

# 医療と介護の連携の推進等 ＜参考資料＞

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

1-1 在宅医療・介護連携推進事業 …… p 2

1-2 介護医療院への移行等 …… p 23

## 2. 要介護認定制度

2-1 有効期間 …… p 59

2-2 認定調査員の要件 …… p 78

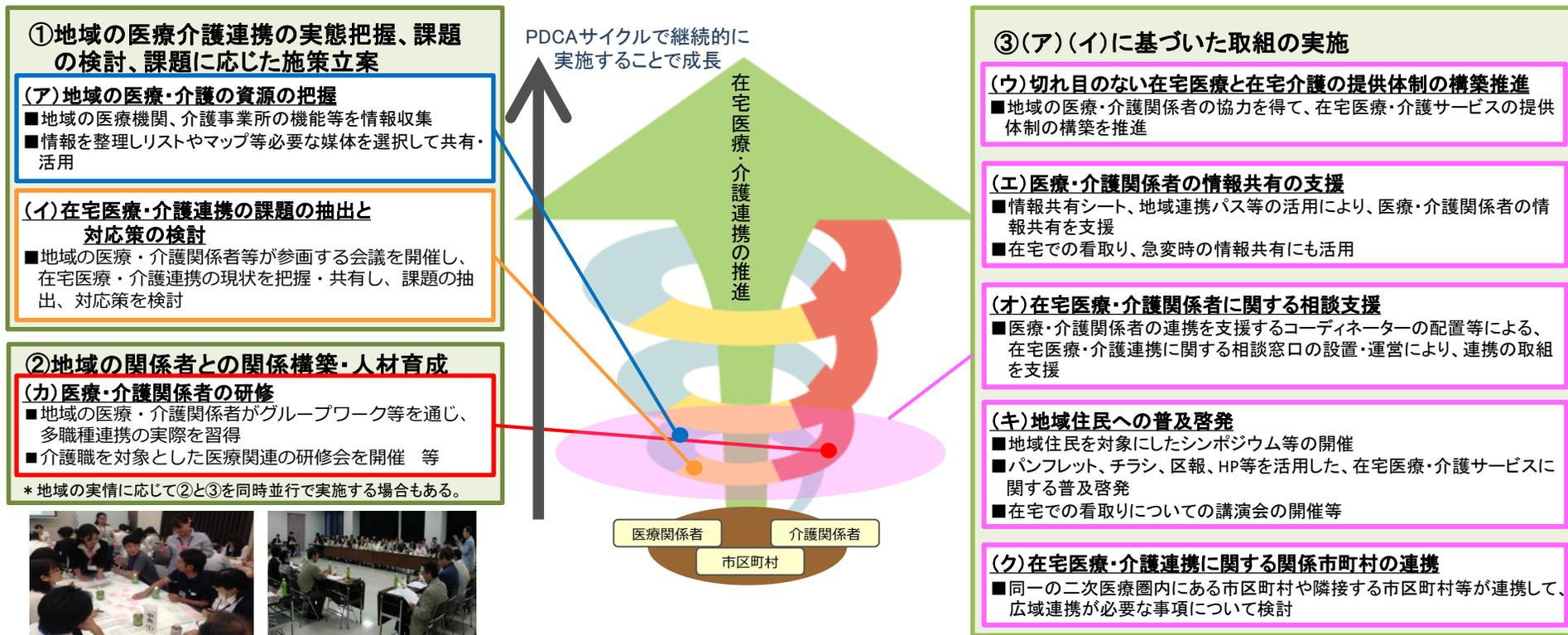
# **1. 医療と介護の連携の推進**

## **1 - 1 在宅医療・介護連携推進事業**

# 在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

## 事業項目と事業の進め方のイメージ



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

# 参照条文

## ○介護保険法(平成9年法律第123号)

(地域支援事業)

第百十五条の四十五 (略)

2 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

一～三 (略)

四 医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業(前号に掲げる事業を除く。)

五・六 (略)

3～5 (略)

(市町村の連絡調整等)

第百十五条の四十五の十 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条の四十五第二項各号に掲げる事業の円滑な実施のために必要な関係者相互間の連絡調整を行うことができる。

2 市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条の四十五第二項各号に掲げる事業の関係者は、当該事業に協力するよう努めなければならない。

3 都道府県は、市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条の四十五第二項各号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村に対する支援に努めるものとする。

## ○介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)

(法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業)

第百四十条の六十二の八 法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業は、次に掲げる事業とする。

一 地域における在宅医療及び介護に関する情報の収集、整理及び活用を行う事業

二 医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者(以下この条において「医療・介護関係者」という。)により構成される会議の開催等を通じて、地域における在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携(以下「在宅医療・介護連携」という。)に関する課題の把握及びその解決に資する必要な施策を検討する事業

三 医療・介護関係者と共同して、在宅医療及び在宅介護が円滑に提供される仕組みの構築に向けた具体的な方策を企画及び立案し、当該方策を他の医療・介護関係者に周知する事業

四 医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業

五 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業

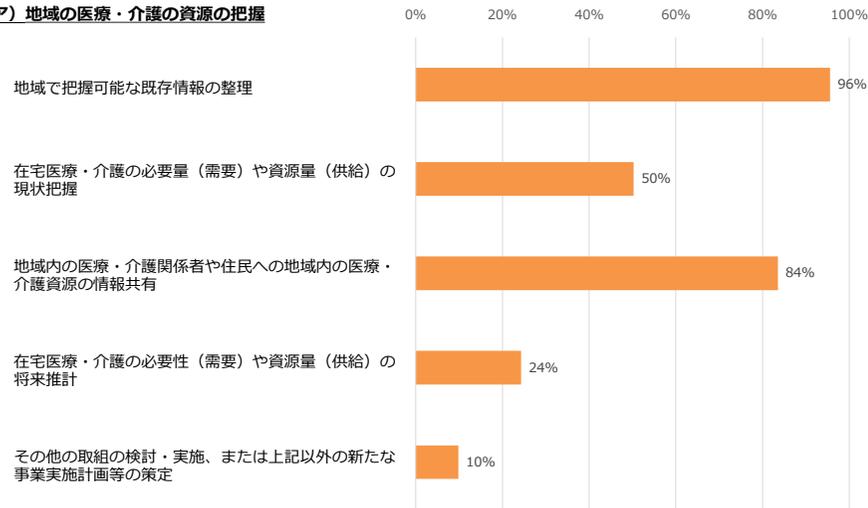
六 医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得や当該知識の向上のために必要な研修を行う事業

七 在宅医療・介護連携に関する地域住民の理解を深めるための普及啓発を行う事業

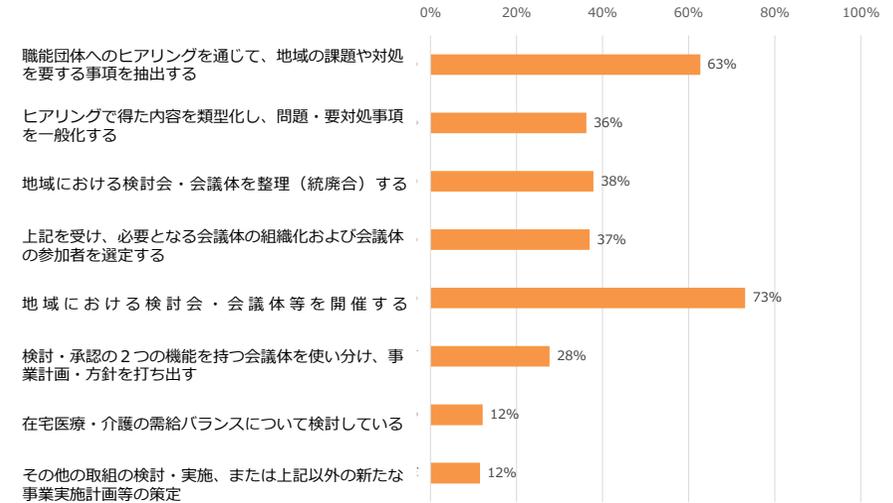
八 他の市町村との広域的な連携に資する事業

# 在宅医療・介護連携推進事業の事業項目別の進捗状況①(n=1,734 複数回答)

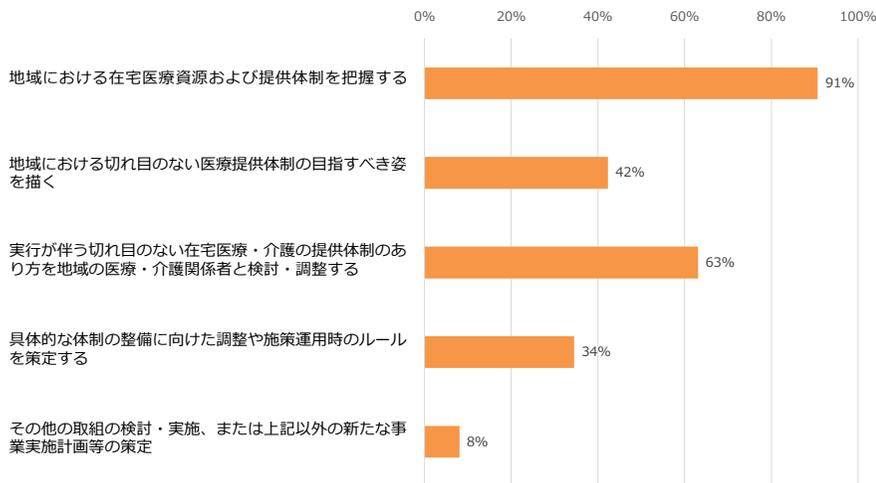
## (ア) 地域の医療・介護の資源の把握



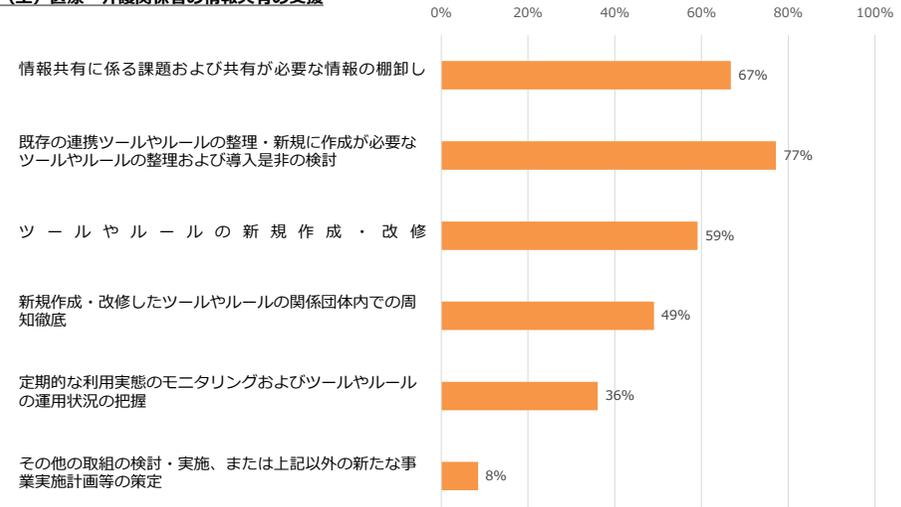
## (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討



## (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進



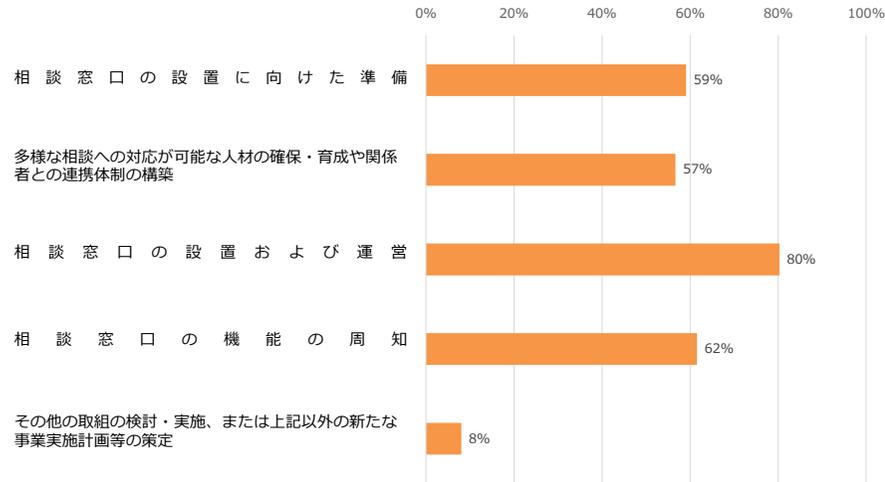
## (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援



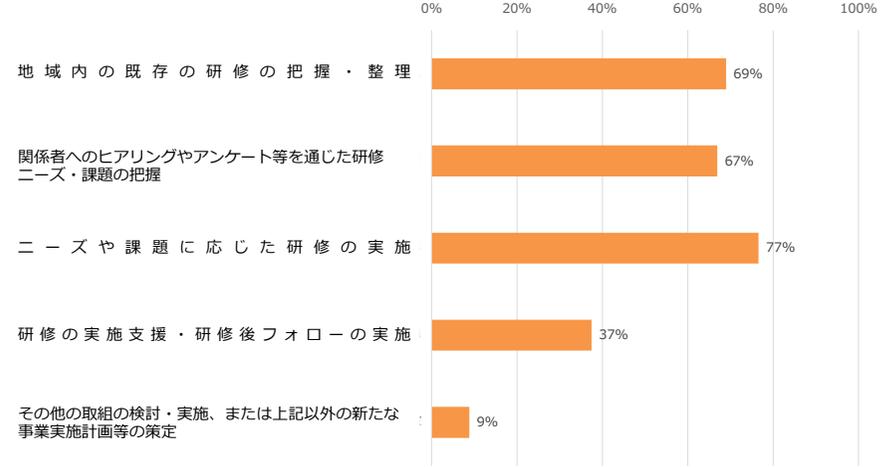
出典 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業  
 (平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)

# 在宅医療・介護連携推進事業の事業項目別の進捗状況②(n=1,734 複数回答)

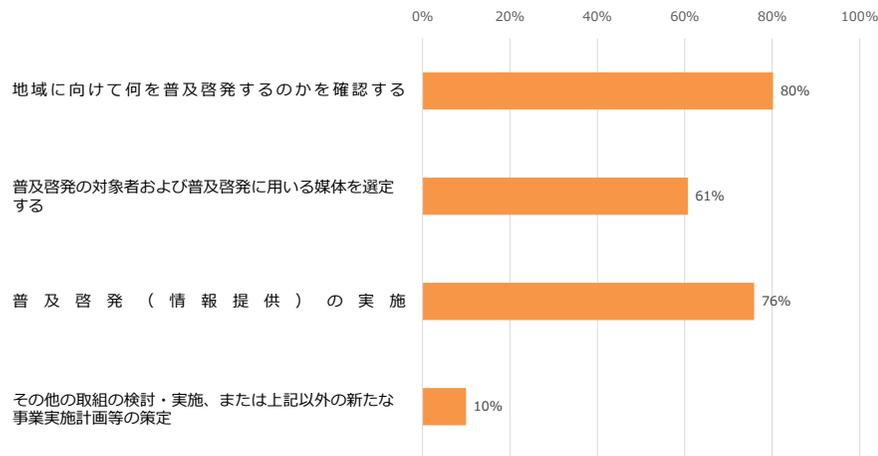
## (オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援



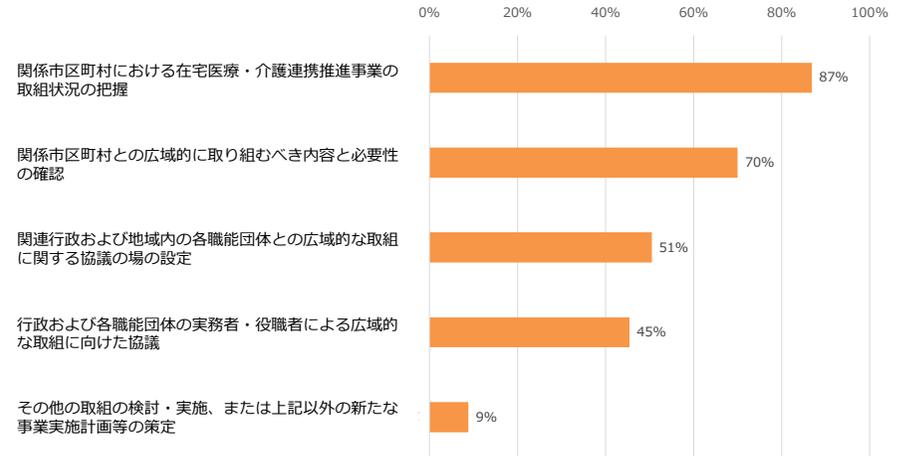
## (カ) 医療・介護関係者の研修



## (キ) 地域住民への普及啓発



## (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

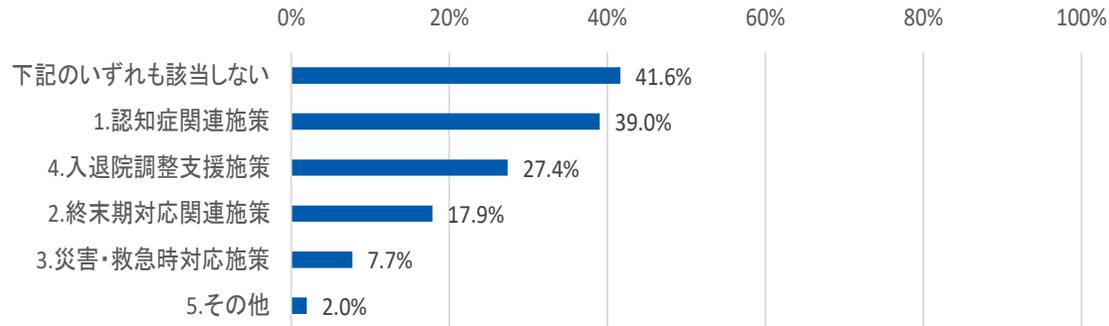


出典 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業  
 (平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)

# 在宅医療・介護連携推進事業と連携した取組

- 8つの事業項目以外の施策に取り組んでいるという自治体は約6割程度であり、取り組んでいる施策は「認知症関連施策」が最も高く、次いで「入退院調整支援施策」、「終末期対応関連施策」となっている。
- 施策を実施した理由は「市区町村として対策を講じる必要が高いと判断したから」、「多職種等の問題意識から地域として対策が必要と判断されたから」、「医師会など職能団体との協議の上で必要と判断されたから」という回答が多くなっている。

## 8つの事業項目以外の重層的・補完的な取組の実施状況(n=1,734 複数回答)



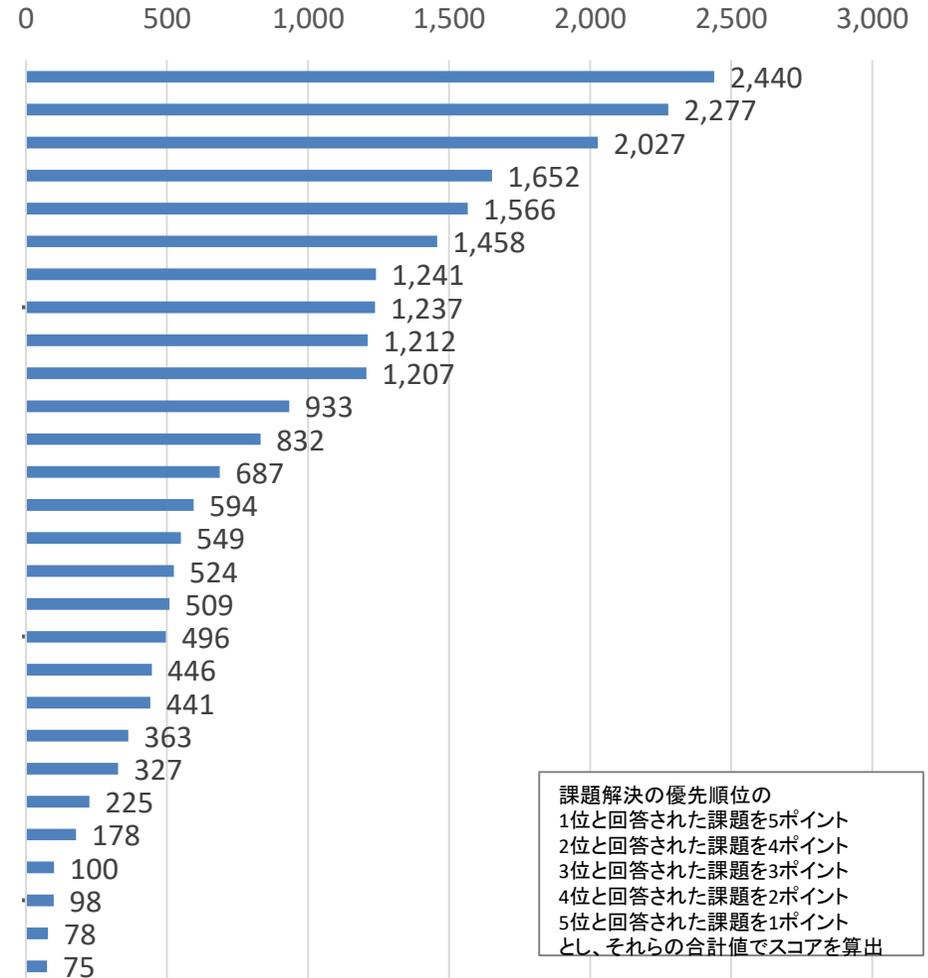
## 8つの事業項目以外の重点施策の取組理由

(N: 1.認知症関連施策=672, 2.終末期対応関連施策=310, 3.災害・救急時対応施策=134, 4.入退院調整支援施策=475)



○ 在宅医療・連携推進事業の課題については、「事業実施のためのノウハウの不足」、「指標設定等の事業評価のしにくさ」、「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」等の回答が多い。

- 地域の医療・介護資源の不足
- 事業実施のためのノウハウの不足
- 行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築
- 指標設定等の事業評価のしにくさ
- 事業推進を担う人材の確保
- 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
- 本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと
- 事業全体を見渡せる人材の不足
- 地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足
- 医師会等関係団体との調整
- 予算の確保
- 多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化
- 総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足
- 関係機関との最終的な合意形成
- 事業運営に関する相談のできる人材の不足
- 医療機関との調整
- 医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足
- 現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと
- 行政内部の連携、情報共有等
- 広域的な医療介護連携（退院調整等）に関する協議
- 隣接する市区町村との広域連携の調整
- （才）の相談支援の窓口に配置する相談員の研修、人材育成
- 多職種研修の企画・運営の技術的支援
- 都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、当該市区町村のデータ等の提供
- 特になし
- 在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供
- 市区町村間の意見交換の場の設置



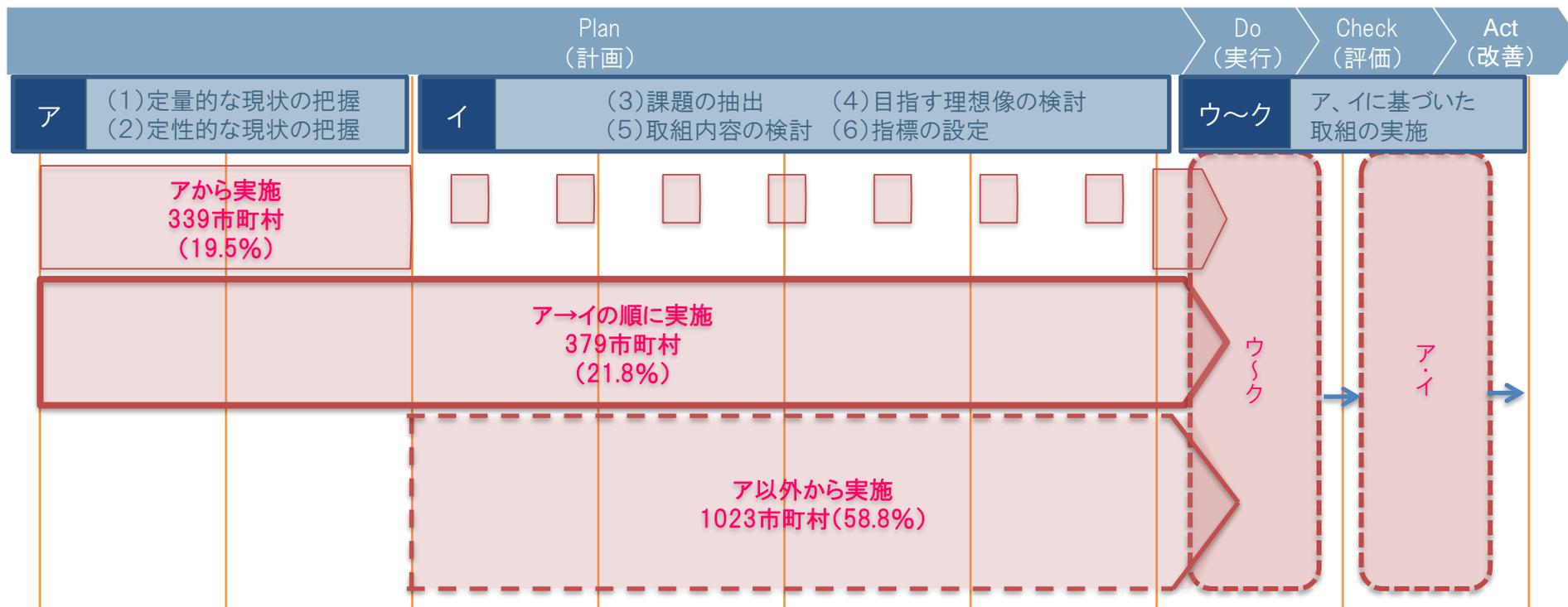
出典 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業  
 （平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所）

# PDCAを踏まえた事業展開の現状(n=1,741)

- 在宅医療・介護連携推進事業の評価状況について、「評価している」自治体は約3割にとどまる。
- PDCAのP<計画>に相当するア(地域の医療・介護の資源の把握)→イ(在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討)の順に実施した市町村は379(21.8%)であり、多くの市町村でPDCAサイクルに基づく事業が展開されていない現状にある。



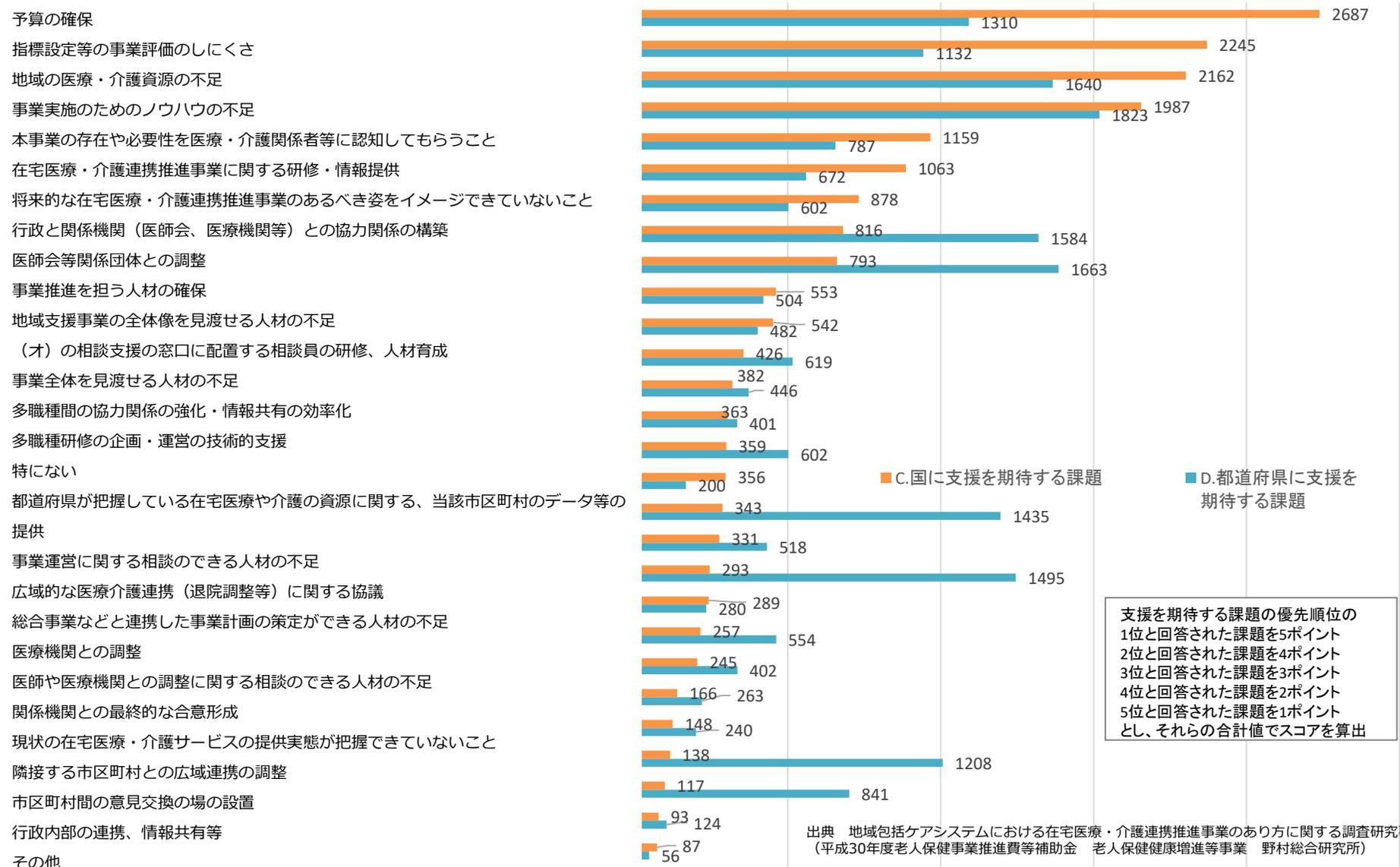
出典 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業(速報値)  
(平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)



出典 平成29年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査(8月1日時点確定値)

# 在宅医療・介護連携推進事業において支援を期待する課題(n=1,734 最大5項目優先順位回答)

○ 全ての都道府県で、何らかの在宅医療・介護連携推進事業に関する市町村支援が行われているが、「事業実施のためのノウハウの不足」、「都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、当該市区町村のデータ等の提供」、「広域的な医療介護連携(退院調整等)に関する協議」等、引き続き市町村が都道府県に支援を期待する声がある。



出典 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業(平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)

# 第7期介護保険事業（支援）計画に関する基本指針のポイント

## 基本指針とは

- 介護保険法において、厚生労働大臣は、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（以下「基本指針」という。）を定めることとされている。
- 都道府県及び市町村は、基本指針に即して、3年を一期とする都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画を定めることとされており、基本指針は計画作成上のガイドラインの役割を果たしている。

## ポイントの概要

### 1 高齢者の自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化の推進

- ・ 介護保険の理念「自立支援・重度化防止」の重要性を追加
- ・ 介護保険制度の立案・運用のPDCAサイクルの推進について新設
- ・ 計画策定時のプロセスに関する記述を具体化する等により充実
- ・ 制度改正を受けて、計画策定後の評価やPDCA推進の重要性を追加
- ・ 制度改正で自治体計画の必須記載事項とされた自立支援・重度化防止に向けた取組と目標の記載を追加
- ・ 都道府県による市町村支援の充実

### 2 「我が事・丸ごと」、地域共生社会の推進

- ・ 地域包括ケアシステムの基本的理念との関係や重要性を追記
- ・ 地域福祉計画との調和に関する記述を充実

### 3 平成30年度から同時スタートとなる医療計画等との整合性の確保

- ・ 基本理念に「医療計画との整合性の確保」を新設
- ・ 協議の場を通して都道府県医療計画との整合性を図る重要性を追加

### 4 介護を行う家族への支援や虐待防止対策の推進

- ・ 家族支援の充実の重要性に関する項目を追加
- ・ 地域包括支援センターにおける相談機能の充実
- ・ 高齢者虐待の防止の重要性に関する項目を追加

### 5 「介護離職ゼロ」に向けた、介護をしながら仕事を続けることができるようなサービス基盤の整備

- ・ 介護離職防止の観点を踏まえたニーズ把握の重要性
- ・ 介護離職の防止に向けた介護支援専門員の資質の向上
- ・ 地域包括支援センターにおける介護離職防止を支えるための相談機能の充実

### 6 その他

- ・ 地域ケア会議のさらなる推進のための項目の新設、充実
- ・ 市町村も人材確保策について記載するよう推奨

# 第7期 介護保険事業(支援)計画 基本指針の構成

## 前文

### 第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

#### 一 地域包括ケアシステムの基本的理念

- 1 自立支援、介護予防・重度化防止の推進
- 2 介護給付等対象サービスの充実・強化
- 3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備
- 4 日常生活を支援する体制の整備
- 5 高齢者の住まいの安定的な確保

- 二 二千二十五年を見据えた地域包括ケアシステムの構築に向けた目標
- 三 医療計画との整合性の確保
- 四 地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進
- 五 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上
- 六 介護に取り組む家族等への支援の充実
- 七 認知症施策の推進
- 八 高齢者虐待の防止等
- 九 介護サービス情報の公表
- 十 効果的・効率的な介護給付の推進
- 十一 都道府県による市町村支援等
- 十二 市町村相互間の連携
- 十三 介護保険制度の立案及び運用に関するPDCAサイクルの推進

### 第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

#### 一 市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者地域の実態の把握
- 3 市町村介護保険事業計画の作成のための体制の整備
- 4 二千二十五年度の推計及び第七期の目標
- 5 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 6 日常生活圏域の設定
- 7 他の計画との関係
- 8 その他

#### 二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項

- 1 日常生活圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組及び目標設定

#### 三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項
  - (一)在宅医療・介護連携の推進
  - (二)認知症施策の推進
  - (三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
  - (四)地域ケア会議の推進
  - (五)高齢者の居住安定に係る施策との連携
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策
- 3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策
- 4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項
- 5 地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項
- 6 市町村独自事業に関する事項
- 7 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項

### 第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項

#### 一 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者等の実態の把握
- 3 都道府県介護保険事業支援計画の作成のための体制の整備
- 4 市町村への支援
- 5 二千二十五年度の推計及び第七期の目標
- 6 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 7 老人福祉圏域の設定
- 8 他の計画との関係
- 9 その他

#### 二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項

- 1 老人福祉圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 市町村が行う被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定
- 4 老人福祉圏域を単位とする広域的調整
- 5 市町村介護保険事業計画との整合性の確保

#### 三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項
  - (一)在宅医療・介護連携の推進
  - (二)認知症施策の推進
  - (三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
  - (四)地域ケア会議の推進
  - (五)介護予防の推進
  - (六)高齢者の居住安定に係る施策との連携
- 2 介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項
- 3 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上に資する事業に関する事項
- 4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業に関する事項
- 5 介護サービス情報の公表に関する事項
- 6 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項

## 第四 指針の見直し

### 別表

## I - ② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進（その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。

I-① 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

- 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



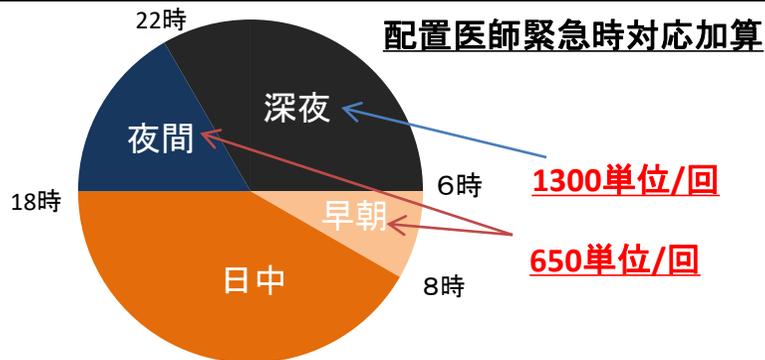
<改定後>

看取り介護加算（Ⅰ）

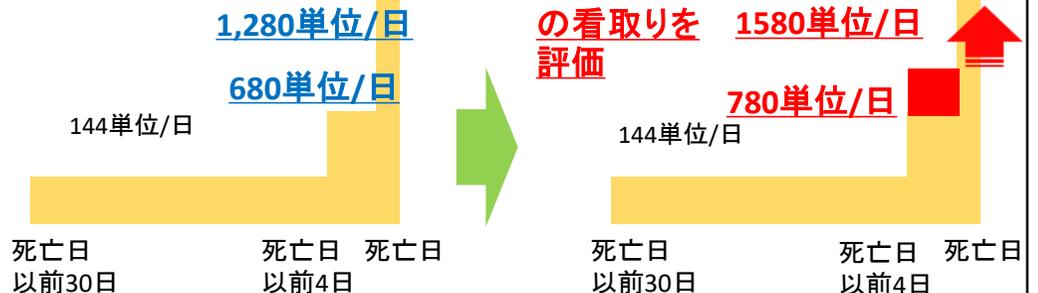
死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日  
死亡日の前日又は前々日 680単位/日  
死亡日 1280単位/日

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



## 在宅医療・介護連携推進事業

### 【事例①】 熊本県玉名市・玉東町・和水町・南関町・長洲町

### —限られた人材で在宅医療・介護の体制整備—

医療・介護従事者の高齢化と人材不足の中、限られた資源を有効活用した、「誰もが気負わず関われる在宅医療」の実現を目指す取組

#### <たまな在宅ネットワーク>

■医師会に、専任のコーディネーターを配置し、以下の取組等を実施。

##### ①医師不在時補完システム

主治医だけでなく他の医師も連携し、在宅生活を支える仕組みを構築。主治医不在時に対応が必要になった場合は、出来る範囲で対応可能な医師が対応。これにより、医師の在宅医療に参加するハードルを低下。

→ネットワーク加入の医療機関が6から36に増加。

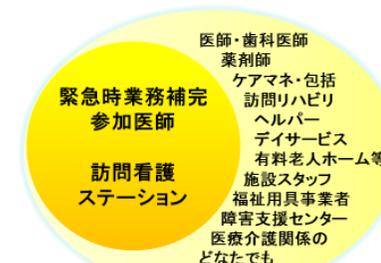
##### ②在宅医療資源紹介・仲介システム

在宅医療を希望する患者がいる場合に、在宅医療を支えるチームをつくるシステムを構築。地域の医師、訪問看護、介護支援専門員、ヘルパー、薬剤師等の手上げを受け、患者へ紹介しつながり支援。

##### ③多職種が情報共有・学びあえる場の設定

定例カンファレンスを開催し、「多職種を知る、一緒に向き合える、想いを共にする、共に成長する在宅医療ネットワーク」を強化

たまな在宅ネットワーク構成図



有志の集まり

機会均等  
事情に応じて手をあげれる



# 在宅医療・介護連携推進事業

## 【事例②】滋賀県大津市 ー入退院時から在宅療養まで安定して過ごせる環境整備ー

役割分担したエリア別在宅医療連携拠点による相談支援や連携の強化と、入退院支援ルールの運用による入退院時から在宅療養まで安定して過ごせる環境の整備

### <在宅医療連携拠点機能>

#### 1つの拠点：全体総括

- ・保健所、医師会、歯科医師会、薬剤師会  
拠点事業の方針決定、情報収集発信

#### 3つの拠点：医療介護関係者への相談支援の中核

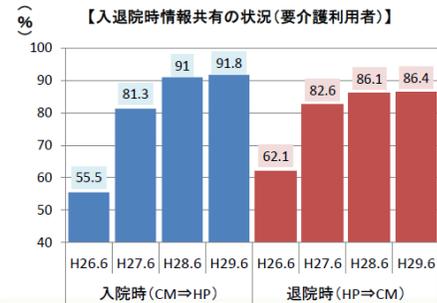
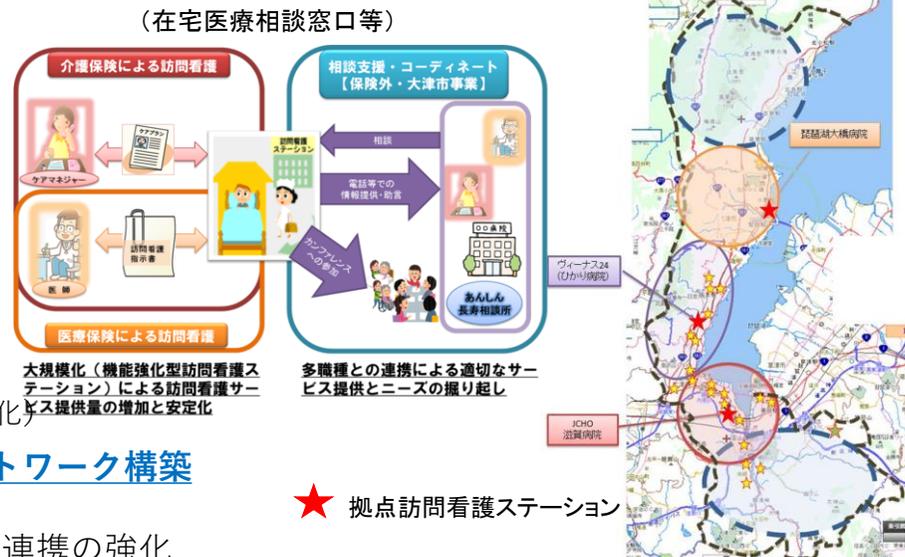
- ・医療機関に併設した訪問看護ステーションに相談・支援機能を付加（委託事業）  
⇒医療介護関係者からの相談対応  
医療と介護の連携と訪問看護の体制の強化  
（地域の訪問看護ステーション支援や24時間対応の強化）

#### 7つの拠点：市民相談・啓発の中核、多職種ネットワーク構築

- ・あんしん長寿相談所、すこやか相談所  
⇒市民からの相談対応・小地域における多職種連携の強化

### <入退院支援連携>

- ・入退院支援ルール及び『大津保健医療圏域における病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き』運用（R1改訂）
- ・入退院支援に関する情報交換会（2回／年）
- ・入退院支援に関する連携状況調査（1回／年）
- ・病院関係者・退院調整担当看護師会議



# 在宅医療・介護連携推進事業

## 【事例③】岩手県北上市 —在宅チームケアで在宅看とり—

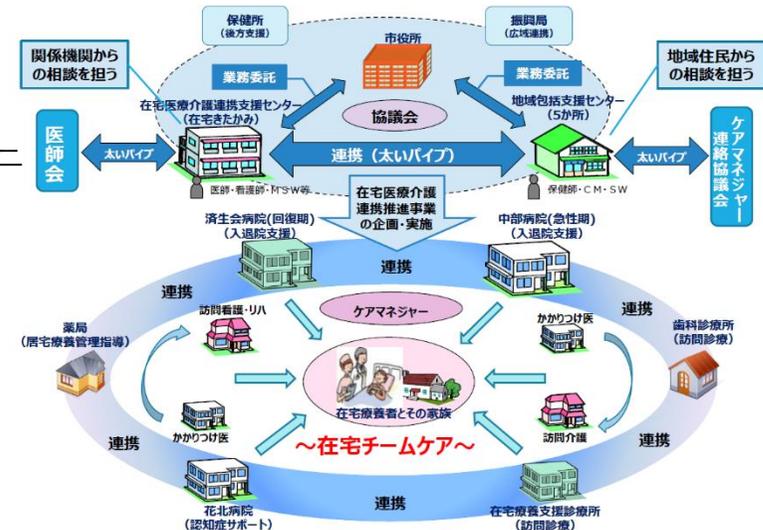
行政と医療機関が両輪となって、在宅医療と介護の連携拠点を整備。切れ目のない医療と介護の供給体制の構築し、在宅療養と看取りを強力に支援

### <在宅チームケアによる在宅看とりの取組>

- 平成28年に、医療介護連携拠点として、医療機関に北上市在宅医療介護連携支援センターを設置。
- 患者の意向を尊重した意思決定支援研修会の実施（北上医師会共催・医療ケアチーム対象）
- 北上市独自の「わたしのきぼうノート（ライフプランニング/エンディングノート）」発行



- 「住み慣れた北上で看取りを考える市民の集い」の開催（北上医師会共催）



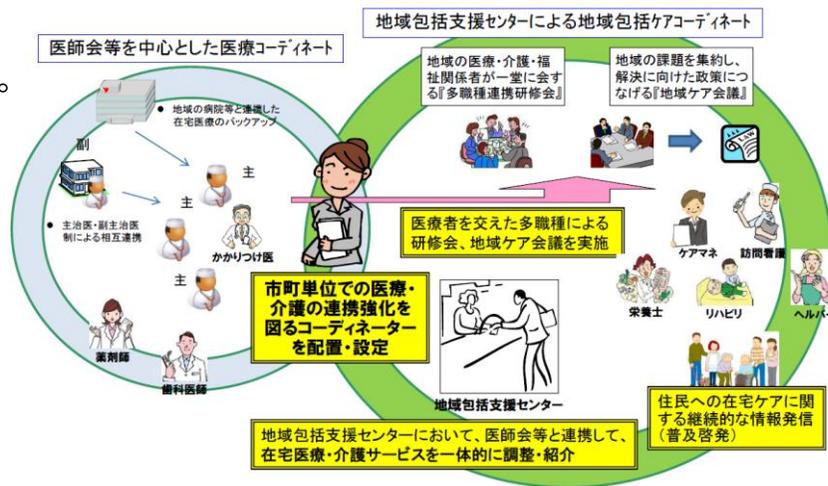
# 在宅医療・介護連携推進事業

## 【事例④】 福井県 一県下全ての市町における在宅ケア体制整備の展開

在宅ケア体制整備を目指したモデル事業（平成22年）の成果を生かし、県下全ての市町で**地域の実情に応じた在宅ケア体制づくり**（24時間対応の在宅医療体制等）を拡大

### <市町と地区医師会を中心とした体制整備>

- 平成22年から、他の地方都市のモデルとなるような在宅ケア体制整備を目指した研究事業を推進。
- 平成25年度から、全市町に、医療・介護の連携強化を図るコーディネーター（保健師または看護師）を育成・配置し、市町単位での体制づくりを推進。
- 平成26年度から、市町が在宅医療・介護連携推進事業の実施主体となり、地区の医師会等と協力して実施。県下に、研究事業で実施した在宅ケア体制モデルが展開できるよう、市町の取組を支援。



全县に展開するにあたってのポイントは、以下の3つ。

- ・ワンストップでの医療・介護サービスの提供（医療・介護の総合相談窓口の設置）
- ・多職種・機関とのスムーズな連携を図るためのICTによる患者情報の共有化
- ・地域の医療機関の連携による24時間対応の在宅医療

## 在宅医療・介護連携推進事業

### 【事例⑤】静岡県川根本町 ―地域の弱みを強みに変えた他施策との連携―

社会資源が少ない町で、昔ながらの「自助共助」を生かし、住民と力を合わせて「協働」の実現を目指す。地域包括ケアシステムと多職種連携チーム連携による協同事業体制の構築

～町立訪問看護ステーション立ち上げから認知症施策まで～

#### <地域の実情に合わせた他（多）事業・多職種の連携>

##### ①在宅医療・介護連携の基盤の整備

- ・退院後に自宅に戻れない等の課題があり、町立で訪問看護ステーションを立ち上げ、在宅医療・介護連携体制の基盤を整備。

##### ②認知症施策など他事業との効果的な連携

- ・介護予防教室では「認知症予防」と「在宅医療」を一緒に情報発信。
- ・ほとんどの会議の出席者は重複しているため、一度に効率的に開催。これにより全ての事業の共有・連携の意識が強化。
- ・県歯科医師会・県社会福祉士会で「認知症・虐待等チェックシート」を作成。歯科医院で認知症を疑う場合は、主治医へ速やかに連絡が可能。

##### ③災害時などを含めた消防署や他部署との連携

- ・酸素ボンベや人工呼吸器のみではなく、電力が必要な医療・介護機器の利用者（介護用ベッド等）について把握し、防災担当部署と情報共有。
- ・終末期について、医師不在時の救急搬送の有無を消防署と事前協議。

##### ④在宅での看取りの意識の醸成と支援体制の整備

- ・アンケート「あなたはどこで人生の終わりを迎えたいですか？」を実施。希望の少なかった限界集落の人が、往診・訪問看護等の説明により在宅看取りへの意識が醸成。
- ・「安らかな旅立ちのお手伝い（支援者編）」を作成し、「あわてず」「迅速な対応」出来るように、マニュアル化。
- ・介護保険認定調査時に人生の最終段階の意志決定について確認し、その書類をケアプランと共に関係する医療・介護従事者と共有。



# 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について (平成30年3月14日公表)

## 1. 見直しの必要性

- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
  - ・ 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
  - ・ 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることを踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

## 2. 主な見直しの概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
  - ・ 「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」に名称を変更
  - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

# 「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」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため  
繰り返し話し合うこと



## 主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が  
確認できる

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、**本人の意思決定が基本**

人生の最終段階における  
医療・ケアの方針決定

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

**本人の推定意思を尊重し、**  
本人にとって最善の方針をとる

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が  
確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない  
・家族がいない

本人にとって最善の方針を  
医療・ケアチームで慎重に判断

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等

→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、**方針の検討や助言**

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって決めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



## 【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」※1を車の両輪として施策を推進

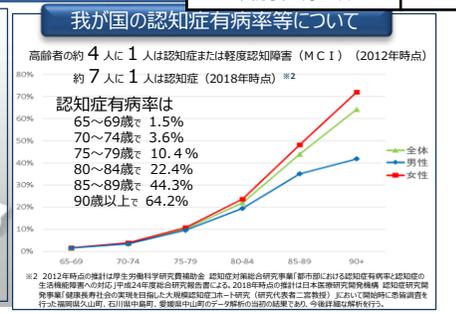
※1「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味

### 世界の認知症戦略

世界各国において、政府による認知症戦略策定が進展

英国	米国
<ul style="list-style-type: none"> <li>○国家認知症戦略</li> <li>・2019年に国家認知症を5カ年計画として発表。</li> <li>・2015年に2020年までの新たな戦略を発表。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○国家アルツハイマー計画に基づく計画</li> <li>・2011年に国家アルツハイマー計画法が署名され、2012年に同法に基づく計画を発表。</li> </ul>
フランス	オーストラリア
<ul style="list-style-type: none"> <li>○神経変性疾患に関する国家計画</li> <li>・2001年に認知症国家戦略を策定。2014年からは神経変性疾患全般に関する新たな戦略として策定。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○認知症に関する国家構想</li> <li>・2005年に認知症に関する国家構想を策定。現在は2015年から2019年までの計画期間中</li> </ul>

上記のほか、韓国、インドネシアなどアジア各国でも国家戦略の策定などの取組が進められている。

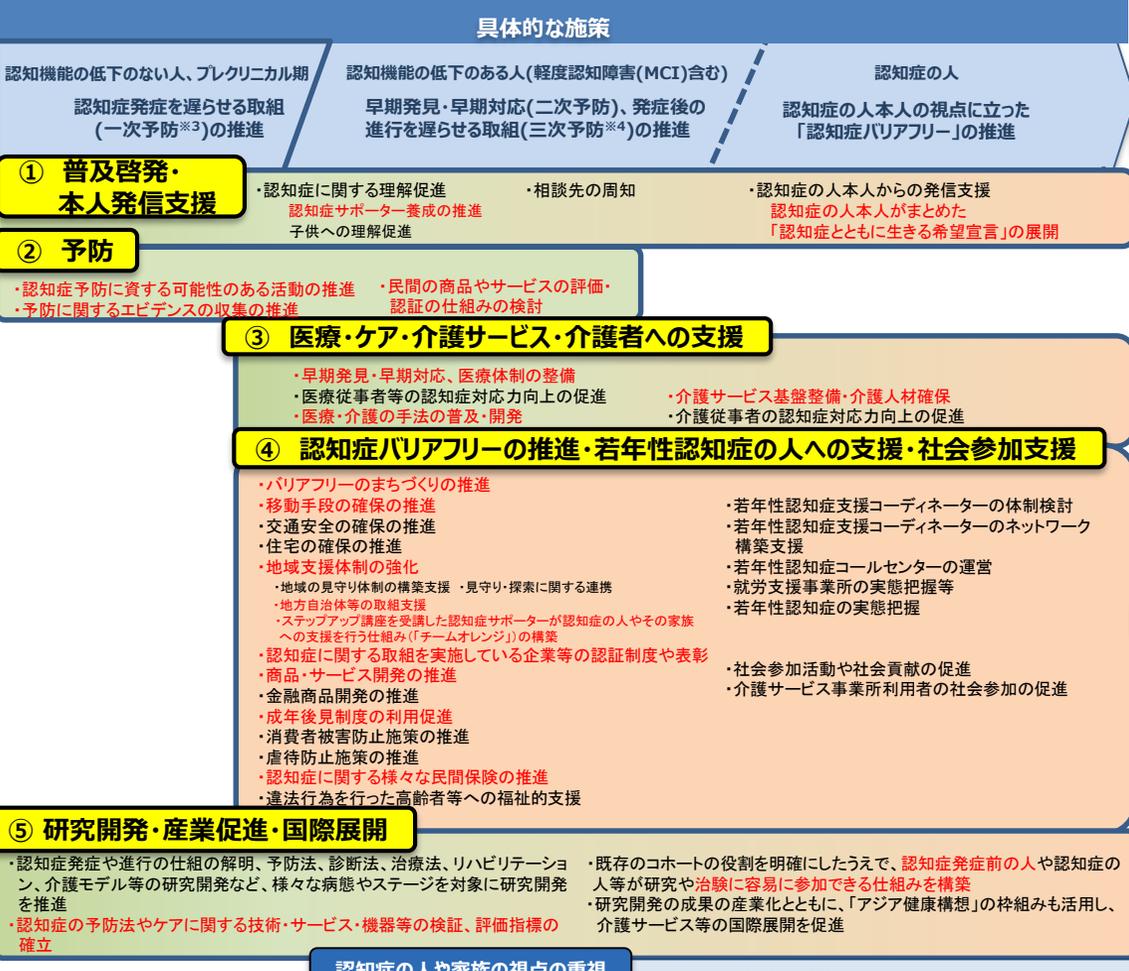


## コンセプト

○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。



赤字:新規・拡充施策

### 認知症の人や家族の視点を重視

上記1~5の施策は、認知症の人やその家族の意見を踏まえ、立案及び推進する。

### 目指すべき社会

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会

主なKPI/目標

- 普及啓発・本人発信支援**
  - 企業・職域型の認知症サポーター養成数400万人
  - 認知症サポーター養成数1200万人(2020年度)
  - 世界アルツハイマーデー及び月間における普及・啓発イベント等の開催
  - 広報紙やホームページ等により、認知症に関する相談窓口の周知を行っている市町村100%
  - 認知症の相談窓口について、関係者の認知度2割増加、住民の認知度1割増加
  - 認知症大使(希望宣言大使(仮称))の創設
  - 全都道府県においてキャラバン・メイト大使(仮称)の設置
  - 全都道府県においてピアサポーターによる本人支援を実施
- 予防**
  - 介護予防に資する通いの場への参加率を8%程度に高める
  - 認知症予防に関する事例集・取組の実践に向けたガイドラインの作成
  - 認知症予防に関するエビデンスを整理した活動の手引きの作成
  - 介護保険総合データベースやCHASEによりデータを収集・分析し、科学的に自立支援や認知症予防等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示
- 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援**
  - 認知症初期集中支援チームにおける医療・介護サービスにつながった者の割合65%
  - 市町村における「認知症ケアパス」作成率100%
  - BPSD予防に関するガイドラインや治療指針の作成、周知
  - BPSD予防のための、家族・介護者対象のオンライン教育プログラムの開発、効果検証
- 認知症ハリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援**
  - 全市町村で、本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み(チームオレンジなど)を整備
  - 認知症ハリアフリー一言件数、認証制度応募件数、認証件数(認知症ハリアフリー一言、認証制度の仕組みの検討結果を踏まえて検討)
  - 本人の意見を踏まえた商品・サービスの登録件数(本人の意見を踏まえ開発された商品・サービスの登録制に関する計画を踏まえ(仮定))
  - 全預金取扱金融機関(\*)の個人預金残高に占める後見制度支援預金又は後見制度支援信託を導入しとする金融機関の個人預金残高の割合 50%以上(2021年度末)
  - \*ネットバンク等の店舗窓口において現金を取り扱っていない金融機関及び業種・職域情報結合に係る個人預金残高は除く。
  - 成年後見制度の利用促進について(2021年度末)
    - 中核機関(権利擁護センター等を含む、以下同じ。)を整備した市区町村数 全1741市区町村
    - 中核機関においてインターネット等による成年後見制度や相談窓口の周知を行っている市区町村数 全1741市区町村
    - 中核機関において後見人候補者を募集する取組を行っている市区町村数 3009市区町村
    - 中核機関において後見人支援の取組(専門職の雇い上げ等により相談や手続支援を実施)を行っている市区町村数 200市区町村
    - 協議会等の合議体を設置した市区町村数 全1741市区町村
    - 市町村職員を充てた市区町村数 全1741市区町村数
    - 国庫費を要した中核機関職員や市区町村職員等の数 3500人
    - 後見人等向けの意思決定支援研修が実施される都道府県の数 全47都道府県
  - 人口5万人以上の全ての市町村において、消費者安全確保協議会を設置
- 研究開発・産業促進・国際展開**

期間: 2025年まで

※3 認知症の発症遅延や発症リスク低減 ※4 重症化予防、機能維持、行動・心理症状の予防・対応

# **1. 医療と介護の連携の推進**

## **1 - 2 介護医療院への移行等**

# 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

# 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

## ① 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

- ・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。
- ・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。
- ・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。

## ② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進

- ・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。
- ・リハに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハ計画書の様式を互換性を持ったものにする。

## ③ 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。

## ④ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- ・ケアマネ事業所の管理者要件を見直し、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。(一定の経過措置期間を設ける)
- ・利用者は複数の事業所の紹介を求めることができる旨説明することを、ケアマネ事業所の義務とし、これに違反した場合は報酬を減額する。

## ⑤ 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。

## ⑥ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

- ・障害福祉の指定を受けた事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。 25

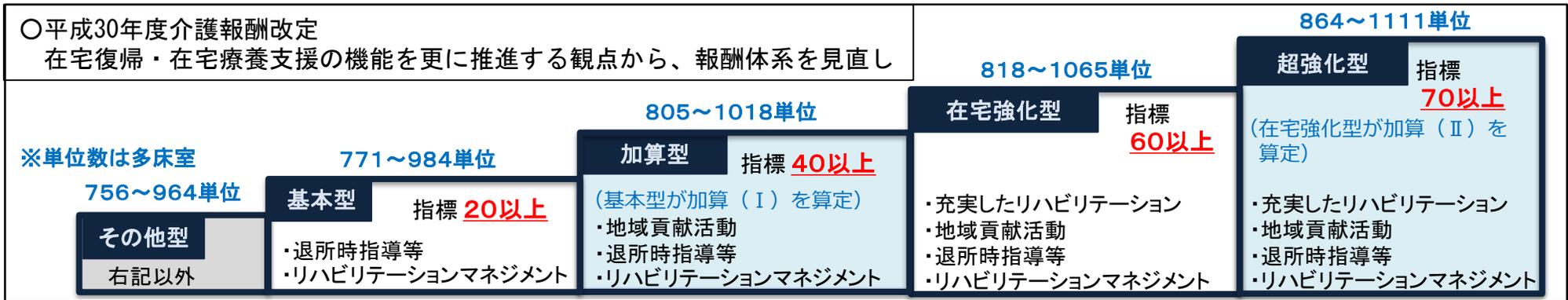
# 介護老人保健施設について

- 介護老人保健施設は、地域包括ケア強化法により、在宅復帰、在宅療養支援のための施設であることを明確化。
- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となるとともに、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。

## 〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正後（介護保険法第8条第28項）

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行うことを目的とする施設。

- 平成30年度介護報酬改定  
在宅復帰・在宅療養支援の機能を更に推進する観点から、報酬体系を見直し



《施設数：4,285施設 サービス受給者数：36.3万人》

※介護給付費等実態統計(平成31年4月審査分)

要介護度別の入所者の割合(平均要介護度3.2)



※介護保険事業状況報告(令和元年5月分)

施設類型(平成30年10月時点)



※平成30年度老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費補助金)  
「介護老人保健施設の目的を踏まえた施設の在り方に関する調査研究事業」

	6 期末	7 期以降	
	実績値 (2018年3月実績)	計画値 (2020年度)	計画値 (2025年度)
全国計	359,731	377,860	413,797
三大都市圏	145,698	155,157	173,174
三大都市圏以外	214,033	222,703	240,623

※三大都市圏は、東京、神奈川、千葉、埼玉、愛知、岐阜、三重、大阪、兵庫、京都、滋賀

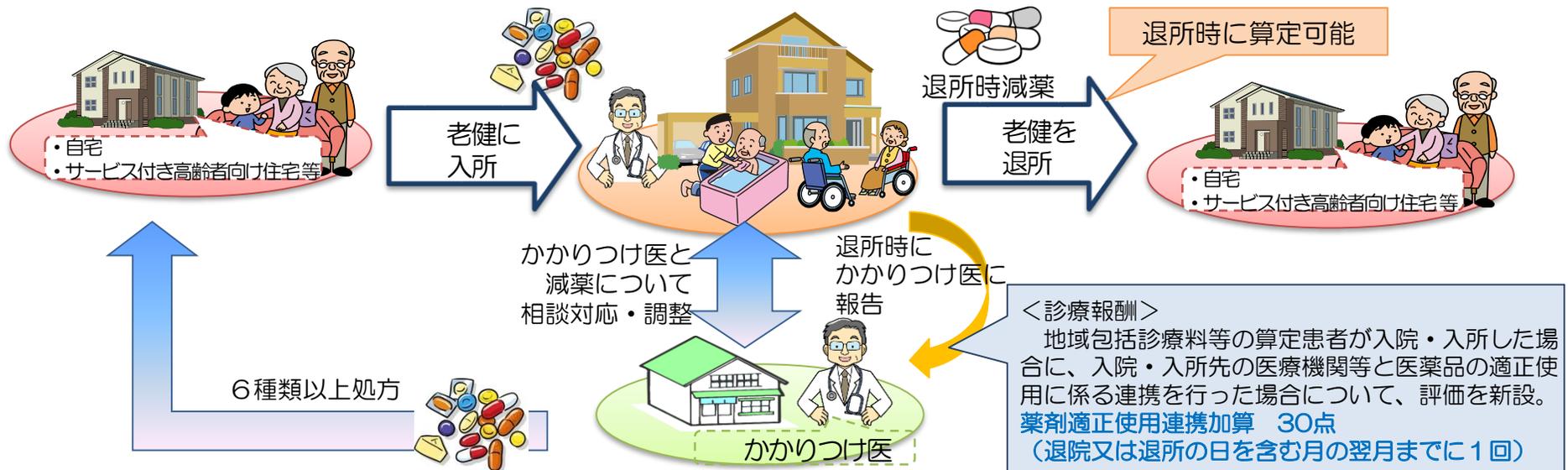
○ **かかりつけ医との連携【介護老人保健施設】**

多剤投薬されている入所者の処方方針を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取組みについて評価を新設。

(新設) かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位 ※入所者1人につき1回を限度として、退所時に加算

(要件) 次に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、当該入所者に処方する内服薬の減少について退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、当該入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算。

- イ 6種類以上の内服薬が処方されており、当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意している者
- ロ 当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者
- ハ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者



- 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ついては、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		-	-

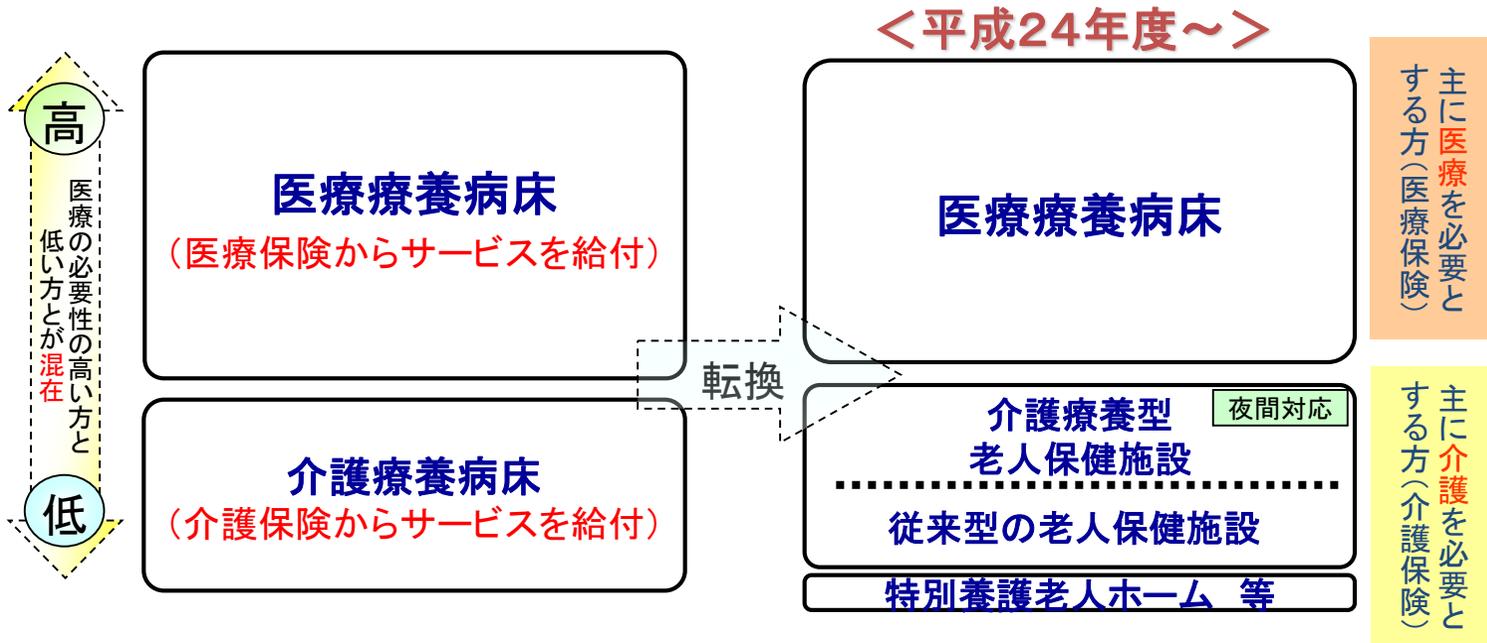
### 介護医療院の施設設備

	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

# 療養病床に関する経緯①

## H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者  
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者(より軽度な者)

# 療養病床から転換した介護老人保健施設について

- 平成18年医療保険制度改正以降、療養病床から介護老人保健施設等への転換を進めてきた。
- 療養病床の転換に際して、既存の介護老人保健施設では対応できない医療ニーズがあることから、以下の機能を介護報酬で評価し、平成20年5月に『介護療養型老人保健施設』を創設した。

## 介護療養型老人保健施設における主な医療ニーズの評価

### ① 夜間の日常的な医療処置

夜勤を行う看護職員を41:1以上確保(41人未満の施設はオンコール可)する本体報酬を設定

### ② 看取りへの対応

医師・看護師等による終末期の看取り体制を評価(ターミナルケア加算)

### ③ 急性増悪時の対応

【特別療養費】(入所者に対する指導管理等のうち日常的に必要な医療行為として、別に評価するもの)

- ・「常時頻回の喀痰吸引」、「人工腎臓を実施しており、重篤な合併症を有する状態」、「膀胱又は直腸の機能障害があり、ストーマの処置を実施している状態」等に対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行うことを評価
- ・ 重傷皮膚潰瘍を有しているものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行うことを評価 等

(参考) 診療報酬上の評価

- ・ 急性増悪時に往診した医師が行う診療行為について、診療報酬により評価 等

## 介護療養型老人保健施設の施設要件

1. 平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に転換を行った介護老人保健施設
2. 新規入所者のうち、医療機関を退院した者の割合が自宅等から入所した者の割合より35%以上大きいことが標準
3. 入所者等のうち、①喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者が15%以上<sup>※1</sup>  
又は②著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の割合が20%以上<sup>※2</sup>

注 要件3について、<sup>※1</sup>は20%以上、かつ、<sup>※2</sup>は50%以上である場合、更に療養強化型として報酬上評価している。

# 療養病床に関する経緯②

## H23(2011) 介護保険法改正

### 介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

#### 【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

### <療養病床数の推移>

	H18(2006).3月	H24(2011).3月	<参考>H28(2016).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	5.9万床 (△6.3万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	28.0万床 (+1.8万床)
合計	38.4万床	34.5万床	33.9万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較  
※2 病床数については、病院報告から作成

### 目的

- 昨年3月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計するとともに、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すこととなった。
- 地域医療構想の実現のためには、在宅医療等で対応する者について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められている。
- 一方、介護療養病床については、平成29年度末で廃止が予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくのか等が課題となっている。
- このため、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、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行うため、本検討会を開催する。

### 検討事項

- (1) 介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方
- (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための(1)以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

### 構成員

(◎は座長、○は座長代理)

- ・池端 幸彦 (医療法人池慶会理事長・池端病院院長)
- ・井上 由起子 (日本社会事業大学専門職大学院教授)
- ・猪熊 律子 (読売新聞東京本社社会保障部部長)
- ◎ 遠藤 久夫 (学習院大学経済学部教授)
- ・尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター特任教授)
- ・折茂 賢一郎 (中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長)
- ・嶋森 好子 (慶応義塾大学元教授)
- ・鈴木 邦彦 (日本医師会常任理事)
- ・瀬戸 雅嗣 (社会福祉法人栄和会理事・総合施設長)
- 田中 滋 (慶応義塾大学名誉教授)
- ・土屋 繁之 (医療法人慈繁会理事長)
- ・土居 丈朗 (慶応義塾大学経済学部教授)
- ・東 秀樹 (医療法人静光園理事長・白川病院院長)
- ・松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授)
- ・松本 隆利 (社会医療法人財団新和会理事長)
- ・武藤 正樹 (国際医療福祉大学大学院教授)

# 「療養病床の在り方等に関する検討会」での整理

## ○ 現行の介護療養病床、医療療養病床の主な利用者像

### <療養生活が長期に及ぶ>

- 平均在院日数が長い(特に、介護療養)  
⇒ 介護療養病床は約1年半の平均在院日数となっている。
- 死亡退院が多い  
⇒ 介護療養病床は約4割が死亡退院。

### <医療・介護の必要度が高い>

- 特養や老健よりも、医療必要度が高い者が入院している
- 要介護度や年齢が高い者が多い  
⇒ 特養や老健よりも高い要介護度を有している者が多い。  
⇒ また、平均年齢が80歳を超えている。

## ○ これらの状態像から以下の機能が必要。

- 長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備 (『住まい』機能の強化)
- 経管栄養や喀痰吸引等 日常生活上必要な医療処置 や、充実した看取り を実施する体制

↳ 『住まい』機能を確保した上で、医療機能を内包した新たな施設類型が提案された。

- 平成29年度末に経過措置の期限が到来する介護療養病床等については、これらの病床の医療・介護ニーズを合わせ持つ方々を、今後、どのように受け止めていくかが課題となっている。
- こうした課題の解決のためには、医療・介護分野を横断して、総合的な検討を行う必要があることから、社会保障審議会に、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための療養病床の在り方等について、ご審議いただく専門の部会を設置。

### 委員

- |                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| ・阿部 泰久 (日本経済団体連合会参与)            | ・白川 修二 (健康保険組合連合会副会長・専務理事)       |
| ・荒井 正吾 (全国知事会／奈良県知事)            | ・鈴木 邦彦 (日本医師会常任理事)               |
| ・市原 俊男 (高齢者住まい事業者団体連合会代表幹事)     | ・鈴木 森夫 (認知症の人と家族の会常任理事)          |
| ・井上 由起子 (日本社会事業大学専門職大学院教授)      | ・瀬戸 雅嗣 (全国老人福祉施設協議会副会長)          |
| ・井上 由美子 (高齢社会をよくする女性の会理事)       | ・武久 洋三 (日本慢性期医療協会会長)             |
| ・岩田 利雄 (全国町村会／東庄町長)             | ・田中 滋 (慶應義塾大学名誉教授)               |
| ・岩村 正彦 (東京大学大学院法学政治学研究科教授)      | ・土居 丈朗 (慶應義塾大学経済学部教授)            |
| ◎遠藤 久夫 (学習院大学経済学部教授)            | ○永井 良三 (自治医科大学学長)                |
| ・遠藤 秀樹 (日本歯科医師会常務理事)            | ・西澤 寛俊 (全日本病院協会会長)               |
| ・岡崎 誠也 (全国市長会／高知市長)             | ・東 憲太郎 (全国老人保健施設協会会長)            |
| ・加納 繁照 (日本医療法人協会会長)             | ・平川 則男 (日本労働組合総連合会総合政策局長)        |
| ・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) | ・松本 隆利 (日本病院会理事)                 |
| ・川上 純一 (日本薬剤師会常務理事)             | ・見元 伊津子 (日本精神科病院協会理事)            |
| ・小林 剛 (全国健康保険協会理事長)             | ・横尾 俊彦 (全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長) |
| ・齋藤 訓子 (日本看護協会常任理事)             | ・吉岡 充 (全国抑制廃止研究会理事長)             |
| ・柴口 里則 (日本介護支援専門員協会副会長)         |                                  |

(◎は部会長、○は部会長代理)

### 開催実績

- 第1回：平成28年6月1日 [検討会の整理案の報告]
- 第2回：平成28年6月22日 [関係者ヒアリング]
- 第3回：平成28年10月5日 [意見交換]
- 第4回：平成28年10月26日 [議論のたたき台&意見交換①]

- 第5回：平成28年11月17日 [議論のたたき台&意見交換②]
  - 第6回：平成28年11月30日 [議論の整理(案)&意見交換①]
  - 第7回：平成28年12月7日 [議論の整理(案)&意見交換②]
- ⇒平成28年12月20日 議論のとりまとめ

# 医療機能を内包した施設系サービス

第5回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料（一部改変）

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、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、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	介護医療院	
	(Ⅰ)	(Ⅱ)
基本的性格	要介護高齢者の <u>長期療養・生活施設</u>	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ <u>生活施設としての機能重視</u> を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する 認知症高齢者 等 ( <u>療養機能強化型A・B相当</u> )	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	<p><u>介護療養病床相当</u> (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 48対1 (3人以上)</p> <p>看護 6対1</p> <p>介護 6対1</p> </div>	<p><u>老健施設相当以上</u> (参考：現行の老健施設の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 100対1 (1人以上)</p> <p>看護 3対1</p> <p>介護 ※ うち看護2/7程度</p> </div>
面積	老健施設相当 (8.0 m <sup>2</sup> /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

# 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

## I 地域包括ケアシステムの深化・推進

### 1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

### 2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

#### ① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用することとする。

#### ② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

### 3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

## II 介護保険制度の持続可能性の確保

### 4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

### 5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

# 介護医療院の概要

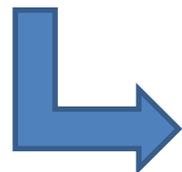
(定義) (介護保険法第8条第29項)

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

(基本方針)

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

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



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設

(参考1) 介護老人福祉施設の定義

老人福祉法第二十条の五に規定する特別養護老人ホーム(入所定員が三十人以上であるものに限る。以下この項において同じ。)であって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことを目的とする施設

(参考2) 介護老人保健施設の定義

要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようになるための支援が必要である者(その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。以下この項において単に「要介護者」という。)に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設として、第九十四条第一項の都道府県知事の許可を受けたもの

## 平成30年度介護報酬改定に関する審議報告(抜粋) (平成29年12月18日 社会保障審議会介護給付費分科会)

新たに創設される介護医療院については、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べきである。

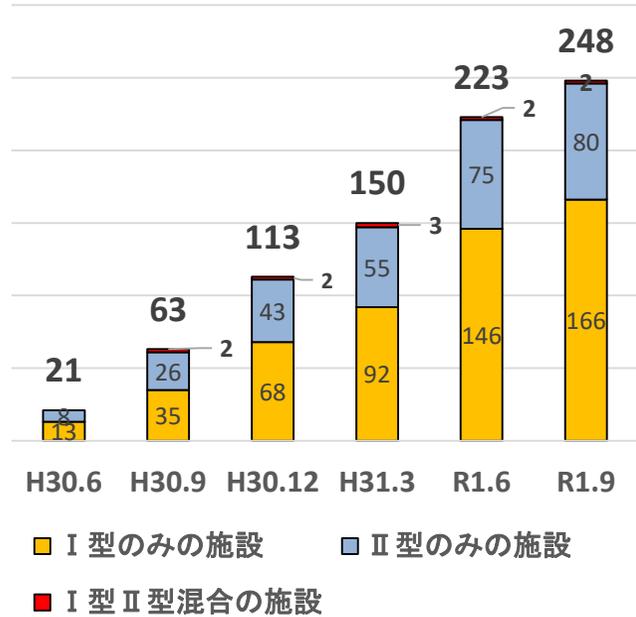
## 社会保障 3. 医療・福祉サービス改革（抜粋）

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革</p> <p>【指標①】 医療費・介護費の適正化</p> <p>【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減</p> <p>【指標③】 年齢調整後の一人当たり介護費の地域差縮減</p> <p>【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</p> <p>【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</p>	<p>○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%】</p> <p>○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%】</p>	<p>○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【2019年度末までに50%】</p> <p>○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合意に至った医療施設の病床の割合【2018年度末までに100%】</p> <p>○地域医療構想調整会議において公立・公的病院等の非稼働病床の対応方針について合意に至った割合【2018年度末までに100%】</p> <p>○在宅医療を行う医療機関数【増加】</p>	<p>26 i. 地域医療構想の実現（個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について検討）</p> <p>26 ii. 地域医療構想の実現（公立・公的医療機関について民間医療機関では担うことができない機能に重点化するように再編・統合の議論を進める）</p> <p>26 iv. 地域医療構想の実現（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）</p> <p>34. 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</p>

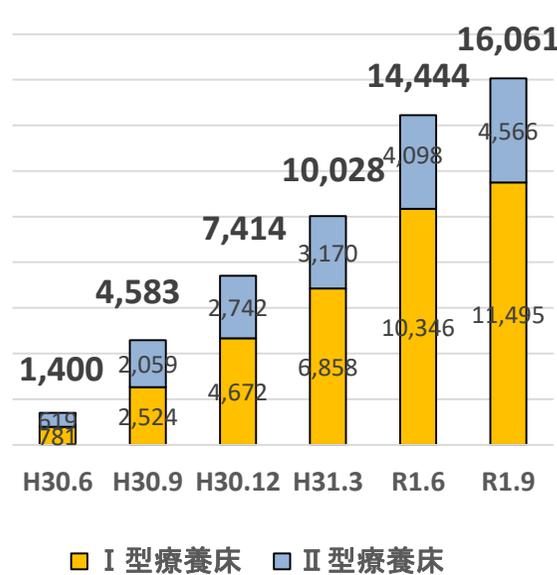
# 介護医療院等（開設状況）について

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

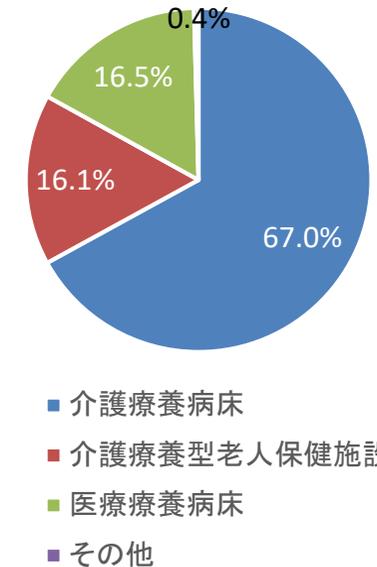
### 施設数の推移



### 療養床数の推移

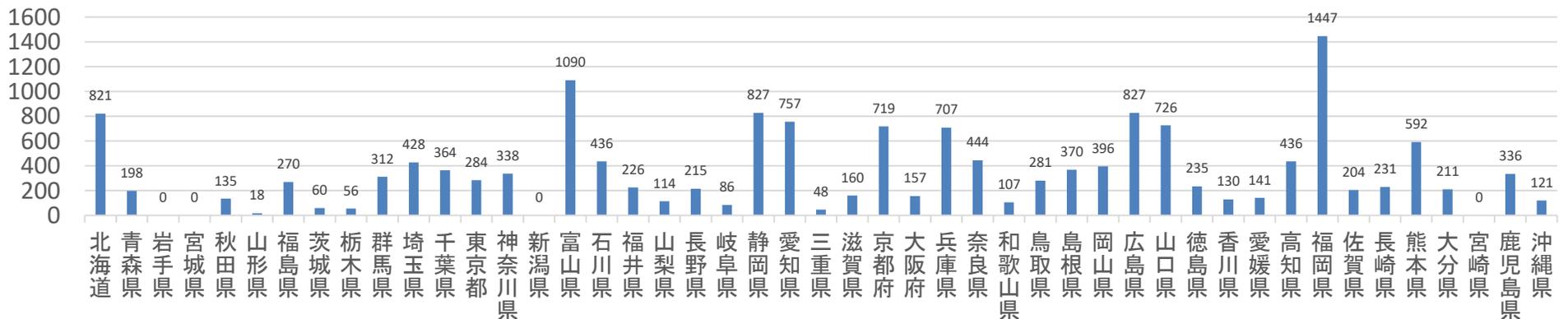


### 転換元の病床割合 (令和元年9月末時点)



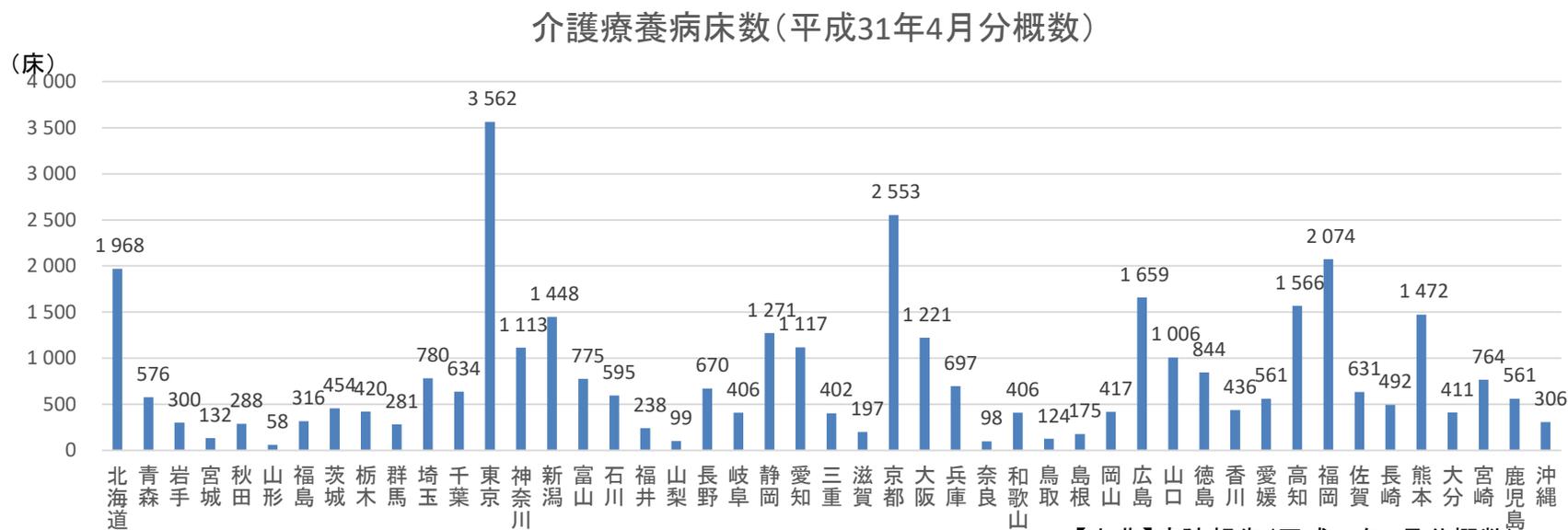
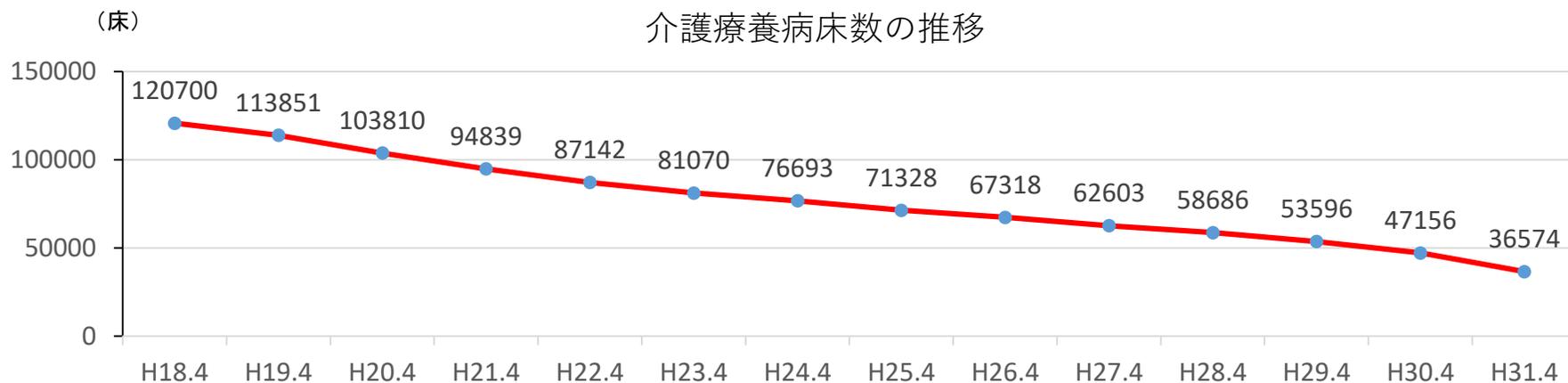
(床)

### 令和元年9月末時点での都道府県別の療養床数



# 介護医療院等（介護療養病床の状況）について

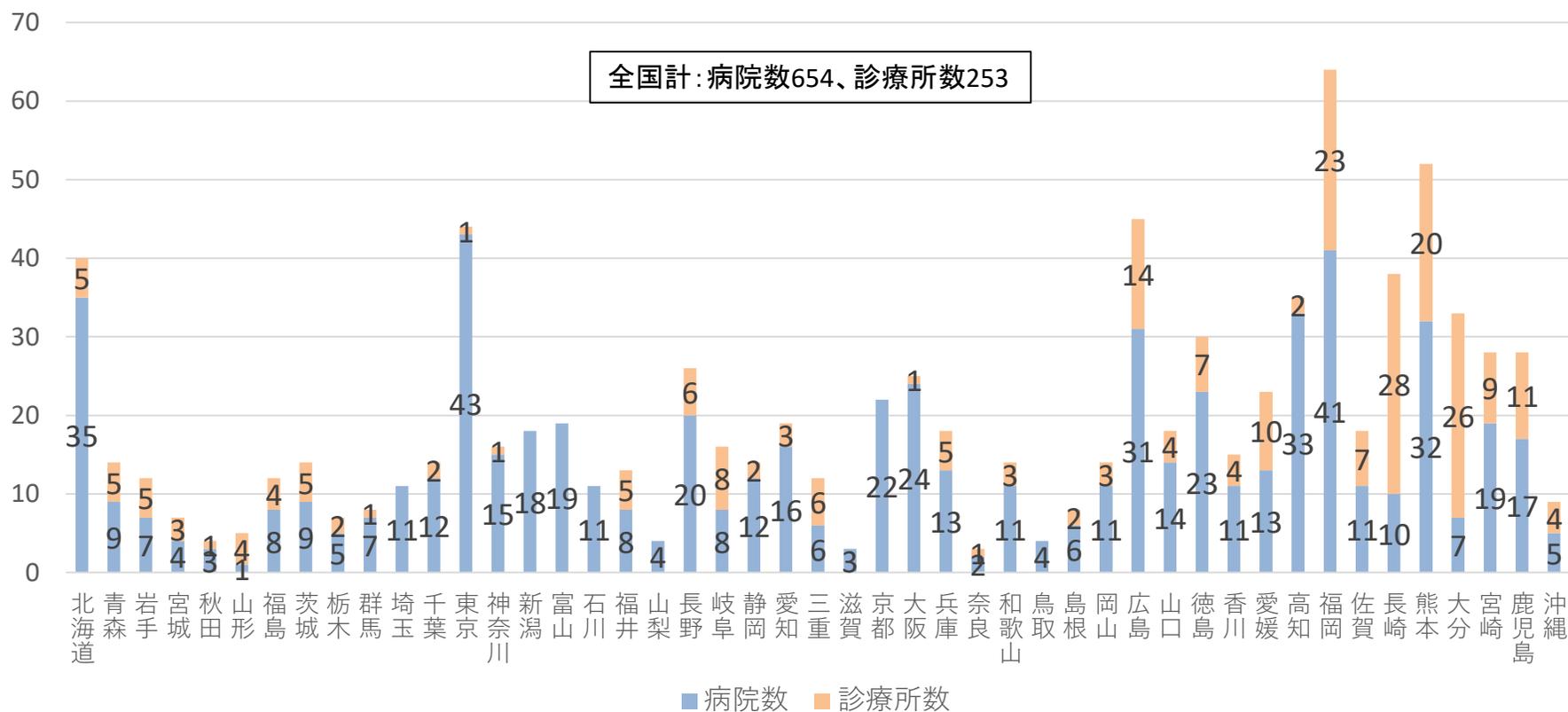
- 介護療養病床は、医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設。令和5年度末が設置期限。
- 介護療養病床は平成18年4月から平成31年4月までに約8.4万床減少
- 平成31年4月末時点の介護療養病床は36,574床であり、都市部に多い傾向が認められる。



【出典】病院報告(平成31年4月分概数)

# 介護療養病床を有する医療機関数

- 平成31年4月末時点の介護療養病床を有する医療機関数について、病院数は654、診療所数は253であった。
- 病院数及び診療所数は都道府県による差が認められる。



出典：「病院報告」(平成31年4月)(老健局老人保健課による特別集計)

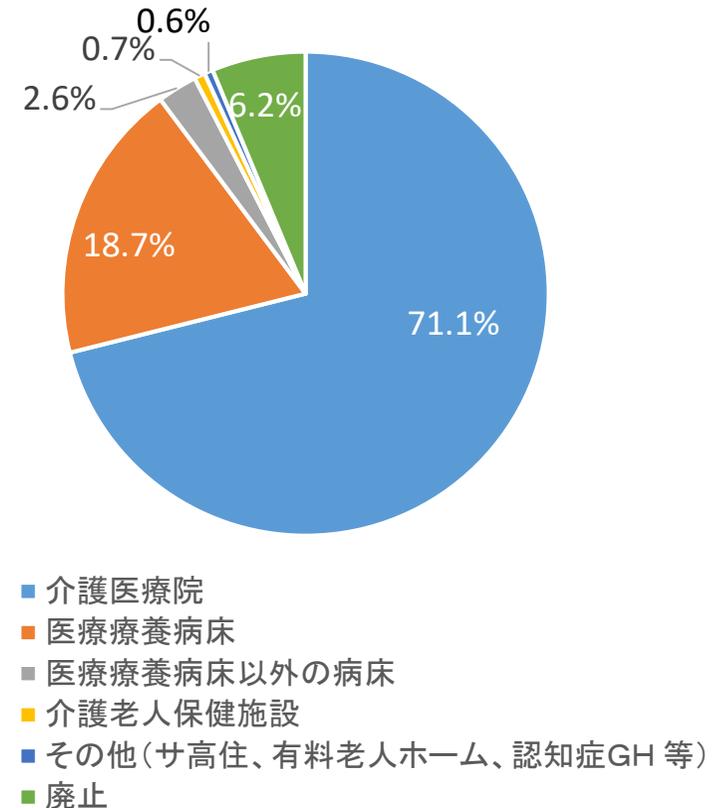
# 介護療養病床の移行先等

○平成30年4月～平成31年3月の介護療養病床の移行先は、介護医療院が71.1% (6,602床)、医療療養病床が18.7% (1,740床)であった。

(参考)平成30年4月～平成31年3月の医療療養病床から介護医療院への移行病床数は、1,589床。

介護療養病床の移行先等(平成30年4～平成31年3月)

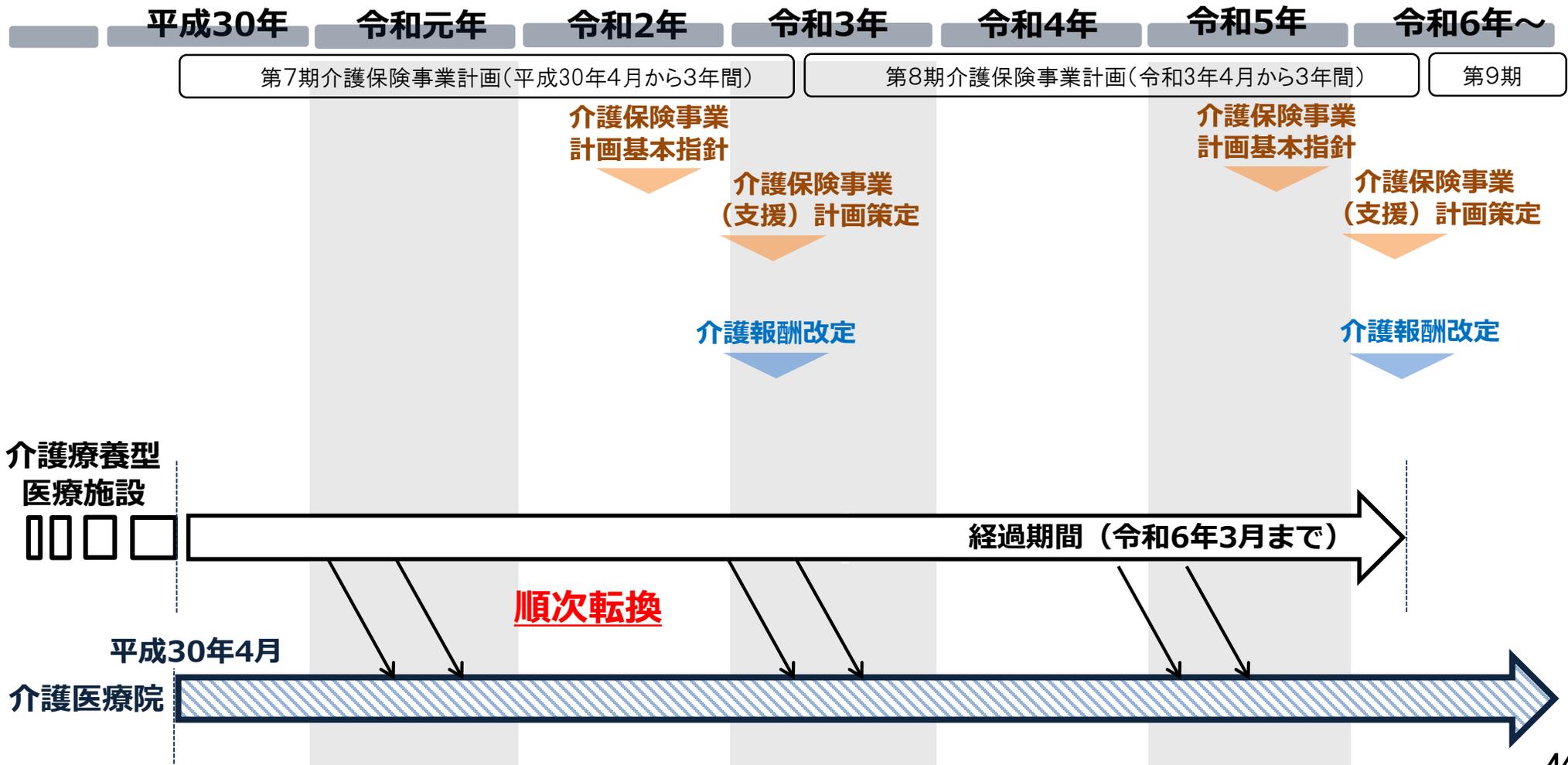
転換先等	病床数
介護医療院	6,602 (71.1%)
医療療養病床	1,740 (18.7%)
医療療養病床以外の病床	246 ( 2.6%)
介護老人保健施設	67 ( 0.7%)
その他	53 ( 0.6%)
廃止	580 ( 6.2%)
合計	9,288 (100%)



(※厚生労働省老健局老人保健課調べ)

# 介護医療院に関するスケジュールのイメージ

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



# 介護療養病床等から介護医療院等への転換における主な支援策について

項目	内容
療養室の床面積	<p>介護療養病床等（介護療養型老人保健施設を含む。）から転換した介護医療院については、大規模改修までの間、床面積を内法6.4㎡/人以上で可とする。 （パーティションや家具等の設置に要する面積を含む。）</p> <p>※ 介護医療院の床面積は、8㎡/人以上</p>
廊下幅（中廊下）	<p>介護療養病床等（介護療養型老人保健施設を含む。）から転換した介護医療院については、大規模改修までの間、廊下幅（中廊下）を、1.2（1.6）m以上で可とする。（壁から壁までの長さ）</p> <p>※ 介護医療院の廊下幅（中廊下）は、1.8（2.7）m以上</p>
機能訓練室の面積 （小規模施設の特例）	<p>医療機関併設型小規模介護医療院（定員19名以下）については、機能訓練室の床面積は適当な広さ。</p> <p>※ 標準的な介護医療院の場合、40㎡以上</p>
医療機関との併設	<p>医療機関併設の介護医療院については、併設医療機関との設備共有を認める。</p> <p>※ 病室と療養室については共有不可。診察室、処置室、エックス線装置については共有可。診察室については、新築の場合は原則不可。ただし個別認められる場合もある。</p>
耐火構造	<p>介護療養病床等（介護療養型老人保健施設を含む。）から転換した介護医療院については、大規模改修するまでの間、療養室が2階及び地階の場合（＝療養室が3階以上の階に設けられていない場合）は、医療機関の基準と同様、準耐火建築物のまま転換可能とする。</p> <p>※ 介護医療院は療養室が2階以上の階に設けられている場合、耐火建築物であることが必要。（準耐火建築物が認められるのは、療養室が地階の場合のみ。）</p>
直通階段・エレベーター 設置基準	<p>介護療養病床等（介護療養型老人保健施設を含む。）から転換した介護医療院については、大規模改修するまでの間、屋内の直通階段を2以上で転換可能とする。（エレベーターの増設は不要。）</p> <p>※ 介護医療院は、屋内の直通階段・エレベーターが、それぞれ1以上必要。</p>
介護療養型老人保健施設 から転換する場合の特例	<p>介護療養型老人保健施設から転換した介護医療院は、近隣の医療機関との連携によりサービスに支障がない場合にエックス線装置・臨床検査施設を、近隣の薬局との連携によりサービスに支障がない場合に調剤所を置かないことができる。</p> <p>※ 介護医療院は、エックス線装置、調剤所、臨床検査施設が必要。ただし、臨床検査施設は委託によって行う場合は設置不要。</p>

# 介護療養病床等から介護医療院等への転換における主な支援策について

項目	内容
有料老人ホーム等	医療法人が運営する介護施設の対象を拡充 ※ 医療法人の附帯業務に、有料老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅の設置を追加。
介護老人保健施設	介護老人保健施設の開設者の拡充 ※ 平成36年3月31日までに転換を行う病院又は診療所の開設者は、介護老人保健施設を開設できる。
介護医療院	I型(療養機能強化型相当)とII型(介護療養型老健相当)の2つの類型を設定 (医療ニーズに係る要件を設定するとともに、医師・看護師の配置に応じた評価を設定)
	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で提供することとし、規模が小さい場合については、療養室単位で提供可能としている。(1施設でI型とII型の両方を有することが可能。)
	介護療養病床等(介護療養型老人保健施設を含む。)から介護医療院への転換後、サービスの変更内容を利用者及びその家族等に丁寧に説明する取組み等を、1年間に限り算定可能な加算として評価。 ※ 当該加算については介護医療院の認知度が高まると考えられる平成33年3月末までの期限を設ける。
	重度の認知症疾患への対応として、入所者の全てが認知症である老人性認知症疾患療養病棟で評価されているような、精神保健福祉士や看護職員の手厚い配置や精神科病院との連携等を加算として評価。
	病院又は診療所から介護医療院に転換した場合、転換前の名称を用いることが可能。
	一定の要件(II型療養床のみを有する場合、医療機関併設で医師が速やかに対応可能な場合など)を満たす場合、宿直を置かないことができる。 ※ 医療機関の宿直医が、隣接する施設の入所者が急変した場合等の対応を可能としている。
サテライト型施設の多様化	設置主体の拡充 ※ サテライト型小規模介護老人保健施設の本体施設として、医療機関の他に介護医療院を追加。

# 介護療養病床等から介護医療院等への転換における主な支援策について

項目	内容
転換に係る費用負担の軽減	介護療養型医療施設を介護医療院等に転換した場合の費用を助成。（地域医療介護総合確保基金） ※ 介護療養型老人保健施設から介護医療院に転換した場合も対象とする。
	医療療養病床を介護医療院等に転換した場合の費用を助成。（病床転換助成事業）
	介護療養病床等を介護医療院等に転換した場合の費用を助成。（地域医療介護総合確保基金） ※ 介護療養型老人保健施設から介護医療院に転換した場合も対象とする。
	他の介護保険施設と同様、以下の施設を新設した場合の費用を助成。 ・小規模な（定員29名以下）の介護医療院（地域医療介護総合確保基金） ・通常規模（定員30名以上）の介護医療院（総務省の地財措置）
福祉医療機構（WAM）の療養病床転換支援策	療養病床転換に係る施設整備費の貸付条件の優遇
	機構貸付金の償還期間の延長 ※ 現に有する借入金の償還期間を延長
	療養病床転換支援資金制度の創設 ※ 民間金融機関からの過去債務の償還負担軽減や退職金等に必要な運転資金の融資
その他	介護療養型医療施設・医療療養病床からの転換については、年度ごとのサービス量は見込むが、『必要入所（利用）定員総数』は設定しないものとする。
	介護療養型医療施設の経営者等を対象として、転換を支援するための研修を実施。当該研修内容を充実する観点から、介護療養型医療施設からの移行状況の把握や、介護医療院の好事例の紹介などを実施する。同事業にてコールセンターを設置。

# 移行定着支援加算

## 【介護医療院への早期・円滑な移行】

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介護医療院の認知度が高まると考えられる令和3年3月末までの期限を設ける。

移行定着支援加算 93単位/日（新設）

- 介護療養型医療施設、医療療養病床又は介護療養型老人保健施設から転換した介護医療院である場合
- 転換を行って介護医療院を開設した等の旨を地域の住民に周知するとともに、当該介護医療院の入所者やその家族等への説明に取り組んでいること。
- 入所者及びその家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与していること。

	H29年度	H30年度	H31年度/令和元年度	令和2年度
同一病院	介護療養病床(1病棟)	介護医療院(1療養棟)	加算	介護医療院(1療養棟)
	介護療養病床(1病棟)	介護医療院(1療養棟)		介護医療院(1療養棟)
同一病院	介護療養病床(1病棟)	介護医療院(1療養棟)	加算	介護医療院(1療養棟)
	介護療養病床(1病棟)	介護医療院(1療養棟)		不可

※医療機関として、最初に算定した日がH30年度であるため、H31年度は転換した病棟(病室)があったとしても算定不可

# 介護医療院開設移行等支援事業

## 趣旨

- 今後増加が見込まれる長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者の受け皿を確保するため、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた「介護医療院」を平成30年4月に創設した。当該施設については、医療療養病床や介護療養病床からの移行が見込まれる。
- このため、移行状況を把握するとともに、移行に係る課題の整理やその対応策等の検討を行い、介護療養病床を有する事業者等を対象とした研修を実施し、円滑な移行に資することを目的とする。

## 概要

### 〔実施主体〕

国（令和元年度委託事業者：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）

### 〔事業内容〕

- 事業者向けに研修を実施。（前期：10月1～8日に開催（京都・東京・札幌・福岡）  
（後期：未定（東京・高知・名古屋・広島））
- 事業者向けのコールセンターを設置。
- 移行状況の把握や事業者へのヒアリング等により状況把握・課題整理等を実施。  
（研修カリキュラムや次期介護報酬改定に向けた検討資料としても活用。）
- 介護医療院のパンフレット・紹介画像の作成

事業者（開設希望、検討中等）

コールセンターの設置  
（個々の事業所に対するきめ細やかなサポート）

研修を実施

状況把握、好事例の収集、  
課題整理等

## 【介護保険事業(支援)計画での取り扱い】

第7期介護保険事業（支援）計画における療養病床、介護医療院等の取扱いに関する基本的考え方について、以下のとおり、都道府県宛に事務連絡を発出済み。

第7期介護保険事業（支援）計画における療養病床、介護医療院等の取扱いに関する基本的考え方  
(平成29年8月10日 厚生労働省介護保険計画課事務連絡)

- 第7期計画において必要入所（利用）定員総数を定めるに当たっては、医療療養病床及び介護療養型医療施設が、介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護に転換する場合における必要入所（利用）定員総数の増加分を含まない。同様に、介護老人保健施設（平成18年7月1日から平成30年3月31日までに医療療養病床又は指定介護療養型医療施設から転換して許可を受けたものに限る。）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。
- 上記の取扱を踏まえ、介護保険法第94条第5項等に基づく介護保険施設等の許可等の拒否（いわゆる「総量規制」）は基本的に生じないと考えられる。
- 介護医療院の新設（一般病床からの移行等を含む。）については、総量規制の対象となるため、まずは医療療養病床及び介護療養型医療施設からの転換による対応を優先した上で、地域の高齢者のニーズや事業者の参入意向等を把握して必要入所定員総数を設定。
- 介護サービスごとの量の見込みについては転換分を含めて推計。  
医療療養病床及び介護療養型医療施設の転換見込みについては、各都道府県において転換意向調査を実施するとともに、都道府県・市町村の協議の場において議論。

# 第7期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

平成29(2017)年度  
実績値 ※1

平成32(2020)年度  
推計値 ※2

平成37(2025)年度  
推計値 ※2

## ○ 介護サービス量

	平成29(2017)年度 実績値 ※1	平成32(2020)年度 推計値 ※2	平成37(2025)年度 推計値 ※2
<b>在宅介護</b>	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)
<b>居住系サービス</b>	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)
<b>介護施設</b>	94 万人	103 万人 (9%増)	115 万人 (22%増)
特養	59 万人	65 万人 (11%増)	73 万人 (25%増)
老健	36 万人	38 万人 (6%増)	41 万人 (17%増)
介護医療院	-	1.5 万人	6.4 万人
(参考) 介護療養型医療施設	5.0 万人	4.0 万人	-

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

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

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

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

なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

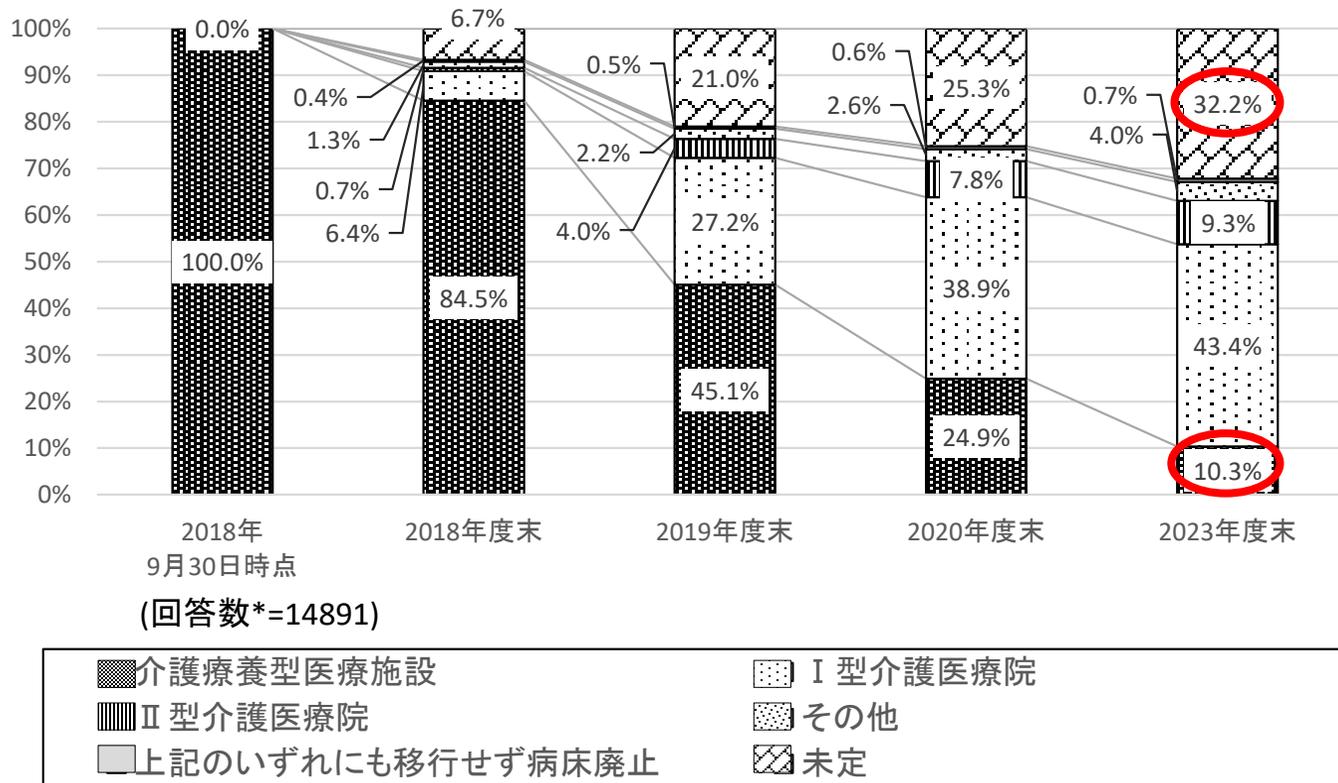
### ※介護離職ゼロに向けた基盤整備の対象サービス

： 特養、老健、ケアハウス、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、認知症GH、サービス付き高齢者向け住宅

# 介護療養型医療施設の移行予定

- 介護療養型医療施設のうち、2020年度末までに介護医療院へ移行を予定している病床は、I型介護医療院・II型介護医療院を合計すると46.7%の病床数構成比であった。2023年度末時点では52.7%であった。
- 介護療養型医療施設のうち、2023年度末時点でも介護療養型医療施設に留まる病床は、10.3%であった。
- 介護療養型医療施設のうち、2023年度末時点の移行先が未定の病床は、32.2%であった。
- ※本調査における回収率は42.0%（有効回収率41.8%）。

介護療養型医療施設（病院・診療所合計）の移行予定



\* 回答数は施設票における病床数

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（平成30年度調査）  
介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

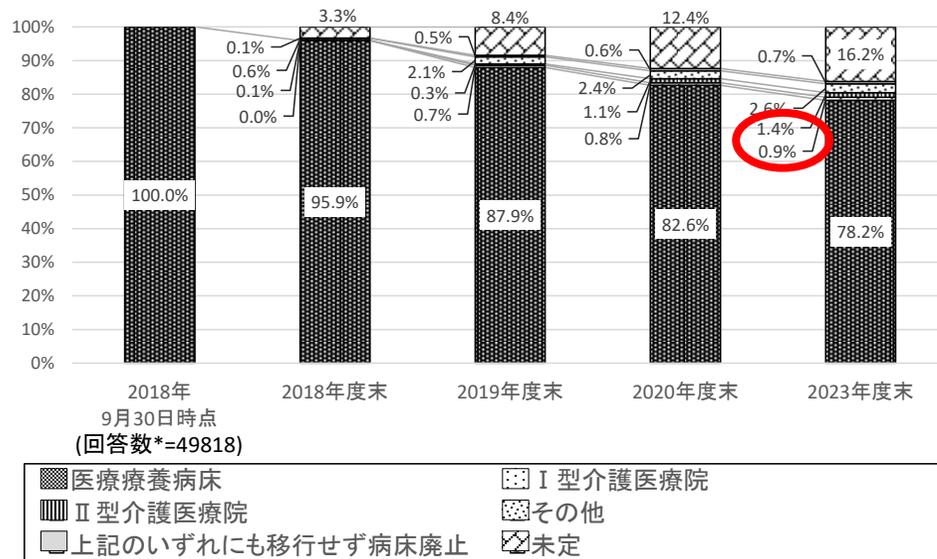
# 医療療養病床の移行予定

○医療療養病床(療養病棟入院料1・2、経過措置、特定入院基本料、診療所の合計)のうち、2020年度末までに介護医療院へ移行を予定している病床は I 型介護医療院・II 型介護医療院を合計すると1.9%の病床数構成比であった。2023年度末時点では2.3%であった。

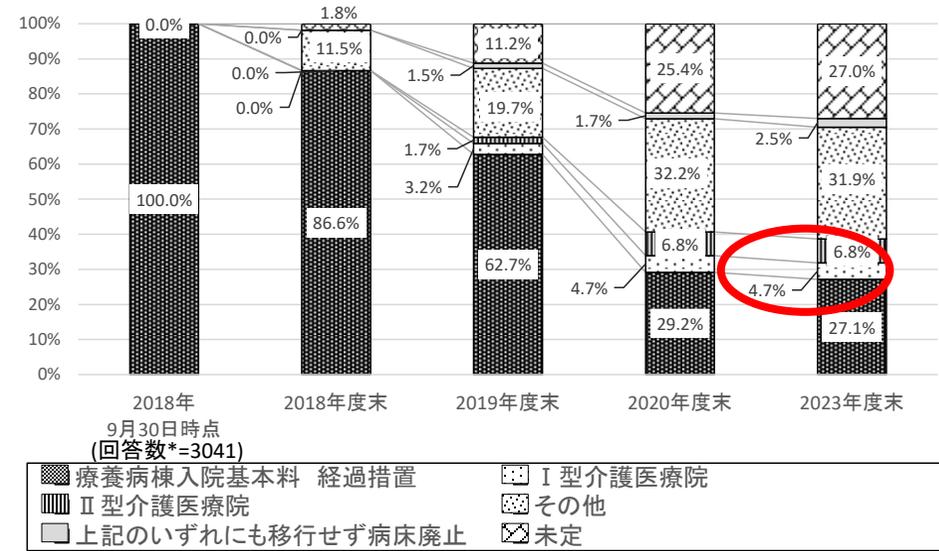
○医療療養病床のうち、療養病棟入院基本料経過措置において、2020年度末又は2023年度末までに介護医療院へ移行を予定している病床は、I 型介護医療院・II 型介護医療院を合計すると、ともに11.5%の病床数構成比であった。

※本調査における回収率は30.1%(有効回収率30.1%)。

医療療養病床(療養病棟入院料1・2、経過措置、特定入院基本料、診療所の合計)の移行予定



医療療養病床 療養病棟入院料経過措置の移行予定



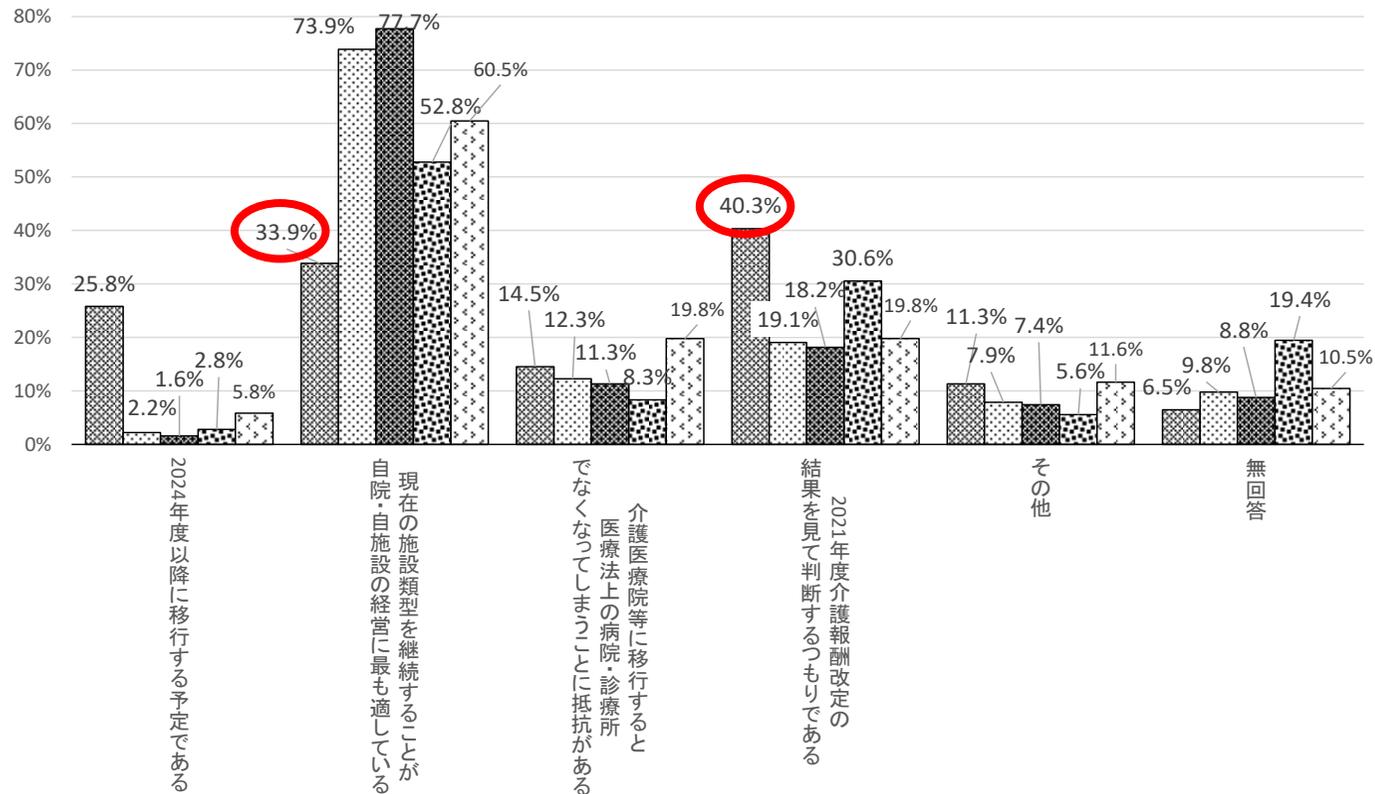
\* 回答数は施設票における病床数

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(平成30年度調査)  
介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

# 移行しない理由

○2023年度末の予定病床数が2018年9月30日時点の病床から変更がない施設のうち、介護療養型医療施設では、移行しない理由として「2021年度介護報酬改定の結果を見て判断するつもりである」と回答した割合が40.3%、「現在の施設類型を継続することが自院・自施設の経営に最も適している。」と回答した施設が33.9%であった。

2023年度末で2018年9月30日時点の病床から変更がない施設について  
現在の施設から移行しない理由（複数回答）



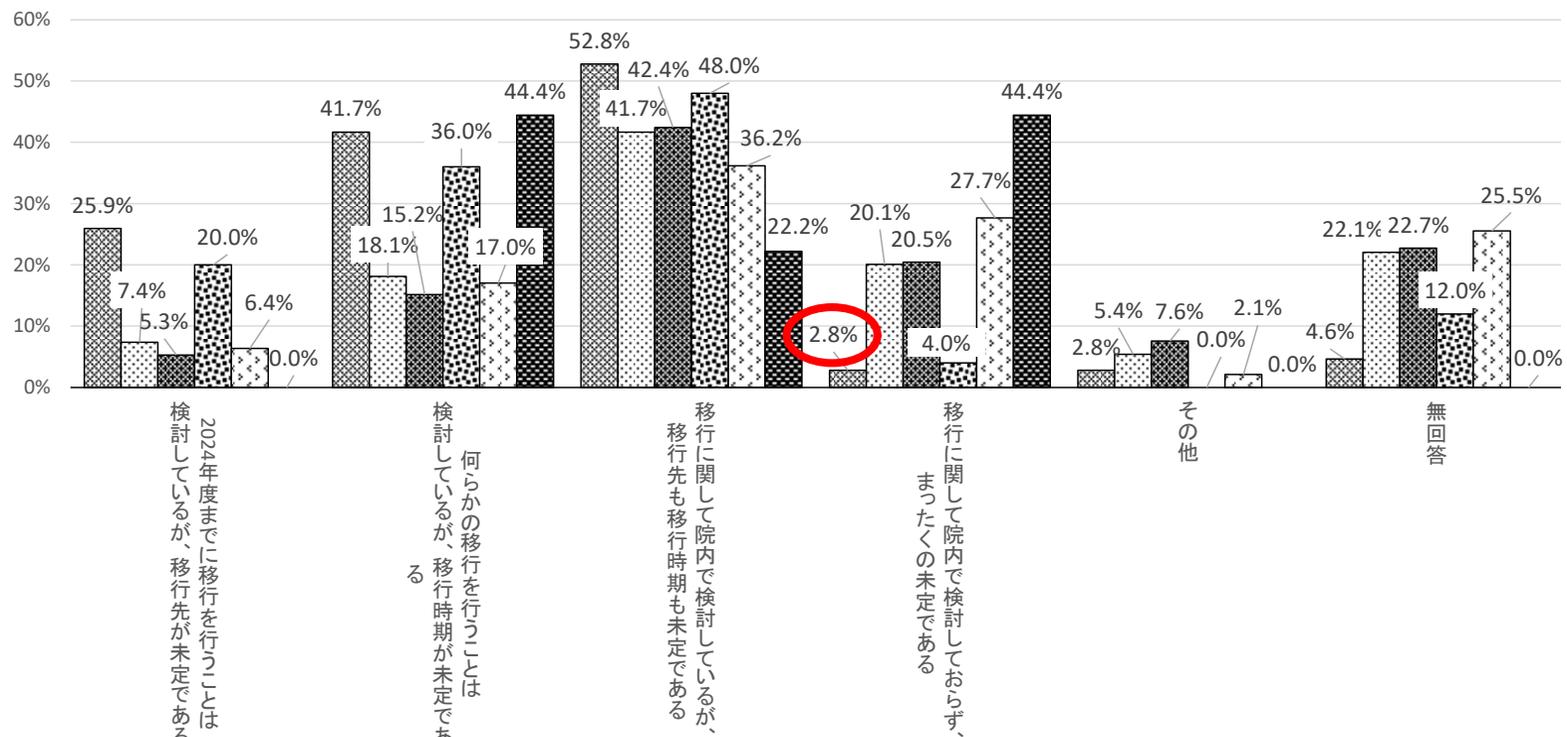
- 介護療養型医療施設(回答数\*62)
- 医療療養病床のうち療養病棟入院1・2(再掲)(回答数\*512)
- 医療療養病床のうち有床診療所療養病床入院基本料(再掲)(回答数\*86)
- 医療療養病床(基本料1・2、経過措置、特定入院基本料、診療所の合計)(回答数\*635)
- 医療療養病床のうち療養病棟入院基本料経過措置(再掲)(回答数\*36)

\* 回答数は施設数

# 移行予定が未定の場合の検討状況

○2023年度末の予定病床数で未定と回答した施設の検討状況のうち、介護療養型医療施設では、「移行に関して院内で検討しておらず、まったくの未定である」と回答した施設割合は2.8%であった。

2023年度末の予定病床数で「未定」の回答がある施設について、現在の検討状況(複数回答)



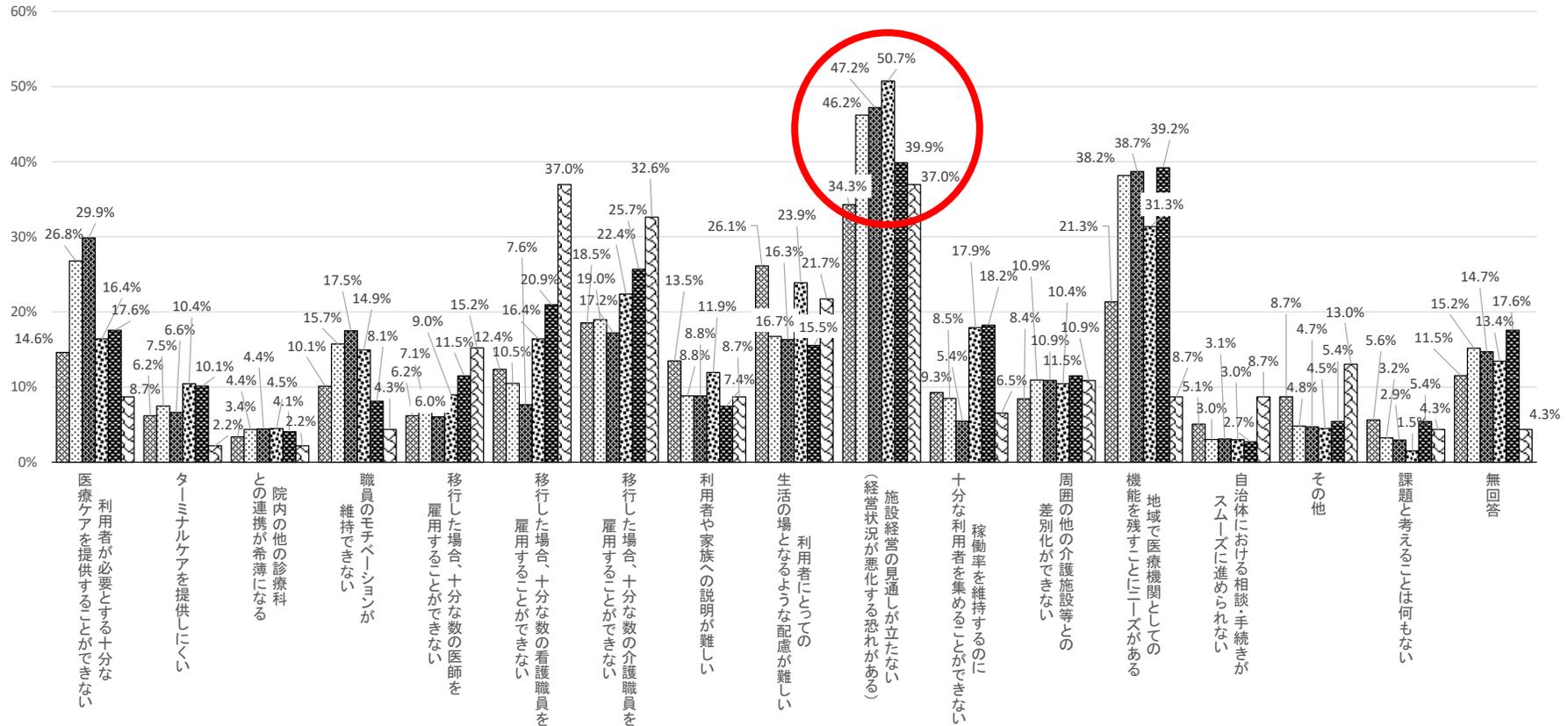
- 介護療養型医療施設(回答数\*108)
- 医療療養病床のうち療養病棟入院料1・2(再掲)(回答数\*132)
- 医療療養病床のうち有床診療所療養病床入院基本料(再掲)(回答数\*47)
- 医療療養病床(基本料1・2、経過措置、特定入院基本料、診療所の合計)(回答数\*204)
- 医療療養病床のうち療養病棟入院基本料経過措置(再掲)(回答数\*25)
- 介護療養型老人保健施設(回答数\*9)

\* 回答数は施設数

# 介護医療院に移行すると仮定した場合の課題

○介護医療院に移行すると仮定した場合、課題と考える項目として、いずれの施設類型においても「施設経営の見通しが立たない(経営状況が悪化する恐れがある)」が34.3%~50.7%と最も大きい施設数割合であった。

介護医療院に移行すると仮定した場合、課題と考える項目(複数回答)



■ 介護療養型医療施設(回答数\*356)

■ 医療療養病床(基本料1・2、経過措置、特定入院基本料、診療所の合計)(回答数\*896)

■ 医療療養病床のうち療養病棟入院料1・2(再掲)(回答数\*680)

■ 医療療養病床のうち療養病棟入院基本料経過措置(再掲)(回答数\*67)

■ 医療療養病床のうち有床診療所療養病床入院基本料(再掲)(回答数\*148)

■ 介護療養型老人保健施設(回答数\*46)

# 今後検討すべき主な論点（案）

- 以下の全体整理に基づき、各論点に関する検討を進めることとしてはどうか。（赤字が、前回からの修正点。）

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。）

	指定申請	報酬請求	指導監査
簡素化	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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）</li> <li>● 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</li> <li>● 平面図、設備、備品等</li> <li>● 変更届の時期の取扱い</li> <li>● 更新申請時に求める文書の簡素化</li> <li>● 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</li> <li>● 介護医療院への移行にかかる文書の簡素化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 処遇改善加算/ 特定処遇改善加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 重複して提出する文書 ・事前資料と当日資料等</li> <li>● 提出済み文書の再提出 ・指定申請・変更届等</li> <li>● 指導監査の時期の取扱い</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● H30省令改正・様式例改訂の周知徹底による標準化（※）</li> <li>● 様式例の整備（総合事業、加算の添付書類等）</li> <li>● ガイドライン、ハンドブック等、効果的な周知の方法</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 標準化・効率化指針の周知徹底による標準化</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 申請様式のHPIにおけるダウンロード</li> <li>● 手続の一部の電子化 ・メール添付による提出可否</li> <li>● データの共有化・文書保管の電子化</li> <li>● ウェブ入力、電子申請</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● ペーパーレス化 ・画面上での文書確認</li> </ul>

<凡例>

比較的短期の取組

短期～中期の取組

中期～長期の取組（※※）

《取組を徹底するための方策》

- 各取組の周知徹底（特に小規模事業者）
- 国・都道府県から市区町村への支援
- 電子申請等が導入された場合の小規模事業者支援（入力支援、代替策の用意等）  
他

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

（※※）「中～長期の取組」と整理したものであっても、既存のインフラを活用して実施できるもの等、前倒しで実現出来るものがあれば、順次取り組んでいく。

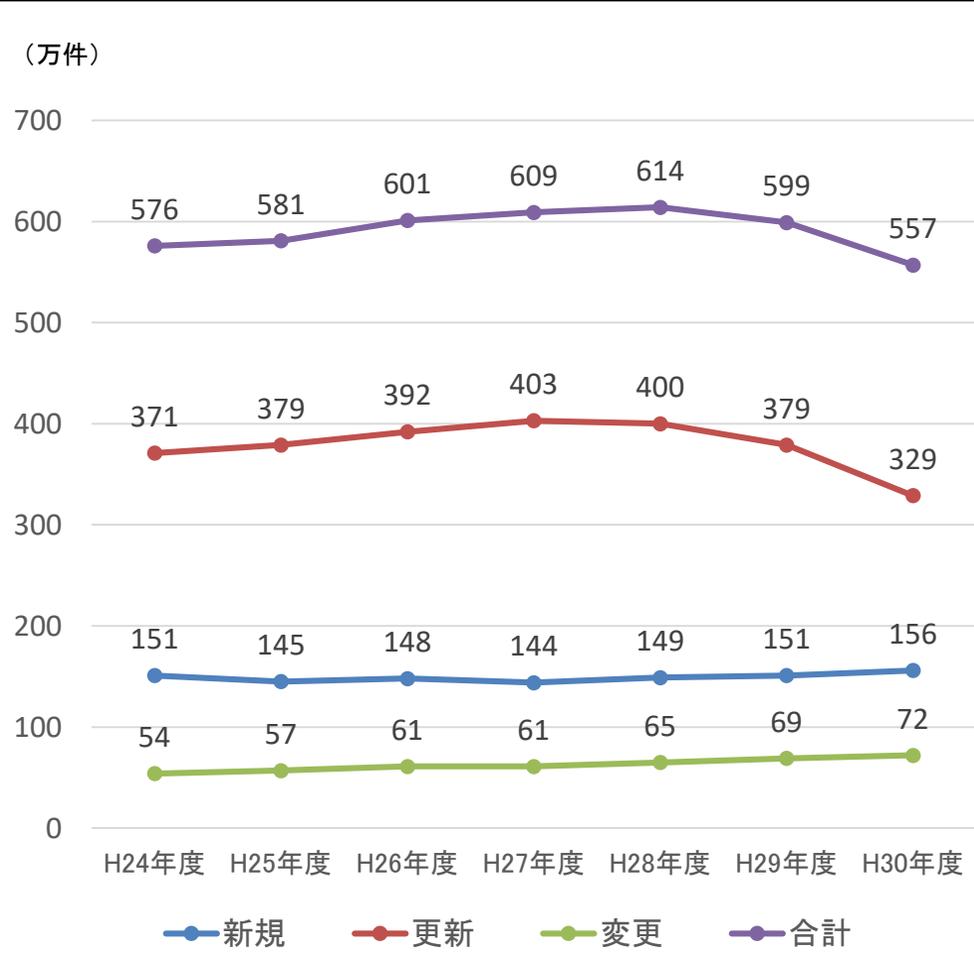
項目	主なご指摘	対応の方向性(案)
<p>●変更届の時期の取扱い</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人員交代に伴う頻繁な変更届の提出や、類似の文書の重複提出が生じていて負担である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重複や二度手間を無くすことを念頭に、以下見直しを行う。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- 省令に定める変更時の届出が必要な提出項目について精査</li> <li>- 必要に応じ、変更届の様式例や添付書類の範囲を整理</li> </ul> </li> </ul>
<p>●更新申請時に求める文書の簡素化</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・変更届を提出済の内容についても文書を求められ負担である。</li> <li>・新規指定申請と同様の一式を提出する自治体と簡素化している自治体の差異がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・更新申請時に求める文書及び手続の流れについて実態を把握の上、簡素化している自治体に合わせる方向で見直しを行う。</li> </ul>
<p>●併設事業所や複数指定を受ける事業所に関する簡素化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 複数種類の文書作成（例:介護サービスと予防サービス）</li> <li>- 複数窓口への申請（例:介護サービスと総合事業）</li> <li>- 手続時期にずれがあることへの対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・併設事業所や複数指定を受ける事業所に関し、文書や手続の重複がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・例えば以下のような簡素化につき、検討を進める。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- 同一の事業所で実施している介護サービス/予防サービスで類似の書類一本化の検討</li> <li>- 介護サービス事業所の指定を受けている事業所の総合事業の指定申請に関し簡素化の検討</li> <li>- 介護サービス/予防サービスで指定開始日がずれている場合、更新日を近い方に合わせ集約し、更新申請が6年に1度で済むようにする方向で検討</li> </ul> </li> </ul>
<p>●介護医療院への移行にかかる文書の簡素化</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転換での申請にあたり、新規申請と同様の文書が求められる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実態を把握の上、既存の文書等での代用等による簡素化の可能性につき、検討する。</li> </ul>
<p>●指導監査の時期の取扱い</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実地指導の頻度については多くした方が適正運営につながる。</li> <li>・問題ない実績が積み重なれば実地指導の間隔を延ばすことも可能ではないか。</li> <li>・併設事業所について実地指導を同一日にして欲しい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・適切な事業所運営を担保することを前提に、実地指導の実施頻度等について、さらなる効率化が図られるよう検討を行う。</li> </ul>

## **2. 要介護認定制度**

### **2-1 有効期間**

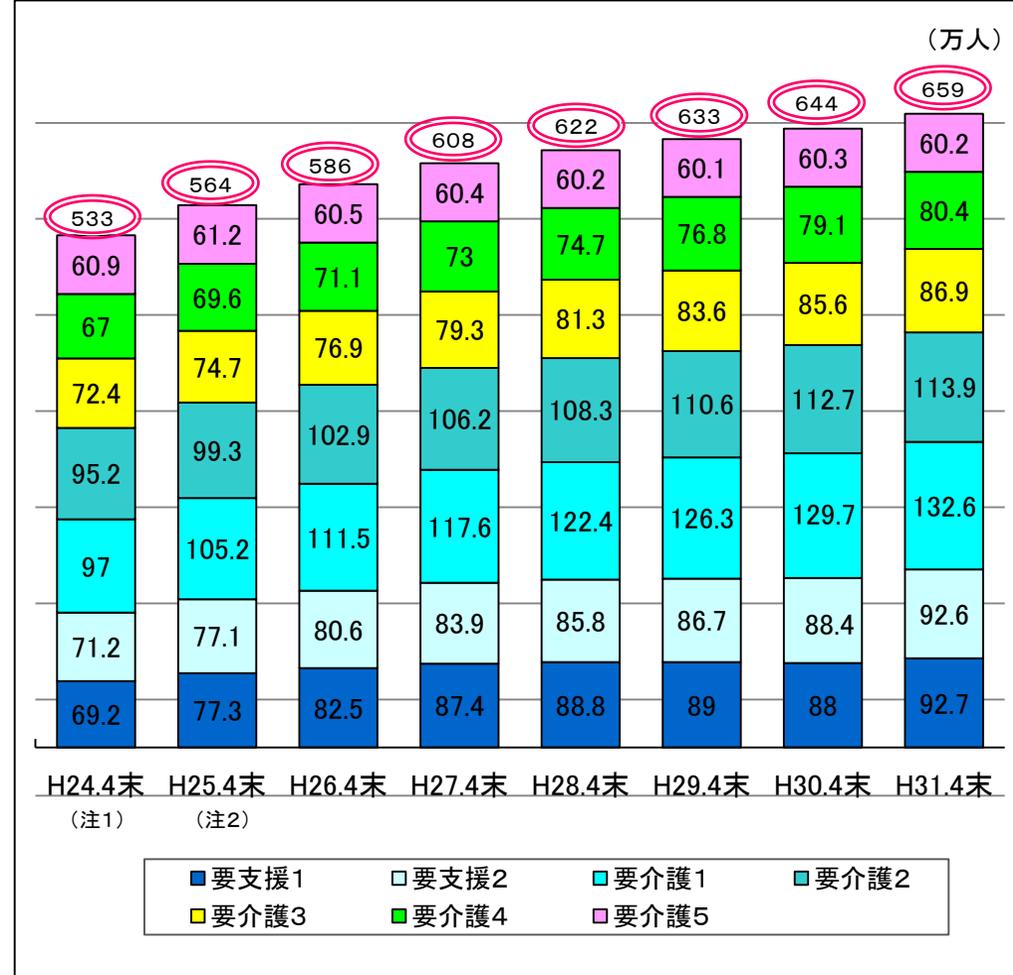
# 要介護認定件数等の推移

## 要介護認定件数の推移



※ 出典：介護保険総合データベース。各年度に有効期間開始日がある要介護認定の件数を集計（令和元年10月集計）。

## 要介護認定者数の推移



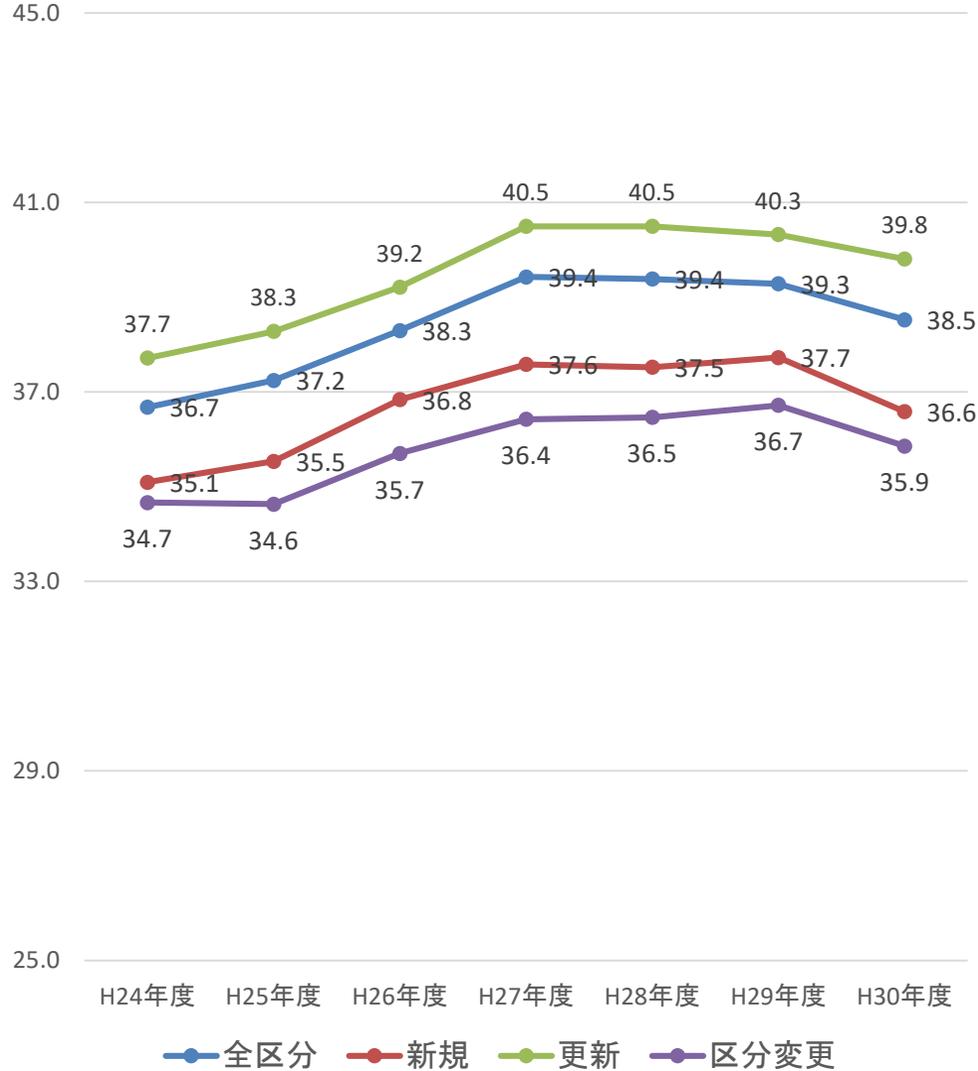
※ 介護保険事業状況報告

注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

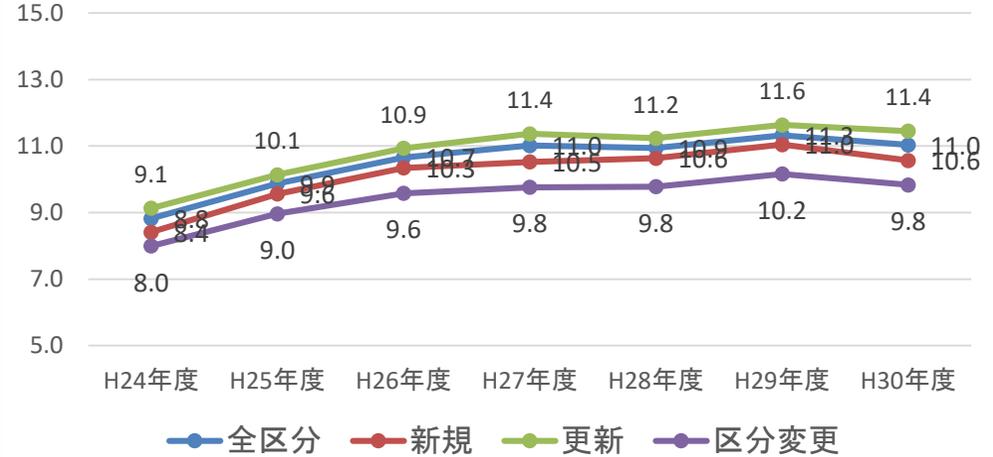
注2) 檜葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

# 要介護認定に要する平均期間の推移

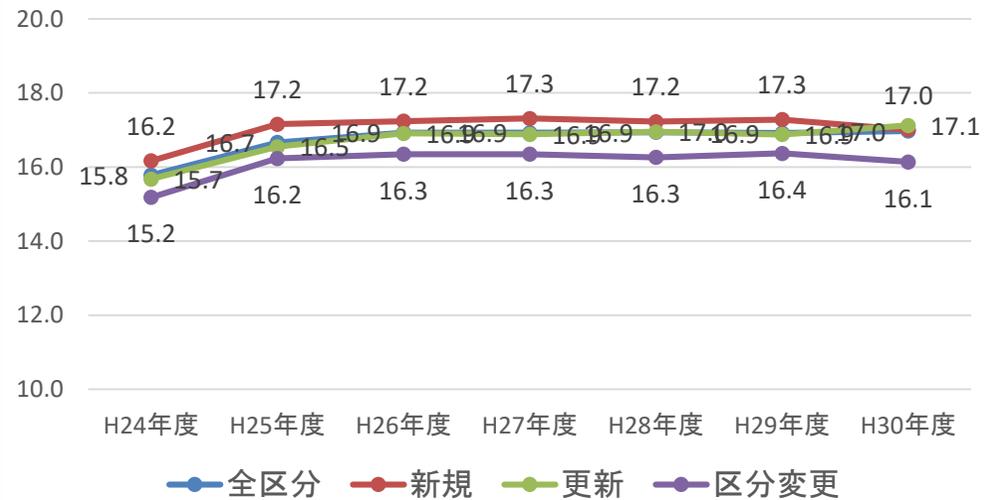
(日) 認定調査依頼日から実施日までの平均日数  
(二次判定)



認定調査依頼日から実施日までの平均日数  
(調査)

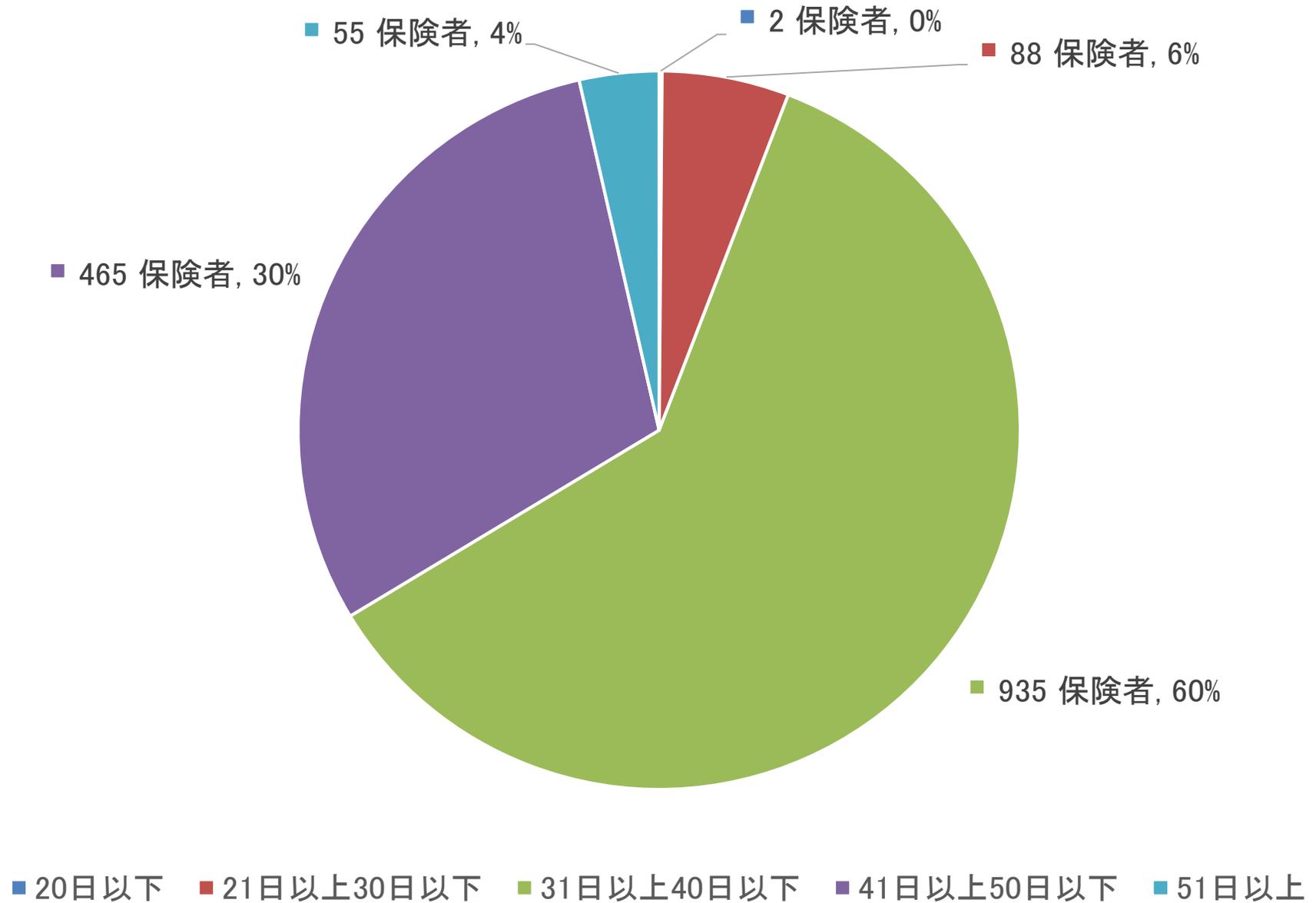


主治医意見書作成依頼日から入手日までの平均日数



※ 出典：介護保険総合データベース。各年度に二次判定された件数について、申請日から二次判定日までの日数の平均を集計。（令和元年9月集計）。

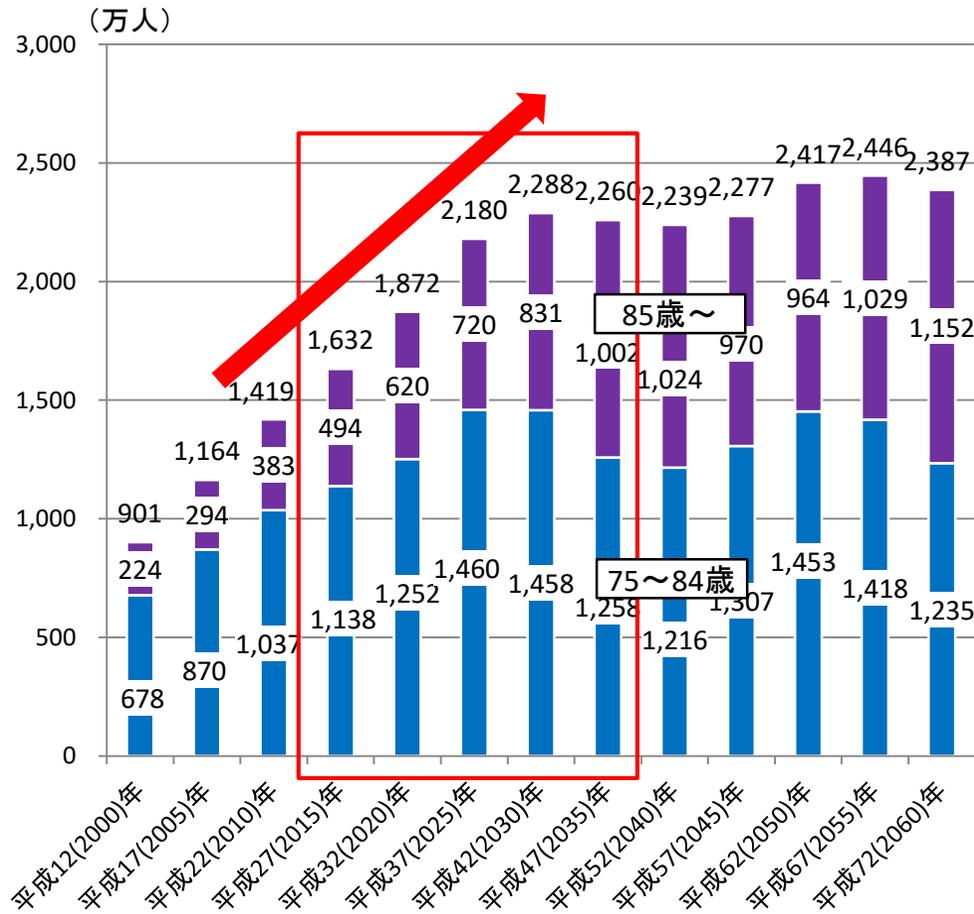
# 要介護認定に要する平均期間（保険者別）



# 今後の介護保険をとりまく状況

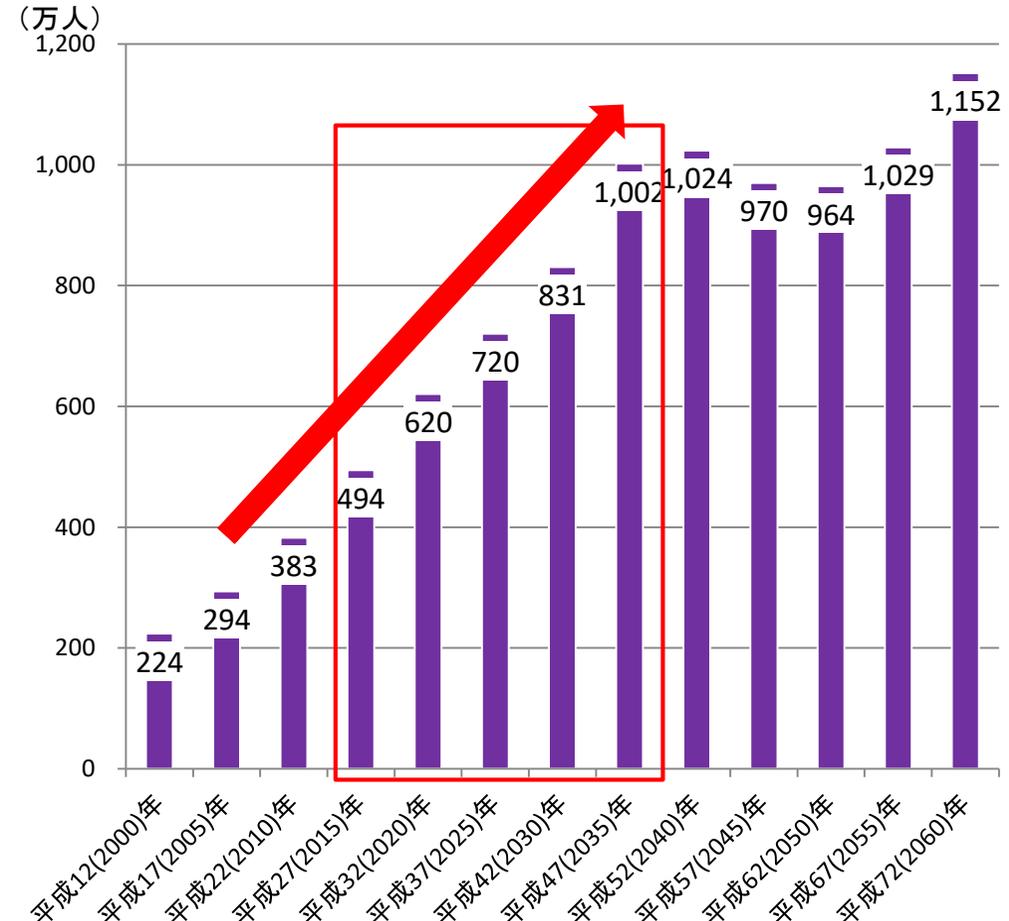
## 75歳以上の人口の推移

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



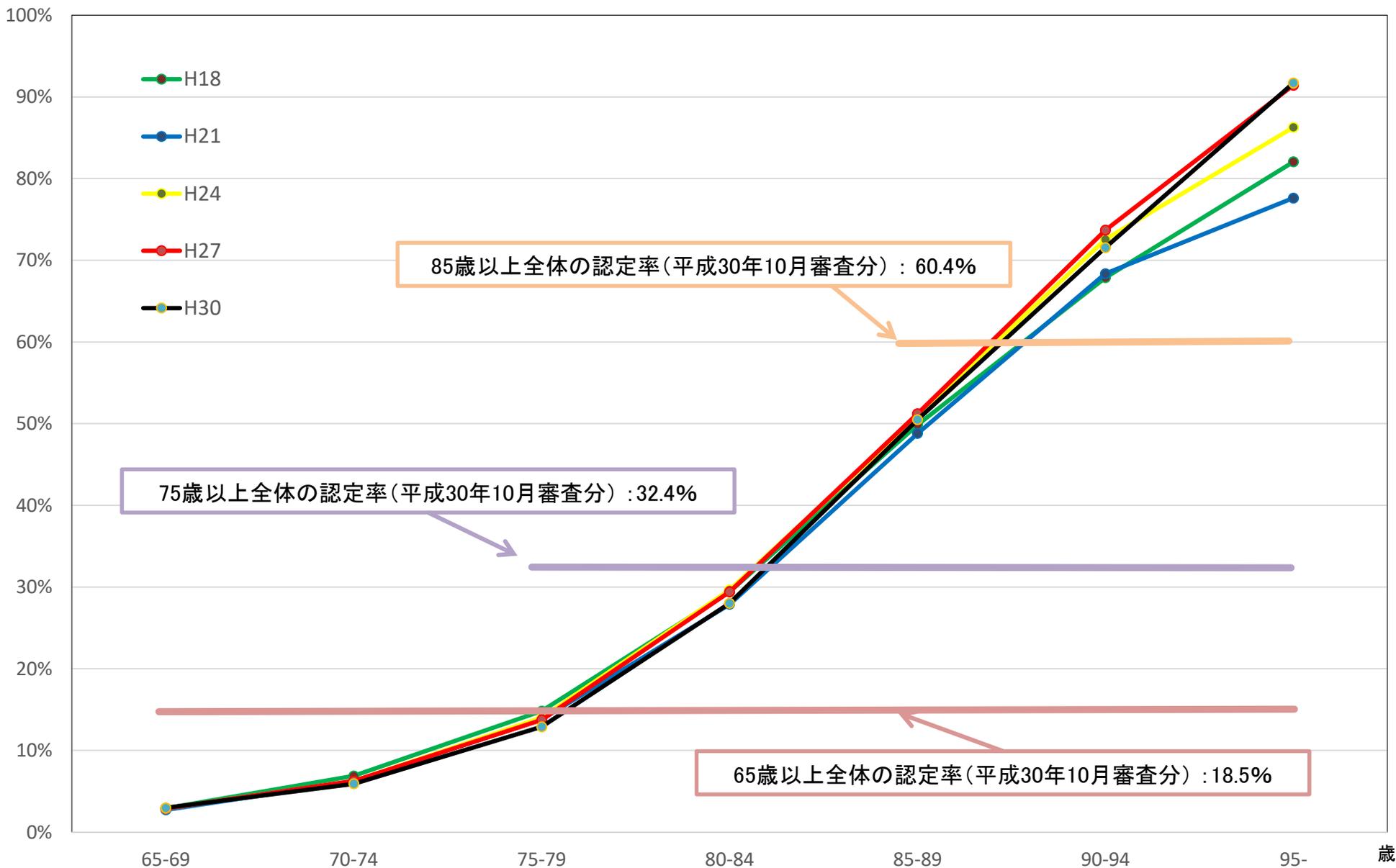
## 85歳以上の人口の推移

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

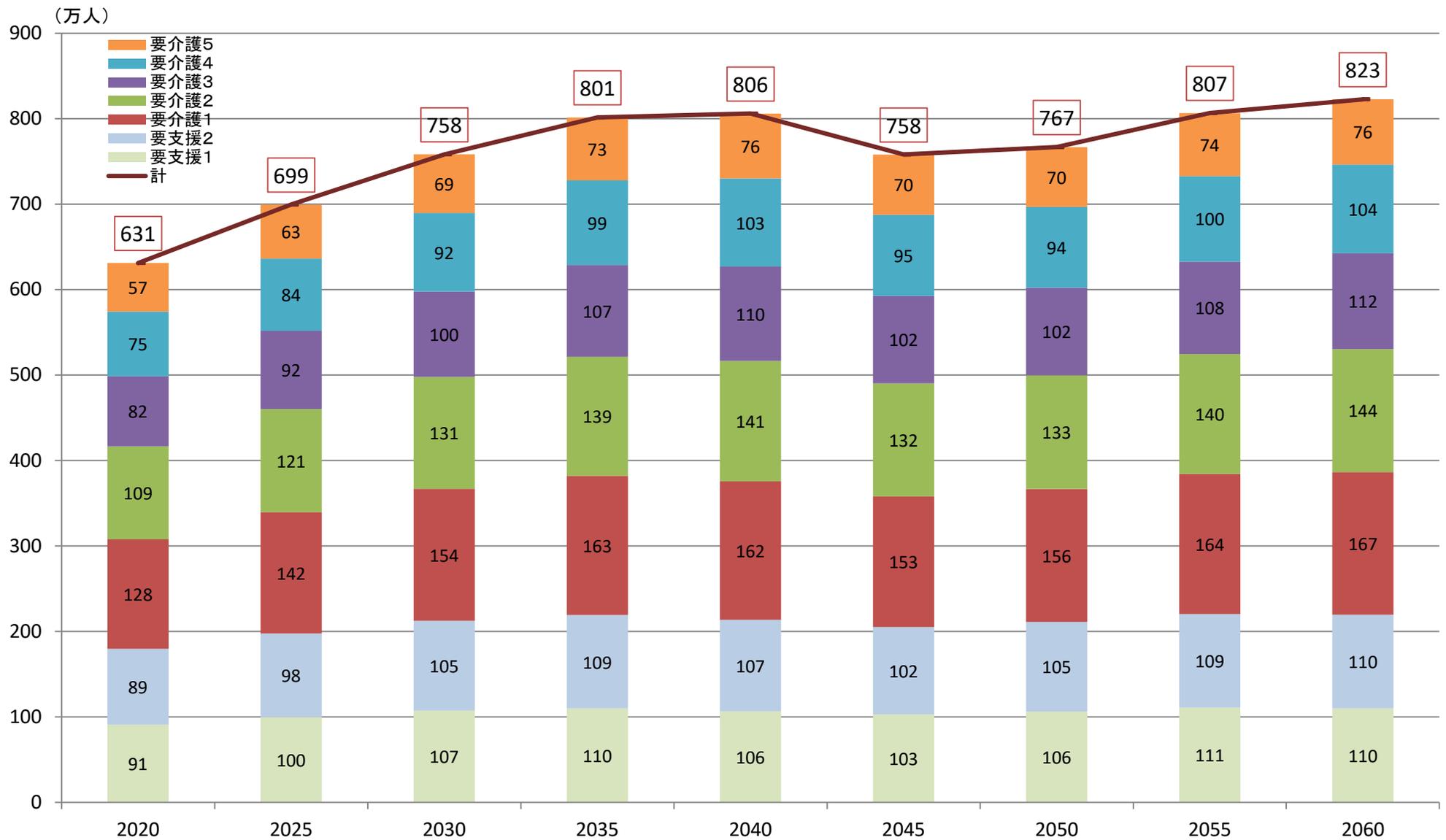


(資料)将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計  
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

# 年齢階級別の要介護認定率の推移



# 要介護認定者数の見通し



※ 1号被保険者について、性・年齢階級別の認定率等が現状のまま変わらないと仮定して機械的に推計。

※ 出典：「人口推計（平成30年10月）」（総務省）、「介護保険事業状況報告（平成30年10月分）」（厚生労働省）、「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）」（国立社会保障・人口問題研究所）。

# 要介護認定制度の見直し（有効期間）

申請区分等		原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6ヶ月	3ヶ月～6ヶ月→3ヶ月～12ヶ月（H24年度改正）
区分変更申請		6ヶ月	3ヶ月～6ヶ月→3ヶ月～12ヶ月（H23年度改正）
更新申請	前回要支援 → 今回要支援	6ヶ月→12ヶ月 （H16年度改正）	3ヶ月～12ヶ月→3ヶ月～24ヶ月（H27年度改正）※ →3ヶ月～36ヶ月（H30年度改正）
	前回要介護 → 今回要介護	6ヶ月→12ヶ月 （H16年度改正）	3ヶ月～12ヶ月→3ヶ月～24ヶ月（H16年度改正） →3ヶ月～36ヶ月（H30年度改正）
	前回要支援 → 今回要介護 前回要介護 → 今回要支援	6ヶ月→12ヶ月 （H27年度改正）※	3ヶ月～6ヶ月→3ヶ月～12ヶ月（H23年度改正） →3ヶ月～24ヶ月（H27年度改正）※ →3ヶ月～36ヶ月（H30年度改正）

※ 平成27年度改正は、市町村全域で介護予防・日常生活支援総合事業を開始した場合に適用。

# 要介護度別／申請区分別の有効期間の状況

	6カ月未満	6カ月	7～11カ月	12ヶ月	13～23カ月	24ヶ月	25～35カ月	36ヶ月
新規	0.1%	9.6%	0.0%	90.2%				
更新	0.0%	1.8%	0.0%	16.2%	0.1%	27.4%	0.0%	54.4%
変更	0.1%	7.5%	0.0%	92.4%				

## (要介護度別内訳)

要支援1	6ヶ月以下	7～12ヶ月	13～24ヶ月	25～36ヶ月
新規	5.3%	94.7%		
更新	0.2%	18.5%	32.1%	49.2%
変更	9.0%	91.0%		

要支援2	6ヶ月以下	7～12ヶ月	13～24ヶ月	25～36ヶ月
新規	5.7%	94.3%		
更新	0.1%	18.8%	31.6%	49.4%
変更	4.3%	95.7%		

要介護1	6ヶ月以下	7～12ヶ月	13～24ヶ月	25～36ヶ月
新規	18.2%	81.8%		
更新	8.0%	24.1%	26.4%	41.6%
変更	19.6%	80.4%		

要介護2	6ヶ月以下	7～12ヶ月	13～24ヶ月	25～36ヶ月
新規	8.1%	91.9%		
更新	0.1%	16.1%	29.0%	54.7%
変更	5.1%	94.9%		

要介護3	6ヶ月以下	7～12ヶ月	13～24ヶ月	25～36ヶ月
新規	9.9%	90.1%		
更新	0.2%	14.7%	29.0%	56.0%
変更	5.4%	94.6%		

要介護4	6ヶ月以下	7～12ヶ月	13～24ヶ月	25～36ヶ月
新規	10.3%	89.7%		
更新	0.4%	10.8%	25.6%	63.2%
変更	5.9%	94.1%		

要介護5	6ヶ月以下	7～12ヶ月	13～24ヶ月	25～36ヶ月
新規	8.4%	91.6%		
更新	0.3%	5.5%	19.1%	75.1%
変更	5.3%	94.7%		

※ 出典：介護保険総合データベース。平成31年3月に有効期間がある認定データについて、要介護度別／申請区分別に有効期間を集計（令和元年10月集計）。

※ 小数点第二位を四捨五入しており、合計が100%にならない場合があり、0.0%の表記となっている内訳にも実数がある。

# 要介護認定制度の見直し（介護認定審査会の簡素化）

平成30年4月1日以降の申請分であって、以下の6要件のすべてに合致する者について、認定審査会の簡素化を可能とした。

【条件①】第1号被保険者である

【条件②】更新申請である

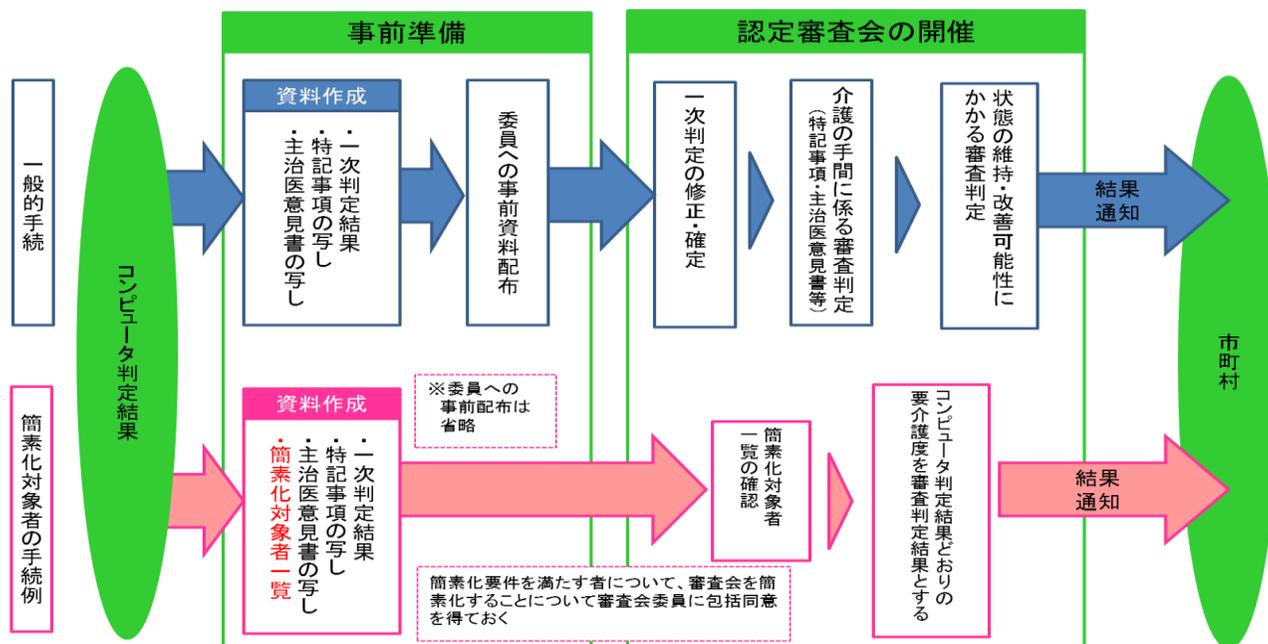
【条件③】コンピュータ判定結果の要介護度が、前回認定結果の要介護度と一致している

【条件④】前回認定の有効期間が12か月以上である

【条件⑤】コンピュータ判定結果が要介護1または要支援2の者の場合は、今回の状態安定性判定ロジックで「安定」と判定されている

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

## 認定審査会簡素化の例



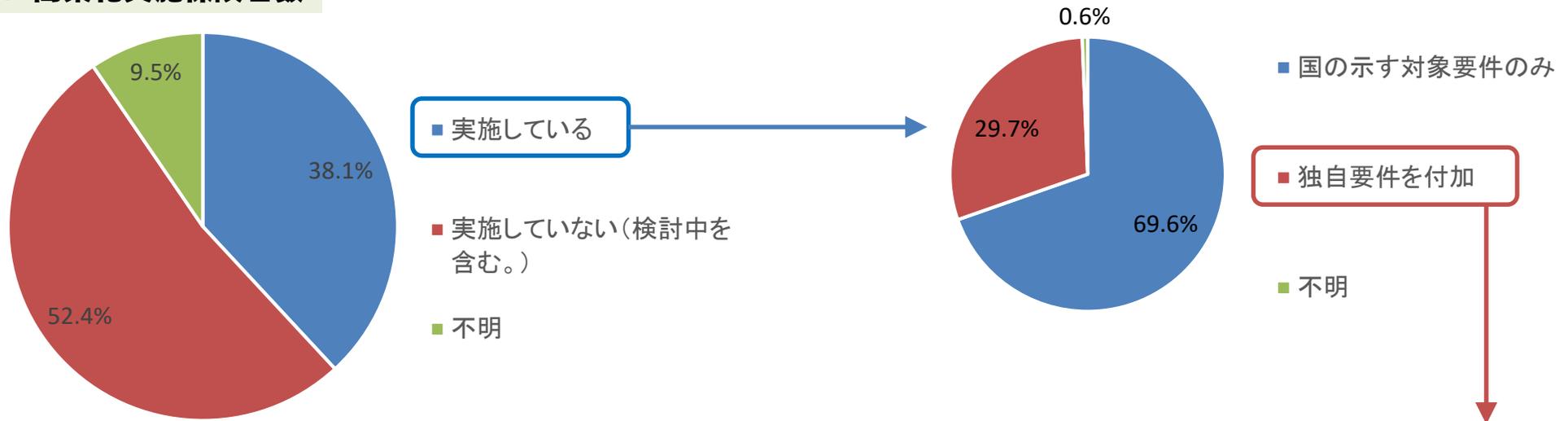
※上記は簡素化方式の一例であり、法令上の基本原則を踏まえつつ、各自治体において簡素化方法を決定して差し支えない。

# 介護認定審査会の簡素化の状況

## 1. 簡素化実施割合

	合計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①判定件数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
②簡素化対象件数(②÷①)	30.5%	39.8%	39.7%	8.2%	33.5%	32.2%	34.9%	41.0%
③簡素化実施件数(③÷②)	24.2%	23.6%	17.3%	19.5%	25.0%	25.8%	27.2%	28.0%

## 2. 簡素化実施保険者数



### ■ 独自要件の内容の例

- 要支援2または要介護1は簡素化の対象外
- 特定の介護度以上のみ簡素化の対象(例:要介護3以上 等)
- 簡素化から除外する要介護認定等基準時間の「キワ」を3分から5分に延長している。 等

※ 出典 (1. について) : 介護保険総合データベース。平成31年3月に、更新の要介護認定の判定を受けた者について集計(令和元年9月集計)。

※ 出典 (2. について) : 令和元年度老人保健健康増進等事業「要介護認定業務の実施方法に関する調査研究事業」の中間報告(n=830保険者。一保険者は無回答)。数値は中間報告時点のものであり、今後の精査により変わる可能性がある。

# 要介護認定における更新・区分変更申請の前後で要介護度が変化する割合

## 1. 更新申請

		二次判定							
		非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
直前の 要介護度	要支援1	0.0%	64.0%	22.3%	10.7%	2.0%	0.4%	0.3%	0.1%
	要支援2	0.0%	17.7%	61.0%	14.3%	5.5%	0.9%	0.5%	0.2%
	要介護1	0.0%	3.8%	7.5%	57.4%	23.1%	5.6%	1.9%	0.7%
	要介護2	0.0%	1.5%	4.5%	15.7%	50.3%	19.9%	6.2%	1.9%
	要介護3	0.0%	0.7%	1.9%	5.5%	14.3%	45.0%	24.1%	8.5%
	要介護4	0.0%	0.5%	1.2%	3.3%	6.4%	14.1%	48.7%	25.8%
	要介護5	0.0%	0.2%	0.4%	1.1%	2.2%	4.1%	17.5%	74.6%

■ 直前の要介護度から変わらない者…55.8%

▨ 直前の要介護度から重度になった者…27.0%

□ 直前の要介護度から軽度になった者…17.2%

## 2. 区分変更申請

		二次判定							
		非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
直前の 要介護度	要支援1	0.0%	0.6%	20.4%	36.6%	18.5%	10.1%	9.1%	4.8%
	要支援2	0.0%	0.6%	0.7%	32.9%	29.0%	16.1%	14.2%	6.5%
	要介護1	0.0%	0.2%	0.2%	0.6%	27.6%	28.4%	27.6%	15.4%
	要介護2	0.0%	0.1%	0.2%	0.4%	0.6%	36.7%	38.7%	23.4%
	要介護3	0.0%	0.2%	0.3%	0.9%	0.7%	0.6%	46.6%	50.6%
	要介護4	0.0%	1.2%	1.7%	5.8%	6.0%	4.1%	1.2%	80.0%
	要介護5	0.0%	3.0%	4.3%	17.0%	21.2%	25.6%	27.5%	1.4%

■ 直前の要介護度から変わらない者…0.6%

▨ 直前の要介護度から重度になった者…97.8%

□ 直前の要介護度から軽度になった者…1.6%

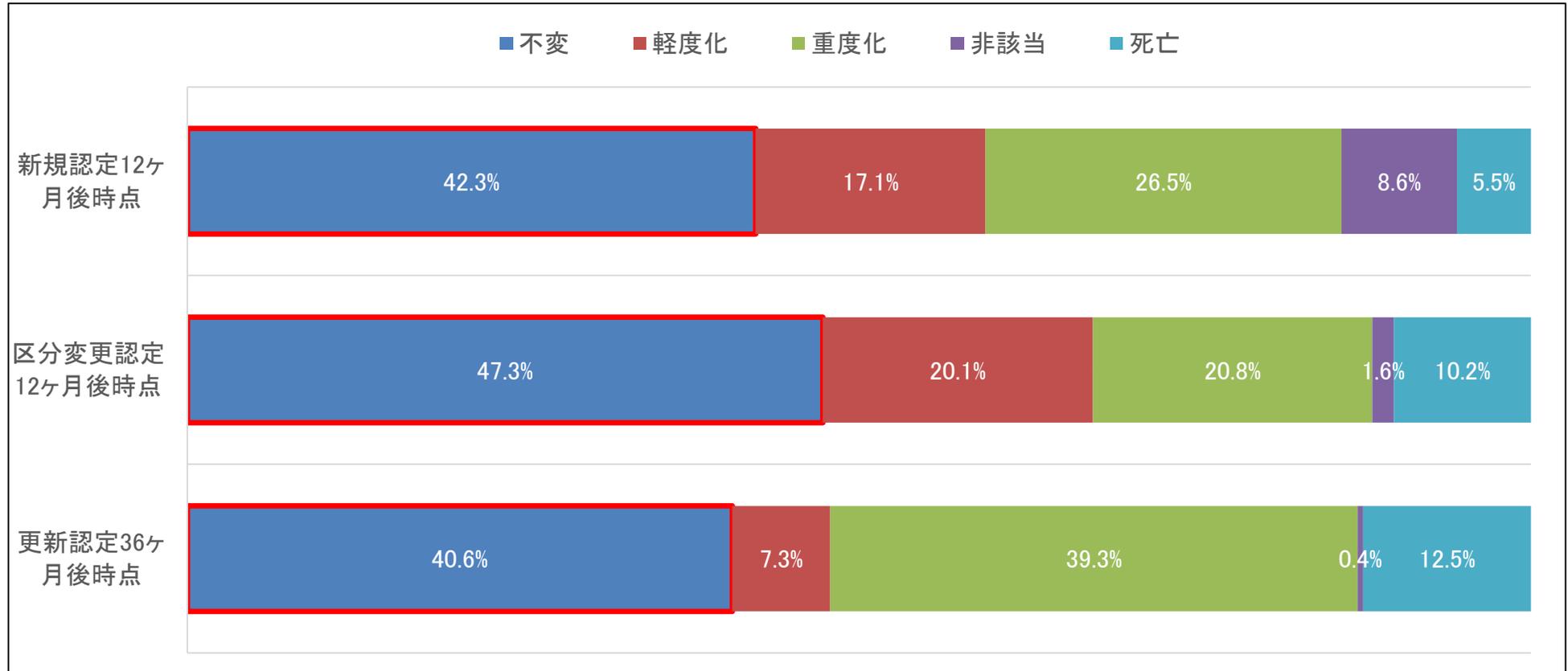
※1 出典：介護保険総合データベース。平成30年度中に有効期間が開始されているレコードを対象として、更新申請又は変更申請別の二次判定結果を集計（令和元年10月集計）。

※2 表中の割合は行の合計を100%としたときの割合で、小数点第2位以下は四捨五入している。

# 認定後の要介護度の推移（平成25年1月認定）

※介護保険部会第63回（平成28年9月7日）の参考資料2を改変

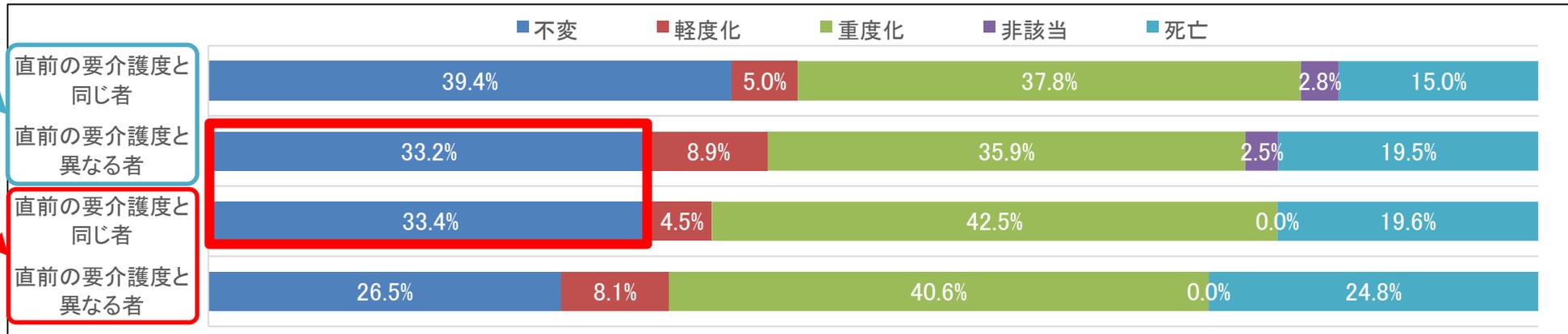
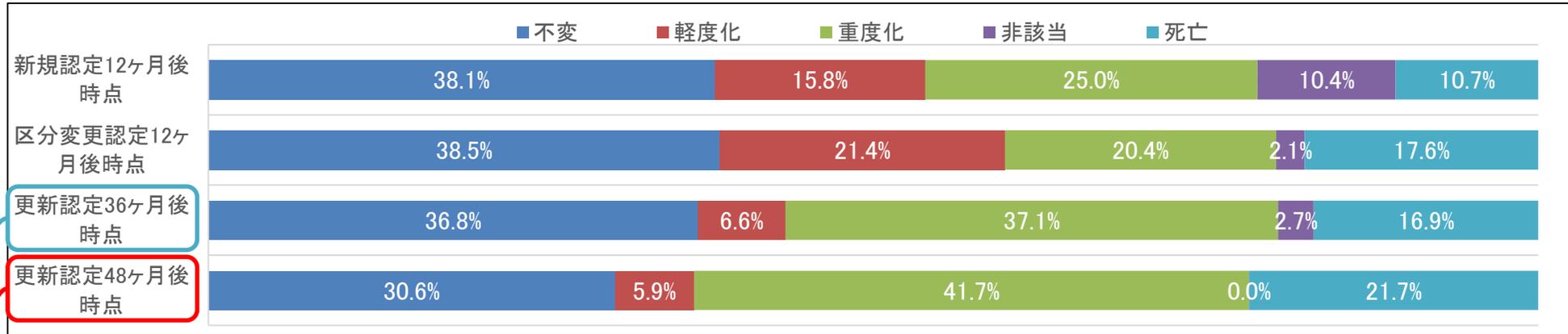
- 平成25年1月に認定された者の、6ヶ月から36ヶ月時点の要介護度の「不変」等の割合を集計。
- 平成28年度の介護保険部会の議論では、新規認定又は区分変更認定を受けた者のうち、有効期間の上限である12ヶ月経過時点で要介護度が「不変」の者の割合に着目し、更新認定における有効期間の上限を検討し、当該期間を24ヶ月から36ヶ月に拡大した。



※ 出典：介護保険総合データベース（平成28年7月集計）。転居等により、その後の要介護度が把握できない件数は含まない。36ヶ月時点で要介護度が確認でき、途中の期間で認定データがない場合も「非該当」に含む。なお、「死亡」は、保険者が把握している限りのデータである。

# 認定後の要介護度の推移（平成27年4月認定）

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

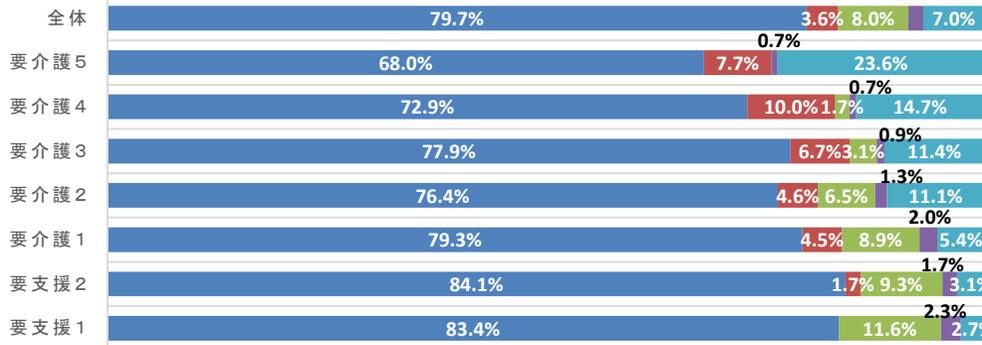


※ 出典：介護保険総合データベース（令和元年10月集計）。転居等により、その後の要介護度が把握できない件数は含まない。36ヶ月時点で要介護度が確認でき、途中の期間で認定データがない場合も「非該当」に含む。なお、「死亡」は、保険者が把握している限りのデータである。

# 認定後の要介護度の推移 (新規認定)

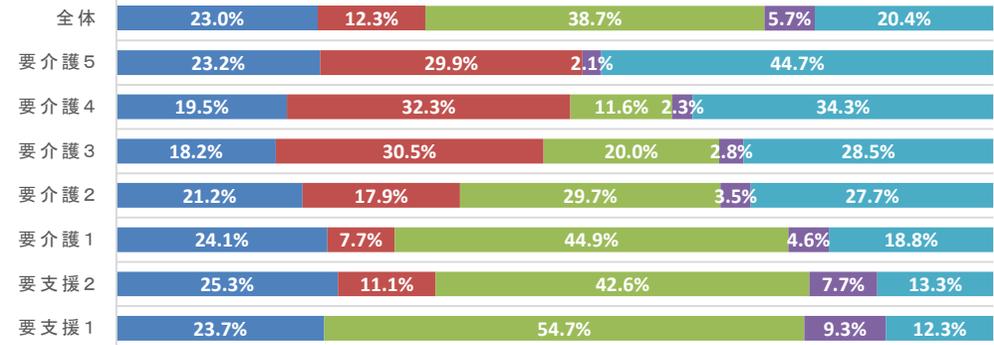
## 6ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



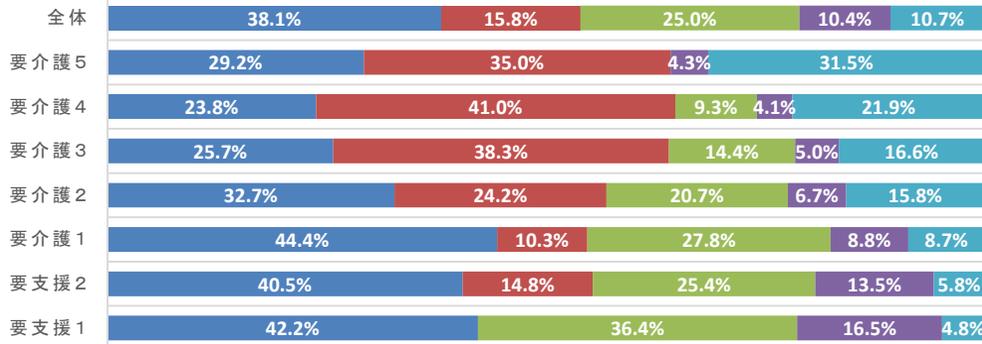
## 36ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



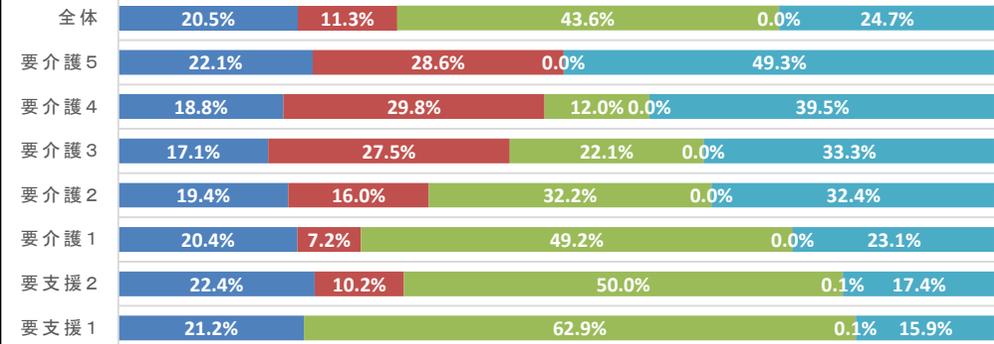
## 12ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



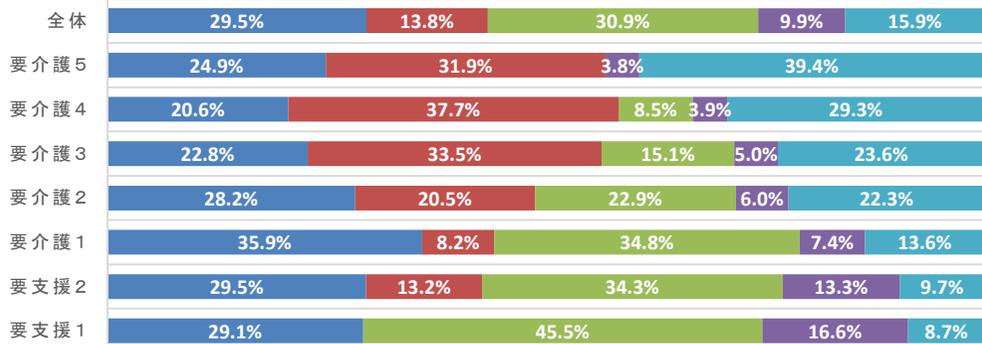
## 48ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



## 24ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



※ 出典：介護保険総合データベース（令和元年10月集計）。

注1）平成27年4月に新規認定された方の各時点の状況。

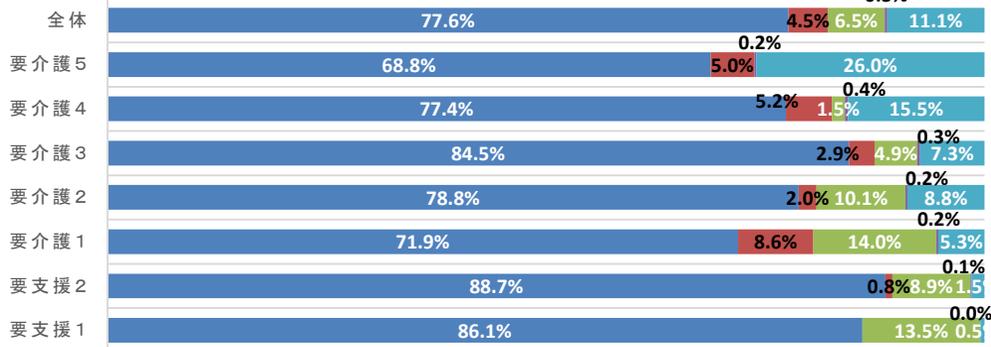
注2）却下等件数・転居等によりその後の要介護度が把握できない件数は含まない。

注3）純粋な新規認定のみ計上（要介護→要支援、要支援→要介護の場合の「みなし新規」等の純粋でない新規は含まない）。

# 認定後の要介護度の推移 (区分変更認定)

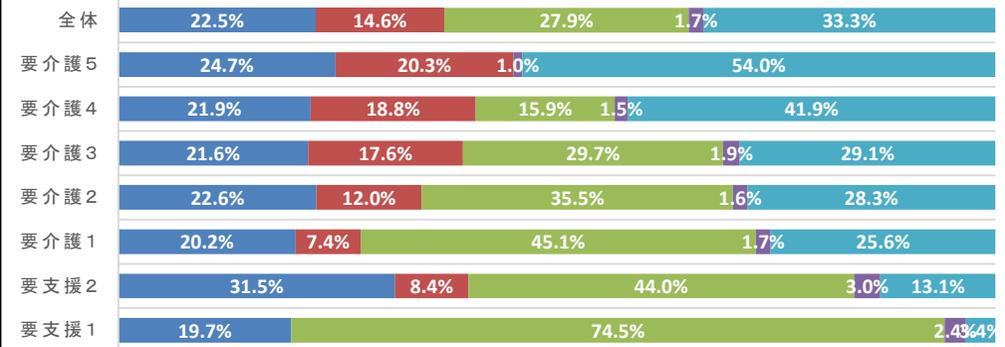
## 6ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



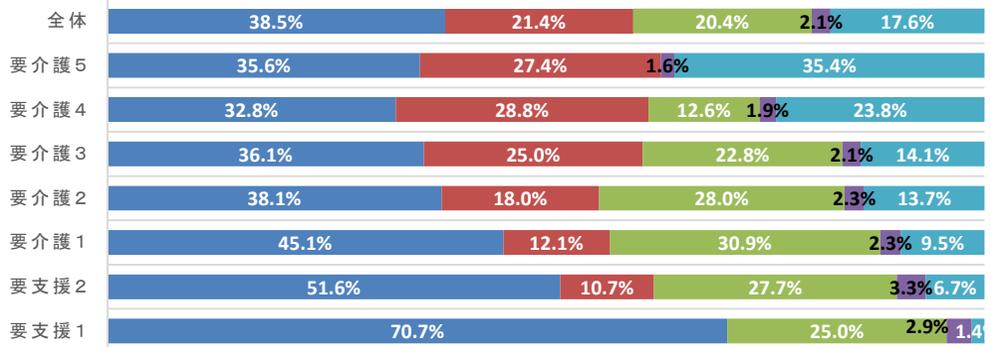
## 36ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



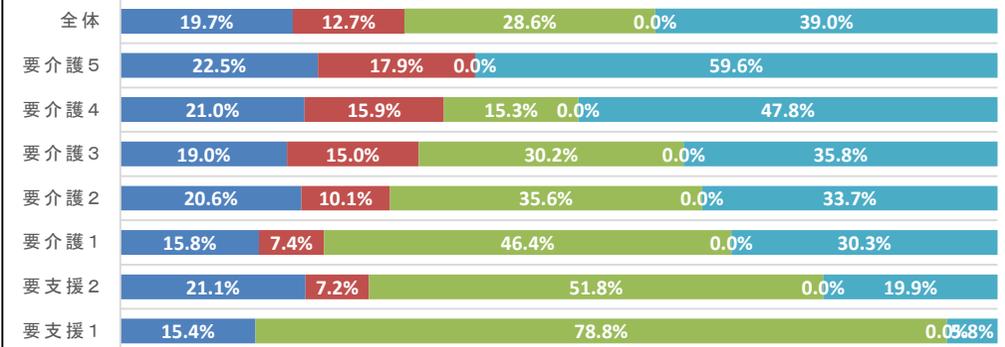
## 12ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



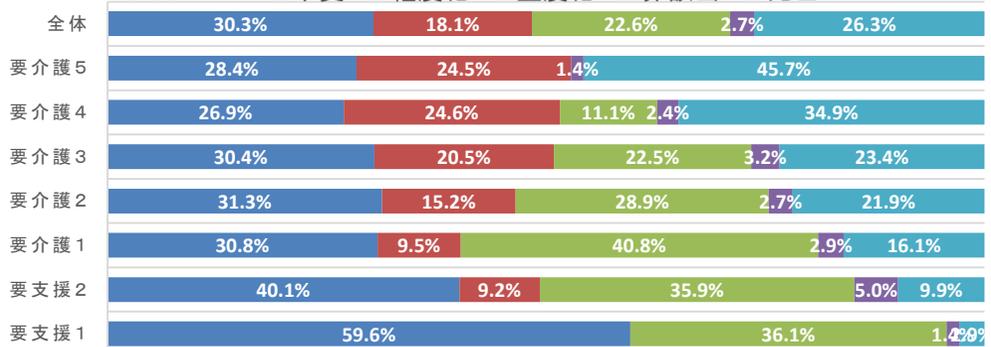
## 48ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



## 24ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



※ 出典：介護保険総合データベース（令和元年10月集計）。

注1）平成27年4月に区分変更認定された方の各時点の状況。

注2）却下等件数・転居等によりその後の要介護度が把握できない件数は含まない。

注3）区分変更の結果、要介護度が変わらなかった場合の「みなし更新認定」も含む。

# 認定後の要介護度の推移 (更新認定)

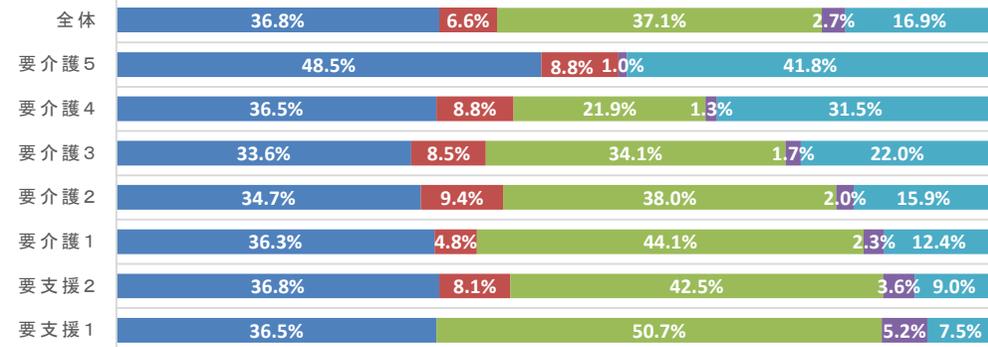
## 6ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



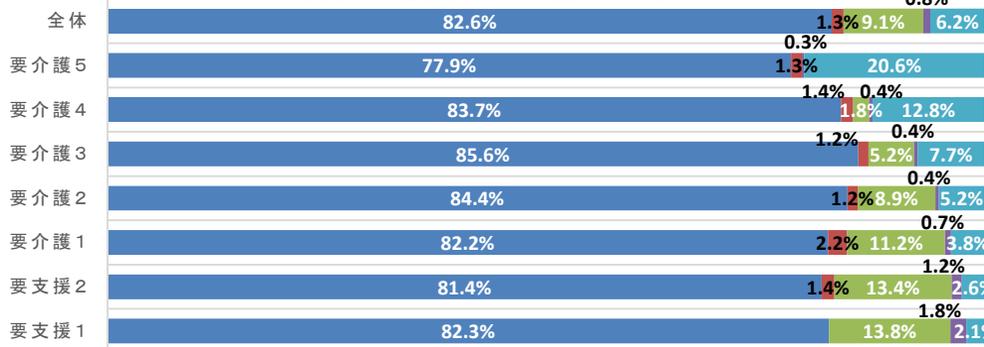
## 36ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



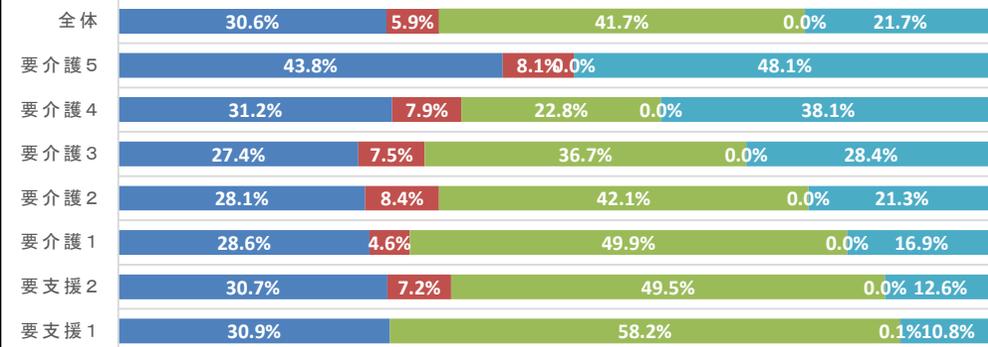
## 12ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



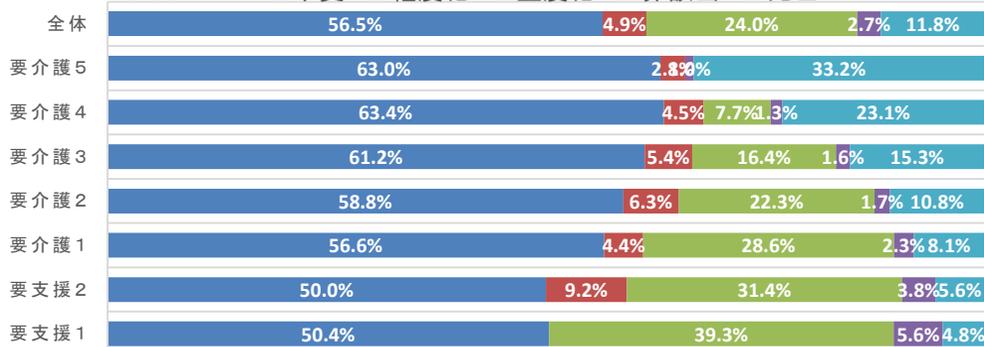
## 48ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



## 24ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



※ 出典：介護保険総合データベース（令和元年10月集計）。

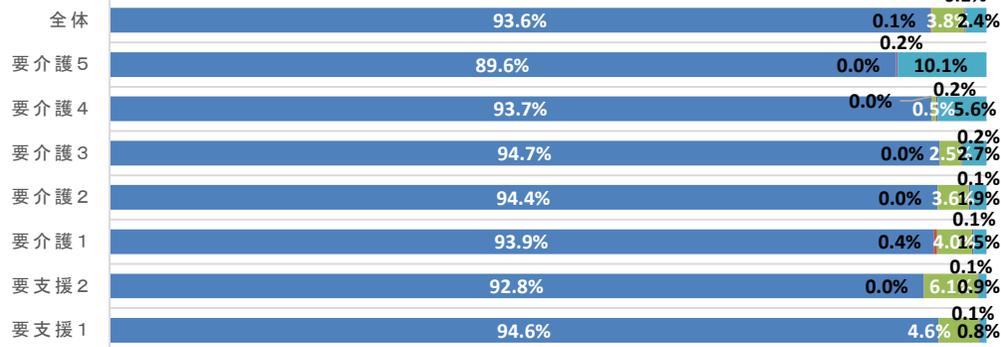
注1）平成27年4月に更新認定された方の各時点の状況。

注2）却下等件数・転居等によりその後の要介護度が把握できない件数は含まない。

# 認定後の要介護度の推移 (更新認定 (直前の要介護度と同じ))

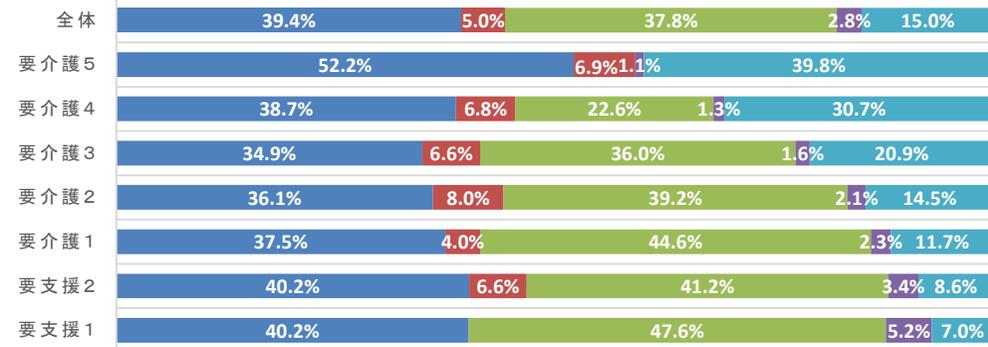
## 6ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



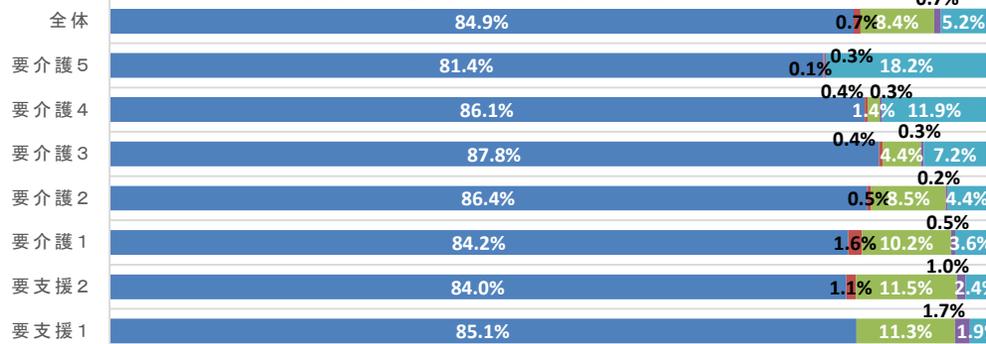
## 36ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



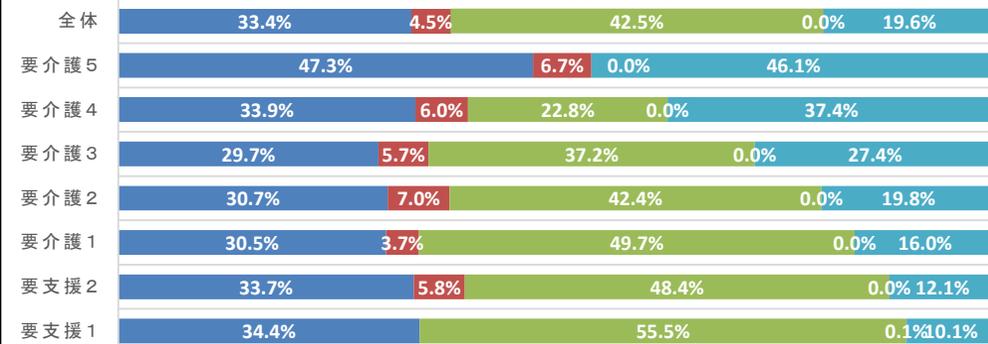
## 12ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



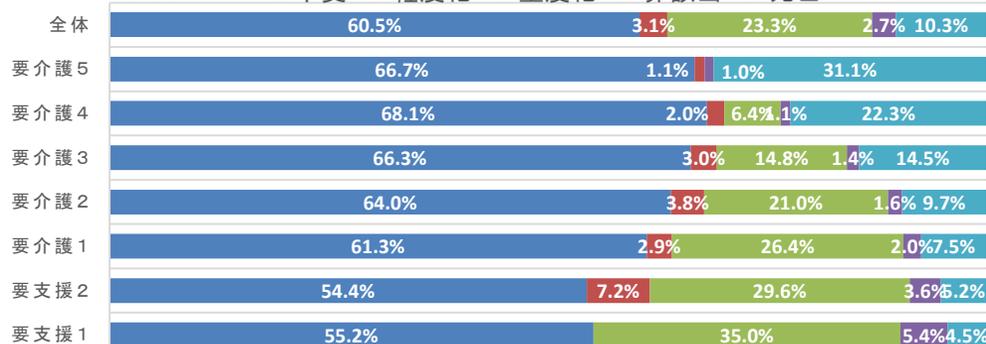
## 48ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



## 24ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



※ 出典：介護保険総合データベース（令和元年10月集計）。

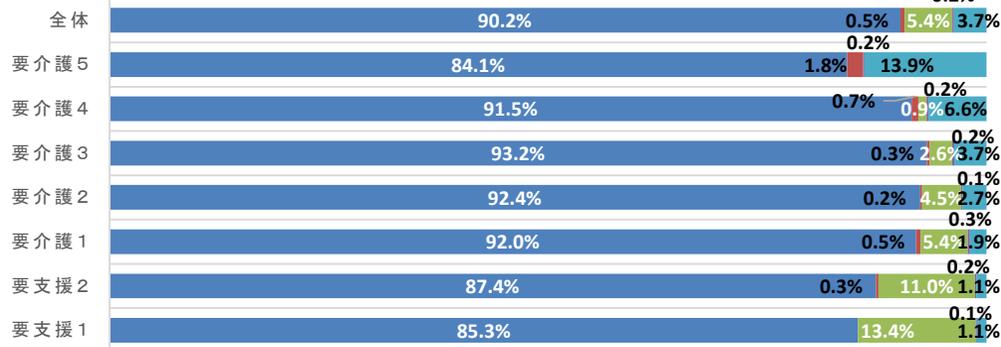
注1）平成27年4月に更新認定された方で、直前の要介護度と同じ要介護度となった方の各時点の状況。

注2）却下等件数・転居等によりその後の要介護度が把握できない件数は含まない。

# 認定後の要介護度の推移 (更新認定 (直前の要介護度と異なる))

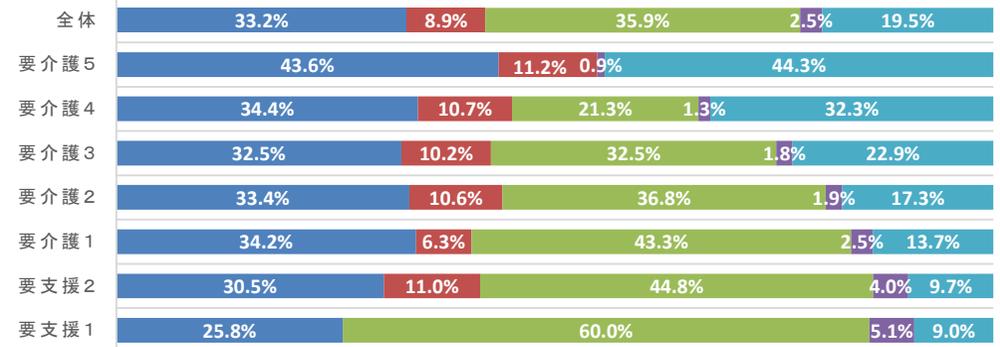
## 6ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



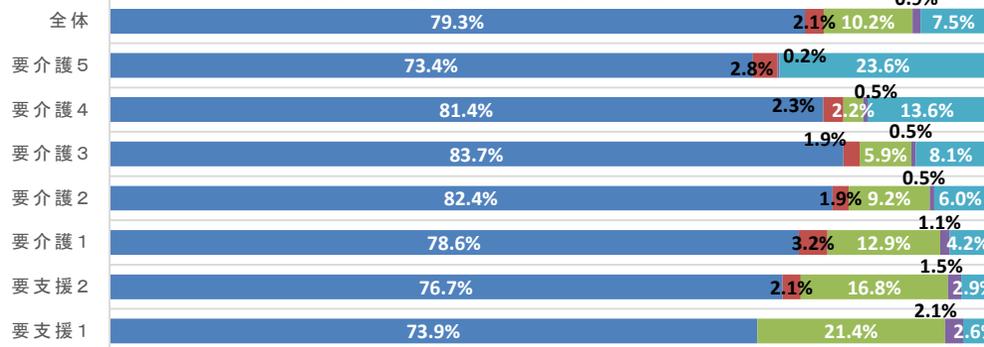
## 36ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



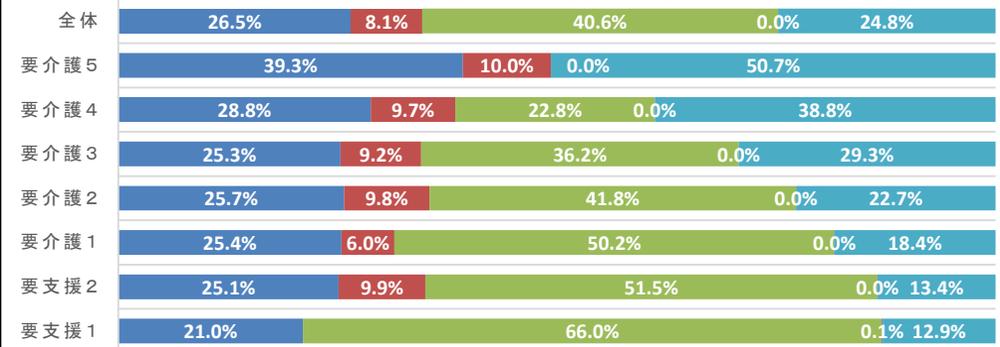
## 12ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



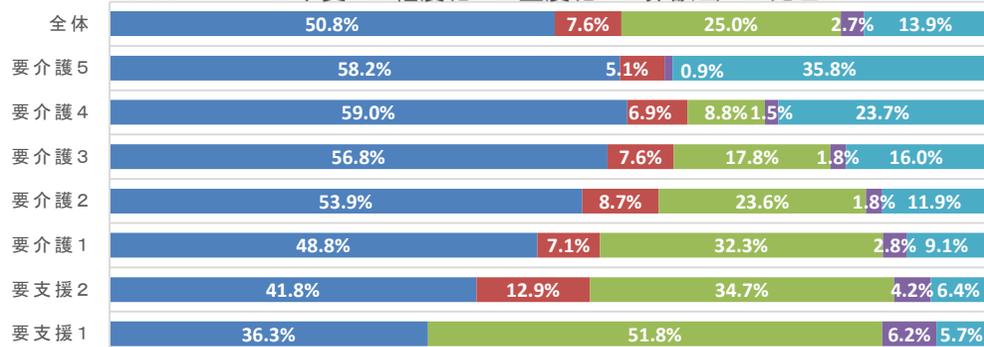
## 48ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



## 24ヶ月後

■ 不変 ■ 軽度化 ■ 重度化 ■ 非該当 ■ 死亡



※ 出典：介護保険総合データベース（令和元年10月集計）。

注1）平成27年4月に更新認定された方で、直前の要介護度と異なる要介護度となった方の各時点の状況。

注2）却下等件数・転居等によりその後の要介護度が把握できない件数は含まない。

## **2. 要介護認定制度**

### **2-2 認定調査員の要件**

# 関係条文（認定調査員の要件）

## 1. 指定市町村事務受託法人に係る規定

### ○ 介護保険法

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

一（略）

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

三（略）

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

第二十七条（略）

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

### ○ 介護保険法施行規則

第三十四条の二（略）

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

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

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

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

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

## 2. 指定居宅介護支援事業者等に係る規定

### ○ 介護保険法

第二十八条 1～4(略)

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

### ○ 介護保険法施行規則

第四十条 1～3(略)

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

一 指定居宅介護支援事業者

二 地域密着型介護老人福祉施設

三 介護保険施設

四 地域包括支援センター

# 提案理由全文（所沢市）

地方分権改革有識者会議  
第75回 提案募集検討専門部会

資料4

平成30年8月3日

※那覇市からも同旨提案あり。内容は重複するので割愛。

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

# 認定調査の委託の状況

## 1. 認定調査の委託の状況（保険者数）

新規	保険者による直接調査	1,551保険者（98.7%）
	指定市町村事務受託法人へ委託	233保険者（14.8%）
更新・区分変更	①保険者による直接調査を実施	1,498保険者（95.4%）
	②指定市町村事務受託法人へ委託	215保険者（13.7%）
	③指定居宅介護支援事業者等へ委託	1,115保険者（71.0%）

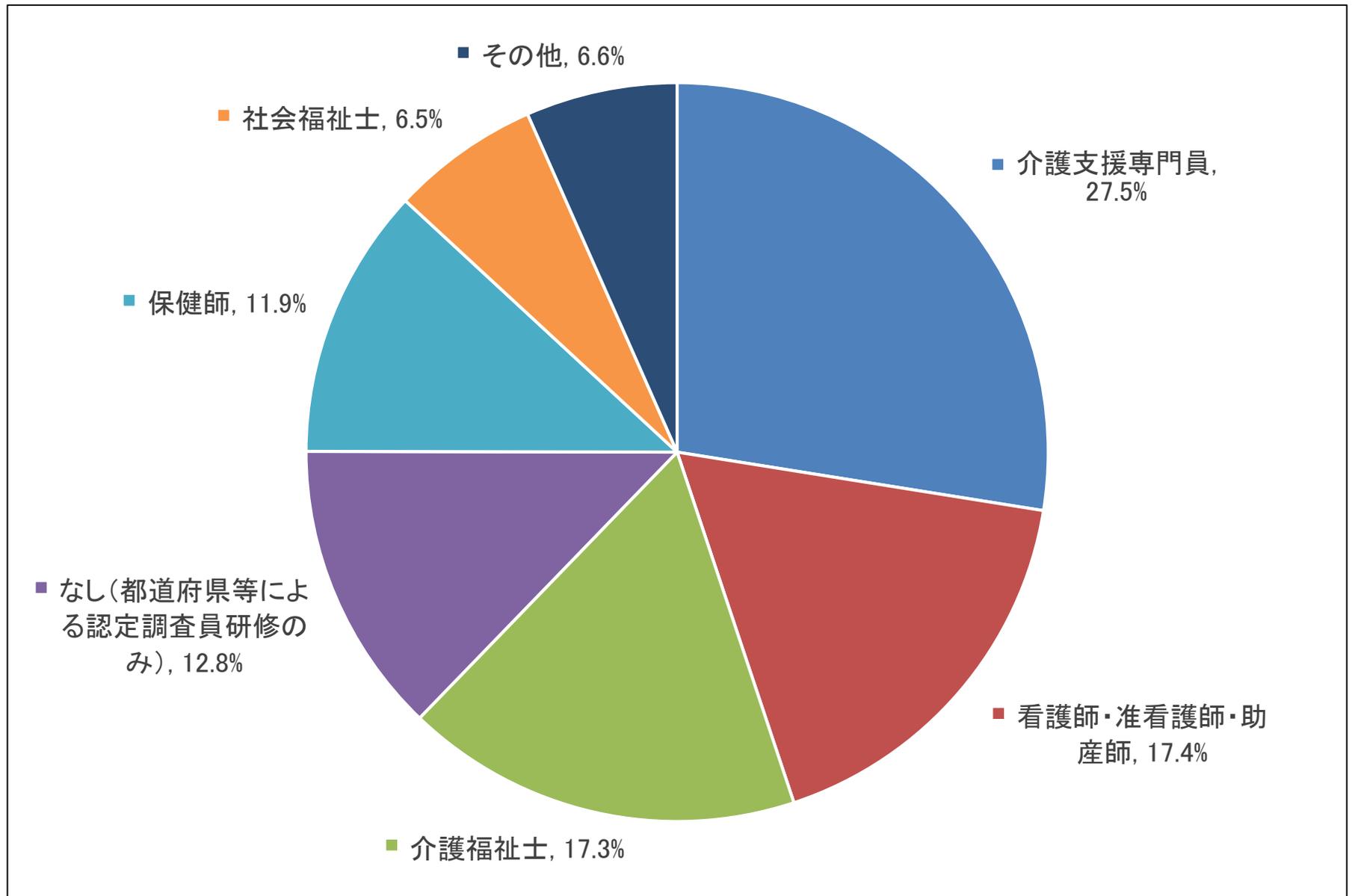
## 2. 認定調査の委託の状況（調査件数）

新規	直接調査	134.4万件（81.7%）
	指定市町村事務受託法人に委託しての調査	30.1万件（18.3%）
更新・区分変更	直接調査	214.1万件（47.1%）
	指定市町村事務受託法人に委託しての調査	50.4万件（11.1%）
	指定居宅介護支援事業者等に委託しての調査	189.7万件（41.8%）
合計	直接調査	384.5万件（56.3%）
	指定市町村事務受託法人に委託しての調査	80.5万件（13.0%）
	指定居宅介護支援事業者等に委託しての調査	189.7%（30.7%）

※ 出典（1）：平成30年度厚生労働省「介護保険事務調査」。平成30年4月1日時点の状況（n=1,571）。

※ 出典（2）：平成29年度厚生労働省「介護保険事務調査」。平成28年度中の見込み件数。

# 市町村の認定調査員の主たる保有資格



※ 出典：令和元年度老人保健健康増進等事業「要介護認定業務の実施方法に関する調査研究事業」の中間報告（n=974市町村、8,308人）。平成31年3月時点の割合。数字は中間報告時点のものであり、今後の精査により変わる可能性がある。

# 保険者における認定調査員への研修等の状況

## 1. 要介護認定調査員の基礎的な位置づけの研修

	実施市町村数	参加者数
初任者向けの研修	134市町村	3,564人
現任者向けの研修	186市町村	13,019人

## 2. その他保険者による独自の取組

実施市町村数	参加者数
205市町村	5,306人

### (独自の取組の例)

- 初任者に対して複数回の同行研修。
- 調査に関する選択テストとロールプレイを通しての判断基準の確認。
- 市町村の調査員及び指定市町村事務受託法人の調査員による、模擬審査会による表現方法の検討、選択基準の確認等。
- 調査員2年目の方を対象にしたグループワーク等の研修。
- 調査員間での業務分析データの読み取りや意見交換会の実施。
- 日頃の調査での疑問の共有や調査項目に関する判断基準の目ぞろえのための月1回のミーティング。
- 調査員の疑問点の話し合い、調査票の項目の捉え方の確認。
- ベテラン職員による技術講習会。
- ケアマネ会議での認定調査の勉強会。

等

# 認定調査員向け eラーニングについて

- 認定調査員による調査の平準化を促進し、要介護認定の適正化を図るため、平成22年度から厚生労働省で運営。
- 保険者において、管内の認定調査員の学習結果をモニタリングするほか、国で全国テストを年2回実施し、認定調査員の認定調査への理解について全国比較を可能としている。

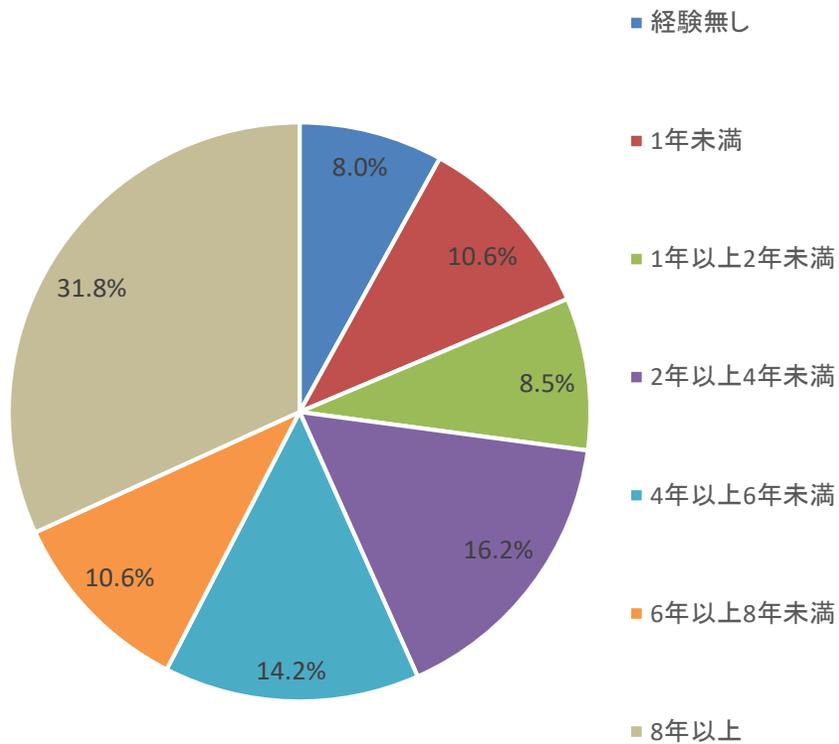
## 問題の例

項目	問題文	選択肢(正答は下線)
【両足での立位保持】	基本調査で、どの選択肢を選択すればよいですか。 ○ 調査時には、平らな床の上で立位を10秒間程度何にもつかまらないで保持できたが、家族の話では、日頃はできないことが多い。	・ <u>できない</u> ・ つかまらないでできる ・ 何かにつかまればできる
【洗身】	基本調査で、どの選択肢を選択すればよいですか。 ○ 自分で洗身を行っているが、介助者による見守りが行われている。(ただし、不適切な状況にはないものとします。)	・ 介助されていない ・ <u>一部介助</u> ・ 全介助

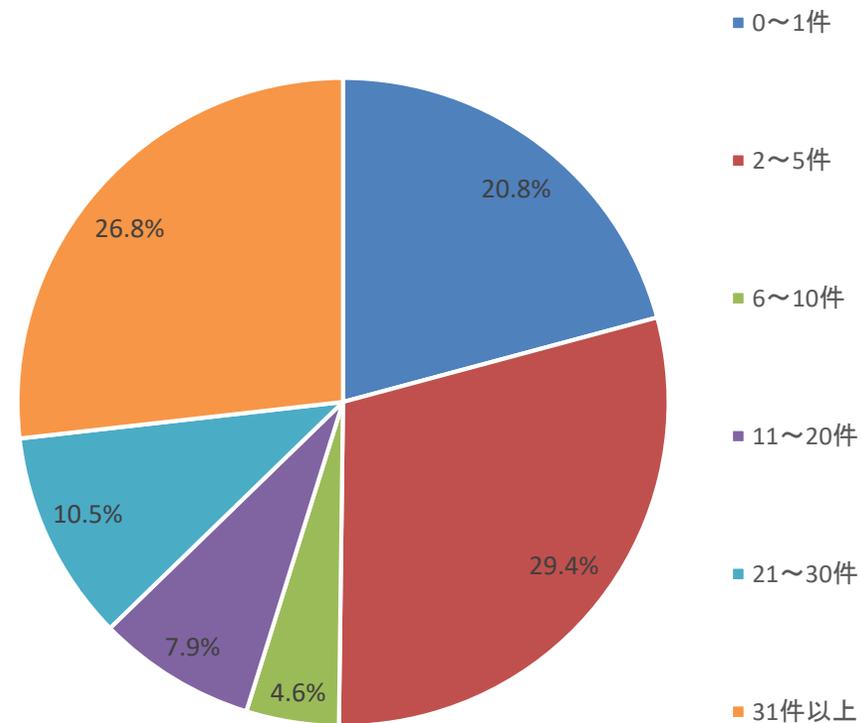
# 認定調査員向け eラーニングの結果

## 1. 回答者の属性

### 経験年数別



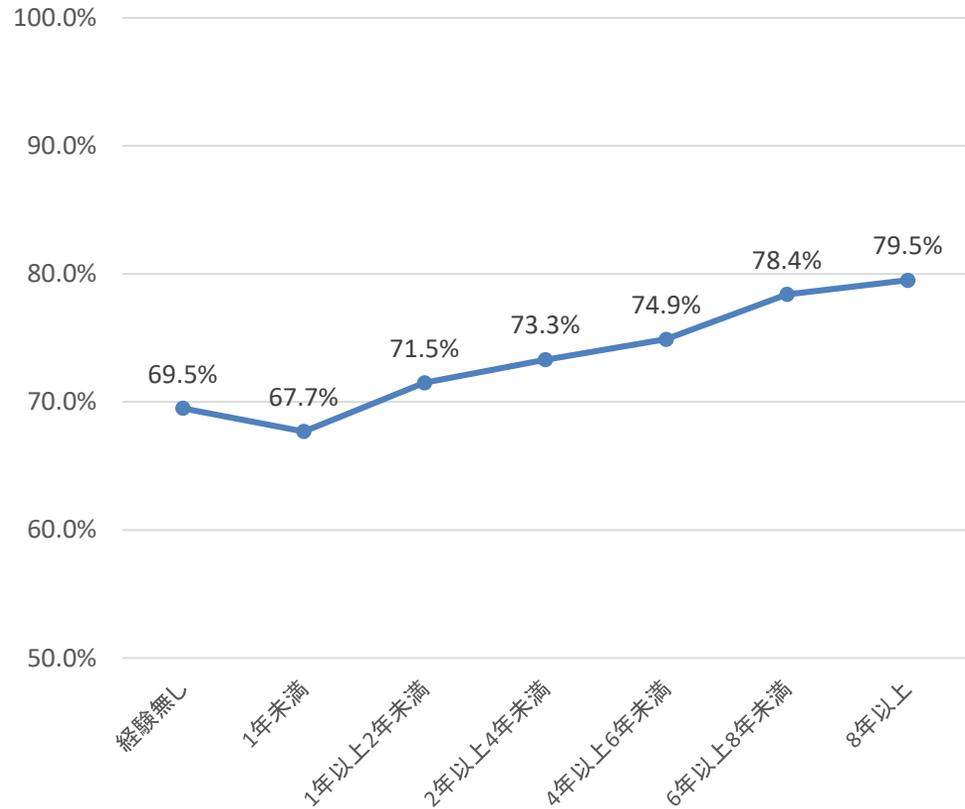
### 1ヶ月当たりの平均調査件数別



# 認定調査員向け eラーニングの結果(平成30年度後期)

## 2. 属性別正答率

### 認定調査の経験年数別



### 1月当たりの調査実施件数別

