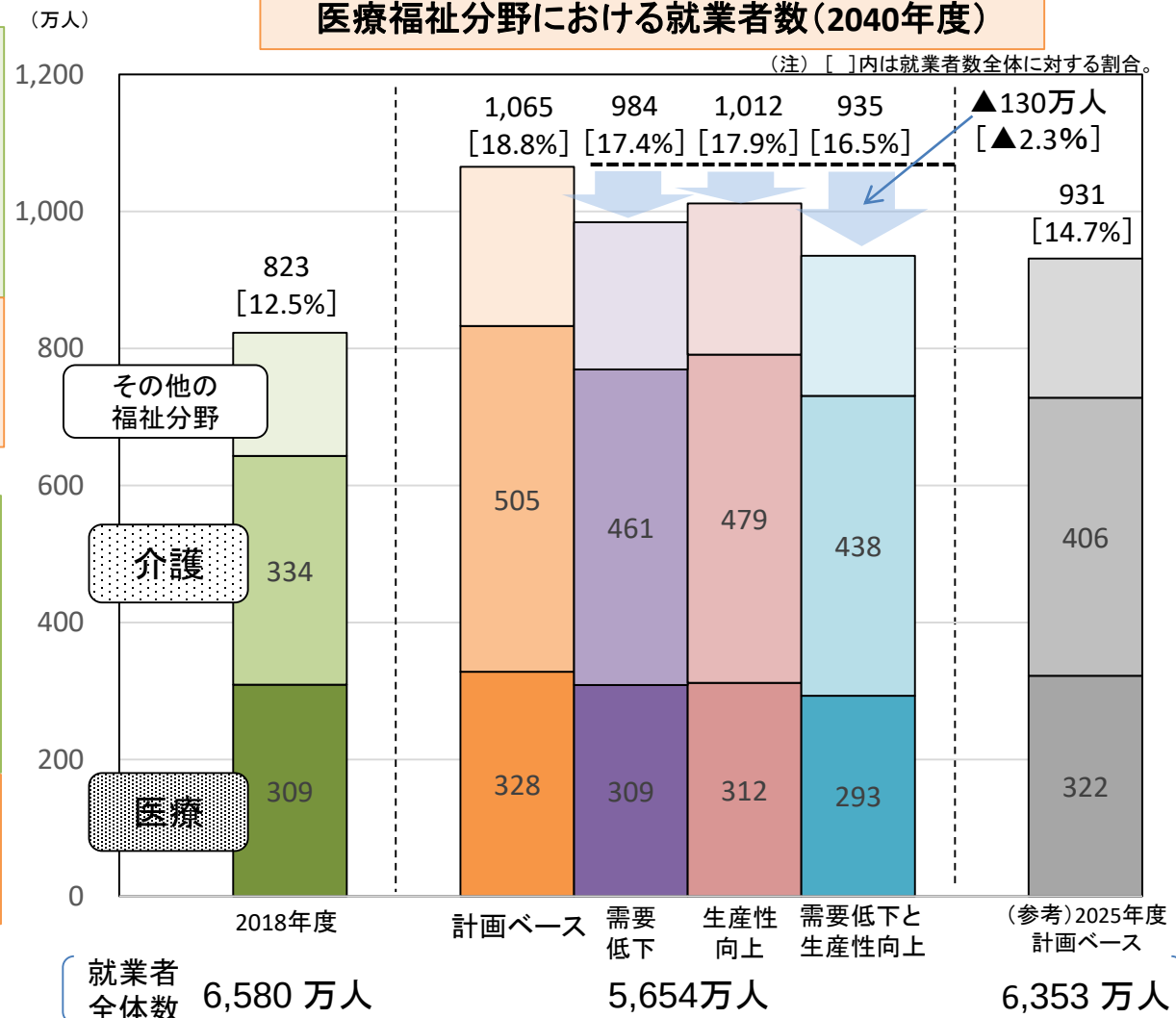
<2040年度の変化等>

- ・ 医療福祉分野における就業者数：
▲53万人 [▲0.9%]

※. (1)と(2)が同時に生じる場合、2040年度の変化は▲130万人[▲2.3%]

医療福祉分野における就業者数(2040年度)

(注) []内は就業者数全体に対する割合。



(注) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

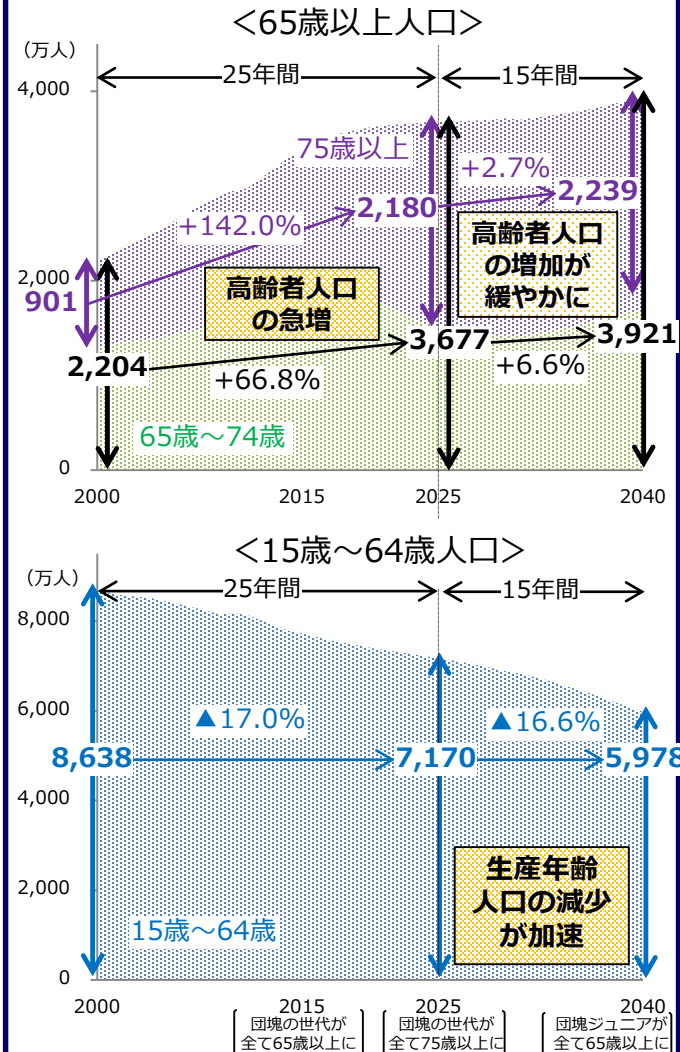
2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

人口構造の推移を見ると、2025年以降、
「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

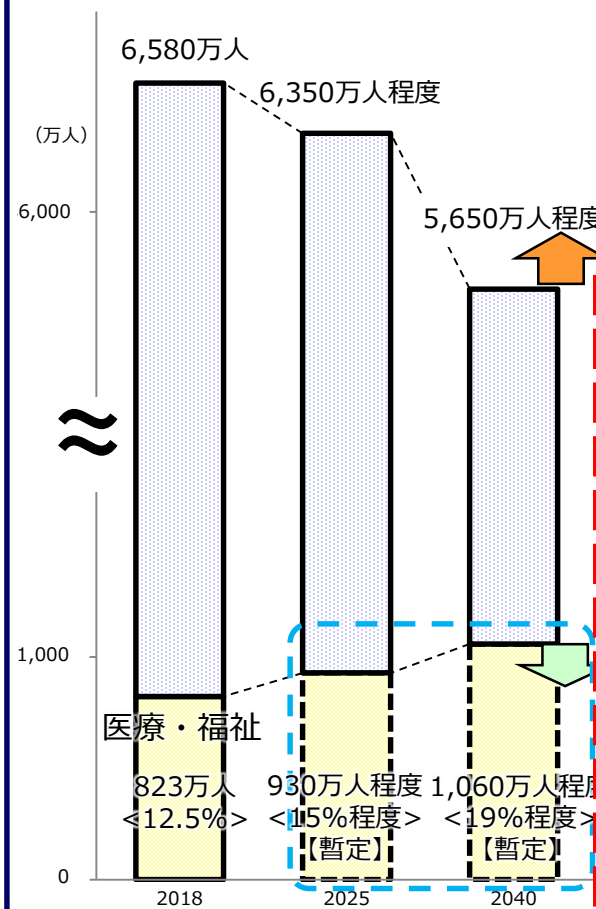


2025年以降の現役世代の人口の急減という
新たな局面における課題への対応が必要。

《2040年までの人口構造の変化》



《就業者数の推移》



国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上
⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

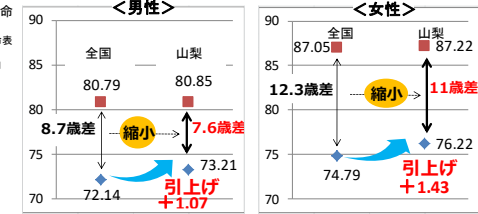
- ⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性[※]の向上を目指す。

- ※ サービス産出に要するマンパワー投入量。
- ※ 医療分野：ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度（「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出）
- ※ 介護分野：特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり。

健康寿命延伸に向けた取組

平均寿命と健康寿命の差
(山梨県と全国の比較)

(出典)
平均寿命：平成27年簡易生命表、平成27年都道府県別生命表
健康寿命：平成28年簡易生命表、平成28年人口動態統計、
平成28年国民生活基礎調査、平成28年推計人口



○ **健康格差の解消**により、2040年までに健康寿命を3年以上延伸、平均寿命との差の縮小を目指す。

○ 重点取組分野を設定、2つのアプローチで格差を解消。

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

・多様な主体の連携により、無関心層も含めた予防・健康づくりを社会全体で推進。

②地域間の格差の解消

・健康寿命には、大きな地域間格差。地域ぐるみで取り組み、格差を解消。

(日本健康会議等)

※全都道府県が、健康寿命の最も高い山梨県の水準に到達すれば、**男性+1.07年、女性+1.43年**の延伸。

① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

② 地域間の格差の解消

重点取組分野	具体的な方向性	目指す2040年の姿
成育 健やか親子施策	・すべての子どもの適切な生活習慣形成のための介入手法の確立、総合的な支援 ・リスクのある事例の早期把握や個別性に合わせた適切な介入手法の確立 ・成育に関わる関係機関の連携体制の構築	・成育環境に関わらず、すべての子どもが心身ともに健やかに育まれる。 例) 低出生体重児の割合や10代の自殺死亡率を先進諸国トップレベルに改善する。
疾病予防・重症化予防 がん対策・生活習慣病対策等	・個別・最適化されたがん検診・ゲノム医療の開発・推進、受けやすいがん検診の体制づくり ・インセンティブ改革、健康経営の推進 ・健康無関心層も自然に健康になれる社会づくり(企業、自治体、医療関係者等の意識共有・連携)(日本健康会議等)	・個々人に応じた最適ながん治療が受けられる。 ・所得水準や地域・職域等によらず、各種の健康指標の格差が解消される。
介護・フレイル予防 介護予防と保健事業の一体的実施	・介護予防(フレイル対策(口腔、運動、栄養等)を含む)と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する枠組みの構築、インセンティブも活用 ・実施拠点として、高齢者の通いの場の充実、認知症カフェの更なる設置等 地域交流の促進	・身近な地域で、生活機能低下防止と疾病予防・重症化予防のサービスが一体的に受けられる。 例) 通いの場への参加率 15% 認知症カフェの設置箇所数 9,500箇所

基盤整備

見える化

データヘルス

研究開発

社会全体での取組み

- 引き続き需要が増加する医療・介護等のサービスを安定的に提供するため、**マンパワーの確保**が課題。
- 一方、生産年齢人口の急速な減少により労働力制約が強まる中で、他の高付加価値産業への人材輩出も考慮すれば、**医療・介護・福祉の専門人材が機能を最大限発揮**することが不可欠。また、2040年までを展望すれば、AI・ロボット・ICTといったテクノロジーが急速に発展。
- このため、健康寿命の延伸に向けた取組に加えて、**医療・介護・福祉サービスの生産性改革**を進める。

従事者の業務分担の見直し・効率的な配置の推進

- 医師の働き方改革を踏まえたタスク・シフティングの推進（モデル事業の実施と全国展開）

（例）「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」によれば、医師の業務のうち、1日当たり47分は他職種への移管やICT等の活用により効率化が可能。

- 介護ロボット活用による特養での効率的な配置の推進（モデル事業の実施と全国展開）

（例）見守り機器導入後、夜間の入所者への訪室回数、巡回等に係る時間が減少。ヒヤリハット・介護事故件数も減少。

- 保育補助者など多様な人材活用による保育業務の効率化

テクノロジーの最大活用

- 医療機関におけるAI・ICT等の活用推進、診断等の質の向上や効率化に資する医療機器等の開発支援

（例）オンライン診療の推進やICTを活用した勤務環境改善（テレICU（複数のICUの集中管理）やタブレット等を用いた予診、診断支援ソフトウェア等）、多職種連携のためのSNS活用の推進 等

- 介護サービス事業所間の連携等に係るICT標準仕様の開発・普及

（例）ICT機器導入後、書類作成（ケア記録等の作成や介護報酬請求）に要する時間が減少。

- 保育所等におけるICT化の推進

- 病院長研修など医療機関のマネジメント改革への支援推進
- 介護分野、障害福祉分野における生産性向上ガイドラインの作成・普及
- 保育業務に関するタイムスタディ調査の実施、好事例の収集・横展開

マネジメント改革の支援

医療・介護分野への影響と課題

医療・介護の患者数・利用者数および就業者数の見通し

			計画ベース		
			2018年度	2025年度	2040年度
患者数・利用者数等 (万人)	医療	入院	132	132	140
		外来	783	794	753
	介護	施設	104	121	162
		居住系	46	57	76
		在宅	353	427	509
就業者数 (万人)	医療福祉分野における就業者数		823 [12.5%]	931 [14.7%]	1,065 [18.8%]
	医療		309	322	328
	介護		334 (200)	406 (245)	505 (305)
人口 (万人)	総人口		12,618	12,254	11,092
		15～64歳	7,516(59.6%)	7,170(58.5%)	5,978(53.9%)
		20～39歳	2,696(21.4%)	2,471(20.2%)	2,155(19.4%)
		40～64歳	4,232(33.5%)	4,163(34.0%)	3,387(30.5%)
		65歳～	3,561(28.2%)	3,677(30.0%)	3,921(35.3%)
		75歳～	1,800(14.3%)	2,180(17.8%)	2,239(20.2%)
	就業者数		6,580	6,353	5,654

※ 患者数はある日に医療機関に入院中又は外来受診した患者数。利用者数は、ある月における介護サービスの利用者数であり、総合事業等における利用者数を含まない。

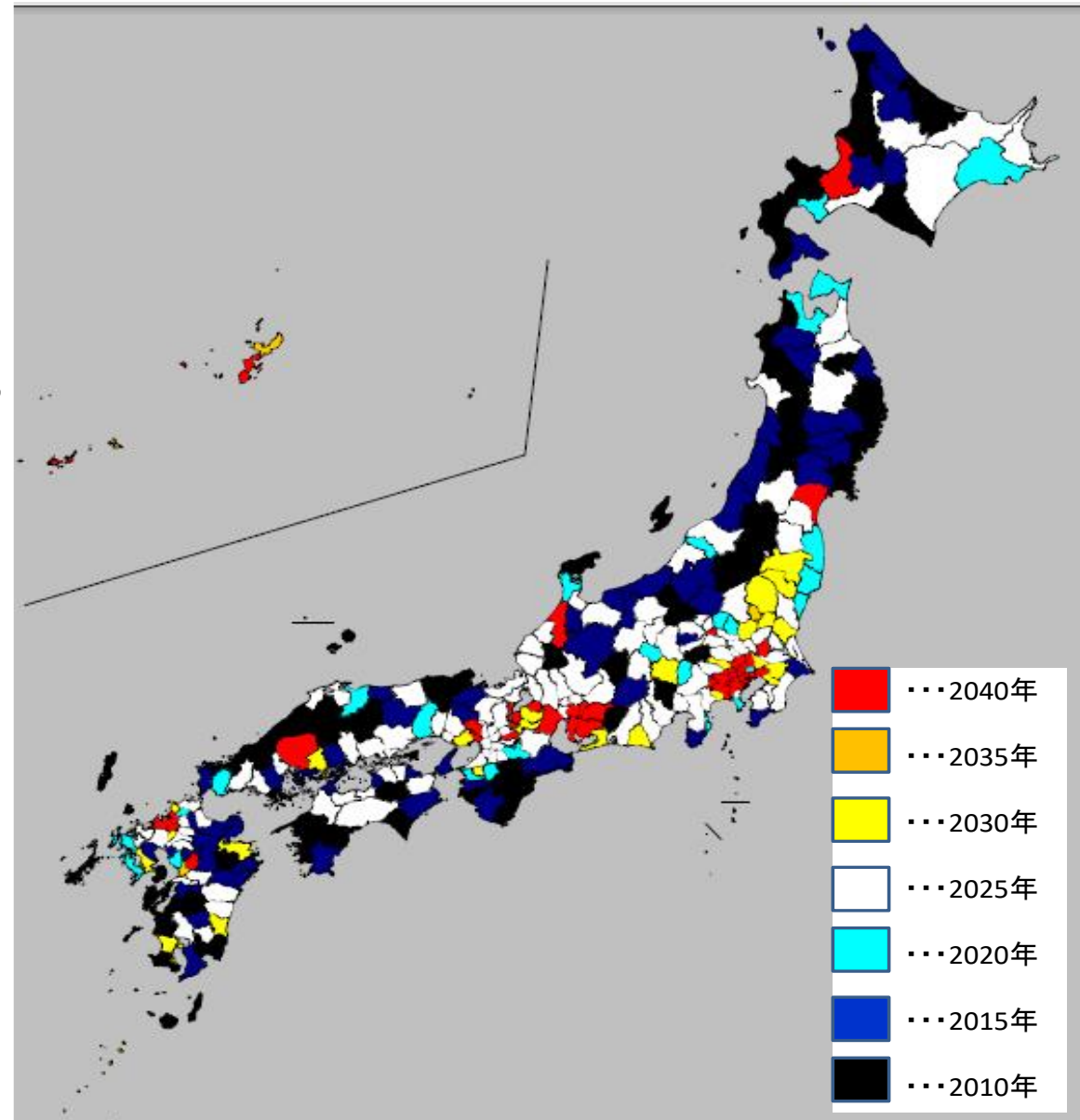
※ 就業者数欄の「医療福祉分野における就業者数」は、医療・介護分に、その他の福祉分野の就業者数等を含ませた推計値。医療分、介護分ともに、直接に医療に従事する者や介護に従事する者以外に、間接業務に従事する者も含めた数値である。[]内は、就業者数全体に対する割合。()内は、介護職員の数。なお、介護職員数は、総合事業(従前相当及び基準緩和型)における就業者数を含む。

※ 「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」(内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日)より抜粋。

高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

中医協 総-2 参考
28.12.14より

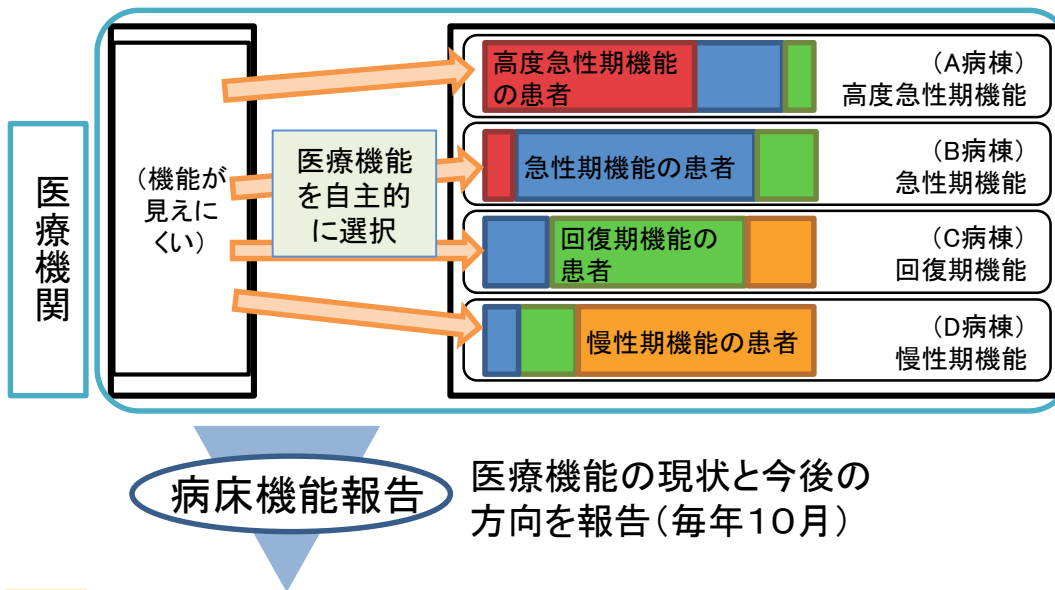
地域により
医療需要ピークの時期が大きく異なる



出典: 社会保障制度国民会議 資料 (平成25年4月19日 第9回
資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料)

地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
 - ※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



（「地域医療構想」の内容）

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域（二次医療圏が基本）単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例）

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

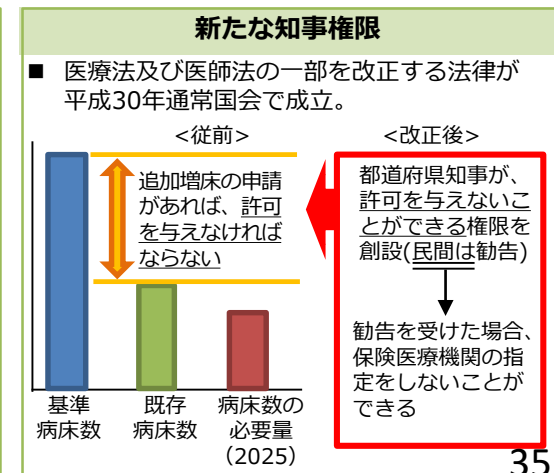
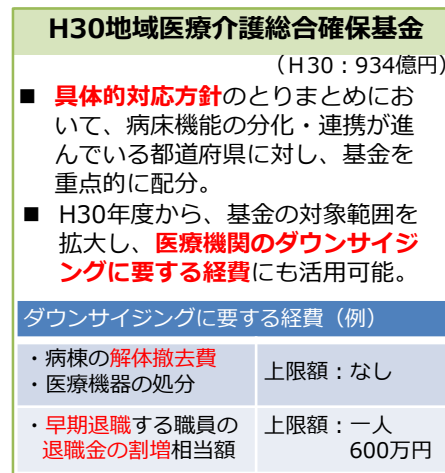
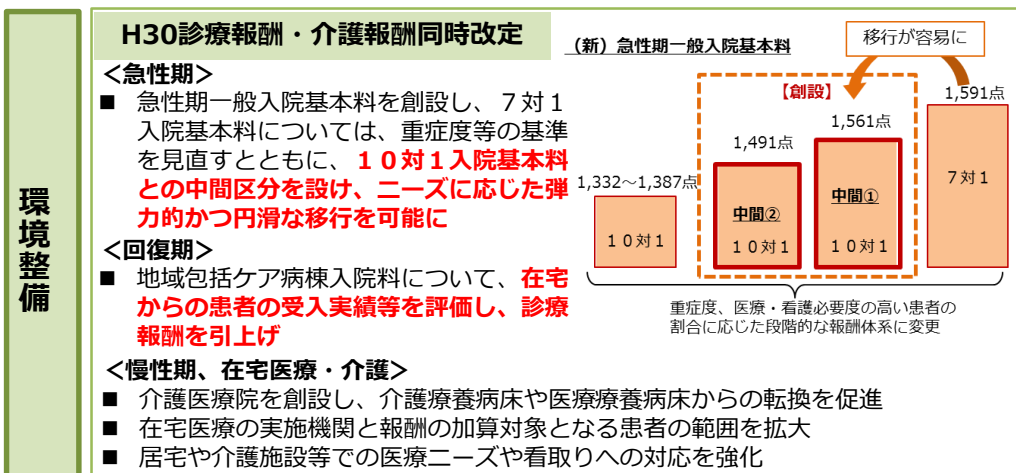
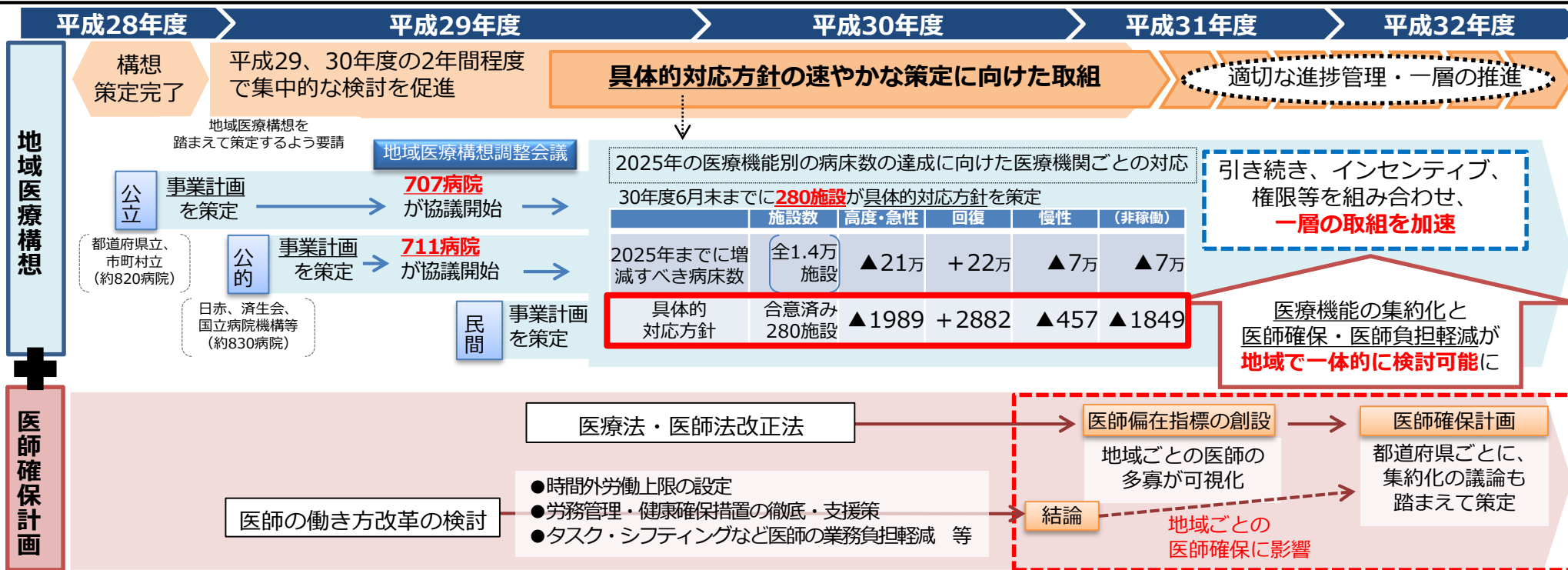
- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

「地域医療構想」の達成に向けた一層の取組

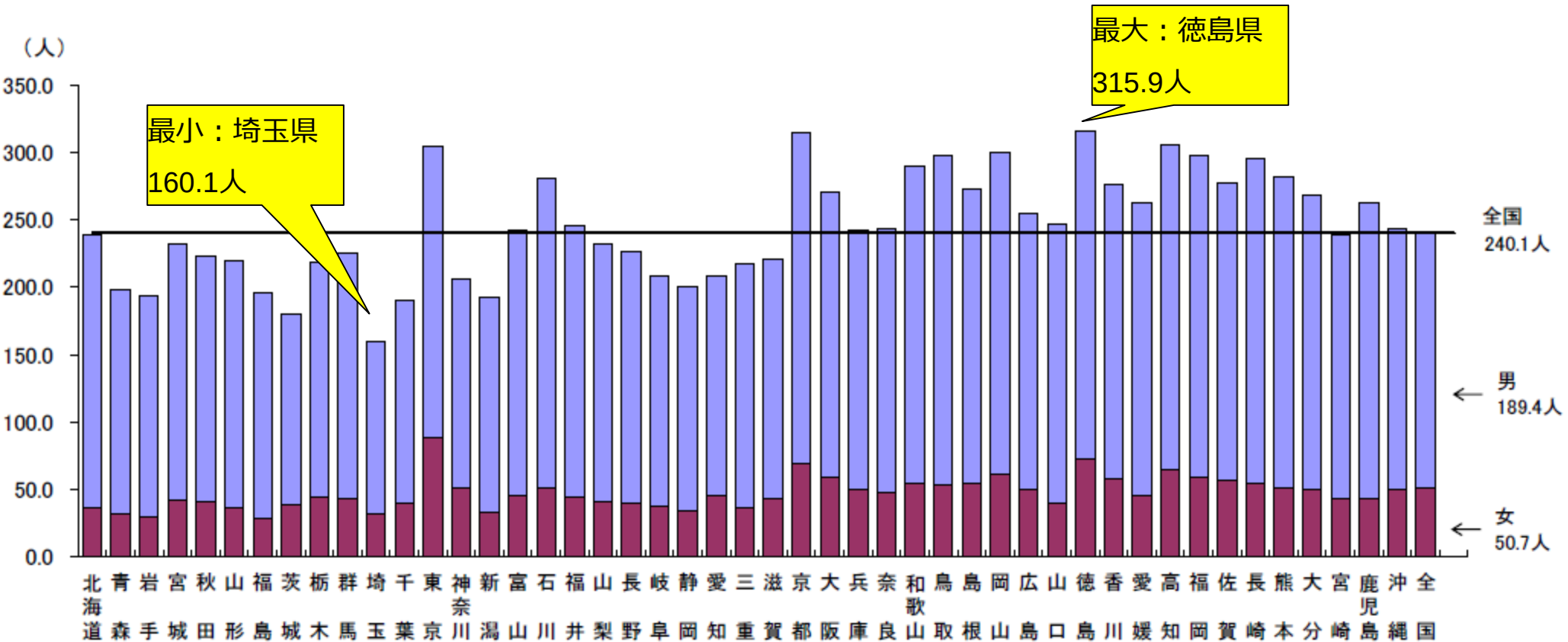
平成30年5月21日 経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料（一部改変）

- 「地域医療構想調整会議」における議論の徹底した進捗管理を行いつつ、医師確保対策やインセンティブ、権限等を組み合わせることで、「具体的対応方針」の速やかな策定に向けて、一層の取組を加速させる。



都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数

- 平成28年度の医療施設に従事する人口10万対医師数の全国平均は240.1人で、前回の平成26年度(233.6人)に比べ6.5人増加している。
- これを都道府県(従業地)別にみると、徳島県が315.9人と最も多く、次いで京都府314.9人、高知県306.0人となっており、埼玉県が160.1人と最も少なく、次いで、茨城県180.4人、千葉県189.9人となっており、「西高東低」の傾向が見られる。



(出典)平成28年(2016年)医師・歯科医師・薬剤師調査

医療法及び医師法の一部を改正する法律の概要

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- ・専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設

都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

- ・地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・健康保険法等について所要の規定の整備 等

施行期日

2019年4月1日。(ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。)

保険者による予防・健康づくりのインセンティブの推進

○経済財政運営と改革の基本方針2018（2018年6月15日閣議決定）（予防・健康づくりの推進関係：抜粋）

- ・糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、… 先進・優良事例の横展開の加速に向けて今後3年間で徹底して取り組む
- ・予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度を整備する
- ・保険者における予防・健康づくり等の分野におけるインセンティブ改革の取組の全国的な横展開を進める

《日本健康会議による全国展開》

- 先進的な予防・健康づくりの取組を民間主導（自治体・保険者・企業・医療関係者等）で全国に広げるための「日本健康会議」が発足（2015年7月）。
- 「健康なまち・職場づくり宣言2020」→進捗状況をホームページで公表し「見える化」。
- 糖尿病重症化予防、個人インセンティブ等の先進・優良事例を紹介し、全国展開。

《保険者の取組の支援（インセンティブ）》

- 保険者による予防・健康づくりの取組をインセンティブにより支援。（保険者努力支援制度・後期高齢者支援金の加減算制度）

現在の取組

【糖尿病の重症化予防の推進】

- 糖尿病の重症化予防プログラムを策定(2016年4月)
- 厚労省・日本医師会・糖尿病対策推進会議の三者の連携協定(2016年3月)を通じ、地域での取組を推進
- 自治体での取組の先進・優良事例を公表(2017年7月)

「目標」重症化予防に取り組む自治体を800市町村(2020年度)
 「実績」118市町村(2016年度) → 654市町村(2017年度)

【国保の取組をインセンティブで支援】

- 保険者努力支援制度を先行実施（2016年度～）
 ※保険者努力支援制度は、予防・健康づくりに取り組む自治体への財政支援を行う仕組み
 ※財政規模：150億円(2016年度)→250億円(2017年度)

【個人のインセンティブを推進】

- 保険者による加入者への予防・健康づくりの支援を、努力義務化（2015年法改正）
 （例：ヘルスケアポイント、分かりやすい情報提供など）
- 個人にインセンティブを提供する取組に係るガイドラインの策定・公表

「目標」加入者へのインセンティブに取り組む自治体を800市町村(2020年度)
 「実績」115市町村(2016年度) → 326市町村(2017年度)

横展開の加速化

【インセンティブの強化・拡大】

- 健保組合へのインセンティブの仕組みを強化（2018年度～）
 個人インセンティブの取組も評価指標に追加
 ※特定健診の実施率や重症化予防の取組に応じて後期高齢者支援金の加減算を行う仕組み。

【加算率（ペナルティ）】

0.23%（2017年度まで） ⇒ 最大10%（2018年度から2020年度までに段階的に引上げ）

【減算率（インセンティブ）】

0.05%（2017年度まで） ⇒ 最大10%（2018年度～）

- 国保の保険者努力支援制度の本格実施（2018年度～）
 ※財政規模：総額1000億円（都道府県分500億円、市町村分500億円）
- 特定健診・保健指導の実施率を保険者別に公表（2017年度実績から、2019年3月頃公表予定）

【保険者の取組の評価に当たり成果指標を導入】

- 特定保健指導について、実施量による評価に加え、アウトカム評価も導入（2018年度～）
 ※3カ間で腹囲2cm以上かつ体重2%以上の減少
- 一部自治体では、アウトカム評価等を活用し、個人にインセンティブを提供しており、こうした好事例の横展開を推進

糖尿病の重症化
予防の横展開

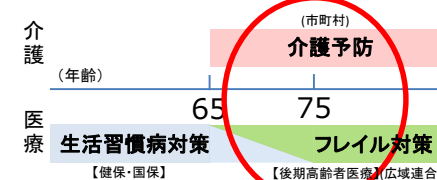
保険者の
インセンティブ改革

頑張った者が
報われる制度

予防・健康づくりの推進(医療保険・介護保険における予防・健康づくりの一体的実施)

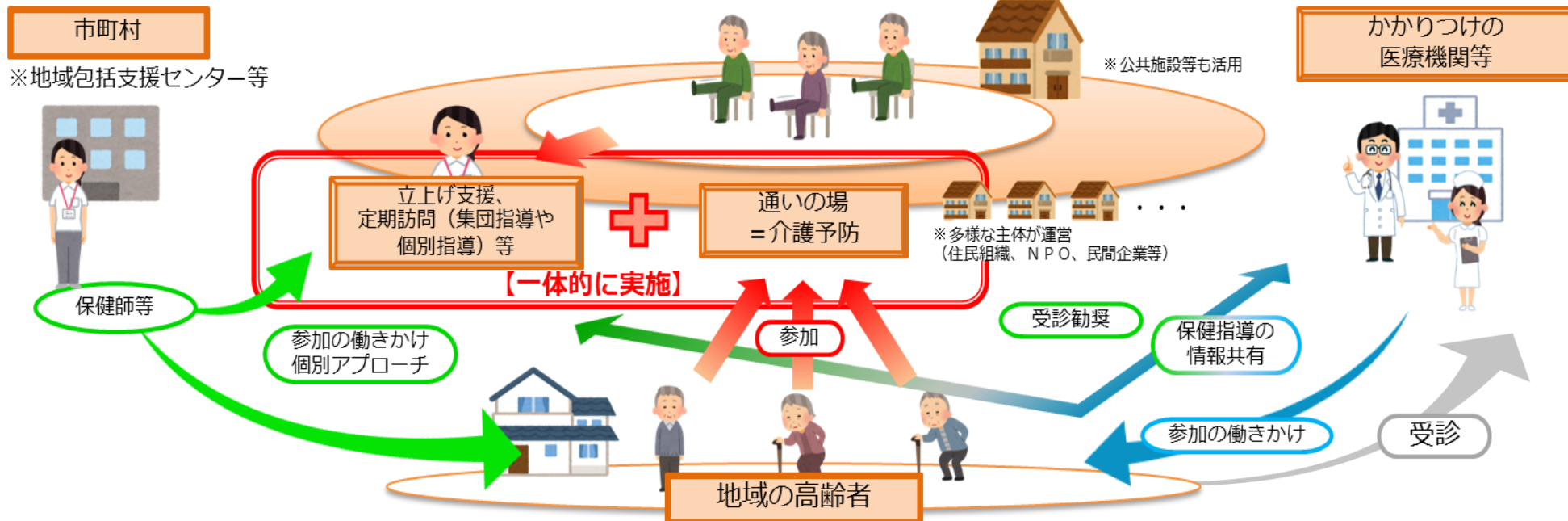
健康寿命の延伸に向けた課題

- 高齢者の有病率は高く、早期発見・早期対応とともに、重症化予防が課題。
- また、生活機能が急速に低下し、高齢者が参加しやすい活動の場の拡大や、フレイル対策を含めたプログラムの充実が課題。
- さらに、介護予防と生活習慣病対策・フレイル対策は実施主体が別であり、高齢者を中心として、これらが一体的に提供されるよう、関係機関が連携して取り組む体制構築が必要。



- ▶ 高齢者の通いの場を中心とした介護予防（フレイル対策(運動、口腔、栄養等)を含む）と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的実施。
- ▶ 通いの場の拡大、高齢者に対して生きがい・役割を付与するための運営支援、かかりつけの医療機関等との連携。

地域ぐるみで介護・フレイル予防を一体的に実施 ⇒ 健康寿命の延伸



第7期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

平成29(2017)年度
実績値 ※1

平成32(2020)年度
推計値 ※2

平成37(2025)年度
推計値 ※2

○ 介護サービス量

在宅介護	343 万人		378 万人	(10%増)	427 万人	(24%増)
うちホームヘルプ	110 万人		122 万人	(11%増)	138 万人	(26%増)
うちデイサービス	218 万人		244 万人	(12%増)	280 万人	(28%増)
うちショートステイ	39 万人		43 万人	(9%増)	48 万人	(23%増)
うち訪問看護	48 万人		59 万人	(22%増)	71 万人	(47%増)
うち小規模多機能	10 万人		14 万人	(32%増)	16 万人	(55%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	1.9 万人		3.5 万人	(84%増)	4.6 万人	(144%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	0.8 万人		2.1 万人	(172%増)	2.9 万人	(264%増)
居住系サービス	43 万人		50 万人	(17%増)	57 万人	(34%増)
特定施設入居者生活介護	23 万人		28 万人	(21%増)	32 万人	(41%増)
認知症高齢者グループホーム	20 万人		22 万人	(13%増)	25 万人	(26%増)
介護施設	99 万人		109 万人	(10%増)	121 万人	(22%増)
特養	59 万人		65 万人	(11%増)	73 万人	(25%増)
老健(＋介護療養等)	41 万人		43 万人	(7%増)	48 万人	(18%増)

※1) 2017年度の数値は介護保険事業状況報告(平成29年12月月報)による数値で、平成29年10月サービス分の受給者数(1月当たりの利用者数)。

在宅介護の総数は、便宜上、同報の居宅介護支援・介護予防支援、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスの受給者数の合計値。

在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護(予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は、119万人)、訪問リハ(予防給付を含む。)、

夜間対応型訪問介護の合計値。デイサービスは通所介護(予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は229万人)、通所リハ(予防給付を含む。)、

認知症対応型通所介護(予防給付を含む。)、地域密着型通所介護の合計値。ショートステイは、短期入所生活介護(予防給付を含む。)、短期入所療養介護(予防給付を含む。))の合計値。

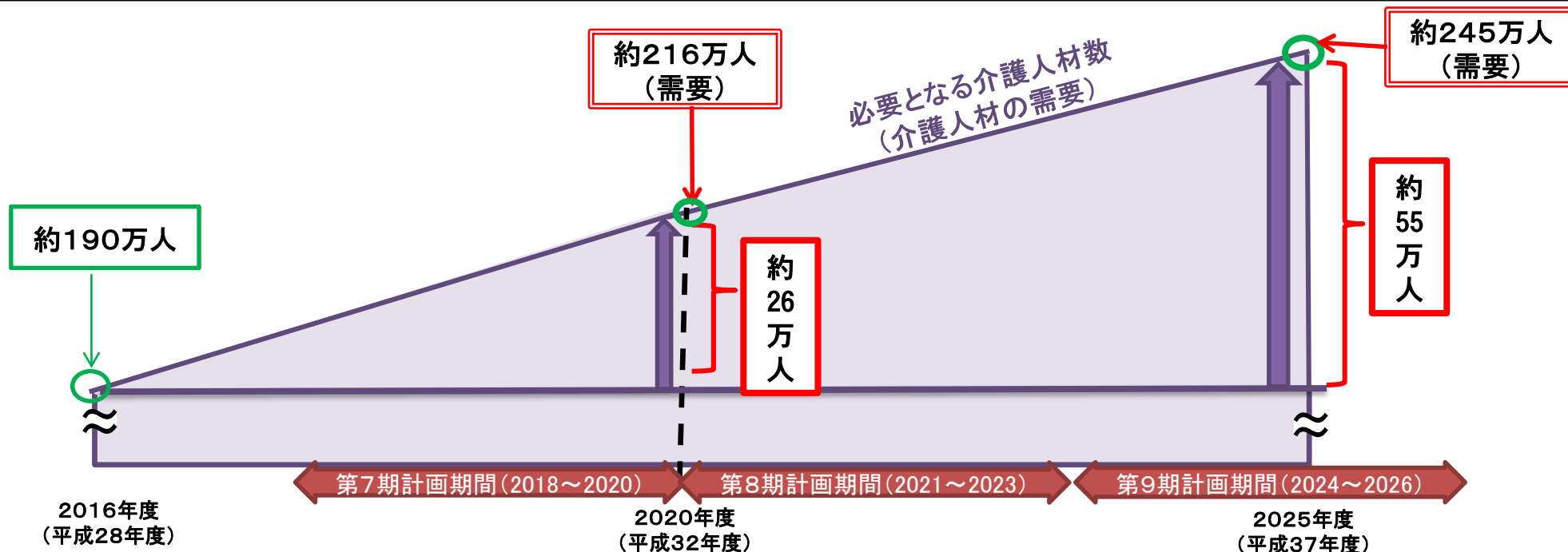
居住系サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを含む。

※2) 平成32(2020)年度及び平成37(2025)年度の数値は、全国の保険者が作成した第7期介護保険事業計画における推計値を集計したもの。

なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について

- 第7期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護人材の需要を見ると、2020年度末には約216万人、2025年度末には約245万人が必要。
- 2016年度の約190万人に加え、2020年度末までに約26万人、2025年度末までに約55万人、年間6万人程度の介護人材を確保する必要がある。
- ※ 介護人材数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数を加えたもの。
- 国においては、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組む。



注1) 需要見込み(約216万人・245万人)については、市町村により第7期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量(総合事業を含む)等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。

注2) 2016年度の約190万人は、「介護サービス施設・事業所調査」の介護職員数(回収率等による補正後)に、総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数(推計値:約6.6万人)を加えたもの。

総合的な介護人材確保対策（主な取組）

これまでの主な対策

今後、さらに講じる主な対策

介護職員の 処遇改善

（実績）月額平均5.7万円の改善

- （月額平均1.4万円の改善（29年度～））
- （月額平均1.3万円の改善（27年度～））
- （月額平均0.6万円の改善（24年度～））
- （月額平均2.4万円の改善（21年度～））

◎ 2019年10月の消費税率の引き上げに伴い、更なる処遇改善を実施予定

多様な人材 の確保・育成

- 介護福祉士を目指す学生への修学資金貸付
- いったん仕事を離れた介護人材への再就職準備金貸付（人材確保が特に困難な地域では貸付額を倍増）

- ◎ 中高年齢者等の介護未経験者に対する入門的研修を創設し、研修受講後のマッチングまでを一体的に支援
- ◎ 介護福祉士養成施設における人材確保の取組を支援

離職防止 定着促進 生産性向上

- 介護ロボット・ICTの活用推進
- 介護施設・事業所内の保育施設の設置・運営の支援
- キャリアアップのための研修受講負担軽減や代替職員の確保支援

- ◎ 介護ロボットの導入支援や生産性向上のガイドラインの作成など、介護ロボット・ICT活用推進の加速化
- ◎ 認証評価制度の普及に向けたガイドラインの策定

介護職 の魅力向上

- 学生やその保護者、進路指導担当者等への介護の仕事の理解促進

◎ 介護を知るための体験型イベントの開催（介護職の魅力などの向上）

外国人材の受 入れ環境整備

◎ 在留資格「介護」の創設に伴う介護福祉士国家資格の取得を目指す外国人留学生等の支援（介護福祉士修学資金の貸付推進、日常生活面での相談支援等）

介護保険料基準額の高額保険者・低額保険者（第7期：平成30～32年度）

- 介護保険料が高額の保険者は、大阪市を除き、全て小規模自治体。介護保険料の水準は、介護サービスの利用状況の変動を受けやすい。
- 介護保険料が低額の保険者も、比較的小規模な自治体が多く、サービス提供体制の確保が課題。

基準額が高額の上位20保険者		
保険者名		第7期基準額 (月額)
福島県	葛尾村	9,800
福島県	双葉町	8,976
東京都	青ヶ島村	8,700
福島県	大熊町	8,500
秋田県	五城目町	8,400
福島県	浪江町	
青森県	東北町	8,380
福島県	飯舘村	8,297
岩手県	西和賀町	8,100
福島県	三島町	8,000
福島県	川内村	
大阪府	大阪市	7,927
秋田県	井川町	7,900
和歌山県	上富田町	7,829
青森県	六戸町	7,760
奈良県	黒滝村	7,700
和歌山県	みなべ町	
鹿児島県	瀬戸内町	
和歌山県	かつらぎ町	7,650
青森県	三戸町	7,620

基準額が低額の上位20保険者		
保険者名		第7期基準額 (月額)
北海道	音威子府村	3,000
群馬県	草津町	3,300
東京都	小笠原村	3,374
北海道	興部町	3,800
宮城県	大河原町	3,900
千葉県	酒々井町	
北海道	奥尻町	4,000
北海道	中札内村	
埼玉県	鳩山町	
愛知県	みよし市	4,040
愛知県	大口町	4,041
宮城県	蔵王町	4,050
北海道	せたな町	4,180
北海道	置戸町	4,200
埼玉県	杉戸町	4,261
北海道	根室市	4,300
北海道	登別市	
茨城県	守谷市	
山梨県	北杜市	
岐阜県	富加町	
愛知県	幸田町	
高知県	大豊町	

単位：円

市区町村の人口規模別分布（現状と見通し）

○ 2040年にかけて、人口5,000人未満の小規模な自治体が急増し、全国の市区町村の約1/4に達する見込み。

人口	5千人未満		5千～1万人		1万～3万人		3万～10万人	
年	2015年	2040年	2015年	2040年	2015年	2040年	2015年	2040年
自治体数	249	406	230	226	429	414	496	402
割合	14.8%	24.1%	13.7%	13.4%	25.5%	24.6%	29.5%	23.9%
人口	10万～20万人		20万～50万人		50万～100万人		100万人以上	
年	2015年	2040年	2015年	2040年	2015年	2040年	2015年	2040年
自治体数	152	116	91	86	24	22	11	10
割合	9.0%	6.9%	5.4%	5.1%	1.4%	1.3%	0.7%	0.6%

出典：実績値は「平成27年国勢調査」（福島県内の市町村を除く1682団体）、
推計値は「日本の地域別将来推計人口（平成30(2018)年推計）」（福島県内の市町村を除く1682団体）。

地域共生社会に関する介護保険法等の改正（平成29年）

「我が事・丸ごと」の地域作り・包括的な支援体制の整備

1. 「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民（世帯）が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決が図られることを目指す旨を明記。

2. この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定

- 地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備
- 住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制（＊）
（＊）例えば、地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等
- 主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制

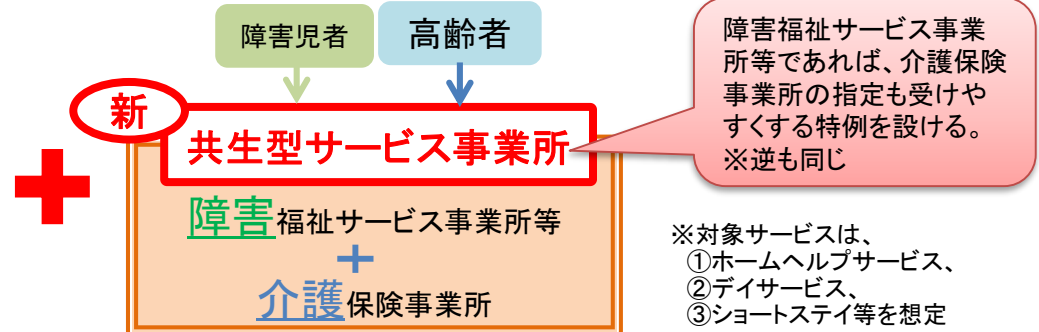
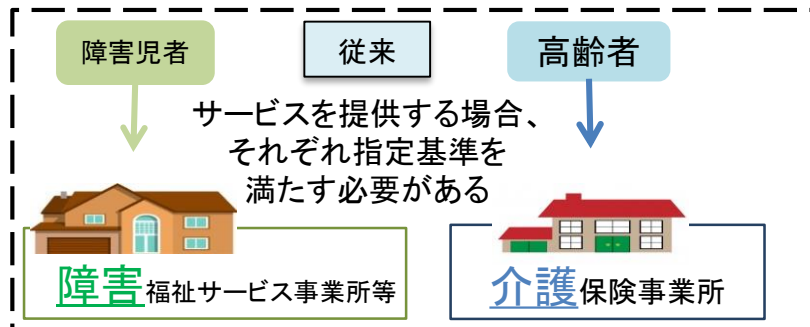
3. 地域福祉計画の充実

- 市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける。（都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様。）

※法律の公布後3年を目途として、2の体制を全国的に整備するための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる旨の附則を置く。

新たに共生型サービスを位置づけ

- 高齢者と障害児者が同一の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両方の制度に**新たに共生型サービスを位置付ける**。



介護保険における地域支援事業

介護給付

予防給付

介護予防・日常生活支援総合事業

- **介護予防・生活支援サービス事業**
 - ・ 訪問型サービス
 - ・ 通所型サービス
 - ・ 生活支援サービス（配食等）
 - ・ 介護予防支援事業（ケアマネジメント）
- **一般介護予防事業**

包括的支援事業

- **地域包括支援センターの運営**
（地域ケア会議の充実等）
- **在宅医療・介護連携推進事業**
- **認知症総合支援事業**
（認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等）
- **生活支援体制整備事業**
（コーディネーターの配置、協議体の設置 等）

任意事業

- **介護給付費適正化事業**
- **家族介護支援事業**
- **その他の事業**

地域支援事業

一般介護予防事業

- ・ **介護予防把握事業**
地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる。
- ・ **介護予防普及啓発事業**
介護予防活動の普及・啓発を行う。
- ・ **地域介護予防活動支援事業**
地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う。
- ・ **一般介護予防事業評価事業**
介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う。
- ・ **地域リハビリテーション活動支援事業**
地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。

生活支援体制整備事業

- ・ **生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置**
生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化等を行う。
- ・ **協議体の設置**
多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進