

日時 令和2年3月16日 10:00～12:00
場所 ベルサール九段 ホール（3階）

日時 令和2年3月16日 10:00～12:00

場所 ベルサール九段 ホール（3階）

速記○

今	井	伊	田	井	石	安
井	上	藤	中	口	田	藤
委	委	委	分	分	委	委
員	員	員	科	科	員	員
○	○	○	会	会	○	○
			長	長		
			○	代理		
				○		

関係者

関係者

江	澤	委	員	○
大	西	委	員	○
岡	島	委	員	○
荻	野	委	員	○
鎌	田	委	員	○
河	本	委	員	○
黒 (代理)	岩 山	委 本参考人)	員	○
小	泉	委	員	○
栗	原	企	画	官

○ 小	玉	委	員
○ 武	久	委	員
○ 濱	田	委	員
○ 東		委	員
○ 藤	野	委	員
○ 正	立	委	員
○ 堀	田	委	員
○ 山下医療介護連携政策課長			

○里村介護保険指導室長	○山口介護保険計画課長	○黒田総務課長	○八神審議官	○諏訪園審議官	○大島老健局長	○眞鍋老人保健課長	○尾崎振興課長	○齋藤高齢者支援課長	○岡野認知症施策推進室長
-------------	-------------	---------	--------	---------	---------	-----------	---------	------------	--------------

事 務 局

記 者 · 傍 聽 者

社会保障審議会介護給付費分科会(第 176 回)議事次第

日時：令和 2 年 3 月 16 日（月）
10：00 から 12：00 まで
於：ベルサール九段 ホール

議 題

1. 令和 3 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
2. その他

社会保障審議会介護給付費分科会委員名簿

令和2年3月16日現在

氏 名	現 職
安 藤 伸 樹	全国健康保険協会理事長
井 口 経 明	東北福祉大学客員教授
石 田 路 子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事（名古屋学芸大学看護学部教授）
伊 藤 彰 久	日本労働組合総連合会総合政策推進局生活福祉局長
井 上 隆	一般社団法人日本経済団体連合会常務理事
今 井 準 幸	民間介護事業推進委員会代表委員
江 澤 和 彦	公益社団法人日本医師会常任理事
大 西 秀 人	全国市長会介護保険対策特別委員会委員長（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
荻 野 構 一	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
鎌 田 松 代	公益社団法人認知症の人と家族の会理事
亀 井 利 克	三重県国民健康保険団体連合会理事長（名張市長）
河 村 文 夫	全国町村会政務調査会行政委員会委員（東京都奥多摩町長）
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 泉 立 志	公益社団法人全国老人福祉施設協議会理事
小 玉 剛	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
武 久 洋 三	一般社団法人日本慢性期医療協会会長
◎ ※ 田 中 滋	埼玉県立大学理事長
濱 田 和 則	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
藤 野 裕 子	公益社団法人日本介護福祉士会副会長
堀 田 聰 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 齊	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

（敬称略、50音順）

※は社会保障審議会の委員

◎は分科会長

介護分野をめぐる状況について

（目次）

1. 介護保険をとりまく状況	1
▪ 概況	2
▪ 地域包括ケアシステムの推進	16
▪ 自立支援・重度化防止の推進	48
▪ 人材の確保・介護現場の革新	83
▪ 制度の安定性・持続可能性の確保	107
▪ 介護報酬改定や制度改正等の動き	115
2. 介護報酬における今後の論点（案）	137

1. 介護保険をとりまく状況

▪ 概況

これまでの20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20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

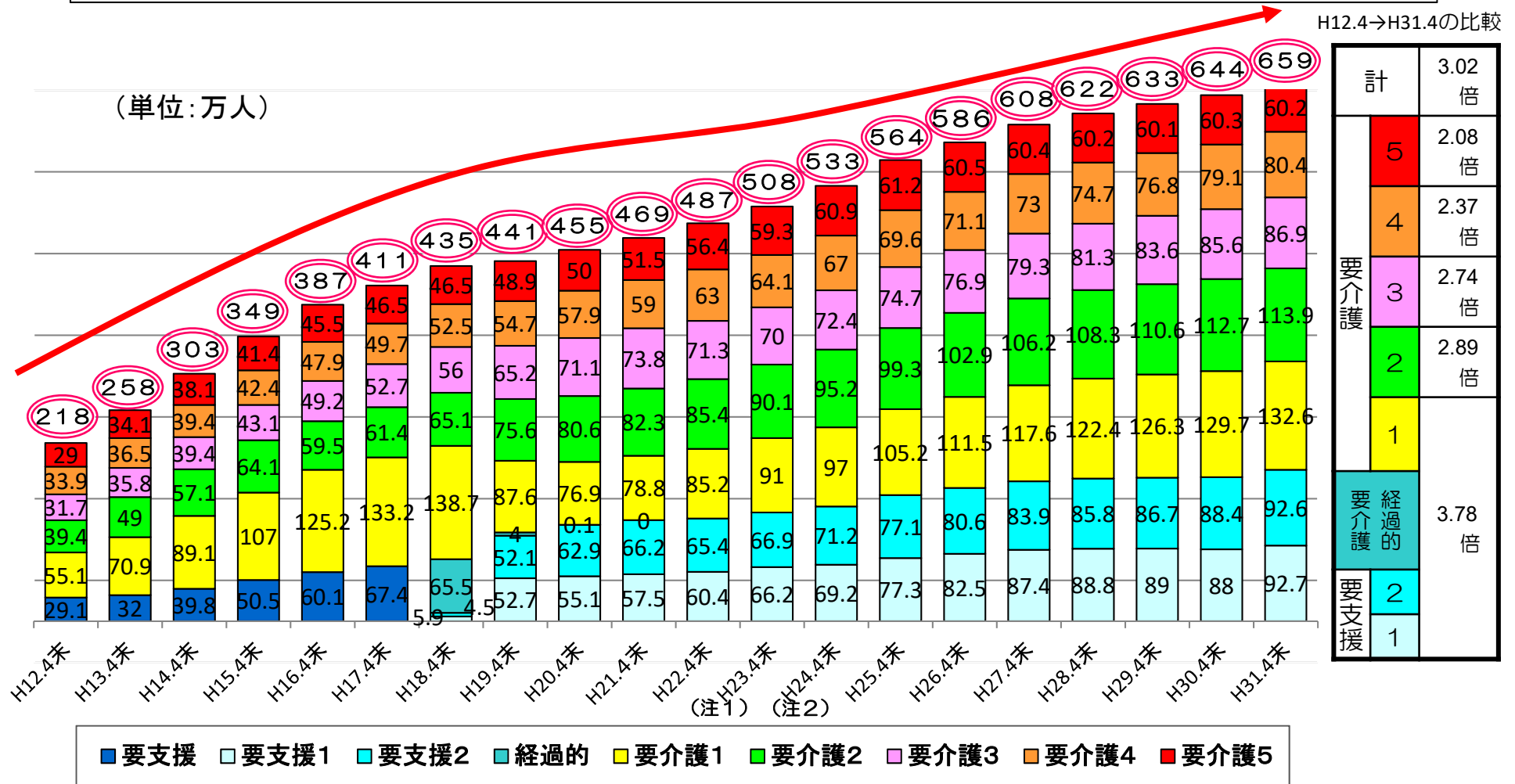
③サービス利用者の増加

	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	
（居宅系）	—		61万人	
（居住系）	—		21万人	
（施設系）	—		6万人	
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、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。（出典：介護保険事業状況報告）

要介護度別認定者数の推移

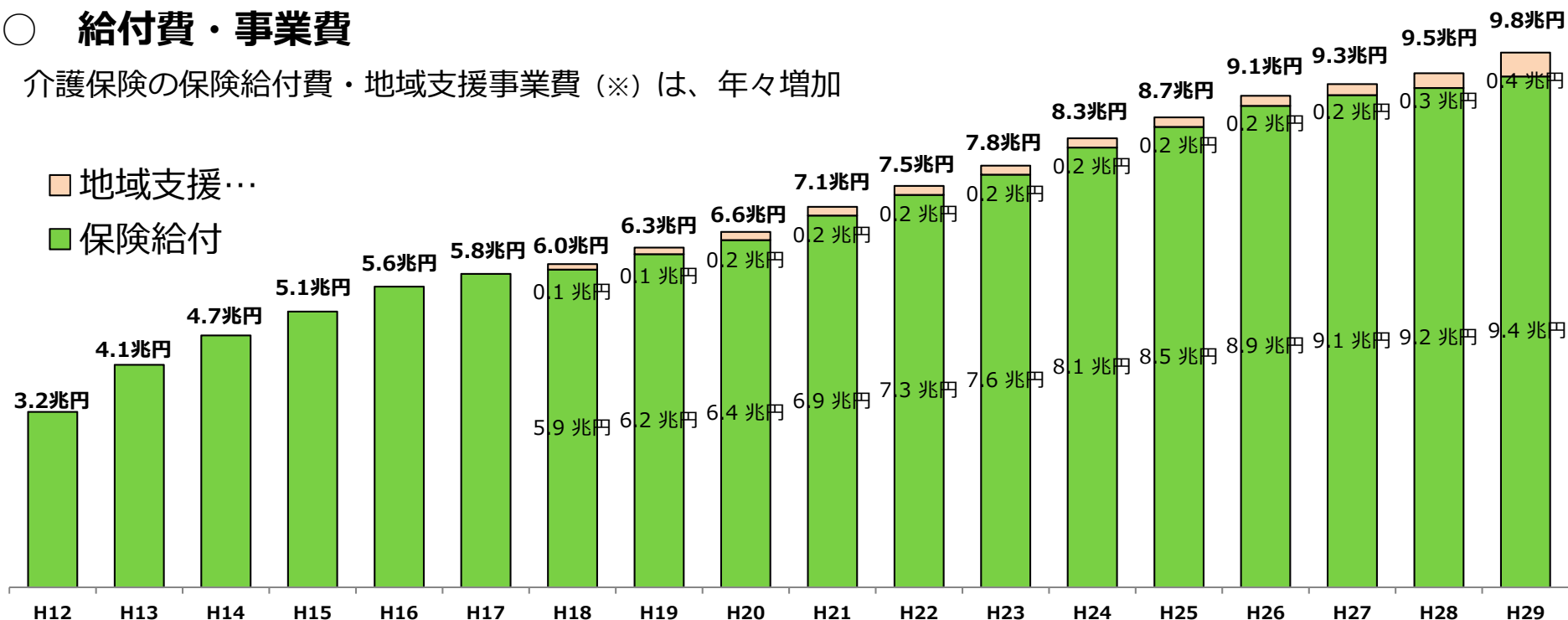
要介護(要支援)の認定者数は、平成31年4月現在659万人で、この19年間で約3.0倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



介護費用と保険料の推移

○ 給付費・事業費

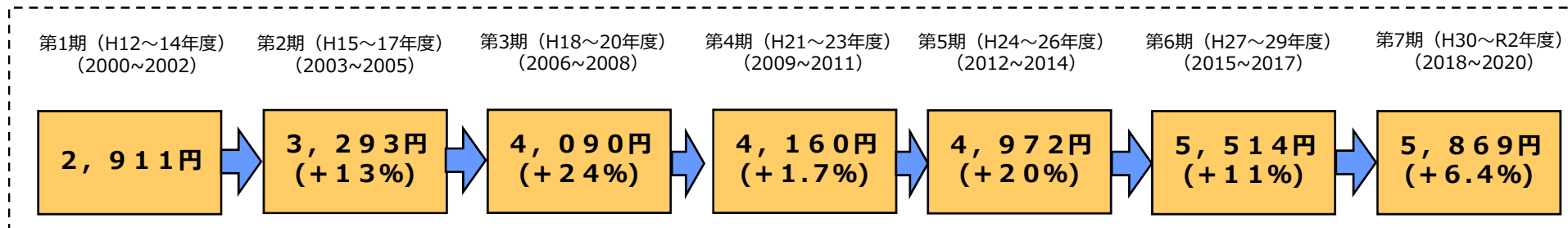
介護保険の保険給付費・地域支援事業費（※）は、年々増加



※ 1 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）。

※ 2 保険給付及び地域支援事業の利用者負担は含まない。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均（月額・加重平均）〕



介護保険の財源構成と規模

(令和2年度予算案 介護給付費：11.5兆円)
総費用ベース：12.4兆円

保険料 50%

公 費 50%

第1号保険料

【65歳以上】

23% (2.6兆円)

- ・第1号・第2号保険料の割合は、介護保険事業計画期間（3年）ごとに、人口で按分

第2号保険料

【40～64歳】

27% (3.1兆円)

- ・第2号保険料の公費負担 (0.3兆円)
国保 (国：0.3兆円 都道府県：0.1兆円)

平成27年度から保険料の低所得者軽減強化に別枠公費負担の充当を行い、この部分が公費(国・都道府県・市町村)となる

国庫負担金【調整交付金】

5% (0.6兆円)

- ・第1号被保険者に占める75歳以上の高齢者の割合、所得段階別の割合等に応じて調整交付

国庫負担金【定率分】

20% (2.1兆円)

- ・施設の給付費の負担割合
国庫負担金 (定率分) 15%
都道府県負担金 17.5%

都道府県負担金

12.5% (1.6兆円)

市町村負担金

12.5% (1.4兆円)

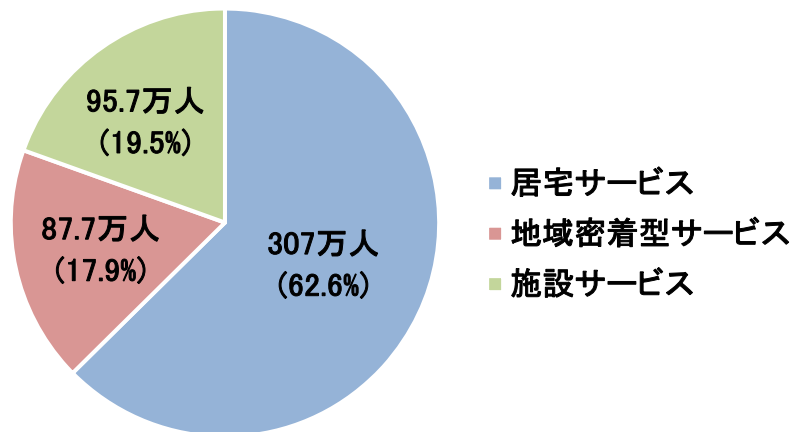
※数値は端数処理をしているため、合計が一致しない場合がある。

総費用等における提供サービスの内訳

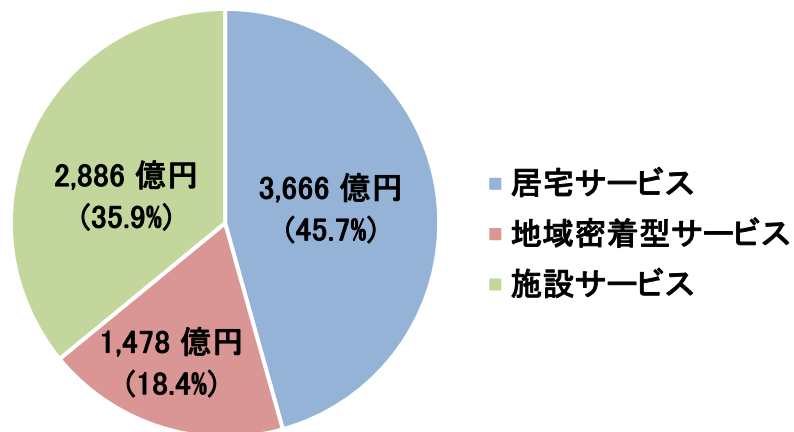
要介護のサービス利用者のうち、居宅・地域密着型サービスは約80%、施設サービスは約20%であるが、総費用においては、居宅・地域密着型サービスは約64%、施設サービスは約36%となっている。

要介護利用者・総費用内訳

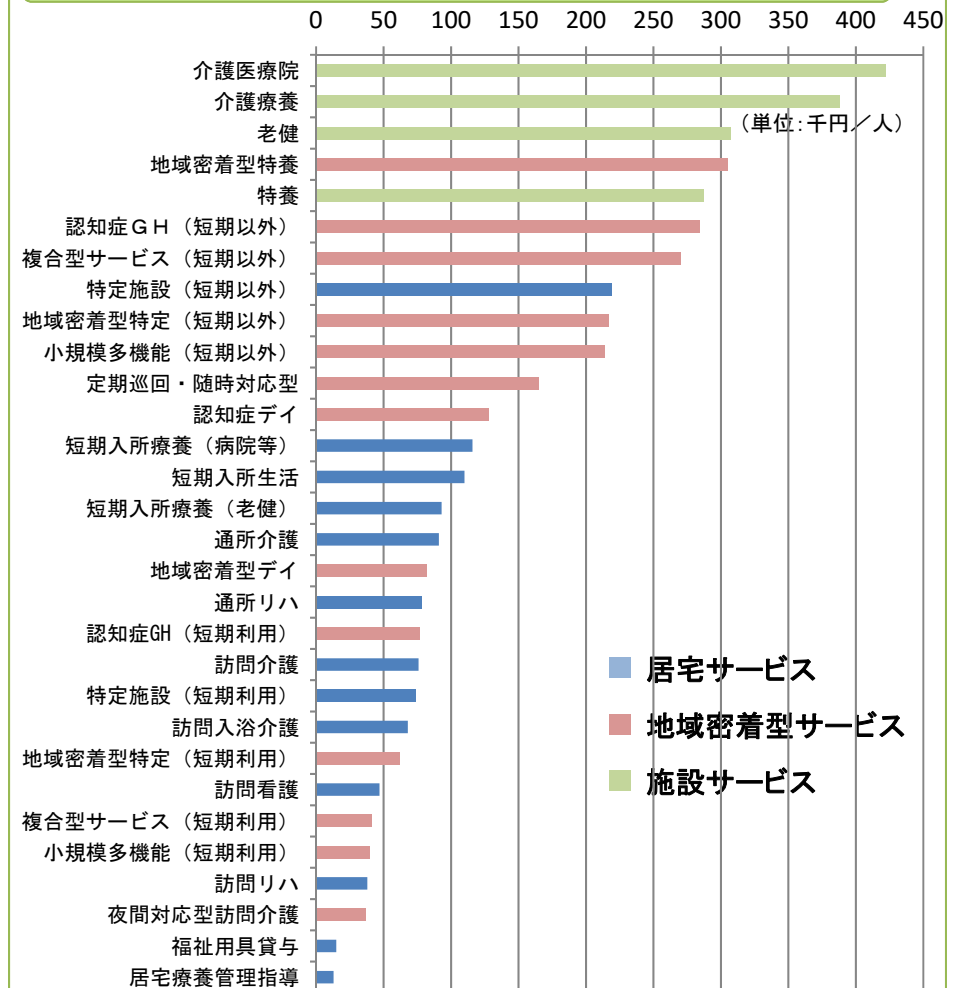
要介護利用者内訳



総費用内訳(補足給付含む)

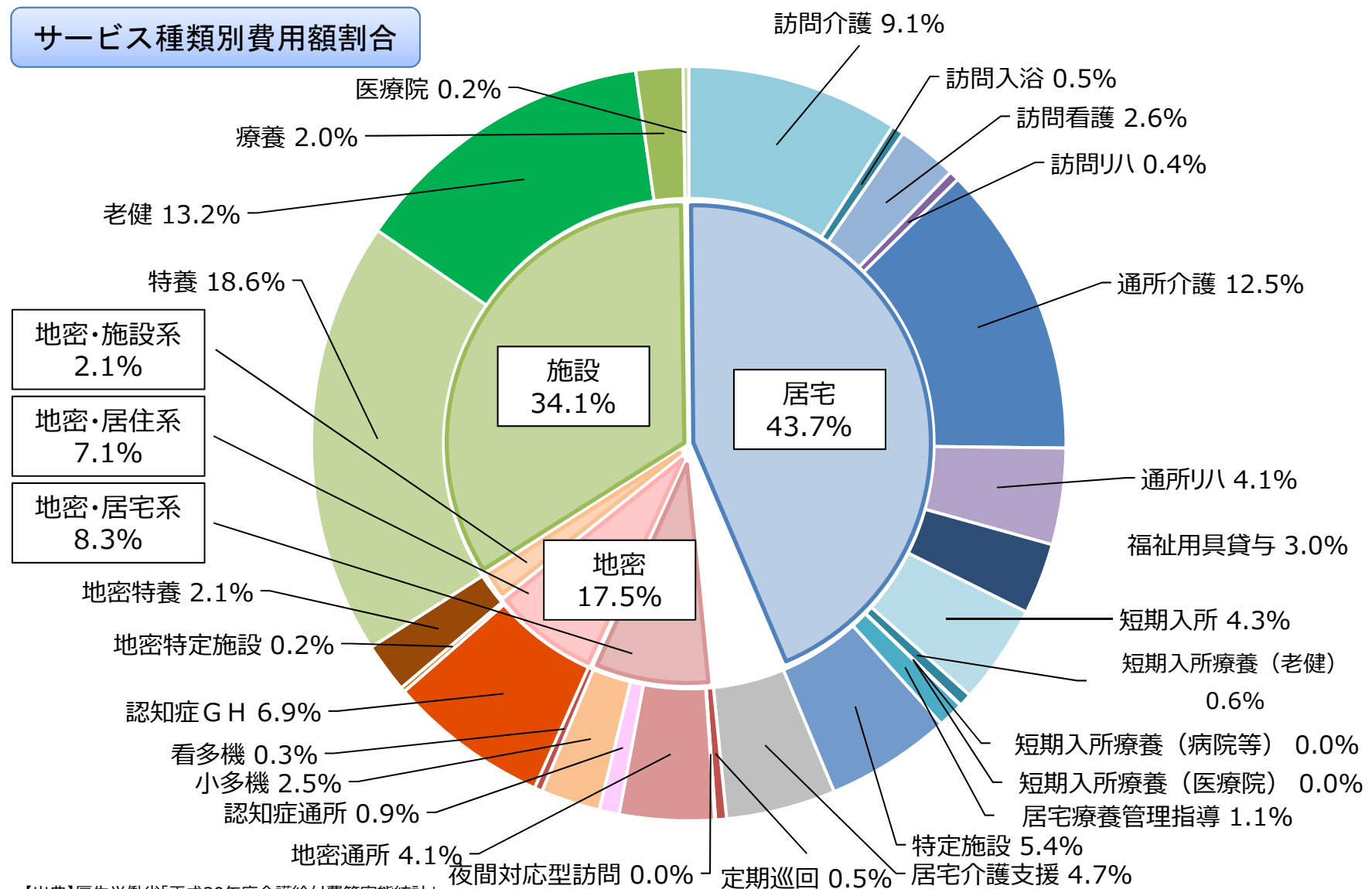


サービスごとの1人当たり総費用(補足給付含む)



出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計」(平成31年4月審査分)

総費用等における提供サービスの内訳(平成30年度) 割合



【出典】厚生労働省「平成30年度介護給付費等実態統計」

(注1) 介護予防サービスを含まない。

(注2) 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3) 介護費は、平成30年度(平成30年5月～平成31年4月審査分(平成30年4月～平成31年3月サービス提供分))。

総費用等における提供サービスの内訳(平成30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	900,694	1,456.7	33,176
	訪問入浴介護	52,495	123.0	1,770
	訪問看護	257,052	701.0	11,795
	訪問リハビリテーション	42,823	153.6	4,614
	通所介護	1,243,519	1,604.5	23,881
	通所リハビリテーション	409,205	621.8	7,920
	福祉用具貸与	302,033	2,413.1	7,113
	短期入所生活介護	422,572	739.1	10,615
	短期入所療養介護	57,484	152.9	3,781
	居宅療養管理指導	111,247	1,053.5	39,123
	特定施設入居者生活介護	532,291	280.6	5,550
	計	4,331,418	3,930.2	149,338
居宅介護支援		465,401	3,581.1	39,685
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	46,295	36.8	946
	夜間対応型訪問介護	3,416	12.6	172
	地域密着型通所介護	402,188	596.8	19,452
	認知症対応型通所介護	85,213	82.7	3,439
	小規模多機能型居宅介護	252,000	143.2	5,648
	看護小規模多機能型居宅介護	33,730	18.1	627
	認知症対応型共同生活介護	682,789	257.4	13,904
	地域密着型特定施設入居者生活介護	19,718	10.4	350
	地域密着型介護老人福祉施設サービス	211,289	75.7	2,344
	計	1,736,638	1,182.6	46,882
施設	介護老人福祉施設	1,847,256	690.7	8,057
	介護老人保健施設	1,306,490	566.2	4,285
	介護療養型医療施設	199,799	73.0	912
	介護医療院	23,724	12.4	145
計		3,377,270	1,284.6	13,399
合計		9,910,728	5,179.2	244,054

【出典】厚生労働省「平成30年度介護給付費等実態統計」

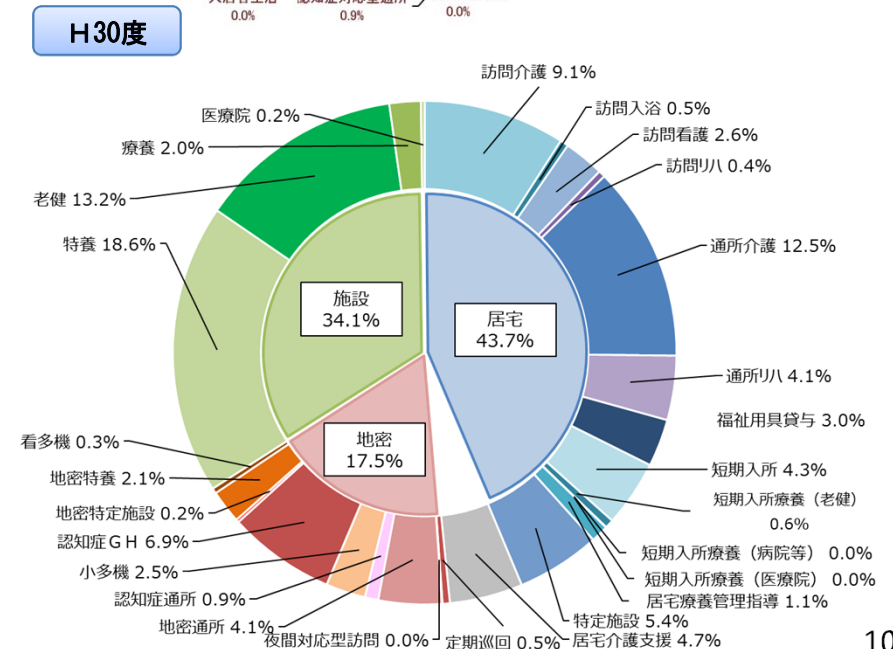
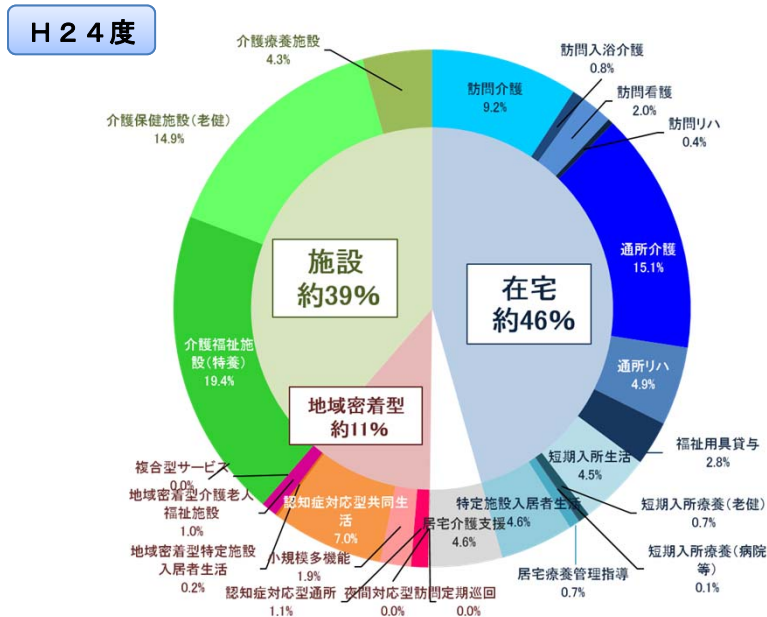
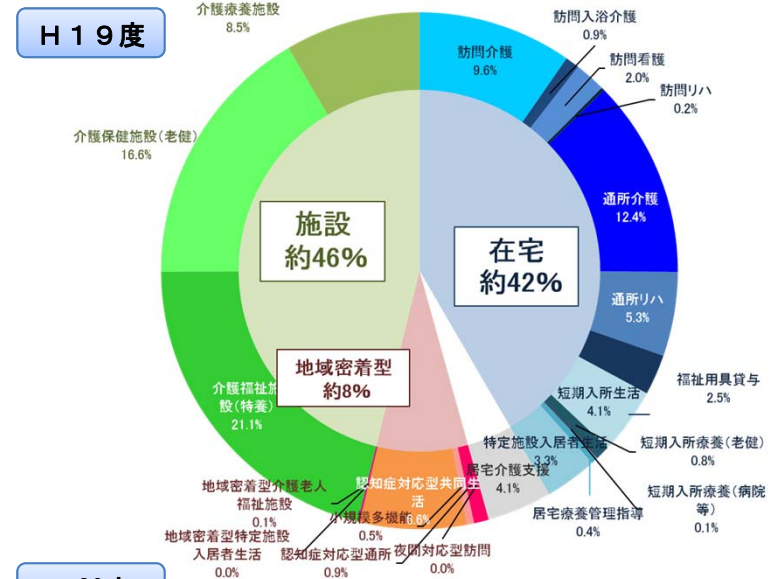
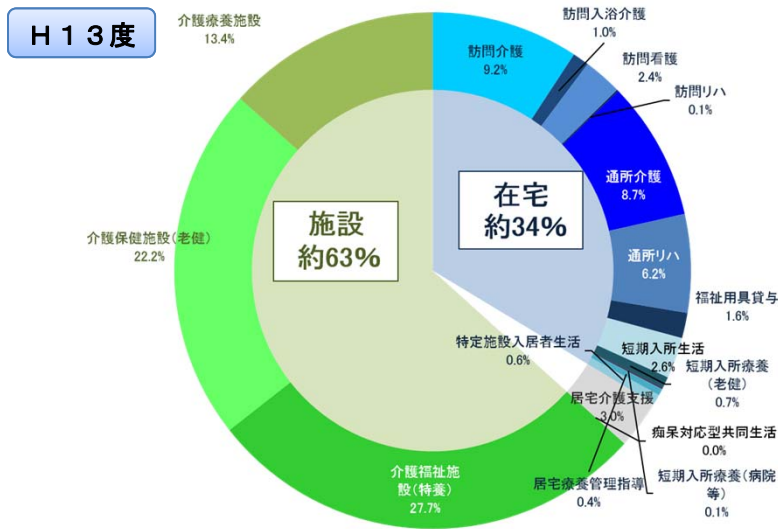
※事業者数は延べ数である。

(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30年度(平成30年5月～平成31年4月審査分(平成30年4月～平成31年3月サービス提供分)、請求事業所数は、平成31年4月審査分である。

(注3) 利用者数は、平成30年4月から平成31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。

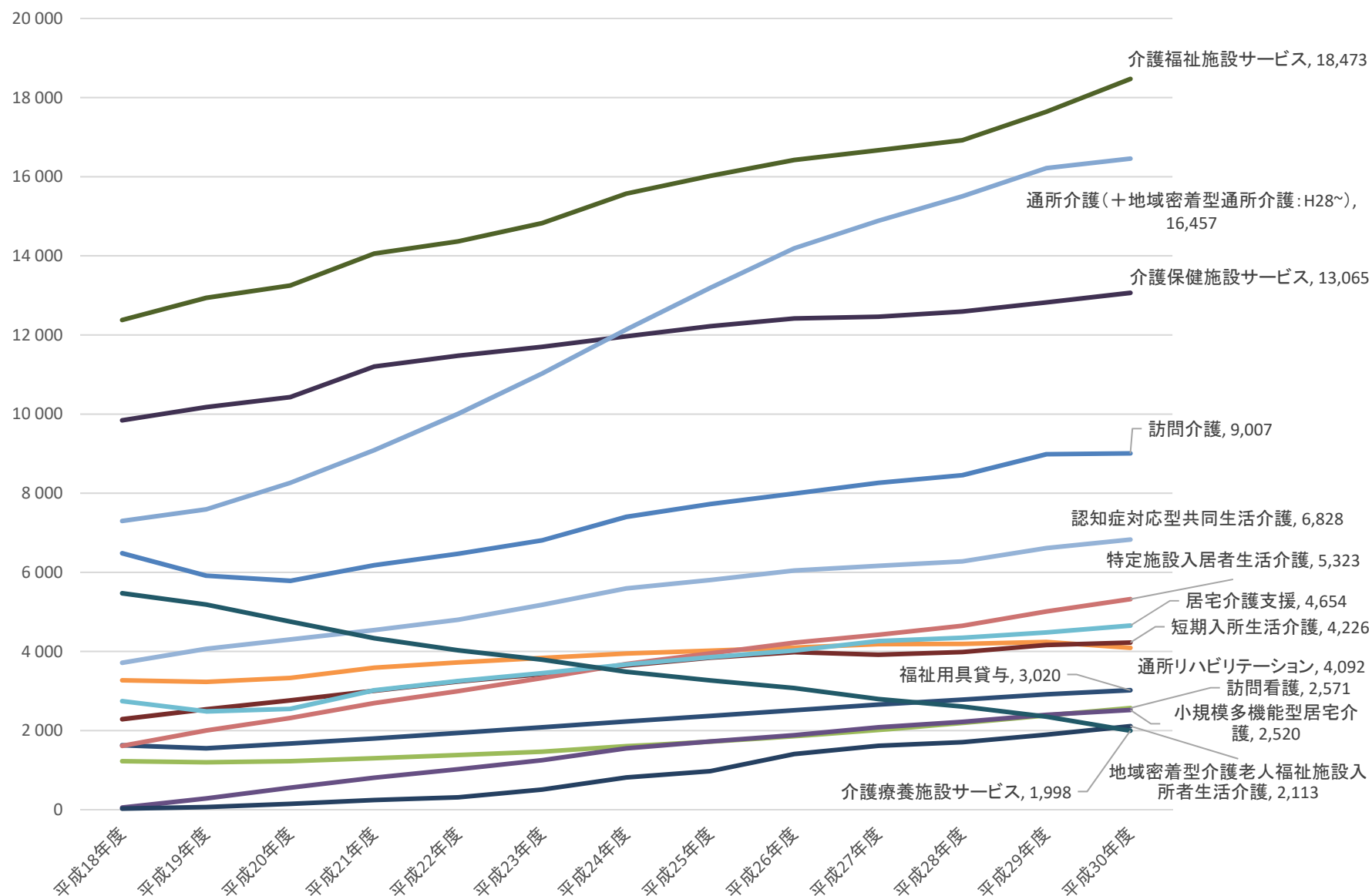
サービス種類別介護費用額割合の推移



〔出典〕介護給付費等実態調査(平成13年度から平成30年度)より作成

サービス種類別介護費用額の推移

単位: 億円



〔出典〕介護給付費等実態調査(統計)(平成18年度から平成30年度)より作成

注1) 介護予防サービスを含まない。

注2) 右のサービス名に記載された数値は平成30年度分のもの。

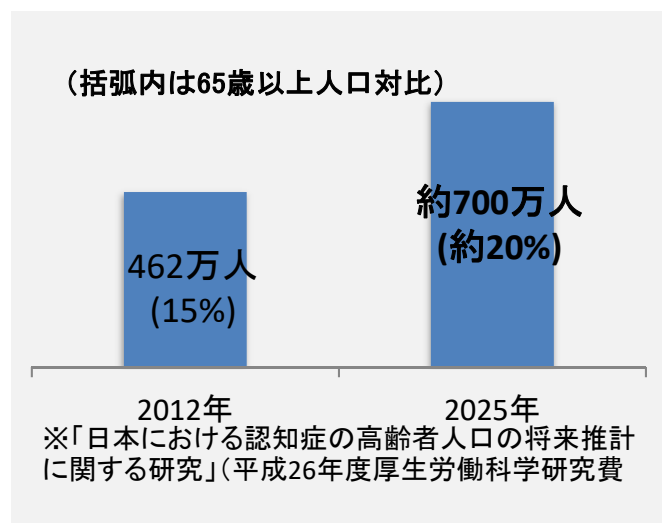
今後の介護保険をとりまく状況(1)

- 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。

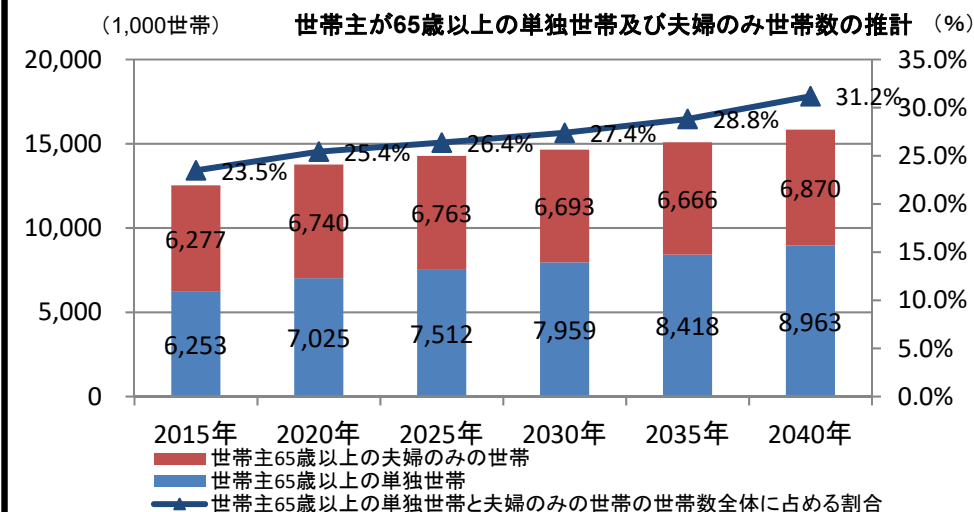
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,387万人(266%)	3,619万人(289%)	3,677万人(300%)	3,704万人(380%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,632万人(128%)	1,872万人(149%)	2,180万人(178%)	2,446万人(25.1%)

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



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(平成30(2018)年1月推計)」より作成

- 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

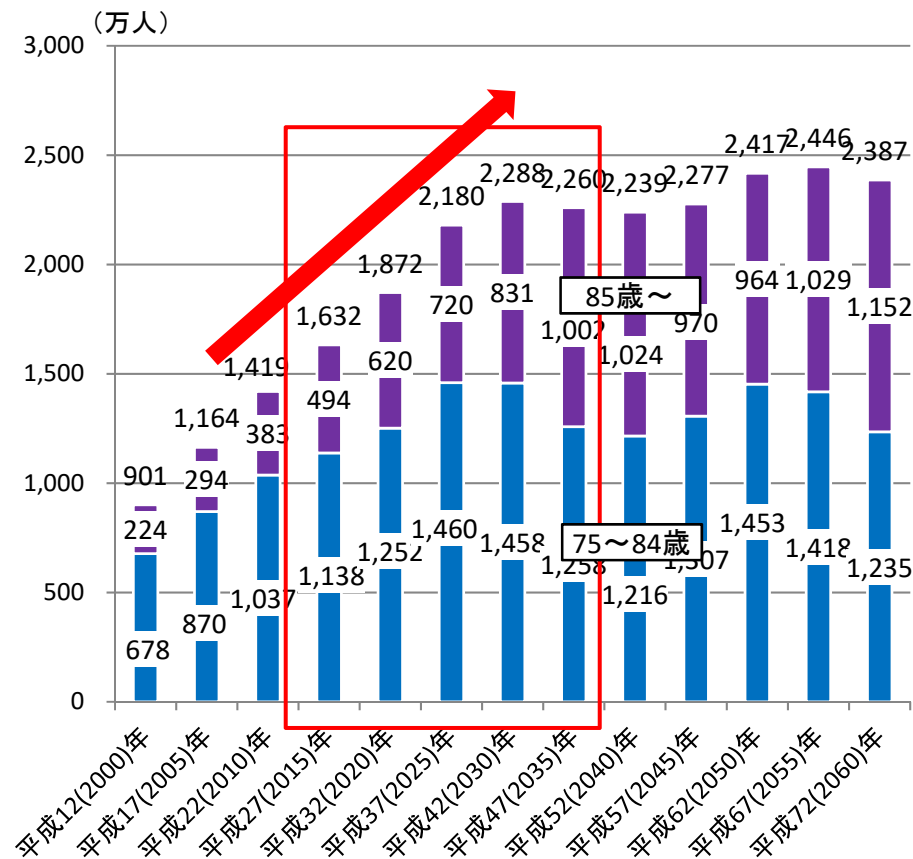
	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	～	東京都(17)	～	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	77.3万人 <10.6%>	70.7万人 <11.4%>	99.3万人 <10.9%>	80.8万人 <10.8%>	105.0万人 <11.9%>		146.9万人 <10.9%>		26.5万人 <16.1%>	18.9万人 <18.4%>	19.0万人 <16.9%>	1632.2万人 <12.8%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	120.9万人 <16.8%> (1.56倍)	107.2万人 <17.5%>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

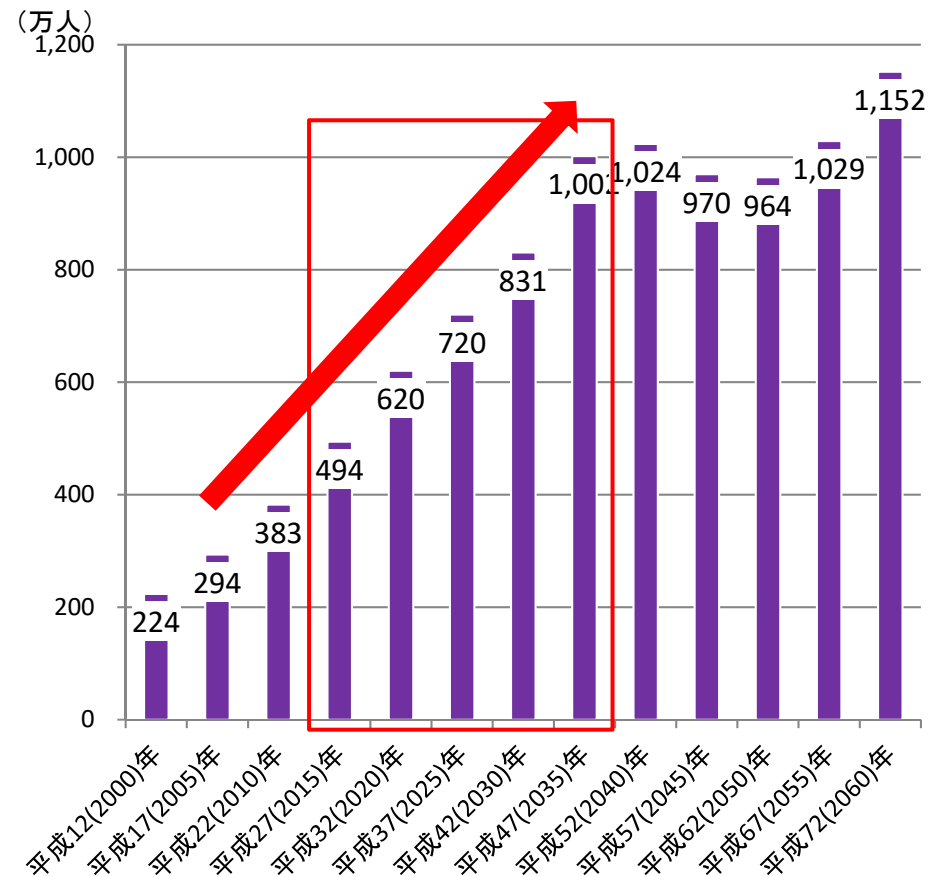
75歳以上の人口の推移

○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年間で、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年間で、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。

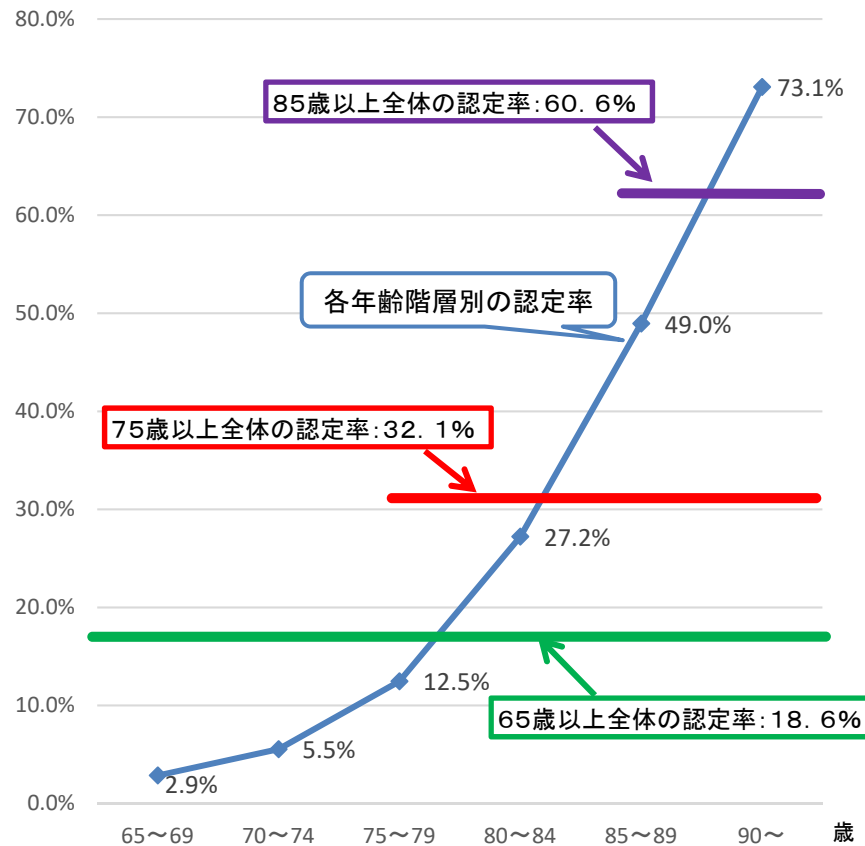


(資料)将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

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

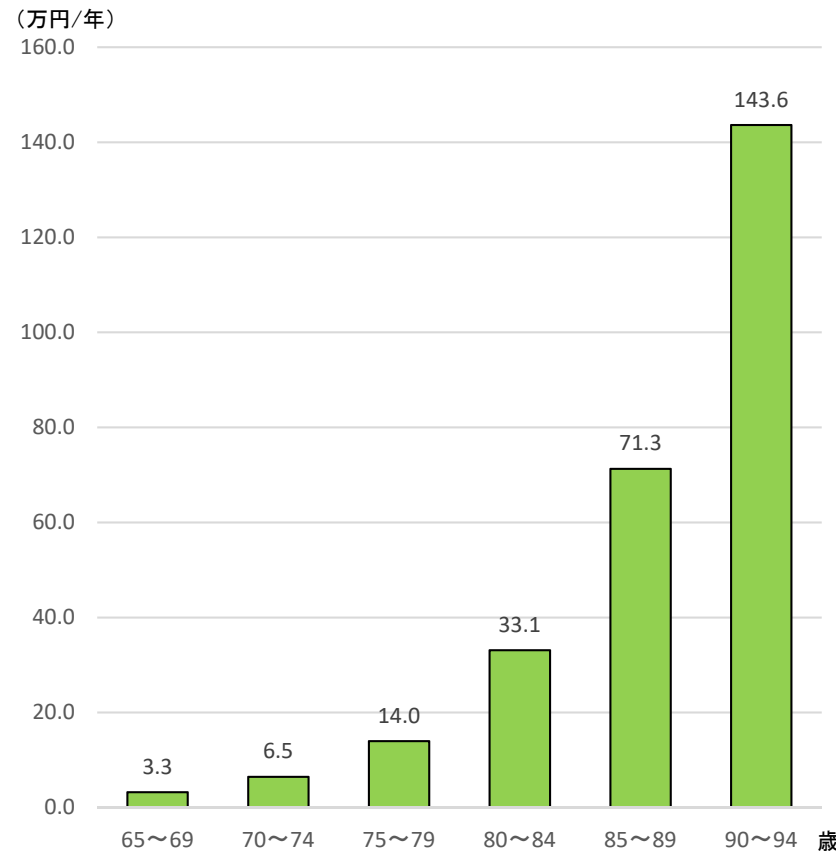
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典: 2019年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2019年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

年齢階級別の人口1人当たりの介護給付費

○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。



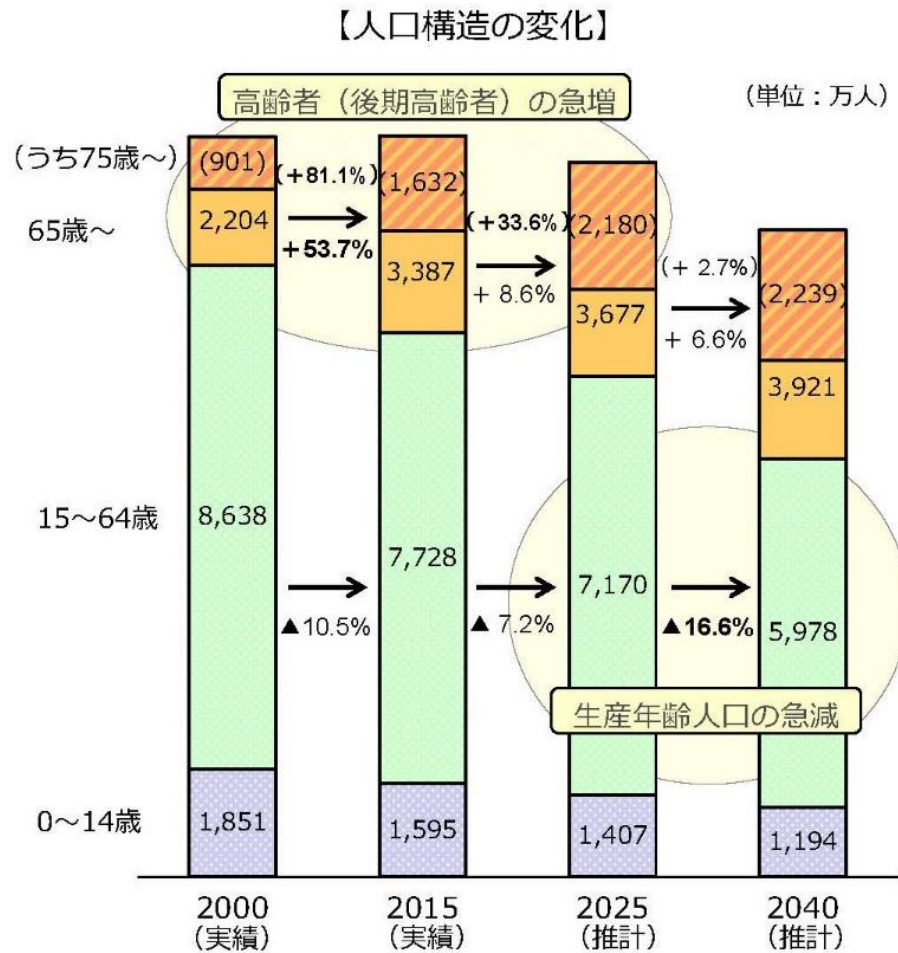
出典: 2018年度「介護給付費等実態統計」及び2018年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

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。

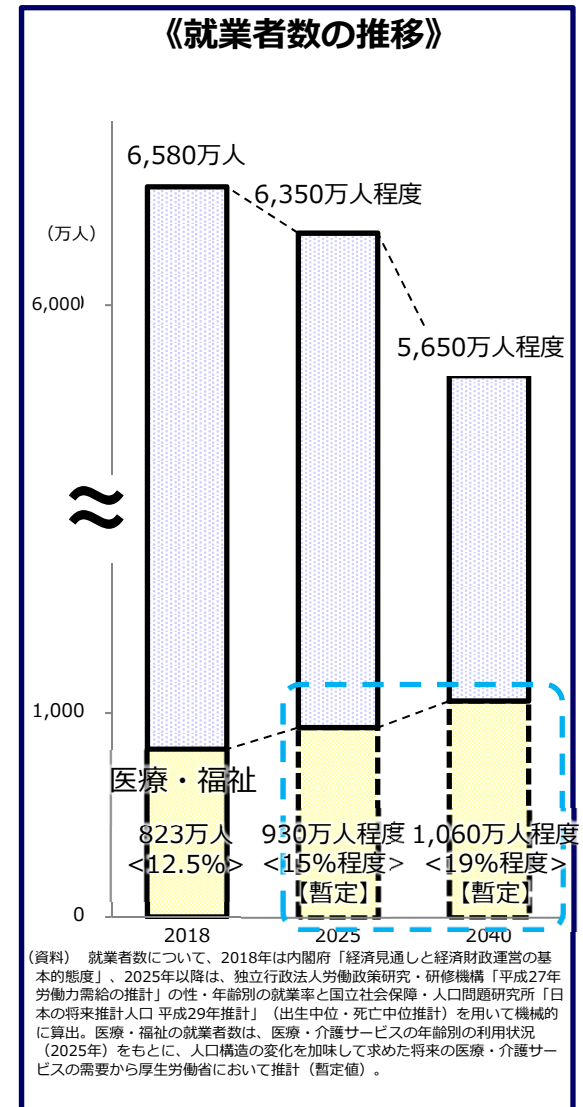
今後の介護保険をとりまく状況(4)

○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)



- **地域包括ケアシステムの推進**

介護サービスの種類

※制度施行後の改正で導入したサービスについては、【 】内に導入年度を記載（特段記載のないものは制度施行のH12導入）

	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	◎居宅介護サービス 【訪問サービス】 ○訪問介護（ホームヘルプサービス） ○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 ○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売 【通所サービス】 ○通所介護（デイサービス） ○通所リハビリテーション 【短期入所サービス】 ○短期入所生活介護（ショートステイ） ○短期入所療養介護 ◎施設サービス ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設【～R5】 ○介護医療院【H30～】	◎地域密着型介護サービス【H18～】 ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護【H24～】 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護【H28～】 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○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 ○看護小規模多機能型居宅介護【H24～】 ◎居宅介護支援
予防給付を行うサービス	◎介護予防サービス【H18～】 【訪問サービス】 ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与 ○特定介護予防福祉用具販売 【通所サービス】 ○介護予防通所リハビリテーション 【短期入所サービス】 ○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護予防短期入所療養介護	◎地域密着型介護予防サービス【H18～】 ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ◎介護予防支援【H18～】

この他、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業【H27～】がある。

介護保険制度における新たなサービス等の導入の経緯①

第1期
(平成12年度～)

平成12年4月 介護保険法施行

◎在宅介護サービス

【訪問サービス】

- 訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 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

- 特定施設入居者生活介護
- 認知症対応型共同生活介護
- 福祉用具貸与
- 特定福祉用具販売

【通所サービス】

- 通所介護（デイサービス）
- 通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

- 短期入所生活介護（ショートステイ）
- 短期入所療養介護

◎施設サービス

- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護療養型医療施設【～R5】

◎在宅介護支援

第2期
(平成15年度～)

平成17年改正(平成18年4月等施行)

導入サービス	導入理由
介護予防給付	制度スタート後、要介護認定を受ける方（特に軽度者（要支援、要介護1の方））が増加した一方、軽度者の方は、適切なサービス利用により「状態の維持・改善」が期待されることから、この軽度者の方の状態像を踏まえ、できる限り要支援・要介護状態にならない、又は重度化しないよう、「介護予防」を重視したシステムの確立を目指し創設。
地域支援事業	要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村が実施する事業として創設。
地域密着型サービス	認知症高齢者や一人暮らし高齢者が増加している中で、こうした方々が出来る限り住み慣れた地域での生活が継続できるよう、地域の特性に応じて多様で柔軟なサービス提供が可能となるような新たなサービス体系として創設。
例：小規模多機能型居宅介護	中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービスを提供
例：夜間対応型訪問介護	在宅にいても、夜間を含め24時間安心して生活できる体制を整備するため、定期巡回と通報による随時対応を合わせたサービスを提供
サテライト型施設（特別養護老人ホーム・老人保健施設等）	施設が有している様々な機能を地域に展開していくことを目指すとともに、小規模な施設の効率的運営を可能とする観点から創設。本体施設との密接な連携を前提に、人員基準を一部緩和

第3期
(平成18年度～)

介護保険制度における新たなサービス等の導入の経緯②

第4期
(平成21年度～)

平成23年改正(平成24年4月等施行)

導入サービス	導入理由
定期巡回・随時対応サービス	訪問介護などの在宅サービスが増加している一方で、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足していることや、医療ニーズが高い高齢者に対して医療と介護との連携が不足しているという課題に対応するため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護の両方を提供し、定期巡回と随時の対応を行うサービスとして創設。
複合型サービス	利用者がニーズに応じて柔軟に医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けられ、また、事業者にとっても柔軟な人員配置が可能となるよう、小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数のサービスを組み合わせて提供するサービスとして創設。
サービス付き高齢者向け住宅 ※高齢者住まい法改正	高齢者が、安心して住める住まいとして、①バリアフリー化、②状況把握サービス・生活相談サービスの提供、③契約解除時の前払い金の変換ルール及び保全措置が講じられている賃宅住宅及び有料老人ホームの登録制度を創設。
サテライト型事業所施設（小規模多機能型居宅介護） ※介護報酬改定	認知症高齢者等の在宅生活を支える重要なサービスとして更なる普及を促進する観点から、経営の安定化を図りつつ、利用者にとってより身近な地域でのサービス提供が可能となるようなサービスとして創設。本体施設との密接な連携を前提に、人員基準を一部緩和。

第5期
(平成24年度～)

平成26年改正(平成27年4月等施行)

導入サービス	導入理由
地域支援事業の充実	高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように地域包括ケアシステムを構築するため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実させるよう、以下の取組を新たに地域支援事業に位置づけ。 ①在宅医療・介護連携の推進、②認知症施策の推進、③地域包括ケア会議の推進、④生活支援サービスの充実・強化
介護予防・日常生活支援総合事業 (新しい総合事業)	一人暮らし高齢者等の急速な増加や家族の介護力の低下等により、生活支援サービスへのニーズや高齢者の社会参加の必要性が高まっていることを踏まえ、従来の介護予防・日常生活支援総合事業を発展的に見直し、予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、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を提供できるよう、地域支援事業へ移行。
特養の入所者重点化	特養の新規入所者を原則要介護3以上に限定し、在宅生活が継続困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化。 軽度(要介護1・2)の要介護者の入所について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合に、市町村の関与の下、特例的な場合に限定。

※地域密着型通所介護の創設(平成28年度から)

第6期
(平成27年度～)

平成29年改正(平成30年4月等施行)

導入サービス	導入理由
介護医療院	今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設として創設。

※介護保険と障害福祉制度に新たな共生型サービスを位置付け

※介護老人保健施設について、入所者の在宅復帰、在宅療養支援を目的とした施設であることを明確化

第7期
(平成30年度～)

平成30年度介護報酬改定の概要

(中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応①)

- ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。

訪問看護

- 看護体制強化加算について、ターミナルケア加算の算定者数が多い場合を新たな区分として評価する。
- | | | |
|--|---|--|
| <p><現行></p> <p>看護体制強化加算 300単位／月
(※ターミナルケア加算の算定者が年1名以上)</p> |  | <p><改定後></p> <p>看護体制強化加算(Ⅰ) 600単位／月 (新設)
(※ターミナルケア加算の算定者が年5名以上)</p> <p>看護体制強化加算(Ⅱ) 300単位／月
(※ターミナルケア加算の算定者が年1名以上)</p> |
|--|---|--|

認知症対応型共同生活介護

- 医療連携体制加算について、協力医療機関との連携を確保しつつ、手厚い看護体制の事業所を新たな区分として評価する。
- | | | |
|--|---|---|
| <p><現行></p> <p>医療連携体制加算 39単位／日
〔※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により
看護師1名以上確保〕</p> |  | <p><改定後></p> <p>医療連携体制加算(Ⅰ) 39単位／日
〔※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により
看護師1名以上確保〕</p> <p>医療連携体制加算(Ⅱ) 49単位／日 (新設)
〔※GH職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置
ただし、准看護師の場合は、別途病院等や訪問看護STの
看護師との連携体制が必要
※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること〕</p> <p>医療連携体制加算(Ⅲ) 59単位／日 (新設)
〔※GH職員として看護師を常勤換算で1名以上配置
※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること〕</p> |
|--|---|---|

特定施設入居者生活介護

- たんの吸引などのケアの提供に対する評価を創設する。
 - 医療提供施設を退院・退所して入居する際の医療提供施設との連携等に対する評価を創設する。
- | | |
|------------------------------------|--|
| <p>入居継続支援加算 36単位／日 (新設)</p> | <p>退院・退所時連携加算 30単位／日 (新設)
※入居から30日以内に限る</p> |
|------------------------------------|--|

平成30年度介護報酬改定の概要

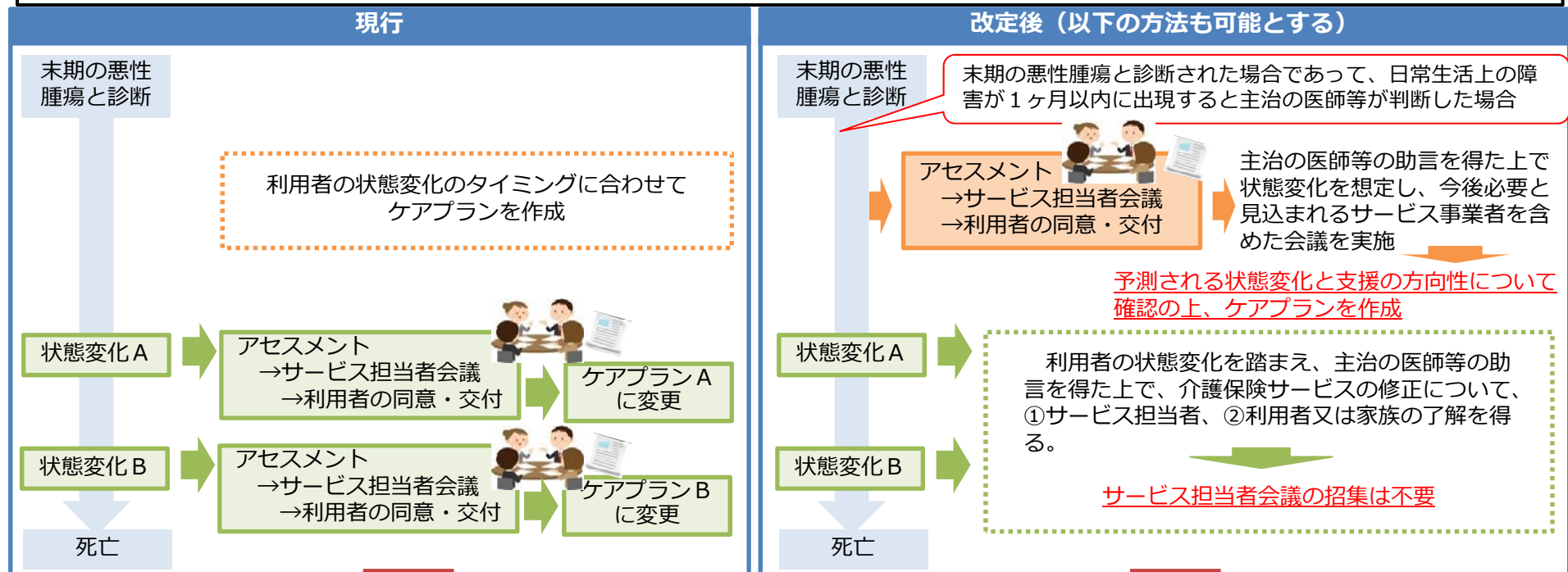
(中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応②)

- ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。

居宅介護支援

- 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。
- 末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月 (新設)



通常より頻回になる訪問、状態変化やサービス変更の必要性の把握、支援等を新たな加算で評価

平成30年度介護報酬改定の概要

(中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応③)

- 特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

介護老人福祉施設

- 複数の医師を配置するなどの体制を整備した特養について、配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行った場合を新たに評価する。

配置医師緊急時対応加算 650単位/回 (早朝・夜間の場合) **(新設)**
1300単位/回 (深夜の場合) **(新設)**

- 看取り介護加算について、上記の配置医師緊急時対応加算の算定に係る体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価する。

<現行>

看取り介護加算

死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
死亡日の前日又は前々日 680単位/日
死亡日 1280単位/日



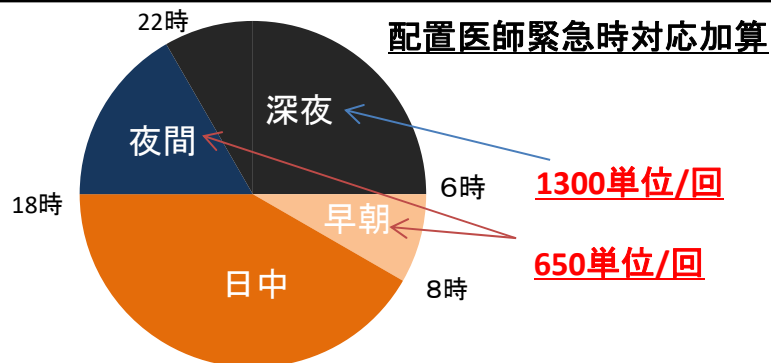
<改定後>

看取り介護加算(I)

死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
死亡日の前日又は前々日 680単位/日
死亡日 1280単位/日

看取り介護加算(II) **(新設)**

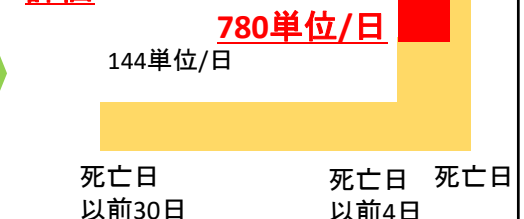
死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
死亡日の前日又は前々日 780単位/日
死亡日 1580単位/日



看取り介護加算



施設内での看取りを評価



平成30年度介護報酬改定の概要

(医療・介護の役割分担と連携の一層の推進①)

- 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

居宅介護支援

- 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。

<現行>

入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位/月

 - ・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) 100単位/月

 - ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

➡

<改定後>

入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位/月

 - ・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) 100単位/月

 - ・入院後7日以内に情報提供(提供方法は問わない)
- 退院・退所加算について、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とともに、医療機関等との連携回数に応じた評価とする。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。

<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
- 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)

特定事業所加算(Ⅳ) 125単位/月 (新設)

※ 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を年間5回以上算定している事業所
- 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。

平成30年度介護報酬改定の概要 (医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設)

- 現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設ける。
- 床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策を設ける。

介護医療院

- 介護医療院については、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（Ⅰ型）と、老人保健施設相当以上のサービス（Ⅱ型）の2つのサービスが提供されるよう、人員・設備・運営基準等については以下のとおりとする。

ア サービス提供単位	介護医療院のⅠ型とⅡ型のサービスについては、療養棟単位とする。ただし、規模が小さい場合には、療養室単位でのサービス提供を可能とする。
イ 人員配置	開設に伴う人員基準については、 i 医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、Ⅰ型とⅡ型に求められる医療・介護ニーズを勘案して設定し、 ii リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師、その他の従業者は施設全体として配置をすることを念頭に設定する。
ウ 設備	療養室については、定員4名以下、床面積を8.0㎡/人以上とし、プライバシーに配慮した環境になるよう努めることとする。療養室以外の設備基準については、診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置等を求めることとする。
エ 運営	運営基準については、介護療養型医療施設の基準と同様としつつ、他の介護保険施設との整合性や長期療養を支えるサービスという観点も鑑みて設定する。医師の宿直については求めるが、一定の条件を満たす場合等に一定の配慮を行う。

- ※ 医療機関と併設する場合、宿直医師の兼任を可能とする等の人員基準の緩和や設備共用を可能とする。
- ※ 介護医療院でもユニット型を設定する。

- 介護療養型医療施設等から介護医療院への転換については、以下のとおりとする。

ア 基準の緩和等	介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院に転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、現行の介護療養型医療施設又は医療療養病床が転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行う。
イ 転換後の加算	介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を創設する。ただし、当該加算については平成33年3月末までの期限を設ける。

介護医療院の人員配置

	指定基準		報酬上の基準	
	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)
医師	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	—	—
薬剤師	150:1	300:1	—	—
看護職員	6:1	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1
介護職員	5:1	6:1	5:1~4:1	6:1~4:1
リハビリ専門職	PT/OT/ST:適当数	—	—	—
栄養士	定員100以上で1以上	—	—	—
介護支援専門員	100:1 (1名以上)	—	—	—
放射線技師	適当数	—	—	—
他の従業者	適当数	—	—	—

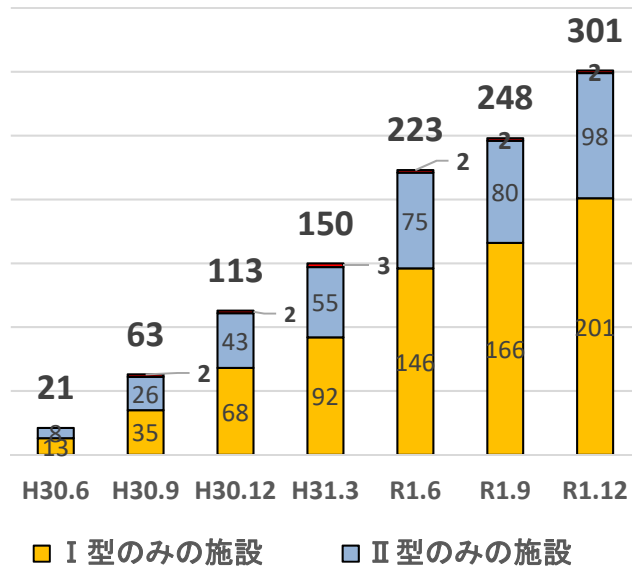
介護医療院の施設設備

	指定基準
診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
療養室	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4㎡/人以上で可
機能訓練室	40㎡以上
談話室	談話を楽しめる広さ
食堂	入所定員1人あたり1㎡以上
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
レクリエーションルーム	十分な広さ
その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所
他設備	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室

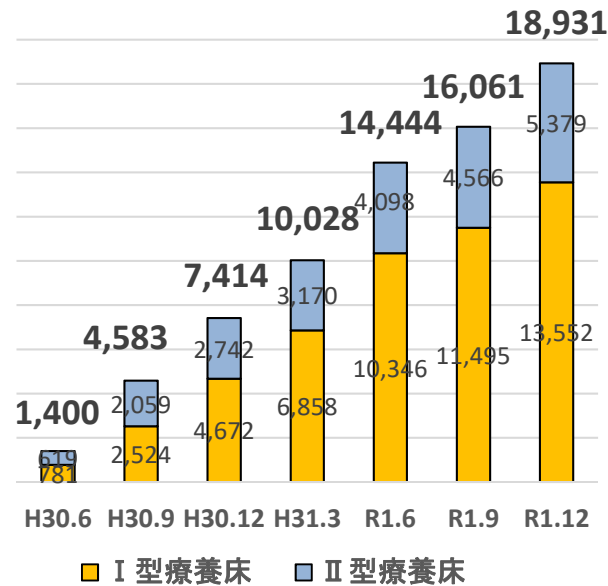
介護医療院等(開設状況)について

○令和元年12月末時点での介護医療院開設数は、301施設・18,931療養床であった。

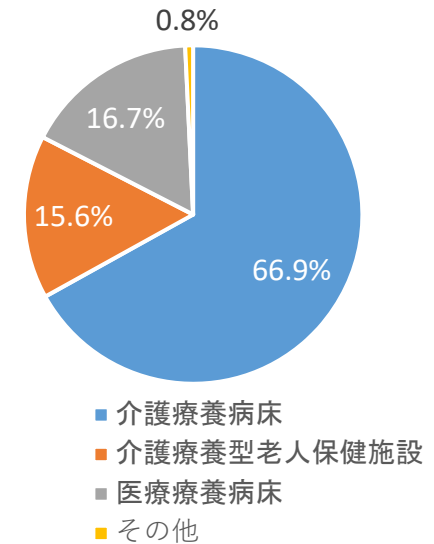
施設数の推移



療養床数の推移

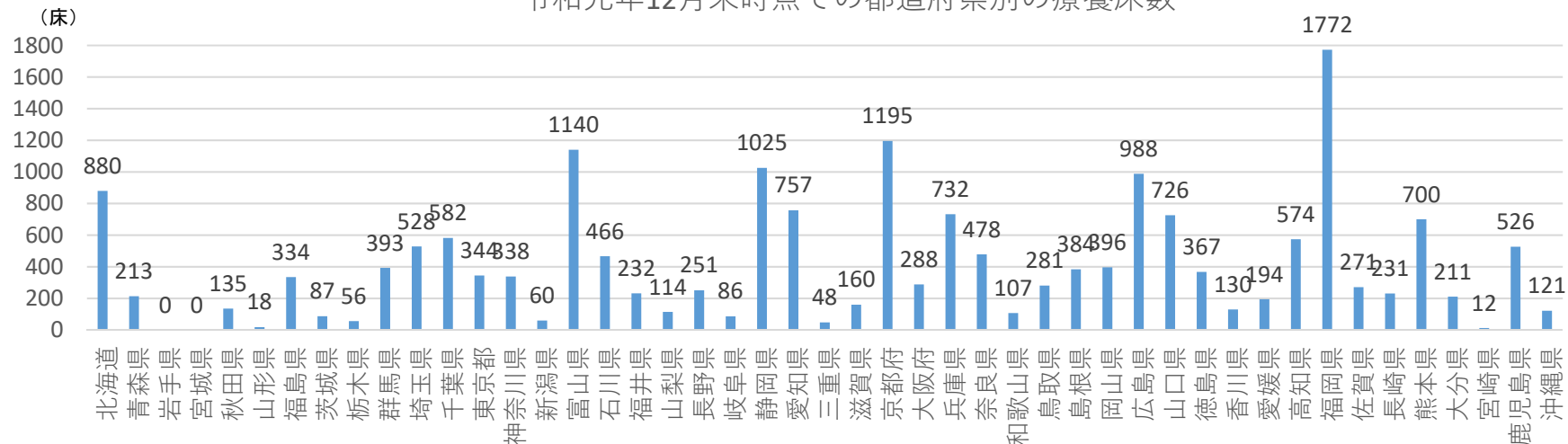


転換元の病床割合
(令和元年12月末時点)



■ I型II型混合の施設

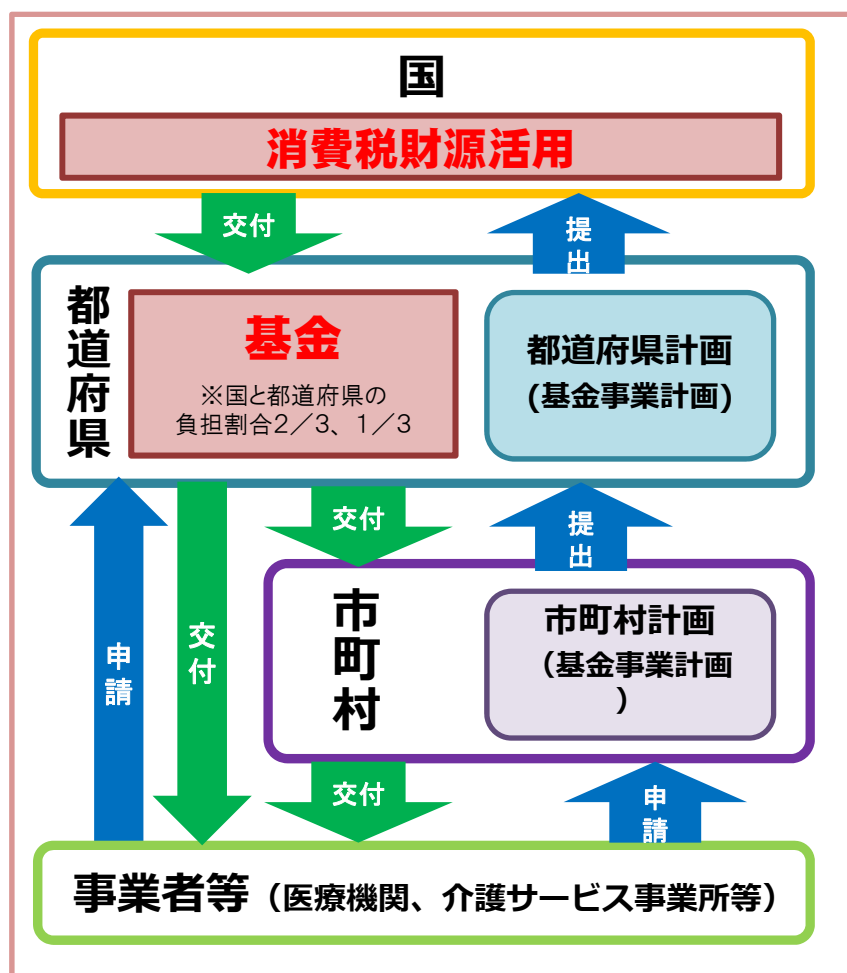
令和元年12月末時点での都道府県別の療養床数



地域医療介護総合確保基金

令和2年度予算案 公費:2,018億円(国費:1,345億円)
(医療分 公費:1,194億円(国費:796億円)、介護分 公費:824億円(国費:549億円))

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- 基金に関する基本的事項
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

地域医療介護総合確保基金(施設整備分)(令和2年度拡充分)

令和2年度予算案 公費:701億円(国費:467億円)
※国と都道府県の負担割合2/3、1/3

○地域包括ケアシステムの構築に向けて、都道府県計画に基づき、地域密着型サービス等、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備を促進するための支援を行う。令和2年度予算案では、**地域のニーズ等に適したメニューの充実**を行う(下線箇所)

対象事業

1. 地域密着型サービス施設等の整備への助成

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

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

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

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

※特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、ケアハウス、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設(介護付き有料老人ホーム)(いずれも定員30人以上の広域型施設を含む)

2. 介護施設の開設準備経費等への支援

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

3. 特養多床室のプライバシー保護のための改修等による介護サービスの改善

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

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

地域医療介護総合確保基金(介護人材分)(令和2年度拡充分)

令和2年度予算(案):
国費:82億円(公費:124億円)

都道府県における総合的な方針のもと、介護現場により身近な市区町村が介護人材確保の基盤(プラットフォーム)を構築しながら、地域の課題に応じた効果的な施策が展開できるよう新規メニューの創設や内容を拡充。

参入促進

- ①介護分野への元気高齢者等参入促進セミナー事業(新)
- ②介護人材確保のためのボランティアポイントの活用(新)
- ③地域の支え合い・助け合い活動継続のための事務手続き等支援事業(事務お助け隊)(新)



労働環境等の改善

- 【離職の防止等】
- ④介護職員に対する悩み相談窓口設置事業(新)
- ⑤介護事業所におけるハラスメント対策推進事業(新)
- ⑥若手介護職員交流推進事業(新)
- ⑦介護事業所における両立支援等環境整備事業(新)
- 【業務負担軽減・生産性の向上】
- ⑧介護ロボット導入支援事業の拡充
- ⑨ICT導入支援事業の拡充
- ⑩介護事業所に対する業務改善支援事業の拡充(パイロット事業の全国展開)
- ※⑧～⑩の拡充は令和5年度までの実施
- 【外国人介護人材への対応】
- ⑪外国人介護人材受入れ施設等環境整備事業(新)



資質の向上

- ⑫チームオレンジ・コーディネーター研修等事業(新)
- ⑬介護相談員育成に係る研修支援事業(新)



新 離島、中山間地域等支援

- ⑭離島、中山間地域等における介護人材確保支援事業

人口減少や高齢化が急速に進む離島や中山間地域等における介護人材の確保に向けた取組を支援



新

⑮市区町村介護人材確保プラットフォーム構築事業

市区町村において、関係機関・団体との連携を図りつつ、総合的な介護人材確保を推進するための基盤を構築。(人材確保に向けた中核機関や協議会の設置等)



※事業の実施形態は下記を選択可能

①市町村等が上記の事業を実施する場合に都道府県が補助、②都道府県自らが上記事業を実施(委託可)

※基金事業の拡充に伴い都道府県の体制強化も併せて図る必要があるため、「介護人材確保対策連携強化事業(協議会設置等)」の機能を強化して対応。

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年間を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促進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める
 - ※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

市町村介護保険事業計画（法第117条）

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

保険料の設定等

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

都道府県介護保険事業支援計画（法第118条）

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

基盤整備

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

第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

令和2(2020)年度
推計値 ※2

令和7(2025)年度
推計値 ※2

○ 介護サービス量

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		105 万人	(11%増)	121 万人	(29%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。

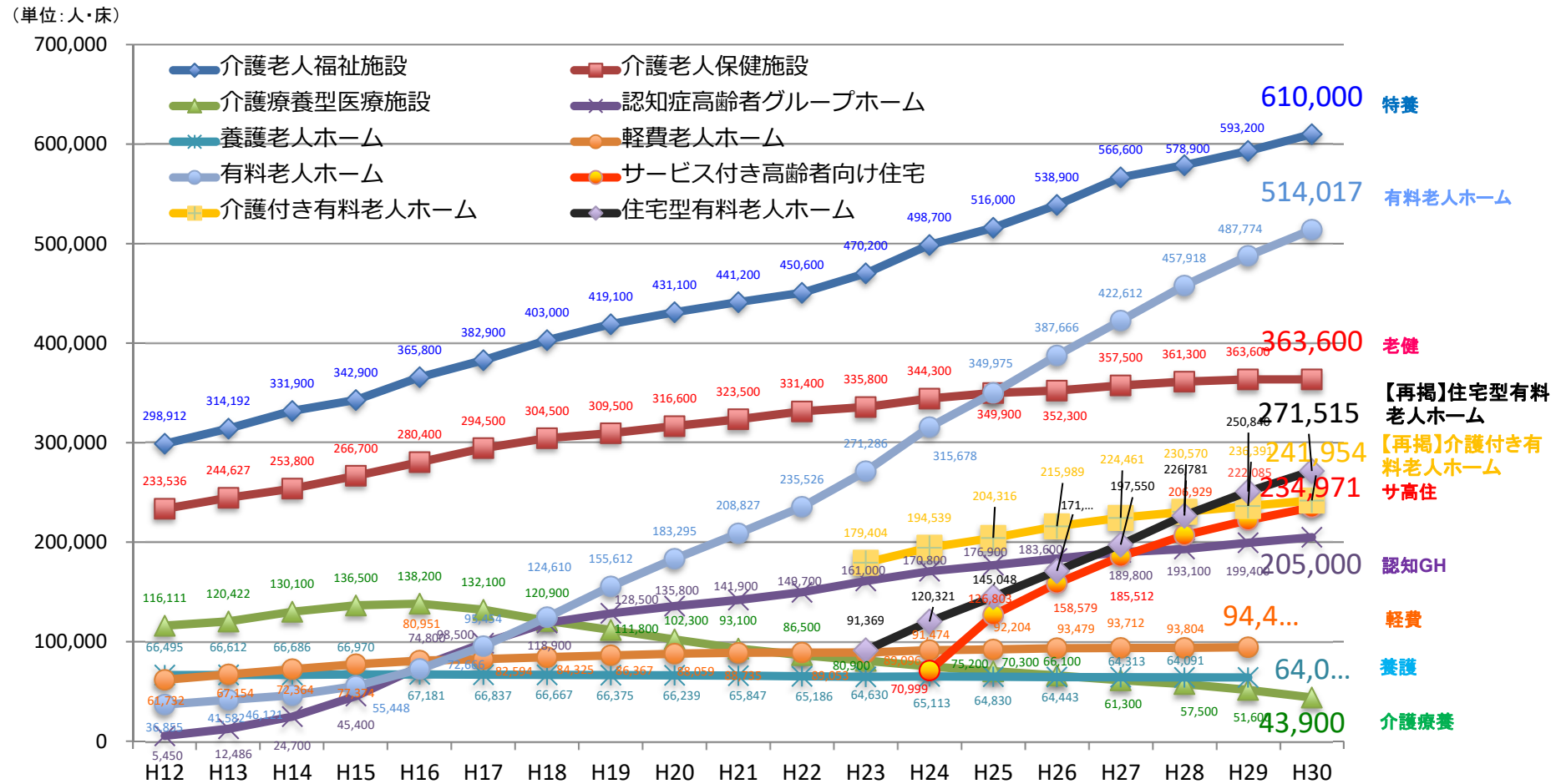
※2) 平成32(2020)年度及び平成37(2025)年度の数値は、全国の保険者が作成した第7期介護保険事業計画における推計値を集計したもの。

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)

第8期介護保険事業(支援)計画の基本指針について (令和2年2月21日第90回社会保障審議会介護保険部会資料)

第8期計画において記載を充実する事項(案)

- 第8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」を踏まえて、以下について記載を充実してはどうか。

1 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備 P7～12参照

○2025・2040年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定

※基盤整備を検討する際、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備、地域医療構想との整合性（病床の機能分化及び連携に伴い生じるサービス必要量に関する整合性の確保）を踏まえる必要がある旨は第7期から記載。

※指定介護療養型医療施設の設置期限（2023年度末）までに確実な転換等を行うための具体的な方策について記載。

※第8期の保険料を見込むに当たっては直近（2020年4月サービス分以降）のデータを用いる必要がある。

2 地域共生社会の実現 P13～15参照

○地域共生社会の実現に向けた考え方や取組について記載

3 介護予防・健康づくり施策の充実・推進（地域支援事業等の効果的な実施）P16～24参照

○一般介護予防事業の推進に関して「PDCAサイクル沿った推進」、「専門職の関与」、「他の事業との連携」について記載

○自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取り組みの例示として就労的活動等について記載

○総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を策定

○保険者機能強化推進交付金等を活用した施策の充実・推進について記載。（一般会計による介護予防等に資する独自事業等について記載。）

○在宅医療・介護連携の推進について、看取りや認知症への対応強化等の観点を踏まえて記載

○要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載

○PDCAサイクルに沿った推進にあたり、データの利活用を進めることやそのための環境整備について記載

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

○住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を記載

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

5 認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進 P25参照

○認知症施策推進大綱等を踏まえ、「共生」と「予防」を車の両輪とした認知症施策の推進について5つの柱に基づき記載。（普及啓発の取組やチームオレンジの設置及び「通いの場」の拡充等について記載。）

○教育等他の分野との連携に関する事項について記載

6 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 P10, 26～29参照

○介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた介護人材の確保の必要性について記載

○介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の具体的な方策を記載

○総合事業等の担い手確保に関する取組の例示としてポイント制度や有償ボランティア等について記載

○要介護認定を行う体制の計画的な整備を行う重要性について記載

○文書負担軽減に向けた具体的な取組を記載

介護保険制度の見直しに関する意見(関係部分)

(令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

I 介護予防・健康づくりの推進(健康寿命の延伸)

3. ケアマネジメント

- 高齢化の進展に伴い、居宅介護支援事業所の数、ケアマネジメントの利用者数は年々増加してきている。ケアマネジメントが国民の間に普及・浸透してきている状況もある中で、介護支援専門員(以下「ケアマネジャー」という。)には、医療と介護の連携や地域における多様な資源の活用等の役割をより一層果たすことも期待されている。
- ケアマネジメントについて、自立支援に資する質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備の方策等について、議論を行った。
- ケアマネジメントについて、高齢者の多様なニーズに対応した自立支援に資する適切なサービス提供の観点から、ケアマネジャーがその役割を効果的に果たしながら質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備を進めることが必要である。
- 医療をはじめ、多分野の専門職の知見に基づくケアマネジメントが行われることが必要である。そのために、地域ケア会議の積極的な活用などケアマネジャーが専門家と相談しやすい環境の整備が重要である。介護報酬上の対応についても検討が必要である。なお、地域ケア会議については、利用者や家族の参加を確保するとともに、地域ケア会議の内容を利用者や家族に丁寧に説明すべきとの意見があった。
- 高齢者が地域とのつながりを保ちながら生活を継続していくためには、医療や介護に加え、インフォーマルサービスも含めた多様な生活支援が包括的に提供されることが重要であり、インフォーマルサービスも盛り込まれた居宅サービス計画(以下「ケアプラン」という。)の作成を推進していくことが必要である。なお、インフォーマルサービスへの信用の確保のために、国、都道府県、市町村はケアマネジャーへの情報提供などの支援をすることが必要であるとの意見があった。
- 公正中立なケアマネジメントの確保や、ケアマネジメントの質の向上に向けた取組を一層進めることが必要である。適切な修了評価やICT等を活用した受講環境の整備など、研修の充実や受講者の負担軽減等が重要である。
- 適切なケアマネジメントを実現するため、ケアマネジャーの処遇の改善等を通じた質の高いケアマネジャーの安定的な確保や、事務負担軽減等を通じたケアマネジャーが力を発揮できる環境の整備を図ることが必要である。ケアマネジャーを取り巻く環境や業務の変化を踏まえ、ケアマネジャーに求められる役割を明確化していくことも重要である。

介護保険制度の見直しに関する意見(関係部分)

(令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

I 介護予防・健康づくりの推進(健康寿命の延伸)

4. 地域包括支援センター

- 地域包括支援センターについて、今後求められる機能や業務、体制の在り方等について、議論を行った。
- 地域包括支援センターについて、今後の高齢化の進展等に伴って増加するニーズに適切に対応する観点から、機能や体制の強化を図ることが必要である。
- 地域包括支援センターの取組を適切に評価し、適切な人員体制の確保を促す観点から、財源の確保も含め、市町村が保険者として地域包括支援センターの運営に適切に関与することが必要である。
- 地域のつながり機能の強化という観点から、居宅介護支援事業所や介護施設など、地域の既存の社会資源と効果的に連携して、地域における相談支援の機能を強化していくことが必要である。
- 業務負担が大きいとされる介護予防ケアマネジメント業務について、要支援者等に対する適切なケアマネジメントを実現する観点から、外部委託は認めつつ、引き続き地域包括支援センターが担うことが必要である。外部委託を行いやすい環境の整備を進めることが重要である。介護報酬上の対応についても検討が必要である。なお、居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメント業務を担うべきとの意見もあった。
- 地域包括支援センターの積極的な体制強化等を行う市町村について、保険者機能強化推進交付金等によりその取組を後押しすることが重要である。

「経済財政運営と改革の基本方針2019」(関係部分)

(令和元年6月21日閣議決定)

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

(医療・介護制度改革)

(ii) 医療提供体制の効率化

2040 年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025 年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019 年度中に対応方針の見直しを求める。民間医療機関についても、2025 年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020 年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的な P D C A サイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。質が高く効率的な救急医療提供体制の構築のため、救急医療のデータ連携体制の構築、救急救命士の資質向上・活用に向けた環境整備に関し検討を行う。

諸外国と比べて高い水準にとどまる入院日数の縮小を目指す。特に精神病床については、認知症である者を含めその入院患者等が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築など基盤整備への支援等を講ずる。

「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」(関係部分)

(令和元年12月19日経済財政諮問会議決定)

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革 【指標①】 医療費・介護費の適正化 【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減 【指標③】 年齢調整後の一人あたり介護費の地域差縮減 【指標④】 医療・福祉サービスの生産性 (※1)の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量 【指標⑤】 医療・福祉サービスの質 (※2)の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度	○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合【2025年度に100%】 ○介護療養病床の第7期介護保険事業計画に沿ったサービス量進捗状況と、第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量【2020年度末に100%】	○地域医療構想調整会議において具体的対応方針について合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】 ○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院で、再検証要請対象医療機関とされた医療施設のうち、地域医療構想調整会議において具体的方針について再度合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】 ○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院で、再検証要請対象医療機関とされた医療施設のうち、地域医療構想調整会議において具体的方針について再度合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】 ○在宅患者訪問診療件数【2017年医療施設調査からの増加】	29 i. 地域医療構想の実現（地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化・連携の取組を促進する） 37. 大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の推進

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	ii 病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討	地域医療介護総合確保基金の活用状況の検証結果を踏まえ、病床のダウンサイジング支援の追加的方策について検討し、その結果に基づき所要の措置を講じる。				
	病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。	2019年度末までに介護療養型医療施設及び医療療養病床からの転換状況を把握した上で、転換が進んでいない場合には、その原因の検証を実施。その結果を踏まえ、関係審議会等において、第8期計画期間に向けて検討し、その結果に基づき所要の措置を講じる。 病床の機能分化・強化・連携を推進し、患者の状況に応じて適切な医療資源が投入されるよう、一般病棟における重症度、医療・看護必要度の基準の見直しや療養病棟の適切な評価について、2020年度診療報酬改定において対応。 《厚生労働省》			—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	37 大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進 新たな地域別の将来人口推計の下での大都市や地方圏での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携を促進する。	県境を超えた患者の流出入等を反映した地域医療構想及びそれを踏まえ策定した医療計画・介護保険事業支援計画に基づき、都道府県において、病床の機能分化連携や在宅医療・介護の推進に係る取組を推進。 地域医療構想については、 ・重点支援区域の設定を通じた国による助言や集中的な支援の実施。 ・民間医療機関の対応方針策定の促進のための方策の議論に着手。 ・地域医療介護総合確保基金の配分における大幅なメリハリ付けの仕組みの検討、実施。 ・公立・公的医療機関等の対応方針の見直し等の取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合の新たな都道府県知事の権限の在り方の検討、所要の措置。 以上の事項について、「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図る。 ≪厚生労働省≫		2023年度まで	○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院で、再検証要請対象医療機関とされた医療施設のうち、地域医療構想調整会議において具体的方針について再度合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】 ○在宅患者訪問診療件数【2017年医療施設調査からの増加】	○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合 【2025年度に100%】 ○介護療養病床の第7期介護保険事業計画に沿ったサービス量進捗状況と、第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量 【2020年度末に100%】
	38 診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進 診療報酬や介護報酬においては、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。	2018年度診療報酬改定の影響の検証結果を踏まえ、2020年度診療報酬改定において、アウトカム指標の見直し等を実施。 介護報酬において、ADLの改善等アウトカムを評価する加算を含めこれまで設けられた各種加算について、サービスの質の反映状況等の検証を通じて、より効果的な加算の在り方に関して、2021年度介護報酬改定に向けて関係審議会等において必要な対応を検討。 介護事業所の経営実態等を適切に把握できるよう、介護報酬改定において参照される経営実態調査等について、調査・集計方法等の改善や有効回答率の向上を通じて精度を向上。 ≪厚生労働省≫	アウトカムに基づく支払い等に関する加算について検証を行う。		—	—

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」(関係部分)

(平成30年度介護報酬改定に関する審議報告(平成29年12月18日)より作成)

<各サービスに関する課題>

○ 訪問介護

- 生活援助中心型の担い手の拡大や、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の生活援助への対応、同一建物等居住者へのサービス提供に係る報酬の見直しなどについて、今回の見直しは、
 - ① 要介護者の生活や人材確保、介護職員の働き方にどのような影響を与えたのか、
 - ② サービスの質が維持されているか、
 - ③ サービスを必要とする方に必要なサービスが適切に提供されているか、
 - ④ 地域ケア会議等におけるケアプランの検証の実態がどのようになっているか、
 - ⑤ 有料老人ホームなどの集合住宅へのサービス提供に係る効率性がどのようになっているかなどを検証し、また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の同一建物等居住者へのサービス提供に係る報酬の見直しについても、その実態を把握し、それらの結果を踏まえて、利用者がより良いサービスをより効率的に受けられるようにするという観点から、見直すべき点がないかを検討するべきである。

○ 居宅介護支援

ケアマネジメントの公正中立性の確保については、今回は、契約時の説明事項の追加や、特定事業所集中減算の見直しを行ったが、これらに加えて、公正中立性を確保するための取組として、どのような方法が考えられるのか、引き続き検討していくべきである。また、ケアマネジメントの適正化や質の向上をより進めていくためには、これらを判断するための指標が必要であり、そのような指標のあり方についても検討するべきである。

○ 共生型サービス

実施状況を把握するとともに、地域共生社会の実現の観点から、共生型サービスを含む介護サービス事業所が、利用者が社会に参加・貢献する取組を後押しするための方策について、運営基準やその評価のあり方等を含め、引き続き検討していくべきである。

○ 介護医療院

サービス提供の実態や介護療養型医療施設、医療療養病床からの転換状況を把握した上で、円滑な転換の促進と介護保険財政に与える影響の両面から、どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」(関係部分)

(平成30年度介護報酬改定に関する審議報告(平成29年12月18日)より作成)

○ 介護保険施設のリスクマネジメント

今後、リスクを感知するセンサー等の導入が進むことも考えられることから、施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているのかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防ガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。

<その他の課題>

○ 基準費用額

介護事業経営実態調査で実態を把握した上で、消費税率の引上げへの対応も含め、どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。また、地域区分についても、介護事業経営実態調査で実態を把握した上で、どのような対応を図ることが適当なのかを引き続き検討していくべきである。

(認知症の人への対応の強化)

認知症に関する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**が関係閣僚会議においてとりまとめ。

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

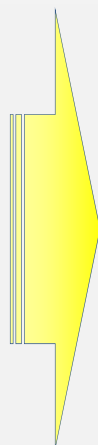
※1 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味

※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
 - ・薬剤試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の重視

対象期間：2025（令和7）年まで

認知症施策推進大綱(抜粋)

(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議)

第2. 具体的な施策

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

(2) 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

- 急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護師等は、医療における認知症への対応力を高める鍵となる。既存の関係団体の研修に加え、広く看護師等が認知症への対応に必要な知識・技能を修得することができるよう、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。
- また、病院以外の診療所・訪問看護ステーション・介護事業所等に勤務する医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修の実施についても検討する。

(3) 介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力向上の促進

- 認知症の人が、それぞれの状況に応じて、適切な介護サービスを利用できるよう、市町村及び都道府県は、介護保険事業計画及び介護保険事業支援計画を適切に策定し、計画に基づいて介護サービス基盤を整備する。
- 介護従事者の処遇改善や就業促進、離職の防止など介護人材の確保については、介護職員の定着促進等を一層進めるため、2018年12月に「介護現場革新会議」を立ち上げ、3月に、「組織マネジメントの確立」「成功体験の共有等による職員のやる気の引き出し」「結婚・出産や子育てをしながら働ける環境づくりや、柔軟な働き方」「定年まで働ける賃金体系の確立」等を主な内容とする基本方針をとりまとめたところであり、今後、都道府県や政令市等におけるパイロット事業で得られた結果を踏まえ、業務仕分け、元気高齢者の活躍、ロボット・センサー・ICTの活用による介護現場の業務改善や介護業界のイメージ改善について、先進的な取組を全国に普及・展開する。
- 認知症の人は、その環境に応じて、居家で家族等の介護を受け、独居であっても地域の見守り等の支援を受けながら、通所介護や訪問看護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護等の通所・訪問系サービスや認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）、有料老人ホーム等における特定施設入居者生活介護などの居住系サービスを利用したり、介護保険施設に入ったりと、様々な形で介護サービスと関わりながら生活をしていくこととなる。
特に認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）については、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェ等の事業を積極的に行っていくことが期待される。また、地域に開かれた事業運営が行われないと、そのサービス形態から外部の目が届きにくくなるなどの指摘もあることから、介護サービスの質の評価や利用者の安全確保を強化することについて、その方策の検討も含め取組を進める。
その他のサービスにおいても、利用者の中の認知症の人の割合が増加する中、在宅の中重度の要介護者を含め、認知症への対応力を向上するための取組を推進する。
- 認知症についての理解のもと本人主体の介護を行い、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、BPSDを予防できるよう、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修を推進する。研修の推進にあたっては、eラーニングの部分的活用を含めた、受講者がより受講しやすい仕組みについて引き続き検討していく。

認知症施策推進大綱(抜粋)

(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議)

第2. 具体的な施策

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

(4) 医療・介護の手法の普及・開発

- BPSDに対応するに当たっては、病識を欠くことがあり、症状によっては本人の意思に反したり行動を制限したりする必要がある。精神科病院については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の体系の中で、行動の制限が個人の尊厳を尊重し、人権に配慮して行われるよう、適正な手続きが定められている。また、介護保険施設や入居系のサービスについては、介護保険法（平成9年法律第123号）の体系の中で、身体的拘束の原則禁止と緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合の適正な手続きが定められている。
引き続き、これらの仕組みに基づき、行動の制限が必要な場合にあってそれが適切に行われるようにするとともに、これら以外の医療・介護等の現場においてもこのような趣旨が徹底されるようにするための方策について検討する。
- 認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に活かしながら日常の生活を継続できるようにすることが重要である。
このため、認知症の生活機能の改善を目的とした認知症のリハビリ技法の開発、先進的な取組の実態調査、事例収集及び効果検証を実施する。

(5) 認知症の人の介護者の負担軽減の推進

- 介護者の負担軽減のため、通所介護や訪問看護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護等のサービスの活用を引き続き進めるとともに、認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場である認知症カフェを活用した取組を推進し地域の実情に応じた方法により普及する。
- 認知症の人の家族等が正しく認知症の人を理解し適切に対応できるようにすることで、在宅で生活する認知症の人のBPSDの発症を予防したり、重症化を緩和したりすることも可能である。このため、心理的負担の軽減につながる効果も含め、認知症疾患医療センター、認知症初期収集中支援チーム、介護サービス事業所等における家族教室や家族同士のピア活動について、好事例を収集する等の取組を促進する。

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

(1) 「認知症バリアフリー」の推進

⑤地域支援体制の強化

- 地域共生社会の実現に向けて、地域共生に資する多様な地域活動の普及・促進を図るとともに、断らない相談支援、伴走型支援を行う包括的な支援体制等について検討する。

(3) 社会参加支援

- 認知症になっても支えられる側だけでなく、支える側として役割と生きがいを持って生活ができる環境づくりとして、介護予防にもつながる農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動やマルシェの開催等に参画する取組を推進する。
- 通所介護（デイサービス）などの介護サービス事業所における認知症の人をはじめとする利用者の社会参加や社会貢献の活動を後押しするための方策について検討する。

平成30年度介護報酬改定の概要 (認知症の人への対応の強化)

- 看護職員を手厚く配置しているグループホームに対する評価を設ける。
- どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、認知症高齢者への専門的なケアを評価する加算や、若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、現在加算が設けられていないサービス(ショートステイ、小多機、看多機、特定施設等)にも創設する。

認知症対応型共同生活介護

- 医療連携体制加算について、協力医療機関との連携を確保しつつ、手厚い看護体制の事業所を新たな区分として評価する。

<現行>

医療連携体制加算 39単位/日

※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により
看護師1名以上確保



<改定後>

医療連携体制加算(Ⅰ) 39単位/日

※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により
看護師1名以上確保

医療連携体制加算(Ⅱ) 49単位/日 **(新設)**

※GH職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置
ただし、准看護師の場合は、別途病院等や訪問看護STの
看護師との連携体制が必要
※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること

医療連携体制加算(Ⅲ) 59単位/日 **(新設)**

※GH職員として看護師を常勤換算で1名以上配置
※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること

短期入所生活介護、短期入所療養介護

- 認知症介護について、国や自治体の実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供することについて評価を行う。

認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位/日 **(新設)** 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位/日 **(新設)**

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護

- 若年性認知症の人やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症の人を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供することについて評価を行う。

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護：若年性認知症利用者受入加算 800単位/月 **(新設)**

特定施設入居者生活介護：若年性認知症入居者受入加算 120単位/日 **(新設)**

「成長戦略フォローアップ」(関係部分)

(令和元年6月21日閣議決定)

Ⅱ. 全世代型社会保障への改革

4. 疾病・介護の予防

(2) 新たに講ずべき具体的施策

i) 人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

⑥介護予防のインセンティブ措置の抜本的な強化等

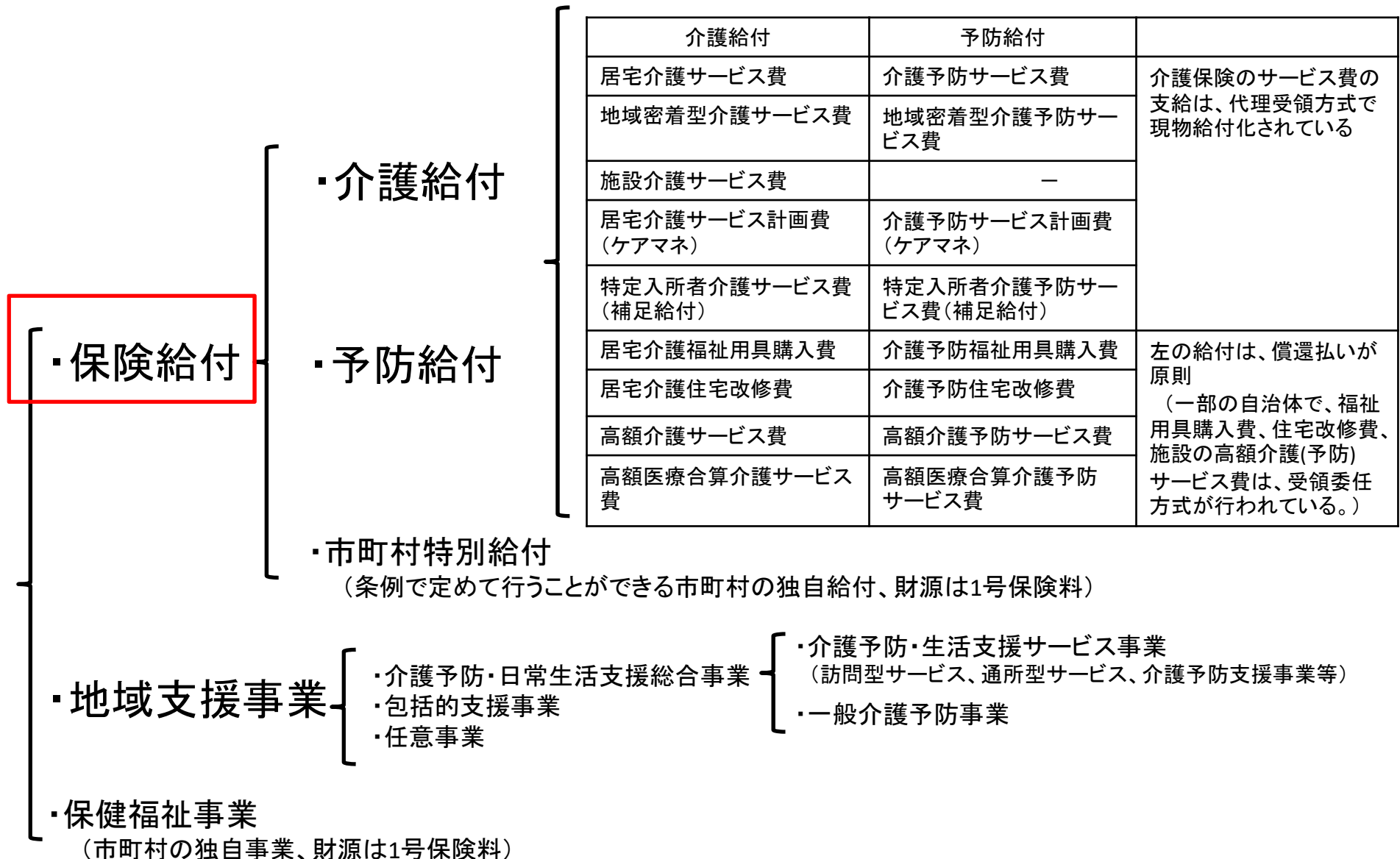
- ・介護保険の保険者や都道府県に対する介護インセンティブ交付金（保険者機能強化推進交付金）について、自治体による先進的な介護予防の取組が横展開され、健康寿命の地域間格差の縮小にも資するよう、財源を含めた予算措置を検討し、2020年度にインセンティブ措置の抜本的な強化を図る。
- ・あわせて、各評価指標や配点について、成果指標の導入拡大や配分基準のメリハリを強化するなどの見直しを行い、介護予防や認知症予防につながる可能性のある高齢者の身近な「通いの場」を拡充するとともに、介護予防と保健事業との一体的実施を推進する。その際、運動など高齢者の心身の活性化につながる民間サービスも活用する。また、「介護助手」など介護施設における高齢者就労・ボランティアを推進するとともに、個人へのインセンティブとして、ポイントの活用等を図る。
- ・75歳以上の高齢者に対する保健事業について、フレイル対策を含めきめ細やかな支援を充実させる。このため、後期高齢者医療の保険者インセンティブ措置を活用する。また、市町村による介護予防と保健事業の一体的実施の全国展開に向け、国の特別調整交付金を活用して、医療専門職の市町村への配置等を支援する。
- ・利用者の平均的な日常生活動作の維持又は改善に対する介護報酬加算について、自立支援や重度化防止等の観点から、2020年度までにエビデンスに基づく効果検証を行い、次期介護報酬改定で必要な対応を行う。

⑦認知症の総合的な施策の強化

- ・「共生」と「予防」を柱とした総合的な認知症施策を、認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）に基づき、推進する。「通いの場」の活用などの先進・優良事例について、2020年度までに事例集や実践に向けたガイドラインを作成し、全国の自治体へ横展開する。あわせて、認知症の予防法の確立に向け、研究開発を強化する。データ収集に2019年度から着手し、データ利活用の枠組みを2021年度までに構築するとともに、認知症分野における官民連携のプラットフォームを活用し、評価指標・手法の確立を目指しつつ、予防やケア等の社会実装を促進する。

- 自立支援・重度化防止の推進

介護保険の保険給付等の全体像(保険給付)



平成30年度介護報酬改定の概要 (リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充①)

- 現在、介護予防通所リハビリテーションに設けられているアウトカム評価(事業所評価加算:要支援状態の維持・改善率を評価)を介護予防訪問リハビリテーションにも設ける。

訪問リハビリテーション

- 介護予防訪問リハビリテーションにおいて、自立支援・重度化防止の観点から、アウトカム評価(要支援状態の維持・改善率を評価)を設け、評価対象期間(前々年度の1月から12月までの1年間)終了後の4月から3月までの1年間、新たな加算の算定を認める。
- 評価対象期間に、次に掲げる基準に適合すること
 - ① 定員利用・人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出てリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。
 - ② 利用実人員数が10名以上であること。
 - ③ 利用実人員数の60%以上にリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。
 - ④ $(\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2) \div (\text{評価対象期間内(前年の1月} \sim \text{12月)}) \geq 0.7$ を満たすこと(リハビリテーションマネジメント加算を3か月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数)

事業所評価加算 120単位/月 (新設)

（リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充②）

- 現在、通所リハビリテーションに設けられている生活行為の向上のためのリハビリテーションに関する加算(6月で目標を達成できない場合は減算)を、介護予防通所リハビリテーションにも設ける。

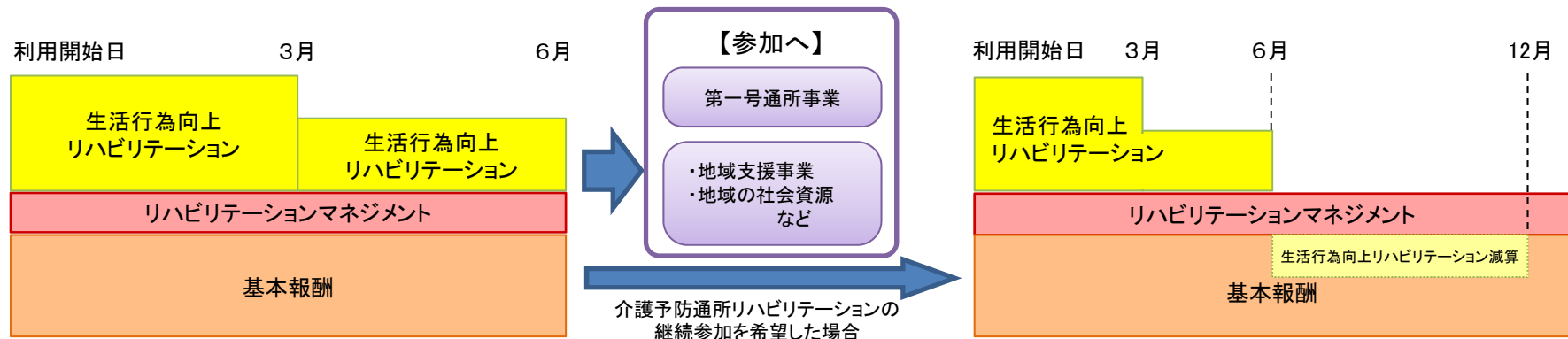
通所リハビリテーション

- 介護予防通所リハビリテーションにおいて、活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、次に掲げる基準に適合した場合に、生活行為の向上に焦点を当てたリハビリテーションの提供を新たに評価する。
- ① 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること
 - ② 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
 - ③ 当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。
 - ④ 介護予防通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。

生活行為向上リハビリテーション実施加算	3月以内	900単位／月	(新設)
	3月超、6月以内	450単位／月	(新設)

※ ただし、当該加算を算定後に介護予防通所リハビリテーションを継続利用する場合は、翌月から6月間に限り所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算する。

【介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算のイメージ】



平成30年度介護報酬改定の概要

(外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進①)

- 訪問介護、通所介護、特別養護老人ホーム等において、通所リハ事業所等のリハビリ専門職等と連携して作成した計画に基づく介護を評価する。

訪問介護、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

- 訪問介護の生活機能向上連携加算について、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に、リハビリテーションを実施している医療提供施設のリハビリテーション専門職や医師が訪問して行う場合についても評価するとともに、評価を充実する（生活機能向上連携加算(Ⅱ)）。
- 加えて、リハビリテーション専門職等が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、
 - ・ 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職等からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、訪問介護計画を作成すること
 - ・ 当該リハビリテーション専門職等は、通所リハ等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うことを評価する（生活機能向上連携加算(Ⅰ)）。

<現行>

生活機能向上連携加算 100単位／月



<改定後>

生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位／月 **(新設)**
生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位／月

- 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に、見直し後の訪問介護と同様の生活機能向上連携加算を創設する。

生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位／月 **(新設)**
生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位／月 **(新設)**

通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設

- 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職や医師が通所介護事業所等を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画等を作成することを評価する。

生活機能向上連携加算 200単位／月 **(新設)**
※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位／月

平成30年度介護報酬改定の概要

(外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進②)

- 訪問介護の身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化するとともに、身体介護に重点を置くなど、身体介護・生活援助の報酬にメリハリをつける。

訪問介護

【「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化】

- 訪問介護の自立支援の機能を高める観点から、身体介護と生活援助の内容を規定している通知（老計第10号（訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について））について、身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化する。

【身体介護と生活援助の報酬】

- 自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価する観点から、訪問介護事業所の経営実態を踏まえた上で、身体介護に重点を置くなど、身体介護・生活援助の報酬にメリハリをつける。

		＜現行＞		＜改定後＞
身体介護中心型	20分未満	165単位		165単位
	20分以上30分未満	245単位		248単位
	30分以上1時間未満	388単位		394単位
	1時間以上1時間30分未満	564単位		575単位
	以降30分を増すごとに算定	80単位		83単位
生活援助中心型	20分以上45分未満	183単位		181単位
	45分以上	225単位		223単位

平成30年度介護報酬改定の概要

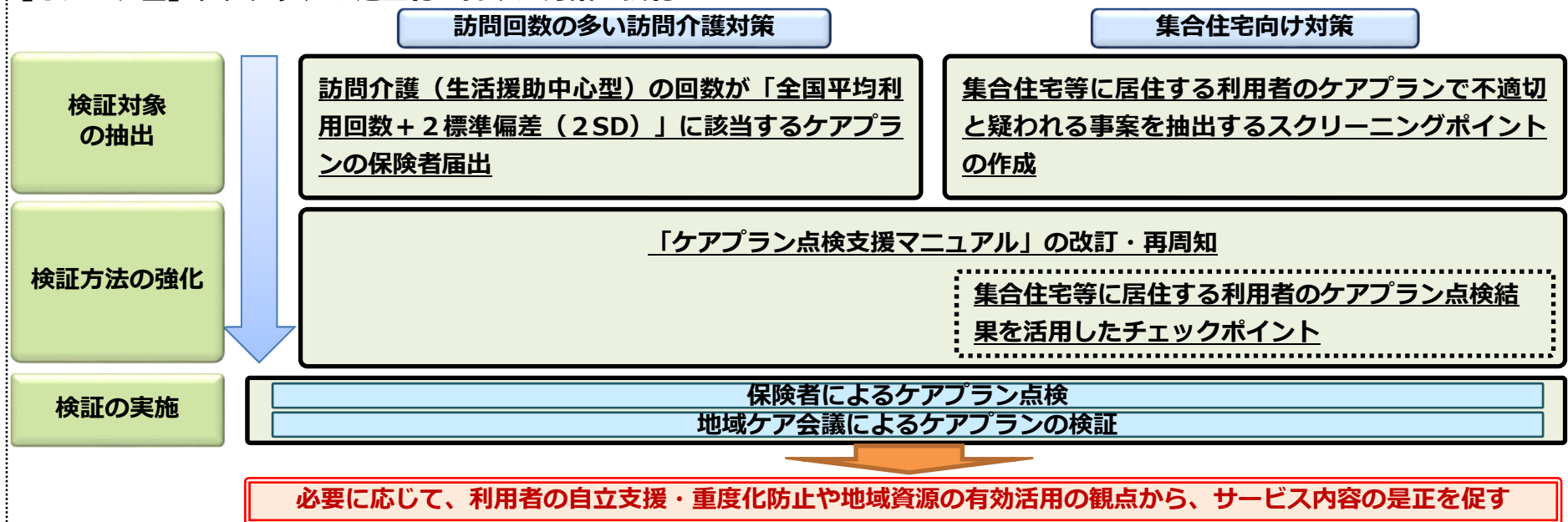
(外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進③)

- 統計的に見て通常のケアプランとかけ離れた回数(※)の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、ケアマネジャーは市町村にケアプランを届け出ることとする。市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行い、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。 ※「全国平均利用回数+2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、10月から施行。

訪問介護、居宅介護支援

- 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。
- 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。

【イメージ図】ケアプランの適正化に向けた対策の強化



平成30年度介護報酬改定の概要

(通所介護への心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入)

- 通所介護事業所において、自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL(日常生活動作)の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を新たに評価する。

通所介護

- 以下の要件を満たす通所介護事業所の利用者全員について、評価期間（前々年度の1月から12月までの1年間）終了後の4月から3月までの1年間、新たな加算の算定を認める。
- 評価期間に連続して6月以上利用した期間（注1）（以下、評価対象利用期間）のある要介護者（注2）の集団について、以下の要件を満たすこと。
 - ① 総数が20名以上であること
 - ② ①について、以下の要件を満たすこと。
 - a 評価対象利用期間中の最初の月において要介護度が3、4または5である利用者が15%以上含まれること
 - b 評価対象利用期間の最初の月の時点で、初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内であった者が15%以下であること。
 - c 評価対象利用期間の最初の月と、当該最初の月から起算して6月目に、事業所の機能訓練指導員がBarthel Index（注3）を測定しており、その結果がそれぞれの月に報告されている者が90%以上であること
 - d cの要件を満たす者のうちBI利得（注4）が上位85%（注5）の者について、各々のBI利得が0より大きければ1、0より小さければ-1、0ならば0として合計したものが、0以上であること。

注1 複数ある場合には最初の月が最も早いもの。

注2 評価対象利用期間中、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回るものに限る。

注3 ADLの評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目を5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として評価するもの。

注4 最初の月のBarthel Indexを「事前BI」、6月目のBarthel Indexを「事後BI」、事後BIから事前BIを控除したものを「BI利得」という。

注5 端数切り上げ

ADL維持等加算（Ⅰ） 3単位／月（新設）

- また、上記の要件を満たした通所介護事業所において、評価期間の終了後にもBarthel Indexを測定、報告した場合、より高い評価を行う。（（Ⅰ）（Ⅱ）は各月でいずれか一方のみ算定可。）

ADL維持等加算（Ⅱ） 6単位／月（新設）

平成30年度介護報酬改定の概要

(口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進)

○ 各介護サービスにおける口腔衛生管理の充実や栄養改善の取組の推進を図る。

各種の居住系サービス

- 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介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を評価した口腔衛生管理体制加算について、現行の施設サービスに加え、居住系サービスも対象とする。

口腔衛生管理体制加算 30単位／月 (新設)

各種の施設系サービス

- 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対して口腔ケアを行うことを評価した口腔衛生管理加算について、以下の見直しを行う。
- ① 歯科衛生士が行う口腔ケアの実施回数は、現行の月4回以上を月2回以上に見直す。
 - ② 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導を行い、当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じ対応することを新たな要件に加える。

	<現行>		<改定後>
口腔衛生管理加算	110単位／月		90単位／月

各種の通所系サービス、居住系サービス、多機能型サービス

- 管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設する。

栄養スクリーニング加算 5単位／回 (新設)
※6月に1回を限度とする

各種の施設系サービス

- 低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、この計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行うなど、低栄養リスクの改善に関する新たな評価を創設する。

低栄養リスク改善加算 300単位／月 (新設)

平成30年度介護報酬改定の概要

(通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価)

概要

- リハビリテーションの質の更なる向上のために、現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の要件に加えて、以下の要件を満たした事業所を新たに評価することとする。

単位数

<現行>			<改定後>	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)		⇒	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)	
6月以内	1020単位/月		6月以内	1220単位/月(新設)
6月以降	700単位/月		6月以降	900単位/月(新設)
			※3月に1回を限度とする	

算定要件等

- 以下の内容を算定要件とする。
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の要件に適合すること。
 - ・ 指定通所リハビリテーション事業所における通所リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、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に参加し、同事業で活用しているシステム(VISIT)を用いて厚生労働省に提出していること。

※介護予防訪問リハビリテーションや、(介護予防)通所リハビリテーションにも同趣旨の加算あり

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 rehabIlitation 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。

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

改正の概要

1. **オンライン資格確認の導入**【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）、船員保険法】
 - ・ オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めることを禁止（告知要求制限）する。（**公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日**）
2. **オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設**【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】（**令和元年10月1日**）
3. **NDB、介護DB等の連結解析等**【高確法、介護保険法、健康保険法】
 - ・ 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）と介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備（審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等）を行う。（DPCデータベースについても同様の規定を整備。）（**令和2年10月1日（一部の規定は令和4年4月1日）**）
4. **高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等**【高確法、国民健康保険法、介護保険法】
 - ・ 75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。（**令和2年4月1日**）
5. **被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化**【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】
 - (1) 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。（**令和2年4月1日**）
 - (2) 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。（**公布日**）
6. **審査支払機関の機能の強化**【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】
 - (1) 社会保険診療報酬支払基金（支払基金）について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。（**令和3年4月1日**）
 - (2) 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する（支払基金・国保連共通）。（**令和2年10月1日**）
 - (3) 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する（支払基金・国保連共通）。（**令和2年10月1日**）
7. **その他**
 - ・ 未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消する。【国民健康保険法】（**公布日**）

3. NDB、介護DBの連結解析等

国が保有する医療・介護分野のビッグデータについて、安全性の確保に配慮しつつ、幅広い主体による利活用を進め、学術研究、研究開発の発展等につなげていくため、研究者等へのデータ提供、データの連結解析に関する規定を整備。

《対象のデータベース》NDB、介護DB、DPCデータベース（いずれもレセプト等から収集した匿名のデータベース）

1. NDBと介護DB【高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法】

NDB : National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan

(レセプト情報・特定健診等情報データベース)

介護DB : 介護保険総合データベース

(1) 両データベースの情報の提供（第三者提供）、連結解析

- ・相当の公益性を有する研究等を行う自治体・研究者・民間事業者等の幅広い主体に対して両データベースの情報を提供することができることを法律上明確化する。

※相当の公益性を有する研究等の例：国や自治体による施策の企画・立案のための調査、民間事業者による医療分野の研究開発のための分析等（詳細については関係者の議論を踏まえて決定）
特定の商品又は役務の広告、宣伝のための利用等は対象外

※提供する情報は、特定個人を識別できないものであることを法律上明記。その他、具体的な提供手続等については別途検討。

- ・NDBと介護DBの情報を連結して利用又は提供することができることとする。
- ・情報の提供に際しては、現行と同様に、申請内容の適否を審議会で個別に審査する。

(2) 情報の適切な利用の確保

- ・情報の提供を受けた者に対し、安全管理等の義務を課すとともに、特定の個人を識別する目的で他の情報との照合を行うことを禁止する。
- ・情報の提供を受けた者の義務違反等に対し厚生労働大臣は検査・是正命令等を行うこととする。また、義務違反に対しては罰則を科すこととする。

(3) 手数料、事務委託

- ・情報の提供を受ける者から実費相当の手数料を徴収する。ただし、国民保健の向上のため重要な研究等には手数料を減免できることとする。

※具体的な手数料の額、減額の基準については別途検討。

- ・NDB関連事務の委託規定に、情報の提供と連結解析の事務も追加する。（介護DB関連事務も同様）

2. DPCデータベース【健康保険法】

- ・NDBや介護DBと同様に、情報の収集、利用及び情報の提供の根拠規定等を創設するとともに、NDBや介護DBの情報と連結して利用又は提供することができることを規定を整備。

地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人制度の創設等の所要の措置を講ずる。

※地域共生社会：子供・高齢者・障害者など全ての人が地域、暮らし、生きがいと共に創り、高め合うことができる社会（ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月2日閣議決定））

改正の概要

1. 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援 【社会福祉法、介護保険法】

市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う、新たな事業及びその財政支援等の規定を創設するとともに、関係法律の規定の整備を行う。

2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進 【介護保険法、老人福祉法】

- ① 認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国及び地方公共団体の努力義務を規定する。
- ② 市町村の地域支援事業における関連データの活用の努力義務を規定する。
- ③ 介護保険事業（支援）計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）の設置状況の記載事項への追加、~~有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。~~

3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進 【介護保険法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】

- ① 介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求めると規定する。
- ② 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）等の医療・介護情報の連結精度向上のため、社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に、当分の間、医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する。

4. 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 【介護保険法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律】

- ① 介護保険事業（支援）計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取組を追加する。
- ② 有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。
- ③ 介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行5年間の経過措置を、さらに5年間延長する。

5. 社会福祉連携推進法人制度の創設 【社会福祉法】

社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。

施行期日

令和3年4月1日（ただし、3②及び5は公布の日から2年を超えない範囲の政令で定める日、3③及び4③は公布日）

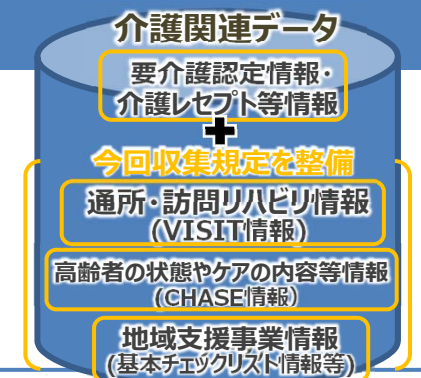
3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進

- 地域の医療・介護の状況を正確に把握し、医療・介護分野の調査分析、研究を促進することは、地域に応じた質の高いサービス提供体制の構築に資する。

令和元年5月成立の健康保険法等の一部改正法によって、医療保険レセプト情報等のデータベース(NDB)と介護保険レセプト情報等のデータベース(介護DB)等の連結・解析が法定化されており、医療・介護分野データの有益な解析等が期待される。

介護分野のデータ活用の環境整備

- 介護分野におけるデータ活用を更に進めるため、現行収集している要介護認定情報・介護レセプト等情報に加え、厚生労働大臣は、通所・訪問リハビリテーションの情報(VISIT情報)や高齢者の状態やケアの内容等に関する情報(CHASE情報)、地域支援事業の利用者に関する情報(基本チェックリスト情報等)の提供を求めると規定する。



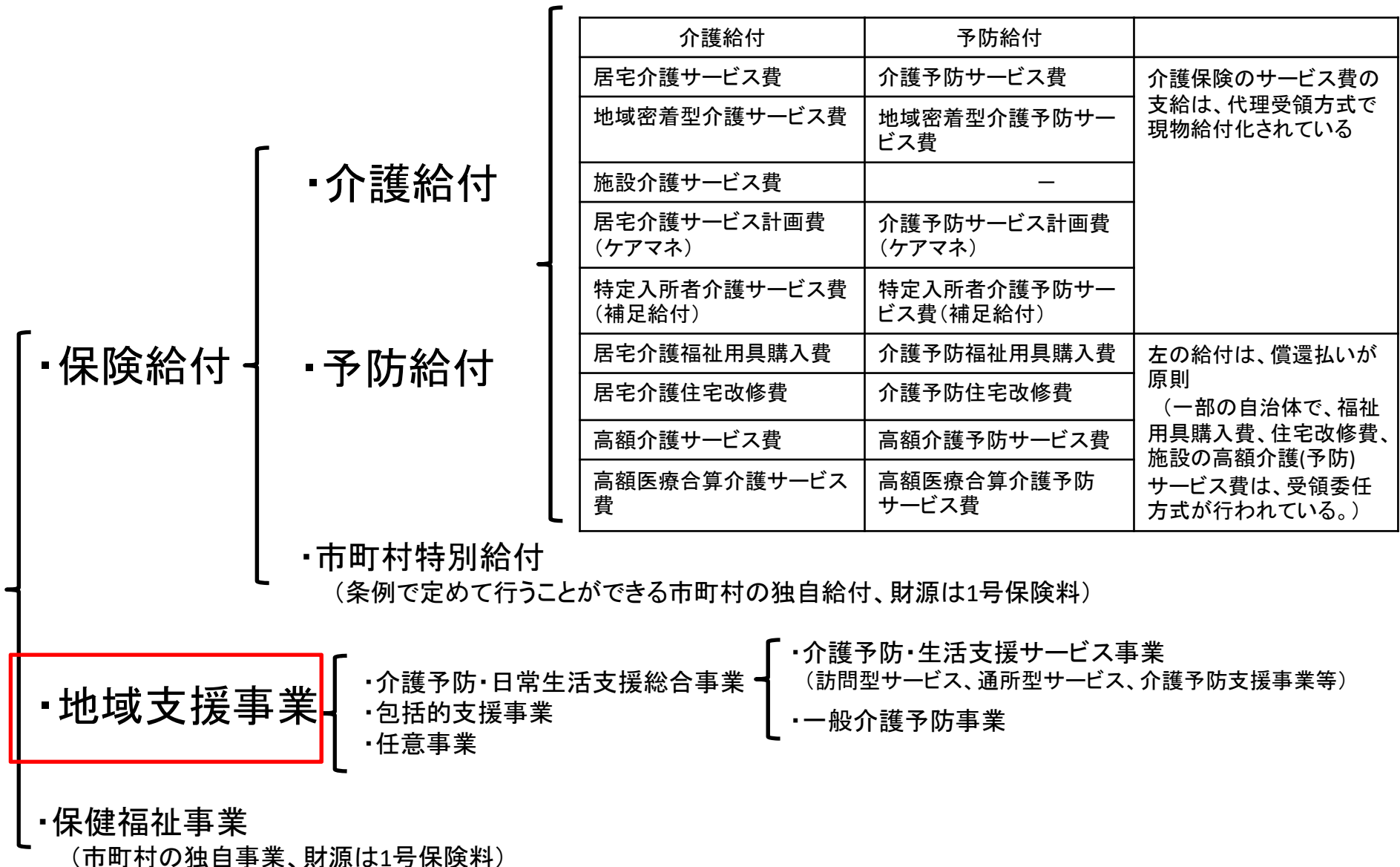
医療・介護分野のデータの名寄せ・連結精度の向上等

- 現行のNDB等の医療・介護データの名寄せ・連結精度の向上に向けて、社会保険診療報酬支払基金等が、医療保険のオンライン資格確認のために管理する被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。
- 併せて、正確な連結の基盤となるオンライン資格確認を普及させる観点から、社会保険診療報酬支払基金の業務に、当分の間、医療機関等の申込みに応じ、オンライン資格確認に必要な物品(オンライン資格確認システムに対応した顔認証付きカードリーダー)を調達・提供する業務を追加する。

(※)令和3年3月からオンライン資格確認を導入する予定。

(→オンライン資格確認システムについて、令和5年3月末までに概ね全ての医療機関等での導入を目指す。)

介護保険の保険給付等の全体像(地域支援事業)



地域支援事業の概要

令和2年度予算案 公費3,944億円、国費1,972億円

○ 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(新しい総合事業) 2,016億円 (1,008億円)

- 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（旧介護予防事業を再編）
 - 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 1,928億円 (964億円)

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

○地域支援事業の事業費

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

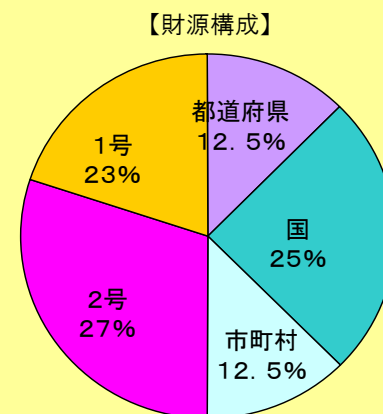
【事業費の上限】

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

○地域支援事業の財源構成

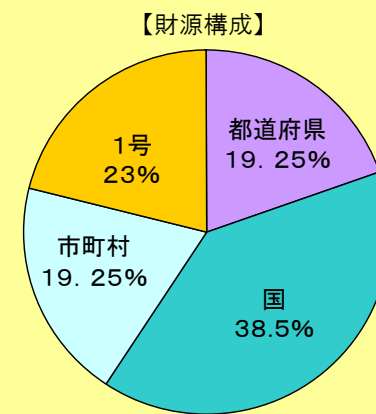
（財源構成の割合は第7期以降の割合）

介護予防・日常生活支援総合事業



○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

包括的支援事業・任意事業



○ 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。
（国：都道府県：市町村＝2：1：1）

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。

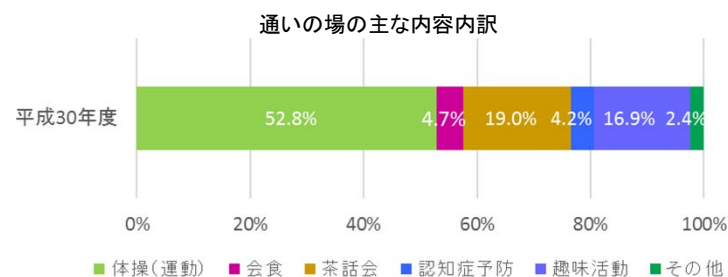
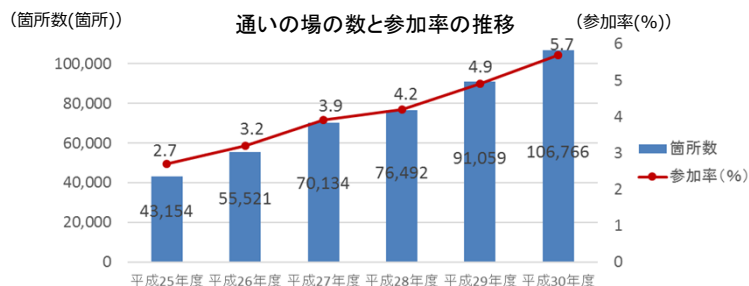
(2) 一般介護予防事業

- 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

住民主体の通いの場等(地域介護予防活動支援事業)

- 住民主体の通いの場の取組について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進
- 通いの場の数や参加率は増加・上昇傾向にあり、取組内容としては体操、茶話会、趣味活動の順で多い。



(参考) 事業の位置づけ：介護予防・日常生活支援総合事業

○ 介護予防・生活支援サービス事業

○ 一般介護予防事業

・ 地域介護予防活動支援事業

・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

【財源構成】

国：25%、都道府県：12.5%、市町村12.5%

1号保険料：23%、2号保険料：27%

(※) 介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与

515市町村

うち、高齢者等による介護予防に資するボランティア活動に対するポイントの付与

426市町村

(介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(平成30年度実施分)に関する調査)

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

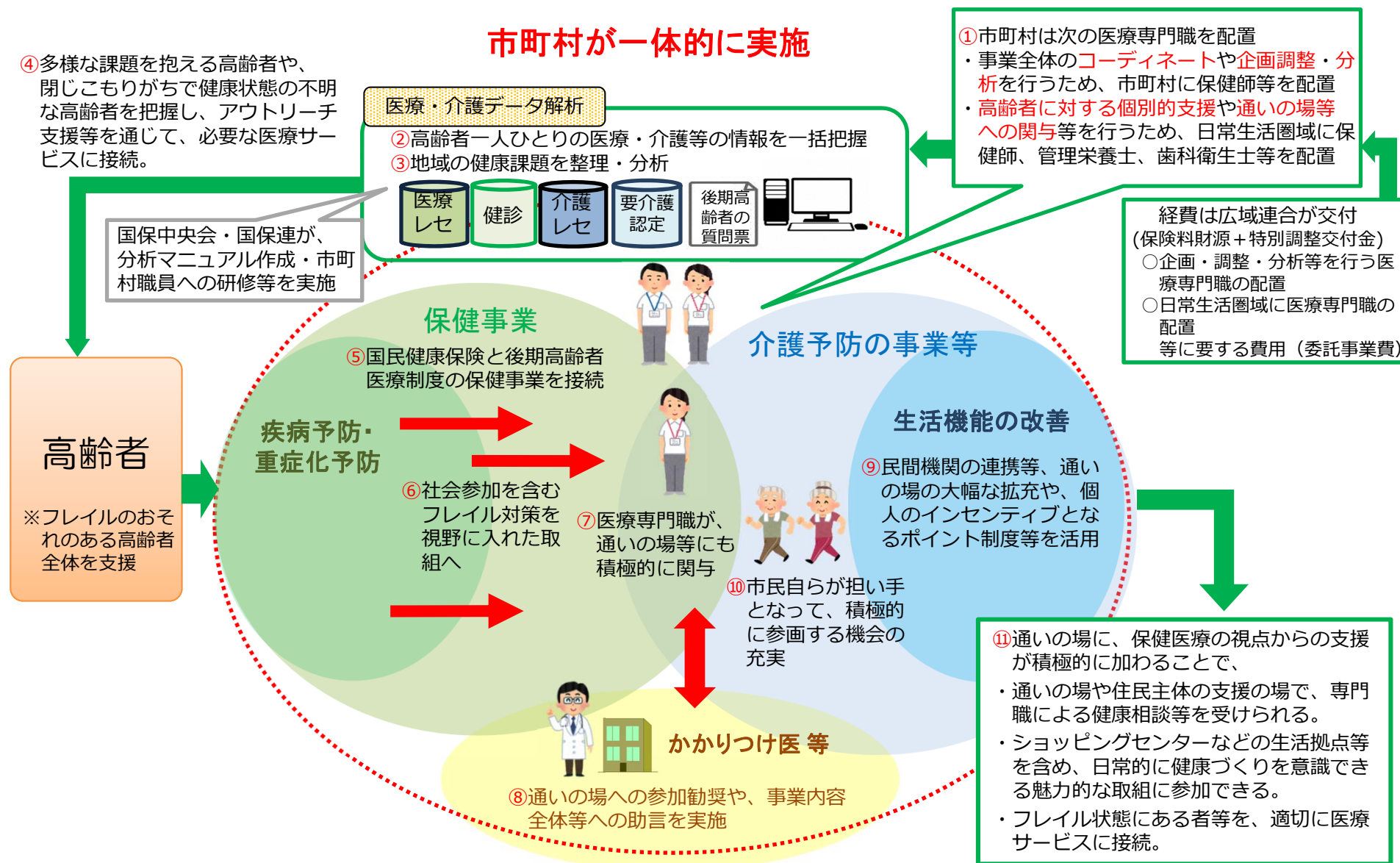
改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

改正の概要

- 1. オンライン資格確認の導入**【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）、船員保険法】
 - オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めることを禁止（告知要求制限）する。（**公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日**）
- 2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設**【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】（**令和元年10月1日**）
- 3. NDB、介護DB等の連結解析等**【高確法、介護保険法、健康保険法】
 - 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）と介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備（審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等）を行う。（DPCデータベースについても同様の規定を整備。）（**令和2年10月1日（一部の規定は令和4年4月1日）**）
- 4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等**【高確法、国民健康保険法、介護保険法】
 - 75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。（**令和2年4月1日**）
- 5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化**【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】
 - (1) 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。（**令和2年4月1日**）
 - (2) 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。（**公布日**）
- 6. 審査支払機関の機能の強化**【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】
 - (1) 社会保険診療報酬支払基金（支払基金）について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。（**令和3年4月1日**）
 - (2) 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する（支払基金・国保連共通）。（**令和2年10月1日**）
 - (3) 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する（支払基金・国保連共通）。（**令和2年10月1日**）
- 7. その他**
 - 未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消する。【国民健康保険法】（**公布日**）

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(市町村における実施のイメージ図)



～2024年度までに全ての市区町村において一体的な実施を展開(健康寿命延伸プラン工程表)～

「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・社会科学研究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
齊藤 正行	一般社団法人日本デイス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

「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」取りまとめ概要①

(令和元年12月13日公表)

【ポイント】

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

一般介護予防事業等に今後求められる機能を実現するための具体的方策等

＜通いの場などの介護予防の捉え方＞

- ✓ 高齢者が関心等に応じ参加できるよう、介護保険による財政的支援を行っているものに限らず幅広い取組が通いの場に含まれることを明確化。取組を類型化し、事例集等を作成。自治体や関係者に周知。
- ✓ 役割がある形での社会参加も重要であり、ボランティア活動へのポイント付与や有償ボランティアの推進に加え、就労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の推進方策に関する検討会」取りまとめ概要②

(令和元年12月13日公表)

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

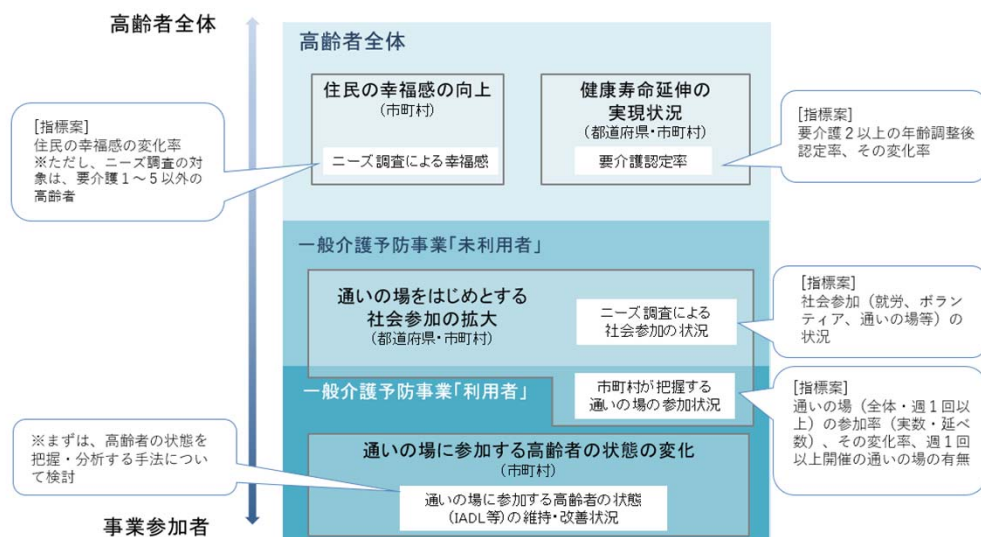
以下の取組をそれぞれ実施。小規模な自治体も多いため、市町村の業務負担軽減等に、十分に配慮。

- ・ 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の推進方策に関する検討会」取りまとめ概要③ (令和元年12月13日公表)

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

保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

令和2年度予算案（令和元年度予算額）：400億円（200億円）

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

趣 旨

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

概 要

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

※介護保険保険者努力支援交付金については、財源を介護予防・健康づくりに有効に活用するための枠組みについて検討中。

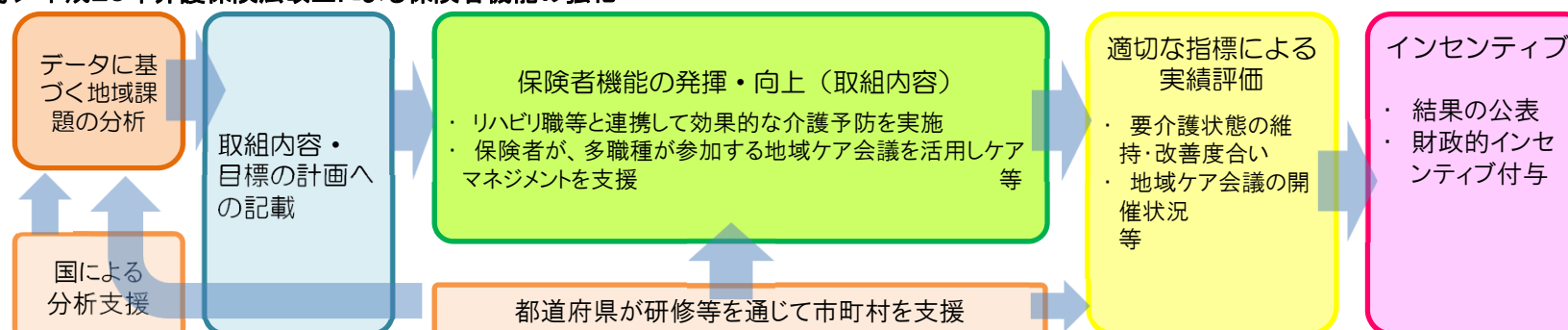
<市町村分>

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

<都道府県分>

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

<参考> 平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



「成長戦略フォローアップ」(関係部分)

(令和元年6月21日閣議決定)

Ⅱ. 全世代型社会保障への改革

4. 疾病・介護の予防

(2) 新たに講ずべき具体的施策

i) 人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

⑥介護予防のインセンティブ措置の抜本的な強化等

- ・介護保険の保険者や都道府県に対する介護インセンティブ交付金（保険者機能強化推進交付金）について、自治体による先進的な介護予防の取組が横展開され、健康寿命の地域間格差の縮小にも資するよう、財源を含めた予算措置を検討し、2020年度にインセンティブ措置の抜本的な強化を図る。
- ・あわせて、各評価指標や配点について、成果指標の導入拡大や配分基準のメリハリを強化するなどの見直しを行い、介護予防や認知症予防につながる可能性のある高齢者の身近な「通いの場」を拡充するとともに、介護予防と保健事業との一体的実施を推進する。その際、運動など高齢者の心身の活性化につながる民間サービスも活用する。また、「介護助手」など介護施設における高齢者就労・ボランティアを推進するとともに、個人へのインセンティブとして、ポイントの活用等を図る。
- ・75歳以上の高齢者に対する保健事業について、フレイル対策を含めきめ細やかな支援を充実させる。このため、後期高齢者医療の保険者インセンティブ措置を活用する。また、市町村による介護予防と保健事業の一体的実施の全国展開に向け、国の特別調整交付金を活用して、医療専門職の市町村への配置等を支援する。
- ・利用者の平均的な日常生活動作の維持又は改善に対する介護報酬加算について、自立支援や重度化防止等の観点から、2020年度までにエビデンスに基づく効果検証を行い、次期介護報酬改定で必要な対応を行う。

⑦認知症の総合的な施策の強化

- ・「共生」と「予防」を柱とした総合的な認知症施策を、認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）に基づき、推進する。「通いの場」の活用などの先進・優良事例について、2020年度までに事例集や実践に向けたガイドラインを作成し、全国の自治体へ横展開する。あわせて、認知症の予防法の確立に向け、研究開発を強化する。データ収集に2019年度から着手し、データ利活用の枠組みを2021年度までに構築するとともに、認知症分野における官民連携のプラットフォームを活用し、評価指標・手法の確立を目指しつつ、予防やケア等の社会実装を促進する。

5. 次世代ヘルスケア

(2) 新たに講ずべき具体的施策

i) 技術革新等を活用した効果的・効率的な医療・福祉サービスの確保

②ICT、ロボット、AI等の医療・介護現場での技術活用の促進

イ) 科学的介護の実現

- ・自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、高齢者の状態、ケアの内容などのデータを収集・分析するデータベースの運用を、2020 年度に本格的に開始する。当該データベースの分析結果を、次期以降の介護報酬改定の議論に活用し、効果が裏付けられた介護サービスについて評価を進める。また、取得したデータについては、介護事業所に提供し、ケアの質の向上等へ活用を進める。

ウ) ロボット・センサー等の開発・導入

- ・2040 年を展望した中長期ビジョンである「未来イノベーションWG」の取りまとめを踏まえた医療福祉分野における取組を検討し、2019 年度 中に具体化する。ムーンショット型研究開発、先端技術の速やかな社会実装に向けた新たな評価モデルの開発、技術インテリジェンス機能 の強化等、政府一丸でロボット・AI 等の溶け込んだ社会システムの実 現を目指す。また、国民が自分の健康状態を自ら把握できる社会の実 現に向け、機器やサービスに関して、評価手法の開発を推進する。
- ・ロボット・センサー等の効果検証に関するルールを次期介護報酬改定までに整理する。事業者による継続的な効果検証とイノベーションの循環を促す環境を整備し、得られたエビデンスを次期及びそれ以降の介護報酬改定等での評価につなげる。
- ・ロボット・センサーについて、重点分野に基づき、利用者を含め介護現場と開発者等をつなげる取組や、介護現場でのモニター調査等により、現場ニーズを捉えた開発支援を行うとともに、介護ロボットを活用した介護技術の開発や介護ロボットの普及啓発を行い、介護現場への導入・活用支援を着実に進める。あわせて、障害福祉分野についても同様の取組を進める。

エ) AI 等の技術活用

- ・重点6 領域を中心としつつ、医療従事者の負担軽減や、的確な診断・治療支援による医療の質の向上等を図るため、健康・医療・介護・福祉領域におけるAI の開発や現場での利活用を促進する。あわせて、AI 開発に必要な質の高いデータ収集を推進する。さらに、AI 開発において特定された課題の解消に向けた具体的な対応を2019 年度中に開始するとともに、アジア等、海外の医療機関と提携し、本邦で開発されたAI 技術の海外展開を目指す。また、我が国の医療機器産業の活性化に向けて、ICT を活用した医療機器の特性に応じた承認審査体制等を早急に整備する。

i) 人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

2019年度	2020年度	2021年度	2022～2025年度	担当大臣	KPI
予算編成 税制改正要望 秋～年 末 通常国会 介護予防のインセンティブ措置の抜本的な強化等 介護インセンティブ交付金における予防・健康づくりのインセンティブ措置の強化 介護インセンティブ交付金を抜本的に強化する 成果指標の導入や配分基準のメリハリを強化するように評価指標等の見直しを行い、「通いの場」の拡充、民間サービスも活用した介護予防と保健事業との一体的実施の推進、「介護助手」など介護施設における高齢者就労・ボランティアを後押しする取組の推進、個人へのインセンティブとしてポイントの活用等を図る 一体的実施の本格展開に向け、先行的な取組を支援 高齢者に対する保健事業について、フレイル対策を含めた支援を充実させるため、後期高齢者医療の保険者インセンティブ措置を活用	引き続き、効果検証・改善を実施 一体的実施の全国展開に向け、特別調整交付金を活用して、医療専門職の市町村への配置等を支援			【厚生労働大臣】	・2040年までに健康寿命を男女とも3年以上延伸し、75歳以上とすることを旨とする ・平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 ・介護予防に資する「通いの場」への参加率を2020年度末までに6%、2040年度末までに15%
利用者の平均的な日常生活動作の維持・改善に対する介護報酬の加算について、効果検証を実施	介護報酬改定で必要な対応を実施	引き続き、効果検証を実施			
「仕事付き高齢者向け住宅」等の実証を実施し、高齢者の社会参加のモデルケース創出、社会実装の推進	実施状況を踏まえ、必要な検討・取組を推進			【経済産業大臣】	
「介護サービス情報公表システム」を活用して効果的な情報提供を実施				【厚生労働大臣】	

い)技術革新等を活用した効果的・効率的な医療・福祉サービスの確保

2019年度	2020年度	2021年度	2022～2025年度	担当大臣	KPI
予算編成 税制改正要望 秋～年 末 通常国会 科学的介護の実現 高齢者の状態、ケアの内容などのデータを収集・分析するデータベースの試行運用	データベースの本格運用開始 データの分析により、効果のある介護サービスについて、次期以降の介護報酬改定で評価			【厚生労働大臣】	・2040年時点において、<u>医療・福祉分野の単位時間当たりのサービス提供について5%（医師について7%）以上の改善を目指す</u>
ロボット・センサー等の開発・導入 「未来イノベーションWG」の取りまとめを踏まえた医療福祉分野における取組について検討・具体化 自分の健康状態を自ら把握できる社会の実現に向け、機器やサービスに関して評価手法の開発を推進 ロボットなどの技術革新の評価に必要なデータの種類や取得方法など、効果検証に関するルールを次期介護報酬改定までに整理 得られたエビデンスに基づき、次期及びそれ以降の介護報酬改定等で評価 改訂した重点分野に基づき、ロボット介護機器の開発・本格導入の実現 障害福祉分野におけるロボット技術等を活用した支援機器について、現場ニーズを捉えた開発・本格導入の実現 生活支援ロボットの国際安全規格ISO13482の規格に基づく国内認証の実施	検討を踏まえ、ロボット・AI等の社会実装を推進			【厚生労働大臣、経済産業大臣】 【厚生労働大臣】 【厚生労働大臣、経済産業大臣】 【厚生労働大臣】 【経済産業大臣】	・ロボット介護機器の市場規模、2020年に約500億円、2030年に約2,600億円 ・重点分野のロボット介護機器導入台数、2030年8,000台

「経済財政運営と改革の基本方針2019」(関係部分)

(令和元年6月21日閣議決定)

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

(医療・介護制度改革)

持続可能な社会保障制度の実現に向け、医療・介護サービスの生産性向上を図るため、医療・福祉サービス改革プランを推進するとともに、地域包括ケアシステムの構築と併せ、医療・介護提供体制の効率化を推進し、勤労世代の負担状況にも配慮しつつ、後期高齢者の増加に伴う医療費の伸びの適正化や一人当たり医療費の地域差半減、介護費の地域差縮減を目指す。診療報酬や介護報酬においては、高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、下記の各項目が推進されるよう適切に改善を図るとともに、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、A D L の改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。

(i) 医療・福祉サービス改革プランの推進

医療・福祉サービス改革プランにより、ロボット・A I ・I C T 等（※）、データヘルス改革、タスク・シフティング、シニア人材の活用推進、組織マネジメント改革、経営の大規模化・協働化を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図ることにより、2040年における医療・福祉分野の単位時間サービス提供量について5%以上向上、医師については7%以上向上させる。

データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認の導入、「保健医療データプラットフォーム」の2020年度の本格運用開始、クリニカル・イノベーション・ネットワークとM I D - N E T の連携、A I の実装に向けた取組の推進、栄養状態を含む高齢者の状態やケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、A I も活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組の推進などの科学的介護の推進等を行う。

レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報といった患者の保健医療情報を、患者本人や全国の医療機関等で確認できる仕組みに関し、特定健診情報は2021年3月を目途に、薬剤情報については2021年10月を目途に稼働させる。さらに、その他のデータ項目を医療機関等で確認できる仕組みを推進するため、これまでの実証結果等を踏まえ、情報連携の必要性や技術動向、費用対効果等を検証しつつ、医師や患者の抵抗感、厳重なセキュリティと高額な導入負担など、推進に当たっての課題を踏まえた対応策の検討を進め、2020年夏までに工程表を策定する。あわせて、医療情報化支援基金の使途や成果の見える化を図りつつ、電子カルテの標準化を進めていく。介護情報との連携を進めるに当たって、手法等について引き続き検討する。医療保険の審査支払機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める。

(※)「未来イノベーションWG」(健康・医療戦略推進本部の下に設置された次世代ヘルスケア産業協議会の下に設置)の取りまとめを踏まえ具体化される取組を含む。

「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」(関係部分)

(令和元年12月19日経済財政諮問会議決定)

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	37 大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進 新たな地域別の将来人口推計の下での大都市や地方圏での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携を促進する。	県境を超えた患者の流入等を出入等を反映した地域医療構想及びそれを踏まえ策定した医療計画・介護保険事業支援計画に基づき、都道府県において、病床の機能分化連携や在宅医療・介護の推進に係る取組を推進。 地域医療構想については、 ・重点支援区域の設定を通じた国による助言や集中的な支援の実施。 ・民間医療機関の対応方針策定の促進のための方策の議論に着手。 ・地域医療介護総合確保基金の配分における大幅なメリハリ付けの仕組みの検討、実施。 ・公立・公的医療機関等の対応方針の見直し等の取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合の新たな都道府県知事の権限の在り方の検討、所要の措置。 以上の事項について、「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図る。 ≪厚生労働省≫		2023年度まで	○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院で、再検証要請対象医療機関とされた医療施設のうち、地域医療構想調整会議において具体的方針について再度合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】 ○在宅患者訪問診療件数【2017年医療施設調査からの増加】	○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合 【2025年度に100%】 ○介護療養病床の第7期介護保険事業計画に沿ったサービス量進捗状況と、第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量 【2020年度末に100%】
	38 診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進 診療報酬や介護報酬においては、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。	2018年度診療報酬改定の影響の検証結果を踏まえ、2020年度診療報酬改定において、アウトカム指標の見直し等を実施。 介護報酬において、ADLの改善等アウトカムを評価する加算を含めこれまで設けられた各種加算について、サービスの質の反映状況等の検証を通じて、より効果的な加算の在り方に関して、2021年度介護報酬改定に向けて関係審議会等において必要な対応を検討。 介護事業所の経営実態等を適切に把握できるよう、介護報酬改定において参照される経営実態調査等について、調査・集計方法等の改善や有効回答率の向上を通じて精度を向上。 ≪厚生労働省≫	アウトカムに基づく支払い等に関する加算について検証を行う。		—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
	39 データヘルス改革の推進					
医療・福祉サービス改革	iii 医療保険の支払審査機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目の着実な推進	医療保険の審査支払機関について、審査支払新システムの構築等、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める。 《厚生労働省》			○「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目16項目の進捗状況 【各年度時点での十分な進捗を実現】	○コンピュータで審査完結するレセプトの割合 【システム刷新後2年以内に9割程度】 ○既存の支部設定コンピュータチェックルールの移行・廃止 【新システム稼働時までに集約完了】
	iv A Iの実装に向けた取組の推進	人口減少の中にあって少ない人手で効率的に医療・介護・福祉サービスが提供できるよう、A Iの実装に向けた取組の推進、ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、ロボット・IoT・A I・センサーの活用を図る。 －保健医療分野でのディープラーニングや機械学習等のA I開発を戦略的に進めるため、①ゲノム医療、②画像診断支援、③診断・治療支援、④医薬品開発、⑤介護・認知症、⑥手術支援、を重点6領域と定めて開発・実用化を促進する。 重点6領域を中心に必要な研究事業等を実施し、A I開発を加速化するとともに、A I開発に必要な医用画像のデータベースを構築。 2019年度末にとりまとめ予定のロードブロック（開発の障壁）解消に向けた工程表、A Iの開発・利活用が期待できる領域の俯瞰図に基づく工程表に基づきA Iの研究開発、社会実装を推進。 《厚生労働省》			○6つの重点領域（ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援）のうち、A Iの構築に必要なデータベースを構築した領域数 【2020年度末までに6領域】	○6領域における、A I技術の製品化等、現場での実用化に至った領域数 【2020年度末までに1領域】
	v ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築	人口減少の中にあって少ない人手で効率的に医療・介護・福祉サービスが提供できるよう、A Iの実装に向けた取組の推進、ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、ロボット・IoT・A I・センサーの活用を図る。 新たに構築したデータベース（CHASE）を含む介護関連データベースを活用し、自立支援・重度化防止等に資する介護の普及に向けたデータの収集・分析を実施。 《厚生労働省》	データベースについて、次期以降の介護報酬改定等に活用。		—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	45 国保の普通調整交付金について見直しを検討 普通調整交付金について、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方の検証を進め、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となる新制度の円滑な運営に配慮しつつ、速やかに関係者間で見直しを検討する。	骨太2020の取りまとめに向けて、普通調整交付金の配分について、所得調整機能の観点や、加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準とする観点から、引き続き地方団体等と議論を継続。 《厚生労働省》			—	—
	46 科学的介護の推進（栄養改善を含め、自立支援・重度化防止等に向けた介護の普及） 科学的介護を推進し、栄養改善を含め自立支援・重度化防止等に向けた介護の普及等を推進する。	新たに構築したデータベース（CHASE）を含む介護関連データベースを活用し、自立支援・重度化防止等に資する介護の普及に向けたデータの収集・分析を実施。 《厚生労働省》	データベースについて、次期以降の介護報酬改定等に活用。		—	—
	47 ケアマネジメントの質の向上 i A I も活用した科学的なケアプランの実用化 自立支援・重度化防止等に資するA I も活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組を推進するとともに、ケアマネジャーの質の向上の観点から、その業務の在り方を検討する。	自立支援・重度化防止等に資するA I も活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組について検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—
	ii ケアマネジャーの業務の在り方の検討 自立支援・重度化防止等に資するA I も活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組を推進するとともに、ケアマネジャーの質の向上の観点から、その業務の在り方を検討する。	社会保障審議会介護保険部会における検討を踏まえ、必要な措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」(関係部分)

(平成30年度介護報酬改定に関する審議報告(平成29年12月18日)より作成)

＜サービス全般に関する課題＞

○ 介護サービスの質の評価・自立支援に向けた事業者へのインセンティブ

- ・ 今回の改定に伴い、クリームスキミングにより利用者のサービス利用に支障が出る等の弊害が生じていないか等について検証を進める。
- ・ 2020年度の本格運用開始を目指すこととされているデータベースの構築により、介護の取組とそのアウトカムの関連の分析等を加速し、さらなるエビデンスを集積して、科学的な効果が裏付けられた介護サービスについて、介護報酬上の評価を検討するべきである。
- ・ 外部のリハビリテーション専門職等との連携について、実施状況を把握するとともに、その効果を検証するべきである。

- 人材の確保・介護現場の革新

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、全国数力所で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

ベットメイキング、食事の配膳、清掃等

利用者のケア

周辺業務

介護専門職が担うべき業務に重点化

元気高齢者の活躍

- 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

業務課題

機器をマッチング

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」				

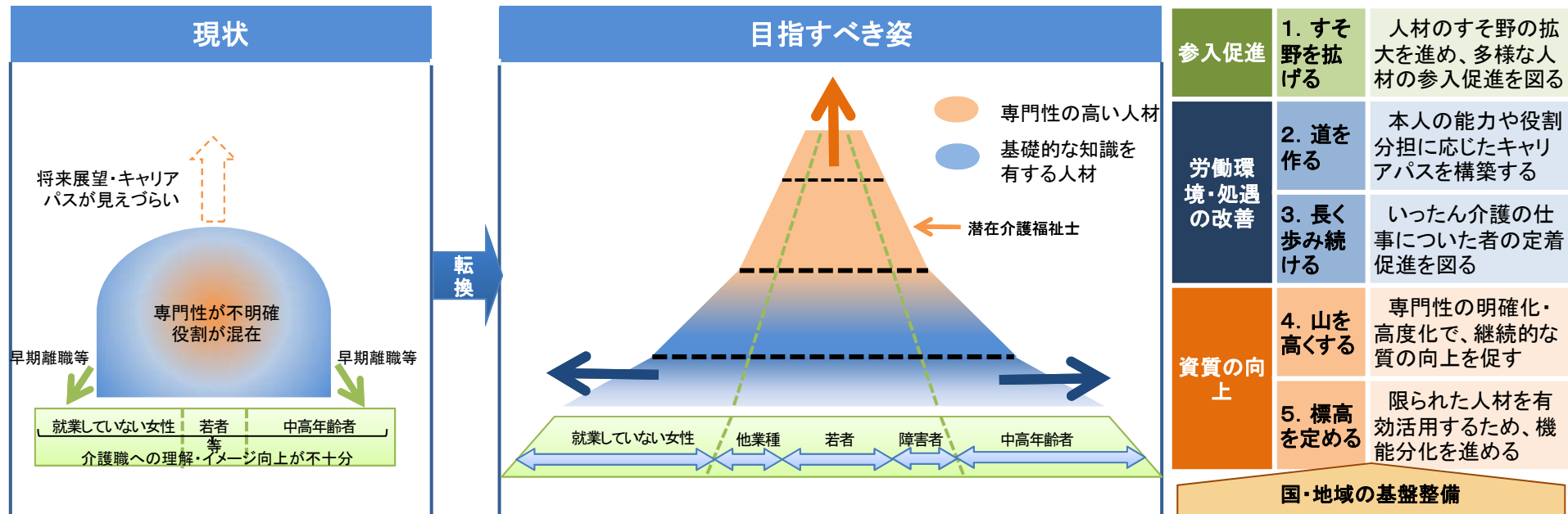
平成30年度介護報酬改定の概要 (生活援助の担い手の拡大)

- 訪問介護について、介護福祉士等は身体介護を中心に担う(機能分化)とともに、生活援助については、人材確保の裾野を拡大するとともに、新研修を創設して質を担保する。

訪問介護

- 訪問介護事業所における更なる人材確保の必要性を踏まえ、介護福祉士等は身体介護を中心に担うこととし、生活援助中心型については、人材の裾野を広げて担い手を確保しつつ、質を確保するため、現在の訪問介護員の要件である130時間以上の研修は求めないが、生活援助中心型のサービスに必要な知識等に対応した研修を修了した者が担うこととする。
- このため、新たに生活援助中心型のサービスに従事する者に必要な知識等に対応した研修課程を創設することとする。その際、研修のカリキュラムについては、初任者研修のカリキュラムも参考に、観察の視点や認知症高齢者に関する知識の習得を重点とする。(カリキュラムの具体的な内容は今年度中に決定する予定)
- なお、この場合、訪問介護事業所には多様な人材が入ることとなるが、引き続き、利用者の状態等に応じて、身体介護、生活援助を総合的に提供していくこととする。

(参考) 介護人材確保の目指す姿 ～「まんじゅう型」から「富士山型」へ～



平成30年度介護報酬改定の概要 (介護ロボットの活用の促進)

- 特別養護老人ホーム等の夜勤について、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合に関する評価を設ける。

介護老人福祉施設、短期入所生活介護

- 夜勤職員配置加算について、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合について見直しを行う。

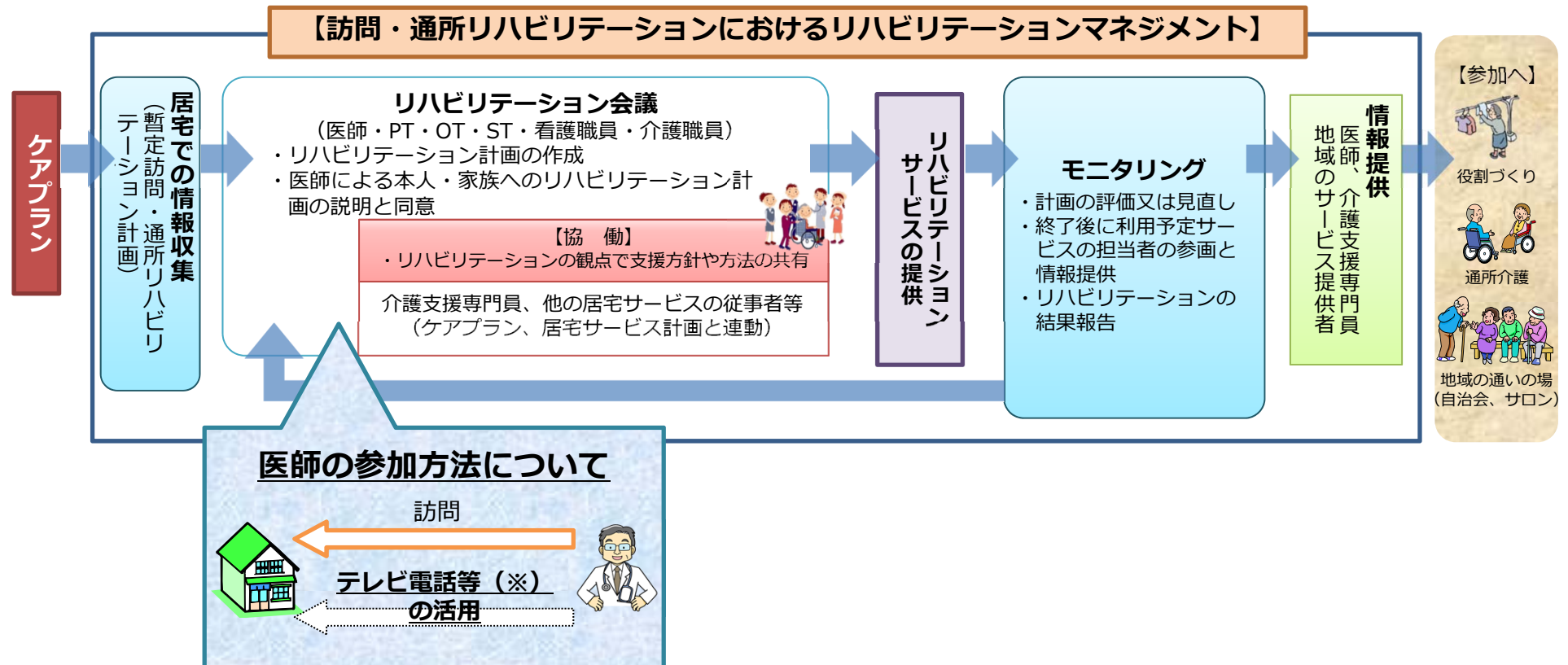
現行の夜勤職員配置加算の要件	見守り機器を導入した場合の 夜勤職員配置加算の要件
夜勤時間帯の夜勤職員数： 夜勤職員の最低基準＋<u>1名分の人員を多く配置</u>していること。	- 夜勤時間帯の夜勤職員数： 夜勤職員の最低基準＋<u>0.9名分の人員を多く配置</u>していること。 <u>入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の15%以上に設置していること。</u> <u>施設内に見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。</u>

平成30年度介護報酬改定の概要 (ICTを活用したリハビリテーション会議への参加)

- リハビリテーション会議(※)への医師の参加について、テレビ電話等を活用してもよいこととする。
※関係者間でリハビリテーションの内容等について話し合うとともに、医師が、利用者やその家族に対して、その内容を説明する会議

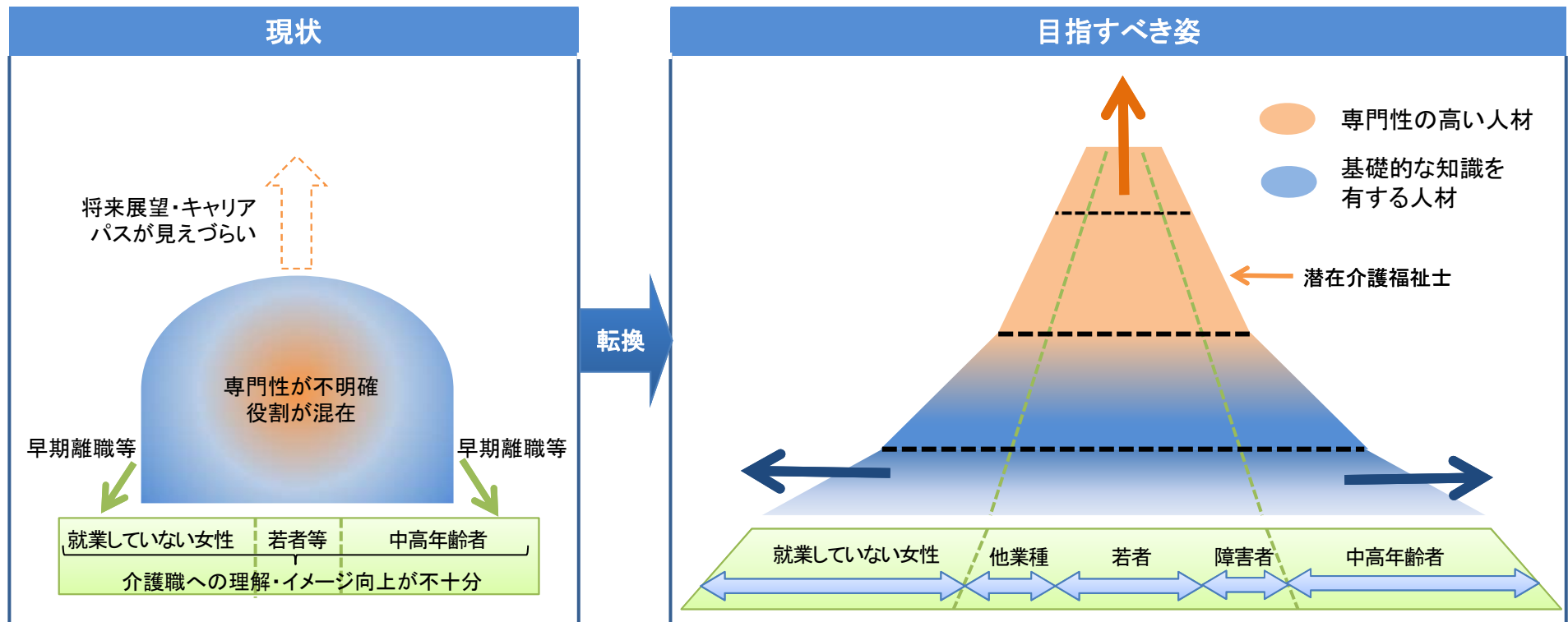
訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

- リハビリテーションマネジメントで求められているリハビリテーション会議への医師の参加が困難との声があることから、テレビ電話等を活用してもよいこととする。



※ テレビ電話会議システムその他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。

介護人材確保の目指す姿 ～「まんじゅう型」から「富士山型」へ～



参入促進	1. すそ野を拓ける	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

総合的な介護人材確保対策(主な取組)

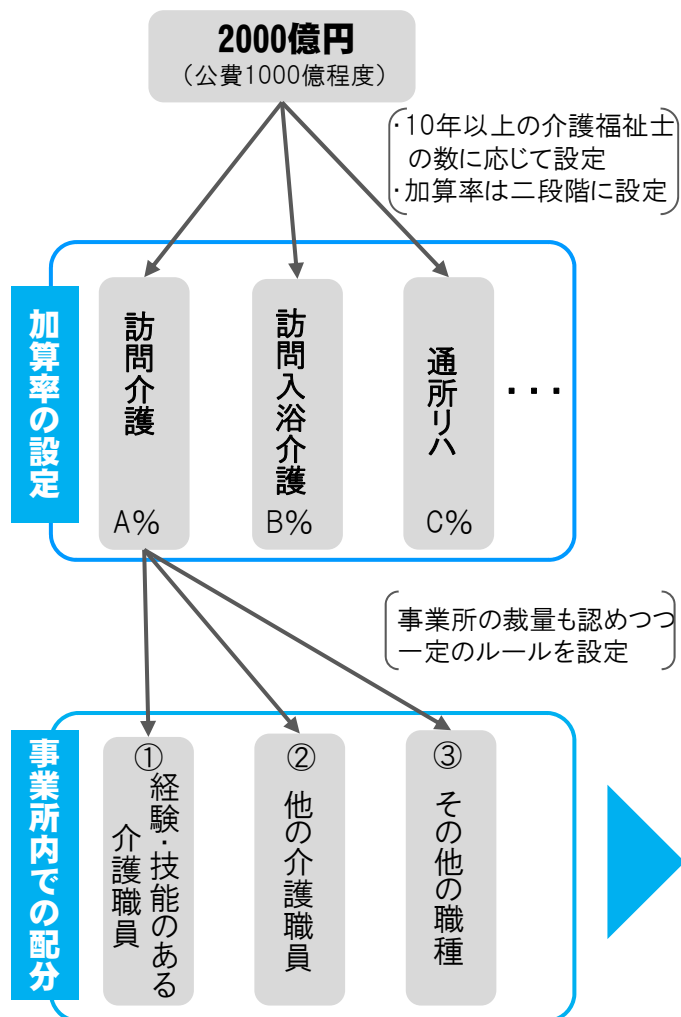
	これまでの主な対策		さらに講じる主な対策
介護職員の 処遇改善	(実績)月額平均5.7万円の改善 - 月額平均1.4万円の改善(29年度～) - 月額平均1.3万円の改善(27年度～) - 月額平均0.6万円の改善(24年度～) - 月額平均2.4万円の改善(21年度～)	+	◎ リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準を目指し、経験・技能のある介護職員に重点化した更なる処遇改善を2019年10月より実施
多様な人材 の確保・育成	○ 介護福祉士修学資金貸付、再就職準備金貸付による支援 ○ 中高年齢者等の介護未経験者に対する入門的研修の実施から、研修受講後の体験支援、マッチングまでを一体的に支援	+	◎ 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)

新しい経済政策パッケージに基づく介護職員の更なる処遇改善

○ 新しい経済政策パッケージ（抜粋）

介護人材確保のための取組をより一層進めるため、**経験・技能のある職員に重点化**を図りながら、**介護職員の更なる処遇改善**を進める。

具体的には、他の介護職員などの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう**柔軟な運用を認めること**を前提に、介護サービス事業所における勤続年数10年以上の介護福祉士について**月額平均8万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠**に、公費1000億円程度を投じ、処遇改善を行う。



▶ ①経験・技能のある介護職員において「月額8万円」の改善又は「役職者を除く全産業平均水準(年収440万円)」を設定・確保

→ 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実現

※小規模な事業所で開設したばかりである等、設定することが困難な場合は合理的な説明を求める。

▶ 平均の処遇改善額が、

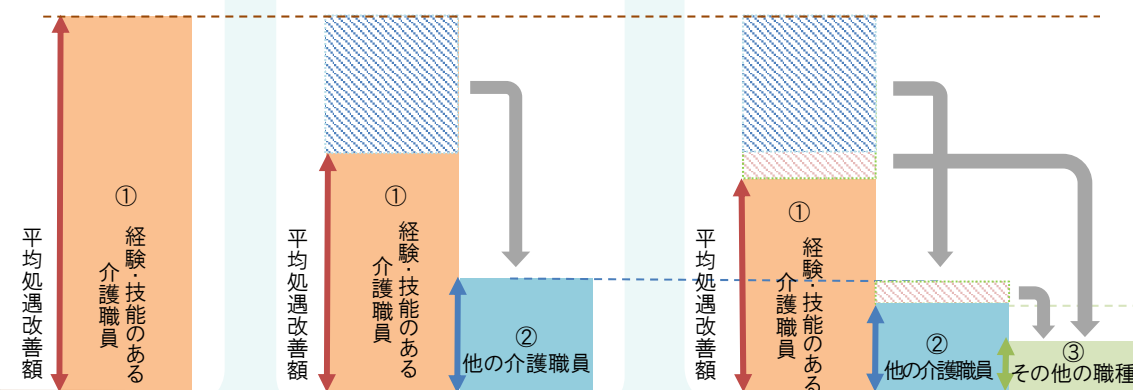
- ・ ①経験・技能のある介護職員は、②その他の介護職員の2倍以上とすること
- ・ ③その他の職種(役職者を除く全産業平均水準(年収440万円)以上の者は対象外)は、②その他の介護職員の2分の1を上回らないこと

※ ①は、勤続10年以上の介護福祉士を基本とし、介護福祉士の資格を有することを要件としつつ、勤続10年の考え方は、事業所の裁量で設定

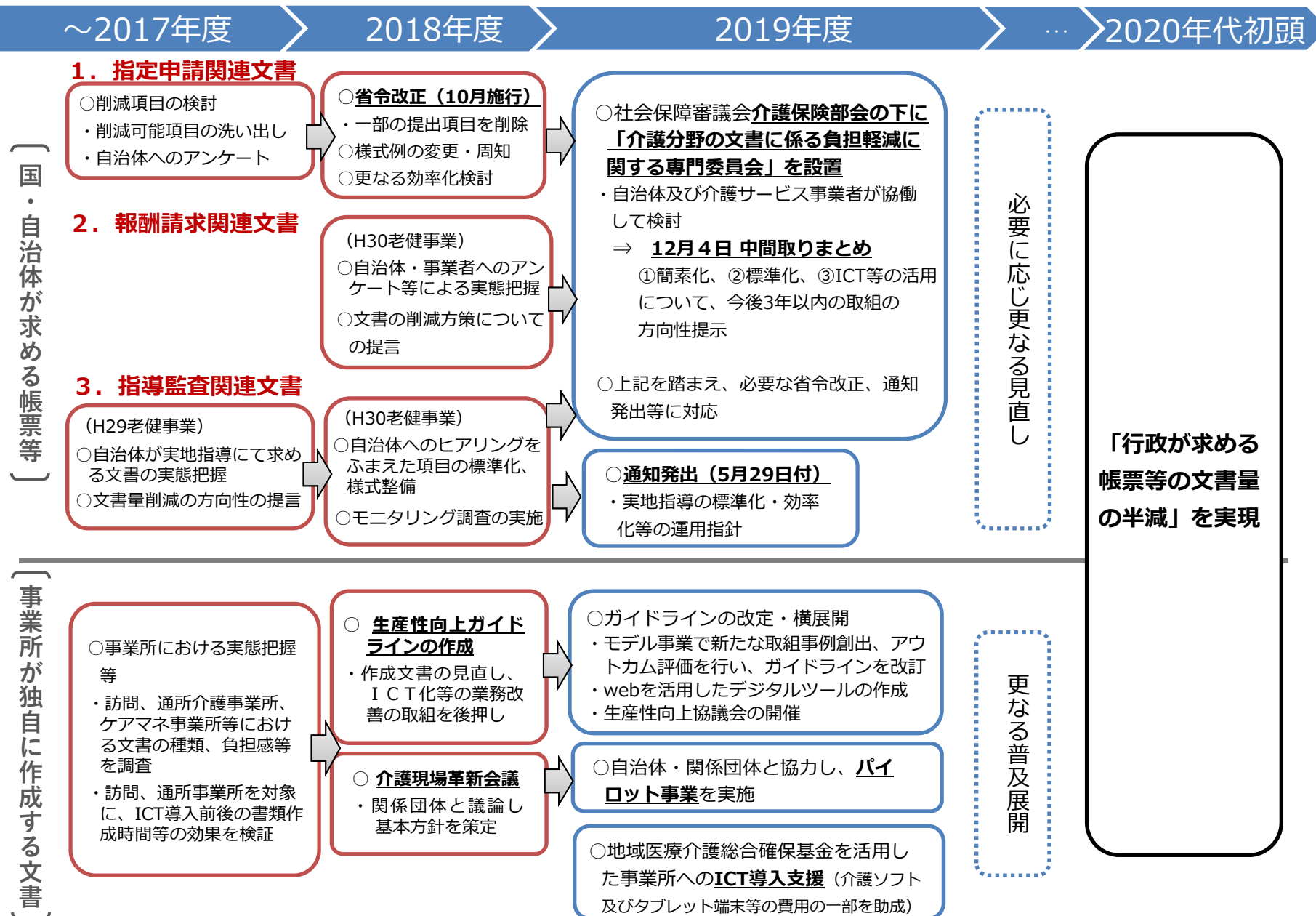
※ ①、②、③内での一人ひとりの処遇改善額は、柔軟に設定可能

※ 平均賃金額について、③が②と比べて低い場合は、柔軟な取扱いが可能

全て選択可能



介護分野における文書量半減の取組



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

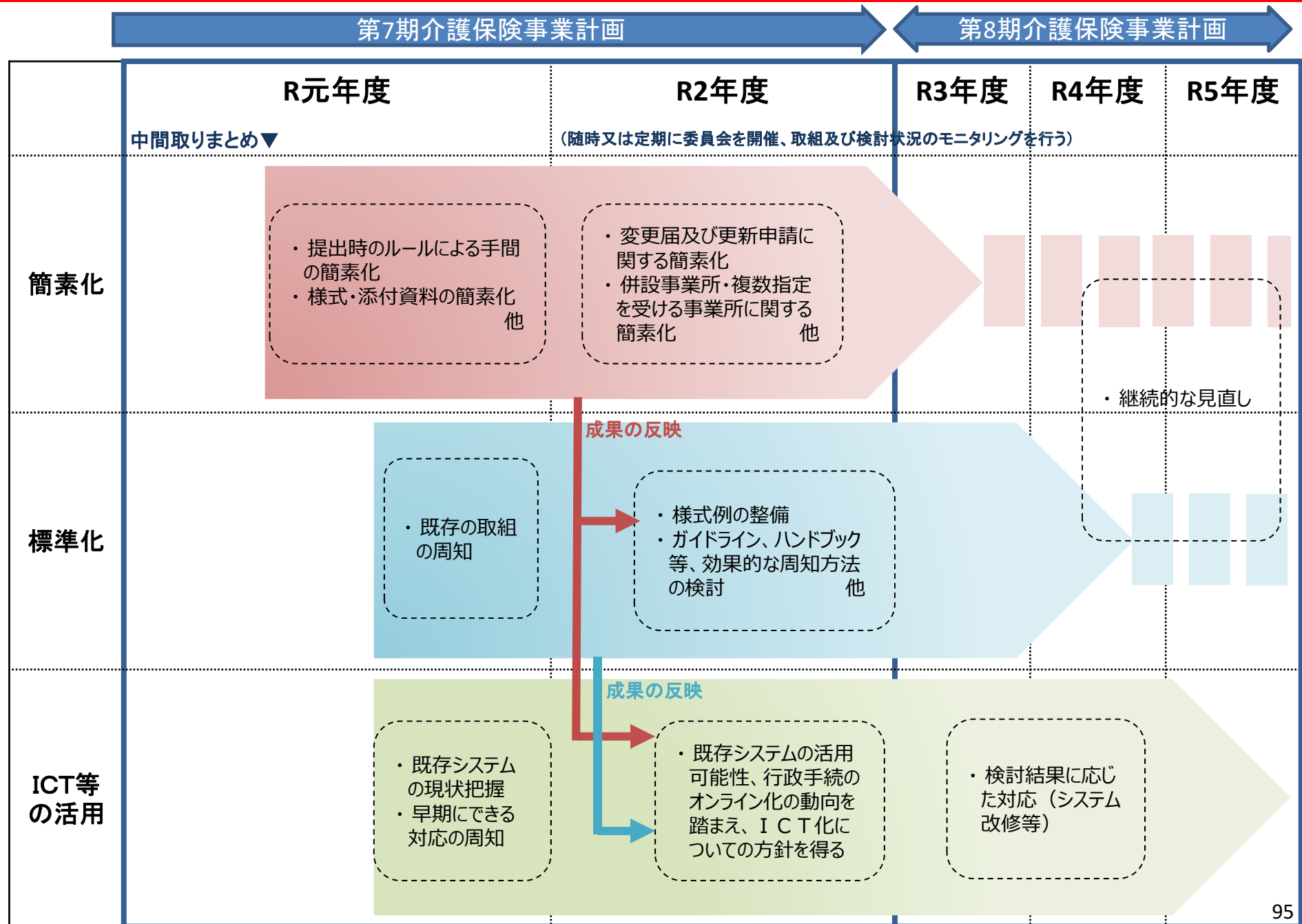
令和元年 8月 7日(水)	第1回委員会
8月28日(水)	第2回委員会 ・ 事業者団体からのヒアリング、他
9月18日(水)	第3回委員会 ・ 第1回・第2回を踏まえた論点整理、他
10月16日(水)	第4回委員会 ・ 負担軽減策についての議論、他
11月27日(水)	第5回委員会 ・ 中間取りまとめ(案)、他
12月 4日(水)	中間取りまとめの公表
12月 5日(木)	介護保険部会への報告

介護分野の文書に係る主な負担軽減策

	指定申請	報酬請求	指導監査	
簡素化・標準化の検討が、ICT化の推進にも繋がる。 （並行して検討することが有益な項目は柔軟に取り扱う。）	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） ● 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	● 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	<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（※※）
	● 変更届の頻度等の取扱い ● 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		● 指導監査の時期の取扱い	<<取組を徹底するための方策>>
	標準化 ● H30省令改正・様式例改訂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		● 標準化・効率化指針の周知徹底による標準化	■ 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
	ICT等の活用 ● 申請様式のHPIにおけるダウンロード ● ウェブ入力・電子申請 ● データの共有化・文書保管の電子化		● 実地指導のペーパーレス化 ・画面上での文書確認	

（※）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。
 （※※）前倒して実現出来るものがあれば、順次取り組んでいく。

介護分野の文書に係る負担軽減の今後の進め方



介護保険制度の見直しに関する意見(関係部分)

(令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

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

【文書量削減】

- 介護分野の文書の削減・標準化等を進め、現場の事務作業量を削減することが必要である。
- 介護分野の文書に係る負担軽減については、本部会の下に「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」（以下「専門委員会」という。）を設置し、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とりされている文書に関する負担軽減を主な対象として検討を行った。
- 専門委員会の中間とりまとめ（令和元年12月4日）に沿って、指定申請関連文書、報酬請求関連文書、指導監査関連文書等に関して、①個々の申請様式・添付書類や手続きに関する簡素化、②自治体毎のローカルルール解消による標準化、③共通して更なる効率化につながる可能性のあるICT等の活用等の取組を着実に進めることが必要である。その際、適正な申請や請求が行われるようにすることに留意が必要である。
- 取組にあたっては、国、都道府県、市町村、関係団体等がそれぞれの役割を果たしながら協働して進めることが重要である。ICT等の活用については、行政分野全体の電子化等の取組も踏まえながら進めることが重要である。また、介護保険法令に基づく手続き等に係る対応とあわせて、老人福祉法令に基づく手続き等に係る対応についても整合的に進めることも重要である。
- 今後、専門委員会において、中間とりまとめに記載された取組についてフォローアップを行い、継続的な改善を図りながら取組を徹底していくことが必要である。また、事故報告の標準化や有効活用、ケア記録等の介護事業所が作成・保管する文書に係る負担軽減方策についても検討していくことが重要である。なお、この点に関し、介護サービス利用者が作成する文書に係る負担軽減についても検討が必要との意見があった。

「成長戦略フォローアップ」(関係部分)

(令和元年6月21日閣議決定)

Ⅱ. 全世代型社会保障への改革

5. 次世代ヘルスケア

(2) 新たに講ずべき具体的施策

i) 技術革新等を活用した効果的・効率的な医療・福祉サービスの確保

②ICT、ロボット、AI等の医療・介護現場での技術活用の促進

イ) 科学的介護の実現

- ・自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、高齢者の状態、ケアの内容などのデータを収集・分析するデータベースの運用を、2020 年度に本格的に開始する。当該データベースの分析結果を、次期以降の介護報酬改定の議論に活用し、効果が裏付けられた介護サービスについて評価を進める。また、取得したデータについては、介護事業所に提供し、ケアの質の向上等へ活用を進める。

ウ) ロボット・センサー等の開発・導入

- ・2040 年を展望した中長期ビジョンである「未来イノベーションWG」の取りまとめを踏まえた医療福祉分野における取組を検討し、2019 年度 中に具体化する。ムーンショット型研究開発、先端技術の速やかな社会実装に向けた新たな評価モデルの開発、技術インテリジェンス機能 の強化等、政府一丸でロボット・AI 等の溶け込んだ社会システムの実 現を目指す。また、国民が自分の健康状態を自ら把握できる社会の実 現に向け、機器やサービスに関して、評価手法の開発を推進する。
- ・ロボット・センサー等の効果検証に関するルールを次期介護報酬改定までに整理する。事業者による継続的な効果検証とイノベーションの循環を促す環境を整備し、得られたエビデンスを次期及びそれ以降の介護報酬改定等での評価につなげる。
- ・ロボット・センサーについて、重点分野に基づき、利用者を含め介護現場と開発者等をつなげる取組や、介護現場でのモニター調査等により、現場ニーズを捉えた開発支援を行うとともに、介護ロボットを活用した介護技術の開発や介護ロボットの普及啓発を行い、介護現場への導入・活用支援を着実に進める。あわせて、障害福祉分野についても同様の取組を進める。

エ) AI 等の技術活用

- ・重点6 領域を中心としつつ、医療従事者の負担軽減や、的確な診断・治療支援による医療の質の向上等を図るため、健康・医療・介護・福祉領域におけるAI の開発や現場での利活用を促進する。あわせて、AI 開発に必要な質の高いデータ収集を推進する。さらに、AI 開発において特定された課題の解消に向けた具体的な対応を2019 年度中に開始するとともに、アジア等、海外の医療機関と提携し、本邦で開発されたAI 技術の海外展開を目指す。また、我が国の医療機器産業の活性化に向けて、ICT を活用した医療機器の特性に応じた承認審査体制等を早急に整備する。

い)技術革新等を活用した効果的・効率的な医療・福祉サービスの確保

2019年度	2020年度	2021年度	2022～2025年度	担当大臣	KPI
予算編成 税制改正要望 秋～年 末 通常国会					
健康・医療・介護情報のビッグデータとしての活用 レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)・介護保険総合データベース(介護DB)の連結解析に関する制度整備、システム整備等 関係する他の公的DBとの連結の必要性について検討 医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律の制度の広報・啓発を行うとともに、幅広い主体による匿名加工医療情報の利活用を推進する仕組みの稼働 公的研究事業において得られたデータや成果等について、IoT等活用行動変容研究事業等を例に、研究終了後、民間事業者等が活用可能とするために必要な要件を整理し、データの管理主体を移行する際の契約のひな型を作成 その他の諸課題について検討、取組を推進 本格稼働 法的・技術的課題が解決できたものから順次連結解析の開始 【厚生労働大臣】 【内閣総理大臣(内閣府特命担当大臣(科学技術政策))、文部科学大臣、厚生労働大臣、経済産業大臣】 【経済産業大臣】					・2040年までに健康寿命を男女とも3年以上延伸し、75歳以上とすることを旨とする ・平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加
オンライン医療の推進 介護分野のリハビリテーションにおけるICTの活用に関し、有効なものについて、次期以降の介護報酬改定で評価					・2040年時点において、医療・福祉分野の単位時間当たりのサービス提供について5%（医師について7%）以上の改善を目指す

い)技術革新等を活用した効果的・効率的な医療・福祉サービスの確保

2019年度	2020年度	2021年度	2022～2025年度	担当大臣	KPI
予算編成 税制改正要望 秋～年 末 通常国会 科学的介護の実現 高齢者の状態、ケアの内容などのデータを収集・分析するデータベースの試行運用 ロボット・センサー等の開発・導入	データベースの本格運用開始 データの分析により、効果のある介護サービスについて、次期以降の介護報酬改定で評価			【厚生労働大臣】	・2040年時点において、<u>医療・福祉分野の単位時間当たりのサービス提供について5%（医師について7%）以上の改善を目指す</u>
「未来イノベーションWG」の取りまとめを踏まえた医療福祉分野における取組について検討・具体化 自分の健康状態を自ら把握できる社会の実現に向け、機器やサービスに関して評価手法の開発を推進 ロボットなどの技術革新の評価に必要なデータの種類や取得方法など、効果検証に関するルールを次期介護報酬改定までに整理 得られたエビデンスに基づき、次期及びそれ以降の介護報酬改定等で評価 改訂した重点分野に基づき、ロボット介護機器の開発・本格導入の実現 障害福祉分野におけるロボット技術等を活用した支援機器について、現場ニーズを捉えた開発・本格導入の実現 生活支援ロボットの国際安全規格ISO13482の規格に基づく国内認証の実施	検討を踏まえ、ロボット・AI等の社会実装を推進			【厚生労働大臣、経済産業大臣】 【厚生労働大臣】 【厚生労働大臣、経済産業大臣】 【厚生労働大臣】 【経済産業大臣】	・ロボット介護機器の市場規模、2020年に約500億円、2030年に約2,600億円 ・重点分野のロボット介護機器導入台数、2030年8,000台

「経済財政運営と改革の基本方針2019」(関係部分)

(令和元年6月21日閣議決定)

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

(医療・介護制度改革)

持続可能な社会保障制度の実現に向け、医療・介護サービスの生産性向上を図るため、医療・福祉サービス改革プランを推進するとともに、地域包括ケアシステムの構築と併せ、医療・介護提供体制の効率化を推進し、勤労世代の負担状況にも配慮しつつ、後期高齢者の増加に伴う医療費の伸びの適正化や一人当たり医療費の地域差半減、介護費の地域差縮減を目指す。診療報酬や介護報酬においては、高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、下記の各項目が推進されるよう適切に改善を図るとともに、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、A D L の改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。

(i) 医療・福祉サービス改革プランの推進

医療・福祉サービス改革プランにより、ロボット・A I ・I C T 等（※）、データヘルス改革、タスク・シフティング、シニア人材の活用推進、組織マネジメント改革、経営の大規模化・協働化を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図ることにより、2040年における医療・福祉分野の単位時間サービス提供量について5%以上向上、医師については7%以上向上させる。

データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認の導入、「保健医療データプラットフォーム」の2020年度の本格運用開始、クリニカル・イノベーション・ネットワークとM I D - N E T の連携、A I の実装に向けた取組の推進、栄養状態を含む高齢者の状態やケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、A I も活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組の推進などの科学的介護の推進等を行う。

レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報といった患者の保健医療情報を、患者本人や全国の医療機関等で確認できる仕組みに関し、特定健診情報は2021年3月を目途に、薬剤情報については2021年10月を目途に稼働させる。さらに、その他のデータ項目を医療機関等で確認できる仕組みを推進するため、これまでの実証結果等を踏まえ、情報連携の必要性や技術動向、費用対効果等を検証しつつ、医師や患者の抵抗感、厳重なセキュリティと高額な導入負担など、推進に当たっての課題を踏まえた対応策の検討を進め、2020年夏までに工程表を策定する。あわせて、医療情報化支援基金の使途や成果の見える化を図りつつ、電子カルテの標準化を進めていく。介護情報との連携を進めるに当たって、手法等について引き続き検討する。医療保険の審査支払機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める。

(※)「未来イノベーションWG」(健康・医療戦略推進本部の下に設置された次世代ヘルスケア産業協議会の下に設置)の取りまとめを踏まえ具体化される取組を含む。

「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」(関係部分)

(令和元年12月19日経済財政諮問会議決定)

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革 【指標①】 医療費・介護費の適正化 【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減 【指標③】 年齢調整後の一人当たり介護費の地域差縮減 【指標④】 医療・福祉サービスの生産性(※1)の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量 【指標⑤】 医療・福祉サービスの質(※2)の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度	○6領域における、AI技術の製品化等、現場での実用化に至った領域数【2020年度末までに1領域】	○6つの重点領域(ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援)のうち、AIの構築に必要なデータベースを構築した領域数【2020年度末までに6領域】	39 iv. データヘルス改革の推進(AIの実装に向けた取組の推進)
	○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】 ○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】	○地域医療介護総合確保基金等によるロボット・センサーの導入支援件数【2020年度までに3,000件(延べ件数)】 ○介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを活用する事業所数【2019年度実績から増加】 ○地域医療介護総合確保基金によるICT導入支援事業を実施する都道府県数【2020年度までに全都道府県】 ○介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォームを活用した実証件数【2020年度以降増加】	39 vi. データヘルス改革の推進(ロボット・IoT・AI・センサーの活用)
	○2019年度末までに研修を受けた全医療機関が、医療情報の品質管理・標準化を実施し、当該情報を利用した研究に着手【2020年度末までに4機関】	○医療情報の品質管理・標準化について、MID-NETの経験を含む研修を受けた医療機関数【2020年度末までに8機関】	40. クリニカル・イノベーション・ネットワークとPMDAの医療情報データベース(MID-NET)の連携
	○見直し後の臨床研修の実施を踏まえた基本的診療能力について、自信を持ってできる又はできると答えた研修医の割合【2022年度までに研修修了者の70%】(臨床研修後のアンケート調査により把握)	○見直し後の一貫した到達目標に基づいた臨床研修プログラム数【2020年度までに1,000件】 ○一貫した評価システムで評価を行った臨床研修医数【2022年度までに800人】	42. 卒前・卒後の一貫した医師養成課程の整備

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革 【指標①】 医療費・介護費の適正化 【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の 地域差半減 【指標③】 年齢調整後の一人当たり介護費の 地域差縮減 【指標④】 医療・福祉サービスの生産性 (※1)の向上 ※1 サービス産出に要するマン パワー投入量 【指標⑤】 医療・福祉サービスの質 (※2)の向上 ※2 医師による診療・治療内容 を含めた医療職による対応への 満足度	○総合診療専門研修を受けた専攻 医数【厚生労働科学研究において 2019年度中を目途に将来の各診療科 の必要医師数を算出することとし ており、その後研究結果を踏まえて指 標を設定】 ○看護業務の効率化に資する先進 的事例を元に試行された取組事例 数【2020年度までに2019年度に加 えて10例】 ○特定行為研修を修了し、医療機 関で就業している看護師の数 【2020年度までに3,000人】 ○介護分野における書類の削減 【2020年代初頭までに半減】 ○介護労働者の平均労働時間・残 業時間数【2020年度末までに縮 減】 ○介護老人福祉施設等における介 護・看護職員等の配置に係る人員 ベースでの効率化【2020年度まで に改善】 ○「介護に関する入門的研修」の 実施からマッチングまでの一体的 支援事業により介護施設等とマッ チングした者の数 【2021年度までに2018年度と比べ て15%増加】 ○保育補助者雇上強化事業により 雇い上げられた人数【2021年度ま でに3,000人】	○総合診療専門研修プログラム数 【研究結果に基づいて指標を設定す る予定】 ○総合診療専門研修を希望する若手 医師数 ⇒研究結果に基づいて指標を設定す る予定 ○看護業務の効率化に資する先進的 取組の公表事例数 【2020年度までに15例】 ○特定行為研修の指定研修機関数 【2020年度までに150機関】 ○介護ロボット等の活用、ICT利 用等を含めた業務効率化・生産性向上 に係るガイドラインを活用する事業所 数【2019年度実績から増加】 ○地域医療介護総合確保基金によ る介護人材の資質向上のための都 道府県の取組の実施都道府県数 【毎年度47都道府県】 ○「介護に関する入門的研修」の 延べ実施回数 【2021年度までに2018年度と比べ て15%増加】 ○保育補助者雇上強化事業を利用 した市町村数【2021年度までに300 市町村】	4 3. 総合診療医の養成の促進 4 4 i. 事業所マネジメントの 改革等を推進（従事者の業務分 担の見直しと効率的な配置） 4 4 ii. 事業所マネジメント の改革等を推進（介護助手・保 育補助者など多様な人材の活 用）

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取 組
【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革 【指標①】 医療費・介護費の適正化 【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減 【指標③】 年齢調整後の一人当たり介護費の地域差縮減 【指標④】 医療・福祉サービスの生産性（※1）の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量 【指標⑤】 医療・福祉サービスの質（※2）の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度	○アンケート調査において医療従事者の勤務環境改善に「職種を問わず」または「一部職種で」取り組んでいると回答した病院の割合【2020年度までに85%】 ○介護分野における書類の削減【2020年代初頭までに半減】 ○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】 ○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】 ○1 社会福祉法人当たりの介護サービスの事業数【2020年度末までに増加】 ○社会福祉法人数及び1 社会福祉法人当たりの職員数（常勤換算数）【見える化】 ○バイオシミラーの品目数（成分数ベース）【2020年度末までに品目数を2017年7月時点からの倍増（10成分）】 ○後発医薬品の使用割合【2020年9月80%以上】	○病院長に対する労務管理に関するマネジメント研修の受講者数【2020年度までに1,500人】 ○職員のキャリアアップや職場環境等の改善に取り組む介護事業所の割合【2020年度末までに75%】 ○介護分野における生産性向上ガイドライン活用事業所数【2019年実績から増加】 ○効率的な体制構築に関する先進的取組の事例数【2020年度までに10例以上】 ○バイオシミラーに関する講習会の開催数【年10回以上】 ○後発医薬品の品質確認検査の実施【年間約900品目】	4 4 iii. 事業所マネジメントの改革等を推進（事業所マネジメントの改革等を推進） 4 4 iv. 事業所マネジメントの改革等を推進（介護の経営の大規模化・協働化） 4 9. 5 0. バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発・普及の推進等 5 4. 後発医薬品の使用促進

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
	39 データヘルス改革の推進					
医療・福祉サービス改革	vi ロボット・ＩＯＴ・ＡＩ・センサーの活用 人口減少の中であって少ない人手で効率的に医療・介護・福祉サービスが提供できるよう、ＡＩの実装に向けた取組の推進、ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、ロボット・ＩＯＴ・ＡＩ・センサーの活用を図る。	2040年に向けたロボット・ＡＩ等の実用化構想の策定の検討。 介護現場と開発事業者との連携など、介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォームを構築し、プラットフォームを活用した実証を実施。 介護ロボット等の活用、ＩＣＴ利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを普及させ、好事例を横展開。 介護業務に関するタイムスタディ調査を実施し、次期報酬改定の中で必要な見直しを検討。 医療サービスの効率的な提供に向け、ロボット、ＡＩ、ＩＣＴ等の活用方策について検討を進め、必要な措置を講じていく。 2019年度に得た一定の結論を踏まえ、引き続きＩＣＴを活用した医療・介護連携について検討。 介護事業所の生産性を向上するため、ＩＣＴ導入支援事業により標準仕様に基づくシステムの導入を支援するなど、ＩＣＴを活用した情報連携を推進する。 2019年度中に保育業務に関するタイムスタディ調査を実施し、2020年度までに保育所でのＩＣＴの利活用について検討する。 ≪厚生労働省≫	タイムスタディ調査の結果等を踏まえ、必要な措置を講じる。		○介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォームを活用した実証件数【2020年度以降増加】 ○地域医療介護総合確保基金等によるロボット・センサーの導入支援件数【2020年度までに3,000件（延べ件数）】 ○介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを活用する事業所数【2019年度実績から増加】 ○地域医療介護総合確保基金によるICT導入支援事業を実施する都道府県数【2020年度までに全都道府県】	○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】 ○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	44 事業所マネジメントの改革等を推進	医師の働き方改革に関する検討会等におけるタスクシフティング等に関する検討結果に基づき、患者等の理解や負担にも配慮しつつ必要な措置。 2019年度の検討結果に基づき、多様な人材の活用を推進するために必要な取組を実施。 介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを普及させ、好事例を横展開。 看護業務の効率化推進について、前年度選定された先進的取組を他施設にて試行し、そのプロセス・成果を公表することで、業務効率化を推進。 特定行為研修制度の推進。 2019年度中に保育業務に関するタイムスタディ調査を実施し、2020年度までに保育所でのICTの利活用について検討する。 《厚生労働省》	成果について、人員・設備基準の見直しや介護報酬改定に関する議論の際に活用。		○看護業務の効率化に資する先進的取組の公表事例数【2020年度までに15例】 ○特定行為研修の指定研修機関数【2020年度までに150機関】 ○介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを活用する事業所数【2019年度実績から増加】	○看護業務の効率化に資する先進的事例を元に試行された取組事例数【2020年度までに2019年度に加えて10例】 ○特定行為研修を修了し、医療機関で就業している看護師の数【2020年度までに3,000人】 ○介護分野における書類の削減【2020年代初頭までに半減】 ○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】 ○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】
	i 従事者の役割分担の見直しと効率的な配置					

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」(関係部分)

(平成30年度介護報酬改定に関する審議報告(平成29年12月18日)より作成)

<サービス全般に関する課題>

○ 訪問介護

- ・ サービス提供責任者の任用要件や居宅介護支援事業所の管理者要件の見直しについては、人材確保の状況について検証するべきである。
- ・ 多職種協働によるサービス提供をマネジメントできる人材の育成と確保や、介護人材の有効活用・機能分化、キャリアアップをより推進していく観点から、運営基準や介護報酬上のような対応が考えられるのか、検討していくべきである。
- ・ 生活援助中心型の担い手の拡大や、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の生活援助への対応、同一建物等居住者へのサービス提供に係る報酬の見直しなどについて、今回の見直しは、
 - ① 要介護者の生活や人材確保、介護職員の働き方にどのような影響を与えたのか、
 - ② サービスの質が維持されているか、
 - ③ サービスを必要とする方に必要なサービスが適切に提供されているか、
 - ④ 地域ケア会議等におけるケアプランの検証の実態がどのようになっているか、
 - ⑤ 有料老人ホームなどの集合住宅へのサービス提供に係る効率性がどのようになっているかなどを検証し、また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の同一建物等居住者へのサービス提供に係る報酬の見直しについても、その実態を把握し、それらの結果を踏まえて、利用者がより良いサービスをより効率的に受けられるようにするという観点から、見直すべき点がないかを検討するべきである。

○ 介護人材の確保

- ・ 介護ロボットの幅広い活用に向けて、安全性の確保や介護職員の負担軽減・効率的な配置の観点も含めた効果実証や効果的な活用方法の検討を進めるべきである。
- ・ A I や I C T など最新技術については、介護人材の確保のみならず、介護サービスの質の向上にも資する可能性があるものであり、これらの技術を用いたサービスの安全性や質の確保の検証を前提に、その効果的な活用について検討を行うべきである。
- ・ はり師、きゅう師が新たに機能訓練指導員の対象となることについては、機能訓練の質が維持されるか、また障害者の雇用等に悪影響が生じないかについて検証するべきである。
- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護のオペレーターの兼務など、各種の人員・設備基準の緩和については、サービスの質が維持されているのかなどについて検証するべきである。
- ・ 対象職員や対象費用の範囲を含め、介護職員処遇改善加算の在り方については、平成29年度介護従事者処遇状況等調査により平成29年度介護報酬改定で措置した月額1万円相当による実際の賃金改善効果を適切に把握した上で、介護人材の状況、介護人材と他職種・他産業との賃金の比較や例外的かつ経過的な取扱いとの位置付けなどを踏まえつつ、引き続き検討していくべきである。

- **制度の安定性・持続可能性の確保**

平成30年度介護報酬改定の概要 (福祉用具貸与の価格の上限設定等)

- 福祉用具貸与について、商品ごとの全国平均貸与価格の公表や、貸与価格の上限設定を行う(平成30年10月)。
- 福祉用具専門相談員に対して、商品の特徴や貸与価格、当該商品の全国平均貸与価格を説明することや、機能や価格帯の異なる複数の商品を提示することを義務づける。

福祉用具貸与

- 福祉用具貸与について、平成30年10月から全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行う。また、詳細について、以下の取扱いとする。
 - ・ 上限設定は商品ごとに行うものとし、「全国平均貸与価格＋1標準偏差（1SD）」を上限とする。
 - ・ 平成31年度以降、新商品についても、3ヶ月に1度の頻度で同様の取扱いとする。
 - ・ 公表された全国平均貸与価格や設定された貸与価格の上限については、平成31年度以降も、概ね1年に1度の頻度で見直しを行う。
 - ・ 全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行うに当たっては、月平均100件以上の貸与件数がある商品について適用する。なお、上記については、施行後の実態も踏まえつつ、実施していくこととする。
- 利用者が適切な福祉用具を選択する観点から、運営基準を改正し、福祉用具専門相談員に対して、以下の事項を義務づける。
 - ・ 貸与しようとする商品の特徴や貸与価格に加え、当該商品の全国平均貸与価格を利用者に説明すること。
 - ・ 機能や価格帯の異なる複数の商品を利用者に提示すること。
 - ・ 利用者に交付する福祉用具貸与計画書をケアマネジャーにも交付すること。

平成30年度介護報酬改定の概要

(集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等①)

- 集合住宅居住者に関する訪問介護等の減算の対象を、有料老人ホーム等以外の建物にも拡大する。
- 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物について、当該建物に居住する利用者の人数が一定以上の場合、減算幅を見直す。
- 定期巡回サービス事業者は、正当な理由がある場合を除き、地域の利用者に対してもサービス提供を行わなければならないことを明確化する。

各種の訪問系サービス

- 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬について建物の範囲等を見直すとともに、一定の要件を満たす場合の減算幅を見直す。

[訪問介護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション]

<現行>

減算等の内容	算定要件
10%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(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に限る)に居住する者 ②上記以外の範囲に所在する建物(建物の定義は同上)に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)

<改定後>

減算等の内容	算定要件
①・③10%減算 ②15%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者(②に該当する場合を除く。) ②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合 ③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)

[定期巡回・随時対応型訪問介護看護]

<現行>

減算等の内容	算定要件
600単位/月減算	・事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(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に限る)に居住する者

<改定後>

減算等の内容	算定要件
①600単位/月減算 ②900単位/月減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者 ②事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合

- 一部の事業所において、利用者の全てが同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住しているような実態があることを踏まえ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、正当な理由がある場合を除き、地域の利用者に対してもサービス提供を行わなければならないことを明確化する。

平成30年度介護報酬改定の概要

（集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等②）

○ 集合住宅居住者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

各種の訪問系サービス

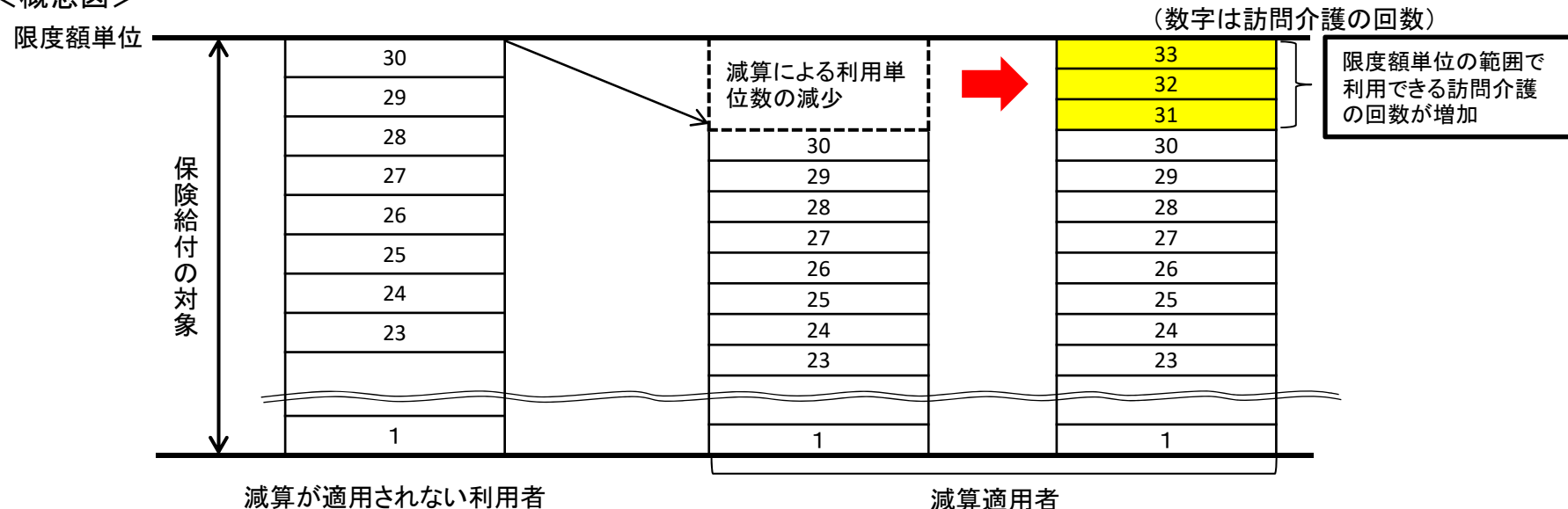
○ 訪問系サービスにおける同一建物等居住者に係る減算の適用を受ける者と当該減算の適用を受けない者との公平性の観点から、当該減算について区分支給限度基準額の対象外に位置付けることとし、当該減算の適用を受ける者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

（参考）有料老人ホーム等の入居者が利用する訪問介護に係る介護給付費の算定について（抜粋）
（平成29年10月19日付 会計検査院による意見表示）

＜会計検査院が表示する意見（抜粋）＞

○ 介護給付費の算定に当たり、限度額の設定方法及び同一建物減算の趣旨を踏まえて保険給付の公平性が確保されるようにするために、同一建物減算の適用の有無により介護保険として利用できる訪問介護の回数に差違が生ずることのないようにするための措置を講ずるよう意見を表示する。

＜概念図＞



平成30年度介護報酬改定の概要

(サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し)

- 訪問看護ステーションからのリハビリ専門職の訪問について、看護職員との連携が確保できる仕組みを導入するとともに、基本サービス費を見直す。
- 要支援者と要介護者に対する訪問看護については、サービスの提供内容が異なることから、基本サービス費に一定の差を設けることとする。

訪問看護

- 訪問看護ステーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問について、サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行うことなどを算定要件に加えるとともに、基本報酬を以下のとおり見直す。

<現行>

訪問看護	302単位／回
介護予防訪問看護	302単位／回



<改定後>

訪問看護	296単位／回
介護予防訪問看護	286単位／回

- 訪問看護及び介護予防訪問看護の基本報酬を以下のとおり見直す。

<現行> 訪問看護及び介護予防訪問看護

	訪問看護ステーション	病院又は診療所
20分未満	310単位／回	262単位／回
30分未満	463単位／回	392単位／回
30分以上	814単位／回	567単位／回
1時間未満		
1時間以上	1117単位／回	835単位／回
1時間30分未満		



<改定後> 訪問看護

	訪問看護ステーション	病院又は診療所
20分未満	311単位／回	263単位／回
30分未満	467単位／回	396単位／回
30分以上	816単位／回	569単位／回
1時間未満		
1時間以上	1118単位／回	836単位／回
1時間30分未満		

<改定後> 介護予防訪問看護

	訪問看護ステーション	病院又は診療所
20分未満	300単位／回	253単位／回
30分未満	448単位／回	379単位／回
30分以上	787単位／回	548単位／回
1時間未満		
1時間以上	1080単位／回	807単位／回
1時間30分未満		

平成30年度介護報酬改定の概要 (通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等)

- 2時間ごとの設定としている基本報酬について、サービス提供時間の実態を踏まえて1時間ごとの設定に見直す。
- 基本報酬について、介護事業経営実態調査による収支差率等の実態を踏まえた上で、規模ごとにメリハリをつけて見直す。

通所介護、認知症対応型通所介護

- 2時間ごとの設定としている基本報酬を以下のとおり見直す。

【例】要介護1、7時間以上9時間未満の場合

＜現行＞				＜改定後＞		
地域密着型	7時間以上9時間未満	735単位／日		7時間以上8時間未満	735単位／日	
				8時間以上9時間未満	764単位／日	
通常規模型	7時間以上9時間未満	656単位／日		7時間以上8時間未満	645単位／日	
				8時間以上9時間未満	656単位／日	
大規模型（Ⅰ）	7時間以上9時間未満	645単位／日		7時間以上8時間未満	617単位／日	
				8時間以上9時間未満	634単位／日	
大規模型（Ⅱ）	7時間以上9時間未満	628単位／日		7時間以上8時間未満	595単位／日	
				8時間以上9時間未満	611単位／日	

※ 認知症対応型通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分についても、通所介護の見直しと同様の見直しを行う。

平成30年度介護報酬改定の概要 (長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し)

○ 3時間以上の通所リハビリテーションの基本報酬について、同じ時間、同等規模の事業所で通所介護を提供した場合の基本報酬との均衡を考慮しつつ見直す。

通所リハビリテーション

○ 基本報酬を以下のとおり見直す。

【例】要介護3の場合

	<現行>			<改定後>	
通常規模型	3時間以上4時間未満	596単位/回		3時間以上4時間未満	596単位/回
	4時間以上6時間未満	772単位/回		4時間以上5時間未満	681単位/回
	6時間以上8時間未満	1022単位/回		5時間以上6時間未満	799単位/回
大規模型(I)	3時間以上4時間未満	587単位/回		6時間以上7時間未満	924単位/回
	4時間以上6時間未満	759単位/回		7時間以上8時間未満	988単位/回
	6時間以上8時間未満	1007単位/回			
大規模型(II)	3時間以上4時間未満	573単位/回		3時間以上4時間未満	573単位/回
	4時間以上6時間未満	741単位/回		4時間以上5時間未満	645単位/回
	6時間以上8時間未満	982単位/回		5時間以上6時間未満	746単位/回
				6時間以上7時間未満	870単位/回
				7時間以上8時間未満	922単位/回

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」(関係部分)

(平成30年度介護報酬改定に関する審議報告(平成29年12月18日)より作成)

＜その他の課題＞

○ 介護サービスの適正化や重点化

介護保険制度の安定性・持続可能性を高める観点から、サービス提供の実態や利用者に与える影響などを十分に踏まえながら、きめ細かく対応していくことを、引き続き検討していくべきである。

○ 報酬体系の簡素化

今回の介護報酬改定で各種の加算が設けられることとなるが、利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業所の事務負担軽減の観点から、報酬体系の簡素化について、引き続き検討していくべきである。

- 介護報酬改定や制度改正等の動き

平成30年度介護報酬改定の概要

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

- 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

II 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

- 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

- 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

IV 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

- 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」(関係部分)

(平成30年度介護報酬改定に関する審議報告(平成29年12月18日)より作成)

<サービス全般に関する課題>

○ 介護サービスの質の評価・自立支援に向けた事業者へのインセンティブ

- ・ 今回の改定に伴い、クリームスキミングにより利用者のサービス利用に支障が出る等の弊害が生じていないか等について検証を進める。
- ・ 2020年度の本格運用開始を目指すこととされているデータベースの構築により、介護の取組とそのアウトカムの関連の分析等を加速し、さらなるエビデンスを集積して、科学的な効果が裏付けられた介護サービスについて、介護報酬上の評価を検討するべきである。
- ・ 外部のリハビリテーション専門職等との連携について、実施状況を把握するとともに、その効果を検証するべきである。

○ 介護人材の確保

- ・ 介護ロボットの幅広い活用に向けて、安全性の確保や介護職員の負担軽減・効率的な配置の観点も含めた効果実証や効果的な活用方法の検討を進めるべきである。
- ・ A I や I C T など最新技術については、介護人材の確保のみならず、介護サービスの質の向上にも資する可能性があるものであり、これらの技術を用いたサービスの安全性や質の確保の検証を前提に、その効果的な活用について検討を行うべきである。
- ・ はり師、きゅう師が新たに機能訓練指導員の対象となることについては、機能訓練の質が維持されるか、また障害者の雇用等に悪影響が生じないかについて検証するべきである。
- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護のオペレーターの兼務など、各種の人員・設備基準の緩和については、サービスの質が維持されているのかなどについて検証するべきである。
- ・ 対象職員や対象費用の範囲を含め、介護職員処遇改善加算の在り方については、平成29年度介護従事者処遇状況等調査により平成29年度介護報酬改定で措置した月額1万円相当による実際の賃金改善効果を適切に把握した上で、介護人材の状況、介護人材と他職種・他産業との賃金の比較や例外的かつ経過的な取扱いとの位置付けなどを踏まえつつ、引き続き検討していくべきである。

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」(関係部分)

(平成30年度介護報酬改定に関する審議報告(平成29年12月18日)より作成)

<各サービスに関する課題>

○ 訪問介護

- ・ サービス提供責任者の任用要件や居宅介護支援事業所の管理者要件の見直しについては、人材確保の状況について検証するべきである。
- ・ 多職種協働によるサービス提供をマネジメントできる人材の育成と確保や、介護人材の有効活用・機能分化、キャリアアップをより推進していく観点から、運営基準や介護報酬上どのような対応が考えられるのか、検討していくべきである。
- ・ 生活援助中心型の担い手の拡大や、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の生活援助への対応、同一建物等居住者へのサービス提供に係る報酬の見直しなどについて、今回の見直しが、
 - ① 要介護者の生活や人材確保、介護職員の働き方にどのような影響を与えたのか、
 - ② サービスの質が維持されているか、
 - ③ サービスを必要とする方に必要なサービスが適切に提供されているか、
 - ④ 地域ケア会議等におけるケアプランの検証の実態がどのようになっているか、
 - ⑤ 有料老人ホームなどの集合住宅へのサービス提供に係る効率性がどのようになっているかなどを検証し、また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の同一建物等居住者へのサービス提供に係る報酬の見直しについても、その実態を把握し、それらの結果を踏まえて、利用者がより良いサービスをより効率的に受けられるようにするという観点から、見直すべき点がないかを検討するべきである。

○ 共生型サービス

実施状況を把握するとともに、地域共生社会の実現の観点から、共生型サービスを含む介護サービス事業所が、利用者が社会に参加・貢献する取組を後押しするための方策について、運営基準やその評価のあり方等を含め、引き続き検討していくべきである。

○ 介護医療院

サービス提供の実態や介護療養型医療施設、医療療養病床からの転換状況を把握した上で、円滑な転換の促進と介護保険財政に与える影響の両面から、どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」(関係部分)

(平成30年度介護報酬改定に関する審議報告(平成29年12月18日)より作成)

○ 介護保険施設のリスクマネジメント

今後、リスクを関知するセンサー等の導入が進むことも考えられることから、施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているのかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防ガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。

<その他の課題>

○ 基準費用額

介護事業経営実態調査で実態を把握した上で、消費税率の引上げへの対応も含め、どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。また、地域区分についても、介護事業経営実態調査で実態を把握した上で、どのような対応を図ることが適当なのかを引き続き検討していくべきである。

○ 介護サービスの適正化や重点化

介護保険制度の安定性・持続可能性を高める観点から、サービス提供の実態や利用者に与える影響などを十分に踏まえながら、きめ細かく対応していくことを、引き続き検討していくべきである。

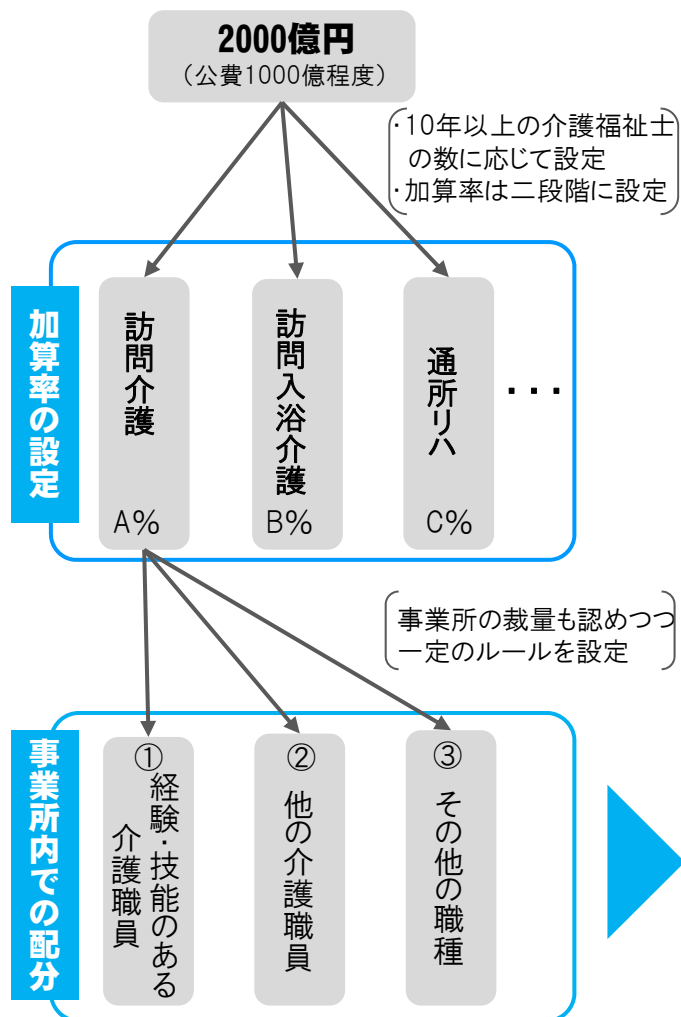
○ 報酬体系の簡素化

今回の介護報酬改定で各種の加算が設けられることとなるが、利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業所の事務負担軽減の観点から、報酬体系の簡素化について、引き続き検討していくべきである。

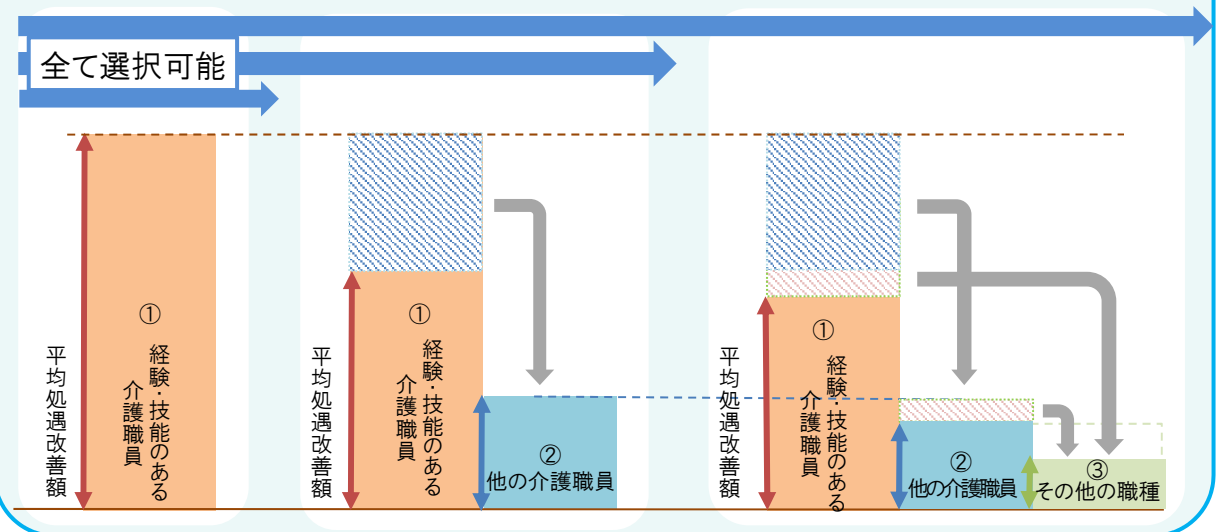
(再掲) 新しい経済政策パッケージに基づく介護職員の更なる処遇改善 (2019年度介護報酬改定に関する審議報告(平成30年12月26日)関係)

○ 新しい経済政策パッケージ(抜粋)

介護人材確保のための取組をより一層進めるため、**経験・技能のある職員に重点化**を図りながら、**介護職員の更なる処遇改善**を進める。
具体的には、他の介護職員などの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう**柔軟な運用を認めること**を前提に、介護サービス事業所における勤続年数10年以上の介護福祉士について**月額平均8万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠**に、公費1000億円程度を投じ、処遇改善を行う。

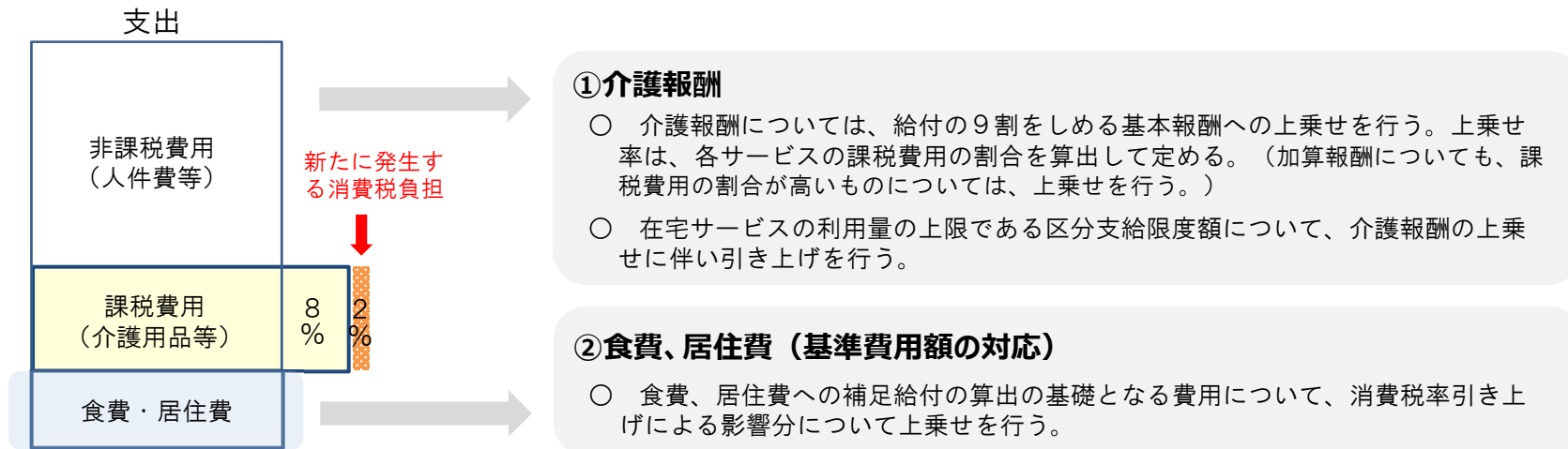


- ▶ ①経験・技能のある介護職員において「月額8万円」の改善又は「役職者を除く全産業平均水準(年収440万円)」を設定・確保
→ リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準を実現
※小規模な事業所で開設したばかりである等、設定することが困難な場合は合理的な説明を求める。
- ▶ 平均の処遇改善額が、
 - ・ ①経験・技能のある介護職員は、②その他の介護職員の2倍以上とすること
 - ・ ③その他の職種(役職者を除く全産業平均水準(年収440万円)以上の者は対象外)は、②その他の介護職員の2分の1を上回らないこと
- ※ ①は、勤続10年以上の介護福祉士を基本とし、介護福祉士の資格を有することを要件としつつ、勤続10年の考え方は、事業所の裁量で設定
- ※ ①、②、③内での一人ひとりの処遇改善額は、柔軟に設定可能
- ※ 平均賃金額について、③が②と比べて低い場合は、柔軟な取扱いが可能



消費税率引上げにあわせた介護報酬等に係る消費税の取扱い

(2019年度介護報酬改定に関する審議報告(平成30年12月26日)関係)



介護報酬への上乗せの具体的な例

<訪問介護のイメージ(1回あたり)>

20分未満	165→166	
20分以上30分未満	248→249	
30分以上1時間未満	394→395	
1時間以上	575単位に30分を増すごとに 83→83	
〔身体介護：排せつ・食事介助、清拭・入浴、外出介助等〕		
20分以上45分未満	181→182	
45分以上	223→224	
〔生活援助：掃除、洗濯、一般的な調理等〕		
通院等乗降介助	98→98	

<介護老人福祉施設のイメージ(1日あたり) (ユニット型個室の場合)>

要介護1	636 →638
要介護2	703 →705
要介護3	776 →778
要介護4	843 →846
要介護5	910 →913

居宅介護支援の管理者要件に係る経過措置について (居宅介護支援事業所の管理者要件等に関する審議報告(令和元年12月17日)関係)

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度 (令和9年3月31日)	令和9年度
現行	経過措置 期間中	管理者は主任ケアマネジャーであることが必要						
		※ 主任ケアマネ研修の主な受講要件：専任で実務経験5年が必要						

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度 (令和9年3月31日)	令和9年度
見直し案	① 令和3年3月31日時点で主任ケアマネジャーでない者が管理者である場合							
	経過措置 期間中	経過措置延長(令和3年3月31日時点の管理者が管理者を続けることができる)						管理者は 主任ケアマネジャーで あることが必要
	② 令和3年4月以降新たに管理者となる場合(管理者が交替する場合も含む)	管理者は主任ケアマネジャーであることが必要						

【令和3年度以降の配慮措置】

- 中山間地域や離島等においては、人材確保が特に困難と考えられるため、特別地域居宅介護支援加算又は中山間地域等における小規模事業所加算を取得できる事業所については、管理者を主任ケアマネジャーとしない取扱いとすることも可能。
- 令和3年4月1日以降、急な退職などの不測の事態により、主任ケアマネジャーを管理者とできなくなってしまった事業所については、当該事業所がその理由と改善に係る計画書を保険者に届出た場合、管理者を主任ケアマネジャーとする要件の適用を1年間猶予するとともに、当該地域に他に居宅介護支援事業所がない場合など、利用者保護の観点から特に必要と認められる場合には、保険者の判断により、この猶予期間を延長することができる。

介護報酬改定の改定率

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%
令和元年度改定	○ 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	処遇改善 1.67% 消費税対応 0.39% 補足給付 0.06%

令和元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)

サービスの種類	令和元年度 概況調査			サービスの種類	令和元年度 概況調査		
	29年度 決算	30年度 決算	対29年度 増減		29年度 決算	30年度 決算	対29年度 増減
施設サービス () 内は税引後収支差率				福祉用具貸与	4.7% (4.0%)	4.2% (3.4%)	△0.5% (△0.6%)
介護老人福祉施設	1.7% (1.7%)	1.8% (1.8%)	+0.1% (+0.1%)	居宅介護支援	△0.2% (△0.4%)	△0.1% (△0.4%)	+0.1% (±0.0%)
介護老人保健施設	3.9% (3.7%)	3.6% (3.4%)	△0.3% (△0.3%)	地域密着型サービス () 内は税引後収支差率			
介護療養型医療施設	5.0% (4.0%)	4.0% (3.2%)	△1.0% (△0.8%)	定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	6.3% (6.0%)	8.7% (8.5%)	+2.4% (+2.5%)
居宅サービス () 内は税引後収支差率				夜間対応型訪問介護	※4.2% (※4.2%)	※5.4% (※5.3%)	+1.2% (+1.1%)
訪問介護	6.0% (5.6%)	4.5% (4.1%)	△1.5% (△1.5%)	地域密着型通所介護	4.4% (4.0%)	2.6% (2.3%)	△1.8% (△1.7%)
訪問入浴介護	3.5% (2.0%)	2.6% (1.2%)	△0.9% (△0.8%)	認知症対応型通所介護	6.0% (5.8%)	7.4% (7.2%)	+1.4% (+1.4%)
訪問看護	4.6% (4.3%)	4.2% (4.0%)	△0.4% (△0.3%)	小規模多機能型居宅介護	3.4% (3.0%)	2.8% (2.5%)	△0.6% (△0.5%)
訪問リハビリテーション	4.6% (4.0%)	3.2% (2.6%)	△1.4% (△1.4%)	認知症対応型共同生活介護	5.1% (4.9%)	4.7% (4.4%)	△0.4% (△0.5%)
通所介護	5.5% (4.9%)	3.3% (2.8%)	△2.2% (△2.1%)	地域密着型特定施設入居者 生活介護	1.9% (1.6%)	1.5% (1.2%)	△0.4% (△0.4%)
通所リハビリテーション	5.7% (5.1%)	3.1% (2.6%)	△2.6% (△2.5%)	地域密着型介護老人福祉施設	0.5% (0.5%)	2.0% (2.0%)	+1.5% (+1.5%)
短期入所生活介護	4.9% (4.8%)	3.4% (3.3%)	△1.5% (△1.5%)	看護小規模多機能型居宅介護	4.6% (4.2%)	5.9% (5.6%)	+1.3% (+1.4%)
特定施設入居者生活介護	1.9% (0.7%)	2.6% (1.3%)	+0.7% (+0.6%)	全サービス平均 () 内は税引後収支差率	3.9% (3.5%)	3.1% (2.8%)	△0.8% (△0.7%)

収支差率 = (介護サービスの収益額 - 介護サービスの費用額) / 介護サービスの収益額

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。

令和2年度診療報酬改定について

診療報酬改定

1. 診療報酬 + 0.55%

※ 1 うち、※ 2を除く改定分 + 0.47%

各科改定率
医科 + 0.53%
歯科 + 0.59%
調剤 + 0.16%

※ 2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 + 0.08%

2. 薬価等

① 薬価 ▲ 0.99%

※ うち、実勢価等改定 ▲ 0.43%

市場拡大再算定の見直し等 ▲ 0.01%

② 材料価格 ▲ 0.02%

※ うち、実勢価等改定 ▲ 0.01%

勤務医への働き方改革への対応について

診療報酬として

公費 126億円程度

地域医療介護総合確保基金として

公費 143億円程度

なお、勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

令和2年度診療報酬改定の概要

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

1. 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療提供体制等の評価
2. 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
3. タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進
4. 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

II 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

III 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化
3. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
4. 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価
5. 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2. 費用対効果評価制度の活用
3. 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
5. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
6. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
7. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

改正の概要

- 1. オンライン資格確認の導入**【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）、船員保険法】
 - オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めることを禁止（告知要求制限）する。（**公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日**）
- 2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設**【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】（**令和元年10月1日**）
- 3. NDB、介護DB等の連結解析等**【高確法、介護保険法、健康保険法】
 - 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）と介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備（審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等）を行う。（DPCデータベースについても同様の規定を整備。）（**令和2年10月1日（一部の規定は令和4年4月1日）**）
- 4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等**【高確法、国民健康保険法、介護保険法】
 - 75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。（**令和2年4月1日**）
- 5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化**【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】
 - 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。（**令和2年4月1日**）
 - 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。（**公布日**）
- 6. 審査支払機関の機能の強化**【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】
 - 社会保険診療報酬支払基金（支払基金）について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。（**令和3年4月1日**）
 - 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する（支払基金・国保連共通）。（**令和2年10月1日**）
 - 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する（支払基金・国保連共通）。（**令和2年10月1日**）
- 7. その他**
 - 未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消する。【国民健康保険法】（**公布日**）

地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人制度の創設等の所要の措置を講ずる。

※地域共生社会：子供・高齢者・障害者など全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる社会（ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月2日閣議決定））

改正の概要

1. 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援 【社会福祉法、介護保険法】

市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う、新たな事業及びその財政支援等の規定を創設するとともに、関係法律の規定の整備を行う。

2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進 【介護保険法、老人福祉法】

- ① 認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国及び地方公共団体の努力義務を規定する。
- ② 市町村の地域支援事業における関連データの活用の努力義務を規定する。
- ③ 介護保険事業（支援）計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）の設置状況の記載事項への追加、有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。

3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進 【介護保険法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】

- ① 介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求めると規定する。
- ② 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）等の医療・介護情報の連結精度向上のため、社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に、当分の間、医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する。

4. 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 【介護保険法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律】

- ① 介護保険事業（支援）計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取組を追加する。
- ② 有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。
- ③ 介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行5年間の経過措置を、さらに5年間延長する。

5. 社会福祉連携推進法人制度の創設 【社会福祉法】

社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。

施行期日

令和3年4月1日（ただし、3②及び5は公布の日から2年を超えない範囲の政令で定める日、3③及び4③は公布日）

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

○はじめに ○地域共生社会の実現

- ・ 2040年には介護サービス需要が更に増加・多様化。現役世代(担い手)の減少も顕著に
- ・ 高齢者を支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得る
⇒2025年、その先の2040年、そして、地域共生社会の実現に向けて、介護保険制度の見直しが必要

I 介護予防・健康づくりの推進(健康寿命の延伸)

1. 一般介護予防事業等の推進

○住民主体の通いの場の取組を一層推進

- ・ 通いの場の類型化
- ・ ポイント付与や有償ボランティアの推進等による参加促進
- ・ 地域支援事業の他の事業とも連携した効果的な実施
- ・ 医療等専門職の効果的・効率的な関与
- ・ 関連データも活用したPDCAサイクルに沿った取組の推進
- ・ 通いの場に参加しない高齢者への対応

3. ケアマネジメント

○介護支援専門員(ケアマネジャー)がその役割を効果的に果たしながら質の高いケアマネジメントを実現できる環境を整備

- ・ 多分野の専門職の知見に基づくケアマネジメント(地域ケア会議の活用)
- ・ インフォーマルサービスも盛り込まれたケアプランの作成推進
- ・ 公正中立なケアマネジメントの確保、ケアマネジメントの質の向上
- ・ 質の高いケアマネジャーの安定的な確保、ケアマネジャーが力を発揮できる環境の整備、求められる役割の明確化

2. 総合事業

○より効果的に推進し、地域のつながり機能を強化

- ・ 事業の対象者の弾力化(要介護認定を受けた者)
- ・ 国がサービス価格の上限を定める仕組みの弾力化
- ・ 総合事業の担い手を確保するための取組の推進
(有償ボランティアに係る謝金の支出、ポイント制度の創設)
- ・ 保険者機能強化推進交付金の活用等による市町村の取組、都道府県の市町村支援の促進
- ・ 就労的活動等を通じた地域とのつながり強化等のための環境整備

4. 地域包括支援センター

○増加するニーズに対応すべく、機能や体制を強化

- ・ センターの運営への保険者(市町村)の適切な関与
- ・ センターと既存の社会資源との連携による地域の相談支援機能の強化
- ・ 介護予防ケアマネジメント業務の外部委託を行いやすい環境の整備
- ・ 保険者機能強化推進交付金の活用等によるセンター体制強化の推進

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)

1. PDCAプロセスの推進

○保険者機能強化推進交付金の評価を活用しながら、実施状況を検証・取組内容を改善

- ・ 国や都道府県による市町村へのきめ細かな支援
- ・ 対応策の好事例の見える化・横展開

3. 調整交付金

○後期高齢者の加入割合の違いに係る調整を精緻化

- ・ 要介護認定率により重み付けを行う方法から、介護給付費により重み付けを行う方法に見直し(見直しによる調整の範囲内で個々の保険者に一定の取組を求める)

2. 保険者機能強化推進交付金

○介護予防や高齢者の活躍促進等を一層推進するため、抜本的に強化

- ・ 予算額の増額、安定的な財源の確保
- ・ 評価指標の見直し(成果指標の拡大、配分基準のメリハリ強化、判断基準の明確化)
- ・ 都道府県の市町村支援へのインセンティブ強化
- ・ 取組の達成状況の見える化の推進

4. データ利活用の推進

○介護関連のデータ(要介護認定情報、介護保険レセプト情報、VISIT、CHASE)の利活用のための環境を整備

- ・ 介護関連のデータの一体的活用、NDB等との連結解析を進めるための制度面・システム面での環境整備の推進
- ・ 基本チェックリストなど介護予防に係る情報の活用
- ・ 国や都道府県による市町村支援
- ・ 事業所の理解を得た上でのデータ収集によるデータ充実
- ・ データ収集項目の充実の検討
- ・ 医療保険の個人単位被保険者番号の活用

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）

1. 介護サービス基盤、高齢者向け住まい

【今後の介護サービス基盤の整備】

○地域の実情に応じた介護サービス基盤整備

- ・高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に見据えた計画的な整備
- ・特養、老健、介護医療院、認知症高齢者グループホーム、訪問介護等のそれぞれの役割・機能を果たしつつ、連携を強化しながらの整備
- ・都市部・地方部など地域特性を踏まえた整備
- ・高齢者向け住まい（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅）の整備状況等も踏まえた整備
- ・「介護離職ゼロ」の実現に向けた施設整備・在宅支援サービスの充実、介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）も含めた基盤整備促進

【高齢者向け住まいの在り方】

○有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の質を確保するため、行政による現状把握と関与を強化

- ・都道府県から市町村への有料老人ホームに関する情報の通知
- ・未届けの有料老人ホームへの対応、介護サービス利用の適正化
- ・事業者に係る情報公表の取組の充実
- ・「外部の目」を入れる取組の推進（介護相談員等の活用）

【高齢者の住まいと生活の一体的支援の在り方】

- ・自宅と介護施設の中間的な住まい方の普及
- ・生活困窮者施策とも連携した住まいと生活の支援の一体的な実施

2. 医療・介護の連携

【総論】

- ・地域医療構想等と整合した介護サービス基盤整備
- ・中重度の医療ニーズや看取りに対応する在宅サービスの充実
- ・リハビリテーションの適時適切な提供
- ・老健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の推進

【介護医療院】

○介護医療院への円滑な移行の促進

- ・早期の意思決定支援、手続きの簡素化等移行等支援策の充実
- ・医療療養病床からの移行等、介護医療院のサービス量を適切に見込むための方策を実施

【在宅医療・介護連携推進事業】

○地域の実情に応じた取組の充実のための事業体系の見直し

- ・認知症施策や看取りの取組を踏まえた見直し
- ・切れ目のない在宅医療・介護の実現に関する目標の設定
- ・一部項目の選択的実施や地域独自の項目の実施
- ・都道府県による市町村支援
（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）
- ・PDCAサイクルに沿った取組の推進
（指標の検討、地域包括ケア「見える化」システムの活用等）

Ⅳ 認知症施策の総合的な推進

【総論】

○認知症施策推進大綱に沿った施策の推進

- ・介護保険事業計画に基づく取組の推進（介護保険法上の計画記載事項に認知症施策の総合的な推進を位置付け）
- ・他の施策との連携（他の計画との調和・連携）
- ・「共生」「予防」の取組の推進（介護保険法上に大綱の考え方・施策を位置付け。「認知症」の規定の見直し）

- ・認知症サポーターの養成、本人発信支援等の普及啓発の推進
- ・地域で認知症サポーター等が活躍できる仕組みづくり
（チームオレンジ）
- ・認知症予防に資する可能性のある活動の推進
- ・予防に関するエビデンスの収集・分析
- ・早期発見・早期対応に向けた体制の質の向上、連携強化
- ・認知症カフェ、家族教室、ピア活動等の介護者（家族）支援の推進

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

- 【総論】 ○新規人材の確保・離職の防止の双方の観点からの総合的な人材確保対策の推進
○人材確保・生産性向上の取組を地域の実情に応じてきめ細かく対応していく体制整備、介護保険事業（支援）計画に基づく取組の推進

- ・介護職員の更なる処遇改善の着実な実施
- ・若者、潜在介護福祉士、元気高齢者等の多様な人材の参入・活躍の促進
- ・働きやすい環境の整備・介護の魅力向上・発信・外国人材の受入環境整備
- ・介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の取組の推進
- ・経営の大規模化・協働化、事業所の連携による共同購入、人材確保・育成、事務処理の共同化

- ・文書量削減
「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」の中間とりまとめ（令和元年12月4日）に沿って、指定申請、報酬請求、指導監査の文書等に関して、①簡素化、②標準化、③ICT等の活用等の取組を推進。
（※）介護保険法令とあわせて老人福祉法令に基づく手続き等にも整合的に対応
（※）専門委員会においてフォローアップを実施し取組を徹底

2. 給付と負担

(1) 被保険者範囲・受給者範囲

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

(2) 補足給付に関する給付の在り方

負担能力に応じた負担とする観点から、施設入所者に対する補足給付、ショートステイの補足給付及び補足給付の支給要件となる預貯金等の基準の精緻化を図る

(3) 多床室の室料負担

介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の機能や医療保険制度との関係も踏まえつつ、負担の公平性の関係から引き続き検討

(4) ケアマネジメントに関する給付の在り方

利用者やケアマネジメントに与える影響を踏まえながら、自立支援に資する質の高いケアマネジメントの実現や他のサービスとの均衡等幅広い観点から引き続き検討

(5) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

総合事業の実施状況や介護保険の運営主体である市町村の意向、利用者への影響等を踏まえながら、引き続き検討

(6) 高額介護サービス費

負担上限額を医療保険の高額療養費制度の負担上限額に合わせる

(7) 「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準

利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討

(8) 現金給付

現時点で導入することは適当ではなく、「介護離職ゼロ」の実現に向けた取組や介護者（介護）支援を推進

その他の課題

1. 要介護認定制度

- ・更新認定の二次判定で直前の要介護度と同じ要介護度と判定された者について、有効期間の上限を36か月から48か月に延長
- ・認定調査を指定市町村事務受託法人に委託して実施する場合において、ケアマネジャー以外の専門的知識を有する者も実施可能とする

2. 住所地特例

- ・住所地特例の対象施設と同一市町村にある認知症高齢者グループホームを住所地特例の対象とすることについて、保険者の意見や地域密着型サービスの趣旨を踏まえて引き続き検討

〇おわりに

- ・今回の制度見直しは、2025年に向けた地域包括ケアシステムの推進や介護人材不足等に対応するとともに、2040年を見据え、地域共生社会の実現を目指し、制度の持続可能性を確保しながら、自立支援・重度化防止や日常生活支援等の役割・機能を果たし続けられるよう制度の整備や取組の強化を図るもの
- ・関連法案の国会提出、社会保障審議会介護給付費分科会での議論など必要な対応が講じられることを求める

「経済財政運営と改革の基本方針2019」(関係部分)

(令和元年6月21日閣議決定)

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

(医療・介護制度改革)

持続可能な社会保障制度の実現に向け、医療・介護サービスの生産性向上を図るため、医療・福祉サービス改革プランを推進するとともに、地域包括ケアシステムの構築と併せ、医療・介護提供体制の効率化を推進し、勤労世代の負担状況にも配慮しつつ、後期高齢者の増加に伴う医療費の伸びの適正化や一人当たり医療費の地域差半減、介護費の地域差縮減を目指す。診療報酬や介護報酬においては、高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、下記の各項目が推進されるよう適切に改善を図るとともに、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、A D L の改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。

(i) 医療・福祉サービス改革プランの推進

医療・福祉サービス改革プランにより、ロボット・A I ・I C T 等（※）、データヘルス改革、タスク・シフティング、シニア人材の活用推進、組織マネジメント改革、経営の大規模化・協働化を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図ることにより、2040年における医療・福祉分野の単位時間サービス提供量について5%以上向上、医師については7%以上向上させる。

データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認の導入、「保健医療データプラットフォーム」の2020年度の本格運用開始、クリニカル・イノベーション・ネットワークとM I D - N E T の連携、A I の実装に向けた取組の推進、栄養状態を含む高齢者の状態やケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、A I も活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組の推進などの科学的介護の推進等を行う。

レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報といった患者の保健医療情報を、患者本人や全国の医療機関等で確認できる仕組みに関し、特定健診情報は2021年3月を目途に、薬剤情報については2021年10月を目途に稼働させる。さらに、その他のデータ項目を医療機関等で確認できる仕組みを推進するため、これまでの実証結果等を踏まえ、情報連携の必要性や技術動向、費用対効果等を検証しつつ、医師や患者の抵抗感、厳重なセキュリティと高額な導入負担など、推進に当たっての課題を踏まえた対応策の検討を進め、2020年夏までに工程表を策定する。あわせて、医療情報化支援基金の使途や成果の見える化を図りつつ、電子カルテの標準化を進めていく。介護情報との連携を進めるに当たって、手法等について引き続き検討する。医療保険の審査支払機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める。

(※)「未来イノベーションWG」(健康・医療戦略推進本部の下に設置された次世代ヘルスケア産業協議会の下に設置)の取りまとめを踏まえ具体化される取組を含む。

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

(医療・介護制度改革)

(ii) 医療提供体制の効率化

2040 年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025 年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019 年度中に対応方針の見直しを求める。民間医療機関についても、2025 年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020 年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的な P D C A サイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。質が高く効率的な救急医療提供体制の構築のため、救急医療のデータ連携体制の構築、救急救命士の資質向上・活用に向けた環境整備に関し検討を行う。

諸外国と比べて高い水準にとどまる入院日数の縮小を目指す。特に精神病床については、認知症である者を含めその入院患者等が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築など基盤整備への支援等を講ずる。

「成長戦略フォローアップ」(関係部分) (令和元年6月21日閣議決定)

Ⅱ. 全世代型社会保障への改革

4. 疾病・介護の予防

(2) 新たに講ずべき具体的施策

i) 人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

⑥ 介護予防のインセンティブ措置の抜本的な強化等

- ・介護保険の保険者や都道府県に対する介護インセンティブ交付金（保険者機能強化推進交付金）について、自治体による先進的な介護予防の取組が横展開され、健康寿命の地域間格差の縮小にも資するよう、財源を含めた予算措置を検討し、2020年度にインセンティブ措置の抜本的な強化を図る。
- ・あわせて、各評価指標や配点について、成果指標の導入拡大や配分基準のメリハリを強化するなどの見直しを行い、介護予防や認知症予防につながる可能性のある高齢者の身近な「通いの場」を拡充するとともに、介護予防と保健事業との一体的実施を推進する。その際、運動など高齢者の心身の活性化につながる民間サービスも活用する。また、「介護助手」など介護施設における高齢者就労・ボランティアを推進するとともに、個人へのインセンティブとして、ポイントの活用等を図る。
- ・75歳以上の高齢者に対する保健事業について、フレイル対策を含めきめ細やかな支援を充実させる。このため、後期高齢者医療の保険者インセンティブ措置を活用する。また、市町村による介護予防と保健事業の一体的実施の全国展開に向け、国の特別調整交付金を活用して、医療専門職の市町村への配置等を支援する。
- ・利用者の平均的な日常生活動作の維持又は改善に対する介護報酬加算について、自立支援や重度化防止等の観点から、2020年度までにエビデンスに基づく効果検証を行い、次期介護報酬改定で必要な対応を行う。

⑦ 認知症の総合的な施策の強化

- ・「共生」と「予防」を柱とした総合的な認知症施策を、認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）に基づき、推進する。「通いの場」の活用などの先進・優良事例について、2020年度までに事例集や実践に向けたガイドラインを作成し、全国の自治体へ横展開する。あわせて、認知症の予防法の確立に向け、研究開発を強化する。データ収集に2019年度から着手し、データ利活用の枠組みを2021年度までに構築するとともに、認知症分野における官民連携のプラットフォームを活用し、評価指標・手法の確立を目指しつつ、予防やケア等の社会実装を促進する。

Ⅱ. 全世代型社会保障への改革

5. 次世代ヘルスケア

(2) 新たに講ずべき具体的施策

i) 技術革新等を活用した効果的・効率的な医療・福祉サービスの確保

②ICT、ロボット、AI等の医療・介護現場での技術活用の促進

イ) 科学的介護の実現

- ・自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、高齢者の状態、ケアの内容などのデータを収集・分析するデータベースの運用を、2020 年度に本格的に開始する。当該データベースの分析結果を、次期以降の介護報酬改定の議論に活用し、効果が裏付けられた介護サービスについて評価を進める。また、取得したデータについては、介護事業所に提供し、ケアの質の向上等へ活用を進める。

ウ) ロボット・センサー等の開発・導入

- ・2040 年を展望した中長期ビジョンである「未来イノベーションWG」の取りまとめを踏まえた医療福祉分野における取組を検討し、2019 年度 中に具体化する。ムーンショット型研究開発、先端技術の速やかな社会実装に向けた新たな評価モデルの開発、技術インテリジェンス機能 の強化等、政府一丸でロボット・AI 等の溶け込んだ社会システムの実 現を目指す。また、国民が自分の健康状態を自ら把握できる社会の実 現に向け、機器やサービスに関して、評価手法の開発を推進する。
- ・ロボット・センサー等の効果検証に関するルールを次期介護報酬改定までに整理する。事業者による継続的な効果検証とイノベーションの循環を促す環境を整備し、得られたエビデンスを次期及びそれ以降の介護報酬改定等での評価につなげる。
- ・ロボット・センサーについて、重点分野に基づき、利用者を含め介護現場と開発者等をつなげる取組や、介護現場でのモニター調査等により、現場ニーズを捉えた開発支援を行うとともに、介護ロボットを活用した介護技術の開発や介護ロボットの普及啓発を行い、介護現場への導入・活用支援を着実に進める。あわせて、障害福祉分野についても同様の取組を進める。

エ) AI 等の技術活用

- ・重点 6 領域を中心としつつ、医療従事者の負担軽減や、的確な診断・治療支援による医療の質の向上等を図るため、健康・医療・介護・福祉領域におけるAI の開発や現場での利活用を促進する。あわせて、AI 開発に必要な質の高いデータ収集を推進する。さらに、AI 開発において特定された課題の解消に向けた具体的な対応を2019 年度中に開始するとともに、アジア等、海外の医療機関と提携し、本邦で開発されたAI 技術の海外展開を目指す。また、我が国の医療機器産業の活性化に向けて、ICT を活用した医療機器の特性に応じた承認審査体制等を早急に整備する。

「全世代型社会保障検討会議中間報告」(関係部分)

(令和元年12月19日全世代型社会保障検討会議)

第2章. 各分野の具体的方向性

4. 予防・介護

(4) 持続可能性の高い介護提供体制の構築

介護分野の人材不足や今後の介護サービス需要の伸びに対応し、介護制度の持続可能性を確保するため、介護予防、「共生」「予防」を柱とした認知症施策の推進、介護現場におけるロボット・ICTの導入加速化、ペーパーレス化・効率化（簡素化・標準化・ICT活用）の推進を図るとともに、自立支援に向けた介護事業者へのインセンティブの強化、介護サービスと保険外サービスの組合せに関するルールの特例化、科学的なエビデンスの構築等による標準的な介護サービス水準に関する社会的な合意形成の促進等やそれらに基づく介護報酬、人員基準の見直しにより、介護事業者の創意工夫と投資を引き出し、効果的・効率的、健全で持続可能性の高い介護提供体制の構築を進める。

2. 介護報酬改定における主な論点(案)

介護報酬改定における主な論点（案）について

- 診療報酬と同時改定となった平成30年度介護報酬改定においては、地域包括ケアシステムの推進を始めとする4つの項目を柱とし、改定を行った。

〔 I 地域包括ケアシステムの推進、 II 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、
III 多様な人材の確保と生産性の向上、 IV 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 〕

- 令和3年度介護報酬に向けては、
 - ・ 平成30年度介護報酬改定に関する審議報告（平成29年12月18日社会保障審議会介護給付費分科会）における今後の課題や、
 - ・ 介護保険制度の見直しに関する意見（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）、
 - ・ 認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）、等を踏まえ、各サービス種類毎の論点とあわせ、以下のような分野横断的なテーマについて、議論していくことが考えられるのではないか。

※ 今後議論を進める中で変更することは想定される。

- ・ 地域包括ケアシステムの推進
- ・ 自立支援・重度化防止の推進
- ・ 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

各介護サービスについて

1. 訪問介護	P.	2
2. 訪問入浴介護	P.	11
3. 訪問看護	P.	17
4. 訪問リハビリテーション	P.	24
5. 居宅療養管理指導	P.	31
6. 通所介護	P.	37
7. 通所リハビリテーション	P.	43
8. 短期入所生活介護	P.	50
9. 短期入所療養介護	P.	56
10. 特定施設入居者生活介護	P.	63
11. 福祉用具貸与・特定福祉用具販売	P.	69
12. 住宅改修	P.	79
13. 居宅介護支援	P.	83
14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	P.	89
15. 夜間対応型訪問介護	P.	97
16. 療養通所介護	P.	104
17. 認知症対応型通所介護	P.	109
18. 認知症対応型共同生活介護	P.	115
19. 小規模多機能型居宅介護	P.	121
20. 看護小規模多機能型居宅介護	P.	128
21. 介護老人福祉施設	P.	136
22. 介護老人保健施設	P.	143
23. 介護療養型医療施設	P.	150
24. 介護医療院	P.	157

1 . 訪問介護

訪問介護の概要①

定義

「訪問介護」とは、訪問介護員等（※）が、利用者（要介護者等）の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供するものをいう。

※「訪問介護員等」

介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者（生活援助中心型のみ提供可能）、居宅介護又は重度訪問介護を提供している者（共生型サービスのみ提供可能）、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員1級又は旧2級課程修了者をいう

訪問介護のサービス類型

「訪問介護」は、その行為の内容に応じ、次の3類型に区分される。

- ① 身体介護 >> 利用者の身体に直接接触して行われるサービス等
 （例：入浴介助、排せつ介助、食事介助 等）
- ② 生活援助 >> 身体介護以外で、利用者が日常生活を営むことを支援するサービス
 （例：調理、洗濯、掃除 等）
- ③ 通院等乗降介助 >> 通院等のための乗車又は降車の介助（乗車前・降車後の移動介助等の一連のサービス行為を含む）

訪問介護の概要②

※「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日厚生労働省老健局老人福祉計画課長通知）（いわゆる「老計10号」）

身体介護（抜粋）

- 1－0 サービス準備・記録等：サービス準備は、身体介護サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック（利用者の安否確認、顔色・発汗・体温等の健康状態のチェック）／環境整備（換気、室温・日あたりの調整、ベッドまわりの簡単な整頓等）／相談援助、情報収集・提供／サービス提供後の記録等
- 1－1 排泄・食事介助：排泄介助（トイレ利用・ポータブルトイレ利用・おむつ交換）／食事介助／特段の専門的配慮をもって行う調理
- 1－2 清拭・入浴、身体整容：清拭（全身清拭）／部分浴（手浴及び足浴・洗髪）／全身浴／洗面等／身体整容（日常的な行為としての身体整容）／更衣介助
- 1－3 体位変換、移動・移乗介助、外出介助
- 1－4 起床及び就寝介助
- 1－5 服薬介助
- 1－6 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

生活援助（抜粋）

- 2－0 サービス準備等：サービス準備は、家事援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック（利用者の安否確認、顔色等のチェック）／環境整備（換気、室温・日あたりの調整等）／相談援助、情報収集・提供／サービスの提供後の記録等
- 2－1 掃除：居室内やトイレ、卓上等の清掃／ゴミ出し／準備・後片づけ
- 2－2 洗濯：洗濯機または手洗いによる洗濯／洗濯物の乾燥（物干し）／洗濯物の取り入れと収納／アイロンがけ
- 2－3 ベッドメイク：利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- 2－4 衣類の整理・被服の補修：衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）／被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）
- 2－5 一般的な調理、配下膳：配膳、後片づけのみ／一般的な調理
- 2－6 買い物・薬の受け取り：日常品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）／薬の受け取り

訪問介護の概要③（通院等乗降介助）

訪問介護とは・・・

（１）身体介護

- ① 利用者の身体に直接接触して行う介助サービス
- ② 利用者のＡＤＬ・ＩＡＤＬ・ＱＯＬや意欲の向上のために利用者と共に行う自立支援・重度化防止のためのサービス
- ③ その他専門的知識・技術をもって行う利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービス

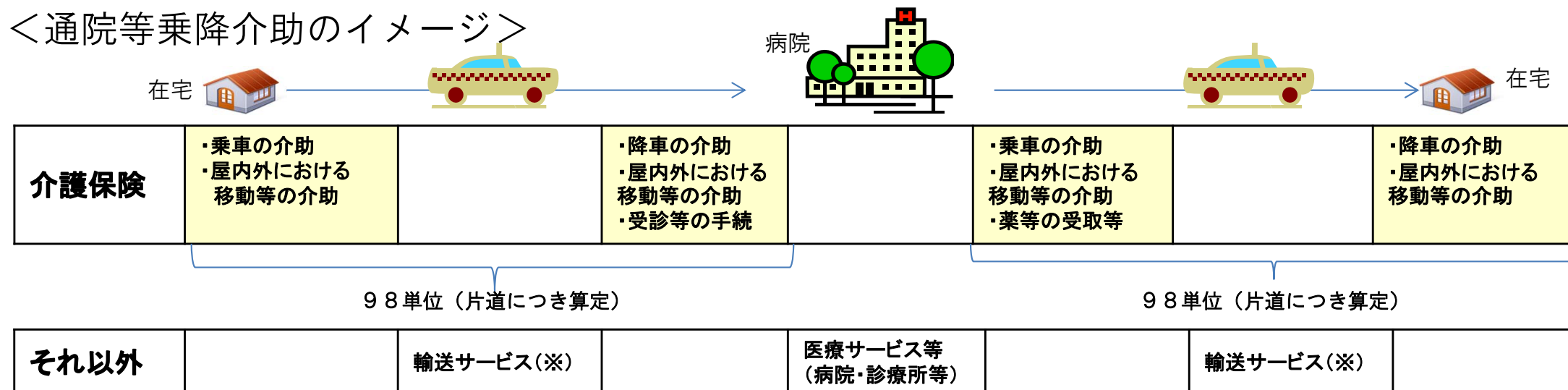
（２）生活援助

身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるサービス

（３）通院等乗降介助

要介護者である利用者に対して、通院等のため、指定訪問介護事業所の訪問介護員等が、自らの運転する車両への乗車又は降車の介助を行うとともに、併せて、乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助又は通院先若しくは外出先での受診等の手続、移動等の介助を行うサービス

<通院等乗降介助のイメージ>



※輸送サービスの実施には、道路運送法上の許可・登録が必要。移送に係る経費（運賃）は、介護保険の対象ではない。

訪問介護の基準

必要となる人員・設備等

○訪問介護サービスを提供するために必要な職員は次のとおり

訪問介護員等	常勤換算方法で2.5以上
サービス提供責任者 (※)	介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧1級課程修了者 ・訪問介護員等のうち、利用者の数40人に対して1人以上 (原則として常勤専従の者であるが一部常勤職員でも可。) ・以下の要件を全て満たす場合には、利用者50人につき1人 ○常勤のサービス提供責任者を3人以上配置 ○サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置 ○サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている場合 ※ 共生型訪問介護事業所においては、特例がある。
※サービス提供責任者の業務 ①訪問介護計画の作成、②利用申込みの調整、③利用者の状態変化、サービスへの意向の定期的な把握、④居宅介護支援事業者との連携（サービス担当者会議出席等）、⑤訪問介護員に対しての具体的援助方法の指示及び情報伝達、⑥訪問介護員の業務の実施状況の把握、⑦訪問介護員の業務管理、⑧訪問介護員に対する研修、技術指導等	
管理者	常勤で専ら管理業務に従事するもの

○訪問介護事業所の設備及び備品等は次のとおり

- ・事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画（利用申込の受付、相談等に対応できるもの）を有していること
- ・訪問介護の提供に必要な設備及び備品を備え付けていること

訪問介護の報酬

指定訪問介護の介護報酬のイメージ（1回あたり）

※加算・減算は主なものを記載

サービス提供内容・時間に応じた基本サービス費

20分未満

166単位

20分以上30分未満

249単位

30分以上1時間未満

395単位

1時間以上

577単位に30分を増すごとに

83単位

〔身体介護：排せつ介助、食事介助、入浴介助、
外出介助等〕

20分以上

45分未満

182単位

45分以上

224単位

〔生活援助：掃除、洗濯、
一般的な調理等〕

通院等乗降介助

98単位



利用者の状態に応じたサービス提供や 事業所の体制に対する加算・減算

初回時等のサービス提供責任者による対応（200単位/月）

緊急時の対応※身体介護のみ
（100単位）

身体介護に続き生活援助の提供

（20分以上で66単位、45分以上で132単位、70分以上で198単位）

夜間(18:00～22:00)又は早朝(6:00～8:00)のサービス提供（25%）
深夜(22:00～6:00)のサービス提供（50%）

リハビリテーション職との連携
（100単位・200単位/月）

中山間地域等でのサービス提供
（5%・10%・15%）

特定事業所加算
（5%・10%・20%）

①介護福祉士等の一定割合以上の配置
②重度要介護者等の一定割合以上の利用＋研修等の実施

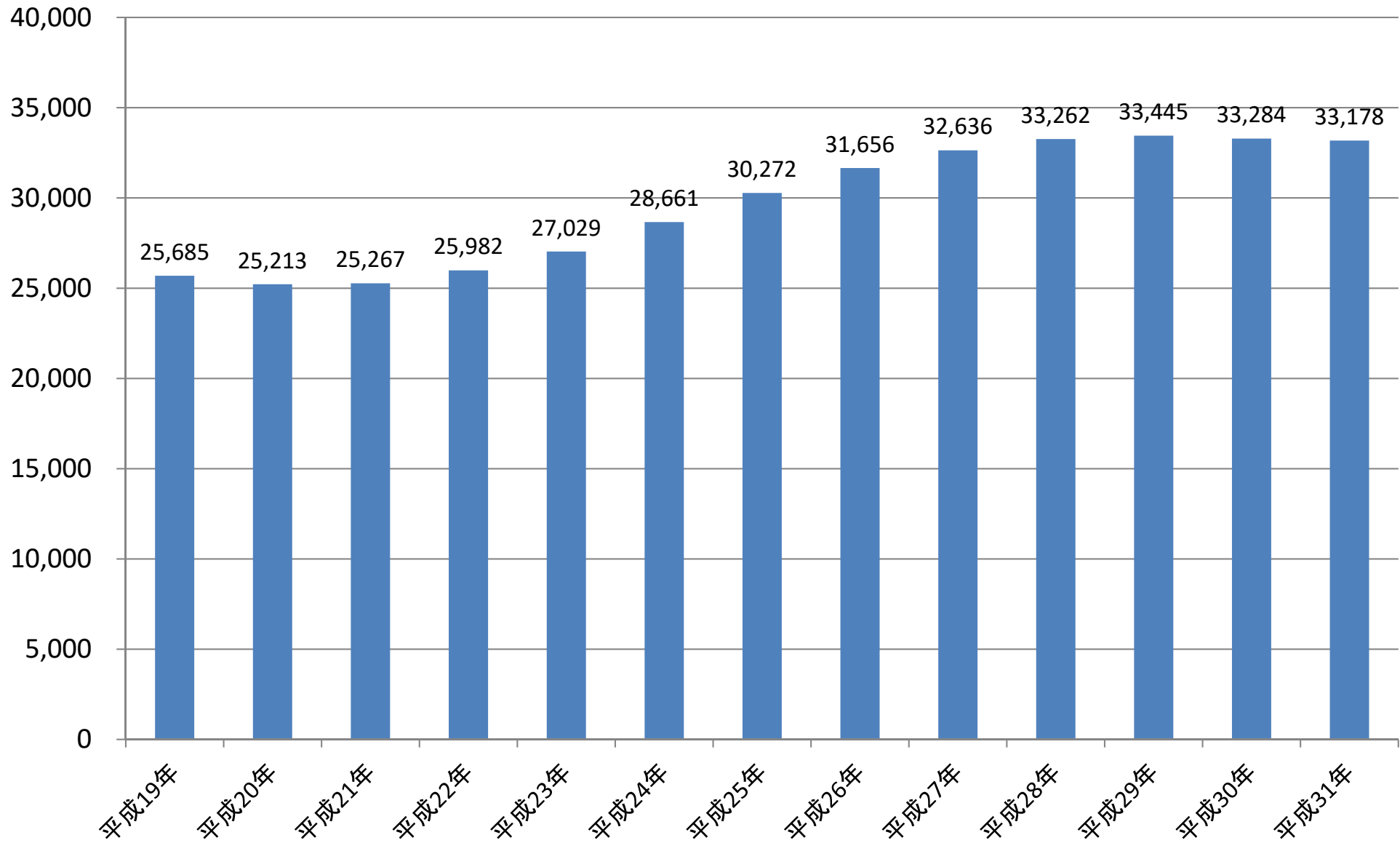
介護職員処遇改善加算
(Ⅰ)13.7% (Ⅱ)10.0%
(Ⅲ)5.5% (Ⅳ)加算Ⅲ×0.9
(Ⅴ)加算Ⅲ×0.8
介護職員等特定処遇改善加算
(Ⅰ)6.3% (Ⅱ)4.2%

同一敷地内建物等に対するサービス提供
（▲10%・▲15%）

※点線枠の加算は区分支給限度額の枠外

※ 共生型訪問介護事業所において、障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者等（▲30%）や重度訪問介護従業者養成研修修了者等（▲7%）がサービス提供した場合の減算がある。

訪問介護の請求事業所数



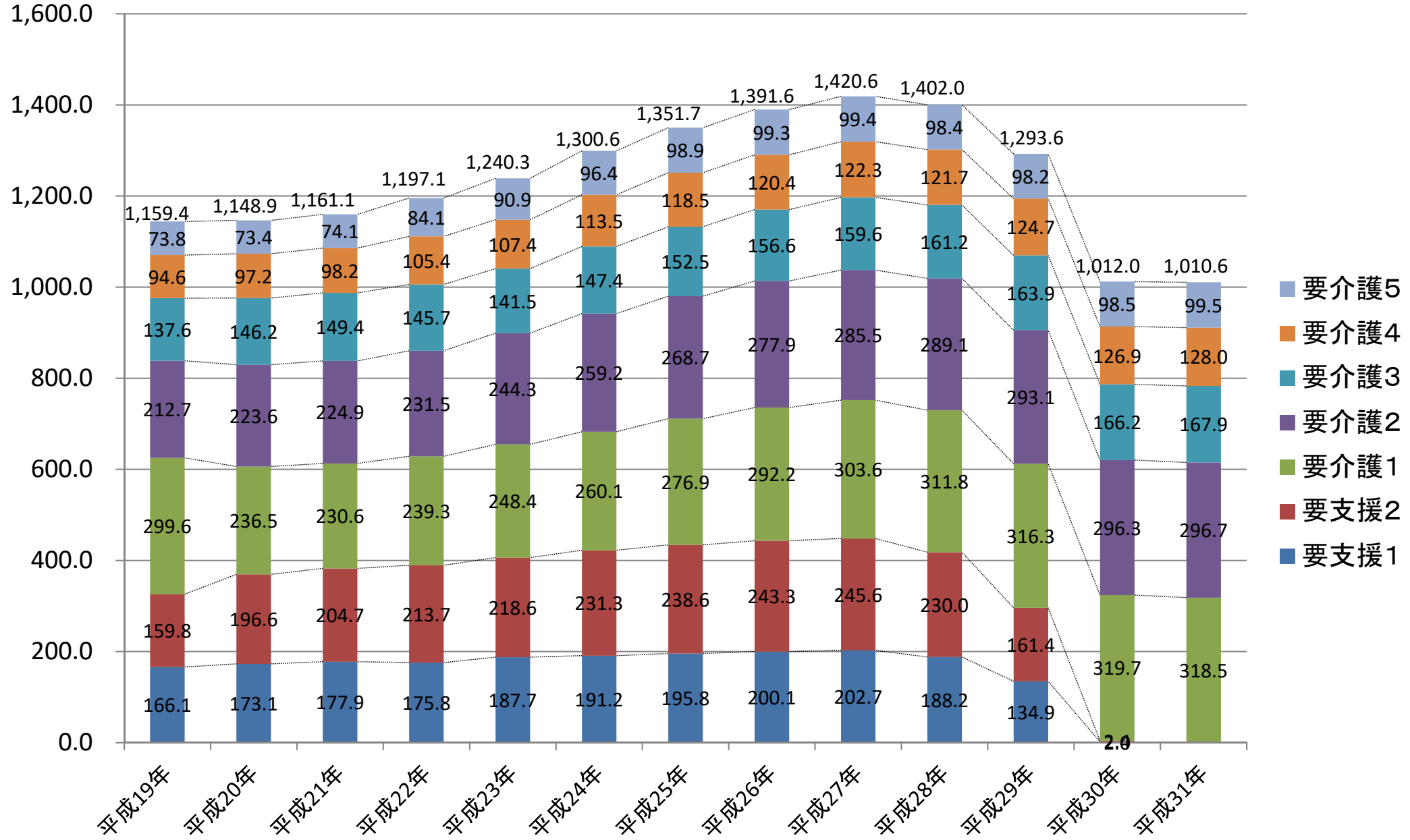
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

訪問介護の受給者数

(千人)



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

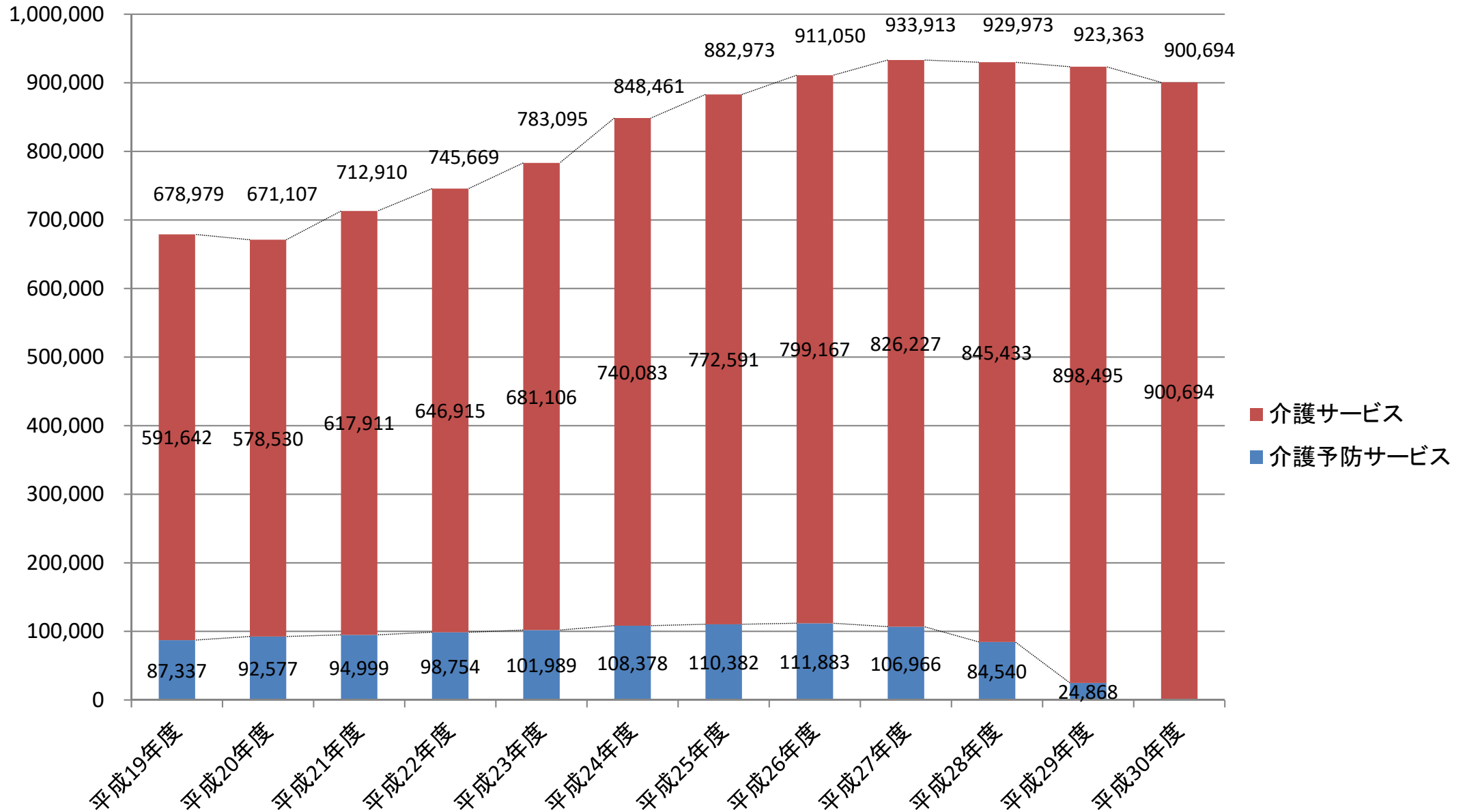
※経過的要介護は含まない。

※平成26年の介護保険法改正に伴い、介護予防訪問介護は平成27年度より介護予防・日常生活支援総合事業に移行することとされ、平成29年度末までに全ての全市町村において移行が完了している。

出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

訪問介護の費用額

(百万円)



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

2. 訪問入浴介護

訪問入浴介護の概要・基準

定義

訪問入浴介護とは、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、居宅における入浴の援助を行うことによって、利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図るもの。

必要となる人員・設備等

○従業者の員数

指定訪問入浴介護事業者が事業所ごとに置くべき従業者の員数については、次のとおり。

- 一 看護師又は准看護師 1以上
- 二 介護職員 2以上

○管理者

指定訪問入浴介護事業者は、指定訪問入浴介護事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。

○設備及び備品等

指定訪問入浴介護事業所には、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、指定訪問入浴介護の提供に必要な浴槽等の設備及び備品を備えなければならない。

訪問入浴介護の報酬

指定訪問入浴介護・指定介護予防訪問入浴介護の介護報酬のイメージ（1回あたり）

基本サービス費

（括弧内は指定介護予防訪問入浴介護の場合）

1,256単位（849単位）

※ 利用者に対して、看護職員1人及び介護職員2人（介護予防は1人）がサービスを提供した場合に算定。

利用者の状態に応じたサービス提供や 事業所の体制に対する加算・減算

介護福祉士等を一定割合以上配置＋研修等の実施
（36、24単位）

中山間地域等でのサービス提供
（5％・10％・15％）

介護職員処遇改善加算

（Ⅰ）5.8％ （Ⅱ）4.2％
（Ⅲ）2.3％ （Ⅳ）加算Ⅲ×0.9
（Ⅴ）加算Ⅲ×0.8

介護職員等特定処遇改善加算
（Ⅰ）2.1％ （Ⅱ）1.5％

介護職員3人による
サービス提供
※介護予防の場合は
2人

（▲5％）

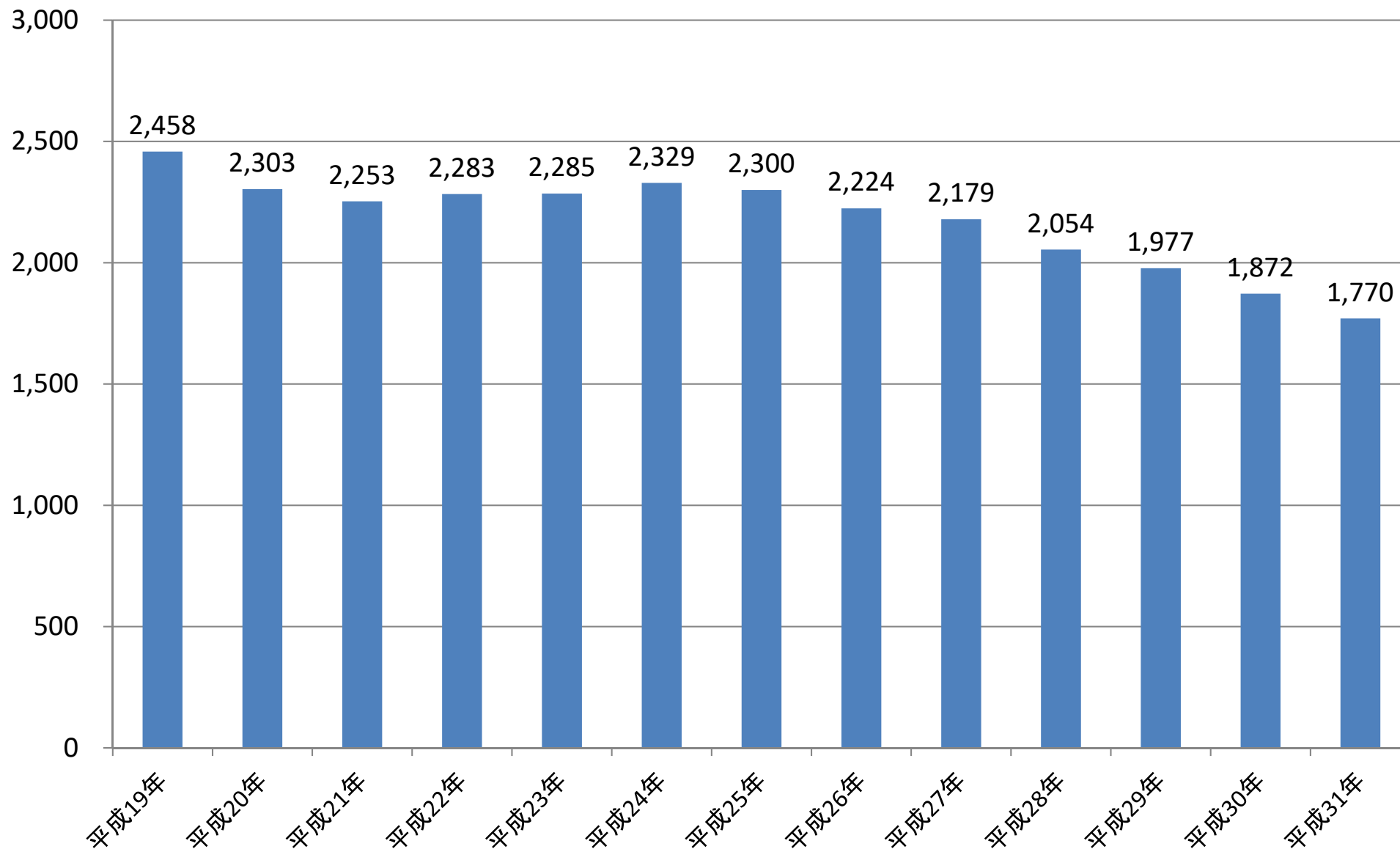
同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合

- ・ 同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合 （▲10%/回）
- ・ 利用者が50人以上居住する同一敷地内建物等の利用者にサービスを行う場合 （▲15%/回）

清拭又は部分浴でのサービス提供
（▲30％）

※点線枠の加算は区分支給限度額の枠外

訪問入浴介護の請求事業所数

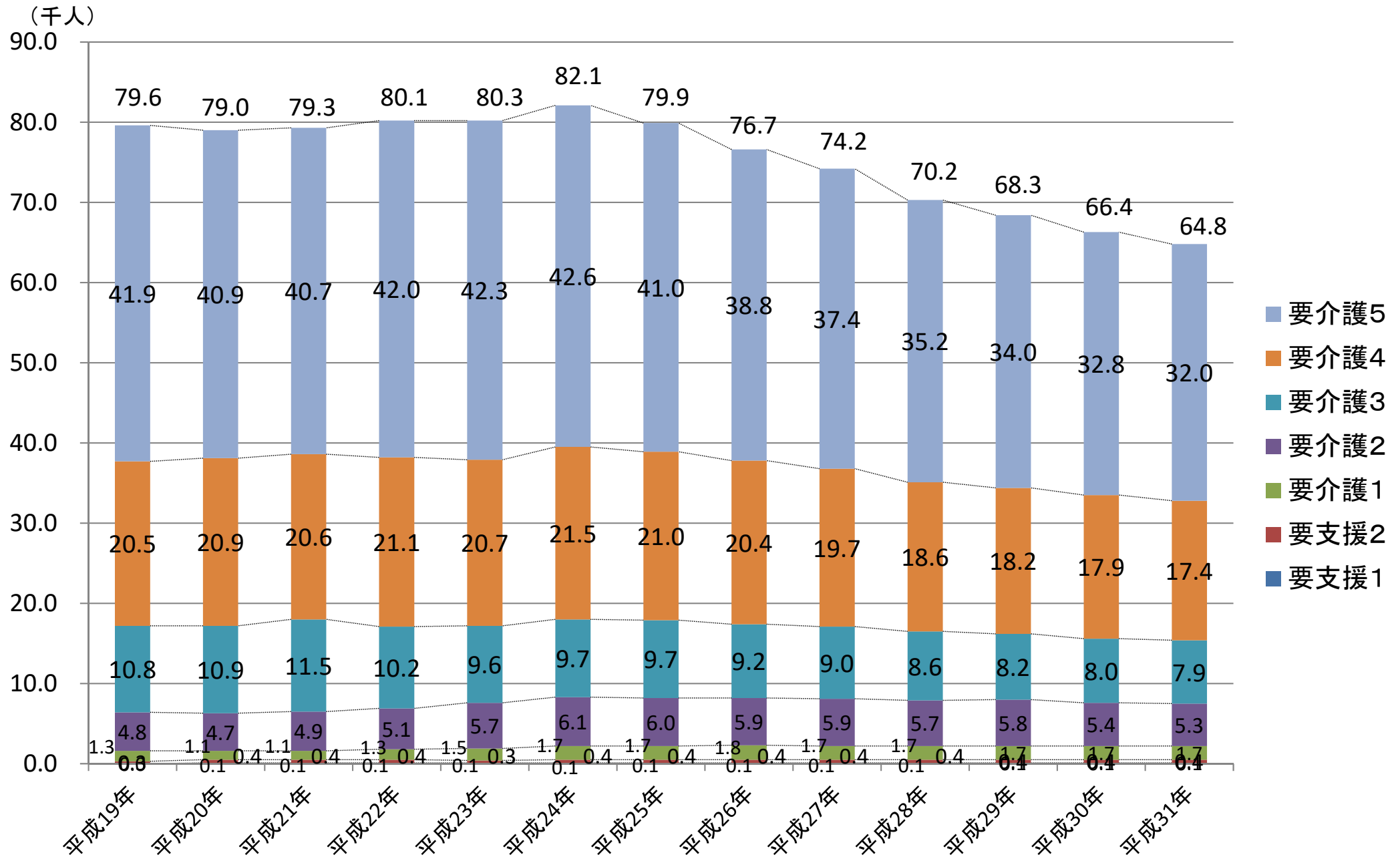


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

訪問入浴介護の受給者数

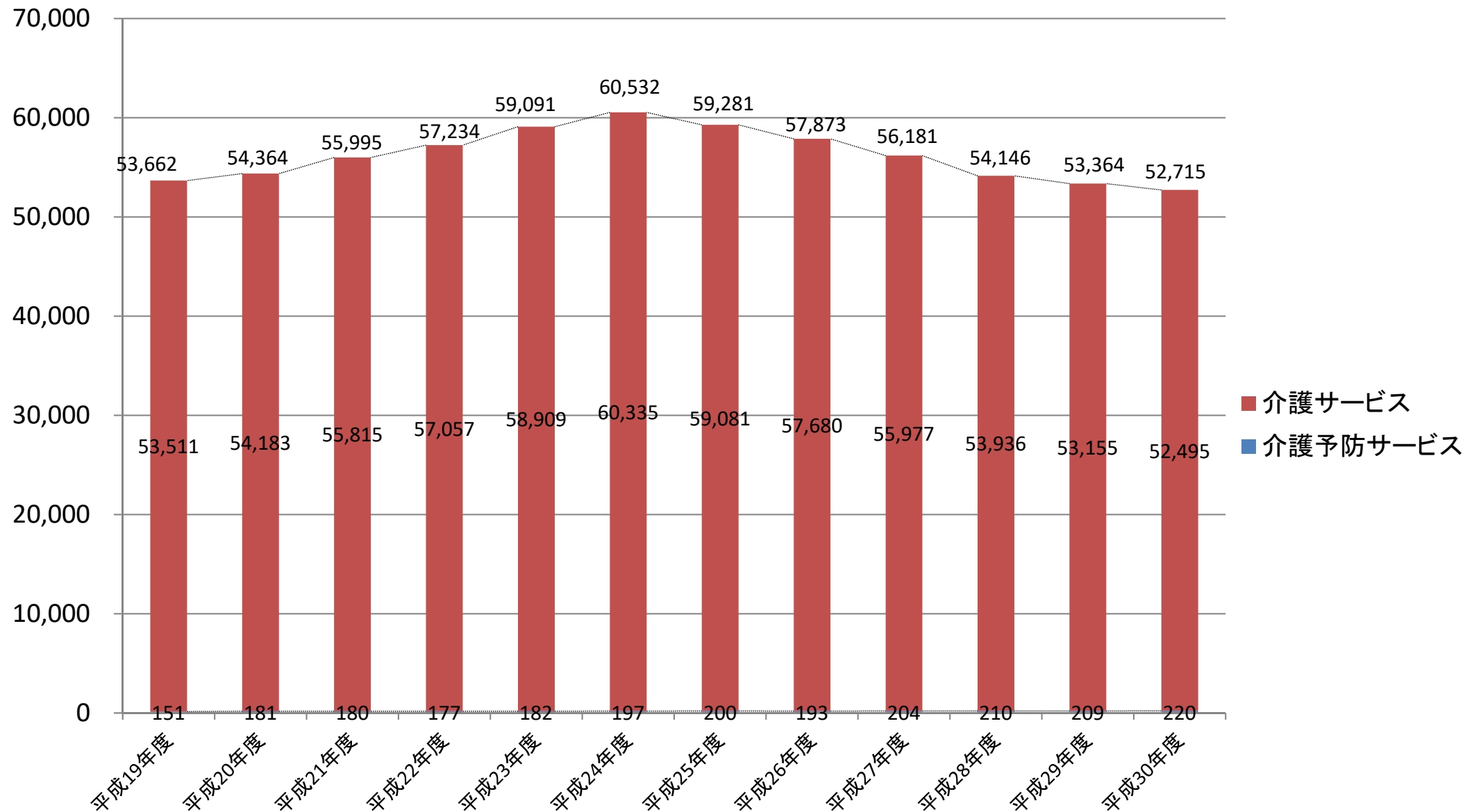


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

訪問入浴介護の費用額

(百万円)



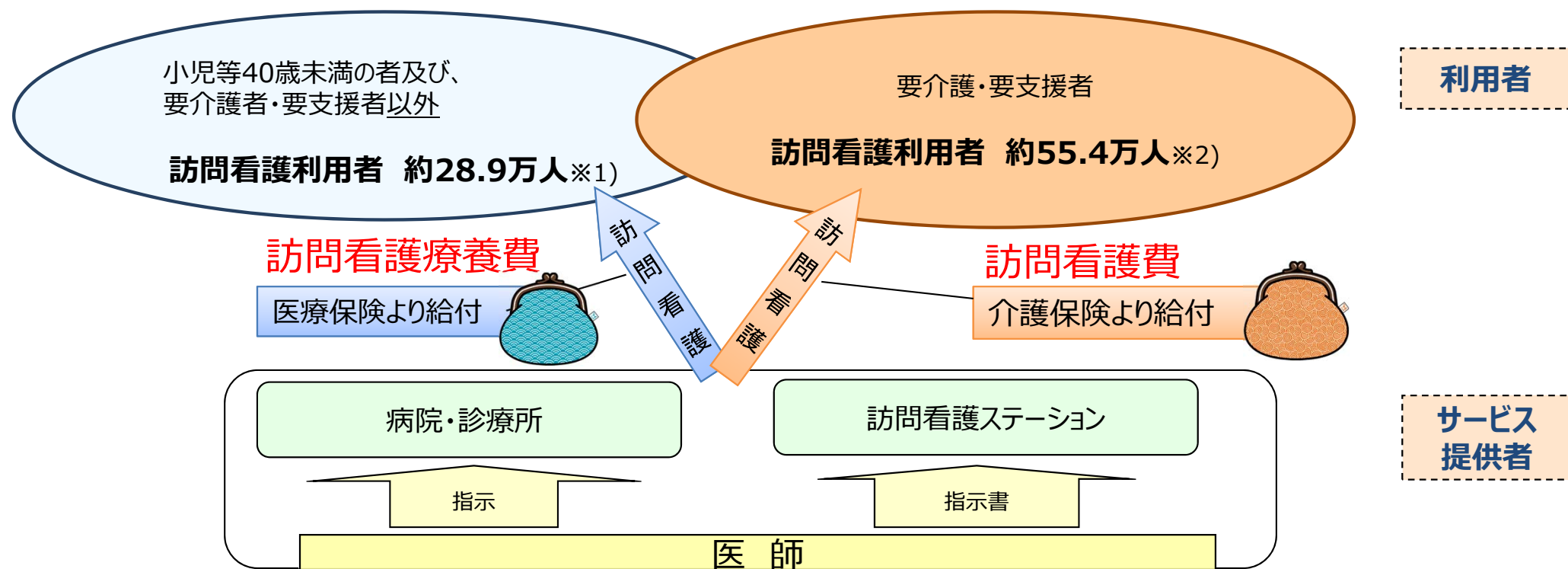
※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

3. 訪問看護

訪問看護の概要

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



出典:※1)訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和元年6月審査分より推計、暫定値)

※2)介護給付費実態統計(令和元年6月審査分)

訪問看護の基準等

基本方針

- 訪問看護の事業は、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その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

必要となる人員・設備等

	指定訪問看護ステーション	病院又は診療所である 指定訪問看護事業所※
人員配置基準	- 保健師、看護師又は准看護師（看護職員） 常勤換算で2.5以上となる員数 うち1名は常勤 - 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 指定訪問看護ステーションの実情に応じた適当数 【管理者】 - 専従かつ常勤の保健師又は看護師であって、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者	指定訪問看護の提供に当たる看護職員を適当数
設備・備品	- 事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の事務室 - 指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等	- 事業の運営を行うために必要な広さを有する専ら事業の用に供する区画 - 指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品

訪問看護の報酬

サービス提供内容・時間に応じた基本サービス費

所要時間 20分未満 ◆	所要時間 30分未満	所要時間 30分以上 1時間未満	所要時間 1時間以上 1時間30分未満	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問☆
① 312単位	① 469単位	① 819単位	① 1,122単位	
② 264単位	② 397単位	② 571単位	② 839単位	① 297単位

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して訪問看護を行う場合
③2,945単位/月

①は指定訪問看護ステーションの場合、②は病院又は診療所の場合

◆週1回以上、20分以上保健師又は看護師の訪問を行う場合に算定可

☆理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問は1回当たり20分以上、1人の利用者につき週6回を限度

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する主な加算・減算

過去2月間に当該事業所から訪問看護を提供していない場合【初回加算】
(①②③ 300単位/月)

在宅で死亡した利用者へのターミナルケアを評価【ターミナルケア加算】
(①②③ 2,000単位/月)

複数名訪問加算
・Ⅰ { ①② 30分未満254単位/回
30分以上402単位/回 }
・Ⅱ { ①② 30分未満201単位/回
30分以上317単位/回 }

通算1時間30分以上の訪問【長時間訪問看護加算】
(①② 300単位/回)

保健師・看護師・准看護師による要介護5の利用者への訪問 (③800単位/月)

看護体制強化加算
・Ⅰ (①② 600単位/月)
・Ⅱ (①② 300単位/月)

訪問介護事業所と連携【看護・介護職員連携強化加算】 (①②③ 250単位/月)

退院時、医師等と共同指導した場合【退院時共同指導加算】(①③ 600単位/回)

24時間の訪問看護対応体制を評価【緊急時訪問看護加算】
(①③ 574単位/月、②③ 315単位/月)

夜間・早朝の訪問 (①② +25%/回)
深夜の訪問 (①② +50%/回)

特別な管理の評価【特別管理加算】
(①②③ Ⅰ:500単位/月、Ⅱ:250単位/月)

特別地域訪問看護加算
(①② +15%/回、③ +15%/月)

職員研修等を実施【サービス提供体制強化加算】
(①② 6単位/回、③ 50単位/月)

中山間地域等の小規模事業所加算
(①② +10%/回、③ +10%/月)

中山間地域等の居住者へのサービス提供加算
(①② +5%/回、③ +5%/月)

准看護師による訪問看護
(①② ▲10%/回、③ ▲2%/月)

同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問(① 1日に2回を超えた場合)
(▲10%/回)

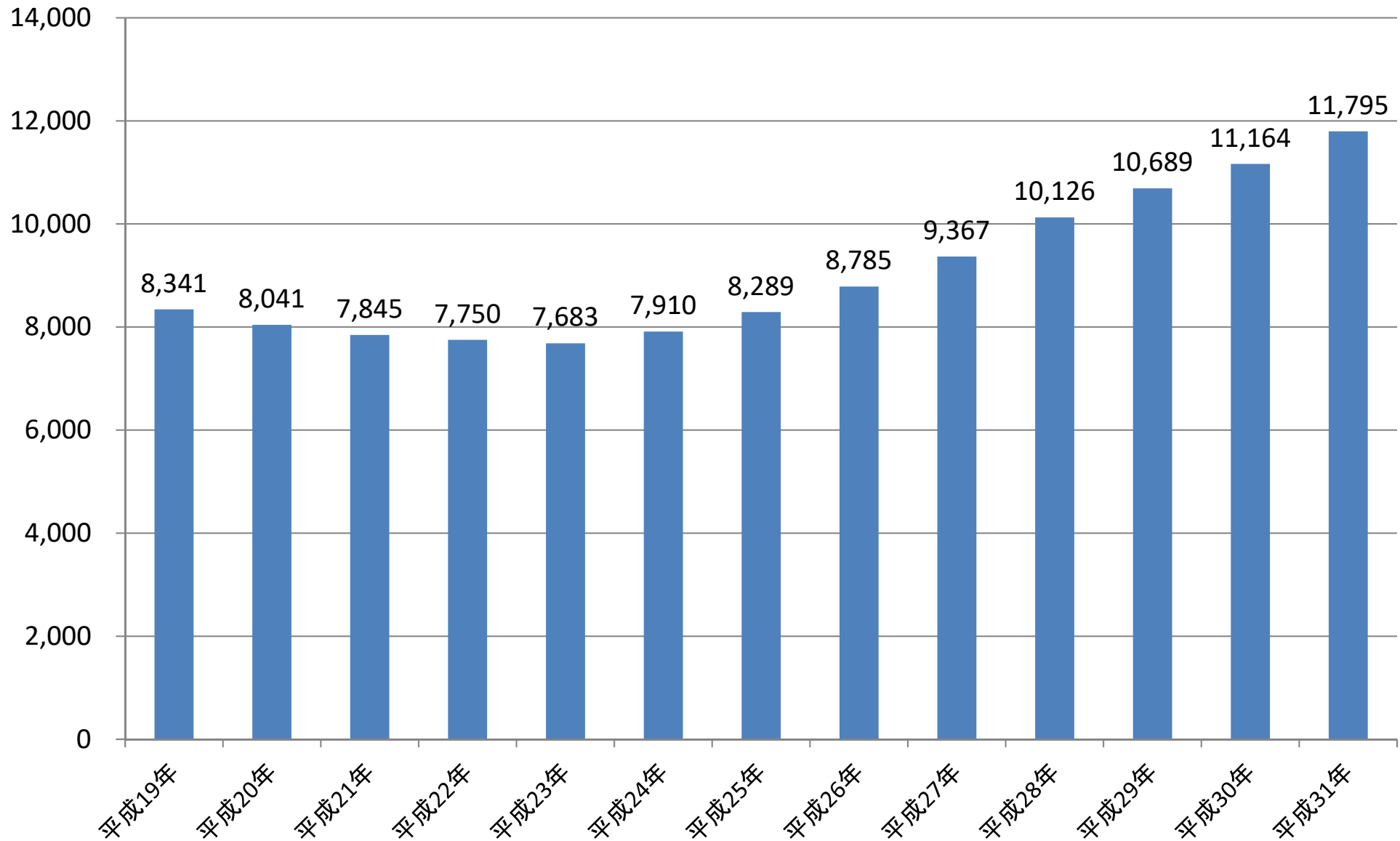
・同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合 (①② ▲10%/回)

特別指示による訪問看護の実施(※)
(③▲97単位/日×指示日数)

・利用者が50人以上居住する同一敷地内建物等の利用者にサービスを行う場合 (①② ▲15%/回)

(注)点線枠の加算は区分支給限度基準額の枠外 20

訪問看護の請求事業所数



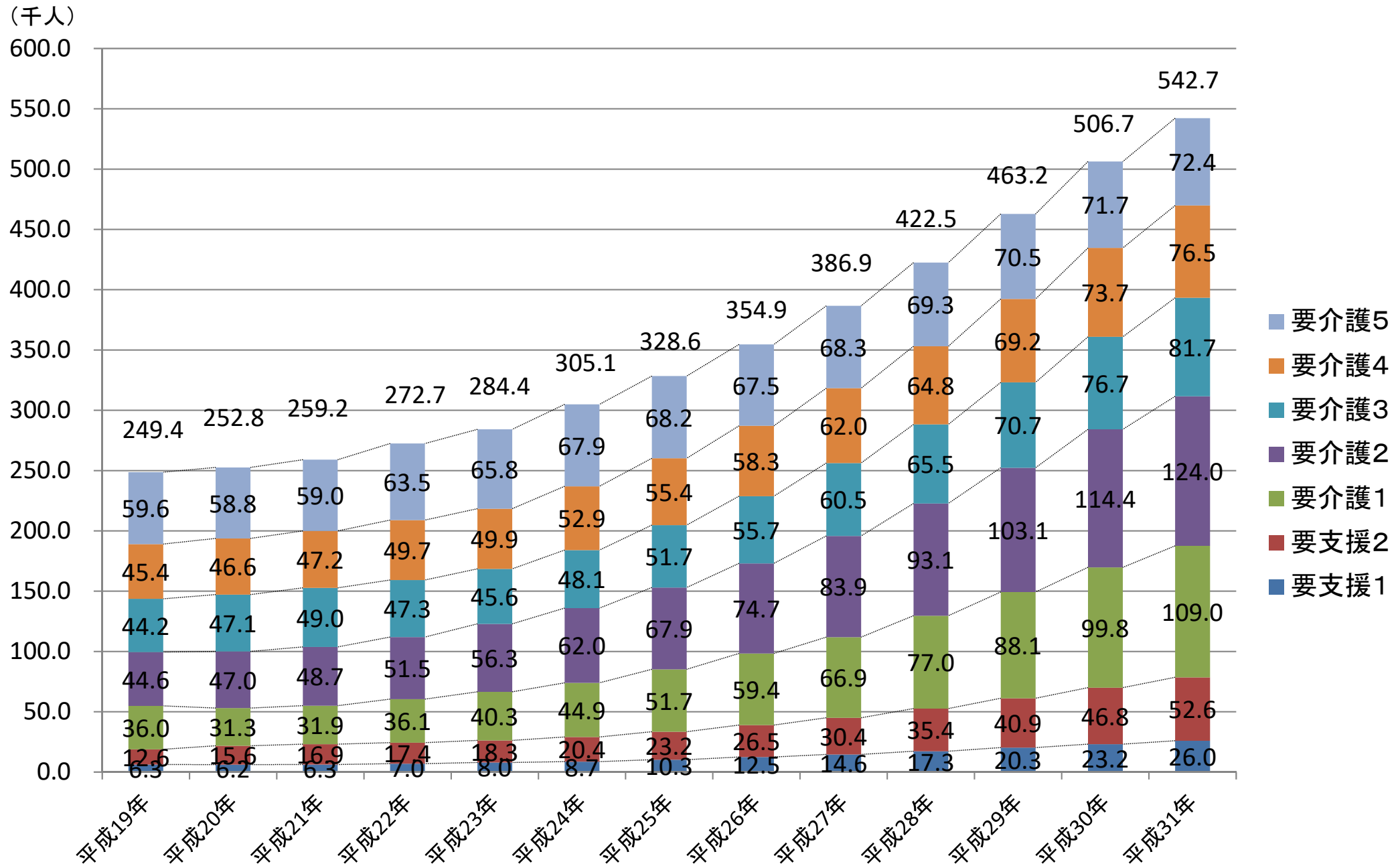
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

※介護保険の訪問看護を行う病院又は診療所を含む。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

訪問看護の受給者数

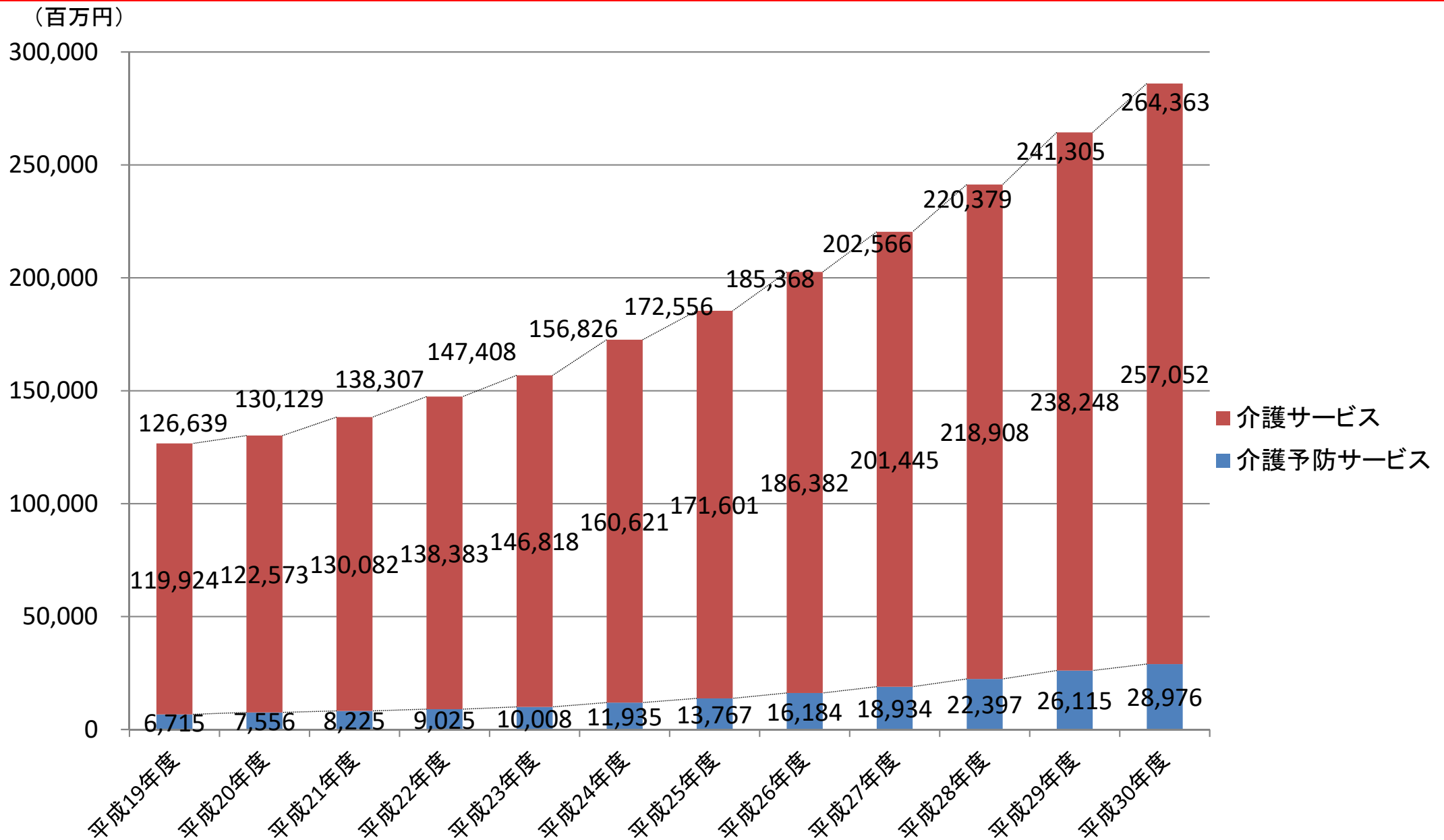


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

訪問看護の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

4. 訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションの概要・基準

定義

居宅要介護者について、その者の居宅において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。

必要となる人員・設備等

訪問リハビリテーションを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

・人員基準

医師	専任の常勤医師1以上 (病院又は診療所に併設されている事業所、介護老人保健施設又は介護医療院では、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えない。)
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	適当数置かなければならない。

・設備基準

設備及び備品	病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること。
	指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの。

訪問リハビリテーションの報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

指定訪問リハビリテーションの介護報酬の
イメージ（1回あたり）

利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

サービスの提供回数に応じた基本サービス費

1回（20分以上）：292単位
1週に6回を限度

+

社会参加等の支援（17単位/日）

短期集中的なリハビリ
テーションの実施
（200単位/日）

継続的にリハビリテーションの質を管理
（リハビリテーションマネジメント加算）
・I（230単位/月） ・II（280単位/月）
・III（320単位/月） ・IV（420単位/月）

3年以上勤務の理学療法士等を配置
（サービス提供体制強化加算）
（6単位/回）

中山間地域等でのサービス提供
（+5%・+10%・+15%）

-

同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサー
ビスを行う場合
・同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の
利用者にサービスを行う場合（▲10%/回）
・利用者が50人以上居住する同一敷地内建物等の利用者に
サービスを行う場合（▲15%/回）

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（▲20単位/回）

介護予防訪問リハビリテーションの報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

指定介護予防訪問リハビリテーションの
介護報酬のイメージ（1回あたり）

サービスの提供回数に応じた基本サービス費

1回（20分以上）：292単位
1週に6回を限度

利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

事業所評価加算（120単位/月）

短期集中的なリハビリ
テーションの実施
（200単位/日）

継続的にリハビリテーションの質を管理
（リハビリテーションマネジメント加算）
（230単位/月）

3年以上勤務の理学療法士等を配置
（サービス提供体制強化加算）
（6単位/回）

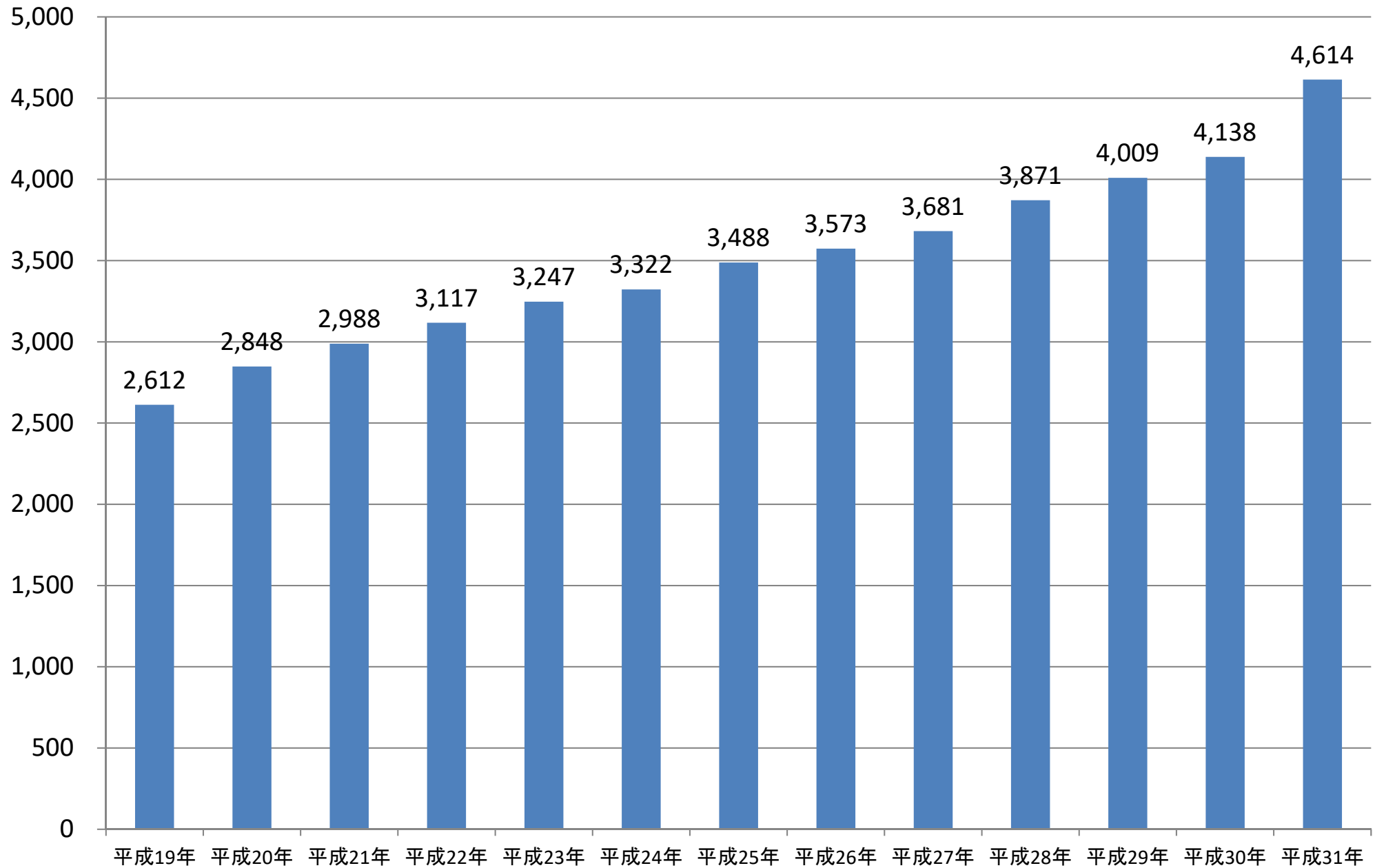
中山間地域等でのサービス提供
（+5%・+10%・+15%）

同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合

- ・ 同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合（▲10%/回）
- ・ 利用者が50人以上居住する同一敷地内建物等の利用者にサービスを行う場合（▲15%/回）

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（▲20単位/回）

訪問リハビリテーションの請求事業所数

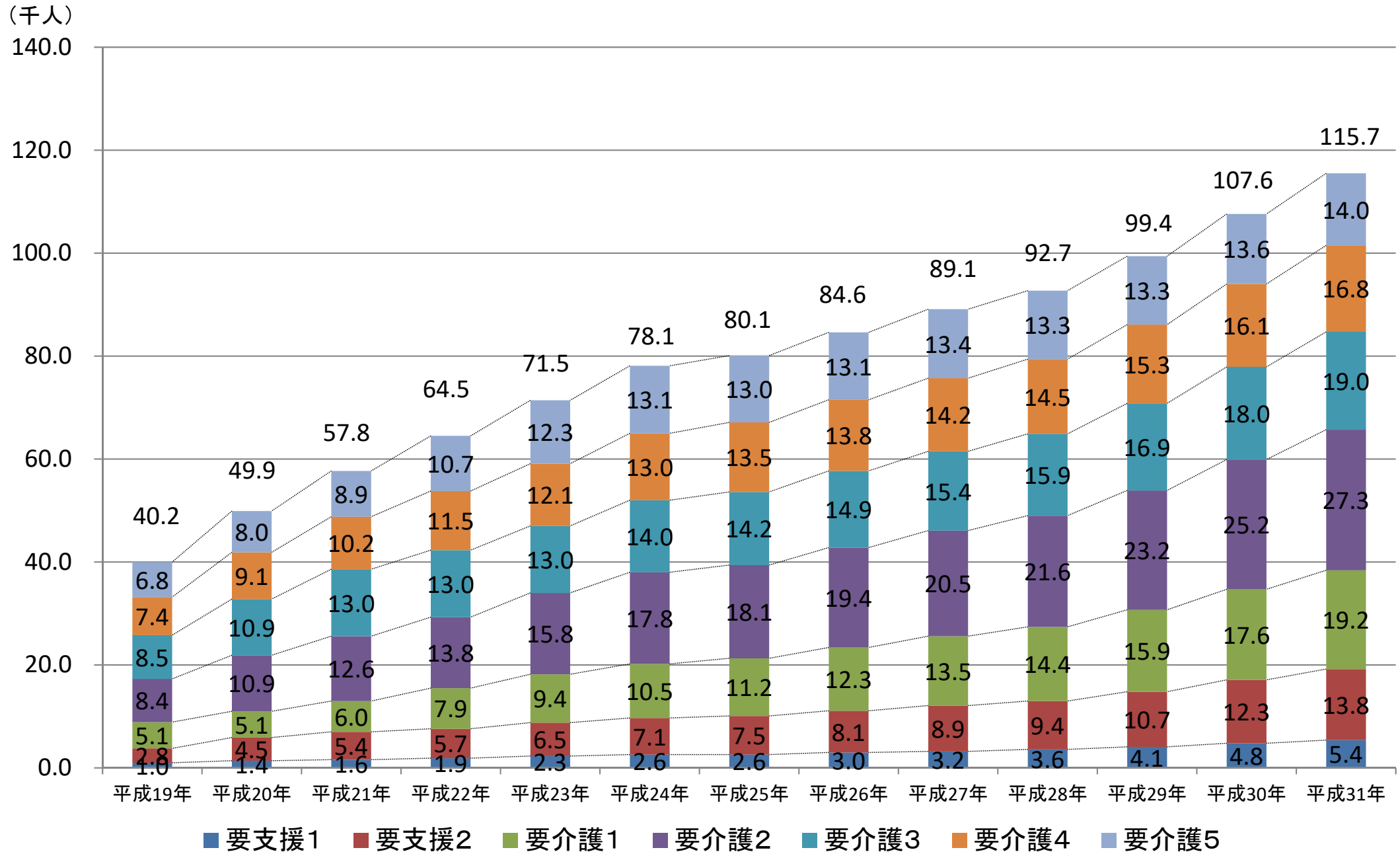


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

訪問リハビリテーションの受給者数

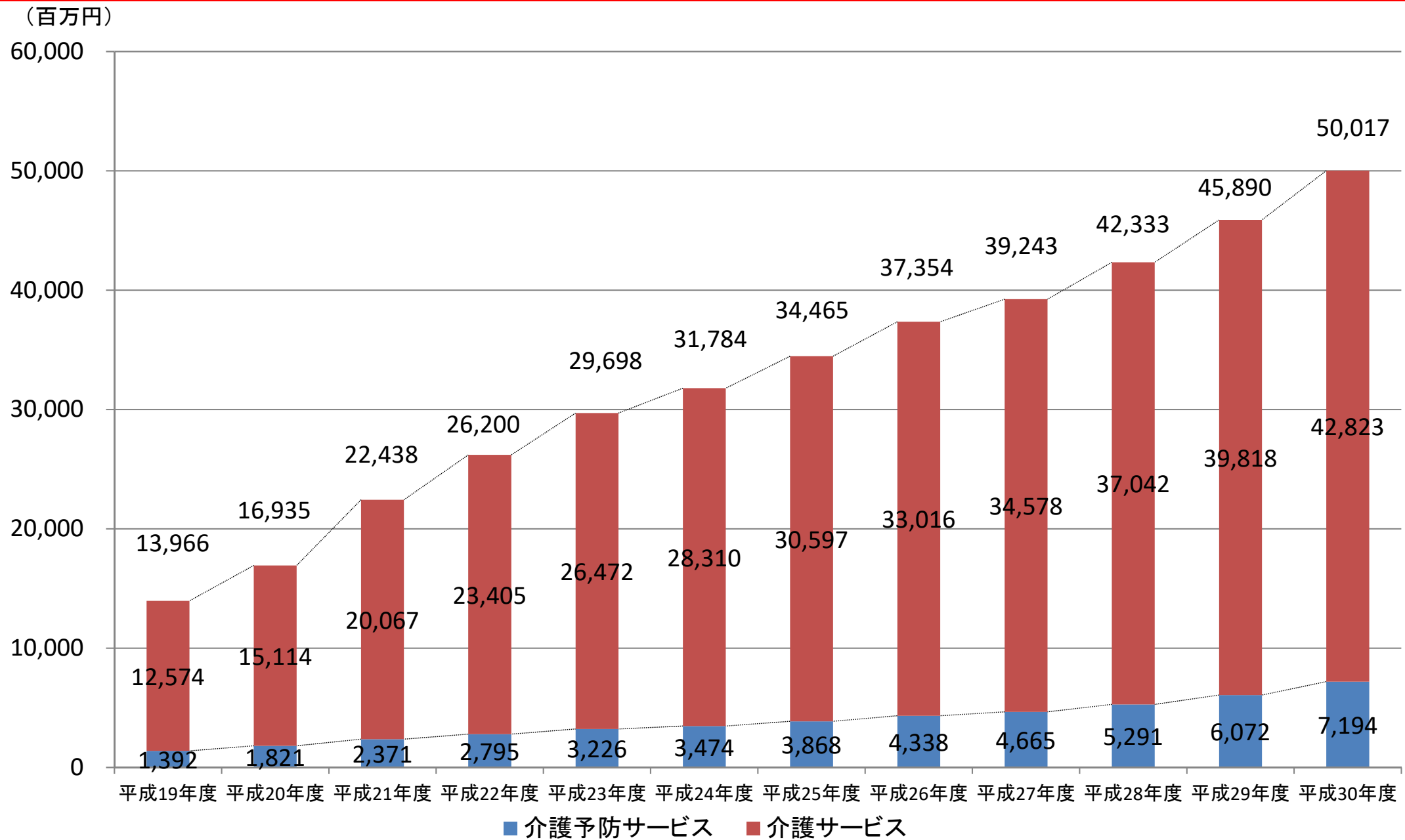


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

訪問リハビリテーションの費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

5. 居宅療養管理指導

居宅療養管理指導の概要

居宅療養管理指導の基本方針

居宅療養管理指導の事業は、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、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士又は管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものでなければならない。

（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号第84条）

各職種が行う指導の概要

医師又は歯科医師	○ 計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づいて実施 ○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供 ○ 居宅要介護者や家族等に対する、居宅サービスを利用する上での留意点や介護方法等についての指導及び助言 ○ 訪問診療又は往診を行った日に限る
薬剤師	○ 医師又は歯科医師の指示に基づいて実施される薬学的な管理及び指導 ○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供
歯科衛生士	○ 訪問歯科診療を行った歯科医師の指示及びその歯科医師の策定した訪問指導計画に基づいて実施される口腔内の清掃又は有床義歯の清掃に関する指導
管理栄養士	○ 計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を30分以上行う

※居宅療養管理指導の事業を行うことができるのは、病院、診療所、薬局等である。

居宅療養管理指導費の報酬

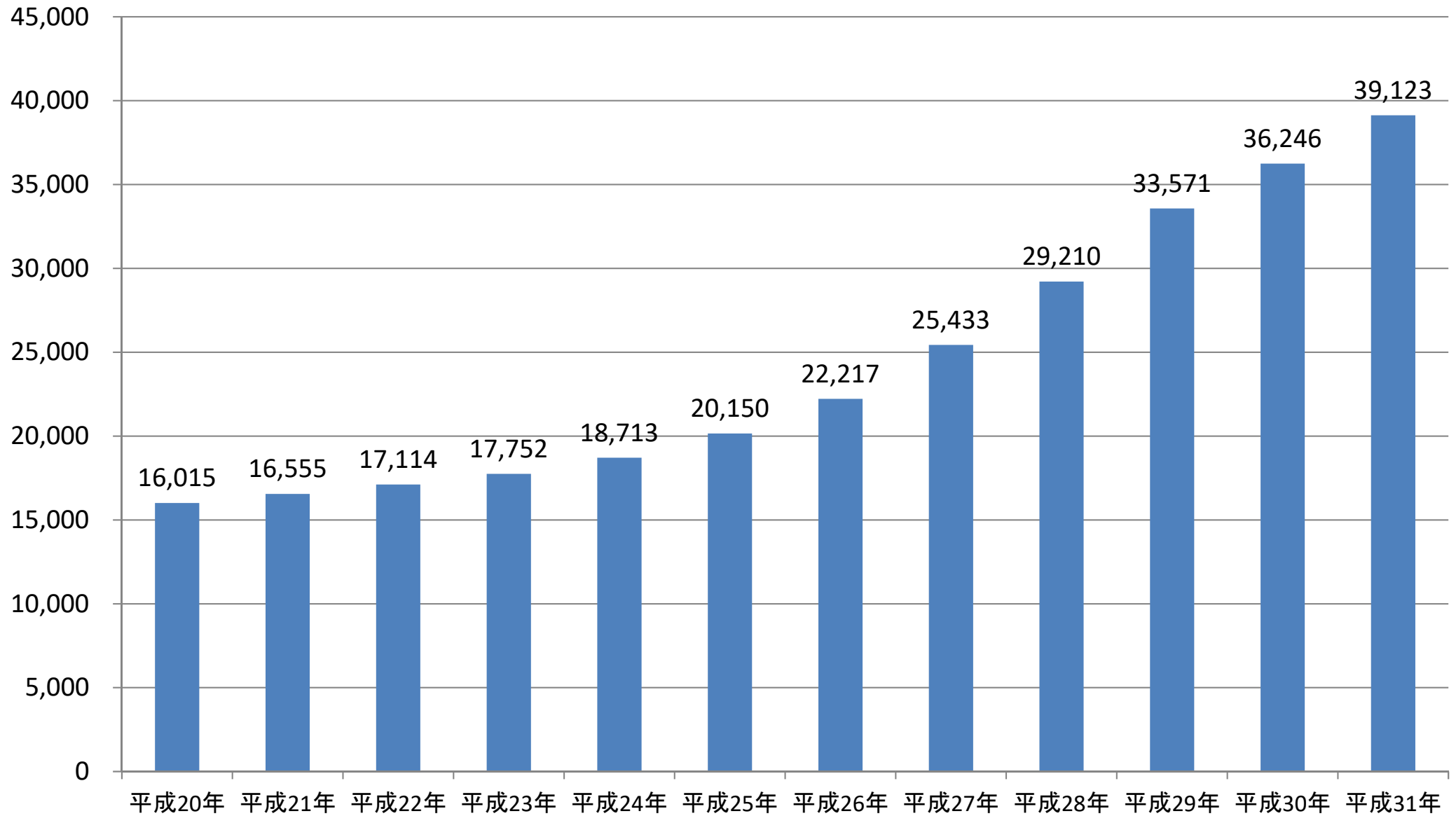
居宅療養管理指導の報酬体系

職種等		報酬単価(単位)		
		単一建物居住者が 1人の場合	単一建物居住者が 2～9人の場合	単一建物居住者が 10人以上の場合
医師 注1 (月2回を限度)	居宅療養管理指導費(Ⅰ)	509	485	444
	居宅療養管理指導費(Ⅱ)注2	295	285	261
歯科医師(月2回を限度)注1		509	485	444
薬剤師	病院又は診療所の薬剤師 (月2回を限度)	560	415	379
	薬局の薬剤師 (月4回を限度)注3	509	377	345
管理栄養士(月2回を限度)		539	485	444
歯科衛生士等(月4回を限度)		356	324	296

特別地域居宅療養管理指導加算	+15/100
中山間地域等における小規模事業所加算	+10/100
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	+5/100

注1: 訪問診療又は往診を行った日に限り算定できる。
注2: 診療報酬の「在宅時医学総合管理料」又は「施設入居時等医学総合管理料」を算定する場合。
これらの管理料は、通院困難な患者に対し、計画的医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に月1回に限り算定できる。
注3: 末期の悪性腫瘍の者、中心静脈栄養を受けている者に対しては、2回/週、かつ、8回/月を限度として算定。

居宅療養管理指導の請求事業所数

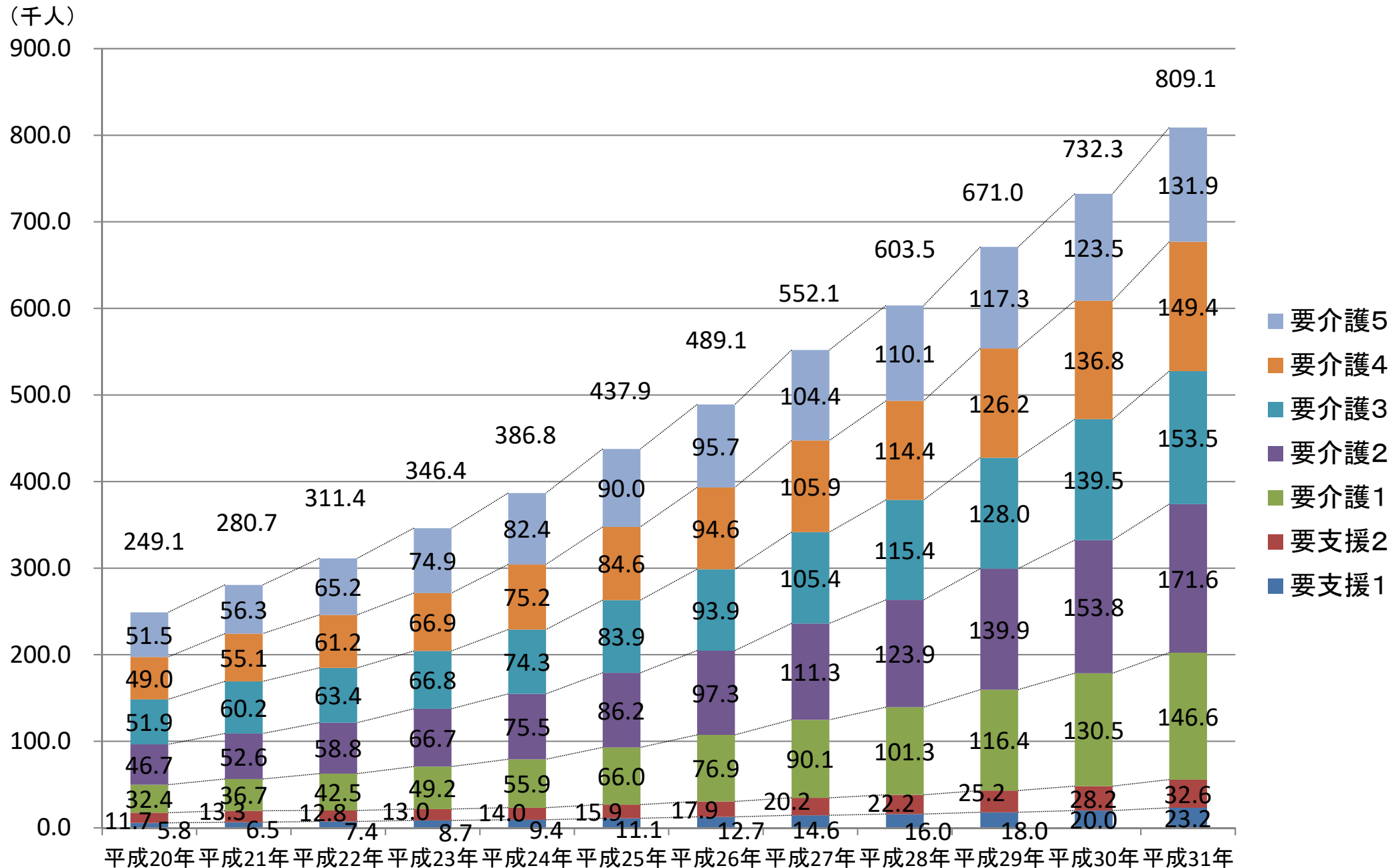


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

居宅療養管理指導の受給者数

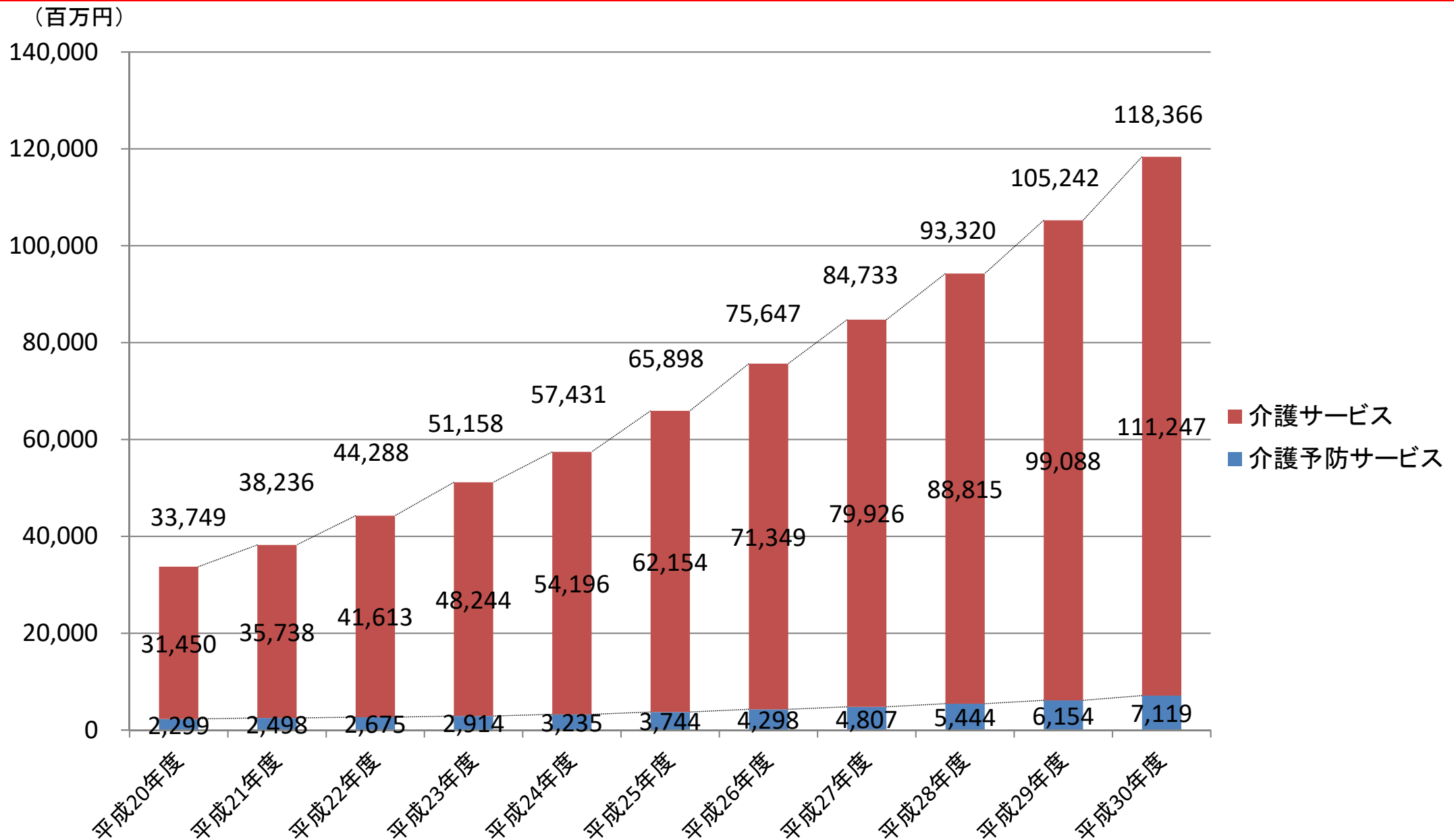


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

出典: 厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

居宅療養管理指導の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

6. 通所介護

通所介護の概要・基準

定義

「通所介護」とは、利用者（要介護者等）を老人デイサービスセンター等に通わせ、当該施設において、入浴・排せつ・食事等の介護、生活等に関する相談及び助言・健康状態の確認その他日常生活上の世話、機能訓練を行うものをいう。

必要となる人員・設備等

通所介護サービスを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

○ 人員基準

生活相談員	事業所ごとにサービス提供時間に応じて専従で1以上 (※生活相談員の勤務時間数としてサービス担当会議、地域ケア会議等も含めることが可能。)
看護職員	単位ごとに専従で1以上 (※通所介護の提供時間帯を通じて専従する必要はなく、訪問看護ステーション等との連携も可能。)
介護職員	① 単位ごとにサービス提供時間に応じて専従で次の数以上（常勤換算方式） ア 利用者の数が15人まで 1以上 イ 利用者の数が15人を超える場合 アの数に利用者の数が1増すごとに0.2を加えた数以上 ② 単位ごとに常時1名配置されること ③ ①の数及び②の条件を満たす場合は、当該事業所の他の単位における介護職員として従事することができる
機能訓練指導員	1以上
生活相談員又は介護職員のうち1人以上は常勤	

※定員10名以下の地域密着型通所介護事業所の場合は看護職員又は介護職員のいずれか1名の配置で可

○ 設備基準

食堂	それぞれ必要な面積を有するものとし、その合計した面積が利用定員×3.0㎡以上
機能訓練室	
相談室	相談の内容が漏えいしないよう配慮されている

※指定通所介護事業所と指定居宅サービス事業所等が併設している場合に、利用者へのサービス提供に支障がない場合は、基準上両方のサービスに規定があるもの及び規定はないが設置されるものは共用可

通所介護の報酬

サービス提供時間、利用者の要介護度及び事業所規模に応じた基本サービス費(例)

	地域密着型(小規模型) (利用定員18名以下)	通常規模型 (利用定員19名以上) (延べ利用者数 月300超～750人以下)
6時間以上7時間未満	要介護1 2 3 4 5	要介護1 2 3 4 5
7時間以上8時間未満	要介護1 2 3 4 5	要介護1 2 3 4 5
8時間以上9時間未満	要介護1 2 3 4 5	要介護1 2 3 4 5

※1: サービス提供時間には、その他、3時間以上4時間未満、4時間以上5時間未満、5時間以上6時間未満がある(2時間以上3時間未満もあるが、心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である利用者を実施)。

※2: 事業所規模には、その他、前年度の平均利用延人員数が900人/月以内の大規模型(Ⅰ)と901人/月以上の大規模型(Ⅱ)がある。

※3: サービス提供時間には、送迎の時間は含まれない。

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

入浴介助を行った場合
(50単位/日)

中重度者ケア体制加算
(45単位/日)

ADL維持等加算
(ADL(日常生活動作)の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合)
(3単位/月、6単位/月)

個別機能訓練加算
(Ⅰ)46単位/日、(Ⅱ)56単位/日)

栄養改善加算
(150単位/回)
栄養スクリーニング加算
(5単位/回)

生活機能向上連携加算
(外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントを実施)
(200単位/月)
※個別機能訓練加算を算定している場合は、100単位/月

口腔機能向上加算
(150単位/回)

延長加算(9時間以上、1時間単位で～最大14時間まで)
(50単位～250単位)

認知症加算 (60単位/日)
若年性認知症利用者受入加算
(60単位/日)

中山間地域等でのサービス提供
(5%)

サービス提供体制強化加算
(介護福祉士や3年以上勤務者を一定割合以上配置)
・介護福祉士5割以上:18単位/回
・介護福祉士4割以上:12単位/回
・勤続年数3年以上3割以上:6単位/回

介護職員処遇改善加算
(Ⅰ)5.9% (Ⅱ)4.3% (Ⅲ)2.3%
(Ⅳ)加算Ⅲ×0.9 (Ⅴ)加算Ⅲ×0.8

介護職員等特定処遇改善加算
(Ⅰ)1.2% (Ⅱ)1.0%

定員を超えた利用や人員配置基準に違反
(▲30%)

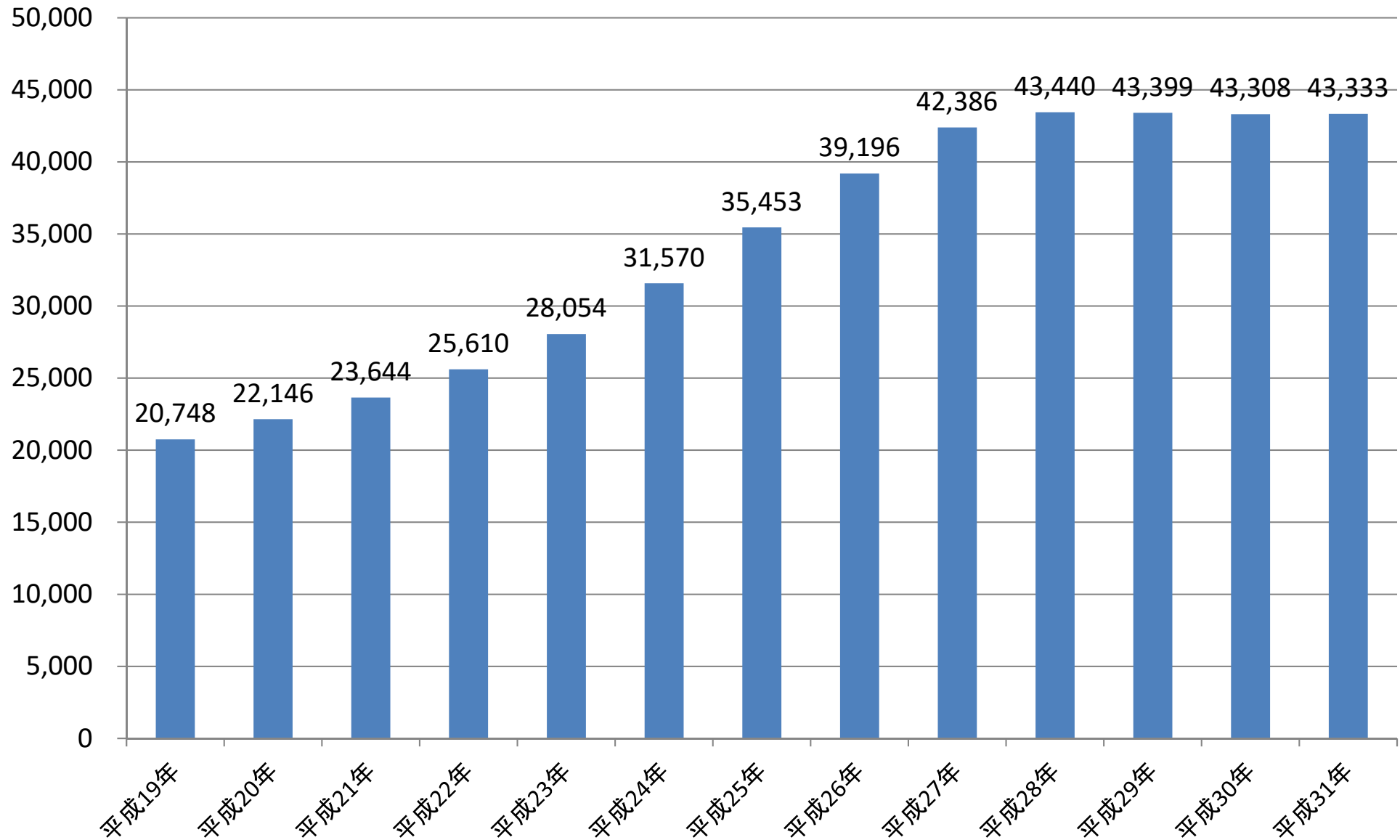
事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合
(▲94単位/日)

事情により、2～3時間の利用の場合
(3～5時間の単位から ▲30%)

送迎を行わない場合
(片道につき▲47単位)

※加算・減算は主なものを記載。点線枠の加算は区分支給限度額の枠外

通所介護の請求事業所数



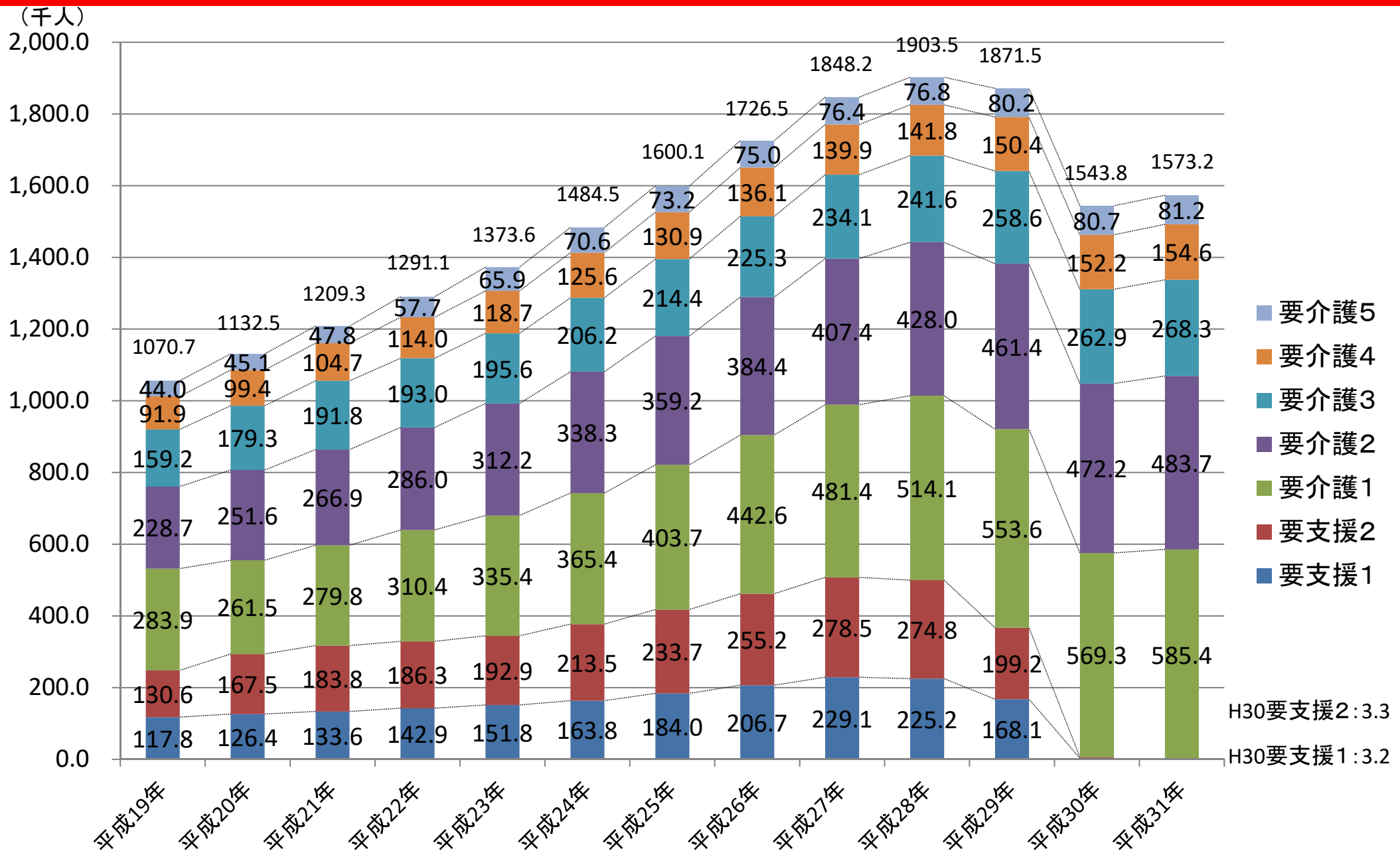
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

※平成28年度から、小規模通所介護は地域密着型通所介護に移行しており、その事業所数を含む。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

通所介護の受給者数



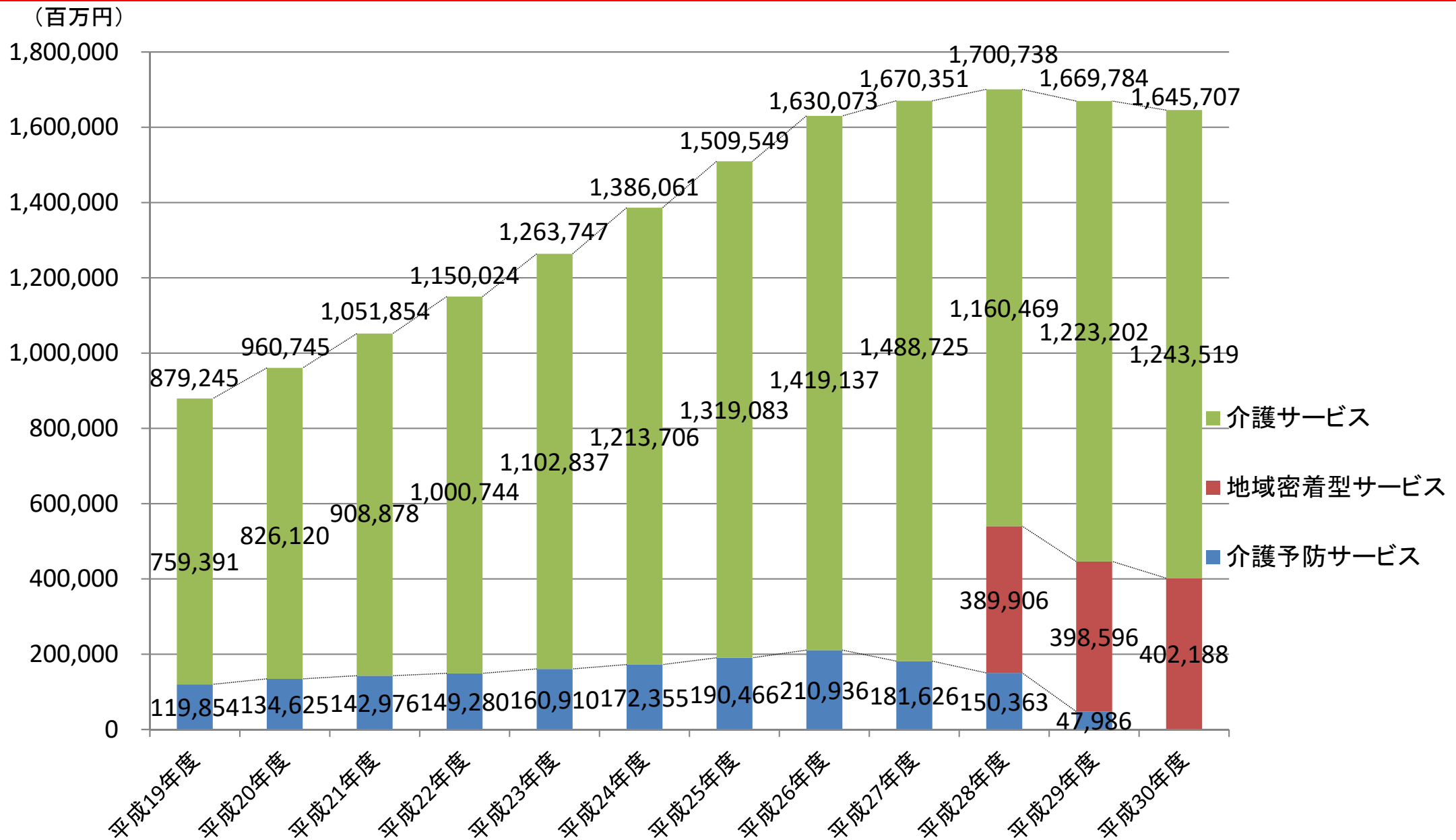
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

※平成26年の介護保険法改正に伴い、介護予防通所介護は平成27年度より介護予防・日常生活支援総合事業に移行することとされ、平成29年度末までに全ての全 41
市町村において移行が完了している。

出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

通所介護の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。
※補足給付は含まない。

7. 通所リハビリテーション

通所リハビリテーションの概要・基準

定義

居宅要介護者について、介護老人保健施設、病院、診療所その他厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。

必要となる人員・設備等

通所リハビリテーションを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

・人員基準

医師	専任の常勤医師1以上 (病院又は診療所と併設されている事業所、介護老人保健施設又は介護医療院では、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えない。)
従事者（理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員）	単位ごとに利用者10人に1以上
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	上の内数として、単位ごとに利用者100人に1以上※

※所要時間1～2時間では適切な研修を受けた看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師で可

・設備基準

リハビリテーションを行う専用の部屋	指定通所リハビリテーションを行うに必要な専用の部屋(3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上)設備
-------------------	---

通所リハビリテーションの報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

指定通所リハビリテーションの介護報酬 のイメージ（1回あたり）

サービス提供時間、利用者の要介護度及び
事業所規模に応じた基本サービス費

	通常規模型					大規模型（Ⅱ）※2				
1 ～ 2 時間	331 単位	360 単位	390 単位	419 単位	450 単位	318 単位	348 単位	375 単位	404 単位	432 単位
	要介護1	2	3	4	5	要介護1	2	3	4	5
7 ～ 8 時間 ※1	716 単位	853 単位	993 単位	1,157 単位	1,317 単位	667 単位	797 単位	927 単位	1,080 単位	1,231 単位
	要介護1	2	3	4	5	要介護1	2	3	4	5

※1：その他、2～3時間、3～4時間、4～5時間、5～6時間、6～7時間のサービス提供時間がある。

※2：その他、前年度の平均利用延人員数が900人／月以内の大規模型（Ⅰ）がある。

利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

栄養改善サービスの実施（150単位／回）※月に2回を限度
栄養スクリーニング加算（5単位／回）※6月に1回を限度

短期集中的なリハビリテーションの実施（110単位／日）
認知症の利用者への短期集中的なリハビリテーションの実施
・Ⅰ：240単位／日 ※週に2日を限度
・Ⅱ：1920単位／月

口腔機能向上
サービスの実施
（150単位／回）
※月に2回を限度

継続的にリハビリテーションの質を管理
（リハビリテーションマネジメント加算）

・Ⅰ：330単位／月
・Ⅱ：850単位／月、6月から530単位／月
・Ⅲ：1,120単位／月、6月から800単位／月
・Ⅳ：1,220単位／月、6月から900単位／月

若年性認知症利用者
の受け入れ
（60単位／日）

中山間地域等に居住する者への
サービス提供加算
＋5/100

介護福祉士や3年以上勤務
者を一定以上配置
（サービス提供体制強化加算）
（18単位、12単位、6単位）

介護職員処遇改善加算
・Ⅰ：4.7% ・Ⅱ：3.4% ・Ⅲ：1.9%
・Ⅳ：Ⅲ×0.9 ・Ⅴ：Ⅲ×0.8
介護職員等特定処遇改善加算
（Ⅰ）2.0% （Ⅱ）1.7%

事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する
者に通所リハビリテーションを行う場合
（▲94単位／日）

居宅と通所リハビリ事業所との間の送迎を行わない場合
に係る減算
（片道につき▲47単位／日）

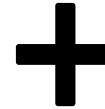
介護予防通所リハビリテーションの報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

指定介護予防通所リハビリテーションの
介護報酬のイメージ（1月あたり）

サービスの提供に応じた基本サービス費

要支援 1 : 1,721単位/月
要支援 2 : 3,634単位/月



利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

事業所評価加算（120単位/月）

栄養改善サービスの実施（150単位/月）
栄養スクリーニング加算（5 単位/回）※6月に1回を限度

口腔機能向上
サービスの実施
（150単位/月）

継続的にリハビリテーションの質を管理
（リハビリテーションマネジメント加算）
（330単位/月）

若年性認知症利用者
の受け入れ
（60単位/日）

中山間地域等に居住する者への
サービス提供 + 5/100

介護福祉士や3年以上勤務者を一定以上配置
（サービス提供体制強化加算）

（Ⅰ）イ：（要支援1）72単位（要支援2）144単位
（Ⅰ）ロ：（要支援1）48単位（要支援2）96単位
（Ⅱ）：（要支援1）24単位（要支援2）48単位

介護職員処遇改善加算

Ⅰ：4.7%・Ⅱ：3.4%・Ⅲ：1.9%・Ⅳ：Ⅲ×0.9・Ⅴ：Ⅲ×0.8

介護職員等特定処遇改善加算

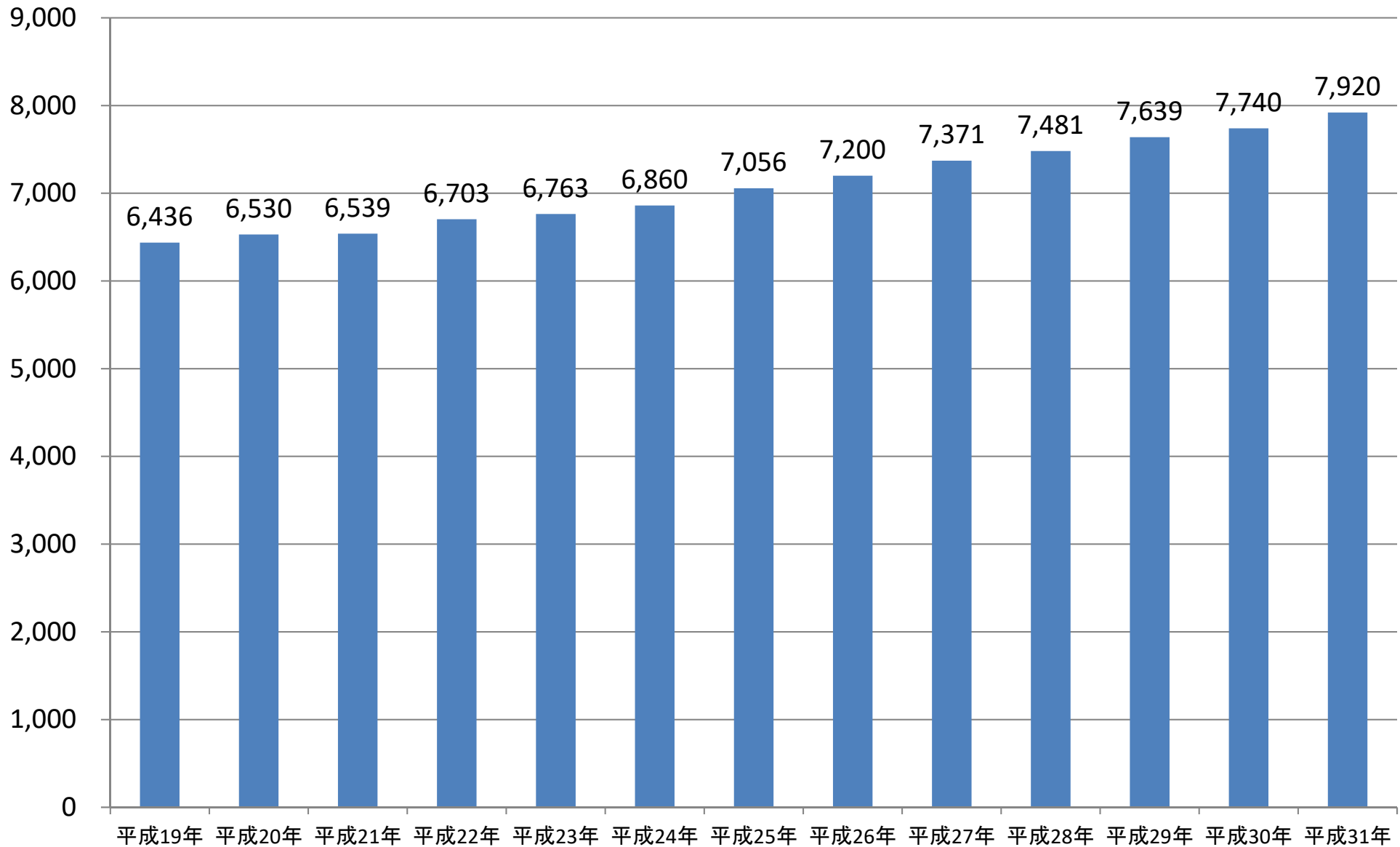
（Ⅰ）2.0%（Ⅱ）1.7%

事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者
に介護予防通所リハビリテーションを行う場合

要支援 1（▲376単位/月）

要支援 2（▲752単位/月）

通所リハビリテーションの請求事業所数

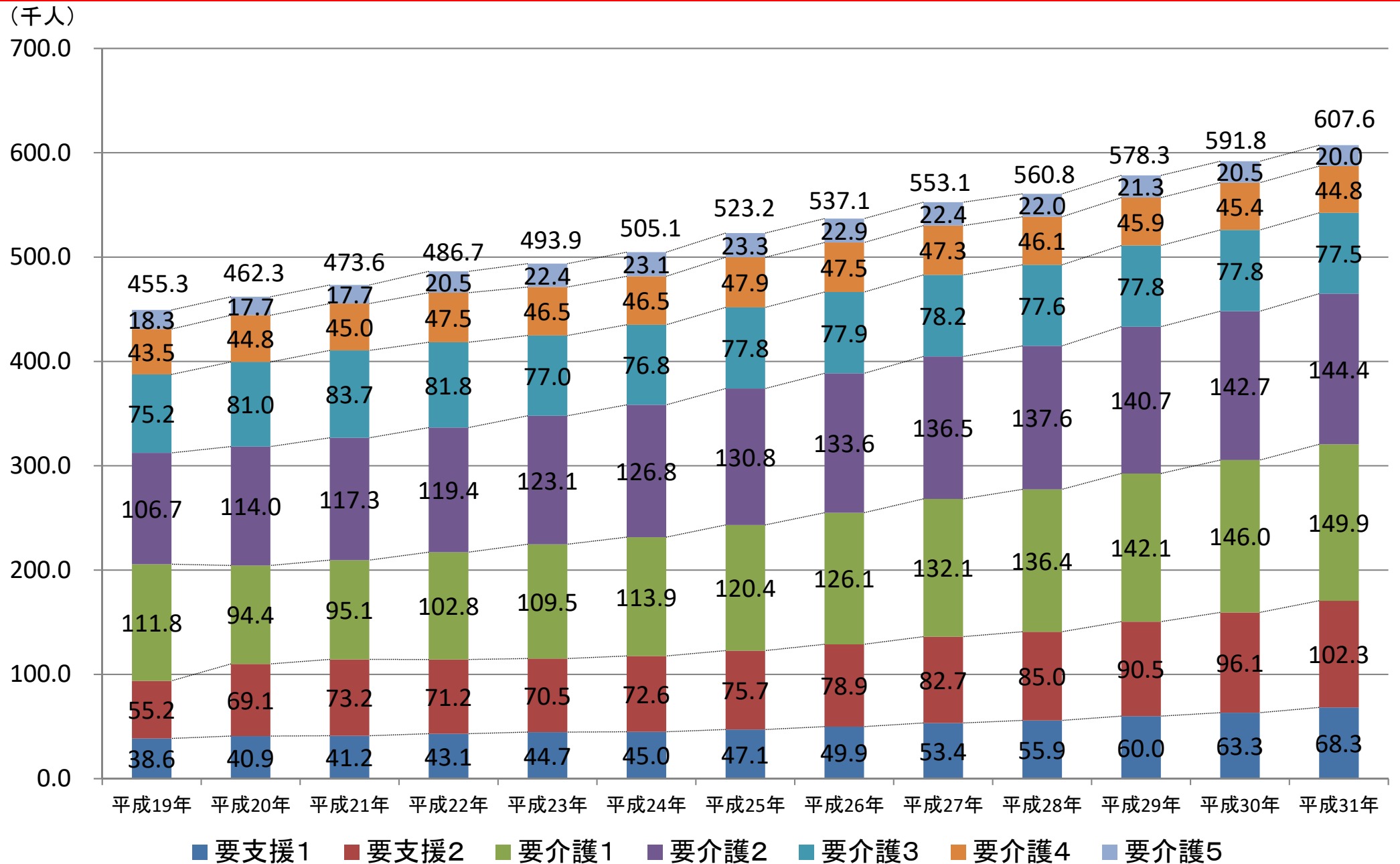


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」（各年4月審査分）

通所リハビリテーションの受給者数

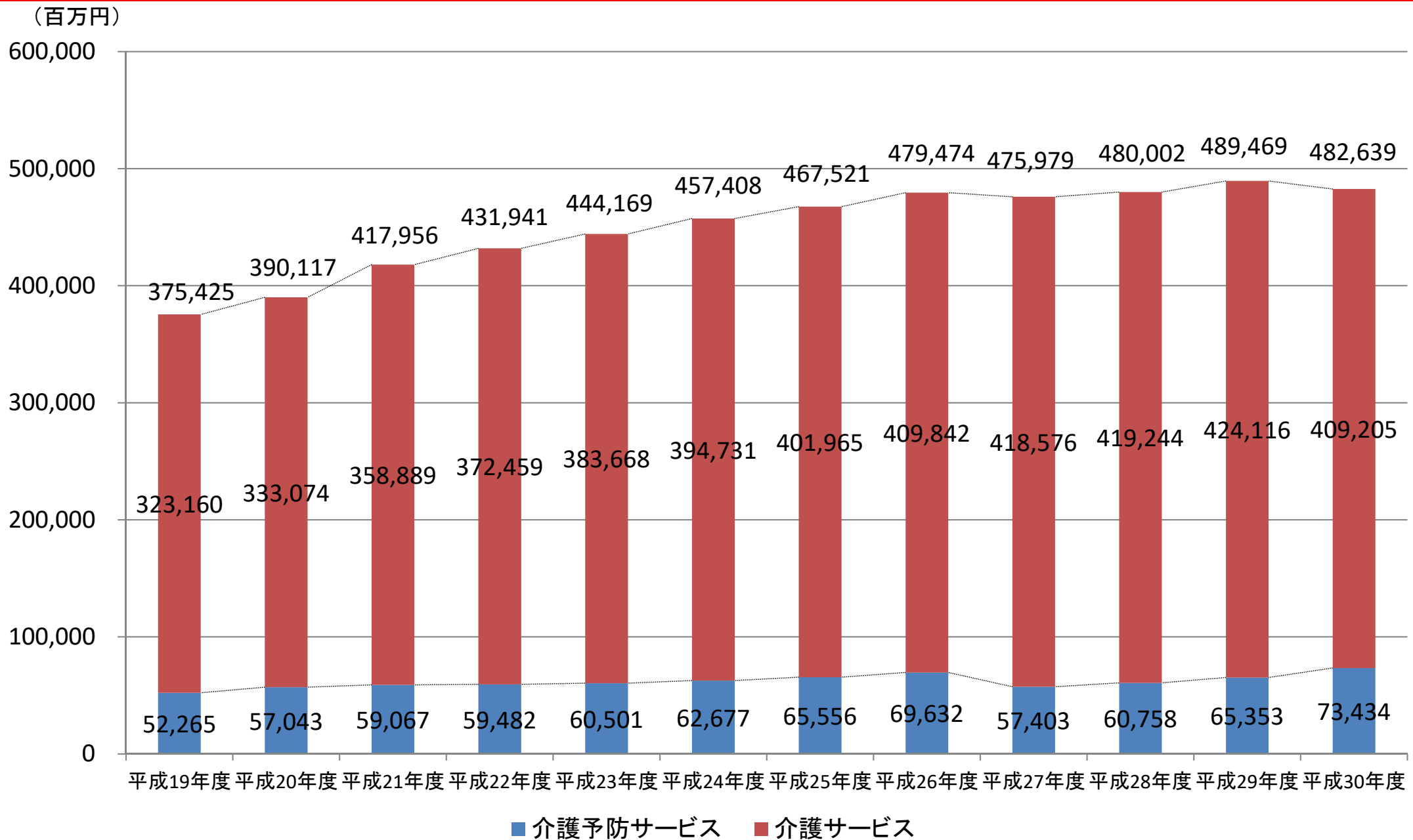


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

通所リハビリテーションの費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

8. 短期入所生活介護

短期入所生活介護の概要・基準

基本方針

「短期入所生活介護」の事業とは、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、利用者（要介護者等）が老人短期入所施設、特別養護老人ホーム等に短期間入所し、当該施設において入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものである。

必要となる人員・設備等

短期入所生活介護サービスを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

○ 人員基準

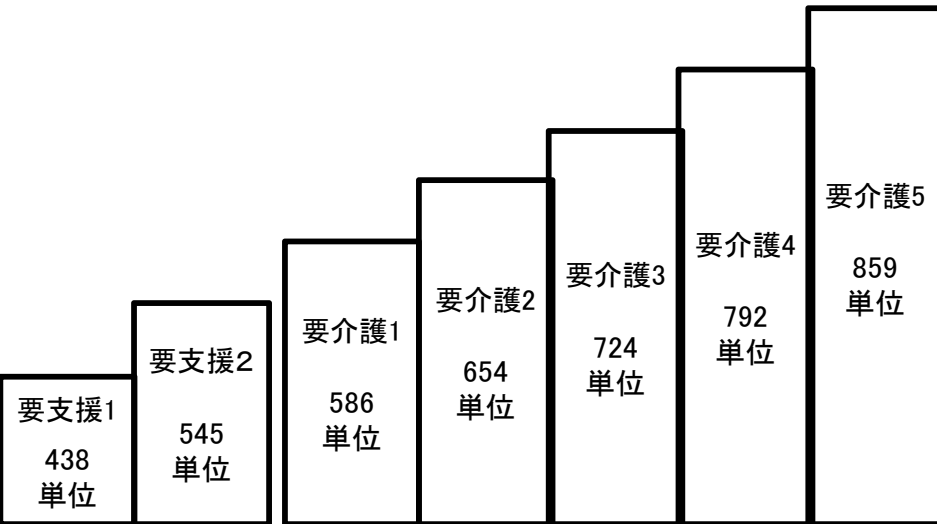
医師	1 以上
生活相談員	利用者100人につき1人以上（常勤換算） ※うち1人は常勤（利用定員が20人未満の併設事業所を除く）
介護職員又は看護師若しくは 准看護師	利用者3人につき1人以上（常勤換算） ※うち1人は常勤（利用定員が20人未満の併設事業所を除く）
栄養士	1人以上 ※利用定員が40人以下の事業所は、一定の場合は、栄養士を置かないことができる
機能訓練指導員	1 以上
調理員その他の従業者	実情に応じた適当数

○ 設備基準

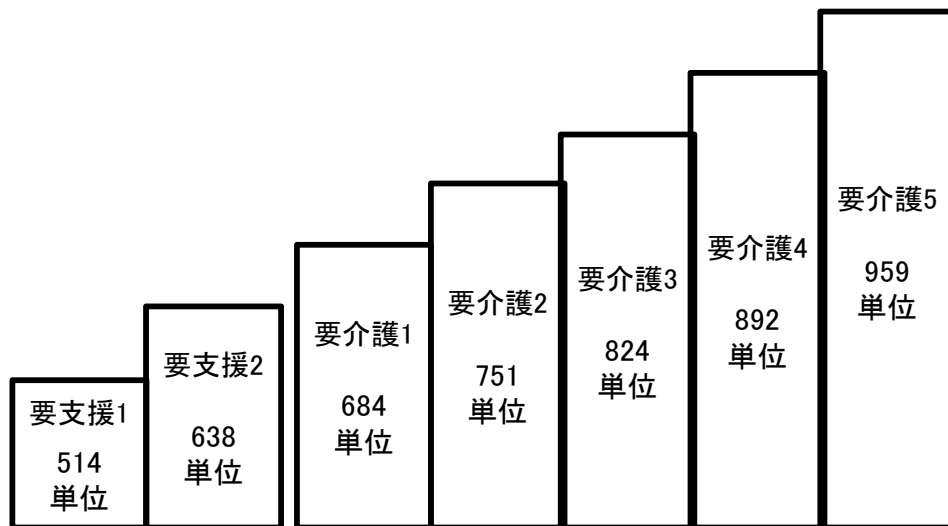
利用定員等	20人以上とし、専用の居室を設ける ※ただし、併設事業所の場合は、20人未満とすることができる
居室	定員4人以下、床面積（1人当たり）10.65㎡以上
食堂及び機能訓練室	合計面積3㎡×利用定員以上
浴室、便所、洗面設備	要介護者が使用するのに適したもの
その他、医務室、静養室、面談室、介護職員室、看護職員室、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室、介護材料室が必要	

短期入所生活介護の報酬

利用者の要介護度等に応じた基本サービス費
(特別養護老人ホーム等との併設で従来型個室・多床室の場合)



利用者の要介護度等に応じた基本サービス費
(特別養護老人ホーム等との併設でユニット型個室の場合)



利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

看護体制加算 注:要介護者のみ
(Ⅰ)4単位/日、(Ⅱ)8単位/日
要介護3以上の利用者を70%以上受け入れる事業所の場合(定員要件により単位数は異なる)
(Ⅲ)12(6)単位/日、(Ⅳ)23(13)単位/日

在宅中重度者受入加算 注:要介護者のみ
看護体制加算の算定状況に応じて単位数を設定
(413~425単位/日)

医療連携強化加算 注:要介護者のみ
(58単位/日)

療養食加算 (8単位/回)

認知症行動・心理症状緊急対応加算 (200単位/日)
若年性認知症利用者受入加算 (120単位/日)
認知症専門ケア加算
(Ⅰ)3単位/日、(Ⅱ)4単位/日

サービス提供体制強化加算
(介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置)
・介護福祉士6割以上:18単位/日
・介護福祉士5割以上:12単位/日
・常勤職員等:6単位/日

定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (▲30%)

長期間の利用者へのサービス提供 (▲30単位/日)

専従の機能訓練指導員を配置している場合 (12単位/日)

個別機能訓練加算 (56単位/日)

生活機能向上連携加算
(外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントを実施)
(200単位/月) ※個別機能訓練加算を算定している場合は、100単位/月

夜勤職員配置加算 注:要介護者のみ
看護職員又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している場合は括弧内の単位を算定
(ユニット型以外:13(15)単位/日)
(ユニット型:18(20)単位/日)

緊急短期入所受入加算 注:要介護者のみ
(緊急の利用者を受け入れた場合)
(90単位/日)

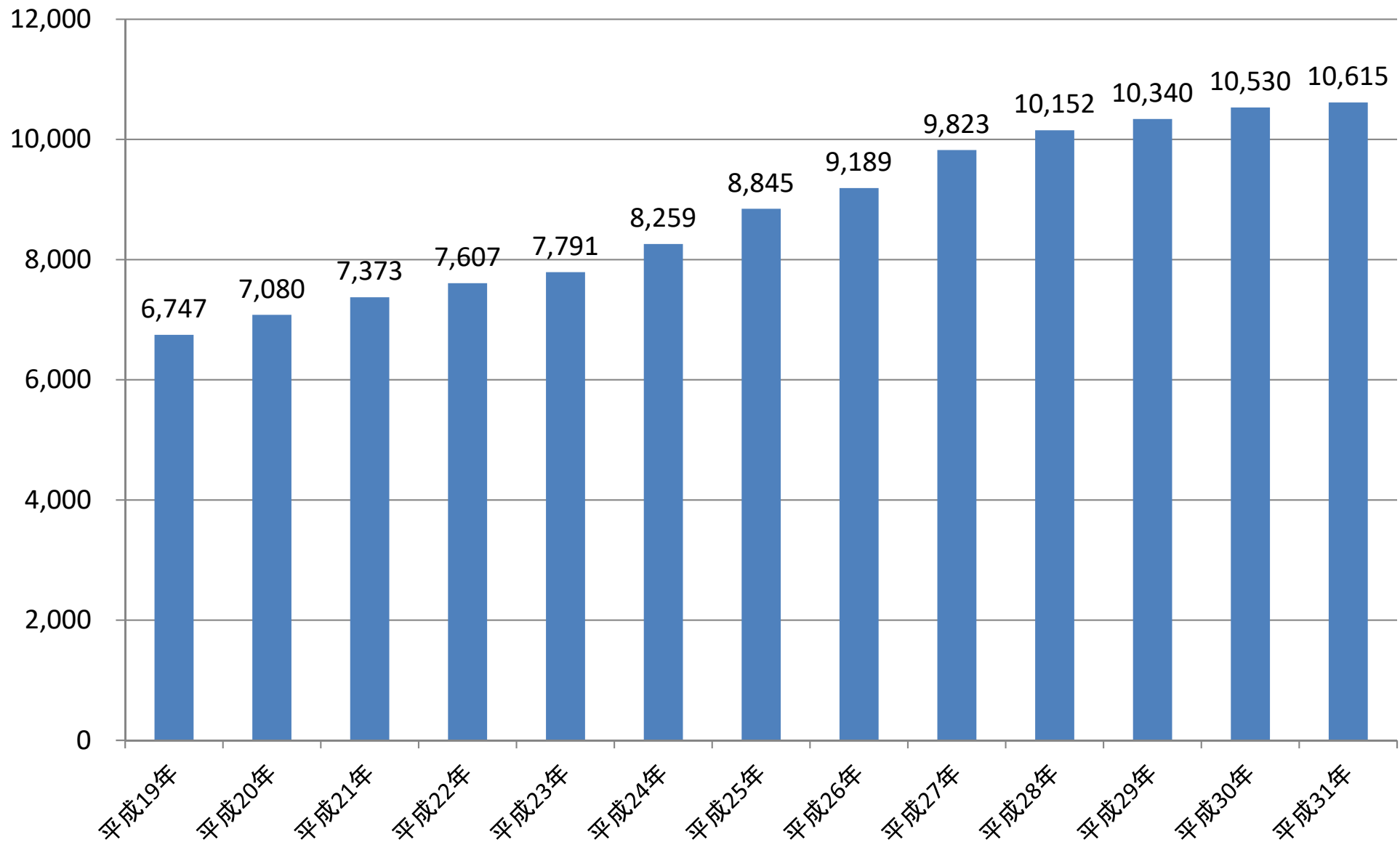
送迎を行う場合(片道につき184単位)

介護職員処遇改善加算
(Ⅰ)8.3%(Ⅱ)6.0%(Ⅲ)3.3%
(Ⅳ)加算Ⅲ×0.9(Ⅴ)加算Ⅲ×0.8
介護職員等特定処遇改善加算
(Ⅰ)2.7%(Ⅱ)2.3%

夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合やユニットケアにおける体制が未整備である場合 (▲3%)

※加算・減算は主なものを記載。点線枠の加算は区分支給限度額の枠外

短期入所生活介護の請求事業所数

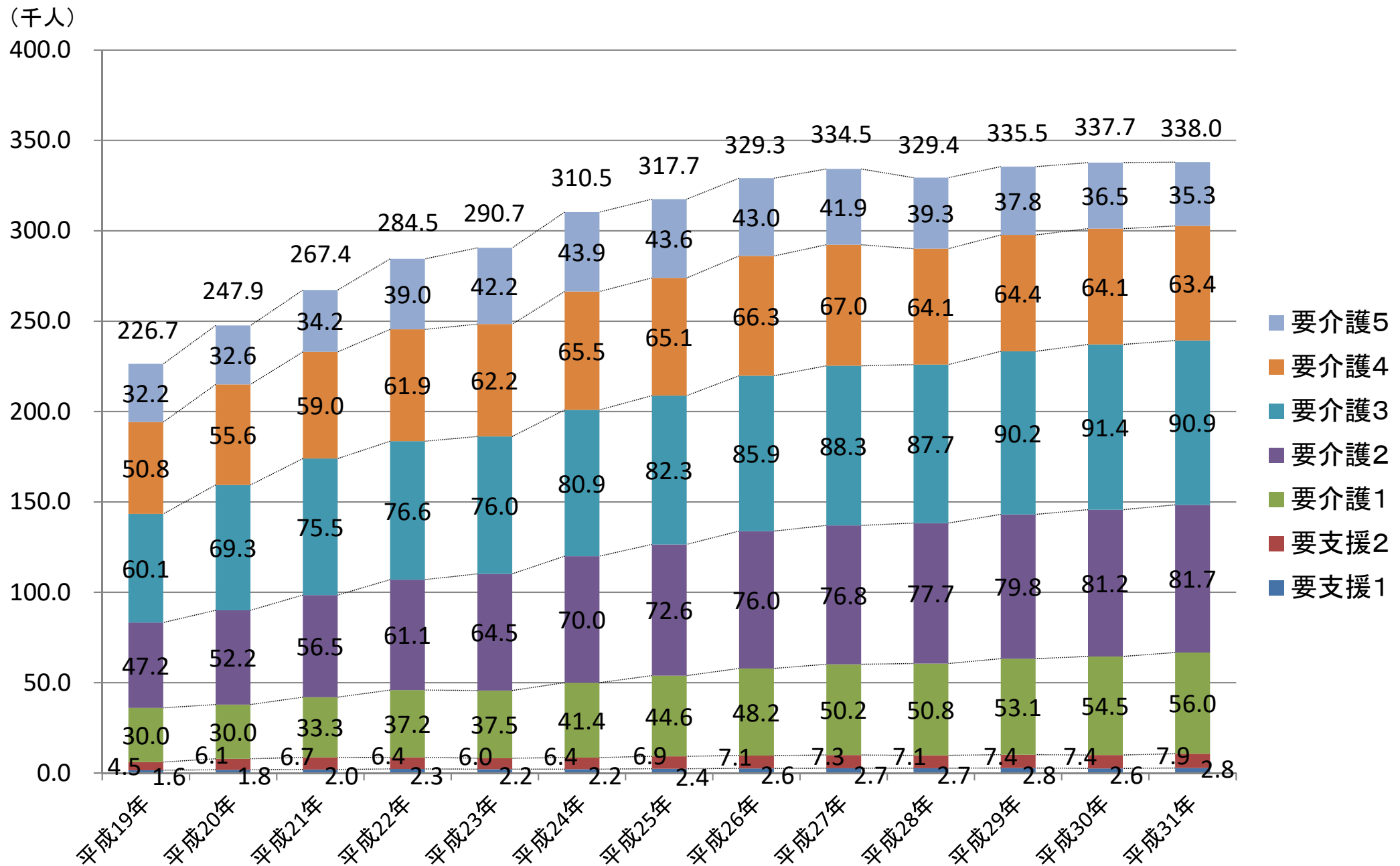


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

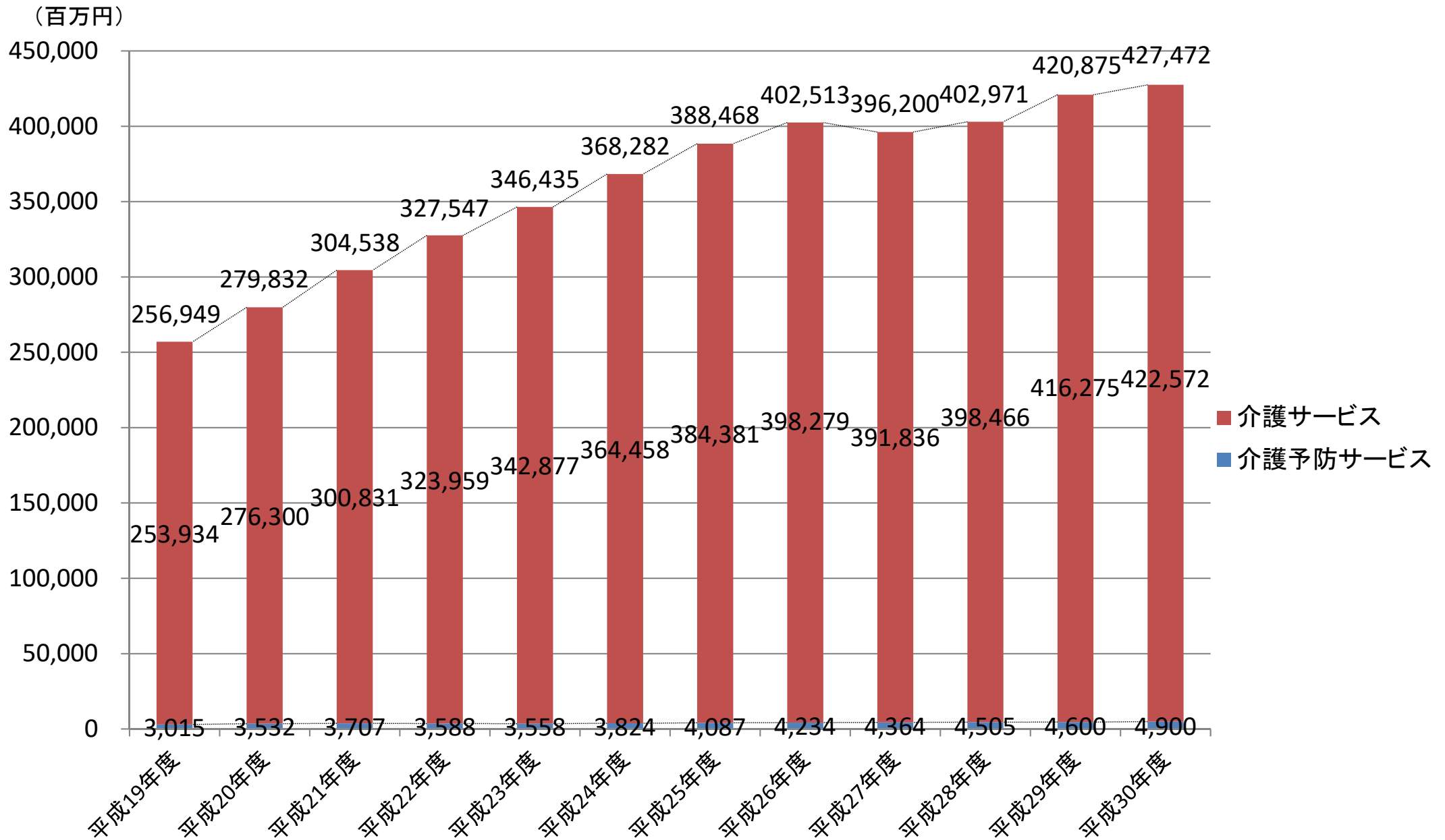
短期入所生活介護の受給者数



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

※経過的要介護は含まない。

短期入所生活介護の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。
 ※補足給付は含まない。

9. 短期入所療養介護

短期入所療養介護の概要・基準

短期入所療養介護の基本方針

短期入所療養介護の事業は、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、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。

（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号第141条）

必要となる人員・設備等

短期入所療養介護を行うことのできる施設は次のとおりであり、必要な人員・設備等は、原則としてそれぞれの施設として満たすべき基準による。

- 介護老人保健施設
- 療養病床を有する病院若しくは診療所
- 診療所
- 介護医療院

※診療所（療養病床を有するものを除く。）においては、以下の要件を満たすこと。

- ・床面積は利用者1人につき6.4㎡とすること
- ・食堂及び浴室を有すること
- ・機能訓練を行うための場所を有すること

短期入所療養介護の基準

施設基準等

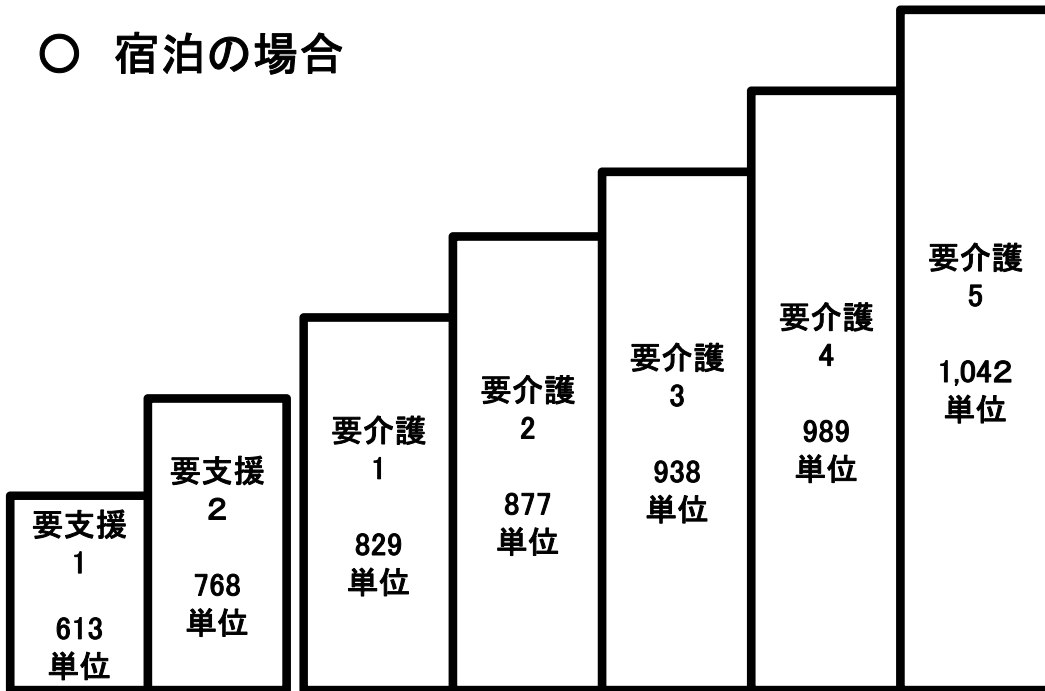
施設類型 基準等	介護老人 保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設		介護療養型医療施設以外			
			病院	診療所	病院		診療所	
					医療 療養病床	一般病床	医療 療養病床	一般病床
みなし指定	あり	あり	あり	あり	あり	—	あり	なし
病室・居室 面積	8.0㎡	8.0㎡	6.4㎡	6.4㎡	6.4㎡	—	6.4㎡	6.4㎡
機能訓練室 面積	1㎡/定員	40㎡	40㎡	十分な広さ	40㎡	—	十分な広さ	十分な広さ
看護・介護 職員	看護・介護 3:1 (うち、看護 2/7標準)	看護 6:1 介護 5:1 (Ⅰ型) 6:1 (Ⅱ型)	看護 6:1 介護 6:1	看護 6:1 介護 6:1	看護 6:1 介護 6:1	—	看護 6:1 介護 6:1	看護・介護 3:1

短期入所療養介護の報酬

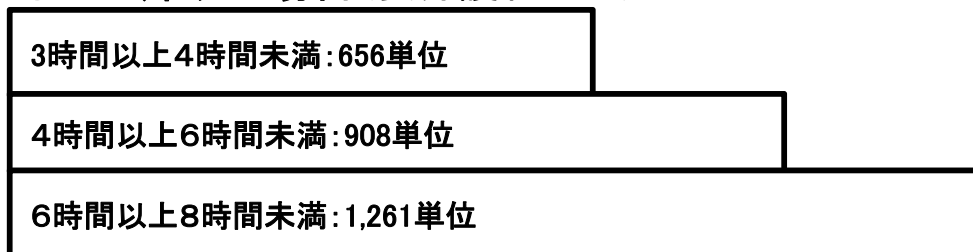
※ 加算・減算は主なものを記載

利用者の要介護度等に応じた基本サービス費
(基本型介護老人保健施設の多床室の場合)

○ 宿泊の場合



○ 日帰りの場合(要介護者のみ)



※常時看護職員による観察を必要とする難病等を有する重度者又はがん末期の利用者を想定

利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

※ 加算・減算は介護老人保健施設の場合の主なものを記載

緊急の利用者を受け入れた場合
注: 要介護者のみ 開始日から7日間のみ)
(90単位/日)

重度者に対する医学的管理と処置
(120単位/日)

認知症行動・心理症状の方の
緊急的な受け入れ
(200単位/日)
若年性認知症利用者
の受け入れ
(120単位/日)

個別リハビリテーション
の実施
(240単位/日)

夜勤職員の手厚い配置
(注 宿泊のみ)
(24単位/日)

介護福祉士や常勤職員等
を一定割合以上配置
(サービス提供体制強化加算)

介護職員処遇改善加算

(Ⅰ) 3.9% (Ⅱ) 2.9% (Ⅲ) 1.6%
(Ⅳ) 加算Ⅲ×0.9 (Ⅴ) 加算Ⅲ×0.8

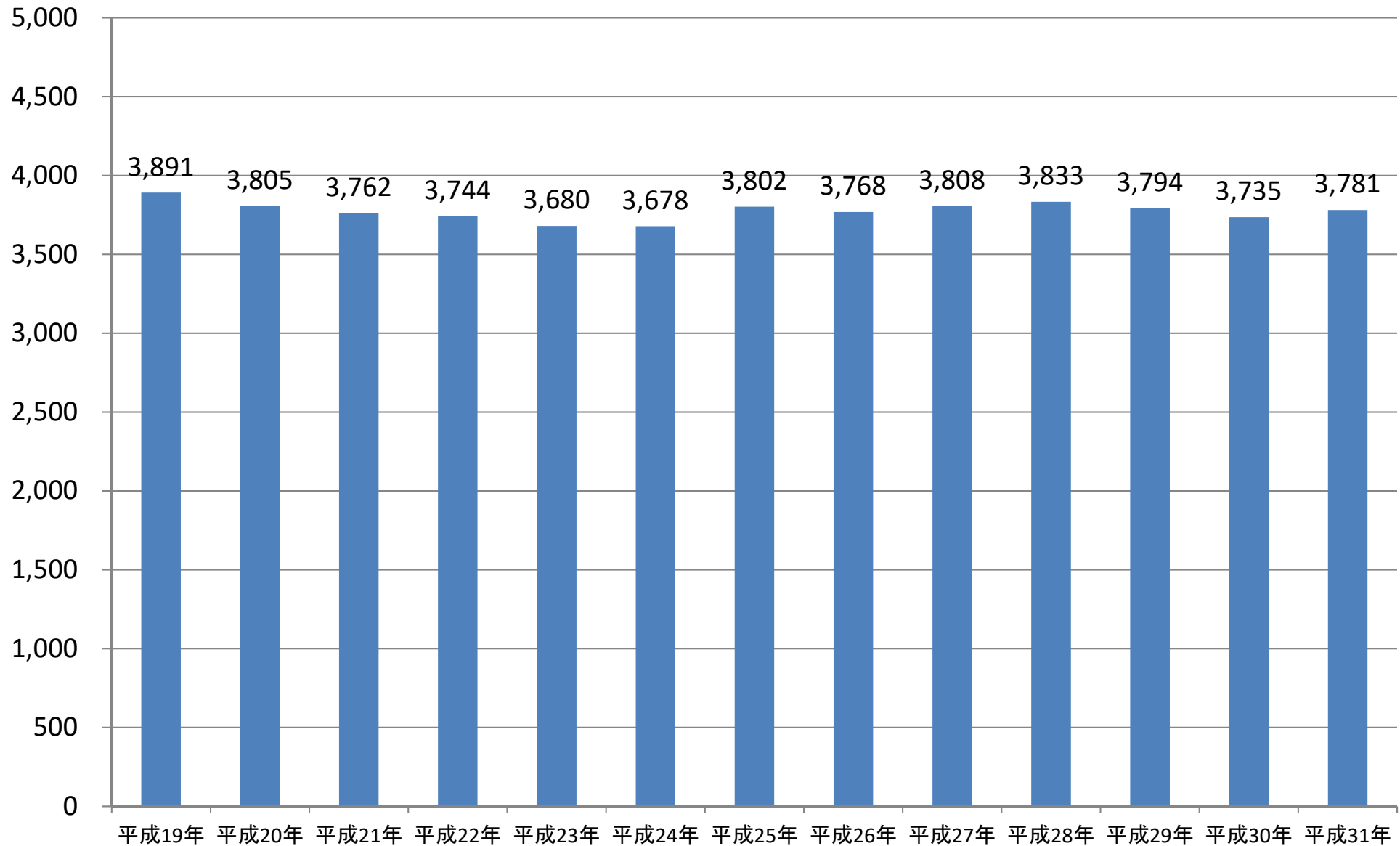
・介護福祉士 6割以上: 18単位
・介護福祉士 5割以上: 12単位
・常勤職員等: 6単位

介護職員等特定処遇改善加算
(Ⅰ) 2.1% (Ⅱ) 1.7%

定員を超えた利用や人員配置基準に違反
(▲30%)

夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合
(▲3%)

短期入所療養介護の請求事業所数

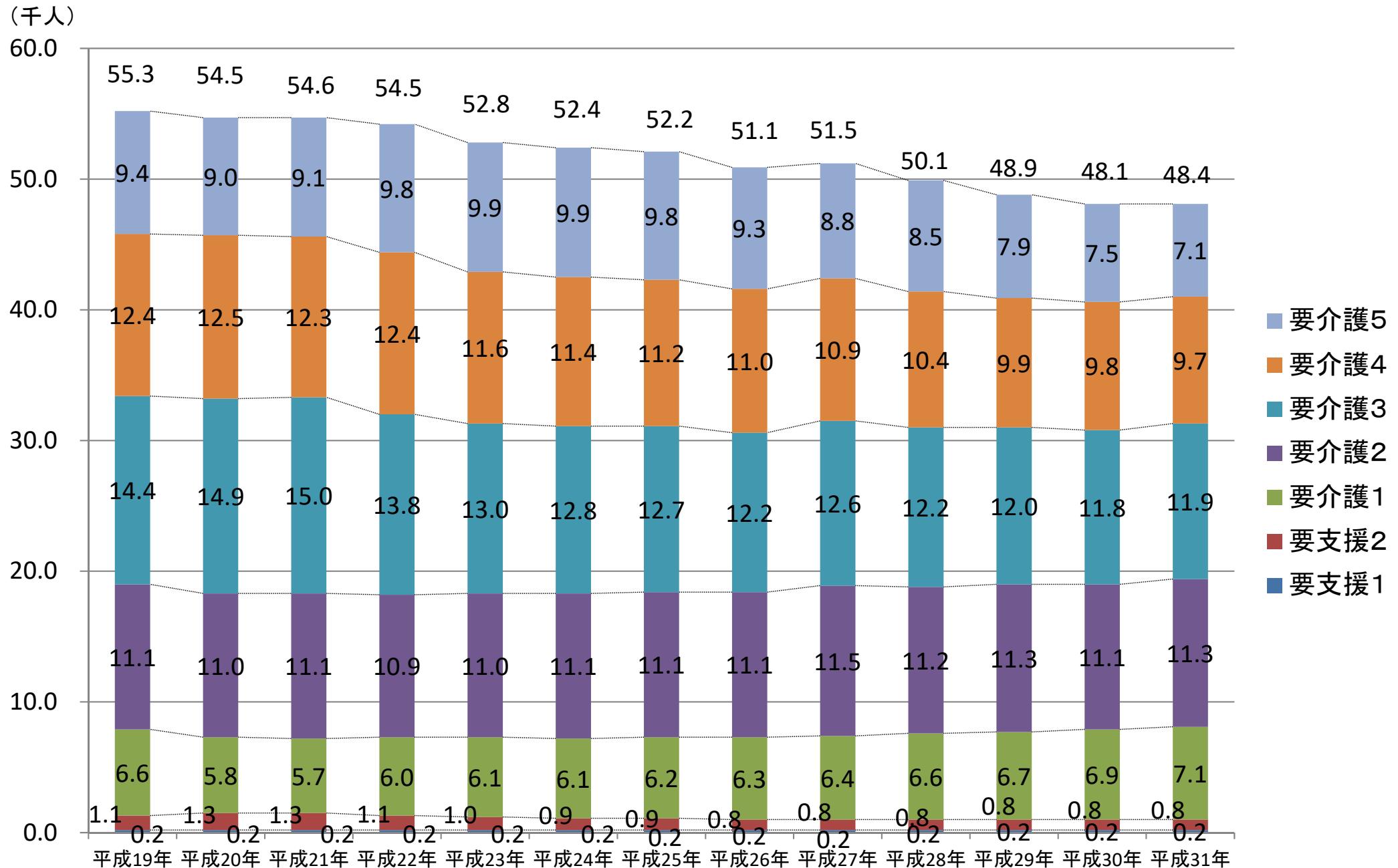


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

短期入所療養介護の受給者数



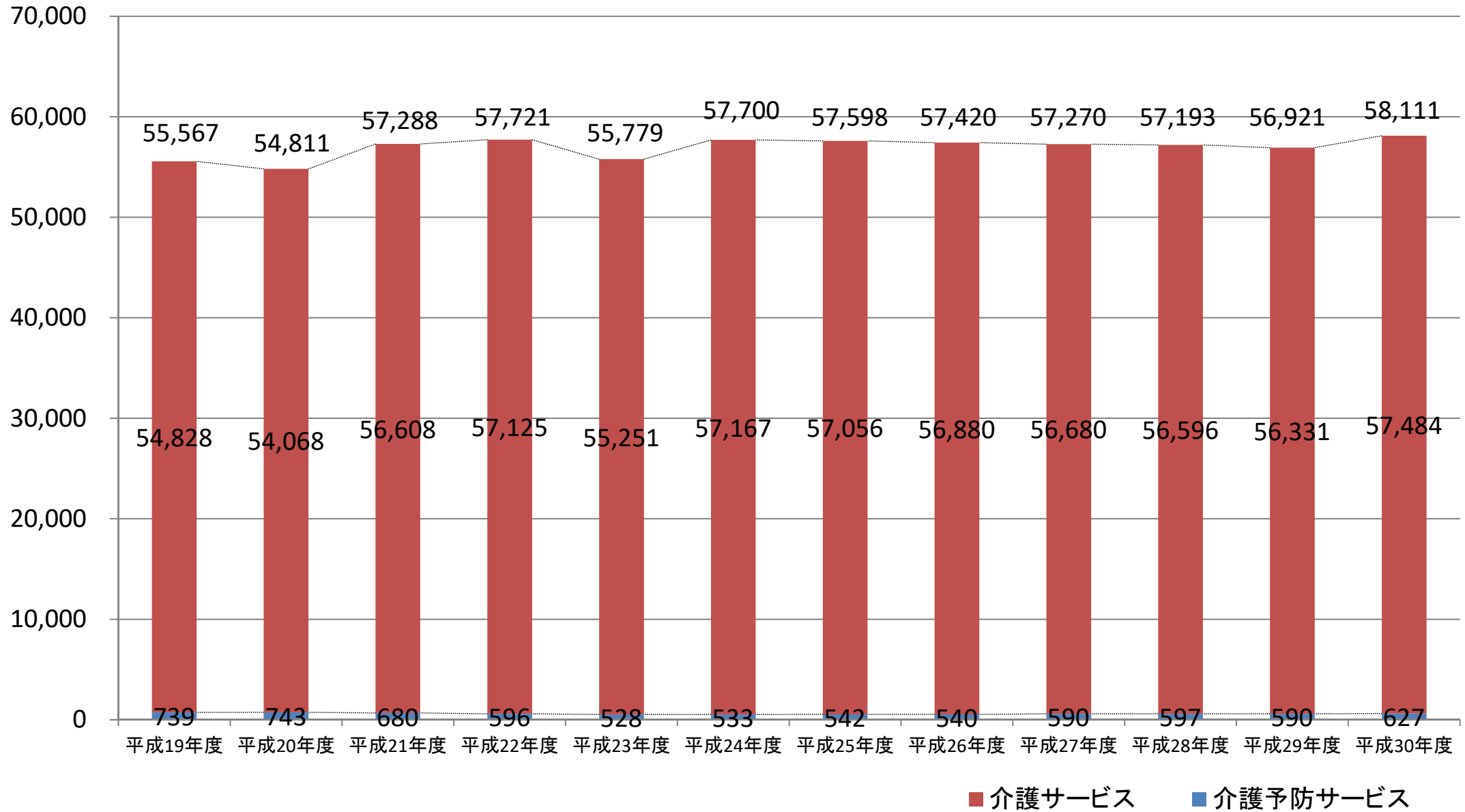
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

短期入所療養介護の費用額

(百万円)



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

10. 特定施設入居者生活介護

特定施設入居者生活介護の概要・基準

制度概要

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

人員基準		職種	配置基準	備考
管理者			原則専従1名	・専従(支障がない場合は、施設内、同一敷地内の施設の他職務に従事可)
生活相談員			利用者:職員=100:1	・1人以上は常勤
看護職員・介護職員			利用者:職員=3:1	・要支援の場合は10:1
看護職員 (看護師・准看護師)	利用者30人以下	職員1人以上		・1人以上は常勤
	利用者31人以上	利用者50人ごとに1人		・1人以上は常勤
	介護職員	1人以上		・要支援者に対しては、宿直時間帯は例外 ・1人以上は常勤
機能訓練指導員			1人以上	・兼務可能
計画作成担当者(介護支援専門員)			1人以上	・専従(支障がない場合は、施設内の他職務に従事可)

設備基準

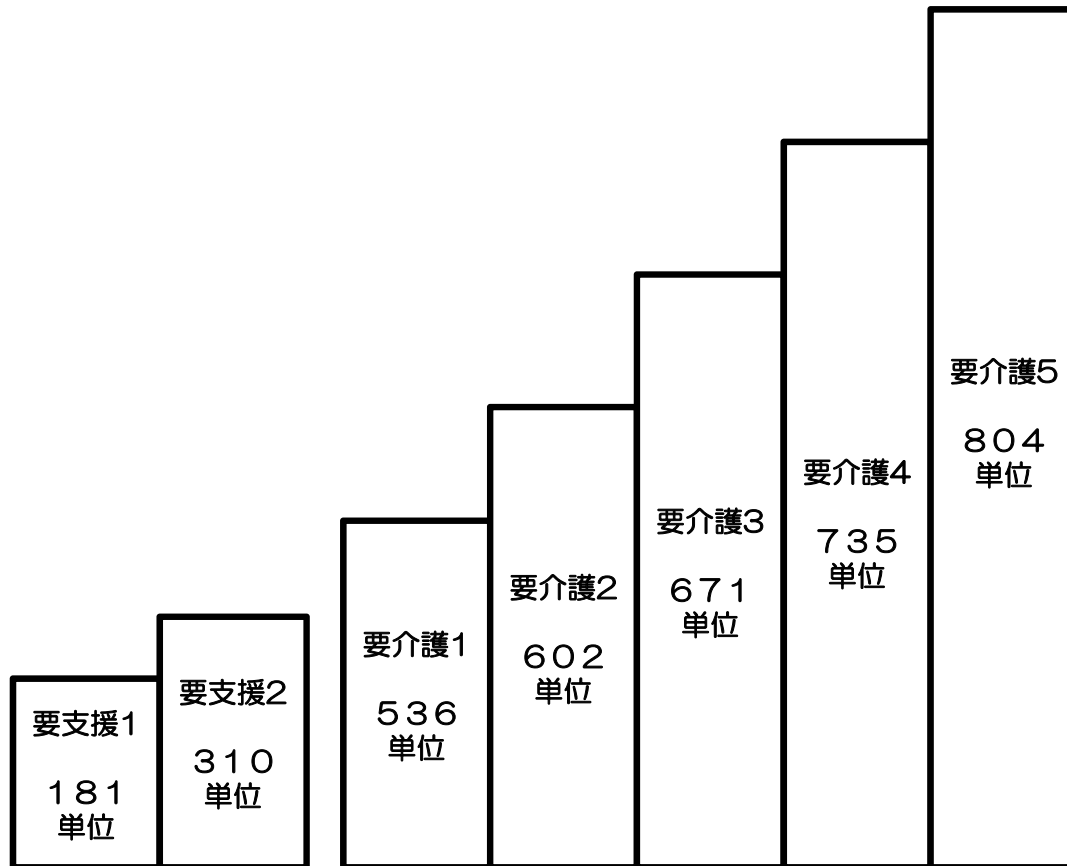
設備基準

建物	・耐火建築物 ・準耐火建築物	
建物内	介護居室	・原則個室 ・プライバシー保護 ・介護を行うために適当な広さ ・地階設置の禁止 ・避難上有効な出入口の確保
	一時介護室	・介護を行うために適当な広さ
	浴室	・身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること
	便所	・居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備えていること
	食堂	・機能を十分に発揮し得る適当な広さを有すること
	機能訓練室	・機能を十分に発揮し得る適当な広さを有すること
バリアフリー	・利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造を有すること	
防災	・消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること	

特定施設入居者生活介護の報酬（1日あたり）

※ 加算・減算は主なものを記載

利用者の要介護度に応じた基本サービス費



利用者の状態に応じたサービス提供や
特定施設の体制に対する加算・減算

【口腔衛生管理体制加算】

（要件・単位）

- ・ 歯科医師又は歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る指導を月1回以上行うこと：30単位/月

【認知症専門ケア加算】

（要件・単位）

- ・ 認知症介護に係る研修の修了者を一定数配置 等：3単位
- ・ 認知症介護の指導に係る研修の修了者を一定数配置 等：4単位

【栄養スクリーニング加算】

（要件・単位）

- ・ 1回につき5単位
- ・ 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、その情報を担当する介護支援専門員に提供すること

【入居継続支援加算】

（要件・単位）

- ・ 入居者のうち喀痰吸引等を必要とする者が占める割合が一定以上である場合において、介護福祉士の数が入居者6に対して1以上配置されていること：36単位/日

【サービス提供体制強化加算】

（要件・単位）

- ・ 介護福祉士 60%：18単位/日
- ・ 介護福祉士 50%：12単位/日
- ・ 常勤職員 75%：16単位/日
- ・ 長期勤続職員30%：16単位/日

【看取り介護加算】（要件・単位）

- ・ 死亡日以前4～30日：1,144単位
- ・ 前日・前々日：1,680単位
- ・ 当日：1,280単位

【退院・退所時連携加算】

（要件・単位）

- ・ 医療提供施設から退院退所した者を受け入れること：30単位/日

【夜間看護体制加算】（要件・単位）

- ・ 常勤の看護師を配置し、24時間の連絡体制や健康上の管理を行う体制の確保等：10単位/日

【個別機能訓練加算】（要件・単位）

- ・ 機能訓練指導員等が共同して個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施：12単位/日

【若年性認知症入所者受入加算】

（1日につき120単位）

【生活機能向上連携加算】

（要件・単位）

- ・ 外部の理学療法士等と共同して個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施：200単位/月

【介護職員処遇改善加算】

- (I) 8.2% (II) 6.0% (III) 3.3%
- (IV) 加算Ⅲ×90% (V) 加算Ⅲ×80%

【介護職員等特定処遇改善加算】

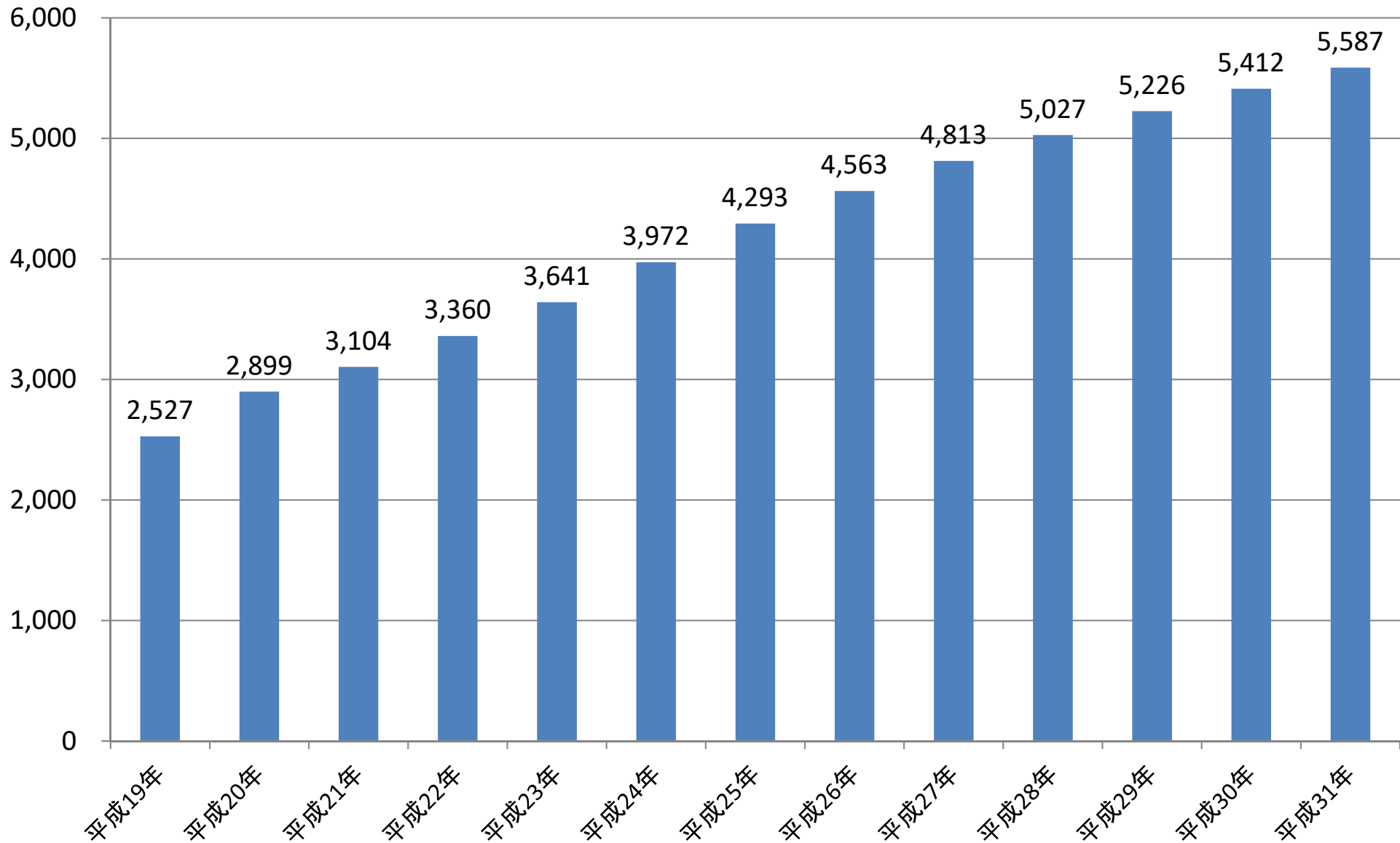
- (I) 1.8% (II) 1.2%

定員を超えた利用や人員配置基準に違反
（▲30%）

身体拘束についての記録を行っていない等
（▲10%）

特定施設入居者生活介護の請求事業所数

(事業所数)



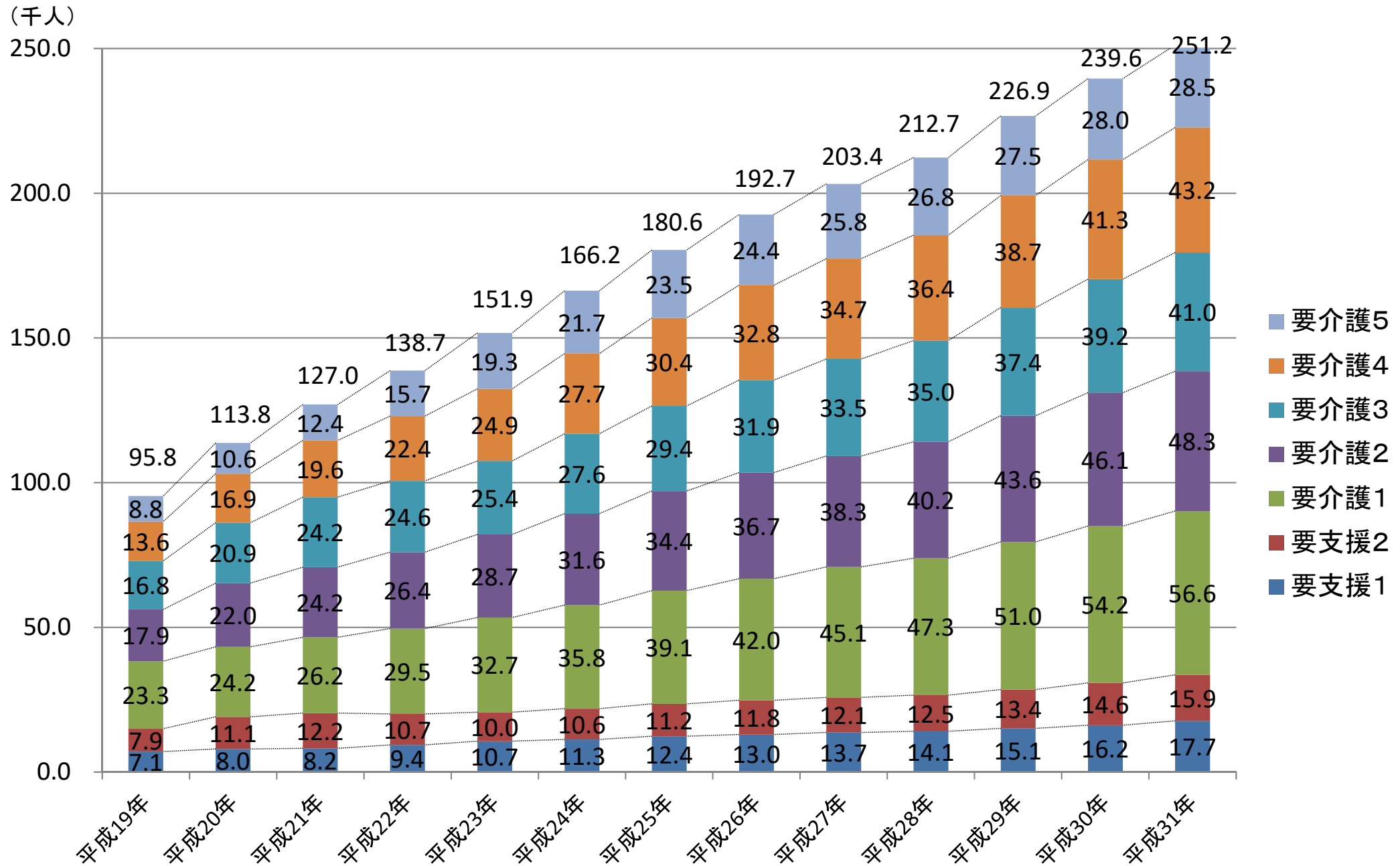
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※地域密着型特定施設入居者生活介護を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

特定施設入居者生活介護の受給者数



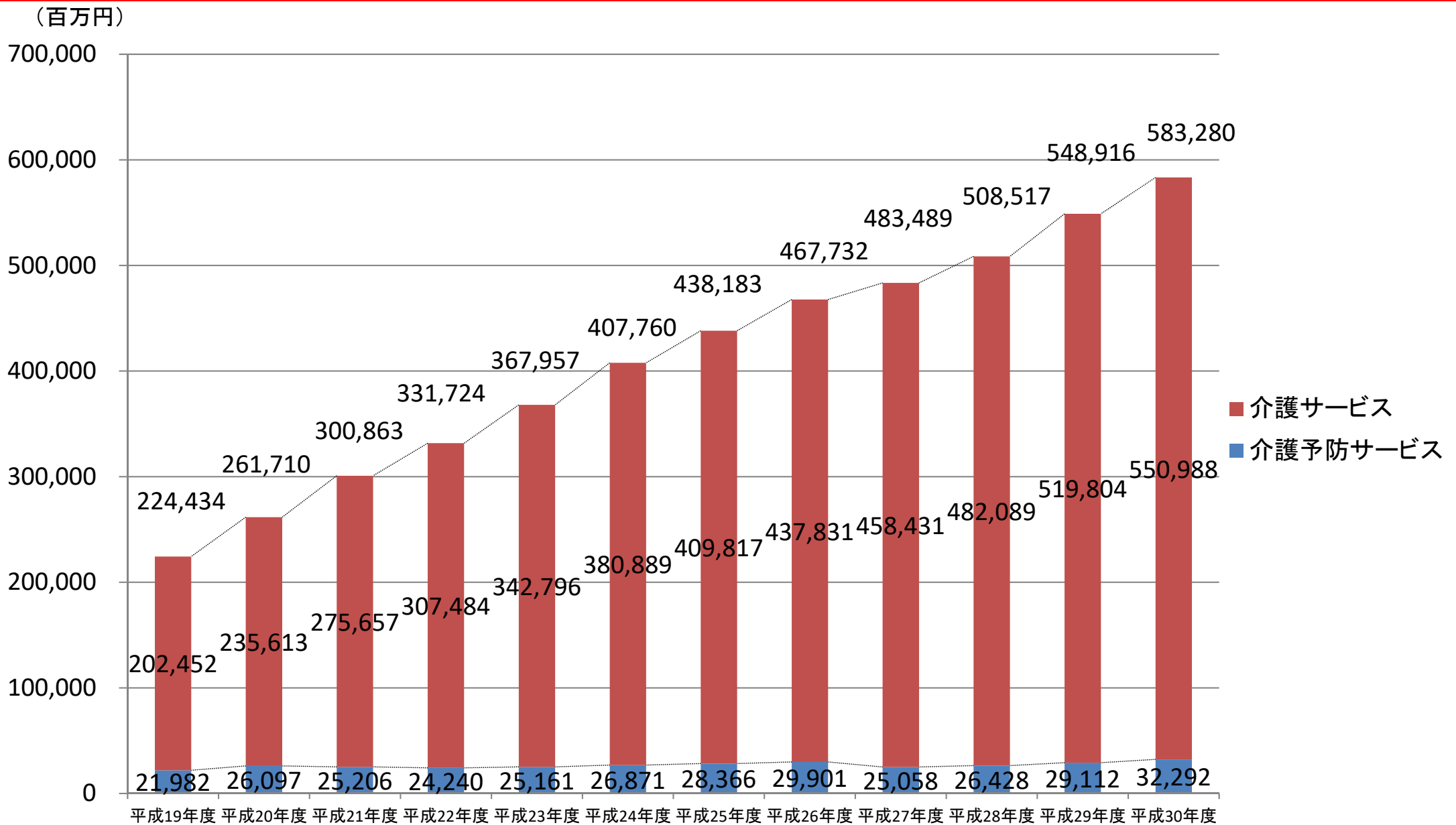
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※地域密着型特定施設入居者生活介護を含む。

※経過的要介護は含まない。

出典: 厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

特定施設入居者生活介護の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※地域密着型特定施設入居者生活介護を含む。

※補足給付は含まない。

11. 福祉用具貸与・ 特定福祉用具販売

介護保険における福祉用具

【制度の概要】

- 介護保険の福祉用具は、要介護者等の日常生活の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であって、利用者がその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう助けるものについて、保険給付の対象としている。

【 厚生労働大臣告示において以下のものを対象種目として定めている 】

対象種目

【福祉用具貸与】＜原則＞

- ・ 車いす（付属品含む）
- ・ 特殊寝台（付属品含む）
- ・ 床ずれ防止用具
- ・ 体位変換器
- ・ 手すり
- ・ スロープ
- ・ 歩行器
- ・ 歩行補助つえ
- ・ 認知症老人徘徊感知機器
- ・ 移動用リフト（つり具の部分を除く）
- ・ 自動排泄処理装置

【福祉用具販売】＜例外＞

- ・ 腰掛便座
- ・ 自動排泄処理装置の交換可能部
- ・ 入浴補助用具（入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室内すのこ、浴槽内すのこ、入浴用介助ベルト）
- ・ 簡易浴槽
- ・ 移動用リフトのつり具の部分

【給付制度の概要】

① 貸与の原則

利用者の身体状況や要介護度の変化、福祉用具の機能の向上に応じて、適時・適切な福祉用具を利用者に提供できるよう、貸与を原則としている。

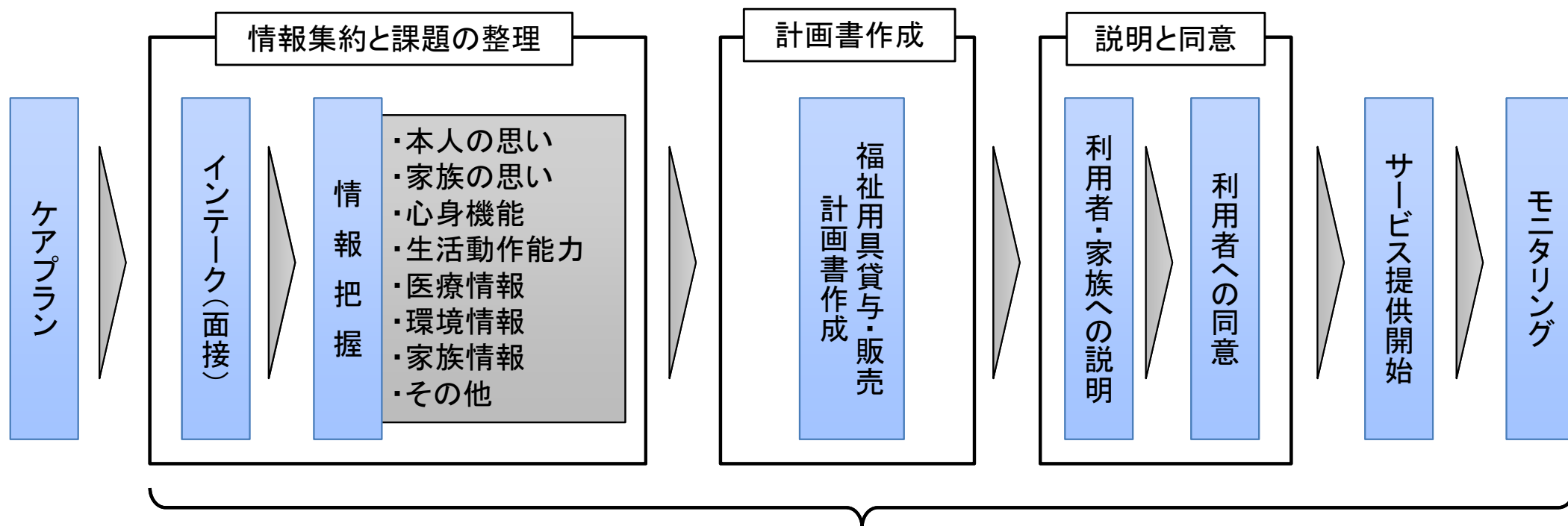
② 販売種目（原則年間10万円を限度）

貸与になじまない性質のもの（他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うもの、使用によってもとの形態・品質が変化し、再利用できないもの）は、福祉用具の購入費を保険給付の対象としている。

③ 現に要した費用

福祉用具の貸与及び購入は、市場の価格競争を通じて適切な価格による給付が行われるよう、保険給付における公定価格を定めず、現に要した費用の額により保険給付する仕組みとしている。

福祉用具貸与・販売の流れ



福祉用具専門相談員（福祉用具貸与・販売事業所）が関与

福祉用具貸与及び特定福祉用具販売については、要介護者等の自立の促進及び介助者の負担の軽減を図り、利用者の状態に応じた福祉用具の選定を行うため、福祉用具貸与事業者及び特定福祉用具販売事業者は、利用者ごとに個別サービス計画（福祉用具貸与・販売計画）を作成することとしている。

【福祉用具貸与・販売計画に記載すべき事項】

利用者の希望、心身の状況及びその置かれている環境を踏まえた

- ・ 利用目標
- ・ 利用目標を達成するための具体的なサービス内容
- ・ 福祉用具の機種と当該機種を選定した理由
- ・ 関係者間で共有すべき情報（福祉用具使用時の注意事項等） 等

※特定福祉用具販売については、モニタリングの義務付けはない。

福祉用具貸与の見直し

見直しの方向性

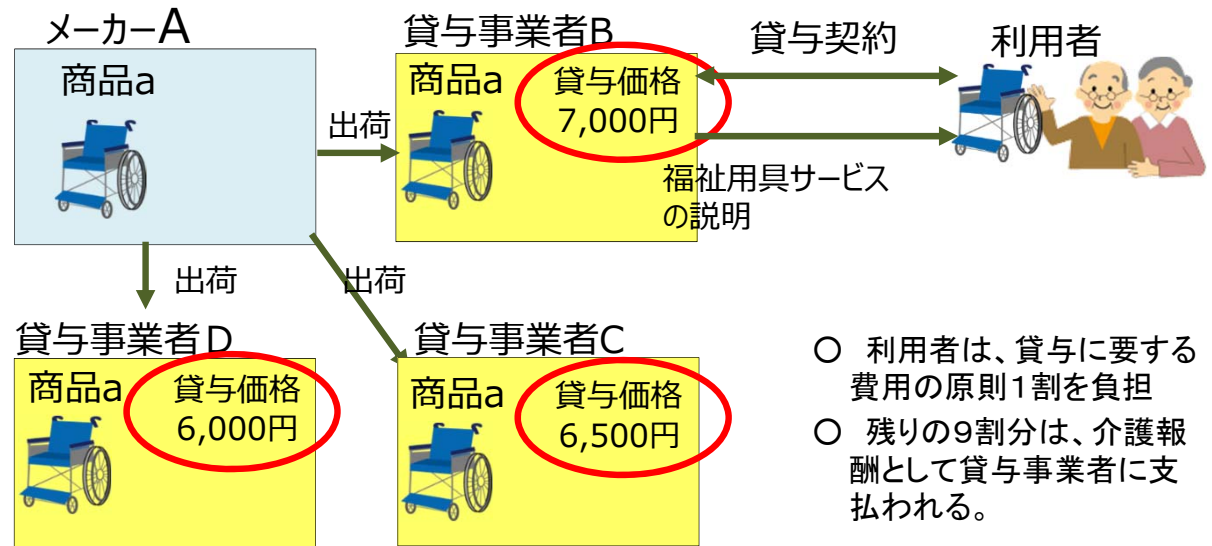
徹底的な見える化等を通じて貸与価格のばらつきを抑制し、適正価格での貸与を確保する。

【平成30年10月施行】

福祉用具貸与の仕組み

- 福祉用具は、対象者の身体状況等に応じて交換ができるように原則貸与
- 福祉用具貸与は、市場価格で保険給付されており、同一商品（例：メーカーAの車いすa）でも、貸与事業者ごとに価格差がある。
- これは、貸与事業者ごとに、仕入価格や搬出入・保守点検等に要する経費に相違があるためである。

* 福祉用具…車いす、つえ、特殊寝台など



- 利用者は、貸与に要する費用の原則1割を負担
- 残りの9割分は、介護報酬として貸与事業者に支払われる。

見直し内容

- 国が商品ごとに、当該商品の貸与価格の全国的な状況を把握。当該商品の全国平均貸与価格を公表
- 貸与事業者（福祉用具専門相談員）は、福祉用具を貸与する際、当該福祉用具の全国平均貸与価格と、その貸与事業者の貸与価格の両方を利用者に説明。また、機能や価格帯の異なる複数の商品を提示。（複数商品の提示は30年4月施行）
- 適切な貸与価格を確保するため、貸与価格に上限を設定
※ 貸与価格の上限は商品ごとに設定する（当該商品の全国平均貸与価格＋1標準偏差）。

平成30年度介護報酬改定以降の福祉用具全国平均貸与価格・貸与価格の上限の取扱い

- 福祉用具については、平成30年10月から商品ごとに全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限（全国平均貸与価格＋1標準偏差）を設け、貸与価格の適正化を図ってきたところ。
- 全国平均貸与価格・貸与価格の上限は、施行後の実態も踏まえつつ、概ね1年に1度の頻度で見直しを行うこととしていたが、平成30年度介護報酬改定検証・研究事業（福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業）の結果や第170回社会保障審議会介護給付費分科会（平成31年4月10日）における議論を踏まえ、今年度は見直しを行わず、令和元年10月に予定されている消費税増税に伴う全国平均貸与価格・貸与価格の上限の引き上げ及び新商品に係る全国平均貸与価格の公表・貸与価格の上限設定のみを行うこととし、今後の見直しについては、継続的に貸与価格の実態や経営への影響等について調査を実施し、必要な検討を行っていくこととした。
- これらに基づくこれまでの公表状況及び今後の公表予定は、以下のとおり。

平成30年7月（初回公表）

・2,807商品につき、公表。同年10月より適用。

平成31年4月（2回目公表）

・初回公表2,807商品及び新商品419商品につき、消費税増税分を反映の上、公表。同年10月より適用。

	平成30年10月～令和元年9月	令和元年10月～
2,807商品	初回公表価格を適用	2回目公表価格を適用
419商品	適用なし	2回目公表価格を適用

令和元年7月（3回目公表）

・新商品77商品につき、消費税増税分を反映の上、公表し、令和2年1月より適用予定。

⇒ 以降、概ね3ヶ月に1度、新商品に係る全国平均貸与価格・貸与価格の上限を公表し、公表から半年後に適用を開始予

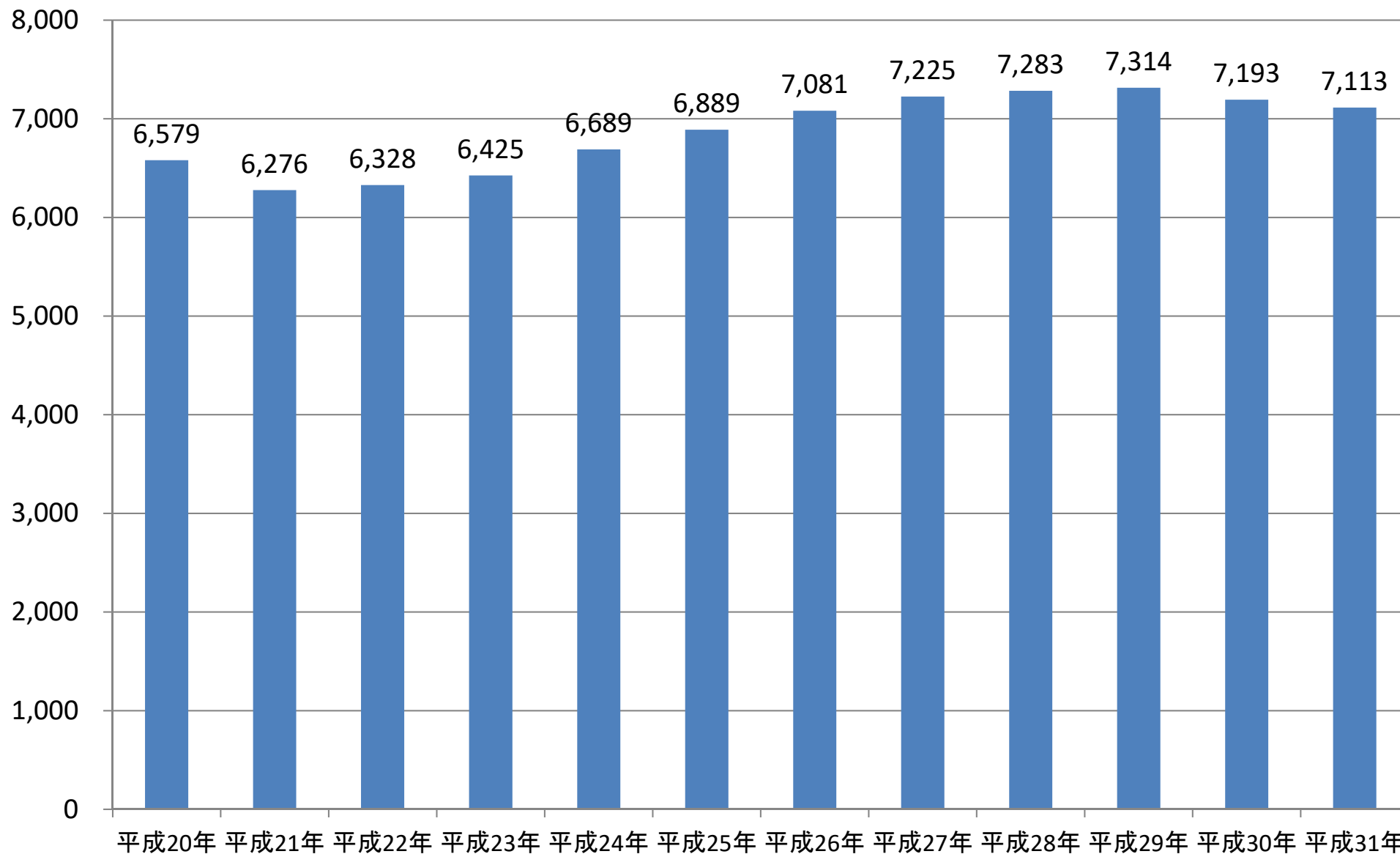
(参考) 福祉用具全国平均貸与価格・貸与価格の上限 適用期間

	平成30年		平成31年	令和元年		令和 2 年
	7月	10月	4月	7月	10月	1月
1 回目 2,807 商品	増税反映前 					
			増税反映後 			※
2 回目 419 商品			増税反映後 			※
3 回目 (今回公表) 77 商品				増税反映後 		※

★ 公表 ★ 適用（当月貸与分より） ※ 適用終了月未定

- ・ 1 回目：「福祉用具の全国平均貸与価格及び貸与価格の上限の公表について」（平成30年 7 月13日）
- ・ 2 回目：「本年10月貸与分から適用される福祉用具全国平均貸与価格及び貸与価格の上限の公表について」（平成31年 4 月24日）
- ・ 3 回目：「令和 2 年 1 月貸与分から適用される福祉用具全国平均貸与価格及び貸与価格の上限の公表について」（令和元年 7 月26日）

福祉用具貸与の請求事業所数

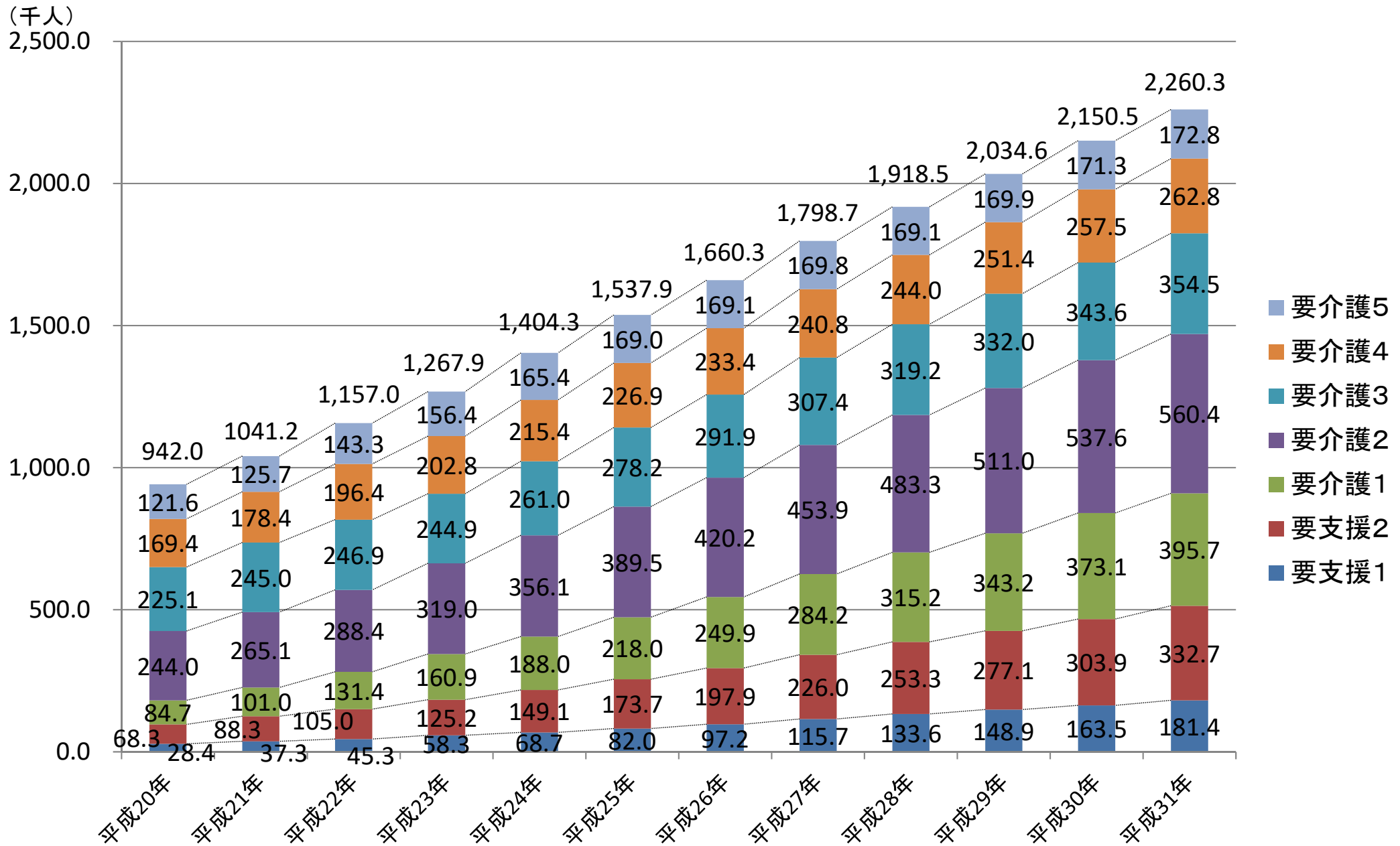


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態調査(旧：調査)」(各年4月審査分)

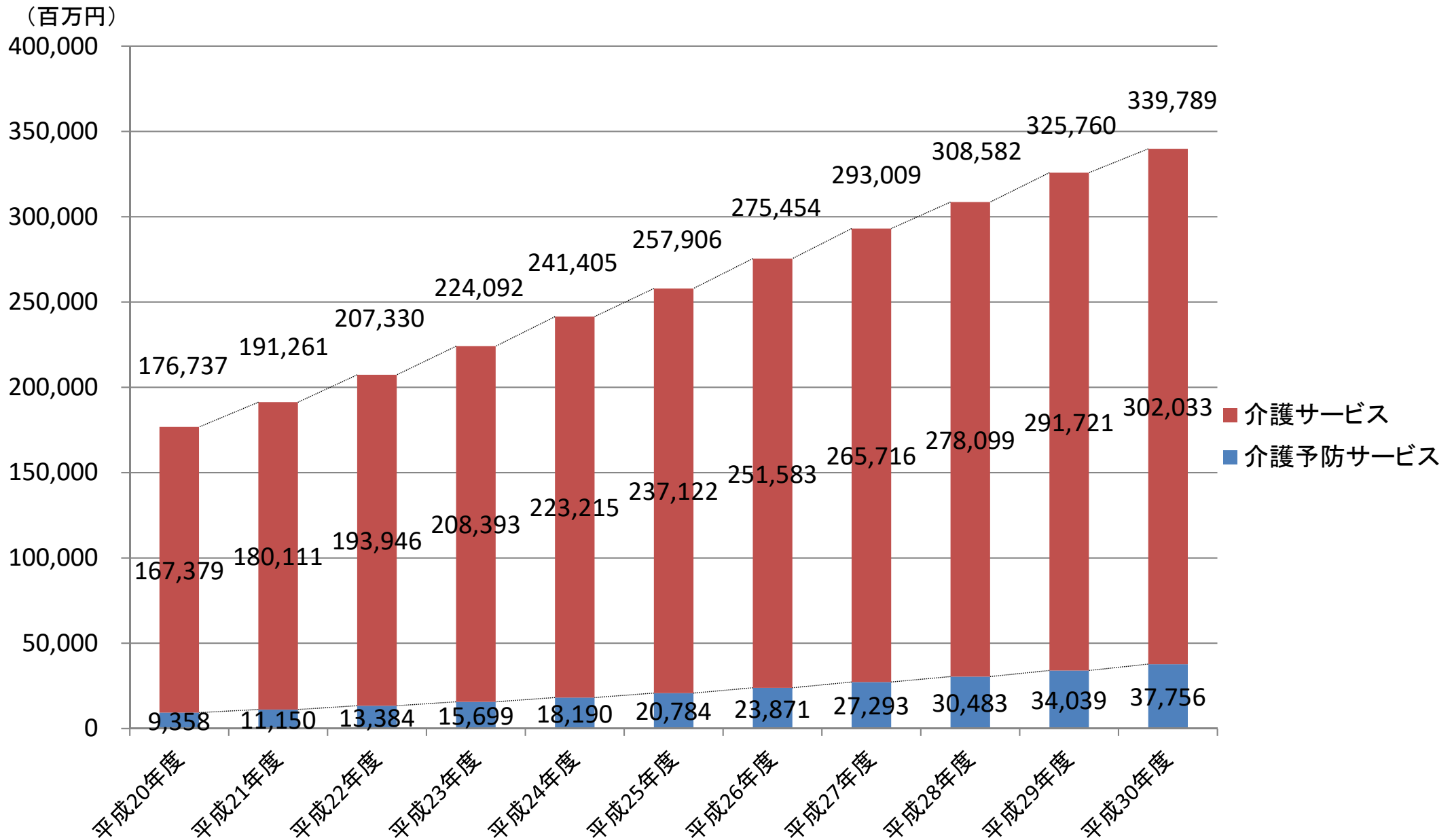
福祉用具貸与の受給者数



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

※経過的要介護は含まない。

福祉用具貸与の費用額

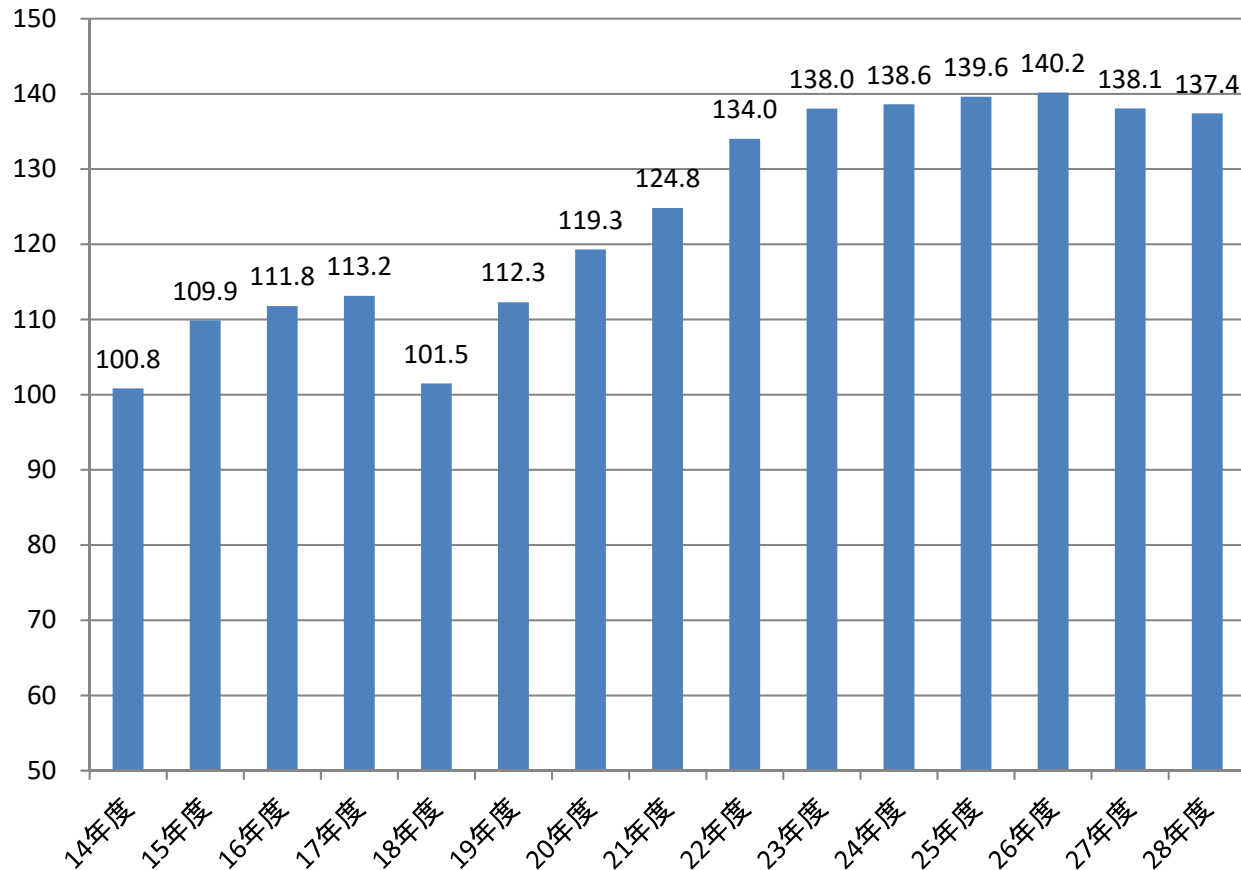


※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。
※補足給付は含まない。

特定福祉用具購入費の状況

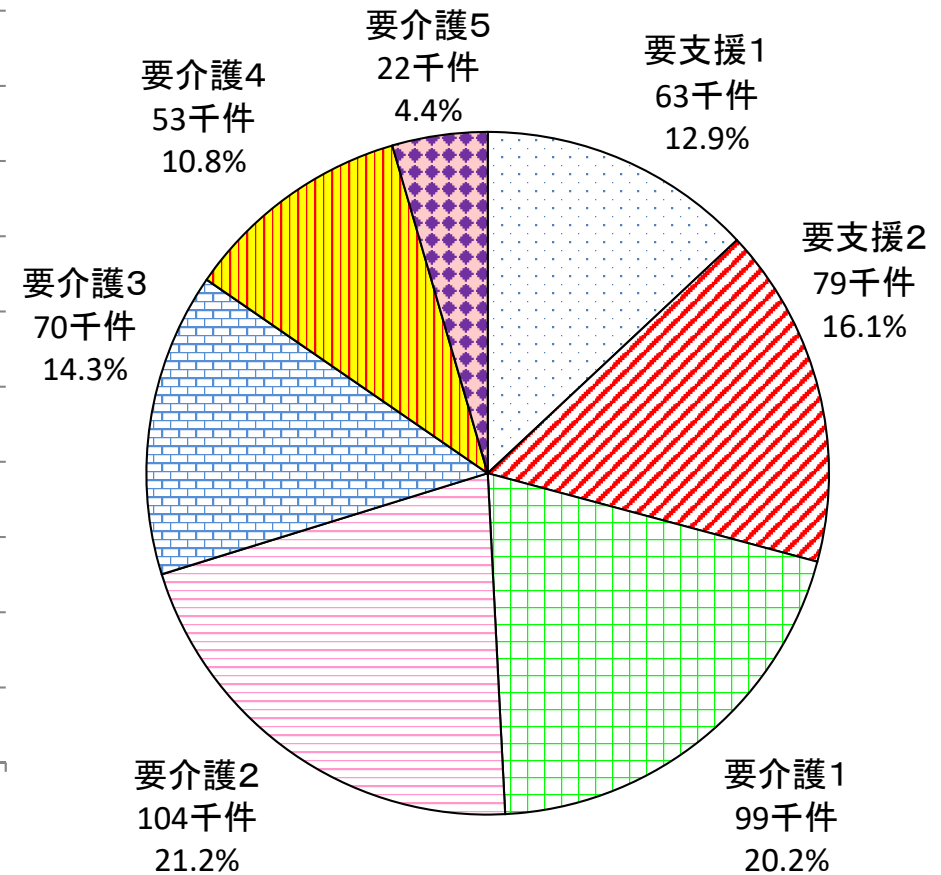
- 特定福祉用具購入に係る給付費は、年間約137.4億円である(平成28年度)
- 要介護度別では、要介護2以下の者が給付件数の約7割を占めている。

(億円) 特定福祉用具販売の給付費(介護予防を含む)



出典:介護保険事業状況報告年報(各年度)
※ 給付費=自己負担分を除く。

特定福祉用具購入費の要介護度別給付件数



出典:介護保険事業状況報告年報(平成28年度)

12. 住宅改修

介護保険制度における住宅改修

1 住宅改修の概要

要介護者等が、自宅に手すりを取付ける等の住宅改修を行おうとするとき（＊）は、必要な書類（住宅改修が必要な理由書等）を添えて、申請書を提出し、工事完成后、領収書等の費用発生的事実がわかる書類等を提出することにより、実際の住宅改修費の9割相当額が償還払いで支給される。

なお、支給額は、支給限度基準額（20万円）の原則9割（18万円）が上限となる。

（＊）やむを得ない事情がある場合には、工事完成后に申請することができる。

2 住宅改修の種類

- （1）手すりの取付け
- （2）段差の解消
- （3）滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更
- （4）引き戸等への扉の取替え
- （5）洋式便器等への便器の取替え
- （6）その他前各号の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修

3 支給限度基準額

20万円

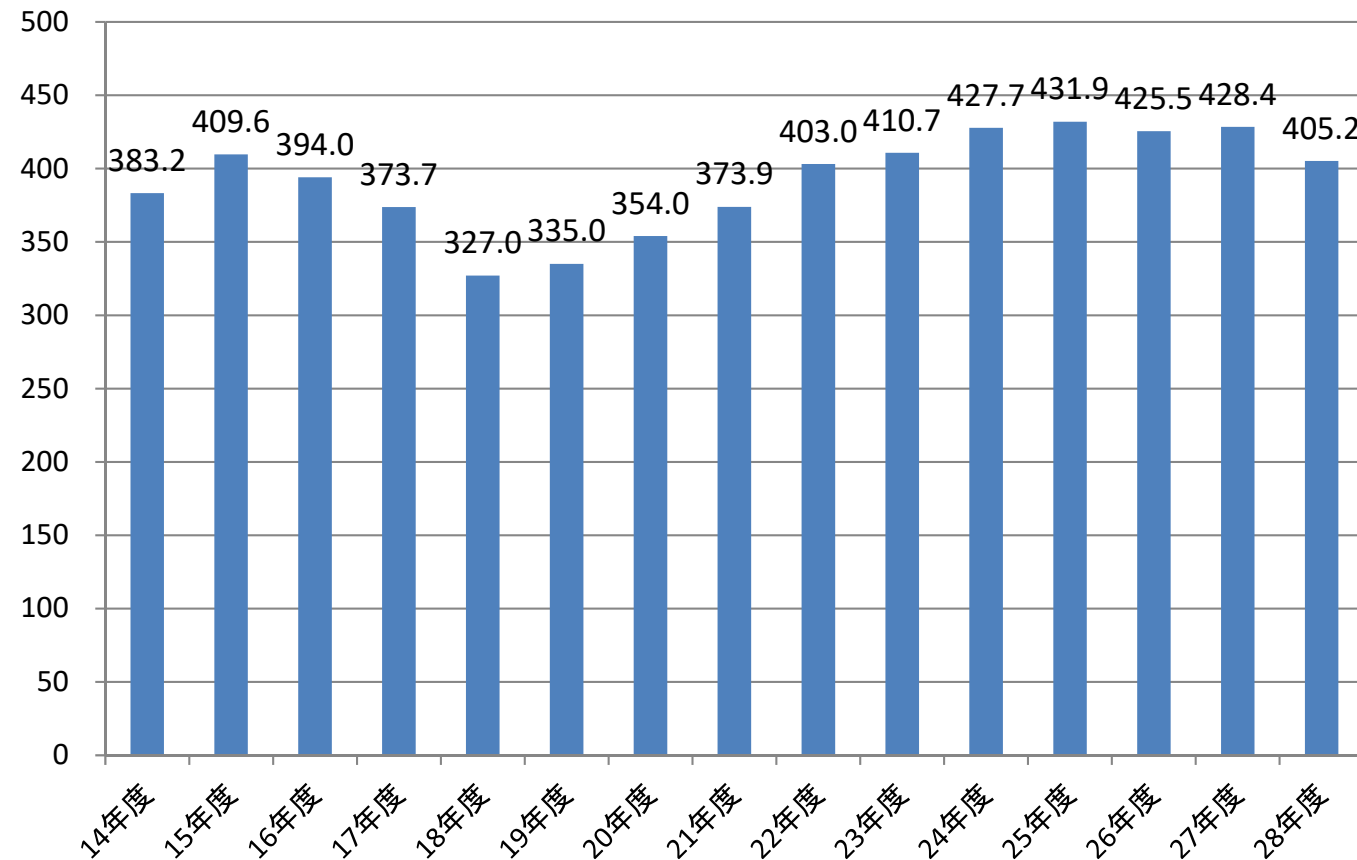
- ・ 要支援、要介護区分にかかわらず定額
- ・ ひとり生涯20万円までの支給限度基準額だが、要介護状態区分が重くなったとき（3段階上昇時）、また、転居した場合は再度20万円までの支給限度基準額が設定される。

介護保険制度における住宅改修費の状況

- 住宅改修に係る給付費は、年間405.2億円である(平成28年度)。
- 要介護度別では、要介護2以下の者が給付件数の約80%である。

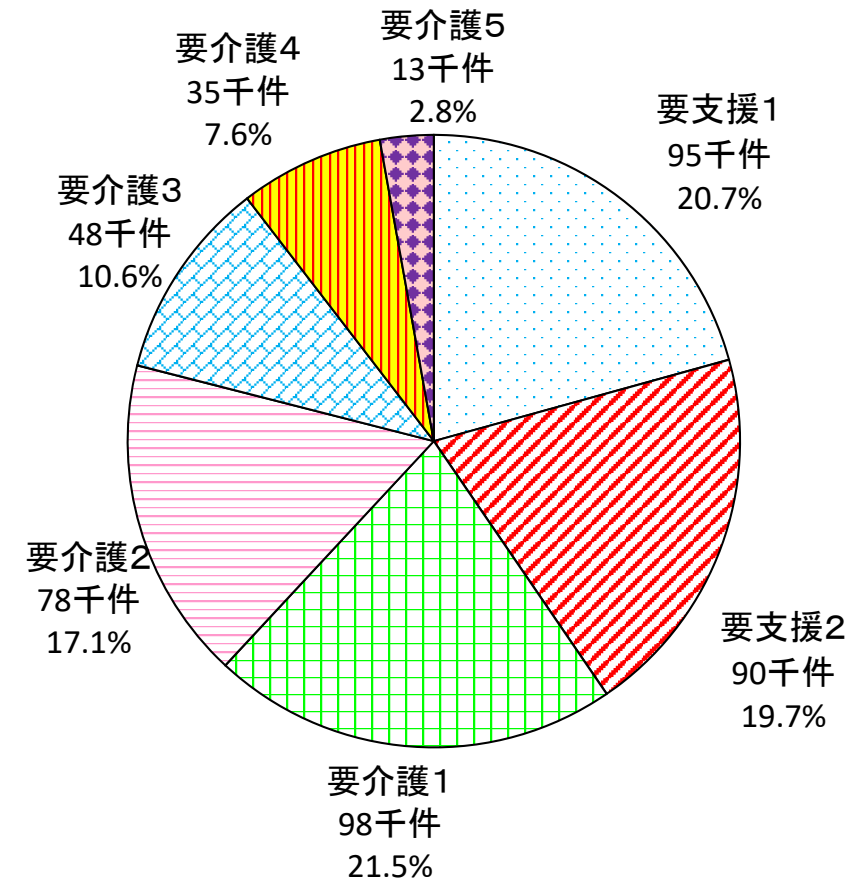
(億円)

住宅改修費の給付費(介護予防を含む)



出典: 介護保険事業状況報告年報(各年度)
※ 給付費＝自己負担分を除く。

住宅改修費の要介護度別給付件数



出典: 介護保険事業状況報告年報(平成28年度)

住宅改修の見直し

見直しの方向性

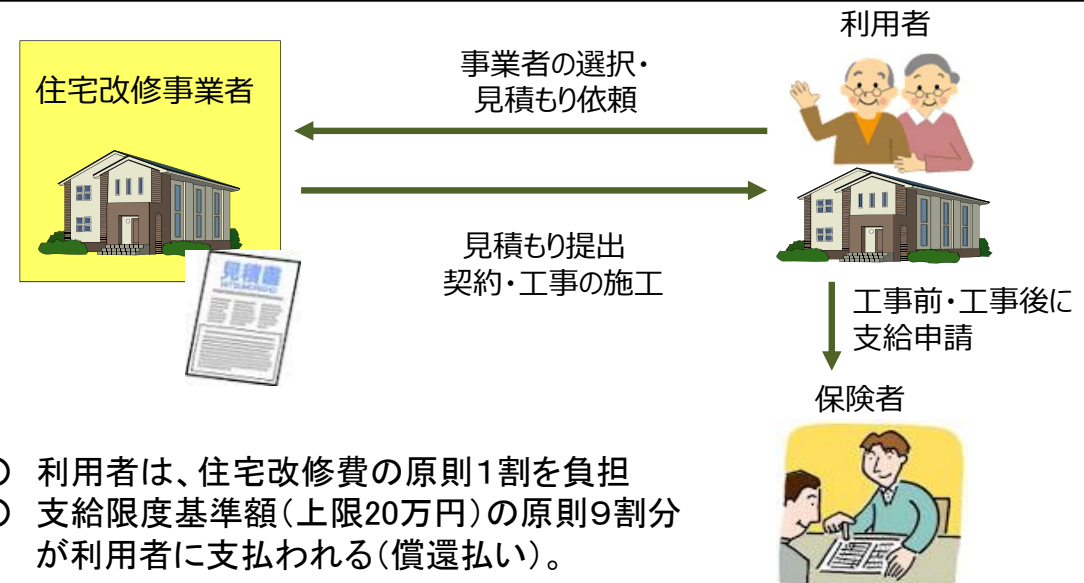
住宅改修の内容や価格を、保険者が適切に把握・確認できるようにするとともに、利用者の適切な選択に資するための取組を進める。

住宅改修の仕組み

- 住宅改修を行おうとするときは、申請書に必要な書類（理由書や見積書類）を添えて、工事前に保険者に提出するとともに、工事完成後、保険者の確認を受ける。
- 工事価格の設定は住宅改修事業者の裁量によるほか、事業者により技術・施工水準のバラツキがある。

* 住宅改修…手すりの取付け、段差の解消など

- 利用者は、住宅改修費の原則1割を負担
- 支給限度基準額(上限20万円)の原則9割分が利用者に支払われる(償還払い)。



見直し内容

- 事前申請時に利用者が保険者に提出する見積書類の様式(改修内容、材料費、施工費等の内訳が明確に把握できるもの)を、国が示す
- 複数の住宅改修事業者から見積もりを取るよう、介護支援専門員等が利用者に対して説明することを義務化
- 建築の専門職や理学療法士、作業療法士、福祉住環境コーディネーター、その他住宅改修に関する知見を備えた者が適切に関与している事例や、住宅改修事業者への研修会を行っている事例等、保険者の取組の好事例を広く横展開

13. 居宅介護支援

居宅介護支援・介護予防支援の概要・基準

1 居宅介護支援

<定義> 【法第8条第24項】

○居宅の要介護者が居宅サービス等の適切な利用ができるように、

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

<人員基準> 【居宅介護支援 運営基準第2条・第3条】

○従業者：事業所ごとに常勤の介護支援専門員を1人以上配置（利用者35人：介護支援専門員1人を基準）

○管理者：事業所ごとに常勤専従の主任介護支援専門員（※）を配置

（※）令和3年3月までは、常勤専従の介護支援専門員の配置も可能とする経過措置あり。

2 介護予防支援

<定義> 【法第8の2条第16項】

○居宅の要支援者が介護予防サービス等の適切な利用ができるように、市町村が設置する地域包括支援センターが、

- ① 要支援者の心身の状況、置かれている環境、要介護者や家族の希望等を勘案し、介護予防サービス計画を作成
- ② 介護予防サービス計画に基づくサービス提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整 等を行うこと。

<人員基準> 【介護予防支援 運営基準第2条・第3条】

○従業者：事業所ごとに担当職員（※）を1人以上配置

（※）①保健師、②介護支援専門員、③社会福祉士、④経験ある看護師、⑤高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事 のいずれかの要件を満たす者であって、介護予防支援業務に関する必要な知識及び能力を有する者。

○管理者：事業所ごとに常勤専従の者を配置

居宅介護支援・介護予防支援の報酬

居宅介護支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）

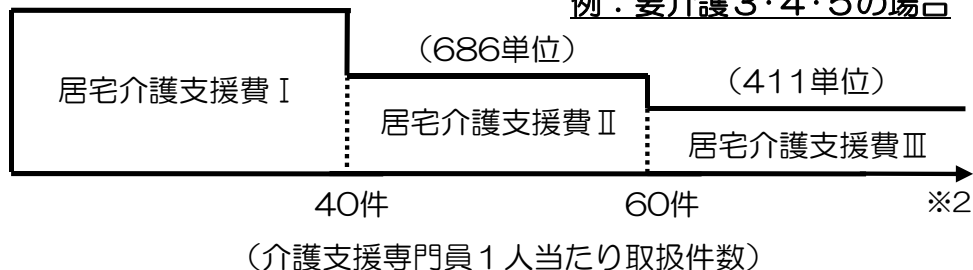
利用者の要介護度や取扱件数に応じた基本サービス費

	要介護1・2	要介護3・4・5
居宅介護支援費Ⅰ	1,057単位/月	1,373単位/月
居宅介護支援費Ⅱ	529単位/月	686単位/月
居宅介護支援費Ⅲ	317単位/月	411単位/月

【報酬体系は逓減制】※1

(1,373単位)

例：要介護3・4・5の場合



※1 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（40件以上60件未満の部分は居宅介護支援費Ⅱ、60件以上の部分は居宅介護支援費Ⅲ）を適用

※2 取扱件数には介護予防支援受託者数を2分の1とした件数を含む

+

利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する加算・減算

初回利用者へのケアマネジメン
トに対する評価 （300単位）

入院時の病院等との連携
〔・入院後3日以内：200単位
・入院後7日以内：100単位〕

退院・退所時の病院等との連携

・退院・退所時カンファレンスへの参加あり
（連携1回：600単位、連携2回：750単位、連携3回：900単位）
・退院・退所時カンファレンスへの参加なし
（連携1回：450単位、連携2回：600単位）

利用者の状態の急変等に伴い利
用者宅で行われるカンファレン
スへの参加 （200単位）

末期がん患者に対する頻回な居宅訪
問や主治医・事業者との連携に対する
評価 （400単位）

小規模多機能型居宅介護事業所との連携

（300単位）

看護小規模多機能型居宅介護事業所との連携

（300単位）

ケアマネジメント等の
質の高い事業所への評価

（Ⅰ：500単位、Ⅱ：400単位、
Ⅲ：300単位、Ⅳ：125単位）

・離島等の事業所が
サービスを提供した場合 （15%）
・中山間地域等の小規模事業所が
サービスを提供した場合 （10%）
・中山間地域等の利用者にサービスを
提供した場合 （5%）

サービス担当者会議や定期的な
利用者の居宅訪問未実施、契約
時の説明不足等（▲50%）

訪問介護等において特定の事業
所を位置付ける割合が80%を超
える場合 （▲200単位）

介護予防支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）

介護予防支援費

431単位/月

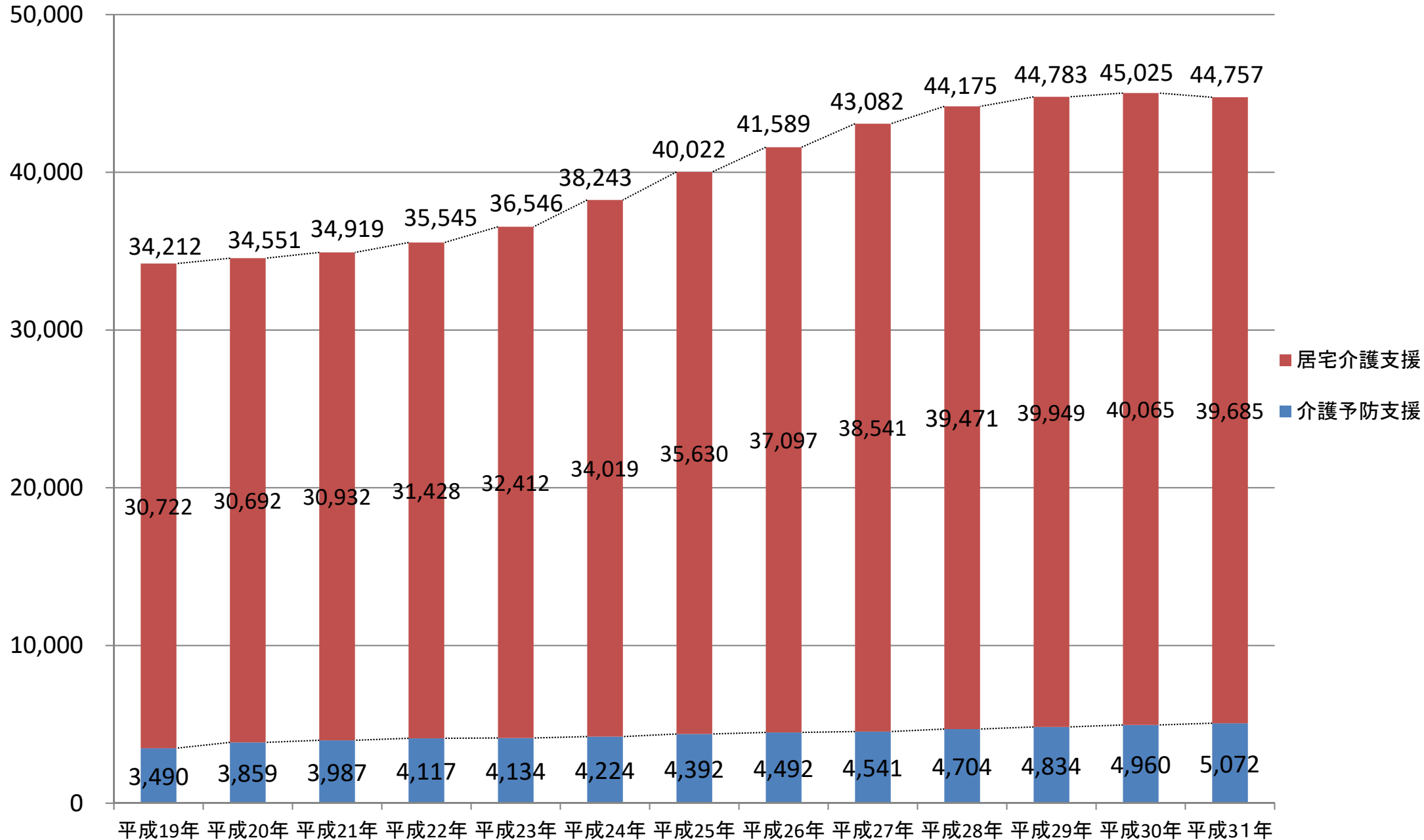
+

初回利用者へのケアマネジメン
トに対する評価 （300単位）

小規模多機能型居宅介護事業所との
連携 （300単位）

居宅介護支援・介護予防支援の請求事業所数

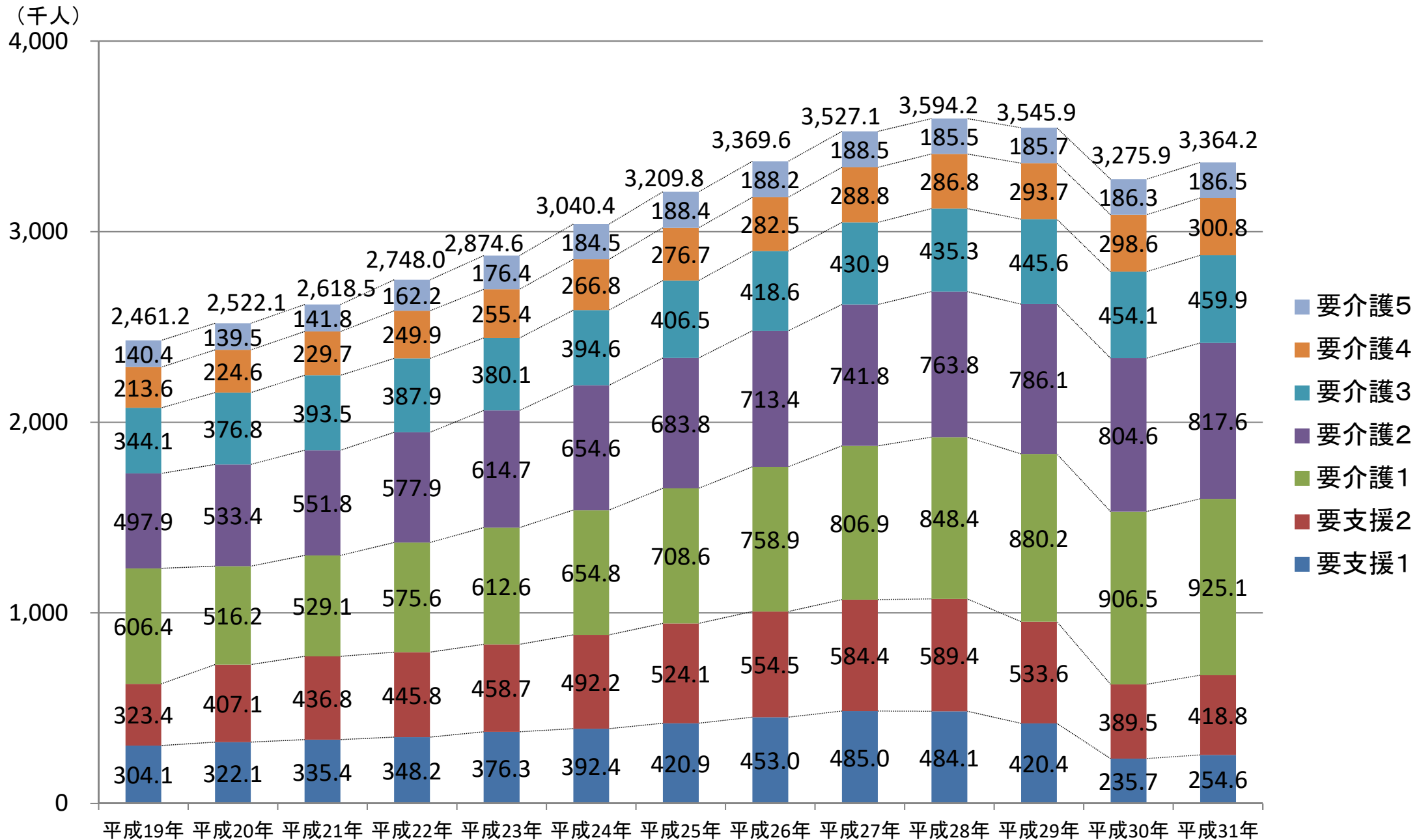
(事業所)



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

居宅介護支援・介護予防支援の受給者数

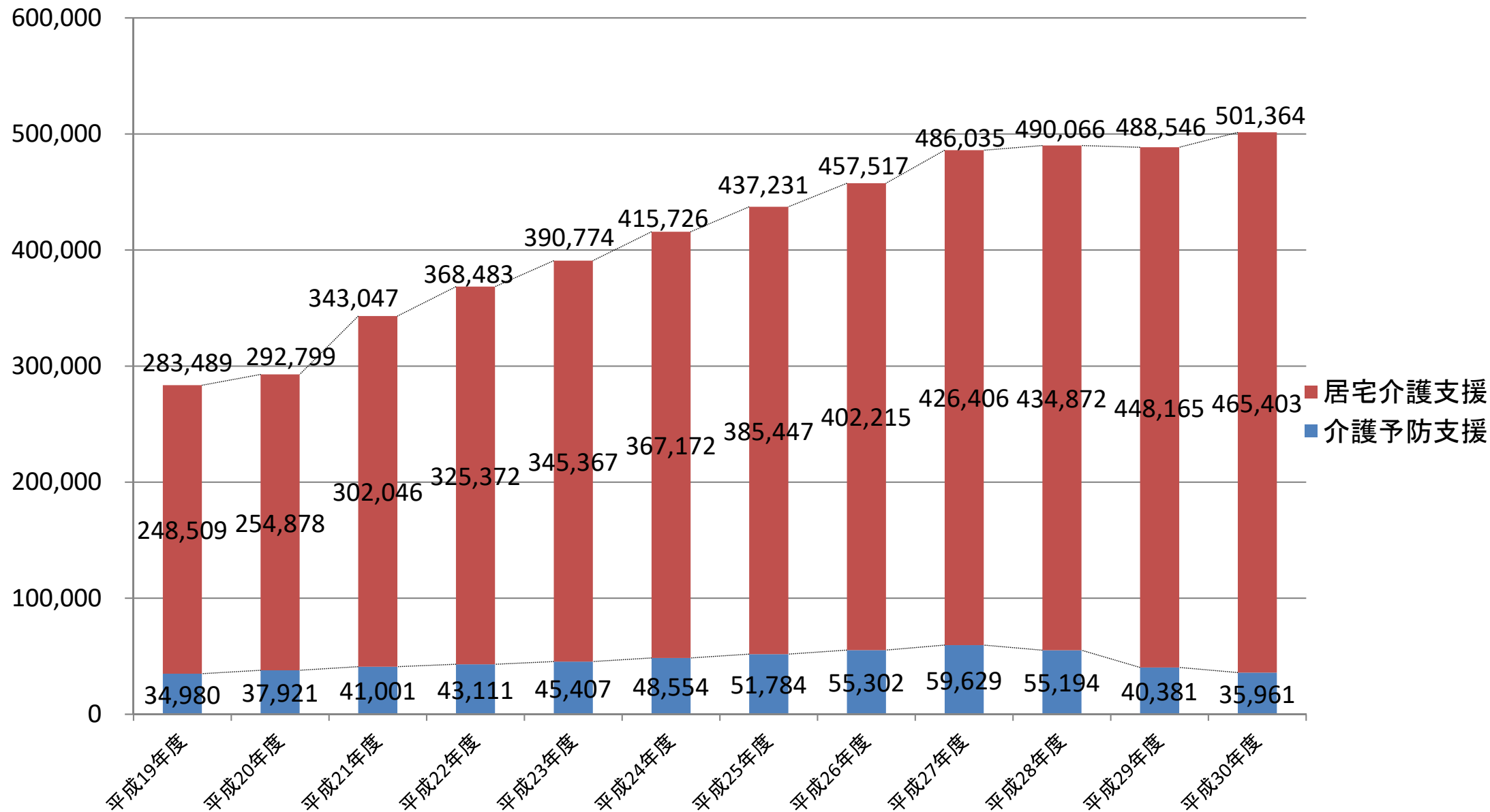


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

居宅介護支援・介護予防支援の費用額

(百万円)



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

出典: 厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年5月審査分～翌年4月審査分)

14. 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の概要

定義

○「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とは、

・定期巡回訪問、または、随時通報を受け利用者（要介護者）の居宅を介護福祉士等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を行うとともに、看護師等による療養上の世話や診療の補助を行うもの（訪問看護を一体的に行う場合）

または

・定期巡回訪問、または、随時通報を受け訪問看護事業所と連携しつつ、利用者（要介護者）の居宅を介護福祉士等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を行うもの（他の訪問看護事業所と連携し訪問看護を行う場合）

のうち、いずれかをいう。

経緯

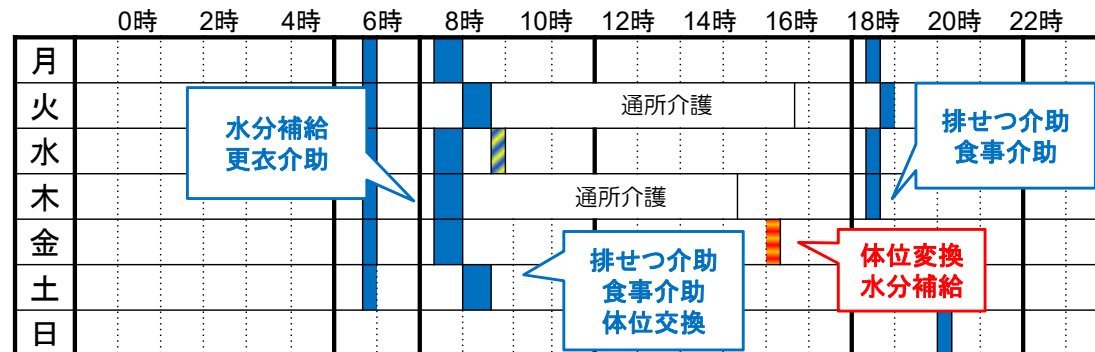
○ 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、**重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足**していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して**医療と介護との連携が不足**しているとの問題がある。

○ このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「**定期巡回・随時対応型訪問介護看護**」を創設（平成24年4月）。

<定期巡回・随時対応サービスのイメージ>



<サービス提供の例>



- ・**日中・夜間を通じて**サービスを受けることが可能
- ・**訪問介護と訪問看護を一体的に**受けることが可能
- ・定期的な訪問だけではなく、**必要なときに随時サービス**を受けることが可能

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の基準

必要となる人員・設備等

職種		資格等	必要な員数等
訪問介護員等	定期巡回サービスを行う 訪問介護員等	介護福祉士 実務者研修修了者	・ 交通事情、訪問頻度等を勘案し適切に定期巡回サービスを提供するために必要な数以上
	随時訪問サービスを行う 訪問介護員等	初任者研修修了者 旧介護職員基礎研修 旧訪問介護員 1 級 旧訪問介護員 2 級	・ 常時、専ら随時訪問サービスの提供に当たる訪問介護員が 1 以上確保されるための必要数（利用者の処遇に支障がない場合、定期巡回サービスに従事することができる。） ・ オペレーターが随時訪問サービスを行う訪問介護員等を兼務可能。
看護職員	うち 1 名以上は、 常勤の保健師又は 看護師とする	保健師 看護師、准看護師 PT、OT、ST	・ 2. 5 以上（併設訪問看護事業所と合算可能） ・ 常時オンコール体制を確保
オペレーター		看護師、介護福祉士等(※) のうち、常勤の者 1 人以上 ＋ 1 年以上訪問介護のサービス 提供責任者として従事した者	・ 利用者の処遇に支障がない範囲で、当該施設 <u>の他職種及び同一敷地内</u> の他の事業所・施設等（特養・老健等の夜勤職員、訪問介護のサービス提供責任者、夜間対応型訪問介護のオペレーター）との兼務可能
上記の従業者のうち、1 人以上を 計画作成責任者とする。		看護師、介護福祉士等(※) のうち、1 人以上	
管理者			・ 常勤・専従の者（当該事業所の職務や併設事業所の管理者等との兼務を認める。）

(※)・・・看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士、介護支援専門員

(注) ・・・介護・看護一体型にのみ配置が必要となる職種(介護・看護連携型の場合は連携先の訪問看護事業所に配置される)

※1 訪問介護員等については、利用者の処遇に支障がない範囲で、他の施設等(加配されている者に限る)との兼務可能

※2 「オペレーションセンター」の設置は設備基準としては求めず、地域を巡回しながら適切に随時のコールに対応する形態も可能

※3 利用者がコールを行う、オペレーターがコールを受ける際の機器は、一般に流通している通信機器等の活用が可能

※4 オペレーターの資格について、旧訪問介護員2級及び初任者研修修了者は3年以上訪問介護のサービス提供責任者として従事した者

定期巡回・随時対応サービスの人員配置例

同一敷地内の 訪問介護事業所	随時訪問従事者	定期巡回従事者	オペレーター	看護職員 (一体型のみ)
	<u>1人以上</u> 24時間通して訪問介護員が、定期巡回、随時訪問、オペレーター(※)の全ての職種を兼務することが可能(※利用者の処遇に支障がない範囲で、当該施設他職種及び同一敷地内の他の事業所・施設等(特養・老健等の夜勤職員、訪問介護のサービス提供責任者、夜間対応型訪問介護のオペレーター)との兼務を認めている。)			<u>2.5人</u> 指定訪問看護サービスの提供も可能。(2.5人は一体的に計算)
	<u>または</u> <u>1人以上</u> 24時間を通して訪問介護員が、定期巡回、随時訪問の職種を兼務すること、オペレーターを外部にて配置することが可能 ・複数事業所間での集約化 ・併設施設等の職員活用により単独配置不要 ※別法人でも可			連携型の場合は、自事業所に配置不要

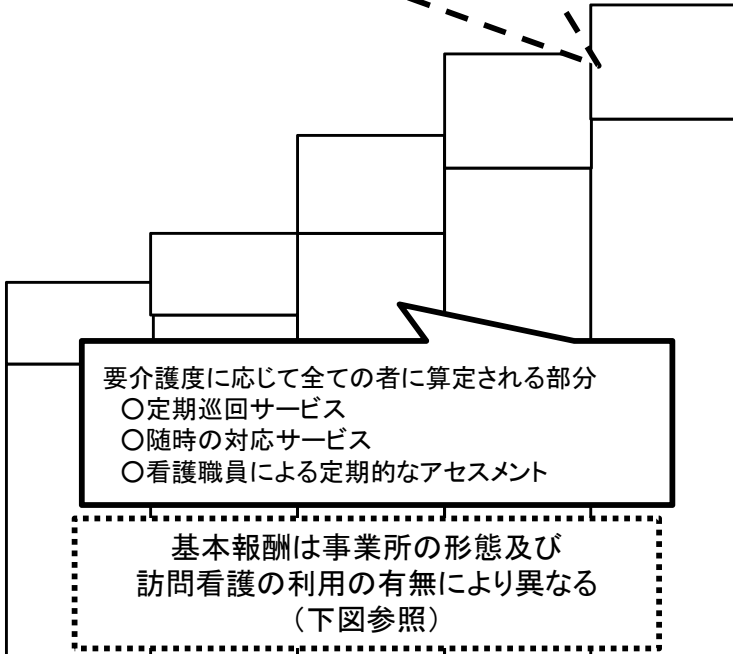
⇒ **事業の実施方法等に応じた柔軟な人材配置が可能**

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の報酬

※加算・減算は主なものを記載

利用者の要介護度に応じた基本サービス費

医師の指示に基づく看護を受ける者に算定される部分
(看護職員による療養上の世話又は診療の補助)
※ 訪問看護を利用しない者・医療保険適用者は算定しない



要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

利用開始日から
30日以内の期間
(30単位/日)

緊急時の訪問看護サービスの
提供
(315単位/月)

死亡日及び死亡日前14日以内に
実施したターミナルケアを評価
(2,000単位/死亡月)

市町村が定める要
件を満たす場合
(上限500単位)

リハビリテーション職
との連携
・加算Ⅰ：
100単位/月
・加算Ⅱ：
200単位/月

退院退所時、医師等と
共同指導した場合
(600単位/回)

包括サービスとしての総合
的なマネジメント
(1,000単位/月)

中山間地域等でのサービス提供(5%・10%・15%)

介護福祉士や常勤職員等の割合や職員研修の実施等
の要件を満たす場合

・介護福祉士4割以上:640単位
・介護福祉士3割以上:500単位
・常勤職員等3割以上:350単位

【介護職員処遇改善加算】
(Ⅰ)13.7% (Ⅱ)10.0% (Ⅲ)5.5%
(Ⅳ)加算Ⅲ×0.9 (Ⅴ)加算Ⅲ×0.8
【介護職員等特定処遇改善加算】
(Ⅰ)6.3% (Ⅱ)4.2%

同一建物に居住する利用者に対するサービス提供
(△600単位/月 or △900単位/月)

准看護師による訪問看護
(▲2%/月)

通所系サービス又は短期入所系サービスを利用した場合の減算

通所系サービス利用1日当たり△62単位～△322単位
短期入所系サービス利用時は、短期入所系サービスの利用日数に応じて日割り計算

(注1)点線枠の加算は、区分支給限度基準額の算定対象外 (注2) は、一体型事業所のみ算定。

	一体型事業所	
	介護・看護利用者	介護利用者
要介護1	8,287単位	5,680単位
要介護2	12,946単位	10,138単位
要介護3	19,762単位	16,833単位
要介護4	24,361単位	21,293単位
要介護5	29,512単位	25,752単位

連携型事業所
介護分を評価
5,680単位
10,138単位
16,833単位
21,293単位
25,752単位

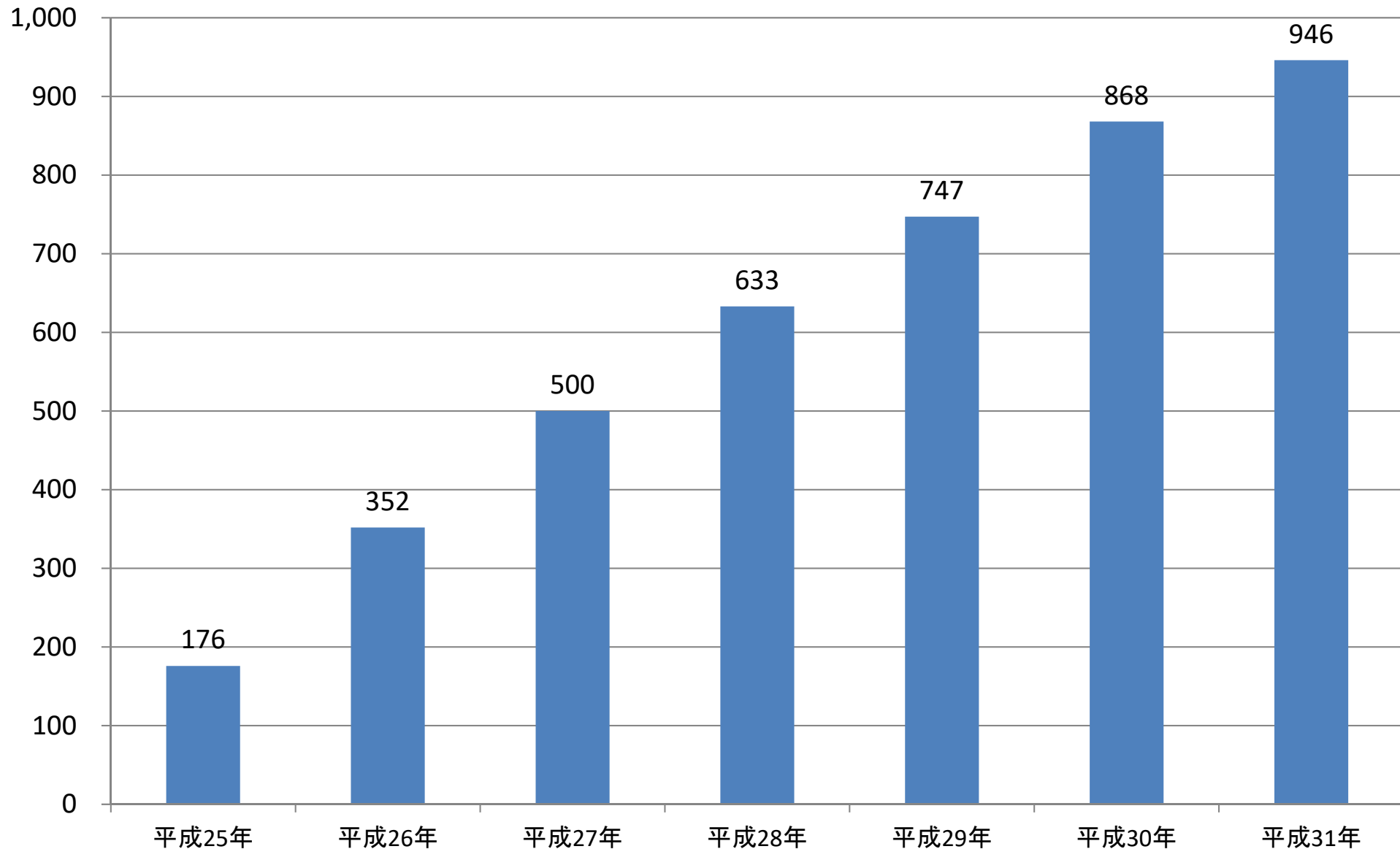


連携先訪問看護事業所を
利用する場合の訪問看護費
(連携先で算定)

2,945単位

3,745単位

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の請求事業所数



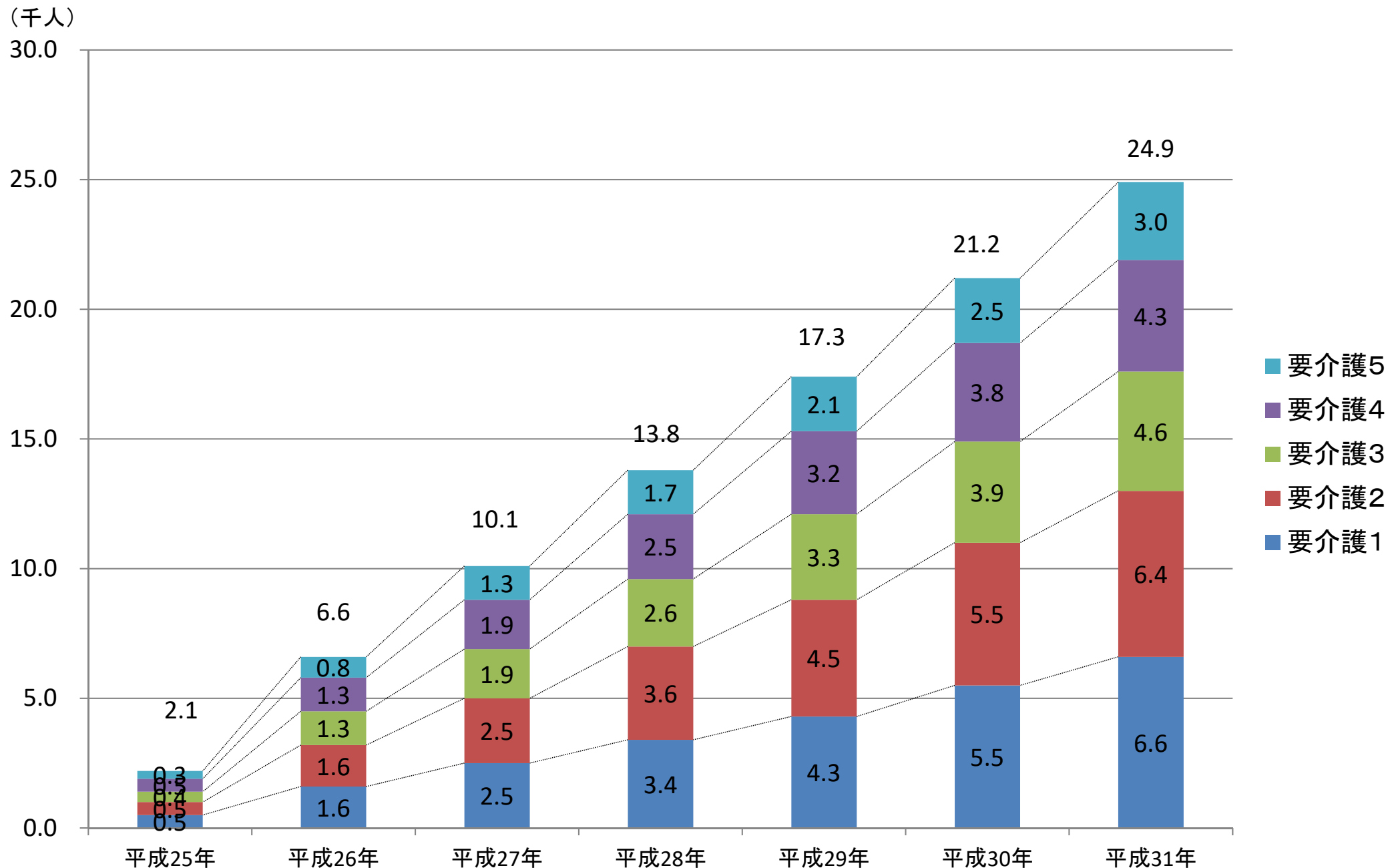
(平成24年4月創設の当該サービスは、平成24年4月審査分に入らない。)

※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典: 厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の受給者数



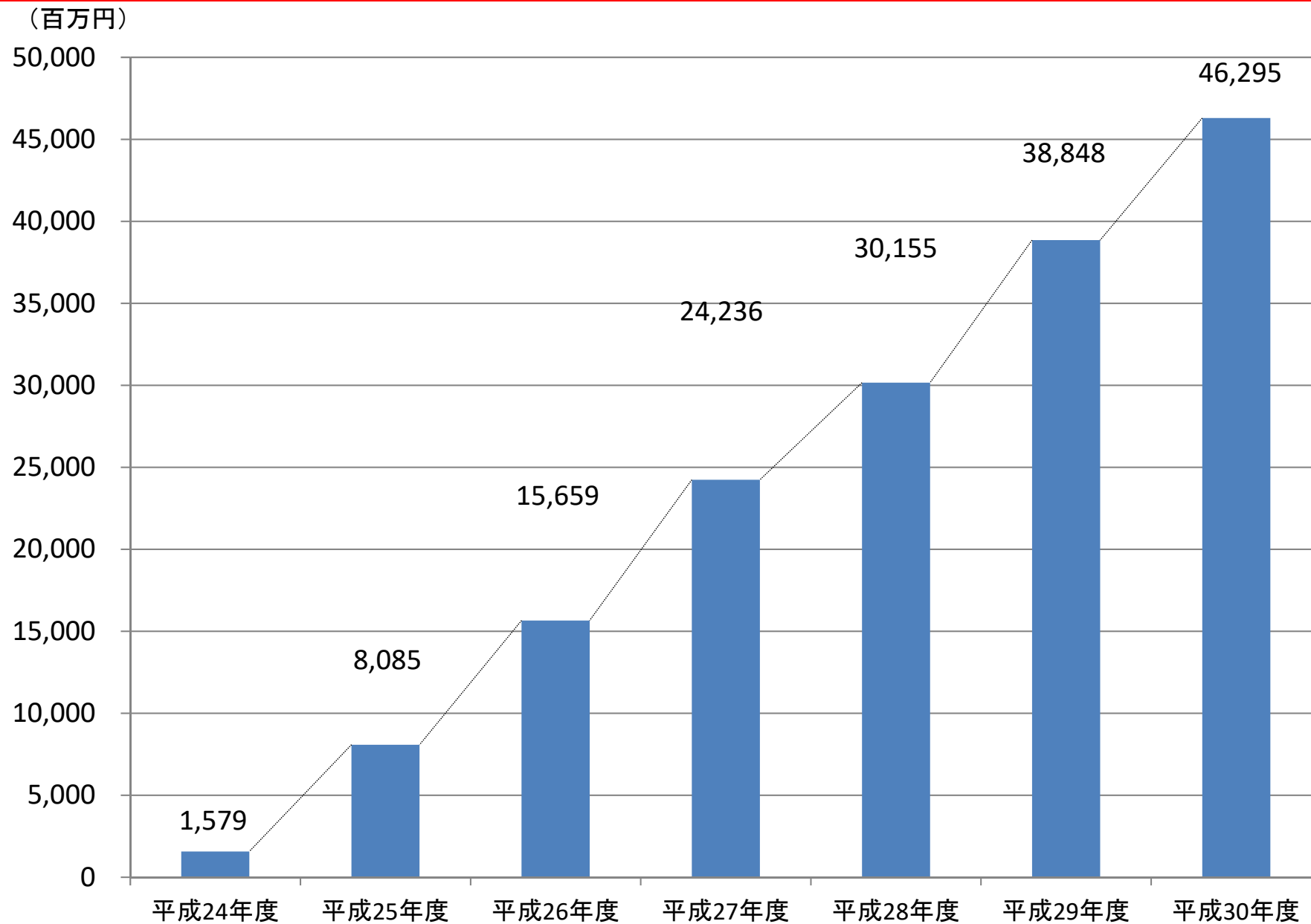
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

※平成24年4月創設

出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

※平成24年4月創設

15. 夜間対応型訪問介護

夜間対応型訪問介護の概要

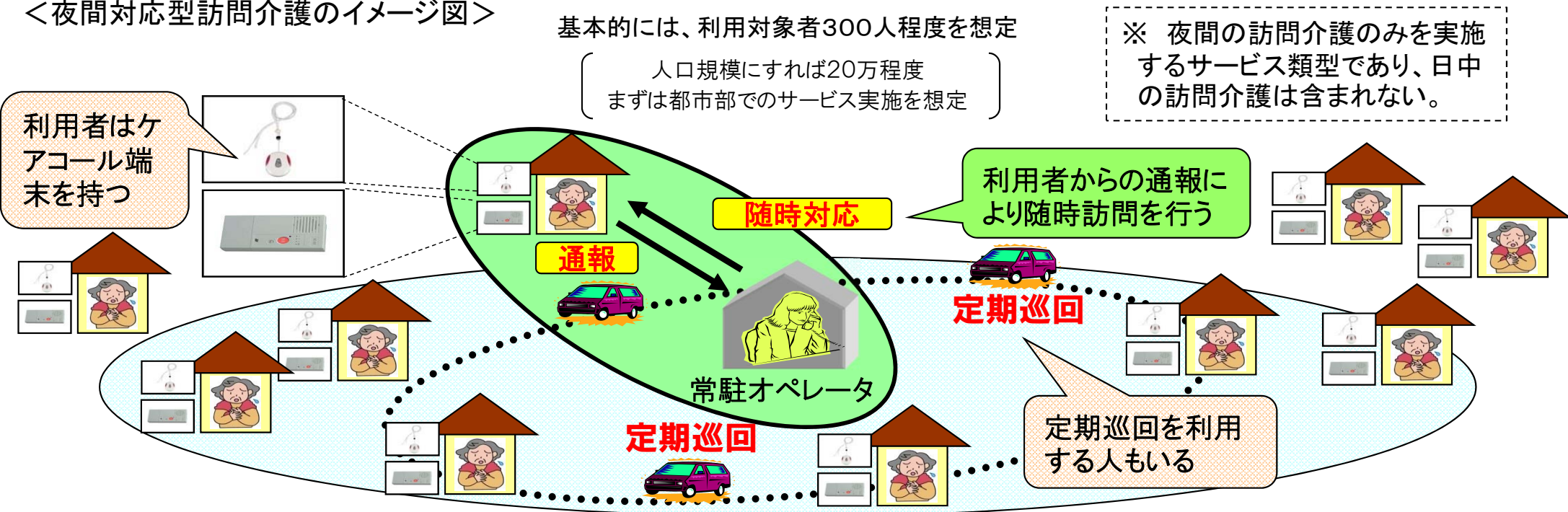
定義

○「夜間対応型訪問介護」とは、夜間において、定期巡回訪問、または、随時通報を受け利用者（要介護者）の居宅を介護福祉士等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等の提供を行うものをいう。

経緯

○在宅にいる場合も、夜間を含め24時間安心して生活できる体制の整備が必要であるとの考えから、平成18年4月に、夜間における「定期巡回」と「通報による随時対応」を合わせた「夜間対応型訪問介護」が創設された（夜間における訪問介護サービスの提供のみを想定したサービス類型）。

<夜間対応型訪問介護のイメージ図>



夜間対応型訪問介護の基準

		夜間対応型訪問介護
サービス内容		・夜間における身体介護
人員基準	オペレーター	・提供時間帯を通じて1以上 ・定期巡回サービス及び同一敷地内の指定訪問介護事業所並びに指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の職務への従事可能 ※オペレーションセンターを設置しない場合は配置不要
	面接相談員	・1以上（オペレーター又は訪問介護員等との兼務可） ※オペレーションセンターを設置しない場合は配置不要
	計画作成責任者	—
	定期巡回サービスを行う訪問介護員等	・必要な数以上
	随時訪問サービスを行う訪問介護員等	・提供時間帯を通じて1以上 ・定期巡回サービス又は同一敷地内にある指定訪問介護事業所若しくは定期巡回・随時対応型訪問介護看護の職務に従事することができる
オペレーションセンター		・通常の事業の実施地域内に1か所以上設置（設置しなくても可）
計画の作成		・オペレーター又は面接相談員が作成 ※オペレーションセンターを設置しない場合は訪問介護員等が作成

夜間対応型訪問介護の報酬

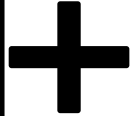
指定夜間対応型訪問介護のイメージ（1月あたり）

※ 加算・減算は主なものを記載

基本サービス費

①オペレーションセンター設置

オペレーション
サービスの利用
1,013単位/月



定期巡回サービス
379単位/回

随時サービス
578単位/回
(2人で訪問する場合は
778単位/回)

②オペレーションセンター未設置

2,751単位/月

※設置していても事業者が選択可能

事業所の体制に対する加算・減算

市町村独自の要件
(上限300単位)

日中のオペレーション
サービスの実施
(610単位)

介護福祉士等を一定割合以上
配置＋研修等の実施 (※)
(① 18、12単位/回、
②126、84単位/月)

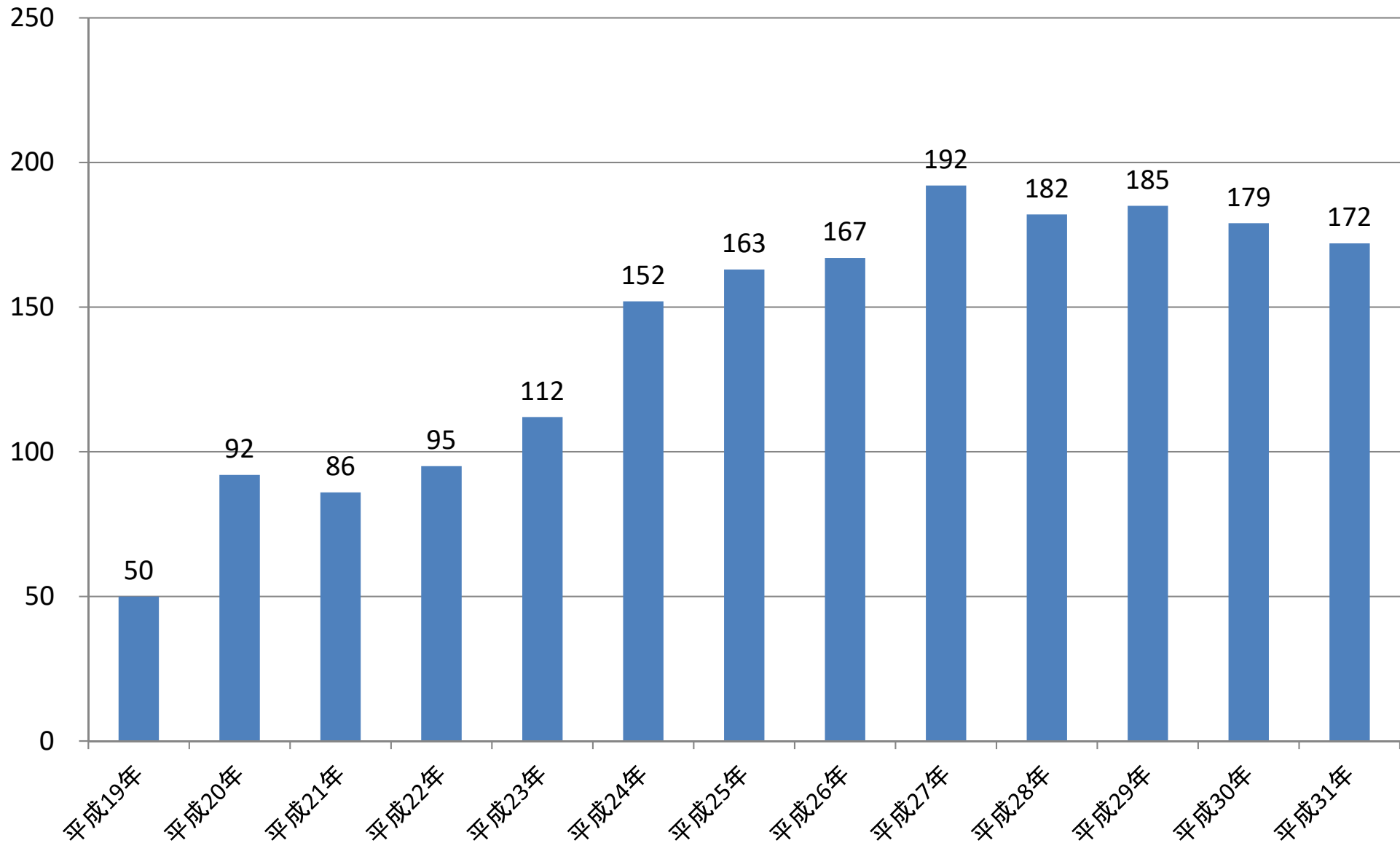
介護職員処遇改善加算
(Ⅰ)13.7% (Ⅱ)10.0%
(Ⅲ)5.5% (Ⅳ)加算Ⅲ×0.9
(Ⅴ)加算Ⅲ×0.8
介護職員等特定処遇改善加算
(Ⅰ)6.3% (Ⅱ)4.2%

(注) ※印の加算については、以下のとおり算定する。
オペレーションセンター設置 : 18、12単位/回
オペレーションセンター未設置 : 126、84単位/月

事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合

- ・ 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 (▲10%/回)
- ・ 事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合 (▲15%/回)

夜間対応型訪問介護の請求事業所数

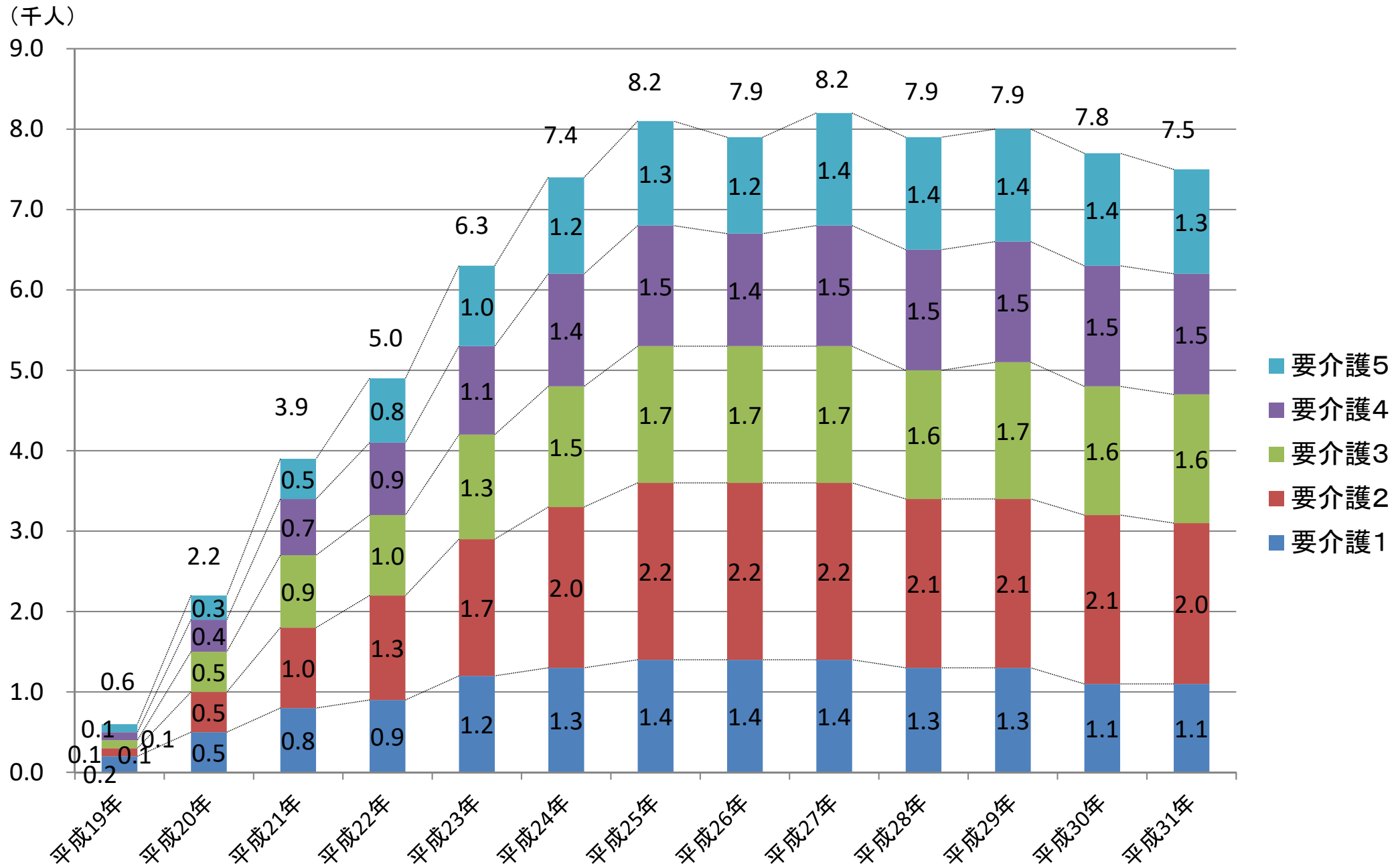


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

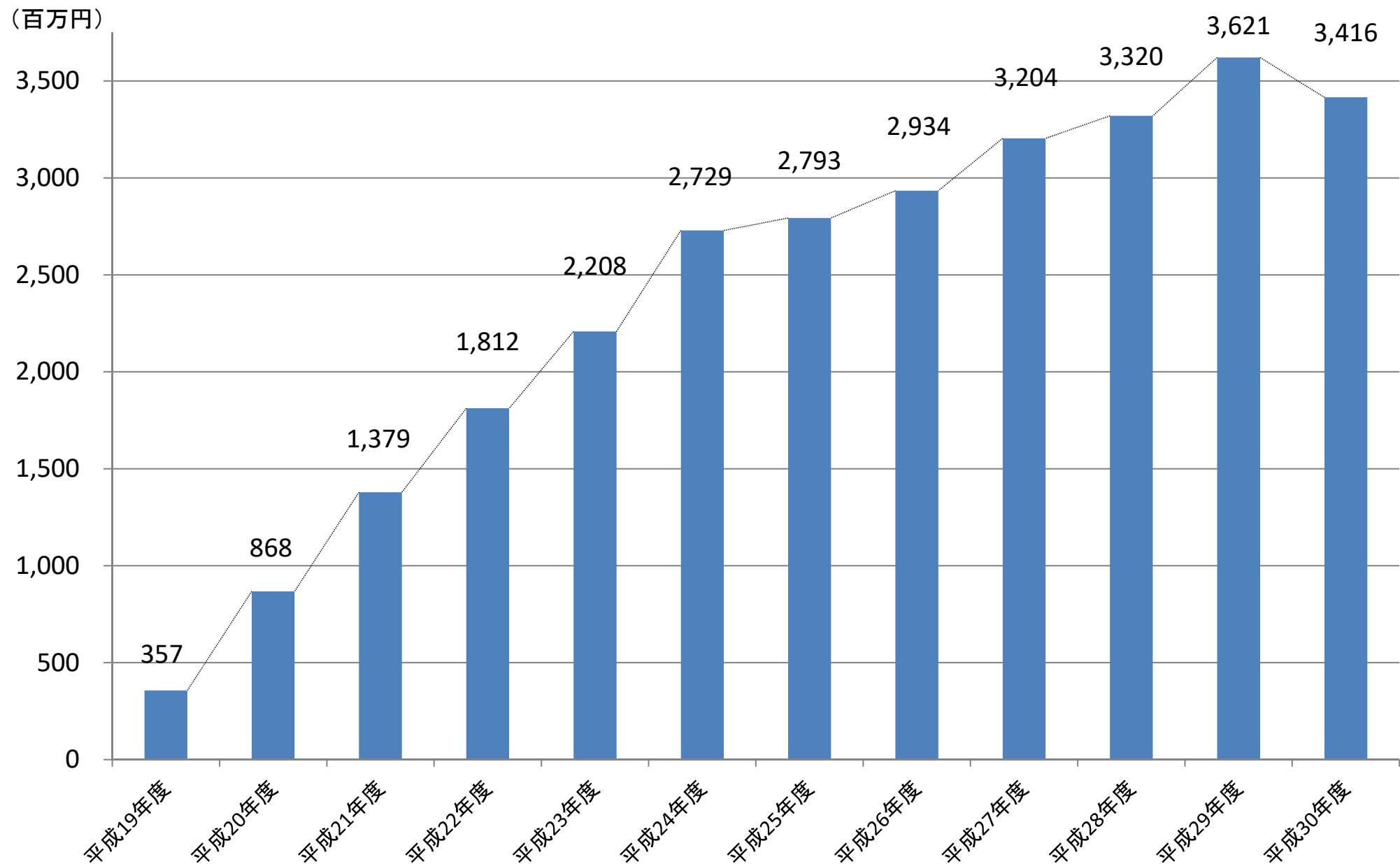
夜間対応型訪問介護の受給者数



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

※経過的要介護は含まない。

夜間対応型訪問介護の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

16. 療養通所介護

療養通所介護の概要・基準

基本方針

- 指定療養通所介護の事業は、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生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。

必要となる人員・設備等

・人員基準

看護職員又は介護職員	- 利用者の数が1.5に対し、提供時間帯を通じて専ら当該指定療養通所介護の提供に当たる者が1以上確保されるために必要と認められる数以上 - うち1人以上は常勤の看護師であって、専ら指定療養通所介護の職務に従事する者
------------	---

・設備基準

専用の部屋	利用者1人につき6.4平方メートル以上であって、明確に区分され、他の部屋等から完全に遮断されていること
-------	---

・定員 18人以下

療養通所介護の報酬

サービス提供内容・時間に応じた
基本サービス費

1,012単位	1,519単位
3時間以上 6時間未満	6時間以上 8時間未満

利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する加算・減算

+

栄養スクリーニング
加算(6月に1回)
(5単位/回)

介護福祉士や常勤職
員等を一定割合以上配
置【サービス提供体制強
化加算Ⅲ】
(・常勤職員等 : 6単位/回)

個別送迎体制強化加算
(210単位/日)

入浴介助体制強化加算
(60単位/日)

中山間地域等での
サービス提供 (+5%)

介護職員処遇改善加算
(Ⅰ) 10.2% (Ⅱ) 7.4% (Ⅲ) 4.1%
(Ⅳ) 加算Ⅲ × 0.9 (Ⅳ) 加算Ⅲ × 0.8

介護職員等特定処遇改善加算
(Ⅰ) 1.2% (Ⅱ) 1.0%

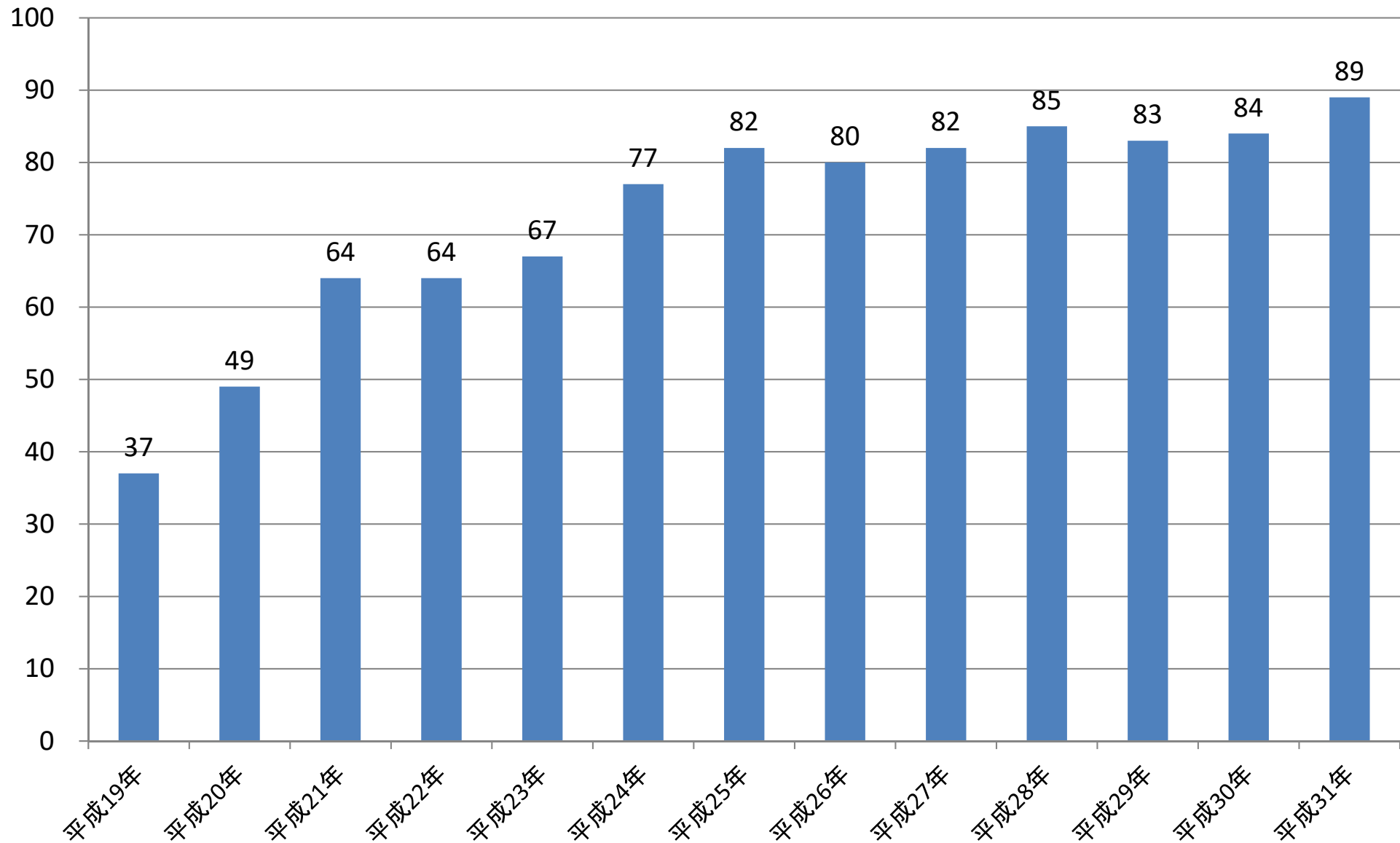
-

定員を超えた利用や
人員配置基準に違反
(▲30%)

事業所と同一建物に居住する
者又は同一建物から利用する
者に地域密着型通所介護を行
う場合 (▲94単位/日)

送迎を行わない場合
(片道▲47単位/日)

療養通所介護の請求事業所数



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

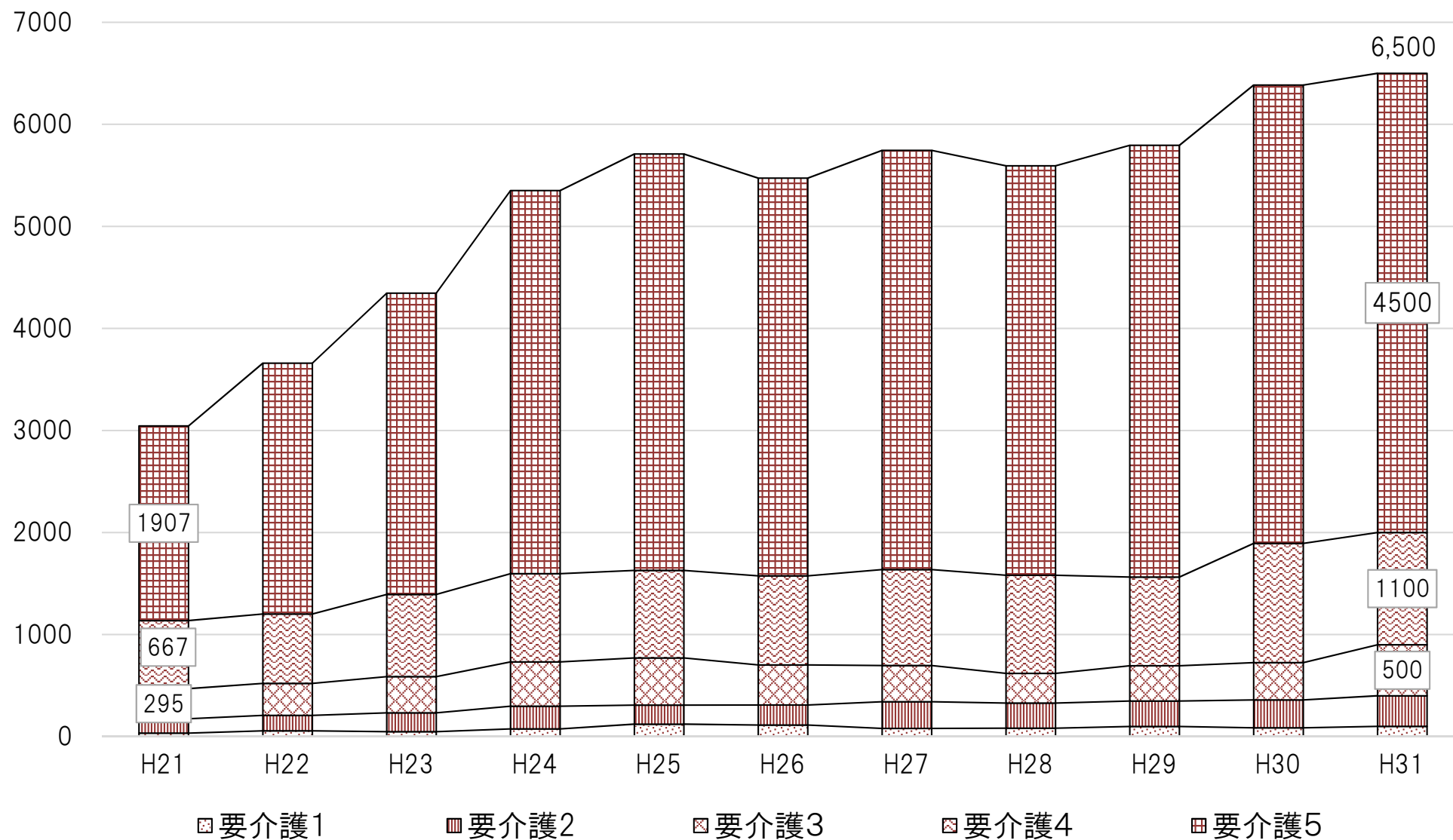
(請求事業所数は、通所介護(療養通所介護事業所)の値を使用している)

※介護予防サービスは含まない。

出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

療養通所介護 要介護度別算定回数の推移

○ 利用者の内訳では要介護3～5の利用者が太宗を占め要介護5の算定回数は7割を占める



※ 平成28年4月から地域密着型に移行

17. 認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護の概要・基準

認知症(急性を除く)の高齢者に対して、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、高齢者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにその家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることとする。

【利用者】

<単独型・併設型>

- 単位ごとの利用定員は、12人以下

<共用型>

- 介護保険の各サービスのいずれかについて3年以上実績を有している事業所・施設であることが要件
- 利用定員は、認知症対応型共同生活介護事業所はユニットごとに、地域密着型介護福祉施設等は各事業所ごとに、1日当たり3人以下
ユニット型地域密着型介護老人福祉施設はユニットごとに入居者との合計が12人以下

【設備】

<単独型・併設型>

- 食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室のほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備等を備える
- 食堂及び機能訓練室
 $3\text{m}^2 \times \text{利用定員}$ 以上の面積

【人員配置】

<単独型・併設型>

- 生活相談員 1人(事業所のサービス提供時間に応じて1以上配置)
- 看護職員又は介護職員
2人(1人+単位のサービス提供時間に応じて1以上配置)
- 機能訓練指導員 1人以上
- 管理者 厚生労働大臣が定める研修を修了している者が、常勤専従

<共用型>

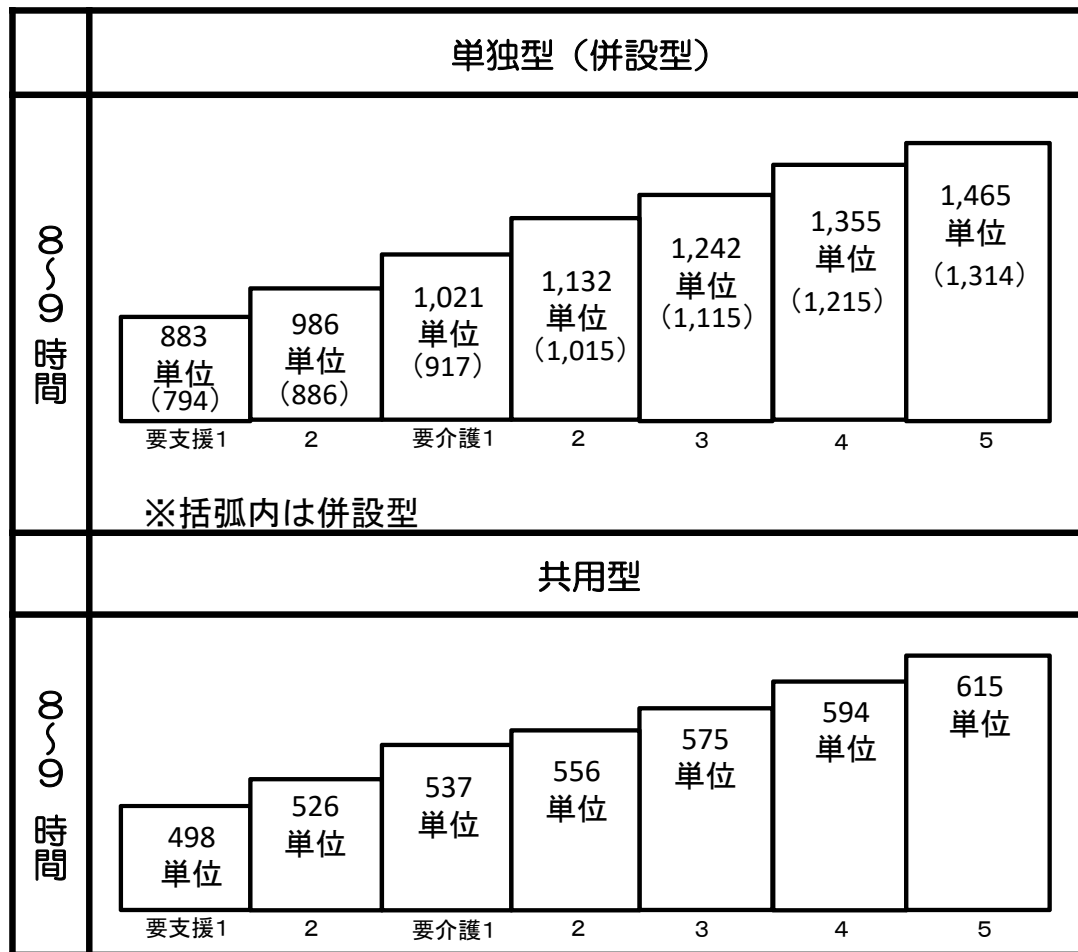
- 従業者の員数(認知症対応型共同生活介護事業所等の)各事業ごとに規定する従業者の員数を満たすために必要な数以上
- 管理者 厚生労働大臣が定める研修を修了している者が、常勤専従

認知症対応型通所介護の報酬

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護の介護報酬のイメージ（1回あたり）

サービス提供時間、利用者の要介護度及び
事業所類型に応じた基本サービス費

利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する加算・減算



+

栄養改善サービスの実施
(150単位/回)
栄養スクリーニング加算
(5単位) ※6月に1回を限度

入浴介助の実施
(50単位)

個別機能訓練の実施
(27単位)

口腔機能向上サービスの実
施 (150単位/回)

生活機能向上連携加算
(200単位/月)
※個別機能訓練加算を算定して
いる場合は、100単位

若年性認知症利用者の受け
入れ (60単位)

介護福祉士や3年以上勤務
者を一定以上配置 (18単位、
12単位、6単位)

【介護職員処遇改善加算】
(I) 10.4% (II) 7.6% (III) 4.2%
(IV) 加算Ⅲ×90% (V) 加算Ⅲ×80%

【介護職員等特定処遇改善加算】
(I) 3.1% (II) 2.4%

-

定員を超えた利用や人員配
置基準に違反
(▲30%)

認知症対応型通所介護と同
一の建物に居住する者への
サービス提供
(▲94単位)

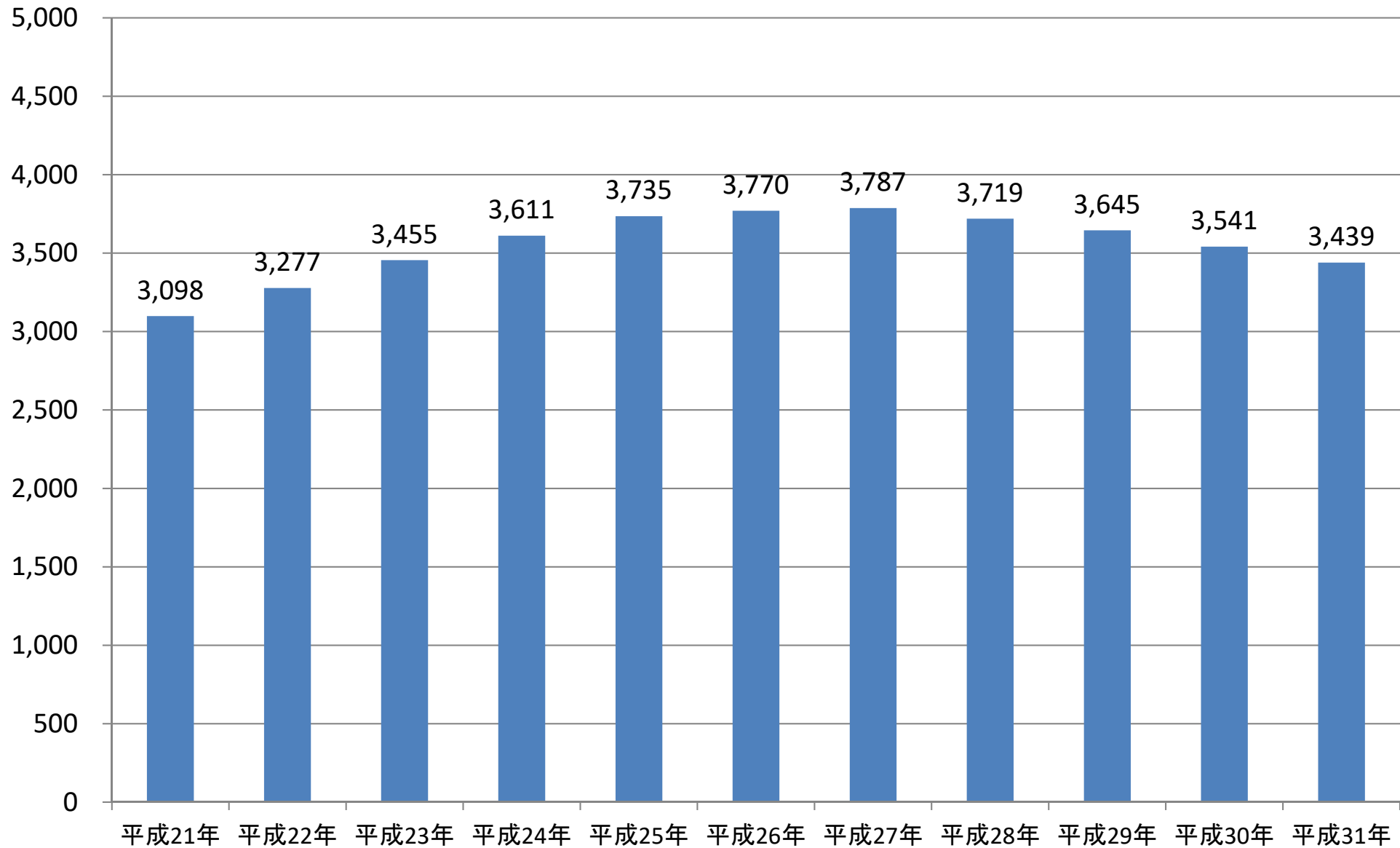
事情により、2～3時間の利用
の場合
(4～5時間の単位から▲37%)

送迎を行わない場合
(▲47単位) ※

※ その他、2～3時間、3～4時間、4～5時間、5～6時間、
6～7時間、7～8時間のサービス提供時間がある。
また、上記の時間を超える場合も最大5時間の延長

※ 片道につき
※加算・減算は主なものを記載

認知症対応型通所介護の請求事業所数

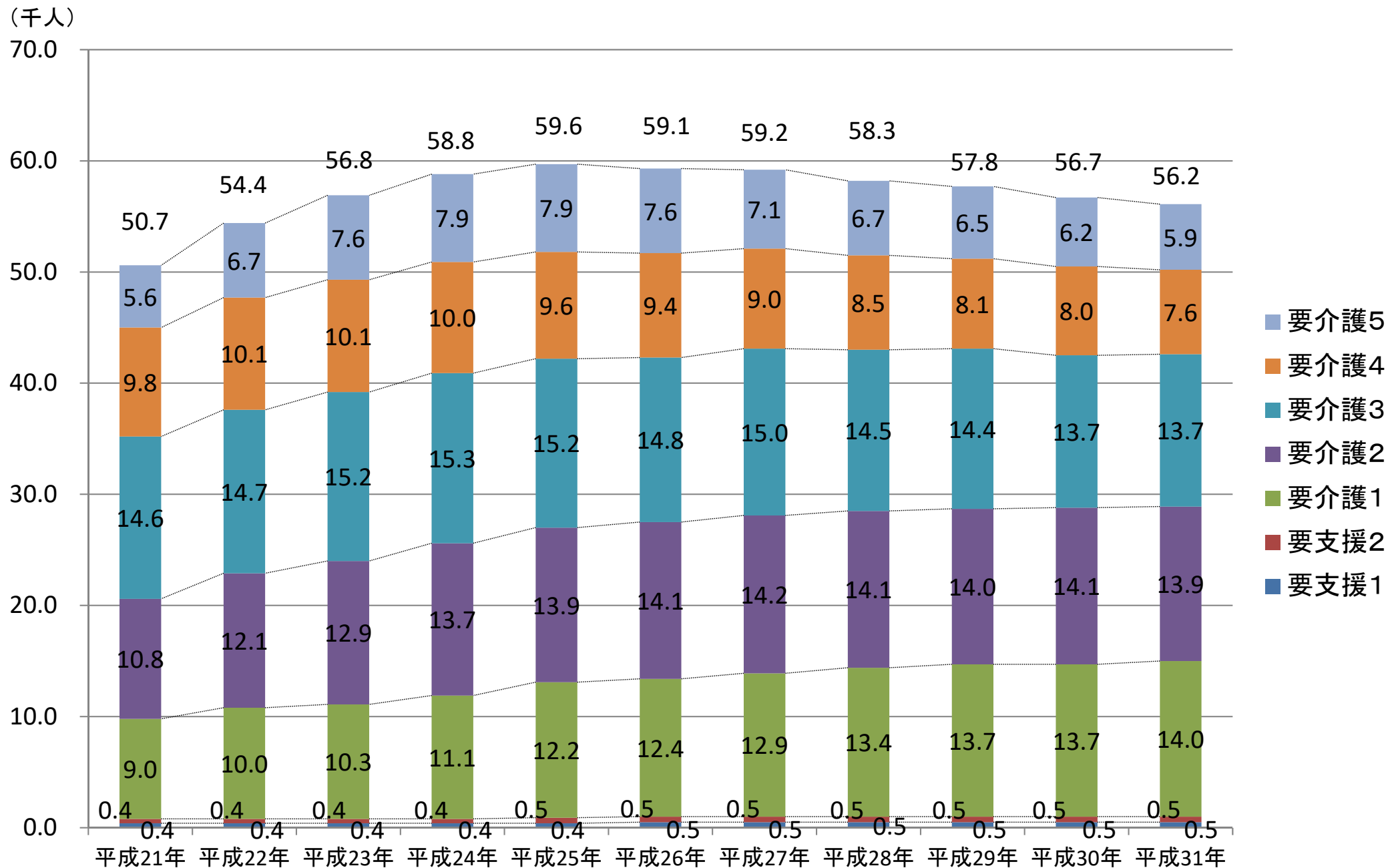


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」（各年4月審査分）

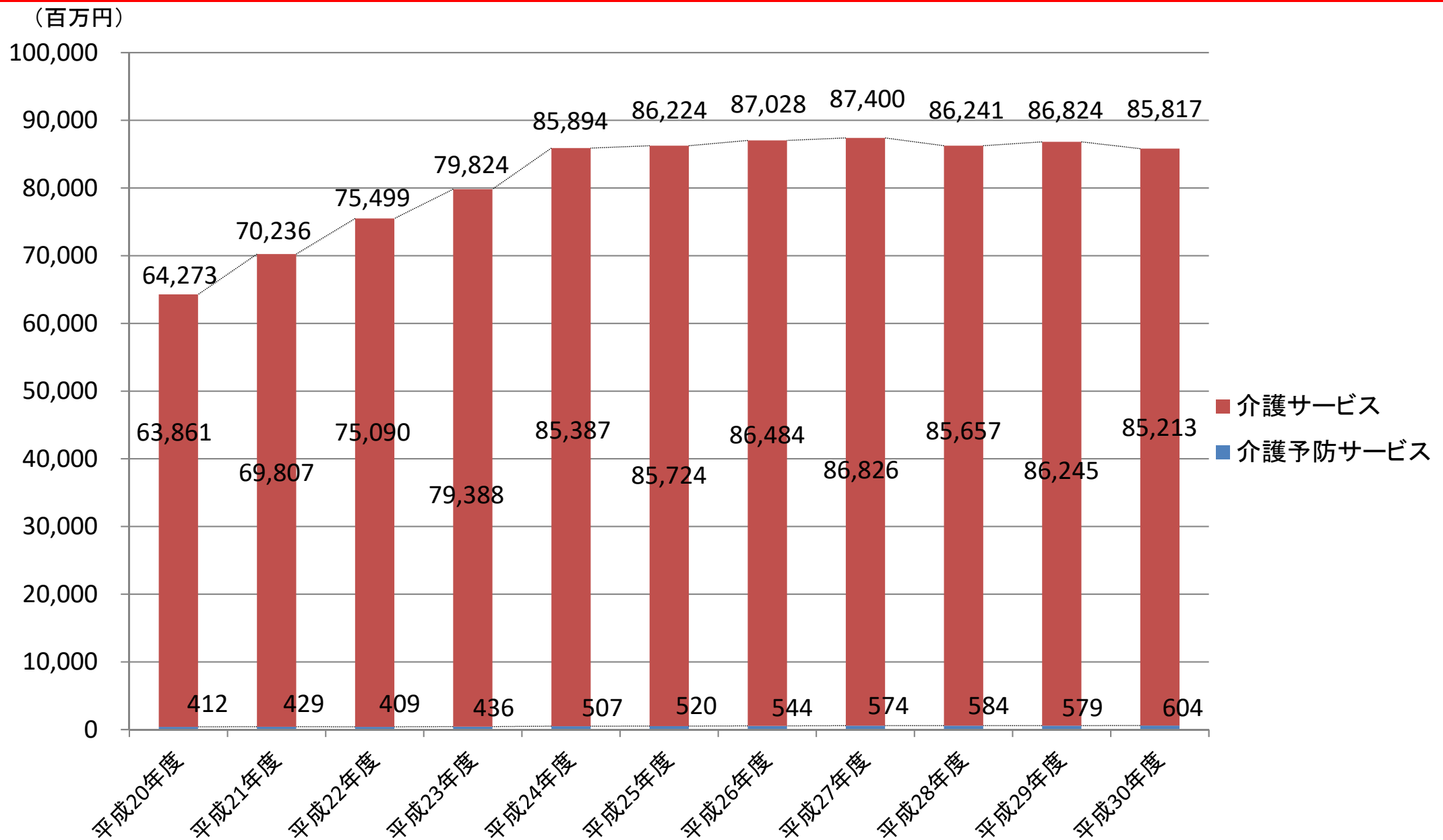
認知症対応型通所介護の受給者数



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

※経過的要介護は含まない。

認知症対応型通所介護の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

18. 認知症対応型共同生活介護

認知症対応型共同生活介護の概要・基準

認知症(急性を除く)の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにする。

【利用者】

- 1事業所あたり1又は2の共同生活住居(ユニット)を運営(※)
- 1ユニットの定員は、5人以上9人以下

※地域の実情により効率的運営に必要と認められる場合は、3つの共同生活住居を設けることができる。

【設備】

- 住宅地等に立地
- 居室は、7.43㎡(和室4.5畳)以上で原則個室
- その他
居間・食堂・居間・台所・浴室、消火設備その他非常災害に際して必要な設備

【人員配置】

- 介護従業者
日中:利用者3人に1人(常勤換算)
夜間:ユニットごとに1人
- 計画作成担当者
ユニットごとに1人(最低1人は介護支援専門員)
- 管理者
3年以上認知症の介護従事経験があり、厚生労働大臣が定める研修を終了した者が常勤専従

【運営】

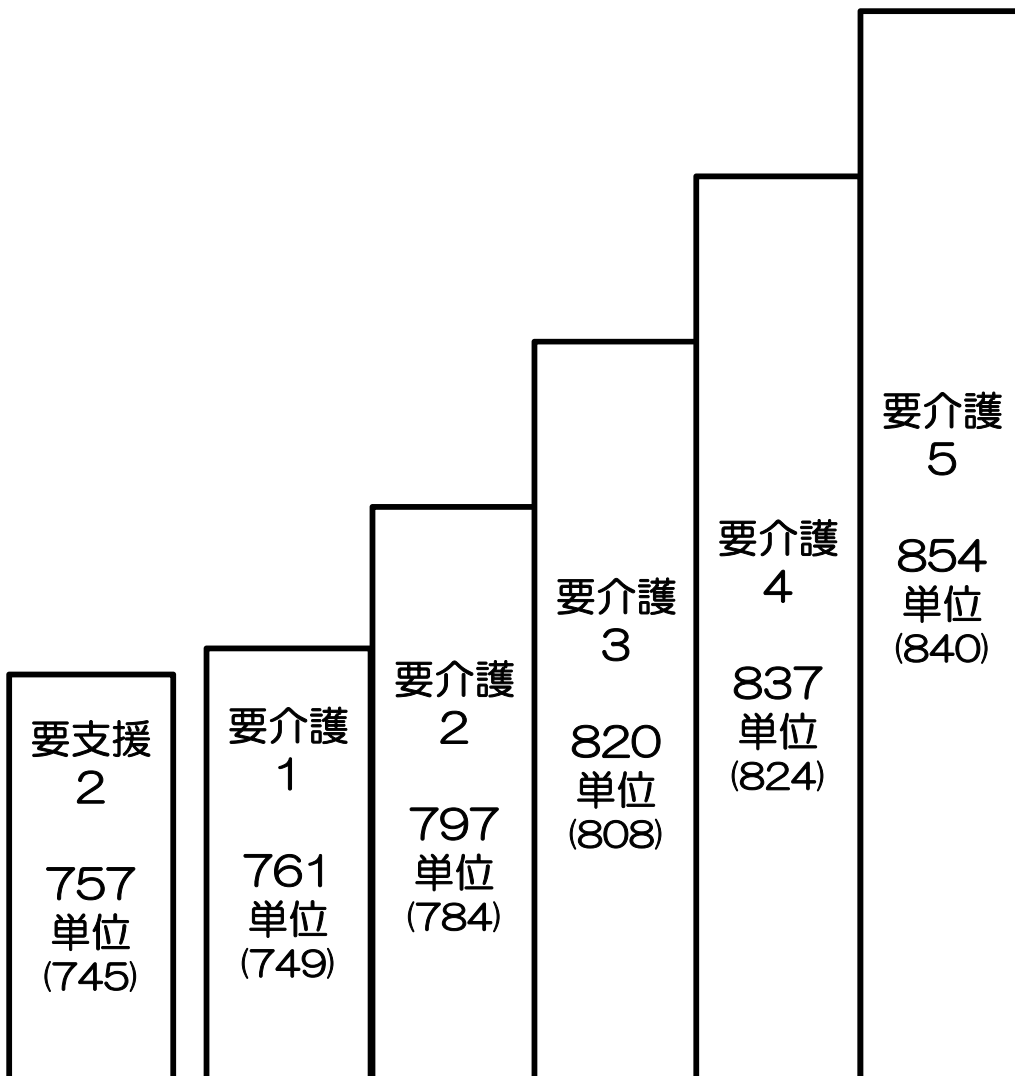
- 運営推進会議の設置
 - ・利用者・家族・地域住民・外部有識者等から構成
 - ・外部の視点で運営を評価

認知症対応型共同生活介護の報酬

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護の介護報酬のイメージ（1日あたり）

利用者の要介護度に応じた基本サービス費

利用者の状態に応じたサービス提供や施設の体制に対する加算・減算



+

初期加算 (30単位)	退去時相談援助の 実施 (400単位) ※ 1	看取り介護の実 施 (死亡日前4～30日: 144単位 前日及び前々日: 680単位 当日: 1,280単位)
栄養スクリーニング 加算 (5単位) ※ 3	夜勤職員又は宿直職 員の手厚い配置 (1ユニット 50単 位) (2ユニット以上 25単位)	医療連携体制加算 (Ⅰ 39単位) (Ⅱ 49単位) (Ⅲ 59単位)
口腔衛生管理体制加 算 (30単位) ※ 2	若年性認知症利用者 の受入 (120単位)	生活機能向上連携 加算 (200単位) ※ 2
専門的な認知症ケア の実施 (3単位、4単位)	介護福祉士、常勤職 員又は3年以上勤務 者を一定以上配置 (18単位、 12 単位、6単位)	【介護職員処遇改善加算】 (Ⅰ) 11.4% (Ⅱ) 8.1% (Ⅲ) 4.5% (Ⅳ) 加算Ⅲ×90% (Ⅴ) 加算Ⅲ×80% 【介護職員等 特定処遇改善加算】 (Ⅰ) 3.1% (Ⅱ) 2.3%

※1 利用者1人につき1回を限度 ※2 月単位で加算を算定 ※3 6月に1回を限度

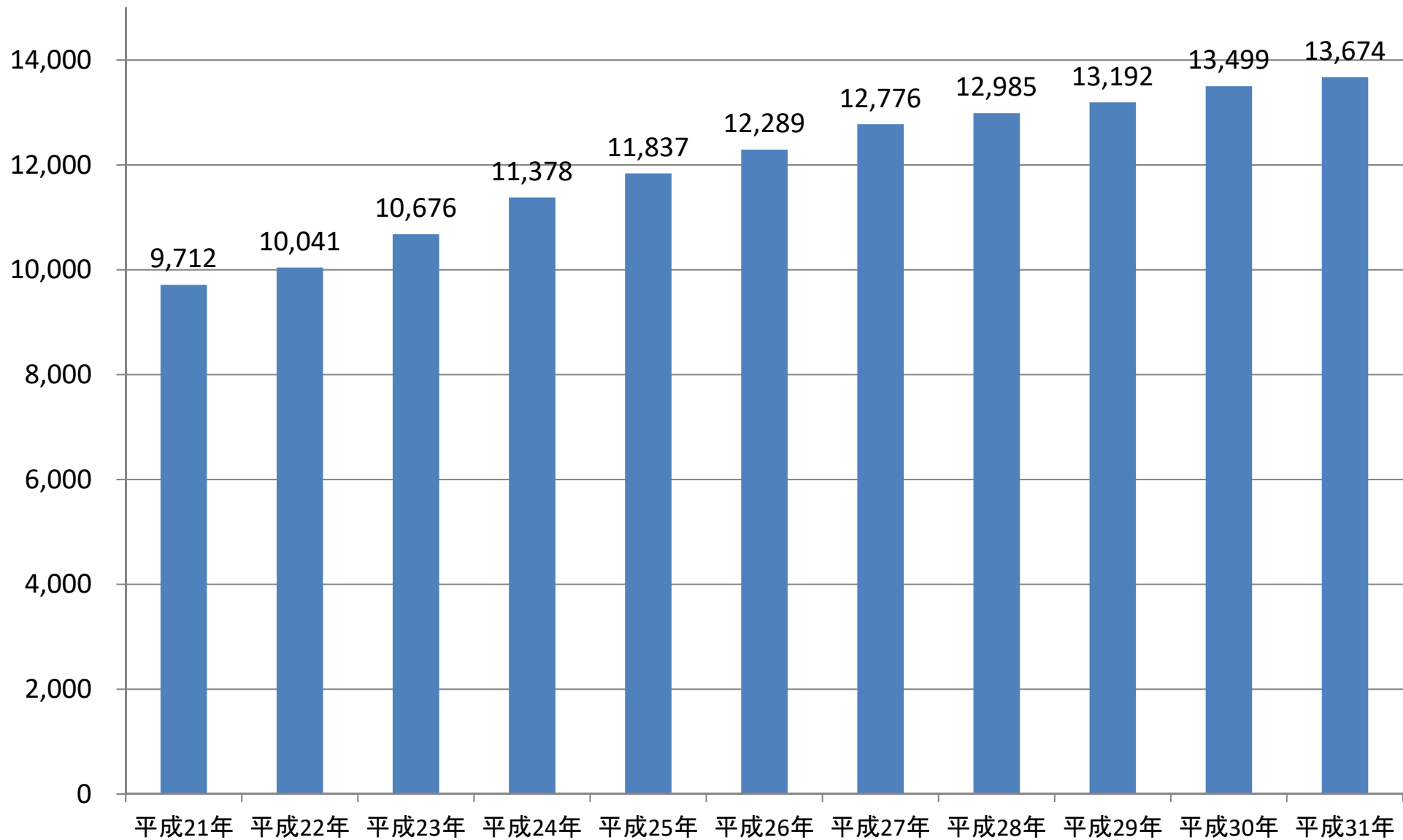
-

定員を超えた利用や 人員配置基準に違反 (▲30%)	夜勤を行う職員の 勤務条件基準を満 たさない場合 (▲3%)	身体拘束適正化未 実施 (▲10%)
----------------------------------	---	--------------------------

※ 括弧内は2ユニット以上

※ 加算・減算は主なものを記載

認知症対応型共同生活介護の請求事業所数

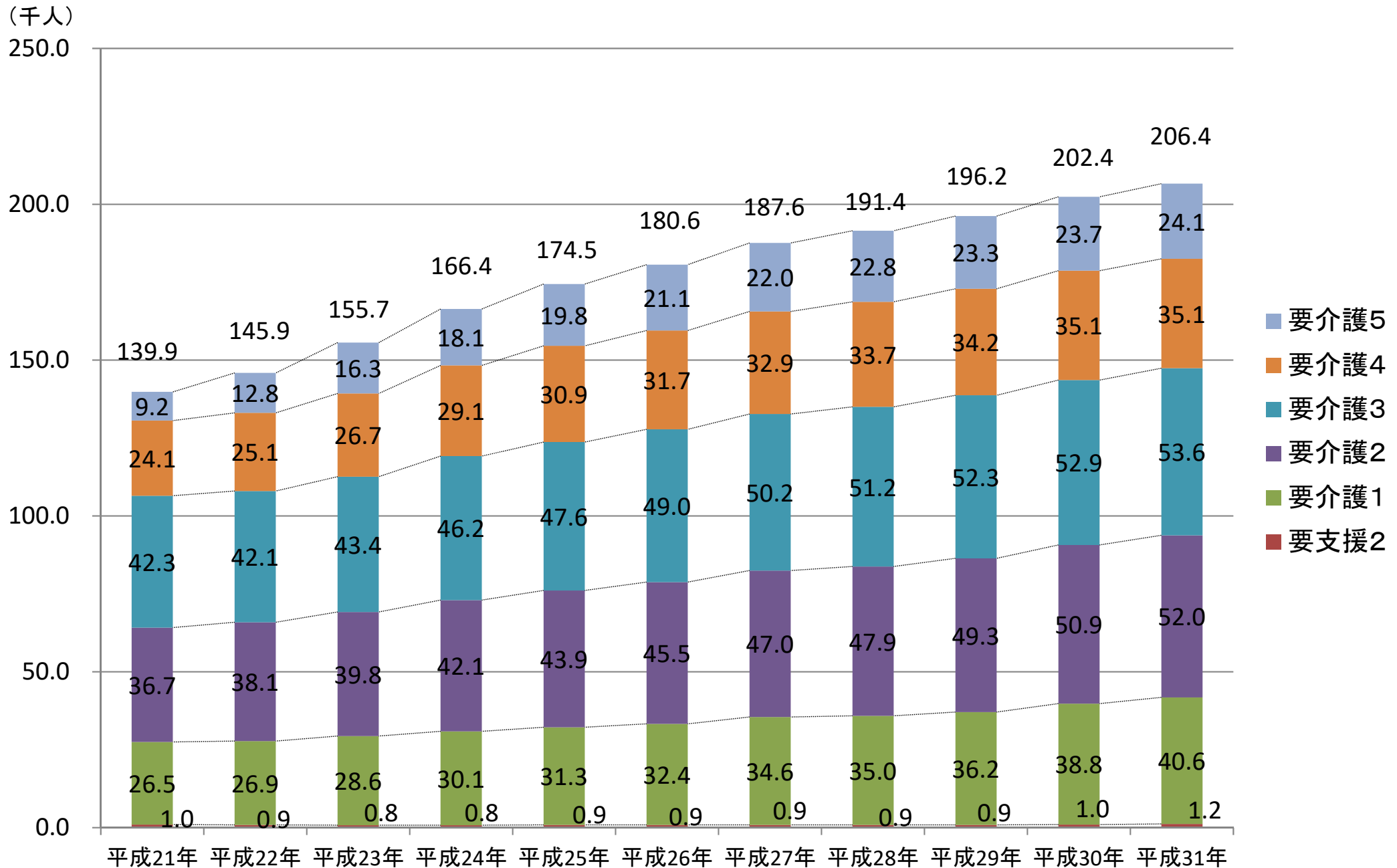


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

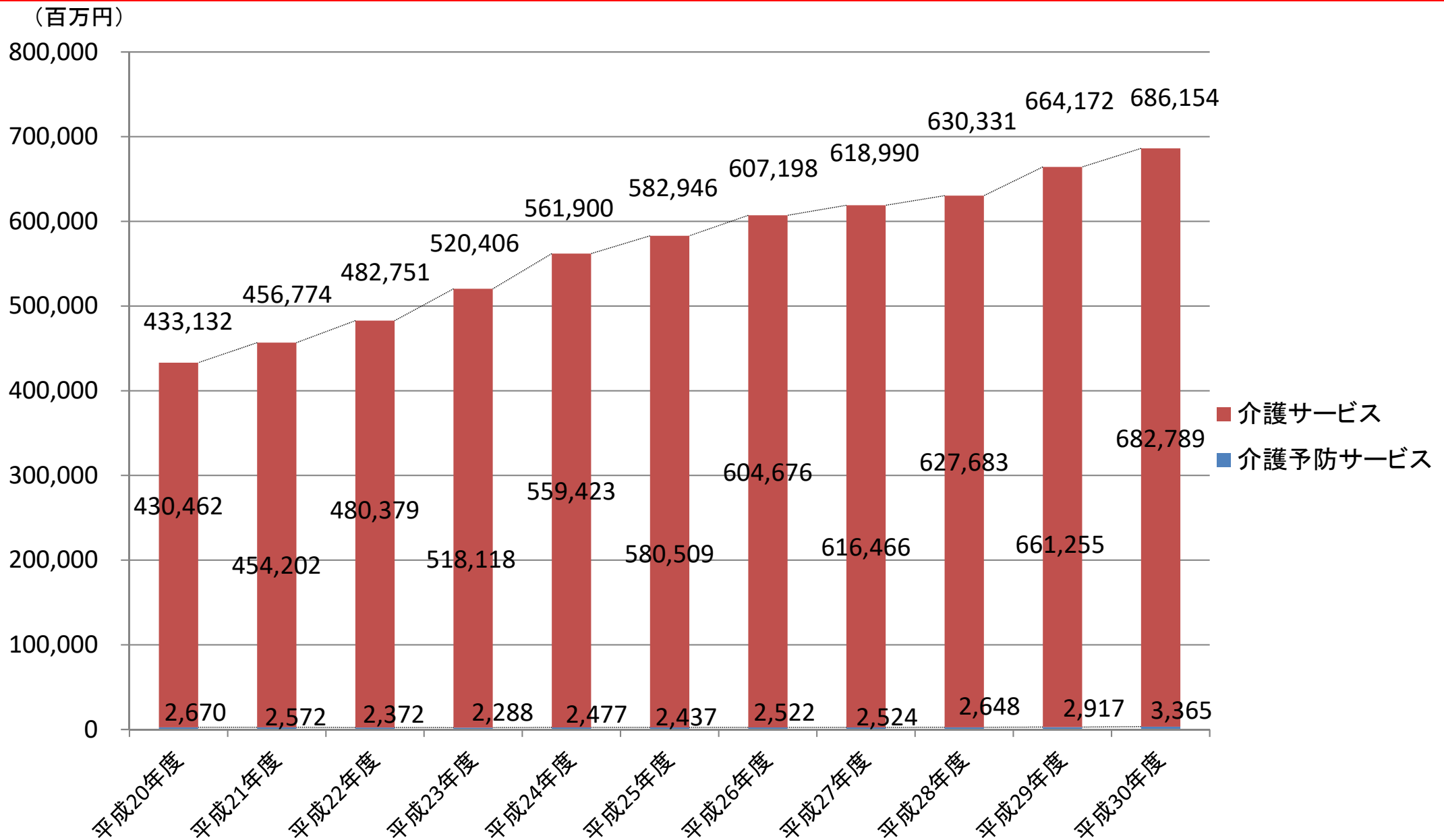
認知症対応型共同生活介護の受給者数



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

※経過的要介護は含まない。

認知症対応型共同生活介護の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

19. 小規模多機能型居宅介護

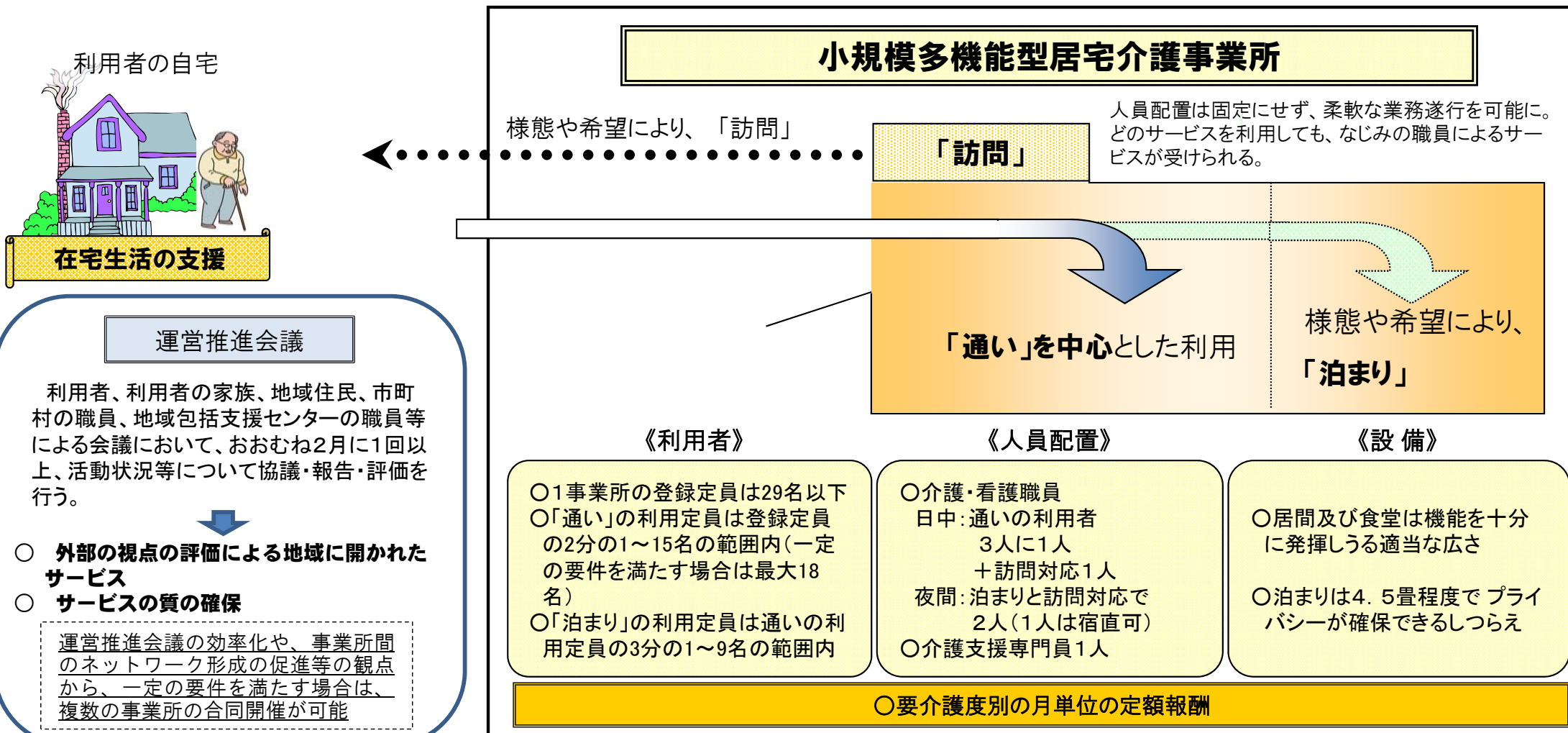
小規模多機能型居宅介護の概要

定義

○「小規模多機能型居宅介護」は、利用者（要介護者）の心身の状況や置かれている環境に応じて、利用者の選択に基づき、居宅に訪問し、または施設に通わせ、もしくは施設に短期間宿泊させ、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等や機能訓練を行うものをいう。

経緯

○「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることで、サービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された（平成18年4月創設）。



小規模多機能型居宅介護の基準

必要となる人員・設備等

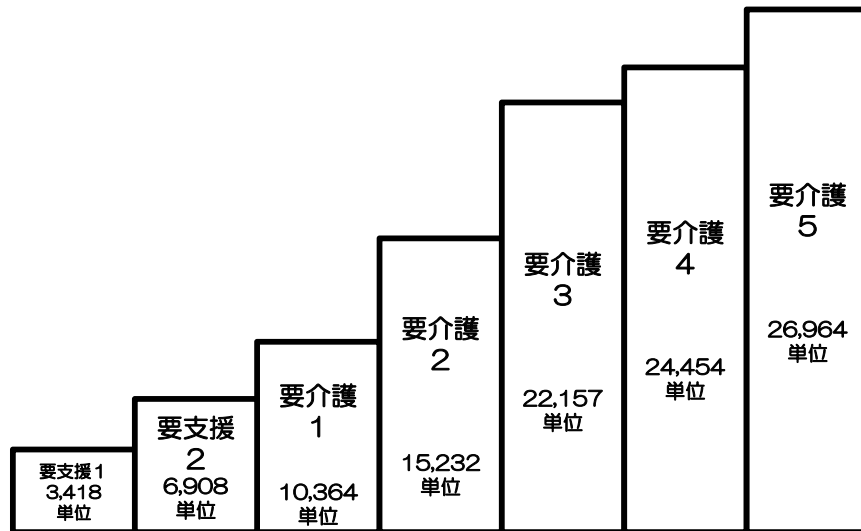
			本体事業所	サテライト型事業所
代表者			認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者	本体の代表者
管理者			認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した常勤・専従の者	本体の管理者が兼務可能
小規模多機能型居宅介護従業者	日中	通いサービス	常勤換算方法で3:1以上	常勤換算方法で3:1以上
		訪問サービス	常勤換算方法で1以上(他のサテライト型事業所の利用者に対しサービスを提供することができる。)	1以上(本体事業所又は他のサテライト型事業所の利用者に対しサービスを提供することができる。)
	夜間	夜勤職員	時間帯を通じて1以上(宿泊利用者がいない場合、置かないことができる。)	時間帯を通じて1以上(宿泊利用者がいない場合、置かないことができる。)
		宿直職員	時間帯を通じて1以上	本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。
	看護職員		小規模多機能型居宅介護従業者のうち1以上	本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。
介護支援専門員			介護支援専門員であって、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者1以上	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者 1以上

※ 代表者・管理者・看護職員・介護支援専門員・夜間の宿直者(緊急時の訪問対応要員)は、本体との兼務等により、サテライト型事業所に配置しないことができる。

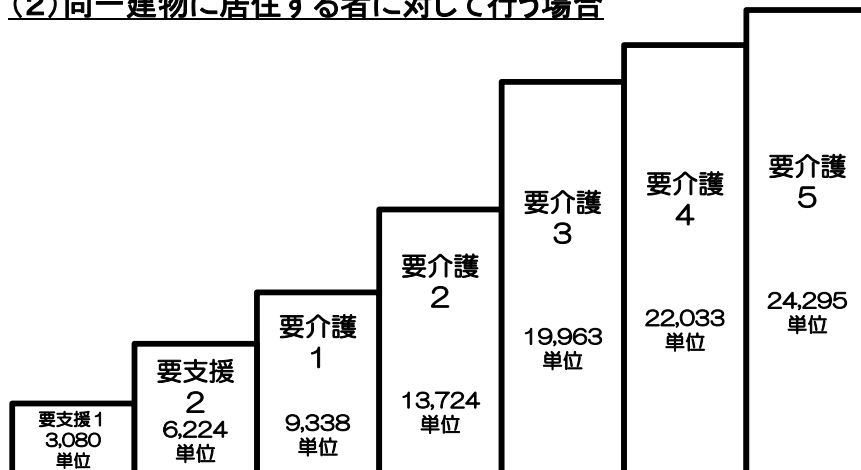
小規模多機能型居宅介護の報酬

利用者の要介護度・要支援度に応じた
基本サービス費

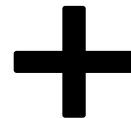
(1) 同一建物に居住する者以外の方に対して行う場合



(2) 同一建物に居住する者に対して行う場合



利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する加算・減算

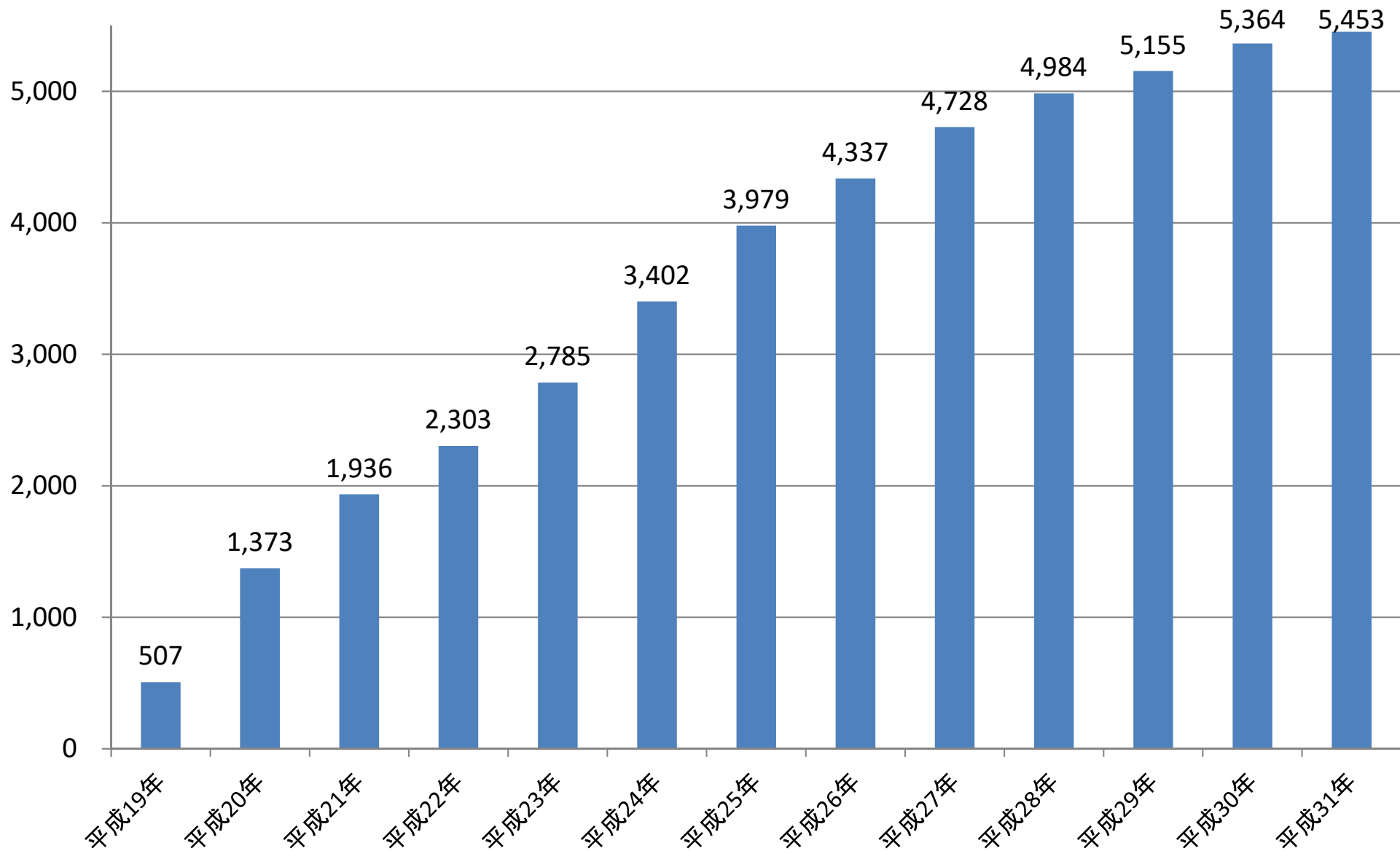


登録日から30日以内のサービス提供 (30単位/日)	基準を上回る看護職員配置※ (900単位, 700単位, 480単位/月)	看取り期の連携体制の構築※ (64単位/日)
市町村独自の要件※ (上限1,000単位)	栄養スクリーニング加算 (5単位/回)	訪問サービスの提供体制の強化※ (1,000単位/月)
認知症の者へのサービス提供※ (800単位、500単位/月)	認知症の若年性認知症の者へのサービス提供 (800単位、450単位/月)	包括サービスとしての総合的なマネジメント (1,000単位/月)
介護福祉士や常勤職員等の割合や職員研修の実施等の要件を満たす場合(サービス提供体制強化加算) ・介護福祉士5割以上: 640単位 ・介護福祉士4割以上: 500単位 ・常勤職員等: 350単位	介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)10.2% (Ⅱ)7.4% (Ⅲ)4.1% (Ⅳ)加算Ⅲ×0.9 (Ⅴ)加算Ⅲ×0.8 介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ)1.5% (Ⅱ)1.2%	中山間地域等でのサービス提供 (5%)
定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (▲30%)	サービスの提供が過少である事業所 (▲30%)	

(注1) ※印の加算については、指定小規模多機能型居宅介護にのみ適用。(指定介護予防小規模多機能型居宅介護には適用されない。)

(注2) 点線枠の加算は、限度額に含まれない。

小規模多機能型居宅介護の請求事業所数

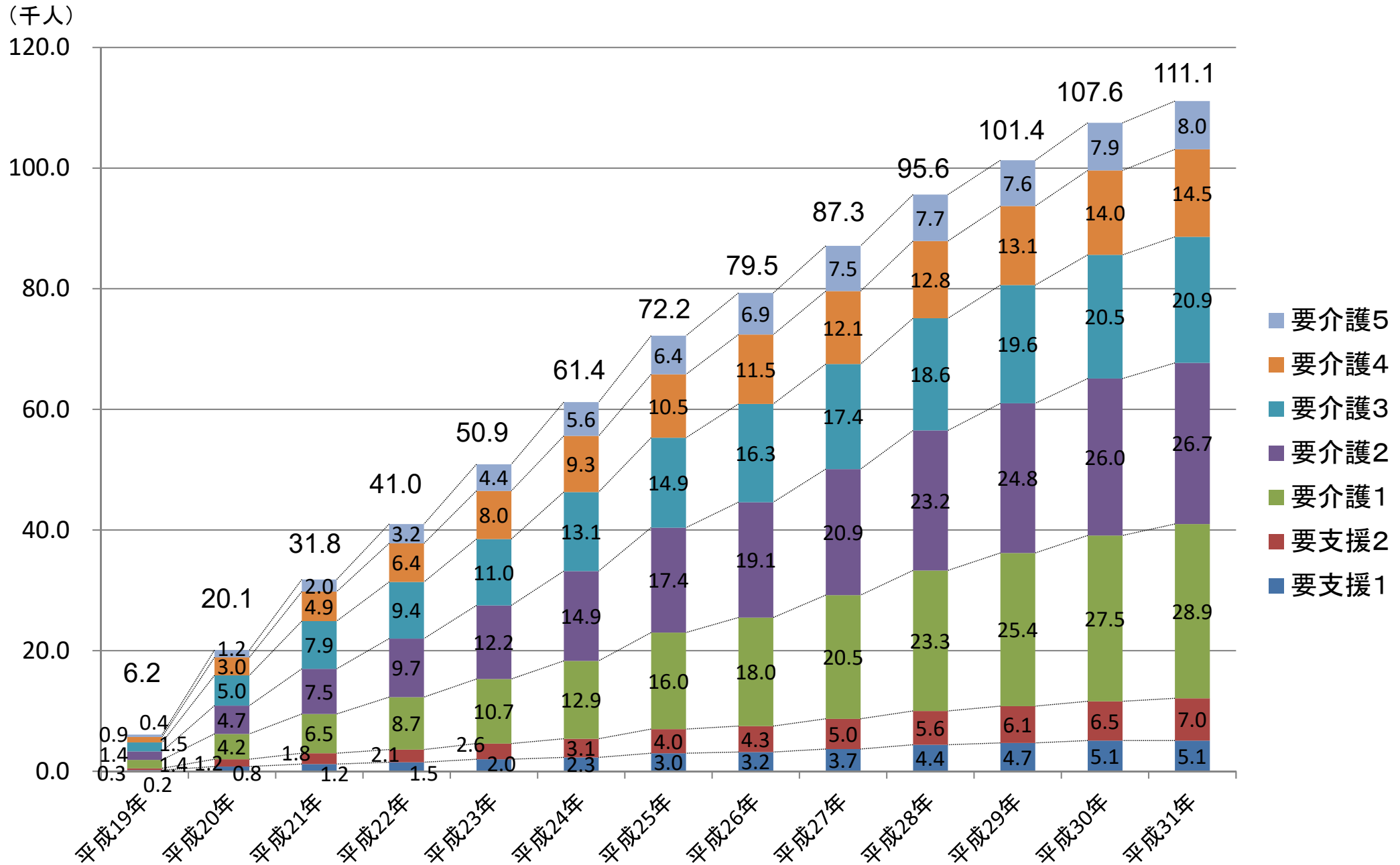


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

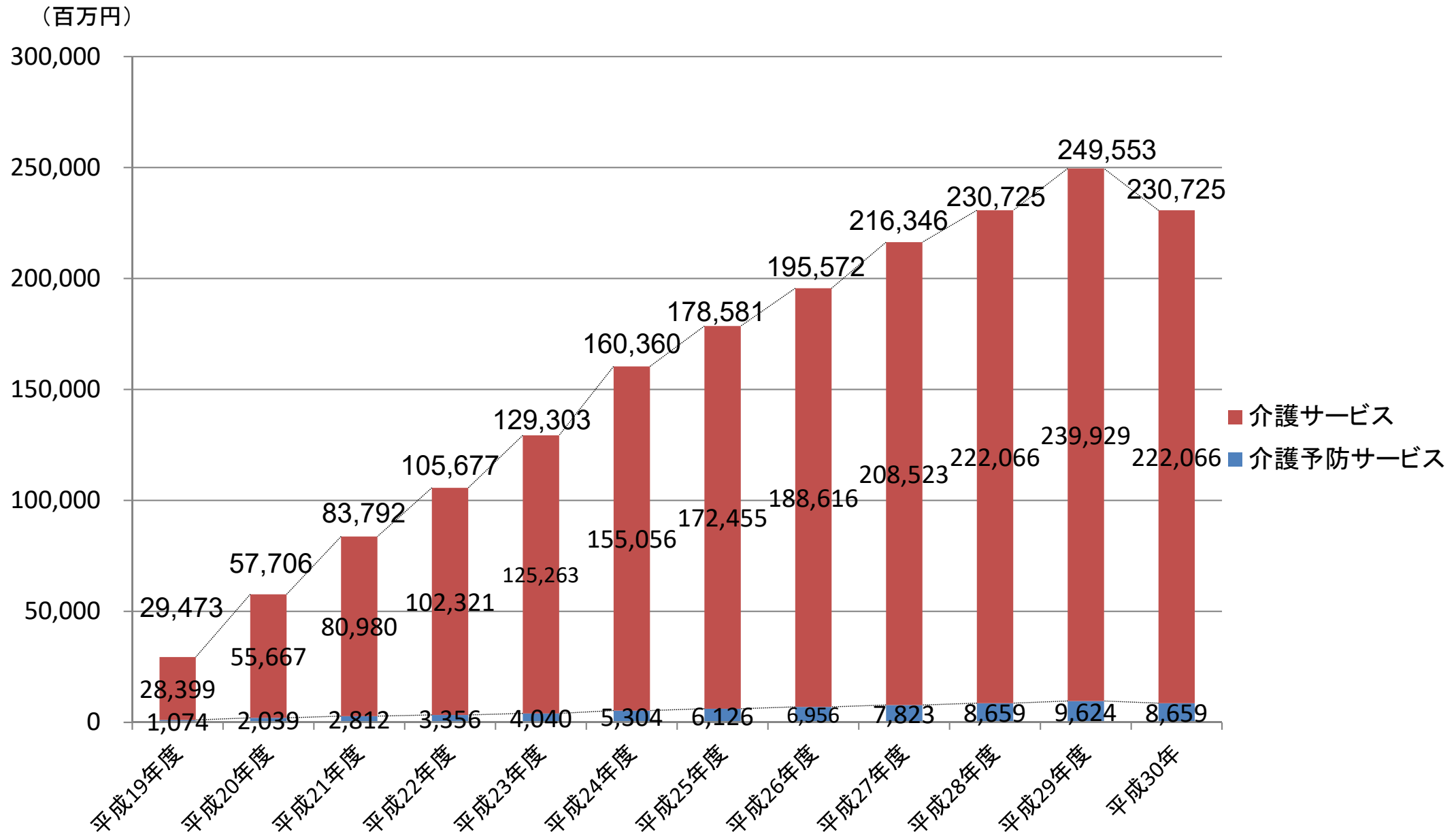
小規模多機能型居宅介護の受給者数



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

※経過的要介護は含まない。

小規模多機能型居宅介護の費用額



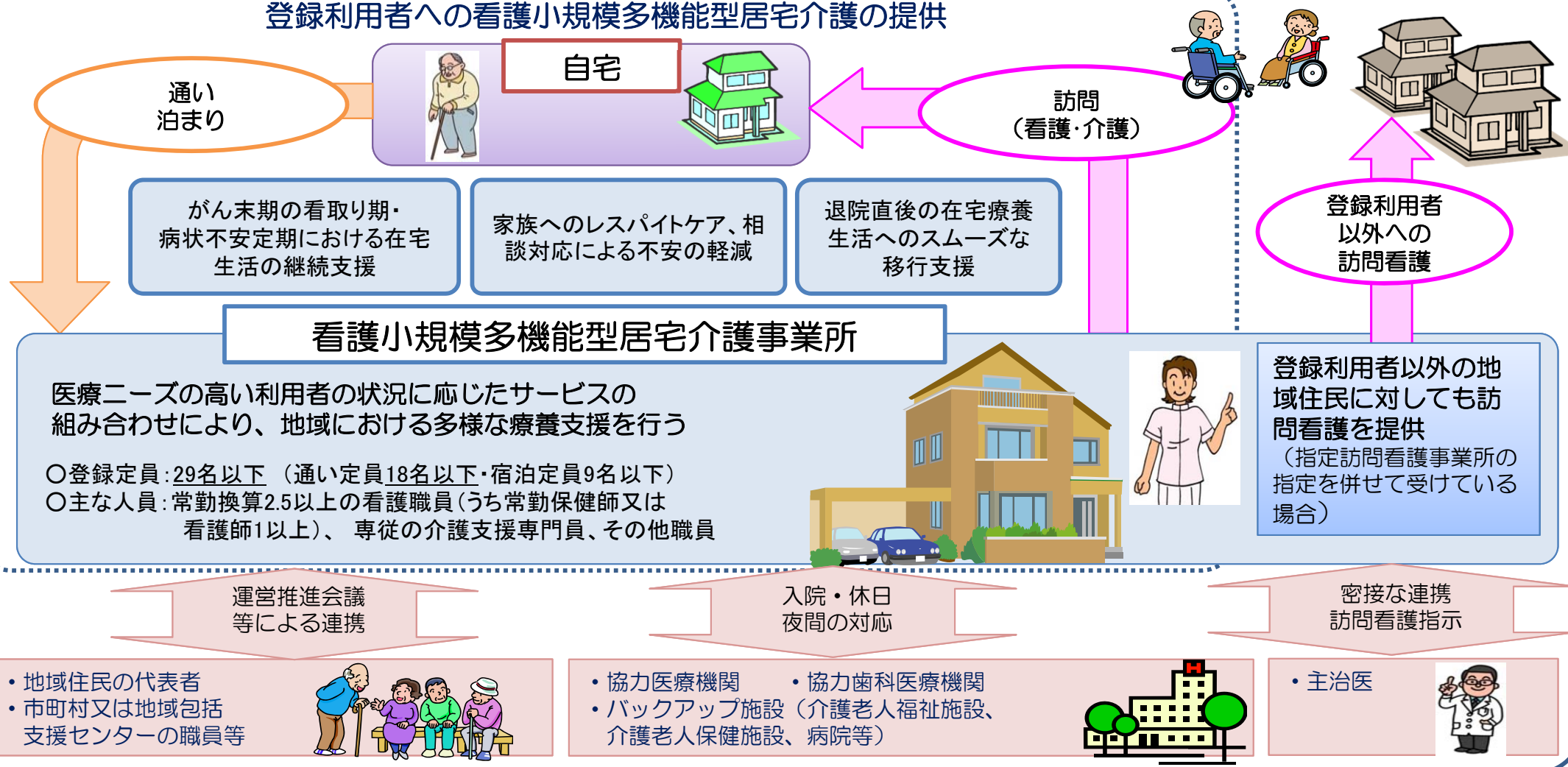
※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

20. 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の概要

登録利用者への看護小規模多機能型居宅介護の提供



○ 主治医と看護小規模多機能型居宅介護事業所の密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用することができる。
※ 医療ニーズへの対応が必要な利用者に対して、小規模多機能型居宅介護事業所では対応できなかったが、看護小規模多機能型居宅介護事業所では対応できる。

○ 看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、「通い」、「泊まり」、「訪問(看護・介護)」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。

看護小規模多機能型居宅介護の基準等 ①

必要となる人員・設備等

※ 太字は看護小規模多機能型居宅介護のみの基準（他は小規模多機能型居宅介護の基準に準ずる部分）

基準項目			看護小規模多機能型居宅介護 (本体事業所)	サテライト型看護小規模・ 小規模多機能型居宅介護事業所 (小多機は太字を除く)
代表者			○ 特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、 小規模多機能型居宅介護事業所 、認知症対応型共同生活介護事業所、複合型サービス事業所等の従業者又は訪問介護員等として認知症である者の介護に従事した経験、又は保健医療サービスもしくは福祉サービスの経営に携わった経験があり、厚生労働大臣が定める研修(認知症対応型サービス事業開設者研修)を修了した者、又は 保健師若しくは看護師	本体の代表者
管理者			○ 特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、 小規模多機能型居宅介護事業所 、認知症対応型共同生活介護事業所、複合型サービス事業所等の従業者又は訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験があり、厚生労働大臣が定める研修(認知症対応型サービス事業管理者研修)を修了した者、又は 保健師若しくは看護師 ○ 常勤専従かつ管理上支障が無い場合は、「認知症対応型共同生活介護事業所」「地域密着型特定施設」「地域密着型介護老人福祉施設」「指定介護療養型医療施設」「介護医療院」を併設する場合、一体的な運営をしていれば兼務可能(同一時間帯で職員の行き来を認める)	本体の管理者が兼務可能
従業者の員数	日中	通いサービス	○ 常勤換算法で利用者3人に対し1以上(1以上は 保健師、看護師又は准看護師) ○ 人員配置は各サービスに固定にせず、柔軟な業務遂行が可能	本体事業所と同様
		訪問サービス	○ 常勤換算法で2人以上(1以上は 保健師、看護師又は准看護師) ※サテライト型事業所の利用者に対しサービス提供することもできる	看多機：2人以上の配置 小多機：常勤換算法で1人以上 ※本体事業所又は他のサテライト型事業所の利用者に対しサービス提供が可能
	夜間	夜勤職員	○ 泊まりサービス及び訪問サービス提供：2人以上(うち1人は宿直勤務可)※泊まりサービスの利用者がいない場合訪問サービス提供のために必要な連絡体制を整備しているときは、夜間・深夜の時間帯を通じて宿直勤務及び夜間・深夜の勤務を行う従業員を置かないことができる	本体事業所と同様
		宿直職員	○ 夜間、深夜の時間帯を通じて1人以上 ※看護職員との連絡体制の確保は必要	※本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。
	看護職員		○ 常勤換算法で保健師、看護師又は准看護師が2.5人以上(通い及び訪問サービス従業者のうち1以上は常勤の保健師又は看護師) ※訪問看護事業所の指定を併せて受け、同一事業所で一体的な運営をしている場合、訪問看護ステーションの人員基準(看護職員2.5人以上)を満たすことで上記基準も満たすものとみなす	常勤換算法で1.0人以上 (小多機は置かないことが可能) ※本体事業所が訪問看護事業所の指定を併せて受けている場合であり、出張所として要件を満たす場合には、一体的なサービス提供の単位として事業所に含めて指定することができる。

看護小規模多機能型居宅介護の基準等 ②

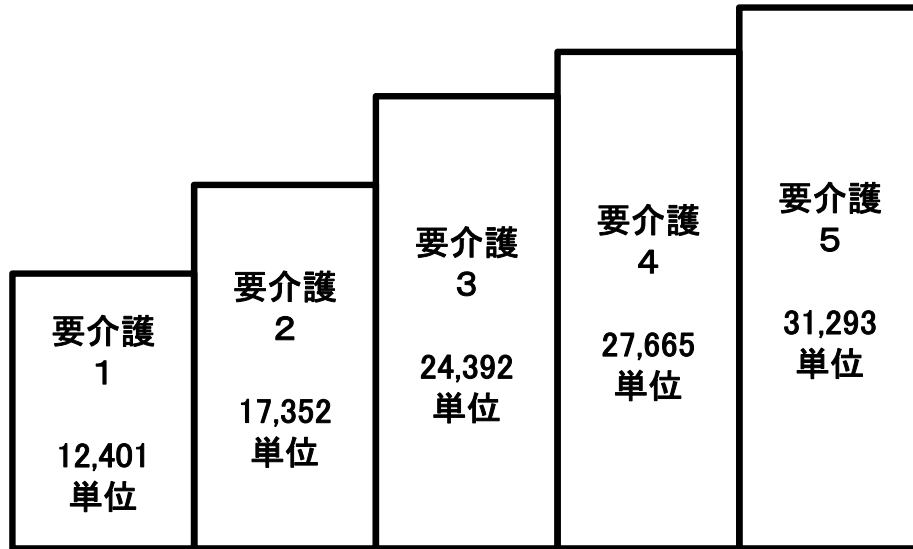
※ 太字は看護小規模多機能型居宅介護のみの基準（他は小規模多機能型居宅介護の基準に準ずる部分）

基準項目		看護小規模多機能型居宅介護 (本体事業所)	サテライト型看護小規模・ 小規模多機能型居宅介護事業所
介護支援専門員		○ 介護支援専門員(非常勤可、管理者との兼務可)であって、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者1人以上 ※利用者の処遇に支障がない場合は、事業所・併施設等の他の職務に従事できる	本体事業所と同様
登録定員・ 利用定員	登録	29人まで	18人まで
	通い	登録定員の1/2～15人まで ※ただし、登録定員が26人以上29人以下の事業所について、居間及び食堂を合計した面積が、「利用者の処遇に支障がないと認められる十分な広さ(1人当たり3㎡以上)が確保されている場合」は、通いサービスに係る定員を18人までとすることができる。	登録定員の1/2～12人まで
	泊まり	通い定員の1/3～9人まで	通い定員の1/3～6人まで
設備・備品等		①居間及び食堂は機能を十分に発揮しうる適当な広さ ②宿泊室 ・個室の定員:1人(利用者の処遇上必要と認められる場合は2人) ・個室の床面積:7.43㎡以上(病院又は診療所の場合は6.4㎡以上(定員1人の場合に限る)) ・個室以外の宿泊室:合計面積が1人当たり概ね7.43㎡以上で、プライバシーが確保された構造 <u>(有床診療所の場合は、専用の1病床以上確保した上で医療法上の病床の届出が可能)</u> ③家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、住宅地等に立地する	
その他		○ <u>サテライト型事業所の本体となる事業所は緊急時訪問看護加算の届け出事業所に限る</u> ○本体事業所1に対するサテライト型事業所の箇所数 ・最大2箇所まで(サテライト型看護小規模・小規模多機能型居宅介護事業所を合わせて2箇所) ○本体事業所とサテライト型事業所との距離等 ・自動車等による移動に要する時間がおおむね20分未満の近距離 ○サテライト型事業所の運営基準等 ・サテライト型事業所においても、通い・泊まり・訪問(看護・介護)機能は必要 ※ 本体の空床状況や利用者の心身の状況に配慮した上で、サテライト型事業所の利用者が本体事業所に宿泊することも可能	

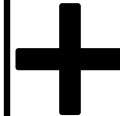
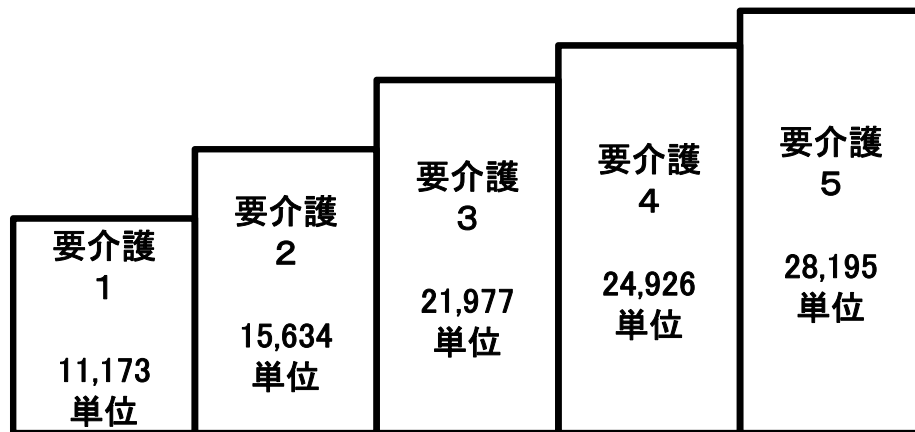
看護小規模多機能型居宅介護の報酬（1月あたり）

利用者の要介護度に応じた基本サービス費

(1) 同一建物居住者以外の登録者に対して行う場合



(2) 同一建物居住者に対して行う場合



利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する主な加算・減算

登録日から30日以内のサービス提供
【初期加算】 (30単位/日)

特別な管理の評価【特別管理加算】
(Ⅰ:500単位/月、Ⅱ:250単位/月)

24時間の訪問看護対応体制を評価
【緊急時訪問看護加算】 (574単位/月)

栄養スクリーニング加算(6月に1回)
(5単位/月)

認知症加算
(Ⅰ:800単位/月、Ⅱ:500単位/月)

若年性認知症利用者受入加算
(800単位/月)

介護福祉士や常勤職員等を一定割合
以上配置(サービス提供体制強化加算)

・介護福祉士5割以上:640単位
・介護福祉士4割以上:500単位
・常勤職員等:350単位

訪問看護体制減算
(▲925単位/月～▲2,914単位/月)

サテライト型看護小規模多機能型居
宅介護を行う場合であって、本体事
業所又はサテライト事業所が訪問看
護体制減算を届け出ている場合
【サテライト体制未整備減算】(▲3%/月)

サービスの提供が過少である事業所
(▲30%/月)

ターミナルケア加算(2,000単位/月)

訪問(介護)サービスの推進【訪問
体制強化加算】 (1,000単位/月)

医療ニーズに重点的に対応する
体制を評価【看護体制強化加算】
(Ⅰ:3,000単位/月、Ⅱ:2,500単位/月)

退院時、医師等と共同指導した場合
【退院時共同指導加算】(600単位/回)

総合マネジメント体制強化加算
(1,000単位/月)

中山間地域等の居住者へのサー
ビス提供加算 (+5%/月)

介護職員処遇改善加算
(Ⅰ)10.2% (Ⅱ)7.4% (Ⅲ)4.1%
(Ⅳ)加算Ⅲ×0.9 (Ⅴ)加算Ⅲ×0.8

介護職員等特定処遇改善加算
(Ⅰ)1.5% (Ⅱ)1.2%

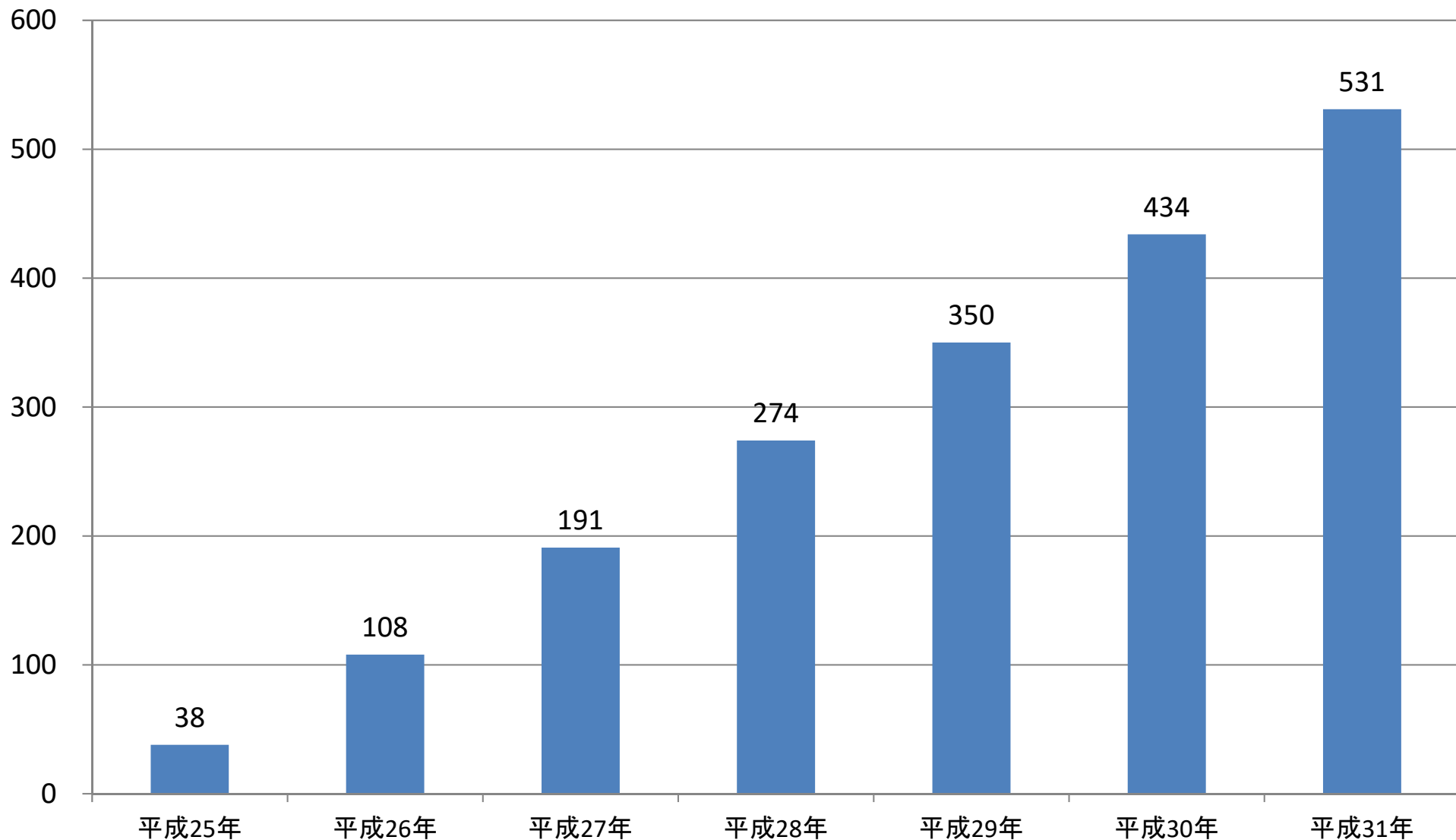
末期の悪性腫瘍等で医療保険の
訪問看護の実施
(▲925単位/月～▲2,914単位/月)

特別指示による医療保険の訪問看
護の実施
(▲30単位/日
～▲95単位/日) × 指示日数

定員を超えた利用や人員配置基準
に違反 (▲30%/月)

(注)点線枠の加算は区分支給限度基準額の枠外

看護小規模多機能型居宅介護の請求事業所数



(平成24年4月創設の当該サービスは、平成24年4月審査分に入らない。)

※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

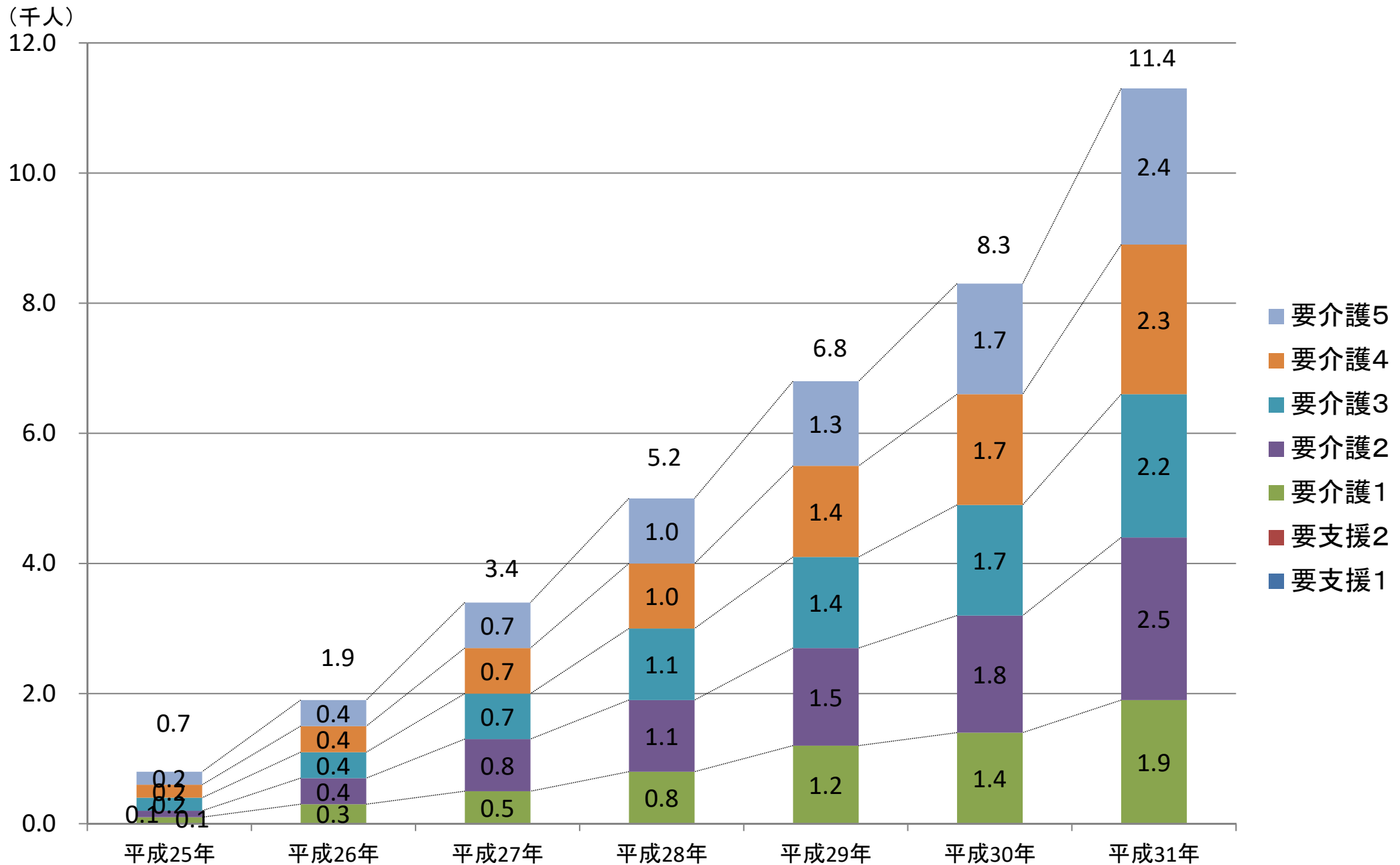
※介護予防サービスは含まない。

※平成27年4月にサービス名称変更(看護小規模多機能型居宅介護)

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

出典:厚生労働省「介護給付費実態統計」(各年4月審査分)

看護小規模多機能型居宅介護の受給者数



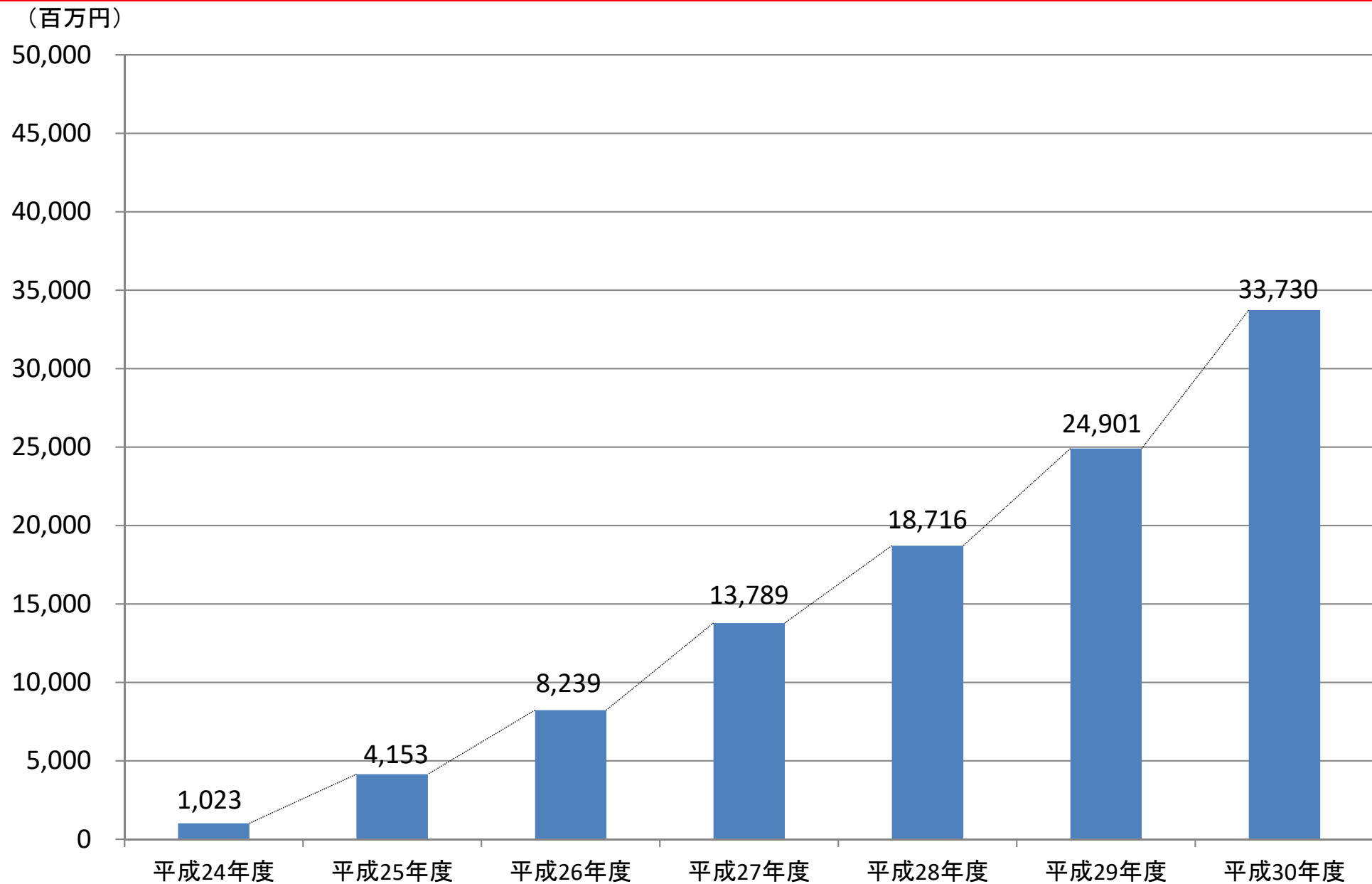
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

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

出典:厚生労働省「介護給付費実態統計」(各年4月審査分)

看護小規模多機能型居宅介護の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

21. 介護老人福祉施設

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の概要

【根拠法：介護保険法第8条第22項、第27項、老人福祉法第20条の5】

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

《設置主体》

- 地方公共団体
- 社会福祉法人 等

《人員配置基準》

- 医師：必要数
- 介護・看護職員：3:1 等

《設備基準》

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

多床室

- 多床室（既設）の介護報酬：832単位（要介護5）
- 看護・介護職員1人当たり利用者数：平均2.1人（平成29年）*

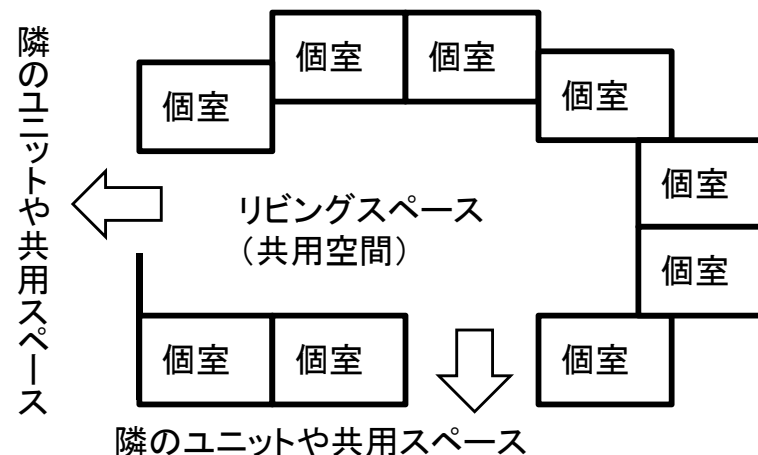


ユニット型個室

- ユニット型個室の介護報酬：913単位（要介護5）
- 看護・介護職員1人当たり利用者数：平均1.7人（平成29年）*

*介護事業経営実態調査

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



介護老人福祉施設の基準

必要となる人員・設備等

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

○人員基準

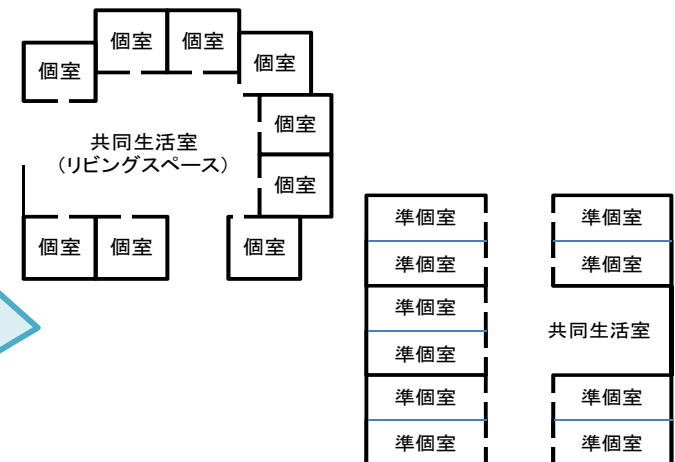
医師	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
介護職員 又は看護職員	入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上
栄養士 機能訓練指導員	1以上
介護支援専門員	1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする）

○設備基準

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

ユニット型介護老人福祉施設の場合、上記基準に加え、以下が必要

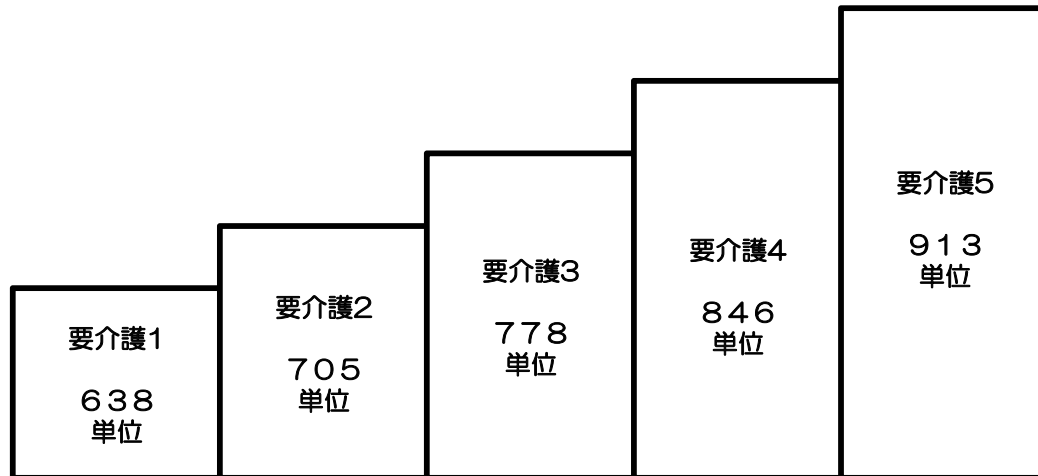
- ・共同生活室の設置
- ・居室を共同生活室に近接して一体的に設置
- ・1のユニットの定員はおおむね10人以下
- ・昼間は1ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員、夜間は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等



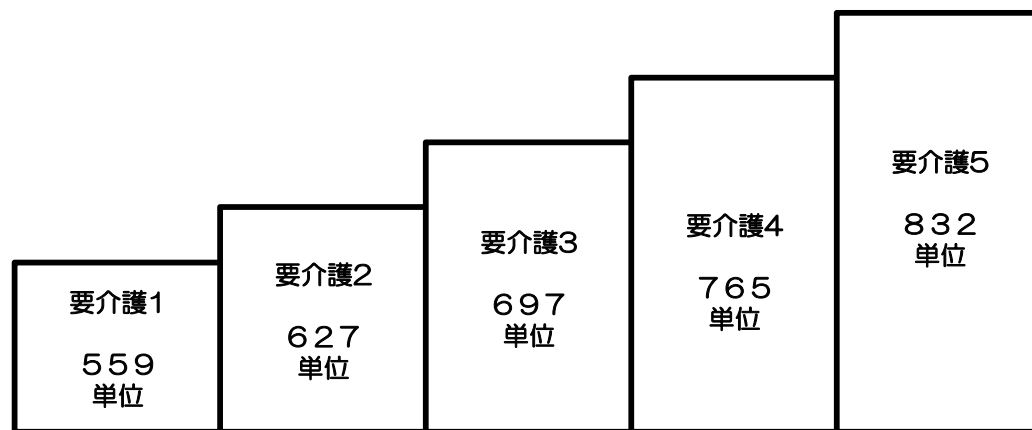
介護老人福祉施設の報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

利用者の要介護度に応じた基本サービス費
(ユニット型個室の場合)



利用者の要介護度に応じた基本サービス費
(多床室の場合)



+

利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

【初期加算】(1日につき30単位)
(要件)
・入所した日から起算して30日以内

【配置医師緊急時対応加算】
(早朝・夜間: 650単位、
深夜: 1300単位)
(要件) 配置医師と協力病院等が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保

【栄養マネジメント加算】(14単位)
(要件)
・常勤の管理栄養士を1名以上配置
・摂食・嚥下機能や食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成し、栄養管理を実施

【口腔衛生管理体制加算】
(1月につき30単位)

【日常生活継続支援加算】
(ユニット: 46単位、
多床室: 36単位)
(要件) 新規入所者の総数のうち、要介護4・5の者及び認知症自立度Ⅲ以上の者の占める割合が一定以上である等の施設において、介護福祉士等の数が入所者6に対して1以上配置されていること

【サービス提供体制強化加算】
介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置
・介護福祉士6割以上: 18単位
・介護福祉士5割以上: 12単位
・常勤職員等: 6単位

定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (▲30%)

ユニットにおける職員に係る減算
(要件) (▲3%)
・日中ユニットごと常時1人以上の介護職員・看護職員を配置していない
・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置していない

【看取り介護加算(Ⅰ)】
(要件・単位)
・死亡日以前4~30日: 144単位
・前日・前々日: 680単位
・当日: 1,280単位

【看護体制加算】(13単位など)
(要件)
・手厚い看護職員の配置
・24時間連絡できる体制を確保

【個別機能訓練加算】(12単位)
(要件)
・専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置
・入所者ごとに作成した個別機能訓練計画に基づき計画的に機能訓練を実施

【生活機能向上連携加算】
・1月につき200単位
(個別機能訓練加算を算定している場合は1月につき100単位)

【若年性認知症入所者受入加算】
(1日につき120単位)

【夜勤職員配置加算】(27単位など)
(要件)
夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が最低基準を1以上、上回っていること

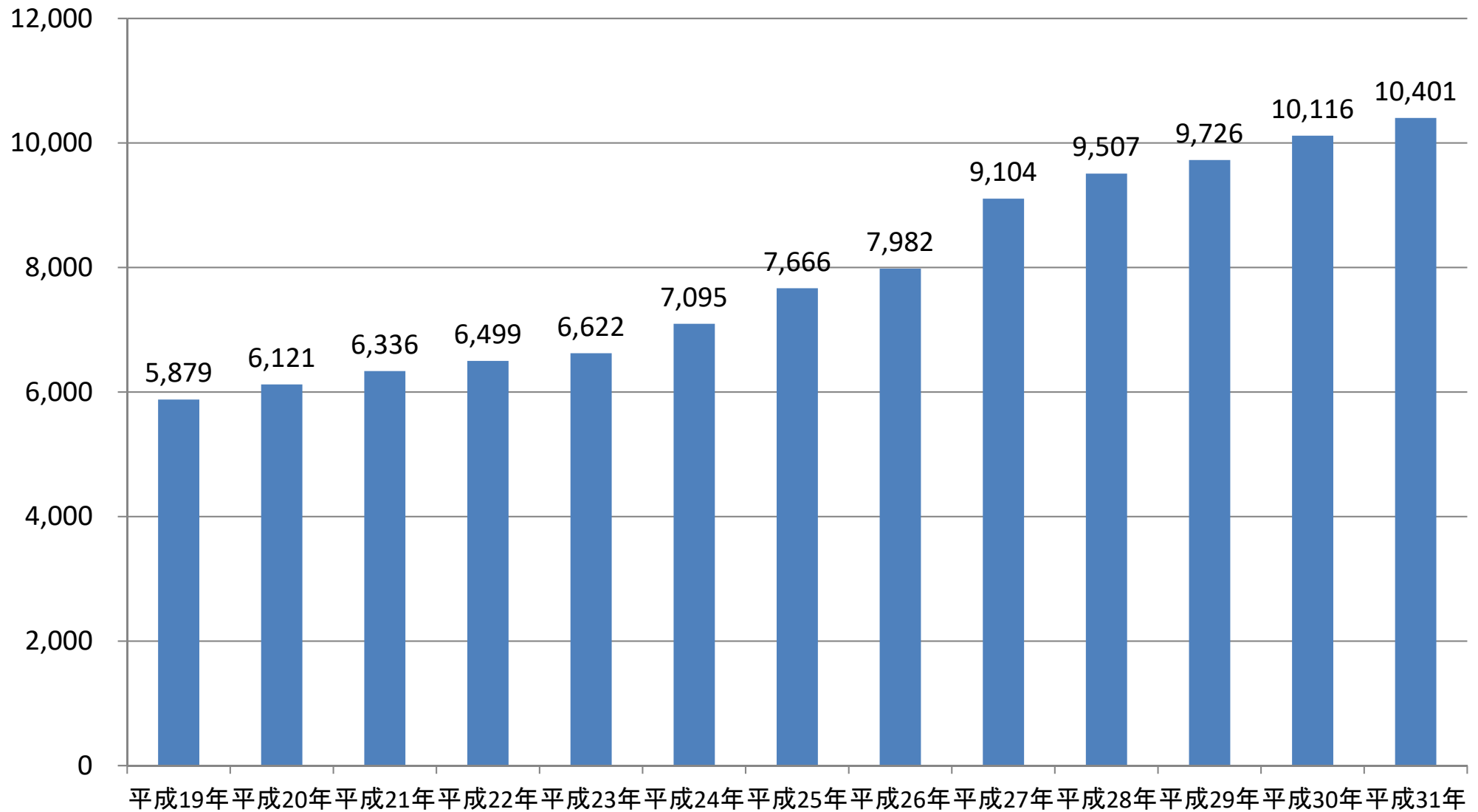
【介護職員処遇改善加算】
(Ⅰ) 8.3% (Ⅱ) 6.0%
(Ⅲ) 3.3% (Ⅳ) 加算Ⅲ × 90%
(Ⅴ) 加算Ⅲ × 80%

【介護職員等特定処遇改善加算】
(Ⅰ) 2.7% (Ⅱ) 2.3%

身体拘束についての記録を行っていない (▲10%)

夜勤体制による減算
(要件) 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たしていない場合 (▲3%)

介護老人福祉施設の請求事業所数

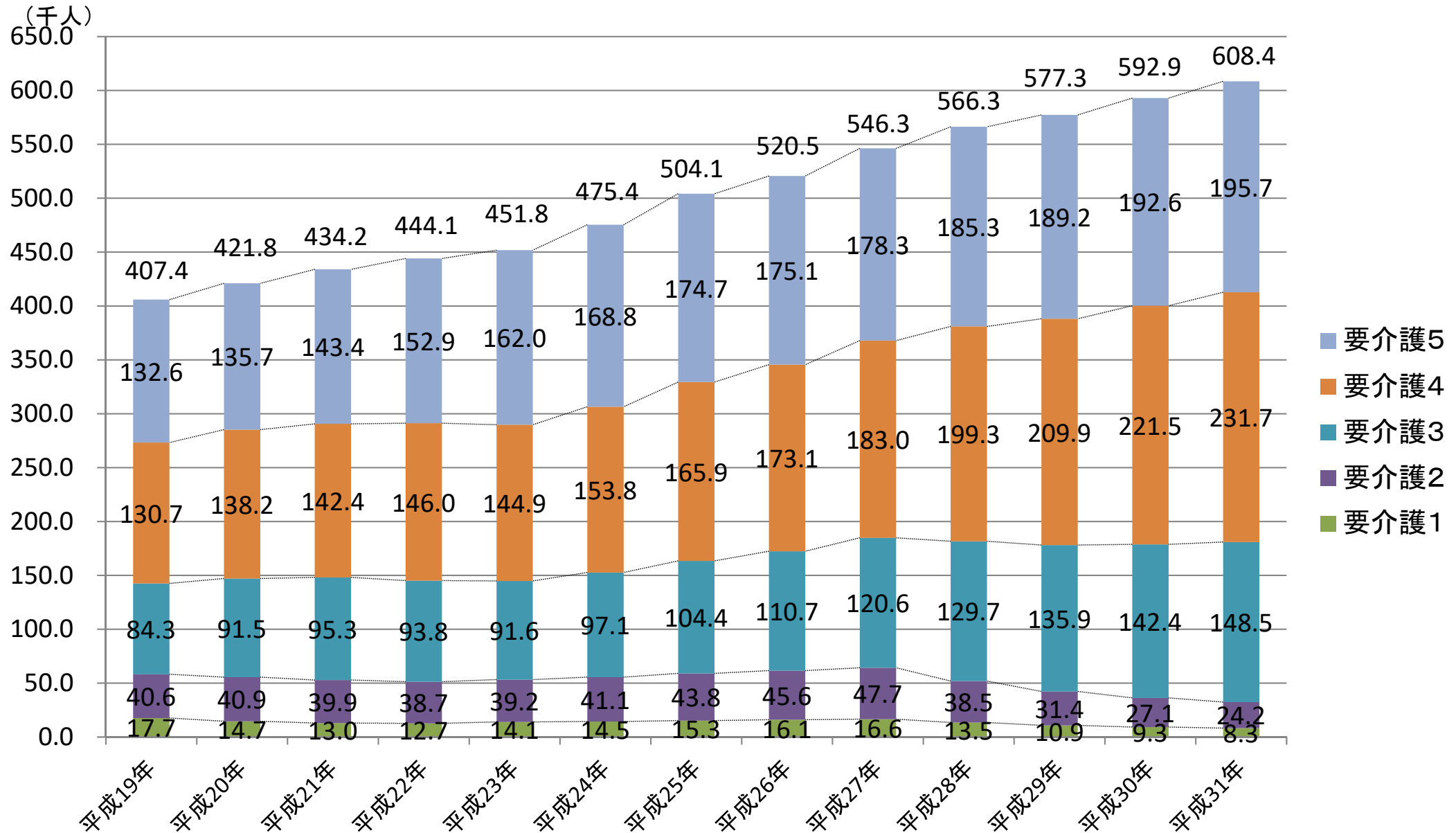


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

介護老人福祉施設の受給者数



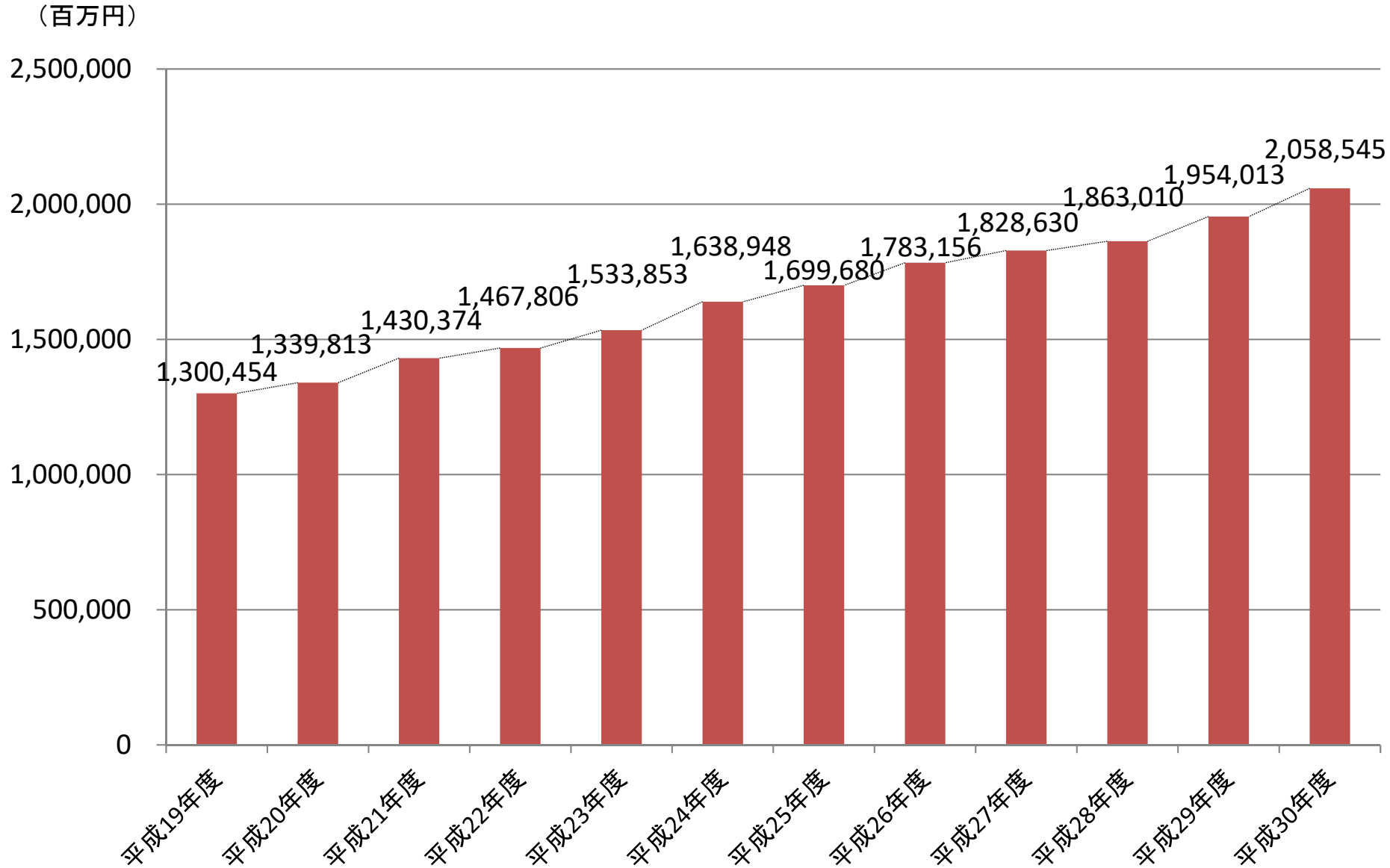
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む。

※経過的要介護は含まない。

出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

介護老人福祉施設の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む。

※補足給付は含まない。

22. 介護老人保健施設

介護老人保健施設の概要

(定義)

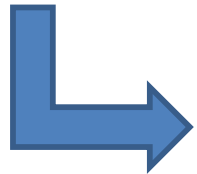
介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第28項)

(基本方針)

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

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号))



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

介護老人保健施設の基準

必要となる人員・設備等

介護老人保健施設においてサービスを提供するために必要な人員・設備等は次の通り。

・ 人員

医師	1以上、100対1以上
薬剤師	実情に応じた適当数 (300対1を標準とする)
看護・介護職員	3対1以上、 うち看護は2/7程度
支援相談員	1以上、100対1以上
理学療法士、 作業療法士 又は言語聴覚士	100対1以上
栄養士	入所定員100以上の場合、1以上
介護支援専門員	1以上 (100対1を標準とする)
調理員、事務員 その他の従業者	実情に応じた適当数

・ 施設及び設備

療養室	1室当たり定員4人以下、 入所者1人当たり8㎡以上
機能訓練室	1㎡×入所定員数以上
食堂	2㎡×入所定員数以上
廊下幅	1.8m以上 (中廊下は2.7m以上)
浴室	身体の不自由な者が入浴する のに適したもの 等

ユニット型介護老人保健施設の場合、上記基準に加え、

- ・ 共同生活室の設置
- ・ 療養室を共同生活室に近接して一体的に設置
- ・ 1のユニットの定員はおおむね10人以下
- ・ 昼間は1ユニットごとに常時1人以上、
夜間及び深夜は2ユニットごとに1人以上の
介護職員又は看護職員を配置
- ・ ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等

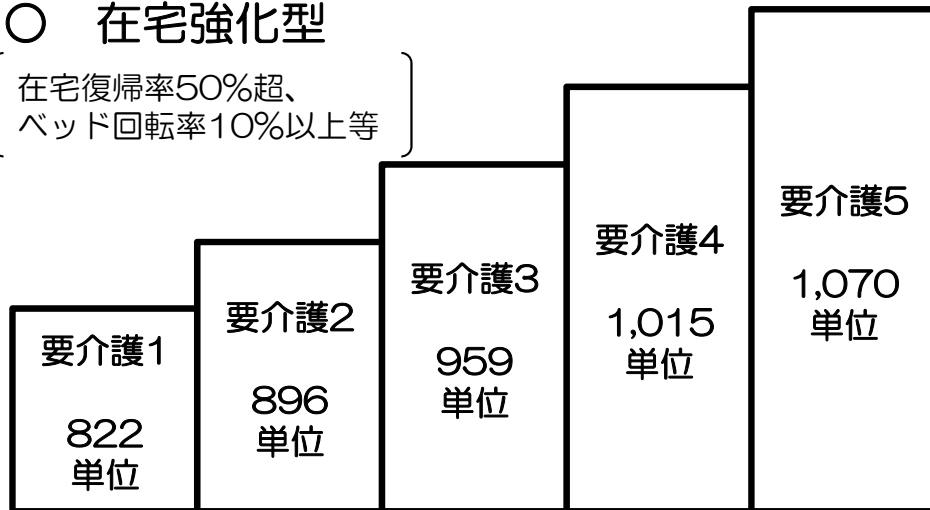
介護老人保健施設の報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

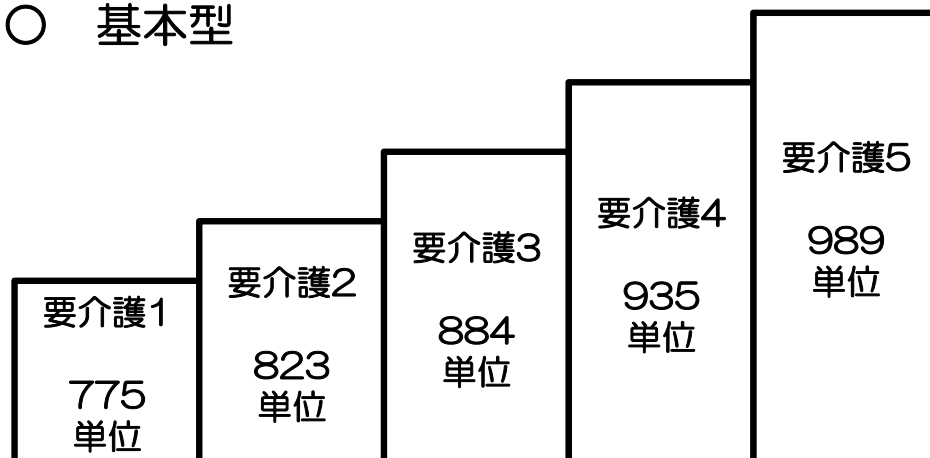
利用者の要介護度・在宅復帰率等に応じた
基本サービス費（多床室の場合）

○ 在宅強化型

在宅復帰率50%超、
ベッド回転率10%以上等



○ 基本型



利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

利用開始日から30日以内の期間
（過去3か月間入所経験ない場合）
（30単位／日）

ターミナルケアの実施

死亡日以前4～30日：160単位
前日・前々日：820単位
当日：1,650単位

在宅復帰・在宅療養支援

（Ⅰ）34単位（基本型に対する加算）
（Ⅱ）46単位（強化型に対する加算）

入所前後に退所後の居宅を訪問
して、施設サービス計画を策定

（Ⅰ）450単位／回（Ⅱ）480単位／回

肺炎、尿路感染症、带状疱疹の
治療

（Ⅰ）239単位／日
（Ⅱ）480単位／日

短期集中的なリハビリテーション
の実施（240単位／日）

認知症短期集中的なリハビリ
テーションの実施（240単位／日）
※週に3回を限度

継続的な栄養管理（14単位／日）
低栄養状態の改善等（300単位／月）

夜勤職員の手厚い配置
（24単位）

介護福祉士や常勤職員等を
一定割合以上配置
（サービス提供体制強化加算）

・介護福祉士6割以上：18単位
・介護福祉士5割以上：12単位
・常勤職員等：6単位

介護職員処遇改善加算

Ⅰ：3.9%・Ⅱ：2.9%・Ⅲ：1.6%
・Ⅳ：Ⅲ×0.9・Ⅴ：Ⅲ×0.8

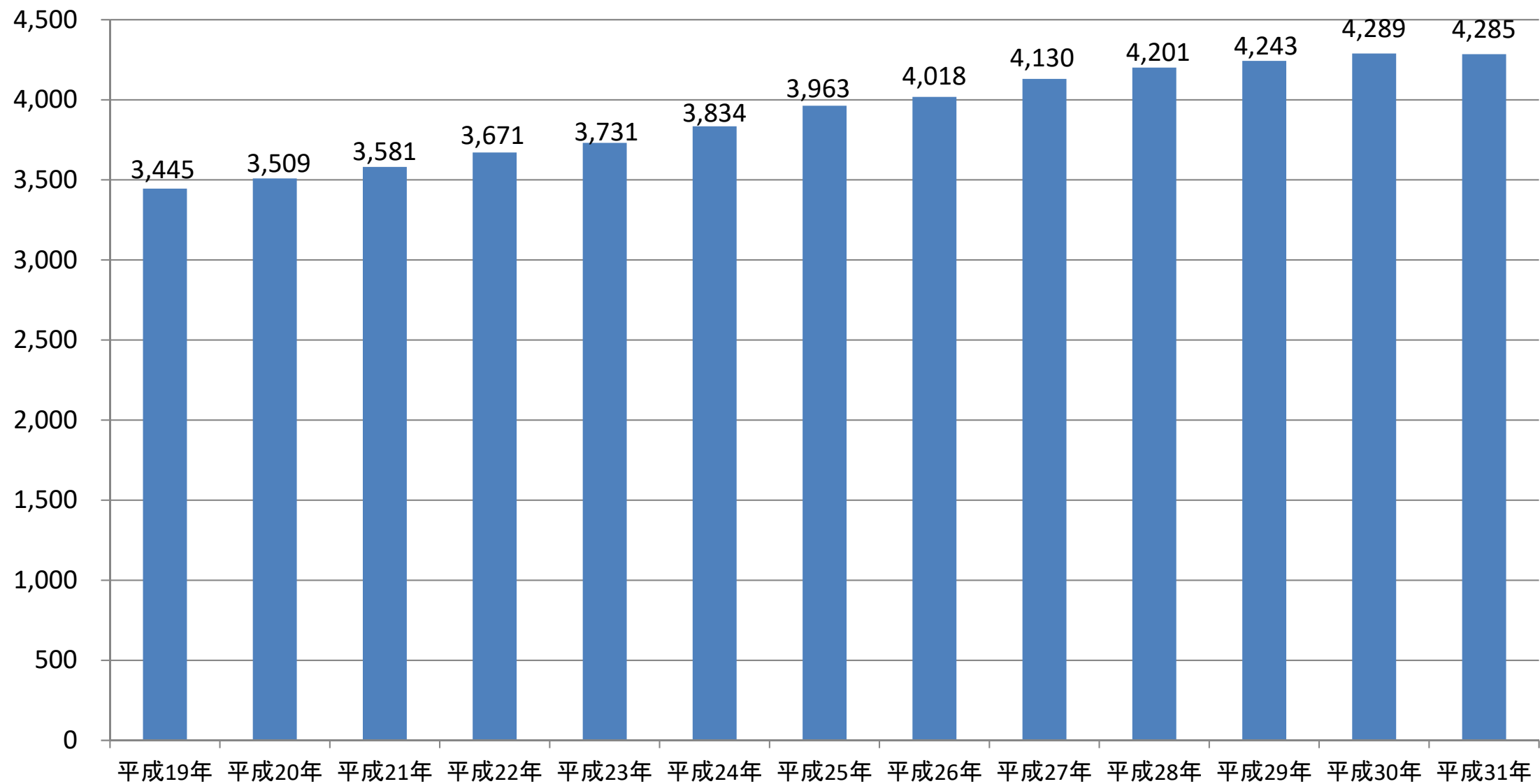
介護職員等特定処遇改善加算

（Ⅰ）2.1%（Ⅱ）1.7%

定員を超えた利用や人員配置
基準に違反（▲30%）

身体拘束未実施減算（▲10%）

介護老人保健施設の請求事業所数

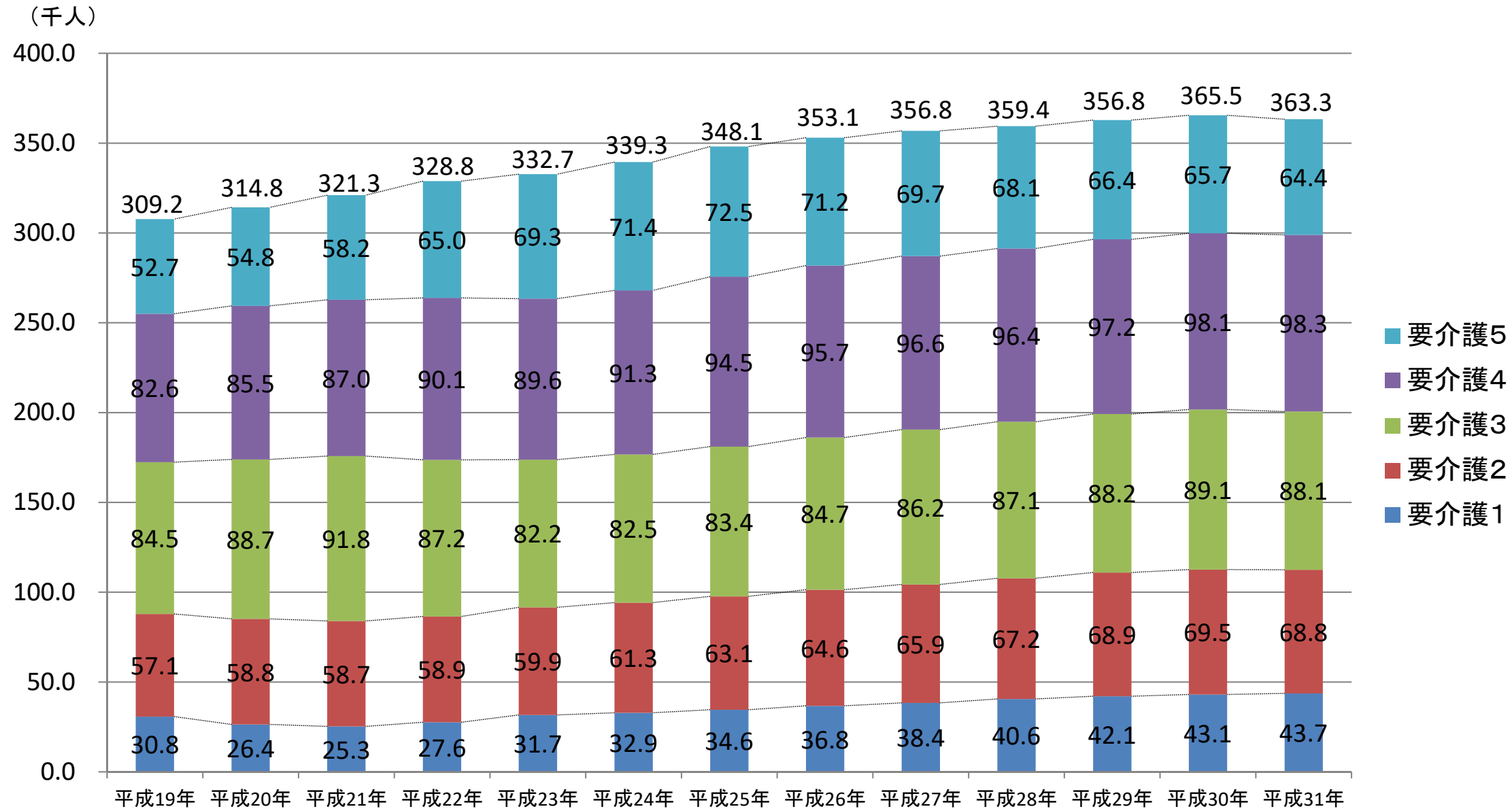


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

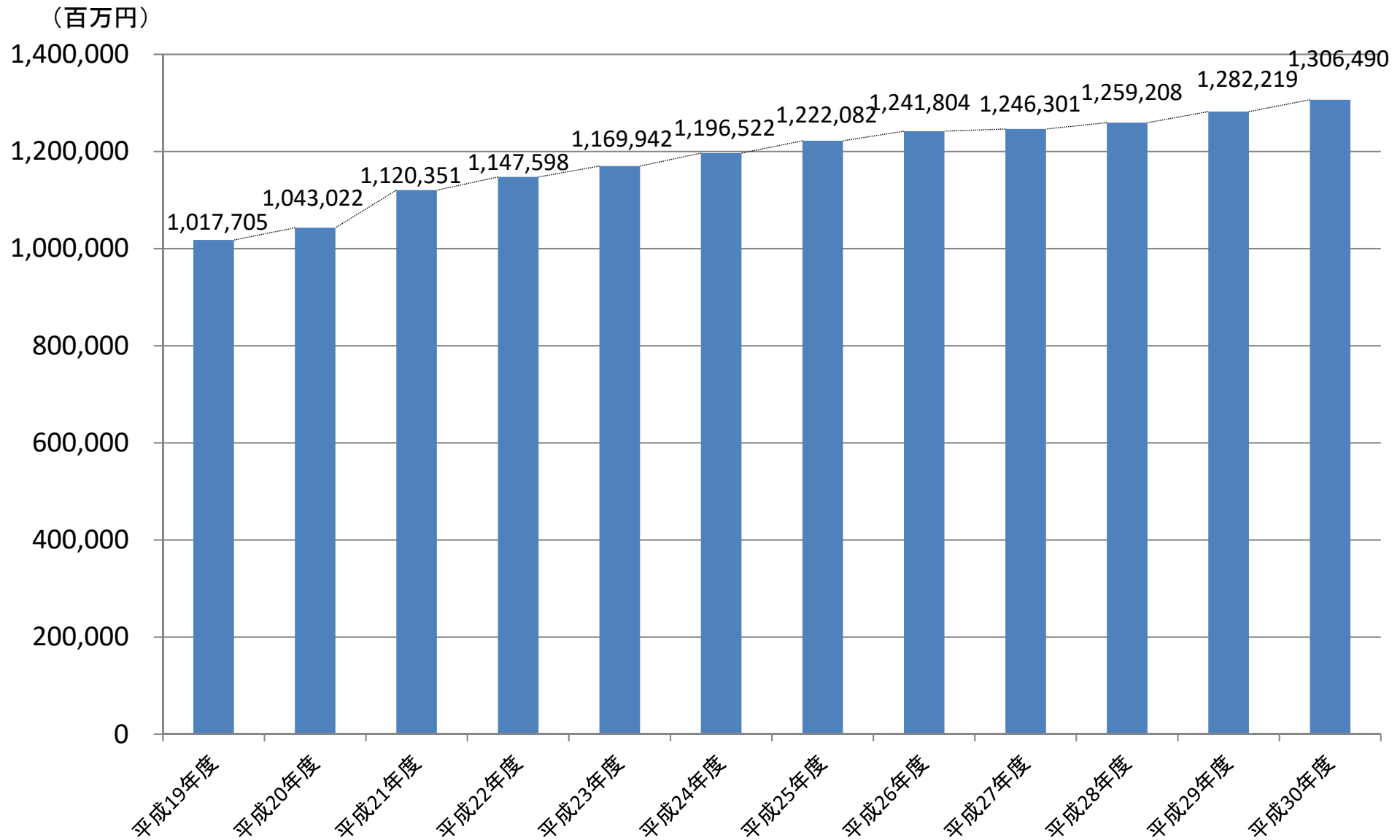
出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

介護老人保健施設の受給者数



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

介護老人保健施設の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

23. 介護療養型医療施設

介護療養型医療施設の概要

(定義)

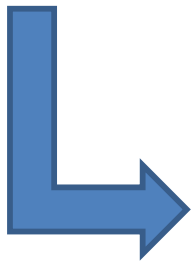
介護療養型医療施設とは、療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設。

(旧介護保険法第8条第26項)

(基本方針)

第一条の二 指定介護療養型医療施設は、長期にわたる療養を必要とする要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他の必要な医療を行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

(指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第41号))



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設

介護療養型医療施設の基準

※療養病床を有する病院の場合

必要となる人員・設備等

介護療養型医療施設においてサービスを提供するために必要な職員・設備等は次の通り。

・ 人員基準

医師	医療法に規定する必要数以上 (概算で48対1)
薬剤師	医療法に規定する必要数以上 (概算で150対1以上)
看護職員	6対1以上
介護職員	6対1以上
理学療法士、作業療法士	実情に応じた適当数
栄養士	医療法に規定する必要数以上 (100床以上の場合1)
介護支援専門員	1以上 (100対1を標準とする)

・ 設備基準

病室	1室当たり定員4人以下、入院患者1人当たり 6.4㎡以上
機能訓練室	40㎡以上
食堂	1㎡×入院患者数以上
廊下幅	1.8m以上 (中廊下は2.7m以上)
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの

ユニット型介護療養型医療施設の場合、上記基準に加え、

- ・ 共同生活室の設置
- ・ 病室を共同生活室に近接して一体的に設置
- ・ 1のユニットの定員はおおむね10人以下
- ・ 昼間は1ユニットごとに常時1人以上、
夜間及び深夜は2ユニットごとに1人以上の
介護職員又は看護職員を配置
- ・ ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等

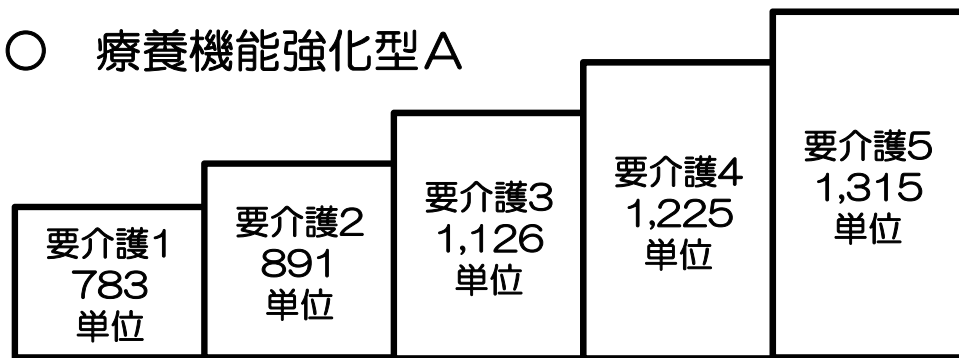
介護療養型医療施設の報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

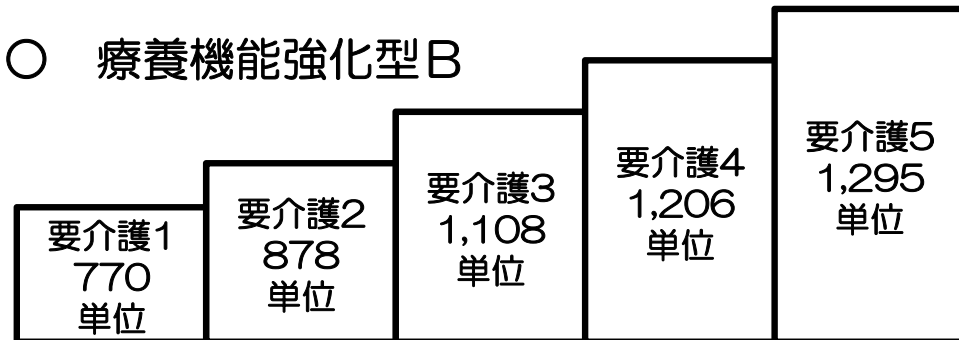
(療養病床を有する病院、療養病床を有する診療所、老人性認知症疾患療養病棟)

利用者の要介護度・職員配置に応じた基本
サービス費 (療養病床を有する病院・多床室の場合)

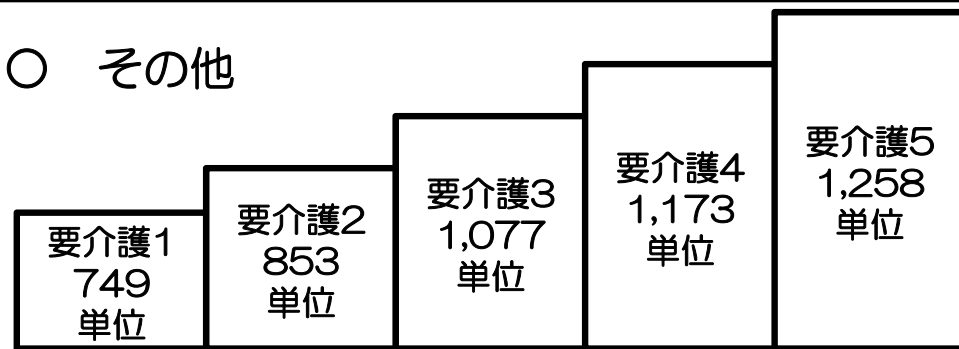
○ 療養機能強化型A



○ 療養機能強化型B



○ その他



利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

利用開始日から30日
以内の期間
(過去3か月間入所経験ない場合)
(30単位/日)

日常的に必要な医療行為の実施
(特定診療費)
・感染症を防止する体制の整備 (6単位)
・褥瘡対策の体制の整備 (6単位)
・理学療法の実施 (73単位、123単位) 等

継続的な栄養管理
(14単位/日)
低栄養状態の改善等
(300単位/月)

在宅への復帰を支援
〔在宅復帰率30%超等 10単位/日〕

認知症行動・心理症状の方の緊急的
な受け入れ
(200単位/日)
若年性認知症利用者の受け入れ
(120単位/日)

夜勤職員の手厚い配置
(7~23単位)

介護福祉士や常勤職員等を
一定割合以上配置
(サービス提供体制強化加算)
〔介護福祉士6割以上: 18単位
介護福祉士5割以上: 12単位
常勤職員等: 6単位〕

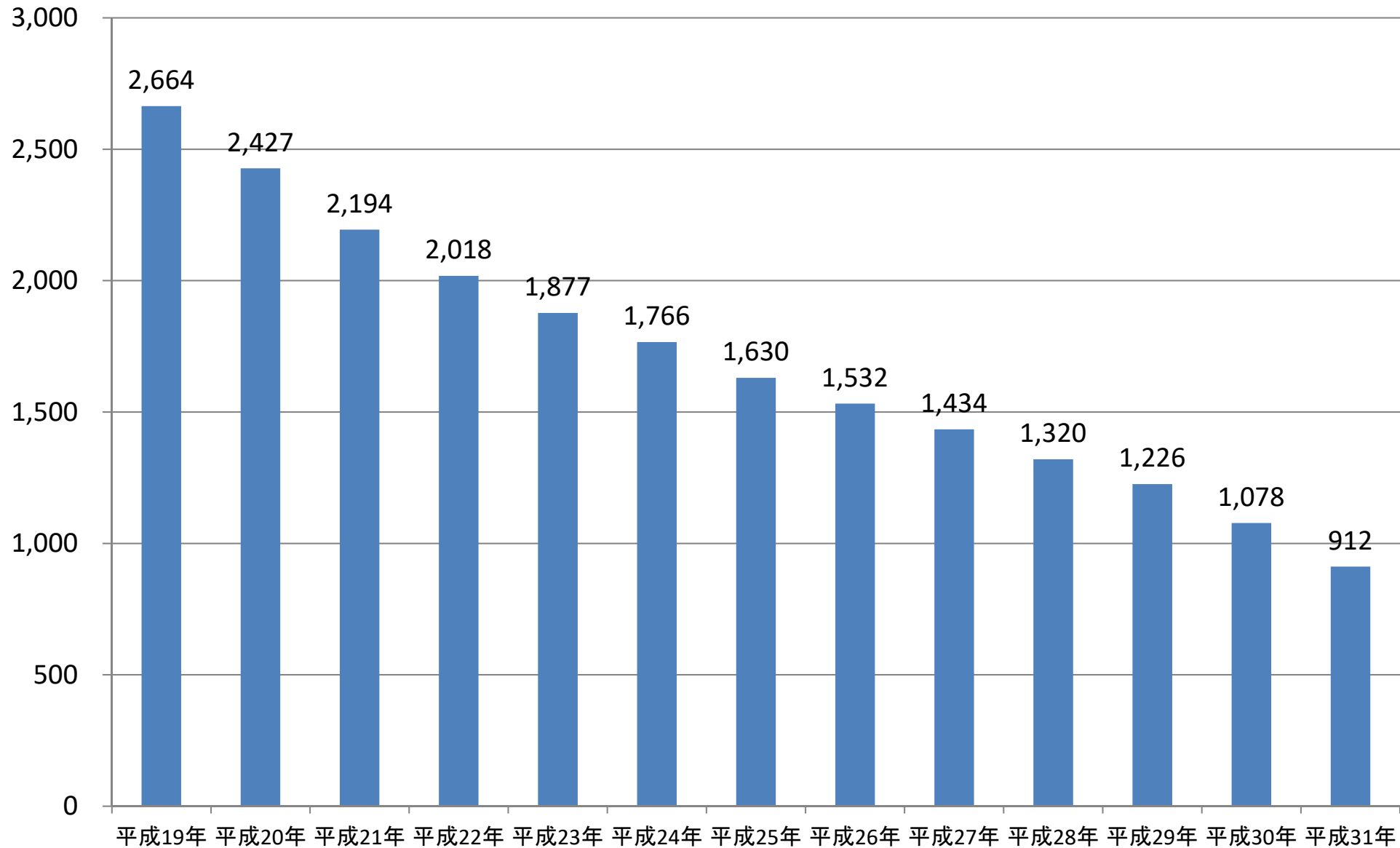
介護職員処遇改善加算
Ⅰ: 2.6%・Ⅱ: 1.9%・Ⅲ: 1.0%
・Ⅳ: Ⅲ×0.9・Ⅴ: Ⅲ×0.8
介護職員等特定処遇改善加算
(Ⅰ) 1.5% (Ⅱ) 1.1%

定員を超えた利用や人員配
置基準に違反 (▲30%)

一定の要件を満たす入院患者数
が基準に満たない (▲5%)

身体拘束未実施減算 (▲10%)

介護療養型医療施設の請求事業所数

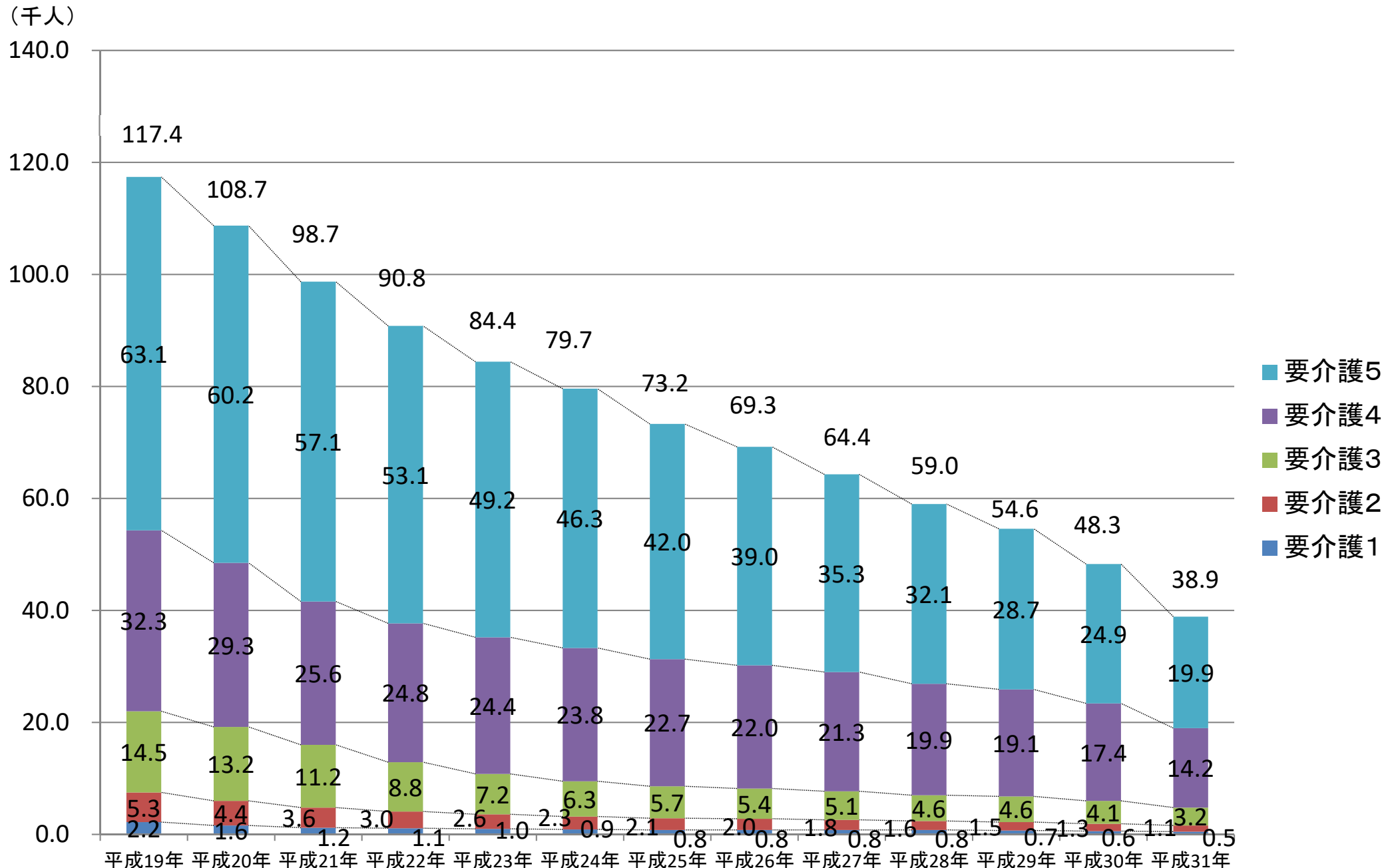


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

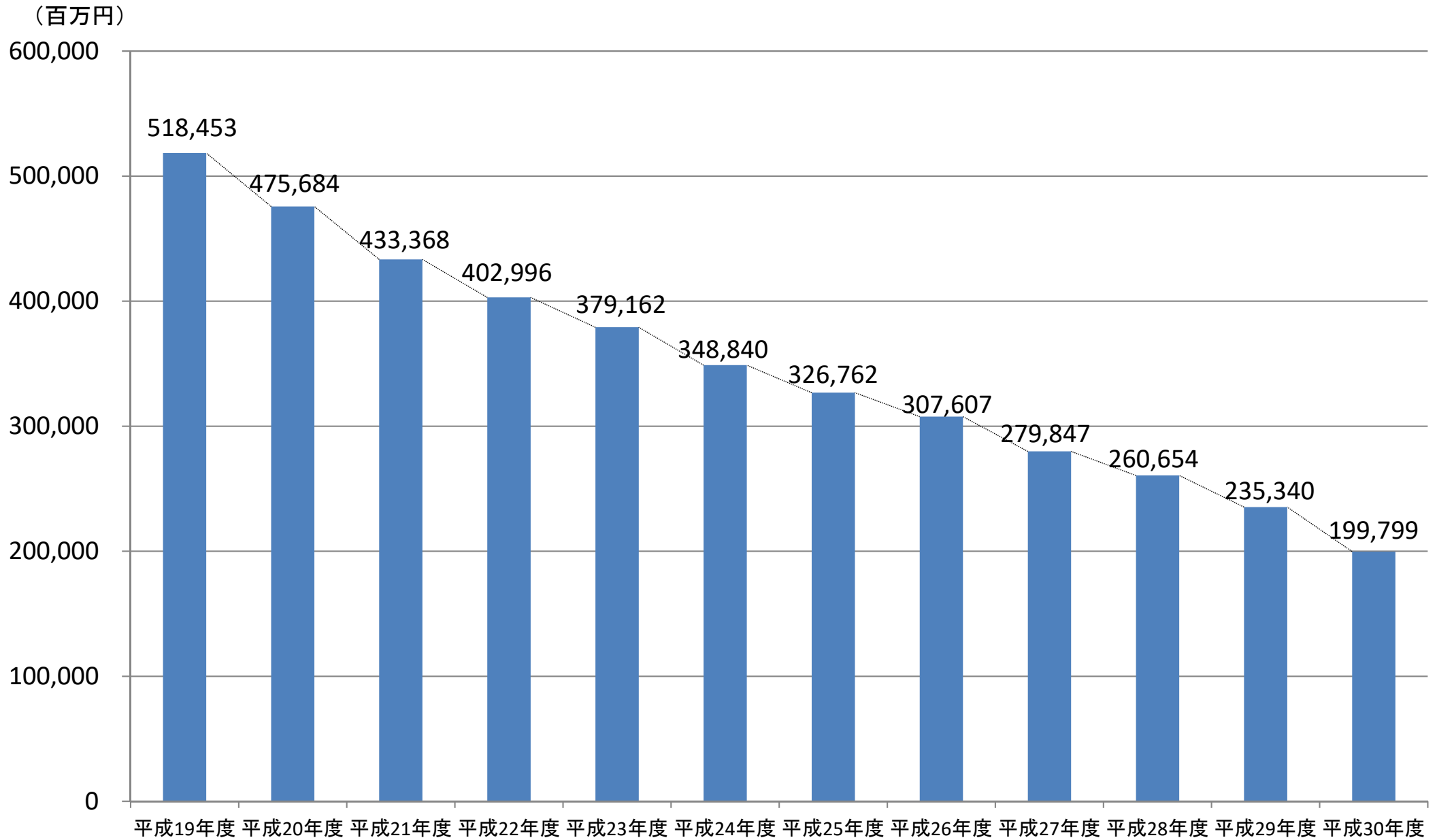
介護療養型医療施設の受給者数



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

※経過的要介護は含まない。

介護療養型医療施設の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

24. 介護医療院

介護医療院の概要

(定義)

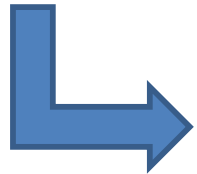
介護医療院とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第29項)

(基本方針)

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

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



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設

介護医療院の基準

必要となる人員・設備等

介護医療院においてサービスを提供するために必要な職員・設備等は次の通り。

・ 人員基準

医師	I 型: 48対1以上(施設で3以上) II 型: 100対1以上(施設で1以上)
薬剤師	I 型: 150対1以上 II 型: 300対1以上
看護職員	6対1以上
介護職員	I 型: 5対1以上 II 型: 6対1以上
理学療法士、 作業療法士、 言語聴覚士	実情に応じた適当数
栄養士	入所定員100以上の場合、1以上
介護支援 専門員	1以上 (100対1を標準とする)
放射線技師	実情に応じた適当数

・ 設備基準

診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
療養室	1室当たり定員4人以下、 入所者1人当たり8.0㎡以上
機能訓練室	40㎡以上
談話室	談話を楽しめる広さ
食堂	1㎡×入所者数以上
廊下幅	1.8m以上 (中廊下は2.7m以上)
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに 適したもの
その他 医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線 装置、調剤所

ユニット型介護療養型医療施設の場合、上記基準に加え、

- ・ 共同生活室の設置
- ・ 病室を共同生活室に近接して一体的に設置
- ・ 1のユニットの定員はおおむね10人以下
- ・ 昼間は1ユニットごとに常時1人以上、夜間及び深夜は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ・ ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等

介護医療院の報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

利用者の要介護度・職員配置等に応じた基本サービス費（多床室の場合）

利用者の状態に応じたサービス提供や施設の体制に対する加算・減算

利用開始日から30日以内の期間
（過去3か月間入所経験ない場合）
（30単位／日）

介護医療院への早期・円滑な移行（93単位／日）

日常的に必要な医療行為の実施（特別診療費）

- ・感染症を防止する体制の整備（6単位）
- ・褥瘡対策の体制の整備（6単位）
- ・理学療法の実施（73単位、123単位）等

継続的な栄養管理（14単位／日）
低栄養状態の改善等（300単位／月）

在宅への復帰を支援

在宅復帰率30%超等
（10単位）

認知症行動・心理症状の方の緊急的な受け入れ（200単位／日）
若年性認知症利用者の受け入れ（120単位／日）
重度の認知症疾患への対応（40～200単位）

夜勤職員の手厚い配置
（7～23単位）

介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置
（サービス提供体制強化加算）

- ・介護福祉士6割以上：18単位
- ・介護福祉士5割以上：12単位
- ・常勤職員等：6単位

介護職員処遇改善加算
Ⅰ：2.6%・Ⅱ：1.9%・Ⅲ：1.0%
・Ⅳ：Ⅲ×0.9・Ⅴ：Ⅲ×0.8

介護職員等特定処遇改善加算
（Ⅰ）1.5%（Ⅱ）1.1%

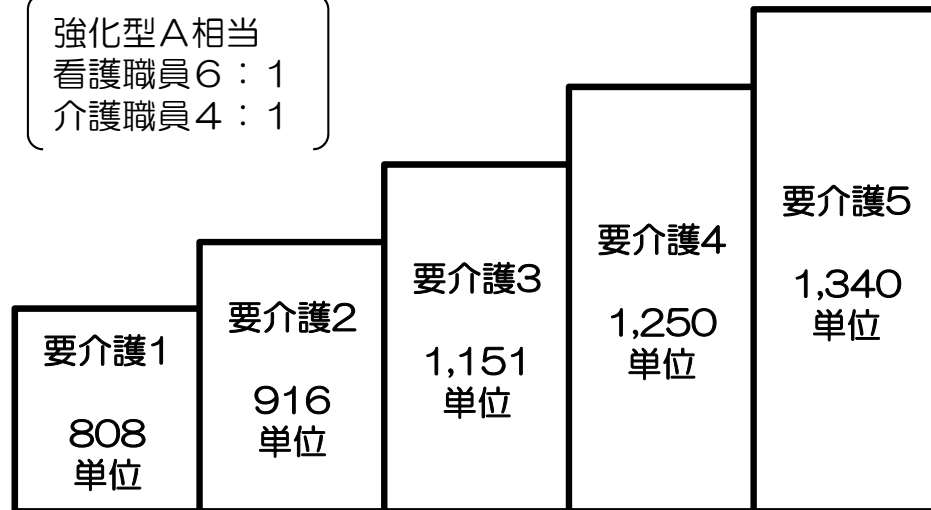
定員を超えた利用や人員配置基準に違反（▲30%）

療養室の面積の要件を満たしていない（▲25単位）

身体拘束未実施減算（▲10%）

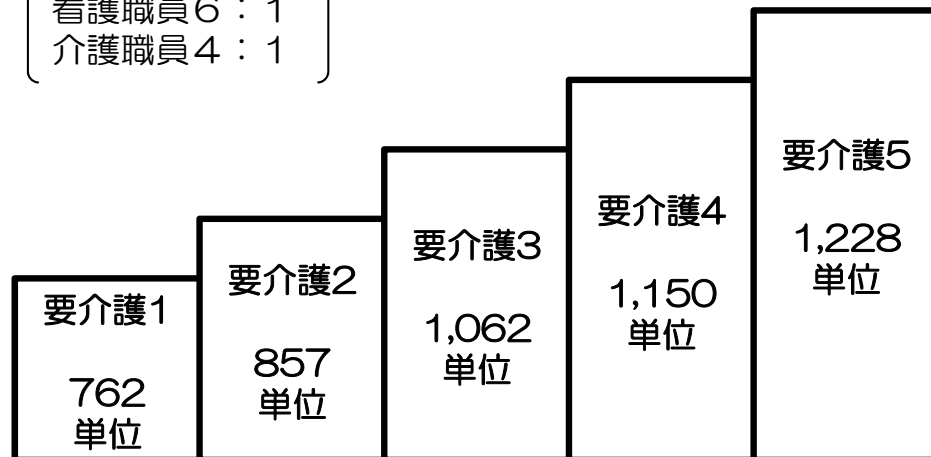
○ I 型

強化型A相当
看護職員6：1
介護職員4：1



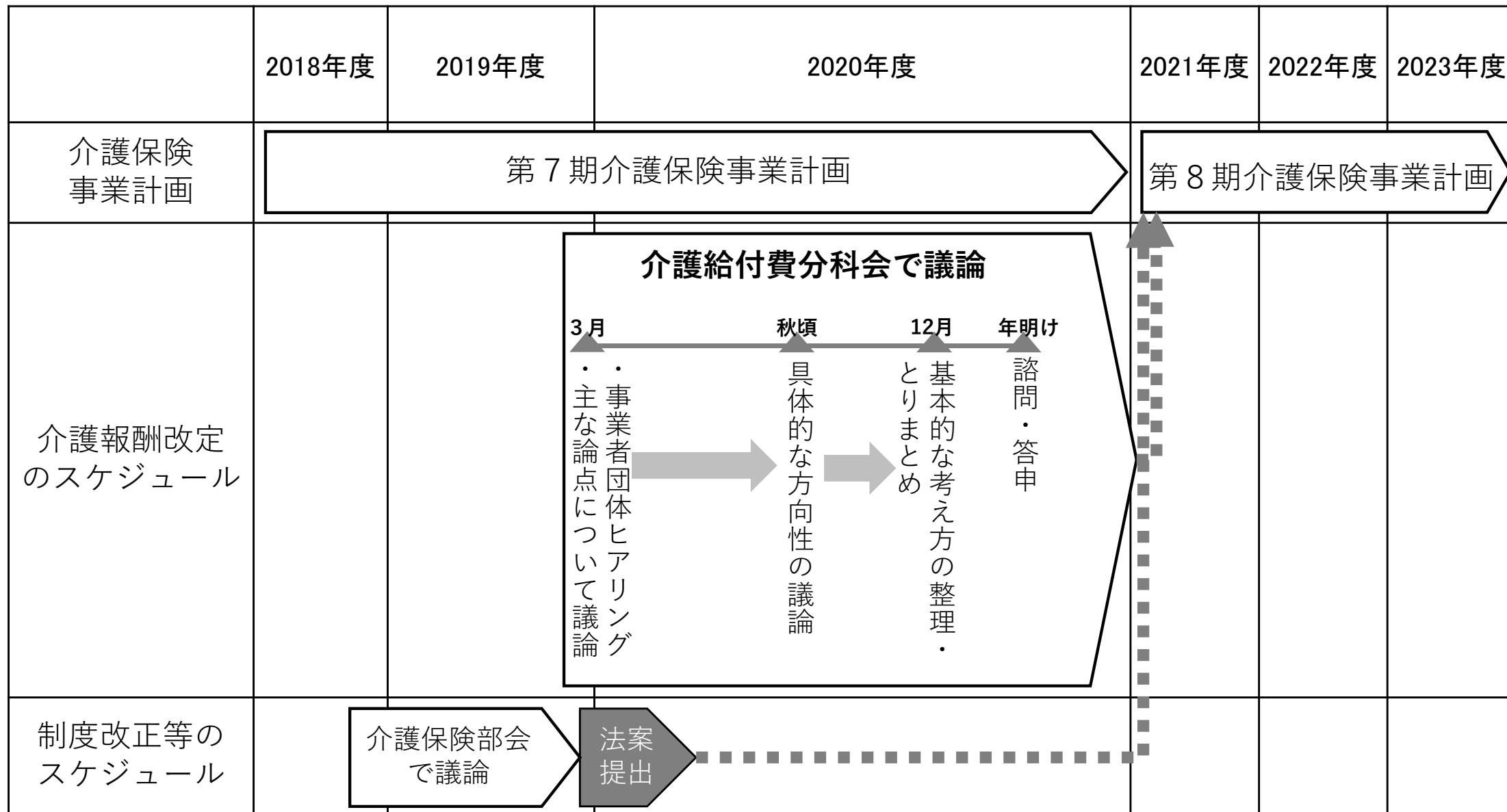
○ II 型

看護職員6：1
介護職員4：1



介護報酬改定に向けたスケジュール（案） について

介護報酬改定に向けた今後のスケジュール（案）



介護分野で行われている復興特区制度の今後の取り扱いについて

社保審一介護給付費分科会

第176回（R2.3.16）

資料 4

○経緯

- ・ 東日本大震災復興特別区域法に基づき、県や市町村は、東日本大震災からの復興の円滑かつ迅速な推進を図るため、個別の規制等の特例を受けるための計画を内閣総理大臣の認定を受けることができる。
- ・ 福島県、宮城県、岩手県における平成23～28年度の復興推進計画においては、一定の要件を緩和し、病院や介護老人保健施設等と密接な連携を確保し、サービスを適切に行うと知事が認める者に対し、訪問リハビリテーション事業所の開設を認める特例が設けられたところ。
- ・ 当該計画については、平成29年1月20日に、岩手県・宮城県は3年間（令和元年度末）、福島県4年間（令和2年度末）延長する形で、期間が変更された。第136回介護給付費分科会に報告。

○対応

（1）岩手県保健・医療・福祉復興推進計画

- 計画（訪問リハビリに係る事項）を令和5年3月末まで延長する旨の申請があり、内閣総理大臣が2月4日付け認定

（2）宮城県保健・医療・福祉復興推進計画

- 計画（訪問リハビリに係る事項）を令和4年3月末まで延長する旨の申請があり、内閣総理大臣が1月24日付け認定

(参考) 東日本大震災復興特別区域法の枠組み

社保審－介護給付費分科会

第176回 (R2.3.16)

参考資料 1

復興特別区域としての計画作成が
できる地方公共団体の区域

東日本大震災により一定の被害が生じた区域である
財特法の特定被災区域等(222市町村の区域)

復興特別区域基本方針 (閣議決定)

【主な内容】

- ・復興特別区域における復興の円滑かつ迅速な推進の意義に関する事項
- ・復興特別区域における復興の円滑かつ迅速な推進のために政府が着実に実施すべき地方公共団体に対する支援その他の施策に関する基本的な方針
- ・復興推進計画の認定に関する基本的な事項
- ・復興特別区域における特別措置 等

国と地方の協議会

- ・地域からの新たな特例の提案等について協議
- ・県ごとに設置(地域別等の分科会設置も可能)
- ・現地で開催
- ・復興庁が被災地の立場に立って運営

特例の追加・充実

復興推進計画の作成

県、市町村が単独又は共同
して作成
民間事業者等の提案が可能
個別の規制、手続の特例や
税制上の特例等を受けるための計
画

内閣総理大臣の認定

- ・住宅、産業、まちづくり、医療・福祉等の各分野にわたる規制、手続きの特例
- ・雇用の創出等を強力に支援する税制上の特例措置
- ・利子補給

復興整備計画の作成

市町村が単独又は県と共同
して作成
土地利用の再編に係る特例
許可・手続の特例等を受け
るための計画

- ・必要に応じ、公聴会、公告、縦覧
- ・復興整備協議会で協議・同意

計画の公表

土地利用再編のための 特例

- ・事業に必要な許可の特例
- ・手続のワンストップ処理
- ・新しいタイプの事業制度の創設

復興交付金事業計画の 作成

市町村が単独又は県と共同
して作成
交付金事業(著しい被害を受
けた地域の復興のための事業)
に関する計画

内閣総理大臣に提出

復興地域づくりを支援する 新たな交付金(復興交付金)

- ・40のハード補助事業を一括化
- ・使途の緩やかな資金を確保
- ・地方負担を全て手当て
- ・執行の弾力化・手続きの簡素化

岩手県保健・医療・福祉復興推進計画

作成主体の名称：岩手県

1 復興推進計画の区域

岩手県の全域とする。ただし、本計画に掲げる復興推進事業のうち、地域医療確保事業を除く事業については、沿岸 12 市町村（洋野町、久慈市、野田村、普代村、田野畑村、岩泉町、宮古市、山田町、大槌町、釜石市、大船渡市及び陸前高田市）に限る。

前段の規定にかかわらず、4 (3) 及び (6) の事業については、令和 2 年 4 月 1 日以降、宮古市、大船渡市及び陸前高田市とする。

2 復興推進計画の目標

(1) 背景

ア 東日本大震災津波による本県の医療及び福祉サービス提供体制への被害

平成 23 年 3 月 11 日に発生した東北地方太平洋沖地震とその余震による本県の医療提供施設（病院、診療所、歯科診療所、薬局）への被害は甚大で、特に津波被害の大きかった沿岸 12 市町村では、全ての医療提供施設（340 施設）のうち、52.9% に当たる 180 施設が被災した。医療従事者においては、医師・歯科医師 9 名、薬剤師 6 名が死亡・行方不明となり、看護職員も 19 名が死亡するなど未曾有の被害となり、被災地域の医療提供体制の再構築が重要な課題となっている。内陸部の医療提供施設においては、建物の一部損壊等の被害のほか、沿岸被災地への診療応援や沿岸から移送された患者の対応等により負担が増大するなどの影響が出ているところである。

また、本県の社会福祉施設（老人福祉施設、障がい者（児）福祉施設、児童福祉施設、その他の福祉施設）の被害も甚大であり、沿岸 12 市町村の社会福祉施設（396 施設）のうち、35.1% にあたる 139 施設が被災し、要援護者の避難時に多数の介護職員が津波の犠牲になるなど、福祉サービス提供体制の再構築も重要な課題となっている。内陸部等の福祉施設等においては、建物の一部損壊等の被害のほか、被災施設の入所者等の受入れにより超過定員となる施設が出る等、施設の負担が増大するなどの影響が出ているところである。

イ 地域医療の再生

本県は、山間地が多いという地理的条件に加え、都市部へのアクセスが悪く民間の医療機関が不足している地域が多いという状況から、県立病院や市町村立医療機関をはじめとする公的医療機関が、地域のプライマリ・ケアから広域的な救急・高度・専門医療等までを幅広くカバーしてきた。特に、病院全体に占める県立病院の割合は全国でも群を抜いて高く、県立病院をはじめとする公的医療機関等が連携し、ネットワーク化を図ることにより本県の地域医療を確保してきたところである。

また、本県の人口 10 万人当たりの医師数は、全国と比較して低い水準（第 40 位（平成 22 年））にあり、県北・沿岸地域の医師不足など医師の地域偏在の問題や、産科や小児科などの特定診療科の医師不足が続いていることから、医師の養成・確保に向け、修学資金貸付事業による医師養成や医師不足地域の拠点病院等への医師の計画的な配置・派遣調整などを進めてきたところである。

今回の震災により大きな被害を受けた沿岸地域は、医師不足や医師の地域偏在の問題が特に深刻な地域であり、震災により 3 つの県立病院をはじめとする貴重な医療資源が多数失われたため、今後更に、これらの問題が深刻化する可能性がある。

このため、沿岸被災地域においては、限りある医療資源を有効に活用し、可能な限り二次保健医療圏で完結できる医療を目指し、病院と診療所の役割分担と連携によって、地域における医療提供体制を再生するとともに、今回の震災の経験を踏まえ全県的な災害医療体制の再構築を進めていく必要がある。

ウ 高齢化の進展

本県の高齢化（平成 22 年の高齢化率：岩手県 27.2%、全国 23.0%）は、全国平均より約 7 年進行が早く、平成 37 年には 35%程度まで高まり、3 人に 1 人以上が 65 歳以上の高齢者になると見込まれている。また、高齢化の進展に伴って、ひとり暮らし高齢者や高齢者だけの世帯も増えており、平成 37 年には 30.8%と 3 世帯に 1 世帯が高齢者単独世帯になると見込まれていることから、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、日常生活圏域内において、高齢者の生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスが効果的に提供される地域包括ケアの推進が必要不可欠となっている。

特に、県内でも高齢化率が高い沿岸被災地では、被災による住まいや人口構造の変化による介護サービスニーズの変化等が予想されることから、今後、これらのニーズを的確に捉え、市町村における新たなまちづくりと連動しながら、地域包括ケアシステムの構築を進めていく必要がある。

(2) 目標

本県の被災地の復興のためには、住民の生活に必要な不可欠な保健、医療及び福祉サービスの提供体制の再構築を迅速かつ効率的に進めていくことが重要であり、医療及び福祉サービスの本格的な再開が、まちに住民が戻ってくる「呼び水」となり、被災地の新たなまちづくりや産業振興に大きく寄与するものと考えられる。

このため、平成 23 年 8 月 11 日に策定した「岩手県東日本大震災津波復興計画」に掲げる以下の項目に重点的に取り組み、被災者の心身の健康を守るとともに、保健、医療及び福祉サービスの復旧・復興を進め、被災地の新たなまちづくりを促進する。

ア 災害に強く、質の高い保健・医療・福祉提供体制の整備

被災者の心身の健康を守るため、被災した病院や診療所等の医療提供施設及び高齢者・障がい者（児）福祉施設、保育所等の機能の回復を図るとともに、新たなまちづくりに連動した災害に強く、質の高い保健・医療・福祉提供体制を整備

イ 健康の維持・増進、こころのケアの推進や要保護児童への支援

きめ細かな保健活動とこころのケア活動を推進するとともに、保護を必要とする子どもたちの養育を支援

ウ 地域コミュニティの再生・活性化

全ての人が安心して地域で生活できるよう、高齢者や障がい者を住民相互で支え合う等の「福祉のまちづくり」の観点も取り入れながら、地域コミュニティ活動の活性化に向けた取組を支援

3 計画の目標を達成するために推進しようとする取組の内容

(1) 被災地医療の確保

沿岸被災地の住民が必要な医療を受けられるよう、内陸部等の病院による患者の受け入れや医師確保が困難な病院の運営を支援する。

(2) 被災地住民の健康維持

沿岸被災地の医療提供体制の復旧を図るとともに、住民のセルフメディケーション（自己治療）を支えるため、沿岸被災地における薬局及び一般用医薬品を販売する店舗の整備を推進する。

(3) 被災地の介護・福祉サービスの確保

沿岸被災地における高齢者等の要援護者が安心して生活できるよう、指定訪問リハビリテーション事業所、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び指定介護予防訪問リハビリテーション事業所における介護・福祉サービスの継続を支援するとともに、当該施設の新たな整備を推進する。

4 目標を達成するために実施し又はその実施を促進しようとする復興推進事業の内容及び事業主体に関する事項

(1) 地域医療確保事業

ア 事業実施主体

岩手県

【想定される事業対象者】

当該復興推進計画区域内の病院のうち、東日本大震災の影響により配置すべき医療従事者の員数が不足してしまう病院（医療法施行規則(昭和 23 年厚生省令第 50 号)第 19 条第 5 項及び附則第 50 条関係)

イ 事業内容

当該事業対象者のうち、別に定める申請書等を踏まえ知事が必要と認める者に対して、厚生労働省関係東日本大震災復興特別区域法第2条第4項に規定する省令の特例に関する措置及びその適用を受ける復興推進事業を定める命令（平成23年内閣府令・厚生労働省令第9号。以下「特例命令」という。）の規定により、以下の特例措置の適用を認める。

- ・配置すべき医療従事者数の計算に当たり、入院患者、外来患者及び取扱処方箋の数について、前年度の平均値の代わりに直近3か月間の平均値を用いること
- ・医師配置標準を通常の90%相当に緩和すること（ただし、3人は下回らないものとする。）

なお、県は、当該病院が適切な医療を提供するための取組を行うに当たって必要な支援及び医療提供状況の把握等に関する計画を、本復興推進計画の申請から1か月以内に定め、関係省庁に対して提出するとともに、その内容を県ホームページ等で公表することとする。併せて、県は、本特例措置を適用する病院に関する情報を関係省庁に提供するものとする。

ウ 特例措置が講ぜられる法令等の名称及び条項

- ・医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第19条第5項及び附則第50条

(2) 薬局等整備事業

ア 事業実施主体

岩手県

【想定される事業対象者】

被災した薬局の事業主及び一般用医薬品を販売する店舗の事業主のうち、当該復興推進計画の区域内において、新たに薬局及び一般用医薬品を販売する店舗を整備しようとする者

イ 事業内容

当該事業対象者が整備する薬局及び一般用医薬品を販売する店舗で、薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第2号）に定める面積に関する基準を満たさない者のうち、知事が保健衛生上支障を生ずるおそれがないと認める者については、特例命令の規定により、薬局等構造設備規則に定める面積等の構造設備に関する基準の一部を適用しないこととする。

ウ 特例措置が講ぜられる法令等の名称及び条項

- ・薬局等構造設備規則第1条第1項第3号、第8号イ、第9号ロ及び第10号ハ
- ・薬局等構造設備規則第2条第3号、第8号ロ及び第9号ロ

(3) 訪問リハビリテーション事業所整備推進事業

ア 事業実施主体

岩手県

【想定される事業対象者】

当該復興推進計画の区域内において、病院、診療所及び介護老人保健施設以外で指定訪問リハビリテーション事業所を開設しようとする者

イ 事業内容

当該事業対象者のうち、病院若しくは診療所又は介護老人保健施設との密接な連携を確保し、指定訪問リハビリテーションを適切に行うと知事が認める者については、特例命令の規定により、指定訪問リハビリテーション事業所の開設を認めることとする。

なお、県は、当該復興推進事業の実施に関する基準等を、本復興推進計画の申請から 1 か月以内に定め、関係省庁に対して提出するとともに、その内容を県ホームページ等で公表することとする。

併せて、県は、当該事業申請者に対し、病院若しくは診療所又は介護老人保健施設との密接な連携の確保を前提とした指定訪問リハビリテーション事業所の整備を推進する事業を定めた計画（職員配置、施設設備、医療機関等との連携方法及び事業の安全性に関する事項を記載したもの）の提出を求めるものとする。

ウ 特例措置が講ぜられる法令等の名称及び条項

- ・指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 37 号)第 77 条第 1 項

(4) 介護老人福祉施設等整備推進事業

ア 事業実施主体

岩手県（地域密着型介護老人福祉施設の場合にあつては、当該復興推進計画区域の市町村）

【想定される事業対象者】

当該復興推進計画区域内に介護老人福祉施設等（地域密着型介護老人福祉施設を含む。以下同じ。）を既に設置している者又は新たに整備しようとする者

イ 事業内容

当該事業対象者のうち、病院、診療所若しくは介護老人保健施設又は他の介護老人福祉施設等との密接な連携を確保し、入所者に対する健康管理及び療養上の世話を適切に行うと知事（地域密着型介護老人福祉施設の場合にあつては、市町村長）が認める者については、特例命令の規定により、介護老人福祉施設等に医師を配置しないことができるものとする。

なお、県は、当該復興推進事業の実施に関する基準等を、本復興推進計画の申請から 1 か月以内に定め、関係省庁に対して提出するとともに、その内容を県ホームページ等で公表することとする。

併せて、県又は市町村は、当該事業申請者に対し、病院、診療所若しくは介護老人保健施設又は他の介護老人福祉施設等との密接な連携を前提とした介護老人福祉施設等の整備を推進する事業を定めた計画（医師の配置、医療機関等との連携方法及び事業の安全性に関する事項を記載したもの）の提出を求めるものとする。

ウ 特例措置が講ぜられる法令等の名称及び条項

- ・指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 39 号)第 2 条第 1 項
- ・特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 46 号)第 12 条第 1 項又は第 56 条第 1 項
- ・指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成 18 年厚生労働省令第 34 号)第 131 条第 1 項

(5) 介護老人保健施設整備推進事業

ア 事業実施主体

岩手県

【想定される事業対象者】

当該復興推進計画区域内に介護老人保健施設を既に設置している者又は新たに整備しようとする者

イ 事業内容

当該事業対象者のうち、病院又は診療所との密接な連携を確保し、入所者に対する看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を適切に行うと知事が認める者については、特例命令の規定により、介護老人保健施設の医師の配置を実情に応じた適当数とすることができるものとする。

なお、県は、当該復興推進事業の実施に関する基準等を、本復興推進計画の申請から 1 か月以内に定め、関係省庁に対して提出するとともに、その内容を県ホームページ等で公表することとする。

併せて、県は、当該事業申請者に対し、病院又は診療所との密接な連携の確保を前提とした介護老人保健施設の整備を推進する事業を定めた計画（医師の配置、医療機関等との連携方法及び事業の安全性に関する事項を記載したもの）の提出を求めるものとする。

ウ 特例措置が講ぜられる法令等の名称及び条項

- ・介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 40 号)第 2 条第 1 項第 1 号

(6) 介護予防訪問リハビリテーション事業所整備推進事業

ア 事業実施主体

岩手県

【想定される事業対象者】

当該復興推進計画区域内において、病院、診療所及び介護老人保健施設以外で指定介護予防訪問リハビリテーション事業所を開設しようとする者

イ 事業内容

当該事業対象者のうち、病院若しくは診療所又は介護老人保健施設との密接な連携を確保し、指定介護予防訪問リハビリテーションを適切に行うと知事が認める者については、特例命令の規定により、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の開設を認めることとする。

なお、県は、当該復興推進事業の実施に関する基準等を、本復興推進計画の申請から 1 か月以内に定め、関係省庁に対して提出するとともに、その内容を県ホームページ等で公表することとする。

併せて、県は、当該事業申請者に対し、病院若しくは診療所又は介護老人保健施設との密接な連携の確保を前提とした指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の整備を推進する事業を定めた計画（職員配置、施設設備、医療機関等との連携方法及び事業の安全性に関する事項を記載したもの）の提出を求めるものとする。

ウ 特例措置が講ぜられる法令等の名称及び条項

- ・指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成 18 年厚生労働省令第 35 号)第 80 条第 1 項

5 当該復興推進計画の実施が当該復興推進計画の区域における復興の円滑かつ迅速な推進と当該復興推進計画の区域の活力の再生に寄与するものである旨の説明

保健、医療及び福祉は、ライフラインと同様に重要な社会基盤であり、被災地の医療及び福祉サービスが確保され、住民の生活の安定化が図られることにより、被災地における人口流出に歯止めがかかるとともに、他地域に流出していた住民が戻ってくることが見込まれることから、持続可能な地域社会の構築に向けた市町村の新しいまちづくりに寄与することが期待される。

また、老人福祉施設と病院、診療所等との連携体制の構築が促進されることにより、高齢者が住み慣れた地域で暮らせるよう保健・医療、介護・福祉サービスを一体的、継続的に提供する「地域包括ケアシステム」の構築に寄与することが期待される。

6 計画期間

認定の日から平成 29 年 3 月末まで

(ただし、4 (3) 及び(6)については認定の日から令和 5 年 3 月末までとする。)

7 その他

- (1) 本計画の作成に際し、法第4条第3項に基づき、関係地方公共団体として、県内全33市町村（盛岡市、宮古市、大船渡市、花巻市、北上市、久慈市、遠野市、一関市、陸前高田市、釜石市、二戸市、八幡平市、奥州市、雫石町、葛巻町、岩手町、滝沢村、紫波町、矢巾町、西和賀町、金ヶ崎町、平泉町、住田町、大槌町、山田町、岩泉町、田野畑村、普代村、軽米町、野田村、九戸村、洋野町、一戸町）及び実施主体として、岩手県医師会、岩手県歯科医師会、岩手県薬剤師会、岩手県看護協会、岩手県薬種商協会、岩手県社会福祉協議会、岩手県社会福祉協議会高齢者福祉協議会、岩手県認知症高齢者グループホーム協会、岩手県地域包括・在宅看護支援センター協議会、岩手県介護老人保健施設協会、岩手県介護支援専門員協議会の意見を聴取した。

※別添資料参照。

- (2) 県は、4(3)及び(6)の事業所が開設されるにあたり、関係地方公共団体が作成する介護保険事業計画（令和3年度～5年度）中に当該事業所を令和5年3月末までに終了することを反映させるよう努めるものとする。
- (3) 県は、4(3)及び(6)に係る事業所について、令和2年4月1日以降、新たな整備を認めないこととするとともに、関係諸機関を構成員とする検討会を定期的に開催することにより同日時点で特例措置により開設されている事業所が令和5年3月末までに確実に終了するよう進捗管理するものとする。
- (4) 県並びに宮古市、大船渡市及び陸前高田市は、4(3)及び(6)に係る事業所について、令和5年3月末までに訪問看護ステーションへの転換が確実に行われるよう看護師等の介護人材確保に活用可能な施策（ナースセンター機能強化事業や看護職員確保定着推進事業等）を実施する。
- (5) 県は、4(3)及び(6)に係る事業所の所在市において、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所が計画的に整備されるよう、当該市及び関係諸機関との連携に努めるものとする。

宮城県保健・医療・福祉復興推進計画

作成主体の名称：宮城県

平成 23 年 3 月 11 日に発生した東北地方太平洋沖地震は、マグニチュード 9.0 という我が国観測史上最大規模の地震であり、震度 7 にも達する激しい揺れとその後続いた大津波により、多くの尊い命が失われるとともに、家屋や道路、橋梁が多数損壊した上、電気、ガス、水道、交通等のライフラインをはじめ教育、医療、福祉など県民生活全般にわたり甚大な被害が発生した。

とりわけ、想像を絶する極めて大規模な津波によって県土の 4.5 % に当たる 327 平方キロメートルが浸水し、県内沿岸部の市町に壊滅的な被害を与え、これら地震・津波により本県の死者・行方不明者は 1 万人を超え、全半壊等の住家被害は 20 万棟以上に上り、ピーク時には避難者数が 32 万人にも達するなど、被災 3 県の中でも最も甚大な被害がもたらされたところである。

保健医療福祉分野においても、社会福祉施設や医療関係機関等を中心に壊滅的な被害を受け、甚大な人的・物的被害が確認された。震災から 1 年を迎え、被災地では仮設医療機関の設置や各医療機関の復旧が進んでいるものの、被災医療機関の一部は再建が困難又は再建までに相当の時間が掛かるものと見込まれている。また一部の医療機関では患者数が増加したまま、未だに定員超過の入院患者を受け入れざるを得ない状況となっている。

県内の医療機関を取り巻く状況は住民の避難や転居に伴う患者数の増減や医療従事者の流出など、厳しくかつ今後とも流動的であるが、医療提供体制が震災前の水準に回復されるまでの間は、県民に必要な医療を確保するため、県内全域のすべての医療機関において患者受入等が引き続き必要とされている。

また、薬局及び一般用医薬品を販売する店舗販売業の店舗（以下「薬局等」という。）においても沿岸部の市町を中心に甚大な被害を受けたところである。現在も沿岸部では営業を再開できない薬局等が多く、居住している付近の薬局等の復旧が不十分な状況におかれるなど、不便を余儀なくされている被災者も多く見受けられることから、特区制度を活用した早期の沿岸部や仮設住宅団地等への薬局等の開設を促進させていくことが肝要である。

さらに、高齢者福祉施設も甚大な被害を受け、各事業者においては、国や県の交付金等を活用しながら再建に向けて作業を進めているところであるが、介護関連施設は被災地を中心に定員超過による運営が続いており、早期に整備することで介護環境の改善を図ることが急務である。この度の特例により、医師の配置基準を緩和することで事業者の負担を軽減し、もって介護施設の再建に資するほか、訪問リハビリ事業所を病院、診療所以外での開設も可能となることで、事業者の参入意欲を向上させるものと考えている。

このほか、医療機器の製造販売業及び製造業を行おうとする者については、一定の資格を有する責任者を置くことが必要とされているが、現行の基準のままでは、新規参入が厳しいとされているところである。このことから、今回の申請が認められることで、必要な責任者の資格要件が緩和されることとなり、県内はもとより、他県からの事業者による参入が容易になるほか、新新規企業の誘致が見込めるものであることから、復興に資するものと考えている。

以上のように本県における保健・医療・福祉の機能を再構築し、復旧・復興に向けて各種施策を展開していく上で、特例を活用した事業は必須であることから今回の申請を行おうとするものである。

【医療復興推進事業】

1	復興推進計画の区域	P
		1
2	復興推進計画の目標	P
		2
3	目標を達成するために推進しようとする取組の内容	P
		2
4	目標を達成するために実施し又はその実施を促進しようとする復興推進事業の内容及び実施主体に関する事項	P
		2
5	復興推進事業ごとの特別の措置の内容	P
		2
6	その他復興推進事業の実施等による復興の円滑かつ迅速な推進に関し必要な事項	P
		3
7	復興推進計画の期間	P
		5
8	関係地方公共団体及び実施主体の意見聴取	P
		5
9	参考資料（東日本大震災による医療機関への影響等）	P
		5

【薬局等整備事業】

1	復興推進計画の区域	P
		8
2	復興推進計画の目標	P
		8
3	目標を達成するために推進しようとする取組の内容	P
		8
4	目標を達成するために実施し又はその実施を促進しようとする復興推進事業の内容及び実施主体に関する事項	P
		8
5	特別措置が講ぜられる法令等の名称及び条項	P
		9
6	復興推進計画の期間	P
		9
7	関係地方公共団体及び実施主体の意見聴取	P
		9
8	参考資料（宮城県内薬局及び店舗販売業の復旧等状況）	P
		10

【医療機器製造販売業等促進事業】

1	復興推進計画の区域	P
		12
2	復興推進計画の目標	P
		12
3	目標を達成するために推進しようとする取組の内容	P
		12
4	目標を達成するために実施し又はその実施を促進しようとする復興推進事業の内容及び実施主体に関する事項	P
		12
5	復興推進事業ごとの特別の措置の内容	P

6	復興推進計画の期間・・・・・・・・・・・・・・・・	12 P 13
 【高齢者福祉復興推進事業】		
1	復興推進計画の区域・・・・・・・・	P 15
2	復興推進計画の目標・・・・・・・・	P 15
3	目標を達成するために推進しようとする取組の内容・・・・・・・・	P 15
4	目標を達成するために実施し又はその実施を促進しようとする復興推進事業の内容及び実施主体に関する事項・・・・・・・・	P 15
5	特例措置が講ぜられる法令等の名称及び条項・・・・・・・・	P 16
6	当該復興推進計画の実施が当該復興推進計画の推進区域における復興の円滑かつ迅速な推進と再生に寄与するものである旨の説明・・・・・・・・	P 17
7	復興推進計画の期間・・・・・・・・	P 17
8	関係地方公共団体及び実施主体の意見聴取・・・・・・・・	P 17
9	その他・・・・・・・・	P 17

【医療復興推進事業】

1 復興推進計画の区域

宮城県全域

【全域を区域とする理由】

(1) 震災直後において、沿岸部では、津波被害を受けた医療機関が診療機能を失ったため、津波被害を免れた医療機関に患者が集中するとともに、被害を免れた医療機関でも受け入れきれない患者は、内陸部の医療機関が受け入れを行った。その後は、避難所や仮設住宅が内陸部に置かれたことなどから、内陸部への患者の移動がみられた。これらのため、震災後に患者数が増加した病院は、沿岸部、内陸部を問わず県内全域に広く分布している。

○ 震災以降患者数が増加した病院数

区分・医療圏	仙南	仙台	大崎	栗原	登米	石巻	気仙沼	計
患者増加病院数	5	30	6	2	4	5	3	55 37.9%
うち外来増加	2	16	4	2	3	4	3	34
うち入院増加	5	25	5	1	3	5	1	45

平成24年2月県調査：145病院アンケート，回答数103病院

〔参考〕震災の影響による患者の動向：県が調査を行った透析医療機関の事例

津波被害を受けた石巻、気仙沼医療圏では他の医療圏への患者の転出が、仙台医療圏では他の医療圏等からの受け入れとともに、医療圏内で沿岸から内陸（仙台市内等）への患者の転出が見られる。

○ 透析施設調査：震災後新たな透析患者を受け入れた施設数等

区分・医療圏	仙南	仙台	大崎	栗原	登米	石巻	気仙沼	計
新たな患者を受け入れた施設数	3	27	4	1	2	3	1	41
新たに受け入れた患者数	4	422	67	3	23	5	14	538
震災前後の透析患者数の増減	3	198	56	3	10	▲49	▲96	—

平成23年4月県調査：55施設（病院・診療所）アンケート，回答数51施設

※震災前後の患者数の増減は未回答施設の患者数，他県からの受入等があり合計は0にならない。

(2) 復興特別区域における特別の措置について、県内の病院にアンケートを行った結果、特別の措置を希望するのは50病院（34.5%）で、県内全域に分布している。

○ 特別の措置を希望する病院数

区分・医療圏	仙南	仙台	大崎	栗原	登米	石巻	気仙沼	計
特別の措置を希望する病院数	6	20	7	3	4	5	5	50 34.5%
うち規則第19条第3項	3	17	4	3	2	5	3	37 25.5%
うち規則附則第50条	5	5	4	2	4	4	5	29 20.0%

平成24年2月県調査：145病院アンケート，回答数103病院

2 復興推進計画の目標

安心できる地域医療を確保するため、医療機関相互の役割分担と病診連携等により地域医療の連携体制を充実させ、県内における医療提供体制を震災前の水準に回復させることとし、医師・看護師等の医療従事者の充足状況についても、震災前の水準を超えることを目標とする。

※ 医師数の適合率（医療法第25条第1項の規定に基づく病院への立入検査において、医師数が標準数を超えることが確認された病院の割合）

平成20年度 81.5%

平成21年度 87.8%

平成22年度 90.5% 平均 86.6%

3 目標を達成するために推進しようとする取組の内容

県内における医療提供体制を震災前の水準に回復させるとともに、回復までの間においても、県民が必要な医療を受けられる体制を整える

4 目標を達成するために実施し又はその実施を促進しようとする復興推進事業の内容及び実施主体に関する事項

(1) 事業名 地域医療確保事業

(2) 事業実施主体 宮城県

【想定される事業対象者】 当該復興推進計画区域内の病院のうち、東日本大震災の影響により配置すべき医療従事者の員数が不足してしまう病院

(3) 内 容 周辺医療機関と連携するなど、適切な医療を提供するための要件を満たすことを条件に、入院患者への医療の提供を担う病院の設置基準のうち、医療従事者の配置標準を一部緩和し、各病院が患者の受入を積極的に行える体制を整える。

5 復興推進事業ごとの特別の措置の内容

(1) 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第19条第3項（平成24年4月1日改正省令施行後は第5項。以下同じ。）の特例

病院の人員配置標準の算定に当たっては、入院患者、外来患者及び取扱処方箋の数について、通常前年度の平均値を用いて計算するところ、震災の影響による入院患者数等の変動により、前年度の平均値を用いて計算した数値が、算定時点での病院の実情と大きく異なる場合には、医療従事者の人員配置について過度の負担をかけないように、復興推進計画区域内の病院については、実情に応じ、妥当な方法により計算された数値を用いること。

具体的には、東日本大震災の影響により入院患者の数等が変動したことに伴い、前年度の平均値を用いて計算した配置すべき医療従事者の員数が現在の入院患者の数等に比して多く計算されてしまう場合、病院からの申し出により、直近3か月の平均値等を用いて計算した数値を配置標準とすること。

(2) 医療法施行規則附則第50条の特例

震災の影響により医師確保が困難な復興推進計画区域内の病院について、病院からの申請により、以下の条件を満たす場合、医師配置標準を通常の9割相当まで緩和してその定員を許可すること（最低数は3人）。なお、病院からの申請は復興推進計画期間内に行われる必要があることとし、許可の適用期間は3年間とする。

(イ) 救急時の連携体制の構築や患者の診療情報の共有化等適切な医療を提供するための取組を行うと認められる病院であること

(ロ) その所在する地域における医療提供施設の整備の状況等からみて、当該地域の医療を確保する上

で当該病院が不可欠であると認められること

- (ハ) 必要な医師を確保するための取組を行っているにもかかわらず、なお医師の確保が著しく困難な状況にあると認められる病院であること

6 その他復興推進事業の実施等による復興の円滑かつ迅速な推進に関し必要な事項

- (1) 県は、次のとおり本特例措置を適用する病院の医療提供状況等を把握し、そのうち必要な情報を関係省庁に提供するとともに、復興推進計画区域内の病院が適切な医療を提供できるよう必要な支援を行う。

(イ) 医療法施行規則第19条第3項の特例の適用を希望する病院は、東日本大震災の影響により入院患者の数等が変動した旨を示す資料として、例えば、前年度及び直近3か月の入院患者等の数を示す資料などを付けて県に申し出る。

(ロ) 医療法施行規則附則第50条の特例の適用を申請する病院は、当該病院が行う救急時の連携体制の構築や患者の診療情報の共有化等適切な医療を提供するための取組及び医師確保のための取組を示す資料を付けて県に申請する。許可を受けた病院は、毎年度、適切な医療を提供するための取組並びに医師確保の取組の実績及び医師充足率の状況を県に報告し、県は医療審議会に報告した上で必要に応じ適切に対処する。

(ハ) 県は、定期の立入検査において本特例措置を適用する病院の医療提供状況等を把握するとともに、必要な場合は資料提供等を求める。

- (2) 県内における医療提供体制を震災前の水準に回復させるとともに、回復までの間においても県民が必要な医療を受けられる体制を整えるための取組及び地域医療連携体制を構築・強化する取組として、本計画に定めるもののほか、以下の計画等に定める施設整備、医療従事者確保及び地域医療連携構築等のための各種ハード・ソフト事業を実施する。

- ① 宮城県震災復興計画（平成23年度～平成32年度）
- ② 地域医療復興の方向性（平成23年9月策定）
- ③ 第二期宮城県地域医療再生計画（平成23年度～平成25年度）
- ④ 宮城県地域医療復興計画（平成24年度～平成27年度）

【主な取り組み】 【 】内は上記計画の番号

I 医療提供体制を震災前の水準に回復させる取組

A 医療施設災害復旧事業、医療機関等復旧支援事業：東日本大震災により被災した医療機関（病院、医科診療所、歯科診療所及び薬局）に対し再開・復旧を支援する。（平成23年度～平成24年度、事業総額（地域医療再生計画分）28.5億円）【①, ③】

B 自治体病院等の統合・再編等による医療資源の再配置

a 気仙沼医療圏

・気仙沼市立病院の移転新築：できる限り早期の移転新築を行うもの。新病院建設に際しては、地域の諸条件を考慮した上で、地域医療連携の強化、医師確保見通し、経営合理化等の観点から、病床数を減少する。（平成24年度～平成27年度、事業総額19.3億円）【②, ④】

・公立志津川病院の新築：津波被害により全壊し、現在は外来機能を公立南三陸診療所、入院機能を公立志津川病院として登米市立よねやま診療所敷地内に移して対応しているところ、早期の統合、再建を行うもの。（平成25年度～平成27年度、事業総額6.0億円）【②, ④】

b 石巻医療圏

- ・石巻赤十字病院の整備：救命救急センター，救急病棟，手術室，備蓄倉庫等の機能を拡充の上，５０床程度を増床することとし，敷地内に病棟を増築する。（平成２４年度～平成２５年度，事業総額１００億円）【②，③】
- ・石巻市立病院の移転新築：津波被害により全壊し，現在休止状態である石巻市立病院について，石巻赤十字病院との機能分化・連携強化により，石巻医療圏全体で切れ目のない医療提供体制を構築するため，立地場所，規模及び機能を検討の上，新病院を建設するもの。（平成２４年度～平成２７年度，事業総額９．９億円）【②，④】
- ・石巻市雄勝地区医療施設（仮称）の新築：津波被害により全壊し，現在休止状態である石巻市立雄勝病院について，現在，仮設により雄勝診療所を設置し診療を行っているが，今後の人口動態を見ながら無床診療所化を検討し，在宅医療分野の充実・強化を図る。（平成２６年度～平成２７年度，事業総額３．８億円）【④】
- ・石巻港湾病院の移転新築：津波により１階部分が浸水するなどの被害を受けた石巻港湾病院について，高台への移転を検討し，リハビリテーション科の機能強化，地域医療連携の強化により石巻医療圏における機能分化，連携強化を図る。（平成２５年度～平成２７年度，事業総額１．９億円）【④】

c 仙台医療圏

- ・基幹災害拠点病院（仙台医療センター）の機能強化（平成２５年度～平成２７年度，事業総額１５０億円）【④】
- ・特定機能病院（東北大学病院）の機能強化（平成２５年度～平成２７年度，事業総額６．５億円）【④】
- ・二次救急病院（宮城病院）の機能強化（平成２４年度～平成２７年度，事業総額２．９億円）【④】
- ・災害拠点病院（坂総合病院，東北厚生年金病院）の機能強化（平成２５年度，事業総額３億円）【④】
- ・名取市休日夜間急患センターの拡充・整備（平成２５年度～平成２７年度，２．４億円）【④】

II 回復までの間に県民が必要な医療を受けられる体制を整えるための取組

- A 被災地の診療確保事業：医科・歯科の病院及び診療所が失われた地域において，仮設診療所を設置する。（平成２３年度～平成２５年度）【①】
- B 医療人材の確保（流出防止，招致含む）：被災地における医療復興を早期に実現するため，医師・看護師等の医療従事者を雇用する医療機関に対し助成する。（平成２５年度～平成２７年度，事業総額（地域医療再生計画分）３０億円）【①，④】
- C 宮城県ドクターバンク事業：医師不足及び地域・診療科による偏在に対応し，地域医療を担う市町村立及び一部事務組合の自治体の自治体病院・診療所に勤務する医師を県が確保し，当該医療機関に配置する。（平成２３年度～平成３２年度）【①】

III 地域医療連携体制を構築・強化する取組

- A 医療福祉情報ネットワークシステムの構築：ＩＣＴ技術を活用し，被害が甚大であった気仙沼，石巻，仙台医療圏を中心に，各種分野における医療連携が可能なシステムを構築する。（平成２４年度～平成２７年度，事業総額２．９億円）【①，④】

7 復興推進計画の期間

認定の日から平成29年3月31日まで

※ 宮城県震災復興計画は計画期間である10年間（平成32年度）を、復旧期（3年）、再生期（4年）、発展期（3年）の三期に区分しているが、第二期地域医療再生計画及び地域医療復興計画に位置付けた事業は、復旧期及び再生期前半における事業とされている。地域医療復興計画に位置付けされた事業（平成27年度まで）等の効果が配置標準の計算に反映されるのは平成29年度以降となるため、本計画の期間は平成28年度末までとする。

8 関係地方公共団体及び実施主体の意見聴取

東日本大震災復興特別区域法第4条第3項の規定に基づき、関係地方公共団体として、県内全35市町村（仙台市、石巻市、塩竈市、気仙沼市、白石市、名取市、角田市、多賀城市、岩沼市、登米市、栗原市、東松島市、大崎市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町、亘理町、山元町、松島町、七ヶ浜町、利府町、大和町、大郷町、富谷町、大衡村、色麻町、加美町、涌谷町、美里町、女川町、南三陸町）の意見を聴取した。また、関係団体として、社団法人宮城県医師会及び社団法人宮城県看護協会の意見を聴取した。

<意見の概要>

市町村・団体名	意見	反映状況
仙台市ほか35市町村、社団法人宮城県医師会	計画策定について支障ない。	参考扱い
社団法人宮城県看護協会	計画策定により支障があるか否かは、現在のところ分からない。	参考扱い

9 参考資料（東日本大震災による医療機関への影響等）

○ 人口及び世帯数の変化

応急仮設住宅（民間賃貸住宅を含む。）入居などの動向を反映し、相当の人口移動が生じている。

	人口 a H23.12 末	人口 b H23.2 末	a - b	世帯数 c H23.12 末	世帯数 d H23.2 末	c - d
県 計	2,310,533	2,331,251	▲20,718	918,194	915,193	3,001
仙南医療圏	183,374	184,018	▲644	65,685	65,162	523
仙台医療圏	1,465,688	1,464,844	844	621,911	615,553	6,358
大崎医療圏	212,322	212,412	▲90	72,434	71,605	829
栗原医療圏	75,760	76,414	▲654	24,694	24,612	82
登米医療圏	85,650	85,670	▲20	26,744	26,438	306
石巻医療圏	202,081	215,980	▲13,899	76,252	79,860	▲3,608
気仙沼医療圏	85,658	91,913	▲6,255	30,474	31,963	▲1,489

○ 医療機関の再開状況

医療機関の再開割合は石巻医療圏で8割台、気仙沼医療圏で7割台に止まるなど、いまだに医療機能の回復が進んでいない。

	震災前の医療機関数 a	廃止届 b	休止届 c	休止状態 d	休廃止計 e = b + c + d	再開の割合 (a - e) / a	移転・仮設再開 f
県 計	2,825	55	28	7	90	97%	45
石巻医療圏	227	17	10	2	29	87%	16
気仙沼医療圏	82	15	7	3	25	70%	11
仙台医療圏	1,942	23	11	0	36	98%	17

平成 24 年 1 月県調べ

○ 病院の医療従事者の状況

今後、約 15% の病院で医師・看護師の必要数を確保できない可能性がある。

	病院数	平成 24 年度中に配置標準を下回る可能性		
		医師	看護師	薬剤師
県 計	145	22 15.2%	21 14.5%	11 7.6%
仙南医療圏	13	0	3	0
仙台医療圏	81	5	9	3
大崎医療圏	22	4	3	2
栗原医療圏	5	2	1	0
登米医療圏	6	3	1	2
石巻医療圏	12	3	1	1
気仙沼医療圏	6	5	3	3

平成 24 年 2 月県調査：145 病院アンケート，回答数 103 病院

○ 病院の入院受け入れの状況

震災後、入院患者の増加に約 25% の病院が定員超過等に対応。一部では、定員超過等での受入を継続している。

	震災以降	2 月時点
定員超過	36 24.8%	8 5.5%
病室以外	17 11.7%	5 3.4%
病床種別に 関わらない	10 6.9%	1 0.7%

平成 24 年 2 月県調査：145 病院アンケート，
回答数 103 病院

復興推進計画区域（医療復興推進事業）



【薬局等整備事業】

1 復興推進計画の区域

宮城県沿岸部の7市7町（石巻市、塩竈市、気仙沼市、名取市、多賀城市、岩沼市、東松島市、亶理町、山元町、松島町、七ヶ浜町、利府町、女川町、南三陸町）及び内陸部において応急仮設住宅が建設されている1市2町（登米市、大郷町、美里町）。

2 復興推進計画の目標

東日本大震災により、宮城県内の薬局等は沿岸部を中心に甚大な被害を受けた。現在も沿岸部では営業を再開できない薬局等がみられ、居住している付近の薬局等の復旧が不十分な状況に置かれている住民がいる。

一方で、内陸部においても入居した仮設住宅付近に薬局等がない状況に置かれている住民もいる。

このため、沿岸部の薬局等の再開へ向けた活動及び沿岸部や仮設住宅近郊等への薬局等の開設を推進することにより、薬局等を整備し、病院・診療所から処方せんを交付された場合や一般用医薬品を入手したい場合に、遠方の薬局等まで出向くことによる住民の肉体的・経済的負担を軽減するとともに、住民個々のニーズに応じた医薬品を供給することが困難な状況を改善する。

3 目標を達成するために推進しようとする取組の内容

事業者が薬局等を開設するにあたり、現行の制度では薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第2号）において面積等の構造設備に関する基準が定められているため、応急的にプレハブ店舗等を用いた面積規定を満たさない小規模な施設での許可を取得することができない。被災地等において通常規模での開設はさまざまな面で事業者の負担等が大きく、被災施設の営業再開及び住民のニーズにあわせた場所での開設の妨げとなっている。このため、薬局等構造設備規則の面積規定等を緩和することで事業者の負担等を軽減し、当該地域での薬局開設等を促進させ、住民の負担を軽減させる。

沿岸部市町内においては、被災した薬局等を新築又は改築により再開しようとする者及び被災地において新たに薬局等を始めようとする者を対象に特例措置を適用し、沿岸部市町内の薬局等の開設を推進する。

また、県内に404団地建設されている仮設住宅近郊において、新たに薬局等を始めようとする者を対象に特例措置を適用し、仮設住宅周辺への薬局等の開設を推進し住民の利便性を高める。

4 目標を達成するために実施し又はその実施を推進しようとする復興推進事業の内容及び実施主体に関する事項

（1）実施主体

宮城県

（2）想定される事業対象者

- 沿岸部7市7町（石巻市、塩竈市、気仙沼市、名取市、多賀城市、岩沼市、東松島市、亶理町、山元町、松島町、七ヶ浜町、利府町、女川町、南三陸町）において、被災した薬局等を新築改築等し再開しようとする者及び新たに薬局開設又は店舗販売業許可を取得しようとする者。
- 内陸部1市2町（登米市、大郷町、美里町）の応急仮設住宅近郊において、新たに薬局開設又は店舗販売業許可を取得しようとする者。

（3）事業の内容

当該事業対象者が整備する薬局等で、薬局等構造設備規則に定める面積に関する基準を満たさないもののうち、知事が本計画の目標の達成に資すると認め、かつ、保健衛生上支障を生ずるおそれがない

いと認めるものについては、「厚生労働省関係東日本大震災復興特別区域法第二条第四項に規定する省令の特例に関する措置及びその適用を受ける復興推進事業を定める命令」に基づく規制の特例措置により、薬局等構造設備規則に定める面積等の構造設備に関する基準の一部を適用しないものとする。

5 特別措置が講ぜられる法令等の名称及び条項

- ・ 事業対象となる薬局について、薬局等構造設備規則第1条第1項第3号、第8号イ、第9号ロ及び第10号ハの規定を適用しない。
- ・ 事業対象となる店舗販売業の店舗について、薬局等構造設備規則第2条第3号、第8号ロ及び第9号ロの規定を適用しない。

6 復興推進計画期間

認定の日から平成29年3月31日まで

7 関係地方公共団体の意見聴取

本事業計画の作成に際し、法第4条第3項に基づき、関係地方公共団体として、沿岸部及び内陸部において応急仮設住宅が建設されている県内9市9町（仙台市、石巻市、塩竈市、気仙沼市、名取市、多賀城市、岩沼市、登米市、東松島市、亘理町、山元町、松島町、七ヶ浜町、利府町、大郷町、美里町、女川町、南三陸町）の意見を聴取した。

関係地方公共団体からの意見内容		
市町名	回答	理由
仙台市	×	本事業は、沿岸部の薬局等再開促進や住民の肉体的・経済的負担の軽減を目的としているが、本市においては、沿岸部の薬局はすでに再開し、また仮設住宅付近にも薬局が存在しており、医薬品供給が不十分な状況下にはないため、本市を薬局等整備事業対象区域に含める必要性はないものと考ええる。面積基準を満たさない薬局が設置されることにより、安全な医薬品提供の確保及び既存店舗との公平性に懸念があることから、本市を対象区域に含めることには支障がある。
石巻市	○	
塩竈市	○	
気仙沼市	○	
名取市	○	
多賀城市	○	
岩沼市	○	
東松島市	○	
亘理町	○	
山元町	○	
松島町	○	
七ヶ浜町	○	
利府町	○	
女川町	○	
南三陸町	○	
登米市	○	
大郷町	○	
美里町	○	
○：薬局等整備事業に関して支障あり		
×：薬局等整備事業に関して支障なし		

8 参考資料（宮城県内の薬局等の復旧等状況）

【薬局】

平成23年3月11日時点において、宮城県内には1108施設の薬局が開設されていたが、東日本大震災の影響により305件（全壊67件、半壊46件、一部損壊192件）の薬局が被害を受けた。平成24年1月18日時点においても、震災の影響により閉店等した薬局（仙台市を除く）の再開割合が未だ40%程度の状況となっている。特に沿岸部にある塩釜保健所岩沼支所管内薬局の再開割合は0%、石巻保健所管内薬局の再開割合は約17%、気仙沼保健所管内薬局の再開割合は約26%と、沿岸部での薬局の再開が進んでいない状況にあり、薬局の整備の推進が望まれる状況にある。

【店舗販売業の店舗】

平成23年3月11日時点において、宮城県内（仙台市内を除く）には241の店舗販売業の店舗（みなしを含む）が営業していたが、東日本大震災の影響により39店舗が廃止、7店舗が休止状態となった。平成24年1月31日時点で震災の影響により閉店等した店舗の再開割合は未だ50%の状況となっている。また、廃休止状態となった店舗は沿岸市町内に集中しており（廃止38店舗、休止7店舗）、沿岸市町内に対する店舗販売業の店舗の整備の推進が望まれる状況にある。

【仮設住宅周辺】

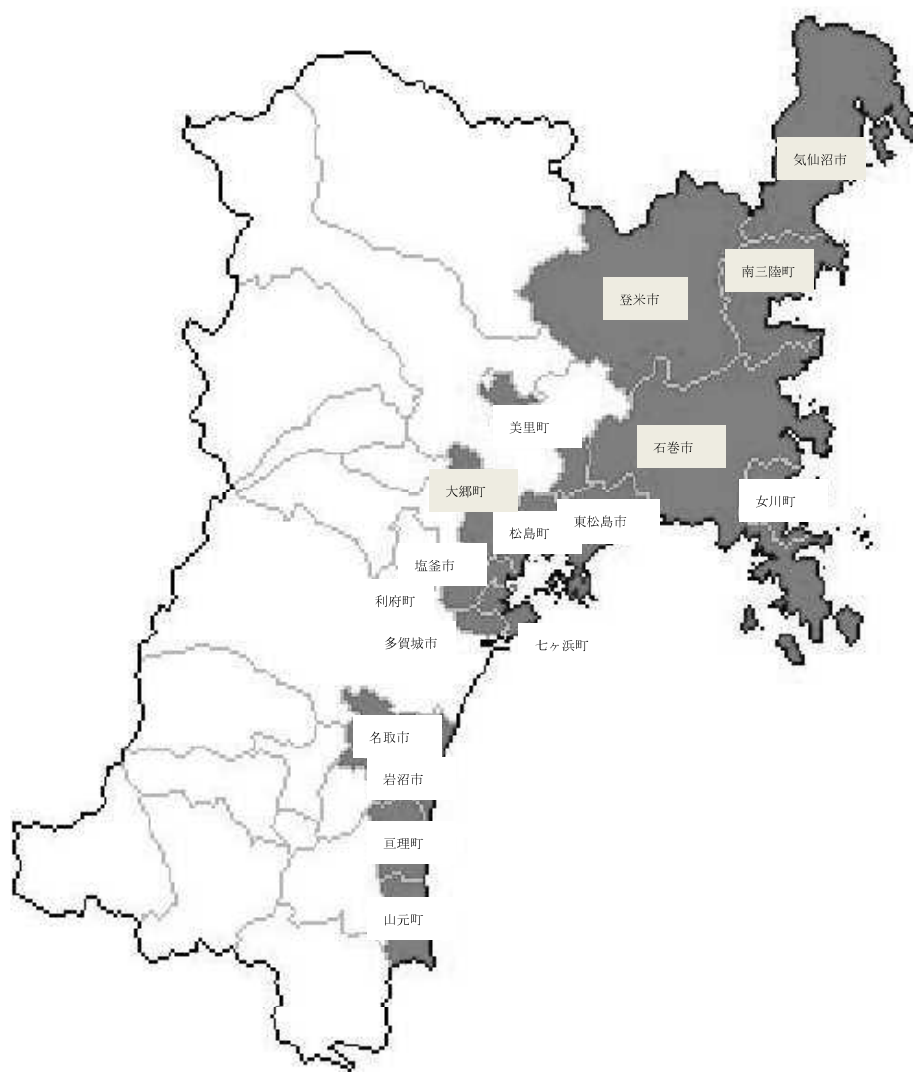
東日本大震災により宮城県内の住宅は全壊83,852棟、半壊138,236棟となっており、全半壊数が全国の被害総数の約60%相当の被害を受けた。これにより、406団地22,095戸の宮城県応急仮設住宅が整備されている。

沿岸市町内の仮設住宅の中には、津波の浸水を免れた高台等に建設されているが、周辺は壊滅的な被害を受けているなど薬局等が整備されていない状況がみられる。同一市町内においても、世帯数の多い仮設住宅周辺には薬局が開設されたがその他の地域には薬局等がない、再開した薬局等の店舗が一部地域に集中しているためその他の地域では薬局等が整備されていないなど住民個々のニーズに応じた医薬品を譲受することが困難な状況がみられる。また、薬局等がない離島に仮設住宅が建設されたため、住民が医薬品を購入等するためには1日数便の市営定期船等で本土まで行かなくてはならない状況もみられる。

一方で、内陸市町内に建設された仮設住宅においても、徒歩圏内に薬局等が整備されていないうえに公共交通の便も悪いといった状況がみられる。

食品や生活必需品については、移動販売車等を利用し購入している例もみられるが、医薬品に関しては移動販売車での販売等は困難である。また、高齢者の単身世帯や地域の高齢化率が30%を超えている状況もみられ、仮設住宅周辺への薬局等の整備が望まれる。

復興推進計画区域（薬局等整備事業）



【医療機器製造販売業等促進事業】

1 復興推進計画の区域

宮城県全域。

2 復興推進計画の目標

復興推進計画の区域内において、医療機器（薬事法（昭和35年法律第145号）第2条第4項に規定する医療機器をいう。以下同じ。）の製造販売業者（同法第12条第1項の許可を受けた者をいう。以下同じ。）及び製造業者（同法第13条第1項の許可を受けた者をいう。以下同じ。）の事業の開始を促進し、雇用機会の創出その他復興を円滑かつ迅速に推進する。

3 目標を達成するために推進しようとする取組の内容

医療機器の製造販売業者の総括製造販売責任者（同法第17条第2項の総括製造販売責任者をいう。）及び製造業の責任技術者（同法第17条第5項の責任技術者をいう。）の資格要件の一つである実務経験の要件に関する基準について、医療機器の品質管理上、保健衛生上等の観点から薬事法施行規則（昭和36年厚生省令第1号）に定める基準に相当する基準を定め、それを満たした者が上記の責任者となることのできる措置をとる。

4 目標を達成するために実施し又はその実施を促進しようとする復興推進事業の内容及び実施主体に関する事項

- （1）厚生労働省関係東日本大震災復興特別区域法第2条第4項に規定する省令の特例に関する措置及びその適用を受ける復興推進事業を定める命令（以下「復興特区命令」という。）第2条第1項の事業（医療機器製造販売業等促進事業）

ア 事業実施主体

宮城県

イ 事業内容

復興推進計画の区域内において雇用機会の創出その他復興の円滑かつ迅速な推進のため、必要な医療機器の製造販売業者及び製造業者の事業の開始の促進に必要な許可基準の緩和を行う。

ウ 特例措置が講ぜられる法令等の名称及び条項

- ①薬事法施行規則第85条第3項第1号
- ②薬事法施行規則第85条第4項第1号
- ③薬事法施行規則第91条第3項第2号
- ④薬事法施行規則第91条第4項第2号

5 復興推進事業ごとの特別の措置の内容

（1）復興特区命令第2条第1項の事業

ア 薬事法施行規則第85条第3項第1号中「修了した後、医薬品又は医療機器の品質管理又は製造販売後安全管理に関する業務に三年以上従事した者」とあるのを「修了した後、県知事又は県知事から委託を受けた者が実施する医療機器の総括製造販売責任者及び責任技術者になろうとする者に対する特別講習を修了した者」とする。

なお、特別講習については、平成24年1月30日付け「復興特別区域における「医療機器製造販売業等促進事業」に係る総括製造販売責任者等の基準について（通知）」（薬食審査発0130第1号、薬食安発0130第1号厚生労働省医薬食品局審査管理課長・安全対策課長通知（以下「課長通知」という。））の内容を基に実施する。

イ 薬事法施行規則第85条第4項第1号中「修得した後、医薬品等の品質管理又は製造販売後安全管理

に関する業務に三年以上従事した者」とあるのを「修得した後、県知事又は県知事から委託を受けた者が実施する医療機器の総括製造販売責任者及び責任技術者になろうとする者に対する特別講習を修了した者」とする。なお、特別講習については、課長通知の内容を基に実施する。

ウ 薬事法施行規則第 91 条第 3 項第 2 号中「修了した後、医療機器の製造に関する業務に三年以上従事した者」とあるのを「修了した後、県知事又は県知事から委託を受けた者が実施する医療機器の総括製造販売責任者及び責任技術者になろうとする者に対する特別講習を修了した者」とする。なお、特別講習については、課長通知の内容を基に実施する。

エ 薬事法施行規則第 91 条第 4 項第 2 号中「修得した後、医療機器の製造に関する業務に三年以上従事した者」とあるのを「修得した後、県知事又は県知事から委託を受けた者が実施する医療機器の総括製造販売責任者及び責任技術者になろうとする者に対する特別講習を修了した者」とする。なお、特別講習については、課長通知の内容を基に実施する。

6 復興推進計画の期間

認定の日から平成 29 年 3 月 31 日まで。

復興推進計画区域（医療機器製造販売業等促進事業）



【高齢者福祉復興推進事業】

1 復興推進計画の区域

宮城県の沿岸 15 市町（仙台市、石巻市、塩竈市、気仙沼市、名取市、多賀城市、岩沼市、東松島市、亘理町、山元町、松島町、七ヶ浜町、利府町、女川町、南三陸町）とする。ただし、本計画に掲げる復興推進事業のうち、指定介護老人福祉施設等整備及び介護老人保健施設等整備については、仙台市を除く。また、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所整備については、令和 2 年 4 月 1 日以後は、気仙沼市とする。

2 復興推進計画の目標

未曾有の大震災は、かけがえのない大切な人々、築き上げてきた豊かな県土を一瞬にして奪った。特に、沿岸地方では、在宅の高齢者が多数亡くなり、多くの介護施設や事業所が全壊・水没、入所者や職員の方々が犠牲になっている。他の施設に避難された方々、仮設住宅や民間賃貸住宅で暮らす方々、被災した自宅に戻った方々のためにも、一日も早い在宅サービスや施設サービス等の充実が求められている状況にある。

このため、平成 23 年 10 月 19 日に策定された「宮城県震災復興計画」とともに、平成 24 年 3 月策定予定の「第 5 期みやぎ高齢者元気プラン」を高齢者福祉復興の基本に位置づけ、宮城県内の高齢者福祉の復旧と再生、さらなる発展をめざして取り組んでいくこととする。

具体的には、「宮城県震災復興計画」における復旧期（H23～H25）再生期（H26～H29）発展期（H30～H32）の各計画期間のうち、再生期までの期間において、みなで支えあう地域づくり、地域包括ケアシステムの構築を進めるとともに、在宅サービス・施設サービスを復旧・充実し、被災地の新たなまちづくりを支援することにより発展期へつなげることとする。

- 1 在宅、仮設住宅の被災高齢者への支援
- 2 地域包括ケアシステムの整備、地域コミュニティの構築
- 3 在宅サービスの確保、施設サービスの整備

3 目標を達成するために推進しようとする取組の内容

在宅、仮設住宅、施設等で生活する高齢者が、継続してサービスを受けられ、安心して生活できるよう、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設における事業継続を支援するとともに、新たな事業所、施設整備を推進する。

4 目標を達成するために実施し又はその実施を促進しようとする復興推進事業の内容及び実施主体に関する事項

（１）指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所整備

① 実施主体

宮城県

② 事業内容

当該計画区域内に開設しようとする指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所であって、病院若しくは診療所又は介護老人保健施設との密接な連携を確保し、指定（介護予防）訪問リハビリテーションを適切に行うと知事が認めるものについては、病院、診療所及び介護老人保健施設以外でも事業所の設置を可能とする。

なお、当該事業申請者は、病院若しくは診療所又は介護老人保健施設との密接な連携を確保することを前提とする指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所整備計画（職員配置、施設設備、医療機関等との連携方法及び事業の安全性に関する事項を記載したもの）を提出するものとする。

（２）指定介護老人福祉施設等整備

① 実施主体

宮城県（地域密着型介護老人福祉施設にあっては、当該復興推進計画区域の市町）

② 事業内容

当該計画区域内に既に開設している又は新たに開設しようとする指定介護老人福祉施設等であって、病院、診療所若しくは介護老人保健施設又は他の介護老人福祉施設等との密接な連携を確保し、入所者に対する健康管理及び療養上の世話を適切に行うと知事（地域密着型介護老人福祉施設の場合にあっては市町長）が認めるものについては、医師を配置しないことを可能とする。

なお、当該事業申請者は、病院、診療所若しくは介護老人保健施設又は他の介護老人福祉施設等との密接な連携を確保することを前提とする指定介護老人福祉施設等整備計画（医師の配置、医療機関等との連携方法及び事業の安全性に関する事項を記載したもの）を提出するものとする。

（３）介護老人保健施設整備

① 実施主体

宮城県

② 事業内容

当該計画区域内に既に開設している又は新たに開設しようとする介護老人保健施設であって、病院又は診療所との密接な連携を確保し、入所者に対する看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を適切に行うと知事が認めるものについては、医師の配置基準の緩和を可能とする。

なお、当該事業申請者は、病院又は診療所との密接な連携を確保することを前提とする介護老人保健施設整備計画（医師の配置、医療機関等との連携方法及び事業の安全性に関する事項を記載したもの）を提出するものとする。

５ 特例措置が講ぜられる法令等の名称及び条項

（１）指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所整備

- ・指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）第 77 条第 1 項
- ・指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 35 号）第 80 条第 1 項

（２）指定介護老人福祉施設等整備

- ・指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 39 号）第 2 条第 1 項
- ・特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 46 号）第 12 条第 1 項又は第 56 条第 1 項
- ・指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）第 131 条第 1 項

（３）介護老人保健施設整備

- ・介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 40 号）第 2 条第 1 項第 1 号

６ 当該復興推進計画の実施が当該復興推進計画の推進区域における復興の円滑かつ迅速な推進と再生に寄与するものである旨の説明

この計画により、医師の確保が緊急課題となっている介護老人保健施設等の事業が維持されるとともに、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の設置が促進されるなど、被災市町において、高齢者の介護サービスが維持・確保され、支援が必要な高齢者が安心して生活できる基盤づくりが進む。ひいては、地域包括ケアシステムの構築に結びつき、被災地の新たなまちづくりに寄与することが期待される。

7 計画期間

認定の日から平成 29 年 3 月末まで（ただし、4（1）については令和 4 年 3 月末までとする。）

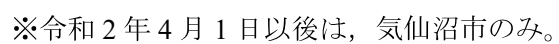
8 関係地方公共団体及び実施主体の意見聴取

本計画の策定に際し、法第 4 条第 3 項に基づき、関係地方公共団体として県内 35 市町村に、また関係団体として、宮城県老人保健施設連絡協議会、宮城県老人福祉施設協議会、仙台市老人福祉施設協議会の意見を聴取した結果、すべての市町村及び関係団体より支障ない旨の回答を得ている。

9 その他

- ・県は、4（1）に係る事業所について、令和 2 年 4 月 1 日以後は新たな整備を認めないこととするとともに、関係諸機関を集めた検討会を定期的を開催することにより同日時点で開設されている事業所が令和 4 年 3 月末までに確実に終了するよう進捗を管理するものとする。
- ・県及び気仙沼市は、4（1）に係る事業所について、令和 4 年 3 月までの訪問看護ステーションへの移行が確実に行われるよう看護師等の介護人材確保に活用可能な施策（ナースセンター事業や介護マンパワー確保対策事業等）を実施する。
- ・県は、4（1）に係る事業所が所在する自治体において、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所が計画的に整備されるよう、関係地方公共団体との連携に努めることとする。

(高齢者福祉復興推進事業のうち指定(介護予防)訪問リハビリテーション事業所整備)



復興推進計画区域

(高齢者福祉復興推進事業のうち

指定介護老人福祉施設等整備及び介護老人保健施設等整備)

