

全国介護保険担当課長会議資料

令和5年7月31日（月）

老人保健課

目次

【老人保健課】

1. 令和6年度介護報酬改定について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 介護療養型医療施設の移行について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
3. 高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症への対応等について（医療機関との協力体制、ワクチン接種） ・13
4. 在宅医療・介護連携推進支援事業における都道府県・市町村連携支援及び自治体担当者研修会議について・・・・ 16
5. 看護小規模多機能型居宅介護の広域利用に関する手引きについて・・・・・・・・ 19
6. 地域リハビリテーション支援体制の構築について・・・・・・・・・・・・・・ 22
7. 要介護認定制度等について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30
8. 介護情報の利活用について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33
9. 令和5年度末で経過措置が終了する事項について・・・・・・・・・・・・・・ 39

1. 令和6年度介護報酬改定について

- 令和6年度介護報酬改定に向けては、本年5月24日より、社会保障審議会介護給付費分科会において議論が行われている。
- 令和6年度介護報酬改定に向けては、診療報酬との同時改定であることや新型コロナウイルス感染症への対応の経験等を踏まえ、令和3年度介護報酬改定に関する審議報告及び令和4年社会保障審議会介護保険部会意見書における指摘などに基づき、各サービス種類毎の論点とあわせ、分野横断的なテーマを念頭に置き、議論していく予定である。
- 令和6年度は、6年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業（支援）計画、医療保険制度改革などの医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目であることから、今後の医療及び介護サービスの提供体制の確保に向け様々な視点からの検討が重要となる。このため、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会において、診療報酬と介護報酬等との連携・調整をより一層進める観点から、両会議の委員のうち、検討項目に主に関係する委員で意見交換を行う場を設けることとし、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会がそれぞれ具体的な検討に入る前に、テーマ・課題に主に関わる委員にて意見交換を行った。
- 今後、本年中に分科会において基本的な考え方の整理・とりまとめが行われ、本年度末に報酬告示の改正等を行う予定であるので、ご了解をいただきたい。

【これまでの介護給付費分科会の開催実績】

- ・【第217回】（5月24日）
令和6年度介護報酬改定に向けた今後の検討の進め方について
- ・【第218回】（6月28日）
令和6年度介護報酬改定に向けて（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、認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護）等
- ・【第219回】（7月10日）
令和6年度介護報酬改定に向けて（通所介護、認知症対応型通所介護、療養通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護）
- ・【第220回】（7月24日）
令和6年度介護報酬改定に向けて（訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、居宅介護支援、福祉用具・住宅改修）

※令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会の開催実績

- ・【第1回】（3月15日）
地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携、リハビリテーション・口腔・栄養、要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療
- ・【第2回】（4月19日）
高齢者施設・障害者施設等における医療、認知症
- ・【第3回】（5月18日）
人生の最終段階における医療・介護、訪問看護

介護報酬改定の概要

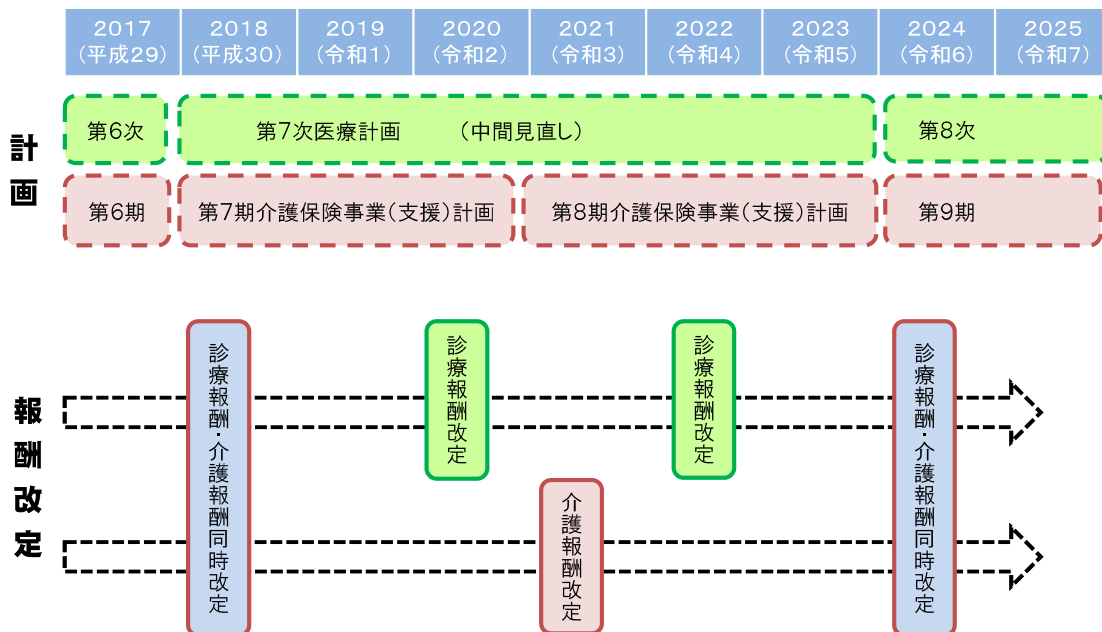
改定時期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年度改定	○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援(ケアマネジメント)の確立 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化	▲2.3%
平成17年10月改定	○ 居住費(滞在費)に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費(滞在費)及び食費に関連する運営基準等の見直し	
平成18年度改定	○ 中重度者への支援強化 ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化	▲0.5%[▲2.4%] ※[]は平成17年10月改定分を含む。
平成21年度改定	○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証	3.0%
平成24年度改定	○ 在宅サービスの充実と施設の重点化 ○ 自立支援型サービスの強化と重点化 ○ 医療と介護の連携・機能分担 ○ 介護人材の確保とサービスの質の評価(交付金を報酬に組み込む)	1.2%
平成26年度改定	○ 消費税の引き上げ(8%)への対応 ・基本単位数等の引き上げ ・区分支給限度基準額の引き上げ	0.63%
平成27年度改定	○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化 ○ 介護人材確保対策の推進(1.2万円相当) ○ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築	▲2.27%
平成29年度改定	○ 介護人材の処遇改善(1万円相当)	1.14%
平成30年度改定	○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現 ○ 多様な人材の確保と生産性の向上 ○ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保	0.54%
令和元年10月改定	○ 介護人材の処遇改善 ○ 消費税の引上げ(10%)への対応 ・基本単位数等の引き上げ ・区分支給限度基準額の引上げ ・補足給付に係る基準費用額の引上げ	[2.13% 処遇改善 1.67% 消費税対応 0.39% 補足給付 0.06%]
令和3年度改定	○ 感染症や災害への対応力強化 ○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止の取組の推進 ○ 介護人材の確保・介護現場の革新 ○ 制度の安定性・持続可能性の確保	0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための 特例的な評価 0.05%(令和3年9月末までの間)
令和4年10月改定	○ 介護人材の処遇改善	1.13%

医療・介護分野における2025年に向けたスケジュール

医療介護総合確保促進会議

第15 (R3.10.11)

資料4



令和6年度介護報酬改定に向けた今後の検討の進め方について(案)

社保審-介護給付費分科会

第217回 (R5. 5. 24)

資料3を加工

○ 令和6年度介護報酬改定に向けては、診療報酬との同時改定であることや新型コロナウイルス感染症への対応の経験等を踏まえ、令和3年度介護報酬改定に関する審議報告及び令和4年社会保障審議会介護保険部会意見書における指摘などに基づき、各サービス種類毎の論点とあわせ、例えば以下のような分野横断的なテーマを念頭に置き、議論してはどうか。

- ・地域包括ケアシステムの深化・推進
- ・自立支援・重度化防止を重視した質の高い介護サービスの推進
- ・介護人材の確保と介護現場の生産性の向上
- ・制度の安定性・持続可能性の確保

【スケジュール案】

令和5年

- 6月～夏頃 : 主な論点について議論
- 9月頃 : 事業者団体等からのヒアリング
- 10～12月頃 : 具体的な方向性について議論
- 12月中 : 報酬・基準に関する基本的な考え方の整理・とりまとめ
※地方自治体における条例の制定・改正に要する期間を踏まえて、基準に関しては先行してとりまとめを行う。
- : 令和6年度政府予算編成

令和6年

- 1月頃 : 介護報酬改定案 諮問・答申

介護報酬

○ 介護報酬は、介護保険法上、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会（介護給付費分科会）の意見を聞いて定めることとされている。

社会 保 障 審 議 会

介 護 給 付 費 分 科 会

設置根拠

介護保険法により、社会保障審議会の権限に属せられた事務を行うため、社会保障審議会令に基づき設置

審議事項

- ①介護報酬（各介護保険サービスに係る介護給付費）
- ②介護保険サービスの事業運営基準（サービスの取扱いに関する部分）

介 護 事 業 経 営 調 査 委 員 会

目 的

介護報酬改定の基礎資料としている介護事業経営実態調査等について検討を行い、介護報酬改定に向けての議論へつなげていくことを目的とし、設置

検 討 内 容

介護報酬改定に必要な基礎資料を得るため、以下の調査に係る調査設計及び集計、分析方法等について検討を行う。

- ①介護事業経営概況調査
- ②介護事業経営実態調査
- ③介護従事者処遇状況等調査

構 成

介護給付費分科会の学識経験者等で構成する。

介 護 報 酬 改 定 検 証 ・ 研 究 委 員 会

目 的

介護報酬改定の効果の検証や、介護給付費分科会の審議報告において検討が必要とされた事項に関する実態調査等を行うことを目的とし設置

検 討 内 容

- ①介護報酬改定効果検証
介護報酬改定における個々の改定が企図した効果を挙げているかについて、実態調査を行った上で、検証及び分析を実施
- ②介護報酬改定調査研究
次期介護報酬改定に向けて調査・研究を進めることが必要であるとされた事項について、必要な基礎資料を得るための調査設計や集計、分析方法等について検討

構 成

介護給付費分科会委員及び学識経験者等で構成する。

社会保障審議会介護給付費分科会委員名簿

令和5年7月10日現在

氏名	現職
石田 路子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事（名古屋学芸大学客員教授）
伊藤 悦郎	健康保険組合連合会常務理事
稲葉 雅之	民間介護事業推進委員会代表委員
井上 隆	一般社団法人日本経済団体連合会専務理事
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
及川 ゆりこ	公益社団法人日本介護福祉士会会長
大石 賢吾	全国知事会（長崎県知事）
萩野 構一	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
奥塚 正典	大分県国民健康保険団体連合会副理事長（中津市長）
長内 繁樹	全国市長会（豊中市長）
鎌田 松代	公益社団法人認知症の人と家族の会代表理事
小林 司	日本労働組合総連合会総合政策推進局生活福祉局長
田中 志子	一般社団法人日本慢性期医療協会常任理事
※ 田辺 国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長
田母神 裕美	公益社団法人日本看護協会常任理事
野村 圭介	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
濱田 和則	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
古谷 忠之	公益社団法人全国老人福祉施設協議会参与
堀田 聡子	慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授
正立 斉	公益財団法人全国老人クラブ連合会理事・事務局長
※ 松田 晋哉	産業医科大学教授
吉森 俊和	全国健康保険協会理事
米本 正明	全国町村会行政委員会副委員長（和木町長）

◎

※は社会保障審議会の委員

(敬称略、50音順)

◎:委員長

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会

目的

- 令和6年度は、6年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業（支援）計画、医療保険制度改革などの医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目であることから、今後の医療及び介護サービスの提供体制の確保に向け様々な視点からの検討が重要となる。
- このため、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会において、診療報酬と介護報酬等との連携・調整をより一層進める観点から、両会議の委員のうち、検討項目に主に関係する委員で意見交換を行う場を設けることとし、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会がそれぞれ具体的な検討に入る前に、以下のテーマ・課題に主に関わる委員にて意見交換を行った。

テーマ

1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
2. リハビリテーション・口腔・栄養
3. 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療
4. 高齢者施設・障害者施設等における医療
5. 認知症
6. 人生の最終段階における医療・介護
7. 訪問看護
8. 薬剤管理
9. その他

スケジュール

- 令和5年 3月15日 第1回検討会 開催 テーマ1、2、3
- 令和5年 4月19日 第2回検討会 開催 テーマ4、5
- 令和5年 5月18日 第3回検討会 開催 テーマ6、7
- ※ テーマ8については各テーマ内で議論

出席者(計14名)	
池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
稲葉 雅之	民間介護事業推進委員会代表委員
江澤 和彦	日本医師会常任理事
小塩 隆士	一橋大学経済研究所教授 【中央社会保険医療協議会会長】
田中 志子	日本慢性期医療協会常任理事
田辺 国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長 【社会保障審議会介護給付費分科会会長】
田母神 裕美	日本看護協会常任理事
長島 公之	日本医師会常任理事
濱田 和則	日本介護支援専門員協会副会長
林 正純	日本歯科医師会常務理事
東 憲太郎	全国老人保健施設協会会長
古谷 忠之	全国老人福祉施設協議会参与
松本 真人	健康保険組合連合会理事
森 昌平	日本薬剤師会副会長

(五十音順 敬称略)

令和3年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

改定率：**+0.70%** ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%（令和3年9月末までの間）

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○看取りへの対応の充実 ・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進 ・老健施設の医療ニーズへの対応強化

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室ユニットの定員上限の明確化

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による通減制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

○地域の特性に応じたサービスの確保 ・過疎地域等への対応（地方分権提案）

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進

・職員の離職防止・定着に資する取組の推進

・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実

・人員配置基準における両立支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化

○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた

業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和

・会議や多職種連携におけるICTの活用

・特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減

の推進 ・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化

・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実

・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進

・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化

・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

・ADL維持等加算の拡充

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し

・長期利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し

・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算（IV）（V）の廃止

・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化

・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額（食費）の見直し

・基本報酬の見直し

基本報酬の見直し

基本報酬の見直し

■改定率については、介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、全体で+0.70%（うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、0.05%（令和3年9月末まで））。これを踏まえて、

・ 全てのサービスの基本報酬を引き上げる

※ 別途の観点から適正化を行った結果、引き下げとなっているものもある

・ 全てのサービスについて、令和3年4月から9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せする【告示改正】

令和3年度介護報酬改定に関する「大臣折衝事項」（令和2年12月17日）（抄）

令和3年度介護報酬改定については、介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、改定率は全体で+0.70%とする。給付の適正化を行う一方で、感染症等への対応力強化やICT化の促進を行うなどメリハリのある対応を行うとともに、次のとおり対応する。

- ・ 新型コロナウイルス感染症に対応するため、かかり増しの経費が必要となること等を踏まえ、令和3年9月末までの間、報酬に対する特例的な評価を行うこととし、上記+0.70%のうち+0.05%相当分を確保する。同年10月以降については、この措置を延長しないことを基本の想定としつつ、感染状況や地域における介護の実態等を踏まえ、必要に応じ柔軟に対応する。
- ・ 介護職員の処遇改善に向け、令和元年10月に導入した特定処遇改善加算の取得率が6割に留まっていることを踏まえ、取得拡大の方策を推進するとともに、今回の改定による効果を活用する。特定処遇改善加算や今回の改定の効果が、介護職員の処遇改善に与える影響について実態を把握し、それを踏まえ、処遇改善の在り方について検討する。

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告に示された今後の課題等を踏まえた改定検証のスケジュール（案）

「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」に示された今後の課題等	改定検証調査（予定）		
	R3調査	R4調査	R5調査
1. 感染症や災害への対応力強化 ・感染症対策や業務継続に向けた取組状況の把握、感染症や災害発生時の継続的なサービス提供のための方策の検討 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応の実施状況や効果の検証			○*
2. 地域包括ケアシステムの推進 ・認知症の行動・心理症状への対応や、中核症状を含めた評価の方策の検討、認知症介護研修の義務づけに関する効果検証 ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等に沿った取組状況の把握、推進方策の検討 ・介護付きホームや認知症GH等の利用者の療養上の世話や看取り、自立支援・重度化防止の実態を把握、対応の検討 ・訪問看護及び訪問リハビリテーションについての実態調査、サービス提供の在り方や看護職員確保の強化策の検討 ・適切なケアマネジメント手法等の実効性が担保される方策の検討 ・通減制の見直しによるケアマネジメントの質の確保及び公正中立性を確保するための取組に関する効果検証 ・都市部、離島や中山間地域等、地域の実情に応じた必要な方策、サービス提供のあり方の検討 ・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普及を図る方策の検討、機能・役割の検証 ・療養通所介護についての今後の在り方の検討 ・個室ユニット型施設の整備・運営状況の定期的把握 ・小規模特養等の経営実態の調査 ・介護医療院について、加算の効果、移行状況を把握、移行促進のための対応の検討		○	○*
3. 自立支援・重度化防止の取組の推進 ・リハビリ・機能訓練、口腔、栄養など多職種が連携した取組の実施状況や効果等について検証、推進方策の検討 ・ADL維持等加算の拡充による影響について検証、必要な対応を検討 ・生活期のリハビリテーションにおける具体的な評価方法、通所リハビリテーションにおける総合的な評価方法の検討 ・施設系サービスにおける口腔衛生管理、栄養ケア・マネジメントの取組の充実について対応状況の把握、推進方策の検討 ・居宅サービス全体のLIFEを活用した取組状況の把握、推進方策の検討 ・介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能指標・要件の見直しによる取組状況の把握、推進方策の検討	○▲	○	○☆
4. 介護人材の確保・介護現場の革新 ・介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の取得促進、人材確保の取組の達成状況の把握や効果検証 ・ハラスメント対策の実態を踏まえた、対応の検討 ・テクノロジー活用による更なる介護現場の生産性向上や各種会議等におけるICTの活用状況を踏まえた対応の検討 ・認知症グループホームの例外的な夜勤職員体制の取扱いの施行後の状況把握・検証、必要な対応の検討 ・ローカルルールについての実態把握、対応の検討、文書負担の軽減や手続きの効率化等の検討		○	○*
5. 制度の安定性・持続可能性の確保、その他 ・介護サービスの適正化や重点化を踏まえた介護報酬の見直し、報酬体系の簡素化についての検討 ・介護保険施設のリスクマネジメントについて、報告内容の分析や有効活用等への対応の検討 ・福祉用具の事故の予防・再発防止の効果的な取組の検討、福祉用具の質と販売について実態の把握、対応の検討	○		○*

※は、第200回介護給付費分科会（R3.3.24）資料からの変更点

（脚注）▲・☆・★・◆・*は、同一の改定検証事業において実施

介護事業経営概況調査・実態調査、介護従事者処遇状況等調査について

○ 介護報酬改定は、原則として3年に1度行うこととされており、そのための基礎資料を得ること等を目的として、各種調査を行っている。

1 介護事業経営概況調査・実態調査

各サービス施設・事業所の経営状況を把握し、次期介護報酬の改定に必要な基礎資料を得ることを目的とする。

- ・介護事業経営概況調査：改定前後2年分の収支状況を把握（結果公表：調査年度の12～2月頃）
- ・介護事業経営実態調査：改定後2年目の収支状況を把握（結果公表：調査年の10月頃）

2 介護従事者処遇状況等調査

介護従事者の処遇の状況及び介護職員処遇改善加算の影響等の評価を行うとともに、介護報酬改定のための基礎資料を得ることを目的とする。

- ・改定前後2年分の介護従事者の給与等を把握（結果公表：調査年度の3月頃）
- ・その他、臨時改定等を踏まえ、必要に応じて臨時調査を実施

	H28	H29	H30	R01	R02	R03	R04	R05	R06
	—	臨時改定 (処遇改善)	改定年	臨時改定 (消費税 & 処遇改善)	—	改定年	臨時改定 (処遇改善)	—	改定年
介護事業経営概況調査 (別紙1)	○	—	—	○	—	—	○	—	—
介護事業経営実態調査 (別紙1)	—	○	—	—	○	—	—	○	—
介護従事者処遇状況等 調査(別紙2)	○ ※臨時	○ ※臨時	○	—	○ ※臨時	○	○ ※臨時	—	○

令和4年度介護事業経営概況調査結果（各介護サービスにおける収支差率）

- 令和3年度介護報酬改定後の令和3年度決算における全サービス平均の収支差率は、改定前の令和2年度（3.9%）と比較し0.9%低下の3.0%。
- 各サービスの収支差率をみると、例えば、介護老人福祉施設は0.3%低下し1.3%に、介護老人保健施設は0.9%低下し1.9%に、訪問介護は0.8%低下し6.1%に、通所介護は2.8%低下し1.0%になった。一方、福祉用具貸与は1.9%改善し3.4%に、居宅介護支援は1.5%改善し4.0%となっているなど、各サービスにより収支状況は異なる。

サービスの種類	令和4年度概況調査			サービスの種類	令和4年度概況調査		
	令和2年度決算	令和3年度決算	対2年度増減		令和2年度決算	令和3年度決算	対2年度増減
施設サービス				福祉用具貸与	1.5%	3.4%	+1.9%
介護老人福祉施設	1.6%	1.3%	△0.3%	居宅介護支援	2.5%	4.0%	+1.5%
介護老人保健施設	2.8%	1.9%	△0.9%	地域密着型サービス			
介護療養型医療施設※	9.7%	0.6%	△9.1%	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	8.4%	8.2%	△0.2%
介護医療院	7.0%	5.8%	△1.2%	夜間対応型訪問介護※	△8.6%	3.8%	+12.4%
居宅サービス				地域密着型通所介護	4.0%	3.4%	△0.6%
訪問介護	6.9%	6.1%	△0.8%	認知症対応型通所介護	9.3%	4.4%	△4.9%
訪問入浴介護	6.4%	3.7%	△2.7%	小規模多機能型居宅介護	4.1%	4.7%	+0.6%
訪問看護	9.5%	7.6%	△1.9%	認知症対応型共同生活介護	5.8%	4.9%	△0.9%
訪問リハビリテーション	0.0%	0.6%	+0.6%	地域密着型特定施設入居者生活介護	3.7%	3.0%	△0.7%
通所介護	3.8%	1.0%	△2.8%	地域密着型介護老人福祉施設	1.1%	1.2%	+0.1%
通所リハビリテーション	1.6%	0.5%	△1.1%	看護小規模多機能型居宅介護	5.2%	4.6%	△0.6%
短期入所生活介護	5.4%	3.3%	△2.1%	全サービス平均	3.9%	3.0%	△0.9%
特定施設入居者生活介護	4.6%	4.0%	△0.6%	() 内は、コロナ補助金収入を含まない収支差率	(3.4%)	(2.8%)	(△0.6%)

収支差率 = (介護サービスの収益額 (コロナ補助金を含む) - 介護サービスの費用額) / 介護サービスの収益額 (コロナ補助金を含む)

注1：収支差率に「※」のあるサービスについては、集計施設・事業所数が少なく、集計結果に個々のデータが大きく影響していると考えられるため、参考数値として公表している。

注2：全サービス平均の収支差率については、総費用額に対するサービス毎の費用額の構成比に基づいて算出した加重平均値である。

2. 介護療養型医療施設の移行について

- 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 29 年法律第 52 号）に基づき、平成 30 年 4 月から、今後増加が見込まれる長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者の受け皿を確保するため、介護医療院が創設されるとともに、介護療養型医療施設については、平成 29 年度末であった移行期限が、令和 5 年度末まで 6 年間延長とされたところである。
- 上記を踏まえ、平成 30 年度からは、委託事業である介護医療院開設移行等支援事業の一環として、介護医療院への移行状況の把握を行っており、皆様にご協力いただいているところである（介護医療院の開設状況は令和 5 年 3 月末日時点で 764 施設、45,220 療養床）。
- 昨年度より、介護医療院開設移行等支援事業において、各自治体のご担当者の方にご連絡をさせていただき、個々の介護療養型医療施設の移行予定の把握・意思決定に向けた支援についてご協力をいただいております。令和 5 年 6 月の集計では介護療養型医療施設は 233 施設であり、移行先が未定の施設は 11 施設まで減少しているところである。
- 令和 5 年度末の介護療養型医療施設に係る有効期限まで残り約 8 か月となっており、引き続き移行に向けた支援を実施していただきつつ、特に移行先が未定の施設については早急に移行先を決定するよう各施設との連携を密に図っていただきたい。
- なお、介護保険法等の有効期限については、令和 5 年 6 月 23 日に改めて通知※を発出しているため、管内の介護療養型医療施設及び関係団体等に周知いただきたい。

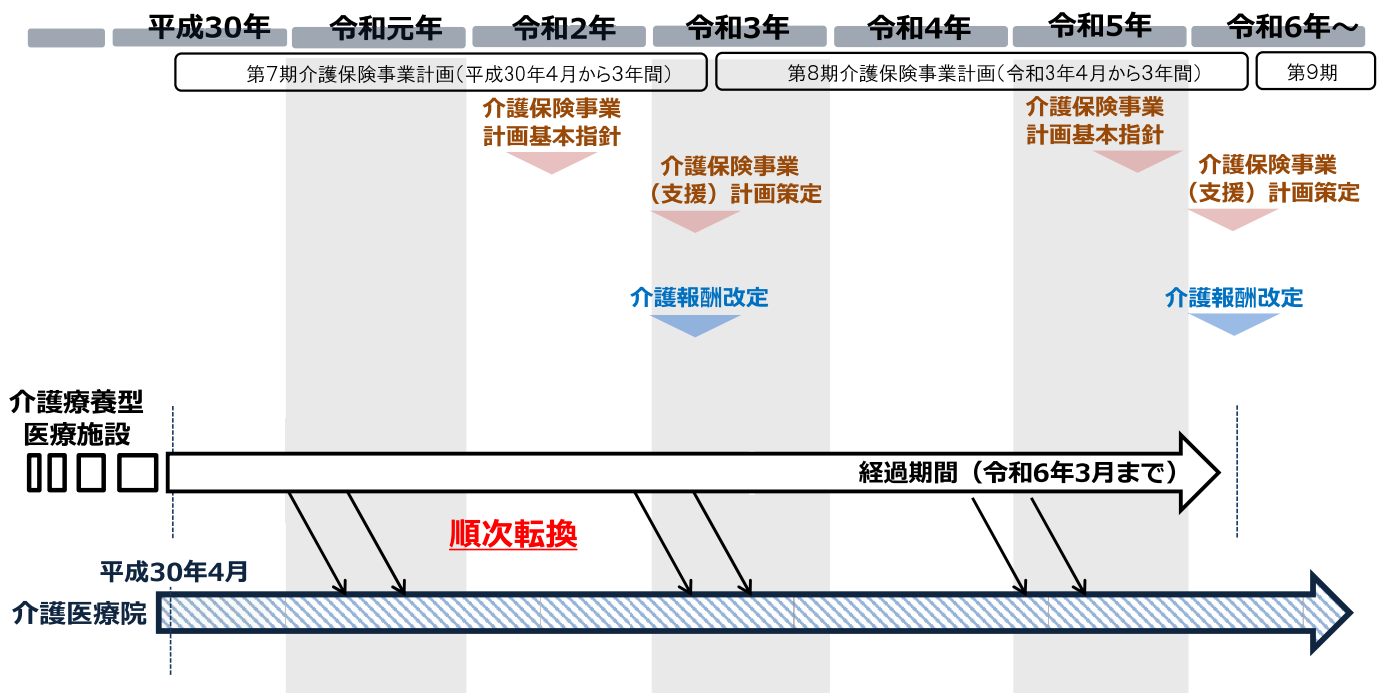
※「介護療養型医療施設に係る介護保険法等の有効期限について（再周知）」
（令和 5 年 6 月 23 日 老老発 0623 第 1 号 老人保健課長通知）

介護療養病床に関するこれまでの経緯

時期	ポイント
H12 (2000) 介護保険法施行	<ul style="list-style-type: none"> 療養病床の一部 (※) を介護保険法上「介護療養型医療施設」として位置づけ (介護療養病床) ※介護保険法施行時 (2000年) は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">H13 (2001) 医療法改正 療養型病床群と老人病院 (特例許可老人病院) を「療養病床」に一本化</div>
H18 (2006) 診療・介護報酬 同時改定	<ul style="list-style-type: none"> 医療療養と介護療養の病床で入院患者の状態に大きな差は見られなかったことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題 医療必要度が高い人は医療保険で対応する一方で、より介護が必要な人は介護保険の他の施設等で対応することとした <p>➡ 介護療養病床を平成23年度末で廃止決定</p>
H23 (2011) 介護保険法改正	<ul style="list-style-type: none"> 介護療養病床の転換が進んでいない状況を踏まえ、介護療養病床の廃止・転換期限を平成29年度末まで延長
H28 (2016)	<ul style="list-style-type: none"> 「療養病床の在り方等に関する検討会」及び「療養病床の在り方等に関する特別部会」において、「住まい」機能を確保した上で、医療機能を内包した新たな施設類型が提案される
H29 (2017) 介護保険法改正	<ul style="list-style-type: none"> 「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」において、新たな介護保険施設を創設、介護療養病床の経過措置期間を令和5年度末まで延長することが決定
H30 (2018) 診療・介護報酬 同時改定	<ul style="list-style-type: none"> 介護医療院の創設

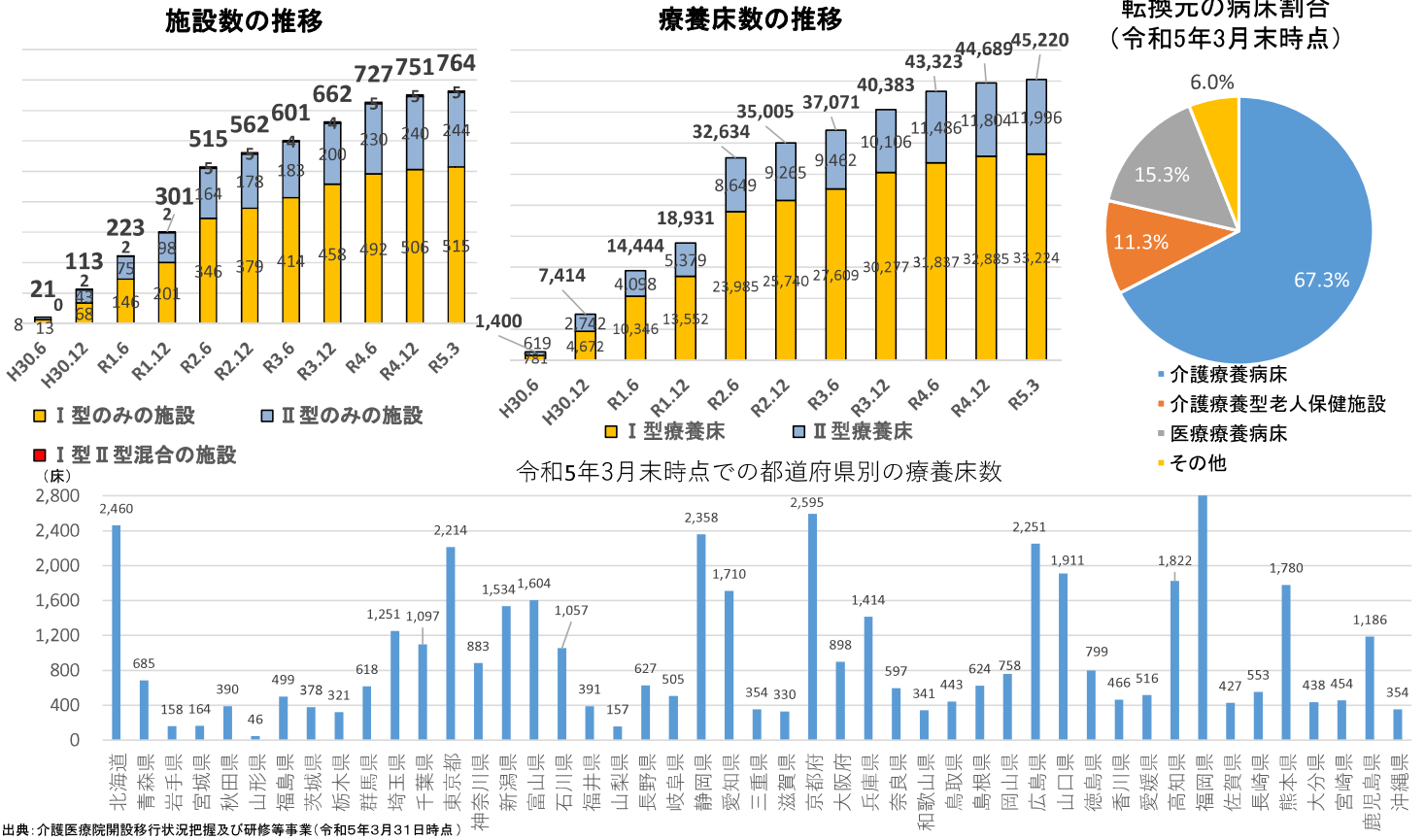
介護療養型医療施設等に関するスケジュールのイメージ

- 平成30年4月、要介護者に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話 (介護)」を一体的に提供する施設として、介護医療院が創設された。
- 平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養病床については、その経過措置期間を令和5年度末まで延長することとされた。



介護医療院等(開設状況)について

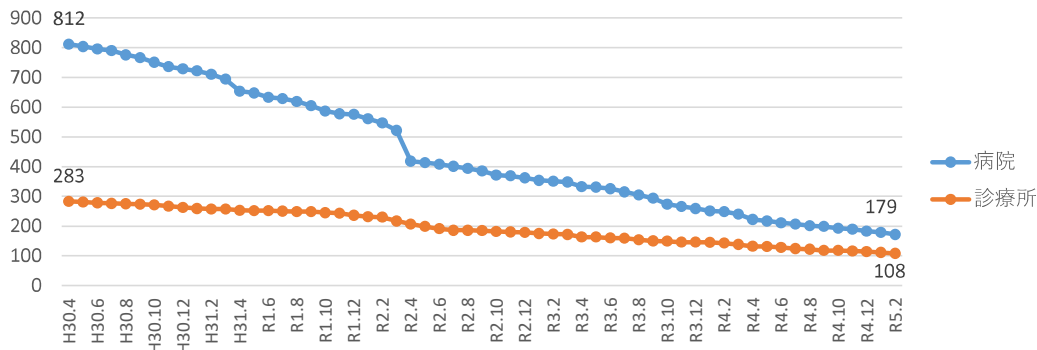
○ 令和5年3月末時点での介護医療院開設数は、764施設、45,220療養床であった。



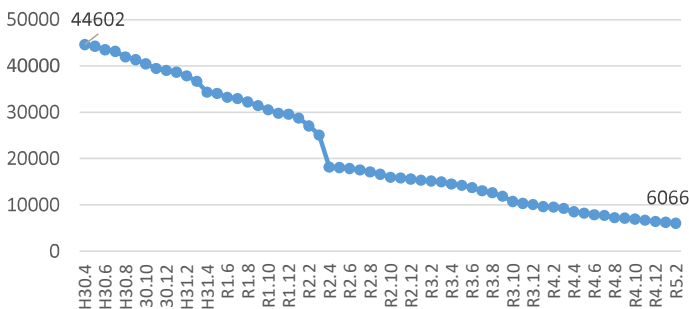
介護療養病床を有する医療機関数・病床数

○ 令和5年2月時点で介護療養病床を有する医療機関は179病院(6066床)・108診療所(958床)であった。

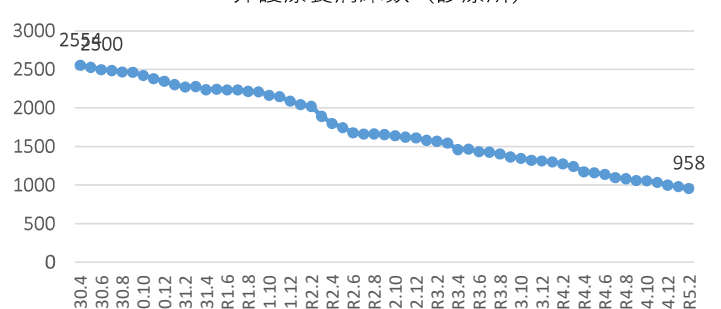
介護療養病床を有する医療機関数



介護療養病床数(病院)



介護療養病床数(診療所)



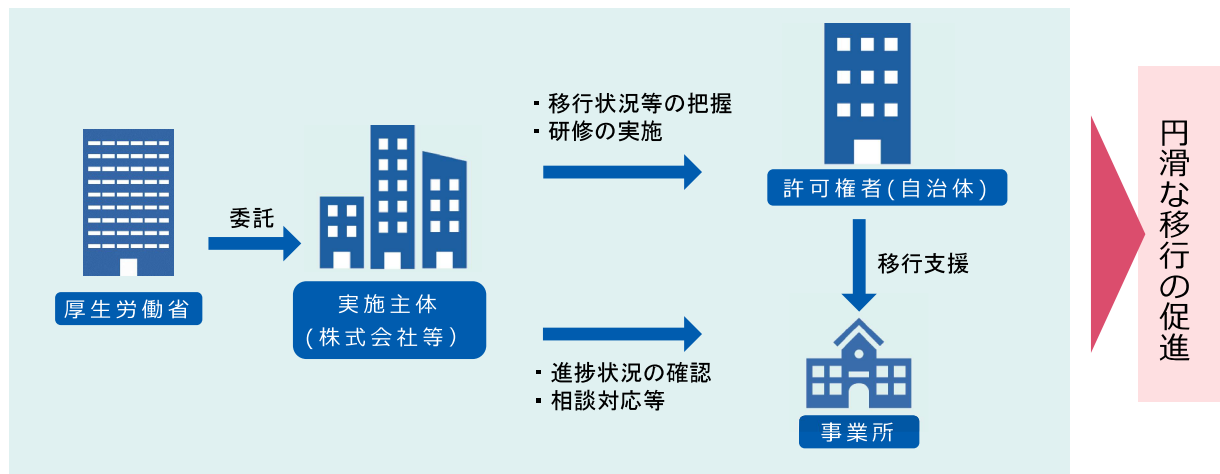
出典:厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」(月報)

介護医療院開設移行等促進事業

1 事業の目的

- 平成30年4月に創設された「介護医療院」は、令和5年度末が設置期限である介護療養型医療施設等からの移行が見込まれており、設置期限が迫る中、移行に向けた支援が重要となっている。
- 本事業では、円滑な移行を支援するため、移行状況等の把握を行うとともに、介護療養型医療施設を有する事業者を対象として、移行に向けた準備の進捗状況の確認や相談対応等を実施する。
- また、実際に介護療養型医療施設に対して指導を行う許可権者が、効果的な支援を行うことが重要であることから、許可権者に対して介護医療院等への移行支援に関する研修を実施する。

2 事業の概要・実施主体・スキーム



介護療養型医療施設の移行予定先

調査対象	許可権者となる自治体の介護保険主管課(室)
調査期間	令和5年5月24日～6月27日
調査方法	メールでの送付・回収
配布・回収数	130自治体(回収率100%) 82自治体において令和5年6月時点において介護療養型医療施設あり(n=233)

移行予定先	介護療養型医療施設 (n=233)	
	施設数内訳	構成比
介護保険の施設・事業所		
介護医療院	96	41.2%
介護老人保健施設	0	0%
介護老人福祉施設	1	0.4%
特定施設入居者生活介護	0	0%
認知症グループホーム	2	0.9%
その他(介護保険)	0	0%
医療保険の病床		
医療療養病床	84	36.1%
一般病床	30	12.9%
精神病床	5	2.1%
その他の医療病床	1	0.4%
その他(医療保険・介護保険以外)	0	0%
いずれにも転換しない(事業廃止)	27	11.6%
未定	11	4.7%
把握できていない	0	0%

* 複数の種類の療養床・病床に移行を予定する施設があることから、介護療養型医療施設数と移行予定施設数の合計は必ずしも一致しない。

介護療養型医療施設に係る介護保険法等の有効期限について

介護療養型医療施設に係る介護保険法等の有効期限について（再周知）

（老老発0623第1号 令和5年6月23日 老人保健課長通知）

介護療養型医療施設に係るなおその効力を有するものとされた介護保険法等の有効期限については、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の公布について（通知）」（平成29年6月2日付け医政発0602第4号・社援発0602第10号・老発0602第3号厚生労働省医政局長、社会・援護局長、老健局長連名通知）によりお知らせしているところですが、「介護療養型医療施設に係る介護保険法等の有効期限について」（令和4年6月28日付け老老発0628第1号厚生労働省老健局老人保健課長通知）において改めてお示しをしたとおり、その有効期限（令和6年3月31日まで）が近づいております。

そのため、改めて下記の内容について御了知の上、管内の市町村、介護療養型医療施設及びその関係団体等に対し、周知徹底を図るとともに、その運用に遺漏なきようお願いいたします。

記

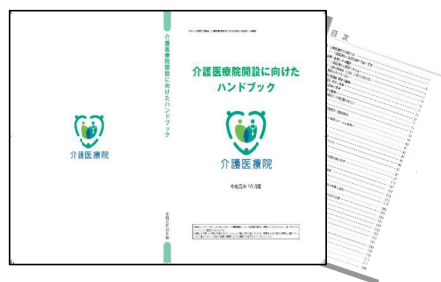
- 介護療養型医療施設に係るなおその効力を有するものとされた介護保険法等の有効期限は、令和6年3月31日までであること。
（地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）第3条により改正された健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2）
- 介護医療院等へ移行せず介護療養型医療施設の指定を辞退する場合等は、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第110条第4項の規定を踏まえ、当該介護療養型医療施設の開設者は、指定の辞退等の以前に入所していた者に対して、指定の辞退等の後も、他の事業者等により必要な介護サービス等が継続的に提供されるよう、関係者との連絡調整等の必要な対応を行うこと。

介護医療院開設に向けた支援ツール

ロゴマーク



ハンドブック



事例集



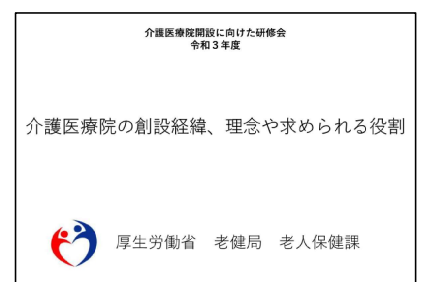
パンフレット



紹介ムービー



研修会資料



3. 高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症への対応等について (医療機関との協力体制、ワクチン接種)

【医療機関との協力体制】

- 令和3年4月以降、施設内療養を行う介護施設等に対し、新たに補助を実施(施設内療養者1名につき15万円。15日以内に入院した場合は、施設内療養期間に応じ1万円/日を日割り補助)。

さらに、令和4年1月以降、まん延防止等重点措置区域等の施設であって、当該施設内の療養者数が一定数を超える場合は、施設内療養者1名につき1万円/日を追加補助(合計最大1名につき30万円/日)。また、令和4年4月8日から7月末日まで、当該追加補助の対象地域を、まん延防止等重点措置区域等に限らず全国へと拡大している。

※地域医療介護総合確保基金(介護従事者確保分)のかかり増し費用を助成する介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業の中で実施。

- 令和5年5月8日の新型コロナウイルス感染症の類型見直し後も当面支援を行うこととしたが、施設内療養の補助については、医療機関の確保、感染症対策のための研修及び訓練の実施、ワクチンの接種を行っていることを新たに要件とした。
- 特に高齢者施設等と医療機関との連携強化については、都道府県等に対し令和4年3月より累次に依頼してきているところ。医療機関の確保を含む新たな補助要件の実施状況については、令和5年3月の事務連絡にて高齢者施設等に対して調査を行っている(とりまとめ中(6月20日時点))。

【ワクチン接種】

- 第一期追加接種(従来ワクチンの3回目接種)以降、高齢者施設等の入所者等に対する接種体制を構築するよう自治体に事務連絡を発出するとともに、高齢者施設等における接種進捗状況の実態調査を実施してきた。
- 令和4年秋開始接種(5回目接種)については、令和4年9月20日から開始され、高齢者施設等の入所者における接種の実施状況を調査した。令和5年1月末までに95.8%の施設で1月末までに接種が予定されていた。
- 令和5年春開始接種(6回目接種)については、令和5年5月8日から開始され、自治体に対して実施体制の構築と進捗管理の実施を行うよう事務連絡で周知した。また、5月末時点での接種実績と見込みについての調査を依頼済み。さらに、6月末時点での接種実績と見込みについても追加調査予定である。

概要

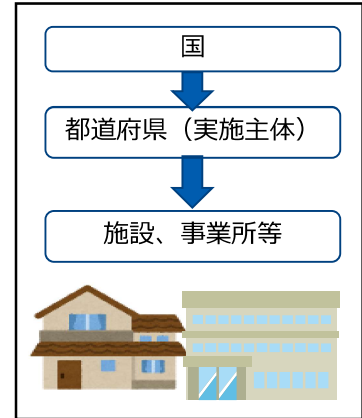
介護サービスは、要介護高齢者等やその家族の日常生活の維持にとって必要不可欠なものであるため、

- ・新型コロナウイルス感染症の感染等によりサービス提供に必要な職員が不足した場合でもサービスの継続が求められること
- ・高齢者の密集を避けるため通所サービスが通常の形で実施できない場合でも代替サービスの提供が求められること

から、**新型コロナウイルス感染による緊急時のサービス提供に必要な介護人材を確保するとともに、介護に従事する者が安心・安全に業務を行うことができるよう感染症が発生した施設等の職場環境の復旧・改善を支援**する。

【助成対象事業所】

- ①新型コロナウイルス感染者が発生又は濃厚接触者に対応した介護サービス事業所・施設等
 ※休業要請を受けた事業所を含む
- ②新型コロナウイルス感染症の流行に伴い居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所
- ③感染者が発生した施設等の利用者の受け入れ及び応援職員の派遣を行う事業所【連携支援】



【対象経費】（主なもの）

通常の介護サービスの提供では想定されないかかり増し費用を助成

緊急時の介護人材確保に係る費用

- ・職員の感染等による人員不足、通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材の確保等の費用
 ※緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当等

職場環境の復旧・環境整備に係る費用

- ・介護サービス事業所・施設等の消毒、清掃費用、通所系サービスの代替サービス提供に伴う初動費用等

連携により緊急時の人材確保支援を行うための費用

- ・感染が発生した施設等への介護人材の応援派遣等に伴う費用

感染対策を行った上での施設内療養に要する費用

- ・施設内療養者1名につき、1万円/日を補助（最大15日間）
- ・療養者数が一定数*を超える場合は、施設内療養者1名につき1万円/日を追加補助（上記とあわせて**最大30万円**）
 ※小規模施設等（定員29人以下）にあつては施設内療養者が2名以上、大規模施設等（定員30人以上）にあつては施設内療養者が5名以上

施設内療養を行う介護施設等への支援について

補助概要	<p>○ 病床ひっ迫等により、施設内療養を行う介護施設等に対して、感染対策の徹底、療養の質及び体制の確保等を行うことを支援する観点から、施設において必要となる追加的な手間（※1）について、療養者毎に要するかかり増し費用とみなし、従来の経費支援に加え、新たに補助を行う。</p> <p>（※1） 必要な感染予防策を講じた上でのサービス提供、ゾーニング（区域をわける）の実施、コホーティング（隔離）の実施、担当職員を分ける等の勤務調整、状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察、症状に変化があった場合等の保健所等への連絡・報告フローの確認</p>									
助成の要件	<p>○ 令和5年5月8日の新型コロナの類型見直し以降は、新たに以下の要件全てに該当する場合とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 新型コロナ患者に係る往診や電話等による相談、入院の可否の判断や入院調整に対応できる医療機関の確保 ✓ 感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練の実施 ✓ オミクロン株ワクチンの接種の実施 									
補助額	<p>○ 施設内療養者1名につき、1万円/日を補助（発症日から10日間を原則とし、最大15日間（※2））</p> <p>○ 施設内療養者数が一定数（※3）を超える場合は、施設内療養者1名につき1万円/日を追加補助（上記とあわせて最大30万円）（※4）</p> <p>（※2） 補助期間の取扱いについては以下の通り。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>令和4年10月1日～令和5年5月7日（コロナ類型見直し前）</th> <th>令和5年5月8日以降（コロナ類型見直し後）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>有症状者</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 原則、発症日から10日間。 ✓ ただし、発症日から10日間経過しても、療養解除基準（発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過）を満たさない者については、当該基準を満たす日までとする（最大15日間）。 </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 原則、発症日から10日間。 ✓ ただし、発症日から10日間を経過していても、発症日から5日間及び症状軽快から24時間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置（※1）を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。 ✓ また、発症日から10日間経過し、かつ症状軽快から72時間経過していない場合であつて、高齢者施設等において療養が必要であると判断された場合については、当該療養を行った日までとする（最大15日間）。 </td> </tr> <tr> <td>無症状者</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 検体採取日から7日間。 </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 原則、検体採取日から7日間。 ✓ ただし、発症日から7日間を経過していても、発症日から5日間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置（※1）を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。 </td> </tr> </tbody> </table> <p>（※3） 小規模施設等（定員29人以下）にあつては施設内療養者が2名以上、大規模施設等（定員30人以上）にあつては施設内療養者が5名以上いること。 （※4） 追加補助の限度額は、小規模施設等（定員29人以下）は200万円/施設、大規模施設等（定員30人以上）は500万円/施設</p>		令和4年10月1日～令和5年5月7日（コロナ類型見直し前）	令和5年5月8日以降（コロナ類型見直し後）	有症状者	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 原則、発症日から10日間。 ✓ ただし、発症日から10日間経過しても、療養解除基準（発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過）を満たさない者については、当該基準を満たす日までとする（最大15日間）。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 原則、発症日から10日間。 ✓ ただし、発症日から10日間を経過していても、発症日から5日間及び症状軽快から24時間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置（※1）を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。 ✓ また、発症日から10日間経過し、かつ症状軽快から72時間経過していない場合であつて、高齢者施設等において療養が必要であると判断された場合については、当該療養を行った日までとする（最大15日間）。 	無症状者	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 検体採取日から7日間。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 原則、検体採取日から7日間。 ✓ ただし、発症日から7日間を経過していても、発症日から5日間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置（※1）を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。
	令和4年10月1日～令和5年5月7日（コロナ類型見直し前）	令和5年5月8日以降（コロナ類型見直し後）								
有症状者	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 原則、発症日から10日間。 ✓ ただし、発症日から10日間経過しても、療養解除基準（発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過）を満たさない者については、当該基準を満たす日までとする（最大15日間）。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 原則、発症日から10日間。 ✓ ただし、発症日から10日間を経過していても、発症日から5日間及び症状軽快から24時間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置（※1）を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。 ✓ また、発症日から10日間経過し、かつ症状軽快から72時間経過していない場合であつて、高齢者施設等において療養が必要であると判断された場合については、当該療養を行った日までとする（最大15日間）。 								
無症状者	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 検体採取日から7日間。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 原則、検体採取日から7日間。 ✓ ただし、発症日から7日間を経過していても、発症日から5日間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置（※1）を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。 								
対象サービス	<p>○ 介護施設等（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護、短期入所療養介護）</p>									

（注）地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）のかかり増し費用を助成する介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業の中で実施。

類型見直しに伴う高齢者施設等における医療機関との連携体制等に関する調査

- 高齢者施設等における医療機関との連携体制の確保については、令和4年4～5月に、各都道府県において高齢者施設等への聞き取り等を実施いただき、高齢者施設等が協力医療機関を事前確保している、又は自治体が指定する医療機関や医療チームの往診派遣を要請できることの確認を行っていただいたところ。
- 今般の新型コロナウイルス感染症対策本部決定（令和5年3月10日）において、高齢者施設等については、入院が必要な高齢者の適切かつ確実な入院体制を確保しつつ、感染対策の徹底、医療機関との連携強化、療養体制の確保等を進めることとされたことを踏まえ、改めて、高齢者施設等と医療機関の連携体制について、各都道府県においてご確認をいただくため、調査を実施した。（令和5年7月20日に結果を公表。）
- なお、本調査については、地域医療介護総合確保基金（介護分）による「令和5年度新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業」における「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」（施設内療養者1名あたり最大30万円）の補助にあたっての要件確認も兼ねており、令和5年5月8日以降は、本調査によりすべての要件を満たすことが確認された事業所のみ、補助の対象とする。

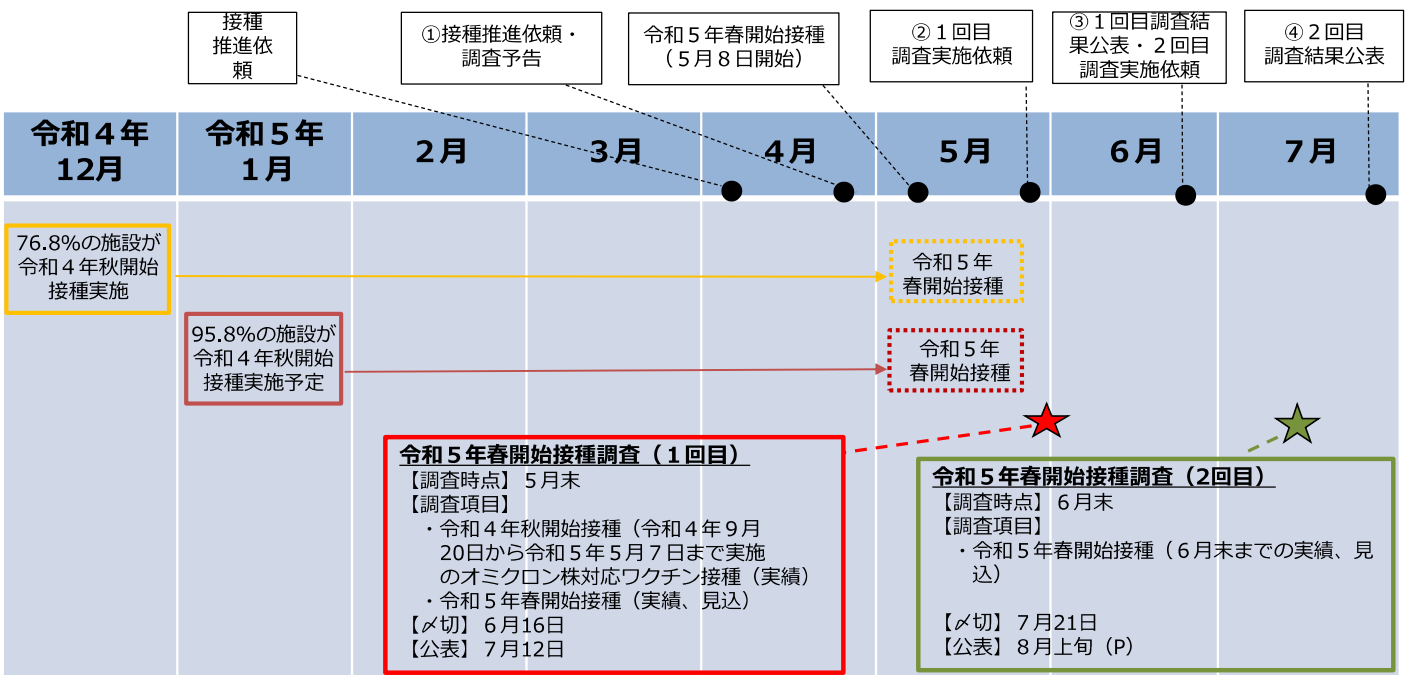
調査対象

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護、短期入所療養介護

	調査内容	具体的な調査項目
1	医療機関との連携体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> 施設入所者に新型コロナウイルス患者（疑い含む）が発生した際に連携する医療機関（※）の確保状況（医療機関名、事前相談を行った年月日）（自施設の医師が実施する場合も可） <※連携医療機関に求められる主な対応> <ul style="list-style-type: none"> ① 施設からの電話等による相談への対応 ② 施設への往診（オンライン診療含む） ③ 入院の要否の判断や入院調整（当該医療機関以外への入院調整も含む）
2	感染対策	<ul style="list-style-type: none"> 全職員に対する、感染症の予防及びまん延防止のための研修の実施状況（直近の実施日） 感染症の予防及びまん延防止のための訓練の実施状況（直近の実施日） ※ 令和5年5月8日までに実施予定の場合含む
3	ワクチンの接種状況	<ul style="list-style-type: none"> 希望する施設入所者へのオミクロン株対応ワクチン（1回目）の実施状況および接種実施時期 希望する施設入所者へのオミクロン株対応ワクチン（2回目）の実施予定の有無および接種実施予定時期

高齢者施設等入所者に対する令和5年春開始接種の迅速な実施に向けて

- ・ 高齢者施設等入所者のうち接種を希望する者に対して、令和5年度の新型コロナワクチン接種（以下「令和5年春開始接種」）を確実かつ速やかに進めるため、類型見直し後においても引き続き市町村及び都道府県に対して、取組の推進ならびに進捗管理を依頼。
- ・ その一環として、高齢者施設ごとに、令和5年春開始接種の接種状況（予定含む）についての調査を実施。
- ・ 令和4年秋開始接種が令和5年1月末までに概ねの施設で終了していることを踏まえ、今回の調査では、令和5年5月末時点及び6月末時点の状況を調査予定（下図参照）。



4. 在宅医療・介護連携推進支援事業における都道府県・市町村連携支援及び自治体担当者研修会議について

- 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位置づけられた「在宅医療・介護連携推進事業」は、現在、全ての自治体で実施頂いていると認識している。
- 令和2年介護保険法改正に併せて、より在宅医療・介護連携推進事業を推進する目的で、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等の見直しを実施したところ。
- 本年度は第9期介護保険事業（支援）計画の基本指針の改定により、在宅医療・介護連携推進事業の更なる推進が期待される。
- 「在宅医療・介護連携推進支援事業」において、本年度は都道府県・市町村連携支援及び自治体担当者研修会議を拡充して実施することから、多くの自治体の皆様に御参画を御願いたい。

【都道府県・市町村連携支援】

- 在宅医療・介護の連携において特に重要となる「4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）」等に着目し、市区町村が都道府県と連携し、より効果的・効率的な事業推進に向けた取り組みが可能となることを目的に、都道府県・市町村連携支援を実施予定。
本年度は、応募に係る事務連絡を本年8月頃に発出する予定であり、都道府県においては管内市町村への周知及び連携支援への参加等に協力いただくよう御願いたい。

【自治体担当者研修会議について】

- 在宅医療・介護連携事業を担当する自治体職員等が、事業実施にあたり必要な知識・技術を習得することにより、企画立案能力及び実践能力の向上に資すること、さらに、地域の実情に応じた効果的な在宅医療・介護連携の推進に資することを目的として、例年、自治体担当者研修会議を開催している。令和5年度については、11月頃の開催を予定しているので、出席についてご配慮願いたい。

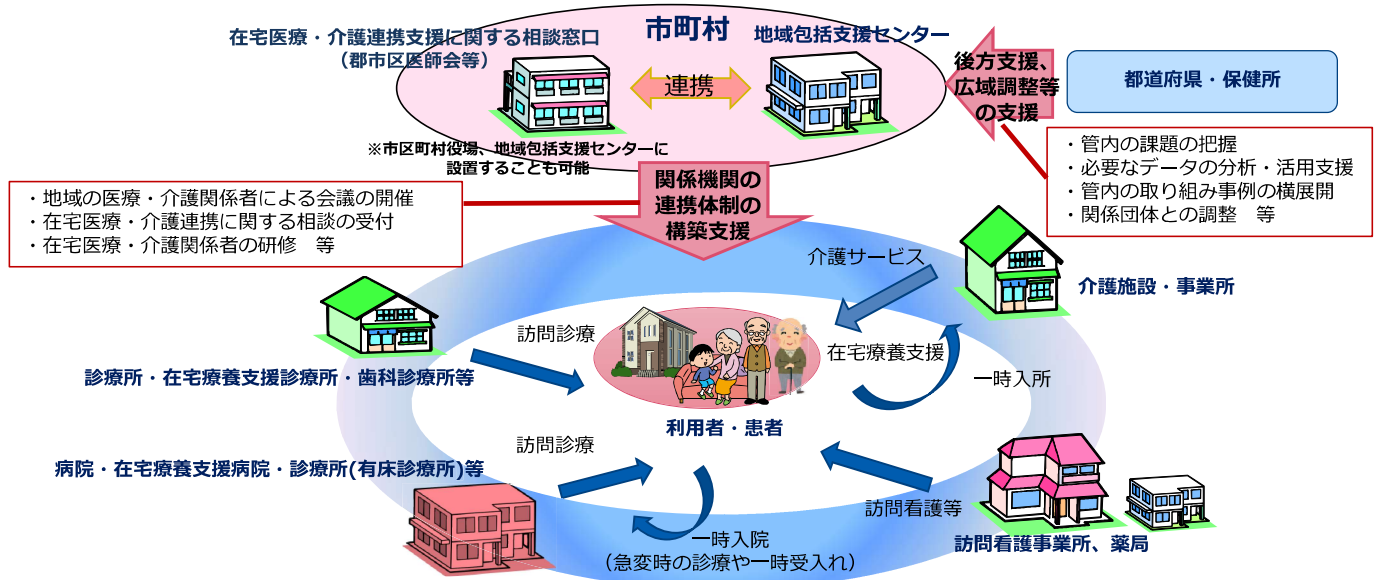
在宅医療・介護連携の推進

- 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

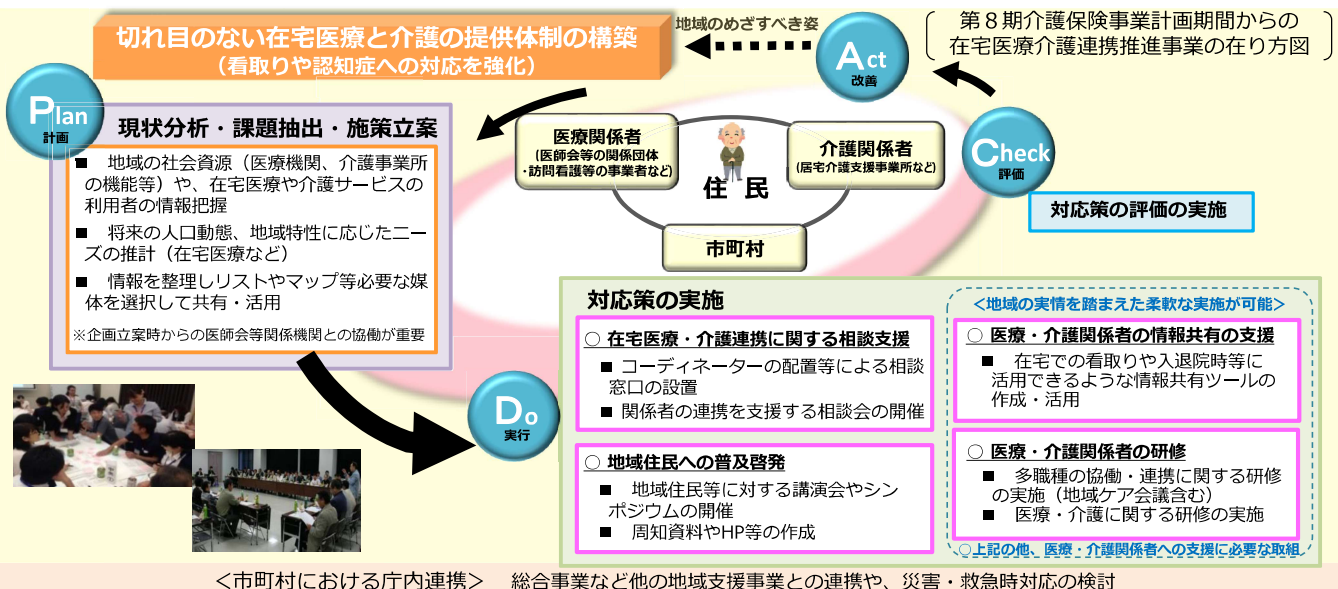
- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- 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9月に発出。

1 改訂のポイント

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



★在宅医療・介護連携推進事業の手引き(Ver.3)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf>

5. 看護小規模多機能型居宅介護の広域利用に関する手引きについて

- 看護小規模多機能型居宅介護は、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、更なる普及を図る方策について検討し、示していくことが適当、とされたところ（※1）。

※1 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） 抜粋

- 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。
- 上記を踏まえ、法律において看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容が明確化（※2）されたほか、第9期介護保険事業（支援）計画の基本指針（大臣告示）に、都道府県の適切な関与のもと、看多機等の広域利用に関する事前同意（※3）の協議・検討を進める旨を明記する予定である。

※2 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5月19日公布）

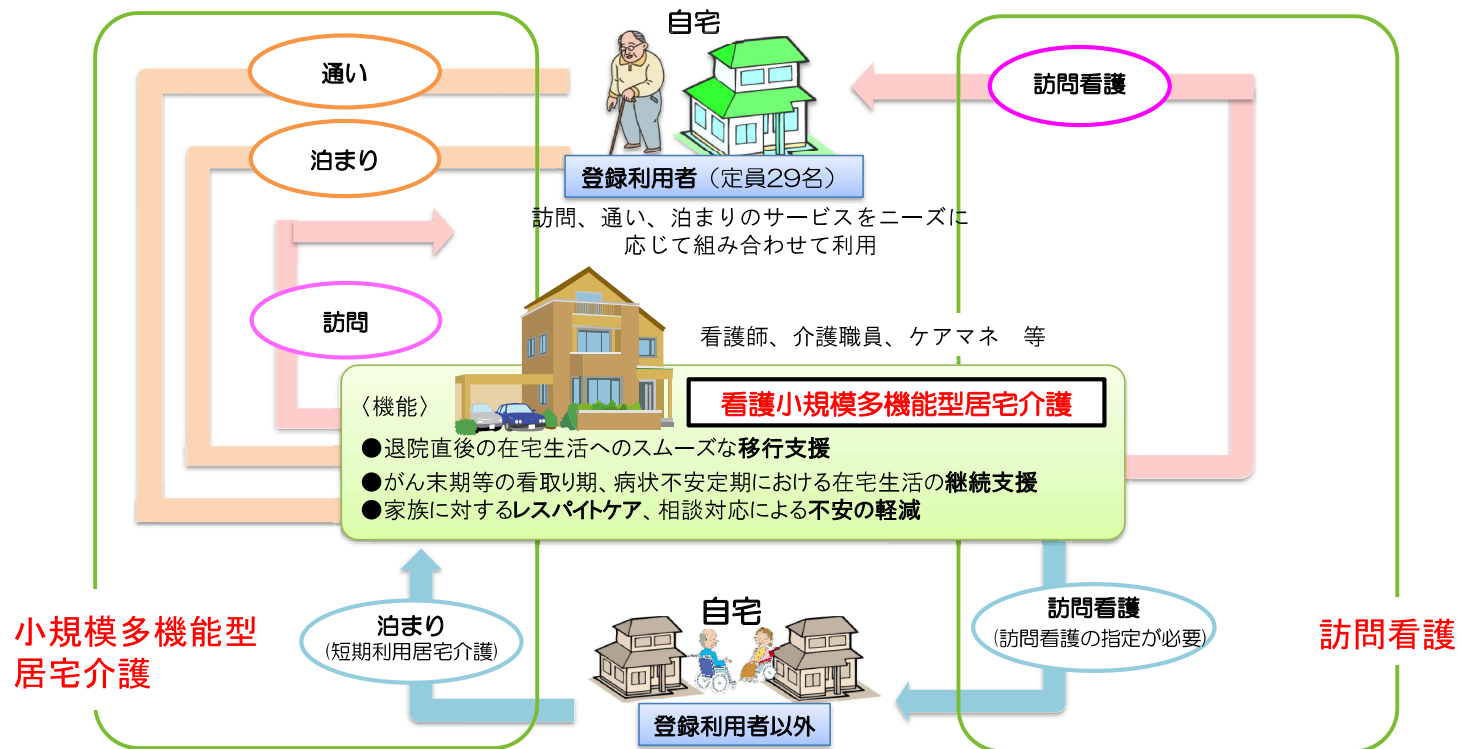
※3 地域密着型サービスである看多機等は、事前に事業所の所在地市町村長から同意を得ることにより、区域外指定の際には事業所の所在地市町村長の同意は不要となる。

- また、地域密着型サービスの更なる普及が図られるよう看多機等の広域利用を促進するための具体的方策について、区域外指定の事前同意を含め、今後、年内を目途に、地方自治体向けに手引きを策定して周知（※4）する。

※4 令和5年度老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護の特性を踏まえた普及を図る方策に関する事業」

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。



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) 抜粋

- 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。

看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

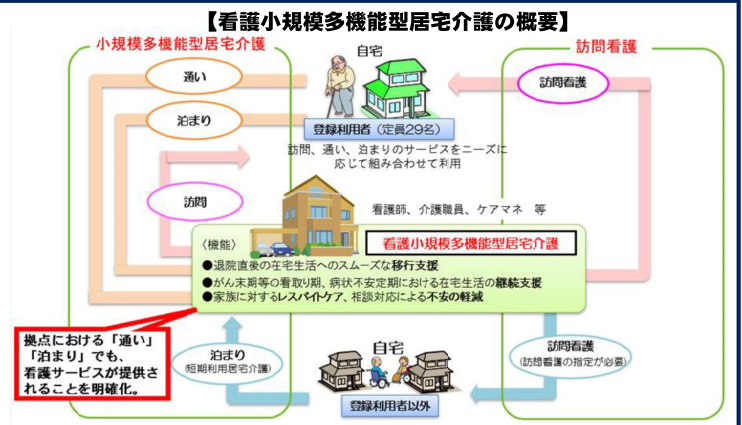
全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律
(令和5年5月19日公布)

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



看護小規模多機能型居宅介護の広域利用に関する手引きについて

手引きの内容（素案）

1 広域利用に関する方策

○ 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、広域利用に関する方策は以下のような取組が考えられる。

- 区域外指定における所在地市町村長の同意を事前に得る（事前同意）
- 区域外指定に係る申請を簡略化する
- 定員数を増やす（条例改正（※1）、過疎地域等における登録定員超過の特例活用（※2）） 等

※1 厚生労働省令で定める看多機の登録定員及び利用定員は、市町村が定める上での「標準基準」である。

※2 登録定員及び利用定員を超えてサービス提供はできない。ただし、過疎地域その他これに類する地域において、地域の実情により効率的運営に必要であると市町村が認めた場合は、一定の期間に限り、登録定員及び利用定員を超えてサービス提供が出来る。（令和3年度介護報酬改定）

2 区域外指定における取組の具体

○ 区域外指定における事前同意等の取り組みを円滑に進めるにあたっては、以下のような留意事項を踏まえることが望ましい。

- ① 区域外指定に関係する都道府県及び隣接する市町村と協議の場を設置する
- ② 協議で定める事項を検討する
 - ・ 区域外利用の条件（当該サービス事業所がない、当該事業所の登録定員充足率、利用可能な距離等）
 - ・ 同意の確認方法（同意の確認不要、担当者に都度要確認等）
 - ・ 区域外指定申請で簡略化できる事項（所在地の指定通知書による申請等） 等
- ③ 協議で定めた事項について協定等を締結する
- ④ 介護サービス事業所、地域住民及び医療機関等へ周知を図る

3 広域利用に関する取組事例

（具体的な都道府県及び市町村の取組事例を掲載予定）

6. 地域リハビリテーション支援体制の構築について

【地域リハビリテーション支援体制の構築について】

- 社会保障審議会介護保険部会においてとりまとめられた「介護保険制度の見直しに関する意見（令和4年度12月20日）」において、地域における高齢者リハビリテーションの推進について、「高齢者リハビリテーションについては、どの地域でも適時適切に提供されるよう、地域支援事業と保険給付の双方の観点からのリハビリテーション提供体制の構築を更に促進していくことが必要である。そのために、介護保険事業（支援）計画での対応も含めて、地域リハビリテーション支援体制の構築の推進が必要である。」とされている。
- 当該意見を踏まえ、本年度中に第9期介護保険事業（支援）計画の基本指針において、地域リハビリテーション支援体制の構築の推進のため、以下の記載を行う予定。
 - 都道府県においては、都道府県医師会をはじめとした関係団体・関係機関等の保健・医療・福祉の関係者で構成される協議会を設けた上で、都道府県リハビリテーション支援センターにおいて、リハビリテーション資源の把握や行政・関係団体との連絡調整を行いつつ、地域での相談支援、研修、通いの場や地域ケア会議等への医療専門職等の派遣の調整といった具体的な取組を進めること。
 - 市町村においては、地域の医師会をはじめとした関係団体・関係機関等との協議の場を設けた上で、具体的な取組を進めること。
- 体制整備にあたっては、「地域包括ケアシステム構築に向けた地域リハビリテーション体制整備マニュアル」（令和3年3月）を参考としてご活用いただきたい。
- なお、保険給付の観点からのリハビリテーション提供体制の構築については、「介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手引き」（令和2年8月）を参考としてご活用いただきたい。
- また、令和5年度老人保健健康増進等事業において、自治体担当者の方向けに、地域リハビリテーション支援体制の構築に向けた研修会を実施する予定であるので、追ってご連絡をする。

介護保険制度の見直しに関する意見（一部抜粋） （令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）

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

（地域における高齢者リハビリテーションの推進）

- 高齢者リハビリテーションについては、どの地域でも適時適切に提供されるよう、地域支援事業と保険給付の双方の観点からのリハビリテーション提供体制の構築を更に促進していくことが必要である。そのため、介護保険事業（支援）計画での対応も含めて、地域リハビリテーション支援体制の構築の推進が必要である。

地域支援事業の概要

令和3年度予算額 公費3,884億円、国費1,942億円

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

○地域支援事業の事業内容 ※金額は積算上の公費（括弧書きは国費）

- (1) 介護予防・日常生活支援総合事業 1,980億円 (990億円)
- ① 介護予防・生活支援サービス事業
 - ア 訪問型サービス
 - イ 通所型サービス
 - ウ その他の生活支援サービス（配食、見守り等）
 - エ 介護予防ケアマネジメント
 - ② 一般介護予防事業
 - ア 介護予防把握事業
 - イ 介護予防普及啓発事業
 - ウ 地域介護予防活動支援事業
 - エ 一般介護予防事業評価事業
 - オ **地域リハビリテーション活動支援事業**

(2) 包括的支援事業・任意事業 1,902億円 (951億円)

- ① 包括的支援事業
 - ア 地域包括支援センターの運営 うちイ、社会保障充実分 534億円 (267億円)
 - i) 介護予防ケアマネジメント業務
 - ii) 総合相談支援業務
 - iii) 権利擁護業務（虐待の防止、虐待の早期発見等）
 - iv) 包括的・継続的マネジメント支援業務
 - ※支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言、地域のケアマネジャーのネットワークづくり 等
 - イ 社会保障の充実
 - i) 認知症施策の推進
 - ii) 在宅医療・介護連携の推進
 - iii) 地域ケア会議の実施
 - iv) 生活支援コーディネーター等の配置
- ② 任意事業
 - ・介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

○地域支援事業の事業費

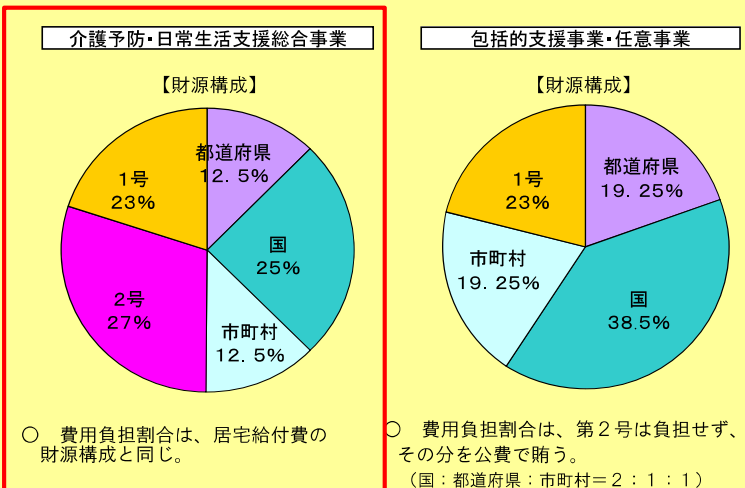
市町村は、政令で定める事業費の上限の範囲内で、介護保険事業計画において地域支援事業の内容、事業費を定めることとされている。

【事業費の上限】

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

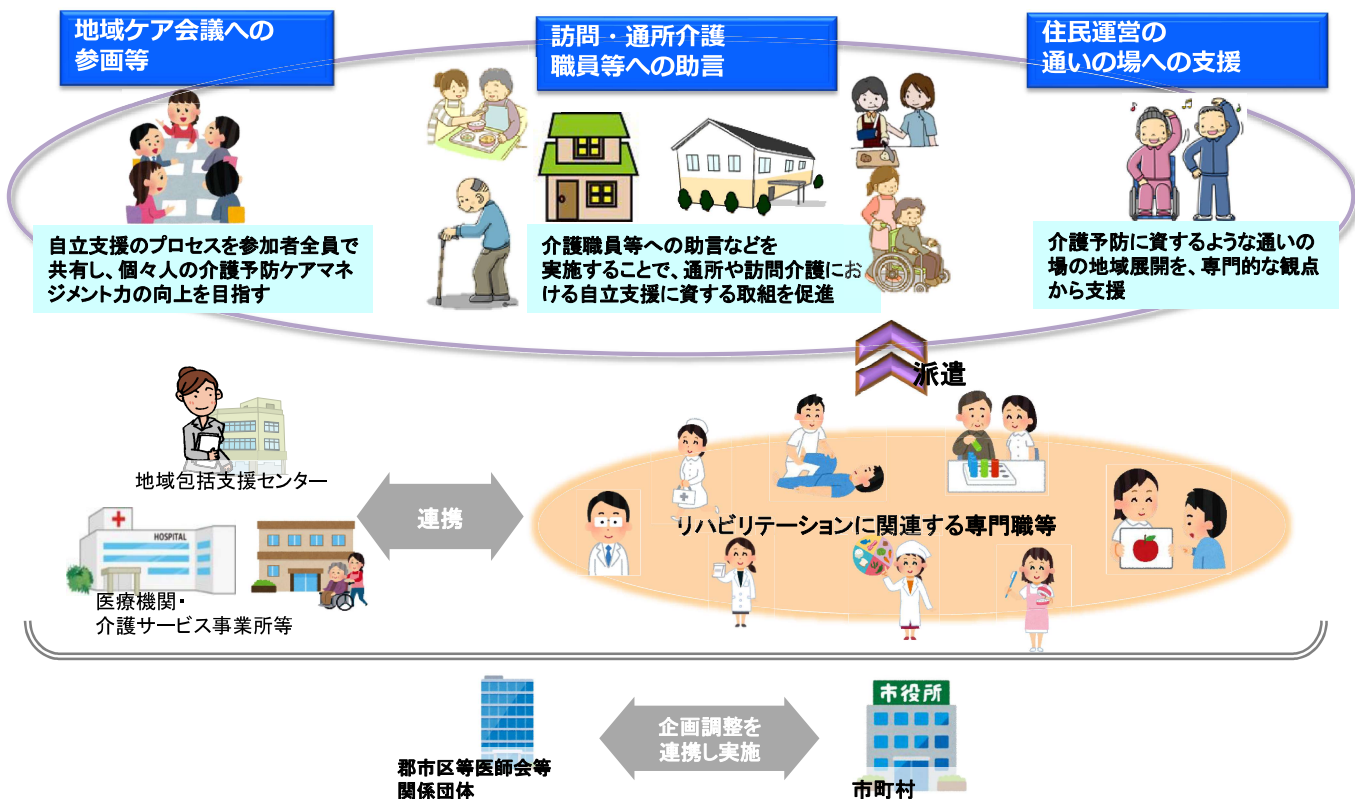
○地域支援事業の財源構成

（財源構成の割合は第7期以降の割合）



地域リハビリテーション活動支援事業の概要

- 地域における介護予防の取組を機能強化するため、地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進
- 市町村は、郡市区等医師会等の関係団体と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、リハビリテーション専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解を促進

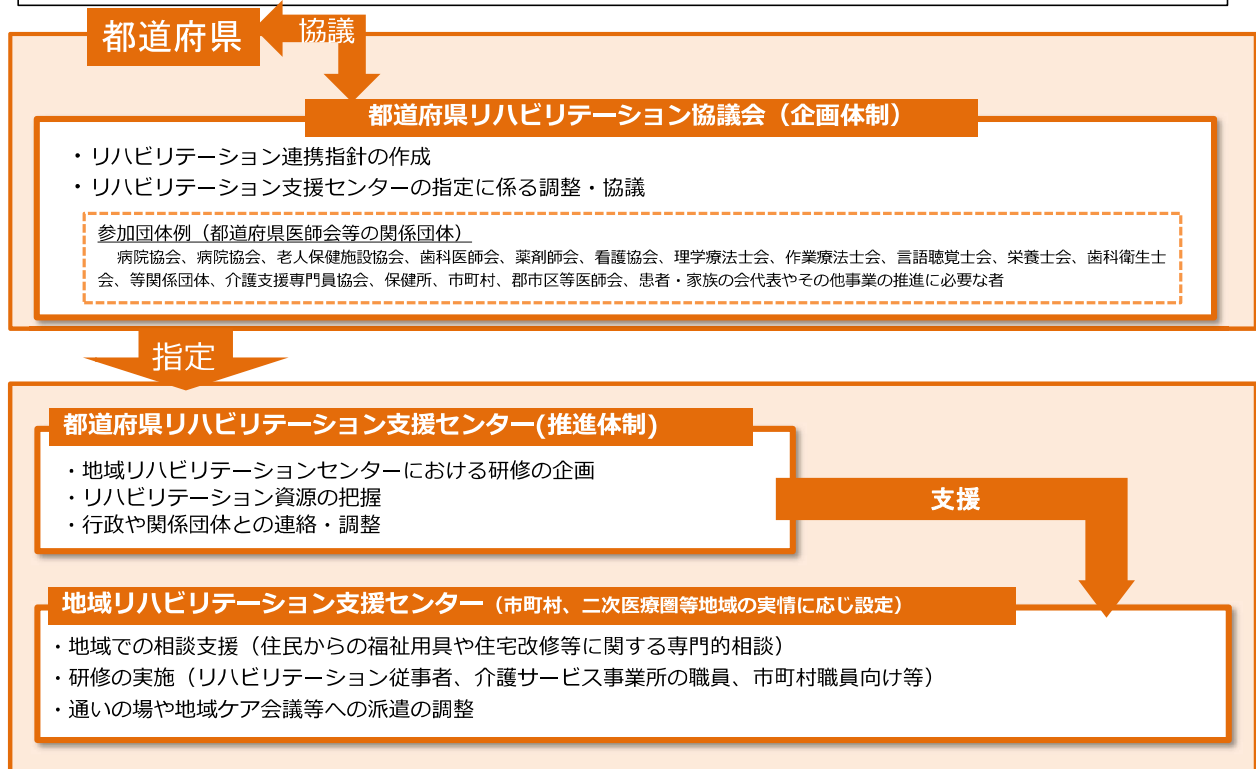


「地域リハビリテーション推進のための指針」改正について

- 地域リハビリテーションについては、活力ある超高齢社会の実現や寝たきり予防対策にとって重要であることから、平成18年度に、「地域リハビリテーション推進のための指針」を示し、各自治体において、同指針に基づき地域リハビリテーション支援体制の構築が進められてきたところ。
- 「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会の取りまとめ（令和元年度12月13日）」において地域リハビリテーション活動支援事業について、
 - ・ 都道府県は、都道府県医師会等と連携し、現行の仕組みであるリハビリテーション協議会や支援センター等の設置や充実を図ることにより、地域の実情に応じた地域リハビリテーション支援体制を体系的に構築すること
 - ・ 市町村は、こうした支援体制を踏まえ、郡市区等医師会や必要に応じて都道府県医師会と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、医療専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解促進を図ることが必要であること
 等が盛り込まれた。
- これらを踏まえて「地域リハビリテーション推進のための指針」の見直しを行い、令和3年5月17日に老人保健課長通知として発出。

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



地域包括ケアシステム構築に向けた地域リハビリテーション体制整備マニュアル

- 令和2年度老健事業において、都道府県及び市町村における地域リハビリテーション体制等について行政や関係機関向けの活動マニュアルを作成し送付。



<目次>

はじめに

I. 地域包括ケアシステム構築に向けた地域リハビリテーション体制整備マニュアル作成の主旨

II. 地域包括ケアと地域リハビリテーション

1. 地域包括ケアシステム構築に必要なリハビリテーション支援
2. 地域包括ケアシステム構築に効果的な地域リハビリテーション支援体制
3. 地域包括ケアを支える地域リハビリテーションの推進と医師会の役割

III. 地域包括ケアシステム構築に向けたこれからの地域リハビリテーション支援体制の整備

1. 都道府県レベルでの体制整備に向けて
 - (1) 地域リハビリテーション支援体制について
 - (2) 都道府県（地域）リハビリテーション協議会
 - (3) 都道府県（地域）リハビリテーション支援センター
 - (4) 都道府県における地域リハビリテーション支援体制の進め方について（ロードマップ）
2. 二次医療圏レベルでの体制整備に向けて
 - (1) 二次医療圏レベルでの経緯と活動
 - (2) 郡市区等医師会との協働
 - (3) 保健福祉事務所（保健所）との連携と協働
 - (4) 圏域地域リハビリテーション支援センターの活動
 - (5) 体制づくりのロードマップ
3. 市区町村レベルでの体制整備に向けて
 - (1) 市区町村行政の役割
 - (2) 市区町村レベルにおける地域リハビリテーション支援センターの役割
 - (3) 地域包括ケアを推進する地域リハビリテーション課題と事業等との関係

IV. 参考資料

おわりに

第9期計画において記載を充実する事項（案）

■ 第9期の基本指針においては、介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」等を踏まえて、主に以下の事項について記載を充実してはどうか。

1 介護サービス基盤の計画的な整備

- 中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要性
- 医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化
- サービス提供事業者を含め、地域の関係者とサービス基盤の整備の在り方を議論することの重要性
- 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に、複合的な在宅サービスの整備を推進することの重要性
- 居宅要介護者の在宅生活を支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及
- 居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実

2 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

- 総合事業の充実化について、第9期計画に集中的に取り組む重要性
- 地域リハビリテーション支援体制の構築の推進
- 認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援の取組
- 地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備等
- 重層的支援体制整備事業などによる障害者福祉や児童福祉など他分野との連携促進
- 認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進
- 高齢者虐待防止の一層の推進
- 介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進
- 地域共生社会の実現という観点からの住まいと生活の一体的支援の重要性
- 介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための情報基盤を整備
- 地域包括ケアシステムの構築状況を点検し、結果を第9期計画に反映。国の支援として点検ツールを提供
- 保険者機能強化推進交付金等の実効性を高めるための評価指標等の見直しを踏まえた取組の充実
- 給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化、介護給付費の不合理な地域差の改善と給付適正化の一体的な推進

3 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進

- ケアマネジメントの質の向上及び人材確保
- ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組の推進
- 外国人介護人材定着に向けた介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備
- 介護現場の生産性向上に資する様々な支援・施策に総合的に取り組む重要性
- 介護の経営の協働化・大規模化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用
- 文書負担軽減に向けた具体的な取組（標準様式例の使用の基本原則化、「電子申請・届出システム」利用の原則化）
- 財務状況等の見える化
- 介護認定審査会の簡素化や認定事務の効率化に向けた取組の推進

基本指針の構成について

市町村	都道府県	見直しの方針案
4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組及び目標設定	3 市町村が行う被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定	
(一)被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止への取組及び目標設定	(一)市町村が行う、被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止への取組への支援に関する取組及び目標設定	○高齢者の生きがいづくりや社会参加を促進する取組として、介護サービスの提供時間中に適切に行われる有償ボランティアなどの社会参加活動等についても例示。【市(P44)】 ●市町村は、地域包括ケアシステムの構築状況に関する自己点検の結果も参考にしながら、既存の地域資源を活用した地域包括ケアの推進及び地域づくりにつなげていくという視点で取り組むことが重要であること、都道府県はそうした視点で、個別の市町村に対する伴走型支援を含め市町村の支援を行うことが重要であることについて追記。【市(P44)・県(P82)】 ○地域リハビリテーション支援体制の構築の推進のため、関係団体・関係機関等と協働して取組を行うことについて記載。【市(P44)】 ○地域リハビリテーション支援体制の構築の推進のため、関係団体・関係機関等を含めた協議会を設けることについて記載。【県(P81)】

基本指針の構成について

社会保障審議会
介護保険部会（第107回）
令和5年7月10日

資料1-1

市町村	都道府県	見直しの方針案
二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項	二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項	
1 日常生活圏域	1 老人福祉圏域	
2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み	2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み	<p>○地域密着型サービスについて、指定の事前同意等による広域利用等に係る検討について記載。 【市(P38)】</p> <p>○様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう既存資源等を活用した複合型サービスの整備について追記。 【市(P39)・県(P79)】</p> <p>○訪問リハビリテーションの更なる普及や、介護老人保健施設による在宅療養支援機能の充実を図ることが重要であることを追記。【市(P39)・県(P79)】</p> <p>○特養のサービス見込み量について、特例入所も含め地域の実情を踏まえた適切な運用を前提とする設定が適当である旨を追記。【市(P39)・県(P79)】</p> <p>○小規模特養のあり方を議論するなどして、地域における必要な介護サービス提供が継続されるよう必要な取組を進めていくことが重要であることを追記。 【市(P39)・県(P79)】</p> <p>○混合型特定施設入居者生活介護に係る推定入居定員の算出について、柔軟に設定可能である旨を追記。【県(P79)】</p> <p>○療養病床から介護施設等への転換に係る総量規制の適用除外に関する記載を削除。 【市(P40)・県(P80)】</p> <p>○在宅医療の整備状況や整備目標を踏まえてサービス量を見込むことについて追記。【市(P40)・県(P80)】</p>
(一)各年度における介護給付対象サービス(介護給付等対象サービスのうち介護給付に係るものをいう。以下同じ。)の種類ごとの量の見込み		
(二)各年度における予防給付対象サービス(介護給付等対象サービスのうち予防給付に係るものをいう。以下同じ。)の種類ごとの量の見込み		
3 各年度における地域支援事業の量の見込み		
(一)総合事業の量の見込み		<p>○総合事業において、リハビリテーションの理念等を踏まえ、より質の高い取組が推進されるよう、関係団体・関係機関等を含めた協議の場において、医療や介護の専門職の関与等に関する検討を行うことについて記載。【市(P42)】</p> <p>○新型コロナウイルスの流行により低下した通いの場への参加率を向上させる旨を記載。【市(P42)】</p>

基本指針（案）について（新旧案）

社会保障審議会
介護保険部会（第107回）
令和5年7月10日

資料1-2
抜粋

第三の二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項	
3(一)市町村が行う、被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止への取組への支援に関する取組及び目標設定	
改正案(新)	現行(旧)
<p>また、高齢者に対する自立支援・重度化防止の取組を推進するに当たっては、地域支援事業と介護保険給付の双方の観点からの地域リハビリテーション体制の構築が重要である。そのために、全都道府県において、都道府県医師会をはじめとした関係団体・関係機関等の保健・医療・福祉の関係者で構成される協議会を設け、リハビリテーション連携指針を作成するとともに、地域の実情に応じて、取組を進めていくことが重要である。</p> <p>さらに、リハビリテーションに関する協議会の意見も聴きながら、都道府県リハビリテーション支援センターにおいて、リハビリテーション資源の把握や行政・関係団体との連絡調整を行いつつ、地域での相談支援、研修、通いの場や地域ケア会議等への医療専門職等の派遣の調整といった具体的な取組を進めることが重要である。</p>	

基本指針（案）について（新旧案）

社会保障審議会
介護保険部会（第107回）
令和5年7月10日

資料1-2
抜粋

第二の二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項

3(一)総合事業の量の見込み

改正案(新)	現行(旧)
<p>また、一般介護予防事業の推進に当たっては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、機能回復訓練等の高齢者へのアプローチだけではなく、生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持つ生活を送ることのできる生活環境の調整及び地域づくり等により、高齢者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が重要である。市町村においては、地域における保健師や管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の幅広い医療専門職の関与を得ながら、高齢者が年齢や心身の状況等によって分け隔てられることなく、参加することができる住民運営の通いの場が、人と人とのつながりを通じて、充実していくような地域づくりを推進することが重要である。</p> <p>その際、総合事業の量の見込みに対し、より質の高い取組を推進するために必要な医療専門職等を安定的に確保するためには、通いの場をはじめとした総合事業におけるサービスに医療専門職等を派遣することについて、4(一)で示した協議の場において医療機関や介護事業所等の調整を行うことが重要である。</p>	<p>また、一般介護予防事業の推進に当たっては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、機能回復訓練等の高齢者へのアプローチだけではなく、生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持つ生活を送ることのできる生活環境の調整及び地域づくり等により、高齢者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が重要である。市町村においては、地域における保健師や管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の幅広い医療専門職の関与を得ながら、高齢者が年齢や心身の状況等によって分け隔てられることなく、参加することができる住民運営の通いの場が、人と人とのつながりを通じて、充実していくような地域づくりを推進することが重要である。</p>

4(一)被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止への取組及び目標設定

改正案(新)	現行(旧)
<p>加えて、リハビリテーションによって、単なる心身機能等向上のための機能回復訓練のみならず、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動能力を高めて家庭や社会への参加を可能にし、自立を促すことが重要である。このため、心身機能や生活機能の向上といった高齢者個人への働きかけはもとより、地域や家庭における社会参加の実現等も含め、生活の質の向上を目指すため、リハビリテーションサービスを計画的に提供できる体制を構築することが重要である。その際、地域の医師会をはじめとした関係団体・関係機関等との協議の場を設け、「第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項」のこの3(一)で示した具体的な取組内容の検討・実施を行うことが重要である。</p>	<p>加えて、リハビリテーションによって、単なる心身機能等向上のための機能回復訓練のみならず、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動能力を高めて家庭や社会への参加を可能にし、自立を促すことが重要である。このため、心身機能や生活機能の向上といった高齢者個人への働きかけはもとより、地域や家庭における社会参加の実現等も含め、生活の質の向上を目指すため、リハビリテーションサービスを計画的に提供できる体制を構築することが重要である。</p>

参考 「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」報告書概要（令和2年7月14日公表）

(1) リハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲

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

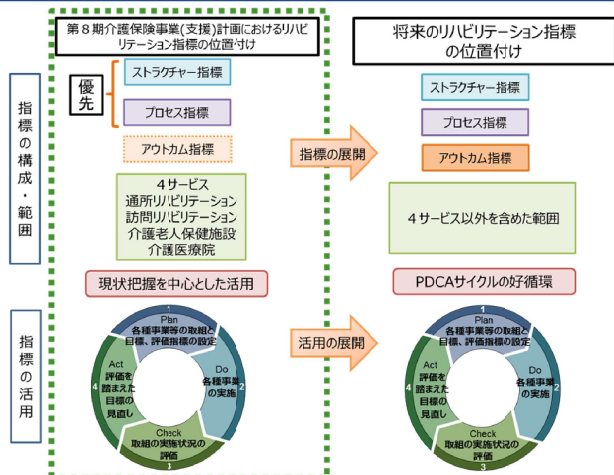
(2) リハビリテーション指標の考え方

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

(3) リハビリテーション指標

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

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



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



<目次>

第1章：本手引きの位置付けと基本的な考え方

1. 本手引きの位置付け
2. 本手引きにおける介護保険の生活期リハビリテーション
3. 本手引きにおけるリハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲
4. 本手引きで用いる用語の定義

第2章：要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に係る介護保険事業（支援）計画の作成プロセス

1. PDCAサイクルを活用した計画策定と進捗管理の意義
2. リハビリテーションサービス提供体制に係る事業計画の作成プロセス
3. 都道府県の医療政策担当あ者とのコミュニケーション、データ共有の重要性

第3章：介護保険事業（支援）計画の作成プロセスの例

1. 地域として目指す姿の明確化と課題・施策検討に向けた確認事項の例
2. リハビリテーションサービス指標について
 - (1) ストラクチャー指標・プロセス指標について
 - (2) アウトカム指標について

第4章：介護保険事業（支援）計画作成後の実践と進捗管理

1. 計画作成後の実践に向けた取組

参考資料：介護保険サービスにおける介護報酬上のリハビリテーションに関わる評価について

7. 要介護認定制度等について

- 要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）については、近年、年間認定者数が増加傾向にあることに伴う認定事務負担の増大等により、申請から認定までの期間の長期化が課題となっている。今後も、要介護認定の申請件数の増加が見込まれる中、各保険者において要介護認定を遅滞なく適正に実施するために必要な体制確保をお願いしたい。

- 令和4年12月20日に開催された社会保障審議会介護保険部会の介護保険制度の見直しに対する意見では

介護認定審査会を簡素化して実施する場合の審査会への通知の省略については、保険者の負担軽減に資する一方で、公平な立場にある専門家の合議による審査を行わない場合、要介護認定の公平性・医学的妥当性を確保することが困難となることから慎重に考える必要がある。

一方で、申請から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必要がある。

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に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。

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。

とされております。

- 令和4年度の介護保険部会のとりまとめを踏まえ、審査会の簡素化に取り組んでいる自治体にヒアリングを実施し、令和5年5月8日付事務連絡にて介護認定審査会の簡素化に関する取組事例の周知を発出しておりますのでご承知おきいただきたい。
- 認定審査会簡素化の要件は以下の6条件全てに合致する者が対象となる。
 - ① 第1号被保険者である
 - ② 更新申請である
 - 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
 - ④ 前回認定の有効期間が12か月以上である
 - 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
 - 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
- ICT等を活用した要介護認定審査会の開催については、令和2年2月28日付事務連絡でお示ししたとおり、ICT等の活用により合議が出来る環境であれば必ずしも特定の場所に集まって実施する必要はないが、要介護認定審査会の業務効率化や日程調整等の事務負担の軽減の観点から、令和5年5月8日付事務連絡「ICT等を活用した介護認定審査会の開催について」を発出し、今後、新型コロナウイルス感染症対策に限らず実施できるとしているのご承知おきいただきたい。

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

- 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。
- 介護認定審査会を簡素化して実施する場合の審査会への通知の省略については、保険者の事務負担の軽減に資する一方で、公正な立場にある専門家の合議による審査を行わない場合、要介護認定の公平性・医学的妥当性を確保することが困難になることから、慎重に考える必要がある。
- 一方で、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。

介護認定審査会の簡素化に関する取組事例の周知について

- 要介護認定は、認定調査票及び主治医意見書を基に、介護認定審査会における総合的な判断を経て決定しており、適正かつ公平な審査が必要です。
- 一方で、要介護認定を受けている高齢者が増加する中、より適切なサービスを提供する観点から、各保険者が要介護認定を速やかかつ適正に実施することが求められます。
- そのため、平成30年度から、更新申請の場合であって、一次判定結果が前回の認定結果と同一である等、一定の要件を満たす場合には、介護認定審査会を簡素化して実施することが可能となっております。
- 簡素化の取組を実施している自治体にヒアリング調査を行い下記のとおり、とりまとめを行いました。

	A市	B町	C市	D広域連合	E広域連合	F市
人口規模（※1）	小規模	小規模	中規模	大規模	超大規模	超大規模
簡素化割合（※2）	131/421 (31.1%)	47/115 (40.9%)	188/606 (31.0%)	390/1,258 (31.0%)	877/2,246 (39.0%)	2,098/6,536 (32.1%)
導入時期	平成31年4月	平成30年9月	平成30年4月	平成30年5月	令和3年4月	平成30年12月
独自要件	無	有	無	無	無	有
資料の事前送付	無	有	無	有	無	無
審査方法	一括合議	一括合議	一括合議	一括合議	一括合議	一括合議
有効期間の設定	前回+12ヶ月 最長 36ヶ月	36ヶ月	48ヶ月	48ヶ月	48ヶ月	36ヶ月
簡素化等の効果（※3）	事務負担軽減 認定に要する時間の軽減	審査時間の短縮	認定に要する時間の軽減	審査会委員の負担軽減	審査会回数の減少 認定に要する時間の軽減	審査会委員の負担軽減
課題	-	事前準備に手間がかかる	判定の信頼性がわからない	-	必ずしも事務負担軽減につながらない	独自ルールにより対象者が増えない

令和5年5月8日事務連絡より抜粋

※1 小規模（人口～5万人）中規模（人口5～10万人）大規模（人口10～20万人）超大規模（人口20万～）

※2 令和3年4～9月の更新申請件数のうち、簡素化実施件数

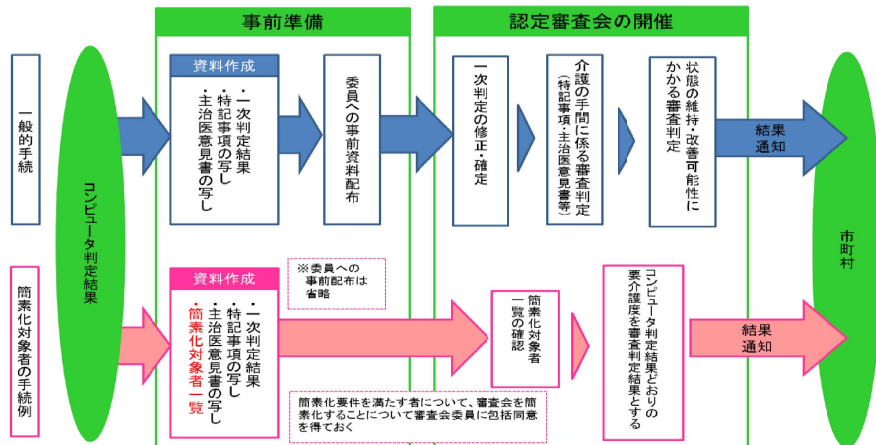
※3 「認定に要する期間の短縮」とは、申請から認定までの期間の短縮「審査時間の短縮」とは、介護認定審査会の審査時間の短縮

平成30年度からの要介護認定制度の見直し（介護認定審査会の簡素化）

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。（見直し時点で全体の22.9%が対象となり得ると推計）

- 【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



ICT等を活用した介護認定審査会の開催について

- 「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて（その2）」（令和2年2月28日付け厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）において、新型コロナウイルス感染症対策の観点から、介護認定審査会の開催に当たっては、ICT等の活用により合議ができる環境が整えられれば、必ずしも特定の場所に集まって実施する必要はない旨をお示ししております。
- 介護認定審査会の業務効率化や日程調整等の事務負担軽減の観点から、今後、新型コロナウイルス感染症対策に限らず、実施できることとします。

8. 介護情報の利活用について

- 介護情報の利活用に向けて、本年5月にとりまとめられた「医療DXの推進に関する工程表」において、介護事業所・医療機関等で情報共有できる基盤である「全国医療情報プラットフォーム」の構築が示されている。また、介護情報の共有については、自治体システムの標準化の状況を踏まえ、令和8年度から全国実施の予定である。
- 医療DXの取組や全国医療情報プラットフォームの創設については、本年5月に閣議決定された「経済財政運営と改革の方針2023」においても示されている。
- こうした中、介護情報を自治体、介護事業所、医療機関、利用者等と共有できる情報基盤の整備に向けて、本年介護保険法を改正し、介護情報を共有・活用する事業を地域支援事業に位置づけ、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及び支払基金に委託できることとした。
- 共有する介護情報としては、要介護認定情報、レセプト情報、ケアプラン、LIFE情報を主に想定しているが、具体的な情報の範囲等については、介護情報利活用ワーキンググループにおいて検討を進めている。
- 介護関連データの活用に関しては、介護レセプトや要介護認定等情報の収集・分析に加え、これらの情報では把握できない具体的なケアの内容や心身の状態の変化に係るデータを収集・分析し、科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現することを目指している。
- 令和3年度より、LIFE（科学的情報システム（Long-term care Information system For Evidence））の運用を開始し、介護報酬の一部の加算について、LIFEへのデータ提供等を要件としたところ。
- LIFEに入力されたデータを介護事業所へフィードバックしており、本年6月までに全てのLIFE関連加算について、事業所別及び利用者別のフィードバック票をお返ししている。各加算のフィードバック票のイメージは、厚生労働省ホームページ上で公開している。
- また、LIFEの利活用を推進するため、昨年度、自治体職員向けの研修及びマニュアルの作成を行った。研修動画やマニュアルについては、厚生労働省ホームページ上で公開している。各自治体におかれては、LIFEについてご理解いただき、事業所等への積極的な働きかけにご協力をお願いしたい。

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）

医療DX推進本部において策定した工程表に基づき、医療DXの推進に向けた取組について必要な支援を行いつつ政府を挙げて確実に実現する。

（中略）

レセプト・特定健診情報等に加え、介護保険、母子保健、予防接種、電子処方箋、電子カルテ等の医療介護全般にわたる情報を共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」の創設及び電子カルテ情報の標準化等を進めるとともに、PHRとして本人が検査結果等を確認し、自らの健康づくりに活用できる仕組みを整備する。

第2回医療DX推進本部（令和5年6月2日）資料1より抜粋

医療DXの推進に関する工程表

Ⅲ 具体的な施策及び到達点

（2）全国医療情報プラットフォームの構築

オンライン資格確認等システムを拡充し、保健・医療・介護の情報を共有可能な「全国医療情報プラットフォーム」を構築する。

（中略）

介護事業所が保有する介護現場で発生する情報についても、介護事業所・医療機関等で情報を共有できる基盤を構築する。また、全国医療情報プラットフォームに情報を提供するそれぞれの主体（医療保険者、医療機関・薬局、自治体、介護事業者等）について、そこで共有される保健・医療・介護に関する情報を、自身の事業のため、さらにどのような活用をすることが可能かについても検討する。

（中略）

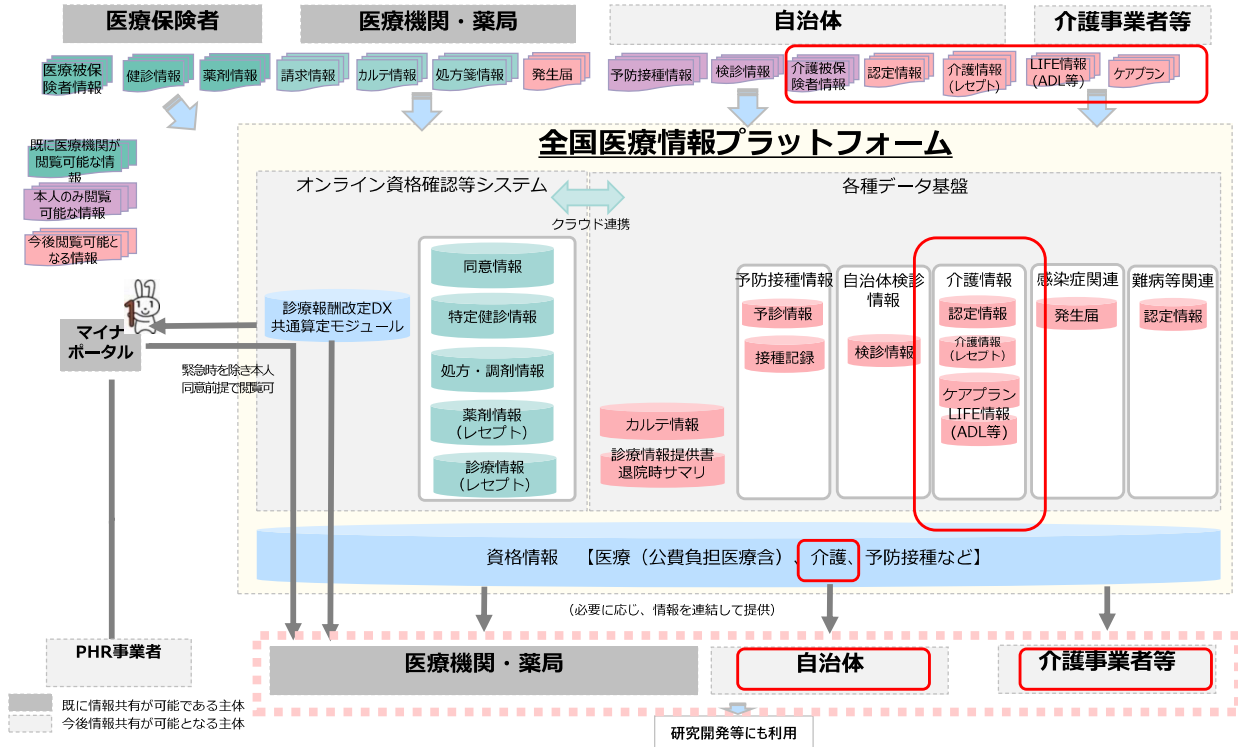
②自治体、介護事業所等とも、必要な情報を安全に共有できる仕組みの構築

…介護情報については、2023年度中に共有すべき情報の検討や、業務の要件定義、システム方式の検討や自治体における業務フローの見直しを行い、2024年度からシステム開発を行った上で希望する自治体において先行実施し、2026年度から、自治体システムの標準化の取組の状況を踏まえ、全国実施をしていく。

「全国医療情報プラットフォーム」(将来像)

第1回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム(令和4年9月22日)資料1を一部改変

「経済財政運営と改革の基本方針2022」にて、介護も含めた「全国医療情報プラットフォーム」構築を進めることとされている。介護情報の利活用にあたっては、当該プラットフォームも念頭に検討する必要がある。



第2回医療DX推進本部(令和5年6月2日)資料3より抜粋

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

	2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度~ (令和8年度~)
マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速等				
マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速等	<ul style="list-style-type: none"> ▼保険医療機関等のオンライン資格確認の原則義務化 訪問診療等、柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師の施術所等でのオンライン資格確認の構築 → 運用開始 (令和6年秋・保険証廃止) スマホからの資格確認の構築 → 運用開始 生活保護(医療扶助)のオンライン資格確認対応 → 運用開始 			
医療機関・薬局間での共有・マイナポでの閲覧が可能な医療情報を拡大				
情報共有基盤の整備 共有等が可能な医療情報の範囲の拡大	電子処方箋	電子処方箋を実施する医療機関・薬局を拡大	概ね全ての医療機関・薬局で導入	
電子カルテ情報の標準化等	電子カルテ情報	全国医療情報プラットフォームの基盤構築(電子カルテ情報共有サービス(仮称)の整備)	運用開始 → 診療情報提供書・退院時サマリの交換 検査値(生活習慣病、救急)、アレルギー、薬剤禁忌、傷病名等を共有 順次、医療機関、共有する医療情報を拡大	
医療機関・薬局間だけでなく、自治体、介護事業所と情報を共有、マイナポで閲覧に加え、申請情報の入力	レセプト情報	救急時に医療機関等で患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備 → 運用開始し、普及	医療情報化支援基金の活用による電子カルテ情報の標準化を普及 → 標準型電子カルテα版提供開始 → 本格実施	
自治体・医療機関/介護事業所間の連携等 自治体が実施する介護、予防接種、母子保健等の事業の手に必要な情報の連携		自治体システムの標準化、共有すべき文書の標準化・クラウド化	先行実施 → 国民に直接メリットがある機能を開始 → 機能・実施自治体を拡大	下記について全国的に運用 ・公費負担医療、地方単独医療費助成 ・予防接種 ・母子保健情報 ・介護 ・自治体検診 ・感染症届出
診療報酬改定DX (医療機関等システムのモダンシステム化)	マスタの開発・改善 電子点数表の改善	マスタ及び電子点数表改善版の提供開始 → 医療機関・ベンダの負担軽減	マスタ・コードの標準化の促進提供拡大	本格実施 機能を更に追加しながら、医療機関数を拡大 → 医療機関・ベンダの更なる負担軽減
		共通算定モジュールの設計・開発	共通算定モジュールのα版提供開始 先行医療機関で実施、改善順次、機能を追加	

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

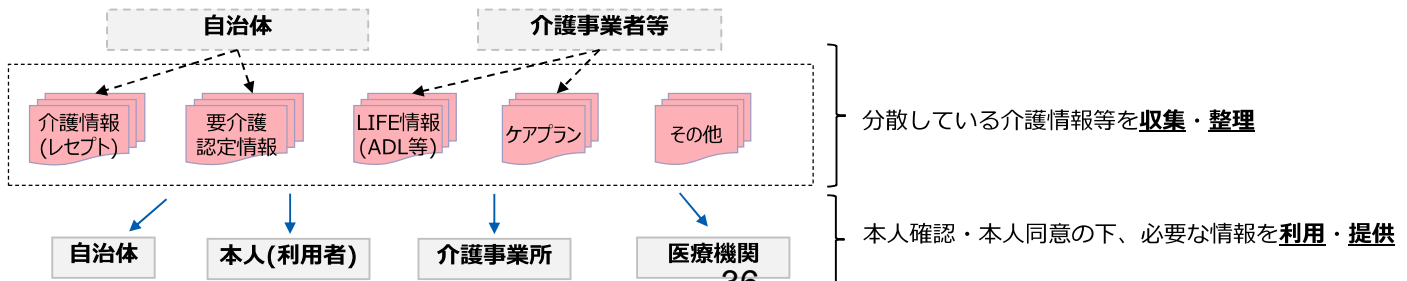
改正の趣旨

- ・ 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。



介護情報利活用ワーキンググループの設置趣旨

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

（主な課題）

①必要な情報の選定・標準化

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

②情報を閲覧・共有するための仕組みの整備

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



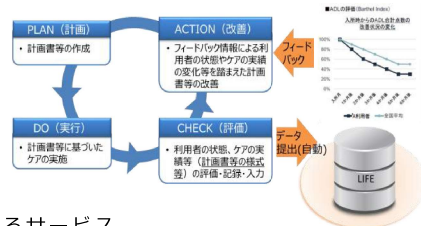
- 健康・医療・介護情報利活用検討会の下、介護分野にて発生する情報の利活用に関する検討を行うためのワーキンググループを新たに設置する。
- 本ワーキンググループは2022年夏に開始し、データヘルス改革に関する工程表に従って検討を進め、健康・医療・介護情報利活用検討会及び関係審議会に定期的に報告等を行いつつ、2023年度までに結論を得る。

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

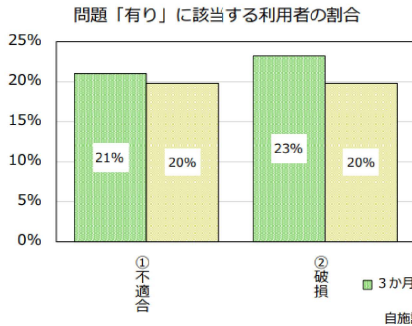
加算の種類	科学的介護推進加算 (I)(II)	個別機能訓練加算 (II)	ADL維持等加算 (I)(II)	リハビリテーション計画書情報加算	リハビリテーションマネジメント加算 (A)口(B)ロ	理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	褥瘡マネジメント加算 (I)(II)	褥瘡対策指導管理 (II)	排泄・排便の状況おむつ使用の状況等	自立支援促進加算	かかりつけ医連携業務調整加算	薬剤管理指導	栄養マネジメント強化加算	栄養アセスメント加算	口腔衛生管理加算 (II)	口腔機能向上加算 (II)
収集している情報	ADL栄養の状況 認知症の状況 既往歴 処方薬 等	機能訓練の 目標 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				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)	○				○(予防を除く)									○		○
訪問リハビリテーション	○				○(予防を除く)											○

LIFEのフィードバックについて

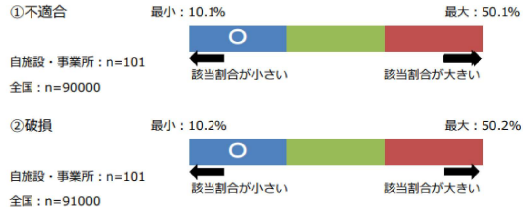
- 令和5年6月までに全てのLIFE関連加算について、事業所別及び利用者別のフィードバック票をお返ししているところ。

【事業所別フィードバック票のイメージ】

■ 義歯の問題



<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>



【利用者別フィードバック票のイメージ】

記入日	3か月前： 2022/1/4	直近： 2022/4/5	変化
口腔衛生状態	問題点の有無	有り	有り →
	歯の汚れ	有り	有り →
	義歯の汚れ	有り	無し ↑
	舌苔	有り	有り →
	口臭	有り	有り →

各加算のフィードバック票のイメージについては、厚労省HPにて公開。 (https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html)

ケアの質の向上に向けたLIFEの利活用のための自治体職員向け手引き

- LIFEの利活用を推進するため、令和4年度に自治体職員向け研修の実施及び手引きを作成した。
- 令和5年度についても、フィードバック票の拡充に伴い、自治体職員向けのマニュアルの整備等に取り組む予定。

3 LIFEの導入、入カと評価方法、利活用のマニュアル

【LIFE導入・操作・評価マニュアル等】

- ▶ [科学的介護情報システム \(LIFE\) 導入手順書 \[PDF形式: 6,179KB\] \[6.1MB\]](#)
- ▶ [科学的介護情報システム \(LIFE\) 操作説明書 \[PDF形式: 13,040KB\] \[12.8MB\]](#)
- ▶ [ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム \(LIFE\) 利活用の手引き \[PDF形式: 14,396KB\] \[14.1MB\]](#)
- ▶ [【動画】科学的介護情報システム \(LIFE\) の導入に関する動画マニュアル \(YouTube: LIFE動画チャンネル\) ※令和3年度 老人保健健康増進等事業](#)
- ▶ [【動画】科学的介護情報システム \(LIFE\) 入カと評価方法の動画マニュアル \(YouTube: LIFE動画チャンネル\) ※令和3年度 老人保健健康増進等事業](#)

【LIFE利活用に関する事例集】

- ▶ (令和5年3月版) [ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム \(LIFE\) の利活用に関する事例集 \[PDF形式: 2,778KB\] \[2.8MB\]](#)
- ▶ (令和4年3月版) [ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム \(LIFE\) の利活用に関する事例集 \[PDF形式: 3,511KB\] \[3.5MB\]](#)

【自治体職員向け手引き等】

- ▶ (令和5年3月版) [ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム \(LIFE\) の利活用のための自治体職員向け手引き \[PDF形式: 15,398KB\] \[15.1MB\]](#)
- ▶ (令和4年3月版) [ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム \(LIFE\) の利活用のための自治体職員向け手引き \[PDF形式: 2,593KB\] \[2.6MB\]](#)
- ▶ [【動画】令和4年度科学的介護に向けた質の向上支援等事業研修会 \(YouTube: 厚生労働省\)](#)



(参考) 令和4年度に作成した自治体職員向けのマニュアル。研修動画と併せて厚労省HP (https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html) にて公開

9. 令和5年度末で経過措置が終了する事項について (令和3年度介護報酬改定における改定事項)

経過措置を設けたサービス

名称	対象サービス	経過措置に係る要件(概要)
【基準】衛生管理等	全サービス	介護職員その他の従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための訓練を定期的実施すること。
【基準】業務継続計画の策定等	全サービス	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定した上で、従業者に対して周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。
【基準】認知症に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置	全サービス	介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護にかかる基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。
【基準】虐待の防止	全サービス	虐待の発生又はその再発を防止するための対策を検討する委員会の定期的な開催、指針の整備、研修の定期的な実施及び担当者の配置。
【基準】口腔衛生の管理	施設	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による、施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施。 技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成と定期的な見直し。 イ 助言を行った歯科医師 ロ 歯科医師からの助言の要点 ハ 具体的方策 ニ 当該施設における実施目標 ホ 留意事項・特記事項
【報酬】栄養管理	施設	栄養マネジメント加算の要件を包括化することを踏まえ、入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない。 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、1日につき14単位を所定単位数から減算する。
【報酬】リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算の「必要な研修等の修了」	訪問リハビリテーション	訪問リハビリテーション事業所の医師がやむを得ず診察を行わない場合、一定の要件を満たせば、別の医療機関の計画的医学的管理を行う医師の指示のもと、リハビリテーションを行うことができる(未実施減算)。その要件となる別の医療機関の医師の「必要な研修等の修了」を適用猶予する。

1. 感染症や災害への対応力強化

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

(1) 日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

○感染症対策の強化

介護サービス事業者に、感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、以下の取組を義務づける。

- ・施設系サービスについて、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施
- ・その他のサービスについて、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等

(※3年の経過措置期間を設ける)

○業務継続に向けた取組の強化

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づける。

(※3年の経過措置期間を設ける)

○災害への地域と連携した対応の強化

災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定、関係機関との連携体制の確保、避難等訓練の実施等）が求められる介護サービス事業者（通所系、短期入所系、特定、施設系）を対象に、小多機等の例を参考に、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならないこととする。

○通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

通所介護等の報酬について、感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、足下の利用者数に応じて柔軟に事業所規模別の各区分の報酬単価による算定を可能とするとともに、臨時的な利用者数の減少に対応するための評価を設定する。

1. (1) 日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進 (その1)

感染症対策の強化【全サービス】

■ 介護サービス事業者に、感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、以下の取組を義務づける。【省令改正】

- ・施設系サービスについて、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施
- ・その他のサービスについて、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等

(※3年の経過措置期間を設ける)

業務継続に向けた取組の強化【全サービス】

■ 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づける。【省令改正】

(※3年の経過措置期間を設ける)

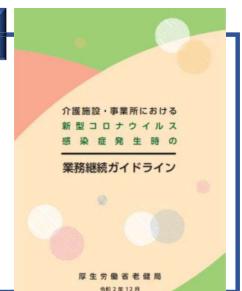
介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン

❖ ポイント

- ✓ 各施設・事業所において、新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対応や、それらを踏まえて平時から準備・検討しておくべきことを、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

❖ 主な内容

- ・BCPとは
- ・新型コロナウイルス感染症BCPとは（自然災害BCPとの違い）
- ・介護サービス事業者に求められる役割
- ・BCP作成のポイント
- ・新型コロナウイルス感染（疑い）者発生時の対応等（入所系・通所系・訪問系）等



掲載場所：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html

災害への地域と連携した対応の強化【通所系サービス、短期入所系サービス、特定、施設系サービス】

■ 災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定、関係機関との連携体制の確保、避難等訓練の実施等）が求められる介護サービス事業者（通所系、短期入所系、特定、施設系）を対象に、小多機等の例を参考に、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならないこととする。【省令改正】

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

(1) 認知症への対応力向上に向けた取組の推進

- 介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、訪問系サービスについて、認知症専門ケア加算を新たに創設する。
- 緊急時の宿泊ニーズに対応する観点から、多機能系サービスについて、認知症行動・心理症状緊急対応加算を新たに創設する。
- 介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護に直接携わる職員が認知症介護基礎研修を受講するための措置を義務づける。
(※3年の経過措置期間を設ける)

(2) 看取りへの対応の充実

- 看取り期の本人・家族との十分な話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。
- 特養、老健施設や介護付きホーム、認知症GHの看取りに係る加算について、現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、それ以前の一定期間の対応について、新たに評価する。介護付きホームについて、看取り時に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に新たに評価する。
- 看取り期の利用者に訪問介護を提供する場合に、訪問介護に係る2時間ルール（2時間未満の間隔のサービス提供は所要時間を合算すること）を弾力化し、所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定を可能とする。

(3) 医療と介護の連携の推進

- 医師等による居宅療養管理指導において、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し、関連する情報をケアマネジャー等に提供できるよう努めることとする。
- 短期療養について、基本報酬の評価とともに、医療ニーズのある利用者の受入促進の観点から、総合的な医学的管理を評価する。
- 老健施設において、適切な医療を提供する観点から、所定疾患施設療養費について、検査の実施の明確化や算定日数の延長、対象疾患の追加を行う。かかりつけ医連携薬剤調整加算について、かかりつけ医との連携を推進し、継続的な薬物治療を提供する観点から見直しを行う。
- 介護医療院について、長期療養・生活施設の機能の充実の観点から、長期入院患者の受入れ・サービス提供を新たに評価する。
介護療養型医療施設について、令和5年度末の廃止期限までの円滑な移行に向けて、一定期間ごとに移行の検討状況の報告を求める。

(4) 在宅サービスの機能と連携の強化 (5) 介護保険施設や高齢者住まいにおける対応の強化

※(1)(2)(3)も参照

- 訪問介護の通院等乗降介助について、利用者の負担軽減の観点から、居宅が始点又は終点となる場合の目的地間の移送についても算定可能とする。
- 訪問入浴介護について、新規利用者への初回サービス提供前の利用の調整を新たに評価する。清拭・部分浴を実施した場合の減算幅を見直す。
- 訪問看護について、主治の医師が必要と認める場合に退院・退所当日の算定を可能とする。看護体制強化加算の要件や評価を見直す。
- 認知症GH、短期療養、多機能系サービスにおいて、緊急時の宿泊ニーズに対応する観点から、緊急時短期利用の受入日数や人数の要件等を見直す。
- 個室ユニット型施設の1ユニットの定員を、実態を勘案した職員配置に努めることを求めつつ、「原則として概ね10人以下とし15人を超えないもの」とする。

(6) ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- 特定事業所加算において、事業所間連携により体制確保や対応等を行う事業所を新たに評価する。
- 適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、通減制において、ICT活用又は事務職員の配置を行っている場合の適用件数を見直す（通減制の適用を40件以上から45件以上とする）。
- 利用者が医療機関で診察を受ける際に同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを新たに評価する。
- 介護予防支援について、地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて、居宅介護支援事業者との情報連携等を新たに評価する。

(7) 地域の特性に応じたサービスの確保

- 夜間、認デイ、多機能系サービスについて、中山間地域等に係る加算の対象とする。認知症GHについて、ユニット数を弾力化、777型事業所を創設する。
- 令和元年地方分権提案を踏まえ、多機能系サービスについて、市町村が認めた場合に過疎地域等において登録定員を超過した場合の報酬減算を一定の期間行わないことを可能とする。令和2年提案を踏まえ、小多機の登録定員等の基準を「従うべき基準」から「標準基準」に見直す。

2. (1) 認知症への対応力向上に向けた取組の推進 (その2)

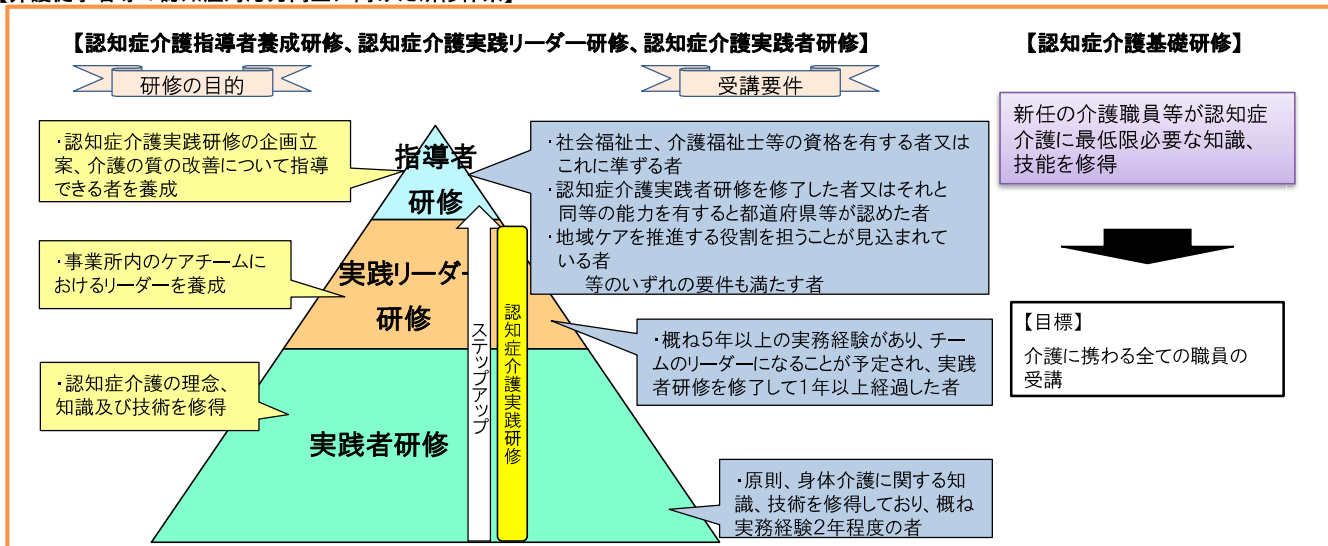
無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

- 介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護に直接携わる職員が認知症介護基礎研修を受講するための措置を義務づける。【省令改正】
(※3年の経過措置期間を設ける)

全サービス（無資格者がいない訪問系サービス（訪問入浴介護を除く）、福祉用具貸与、居宅介護支援を除く）

- 認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護サービス事業者、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づける。
(※3年の経過措置期間を設ける。新入職員の受講について1年の猶予期間を設ける)

【介護従事者等の認知症対応力向上に向けた研修体系】



※各種研修について、質を確保しつつ、eラーニングの活用等により受講しやすい環境整備を行う。

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■ 制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

(1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

- 加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。
- 自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、訪リハ・通リハのリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）を廃止し、基本報酬の算定要件とする。VISITへデータを提出しフィードバックを受けPDCAサイクルを推進する取組を老健施設等に拡充する。
- 週6回を限度とする訪問リハについて、退院・退所直後のリハの充実を図る観点から、退院・退所日から3月以内は週12回まで算定可能とする。
- 通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による自立支援・重度化防止に資する介護を図る生活機能向上連携加算について、訪問介護等と同様に、ICTの活用等により外部のリハ専門職等が事業所を訪問せず利用者の状態を把握・助言する場合の評価区分を新たに設ける。
- 通所介護の個別機能訓練加算について、より利用者の自立支援等に資する機能訓練の提供を促進する観点から、加算区分や要件の見直しを行う。
- 通所介護、通リハの入浴介助加算について、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、個別の入浴計画に基づく入浴介助を新たに評価する。
- 施設系サービスについて、口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、状態に応じた口腔衛生の管理の実施を求める。（※3年の経過措置期間を設ける）
- 施設系サービスについて、栄養マネジメント加算は廃止し、現行の栄養士に加えて管理栄養士の配置を位置付けるとともに、基本サービスとして、状態に応じた栄養管理の計画的な実施を求める（※3年の経過措置期間を設ける）。入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等を評価する加算を新設し、低栄養リスク改善加算は廃止する。
- 通所系サービス等について、介護職員等による口腔スクリーニングの実施を新たに評価する。管理栄養士と介護職員等の連携による栄養アセスメントの取組を新たに評価する。栄養改善加算において、管理栄養士が必要に応じて利用者の居宅を訪問する取組を求める。
- 認知症GHについて、管理栄養士が介護職員等へ助言・指導を行い栄養改善のための体制づくりを進めることを新たに評価する。

(2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

- CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によりPDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取組を推進する。
 - ・施設系・通所系・居住系・多機能系サービスについて、事業所の全ての利用者に係るデータ（ADL、栄養、口腔・嚥下、認知症等）をCHASEに提出してフィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取組を推進することを新たに評価。
 - ・既存の加算等において、利用者ごとの計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組に加えて、CHASE等を活用した更なる取組を新たに評価。
 - ・全ての事業者に、CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を推奨。
- ADL維持等加算について、通所介護に加えて、認知、介護付きホーム、特養に対象を拡充する。クリームスキミングを防止する観点や加算の取得状況等を踏まえ、要件の見直しを行う。ADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する評価区分を新たに設ける。
- 老健施設の在宅復帰・在宅療養支援等評価指標について、在宅復帰等を更に推進する観点から、見直しを行う。（※6月の経過措置期間を設ける）

(3) 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

- 施設系サービスについて、利用者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、全ての利用者への医学的評価に基づく日々の過ごし方等へのアセスメントの実施、日々の生活全般における計画に基づくケアの実施を新たに評価する。
- 施設系サービスにおける褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算について、状態改善等（アウトカム）を新たに評価する等の見直しを行う。

3. (1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化（その5）

介護保険施設における口腔衛生の管理や栄養ケア・マネジメントの強化

- 施設系サービスについて、口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、状態に応じた口腔衛生の管理の実施を求める。【省令改正、告示改正】（※3年の経過措置期間を設ける）
- 施設系サービスについて、栄養マネジメント加算を廃止し、現行の栄養士に加えて管理栄養士の配置を位置付けるとともに、基本サービスとして、状態に応じた栄養管理の計画的な実施を求める（※3年の経過措置期間を設ける）。入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等を評価する加算を新設し、低栄養リスク改善加算は廃止する。【省令改正、告示改正】

施設系サービス

【基準】

運営基準（省令）に以下を規定する。（※3年の経過措置期間を設ける）

- 入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行うこと。（新設）
- 入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行うこと。（新設）
- （現行）栄養士を1以上配置 → （改定後）栄養士又は管理栄養士を1以上配置

【報酬】

	＜現行＞		＜改定後＞
口腔衛生管理体制加算	30単位/月	→	（廃止）
栄養マネジメント加算	14単位/日	→	（廃止）
なし		→	栄養ケア・マネジメントの未実施 14単位/日減算（※3年の経過措置期間を設ける）
低栄養リスク改善加算	300単位/月	→	栄養マネジメント強化加算 11単位/日（新設）
		→	（廃止）

【算定要件】

＜栄養マネジメント強化加算＞

- ・管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50（施設に常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理を行っている場合は70）で除して得た数以上配置すること
- ・低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること
- ・入所者が、退所する場合において、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと
- ・低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること
- ・入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用）

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

(1) 評価の適正化・重点化

- 通所系、多機能系サービスについて、利用者の公平性の観点から、同一建物減算適用時等の区分支給限度基準額の計算方法の見直しを行う。
- 夜間対応型訪問介護について、月に一度も訪問サービスを受けていない利用者が存在するなどの実態を踏まえて、定額オペレーションサービス部分の評価の適正化を行う。
- 訪問看護及び介護予防訪問看護について、機能強化を図る観点から、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によるサービス提供に係る評価や提供回数等の見直しを行う。
- 介護予防サービスにおけるリハビリテーションについて、長期利用の場合の評価の見直しを行う。
- 居宅療養管理指導について、サービス提供の状況や移動・滞在時間等の効率性を勘案し、単一建物居住者の人数に応じた評価の見直しを行う。
- 介護療養型医療施設について、令和5年度末の廃止期限までに介護医療院への移行等を進める観点から、基本報酬の見直しを行う。
- 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）について、上位区分の算定が進んでいることを踏まえ、廃止する。（※1年の経過措置期間を設ける）
- 生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランについて、事務負担にも配慮して、検証の仕方や届出頻度の見直しを行う。区分支給限度基準額の利用割合が高く訪問介護が大部分を占める等のケアプランを作成する居宅介護支援事業者を対象とした点検・検証の仕組みを導入する。
- サービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供を確保する観点から、事業所指定の際の条件付け（利用者の一定割合以上を併設集合住宅以外の利用者とする等）や家賃・ケアプランの確認などを通じて、自治体による更なる指導の徹底を図る。

(2) 報酬体系の簡素化

- 療養通所介護について、中重度の要介護者の状態にあわせた柔軟なサービス提供を図る観点から、日単位報酬体系から、月単位包括報酬とする。
- リハサービスのリハマネ加算（Ⅰ）、施設系サービスの口腔衛生管理体制加算、栄養マネジメント加算について廃止し、基本報酬で評価する。処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）、移行定着支援加算（介護医療院）を廃止する。個別機能訓練加算（通所介護）について体系整理を行う。（再掲）

6. その他の事項

- 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（リスクマネジメント）を推進する観点から、事故報告様式を作成・周知する。施設系サービスにおいて、安全対策担当者を定めることを義務づける（※）。事故発生の防止等のための措置が講じられていない場合に基本報酬を減算する（※）。組織的な安全対策体制の整備を新たに評価する。（※6月の経過措置期間を設ける）
- 障害福祉サービスにおける対応も踏まえ、全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生・再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることを義務づける。（※3年の経過措置期間を設ける）
- 介護保険施設における食費の基準費用額について、令和2年度介護事業経営実態調査結果から算出した額との差の状況を踏まえ、利用者負担への影響も勘案しつつ、必要な対応を行う。

6. その他の事項（その1）

介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化

- 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（リスクマネジメント）を推進する観点から、事故報告様式を作成・周知する。施設系サービスにおいて、安全対策担当者を定めることを義務づける（※）。事故発生の防止等のための措置が講じられていない場合に基本報酬を減算する（※）。組織的な安全対策体制の整備を新たに評価する。（※6月の経過措置期間を設ける）

施設系サービス

【基準】【省令改正】

事故の発生又は再発を防止するため、以下の措置を講じなければならない。

< 現行 >

- イ 事故発生防止のための指針の整備
- ロ 事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備
- ハ 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施

< 改定後 >

イ～ハ（変更なし）

ニ イからハの措置を適切に実施するための担当者設置
(※6月の経過措置期間を設ける) (追加)

【報酬】【告示改正】

安全管理体制未実施減算 5単位/日（新設）（※6月の経過措置期間を設ける）

〔算定要件〕運営基準における事故の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合。

安全対策体制加算 20単位（新設） ※入所時に1回に限り算定可能

〔算定要件〕外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、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。

(※) 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ため、国で報告様式を作成し周知する。

高齢者虐待防止の推進【全サービス】

- 全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生・再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることを義務づける。【省令改正】
(※3年の経過措置期間を設ける)

5.(1)⑤ 事業所医師が診療しない場合の減算(未実施減算)の強化

概要	【訪問リハビリテーション★】
<p>○ 訪問リハビリテーションについて、リハビリテーション計画の作成にあたって事業所医師が診療せずに「適切な研修の修了等」をした事業所外の医師が診療等した場合に適正化（減算）した単位数で評価を行う診療未実施減算について、事業所の医師の関与を進める観点から、以下の見直しを行う。【告示、通知改正】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、令和3年3月31日までとされている適用猶予措置期間を3年間延長する。 ・ 未実施減算の単位数の見直しを行う。 	

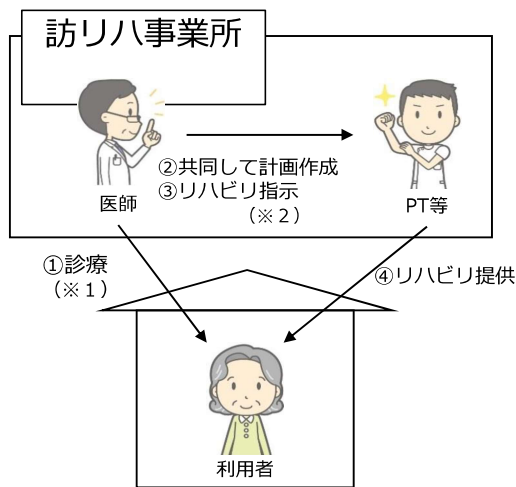
単位数	事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合	
	< 現行 >	< 改定後 >
	20単位/回減算	⇒ 50単位/回減算

算定要件等	<p>○ 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合には、例外として以下を要件とし、訪問リハビリテーションを提供できることとされているが、要件にある「適切な研修の修了等」について、適用猶予措置期間を令和6年3月31日まで延長。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること ・ 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。 ・ 当該情報の提供を受けた指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、リハビリテーション計画を作成すること。
--------------	---

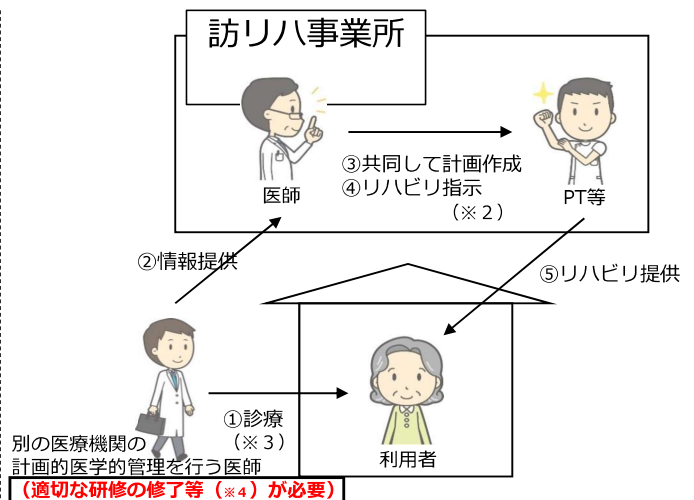
リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算

○ 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たす場合には、適正化した単位数で評価している。



通常の場合
307単位/回



事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合
257単位/回 (50単位減算)

- ※1 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が事業所を訪れて行うもの（当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を捉えて、計画作成に必要な診療を行うもの等）でも可。
- ※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。
- ※3 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの（外来受診の機会を捉えて行うもの等）でも可
- ※4 「適切な研修の修了等」については、令和6年3月31日まで適用猶予。
- ※5 適切な研修の修了等は、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修。