

| | |
|--------------------------|------------|
| 社会保障審議会 介護保険部会（第107回） | 参考資料 1 - 2 |
| 令和5年7月10日 | |

介護保険制度の見直しに関する参考資料

厚生労働省 老健局
社会・援護局

令和 5 年介護保険法改正について

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

令和5年5月12日成立、5月19日公布

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直し。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【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、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① **かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。**
- ② **医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。**
- ③ **医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。**
- ④ **地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。**
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和5年9月末→令和8年12月末)等を行う。

等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律 における介護保険関係の主な改正事項

I. 介護情報基盤の整備

- **介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を医療保険者と一体的に実施**
 - 被保険者、介護事業者その他の関係者が当該被保険者に係る介護情報等を共有・活用することを促進する事業を介護保険者である市町村の地域支援事業として位置付け
 - 市町村は、当該事業について、医療保険者等と共同して国保連・支払基金に委託できることとする
※共有する情報の具体的な範囲や共有先については検討中。

II. 介護サービス事業者の財務状況等の見える化

- **介護サービス事業所等の詳細な財務状況等を把握して政策立案に活用するため、事業者の事務負担にも配慮しつつ、財務状況を分析できる体制を整備**
 - 各事業所・施設に対して詳細な財務状況（損益計算書等の情報）の報告を義務付け
※職種別の給与（給料・賞与）は任意事項。
 - 国が、当該情報を収集・整理し、分析した情報を公表

III. 介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務

- **介護現場における生産性の向上に関して、都道府県を中心に一層取組を推進**
 - 都道府県に対し、介護サービス事業所・施設の生産性の向上に資する取組が促進されるよう努める旨の規定を新設 など

IV. 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

- **看多機について、サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進める**
 - 看多機のサービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）が含まれる旨を明確化 など

V. 地域包括支援センターの体制整備等

- **地域の拠点である地域包括支援センターが地域住民への支援をより適切に行うための体制を整備**
 - 要支援者に行う介護予防支援について、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施可能とする など

介護情報基盤の整備

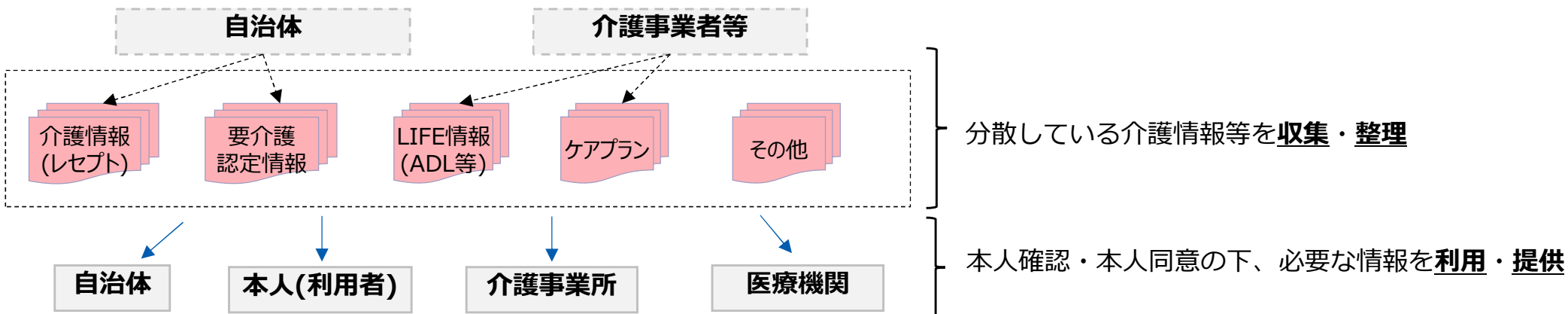
改正の趣旨

- 現在、利用者に関する介護情報等は、各介護事業所や自治体等に分散している。今後、医療・介護間の連携を強化しつつ、多様な主体が協同して高齢者を地域で支えていく地域包括ケアシステムを深化・推進するため、**自治体・利用者・介護事業所・医療機関等が介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤を整備**する。
- 具体的には、自治体、利用者、介護事業所・医療機関について、以下のような効果が期待される。
 - ✓ 自治体：利用者が受けている自立支援・重度化防止の取組の状況等を把握し、地域の実情に応じた介護保険事業の運営に活用。
 - ✓ 利用者：利用者が自身の介護情報を閲覧できることで、自身の自立支援・重度化防止の取組の推進に繋がる。
 - ✓ 介護事業者・医療機関：本人同意の下、介護情報等を適切に活用することで、利用者提供する介護・医療サービスの質を向上。
※ さらに、紙でのやり取りが減り、事務負担が軽減される効果も期待される。
- こうした情報基盤の整備を、**保険者である市町村が実施主体であり、地域での自立した日常生活の支援を目的としている地域支援事業に位置付ける。**

改正の概要・施行期日

- 被保険者、介護事業者その他の関係者が当該被保険者に係る介護情報等を共有・活用することを促進する事業を**地域支援事業として位置付ける。**
- 市町村は、当該事業について、**医療保険者等と共同して国保連・支払基金に委託**できることとする。
- 施行期日：公布後4年以内の政令で定める日

<事業のイメージ> ※共有する情報の具体的な範囲や共有先については検討中。



介護サービス事業者の経営情報の調査及び分析等

- 2040年を見据えた人口動態等の変化、生産年齢人口の減少と介護現場における人材不足の状況、新興感染症等による介護事業者への経営影響を踏まえた支援、制度の持続可能性などに的確に対応するとともに、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を行う上で、3年に1度の介護事業経営実態調査を補完する必要がある。

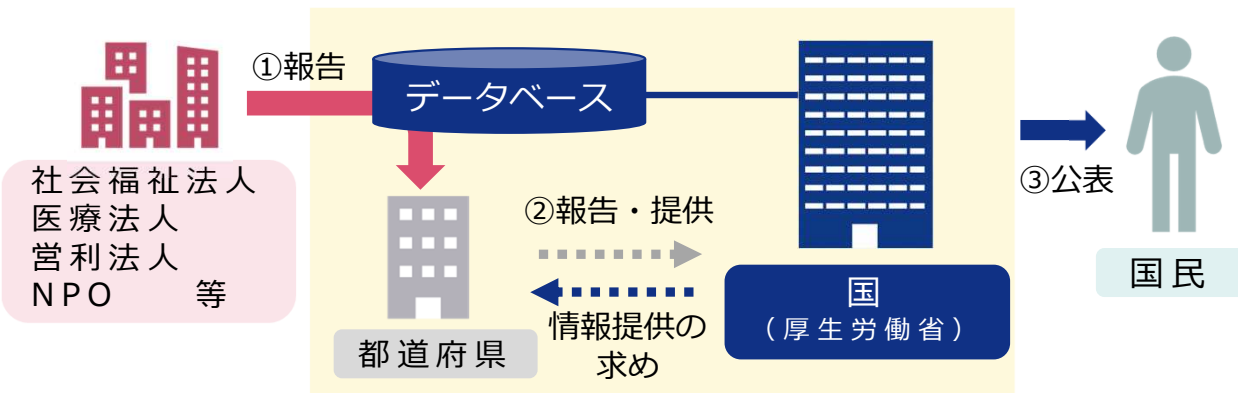
(参考) 令和3年度介護報酬改定に関する審議報告において、より正確な経営実態等の把握に向けて、より適切な実態把握のための方策を引き続き検討していくべきとされている。

- このため、①介護サービス事業者の経営情報の収集及びデータベースの整備をし、②収集した情報を国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果を公表する制度を創設する。 【施行日：令和6年4月1日】

【データベースの概要】

- ・ 対象：原則、全ての介護サービス事業者
- ・ 収集する情報：介護施設・事業所における収益及び費用並びに、任意項目として職種別の給与（給料・賞与）及びその人数
※ 収集する内容は省令以下で規定
- ・ 公表方法：国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表
※ 上記のデータベースの整備のほか、利用者の介護サービス事業者の選択に資するよう、介護サービス事業者情報公表制度についても併せて見直しを行い、介護サービス事業者に対し財務状況の公表を義務付ける等の対応を行う。

<データベースの運用イメージ>



- ① 介護サービス事業者は、毎会計年度終了後に経営情報を都道府県知事に報告。
- ② 都道府県知事は、介護サービス事業者の経営情報に関する調査及び分析を行い、厚生労働大臣にも報告。
- ③ 厚生労働大臣は、介護サービス事業者の経営情報に関するデータベースを整備し、経営情報の把握・分析、結果の公表。

介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務

改正の趣旨

- ・介護現場において、生産性向上の取組を進めるためには、一つの介護事業者のみの自助努力だけでは限界があるため、**地域単位で、モデル事業所の育成や取組の伝播等を推進していく必要がある**。一方、事業者より、「地域においてどのような支援メニューがあるのか分かりにくい」との声があるなど、**都道府県から介護現場に対する生産性向上に係る支援の取組の広がりが限定的となっている実態がある**。
- ・都道府県を中心に一層取組を推進するため、**都道府県の役割を法令上明確にする改正を行うとともに、都道府県介護保険事業支援計画において、介護サービス事業所等における生産性向上に資する事業に関する事項を任意記載事項に加える改正を行う**。

改正の概要・施行期日

- ・**都道府県に対する努力義務規定の新設**
都道府県に対し、介護サービスを提供する事業所又は施設の生産性の向上に資する取組が促進されるよう努める旨の規定を新設する。
- ・**都道府県介護保険事業支援計画への追加**
都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項に、介護サービス事業所等の生産性の向上に資する事業に関する事項を追加する。
※ 市町村介護保険事業計画の任意記載事項についても、生産性の向上に資する都道府県と連携した取組に関する事項を追加する。
- ・施行期日：令和6年4月1日

看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

改正の趣旨

- 看護小規模多機能型居宅介護（看多機）は、訪問看護※¹と小規模多機能型居宅介護※²とを組み合わせ、多様なサービスを一体的に提供する複合型サービス。

※1：自宅での看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）

※2：自宅に加え、サービス拠点での「通い」「泊まり」における、介護サービス（日常生活上の世話）

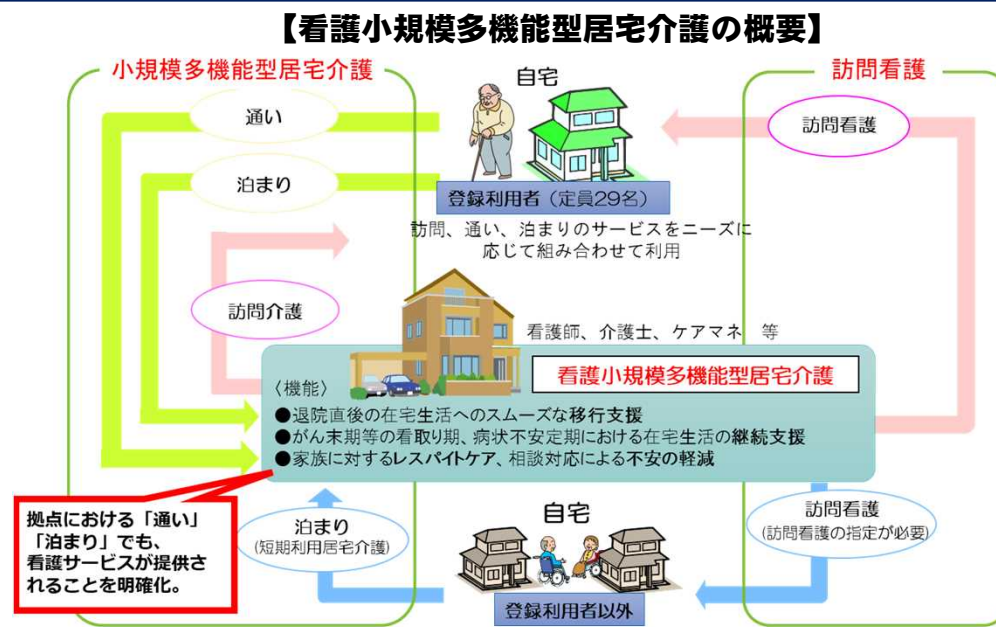
- 看多機では、サービス拠点での「通い」「泊まり」においても看護サービスを一体的に提供可能であり、医療ニーズの高い中重度の要介護者の在宅での療養生活を支えている。サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進めていく必要がある。

※：看多機の請求事業所数は740箇所。看多機サービスの利用者は要介護3以上が62.8%。（いずれも令和3年）

改正の概要・施行期日

- 看多機を、複合型サービスの一類型として、法律上に明確に位置付けるとともに、そのサービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）が含まれる旨を明確化する。

- 施行期日：令和6年4月1日



地域包括支援センターの体制整備等

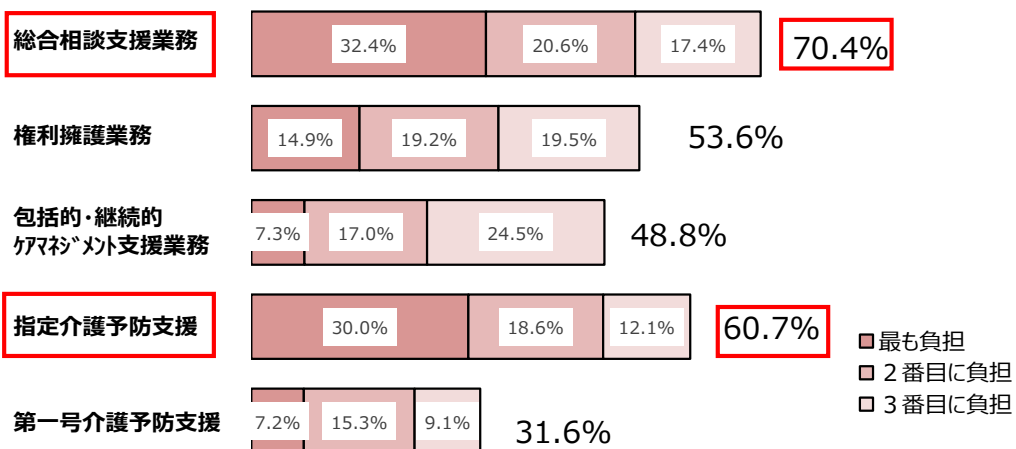
改正の趣旨

- 地域住民の複雑化・複合化したニーズへの対応、認知症高齢者の家族を含めた家族介護者支援の充実など、地域の拠点である地域包括支援センターへの期待や業務は増大。
- このため、居宅介護支援事業所など地域における既存の資源の効果的な活用・連携を図りながら、介護予防支援（介護予防ケアプランの作成等）や総合相談支援業務など、センターが地域住民への支援をより適切に行う体制の整備を図る。

改正の概要・施行期日

- 要支援者に行う介護予防支援について、地域包括支援センターに加えて、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施できることとする。その際、指定を受けたケアマネ事業所は、市町村や地域包括支援センターとも連携を図りながら実施することとする。
- 地域包括支援センターが行う総合相談支援業務について、その一部をケアマネ事業所等に委託することを可能とする。その際、委託を受けたケアマネ事業所は、市町村等が示す方針に従って、業務を実施することとする。
- 施行期日：令和6年4月1日

負担に感じる業務（上位3つまで） ※1037センターからの回答を集計



令和4年社会保障審議会介護保険部会意見書

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

介護保険制度の見直しに関する意見（概要）①

（令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）

- 全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築に向けて、質の高い医療・介護を効率的に提供するための基盤整備が必要。
- 次期計画期間中に2025年を迎えるが、今後、85歳以上人口の割合が上昇し、サービス需要や給付費は増加する一方、生産年齢人口は急減。地域ニーズに対応したサービス等基盤の整備や、人材確保、保険制度の持続可能性の確保に向けた早急な対応が必要。
- 社会環境の変化の中でも、高齢者の自己決定に基づき、必要なサービスを受けられ、希望する所で安心して生活できる社会を実現する必要。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 生活を支える介護サービス等の基盤の整備

○地域の実情に応じた介護サービスの基盤整備

- ・長期的な介護ニーズの見通しや必要な介護職員数を踏まえ計画を策定。その際、既存施設・事業所の今後のあり方も含め検討

○在宅サービスの基盤整備

- ・複数の在宅サービス（訪問や通所など）を組み合わせ提供する複合型サービスの類型の新設を検討
- ・看護小規模多機能型居宅介護のサービスの明確化など、看護小規模多機能型居宅介護等の更なる普及方策について検討

○ケアマネジメントの質の向上

- ・質の向上・人材確保の観点から第9期を通じて包括的な方策を検討
- ・適切なケアマネジメント手法の更なる普及・定着
- ・ケアプラン情報の利活用を通じた質の向上
- ・質の高い主任ケアマネジャーを養成する環境の整備、業務効率化等の取組も含めた働く環境の改善

○医療・介護連携等

- ・医療計画と介護保険事業（支援）計画との整合性の確保
- ・地域リハビリテーション支援体制の構築の推進
- ・かかりつけ医機能の検討状況を踏まえ、必要な対応

○施設サービス等の基盤整備

- ・特養における特例入所の運用実態を把握の上、改めて、その趣旨の明確化を図るなど、地域の実情を踏まえ適切に運用

○住まいと生活の一体的支援

- ・モデル事業の結果等を踏まえ、住宅分野や福祉分野等の施策との連携や役割分担のあり方も含め引き続き検討

○介護情報利活用の推進

- ・自治体・利用者・介護事業者・医療機関等が、介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤を整備するため、介護情報等の収集・提供等に係る事業を地域支援事業に位置づける方向で、自治体等の関係者の意見も十分に踏まえながら検討

○科学的介護の推進

- ・LIFEのフィードバックの改善や収集項目の精査を検討

2. 様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現

○総合事業の多様なサービスの在り方

- ・実施状況・効果等について検証を実施
- ・第9期を通じて充実化のための包括的な方策を検討。その際、地域の受け皿整備のため、生活支援体制整備事業を一層促進。また、多様なサービスをケアプラン作成時に適切に選択できる仕組みの検討

○通いの場、一般介護予防事業

- ・多様な機能を有する場として発展させるため、各地域の状況や課題毎に活用・参照しやすいよう情報提供。専門職の関与を推進

○認知症施策の推進

- ・認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進

○地域包括支援センターの体制整備等

- ・家族介護者支援等の充実に向け、センターの総合相談支援機能の活用、センター以外の各種取組との連携
- ・センターの業務負担軽減のため、
 - 介護予防支援の指定対象を居宅介護支援事業所に拡大
 - 総合相談支援業務におけるランチ等の活用推進。市町村からの業務の部分委託を可能とする等の見直し
 - 3職種配置は原則としつつ、職員配置の柔軟化

3. 保険者機能の強化

○保険者機能強化推進交付金等

- ・評価指標の見直し・縮減とアウトカムに関する指標の充実

○給付適正化・地域差分析

- ・給付適正化主要5事業の取組の重点化・内容の充実・見える化

○要介護認定

- ・より多くの保険者が審査の簡素化に取り組むよう、簡素化事例の収集・周知。今後、ICTやAIの活用に向けて検討
- ・コロナの感染状況を踏まえ、ICTを活用して認定審査会を実施できるとする取扱いについて、コロナの感染状況を問わず継続

介護保険制度の見直しに関する意見（概要）②

（令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）

Ⅱ 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保

1. 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進

（1）総合的な介護人材確保対策

- ・ 処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、介護職の魅力向上、外国人材の受入れ環境整備など総合的に実施
- ・ 介護福祉士のキャリアアップや処遇につながる仕組みの検討
- ・ 外国人介護人材の介護福祉士資格取得支援等の推進

（2）生産性の向上により、負担が軽減され働きやすい介護現場の実現

○地域における生産性向上の推進体制の整備

- ・ 生産性向上等につながる取組を行う介護事業者へ認証を付与する取組により、優良事例を横展開
- ・ 都道府県主導のもと、様々な支援・施策を一括して取り扱い、適切な支援につなぐワンストップ窓口の設置など総合的な事業者支援
- ・ 地方公共団体の役割を法令上明確化

○施設や在宅におけるテクノロジー（介護ロボット・ICT等）の活用

- ・ 相談窓口を通じた体験展示、研修会、個別相談対応等の推進
- ・ 施設における介護ロボットのパッケージ導入モデル等の活用推進
- ・ 在宅におけるテクノロジー活用に当たっての課題等に係る調査研究

○介護現場のタスクシェア・タスクシフティング

- ・ いわゆる介護助手について、業務の切り分け、制度上の位置付け等の検討。人材の確保については、特定の年齢層に限らず柔軟に対応

○経営の大規模化・協働化等

- ・ 社会福祉連携推進法人の活用促進も含め、好事例の更なる横展開
- ・ 「デジタル原則に照らした規制の一括見直しプラン」も踏まえ、各サービスにおける管理者等の常駐等について、必要な検討

○文書負担の軽減

- ・ 標準様式や「電子申請・届出システム」の基本原則化について所要の法令上の措置を遅滞なく実施

○財務状況等の見える化

- ・ 介護サービス事業所の経営情報を詳細に把握・分析できるよう、事業者が都道府県知事に届け出る経営情報について、厚生労働大臣がデータベースを整備し公表
- ・ 介護サービス情報公表制度について、事業者の財務状況を公表。併せて、一人当たりの賃金等についても公表の対象への追加を検討

2. 給付と負担

（1）高齢者の負担能力に応じた負担の見直し

○1号保険料負担の在り方

- ・ 国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討を行い、具体的な段階数、乗率、公費と保険料多段階化の役割分担等について、次期計画に向けた保険者の準備期間等を確保するため、早急に結論を得る

○「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準

- ・ 利用者負担が2割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しについて、後期高齢者医療制度との関係や介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期計画に向けて結論を得る

○補足給付に関する給付の在り方

- ・ 給付の実態やマイナンバー制度を取り巻く状況なども踏まえつつ引き続き検討

（※）次期計画に向けて結論を得るとされた事項については、遅くとも来年夏までに結論を得るべく引き続き議論

（2）制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し

○多床室の室料負担

- ・ 老健施設及び介護医療院について、在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、次期計画に向けて結論を得る

○ケアマネジメントに関する給付の在り方

- ・ 利用者やケアマネジメントに与える影響、他サービスとの均衡等を踏まえ包括的に検討し、第10期計画期間の開始までに結論を得る

○軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

- ・ 現在の総合事業に関する評価・分析等を踏まえ包括的に検討し、第10期計画期間の開始までに結論を得る

（3）被保険者範囲・受給者範囲

- ・ 第2号被保険者の対象年齢を引き下げることについて、介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討

総論

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

これまでの22年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来22年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.7倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.5倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①65歳以上被保険者の増加

| | 2000年4月末 | | 2022年3月末 | |
|----------|----------|---|----------|------|
| 第1号被保険者数 | 2,165万人 | ⇒ | 3,589万人 | 1.7倍 |

②要介護（要支援）認定者の増加

| | 2000年4月末 | | 2022年3月末 | |
|------|----------|---|----------|------|
| 認定者数 | 218万人 | ⇒ | 690万人 | 3.2倍 |

③サービス利用者の増加

| | 2000年4月 | | 2022年3月 | |
|---------------|---------|---|---------|------|
| 在宅サービス利用者数 | 97万人 | ⇒ | 407万人 | 4.2倍 |
| 施設サービス利用者数 | 52万人 | ⇒ | 96万人 | 1.8倍 |
| 地域密着型サービス利用者数 | — | | 89万人 | |
| 計 | 149万人 | ⇒ | 516万人※ | 3.5倍 |

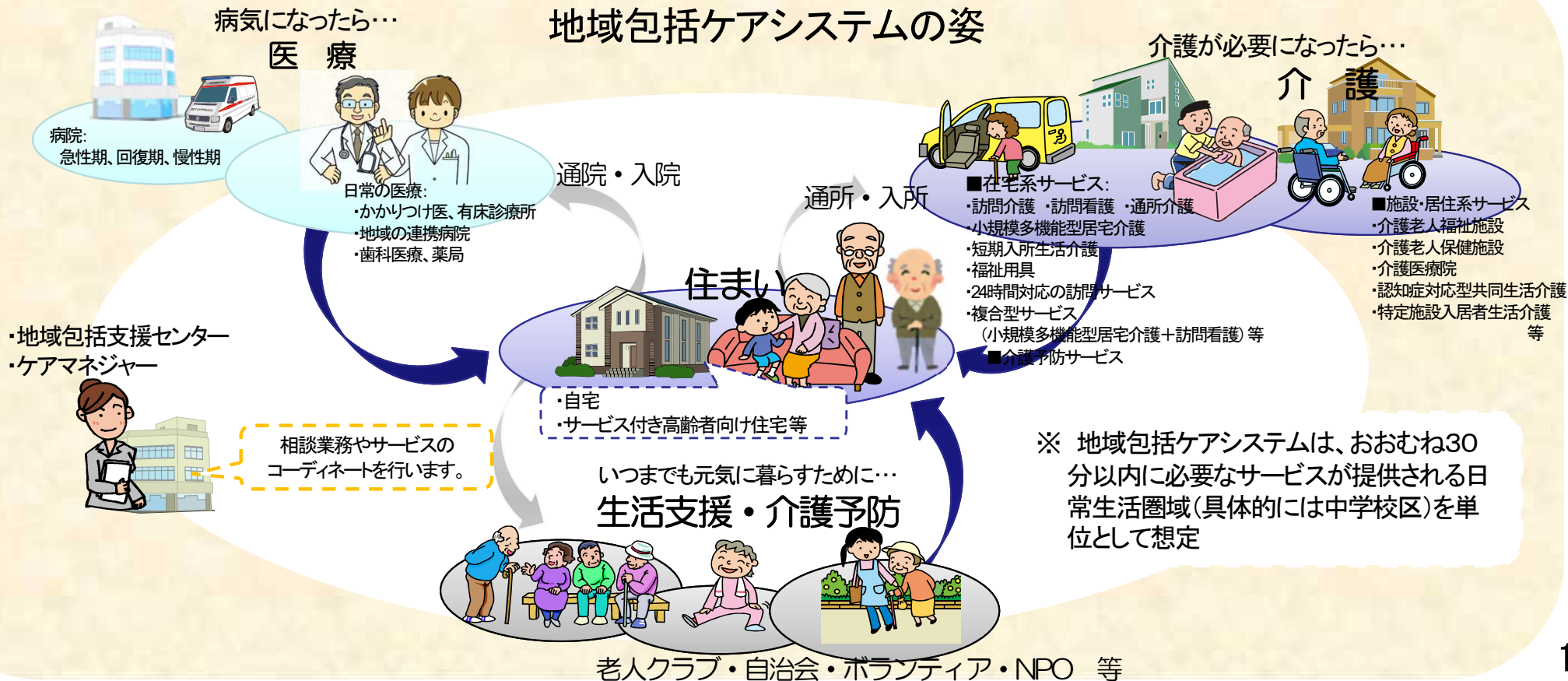
（出典：介護保険事業状況報告令和4年3月及び5月月報）

※ 居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、並びに、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）、及び認知症対応型共同生活介護の合計。在宅サービス利用者数、施設サービス利用者数及び地域密着型サービス利用者数を合計した、延べ利用者数は592万人。

地域包括ケアシステムの構築について

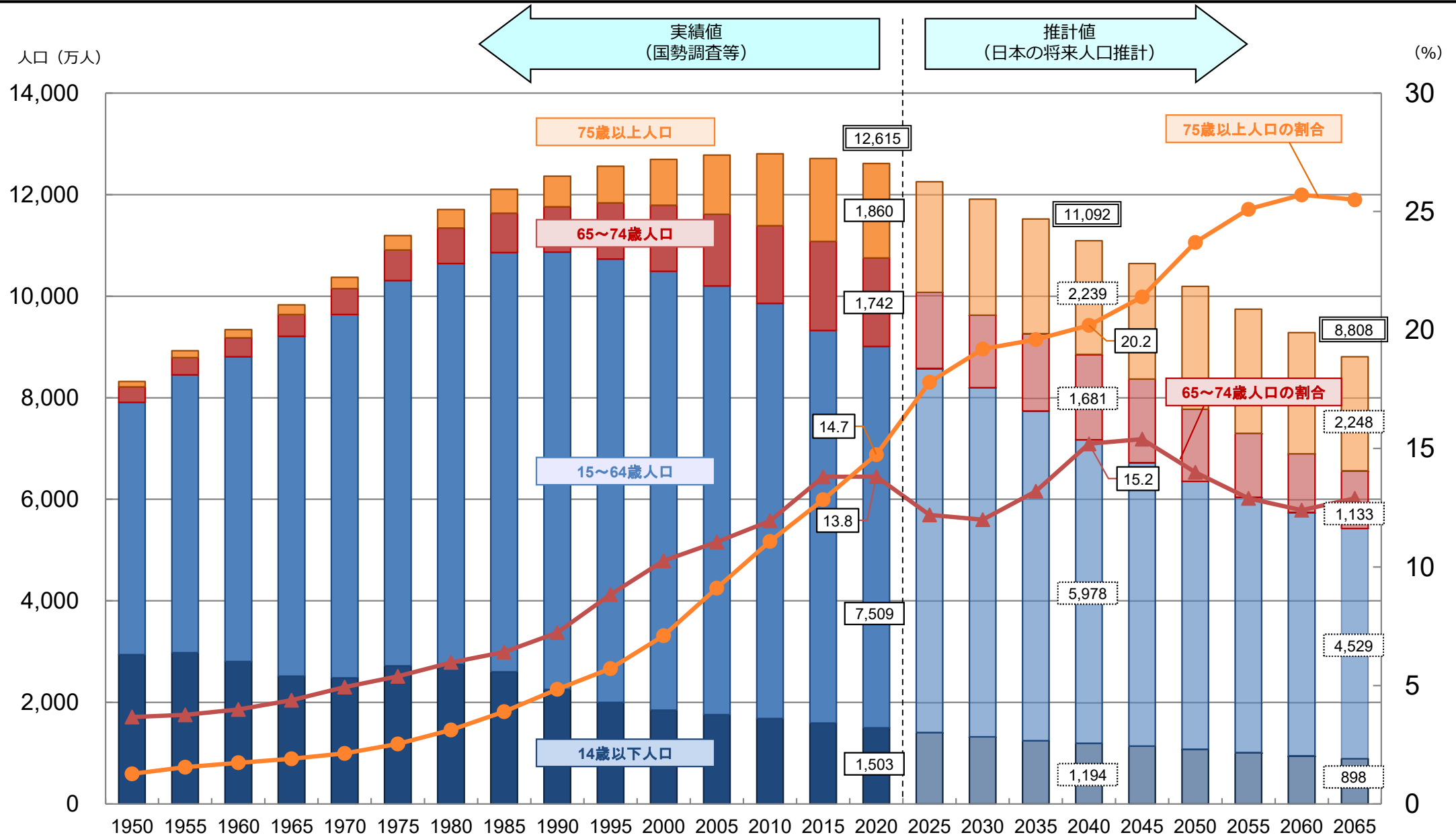
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

地域包括ケアシステムの姿



日本の人口の推移

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。



資料：2020年までは総務省「人口推計」（各年10月1日現在）等、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）

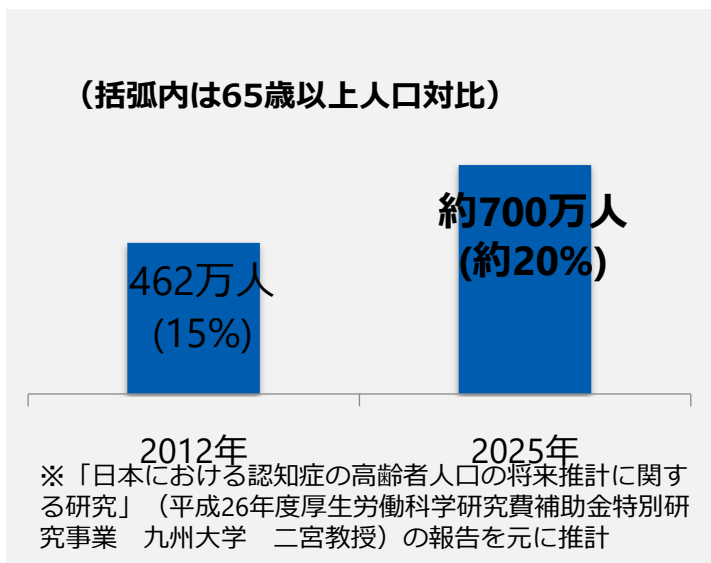
今後の介護保険をとりまく状況(1)

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,677万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,935万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

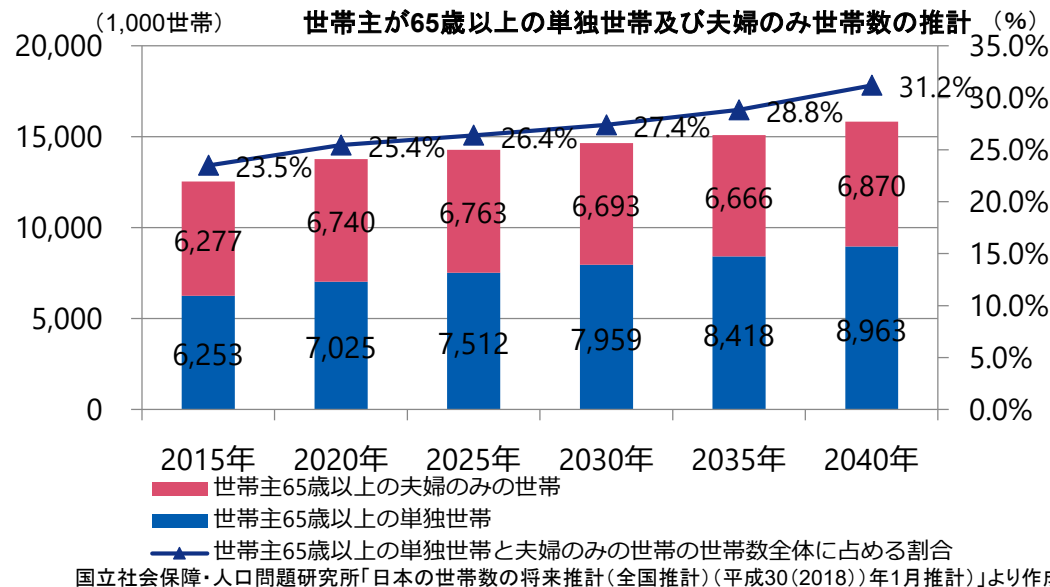
| | 2015年 | 2020年 | 2025年 | 2055年 |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 65歳以上高齢者人口(割合) | 3,387万人(26.6%) | 3,619万人(28.9%) | 3,677万人(30.0%) | 3,704万人(38.0%) |
| 75歳以上高齢者人口(割合) | 1,632万人(12.8%) | 1,872万人(14.9%) | 2,180万人(17.8%) | 2,446万人(25.1%) |

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)(平成29(2017)年4月推計)」より作成

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

※都道府県名欄の()内の数字は倍率の順位

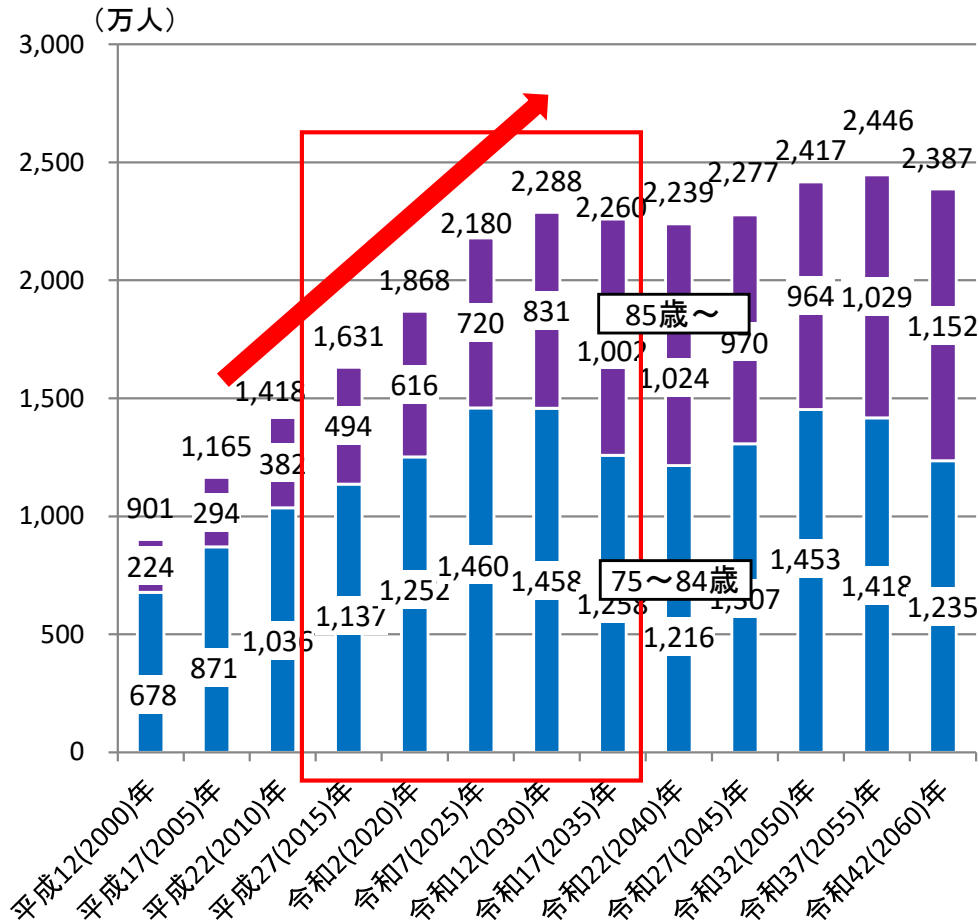
| | 埼玉県(1) | 千葉県(2) | 神奈川県(3) | 愛知県(4) | 大阪府(5) | ~ | 東京都(17) | ~ | 鹿児島県(45) | 秋田県(46) | 山形県(47) | 全国 |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 2015年 <>は割合 | 77.3万人 <10.6%> | 70.7万人 <11.4%> | 99.3万人 <10.9%> | 80.8万人 <10.8%> | 105.0万人 <11.9%> | | 146.9万人 <10.9%> | | 26.5万人 <16.1%> | 18.9万人 <18.4%> | 19.0万人 <16.9%> | 1632.2万人 <12.8%> |
| 2025年 <>は割合 ()は倍率 | 120.9万人 <16.8%> (1.56倍) | 107.2万人 <17.5%> (1.52倍) | 146.7万人 <16.2%> (1.48倍) | 116.9万人 <15.7%> (1.45倍) | 150.7万人 <17.7%> (1.44倍) | | 194.6万人 <14.1%> (1.33倍) | | 29.5万人 <19.5%> (1.11倍) | 20.9万人 <23.6%> (1.11倍) | 21.0万人 <20.6%> (1.10倍) | 2180.0万人 <17.8%> (1.34倍) |

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」より作成

今後の介護保険をとりまく状況(2)

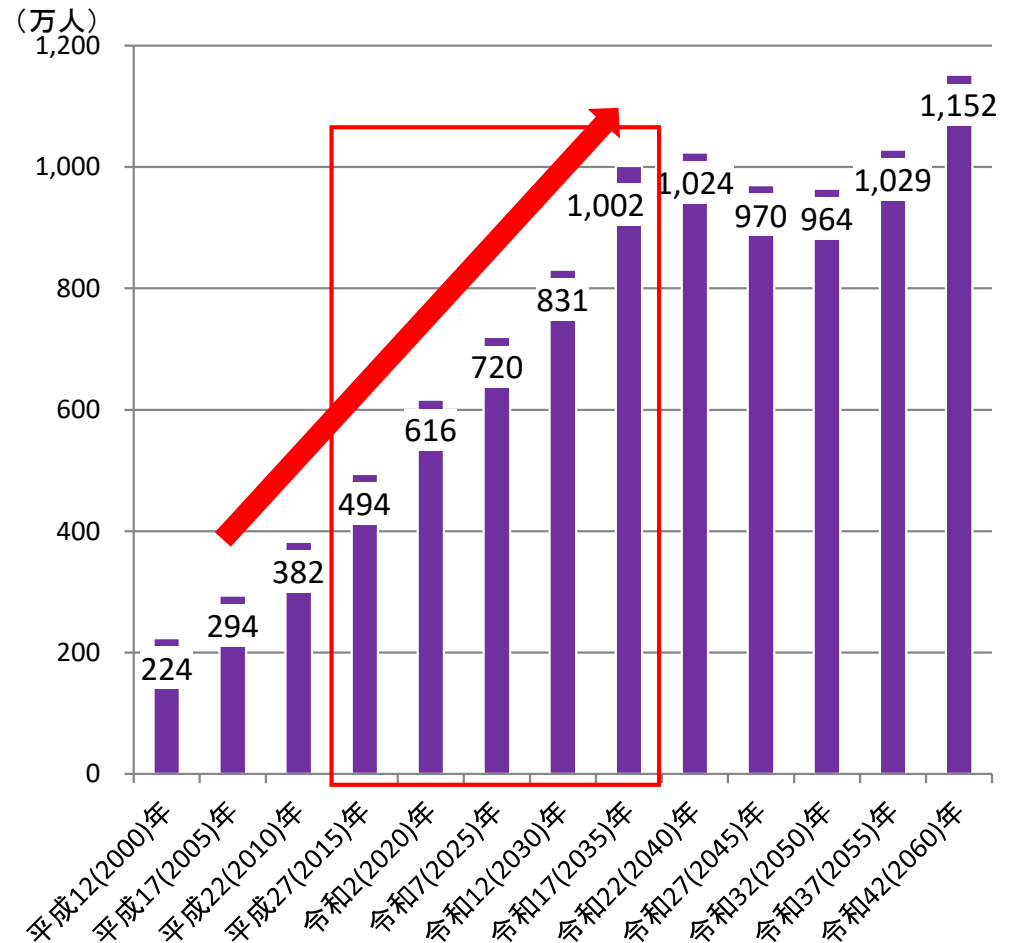
75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2015年から2025年までの10年間も、急速に増加。



85歳以上の人口の推移

○85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。

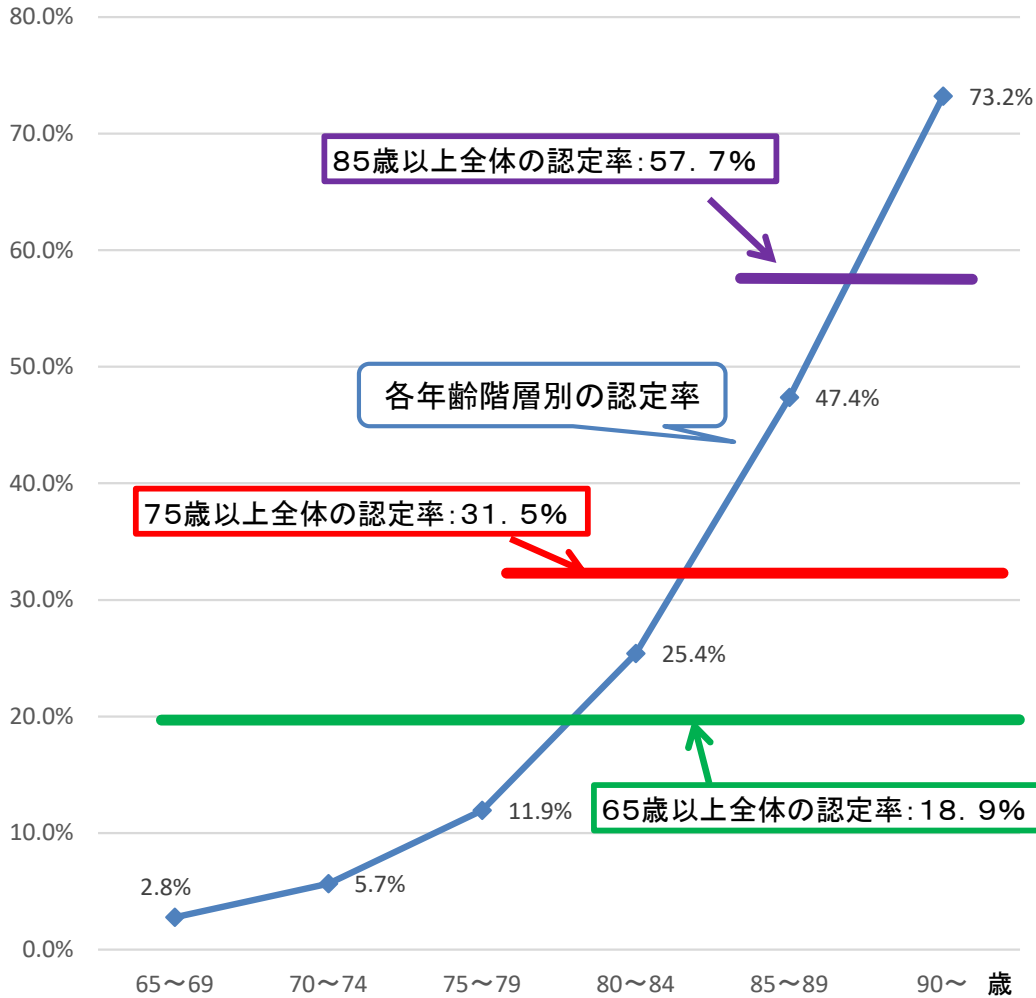


(資料)将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

今後の介護保険をとりまく状況(3)

年齢階級別の要介護認定率

○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。

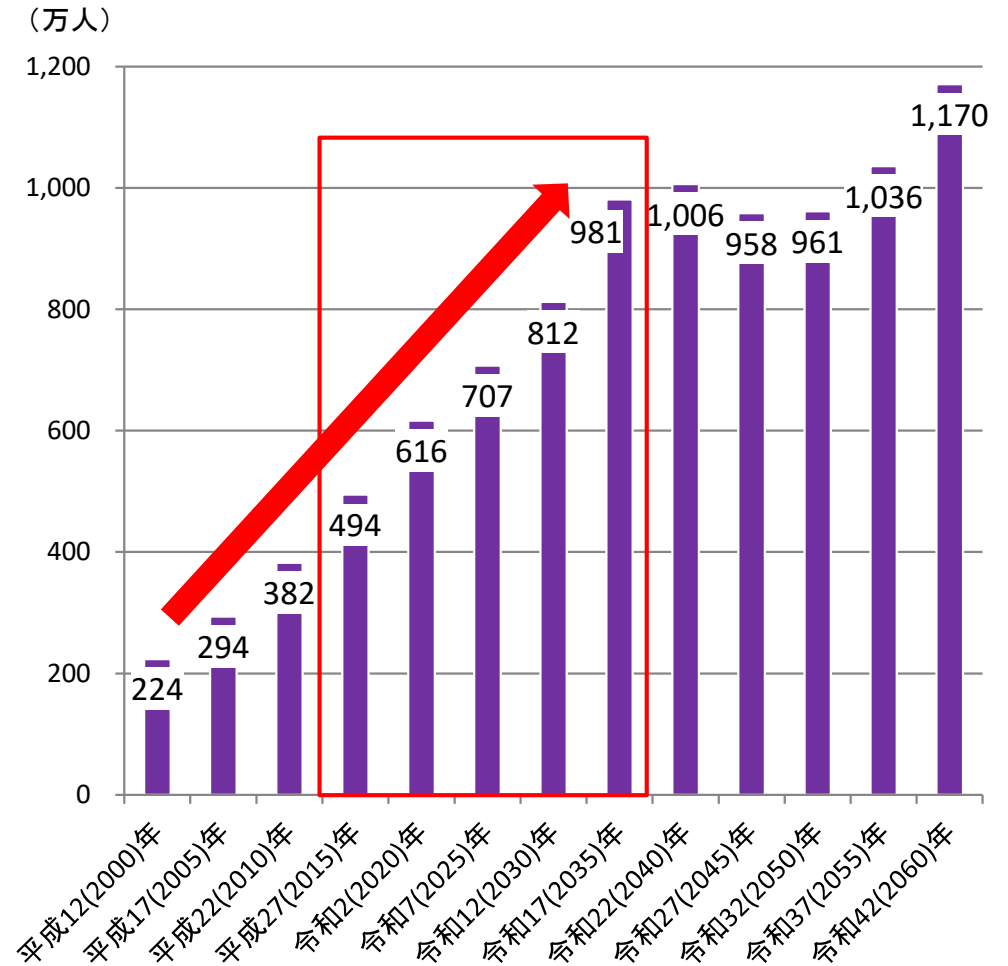


出典:

○ 2022年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2022年10月1日人口(総務省統計局人口推計)

85歳以上の人口の推移

○85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。

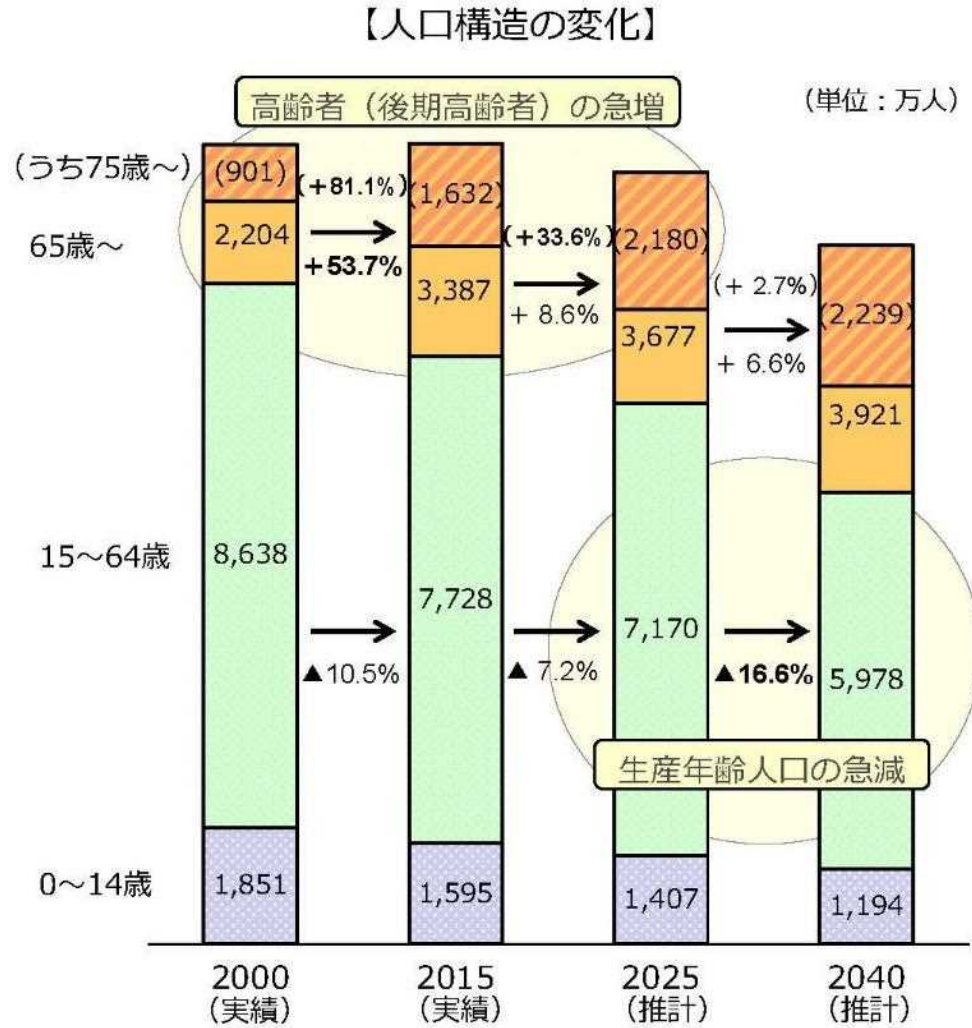


出典:

○ 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
 ○ 2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

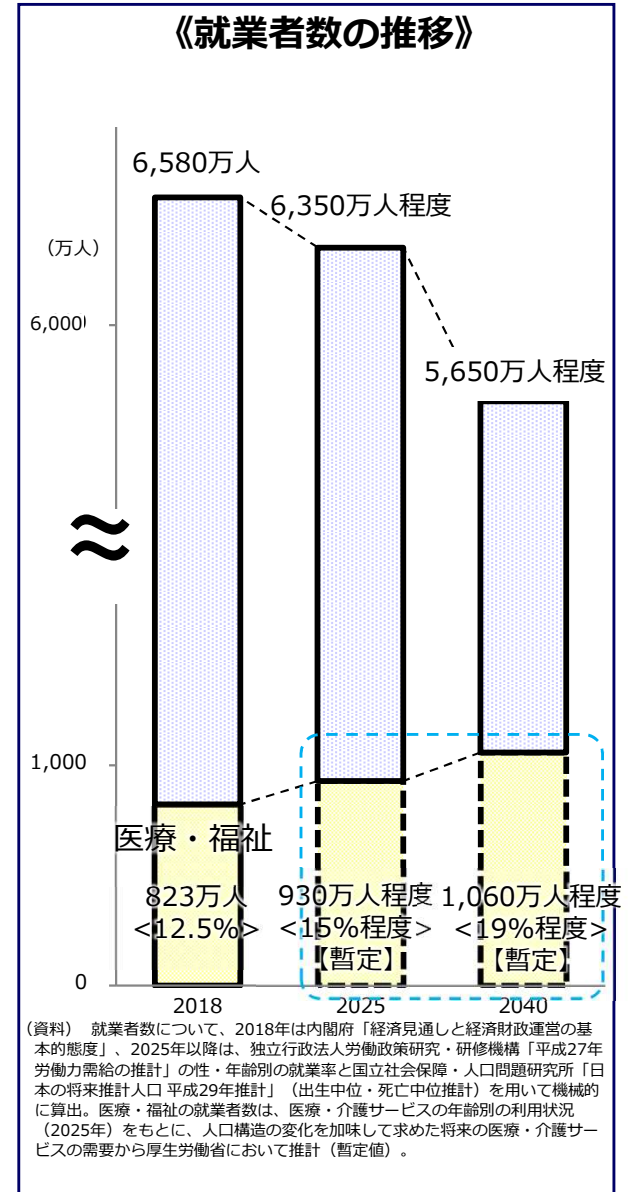
今後の介護保険をとりまく状況(4)

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



(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

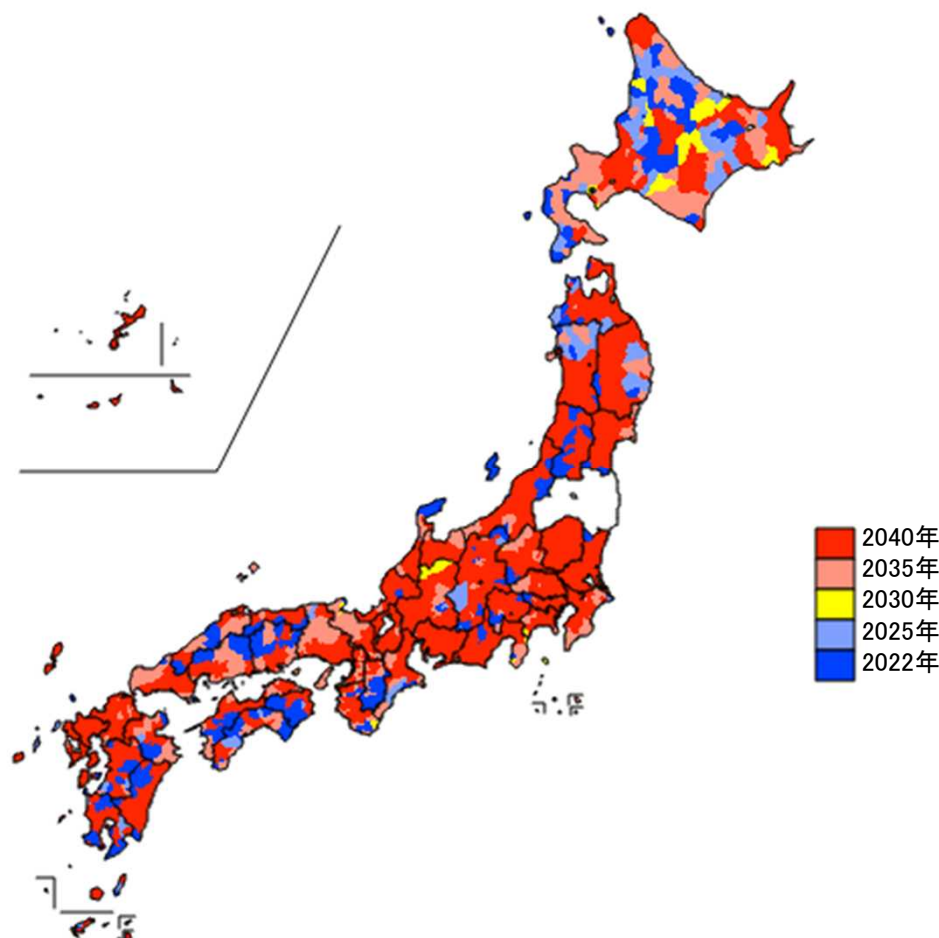
(出典) 平成30年4月12日経済財政諮問会議加藤臨時委員提出資料(厚生労働省)



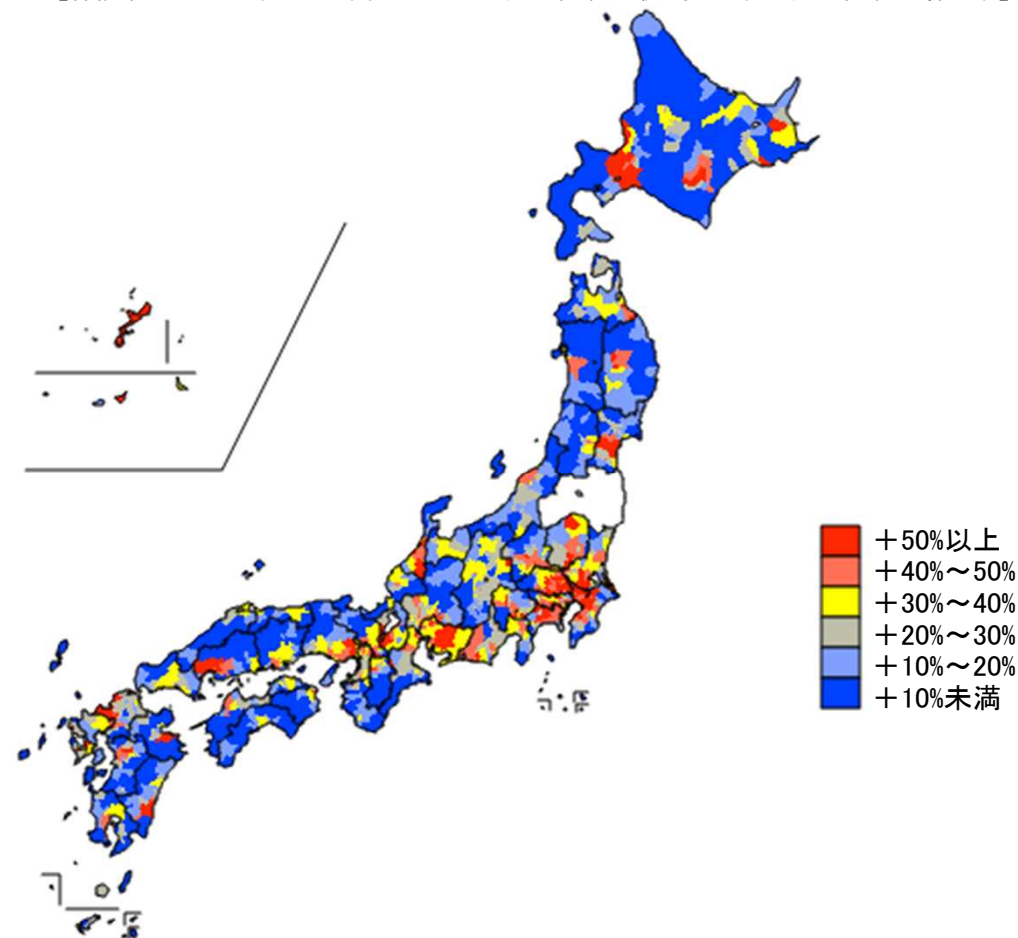
保険者別の介護サービス利用者数の見込み

- 各保険者（福島県内の保険者を除く）における、2040年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者が多い。
- また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2022年の利用者数との比（増加率）をみると、ほとんど増加しない保険者がある一方、+50%以上となる保険者も存在する。

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年】



【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年の利用者数の増加率】

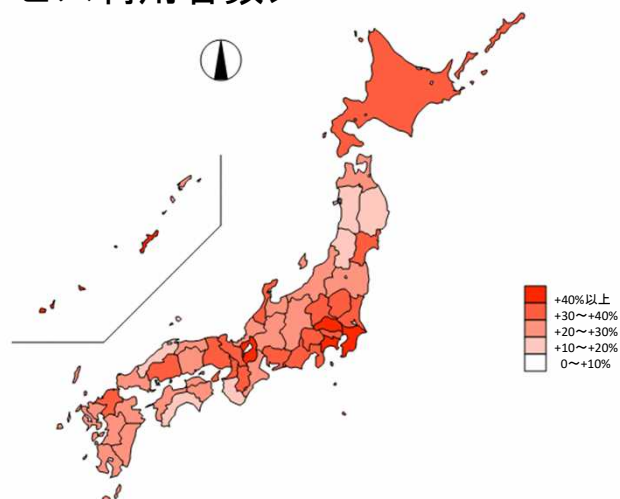


※ 2022年12月(10月サービス分)介護保険事業状況 月次報告(厚生労働省)、2021年度介護給付費等実態調査(厚生労働省・老健局特別集計)から、保険者別の年齢階級別・サービス類型別・要介護度別利用率を算出し、当該利用率に推計人口(日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)を乗じて、2022年以降5年毎に2040年までの保険者別の推計利用者数を作成(推計人口が算出されていない福島県内の保険者を除く)。

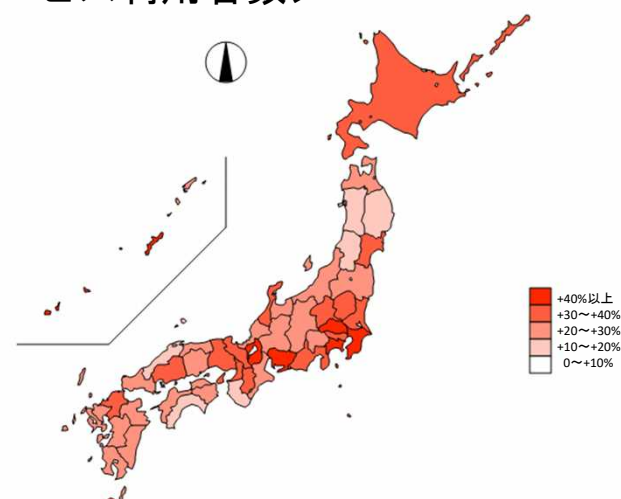
介護需要の変化 サービス種別の介護保険利用者数（増加率）

2025年利用者数に対する2040年の利用者数（増加率）

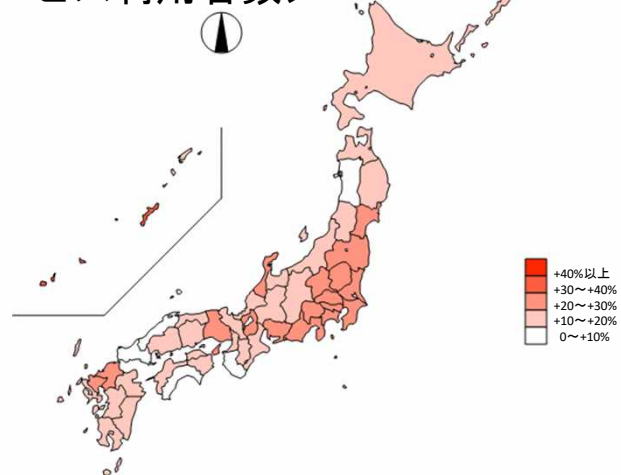
＜施設系サービス利用者数＞



＜居住系サービス利用者数＞



＜在宅系サービス利用者数＞



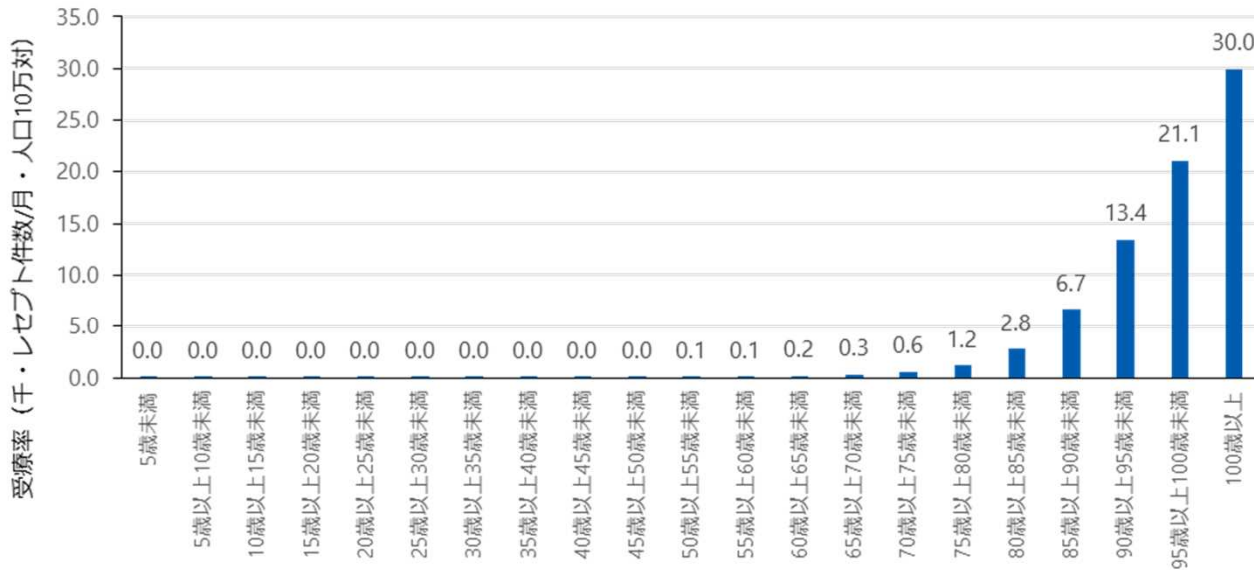
出典)内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」(2018年5月)を基に推計

※ 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。

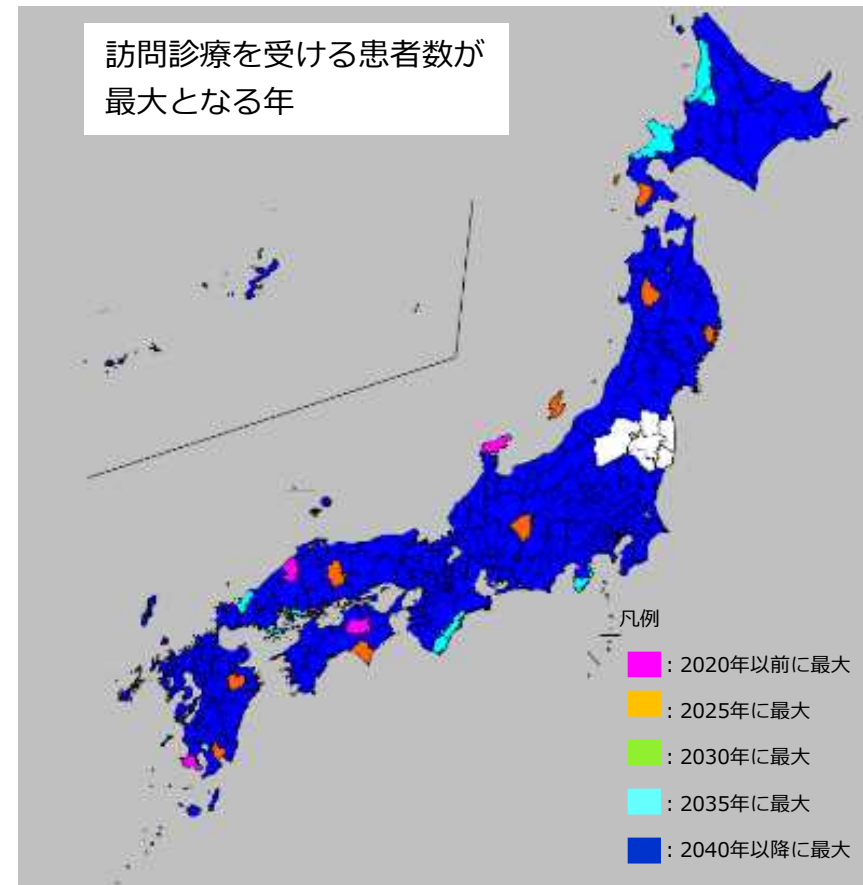
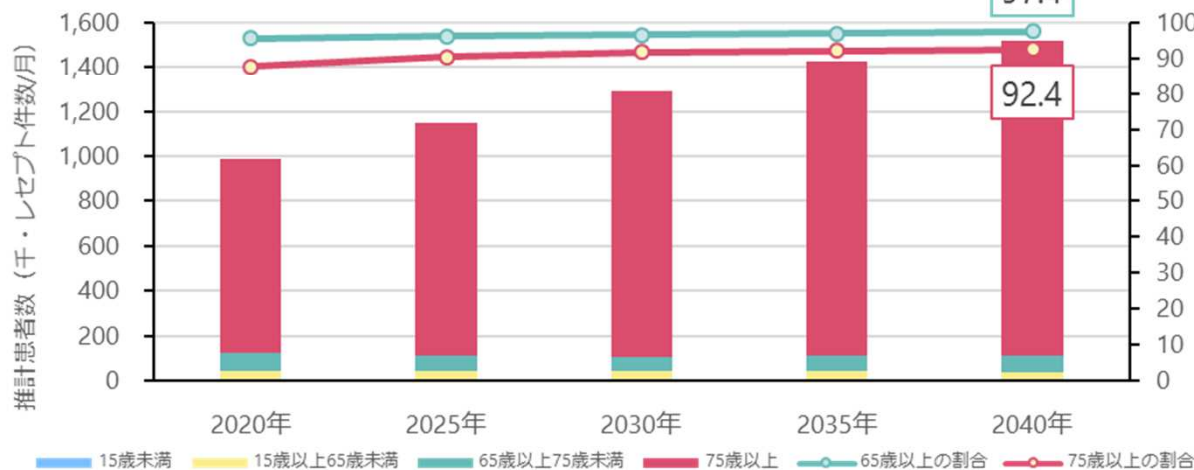
訪問診療の必要量について

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることが見込まれる。
- 訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者数のピークを迎えることが見込まれる。

年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計



【出典】
 受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。
 推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
 ※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。
 ※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
 ※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

第8期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

令和2(2020)年度
実績値 ※1

令和5(2023)年度
推計値 ※2

令和7(2025)年度
推計値 ※2

令和22(2040)年度
推計値 ※2

○ 介護サービス量

| | 令和2(2020)年度 実績値 ※1 | 令和5(2023)年度 推計値 ※2 | 令和7(2025)年度 推計値 ※2 | 令和22(2040)年度 推計値 ※2 |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| 在宅介護 | 359 万人 | 391 万人 (9%増) | 405 万人 (13%増) | 474 万人 (32%増) |
| うちホームヘルプ | 114 万人 | 123 万人 (8%増) | 128 万人 (12%増) | 152 万人 (33%増) |
| うちデイサービス | 219 万人 | 244 万人 (11%増) | 253 万人 (15%増) | 297 万人 (36%増) |
| うちショートステイ | 35 万人 | 40 万人 (14%増) | 40 万人 (17%増) | 48 万人 (38%増) |
| うち訪問看護 | 61 万人 | 68 万人 (10%増) | 71 万人 (15%増) | 84 万人 (37%増) |
| うち小規模多機能 | 11 万人 | 13 万人 (19%増) | 14 万人 (23%増) | 16 万人 (43%増) |
| うち定期巡回・随時 対応型サービス | 3.0 万人 | 4.1 万人 (37%増) | 4.4 万人 (45%増) | 5.4 万人 (78%増) |
| うち看護小規模多機能型居宅介護 | 1.5 万人 | 2.6 万人 (75%増) | 2.8 万人 (89%増) | 3.4 万人 (130%増) |
| 居住系サービス | 47 万人 | 54 万人 (14%増) | 56 万人 (19%増) | 65 万人 (39%増) |
| 特定施設入居者生活介護 | 26 万人 | 30 万人 (17%増) | 32 万人 (22%増) | 37 万人 (43%増) |
| 認知症高齢者グループホーム | 21 万人 | 23 万人 (11%増) | 24 万人 (15%増) | 28 万人 (33%増) |
| 介護施設 | 103 万人 | 110 万人 (8%増) | 116 万人 (13%増) | 133 万人 (30%増) |
| 特養 | 62 万人 | 67 万人 (8%増) | 71 万人 (14%増) | 82 万人 (31%増) |
| 老健 | 35 万人 | 37 万人 (5%増) | 39 万人 (10%増) | 44 万人 (26%増) |
| 介護医療院 | 3.4 万人 | 5.2 万人 (53%増) | 6.5 万人 (91%増) | 7.4 万人 (118%増) |
| 介護療養型医療施設 | 1.7 万人 | 1.0 万人 (40%減) | - 万人 | - 万人 |

※1) 2020年度の数値は介護保険事業状況報告(令和2年12月月報)による数値で、令和2年10月サービス分の受給者数(1月当たりの利用者数)。

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

在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護、訪問リハ(予防給付を含む。)、夜間対応型訪問介護の合計値。

デイサービスは通所介護、通所リハ(予防給付を含む。)、認知症対応型通所介護(予防給付を含む。)、地域密着型通所介護の合計値。

ショートステイは短期入所生活介護(予防給付を含む。)、短期入所療養介護(予防給付を含む。))の合計値。

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

※2) 令和5(2023)年度、令和7(2025)年度、令和22(2040)年度の数値は、地域包括ケア「見える化」システムにおける推計値等を集計したもの。

なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について

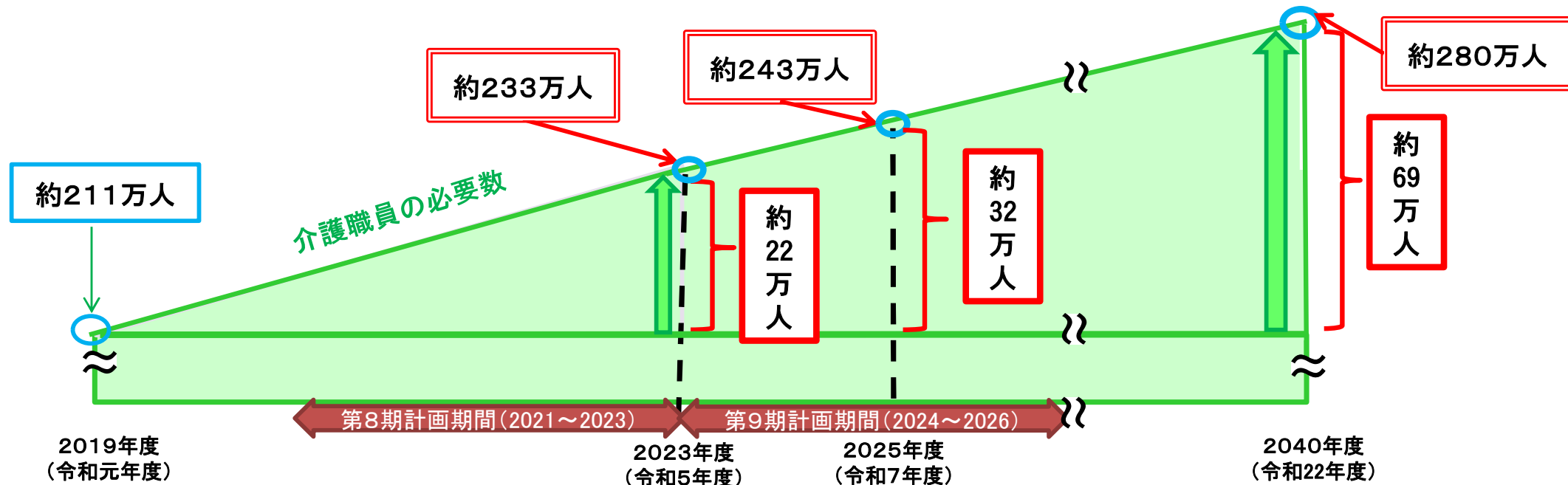
○ 第8期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、

- ・ 2023年度には約233万人（+約22万人（5.5万人/年））
- ・ 2025年度には約243万人（+約32万人（5.3万人/年））
- ・ 2040年度には約280万人（+約69万人（3.3万人/年））

となった。 ※（ ）内は2019年度（211万人）比

※ 介護職員の必要数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの。

○ 国においては、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組む。



注1) 2019年度（令和元年度）の介護職員数約211万人は、「令和元年介護サービス施設・事業所調査」による。

注2) 介護職員の必要数（約233万人・243万人・280万人）については、足下の介護職員数を約211万人として、市町村により第8期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。

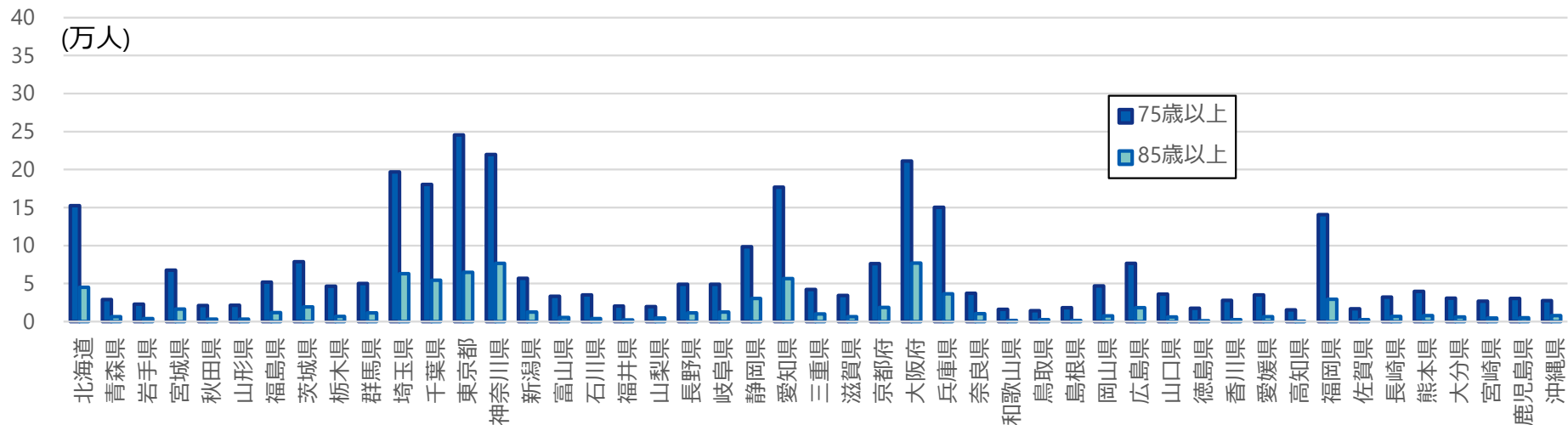
注3) 介護職員数には、総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数を含む。

注4) 2018年度（平成30年度）分から、介護職員数を調査している「介護サービス施設・事業所調査」の集計方法に変更があった。このため、同調査の変更前の結果に基づき必要数を算出している第7期計画と、変更後の結果に基づき必要数を算出している第8期計画との比較はできない。

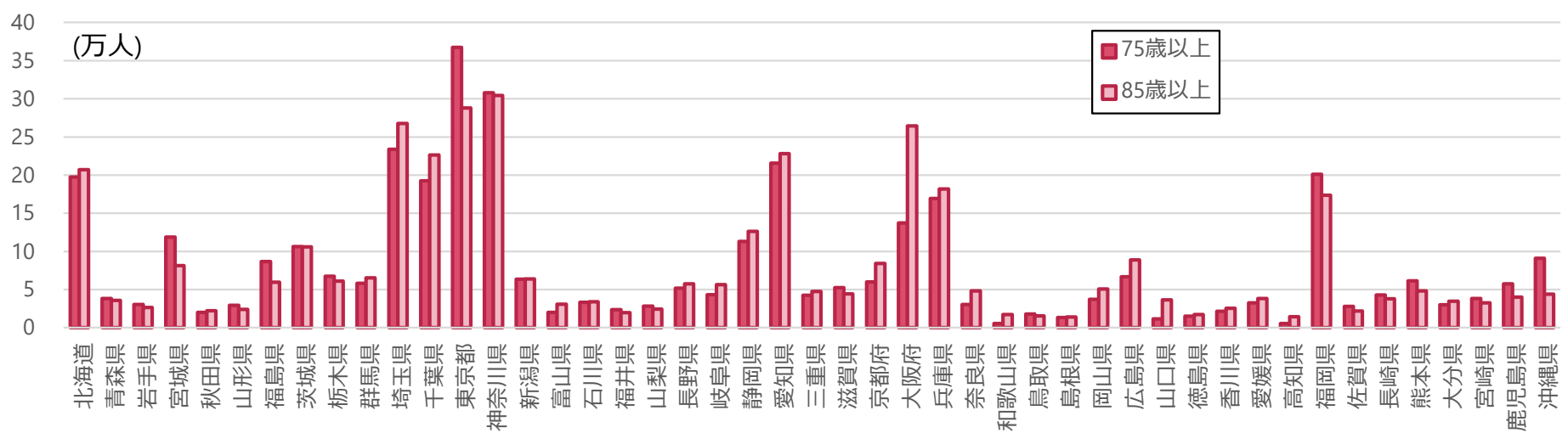
都道府県別の高齢化の状況(高齢者の増加数)

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

2021年から2025年の増加数



2021年から2040年の増加数

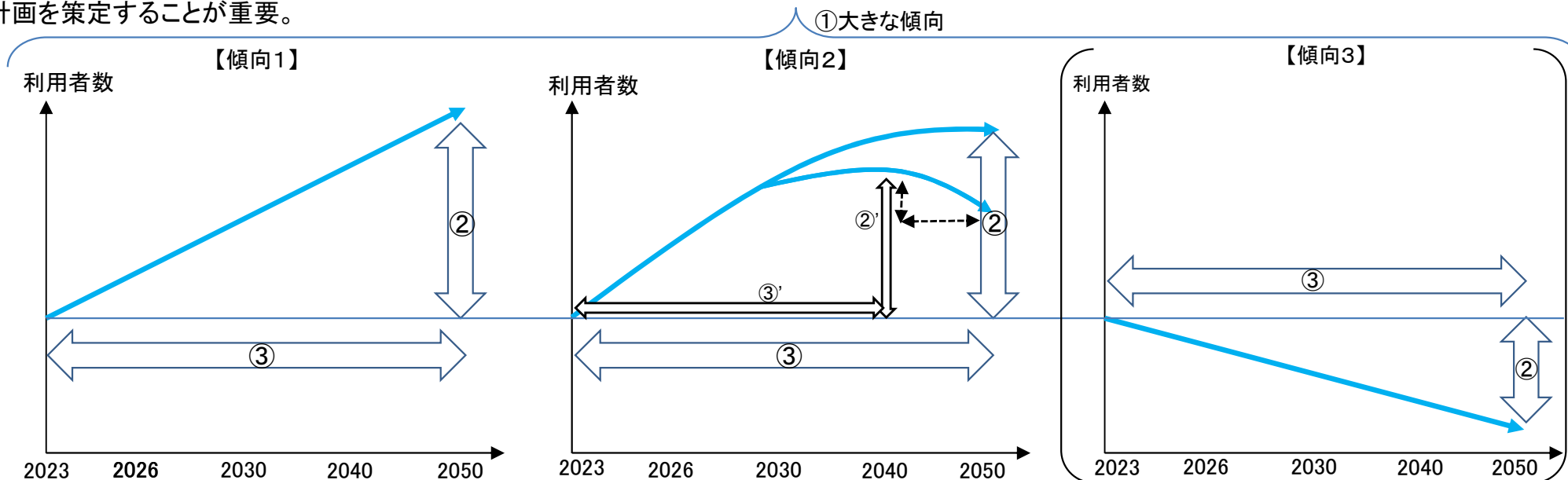


中長期的な地域の人口動態やサービス需要を踏まえたサービス基盤の整備について

○ 第9期計画においては、中長期的な人口動態等を踏まえたサービス需要の見込みや生産年齢人口の動向を踏まえ、施設サービス、居住系サービス、地域密着型サービスをバランス良く組み合わせることで整備することが重要。

<参考> 地域における中長期的なサービス需要の傾向に応じた整備の考え方(例)

◆ 中長期的なサービス需要を踏まえ、①サービス基盤の大きな傾向を把握し、その上で②サービス整備の絶対量、③期間(角度②/③)を勘案して第9期計画を策定することが重要。



【サービス需要が増加し続ける地域】

(例) 特養など施設の整備に加え、高齢者向けの住まいも含めた基盤整備、在宅生活を支える地域密着型サービス(小規模多機能・GH・既存資源を活用した複合型サービス等)の充実など、地域の資源を効率的に活用しつつ、整備することが重要。

【サービス需要のピークアウトが見込まれる地域】

(例) サービス需要のピークアウトを見据えた在宅生活を支える地域密着型サービスの整備、将来的な機能転換や多機能化を見据えた施設の整備など、地域の実情に応じた対応の検討が重要。

【サービス需要が減少する地域】

(例) 介護人材の有効活用の観点から、既存事業所の包括報酬型サービスへの転換、既存施設の多機能化、共生型サービスの活用など地域の実情に応じた対応の検討が重要。

(共通)

- ・ 医療・介護双方のニーズを有する高齢者のサービス需要や在宅医療の整備状況を踏まえ、医療ニーズの高い居宅要介護者のニーズに柔軟に対応できる看護小規模多機能型居宅介護などの整備の検討や医療・介護連携の強化も重要。
- ・ 中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者を含め、地域関係者と共有し、地域の実情に応じたサービス基盤の整備の在り方を議論することが重要。
- ・ 広域型施設である介護保険施設、地域密着型サービスを組み合わせ、周辺保険者のサービスニーズを踏まえ都道府県等とも連携して広域的な整備を進めることが必要。

地域医療介護総合確保基金を活用した介護施設等の整備

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、都道府県計画に基づき、地域密着型サービス等、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備を促進するための支援を行う。

対象事業

※赤字が令和5年度拡充分

1. 地域密着型サービス施設等の整備への助成

- ① 可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域密着型サービス施設・事業所等の整備（土地所有者（オーナー）が施設運営法人に有償で貸し付ける目的で整備する場合や、改築・増改築を含む）に対して支援を行う。

（対象施設） 地域密着型特別養護老人ホーム（併設されるショートステイ用居室を含む）、小規模な老人保健施設、小規模な介護医療院、小規模な養護老人ホーム、小規模な特定施設（ケアハウス、介護付きホーム（有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅））、都市型軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、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、看護小規模多機能型居宅介護、認知症対応型デイサービスセンター、介護予防拠点、地域包括支援センター、生活支援ハウス（離島・奄美群島・山村・水源地域・半島・過疎地域・沖縄・豪雪地帯に係る振興法や特別措置法に基づくものに限る）、緊急ショートステイ、施設内保育施設

※定員30人以上の広域型施設の整備費については、平成18年度より一般財源化され、各都道府県が支援を行っている（介護医療院を含む）。

- ② 上記対象施設を合築・併設を行う場合に、それぞれ補助単価の5%加算を行う。
③ 空き家を活用した地域密着型サービス施設・事業所等の整備について支援を行う。
④ 介護離職ゼロ50万人受け皿整備と老朽化した広域型施設の大規模修繕を同時に進めるため、介護離職ゼロ対象サービス(※)を整備する際に、あわせて行う広域型特別養護老人ホーム等の大規模修繕・耐震化について支援を行う。〈令和5年度までの実施〉

※特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、認知症高齢者グループホーム、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、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設（ケアハウス、介護付きホーム）。いずれも定員規模を問わない。

- ⑤ 一定の条件の下で、災害レッドゾーン・**災害イエローゾーン**に立地する老朽化等した広域型介護施設の**移転建替（災害イエローゾーンにおいては現地建替も含む。）**にかかる整備費の支援を実施。

2. 介護施設の開設準備経費等への支援

- ① 特別養護老人ホーム等の円滑な開設のため、施設の開設準備（既存施設の増床や再開設時、大規模修繕時を含む）に要する経費の支援を行う。
※定員30人以上の広域型施設を含む。広域型・地域密着型の特別養護老人ホームに併設されるショートステイ用居室を含む。
※「大規模修繕時」は、施設の大規模修繕の際に、あわせて行う介護ロボット、ICTの導入支援に限る。〈令和5年度までの実施〉
※介護予防・健康づくりを行う介護予防拠点における防災意識啓発のための取組についても支援を行う。
② 在宅での療養生活に伴う医療ニーズの増大に対応するため、訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型事業所の設置に必要な設備費用等について支援を行う。
③ 土地取得が困難な地域での施設整備を支援するため、定期借地権（一定の条件の下、普通借地権）の設定のための一時金の支援を行う。
④ 施設整備候補地（民有地）の積極的な掘り起こしのため、地域の不動産事業者等を含めた協議会の設置等の支援を行う。また、土地所有者と介護施設等整備法人のマッチングの支援を行う。
⑤ 介護施設で働く職員等を確保するため、施設内の保育施設の整備、介護職員用の宿舍の整備〈令和5年度までの実施〉に対して支援を行う。

3. 特養多床室のプライバシー保護のための改修等による介護サービスの改善

- ① 特別養護老人ホーム及び併設されるショートステイ用居室における多床室のプライバシー保護のための改修費用について支援を行う。
② 特別養護老人ホーム等のユニット化改修費用について支援を行う。
③ 介護療養型医療施設等から老人保健施設等（介護医療院を含む）への転換整備について支援を行う。
④ 施設の看取りに対応できる環境を整備するため、看取り・家族等の宿泊のための個室の確保を目的として行う施設の改修費用について支援を行う。
⑤ 共生型サービス事業所の整備を推進するため、介護保険事業所において、障害児・者を受け入れるために必要な改修・設備について支援を行う。

※1～3を行う施設・事業所等が、特別豪雪地帯又は奄美群島・離島・小笠原諸島に所在する場合は、補助単価の8%加算が可能。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 生活を支える介護サービス等の基盤の整備



在宅サービスの基盤整備（介護保険部会意見書より抜粋）

介護保険制度の見直しに関する意見
(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会)

(在宅サービスの基盤整備)

- 単身・独居や高齢者のみの世帯の増加、介護ニーズが急増する大都市部の状況等を踏まえ、柔軟なサービス提供によるケアの質の向上や、家族負担の軽減に資するよう、地域の実情に合わせて、既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの整備を進めていくことが重要である。
- その際、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、（看護）小規模多機能型居宅介護の更なる普及に加え、例えば、特に都市部における **居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複数の在宅サービス（訪問や通所系サービスなど）を組み合わせ提供する複合型サービスの類型などを設けることも検討**することが適当である。
また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護など、機能が類似・重複しているサービスについては、将来的な統合・整理に向けて検討する必要がある。
- **看護小規模多機能型居宅介護は、主治医との密接な連携の下、通い・泊まり・訪問における介護・看護を利用者の状態に応じて柔軟に提供する地域密着型サービスとして、退院直後の利用者や看取り期など医療ニーズの高い中重度の要介護者の在宅での療養生活を支えている。今後、サービス利用機会の拡充を図るため、地域密着型サービスとして、どのような地域であっても必要な方がサービスを利用しやすくなるような方策や提供されるサービス内容の明確化など、更なる普及を図るための方策について検討し、示していくことが適当である。**

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

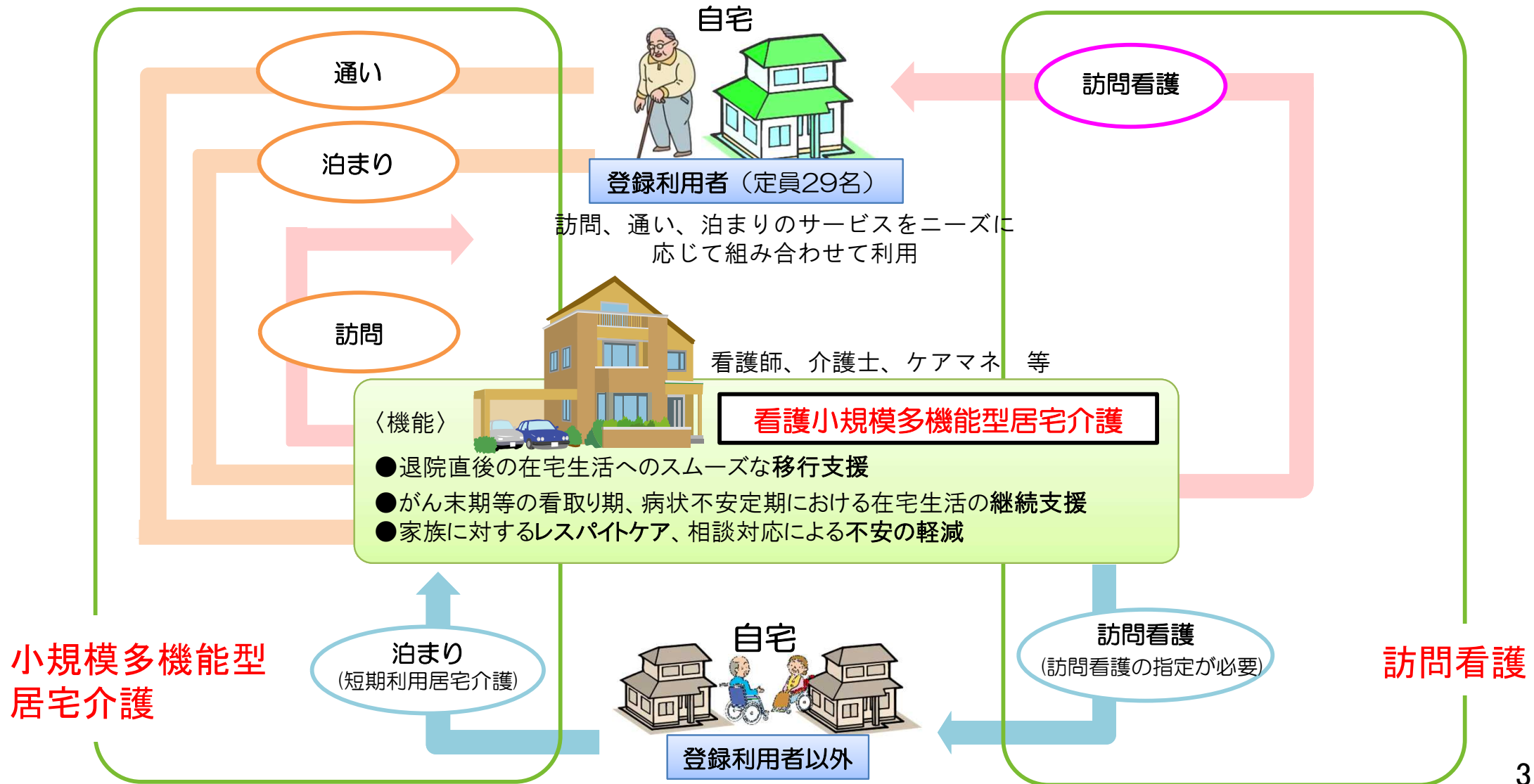
| 訪問介護 | 通所介護 | 短期入所生活介護 | 訪問看護 | 通所リハビリテーション |
|---|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の居宅を訪問し、居宅において、以下を行う。 ① 入浴・排泄・食事等の介護 ② 調理・洗濯・掃除等の家事 ③ 生活等に関する相談及び助言 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者を事業所に通わせ、事業所において、以下を行う。 ① 入浴・排泄・食事等の介護 ② 生活等に関する相談及び助言 ③ 健康状態の確認等 ④ 機能訓練 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の居宅を訪問し、居宅において、以下を行う。 ① 療養上の世話 ② 必要な診療の補助 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者を事業所に通わせ、事業所において、以下を行う。 ① 心身の機能の維持回復を図るための理学療法、作業療法等 |

地域密着型サービス

| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 夜間対応型訪問介護 | 小規模多機能型居宅介護 | 看護小規模多機能型居宅介護 |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組み合わせにより一体的に以下を行う。 ① 療養上の世話又は診療の補助 ② 入浴・排泄・食事等の介護 ③ 調理・洗濯・掃除等の家事 ④ 生活等に関する相談及び助言 ⑤ 健康状態の確認等 ⑥ 機能訓練 |

看護小規模多機能型居宅介護の概要

- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせることにより、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）」）を一体的に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。



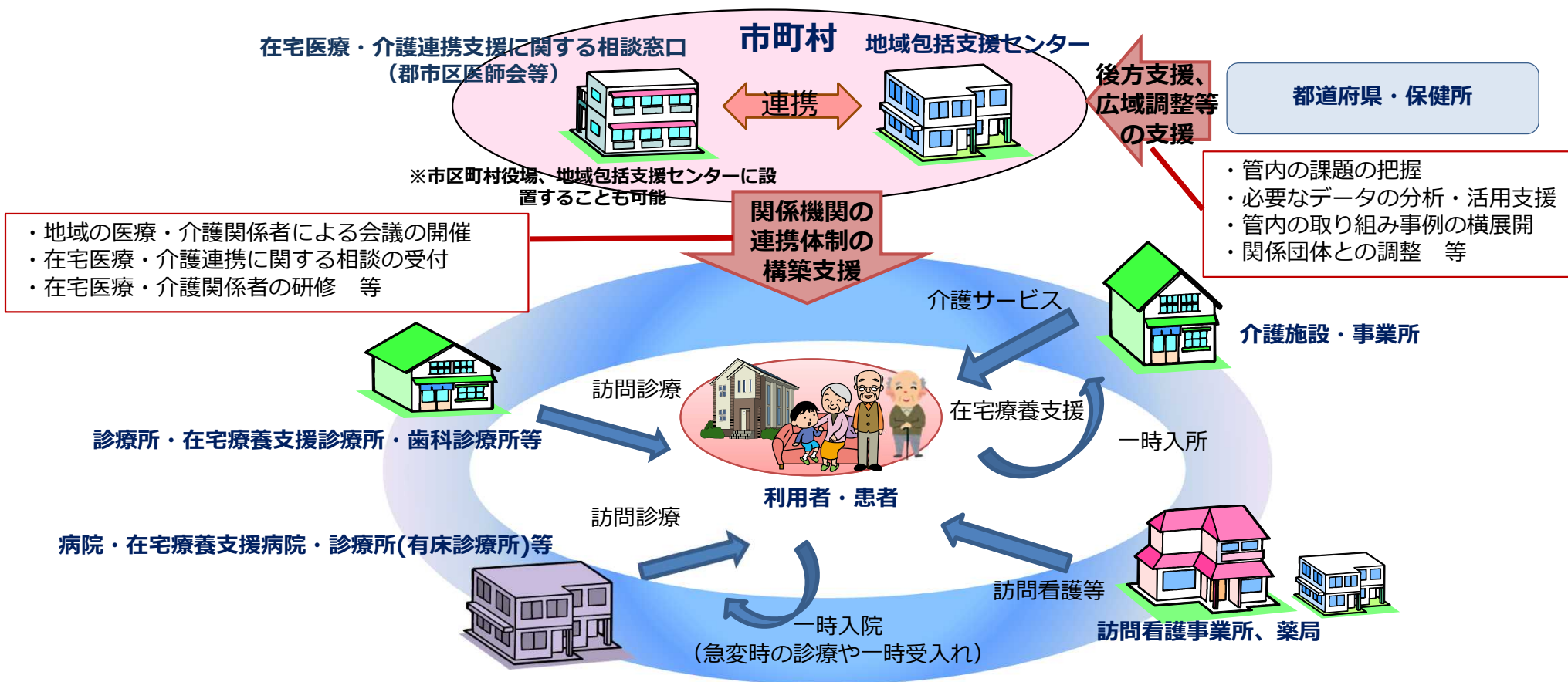
在宅医療・介護連携の推進

- 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

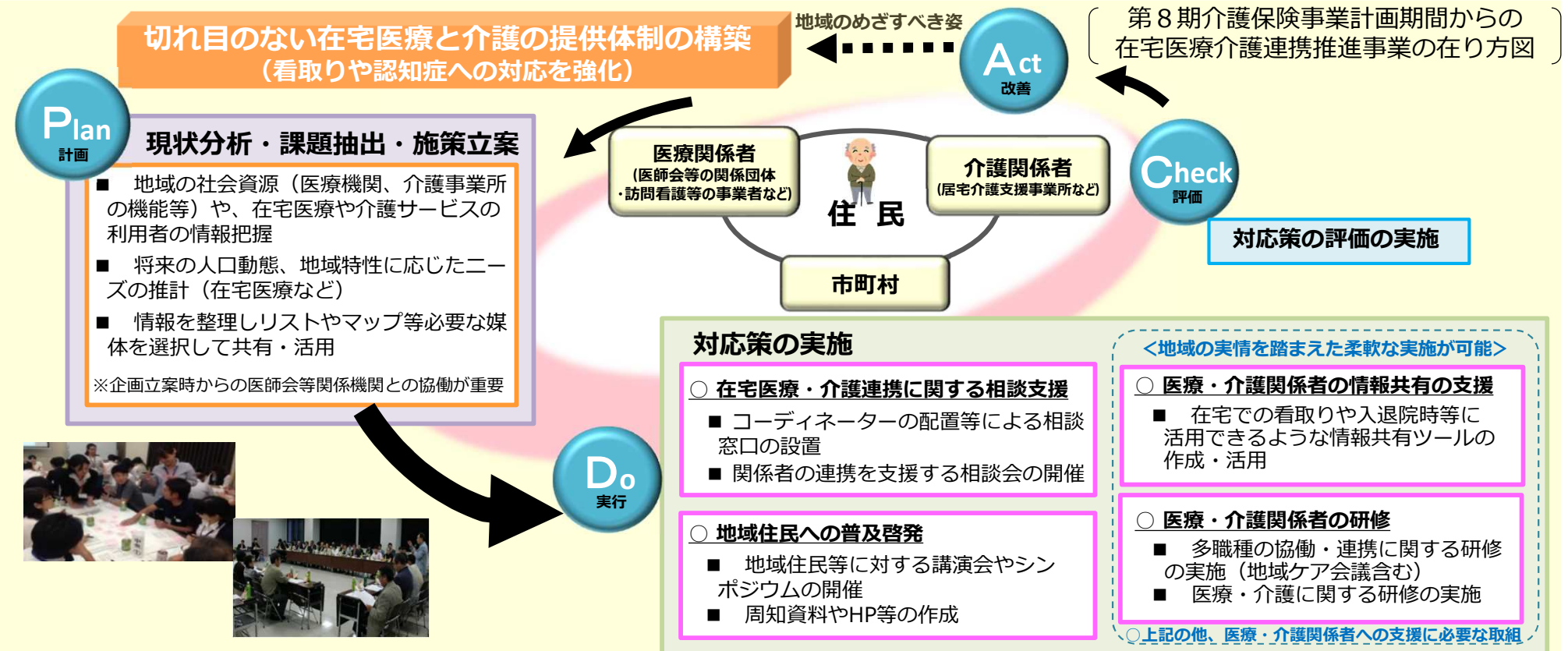
- ・ 診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・ 病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・ 訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・ 介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- 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。



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。



＜市町村における庁内連携＞ 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

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



かかりつけ医機能が発揮される制度整備（骨格案）

- ・国民・患者はそのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- ・医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者のニーズ

多様な医療ニーズ

（高齢者の場合）

- 持病（慢性疾患）の継続的な医学管理
- 日常的によくある疾患への幅広い対応
- 入退院時の支援
- 休日・夜間の対応
- 在宅医療
- 介護サービス等との連携

制度整備の内容

かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化

- 医療機関は左記ニーズに対応する機能を都道府県に**報告**
- この報告に基づき、都道府県は、地域における**機能の充足状況**や、**これらの機能をあわせもつ医療機関を確認・公表**した上で、地域の協議の場で**不足する機能を強化する具体的方策を検討・公表**

期待される効果

身近な地域で提供される日常的な医療が充実

⇒住んでいる地域で、あるいは加齢に伴い、必要な医療が受けられなくなるのではないかと、という不安を解消

医師・医療機関との継続的な関係を確認できる

⇒今かかっている医療機関で、将来も継続的に診てもらえるのか、という不安を解消

大病院に行かなくても身近なところで必要な医療が受けられる

⇒大病院に行かないと必要な医療が受けられないのではないかと、という不安を解消

⇒大病院で働く医師の負担軽減にも資する

誰もが確実に必要な医療につながる環境が整う

⇒医療にかかるための情報が見つからない、情報の見方が分からない、という悩みや不安を解消

全ての国民への情報提供

- かかりつけ医・医療機関を選ぶための情報が不足している。
- かかりつけ医・医療機関を探す方法が分からない。

医療機能情報提供制度の拡充

- 「かかりつけ医機能」の定義を**法定化**。「**身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能**」
- **都道府県**は国民・患者による医療機関の適切な選択に資するよう「**かかりつけ医機能**」に関する情報を**分かりやすく提供**

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、かかりつけ医機能として提供する医療の内容を説明することとする（書面交付など）。

地域におけるかかりつけ医機能の充実強化に向けた協議のイメージ

<慢性疾患を有する高齢者の場合のイメージ>

※報告を求める具体的な機能については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討（診療所に加え、医療機関が病院の場合も検討）。



地域の医療機関は、①～⑤の機能の有無や、これらをあわせて担う意向等を報告。

都道府県は、①～⑤の機能をあわせて担う医療機関を確認。



協議の場において、各医療機関の①～⑤を担う意向を踏まえつつ、地域で不足している機能を充足できるよう、支援や連携の具体的方法を検討。

| かかりつけ医機能 ※①～⑤は機能の例示 | ①外来医療の提供 (幅広いプライマリケア等) | ②休日・夜間の対応 | ③入退院時の支援 | ④在宅医療の提供 | ⑤介護サービス等と連携 |
|------------------------|---------------------------|-----------|----------|----------|-------------|
| A診療所 | ◎ | ○ | ◎ | ◎ | ◎ |
| B診療所 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ◎ |
| C診療所 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| D診療所 | ◎ | × | × | ◎ | ◎ |
| E診療所 | ◎ | ○ | × | ○ | ◎ |
| F診療所 | ◎ | — | × | — | ◎ |
| G診療所 | — | — | — | — | — |

- ◎：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を単独で提供できる
- ：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を他の医療機関と連携して提供できる（連携する医療機関も報告。③の○は他院と連携して病床を確保している場合が考えられる。）
- ×：当該機能を担う意向はあるが、現時点では提供できない
- ：当該機能を担う意向がない

※他院を支援する意向も報告し、不足する機能の充足の協議に活かす。

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

医療費の更なる適正化に向けて、①新たな目標として、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等を加えるとともに、②既存の目標についてもデジタル等を活用した効果的な取組を推進する。また、計画の実効性を高めるため、③都道府県が関係者と連携するための体制を構築する。

計画の目標・施策の見直し

① 新たな目標の設定

- **複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供**
 - ・ 医療・介護の機能連携を通じた効果的・効率的なサービス提供（例：骨折対策）
 - ・ 高齢者の心身機能の低下に起因した疾病予防・介護予防
 - **医療資源の効果的・効率的な活用**
 - ・ 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
 - ・ 医療資源の投入量に地域差がある医療（例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））
（※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。
- ⇒ 有識者による検討体制を発足させて、エビデンスを継続的に収集・分析し、都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを追加

② 既存目標に係る効果的な取組

| | |
|------------------|---|
| 健康の保持の推進 | <ul style="list-style-type: none">➤ 特定健診・保健指導の見直し ⇒アウトカム評価の導入、ICTの活用など |
| 医療の効率的な提供 | <ul style="list-style-type: none">➤ 重複投薬・多剤投与の適正化 ⇒電子処方箋の活用➤ 後発医薬品の使用促進 ⇒個別の勧奨、フォーミュラ策定等による更なる取組の推進や、バイオ後続品の目標設定等を踏まえた新たな数値目標の設定 |

➔ さらに、医療DXによる医療情報の利活用等を通じ、健康の保持の推進・医療の効率的な提供の取組を推進

※ 計画の目標設定に際し、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意

実効性向上のための体制構築

③ 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

- ・ 保険者協議会の必置化・医療関係者の参画促進、医療費見込みに基づく計画最終年度の国保・後期の保険料の試算 等
- **都道府県の責務や取り得る措置の明確化**
 - ・ 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等の要因分析・要因解消に向けた対応の努力義務化 等

地域リハビリテーション体制（イメージ）について

- 地域リハビリテーション推進のための指針における、都道府県における望ましい地域リハビリテーションのイメージは以下のとおり
- 都道府県は、協会の設置や支援センターの指定を行い、事業実施を推進することで、市町村の一般介護予防を中心とした地域支援事業の充実・強化を支援

都道府県

協議

都道府県リハビリテーション協議会（企画体制）

- ・ リハビリテーション連携指針の作成
- ・ リハビリテーション支援センターの指定に係る調整・協議

参加団体例（都道府県医師会等の関係団体）

病院協会、病院協会、老人保健施設協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会、栄養士会、歯科衛生士会、等関係団体、介護支援専門員協会、保健所、市町村、郡市区等医師会、患者・家族の会代表やその他事業の推進に必要な者

指定

都道府県リハビリテーション支援センター（推進体制）

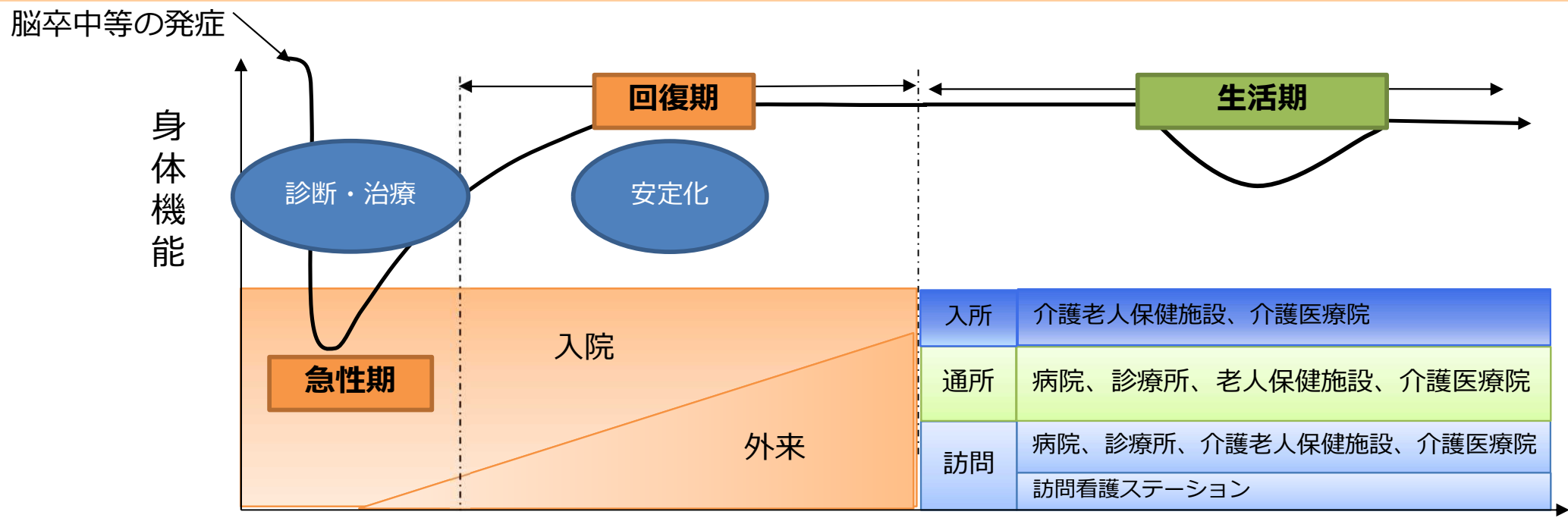
- ・ 地域リハビリテーション支援センターにおける研修の企画
- ・ リハビリテーション資源の把握
- ・ 行政や関係団体との連絡・調整

支援

地域リハビリテーション支援センター（市町村、二次医療圏等地域の実情に応じ設定）

- ・ 地域での相談支援（住民からの福祉用具や住宅改修等に関する専門的相談）
- ・ 研修の実施（リハビリテーション従事者、介護サービス事業所の職員、市町村職員向け等）
- ・ 通いの場や地域ケア会議等への派遣の調整

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



| | 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

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

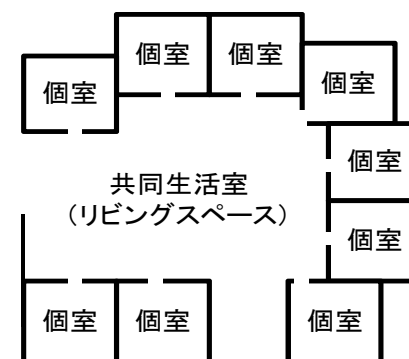
| | |
|----------------|-----------------------------------|
| 医師 | 入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数 |
| 生活相談員 | 入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上 |
| 介護職員 又は看護職員 | 入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上 |
| 栄養士 又は管理栄養士 | 1以上 |
| 機能訓練指導員 | 1以上 |
| 介護支援専門員 | 1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする） |

○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

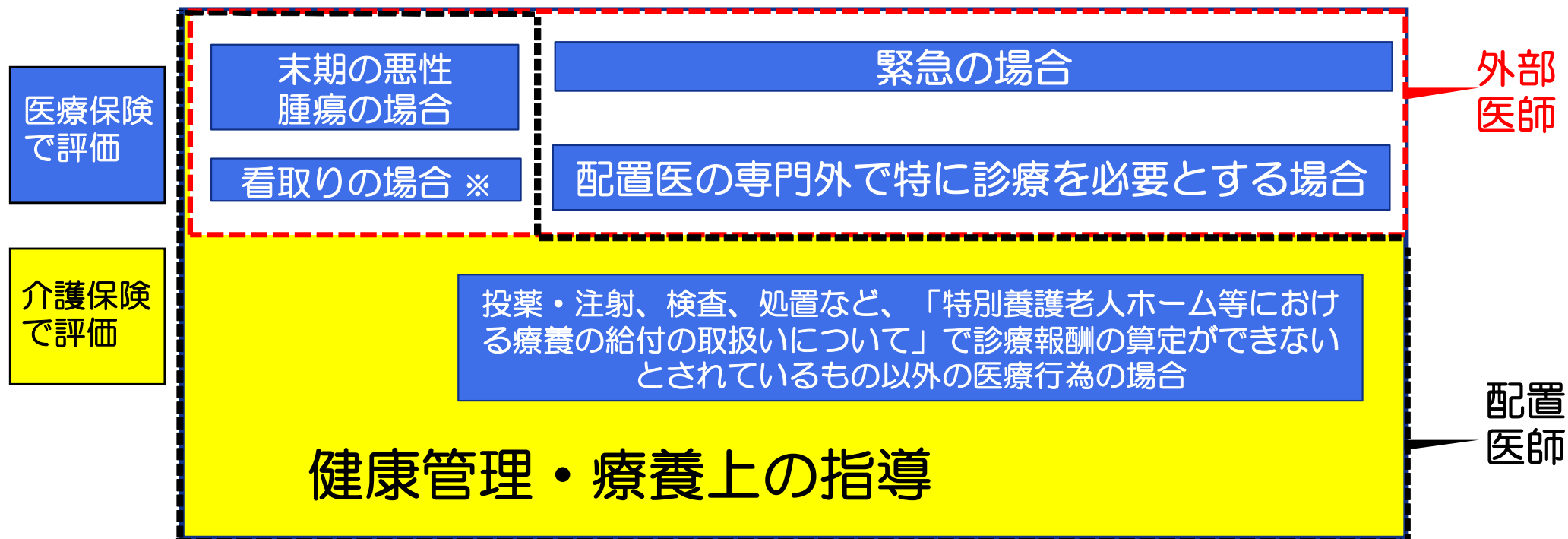
- ・ 共同生活室の設置
- ・ 居室を共同生活室に近接して一体的に設置
- ・ 1のユニットの定員は原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないもの
- ・ 昼間は1ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員、夜間は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ・ ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等



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こととされており、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）

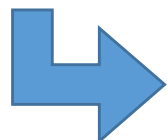
＜平成29年6月2日公布、平成30年4月1日施行＞

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な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

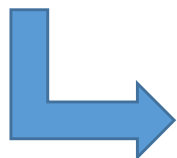
(定義) (介護保険法第8条第29項)

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

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】

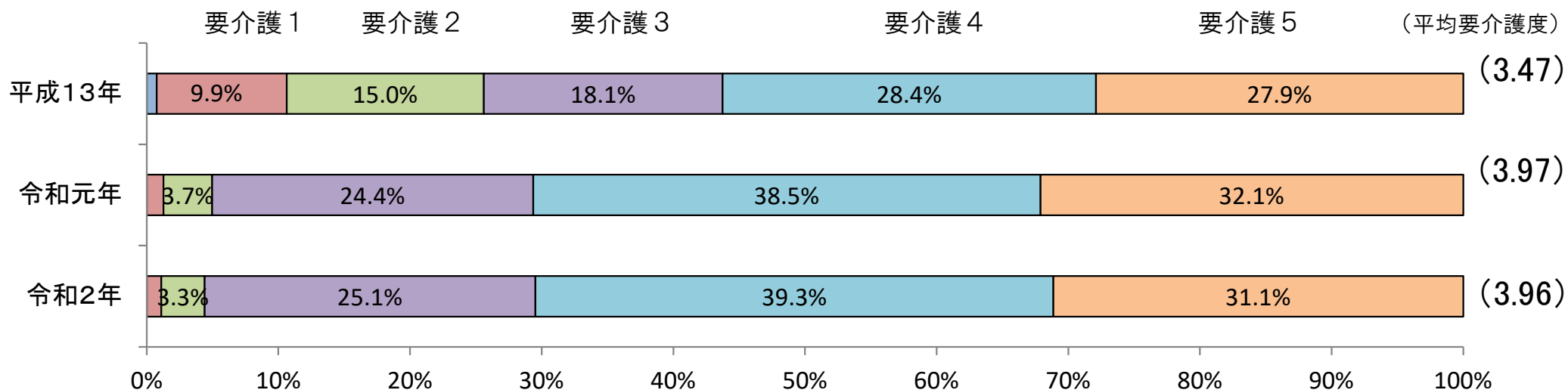
○ 他方で、要介護1・2の方についても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、特例的に、入所することが可能。

【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

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）

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＞

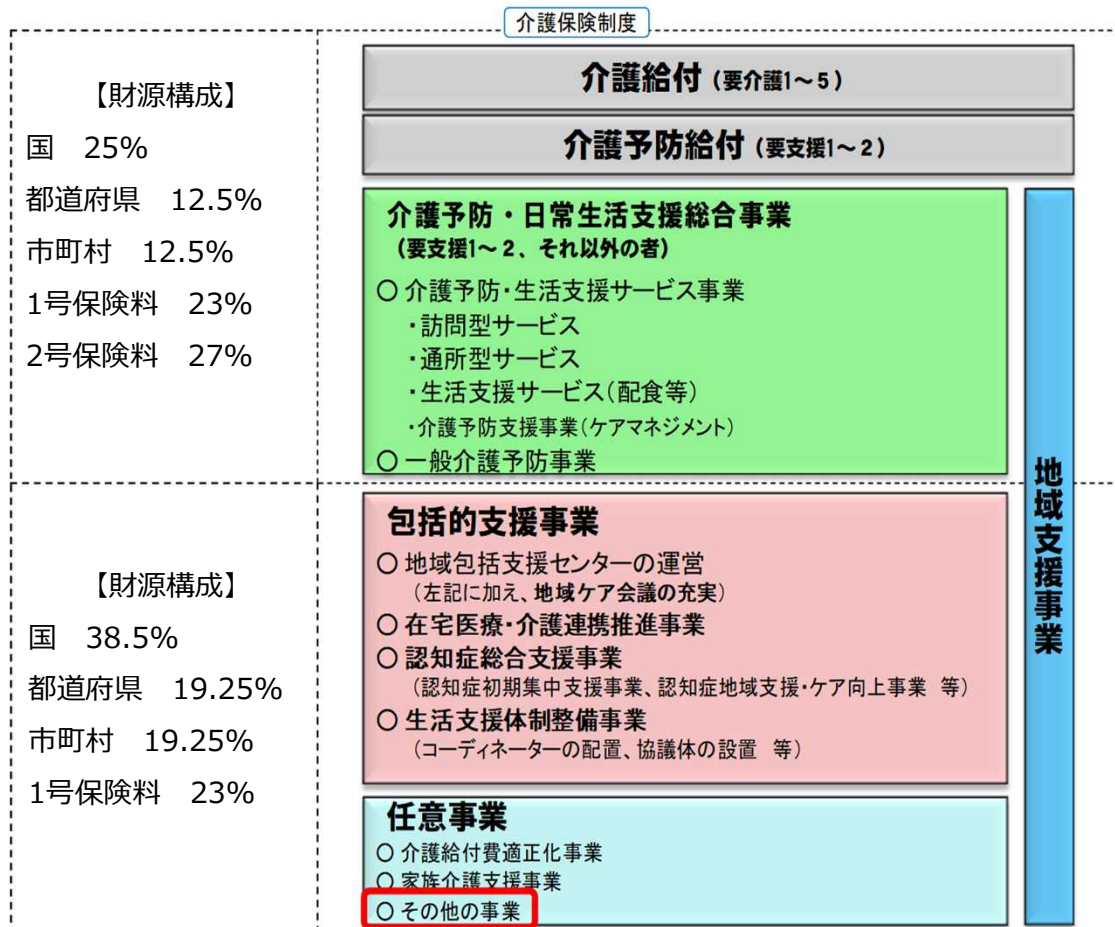
| 平成18年 | 平成20年 | 平成22年 | 平成24年 | 平成26年 | 平成28年 | 平成29年 | 平成30年 | 令和元年 | 令和2年 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------|
| 14.8% | 21.2% | 25.4% | 32.3% | 37.3% | 41.7% | 43.6% | 45.2% | 46.2% | 47.1% |

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。

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。

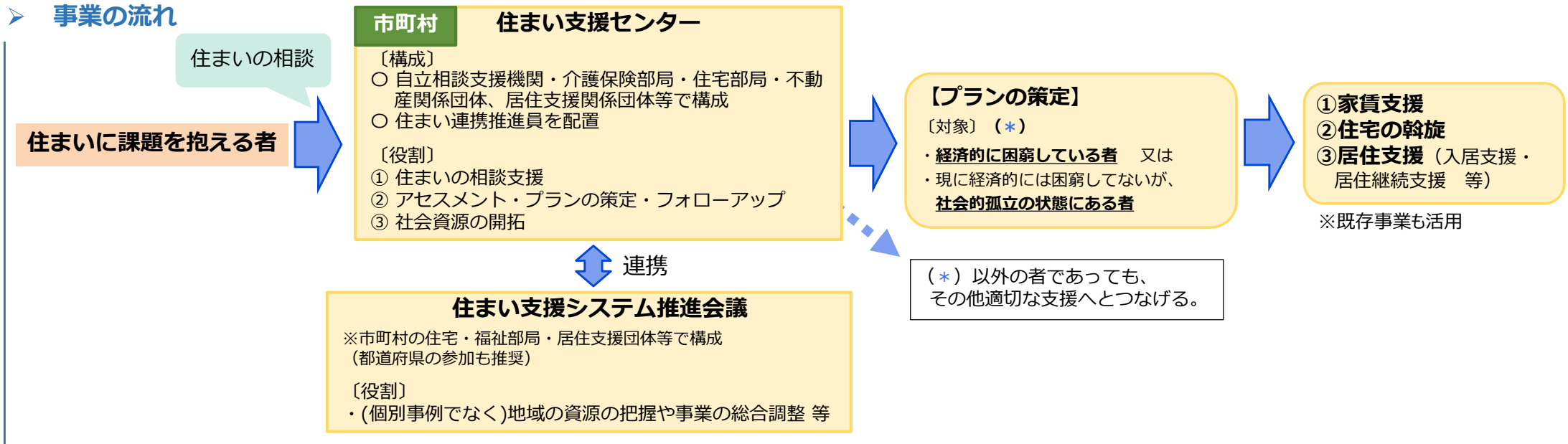
① 高齢者の安心な住まいの確保に資する事業

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。

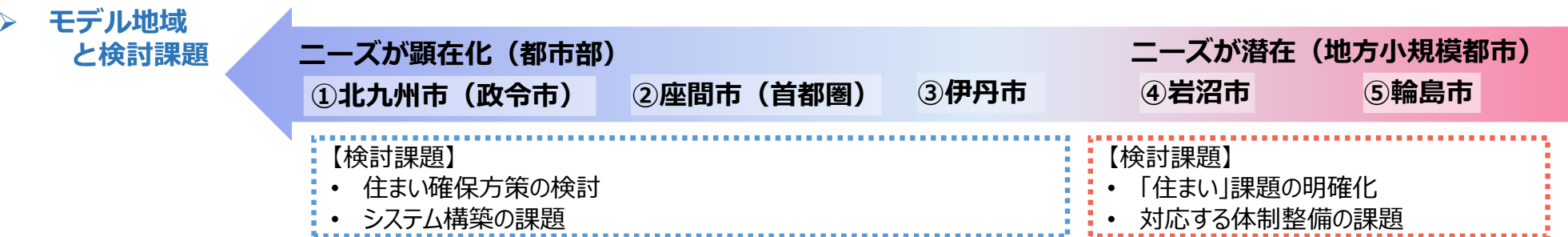
令和4年度 住まい支援システム構築に関する調査研究事業（概要）

- 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

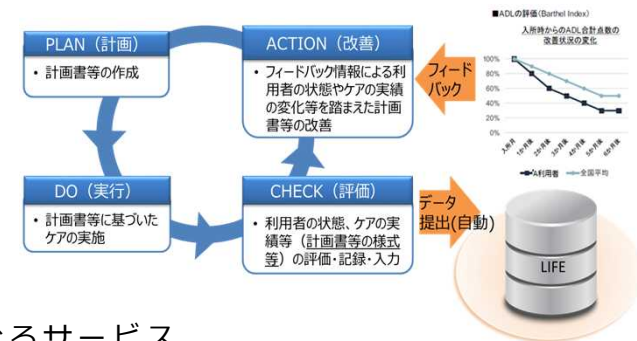
1. 「住まい支援センター」機能の提供体制（①～③）
2. 住まい支援のマネジメントシステムの試行
 - 顕在化しているニーズへの相談支援の体制（①～③）
 - 複合化する「住まい」ニーズ・過去事例等から「住まいニーズ」の把握（①～⑤）；
3. 支援メニューの整備・開発
 - 住まい連携推進員の機能と役割検討（①～③）
 - 住まいの確保策の検討（①～③）
 - 地域や社会とのつながり支援の方策（①～⑤）

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情報加算 | リハビリテーションマネジメント加算 (A)口(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) | 口腔機能向上加算 (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 | 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) | ○ | | | | | | | | | | | | | ○ | | ○ |
| 訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | | ○ | | ○ |

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 | 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 | 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～） |
| | | | | | 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）

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。

…

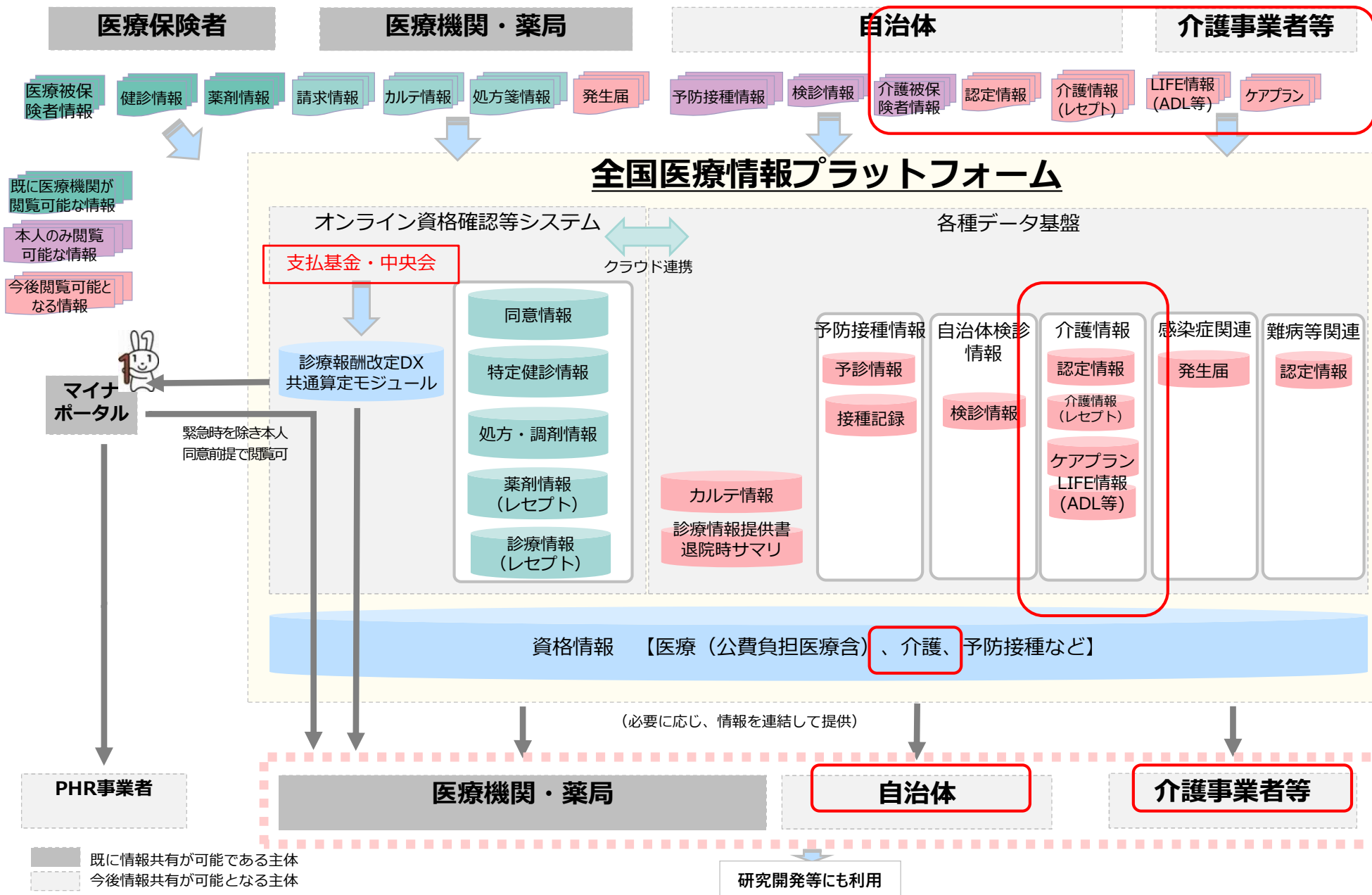
143 オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療（介護を含む）全般にわたる情報について共有・交換できる全国的なプラットフォームをいう。

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。

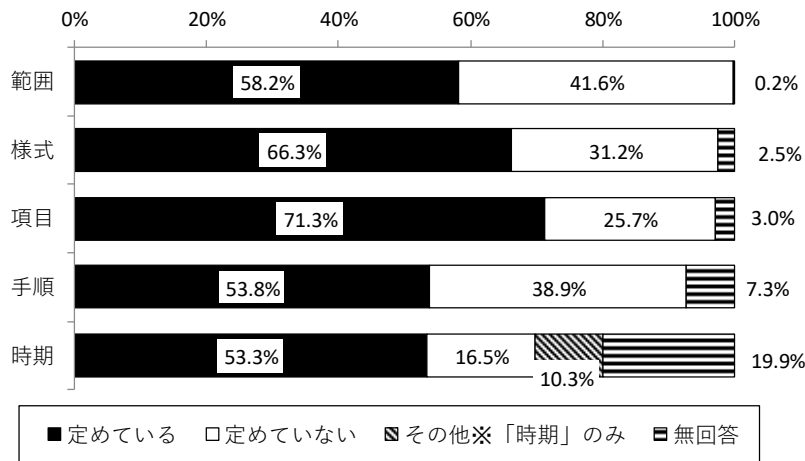
「全国医療情報プラットフォーム」 (将来像)



介護事故報告に対する市町村の対応

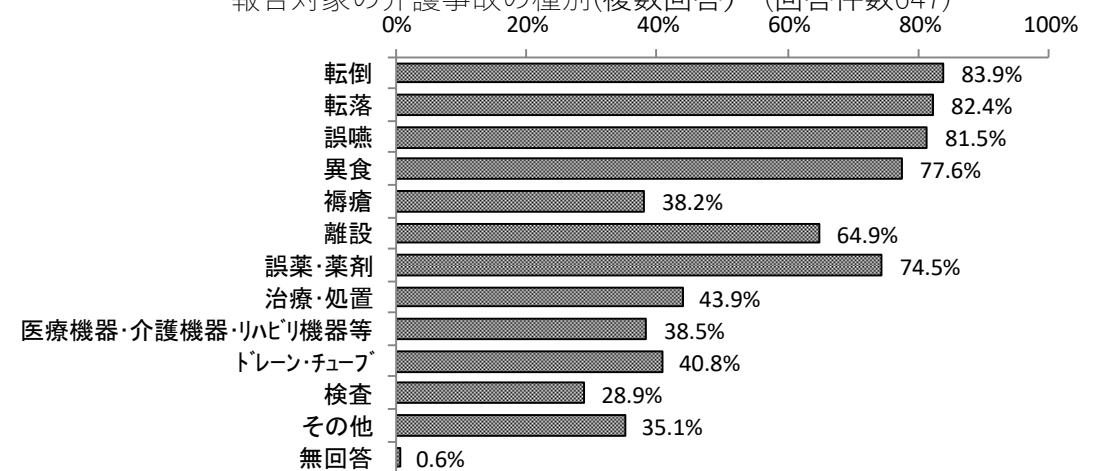
- 施設による介護事故報告の「範囲」を定めている市区町村は58.2%であり、転倒、転落、誤嚥、誤薬・薬剤を報告として求めている場合が多かった。また、「様式」を定めている市区町村は66.3%だった。
- 介護事故情報について、39.6%の市区町村で「事故報告を提出した施設に対して指導や支援」「他の施設の実地指導や助言」に活用している一方で、30.7%の市区町村で活用されていない。
- 報告された介護事故情報は、半数以上の市区町村で集計や分析が行われているが、46.7%の市区町村では集計や分析が行われていなかった。

(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)



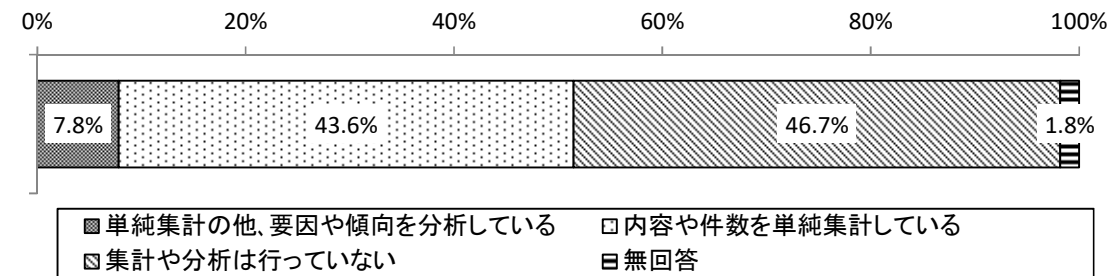
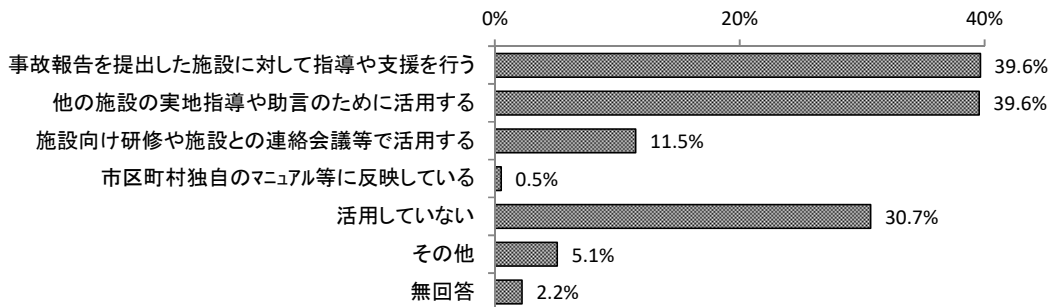
(市区町村が施設に報告を求めている介護事故の範囲を定めている場合)

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)



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。

介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進 高齢者虐待防止の推進（介護保険部会意見書より抜粋）

介護保険制度の見直しに関する意見
(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会)

(介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進)

- **介護現場の安全性の確保の取組が全国で広がるよう、自治体の取組を後押しするための好事例の横展開や、国における事故情報収集・分析・活用の仕組みの構築など、具体的な方策について、医療や教育・保育施設などの他分野の取組も踏まえつつ、引き続き、早期に検討を進めることが適当である。**

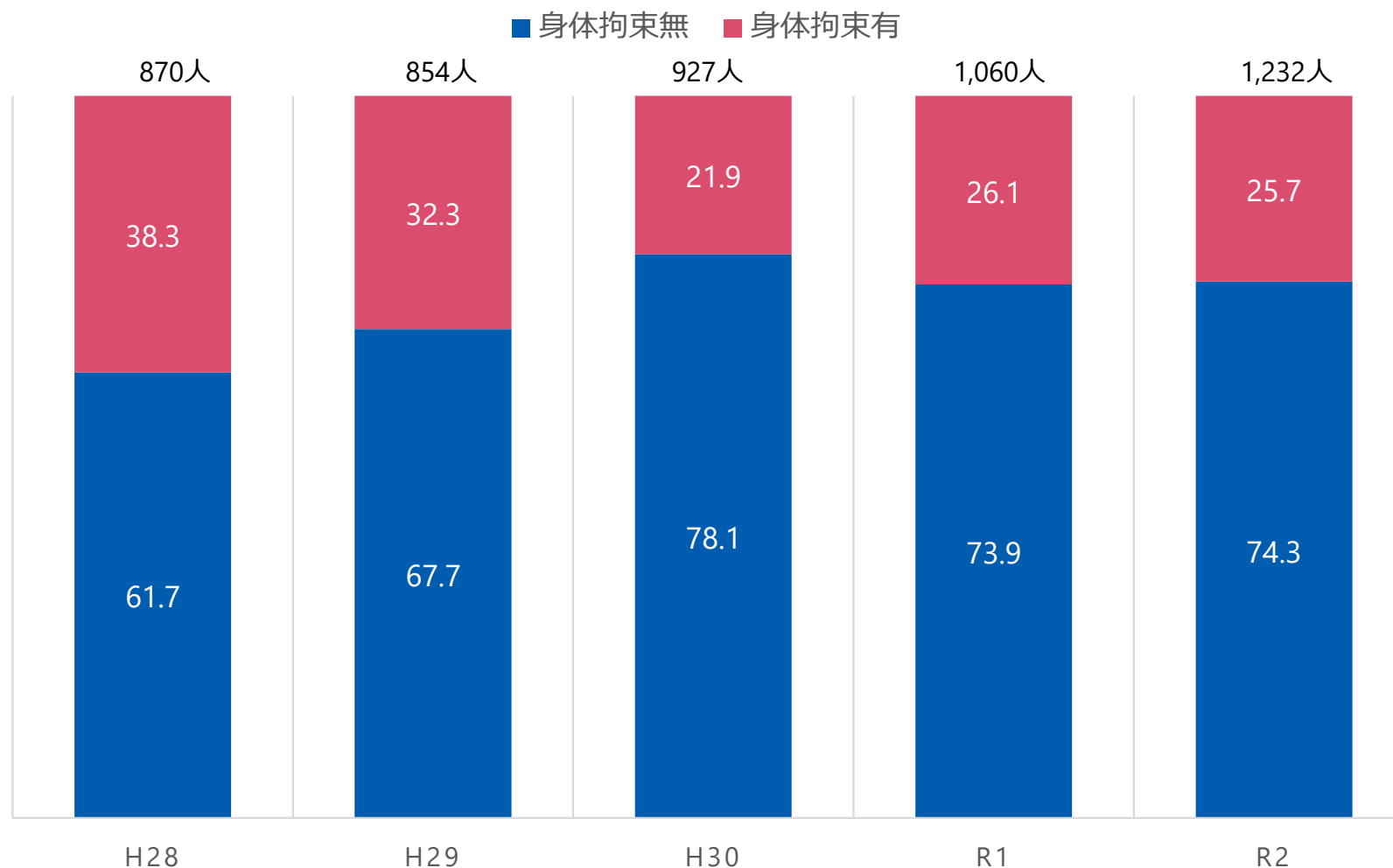
(高齢者虐待防止の推進)

- **高齢者の住まいの形態が多様化している状況を踏まえ、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等、高齢者が利用する施設等に対して、指針の整備など虐待防止措置を適切に講じてもらうための方策を講じることを含め、虐待防止対策を推進していくことが適当である。**
- **高齢者虐待の件数が高止まりしていること等を踏まえ、都道府県・市町村における、相談支援や調査研究等に係る体制整備を促すことを含め、地域における高齢者虐待に係る対応力の一層の強化のための方策を講じることが適当である。また、国においても、虐待における重要なリスクの一つと言われている認知症との関係も含め、虐待防止を推進するための一層の調査研究を推進することが適当である。**
- **適切な手続を経ていない身体的虐待に当たる身体拘束が依然として発生している状況を踏まえ、在宅サービスにおける身体拘束の適正化を図るための介護報酬上の取扱いや身体拘束を要しない介護技術の普及を含め、正当な理由がない身体拘束の防止のための方策を検討することが適当である。**
また、養護、被養護の関係にない者からの虐待事案が発生していることを踏まえ、**「養護者」に該当しない者からの虐待防止のための方策を講じることを適当**である。
- **また、介護サービス事業所・施設の職員や家族などに対する介護の心理的負担の軽減は、高齢者虐待防止の観点からも有益であり、推進していくことが重要である。**

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（%）

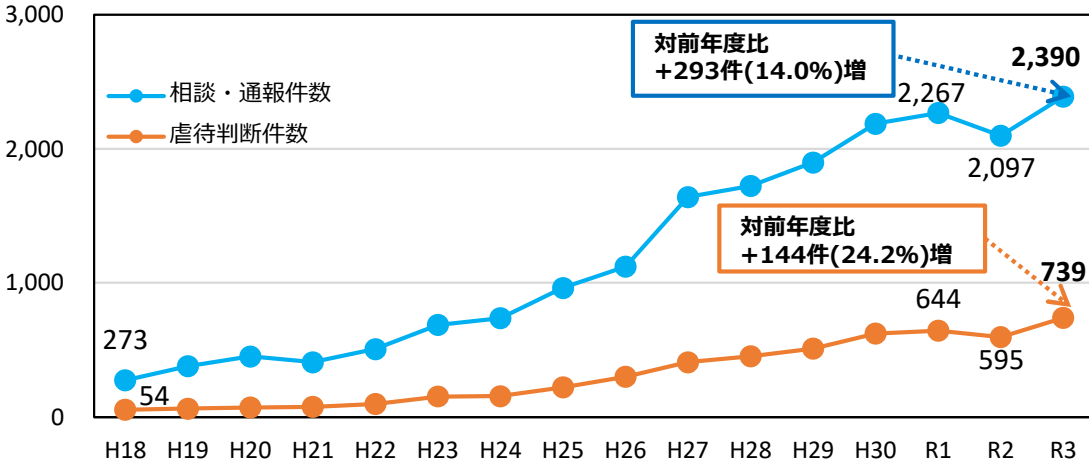


厚生労働省老健局「高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業報告書」（平成29年度～令和3年度）より作成

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3年度）

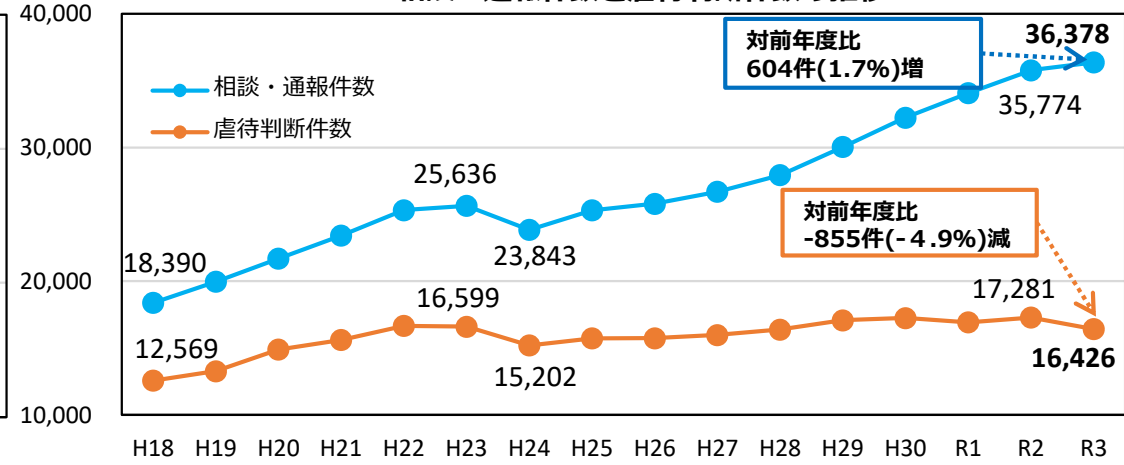
養介護施設従事者等による高齢者虐待の
相談・通報件数と虐待判断件数の推移

(件/年度)



養護者等による高齢者虐待の
相談・通報件数と虐待判断件数の推移

(件/年度)

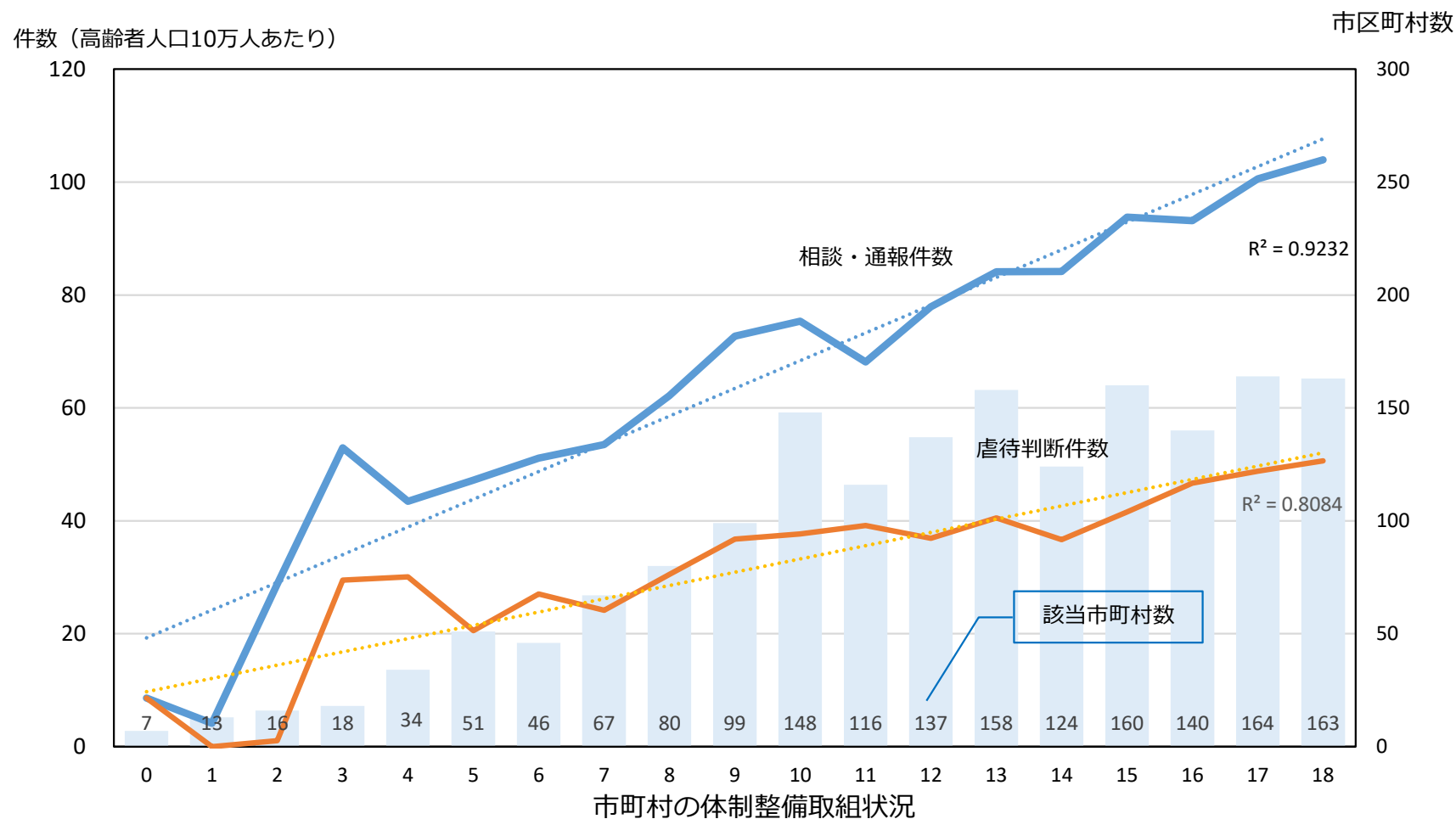


| | 養介護施設従事者等による虐待 | 養護者による虐待 |
|-------------------|--|--|
| 被虐待者 | 男性390人(28.6%) 女性974人(71.3%) 不明2人(0.1%) | 男性4,097人(24.4%) 女性12,713人(75.6%) 不明0名(0.0%) |
| 虐待者 | 男性 52.2% 女性 45.2% ※介護従事者男性割合 18.8% | 息子 38.9% 夫 22.8% 娘19.0% |
| 相談・通報者 | 当該施設職員が29.8%で最多。次いで当該施設管理者等が16.3%。 | 警察が32.7%で最多。次いで介護支援専門員が24.9%。 |
| 相談・通報受理からの期間(中央値) | 事実確認開始まで4.5日 虐待判断まで35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 56.2% 職員のストレスや感情コントロールの問題 22.9% | 被虐待者の認知症の症状 55.0% 虐待者の介護疲れ・介護ストレス 52.4% 虐待者の精神状態が安定していない 48.7% |
| 虐待種別(複数回答) | 身体的虐待 51.5%(身体拘束有 24.3%)、心理的虐待 38.1% 介護等放棄 23.9%、経済的虐待 4.0%、性的虐待 3.5% | 身体的虐待 67.3%、心理的虐待 39.5%、介護等放棄 19.2% 経済的虐待 14.3%、性的虐待0.5% |
| その他 | 《主な施設種別》 特別養護老人ホーム 30.9% 有料老人ホーム 29.5% グループホーム 13.5% 介護老人保健施設 5.3% 《虐待等による死亡事例》 1件2人(対前年度比2件1人減) | 《虐待等による死亡事例》 37件37人(対前年度比12件12人増) |

市町村における体制整備

○ 市町村における体制整備の一定の取組項目の取組状況と養護者による虐待における相談・通報件数及び虐待判断件数の関係を見ると、取組項目が多い市町村ほど高齢者人口当たりの件数が多く、取組項目が少ない市町村では高齢者人口当たりの件数が少ない傾向であった。

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

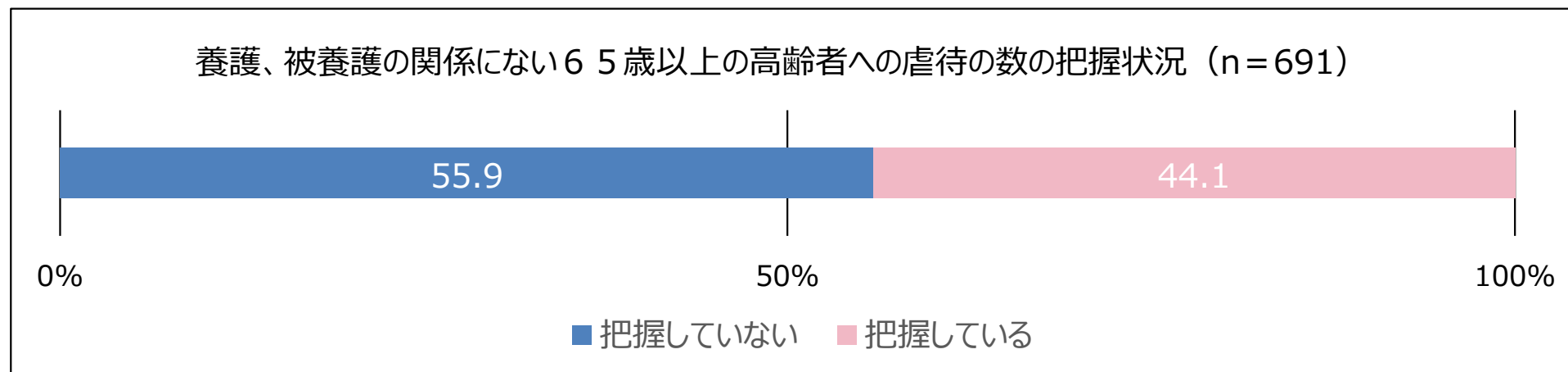


養護、被養護の関係にない65歳以上の高齢者への虐待

○ 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

- I 地域包括ケアシステムの深化・推進
2. 様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現

介護予防・日常生活支援総合事業（介護保険部会意見書より抜粋）

介護保険制度の見直しに関する意見
（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

（基本的な視点）

- 介護保険法（平成9年法律第123号）において、国及び地方公共団体は、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現に資するよう努めなければならないこととされている。地域支援事業は介護予防・重度化防止や自立した日常生活の支援のための施策を、地域の実情に応じて多様な主体の参画を得つつ実施する事業であり、これらの取組を推進していくことは、様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現を図っていく上でも重要である。

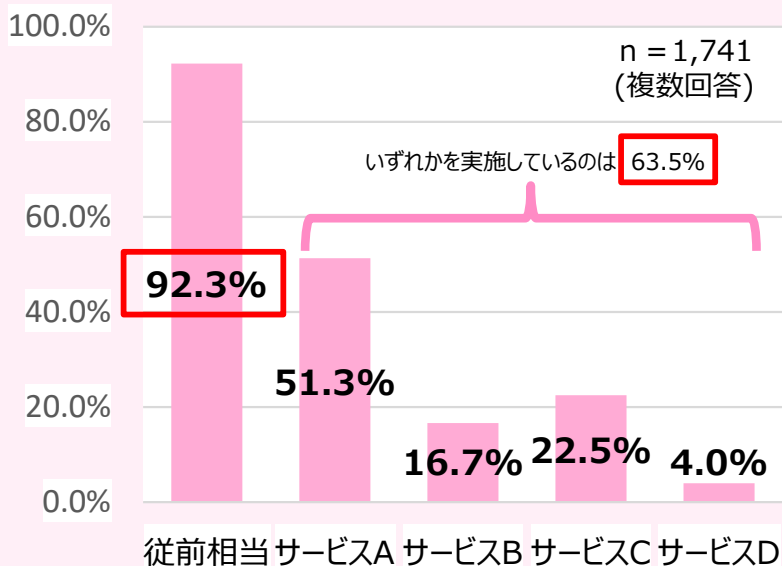
（総合事業の多様なサービスの在り方）

- 介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）は、既存の介護サービス事業者に加えて、住民主体の取組を含む、多様な主体によって介護予防や日常生活支援のサービスを総合的に実施できるようにすることで、市町村が地域の実情に応じたサービス提供を行えるようにすることを目的とした事業である。平成26年法改正から一定期間が経過しており、総合事業の実施状況等について検証を行いながら、地域における受け皿整備や活性化を図っていくことが必要である。
- この観点から、従前相当サービスやそれ以外のサービスの事業内容・効果について実態把握・整理を行うとともに、担い手の確保や前回制度見直しの内容の適切な推進も含め、**総合事業を充実化していくための包括的な方策の検討を早急に開始するとともに、自治体と連携しながら、第9期介護保険事業計画期間を通じて、工程表を作成しつつ、集中的に取り組んでいくことが適当**である。
また、自治体が総合事業などを活用した地域づくりを行う際の参考となるよう、取組を進める趣旨や方法をわかりやすく、体系立てて示すとともに、自治体の取組事例の分析結果等について周知することも重要である。
- その際、介護保険制度の枠内で提供されるサービスのみでなく、インフォーマルサービスも含め、地域の受け皿を整備していくべきであり、生活支援体制整備事業を一層促進していくことが重要である。
また、生活支援・介護予防サービスを行うNPOや民間企業等の主体が、生活支援体制整備事業における協議体へ参画するに当たって一定の要件を設けるなど、多様なサービスについて、利用者やケアマネジャーがケアプランの作成時に適切に選択できる仕組みを検討することが適当である。
- 総合事業費の上限額については、自治体の状況等を踏まえ、見直しを進めるとともに、小規模な自治体であっても持続可能な介護予防の活動ができるよう、やむを得ない事情により上限額を超過する際のきめ細かな対応について、引き続き検討を行うことが適当である。

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



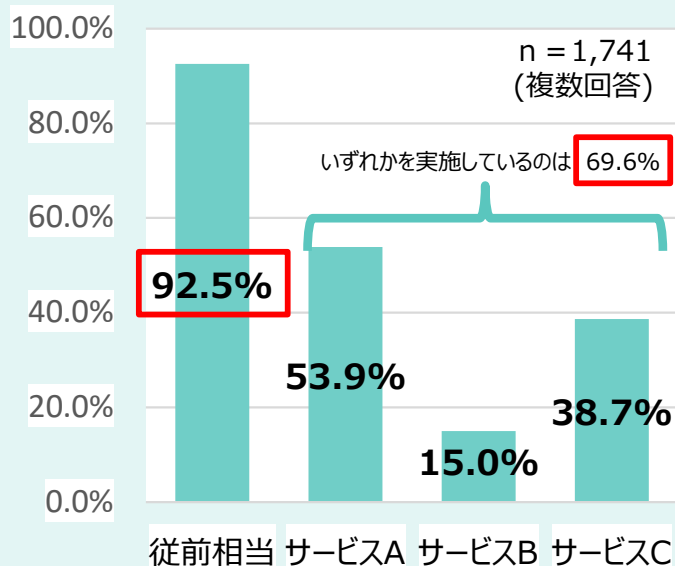
実施市町村数

| | |
|-------|-------|
| 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



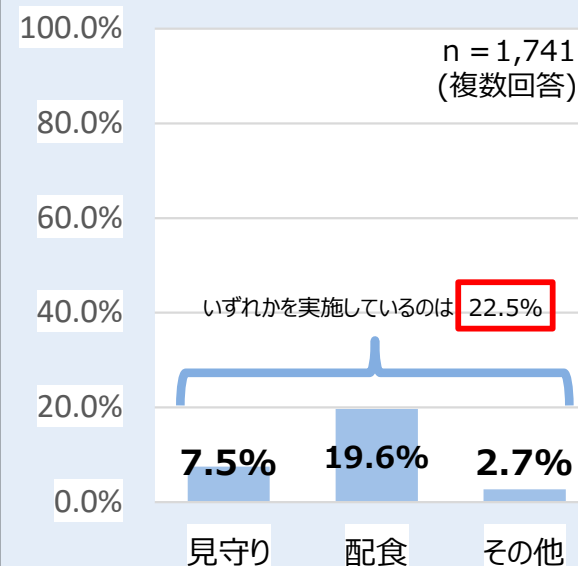
実施市町村数

| | |
|-------|-------|
| 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 |

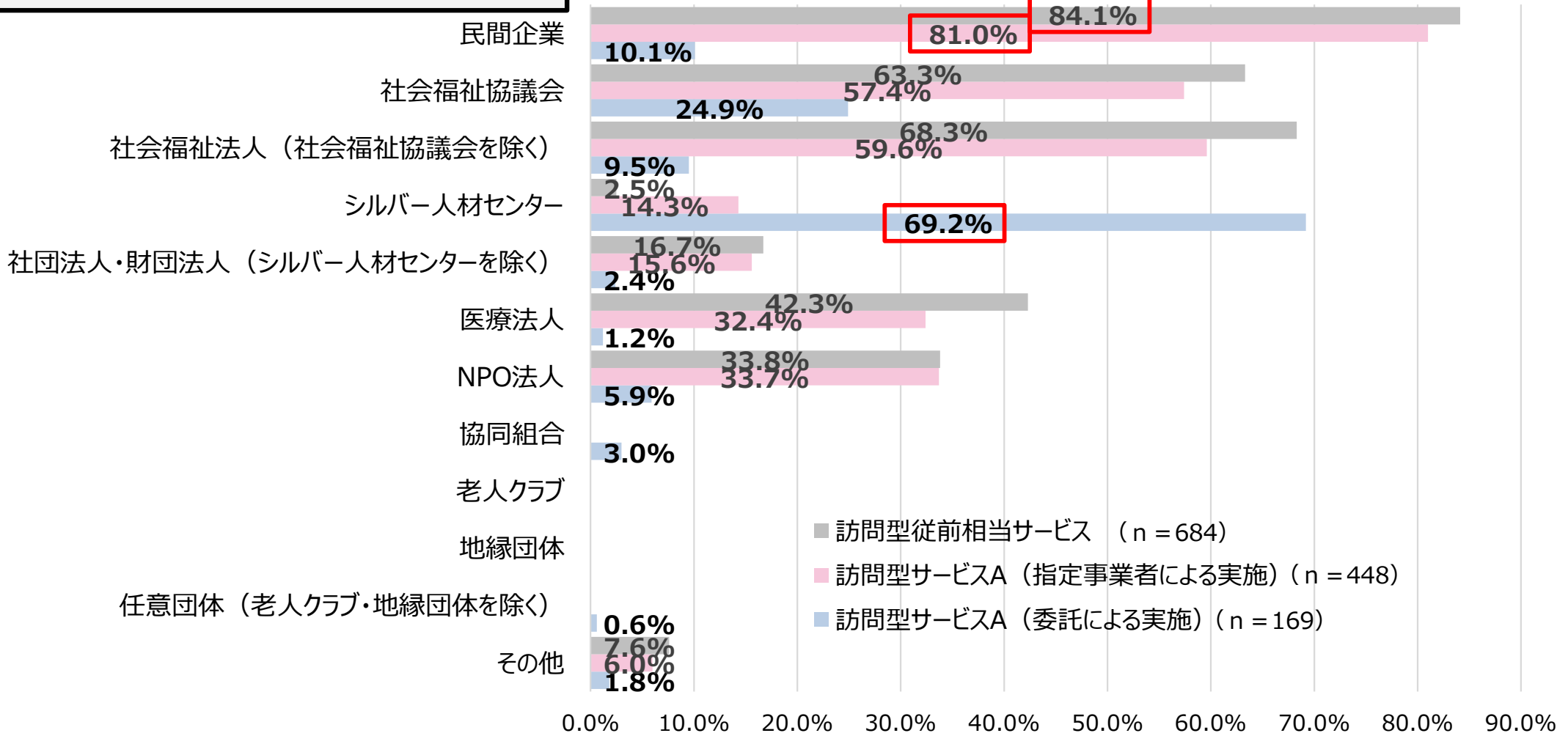
左記のうち

- 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 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

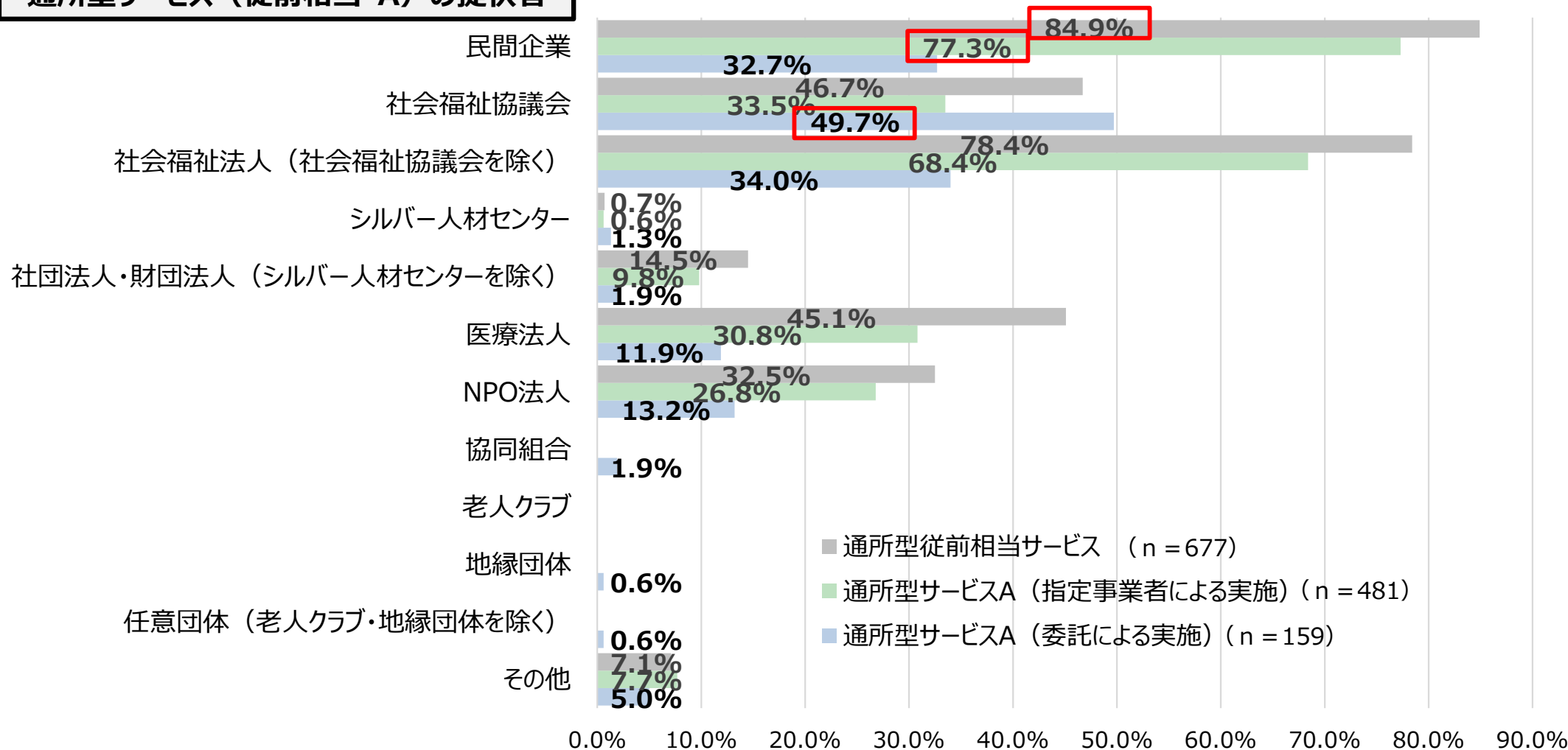


※ 令和4年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備の実施状況に関する調査研究事業」(株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所)より作成（令和4年10月17日時点中間集計）
 ※ 全市町村（1,741市町村）に対する調査。上記は、管内に訪問型サービスA事業所がある市町村に対し、同事業所や訪問型従前相当サービス事業所の提供者のうちあてはまるものをすべて回答させることにより得たもの。

介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス（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。

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

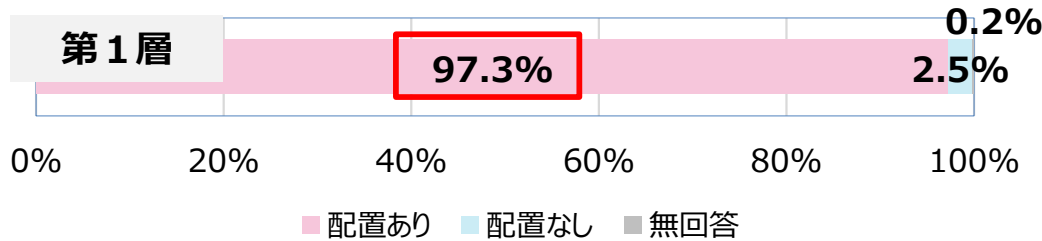
※ 指定都市の場合は行政区の数
一部事務組合及び広域連合の場合は構成市町村の数

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。

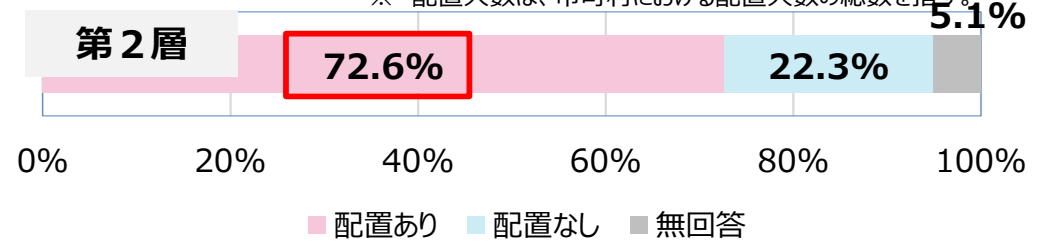
生活支援コーディネーターの配置

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% |

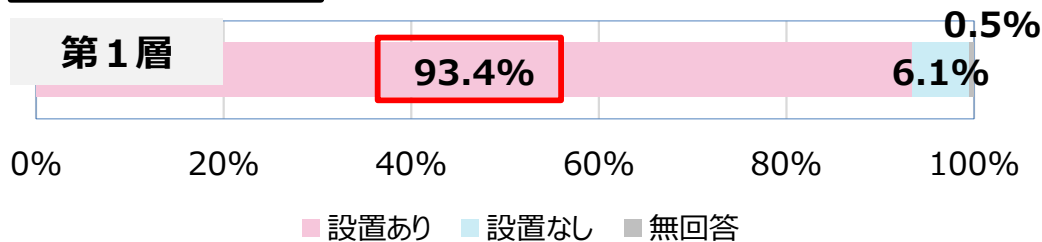
n=1,741（単数回答）
※ 第1層と第2層が同一である自治体も含む。
※ 配置人数は、市町村における配置人数の総数を指す。



| | 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% |

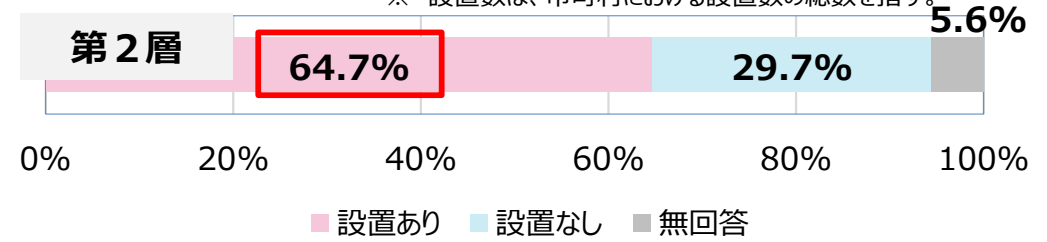
協議体の設置

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。

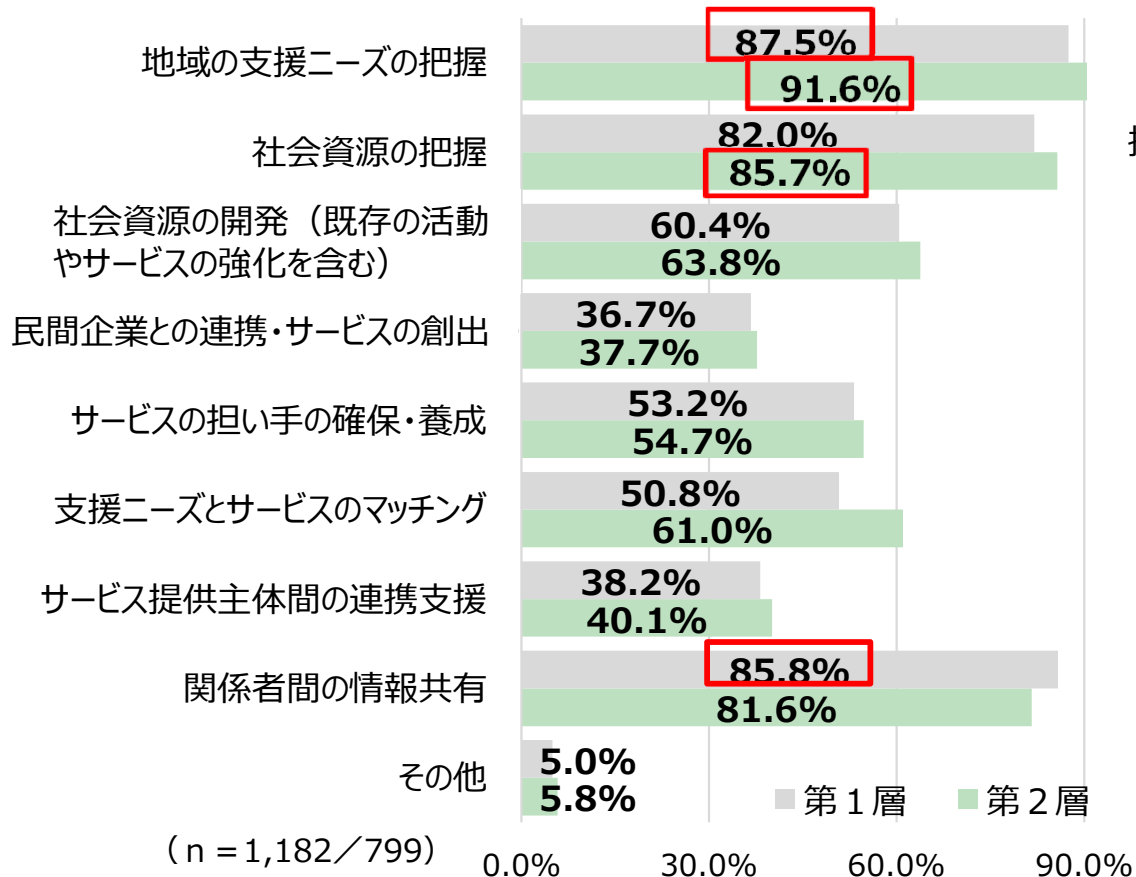


| | 市町村数 | 割合 |
|-----------|-------|---------|
| 設置あり | 1,126 | 64.7% |
| （うち2以上設置） | (692) | (39.7%) |
| 設置なし | 517 | 29.7% |
| 無回答 | 98 | 5.6% |

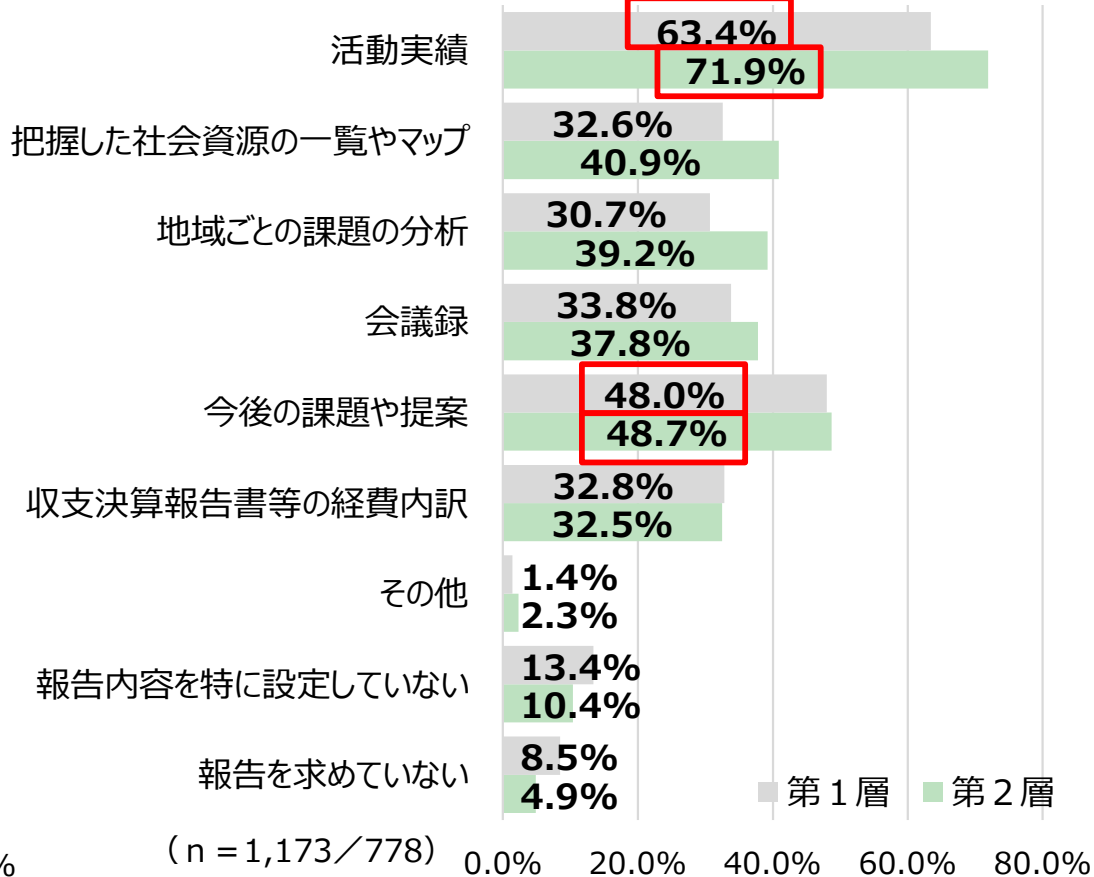
生活支援体制整備事業 生活支援コーディネーターや協議体の活動／実績報告 (令和4年度調査中間集計)

- 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見ると、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

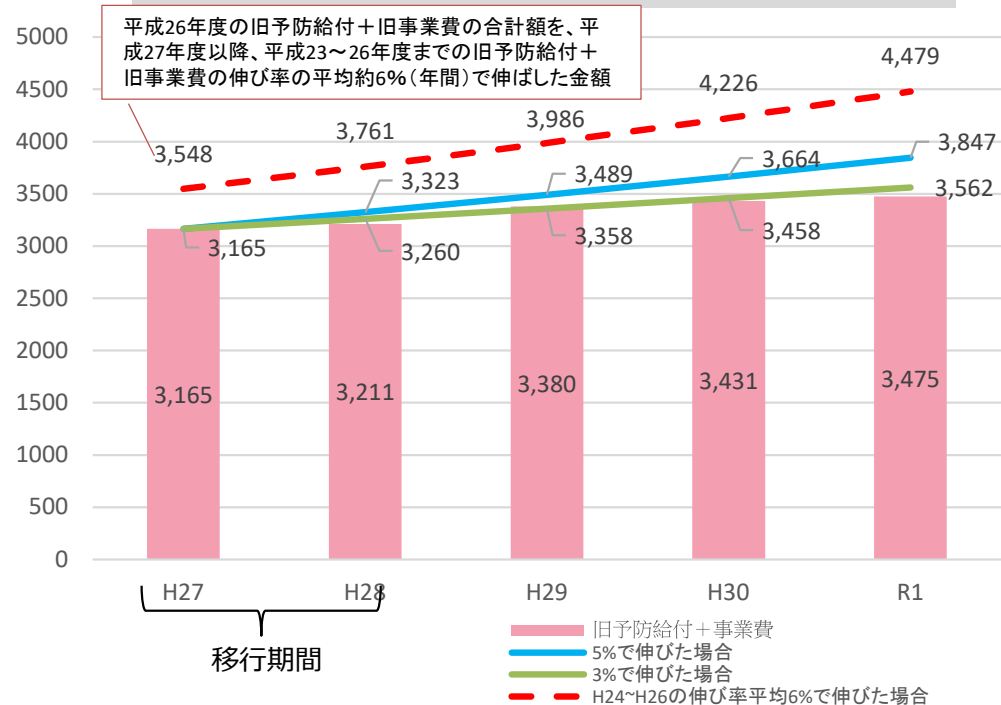


旧予防給付と地域支援事業費(総合事業)の合計額の推移

- 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。

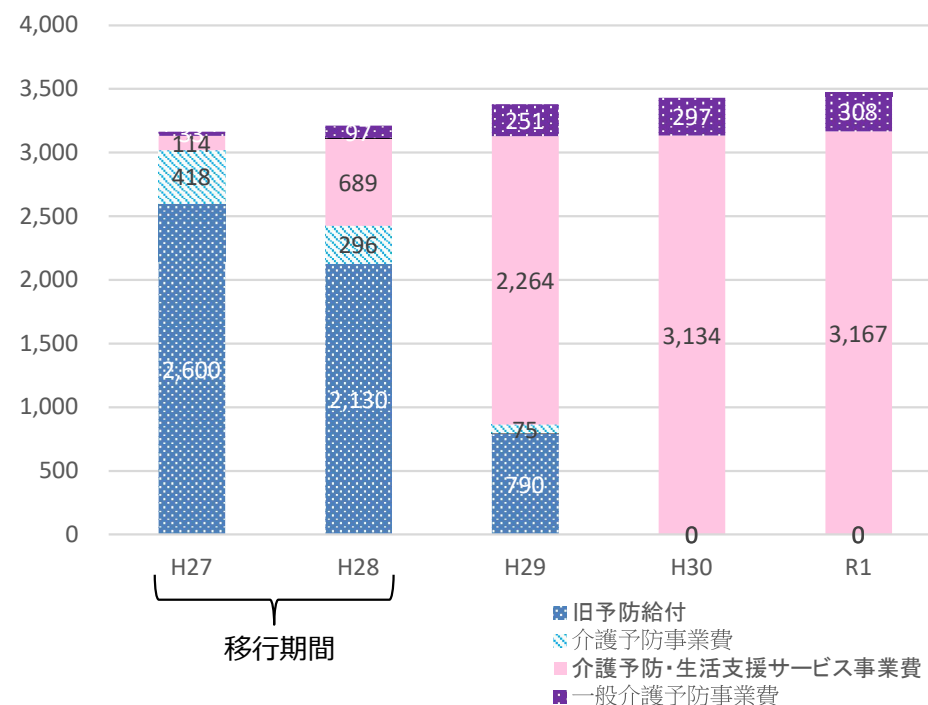
単位：億円

旧予防給付と事業費の合計額と伸び率の比較



単位：億円

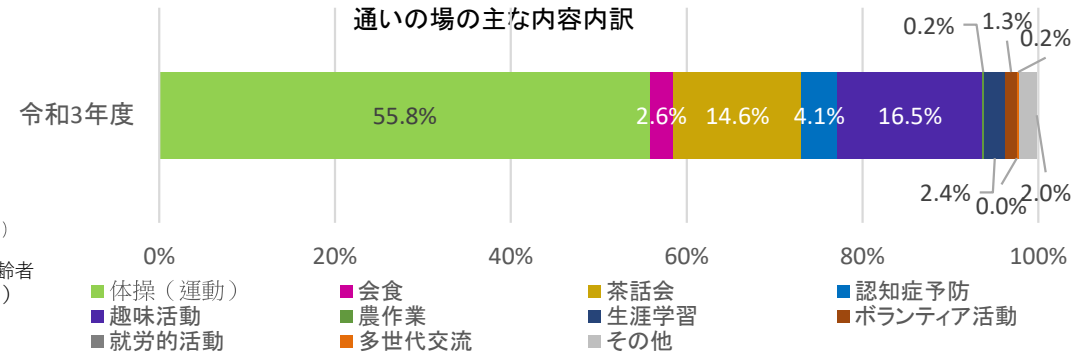
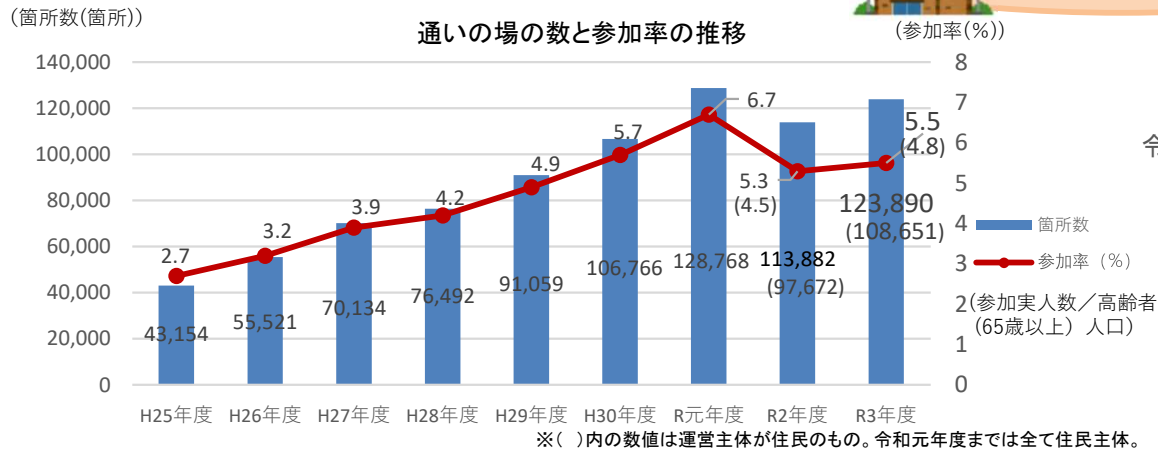
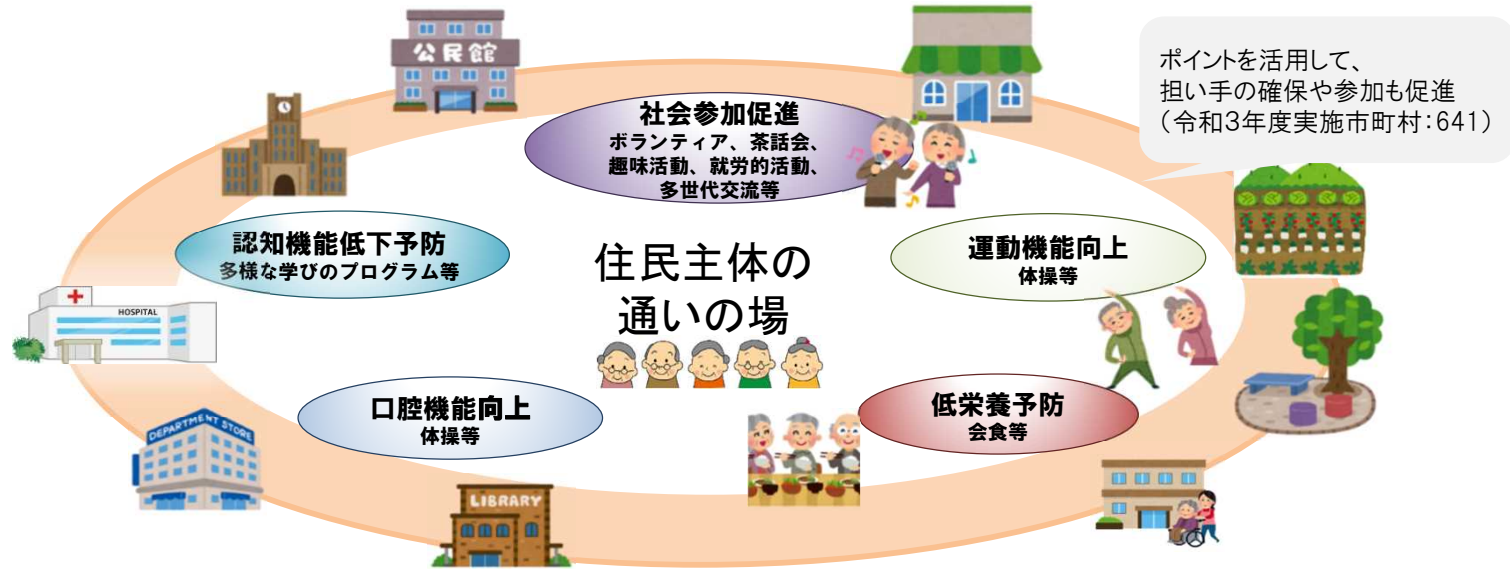
(参考) 旧予防給付と事業費の内訳別の推移



- ※ 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。））

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年度は減少したが、令和3年度再び増加した。取組内容としては体操、趣味活動、茶話会の順が多い。



（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3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%

通いの場の類型化について

- 「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（令和元年12月）」を踏まえ、多様な通いの場の展開を図るため、令和3年8月に「通いの場の類型化について（Ver.1.0）」を公表。
- 先進的な事例等を参考に、「だれが（運営）」「どこで（場所）」「なにを（活動）」の3つの視点から、通いの場の類型化を行い、具体的な事例も紹介。

| 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

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

「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

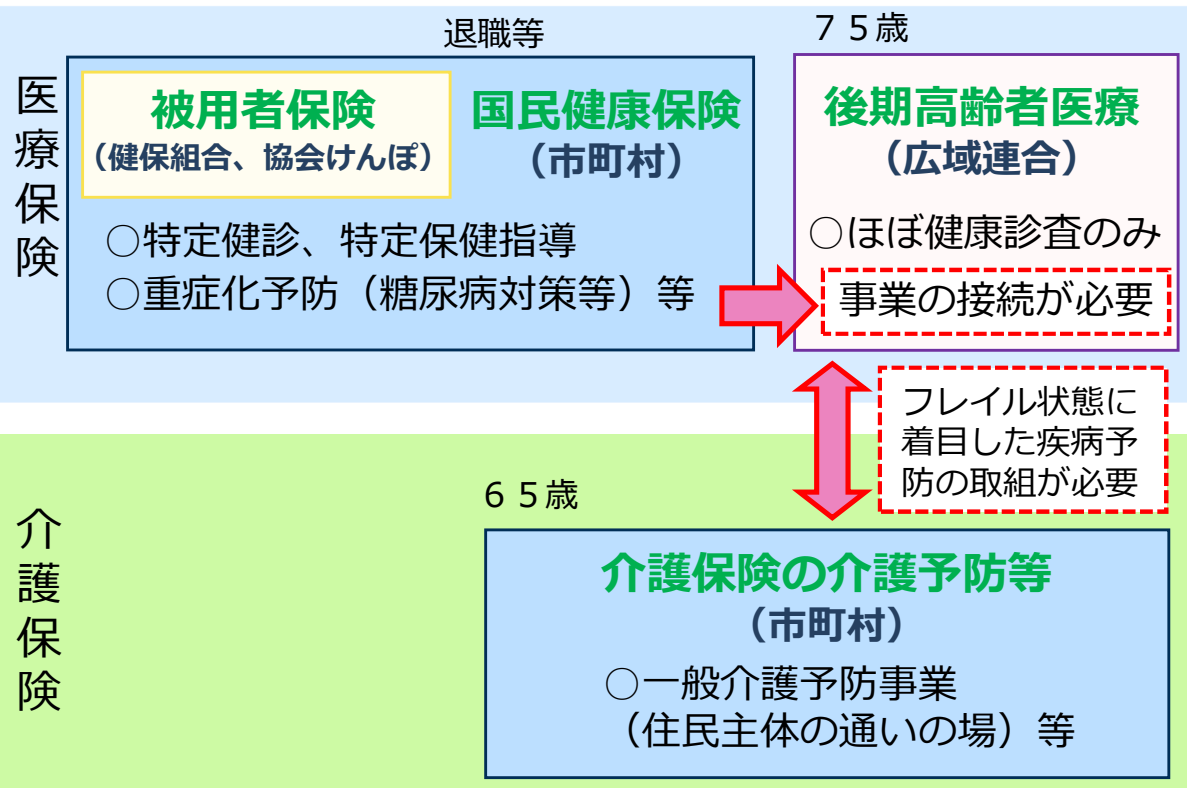
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- 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。

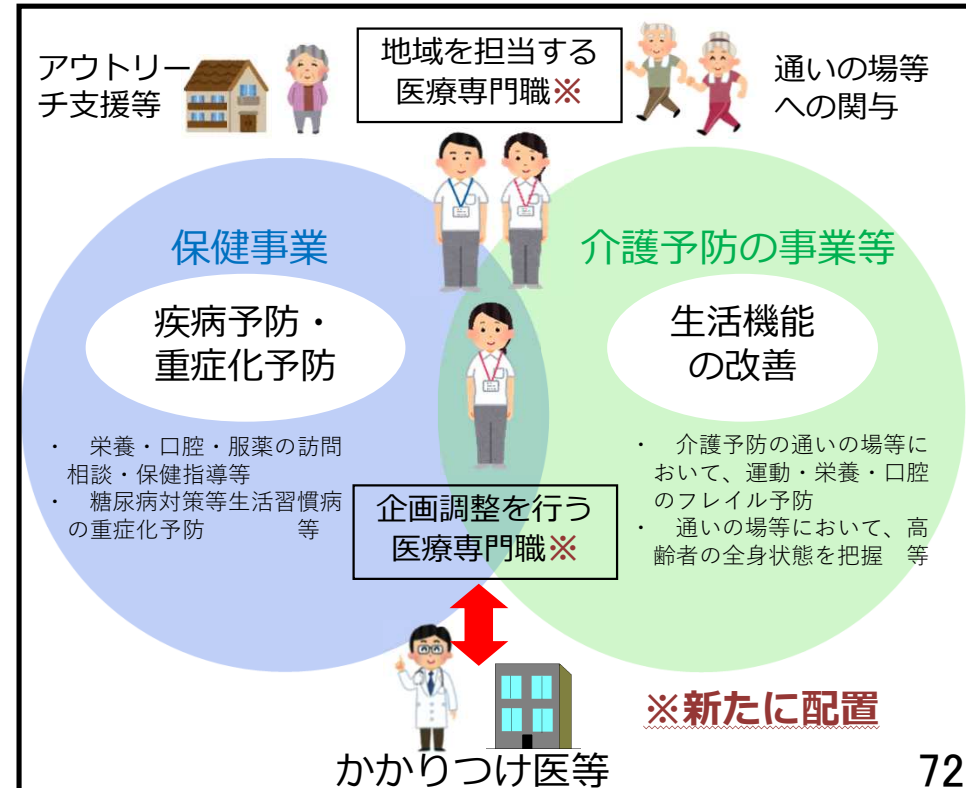
- 令和4年度の実施済みの市町村は **1,072市町村**、全体の**約62%**
- 令和6年度には **1,666市町村**、全体の**約96%**の市町村で実施の目途が立っている状況。
- 令和6年度までに全ての市町村において一体的な実施を展開することを目指す。

一体的実施実施状況調査（令和4年11月時点）

▼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。

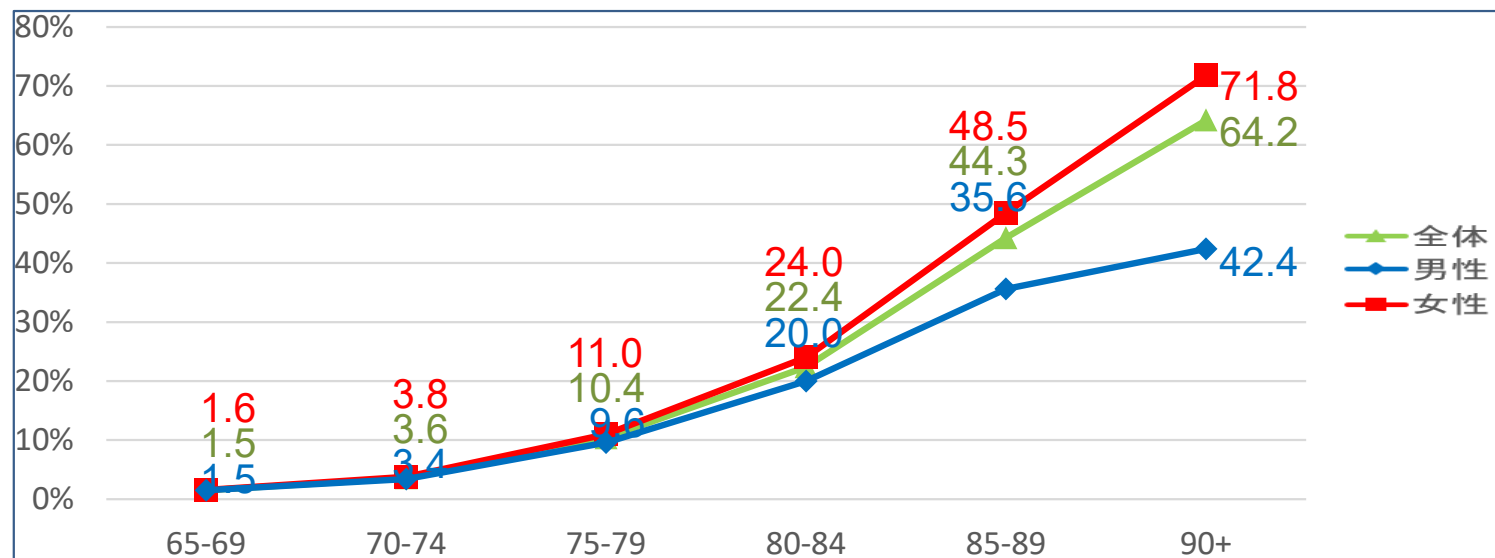
○ 一般介護予防事業評価事業

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。

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）

（※）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。



【基本的考え方】

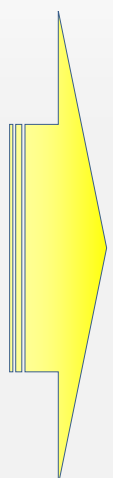
認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」※を車の両輪として施策を推進

※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 | <ul style="list-style-type: none"> ○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> ○地域包括支援センター職員や市町村保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、認知症サポート医、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師、認知症疾患医療センター職員、介護事業者との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保することとしている。 ○地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等に配置される。 | <ul style="list-style-type: none"> ○実施市町村数:1,741市町村(全市町村) ○設置チーム数:2,519チーム ○チーム員総数:14,951人(令和3年度末) ○実績(令和3年度末) <ul style="list-style-type: none"> ・訪問実人数:16,405件 ・医療サービスにつながった者:84.6% ・介護サービスにつながった者:66.1% |
| 認知症サポート医 | <ul style="list-style-type: none"> ○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> ○かかりつけ医等の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、他の認知症サポート医との連携体制の構築、各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力、都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医等を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師等を担う。 ○認知症サポート医の養成研修の実施主体は都道府県及び指定都市であり、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター(愛知県大府市)に委託して実施するものとしている。 | <ul style="list-style-type: none"> ○1.2万人(令和3年度末) |
| 認知症疾患医療センター | <ul style="list-style-type: none"> ○認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る(H20年度創設)。 ○専門的医療機能として、<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> ○地域連携拠点機能として、認知症に関する情報発信・普及啓発、認知症医療に関する連携体制強化、認知症者の家族や地域住民等を対象とした研修等を実施。 ○診断後等支援機能として、本人や家族に対し、今後の生活等に関する不安が軽減されるよう、専門的職員による相談支援や、ピア活動、交流会等を実施。 | <ul style="list-style-type: none"> ○全国に499カ所(令和4年10月現在)。 ○専門医等を1名以上配置。 <ul style="list-style-type: none"> ・基幹型・地域型では、臨床心理技術者1名以上、精神保健福祉士又は保健師等を2名以上配置、 ・連携型では、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を1名以上配置。 ○相談実績:延べ216,156件(令和2年度) |

| | 機能 | 箇所数／職員数／実績等 |
|------------|---|--|
| 地域包括支援センター | <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>○住民の各種相談を幅広く受け付けて、<u>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)</p> <p>※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、<u>介護サービス施設・事業者2,128箇所(27%)、地域包括支援センター1,900箇所(24%)</u>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、精神的な負担の軽減と認知症当時者の社会参加の促進を図るため、<u>認知症当事者による相談支援(ピアサポート)</u>を実施。</p> <p>○実施主体は都道府県、指定都市。</p> <p>※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)</p> <p>※市町村(指定都市以外):78市町村</p> |

進捗状況の評価結果

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、評価を行った。

(KPI 74件・評価項目 92件)

| 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 | 実施済であるが定性的な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。

⇒評価が「C」や「未達成」など、進捗状況が低調であった項目については、全都道府県又は全市町村が実施すべきとする目標が多いという状況であった。このため、よりわかりやすいコンセプトの周知徹底、好事例や留意点の情報共有などを通じ、未実施の自治体への支援を実施することとする。

○認知症施策推進大綱策定後3年の施策の進捗確認を踏まえ、見直しを行ったKPI

| KPI | 大綱策定時(令和元年6月18日) | 見直し内容(令和4年12月23日) ※時期の記載がないKPIは2025年までの目標 |
|--------|--|--|
| KPI 1 | 認知症サポーター養成数 1200万人(2020年度) | 認知症サポーター養成数 1500万人 |
| KPI 5 | 自治体における、事前に本人の意思表明を確認する取組の実施率 50% | 自治体における、事前に本人の意思表明を確認する取組の実施率 70% |
| 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 | 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) |
| 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% | 「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 31 | 認知症疾患医療センターの設置数 全国で500カ所、二次医療圏ごとに1カ所以上(2020年度末) | 認知症疾患医療センターの設置数 全国で500カ所、二次医療圏ごとに1カ所以上 |
| KPI 35 | 介護人材確保の目標値(2025年度末に 245万人確保) 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) | 介護人材確保の目標値(2025年度末に 243万人確保) 介護従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数 |
| KPI 36 | 認知症介護指導者養成研修 2.8千人 認知症介護実践リーダー研修 5万人 認知症介護実践者研修 30万人 認知症介護基礎研修 介護に関わるすべての者が受講 | 認知症介護指導者養成研修 2.8千人 認知症介護実践リーダー研修 5万人 認知症介護実践者研修 32万人 認知症介護基礎研修 介護に関わるすべての者が受講 |
| KPI 43 | 認知症カフェを全市町村に普及(2020年度末) | 認知症カフェを全市町村に普及 |
| KPI 45 | バリアフリー法に基づく基本方針における整備目標の達成(2020年度末) | バリアフリー法に基づく基本方針における整備目標の達成(2025年度末) |
| 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 | 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) | 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) | 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) | 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) ・中核機関を整備した市区町村数 全1741市区町村 ・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 ・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 ・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 ・協議会等の合議体を設置した市区町村数 全1741市区町村 ・市町村計画を策定した市区町村数 全1741市区町村 ・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 ・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数 全47都道府県 | 成年後見制度の利用促進について(2024年度末) ・中核機関(権利擁護支援センター等を除く)を整備した市町村数 全1741市町村 ・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 ・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 ・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 ・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 ・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 ・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 ・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 ・協議会を設置した都道府県数 全47都道府県 ・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 |
| KPI 61 | 人口5万人以上の全ての市町において、消費者安全確保地域協議会の設置 | 消費者安全確保地域協議会設置市区町村の都道府県内人口カバー率 50%以上 |
| 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) | 認知症のバイオマーカーの開発・確立(POC取得5件以上) |

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

⇒ **認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進**

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、**基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。**
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で**障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができる**とともに、自己に直接関係する事項に関して**意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。**
- ④ 認知症の人の**意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。**
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥ **共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。**
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

5. 基本的施策

①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】

国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策

②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】

- ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
- ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策

③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】

- ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
- ・ 若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策

④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】

認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策

⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】

- ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
- ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
- ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策

⑥【相談体制の整備等】

- ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
- ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策

⑦【研究等の推進等】

- ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
- ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等

⑧【認知症の予防等】

- ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
- ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策

※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6. 認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、認知症の人及び家族等により構成される関係者会議を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行、施行後5年を目途とした検討

地域包括支援センターの体制整備等（介護保険部会意見書より抜粋）

介護保険制度の見直しに関する意見
(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会)

(地域包括支援センターの体制整備等)

- 地域包括支援センターは、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、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする機関であり、地域の関係者とのネットワークの下、総合相談支援などの包括的支援事業や介護予防支援等の支援を行うとともに、こうした取組を通じて市町村と一体となって地域課題の把握やその対応策の検討等を行うことが期待されている。また、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応するため、**重層的支援体制整備事業において、介護分野に限らず、障害分野、児童分野、困窮分野も含めた、属性や世代を問わない包括的な相談支援等を行うことなども期待**されている。
- 認知症高齢者の家族を含めた家族介護者の支援の充実のためには、こうした地域包括支援センターの総合相談支援機能を活用することが重要であるが、総合相談支援機能を発揮できるようにするためにも、センターの業務負担軽減を推進するべきである。また、**家族介護者支援においては、地域包括支援センターのみならず、認知症対応型共同生活介護などの地域拠点が行う伴走型支援、認知症カフェの活動、ケアマネジャーによる仕事と介護の両立支援などの取組との連携を図ることが重要**である。
- こうした地域包括支援センターの業務負担軽減を進めるに当たり、保険給付として行う介護予防支援について、地域包括支援センターが地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設であることを踏まえ、介護予防支援の実施状況の把握を含め、**地域包括支援センターの一定の関与を担保した上で、居宅介護支援事業所に介護予防支援の指定対象を拡大**することが適当である。
また、総合事業において、従前相当サービス等として行われる**介護予防ケアマネジメントAについて、利用者の状態像等に大きな変化がないと認められる場合に限り、モニタリング期間の延長等を可能とすることが適当**である。
- また、**総合相談支援業務について、センターの専門性を活かした効果的な実施等の観点から、居宅介護支援事業所などの地域の拠点のランチやサブセンターとしての活用を推進**することが適当である。総合相談支援業務はセンターが行う根幹の業務であることを踏まえ、質の確保に留意しつつ、**センターの業務との一体性を確保した上で市町村からの部分委託等を可能とすることが適当**である。
- これらの取組のほか、センターの業務に関し、標準化、重点化及びICTの活用を含め、業務の質を確保しながら職員の負担軽減に資するような方策を検討することが適当である。
- センターの職員配置については、人材確保が困難となっている現状を踏まえ、3職種（保健師その他これに準ずる者、社会福祉士その他これに準ずる者及び主任介護支援専門員その他これに準ずる者）の配置は原則としつつ、センターによる支援の質が担保されるよう留意した上で、**複数拠点で合算して3職種を配置することや、「主任介護支援専門員その他これに準ずる者」の「準ずる者」の範囲の適切な設定など、柔軟な職員配置を進めることが適当**である。

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依り、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

- ・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

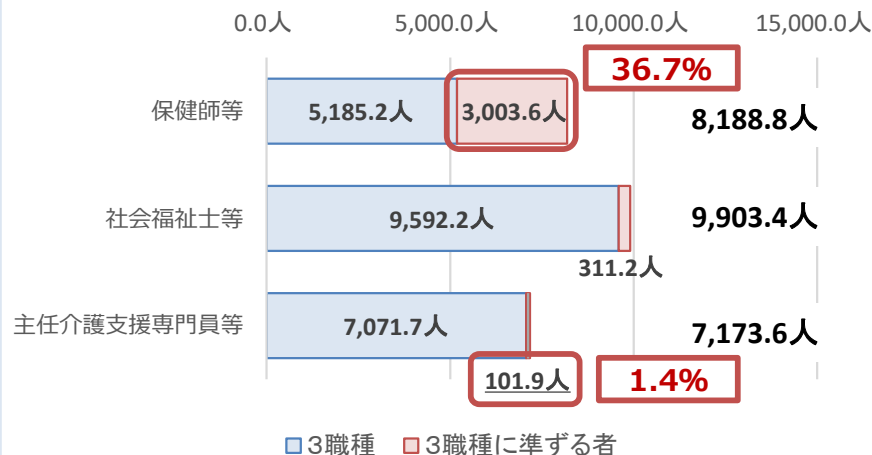
- ・福祉事務所の現業員等に関する経験が5年以上又は介護支援専門員の業務経験が3年以上あり、
- ・高齢者の保健福祉に関する相談援助業務に3年以上従事した経験を有する者

主任介護支援専門員に準ずる者

- ・「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」（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*）に基づくケアマネジメントリーダー研修**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

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



*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

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。

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こととされている。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 |
| ケアマネジメントのプロセス | 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）

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

3. 保険者機能の強化



地域包括ケアシステム構築状況の自治体点検ツール について①

(「効果的な施策を展開するための考え方の点検ツール」)

- 次期介護保険事業計画の期間内に2025年を迎え、さらに2040年を展望するにあたり、今後、地域包括ケアシステムのさらなる深化並びに地域共生社会への発展につなげる効果的な施策の展開を図っていくためには、各保険者（市町村）において、生産年齢人口の減少等の資源制約が厳しくなっていく状況下で、**地域ごとの実情を踏まえながら、施策や事業について優先順位を付けながら取り組むことが必要**。
- そのためには、それぞれの保険者（市町村）が、現在の各市町村の**地域包括ケアシステムの構築状況を振り返り・点検**するとともに、**地域の実情や特徴に応じた取組を自律的に検討し実行**していく必要がある（＝保険者の「地域マネジメント」機能）。



- 保険者（市町村）の「地域マネジメント」を支援するため、**地域包括ケアシステムの構築状況を、総合的に自己点検・自己評価するための支援ツール等を国が提供**する。

介護保険部会意見書（R4.12.20）（抄）

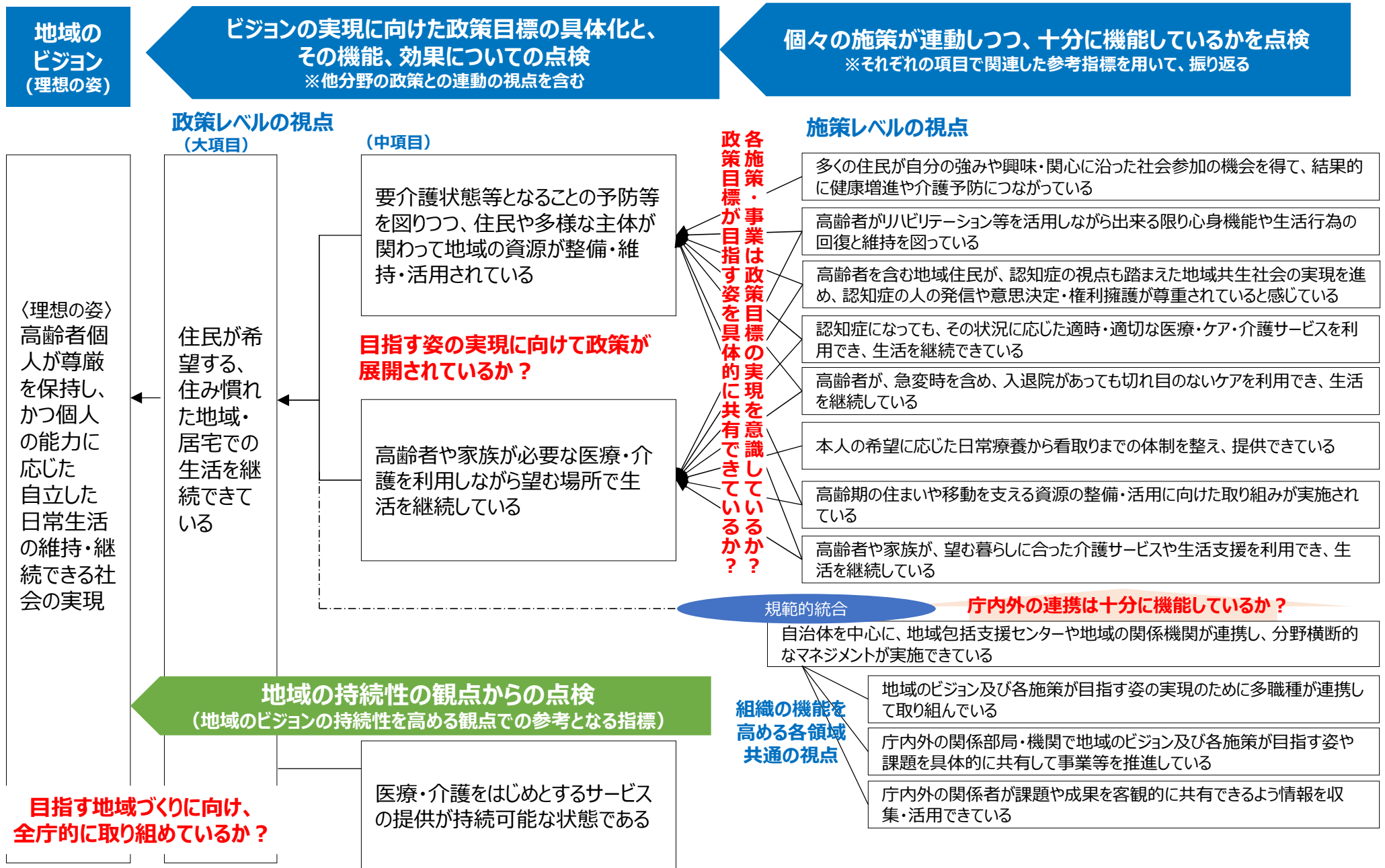
（地域包括ケアシステム構築に向けた保険者への支援）

- 今後、各保険者において、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、更なる取組を進めることができるよう、保険者（市区町村）がその構築状況について自己点検することを進めることとし、その参考となる手法を国が例示することが適当である。
- 来年度の第9期介護保険事業（支援）計画の策定プロセスにおいて、各保険者（市区町村）がその構築状況の自己点検を実施することにより、その結果を計画に反映できるよう、国として支援することが適当である。
- こうした自己点検を行う際には、①自治体の住民の参加、②既存の取組における指標等の最大限の活用、③地域の規模、体制等に応じた複数の方策の提示、④都道府県や地方厚生局の役割といった視点を考慮することが適当である。

「効果的な施策を展開するための考え方の点検ツール」による振り返り視点（確定版）

（株）日本総合研究所『地域包括ケアシステムの構築状況の点検ツール～住み慣れた地域で暮らし続けられる社会の実現に向けて～』令和3、4年度厚労省老人保健健康増進等事業

- 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。）



地域包括ケアシステム構築状況の自治体点検ツール について②

(「効果的な施策を展開するための考え方の点検ツール」)

点検ツールを活用した地域包括ケアシステム構築状況の振り返り



■ R4.10～人口規模1万人～70万人の12市町村をモデルとして実施

モデル事業での市町村の声

- これまで、個々の事業の整備と評価のみに向き過ぎていた視点を、そもそもの目的は何かを再認識することができた。
- 多くの事業を実施してきたなかでの行き詰まりを感じていたが、目的を整理することで事業の優先順位や連動性の認識が強まった。
- 点検ツールの共同作業を契機として地域支援事業部門と介護給付部門の課内・部門同士での協議ができ、視点の共有ができた。
- 庁内の他部門（健康推進部局、住宅・交通・農漁産業経済・生涯学習部門等）との協議を進めるきっかけができた。
- 委託先の地域包括支援センター職員や生活支援コーディネーターを交えた話し合いのきっかけができた。
- 業務多忙でなかなか出来なかった担当者間での認識の共有や、経験の差がある職員間での認識合わせができた。
- これを整えれば、本市が目指す計画の方向性が見えて、市民への計画の説明がしやすくなると思う。

想定される活用例

地域包括ケアシステム構築での課題の棚卸し

次期計画策定におけるこれまでの振り返り

庁内外の関係機関との考え方の共有（規範的統合）

地域づくり加速化事業等市町村支援との連動

- 地域包括ケアシステムの各要素を網羅的に点検・評価することができる。（課題の「棚卸し」）
- 第8期介護保険事業計画を含めてこれまでの振り返りと連動することにより、第9期の計画策定に向けた検討の充実に資する。（特に地域支援事業等「地域づくり」に関すること。）
- 住民を含め庁内外関係者・機関の「規範的統合」を進めるためのフォーマットとして活用可能。
- 連携体制の構築や担当者の意識醸成等、自治体内の組織構築（チーム・ビルディング）への活用。
- 地域の状況分析により、個別分野のさらなる強化／弱みの克服、事業の優先順位等の検討に活用。
- 共通の視点による分析により、都道府県等による市町村支援においても汎用的に活用可能。

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5年度当初予算額 (一般財源) 150億円 (200億円) ※()内は前年度当初予算額
(消費税財源) 200億円 (200億円)

1 事業の目的

- 平成29年の地域包括ケア強化法の成立を踏まえ、客観的な指標による評価結果に基づく財政的インセンティブとして、平成30年度より、保険者機能強化推進交付金を創設し、保険者(市町村)による高齢者の自立支援、重度化防止の取組や、都道府県による保険者支援の取組を推進。令和2年度からは、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、これらの取組を強化。
- 令和5年度においては、秋の行政事業レビューや予算執行調査などの結果を踏まえ、アウトカム指標に関連するアウトプット・中間アウトカム指標の充実や、評価指標の縮減等の見直しを進めていく。

2 事業スキーム・実施主体等

- 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支援の取組に対し、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。

※ 介護保険保険者努力支援交付金(消費税財源)は、上記の取組の中でも介護予防・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事業、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)に使用範囲を限定。

【実施主体】

都道府県、市町村

【交付金の配分に係る主な評価指標】

- 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

【交付金の活用方法】

<都道府県分>

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、リハビリ専門職等の派遣事業等)の事業費に充当。

<市町村分>

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し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業など、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な事業を充実。

【補助率・単価】

定額(国が定める評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて、交付金を配分)

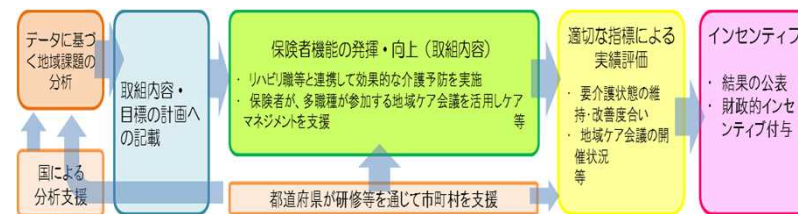
【負担割合】

国10/10

【事業実績】

交付先47都道府県及び1,571保険者(令和4年度)

【交付金を活用した保険者機能の強化のイメージ】



《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 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 | 650点(285点) |
| (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 | 120点(165点) |
| (2)生活支援体制整備等に係る支援 | 75点(25点) |
| (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 | 45点(45点) |
| (4)在宅医療・介護連携に係る支援 | 25点(0点) |
| (5)認知症総合支援に係る支援 | 75点(0点) |
| (6)介護給付の適正化に係る支援 | 55点(0点) |
| (7)介護人材の確保・生産性向上に係る支援 | 230点(50点) |
| (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)】 |
|---|----------------------|
| 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) |
| II 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進 | 1,020点(755点) |
| (1) 介護支援専門員・介護サービス事業所等 | 100点(0点) |
| (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 | 105点(60点) |
| (3) 在宅医療・介護連携 | 100点(20点) |
| (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 | 100点(40点) |
| (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 | 240点(320点) |

| 指標項目 | 点数 【推進交付金(支援交付金)】 |
|---|------------------------|
| (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) |
| III 介護保険運営の安定化に資する施策の推進 | 200点(40点) |
| (1) 介護給付の適正化 ・ケアプラン点検の実施状況 | 120点(0点) |
| (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 ・文書削減の取組 | 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 | |
| アウトカム指標 | |
| ・要介護状態の維持・改善の度合い | |
| 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) |
| 計 | 1,355点(830点) |

保険者機能強化推進交付金等の見直しの全体像（案）

- 保険者機能強化推進交付金等については、令和4年度秋レビューや予算執行調査結果等も踏まえつつ、社会保障審議会介護保険部会による意見書の内容に沿って、保険者機能強化に一層資するものとなるよう、令和5年度（令和6年度評価）から、以下のような見直しを行う。
 - ① 保険者機能強化推進交付金と介護保険保険者努力支援交付金の役割分担の明確化
 - ② プロセス評価指標の重点化（既存評価指標の廃止縮減、評価指標の体系見直し）
 - ③ 中間アウトカム・アウトプット指標の創設等のアウトカム指標の強化
 - ④ アウトカム指標による交付金配分枠の創設
 - ⑤ 保険者機能強化に意欲的に取り組む自治体に対する配分枠の創設
 - ⑥ 評価結果の見える化のさらなる推進

【交付金の役割分担の見直し】

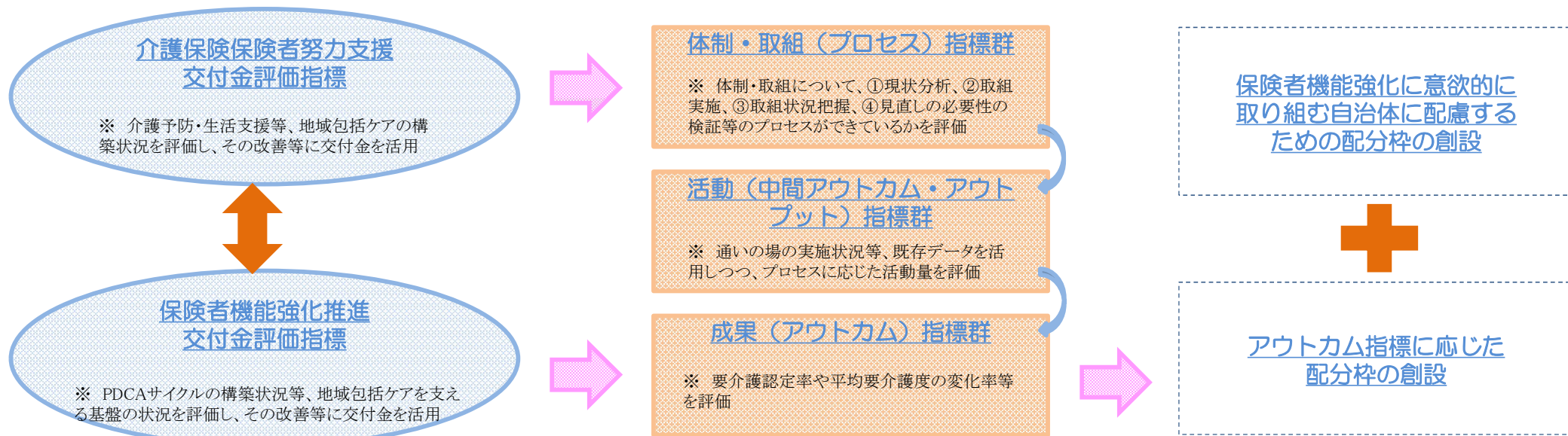
- 各交付金の目的を明確化し、評価指標についてもそれぞれを区分することで、PDCAサイクルを強化。【上記①】

【評価指標の見直し】

- 各交付金に係る評価指標について、プロセス指標は極力縮減するとともに、プロセス、アウトプット、アウトカムの3群に体系化を図り、アウトカムとプロセスの関連付けを強化。【上記②・③】

【交付金配分基準の見直し】

- 現在、第一号被保険者数ごとに配分枠を設けているが、保険者の取組を促し、メリハリの利いた配分を行うため、配分基準を見直し。【上記④・⑤】



※ 上記のほか、見える化のさらなる推進を図るため、市町村の評価結果について、評価項目毎の得点獲得状況についても公表。【上記⑥】

(参考1) 介護保険制度の見直しに関する意見 (保険者機能強化推進交付金等関係の記述)

令和4年12月20日
社会保障審議会
介護保険部会取りまとめ

(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 及び 介護保険保険者努力支援交付金 については、平成 30 年度（介護保険保険者努力支援交付金については令和 2 年度）に創設され、制度創設から 5 年目を迎えているところであるが、2 つの交付金の役割分担が不明確であること、評価指標と高齢者の自立支援や重度化防止、介護給付費の適正化などの成果との関連が必ずしも明確になっていないことなどの課題がある。このため、保険者機能強化に向けたより実効性の高い仕組みとする観点から、次のような見直しを行うべきである。
- 保険者機能強化推進交付金等の実効性をより高めていくため、
 - ・ 保険者機能強化推進交付金については、介護保険事業計画の進捗管理や介護給付費の適正化に関する取組など、地域包括ケアの構築に向けた基盤整備の推進を図るものとする一方、
 - ・ 介護保険保険者努力支援交付金については、介護予防・健康づくり等の地域包括ケアに関する取組の充実を図るもの、としてそれぞれ位置付け、評価指標についても、こうした位置付けに沿って見直すことが適当である。
その際、令和 4 年度予算執行調査結果等を踏まえ、評価を行う保険者の負担にも配慮し、評価指標については、可能な限り縮減することが適当である。
- 現在のプロセス等に関する評価指標については、平均要介護度の変化率等のアウトカム指標との関連性が不明瞭であることから、これらとアウトカム指標との関連性をより明確にするため、アウトプットや中間アウトカムに関する評価指標の充実を図ることが重要である。
- 評価結果については、現在、一定の評価テーマごとの得点獲得状況を厚生労働省HPにて公表しているが、地域において評価結果を共有し、当該評価結果も踏まえた保険者等の更なる取組を促す観点から、得点のみで保険者等における取組の全てを評価すべきでないことにも留意しつつ、個別の評価項目ごとの得点獲得状況について公表することが適当である。

(参考2) 秋の行政事業レビュー2022 取りまとめの主な内容

- 要介護度の改善や介護給付の適正化の観点から、事業目的の達成に結びつくインセンティブ付けとして機能する指標を中心に整理するとともに、点数づけを工夫すべき。
- 事業目的との関連性が低いと思われる指標やプロセス指標にとどまる指標、得点率が高く、多くの自治体が達成済みの指標は、見直しを検討すべき。
- 将来的に、数年間、中核的な指標を固定し、自治体が当該指標の下で評価向上に向け、しっかりと対策をとり、成果が出せるような仕組みとすることを検討すべき。
- 最終目標アウトカムにつながる中間目標である、初期・短期アウトカムまたはアウトプットにつき、定量的指標を用いて設定することを検討すべき。
- 事業の効果や目的の達成度合いなどを調査し、定量的な分析を行うことも検討すべき。関連して、各自治体の個別項目の得点状況の公開や、上位自治体の認定、評価指標の得点獲得状況などの地域包括ケア「見える化システム」との連携を検討すべき。
- 本事業の2つの交付金について、例えば、要介護度の改善や介護給付の適正化の観点から、目的・アウトカムや効果の再整理を行い、重複を排除することなどを検討すべき。
- 交付金の執行について検証するとともに、配分に際し、事業目的に照らして効果が高い取組に重点化すること。そのために、効果の高い取組を分析・特定し、リスト化して自治体に提供し、取組を促すことを検討すべき。

秋の行政事業レビュー2022 スケジュール

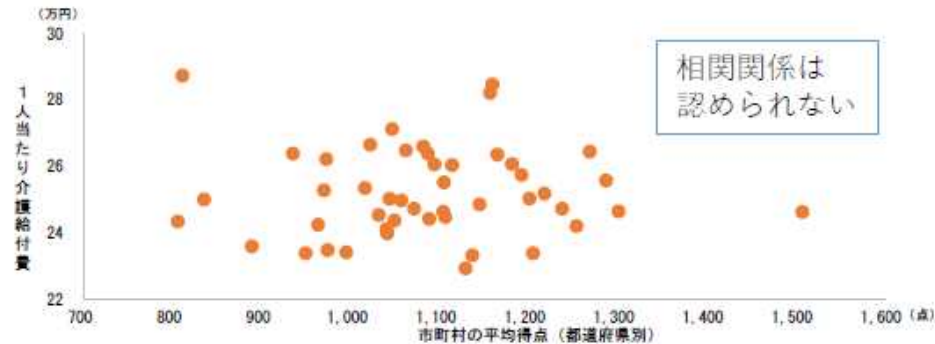
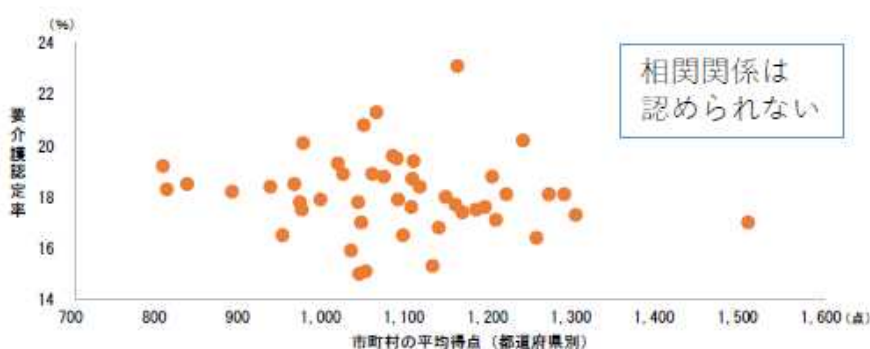
| 11月8日 火 | 11月9日 水 | 11月10日 木 |
|--|--|--|
| 国交省 10:00~10:45 「地域一体となった観光地の再生・観光サービスの高付加価値化事業等」 | 文部省 10:00~10:45 「学校を核とした地域力強化プラン」 | 防衛省 10:00~10:45 「能力構築支援事業」 |
| 農水省 11:00~11:45 「担い手への農地の集積・集約（農地利用最適化交付金等）」 | 厚労省 11:00~11:45 「保険者機能強化推進交付金等」 | 法務省 11:00~11:45 「保護観察の実施」 |
| 外務省 13:00~13:45 「世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）拠出金」 | 理産省 13:00~13:45 「熱中症対策推進事業」 | 経済産業省 13:00~14:00 「基金」 担い手経営支援支援基金（農林水産省） 中小企業等事業再構築促進基金（経済産業省） |
| 経産省 14:00~14:45 「中小企業生産性革命推進事業」 | 財務省 14:00~14:45 「大型X線検査装置整備等経費」 | 厚生労働省 14:15~15:45 「今後の行政事業レビューの改善について」 |
| | 総務省 15:00~15:45 「放送コンテンツによる地域情報発信力強化事業」 | |
|  1日目 |  2日目 |  3日目 |

(参考3) インセンティブ交付金のあり方の見直し<予算執行調査>

令和4年11月7日
財政制度分科会資料
(抜粋)

- インセンティブ交付金（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）は、高齢者の自立支援・重度化防止に向けた保険者の取組を推進するものであるが、現状はアウトカム指標の割合が小さいため、評価指標と要介護認定率の改善等の成果が結び付いているとは言い難い。
- さらに、現行の2つの交付金は、同じ評価指標に基づき配点を行っているため、役割が重複している。
- 2つの交付金の間での重複を排除するとともに、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で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。
- あわせて、評価の透明性を確保するため、各自治体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。

◆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人当たりの給付月額とは、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、令和元年度末の1人当たり給付月額。
(出所) 財務省・予算執行調査（令和4年7月公表）

◆評価指標の項目数と配点（令和4年度・令和5年度、市町村分）

| | 令和4年度 | | 令和5年度 | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 推進交付金 | 支援交付金 | 推進交付金 | 支援交付金 |
| 項目数 | 224 | 97 | 227 | 95 |
| うちアウトカム指標 | 6 (2.7%) | 6 (6.2%) | 8 (3.5%) | 8 (8.4%) |
| 配点 | 1,375 | 730 | 1,355 | 830 |
| うちアウトカム指標 | 180 (13.1%) | 180 (24.7%) | 300 (22.1%) | 300 (36.1%) |

(注) 括弧内は全体に占めるアウトカム指標の割合。

◆評価指標の例（令和5年度、市町村分）

- 介護給付の適正化事業の主要5事業のうち、いくつ実施しているか。
(←「実施」の基準を明確化すべき)
- 在宅医療・介護連携を推進するため、多職種を対象とした研修会を開催している。
(←定量的な目標を設定すべき)
- 管内の介護事業所に対し、事故報告に関する支援を行っているか。
(←行政による指導等で対応すべき)

給付適正化・地域差分析（介護保険部会意見書より抜粋）

介護保険制度の見直しに関する意見
（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

（給付適正化・地域差分析）

- **介護給付費の地域差改善と給付適正化は、相互に関係し合うものであり、一体として進めていくことが重要**である。
- 地域差分析の取組を推進する観点から、国として、地域包括ケア「見える化」システムの更なる機能改善を行うことが必要である。
- **給付適正化の取組を推進する観点から、介護給付適正化主要5事業について、保険者の事務負担の軽減を図りつつ効果的・効率的に事業を実施するため、新たな取組を含めた事業の重点化・内容の充実・見える化を行うことが重要**である。その際、**都道府県ごとに不合理な地域差の改善や給付適正化に向けて管内保険者と議論を行う場で議論を行うこととし、保険者を支援することが必要**である。
- 前回の調整交付金の見直しの際に導入された、保険者に一定の取組を求める措置について、自治体によって地域資源、体制等地域の実情が異なることや本来の調整交付金の調整機能に留意しつつ、引き続き一定の取組を求めることが必要である。

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

| | H28実績 | H29実績 | H30実績 | R元実績 | R2実績 |
|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 介護給付適正化主要5事業 | 99.7% | 99.8% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| 要介護認定の適正化 | 91.4% | 91.6% | 94.1% | 94.2% | 94.8% |
| ケアプランの点検 | 67.1% (3.5億円) | 71.9% (2.6億円) | 80.7% (0.6億円) | 84.7% (1.2億円) | 85.9% (0.8億円) |
| 住宅改修の点検 福祉用具購入・貸与調査 | 78.2% (0.1億円) | 81.5% (0.1億円) | 79.2% (0.1億円) | 81.1% (0.1億円) | 82.5% (0.1億円) |
| 医療情報との突合・縦覧点検 | 91.7% (10.5億円) | 94.7% (9.8億円) | 97.5% (10.8億円) | 98.0% (13.1億円) | 99.0% (11.9億円) |
| 介護給付費通知 | 74.2% (0.01億円) | 75.1% (0.01億円) | 78.7% (0.02億円) | 79.4% (0.01億円) | 81.3% (0.01億円) |

【出典】「介護給付適正化実施状況調査」

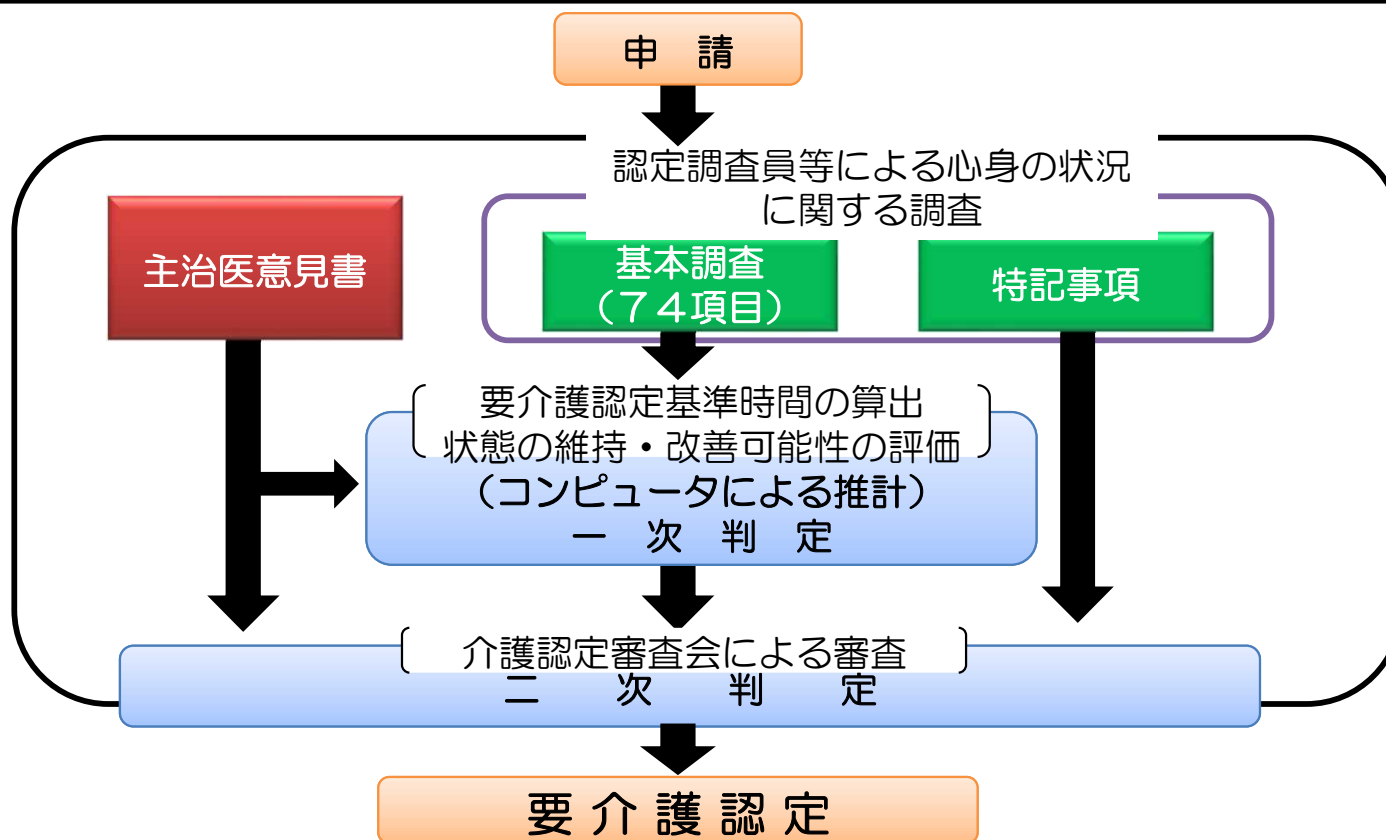
1. 「介護給付適正化事業」の各年度の実施率は5事業のうち、いずれかを実施している保険者の割合である。
2. 平成29年度は、埼玉県については未提出のため、埼玉県以外で集計した数値である。
3. ()は、適正化事業実施による金額的效果（ケアプラン点検のような質の向上、給付費通知のような事業者への牽制効果などを目的として実施する事業の波及効果は含まれない。）

参考：認定審査のプロセス

要介護認定の仕組み

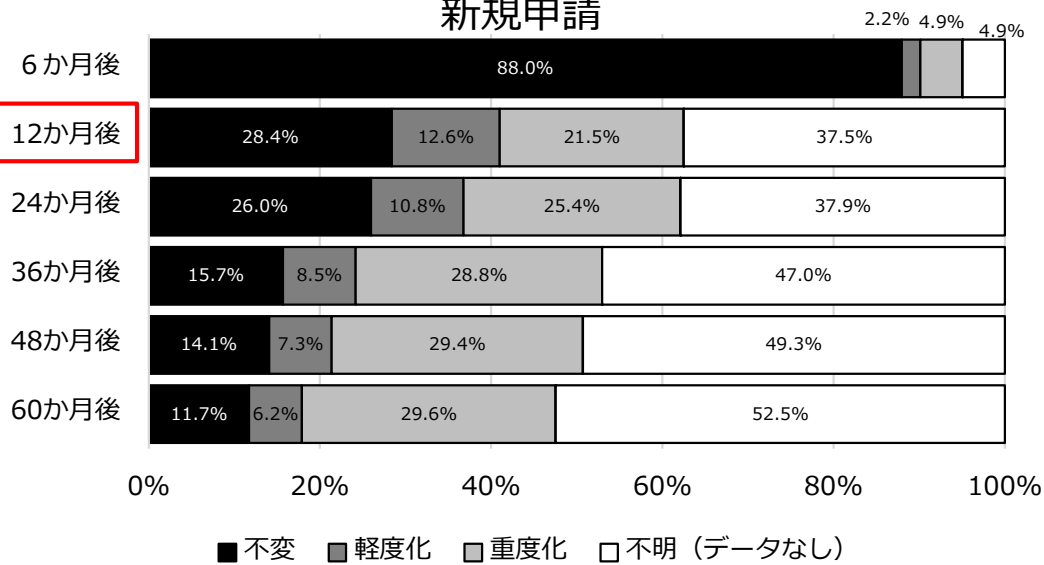
○ 要介護認定(要支援認定を含む。)は、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組みであり、一次判定及び二次判定の結果に基づき、市町村が申請者について要介護認定を行う。

- 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。

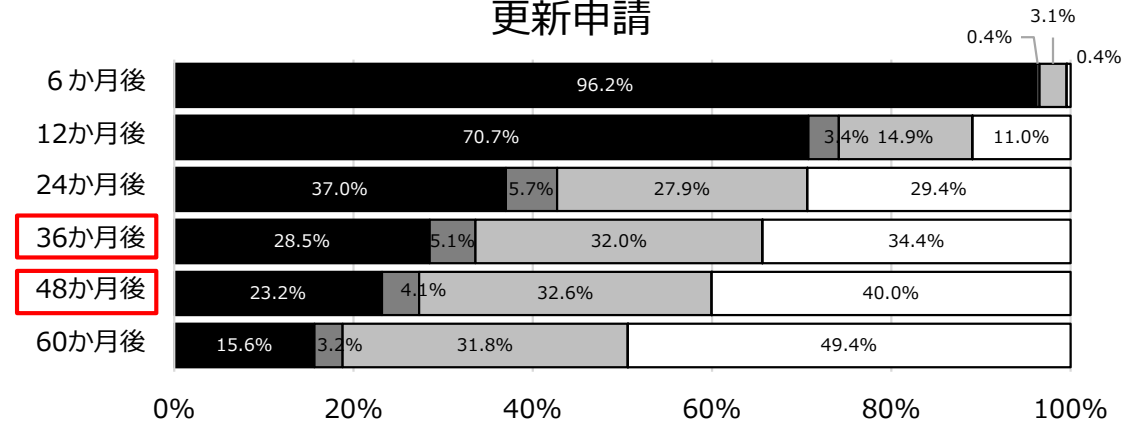


認定後の要介護度の推移

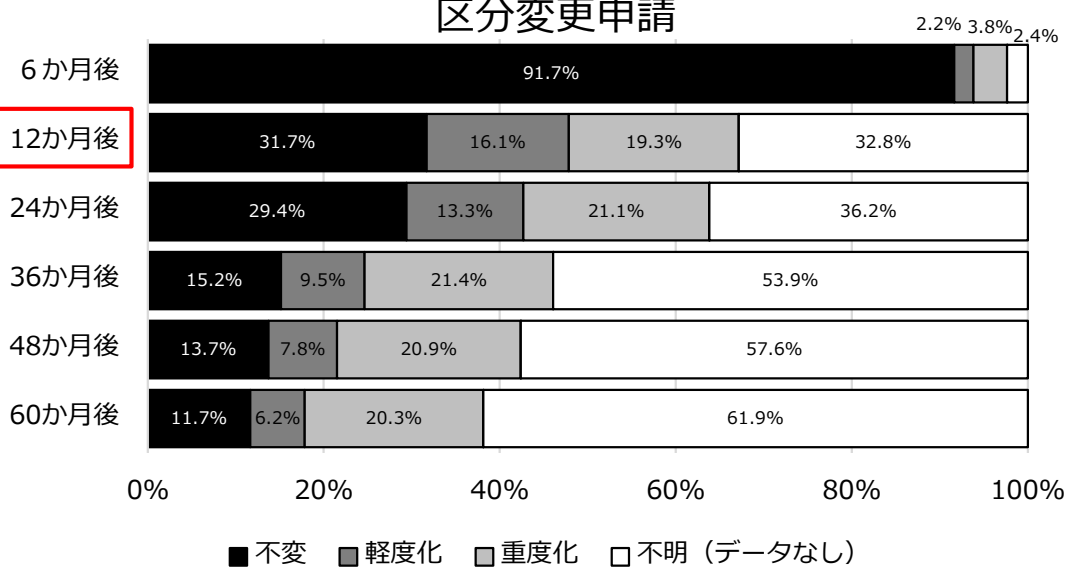
新規申請



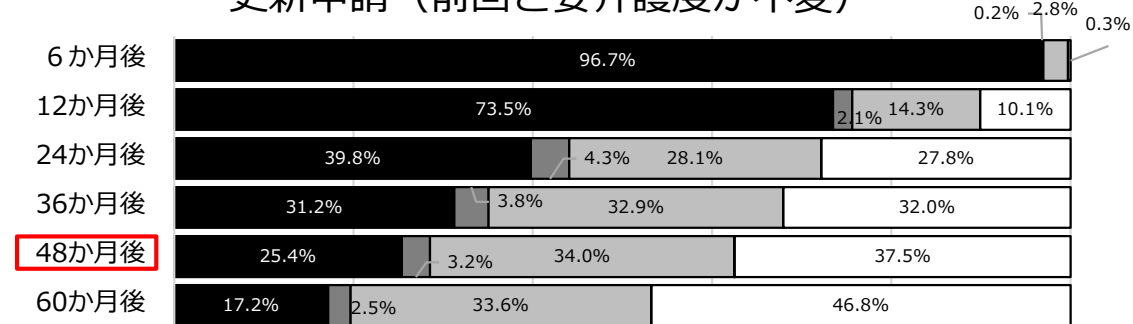
更新申請



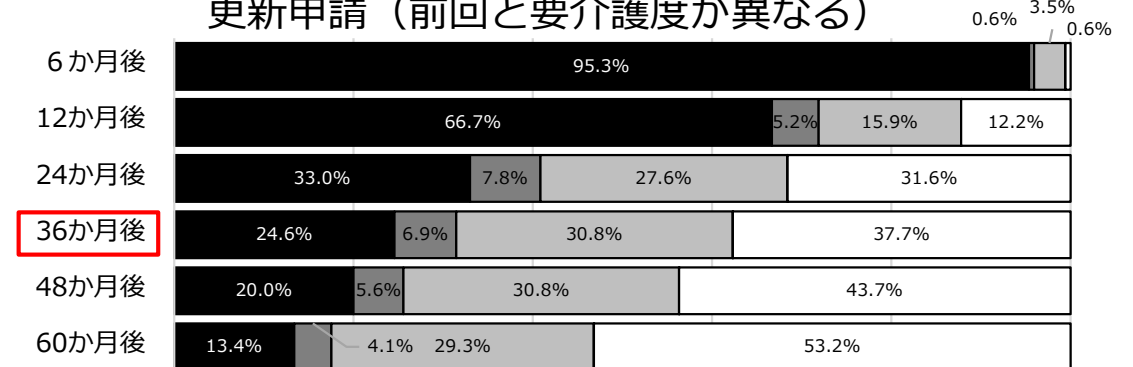
区分変更申請



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（介護保険部会意見書より抜粋）

介護保険制度の見直しに関する意見
(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会)

（要介護認定）

- 要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）を受けている高齢者は、平成12年度以降増加傾向にあり、令和3年4月時点で約684万人となっている。これまで、保険者の業務簡素化の観点から、有効期間の拡大や審査の簡素化等の見直しを行ってきたが、令和3年度上半期においても、申請から要介護認定までの平均期間は36.2日と依然として長くなっている。要介護認定の遅れは利用者にも事業者にも影響を与えるものであり、各保険者が要介護認定を速やかかつ適正に実施するために必要な方策について議論を行った。

（中略）

- 要介護認定までの期間を短縮するためには、各保険者における審査の簡素化・効率化の取組を一層推進することが重要である。
- このため、より多くの保険者が審査の簡素化に取り組むことができるよう、具体的にどのように審査を簡素化しているかの事例を収集・周知することが適当である。また、ICTやAIの活用に向けた検討を進めていくことが重要である。
- 加えて、現在、新型コロナの感染状況を踏まえ、認定審査会について、ICTを活用して実施できることとしているが、本取扱いについて、業務効率化の観点から、新型コロナの感染状況を問わず、継続することが適当である。

要介護認定制度の見直し（介護認定審査会の簡素化と実施割合）

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。

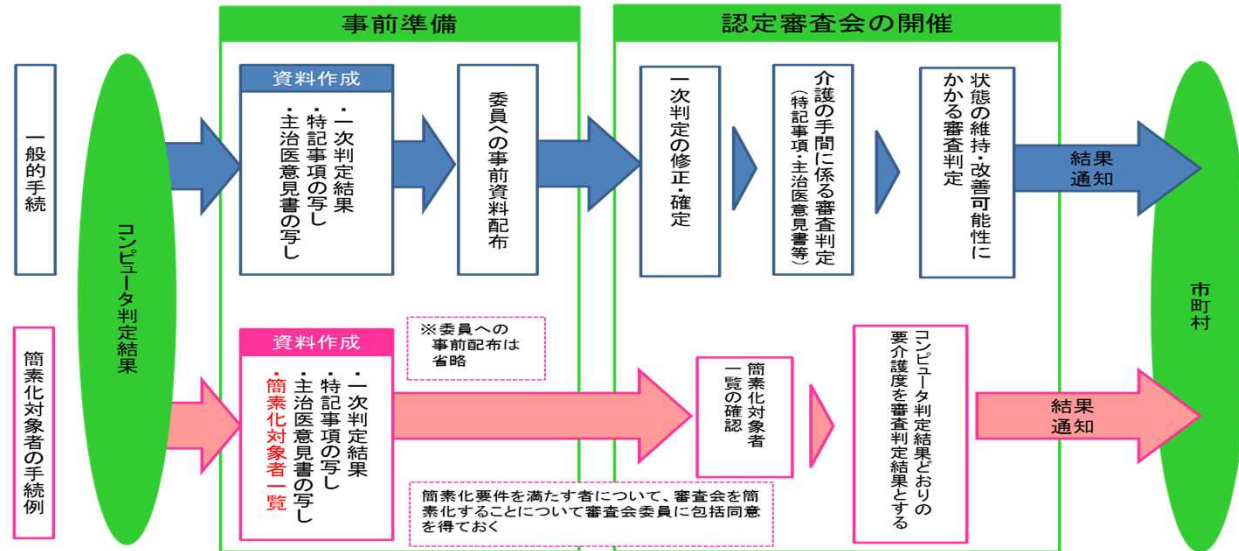
【条件①】第1号被保険者である 【条件②】更新申請である 【条件③】コンピュータ判定結果の要介護度が、前回認定結果の要介護度と一致している

【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

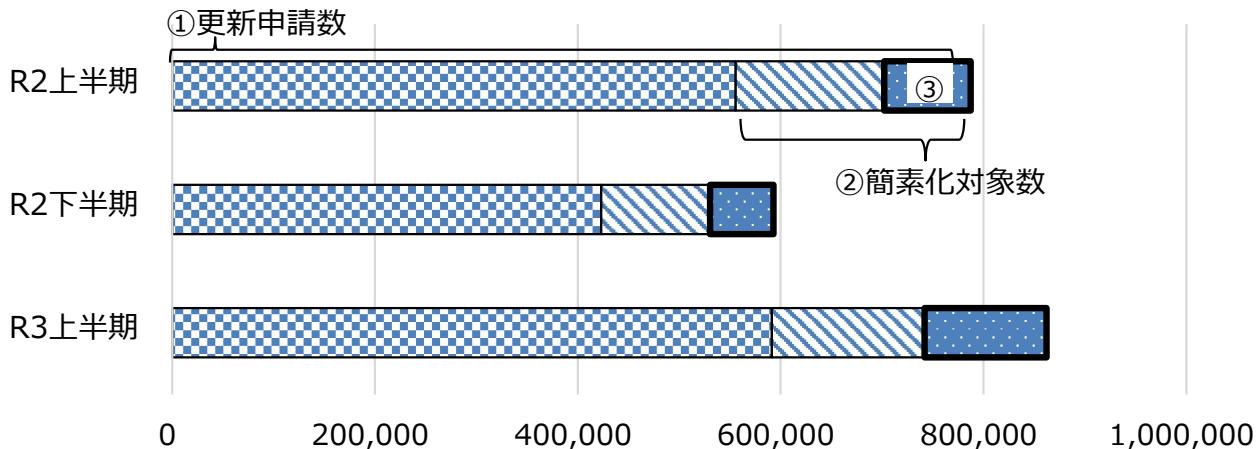
【条件⑥】コンピュータ判定結果の要介護認定等基準時間が「一段階重い要介護度に達するまで3分以内（重度化キワ3分以内）」ではない

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。

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

(件)

※ 介護総合データベースより業務分析データとして作成

Ⅱ 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進等

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

外国人介護人材受入施設等環境整備事業について

※地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）のメニュー

令和5年度予算額 地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）137億円の内数

補助率：2/3
実施主体：都道府県

【事業目的】

- 外国人介護人材の受入を検討するにあたりコミュニケーションや文化・風習への配慮等に不安がある、また、外国人介護人材に学習支援や生活支援ができる体制が不十分であるといった実態が介護施設等においてみられる。
- こうした実態を踏まえ、本事業では、介護施設等の不安を和らげるとともに外国人介護人材が介護現場で円滑に就労・定着できるようにするため、介護施設等において外国人介護人材を受け入れるための環境整備等にかかる費用の一部を助成する。

コミュニケーション支援

日本人職員、外国人介護職員、介護サービス利用者等の相互間のコミュニケーション支援に資する取組

- 介護業務に必要な多言語翻訳機の導入にかかる経費
- 多文化理解など外国人職員と円滑に働くための知識を習得するための講習会への参加等にかかる経費 など



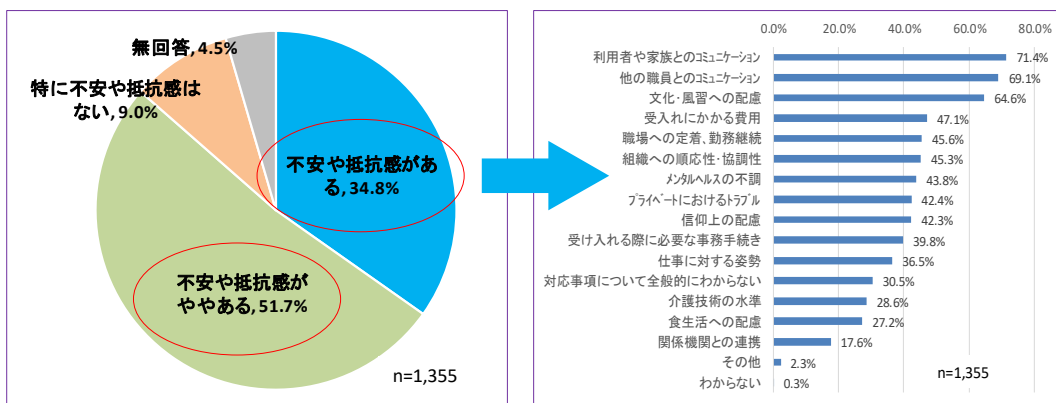
資格取得支援・生活支援

外国人介護人材の資格取得支援や生活支援の体制強化に資する取組

- 介護福祉士資格取得を目指す外国人介護職員に対する学習支援にかかる経費
- 外国人介護職員の生活支援、メンタルヘルスケアにかかる経費 など



外国人介護職員を受け入れることへの不安や抵抗感<外国人介護職員を受け入れたことがない施設>



(出典)三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「外国人介護人材の受入れに関するアンケート調査」(平成30年10月1日時点調査)
(平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

教員の質の向上支援

介護福祉士養成施設における留学生への教育・指導の質の向上に資する取組

- 留学生に適切な教育・指導を行うための教員の質の向上に資する研修等にかかる経費 など



外国人介護人材研修支援事業

令和5年度予算額 地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）137億円の内数 ※令和4年度までは生活困窮者就労準備支援事業費等補助金で実施

1 事業の目的

本事業は、介護職種における技能実習生及び介護分野における1号特定技能外国人の介護技能を向上するための集合研修等を実施することにより、当該外国人介護人材が日本国内の介護現場において円滑に就労・定着できるようにすることを目的とする。

2 事業の概要・スキーム

○集合研修の実施等

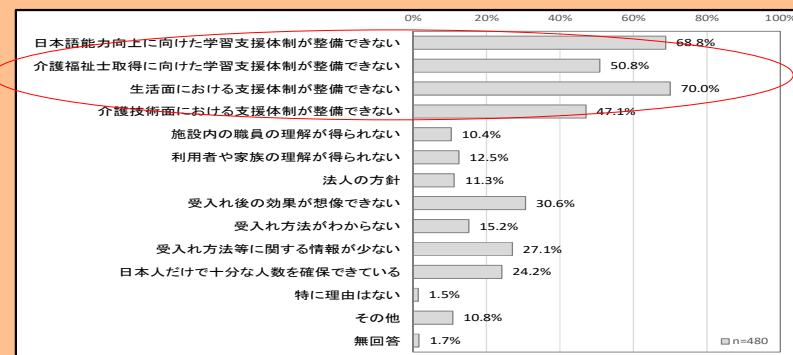
- ▶ 都道府県が、技能実習生や1号特定技能外国人を対象に集合研修を実施。
※なお、技能実習生や1号特定技能外国人の受入状況や就労場所の地理的要因など各地域の実情に応じて、集合研修以外（派遣講師による巡回訪問等）の方法で研修を実施することも可能
⇒ 新型コロナウイルス感染症対策等として、「オンライン研修」の実施も可能。
- ▶ 研修内容は、研修対象者が介護現場で円滑に就労・定着できるようにする観点から必要と考える内容とする。
例えば、「介護の基本」「コミュニケーション技術」「移動、食事、衣服の着脱、排泄及び入浴の介護」「文化の理解」「介護の日本語」「認知症の理解」などが考えられるが、実施主体のそれぞれの実情に応じて検討できる。
なお、研修は座学のみならず演習を取り入れること。

- ▶ また、必要に応じて、技能実習生や1号特定技能外国人を対象に研修を行う研修講師の養成や、当該外国人介護人材を雇用する介護施設等で技術指導等を行う職員を対象にした研修を実施することができる。 など



補助率 : 2/3
実施主体 : 都道府県

▶ 外国人介護職員を受け入れない理由として受入れ側の支援体制が不十分である点が挙げられている

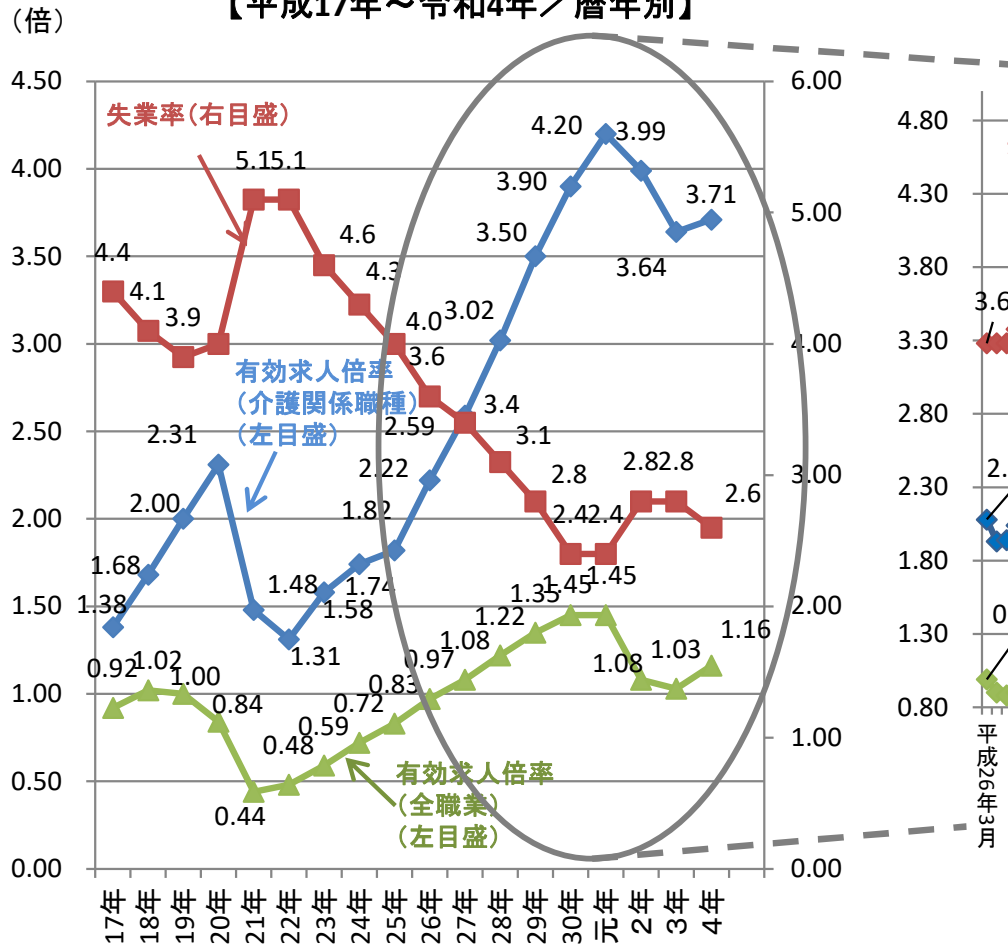


(出典)三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「外国人介護人材の受入れに関するアンケート調査」(平成30年10月1日時点調査)
(平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

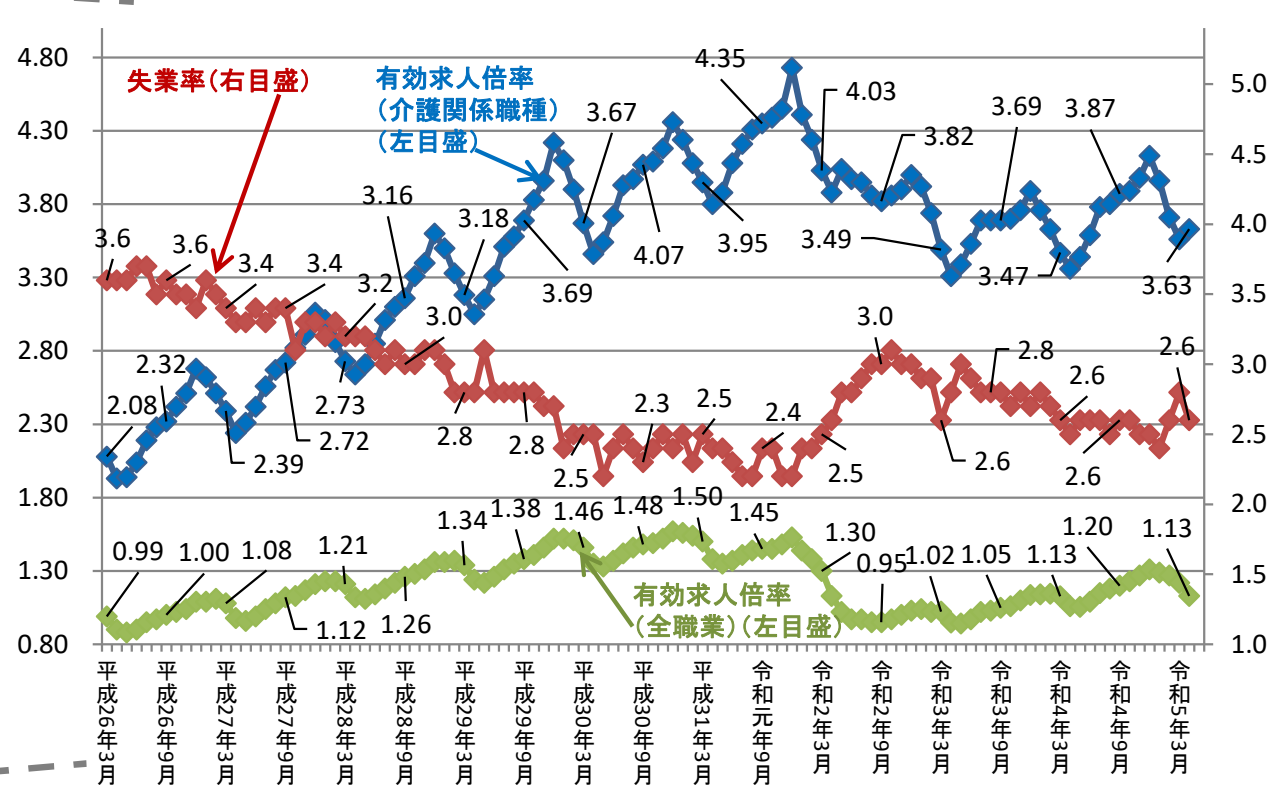
介護分野における人材確保の状況と労働市場の動向 ～有効求人倍率と失業率の動向～

○ 介護関係職種の有効求人倍率は、依然として高い水準にあり、全職業より高い水準で推移している。

有効求人倍率(介護関係職種)と失業率
【平成17年～令和4年／暦年別】



有効求人倍率(介護関係職種)(原数値)と失業率(季節調整値)
【平成26年3月～令和5年4月／月別】



注)平成23年度の失業率は東日本大震災の影響により、岩手県、宮城県及び福島県において調査の実施が困難な状況となっており、当該3県を除く結果となっている。

【出典】厚生労働省「職業安定業務統計」、総務省「労働力調査」

(※1)全職業及び介護関係職種の有効求人倍率はパートタイムを含む常用の原数値。

月別の失業率は季節調整値。

(※2)常用とは、雇用契約において、雇用期間の定めがない、又は4か月以上の雇用期間が定められているものをいう。

総合的な介護人材確保対策（主な取組）

介護職員の 処遇改善

- リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準を目指し、総額2000億円(年)を活用し、経験・技能のある介護職員に重点化した更なる処遇改善を2019年10月より実施
- 介護職員について、収入を3%程度(月額9,000円)引き上げるための措置を、2022年2月から実施
- ※ 令和3年度介護報酬改定では、介護職員の人材確保・処遇改善等にも配慮し、改定率を+0.70%とするとともに、更なる処遇改善について、介護職員間の配分ルールを柔軟化を実施。

多様な人材 の確保・育成

- 介護福祉士修学資金貸付、再就職準備金貸付による支援
- 中高年齢者等の介護未経験者に対する入門的研修の実施から、研修受講後の体験支援、マッチングまでを一体的に支援
- ボランティアポイントを活用した介護分野での就労的活動の推進
- 多様な人材層の参入促進、介護助手等の普及促進
- 他業種からの参入促進のため、キャリアコンサルティングや、介護・障害福祉分野の職業訓練枠の拡充のため、訓練に職場見学・職場体験を組み込むことを要件に、訓練委託費等の上乗せ、訓練修了者への返済免除付きの就職支援金の貸付を実施
- 福祉系高校に通う学生に対する返済免除付きの修学資金の貸付を実施
- 介護施設等における防災リーダーの養成

離職防止 定着促進 生産性向上

- 介護ロボット・ICT等テクノロジーの活用推進
- 介護施設・事業所内の保育施設の設置・運営の支援
- キャリアアップのための研修受講負担軽減や代替職員の確保支援
- 生産性向上ガイドラインの普及
- 悩み相談窓口の設置、若手職員の交流推進
- ウィズコロナに対応したオンライン研修の導入支援、介護助手としての就労や副業・兼業等の多様な働き方を実践するモデル事業の実施

介護職 の魅力向上

- 学生やその保護者、進路指導担当者等への介護の仕事の理解促進
- 民間事業者によるイベント、テレビ、SNSを活かした取組等を通じて全国に向けた発信を行い、介護の仕事の社会的評価の向上を図るとともに、各地域の就職相談のできる場所や活用できる支援施策等の周知を実施

外国人材の受入 れ環境整備

- 介護福祉士を目指す留学生等の支援(介護福祉士修学資金の貸付推進、日常生活面での相談支援等)
- 「特定技能」等外国人介護人材の受入環境整備(現地説明会等による日本の介護のPR、介護技能向上のための集合研修、介護の日本語学習支援、介護業務等の相談支援・巡回訪問の実施等)
- 特定技能の受入見込数を踏まえ、試験の合格者見込数を拡充するとともに、試験の開催国を拡充

社会福祉連携推進法人について

- 社会福祉連携推進法人は、①社員の社会福祉に係る業務の連携を推進し、②地域における良質かつ適切な福祉サービスを提供するとともに、③社会福祉法人の経営基盤の強化に資することを目的として、福祉サービス事業者間の連携方策の新たな選択肢として創設し、令和4年4月に施行。
 - 2以上の社会福祉法人等の法人が社員として参画し、その創意工夫による多様な取組を通じて、地域福祉の充実、災害対応力の強化、福祉サービス事業に係る経営の効率化、人材の確保・育成等を推進。
- ⇒ 社会福祉連携推進法人の設立により、**同じ目的意識を持つ法人が個々の自主性を保ちながら連携し、規模の大きさを活かした法人運営が可能となる。**

社会福祉連携推進法人(一般社団法人を認定)

理事会
(理事6名以上・監事2名以上)

- ※ 代表理事1名を選出
- ※ 理事及び監事の要件は、社会福祉法人と同水準

法人の業務を執行

社員総会
(法人運営に係る重要事項の議決機関)

- ※ 原則1社員1議決権
- ※ 議決権の過半数は、社会福祉法人である社員が持つ
- ※ 不当に差別的な取扱いをしないなど、一定の要件を満たす場合であって、社員間の合意に基づき、定款に定める場合は、異なる取扱いも可能

事業計画等への意見具申や事業の評価
(社員総会・理事会は意見を尊重)

**社会福祉連携推進
評議会**
(3名以上)

- ※ 社会福祉連携推進区域の福祉の状況の声を反映できる者を必ず入れる
- ※ 業務に応じて、福祉サービス利用者団体、経営者団体、学識有識者等から構成

【法人運営のポイント】

- **社会福祉連携推進区域**(業務の実施地域。実施地域の範囲に制約なし。)を定め、**社会福祉連携推進方針**(区域内の連携推進のための方針)を決定・公表
- **社会福祉連携推進業務**の実施(以下の6業務の中から全部又は一部を選択して実施)
- 上記以外の業務の実施は、社会福祉連携推進業務の実施に支障のない範囲で実施可(社会福祉事業や同様の事業は実施不可)
- 社員からの**会費、業務委託費等**による業務運営(業務を遂行するための寄附の受付も可)
- 社員である法人の業務に支障が無い範囲で、**職員の兼務や設備の兼用可**(業務を遂行するための財産の保有も可)

①地域福祉支援業務

- ・ 地域貢献事業の企画・立案
- ・ 地域ニーズ調査の実施
- ・ 事業実施に向けたノウハウ提供等

②災害時支援業務

- ・ 応急物資の備蓄・提供
- ・ 被災施設利用者の移送
- ・ 避難訓練
- ・ BCP策定支援等

③経営支援業務

- ・ 経営コンサルティング
- ・ 財務状況の分析・助言
- ・ 事務処理代行等
- ※ 介護職種に係る技能実習の監理団体は、経営支援業務として行う

④貸付業務

- ・ 社会福祉法人である社員に対する資金の貸付け
- ※ 貸付け毎に所轄庁の認定が必要
- ※ 貸付け原資の提供は、原資提供社員(社会福祉法人)の直近3カ年度の本部拠点の事業活動計算書における当期活動増減差額の平均額が上限
- ※ 貸付け原資は、社会福祉充実財産の控除対象財産とはならない

⑤人材確保等業務

- ・ 採用・募集の共同実施
- ・ 人事交流の調整
- ・ 研修の共同実施
- ・ 現場実習等の調整等

⑥物資等供給業務

- ・ 紙おむつやマスク等の物資の一括調達
- ・ 給食の供給等

会費等を支払い、社員として参画、社員総会において議決権を行使

社会福祉連携推進業務等を通じた便益を享受

【社員として参画できる法人の範囲】

※ 2以上の法人が参画し、参画する社員の過半数は社会福祉法人であることが必要

社会福祉法人

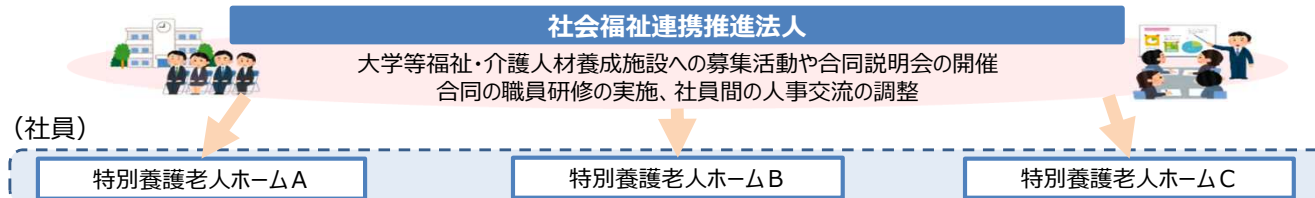
社会福祉事業を
経営する法人

社会福祉を目的
とする公益事業を
経営する法人

社会福祉事業等に従事
する者の養成機関を
経営する法人

※ 各法人は、複数の社会福祉連携推進法人に参画することが可能

【社会福祉連携推進法人のイメージ(介護施設における人材確保に活用する場合)】



⇒ 学生等への訴求力の向上、福祉・介護人材の資質向上、採用・研修コストの縮減が期待

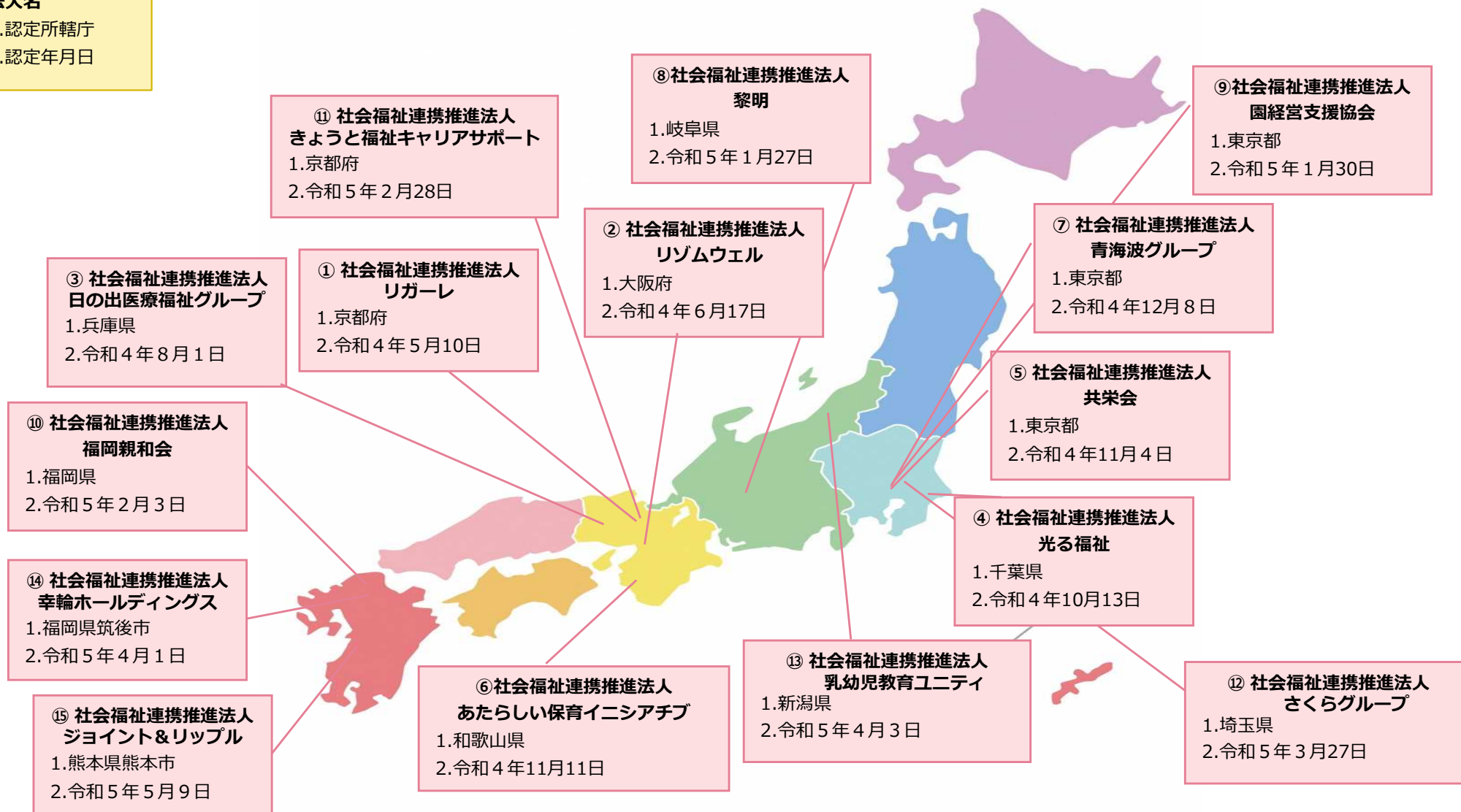
所轄庁(都道府県知事、市長(区長)、指定都市の長、厚生労働大臣のいずれか)
認定・指導監督

社会福祉連携推進法人の設立状況について

令和5年5月9日現在、認定があった社会福祉連携推進法人は15法人。

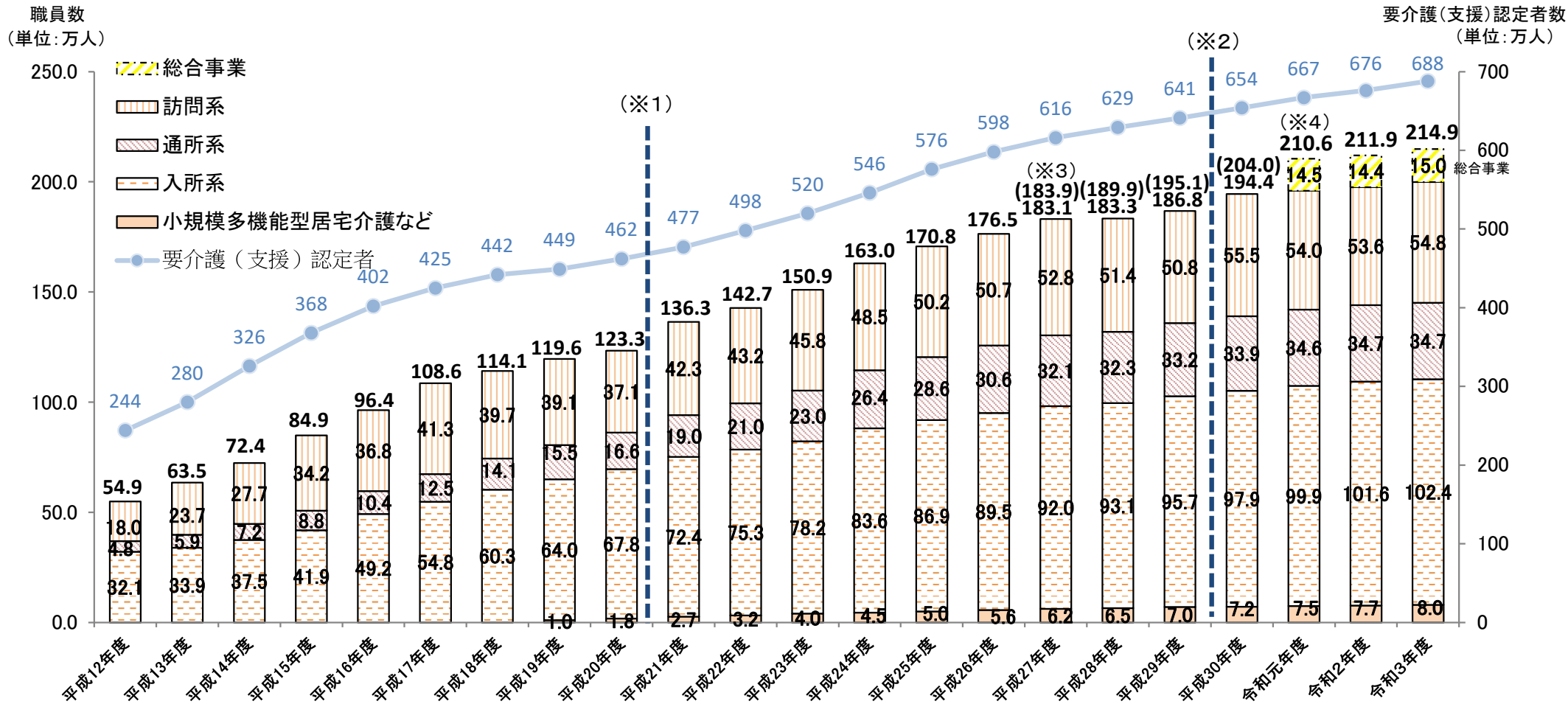
法人名

1. 認定所轄庁
2. 認定年月日



介護職員数の推移

○ 本表における介護職員数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する職員数。



注1) 介護職員数は、常勤、非常勤を含めた実人員数。(各年度の10月1日現在)

注2) 調査方法の変更に伴い、推計値の算出方法に以下のとおり変動が生じている。

【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(介護職員数)、「介護保険事業状況報告」(要介護(要支援)認定者数)

平成12～20年度 「介護サービス施設・事業所調査」(介サ調査)は全数調査を実施しており、各年度は当該調査による数値を記載。

平成21～29年度 介サ調査は、全数の回収が困難となり、回収された調査票のみの集計となったことから、社会・援護局において全数を推計し、各年度は当該数値を記載。(※1)

平成30年度～ 介サ調査は、回収率に基づき全数を推計する方式に変更。(※2)

注3) 介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)の取扱い

平成27～30年度 総合事業(従前の介護予防訪問介護・通所介護に相当するサービス)に従事する介護職員は、介サ調査の対象ではなかったため、社会・援護局で推計し、これらを加えた数値を各年度の()内に示している。(※3)

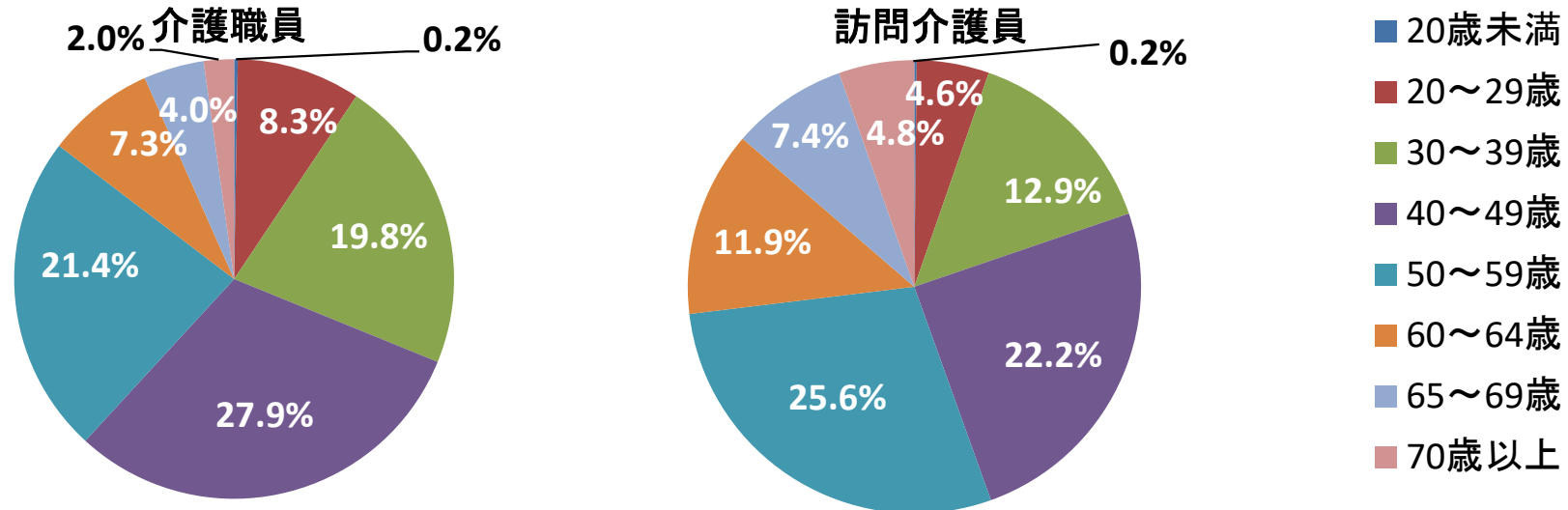
令和元年度～ 総合事業も介サ調査の調査対象となったため、総合事業に従事する介護職員(従前の介護予防訪問介護・通所介護相当のサービスを本体と一体的に実施している事業所に限る)が含まれている。(※4)

介護職員の現状② 介護職員の年齢構成

- 介護職員の年齢構成は、介護職員(施設等)については30～59歳、訪問介護員については40～59歳が主流となっている。
- 男女別に見ると、介護職員(施設等)、訪問介護員いずれも女性の比率が高く、男性については30～49歳が主流であるが、女性については40歳以上の割合が高くなっている。

年齢構成(性別・職種別)

| | 20歳未満 | 20～29歳 | 30～39歳 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70歳以上 |
|------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 介護職員(施設等) | 0.2% | 8.3% | 19.8% | 27.9% | 21.4% | 7.3% | 4.0% | 2.0% |
| 男性 (23.3%) | 0.2% | 12.9% | 32.0% | 32.0% | 12.4% | 4.7% | 2.2% | 1.6% |
| 女性 (68.4%) | 0.3% | 7.7% | 18.0% | 29.7% | 26.9% | 8.9% | 5.1% | 2.3% |
| 訪問介護員 | 0.2% | 4.6% | 12.9% | 22.2% | 25.6% | 11.9% | 7.4% | 4.8% |
| 男性 (12.6%) | 0.5% | 8.5% | 30.5% | 26.9% | 17.9% | 5.1% | 4.9% | 2.6% |
| 女性 (77.7%) | 0.1% | 4.6% | 11.6% | 23.9% | 29.8% | 14.2% | 8.6% | 5.7% |



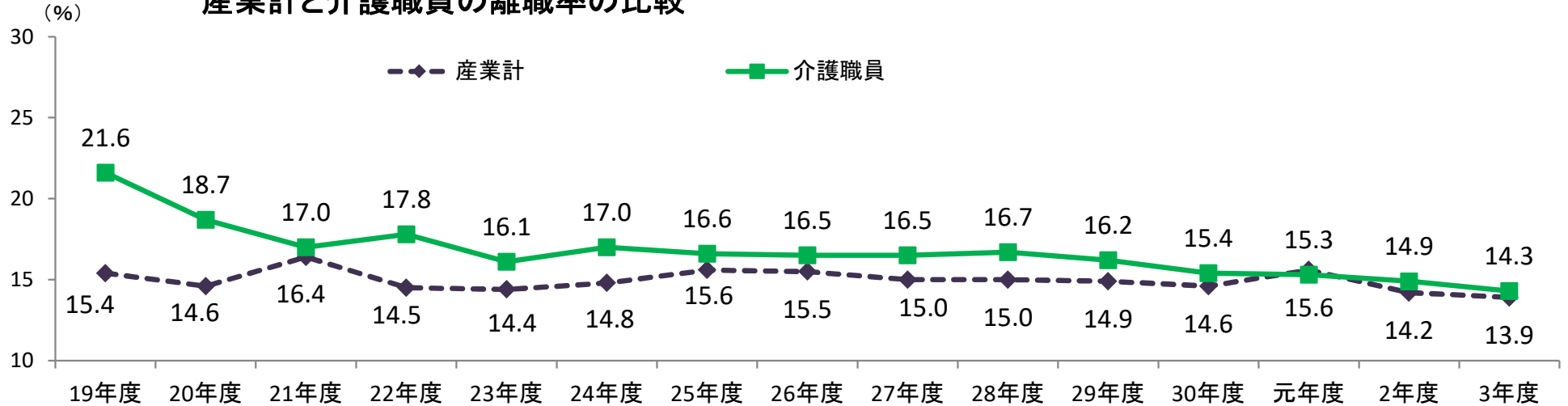
注) 調査において無回答のものがあるため、合計しても100%とはならない。

【出典】令和3年度介護労働実態調査 ((財)介護労働安定センター) 結果より、社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室において集計。

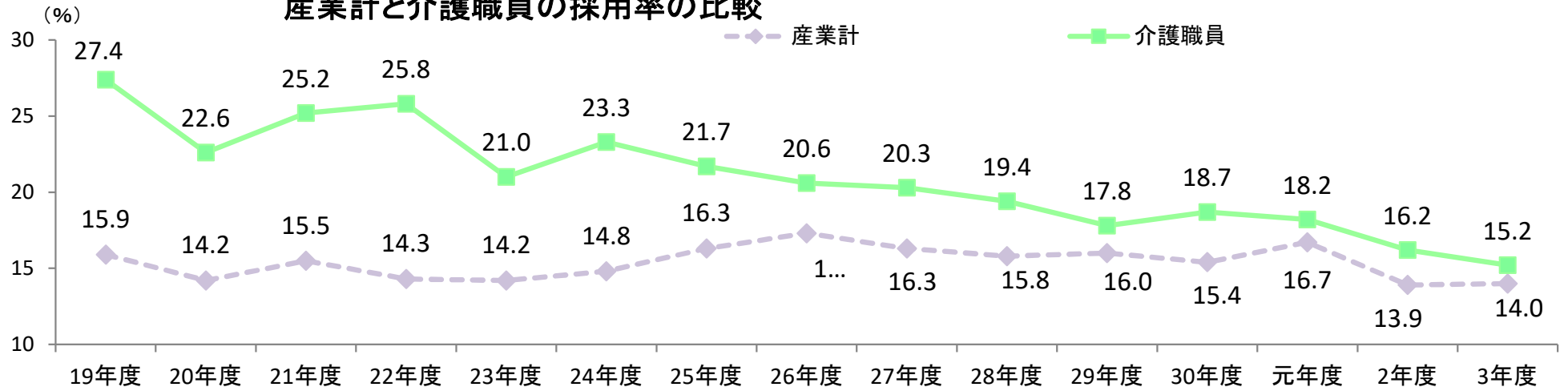
離職率・採用率の状況

○ 介護職員の離職率は低下傾向にある。

産業計と介護職員の離職率の比較



産業計と介護職員の採用率の比較



注) 離職(採用)率=1年間の離職(入職)者数÷労働者数

【出典】産業計の離職(採用)率:厚生労働省「令和3年雇用動向調査」、介護職員の離職(入職)率:(財)介護労働安定センター「令和3年度介護労働実態調査」

ケアマネジメントの質の向上（介護保険部会意見書より抜粋）

介護保険制度の見直しに関する意見
(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会)

(ケアマネジメントの質の向上)

- ケアマネジメントに求められる役割、ICTやデータの利活用に係る環境変化等を踏まえ、**ケアマネジメントの質の向上及び人材確保の観点から、第9期介護保険事業計画期間を通じて、包括的な方策を検討する必要がある。**
- その際には、**法定研修のカリキュラムの見直しを見据えた適切なケアマネジメント手法の更なる普及・定着を図るとともに、オンライン化の推進など研修を受講しやすい環境を整備していくことが重要である。**さらに、法定外研修やOJT等によるケアマネジャーの専門性の向上を図ることが重要であり、国としても周知を図っていく必要がある。加えて、各都道府県における主任ケアマネジャー研修の受講要件等の設定状況を踏まえ、質の高い主任ケアマネジャー養成を推進するための環境整備を行うことが必要である。
また、介護サービス全体として、科学的介護が推進されているところ、ケアマネジメントについてもケアプラン情報の利活用を通じて質の向上を図っていくことが重要である。
- ICTの活用状況などを踏まえて更なる業務効率化に向けた検討を進めていくことが重要である。ケアプランの作成におけるAIの活用についても、実用化に向けて引き続き研究を進めることが必要である。
- 公正中立性の確保も含めケアマネジメントの質を向上させていくためには、ケアマネジャーが十分に力を発揮できる環境を整備していくことが重要であり、上記の業務効率化等の取組も含め、働く環境の改善等を進めていくことが重要である。
- また、現在マイナンバー制度を活用した「国家資格等情報連携・活用システム（仮称）」の構築について検討が行われているところであり、ケアマネジャーに関する資格管理手続の簡素化等に向けて、こうしたシステムが活用できるような環境整備が必要である。

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ば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が見込まれるため、**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 | |

ハラスメント対策の強化

概要

【全サービス★】

- 介護サービス事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、全ての介護サービス事業者に、男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策を求めることとする。【省令改正】

基準

- 運営基準（省令）において、以下を規定（※訪問介護の例）
「指定訪問介護事業者は、適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。」

※併せて、留意事項通知において、カスタマーハラスメント防止のための方針の明確化等の必要な措置を講じることも推奨する。

（参考）ハラスメント対策に関する事業主への義務付けの状況

- ・ 職場におけるセクシュアルハラスメントについては男女雇用機会均等法において、職場におけるパワーハラスメントについては労働施策総合推進法において、事業主に対して、事業主の方針等の明確化や相談体制の整備等の雇用管理上の措置を講じることを義務付けている。（パワーハラスメントの義務付けについて、大企業は令和2年6月1日、中小企業は令和4年4月1日から施行（それまでは努力義務））
- ・ 職場関係者以外のサービス利用者等からのハラスメントに関しては、
 - ① セクシュアルハラスメントについては、指針において、男女雇用機会均等法（昭和47年法律第113号）において事業主に対して義務付けている雇用管理上の措置義務の対象に含まれることが明確化された（令和2年6月1日より）。
 - ② パワーハラスメントについては、法律による事業主の雇用管理上の措置義務の対象ではないものの、指針において、事業主が雇用管理上行うことが「望ましい取組」として防止対策を記載している（令和2年6月1日より）。

※職場におけるセクシュアルハラスメント

= 職場において行われる性的な言動に対する労働者の対応により当該労働者がその労働条件につき不利益を受けるもの又は当該性的な言動により労働者の就業環境が害されるもの。

※職場におけるパワーハラスメント

= 職場において行われる i 優越的な関係を背景とした言動であって、ii 業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、iii 労働者の就業環境が害されるものであり、i から iii までの要素を全て満たすもの。

- 今後、高齢化のさらなる進展、現役世代の急速な減少が生じる中、介護人材を安定的に確保・維持していくことが求められている。
- そのためには、誰もが安心して活躍できる就業環境を整備することが大変重要となるが、介護現場では利用者や家族等による介護職員へのハラスメントが数多く発生しており、介護職員の離職等を招いている。
- このため、調査研究事業を活用し、平成30年度はマニュアルを作成し、令和元年度は自治体や介護事業者が活用可能な研修・相談支援の手引きを作成した。令和2年度には、マニュアルや手引きの解説への理解を深めるため、事例から学べる対策等を整理した事例集を作成したところ。
- マニュアルで示した対策や研修など介護事業所における利用者等からのハラスメント対策を推進するため、実態調査、各種研修、ヘルパー補助者の同行など、総合的なハラスメント対策を講じて介護職員の離職を防止するための経費に対して助成する。

【事業内容】

ハラスメント対策を講じるために要する以下の費用

□ **ハラスメント実態調査**

- 対策の実施を検討するために都道府県等が行う管内の実態調査

□ **各種研修**

- 都道府県等、又は事業者が行うハラスメント研修
- 都道府県等が行うヘルパー補助者（上述）のための研修

□ **リーフレットの作成**

- 利用者に配布するハラスメント防止のためのリーフレット作成費

□ **弁護士相談費用**

- ハラスメント防止条項を重要事項説明書へ入れるなど法律の専門家に相談する費用

□ **ヘルパー補助者同行事業**

- ヘルパー補助者として同行する者（有償ボランティア等を想定）への謝金
 ※ 補助者については、ハラスメント対策を含む最低限の介護知識を得る必要があるため、研修受講（県その他の団体による実施）を要件とするとともに、事業所等への登録制とする。

□ **その他**

- ハラスメント対策の為に行う事業で都道府県が認めるもの 等



介護現場における生産性向上(業務改善)の捉え方と生産性向上ガイドライン

一般的な生産性向上の捉え方

- 業務のやり方を工夫することで、現在の業務から「ムリ」「ムダ」「ムラ」をなくし、業務をより安全に、正確に、効率的に行い、負担を軽くすることが目的
- Output (成果) / Input (単位投入量) で表し、Process (過程) に着目

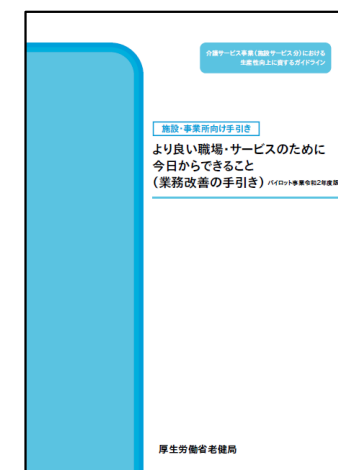


介護サービスにおける生産性向上の捉え方



【介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン】

<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei.html>



生産性向上に資するガイドラインの作成

- 事業所が生産性向上(業務改善)に取り組むための指針としてガイドラインを作成。
 - より良い職場・サービスのために今日からできること(自治体向け、施設・事業所向け)
 - 介護の価値向上につながる職場の作り方(居宅サービス分)
 - 介護サービスの質の向上に向けた業務改善の手引き(医療系サービス分)

より良い職場・サービスのために今日からできること（業務改善の手引き） （介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン）

① 職場環境の整備

取組前



取組後



② 業務の明確化と役割分担 (1) 業務全体の流れを再構築

介護職の業務が
明確化されて
いない



業務を明確化し、
適切な役割分担を
行いケアの質を向上



② 業務の明確化と役割分担 (2) テクノロジーの活用

職員の心理的
負担が大きい



職員の心理的
負担を軽減



③ 手順書の作成

職員によって異なる
申し送り



申し送りを
標準化



④ 記録・報告様式の工夫

帳票に
何度も転記



タブレット端末や
スマートフォンによる
データ入力（音声入
力含む）とデータ共有

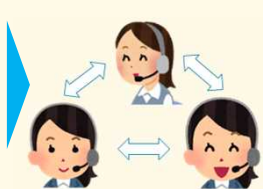


⑤ 情報共有の工夫

活動している
職員に対して
それぞれ指示



インカムを利用し
た
タイムリーな
情報共有



⑥ OJTの仕組みづくり

職員の教え方
に
ブレがある



教育内容と
指導方法を統一



⑦ 理念・行動指針の徹底

イレギュラーな
事態が起こると
職員が自身で
判断できない



組織の理念や行動
指針に基づいた
自律的な行動



人材育成等に取り組む介護事業者の認証評価制度について

（平成31年4月1日厚生労働省社会・援護局福祉基盤課長通知）

概要

- 「人材育成等に取り組む介護事業者の認証評価制度」は、職員の人材育成や就労環境等の改善につながる介護事業者の取組について、都道府県が基準に基づく評価を行い、一定の水準を満たした事業者に対して認証を付与する制度。（※介護事業者による参加表明、宣言による仕組みを導入する例もある。）
- 本制度は、地域医療介護総合確保基金における介護従事者の確保に関する事業に位置づけられており、認証評価制度の運営に要する経費を支援。

期待される効果

- 介護事業者の人材育成や人材確保に向けた取組の「見える化」を図ることにより、
 - ① 働きやすい環境の整備を進め、業界全体のレベルアップとボトムアップを推進
 - ② 介護職を志す方の参入や、介護職員の離職防止、定着を促進
- これにより、介護業界のイメージアップに繋がることを期待。

評価項目、認証基準の例

| | 評価項目例（一部抜粋） | 認証基準例（一部抜粋） |
|-------------|---|---|
| 労働環境・処遇の改善 | <ul style="list-style-type: none"> ・明確な給与体系の導入 ・休暇取得、育児介護との両立支援 ・業務省力化への取組 | <ul style="list-style-type: none"> ・給与支給基準、昇級基準等の策定、周知 ・有給計画的付与、産休育休中の代替職員確保、ハラスメント対策 ・ICT活用、介護ロボットやリフト等による腰痛対策 |
| 新規採用者の育成体制 | <ul style="list-style-type: none"> ・新規採用者育成計画の策定、研修の実施 ・OJT指導者、エルダー等へ研修実施 | <ul style="list-style-type: none"> ・新規採用者への育成手法、内容、目標が明確な計画策定 ・OJT指導者等の設置、職員への公表、研修の実施 |
| キャリアパスと人材育成 | <ul style="list-style-type: none"> ・キャリアパス制度の導入 ・資格取得に対する支援 | <ul style="list-style-type: none"> ・キャリアパスの策定、非正規から正規職員への登用ルール ・職員の能力評価、小規模事業者の共同採用・共同研修の実施 ・介護福祉士等資格取得のため、シフト調整、休暇付与、費用援助 |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の運営方針の公表、周知 ・多様な人材の職場環境の構築 ・サービスの質の向上に向けた取組 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の理念や基本方針などサービス提供への考え方の公表 ・障害を有する者や、外国人材等の働きやすい職場環境構築 ・事故・トラブル対応のマニュアル化、第三者評価の受審 |

- 持続的な介護職員の待遇改善を実現するためには、個々の事業者における経営改善やそれに伴う生産性の向上が必要であり、具体的には、取組の横展開や働きかけの強化等、総合的に取り組むことが重要。
- 中小事業者も多い、介護事業者の職場環境づくりを全政府的な取組と位置づけ、自治体や事業者も巻き込んで推進し、その成果を、従業員の賃金に適切に還元していただくことについて期待。

(1) 総合的・横断的な支援の実施

① 介護現場革新のワンストップ窓口の設置

事業者への様々な支援メニューを一括し、適切な支援につなぐワンストップ窓口を各都道府県に設置。中小企業庁の補助金の活用促進。

② 介護ロボット・ICT機器の導入支援

課題に対応した代表的な導入モデルを紹介するとともに、①のワンストップ窓口と連携して、相談対応、職員向け研修など伴走支援を進める。

(2) 事業者の意識改革

③ 優良事業者・職員の表彰等を通じた好事例の普及促進

職員の待遇改善・人材育成・生産性の向上などに取り組む事業者・職員を総理大臣が表彰等する仕組みを早期に導入し、優良事例の横展開を図る。

④ 介護サービス事業者の経営の見える化

介護サービス事業者の財務状況や処遇改善状況の見える化を進め、経営改善に向けた動機付けを進める。

(3) テクノロジーの導入促進と業務効率化

⑤ 福祉用具、在宅介護におけるテクノロジーの導入・活用促進

在宅介護の情報共有や記録の円滑化などについて、調査研究を進め、活用を促進する。また、福祉用具貸与等の対象種目の追加について、評価検討を進める。

⑦ 職員配置基準の柔軟化の検討

実証事業などでのエビデンス等を踏まえつつ、テクノロジー導入に先進的に取り組む介護施設における職員配置基準（3:1）の柔軟な取扱い等を検討。

⑥ 生産性向上に向けた処遇改善加算の見直し

未取得事業者の取得促進を図るとともに、加算手続の簡素化や制度の一本化について検討。

⑧ 介護行政手続の原則デジタル化

今年10月から運用開始した電子申請・届出システムの利用原則化に取り組む。

介護ロボット導入支援事業（地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分））

令和5年度当初予算額：地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）の内数（地域医療介護総合確保基金 137億円の内数）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 各都道府県に設置される地域医療介護総合確保基金を活用し、介護施設等に対する介護ロボットの導入支援を実施し、介護ロボットを活用した介護事業所の生産性向上の取組を通じて、ケアの質の確保や職員の負担軽減等を図る。

2 事業の概要等

補助対象

- 介護ロボット
 - …移乗支援、移動支援、排泄支援、見守り、入浴支援など、厚生労働省・経済産業省で定める「ロボット技術の介護利用における重点分野」に該当する介護ロボット
- 見守りセンサーの導入に伴う通信環境整備
 - …Wi-Fi環境の整備、インカム、見守りセンサー等の情報を介護記録にシステム連動させる情報連携のネットワーク構築経費 等

補助内容

※令和2年度(当初予算)以降の拡充分(下線部以外)は令和5年度までの実施

● 補助額

| | | |
|----------------------------------|--------------------------|---------|
| 介護ロボット (1機器あたり) | ・移乗支援(装着型・非装着型) ・入浴支援 | 上限100万円 |
| | ・上記以外 | 上限30万円 |
| 見守りセンサーの導入に伴う通信環境整備 (1事業所あたり) | | 上限750万円 |

● 補助上限台数

…必要台数(制限の撤廃)

● 補助率

…都道府県の裁量により設定
(一定の要件を満たす場合は3/4を下限、それ以外の事業所は1/2を下限)

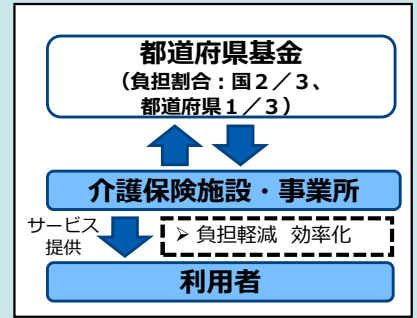
〈一定の要件〉…以下の要件を満たすこと

- ・導入計画書において目標とする人員配置を明確にした上で、見守りセンサーやインカム、介護記録ソフト等の複数の機器を導入し、職員の負担軽減等を図りつつ、人員体制を効率化させる場合

■ 対象となる介護ロボット（例）



■ 事業の流れ



■ 実績（参考）

- 実施都道府県数：45都道府県（令和3年度）
- 都道府県が認めた介護施設等の導入計画件数

| H27 | H28 | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 |
|-----|-----|-----|-------|-------|-------|-------|
| 58 | 364 | 505 | 1,153 | 1,813 | 2,353 | 2,596 |

(注) 令和3年度の数値は原則R3.11月末時点の暫定値
※1施設で複数の導入計画を作成することがあり得る

令和5年度当初予算額：地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）の内数（地域医療介護総合確保基金 137億円の内数）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 各都道府県に設置される地域医療介護総合確保基金を活用し、介護現場のICT化に向けた導入支援を実施し、ICTを活用した介護サービス事業所の業務効率化を通じて、職員の負担軽減を図る

2 事業の概要等

補助対象

- 介護ソフト…記録、情報共有、請求業務で転記が不要であるもの、ケアプラン連携標準仕様、入退院時情報標準仕様、看護情報標準仕様を実装しているもの（標準仕様の対象サービス種別の場合。各仕様への対応に伴うアップデートも含む）、財務諸表のCSV出力機能を有するもの（機能実装のためのアップデートも含む）。
- 情報端末…タブレット端末、スマートフォン端末、インカム等
- 通信環境機器等…Wi-Fiルーター等
- その他…運用経費（クラウド利用料、サポート費、研修費、他事業所からの照会対応経費、バックオフィスソフト（勤怠管理、シフト管理等）等）

※赤字が令和5年度拡充分。

※令和2年度（当初予算）以降の拡充分（下線部以外）は令和5年度までの実施

補助要件

- 導入計画の作成、導入効果報告（2年間）
- IPAが実施する「SECURITY ACTION」の「★一つ星」または「★★二つ星」のいずれかを宣言
- 以下に積極的に協力すること 等
 - ICTの活用により収支状況の改善が図られた場合においては、職員の賃金に還元すること（導入効果報告により確認）
 - LIFEによる情報収集・フィードバック
 - 他事業所からの照会に対応すること

補助上限額等

職員数に応じて都道府県が設定

- 1～10人 100万円
- 11～20人 160万円
- 21～30人 200万円
- 31人～ 260万円

補助割合

- 一定の要件を満たす場合は、3/4を下限に都道府県の裁量により設定
- それ以外の場合は、1/2を下限に都道府県の裁量により設定

業務分析 → 導入計画の策定 → 導入 → 活用

- 文書量半減を実現できるICT導入計画の作成



介護ソフト・タブレット等の購入費用の補助（R1年度～）



- ケアプランデータ連携システム等の利用

- LIFEのCSV連携仕様を活用しデータ登録

補助割合を拡充する要件

〈3/4に拡充(以下のいずれかの要件を満たすこと)〉

- ケアプランデータ連携システム等の利用
- LIFEの「CSV連携仕様」を実装した介護ソフトで実際にデータ登録を実施等
- ICT導入計画で文書量を半減

| 実績 | R1 | R2 | R3 |
|--------|-----|-------|-------|
| 実施自治体数 | 15 | 40 | 47 |
| 補助事業所数 | 195 | 2,560 | 5,371 |

介護生産性向上推進総合事業（地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分））

〔“介護事業所に対する業務改善支援事業”の拡充〕

令和5年度当初予算額：地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）の内数（地域医療介護総合確保基金 137億円の内数）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 都道府県が主体となった介護現場の生産性向上を推進する取組の広がりには限定的であり、また、既存の生産性向上に係る事業は数多くあるものの、実施主体や事業がバラバラであり、一体的に実施する必要がある。
- このため、**都道府県の主導**のもと、介護人材の確保・処遇改善、介護ロボットやICT等のテクノロジーの導入、介護助手の活用など、介護現場の革新、**生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的・横断的に一括して取り扱い、適切な支援につなぐワンストップ型の総合的な事業者への支援を可能とする「介護生産性向上推進総合事業」を実施するための基金メニューを設ける。**（※）

2 事業の概要・スキーム、実施主体等

※赤字が令和5年度拡充分。

※既存の基金メニュー（業務改善支援事業）の拡充での対応を予定。

- ・ 都道府県が主体となり、「介護生産性向上総合相談センター（仮称）」を設置。介護現場革新会議において策定する基本方針に基づき、介護ロボットやICT、その他生産性向上に関する取組を実施する他、人材確保に関する各種事業等とも連携の上、介護事業者に対し、ワンストップ型の支援を実施する。

【実施事項】以下の経費の一部を補助

（（1）及び（2）の実施が要件。）

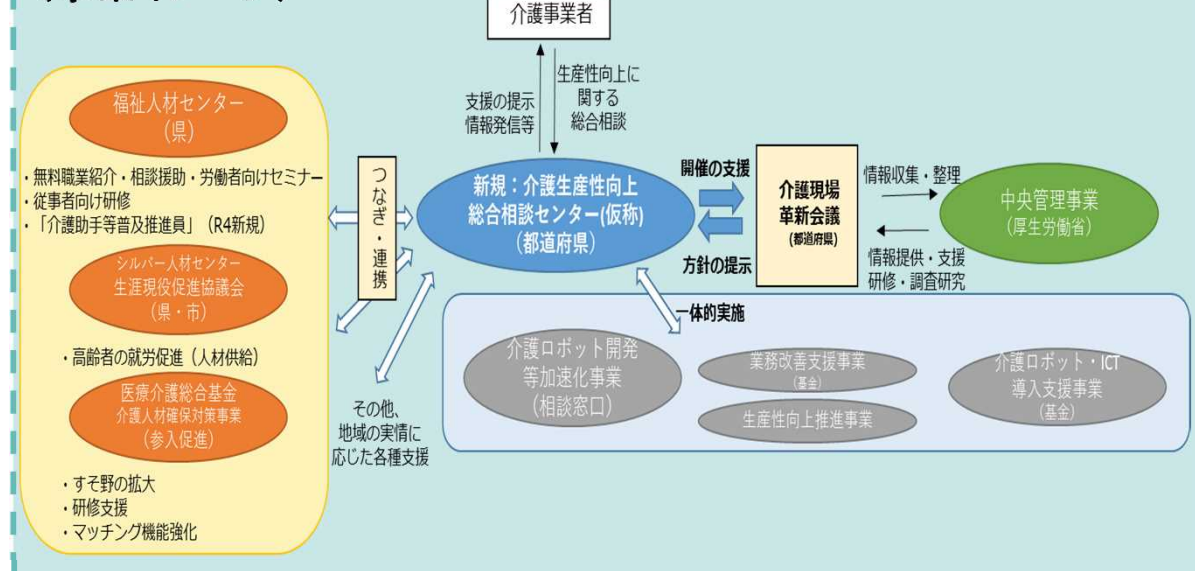
（1）介護現場革新会議の開催

（2）**介護生産性向上総合相談センター（仮称）**の設置

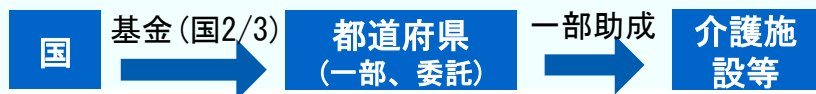
- ①介護ロボット・ICT等生産性向上に係る相談窓口（必須）
- ②人材確保、生産性向上に係る各種支援業務との連携（必須）
- ③その他

（3）第三者が生産性向上の取組を支援するための費用の支援（コンサル経費の補助）

〈事業イメージ〉



実施主体



3 その他

- ・ 都道府県が介護現場の生産性向上をさらに推進する方策を別途検討。
- ・ 本メニュー設置に伴い既存基金メニューとの整理を予定

介護ロボット開発等加速化事業 (介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォーム)

令和5年度予算額(令和4年度当初予算)

5.0億円(5.0億円)

(参考) 令和4年度第2次補正予算: 3.9億円

- 介護現場において、テクノロジーの活用などによるサービスの質の向上や職員の負担軽減といった生産性向上の推進は喫緊の課題となっており、見守りセンサーやICT等といった生産性向上に効果的なテクノロジーの普及をより強力に進めていく。
- 具体的には、①介護現場・ロボット開発企業の双方に対する一元的な相談窓口(地域拠点)、②開発機器の実証支援を行うリビングラボのネットワーク、③介護現場における実証フィールドからなる、介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォームを整備する。

介護施設等

開発企業等

介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォーム

①相談窓口(地域拠点)【全国17カ所】

介護ロボットに関する介護施設等からの導入相談、開発企業等からの実証相談へのきめ細かな対応

②リビングラボネットワーク【全国8カ所】

— 開発実証のアドバイザーボード兼先行実証フィールドの役割 —

③介護現場における実証フィールド — エビデンスデータの蓄積 —

全国の介護施設の協力による大規模実証フィールド

※リビングラボとは
実際の生活空間を再現し、新しい技術やサービスの開発を行うなど、介護現場のニーズを踏まえた介護ロボットの開発を支援するための拠点

<感染症対策に資する非接触対応に効果的なテクノロジーの例>

<見守りセンサー>

居室内の利用者の状況(ベッドから離れた場合や転倒した場合等)をセンサーで感知
→遠方から効率的な見守りが可能になる。



<ICT(インカム)>

遠方にいながら職員間での利用者の状況の共有が可能になる。



<移乗支援(非装着型)>

利用者の抱え上げをロボットが代替し、接触対応が軽減される。



介護ロボット等による生産性向上の取組に関する効果測定事業 (令和5年度実証事業)

目的

介護現場において、テクノロジーの活用やいわゆる介護助手の活用等による生産性向上の取組を推進するため、介護施設における効果実証を実施するとともに実証から得られたデータの分析を行い、次期介護報酬改定の検討に資するエビデンスの収集等を行うことを目的とする。

実証テーマ① 見守り機器等を活用した夜間見守り

令和3年度介護報酬改定（夜間の人員配置基準緩和等）を踏まえ、特養（従来型）以外のサービスも含め、夜間業務における見守り機器等の導入による効果を実証。

実証テーマ② 介護ロボットの活用

施設の課題や状況等に応じた適切な介護ロボットの導入とそれに伴う業務オペレーションの見直しによる効果を実証。

実証テーマ③ 介護助手の活用

身体的介護以外の業務や介護専門職のサポート等の比較的簡単な作業を行う、いわゆる介護助手を活用することによる効果を実証。

実証テーマ④ 令和4年度提案手法の更なる検証

令和4年度に実証した提案手法（テクノロジーやいわゆる介護助手の活用、介護職員の業務整理等）による効果の更なる実証。

想定する調査項目

※具体的な調査項目、調査手法（実証施設数含む）については、事業内に設置する有識者で構成する実証委員会にて検討

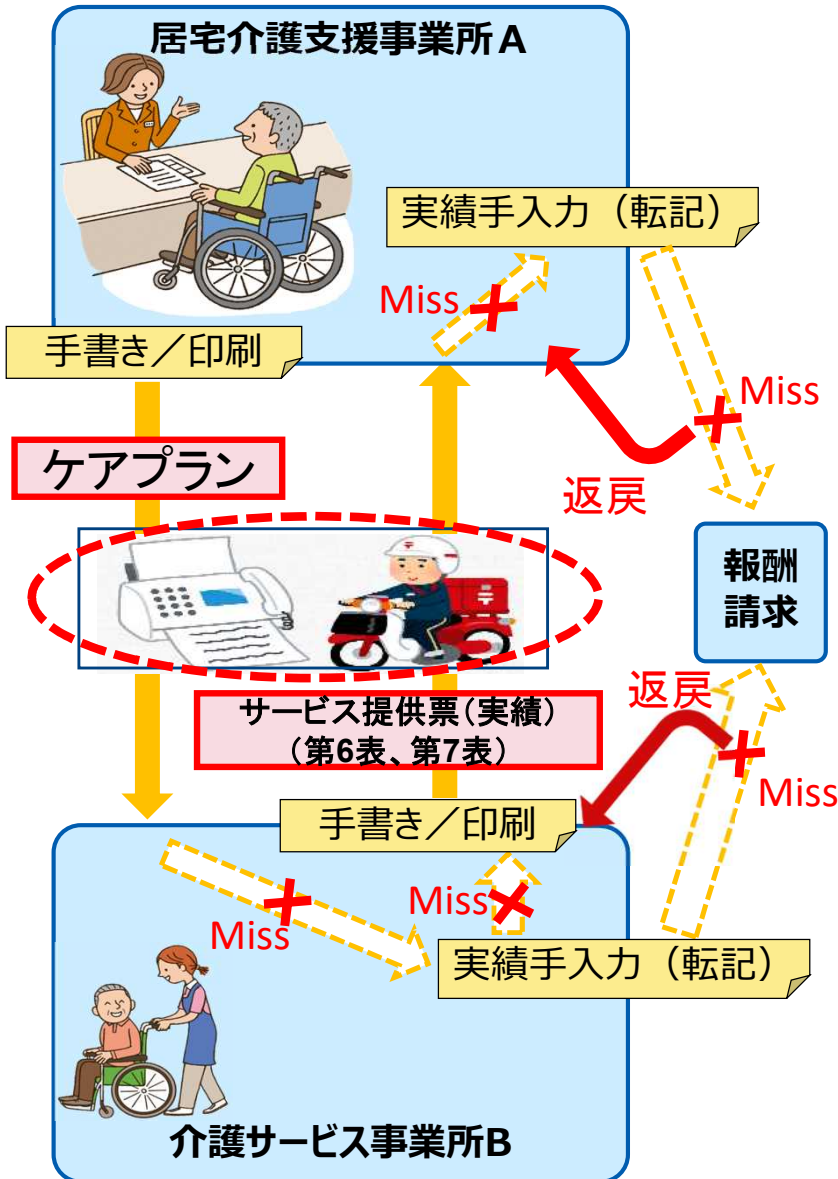
- 介護職員の業務内容・割合がどのように変化したか
- ケアの質が適切に確保されているかどうか（利用者のADL、認知機能、意欲等に関する評価、ケア記録内容 等）
- 介護職員の働き方や職場環境がどう改善したのか（職員の勤務・休憩時間、心理的不安、意欲の変化 等） 等

実施スケジュール

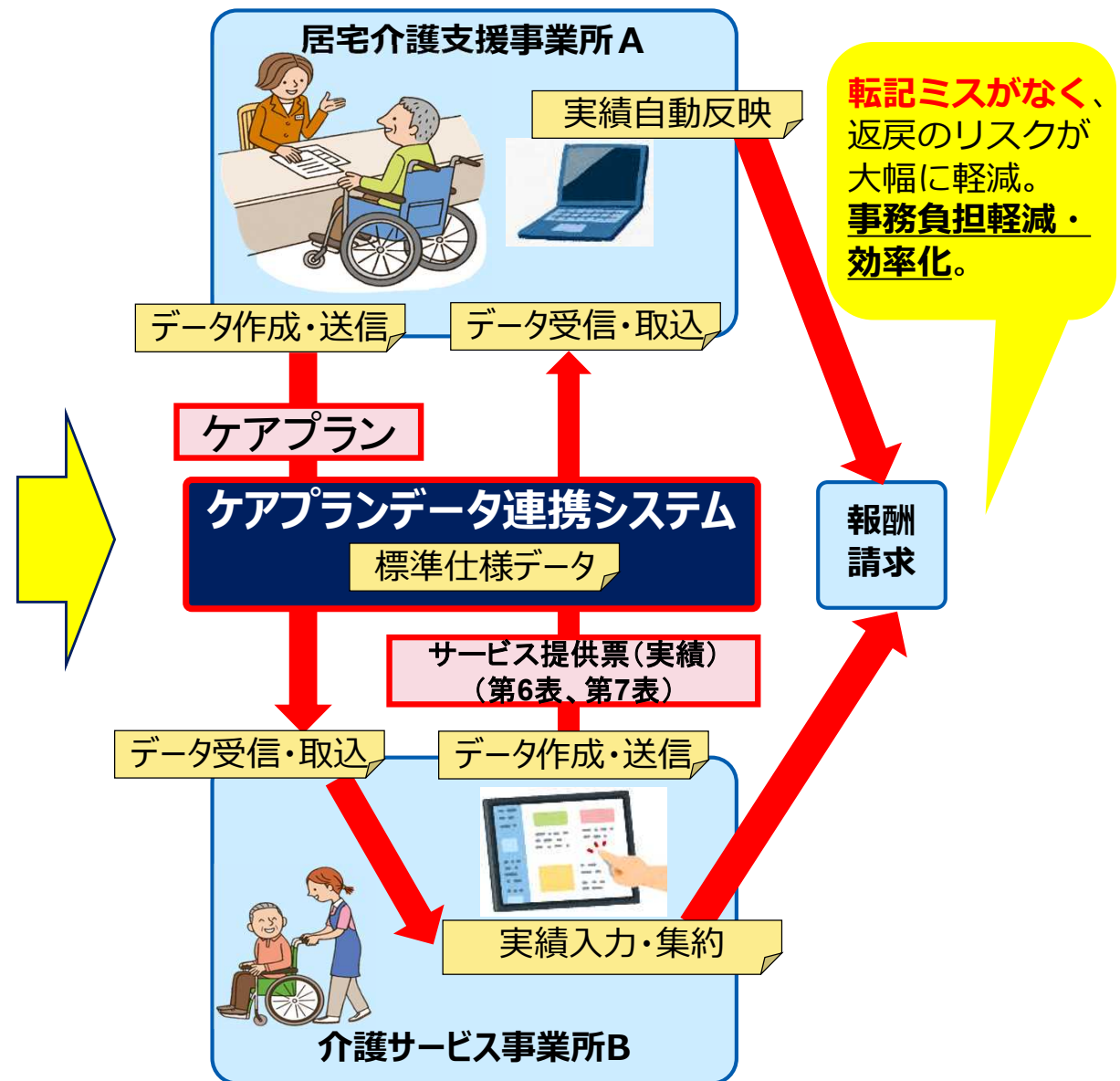
| | |
|-------|----------------------------------|
| 4月～6月 | 実証施設選定（テーマ①～④）、実証計画（調査項目・手法等）の策定 |
| 6月・7月 | 事前調査 |
| 7月・8月 | 事後調査 |
| 9月～3月 | データ分析、実証結果のとりまとめ |

居宅介護支援事業所と介護サービス事業所間のケアプランのやり取り

【現状】



【データ連携後のイメージ】



介護助手について

介護分野の人手不足に対応するため、介護分野への参入のハードルを下げ、更なる介護人材を確保・支援する観点から、介護職の業務の機能分化を図り、掃除、配膳、見守り等の周辺業務を担う人材を活用することが有効。

イメージ 「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」から

2. 業務の明確化と役割分担：(1) 業務全体の流れの再構築

- ① 現状** 役割分担やシフトが適切に設定されていないため、職員の負担増やケアの質の低下を招いている。
- ② 取組** 作業分析を行い、役割分担の見直しやシフトの組み換えを行う。
- ③ 成果** 職員それぞれが従事する業務に向き合うことができる。



介護助手の定義（R2老健事業より）

1. 施設と直接の雇用関係にある（有償ボランティアや委託業者の職員は除く）
2. 介護職員との役割分担により、利用者の身体に接することのない周辺業務※のみを担っている

※ 周辺業務とは、例えば、ベッドメイキングや食事の配膳などの他、施設サービスでは清掃、通所サービスでは送迎などの業務を含む

介護サービス事業所の経営の協働化・大規模化について

地域や事業者の実情やニーズを踏まえ、介護サービスの経営の協働化・大規模化が進んでいくことは、生産性向上の観点からも重要であり、各地域・事業者においても様々な取組が行われている。

コラム 8

協同組合による取組

～専門性の高い介護職のキャリアパス構築と物品の共同購入～

背景

みちのく社会福祉協同組合は、外国人技能実習生の受入れを目的として、規模の異なる県内外の4つの社会福祉法人により、2019年6月に設立された。

協同組合として行う取組のうち、「物品調達」「人材の有効活用」を実施した。



みちのく社会福祉協同組合の体制

| 分野 | 品目 |
|----------|--|
| 物品調達 | ・おむつ等の消耗品、固定資産、エネルギー等の共同購入 |
| 人材育成 | ・(テレビ会議システム等の利用による)各種研修の協催 ・研修講師(法人職員)の相互派遣 ・(少人数向けの)専門性の高い研修の共同開催 |
| 外国人技能実習生 | ・外国人技能実習生の確保、受入れ等に関する手続き ・外国人技能実習生の教育 |
| 人材の有効活用 | ・専門性の高い介護職の育成 ・専門性の高い介護職等の相互派遣 |
| 事業継続計画 | ・災害等の緊急時における相互支援 |
| 福利厚生 | ・団体扱いによる職員向け各種保険の優遇 ・旅行手配や物品購入、サービス利用における団体割引サービスの利用 |
| 事務の共同化 | ・介護報酬請求、人事労務関連の事務等の共同化 |

協同組合として想定される取組み（例）

■ 経営の大規模化の実例

| 法人 | 社会福祉法人 小田原福祉会 (小田原市) |
|----|--|
| 概要 | 自治体の介護保険計画に沿って、新規事業を新たに展開する形で事業を拡大 |
| 内容 | <ul style="list-style-type: none"> ● 40事業所（うち介護保険事業所35事業所）、従業員数約500名。 ● 自治体の介護保険事業計画の公募にエントリーし、小規模多機能型居宅介護、地域密着型特別養護老人ホーム等を設置。 ● 複合型施設として、通所介護や、在宅支援クリニック、サ高住等を併設。さらに、自治体の依頼を受け、地域包括センターも運営。配食サービス等も実施。 ● 複合的な展開はリスクが分散され、経営的に安定という考え。 ● 事業展開は、圏域の社会資源の充足状況等から地域の高齢者への支援拡充は必須と判断したこと等から整備に至る。 |

※「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」より抜粋

※介護経営の大規模化・協働化に関する調査研究事業報告書（令和3年度）等をもとに作成

介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会について

○ 設置の趣旨

介護分野の文書に係る負担軽減の実現に向け、国、指定権者・保険者及び介護サービス事業者が協働して、必要な検討を行う。

○ 検討事項

▶ 介護分野において、国、指定権者・保険者及び介護サービス事業者の間でやり取りされている文書に関する負担軽減策を検討。

【検討対象とする主な分野】 注) 介護報酬の要件等に関連する事項については、介護給付費分科会にて検討。

- ① **指定申請関連文書** (人員・設備基準に該当することを確認する文書等)
- ② **報酬請求関連文書** (加算取得の要件に該当することを確認する文書等)
- ③ **指導監査関連文書** (指導監査にあたり提出を求められる文書等)

▶ 取りまとめ(令和4年11月7日)で示された、各項目に関する負担軽減策の方向性等については、継続的なフォローアップが必要である。

- ① 指定申請・報酬請求・実地指導関連文書の国が定める標準様式について
- ② 簡素化や利便性向上に係る要望を提出できる専用の窓口について
- ③ 「電子申請・届出システム」について
- ④ 地域による独自ルールについて
- ⑤ その他の課題について

○ 委員名簿 (敬称略、五十音順) (令和5年4月17日現在)

- 井口 経明 東北福祉大学客員教授
- 岩澤 由子 公益社団法人日本看護協会医療政策部長
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 遠藤 健 一般社団法人全国介護付きホーム協会顧問
- 大串 清文 奥多摩町福祉保健課長
- 小椋 瑞穂 豊島区保健福祉部介護保険課長
- 木下 亜希子 公益社団法人全国老人保健施設協会社会保障制度委員会委員
- 清原 慶子 杏林大学客員教授
- 小泉 立志 公益社団法人全国老人福祉施設協議会副会長
- 陶山 茂 秦野市福祉部参事(兼)高齢介護課長
- ◎ 野口 晴子 早稲田大学政治経済学術院教授
- 橋本 康子 一般社団法人日本慢性期医療協会会長
- 濱田 和則 一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
- 諸星 仁志 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部介護サービス担当課長
- 山際 淳 民間介護事業推進委員会代表委員

◎: 委員長
○: 委員長代理

○ 開催履歴

| | |
|--------------|-----------------------|
| 令和元年8月7日(水) | 第1回委員会 |
| 8月28日(水) | 第2回委員会 事業者団体からのヒアリング他 |
| 9月18日(水) | 第3回委員会 論点整理他 |
| 10月16日(水) | 第4回委員会 負担軽減策についての議論他 |
| 11月27日(水) | 第5回委員会 中間取りまとめ(案) 他 |
| 12月4日(水) | 中間取りまとめの公表 |
| 12月5日(木) | 介護保険部会への報告 |
| 令和2年3月30日(月) | 第6回委員会 取組の進捗、今後の進め方他 |
| 11月13日(金) | 第7回委員会 負担軽減策についての議論他 |
| 令和3年3月17日(水) | 第8回委員会 負担軽減策についての議論他 |
| 令和4年1月20日(木) | 第9回委員会 負担軽減策についての議論他 |
| 7月21日(木) | 第10回委員会 負担軽減策についての議論他 |
| 8月24日(水) | 第11回委員会 関係団体からのヒアリング他 |
| 9月29日(木) | 第12回委員会 論点整理他 |
| 10月27日(木) | 第13回委員会 取りまとめ(案) 他 |
| 11月7日(月) | 取りまとめの公表 |
| 11月24日(木) | 介護保険部会への報告 |
| 令和5年4月17日(月) | 第14回委員会 取組の進捗 他 |

介護分野の文書に係る負担軽減については、介護分野文書に係る負担軽減に関する専門委員会において、規制改革実施計画（令和4年6月7日閣議決定）「介護分野におけるローカルルール等による手続き負担の軽減」の内容も踏まえ、今後の更なる負担軽減の実現へ向け、主に以下の項目について議論と検討を行い、令和4年11月7日に取りまとめを行った。

取りまとめで示された主な負担軽減策の方向性

① 指定申請・報酬請求・実地指導関連文書の国が定める標準様式例について

- ・ 国が示している標準様式の使用が、地方公共団体にどの程度浸透しているのか確認のために調査を行うべきである。
- ・ 指定申請等に係る文書の簡素化・標準化の取組を整理し、地方公共団体向けのガイドラインの作成を行うべきである。
- ・ 標準様式例の使用を基本原則化するための取組として、介護保険法施行規則と告示に、標準様式について明記すること等の所要の法令上の措置を行うべきである。（施行時期：令和6年度）

② 簡素化や利便性向上に係る要望を提出できる専用の窓口について

- ・ 専用窓口で受け付けた要望について、内容等を整理し、本専門委員会に報告を行い公表を行うべきである。
- ・ 要望内容については、精査の上、必要に応じて本専門委員会での議論等を行うことや地方公共団体への助言等を行うべきである。
- ・ 受付フォーマットや運営方法については、今後も随時検討を行うべきである。

③ 「電子申請・届出システム」について

- ・ 手引きや操作手順書の作成等、円滑なシステムの運用開始へ向けた支援を行うべきである。
- ・ 早期利用開始の地方公共団体に伴走支援を行い、好事例の横展開等により早期利用開始を促すべきである。
- ・ 利用開始時期の意向調査の実施と調査結果の公表を行うべきである。
- ・ 機能は地方公共団体等の意見等も踏まえて検討を行うべきである。
- ・ システムの使用を基本原則化し、令和7年度までに全ての地方公共団体で利用開始するために、介護保険法施行規則にシステムについて明記する等の所要の法令上の措置を行うべきである。

④ 地域による独自ルールについて

- ・ 地方公共団体における独自ルールの有無、内容を整理し公表を行うべきである。
- ・ 専用の窓口へ提出のあった要望の中で、独自ルールに関する要望を整理し公表を行うべきである。

⑤ その他の課題について

- ・ 処遇改善加算や事故報告、ケアプラン、介護DX等に関して示されたその他の意見については、関係審議会における検討の中で積極的に活かし、デジタル化や負担軽減を進めていくことを期待。

今後の進め方

専用の窓口へ提出された要望についての報告や改善等に対する対応及び「電子申請・届出システム」の利用状況等のフォローアップ等が必要であるため、引き続き協働で負担軽減について検討する場である本専門委員会を随時又は定期に開催することが有益である。

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

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

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に必要な支援を行う。

【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、事業所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、**事業所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 |
| 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 |
| 就労支援事業事業活動計算書 | 事業活動計算書 .pdf |
| 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 |

財務状況等の見える化（介護保険部会意見書より抜粋）

介護保険制度の見直しに関する意見
(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会)

(財務状況等の見える化)

- 介護サービス事業者について、
 - ・ 介護サービス事業者の経営状況をもとに、国民に対して介護が置かれている現状・実態の理解の促進
 - ・ 介護サービス事業者の経営状況の実態を踏まえた、効率的かつ持続可能な介護サービス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
 - ・ 実態を踏まえた介護従事者等の処遇の適正化に向けた検討
 - ・ 介護報酬に関する基礎資料である介護事業実態調査の補完に活用することが可能となるという観点から、経営情報を収集・把握することは重要である。
また、介護サービス事業者側も、マクロデータを自事業所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と考えられる。
- 医療法人の経営情報に係る検討状況も踏まえ、介護サービス事業者の経営状況を詳細に把握・分析し、介護保険制度に係る施策の検討等に活用できるよう、**介護サービス事業者が財務諸表等の経営に係る情報を定期的に都道府県知事に届け出ることとし、社会福祉法人と同様に、厚生労働大臣が当該情報に係るデータベースを整備するとともに、介護サービス事業者から届け出られた個別の事業所の情報を公表するのではなく、属性等に応じてグルーピングした分析結果を公表することが適当である。**その際、介護サービス事業者の事務負担等に十分に配慮する必要がある。
- また、**介護サービス情報公表制度について**、利用者の選択に資する情報提供という観点から、社会福祉法人や障害福祉サービス事業所が法令の規定により事業所等の財務状況を公表することとされていることを踏まえて、**介護サービス事業者についても同様に財務状況を公表することが適当である。**あわせて、介護分野においては、介護人材の確保を目指して累次の処遇改善等がなされているところ、介護サービス情報公表制度は利用者等のサービス選択において広く活用されており、各施設・事業所の従事者の情報について、現行においても職種別の従事者の数や従事者の経験年数等が公表されていることも踏まえ、**一人当たりの賃金等についても公表の対象への追加を検討することが適当である。**その際、設置主体や給与体系等の違いに配慮することや、公表する情報に係る個人が特定されないことがないよう配慮した仕組みを検討することが適当である。

事業者の意識改革（介護サービス事業者の経営の見える化）

経営情報に関するデータベースの整備（法律改正）

- 制度改正により、介護サービス事業者に対して、事業所ごとの詳細な経営情報の報告を求めることとともに、データベースを整備する。このデータベースの情報については、マクロのデータを分析した結果として公表する。
- また、新たなデータベースの整備に当たっては、医療分野と同様、職種ごとの給与費の合計額等を継続的に把握できるよう、データの提出が促進される運用などについて検討していく。

※報告を求める経営情報の例（検討中）

（費用）

- 材料費（介護用品費、医薬品費、施設療養材料費、給食用材料費 等）
- 給与費（介護職員等の常勤職員給与、非常勤職員給与、退職給与引当金繰入、法定福利費）
- 経費（消耗品費、保健衛生費、車両費、光熱水費、修繕費（修繕維持費） 等）
- 委託費（委託費（給食） 等） ○研修費（研修雑費、研究材料費 等）
- 減価償却費 ○徴収不能額 ○支払利息 ○引当金繰入額
- 職種別の給料及び賞与（並びにその人数） 等 ※職種別給与は任意事項

（収益）

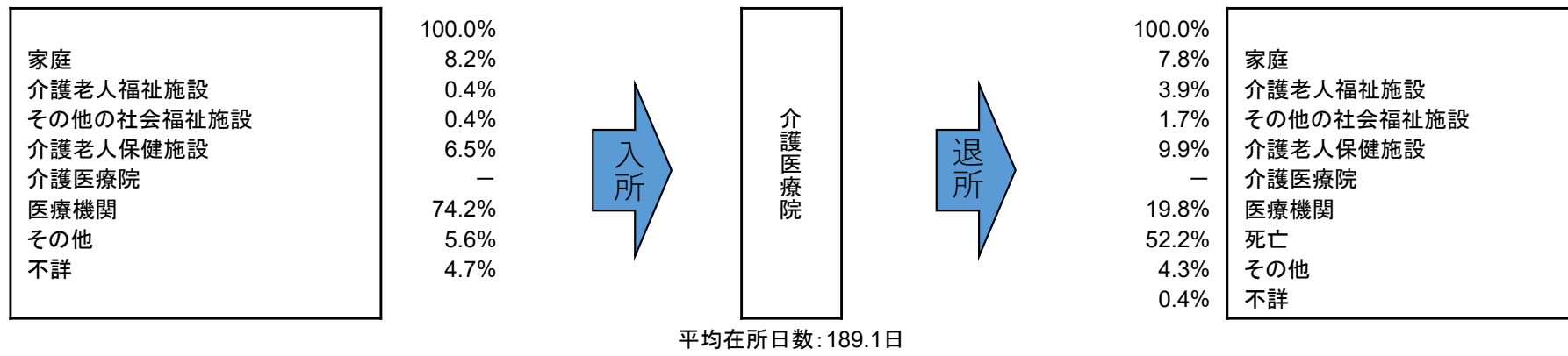
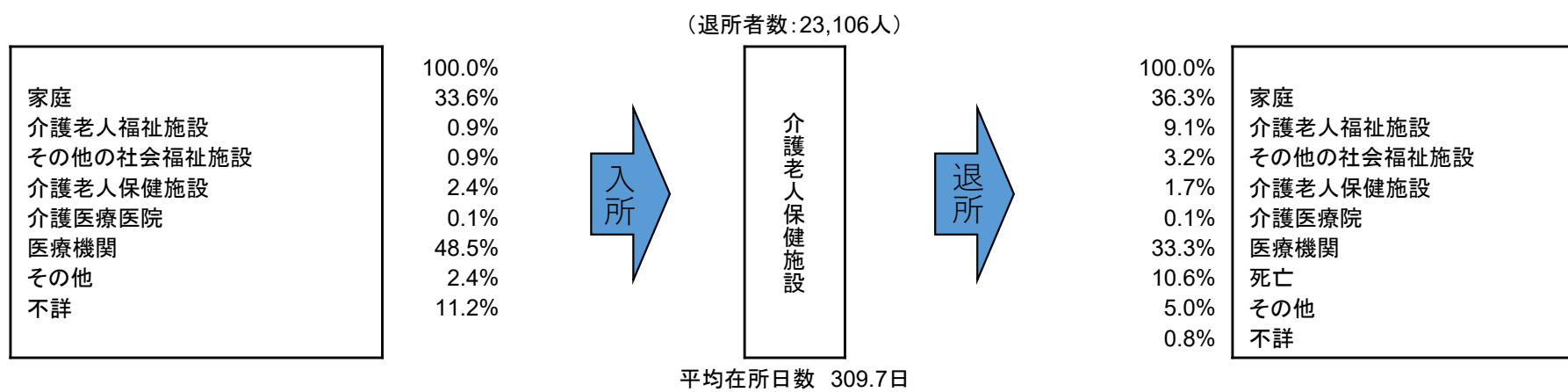
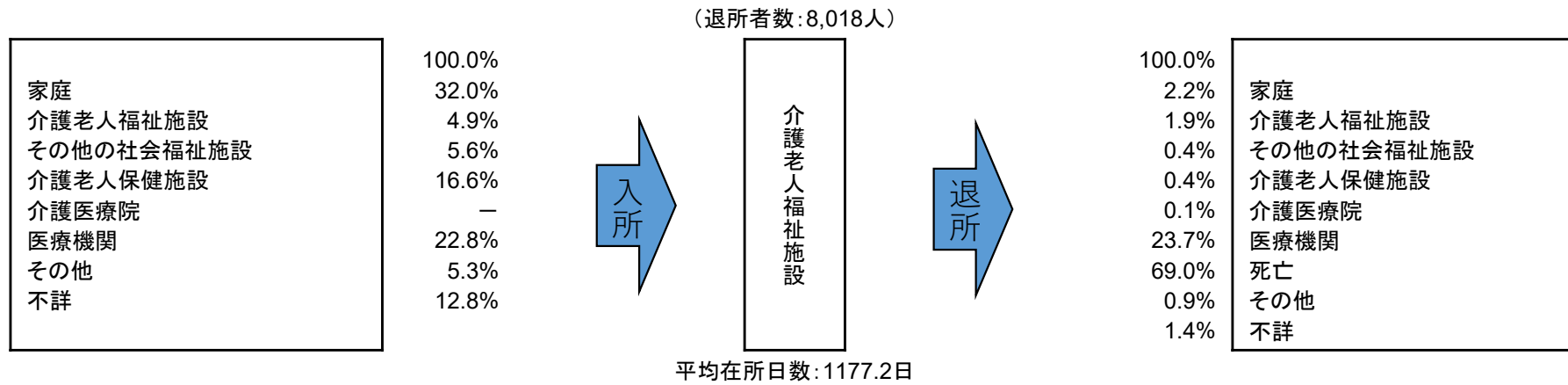
- 介護収益（施設介護料収益、居宅介護料収益、居宅介護支援介護料収益 等）
- 事業外収益 ○本部費

など

介護サービス情報公表制度の見直し（省令改正）

- 利用者の選択に資する情報提供という観点から、財務状況を公表の対象に追加する。
- また、従事者に関する情報として、職種別の人数や経験年数等が公表の対象になっていることに加え、事業所ごとの1人当たり賃金等についても公表の対象とすることを検討していく。

介護保険3施設における入所者・退所者の状況



(参考) 介護保険施設の施設基準

| | | 介護老人福祉施設 | 介護老人保健施設 | 介護医療院 |
|------|-------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 施設設備 | 医務室・診察室 | 医療法第1条の5第2項に規定する診療所 | 医師が診察を行うのに適切なもの | 医師が診察を行うのに適切なもの |
| | 居室・療養室 | 定員1名(※)、床面積10.65㎡/人以上 ※必要な場合は2名 | 定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 (※) | 定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 (※) |
| | 機能訓練室 | 入所定員1人あたり計3㎡以上 | 入所定員1人あたり1㎡以上 | 40㎡以上 |
| | 食堂 | | 入所定員1人あたり2㎡以上 | 入所定員1人あたり1㎡以上 |
| | 談話室 | - | 談話を楽しめる広さ | 談話を楽しめる広さ |
| | 浴室 | 要介護者が入浴するのに適したもの | 身体の不自由な者が入浴するのに適したもの | 身体の不自由な者が入浴するのに適したもの |
| | レクリエーションルーム | - | 十分な広さ | 十分な広さ |
| | その他医療設備 | - | (薬剤師が調剤を行う場合：調剤所) | 処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所 |
| 他設備 | 静養室、洗面所、便所 | 洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室 | 洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室 | |
| 構造設備 | 医療の構造設備 | - | - | 診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備 |
| | 廊下 | 廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m | 廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m | 廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m |
| | 耐火構造 | 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備 | 原則、耐火建築物（2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物） | 原則、耐火建築物（2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物） |

※介護療養型老人保健施設及び介護医療院については、大規模改修までは6.4㎡/人以上

介護保険制度の被保険者（加入者）

- 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者（第1号被保険者）、②40～64歳の医療保険加入者（第2号被保険者）となっている。
- 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

| | 第1号被保険者 | 第2号被保険者 |
|-------------------------|---|---|
| 対象者 | 65歳以上の者 | 40歳から64歳までの医療保険加入者 |
| 人数 | 3,579万人 (65～74歳：1,746万人 75歳以上：1,833万人) | 4,190万人 |
| 受給要件 | <ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態 (寝たきり、認知症等で介護が必要な状態) ・要支援状態 (日常生活に支援が必要な状態) | 要介護、要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病（特定疾病）による場合に限定 |
| 要介護（要支援）認定者数と被保険者に占める割合 | 669万人（18.7%） 〔 65～74歳： 76万人（4.3%） 75歳以上： 593万人（32.4%） 〕 | 13万人（0.3%） |
| 保険料負担 | 市町村が徴収 (原則、年金から天引き) | 医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収 |

(注) 第1号被保険者及び要介護（要支援）認定者の数は、「令和2年度介護保険事業状況報告」によるものであり、令和2年度末現在の数である。
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、令和2年度内の月平均値である。140

改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】

(1) 感染症対応の医療機関による確実な医療の提供

- ① 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。
- ② 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置（流行初期医療確保措置）を導入する（その費用については、公費とともに、保険としても負担）。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。

(2) 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保

- ① 自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。
- ② 外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。

(3) 医療人材派遣等の調整の仕組みの整備

- 医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録の仕組み等を整備する。

(4) 保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化

- 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門家（IHEAT）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法定化する。

(5) 情報基盤の整備

- 医療機関の発生届等の電磁的方法による入力を努力義務化（一部医療機関は義務化）し、レセプト情報等との連結分析・第三者提供の仕組みを整備する。

(6) 物資の確保

- 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産要請・指示、必要な支援等を行う仕組みを整備する。

(7) 費用負担

- 医療機関等との協定実施のために都道府県等が支弁する費用は国がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等で生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

2. 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等【予防接種法、特措法等】

- ① 国から都道府県・市町村に指示する新たな臨時接種類型や損失補償契約を締結できる仕組み、個人番号カードで接種対象者を確認する仕組み等を導入する。
- ② 感染症発生・まん延時に厚生労働大臣及び都道府県知事の要請により医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行う仕組みを整備する。

3. 水際対策の実効性の確保【検疫法等】

- 検疫所長が、入国者に対し、居宅等での待機を指示し、待機状況について報告を求める（罰則付き）ことができることとする。等
このほか、医療法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法第6条の5第4項の規定等について所要の規定の整備を行う。

施行期日

令和6年4月1日（ただし、1の(4)及び2の①の一部は公布日、1の(4)及び(5)の一部は令和5年4月1日、1の(2)の①の一部及び3は公布日から10日を経過した日等）