

老発０５２９第１号

令和２年５月２９日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長

(公印省略)

「地域支援事業の実施について」の一部改正について

標記の事業については、平成１８年６月９日老発第０６０９００１号本職通知の別紙「地域支援事業実施要綱」（以下「実施要綱」という。）により行われているところであるが、今般、実施要綱の一部を別添新旧対照表のとおり改正し、令和２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、事業の実施について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を図り、本事業の円滑な実施について御協力を賜りたい。

老発第0609001号
平成18年6月9日
最終改正 老発0529第1号
令和2年5月29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。

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) 介護予防・日常生活支援総合事業（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をいう。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) 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）（法第115条の46第1項に規定する包括的支援事業のうち法第115条の45第2項第4号から第6号に掲げる事業を除く。以下同じ。）の事業構成及び事業内容は、別記2のとおりとする。
- (3) 包括的支援事業（社会保障充実分）（包括的支援事業のうち在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業及び地域ケア会議推進事業（法第115条の45第2項第4号から6号までに掲げる事業及び同項第3号を効果的に実施するために、法第115条の48第1項に基づき設置される会議（以下「地域ケア会議」という。）を開催する事業をいう。以下同じ。））の事業構成及び事業内容は、別記3のとおりとする。
- (4) 任意事業（法第115条の45第3項各号に掲げる事業をいう。以下同じ。）の事業構成及び事業内容は、別記4のとおりとする。

3 実施方法

- (1) 地域支援事業は、法、介護保険法施行令（平成10年政令第412号。以下「政令」という。）、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。）、介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成27年厚生労働省告示第196

号。以下「実施指針」という。)の規定及び介護予防・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)(以下「ガイドライン」という。)によるほか、この実施要綱の定めるところによる。

- (2) 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サービスが提供されるよう実施することとする。
- (3) 地域包括支援センター(法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センターをいう。以下同じ。)は地域包括ケアを有効に機能させるために、保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士等の各々の専門職の知識を活かしながら、常に情報を共有し、互いに業務の理念、基本的な骨格を理解した上で、連携・協働の体制を作り、業務全体を「チーム」として支えていく必要がある。

また、法第115条の46第7項に規定しているとおり、地域包括支援センター内にとどまることなく、地域での各種サービス、保健・医療・福祉の専門職、専門機関相互の連携、ボランティア等の住民活動等インフォーマルな活動を含めた、地域における様々な社会資源の有効活用を図り、ネットワークを構築していく必要がある。さらに、地域支援事業の円滑な実施、地域包括支援センターの適切、公正かつ中立な運営を確保する観点から、地域包括支援センター運営協議会等を積極的に活用されたい。

また、法第115条の47第1項の規定により、市町村(特別区、一部事務組合、広域連合等を含む。以下同じ。)は委託型の地域包括支援センターに対して運営方針を明示しなければならないこととされている。明示する方針の内容としては、省令第140条の67の2の各号に掲げる内容を勘案して示すものとされているが、市町村の地域包括ケアシステムの構築方針、区域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務に関する方針、介護事業者・医療機関・民生委員・ボランティア等の関係者とのネットワーク構築の方針、第1号介護予防支援事業の実施方針、介護支援専門員に対する支援・指導の実施方針、地域ケア会議の運営方針、市町村との連携方針、公正・中立性確保のための方針等、具体的な方針については、地域の実情に応じて、市町村において定めるものとする。

- (4) 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、日常生活用具給付等事業、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。なお、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は実施可能。）については、地域支援事業として実施できないことに留意する。

４ 実施主体

- （１） 実施主体は、市町村とし、その責任の下に地域支援事業を実施するものとする。
- （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、包括的支援事業の実施について、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法人に委託することができるものとする。この委託は、包括的支援事業の実施に係る方針を示した上で、包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）についてはその全てにつき一括して行わなければならない。なお、市町村は、包括的支援事業（社会保障充実分）の実施については、地域包括支援センター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、省令第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、介護予防・生活支援サービス事業（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」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） 地域包括支援センターの設置者（法人である場合は、その役員）若しくはその職員又はこれらの職にあった者は、正当な理由なしに、その業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

（８） 総合事業は、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

市町村及び地域支援事業の実施について市町村から委託を受けた者又は第一号事業の指定事業者は、地域支援事業の利用者に対し、介護予防把握事業に係る費用を除いて、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。また、利用料の額の設定に当たっては、予防給付及び総合事業との均衡等を勘案しながら、適切に設定することとする。

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に関する指標により、毎年度実施する。

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、在宅医療と介護を一体的に提供するために、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。ただし、実施主体は、アからクまで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

ア 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業所等の住所、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、リスト又はマップを作成する。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。

ウ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

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在宅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。）

エ 医療・介護関係者の情報共有の支援

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。

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、情報共有ツールの使用方法等の説明会の開催、情報共有の使用状況の把握と改善の検討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、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。

オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営を行うために、在宅医療・介護の連携を支援する人材を配置し、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。また、必要に応じて、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や、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。

カ 医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の研修を行う。また、必要に応じて、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。

キ 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の開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。

ク 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

複数の関係市町村が連携して、広域連携が必要な事項について協議する。

(4) 留意事項

ア (3)のアからクまでの事業全てを行うものとする。

イ (3)のアからクまでの事業全て又は一部の事業を、委託することにより実施することも可能である。

ウ (3)のアからク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。

エ 近隣市町村が連携又は共同して、(3)のアからクまでの事業全て又はその一部を実施することも可能である。

オ 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。

カ 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、(3)のアからクまでの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。

キ (3)のアからクまでの事業の実施に併せて、都道府県、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。

2 生活支援体制整備事業（法第115条の4第2項第5号）

(1) 目的

単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加する中、医療、介護のサービス提供のみならず、地域住民に身近な存在である市町村が中心となって、NPO法人、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、介護サービス事業所、シルバー人材センター、老人クラブ、家政婦紹介所、商工会、民生委員等の生活支援サービスを担う事業主体と連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図って行くことを目的とする。

(2) 実施主体

市町村。ただし、市町村は、(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) 実施内容

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

高齢者の生活支援・介護予防サービス（以下「生活支援等サービス」という。）の体制整備を推進していくため、以下のとおり、生活支援等サービスの提供体制の構築に向けて、以下の(ア)に掲げるコーディネート機能を有する者を「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」とし、市町村区域（第1層）及び日常生活圏域（中学校区域等）（第2層）に配置する。ただし、指定都市における第1層は行政区単位とし、広域連合における第1層は構成市町村単位とする。

(ア) コーディネート機能

市町村が定める活動区域ごとに、以下のaからcまでの内容を踏まえ、多様な主体による多様な取組のコーディネート業務を実施することにより、地域における一体的な生活支援等サービスの提供体制の整備を推進する。

- a 資源開発（地域に不足するサービスの創出、サービスの担い手の養成、高齢者等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（関係者間の情報共有、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サービス提供主体の活動のマッチング等）

（イ） 活動範囲

コーディネートを実施する範囲としては、第１層の市町村区域、第２層の日常生活圏域（中学校区域等）、サービス提供主体の活動圏域（第３層）があるが、本事業の対象となるのは、以下の a 及び b とする。

- a 第１層 市町村区域で、以下の①から⑤までを中心に行う機能
- b 第２層 日常生活圏域（中学校区域等）で、第１層の機能の下、以下の①から⑥までを行う機能
 - ① 地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起
 - ② 地縁組織等多様な主体への協力依頼等の働きかけ
 - ③ 関係者のネットワーク化
 - ④ 目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一
 - ⑤ 生活支援の担い手の養成やサービスの開発（担い手を養成し、組織化し、担い手を支援活動につなげる機能）
 - ⑥ ニーズとサービスのマッチング

注１ 第３層では、個々の生活支援等サービスの事業主体において、利用者と具体的なサービスをマッチングする機能があるが、これはサービス提供主体が本来的に有している機能であるため、本事業の対象外である。

注２ 基本的には第２層は、第１層の一部という関係にあるが、市町村内に日常生活圏域が１つである場合は、第１層と第２層を区別する必要はない。

（ウ） 配置

地域包括支援センターとの連携を前提とした上で、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。

（エ） 資格・要件

地域における助け合いや生活支援等サービスの提供実績のあ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。

このように、特定の資格要件は定めるものでないが、市民活動への理解があり、多様な理念をもつ地域のサービス提供主体と連絡調整できる立場の者であって、国や都道府県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が属する組織の活動の枠組みを超えた視点、地域の公益的活動の視点、公平中立な視点を有することが必要である。

イ 協議体の設置

(ア) 目的

生活支援等サービスの体制整備に向けて、多様な主体の参画が効果的な取組につながることから、市町村が主体となって、生活支援コーディネーターと生活支援等サービスの多様な提供主体等が参画する定期的な情報の共有・連携強化の場を設置することにより、生活支援コーディネーターを補完し、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

- ・ 生活支援コーディネーターの組織的な補完
- ・ 地域ニーズ、既存の地域資源の把握、情報の見える化の推進（実態調査の実施や地域資源マップの作成等）
- ・ 企画、立案、方針策定を行う場（生活支援等サービスの担い手養成に係る企画等を含む。）
- ・ 地域づくりにおける意識の統一を図る場
- ・ 情報交換の場、働きかけの場等

(ウ) 設置主体

設置主体は市町村であり、地域の関係者のネットワーク化を図りながら設置することが重要である。

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。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) 構成団体

協議体は、市町村、地域包括支援センター等の行政機関、生活支援コーディネーターのほか、NPO法人、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、ボランティア団体、介護サービス事業者、シルバー人材センター等の地域の関係者で構成され、この他にも地域の実情に応じて適宜参画者を募ることが望ましい。

また、本事業は、市町村の生活支援等サービスの体制整備を目的としており、介護保険制度でのサービスのみならず、市町村実施事業や民間市場、あるいは地域の支え合いで行われているサービスを含めて市町村内の資源を把握し、保険外のサービスの活用を促進しつつ、互助を基本とした生活支援等サービスが創出されるような取組を積極的に進める必要があることから、地域の実情、ニーズに応じて配食事業者、移動販売事業者、移動支援団体等、地域の高齢者の生活を支える上で必要不可欠な民間企業等も参画することが望ましい。

なお、協議体の早期設置を推進する観点から、まずは協議体の機能を有するような既存の会議等も積極的に活用しつつ、最低限必要な参画者で協議体を立ち上げ、徐々に参画者を増やしていく等といった方法も有効である。

ウ 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

役割がある形での高齢者の社会参加等を促進するため、「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。

このように、特定の資格要件は定めるものでないが、生涯現役社会の実現や市民活動への理解があり、多様な理念をもつ地域のサービス提供主体や民間企業と連絡調整できる立場の者が望ましい。

エ 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等サービスの充実に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 生活支援等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等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」の活用が可能である。

(ウ) 生活支援コーディネーターは、生活困窮者対策の相談支援員、主任相談支援員や、社会福祉協議会のコミュニティーソーシャルワーカー（地域福祉コーディネーター）等他の職種とも連携し、地域のネットワークを活かして、取り組むものであるが、経験や実績のある人材の確保・活用の観点や小規模な市町村等地域の状況に応じた取組の推進の観点から、必要に応じて他の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) 協議体の設置については、生活支援コーディネーターと同様、市町村の実情に応じて様々な手法により設置することが可能である

が、協議体の運営手法については、あらかじめ要綱等で定められていることが必要である。

ただし、今後とも、地域の生活支援等サービスのニーズ等に臨機応変に対応していくため、協議体の構成参画者については、柔軟に変更できる仕組みとすることが望ましい。

(オ) 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が望ましい。

(カ) 本事業については、市町村が中心となって生活支援等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、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4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認知症地域支援推進員（以下「推進員」という。）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。