

参考資料

令和元年12月27日
厚生労働省老健局

総論

これまでの19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19年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.6倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.3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		2019年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,528万人	1.6倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2019年4月末	
認定者数	218万人	⇒	659万人	3.0倍

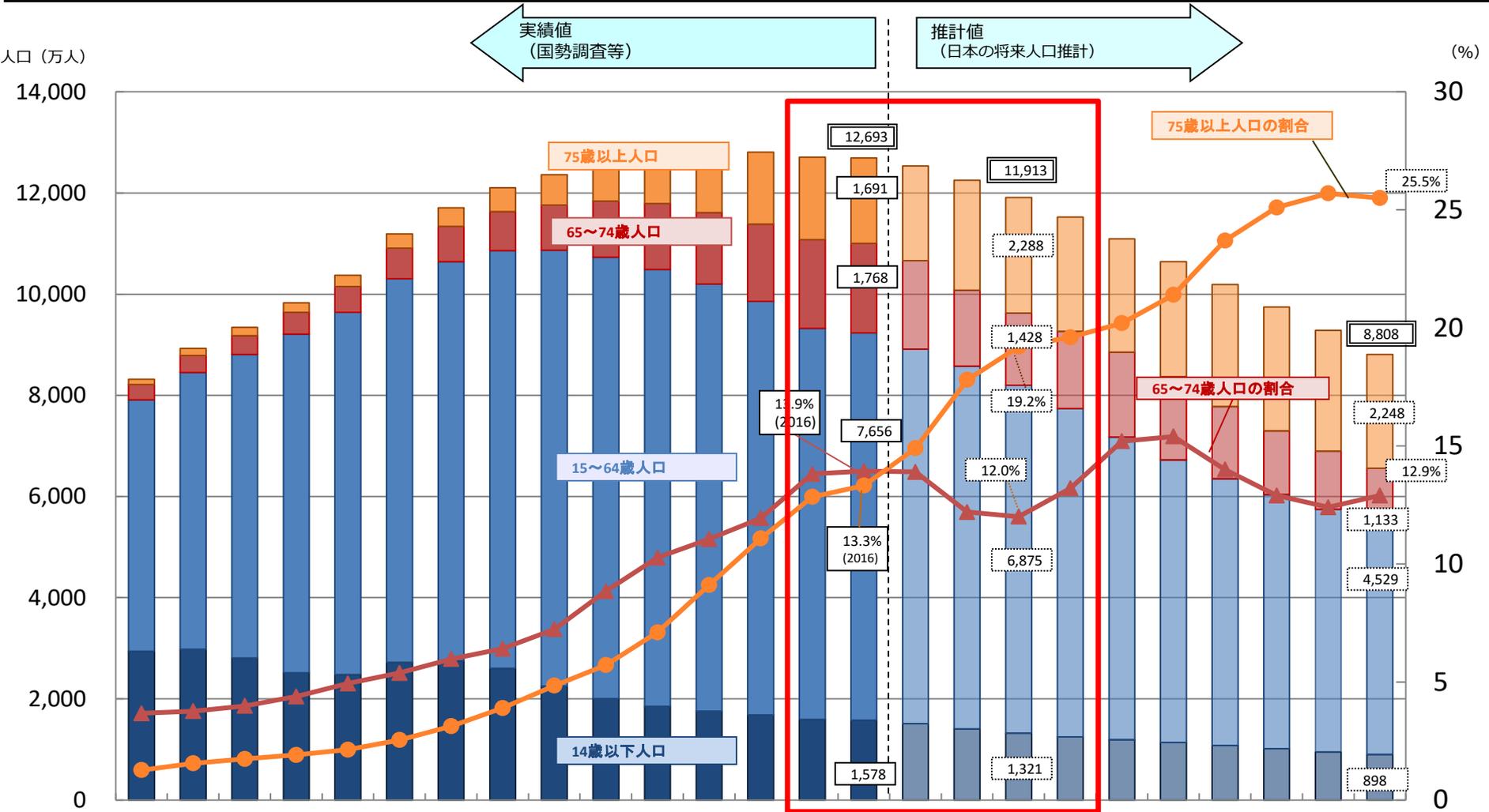
③サービス利用者の増加

	2000年4月		2019年4月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	378万人	3.9倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	95万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		87万人	
計	149万人	⇒	487万人※	3.3倍

※ 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、（出典：介護保険事業状況報告）地域密着型介護老人福祉施設、特定入所者生活介護（地域密着型含む）、及び認知症対応型共同生活介護の合計。

総人口の推移

○ 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：2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）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。

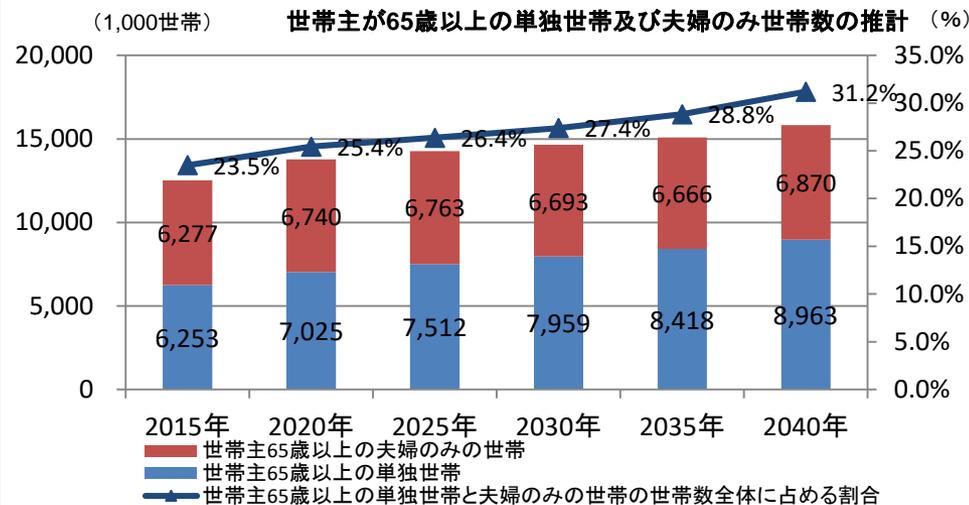
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,387万人(26.6%)	3,619万人(28.9%)	3,677万人(30.0%)	3,704万人(38.0%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,632万人(12.8%)	1,872万人(14.9%)	2,180万人(17.8%)	2,446万人(25.1%)

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

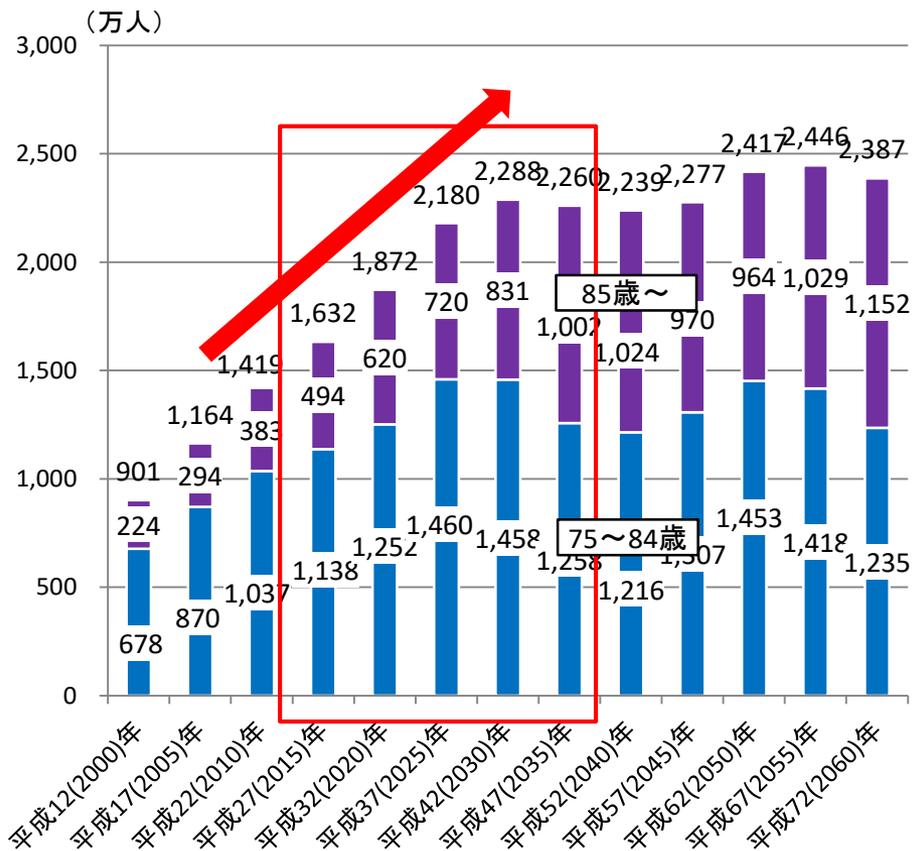
	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	~	東京都(17)	~	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	77.3万人 <10.6%>	70.7万人 <11.4%>	99.3万人 <10.9%>	80.8万人 <10.8%>	105.0万人 <11.9%>		146.9万人 <10.9%>		26.5万人 <16.1%>	18.9万人 <18.4%>	19.0万人 <16.9%>	1632.2万人 <12.8%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	120.9万人 <16.8%> (1.56倍)	107.2万人 <17.5%> (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)

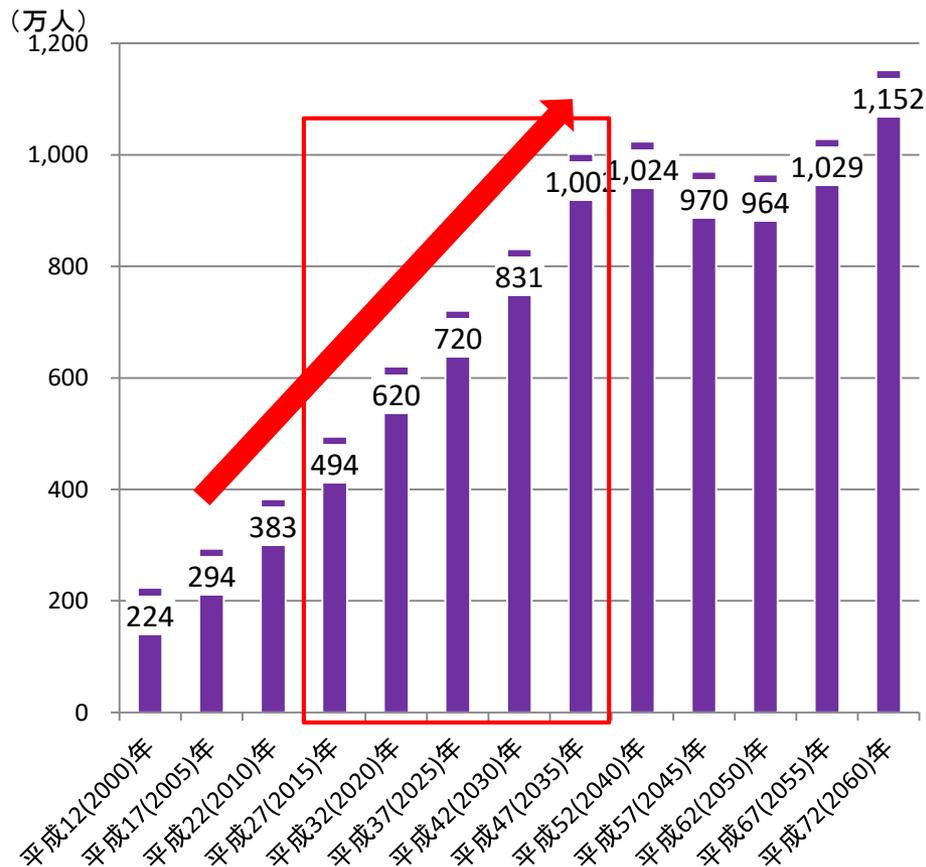
75歳以上の人口の推移

○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、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。

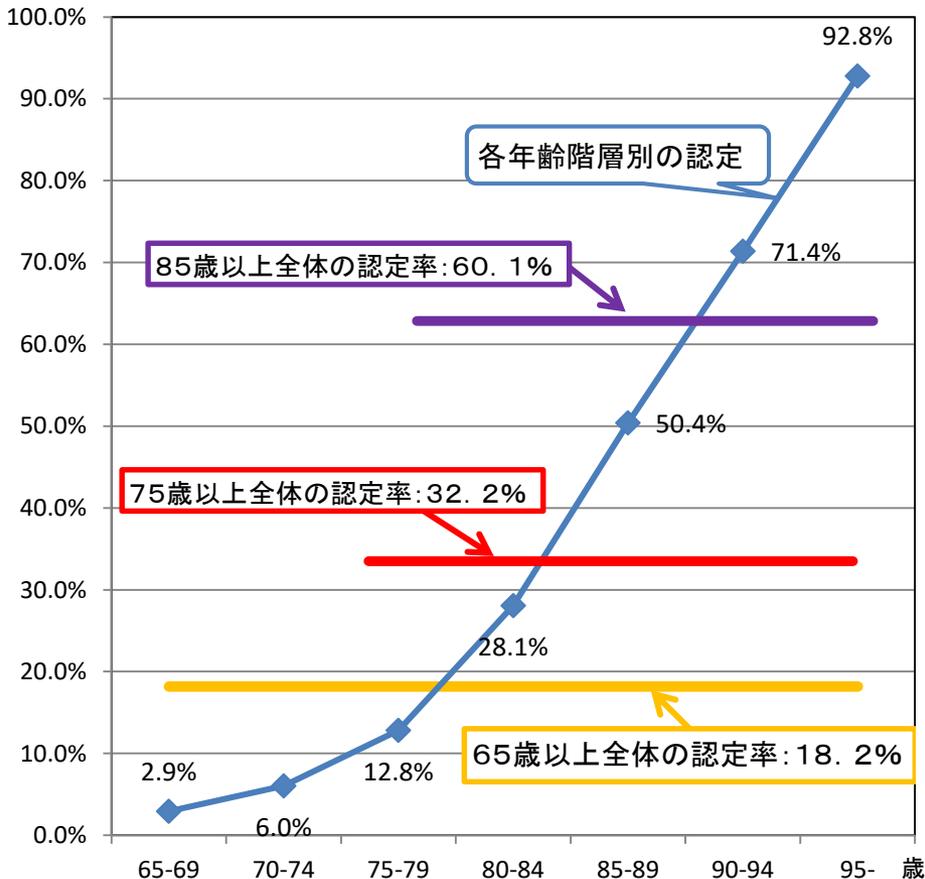


(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

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

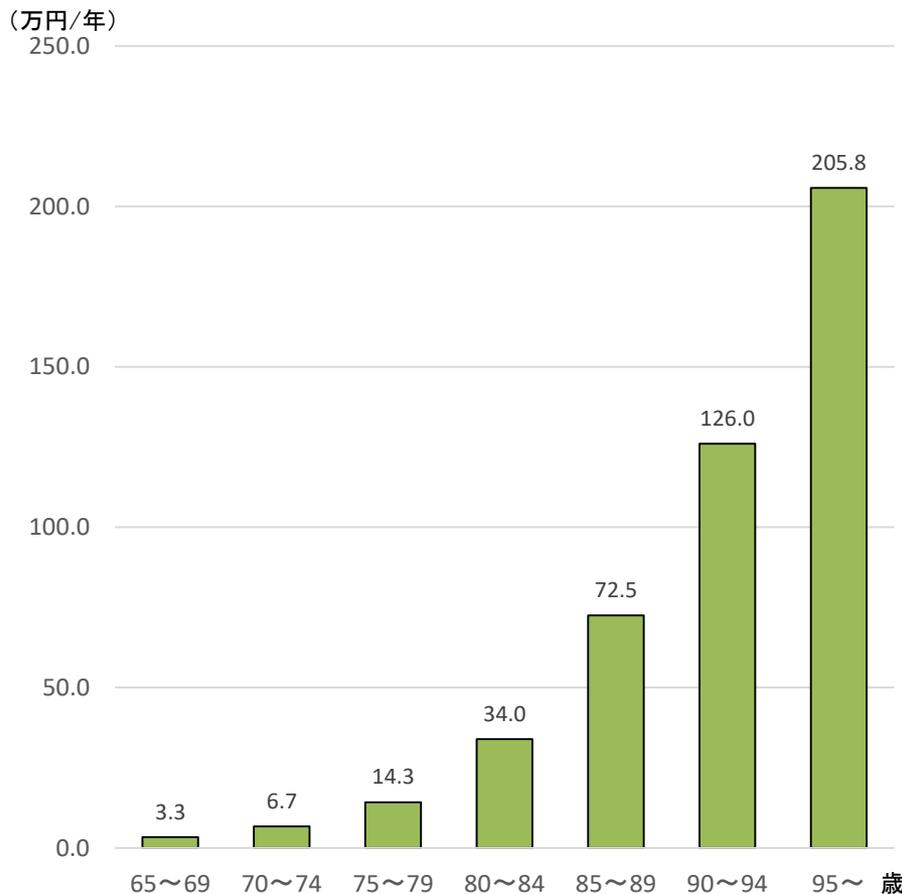
○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間で、急速に増加。



出典: 総務省統計局人口推計及び介護給付費等実態調査(平成29年10月審査分)

人口1人当たりの介護給付費(年齢階級別)

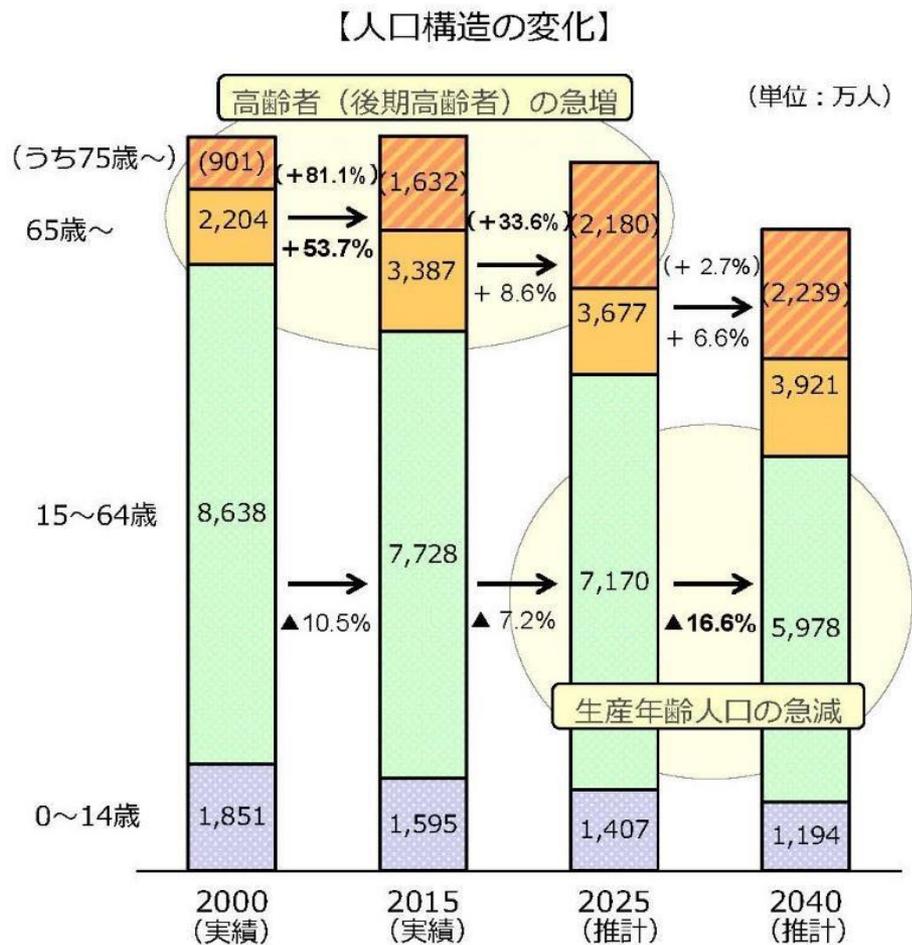
○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。



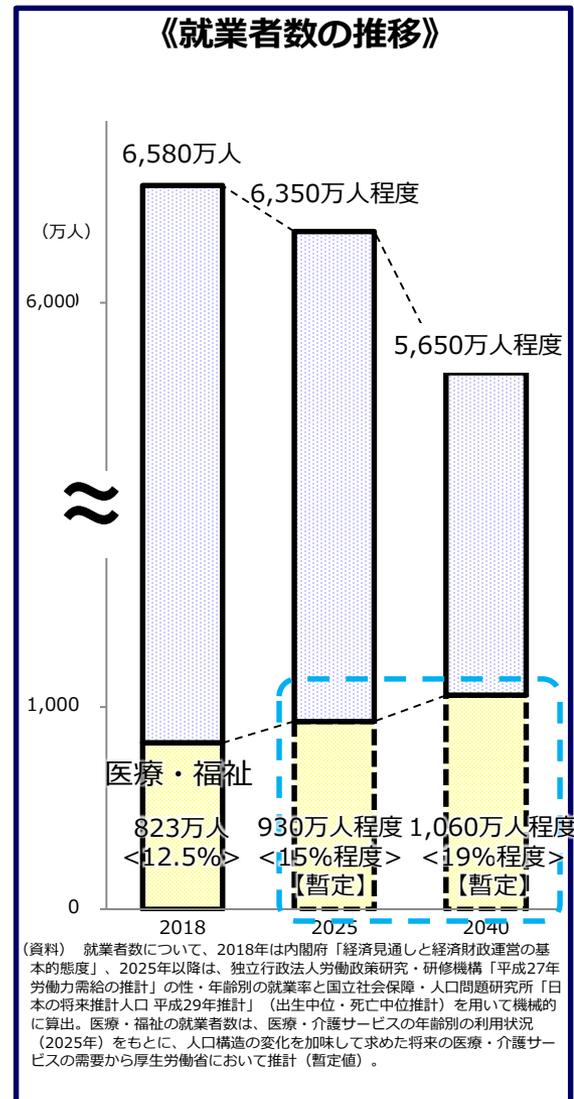
出典: 平成29年度「介護給付費等実態調査」を元に老健局で推計
 注) 高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。
 補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

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。



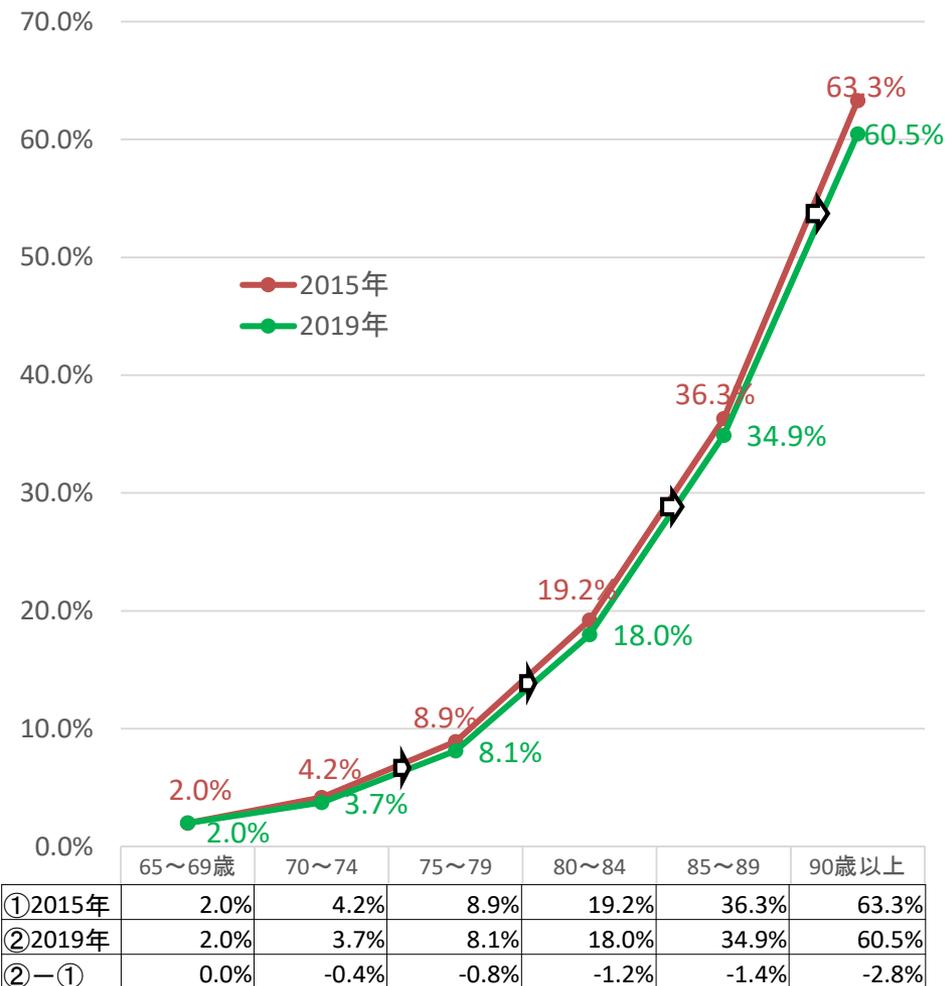
(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」



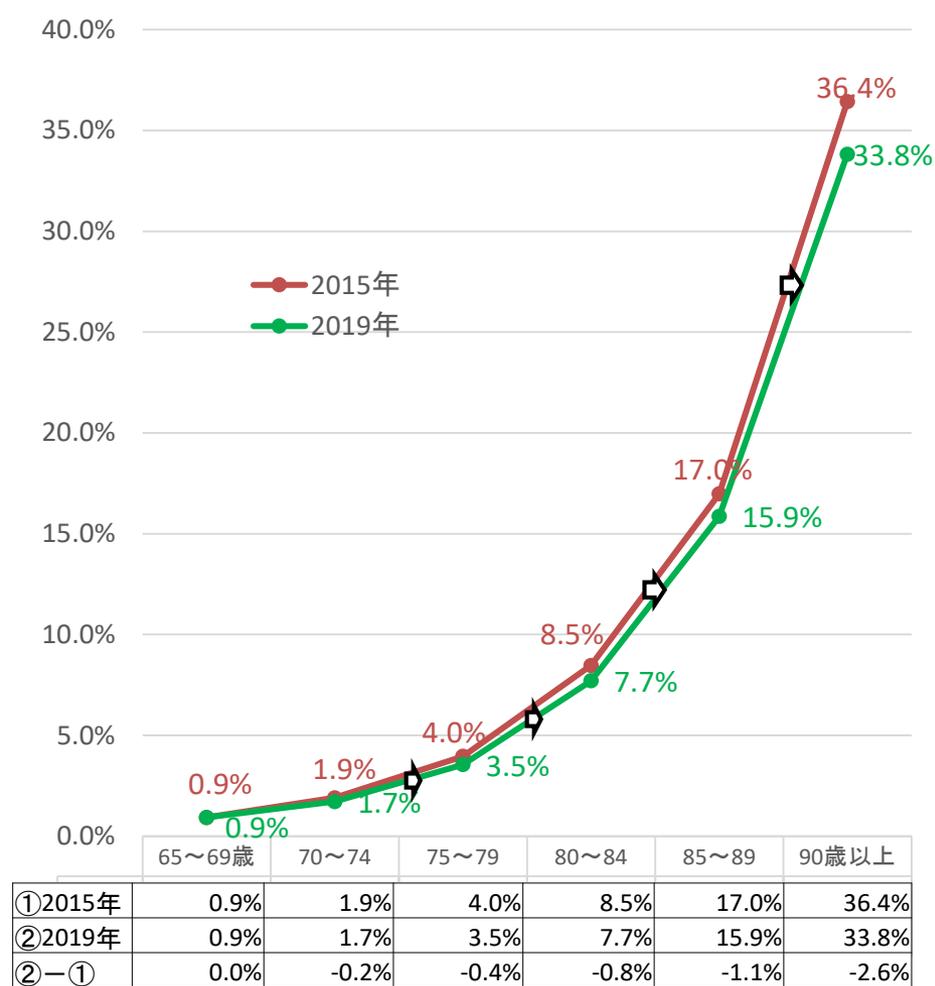
(出典) 平成30年4月12日経済財政諮問会議加藤臨時委員提出資料(厚生労働省)

(参考)第1号被保険者の年齢階級別認定率(人口に対する認定者数の割合)の変化 (介護保険事業状況報告月報及び人口推計から作成)

認定率(要介護1～5)



認定率(要介護3～5)



※ 各年の9月末日時点の認定者数(介護保険事業状況報告月報より)及び10月1日時点の人口(人口推計より)から作成

(参考)第1号被保険者の年齢階級別認定率(人口に対する認定者数の割合)の変化

(介護保険事業状況報告月報及び人口推計から作成)

- 2015年から2019年にかけて、要介護1～要介護5、要介護3～要介護5のいずれにおいても、年齢階級別認定率は減少。
- また、各年齢階級別認定率は減少しているものの、比較的認定率の高い75歳以上の者の割合が大きくなっていることから、65歳以上総数での認定率は増加している。

<要介護1～要介護5>

	総数						
	65～69歳	70～74	75～79	80～84	85～89	90歳以上	
2015年	12.8%	2.0%	4.2%	8.9%	19.2%	36.3%	63.3%
2016年	12.8%	2.0%	4.2%	8.6%	18.8%	36.0%	62.4%
2017年	12.9%	2.0%	4.0%	8.4%	18.6%	35.8%	61.8%
2018年	13.0%	2.0%	3.9%	8.2%	18.3%	35.4%	61.1%
2019年	13.1%	2.0%	3.7%	8.1%	18.0%	34.9%	60.5%

※ 各年の9月末日時点の認定者数(介護保険事業状況報告月報より)及び10月1日時点の人口(人口推計より)から作成

<要介護3～要介護5>

	総数						
	65～69歳	70～74	75～79	80～84	85～89	90歳以上	
2015年	6.2%	0.9%	1.9%	4.0%	8.5%	17.0%	36.4%
2016年	6.2%	0.9%	1.9%	3.8%	8.2%	16.7%	35.5%
2017年	6.2%	0.9%	1.8%	3.7%	8.0%	16.5%	34.9%
2018年	6.3%	0.9%	1.8%	3.6%	7.9%	16.3%	34.4%
2019年	6.3%	0.9%	1.7%	3.5%	7.7%	15.9%	33.8%

※ 各年の9月末日時点の認定者数(介護保険事業状況報告月報より)及び10月1日時点の人口(人口推計より)から作成

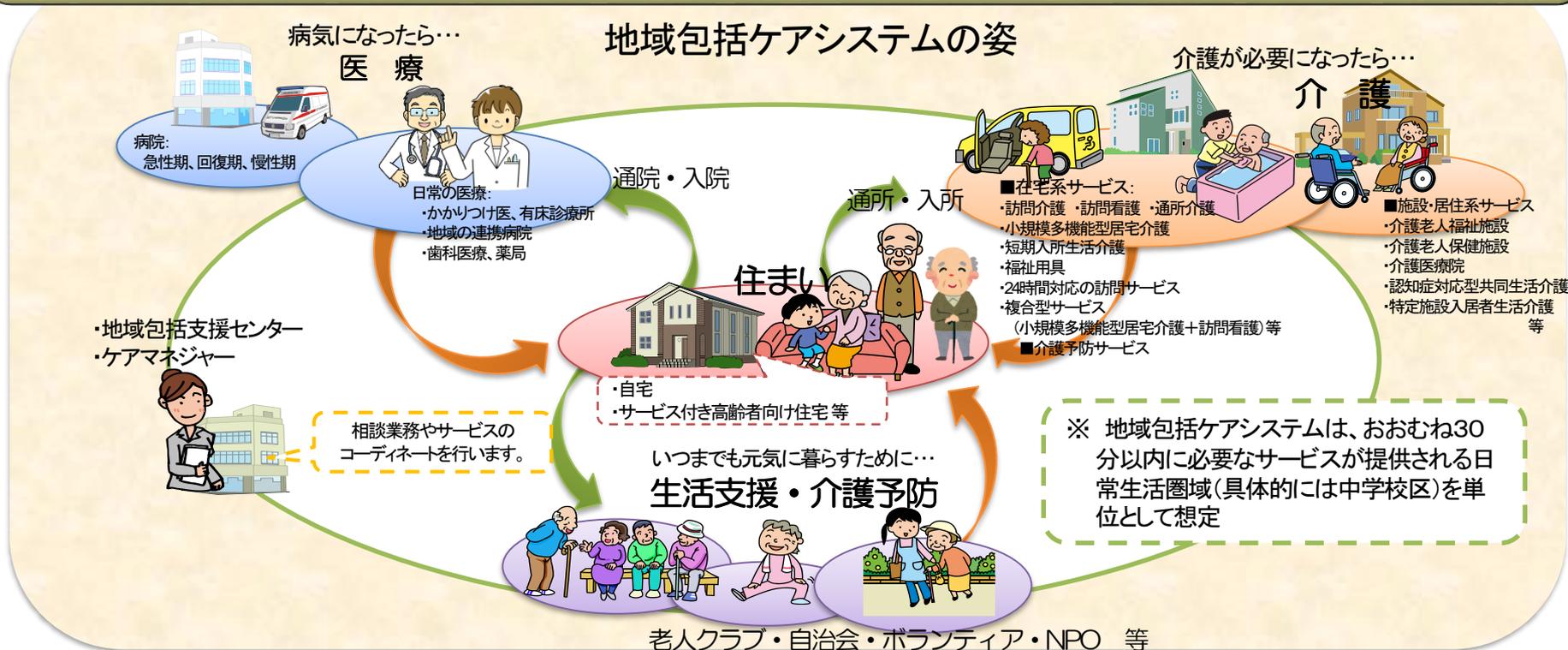
<(参考)65歳以上人口の構成割合>

	総数	65～74歳			75歳以上				
		65～69歳	70～74	75歳以上	75～79	80～84	85～89	90歳以上	
									65～69歳
2015年	100.0%	51.8%	28.8%	23.0%	48.2%	18.8%	14.8%	9.3%	5.3%
2016年	100.0%	51.1%	29.7%	21.4%	48.9%	18.9%	15.0%	9.5%	5.6%
2017年	100.0%	50.3%	28.2%	22.0%	49.7%	19.2%	15.1%	9.7%	5.8%
2018年	100.0%	49.5%	26.3%	23.1%	50.5%	19.5%	15.0%	9.9%	6.1%
2019年	100.0%	48.5%	24.2%	24.2%	51.5%	20.2%	14.9%	10.1%	6.4%

※ 10月1日時点の人口(人口推計より)から作成

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。**



I . 介護予防・健康づくりの推進 （健康寿命の延伸）

介護保険の保険給付等

・保険給付

・介護給付

・予防給付

・市町村特別給付

(条例で定めて行うことができる市町村の独自給付、財源は1号保険料)

介護給付	予防給付	
居宅介護サービス費	介護予防サービス費	介護保険のサービス費の支給は、代理受領方式で現物給付化されている
地域密着型介護サービス費	地域密着型介護予防サービス費	
施設介護サービス費	—	
居宅介護サービス計画費(ケアマネ)	介護予防サービス計画費(ケアマネ)	
特定入所者介護サービス費(補足給付)	特定入所者介護予防サービス費(補足給付)	
居宅介護福祉用具購入費	介護予防福祉用具購入費	左の給付は、償還払いが原則 (一部の自治体で、福祉用具購入費、住宅改修費、施設の高額介護(予防)サービス費は、受領委任方式が行われている。)
居宅介護住宅改修費	介護予防住宅改修費	
高額介護サービス費	高額介護予防サービス費	
高額医療合算介護サービス費	高額医療合算介護予防サービス費	

・地域支援事業

・介護予防・日常生活支援総合事業
 ・包括的支援事業
 ・任意事業

・介護予防・生活支援サービス事業
 (訪問型サービス、通所型サービス、介護予防支援事業等)
 ・一般介護予防事業

・保健福祉事業

(市町村の独自事業、財源は1号保険料)

「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」 開催経緯

経緯

- 第76回介護保険部会（平成31年3月20日開催）において、一般介護予防事業等に今後求められる機能やPDCAサイクルに沿った更なる推進方策等の検討を集中的に実施し、介護保険部会の議論に資するため、「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」を設置することが了承された。
- これを受け、令和元年5月から、参考人からのヒアリングを含めて議論を行い、8月23日に中間取りまとめを実施し、第80回介護保険部会（令和元年8月29日開催）において報告。計9回にわたり議論を行い、12月13日に、取りまとめを公表。

同検討会におけるこれまでの主な検討事項

- 第1回（5月27日）
 - ・今後のスケジュールについて
 - ・一般介護予防事業等について
- 第2回（7月3日）
 - ・自治体による地域特性に応じた取組について(事例発表)
- 第3回（7月19日）
 - ・介護予防（主に通いの場）に関するエビデンスの現状について
 - ・一般介護予防事業等の推進方策について
 - ・中間取りまとめ骨子案について
- 第4回（8月7日）
 - ・中間取りまとめについて
 - ・PDCAサイクルに沿った推進方策について
- 第5回（9月4日）
 - ・中間取りまとめを踏まえた検討の論点と進め方について
 - ・PDCAサイクルに沿った推進方策について
- 第6回（10月3日）
 - ・地域支援事業の他の事業等との連携方策や効果的な実施方法、在り方について
 - ・PDCAサイクルに沿った推進方策について
- 第7回（10月21日）
 - ・PDCAサイクルに沿った推進方策について
 - ・専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策について
- 第8回（11月29日）
 - ・取りまとめ（案）について
- 第9回（12月9日）
 - ・取りまとめ（案）について

※ 12月13日 取りまとめ公表

一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会 構成員（計25名）	
○：座長	
荒井 秀典	国立長寿医療研究センター理事長
安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
石田 路子	特定非営利活動法人高齢社会をよくする女性の会理事(名古屋学芸大学看護学部教授)
鶴飼 典男	公益社団法人日本薬剤師会理事
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
○遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
大西 秀人	全国市長会介護保険対策特別委員会委員長(香川県高松市長)
岡島 さおり	公益社団法人日本看護協会常任理事
河本 滋史	健康保険組合連合会常務理事
黒岩 祐治	全国知事会社会保障常任委員会委員(神奈川県知事)
小玉 剛	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
近藤 克則	千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門教授 国立長寿医療研究センター老年学・社会科学センター老年学評価研究部長
近藤 国嗣	一般社団法人全国デイ・ケア協会会長
近藤 尚己	東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学分野准教授
齋藤 秀樹	公益財団法人全国老人クラブ連合会常務理事
斉藤 正行	一般社団法人日本デイサービス協会理事長
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科教授
辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センターセンター長
濱田 和則	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
藤原 忠彦	全国町村会顧問(長野県川上村長)
藤原 佳典	東京都健康長寿医療センター研究所社会参加と地域保健研究チーム研究部長
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
山際 淳	民間介護事業推進委員会代表委員
山田 実	筑波大学人間系教授

【ポイント】

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

一般介護予防事業等に今後求められる機能を実現するための具体的方策等

＜通いの場などの介護予防の捉え方＞

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

（１）地域支援事業の他事業との連携方策や効果的な実施方策、在り方

＜連携の必要性が高い事業＞

地域支援事業の他の事業（※）との連携を進めていくことが重要。

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

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

＜現行制度の見直し＞

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

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

一般介護予防事業等に今後求められる機能を実現するための具体的方策等（続き）

（2）専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策

1）通いの場等の一般介護予防事業への専門職の関与

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

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

2）地域リハビリテーション活動支援事業の在り方

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

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

（3）PDCAサイクルに沿った推進方策

1）PDCAサイクルに沿った取組を推進するための評価の在り方

アウトカム指標やプロセス指標を組み合わせ評価。今後国は指標を検討し、一般介護予防評価事業の見直し等を行うことが必要。その際、保険者機能強化推進交付金の指標と整合を図ることが望ましい。

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

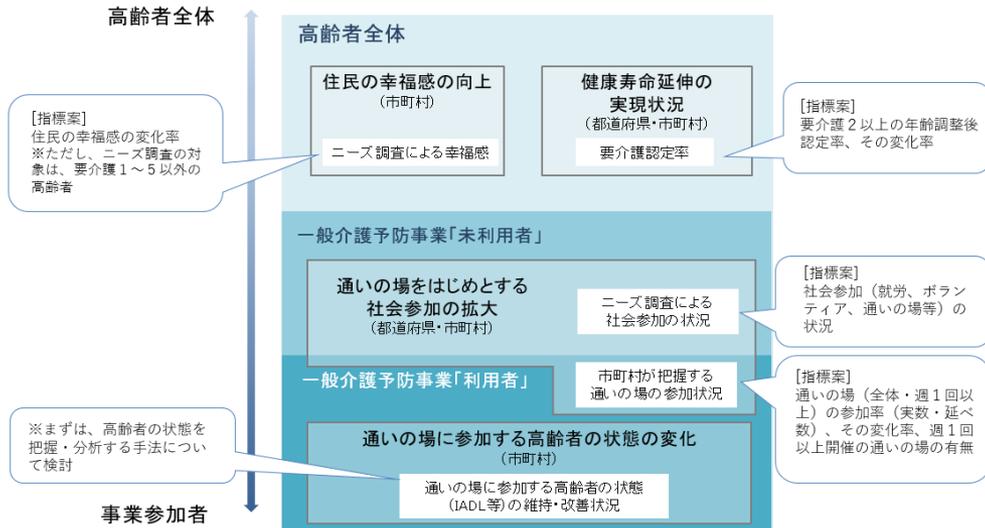
2）PDCAサイクルに沿った取組を推進するための方策

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

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

一般介護予防事業等に今後求められる機能を実現するための具体的方策等（続き）

介護予防に関する成果の評価イメージ



取組過程の評価項目（例）

<市町村>

- 連携（行政内部、地域の多様な主体）
- 専門職の関与（保健事業との一体的な実施、関係団体との連携）
- 参加促進（ポイント付与等、アウトリーチ、担い手）
- 企画・検証等の体制整備、データ活用
- 高齢者の状態把握の実施

<都道府県>

- 市町村支援（好事例の発信、情報交換の場の設定、データの分析・活用）
- 広域的な連携体制整備（専門職団体、自治組織や社協、民間企業、大学等）

市町村・都道府県・国の役割

(1) 市町村

- 行政内の様々な部局とともに、民間企業等の多様な主体と連携し取組を充実
- 専門職関与のための体制の充実
- 地域住民への情報発信

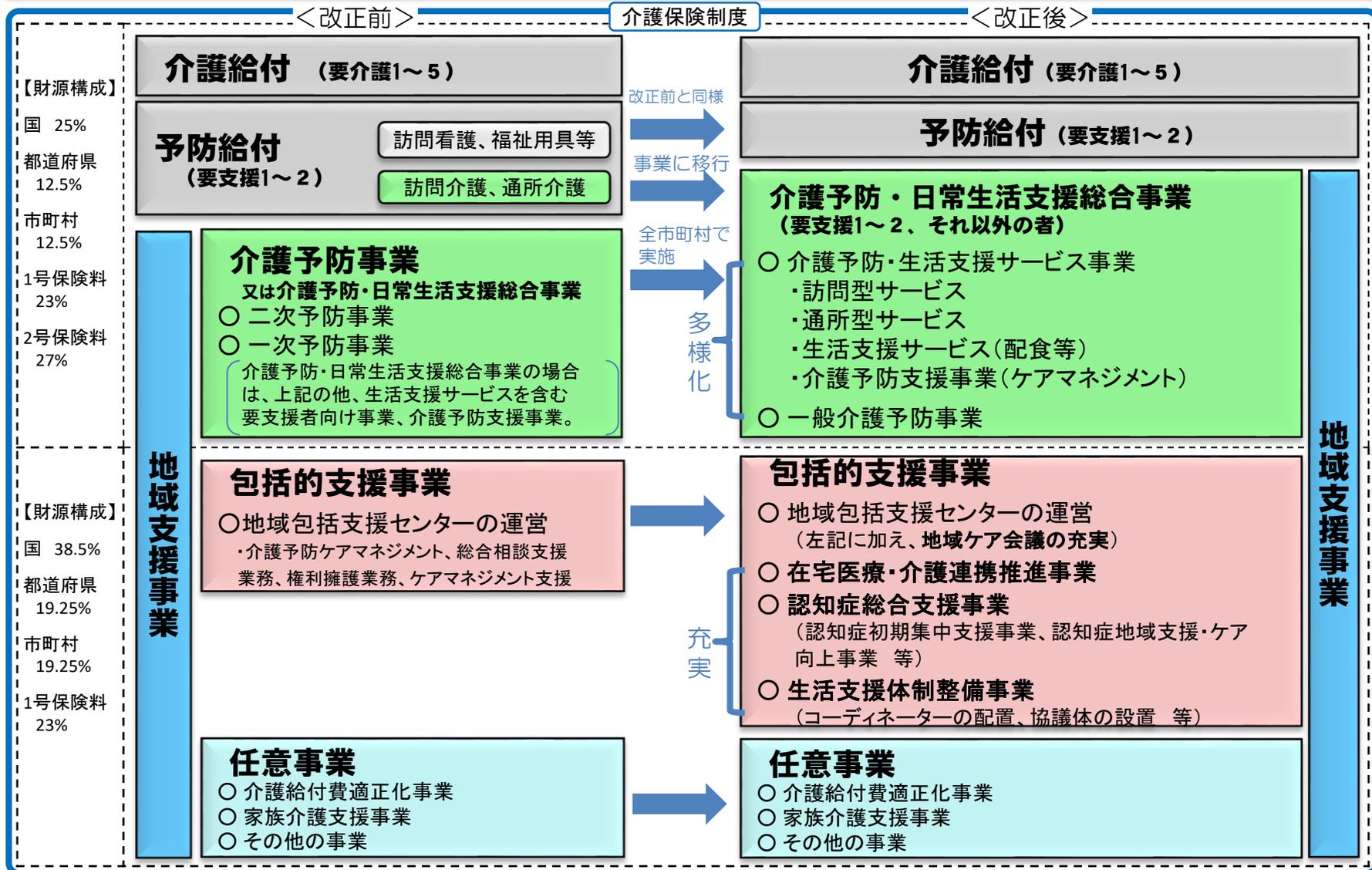
(2) 都道府県

- 関係団体等との連携体制の構築等の広域的な視点での市町村支援
- 地域分析に基づく丁寧な市町村支援

(3) 国

- 進捗状況の把握と必要に応じた施策等の検討
- 都道府県や市町村支援に対する情報発信
- データ活用のための環境整備等

新しい地域支援事業の全体像(平成26年改正前後)



地域支援事業

総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

(1) 介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業)

- 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。
 - ① 要支援認定を受けた者
 - ② 基本チェックリスト該当者(事業対象者)

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

- ※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。
- ※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐためのもの。
- ※ 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

(2) 一般介護予防事業

- 対象者は、第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者。

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

総合事業等の実施状況

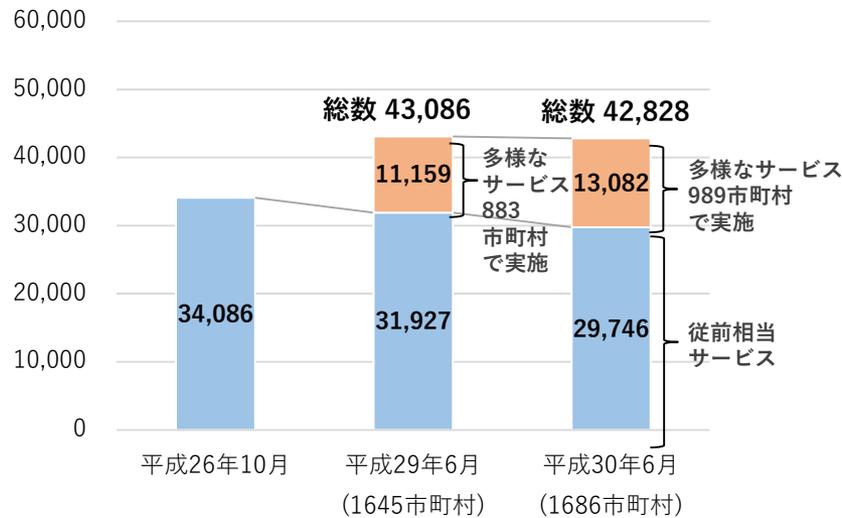
総合事業の提供体制等

総合事業のサービス別事業所数

- 従前相当以外の多様なサービス（従来より基準を緩和したサービス、住民主体による支援等）を実施する事業所が訪問型サービスは約1.3万箇所、通所型サービスは約1.2万箇所にのぼっている。

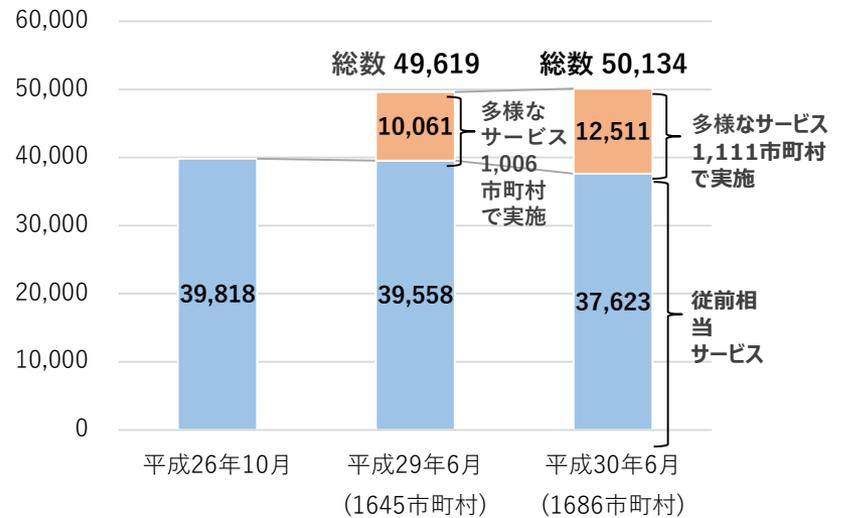
(図) サービス別事業所数の推移

訪問型サービス



- 従前相当以外の多様なサービス
- 介護予防訪問介護（平成26年10月）・従前相当サービス（平成29年6月・平成30年6月）

通所型サービス



- 従前相当以外の多様なサービス
- 介護予防通所介護（平成26年10月）・従前相当サービス（平成29年6月・平成30年6月）

- ※1 総合事業には上記の他、配食・見守り等のその他生活支援サービスを提供する事業所がある。また、総合事業に位置づけられていない通いの場等の取組みもある。
- ※2 平成29年6月の事業所数については、未回答であった97市町村の事業所は含まれていない。また、平成30年6月の事業所数については、未回答であった55市町村の事業所は含まれていない。
- ※3 事業所数については、平成26年度介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）における、平成26年10月の介護予防訪問介護・介護予防通所介護の事業所数と、平成29年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社N T Tデータ経営研究所）、平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社N T Tデータ経営研究所）における、平成29年6月および平成30年度6月時点の従前相当サービス・多様なサービスの事業所数の合計を比較。
- ※4 回答主体である市町村から見て、他の市町村に所在する事業所については調査対象外としている。

介護予防・日常生活支援総合事業を実施する上での課題

- 介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型・通所型サービスは、**要支援者及び基本チェックリスト該当者（事業対象者）が支援の対象。**
- こうした中で、一定数の市町村において、同サービスを実施する上での課題として「**対象者が要支援者等に
限られてしまっていることで、事業が実施しにくい**」と回答。

＜総合事業における訪問型・通所型サービスを実施する上での課題＞

「対象者が要支援者等に限られてしまっていることで、事業が実施しにくい」と回答した市町村の割合（n=1,686）

サービス類型	割合
サービスA (緩和した基準によるサービス)	17.3%
サービスB (住民主体による支援)	31.1%
サービスC (短期集中予防サービス)	21.8%
サービスD (移動支援)	28.8%

(注) 平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」(株式会社NTTデータ経営研究所)を基に作成

総合事業の「国が定める単価」

○ 国は地域支援事業実施要綱において、以下のようなサービス単価を定めている。

1 訪問介護員等によるサービス費(訪問介護従前相当サービス費)

- イ 訪問型サービス費Ⅰ 1,172単位
(事業対象者・要支援1・2 1月につき・週1回程度の訪問)
 - ロ 訪問型サービス費Ⅱ 2,342単位
(事業対象者・要支援1・2 1月につき・週2回程度の訪問)
 - ハ 訪問型サービス費Ⅲ 3,715単位
(事業対象者・要支援2 1月につき・週2回を超える程度の訪問)
 - ニ 訪問型サービス費Ⅳ 267単位
(事業対象者・要支援1・2 1回につき・1月の中で全部で4回までのサービスを行った場合)
 - ホ 訪問型サービス費Ⅴ 271単位
(事業対象者・要支援1・2 1回につき・1月の中で全部で5回から8回までのサービスを行った場合)
 - ヘ 訪問型サービス費Ⅵ 286単位
(事業対象者・要支援2 1回につき・1月の中で全部で9回から12回までのサービスを行った場合)
 - ト 訪問型サービス費(短時間サービス) 166単位
(事業対象者・要支援1・2 1回につき 主に身体介護を行う場合 1月につき22回まで算定可能)
 - チ 初回加算 200単位(1月につき)
 - リ (1)生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位(1月につき)
(2)生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位(1月につき)
 - ヌ 介護職員処遇改善加算
(1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)+所定単位×137/1000
(2)介護職員処遇改善加算(Ⅱ)+所定単位×100/1000
(3)介護職員処遇改善加算(Ⅲ)+所定単位×55/1000
(4)介護職員処遇改善加算(Ⅳ)+(3)の90/100
(5)介護職員処遇改善加算(Ⅴ)+(3)の80/100
 - ル 介護職員等特定処遇改善加算
(1)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)+所定単位×63/1000
(2)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)+所定単位×42/1000
- 注1～9(略)

3 介護予防ケアマネジメント費

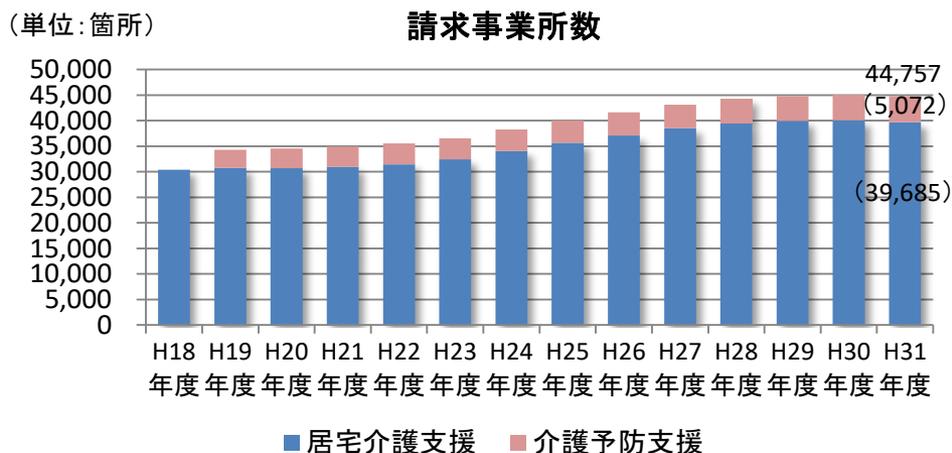
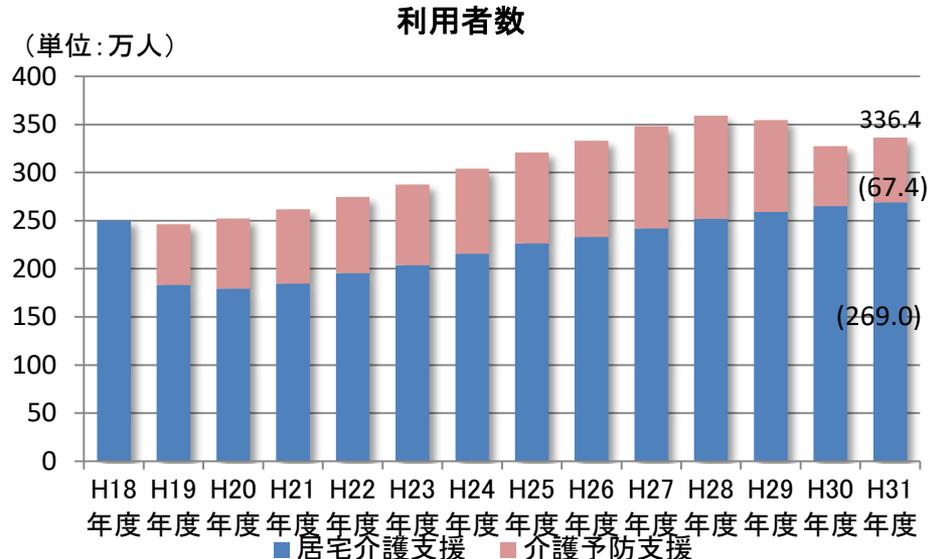
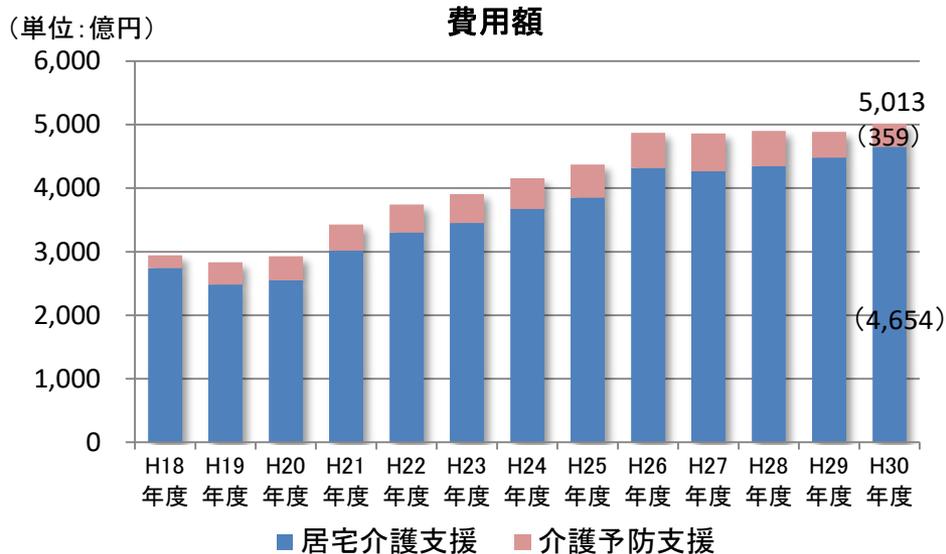
- イ 介護予防ケアマネジメント費 431単位(1月につき)
 - ロ 初回加算 300単位(1月につき)
 - ハ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300単位
- 注1～2(略)

2 通所介護事業者の従事者によるサービス費(通所介護従前相当サービス費)

- イ 通所型サービス費
 - (1) 事業対象者・要支援1 1,655単位
 - (2) 事業対象者・要支援2 3,393単位
 - (3) 事業対象者・要支援1 380単位
(1回につき・1月の中で全部で4回までのサービスを行った場合)
 - (4) 事業対象者・要支援2 391単位
(1回につき・1月の中で全部で5回から8回までのサービスを行った場合)
 - ロ 生活機能向上グループ活動加算 100単位(1月につき)
 - ハ 運動器機能向上加算 225単位(1月につき)
 - ニ 栄養改善加算 150単位(1月につき)
 - ホ 口腔機能向上加算 150単位(1月につき)
 - ヘ 選択的サービス複数実施加算
 - (1) 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)
 - ① 運動器機能向上及び栄養改善 480単位(1月につき)
 - ② 運動器機能向上及び口腔機能向上 480単位(1月につき)
 - ③ 栄養改善及び口腔機能向上 480単位(1月につき)
 - (2) 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)
運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上 700単位(1月につき)
 - ト 事業所評価加算 120単位(1月につき)
 - チ サービス提供体制強化加算
 - (1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ
 - ① 事業対象者・要支援1 72単位(1月につき)
 - ② 事業対象者・要支援2 144単位(1月につき)
 - (2) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ
 - ① 事業対象者・要支援1 48単位(1月につき)
 - ② 事業対象者・要支援2 96単位(1月につき)
 - (3) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)
 - ① 事業対象者・要支援1 24単位(1月につき)
 - ② 事業対象者・要支援2 48単位(1月につき)
 - リ 生活機能向上連携加算 200単位(1月につき)
※ 運動器機能向上加算を算定している場合には、100単位(1月につき)
 - ヌ 栄養スクリーニング加算 5単位(1回につき) ※ 6月に1回を限度とする
 - ル 介護職員処遇改善加算
 - (1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)+所定単位×59/1000
 - (2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)+所定単位×43/1000
 - (3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)+所定単位×23/1000
 - (4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)+(3)の90/100
 - (5) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ)+(3)の80/100
 - ヲ 介護職員等特定処遇改善加算
 - (1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)+所定単位×12/1000
 - (2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)+所定単位×10/1000
- 注1～12(略)

居宅介護支援の事業所数・利用者数等

○居宅介護支援・介護予防支援の利用は、ここ数年は増加傾向にある。



居宅介護支援・介護予防支援の
介護サービス費用額(平成30年度)

(上欄の単位: 億円)

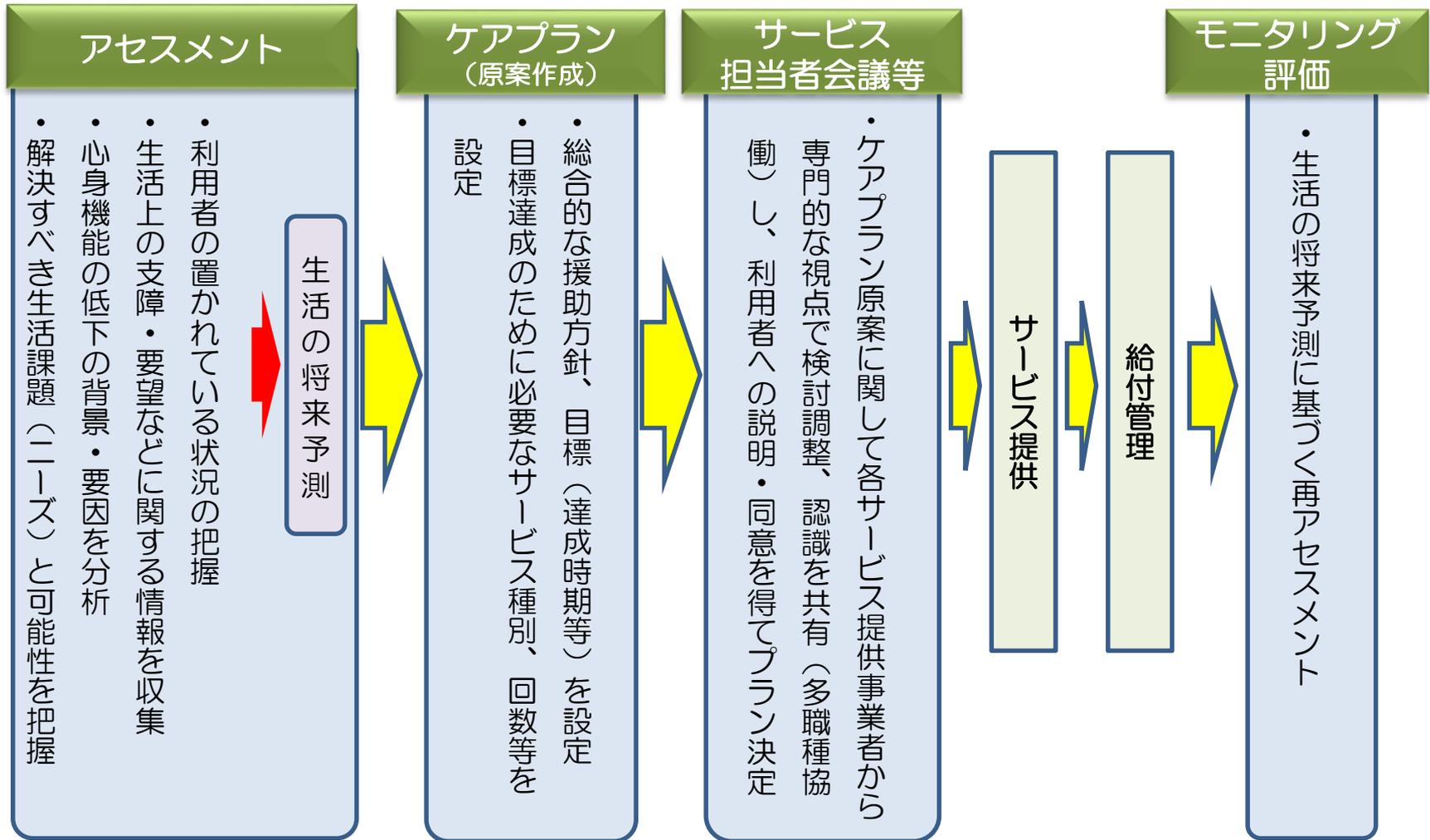
要支援		要介護					合計
1	2	1	2	3	4	5	
135	224	1,467	1,303	913	598	373	5,013
2.7%	4.5%	29.3%	26.0%	18.2%	11.9%	7.4%	100%

【出典】平成30年度介護給付費実態統計(旧:介護給付費等実態調査)

注1) 費用額の値は、5月審査(4月サービス)分から翌年の4月審査(3月サービス)分までの合計である。

注2) 利用者数、請求事業所数の値は、4月審査分である。

ケアマネジメントの流れ



介護支援専門員の概要

1 介護支援専門員の定義

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

2 資格取得・研修体系

<介護支援専門員実務研修受講試験>

- 受験要件【法第69条の2第1項、規則第113条の2】

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

（※1）医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士

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

<介護支援専門員実務研修>

- 受講要件【法第69条の2第1項、規則第113条の4第1項】

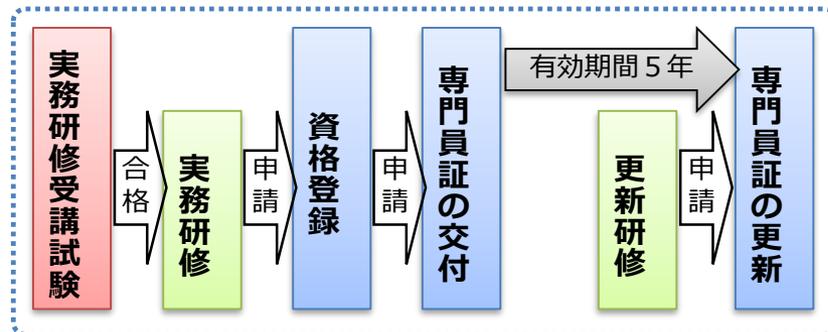
介護支援専門員実務研修受講試験に合格した者

<介護支援専門員更新研修>

- 受講要件【法第69条の8第2項、規則第113条の18項第1項】

介護支援専門員証の有効期間の更新を受けようとする者

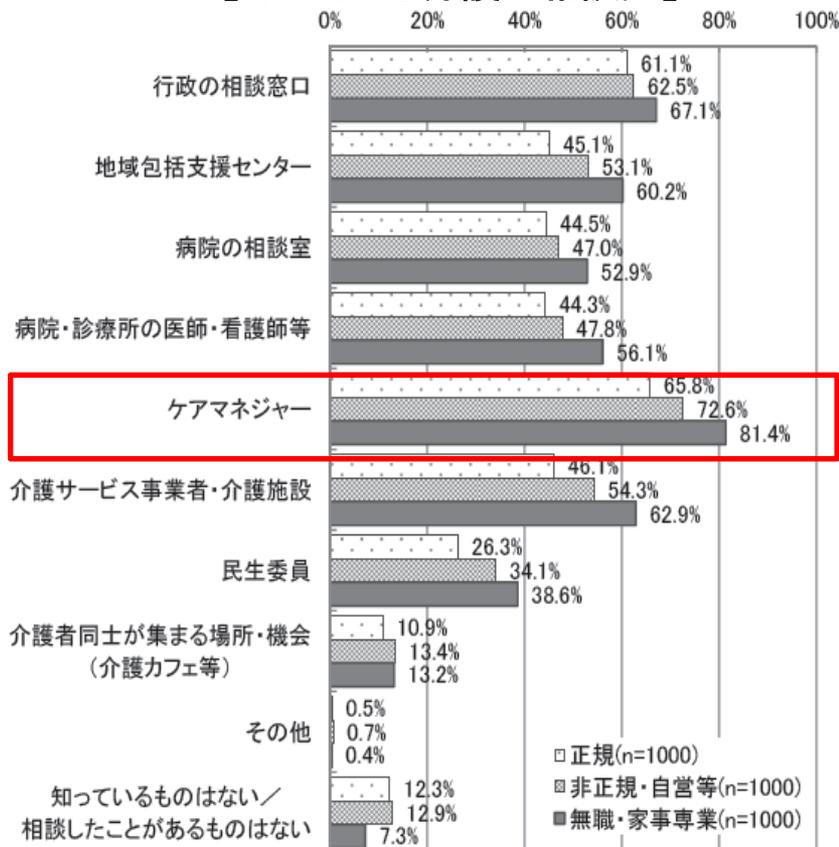
【資格取得・更新の流れ】



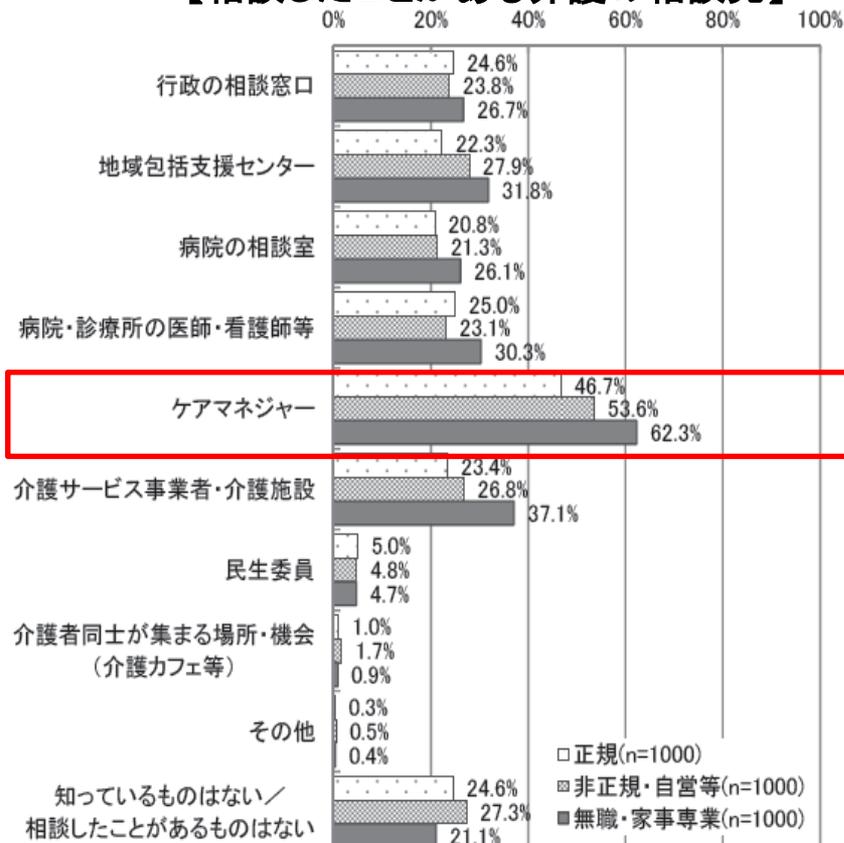
就業者等が知っている・相談したことがある介護の相談先

- 知っている介護の相談先として、「ケアマネジャー」と回答する者が最も多かった。
- 相談したことがある介護の相談先も同様に、「ケアマネジャー」と回答する者が最も多かった。

【知っている介護の相談先】



【相談したことがある介護の相談先】



※就業者(正規、非正規・自営等)、無職・家業専業(介護離職者含む)を対象としたインターネットアンケート。
(親や祖父母等の家族介護を担当している就業者・非就業者、及び家族介護を担当した経験のある就業者・非就業者)。

出典:厚生労働省「介護離職防止のための地域モデルを踏まえた支援手法の整備報告書(平成29年度調査)」

H30介護報酬改定概要

17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（入院時情報連携加算の見直し）

概要

※ i は介護予防支援を含み、ii 及び iii は介護予防支援を含まない

ア 入院時における医療機関との連携促進

入院時における医療機関との連携を促進する観点から、以下の見直しを行う。

- i 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務づける。【省令改正】
- ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。
- iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。【通知改正】

単位数

【iiについて】

<現行>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月

<改定後>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月

算定要件等

【iiについて】

<現行>

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

<改定後>

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- ・入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- ・入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

H30介護報酬改定概要

17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（退院・退所加算の見直し）

概要

※介護予防支援は含まない

- イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進
 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。
- i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。
 - ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。
 - iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。
 また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。【通知改正】

単位数

<現行>

退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	300単位	300単位
連携 2 回	600単位	600単位
連携 3 回	×	900単位

⇒

<改定後>

退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	450単位	600単位
連携 2 回	600単位	750単位
連携 3 回	×	900単位

算定要件等

- 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。
 ただし、「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

※ 入院又は入所期間中につき1回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

H30介護報酬改定概要

17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（特定事業所加算の見直し）

概要

※ウは介護予防支援を含み、エは介護予防支援は含まない

ウ 平時からの医療機関との連携促進

- i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。【省令改正】
- ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。【省令改正】

エ 医療機関等との総合的な連携の促進

特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所を更に評価する。（平成31年度から施行）

単位数

○エについて

<現行>

なし

⇒

<改定後>

特定事業所加算(Ⅳ) 125単位/月（新設）

算定要件等

<エについて>

- 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算（新設：次頁参照）を年間5回以上算定している事業所

ケアプランにおける保険外サービスの活用について

●指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）

（基本方針）

第一条の二 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

（以下略）

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条の二に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

一～三 （略）

四 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス（法第二十四条第二項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

（以下略）

●ケアマネジメントにおける自助（保険外サービス）の活用・促進に関する調査研究事業（平成29年度老人保健健康増進等事業）

○ 生活支援領域で提供される単価制の保険外サービスを活用したことがあるケアマネジャーは全体の7割を超えるが、これ以外に多様な保険外サービスを多数取り扱ったことがある者（※）は全体の約35%に留まる。

※生活支援領域で提供される単価制の保険外サービス以外に3種類以上の領域の保険外サービスを取り扱ったことがある者として集計

H30介護報酬改定概要

17. 居宅介護支援 ④公正中立なケアマネジメントの確保（契約時の説明等）

概要

※一部を除き介護予防支援を含む

ア 契約時の説明等

利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額する。

なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。【通知改正】

単位数

運営基準減算	<現行> 所定単位数の50/100に相当する単位数	⇒	<改定後> 変更なし
--------	------------------------------	---	---------------

算定要件等

○ 以下の要件を追加する。

利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、

- ・ 複数の事業所の紹介を求めることが可能であること
 - ・ 当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること
- の説明を行わなかった場合。

介護支援専門員養成研修の見直し①

～平成27年度

○介護支援専門員実務研修

研修科目		時間	
講義	介護保険制度の理念と介護支援専門員に関する講義	2	
	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。以下同じ。）の基本に関する講義	2	
	要介護認定等の基礎に関する講義	2	
	受付及び相談と契約に関する講義	1	
	アセスメント、ニーズの把握の方法に関する講義	2	
	居宅サービス計画等の作成に関する講義	2	
	モニタリングの方法に関する講義	2	
	地域包括支援センターの概要に関する講義	2	
	介護予防支援に関する講義	3	
	介護支援サービスを実施するために必要な技術に関する講義	3	
	実習オリエンテーション	1	
	演習	アセスメント、ニーズの把握の方法に関する演習	4
		居宅サービス計画等の作成に関する演習	4
アセスメント及び居宅サービス計画等の作成に関する演習		6	
介護予防支援に関する演習		4	
介護支援サービスのアセスメントを実施するために必要な技術に関する演習		3	
意見交換、講評		1	
実習	介護支援サービスの基礎技術に関する実習		
合計		44	

統合

○介護支援専門員実務従事者基礎研修（※任意研修）

研修科目		時間
講義	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3
	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	7
演習	ケアマネジメント点検演習	14
講義	ケアマネジメント演習講評	6
演習	研修を振り返っての意見交換、ネットワーク作り	3
合計		33

統合

平成28年度～

○介護支援専門員実務研修

研修科目		時間
講義	介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	3
	ケアマネジメントに係る法令等の理解	2
	地域包括ケアシステム及び社会資源	3
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義	3
	人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理	2
	ケアマネジメントのプロセス	2
	実習オリエンテーション	1
	自立支援のためのケアマネジメントの基本	6
	介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）	2
	相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎	4
講義・演習	利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意	2
	ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術	
	受付及び相談並びに契約	1
	アセスメント及びニーズの把握の方法	6
	居宅サービス計画等の作成	4
	サービス担当者会議の意義及び進め方	4
	モニタリング及び評価	4
	実習振り返り	3
	ケアマネジメントの展開	
	基礎理解	3
	脳血管疾患に関する事例	5
	認知症に関する事例	5
	筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例	5
	内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例	5
	看取りに関する事例	5
アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習	5	
研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	2	
実習	ケアマネジメントの基礎技術に関する実習	
合計		87

介護支援専門員養成研修の見直し②

～平成27年度

○ 主任介護支援専門員研修

研修科目		時間
講義	対人援助者監督指導（スーパービジョン）	6
	地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）	3
	人事・経営管理に関する講義	3
	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3
	ターミナル	3
	人事・経営管理	3
	サービス展開におけるリスクマネジメント	3
	対人援助者監督指導	12
演習	地域援助技術	3
	事例研究及び事例指導方法	18
	合計	64

平成28年度～

○ 主任介護支援専門員研修

研修科目		時間
講義	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントの実践における倫理的な課題に対する支援	2
	ターミナルケア	3
	人材育成及び業務管理	3
	運営管理におけるリスクマネジメント	3
	地域援助技術	6
講義・演習	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現	6
	対人援助者監督指導	18
	個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開	24
合計		70

改正

※主任介護支援専門員更新研修として
新たに創設

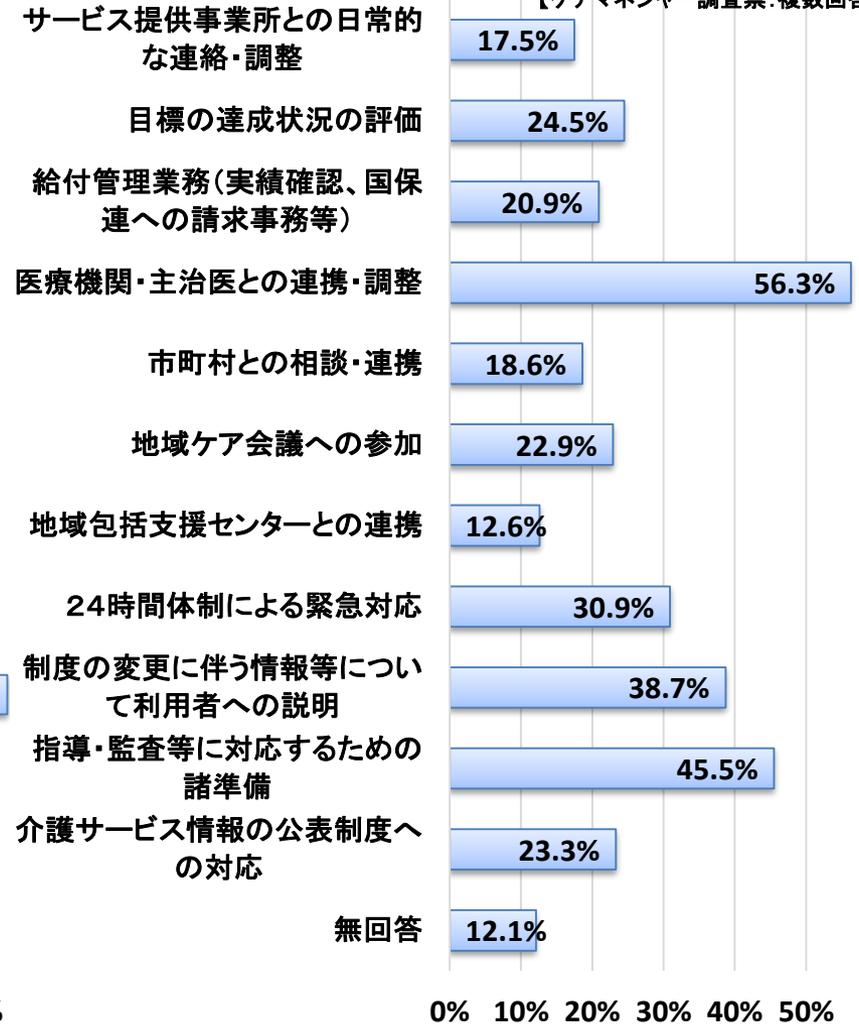
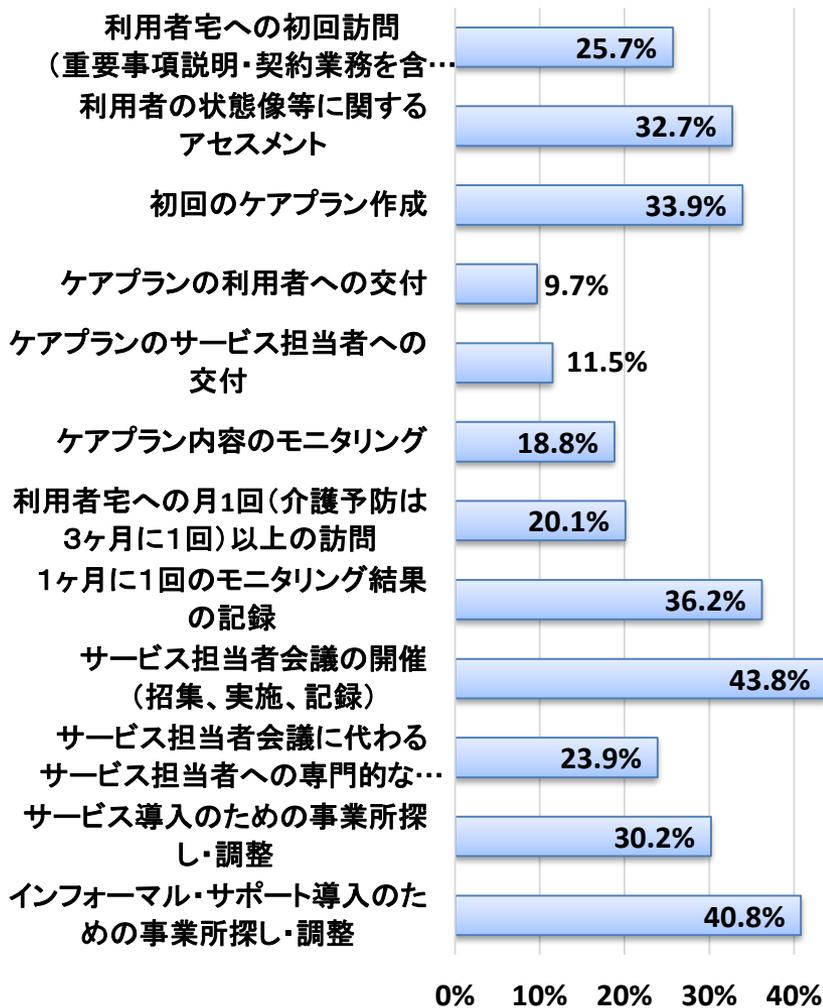
創設

○ 主任介護支援専門員更新研修

研修科目		時間
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向	4
講義・演習	主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践	
	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	6
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	6
	認知症に関する事例	6
	入退院時等における医療との連携に関する事例	6
	家族への支援の視点が必要な事例	6
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	6
	状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例	6
合計		46

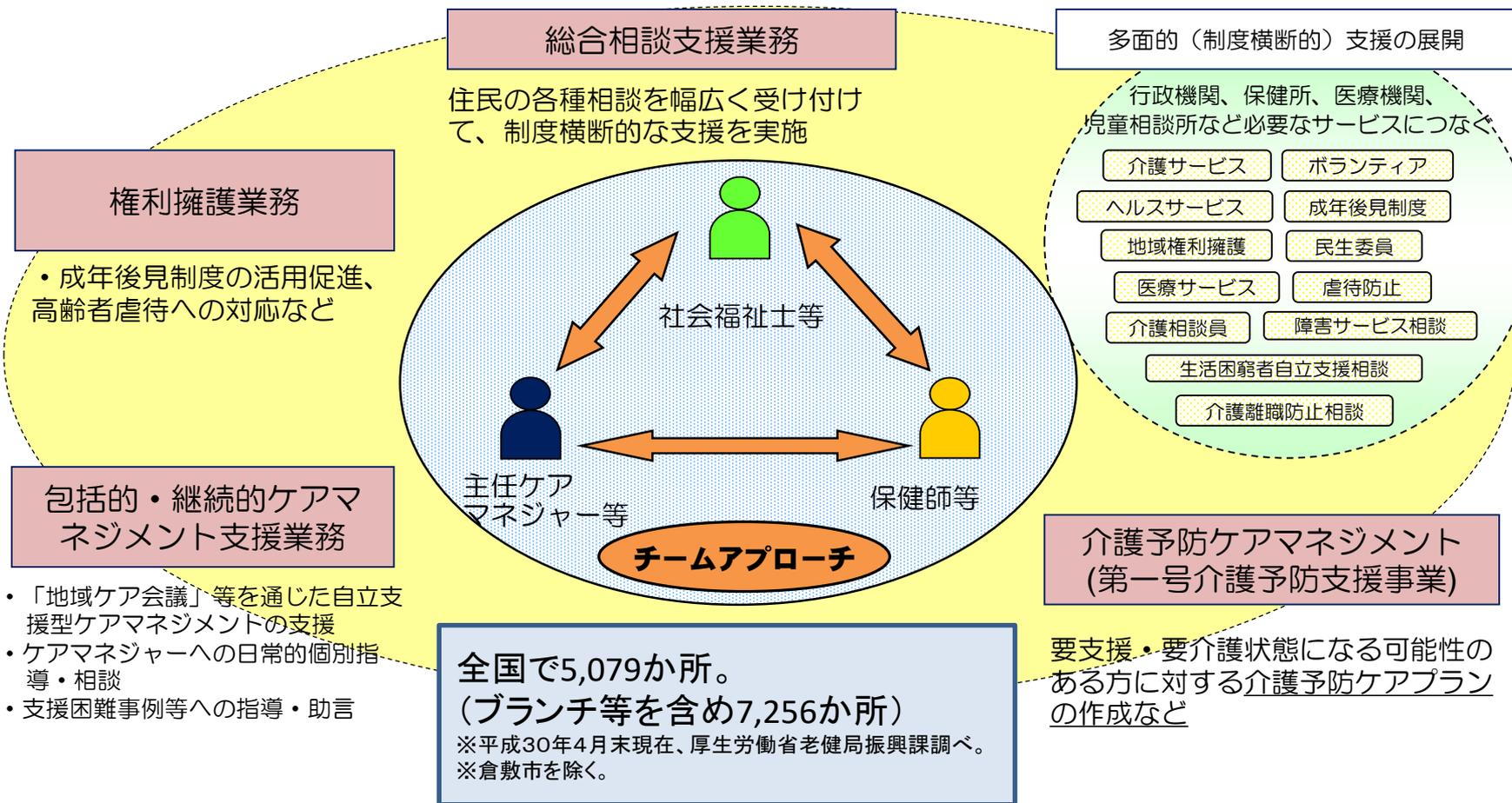
介護支援専門員の業務負担が大きい業務

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業(平成30年度調査)
【ケアマネジャー調査票:複数回答】



地域包括支援センターについて

地域包括支援センターは、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、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することを目的とする施設。（介護保険法第115条の46第1項）

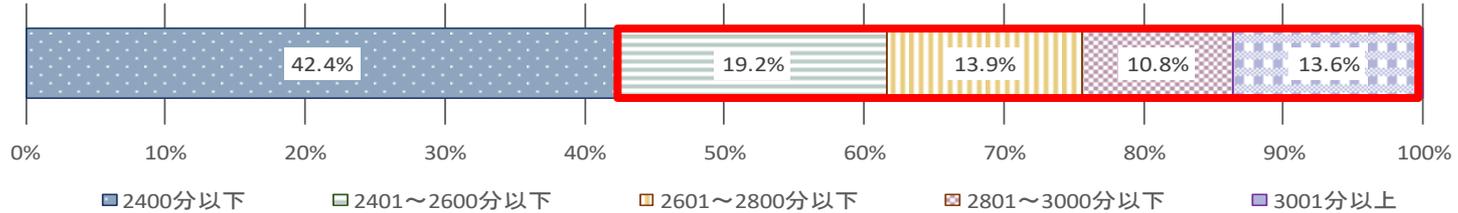


地域包括支援センターの業務実態

■ 1週間の労働時間数(1人あたり)

- 1週間の総労働時間数(食事・休憩・休暇時間を除く)の平均値は2489.9分であった。
法定労働時間は1週間あたり2400分であり、89.9分、時間が長くなっていた。
- 分布でみると、法定労働時間内の2400分以下は42.4%であり、6割弱は法定労働時間を超えている状況にあった。

【1週間の総労働時間数：分布(1人あたり)：タイムスタディ票 n=740 (単位：%)】



※「食事・休憩・休暇時間」を除く。

■ 1週間の業務時間割合(1人あたり)

- 直営・委託別に、各業務の1週間の業務時間割合の平均値を比較すると、委託の方が、「D.指定介護予防支援、第1号介護予防支援」の割合が高く、30.4%であった。

【直営・委託別 1週間の業務別の時間割合：平均値(1人あたり)：タイムスタディ票 (単位：%)】



※「食事・休憩・休暇時間」を除く。

- A. 総合相談支援業務
- B. 権利擁護業務
- C. 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
- D. 指定介護予防支援、第1号介護予防支援
- E. 地域ケア会議に関する業務
- F. その他の業務(社会保障充実分・一般介護予防・任意事業)
- G. その他の地域包括支援センターの業務等
- H. 地域包括支援センター以外の業務

(出典)平成30年度老人保健健康増進等補助金「地域包括支援センターの業務実態に関する調査研究事業」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

予防プラン作成の外部委託の状況

○ 地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への、予防ケアプランの委託割合は、平成28年度で47.7%となっている。

※ 介護予防支援の実施件数に占める委託件数の割合

○ 一件当たりの委託料は、4,000円以上が概ね半数を占めている。

※ 予防ケアプランの介護報酬は430単位（1単位10円の場合、4,300円）（平成28年度時点）

(参考)介護予防支援のケアプラン作成を委託した場合の1件の委託費の分布

	センター数	割合
4,000円以上	2,652	52.6%
3,900～4,000円未満	431	8.5%
3,800～3,900円未満	898	17.8%
3,700～3,800円未満	167	3.3%
3,700円未満	543	10.8%
無回答	350	6.9%
合計	5,041	100.0%

(注) 平成29年度老人保健事業推進費等補助金「地域包括支援センターが行う包括的支援事業における効果的な運営に関する調査研究事業」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)を基に作成

地域包括支援センターの職員の状況

◎ 3職種 1人あたりの65歳以上高齢者数の分布

3職種1人あたりの 65歳以上高齢者数	センター数	
500人以下	190	3.7%
500人超1,000人以下	825	16.2%
1,000人超1,500人以下	1,691	33.3%
1,500人超2,000人以下	1,396	27.5%
2,000人超	948	18.7%
計算不能(データ不備)	29	0.6%
合計	5,079	100.0%

- ※ 3職種には各職種の「準ずる者」を含む。
- ※ 3職種のうち、介護予防支援に専従する職員は除く。
- ※ 3職種の数値は常勤換算による。

データ出所) 平成30年度地域包括支援センター運営状況調査

地域包括支援センターにおける3職種以外の職員加配状況(平成30年4月末時点)

① 3職種以外の職種の加配状況

加配の有無	センター数
加配あり	2833(56%)
	※うち、事務職加配 1413(28%)
加配なし	2244(44%)
合計	5077

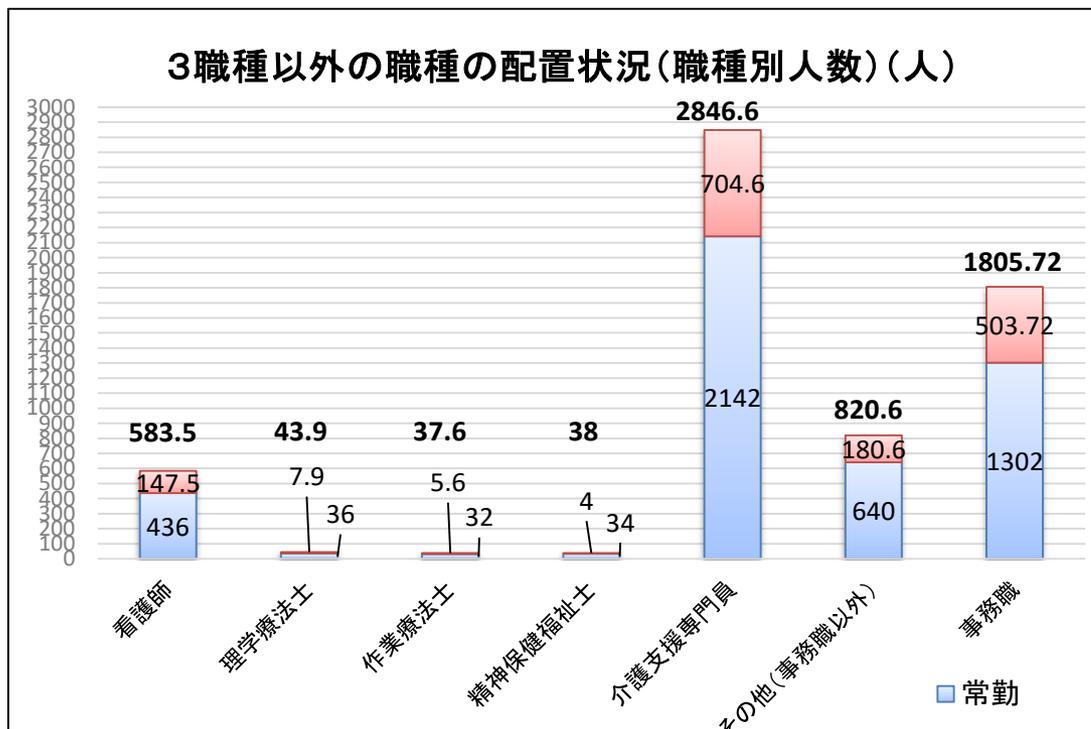
※倉敷市と大田区の2センターは除く

② 3職種以外の職種の配置状況(平均)

全ての地域包括支援センターに対する配置数	1.92人
3職種以外を加配している地域包括支援センターに対する配置数	3.43人

③ うち事務職の配置状況(平均)

全地域包括支援センターに対する事務職の配置数	0.36人
事務職を加配している地域包括支援センターに対する事務職の配置数	1.28人

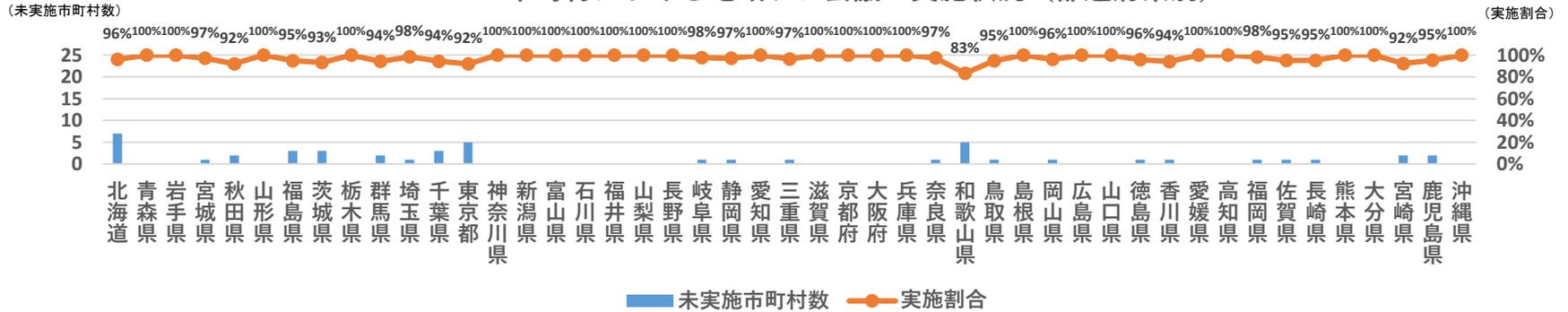


※出典:平成30年度地域包括支援センター運営状況調査(厚生労働省老健局振興課調べ)

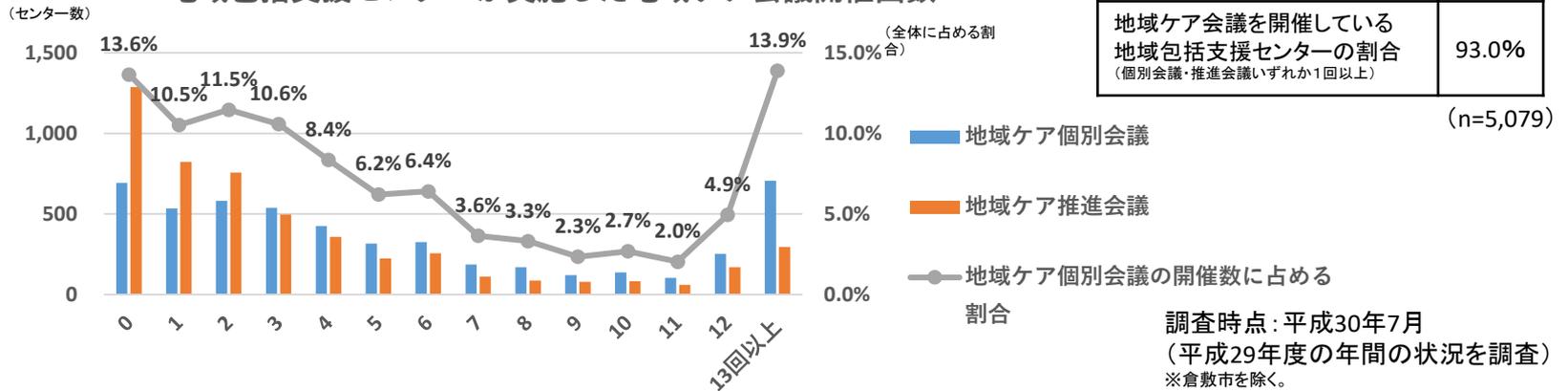
地域ケア会議の開催状況

- 地域ケア会議は、97.3%の市町村(市町村、地域包括支援センター開催含む)で開催されている。
- すべての都道府県において、8割以上の市町村では地域ケア会議が開催されている。(83~100%)
- 地域包括支援センターが開催する地域ケア個別会議の開催回数をみると、年3回以下のセンターが半数近くを占める一方、年12回以上(1月あたり1回以上)開催しているセンターも2割近くある。

市町村における地域ケア会議の実施状況 (都道府県別)



地域包括支援センターが実施した地域ケア会議開催回数



II. 保険者機能の強化

(地域保険としての地域のつながり機能・マネジメント機能の強化)

【平成29年介護保険法改正】保険者機能強化推進交付金(介護保険における自治体への財政的インセンティブ)

令和元年度予算額 200億円

趣旨

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための新たな交付金を創設

概要

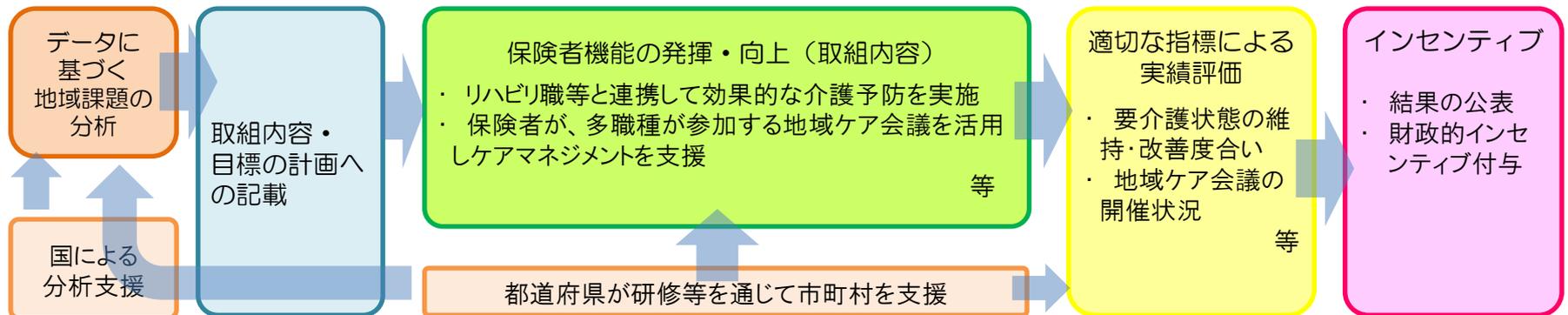
<市町村分(200億円のうち190億円程度)>

- 1 交付対象 市町村(特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。)
- 2 交付方法 評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて分配
- 3 活用方法 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当
なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者におかれては、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組を進めていくことが重要

<都道府県分(200億円のうち10億円程度)>

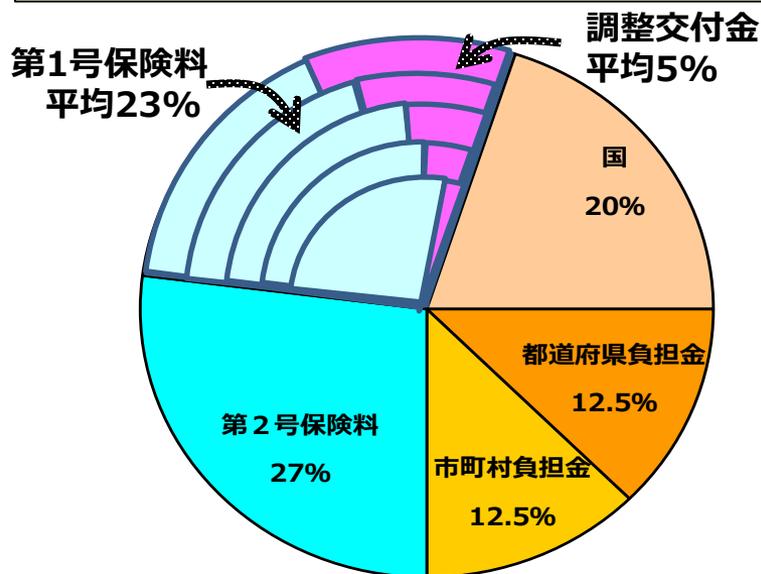
- 1 交付対象 都道府県
- 2 交付方法 評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて分配
- 3 活用方法 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業(市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等)の事業費に充当

<参考>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



調整交付金について

「後期高齢者比率が高いことによる給付増」と、「被保険者の所得水準が低いことによる収入減」を、国庫負担金25%のうち5%分を用いて財政調整。市町村間の財政力の差を解消。



1. 後期高齢者加入割合の違い

- ・前期高齢者（65歳～74歳）：認定率 約4.3%
- ・後期高齢者（75歳～84歳）：認定率 約19.4%
- ・後期高齢者（85歳～）：認定率 約59.6% ※平成30年時点

後期高齢者の構成割合が大きい市町村

→ 保険給付費が増大 → 調整しなければ、保険料が高くなる

2. 被保険者の所得水準の違い

所得の高い高齢者が相対的に多い市町村

→ 調整しなければ、同じ所得でも、保険料は低くてすむ

所得の低い高齢者が相対的に多い市町村

→ 調整しなければ、同じ所得でも、保険料は高くなる

調整交付金の財政調整の例

A町

後期高齢者(75歳以上)が多い
被保険者
低所得の高齢者が多い被保険者

調整交付金が5%であれば、11,200円

実際は
6,200円

調整交付金を多く
(14.5%)
支給



B市

後期高齢者が少ない被保険者
低所得の高齢者が少ない被保険者

実際は、4,950円
調整交付金5%であれば、4,050円

調整交付金なし



【調整交付金の役割】

- ・ 保険者の給付水準が同じであり、
- ・ 収入が同じ被保険者であれば、**保険料負担額が同一**となるよう調整するもの。

(※) 調整交付金の計算方法

各市町村の普通調整交付金の交付額
= 当該市町村の標準給付費額 × 普通調整交付金の交付割合 (%)

普通調整交付金の交付割合 (%)
= 2.8% - (2.3% × 後期高齢者加入割合補正係数
× 所得段階別加入割合補正係数)

介護関連データベースの構成



介護保険総合データベース（介護DB）

- 市町村から要介護認定情報(2009年度～)、介護保険レセプト情報(2012年度～)を収集。
- 2018年度より介護保険法に基づきデータ提供義務化。
- 2018年度に「要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関するガイドライン」を発出し、データの第三者提供を開始。
- 地域包括ケア「見える化」システムにも活用

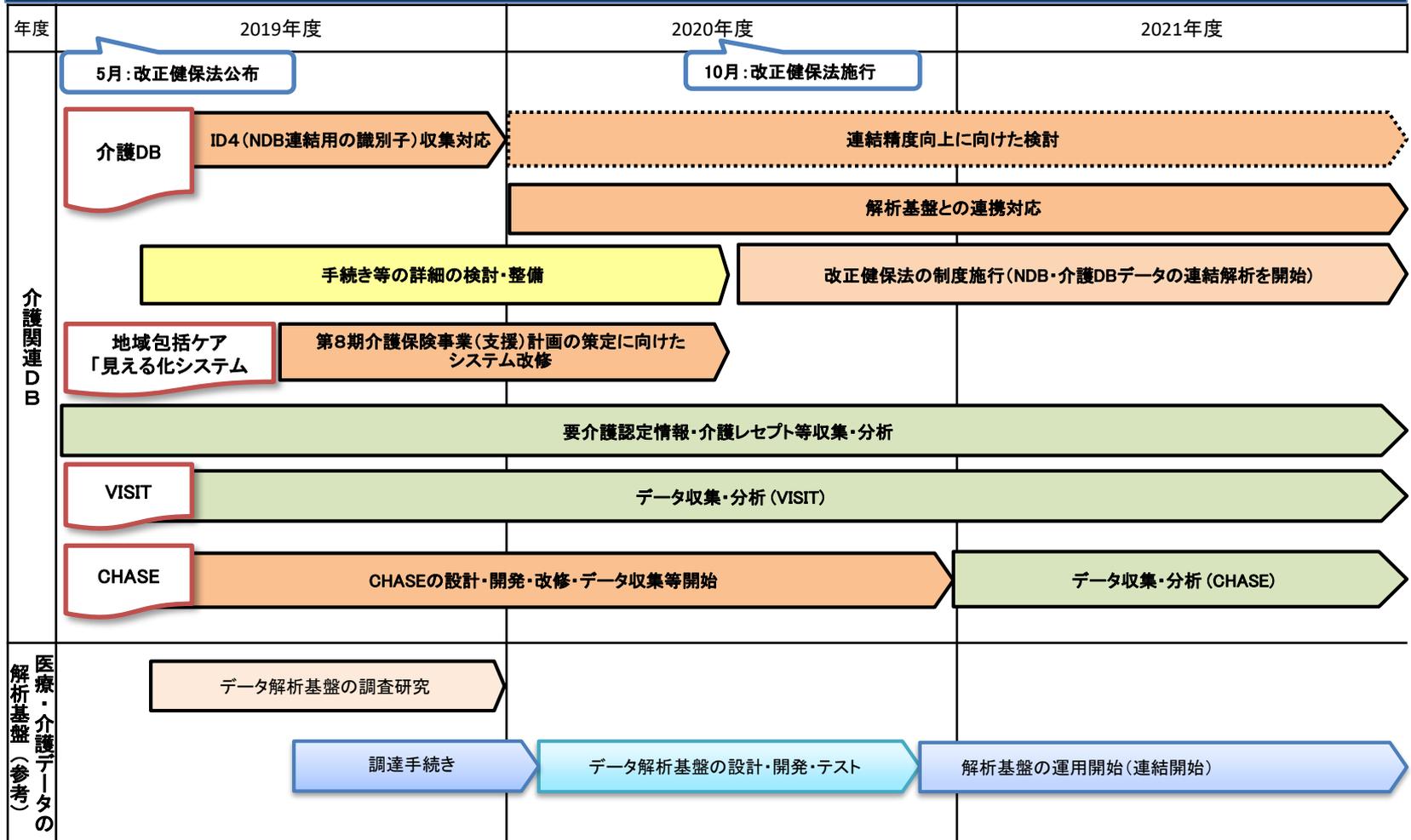
通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業のデータ

- 通称“VISIT” (monitoring & eValuation for rehabIilitation ServIces for long-Term care)
- 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集(2017年度～)。
- 2018年度介護報酬改定で、データ提出を評価するリハビリマネジメント加算(IV)を新設。
- 2019年3月末時点で577事業所が参加。
- 利用者単位のフィードバックに加えて、2019年3月より事業所単位でのフィードバックを開始。

上記を補完する高齢者の状態・ケアの内容等のデータ

- 通称“CHASE” (Care, Health Status & Events)
- 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において具体的な内容を検討し、2018年3月の中間報告で、データベースに用いる初期項目(265項目)を選定。
- 2019年7月に報告書を取りまとめ。
- 2019年度中にデータベースの開発を行い、2020年度から運用を開始する予定。

介護データ等に関する工程表（イメージ）



※ 検討状況により変更の可能性がある

保健医療等情報の連結推進に向けた被保険者番号活用の仕組みについて

現状・課題

- 公的データベース等の保健医療等情報の名寄せや連結解析等の精度向上を図ることが重要

政府における検討状況

- 成長戦略フォローアップ（2019年6月21日閣議決定）において令和3年度からの運用開始を目指すこととされている
 - Ⅱ. 全世代型社会保障への改革 5. 次世代ヘルスケア
 - ・ また、医療等分野における識別子(ID)については、オンライン資格確認システムを基盤として、個人単位化される被保険者番号を活用した医療等分野の情報の連結の仕組みの検討を進め、必要な法的手当を行い、令和3年度からの運用開始を目指す。
- 有識者による検討会（医療等情報の連結推進に向けた被保険者番号活用の仕組みに関する検討会）を本年7月に立ち上げ、2021年度からの運用開始を目指し、具体的なスキームや、活用主体、管理・運営主体等を具体化するため、本年10月2日に報告書を取りまとめ

想定している仕組み

- **オンライン資格確認の基盤を活用し、個人単位化される被保険者番号及びその履歴を活用する。**
- **被保険者番号履歴の活用主体（被保険者番号の履歴を照会するデータベースの保有主体）**
 - ① データの収集根拠、利用目的等が法律（下位法令含む）で明確にされていること
 - ② 保有するデータの性質に応じて講ずべき安全管理措置等が個別に検討され、確保されているものであること
 - ③ データの第三者提供が行われる場合は、提供スキームが法律に規定され、提供先に係る照合禁止規定など必要な措置が設けられていること **が必要**
- ・ これらの要件を満たすデータベース（NDB、介護保険総合データベース、DPCデータベース等）で、履歴照会・回答システムを活用するかどうかは、各データベースごとに検討し、関係法令の整備を含め、必要な措置が行われる必要がある
- ※ このシステムの利用に当たっては、その便益を受ける主体が費用（ランニングコスト）負担することを原則とする
- **被保険者番号履歴の照会を受け、回答を行う主体**
 - ・ オンライン資格確認の運営主体となることが想定されている社会保険診療報酬支払基金等が、当該仕組みの管理・運営を適切に行うことが妥当

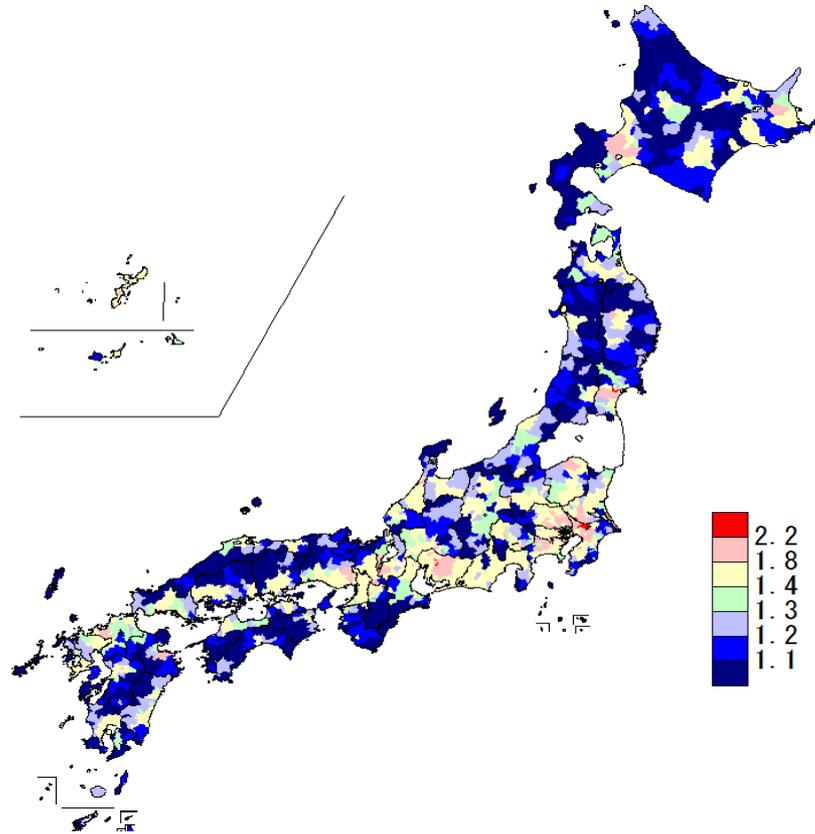
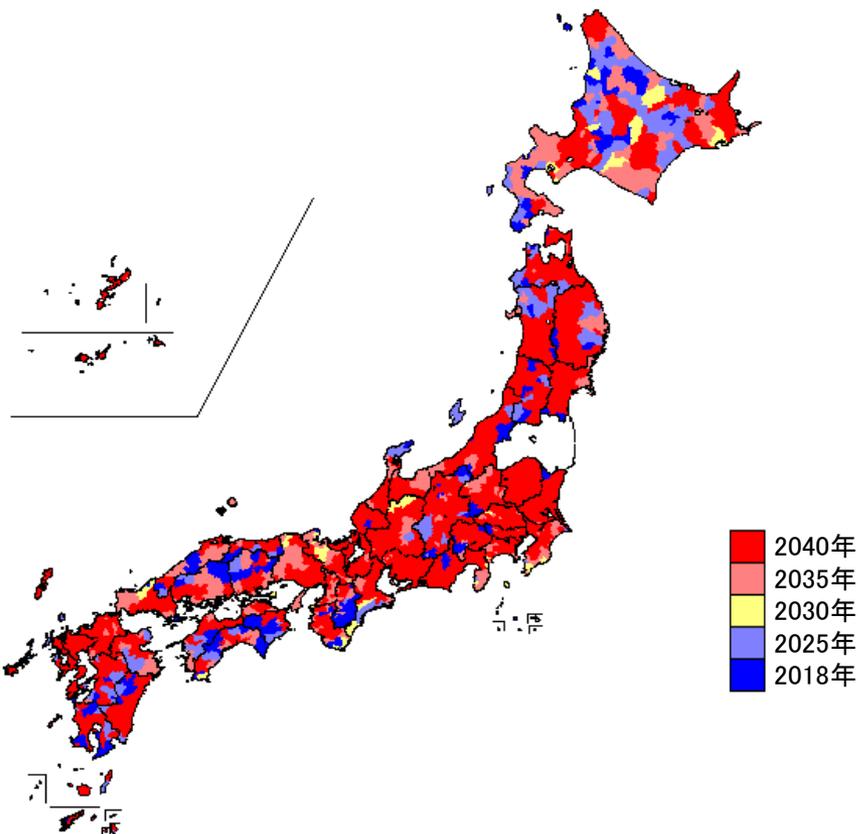
Ⅲ. 地域包括ケアシステムの推進 **(多様なニーズに対応した介護の提供・整備)**

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2018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、2倍超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】



※ 2018年度介護保険事業状況報告(厚生労働省)、2017年度介護給付費等実態調査(厚生労働省)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、2025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)。

介護保険事業(支援)計画について

- 保険給付の円滑な実施のため、3年間で1期とする介護保険事業(支援)計画を策定している。

国の基本指針(法第116条)、平成30年厚生労働省告示第57号

- 介護保険法第116条第1項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の推進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める
 - ※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

市町村介護保険事業計画(法第117条)

- 区域(日常生活圏域)の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)
 - ※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標
- その他の事項

保険料の設定等

- 保険料の設定
- 市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

都道府県介護保険事業支援計画(法第118条)

- 区域(老人福祉圏域)の設定
- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)
 - ※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
 - ※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる(任意)
- 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標
- その他の事項

基盤整備

- 都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

第7期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

平成29(2017)年度
実績値 ※1

平成32(2020)年度
推計値 ※2

平成37(2025)年度
推計値 ※2

○ 介護サービス量

	平成29(2017)年度 実績値 ※1	平成32(2020)年度 推計値 ※2	増減率	平成37(2025)年度 推計値 ※2	増減率
在宅介護	343 万人	378 万人	(10%増)	427 万人	(24%増)
うちホームヘルプ	110 万人	122 万人	(11%増)	138 万人	(26%増)
うちデイサービス	218 万人	244 万人	(12%増)	280 万人	(28%増)
うちショートステイ	39 万人	43 万人	(9%増)	48 万人	(23%増)
うち訪問看護	48 万人	59 万人	(22%増)	71 万人	(47%増)
うち小規模多機能	10 万人	14 万人	(32%増)	16 万人	(55%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	1.9 万人	3.5 万人	(84%増)	4.6 万人	(144%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	0.8 万人	2.1 万人	(172%増)	2.9 万人	(264%増)
居住系サービス	43 万人	50 万人	(17%増)	57 万人	(34%増)
特定施設入居者生活介護	23 万人	28 万人	(21%増)	32 万人	(41%増)
認知症高齢者グループホーム	20 万人	22 万人	(13%増)	25 万人	(26%増)
介護施設	94 万人	103 万人	(9%増)	115 万人	(22%増)
特養	59 万人	65 万人	(11%増)	73 万人	(25%増)
老健	36 万人	38 万人	(6%増)	41 万人	(17%増)
介護医療院	-	1.5 万人		6.4 万人	
(参考)					
介護療養型医療施設	5.0 万人	4.0 万人		-	

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

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

在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護(予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は、119万人)、訪問リハ(予防給付を含む。)、夜間対応型訪問介護の合計値。デイサービスは通所介護(予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は229万人)、通所リハ(予防給付を含む。)、認知症対応型通所介護(予防給付を含む。)、地域密着型通所介護の合計値。ショートステイは、短期入所生活介護(予防給付を含む。)、短期入所療養介護(予防給付を含む。)の合計値。居住系サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを含む。

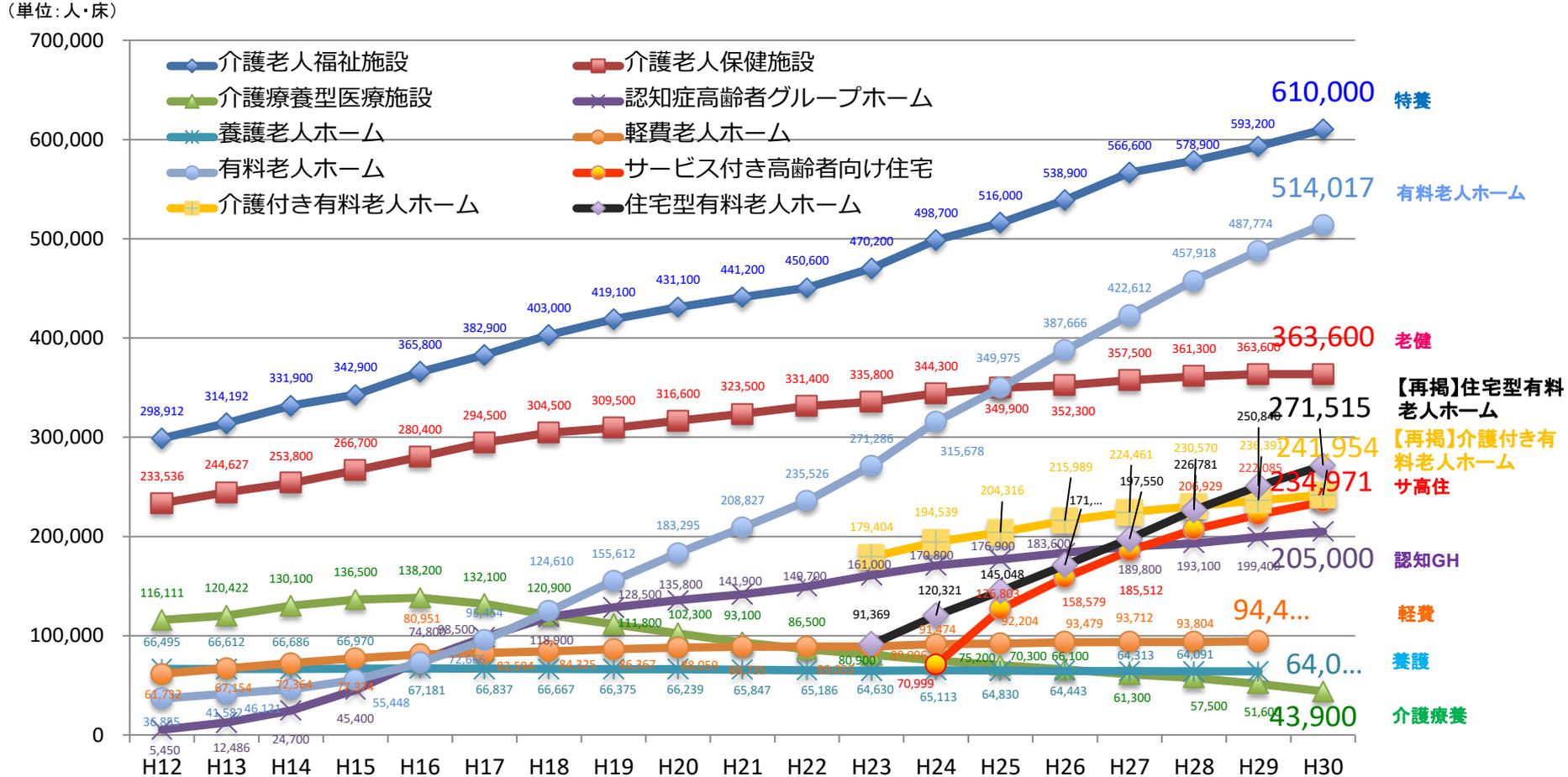
※2) 平成32(2020)年度及び平成37(2025)年度の数値は、全国の保険者が作成した第7期介護保険事業計画における推計値を集計したもの。

なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

※介護離職ゼロに向けた基盤整備の対象サービス

： 特養、老健、ケアハウス、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GH、サービス付き高齢者向け住宅

高齢者向け住まい・施設の利用者数



※1: 介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査(10月審査分)【H14~H29】」及び「介護給付費等実態統計(10月審査分)【H30~】」による。

※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。

※3: 認知症高齢者グループホームは、H12~H16は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。(短期利用を除く)

※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24~H29は基本票の数値。(利用者数ではなく定員数)

※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果による。(利用者数ではなく定員数)

※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(9/30時点)」による。(利用者数ではなく登録戸数)

療養病床等の概要

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの。
- **医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。**
- **要介護高齢者の長期療養・生活施設である新たな介護保険施設「介護医療院」を創設。(平成30年4月施行)**

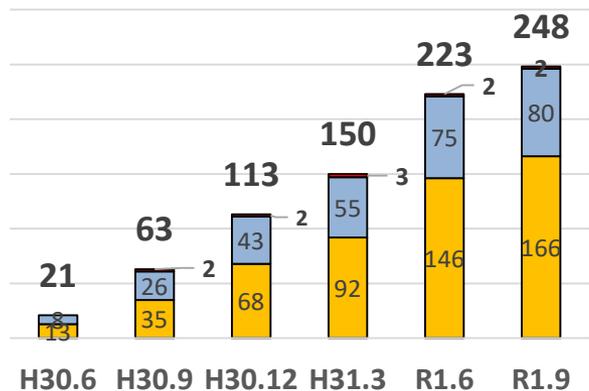
	医療療養病床		介護療養病床	介護医療院		介護老人 保健施設	特別養護老人 ホーム
	療養1・2 (20対1)	経過措置 (25対1以下)		I型	II型		
概要	病院・診療所の病床のうち、 主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの ※療養1・2は医療区分2・3の患者がそれぞれ8割・5割以上		病院・診療所の病床のうち、 長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等 を提供するもの	要介護者の 長期療養・生活施設		要介護者にリハビリ等を提供し、 在宅復帰を目指し在宅療養支援を行う施設	要介護者のための 生活施設
病床数	約20.2万床 ※1	約1.5万床 ※1	約 3.6万床 ※2	約1.1万療養床 ※3	約4.5千療養床 ※3	約37.2万床 ※4 (うち介護療養型：約0.9万床 ※3)	約54.2万床 ※4
設置根拠	医療法(病院・診療所)		医療法(医療提供施設)	介護保険法(介護医療院)		介護保険法(介護老人保健施設)	老人福祉法(老人福祉施設)
			介護保険法(介護療養型医療施設)				
施設基準	医師	48対1(3名以上)	48対1(3名以上)	48対1 (3名以上。宿直を行う医師を置かない場合は1名以上)	100対1	100対1(1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	※5 4対1 (5年度末まで、6対1で可)	6対1	6対1	6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員	4対1 (5年度末まで、6対1で可)		6対1～4対1 療養機能強化型は5対1～4対1	5対1～4対1		
面積	6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡以上 ※6		8.0㎡ ※7	10.65㎡ (原則個室)
設置期限	—		令和5年度末	(平成30年4月施行)		—	—

※1 保険局医療課調べ(平成30年7月1日) ※2 病院報告(令和元年5月分概数) ※3 介護医療院開設移行等支援事業調査(令和元年9月末時点) ※4 介護サービス施設・事業所調査(平成29年10月1日)
 ※5 医療療養病床にあっては看護補助者。 ※6 大規模改修まで6.4㎡以上で可。 ※7 介護療養型は大規模改修まで6.4㎡以上で可。

介護医療院等（開設状況）について

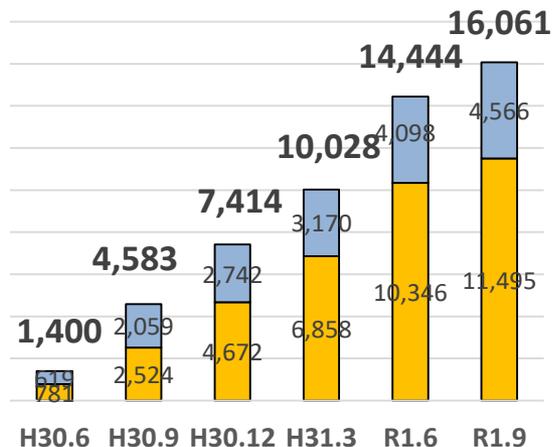
○令和元年9月末時点での介護医療院開設数は、248施設・16,061療養床であった。

施設数の推移



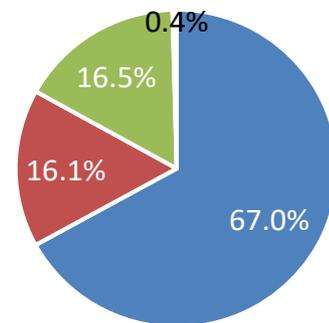
- I型II型混合の施設
- II型みの施設
- I型みの施設

療養床数の推移



- I型療養床
- II型療養床

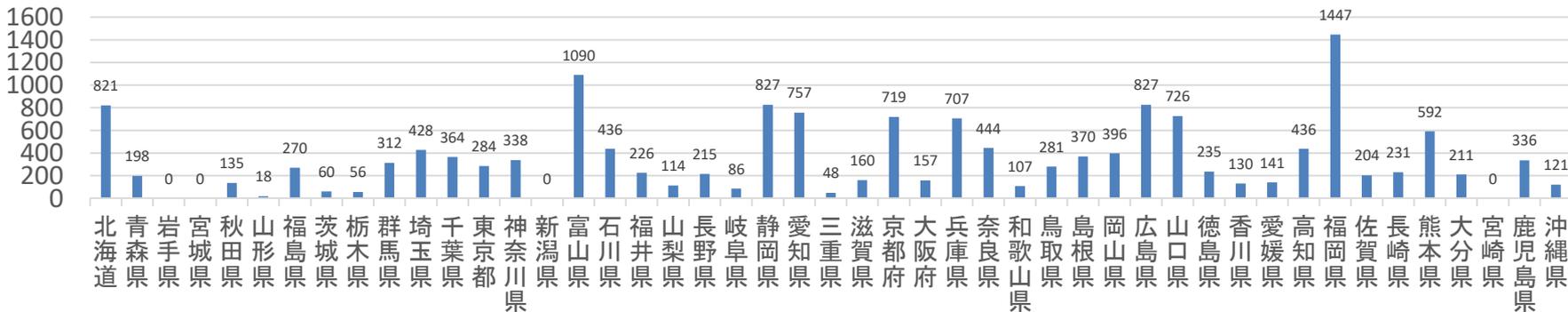
転換元の病床割合
(令和元年9月末時点)



- 介護療養病床
- 介護療養型老人保健施設
- 医療療養病床
- その他

(床)

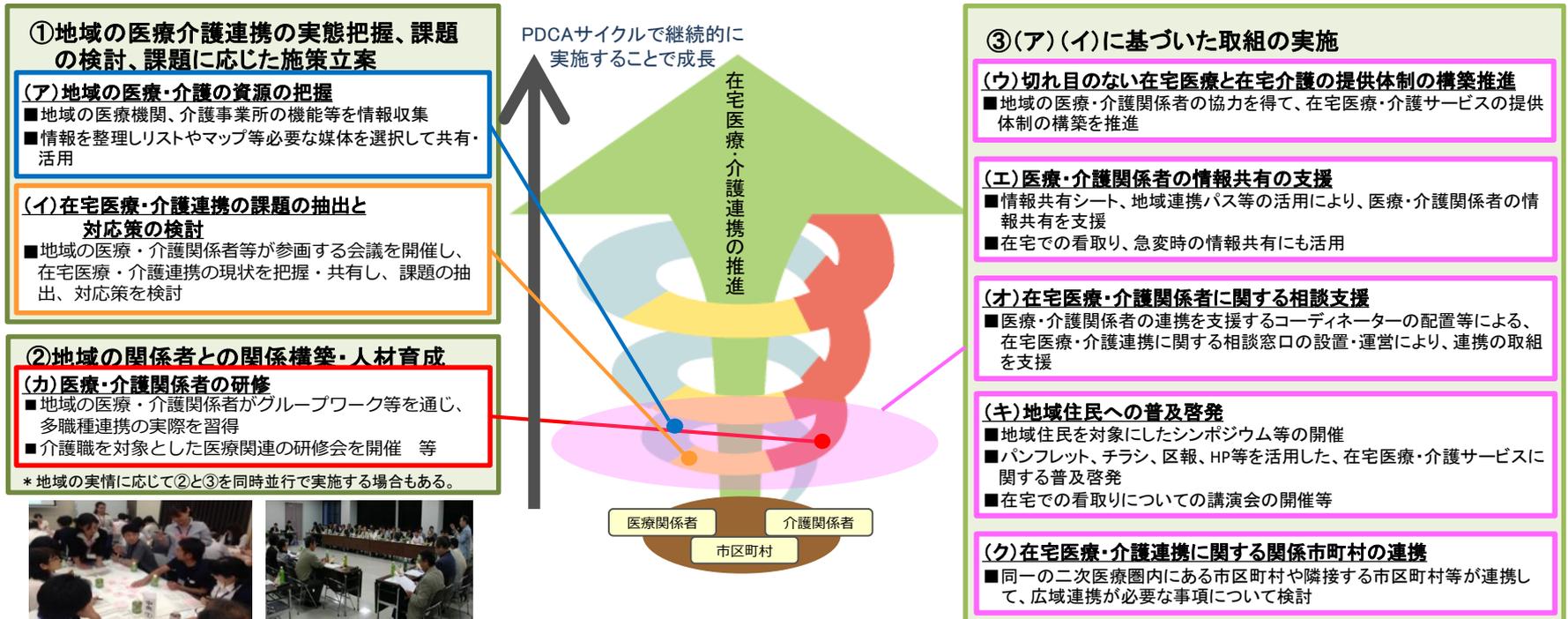
令和元年9月末時点での都道府県別の療養床数



在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。

事業項目と事業の進め方のイメージ



* 図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

IV. 認知症施策の総合的な推進

【参考】 認知症の人の将来推計について

- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合:19%。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合:20.6%。
- ※ 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。
- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

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 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
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 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

65歳以上の要支援・要介護認定者のうち、一次判定時の認定調査結果における認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上、Ⅱ以上及びⅢ以上の者の割合

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上の者の割合 (一次判定時)	45.2%	56.8%	92.1%	89.0%	93.1%	94.5%	97.1%	81.4%
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合 (一次判定時)	8.8%	8.8%	72.9%	69.5%	80.6%	84.4%	92.1%	59.6%
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者の割合 (一次判定時)	0.1%	0.1%	3.2%	18.0%	46.2%	57.0%	78.6%	25.5%

※ 上記の「認知症高齢者の日常生活自立度」は、まずは、認定調査員が訪問調査時に記録するものであるが、要支援・要介護度の審査の際には、認定調査票や主治医意見書を勘案し、修正の必要性の有無を含め、介護認定審査会において総合的に判断される。

(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記Ⅱの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢ aに同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

これまでの主な取組

- ① 平成12年に**介護保険法を施行**。認知症ケアに多大な貢献。
 - ・認知症に特化したサービスとして、認知症グループホームを法定。
 - ・介護保険の要介護（要支援）認定者数は、制度開始当初218万人→2018年4月末644万人と3倍に増加。
 - ・要介護となった原因の第1位は認知症。
- ② 平成16年に「**痴呆**」→「**認知症**」へ用語を変更。
- ③ 平成17年に「**認知症サポーター（※）**」の養成開始。
 - ※90分程度の講習を受けて、市民の認知症への理解を深める。
- ④ 平成26年に**認知症サミット日本後継イベントの開催**。
 - ※総理から新たな戦略の策定について指示。
- ⑤ 平成27年に関係12省庁で**新オレンジプランを策定**。（平成29年7月改定）
- ⑥ 平成29年に**介護保険法の改正**。
 - ※新オレンジプランの基本的な考え方として、介護保険法上、以下の記載が新たに盛り込まれた。
 - ・認知症に関する知識の普及・啓発
 - ・心身の特性に応じたリハビリテーション、介護者支援等の施策の総合的な推進
 - ・認知症の人及びその家族の意向の尊重 等
- ⑦ 平成30年12月に**認知症施策推進関係閣僚会議が設置**。
- ⑧ 令和元年6月に**認知症施策推進大綱が関係閣僚会議にて決定**。

認知症施策の総合的な推進について

- 平成27年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定し、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることが出来る社会の実現に向けた取組みを進めてきた。
- 平成30年12月には、認知症に係る諸問題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的に対策を推進することを目的として「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、本年6月18日に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。

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

【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」※1と「予防」※2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

対象期間：2025（令和7）年まで

< 認知症施策推進大綱（抜粋） >

1 普及啓発・本人発信支援 基本的な考え方

- 地域や職域で認知症の人や家族を手助けする認知症サポーターの養成を進めるとともに、生活環境の中で認知症の人と関わる機会が多いことが想定される小売業・金融機関・公共交通機関等の従業員等向けの養成講座の開催の機会の拡大や、学校教育等における認知症の人などを含む高齢者への理解の推進、地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する総合相談窓口である地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターの周知の強化に取り組む。
- 地域で暮らす認知症の人本人とともに普及啓発を進め、認知症の人本人が自らの言葉で語り、認知症になっても希望を持って前を向いて暮らすことができている姿等を積極的に発信していく。
- 地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する総合相談窓口である地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターを含めた認知症に関する相談体制を地域ごとに整備し、ホームページ等を活用した窓口へのアクセス手段についても総合的に整備する。また、その際に「認知症ケアパス」を積極的に活用し、認知症に関する基礎的な情報とともに、具体的な相談先や受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする。

< 認知症施策推進大綱（抜粋） >

2 予防 基本的な考え方

- 認知症予防には、認知症の発症遅延や発症リスク低減（一次予防）、早期発見・早期対応（二次予防）、重症化予防、機能維持、行動・心理症状（以下「BPSD」という。）の予防・対応（三次予防）があり、本大綱における「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」という意味である。
- 地域において高齢者が身近に通える場を拡充するとともに、認知症の人のみならず一般住民や高齢者全般を対象に整備されている社会参加活動・学習等の活動の場も活用し、認知症予防に資する可能性のある活動を推進する。
- エビデンスの収集・分析を進め、認知症予防のための活動の進め方に関する手引きを作成する。自治体における認知症の予防に資すると考えられる活動事例を収集し横展開を図る。
- 認知症予防に資すると考えられる民間の商品やサービスに関して、評価・認証の仕組みを検討する。

< 認知症施策推進大綱（抜粋） >

3 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援 基本的な考え方

- 一人暮らしの認知症高齢者においては、介護者や身元保証人の不在のために医療・ケアの提供が困難になること、消費者被害や孤独死の危険性など含めて多くの課題が指摘されていることから、その実態を把握し、課題を整理し対応を検討するとともに、先進的な取組について事例を収集し横展開を図る。
- 認知機能低下のある人（軽度認知障害（MCI）含む。以下同じ。）や、認知症の人に対して、早期発見・早期対応が行えるよう、かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の更なる質の向上を図るとともに、これらの間の連携を強化する。
- BPSDの対応ガイドラインを作成し周知するなどにより、BPSDの予防や適切な対応を推進する。
- 認知症の人及びその介護者となった家族等が集う認知症カフェ、家族教室や家族同士のピア活動等の取組を推進し、家族等の負担軽減を図る。

< 認知症施策推進大綱（抜粋） >

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 基本的な考え方

- 移動、消費、金融手続き、公共施設など、生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進する。
- 認知症サポーターの量的な拡大を図ることに加え、今後は養成するだけでなく、できる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み（「チームオレンジ」）を地域ごとに構築する。
- 認知症に関する取組を実施している企業等に対する認証や表彰制度の創設を検討するとともに、認知症バリアフリーな商品・サービスの開発を促す。
- 交通安全、地域支援の強化、成年後見制度の利用促進、消費者被害防止、虐待防止等の施策を推進する。
- 若年性認知症支援コーディネーターの充実等により、若年性認知症の人への支援や相談に的確に応じるようにするとともに、企業やハローワーク等と連携した就労継続の支援を行う。
- 介護保険法に基づく地域支援事業等の活用等により、認知症の人の社会参加活動を促進する。

< 認知症施策推進大綱（抜粋） >

5 研究開発・産業促進・国際展開 基本的な考え方

- 認知症発症や進行の仕組みの解明、予防法、診断法、治療法、リハビリテーション、介護モデル等の研究開発など、様々な病態やステージを対象に研究開発を進める。
- 認知症の予防法やケアに関する技術・サービス・機器等の検証、評価指標の確立を図る。
- 認知症の人等の研究・治験への登録の仕組みの構築等を進める。これらの成果を、認知症の早期発見・早期対応や診断法の確立、根本的治療薬や予防法の開発につなげていく。
- 安定的に研究を継続する仕組みを構築する。
- 研究開発の成果の産業化を進めるとともに、「アジア健康構想」の枠組みも活用して介護サービス等の国際展開を推進する。

○介護保険法(平成9年法律第123号)(認知症施策の総合的な推進等)

※下線部は平成29年改正における改正部分

(認知症に関する施策の総合的な推進等)

第五条の二 国及び地方公共団体は、認知症(脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態をいう。以下同じ。)に対する国民の関心及び理解を深め、認知症である者への支援が適切に行われるよう、認知症に関する知識の普及及び啓発に努めなければならない。

2 国及び地方公共団体は、被保険者に対して認知症に係る適切な保健医療サービス及び福祉サービスを提供するため、認知症の予防、診断及び治療並びに認知症である者の心身の特性に応じたリハビリテーション及び介護方法に関する調査研究の推進並びにその成果の活用に努めるとともに、認知症である者を現に介護する者の支援並びに認知症である者の支援に係る人材の確保及び資質の向上を図るために必要な措置を講ずることその他の認知症に関する施策を総合的に推進するよう努めなければならない。

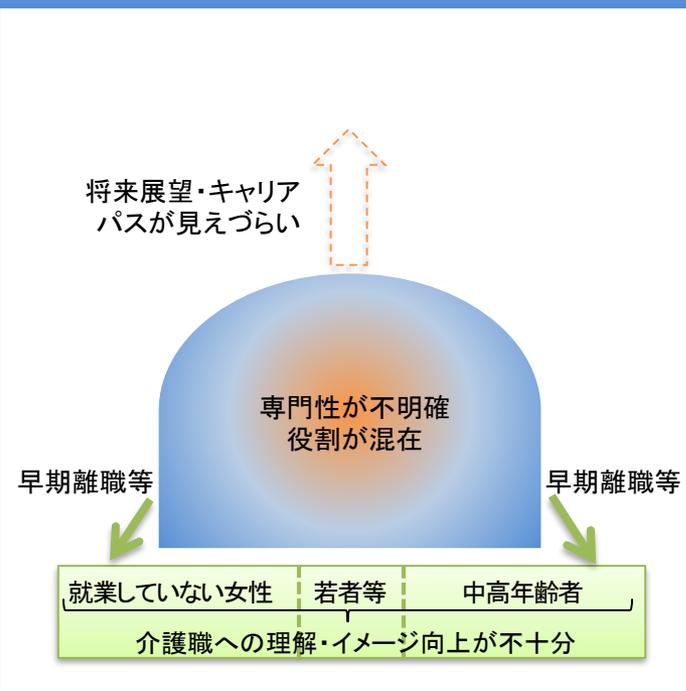
3 国及び地方公共団体は、前項の施策の推進に当たっては、認知症である者及びその家族の意向の尊重に配慮するよう努めなければならない。

V. 持続可能な制度の構築・介護現場の革新

(1. 介護人材の確保・介護現場の革新)

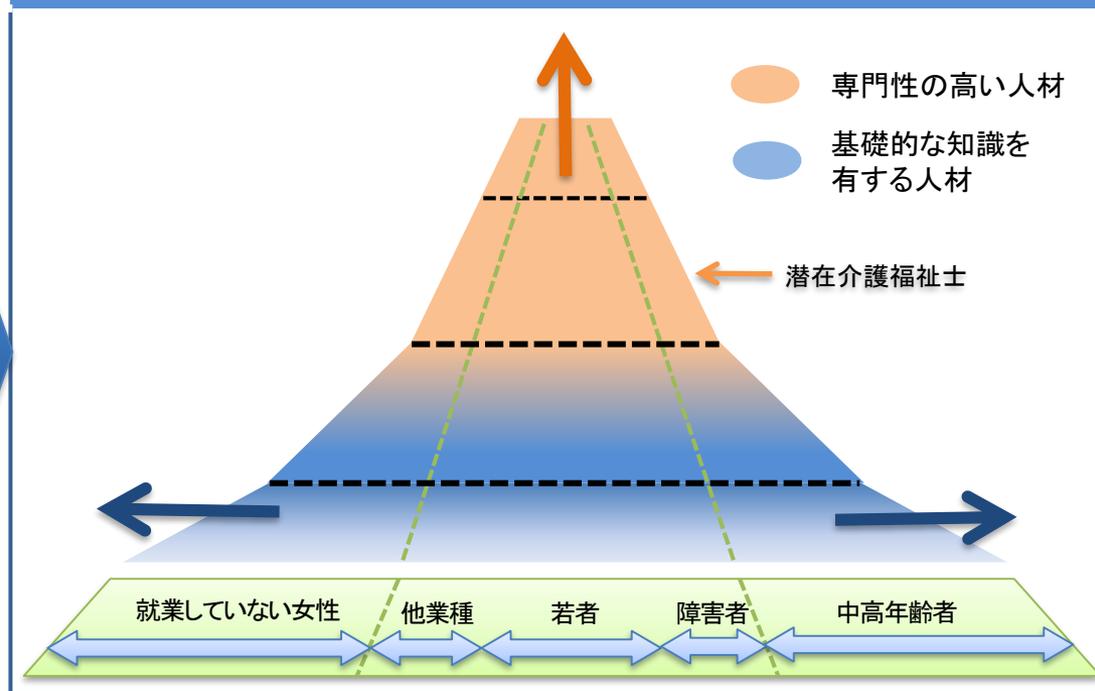
介護人材確保の目指す姿 ~「まんじゅう型」から「富士山型」へ~

現状



転換

目指すべき姿



参入促進

1. すそ野を広げる

人材のすそ野の拡大を進め、多様な人材の参入促進を図る

労働環境・
処遇の改善

2. 道を作る

本人の能力や役割分担に応じたキャリアパスを構築する

3. 長く歩み続ける

いったん介護の仕事についての者の定着促進を図る

資質の向上

4. 山を高くする

専門性の明確化・高度化で、継続的な質の向上を促す

5. 標高を定める

限られた人材を有効活用するため、機能分化を進める

国・地域の基盤整備

総合的な介護人材確保対策（主な取組）

これまでの主な対策

さらに講じる主な対策

介護職員の 処遇改善

（実績）月額平均5.7万円の改善

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

- ◎ 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、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

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

- ◎ 介護分野への元気高齢者等参入促進セミナーの実施
- ◎ 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

離職防止 定着促進 生産性向上

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

- ◎ リーダー的介護職員の育成とチームケアによる実践力の向上
- ◎ 介護ロボット・ICT活用推進の加速化
- ◎ 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

介護職 の魅力向上

- 学生やその保護者、進路指導担当者等への介護の仕事の理解促進
- 介護を知るための体験型イベントの開催

- ◎ 若者層、子育てを終えた層、アクティブシニア層に対する介護職の魅力等の情報発信

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）

介護現場革新会議 基本方針【概要】

「介護現場革新会議」委員

公益社団法人全国老人福祉施設協議会 会長	石川 憲	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 副会長	木村 哲之
公益社団法人全国老人保健施設協会 会長	東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長	本間 達也
公益社団法人日本医師会 会長	横倉 義武	公益社団法人日本医師会 常任理事	江澤 和彦
公益社団法人日本認知症グループホーム協会 会長	河崎 茂子	公益社団法人日本認知症グループホーム協会 副会長	佐々木 薫
一般社団法人日本慢性期医療協会 会長	武久 洋三	一般社団法人日本慢性期医療協会 副会長	池端 幸彦

(令和元年6月時点)

介護サービス利用者と介護現場のための「介護現場革新会議の基本方針」

厚生労働省と関係団体が一体となって以下の内容に取り組む。2019年度については、都道府県(又は政令市)と関係団体が協力して、全国数カ所でもパイロット事業を実施(特に赤字太字部分)。

※赤字部分は、優先的な取組事項

人手不足の時代に対応した マネジメントモデルの構築

業務の洗い出し

- 介護専門職が利用者のケアに特化できる環境を整備する観点から、**①介護現場における業務を洗い出した上で、②業務の切り分けと役割分担等により、業務整理。**
- **周辺業務を地域の元気高齢者等に担ってもらう**ことにより、介護職員の専門性と介護の質向上につなげる。

ロボット・センサー、 ICTの活用

施設における課題を洗い出した後、その解決のために**ロボット・センサー、ICTを用いる**ことで、介護職員の身体的・精神的負担を軽減し、介護の質を維持しながら、効率的な業務運営を実現する。
(特に見守りセンサー・ケア記録等)

介護業界のイメージ改善と 人材確保・定着促進

守り

介護人材の定着支援

- 結婚や出産、子育てをしながら働ける環境整備
- 定年退職まで働ける賃金体系、キャリアラダーの確立
- 成功体験の共有、発表の実施

攻め

新規介護人材の確保

- **中学生、高校生等の進路選択に際して、介護職の魅力**を正しく認識し就業してもらえるよう、**進路指導の教員等への働きかけを強化**
- 定年退職警察官や退職自衛官の介護現場への就業促進

これらの前提として、以下の考え方が基盤となる。

- 介護は、介護者と利用者の関係を基本として、人と人で行われるものであり、介護人材の充実が欠かせない。
- 介護施設においてはチームケアが必須となっていることから、良好な人間関係の構築は極めて重要である。管理職や新人職員に対してはメンター職員が普段から話を聞く等の意思疎通と、丁寧な心のケアが求められる。

介護現場革新会議「パイロット事業」各自治体の取組

	宮城県	福島県	神奈川県	三重県	熊本県	横浜市	北九州市	
	協同組合の活用	介護オープンラボ	AIの活用	介護助手の活用	介護の魅力発信	外国人人材への支援	ロボット・ICTの活用	
業務改善	業務仕分け	◇課題の検証 特養1	◇若手経営者による業務仕分け 特養10	◇業務の洗い出しと切り分け	◇タイムスタディ 特養1、老健2	◇業務分析 ◇業務や課題の見える化 特養1、老健1	◇業務の標準化・平準化・簡素化 特養1	◇業務整理 特養1
	介護助手	◇介護助手導入 老健7	◇高齢者による介護補助・見守り		◇介護助手の効果的な導入方法の検討	◇介護助手の活用 特養1、老健1		◇高齢者・有償ボランティア等の活用 特養1
	ロボットICT	◇協同組合によるICT等の活用 特養1	◇業務仕分け結果を踏まえた効率化 特養3 ◇ロボット・ICT・モバイル端末等の活用	◇ロボット・ICTの活用 特養3、老健1、グループホーム1、特定1、訪問介護1 ◇介護現場の実態に合わせた介護記録ソフトの共同開発 特養2、老健2	◇インカムの活用 特養1、老健2	◇ロボット・ICTの活用 特養1、老健1	◇ICTの活用 特養1 ◇音声入力による介護記録の作成支援	◇ロボット・ICTの活用 ◇介護記録・見守りセンサー等におけるプラットフォームの活用 特養1 ◇ロボット等を活用した働き方等の好事例を作成 特養4
	その他			◇取組成果の横展開を目的としたセミナー		◇好事例横展開		◇効率的な勤務シフトの検討 特養1
魅力発信	◇介護の魅力・イメージアップ	◇介護オープンラボ(産学官連携)	◇かながわ感動大賞	◇プロモーションビデオ等による介護現場の魅力発信 ◇教職員のイメージ改善	◇介護職の言葉・写真による魅力発信 ◇福祉系高校と連携した学校現場への働きかけ	◇外国語版「介護の仕事PRビデオ」作成	◇先進的介護ワークショップ	
人材確保・育成	◇協同組合による介護職のキャリアパスの構築		◇AIを活用したケアプラン点検 ◇アプリを活用した研修の効率化		◇退職自衛官に対する福祉分野への再就職働きかけ	◇e-ラーニングによる介護の知識・技能・日本語等習得支援	◇介護ロボットマスター育成講習	
その他	◇協同組合による物品調達合理化		◇大学と連携「音楽活動のマニュアル化」					

介護分野における文書量半減の取組

～2017年度

2018年度

2019年度

… 2020年代初頭

1. 指定申請関連文書

- 削減項目の検討
- ・削減可能項目の洗い出し
- ・自治体へのアンケート

- 省令改正（10月施行）**
- ・一部の提出項目を削除
- 様式例の変更・周知
- 更なる効率化検討

2. 報酬請求関連文書

- (H30老健事業)
- 自治体・事業者へのアンケート等による実態把握
- 文書の削減方策についての提言

3. 指導監査関連文書

- (H29老健事業)
- 自治体が実地指導にて求める文書の実態把握
- 文書量削減の方向性の提言

- (H30老健事業)
- 自治体へのヒアリングをふまえた項目の標準化、様式整備
- モニタリング調査の実施

○社会保障審議会介護保険部会の下に「**介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会**」を設置

- ・自治体及び介護サービス事業者が協働して検討
- ⇒ **12月4日 中間取りまとめ**
- ①簡素化、②標準化、③ICT等の活用について、今後3年以内の取組の方向性提示

- 上記を踏まえ、必要な省令改正、通知発出等に対応

- 通知発出（5月29日付）**
- ・実地指導の標準化・効率化等の運用指針

必要に応じ更なる見直し

「行政が求める帳票等の文書量の半減」を実現

〔国・自治体が求める帳票等〕

〔事業所が独自に作成する文書〕

- 事業所における実態把握等
- ・訪問、通所介護事業所、ケアマネ事業所等における文書の種類、負担感等を調査
- ・訪問、通所事業所を対象に、ICT導入前後の書類作成時間等の効果を検証

- **生産性向上ガイドラインの作成**
- ・作成文書の見直し、ICT化等の業務改善の取組を後押し

- **介護現場革新会議**
- ・関係団体と議論し基本方針を策定

- ガイドラインの改定・横展開
- ・モデル事業で新たな取組事例創出、アウトカム評価を行い、ガイドラインを改訂
- ・webを活用したデジタルツールの作成
- ・生産性向上協議会の開催

- 自治体・関係団体と協力し、**パイロット事業**を実施

- 地域医療介護総合確保基金を活用した事業所への**ICT導入支援**（介護ソフト及びタブレット端末等の費用の一部を助成）

更なる普及展開

介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会 開催概要

○ 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、必要な検討を行うことを目的として、社会保障審議会介護保険部会に「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」を設置する。

○ 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を主な検討対象とする。

(1) これまでに取組が進められている以下の分野について、必要に応じ更なる共通化・簡素化の方策を検討する。

(様式例の見直し、添付文書の標準例作成)

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)

(2) (1)に掲げる分野以外を含めて、地域によって取扱に顕著な差異があり、事業者及び指定権者・保険者の業務負担への影響が一定程度見込まれる分野について、共通化・簡素化の方策を検討する。

(例：自治体によって解釈が分かれることが多い案件の整理)

(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。

○ 委員名簿 (敬称略、五十音順) (令和元年12月4日現在)

○ 井口 経明	東北福祉大学客員教授
石川 貴美子	秦野市福祉部高齢介護課参事(兼高齢者支援担当課長)
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代表理事
菊池 良	奥多摩町福祉保健課長
木下 亜希子	公益社団法人全国老人保健施設協会研修推進委員
久保 祐子	公益社団法人日本看護協会医療政策部在宅看護課長
◎ 野口 晴子	早稲田大学政治経済学術院教授
野原 恵美子	栃木県保健福祉部高齢対策課長
橋本 康子	一般社団法人日本慢性期医療協会副会長
濱田 和則	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
榊田 和平	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 介護保険事業等経営委員会委員長
松田 美穂	豊島区保健福祉部介護保険課長 (兼介護保険特命担当課長)
山際 淳	民間介護事業推進委員会代表委員
山本 千恵	神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課長

◎:委員長

○:委員長代理

○ 検討スケジュール

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 ・第1回・第2回を踏まえた論点整理、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

介護分野の文書に係る主な負担軽減策

簡素化・標準化の検討が、ICT化の推進にも繋がる。
(並行して検討するものが有益な項目は柔軟に取り扱おう。)

	指定申請	報酬請求	指導監査
簡素化	● 提出時のルールによる手間の簡素化 ・押印、原本証明、提出方法（持参・郵送等）		● 実地指導に際し提出する文書の簡素化 ・重複して求める文書 ・既提出文書の再提出
	● 様式、添付書類そのものの簡素化 ・勤務表の様式、人員配置に関する添付書類 ・その他、指定申請と報酬請求で重複する文書		
	・平面図、設備、備品等	● 処遇改善加算/ 特定処遇改善加算	
	● 変更届の頻度等の取扱い		● 指導監査の時期の取扱い
	● 更新申請時に求める文書の簡素化		
	● 併設事業所や複数指定を受ける事業所に関する簡素化 ・複数種類の文書作成（例：介護サービスと予防サービス） ・複数窓口への申請（例：介護サービスと総合事業） ・手続時期にずれがあることへの対応		
● 介護医療院への移行にかかる文書の簡素化			
標準化	● H30省令改正・様式例改訂の周知徹底による標準化（※）		● 標準化・効率化指針の周知徹底による標準化
	● 様式例の整備（総合事業、加算の添付書類等）		
	● ガイドライン、ハンドブック等、効果的な周知の方法		
ICT等の活用	● 申請様式のHPにおけるダウンロード		● 実地指導のペーパーレス化 ・画面上での文書確認
	● ウェブ入力・電子申請		
	● データの共有化・文書保管の電子化		

<凡例>

R元年度内用途の取組

1～2年以内の取組

3年以内の取組（※※）

<<取組を徹底するための方策>>

- 各取組の周知徹底（特に小規模事業者）
- 国・都道府県から市区町村への支援
- 事業所におけるICT化の推進
- 自治体における取組推進のための仕組みの検討 他

（※）介護保険法施行規則の改正（H30年10月施行）の内容を踏まえた、老人福祉法施行規則上の規定の整理も含む。

（※※）前倒しで実現出来るものがあれば、順次取り組んでいく。

今後の進め方

第7期介護保険事業計画

第8期介護保険事業計画

R元年度

R2年度

R3年度

R4年度

R5年度

中間取りまとめ▼

(随時又は定期的に委員会を開催、取組及び検討状況のモニタリングを行う)

簡素化

- ・ 提出時のルールによる手間の簡素化
- ・ 様式・添付資料の簡素化
他

- ・ 変更届及び更新申請に関する簡素化
- ・ 併設事業所・複数指定を受ける事業所に関する簡素化
他

・ 継続的な見直し

標準化

- ・ 既存の取組の周知

成果の反映

- ・ 様式例の整備
- ・ ガイドライン、ハンドブック等、効果的な周知方法の検討
他

ICT等の活用

- ・ 既存システムの現状把握
- ・ 早期にできる対応の周知

成果の反映

- ・ 既存システムの活用可能性、行政手続のオンライン化の動向を踏まえ、ICT化についての方針を得る

- ・ 検討結果に応じた対応（システム改修等）

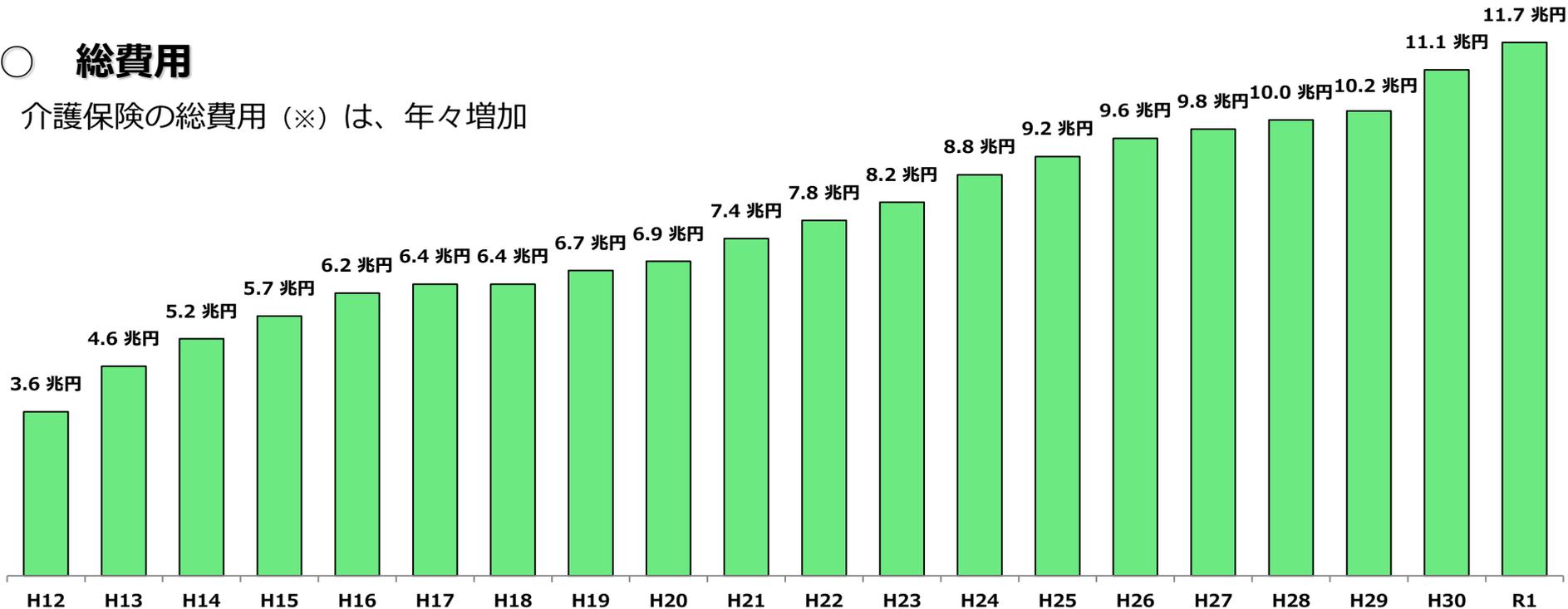
V. 持続可能な制度の構築・介護現場の革新

(2. 給付と負担)

介護費用と保険料の推移

○ 総費用

介護保険の総費用（※）は、年々増加



(注) 平成12~29年度は実績、平成30~令和元年度は当初予算である。 ※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない(地方交付税により措置されている)。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕



介護保険の保険給付等

・保険給付

・介護給付

・予防給付

・市町村特別給付

(条例で定めて行うことができる市町村の独自給付、財源は1号保険料)

・地域支援事業

- ・介護予防・日常生活支援総合事業
- ・包括的支援事業
- ・任意事業

・保健福祉事業

(市町村の独自事業、財源は1号保険料)

介護給付	予防給付	
居宅介護サービス費	介護予防サービス費	介護保険のサービス費の支給は、代理受領方式で現物給付化されている
地域密着型介護サービス費	地域密着型介護予防サービス費	
施設介護サービス費	—	
居宅介護サービス計画費(ケアマネ)	介護予防サービス計画費(ケアマネ)	
特定入所者介護サービス費(補足給付)	特定入所者介護予防サービス費(補足給付)	
居宅介護福祉用具購入費	介護予防福祉用具購入費	左の給付は、償還払いが原則 (一部の自治体で、福祉用具購入費、住宅改修費、施設の高額介護(予防)サービス費は、受領委任方式が行われている。)
居宅介護住宅改修費	介護予防住宅改修費	
高額介護サービス費	高額介護予防サービス費	
高額医療合算介護サービス費	高額医療合算介護予防サービス費	

総費用等における提供サービスの内訳(平成29年度)金額

		費用額 (百万円)	利用者数 (千人)	事業所数
居宅	訪問介護	898,495	1 457.8	33,284
	訪問入浴介護	53,155	125.5	1,872
	訪問看護	238,248	662.3	11,164
	訪問リハビリテーション	39,818	142.3	4,138
	通所介護	1,223,202	1 579.1	23,599
	通所リハビリテーション	424,116	617.8	7,740
	福祉用具貸与	291,721	2 335.6	7,193
	短期入所生活介護	416,275	735.3	10,530
	短期入所療養介護	56,331	150.0	3,735
	居宅療養管理指導	99,088	970.2	36,246
	特定施設入居者生活介護	501,173	267.4	5,088
	計	4,241,624	3 850.7	144,589
居宅介護支援		448,165	3 532.0	40,065
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	38,848	31.2	868
	夜間対応型訪問介護	3,621	12.9	179
	地域密着型通所介護	398,596	589.1	19,709
	認知症対応型通所介護	86,551	83.6	3,541
	小規模多機能型居宅介護	239,929	137.8	5,363
	認知症対応型共同生活介護	660,949	251.1	13,499
	地域密着型特定施設入居者生活介護	18,631	9.8	324
	地域密着型介護老人福祉施設サービス	189,763	70.4	2,231
	複合型サービス	24,901	13.1	434
計	1,661,788	1 150.9	46,148	
施設	介護老人福祉施設	1,764,250	672.6	7,885
	介護老人保健施設	1,282,219	559.1	4,289
	介護療養型医療施設	235,340	84.1	1,078
	計	3,281,809	1 266.2	13,252
合計		9,633,384	5 095.8	244,054

【出典】厚生労働省「平成29年度介護給付費等実態調査」

※事業者数は延べ数である。

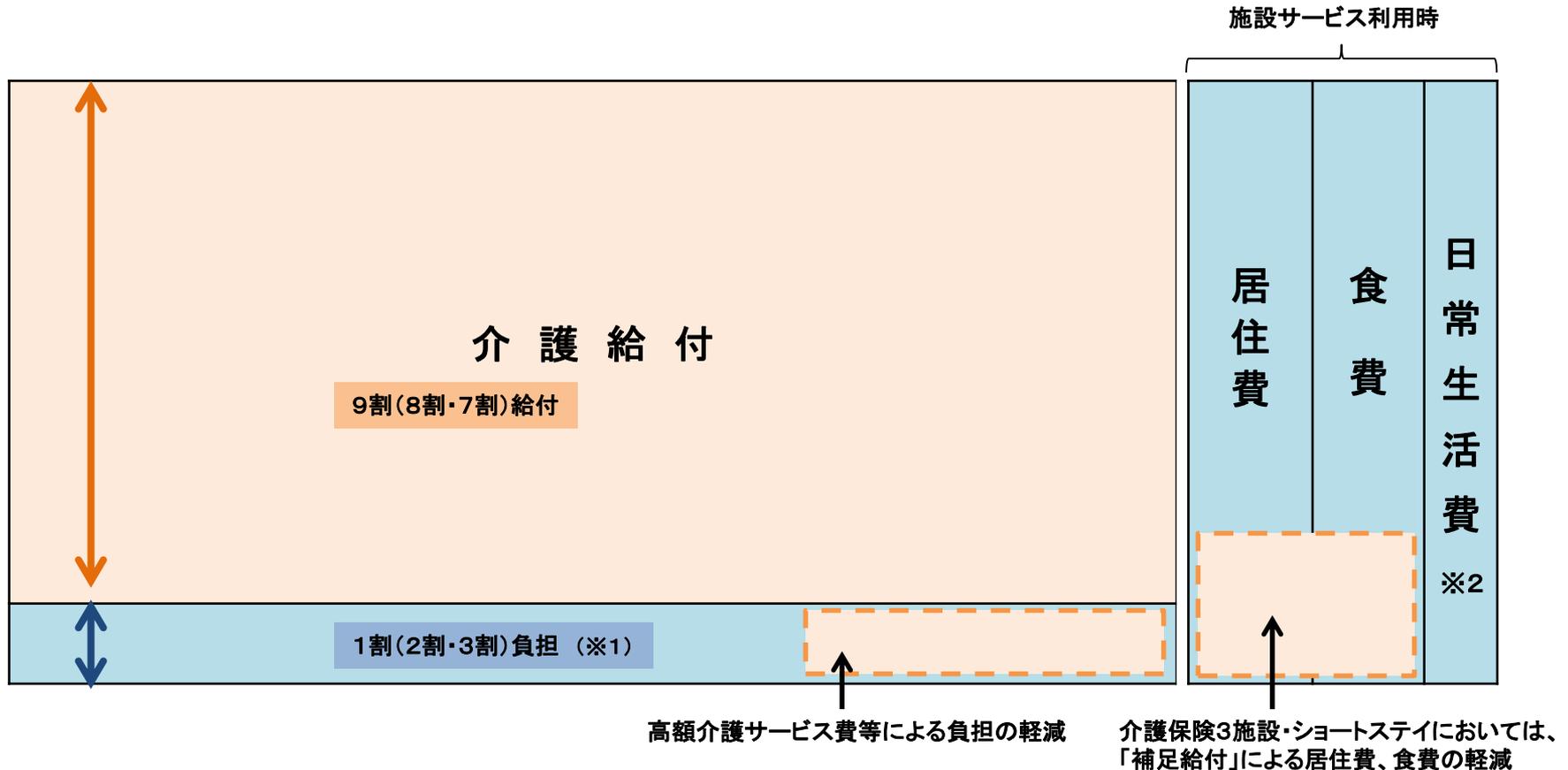
(注1) 介護予防サービスを含まない。特定入所者介護サービス(補足給付)、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用(福祉用具購入費、住宅改修費など)は含まない。

(注2) 介護費は、平成29年度(平成29年5月～平成30年4月審査分(平成29年4月～平成30年3月サービス提供分))、請求事業所数は、平成30年4月審査分である。

(注3) 利用者数は、平成29年4月から平成30年3月の1年間において一度でも介護サービスを受給したことのある者の数であり、同一人が2回以上受給した場合は1人として計上している。ただし、当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には、別受給者として計上している。

介護保険給付における利用者負担

※青色の部分が自己負担



※1 居宅介護支援は全額が保険給付される。

「合計所得金額160万円以上」かつ、「年金収入＋その他合計所得金額280万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上)」の場合は、2割負担となる。

「合計所得金額220万円以上」かつ、「年金収入＋その他合計所得金額340万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」の場合は、3割負担となる。

※2 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。

(例:理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用など)

食費・居住費の助成（補足給付）の概要

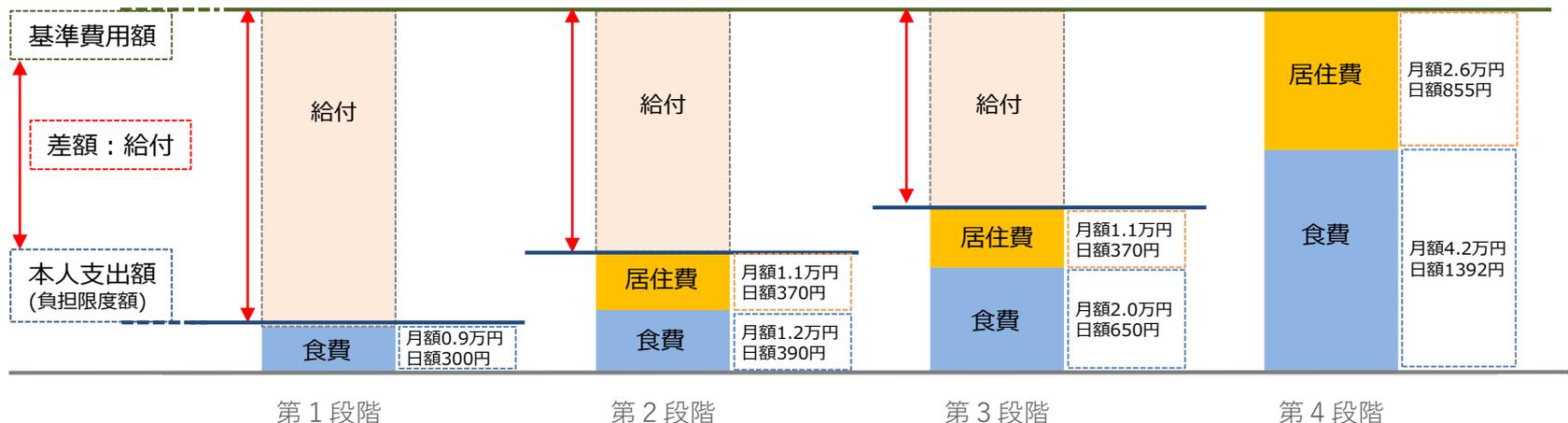
- 平成17年の介護保険法改正により、施設サービス・短期入所サービス利用者の食費・居住費を保険給付の対象外とした。
- これに併せて、市町村民税非課税世帯等の者について、所得に応じた利用者負担段階ごとに食費・居住費の本人支出額（負担限度額）を設定し、標準的な費用の額（基準費用額）との差額を介護保険から給付することとした（いわゆる補足給付）。
- 平成26年の介護保険法改正では、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の確保の観点から、
 - ① 一定額超の預貯金等（単身1,000万円超、夫婦世帯2,000万円超）がある場合には対象外（平成27年8月施行）
 - ② 配偶者の所得は世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合には対象外（平成27年8月施行）
 - ③ 利用者負担段階の判定に当たり、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案（平成28年8月施行）の見直しが行われた。

〔対象者〕

利用者負担段階	対象者	
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である高齢福祉年金受給者	〔預貯金等の資産要件〕 単身： 1,000万円以下 夫婦： 2,000万円以下
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額 + 合計所得金額が80万円以下	
第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外	
第4段階 (補足給付の対象外)	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者	

〔給付の仕組み〕

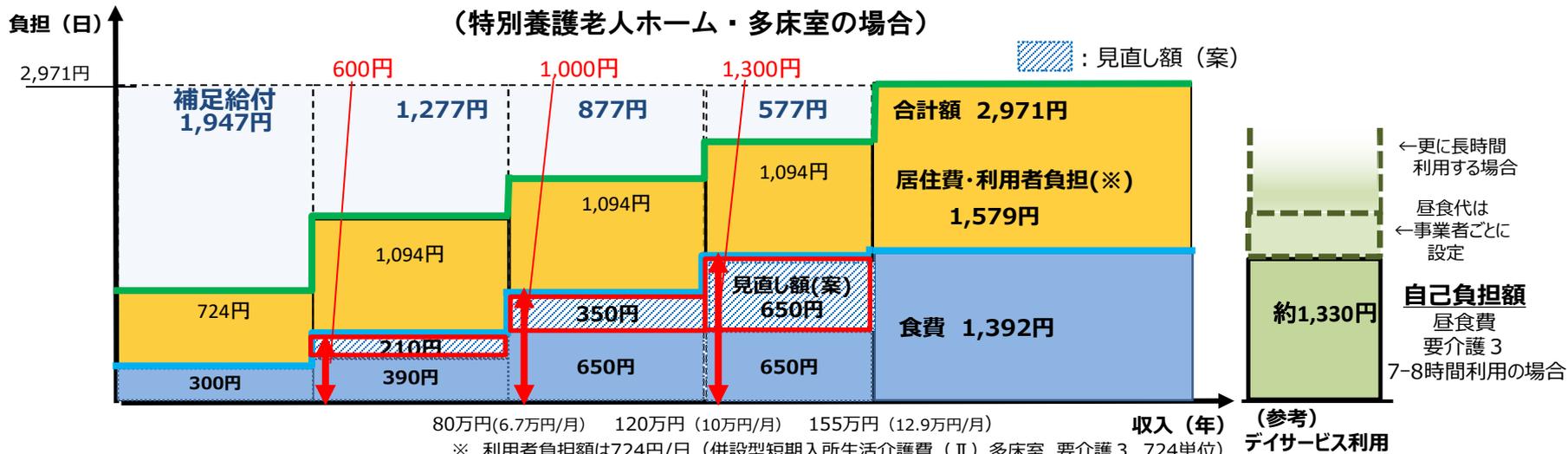
- 特別養護老人ホーム・多床室※の場合 ※ 基準費用額・負担限度額（食費・居住費）は、居室類型（ユニット型個室・従来型個室等）ごとに日額で設定



食費・居住費の助成（補足給付）に関する給付の在り方②

考え方

- ショートステイの食費・居住費の助成（補足給付）の所得段階について、保険料の所得段階と整合させるとともに、能力に応じた負担とする観点から精緻化し、食費の本人支出額について、所得段階間の均衡を図ることとしてはどうか。
- 具体的には、以下のようにはどうか。
 - ・ 補足給付第3段階の年金収入額を保険料の所得段階に合わせて2つに分け（「第3段階①」・「第3段階②」。下図参照。）、その上で、第3段階②の補足給付について、介護保険三施設と同額に設定（▲710円/日）。
 - ・ 食費が給付外となっているデイサービスとの均衡等の観点から、第3段階①、第2段階の助成額についても、負担能力に配慮しつつ、見直し。
 - ・ 各所得区分毎の段差が300円から400円となるように調整。

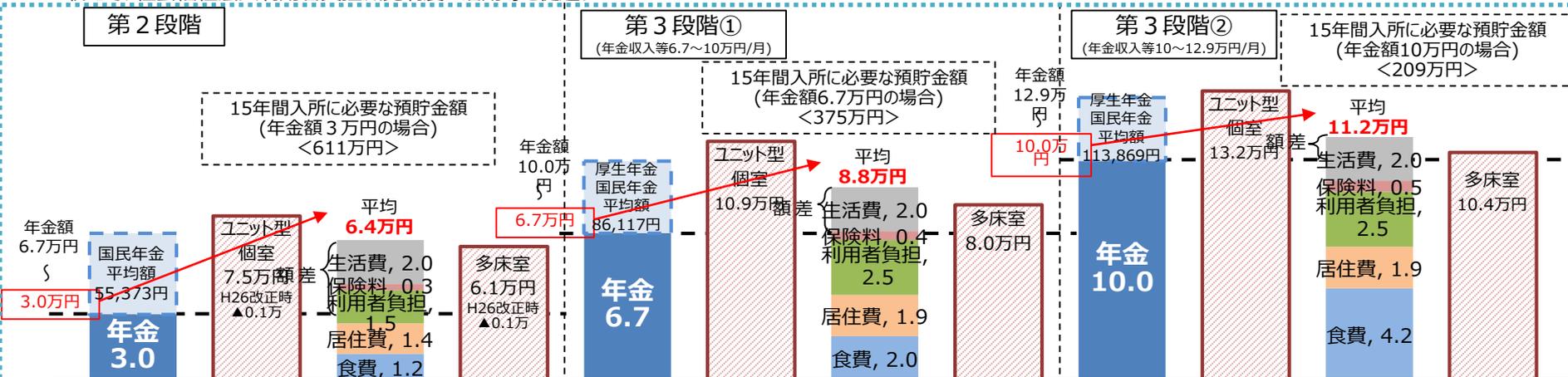


保険料段階	第1段階	第2段階 本人年金収入等80万円超120万円以下	第3段階 本人年金収入等120万円超	第4段階 ・本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる）（第4、5段階） ・本人が市町村民税課税（第6段階～）
補足給付段階（現行）	第1段階 生活保護被保護者 世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者	第2段階 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	第3段階 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円超	第4段階 ・世帯に課税者がいる ・本人が市町村民税課税
補足給付段階（見直し案）	第1段階 生活保護被保護者 世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者	第2段階 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	第3段階① 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下	第3段階② 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等120万円超
				第4段階 ・世帯に課税者がいる ・本人が市町村民税課税

食費・居住費の助成（補足給付）に関する給付の在り方③

考え方

- 食費・居住費の助成（補足給付）の所得段階について、保険料の所得段階と整合させるとともに、能力に応じた負担とする観点から精緻化し、資産（預貯金）基準について、所得段階に応じた設定としてはどうか。
 - 具体的には、補足給付第3段階の年金収入額を保険料の所得段階と合わせて2つに分け（「第3段階①」、「第3段階②」）、その上で以下の観点から、単身者「1,000万円以下」を、第2段階は「650万円以下」、第3段階①は「550万円以下」、第3段階②は「500万円以下」としてはどうか。
 - ・ 介護保険三施設いずれの場合も約98%の入所者が15年以内に退所している。
 - ・ 介護保険三施設の本人支出額の平均と年金収入を比較し、補足給付を受けながら本人の年金収入で15年入所することができる水準とする。
 - ・ 居宅サービス利用者や保険料を負担する方との公平性の観点から、基準額との差額の見直し。ただし、いずれの所得段階でもユニット型個室に10年入所することができる水準とする。
- ※ 第2号被保険者は、若年性認知症等により長期入所が考えられるため、現行の1,000万円を維持。
 ※ 夫婦世帯における配偶者の上乗せ分は、現行の1,000万円を維持（第2段階の場合、本人650万円+配偶者1,000万円）。
 ※ 併せて、社会福祉法人利用者負担減免制度の活用等を促進。



※ 保険料：介護保険料に加え、医療保険料を含んでいる。出典：介護サービス施設・事業所調査（平成28年）より老健局にて作成（年金額は平成28年度厚生年金保険・国民年金事業報告）

【介護保険施設入所者の退所年数、退所割合】（特養の値を前回から修正）

出典：介護サービス施設・事業所調査（平成28年）より老健局にて作成

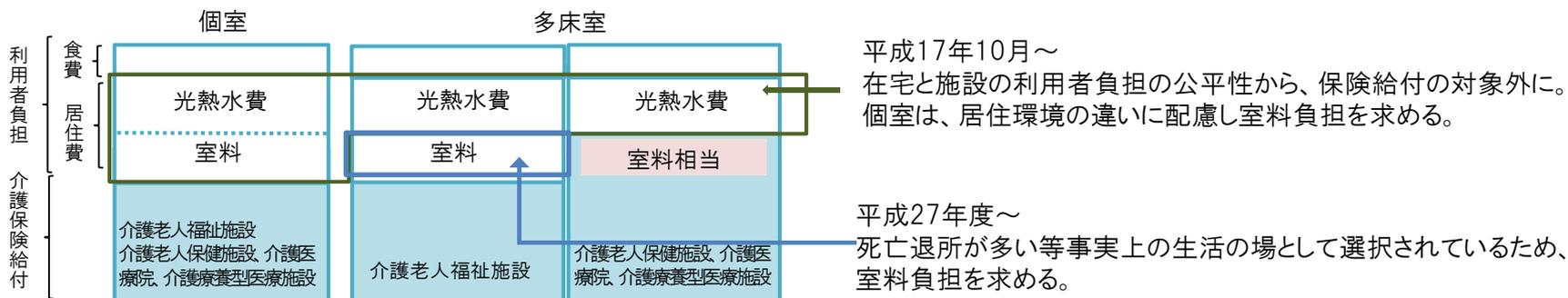
退所までの年数	10年未満	11年未満	12年未満	13年未満	14年未満	15年未満	16年未満	17年未満	18年未満	19年未満	20年未満
特養	94.0% (H26:91.1%)	95.4%	96.4%	97.0%	97.5%	97.9%	98.2%	98.4%	98.6%	98.7%	98.8%
老健	98.8%	99.1%	99.3%	99.4%	99.4%	99.5%	99.5%	99.5%	99.5%	99.5%	99.5%
療養	97.1%	97.9%	98.4%	98.7%	99.0%	99.2%	99.3%	99.5%	99.5%	99.6%	99.6%
介護施設計	96.0%	96.9%	97.6%	98.0%	98.3%	98.5%	98.7%	98.9%	99.0%	99.0%	99.1%

(参考)

- 外来医療費：住民税非課税の場合、高額療養費の外来上限8,000円/月が最大。高額医療介護合算制度（※1）により、上乗せされる自己負担額は年間1万円（10年で10万円程度）
 ※1 第2段階の合算上限額は19万円/年、介護保険の利用者負担額は18万円/年のため、差し引き1万円/年の負担（第3段階の合算上限額31万円/年、介護保険30万円/年のため同額）
- 入院医療費：特養・ユニット・第2段階では月額7.5万円の負担に対して、一般病床では4.7万円（▲2.8万円）、療養病床では6.1万円（▲1.4万円）（※2）
 ※2 生活費は特養と同等と仮定。医療費は高額療養費と高額介護サービスの上限額が同じであるため、介護保険利用料と同額。
- 老齢年金生活者支援給付金：補足給付第2段階相当以下（※3）の者等に対し、最大月額5,000円の支給がある ※3 公的年金等の収入金額と給与所得等の合計額が老齢基礎年金満額相当（約78万円）

多床室の室料負担

居住費負担に関する経緯

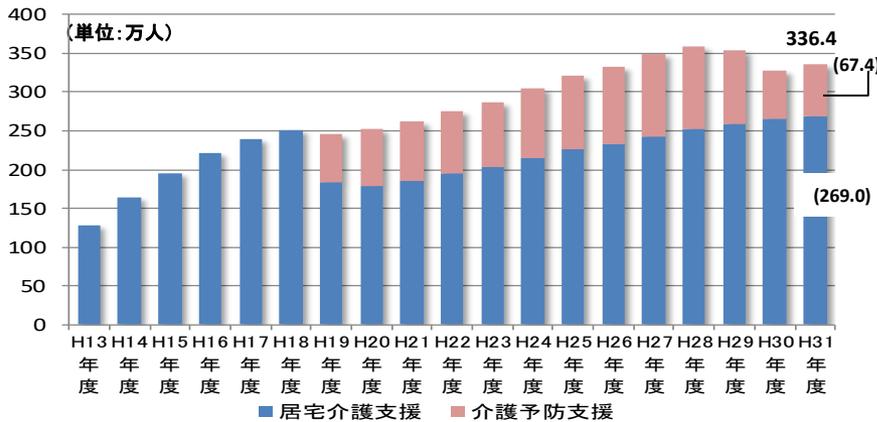


介護保険施設の概要

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設(令和5年度末まで)
概要	生活施設	リハビリ等を提供し、在宅復帰を 目指し在宅療養支援を行う施設	要介護者の長期療養 ・生活施設	長期療養を必要とする者に対し、 医学的管理の下における介護、必要 な医療等を提供する施設
設置根拠	老人福祉法 (老人福祉施設)	介護保険法 (介護老人保健施設)	介護保険法 (介護医療院)	介護保険法 (介護療養型医療施設)
				医療法(病院・診療所)
	医療法(医療提供施設)			
面積 (1人当たり)	10.65㎡以上	8.0㎡以上 <small>介護療養型は大規模改修 まで6.4㎡以上で可</small>	8.0㎡以上 <small>大規模改修まで 6.4㎡以上で可</small>	6.4㎡以上

ケアマネジメントに関する給付の在り方

◆ 居宅介護支援等の利用者数



◆ 居宅介護支援の介護報酬イメージ(1月あたり)

【基本サービス費】		+	【代表的な加算】	
要支援	431単位		初回利用者	300単位
要介護1・2	1,057単位	入院時の病院等との連携	(入院後3日以内) 200単位	
要介護3・4・5	1,373単位		(入院後7日以内) 100単位	

※ 介護支援専門員(常勤換算)1人当たり40件を超えた場合、超過部分のみに逓減制を適用(60件を超えた場合、その超過部分は更に逓減を行う。)

◆ 居宅介護支援・介護予防支援の介護サービス費用額(平成30年度:億円)

支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	合計
135	224	1,467	1,303	913	598	373	5,013

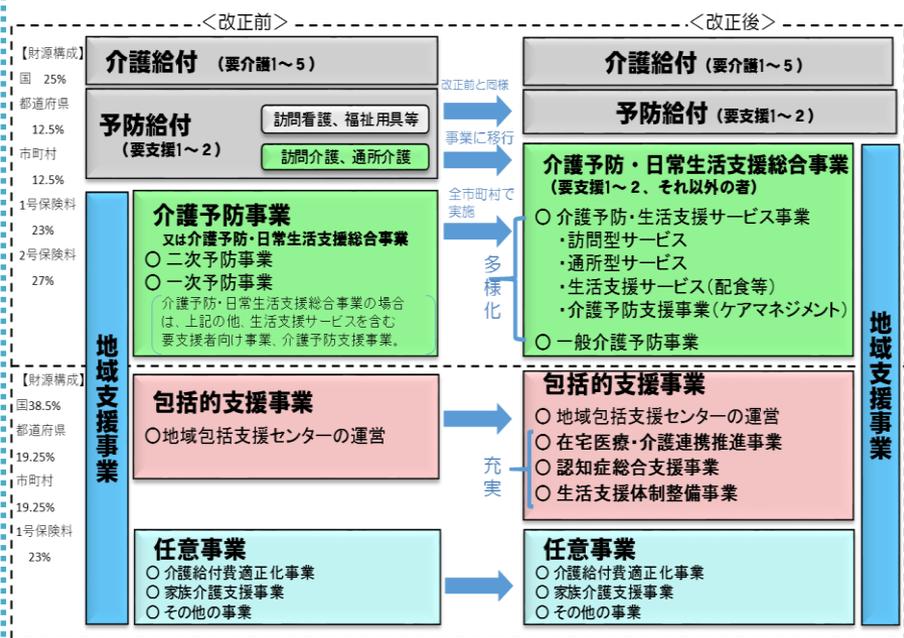
◆ 前回の制度改正時の議論(参考)

賛成の立場	○ ケアマネジャーの専門性を評価する意味で利用者負担を求めるべき。家族・利用者に専門的な業務であるケアマネジメントに対するコスト意識を持ってもらうために、一定の負担は必要。
	○ 利用者の意向を反映すべきとの圧力については、ケアマネジャーの専門性を高めることや、ケアマネジメントの標準化などにより対応すべき。各種サービスには定率の利用者負担があるので、給付費の増加には直結しない。
反対の立場	○ 施設給付ではケアマネジメントサービスは包含されていることとの均衡を図るべき。
	○ 低所得者への対応は、高額介護サービス費で対処すべき問題。利用者負担を導入すれば給付費の適正化につながる。利用者負担の問題は何度も議論されており、どこかの時点で踏み切って解決しなければならない問題である。
	※ また、仮に利用者負担が導入された場合は併せてセルフケアプランを廃止することも必要との意見や、利用者負担が導入されたとしてもセルフケアプランは作成に手間がかかるため増えないとの意見があった。

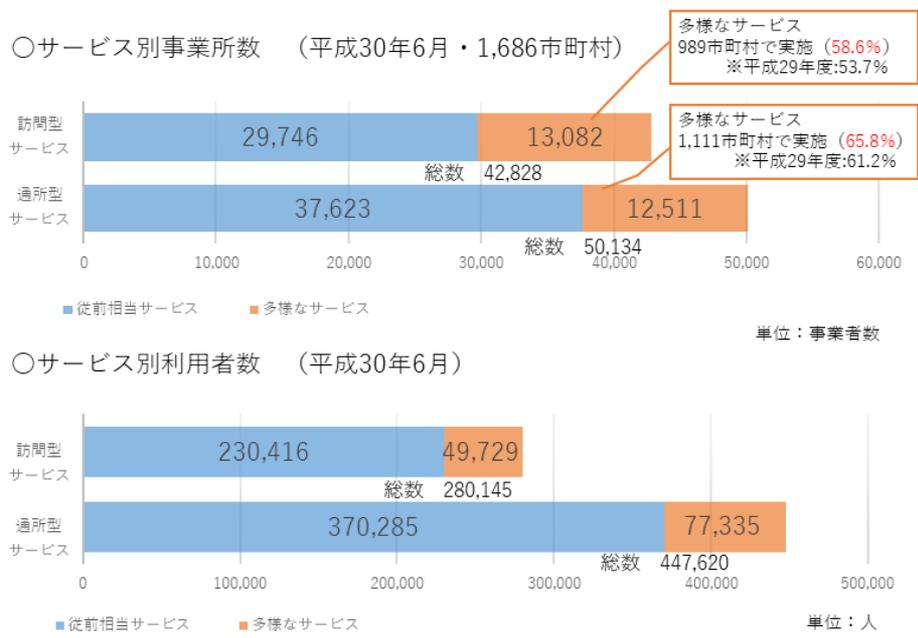
平成28年12月9日介護保険部会資料より抜粋

軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

【平成26年改正前後の総合事業の概要】



【総合事業のサービス別（訪問・通所）の実施状況】



【介護保険制度の見直しに関する意見（平成28年12月9日 社会保障審議会介護保険部会）（抜粋）】

- 軽度者に対する訪問介護における生活援助やその他の給付の総合事業への移行に関しては、まずは介護予防訪問介護と介護予防通所介護の総合事業への移行や、「多様な主体」による「多様なサービス」の展開を着実に進め、事業の把握・検証を行った上で、その状況を踏まえて検討を行うことが適当である。
- この点に関しては、検証は遅滞なく行う必要があるとの意見や、2025年を見据えながら、検証を待つのではなく、その他の給付を含めた速やかな地域支援事業への移行や利用者負担の見直しなど何らかの対応をすべきとの意見があった一方で、多様な主体による多様なサービスの展開が順調に進んでおらず第6期介護保険事業計画期間中に検証を行うのは早過ぎるとの意見や、市町村における総合事業が充実するよう国や都道府県がサポートすべきとの意見、介護予防訪問介護等の地域支援事業への移行は大きな改革であり、多くの市町村が対応に苦慮しているため、検証できる状況にないとの意見があった。

高額介護（介護予防）サービス費の概要

月々の介護サービス費の自己負担額が世帯合計（個人）で上限額を超えた場合に、その超えた分が払い戻されます。

所得段階	所得区分	上限額
第1段階	①生活保護の被保護者 ②15,000円への減額により生活保護の被保護者とならない場合 ③市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	①個人15,000円 ②世帯15,000円 ③世帯24,600円 個人15,000円
第2段階	○市町村民税世帯非課税で「公的年金等収入金額＋合計所得金額」が80万円以下である場合	世帯24,600円 個人15,000円
第3段階	○市町村民税世帯非課税 ○24,600円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	世帯24,600円
第4段階	○第1～3段階に該当しない者	世帯44,400円※

個人の高額介護（介護予防）サービス費の支給

$$\text{(利用者負担世帯合算額 - 世帯の上限額)} \times \frac{\text{個人の利用者負担合算額}}{\text{利用者負担世帯合算額}}$$

高額介護サービス費の支給：保険給付の1割（または2割・3割）負担分の合計額が上限額を超えた場合、申請により超過分が払い戻される。

※ 1割負担者のみの世帯について、年間上限（446,400円）が設定される。（平成29年8月から3年間の時限措置）

高額介護サービス費

考え方

- 高額介護サービス費の上限額について、医療保険における自己負担額の上限額に合わせ、年収約770万円以上の者と年収約1,160万円以上の者については、世帯の上限額を現行の44,400円からそれぞれ93,000円、140,100円としてはどうか。
- 年間上限の利用者数の実績を踏まえ、年間上限の時限措置については、当初の予定通り令和2年度までの措置としてはどうか。

介護保険の自己負担限度額 (月額)		見直しの イメージ	医療保険の負担限度額 (H30.8~) (70歳以上・月額・多数回該当)	
収入要件	世帯の上限額		収入要件※4	世帯の上限額
現役並み所得相当 (年収約383万円以上) (注：平成29年見直し前の基準※1)	44,400円(※2) <small>第二号被保険者を含む同一世帯の者のサービス自己負担額の合計</small>	→	①年収約1,160万円以上	140,100円
一般 (1割負担者のみ世帯は年間上限あり※3)	44,400円		②年収約770万～約1160万円	93,000円
市町村民税世帯非課税等	24,600円		③年収約383万～約770万円	44,400円
年金80万円以下等	15,000円		一般	44,400円
			市町村民税世帯非課税等	24,600円
			年金80万円以下等	15,000円

※1

- 世帯内の第一号被保険者の課税所得が145万円以上であり、かつ、第一号被保険者が一人のみの場合は年収約383万円以上（世帯内に他の第一号被保険者がいる場合は合計520万円以上）

- 現役並み所得者は、被保険者ベースで約320万人（全一号被保険者の約9.1%）。さらに、サービス受給者数ベースでは約16万人（全一号被保険者の約0.5%）。うち、自己負担額が44,400円を超えるサービスを利用する者は約10万人（全一号被保険者の約0.3%）。※4と同じ割合と仮定すると、年収770万円以上の者は約1.4万人、年収1,160万円以上の者は約1.7万人。

※2

- 実際には、高額介護サービス費の上限に到達するのは、例えば以下のケースが想定される。
 - ・ 3割負担者本人が介護サービスを利用しているケース
→ 介護状態でありながら現役並み所得を得ている（不動産収入等がある）場合
 - ・ 3割負担者本人は介護サービスを利用しておらず、その配偶者（2割負担）が介護施設に入所しているケース
→ 本人が就労し高収入を得ており、かつ、配偶者が年額280万円以上の厚生年金の受給等がある場合

※3

- 年間上限446,400円。平成30年9月～令和元年8月支出決定分で累計51,809件。（高額サービス費全体の件数（令和元年8月：1,639,419件）の3%）

※4

- 医療保険制度における70歳以上の加入者のうち、現役並み所得相当が占める割合は約7.7%
このうち、
 - ① 年収約1,160万円の占める割合は約17%
 - ② 年収約770万～約1,160万円の占める割合は約14%
 - ③ 年収383万～約770万円の占める割合は約69%

「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準

【2割負担・3割負担の水準及び1号被保険者の所得分布】

モデル年金(厚生年金)
年金収入等188万円

【2割負担】被保険者の上位20%
合計所得金額：160万円
年金収入等(1人世帯)：280万円

【3割負担】現役並み所得
合計所得金額：220万円
年金収入等(1人世帯)：340万円

年金収入+その他の 合計所得金額	180~ 190万	190~ 200万	200~ 210万	210~ 220万	220~ 230万	230~ 240万	240~ 250万	250~ 260万	260~ 270万	270~ 280万	280~ 290万	290~ 300万	300~ 310万	310~ 320万	320~ 330万	330~ 340万	340~ 350万	350~ 360万	360~ 370万	370万 ~
合計所得金額 (○円以上~○円未満)	60~ 70万	70~ 80万	80~ 90万	90~ 100万	100~ 110万	110~ 120万	120~ 130万	130~ 140万	140~ 150万	150~ 160万	160~ 170万	170~ 180万	180~ 190万	190~ 200万	200~ 210万	210~ 220万	220~ 230万	230~ 240万	240~ 250万	250万 ~
H31 被保険者数(千人)	386	433	503	608	669	642	667	680	627	602	527	476	422	385	327	309	270	254	216	3,384
割合の累計値 (上位○%)	35.3 %	34.2 %	33.0 %	31.5 %	29.8 %	27.9 %	26.1 %	24.2 %	22.2 %	20.4 %	18.7 %	17.2 %	15.9 %	14.7 %	13.6 %	12.6 %	11.8 %	11.0 %	10.3 %	9.6%

※年金収入の場合：合計所得金額=年金収入額-公的年金等控除(120万円程度)

所得分布は平成31年4月1日現在(※介護保険計画課調べ。)

※年金収入+その他の合計所得金額は、給与所得等の額により変動しうる。

【サービス種別ごとの受給者に占める2割・3割負担対象者数の割合】

	平成30年3月サービス分		平成31年3月サービス分	
	2割負担対象者		2割負担対象者	3割負担対象者
全体	8.9%		4.9%	3.7%
在宅サービス受給者	10.1%		5.4%	4.4%
特養入所者	4.2%		2.5%	1.6%
老健入所者	6.1%		3.7%	2.4%
療養入所者	6.8%		3.7%	2.8%

出典：介護保険事業状況報告(平成30年5月、令和元年5月月報)

- 「介護保険制度の見直しに関する意見」
（平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会）
- 「経済財政運営と改革の基本方針2018」（平成30年6月15日閣議決定）
- 「新経済・財政再生計画改革工程表2018」
（平成30年12月20日経済財政諮問会議決定）
- 「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論①

○介護保険制度の見直しに関する意見（平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会）（抜粋）

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

(5) 適切なケアマネジメントの推進等

【ケアマネジメントに関する利用者負担】

- 現在、居宅介護支援や介護予防支援のいわゆるケアマネジメントサービスには利用者負担はない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に10割給付のサービスと位置づけたものである。
- ケアマネジメントに関する利用者負担については、利用者負担導入に反対の立場から、以下のような意見があった。
 - ・ あらゆる利用者が公平にケアマネジメントを活用し、自立した日常生活の実現に資する支援が受けられるよう、現行制度を堅持すべき。
 - ・ ケアマネジメントは浸透したかもしれないが、介護保険制度を初めて利用する人にとっては、ケアマネジャーのサポートがないとサービスの利用につながりにくいため、ケアマネジメントが重要であることに変わりはない。利用者負担を導入すればサービスの利用抑制につながる危険性がある。
 - ・ ケアマネジメントは過剰サービスを抑制する役割を担っているが、利用者負担を導入すると、利用者の意向を反映すべきとの圧力が高まり、給付費の増加につながる。
 - ・ 利用する側が受ける不利益について十分に議論をすることが重要。気兼ねなく相談できることを確保すべき。拙速な導入は危険である。
- その一方で、利用者負担導入に賛成の立場から、以下のように多くの意見が出されたところであり、ケアマネジメントの在り方とあわせて、引き続き検討を行うことが適当である。
 - ・ ケアマネジャーの専門性を評価する意味で利用者負担を求めるべき。
 - ・ 家族・利用者に専門的な業務であるケアマネジメントに対するコスト意識を持ってもらうために、一定の負担は必要。
 - ・ 低所得者への対応は、高額介護サービス費で対処すべき問題。
 - ・ 利用者の意向を反映すべきとの圧力については、ケアマネジャーの専門性を高めることや、ケアマネジメントの標準化などにより対応すべき。
 - ・ 各種サービスには定率の利用者負担があるので、給付費の増加には直結しない。
 - ・ 利用者負担を導入すれば給付費の適正化につながる。
 - ・ 施設給付ではケアマネジメントサービスは包含されていることとの均衡を図るべき。
 - ・ 利用者負担の問題は何度も議論されており、どこかの時点で踏み切って解決しなければならない問題である。
- また、仮に利用者負担が導入された場合は併せてセルフケアプランを廃止することも必要との意見や、利用者負担が導入されたとしてもセルフケアプランは作成に手間がかかるため増えないとの意見があった。

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論②

Ⅱ 介護保険制度の持続可能性の確保

1. 利用者負担のあり方

(1) 利用者負担割合・高額介護サービス費

- 介護保険制度の利用者負担割合については、制度創設以来、所得にかかわらず一律1割としていたところであるが、平成26年介護保険法改正において、一定以上所得のある方について負担割合を2割とされた。
- また、高額介護サービス費の負担上限額については、平成26年介護保険法改正において、特に所得が高い、高齢者医療制度における現役並み所得に相当する所得がある方については、37,200円（世帯）から医療保険の現役並み所得者の多数回該当と同じ水準である44,400円（世帯）とされた。
- 他方、医療保険制度の患者負担については、これまで累次の改正が行われており、70歳以上の方については、平成14年10月から現役並み所得者の負担割合を2割に引き上げ、平成18年10月からこれを3割としている。また、70～74歳の方について、平成26年4月2日以降に70歳の誕生日を迎える方の患者負担は2割とされている。
70歳以上の高齢者の高額療養費の一般区分の負担上限額についても、平成14年10月に月額37,200円（世帯）から40,200円（世帯）とされ、さらに平成18年10月からは44,400円（世帯）とされている。
- 利用者の負担については、高齢化の進展に伴い、40～64歳の第2号被保険者及び65歳以上の第1号被保険者の保険料水準の上昇が見込まれる中で、世代間・世代内の公平性を確保しつつ、介護保険制度の持続可能性を高める観点から、検討しなければならない課題であり、その際、負担能力に応じた負担となるように見直しを行うという方向については、概ね意見の一致を見た。
利用者負担の割合については、事務局から提示のあった現役並み所得者の利用者負担割合を3割とすることについて、賛同ないしは容認する意見が多く出された。また、高額介護サービス費の負担上限額についても、事務局から提示のあった一般区分の負担上限額を医療保険の高額療養費の一般区分の負担上限額並みに引き上げることについて、賛同ないしは容認する意見が多く出された。
- このほか利用者負担のあり方については、様々な意見が出された。まずは、利用者負担に積極的な立場から、
 - ・ 低所得者に配慮した上で原則2割負担にすべきである
 - ・ 2割負担となる者の範囲を拡大すべきである
 - ・ 自己負担の区分を細分化すべきである
 - ・ 仮に一律2割への引上げが難しい場合には、例えば1割2分負担や1割5分負担といった段階を設けることも検討すべきである。また、給付の重点化の観点から、生活援助サービスなどサービスメニューごとに負担率を設定する方法も考えられる
- ・ 現役並み所得者の範囲について、フローだけでなくストックも踏まえて設定すべきである。また、高齢者は現役より税制上の控除が優遇されていることを踏まえ、現役並み所得の範囲を拡大すべきである
- ・ 医療保険と介護保険の両方の負担を合算して、一定の負担額に抑える制度があることも踏まえて、検討することが適当である
- ・ 区分支給限度額を見直すべきである
- ・ 今回の見直しによる財政効果を明らかにした上で、保険料負担とのバランスを踏まえるべきなどの意見があった。

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論③

Ⅱ 介護保険制度の持続可能性の確保

1. 利用者負担のあり方

(1) 利用者負担割合・高額介護サービス費（続き）

- その一方で、利用者負担の見直しに消極的な立場から、
 - ・ サービスの利用控えや家計への負担に配慮しつつ慎重に検討する必要がある
 - ・ 平成26年介護保険法改正における利用者負担の見直しで2割負担となった方には短期間での再度の利用者負担の引き上げとなってしまう。平成26年介護保険法改正の影響をよく検証することが必要である
 - ・ 能力に応じた負担となると3割負担にとどまらず、4割負担、5割負担となりかねない。受益に応じた負担であるべきであり、利用者負担に差をつけ過ぎるべきではない
 - ・ 介護サービスの利用が長期間になることや現時点で既に整合性が図られていないことなどを踏まえれば高額介護サービス費について医療保険制度と整合性を取る必要性はない
 - ・ 高額介護サービス費の負担上限額の引き上げは、モデル年金より収入が低い方も対象になってしまうので適当ではない
 - ・ 負担増となる方の人数は少ないとのことだが、個々人への影響を考えるべきなどの意見があった。

- このほか、
 - ・ 被保険者、特に利用者に負担増を納得していただくためにも、負担増を求める根拠を丁寧に説明することが必要である
 - ・ 高額介護サービス費制度や、医療保険と介護保険の負担を合算して一定の負担額に抑える制度については、広く周知が必要である
 - ・ 医療保険と介護保険の負担を合算して一定の負担額に抑える制度については、高額療養費制度と高額介護サービス費制度の見直しがそれぞれ検討されているところであり、これらの影響等を把握してから検討すべき
 - ・ 利用者負担の見直しはやむを得ないにしても、一定の経過期間を設けるのが適当
 - ・ 利用者負担のさらなる増加に対する国民の不安を払拭するために、給付の割合は70/100を維持すべきである
 - ・ 預貯金など資産に着目した利用者負担の拡大を検討すべきかどうかは、引き続き議論を重ねる必要があるとの意見があった。

- また、医療保険制度において、現役並み所得者の高額療養費の負担上限額の見直しが検討されていることに関連して、
 - ・ 医療保険と整合性を持った見直しをすべきである
 - ・ 利用者負担の見直しはやむを得ないにしても、一定の経過期間を設けるのが適当
 - ・ 医療と介護は異なるので、医療保険の見直しの内容をそのまま介護保険に持ち込むことは適当ではない
 - ・ 医療の検討結果を見てから検討すべきであるが、今回はその時間的な余裕がない
 - ・ 医療、介護、年金の各制度の見直しも含めた負担の生活への影響にも留意する必要があるなどの意見があった。

- ケアマネジメントに関する利用者負担についても様々な意見があり、ケアマネジメントの在り方とあわせて引き続き検討を行うことが適当である。（Ⅱ1. (5)の再掲）

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論④

Ⅱ 介護保険制度の持続可能性の確保

1. 利用者負担のあり方

(1) 利用者負担割合・高額介護サービス費（続き）

- 要支援・要介護度に応じて、利用者負担に違いを設けることについても議論を行った。制度の持続可能性のためには重点化が必要である、給付の抑制を行わずに現役世代の負担の増加や次世代への先送りは避けるべきである、「あれば便利」程度のサービスは介護保険給付から除外すべきであるなどの理由からこれに肯定的な意見があった一方で、要介護度の程度にかかわらず必要なサービスを受けられるようにすることが大切である、状態改善への意欲を削ぐことになる、サービスの利用を控え要介護状態の重度化につながる恐れがある、「介護離職ゼロ」の政府方針に反しかねないなどの理由から、これに否定的な意見が多くあった。この他、一律に軽度者の利用者負担を引き上げるのではなく、エビデンスに基づく一定期間の利用や、一定の限度額までの利用は現行どおりの負担とするなどの柔軟な対応が必要であるとの意見や、種類支給限度基準額の見直しを行い、極端に頻回に生活援助を利用している者に負担を求めるべきとの意見もあった。また、軽度者の定義に関連して、要介護2以上は様々な状態の方が含まれるため、まずは要介護1までとすべきとの意見があった一方で、要介護度と利用者の状態、要介護度と支援の困難性は必ずしも一致しないなどの意見もあった。

(2) 補足給付

- 補足給付については、平成26年介護保険法改正において、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の確保の観点から、一定額超の預貯金等がある場合には、対象外にするなどの見直しを行った。これについては、その影響を引き続き検証するべきとの意見があった。
- この見直しに際して、補足給付の支給に関して不動産を勘案するか否かについても、検討を行ったところであるが、様々な課題があり、引き続き検討を続けていくこととされた。
- その後、厚生労働省において調査研究事業を行ったが、地域的な格差、民間金融機関の参入の困難性、認知症の方への対応等様々な実務上の課題が明らかになった。
- このような状況を踏まえ、補足給付の不動産勘案に関しては、一定額以上の宅地を保有している場合に資産として活用することについて、引き続き検討を深めることとするのが適当である。
- 検討に際しては、民間金融機関が実施するリバースモーゲージ等における知見の蓄積、成年後見制度の普及等の状況も踏まえる必要があるが、リバースモーゲージについて全国的な導入は難しいとしても導入できる地域から導入すべきではないか、どのような工夫をすればリバースモーゲージを導入できるかという観点から検討を進めるべきではないか、補足給付を介護保険制度の下で実施することの是非についても考えるべきではないかなどの意見があったことにも留意することが必要である。
- このほか、認知症対応型グループホームや小規模多機能型居宅介護などについても補足給付の対象とすることを検討するなど、低所得者への配慮措置も必要との意見があった。

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論⑤

Ⅱ 介護保険制度の持続可能性の確保

2. 給付のあり方

(1) 軽度者への支援のあり方

- 要支援・要介護度に応じた支援のあり方については、介護保険制度の創設時をはじめ制度改正時などにおいて議論されてきており、予防給付の創設や介護報酬改定など給付の見直しが行われてきた。
- 平成26年介護保険法改正では、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスの提供をできるよう、介護予防訪問介護と介護予防通所介護を地域支援事業（総合事業）に移行する見直しが行われた。
- この見直しは、平成27年4月から施行されているが、市町村は条例で定める場合、平成29年4月まで猶予可能とされており、平成28年4月までに実施した保険者は全体の1／3程度であった。
また、平成27年4月に総合事業を開始した市町村の実施状況等を確認したところ、介護予防訪問介護と介護予防通所介護に相当するサービス以外の「多様なサービス」が出現していることが確認された一方で、介護サービス事業者や介護労働者以外の「多様な主体」による取組が十分に広まるまでに至っていない状況にあった。
- このような状況を踏まえ、軽度者に対する訪問介護における生活援助やその他の給付の地域支援事業（総合事業）への移行に関しては、まずは介護予防訪問介護と介護予防通所介護の総合事業への移行や、「多様な主体」による「多様なサービス」の展開を着実に進め、事業の把握・検証を行った上で、その状況を踏まえて検討を行うことが適当である。
- この点に関しては、検証は遅滞なく行う必要があるとの意見や、2025年を見据えながら、検証を待つのではなく、その他の給付を含めた速やかな地域支援事業への移行や利用者負担の見直しなど何らかの対応をすべきとの意見があった一方で、多様な主体による多様なサービスの展開が順調に進んでおらず第6期介護保険事業計画期間中に検証を行うのは早過ぎるとの意見や、市町村における総合事業が充実するよう国や都道府県がサポートすべきとの意見、介護予防訪問介護等の地域支援事業への移行は大きな改革であり、多くの市町村が対応に苦慮しているため、検証できる状況にないとの意見があった。
- また、介護サービスを提供する人材不足が喫緊の課題である中で、人材の専門性などに応じた人材の有効活用の観点から、訪問介護における生活援助について、要介護度に関わらず、生活援助を中心にサービス提供を行う場合の緩和された人員基準の設定等についても議論を行った。

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論⑥

Ⅱ 介護保険制度の持続可能性の確保

2. 給付のあり方

(1) 軽度者への支援のあり方（続き）

- この点については、体力的な都合等で身体介護は難しいが生活援助ならできるといふ介護人材も存在し、その人材の活用を図るべきとの意見や、生活援助の人員基準の緩和を行い、介護専門職と生活援助を中心に実施する人材の役割分担を図ることが重要であるとの意見、制度の持続可能性の確保という観点からの検討が必要であるとの意見があった一方で、生活援助の人員基準を緩和すれば、サービスの質の低下が懸念されることや、介護報酬の引き下げにより、介護人材の処遇が悪化し、人材確保がより困難になり、サービスの安定的な供給ができなくなる可能性があるとの意見や、地域によっては生活援助を中心にサービス提供を行う訪問介護事業者の退出につながり、サービスの利用が困難になることが懸念されるため、慎重に議論すべきとの意見もあり、平成30年度介護報酬改定の際に改めて検討を行うことが適当である。
- 要支援・要介護度に応じて、利用者負担に違いを設けることについても議論を行った。制度の持続可能性のためには重点化が必要である、給付の抑制を行わずに現役世代の負担の増加や次世代への先送りは避けるべきである、「あれば便利」程度のサービスは介護保険給付から除外すべきであるなどの理由からこれに肯定的な意見があった一方で、要介護度の程度にかかわらず必要なサービスを受けられるようにすることが大切である、状態改善への意欲を削ぐことになる、サービスの利用を控え要介護状態の重度化につながる恐れがある、「介護離職ゼロ」の政府方針に反しかねないなどの理由から、これに否定的な意見が多くあった。その他、一律に軽度者の利用者負担を引き上げるのではなく、エビデンスに基づく一定期間の利用や、一定の限度額までの利用は現行どおりの負担とするなどの柔軟な対応が必要であるとの意見や、種類支給限度基準額の見直しを行い、極端に頻回に生活援助を利用している者に負担を求めるべきとの意見もあった。また、軽度者の定義に関連して、要介護2以上は様々な状態の方が含まれるため、まずは要介護1までとすべきとの意見があった一方で、要介護度と利用者の状態、要介護度と支援の困難性は必ずしも一致しないなどの意見もあった。（Ⅱ 1 (1) の再掲）
- 以上の他に、介護保険で提供されるサービスは、利用者の自立支援や介護予防につながるものでなければならないことは当然であるが、その視点が弱いのではないかと、自立支援につながっていることを見える化して検証するなど、データに基づく議論が必要などの意見があった。
- このため、ケアマネジャー、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士等の多職種が集まり、個別事例を地域ケア会議で検討するなど、自立支援に資するケアマネジメント支援のために各種専門職が関与していく取り組みなどを推進していくことが適当である。
なお、利用者本人の自立に向けた課題や意向等を関係者が共有しつつ、本人の自己決定に基づく支援を展開するためには、基本的には、本人や家族が地域ケア会議に参加し、情報共有を行うことが有効である。

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論⑦

Ⅱ その他の課題

(2) 被保険者範囲

- 介護保険の被保険者の範囲は、制度創設当初から、65歳以上が第1号被保険者、40歳以上64歳以下の者が第2号被保険者とされている。
- この被保険者の範囲については、制度創設時も大きな議論となり、また、制度創設後も、「制度の普遍化」（要介護となった理由や年齢の如何に関わらず介護を必要とする全ての人にサービスの給付を行い、併せて保険料を負担する層を拡大すること）を目指すべきか、「高齢者の介護保険」を維持するかを中心に議論が行われてきた。
本部会でも過去、度々議論を行ったが、その拡大について結論を得ることなく、現在に至っている。
- 一方で、制度創設当初と現在を比較してみると、
 - ・ 介護保険制度創設以来、介護保険の保険料負担者である40歳以上人口は増加してきたが、平成33年（2021年）をピークに減少していくことが見込まれている。
 - ・ 平成52年（2040年）には、30歳以上64歳以下人口が、制度創設時の40歳以上64歳以下人口と同程度なる。
 - ・ 40歳以上人口に占める40歳以上64歳以下人口の割合は低下しており、平成47年（2035年）には50%を下回ることが見込まれる。
 - ・ 第1子を出産する年齢が高齢化しており、制度創設時は65.4歳の母親の第1子が40歳であったが、平成61年（2049年）には、65.6歳の母親の第1子が35歳となる。
 - ・ 政府において、「地域共生社会」を実現するための取組が進められており、厚生労働省においても、介護保険法、障害者総合支援法、子ども・子育て支援新制度など、各制度の成熟化が進む一方で、既存の縦割りのシステムには課題が生じているといった視点を踏まえ今後検討を行っていくこととされている。などの変化もあり、今般の介護保険制度の見直し検討に際して、改めて被保険者範囲について議論を行った。
- 被保険者範囲の拡大については、受益と負担の関係が希薄な若年世代の納得感を得られないのではないかと意見や、まずは給付の効率化や利用者負担のあり方を見直すことが先決であり、被保険者範囲の拡大については反対との意見、介護保険優先原則に関する改正障害者総合支援法の国会附帯決議に十分留意しながら検討すべきとの意見、障害者の介護は保険になじまないため、税財源により慎重に対応すべきとの意見があった。
- その一方で、将来的には介護保険制度の普遍化が望ましいとの意見や、制度の持続可能性の問題もあり、今から国民的な議論を巻き起こしていくことが必要であるとの意見もあり、介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当である。

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論⑧

Ⅱ その他の課題

(4) 現金給付

- 介護保険制度の見直し検討に関連して、委員の求めに応じて、事務局より、ドイツの介護保険制度における介護手当（現金給付）に関する資料が提示され、議論を行った。
- ドイツでは、現金給付が家族を介護に縛り付けるという議論はなく、実際に家族を介護している人を評価する仕組みであり、現金給付は、市民社会にふさわしい制度であるとともに総介護サービス費の抑制に寄与しているとして、現金給付に賛成する意見があった。
- しかし、以下の通り、現金給付には消極的な意見が多く、現時点で現金給付を導入することは適当ではないと考えられる。
 - ・ 現金給付の導入は、家族介護の固定化につながり、「介護の社会化」という制度の理念や介護離職ゼロ・女性の活躍推進の方針に反しているため反対である。
 - ・ 現金給付の導入によって、現物給付が縮小すると、介護サービスの基盤が崩れ、仕事と介護の両立が阻害される恐れがある。むしろ現金給付以外の介護者を支援する仕組みが必要である。
 - ・ 現金給付の導入は新たな給付増につながることから、制度の持続可能性の確保の観点から反対である。不正受給の恐れもあり、給付の適正化を進める流れとも逆行する。

「経済財政運営と改革の基本方針2018」(平成30年6月15日閣議決定)(抜粋)

第3章 「経済・財政一体改革」の推進

4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

(1) 社会保障

(負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、自助と共助の役割分担の再構築)

(略)

高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。

(略)

介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。

「新経済・財政再生計画改革工程表2018」における記載①

○「新経済・財政再生計画改革工程表2018」（平成30年12月20日）（抜粋）

2-4 給付と負担の見直し

高齢化や現役世代の急減という人口構造の変化の中でも、国民皆保険を持続可能な制度としていくため、勤労世代の高齢者医療への負担状況にも配慮しつつ、必要な保険給付をできるだけ効率的に提供しながら、自助、共助、公助の範囲についても見直しを図る。

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	52 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	高齢者医療制度について、マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。 在宅と施設の公平性の確保の観点等から、介護の補給付の在り方について、その対象者の資産の実態調査等を行い、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる（再掲）。 <<厚生労働省>>	骨太2020	—	—	
	57 介護のケアプラン作成に関する給付の在り方について検討 介護のケアプラン作成について、給付の在り方を検討する。	介護のケアプラン作成に関する給付と負担の在り方について、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 <<厚生労働省>>	—	—	—	

「新経済・財政再生計画改革工程表2018」における記載②

○ 「新経済・財政再生計画改革工程表2018」（平成30年12月20日）（抜粋）

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	58 介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討 多床室室料について、給付の在り方を検討する。	介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院等の多床室の室料負担等、施設サービスの報酬等の在り方について、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 ＜厚生労働省＞	→		—	—
	59 介護の軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方について検討 介護の軽度者への生活援助サービス等について、給付の在り方を検討する。	軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付について、地域支援事業への移行を含めた方策について、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 ＜厚生労働省＞	→		—	—
	60 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討 年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。	年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。 ＜厚生労働省＞	骨太 2 0 2 0	-----→	—	—

「経済財政運営と改革の基本方針2019」における記載

「経済財政運営と改革の基本方針2019」(令和元年6月21日閣議決定)(抜粋)

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 経済・財政一体改革の推進等

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(基本的な考え方)

新経済・財政再生計画に基づき、基盤強化期間内から改革を順次実行に移し、団塊の世代が75歳以上に入り始める2022年までに社会保障制度の基盤強化を進め、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めにつなげる。このため、給付と負担の見直しも含めた改革工程表について、進捗を十分に検証しながら、改革を着実に推進する。

年金及び介護については、必要な法改正も視野に、2019年末までに結論を得る。医療等のその他の分野についても、基盤強化期間内から改革を順次実行に移せるよう、2020年度の「経済財政運営と改革の基本方針」(以下「骨太方針2020」という。)において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

なお、人生100年時代を迎え、少子高齢社会の中で、生き方、働き方の多様化に対応できる持続可能な社会保障制度へと改革していく必要がある。議論を進めるに当たっては、いわゆる「支える側」と「支えられる側」のリバランスという観点や、個人の自由で多様な選択を支え、特定の生き方や働き方が不利にならない「選択を支える社会保障」という考え方も含め、年齢等にとらわれない視点から検討を進めるとともに、自助・共助・公助の役割分担の在り方、負担能力や世代間・世代内のバランスを考慮した給付と負担の在り方等の観点を踏まえて行う。

あわせて、現役世代が減少していく中で高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据え、下記の予防・重症化予防・健康づくりの推進や医療・福祉サービス改革による生産性の向上に向けた取組について、具体的な目標とそれにつながる各施策のKPIを掲げ推進する。

また、国と地方が方向性を共有し、適切な役割分担の下で地域の実情を踏まえつつ具体的な取組を進める。

第2章1.(2)に掲げる取組及びこれらの取組を通じて、幅広い世代の視点を踏まえつつ、人生100年時代に対応した全世代型の社会保障制度を構築し、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持、そして次世代への継承を目指す。

(略)

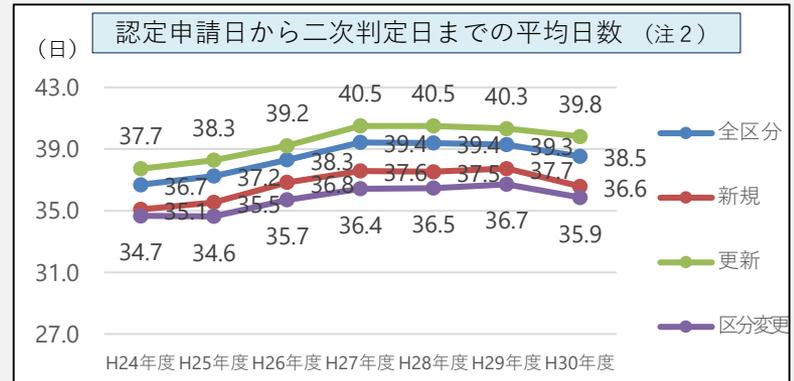
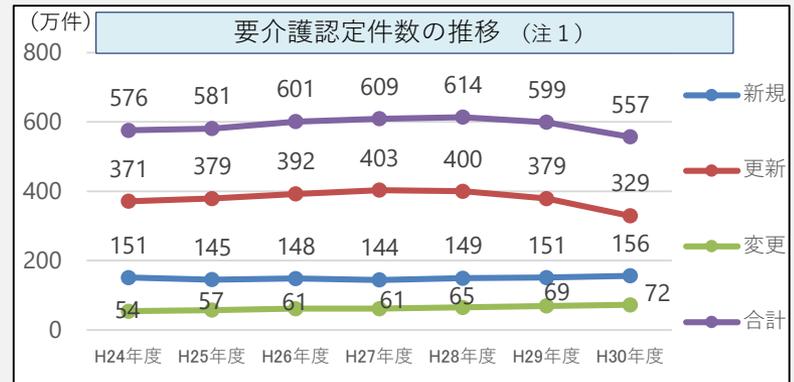
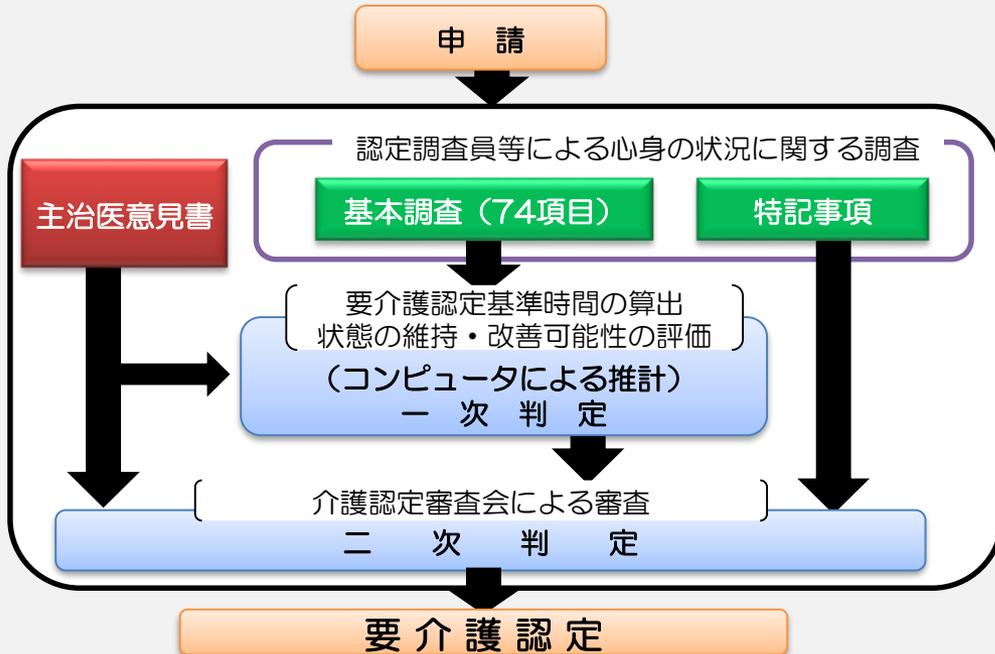
(給付と負担の見直しに向けて)

社会保障の給付と負担の在り方の検討に当たっては、社会保障分野における上記の「基本的な考え方」を踏まえつつ、骨太方針2018及び改革工程表の内容に沿って、総合的な検討を進め、骨太方針2020において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

VI. その他の課題

要介護認定制度について

要介護認定の流れ



※ 出典：介護保険総合データベース。

注1) 各年度に有効期間開始日がある要介護認定の件数を集計（令和元年10月集計）。

注2) 各年度に二次判定された件数について、申請日から二次判定日までの日数の平均を集計（令和元年9月集計）。

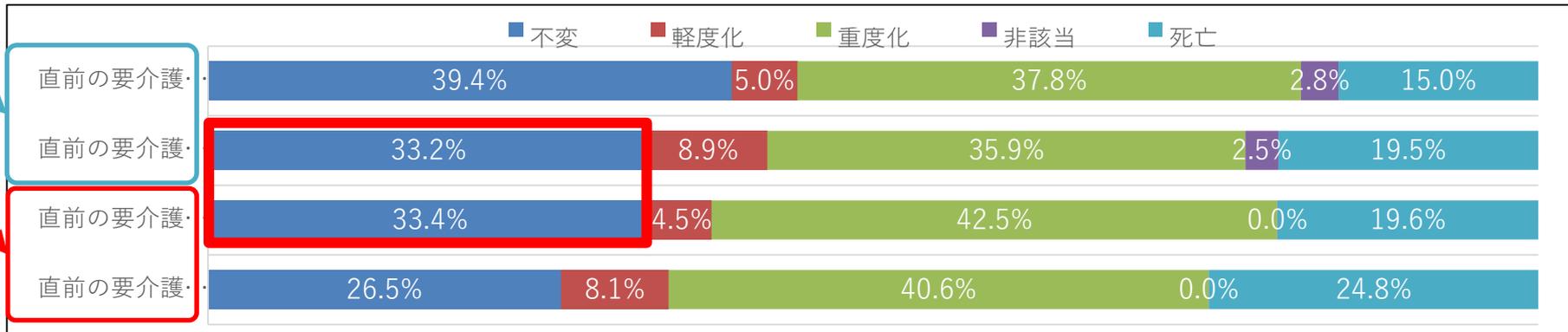
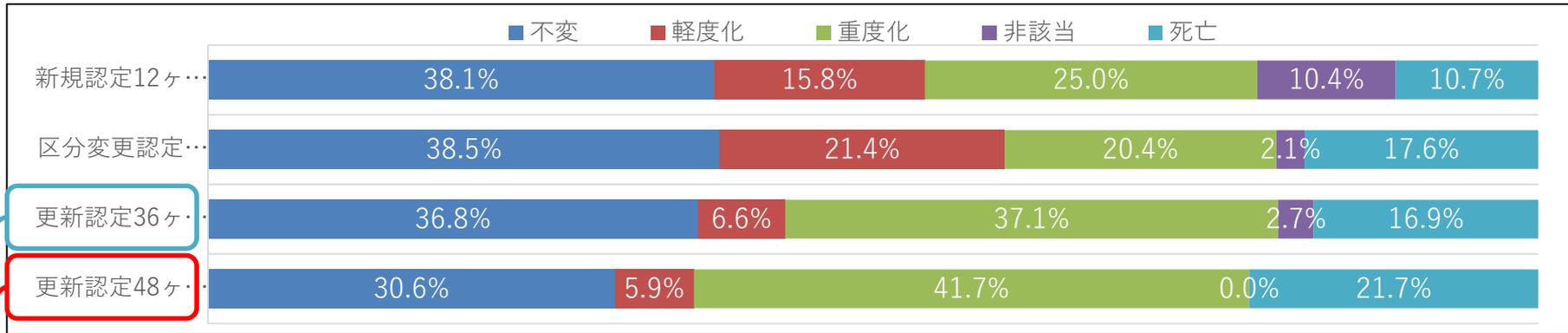
要介護認定に係る有効期間

申請区分等	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請	6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
区分変更申請	6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
更新申請	12ヶ月	3ヶ月～36ヶ月※

※平成30年4月から、更新申請の場合における設定可能な認定有効期間の範囲の上限を、24ヶ月から36ヶ月にした。

認定後の要介護度の推移（平成27年4月認定）

- 平成27年4月に認定され、その後、48ヶ月時点まで要介護認定情報が確認できる者の、6ヶ月から48ヶ月時点の要介護度の「不変」等の割合を集計。
- 更新認定を受けた者のうち、**直前の要介護度と同じ要介護度の者と、直前の要介護度と異なる（重度又は軽度になった）者を比較すると、同じ要介護度の者の48ヶ月後と、異なる要介護度の者の36ヶ月後の割合が同程度**である。



※ 出典：介護保険総合データベース（令和元年10月集計）。転居等により、その後の要介護度が把握できない件数は含まない。36ヶ月時点で要介護度が確認でき、途中の期間で認定データがない場合も「非該当」に含む。なお、「死亡」は、保険者が把握している限りのデータである。

関係条文等（認定調査員の要件）

【認定調査を実施できる者】

	市町村		委託（①）		委託（②、③）	
	介護支援専門員	その他職種	介護支援専門員	その他職種	介護支援専門員	その他職種
新規申請	○	○	○	×	×	×
更新申請・区分変更申請	○	○	○	×	○	×

1. 指定市町村事務受託法人に係る規定

○ 介護保険法

第二十四条の二 市町村は、次に掲げる事務の一部を、法人であって厚生労働省令で定める要件に該当し、当該事務を適正に実施することができると認められるものとして都道府県知事が指定するもの（以下この条において「指定市町村事務受託法人」という。）に委託することができる。

一（略）

二 第二十七条第二項（第二十八条第四項、第二十九条第二項、第三十条第二項、第三十一条第二項及び第三十二条第二項（第三十三条第四項、第三十三条の二第二項、第三十三条の三第二項及び第三十四条第二項において準用する場合を含む。）において準用する場合を含む。）の規定による調査に関する事務

三（略）

2 指定市町村事務受託法人は、前項第二号の事務を行うときは、介護支援専門員その他厚生労働省令で定める者に当該委託に係る調査を行わせるものとする。

第二十七条（略）

2 市町村は、前項の申請があったときは、当該職員をして、当該申請に係る被保険者に面接させ、その心身の状況、その置かれている環境その他厚生労働省令で定める事項について調査をさせるものとする。この場合において、市町村は、当該被保険者が遠隔の地に居所を有するときは、当該調査を他の市町村に囑託することができる。

○ 介護保険法施行規則

第三十四条の二（略）

2 法第二十四条の二第一項の厚生労働省令で定める要件は、同項第二号に規定する事務（以下「要介護認定調査事務」という。）については、次のとおりとする。

一 要介護認定調査事務を適確に実施するに足る経理的及び技術的な基礎を有するものであること。

二 法人の役員又は職員の構成が、要介護認定調査事務の公正な実施に支障を及ぼすおそれがないものであること。

三 要介護認定調査事務以外の業務を行っている場合には、その業務を行うことによって要介護認定調査事務の公正な実施に支障を及ぼすおそれがないものであること。

四 前三号に定めるもののほか、要介護認定調査事務を行うにつき十分な適格性を有するものであること。

2. 指定居宅介護支援事業者等に係る規定

○ 介護保険法

第二十八条 1～4（略）

5 市町村は、前項において準用する前条第二項の調査を第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設その他の厚生労働省令で定める事業者若しくは施設（以下この条において「指定居宅介護支援事業者等」という。）又は介護支援専門員であって厚生労働省令で定めるものに委託することができる。

○ 介護保険法施行規則

第四十条 1～3（略）

4 法第二十八条第五項の厚生労働省令で定める事業者又は施設は、次のとおりとする。

一 指定居宅介護支援事業者

二 地域密着型介護老人福祉施設

三 介護保険施設

四 地域包括支援センター

提案理由全文（所沢市）

地方分権改革有識者会議 第75回 提案募集検討専門部会	資料 4
平成30年8月3日	

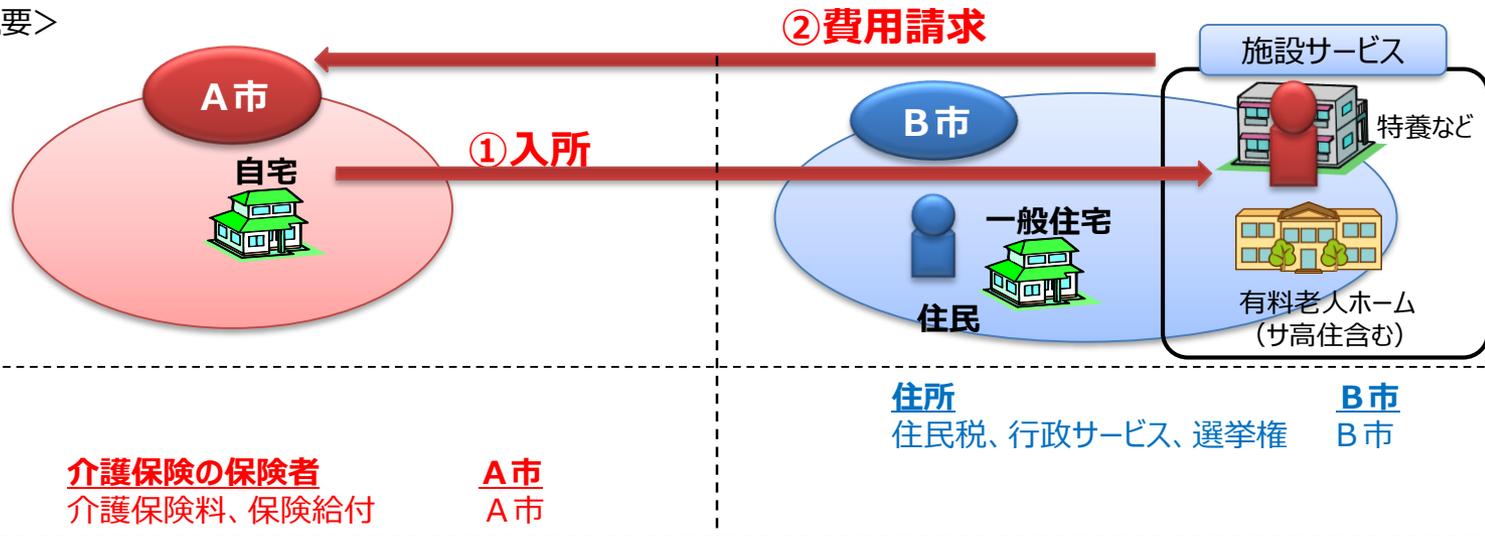
※那覇市からも同旨提案あり。内容は重複するので割愛。

- 現在、当市では、社会福祉法人に訪問調査業務(更新・区分変更)を委託している。調査業務を外部委託する場合、調査員の資格が、介護保険法第24条の2第2項による「介護支援専門員その他厚生労働省令で定める者」とあるため、現時点においても、受託者は人材確保に大変、難儀している。
また、次年度以降、指定市町村事務受託法人との訪問調査業務(新規)の委託を検討しているが、ここでも受託者にとって、介護支援専門員の人員確保が支障となる。受託法人委託する際、職員の資格要件が緩和されることで、スムーズな外部委託の実施につながり、行政としても、調査業務を外部へ委託することで、時間外勤務等の人件費削減及び事務の効率化につながる。また、福祉資格や医療資格を持ちながら仕事に就いていない人の雇用促進につながる。
- 本市においても事務受託法人に、更新申請の調査を中心に約1,000件/月の調査を委託している。しかしながら、調査員の多くは居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員であり、それぞれにケアマネジメント業務を持っていることから、これ以上の調査件数の増に対応することは難しいのが現状である。
また、平成30年に介護支援専門員の受験資格から、介護等業務従事者(東京都における合格者の6%程度)の受験資格が消滅したことにより、介護支援専門員の受験者数及び合格者数の減少が考えられ、認定調査業務を行う介護支援専門員数の大幅な伸びは見込めない。2025年には団塊の世代が75歳を迎え、介護保険制度を必要とする被保険者の数が増加すると見込まれる。上記のような理由から、国家資格等を有し、一定の専門知識を有する者については、必ずしも介護支援専門員の資格を必要としない制度改正により、認定調査員の担い手を増やすことが望まれる。
※ 特に病院入院中の新規申請や区分変更申請等に対し、看護師や准看護師による認定調査を実施することができれば、退院後の被保険者の生活に備えた、効果的な調査体制になるものと考える。
- 本市でも指定市町村事務受託法人に介護認定調査を委託しているが、調査員として採用する介護支援専門員が集まらず、指定市町村事務受託法人では、申請件数の増加を元に想定した採用予定数を下回る状態となっている。また、現在の調査員の高齢化も進んでおり、調査員の安定的かつ継続的な確保も課題となっている。今後の急速な高齢化にも対応できる安定的な介護認定調査業務の実施のため、調査員要件緩和について、至急対応いただきたい。
- 支障事例としては、指定市町村事務受託法人が調査員の募集をかけても、介護支援専門員の資格を有している者からの応募が少なく人材確保が困難であり、認定事務の遅れにつながる。
- 本市においては、原則、直営調査は行わず、新規申請及び変更申請は指定市町村事務受託法人に委託してしる。しかし、本市指定市町村事務受託法人において、年々、調査員の確保が困難になっており、認定調査が大幅に遅れる事態となった。これにより、年度末時点において、未調査数が通常300から500件のところ、平成30年3月31日時点では、約1100件が未調査となり、相互協力で行っていた他市町村からの新規申請に対する認定調査も、近隣市町村には、自身で調査いただくよう依頼している状況である。認定調査員確保ため、地方自治体が指定市町村事務受託法人に介護認定の訪問調査(新規申請分)を委託する際の調査員の資格要件を介護支援専門員に限らず、国家資格である「社会福祉士」、「介護福祉士」等の福祉資格や、「保健師」、「看護師」、「准看護師」、「理学療法士」等の医療的な資格まで広げ、また、市職員として認定調査を行った市職員OBも可能とするよう要望する。
- 当市は平成30年度から認定調査の一部を事務受託法人しているが、市内社協には受けてもらえず、委託先をプロポーザルにより民間事業者に決定した。しかしながら、全国的に、認定調査を受託可能な民間事業者はほとんどないことから、調査員資格を「国家資格所持者(看護師、保健師、理学療法士、作業療法士または社会福祉士、介護福祉士)」まで拡大すれば民間事業者は増えてくると思われ、契約の際にも競争性を持たせることが可能となる。調査員の拡充により、市民への結果通知の日数短縮が見込める。当市が契約している事務受託法人においても人材不足は生じているため、資格拡大により調査員確保は期待できると思う。

住所地特例の仕組み

- 介護保険においては、**地域保険の考え方から、住民票のある市町村が保険者となるのが原則。**
- その原則のみだと介護保険施設等の所在する市町村に給付費の負担が偏ってしまうことから、施設等の整備が円滑に進まないおそれがある。
- このため、**特例として、施設に入所する場合には、住民票を移しても、移す前の市町村が引き続き保険者となる仕組み（住所地特例）**を設けている。

<制度概要>



<現在の対象施設等>

- (1) 介護保険3施設
- (2) 特定施設（地域密着型特定施設を除く。）
 - ・有料老人ホーム
 - ・軽費老人ホーム
 - ・養護老人ホーム

(参考)

有料老人ホーム：住まいと食事や生活支援サービスを一体で提供。
介護サービスも同一事業者が提供するが多い。

サービス付き高齢者向け住宅：「安否確認」や「生活相談」の提供が必須。
介護サービスは外部の事業者が提供する。

(参考)介護保険制度改正の全体像



介護保険制度改革

(イメージ)

1. 介護予防・地域づくりの推進
～健康寿命の延伸～
／「共生」・「予防」を両輪とする
認知症施策の総合的推進

2. 地域包括ケアシステムの推進
～地域特性等に応じた介護基盤整備
・質の高いケアマネジメント～

3. 介護現場の革新
～人材確保・生産性の向上～



保険者機能の強化



データ利活用のためのICT基盤整備

制度の持続可能性の確保のための見直しを不断に実施

【改革の目指す方向】

○地域共生社会の実現と2040年への備え

- ・地域包括ケアシステム、介護保険制度を基盤とした地域共生社会づくり
- ・介護サービス需要の更なる増加・多様化、現役世代（担い手）減少への対応

【改革の3つの柱】 ※3つの柱は相互に重なり合い、関わり合う

1. 介護予防・地域づくりの推進～健康寿命の延伸～／「共生」・「予防」を両輪とする認知症施策の総合的推進

- ・通いの場の拡充等による介護予防の推進
- ・地域支援事業等を活用した地域づくりの推進
- ・認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の総合的推進 等

2. 地域包括ケアシステムの推進～地域特性等に応じた介護基盤整備・質の高いケアマネジメント～

- ・地域特性等に応じた介護サービス基盤整備
- ・質の高いケアマネジメントに向けた環境整備
- ・医療介護連携の推進 等

3. 介護現場の革新～人材確保・生産性の向上～

- ・新規人材の確保、離職防止等の総合的人材確保対策
- ・高齢者の地域や介護現場での活躍促進
- ・介護現場の業務改善、文書量削減、ロボット・ICTの活用の推進 等

【3つの柱を下支えする改革】

○保険者機能の強化

- ・保険者機能強化推進交付金の抜本的な強化
- ・PDCAプロセスの更なる推進

○データ利活用のためのICT基盤整備

- ・介護関連データ（介護DB、VISIT、CHASE）の利活用に向けたシステム面・制度面での環境整備

○制度の持続可能性の確保のための見直し

- ・介護保険料の伸びの抑制に向けて、給付と負担について不断の見直し