

社会保障審議会
介護保険部会（第101回）

参考資料

令和4年11月14日

地域包括ケアシステムの更なる深化・推進（参考資料）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

| | | | |
|--------------------------------|----|--------------------------------------|-----|
| ○ 在宅サービスの基盤整備 | 2 | ○ 総合事業の多様なサービスの在り方 | 108 |
| ○ ケアマネジメントの質の向上 | 18 | ○ 通いの場、一般介護予防事業 | 156 |
| ○ 在宅医療・介護連携 | 27 | ○ 認知症施策の推進 | 168 |
| ○ 地域における高齢者リハビリテーションの推進 | 36 | ○ 地域包括支援センターの体制整備等 | 182 |
| ○ 施設入所者への医療提供 | 40 | ○ 地域包括ケアシステムの構築に向けた保険者への 支援 | 208 |
| ○ 施設サービス等の基盤整備 | 45 | ○ 保険者機能強化推進交付金等 | 210 |
| ○ 住まいと生活の一体的支援 | 56 | ○ 給付適正化・地域差分析 | 221 |
| ○ 科学的介護の推進 介護情報利活用の推進 | 63 | ○ 要介護認定 | 232 |
| ○ 財務状況等の見える化 | 71 | | |
| ○ 介護現場の安全性の確保、リスクマネジメント | 90 | | |
| ○ 高齢者虐待防止の推進 | 93 | | |

在宅サービスの基盤整備

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

主な在宅サービスの概要

- 介護保険サービスは、介護が必要な高齢者に対し、その自立を支援するために提供するもの。
- 自宅に住む高齢者に対して提供するサービスとして、主なものは以下のとおり。

居宅サービス

訪問介護

- 利用者の居宅を訪問し、居宅において、以下を行う。

- ① 入浴・排泄・食事等の介護
- ② 調理・洗濯・掃除等の家事
- ③ 生活等に関する相談及び助言

通所介護

- 利用者を事業所に通わせ、事業所において、以下を行う。

- ① 入浴・排泄・食事等の介護
- ② 生活等に関する相談及び助言
- ③ 健康状態の確認等
- ④ 機能訓練

短期入所生活介護

- 利用者を施設に短期間入所させ、施設において、以下を行う。

- ① 入浴・排泄・食事等の介護
- ② 機能訓練

地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- 日中・夜間を通じて、定期的又は随時に、利用者の居宅において、以下を行う。

- ① 入浴・排泄・食事等の介護
- ② 調理・洗濯・掃除等の家事
- ③ 生活等に関する相談及び助言
- ④ 療養上の世話や診療の補助

夜間対応型訪問介護

- 夜間のみ、定期的又は随時に、利用者の居宅において、以下を行う。

- ① 入浴・排泄・食事等の介護
- ② 生活等に関する相談及び助言

小規模多機能型居宅介護

- 利用者の居宅を訪問し、又は拠点に通わせ、若しくは拠点に短期間宿泊させ、以下を行う。

- ① 入浴・排泄・食事等の介護
- ② 調理・洗濯・掃除等の家事
- ③ 生活等に関する相談及び助言
- ④ 健康状態の確認等
- ⑤ 機能訓練

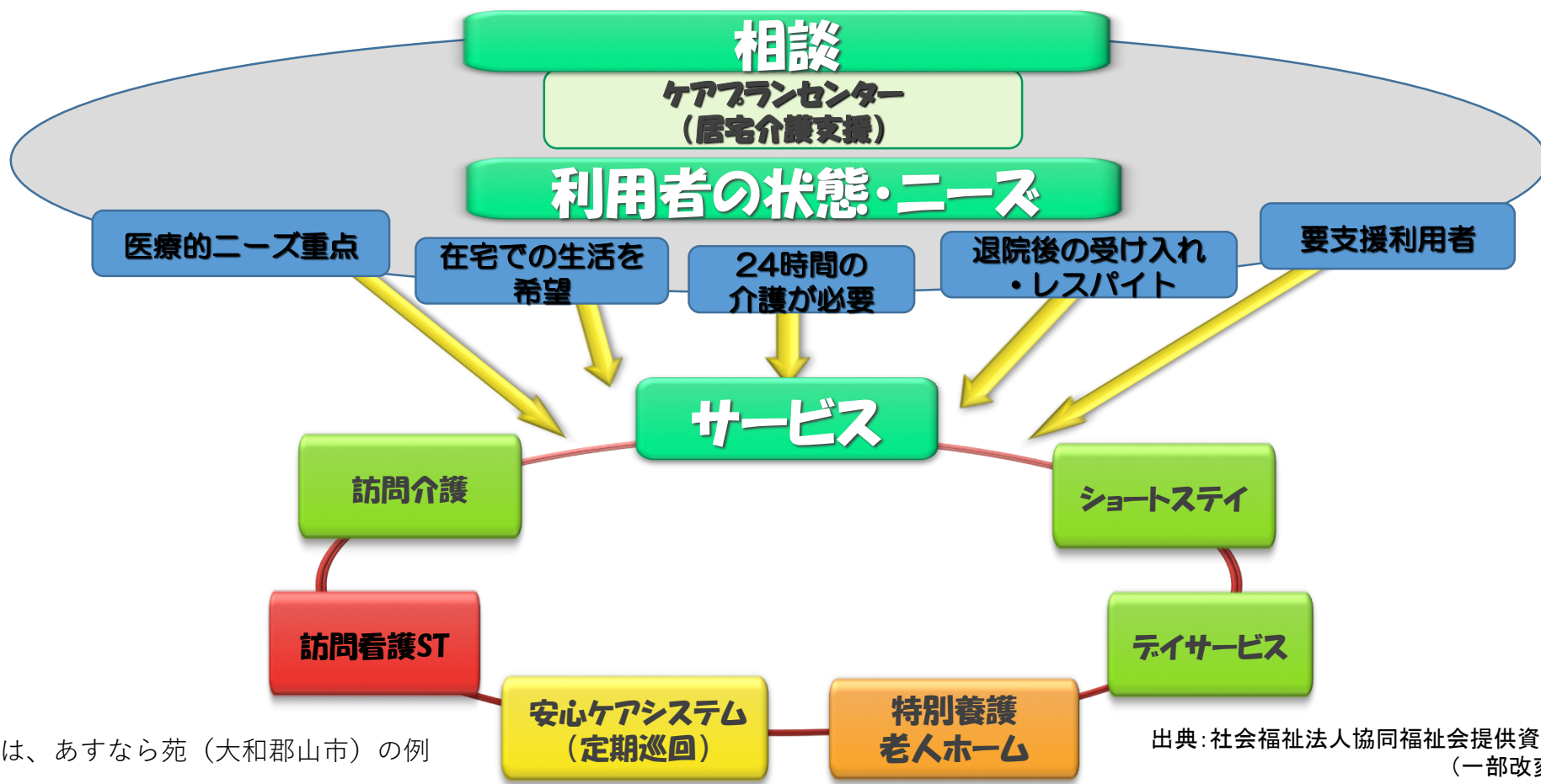
複数サービスを組み合わせる提供事業者の取組

事例1：社会福祉法人協同福祉会（奈良県大和郡山市）

○ 社会福祉法人協同福祉会では、主に奈良県内において、利用者の状態やニーズに応じて必要なサービスを提供できるよう、複数の在宅サービス等で構成される複合施設を多数展開している。

【現場での課題】

- ・ あすなら苑では、在宅サービスの併用者は利用頻度が高い方も多く、他のサービスも必要になってくるとすぐに区分支給限度額を超えてしまう。
- ・ そのため、必要なサービスが十分に提供できない場合があり、また、それぞれのサービスの回数調整も必要になるため、利用調整が煩雑になっている。



※ 図は、あすなら苑（大和郡山市）の例

出典：社会福祉法人協同福祉会提供資料
（一部改変）

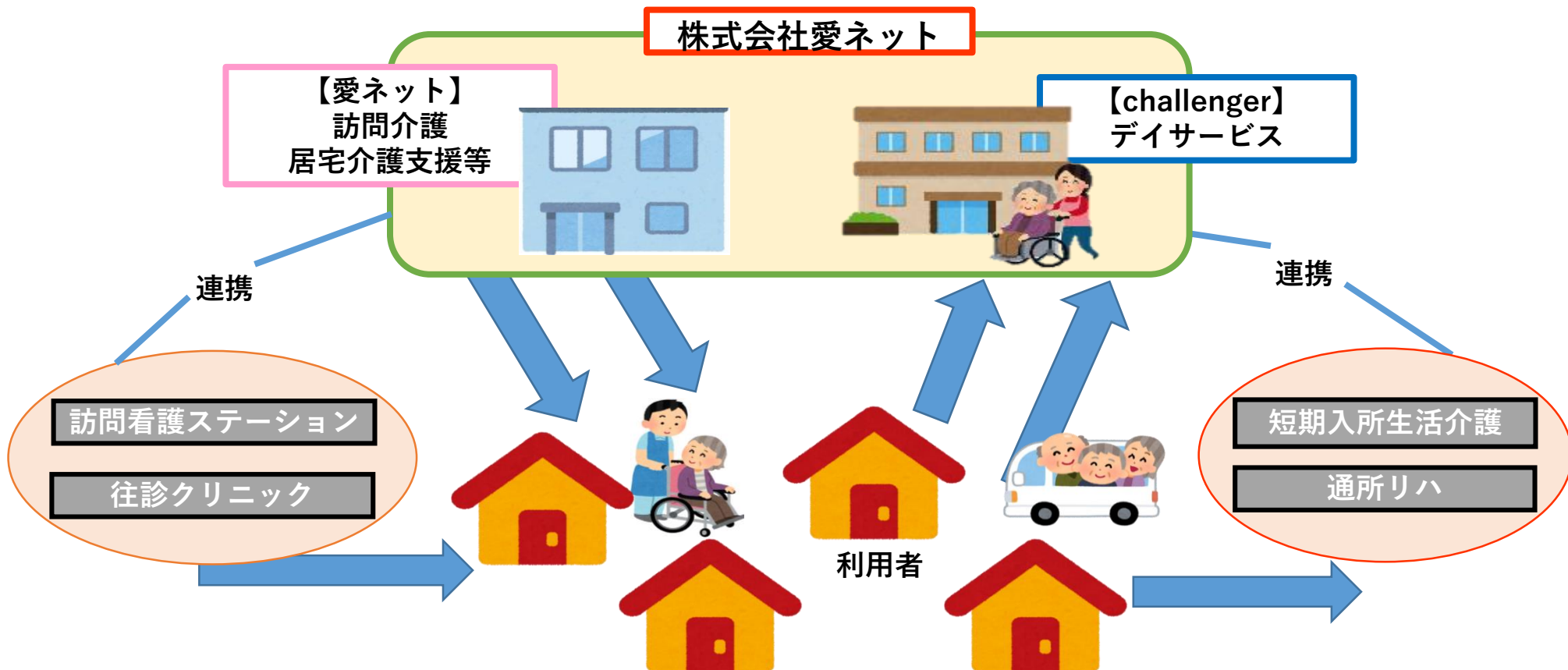
複数サービスを組み合わせる提供事業者の取組

事例2：株式会社愛ネット（千葉県市川市）

○ 主に市川市、浦安市において、訪問介護、通所介護、居宅介護支援等を運営する株式会社愛ネットでは、訪問看護ステーションや診療所などと協力し、住み慣れた地域での生活を支援している。

【現場での課題】

- ・ デイサービスでは、朝の出迎え後、昼食後、利用者の帰宅後の時間に、一部職員が待機している場合もあり、その中で職員を訪問に回すなどして有効活用を図りたいが、人員配置基準もあって難しい。また、本人が希望しない場合もあり、このことは事業所内でも課題として取り上げているところ。
- ・ 利用者の状態の変化などによるサービスの変更については、ケアマネジャーを介して行うという点で、時間がかかっているのが現状あり、即時性ということでは難しいところがある。



夜間訪問と定期巡回サービスの今後の在り方について

○ 機能・役割の違い

【結論】 定期巡回サービスと夜間訪問の利用者像は概ね同じであった。

- これまでの考察から、定期巡回サービスと夜間訪問は、「機能・役割」が定期訪問を中心とした柔軟なサービス提供を、軽度者から中重度者であっても在宅生活を継続したい利用者に提供するという点などで共通していたが、個別具体的な項目では相違している点もあった。

○ 今後の在り方について

【結論】 夜間訪問は定期巡回サービスに統合することが可能ではないか。

- 定期巡回サービス事業所調査と夜間訪問事業所調査の結果から、それぞれのサービスが提供する機能や利用者像については共通しており、相違点が生じている部分については確かに存在するものの、夜間訪問が定期巡回に統合された場合であっても対応可能であることが確認された。
- また、夜間訪問事業所調査において、夜間訪問事業所と同じサービス提供実施圏域内に定期巡回サービス、24時間対応訪問介護事業所のどちらかが少なくとも1か所以上ある割合は96.2%、夜間訪問事業所が定期巡回サービスの指定を併せて受けている割合は83.4%であり、ほとんどの地域において夜間訪問の利用者は仮に定期巡回サービスと夜間訪問が統合された場合でもサービス提供を継続して受けることができるものと考えられる。
- ただし、定期巡回サービスほどサービスの必要量が高くない要介護者を支える仕組みとして、定期巡回サービスの一部機能のみの利用を可能にするサービス類型や、夜間訪問利用者の状態像を考慮した他の介護サービスによる補完や代替、介護保険以外での対応等を、利用者の経済的負担への配慮も行いながら別途検討する等、既存の夜間訪問の利用者に影響が生じないように配慮する必要があるため、統合する場合であってもどのようなサービス提供体制にするかについては引き続き議論が必要か。特に、夜間訪問の代替サービスがない地域に居住する利用者について、引き続き必要なサービスを受け続けることができるような配慮が求められる。

複合型サービスに係る法令上の規定

介護保険法（平成9年法律第123号）

第8条（略）

2～22（略）

23 この法律において「複合型サービス」とは、居宅要介護者について、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護又は小規模多機能型居宅介護を二種類以上組み合わせることにより提供されるサービスのうち、訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組合せその他の居宅要介護者について一体的に提供されることが特に効果的かつ効率的なサービスの組合せにより提供されるサービスとして厚生労働省令で定めるものをいう。

24～29（略）

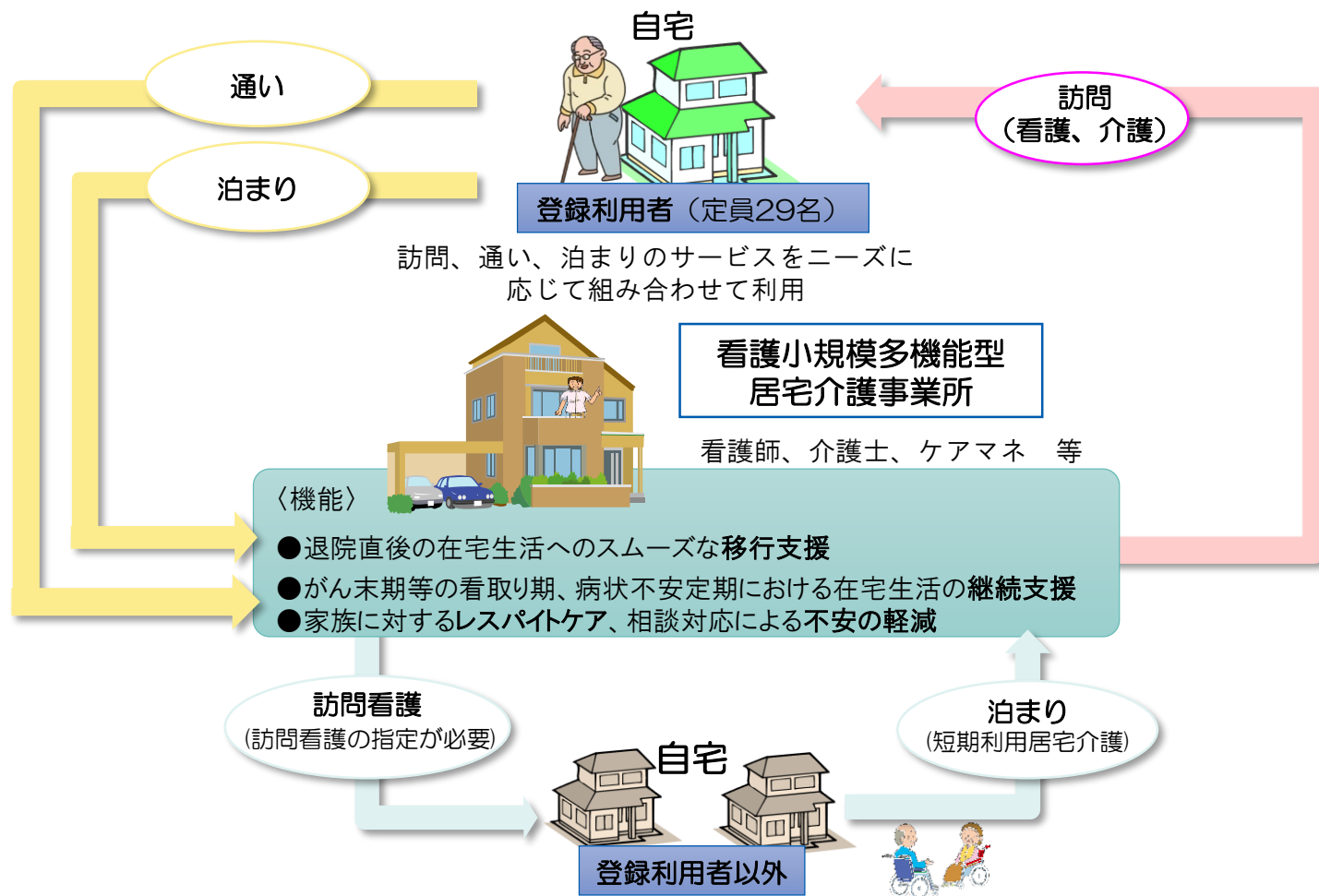
介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

（法第八条第二十三項の厚生労働省令で定めるサービス）

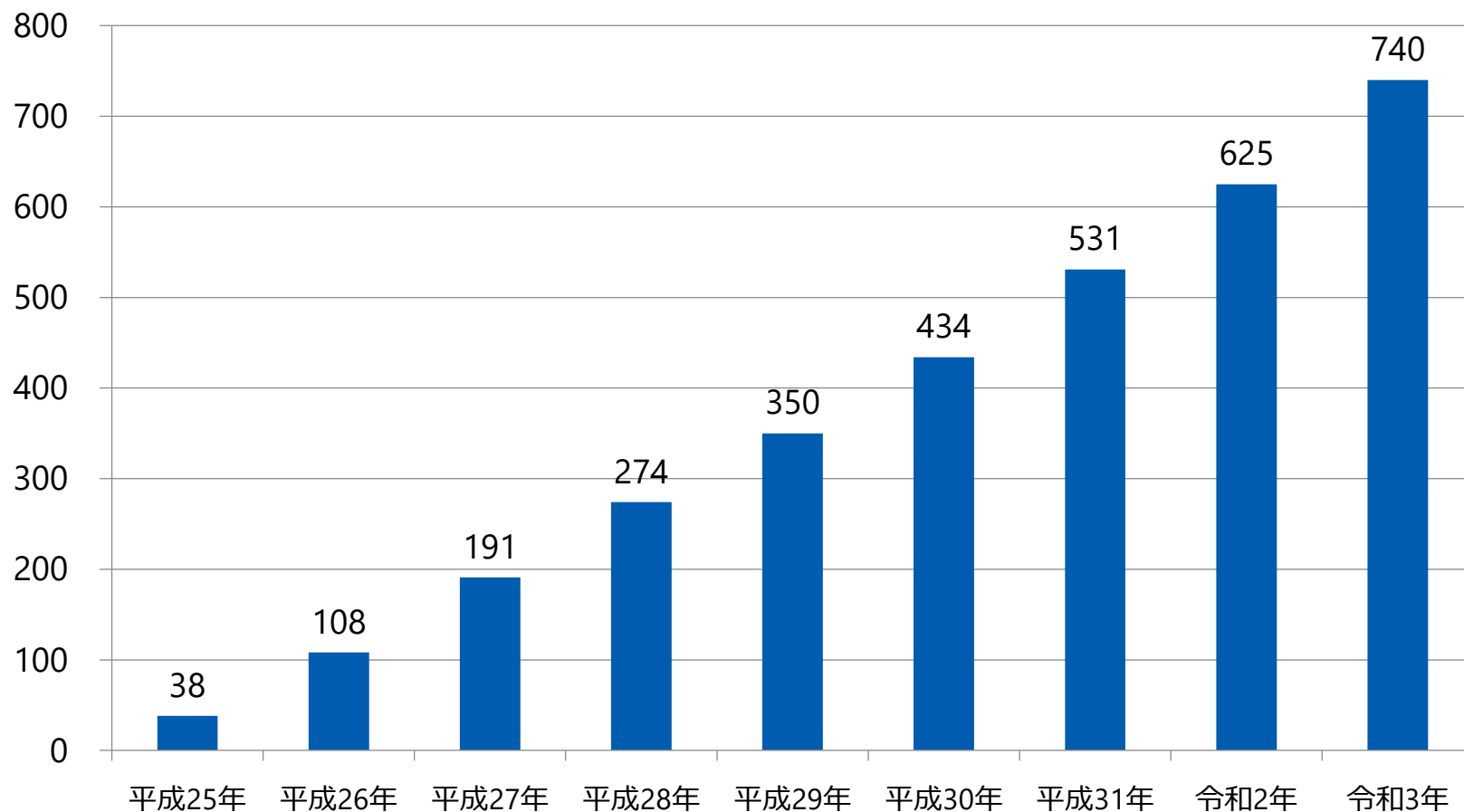
第17条の12 法第八条第二十三項の厚生労働省令で定めるサービスは、訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組合せにより提供されるサービス（以下「看護小規模多機能型居宅介護」という。）とする。

看護小規模多機能型居宅介護の概要

- 退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス（「通い」、「泊まり」、「訪問（看護・介護）」）を24時間365日提供。
- また、登録利用者以外に対しても、訪問看護（訪問看護の指定が必要）や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。



看護小規模多機能型居宅介護の請求事業所数



(平成24年4月創設の当該サービスは、平成24年4月審査分に入らない。)

※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

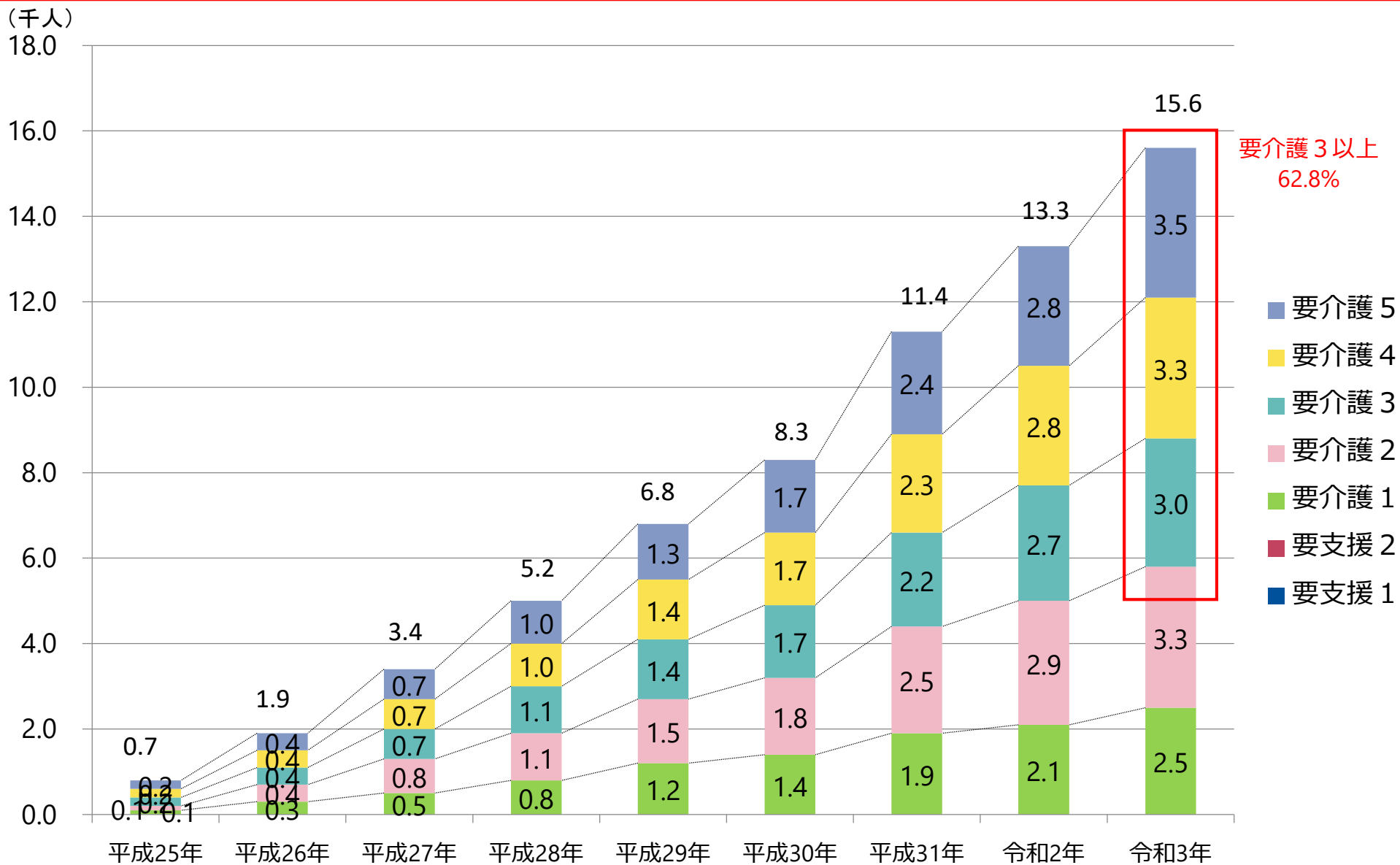
※平成27年4月にサービス名称変更(看護小規模多機能型居宅介護)。

※平成28年度については、同一の事業所が短期利用及び短期利用以外の請求を同一月に行った場合についても、一事業所として計上している

※令和3年4月時点で、サテライト事業所数は11事業所(グラフ内は除いた数値)

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計」(各年4月審査分)

看護小規模多機能型居宅介護の受給者数



平成25年 平成26年 平成27年 平成28年 平成29年 平成30年 平成31年 令和2年 令和3年

※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

※平成24年4月創設(複合型サービス)。平成27年4月にサービス名称変更(看護小規模多機能型居宅介護)。

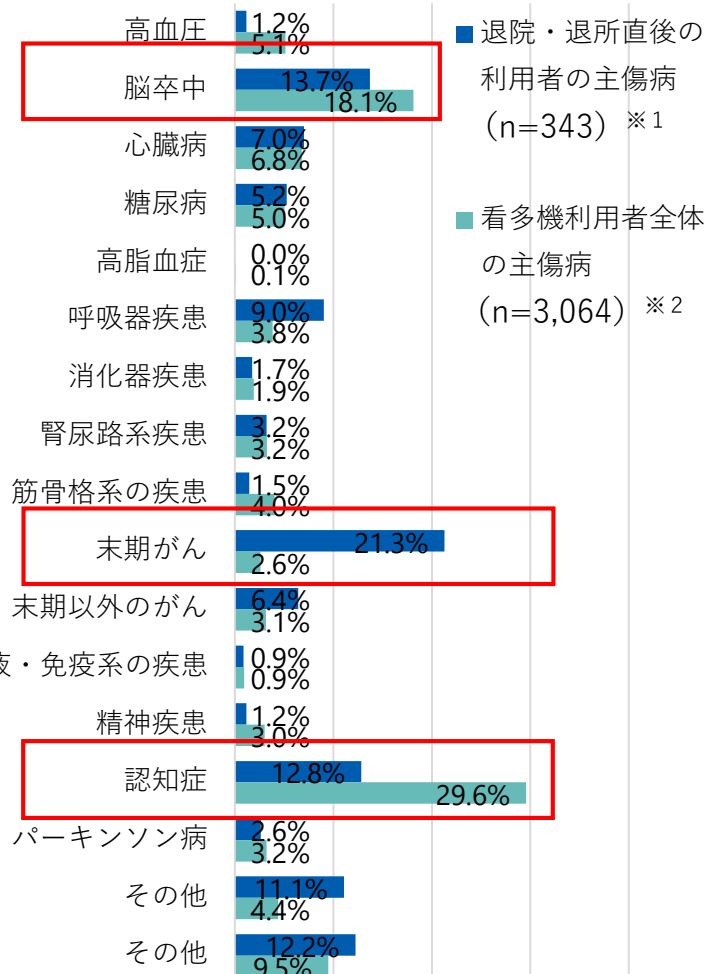
出典:厚生労働省「介護給付費実態統計」(各年4月審査分)

看護小規模多機能型居宅介護の利用者の状況

- 利用者の主傷病は、退院・退所直後では「末期がん」と「脳卒中」、全体では「認知症」と「脳卒中」が多い。
- 提供したケアでは、退院・退所直後は「カテーテル管理」等の医療的ケアが多く、利用者全体では「身体の清潔保持」、「口腔ケア」が最も多い。

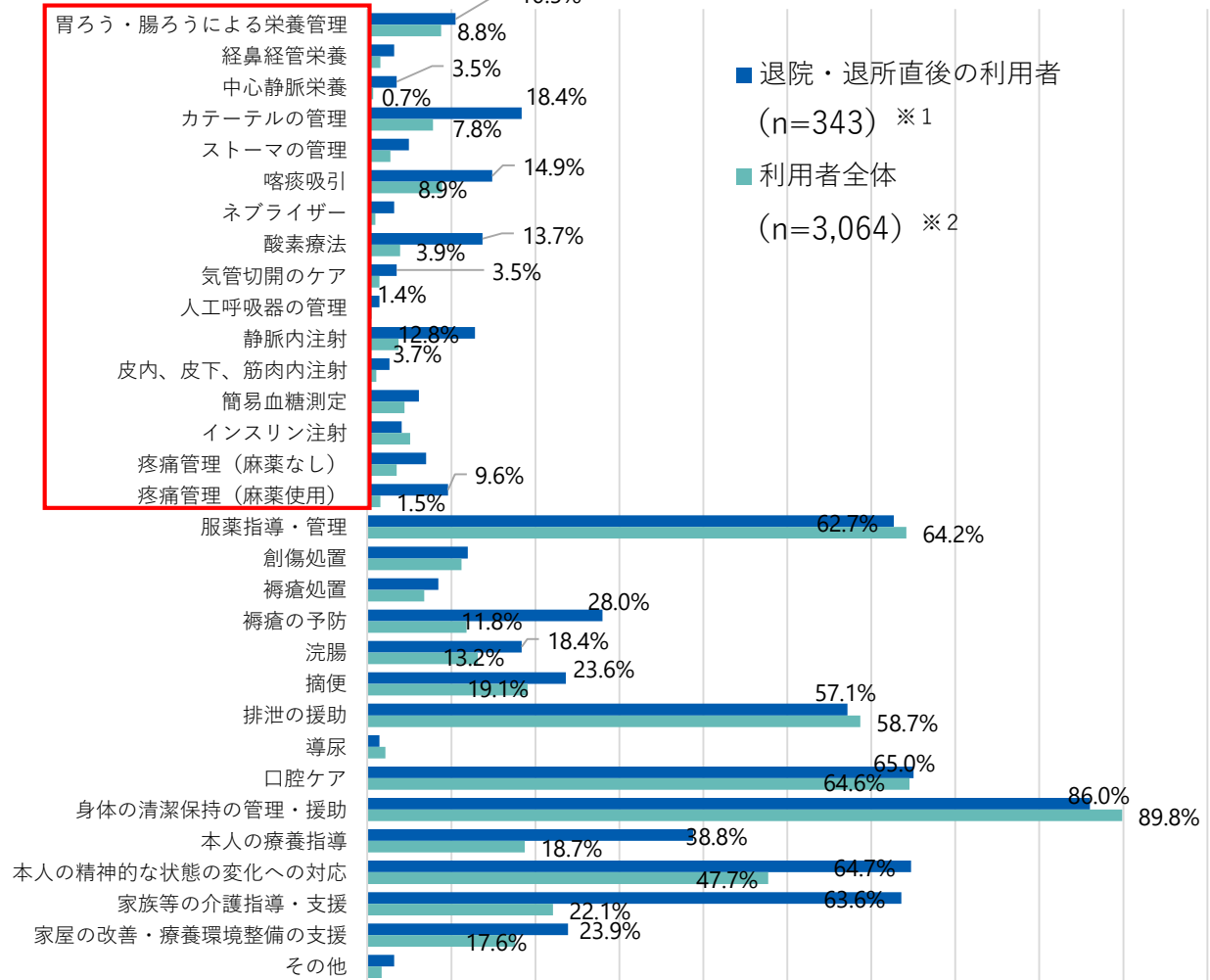
■ 看多機利用者の主傷病内訳 (無回答を除く)

0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0%



■ 看多機利用者に提供したケア

0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 50.0% 60.0% 70.0% 80.0% 90.0% 100.0%



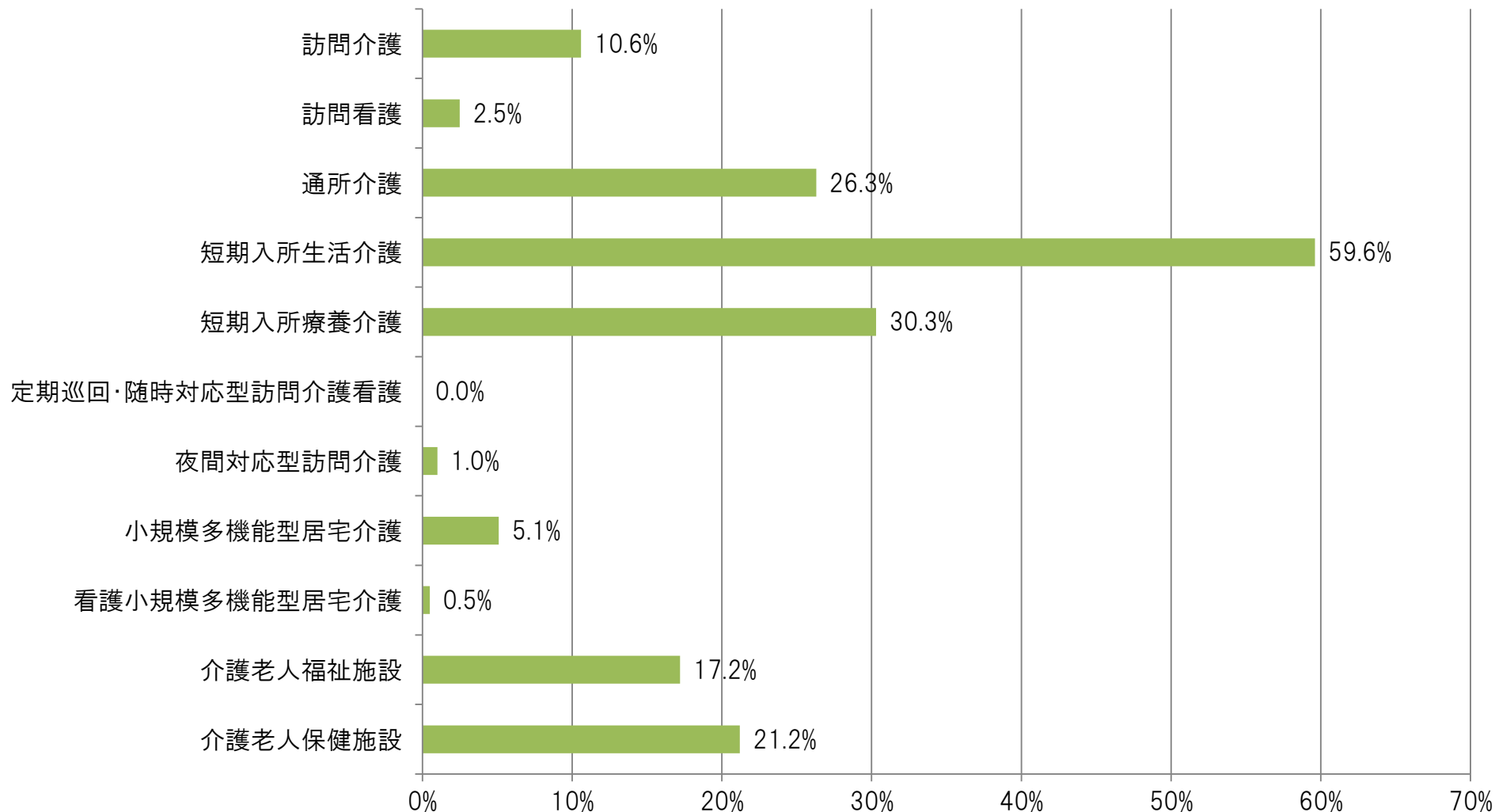
出典 ※1：平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成29年度調査）訪問看護のサービス提供のあり方に関する調査研究事業報告書

※2：平成30年度老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護及び療養通所介護の特性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）

医療ニーズの高いことを理由に提供を断られた介護サービス

■ 医療ニーズの高いことを理由に提供を断られた介護サービス

(医療ニーズの高いことを理由に介護サービスの提供を断られた経験のあるケアマネジャー、複数回答、n=198)(主なもの)



※本調査では、「医療ニーズの高い利用者」を、日常的な医学管理や特別な医療処置・ケア(点滴の管理、中心静脈栄養、透析、ストーマの処置、酸素療法、レスピレーター、気管切開の処置、疼痛の看護、経管栄養、血圧・心拍・酸素飽和度等のモニター測定、褥瘡の処置、コンドームカテーテル・留置カテーテル等)を必要としている人とした

【出典】平成29年度老人保健健康増進等事業「有床診療所の通所機能・宿泊機能を活かした介護サービスのあり方等に関する研究事業」(中間報告)のデータをもとに老人保健課において整理

(参考)市町村を越える指定地域密着型サービスの利用に係る事業者の指定

- 地域密着型サービスは、原則、指定を受けた市町村の住民に対してサービス提供を行う。
- 施設所在市町村以外に居住する利用者に対して地域密着型サービスを提供する場合は、事業者は所在する市町村の同意を得たうえで、利用者居住市町村の指定を受ける必要がある。
(所在する市町村の同意が得られない場合は、利用者居住市町村はその事業所を指定することが出来ない)

介護保険法

(地域密着型介護サービス費の支給)

第四十二条の二 市町村は、要介護被保険者が、当該市町村（住所地特例適用被保険者である要介護被保険者（以下「住所地特例適用要介護被保険者」という。）に係る特定地域密着型サービスにあっては、施設所在市町村を含む。）の長が指定する者（以下「指定地域密着型サービス事業者」という。）から当該指定に係る地域密着型サービス事業を行う事業所により行われる地域密着型サービス（以下「指定地域密着型サービス」という。）を受けたときは、当該要介護被保険者に対し、当該指定地域密着型サービスに要した費用（地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に要した費用については、食事の提供に要する費用、居住に要する費用その他の日常生活に要する費用として厚生労働省令で定める費用を除く。以下この条において同じ。）について、地域密着型介護サービス費を支給する。ただし、当該要介護被保険者が、第三十七条第一項の規定による指定を受けている場合において、当該指定に係る種類以外の地域密着型サービスを受けたときは、この限りでない。

(指定地域密着型サービスの事業者の指定)

第七十八条の二

4 市町村長は、第一項の申請があった場合において、次の各号(病院又は診療所により行われる複合型サービス(厚生労働省令で定めるものに限る。第六項において同じ。))に係る指定の申請にあっては、第六号の二、第六号の三、第十号及び第十二号を除く。)のいずれかに該当するときは、第四十二条の二第一項本文の指定をしてはならない。

四 当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長(以下この条において「所在地市町村長」という。)の同意を得ていないとき。

看多機の登録待機者の状況

- 看多機の登録定員は平均27.6人（中央値29.0人）、「通い」定員は平均16.2人（中央値18.0人）、「泊まり」定員は平均7.5人（中央値8.0人）であった。
- 登録待機者は「有り」が22.8%であり、登録待機者の平均は2.6人であった。

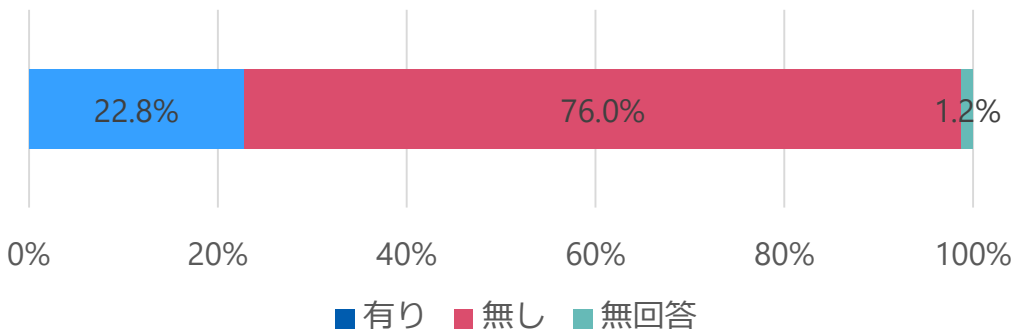
■ 定員の状況（n=167）

（単位：人）

| | 基準上の定員 | 平均 | 標準偏差 | 中央値 |
|---------|----------|------|------|------|
| 登録定員 | 29名以下 | 27.6 | 2.9 | 29.0 |
| 「通い」定員 | 15名以下/日* | 16.2 | 2.7 | 18.0 |
| 「泊まり」定員 | 9名以下/日* | 7.5 | 1.8 | 8.0 |

※「通い」および「泊まり」は利用定員（看多機におけるサービスごとの一日あたりの利用者の上限）

■ 登録待機者の有無（n=167）



■ 登録待機者の有無

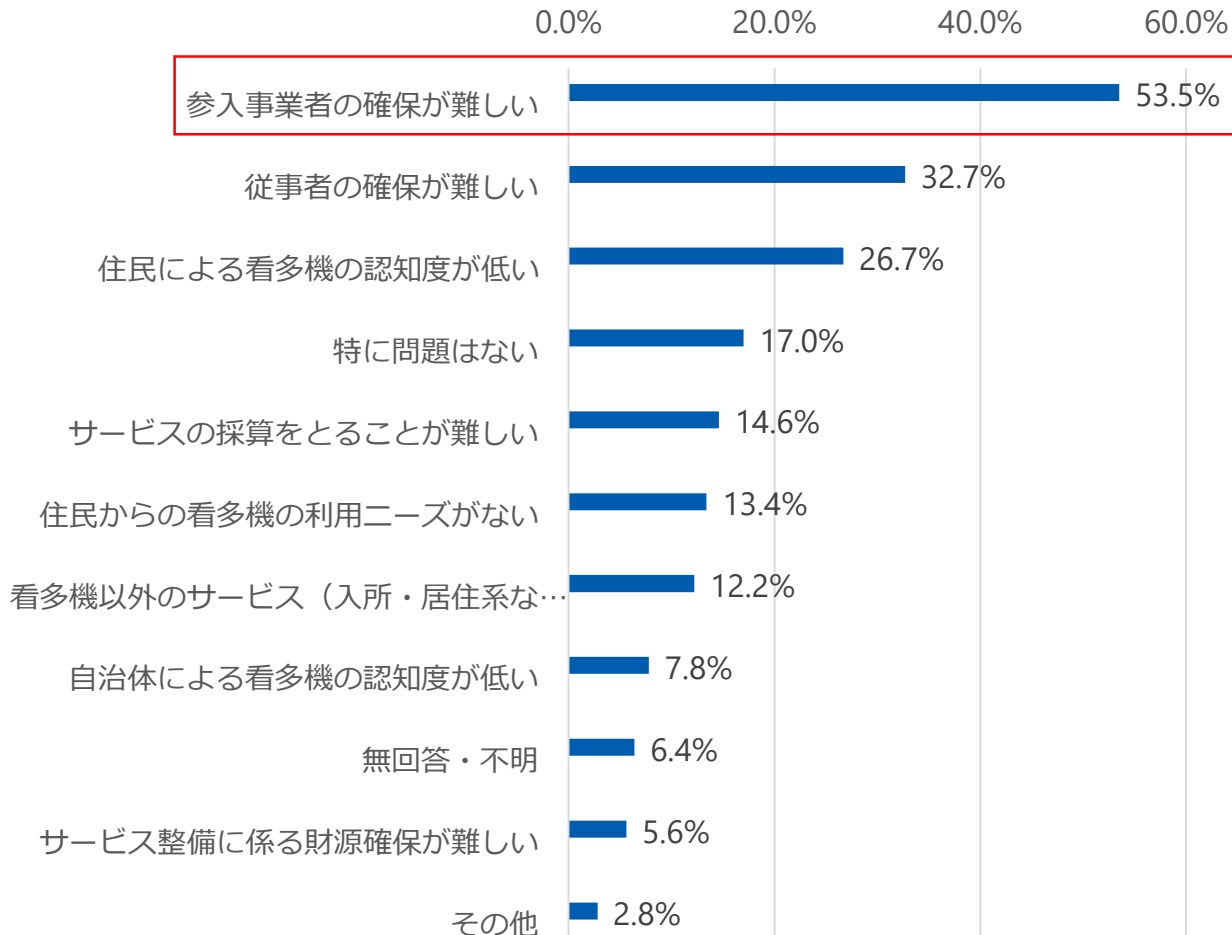
（単位：人）

| 回答件数 | 平均 | 標準偏差 | 中央値 |
|------|-----|------|-----|
| 39 | 2.6 | 2.4 | 2.0 |

看多機の整備に関する課題

○ 看多機の整備に関する課題は、「参入事業者の確保が難しい」（53.5%）が最も多く、次いで「従事者の確保が難しい」（32.7%）、「住民による看多機の認知度が低い」（26.7%）が多い。

■ 看護小規模多機能型居宅介護の整備に関する課題※¹（市町村n=501、複数回答）



【参入事業者の確保が難しい背景】※²

- ・経営として採算がとれる見込みが少ない
- ・利用者の病状が不安定なため、小規模な市町村では継続的な利用者確保が困難
- ・自治体やケアマネの理解不足で、サービス提供につながらない
- ・看護職への認知度が低く、従事者の確保が困難

等

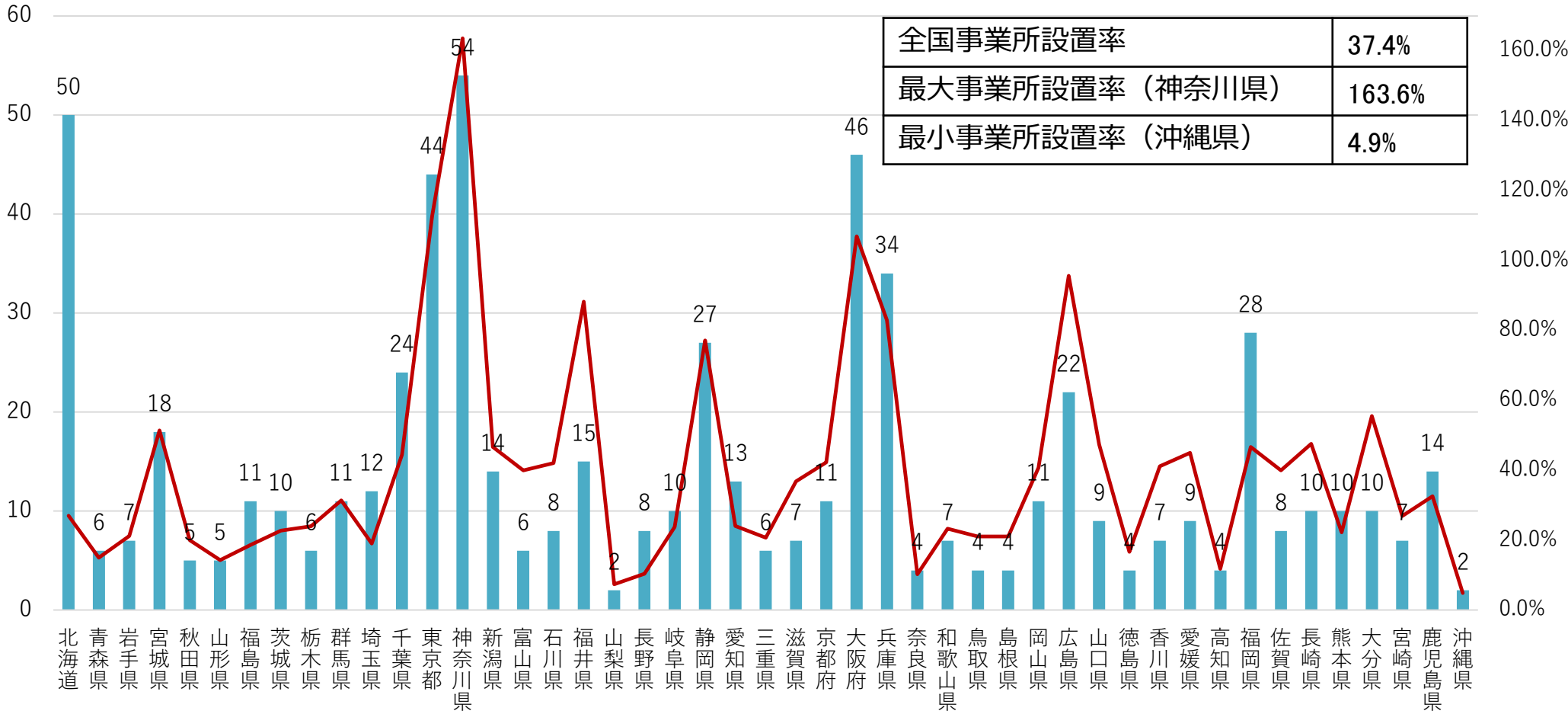
※¹ 令和3年度老人保健事業推進費等補助金「訪問看護・訪問リハビリテーション提供体制強化のための調査研究事業

※² 日本看護協会、日本訪問看護財団ヒアリング

看護小規模多機能型居宅介護の事業所設置率（都道府県別）

(事業所数)

(事業所設置率)



■ 看護小規模多機能型居宅介護の請求事業所数 (左軸)

— 事業所設置率 (右軸) 事業所数/市町村数

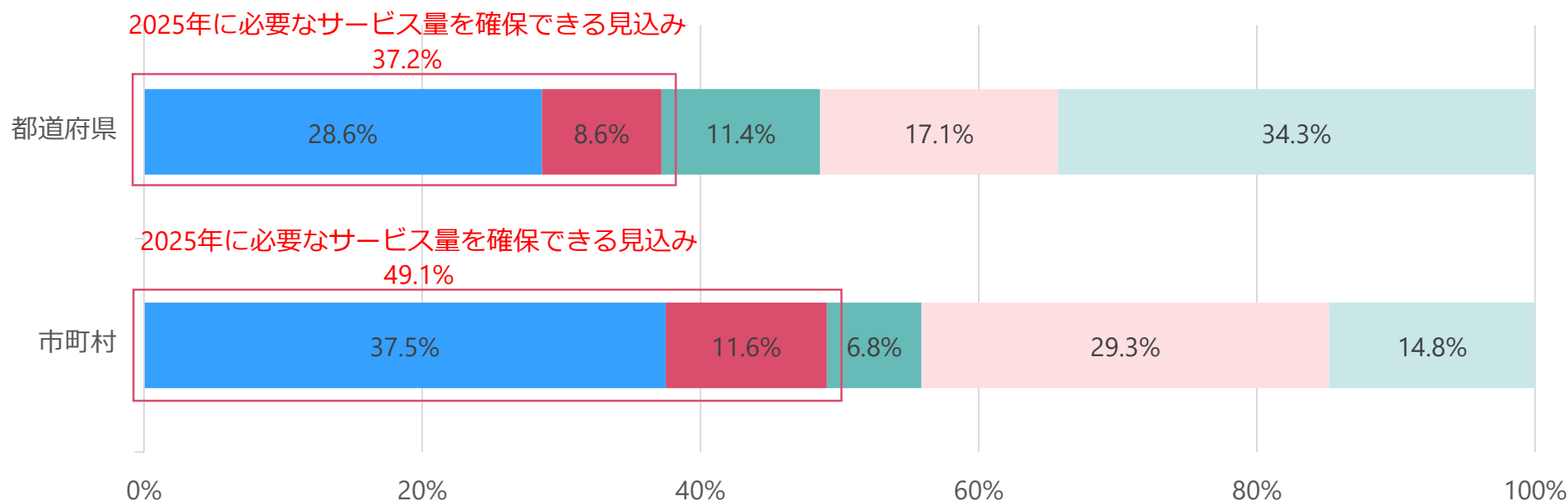
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。
 ※介護予防サービスは含まない。

請求事業所数：厚生労働省「介護給付費等実態統計」（令和2年4月審査分）
 市町村数：令和2年4月1日時点

看多機のサービス確保状況

○ 看多機のサービス確保状況は、都道府県で「2025年に必要なサービス量を確保できる見込み」は37.2%、市町村で「2025年に必要なサービス量を確保できる見込み」は49.1%と、都道府県と市町村ともに、2025年に必要なサービス量が確保できる見込みは半数以下であった。

■ 現在および2025年の看護小規模多機能型居宅介護のサービス確保状況（都道府県n=35、市町村n=501）



- 現在は必要なサービス量が確保されており、2025年にも必要なサービス量が確保できる見込み
- 現在は必要なサービス量が確保されていないが、2025年には必要なサービス量が確保できる見込み
- 現在は必要なサービス量が確保されているが、2025年にはサービス量が不足する見込み
- 現在は必要なサービス量が確保されておらず、2025年にもサービス量が不足する見込み
- 無回答・不明

ケアマネジメントの質の向上

ひと、暮らし、みらいのために



居宅介護支援・介護予防支援の概要・基準

1 居宅介護支援

<定義> 【法第8条第24項】

- 居宅の要介護者が居宅サービス等の適切な利用ができるように、
 - ① 要介護者の心身の状況、置かれている環境、要介護者や家族の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成
 - ② 居宅サービス計画に基づくサービス提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整
 - ③ 介護保険施設等への入所が必要な場合における紹介 等を行うこと。

<人員基準> 【居宅介護支援 運営基準第2条・第3条】

- 従業者：事業所ごとに常勤の介護支援専門員を1人以上配置（利用者35人：介護支援専門員1人を基準）
- 管理者：事業所ごとに常勤専従の主任介護支援専門員（※）を配置
 - （※）令和3年3月31日時点で主任ケアマネジャーでない者が管理者の事業所は、当該管理者が管理者である限り、管理者を主任ケアマネジャーとする要件の適用を令和9年3月31日まで猶予する。
（令和3年4月1日以降に新たに管理者となる者に対しては、更なる経過措置は適用されない。）

2 介護予防支援

<定義> 【法第8の2条第16項】

- 居宅の要支援者が介護予防サービス等の適切な利用ができるように、市町村が設置する地域包括支援センターが、
 - ① 要支援者の心身の状況、置かれている環境、要支援者や家族の希望等を勘案し、介護予防サービス計画を作成
 - ② 介護予防サービス計画に基づくサービス提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整 等を行うこと。

<人員基準> 【介護予防支援 運営基準第2条・第3条】

- 従業者：事業所ごとに担当職員（※）を1人以上配置
 - （※）①保健師、②介護支援専門員、③社会福祉士、④経験ある看護師、⑤高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事 のいずれかの要件を満たす者であって、介護予防支援業務に関する必要な知識及び能力を有する者。
- 管理者：事業所ごとに常勤専従の者を配置

介護支援専門員の概要

1 介護支援専門員の定義

- 要介護者等からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じて適切な介護サービスを利用できるよう、市町村、サービス提供事業者、介護保険施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するとして介護支援専門員証の交付を受けた者。【法第7条第5項】

2 資格取得・研修体系

<介護支援専門員実務研修受講試験>

- 受験要件【法第69条の2第1項、規則第113条の2】

保健・医療・福祉に関する法定資格に基づく業務（※1）又は一定の相談援助業務（※2）に従事した期間が通算して5年以上

（※1）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（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士

（※2）生活相談員（介護老人福祉施設等）、支援相談員（介護老人保健施設）、相談支援専門員（障害者総合支援法）、主任相談支援員（生活困窮者自立支援法）

<介護支援専門員実務研修>

- 受講要件【法第69条の2第1項、規則第113条の4第1項】

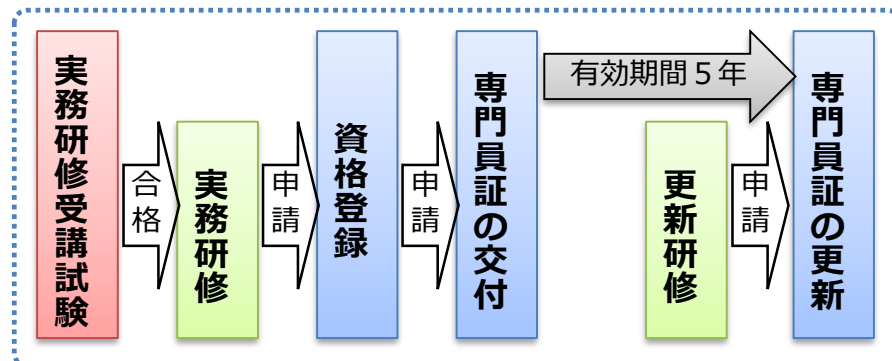
介護支援専門員実務研修受講試験に合格した者

<介護支援専門員更新研修>

- 受講要件【法第69条の8第2項、規則第113条の18項第1項】

介護支援専門員証の有効期間の更新を受けようとする者

【資格取得・更新の流れ】



主任介護支援専門員の概要

1 主任介護支援専門員の定義

- 他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言、指導その他の介護支援サービスを適切かつ円滑に提供するために必要な業務に関する知識及び技術を修得することを目的として行われる研修を修了した者。【施行規則第140条の66第1号、第140の68第1項第1・2号】

2 資格取得・研修体系

<主任介護支援専門員研修>

- 受験要件【介護支援専門員資質向上事業実施要綱（平成26年7月4日 老発0704第2号 厚生労働省老健局長通知）】
介護支援専門員更新研修修了者であって、以下の①から④のいずれかに該当する者

- ① 専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年（60ヶ月）以上である者（管理者との兼務期間も算定可能）
- ② ケアマネジメントリーダー養成研修修了者又は日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであって、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年（36ヶ月）以上である者（管理者との兼務期間も算定可能）
- ③ 主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配置されている者
- ④ その他、介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者

※ その他、質の高い研修を実施する観点から、都道府県において上記要件以外の要件を設定することも可能。

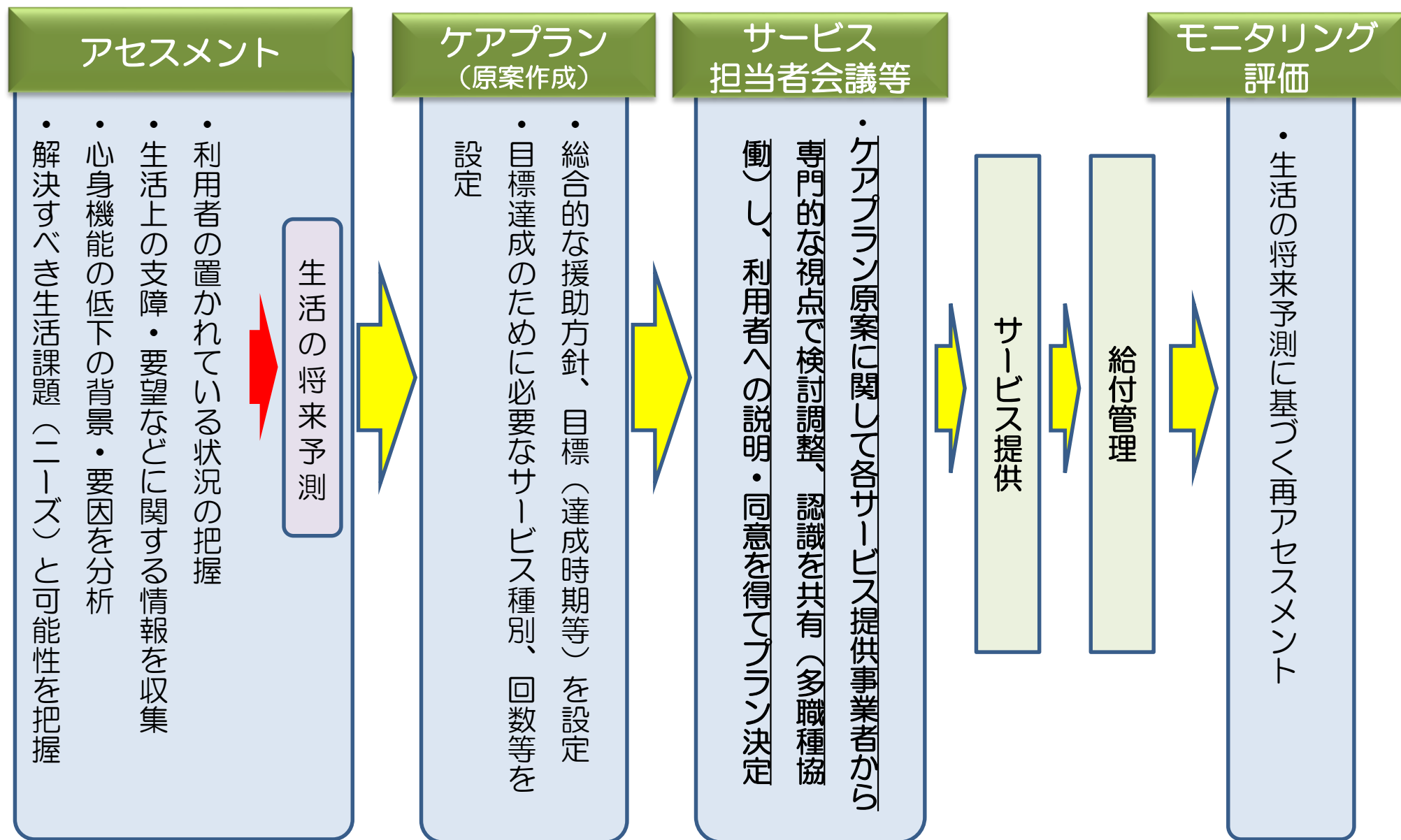
<主任介護支援専門員更新研修>

- 受講要件【介護支援専門員資質向上事業実施要綱（平成26年7月4日 老発0704第2号 厚生労働省老健局長通知）】
主任介護支援専門員研修修了証明書の有効期間の更新を受けようとする者であって、以下の①から⑤のいずれかに該当する者

- ① 介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者
- ② 地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年4回以上参加した者
- ③ 日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者
- ④ 日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャー
- ⑤ 主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者

※ その他、質の高い研修を実施する観点から、都道府県において上記要件以外の要件を設定することも可能。

ケアマネジメントの流れ



介護支援専門員法定研修カリキュラムの見直しについて

背景・経緯

- 介護、医療及び福祉の実践の方法や技術、介護保険をはじめとする社会保障制度やそれを取り巻くさまざまな環境は、常に変化しており、独居の要介護高齢者、認知症や精神疾患を有する要介護高齢者、医療処置を要する要介護高齢者、支援を必要とする家族等、介護支援専門員が実際に現場で対応している利用者像も多様化し、複雑化している
- 現行の介護支援専門員の法定研修のカリキュラムは平成28年度から施行されているところであるが、介護支援専門員に求められる能力や役割の変遷及び昨今の施策動向等を踏まえ、「介護支援専門員の資質向上に資する研修等の在り方に関する調査研究事業」（令和3年度老人保健健康増進等事業）においてカリキュラムの見直しについての検討を進めた

※ 令和6年4月の施行予定

カリキュラム見直しのポイント

- 幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測や各職種の視点や知見に基づいた根拠のある支援の組み立てを行うことが介護支援専門員に求められていることを踏まえ、高齢者の生活課題の要因等を踏まえた支援の実施に必要な知識や実践上の留意点を継続的に学ぶことができるように、**適切なケアマネジメント手法の考え方を科目類型として追加**
- 認知症や終末期などで意思決定支援を必要とする利用者・世帯がさらに増えるとともに、根拠のある支援の組み立てに向けて学ぶべき知識や技術の変化が今後も進むと考えられる中で、職業倫理の重要性は一層高まることを見込まれるため、**権利擁護や意思決定支援など職業倫理についての視点を強化**
- 地域共生社会の実現に向け、介護保険以外の領域も含めて**、制度・政策、社会資源等についての近年の動向（地域包括ケアシステム、認知症施策大綱、仕事と介護の両立、ヤングケアラー、科学的介護（LIFE）、意思決定支援等）を踏まえた見直しを行う
- 法定研修修了後の継続研修（法定外研修、OJT等）で実践力を養成することを前提に、**カリキュラム全体の時間数は増やさず、継続研修への接続を意識した幅広い知識の獲得に重きを置いた時間配分（＝講義中心）に見直す**

適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業の背景・目的

<背景>

- ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定)において、介護の重度化防止と自立支援の推進を目的として、10年間の工程(2016年～2026年)で「適切なケアマネジメント手法の策定」を行うこととされた。
- 本人の尊厳を保持し、将来の生活の予測に基づいた重度化防止や自立支援を実現するためには、**多職種連携**をより円滑化して各職種の専門性を活かし、本人の状態の維持・改善を目指す個別支援が必要とされている。

<課題>



- 制度発足後今日まで、介護支援専門員の経験の差やほかの職種との関係性、所属事業所の環境等によって、**ケアマネジメント(インテーク～モニタリング迄)のプロセスにおけるアプローチ方法に差異が生じているとの指摘がある。**
- 将来の生活の予測に基づいた支援を組み立てるには、**根拠に基づいて整理された知見に基づいた実践が求められるが支援内容の体系が整理されていないため、属人的な、経験知だけにに基づく実践となっている場合もある。**

<目的>

- ケアマネジメントの「差異」の要因と考えられる、個々の介護支援専門員の**属人的な認識(知識)**を改め「支援内容」の平準化を図る。その為に「利用者の状態に対して最低限検討すべき支援内容」の認識(知識)を体系化し共有化することにより「**差異を小さくするための手法の策定と普及**を行う。
- 介護支援専門員に必要な知識(エビデンス等)を体系化し付与することで、サービス担当者会議等において「**根拠の明確な支援内容**」を示せる事により他職種と**支援内容の共有化**を図る。
- ケアマネジメントプロセスをより有効なものとし、他職種との役割分担や**連携・協働の推進**、**モニタリング手法の明確化**、ひいてはケアマネジメントの**質の向上**、自立支援の推進を図る。

<これまでの成果実績(主な内容)>

- | | |
|--|------------------------|
| 平成28年度:脳血管疾患・大腿骨頸部骨折がある方のケア | 平成29年度:心疾患(心不全)がある方のケア |
| 平成30年度:認知症がある方のケア | 令和元年度:誤嚥性肺炎の予防のためのケア |
| 令和2年度:基本ケアを中心とした手法の再整理等 | |
| 令和3年度:複数疾患がある方のケアの手法や疾患以外の高齢者の特徴に着目した手法の検討 | |

介護支援専門員研修オンライン化等運用事業

令和4年度予算額 : 120,000千円

1. 事業内容

○ 介護支援専門員の在宅等での研修の受講を促進するため、オンライン研修環境の運用・保守、通信教材の管理等

2. 事業要件

【実施主体】 国(民間業者へ委託)

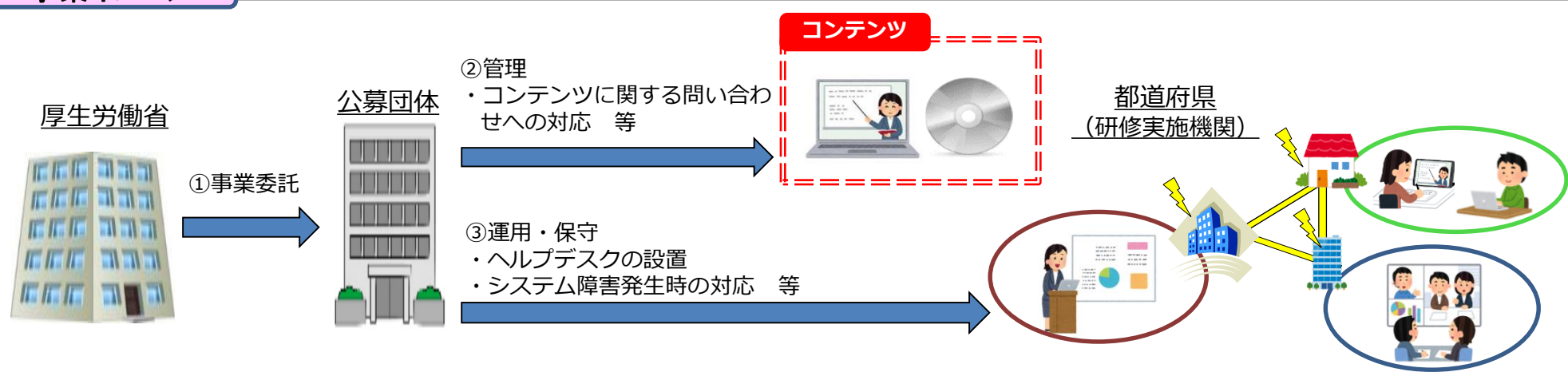
【対象研修】 下記参照

【助成内容】 国 (10/10)

【介護支援専門員研修】※ 主な研修

| | 実務研修 | 更新研修 | 主任更新研修 |
|-------|--------------|-------------------------------|-------------------------|
| 研修対象者 | 実務研修受講試験の合格者 | 介護支援専門員の有効期間が概ね1年以内の者 | 主任介護支援専門員の有効期間が概ね2年以内の者 |
| 研修時間 | 87時間以上 | 88時間以上 ※2回目以降の更新の場合：32時間以上 | 46時間以上 |

事業イメージ

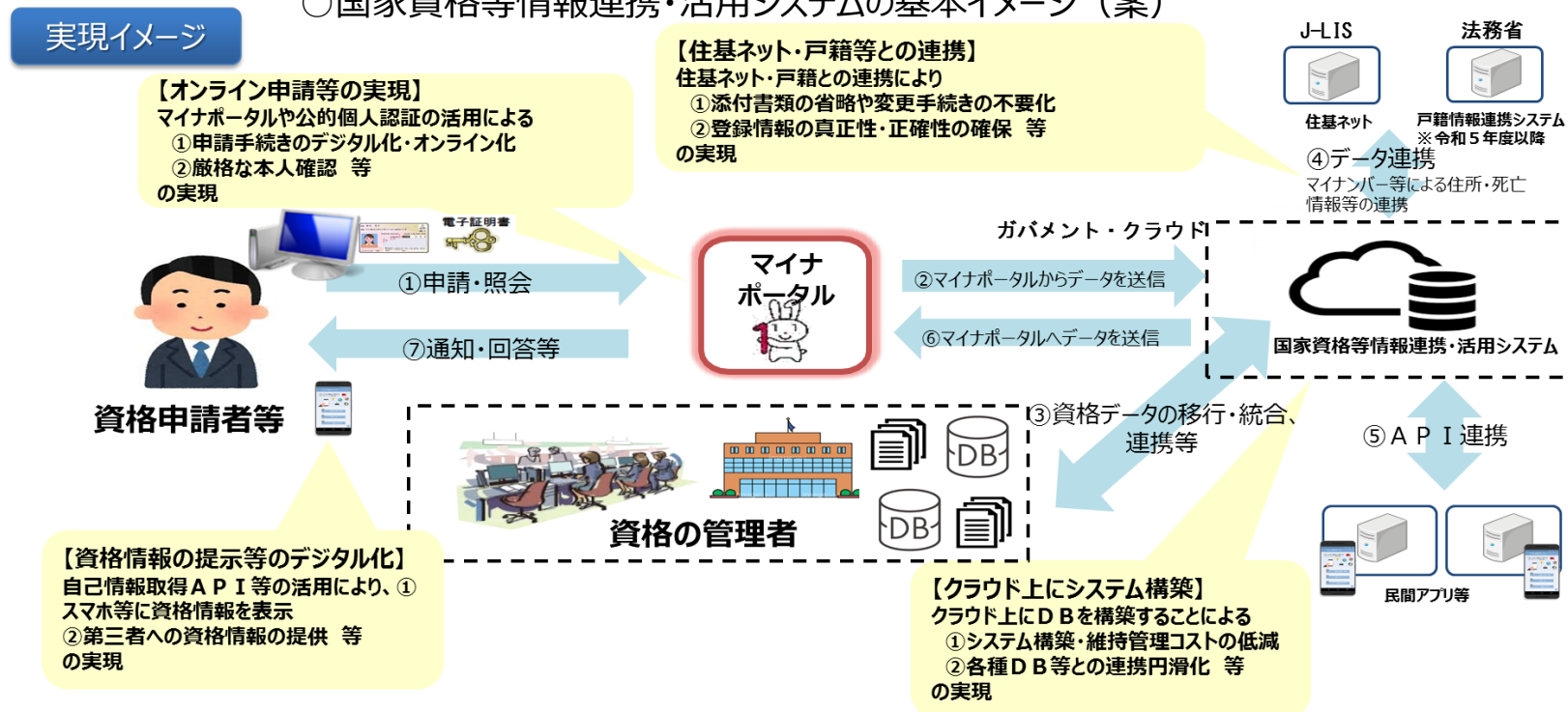


- デジタル改革関連法（令和3年5月19日公布）による番号法、住民基本台帳法等の改正により、令和6年度より社会保障等に係る32資格（うち社会保障関係は31資格）の資格情報について、デジタル庁が構築する国家資格等情報連携・活用システムへの格納を通じてマイナンバー制度を活用したデジタル化を進め、資格取得・更新等の手続時の添付書類の省略を目指す。

※ 社会保障等の32資格：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、助産師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、義肢装具士、言語聴覚士、臨床検査技師、臨床工学技士、診療放射線技師、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、救急救命士、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師、管理栄養士、栄養士、保育士、介護支援専門員、社会保険労務士、税理士

- さらに、上記以外の国家資格等に係る手続についても、マイナンバー制度を活用したデジタル化を進め、資格取得・更新等の手続時の添付書類の省略を目指す。（令和3年度、令和4年度に資格の現状等に係る調査を実施。）

○国家資格等情報連携・活用システムの基本イメージ（案）



在宅医療・介護連携

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

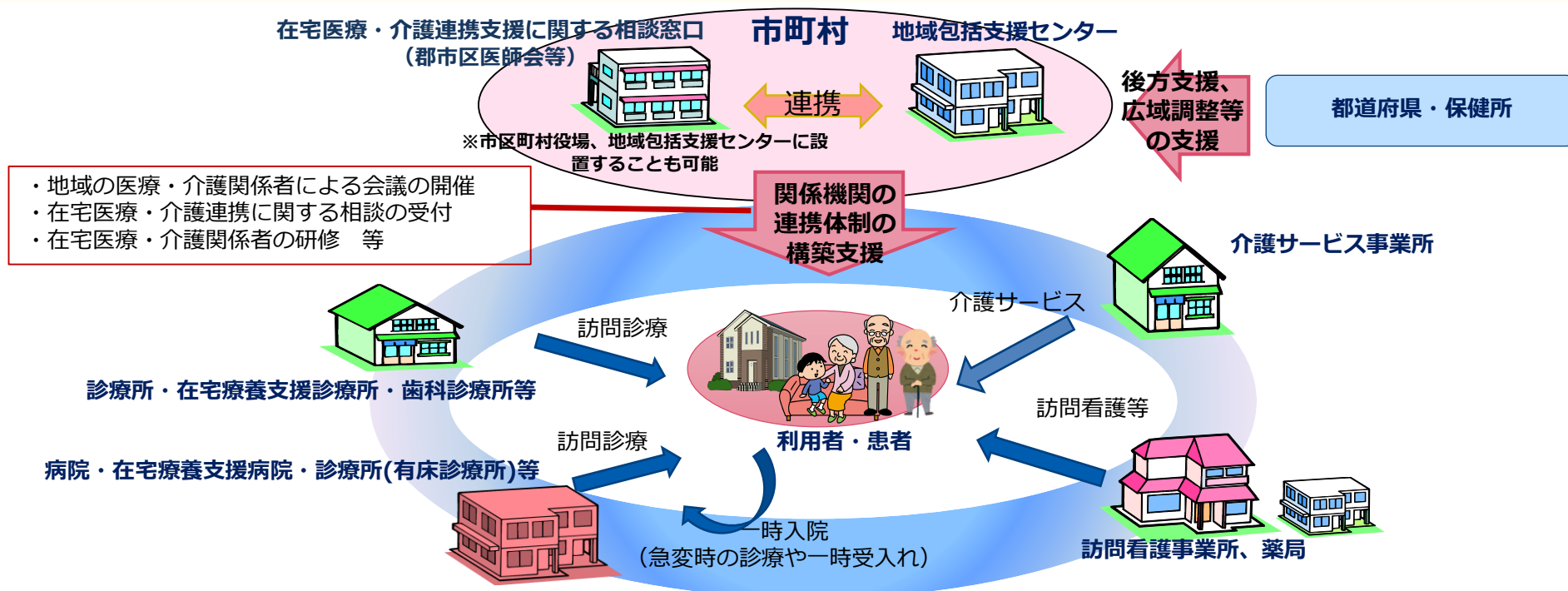
1) 在宅医療・介護連携推進事業の概要について

在宅医療・介護連携の推進

- 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続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

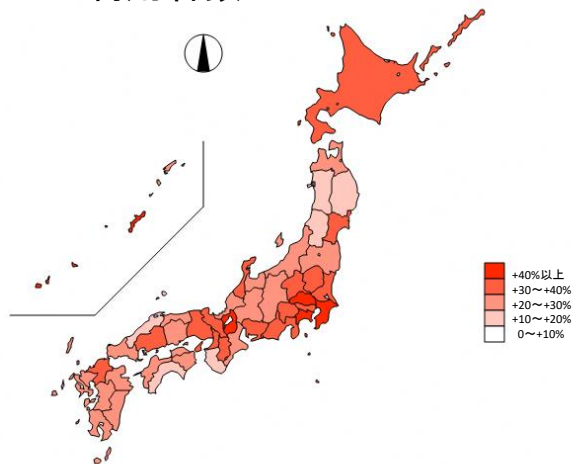
- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



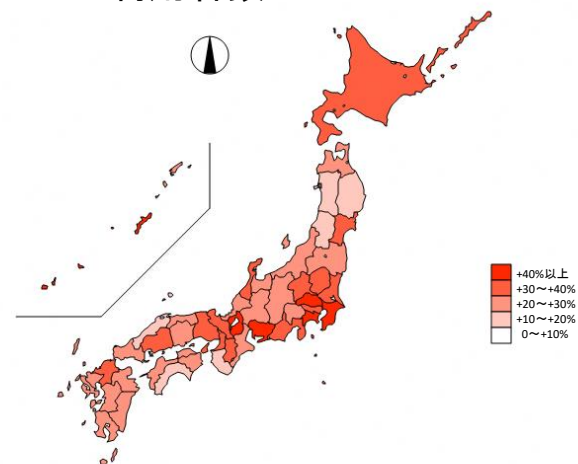
介護需要の変化 サービス種別の介護保険利用者数（増加率）

2025年利用者数に対する2040年の利用者数（増加率）

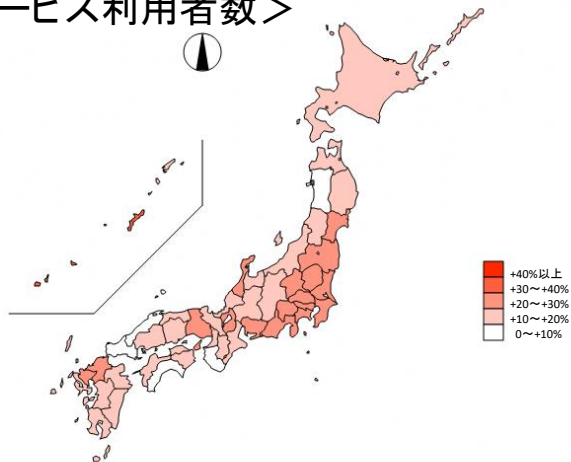
＜施設系サービス利用者数＞



＜居住系サービス利用者数＞



＜在宅系サービス利用者数＞

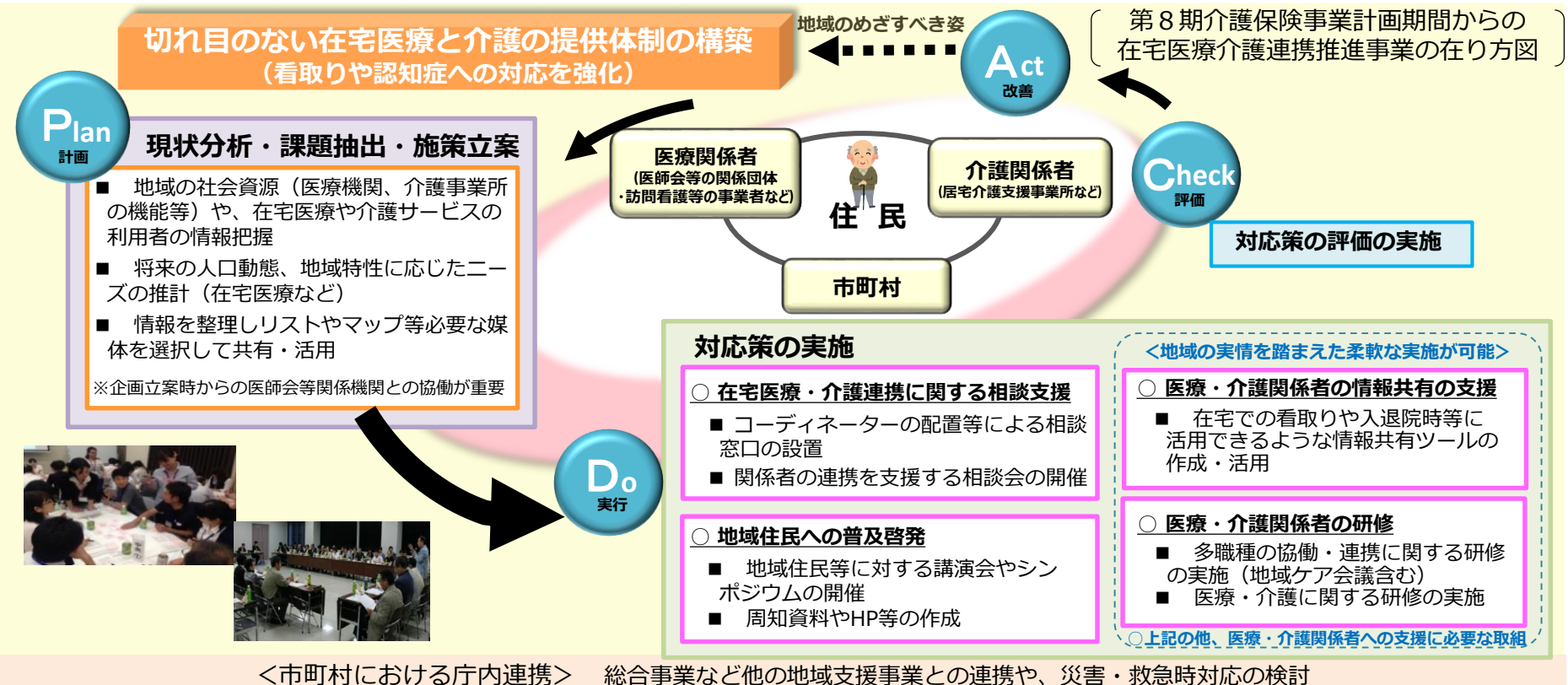


出典)内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」(2018年5月)を基に推計

※ 2040年の介護サービス利用者数は、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、それ以降は年齢階級別のサービス利用率を2025時点で固定し、将来推計人口による被保険者数見込みに乗じて機械的に算出。

在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、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、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



都道府県(保健所等)による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
- 地域医療構想・医療計画との整合

- 平成26年介護保険法改正により市町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業として、在宅医療・介護連携推進事業（以下、「本事業」とする）が位置付けられ、平成27年度から市町村は順次、8つの事業項目を開始してきた。
- 本事業の円滑な実施のために「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.1（介護保険最新情報vol.447）」（以下、「手引き」とする）を作成、具体的な取組を例示し、平成27年3月に周知を行う。
- さらに、平成29年介護保険法改正においても、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の導入及び充実を図るとともに、都道府県による市町村支援の役割を明確にするために、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.2（介護保険最新情報vol.610）」として、平成29年10月に周知してきたところ。
- そして、本事業の開始から数年が経過し、現在では、8つの事業項目に限らず、認知症や災害に関する取組をあわせて実施するなど、地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の取組が実施されつつある。一方で、「将来的な本事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる等、本事業の構造や進め方についての理解が不足している状況もみられ、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかとの指摘もある。
- このような中で、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、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって本事業でめざす姿の実現がなされるよう、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3」として、令和2年8月に発出。

1 改訂のポイント

- PDCAサイクルに沿った具体的な運用ができるような構成に再編
- 目標の設定の必要性や事業マネジメントの考え方、都道府県の役割の明確化
- 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージに沿った、4つの場面を意識した考え方
- 好事例の横展開を図るため、事例の掲載



在宅医療・介護連携推進事業の課題 (n = 1,717 最大5項目優先順位回答)

在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題については、「事業実施のためのノウハウの不足」「指標設定等の事業評価のしにくさ」「本事業を総合的に進めることができるような人材の育成」等の回答が多い。

| | % | 回答数 |
|---|-------|-------|
| 1. 予算の確保 | 34.0% | 583 |
| 2. 事業実施のためのノウハウの不足 | 72.8% | 1,250 |
| 3. 本事業の存在や必要性を医療・介護関係者に認知してもらうこと | 50.0% | 858 |
| 4. 行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築 | 53.5% | 918 |
| 5. 行政内部の連携、情報共有等 | 38.7% | 664 |
| 6. 地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足 | 63.3% | 1,087 |
| 7. 総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足 | 58.4% | 1,003 |
| 8. 本事業を総合的に進めることができるような人材の育成 | 69.7% | 1,196 |
| 9. 事業運営に関する相談のできる人材の不足 | 50.8% | 873 |
| 10. 現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと | 34.5% | 592 |
| 11. 将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと | 47.6% | 818 |
| 12. 多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化 | 46.2% | 794 |
| 13. 地域の医療・介護資源の不足 | 62.6% | 1,075 |
| 14. 事業推進を担う人材の不足（市区町村担当者及び事業委託先を想定） | 59.5% | 1,022 |
| 15. 指標設定等の事業評価のしにくさ | 70.1% | 1,204 |
| 16. 隣接する市区町村との広域連携の調整 | 32.1% | 551 |
| 17. 都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する当該市区町村のデータ等の提供 | 33.7% | 579 |
| 18. 在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供（先進事例等） | 32.4% | 556 |
| 19. 多職種研修の企画・運営の技術的支援 | 30.3% | 521 |
| 20. 在宅医療・介護連携に関する相談窓口配置する相談員の研修、人材育成 | 40.3% | 692 |
| 21. 医師会等関係団体との調整 | 44.3% | 761 |
| 22. 医療機関との調整 | 41.0% | 704 |
| 23. 広域的な医療・介護連携（退院調整等）に関する協議 | 40.1% | 688 |
| 24. 市区町村間の意見交換の場の設定 | 22.4% | 384 |
| 25. 地域医療構想や地域医療計画との整合を取るための方策 | 36.5% | 627 |
| 26. その他 | 2.5% | 43 |
| 27. 特になし | 0.9% | 16 |

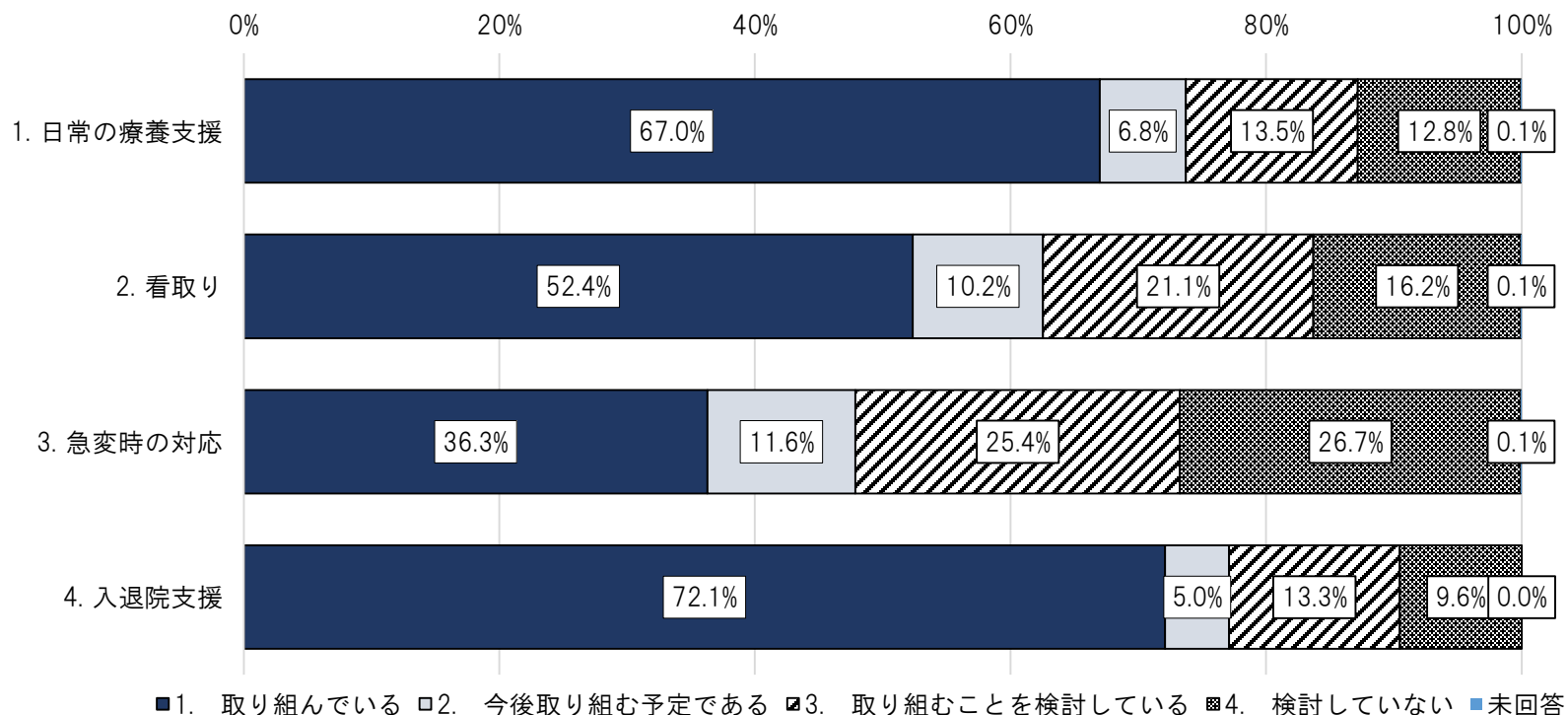
出典 令和3年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況に関する調査（令和3年度在宅医療・介護連携推進支援事業 富士通総研）

PDCAを踏まえた事業展開の現状①

(n = 1,717)

4つの場面を意識した取組については、「入退院支援」や「日常の療養支援」に関する取組については7割程度実施されているのに対して、「急変時の対応」に係る取組は36.3%と、実施状況に課題がある。

○ 「4つの場面」を意識した取組の状況



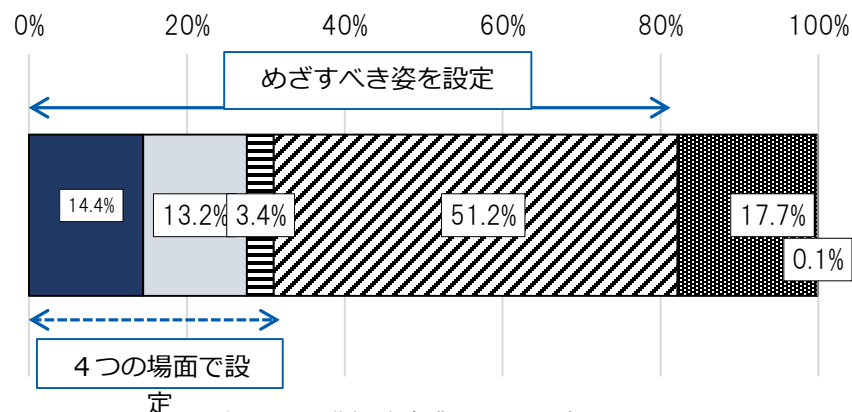
PDCAを踏まえた事業展開の現状②

(n = 1,717)

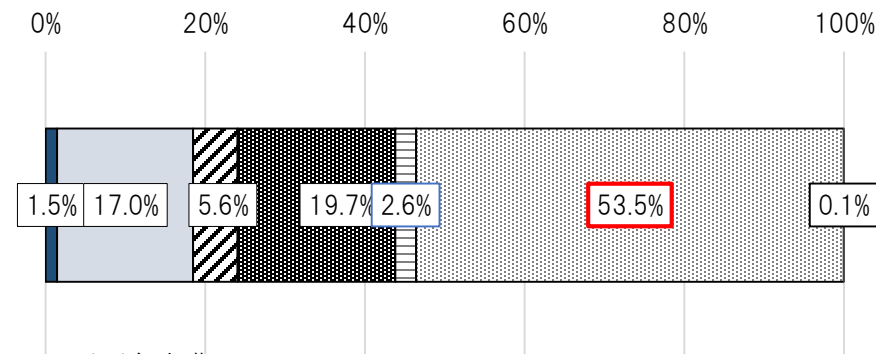
めざすべき姿を設定している自治体は約8割であるものの、4つの場面で設定している自治体は約3割にとどまっている。また、約半数の市町村は、取組改善の目安としている期間を「わからない・設定することは想定していない」と回答。

○ 在宅医療・介護連携の推進によってめざすべき姿の設定状況

○ 取組改善（PDCAの運用）に要する目安としている期間



- 1. 4つの場面で設定し、介護保険事業計画に記載
- 2. 4つの場面で設定し、在宅医療・介護の関係者では共有しているが、介護保険事業計画では記載していない
- 3. 4つの場面で設定しているが、自治体内の共有に留まる
- 4. 本事業の実施によって目指す姿の設定はしているが、特に4つの場面での設定はしていない
- 5. 特に設定はしていない
- 未回答



- 1. 1年未満
- 2. 約1年
- 3. 約2年
- 4. 約3年
- 5. 約4年以上
- 6. わからない・設定はすることは想定していない
- 未回答

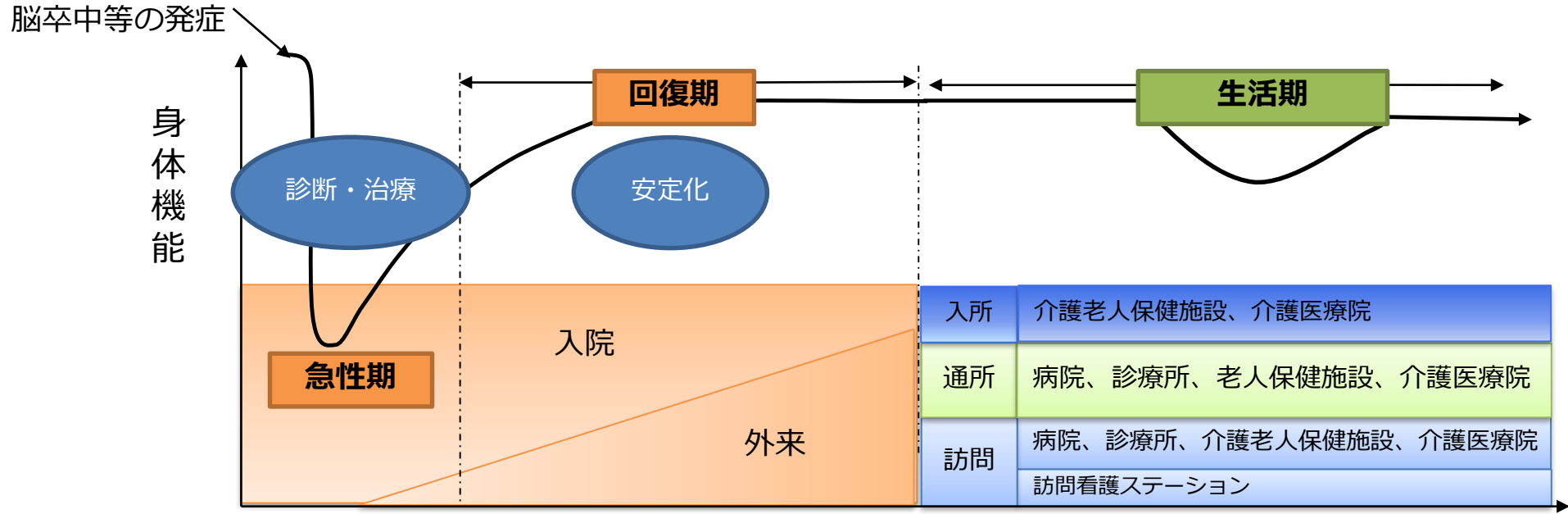
地域における高齢者リハビリテーションの推進

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



| 役割分担 | 主に医療保険 | | 主に介護保険 |
|-------|----------------------|--------------------|---|
| | 急性期 | 回復期 | 生活期 |
| 心身機能 | 改善 | 改善 | 維持・改善 |
| ADL | 向上 | 向上 | 維持・向上 |
| 活動・参加 | 再建 | 再建 | 再建・維持・向上 |
| QOL | 維持・向上 | 維持・向上 | 維持・向上 |
| 内容 | 早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防 | 集中的リハによる機能回復・ADL向上 | リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上 |

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成(一部改変)

第8期介護保険事業（支援）計画の基本指針（大臣告示）のポイント

1 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備

- 2025・2040年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定
 - ※基盤整備を検討する際、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備、地域医療構想との整合性（病床の機能分化及び連携に伴い生じるサービス必要量に関する整合性の確保）を踏まえる必要がある旨は第7期から記載。
 - ※指定介護療養型医療施設の設置期限（2023年度末）までに確実な転換等を行うための具体的な方策について記載。
 - ※第8期の保険料を見込むに当たっては直近（2020年4月サービス分以降）のデータを用いる必要がある。

2 地域共生社会の実現

- 地域共生社会の実現に向けた考え方や取組について記載

3 介護予防・健康づくり施策の充実・推進（地域支援事業等の効果的な実施）

- 一般介護予防事業の推進に関して「PDCAサイクル沿った推進」、「専門職の関与」、「他の事業との連携」について記載
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について記載
- 自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取り組みの例示として就労的活動等について記載
- 総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を策定
- 保険者機能強化推進交付金等を活用した施策の充実・推進について記載。（一般会計による介護予防等に資する独自事業等について記載。）
- 在宅医療・介護連携の推進について、看取りや認知症への対応強化等の観点を踏まえて記載
- 要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載**
- PDCAサイクルに沿った推進にあたり、データの利活用を進めることやそのための環境整備について記載

4 有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化

- 住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を記載
- 整備に当たっては、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を勘案して計画を策定

5 認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進

- 認知症施策推進大綱に沿って、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社会の実現を目指すため、5つの柱に基づき記載。（普及啓発の取組やチームオレンジの設置及び「通いの場」の拡充等について記載。）
- 教育等他の分野との連携に関する事項について記載

6 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

- 介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた介護人材の確保の必要性について記載
- 介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の具体的な方策を記載
- 総合事業等の担い手確保に関する取組の例示としてボランティアポイント制度等について記載
- 要介護認定を行う体制の計画的な整備を行う重要性について記載
- 文書負担軽減に向けた具体的な取組を記載

7 災害や感染症対策に係る体制整備

- 近年の災害発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、これらへの備えの重要性について記載

(1) リハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲

- 要介護者は、身体機能低下だけでなく、認知機能低下等の多様な病態や障害があることから、リハビリテーションの提供にあたり、国際生活機能分類（ICF）による、「心身機能」「活動」「参加」に働きかけるリハビリテーションを提供することが、重要であることを確認。
- 介護保険制度における生活期のリハビリテーションとして、本検討会においては、主にリハビリテーションを提供するサービスである訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護医療院を対象とした。

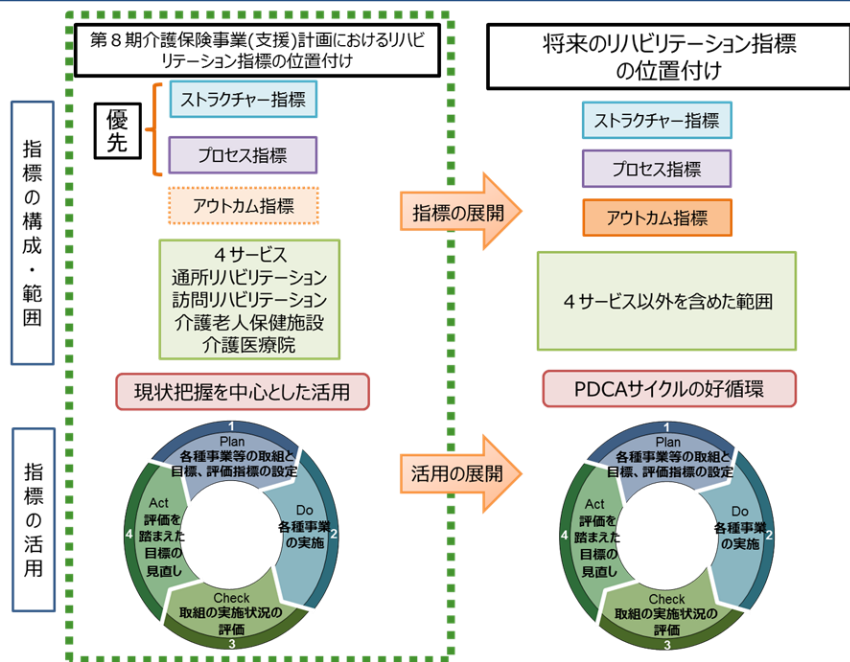
(2) リハビリテーション指標の考え方

- 保険者及び都道府県が、介護保険事業（支援）計画の策定や進捗管理、評価を実施に活用できるよう、リハビリテーション指標を設定。

(3) リハビリテーション指標

- まずは介護保険事業（支援）計画作成における取組と目標設定に活用できるよう、ストラクチャー指標・プロセス指標を設定。
 - ※ ストラクチャー指標
物的資源、人的資源、地域の状態像等を表す指標
 - ※ プロセス指標
活動や連携体制を測る指標

要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会におけるリハビリテーション指標の位置付け



| | |
|------------------|--|
| ストラクチャー指標 | サービス提供事業所数（訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・介護老人保健施設・介護医療院）【介護DB】 |
| | 定員数（サービス種別）【介護サービス情報公表システム】 |
| | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の従事者数（サービス種別）【介護サービス施設・事業所調査】 |
| プロセス指標 | サービス提供事業所数（短期入所療養介護（介護老人保健施設・介護医療院））【介護DB】 |
| | 利用率（訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・介護老人保健施設・介護医療院）【介護保険事業状況報告】 |
| | 定員あたりの利用延人員数（通所リハビリテーション）【介護サービス施設・事業所調査】 |
| | 通所リハビリテーション（短時間（1時間以上2時間未満））の算定者数【介護DB】 |
| | リハビリテーションマネジメント加算II以上の算定者数【介護DB】 |
| | 短期集中（個別）リハビリテーション実施加算算定者数【介護DB】 |
| | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算算定者数【介護DB】 |
| | 個別リハビリテーション実施加算算定者数【介護DB】 |
| | 生活機能向上連携加算算定者数【介護DB】 |
| 経口維持加算算定者数【介護DB】 | |

施設入所者への医療提供



介護老人福祉施設の基準

介護老人福祉施設においてサービスを提供するために必要な職員・設備等は次の通り。

○人員基準

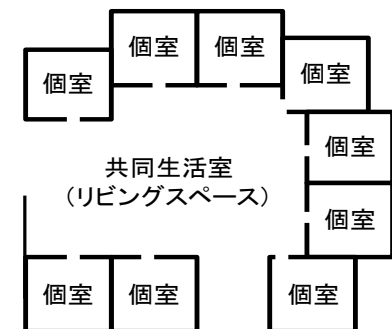
| | |
|----------------|-----------------------------------|
| 医師 | 入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数 |
| 生活相談員 | 入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上 |
| 介護職員 又は看護職員 | 入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上 |
| 栄養士 又は管理栄養士 | 1以上 |
| 機能訓練指導員 | 1以上 |
| 介護支援専門員 | 1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする） |

○設備基準

| | |
|-----------|--------------------------------|
| 居室 | 原則定員1人 入所者1人当たりの床面積10.65㎡以上 |
| 医務室 | 医療法に規定する診療所とすること |
| 食堂及び機能訓練室 | 床面積入所定員×3㎡以上 |
| 廊下幅 | 原則1.8m以上 |
| 浴室 | 要介護者が入浴するのに適したものとすること |

ユニット型介護老人福祉施設の場合、上記基準に加え、以下が必要

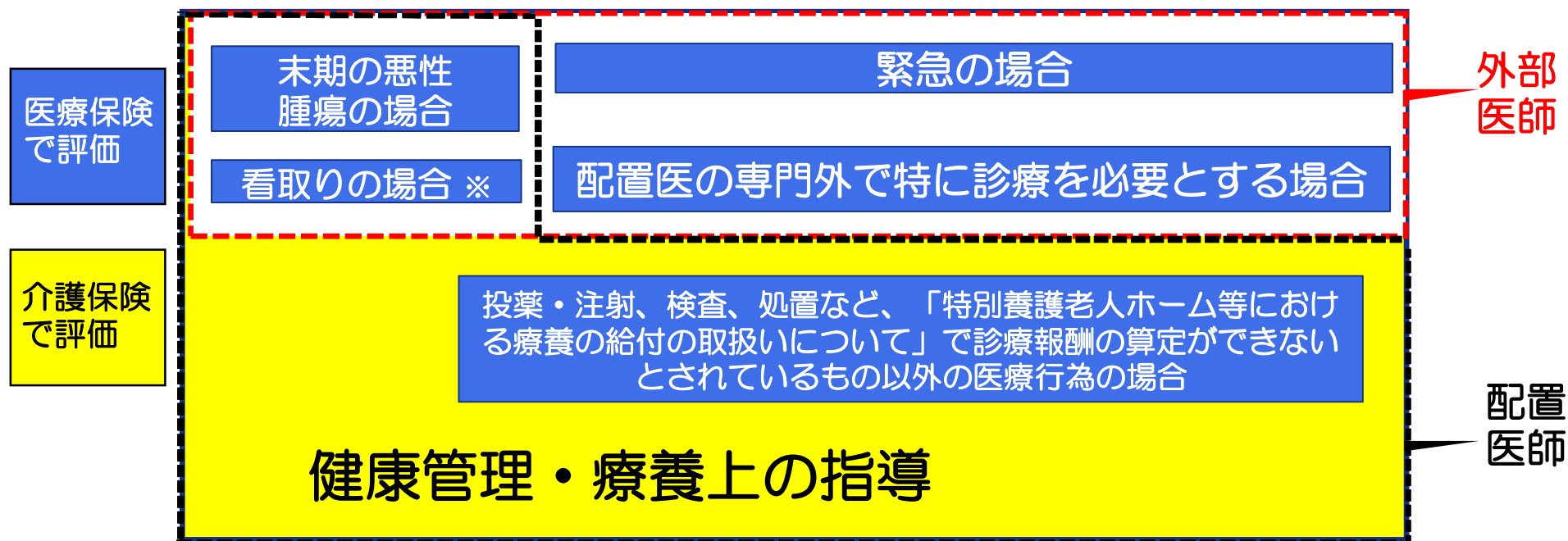
- ・ 共同生活室の設置
- ・ 居室を共同生活室に近接して一体的に設置
- ・ 1のユニットの定員は原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないもの
- ・ 昼間は1ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員、夜間は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ・ ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等



介護老人福祉施設における医療の提供について

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、基準上、入所者に対し、健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置することとされており、この配置医師が行う健康管理及び療養上の指導は介護報酬で評価されるため、初診・再診料等については、診療報酬の算定はできない。
- 一方で、配置医師以外の医師（外部医師）については、（１）緊急の場合、（２）配置医師の専門外の傷病の場合、（３）末期の悪性腫瘍の場合、（４）在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合には、入所者を診ることができるとされており、診療報酬上の「在宅患者訪問診療料」等の算定が可能である。
- こうした入所者に対する医療行為の報酬上の評価の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発0331002号厚生労働省保険局医療課長通知。令和4年3月25日一部改正）で規定している。

医療保険・介護保険の役割のイメージ



※ 在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限る。

介護老人保健施設の概要

〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正前（介護保険法第8条第28項）

介護老人保健施設とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正後（介護保険法第8条第28項）

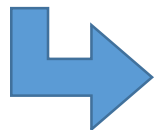
＜平成29年6月2日公布、平成30年4月1日施行＞

介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(基本方針)

第一条の二 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成十一年三月三十一日)(厚生省令第四十号))



- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
- リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

介護医療院の概要

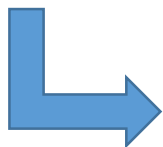
(定義) (介護保険法第8条第29項)

介護医療院とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(基本方針)

第二条 介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

(介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成30年厚生省令第5号))



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設

(参考1) 介護老人福祉施設の定義

老人福祉法第二十条の五 に規定する特別養護老人ホーム (入所定員が三十人以上であるものに限る。以下この項において同じ。) であって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことを目的とする施設

(参考2) 介護老人保健施設の定義

要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようになるための支援が必要である者 (その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。以下この項において単に「要介護者」という。) に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設として、第九十四条第一項の都道府県知事の許可を受けたもの

施設サービス等の基盤整備

ひと、暮らし、みらいのために



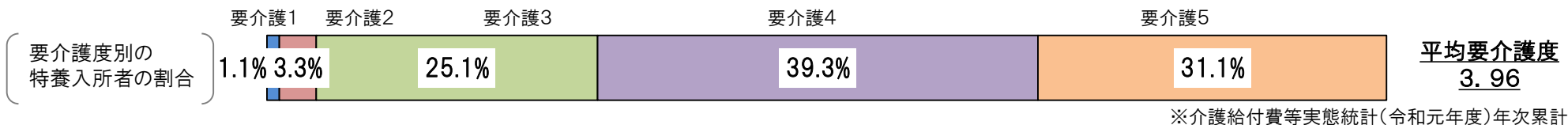
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）について

【根拠法：介護保険法第8条第22項、第27項、老人福祉法第20条の5】

- 要介護高齢者のための生活施設。
- 入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。
- 定員が29名以下のものは、地域密着型介護老人福祉施設(地域密着型特別養護老人ホーム)と呼ばれる。

≪ 施設数： 10,799施設 サービス受給者数： 63.6万人（令和3年12月審査分） ≫ ※介護給付費等実態調査



≪設置主体≫

- 地方公共団体
- 社会福祉法人 等

≪人員配置基準≫

- 医師： 必要数
- 介護・看護職員： 3:1 等

≪設備基準≫

- 居室定員： 原則1人(参酌すべき基準)
- 居室面積： 1人当たり10.65㎡ 等

多床室

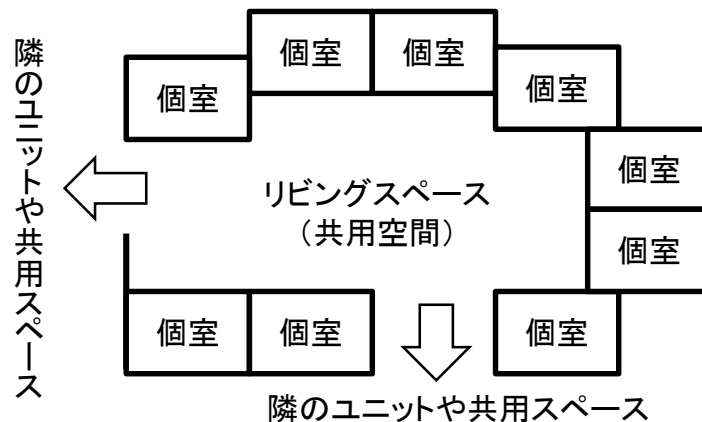
- 多床室（既設）の介護報酬： 847単位（要介護5）
- 看護・介護職員1人当たり利用者数： 平均2.2人（令和2年）*



ユニット型個室

- ユニット型個室の介護報酬： 929単位（要介護5）
 - 看護・介護職員1人当たり利用者数： 平均1.8人（令和2年）*
- *介護事業経営実態調査(令和2年度調査)

- ※ 入居者一人ひとりの個性や生活リズムを尊重
- ※ リビングスペースなど、在宅に近い居住空間
- ※ なじみの人間関係(ユニットごとに職員を配置)



特別養護老人ホームの重点化

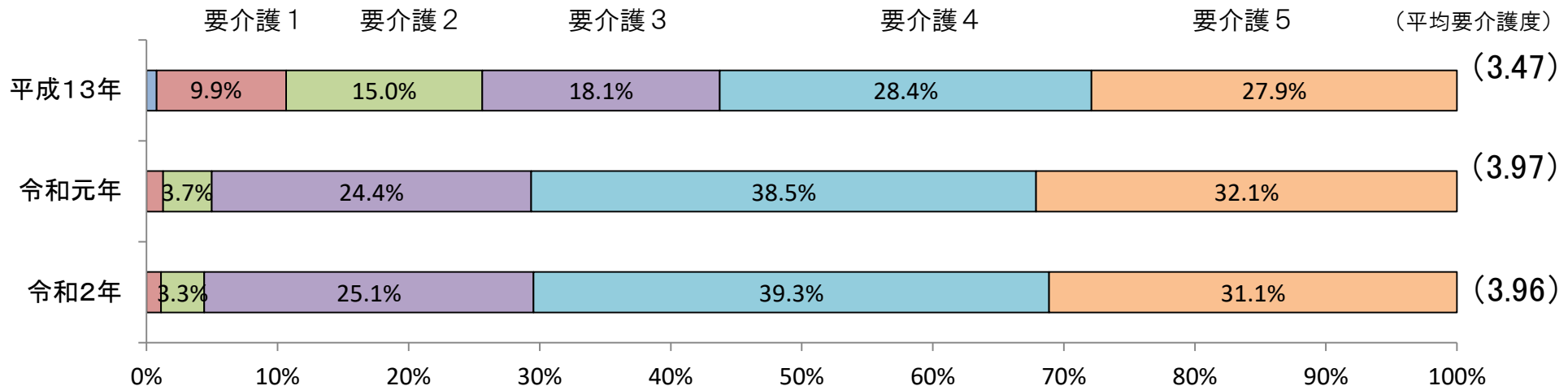
- 平成27年4月より、原則、特養への新規入所者を要介護3以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化。 【 既入所者は継続して入所可能 】
- 他方で、要介護1・2の方についても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、特例的に、入所することが可能。

【 要介護1・2の特例的な入所が認められる要件（勘案事項） 】

- 認知症であることにより、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態。
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態。
- 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態。
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態。

要介護度別の特養入所者の割合

≪ 施設数：10,799施設 サービス受給者数：63.6万人（令和3年度） ≫ ※介護給付費等実態統計(12月審査分)



※介護給付費等実態統計(旧:介護給付費実態調査)年次累計

①介護保険法（平成9年12月17日法律第123号）（抄）

第8条（略）

22 この法律において「地域密着型介護老人福祉施設」とは、老人福祉法第20条の5 に規定する特別養護老人ホーム（略）であって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者（厚生労働省令で定める要介護状態区分に該当する状態である者その他居宅において日常生活を営むことが困難な者として厚生労働省令で定めるものに限る。以下この項及び第26項において同じ。）に対し、地域密着型施設サービス計画（略）に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいい、（以下略）。

※介護老人福祉施設（定員が30名以上）については、第8条第27項に同様の規定がある。

②介護保険法施行規則（平成11年3月31日厚生省令第36号）（抄）

（法第8条第22項の厚生労働省令で定める要介護状態区分）

第17条の9 法第8条第22項の厚生労働省令で定める要介護状態区分は、要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成11年厚生省令第58号。以下「認定省令」という。）第1条第1項第3号から第5号までに掲げる要介護状態区分とする。

（法第8条第22項の居宅において日常生活を営むことが困難な者として厚生労働省令で定めるもの）

第17条の10 法第8条第22項の居宅において日常生活を営むことが困難な者として厚生労働省令で定めるものは、認定省令第1条第1項第1号又は第2号に掲げる要介護状態区分に該当する者であって、その心身の状況、その置かれている環境その他の事情に照らして、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められるものをいう。

※ 要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令第1条第1項は、第1号から順に要介護1～要介護5について規定。

指定介護老人福祉施設の入所に関する指針について（高齢者支援課長通知）

- 要介護3～5の入所申込者については、従前通りの取扱いにより「入所判定対象者」を選定。
- 要介護1・2の方が入所を申し込むこと自体を妨げるものではないが、「入所判定対象者」となるためには、「居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由」が必要。その判断の際には、施設と保険者市町村との間での必要な情報共有等を実施。
- その上で、「入所判定対象者」全体の中で、入所判定委員会において「介護の必要の程度」や「家族の状況」等を勘案して、最終的な入所者を決定。

施設への入所申し込み

入所判定対象者
リスト①
要介護3～5

入所判定対象者
リスト②
要介護1・2の特例入所対象者

従前通りの取扱い

心身の状況や置かれている環境等の事情に照らして、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められる必要。

入所判定委員会による合議

入所決定

【考慮事項】

- ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること
- ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること
- ③ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること
- ④ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること

【市町村の適切な関与】 ※市町村の独自の取組を妨げるものではない。

- ① 施設は、入所申込者に対して、その理由など必要な情報の記載を入所申込みに当たって求める。
- ② 施設は、保険者市町村に対して報告を行うとともに、当該入所申込者が特例入所対象者に該当するか否かを判断するに当たって適宜その意見を求める。
- ③ ②の求めを受けた場合、保険者市町村は、地域の居宅サービスや生活支援などの提供体制に関する状況や、担当の介護支援専門員からの居宅等における生活の困難度の聴取の内容なども踏まえ、施設に対して適宜意見を表明できる。
- ④ 施設は、入所の必要性の高さを判断するに当たっては、改めて保険者である市町村に意見を求めることが望ましい。

※「介護の必要の程度」や「家族の状況」等を勘案し、入所者を決定（従前と同様）

特別養護老人ホームの入所申込者の状況(平成31年度調査)

【概況】

- 特別養護老人ホーム(地域密着型を含む。)の入所申込者(特別養護老人ホームに入所を申し込んでいるものの、調査時点で当該特別養護老人ホームに入所していない者)の状況について、各都道府県が把握した、平成31年4月1日時点における集計。(※ 令和4年4月1日時点の数値は、現在、調査中)
- 特別養護老人ホームの入所申込者は、重複申込等(複数の施設への申し込み、申し込み後の死亡等)を排除して入所申込者の実数に近づけている。

(単位:万人)

| | 要介護3~5 | 要介護1・2 (特例入所) | 計 |
|--------|--------------------------|------------------|------|
| 全体 | 29.2 (対平成28年度調査 ▲0.3) | 3.4 | 32.6 |
| うち在宅の方 | 11.6 (対平成28年度調査 ▲0.7) | 1.6 | |

※ 要介護1又は2で居宅での生活が困難なことについてやむを得ない事由があると認められる者については、特例入所の対象となっており、こうした者の数を集計すると3.4万人となっている。

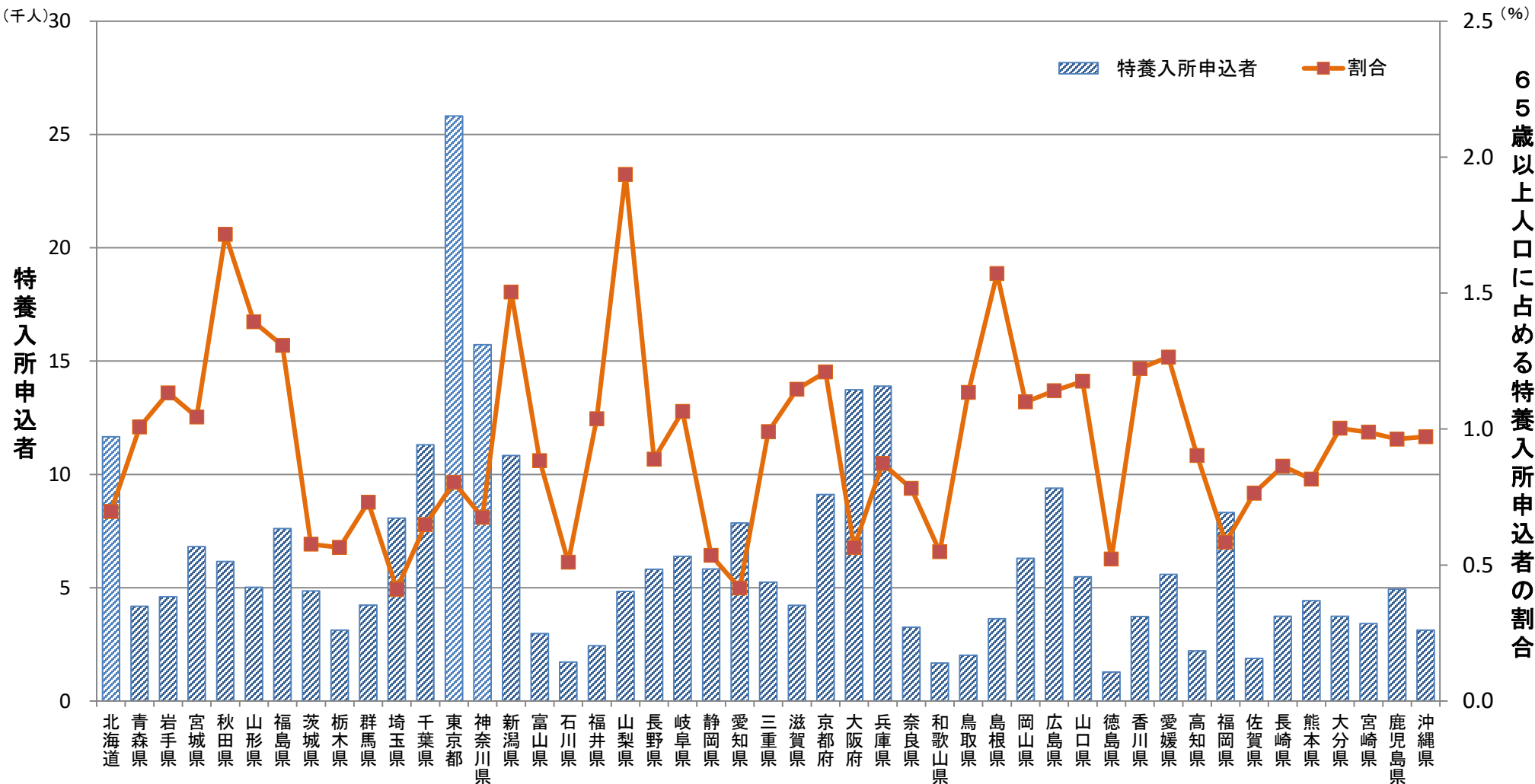
<参考:平成28年度調査(平成28年4月1日時点)>

(単位:万人)

| | 要介護3~5 | 要介護1・2 | 計 |
|--------|--------|--------|------|
| 全体 | 29.5 | 7.1 | 36.6 |
| うち在宅の方 | 12.3 | 3.8 | 16.1 |

65歳以上人口に占める特養入所申込者の割合

○ 65歳以上人口に占める特養入所申込者の割合は、地域ごとにばらつきがある。



※1 特養入所申込者は、令和元年12月25日プレスリリース「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」(原則、平成31年4月1日)における要介護度3~5の入所申込者数である。

※2 65歳以上人口に占める特養入所申込者の割合は、特養入所申込者数を、65歳以上人口(令和元年10月人口推計(総務省統計局))で割ったものである。

個別ケアを実現するための手法

具体的には・・・

在宅に近い居住環境で、利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿い、他人との人間関係を築きながら日常生活を営めるように介護を行う。

その実現のためには

個性や生活のリズムを保つための個室と、ほかの利用者や地域との関係を築くためのリビングやパブリックスペース、などのハード

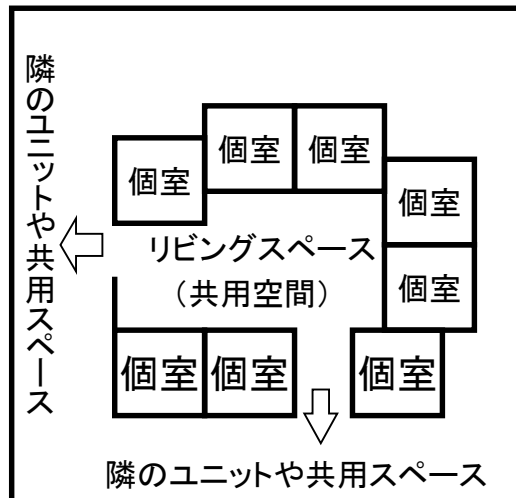
利用者一人ひとりの個性や生活のリズムを尊重したケア

小グループごとに配置された職員による、利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿ったケアの提供、というソフト

ユニット型施設の例

ハードウェアとソフトウェア 双方で対応:

- 在宅に近い居住環境
(個室と共用空間)
- ユニットごとに職員を配置
(生活単位と介護単位の一一致)



認知症高齢者ケアにも有効

- 小規模な居住空間
- 家庭的な雰囲気
- なじみの人間関係

- 在宅に近い居住環境
- 入居者一人一人の個性や生活のリズムに沿う
- 他人との人間関係を築く

ユニット型個室の整備の方針について

○介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
(平成3年1月29日厚労告29号(令和3年1月29日改正))

都道府県は、**2025年度**の地域密着型介護老人福祉施設及び介護保険施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員(中略)の合計数が占める割合については、50%以上(そのうち**地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員の合計数が占める割合については、70%以上**)とすることを目標として定めるよう努めるものとする。

＜介護老人福祉施設の個室ユニット化率(定員数)の推移＞

| 平成18年 | 平成20年 | 平成22年 | 平成24年 | 平成26年 | 平成28年 | 平成29年 | 平成30年 | 令和元年 | 令和2年 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------|
| 14.8% | 21.2% | 25.4% | 32.3% | 37.3% | 41.7% | 43.6% | 45.2% | 46.2% | 47.1% |

出典:厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」をもとに老健局高齢者支援課作成

※ なお、居室については、基準上、個室が原則となっているが、「参酌すべき基準」となっており、地方自治体が十分参酌した結果としてであれば、地域の実情に応じて、条例において異なる内容を定めることができる。

特定施設入居者生活介護の概要

1. 制度の概要

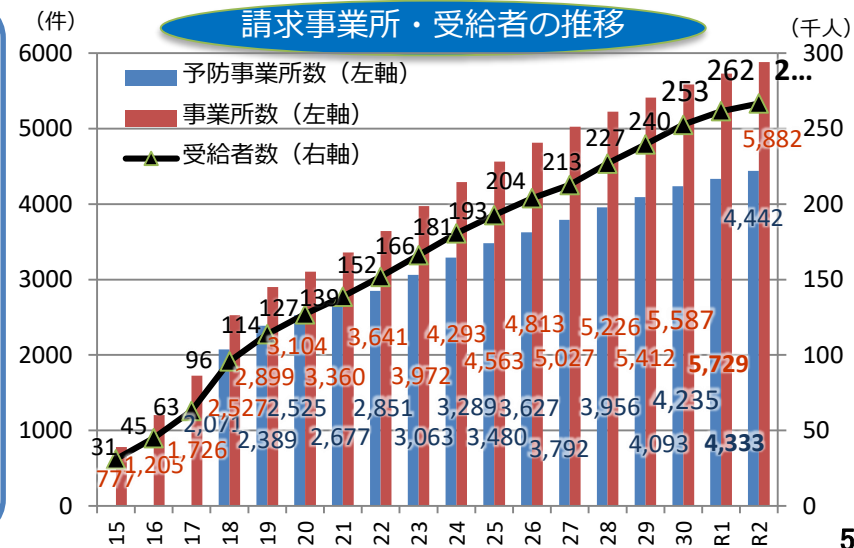
- 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。
- 特定施設の対象となる施設は以下のとおり。
 - ① 有料老人ホーム ② 軽費老人ホーム（ケアハウス） ③ 養護老人ホーム
 - ※ 「サービス付き高齢者向け住宅」については、「有料老人ホーム」に該当するものは特定施設となる。
- 特定施設入居者生活介護の指定を受ける特定施設を「介護付きホーム」という。

2. 人員基準

- 管理者— 1人 [兼務可] ○ 生活相談員— 要介護者等：生活相談員 = 100 : 1
- 看護・介護職員— ①要支援者：看護・介護職員 = 10 : 1 ②要介護者：看護・介護職員 = 3 : 1
 - ※ ただし看護職員は要介護者等が30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人
 - ※ 夜間帯の職員は1人以上
- 機能訓練指導員— 1人以上 [兼務可] ○ 計画作成担当者— 介護支援専門員1人以上 [兼務可]
 - ※ただし、要介護者等：計画作成担当者100:1を標準

3. 設備基準

- ① 介護居室：・原則個室 ・プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ ・地階に設けない 等
- ② 一時介護室：介護を行うために適当な広さ
- ③ 浴室：身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
- ④ 便所：居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える
- ⑤ 食堂、機能訓練室：機能を十分に発揮し得る適当な広さ
- ⑥ 施設全体：利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造



出典：介護給付費等実態調査（各年度3月分（4月審査分））※「事業所数」は短期利用を除く。地域密着型を含む。

介護保険事業支援計画と特定施設入居者生活介護における定員の関係について

制度の概要

- 特定施設入居者生活介護について、「介護専用型」「混合型」の2類型がある。
 - ・介護専用型：入居者が原則として要介護者に限られるもの（要介護者の配偶者等も入居可）
 - ・混合型：介護専用型以外のもの（自立の方も入居可）
- 都道府県の介護保険事業支援計画において定めた「必要利用定員」を超えるような指定申請については、指定を行わないことができるものとし、介護専用型と混合型それぞれ別に整備可能な枠を管理している。
 - ・介護専用型：介護保険事業支援計画において必要利用定員総数を定め、入居定員の合計が必要利用定員総数に既に達している場合等に指定をしないことができる。
 - ・混合型：介護保険事業支援計画において必要利用定員総数を定めることができ、推定利用定員（定員数の7割※）の合計が必要利用定員総数に既に達している場合等に指定をしないことができる。

| | | 指定権者 | 対象者 | 必要利用定員との比較 |
|---|----------------------|------|-------------------|-------------|
| 特定施設 入居者生活介護 (法第8条第11項) | ①介護専用型 (法第70条第4項) | 都道府県 | 要介護者 | ①と③の利用定員の合計 |
| | ②混合型 (法第70条第5項) | 都道府県 | 要介護者 (自立から入居可) | ②の推定利用定員(※) |
| ③地域密着型特定施設入居者生活介護 (介護専用型のみ) (法第8条第21項) | | 市町村 | 要介護者 | ③の利用定員 |
| ④介護予防特定施設入居者生活介護 (混合型のみ) (法第8条の2第9項) | | 都道府県 | 要支援者 | なし |

※ 7割を超えない範囲で都道府県が定める割合（介護保険法施行規則第二百二十六条の五）。混合型特定施設には、同じ建物に自立・要支援者が入居しているため、建物全体の利用定員ではなく、推定利用定員をもって総量を算出している。

住まいと生活の一体的支援

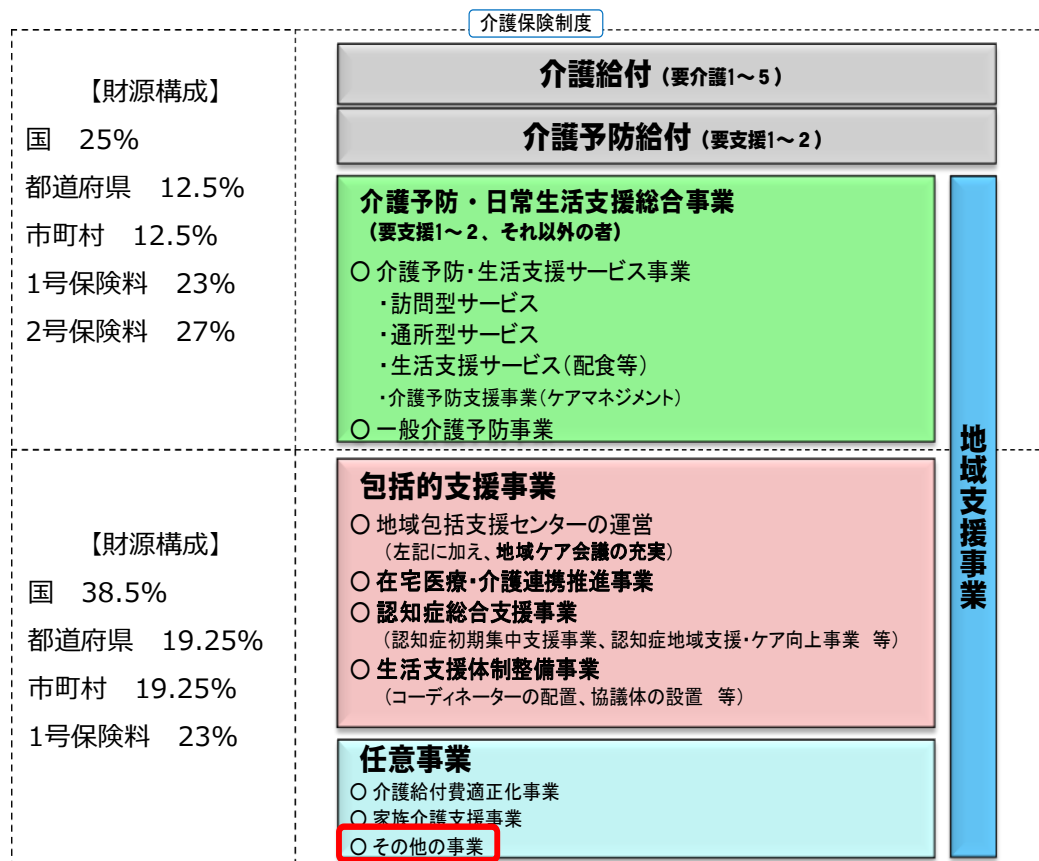
ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

地域支援事業等の活用による全国展開

- 平成26年度から「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」を行ってきたが、平成29年度以降は、各地域で行われている先進的・効果的な取組について、**地域支援事業を始め、様々な方策を活用等しながら全国展開**を図っていく。
- 具体的には、**地域支援事業の一つにある「高齢者の安心な住まいの確保に資する事業」**について、**入居に係る支援等の内容をより明確にした上で、事業の拡充を行ったところ。**



平成29年度から「地域支援事業の実施について」(実施要綱)を改正

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

空き家等の民間賃貸住宅や、高齢者の生活特性に配慮した公的賃貸住宅(シルバーハウジング)、サービス付き高齢者向け住宅、多くの高齢者が居住する集合住宅等への高齢者の円滑な入居を進められるよう、これらの住宅に関する情報提供、入居に関する相談及び助言並びに不動産関係団体等との連携による入居支援等を実施するとともに、これらの住宅の入居者を対象に、日常生活上の生活相談・指導、安否確認、緊急時の対応や一時的な家事援助等を行う生活援助員を派遣し、関係機関・関係団体等による支援体制を構築する等、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。

高齢者単身又は高齢者のみ世帯、障害者のいる世帯や低所得世帯等が安心して地域で暮らしていくため、大家の抱える不安に対応する既存の施策・令和2年度予算案等での施策を本日時点で整理したもの。今後、新規施策等に応じて改訂していく。

< 目的 > < 大家の不安 >

< 対応策 >

安心して地域で暮らせる住まいと支援の確保

事故や騒音等のトラブル



見守りなどの居住支援の推進

○居住支援法人の指定の促進による居住支援の推進【国】

・補助金による財政的支援に加え、指定手続きや指定後の活動についてフォローする支援事業を立ち上げること等により指定を促進する

○高齢者等の居住と生活の一体的な支援の横展開【厚】

・以下の様な好事例の横展開を図る(地域支援事業、社会福祉法人の社会貢献活動)
 ※介護保険の保険者機能強化推進交付金により市町村の取組を後押し(予定)
 (例1)社会福祉法人が不動産関係団体と連携し、高齢者等の入居支援と、入居後の見守りサービスを提供
 (例2)空き家やアパートのサブリースの活用により、安定的な家賃収入を確保し、居住と生活支援を一体的提供

○生活困窮者や被保護者の居宅移行支援【厚】

・一時生活支援事業の拡充により、訪問により見守り等の生活支援を行う地域居住支援事業を実施
 ・被保護者の無低等からの居宅移行や転居後の定着支援を一体的に実施する事業を創設

○障害者の地域生活支援【厚】

・障害者支援施設に入所等している障害者に住居の確保等の支援を行う「地域移行支援」、地域でのひとり暮らし等に移行した障害者に定期的訪問や随時の相談対応を行う「自立生活援助」、常時の連絡体制を確保し、緊急時に必要な支援を行う「地域定着支援」により障害者の地域生活支援を促進

○地域共生社会の推進(次期通常国会に法案を提出予定)【厚】

・市町村において地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、断らない相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に実施する事業を創設→参加支援の中で、居住支援として見守り等の支援を推進

単身入居者の死亡時の対応

○残置物の円滑な処理に関する制度等の周知等【国等】

・終身建物賃貸借制度(※)や残置物の円滑な処理に関する制度・サービスをわかりやすく紹介した「《大家さんのための》単身入居者の受入れガイド」(国土交通省作成・法務省協力(H31.3))について、さらなる周知・情報提供を行う。
 ※賃貸借契約が賃借人の死亡と同時に終了。ただし、残置物の所有権には影響しない
 ・更なる対応について引き続き関係省庁で検討

家賃支払いの確保

○住宅扶助代理納付の活用【厚】

・家賃滞納者、公営住宅、セーフティネット住宅に入居する生活保護受給者の住宅扶助について、代理納付を「原則化」する

○登録家賃債務保証業者の活用【国】

・家賃債務保証業者の登録制度の一層の周知を図るとともに、住宅金融支援機構の家賃債務保証保険を普及することにより、登録家賃債務保証業者の活用を促進する

孤独死等



家賃滞納



○登録手数料の無料化・減免の推進や登録手続きの簡素化に加え、制度の一層の周知を図り、セーフティネット住宅の登録を更に促進する【国】

セーフティネット住宅の登録促進

○各省連絡協議会の拡充【厚国等】
 ・厚労省・国土交通省の局長級による連絡協議会について、法務省の他、各関係団体を構成員に加える改組を行い、住まい支援について各分野のより一層の緊密な連携を図る
 ○市町村居住支援協議会の設立促進【国】
 ・居住支援協議会の設立に意欲のある市町村に対する有識者派遣・情報提供などによる伴走支援や、都道府県による意欲ある市町村の掘り起こし支援を実施する

福祉、住宅その他の行政の連携強化

令和5年度概算要求額 20百万円（20百万円） ※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 高齢者の住まいの確保と生活支援を進めるため、平成26年度から、「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」を実施し、住まいの確保支援（住宅情報の提供・相談対応等）や生活支援（見守り等）に係る費用に対する助成を行い、平成29年度以降は、同様の取組に対して地域支援事業交付金により支援ができるようにしているところ。
- 一方、地域支援事業により、モデル事業と同様の取組を実施している自治体が非常に少なく、その理由として、取組の実施にあたり、自治体内（住宅部局と福祉部局等）の調整や社会福祉法人・不動産業者等との調整など、関係者が多岐にわたること等から、検討が進まないとの意見があるところ。
- このため、有識者や厚労省職員等を派遣し、事業実施に至る前の検討段階における助言や関係者との調整を行うことで、事業の実施に結びつけていくことを目的として、本事業を実施する。

2 事業の概要・スキーム、実施主体等

厚労省職員や有識者等を派遣し、事業実施に至る前の検討段階における助言や関係者との調整等の支援の実施。

① 事業の実施に向けた意見交換、課題に対する検討及びアドバイス

具体的な事業の実施に向けて、事前に実施すべき実態の把握や、それを踏まえた取組の方向性等についての意見交換、課題に対する検討等の実施にあたって、有識者や、厚生労働省職員、国土交通省職員等を派遣し、アドバイスや事業関係者の調整等を実施。

② 制度や取組の事例、パンフレット等の周知

課題を踏まえた取組の事例等について周知
 （本事業においては、事業の検討過程にも着目し、課題把握や取組に至った事例について、経緯等を含めて整理し、事業の検討にあたって実用的なパンフレット等作成を想定）

③ 第1線で活動されている行政職員・有識者の紹介

①の実施にあたって、必要に応じて既に取組を実施している自治体の職員や制度創設に関わった有識者等を紹介。

見守り等にかかる費用を「地域支援事業交付金」により支援。

※以前は「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」として支援。

<自治体における検討の流れ>

○自治体における課題の顕在化

高齢者が大家から入居を断られて、居住確保が困難な状況 等

支援

○地域の実情を踏まえた対応方策の検討

- ・実態把握
- ・関係者との調整
- ・事業の具体化の検討

支援

○事業の実施

- ・相談対応、不動産店への同行
- ・社会福祉法人による見守り 等

<実施主体> 国（民間事業者に委託）

令和4年度 厚生労働省「高齢者住まい・生活支援伴走支援プロジェクト」支援団体一覧

【自治体】

| 自治体 | 応募部局 | 応募概要 |
|-------------------------------|--------------|--|
| 岐阜県多治見市 〔継続〕 | 福祉部局 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 令和3年度伴走支援において、庁内関係部署との勉強会・情報共有を行った。住まいの問題は複数部署に関わるが、その問題自体は生活課題の一部であり、また庁内のみで解決できないことから積極的な動きがない状況。 ▶ 令和4年度は庁内連携の強化、不動産業者との協議、住まいの相談から入居までのフロー作成等を行うにあたってのアドバイス、事例紹介や視察などのサポートを希望。 |
| 滋賀県東近江市・ 社会福祉法人六心会 〔継続〕 | 福祉部局 住宅部局 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 令和3年度伴走支援での取組を継続し、東近江市としては庁内関係部署と六心会との関係強化・層の拡大、庁内関係部署との連携体制づくり、先行事例の情報収集を進める。 ▶ 六心会では、東近江市住まい創生センターと協力しながら活用可能な空家等のリサーチ、協力的な不動産業者や大家の発掘、地域関係団体との連携体制づくりを進める。 ▶ 居住支援に関する制度・施策や先行事例の情報提供、会議等への参加とアドバイス、視察等のコーディネート希望。 |
| 愛媛県宇和島市 | 福祉部局 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 高齢者世帯の増加・市営住宅の老朽化が進行する中、福祉部局と不動産団体・居住支援団体等が連携する機会も少なく、重層的支援体制整備事業に取り組むが、庁内でも居住支援対応案件が少ないため問題意識は高くない。 ▶ 住宅セーフティネット制度の活用、空き家の有効活用、関係団体との連携による住宅相談・物件紹介等の支援の提供を目指し、庁内・庁外関係者間で居住支援の必要性を共有するためのサポート、また不動産関係団体等との協力体制づくり、居住支援協議会設置自治体の成功事例等について情報提供を希望。 |

【法人】

| 団体 | 所在地 | 応募概要 |
|-----------------------|-------------|--|
| 株式会社住まい館 (居住支援法人) | 栃木県 大田原市 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 大家が高齢者等の入居を断るケースもあり、現在は自社所有の物件を活用して入居を支援している。行政、社協、社会福祉法人などと連携して相談を受けているほか、同業他社に活動内容を紹介し協力を求めている。 ▶ 孤独死・死後処理の課題が大きく、行政との役割分担（行政内部の居住支援の認知度向上も必要）、他事業者との連携体制の構築、大家の負担やリスクの軽減など、地域における居住支援の仕組みを整えていきたい。 |
| 株式会社上原不動産 (居住支援法人) | 山口県 下関市 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 現在は行政と定期的な意見交換会を行うほか、行政、地域包括支援センター、社会福祉法人等から依頼を受けて高齢者や生活困窮者等の入居を支援している。官民の相互理解に基づく連携が不足していると感じる。 ▶ 官民連携のほか地域住民の協力を得ながら、地域で高齢者等の要配慮者を見守っていきたい。それに向けて相談・アドバイスや実務経験者・行政職員の紹介、民生委員等とのつながりづくりのサポートを希望。 |

5. 「地域共生社会」づくり

- 孤独・孤立や生活困窮の人々が地域社会と繋がりながら、安心して生活を送れる「地域共生社会」づくりに取り組む必要。
- 「住まい」をいかに確保するかは、老齢期を含む生活の維持にとっても大きな課題。制度的な対応も含めた検討が求められる。



- ソーシャルワーカーによる相談支援、多機関連携による総合的な支援体制。分野横断的な取組を進める。
- 住民に身近な地域資源を活用しながら、地域課題の解決のために住民同士が助け合う「互助」を強化。
- 住まい確保の支援のみならず、地域とつながる居住環境や見守り・相談支援の提供も含め検討。その際には、空き地・空家の活用やまちづくりなどの視点も必要。

6. 医療・介護・福祉サービス

- 今後の高齢化の進展とサービス提供人材の不足を踏まえると、医療・介護提供体制の改革や社会保障制度基盤の強化は必須。
- コロナ禍により、地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかる課題に直面。機能分化と連携を重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべき。
- データの連携、総合的な活用は、社会保障の各分野におけるサービスの質の向上等に重要な役割を果たす。
- サービスの質の向上、人材配置の効率化、働き方改革等の観点。

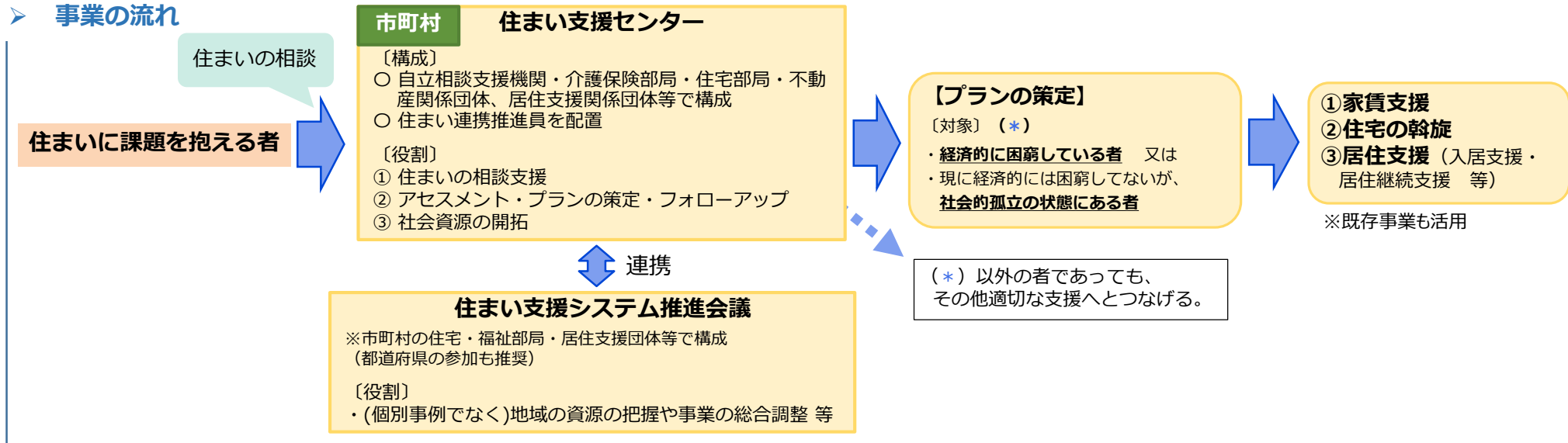


- 「地域完結型」の提供体制の構築に向け、地域医療構想の推進、地域医療連携推進法人の活用、地域包括ケアシステムの整備などを、都道府県のガバナンス強化など関連する医療保険制度等の改革と併せて着実に推進。
- かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の改革を推進。
- 地域医療構想について、第8次医療計画策定とあわせて議論を進める。さらに2040年に向けバージョンアップ。
- データ活用の環境整備を進め、個人・患者の視点に立ったデータ管理を議論。社会保障全体のDXを進める。
- ICTの活用、費用の見える化、タスクシェア・タスクシフティングや経営の大規模化・協働化を推進。

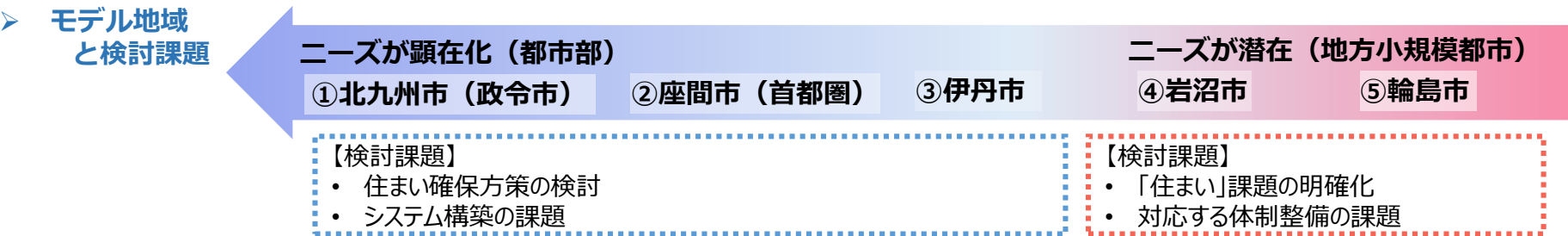
令和4年度 住まい支援システム構築に関する調査研究事業（概要）

- 住まいの課題解決に向けたサポート体制の構築のため、複数の自治体において、住まいに課題を抱える者に対する住まい支援について、総合的な相談対応や一貫した支援を行える実施体制を整備するとともに、見守り支援や地域とのつながり促進支援など、地域共生の観点を取り入れたマネジメントを行う仕組みを導入する等のモデル的な事業を実施（令和5年3月とりまとめ予定）。

事業の流れ



モデル地域と検討課題



具体的な検討事項（実施地域） ※「住まい」ニーズ：入居及び居住継続の両方のニーズ

1. 「住まい支援センター」機能の提供体制（①～③）
 - 住まい連携推進員の機能と役割検討（①～③）
2. 住まい支援のマネジメントシステムの試行
 - 顕在化しているニーズへの相談支援の体制（①～③）
 - 複合化する「住まい」ニーズ・過去事例等から「住まいニーズ」の把握（①～⑤）
3. 支援メニューの整備・開発
 - 住まいの確保策の検討（①～③）
 - 地域や社会とのつながり支援の方策（①～⑤）

科学的介護の推進 介護情報利活用の推進

ひと、暮らし、みらいのために



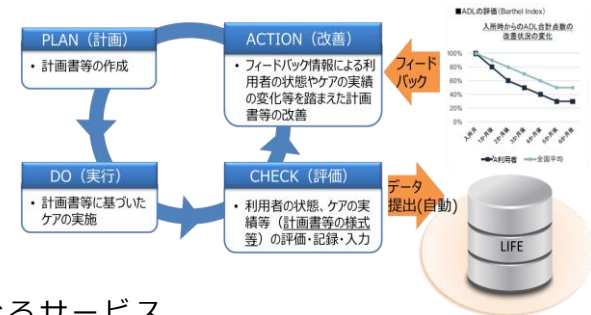
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

科学的介護情報システム(LIFE)

- 介護施設・事業所が、**介護サービス利用者の状態**や、行っている**ケアの計画・内容**などを一定の様式で提出することで、入力内容が**集計・分析**され、当該施設や利用者**にフィードバック**される情報システム。介護施設・事業所では、提供されたフィードバックを活用し、PDCAサイクルを回すことで、介護の質向上を目指す。
- 令和3年度介護報酬改定において、一部の加算について、LIFEへのデータ提供等を要件とした。

LIFEにより収集・蓄積したデータの活用

- LIFEにより収集・蓄積したデータは、**フィードバック情報としての活用**に加えて、**施策の効果や課題等の把握**、見直しのための分析にも活用される。
- LIFEにデータが蓄積し、分析が進むことにより、**エビデンスに基づいた質の高い介護**の実施につながる。



(参考) LIFEへのデータの提出を要件としている項目と収集している情報、対象となるサービス

| 加算の種類 | 科学的介護推進加算 (I)(II) | 個別機能訓練加算 (II) | ADL維持等加算 (I)(II) | リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 | リハビリテーションマネジメント加算 (A)ロ(B)ロ | 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算 | 褥瘡マネジメント加算 (I)(II) | 褥瘡対策指導管理 (II) | 排せつ支援加算 (I)(II)(III) | 自立支援促進加算 | かかりつけ医連携薬剤調整加算 | 薬剤管理指導 | 栄養マネジメント強化加算 | 栄養アセスメント加算 | 口腔衛生管理加算 (II) |
|---------------------|----------------------------|--------------------|------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------|---------------------|----------------------|----------|----------------------------|---------------------|--------------|------------|---------------|
| 収集している情報 | ADL 栄養の状況 認知症の状況 既往歴 処方薬 等 | 機能訓練の目標 プログラムの内容 等 | ADL | ADL、IADL、心身の機能、リハビリテーションの目標 等 | | | 褥瘡の危険因子 褥瘡の状態 等 | 排尿・排便の状況 おむつ使用の状況 等 | ADL 支援実績 等 | 薬剤変更情報 等 | 身長、体重、低栄養リスク、食事摂取量、必要栄養量 等 | 口腔の状態 ケアの目標 ケアの記録 等 | | | |
| 介護老人福祉施設 | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | | ○ | ○ | | | ○ | | ○ |
| 地域密着型介護老人福祉施設 | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | | ○ | ○ | | | ○ | | ○ |
| 介護老人保健施設 | ○ | | | ○ | | | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | | ○ |
| 介護医療院 | ○ | | | | | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | | ○ |
| 通所介護 | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | | | ○ | ○ |
| 地域密着型通所介護 | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | | | ○ | ○ |
| 認知症対応型通所介護(予防含む) | ○ | ○ | ○(予防を除く) | | | | | | | | | | | ○ | ○ |
| 特定施設入居者生活介護(予防含む) | ○ | ○ | ○(予防を除く) | | | | | | | | | | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護(予防を含む) | ○ | | | | | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護(予防含む) | ○ | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | ○ | | | | | | ○ | | ○ | | | | | ○ | ○ |
| 通所リハビリテーション(予防含む) | ○ | | | | | | | | | ○(予防を除く) | | | | ○ | ○ |
| 訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | ○(予防を除く) | | | | ○ | ○ |

厚生労働省データヘルス改革工程表（令和3年6月4日）

①利用者自身が介護情報を閲覧できる仕組みの整備

| | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 | 2024年度 | 2025年度 |
|-------------|--------|-------------------|--|--------|-------------------|---|
| 電子カルテ・介護情報等 | | | | | | |
| 介護情報 | | CHASEフィードバック機能の開発 | CHASE等の解析結果の利用者単位等のフィードバック（2021年度～） CHASE等による自立支援等の効果を検証 | | システム要件の整理、システム改修等 | マイナポータル等で閲覧可能（2024年度以降順次～） |
| | | | 技術的・実務的な課題等を踏まえ、利用者や介護現場で必要となる情報の範囲や、全国的に介護情報を閲覧可能とするための仕組みを検討 | | | 次期システムの運用開始によるデータに基づく更なるフィードバック等（2024年度～） |

②介護事業所間等において介護情報を共有することを可能にするための取組

| | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 | 2024年度 | 2025年度 |
|---|--------|------------------|---|--------|-------------------------|--------|
| 介護事業所間における介護情報の共有並びに介護・医療間の情報共有を可能にするための標準化 | | 介護情報の共有や標準化に係る調査 | 全国的に介護記録支援システムの情報を含めた介護情報を閲覧可能とするための基盤のあり方についてIT室（デジタル庁）とともに検討し、結論を得る | | 左記を踏まえたシステムの課題解決・システム開発 | |

③科学的介護の推進

| | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 | 2024年度 | 2025年度 |
|--------------------------|-------------------|--|--------|----------------------------|-----------|---|
| 自立支援・重度化防止等につながる科学的介護の推進 | CHASEフィードバック機能の開発 | 事業所・利用者単位のフィードバックや解析による科学的介護の推進（2021年度～） CHASE等による自立支援等の効果を検証 | | 新たな情報収集システムに向けた更なるデータ項目の整理 | 次期システムの開発 | 次期システムの運用開始によるデータに基づく更なるフィードバック等（2024年度～） |
| | NDB・介護DB連結解析開始 | VISIT・CHASEを一体的運用、介護DBとの連結解析開始 | | | | |
| | | | | | | |

※2021年度から、CHASE・VISITを一体的運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を用いる。科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence; LIFE ライフ）

介護保険制度における利用者に関する主な介護情報

| 情報の種類 | 主な保有主体（○）と 作成主体（★） | | | | | | 主な 記録・交換 形式 | 国が示す 様式の有 無 | コード化 の有無 |
|-----------------|--------------------|-----|-----------|-------------------|------|-----------|-------------------|-------------------|-------------|
| | 利用者 | 市町村 | 介護 事業所 | 居宅介護 支援事業 所 | 医療機関 | 国 | | | |
| 要介護認定情報 等 | ○ | ★ | 一部 | ○ | | ○ (匿名) | 電子的 | ○ | ○ |
| 請求・給付情報 | ○ | ○ | ★ | ★ | | ○ (匿名) | 電子的 | ○ | ○ |
| L I F Eで集めている情報 | ※ | | ★ | | | ○ (匿名) | 電子的 | ○ | ○ |
| 診療情報提供書・入退院情報 | | | 一部 | ○ | ★ | | 電子的また は紙媒体 | ○ | 一部 |
| 主治医意見書 | | ○ | | ○ | ★ | | 電子的また は紙媒体 | ○ | 一部 |
| 訪問看護指示書・報告書 | | | ★ | | ★ | | 電子的また は紙媒体 | ○ | × |
| ケアプラン | ○ | | ○ | ★ | | | 電子的また は紙媒体 | ○ | × |
| 提供したケアに関する記録 | ○ | | ★ | | | | 電子的また は紙媒体 | × | × |

※ L I F Eの利用者単位フィードバック開始予定

介護情報利活用に関するワーキンググループの設置趣旨

- データヘルス改革に関する工程表においては、利用者自身が介護情報を閲覧できる仕組みを整備する（2024年度以降に順次閲覧開始）とともに、介護事業所間等において介護情報を共有することを可能にするためのシステム開発を行う（2024年度～）こととされている。
- これまで、科学的介護情報システム（LIFE）を開発・運用し、利用者ごとの介護情報の収集に取り組むとともに、老人保健健康増進等事業「自身の介護情報を個人・介護事業所等で閲覧できる仕組みについての調査研究事業」を実施し、介護事業所や介護記録システムの主要ベンダへのヒアリング等を行ってきた。
- 一方で、改革工程表に記載された事項の検討を進める上では、以下の課題があり、関係団体や学識経験者を含めた幅広い関係者による議論を深める必要がある。

（主な課題）

①必要な情報の選定・標準化

- 利用者自身や介護事業者が共有することが適切かつ必要な情報を選定する必要がある。
- 介護事業所間で、情報を共有することが可能となるよう、記録方法等の標準化を進める必要がある。

②情報を閲覧・共有するための仕組みの整備

- 介護情報を利用者自身が閲覧、又は介護事業所間で共有するためには、顕名情報を収集し共有する仕組みを整備する必要がある。



- 健康・医療・介護情報利活用検討会の下、介護分野にて発生する情報の利活用に関する検討を行うためのワーキンググループを新たに設置する。
- 本ワーキンググループは2022年夏に開始し、データヘルス改革に関する工程表に従って検討を進め、健康・医療・介護情報利活用検討会及び関係審議会に定期的に報告等を行いつつ、2023年度までに結論を得る。

経済財政運営と改革の基本方針2022 (抄)

新しい資本主義へ ～課題解決を成長のエンジンに変え、持続可能な経済を実現～

令和4年6月7日閣議決定

第4章 中長期の経済財政運営

2. 持続可能な社会保障制度の構築

(社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進)

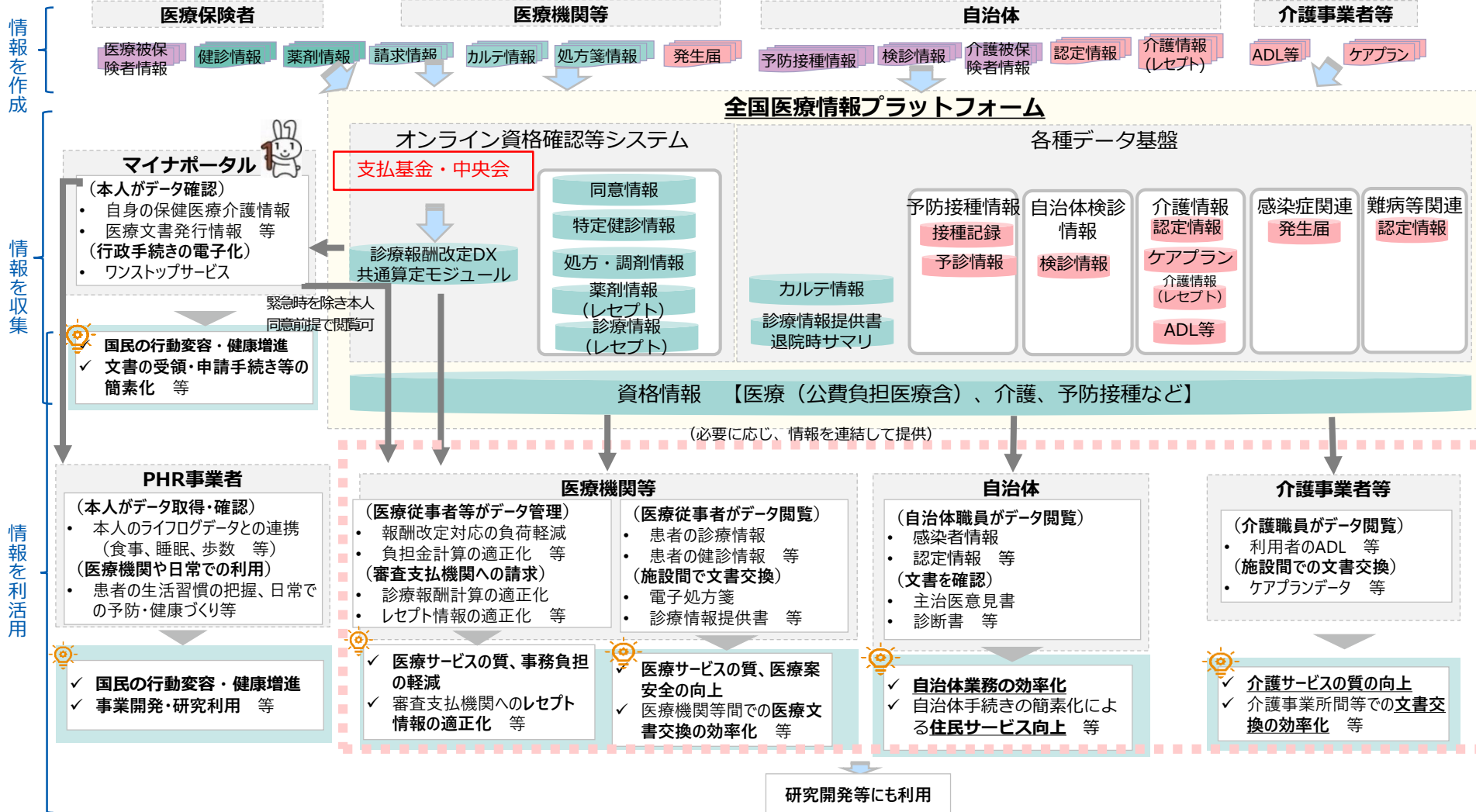
…「全国医療情報プラットフォーム¹⁴³の創設」、「電子カルテ情報の標準化等¹⁴⁴」及び「診療報酬改定DX¹⁴⁵」の取組を行政と関係業界¹⁴⁶が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずる。そのため、政府に総理を本部長とし関係閣僚により構成される「医療DX推進本部（仮称）」を設置する。
…

-
- 143 オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療（介護を含む）全般にわたる情報について共有・交換できる全国的なプラットフォームをいう。
- 144 その他、標準型電子カルテの検討や、電子カルテデータを、治療の最適化やAI等の新しい医療技術の開発、創薬のために有効活用することが含まれる。
- 145 デジタル時代に対応した診療報酬やその改定に関する作業を大幅に効率化し、システムエンジニアの有効活用や費用の低廉化を目指すことをいう。これにより、医療保険制度全体の運営コスト削減につなげることが求められている。
- 146 医療界、医学界、産業界をいう。

「全国医療情報プラットフォーム」(将来像)

○オンライン資格確認システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、電子カルテ等の医療機関等が発生源となる医療情報(介護含む)について、クラウド間連携を実現し、自治体や介護事業者等間を含め、必要なときに必要な情報を共有・交換できる全国的なプラットフォームとする。

○これにより、マイナンバーカードで受診した患者は本人同意の下、これらの情報を医師や薬剤師と共有することができ、より良い医療につながるとともに、国民自らの予防・健康づくりを促進できる。さらに、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みとしての活用も見込まれる。



健康保険法等における薬剤情報等の本人閲覧の法的位置付け

- 薬剤情報、特定健診等情報及び医療費通知情報について、オンライン資格確認等システムに基づきマイナポータルで本人が閲覧する仕組みは、健康保険法等において、**被保険者等の健康の保持増進のために必要な「保健事業」**等に位置づけられている。

【条文】

○健康保険法（大正11年法律第70号）抄
（保健事業及び福祉事業）

第一百五十条 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査（次項において単に「特定健康診査」という。）及び同法第二十四条の規定による特定保健指導（以下この項及び第一百五十四条の二において「特定健康診査等」という。）を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者（以下この条において「被保険者等」という。）の自助努力についての支援その他の**被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業**を行うように努めなければならない。

○国民健康保険法（昭和33年法律第192号）抄
第六章 保健事業

第八十二条 市町村及び組合は、特定健康診査等を行うものとするほか、これらの事業以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の**被保険者の健康の保持増進のために必要な事業**を行うように努めなければならない。

○高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）抄
（高齢者保健事業）

第二百五条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の**被保険者の健康の保持増進のために必要な事業**（以下「高齢者保健事業」という。）を行うように努めなければならない。

財務状況等の見える化

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

介護施設・事業所等の経営状況の把握について

第4回公的価格評価検討委員会

令和4年3月15日

参考資料1
(一部編集)

(参考1) 骨太の方針2021

「医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表する全国的な電子開示システムを早急に整え、感染症による医療機関への影響等を早期に分析できる体制を構築する。同様に、介護サービス事業者についても、事業報告書等のアップロードによる取扱いも含めた届出・公表を義務化し、分析できる体制を構築する。」

(参考2) 骨太の方針2022

「経営実態の透明化の観点から、医療法人・介護サービス事業者の経営状況に関する全国的な電子開示システム等を整備する¹⁴⁵とともに、処遇改善を進めるに際して費用の見える化などの促進策を講じる。¹⁴⁵ その際、補助金等について事業収益と分けるなど見える化できる内容の充実も検討。」

◆財務状況の公表状況

| | 社会福祉法 | 障害者総合支援法 | 介護保険法 |
|------------|--|---|--------------------|
| 報告義務 | 社会福祉法人は、計算書類（法人・事業区分・拠点区分で作成）等を所轄庁に届け出る義務（社福法59条等） | 事業者は、情報公表対象サービス等情報を都道府県に報告する義務（障76条の3①、介115条の35①） | |
| 公表義務 | 社会福祉法人は、計算書類（法人・事業区分・拠点区分）等を公表する義務（社福法59条の2①） | 都道府県は、報告を受けた後、報告内容を公表する義務（障76条の3②、介115条の35②） | |
| 公表対象（財務状況） | 厚生労働大臣は、社会福祉法人に関する情報に係るデータベースを整備（社福法59条の2⑤） | 事業所等の財務状況（施行規則別表一） | — (財務状況に係る規定なし) |

社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム

| 現況報告書等のダウンロード | | |
|---------------|------------------------|------------------------|
| 報告年度 | 現況報告書 | 計算書類 |
| 令和3年度 | ダウンロード | ダウンロード |
| 令和2年度 | ダウンロード | ダウンロード |
| 平成31年度 | ダウンロード | ダウンロード |
| 平成30年度 | ダウンロード | ダウンロード |
| 平成29年度 | ダウンロード | ダウンロード |

障害福祉サービス等情報検索システム

| 事業所等の財務状況（財務諸表等による直近年度の決算資料） | |
|------------------------------|---|
| 事業活動計算書（損益計算書） | 損益計算書.pdf ダウンロード |
| 資金収支計算書（キャッシュフロー計算書） | - |
| 貸借対照表（バランスシート） | 貸借対照表.pdf ダウンロード |
| 就労支援事業事業活動計算書 | 事業活動計算書.pdf ダウンロード |
| 就労支援事業別事業活動明細書 | 就労支援事業別事業活動明細書.pdf ダウンロード |

介護保険法に規定する介護サービス情報公表制度について

- 介護サービス事業者は、サービス事業者の指定、介護老人保健施設、介護医療院の許可を受け、①介護保険サービスを提供しようとするとき ②その他省令で定めるとき に介護サービス情報を都道府県知事に報告しなければならない。（法第115条の35第1項）

- 報告は都道府県知事が毎年定める計画に従い行うものとする。（令第37条の2の3）
- 「省令で定めるとき」は、計画の基準日前の1年間に提供を行った介護サービスの対価として支払いを受けた金額が100万円以下であるもの等以外は、計画で定められたときとする。（法第115条の35第1項、規則第140条の44）

※対象となる介護サービス（規則第140条の43第1項）

- | | | | |
|---------------|------------------------|-------------------|--------------------|
| ◆ 訪問介護 | ◆ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | ◆ 介護福祉施設サービス | ◆ 特定介護予防福祉用具販売 |
| ◆ 訪問入浴介護 | ◆ 夜間対応型訪問介護 | ◆ 介護保健施設サービス | ◆ 介護予防認知症対応型通所介護 |
| ◆ 訪問看護 | ◆ 地域密着型通所介護 | ◆ 介護医療院サービス | ◆ 介護予防小規模多機能型居宅介護 |
| ◆ 訪問リハビリテーション | ◆ 認知症対応型通所介護 | ◆ 介護予防訪問入浴介護 | ◆ 介護予防認知症対応型共同生活介護 |
| ◆ 通所介護 | ◆ 小規模多機能型居宅介護 | ◆ 介護予防訪問看護 | |
| ◆ 通所リハビリテーション | ◆ 認知症対応型共同生活介護、 | ◆ 介護予防訪問リハビリテーション | |
| ◆ 短期入所生活介護 | ◆ 地域密着型特定施設入居者生活介護 | ◆ 介護予防通所リハビリテーション | |
| ◆ 短期入所療養介護 | ◆ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | ◆ 介護予防短期入所生活介護 | |
| ◆ 特定施設入居者生活介護 | ◆ 複合型サービス | ◆ 介護予防短期入所療養介護 | |
| ◆ 福祉用具貸与 | ◆ 居宅介護支援 | ◆ 介護予防特定施設入居者生活介護 | |
| ◆ 特定福祉用具販売 | | ◆ 介護予防福祉用具貸与 | |

※ただし、指定があったとみなされた病院等、介護老人保健施設、介護医療院で、指定があったものとみなされた日から1年を経過しない者によって行われる訪問看護等は、対象としない。（規則第140条の43第2項）

※介護サービス情報（規則第140条の45、第140条の47、別表第1、別表第2）

- | | | |
|----------------------|-------------------|----------------------|
| ◆ 事業所または施設に関する事項 | ◆ 介護サービスの内容に関する事項 | ◆ 介護サービスの内容に関する事項 |
| ◆ サービスを提供する事業所に関する事項 | ◆ 利用量に関する事項 | ◆ 事業所又は施設の運営状況に関する事項 |
| ◆ サービスに従事する従業者に関する事項 | ◆ その他 | ◆ 都道府県が必要と認めた事項 |

- 都道府県知事は、報告の内容を公表しなければならない。（法第115条の35第2項）

- 都道府県知事は、指定情報公表センターに介護サービス情報の公表事務を行わせることができる。（法第115条の42）

- 都道府県知事は、必要があると認めるときは、調査を行うことができる。（法第115条の35第3項）

- 都道府県知事は、指定調査機関に調査事務を行わせることができる。（法第115条の36）
- 指定調査機関は、専門的知識及び技術を有するもの（調査員）に調査事務を実施させなければならない。（法第115条の37）

※調査員養成研修は、介護サービスの種類ごとに厚生労働大臣が定める基準を満たす課程により行うこと。（規則第140条の55）

介護サービス情報公表制度の運用 ～概要～

- 契約の一方の当事者である事業者が、利用者の選択に資する情報を都道府県に報告し、都道府県が公表する。

期待する効果

- 利用者が適切な事業者を評価・選択することを支援
- 事業者のサービスの質の向上に向けた努力が適切に評価され選択されることを支援

国…報告・公表するためのシステム整備
都道府県、政令指定都市…制度の実施主体

具体的取組

① 介護サービス情報公表システム等整備事業

(令和4年度予算額：124百万円)

全国の介護サービス事業所の情報を公表し、利用者の介護サービス選択を支援するためのシステム開発・運用等を行う。

【実施主体】国（民間へ委託）

② 介護サービス情報の公表制度支援事業

(令和4年度予算額：87百万円)

都道府県及び指定都市における当該制度の運営が円滑に実施できるよう必要な支援を行う。

【実施方法】補助（介護保険事業費補助金）

【実施主体】都道府県及び指定都市

【負担割合】国1/2、都道府県又は指定都市1/2

公表までのフロー図



介護サービス情報公表システム

情報公表される内容 ※介護保険法施行規則で規定

① 基本情報

- 事業所の名称、所在地等
- 従業者に関するもの
- 提供サービスの内容
- 利用料等
- 法人情報

② 運営情報

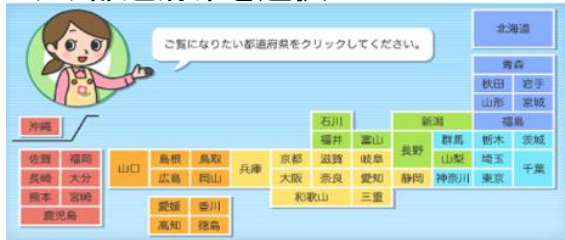
- 利用者の権利擁護の取組
- サービスの質の確保への取組
- 相談・苦情等への対応
- 外部機関等との連携
- 事業運営・管理の体制
- 安全・衛生管理等の体制
- その他（従業者の研修の状況等）

※その他、法令上には規定がないが、事業者の積極的な取組を公表できるよう「事業所の特色」（事業所の写真・動画、定員に対する空き数、サービスの特色など）についても、事業者自らが情報公表システムで任意に公表することが可能。

※さらに、自治体独自の公表項目の設定が可能。

介護サービス情報公表システム ～概要～

(1) 都道府県を選択



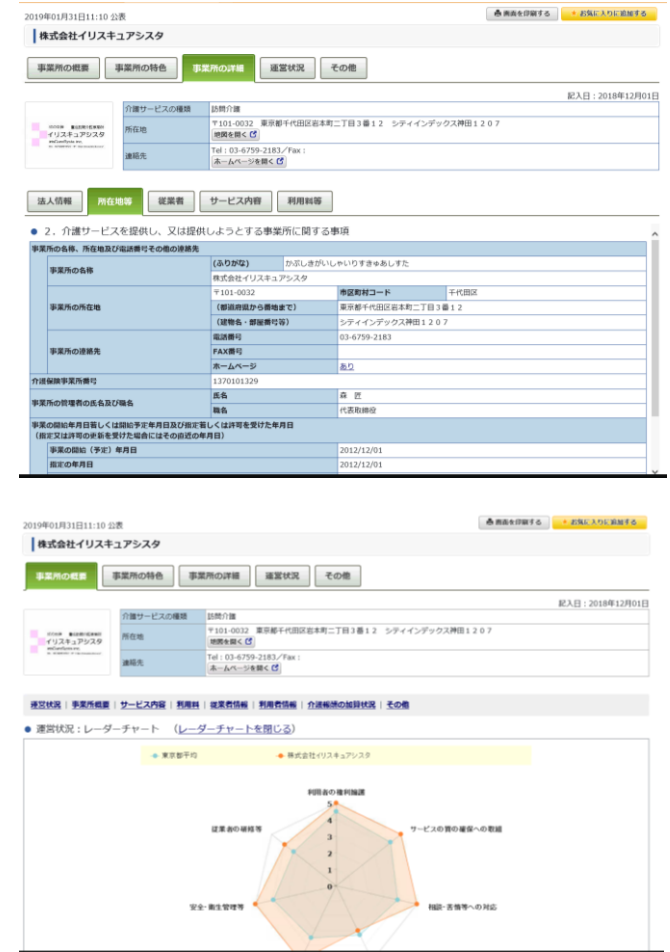
(2) 検索対象・条件を選択



(3) 検索結果一覧を表示



(4) 検索結果を表示



- レーダーチャートで、都道府県平均と各事業所の状況を分かりやすく表示

介護サービス情報公表システムの公表項目（通所介護の例）

○ 基本情報

| 事業所又は施設(以下この表において「事業所等」という。)を運営する法人又は法人でない病院、診療所若しくは薬局(以下この号において「法人等」という。)に関する事項 | |
|--|--|
| 1 | 法人等の名称、主たる事務所の所在地、番号利用法第二条第十五項に規定する法人番号(番号利用法第四十二条第四項の規定により公表されたものに限る。)及び電話番号その他の連絡先 |
| 2 | 法人等の代表者の氏名及び職名 |
| 3 | 法人等の設立年月日 |
| 4 | 法人等が介護サービスを提供し、又は提供しようとする事業所等の所在地を管轄する都道府県の区域内において提供する介護サービス |
| 5 | その他介護サービスの種類に応じて必要な事項 |

| 当該報告に係る介護サービスを提供し、又は提供しようとする事業所等に関する事項 | |
|--|--|
| 1 | 事業所等の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 |
| 2 | 介護保険事業所番号 |
| 3 | 事業所等の管理者の氏名及び職名 |
| 4 | 当該報告に係る事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日(指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日) |
| 5 | 事業所等までの主な利用交通手段 |
| 6 | その他介護サービスの種類に応じて必要な事項 |

| 事業所等において介護サービスに従事する従業者(以下この号において「従業者」という。)に関する事項 | |
|--|--|
| 1 | 職種別の従業者の数 |
| 2 | 従業者の勤務形態、労働時間、従業者一人当たりの利用者、入所者又は入院患者数等 |
| 3 | 従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等 |
| 4 | 従業者の健康診断の実施状況 |
| 5 | 従業者の教育訓練、研修その他の従業者の資質向上に向けた取組の実施状況 |
| 6 | その他介護サービスの種類に応じて必要な事項 |

| 介護サービスの内容に関する事項 | |
|-----------------|---|
| 1 | 事業所等の運営に関する方針 |
| 2 | 当該報告に係る介護サービスの内容等 |
| 3 | 当該報告に係る介護サービスの利用者、入所者又は入院患者への提供実績 |
| 4 | 利用者等(利用者又はその家族をいう。以下同じ。)、入所者等(入所者又はその家族をいう。以下同じ。)又は入院患者等(入院患者又はその家族をいう。以下同じ。)からの苦情に対応する窓口等の状況 |
| 5 | 当該報告に係る介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関する事項 |
| 6 | 事業所等の介護サービスの提供内容に関する特色等 |
| 7 | 利用者等、入所者等又は入院患者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 |
| 8 | その他介護サービスの種類に応じて必要な事項 |

| 当該報告に係る介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項 | |
|------------------------------------|--|
|------------------------------------|--|

| その他都道府県知事が必要と認める事項 | |
|--------------------|--|
|--------------------|--|

○ 運営情報

・介護サービスの内容に関する事項

| 介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者等又は入院患者等に対する説明及び契約等に当たって、利用者、入所者又は入院患者等の権利保護等のために講じている措置 | |
|--|---|
| 1 | 介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者等又は入院患者等に対する説明及び利用者等、入所者等又は入院患者等の同意の取得の状況 |
| 2 | 利用者等、入所者等又は入院患者等に関する情報の把握及び課題の分析の実施の状況 |
| 3 | 利用者、入所者又は入院患者の状況に応じた当該介護サービスに係る計画の作成及び利用者等、入所者等又は入院患者等の同意の取得の状況 |
| 4 | 利用者等、入所者等又は入院患者等に対する利用者、入所者又は入院患者が負担する利用料に関する説明の実施の状況 |

| 利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置 | |
|------------------------------|--|
| 1 | 認知症の利用者、入所者又は入院患者に対する介護サービスの質の確保のための取組の状況 |
| 2 | 利用者、入所者又は入院患者のプライバシーの保護のための取組の状況 |
| 3 | 身体的拘束等(指定居宅サービス等基準第百二十八条第四項に規定する身体的拘束等をいう。以下同じ。)の排除のための取組の状況 |
| 4 | 計画的な機能訓練の実施の状況 |
| 5 | 利用者の家族等との連携、交流等のための取組の状況 |
| 6 | 入浴、排せつ、食事等の介助の質の確保のための取組の状況 |
| 7 | 健康管理のための取組の状況 |
| 8 | 安全な送迎のための取組の状況 |
| 9 | レクリエーションの実施に関する取組の状況 |
| 10 | 施設、設備等の安全性・利便性等への配慮の状況 |

| 相談、苦情等の対応のために講じている措置 | |
|----------------------|--------------------|
| 1 | 相談、苦情等の対応のための取組の状況 |

| 介護サービスの内容の評価、改善等のために講じている措置 | |
|-----------------------------|-------------------------|
| 1 | 介護サービスの提供状況の把握のための取組の状況 |
| 2 | 介護サービスに係る計画等の見直しの実施の状況 |

| 介護サービスの質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携 | |
|--|-------------------|
| 1 | 介護支援専門員等との連携の状況 |
| 2 | 主治の医師等との連携の状況 |
| 3 | 地域包括支援センターとの連携の状況 |
| 4 | 地域との連携、交流等の取組の状況 |

・介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項

| 適切な事業運営の確保のために講じている措置 | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| 1 | 従業者等に対する従業者等が守るべき倫理、法令等の周知等の実施の状況 |
| 2 | 計画的な事業運営のための取組の状況 |
| 3 | 事業運営の透明性の確保のための取組の状況 |
| 4 | 介護サービスの提供に当たって改善すべき課題に対する取組の状況 |

| 事業運営を行う事業所の運営管理、業務分担、情報の共有等のために講じている措置 | |
|--|---|
| 1 | 事業所又は施設における役割分担等の明確化のための取組の状況 |
| 2 | 介護サービスの提供のために必要な情報について従業者間で共有するための取組の状況 |

| 安全管理及び衛生管理のために講じている措置 | |
|-----------------------|---------------------|
| 1 | 安全管理及び衛生管理のための取組の状況 |

| 情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置 | |
|--------------------------|----------------------|
| 1 | 個人情報の保護の確保のための取組の状況 |
| 2 | 介護サービスの提供記録の開示の実施の状況 |

| 介護サービスの質の確保のために総合的に講じている措置 | |
|----------------------------|---|
| 1 | 従業者等の計画的な教育、研修等の実施の状況 |
| 2 | 利用者等、入所者等又は入院患者等の意向等も踏まえた介護サービスの提供内容の改善の実施の状況 |
| 3 | 介護サービスの提供のためのマニュアル等の活用及び見直しの実施の状況 |
| 4 | 介護予防のための取組の状況 |

・都道府県知事が必要と認めた事項

現行の仕組みと課題等

【Ⅰ.現行の仕組み】

- 医療法人は、健全な運営を確保するため、毎会計年度終了後3月以内に、事業報告書、財産目録、貸借対照表、損益計算書、監査報告書及び関係事業者との取引の状況に関する報告書その他の書類を都道府県知事に届け出なければならないこととされている（医療法第52条第1項）。
- また、運営状況の透明性を確保するため、都道府県において、届出のあった事業報告書等や監査報告書等について請求があった場合には、これを閲覧に供さなければならないこととされている（医療法第52条第2項）。

【Ⅱ.課題】

- 事業報告書等は紙媒体によって都道府県に届け出られ、国民への閲覧も都道府県の窓口等において紙媒体により行われており、医療法人・都道府県の双方に事務負担が生じている。
- また、各都道府県に届け出られた事業報告書等について一覽的に把握できる仕組みが無いことから、国や都道府県において医療法人の経営実態を把握しにくい状況にある。

【Ⅲ.政府方針等における指摘事項】

- 上記の状況を踏まえ、デジタル化の観点及び運営の更なる透明化の観点から「骨太の方針2021」等（参考3参照）の政府方針等において、
 - ① 事業報告書等の届出についてアップロードによる届出・電子的な閲覧を可能とすること
 - ② 届出データが集積されたデータベースを構築すること
 - ③ 届出内容を公表する全国的な電子開示システムを構築すること等が求められているところ。

対応方針案と本日も議論いただきたい点

【対応方針案】

- 前ページの①～③のうち、
 - ① 事業報告書等の届出についてアップロードによる届出・電子的な閲覧を可能とすること
 - ② 届出データが集積されたデータベースを構築することについては、

①が実現することで、②のデータベースの構築が可能となるが、①に関して、届出事務や閲覧事務のデジタル化は省令改正等により対応が可能であり、できるだけ早期にデジタル化を進める観点から、届出事務は令和4年度から、閲覧事務は令和5年度から都道府県のホームページ等での閲覧を可能とするために必要な省令改正等を行いたい。

➡ そのため、本日の医療部会においては、届出事務・閲覧事務のデジタル化についてご意見を伺う。
- なお、前ページの③については、引き続き検討が必要。

(1) 事業報告書等の届出事務のデジタル化

- 令和3年4月～翌年3月末を会計年度とする医療法人の事業報告書等（令和4年6月末が届出期限）以降の事業報告書等について、医療機関等情報支援システム（G-MIS）への電子媒体のアップロードによる届出を可能にするため、必要な省令改正等を行う。
- 当面、従来どおり紙媒体による届出も可能としつつ、届け出られた紙媒体は国が委託した事業者が都道府県から紙媒体を入手して電子化を行い、都道府県に電子データを提供する。これらにより全国の医療法人の事業報告書等の情報を全て電子化された状態で国に蓄積し、全国規模のデータベースを構築・活用。

(2) 事業報告書等の閲覧事務のデジタル化

- (1) で電子化した事業報告書等のデータを都道府県のホームページ等において閲覧を可能とする。

➡ 以上のデジタル化とデータベースの構築により、**医療法人及び都道府県等に係る事務負担の軽減**を図るとともに、国や都道府県において経営実態を把握し、**より適切な支援や指導等への活用**を可能とする。

※ 地域医療連携推進法人についても同様の対応を行う。

| | 10月～12月 | 1月～3月 | R4年度 4月～6月 | 7月～12月 | 1月～3月 | 令和5年度～ |
|-------------------|-----------|-------|--|------------------------------|-------|-------------|
| システム改修 | G-MIS改修 | | | | | |
| 省令改正 | 医療法施行規則改正 | | | | | |
| 事業報告書等アップロードによる届出 | | | | 事業報告書等のアップロードによる届出 | | |
| | | | | 従来通り、紙媒体で届け出た事業報告書等の電子化（入力等） | | |
| 都道府県等HPでの閲覧 | | | | | | 都道府県HP等での閲覧 |
| データベース | | | ・令和4年度以降にアップロードにより届け出られたデータおよび紙媒体で届け出られたものを電子化したデータをデータベースとして蓄積・活用 | | | |

- 我が国では、高齢人口の増加や医療の高度化など国民医療費が年々増加し、また、今後、生産年齢人口の急激な減少や医療資源の地域格差など医療制度上克服すべき課題がある。
- また、新型コロナウイルスの感染拡大に際して、医療機関支援などの政策を進めるために必要なエビデンスとしての医療機関の経営状況の把握ができず、国民への情報の提供が十分ではなかったことも課題である。
- こうした医療を取り巻く課題に対応するための政策を進めるためには、**医療の置かれている現状と実態を表す情報をもとに国民に対して丁寧に説明していく必要がある。**
- 地域医療の担い手である医療法人は、運営の透明性が求められており、その運営状況を明らかにすることにより医療が置かれている現状と実態を表すことは、医療法人制度の趣旨とも齟齬を来さない。
- このため、政府方針等でも医療法人の経営情報の収集及びそのデータベースの構築並びに、国民への丁寧な説明について、検討が必要とされている。



医療法人の経営情報を把握・分析するとともに、その分析により国民に丁寧に説明するため、医療法人の経営情報（※）を収集する。

※ 病院及び診療所に限定した経営情報。

これにより、

- ・ **医療機関の経営状況をもとに、国民に対して医療が置かれている現状・実態の理解の促進**
- ・ **医療機関の経営状況の実態を踏まえた、効率的かつ持続可能な医療提供体制の構築のための政策の検討**
- ・ **物価上昇や災害、新興感染症等に当たり経営影響を踏まえた的確な支援策の検討**
- ・ **実態を踏まえた医療従事者等の処遇の適正化に向けた検討**
- ・ **社会保険診療報酬に関する基礎資料である医療経済実態調査の補完**

に活用することが可能となる。

また、医療機関側も、マクロデータを自院の経営指標と比較することで、経営課題の分析にも活用可能であると考えられる。

（留意すべき点）

- 医療法人の経営情報の提出は、調査主体が被調査主体を抽出し、被調査主体が任意で回答する調査ではなく、医療法人への義務的な全数把握であることが特徴として、これを踏まえた制度設計を進めるべきと考えられる。
- 一方、全ての医療法人に経営情報の提出を義務づけるのであるならば、一般的に医療法人が提出可能な制度であるべきと考えられ、医療法人が既に取得・収集している情報をもとにすべきと考えられる。
- また、対象は医療法人のみであることから、新たな制度で政策のエビデンス全ての情報を得ようとするには限界があることを踏まえて制度を検討すべきと考えられる。
- なお、新たな制度の目的は医療法人の経営情報のデータベースの構築とその活用にあり、法人の監督・指導を目的とする事業報告書等とは異なることからこれらは別制度とすることを前提にすべきと考えられる。
- 「新経済・財政再生計画 改革工程表2021」（令和3年12月23日経済財政諮問会議）で記載されているとおり、2023年度までに医療法人の経営情報のデータベースの構築が求められており、新たな制度による経営情報の提出は2023年度可能な範囲で早期に開始し、新たな制度が施行された後に決算を迎える医療法人から順次提出を求めるべきと考えられる。

1. 制度の対象とする医療法人について

- 新たな制度では、現行の事業報告書等に含まれる損益計算書等よりも詳細な経営情報の提出を求める必要があるが、合理的理由無く対象・対象外を区分すれば、公平性を欠き、制度への協力が得られず、その目的を果たせなくなる可能性がある。このため、事業報告書等の提出が義務化されていることと同じく、新たな制度でも**原則、全ての医療法人に対して義務化すべきと考えられる。**
- 一方、新たな制度により経営情報の提出を義務化するのであれば、対応が困難な医療法人まで対象とすることは制度上の矛盾が生じることから、過度な負担を前提にするようなことのないよう考慮も必要であると考えられる。
- このため、小規模な医療法人は、経理に携わる従業員も限られることが見込まれ、**法人税制度上、社会保険診療報酬の所得計算の特例措置（いわゆる四段階税制）が適用されている法人は、社会保険診療報酬に概算経費率を乗じるなどして経費を算出しており、実態を考慮して、こうした法人に限って除外してはどうか。**

(参 考)

小規模な医療法人の例 租税特別措置法第67条の適用を受ける医療法人

租税特別措置法（抄）

第六十七条 医療法人が、各事業年度において第二十六条第一項に規定する社会保険診療につき支払を受けるべき金額を有する場合には、当該各事業年度の当該支払を受けるべき金額が五千万円以下であり、かつ、当該各事業年度の総収入金額が七千万円以下であるときは、当該各事業年度の所得の金額の計算上、当該社会保険診療に係る経費として損金の額に算入する金額は、当該支払を受けるべき金額を次の表の上欄に掲げる金額に区分してそれぞれの金額に同表の下欄に掲げる率を乗じて計算した金額の合計額とする。

(注) 四段階税制の適用を受けている医療法人数（令和2年度）は61法人

出典：租税特別措置の適用実態調査の結果に関する報告書（令和4年1月国会提出）

2. 届出を求める経営情報について①

- 経営情報の提出を医療法人に原則、義務化するのであれば、医療法人が一般的に対応可能な範囲の情報であるべきで、過度な負担を強いることのないよう考慮すべきと考えられる。
- 一方、骨太の方針2022などの政府方針等で示しているとおり、人件費の状況などを把握したり、補助金や診療報酬改定などへの政策のエビデンスとして活用するのであれば、収集する経営情報は、より詳細な方が、その分活用性も高まるものと考えられる。
- こうした考えのもと、新たな制度により医療法人に求める経営情報は、「政策活用性の向上」及び「医療法人への業務負担」の両面を睨み検討することが必要と考えられる。
- これらを踏まえ、医療法人制度では、統一的に会計基準を定めていないが、医療機関ごとの財務諸表を作成することを想定して、任意で病院会計準則を用いることを推奨しており、経営情報の対象として、
 - ・ **収益及び費用（損益計算書）**については、事業形態の多角化が進む法人もある中**対象を病院及び診療所に限定した上で、医療機関ごとの財務諸表を作成するために策定された「病院会計準則」をベースにしてはどうか**（※）。

※ 全ての病院で病院会計準則を適用していないことを考慮する必要がある。

- ・ **資産、負債及び純資産（貸借対照表）**については、施設単位で作成していない法人も一定数あることから、法人単位である**現行の事業報告書等による貸借対照表によるべき**と考えられる。

2. 届出を求める経営情報について②

- 昨年度実施した「医療法人の事業報告書等に係るデータベース構築のための調査研究事業」（厚生労働省委託事業）では、複数の施設を開設している医療法人において施設別に損益計算書を作成していない法人が一定数（約3割）あり、**新たな制度の施行に当たっては、こうした医療法人の準備に要する期間も考慮して、制度開始後に届出期限の延長や届出内容の簡素化を認める等の経過措置を設けてはどうか。**
- 医療法人の事務的効率性の観点から、**新たな制度では、現行の事業報告書等と同時期（決算終了後3ヶ月）の届出が望ましいが、作業量も踏まえつつ、負担増加による届出時期の延期又は、届出時期に猶予を設ける配慮も検討してはどうか。**

2. 届出を求める経営情報について③（給与関係）

- 骨太の方針2022（令和4年6月7日）及び、公的価格評価検討委員会「公的価格に関する今後の処遇改善の基本的考え方及び処遇改善の方向性の中間整理」（令和3年12月21日）（※）において、本制度による現場で働く医療従事者の給与上の処遇の把握について検討が求められている。

※ 「一部の職種や事業者だけでなく、現場で働く方々に広く行き渡るようになっているかどうか、費用の使途の見える化を通じた透明性の向上が必要である。」

- 医療従事者の処遇の適正化を進めるため現状の給与の把握には、**職種ごとの年間1人当たりの給与額の把握が必要**と考えられ、「職種ごとの給与費の合計額」と「職種ごとの延べ人数」により算出することとなるが、医療法人によっては財務情報としては存在しない数値も考えられる。
- 医療法人の負担も考慮して既存調査で対応可能なものは、それを活用する観点から「**職種ごとの延べ人数**」については、**病床機能報告の報告を求める時点**（※1）とし、「**職種ごとの給与費の合計額**」（※2）」については、財務諸表等の作成に必要とせず、医療機関が把握していないことも多いことから、回答を容易にする観点から**対象時期を暦年（直近1月1日から12月31日まで）とすることが考えられるか**（※3）。上記中間整理の趣旨を踏まえて、提出を義務付ける考え方がある一方で、医療機関の負担を踏まえて、対象職種を含めて医療法人の任意とする考え方もあるが、どう考えるか。

※1 病床機能報告では7月1日現在の人数を以て報告されている（派遣労働者等が含まれていることについて留意が必要。）。病床機能報告の対象外となる無床診療所等の医療機関及び病床機能報告で対象としない職種については、病床機能報告の調査対象日と同じ7月1日現在の人数の報告を任意で求める。

※2 会計年度単位で職種ごとの給与費の支給額情報を持っていない法人もあるため、対象時期を直近1月1日から12月31日までに職員に支給した額とする。

※3 算出のイメージ「A職種1人当り給与額 = A職種年間給与費（合計） ÷ 直近7月1日現在人数」

(現行) 医療法第52条第1項の届出事項

- 事業報告書 ○財産目録 ○貸借対照表
- 損益計算書 **(法人全体の事業収益・費用等のみ)** ○関係事業者との取引の状況に関する報告書
- 監査報告書 ○社会医療法人の役員報酬基準、保有資産目録、業務に関する書類
- その他一定規模以上医療法人・社会医療法人債発行法人関係書類 (閲覧対象外)

経営情報案

※ 赤文字は必須項目。緑文字は任意項目。青文字は病院は必須項目、診療所は任意項目。

施設別

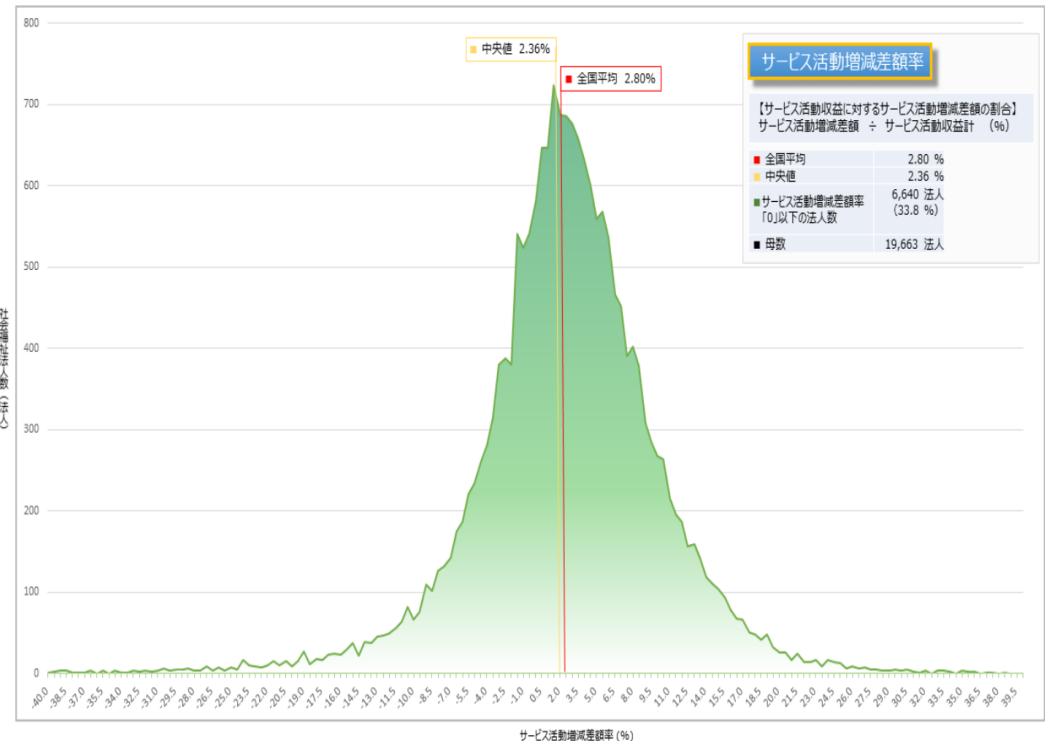
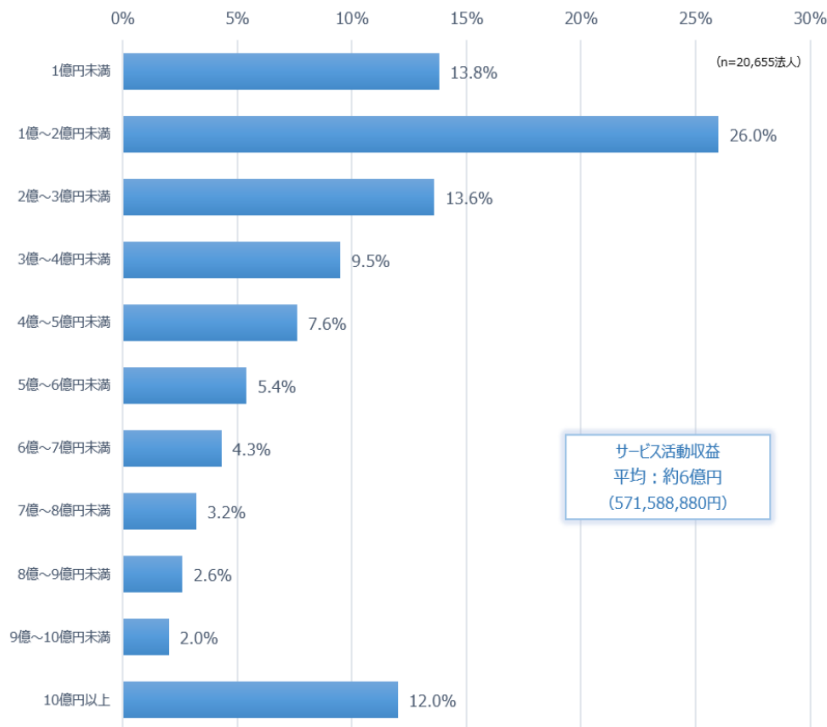
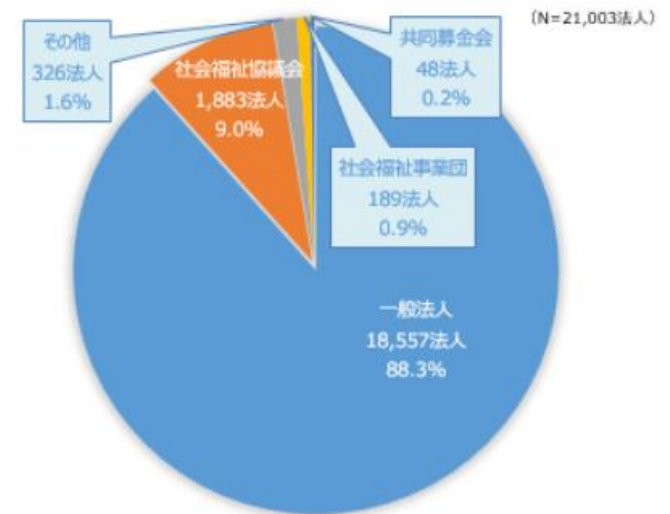
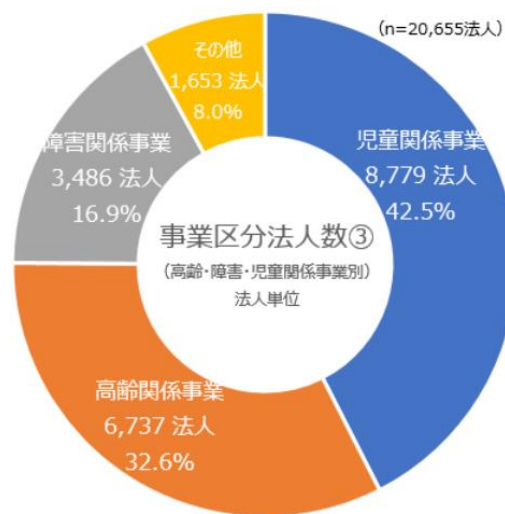
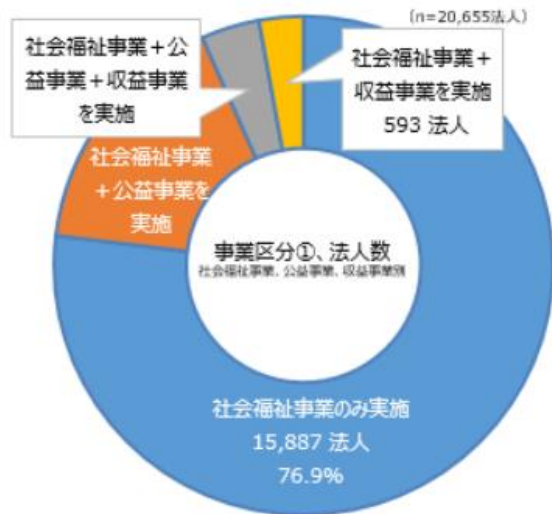
- **医業収益** (入院診療収益、**室料差額収益**、**外来診療収益**、**その他の医業収益**)
 - ※ 入院診療収益及び外来診療収益は任意項目として「保険診療収益 (患者負担含む)」及び「公害等診療収益」を別掲。
 - ※ その他の医業収益は任意項目として「保健予防活動収益」を別掲。
 - ※ 診療所の「室料差額収益」は入院診療収益の内数として記載。
- **材料費** (医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費)
- **給与費** (給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費)
- **委託費** (給食委託費)
- **設備関係費** (減価償却費、機器賃借料) ○ **研究研修費**
- **経費** (水道光熱費)
 - ※ 診療所は「設備関係費」、「研究研修費」及び「経費」の科目は設けず「その他の医業費用」の科目を設ける。
- **控除対象外消費税等負担額**
- **本部費配賦額**
 - ※ 診療所の「水道光熱費」、「控除対象外消費税等負担額」及び「本部費配賦額」はその他の医業費用の内数として記載。
- **医業利益 (又は医業損失)**
- **医業外収益** (受取利息及び配当金、**運営費補助金収益**、**施設設備補助金収益**)、○ **医業外費用** (支払利息)
- **経常利益 (又は経常損失)**
- **臨時収益**、○ **臨時費用**
- **税引前当期純利益 (又は税引前当期純損失)**
- **法人税、住民税及び事業税負担額**
- **当期純利益 (又は当期純損失)**
- **職種別の給料及び賞与並びにその人数** ※ ※病床機能報告で分かる情報は当該報告の情報を活用
 - 職種 医師、歯科医師、薬剤師、看護職員 (保健師、助産師、看護師、准看護師)、その他の医療技術者等 (診療放射線技師、臨床工学技士、臨床検査技師、リハビリスタッフ (理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士)、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士等 (管理栄養士、栄養士、調理師)、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士、看護補助者、事務 (総務、人事、財務、医事等) 担当職員、医師事務作業補助者、診療情報管理士、その他の職員)

4. 国民への公表方法について

- 医療法人の経営情報は、これを把握・分析し、国民に対して、医療が置かれている現状・実態の理解の促進等をするために収集する。
- この目的のためには、個別の医療法人ごとの情報を公表する必要性はなく、むしろ、**属性等に応じたグルーピング等による分析を充実しつつ、その結果を提示することにより、国民に対してより分かりやすく丁寧に医療の現状・実態を提示できると考えられる。**
- 一方、個別の医療法人の経営情報を公表した場合、医療法人は、一人医師医療法人の存在など小規模な経営を法人形態により実施している診療所も数多くあり、人件費など個人の報酬額を容易に想定できる内容になり得る。
- また、社会医療法人や一定規模以上の医療法人に限定したとしてもSNS等の発達した現在においては、公表された情報について、悪意的にこれを利用される可能性も否めず、詐欺その他の犯罪被害などのリスクを伴う。
- このため、**公表する経営情報については、属性等に応じてグルーピングした分析結果を公表してはどうか。**
- なお、公表する具体的な内容である分析（マクロデータや指標）方法については、システムの設計時や運用時において、より充実した内容となるよう検討していくこととしてはどうか。

(参考：社会福祉法人の例) 事業区分別法人数、「サービス活動収益」規模別の法人割合や分布

第1回医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会
(令和4年10月19日)より



介護現場の安全性の確保、リスクマネジメント

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告(抜粋)

(令和2年12月23日 社会保障審議会介護給付費分科会)

<令和3年度介護報酬改定の対応>

介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

介護保険施設における事故発生の防止と発生時の適切な対応を推進する観点から、以下の対応を行う。

- ア 市町村によって事故報告の基準が様々であることを踏まえ、将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資する観点から、国において報告様式を作成し周知する。
- イ 安全対策を恒常的なものとする観点から、施設系サービスの事業者を対象に、事故発生の防止のための安全対策の担当者を定めておくことを義務づける。その際、6月の経過措置期間を設けることとする。
- ウ 運営基準における事故発生の防止又はその再発防止のための措置（指針の作成、安全対策委員会の設置・開催、従業員研修の実施、安全対策の担当者の設置（上記イ））が講じられていない場合は、基本報酬を減算する。その際、6月の経過措置期間を設けることとする。
- エ 安全対策をより一層強化する観点から、安全対策部門を設置するとともに、外部の安全対策に係る研修を受講した安全対策の担当者を配置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていることを評価する新たな加算を設ける。

<今後の課題>

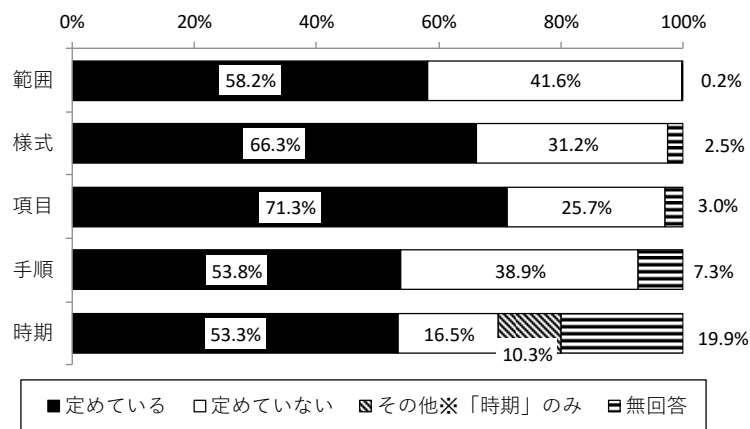
(介護保険施設のリスクマネジメント)

- 介護保険施設のリスクマネジメントについて、今回の介護報酬改定では、安全対策に係る体制評価を行い、事故報告の様式について周知を行うこととしたが、事故の発生予防・再発防止の推進の観点から、報告内容の分析や有効活用等についてどのような対応を図ることが適当なのか、今後検討していくべきである。

介護事故報告に対する市町村の対応

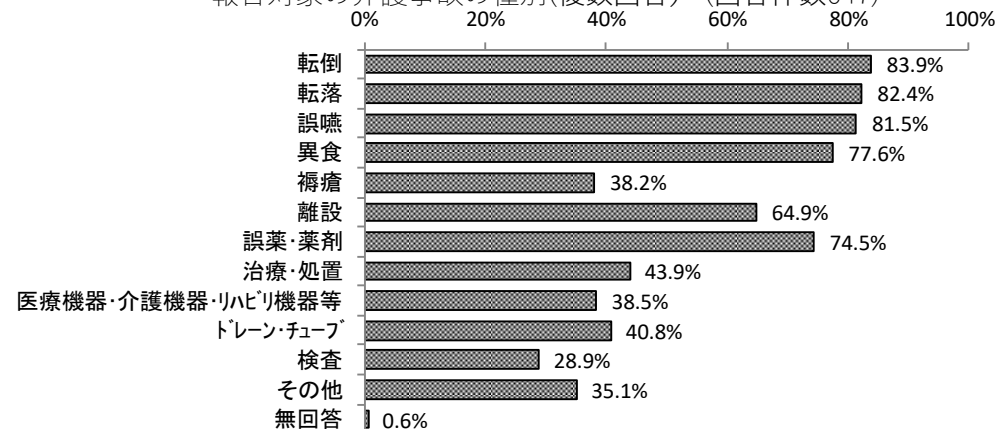
- 施設による介護事故報告の「範囲」を定めている市区町村は58.2%であり、転倒、転落、誤嚥、誤薬・薬剤を報告として求めている場合が多かった。また、「様式」を定めている市区町村は66.3%だった。
- 介護事故情報について、39.6%の市区町村で「事故報告を提出した施設に対して指導や支援」「他の施設の現地指導や助言」に活用している一方で、30.7%の市区町村で活用されていない。
- 報告された介護事故情報は、半数以上の市区町村で集計や分析が行われているが、46.7%の市区町村では集計や分析が行われていなかった。

(市区町村が施設に介護事故の報告を求めている場合)
市区町村への報告に関して定めの有無(回答件数1,112)

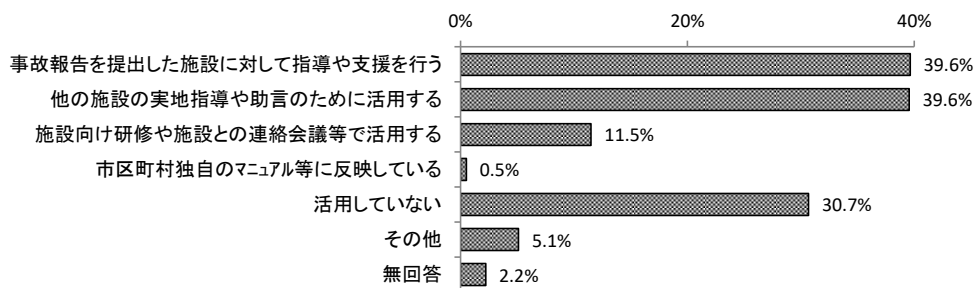


(市区町村が施設に報告を求めている介護事故の範囲を定めている場合)

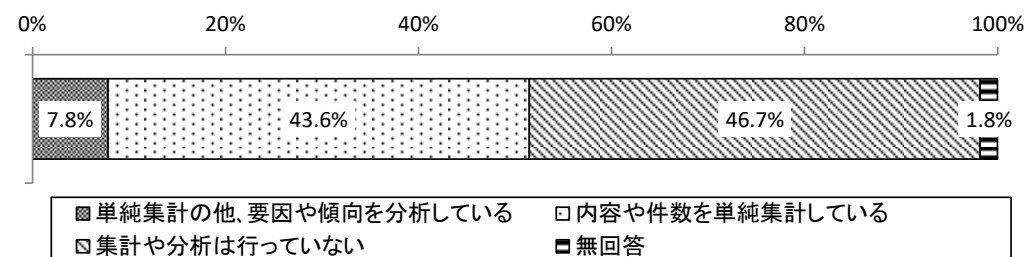
報告対象の介護事故の種別(複数回答) (回答件数647)



市区町村における介護事故情報の活用状況(複数回答) (回答件数1,173)



市区町村に報告された介護事故情報の集計・分析状況(回答件数1,173)



高齢者虐待防止の推進

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

R4 高齢者権利擁護等推進事業

(介護保険事業費補助金)

令和4年度予算 139,071千円
(令和3年度予算 139,306千円)

「高齢者の尊厳の保持」の視点に立って、虐待防止及び虐待を受けた高齢者の被害の防止や救済を図り、高齢者の権利擁護を推進

1. 介護施設・サービス事業者への支援

① 身体拘束ゼロ作戦推進会議 (2007年～)

身体拘束廃止に向けた関係機関との連絡調整・相談機能の強化を図るための会議

② 権利擁護推進員養成研修 (2007年～)

- ・施設長など介護施設内において指導的立場にある者を対象に、職員のストレス対策や利用者の権利擁護の視点に立った実践的介護手法の修得等に関する研修
- ・介護施設等における虐待防止研修を実施する講師を養成するための研修

③ 看護職員研修 (2007年～)

介護施設等の看護指導者・実務者を対象に、利用者の権利擁護等を推進するための研修プログラムの作成方法の習得や高齢者の権利擁護に必要な援助等を行うための実践的な知識・技術の修得等に関する研修

【事業主体】都道府県 (補助率1/2)

【補助対象経費】賃金、報償費、報酬、旅費、需用費、役務費、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費等

2. 市町村への支援

① 権利擁護相談窓口の設置 (2007年～)

困難事例への対応に対する市町村等の助言・支援、養護者からの相談を受け適切な関係機関へのつなぎ支援、成年後見制度の手続きに対する高齢者等に対する相談等を行うため、弁護士・社会福祉士等の専門職を配置した権利擁護相談窓口の設置

② 市町村職員等の対応力強化研修 (2017年～)

市町村職員等を対象にした管内市町村等の効果的な取組事例の紹介等による横展開により対応力の強化を図るための研修

③ 虐待対応実務者会議等の設置 (2020年～)

- ・虐待対応実務者会議～都道府県の指導監督部局や市町村の虐待対応部局の実務者等で構成される会議を開催し、虐待の発生・増減要因の精査・分析や連絡・対応体制の構築などのため、連携強化を図る
- ・虐待の再発防止・未然防止策検証会議～死亡等重篤事案の虐待が発生した事案の要因分析及び相談・通報から終結までの虐待対応を評価・検証を行い、再発・未然防止策等の検討を行うために、専門職等のアドバイザーの派遣等の実施
- ・市町村等の指導等体制強化 介護施設等における虐待防止検討委員会の運営、指針の整備、研修の実施等に係る指導等のための専門職の派遣

④ ネットワーク構築等支援 (2017年～)

高齢者虐待防止に関するネットワークが未整備の市町村に対するアドバイザー派遣や措置に伴う居室確保等に係る広域調整等

3. 地域住民への普及啓発・養護者への支援

① 地域住民向けのシンポジウム等の開催 (2017年～)

高齢者虐待防止法の普及促進、介護保険の適切な利用推進などを目的としたシンポジウム等の開催

② 地域住民向けリーフレット等の作成 (2017年～)

- ・高齢者虐待防止法の通報・窓口の周知徹底、適切な利用などを推進するためのリーフレット等の作成
- ・民生委員、自治会等の地域組織や保健医療福祉関係機関等との協力連携を図るため、高齢者虐待が発生した場合の地域連携体制の構築のためのマニュアルを作成

③ 養護者による虐待等 (セルフ・ネグレクト含む) につながる可能性のある困難事例での専門職の派遣 (アウトリーチ) (2019年～)

養護者による虐待等につながる可能性があるものの、市町村での対応が難しい事例について、市町村・介護支援専門員等と連携の下、必要時専門職を派遣し、介護負担・ストレスの軽減に向けた精神的・医療的な支援や、関係機関・団体へのつなぎ等を実施

高齢者虐待調査の結果を踏まえた地方公共団体での対応の強化

基本的事項

- 市町村・都道府県の体制整備 相談・通報受付窓口の周知、閉庁時間の対応、虐待対応の平準化、関係機関との連携・協働体制強化、権限行使に関する事務処理体制、養護者支援等について、幅広くかつ定期的に検討することが必要

未然防止

- 地域住民への虐待防止・認知症理解促進等のための普及啓発
- A（アセスメント）-PDCAサイクルによる虐待防止計画策定・評価の実施
- 介護保険サービスの適切な活用
- 施設・事業所職員等への研修

早期発見・迅速かつ適切な対応（悪化防止）

- 相談・通報制度の周知
- 虐待対応・防止の体制整備強化
- 相談・通報受理から事実確認開始・終了までの期間等の短縮
- 虐待対応者の対応力向上

再発防止

- 虐待事例の振り返り・検証
- 養護者（虐待者）の支援・協働
- 介護サービス相談員の活用
- 虐待防止委員会・研修等の見直し
- 指導等の強化

体制整備の一層の充実・虐待防止に向けた取組強化

- 法に基づく対応状況等に関する調査結果を踏まえた的確な対応等
 - ・本調査結果の活用による地域の実情に応じた虐待の未然防止、迅速かつ適切な対応、再発防止策の実施及び適切な事実確認（コロナ禍であっても原則訪問）
 - ・都道府県と市町村との連携強化
 - ・改善指導（勧告等）を受けた介護施設等の再発防止等に向けた改善計画（取組）に対する訪問等によるモニタリング、評価の実施
 - ・性的指向・性自認（性同一性）を理由とした被虐待高齢者に対する介護施設への入所等の適切な措置
- 高齢者虐待防止に係わる体制整備等
 - ・養介護施設従事者等による虐待防止に係る体制整備
 - 全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待防止検討委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることが義務づけられたことを踏まえた虐待防止に向けた確実な体制整備の構築
 - ・高齢者虐待防止に係る計画策定及び評価（PDCAサイクル）の実施
 - 高齢者虐待防止に係る体制整備の検討及び取組の実施と取組内容の改善、見直しに係る過程（PDCA サイクル）の計画的な実施
 - ・介護サービス相談員派遣事業等の推進
- 新型コロナウイルスの感染拡大時における高齢者虐待への対応
 - ・一人暮らし高齢者等に対する地域での見守りや養護者の地域での孤立化防止のための取組の実施
 - ・地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等による訪問や電話等での状況確認及びフォーマル、インフォーマルサービスを含めた代替サービスの可能性の検討
- 財産上の不当取引による高齢者の被害への対応
 - ・都道府県における市町村への適切な支援、助言及び注意喚起
- 高齢者権利擁護等推進事業の活用
 - ・令和4年度より補助対象に追加した介護施設等で虐待防止研修を行う講師の養成研修、介護施設等における虐待防止検討委員会の運営、研修の実施等に係る指導等のための専門職の派遣及び検証のための会議や養護者による虐待につながる可能性がある事例への専門職の派遣等の積極的な活用

保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金に係る評価指標 (都道府県分)

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 (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

【評価目的・内容】 虐待防止体制の整備に係る都道府県の取組のPDCAサイクルを評価

| | 高齢者指標 | 配点 | 留意点 | 報告様式への記載事項・提出資料(予定) | 時点 | 交付金区分 |
|---|---|-------------------------------------|--|---|---|-----------|
| ① | <p>高齢者虐待防止の体制整備に関し、市町村に対する支援を実施しているか。</p> <p>ア 高齢者虐待防止の体制整備に関する市町村の取組状況・課題を把握している</p> <p>イ 都道府県の目標を市町村とともに検討する機会・場を設定している</p> <p>ウ 市町村の状況に応じた支援方策を策定している</p> <p>エ 支援方策に基づき支援を行っている</p> <p>オ 市町村に対して定期的なフォローアップを実施し、(1回/年程度)支援の効果の評価を行っている</p> | <p>ア～オ各5点 複数選択可 (最大25点)</p> | <p>○ 管内市町村における高齢者虐待防止の体制整備の内容としては、高齢者虐待防止法に基づく調査結果の体制整備の項目(※)の実施を想定している。</p> <p>○ 支援の内容は、財政的・人的支援に限定するものではなく、広く捉えて差し支えない。なお、具体的な取組例としては、管内市町村の介護サービス相談員派遣事業実施に対する支援や、高齢者権利擁護等推進事業の活用による専門職の派遣や管内市町村虐待防止連絡会等における好事例等の周知、市町村職員に対する対応力強化のための研修、早期発見等のための関係者・関係機関によるネットワークを活用した情報システムの構築支援などが考えられる。</p> <p>○ 都道府県の支援の評価に当たっては、市町村から意見を聴取することとする。</p> | <p>○ アについては、市町村の取組状況・課題の概要を記載。</p> <p>○ イについて、検討する機会・場、日時を具体的に記載。</p> <p>○ ウについては、支援方策の内容が分かる資料を添付。</p> <p>○ エについて、具体的な支援内容、計画を記載。</p> <p>○ オについては、具体的な評価結果とフォローアップの内容等を記載。</p> <p>※ エ、オについては、市町村へ情報提供した文書、資料がある場合は、記載ではなく提供済み文書、資料の添付も可。</p> | <p>2021年度(予定)実施の状況を評価オについては、2022年度予定の場合も可</p> | <p>推進</p> |

保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金に係る評価指標 (市町村分)

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

【評価目的・内容】 過程（PDCA サイクル）を評価

- ・高齢者虐待防止にかかる体制整備の検討・取組の実施
- ・取組内容の改善・見直し

| | 指標 | 配点 | 留意点 | 報告様式への記載事項・提出資料（予定） | 時点 | 交付金区分 |
|---|--|--|---|--|---------------------------------|-----------|
| ③ | <p>高齢者虐待防止にかかる体制整備を実施しているか。</p> <p>ア 管内の高齢者虐待の実態に基づいた課題を把握している</p> <p>イ 管内の高齢者虐待の実態に基づいた課題について、他機関とその防止対策を検討する機会・場を設定している</p> <p>ウ 市町村の虐待防止対策についての計画を策定している</p> <p>エ 計画に基づいて実施し、評価を行っている</p> | <p>ア～エ 各5点 複数選択可 (最大20点)</p> | <p>○ イとエについては、介護保険事業計画作業委員会や地域ケア推進会議等の場を活用するなど、幅広い関係者から意見を聞いている場合を対象とする。</p> <p>○ ウの防止対策としては、介護サービス相談員派遣事業の実施や、早期発見等のための関係者・関係機関によるネットワークを活用した情報システムの構築等、高齢者虐待防止法に基づく調査結果の体制整備の項目（※）の実施を想定している。</p> | <p>○ アについては実態に基づいた課題の概要を記載。</p> <p>○ イについて、検討する機会・場、日時を具体的に記載。</p> <p>○ ウについては、計画内容が分かる資料を添付。</p> <p>○ エについて、具体的な実施内容と評価を記載。</p> | <p>2021年度 (予定) 実施の状況を評価</p> | <p>推進</p> |

高齢者虐待防止法に基づく調査結果の体制整備の項目(※)

※高齢者虐待防止体制の整備に係る事業

「令和2年度「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」に基づく対応状況等に関する調査」の「市町村における高齢や虐待防止対応のための体制整備等について」に係る17項目。

【体制・施策強化】

- ①対応窓口の周知
- ②関係者の研修
- ③住民への啓発活動
- ④対応マニュアル等の作成
- ⑤養護者（虐待者）に対する相談、指導、助言
- ⑥居宅において必要な福祉・保健医療サービスを利用していない高齢者の早期発見の取組や相談等

【行政機関連携】

- ⑦成年後見制度の首長申立のための体制強化
- ⑧地域における権利擁護・成年後見体制の整備に向けた中核機関の立ち上げ・体制整備
- ⑨警察署担当者との協議
- ⑩居室確保のための関係機関との調整
- ⑪生活困窮者支援、DV 担当者課等の役所・役場内の体制強化
- ⑫保健所、精神保健福祉センター、発達障害者支援センター等の関係機関との連携強化

【ネットワーク構築】

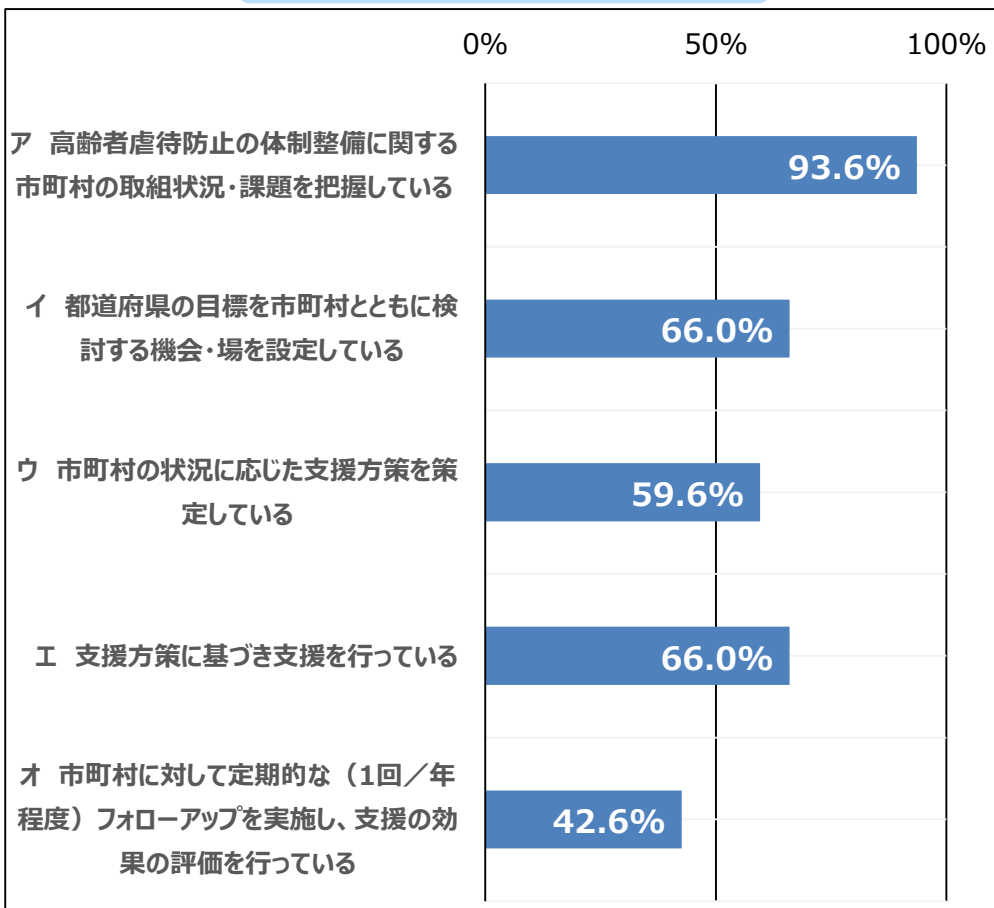
- ⑬「早期発見・見守りネットワーク」の構築
- ⑭「保健医療福祉サービス介入支援ネットワーク」の構築
- ⑮「関係専門機関介入支援ネットワーク」の構築

【法の周知】

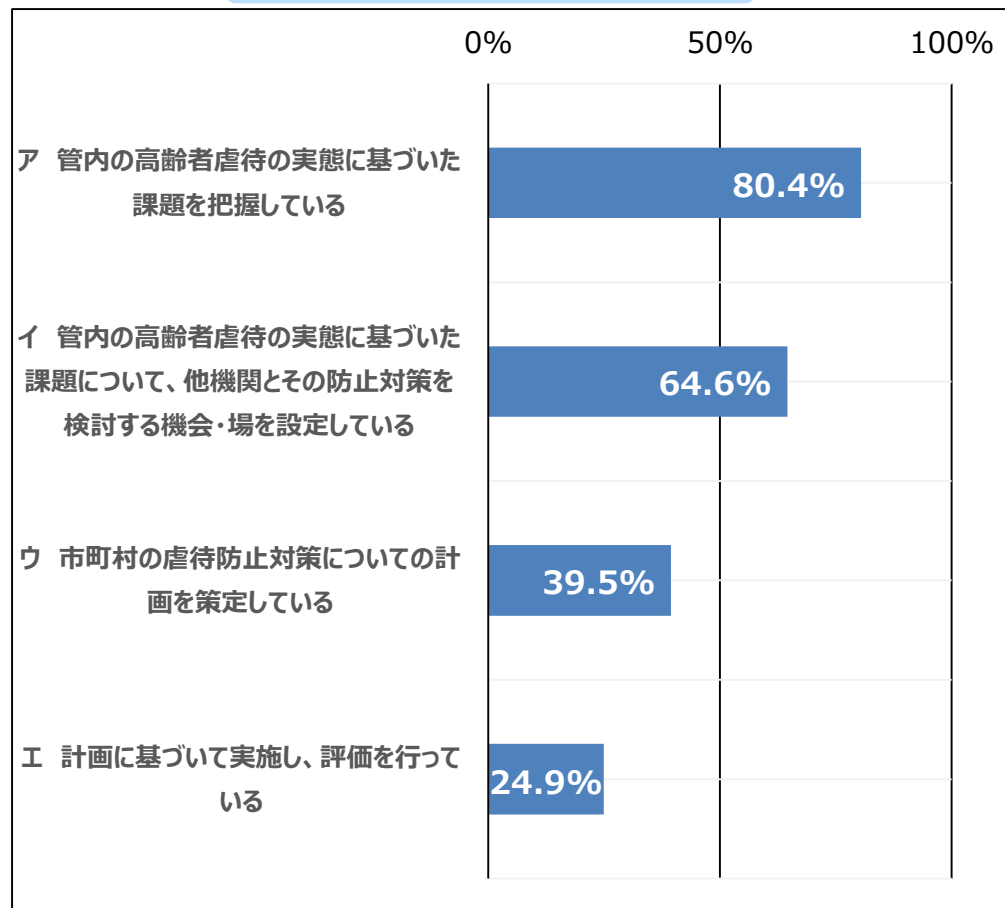
- ⑯居宅介護サービス事業者に対する法の習知
- ⑰介護保険施設に法について周知

保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金に係る評価結果 (令和4年度)

都道府県



市町村



出典：「令和4年度 都道府県・市町村保険者機能強化推進交付金等の集計結果」

運営基準改正における虐待防止規定の創設

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（令和3年厚生労働省令第9号）

- 運営基準改正にて、全ての介護サービス事業者を対象に研修等の実施を義務付けた。

趣旨

全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることを義務づける。

改正の内容

1 基本方針

入所者・利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない旨を規定。

2 運営規程

運営規程に定めておかなければならない事項として、「虐待の防止のための措置に関する事項」を追加。

3 虐待の防止

虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じなければならない旨を規定。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること
- ② 虐待の防止のための指針を整備すること
- ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること
- ④ 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと

施行期日等

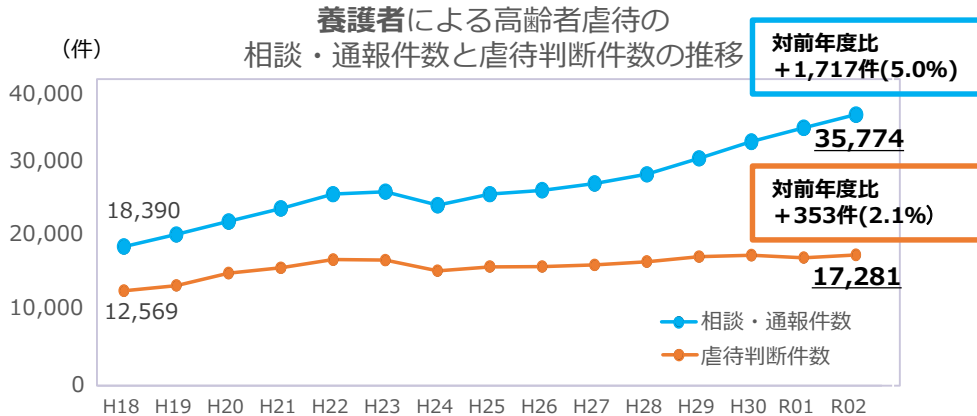
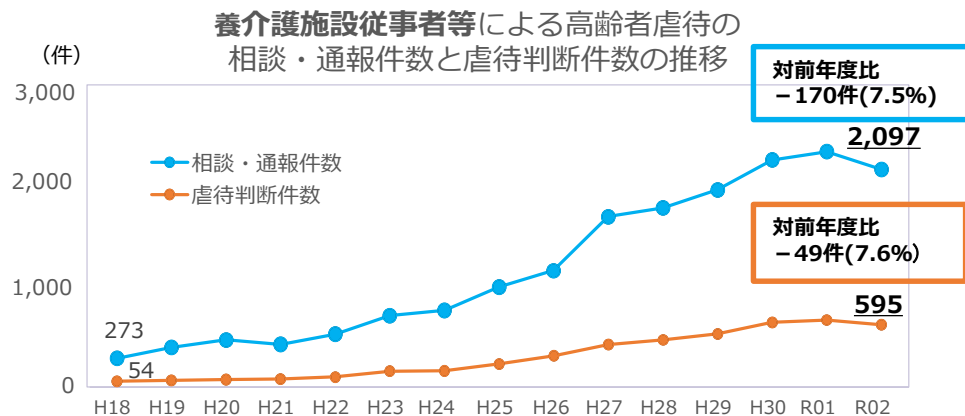
施行日：令和3年4月1日（施行日から令和6年3月31日までの間、経過措置を設ける）

施設における虐待防止措置規定等の違い

○ 介護保険法に基づく施設と老人福祉法に基づく養護老人ホームと軽費老人ホームについては、運営基準にて虐待防止措置が義務づけられている。また、有料老人ホームについては、技術的助言として指導指針に虐待防止措置が規定されている。有料老人ホームに該当しないサービス付き高齢者向け住宅やシェアハウスについては、虐待防止措置に該当する規定はない。

| | 介護保険法 | 老人福祉法 | | 住まい法 | 住宅セーフティネット法 |
|--------------------|---|--|--|------------------------------------|----------------|
| 該当施設 | 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院 地域密着型介護 老人福祉施設 | 老人福祉施設のうちの 養護老人ホーム 軽費老人ホーム * 特定の指定をとっているものは介護保険法で対応 | 有料老人ホーム (住宅型) * 特定の指定をとっているものは介護保険法で対応 | 有料老人ホームに該当しない サービス付き 高齢者向け住宅 | シェアハウス |
| 設置規定 | 指定 | 許認可 | 届出 | 登録 | 登録 |
| 指導根拠 | 第23・24条、 第77条、78条の10等 実地指導・監査 | 老人福祉法第18条 社会福祉法第70条 | 第29条 報告・検査等 | 第24条 報告・検査等 | 第23条 報告・検査等 |
| 処分 | 改善命令 一部効力停止 指定取消 | 制限・停止命令 廃止命令 認可・許可の取消し | 改善命令 事業の制限 停止命令 | 指示 登録の取消し | 指示 登録の取消し |
| 施設における 虐待防止措置規定 | 運営基準 | 運営基準 | 指導指針 | - | - |

高齢者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査結果の概要 (令和2年度)

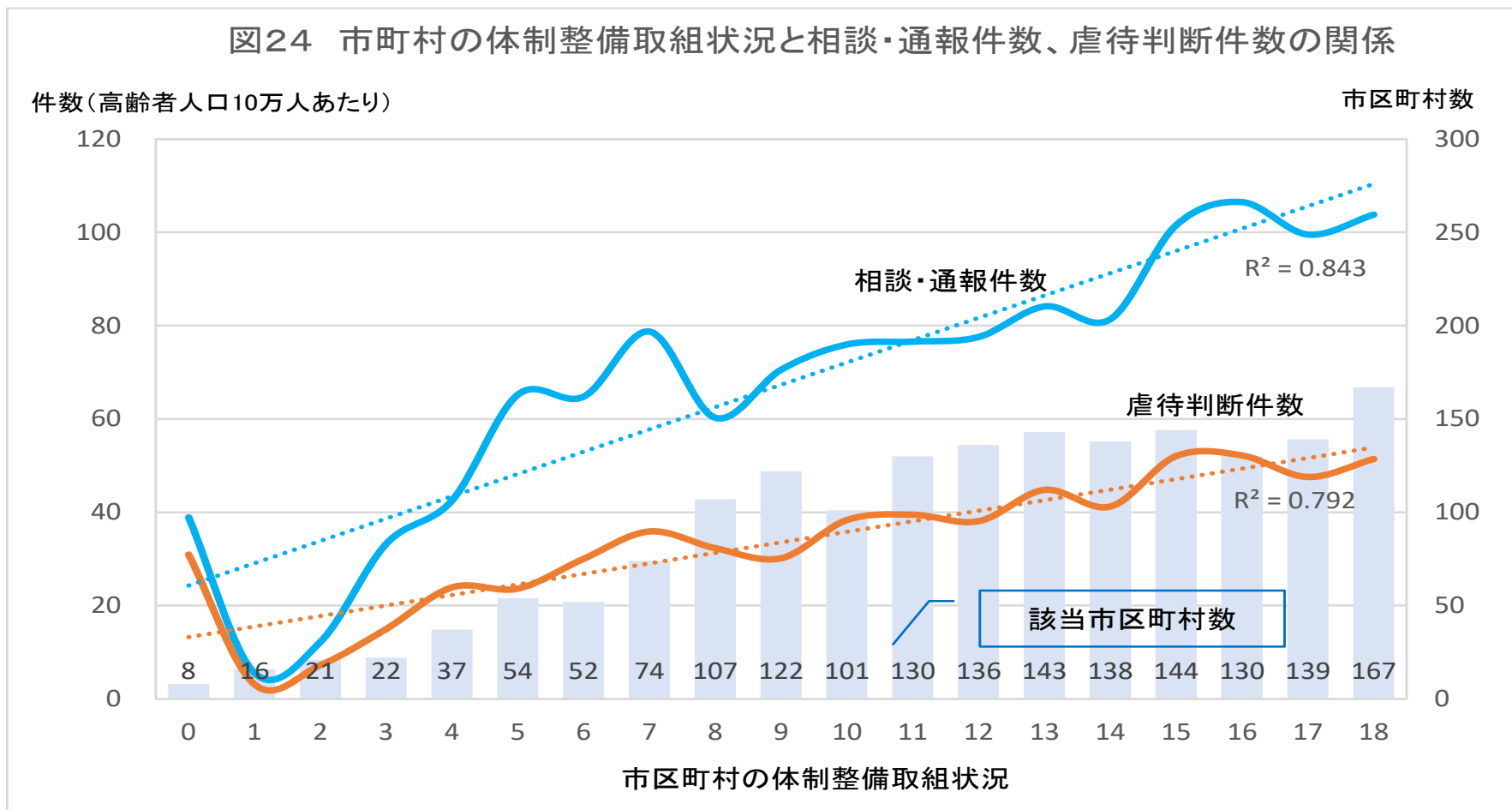


| | 養介護施設従事者等による虐待 | 養護者による虐待 |
|-------------------|---|---|
| 被虐待者 | 男性372人(30.2%) 女性855人(69.4%) 不明5人(0.4%) | 男性4,398人(24.7%) 女性13,377人(75.2%) 不明3名(0.0%) |
| 虐待者 | 男性 52.3% 女性 43.2% ※介護従事者男性割合 20.9% | 息子 39.9% 夫 22.4% 娘17.8% |
| 相談・通報者 | 当該施設職員が26.7%で最多。次いで当該施設管理者等が14.5%。 | 警察が31.2%で最多。次いで介護支援専門員が25.4%。 |
| 相談・通報受理からの期間(中央値) | 事実確認開始まで4日 虐待判断まで34日 | 事実確認開始まで0日(即日) 虐待判断まで2日 |
| 主な発生要因 | 教育・知識・介護技術等に関する問題 48.7% 虐待を助長する組織風土や職員間の関係の悪さ、管理体制等 22.2% | 虐待者の性格や人格に基づく言動 57.9% 被虐待者の認知症の症状 52.9% 虐待者の介護疲れ・介護ストレス 50.0% |
| 虐待種別(複数回答) | 身体的虐待 52.0%(身体拘束有 25.7%)、心理的虐待 26.1% 介護等放棄 23.9%、性的虐待 12.1%、経済的虐待 4.8% | 身体的虐待 68.2%、心理的虐待 41.4%、介護等放棄 18.7% 経済的虐待 14.6%、性的虐待0.5% |
| その他 | 《主な施設種別》 特別養護老人ホーム 28.2% 有料老人ホーム 27.1% グループホーム 13.9% 介護老人保健施設 8.4% 《虐待等による死亡事例》 3件 3人(対前年度比 1件 1人減) | 《虐待等による死亡事例》 25件 25人(対前年度比 10件 10人増) |

市町村における体制整備等（養護者による虐待）

- 市町村において、虐待の相談・通報件数及び虐待判断件数と高齢者虐待の体制整備の取組状況は、比例する傾向にあった。

図24 市町村の体制整備取組状況と相談・通報件数、虐待判断件数の関係



出典：厚生労働省老健局 令和2年度「高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業」報告書 p.108

養介護施設従事者等による虐待と虐待類型の関係（令和2年度）

| | 施設種別 | 被虐待者数 (虐待判断) | 被虐待者数 (類型の合計) | 身体的 虐待 | (身体拘束) | 介護等 放棄 | 心理的 虐待 | 性的 虐待 | 経済的 虐待 |
|-----------|---------------------|-----------------|------------------|--------------|-----------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| 介護保 険法 | 特別養護老人ホーム | 168 | 461 100.0% | 206 44.7% | (94) (20.4%) | 169 36.7% | 64 13.9% | 92 20.0% | 0 0.0% |
| | 介護老人保健施設 | 50 | 79 100.0% | 54 68.4% | (7) (8.9%) | 9 11.4% | 40 50.6% | 1 1.3% | 1 1.3% |
| | 介護療養型医療施設・ 介護医療院 | 2 | 2 100.0% | 0 0.0% | (0) (0.0%) | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| | 認知症対応型共同生 活介護 | 83 | 148 100.0% | 106 71.6% | (39) (26.4%) | 24 16.2% | 55 37.2% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| 老人福 祉法 | 有料老人ホーム | 161 | 308 100.0% | 148 48.1% | (93) (30.2%) | 32 10.4% | 107 34.7% | 47 15.3% | 43 14.0% |
| | 養護老人ホーム | 3 | 3 100.0% | 1 33.3% | 0 0.0% | 0 0.0% | 2 66.7% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| | 軽費老人ホーム | 6 | 7 100.0% | 1 14.3% | 0 0.0% | 0 0.0% | 5 71.4% | 0 0.0% | 1 14.3% |

*「身体拘束」は、要件を満たさず、「緊急やむを得ない場合」の例外的に許容されるものを除く「虐待に該当する身体拘束」を指す

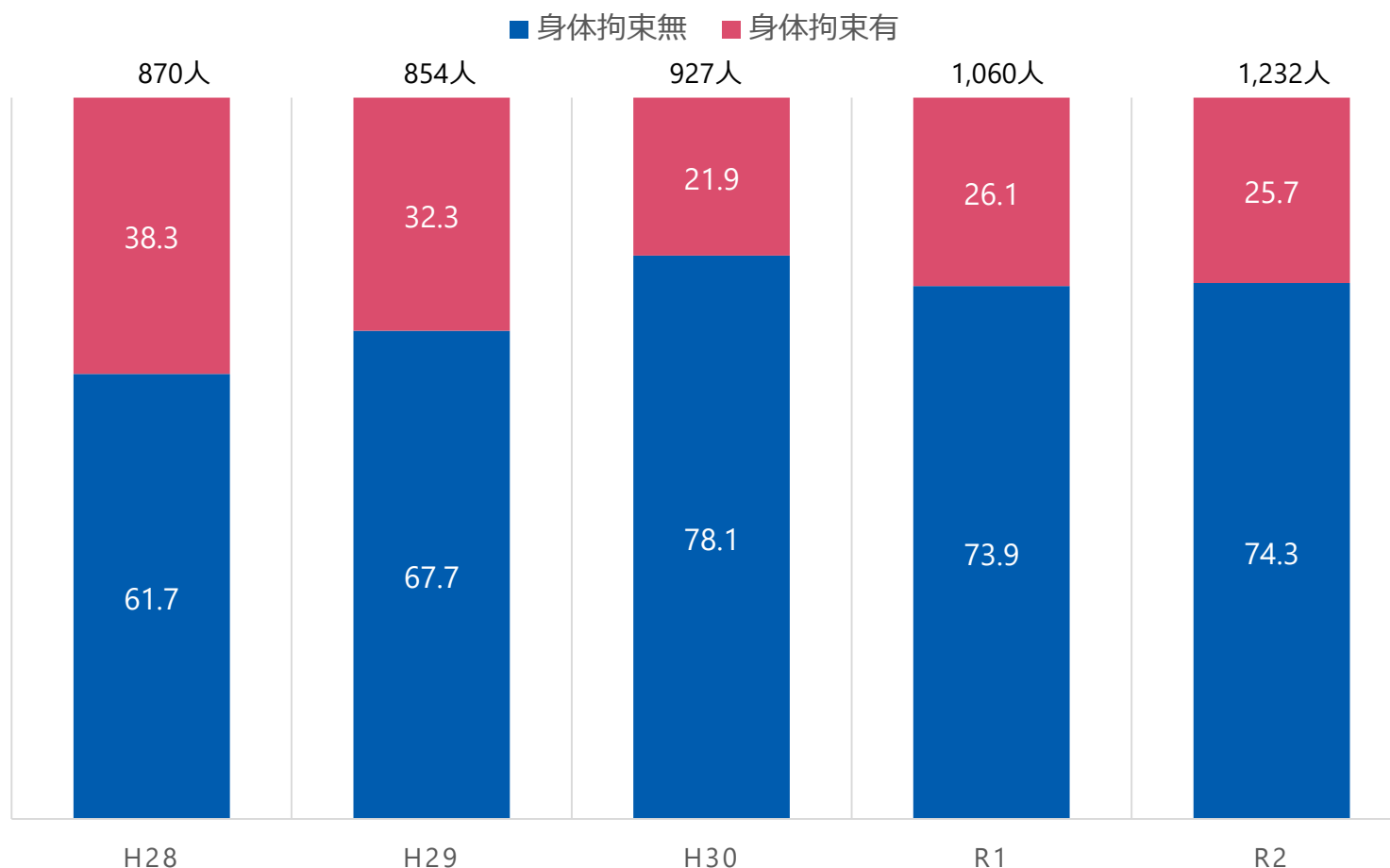
*一人の被虐待者において複数の虐待類型が確認されているため、虐待判断された被虐待者数と虐待類型の合計に被虐待者数は一致しない

| 養介護施設従事者等以外 | 平成28年度 | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 |
|--------------------------------|---|---|---|---|
| 有料老人ホームに該当しない サービス付き高齢者向け住宅 | 場所：2施設 被虐待者：4人 虐待者：介護職員 類型：身体的・心理的虐待 | 場所：1施設 被虐待者：1人（要介護4） 虐待者：介護職員 類型：身体的虐待（外鍵） | 場所：1施設 被虐待者：1人（要介護4） 虐待者：管理者 類型：身体的虐待 | 場所：2施設 被虐待者：14人（要介護1～5） 虐待者：管理者1名が13名の通帳管理、 施設職員が1名が暴行 類型：経済的虐待、身体的虐待 |
| 共同居住型住宅 (シェアハウス) | | | 場所：2施設 被虐待者：2人（要介護2、未申請） 虐待者：職員 類型：身体的、経済的虐待 | 場所：2施設 被虐待者：3人（要介護2・4、未申請） 虐待者：職員 類型：ネグレクト |

養介護施設従事者等による身体拘束

○ 養介護施設従事者等による虐待を受けている高齢者のうち、緊急やむを得ない場合に規定されている手続きを経していない養介護施設従事者等による身体拘束（身体的虐待）が、例年2割から3割発生し続けている。

養介護施設従事者等による身体拘束の有無の割合（%）



身体拘束等の適正化の推進

- 平成30年度介護報酬改定において、身体的拘束等の適正化を図るため、居住系サービス及び施設系サービスについて、身体的拘束等の適正化のための指針の整備や、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催などを義務づけるとともに、義務違反の施設の基本報酬を減額している。

各種の施設系サービス、居住系サービス

- 身体拘束廃止未実施減算について、平成30年度介護報酬改定において、身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の開催等を義務づけ、その未実施の場合の減算率の見直しを行った。

身体拘束廃止未実施減算 <改定前> 5単位/日減算  <改定後（現行）> 10%/日減算 （※居住系サービスは「新設」）

【見直し後の基準（追加する基準は下線部）】

身体的拘束等の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

1. 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
2. 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。
3. 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
4. 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

※ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護における上記の委員会については、運営推進会議を活用することができる。

○指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第39号）

（指定介護福祉施設サービスの取扱方針）

第11条 第4項

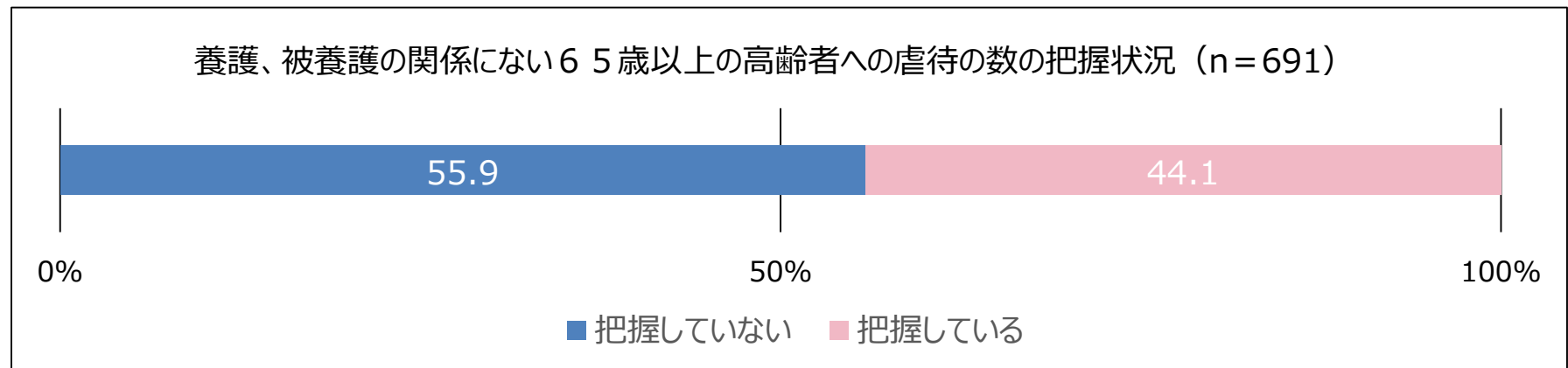
指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため **緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為**（以下「身体的拘束等」という。） **を行ってはならない。**

養護、被養護の関係にない65歳以上の高齢者への虐待

○ 養護、被養護の関係にない65歳以上の高齢者への虐待の数の把握状況について調査したところ、回答が得られた自治体（n=691）のうち、「把握していない」が55.9%、「把握している」が44.1%であった。

* お互いに自立した65歳以上の夫婦間のドメスティックバイオレンスを除く。

○ これらの養護、被養護の関係にない高齢者への虐待に対して、市町村は、「高齢者虐待防止法に準ずる対応」を行っている。



出典：厚生労働省老健局 令和3年度「高齢者虐待等の権利擁護を促進する地域づくりのための自治体による計画策定と評価に関する調査研究事業」報告書 p.77

総合事業の多様なサービスの在り方

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

地域支援事業の概要

令和4年度予算額 公費3,856億円、国費1,928億円

○ 地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者の社会参加・介護予防に向けた取組、配食・見守り等の生活支援体制の整備、在宅生活を支える医療と介護の連携及び認知症の方への支援の仕組み等を一体的に推進しながら、高齢者を地域で支えていく体制を構築するため、市町村において「地域支援事業」を実施。

○地域支援事業の事業内容 ※金額は積算上の公費（括弧書きは国費）

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業 1,935億円（967億円）

① 介護予防・生活支援サービス事業

- ア 訪問型サービス
- イ 通所型サービス
- ウ その他の生活支援サービス（配食、見守り等）
- エ 介護予防ケアマネジメント

② 一般介護予防事業

- ア 介護予防把握事業
- イ 介護予防普及啓発事業
- ウ 地域介護予防活動支援事業
- エ 一般介護予防事業評価事業
- オ 地域リハビリテーション活動支援事業

(2) 包括的支援事業・任意事業 1,921億円（960億円）

① 包括的支援事業

- ア 地域包括支援センターの運営 うちイ、社会保障充実分 534億円（267億円）
 - i) 介護予防ケアマネジメント業務
 - ii) 総合相談支援業務
 - iii) 権利擁護業務（虐待の防止、虐待の早期発見等）
 - iv) 包括的・継続的マネジメント支援業務
※支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言、地域のケアマネジャーのネットワークづくり 等

イ 社会保障の充実

- i) 認知症施策の推進
- ii) 在宅医療・介護連携の推進
- iii) 地域ケア会議の実施
- iv) 生活支援コーディネーター等の配置

② 任意事業

- ・ 介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

○地域支援事業の事業費

市町村は、政令で定める事業費の上限の範囲内で、介護保険事業計画において地域支援事業の内容、事業費を定めることとされている。

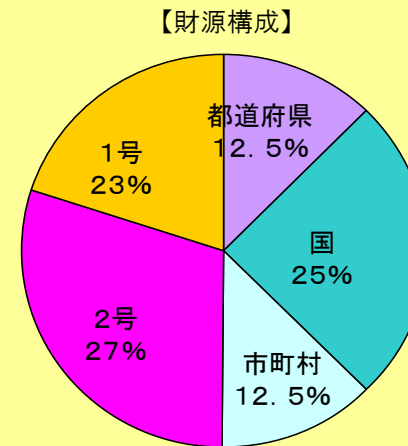
【事業費の上限】

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業
 - 事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額
- ② 包括的支援事業・任意事業
 - 「26年度の介護給付費の2%」×「高齢者数の伸び率」

○地域支援事業の財源構成

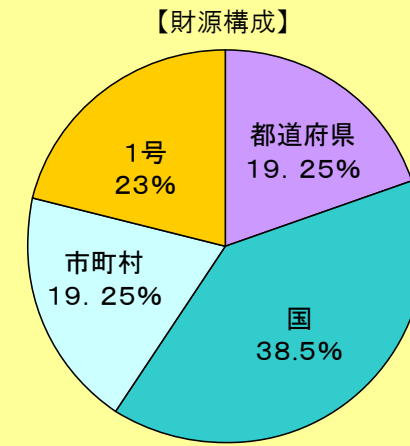
（財源構成の割合は第7期以降の割合）

介護予防・日常生活支援総合事業



○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

包括的支援事業・任意事業



○ 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。

（国：都道府県：市町村＝2：1：1）

介護予防・日常生活支援総合事業の推進

～生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加～

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。
ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、**社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防**につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような**地域づくりを市町村が支援すること**について、**制度的な位置づけの強化**を図る。



介護予防・生活支援サービスの類型(典型的な例)

○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。 ※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

①訪問型サービス

訪問型サービスは、従前の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなり、多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

| 基準 | 従前の訪問介護相当 | | 多様なサービス | | | |
|----------------|--|--|---------------------------------------|--------------------------|---|---------------------|
| サービス種別 | ①訪問介護 | | ②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス) | ③訪問型サービスB (住民主体による支援) | ④訪問型サービスC (短期集中予防サービス) | ⑤訪問型サービスD (移動支援) |
| サービス内容 | 訪問介護員による身体介護、生活援助 | | 生活援助等 | 住民主体の自主活動として行う生活援助等 | 保健師等による居宅での相談指導等 | 移送前後の生活支援 |
| 対象者とサービス提供の考え方 | ○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。 | | ○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進 | | ・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う | 訪問型サービスBに準じる |
| 実施方法 | 事業者指定 | | 事業者指定／委託 | 補助(助成) | 直接実施／委託 | |
| 基準 | 予防給付の基準を基本 | | 人員等を緩和した基準 | 個人情報の保護等の最低限の基準 | 内容に応じた独自の基準 | |
| サービス提供者(例) | 訪問介護員(訪問介護事業者) | | 主に雇用労働者 | ボランティア主体 | 保健・医療の専門職(市町村) | |

②通所型サービス

通所型サービスは、従前の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなり、多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

| 基準 | 従前の通所介護相当 | | 多様なサービス | | |
|----------------|---|--|---------------------------------------|--------------------------|--|
| サービス種別 | ①通所介護 | | ②通所型サービスA (緩和した基準によるサービス) | ③通所型サービスB (住民主体による支援) | ④通所型サービスC (短期集中予防サービス) |
| サービス内容 | 通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練 | | ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等 | 体操、運動等の活動など、自主的な通いの場 | 生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム |
| 対象者とサービス提供の考え方 | ○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。 | | ○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進 | | ・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施 |
| 実施方法 | 事業者指定 | | 事業者指定／委託 | 補助(助成) | 直接実施／委託 |
| 基準 | 予防給付の基準を基本 | | 人員等を緩和した基準 | 個人情報の保護等の最低限の基準 | 内容に応じた独自の基準 |
| サービス提供者(例) | 通所介護事業者の従事者 | | 主に雇用労働者 +ボランティア | ボランティア主体 | 保健・医療の専門職(市町村) |

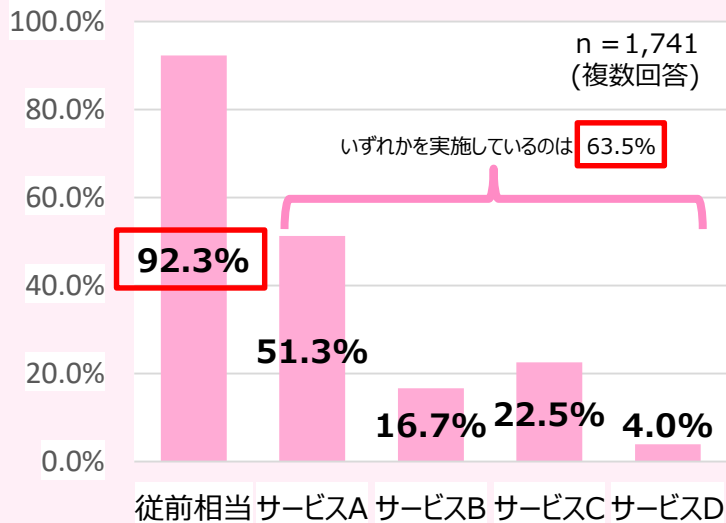
③その他の生活支援サービス

その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

介護予防・日常生活支援総合事業 実施市町村数（令和2年度）

- 介護予防・日常生活支援総合事業のうち介護予防・生活支援サービス事業の実施市町村数をみると、訪問型サービス・通所型サービスともに、従前相当サービスを実施している市町村がもっとも多かった(1,607市町村(92.3%)・1,611市町村(92.5%))。またその他の生活支援サービスを実施している市町村は392市町村（22.5%）であった。
- 従前相当サービス以外のサービスのいずれかを実施している市町村は、訪問型サービスにあっては1,106市町村（63.5%）、通所型サービスにあっては1,212市町村（69.6%）であった。

訪問型サービス



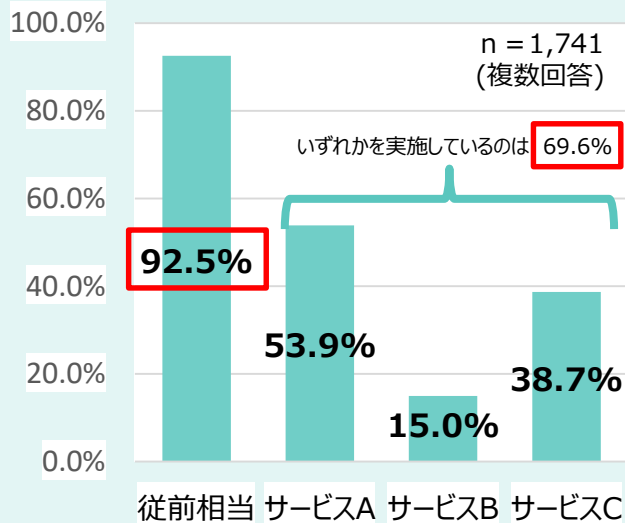
実施市町村数

| | |
|-------|-------|
| 従前相当 | 1,607 |
| サービスA | 893 |
| サービスB | 290 |
| サービスC | 392 |
| サービスD | 69 |

左記のうち

- 従前相当のみ実施している市町村は605。
- 従前相当以外のいずれかのサービスを実施している市町村は1,106。

通所型サービス



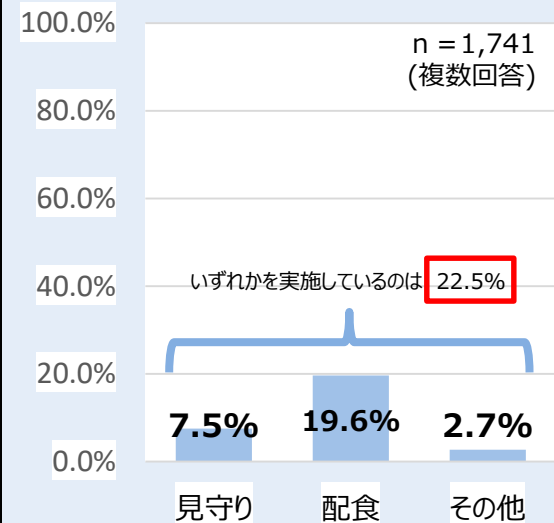
実施市町村数

| | |
|-------|-------|
| 従前相当 | 1,611 |
| サービスA | 938 |
| サービスB | 261 |
| サービスC | 673 |

左記のうち

- 従前相当のみ実施している市町村は509。
- 従前相当以外のいずれかのサービスを実施している市町村は1,212。

その他サービス



実施市町村数

| | |
|-----|-----|
| 見守り | 131 |
| 配食 | 342 |
| その他 | 47 |

左記のうち

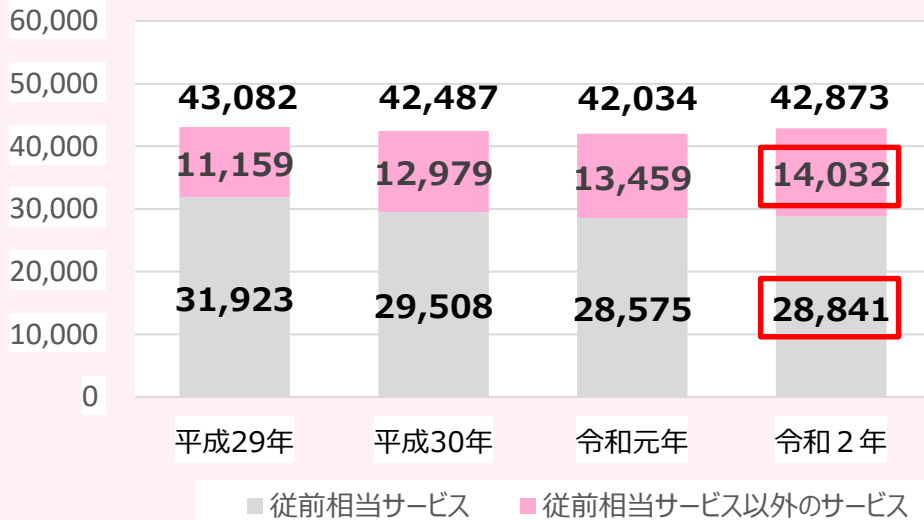
- いずれも実施していない市町村は1,349。
- いずれかを実施している市町村は392。

介護予防・日常生活支援総合事業 実施事業所（団体）数

○ 介護予防・日常生活支援総合事業のうち介護予防・生活支援サービス事業の訪問型サービス・通所型サービスの実施事業所(団体)数をみると、令和2年度にあっては以下のとおりであった。

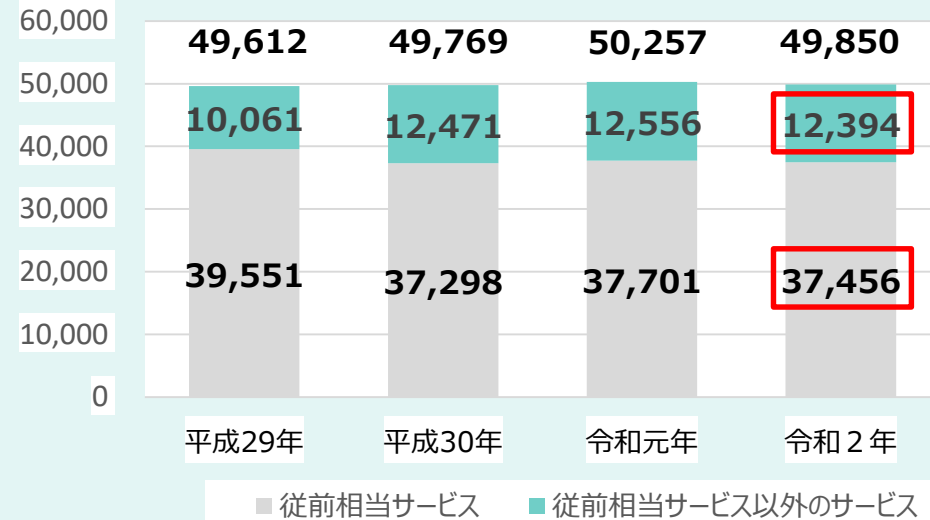
- ・訪問型サービス：従前相当サービスは28,841事業所(団体)、従前相当サービス以外のサービスは14,032事業所(団体)
- ・通所型サービス：従前相当サービスは37,456事業所(団体)、従前相当サービス以外のサービスは12,394事業所(団体)

訪問型サービス



| 事業所割合 | 29年 | 30年 | 元年 | 2年 |
|--------|-------|-------|-------|-------|
| 従前相当 | 74.1% | 69.5% | 68.0% | 67.3% |
| 従前相当以外 | 25.9% | 30.5% | 32.0% | 32.7% |

通所型サービス



| 事業所割合 | 29年 | 30年 | 元年 | 2年 |
|--------|-------|-------|-------|-------|
| 従前相当 | 79.7% | 74.9% | 75.0% | 75.1% |
| 従前相当以外 | 20.3% | 25.1% | 25.0% | 24.9% |

※ 令和元年度「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査」（NTTデータ経営研究所）報告書及び「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査」（厚生労働省老健局老人保健課）より作成。

※ 各年のn数は、平成29年：1,644、平成30年：1,686、令和元年：1,719、令和2年：1,741。

（平成29年・平成30年・令和元年のデータにあっては、調査未回答自治体（それぞれ97市町村、55市町村、22市町村）あり。）

※ 重複を避けるため、各市町村内に所在する事業所のみ計上している。

※ 調査時点は、平成29年・平成30年・令和元年のデータにあっては各年の6月1日、令和2年のデータにあっては令和2年度末。

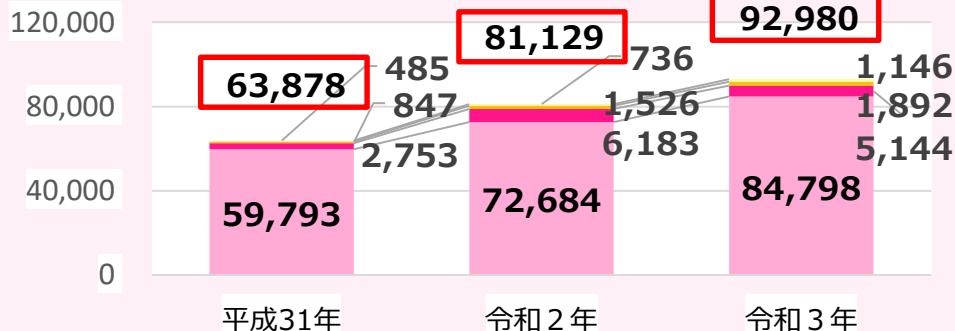
介護予防・日常生活支援総合事業 利用実人数

○ 介護予防・日常生活支援総合事業のうち介護予防・生活支援サービス事業の訪問型サービス・通所型サービスの利用実人数の推移をみると、いずれも従前相当サービス以外のサービスの利用者数は増加している。

訪問型サービス

単位：人

従前相当以外



従前相当

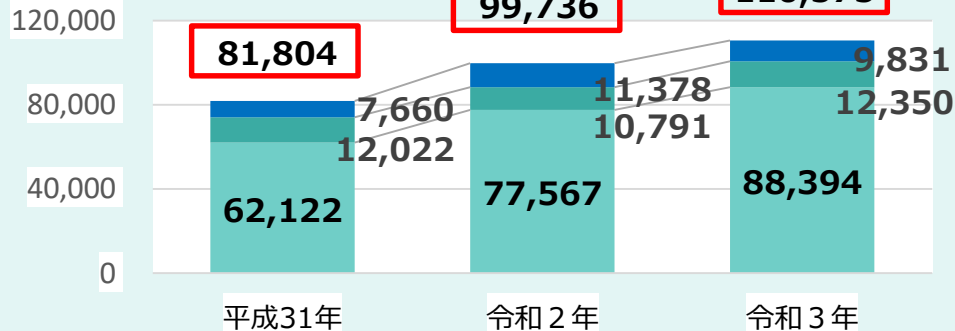


| | 平成31年 | 令和2年 | 令和3年 |
|-------|---------|---------|---------|
| サービスA | 59,793 | 72,684 | 84,798 |
| サービスB | 2,753 | 6,183 | 5,144 |
| サービスC | 847 | 1,526 | 1,892 |
| サービスD | 485 | 736 | 1,146 |
| 従前相当 | 361,300 | 349,300 | 341,800 |

通所型サービス

単位：人

従前相当以外



従前相当



| | 平成31年 | 令和2年 | 令和3年 |
|-------|---------|---------|---------|
| サービスA | 62,122 | 77,567 | 88,394 |
| サービスB | 12,022 | 10,791 | 12,350 |
| サービスC | 7,660 | 11,378 | 9,831 |
| 従前相当 | 566,100 | 534,100 | 536,400 |

※ 従前相当サービス利用者数：介護給付費等実態統計（各年4月審査分）

※ サービスA・B・C・利用者数：以下調査より引用（いずれも調査時点は各年3月、調査回答自治体の利用者数のみを積み上げたもの。）

・令和元年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所）（令和2年3月）

・「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和元年度実施分）に関する調査」（厚生労働省老健局老人保健課）（令和3年3月）

・「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査」（厚生労働省老健局老人保健課）（令和4年3月）

※ 参考：平成29年の利用実人数 訪問型サービスの従前相当以外は24,230人、従前相当は416,700人／通所型サービスの従前相当以外は46,434人、従前相当は564,700人

（いずれも平成31年以降とは調査時点が異なり、各年6月の数値であることから、グラフには表示していない。）

介護予防・日常生活支援総合事業 従前相当サービスの単価

- 介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型サービス・通所型サービスのうち、旧介護予防訪問介護・旧介護予防通所介護に相当するサービス（いわゆる従前相当サービス）や介護予防ケアマネジメントの単価は、市町村において、訪問介護員等による専門的サービスであること等を踏まえ、地域の実情に応じ、以下の国が定める額（※）を勘案して定めることとしている。

（※）介護保険法施行規則第140条の63の2第1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3月15日厚生労働省告示第72号）

訪問型サービス

基本報酬（※1）

| | | |
|-------------------|---------------------------------|---------|
| 訪問型サービス費Ⅰ | 1月につき・週1回程度 | 1,176単位 |
| 訪問型サービス費Ⅱ | 1月につき・週2回程度 | 2,349単位 |
| 訪問型サービス費Ⅲ | 1月につき・週2回を超える程度 | 3,727単位 |
| 訪問型サービス費Ⅳ | 1回につき・1月の中で全部で4回以下 | 268単位 |
| 訪問型サービス費Ⅴ | 1回につき・1月の中で全部で5回以上8回以下 | 272単位 |
| 訪問型サービス費Ⅵ | 1回につき・1月の中で全部で9回以上12回以下 | 287単位 |
| 訪問型サービス費（短時間サービス） | 主に身体介護を行う場合 1回につき・1月につき22回以下 | 167単位 |

加算（※2）

| | | |
|------------------|-------|------------------------------------|
| 初回加算 | 1月につき | 200単位 |
| 生活機能向上連携加算 | | I:100単位、II:200単位 |
| 介護職員処遇改善加算 | | I:137/1000、II:100/1000、III:55/1000 |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | | I:63/1000、II:42/1000 |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | | 24/1000 |

介護予防ケアマネジメント

基本報酬

| | | |
|---------------|-------|-------|
| 介護予防ケアマネジメント費 | 1月につき | 438単位 |
|---------------|-------|-------|

加算

| | | |
|--------|-------|-------|
| 初回加算 | 1月につき | 300単位 |
| 委託連携加算 | - | 300単位 |

通所型サービス

基本報酬

| | | |
|----------|--------------------------------------|---------|
| 通所型サービス費 | 事業対象者・要支援1、1月につき | 1,672単位 |
| | 事業対象者・要支援2、1月につき | 3,428単位 |
| | 事業対象者・要支援1、1回につき 1月の中で全部で4回以下 | 384単位 |
| | 事業対象者・要支援2、1回につき 1月の中で全部で5回以上8回以下 | 395単位 |

加算（※3）

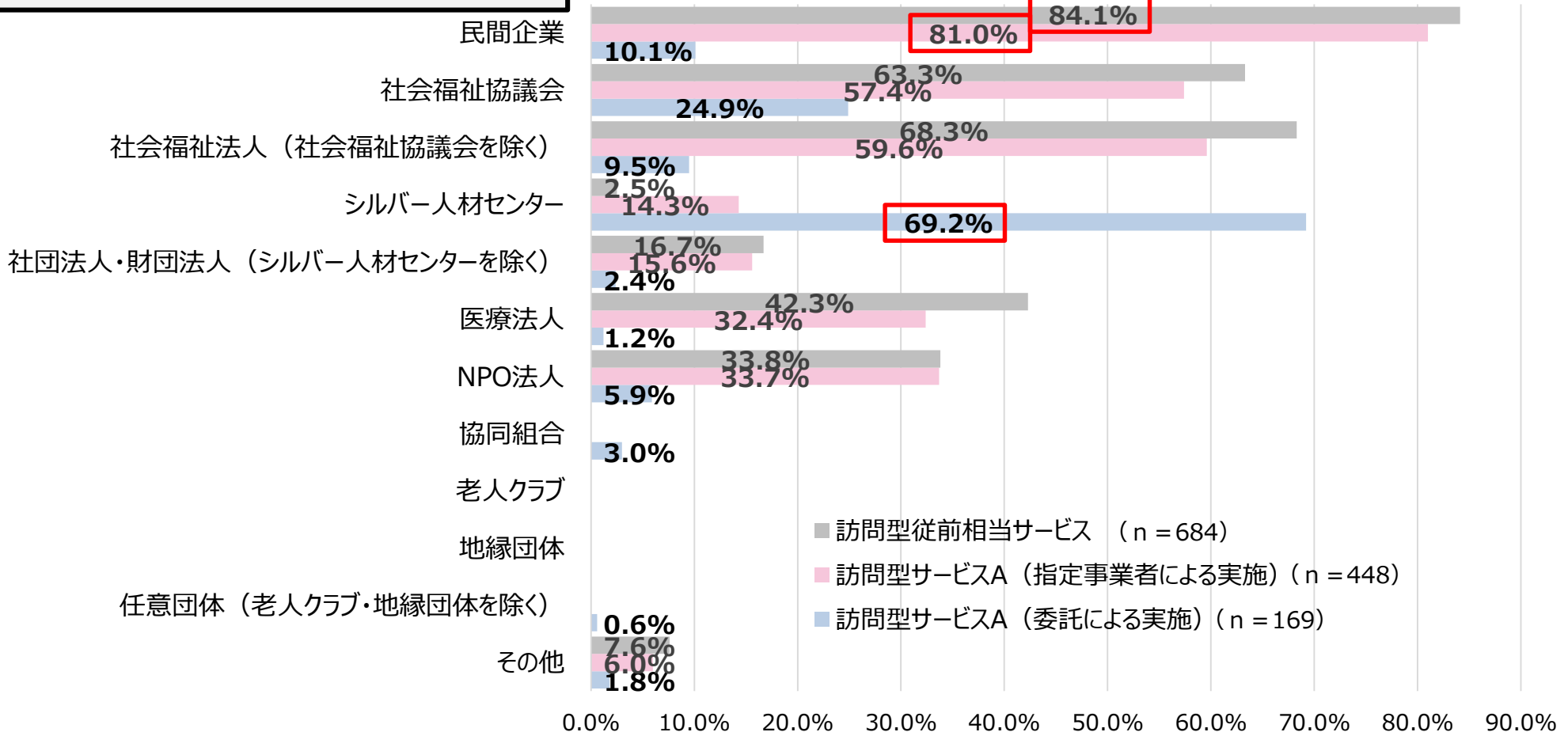
| | | | |
|--------------------|---------|---|----------------------------------|
| 生活機能向上グループ活動加算 | 1月につき | 100単位 | |
| 運動器機能向上加算 | | 225単位 | |
| 若年性認知症利用者受入加算 | | 240単位 | |
| 栄養アセスメント加算 | | 50単位 | |
| 栄養改善加算 | | 200単位 | |
| 口腔機能向上加算 | | I:150単位、II:160単位 | |
| 選択的サービス複数実施加算 | | I:480単位、II:700単位 | |
| 事業所評価加算 | | 120単位 | |
| サービス提供体制強化加算 | | I:88又は176単位 II:72又は144単位 III:24又は48単位 | |
| 生活機能向上連携加算（※4） | | I:100単位、II:200単位 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（※5） | | I:20単位、II:5単位 | |
| 科学的介護推進体制加算 | | 1月につき | 40単位 |
| 介護職員処遇改善加算 | | | I:59/1000、II:43/1000、III:23/1000 |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | | | I:12/1000、II:10/1000 |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 11/1000 | | |

- （※1）Ⅰ・Ⅱ・Ⅳ・Ⅴは事業対象者又は要支援1若しくは要支援2、Ⅲ・Ⅵは事業対象者又は要支援2の者に対して行う。
 （※2）その他、同一建物減算、特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算がある。
 （※3）その他、定員超過減算、人員欠如減算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、同一建物減算がある。
 （※4）Ⅰは3月に1回を限度、Ⅱは運動器機能向上加算を算定している場合は100単位 （※5）1回につき・6月に1回を限度

介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービス（従前相当・A）の提供者 （令和4年度調査中間集計）

○ 介護予防・日常生活支援総合事業について、訪問型サービスのうち、従前相当サービス・緩和した基準によるサービス（サービスA／指定事業者による実施・委託による実施）の提供者をみると、従前相当サービスとサービスA（指定事業者による実施）は「民間企業」が最も多く（84.1%、81.0%）、サービスA（委託による実施）は「シルバー人材センター」が最も多かった（69.2%）。

訪問型サービス（従前相当・A）の提供者



介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービスAの基準 (令和4年度調査中間集計)

○ 介護予防・日常生活支援総合事業について、訪問型サービスA（指定事業者による実施・委託による実施）の基準の定め方をみると、訪問型従前相当サービスと比較して、指定事業者による実施・委託による実施ともに「従事者の資格要件として独自の研修受講等を認める」を行った市町村が最も多く（64.3%、72.2%）、次いで「従事者の配置人数の下限を低く設定する」を行った市町村が多かった（55.8%、48.5%）。

訪問型サービスAの基準緩和の内容

訪問型サービス従事者の配置人数の下限を低く設定する

訪問型サービス従事者の資格要件として独自の研修受講者等を認める

サービス提供責任者の配置人数の下限を低く設定する
(50人に1人等)

常勤ではないサービス提供責任者を認める

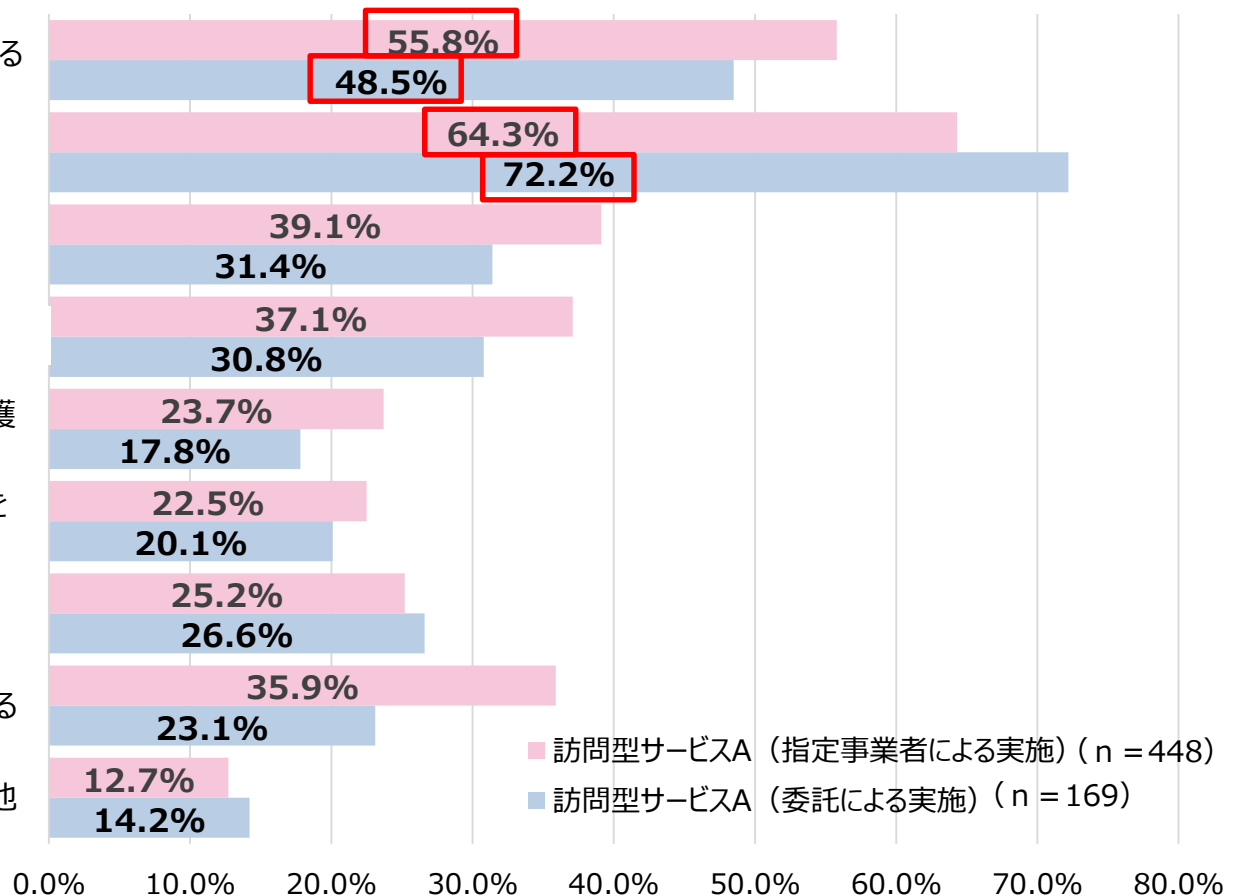
サービス提供責任者の定期巡回・随時対応型訪問介護看護や夜間対応型訪問介護以外への兼務を認める

サービス提供責任者の同一敷地外の事業所への兼務を認める

サービス提供責任者の資格要件として独自の研修受講者等を認める

常勤でない管理者を認める

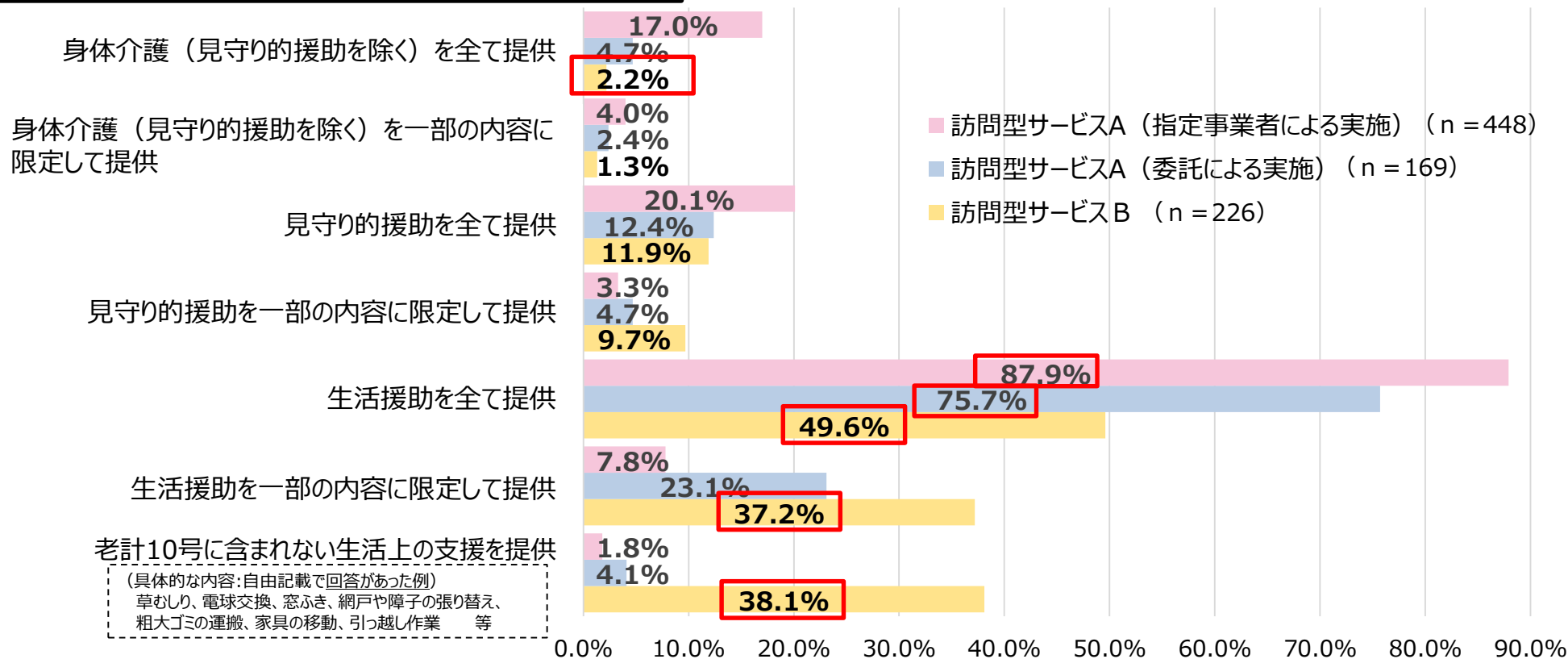
その他



介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービスA・Bで提供しているサービス内容 (令和4年度調査中間集計)

- 介護予防・日常生活支援総合事業について、訪問型サービスA（指定事業者による実施・委託による実施）と住民主体のサービス（サービスB）で提供しているサービス内容をみると、訪問型サービスAでは指定事業者による実施・委託による実施ともに「生活援助を全て提供」が最も多かった（87.9%、75.7%）。また、訪問型サービスBでは「生活援助を全て提供」が最も多かった（49.6%）。
- また、訪問型サービスBでは「身体介護（見守りの援助を除く）を全て提供」は2.2%であり、生活援助についても「一部の内容に限定して提供」が37.2%、「老計10号に含まれない生活上の支援を提供」が38.1%であった。

訪問型サービスA・Bにより提供しているサービス内容

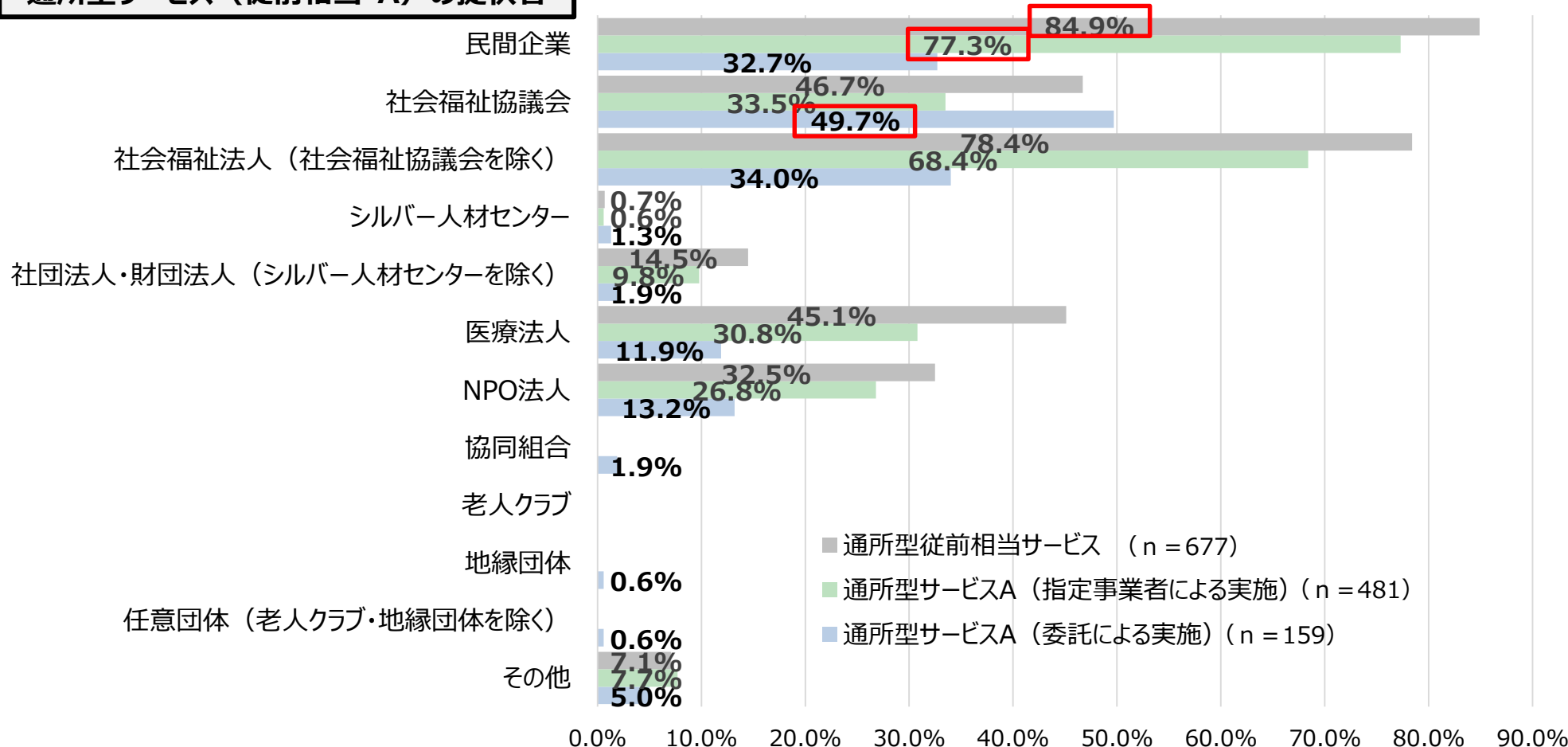


※ 令和4年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備の実施状況に関する調査研究事業」(株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所)より作成(令和4年10月17日中間集計)
 ※ 全市町村(1,741市町村)に対する調査。上記は、管内に訪問型サービスA事業所またはサービスBを行う団体がある市町村に対し、同事業所・団体で提供しているサービスのうちあてはまるものをすべて回答させることにより得たもの。
 ※ 身体介護、生活支援、見守りの援助：「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(平成12年3月17日老計第10号)における身体介護、生活援助、見守りの援助を指す。

介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス（従前相当・A）の提供者 （令和4年度調査中間集計）

○ 介護予防・日常生活支援総合事業について、通所型サービスのうち、従前相当サービス・緩和した基準によるサービス（サービスA／指定事業者による実施・委託による実施）の提供者をみると、従前相当サービスとサービスA（指定事業者による実施）は「民間企業」が最も多く（84.9%、77.3%）、サービスA（委託による実施）は「社会福祉協議会」が最も多かった（49.7%）。

通所型サービス（従前相当・A）の提供者

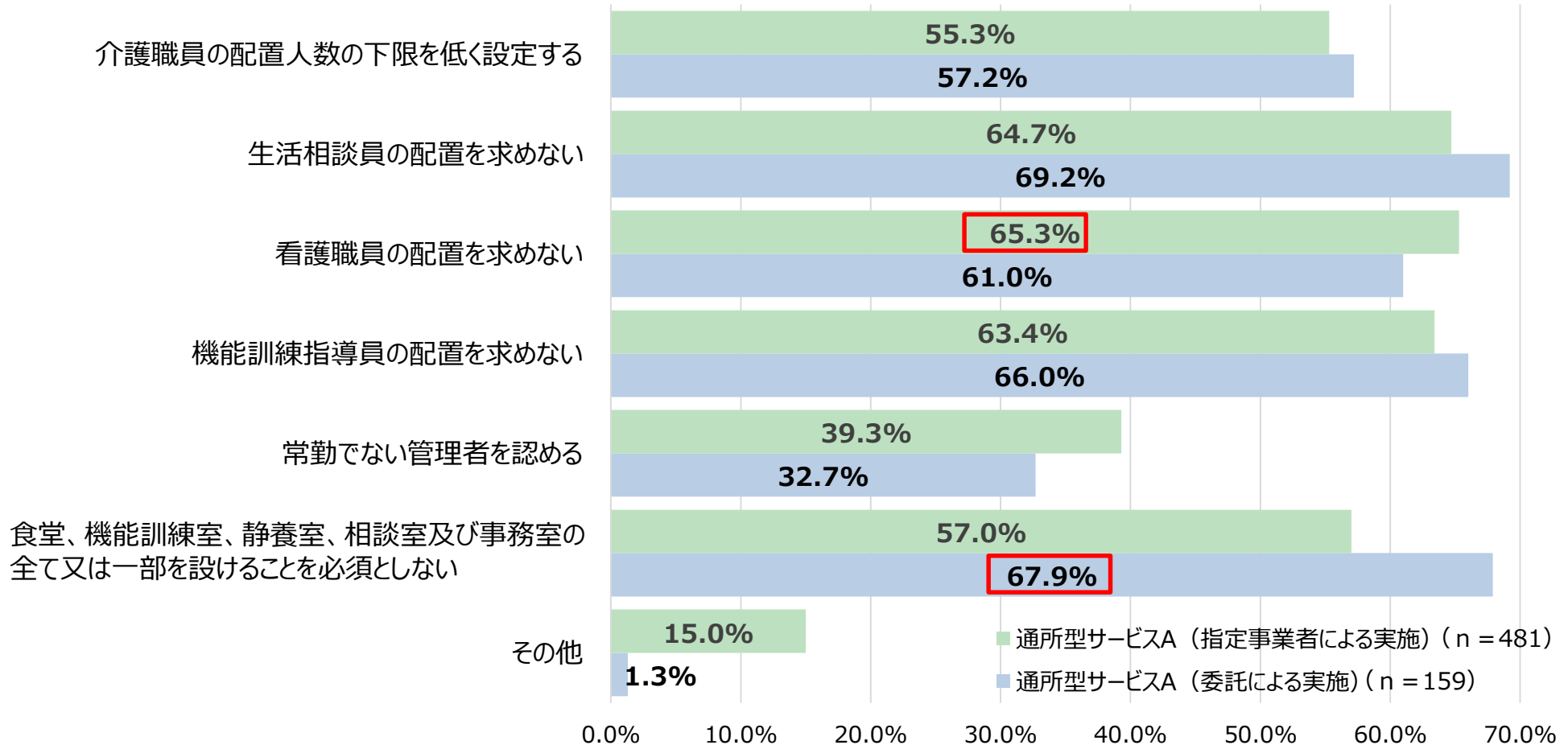


※ 令和4年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備の実施状況に関する調査研究事業」(株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所)より作成(令和4年10月17日中間集計)
 ※ 全市町村(1,741市町村)に対する調査。上記は、管内に通所型サービスA事業所がある市町村に対し、同事業所や通所型従前相当サービス事業所の提供者のうちあてはまるものをすべて回答させることにより得たもの。

介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスAの基準 (令和4年度調査中間集計)

○ 介護予防・日常生活支援総合事業について、通所型サービスA（指定事業者による実施・委託による実施）の基準の定め方をみると、通所型従前相当サービスと比較して、指定事業者による実施については「看護職員の配置を求めない」を行った市町村が最も多く（65.3%）、委託による実施については「食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室の全て又は一部を設けることを必須としない」を行った市町村が多かった（67.9%）。

通所型サービスAの基準緩和の内容

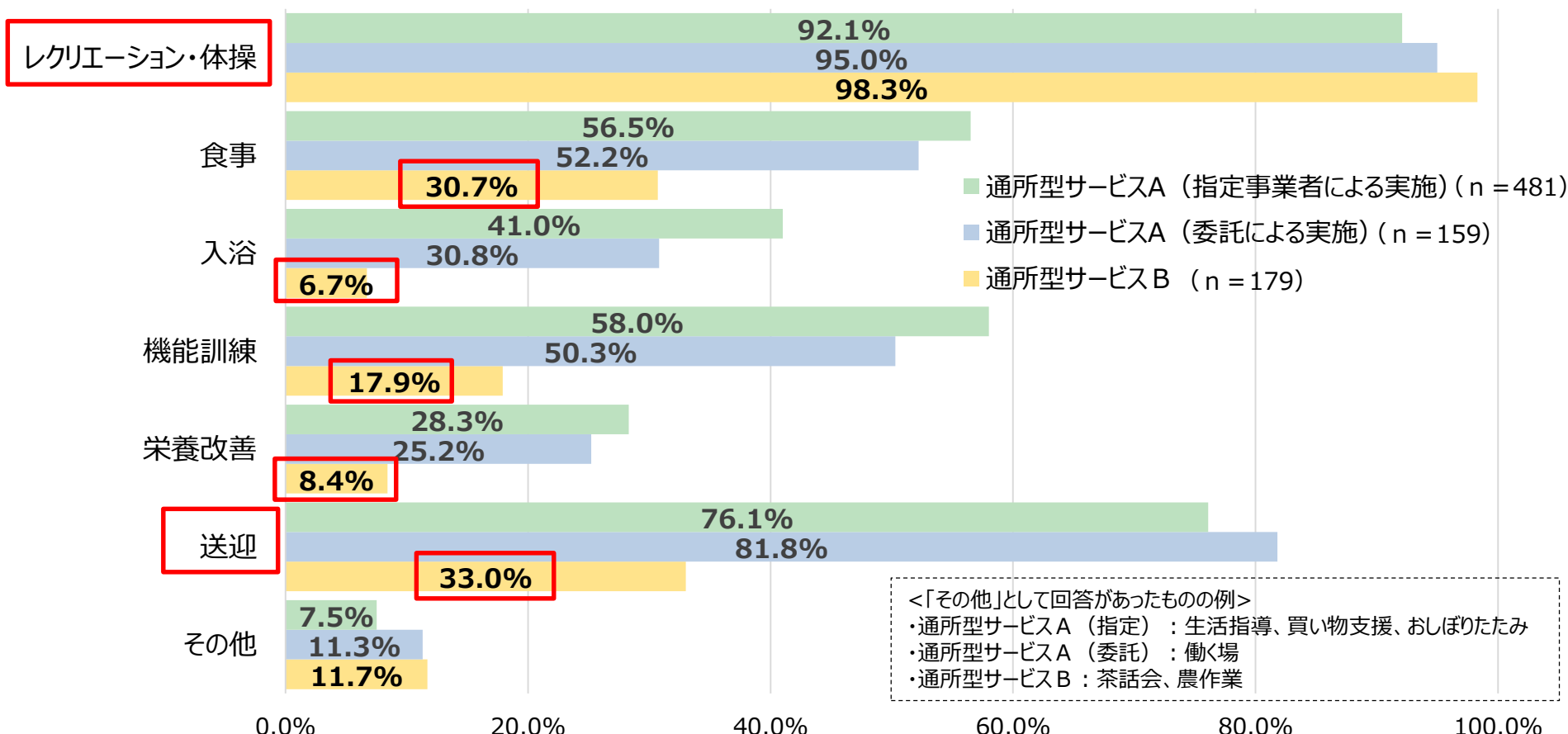


※ 令和4年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備の実施状況に関する調査研究事業」(株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所)より作成（令和4年10月17日中間集計）
 ※ 全市町村（1,741市町村）に対する調査。上記は、管内に通所型サービスA事業所がある市町村に対し、基準緩和の例としてあてはまるものをすべて回答させることにより得たもの。

介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスA・Bで提供しているサービス内容 (令和4年度調査中間集計)

- 介護予防・日常生活支援総合事業について、通所型サービスA（指定事業者による実施・委託による実施）と住民主体のサービス（サービスB）で提供しているサービス内容をみると、全てのサービスにおいて「レクリエーション・体操」が最も多く（92.1%、95.0%、98.3%）、次いで「送迎」が多かった（76.1%、81.8%、33.0%）。
- サービスBについては、サービスAと比べ、食事、入浴、機能訓練、栄養改善、送迎の実施割合が低かった。

通所型サービスA・Bにより提供しているサービス内容



高齢者に対する見守り事業・配食事業（総合事業以外の事業を含む）の実施状況 （令和4年度調査中間集計）

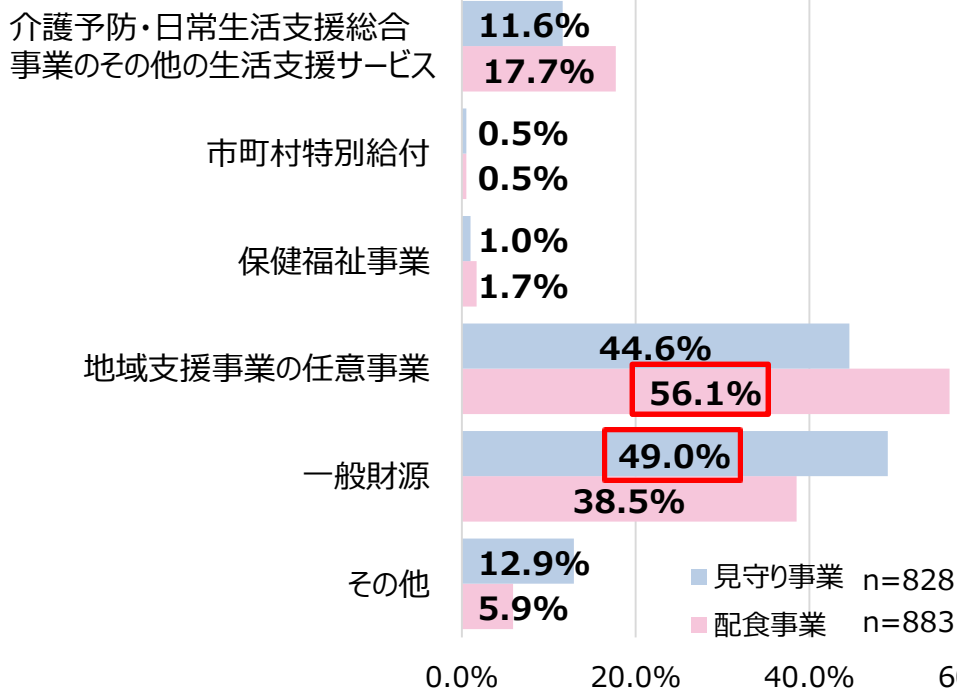
- 総合事業によるもの以外の事業を含めた、市町村ごとの高齢者を対象に含む見守り事業・配食事業の実施状況をみると、見守り事業を実施している市町村は68.9%、配食事業を実施している市町村は73.5%、いずれも実施していない市町村は13.7%であった。
- 事業を実施するための財源については、総合事業を活用している割合（見守り:11.6%・配食17.7%）に対し、地域支援事業の任意事業や一般財源などの他財源を活用している割合が高い状況であった。
- 見守り事業・配食事業の対象者は要介護者など総合事業の対象者以外の者が多く含まれていた。

見守り事業・配食事業の実施状況

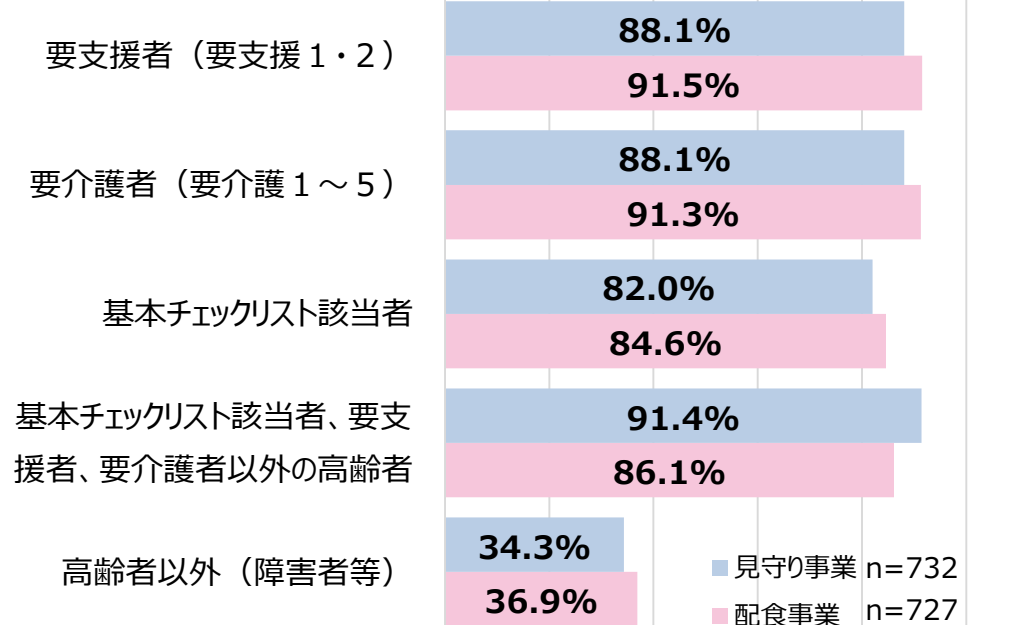
(n=1,201)

| | | | | | |
|-------|-------|------|-------|-------------|-------|
| 見守り事業 | 68.9% | 配食事業 | 73.5% | いずれも実施していない | 13.7% |
|-------|-------|------|-------|-------------|-------|

見守り事業・配食事業を実施するための財源



見守り事業・配食事業の対象者



※ 令和4年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備の実施状況に関する調査研究事業」(株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所)より作成(令和4年10月17日中間集計)
 ※ 全市町村(1,741市町村)に対する調査。上記は、すべての市町村に対し、見守り事業・配食事業の実施状況等について、あてはまるものをすべて選択させることにより得たもの。

生活支援体制整備事業について

生活支援体制整備事業は、生活支援コーディネーターの配置と協議体の設置により、「地域住民に身近な存在である市町村が中心となって、」「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」もの（地域支援事業実施要綱より）

○ 介護保険法（平成9年法律第123号）
（地域支援事業）

第百十五条の四十五（略）

2 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、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、**地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。**

五 **被保険者の地域における自立した日常生活の支援及び要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止に係る体制の整備その他のこれらを促進する事業**

（1）生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置

多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。

（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
- 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など

（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など

（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をマッチングなど

（2）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

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

NPO

民間企業

協同組合

ボランティア

社会福祉法人

等

生活支援体制整備事業費（生活支援コーディネーターの配置・協議体の設置）の標準額

- 第1層（市町村区域） **8,000千円 × 市町村数（※）**
- 第2層（中学校区域） **4,000千円 × 日常生活圏域の数**

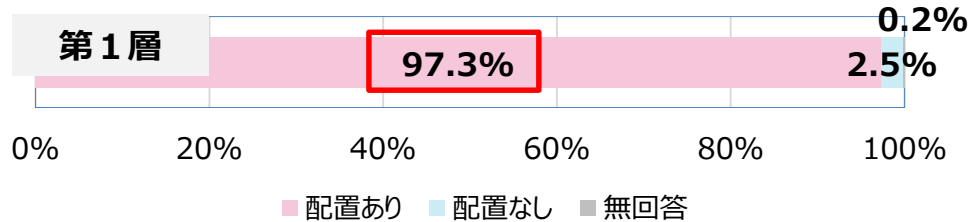
※ 指定都市の場合は行政区の数
一部事務組合及び広域連合の場合は構成市町村の数

生活支援体制整備事業 生活支援コーディネーターの配置・協議体の設置状況（令和2年度）

- 生活支援コーディネーターは、第1層では97.3%、第2層では72.6%の市町村で配置されている。
また第1層では27.6%、第2層では49.9%の市町村が2人以上の生活支援コーディネーターを配置している。
- 協議体は、第1層では93.4%、第2層では64.7%の市町村で設置されている。

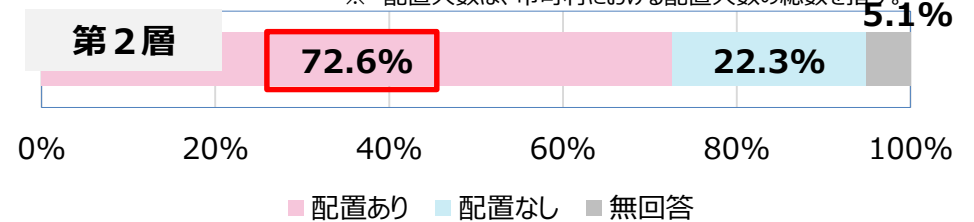
生活支援コーディネーターの配置

n = 1,741 (単数回答)



| | 市町村数 | 割合 |
|------------|-------|---------|
| 配置あり | 1,694 | 97.3% |
| (うち2人以上配置) | (481) | (27.6%) |
| 配置なし | 43 | 2.5% |
| 無回答 | 4 | 0.2% |

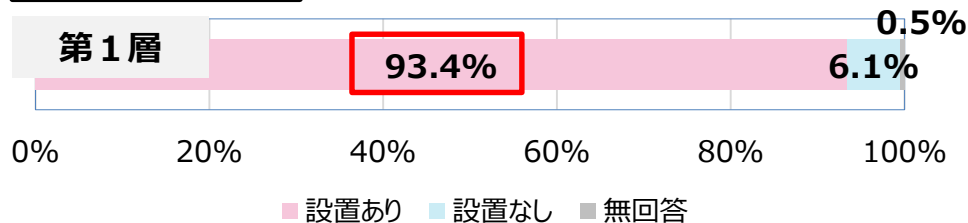
n = 1,741 (単数回答)
 ※ 第1層と第2層が同一である自治体も含む。
 ※ 配置人数は、市町村における配置人数の総数を指す。



| | 市町村数 | 割合 |
|------------|-------|---------|
| 配置あり | 1,264 | 72.6% |
| (うち2人以上配置) | (869) | (49.9%) |
| 配置なし | 388 | 22.3% |
| 無回答 | 89 | 5.1% |

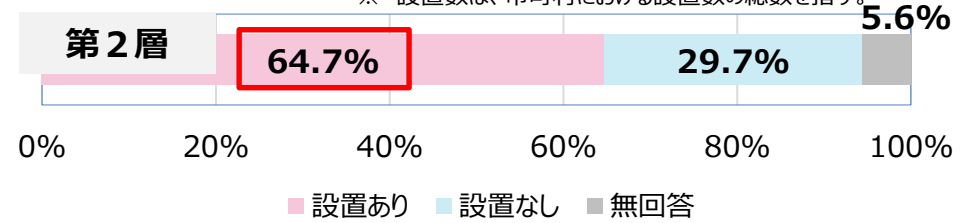
協議体の設置

n = 1,741 (単数回答)



| | 市町村数 | 割合 |
|-----------|-------|--------|
| 設置あり | 1,626 | 93.4% |
| (うち2以上設置) | (42) | (2.4%) |
| 設置なし | 106 | 6.1% |
| 無回答 | 9 | 0.5% |

n = 1,741 (単数回答)
 ※ 第1層と第2層が同一である自治体も含む。
 ※ 設置数は、市町村における設置数の総数を指す。



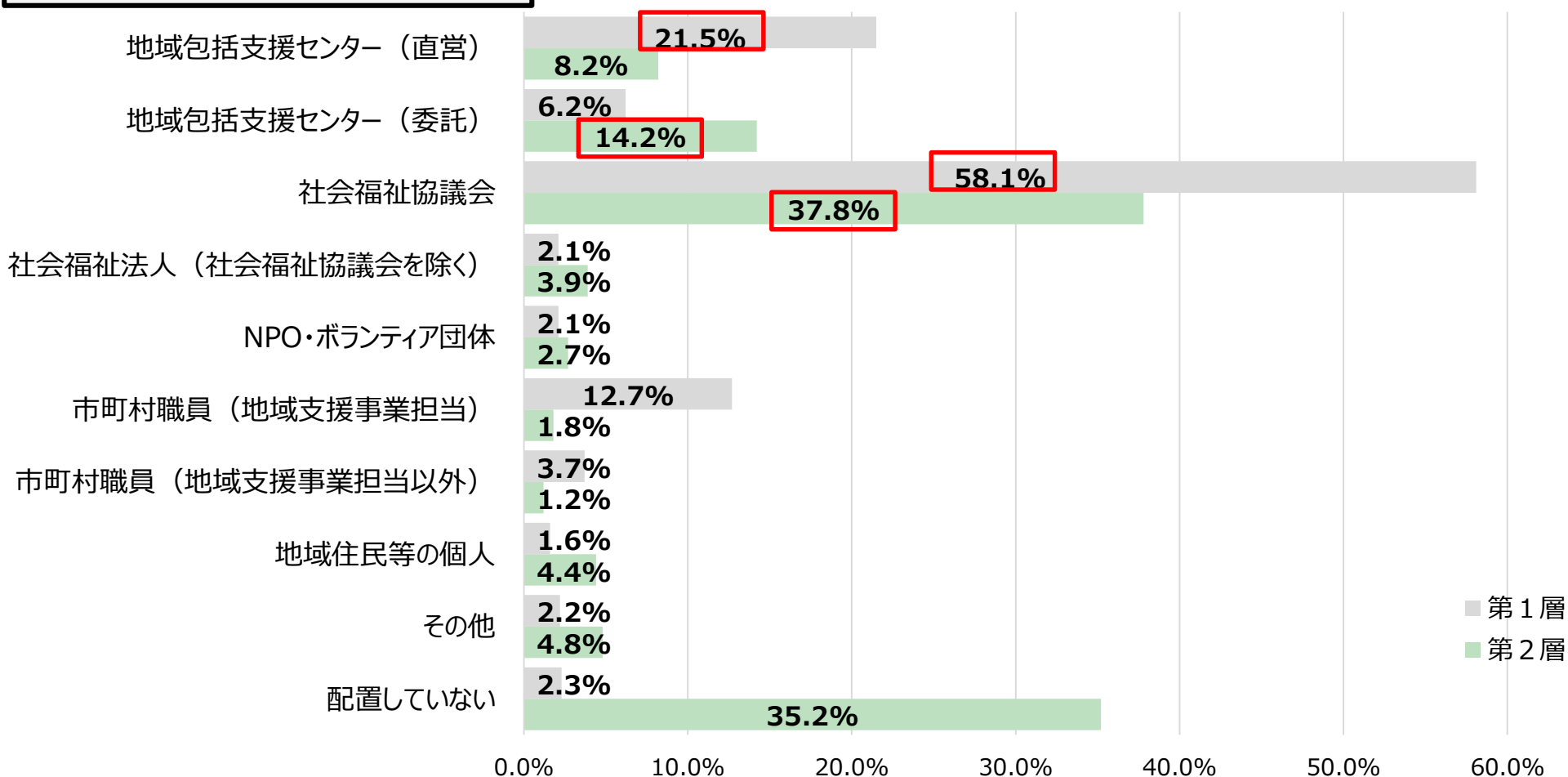
| | 市町村数 | 割合 |
|-----------|-------|---------|
| 設置あり | 1,126 | 64.7% |
| (うち2以上設置) | (692) | (39.7%) |
| 設置なし | 517 | 29.7% |
| 無回答 | 98 | 5.6% |

生活支援体制整備事業 生活支援コーディネーターの所属団体 (令和4年度調査中間集計)

○ 第1層・第2層に配置している生活支援コーディネーターの所属をみると、第1層・第2層ともに「社会福祉協議会」が最も多く（58.1%、37.8%）、次いで第1層は「地域包括支援センター（直営）」が、第2層は「地域包括支援センター（委託）」が多かった（21.5%、14.2%）。

生活支援コーディネーターの所属団体

(n=1,201)



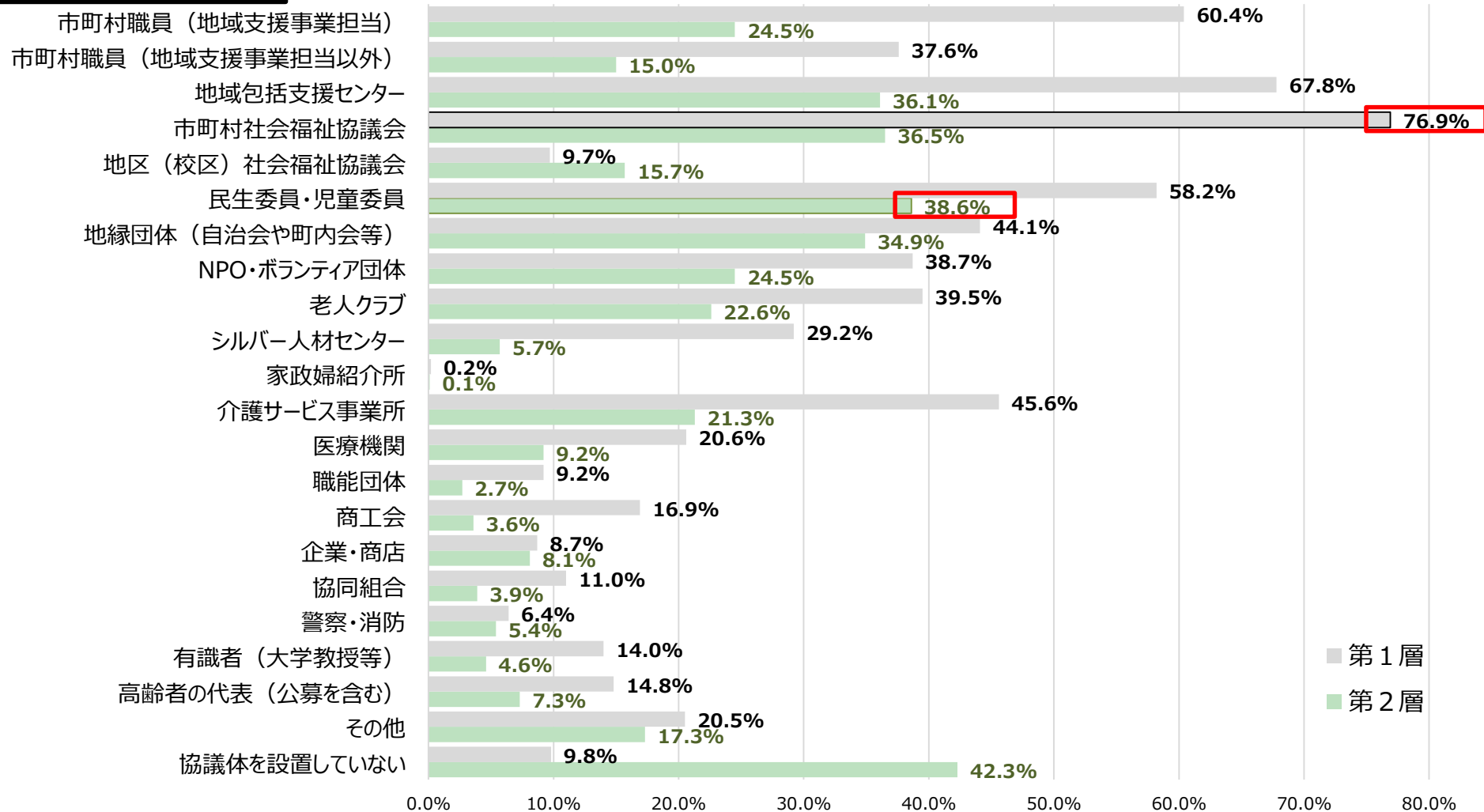
■ 第1層
■ 第2層

生活支援体制整備事業 協議体の構成員・所属団体 (令和4年度調査中間集計)

○ 第1層・第2層協議体の構成員若しくは構成員の所属団体をみると、第1層では「市町村社会福祉協議会」が、第2層では「民生委員・児童委員」が最も多かった（76.9%、38.6%）。

協議体の構成員・所属団体

(n=1,201)

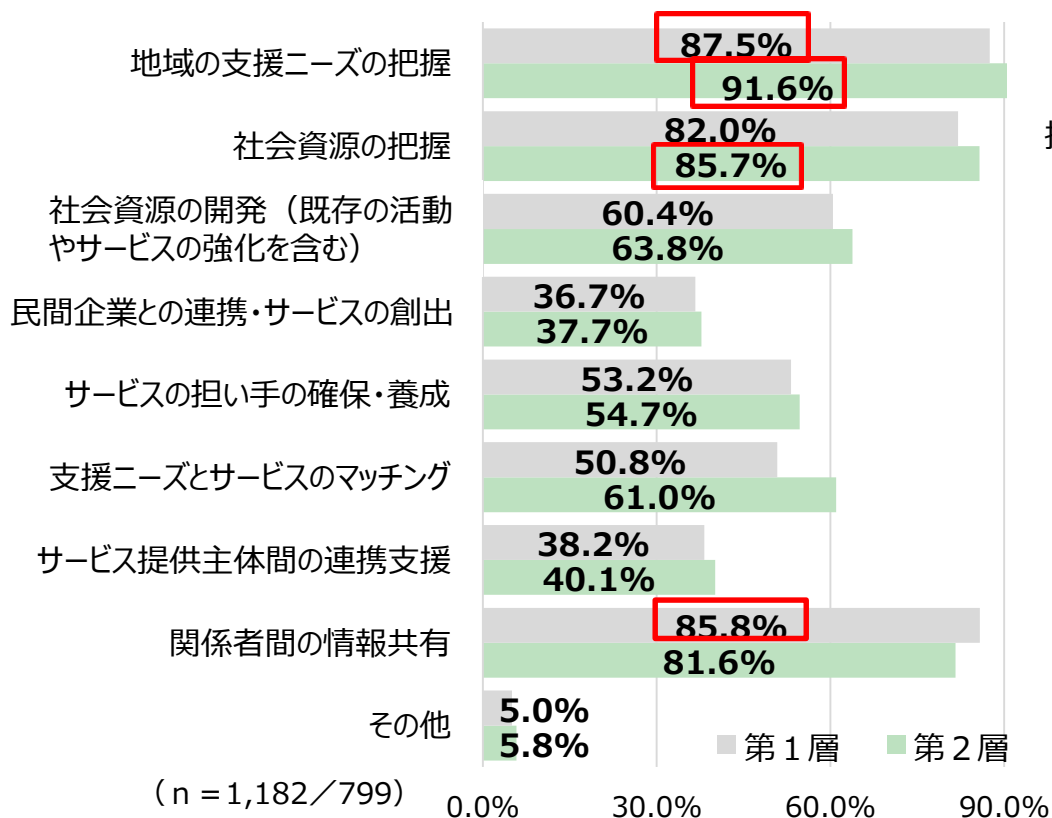


■ 第1層
■ 第2層

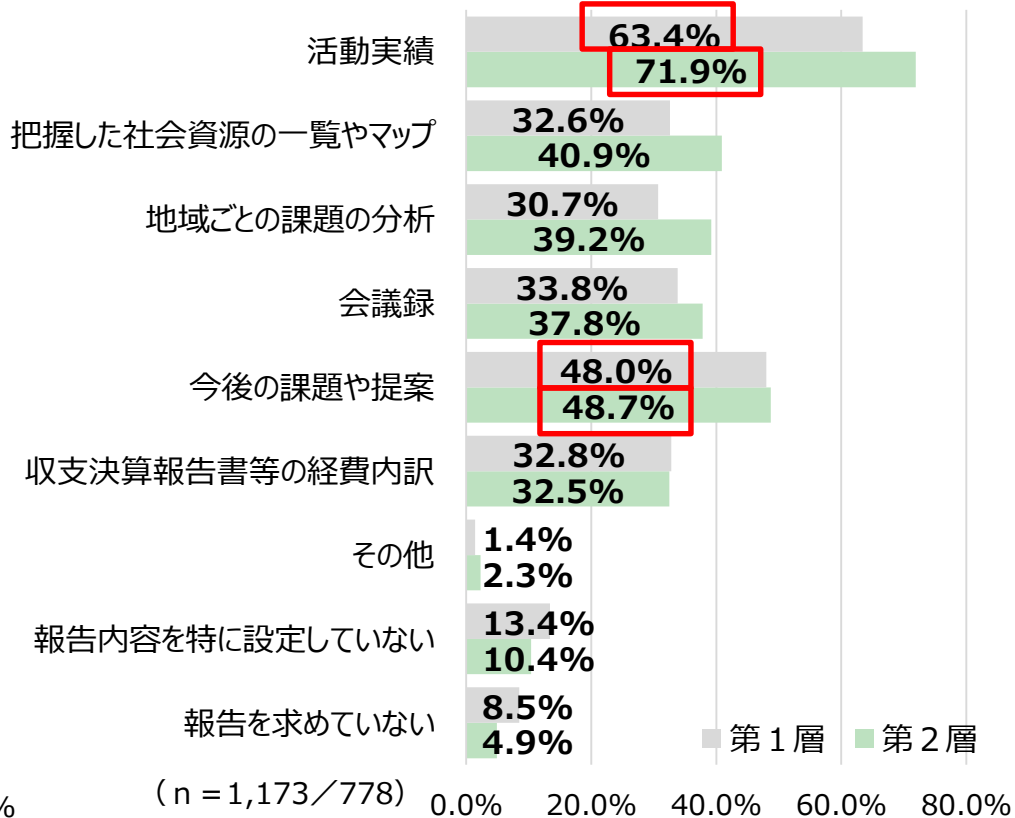
生活支援体制整備事業 生活支援コーディネーターや協議体の活動／実績報告 (令和4年度調査中間集計)

- 生活支援コーディネーターや協議体が行っている活動をみると、第1層・第2層ともに「地域の支援ニーズの把握」が最も多く(87.5%、91.6%)、次いで第1層では「関係者間の情報共有」が、第2層では「社会資源の把握」が多かった(85.8%、85.7%)。
- また、生活支援コーディネーターを配置するにあたり、実績としてどのような内容の報告を求めているかをみると、第1層・第2層ともに「活動実績」が最も多く(63.4%、71.9%)、次いで「今後の課題や提案」が多かった(48.0%、48.7%)。

生活支援コーディネーターや協議体が行っている活動



生活支援コーディネーターの実績報告



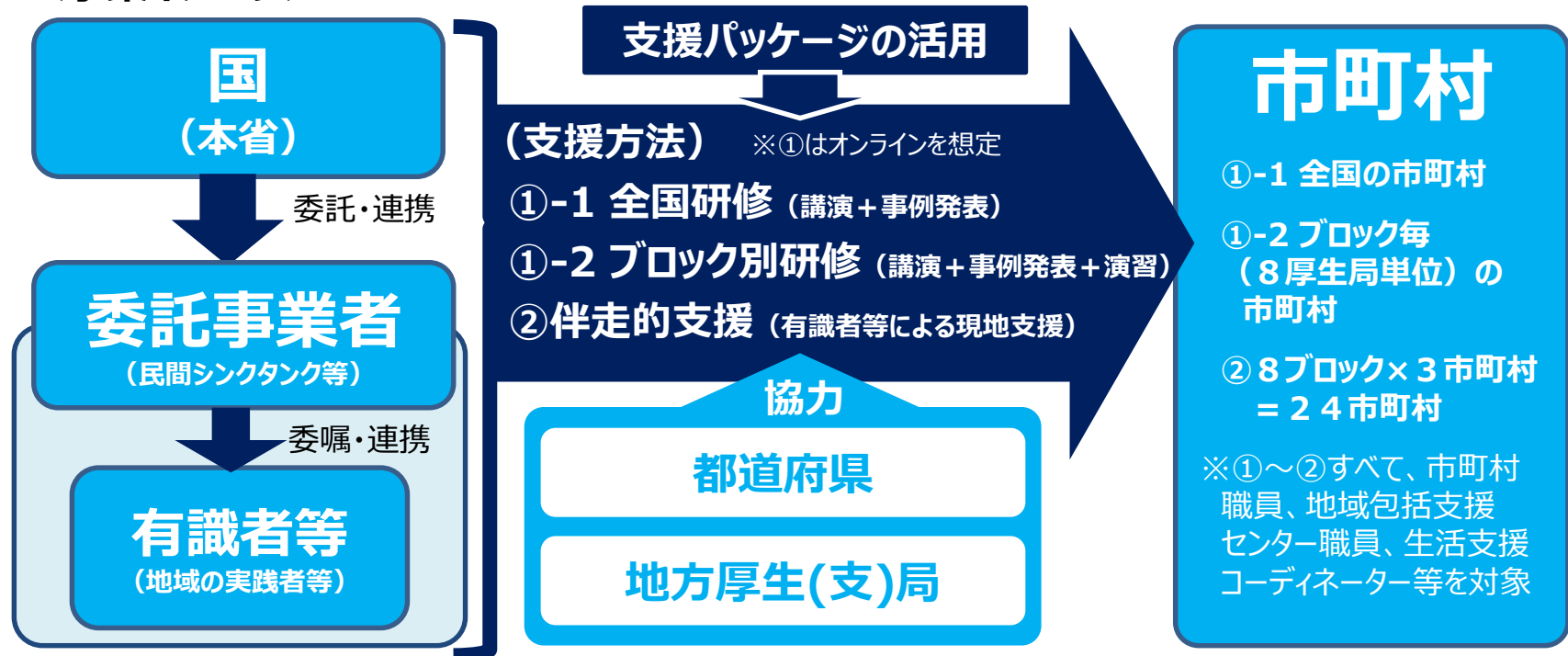
地域づくり加速化事業

(項) 介護保険制度運営推進費 (目) 要介護認定調査委託費 令和4年度予算 75,000千円 (新規)

事業概要

- 団塊世代（1947～1949年生）が全員75歳以上を迎える2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築を図るため、市町村の地域づくり促進のための支援パターンに応じた**支援パッケージ**を活用し、**①有識者による市町村向け研修（全国・ブロック別）**や**②個別協議を実施しているなど総合事業の実施に課題を抱える市町村への伴走的支援**の実施等を行うものである。
- 支援の実施にあたっては、地域偏在が起きないように留意するとともに、都道府県及び地方厚生（支）局の担当者も参加することにより、本事業が終了した後も、支援実施のノウハウが継承されていくよう取り組みを進める。

<事業イメージ>



高齢者生きがい活動促進事業

令和4年度予算 20,000千円 (20,000千円)

【目的】

少子高齢化が進展し、現役世代が減少するとともに、高齢者の大幅な増加が見込まれる中、高齢者が地域の中で生きがいや役割を持ちながら積極的な社会への参加を促進していくことが、生涯現役社会の実現に向けた環境整備等において重要な取組である。このため、住民主体による生活支援、共生の居場所づくりや農福連携の取組など、高齢者の社会参加・役割創出に資する活動等の立ち上げへの支援を行うものである。

【事業内容】

以下の取組の立ち上げ支援(初度設備等の補助)を行う

①農福連携推進事業

高齢者が農作業や農作物の調理・販売等をとおして、運動機能低下・認知症・閉じこもり等の介護予防を図るなど、農福連携を通じ、高齢者が地域で交流し生き生きと活動できる場の提供に資する活動

②高齢者等が行う地域の支え合い活動

(例)

- ・単身高齢者等に対する見守り、配食サービス等の有償ボランティア活動
- ・地域共生社会の推進に向け、多世代交流等の「共生の居場所づくり」に資する活動 など

【補助上限額(定額補助)】

①の取組:200万円

②の取組:100万円



【実施主体】 市区町村

| | |
|---------------|--------|
| 創設年度 | 平成25年度 |
| 補助根拠 | 予算補助 |
| 補助率 (負担割合) | 定額 |

介護人材確保のためのボランティアポイントの活用 (地域医療介護総合確保基金(介護従事者確保分))

○ボランティアポイントを活用することで、介護分野の各種研修やボランティア活動へのインセンティブを拡大し、若者層、中年齢層、子育てを終えた層、高齢者層など各層の **社会参加・就労的活動を推進するとともに介護現場での更なる活躍を支援。介護人材の裾野を拡大**する。

※現行制度で実施されている介護予防に資する高齢者向けのボランティアポイント制度の仕組みを参考

地域医療介護総合確保基金を活用した「介護人材確保のためのボランティアポイント」

若者層、中年齢層、
子育てを終えた層、
高齢者層



○実施主体: 都道府県(市町村への補助を想定)

○ポイント付与の対象: **若者、中年齢者、子育てを終えた者、高齢者等。認知症の人も対象。**

○対象事業:

① **都道府県等が実施する介護分野への入門的研修等の各種研修の受講**

② **高齢者の通いの場、認知症カフェや介護施設等での介護の周辺業務(清掃、配膳、見守り等)などのボランティア活動**

○財源構成: 国2/3、都道府県1/3

<取組のイメージ>

介護予防に着目(現行制度)



【現行制度】地域支援事業(一般介護予防事業)を活用した「介護予防に資するボランティアポイント」

高齢者層



○実施主体: 市町村(令和2年度:599市町村で実施)

○ポイント付与の対象: 高齢者

○対象事業: ①介護予防に資するボランティア活動

②介護予防に資する活動への参加

○財源構成: 国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%、介護保険料50%

※両施策を同時に実施する場合、一体的にポイントの管理、ボランティア活動の場へのマッチングを行うことは可能(共通経費は登録者数の多い制度に計上)

※それぞれ単独での実施も可能

地域の支え合い・助け合い活動のための事務手続き等支援事業（事務お助け隊）

（地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分））

老人クラブなど、互助の取組を行う団体が、構成員の高齢化等により、会計処理、事業報告、補助金申請などの事務作業ができないために活動の継続が難しい場合、事務手続き等に詳しい者（企業退職者、事務の経験のある者、税理士、社会保険労務士等（※））が、「事務お助け隊」として事務作業をサポートすることにより、地域の支え合い・助け合い活動の立ち上げや活動の継続・活性化を支援する。

※資格等に関わらず、自身の経験で得られたスキルやノウハウを活かして社会貢献を希望する者など

事業内容（例）

○互助団体の活動継続に必要な各種書類作成

- ・会計処理、事業報告書、補助金申請書、広報誌等の作成をサポート

○互助団体の事務の効率化、事務負担の軽減につながる助言等

- ・誰でも対応ができる簡易な事務マニュアルの作成、事務負担軽減につながる機器（パソコン等）の活用 等

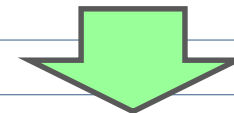
○互助団体と「お助け隊メンバー」のマッチング

- ・「事務お助け隊」の募集、連絡・管理
- ・団体の困りごとに対応できる「事務お助け隊」のメンバーを選定 など

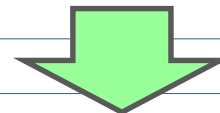
○その他、互助団体の活動継続・活性化に必要な支援



ボランティア活動を実施していく上で毎年度必要な事務作業が難しく、活動の継続が難しくなってきた



事務お助け隊が各種書類作成支援や事務負担を軽減



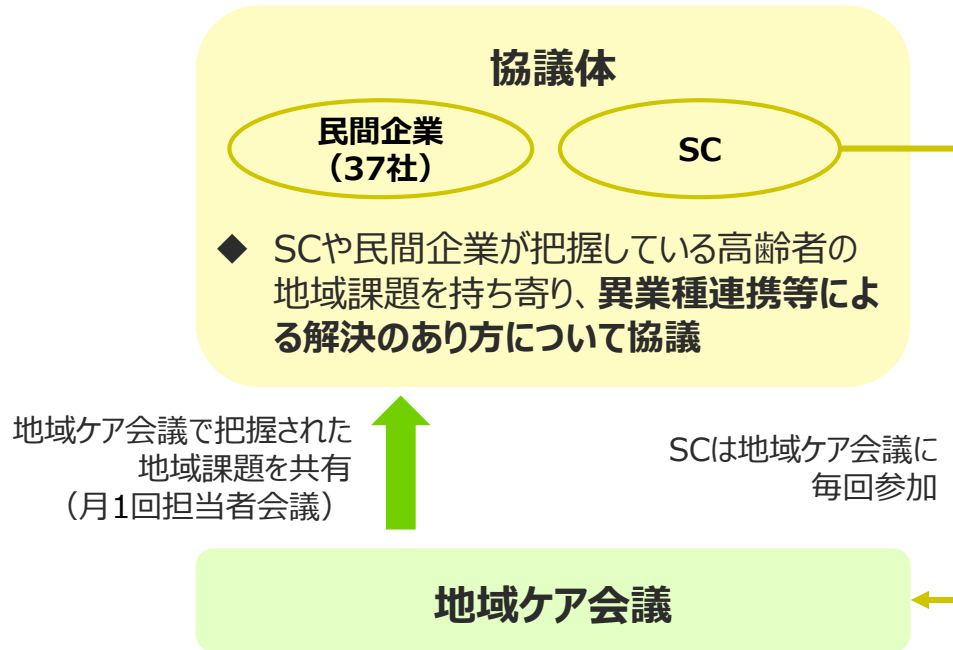
地域の支え合い・助け合い活動が継続

大阪府大東市の事例（1/2）

- 大阪府では協議体に様々な業種の民間企業が参加し、高齢者の地域課題に対応した保険外サービスの周知活動や新規サービス開発等を実施している

協議体の役割・地域ケア会議との連携

- 協議体にはSCのほか、民間企業37社（※詳細右記）が参加し、協議体や地域ケア会議で把握された地域課題について協議。
- 協議体に参加する企業同士のコラボ等により、課題解決のサービス創出・活用促進に取り組んでいる。



協議体の参加企業

- 協議体には以下の業種が参加している。
- 大東市では協議体を「地域ニーズを把握してビジネスチャンスにつなげることのできる場所」と位置づけ、認知症高齢者の見守り連携協定に参加した企業への特典として、協議体への参加を認めている。

| | | |
|---------|--------|----------|
| 霊園、葬儀場 | 建設業者 | 生涯学習センター |
| 配食業者 | 法律事務所 | 人材派遣会社 |
| ガス器具業者 | 畳襖業者 | 就労相談所 |
| ドラッグストア | 眼鏡屋 | 健康グッズ業者 |
| 福祉用具店 | 新聞配達 | 音楽教室 |
| 信用金庫 | 生協 | まちづくり会社 |
| ケーブルテレビ | 理美容店 | 保険代理店 |
| 鍼灸院 | 商店街関係者 | 不動産業者 |

大阪府大東市の事例（2/2）

- 地域ケア会議や第二層協議体（約120カ所）の場で把握された地域課題に対して、民間企業とSCからなる第一層協議体で保険外サービスの周知・新規創出に取り組むことによって解決を図っている。
- 具体的な取組事例は下記の通り。

【事例】買い物困難者への対応

課題

- 買い物困難者の増加
- 一方で、買い物困難者は点在しており、漠然と移動販売車を出すだけでは採算が取れない

協議体での課題解決

スーパーの配達情報の周知

- ✓ 地域のスーパーの配達に関する情報をまとめて全戸配布するとともにケアマネにも周知を行い、食品配達サービスの活用を促進

移動販売サービス「とくし丸」

- ✓ 生鮮食品や日用品等を、申し込みのある個人宅へ定期訪問・自宅前での対面販売を行う移動販売サービス「とくし丸」を運行
- ✓ 買い物困難者は点在しており、それだけでは採算が取れないことから、買い物困難者以外も「とくし丸」のサービスを活用するようSCが呼びかけ

【事例】移動困難者への対応

課題

- 大東市では通いの場の普及に力を入れており、認知症になっても通い続けられる通いの場の整備に取り組んでいるが、移動の困難から通い続けられない高齢者が多い

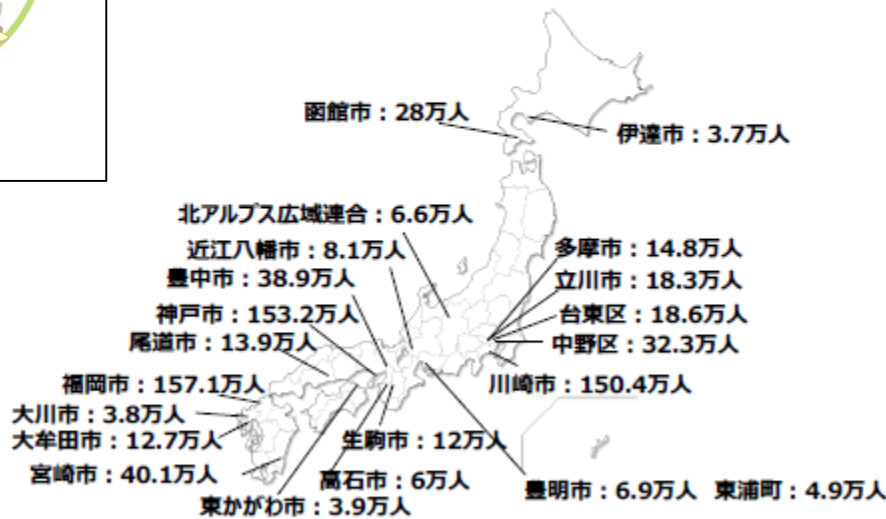
協議体での課題解決

霊園業者の空き車両を活用した移送サービス

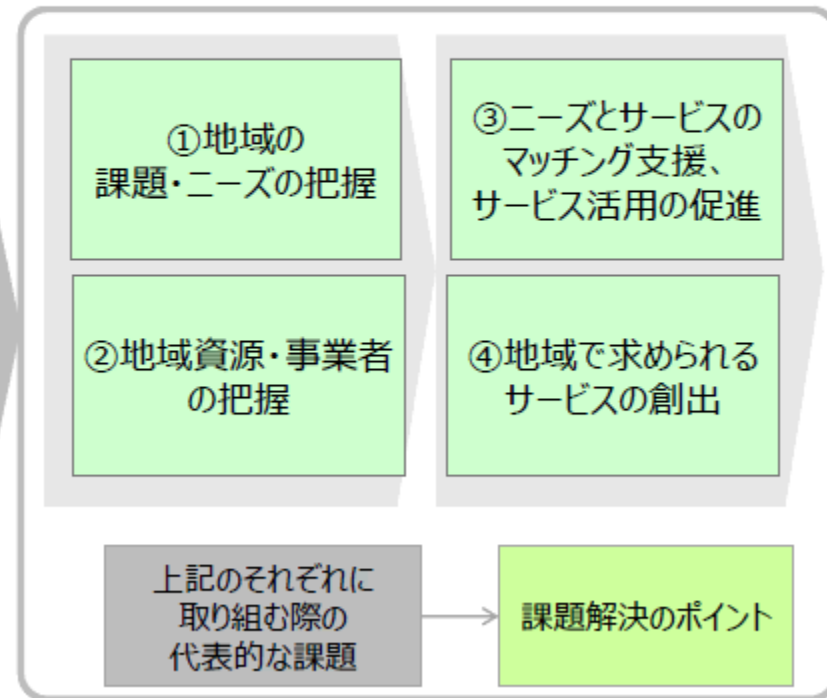
- ✓ 霊園業者の所有する送迎車の空き時間を活用し、自宅から通いの場までの移送サービスを開始
- ✓ 通いの場からの帰り道でスーパーに立ち寄ることで、買い物困難の課題にもアプローチ



地域包括ケアシステムの構築・充実において
保険外サービスを活用している・しつつある
21の自治体の事例を調査



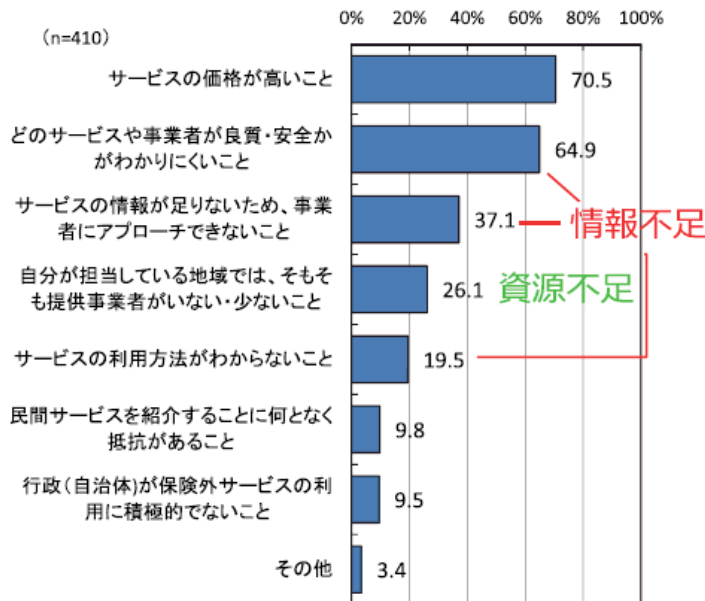
自治体に期待される役割を下記の①～④に
整理し、それぞれに取り組む際の課題と
課題解決のポイントをまとめた



ケアマネ・事業所が保険外サービスを活用する際の課題

ケアマネジャーが保険外サービスを活用する際の課題

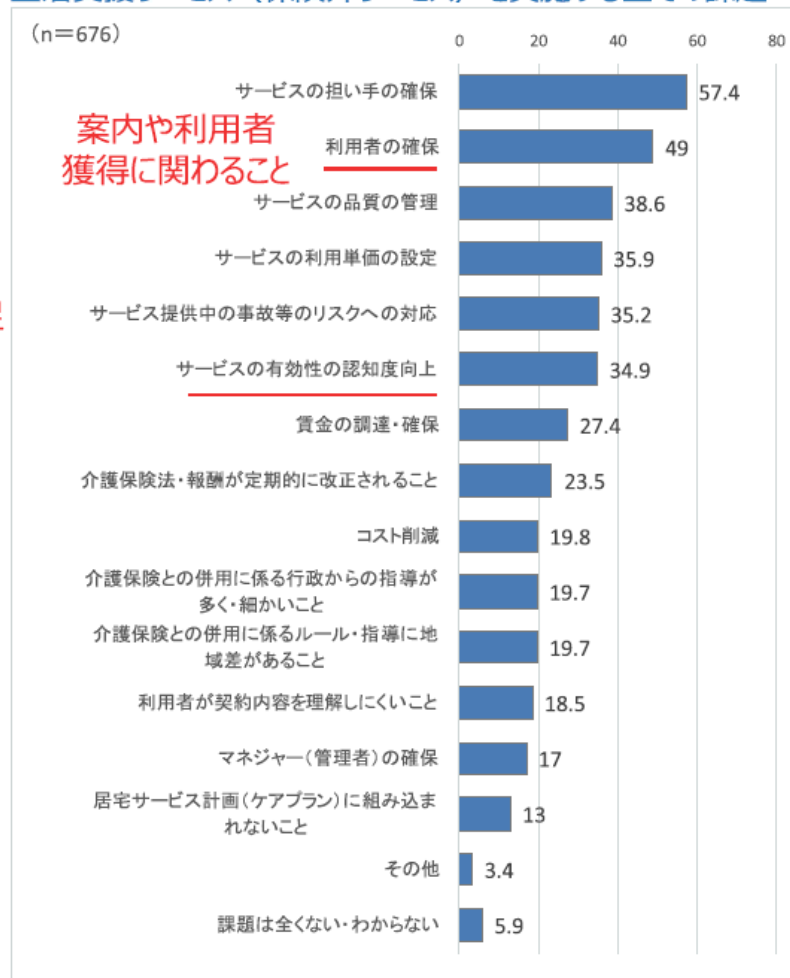
保険外サービスをケアプランに盛り込んだり、
情報提供を行う際に難しいと感じること



(資料) 株式会社日本総合研究所
「介護に取り組む家族の支援に資する民間サービスの普及・促進に関する調査研究事業」平成29年3月

事業者（介護保険事業）が保険外サービスを実施する際の課題

生活支援サービス（保険外サービス）を実施する上での課題



(資料) 株式会社日本総合研究所
「介護サービス事業者による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業」平成26年3月

自治体における保険外サービスのニーズ

アクティブ

要介護

高松市 一次・二次予防対象者への調査

(一次予防400名、二次予防400名)

介護予防・生活支援サービスのニーズ

一次予防対象者:

買い物代行、掃除・洗濯・布団干し、
庭の手入れ、調理

二次予防対象者:

送迎支援、買い物代行、
居場所活動(介護予防、レク)、外出活動

出所：高松市「介護予防・生活支援サービスに関するニーズ調査結果」
(平成27年10月)

豊島区 要支援・要介護高齢者への調査

(187名)

・利用したことがある自費サービス:

「外出への付添い」15%、「院内介助」15%

利用していないは59%

⇒41%は何らかの自費サービスを利用

・利用したい自費サービス:

「緊急時対応」30%、「外出付添い」26%

利用したいものは特になし35%

⇒65%は何らかの
自費サービスの利用を希望

出所：豊島区「選択的介護モデル事業ワーキンググループ報告」
(平成29年9～10月)

奈良県 65歳以上の介護を要しない 高齢者への調査(1,800名)

【日常的に受けたいと思う生活支援サービス】

「食事の支援」49%、「掃除」48%

「買い物支援」42%、「移動の支援」34%

「ゴミだし・庭掃除」32%

【医療・介護以外に身近なところがあればよいサービス】

「緊急時の通報システム」26%

「配食や食事の提供」18%

「(介護保険外の)家事代行」11%

「安否確認」10%

出所：奈良県「高齢者の生活・介護等に関する実態調査結果概要」
(平成29年3月)

横浜市 要支援・要介護高齢者への調査

(要支援613名、要介護2,038名)

・今後利用したい介護保険以外のサービスについては、要支援では「緊急時の通報装置」22%、「買い物代行・同行、部屋の電球の取替えなど、ちょっとした生活支援サービス」20%等、自立生活を支援するサービスの利用意向が高い。

・一方、要介護では

「緊急時の短期入所サービス」26%

「歯科・眼科などの訪問診療」「家族が休むための短期入所サービス」がともに20%となっている

出所：横浜市健康福祉局「横浜市高齢者実態調査報告書」
(平成26年3月)

○ 介護保険法（抄）

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態な場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

第八条

2 この法律において「訪問介護」とは、要介護者であって、居宅において介護を受けるものについて、その者の居宅において介護福祉士その他政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるものをいう。

24 この法律において「居宅介護支援」とは、居宅要介護者が第41条第1項に規定する指定居宅サービス又は特例居宅介護サービス費に係る居宅サービス若しくはこれに相当するサービス、第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス又は特例地域密着型介護サービス費に係る地域密着型サービス若しくはこれに相当するサービス及びその他の居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービス（以下この項において「指定居宅サービス等」という。）の適切な利用等をすることができるよう、当該居宅要介護者の依頼を受けて、その心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要介護者及びその家族の希望等を勘案し、利用する指定居宅サービス等の種類及び内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画（以下（中略）「居宅サービス計画」という。）を作成する（中略）ことをいい、「居宅介護支援事業」とは、居宅介護支援を行う事業をいう。

○ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（抄）

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第1条の2に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

四 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

○ 通知「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いについて」（平成30年9月28日）（抄）

介護保険制度では、高齢者が抱える多様なニーズに柔軟に対応できるよう、一定の条件の下で、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供することを認めている。（中略）

なお、介護保険サービスと保険外サービスを同時一体的に提供することや、特定の介護職員による介護サービスを受けるための指名料や、繁忙期・繁忙時間帯に介護サービスを受けるための時間指定料として利用者の自費負担による上乗せ料金を徴収することについては、単に生活支援の利便性の観点から、自立支援・重度化防止という介護保険の目的にそぐわないサービスの提供を助長するおそれがあることや、家族への生活支援サービスを目的として介護保険を利用しようとするなど、利用者本人のニーズにかかわらず家族の意向によってサービス提供が左右されるおそれがあること、指名料・時間指定料を支払える利用者へのサービス提供が優先され、社会保険制度として求められる公平性を確保できなくなるおそれがあること等が指摘されており、認めていない。

○ 保険外サービス活用ガイドブック（平成28年3月）

地域包括ケアシステムの構築に当たって多様な高齢者のニーズが想定される中、2016年3月末に、厚生労働省・農林水産省・経済産業省の連名で、「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集（「保険外サービス活用ガイドブック」）」を策定。

地域包括ケアシステム構築に向けた
公的介護保険外サービスの参考事例集
保険外サービス活用ガイドブック



総合事業の対象者の弾力化等

○ 介護保険制度の見直しに関する意見書（令和元年12月27日）（抄）

- ・現在、総合事業の対象者が要支援者等に限定されており、要介護認定を受けると、それまで受けていた総合事業のサービスの利用が継続できなくなる点について、本人の希望を踏まえて地域とのつながりを継続することを可能とする観点から、介護保険の給付が受けられることを前提としつつ、弾力化を行うことが重要である。
- ・国がサービス価格の上限を定める仕組みについて、市町村が創意工夫を発揮できるようにするため、弾力化を行うことが重要である。



○ 介護保険法施行規則の一部を改正する省令（令和2年10月22日厚生労働省令第176号）

① 総合事業の対象者の弾力化【第140条の62の4関係】

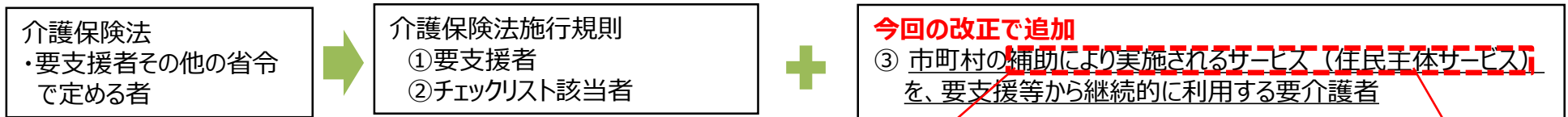
- ・介護予防・生活支援サービス事業の対象者に、当該事業における補助により実施されるサービス（住民主体のサービス）を継続的に利用する要介護者を追加する。

② 総合事業のサービス価格の上限の弾力化【第140条の63の2関係】

- ・介護予防・生活支援サービス事業のサービス価格について、国が定める額を勘案して市町村が定める額とする。

※施行日は令和3年4月1日

○ 対象者の追加イメージ



※ 介護予防・生活支援サービス事業のサービス類型

| | 訪問型/通所型 従前相当サービス | 訪問型/通所型 サービスA | 訪問型/通所型 サービスB | 訪問型/通所型 サービスC | 訪問型 サービスD |
|------|---------------------|------------------|------------------|------------------|--------------|
| 内容 | 従前の予防給付相当 | 緩和された基準 | 住民主体 | 短期集中予防 | 住民主体の移動支援 |
| 提供方法 | 事業者指定 | 事業者指定、委託 | 補助 | 直接実施、委託 | 補助 |

介護予防・日常生活支援総合事業の補助事業（B型・D型）の対象者の見直し

- 令和3（2021）年4月より、介護予防・日常生活支援総合事業における、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に対する補助事業（B型・D型）について、要支援者等に加えて、介護給付を受ける前から継続的に利用する要介護者（継続利用要介護者）の方々も対象となります。
- これにより、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等が、市町村による運営費全体の補助を受けやすくなるなど、継続利用要介護者の方々のご希望を踏まえて、地域とのつながりを継続することを可能とするための見直しです。

見直しの内容

【令和3年3月以前】

- ・ 総合事業の対象者は「要支援者」「基本チェックリスト該当者」とされています。
- ・ 総合事業で、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に対して運営費全体を補助するためには、「要支援者」「基本チェックリスト該当者」が利用者全体の過半数である必要などがあります。

≪住民主体のサービスへの補助の例≫

※あくまで例ですので、補助の方法は自治体により異なることがあります。



【令和3年4月以降】

- ・ 令和3年4月からの見直しにより、総合事業の補助を受けて実施されている住民主体のサービスを、介護給付を受ける前から継続的に利用する要介護者（継続利用要介護者）も、総合事業の対象者となります。
- ・ これにより、按分の方法により補助額を決定している市町村においては、「継続利用要介護者」の方々も含めて利用者全体の過半数であるかを見ることになるため、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等が、市町村による運営費全体の補助を受けやすくなります。
- ・ これは、継続利用要介護者の方々のご希望を踏まえて、地域とのつながりを継続することを可能とするための見直しです。



介護保険制度の見直しに関する意見（介護予防・日常生活支援総合事業）

介護保険制度の見直しに関する意見（抜粋）
（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）

I 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）

2 総合事業

- 総合事業について、より効果的な推進に向けた、運営面、制度面での対応方策等について、議論を行った。
- 総合事業について、高齢化の進展に対応し、地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組む観点から、より効果的に推進し、地域のつながり機能を強化していくことが必要である。
- 現在、総合事業の対象者が要支援者等に限定されており、要介護認定を受けると、それまで受けていた総合事業のサービスの利用が継続できなくなる点について、本人の希望を踏まえて地域とのつながりを継続することを可能とする観点から、介護保険の給付が受けられることを前提としつつ、弾力化を行うことが重要である。その際、認知症など利用者の状態に応じた適切な対応を行うことや、適正な事業規模とすべきことに留意が必要である。具体的には、総合事業の対象者の弾力化にあたり、ケアマネジメントを通じて適切な事業の利用が担保されること、あわせて、国において弾力化後の事業の利用者の変化の状況や具体的なサービスの利用の状況などを定期的に把握・公表することが重要である。
- 国がサービス価格の上限を定める仕組みについて、市町村が創意工夫を発揮できるようにするため、弾力化を行うことが重要である。その際、適正な事業規模とするよう留意が必要である。また、引き続き基準となる単価設定は必要との意見があることにも留意が必要である。国が定めたサービス価格の上限を上回る価格設定を行う場合は、国において引上げ額及びその理由を定期的に把握・公表することが重要である。
- 各市町村の事業規模については、現在の枠組みを維持することが適当である。なお、より弾力的な対応を求める意見がある一方、上限の枠内で効率的な事業実施を行うべきとの意見もある点に留意が必要である。
- 住民主体の多様なサービスの展開のため、いわゆる有償ボランティアに係る謝金を支出できるようにすることや、人材確保のためのポイント制度等を創設するなど、総合事業の担い手を確保するための取組を進めることが必要である。企業との連携も重要である。
- 総合事業の効果的な実施のため、市町村の積極的な取組を促すことや、都道府県による適切な助言等の積極的な市町村支援が必要である。また、市町村の取組状況を踏まえ、取組の改善方策を示すことも重要である。保険者機能強化推進交付金の活用も重要である。総合事業の質を高めるため、市町村において医療等専門職や関係団体等との連携を進めることも重要である。
- 総合事業の推進のため、適切な事業評価や、先行事例等を参考とした事業企画等を進めることが重要である。
- 高齢化が進展していく中で、高齢者が何らかの支援が必要な状態になったとしても、本人の希望と状態を踏まえた就労的活動などに参加できるようにするなど、地域とのつながりを保ちながら役割を持って生活できる環境整備を進めることが重要である。

継続利用要介護者が住民主体のサービスを利用する際の留意事項（ポイント）について①

- 介護予防・日常生活支援総合事業の補助を受けて、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等の取組事例を踏まえ、以下の内容について、総合事業のガイドラインに盛り込んでいます。
- とりわけ、ケアマネジャー等は、継続利用要介護者の方々に対し、介護給付を受けながら、引き続き住民主体のサービスを利用できる旨を説明するなど、必ず対応いただきたい内容【★印】もありますが、その他についても対応いただくことが望ましい内容です。

1 サービスの実施に向けての準備

- ▼ **市町村は**、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に対して、必要な研修の機会を提供するなど、要介護者が安心してサービスを継続するための環境づくりを行う。
（例）認知症サポーター養成研修やボランティア養成講座の開催 等
- ▼ **市町村や生活支援コーディネーターは**、ケアマネジャー等が住民主体のサービスの活動情報を把握できるよう、説明会や広報等の普及啓発を行う。**ケアマネジャーも**、必要な活動情報の収集に努める。
- ▼ **市町村や地域包括支援センターは**、緊急時や状態変化時、長期欠席など利用状況の変化時の対応について、フローチャートやマニュアル等を作成し、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に周知する。
【★】
- ▼ **住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等は**、フローチャート等を参照しながら、要介護者ごとに緊急時等の連絡・相談先（※）を整理する。**ケアマネジャーは**、担当する要介護者に係る相談先等が整理されていることを確認する。【★】
（※）家族、ケアマネジャー、地域包括支援センター 等
- ▼ **住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等は**、要介護者への支援方法に不安がある場合の対応等について、事前にケアマネジャーや地域包括支援センター等に相談する。

2 ケアマネジメントの実施

- ▼ **ケアマネジャーは**、担当する要介護者が住民主体のサービスの継続利用を検討している場合には、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に対して、提供できるサービスの内容について確認する。
あわせて、要介護者に対して、
 - ① 介護給付を受けながら、引き続き住民主体のサービスを利用できること
 - ② 住民主体のサービスが提供できる内容について説明した上で、改めて意向を確認する。【★】
- ▼ **ケアマネジャーは**、要介護者の継続利用の意向とアセスメント結果に基づき、ケアプランの原案に住民主体のサービスを位置付ける。【★】
- ▼ **保健師やリハビリ専門職等は**、必要に応じて要介護者を担当するケアマネジャーのアセスメントに同行し、介護給付や住民主体のサービスの適切な選択・利用に向けての助言を行う。
- ▼ **サービスを実施しているボランティア団体等は**、必要に応じてサービス担当者会議に参加し、必要な情報を提供する。

3 地域包括センターによる支援

- ▼ **地域包括支援センターは**、介護給付や住民主体のサービスの適切な選択・利用に向けて、要介護者を担当するケアマネジャーのアセスメントに同行するほか、サービス担当者会議に参加する。
- ▼ **市町村や地域包括支援センターは**、多職種で構成される地域ケア会議において、必要な支援方策の検討を行う。
- ▼ **地域包括支援センターや生活支援コーディネーターは**、ケアマネジャーやサービスを実施しているボランティア団体等との定期的な情報共有や連携方法の確認を通じて、必要な支援方策の検討を行う。

4 利用者の状態変化等への対応

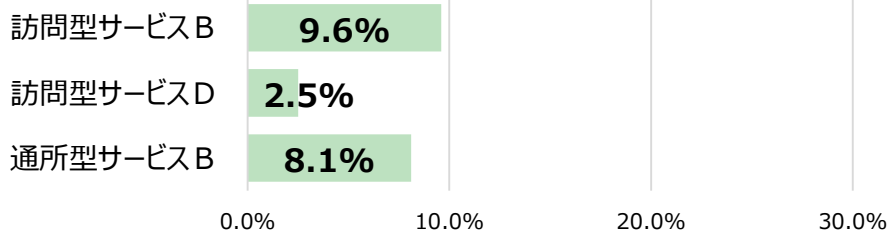
- ▼ **サービスを実施しているボランティア団体等は**、緊急時や状態変化時、長期欠席など利用状況の変化時において、事前に要介護者ごとに整理した連絡・相談先を用いて対応する。【★】
- ▼ **ケアマネジャーは**、モニタリングを通じて要介護者の状態変化等に留意する。【★】
- ▼ **ケアマネジャーは**、要介護者に状態変化が見られる場合には、改めてアセスメントを行い、要介護者の意向を十分に踏まえた上で、必要な対応（※）を行う。【★】
（※）住民主体のサービスの利用に関する助言、介護給付の内容の見直し 等

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者の弾力化実施状況・継続利用要介護者の状況 (令和4年度調査中間集計)

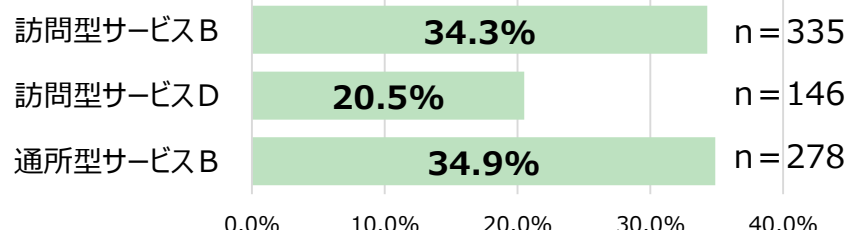
- 介護予防・日常生活支援総合事業の対象者の弾力化の実施状況について、令和4年6月時点では、
 - ・全市町村ベース：訪問型サービスB 9.6%、訪問型サービスD 2.5%、通所型サービスB 8.1%、
 - ・サービス実施市町村ベース：訪問型サービスB 34.3%、訪問型サービスD 20.5%、通所型サービスB 34.9%、が実施していた。
- 対象者の弾力化実施市町村における継続利用要介護者の有無やその状態は以下のとおりであった。

対象者の弾力化の実施状況

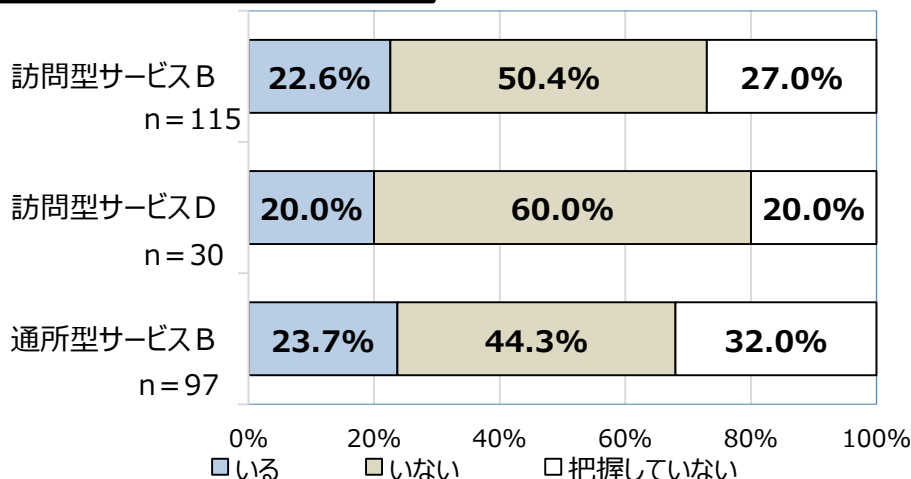
<全市町村ベース>



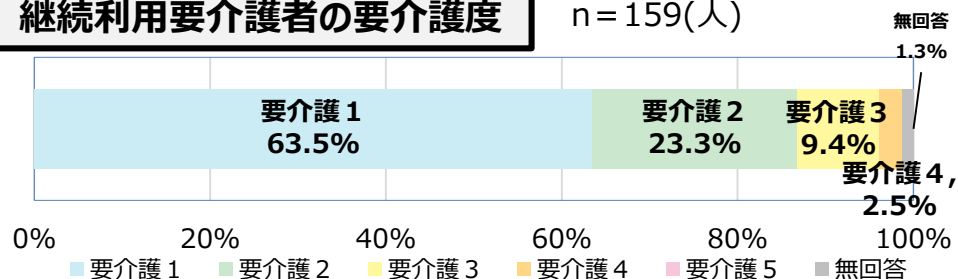
<サービス実施市町村ベース>



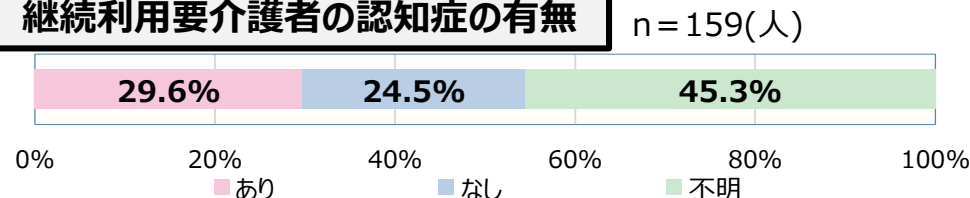
継続利用要介護者の有無



継続利用要介護者の要介護度



継続利用要介護者の認知症の有無



介護予防・日常生活支援総合事業 対象者の弾力化による影響（利用者） （令和4年度調査中間集計）

○ 介護予防・日常生活支援総合事業の対象者の弾力化について、弾力化対象者にどのような影響があったかをサービスごとにみると、訪問型サービスB・訪問型サービスD・通所型サービスBすべてにおいて「顔なじみの関係を変えずに済んだことで、身体的・心理的負担が軽減されたり、生きがいや意欲の維持・向上につながった」が最も多かった（50.0%、66.7%、69.6%）。なお、訪問型サービスBにあっては「介護給付サービスでは対応できない生活支援（大掃除等）を受け続けられることで、在宅生活を継続しやすくなった」も同率であった（50.0%）。

対象者の弾力化による影響（継続利用要介護者の場合）

顔なじみの関係を変えずに済んだことで、身体的・心理的負担が軽減されたり、生きがいや意欲の維持・向上につながった

生活リズムを変えずに済んだことで、身体的・心理的負担が軽減された

通いの場等での役割を維持することができ、生きがいや意欲の維持・向上につながった

介護給付サービスでは対応できない生活支援（大掃除等）を受け続けられることで、在宅生活を継続しやすくなった

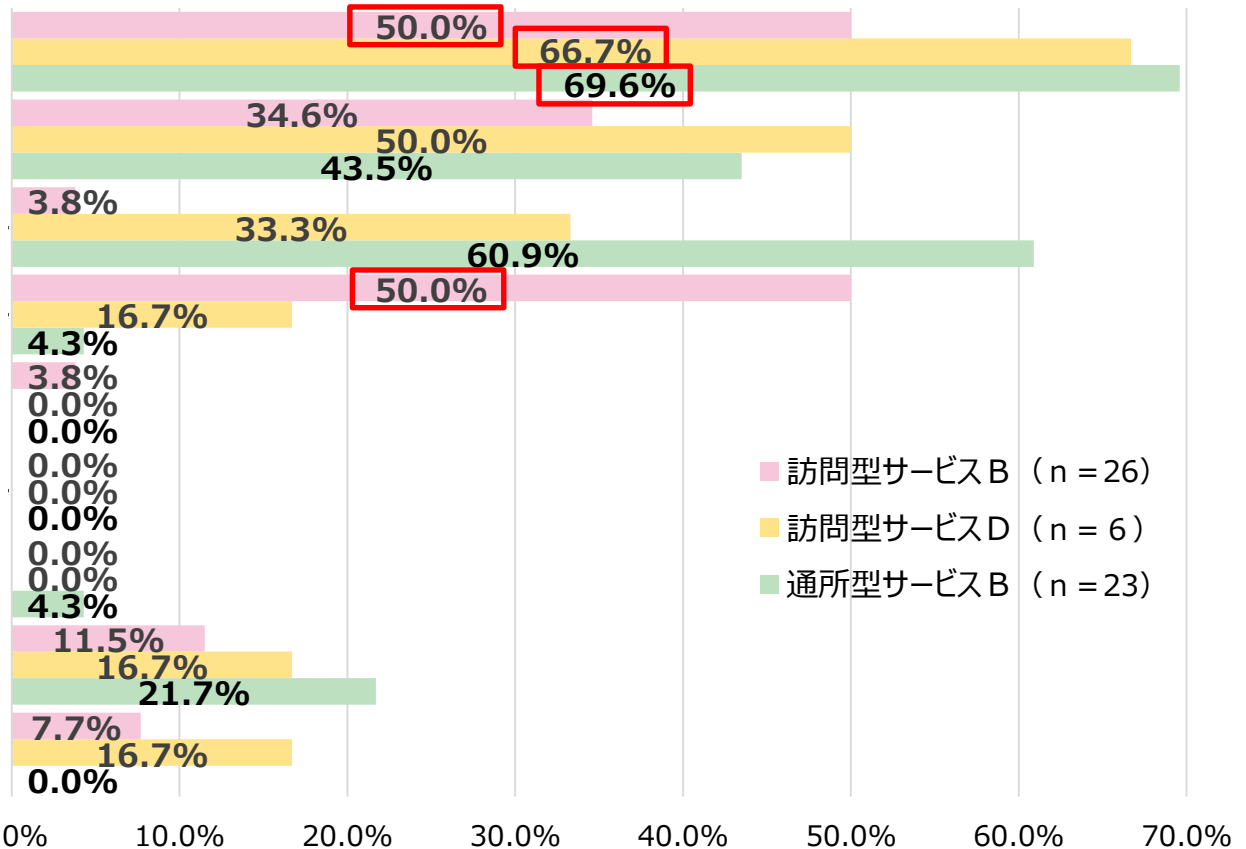
当初の見立てより早く機能低下が進んだケースがあった

事業に要する費用が増大したことで、利用者の費用負担が増えた

その他

把握していない

特に影響はなかった



介護予防・日常生活支援総合事業 対象者の弾力化による影響（提供団体）

（令和4年度調査中間集計）

○ 介護予防・日常生活支援総合事業の対象者の弾力化について、弾力化対象サービスを提供している団体にどのような影響があったかをサービスごとにみると、訪問型サービスB・訪問型サービスD・通所型サービスBすべてにおいて「特に影響はなかった」が最も多かった（42.3%、66.7%、39.1%）。また、訪問型サービスB・通所型サービスBにあっては「状況が変化しても変わらずサービスを提供し、関係を維持できることが、サービス提供継続のモチベーションにつながった」も多かった（30.8%、34.8%）。

対象者の弾力化による影響（サービス提供団体の場合）

状態が変化しても変わらずサービスを提供し、関係を維持できることが、サービス提供継続のモチベーションにつながった

対象者の弾力化に伴い補助額を増額したため、収入増につながった

要介護者を受け入れるための人員を新たに確保する必要が生じた

要介護者を受け入れるための設備や備品を新たに導入する必要が生じた

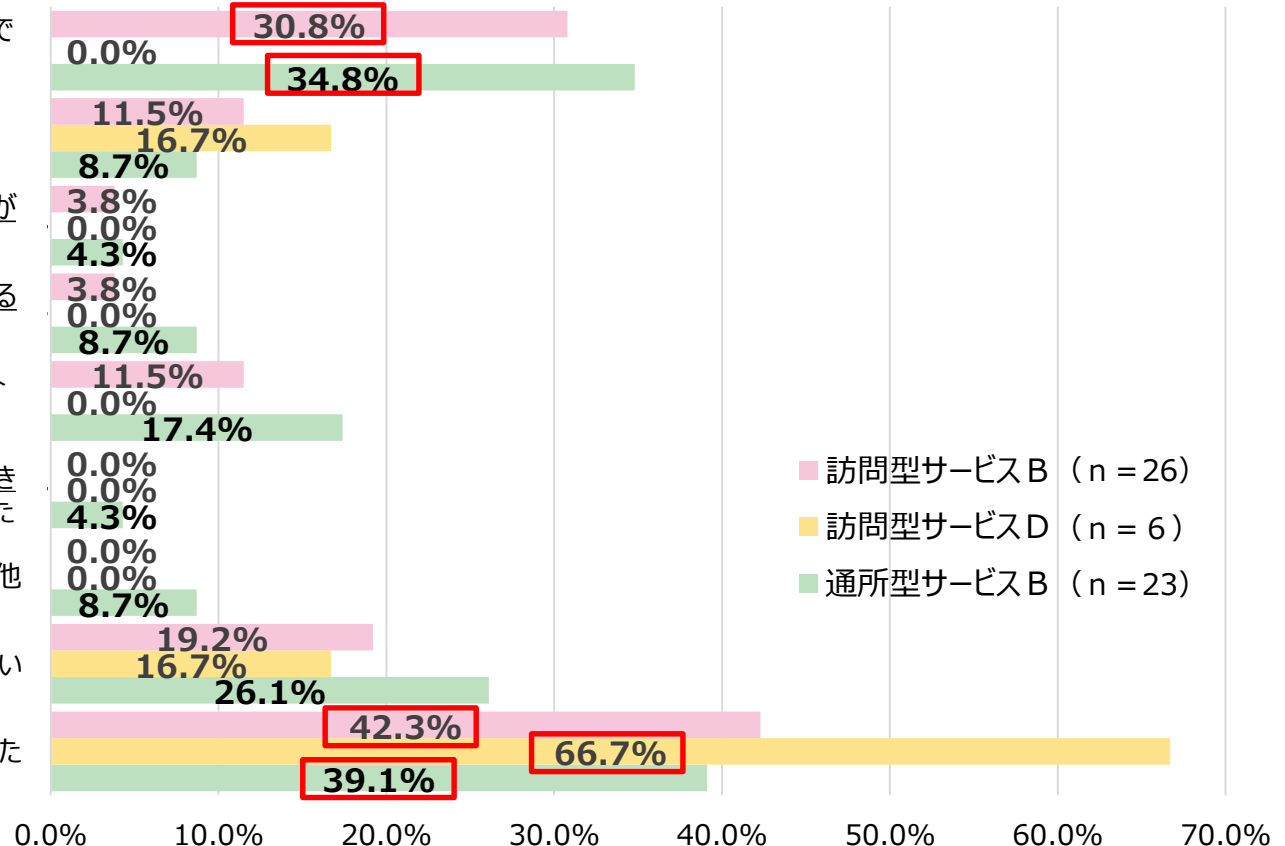
要介護者の受け入れに対する心理的な負担が生じた（要介護者への対応方法がわからない、緊急時の対応が不安等）

サービス提供対象が増えることで、新規利用者の受入ができなくなったり他の利用者へのサービス提供を減らす必要が生じた

その他

把握していない

特に影響はなかった



介護予防・日常生活支援総合事業 継続利用にあたり工夫していること (令和3年度調査)

- 介護予防・日常生活支援総合事業の対象者の弾力化を実施している市町村における、継続利用にあたり実施団体等や市町村で工夫していることは、以下のとおりであった。

継続利用にあたり、実施団体等や市町村で工夫していること

n = 182 (自由記述)

訪問型サービスB

【利用開始時の調整】

- コーディネートを行うセンターが、要介護者を含めた利用者の支援ニーズを利用者・家族・ケアマネジャー等の支援者から聴取し、住民が主体となって提供しているサービスが問題なく提供できるかを判断している。
- 継続利用する上で、どのようなサービスであるかを説明し、理解を得た上で利用してもらう。

【情報共有】

- 担当者会議への参加など、多職種との連携、情報共有に重点を置いている。
- 実施団体等からの相談に随時応じられるようにしている。

【その他】

- サービスの内容について検討を行った。具体的には訪問型サービスBの内容に調理を加えた。
- 補助団体に対し、支援者1人につき1時間あたり100円を上限に、訪問活動費として従来の補助対象経費に上乗せし、活動を行いやすくした。

通所型サービスB

【情報共有】

- 地域包括支援センター職員が定期的に活動団体を訪問し、要介護者等をはじめ、気になる人の状態把握を定期的に行っている。
- 通所型サービスBの主要な担当者や、地区の民生委員や、ケアマネジメント担当者と、本人の了解を得て情報共有している。

【要介護者が参加し続けられるための環境整備】

- 継続利用要介護者の受入により運営の負担が大きくなっていないか、運営団体に確認を行っている。
- 体操の実施と住民間で見守り合いながらの入浴を組み合わせた住民主体のサービス体系となっているため、要介護者を含めた利用者が体操を実施でき、見守り合いが行える状態であるかを地域包括支援センター及び実施団体で判断している。
- 身体機能が低下している要介護者が参加しやすいよう、環境整備について相談に応じ、場合によってはリハビリテーション専門職や保健師等の派遣を行っている。
- 送迎支援を独自に実施している。

【その他】

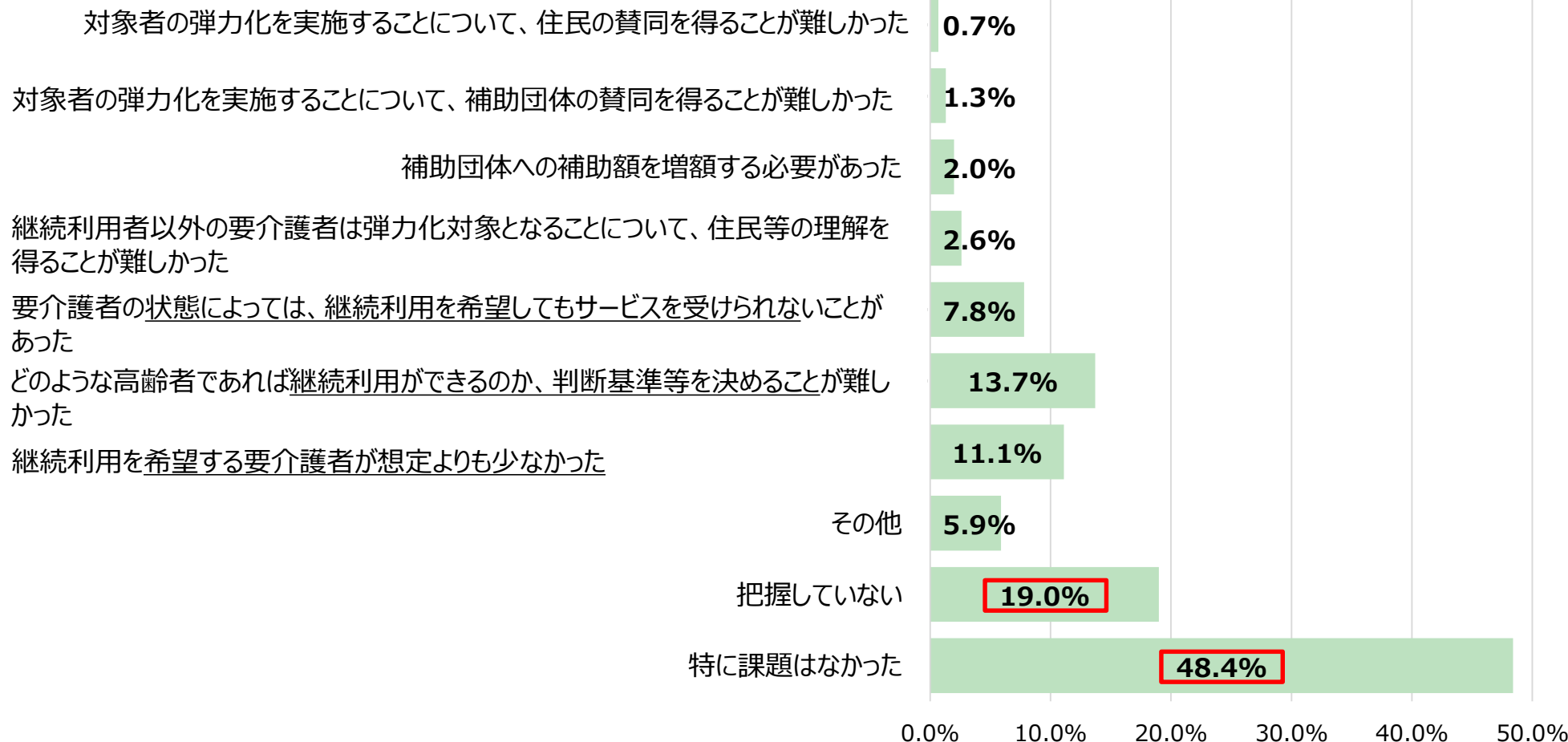
- 補助基本額の引き上げ。
- 継続利用する際に、ケアマネジャーから本人に対し、状況によっては継続利用ができなくなる可能性があること事前に伝えている。

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者の弾力化を実施するにあたっての課題 (令和4年度調査中間集計)

○ 介護予防・日常生活支援総合事業の対象者の弾力化について、対象者の弾力化を実施している市町村における、対象者の弾力化を実施するにあたっての課題をみると「特に課題はなかった」が最も多く（48.4%）、次いで「把握していない」が多かった（19.0%）。

対象者の弾力化を実施するにあたっての課題

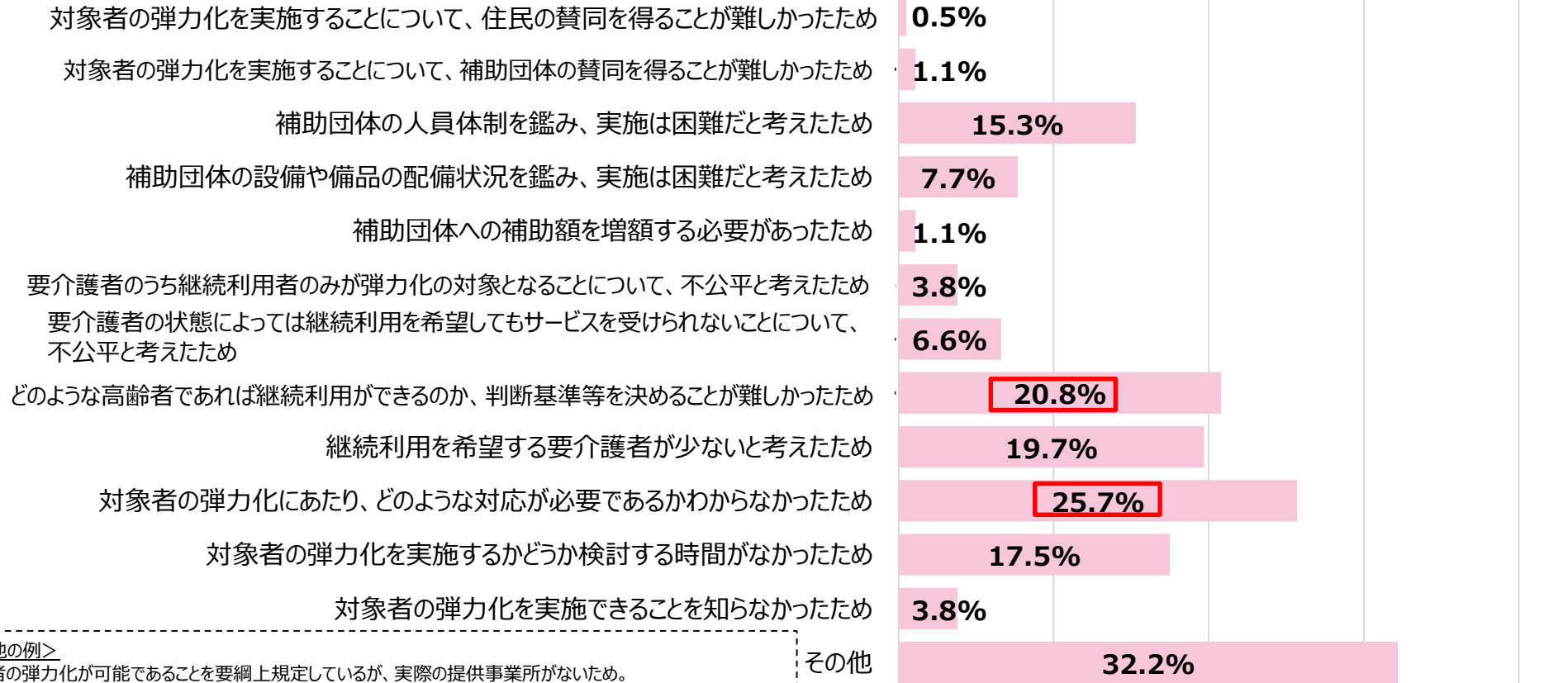
(n = 153)



介護予防・日常生活支援総合事業 対象者の弾力化を実施しない理由 (令和4年度調査中間集計)

○ 介護予防・日常生活支援総合事業の対象者の弾力化について、対象者の弾力化を実施するか検討した結果、実施しないこととした市町村及び実施するか検討していない市町村におけるその理由をみると「対象者の弾力化を実施するにあたり、どのような対応が必要であるかわからなかったため」が最も多く（25.7%）、次いで「どのような高齢者であれば継続利用ができるのか、判断基準等を決めることが難しかったため」が多かった（20.8%）。

対象者の弾力化を実施しない理由 (n = 183)



<その他の例>

- ・対象者の弾力化が可能であることを要綱上規定しているが、実際の提供事業所がないため。
- ・補助団体や住民からの要望がないため。
- ・総合事業に要する費用が増大するのを防ぐため。
- ・要支援者・チェックリスト対象者以外の者が多く利用するサービスについては、別の財源から補助を行っているため。
- ・サービスBを利用できる期間を限定しており、継続利用を認めるメリットがあまりないため。

その他

0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0%

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者の弾力化にあたっての課題・意見 (令和3年度調査)

○ 対象者の弾力化にあたって、市町村が考える課題・意見として、以下の回答があった。

n=1,653 (自由記述)

対象者の範囲への懸念等

- ・ 要介護者が利用する場合、ボランティアでは対応できない。ボランティアでは、要介護者の介護について責任がもてず高い介護技術もない。要綱は改正したが、通所B及び訪問Dにおいて要介護を受け入れることは困難。
- ・ 以前から、要支援から要介護になった人も受け入れ、介護予防活動を実施している団体があり、補助対象とならず負担になっていた。弾力化することで、補助対象になり金銭的には緩和されたが、実際に要介護者へ適切な対応ができていないか不安を感じる団体がある。
- ・ サービス提供者に対する負担や不安を解消する必要がある。
- ・ 支援者にボランティアを活用しているため、対象を広げるにあたりボランティアの負担が増えるので、少しずつ状況をみながら弾力化を広げている。
- ・ 会場の設備環境（エレベータがない、段差が多い、和室での実施など）が継続利用要介護者の参加を拒む要因になっている可能性がある。
- ・ 継続利用者だけでなく、当初から介護認定を受けて要介護になった方も使えるようにしてほしい。
- ・ 継続利用要介護者は利用できるが、新規の要介護者は利用できない。住民側からみると、どちらも「要介護者」であり、「なぜ新規の人は利用できないのか？」といった意見が出る。
- ・ 要支援1・2や事業対象者の時に利用はしていなかった方が、要介護になり、ゴミ捨てなど介護保険給付サービスでは支援できないものを、サービスBで支援を受けたいという要望があるが、今の制度では対象とならない。

対象者の判断基準

- ・ 対象者選定の是非、住民主体のサービスで要介護認定者の支援まで可能か判断ができていない。
- ・ 「市町村が必要と認める者に限る」ということで、市町村へ事前に相談することを必須としているが、判断基準が難しい。
- ・ 介護給付による専門的なサービスに切り替えるタイミングが難しい。
- ・ 介護保険法施行規則第140条の62の4第3号に「要介護認定によるサービスを受けた日以降も継続的に第一号事業のサービスを受ける者」とあるが、「継続的」の判断基準が明確に示されていない。（例えば、要支援でサービスBを利用していたが入院等で数ヶ月サービスを利用せず、その後要介護の認定を受けた場合は、継続的とみなして問題ないか。）

公平性の担保

- ・ 実施団体において、自立及び要支援1・2から要介護状態になっても継続して利用する（受け入れる）ことができるかどうか、団体ごとに対応が分かれることが想定され、利用したい対象者すべてが利用できない。

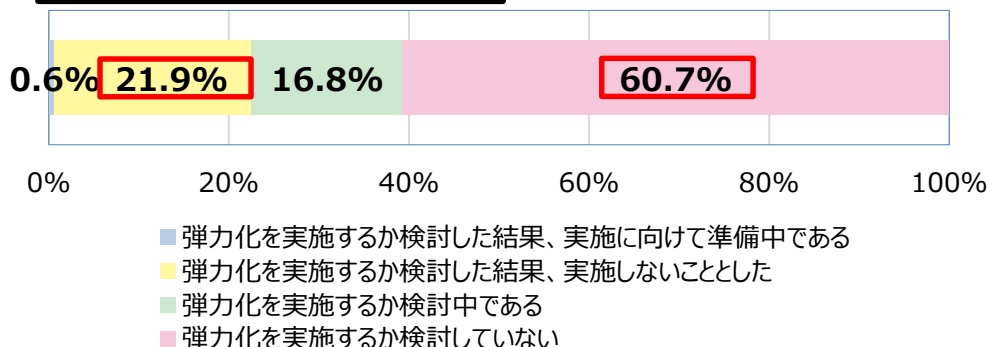
介護予防・日常生活支援総合事業 価格の弾力化の実施状況・実施しない理由 (令和4年度調査中間集計)

- 介護予防・日常生活支援総合事業の価格の弾力化について、弾力化対象サービスを実施している市町村におけるサービスごとの価格の弾力化状況をみると、すべてのサービスにおいてほとんどの市町村で実施されていなかった。
- 価格の弾力化の実施についての検討状況をみると「弾力化を実施するか検討していない」が最も多く（60.7%）、次いで「弾力化を実施するか検討した結果、実施しないこととした」が多かった（21.9%）。
- 価格の弾力化を実施するか検討した結果、実施しないこととした市町村及び実施するか検討していない市町村におけるその理由をみると「国が示すサービス単価以下の範囲内で支障なく運営できると考えたため」が最も多かった（77.1%）。

| 価格の弾力化の実施状況 | 訪問型 従前相当 (n=1,136) | 訪問型 サービスA (n=647) | 通所型 従前相当 (n=1,120) | 通所型 サービスA (n=674) | 介護予防 ケアマネジメント (n=1,201) |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 基本報酬が国の目安を超える | 0.3% | 0.5% | 0.4% | 0.3% | 0.4% |
| 回数あたり単価を設定し、場合により月の合計額が国の示す目安を超える | 0.9% | 1.7% | 0.9% | 2.5% | |
| 加算の単位数が国の目安を超える | 0.1% | — | 0.2% | 0.1% | 0.2% |
| 市町村独自の加算を設定し、場合により総単位数が国の示す目安を超える | | — | | 0.6% | |
| いずれも該当しない | 98.8 % | 97.8% | 98.6% | 96.6% | 99.3% |

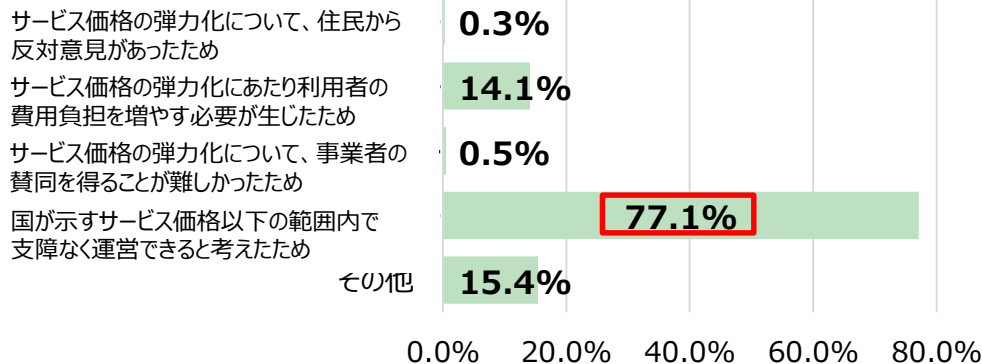
価格の弾力化の検討状況

(n = 471)



価格の弾力化を実施しない理由

(n = 389)



※ 令和4年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備の実施状況に関する調査研究事業」(株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所)より作成(令和4年10月17日中間集計)
 ※ 全市町村(1,741市町村)に対する調査。上記は、価格の弾力化の実施状況についてはすべての市町村、価格の弾力化の検討状況についてはいずれのサービスにおいても価格の弾力化を実施していない市町村、価格の弾力化を実施していない又は実施を検討していない理由については、価格の弾力化を実施するか検討した結果、実施していない又は実施を検討していない市町村に対し、あてはまるものを選択させることにより得たもの。

介護予防・日常生活支援総合事業 価格の弾力化の内容・実施することとした理由・実施にあたっての課題 (令和3年度調査)

○ 介護予防・日常生活支援総合事業の価格の弾力化を実施している市町村における
 ・価格の弾力化の内容や実施することとした経緯・理由
 ・価格の弾力化にあたっての課題 は以下のとおりであった。

| | | |
|---------------------------------|---|---------------|
| 価格の弾力化の内容や実施することとした経緯・理由 | | n = 52 (自由記述) |
| 自立支援・重度化防止の取組の推進 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業所の質に関して、事業所間の差が大きくなってきており、質の底上げが必要であるため。 ○ 要介護者の重度化予防として、運動や人との交流に特化した取組を行いたいため。 ○ 昨今の新型コロナウイルス感染症の影響での、通所サービスの利用控え、心身の状況の低下傾向があることを想定し、弾力化を実施することとした。利用者の心身の状況を個別に評価する基礎的な加算、効果的なサービス提供を行う事業所の評価としての加算を選定した。 | |
| ケアマネジメントの質の評価・担保 | <ul style="list-style-type: none"> ○ ケアマネジメントの質の向上に取り組みながら、今後見込まれるケアマネジャーの人材不足に対応するため。 ○ ケアマネジャー不足への支援や地域包括支援センター機能の充実を図るため。 | |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 1回あたりの単価を設定すると、ひと月に5週ある月は月額上限を超過するため、5週目を利用することができなかったの で、弾力化を機に利用できるようにした。 ○ 地域包括支援センターから居宅介護支援事業所へ委託を行う場合に配慮し、介護予防ケアマネジメントの価格の弾力化を行った。 | |

| | | |
|----------------------------|---|---------------|
| 価格の弾力化にあたっての課題 | | n = 52 (自由記述) |
| 利用者の負担増 事業所の負担増 | <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス単価の引き上げによる、利用者負担増等。 ○ 現在利用者がある訪問型サービスAについて、実際には指定事業所で実施しており、関わる職員は従前相当サービスと同じであるため、利用者が多くなれば経営に関わってくる場合がある。 | |
| 実態の把握 適切な単価の設定 | <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス単価については、定期的に管内の全事業所との意見交換を行っているため、今後のニーズ等で検討を重ねてく必要がある。 ○ どの程度の単価が適切か判断材料に乏しく、その調査に労力をかける必要性も感じない。 ○ 実施後間もないため、課題の把握はできないが、このたびは大きく弾力化したわけではないため、自治体の意図する状況とはならず、単なる現事業所の収入増という状況になる可能性があると考えている。 | |

介護予防・日常生活支援総合事業の上限制度の運用等の見直し

- 地域支援事業における介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）は、
 - ・ 事業費の上限は、事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額とされ（政令）、
 - ・ 特別な事情がある場合は、例外的な個別判断により、上限を超えた交付金の措置が認められている（政令・ガイドライン）。
- 総合事業は、効果的なサービス提供を通じて費用の伸びを75歳以上高齢者の伸び率程度に抑えることで、制度の持続可能性を確保しながら地域のニーズに合ったサービス提供を目的とする制度であり、上限の超過は例外的な取り扱いであることを踏まえ、改革工程表2020に基づき、上限制度の運用の在り方について見直しを行う。

（参考）新経済・財政再生計画改革工程表2020（令和2年12月18日経済財政諮問会議決定）

6.4. b. 地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の上限制度の運用の在り方について、速やかに必要な対応を検討。

令和3年度及び4年度の対応

| 令和2年度まで | 令和3年度 | 令和4年度 |
|--|---|---|
| <p>【例】</p> <p>例示とする取扱いをやめる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防に効果的なプログラムを新たに導入する場合・介護予防や生活支援サービスの供給体制が近隣市町村と比較して著しく不足している場合・小規模市町村で通いの場等の新たな基盤整備を通じて当該年度だけ費用の伸びが増加する場合など、費用の伸びが一時的に高くなるが、住民主体の取組等が確実に促進され費用の伸びが低減していく見込みである場合 ・ 前年度の個別判断で上限を引き上げており、その影響が当該年度以降も継続すると見込まれる場合 <p>削除した上で、やむを得ない事情として二点追加</p> | <p>【判断事由】</p> <p>具体化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 75歳以上人口が減少しており、即時的に事業費の上限に合わせる事が困難である場合 ・ 事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額から控除することとされている「介護予防支援（給付）」の費用額の変動率（H30～R3）が、75歳以上人口変動率（H30～R2）よりも大きい場合、仮にその差分に相当する介護予防支援（給付）の費用額が算定式から控除されていなければ、個別協議が不要である場合 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 前年度以降で総合事業の多様なサービス又は一般介護予防事業のプログラムを新たに導入し、費用の伸びが一時的に高くなるが、事業の再構築、産官学の取組の推進により費用の伸びが低減していく見込みである場合 ・ 前々年度以前に総合事業の多様なサービス又は一般介護予防事業のプログラムを導入し、費用の伸びが一時的に高くなったが、平成30年度（又はサービス・プログラム導入年度）の事業費に対して前年度の事業費が減少しており、今後も事業の再構築、産官学の取組の推進により費用の伸びが低減していく見込みである場合 ・ 人口一万人未満の市町村において、総合事業の多様なサービスの担い手が一時的に不足（引き続き存置）やむを得ない事情として二点追加 ・ 離島等の市町村で、65歳以上高齢者一人当たり事業費額が、全保険者の平均（1万円）未満である場合 ・ 介護職員等ベースアップ等支援加算創設により個別協議が必要である場合 |

- 令和4年度は、個別協議の申請を検討している一部の自治体等を対象とした個別の相談に対応していく（地域づくり加速化事業の活用も促す）。

令和5年度以降の対応方針

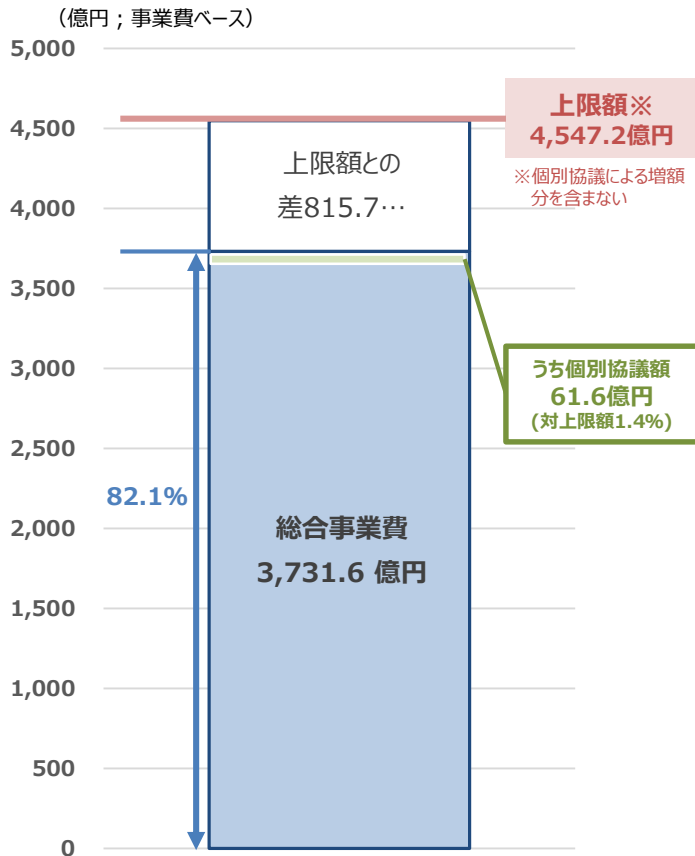
- 令和4年度の申請状況等を踏まえ、更なる見直しを行っていく。

介護予防・日常生活支援総合事業の令和4年度当初交付申請状況

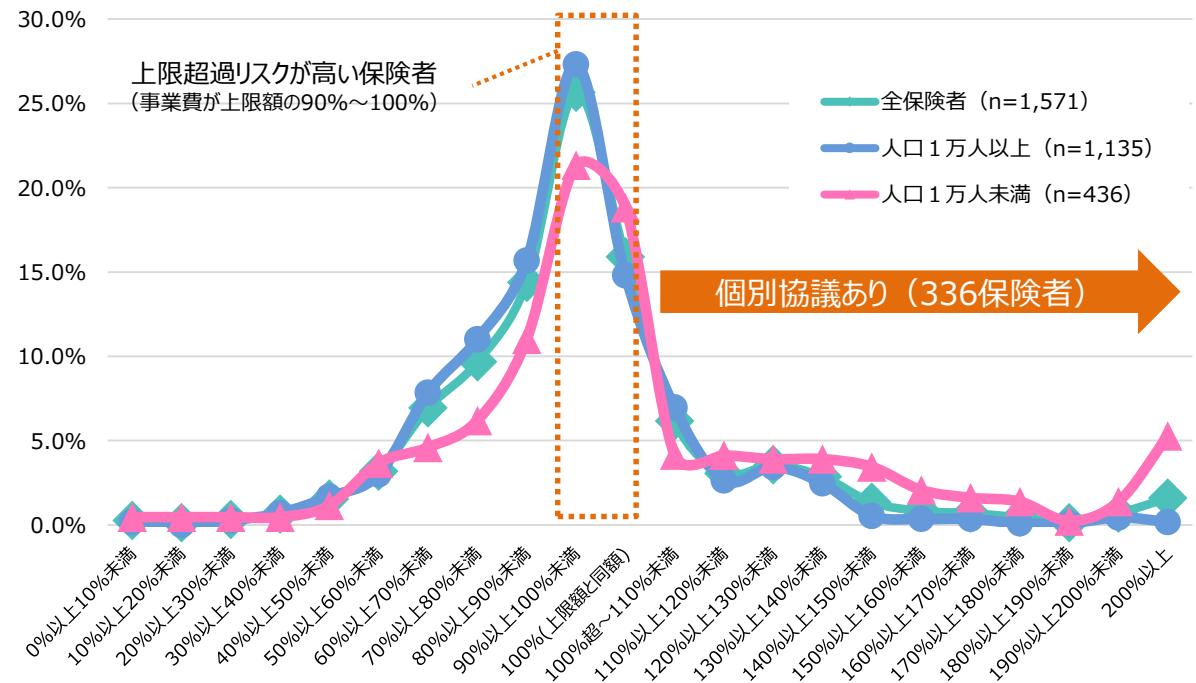
○総合事業費の総額は3,731.6億円であり、上限額の約8割程度におさまっている。

○個別協議を行った保険者は336・協議額は事業費ベースで61.6億円。なお、250の保険者は上限額と交付基本額が一致している。

令和4年度当初交付申請の状況 (1,571保険者)



| 人口規模 | 保険者数 | 個別協議保険者数 | 事業費 | 個別協議額 | 超過割合 |
|---------|------|-------------|-----------|--------|-------|
| 全国 | 1571 | 336 (21.4%) | 3,731.6億円 | 61.6億円 | 1.7% |
| 人口1万人以上 | 1135 | 199 (17.5%) | 3,645.6億円 | 52.4億円 | 1.5% |
| 人口1万人未満 | 436 | 137 (31.4%) | 86.0億円 | 9.1億円 | 11.9% |

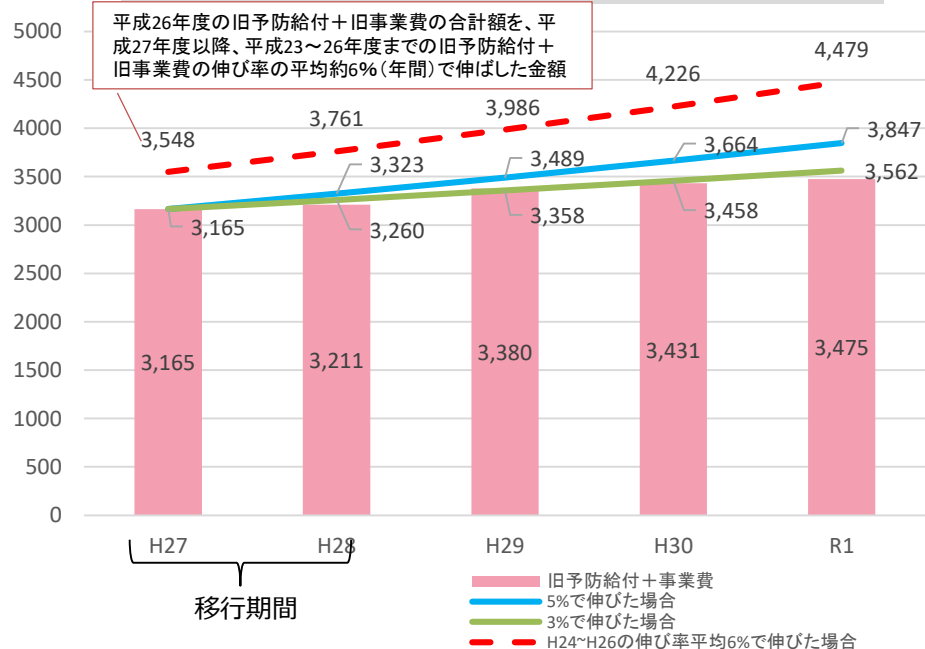


旧予防給付と地域支援事業費(総合事業)の合計額の推移

- 平成26年度改正前は、旧予防給付(訪問介護・通所介護)及び旧事業費は年間で約6~7%程度の伸びとなっていたところ、介護予防・日常生活支援総合事業では、効率的なサービス提供を通じて、費用の伸びを中長期的に75歳以上高齢者の伸び3~4%程度となることを目安とすることとされている。
- 令和元年度の介護予防・日常生活支援総合事業の事業費額は、
 - ・平成27年度における旧予防給付及び事業費の合計額を、令和元年度まで、毎年「5~6%」(制度改正当時の自然増の予測伸び率)で伸ばした金額や、
 - ・平成27年度における旧予防給付及び事業費の合計額を、令和元年度まで、毎年「3~4%」(制度が目指している75歳以上高齢者の伸び率)で伸ばした金額
 いずれも下回っている。

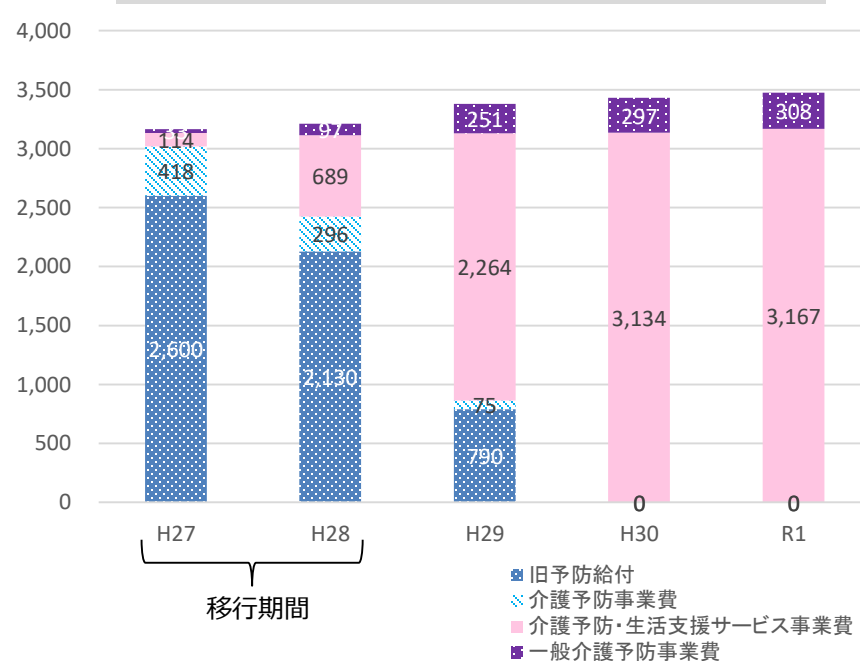
単位：億円

旧予防給付と事業費の合計額と伸び率の比較



単位：億円

(参考) 旧予防給付と事業費の内訳別の推移



※ 出典：介護保険事業状況報告（年報第8表、第15表）
 ※ 利用者負担は含まない。
 ※ 介護事業予防費には旧介護予防・日常生活支援総合事業を含む。
 ※ 平成26年の介護保険法改正に伴い、介護保険の予防給付であった訪問介護・通所介護が地域支援事業に移行。（平成29年4月から完全実施（平成29年度中は一部引き続き介護給付を受けている者あり。））

通いの場、一般介護予防事業

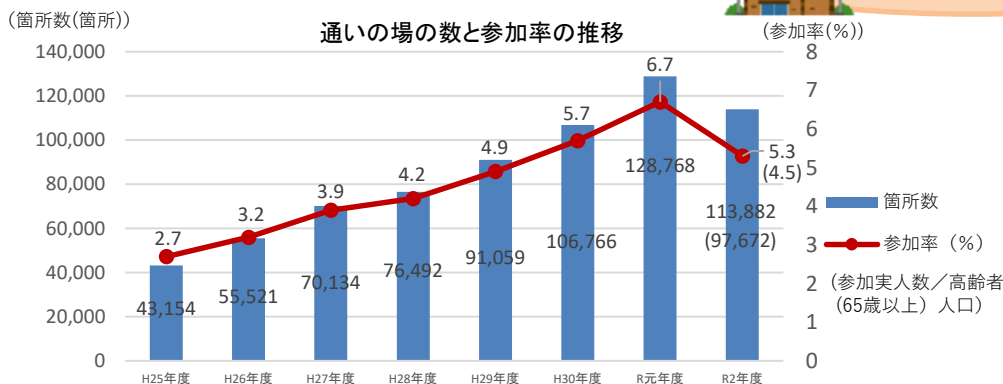
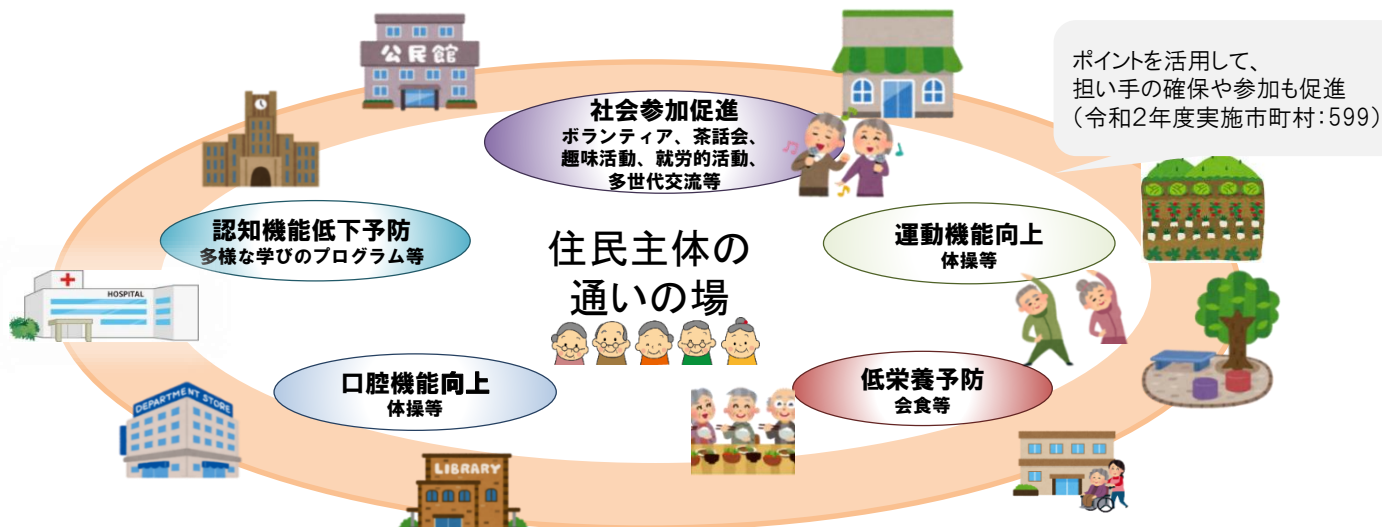
ひと、暮らし、みらいのために



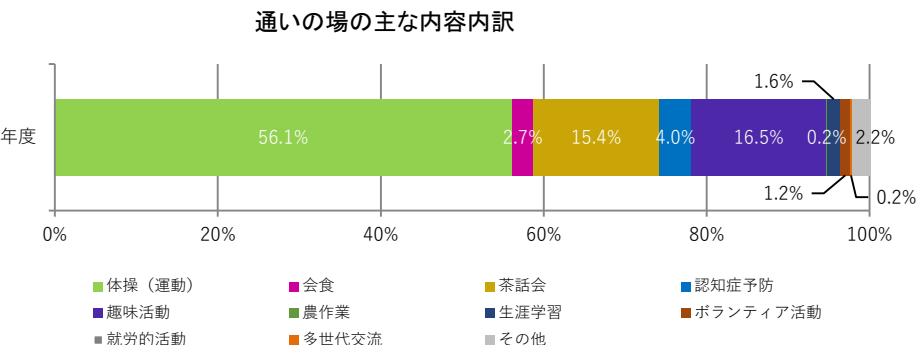
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）

- 住民主体の通いの場の取組について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進。
- 通いの場の数や参加率は令和元年度まで増加傾向であったが、令和2年度は減少。取組内容としては体操、趣味活動、茶話会の順で多い。



※()内の数値は運営主体が住民のもの。令和元年度までは全て住民主体。



(介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(令和2年度実施分)に関する調査)

(参考)事業の位置づけ: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
- 一般介護予防事業
 - ・ 地域介護予防活動支援事業
 - ・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

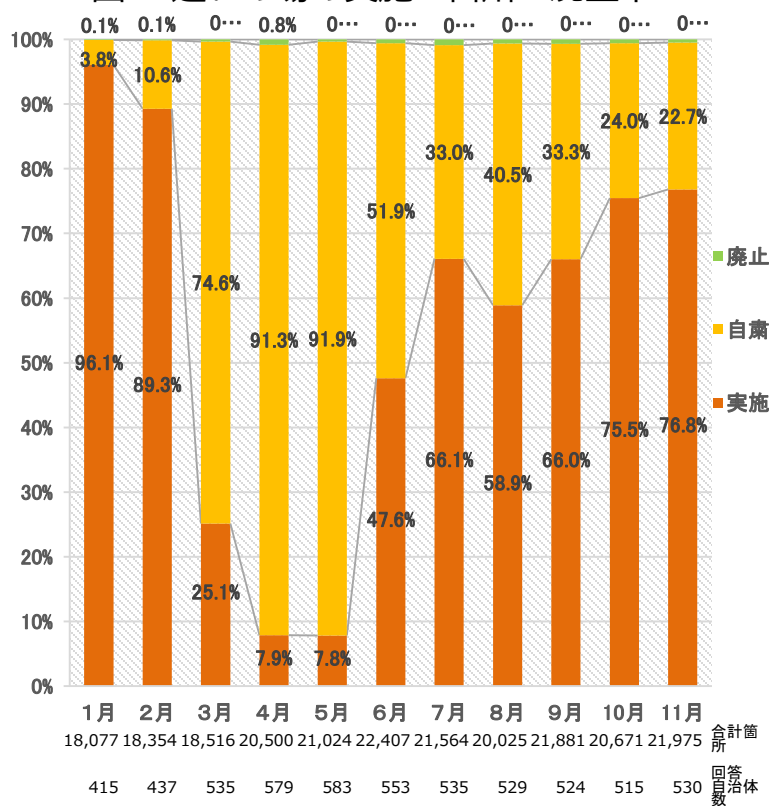
【財源構成】

国:25%、都道府県:12.5%、市町村12.5%
1号保険料:23%、2号保険料:27%

新型コロナウイルス感染症による通いの場及び高齢者の心身への影響

- 通いの場の取組は、2020年の緊急事態宣言時（4～5月）には約9割の通いの場が活動を自粛していたが、11月には約8割が活動を実施。
- 高齢者の心身の状態は、令和2年度（コロナ影響下）は令和元年度（コロナ前）と比べ、外出機会の減少（約20%）や「毎日の生活に充実感がない」などうつ項目に該当する者の増加（約5%）等がみられた。

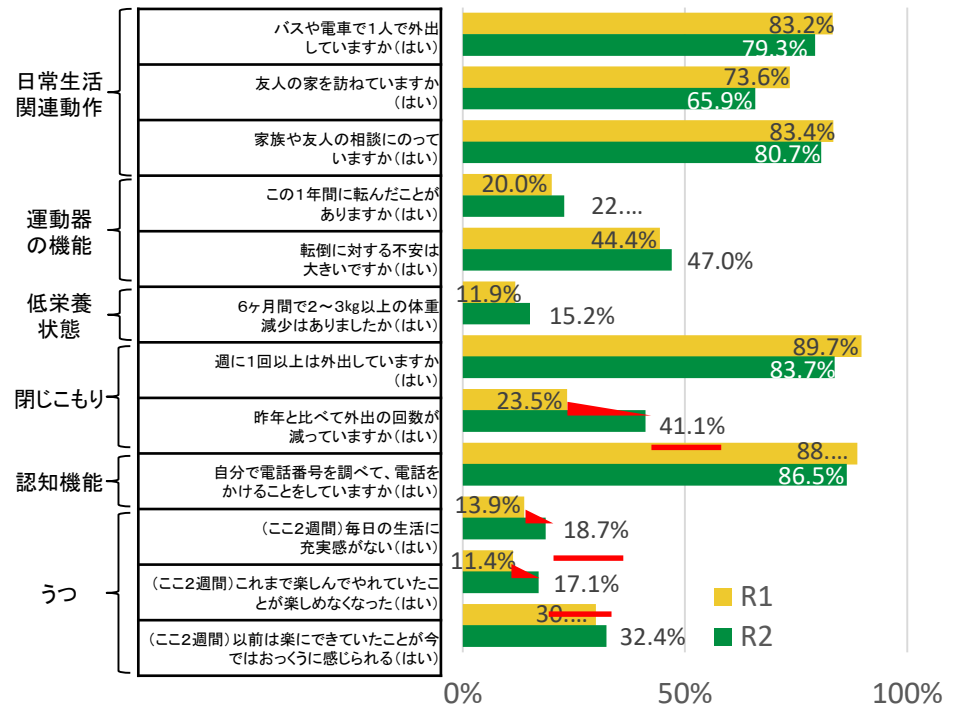
図1 通いの場の実施・自粛・廃止率※1



<調査概要>

- 調査期間：2020年12月11日（金）～2021年1月15日（金）
- 調査対象：市町村（特別区を含む。）介護予防主管課（都道府県を通じ配布）
- 回収率等：配布自治体1,741 回収数1,361 回収率78.2%

図2 基本チェックリスト該当者割合の変化（75歳以上）※2,3

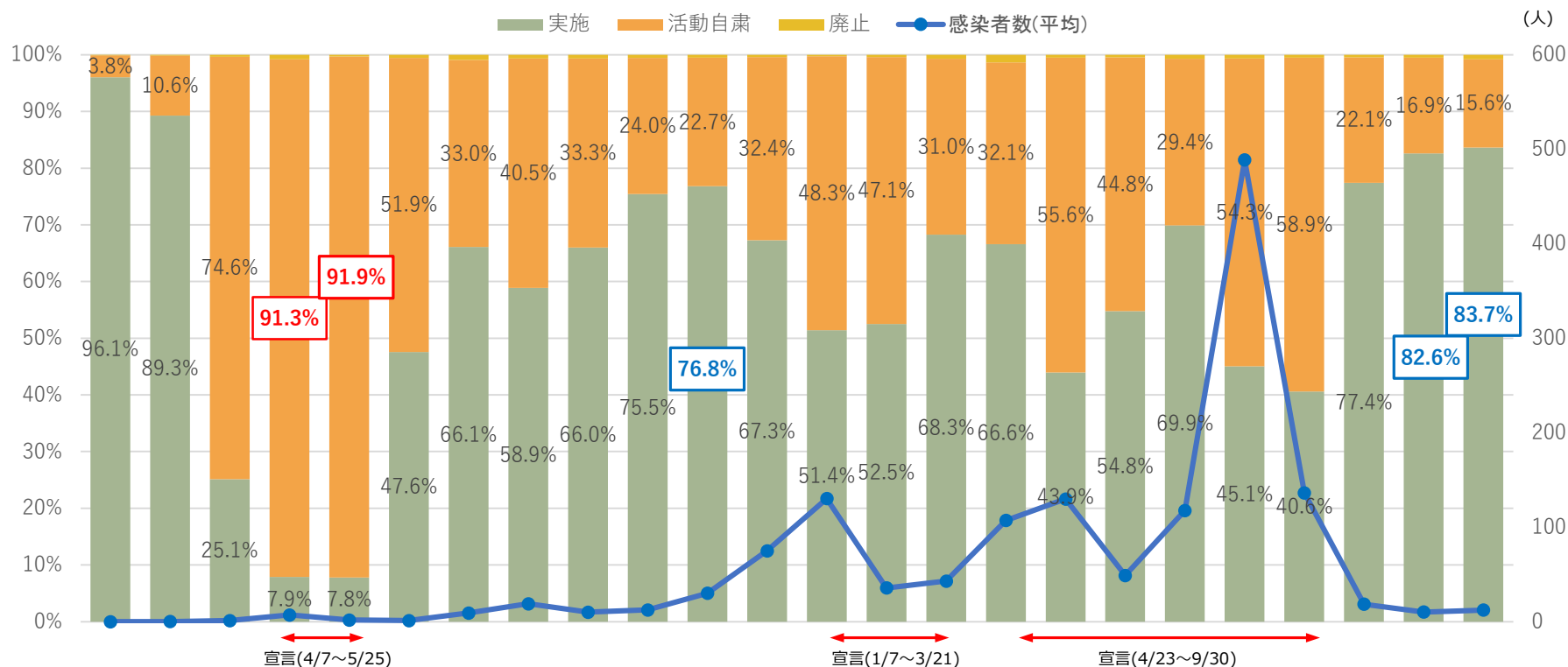


- ※1：通いの場の活動状況を実数で把握している市町村の 回答のうち、「不明」数を除外し母数を算出
- ※2：75歳以上の非介護認定者の心身の状況を把握している40市町村（R1:約5万人,R2:約4.4万人）のデータを収集
- ※3：回答結果を合計し、令和元年度と令和2年度を単純比較（特に有意差がみられた項目を抜粋）

出典：令和2年度老人保健健康増進等事業「新型コロナウイルス感染症影響下における通いの場をはじめとする介護予防の取組に関する調査研究事業（日本能率協会総合研究所）報告書 R3.3

<参考> 通いの場の実施状況 令和2年1月～令和3年12月 (令和3年度老人保健健康増進等事業(日本能率協会総合研究所))

令和2年4～5月の緊急事態宣言時には、約9割の通いの場が活動を自粛していたが、11月頃には約8割が実施。その後は、感染者数や緊急事態宣言の発出・解除等に応じて、実施や活動自粛を繰り返している状況がみられ、感染者数が減少した令和3年11～12月は、8割超が実施。



| | 令和2年 | | | | | | | | | | | | 令和3年 | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
| 箇所数 | 18,077 | 18,354 | 18,516 | 20,500 | 21,024 | 22,407 | 21,564 | 20,025 | 21,881 | 20,671 | 21,975 | 22,988 | 22,409 | 23,006 | 25,705 | 24,393 | 22,965 | 22,397 | 21,348 | 23,112 | 28,945 | 24,987 | 27,441 | 28,263 |
| 回答自治体数 | 415 | 437 | 535 | 579 | 583 | 553 | 535 | 529 | 524 | 515 | 530 | 661 | 662 | 660 | 685 | 683 | 674 | 672 | 668 | 688 | 749 | 742 | 751 | 754 |

※割合は、通いの場の活動状況を実数で把握している市町村の回答のうち、「不明」数を除外し母数を算出

新型コロナウイルス感染症の感染防止に配慮して通いの場等の取組を実施するための留意事項

- 令和3年12月15日付事務連絡
 「新型コロナウイルス感染症の感染防止に配慮して通いの場等の取組を実施するための留意事項について（その2）」
 において、「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」（令和3年11月19日、新型コロナウイルス感染症対策本部決定）を踏まえ、
 - ・ 感染防止対策を確保した上で、通いの場や認知症カフェ等の取組を実施するために参考となるよう、令和2年5月に示した留意事項を一部見直し提示するとともに、
 - ・ 外出自粛による心身機能の低下や地域のつながりの希薄化の回復に向けて、地域の実情を踏まえた介護予防・見守り等の取組の更なる推進を依頼。また、
 - ・ 緊急事態宣言やまん延防止等重点措置の区域に含まれることとなった場合の他、感染拡大の傾向がみられる場合には、歌を控える、息が荒くなるような運動は避ける、5人以上の会食を控えるなどの対策を講じるよう支援することを依頼。

（運営者・リーダー向け）

厚生労働省
新型コロナウイルス感染症に気をつけて

運営者・リーダー向け

通いの場を開催するための留意点

開催の可否や実施方法については、地域における新型コロナウイルス感染症の流行状況を把握し、市町村の保健所や感染症に詳しい専門職と相談しながら判断しましょう。

通いの場を開催するために、「3つの密（密閉、密集、密接）」を避け、「人と人との距離の確保」「マスクの着用」「手洗いなどの手指衛生」「換気」が大切です

～感染を防ぐためのポイント～

- ◆ 自分自身の健康管理にも十分配慮するようにしましょう
- ◆ 参加者の体温や体調の確認を行い、参加者名簿を作成し、記録するようにしましょう
注：発熱などが認められる場合には、参加を避けましょう
- ◆ 参加者には、「毎日体温を計測をする」「症状がなくてもマスクを着用する」「水と石けんで丁寧な手洗いをする」ように呼びかけましょう
- ◆ 市町村の担当者など連携し、参加しなくなった方の把握や参加の呼びかけを行うことも大切です

開催中は、

- ◆ 複数の人が触れる手すり、ドアノブ、テーブル、椅子などは、適宜、消毒を行います
- ◆ 公民館など室内で開催する場合は、1時間に2回以上の換気を行います
- ◆ 参加者同士の間隔は、互いに手を伸ばしたら手が届く範囲以上空けるようにしましょう
- ◆ 会話をする際は、正面に立たないよう、注意を促しましょう
- ◆ 文字（紙）や録音、マイクなどを活用するなど、大きな声を出す機会を少なくするように工夫しましょう

～体操など身体を動かす活動をする場合～

- ◆ マスクを着けて運動をする場合は、身体への負担が薄くし大きくなりやすいため、無理のないよう負荷を下げたり、休憩を取るなどの配慮をしましょう
注：公園など屋外で人と十分な距離（2m以上）を確保できる場合は、マスクをはずしましょう
- ◆ 熱中症予防のため、こまめに水分補給や室温調整などを行うよう気をつけましょう

～飲食を伴う活動をする場合～

- ◆ 席席の配置は、対面は避ける、間隔を確保するなどの工夫を行います
などの工夫を行い、距離をとるよう調整しましょう
- ◆ 食事中以外はマスクを着用しましょう
- ◆ 会食等では、料理は個別に配膳し、茶菓は個別包装されたものを用意しましょう
- ◆ 食器やコップ、箸などは、使い捨てにしたり、洗剤でしっかりと洗いましょう

「集まろう！通いの場」ウェブサイトでは、新型コロナウイルス感染症に気をつけて開催を維持するための情報を発信しています。

厚生労働省 通いの場

令和3年12月

（参加者向け）

厚生労働省
新型コロナウイルス感染症に気をつけて

参加者向け

通いの場に参加するための留意点

「3つの密（密閉、密集、密接）」を避け、「人と人との距離の確保」「マスクの着用」「手洗いなどの手指衛生」「換気」を心がけましょう

～感染を防ぐためのポイント～

- ◆ 毎日、体温を計測し、体調を確認しましょう
- ◆ 体調の悪いときは休みましょう
- ◆ 症状がなくてもマスクを着用しましょう
- ◆ こまめに、水と石けんで丁寧な手洗いを心がけましょう
- ◆ 1時間に2回以上の換気をしましょう
- ◆ お互いの距離は、互いに手を伸ばしたら手が届く範囲以上空けましょう
- ◆ 会話をする際は、正面に立たないよう気をつけましょう

～体操など身体を動かす時～

- ◆ マスクを着けて運動をする場合は、無理をせず、早めに休憩を取りましょう
- ◆ 熱中症予防のため、こまめに水分補給や室温を調整しましょう

～食べたり、飲んだりする時～

- ◆ 席席は、対面は避ける、間隔を確保するなどの工夫を行います
- ◆ 食事中以外はマスクを着用しましょう
- ◆ 料理は個々に分けて、茶菓は個別包装されたものを選びましょう
- ◆ 食器・コップ・箸などは、使い捨てにしたり、洗剤で洗いましょう

「集まろう！通いの場」ウェブサイトでは、新型コロナウイルス感染症に気をつけて開催を維持するための情報を発信しています。

詳しくはこちら

厚生労働省 通いの場

令和3年12月

介護予防に関する新型コロナウイルス感染症への主な対応（広報）

- 高齢者が居宅で健康に過ごすための情報や、新型コロナウイルス感染症に配慮して通いの場の取組を実施するための留意事項などを整理した、特設WEBサイト（令和2年9月開設）の開設
※ コンテンツの更なる充実を図り、新聞とテレビを活用した広報も実施
- 都道府県や市町村へポスター・リーフレット・DVD（動画）を配布（令和2年12月）
- 令和4年度は、更に特設WEBサイト等を活用した広報を強化

特設WEBサイト「地域がいきいき 集まろう！通いの場」



<https://kayoinoba.mhlw.go.jp>



主なコンテンツ

<感染予防や居宅で健康に過ごすためのポイント>



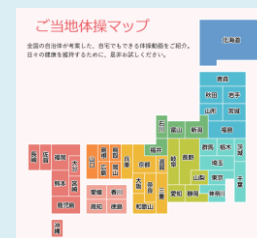
<通いの場再開の留意点>



<通いの場からの便り（事例）>



<ご当地体操マップ>



245自治体、851本掲載（R4.4）

介護予防に関する新型コロナウイルス感染症への主な対応（ICTの活用）

「オンライン通いの場アプリ」を活用した、高齢者の健康維持や介護予防を推進。

現在、自治体の体操動画やお散歩支援、脳を鍛えるゲーム、オンラインコミュニケーション、通いの場の出席管理機能等を搭載しており、令和4年度中に、健康アラート機能を追加予定。

各種機能拡充や民間企業アプリ、KDBとの連携強化を行い、国・自治体においてデータを活用した効果的な介護予防サービスの展開が可能となる予定。



ダウンロードはこちら ▶ <https://kayoinoba.net>

QRコード

※アプリは、厚生労働省の補助により国立研究開発法人 国立長寿医療研究センターが開発(※2.7リリース)

国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター
National Center for Geriatrics and Gerontology

ウィズコロナ下での感染防止対策を確保した上での通いの場をはじめとする 介護予防の推進や施設での面会等の再開・推進事業

令和3年度補正予算:4.1億円

事業目的

- コロナ禍における高齢者の外出自粛等の長期化により、閉じこもりや交流機会の減少により健康への影響が懸念される。このため、介護予防や重度化防止を目的として、必要な感染防止対策を確保した上で、ワクチン接種状況等も踏まえ、通いの場をはじめとする介護予防の取組や施設での面会等の再開や推進を図る。

事業概要

(1) 国による広報(1.0億円)

○ 広報資料(ポスター、パンフレット、動画等)の作成、情報発信(新聞、ラジオ、テレビ、HP、動画配信サイト等)、イベントの開催

- 外出自粛の長期化による心身機能の低下や地域のつながりの希薄化の回復につながるよう、高齢者やその支援者を対象とし、通いの場の再開や外出機会の促進を図るための情報発信を行うとともに、全国規模のイベント(例:ご当地体操グランプリ)を開催。
- 高齢者とその家族等の施設での面会の機会の減少により健康への影響が懸念されることから、面会の再開・推進に資するよう、高齢者施設等を対象に、対面での面会を積極的に実施する好事例や手法等を情報発信



(2) 自治体による広報への支援(3.1億円)

○ 都道府県及び市町村において、地域の実情に応じて行う広報に対する支援の実施

- 自治体が、地域に密着した内容(例:感染対策が確保された通いの場マップ、お散歩マップ)や方法(ケーブルTVやラジオ等)により、通いの場の再開や外出機会の促進を図るための広報を支援
- 自治体による、地域の感染状況等の実情に応じた施設での面会再開・推進に資する広報を支援



「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」取りまとめ概要(令和元年12月13日公表)

【ポイント】

- 通いの場の取組を始めとする一般介護予防事業は、住民主体を基本としつつ、効果的な専門職の関与も得ながら、従来の介護保険の担当部局の取組にとどまらず多様な関係者や事業等と連携し、充実を図ることが必要。
- また、こうした取組をより効果的・効率的に行うためには、PDCAサイクルに沿った推進が重要であり、市町村・都道府県・国がそれぞれの役割を最大限に果たすべき。

一般介護予防事業等に今後求められる機能を実現するための具体的方策等

<通いの場などの介護予防の捉え方>

- ✓ 高齢者が関心等に応じ参加できるよう、介護保険による財政的支援を行っているものに限らず幅広い取組が通いの場に含まれることを明確化。取組を類型化し、事例集等を作成。自治体や関係者に周知。
- ✓ 役割がある形での社会参加も重要であり、ボランティア活動へのポイント付与や有償ボランティアの推進に加え、就労活動の普及促進に向けた支援を強化。
- ✓ ポイント付与を進めるためのマニュアルの作成等を実施。

(1) 地域支援事業の他事業との連携方策や効果的な実施方策、在り方

<連携の必要性が高い事業>

地域支援事業の他の事業(※)との連携を進めていくことが重要。

→ 実態把握を進めるとともに、市町村において連携した取組が進むよう、取組事例の周知等を実施

- ※ 介護予防・自立支援のための地域ケア会議、短期集中予防サービス(サービスC)、生活支援体制整備事業

<現行制度の見直し>

一般介護予防事業を含む総合事業の実施しやすさや利用者のサービス利用の継続性に配慮していくことが必要。

- ・ 総合事業の対象者の弾力化
- ・ 総合事業のサービスの価格の上限を定める仕組みの見直し
- ・ 介護予防の取組を積極的に行際の総合事業の上限額の弾力化等の総合事業の在り方については、本検討会での議論を踏まえ、引き続き介護保険部会等で検討

(2) 専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策

1) 通いの場等の一般介護予防事業への専門職の関与

通いの場が住民主体であることや、専門職が限られていることにも留意しつつ、以下の取組を効果的に実施。

- ・ 幅広い医療専門職との連携を推進するとともに、多様な専門職種や学生等の関与も期待
- ・ 医療関係団体等との連携事例の把握やモデル事業等を実施
この結果も踏まえ、具体的な連携方策を提示
- ・ 後期高齢者医療広域連合等と連携し、高齢者の保健事業と一体的な実施を推進
- ・ データ分析の推進や民生委員等との連携による、不参加者を把握する取組やアウトリーチ支援等の実施

2) 地域リハビリテーション活動支援事業の在り方

事業の質の向上を図り更なる実施を促すため、都道府県と市町村が連携し安定的に医療専門職を確保できる仕組みを構築。
研修等による人材育成等もあわせて実施。

- ・ 都道府県の役割
都道府県医師会等と連携し、リハビリテーション協議会等の設置や充実により、地域の実情に応じた体系的な支援体制を構築
- ・ 市町村の役割
郡市区等医師会等と連携し、医療機関や介護事業所等の協力を得て、医療専門職を安定的に派遣できる体制の構築と関係機関の理解を促進

(3) PDCAサイクルに沿った推進方策

1) PDCAサイクルに沿った取組を推進するための評価の在り方

アウトカム指標やプロセス指標を組み合わせて評価。

今後国は指標を検討し、一般介護予防評価事業の見直し等を行うことが必要。その際、保険者機能強化推進交付金の指標と整合を図ることが望ましい。

- ・ アウトカム指標
個々の事業や高齢者全体の状況等を判断する指標を設定
- ・ プロセス指標
実施体制や関係団体の参画などの具体的な取組状況が把握できる指標を設定

2) PDCAサイクルに沿った取組を推進するための方策

以下の取組をそれぞれ実施。小規模な自治体も多いため、市町村の業務負担軽減等に、十分に配慮。

- ・ 市町村：行政内の医療専門職等が中心となり取組を実施
- ・ 都道府県：地域の実情を踏まえた支援を実施
- ・ 国：データ活用のための環境整備等の支援を実施
今後通いの場等の取組に関する効果検証等を通じた、エビデンスの構築も必要

通いの場の類型化

| 運営 ※ | 場所 | 活動 |
|------------------|-------------------|----------|
| 住民個人(有志・ボランティア等) | 個人宅・空き家 | 体操(運動) |
| 住民団体(自治会、NPO法人等) | 公民館・自治会館・集会所 | 会食 |
| 行政(介護予防担当部局) | 公園 | 茶話会 |
| 行政(介護予防担当部局以外) | 農園 | 認知症予防 |
| 社会福祉協議会 | 学校・廃校 | 趣味活動 |
| 専門職団体 | 医療機関の空きスペース | 農作業 |
| 医療機関(病院、診療所、薬局等) | 介護関係施設・事業所の空きスペース | 生涯学習 |
| 介護関係施設・事業所 | 店舗の空きスペース・空き店舗 | ボランティア活動 |
| 民間企業 | | 就労的活動 |
| | | 多世代交流 |

※住民以外が運営する場合でも、住民が主体的に取り組むことに留意すること

<「通いの場」の捉え方> 上記の類型化も参考に、

- ① 介護予防に資すると市町村が判断する通いの場であること
- ② 住民が主体的に取り組んでいること
- ③ 通いの場の運営について、市町村が財政的支援を行っているものに限らないこと
- ④ 月1回以上の活動実績があるもの

「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ」を踏まえ、明確化する範囲

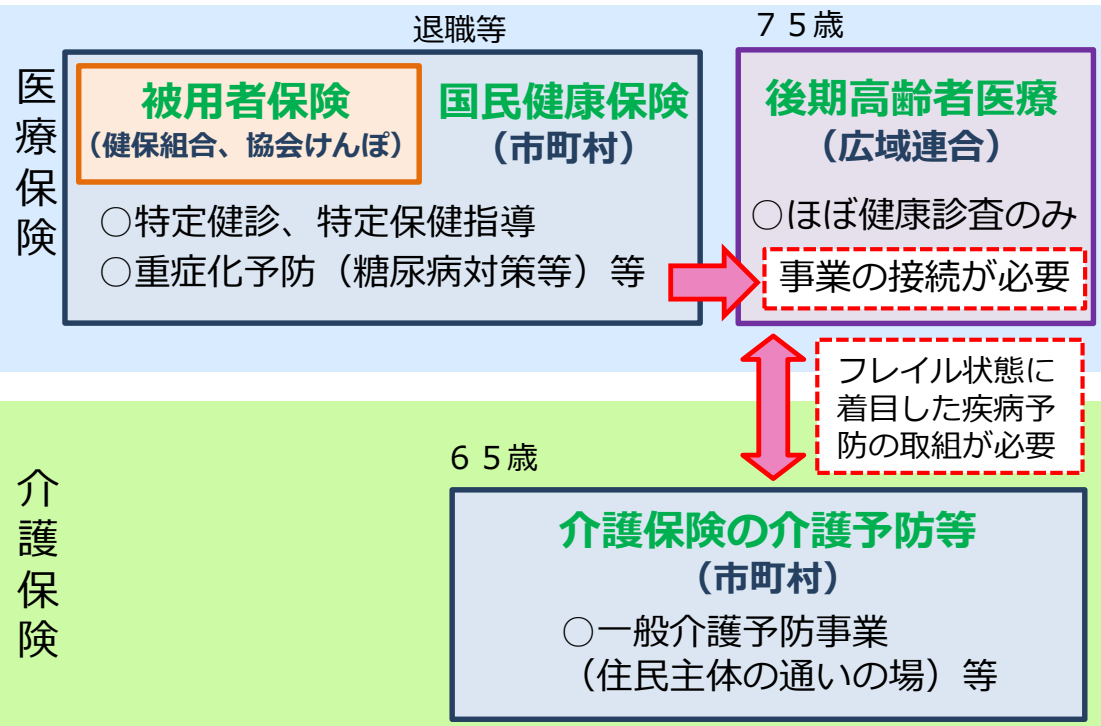
なお、類型化で示しているものは例示であり、多様な通いの場の取組が展開されるよう、今後も先進的な事例等を参考に更新予定

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

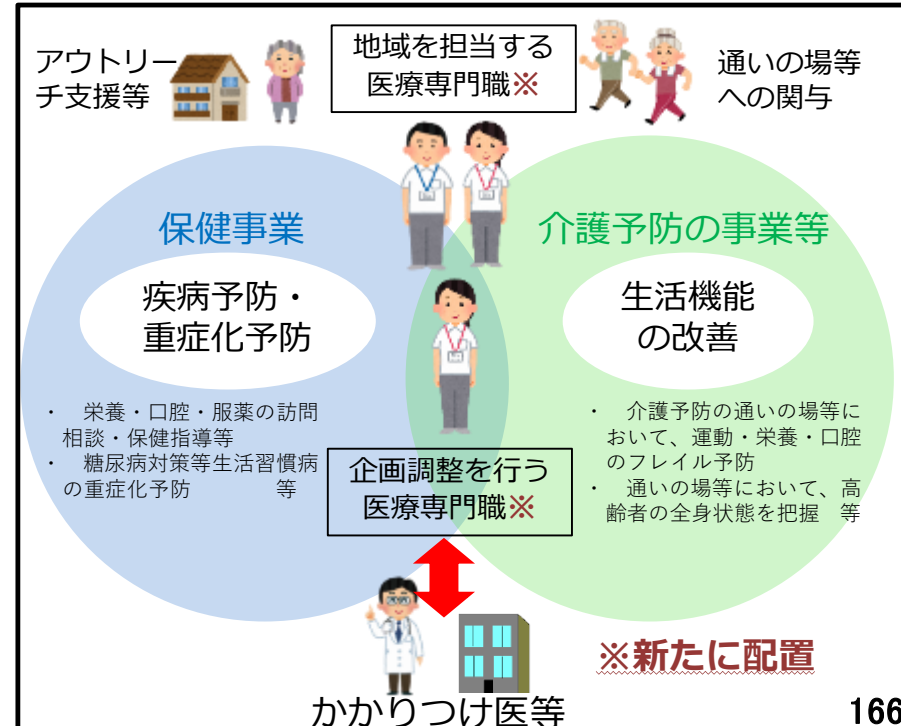
- 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組**が**令和2年4月から開始**された。
- 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

- 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。
※高齢者医療課調べ（令和3年12月時点・速報値）
- **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。

▼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



一般介護予防事業

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的して行うものである。
- 機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなど的高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを行う。
- 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。
- 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し、介護予防を機能強化する。
- 市町村が主体となり、一般介護予防事業を構成する以下5つの事業のうち必要な事業を組み合わせ、地域の実情に応じて効果的かつ効率的に実施する。

○ 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、住民主体の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

市町村が介護予防に資すると判断する地域における住民主体の通いの場等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、住民主体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。

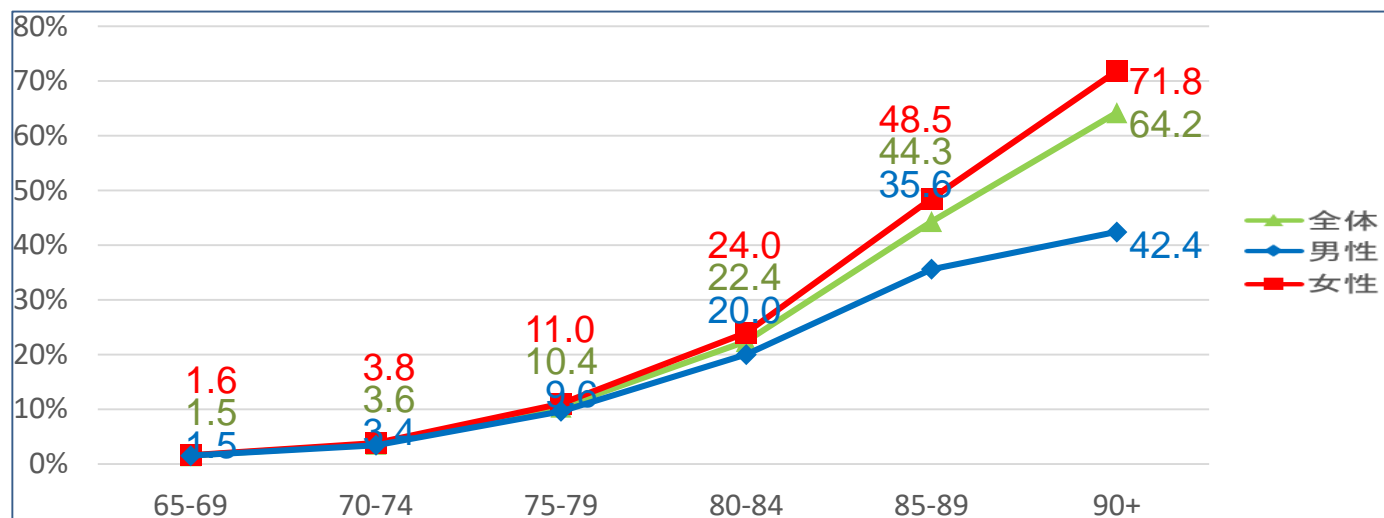
認知症施策の推進

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

年齢階級別の有病率について（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 15.0% | 517万人 15.2% | 602万人 16.7% | 675万人 18.5% | 744万人 20.2% | 802万人 20.7% | 797万人 21.1% | 850万人 24.5% |
| 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) | | 525万人 15.5% | 631万人 17.5% | 730万人 20.0% | 830万人 22.5% | 953万人 24.6% | 1016万人 27.0% | 1154万人 33.3% |

「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。

認知症施策推進大綱の進捗状況の確認について

令和4年10月31日
認知症施策推進のための有識者会議



【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行を緩やかにする」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・職域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

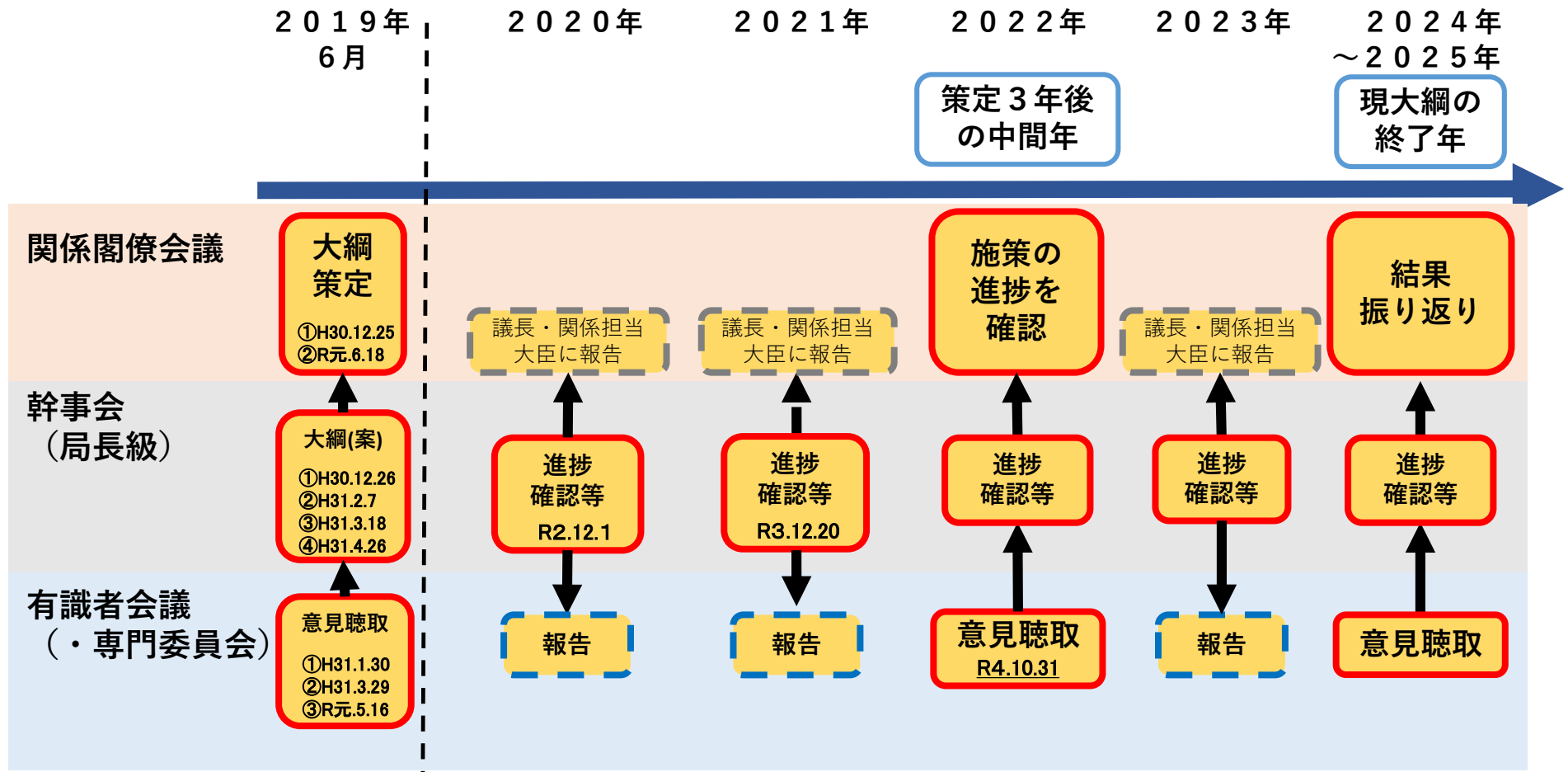
認知症の人や家族の視点を重視

認知症施策推進大綱のフォローアップについて

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

1. 基本的考え方

本大綱の対象期間は、団塊の世代が75歳以上となる2025（令和7）年までとし、策定後3年を目途に、施策の進捗を確認するものとする。



進捗状況の評価結果(仮評価)

大綱のKPIとして設定されている項目に対して、これまでの進捗状況の評価するため、次の評価基準に基づき、仮評価を行った。有識者会議等に諮った上で、評価を確定。

(KPI 74件・評価項目 92件)

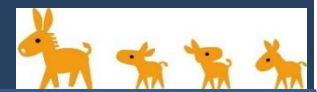
＜2022年10月時点＞

| 評価 | 基準内容 | 評価項目 |
|-----|--|------|
| S | <u>2025年までの目標を既に達成</u> (目標値に対する達成度合いが100%以上) | 25 |
| A | 2025年までの6年間のうち <u>3年目の達成状況が100%以上</u> | 12 |
| B | 2025年までの6年間のうち <u>3年目の達成状況が60%～100%未満</u> | 11 |
| C | 2025年までの6年間のうち <u>3年目の達成状況が60%未満</u> | 4 |
| 未達成 | 目標年度が過ぎている項目のうち、目標値に達していないもの | 12 |
| 対応中 | 定性的なKPI／目標であり、継続的に対応を行っているもの | 28 |
| 合 計 | | 92 |

※KPIを達成した項目や、目標年度を超過している項目については、新目標の設定を検討。

※進捗状況が低調な項目（「C」及び「未達成」の項目）については、理由と対応策を示す。

主なKPI／目標の仮評価(案)及び新たなKPI／目標(案)



1. 普及啓発・本人発信支援 (KPI 17件・評価項目18件)

<KPIを達成した項目(評価S) 4件>

(1) KPIの更新を検討している項目 2件

| | KPI/目標 | 所管 | 実績 | 仮評価(案) | 新たなKPI/目標(案) |
|-------|--|-------|---|--------|--|
| KPI 1 | 認知症サポーター養成数 <u>1,200万人</u> (2020年度) | 厚生労働省 | <u>1,391万人</u> (2022年6月末) ※1,317万人 (2020年度末) | S | 認知症サポーター養成数 <u>1,500万人</u> |
| KPI 5 | 自治体における、事前に本人の意思表示を確認する取組の実施率 <u>50%</u> | 厚生労働省 | <u>62%</u> (2021年度) | S | 自治体における、事前に本人の意思表示を確認する取組の実施率 <u>70%</u> |

(2) 見直しを行わず、達成されたKPIを踏まえて今後も普及等に向けて対応を行っていくことを検討している項目 2件

| | KPI/目標 | 所管 | 仮評価(案) |
|--------|--------------------------------------|-------|--------|
| KPI 2 | 学び(社会教育施設での講座の受講等)を通じた地域社会への参画モデルの提示 | 文部科学省 | S |
| KPI 13 | 認知症本人大使(希望宣言大使(仮称))の創設 | 厚生労働省 | S |

<目標年度は来ていないが進捗状況が低調である項目(評価C) 2件>

| | KPI/目標 | 所管 | 実績 | 仮評価(案) |
|--------|-----------------------------|-------|-------------------------|--------|
| KPI 14 | 全都道府県においてキャラバン・メイト大使(仮称)の設置 | 厚生労働省 | <u>11都県</u> (2022年6月末) | C |
| KPI 17 | 全市町村において本人の意見を重視した施策の展開 | 厚生労働省 | <u>257市町村</u> (2021年度末) | C |

<その他2025年に向け、引き続き対応を行う項目 12件>



2. 予防 (KPI 8件・評価項目 8件)

<KPIを達成した項目 (評価S) 4件>

見直しを行わず、達成されたKPIを踏まえて今後も社会実装等に向けて対応を行っていくことを検討している項目 4件

| | KPI/目標 | 所管 | 仮評価(案) |
|--------|--------------------------------------|-------|--------|
| KPI 20 | 学び(社会教育施設での講座の受講等)を通じた地域社会への参画モデルの提示 | 文部科学省 | S |
| KPI 21 | 認知症予防に関する取組の事例集作成 | 厚生労働省 | S |
| KPI 22 | 認知症予防に関する取組の実践に向けたガイドラインの作成 | 厚生労働省 | S |
| KPI 23 | 認知症予防に関するエビデンスを整理した活動の手引きの作成 | 厚生労働省 | S |

<KPI未達成 (目標年度超過) で、KPIの見直しを検討している項目 1件>

| | KPI/目標 | 所管 | 実績 | 仮評価(案) | 新たなKPI/目標(案) |
|--------|----------------------------|-------|---------------|--------|-------------------------------------|
| KPI 19 | 成人の週1回以上のスポーツ実施率を65%程度に高める | 文部科学省 | 56.4%(2021年度) | 未達成 | 成人の週1回以上のスポーツ実施率を70%に向上させる(2026年度末) |

<その他2025年に向け、引き続き対応を行う項目 3件>



3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援 (KPI 19件・評価項目28件)

<KPIを達成した項目 (評価S) 5件>

(1) KPIの更新を検討している項目 2件

| | KPI/目標 | 所管 | 実績 | 仮評価(案) | 新たなKPI/目標(案) |
|--------|---|-------|---|--------|---|
| KPI 28 | 「患者のための薬局ビジョン」において示す、かかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数 70% | 厚生労働省 | 78.8% (2021年12月末) | S | 「患者のための薬局ビジョン」において示す、かかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数 80% |
| KPI 36 | 介護従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数(2020年度末) ・認知症介護実践者研修 30万人 | 厚生労働省 | 317,394人 (2021年度末) ※306,064人(2020年度末) | S | 介護従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数 ・認知症介護実践者研修 32万人 |

(2) 見直しを行わず、達成されたKPIを踏まえて今後も活動の展開に向けて対応を行っていくことを検討している項目 3件

| | KPI/目標 | 所管 | 仮評価(案) |
|--------|--------------------------------------|-------|--------|
| KPI 26 | 認知症地域支援推進員の先進的な活動の横展開 | 厚生労働省 | S |
| KPI 29 | 認知症初期集中支援チームの先進的な活動事例集作成 | 厚生労働省 | S |
| KPI 30 | 初期集中支援チームにおける医療・介護サービスにつながった者の割合 65% | 厚生労働省 | S |



3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援 (KPI 19件・評価項目28件)

<KPI未達成(目標年度超過)で、KPIの見直しを検討している項目 5件>

| | KPI/目標 | 所管 | 実績 | 仮評価(案) | 新たなKPI/目標(案) |
|--------|---|-------|---|---|--|
| KPI 31 | 認知症疾患医療センターの設置数 全国で <u>500力所</u> 、 <u>二次医療圏ごとに1力所</u> 以上(2020年度末) | 厚生労働省 | <u>496力所</u> 、 <u>二次医療圏域317力所(94.6%)</u> (2022年5月末) ※477力所、二次医療圏域310力所(2020年度末) | 設置数 未達成 二次医療圏 未達成 | 認知症疾患医療センターの設置数 全国で <u>500力所</u> 、 <u>二次医療圏ごとに1力所</u> 以上 |
| KPI 36 | 介護従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数(2020年度末) ・認知症介護指導者養成研修 <u>2.8千人</u> ・認知症介護実践リーダー研修 <u>5万人</u> | 厚生労働省 | 認知症介護指導者養成研修 <u>2,608人</u> 認知症介護実践リーダー研修 <u>49,696人</u> (2021年度末) ※認知症介護指導者養成研修 2,569人 認知症介護実践リーダー研修 47,495人 (2020年度末) | 認知症介護指導者養成研修 未達成 認知症介護実践リーダー研修 未達成 | 介護従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数 ・認知症介護指導者養成研修 <u>2.8千人</u> ・認知症介護実践リーダー研修 <u>5万人</u> |
| KPI 43 | 認知症カフェを全市町村に普及(2020年度末) | 厚生労働省 | <u>1,539市町村(88.4%)</u> 、 <u>7,886箇所</u> (2021年度末) ※1,518市町村(87.2%)、7,737箇所 (2020年度末) | 未達成 | 認知症カフェを全市町村に普及 |

<目標年度は来ていないが進捗状況が低調である項目(評価C) 1件>

| | KPI/目標 | 所管 | 実績 | 仮評価(案) |
|--------|--|-------|--------------------------|--------|
| KPI 30 | 初期集中支援チームにおける訪問実人数全国で年間 <u>40,000件</u> | 厚生労働省 | <u>16,405人</u> (2021年度末) | C |

<その他2025年に向け、引き続き対応を行う項目 17件>

主なKPI／目標の仮評価(案)及び新たなKPI／目標(案)



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 (KPI 25件・評価項目33件)

<KPIを達成した項目(評価S) 9件>

(1) KPIの更新を検討している項目 6件

| | KPI/目標 | 所管 | 実績 | 仮評価(案) | 新たなKPI/目標(案) |
|--------|---|-------|--|--------------|--|
| KPI 46 | 地域公共交通活性化再生法に基づく、地域公共交通網形成計画の策定件数 500件 | 国土交通省 | 749件 (2022年6月末) | S | 地域公共交通活性化再生法に基づく、地域公共交通計画の策定件数 1200件 (2024年度末) |
| KPI 49 | 住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅の登録戸数 17.5万戸 (2020年度末) | 国土交通省 | 749,672戸 (2022年6月末) ※390,471戸(2020年度末) | S | 居住支援協議会を設立した市区町村の人口カバー率 50%(2030年度末) |
| KPI 51 | 居住支援協議会に参画する市区町村及び自ら設立する市区町村の合計が全体の 80% (2020年度末) | 国土交通省 | 82.31% (2020年度末) | S | 居住支援協議会を設立した市区町村の人口カバー率 50%(2030年度末) |
| KPI 59 | 全預金取扱金融機関の個人預金残高に占める後見制度支援預金又は後見制度支援信託を導入済とする金融機関の個人預金残高の割合 50% 以上(2021年度末) | 金融庁 | 69% (2021年度末) | S | 後見制度支援信託・支援預貯金の普及 |
| KPI 60 | 成年後見制度の利用促進について(2021年度末) (1)国研修を受講した中核機関職員や市区町村職員等の数 3500人 (2)後見人等向けの意思決定支援研修が実施される都道府県の数 全47都道府県 | 厚生労働省 | (1)国研修を受講した中核機関職員や市区町村職員等の数 4248人 (2)後見人等向けの意思決定支援研修が実施される都道府県の数 47都道府県 (2021年10月) | (1)~(2) S | 成年後見制度の利用促進について(2024年度末) (1)担い手(市民後見人・法人後見実施団体)の育成の方針の策定を行った都道府県数 全47都道府県 (2)担い手(市民後見人・法人後見実施団体)の養成研修を実施している都道府県数 全47都道府県 (3)市町村長申立てに関する研修を実施している都道府県数 全47都道府県 (4)意思決定支援研修を実施している都道府県数 全47都道府県 |

主なKPI／目標の仮評価(案)及び新たなKPI／目標(案)



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 (KPI 25件・評価項目33件)

(2) 見直しを行わず、達成されたKPIを踏まえて今後も社会実装等に向けて対応を行っていくことを検討している項目 **3件**

| | KPI/目標 | 所管 | 仮評価(案) |
|--------|--------------------------------------|-------|--------|
| KPI 67 | 若年性認知症の有病率・実態把握 | 厚生労働省 | S |
| KPI 68 | 学び(社会教育施設での講座の受講等)を通じた地域社会への参画モデルの提示 | 文部科学省 | S |
| KPI 69 | 認知症地域支援推進員の活動状況を全国に横展開 | 厚生労働省 | S |

<KPI未達成(目標年度超過)で、KPIの見直しを検討している項目 **6件**>

| | KPI/目標 | 所管 | 実績 | 仮評価(案) | 新たなKPI/目標(案) |
|--------|--|-------|---|-----------------------|--|
| KPI 60 | 成年後見制度の利用促進について(2021年度末) (1)中核機関を整備した市区町村数 全1741市区町村 (2)中核機関においてパンフレット等による成年後見制度や相談窓口の周知を行っている市区町村数 全1741市区町村 (3)中核機関において後見人候補を推薦する取組を行っている市区町村数 800市区町村 (4)中核機関において後見人支援の取組(専門職の雇い上げ等により相談や手続支援を実施)を行っている市区町村数 200市区町村 (5)協議会等の合議体を設置した市区町村数 全1741市区町村 (6)市町村計画を策定した市区町村数 全1741市区町村 | 厚生労働省 | (1)中核機関を整備した市区町村数 836市区町村 (2)中核機関においてパンフレット等による成年後見制度や相談窓口の周知を行っている市区町村数 808市区町村 (3)中核機関において後見人候補を推薦する取組を行っている市区町村数 456市区町村 (4)中核機関において後見人支援の取組(専門職の雇い上げ等により相談や手続支援を実施)を行っている市区町村数 127市区町村 (5)協議会等の合議体を設置した市区町村数 451市区町村 (6)市町村計画を策定した市区町村数 829市区町村 (2021年10月) | (1)~(6) 未達成 | 成年後見制度の利用促進について(2024年度末) (1)中核機関(権利擁護センター等を除く)を整備した市町村数 全1741市町村 (2)リーフレット等による成年後見制度や相談窓口の周知を行っている市町村数 全1741市町村 (3)リーフレット等による任意後見制度の周知を行っている市町村数 全1741市町村 (4)成年後見制度利用支援事業の適切な実施のための必要な見直し等の検討を行った市町村数 全1741市町村 (5)市町村計画の策定・第二期計画に基づく必要な見直しを行った市町村数 全1741市町村 (6)協議会を設置した都道府県数 全47都道府県 |

主なKPI／目標の仮評価(案)及び新たなKPI／目標(案)



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 (KPI 25件・評価項目33件)

＜目標年度は来ていないが進捗状況が低調である項目 (評価C) **1件**＞

| | KPI/目標 | 所管 | 実績 | 仮評価(案) |
|--------|--|-------|-----------------|--------|
| KPI 50 | 全市町村で、本人・家族の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(チームオレンジなど)を整備 | 厚生労働省 | 220市町村(2021年度末) | C |

＜その他2025年に向け、引き続き対応を行う項目 **17件**＞

5. 研究開発・産業促進・国際展開 (KPI 5件・評価項目5件)

＜KPIを達成した項目 (評価S) **3件**＞

(1) KPIの更新を検討している項目 **1件**

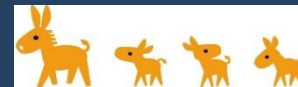
| | KPI/目標 | 所管 | 実績 | 仮評価(案) | 新たなKPI/目標(案) |
|--------|--|----------------|---|--------|--|
| KPI 70 | 認知症のバイオマーカーの開発・確立 POC取得 3件以上 | 文部科学省 厚生労働省 | POC取得 4件 ①血中アミロイドペプチド測定システムAmyloid MS CL ②ルミパルスβアミロイド1-40、ルミパルスβアミロイド1-42 ③神経フィラメント軽鎖(NFL)が、神経変性の指標として、従来のアルツハイマー病(AD)バイオマーカーである総タウより有用なマーカーであることを示した ④タウ病変PET | S | 認知症のバイオマーカーの開発・確立 POC取得 5件以上 |

(2) 見直しを行わず、達成されたKPIを踏まえて今後も研究等の対応を行っていくことを検討している項目 **2件**

| | KPI/目標 | 所管 | 仮評価(案) |
|--------|----------------------|-------|--------|
| KPI 72 | 日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始 | 厚生労働省 | S |
| KPI 74 | 薬剤治験に即刻対応できるコホートを構築 | 厚生労働省 | S |

＜その他2025年に向け、引き続き対応を行う項目 **2件**＞

<参考> 幹事会開催(2022.9.30)後の主な修正項目



<幹事会開催時点において、仮評価「精査中」としていた項目 **6件**>

| | KPI/目標 | 所管 | 実績 | 仮評価 (案) |
|--------|--------------------------------------|-------|---|------------|
| KPI 9 | 厚生労働省ホームページに全市町村の認知症に関する相談窓口へのリンクを掲載 | 厚生労働省 | 1,680市町村 (2022年10月) | A |
| KPI 10 | 認知症の相談窓口について、関係者の認知度2割増加、住民の認知度1割増加 | 厚生労働省 | 市町村による認知症に関する相談窓口の周知の取組への働きかけや、介護サービス情報公表システムの周知を実施。 | 対応中 |
| KPI 27 | 全認知症地域支援推進員が新任者・現任者研修を受講 | 厚生労働省 | 新任者研修又は現任者研修のいずれか、あるいは両方受講した推進員 7,100人(87.9%) (2021年度末) ※市町村に配置されている認知症地域支援推進員:8,078人 | A |
| KPI 30 | 初期集中支援チームにおける医療・介護サービスにつながった者の割合 65% | 厚生労働省 | 医療につながった者の割合: 84.6% 介護につながった者の割合: 66.1% (2021年度末) | S |
| KPI 53 | 全都道府県でヘルプカード等のツールを活用 | 厚生労働省 | 認知症の人本人の意向を示すツール(ヘルプカード等)の事例調査、新たなツールの作成やその活用方法について、認知症の人本人の意見を踏まえつつ検討を行い、その成果をホームページ等で周知。ヘルプカード活用についての取組を行っている、取組む意向がある都道府県 33都道府県 (2021年度末) | 対応中 |
| KPI 66 | 全国若年性認知症支援センターがコーディネーターから受ける相談件数の増加 | 厚生労働省 | 213件 (2021年度) ※120件(2020年)、50件(2021年) | A |

地域包括支援センターの体制整備等

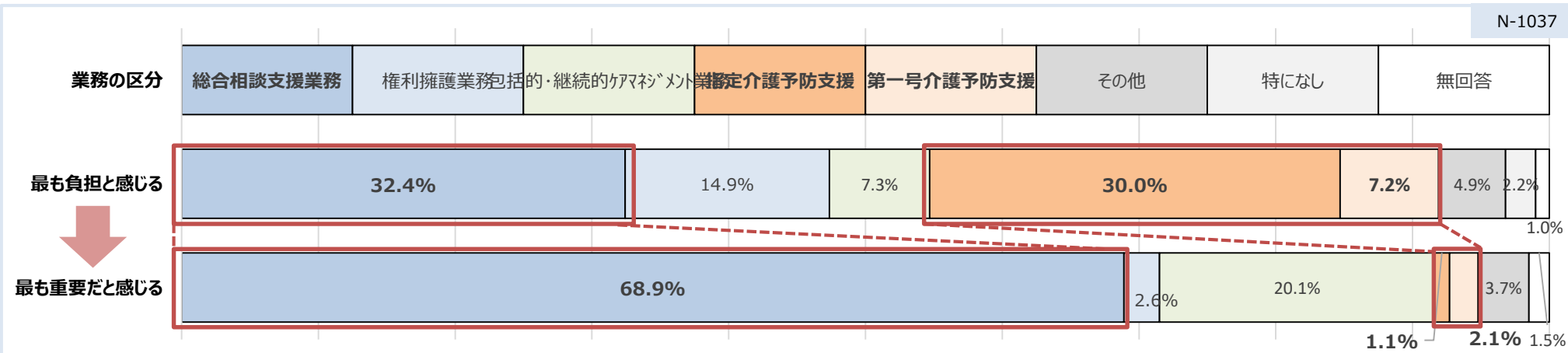
ひと、暮らし、みらいのために



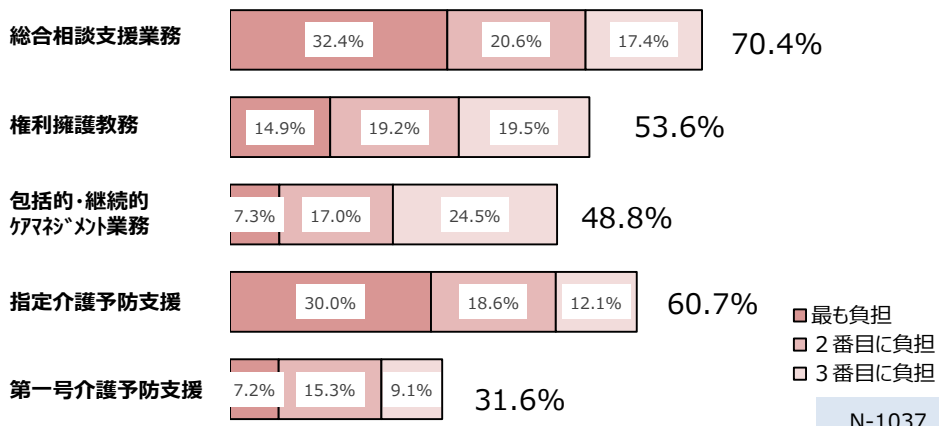
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

地域包括支援センターの業務の負担感（R4調査中間集計）

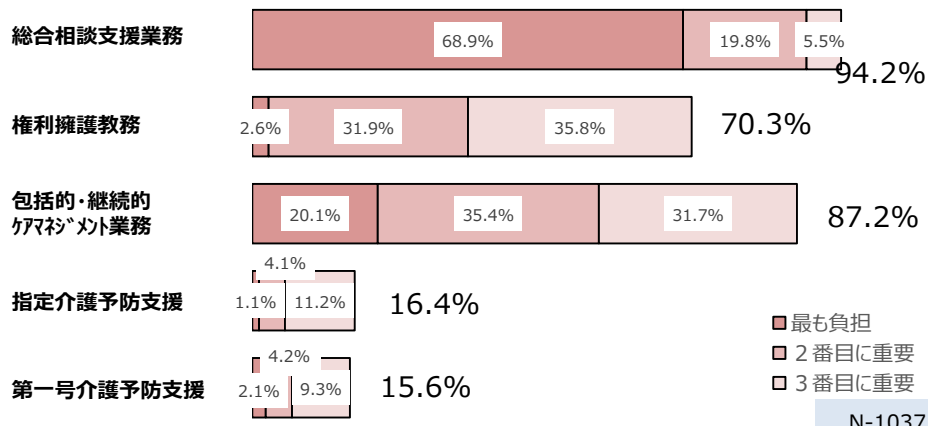
- 「総合相談業務」については、最も負担と感じると回答した割合が最も高い（32.4%）一方で、約7割は最も重要な業務と回答している。
- 一方で、「指定介護予防支援」については「総合相談支援業務」に次いで最も負担と回答する割合が高いが（30%（※第一号介護予防支援を含めると37.2%））、最も重要な業務と回答した割合はわずか1.1%（※介護予防ケアマネジメントを含めると3.2%）にとどまっている。
- 総合相談支援業務については負担ではあるが重要と認識している一方で、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについては負担感のみが強い傾向にある。



負担を感じる業務（上位3つまで）



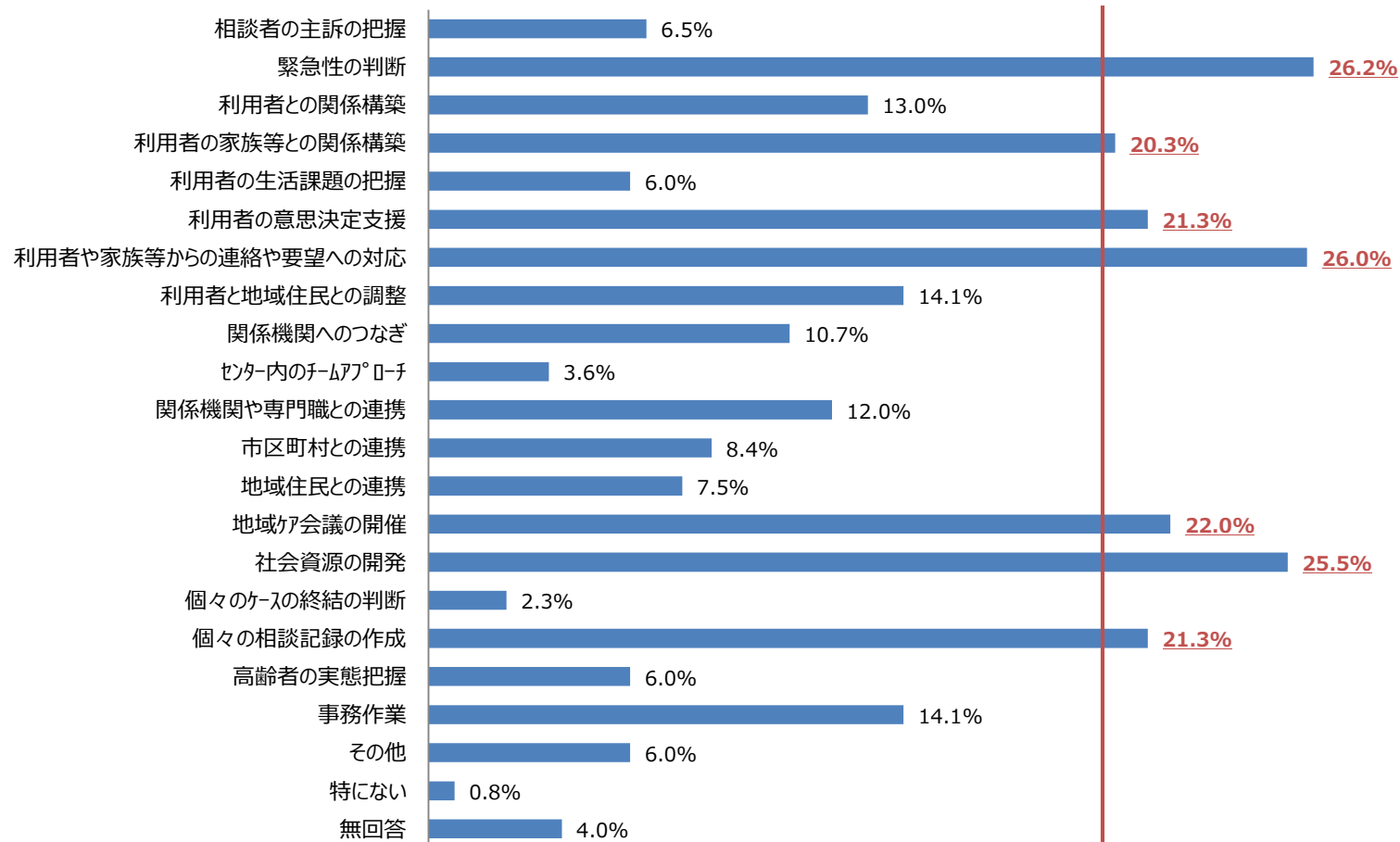
重要と感じる業務（上位3つまで）



地域包括支援センターの業務（総合相談支援業務）の負担感（R4調査中間集計）

- 「総合相談業務」で負担に感じる内容は、「緊急性の判断」が最も多く、次いで「利用者や家族等からの連絡や要望への対応」となっている。
- その他、「利用者の意思決定支援」「利用者の家族等との関係構築」など相談者とのつながりが求められる内容のほか、「個々の相談記録の作成」など相談業務に関連する事務処理に関する内容も負担感が強い傾向にある

総合相談支援業務で負担に感じる内容（複数回答可）



N-1037

総合相談支援業務の実態①（R4調査中間集計） 主な相談対応職員・相談者

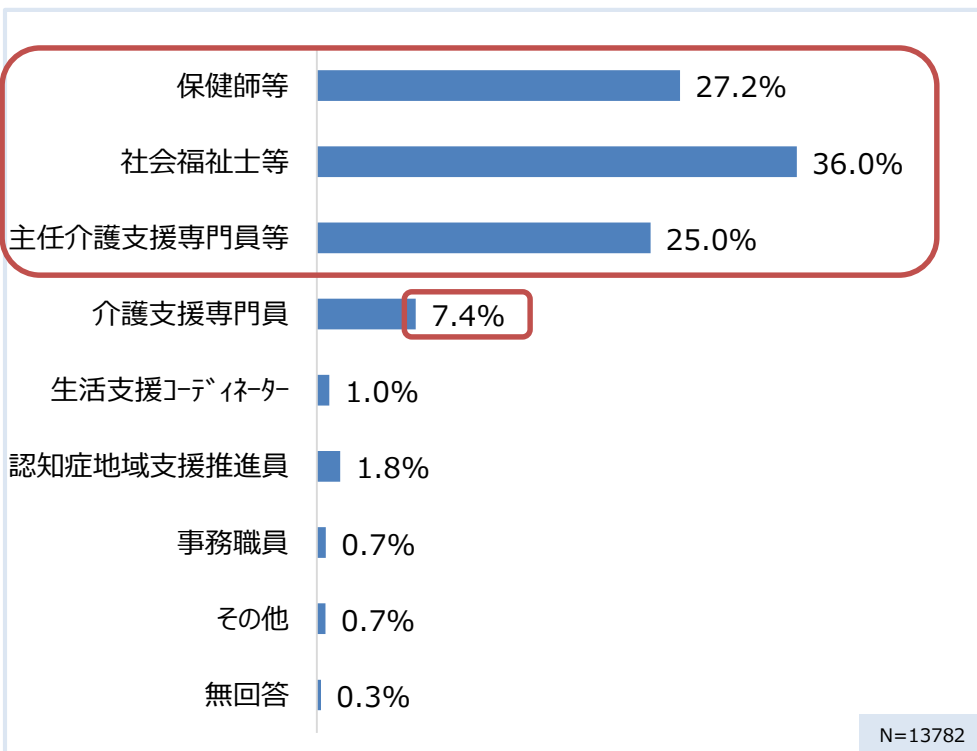
○総合相談支援業務の実施状況の実態を把握するため令和4年度に調査を実施。

○令和4年9月6日(火)・8日(木)・10日(土)の3日間の全相談対応の内容等に関するアンケート調査について、令和4年9月13日時点で回答のあった884地域包括支援センター・13,782件のデータの中間集計は以下のとおり。

※本データは、当日の実際の相談への対応を把握したものであり、総合相談支援業務に含まれる関係機関との調整やネットワーク構築業務が含まれないことに留意

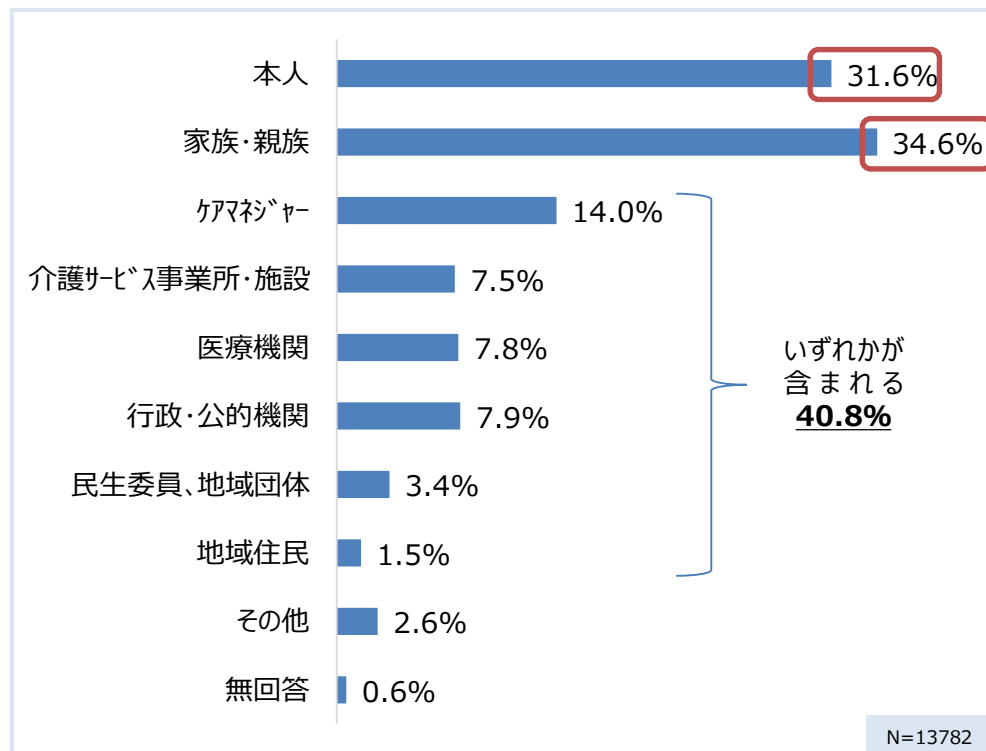
主な相談対応職員

- 相談の約9割はセンターの3職種が対応
- その他職員の中では介護支援専門員の対応割合が高い



相談者（複数回答可）

- 相談者は家族・親族が最も多く、次いで高齢者本人
- 一方、地域の関係機関を通じた相談も全体の約4割を占める



(資料出所) 令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターの事業評価を通じた取組改善と評価指標のあり方に関する調査研究」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社) アンケート結果(令和4年9月13日時点で回答があったものの中間集計)

注) 884の地域包括支援センターからの回答をもとに令和4年9月6日(火)・8日(木)・10日(土)の3日間に対応した全ての相談対応事例を集計したもの

総合相談支援業務の実態②（R4調査中間集計）相談内容・相談に対する対応

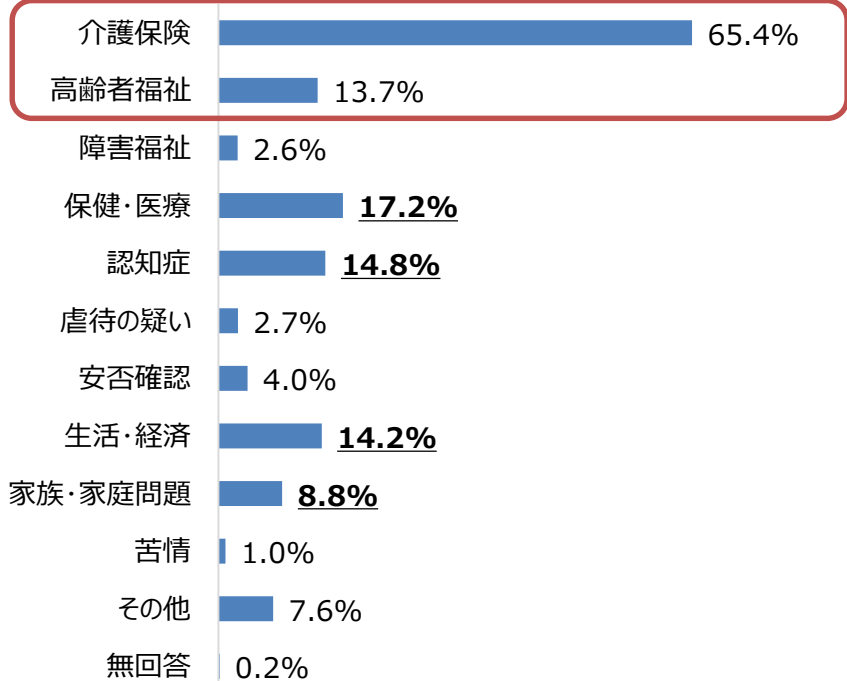
○総合相談支援業務の実施状況の実態を把握するため令和4年度に調査を実施。

○令和4年9月6日(火)・8日(木)・10日(土)の3日間の全相談対応の内容等に関するアンケート調査について、令和4年9月13日時点で回答のあった884地域包括支援センター・13,782件のデータの中間集計は以下のとおり。

※本データは、当日の実際の相談への対応を把握したものであり、総合相談支援業務に含まれる関係機関との調整やネットワーク構築業務が含まれないことに留意

相談内容（複数回答可）

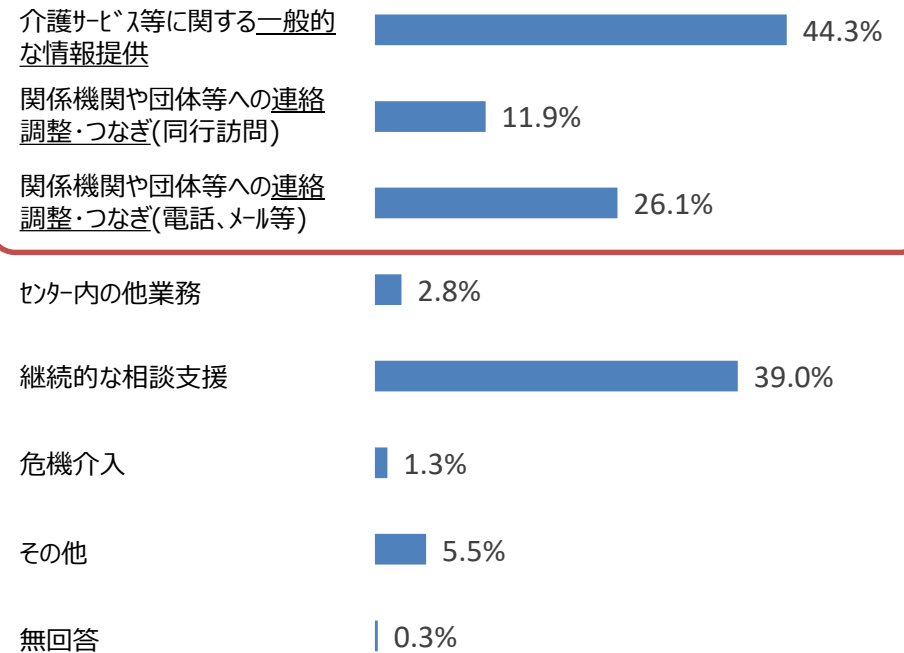
○相談内容は、介護保険・高齢者福祉に関することが大宗を占める一方で、保健・医療、認知症、生活・経済、家族問題など多岐にわたる



N=13782

相談に対する対応（複数回答可）

○相談に対する対応は一般的な情報提供、他機関へのつながりが多く占める一方で、継続的な支援につながるものが約4割となっている



N=13782

(資料出所) 令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターの事業評価を通じた取組改善と評価指標のあり方に関する調査研究」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社) アンケート結果(令和4年9月13日時点で回答があったものの中間集計)

注) 884の地域包括支援センターからの回答をもとに令和4年9月6日(火)・8日(木)・10日(土)の3日間に対応した全ての相談対応事例を集計したもの

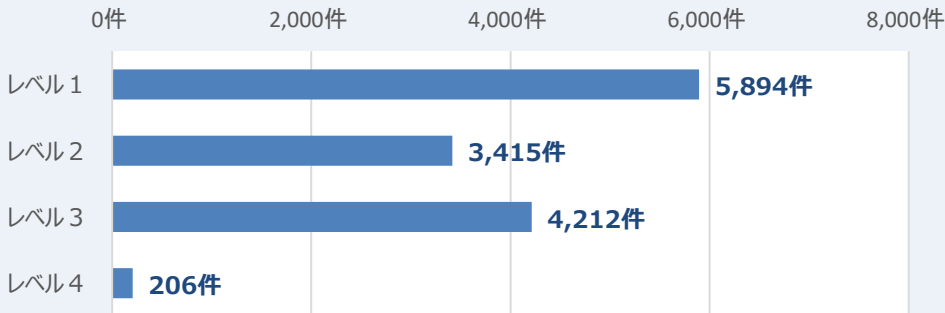
総合相談支援業務の実態③（R4調査中間集計）緊急性のレベルごとの分析

- 緊急性のレベルごとの相談対応については**レベル1（一般的な問い合わせ）が全体の中で最も多く（42.8%）**、次いでレベル3（30.6%）、レベル2（24.8%）となっており、レベル4（緊急対応が必要）も1.5%発生していた。
- 平均所要時間については、レベル1が最も短く（19.3分）、レベルが上がるにつれ時間を要する（レベル2:30.6%、レベル3:37.6分）、レベル4は1件当たり1時間を超える対応となっていた。**

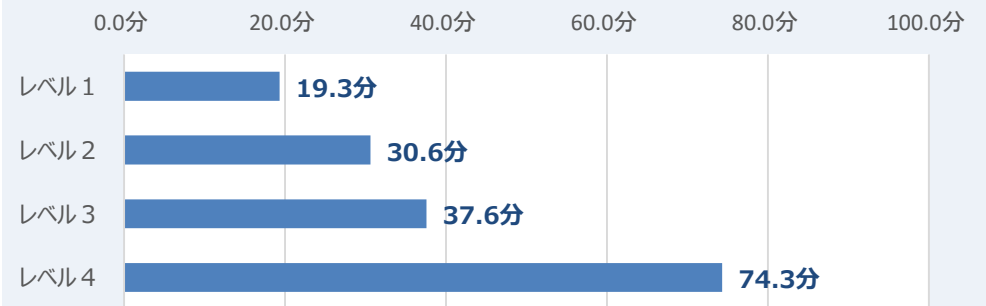
緊急性のレベルごとの対応件数（注1）と平均所要時間（注2）※判断レベル・対応（例）については、「地域包括支援センター業務マニュアル」（平成19年9月）による

| 緊急性のレベル | 判断レベル | 対応（例） | 相談対応件数(注1) | 平均所要時間(注2) |
|---------|-----------------------------|-------------------------|---------------|------------|
| レベル1 | 一般的な問い合わせ | 一般的な情報提供 | 5,894件（42.8%） | 19.3分 |
| レベル2 | 相談者の意思で主訴に対する対応が可能だと判断される相談 | 必要な情報提供、関係機関や団体等の紹介・つなぎ | 3,415件（24.8%） | 30.6分 |
| レベル3 | 専門的・継続的な関与が必要だと判断される相談 | 継続的な関与、訪問面接等 | 4,212件（30.6%） | 37.6分 |
| レベル4 | 緊急対応が必要だと判断される相談 | 危機介入、事例ごとに対応できるチーム編成 | 206件（1.5%） | 74.3分 |
| 無回答 | | | 55件（0.4%） | 34.1分 |
| 合計 | | | 13,782件（100%） | 28.6分 |

相談件数（緊急性のレベル別）



平均所要時間（緊急性のレベル別）



（資料出所）令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターの事業評価を通じた取組改善と評価指標のあり方に関する調査研究」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）アンケート結果（令和4年9月13日時点での回答があったものの中間集計）

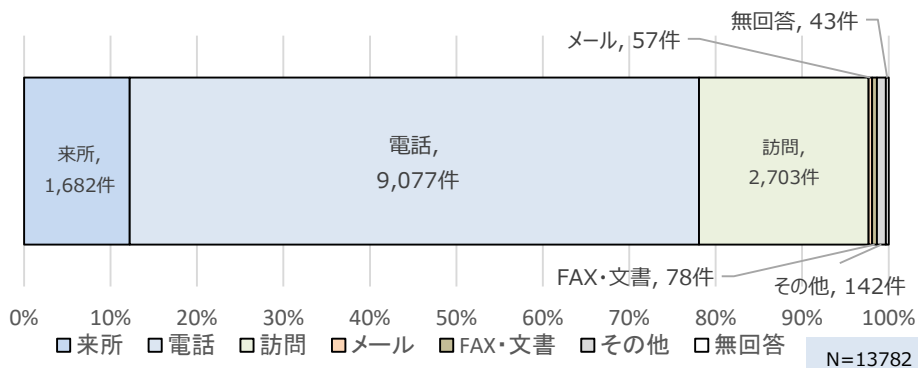
注1) 884の地域包括支援センターからの回答をもとに令和4年9月6日(火)・8日(木)・10日(土)の3日間に対応した全ての相談対応事例を集計したもの

注2) 注1の回答のうち、相談対応時間数の記載がなかった96件を除いて集計したもの

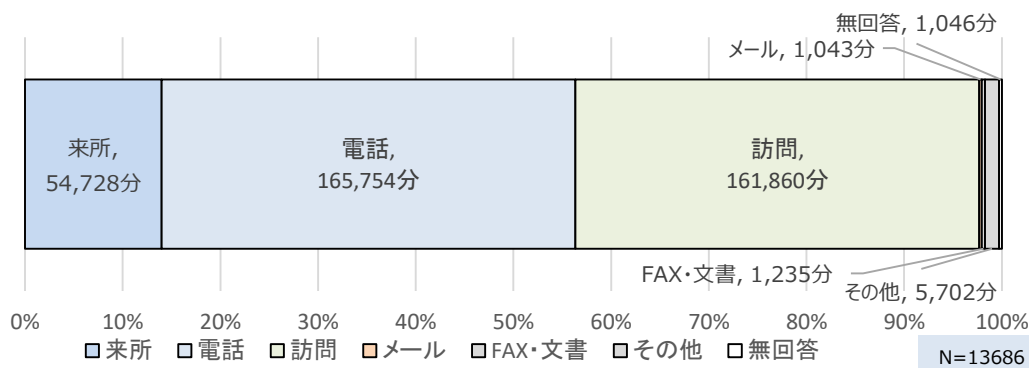
総合相談支援業務の実態④ (R4調査集計値) 対応方法ごとの分析

- 総合相談支援業務のうち実際に高齢者・家族等との相談対応を行った方法については「電話」によるものが全体の3分の2程度を占めている。
- 1件当たりの平均所要時間は28.6分となっており、「電話」による対応については1件当たり平均所要時間が18.4分、10分以下で終了するケースが全体の5割を超えるなど比較的短時間である一方、高齢者・家族等の居宅等への「訪問」については平均所要時間が60.3分と長時間を要している。

相談対応の方法 (注1)



相談対応に要した時間 (注2)



| | 来所 | 電話 | 訪問 | メール | FAX・文書 | その他 | 無回答 | 計 |
|----------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------------|
| 合計 | 1,682件 (12.2%) | 9,077件 (65.9%) | 2,703件 (19.6%) | 57件 (0.4%) | 78件 (0.6%) | 142件 (1.0%) | 43件 (0.3%) | 13,782件 (100.0%) |
| 9月6日(火) | 787件 (11.3%) | 4,727件 (67.7%) | 1,301件 (18.6%) | 28件 (0.4%) | 38件 (0.5%) | 75件 (1.1%) | 23件 (0.3%) | 6,979件 (100.0%) |
| 9月8日(木) | 696件 (12.2%) | 3,668件 (64.1%) | 1,224件 (21.4%) | 26件 (0.5%) | 32件 (0.6%) | 58件 (1.0%) | 18件 (0.3%) | 5,722件 (100.0%) |
| 9月10日(土) | 199件 (18.4%) | 682件 (63.1%) | 178件 (16.5%) | 3件 (0.3%) | 8件 (0.7%) | 9件 (0.8%) | 2件 (0.2%) | 1,081件 (100.0%) |

| 相談対応方法 | 合計 | 相談対応件数 | | | | | | | | 平均所要時間 |
|--------|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|----------------|--------|
| | | 5分以下 | 6~10分 | 11~15分 | 16~20分 | 21~30分 | 31~60分 | 61~120分 | 121分以上 | |
| 来所 | 1,678件 (100.0%) | 216件 (12.9%) | 229件 (13.6%) | 156件 (9.3%) | 204件 (12.2%) | 310件 (18.5%) | 406件 (24.2%) | 140件 (8.3%) | 17件 (1.0%) | 32.6分 |
| 電話 | 9,012件 (100.0%) | 2,562件 (28.4%) | 2,310件 (25.6%) | 1,238件 (13.7%) | 897件 (10.0%) | 1,044件 (11.6%) | 716件 (7.9%) | 191件 (2.1%) | 54件 (0.6%) | 18.4分 |
| 訪問 | 2,685件 (100.0%) | 88件 (3.3%) | 124件 (4.6%) | 95件 (3.5%) | 154件 (5.7%) | 368件 (13.7%) | 1,000件 (37.2%) | 721件 (26.9%) | 135件 (5.0%) | 60.3分 |
| メール | 55件 (100.0%) | 10件 (18.2%) | 13件 (23.6%) | 9件 (16.4%) | 10件 (18.2%) | 9件 (16.4%) | 2件 (3.6%) | 2件 (3.6%) | 0件 (0.0%) | 19.0分 |
| FAX・文書 | 78件 (100.0%) | 24件 (30.8%) | 19件 (24.4%) | 11件 (14.1%) | 14件 (17.9%) | 4件 (5.1%) | 4件 (5.1%) | 2件 (2.6%) | 0件 (0.0%) | 15.8分 |
| その他 | 141件 (100.0%) | 24件 (17.0%) | 21件 (14.9%) | 16件 (11.3%) | 13件 (9.2%) | 19件 (13.5%) | 23件 (16.3%) | 15件 (10.6%) | 10件 (7.1%) | 40.4分 |
| 無回答 | 37件 (100.0%) | 10件 (27.0%) | 7件 (18.9%) | 3件 (8.1%) | 4件 (10.8%) | 5件 (13.5%) | 3件 (8.1%) | 4件 (10.8%) | 1件 (2.7%) | 28.3分 |
| 合計 | 13,686件 (100.0%) | 2,934件 (21.4%) | 2,723件 (19.9%) | 1,528件 (11.2%) | 1,296件 (9.5%) | 1,759件 (12.9%) | 2,154件 (15.7%) | 1,075件 (7.9%) | 217件 (1.6%) | 28.6分 |

(資料出所) 令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターの事業評価を通じた取組改善と評価指標のあり方に関する調査研究」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社) アンケート結果(令和4年9月13日時点で回答があったものの中間集計)

注1) 884の地域包括支援センターからの回答をもとに令和4年9月6日(火)・8日(木)・10日(土)の3日間に対応した全ての相談対応事例を集計したもの

注2) 注1の回答のうち、相談対応時間数の記載がなかった96件を除いて集計したもの

総合相談支援業務の調査結果を踏まえた整理

(地域包括支援センターの類型)

○「地域包括支援センターの設置運営について」(平成18年老計発第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・振興課・老人保健課長通知)

3 市町村の責務 (1)適切な人員体制の確保 ③センター間における役割分担と連携の強化(抜粋)

- **基幹型センター** 直営型、委託型センターのうち地域の中で基幹的な役割を担い、センター間の総合調整や介護予防のケアマネジメント及び地域ケア会議等の後方支援などの機能を有するセンター(以下「基幹型センター」という)の設置
- **機能強化型センター** 権利擁護業務や認知症支援等の機能を強化し、当該分野において他のセンターを支援するセンター(以下「機能強化型センター」という)の設置

ただし、基幹型センター及び機能強化型センター(以下「基幹型センター等」という。)は、あくまでセンターの一類型であることから、法令等に定められる設置基準を満たす必要があるが、基幹型センター等が担当する区域については、そのセンターの後方支援等を実施する観点から、他のセンターの担当区域と重複してもさしつかえない。また、指定介護予防支援及び第1号介護予防支援事業については、基幹型センター等が直接事務を担当していなくても、当該業務について他のセンターの指導等後方支援を行っている場合であれば、個々の業務の指定又は委託を受けていなくてもかまわない。

4 事業内容 (1)包括的支援事業(抜粋)

- **ランチ** センターが包括的支援事業の三つの業務及び第一号介護予防支援事業に一体的に取り組むことを前提として、**地域の住民の利便を考慮し、地域の住民に身近なところで相談を受け付け、センターにつなぐための窓口(ランチ)**を設けることは可能であり、この場合、センターの運営費の一部を協力費としてランチに支出することは可能である。

○地域包括支援センターの手引き Ⅲその他関係資料 1 これまでに発出されたQ&A (1)地域包括支援センター関係

- **サブセンター** 全国在宅介護支援センター協議会の「地域支援事業における在宅介護支援センターの活用」においては、市町村や社会福祉法人等が、在宅介護支援センターの職員を地域包括支援センターの職員として採用するなどした後、その職員を、在宅介護支援センターに併設する地域包括支援センターの支所で勤務させるような形態を「サブセンター」と呼んでいる。
こうした形態については、**本所、支所を合わせたセンター全体として人員配置基準を充足し、本所が統括機能を発揮しつつ、それぞれの支所が4機能を適切に果たすことができる**ということであれば、認められる。

- ➡ 総合相談支援業務の効果的な実施のため、現在のセンターの相談対応が緊急性レベル1(一般的な問い合わせ)・短時間の電話対応が多いことを踏まえ、こうした初期の軽微な相談は、身近な地域との連携や集約化を進め、センターではレベル3・訪問対応への重点化を進めることが考えられる一方で、相談内容は、保健・医療、認知症、生活・経済、家族問題など多岐にわたることから、基幹型・機能強化型の更なる設置促進が考えられる
- ➡ これらを推進するためには、センター業務の質を確保しつつ、現行では同一法人でのみ認められているサブセンター形式と同様に、複数拠点で合算して3職種を配置することも可とするなど、柔軟な人員配置を可能とすることが考えられる

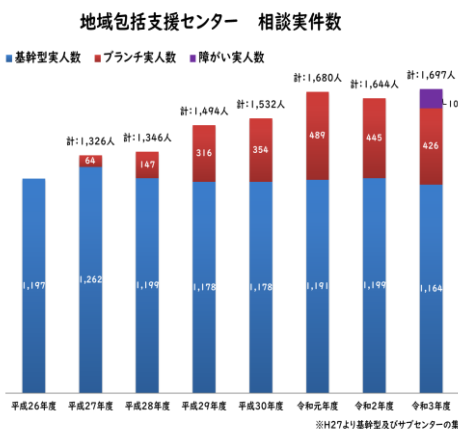
地域包括支援センターのブランチとして小規模多機能型居宅介護等を活用している例（石川県加賀市）

- 石川県加賀市では、多様化する相談に対応するため、**24時間365時間対応機能を有する地域密着型サービス事業所にブランチ機能を委託。**
- 地域密着型のブランチが核となり地域の多様な相談に対応し、市の基幹型地域包括支援センターを統合する相談支援課が包括的にバックアップする体制を構築。**

3つの機能をブランチが有することで、

- ①**早めの出会いと身近で相談しやすい拠点に**
⇒地域での身近な相談対応やすぐに駆け付けられる体制
- ②**どんな状態になっても地域で暮らし続けられる体制△**
⇒介護保険サービス利用の有無にかかわらず「柔軟性」「緊急時対応」「訪問機能の充実」が必要。
- ③**地域で住民主体の生活支援の体制構築△**
⇒介護問題を住民が自身のこととして捉えられるような地域全体で支える仕組み、機会の創出へ。

ブランチでの相談対応件数は増加する一方で基幹型での相談対応件数は横ばい



【加賀市相談支援課】

- 生活保護
- 生活困窮者支援
- 消費生活センター
- ひきこもり支援
- 孤独・孤立支援
- 行政相談
- など

【加賀市基幹型地域包括支援センター(市直営)】

- 総合相談支援
- 在宅医療・介護連携推進
- 権利擁護
- 生活支援体制構築
- 包括的・継続的ケアマネジメント支援
- 認知症総合支援事業
- 介護予防ケアマネジメント業務
- 障がいのある人の相談窓口
- など

他課・他分野とのネットワーク

- 介護福祉課
- 建築課（市営住宅）
- 税料金課
- 教育委員会
- 子育て支援課
- 健康課 など

- 社会福祉協議会
- 民生児童委員
- NPO法人 など

連携

支援方針やつなぎ先の窓口などの相談

バックアップ（同行訪問・ケース会議支援・研修会）

【地区地域包括支援センター（ブランチ）】

市内16の地域密着型サービス事業所（小規模多機能型居宅介護事業所等）

| 身近な相談窓口 | ブランチ業務（個別援助業務） |
|---------|--|
| | ○地区高齢者の個別相談・支援 ○24時間365日の対応 |
| 地域づくり | 地域福祉コーディネート業務 |
| | ○地域資源の把握・開発、担い手育成・活躍する場の確保 ○交流活動の開催支援 |
| 健康づくり | 介護予防と健康づくり（疾病予防・重症化予防）運動 |
| | ○地区高齢者の生活習慣病の重症化防止（個別支援） ○地域へのフレイル予防の啓発普及 |

3つの機能

【相談支援事業所】

市内6事業所

障がいのある人の相談窓口

- 個別援助業務
- 地区の障がいのある人の個別相談・支援
- 24時間365日緊急時等の対応

連携

多様な相談

【地域】

高齢者、ひきこもり、就労支援、健康、認知症、統合失調症や躁うつ病、アルコール依存症等精神疾患、身寄りのない方、医療につながっていない人などの相談など。

地域の在介センター等をサブセンターとして設置し効果的な地域支援を行っている例（山口県山陽小野田市）

- 山口県山陽小野田市では、市の地域包括支援センターのサブセンターを6の中学校区に5箇所設置。
- サブセンター方式により一体的な運営・人材確保を図りつつ、地域とのつながりを有する在宅介護支援センターの機能を活かし圏域ごとの身近な相談対応や介護予防ケアマネジメントを実施。



サンライフ山陽在宅介護支援センター
主任介護支援専門員 1名

地域包括支援サブセンターフクシア※
介護支援専門員 1名
(令和4年度主任介護支援専門員取得見込)

※令和3年度末で在宅介護支援センターが廃止となったため、令和4年度から新たにサブセンターを設置

市高齢福祉課地域包括支援センター
保健師 4名
社会福祉士 5名
主任介護支援専門員 3名
その他職員 3名

高千帆苑在宅介護支援センター
主任介護支援専門員 1名

おのだ在宅介護支援センター
主任介護支援専門員 1名

小野田赤十字在宅介護支援センター
(※令和4年度現在休止中)

| 地域包括支援センター (高齢福祉課) | 地域包括支援サブセンター (在介センター等) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・包括的支援事業 ・総合相談支援業務 ・権擁業務 ・包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 ・指定介護予防支援 ・第一号介護予防支援事業 ・一般介護予防事業 ・在宅医療・介護連携推進事業 ・認知症総合支援事業 ・任意事業 | <ul style="list-style-type: none"> ・包括的支援事業 ・総合相談支援業務 ・権利擁護業務 ・包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 ・指定介護予防支援 ・第一号介護予防支援事業 ・一般介護予防事業 (通いの場の支援) ・地域ケア会議への参加 |

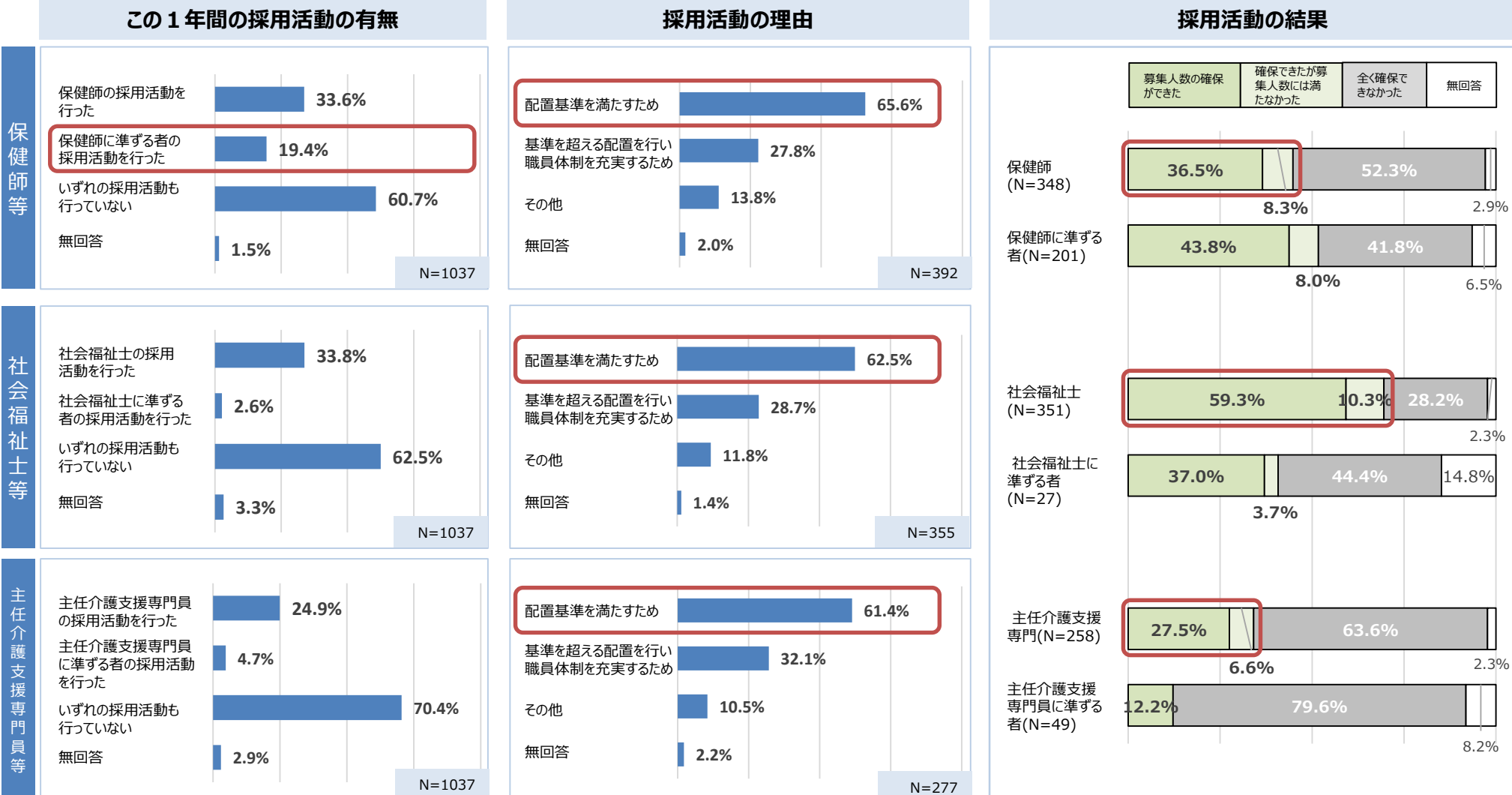
※サブセンターは支所であるプランと異なりセンターの一部であるため、介護保険法に基づく包括的支援事業等の実施が可能
 ※山陽小野田市のサブセンター職員は在籍出向により市職員としての身分を有する(人件費は地域包括支援センターの運営費から各法人に支払)

| | | |
|-----------------------|-------------|----------------|
| 山陽小野田市の人口・高齢化率(2020年) | 総人口 | 61,812人 |
| | 高齢者人口(高齢化率) | 21,037人(34.0%) |

(資料出所)山陽小野田市作成資料をもとに老健局認知症施策・地域介護推進課で再構成

地域包括支援センター 3 職種の人材確保の状況 (R4調査中間集計)

- 保健師については、「準ずる者」に対する採用活動の実施割合が他の2職種として高い状況にあり依然として人材確保は困難な状況。
- いずれの職種についても、採用活動の目的は、「配置基準を満たすため」の割合が高い。
- 採用活動の結果、一部でも人材が確保できた割合を見ると、社会福祉士は約7割（69.6%）が確保できているものの、主任介護支援専門員については34.1%となっており、主任介護支援専門員等の確保は困難な状況となっている。



(資料出所) 令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターの事業評価を通じた取組改善と評価指標のあり方に関する調査研究」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社) アンケート結果(令和4年9月13日時点で回答があったものの中間集計)

地域包括支援センターの人員配置基準

○ 介護保険法（平成9年法律第123号）

（地域包括支援センター）
第115条の46（略）
2～4（略）

- 5 地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業を実施するために必要なものとして市町村の条例で定める基準を遵守しなければならない。
6 市町村が前項の条例を定めるに当たっては、地域包括支援センターの職員に係る基準及び当該職員の員数については厚生労働省令で定める基準に従い定めるものとし、その他の事項については厚生労働省令で定める基準を参酌するものとする。

○ 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

（法第115条の46第6項の厚生労働省令で定める基準）
第140条の66 法第115条の46第6項の厚生労働省令で定める基準は、次の各号に掲げる基準に応じ、それぞれ当該各号に定める基準とする。

- 一 法第115条の46第5項の規定により、地域包括支援センターの職員に係る基準及び当該職員の員数について市町村が条例を定めるに当たって従うべき基準 次のイ及びロに掲げる基準
- イ 一の地域包括支援センターが担当する区域における第一号被保険者の数がおおむね3,000人以上6,000人未満ごとに置くべき専らその職務に従事する常勤の職員の員数は、原則として次のとおりとすること。
- (1) 保健師その他これに準ずる者 一人
 - (2) 社会福祉士その他これに準ずる者 一人
 - (3) 主任介護支援専門員（略）その他これに準ずる者 一人
- ロ（略）

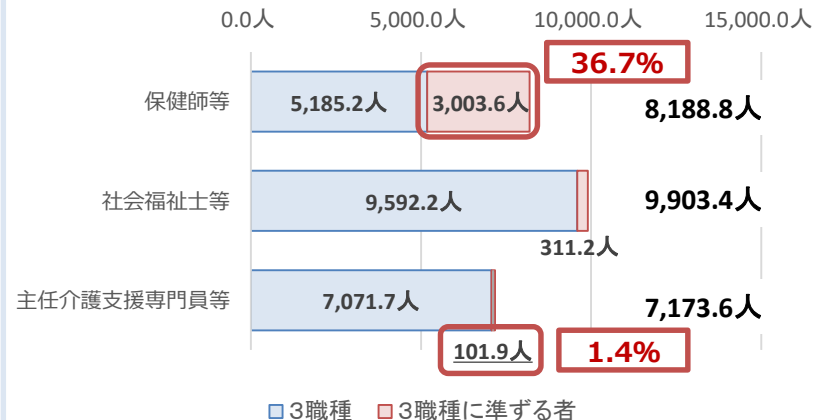
※「準ずる者」については、地域包括支援センターの設置運営について(平成18年老計発第1018001号・老振第1018001号・老老発第1018001号通知)において、以下のとおり規定

| | |
|----------------|--|
| 保健師に準ずる者 | <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア、地域保健等に関する経験のある看護師であり、 ・高齢者に関する公衆衛生業務経験を1年以上有する者 |
| 社会福祉士に準ずる者 | <ul style="list-style-type: none"> ・福祉事務所の現業員等に関する経験が5年以上又は介護支援専門員の業務経験が3年以上あり、 ・高齢者の保健福祉に関する相談援助業務に3年以上従事した経験を有する者 |
| 主任介護支援専門員に準ずる者 | <ul style="list-style-type: none"> ・「<u>ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について</u>」（平成14年4月20日付け老発第0424003号厚生労働省老健局長通知*）に基づく<u>ケアマネジメントリーダー研修**</u>の修了者であって、 ・介護支援専門員としての実務経験を有し、介護支援専門員の相談や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者 |

*平成18年度廃止、**平成19年度以降この研修は実施されていない

3職種の職種別配置状況（令和3年4月末現在:常勤換算ベース）

（資料出所）令和3年度地域包括支援センター運営状況調査（厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調）包括的支援事業のうち、総合相談支援事業、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント事業に従事している者を抽出



保健師に比べ主任介護支援専門員に「準ずる者」の従事率は極めて少ない

主任介護支援専門員について

- 地域包括支援センターの主任介護支援専門員として任用される者は、介護支援専門員であって、都道府県知事が行う「主任介護支援専門員研修」を修了した者（修了日から5年経過している者にあつては「主任介護支援専門員更新研修」を修了している者）とされている。
- 受講要件については、介護支援専門員更新研修修了者であつて、介護支援専門員としての実務経験を有する者としているが、老健局長通知で定める実務経験には、地域包括支援センターにおいて介護支援専門員として従事した期間の取扱は明確化されていない。

○ 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）

（地域包括支援センターの職員に対する研修）

第37条の15 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。以下この項において同じ。）の設置者は、厚生労働省令で定めるところにより、**その職員に対し、地域包括支援センターの業務に関する知識の修得及び技能の向上を図るための研修**を受けさせなければならない。

2 前項の研修は、厚生労働大臣が定める基準に従い、**都道府県知事が行うものとする。**

○ 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

（都道府県知事が行う研修）

第140条の68 令第37条の15第1項に規定する研修は、**他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言、指導その他の介護支援サービス（居宅介護支援並びに施設における施設サービス計画の作成、サービスの利用援助及び施設サービス計画の実施状況の把握をいう。）を適切かつ円滑に提供するために必要な業務に関する知識及び技術を修得することを目的として行われる次に掲げる研修とする。**

- 一 介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する介護支援専門員を対象として行われる研修（以下この条において「**主任介護支援専門員研修**」という。）
- 二 主任介護支援専門員を対象として行われる研修（以下この条において「主任介護支援専門員更新研修」という。）

2、3（略）

主任介護支援専門員研修の受講要件（介護支援専門員資質向上事業実施要綱（平成26年7月4日 老発0704第2号 厚生労働省老健局長通知別添5））

○**介護支援専門員更新研修修了者**であつて、以下の①から④のいずれかに該当する者

- ① 専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年（60ヶ月）以上である者（管理者との兼務期間も算定可能）
- ② ケアマネジメントリーダー養成研修修了者又は日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであつて、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年（36ヶ月）以上である者（管理者との兼務期間も算定可能）
- ③ **主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配置されている者**
- ④ その他、介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者
※ その他、質の高い研修を実施する観点から、都道府県において上記要件以外の要件を設定することも可能。

➡ 地域包括支援センターの質の確保を図りつつ、今後の主任介護支援専門員の人材確保・育成を推進する観点から、

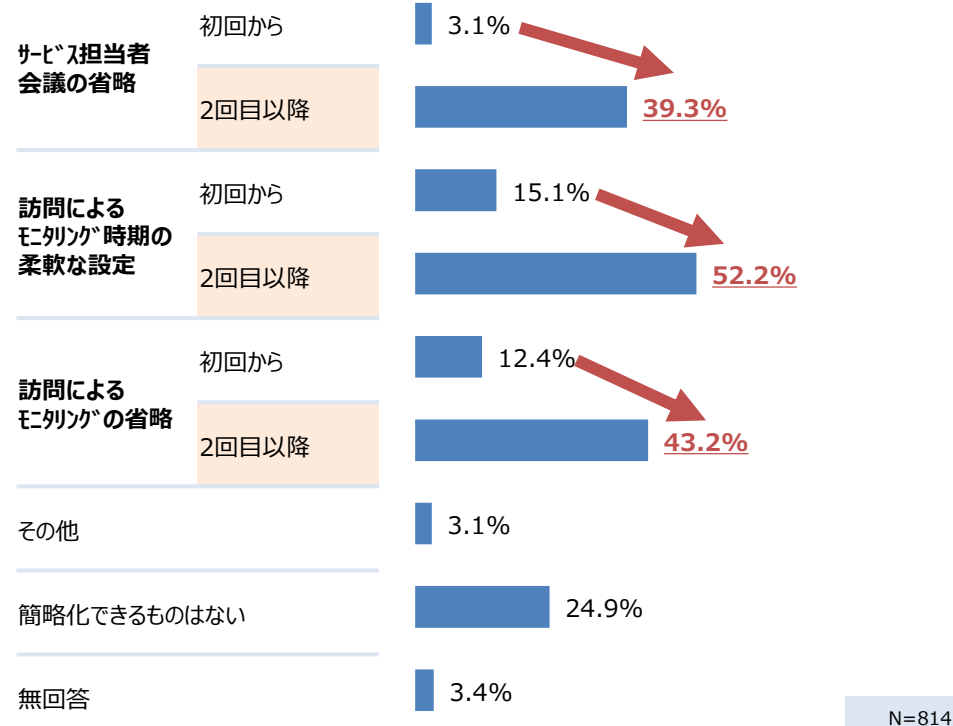
- ・ 地域包括支援センターの主任介護支援専門員に準ずる者について、**主任介護支援専門員が1名以上配置されているセンターに限り、「センターが主任介護支援専門員の育成計画を策定しており、将来的な主任介護支援専門員研修の受講意思を有する者」**を認めるとともに、
- ・ 主任介護支援専門員の受講要件に「**地域包括支援センターの包括的支援事業・第一号介護支援事業・指定介護予防支援に5年間従事したこと**」を含めて、要件を明確化すること等が考えられる。

総合事業の介護予防ケアマネジメントの実態① (R4調査中間報告)

- 総合事業のみを利用する者のケアプラン作成は第一号介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）として実施しており、いわゆる従前相当サービスの利用者については、指定介護予防支援に準じて3月に1回の自宅への訪問によるモニタリングの実施や、ケアプランの作成・変更時のサービス担当者会議を行うこととする「ケアマネジメントA」によることとしている（総合事業ガイドライン通知）。
- この介護予防ケアマネジメントの業務負担軽減方策の検討のため、地域包括支援センターへのアンケートや実際のケアプランについての情報を把握するため、令和4年度に調査を実施しており、中間集計結果は以下のとおり。

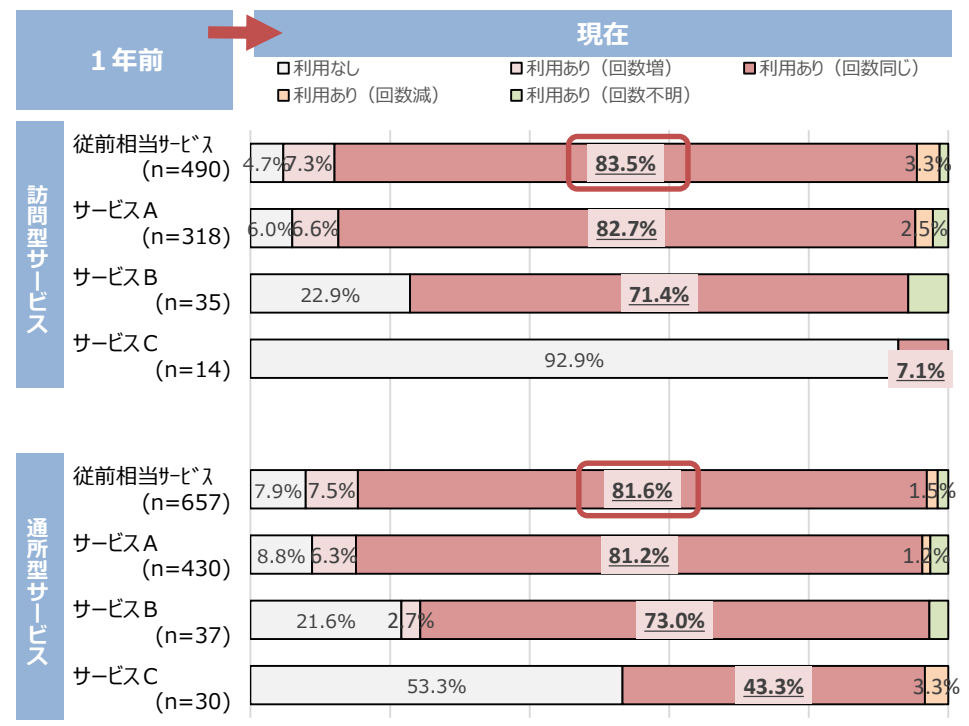
従前相当サービスの介護予防ケアマネジメントのプロセスのうち、簡略化しても効果が変わらないと思われるもの（814センターからの回答）

- 初回のサービス担当者会議の開催・モニタリングは簡略化は難しいと感じる一方、2回目以降は効果が少ないと感じている



1年前と現在の同一利用者の総合事業（第一号訪問事業・第一号通所事業）の利用状況の変化（1,956人分のケアプランを分析(注)）

- 従前相当サービス利用者の8割が1年前と現在で利用しているサービス種別・利用回数に変化がみられない



(資料出所) 令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターの事業評価を通じた取組改善と評価指標のあり方に関する調査研究」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社) アンケート結果(令和4年9月13日時点で回答があったものの中間集計)

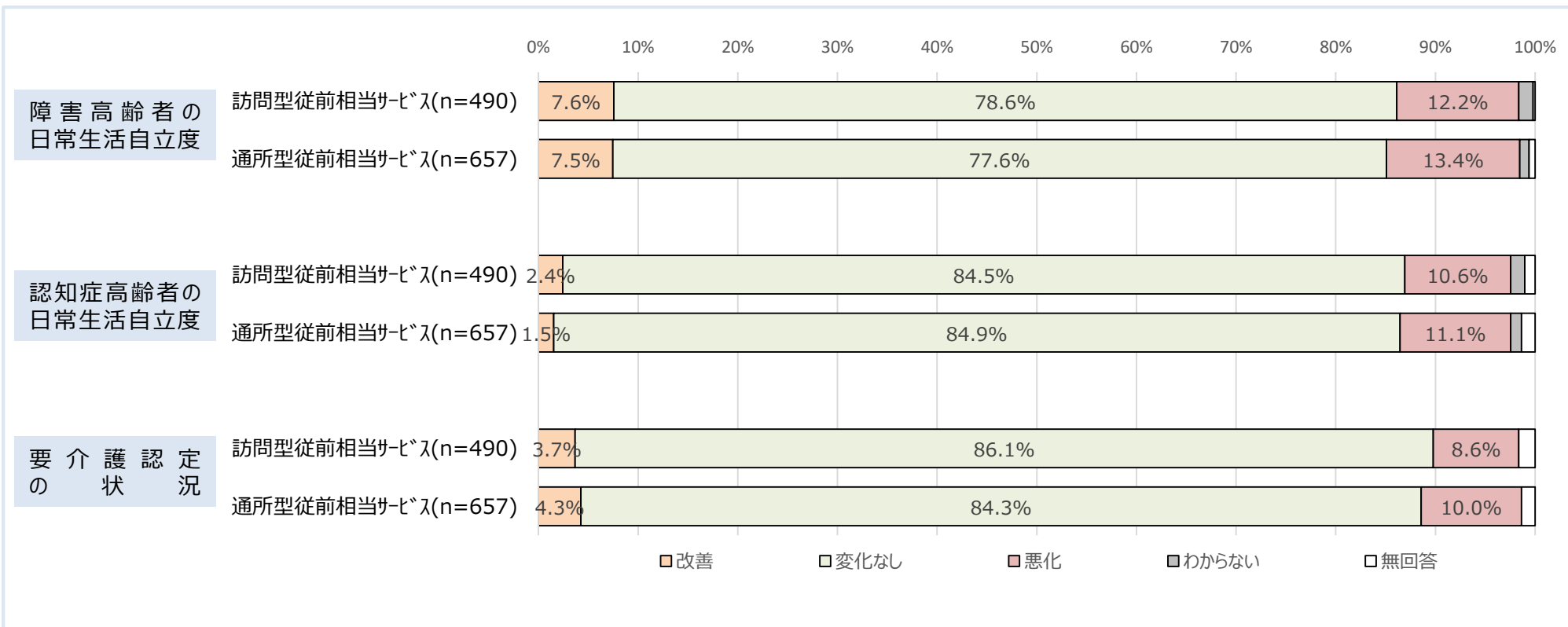
注) 作成日が令和3年7月(又は6月)であり、現在も総合事業の利用が継続している者のケアプランについて、作成日時点の利用サービス種別ごとに最大8件を抽出して回答

総合事業の介護予防ケアマネジメントの実態②（R4調査中間集計）

- 総合事業のみを利用する者のケアプランは第一号介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）として実施しており、いわゆる従前相当サービスの利用者については、指定介護予防支援に準じて3月に1回の自宅への訪問によるモニタリングの実施や、ケアプランの作成・変更時のサービス担当者会議を行うこととする「ケアマネジメントA」によることとしている（総合事業ガイドライン通知）。
- この介護予防ケアマネジメントの業務負担軽減方策の検討のため、地域包括支援センターへのアンケートや実際のケアプランについての情報を把握するため、令和4年度に調査を実施しており、中間集計結果は以下のとおり。

1年前に従前相当サービスを利用していた者ごとの障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、要介護認定の状況の変化

○訪問型・通所型ともに1年前と現在で約8割が日常生活自立度等に変化がみられない一方で悪化しているケースも1割程度存在する。



（資料出所）令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターの事業評価を通じた取組改善と評価指標のあり方に関する調査研究」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）アンケート結果（令和4年9月13日時点で回答があったものの中間集計）

注）作成日が令和3年7月（又は6月）であり、現在も総合事業の利用が継続している者のケアプランについて、作成日時点の利用サービス種別ごとに最大8件を抽出して回答

(参考) ケアマネジメント実施体制

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------|
| 対象者 | 要支援者等 ^(※1) | 要介護者 |
| ケアマネジメントの実施主体 ^(※2) | 地域包括支援センター | 居宅介護支援事業所 |
| ケアマネジメントの種類 | | |
| 給付のみ利用する場合 | 保険給付 (介護予防支援) (※3、※4) | 保険給付 (居宅介護支援) |
| 給付と事業併用する場合 | | (居宅介護支援) |
| 事業のみ利用する場合 | 総合事業による実施 (介護予防ケアマネジメント) | (居宅介護支援) |

※1 要支援者及び基本チェックリストに該当した総合事業対象者。

※2 介護保険施設、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護に関しては、その施設等に従事する介護支援専門員等がケアプラン作成を実施。

※3 地域包括支援センターが指定介護予防支援事業所として実施

※4 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントについては、居宅介護支援事業所に委託も可

介護予防支援に関する令和4年度地方分権改革提案の内容(さいたま市等)

■提案の具体的内容

- 居宅要支援者に対し介護予防サービス計画を作成する介護予防支援については、その指定を受けることができる事業者が地域包括支援センターに限られている。近年の要支援者の急増に伴い、地域包括支援センターの業務量を圧迫しているため、他のサービスと同様に広く民間法人の参入が可能となる措置を求める。

■具体的な支障事例

- 現行制度においても、指定介護予防支援事業者はその業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託することができる。しかし、①委託に関する事務負担が追加されること、②介護報酬の範囲内で委託料を支払うため収入が低いことなどから、委託者及び受託者双方に負担が存在する。この結果、指定介護予防支援事業者から見れば、受託先の指定居宅介護支援事業者が見つからない状況が起こっている。

■制度改正による効果

- 地域包括支援センターの業務は総合相談業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務など多岐にわたるが、後期高齢者が急増する中、その負担が増加している。介護予防支援業務について居宅介護支援事業者を活用することができれば、地域包括支援センターの運営が円滑となる。多くの指定居宅介護支援事業者は既に介護予防サービス計画の業務に携わっており、また、市町村が指定権者であり指導権限を持つことから、介護予防支援の質の確保には問題がないと考えている。

介護予防ケアプランの類型

具体的な介護予防ケアマネジメント（アセスメント、ケアプラン等）の考え方

| | | 介護予防ケアマネジメントA 原則的な介護予防ケアマネジメント | 介護予防ケアマネジメントB 簡略化した介護予防ケアマネジメント | 介護予防ケアマネジメントC 初回のみ介護予防ケアマネジメント |
|--------------|------------|--|--|--|
| 考え方 | | 現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。 モニタリングについては少なくとも3ヶ月ごと に行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。 | アセスメントからケアプラン原案作成までは、ケアマネジメントAと同様であるが、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。 | 住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果を利用者に説明し、理解してもらった上で、住民主体の支援等につなげる。その後は、モニタリング等は行わない。 |
| 対象となるサービス | | <ul style="list-style-type: none"> ● 指定事業所によるサービス <ul style="list-style-type: none"> ・ 従前相当サービス ・ 緩和型サービス（訪問A,通所A） ● 短期集中サービス（訪問C・通所C） ● その他必要と認める場合 | <ul style="list-style-type: none"> ● ①、②以外 ・ 多様な主体による緩和型サービス（訪問A,通所A） | <ul style="list-style-type: none"> ● 補助等によるサービス ・ 住民主体サービス（訪問B,通所B） ● その他生活支援サービス |
| ケアマネジメントプロセス | アセスメント | ○（利用者宅を訪問） | ○（利用者宅を訪問） | ○（利用者宅を訪問） |
| | ケアプラン原案作成 | ○ | （様式の簡略化） | — |
| | サービス担当者会議 | ○ | （省略可） | — |
| | ケアプラン確定・交付 | ○ | ○ | 結果を利用者に同意 （介護予防手帳の活用も可） |
| | モニタリング | ○（少なくとも3月に1回） ※それ以外の月は原則面接、 困難な場合は電話等 | ○（時期は任意に設定可） ※それ以外の月は原則面接、 困難な場合は電話等 | — |

（参考）介護予防ケアマネジメントA・B・Cごとの実施件数の比較（令和3年3月）

| | | | |
|---------|----------|---------|--------|
| 実施件数（注） | 499,232件 | 39,005件 | 2,258件 |
| 市町村数（注） | 1,455 | 327 | 267 |

（注）介護予防ケアマネジメントA・B・Cごとに実施件数を把握している市町村の回答を集計したもの。

出典「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査」（厚生労働省老健局老人保健課）

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 | <p>○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、<u>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。</u></p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> | <p>○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)</p> <p>○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%</p> |
| 認知症サポート医 | <p>○認知症サポート医は、認知症の人の診療に習熟し、<u>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。</u></p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> | <p>○1.2万人(令和3年度末)</p> |
| 認知症疾患医療センター | <p>○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)。</p> <p>○専門的医療機能として、<u>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。</u></p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> | <p>○全国に499カ所(令和4年10月現在)。</p> <p>○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。</p> <p>○相談実績:延べ216,156件(令和2年度)</p> |

| | 機能 | 箇所数／職員数／実績等 |
|------------|---|--|
| 地域包括支援センター | <p>○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)</p> <p>○<u>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</u>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。</p> | <p>○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</p> <p>○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)</p> <p>○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)</p> |
| 認知症地域支援推進員 | <p>○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、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を実施。</p> | <p>○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%</p> <p>○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。</p> |
| 認知症カフェ | <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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></p> | <p>○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)</p> <p>※設置主体は、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</p> <p>○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)。</p> |
| ピアサポート | <p>○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、<u>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、認知症当事者による相談支援(ピアサポート)を実施。</u></p> <p>○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。</p> | <p>○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</p> |

若年性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 |
|-------------------------------|---|--|
| 若年性認知症コールセンター（全国若年性認知症支援センター） | <p>○全国若年性認知症支援センター(大府市)に、「<u>若年性認知症コールセンター</u>」を設置し、若年性認知症の人やその家族等からの電話・メール相談に応じるとともに、関係機関への連絡調整を行う。</p> <p>※ 企業に対する若年性認知症の普及・啓発や都道府県・指定都市に配置されている若年性認知症支援コーディネーターや相談窓口からの相談支援などにも対応。</p> | <p>○全国に1箇所設置(認知症介護研究・研修大府センターで実施)</p> <p>○コールセンター対象地域:日本全国</p> <p>・相談形態:電話機3台(フリーコール)及びHP上のメール相談フォーム</p> <p>・相談員:6名(令和3年12月末)</p> <p>○コールセンターの稼働実績(令和3年)</p> <p>・電話相談:1,039件・メール相談:77件</p> |
| 若年性認知症支援コーディネーター等 | <p>○若年性認知症の人やその家族等からの相談に対応する窓口(コールセンター等)での対応、若年性認知症の人やその家族等の支援に携わる者のネットワークの調整、若年性認知症の特性に配慮した就労継続支援及び社会参加支援等を推進する。</p> <p>○設置主体は<u>都道府県、指定都市</u>。</p> | <p>○コーディネーターは全国で143人(R4.10)。6割以上が年100件以上の個別相談を受けている(令和2年度)</p> <p>○相談窓口は47都道府県19指定都市で設置。各県の平均相談件数は486.7件、指定都市の平均相談件数が154.5件(令和2年度)。</p> |

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、お互いを理解し合う場である認知症カフェを活用した取組を推進し、地域の実情に応じた方法により普及する。

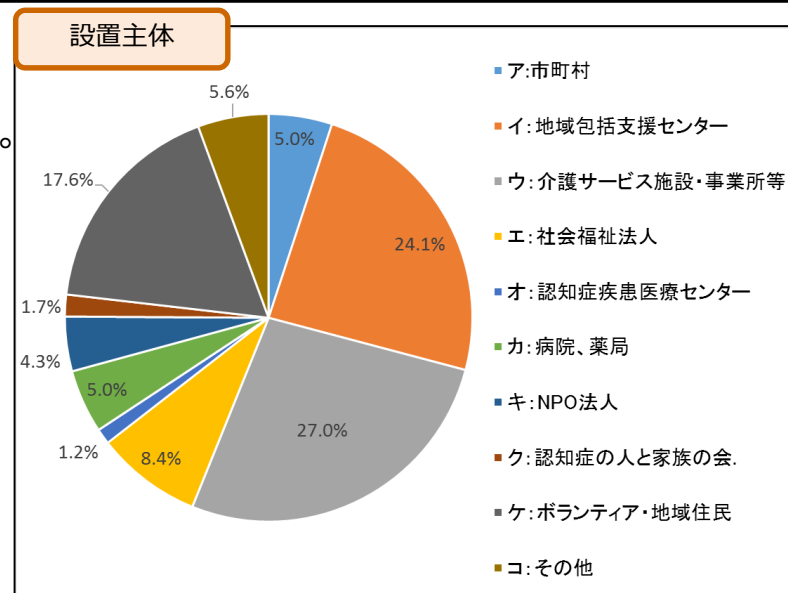
【認知症施策推進大綱：KPI／目標】 認知症カフェを全市町村に普及（2020年度末）

【実施状況】令和3年度実績調査

- ・47都道府県1,539市町村(88.4%)にて、7,886カフェが運営されている。
- ・設置主体としては、介護サービス施設・事業者、地域包括支援センターが多く見られた。

【認知症カフェの概要】

- 1～2回／月程度の頻度で開催（2時間程度／回）
- 多くは、通所介護施設や公民館等を活用
- 活動内容は、特別なプログラムを用意せず、利用者が主体的に活動。講話や音楽イベントなどを開催している場合もある。
- 効果
 - ・認知症の人 → 自ら活動し、楽しめる場所
 - ・家族 → わかり合える人と出会う場所
 - ・専門職 → 人としてふれあえる場所（認知症の人の体調の把握が可能）
 - ・地域住民 → つながりの再構築の場所（住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場）



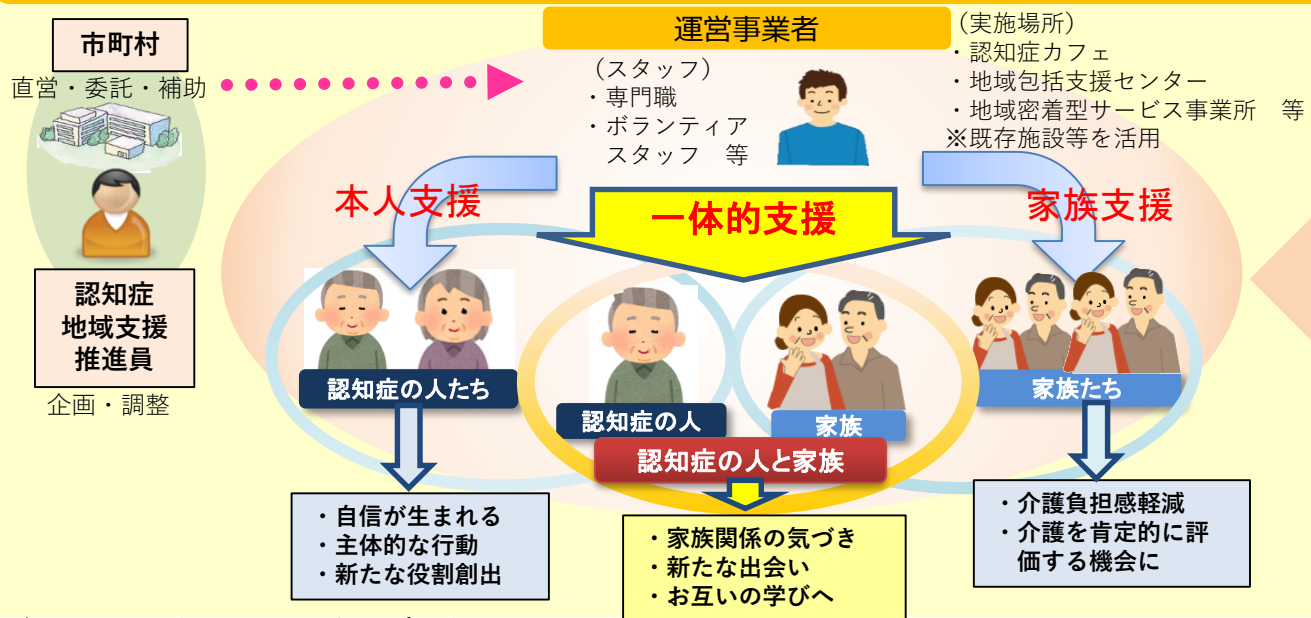
新 認知症の人と家族への一体的支援の推進

- ◆ 認知症の人とその家族には、これまでそれぞれ個別の支援の充実が図られている一方、ヨーロッパ諸国で実践・展開され有効性が示されている「ミーティングセンター・サポートプログラム」のように、**認知症の人と家族を一体的に支援し関係調整を図ることの重要性も明らかになっている。**
- ◆ 令和2年度老健事業のモデル事業を踏まえれば、地域の实情に応じた方法により、**認知症の人、家族ともに参加する場で、互いの思いを共有し、関係調整を行う「一体的支援」を行うことが、家族の介護負担感や本人の意欲向上、良好な家族関係の維持にとって有効である可能性が示唆されている。**
- ◆ そのため、新たに**市町村の実施する認知症の人と家族への一体的支援事業を認知症地域支援推進員の役割の一つに位置づけ、地域支援事業交付金の対象とし、認知症の人と家族の関係調整を図ることで、家族の介護負担を軽減し、認知症の人の在宅生活の安定を推進する。**

【予算項目】(項) 高齢者日常生活支援等推進費 (目) 地域支援事業交付金 (認知症総合支援事業) 【実施主体】市町村
 【負担割合】国 38.5/100 都道府県 19.25/100 市町村 19.25/100 1号保険料 23/100

認知症の人と家族への一体的支援事業

- ◆ 一体的支援プログラムには、認知症の人と家族と一緒に参加。
- ◆ 例えば、第1部：①認知症の人(本人)の希望に基づく主体的なアクティビティの実施や本人同士が語り合う**本人支援**
 ②家族同士が専門家等と語り合うことで、心理的支援と情報提供などの教育的支援を行う**家族支援**
 第2部：③認知症の人と家族が共に活動する時間を設け、他の家族や地域との交流を行う**一体的支援**
 を一連の活動として行うプログラムを実施することにより、**スタッフが仲介役となり、認知症の人と家族の思いをつなぎ、ともに気づき合う場を提供し、在宅生活の継続を支援する。**



事業の基本的な流れ

- 本人と家族が一組となり、二組以上で実施
- 開催は月1、2回程度
- ①本人(同士)への支援、②家族(同士)への支援、③本人・家族両者の交流支援(一体的支援)を**一連の活動として行う**プログラムを実施。
- プログラム実施による満足度、効果等を市町村へ報告
- 「認知症地域支援推進員」が企画・調整に関わるものとするが、運営主体(委託先)は实情に応じて設定可。

*(参考) ミーティングセンター・サポートプログラムとは
 在宅における認知症ケアのサポートの分断を解消することを目的として、1993年にオランダでモデル事業(2ヶ所)として始まった。その実践の有用性が確認され、オランダ国内(144ヶ所)外にまで広がっている。ミーティングセンターの柱は、「認知症の人のプログラム(ソーシャルクラブ)」「家族介護者のミーティング」「両者へのコンサルティングと社会活動」である。

地域支援事業による家族介護支援

- 介護保険法上の地域支援事業による介護者の家族等への支援として、介護知識・技術習得等を内容とした教室の開催、認知症高齢者に対する見守り体制の構築、介護者の家族等へのヘルスチェック等を行っている。

○実施事業

1. 介護者教室の開催

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。

2. 認知症高齢者見守り事業

地域における認知症高齢者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、徘徊高齢者を早期発見できる仕組みの構築・運用、認知症高齢者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。

3. 家族介護継続支援事業

(ア)健康相談・疾病予防等事業

要介護被保険者を現に介護する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)介護者交流会の開催

介護から一時的に解放するための介護者相互の交流会等を開催するための事業

(ウ)介護自立支援事業

介護サービスを受けていない中重度者の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

○家族介護支援事業の実施市町村数

n=1,741

| 事業内容 | | 市町村数 |
|----------------------------|---------|---------------|
| 介護者教室 | | 523 (30.0%) |
| 認知症高齢者見守り事業(注) | | 1,641 (94.3%) |
| 家族 介護 継続 支援 事業 | 健康相談・疾病 | 75 (4.3%) |
| | 介護用品の支給 | 893 (51.3%) |
| | 慰労金等の贈呈 | 458 (26.3%) |
| | 交流会の開催 | 543 (31.2%) |

【資料出所】令和3年度介護保険事務調査

注)「認知症高齢者見守り事業の実施状況」のみ厚生労働省老健局調べ(地域支援事業交付金を財源として実施しているかを問わない)

「労働施策や地域資源等と連携した市町村、地域包括支援センターにおける家族介護者支援取組ポイント」の概要

概要

家族介護者支援にあたっては、介護施策の活用をはじめ、労働施策等を適切に組み合わせながら活用することが有効であり、初期段階における相談支援のほか、支援を必要とする場合に適切に制度につながるなど、それぞれの段階に応じた切れ目のない支援が重要となる。このため、令和2年度老人保健事業推進費等補助金「介護・労働施策等の活用による家族介護者支援に関する調査研究」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）において、家族介護者支援に資する制度等について整理するとともに、市町村や地域包括支援センター等における取組の実態や事例について把握し、取組のポイントをまとめて、自治体に周知を行った。（令和3年5月）

■ なぜ家族介護者の支援に取り組むのか

高齢者本人だけでなく、他の家族も含めた世帯全体の課題としてとらえていく視点を持つことで、高齢者の抱える課題の解決につながります。また、家族介護者の離職は生活困窮に結びつく可能性があり、高齢者の自立した生活にも大きな影響を与えます。離職によって介護負担が増加し、ストレスから虐待へと発展してしまう場合があるかもしれません。こうしたリスクを防ぐためにも、家族介護者の就労継続支援は重要な取り組みです。

（家族介護者への支援で大切な視点）

市町村や地域包括支援センターは、支援が必要な家族介護者を「見つける」⇒「つなげる」⇒「支える」ことが重要

■ 家族介護者支援の取組のポイント

1. 家族介護者支援の取組経緯：地域包括支援センターが家族介護者支援に取り組むきっかけを整理
2. 家族介護者支援を行うにあたっての連携先：自治体の労働・経産・男女共同参画等に関わる部門、労働局、ハローワーク、経済団体、商工会議所、社会保険労務士、駅、コンビニ、郵便、水道、ガス、新聞、ケアマネジャー、介護保険サービス事業所、家族介護者支援に取り組む地域団体等 ※連携先に応じた連携方法を整理
3. 家族介護者支援の取組のポイント ※以下のポイントに沿って取組方法等を整理
 - ・家族介護者に自分自身の相談をしてよい場所だと認識してもらいましょう
 - ・家族介護者の支援ニーズを把握しましょう ・地域に家族が相談できる環境をつくりましょう
 - ・家族介護者支援に関する研修等を開催し、人材を育成しましょう

■ 取り組み事例の紹介

・身近な相談窓口（鹿児島県霧島市） ・家族介護者の会等の開催（大阪府吹田市、愛知県東郷町、愛知県豊田市） ・ケアマネジャー、介護サービス事業所を対象とした研修（大阪府岸和田市、福井県福井市、大分県別府市） ・企業や地域住民を対象とした研修・セミナー（東京都大田区、岐阜県岐阜市、神奈川県鎌倉市）

■ 家族介護者支援に関わる施策

・主な関連施策（高齢者介護・福祉行政、労働行政） ・現在行われている家族介護者支援に関する取組（「ニッポン一億総活躍プラン」介護離職ゼロの実現）、市町村・地域包括支援センターによる家族介護者支援マニュアル（別紙）、介護を行う労働者が利用できる制度・公的給付（介護休業制度等の概要） ・参考資料（ケアラーアセスメントシート、介護家族よりケアマネジャーに伝えたいこと、仕事と家庭両立のポイント、ケアマネジャー研修仕事と介護の両立支援カリキュラム）



令和4年度仕事と介護の両立支援カリキュラム策定展開事業

- **令和2年度事業**：「仕事と介護の両立支援カリキュラム」（以下、**研修カリキュラム**）を作成しました。
 - 研修カリキュラムは、ケアマネジャー等が、家族介護者の仕事と介護の両立支援について学ぶことができるものとなっています。
- **令和4年度事業**：令和3年度に引き続き、**研修カリキュラムの全国的な普及展開を図ることを目的に実施いたします。**
 - ①研修カリキュラムを基にした任意研修を実施し、ケアマネジャーが仕事と介護の両立に関して学ぶ機会を設けます。
 - ②研修カリキュラムを基にした研修を実施したい自治体等へ講師を派遣します。
 また、本事業で実施する研修は、将来的に全国の自治体等で、研修カリキュラムを活用してケアマネジャー等へ研修を行えるような、モデルとしての役割を果たすことも目指しています。

図表 仕事と介護の両立支援カリキュラムの概要

ケアマネジャー研修 仕事と介護の両立支援カリキュラム ～カリキュラムの解説、研修教材、研修運営マニュアル

全体構成

第Ⅰ部 仕事と介護の両立支援カリキュラムについて

- 本研修の趣旨や対象者、研修カリキュラムの全体構成、カリキュラムの活用方法などについて解説。

第Ⅱ部 仕事と介護の両立支援カリキュラム

- ステップ1 家族が就労している場合の支援の視点
- ステップ2 両立支援制度の活用も踏まえたケアマネジメントの方法
- ステップ3 家族介護者の仕事との両立を踏まえたケアマネジメントの事例検討
- ステップ4 研修の振り返り

- 各ステップについて、研修内容や狙い、実施方法について解説。

第Ⅲ部 仕事と介護の両立支援カリキュラム 研修運営マニュアル

- 研修の運営に関して、企画から準備、実施までの手順や方法を紹介。
- 特にオンライン研修で行う場合の方法を具体的に解説。

付属資料 仕事と介護の両立支援カリキュラム 研修用資料例

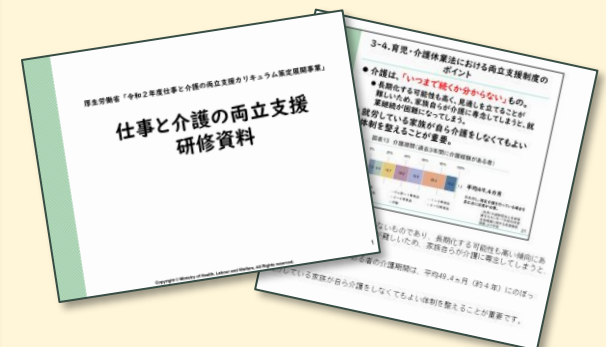
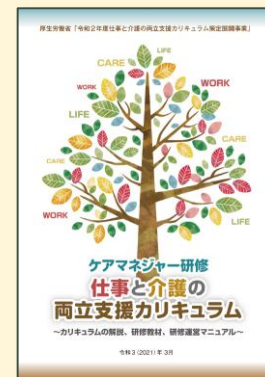
- 第Ⅱ部の内容を踏まえた研修の資料例。

参考資料 ～お役立ちツール、参考文献の紹介～

- 家族介護者支援に役立つパンフレット・マニュアル・チェックリスト、参考情報を紹介。

◆ 本研修カリキュラムの特徴 ◆

- 講義のほか、ロールプレイングによる事例検討を実施。具体的な実施方法やロールプレイングに活用可能な5つの事例を紹介。
- 1日研修、半日研修の2パターンの時間配分を紹介。
- カリキュラムの解説のほか、運営マニュアルも掲載。
- 本研修カリキュラムに沿った研修会用のパワーポイント資料例を用意（講師用説明メモつき）。Webからダウンロード可能。研修の目的や実施方法等に応じて、研修の実施主体にてアレンジ可能。



◆ 厚生労働省HPに掲載 ◆

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyoukintou/ryouritsu/kaigo.html

地域包括ケアシステムの構築に向けた保険者への支援

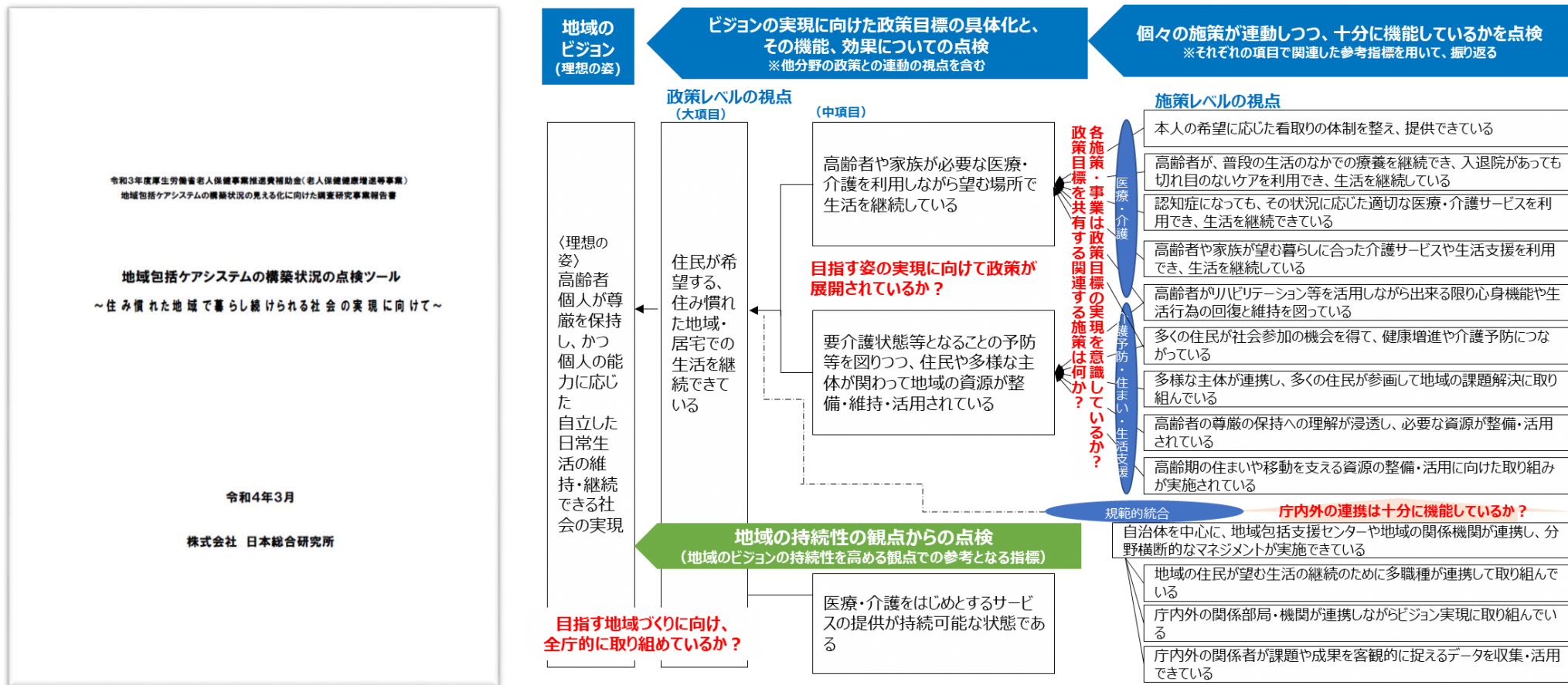
ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

地域包括ケアシステム構築状況の振り返り視点の例

- **地域包括ケアシステムの構築がどの程度進展しているか、これからの地域の政策・施策で取り組むべき課題は何かを、自治体が自己点検**するための視点。
- 以下の枠組みと視点で、地域包括ケアシステムの機能性と効果を振り返る。その際、各項目に関連した参考指標を用いて、これまでの成果と今後の課題を具体化する。（地域のビジョンや政策目標の実現に向けて、個々の施策が十分な機能を果たしているか、今後、何を優先すべきかを考える。）



<https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=102435>

保険者機能強化推進交付金等



保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

令和4年度予算額（令和3年度予算額）：400億円(400億円)

〔400億円の内訳〕
 ・保険者機能強化推進交付金：200億円
 ・介護保険保険者努力支援交付金：200億円(社会保障の充実分)

趣旨

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための保険者機能強化推進交付金を創設
- 令和2年度においては、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、保険者機能強化推進交付金に加え、介護保険保険者努力支援交付金(社会保障の充実分)を創設し、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより配分基準のメリハリ付けを強化

概要

各市町村が行う自立支援・重度化防止の取組及び都道府県が行う市町村に対する取組の支援に対し、それぞれ評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて、交付金を交付する。

- 【主な指標】
- ① PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化
 - ② ケアマネジメントの質の向上
 - ③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化
 - ④ 介護予防の推進
 - ⑤ 介護給付適正化事業の推進
 - ⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い

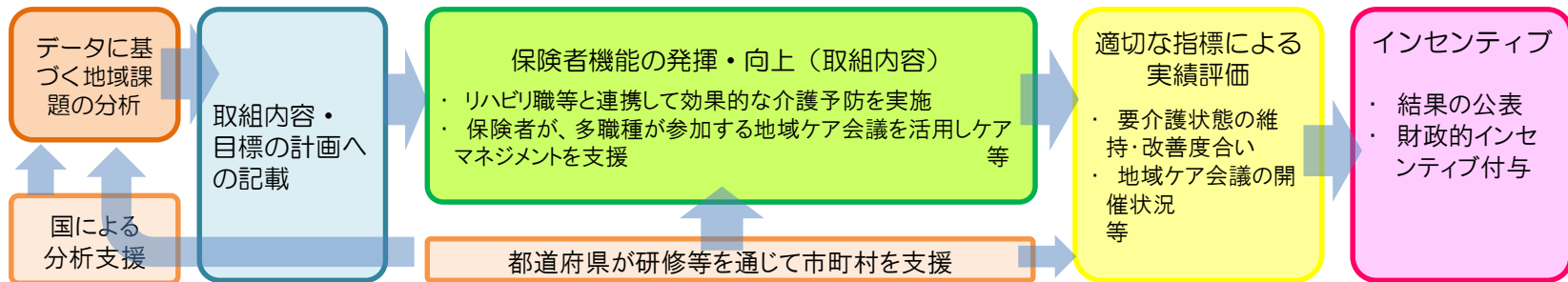
<市町村分>

- 1 配分** 介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち190億円程度
保険者機能強化推進交付金200億円のうち190億円程度
- 2 交付対象** 市町村(特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。)
- 3 活用方法** 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当
なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者は、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組を進めていくことが重要。

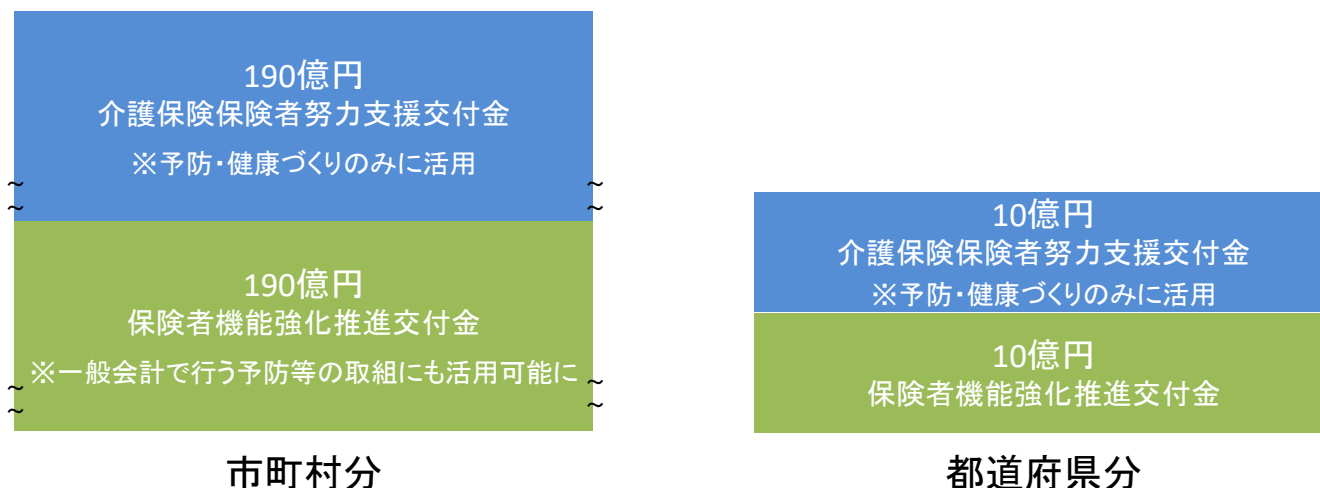
<都道府県分>

- 1 配分** 介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち10億円程度
保険者機能強化推進交付金200億円のうち10億円程度
- 2 交付対象** 都道府県
- 3 活用方法** 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業(市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等)の事業費に充当。

<参考>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の概要



【各交付金（市町村分）の充当先について】

< 介護保険保険者努力支援交付金 >

- 予防・健康づくりのみに活用 ※「総合事業」・「包括的支援事業（社保充分の予防・健康づくり関連のみ）」の第一号保険料相当部分

< 保険者機能強化推進交付金 >

- 地域支援事業費、保健福祉事業費等の第一号保険料相当部分（従来の充当先）
- 市町村が一般会計で行う高齢者の予防・健康づくりに資する取組等（令和2年度～）

【介護保険保険者努力支援交付金の交付要件について】

- 介護保険保険者努力支援交付金については、予防・健康づくりの取組（事業費）を増加させる保険者のみに交付を行う
 - ※ 総合事業・包括的支援事業（社保充分の予防・健康づくり関連）を拡充した場合等
 - ※ 高齢者人口が減少する保険者については、人口動態を加味した調整を行う

【評価指標について】

- 保険者機能強化推進交付金については、「基本的な項目＋予防・健康づくりに関する項目」、介護保険保険者努力支援交付金については、「予防・健康づくりに関する項目のうち重要な項目」で評価を行う

【被保険者規模別の評価について】

- これまで全保険者で得点に応じた傾斜配分を行っていた仕組みを見直し、被保険者規模別に評価を行う（令和2年度～）

市町村保険者機能強化推進交付金等による財政支援

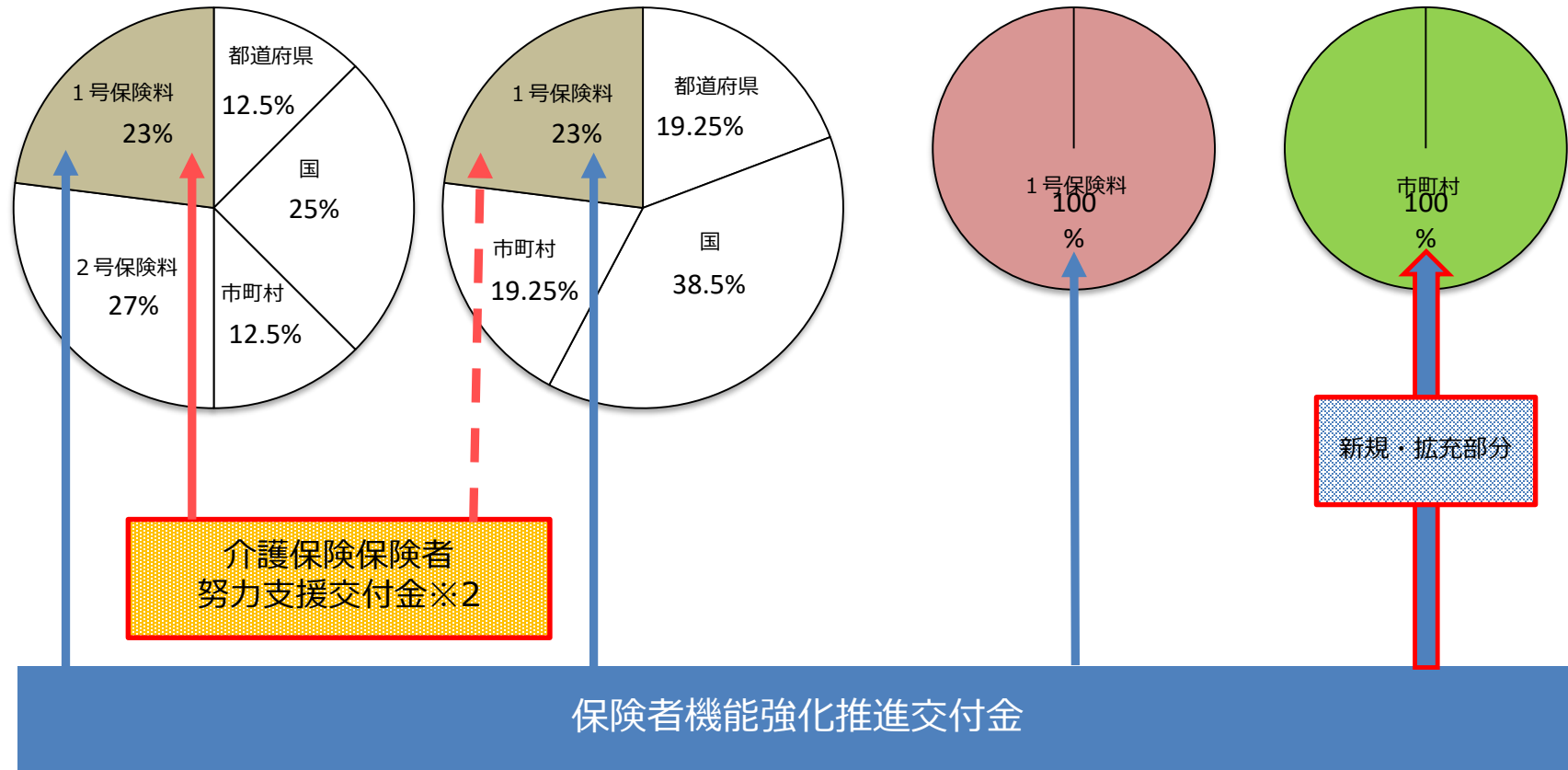
地域支援事業

保健福祉事業
市町村特別給付

一般会計事業
※1

介護予防・日常生活支援総合事業

包括的支援事業



(令和2年度より)

- ※1 保険者機能強化推進交付金について、一般会計事業に係る高齢者の予防・健康づくりに資する取組（新規・拡充部分）に充当可能。
- ※2 介護保険保険者努力支援交付金について、介護予防・日常生活支援総合事業及び包括的支援事業（包括的継続的ケアマネジメント支援、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に限る。）に充当可能。

《都道府県の評価指標》

| 指標項目 | | 点数 【推進交付金(支援交付金)】 |
|--------|---|---|
| I 画 | 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 | 125点(25点) |
| 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 (2)生活支援体制整備等に係る支援 (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 (4)在宅医療・介護連携に係る支援 (5)認知症総合支援に係る支援 (6)介護給付の適正化に係る支援 (7)介護人材の確保・生産性向上に係る支援 (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 | 650点(285点) 120点(165点) 75点(25点) 45点(45点) 25点(0点) 75点(0点) 55点(0点) 230点(50点) 25点(0点) |
| 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 | 350点(390点) |

| 合計点数 【推進交付金(支援交付金)】 | |
|------------------------|--------------|
| I | 125点(25点) |
| II | 650点(285点) |
| III | 350点(390点) |
| 計 | 1,125点(700点) |

《市町村の評価指標》

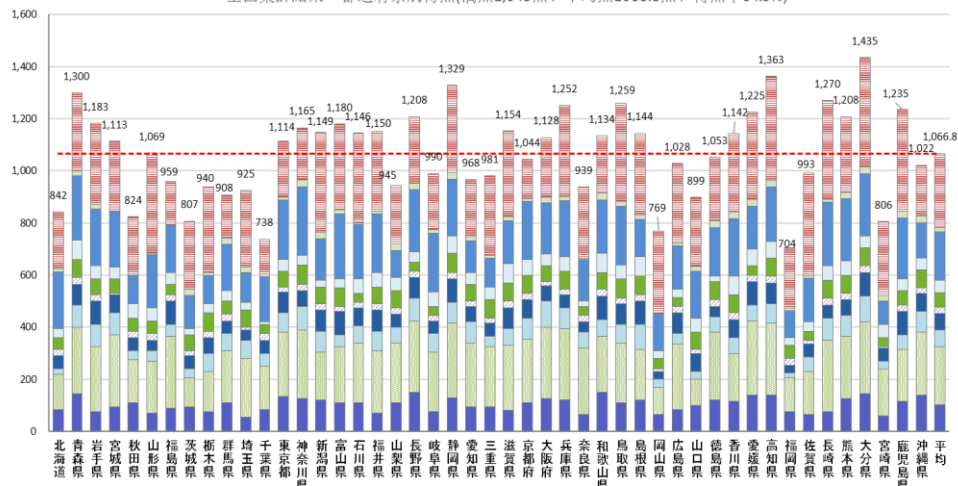
| 指標項目 | 点数 【推進交付金(支援交付金)】 | 指標項目 | 点数 【推進交付金(支援交付金)】 |
|---|---|---|--|
| I PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築 ・「見える化」システム活用等による当該地域の介護保険事業の特徴把握 ・認定者数・給付実績等の定期的モニタリングの実施 ・地域差分析、介護給付費の適正化の方策、実施 ・住宅型有料老人ホーム、サ高住の必要な情報等の活用 ・リハビリテーション提供体制に関する分析・改善等 | 135点(35点) | (6)生活支援体制の整備 (7)要介護状態の維持・改善の状況等 ・要介護認定者の要介護認定の変化率 ・健康寿命延伸の実現状況(要介護2以上の認定率) | 75点(15点) 300点(300点) |
| 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 (2)地域包括支援センター・地域ケア会議 ・市町村の基本方針を定め、地域包括支援センターに周知 ・地域ケア会議における個別事例の検討件数割合 (3)在宅医療・介護連携 (4)認知症総合支援 ・介護保険事業計画等に具体的な計画を定め、進捗管理 ・早期診断・早期対応に繋げるための体制構築 (5)介護予防／日常生活支援 ・体操等の通いの場への65歳以上の方の参加率 ・介護予防と保健事業の一体的実施 ・関係団体との連携による介護予防への専門職の関与 ・社福法人・医療法人・民間サービス等と連携した介護予防の取組 ・介護予防におけるデータ活用 ・高齢者の社会参加を促すための個人インセンティブ | 1,020点(755点) 100点(0点) 105点(60点) 100点(20点) 100点(40点) 240点(320点) | 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 ・ケアプラン点検の実施状況 (2)介護人材の確保 ・介護人材確保に向けた取組 ・介護人材定着に向けた取組 ・多様な人材・介護助手等の元気高齢者の活躍に向けた取組 ・高齢者の就労的活動への参加に向けた取組 ・文書削減の取組 | 200点(40点) 120点(0点) 80点(40点) |
| | | プロセス指標 ・PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化 ・ケアマネジメントの質の向上 ・多職種連携による地域ケア会議の活性化 ・介護予防の推進 ・介護給付適正化事業の推進 | 合計点数 【推進交付金(支援交付金)】 I 135点(35点) II 1,020点(755点) III 200点(40点) |
| | | アウトカム指標 ・要介護状態の維持・改善の度合い | 計 1,355点(830点) |

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%)

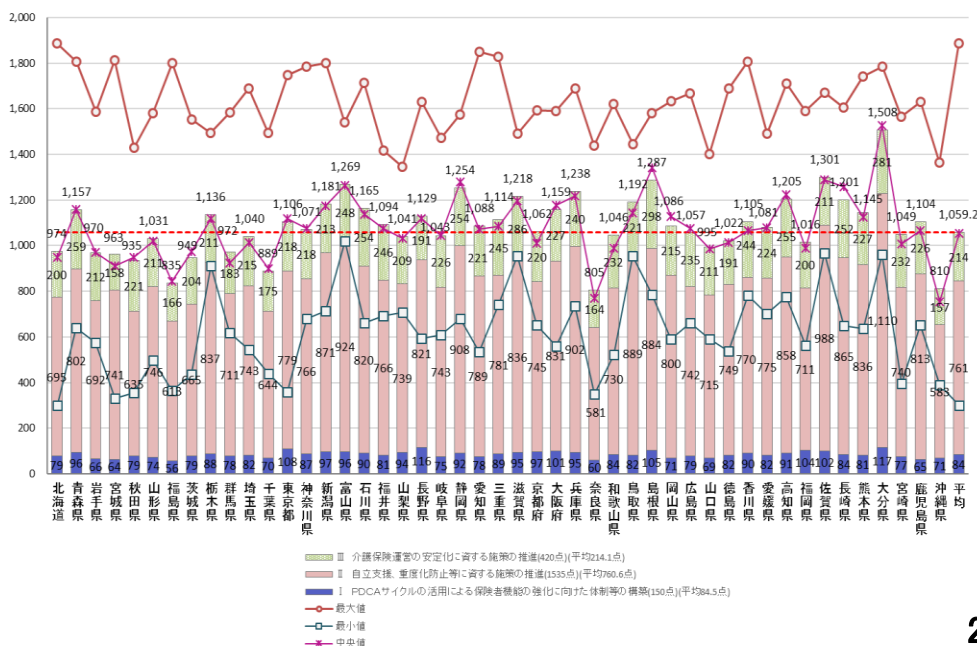


- III 管内の市町村における評価指標の達成状況による評価(540点)
- I 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (8)その他(25点)
- I 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (7)介護人材確保・生産性向上(280点)
- I 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (6)介護給付適正化(75点)
- I 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (5)認知症総合支援(75点)
- I 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (4)在宅医療・介護連携(25点)
- I 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 (3)リハビリ活用(90点)
- I 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 (2)生活支援体制整備等(100点)
- I 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、介護予防・日常生活支援総合事業(285点)
- 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点)

【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%)



- II 介護保険運営の安定化に資する施策の推進(420点)(平均214.1点)
- I 自立支援・重度化防止等に資する施策の推進(1535点)(平均760.6点)
- 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点)(平均84.5点)
- 最大値
- 最小値
- ◆ 中央値

新しい資本主義実現本部 フォローアップ（令和4年6月7日閣議決定）（抜粋）

I. 新しい資本主義に向けた計画的な重点投資

1. 人への投資と分配

介護保険の保険者機能強化推進交付金や保険者努力支援交付金の2023年度評価指標について、アウトカム指標の強化や自立支援・重度化防止・介護費用の適正化に関する取組につながる指標の見直しを行う。

成長戦略実行計画（令和3年6月18日閣議決定）（抜粋）

第13章 重要分野における取組

2. 医薬品産業の成長戦略

コロナ禍で新たな健康課題が生じていることを踏まえ、保険者努力支援制度や介護保険の保険者機能強化推進交付金等に基づく予防・重度化予防・健康づくりへの支援を推進する。

成長戦略フォローアップ（令和3年6月18日閣議決定）（抜粋）

12. 重要分野における取組

(2) 医薬品産業の成長戦略

iii) 疾病・介護の予防
(介護予防のインセンティブ強化)

・介護保険の保険者や都道府県に対する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の2022年度評価指標について、アウトカム指標の強化や、地域差の縮減を見据えた自立支援・重度化防止・介護費用の適正化に関する市町村の取組につながる指標を評価する方向に制度を重点化・簡素化することも含め、必要な見直しを行う。

経済財政運営と改革の基本方針2021（令和3年6月18日閣議決定）（抜粋）

第3章 感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革

2. 社会保障改革

(1) 感染症を機に進める新たな仕組みの構築

コロナ禍で新たな健康課題が生じていることを踏まえ、重症化予防のため「上手な医療のかかり方」の普及啓発を引き続き行うほか、**保険者努力支援制度等に基づく予防・重症化予防・健康づくりへの支援を推進する。**

| 総括調査票 | | | | | | | |
|-------|----------------------------------|----|-------------|---|---|----------|---------|
| 調査事業名 | (17) 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金 | | 調査対象 予算額 | 令和3年度：40,000百万円 (参考 令和4年度：40,000百万円) | ※40,000百万円の内訳 ・保険者機能強化推進交付金：20,000百万円 ・介護保険保険者努力支援交付金：20,000百万円 | | |
| 府省名 | 厚生労働省 | 会計 | 一般会計 | 項 | 介護保険制度運営推進費 | 調査主体 | 共同 |
| 組織 | 厚生労働本省 | | | 目 | 保険者機能強化推進交付金ほか | 取りまとめ財務局 | (九州財務局) |

①調査事業の概要

【保険者機能強化推進交付金等の成り立ち等】

「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」（通称、インセンティブ交付金）は、保険者（市町村）の高齢者自立支援・重度化防止等の取組や都道府県の市町村支援の取組など、介護に関する様々な取組の達成状況等に応じた評価指標を設定して、その評価指標の得点に基づき年に一度、保険者・都道府県に交付金を配分する制度であり、財政的インセンティブを付与することで取組の分析・検証による改善や更なる実施を促すことを目的としている。

- ▶平成29年、「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」において、保険者等の取組をPDCAサイクルにて推進するために、達成状況の評価指標の設定とともに、その評価に基づいた交付金配分が行えるよう保険者機能強化推進交付金（以下「推進交付金」という。）が創設された。
- ▶令和2年、保険者等の取組のうち、介護予防・健康づくり等に資する取組を更に推進するために、それらを重点化した評価指標の設定とともに、その評価に基づいて、更なる交付金配分が行えるよう介護保険保険者努力支援交付金（以下「支援交付金」という。）（社会保障の充実分）が創設された。

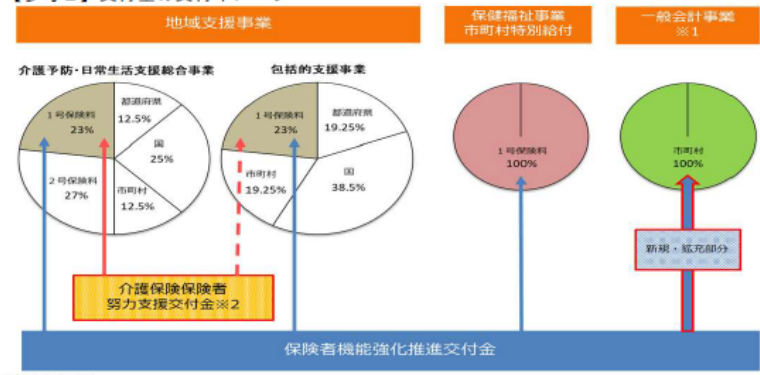
しかし、「令和3年度予算の編成等に関する建議」（令和2年11月25日財政制度等審議会財政制度分科会）では、都道府県別の分析結果から、当該交付金制度は「取組の成果に応じて交付されているとはいえない」と指摘されるとともに、「保険者の予見可能性を高め、介護費用の効率化インセンティブが適切に働くようにするため、介護費用の抑制に直接的につながる指標のみを評価する方向に制度を簡素化しつつ、アウトカム指標への配点の重点化を進めるべきである」と指摘された【参考1】。

- ▶令和4年度評価指標は、指摘を踏まえて、アウトカム指標の配点比率を高める制度見直しを実施。

【参考1】「令和3年度予算の編成等に関する建議」（令和2年11月25日財政制度等審議会財政制度分科会）抜粋

Ⅱ. 1. (2) ③インセンティブ交付金の在り方の見直し
インセンティブ交付金は、高齢者の自立支援・重度化防止等を通じて、介護費用の抑制や地域差縮減に向けた保険者の取組を推進するものであるが、実際には取組の成果に応じて交付されているとはいえない。また、各市町村の評価指標ごとの評価結果は公表されていない。保険者の予見可能性を高め、介護費用の効率化インセンティブが適切に働くようにするため、介護費用の抑制に直接的につながる指標のみを評価する方向に制度を簡素化しつつ、アウトカム指標への配点の重点化を進めるべきである。あわせて、各市町村の指標ごとの点数獲得状況を閲覧できるよう評価結果を公表し、「見える化」を進めるべきと考えられる。

【参考2】交付金の交付イメージ



(令和2年度より)
※1 保険者機能強化推進交付金について、一般会計事業に係る高齢者の予防・健康づくりに資する取組（新規・拡充部分）に充当可能。
※2 介護保険保険者努力支援交付金について、介護予防・日常生活支援総合事業及び包括的支援事業（包括的継続的ケアマネジメント支援、在宅医療介護連携推進事業、生活支援体加齢等事業、認知症総合支援事業に限る。）に充当可能。

②調査の視点

1. 得点と認定率等との相関

市町村において、本制度に係る取組が要介護認定率の低下等の成果につながっているか。
(高得点であれば要介護認定率の低下や1人当たり介護給付費の減少となっているなど、相関性が見られるか。)

2. 得点の状況等

市町村等において、どの評価指標により得点が積み上げられているのか、また、その得点の評価指標は適切なのか、適正な運用や取組等の実施には何が必要か。

【参考3】調査の方法等

| | |
|--------|--|
| 調査対象年度 | 令和3年度 ※令和3、4年度（評価指標）、各自治体等への調査票による調査 |
| 調査対象先数 | 厚生労働省 1先、 市町村等（都道府県 47先、市町村 200先） |
| 抽出方法 | 市町村等は全1,741先から無作為抽出。 広域連合・一部事務組合構成市町村については、市町村が必要に応じ、広域連合等と調整し回答。 |

総括調査票

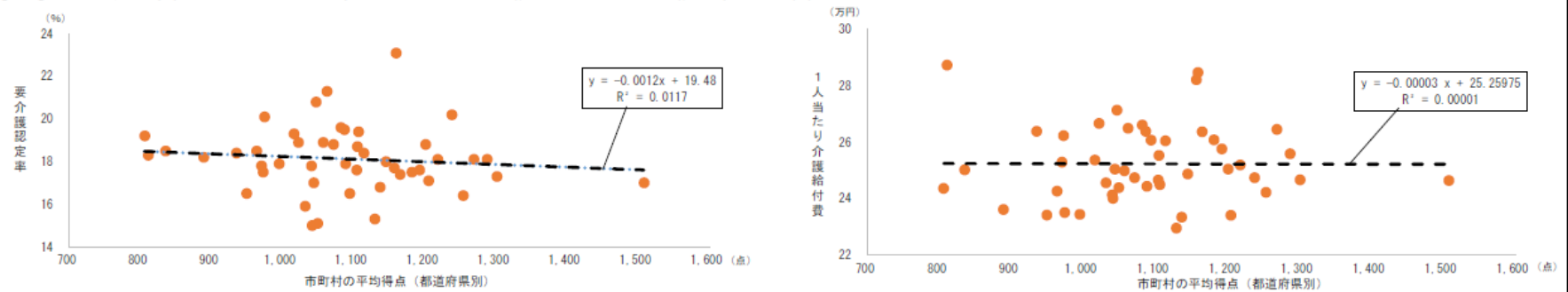
調査事業名 (17) 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

③調査結果及びその分析

1. 得点と認定率等との相関

本制度では、市町村等の介護に関する取組結果を、取組ごとの達成状況等に応じて設定する評価指標により得点換算している。その得点と要介護認定率・1人当たり介護給付費の相関関係を市町村ごとに分析したところ、結果として得点と要介護認定率等との相関性は認められなかった【図1】。つまり、現在の評価指標による得点の増減は、要介護認定率や1人当たり介護給付費の低下・減少につながっていない可能性が高い。

【図1】令和4年度評価指標における市町村の平均得点（都道府県別）と要介護認定率・1人当たり介護給付費との相関関係



（注）認定率は、認定率の大小に大きな影響を及ぼす。「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」の影響を除外したものであり、令和2年度末の年齢調整後認定率。また、1人当たりの給付費とは、給付費の大小に大きな影響を及ぼす。「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」と「地域区分別単価」の影響を除外したものであり、令和4年度末の1人当たり給付費。
（出所）厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」

2. 得点の状況等

次に、現在の評価指標による得点が、どの評価指標により積み上げられているのか、2つの交付金それぞれにおいて比較を行った【図2】。

評価指標の内訳を分析すると、

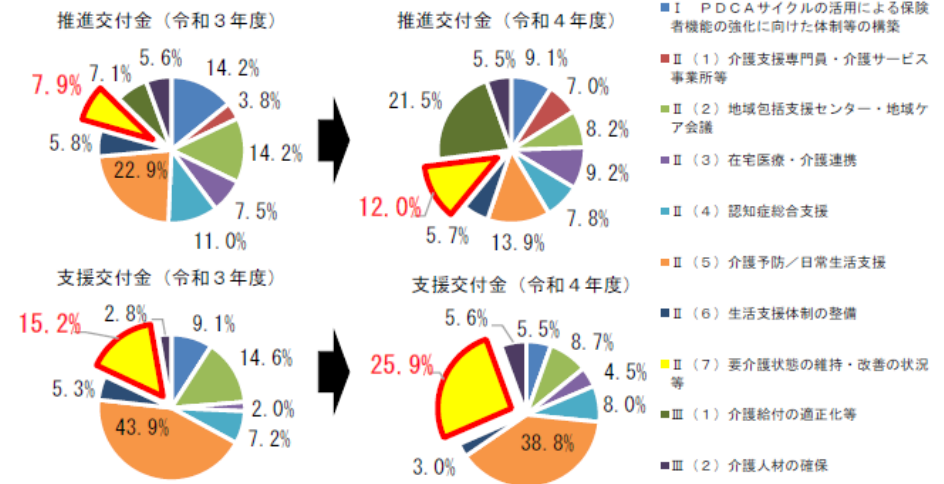
- 評価指標は、プロセス指標による得点割合が大半を占めている。アウトカム指標による得点割合は、両交付金とも増加傾向だが、依然として得点全体に占めるアウトカム指標の割合は低調（推進：12%、支援：26%）。

また、評価項目（複数指標を性質で分類）ごとの得点割合で比較すると、

- 推進交付金では、令和3年度は「介護予防/日常生活支援」による得点が多く、令和4年度は財政制度等審議会指摘等で配点増となった「介護給付の適正化等」の得点が多い。
- 支援交付金では、両年度「介護予防/日常生活支援」の得点が多い。

なお「介護給付の適正化等」は、「介護給付費適正化事業のうちの主要5事業の実施数」などで評価しているが、令和3年度予算執行調査にて指摘したとおり、そもそも主要5事業自体に介護給付費の抑制効果が少ない事業があるなど、事業そのものの見直しが必要であると考えられる。

【図2】令和3、4年度評価指標における評価項目ごとの得点割合（赤枠がアウトカム指標）



総 括 調 査 票

調査事案名 (17) 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

③調査結果及びその分析

④今後の改善点・検討の方向性

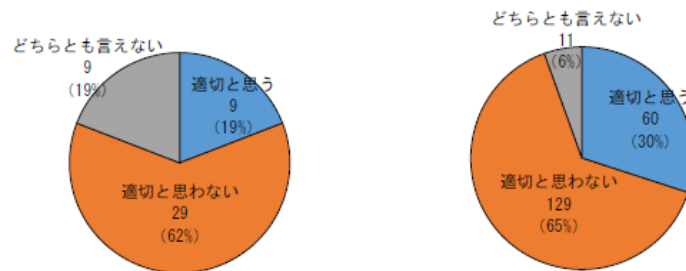
2. 得点の状況等

最後に、得点の評価指標が適切であるか、市町村等に調査したところ、市町村等の半数以上が「適切なものと思わない」と回答している。

理由として、市町村等の担当者による自己評価を仕組みとして許容しているため、評価者により、同じ取組状況でも評価点数が異なる場合があるという公平性の問題がある。

また、評価指標の簡素化にも取り組んでいるところであるが、未だに評価指標が多いことにより事務負担が過大と指摘されており、簡素化に向けた更なる取組が必要である【図3、表1】。

【図3】「令和4年度の評価指標は、適切と思いますか。」という問いに対する都道府県・市町村の意見（左：47都道府県、右：200市町村）



【表1】「令和4年度の評価指標は、適切と思いますか。」という問いに対し、「適切と思わない」又は「どちらとも言えない」と回答した主な理由

| 都道府県 | 市町村 |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 評価者によって、同じ取組状況でも評価点数が異なる場合があり得るため。 評価指標が多過ぎるため。 自己評価に係る作業負担が過大であるため。 市町村が自立支援、重度化防止の取組を有機的に進めるために評価指標が一定の指針となる一方で、既に地域の課題を把握した上で改善の方向性を見出し特定の取組を重点的に実施している保険者等にとっては、保険者としての機能が評価に反映されない側面も有することから、 全国一律の評価指標であるために、各市町村が全国と比較して、施策の進捗具合を確かめることができる一方、都道府県や各市町村ごとに存在する独自の課題や取組との乖離が起り得ると考えるため。 | <ul style="list-style-type: none"> 評価者によって、同じ取組状況でも評価点数が異なる場合があり得るため。 自己評価に係る作業負担が過大であるため。 評価指標が多過ぎるため。 点数獲得のため、効果等を検証せずに事業実施を目的化する面が考えられる。 自己評価による点数の見える化ではなく、本来、保険者として取り組むべき事業が規模の大小にかかわらず、取り組めるよう支援すべきと考える。 |

現在の評価指標では、市町村等の取組に対応した成果（要介護認定率の低下等）が示されず、（社会保障の充実分を含めた、）交付金の配分方法として適切ではなく、抜本的見直しが必要である。

本制度の評価は、取り組んだ結果どうなったか、客観性のある「取組の成果」（要介護認定率の改善等）で評価すべきであり、達成状況を評価するアウトカム指標で実施すべきである。（少なくともアウトカム指標の配点比率は早急に高めていくべきである。）

また、自治体からの指摘にもあるように、過大な事務負担への対応や評価指標の公平性の確保が必要である。

評価指標数が膨大であり、実施の有無のみで形骸化した評価項目も考えられるところ、全体として評価項目の縮減により簡素化を図るべきであり、得点と要介護認定率等との相関性は認められなかったことを踏まえ、その予算額についても圧縮を図るべきである。また、適正化事業を効果あるものに見直した上で、介護費用適正化に効果のある評価項目の設定と重点化を図るべきである。

その上で、誰が評価しても公平性が担保されるような、客観的に分かり易いアウトカム指標によって公平性ある評価体制を構築すべきである。

給付適正化・地域差分析 介護保険事業（支援）計画作成の効率化

介護保険事業(支援)計画について

- 保険給付の円滑な実施のため、3年間で1期とする介護保険事業(支援)計画を策定している。

国の基本指針(法第116条、8期指針:令和3年1月厚生労働省告示第29号)

- 介護保険法第116条第1項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める

※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

市町村介護保険事業計画(法第117条)

- 区域(日常生活圏域)の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標
- その他の事項

保険料の設定等

- 保険料の設定
- 市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

都道府県介護保険事業支援計画(法第118条)

- 区域(老人福祉圏域)の設定
- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)
※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる(任意)
- 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標
- その他の事項

基盤整備

- 都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

第8期 介護保険事業(支援)計画 基本指針の構成

前文

第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

一 地域包括ケアシステムの基本的理念

- 1 自立支援、介護予防・重度化防止の推進
- 2 介護給付等対象サービスの充実・強化
- 3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備
- 4 日常生活を支援する体制の整備
- 5 高齢者の住まいの安定的な確保

- 二 二千二十五年及び二千四十年を見据えた目標
- 三 医療計画との整合性の確保
- 四 地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進
- 五 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業
- 六 介護に取り組む家族等への支援の充実
- 七 認知症施策の推進
- 八 高齢者虐待の防止等
- 九 介護サービス情報の公表
- 十 効果的・効率的な介護給付の推進
- 十一 都道府県による市町村支援並びに都道府県・市町村間及び市町村相互間の連携
- 十二 介護保険制度の立案及び運用に関するPDCAサイクルの推進
- 十三 保険者機能強化推進交付金等の活用
- 十四 災害・感染症対策に係る体制整備

第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

一 市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者等地域の実態の把握
- 3 市町村介護保険事業計画の作成のための体制の整備
- 4 二千二十五年度及び二千四十年の推計並びに第八期の目標
- 5 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 6 日常生活圏域の設定
- 7 他の計画との関係
- 8 その他

二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項

- 1 日常生活圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止への取組及び目標設定

三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステム構築のための重点的に取り組むことが必要な事項
 - (一)在宅医療・介護連携の推進
 - (二)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
 - (三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
 - (四)地域ケア会議の推進
 - (五)高齢者の居住安定に係る施策との連携
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策
- 3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策
- 4 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項
- 5 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項
- 6 認知症施策の推進
- 7 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数
- 8 地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項
- 9 市町村独自事業に関する事項
- 10 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項
- 11 災害に対する備えの検討
- 12 感染症に対する備えの検討

第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項

一 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者等の実態の把握
- 3 都道府県介護保険事業支援計画の作成のための体制の整備
- 4 市町村への支援
- 5 二千二十五年度及び二千四十年の推計並びに第八期の目標
- 6 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 7 老人福祉圏域の設定
- 8 他の計画との関係
- 9 その他

二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項

- 1 老人福祉圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 市町村が行う被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定
- 4 老人福祉圏域を単位とする広域的調整
- 5 市町村介護保険事業計画との整合性の確保

三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項
 - (一)在宅医療・介護連携の推進
 - (二)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
 - (三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
 - (四)地域ケア会議の推進
 - (五)介護予防の推進
 - (六)高齢者の居住安定に係る施策との連携
- 2 介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項
- 3 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項
- 4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業に関する事項
- 5 認知症施策の推進
- 6 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数
- 7 介護サービス情報の公表に関する事項
- 8 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項
- 9 災害に対する備えの検討
- 10 感染症に対する備えの検討

第四 指針の見直し

別表

第8期介護保険事業（支援）計画の基本指針（大臣告示）のポイント

1 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備

- 2025・2040年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定
 - ※基盤整備を検討する際、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備、地域医療構想との整合性（病床の機能分化及び連携に伴い生じるサービス必要量に関する整合性の確保）を踏まえる必要がある旨は第7期から記載。
 - ※指定介護療養型医療施設の設置期限（2023年度末）までに確実な転換等を行うための具体的な方策について記載。
 - ※第8期の保険料を見込むに当たっては直近（2020年4月サービス分以降）のデータを用いる必要がある。

2 地域共生社会の実現

- 地域共生社会の実現に向けた考え方や取組について記載

3 介護予防・健康づくり施策の充実・推進（地域支援事業等の効果的な実施）

- 一般介護予防事業の推進に関して「PDCAサイクル沿った推進」、「専門職の関与」、「他の事業との連携」について記載
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について記載
- 自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取り組みの例示として就労的活動等について記載
- 総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を策定
- 保険者機能強化推進交付金等を活用した施策の充実・推進について記載。（一般会計による介護予防等に資する独自事業等について記載。）
- 在宅医療・介護連携の推進について、看取りや認知症への対応強化等の観点を踏まえて記載
- 要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載
- PDCAサイクルに沿った推進にあたり、データの利活用を進めることやそのための環境整備について記載

4 有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化

- 住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を記載
- 整備に当たっては、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を勘案して計画を策定

5 認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進

- 認知症施策推進大綱に沿って、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社会の実現を目指すため、5つの柱に基づき記載。（普及啓発の取組やチームオレンジの設置及び「通いの場」の拡充等について記載。）
- 教育等他の分野との連携に関する事項について記載

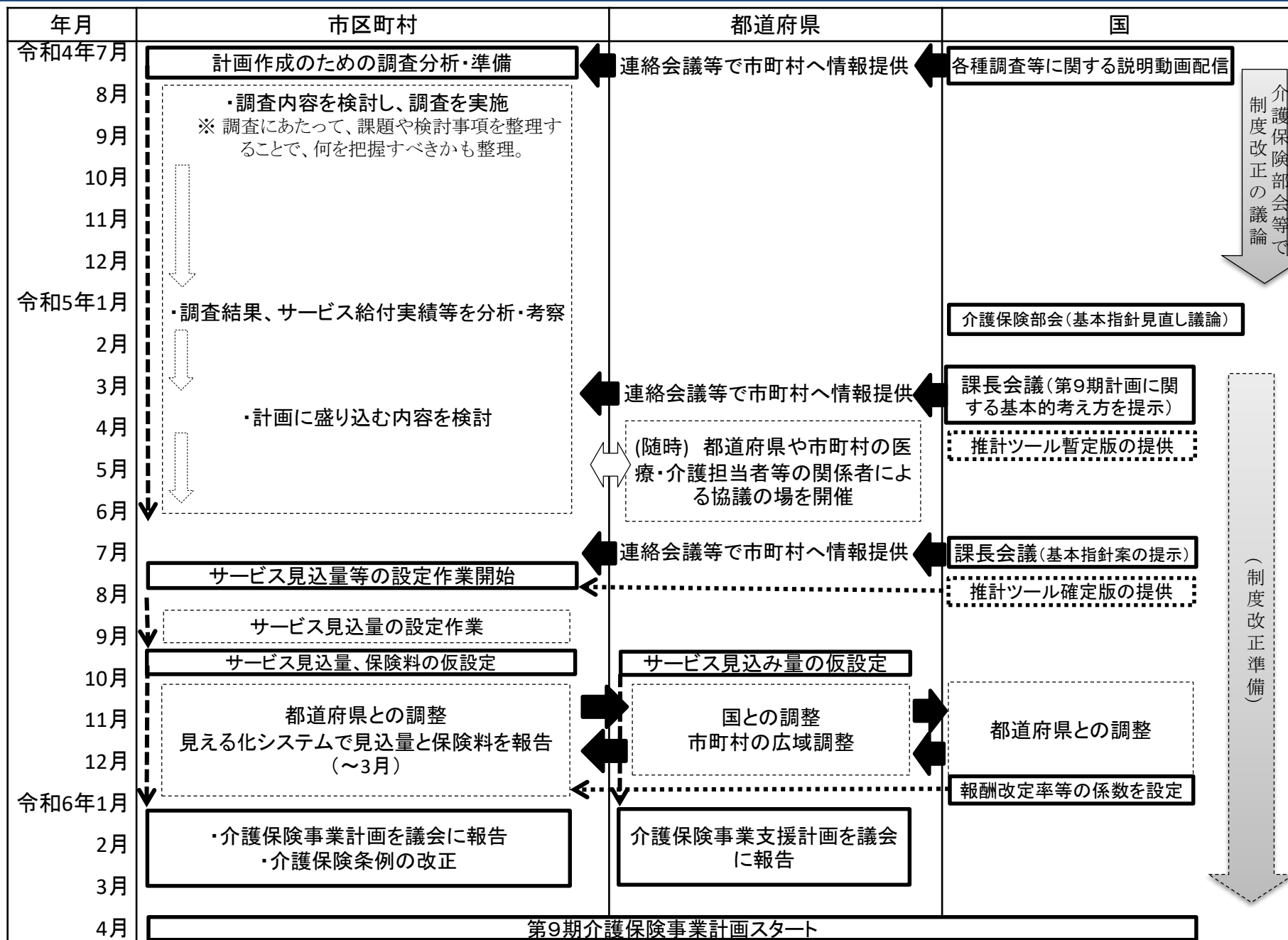
6 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

- 介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた介護人材の確保の必要性について記載
- 介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の具体的な方策を記載
- 総合事業等の担い手確保に関する取組の例示としてボランティアポイント制度等について記載
- 要介護認定を行う体制の計画的な整備を行う重要性について記載
- 文書負担軽減に向けた具体的な取組を記載

7 災害や感染症対策に係る体制整備

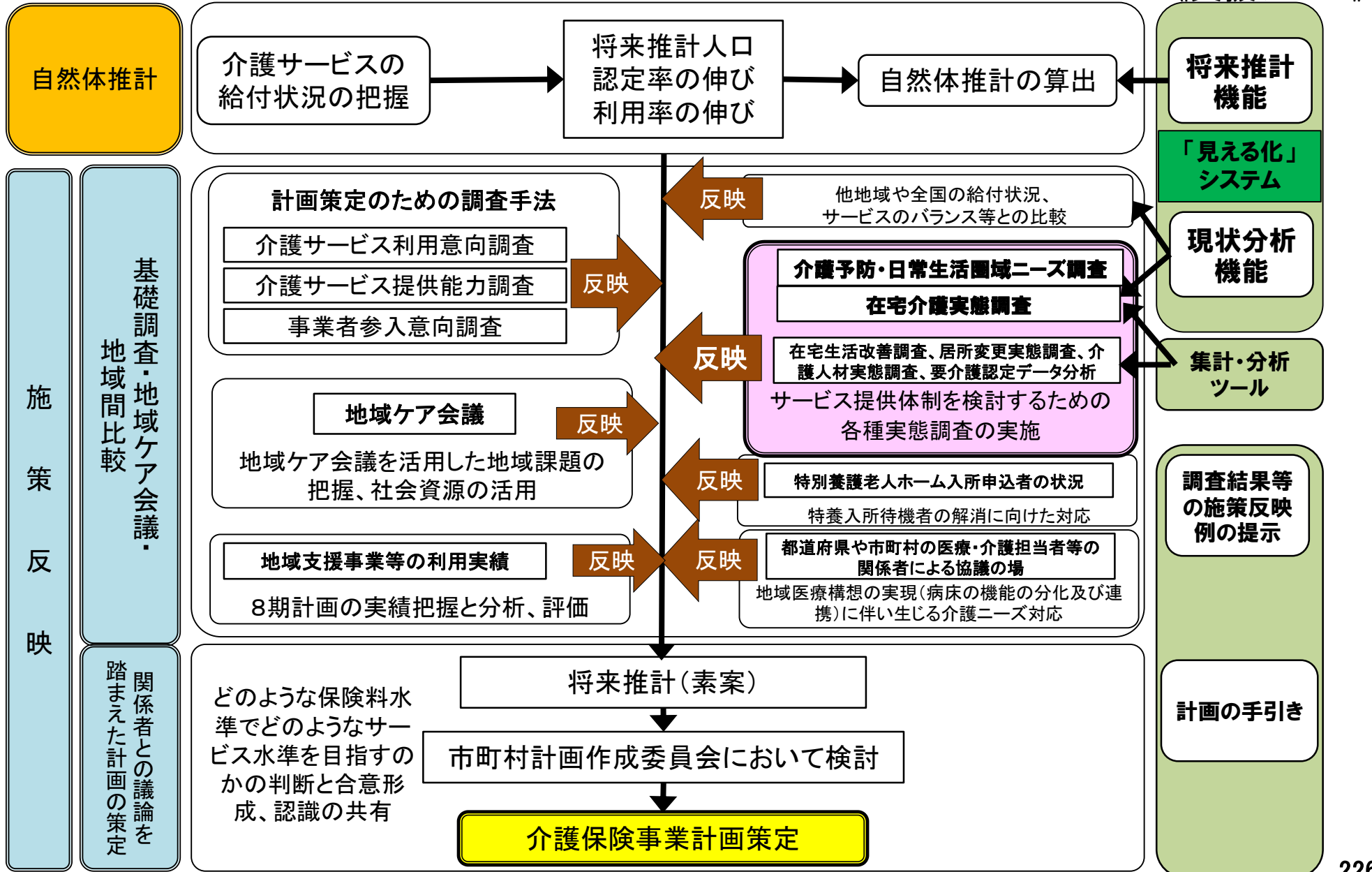
- 近年の災害発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、これらへの備えの重要性について記載

第9期介護保険事業計画の作成に向けたスケジュール(R4.7.29)



《作成プロセス》

《支援ツール》



第5期介護給付適正化計画（市町村介護給付適正化計画及び都道府県介護給付適正化計画）について （令和3年度～令和5年度）

- 第7期市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画から、介護給付等に要する費用の適正化に関する事項又はその取組への支援に関し、取り組むべき施策及びその目標を定めることが法律上位置づけられた。
（第8期の事業（支援）計画の基本指針において、介護給付適正化計画を別に策定することでも差し支えないとした。）
- このため、計画策定に資するよう、事業（支援）計画の基本指針に加え、第5期介護給付適正化計画に関する指針を策定。
（計画期間：令和3年度～令和5年度）

○ 第5期介護給付適正化計画に関する指針の概要

（1）第5期計画の基本的な方向

- i 保険者の主体的取組の推進
適正化事業の実施主体である保険者が自発的な事業への取組の重要性を提示。
- ii 都道府県・保険者・国保連の連携
都道府県・保険者・国保連が相互の主体性を尊重しつつ、現状認識を共有し、一体的に取り組むよう連携を図る。
- iii 保険者における実施阻害要因への対応
適正化事業が低調な保険者の人員や予算の制約など様々な実施阻害要因を分析・把握し個々に応じた方策を講じ、適正化事業に取り組む。
- iv 事業内容の把握と改善
単に実施率の向上を図るだけでなく、事業の具体的な実施状況及び実施内容の把握・改善に取り組む。

（2）第5期において取り組むべき事業

- i 主要5事業の実施
第4期に引き続き、主要5事業（要介護認定の適正化、ケアプランの点検、住宅改修・福祉用具実態調査、医療情報との突合・縦覧点検、介護給付費通知）の着実な実施とともに、より具体性・実効性のある構成・内容に見直す。
- ii 積極的な実施が望まれる取組
主要5事業以外に、国保連の適正化システムによって出力されるデータを積極的に活用し、適正なサービス提供と費用の効率化等を図る。
- iii 事業の優先度
地域の状況を十分に踏まえ、効果的と思われる取組を優先して実施目標として設定し、主要5事業の均等な拡充が難しい場合には3事業を優先的に実施し、その具体的な実施方法を検討。
- iv 介護給付費財政調整交付金の算定
介護給付費財政調整交付金の算定に当たっては、主要5事業の取組状況を勘案。

（3）計画的な適正化事業の推進

- i 都道府県介護給付適正化計画との連携
保険者は具体的な事業実施の目標設定に当たっては、計画に掲げられた目標との連携を意識しつつ、都道府県の行う支援措置について積極的に活用。
- ii 体制の整備
保険者は適正化事業を推進する上で、十分な体制を整えるため、必要な予算を確保するとともに、地域支援事業交付金や都道府県の保険者支援も積極的に活用。
- iii 事業の効果の把握とPDCAサイクルの展開
見える化システム等を活用し、適正化事業の実施状況及び取組状況等を把握・分析。また、適正化事業の着実な実施に向けて、PDCAサイクルを展開。

介護給付費適正化主要5事業

○要介護認定の適正化

- ・指定居宅介護支援事業者、施設又は介護支援専門員が実施した変更認定又は更新認定に係る認定調査の内容を市町村職員等が訪問又は書面等の審査により点検する。

○ケアプラン点検

- ・介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容を、事業者からの提出又は事業所への訪問調査等により、市町村職員等の第三者がその内容等の点検及び指導を行う。

○住宅改修・福祉用具実態調査

- ・居宅介護住宅改修費の申請時に請求者宅の実態確認、利用者の状態確認又は工事見積書の点検を行ったり、竣工後に訪問調査等により施工状況の点検を行う。
- ・福祉用具利用者に対する訪問調査等により、福祉用具の必要性や利用状況等を点検する。

○医療情報との突合・縦覧点検

- ・後期高齢者医療制度及び国民健康保険の入院情報等と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行う。
- ・受給者ごとに複数月にまたがる支払情報（請求明細書の内容）を確認し、提供されたサービスの整合性の点検を行う。

○介護給付費通知

- ・利用者本人（又は家族）に対して、サービスの請求状況及び費用等について通知する。

国保連に委託することで実施可能

介護給付費適正化主要5事業の実施状況について

| | H27実績 | H28実績 | H29実績 | H30実績 | R元実績 |
|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 介護給付適正化主要5事業 | 99.5% | 99.7% | 99.8% | 100.0% | 100.0% |
| 要介護認定の適正化 | 91.2% | 91.4% | 91.6% | 94.1% | 94.2% |
| ケアプランの点検 | 63.9% (2.6億円) | 67.1% (3.5億円) | 71.9% (2.6億円) | 80.7% (0.6億円) | 84.7% (1.2億円) |
| 住宅改修・福祉用具実態調査 | 77.1% (0.2億円) | 78.2% (0.1億円) | 81.5% (0.1億円) | 79.2% (0.1億円) | 81.1% (0.1億円) |
| 医療情報との突合・縦覧点検 | 89.6% (10.0億円) | 91.7% (10.5億円) | 94.7% (9.8億円) | 97.5% (10.8億円) | 98.0% (13.1億円) |
| 介護給付費通知 | 72.7% (0.02億円) | 74.2% (0.01億円) | 75.1% (0.01億円) | 78.7% (0.02億円) | 79.4% (0.01億円) |

※ 厚生労働省老健局介護保険計画課調べ

(注)

1. 「介護給付適正化主要5事業」の各年度の実施率は5事業のうち、いずれかを実施している保険者の割合である。
2. 平成29年度は、1県が未提出のため、46都道府県で集計した数値である。
3. () は、適正化事業実施による金額的効果（ケアプラン点検のような質の向上、給付費通知のような事業者への牽制効果などを目的として実施する事業の波及効果は含まれない。）

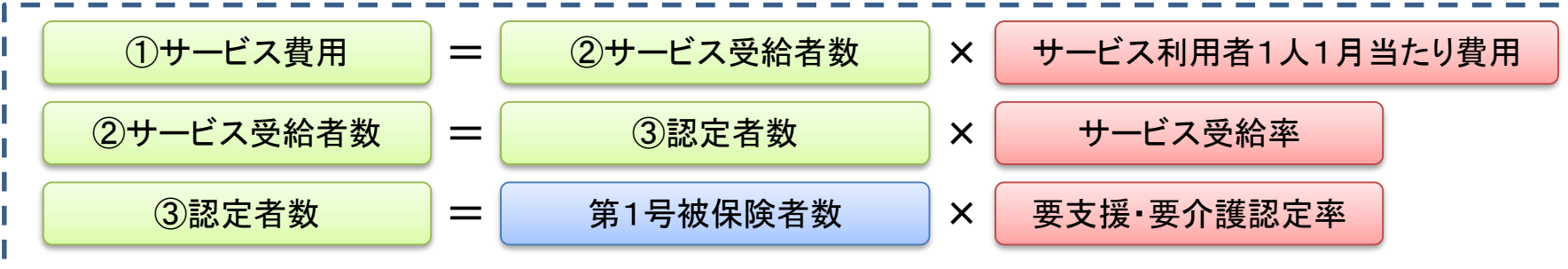
介護費用の構造と要素

- 介護費用は様々な要因によって変動するため、介護費用を構成する要素に分けて分析することが有効である。
- 介護サービス費用を構成する要素は、大きく以下の通りである。

介護費用(1月当たり)

施設サービス:介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域密着型介護老人福祉施設
 居住系サービス:特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護
 在宅サービス:訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、短期入所生活介護、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、特定福祉用具販売、住宅改修、居宅介護支援、介護予防支援、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス

$$= \text{①-1 施設サービス費用} + \text{①-2 居住系サービス費用} + \text{①-3 在宅サービス費用}$$



構成要素である「要支援・要介護認定率」「受給率」「サービス利用者1人1月当たり費用」及び「施設・居住系と在宅サービスのバランス」に着目して介護費用の地域差分析を行う

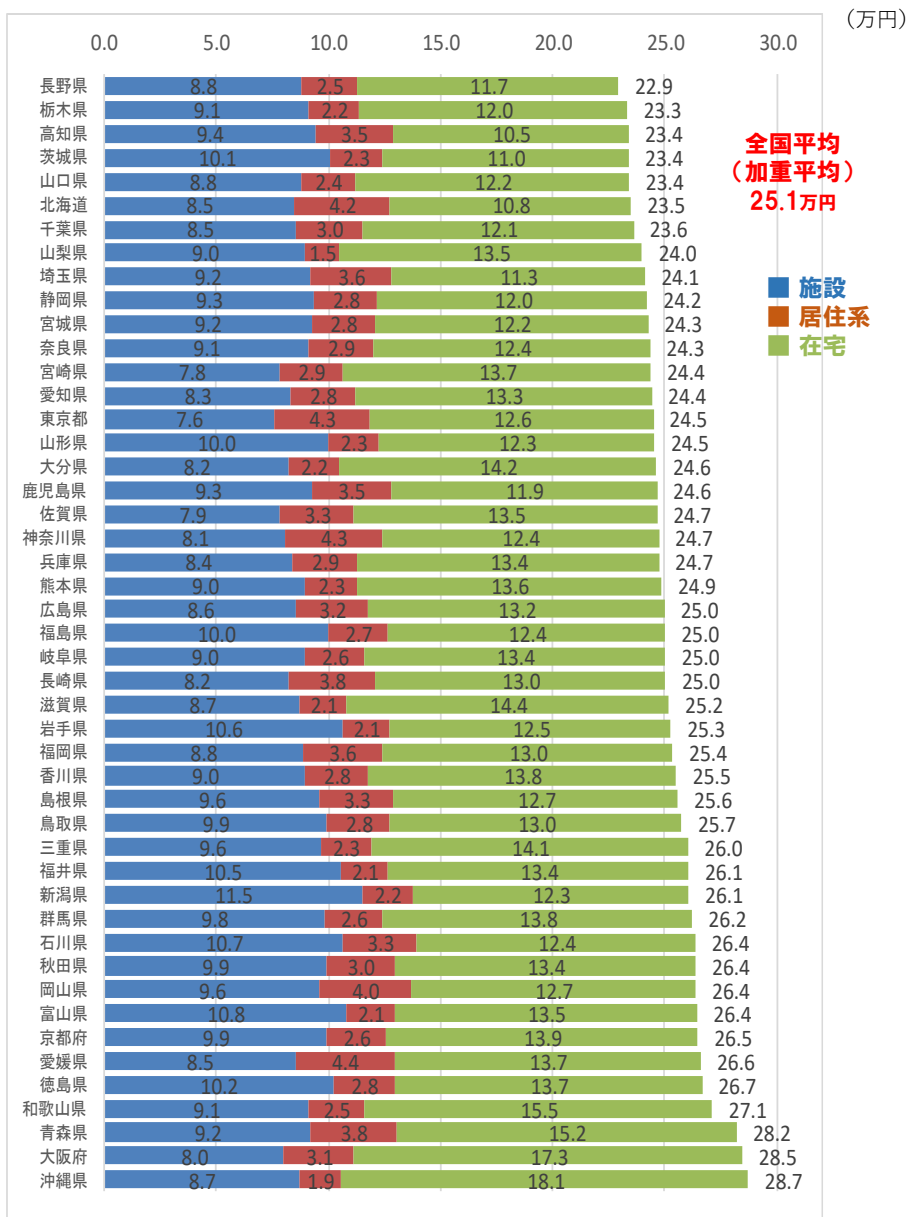
地域差を生じる要素と分析の視点



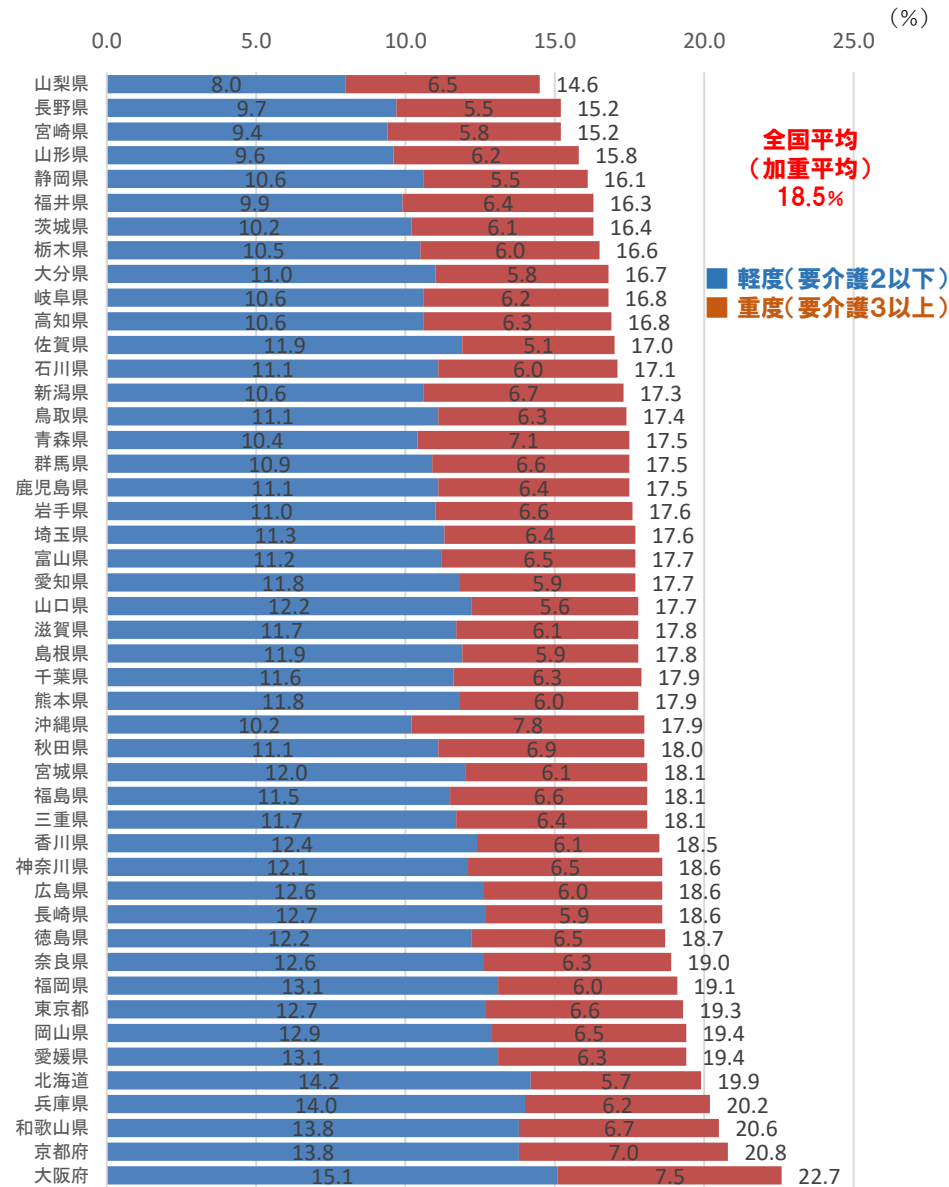
- 第1号被保険者(65歳以上人口)のうち介護サービスを利用する可能性がある高齢者(要支援・要介護者)の割合に他の保険者と乖離があれば、介護予防等の取組の観点から分析する。
- 要支援・要介護者が利用しているサービスを「受給している高齢者の割合(サービス受給率)」の観点から見ることで、どのサービスの受給者に地域差があるかを分析する。
- 「受給しているサービスの単価(サービス利用者1人1月当たり費用)」の観点から見ることで、サービスの利用のされ方(日数・回数等)に地域差があるかを分析する。

第1号被保険者1人当たり介護給付費と認定率の地域差(年齢調整後)

2019年度被保険者1人当たり介護給付費(年齢調整後)



2019年度認定率(年齢調整後)



【出典等】「地域包括ケア「見える化」システム」(厚生労働省)を基に算出した。

要介護認定

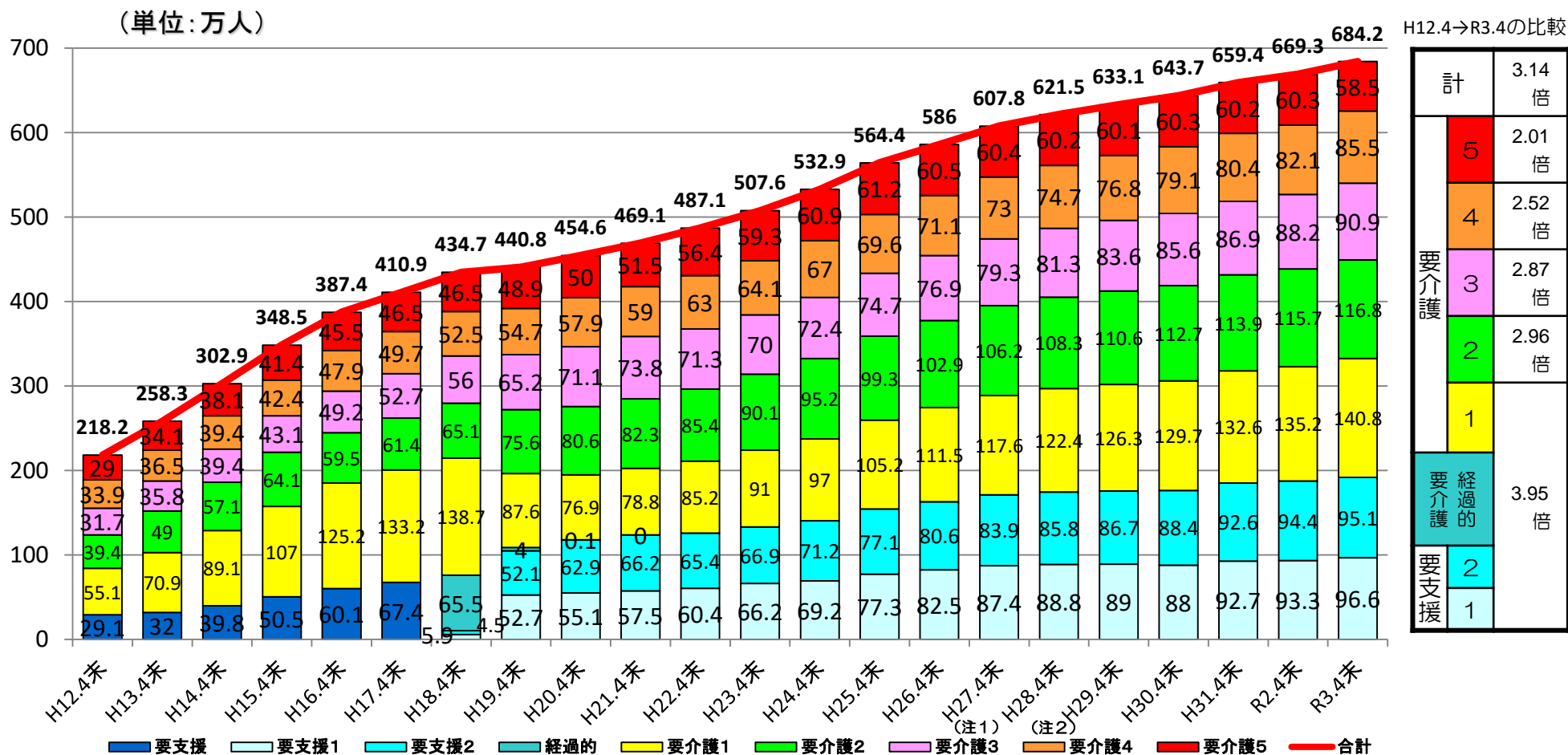
ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

参考：要介護認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、令和3年4月現在684万人で、この約20年間で約3.1倍になった。このうち軽度の認定者数の増加が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大傾向にある。



注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注2) 楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

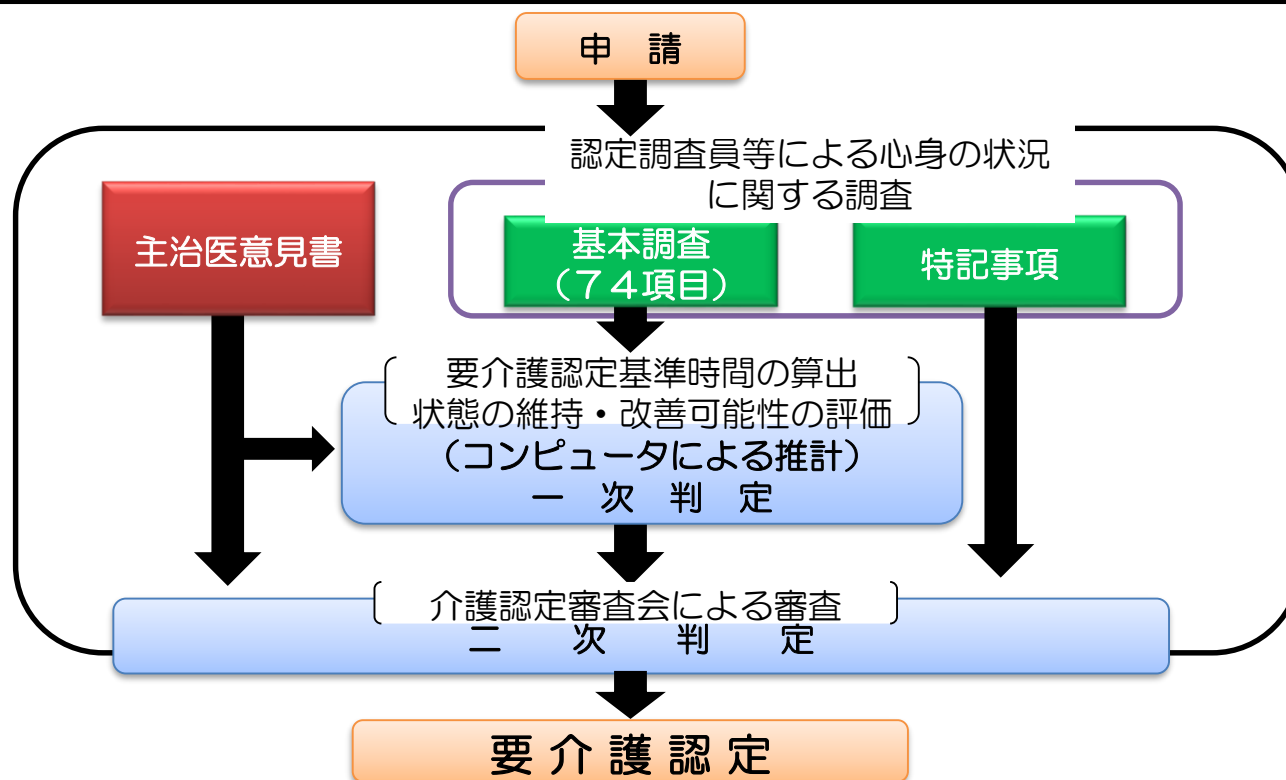
(出典：介護保険事業状況報告)

参考：認定審査のプロセス

要介護認定の仕組み

○ 要介護認定(要支援認定を含む。)は、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組みであり、一次判定及び二次判定の結果に基づき、市町村が申請者について要介護認定を行う。

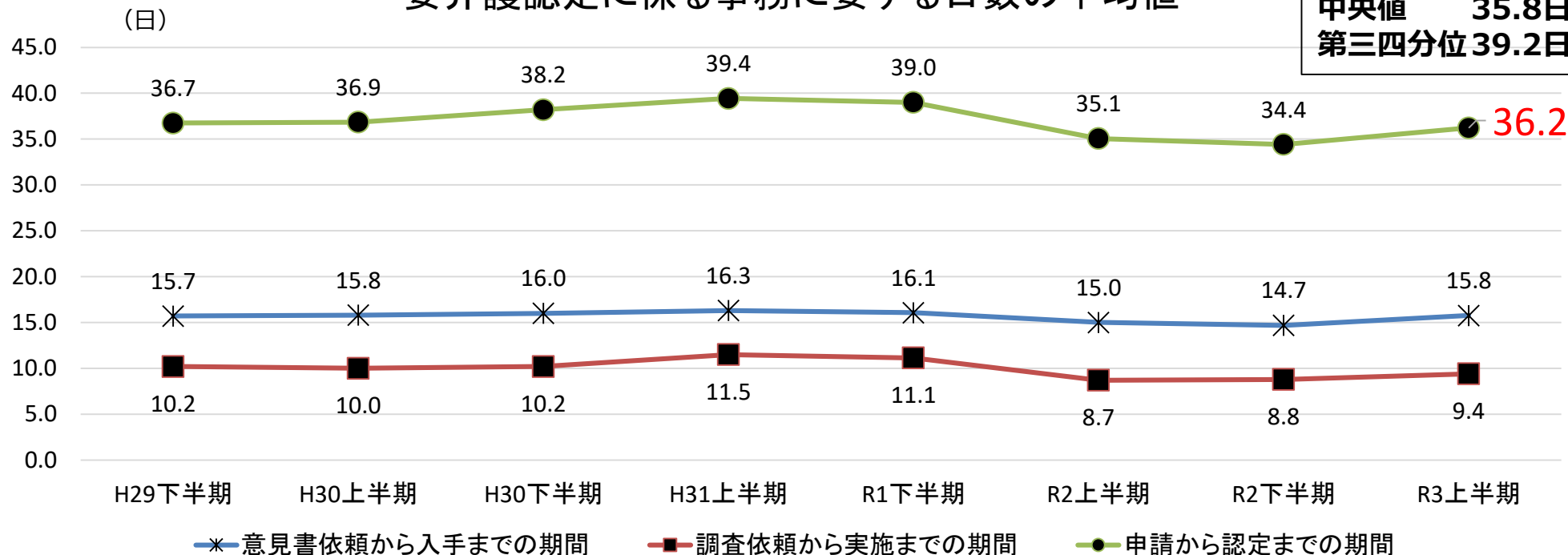
- ①一次判定・・・市町村の認定調査員による心身の状況調査(認定調査)及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。
- ②二次判定・・・保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。



参考：申請から認定までの日数

要介護認定に係る事務に要する日数の平均値

第一四分位 32.8日
中央値 35.8日
第三四分位 39.2日



介護保険法（平成9年法律第123号）抄

第27条 要介護認定を受けようとする被保険者は、厚生労働省令で定めるところにより、申請書に被保険者証を添付して市町村に申請をしなければならない。この場合において、当該被保険者は、厚生労働省令で定めるところにより、第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設であって厚生労働省令で定めるもの又は第百十五条の四十六第一項に規定する地域包括支援センターに、当該申請に関する手続を代わって行わせることができる。

11 **第一項の申請に対する処分は、当該申請のあった日から三十日以内にならなければならない。**ただし、当該申請に係る被保険者の心身の状況の調査に日時を要する等特別な理由がある場合には、当該申請のあった日から三十日以内に、当該被保険者に対し、当該申請に対する処分をするためになお要する期間（次項において「処理見込期間」という。）及びその理由を通知し、これを延期することができる。

令和3年度地方分権改革提案

要介護・要支援認定有効期間の新規申請及び区分変更申請における期間の見直し

■ 提案の具体的内容

- 高齢者人口の増加に伴う要介護認定申請件数の増加に対応するため、要介護・要支援認定有効期間について、新規申請及び区分変更申請における期間を原則12か月とするとともに、上限を24か月に延長することを求める。

■ 閣議決定

- 新規認定及び区分変更認定に係る要介護認定有効期間（施行規則38条）及び要支援認定有効期間（施行規則52条）の延長については、社会保障審議会の意見を聴いた上で検討し、令和4年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

令和3年度地方分権改革提案

要介護・要支援認定有効期間の新規申請及び区分変更申請における期間の見直し

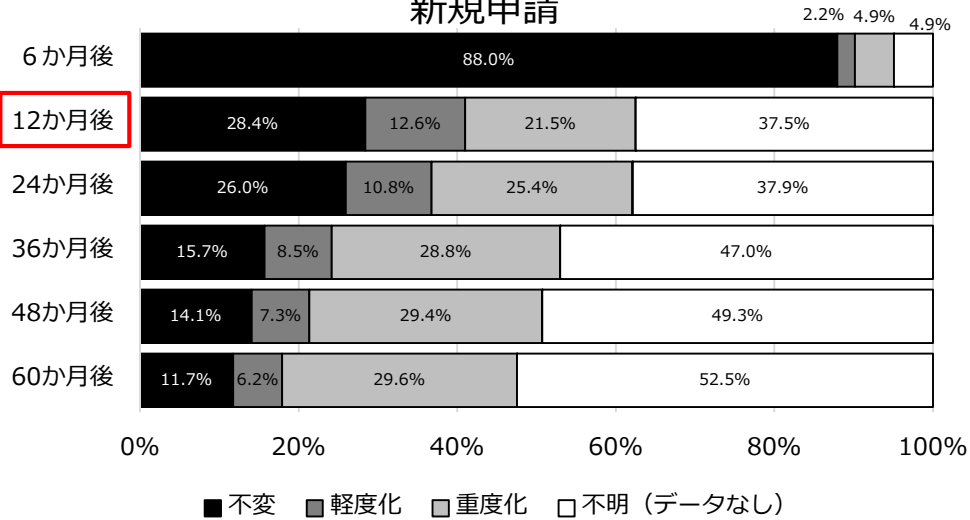
- 更新申請の有効期間については随時延長を行ってきたが、今回は、新規申請・区分変更申請の有効期間を原則12か月・上限24か月に延長する提案(赤枠部分)。

<現行の取扱い>

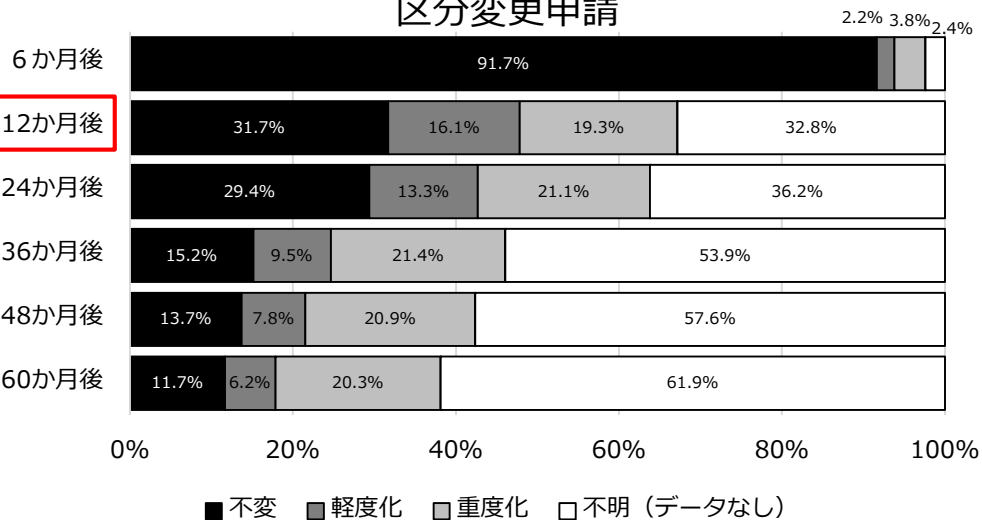
| 申請区分等 | | 原則の 認定有効期間 | 設定可能な 認定有効期間の範囲 |
|--------|----------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| 新規申請 | | <u>6か月</u> → <u>12か月</u> | 3か月～ <u>12か月</u> → <u>24か月</u> |
| 区分変更申請 | | <u>6か月</u> → <u>12か月</u> | 3か月～ <u>12か月</u> → <u>24か月</u> |
| 更新申請 | 要介護度が更新前後で異なる。 | 12か月 | 3か月～36か月 |
| | 要介護度が更新前後で同じ。 | 12か月 | 3か月～48か月 |

認定後の要介護度の推移

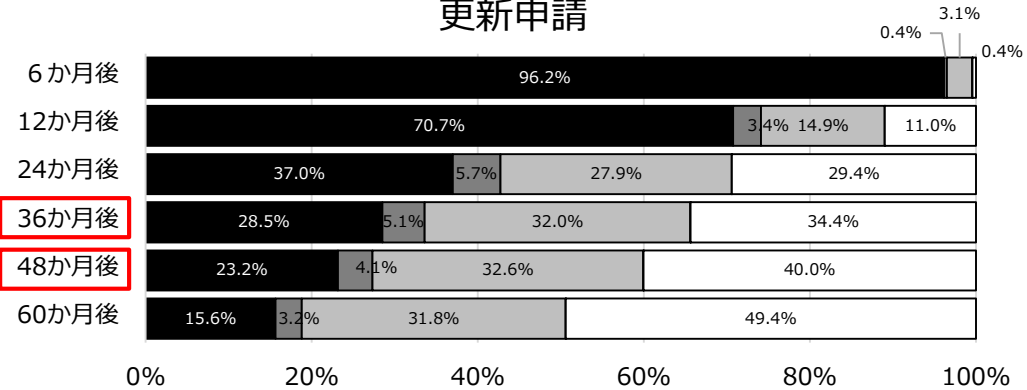
新規申請



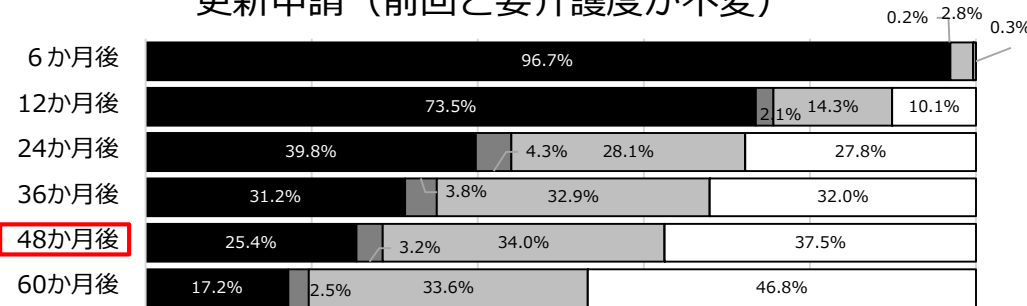
区分変更申請



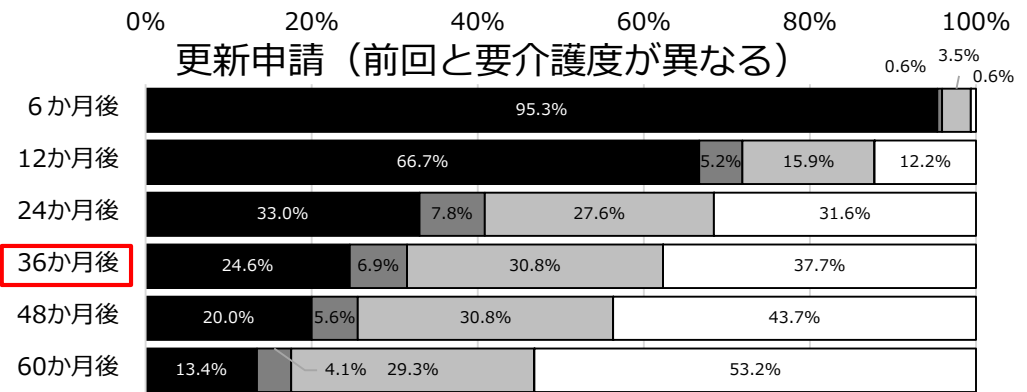
更新申請



更新申請 (前回と要介護度が不変)



更新申請 (前回と要介護度が異なる)



※ 出典：介護保険総合データベース（令和4年8月集計）。

注1）平成28年4～9月に認定された方の各時点の状況。

注2）「不明（データなし）」の場合は、死亡・転居・更新申請をしていない等の理由により、介護給付を受けていない者であると考えられる。

要介護認定制度の見直し（介護認定審査会の簡素化）

社会保障審議会介護保険部会
(第85回)

参考
資料1

令和元年11月14日

平成30年4月1日以降の申請分であって、以下の6要件のすべてに合致する者について、認定審査会の簡素化を可能とした。

【条件①】第1号被保険者である

【条件②】更新申請である

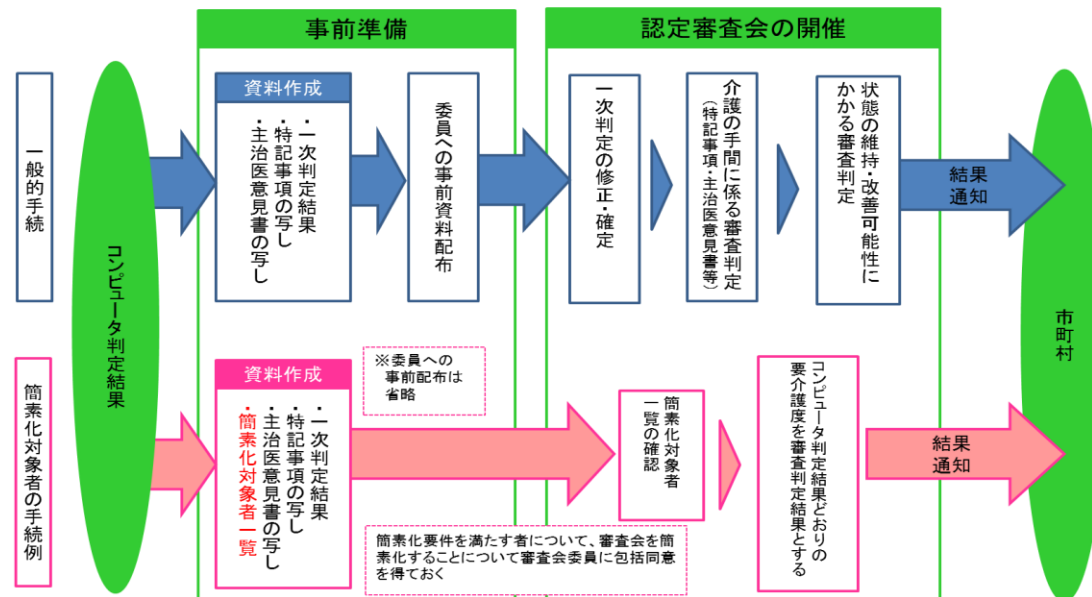
【条件③】コンピュータ判定結果の要介護度が、前回認定結果の要介護度と一致している

【条件④】前回認定の有効期間が12か月以上である

【条件⑤】コンピュータ判定結果が要介護1または要支援2の者の場合は、今回の状態安定性判定ロジックで「安定」と判定されている

【条件⑥】コンピュータ判定結果の要介護認定等基準時間が「一段階重い要介護度に達するまで3分以内(重度化キワ3分以内)」ではない

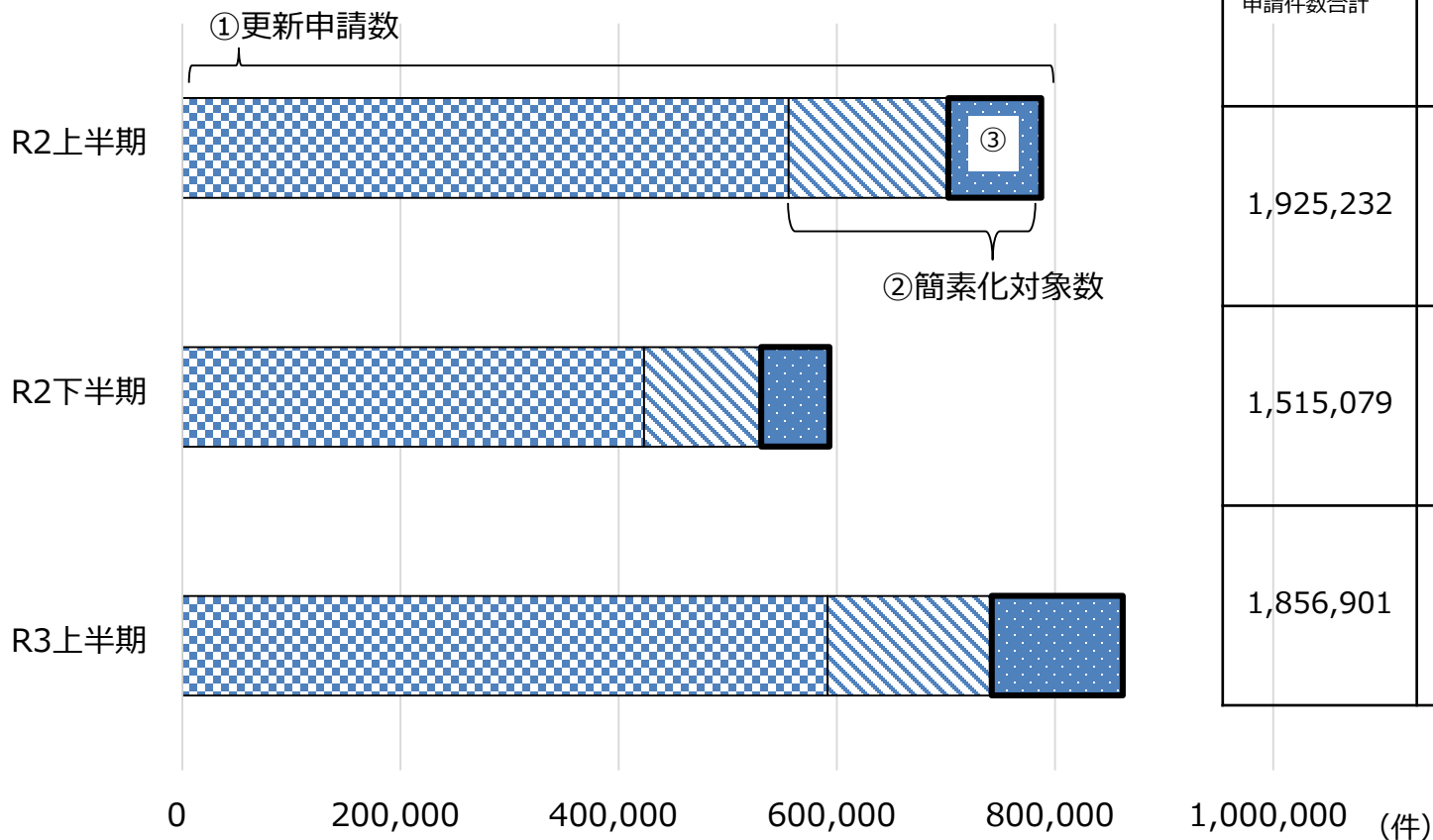
認定審査会簡素化の例



※上記は簡素化方式の一例であり、法令上の基本原則を踏まえつつ、各自治体において簡素化方法を決定して差し支えない。

参考：認定審査会の簡素化の実施割合

認定審査会の簡素化の実施件数



| 申請件数合計 | 更新申請数(①) (全申請件数に占める割合) | 簡素化対象数(②) (更新申請に占める割合) | 簡素化実施数(③) (簡素化対象数に占める割合) |
|-----------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| 1,925,232 | 787,413 (40.9%) | 231,725 (29.4%) | 85,346 (36.8%) |
| 1,515,079 | 593,036 (39.1%) | 169,806 (28.6%) | 62,478 (36.8%) |
| 1,856,901 | 862,139 (46.4%) | 270,629 (31.4%) | 120,301 (44.5%) |

※ R3上半期については、人口約560万人（高齢者約148万人）分のデータが未送信の可能性がある

令和3年度地方分権改革提案：介護認定審査会を簡素化して実施する場合における通知の省略

■ 提案の具体的内容

- 介護認定審査会を簡素化して実施する場合に、事前に審査会から包括的同意を得ることにより、審査会への通知を省略できるよう制度改正を行うこと。

■ 閣議決定

- 介護認定審査会における審査及び判定（27条4項及び32条3項）に係る事務については、市区町村における事務の実態を踏まえつつ、社会保障審議会の意見を聴いた上で市区町村の事務負担を軽減する方策を検討し、令和4年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

参考：老健事業での自治体へのアンケート結果

| ○ 自治体では、介護認定審査会の簡素化を実施しているか | | | | | |
|-----------------------------|-------|--------|---------|-------|-------|
| 人口規模 | ～5万人 | 5～10万人 | 10～20万人 | 20万人～ | 総計 |
| 回答総数 | 589 | 180 | 117 | 119 | 1005 |
| 実施している | 39.9% | 44.4% | 52.1% | 59.7% | 44.5% |
| 実施していない | 56.4% | 52.8% | 41.0% | 32.8% | 51.1% |
| 検討中 | 3.7% | 2.8% | 6.8% | 7.6% | 4.4% |

| ○ 簡素化を行っている理由 | | | | | |
|---|-------|--------|---------|-------|-------|
| 人口規模 | ～5万人 | 5～10万人 | 10～20万人 | 20万人～ | 総計 |
| 回答総数 | 221 | 80 | 61 | 71 | 433 |
| 審査件数が多く、簡素化を行わないと処理が間に合わないため | 19.5% | 20.0% | 36.1% | 57.7% | 28.2% |
| 審査件数が多く、簡素化しなくても処理は可能ではあるが、自治体の業務を効率化するため | 57.5% | 62.5% | 60.7% | 39.4% | 55.9% |
| 個別に審査を要するケースに集中するため | 16.7% | 13.8% | 23.0% | 15.5% | 16.9% |
| 審査会から要望があったため | 10.9% | 7.5% | 0.0% | 0.0% | 6.9% |
| その他 | 15.4% | 20.0% | 8.2% | 8.5% | 14.1% |

参考：老健事業での自治体へのアンケート結果

○ 簡素化に関して、不都合に感じている点（簡素化を行っている自治体が回答）

| 人口規模 | ～5万人 | 5～10万人 | 10～20万人 | 20万人～ | 総計 |
|--------------------------------|-------|--------|---------|-------|-------|
| 回答総数 | 154 | 64 | 50 | 58 | 326 |
| 該当するケースが少ない | 39.6% | 54.7% | 40.0% | 34.5% | 41.7% |
| 審査会に通知が必要であるなど、事務の簡素化につながっていない | 27.3% | 32.8% | 28.0% | 39.7% | 30.7% |
| 関係者との調整が負担 | 1.3% | 0.0% | 2.0% | 6.9% | 2.1% |
| その他 | 41.6% | 31.3% | 42.0% | 37.9% | 39.0% |

○ 簡素化を行っていない理由

| 人口規模 | ～5万人 | 5～10万人 | 10～20万人 | 20万人～ | 総計 |
|--|-------|--------|---------|-------|-------|
| 回答総数 | 347 | 100 | 55 | 48 | 550 |
| 簡素化の妥当性が判断できないため | 38.9% | 39.0% | 38.2% | 43.8% | 39.3% |
| 「状態の安定性」の判断が、コンピュータ判定だけでは難しいため | 32.6% | 29.0% | 18.2% | 35.4% | 30.7% |
| 認定調査結果を、審査会委員で確認する必要があるため | 32.9% | 29.0% | 32.7% | 29.2% | 31.8% |
| 審査会で詳細に審査しないことが、申請者の不利益・不公平につながる可能性があるため | 38.3% | 48.0% | 27.3% | 43.8% | 39.5% |
| 簡素化の必要性を感じていないため（1回の審査会あたりの審査件数が多くない等） | 50.7% | 35.0% | 14.5% | 27.1% | 42.2% |
| 簡素化に該当する件数が少ないため | 13.0% | 12.0% | 12.7% | 10.4% | 12.5% |
| 簡素化用の資料を作成する必要があり、事務手続きが煩雑になるため | 27.1% | 33.0% | 40.0% | 39.6% | 30.5% |
| 簡素化を導入することに審査会委員の同意を得ることが難しいため | 12.4% | 7.0% | 27.3% | 29.2% | 14.4% |
| その他 | 5.8% | 2.0% | 7.3% | 10.4% | 5.6% |