

医療と介護の連携の推進等

令和元年11月14日
厚生労働省老健局

- 1. 医療と介護の連携の推進**
 - ・ 在宅医療・介護連携推進事業
 - ・ 介護医療院への移行等
- 2. 要介護認定制度**

- 1. 医療と介護の連携の推進**
 - ・ 在宅医療・介護連携推進事業**
 - ・ 介護医療院への移行等**

検討の視点

- 今後、2025年に向けて高齢化の一層の進展、特に、医療と介護の両方のニーズを有する者が多い75～84歳、85歳以上の年代の者が、全ての都道府県において増加する見込みである。
- これまでの制度改革や介護報酬改定においても、住まいや予防、生活支援に加え、医療や介護が一体的に提供され、重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築の実現を目指し取組を進めてきた。
- 制度改革については、
 - ・ 平成26年の介護保険法改正により平成27年度から、市町村が行う事業として、地域支援事業の中に、在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられ、平成30年度からは全ての市町村で実施することとされるとともに、
 - ・ 平成29年の介護保険制度改革において、介護保険事業計画に関し、平成30年度から計画作成・見直しのサイクルが一致となる医療計画との整合性の更なる確保等の観点から見直しを行った。
- また、介護報酬については、診療報酬と同時改定となった、平成30年度改定では、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整備等を行ったところである。
- 今後、医療と介護の両方のニーズを有する高齢者の増加が予想される中、医療分野の動きと整合をとりつつ、
 - ・ 在宅医療・介護連携推進事業に求められる役割とその推進方策
 - ・ 医療・介護の役割分担と連携を一層推進する観点から、介護医療院への移行を始めとする介護サービスの在り方等について、更に検討を進めていく必要。

1. 医療と介護の連携の推進（在宅医療・介護連携推進事業①）

現状・課題

- 医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることを目指す地域包括ケアシステムの構築のためには、より一層、在宅医療・介護連携を推進することが重要である。
- 在宅医療・介護連携については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）により設置された105ヶ所が拠点となり、在宅医療において、医療側から介護への連携を図る取組が進められた。これらの知見を参考に、平成25年から、地域医療再生基金（平成25～27年度）及び地域医療介護総合確保基金（平成26年度～）等を活用し、地方自治体や医師会等の関係機関が連携して、地域の実情に応じた医療及び介護の提供体制の構築に取り組んできた。
- 平成26年に介護保険法が改正され、平成27年度から、市町村が行う事業として、地域支援事業の中に（ア）～（ク）の8つの事業項目で構成される在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられた。
- 平成27年度には、「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」において、地域包括ケアシステムの構築のために重点的に取り組む事項として、在宅医療・介護連携の推進が盛り込まれ、平成30年度からの、第7期介護保険事業計画においては、同時スタートとなる医療計画等との整合をとりながら進められることとなった。
- また、平成30年度には、全ての市町村で在宅医療・介護連携推進事業が実施され、約6割の自治体では、8つの事業項目に限らず、認知症や災害に関する取組をあわせて実施するなど、地域の実情を踏まえた在宅・医療介護連携の取組が実施されつつある。
- 一方で、「将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる市町村が多くあるとともに、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかと指摘もある。また、PDCAサイクルのPに相当する、「ア（資源の把握）」、「イ（課題の抽出・対応策の検討）」の順に事業実施を行った自治体は約2割に、事業評価を行っている市町村は約3割にとどまっており、「指標設定などの事業評価のしにくさ」を課題としてあげる市町村も多い。
- また、平成29年に介護保険法が改正され、平成30年度から、地域の医療に精通した医師会等との連携や保健所の協力により市町村支援の充実を図る観点から、都道府県の役割の明確化を行った。これも踏まえ、全ての都道府県で何らかの支援が実施されているものの、「事業実施のためのノウハウの不足」や「行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築」に課題を感じる市町村も依然として多く、引き続き都道府県への期待も大きい。

1. 医療と介護の連携の推進（在宅医療・介護連携推進事業②）

現状・課題（続き）

- このような中で、在宅医療・介護連携推進事業に関連した動きとして、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も、地域包括ケアシステムの推進を柱の一つとし、医療・介護の役割分担と連携等の一層の推進を進めるための見直し等を行ったところ。
- また、
 - ・ 地域包括ケアシステムの構築に対応するため、平成30年3月に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が在宅医療・介護の現場で更に活用できるよう見直しが行われ、医療・ケアチームに介護従事者が含まれることの明確化等が行われるとともに、
 - ・ 令和元年6月に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられ、柱の1つに「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」が位置づけられ、認知症医療・介護等に関わる者が、伴走者として支援していくことの重要性も指摘されている。

委員からの主な意見（第75、76、80、83回介護保険部会）

- ・ 在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）の事業項目について、全国の市町村で一斉に実施するのは、非効率的。地域の実情に応じて必要な項目を実施することが重要であり、8つの事業項目については抜本的に見直して、何を取り組んでいくのかの中身が見えるようにするべきでないか。
- ・ 医療介護連携の取組状況には市町村差が生じており、都道府県が地域分析とデータに基づいた根拠を示しながら支援していくことや市町村の人材育成を強化していくことが必要。
- ・ 医療介護連携を一層推進するためには、要介護者の日常の様子や状態の変化などを関係者が情報共有できるシステム開発等、ICTやデータの利活用を推進することが重要。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業について、単なる相談窓口の設置や研修の実施等にとどまっており、この事業を効率的に行っているような市町村の好事例を示すことが必要。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業は、市町村にとって初めての医療政策であり、その実施にはノウハウが必要。医学的・科学的根拠のある取組、専門性の高い取組を行えるよう、関係団体や専門職との連携が必要。

委員からの主な意見（続き）

- PDCAサイクルに沿った取組を進めるためには、市町村自身も改めて事業内容が見える化し、課題解決に必要な取組が何かを明確化した上で、目的をもって進めていく必要があるのではないか。
- 地域レベルでの在宅医療提供体制の整備を図っていくためには、医師会を始め関係機関の協力がより一層重要。また、地域医療構想に基づく取組とも、密接に連携しながら進めていくことが必要であるため、都道府県の関与、支援が必要ではないか。
- 都道府県が市町村支援をするに当たっては、的確な情報把握のために、健康、介護、医療データの解析に主体的に取り組むことのできる環境の整備や、個人情報保護法との関係の整理を行うとともに、保険者機能強化推進交付金の拡充などの検討が必要ではないか。
- 報酬の中で、医療・介護連携に関する加算も設けられているが、現行の加算は維持しつつ、対象の拡大など取得が進むような環境整備も検討すべきではないか。
- 事業のあるべき姿がイメージできないと答える自治体が多いことは驚きである。それぞれの市町村で、どのような連携を進めることで、どういう姿になっていくかがイメージできないと取組が進まないの、担当者には、現場のヒヤリングや視察などイメージ化できる行動を進めて欲しい。
- 在宅医療・介護連携事業は、市町村にとって初めて医療行政に着手する登竜門であり、地区医師会との良好な関係構築が必要。企画立案段階から、市町村と医師会の共同作業という視点も重要である。また、小規模な地域では都道府県医師会のサポート体制も必要ではないか。
- 医療と介護の勉強会が開催されることなどにより、顔の見える関係づくりが進んできたが、急性期病院の医師の参画が進んでいない場合もある。医療職を対象とした介護関係の研修会を開催し、介護の状況などを医療職が知ることも重要であり、その観点を加えてはどうか。

論点

- 在宅医療・介護連携推進事業について、全ての市町村で実施されるとともに、約 6 割の市町村では、在宅医療・介護連携推進事業で定められた項目以外が地域の実情に応じて実施されるなど、取組が定着するとともに、広がりが出てきている。
- このような中で、最近の認知症施策推進大綱等の動きも踏まえつつ、地域の実情に応じた柔軟な取組を可能としつつ、取組の更なる充実が図れるよう、在宅医療・介護連携推進事業について、
 - ・ 切れ目ない在宅医療・介護の実現に関する目標を設定し、地域の目指す姿を住民や医療・介護関係者で共有できるようにすること
 - ・ 認知症等への対応を強化すること
 - ・ 事業項目全ての実施を求めるのではなく、一部項目の選択的实施や地域独自の項目の実施を可能とするなど、一定程度地域の実情に応じた実施を可能とすること等の観点から見直しを行うとともに、PDCAサイクルに沿った事業実施ができるよう事業体系を明確化して示すこととしてはどうか。
- あわせて、市町村において事業を行うにあたり、健康づくり部門等他の部門との庁内連携に加え、企画立案段階から、地域の医療や介護の関係機関と連携を図りながら、進めることが重要であることを示すこととしてはどうか。
- また、市町村からの都道府県への期待は引き続き大きいことから、都道府県において
 - ・ 都道府県医師会等など県単位で構成されている医療及び福祉の関係機関との調整や
 - ・ 研修会等を通じた情報発信及び人材育成の推進
 - ・ 地域の実情を把握する保健所等による、保健所管内の広域的な調整を含めた市町村支援等が更に進められるよう、これらの取組を後押しすることを含めて検討することとしてはどうか。その際、都道府県においては、医療計画に基づく取組との整合に留意することが必要であることを示すこととしてはどうか。
- さらに、国においては、自治体における取組を支援するため、自治体がPDCAサイクルに沿った取組を進めるに当たり活用可能な指標の検討を進めるとともに、課題抽出を含め事業実施にあたり活用できるよう、地域包括ケア「見える化」システム等を活用できる環境整備を進めることとしてはどうか。

1. 医療と介護の連携の推進（介護医療院への移行等①）

現状・課題

- 介護サービスについては、医療との役割分担と連携のもと、充実が図られてきたところであり、
 - ・ 平成30年度からは、医療計画と整合をとりながら、介護保険事業（支援）計画のサービス見込み量を定めることとされるとともに、
 - ・ 診療報酬と同時改定となった平成30年度改定においては、
 - － ケアマネ事業所における入退院時連携や医療保険のリハビリテーションとの連続性・連携の強化
 - － 特別養護老人ホームにおける看取りに係る評価の充実
 - － ケアマネ事業所、訪問看護事業所のターミナルケアに係る評価の充実
 - － 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等を行ったところである。
- また介護老人保健施設に関しては、在宅での要介護者を支える在宅療養支援の機能をより明確化するとともに、かかりつけ医との連携に係る加算の創出等を行ったところである。
- 介護医療院については、平成29年の地域包括ケア強化法による介護保険法改正において、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」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平成30年4月に創設されたものであり、あわせて、同法により、平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養型医療施設については、その経過措置期間を令和5年度末まで延長することとされた。

介護療養型医療施設の議論の経緯

- ・ 平成18年の医療保険制度改革により、療養病床について、患者の状態に即した機能分担を促進する観点から、医療保険・介護保険を一体的に見直し、医療の必要性の高い方々については引き続き医療療養病床で対応するとともに、高齢で医療の必要性の低い方々については、療養病床から転換した老人保健施設等で対応することとして、介護療養病床は平成23年度末で廃止することとした。
- ・ しかし、平成23年介護保険法改正において、介護療養病床から介護老人保健施設等への転換が進んでいない等の理由により、設置期限を平成29年度末まで延長することとした。
- ・ 平成27年から28年にかけて、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、「療養病床の在り方等に関する検討会」で議論の整理を行い、社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」での審議において、高齢化の進展により増加が見込まれる慢性期の医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者に対応するため、新たな施設類型を創設すべきとされたことを踏まえ、介護保険部会でも議論し対応。

1. 医療と介護の連携の推進（介護医療院への移行等②）

現状・課題

- このような背景のもと、介護医療院については、介護療養型医療施設等からの移行を促進するため、施設基準の緩和、移行定着支援加算の創設、地域医療介護総合確保基金による補助等の支援を実施してきており、介護医療院創設から約1年半が経過し、開設数は増加している。一方で、地域によって介護療養型医療施設、医療療養病床等を有する医療機関数等の違いはあるものの、まだ開設されていない都道府県もある。

＜介護医療院の状況（令和元年9月末時点）＞

- ・ 介護医療院開設数→248施設・16,061療養床。
- ・ 転換元の割合→介護療養型医療施設：67.0%、介護療養型老人保健施設：16.1%、医療療養病床：16.5%。
（※介護療養型医療施設は令和5年度末までの移行等が法定。平成31年4月末時点：907施設・36,574床。）

- また、第7期介護保険事業（支援）計画において必要入所定員総数を定めるに当たっては、介護療養型医療施設、医療療養病床等が介護医療院に転換する場合における必要入所定員総数の増加分を含まないこととしているが、
 - ・ 第7期計画策定時には介護医療院の具体的な報酬が未定であったこともあり、見込み量の調査時に意向が示されず、結果として第7期計画で見込んでいなかった転換が行われている自治体があるとともに、
 - ・ 特に小規模の自治体については介護保険財政への影響を考慮し、医療療養病床から介護医療院への転換が進んでいないとの指摘がある。
 - ・ 介護医療院は他の介護施設と同様に広域施設であり、入所者の住所地・保険者は様々であるため、介護医療院への移行による介護保険財政への影響を考えるにあたっては、入所者の住所地・保険者情報を考慮することが重要。

＜第7期計画策定前に実施された意向調査＞

- ・ 平成29年度老人保健健康増進等事業「介護療養型医療施設等から長期療養を目的とした介護保険施設等に移行する際の課題とその対応のあり方等に関する研究事業」による意向調査（平成29年6月30日時点の届出病床に係る調査）
- ・ 「第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画の策定に係る医療療養病床を有する医療機関及び介護療養型医療施設からの転換意向の把握について」（平成29年8月10日付け医政局地域医療計画課・老健局介護保険計画課事務連絡）に基づく意向調査

- 「平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査」における意向調査では、介護療養型医療施設のうち、令和5年度末時点でも介護療養型医療施設と回答した病床割合は10.3%、移行先が未定と回答した病床割合は32.2%であった。

1. 医療と介護の連携の推進（介護医療院への移行等③）

委員からの主な意見（介護保険部会）

- 国民は医療と介護の間を行ったり来たりするものであり、医療保険と介護保険との連携を高めていただきたい。
- 地域包括ケアシステムの構築のためには、中重度の医療ニーズのある者への対応も含め、在宅限界を高めていく在宅サービスの充実も重要。
- 住み慣れた場所で看取りがされるという理念が重要。サービスが充実していないという理由で病院に送られるというケースもあり、検討が必要。
- 医療介護連携について、要介護 3 ～ 5 の医療ニーズを有する者の対応が難しく連携の在り方を検討する必要がある。
- リハビリテーションは、要介護者を減らすために非常に大きな医療的なツールである。
- 介護医療院開設移行等支援事業、補助金等の支援策を充実させ、円滑な転換を進めていくべき。
- 医療療養病床から介護医療院に移行する場合に、介護保険財政の問題から受け入れられない市町村もあるため、このような事例が全国に多々あるようであれば、社会保障費トータルからの視点も踏まえつつ、国から財源等の支援が必要ではないか。
- 介護医療院については第 7 期計画期間中は医療療養病床からの転換について総量規制の対象外となっており、小規模の保険者にとっては、想定外にこうした転換があった場合の介護保険財政への影響を懸念している。第 8 期計画時にどうするかという問題はあるが、転換促進という面と、このような事例への対応という面からの検討をお願いしたい。

論点

- 医療と介護の役割分担と連携を一層推進する観点から、
 - ・ 日常的な医学管理が必要な要介護者やリハビリテーションが必要な要介護者
 - ・ 介護保険施設及び居宅における看取り期にある要介護者等を支える介護サービスの在り方についてどのように考えるか。
- 介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の在り方についてどのように考えるか。
- 介護医療院に関し、以下の点についてどのように考えるか。
 - ・ 介護療養型医療施設の経過措置期限が令和5年度末であり、全ての介護療養型医療施設が第8期計画期間中に、介護医療院等へ移行する必要があることを踏まえた、より早期の意思決定を支援するための方策や、申請手続きの簡素化も含めた他の移行促進策。
 - ・ 第8期介護保険事業（支援）計画において、介護医療院のサービス量を適切に見込むための介護療養型医療施設、医療療養病床等が介護医療院へ移行する場合における利用定員又は入所定員の取扱いを含めた方策。
 - ・ 介護保険事業計画で見込んでいなかった転換の場合、医療計画との整合が求められる一方で、介護保険財政への影響を懸念して医療療養病床から介護医療院への移行が進まないとの指摘があることを踏まえた対応。

2. 要介護認定制度

2. 要介護認定制度（有効期間等①）

現状・課題

- 要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）を受けている高齢者は、平成12年度以降増加傾向にあり、平成31年4月時点で659万人。
 - また、近年の年間の認定件数についても、認定者数と同様に増加傾向であり、平成27年度には、要介護認定までの平均期間が39.4日となるとともに、更新申請に係る認定の平均期間が40日を超えるなど、長期化していた。
 - ※ なお、介護保険法においては、要介護認定に係る申請から30日以内に認定を行うこととされており、要介護認定までの期間が30日を超える場合、処理見込期間と日数を要する理由を申請者に通知し、要介護認定までの期間を延期することができる。
 - こうした状況の中、保険者の業務簡素化の観点から介護保険部会においても検討が行われ、平成30年4月から、
 - ・ 更新認定有効期間を24ヶ月から36ヶ月に拡大し、
 - ・ 更新申請におけるコンピュータ判定結果が、前回認定の要介護度と変わらないなどの要件を満たした者について、介護認定審査会における審査を簡素化する見直しを行った。
- 「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会）抄

 - ・ 新規・区分変更申請における有効期間上限経過時点の要介護度が不変である者の割合との均衡に鑑み、更新認定有効期間の上限を36か月に延長することを可能とすること
 - ・ 認定調査等の内容が長期に渡り状態が変化していない者については、要介護度もまた不変である蓋然性が高いことが想定されることから、介護認定審査会委員等の事務負担の軽減を図るため、二次判定の手続きを簡素化すること
- 制度改正後の平成31年3月における、更新認定の有効期間や介護認定審査会の簡素化状況を見ると、
 - ・ 設定された有効期間は、36ヶ月が54.4%、24ヶ月が27.4%、12ヶ月が16.2%、その他が2.0%となっており、
 - ・ 介護認定審査会の簡素化は、更新申請の約30%が対象となるところ、そのうち約20%が実施されている。

2. 要介護認定制度（有効期間等②）

現状・課題

- これらの見直しを行った後、平成30年度には、年間の認定件数が一定程度減少し、更新申請に係る認定の平均期間も短期化したものの、依然として平均期間は39.8日となっており、更なる短縮に向けた取組が求められる。
- さらに、年齢階級別の要介護認定率は、年齢が上がるとともに高く（65歳以上：18.5%、75歳以上：32.4%、85歳以上：60.4%（平成30年10月審査分））、今後、75歳以上人口の増加、特に85歳以上人口の急速な増加が予想される中、要介護認定者数及び年間の認定件数が増加することが見込まれる。
- 前回、更新認定の有効期間の上限を見直した際は、新規申請による要介護認定（以下「新規認定」という。）又は区分変更申請による要介護認定（以下「区分変更認定」という。）を受けた者のうち、有効期間の上限である12ヶ月経過時点で要介護度が変わらない者の割合に着目し、有効期間の上限を24ヶ月から36ヶ月に拡大した。

要介護度が変わらない者の割合	6ヶ月後	12ヶ月後	24ヶ月後	36ヶ月後
新規申請	81.0%	42.3%	32.2%	25.0%
区分変更申請	84.7%	47.3%	36.3%	26.5%
更新申請	93.8%	85.8%	60.1%	40.6%

※ 出典：介護保険総合データベース。平成25年1月に判定がされた認定データを対象に、各時点において要介護度が「不変」、「軽度化」、「重度化」、「非該当」又は「死亡」となった件数の割合を集計。表は「不変」の割合を記載。

2. 要介護認定制度（有効期間等③）

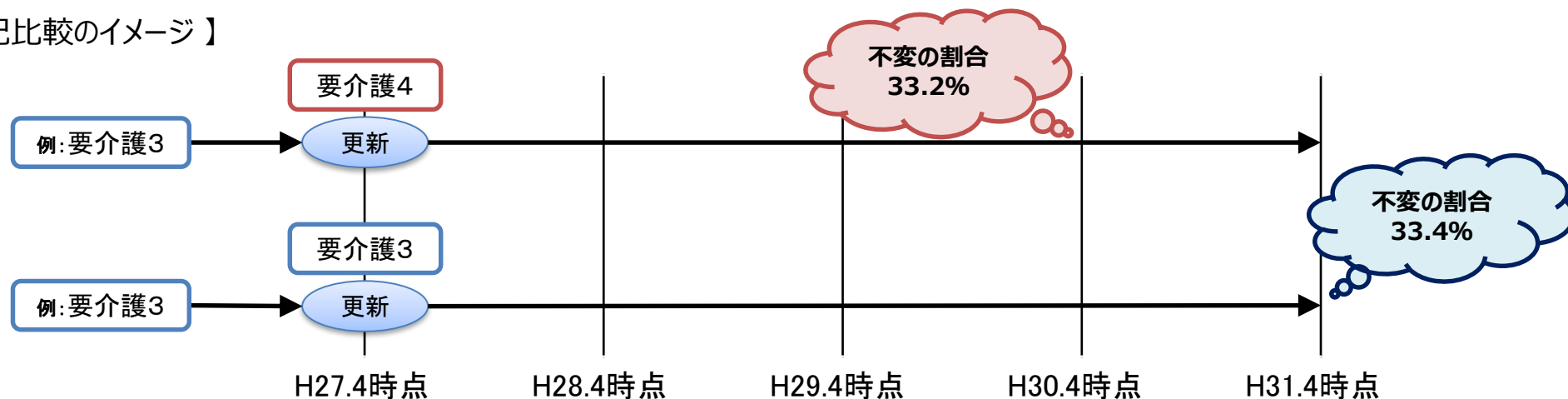
現状・課題

- この考え方を踏まえ、更新認定を受けた者について、要介護度が直前の要介護度と同じ者と、直前の要介護度と異なる者に分類して、要介護度が変わらない者の割合を比較すると、
- ・ 直前の要介護度と異なる者は、36ヶ月経過時点で33.2%であることに對して、
 - ・ 直前の要介護度と同じ者は、48ヶ月経過時点では33.4%と同様となっている。

要介護度が変わらない者の割合	6ヶ月後	12ヶ月後	24ヶ月後	36ヶ月後	48ヶ月後
更新認定（全体）	92.2%	82.6%	56.5%	36.8%	30.6%
更新認定（要介護度が直前の要介護度と異なる者）	90.2%	79.3%	50.8%	33.2%	26.5%
更新認定（要介護度が直前の要介護度と同じ者）	93.6%	84.9%	60.5%	39.4%	33.4%

※ 出典：介護保険総合データベース。平成27年4月に判定がされた認定データを対象に、各時点において要介護度が「不変」、「軽度化」、「重度化」、「非該当」又は「死亡」となった件数の割合を集計。表は「不変」の割合を記載。

【上記比較のイメージ】



2. 要介護認定制度（有効期間等④）

現状・課題

- 更新認定の際の有効期間は、上限を拡大した後、全ての者が上限で設定されているものではなく、介護認定審査会において、個々の高齢者の状態等を踏まえて決定されていることが窺える。

有効期間別、申請区分別の認定件数の割合	6ヶ月以下	7～12ヶ月	13～24ヶ月	25～36ヶ月
新規申請	9.7%	90.3%		
更新申請	1.8%	16.2%	27.5%	54.5%
区分変更申請	7.6%	92.4%		

※ 出典：介護保険総合データベース。平成31年3月に二次判定がされた件数を有効期間別に集計。

- また、更新認定の有効期間別（24ヶ月未満及び24ヶ月の別）に、要介護認定後に要介護度が重くなった者の割合をみると、要介護認定の有効期間が24ヶ月の者は、24ヶ月未満の者と比較し、低い傾向にある。

このような結果を踏まえると、介護認定審査会では、

- ・ 要介護状態が比較的安定していると考えられる者は、有効期間を長く設定し、
- ・ 要介護状態が重度化する見込みの高い者は、有効期間が短く設定

される傾向にあると考えられる。

要介護度が重くなった者の割合	6ヶ月後	12ヶ月後	24ヶ月後	36ヶ月後	48ヶ月後
更新申請（有効期間24ヶ月未満）	5.7%	11.8%	33.1%	42.5%	49.9%
更新申請（有効期間24ヶ月）	2.6%	5.1%	10.4%	28.9%	29.6%

※ 出典：介護保険総合データベース。平成27年4月に判定がされた認定データを対象に、各時点において要介護度が「不変」、「軽度化」、「重度化」、「非該当」又は「死亡」となった件数の割合を集計。表は「重度化」の割合を記載。

2. 要介護認定制度（有効期間等⑤）

現状・課題

- また、有効期間中の要介護度の重度化や軽度化にも対応していくことが求められるが、有効期間の上限見直し後の状況をみると、
 - ・ 重度化した場合は、区分変更申請が行われる傾向にあるものの、
 - ・ 軽度化した場合は、区分変更申請が行われにくい傾向がある。

判定前後における要介護度の変化状況	不変	重度化	軽度化
更新申請・区分変更申請 計	46.3%	39.2%	14.5%
更新申請	55.8%	27.0%	17.2%
区分変更申請	0.6%	97.8%	1.6%

※ 出典：介護保険総合データベース。平成30年度に判定された要介護認定データを対象に、申請前の要介護度と判定後の要介護度の「不変」、「重度化」及び「軽度化」の状況を集計。

- 一方、申請区分別（新規申請、区分変更申請及び更新申請の別）に、要介護認定後に要介護度が軽くなった者の割合を把握したところ、更新申請の者は、新規申請及び区分変更申請の者と比較し、24～48カ月経過時点においても、その割合が低い傾向にある。

要介護度が軽くなった者の割合	6ヶ月後	12ヶ月後	24ヶ月後	36ヶ月後	48ヶ月後
新規申請※最長有効期間12ヶ月	3.6%	15.8%	13.8%	12.3%	11.3%
区分変更申請※最長有効期間12ヶ月	4.5%	21.4%	18.1%	14.6%	12.7%
更新申請	0.3%	1.3%	4.9%	6.6%	5.9%

※ 出典：介護保険総合データベース。平成27年4月に判定がされた認定データを対象に、各時点において要介護度が「不変」、「軽度化」、「重度化」、「非該当」又は「死亡」となった件数の割合を集計。表は「軽度化」の割合を記載。

2. 要介護認定制度（有効期間等⑥）

論点

- 要介護認定の申請から認定までの期間が38.5日となっており、全国的に依然として長くなっていることを踏まえると、保険者の要介護認定制度に関する業務の簡素化について、引き続き検討することが必要である。
- そのような中、平成30年度に更新認定の有効期間を24ヶ月から36ヶ月に拡大した後における有効期間の設定状況や、更新認定後の要介護度の変化状況等を踏まえ、平成30年度に更新認定の有効期間を拡大した際の考え方を参考に、更新認定の二次判定において、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は、有効期間の上限を、36ヶ月から48ヶ月に延長することを可能としてみようか。
- また、介護認定審査会における更なる審査簡素化についても、実態把握を引き続き実施し、その結果を踏まえ検討していくこととしてみようか。

2. 要介護認定制度（認定調査員の要件①）

現状・課題

- 要介護認定は、介護給付及び予防給付等の必要性を判定するものであることから、認定調査は、
 - ・ 原則、保険者が行うこととしつつ、
 - ・ 保険者の業務負担等を考慮し、①～③に委託可能としている。
 - ① 指定市町村事務受託法人
 - ② 指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設及び地域包括支援センター（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）
 - ③ 介護支援専門員
- 保険者のうち、認定調査を行うに当たり、
 - ・ ①指定市町村事務受託法人に委託している保険者は、新規：約15%、更新・区分変更：約14%、
 - ・ ②指定居宅介護支援事業者等及び③介護支援専門員に委託している保険者は、更新・区分変更：約71%となっており、認定調査件数の実施者別の割合は、市町村：約56%、①：約13%、②及び③：約31%となっている。
- また、委託に当たっては、①指定市町村事務受託法人、②指定居宅介護支援事業者等が委託を受けて認定調査を実施する場合、それぞれに所属する介護支援専門員のみができることとしている。

【 認定調査を実施できる者 】

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

2. 要介護認定制度（認定調査員の要件②）

現状・課題

- 保険者から、認定調査の指定市町村事務受託法人に対する委託を検討する上で、介護支援専門員の確保が困難であることが課題となっていることを踏まえた、認定調査員の要件見直しに関する要望がある。
- また、「平成30年の地方からの提案等に関する対応方針」においては、指定市町村事務受託法人が当該調査を行う場合に、介護支援専門員以外の者にも当該調査を行わせることについて、その影響等を考慮しつつ検討し、2019年度中に結論を得ることとされている。
 - ※ 平成30年の地方からの提案等に関する対応方針（平成30年12月25日閣議決定）（抜粋）
要介護認定に係る調査（27条2項）については、指定市町村事務受託法人が当該調査を行う場合に、介護支援専門員以外の者にも当該調査を行わせることについて、その影響等を考慮しつつ検討し、2019年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。
- 保険者における認定調査員は、保健、医療、福祉に関する専門的な知識を有している者が任命されることが望まれるとしており、保険者では、介護支援専門員のほか、看護師、准看護師、助産師、介護福祉士、保健師及び社会福祉士等の資格を有する者が従事している。
- 保険者では、認定調査を行う職員に対し、実地研修として、経験年数が長い職員が訪問調査に同行することや、グループワーク等による研修、定期的なミーティング、認定調査員向けのeラーニングの受講等により、公平・公正かつ適切な認定調査を実施するために必要な知識、技能の向上を図っている場合がある。
 - また、認定調査員向けのeラーニングの正答率の状況を見ると、月当たりの調査実施件数が多いほど、また、認定調査員の経験年数が長いほど、正答率が高い傾向にある。
- このような中、保険者からは、
 - ・ 認定調査員として、公平・公正かつ適切な認定調査を行っていく上で、実務経験が特に重要であるとの意見があるほか、
 - ・ 指定市町村事務受託法人に認定調査を委託する際、退職した市町村職員で認定調査を行った経験がある者なども認めることについての要望もある。

2. 要介護認定制度（認定調査員の要件③）

論点

- 今後も、要介護認定の申請件数は増加していくことが予想される中、各保険者において、要介護認定を遅滞なく適正に実施するために必要な体制を確保することが求められるが、認定調査を指定市町村事務受託法人に委託する場合において、認定調査員の要件を緩和することとし、介護支援専門員になるための実務経験として認められる資格等を参考に、介護支援専門員以外の保健、医療、福祉に関する専門的な知識を有している者も実施できることとしてはどうか。