

社会保障審議会 介護保険部会（第93回）	資料 2
令和4年5月16日	

地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について

厚生労働省 老健局

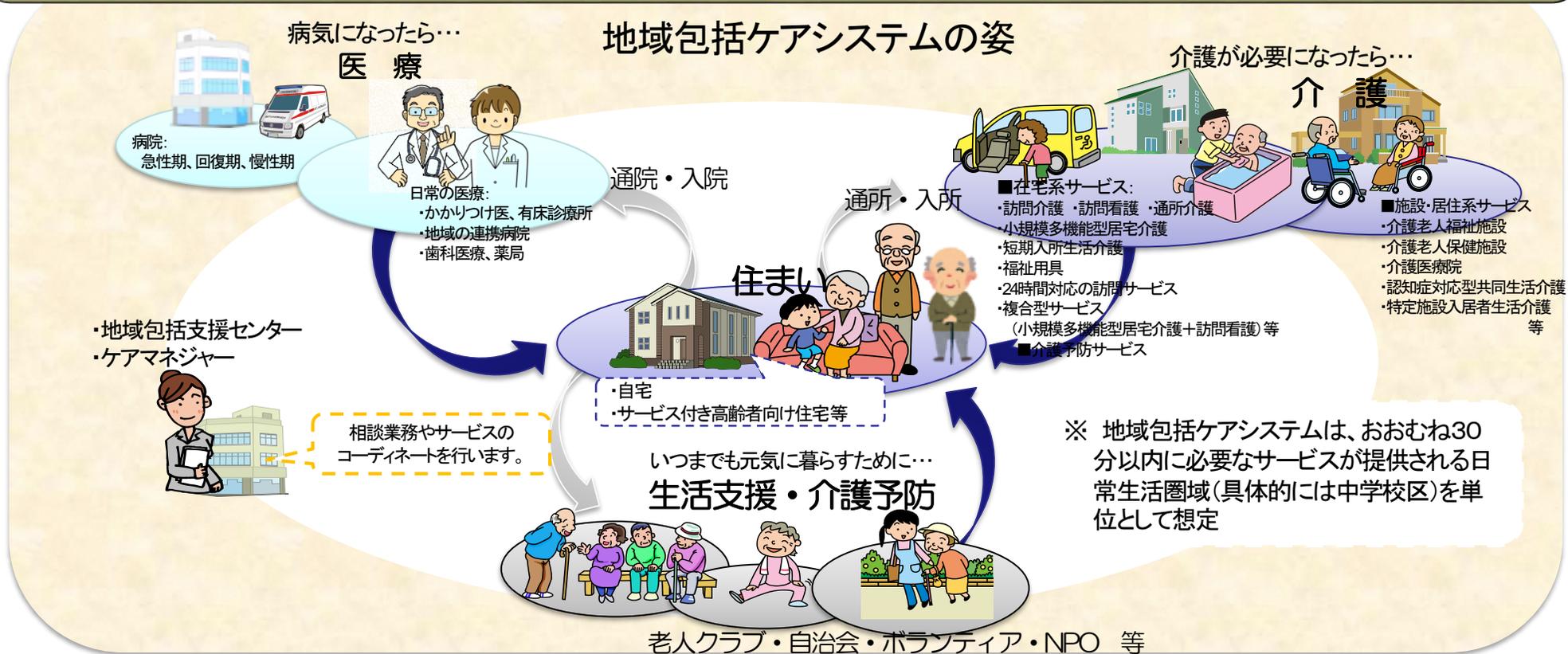
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

◎地域包括ケアシステムの更なる深化・推進

- ・ 在宅・施設を通じた介護サービスの基盤整備、
住まいと生活の一体的な支援 5
- ・ 医療と介護の連携強化、
自立支援・重度化防止の取組の推進 79
- ・ 認知症施策、家族を含めた相談支援体制 134
- ・ 地域における介護予防や社会参加活動の充実 173
- ・ 保険者機能の強化 208

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



「地域包括ケアシステム」に関する法律上の規定

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（平成元年法律第64号）

（定義）

第2条 この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

介護保険法（平成9年法律第123号）

（国及び地方公共団体の責務）

第5条

3 国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、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のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

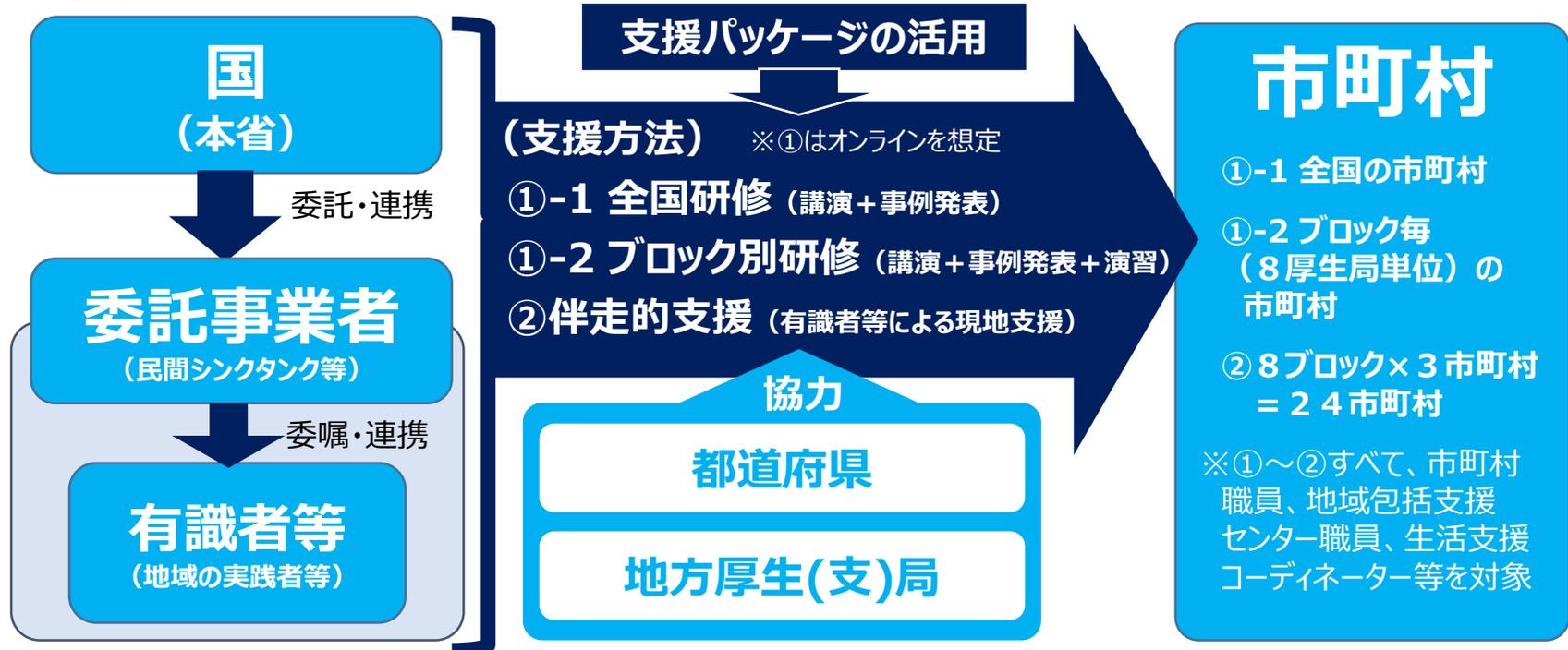
地域づくり加速化事業

(項) 介護保険制度運営推進費 (目) 要介護認定調査委託費 令和4年度予算額 75,000千円 (新規)

事業概要

- 団塊世代（1947～1949年生）が全員75歳以上を迎える2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築を図るため、市町村の地域づくり促進のための支援パターンに応じた**支援パッケージ**を活用し、①**有識者による市町村向け研修（全国・ブロック別）**や②**個別協議を実施しているなど総合事業の実施に課題を抱える市町村への伴走的支援**の実施等を行うものである。
- 支援の実施にあたっては、地域偏在が起きないように留意するとともに、都道府県及び地方厚生（支）局の担当者も参加することにより、本事業が終了した後も、支援実施のノウハウが継承されていくよう取り組みを進める。

<事業イメージ>



**在宅・施設を通じた
介護サービスの基盤整備、
住まいと生活の一体的な支援**

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)

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）

【今後の介護サービス基盤の整備】

- 今後の介護サービス基盤の整備にあたっては、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ながら計画的に進めることが必要である。
- 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院といった介護保険施設、認知症高齢者グループホーム等の居住系サービス、訪問介護等の在宅サービスなどの介護サービス基盤整備について、認知症など利用者の状態に応じてそれぞれの役割や機能を果たしながら、また、関係サービスとの連携を強化しながら取り組むことが必要である。
- また、介護サービス基盤整備については、住民のサービス利用の在り方も含めた地域特性を踏まえながら適切に進めていくことが必要である。都市部では高齢者増に備えた効果的な施設・サービス整備を計画的に行うことが必要である。地方部では人口減少も見据えた効率的な施設・サービス整備が必要である。既存施設の有効活用が重要である。なお、地方部において必要なサービス提供が維持されるよう、職員の兼務やサービス提供方法の在り方についての検討が必要との意見があった。
- 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）が都市部を中心に多様な介護ニーズの受け皿となっている状況を踏まえ、これらの整備状況等も踏まえながら介護保険事業（支援）計画を策定し、介護サービス基盤整備を適切に進めていくことが必要である。国は自治体に対して適正な計画策定に向けた支援を行うことが重要である。なお、特別養護老人ホーム等の整備を適切に進め、所得の多寡により入居先の確保が困難になることのないよう留意が必要である。
- 「介護離職ゼロ」の実現に向けて、介護施設の整備を進めるとともに、在宅サービスの充実を図り、在宅の限界点を高めていくことが必要である。（看護）小規模多機能などのサービスの整備を進めるとともに、既存の施設等による在宅支援を強化していくことが必要である。また、「介護離職ゼロ」の実現に向けて、介護サービス基盤として介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）も含めて、その整備を促進していくことが適当である。なお、働きながら介護を行う人について、その実態も踏まえながら一層支援していくことが重要であり、地域支援事業の任意事業である家族介護支援事業なども活用しながら、家族介護者の相談支援や健康の確保を図っていくことが重要である。

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)

【高齢者住まいの在り方】

- 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とともに、適切に介護基盤整備を進めるため、都道府県に届け出られた住宅型有料老人ホームに関する情報について市町村に通知し、市町村がこれらを把握できるようにするなど、行政による現状把握と関与の強化を図ることが適当である。未届けの有料老人ホームへの対応や、介護サービス利用の適正化を進めることも重要である。利用者の適正な事業者の選択につなげるため、事業者に係る情報公表の取組を充実させることが重要である。地域支援事業の介護相談員等も活用しながら「外部の目」を入れる取組を進めることも重要である。地域に開かれた透明性のある運営につなげることも重要である。

【高齢者の住まいと生活の一体的支援の在り方】

- 高齢者が住み慣れた地域においてその人らしく暮らし続けられるよう、自宅と介護施設の中間的な住まい方についても普及を図っていくことが必要である。また、生活面に困難を抱える高齢者に対して、生活困窮者施策や養護老人ホームなどの現行の取組とも連携しながら、住まいと生活の支援を一体的に実施していくことが必要である。

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)

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。

介護保険部会・介護給付費分科会におけるこれまでの御指摘等

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告
(令和2年12月23日社会保障審議会介護給付費分科会)

【地域包括ケアシステムの推進】

(居宅介護支援)

- 居宅介護支援について、質の向上や業務効率化等を図る観点から、適切なケアマネジメント手法（※）等を図る方策を検討するとともに、より適切なケアマネジメント手法の実効性が担保されるような方策について、検討していくべきである。
（※）疾患別の適切なケアマネジメント手法に限られない。
- 今回の介護報酬改定で一定のICT活用又は事務職員の配置を図っている事業所について、逡減制の見直しを行うこととしたが、当該措置により、ケアマネジメントの質が確保されていること等に関する効果検証を行うとともに、ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る取組についても効果検証を行い、必要に応じて対応を検討すべきである。

(地域の特性に応じたサービスの確保)

- 都市部、離島や中山間地域など、どの地域においても必要なサービスが確保されるよう、今回の改定における措置を検証しつつ、人材確保を含め、地域の実情に応じた必要な方策を引き続き検討すべきである。その際には、将来の地域ごとの介護ニーズの変化も踏まえながら、人材確保・サービスの確保に資する介護の経営の大規模化、各サービスの基準、サービスタイプの在り方も含めた、サービス提供の在り方についても検討していくべきである。

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び(看護)小規模多機能型居宅介護の普及等)

- 中重度の要介護状態と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、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護、(看護)小規模多機能型居宅介護の更なる普及を図るための方策について、引き続き検討するとともに、これらのサービスについて、事業者の経営実態や利用者の状況も踏まえ、その機能・役割を改めて検証した上で、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、在宅生活の限界点を高めるために必要な対応を総合的に検討していくべきである。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護がこれまで果たしてきた機能や役割を踏まえつつ、今回の介護報酬改定で定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様となる基準の緩和を行うこととした夜間対応型訪問介護の機能や役割を含め、今後の在り方について検討していくべきである。

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告
(令和2年12月23日社会保障審議会介護給付費分科会)

(療養通所介護)

- 療養通所介護について、今回の介護報酬改定で月単位の包括報酬とする見直しを行うこととしたが、看護小規模多機能型居宅介護の機能や役割を踏まえつつ、今後の在り方について検討していくべきである。

(個室ユニット型施設の入居定員の見直しに係る検証)

- 今後、現行の入居定員の基準を超える新たなユニットを整備する施設において、ケアの質が維持され、職員の過度な負担につながらぬよう、当該ユニットの整備・運営状況を定期的に把握しつつ、適切な運営や指導が行われているか検証し、必要な見直しなどの対応を検討するべきである。

(小規模介護福祉施設等の基本報酬)

- 小規模介護福祉施設及び経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の基本報酬について、その収支差率については地域差が見られることから、経営実態について今後調査し、通常の基本報酬との統合に向けて引き続き検討していくべきである。

介護保険事業(支援)計画について

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

国の基本指針(法第116条、8期指針:令和3年1月厚生労働省告示第29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

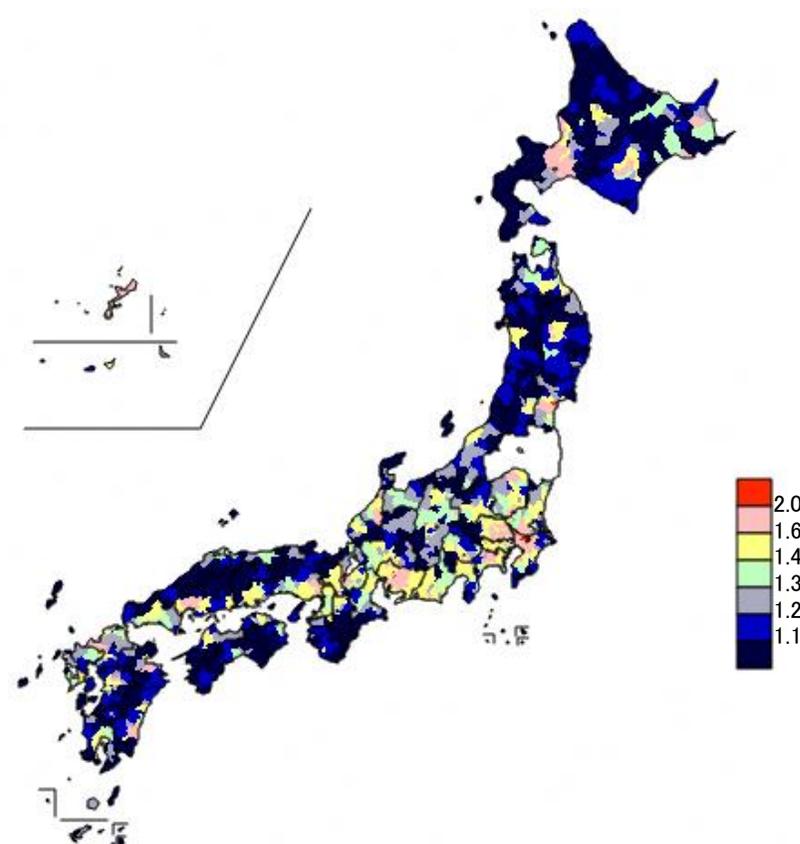
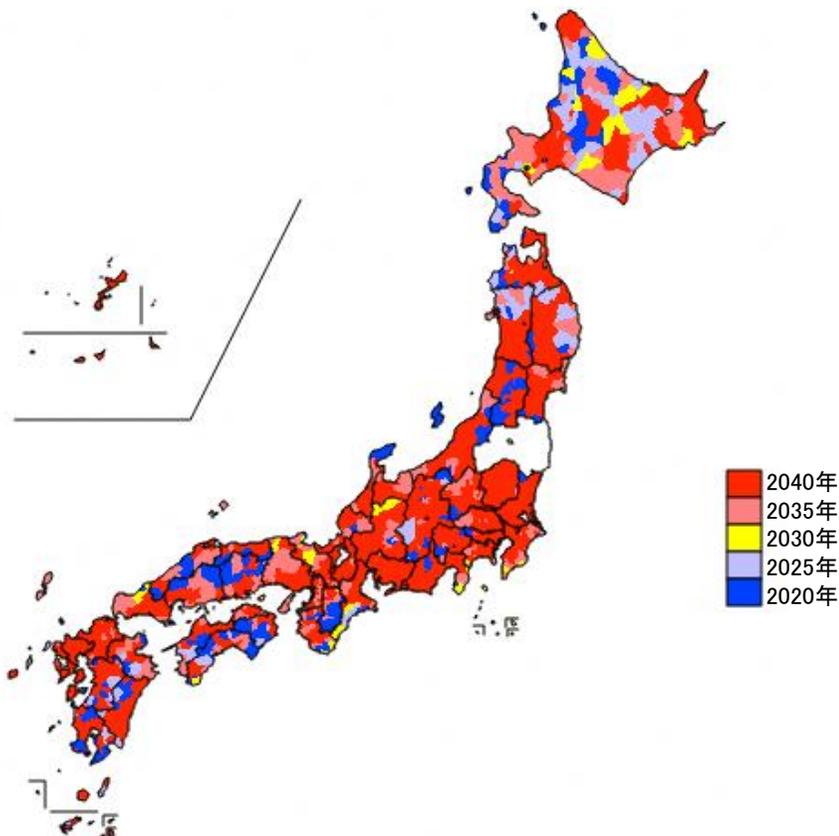
- 都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

保険者別の介護サービス利用者数の見込み

- 各保険者(福島県内の保険者を除く)における、2040年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者が多い。
- また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2020年の利用者数との比(増加率)をみると、ほとんど増加しない保険者がある一方、2倍超となる保険者も存在する。

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年】

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年の利用者数の増加率】



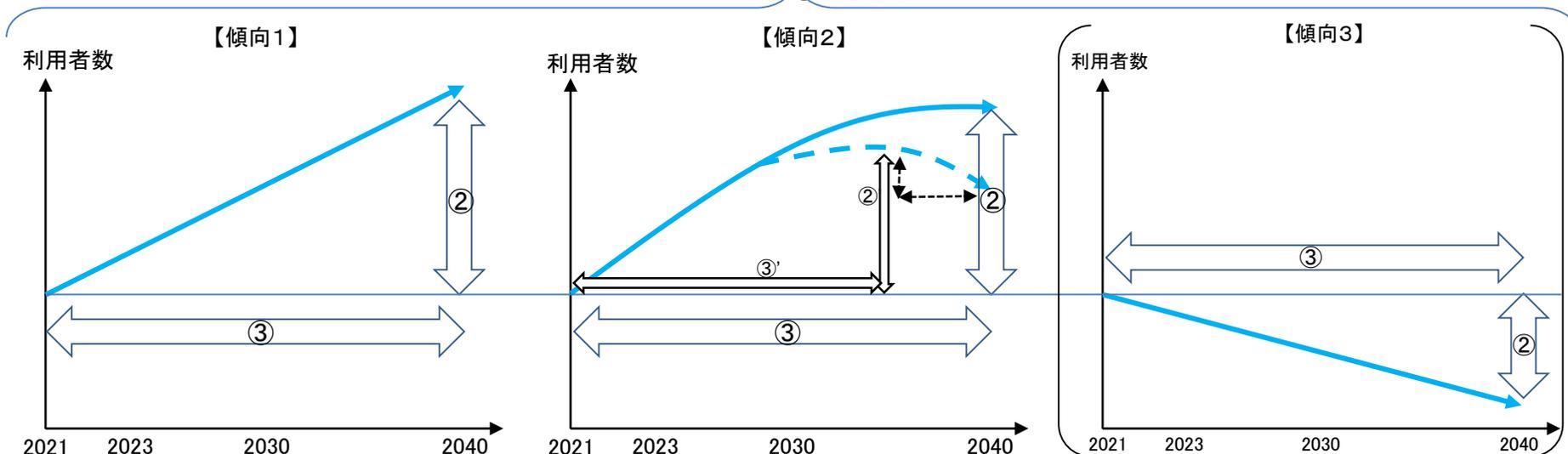
※ 2020年度介護保険事業状況報告(厚生労働省)、2019年度介護給付費等実態調査(厚生労働省・老健局特別集計)から、保険者別の年齢階級別・サービス類型別・要介護度別利用率を算出し、当該利用率に推計人口(日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)を乗じて、2020年以降5年毎に2040年までの保険者別の推計利用者数を作成(推計人口が算出されていない福島県内の保険者を除く)。

2025年・2040年を見据えたサービス基盤の整備について

- 第8期計画においては、2025年、2040年のサービス需要の見込を踏まえ、施設サービス、居住系サービス、地域密着型サービスをバランス良く組み合わせて整備することが重要。
- また、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備(約50万人分)、医療計画、地域医療構想との整合性を踏まえる必要がある。
- 令和2年度予算案において、地域医療介護総合確保基金のメニューを拡充し、サービス基盤整備を支援することとしている。

<参考>2025年、2040年に向けての地域におけるサービス需要のイメージ

①大きな傾向



(※1)2025年・2040年を見据え、①サービス基盤の大きな傾向を把握し、その上で②サービス整備の絶対量、③期間(角度②/③)を勘案して第8期計画を策定することが重要。

(※2)傾向2、3のようにサービス需要が成熟化する保険者であっても、サービス需要の見込(②、②')に合わせて過不足ないサービス基盤の整備が必要。広域型施設である介護保険施設、地域密着型サービスを組み合わせ、周辺保険者のサービスニーズを踏まえ都道府県等とも連携して広域的な整備を進めることが必要。

第8期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

令和2(2020)年度
実績値 ※1

令和5(2023)年度
推計値 ※2

令和7(2025)年度
推計値 ※2

令和22(2040)年度
推計値 ※2

○ 介護サービス量

	令和2(2020)年度 実績値 ※1	令和5(2023)年度 推計値 ※2	令和7(2025)年度 推計値 ※2	令和22(2040)年度 推計値 ※2
在宅介護	359 万人	391 万人 (9%増)	405 万人 (13%増)	474 万人 (32%増)
うちホームヘルプ	114 万人	123 万人 (8%増)	128 万人 (12%増)	152 万人 (33%増)
うちデイサービス	219 万人	244 万人 (11%増)	253 万人 (15%増)	297 万人 (36%増)
うちショートステイ	35 万人	40 万人 (14%増)	40 万人 (17%増)	48 万人 (38%増)
うち訪問看護	61 万人	68 万人 (10%増)	71 万人 (15%増)	84 万人 (37%増)
うち小規模多機能	11 万人	13 万人 (19%増)	14 万人 (23%増)	16 万人 (43%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	3.0 万人	4.1 万人 (37%増)	4.4 万人 (45%増)	5.4 万人 (78%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	1.5 万人	2.6 万人 (75%増)	2.8 万人 (89%増)	3.4 万人 (130%増)
居住系サービス	47 万人	54 万人 (14%増)	56 万人 (19%増)	65 万人 (39%増)
特定施設入居者生活介護	26 万人	30 万人 (17%増)	32 万人 (22%増)	37 万人 (43%増)
認知症高齢者グループホーム	21 万人	23 万人 (11%増)	24 万人 (15%増)	28 万人 (33%増)
介護施設	103 万人	110 万人 (8%増)	116 万人 (13%増)	133 万人 (30%増)
特養	62 万人	67 万人 (8%増)	71 万人 (14%増)	82 万人 (31%増)
老健	35 万人	37 万人 (5%増)	39 万人 (10%増)	44 万人 (26%増)
介護医療院	3.4 万人	5.2 万人 (53%増)	6.5 万人 (91%増)	7.4 万人 (118%増)
介護療養型医療施設	1.7 万人	1.0 万人 (40%減)	- 万人	- 万人

※1) 2020年度の数値は介護保険事業状況報告(令和2年12月月報)による数値で、令和2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、同報告の居宅介護支援・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、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、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。

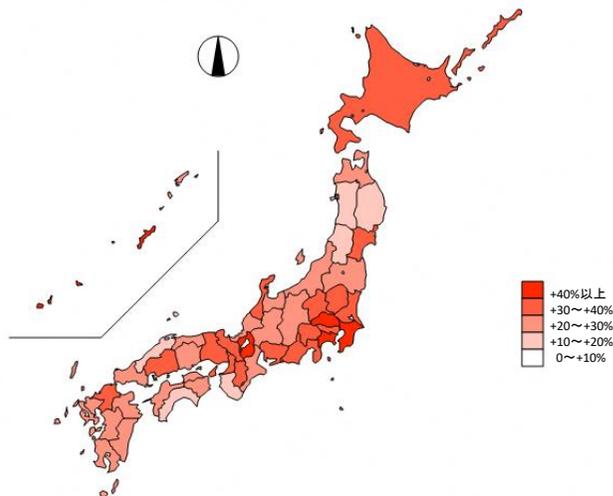
※2) 令和5(2023)年度、令和7(2025)年度、令和22(2040)年度の数値は、地域包括ケア「見える化」システムにおける推計値等を集計したもの。

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。

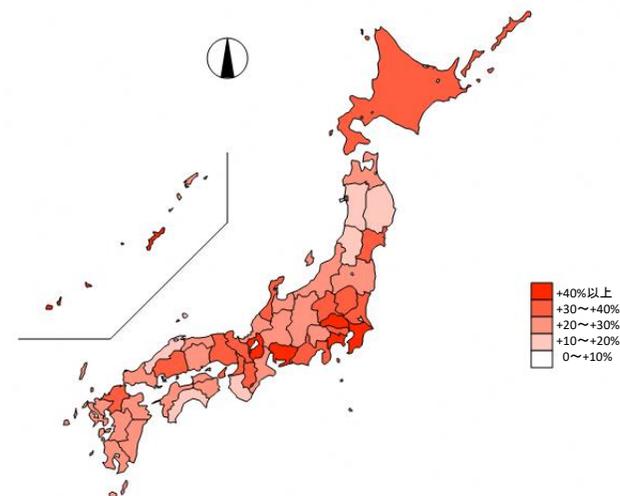
介護需要の変化 サービス種別の介護保険利用者数（増加率）

2025年利用者数に対する2040年の利用者数（増加率）

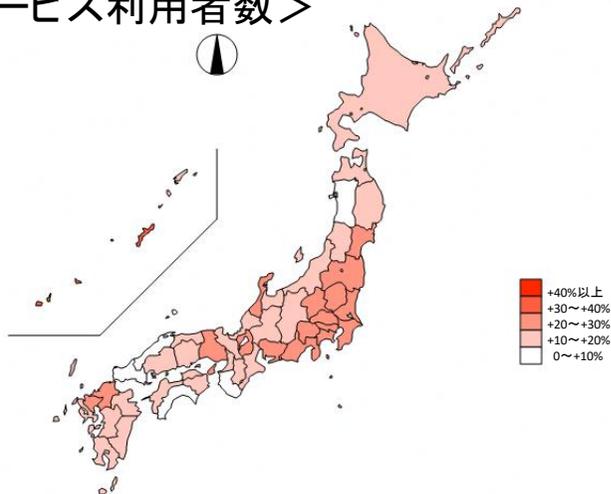
<施設系サービス利用者数>



<居住系サービス利用者数>



<在宅系サービス利用者数>



出典)内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」(2018年5月)を基に推計

※ 2040年の介護サービス利用者数は、7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降は年齢階級別のサービス利用率を2025時点で固定し、将来推計人口による被保険者数見込みに乗じて機械的に算出。

- 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（以下「総合確保方針」という。）については、平成26年9月に制定され、平成28年12月に一部が改定された。
- 令和6年度の第8次医療計画と、第9期介護保険事業（支援）計画の同時改定を踏まえ、医療計画基本方針と、介護保険事業計画基本指針の改定が行われる予定である。
- これらの改定を見据え、地域医療構想や第8期介護保険事業（支援）計画の進捗状況等を踏まえつつ、**令和4年末を目途にとりまとめる**ことを目指して、総合確保方針の改定に向けた議論を行うこととしてはどうか。

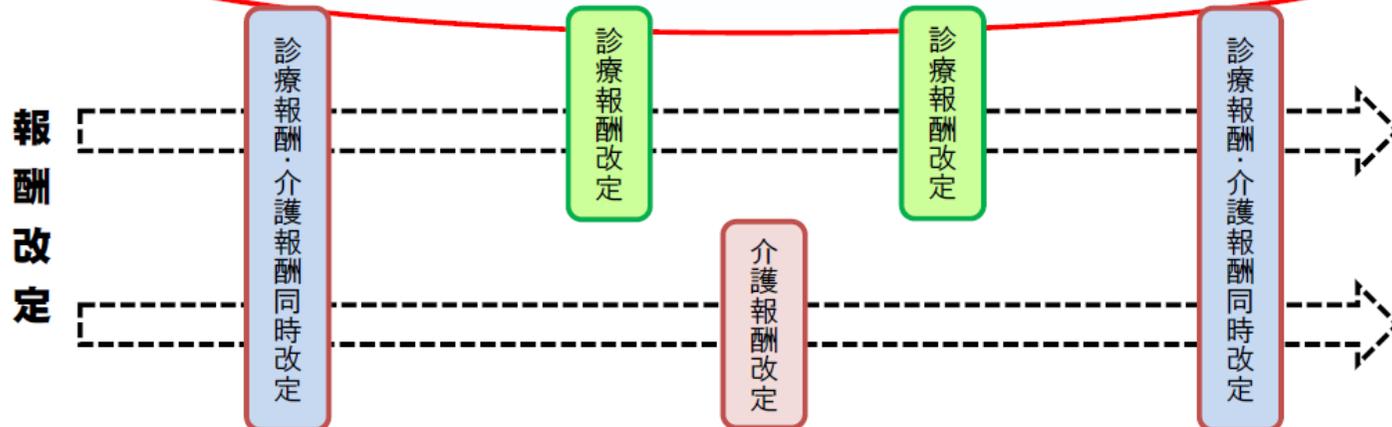
医療介護連携を推進するために議論していくべき論点（たたき台）

- 新型コロナウイルス感染症の拡大への対応は、医療・介護分野における重要なテーマであるが、総合確保方針の改定に向けた議論においては、足下の感染症対策はもちろんのこと、人口動態の変化への対応など、より長期的な事項について検討すべきではないか。
- 引き続き「地域包括ケアシステム」の構築を進め、一層の医療介護連携政策を推進していくことが重要ではないか。
- また、介護・医療間の情報共有を可能にするための標準化など、より一層のデジタル化による医療・介護の情報連携の強化が重要ではないか。

(参考) 医療・介護分野における2025年に向けたスケジュール



医療機能の分化・連携と地域包括ケア提供体制の構築を一体的に推進
 ※データヘルス、介護ロボット、人材確保・働き方改革等の視点とともに



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

◎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
- 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】

◎居宅介護支援

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	在宅にいる場合も、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 (地域密着型サービス)	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 (地域密着型サービス)	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貸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 (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

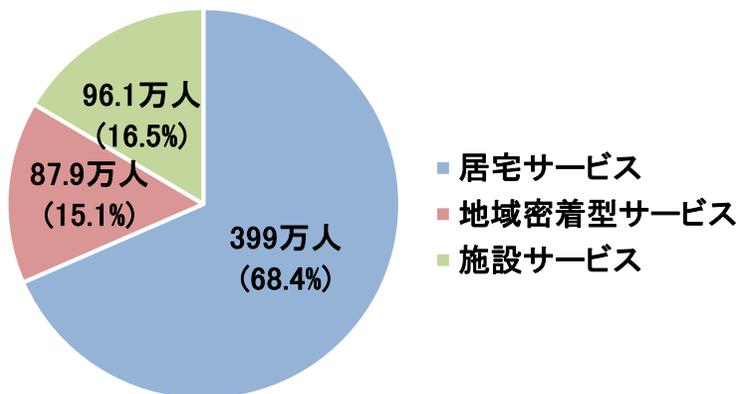
第7期
(平成30年度～)

介護保険給付の給付費のサービス種類別の内訳

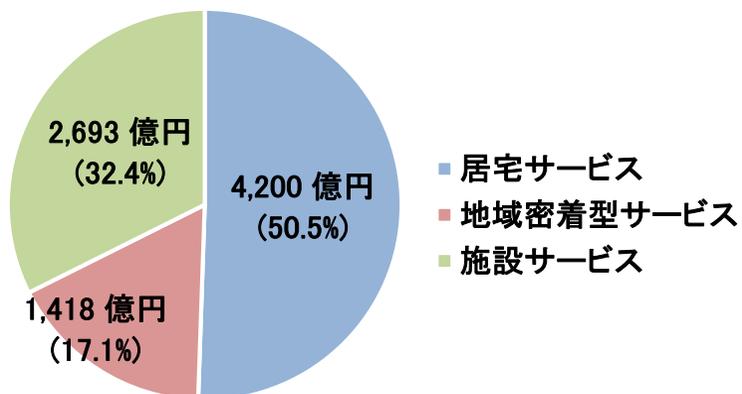
サービス利用者のうち、居宅・地域密着型サービスは約83%、施設サービスは約17%であるが、給付費においては、居宅・地域密着型サービスは約68%、施設サービスは約32%となっている。

利用者・給付費内訳

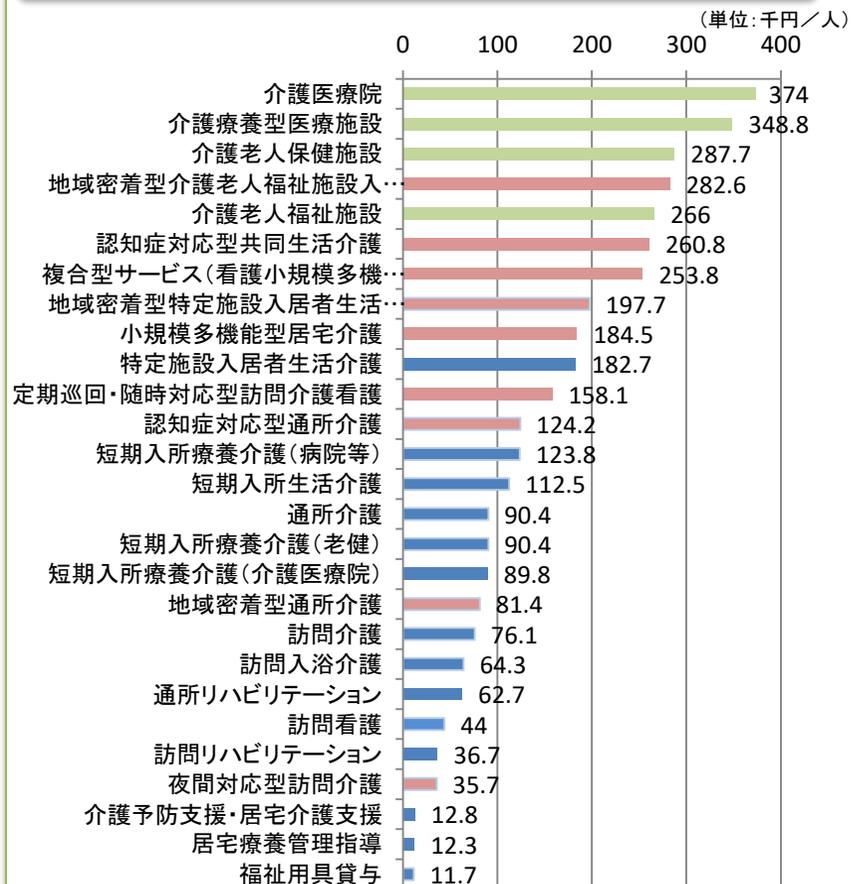
利用者内訳



給付費内訳



サービスごとの1人当たり給付費



出典:「介護保険事業状況報告」(令和3年3月サービス分)

(注)給付費は、利用者負担額並びに高額介護サービス費、高額医療合算サービス費及び補足給付を除く。

主な在宅サービスの概要

- 介護保険サービスは、介護が必要な高齢者に対し、その自立を支援するために提供するもの。
- 自宅に住む高齢者に対して提供するサービスとして、主なものは以下のとおり。

居宅サービス

訪問介護

- 利用者の居宅を訪問し、居宅において、以下を行う。

- ① 入浴・排泄・食事等の介護
- ② 調理・洗濯・掃除等の家事
- ③ 生活等に関する相談及び助言

通所介護

- 利用者を事業所に通わせ、事業所において、以下を行う。

- ① 入浴・排泄・食事等の介護
- ② 生活等に関する相談及び助言
- ③ 健康状態の確認等
- ④ 機能訓練

短期入所生活介護

- 利用者を施設に短期間入所させ、施設において、以下を行う。

- ① 入浴・排泄・食事等の介護
- ② 機能訓練

地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- 日中・夜間を通じて、定期的又は随時に、利用者の居宅において、以下を行う。

- ① 入浴・排泄・食事等の介護
- ② 調理・洗濯・掃除等の家事
- ③ 生活等に関する相談及び助言
- ④ 療養上の世話や診療の補助

夜間対応型訪問介護

- 夜間のみ、定期的又は随時に、利用者の居宅において、以下を行う。

- ① 入浴・排泄・食事等の介護
- ② 生活等に関する相談及び助言

小規模多機能型居宅介護

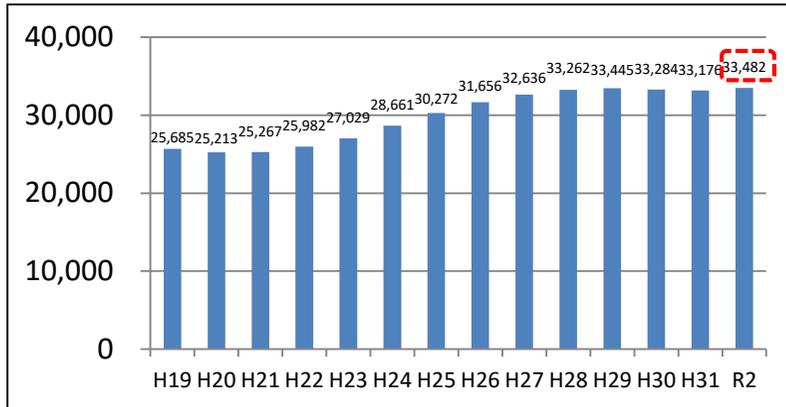
- 利用者の居宅を訪問し、又は拠点に通わせ、若しくは拠点に短期間宿泊させ、以下を行う。

- ① 入浴・排泄・食事等の介護
- ② 調理・洗濯・掃除等の家事
- ③ 生活等に関する相談及び助言
- ④ 健康状態の確認等
- ⑤ 機能訓練

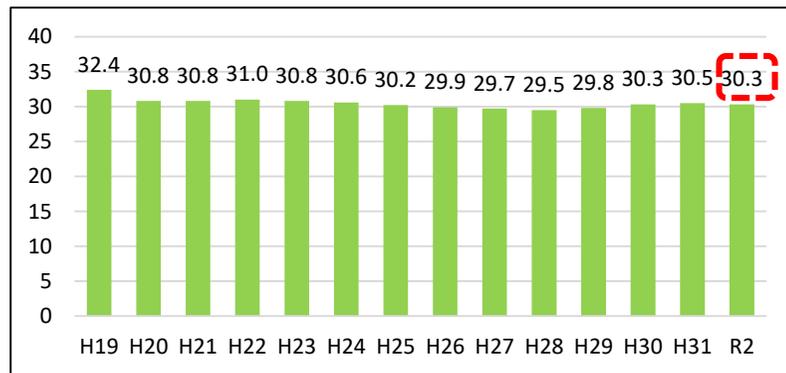
訪問介護の事業者数・利用者数等

- 請求事業所数は33,482事業所で平成29年を境に概ね横ばいで推移しており、1事業所あたりの平均利用者数(介護予防除く)は微増減を繰り返しているものの概ね横ばいで、直近では30.3人となっている。
- 利用者数は約1,016,000人で、利用者の60%以上が要介護2以下である。

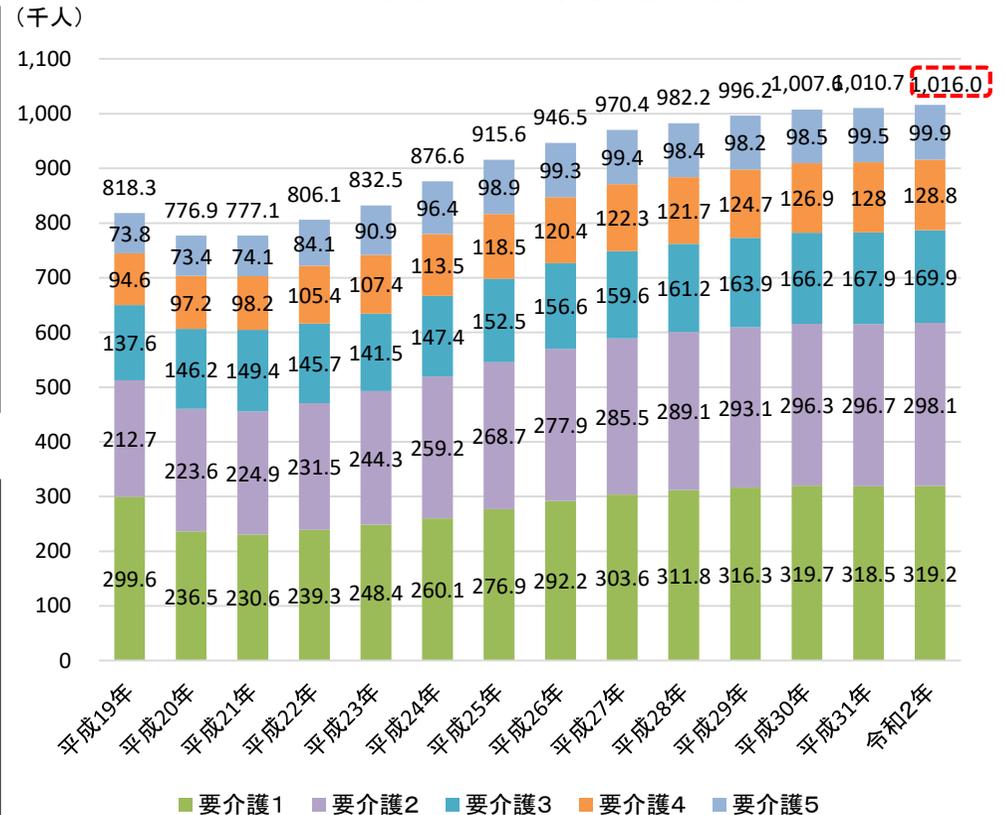
■ 事業所数の推移



■ 1事業所あたり利用者数の推移(介護予防除く)



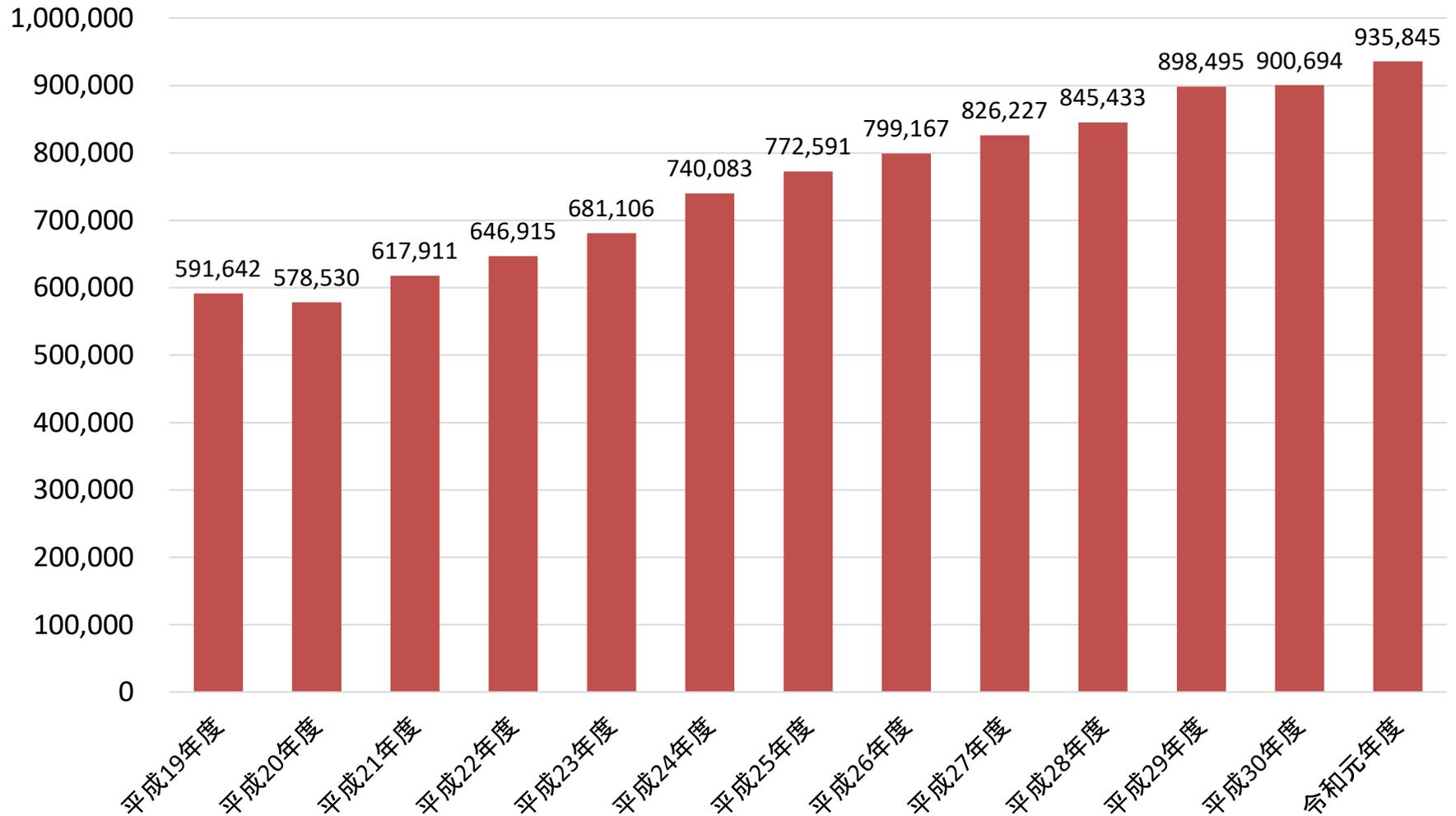
■ 訪問介護の受給者数の推移(要介護度別)



【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧介護給付費等実態調査)」(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。

※介護予防サービス、介護予防・日常生活支援総合事業は含まない。

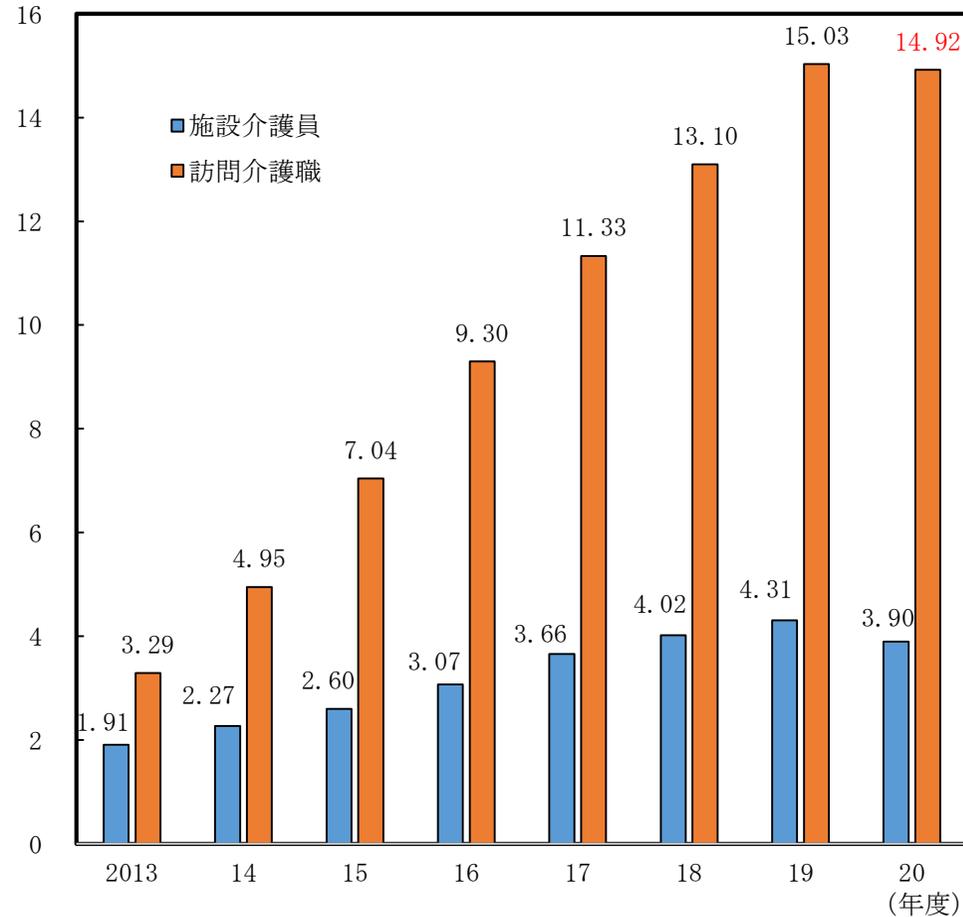
出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年5月審査分～翌年4月審査分)

訪問介護員の人手不足の現状

- 介護サービス職員の有効求人倍率をみると、施設介護職員と比較して、訪問介護職員の有効求人倍率が高くなっており、2020年度時点で14.92倍となっている。
- 職種別の介護労働者の人手不足感をみると、約8割の事業所が、訪問介護員の不足を感じている。

(1) サービス職員の有効求人倍率

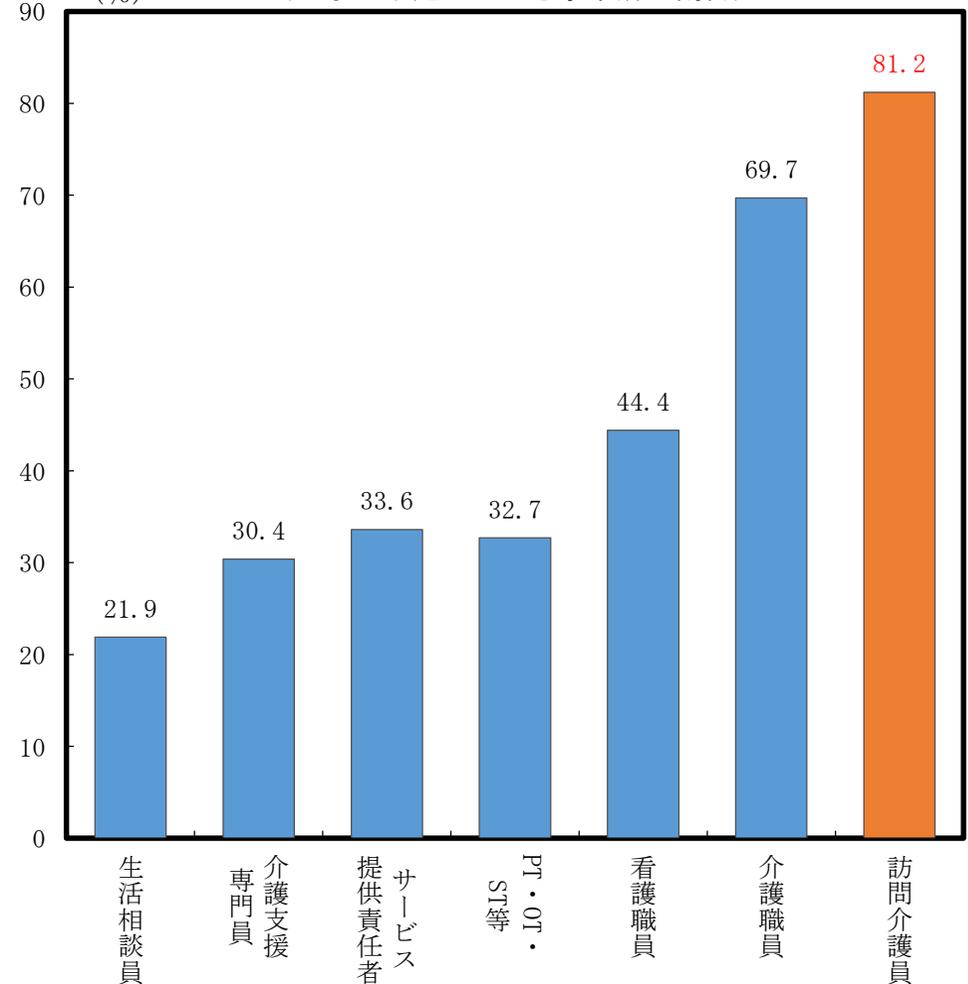
(倍)



(2) 介護職員の職種別の人手不足感

(%)

(人手が不足している事業所の割合)



(備考) 1. (1)は、厚生労働省「職業安定業務統計」により作成。パートタイムを含む常用の値。平成23年改定「厚生労働省編職業分類」に基づく、以下の職業分類区分の合計。

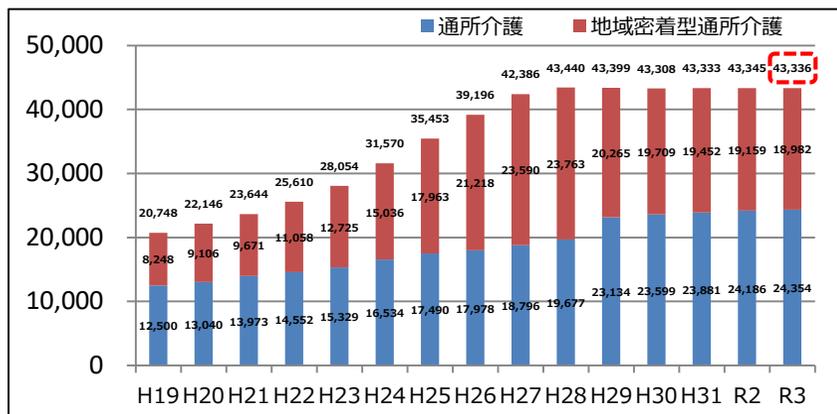
施設介護員：「361 施設介護員」、訪問介護職：「362 訪問介護職」。

2. (2)は、(公財)介護労働安定センター「令和元年度 介護労働実態調査」により作成。

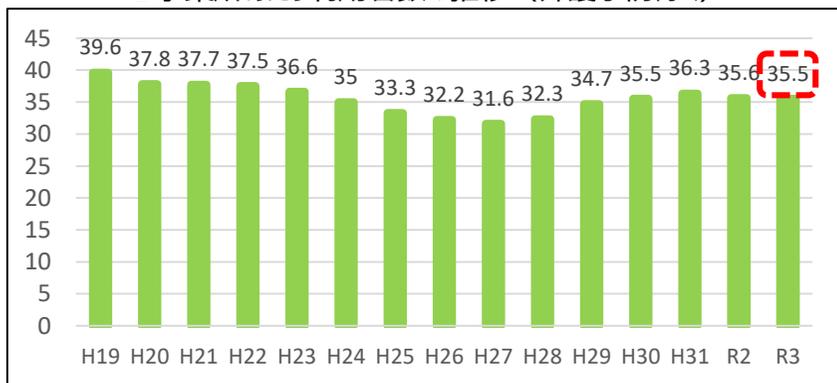
通所介護・地域密着型通所介護の事業者数・利用者数等

- 請求事業所数は43,336事業所で平成28年を境に概ね横ばいで推移しており、1事業所あたりの平均利用者数(介護予防除く)は微増減を繰り返しているものの概ね横ばいで、直近では35.5人となっている。
- 利用者数は約1,540,000人で、利用者の68%以上が要介護2以下である。

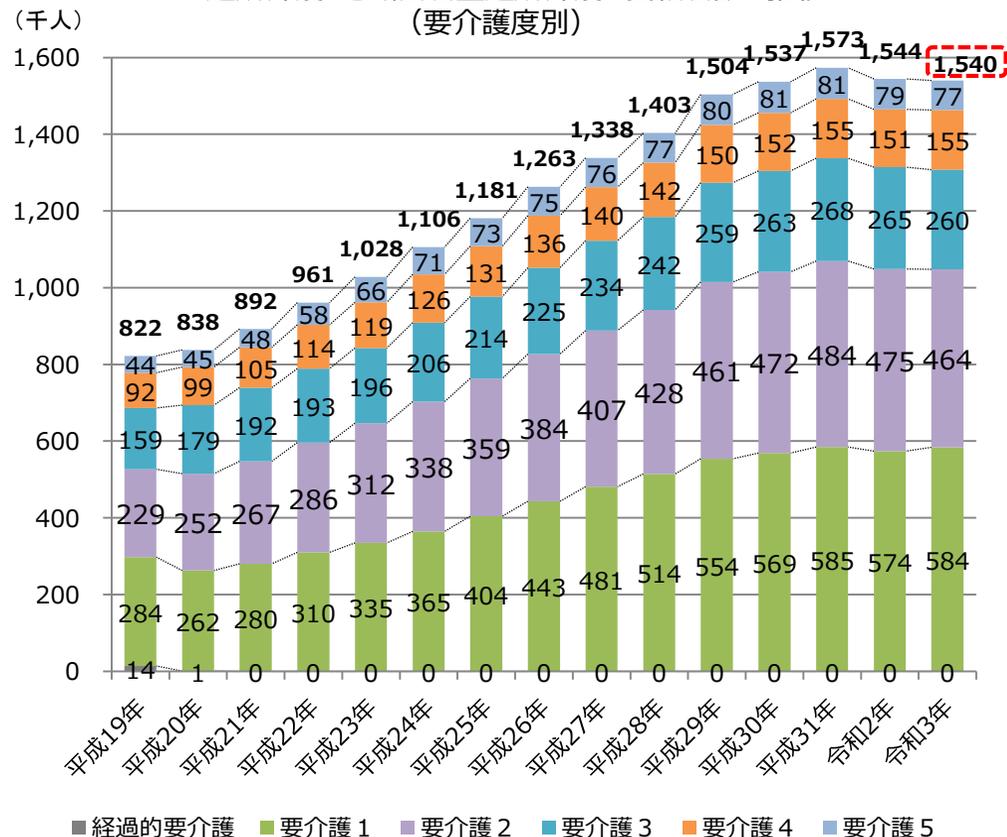
■ 事業者数の推移



■ 1事業所あたり利用者数の推移 (介護予防除く)



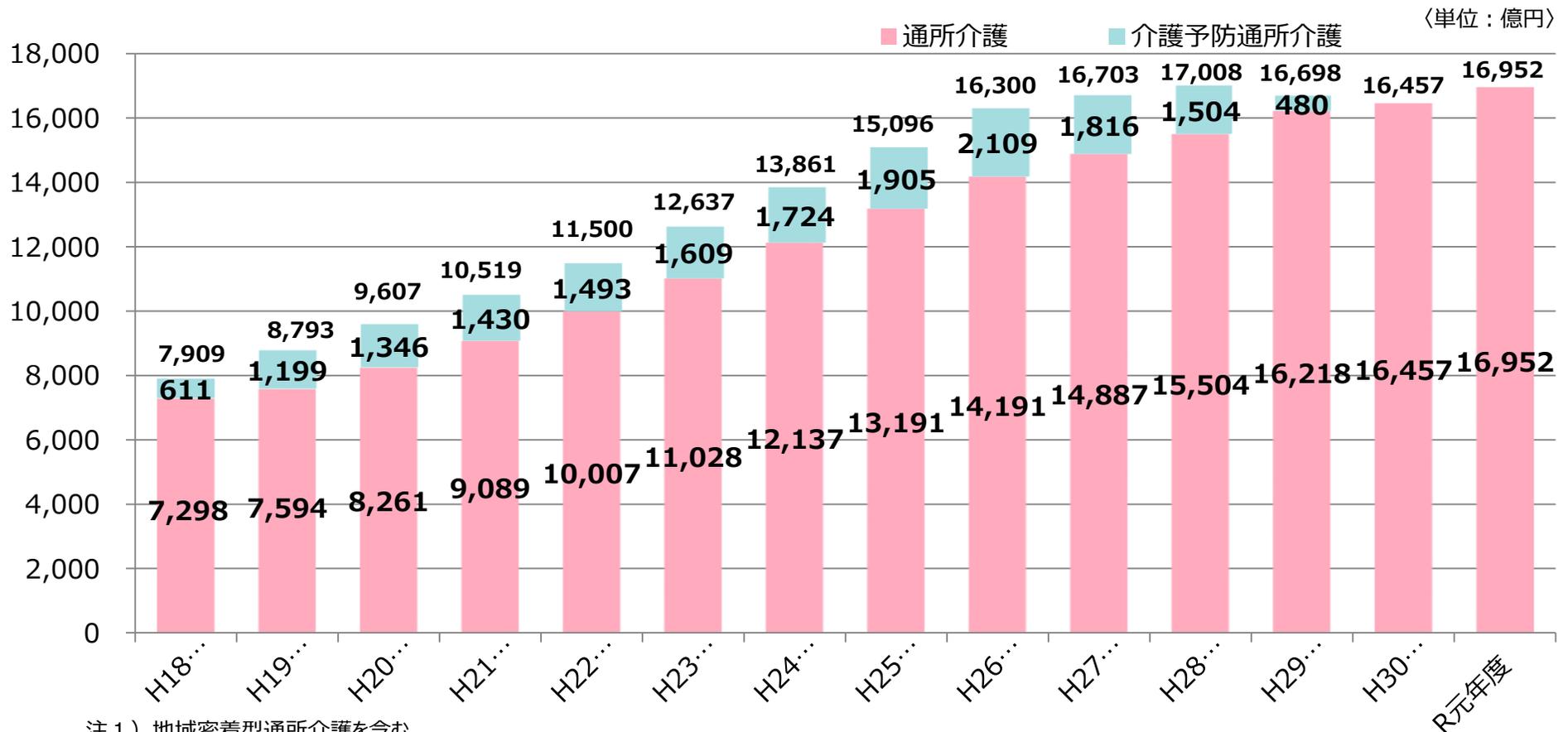
■ 通所介護・地域密着型通所介護の受給者数の推移 (要介護度別)



【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧介護給付費等実態調査)」(各年4月審査分)

通所介護・地域密着型通所介護の費用額

- 令和元年度の通所介護・地域密着型通所介護の費用額は約1.7兆円（平成18年度の約2.3倍）で、令和元年度費用額累計約10.2兆円の約16.5%を占める。
- 平成26年度以前は、毎年約1,000億円ずつ増加していたが、要介護者の伸びは平成27年度以降は鈍化している。



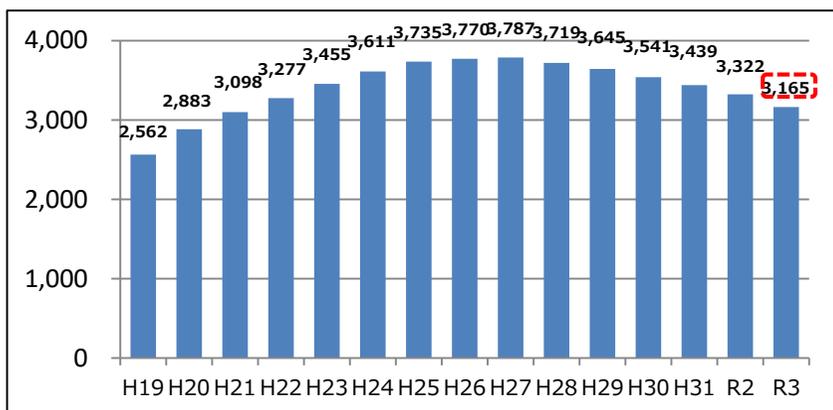
注1) 地域密着型通所介護を含む

注2) 各年度の費用額の値は、介護給付費等実態統計（旧：調査）の5月審査（4月サービス）分から翌年の4月審査（3月サービス）分までの合計。

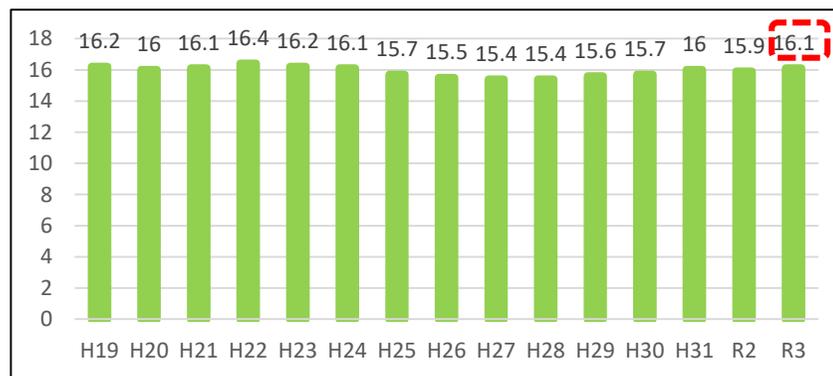
認知症対応型通所介護の事業者数・利用者数等

- 請求事業所数は3,165事業所で平成27年を境に減少しており、1事業所あたりの平均利用者数(介護予防除く)は微増減を繰り返しているものの概ね横ばいで、直近では16.1人となっている。
- 利用者数は約51,800人で、利用者の53%以上が要介護2以下である。

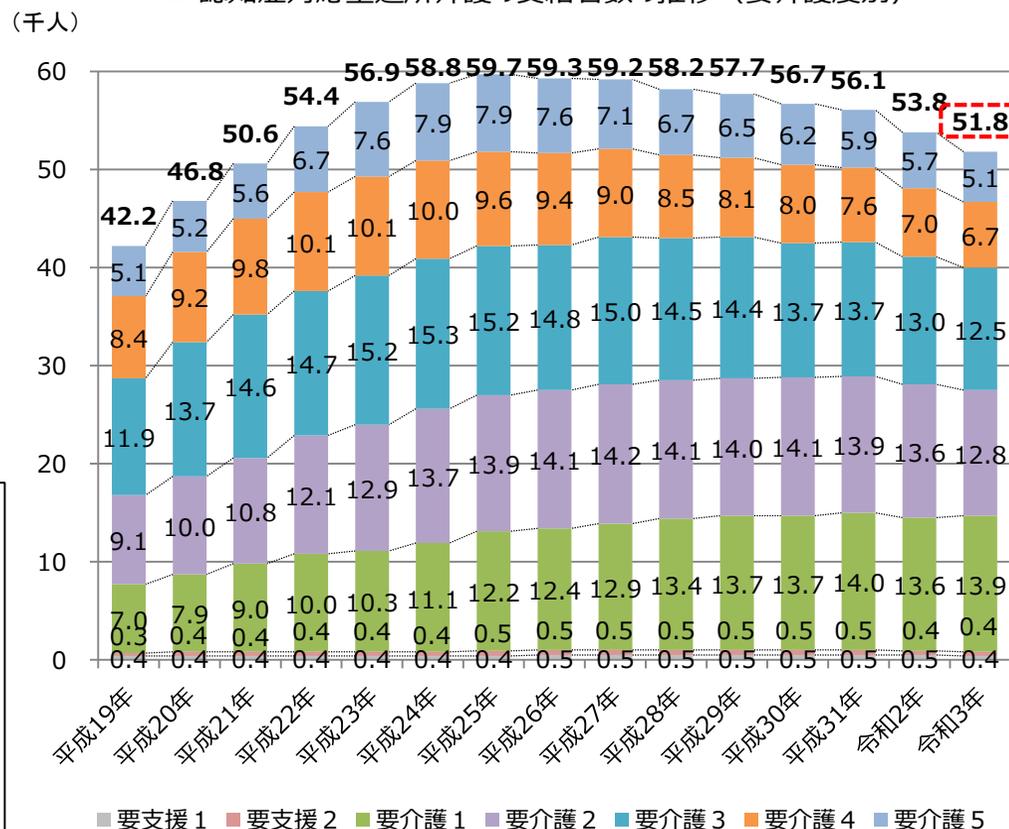
■ 事業所数の推移



■ 1事業所あたり利用者数の推移(介護予防除く)



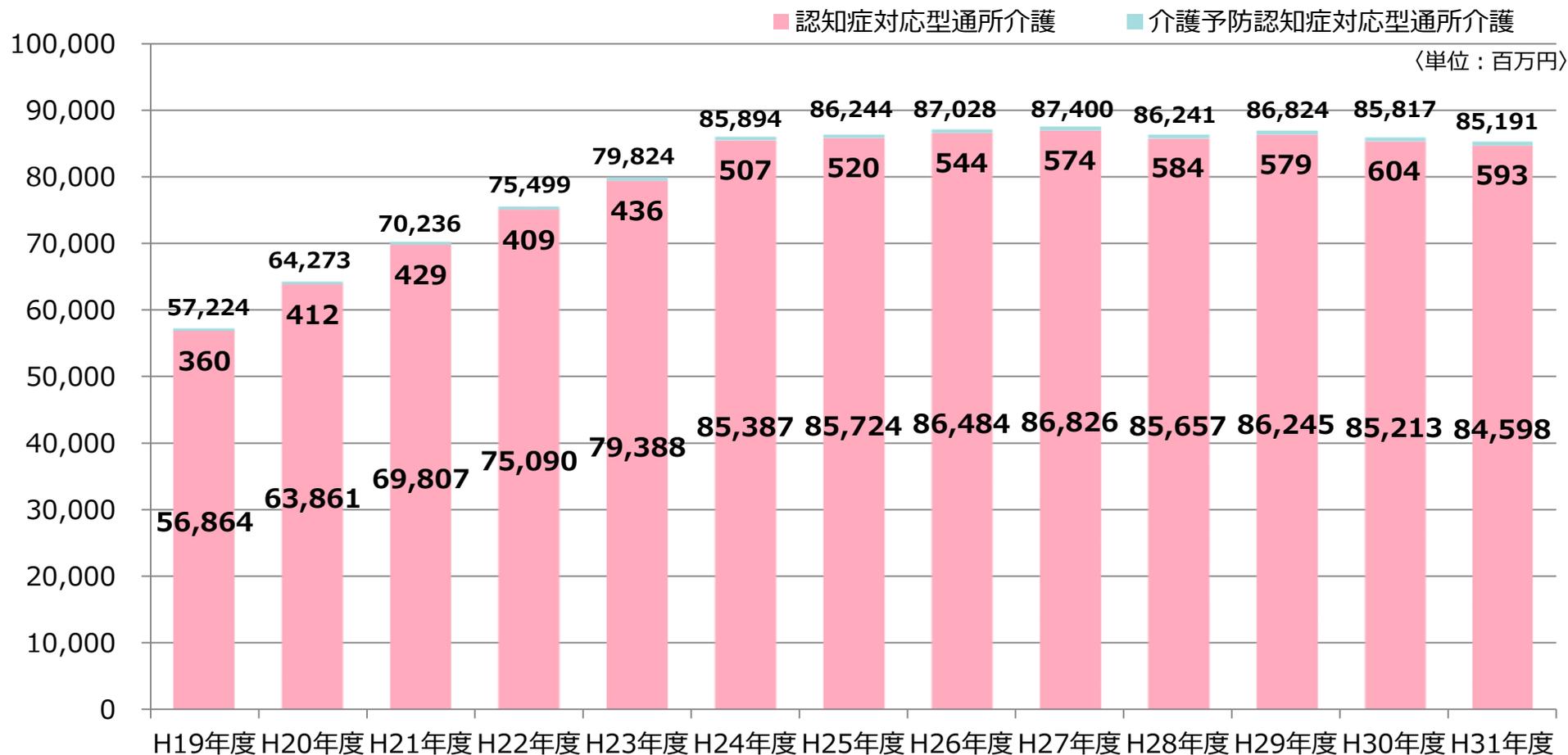
■ 認知症対応型通所介護の受給者数の推移(要介護度別)



【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧介護給付費等実態調査)」(各年4月審査分)

認知症対応型通所介護の費用額

- 令和元年度の認知症対応型通所介護（介護予防含む）の費用額は約852億円である。
- 制度開始当初は年間60～70億円程度伸びていたが、近年は横ばいである。

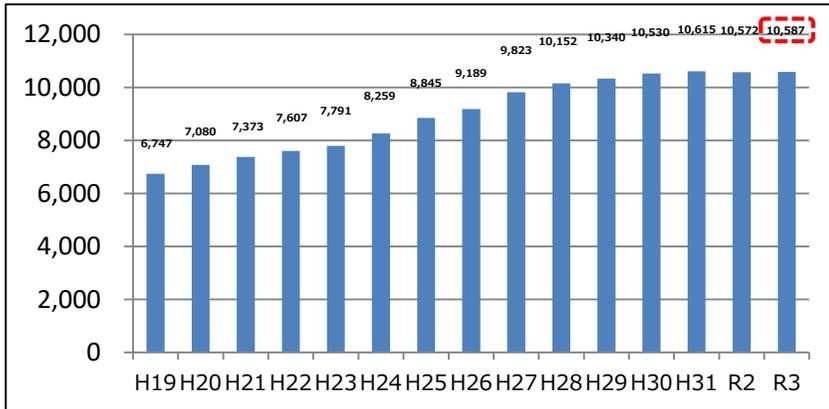


※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額（公費の本人負担額）の合計額。

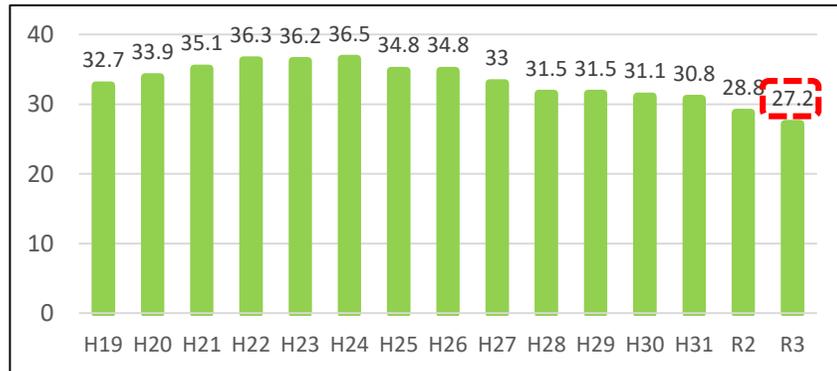
短期入所生活介護の事業者数・利用者数等

- 請求事業所数は10,587事業所で平成30年を境に概ね横ばいで推移しており、1事業所あたりの平均利用者数(介護予防除く)は微減しており、直近では27.2人となっている。
- 利用者数は約295,000人で、利用者の40%以上が要介護2以下である。

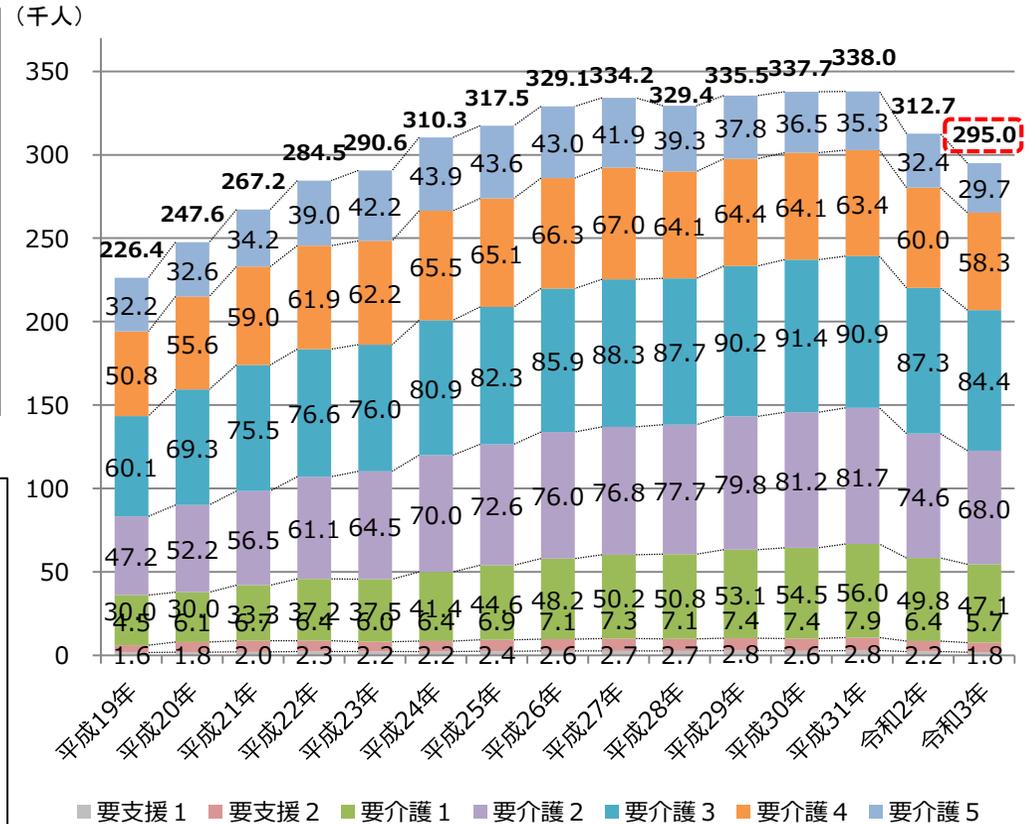
■ 事業者数の推移



■ 1事業所あたり利用者数の推移 (介護予防除く)



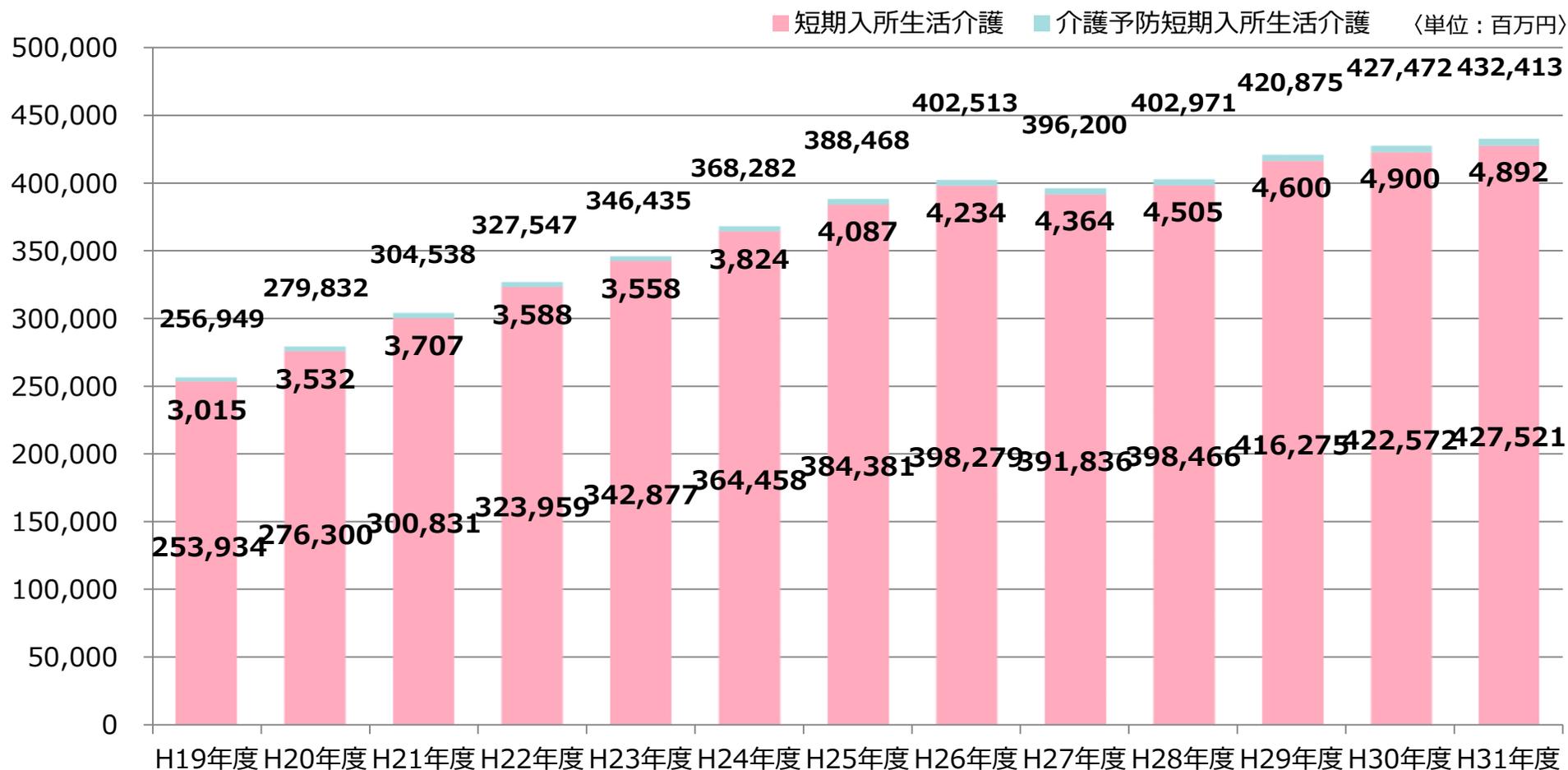
■ 短期入所生活介護の受給者数の推移 (要介護度別)



【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧介護給付費等実態調査)」(各年4月審査分)

短期入所生活介護の費用額

○ 令和元年度の短期入所生活介護の費用額は約4,275億円（平成19年度の約1.7倍）である。



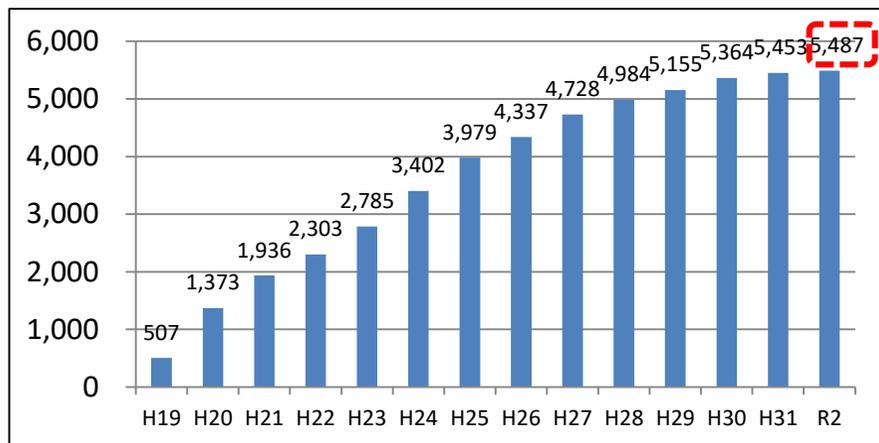
※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額（公費の本人負担額）の合計額。

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）

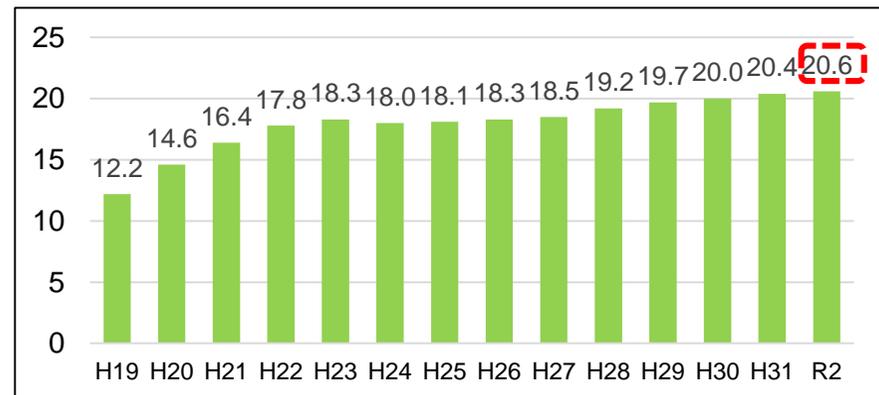
小規模多機能型居宅介護の事業所数・利用者数等

- 請求事業所数は増加しており5,487事業所、1事業所あたりの平均利用者数は横ばい傾向であったが、平成27年から微増しており20.6人となっている。
- 利用者数は約112,800人で、利用者の約39%が要介護3以上の中重度者である。

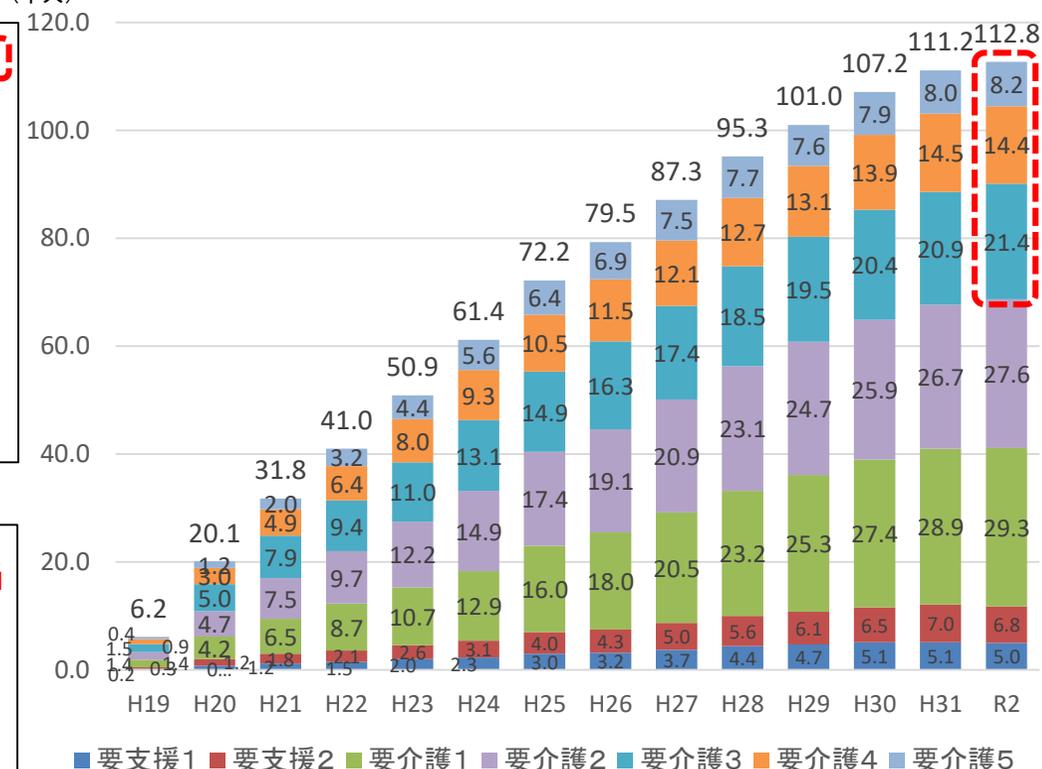
■ 事業所数の推移



■ 1事業所あたり利用者数の推移

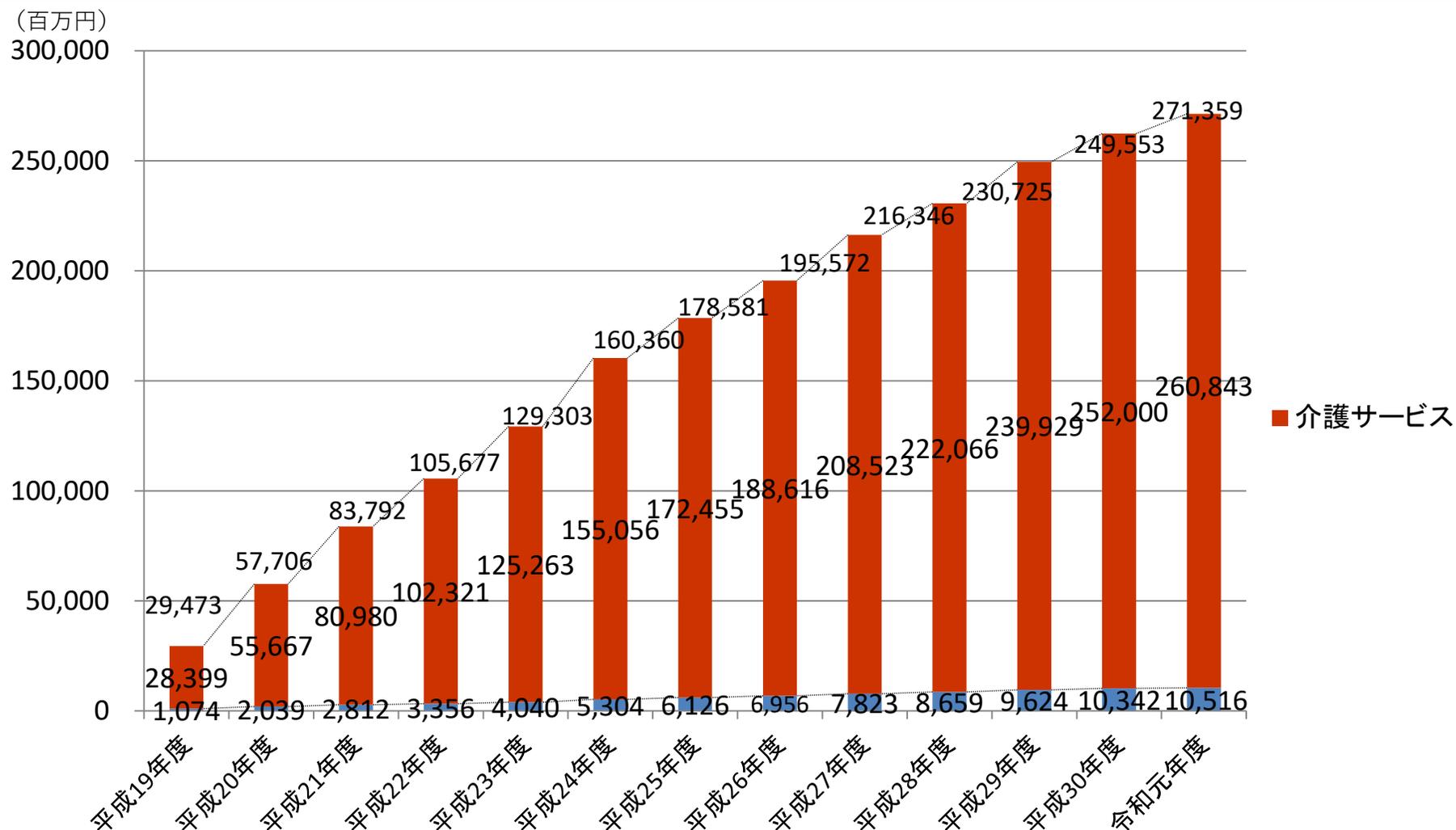


■ 小規模多機能型居宅介護の受給者数（要介護度別）



【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計
(旧介護給付費等実態調査)」（各年4月審査分）

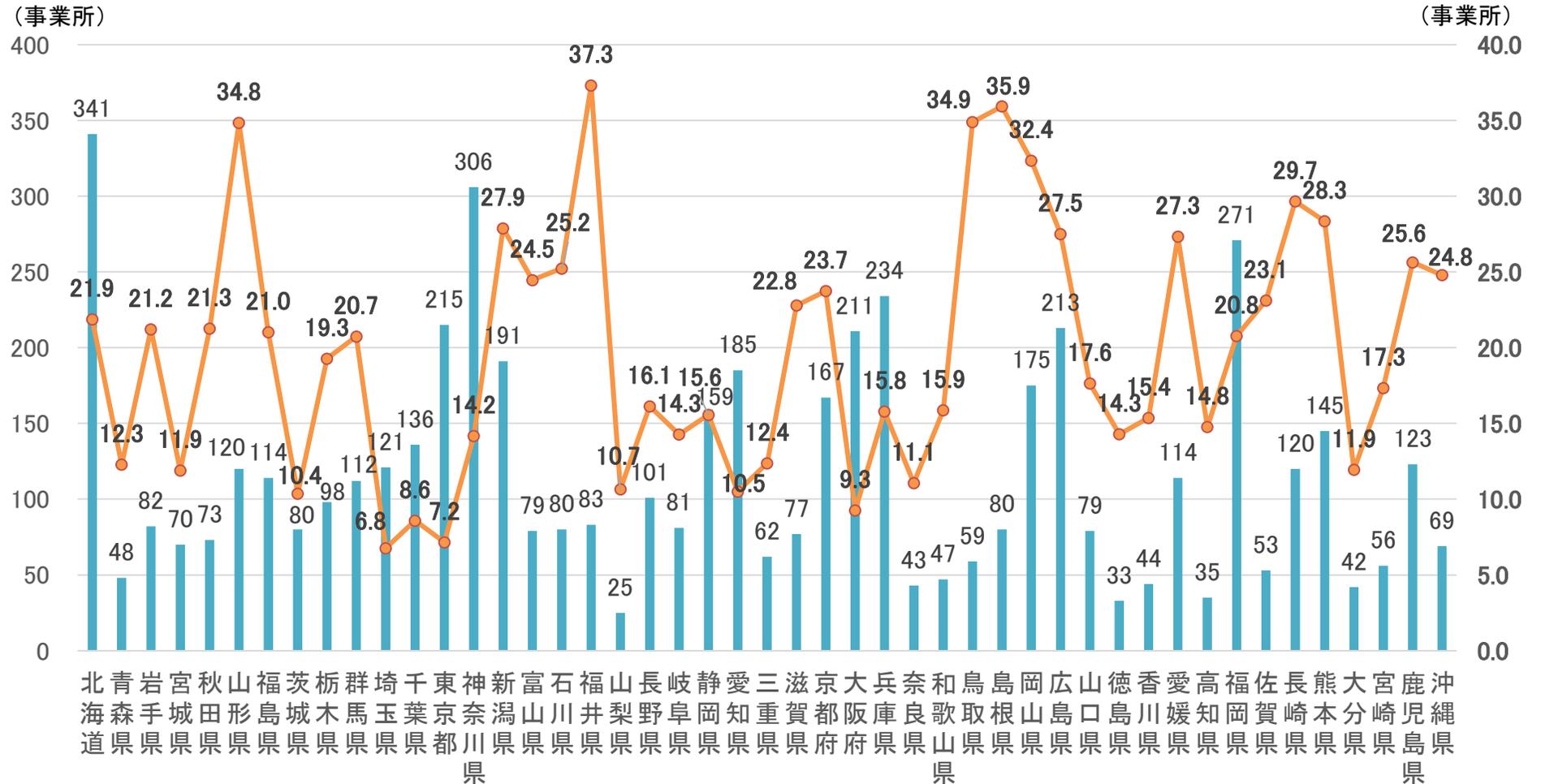
小規模多機能型居宅介護の費用額



※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。

出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年5月審査分～翌年4月審査分)

小規模多機能型居宅介護の請求事業所数(都道府県別)



■ 小規模多機能型居宅介護の請求事業所数(左軸)

● 高齢者人口10万人あたりの請求事業所数(右軸)

※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。

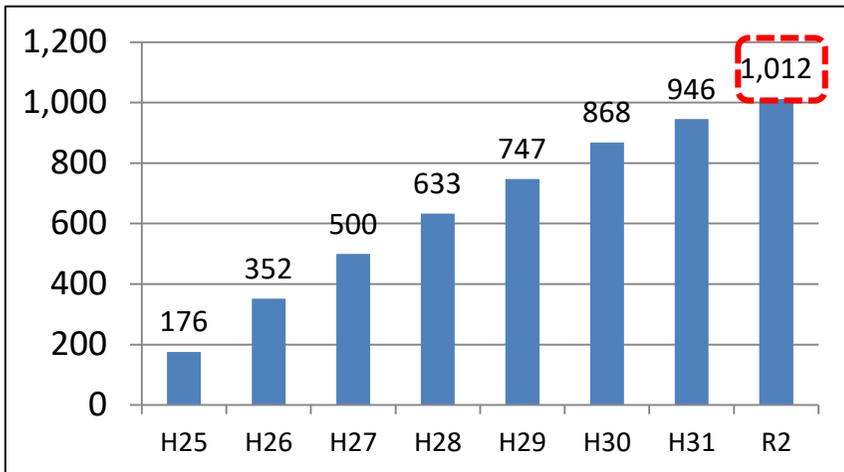
出典:請求事業所数:厚生労働省「介護給付費等実態統計」(平成31年4月審査分)

高齢者(65歳以上)人口:平成27年国勢調査

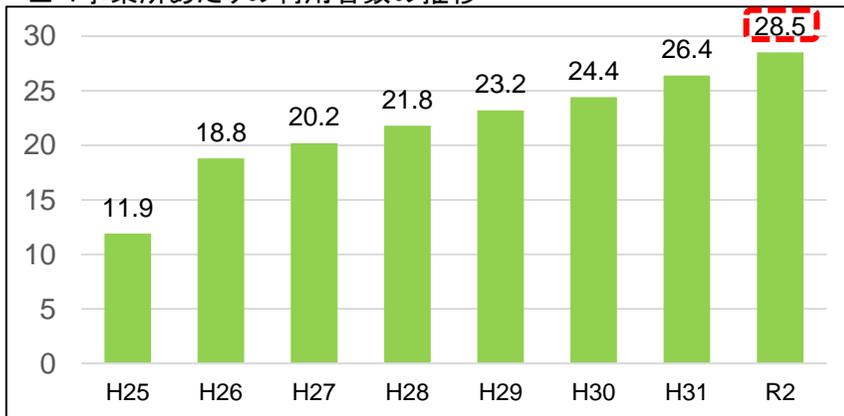
定期巡回・随時対応型訪問介護看護（事業所数・利用者数等）

- 請求事業所数は増加しており1,012事業所、1事業所あたりの平均利用者数は微増傾向で28.5人となっている。
- 利用者数は約28,800人で、利用者の約48%は要介護3以上の中重度者である。

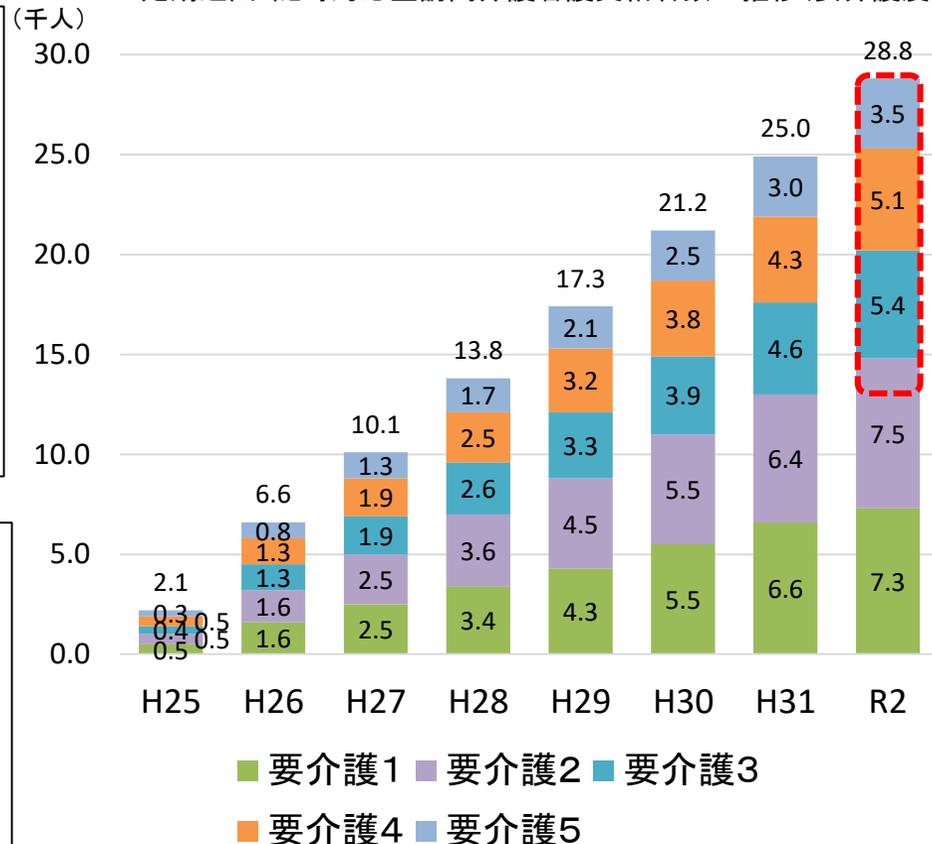
■ 事業所数の推移



■ 1事業所あたりの利用者数の推移

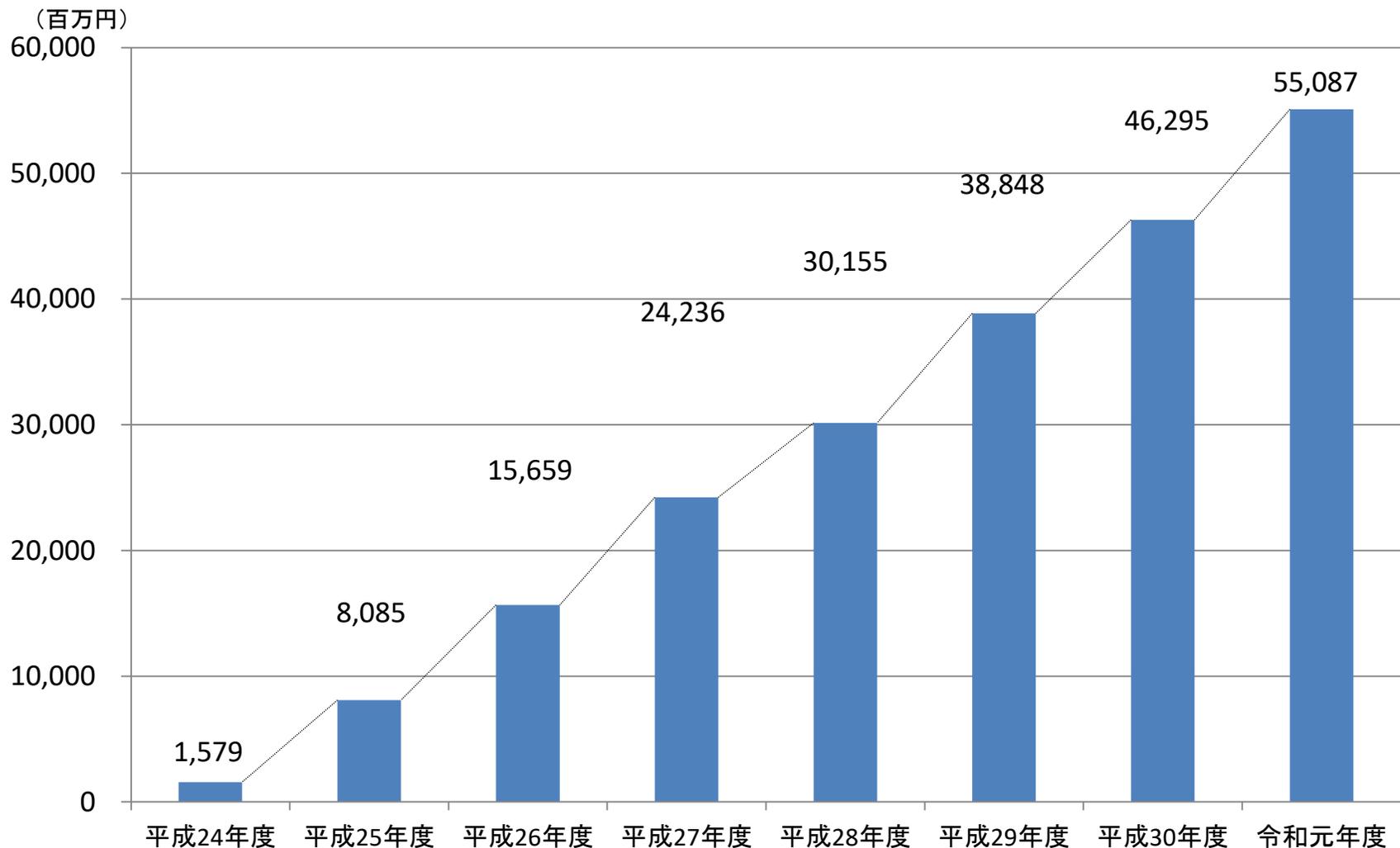


■ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護受給者数の推移(要介護度別)



【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧介護給付費等実態調査)」(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。

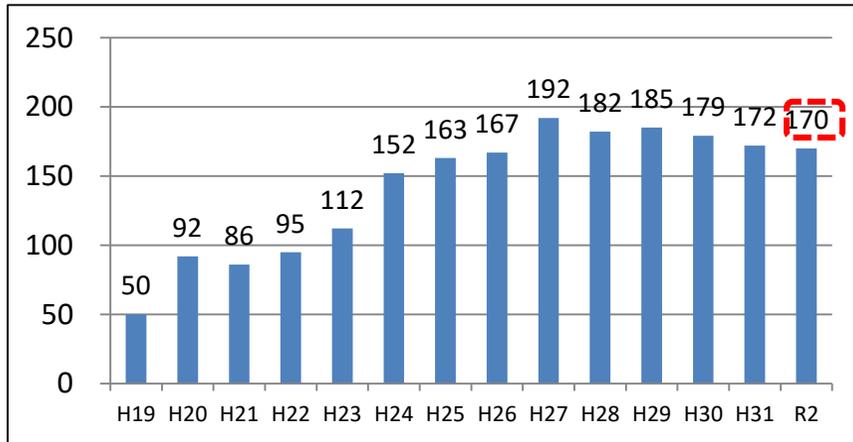
※平成24年4月創設の当該サービスは、平成24年4月審査分に入らない。

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)

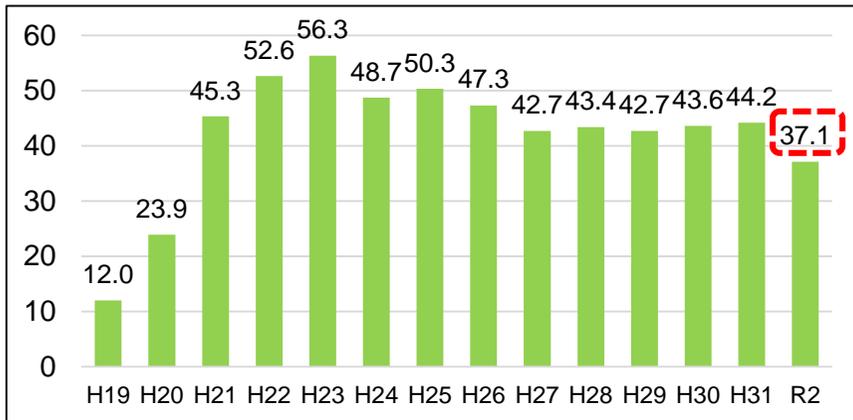
夜間対応型訪問介護（事業所数・利用者数等）

- 請求事業者は近年減少傾向にあり170事業所、1事業所あたりの平均利用者数は、近年ほぼ横ばいだったが、平成31年から令和2年にかけて大きく減少し、直近では37.1人となっている。
- 利用者数は約6,300人、要介護2の利用者が約1,600人（約26%）で最も多いが、他の要介護度で利用者数に大きな差はない。

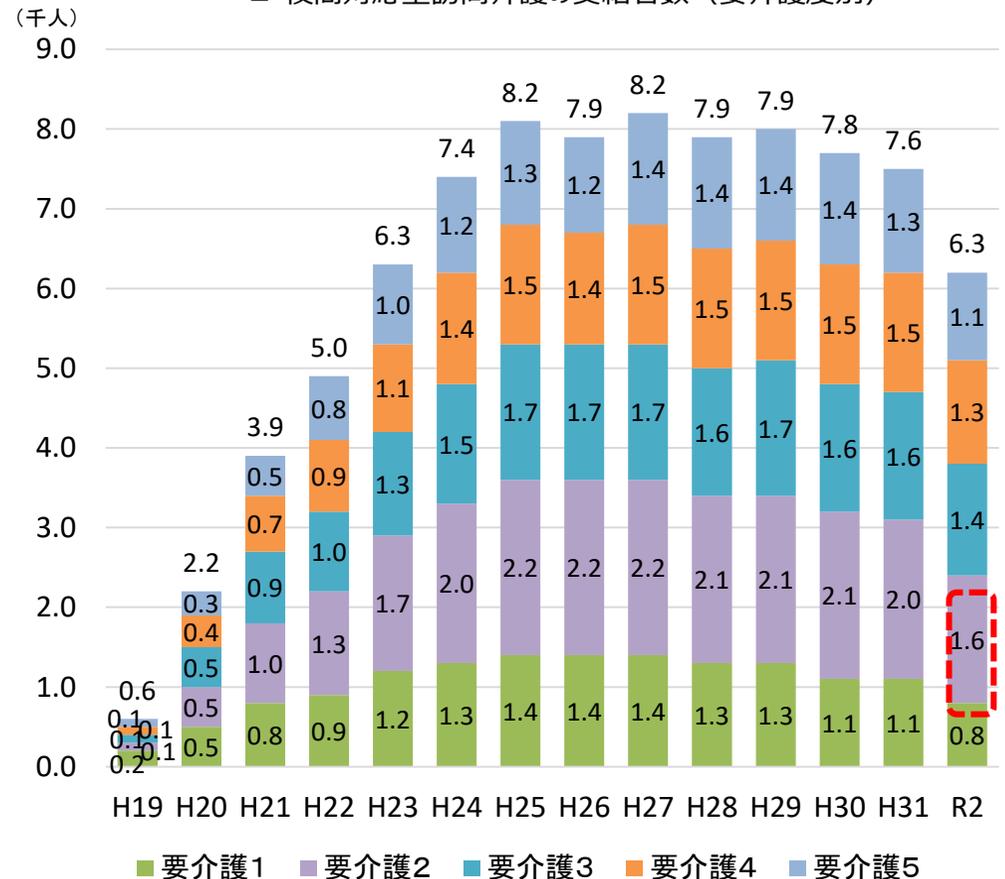
■ 事業所数の推移



■ 1事業所あたり利用者数の推移

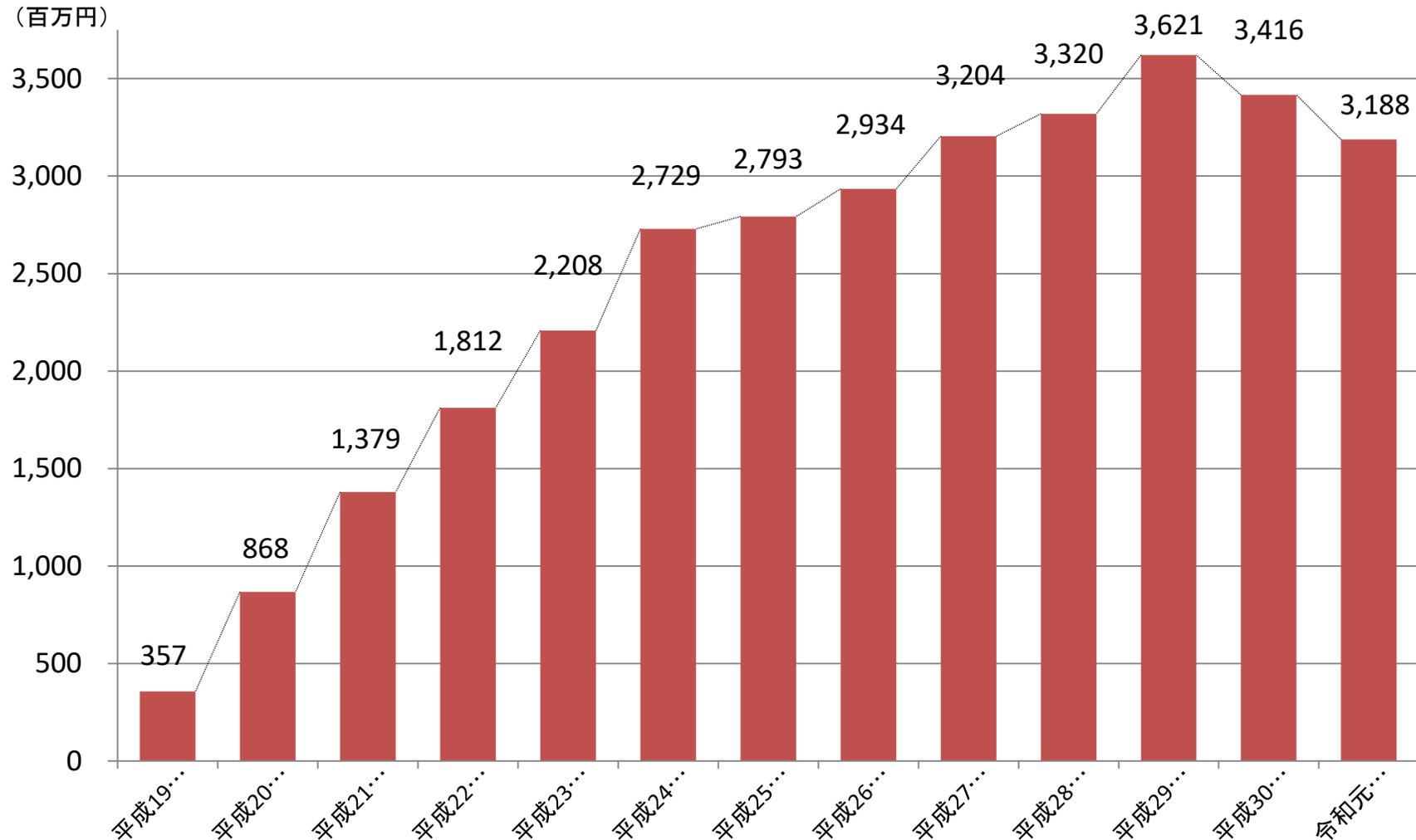


■ 夜間対応型訪問介護の受給者数（要介護度別）



【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計（旧介護給付費等実態調査）」（各年4月審査分）

夜間対応型訪問介護の費用額



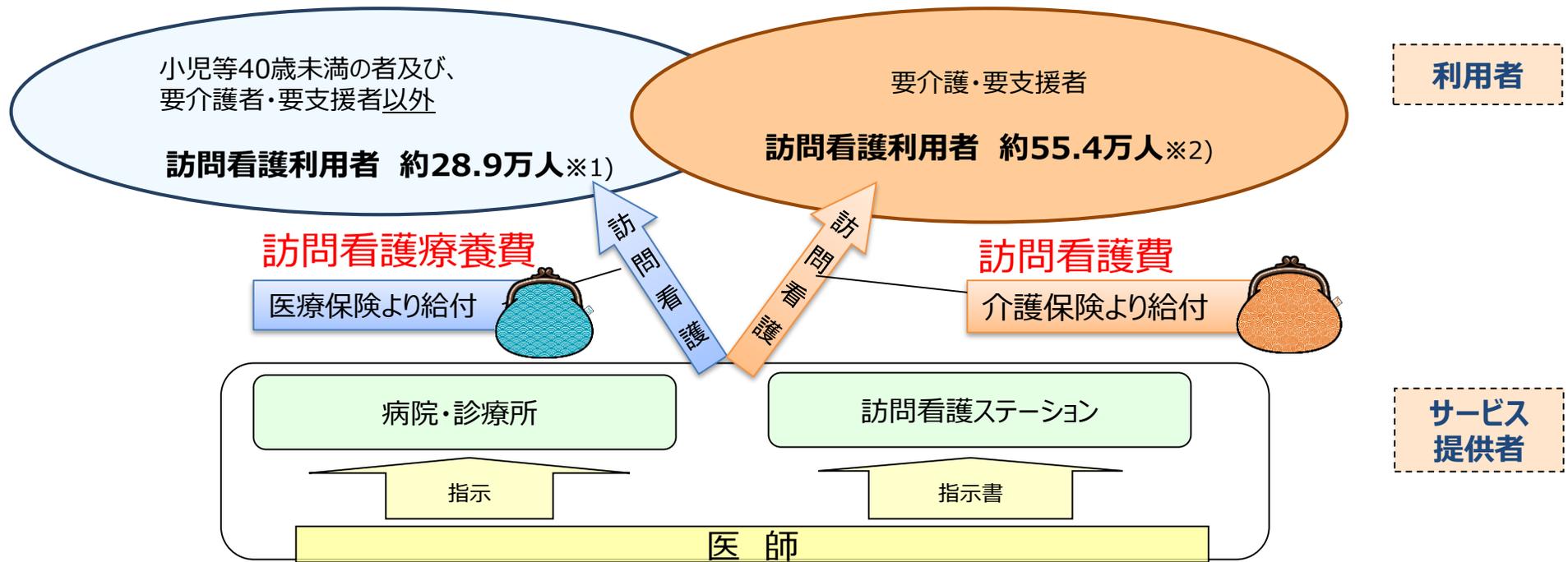
※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

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)

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。

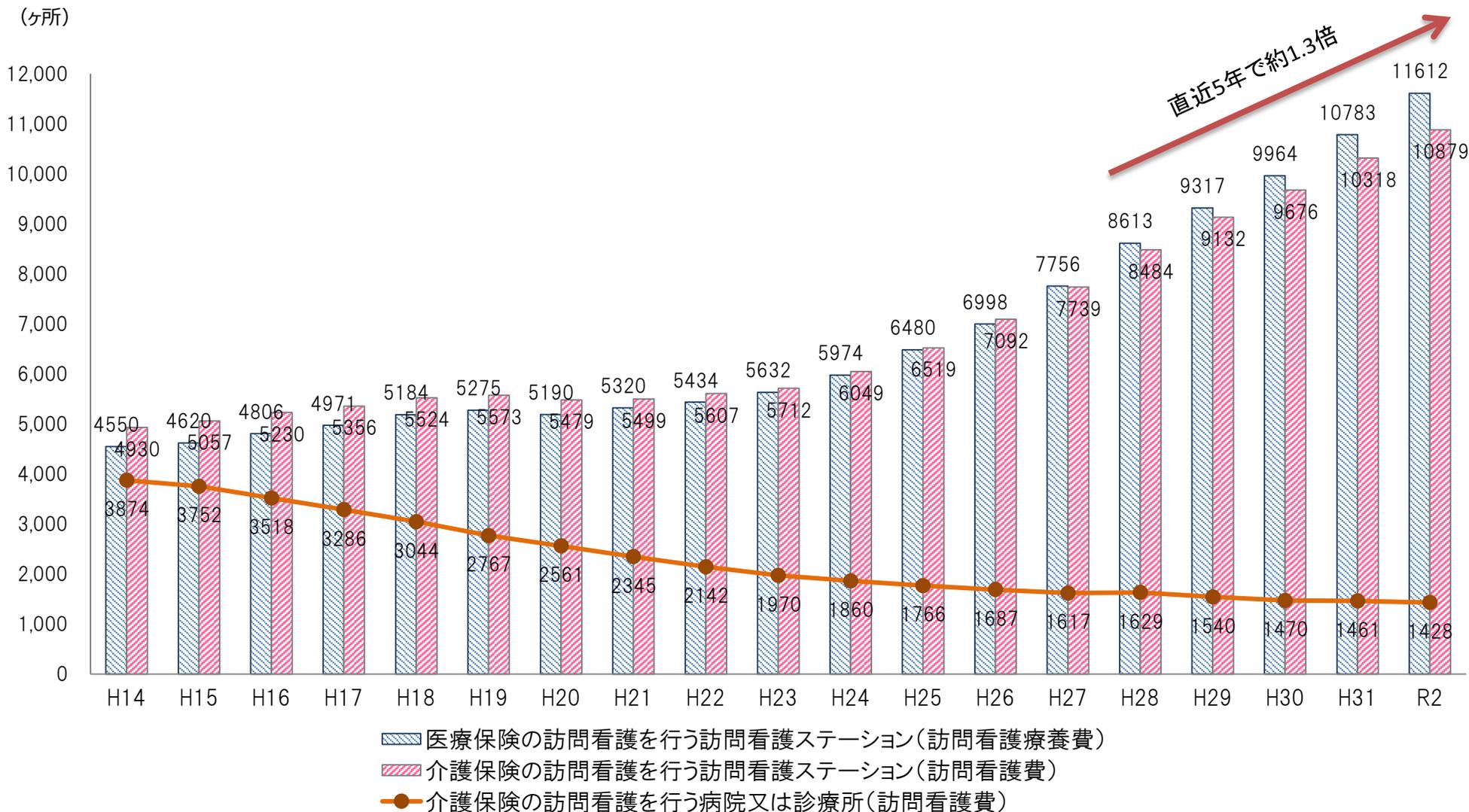


出典：※1)訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和元年6月審査分より推計、暫定値)

※2)介護給付費実態統計(令和元年6月審査分)

訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

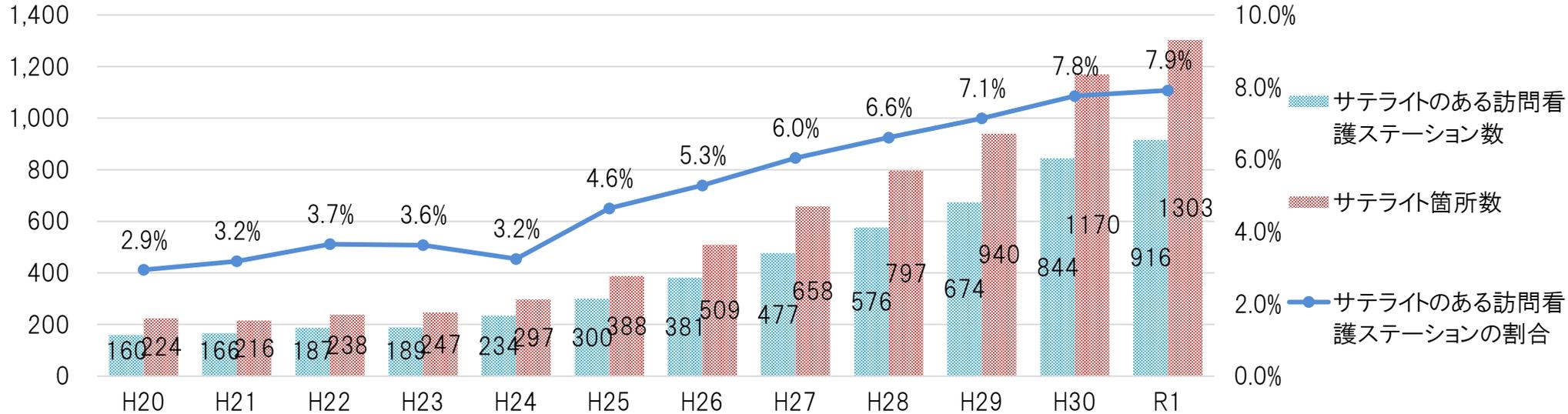
○ 訪問看護事業所の数は、近年増加しており請求事業所数は1万事業所数を超えている。一方、介護保険を算定する病院・診療所は減少傾向である。



従たる事業所（サテライト）数の推移

○ 従たる事業所を設置する訪問看護ステーションは徐々に増え、令和元年は、サテライトのある訪問看護ステーションの割合は、約8%であった。

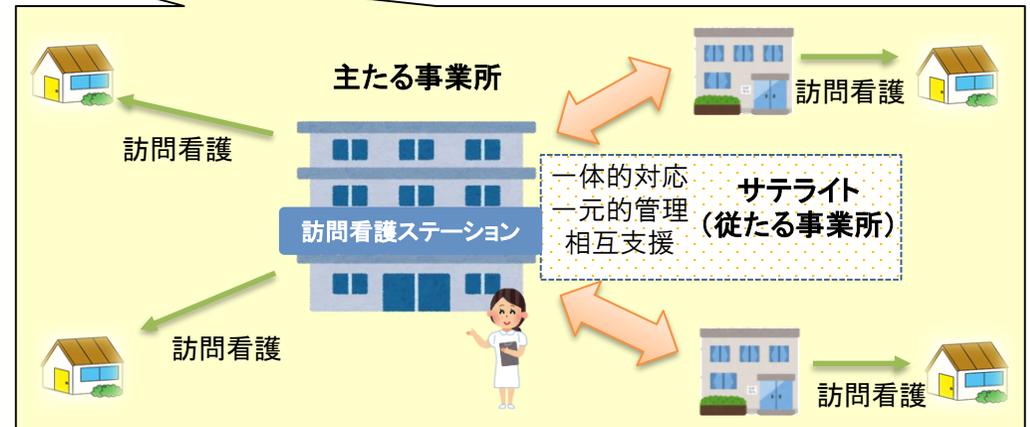
■ サテライトのある訪問看護ステーション数等の推移



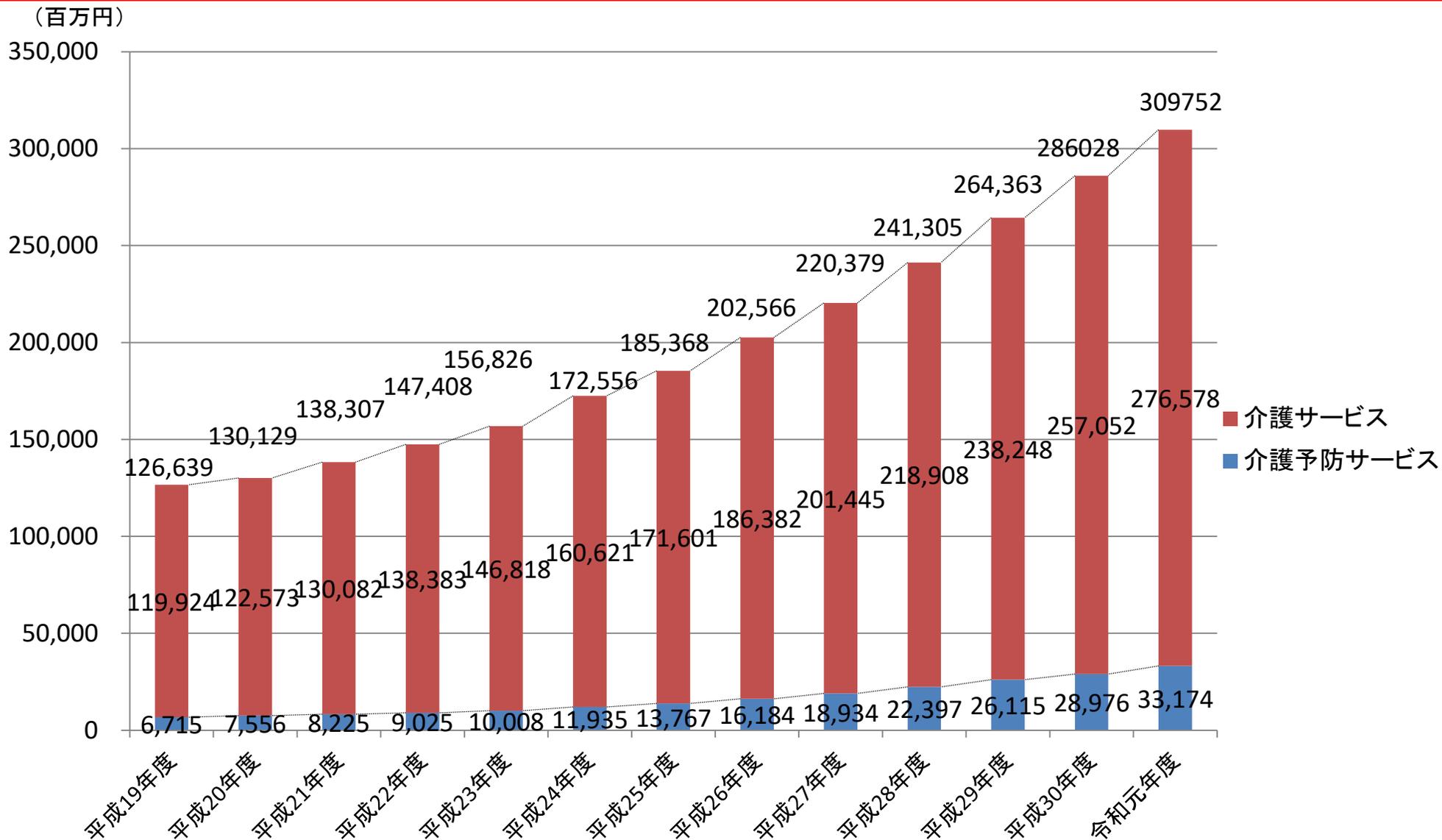
出典：介護サービス施設・事業所調査（各年9月）

■ 従たる事業所（サテライト）について

利用者宅に近い場所から、より効率的に訪問看護を提供するため、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所等(以下「従たる事業所」という。)であって、一定の要件を満たすものについては、一体的な指定訪問看護の提供の単位として、従たる事業所(サテライト)を主たる事業所と含めて指定することが可能となっている。



訪問看護の費用額

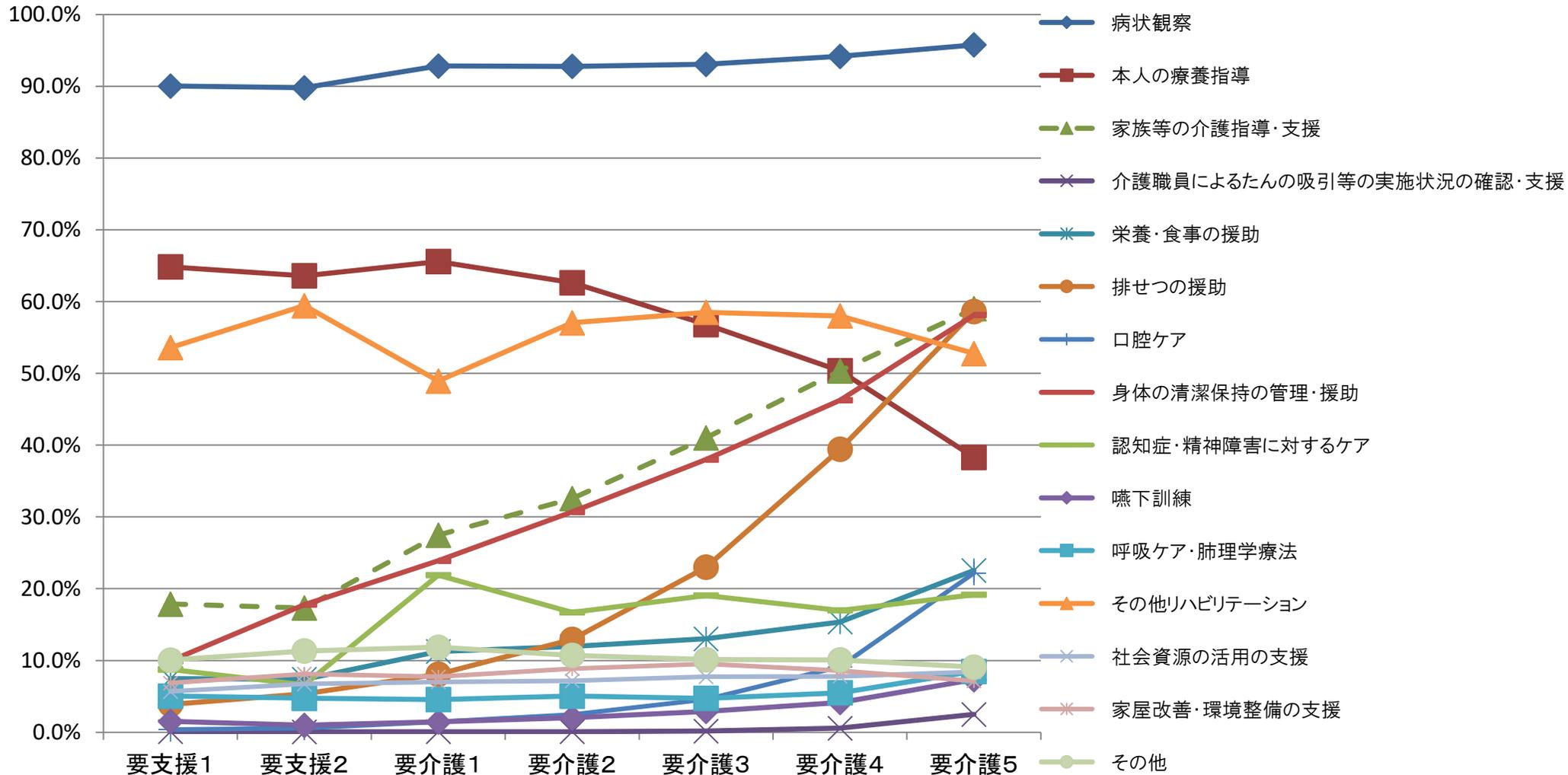


※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。
 ※補足給付は含まない。

要介護度別の訪問看護の実施状況①

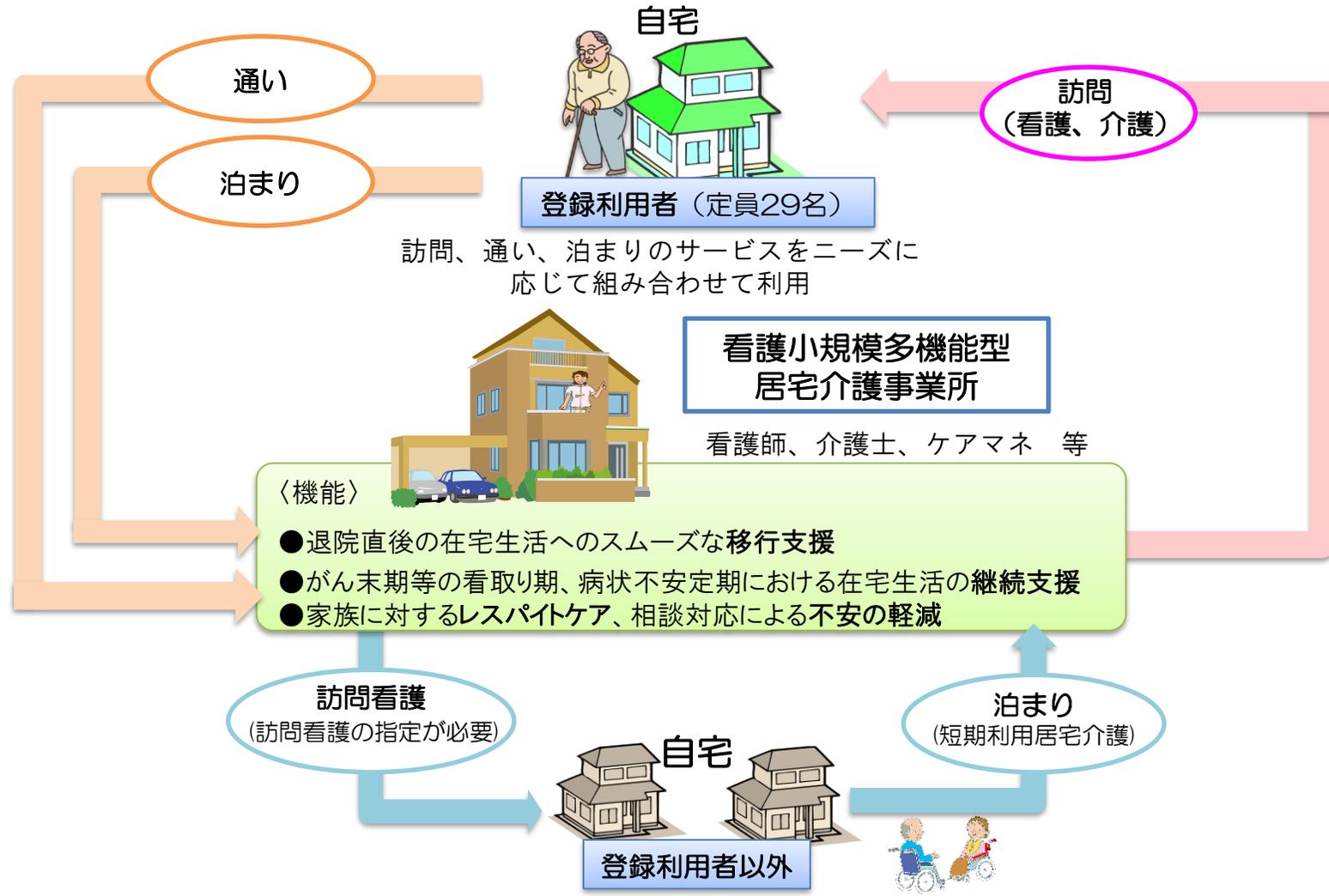
○ 訪問看護の看護内容について、介護度が高くなるにつれ「家族等の介護指導・支援」「身体の清潔保持の管理・援助」「排泄の援助」「栄養・食事の援助」「口腔ケア」等の実施割合が高くなっている。

■ 訪問看護の提供内容(1ヶ月)(複数回答)

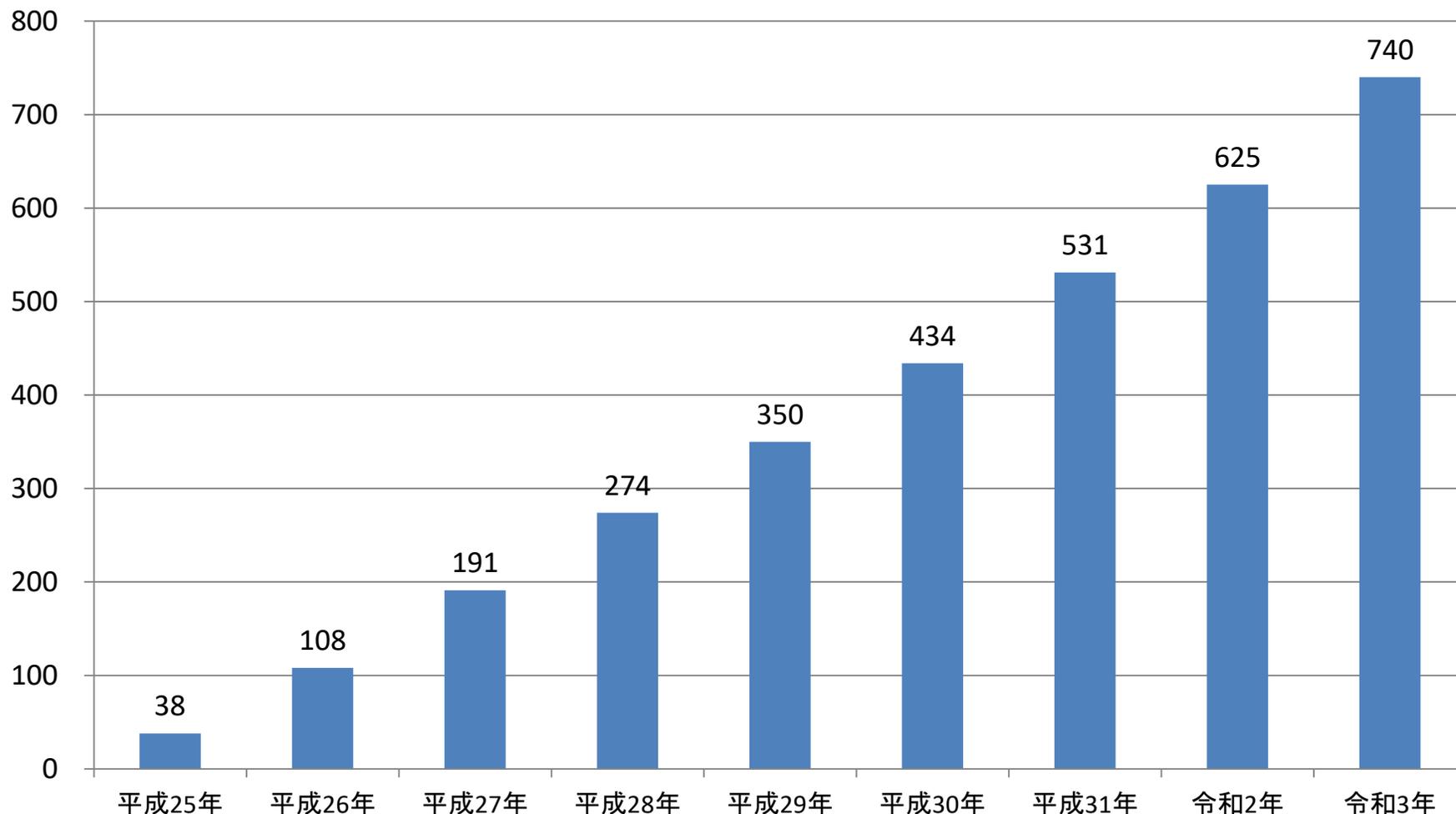


看護小規模多機能型居宅介護の概要

- 退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス（「通い」、「泊まり」、「訪問（看護・介護）」）を24時間365日提供。
- また、登録利用者以外に対しても、訪問看護（訪問看護の指定が必要）や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。



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。

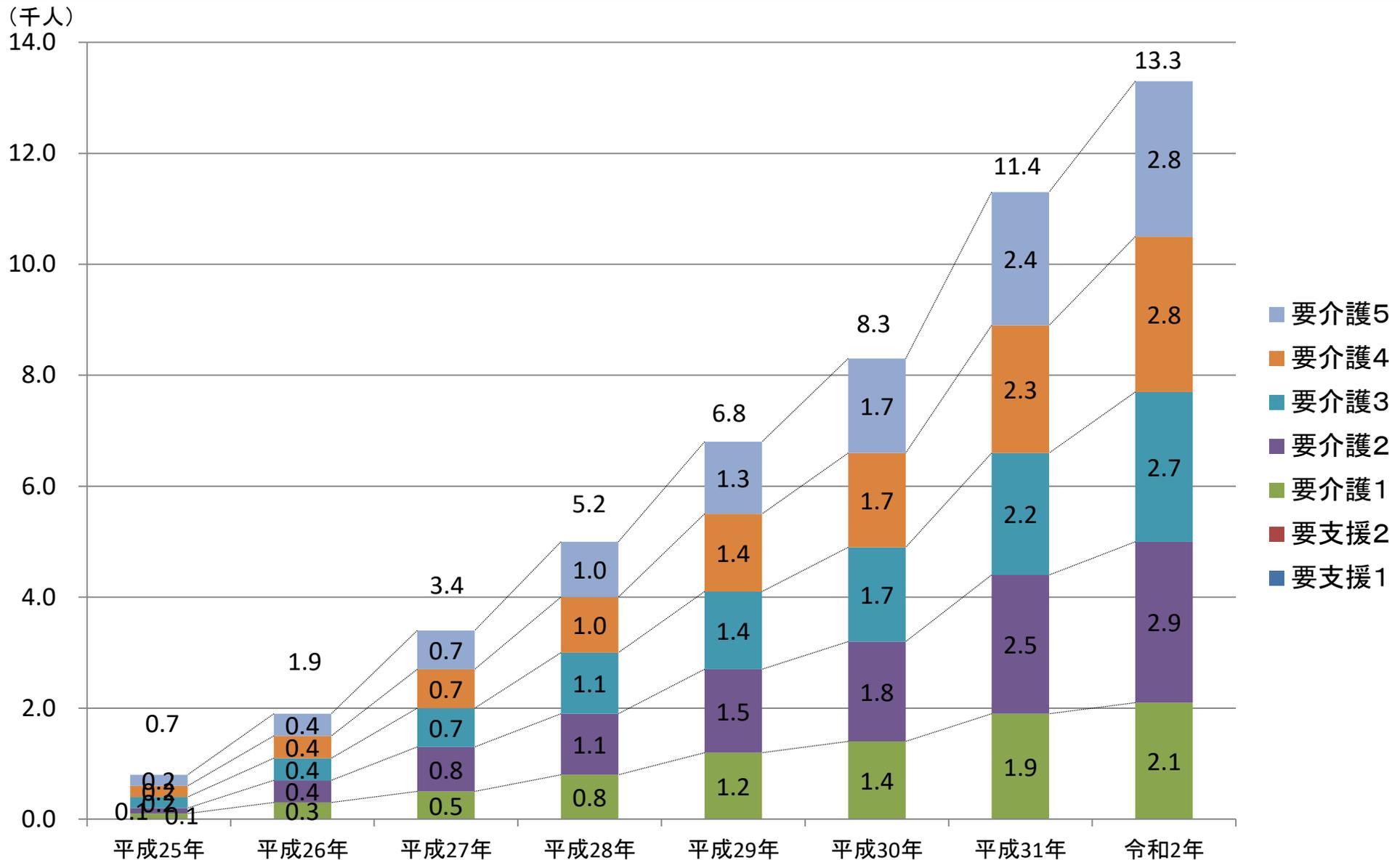
※介護予防サービスは含まない。

※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

※令和3年4月時点で、サテライト事業所数は11事業所(グラフ内は除いた数値)

看護小規模多機能型居宅介護の受給者数



平成25年

平成26年

平成27年

平成28年

平成29年

平成30年

平成31年

令和2年

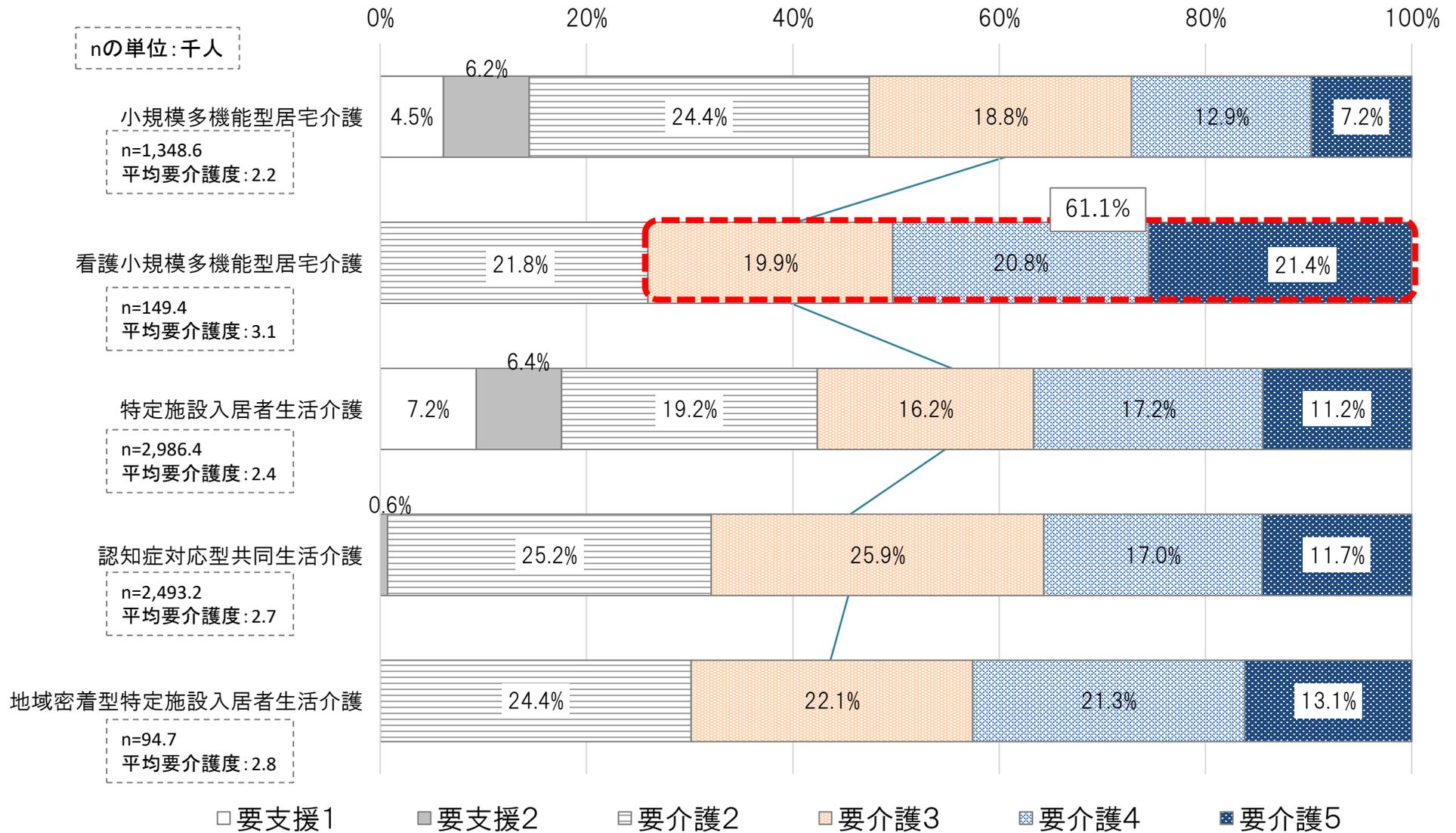
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※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)

小多機・看多機、居住系サービスの要介護度割合



(注) 平均要介護度の算出にあたり、要支援1・2は0.375として計算している。

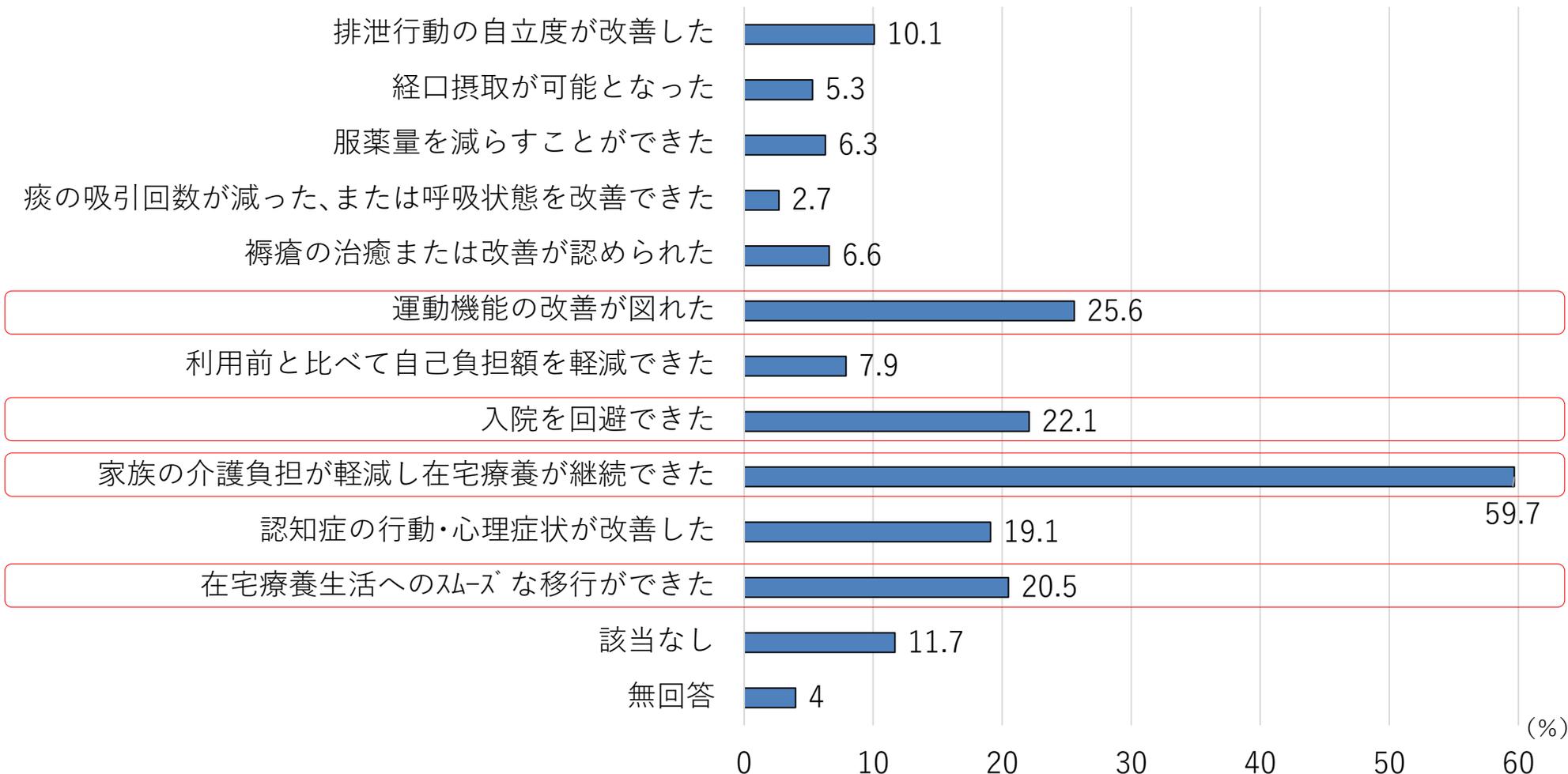
【出典】令和元年度介護給付費等実態統計報告(令和元年5月審査分～令和2年4月審査分)

看護小規模多機能型居宅介護の利用者の変化

○ 看多機利用者の状態変化は、「家族の介護負担軽減し在宅療養が継続できた」が最も多く、次いで「運動機能の改善が図れた」、「不要な入院を回避できた」、「在宅療養生活へのスムーズな移行ができた」となっている。

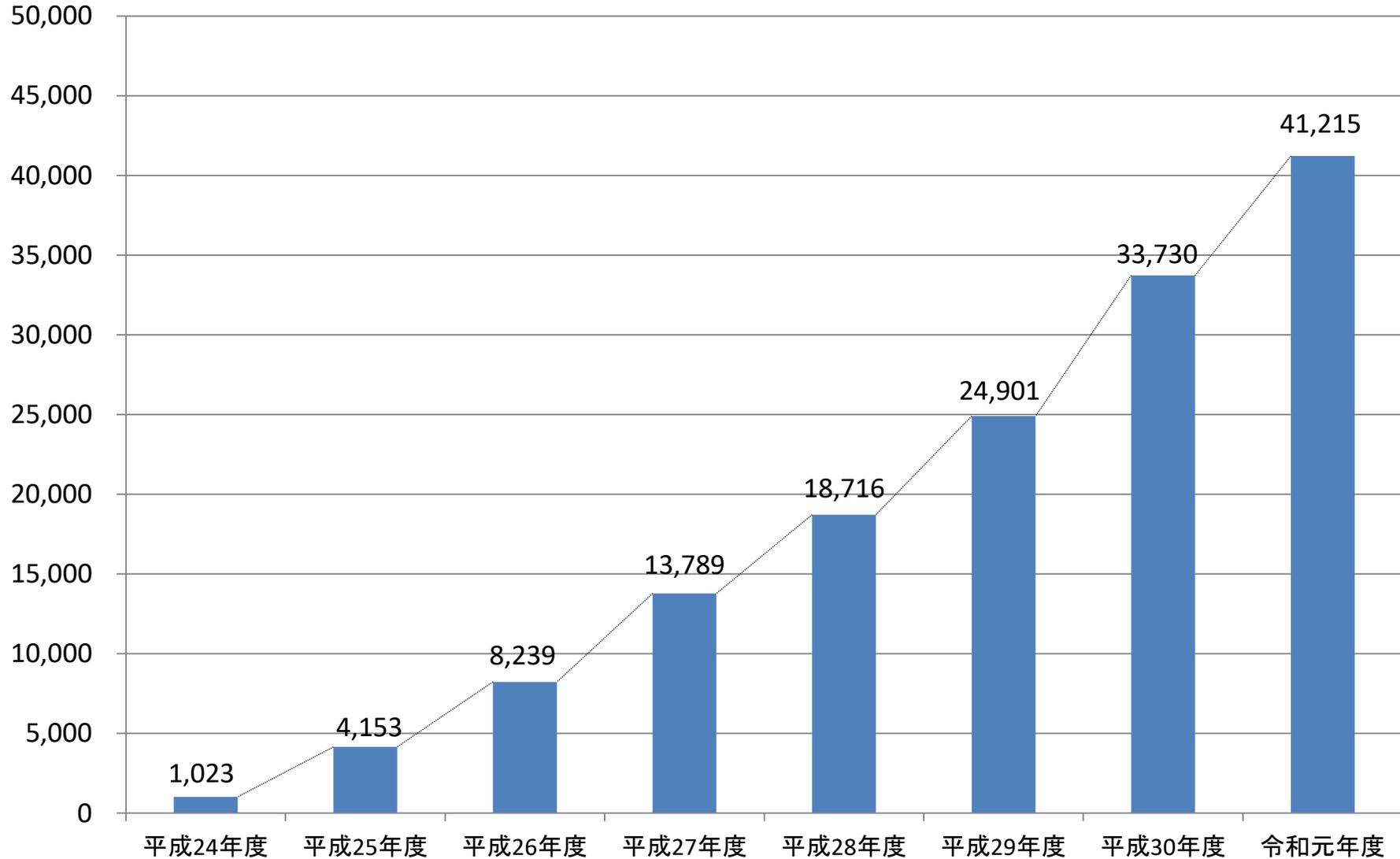
■ 事業者が経験した看多機サービスによる利用者の状態変化（複数回答）

n=167



看護小規模多機能型居宅介護の費用額

(百万円)

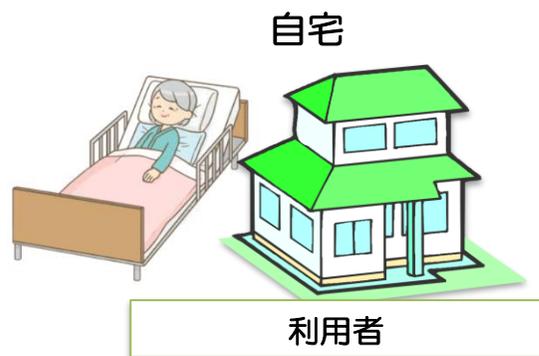


※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

療養通所介護の概要

- 主に、難病等の重度要介護者やがん末期の者であって、サービス提供に当たり看護師による観察が必要な利用者を対象とする地域密着型サービス。
- 入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練を行うことで、利用者の社会的孤立感の解消や心身の機能の維持、利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図る。



難病、認知症、脳血管疾患後遺症等を有する重度者又はがん末期の利用者



看護師による利用者
の心身の状況把握

相談援助等の
生活指導

機能訓練



必要な日常生活上の
世話

療養通所介護事業所（定員18名以下）

〈機能〉

- 利用者の社会的孤立感の解消
- 心身の機能の維持
- 利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減

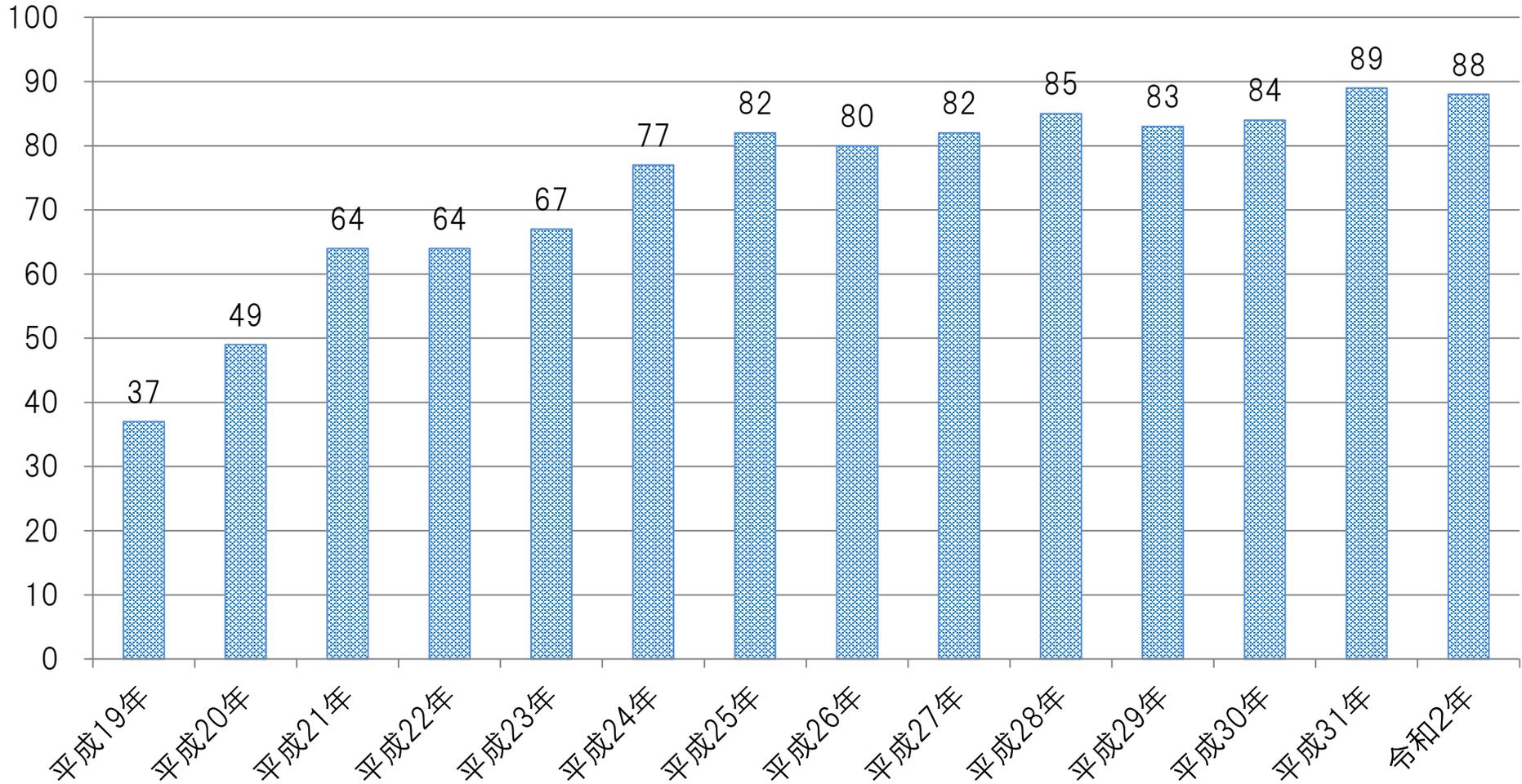
〈運営〉

- 安全・サービス提供管理委員会を概ね6月に1回開催
安全かつ適切なサービス提供の確保等について検討
委員：地域の医療関係団体に属する者

地域の保健、医療又は福祉の分野を専門とする者 等

療養通所介護の請求事業所数

(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。

(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)

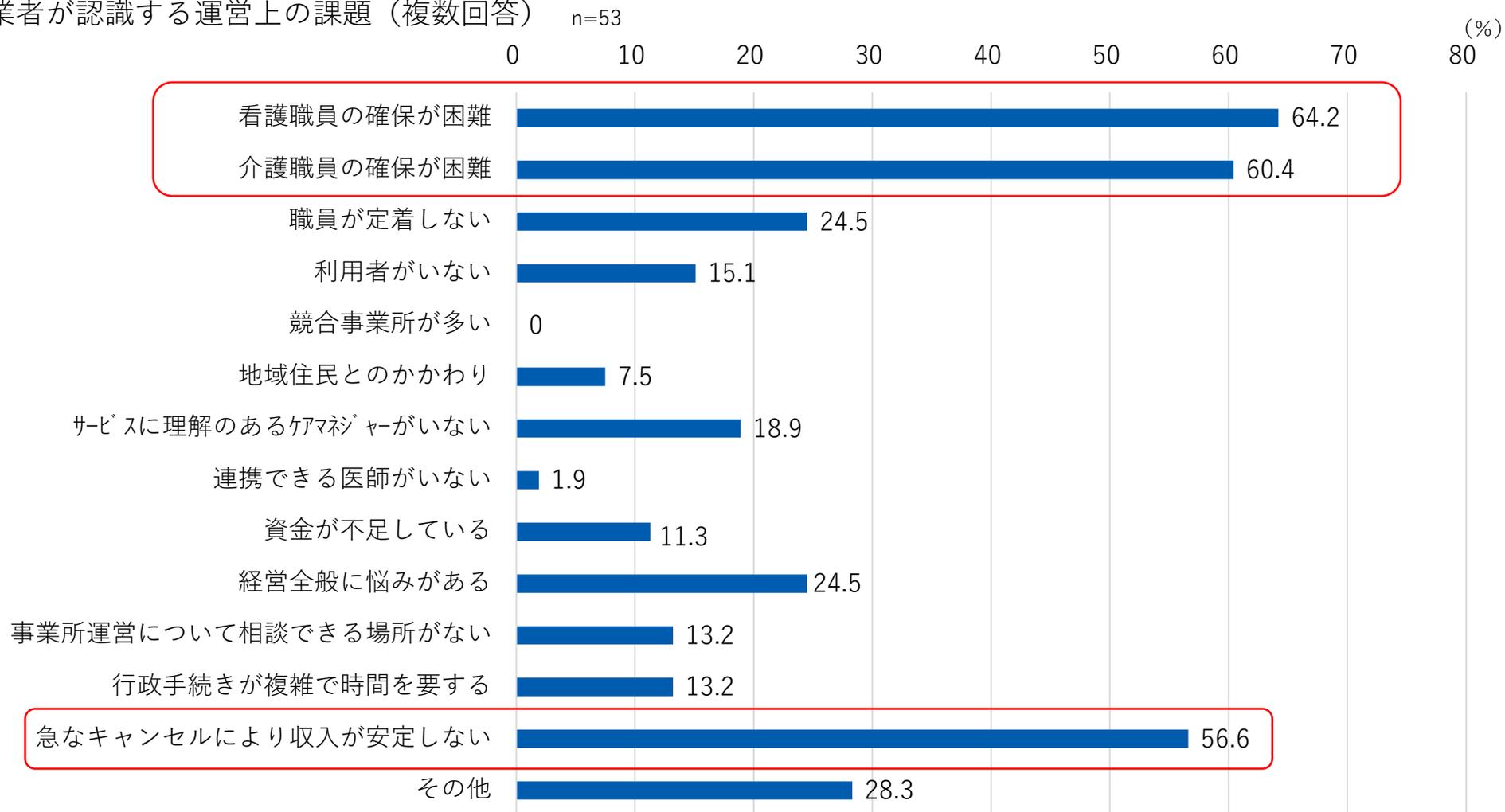
※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費実態統計」(各年4月審査分)

療養通所介護の整備に関する課題

○ 事業者は、療養通所介護の運営上の課題として、人材確保が困難であることが最も多く、次いで、急なキャンセルにより収入が安定しないことをあげている。

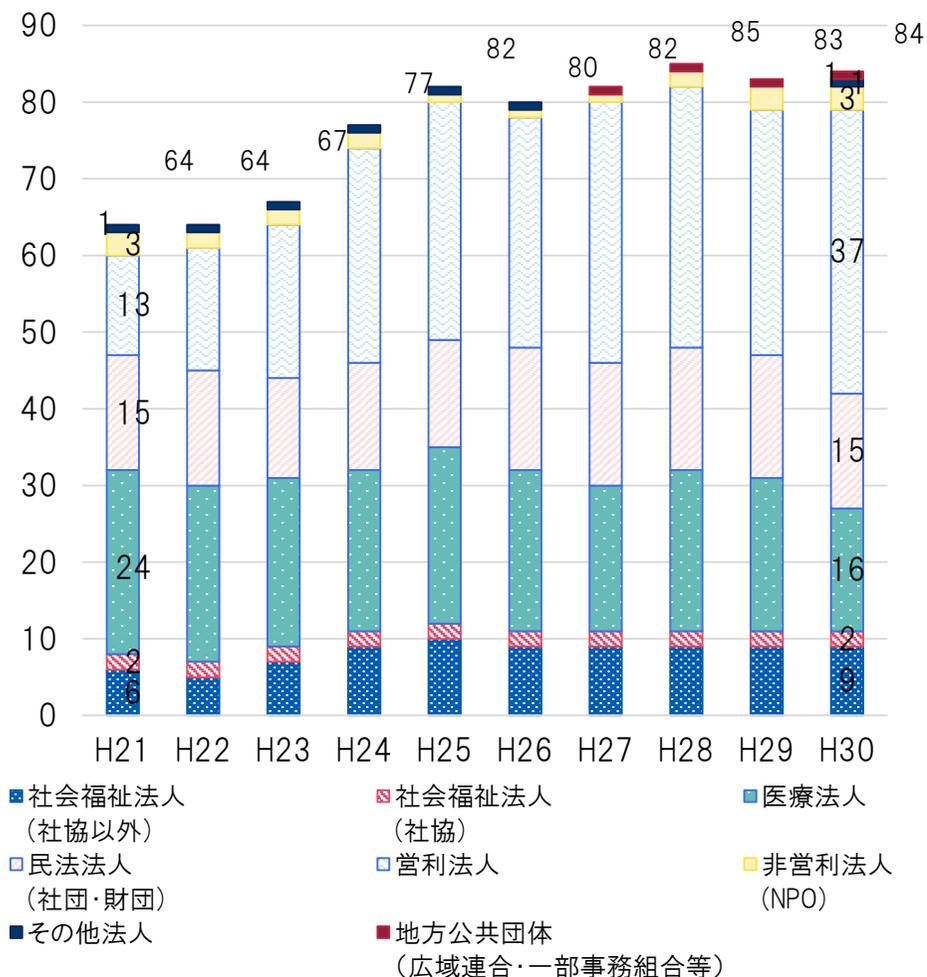
■ 事業者が認識する運営上の課題（複数回答）



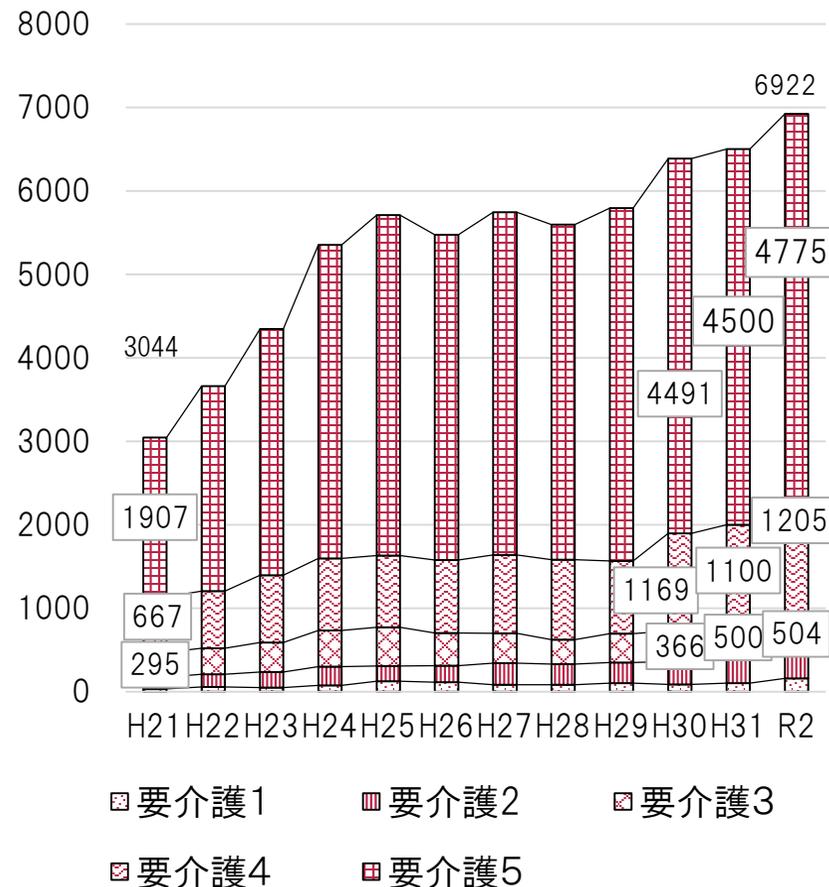
療養通所介護 事業所の法人種別と算定回数

- 法人種別では営利法人が最も多く、利用者数は10年で2倍に増えている
- 利用者の内訳では要介護3～5の利用者が多く、要介護5の算定回数は7割を占める

■ 請求事業所数と法人種別の推移



■ 要介護度別算定回数の推移



※ 利用定員については、平成18年は5名、平成21年は8名、平成24年は9名、平成30年は18名となる

※ 平成28年4月から地域密着型に移行

【出典】介護給付費実態調査(各年4月審査分)特別集計

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）について

【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。

≪ 施設数： 10,799施設 サービス受給者数： 63.6万人（令和3年12月審査分） ≫ ※介護給付費等実態調査



≪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

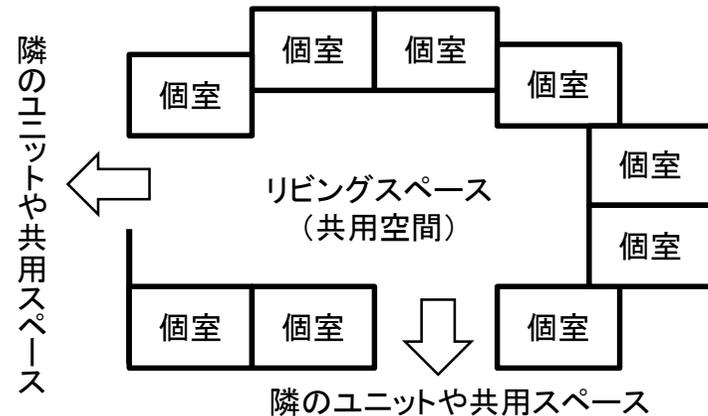
- 多床室（既設）の介護報酬： 847単位（要介護5）
- 看護・介護職員1人当たり利用者数： 平均2.2人（令和2年）*



ユニット型個室

- ユニット型個室の介護報酬： 929単位（要介護5）
 - 看護・介護職員1人当たり利用者数： 平均1.8人（令和2年）*
- *介護事業経営実態調査(令和2年度調査)

- ※ 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)



特別養護老人ホームの重点化

○ 平成27年4月より、原則、特養への新規入所者を要介護3以上の高齢者に限定し、在宅での生活が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。 【既入所者は継続して入所可能】

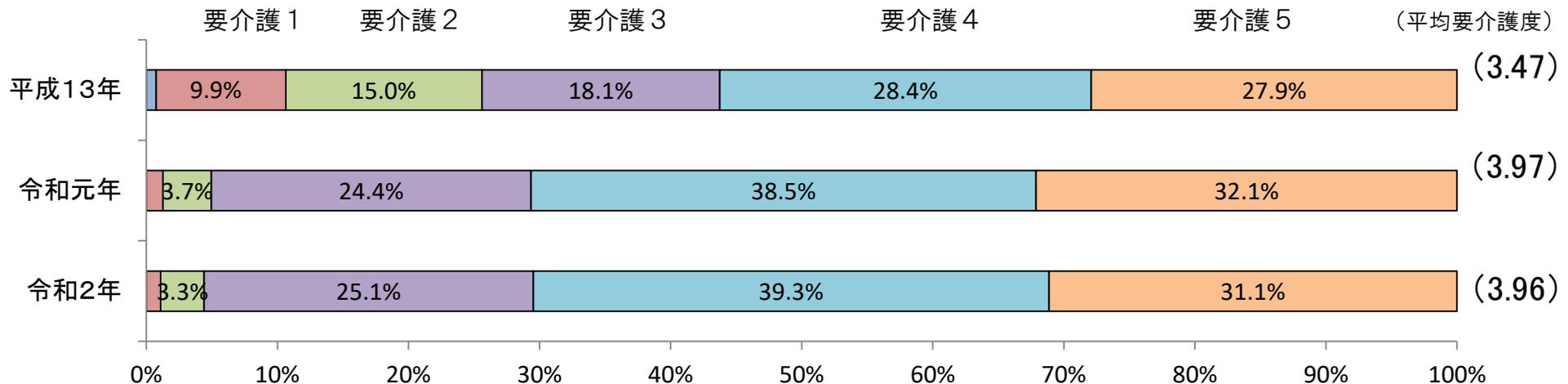
○ 他方で、要介護1・2の方についても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、特例的に、入所することが可能。

【要介護1・2の特例的な入所が認められる要件（勘案事項）】

- 認知症であることにより、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態。
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態。
- 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態。
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態。

要介護度別の特養入所者の割合

≪ 施設数：10,799施設 サービス受給者数：63.6万人（令和3年度）≫ ※介護給付費等実態統計(12月審査分)



※介護給付費等実態統計(旧:介護給付費実態調査)年次累計

①介護保険法（平成9年12月17日法律第123号）（抄）

第8条（略）

22 この法律において「地域密着型介護老人福祉施設」とは、老人福祉法第20条の5 に規定する特別養護老人ホーム（略）であって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者（厚生労働省令で定める要介護状態区分に該当する状態である者その他居宅において日常生活を営むことが困難な者として厚生労働省令で定めるものに限る。以下この項及び第26項において同じ。）に対し、地域密着型施設サービス計画（略）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行うことを目的とする施設をいい、（以下略）。

※介護老人福祉施設（定員が30名以上）については、第8条第27項に同様の規定がある。

②介護保険法施行規則（平成11年3月31日厚生省令第36号）（抄）

（法第8条第22項の厚生労働省令で定める要介護状態区分）

第17条の9 法第8条第22項の厚生労働省令で定める要介護状態区分は、要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成11年厚生省令第58号。以下「認定省令」という。）第1条第1項第3号から第5号までに掲げる要介護状態区分とする。

（法第8条第22項の居宅において日常生活を営むことが困難な者として厚生労働省令で定めるもの）

第17条の10 法第8条第22項の居宅において日常生活を営むことが困難な者として厚生労働省令で定めるものは、認定省令第1条第1項第1号又は第2号に掲げる要介護状態区分に該当する者であって、その心身の状況、その置かれている環境その他の事情に照らして、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められるものをいう。

※ 要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令第1条第1項は、第1号から順に要介護1～要介護5について規定。

特別養護老人ホームの入所申込者の状況(平成31年度調査)

【概況】

- 特別養護老人ホーム(地域密着型を含む。)の入所申込者(特別養護老人ホームに入所を申し込んでいるものの、調査時点で当該特別養護老人ホームに入所していない者)の状況について、各都道府県が把握した、平成31年4月1日時点における集計。(※ 令和4年4月1日時点の数値は、現在、調査中)
- 特別養護老人ホームの入所申込者は、重複申込等(複数の施設への申し込み、申し込み後の死亡等)を排除して入所申込者の実数に近づけている。

(単位:万人)

	要介護3~5	要介護1・2 (特例入所)	計
全体	29.2 (対平成28年度調査 ▲0.3)	3.4	32.6
うち在宅の方	11.6 (対平成28年度調査 ▲0.7)	1.6	

※ 要介護1又は2で居宅での生活が困難なことについてやむを得ない事由があると認められる者については、特例入所の対象となっており、こうした者の数を集計すると3.4万人となっている。

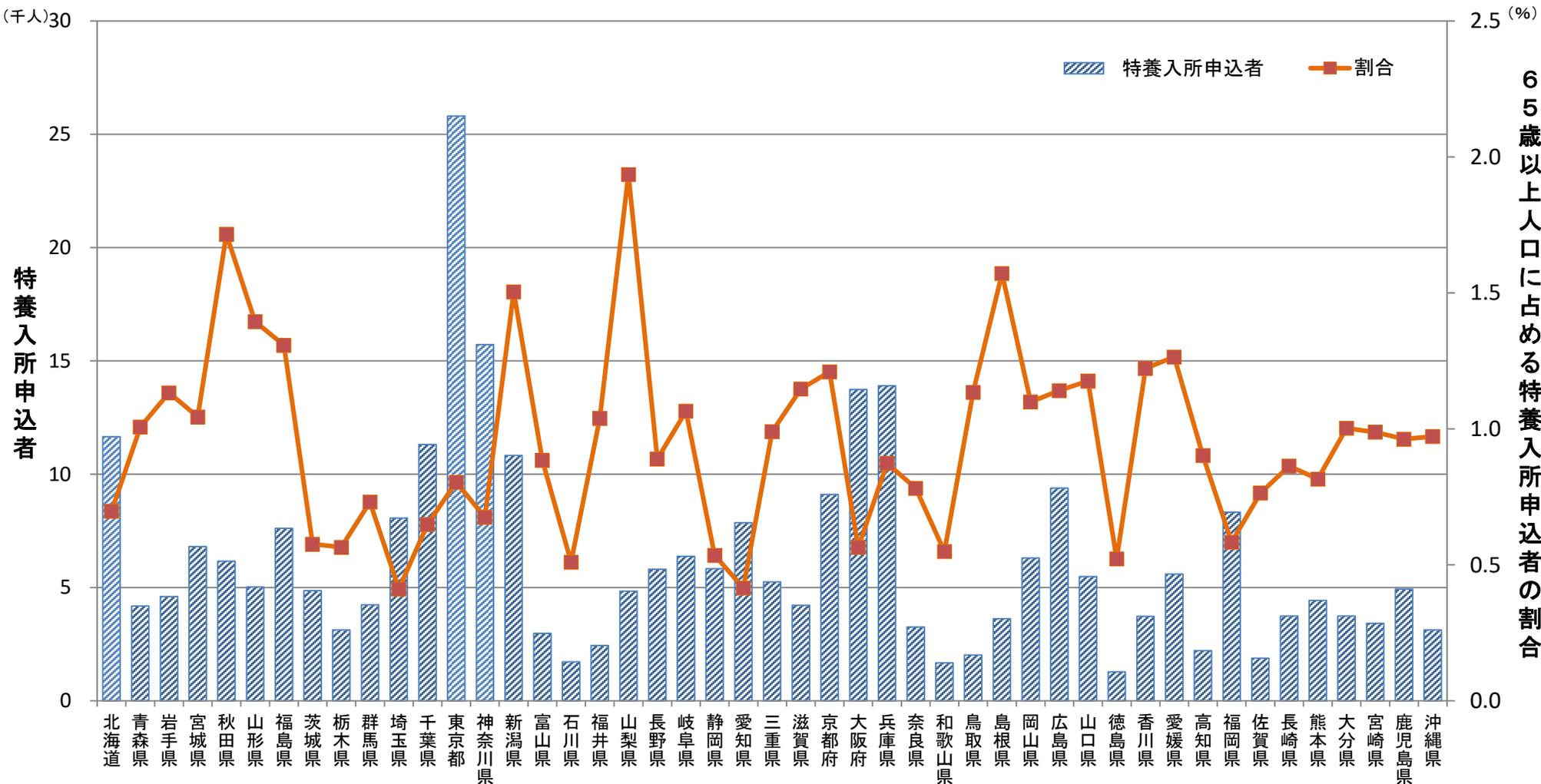
＜参考:平成28年度調査(平成28年4月1日時点)＞

(単位:万人)

	要介護3~5	要介護1・2	計
全体	29.5	7.1	36.6
うち在宅の方	12.3	3.8	16.1

65歳以上人口に占める特養入所申込者の割合

○ 65歳以上人口に占める特養入所申込者の割合は、地域ごとにばらつきがある。



※1 特養入所申込者は、令和元年12月25日プレスリリース「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」(原則、平成31年4月1日)における要介護度3~5の入所申込者数である。

※2 65歳以上人口に占める特養入所申込者の割合は、特養入所申込者数を、65歳以上人口(令和元年10月人口推計(総務省統計局))で割ったものである。

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31日時点で主任ケアマネジャーでない者が管理者の事業所は、当該管理者が管理者である限り、管理者を主任ケアマネジャーとする要件の適用を令和9年3月31日まで猶予する。
（令和3年4月1日以降に新たに管理者となる者に対しては、更なる経過措置は適用されない。）

2 介護予防支援

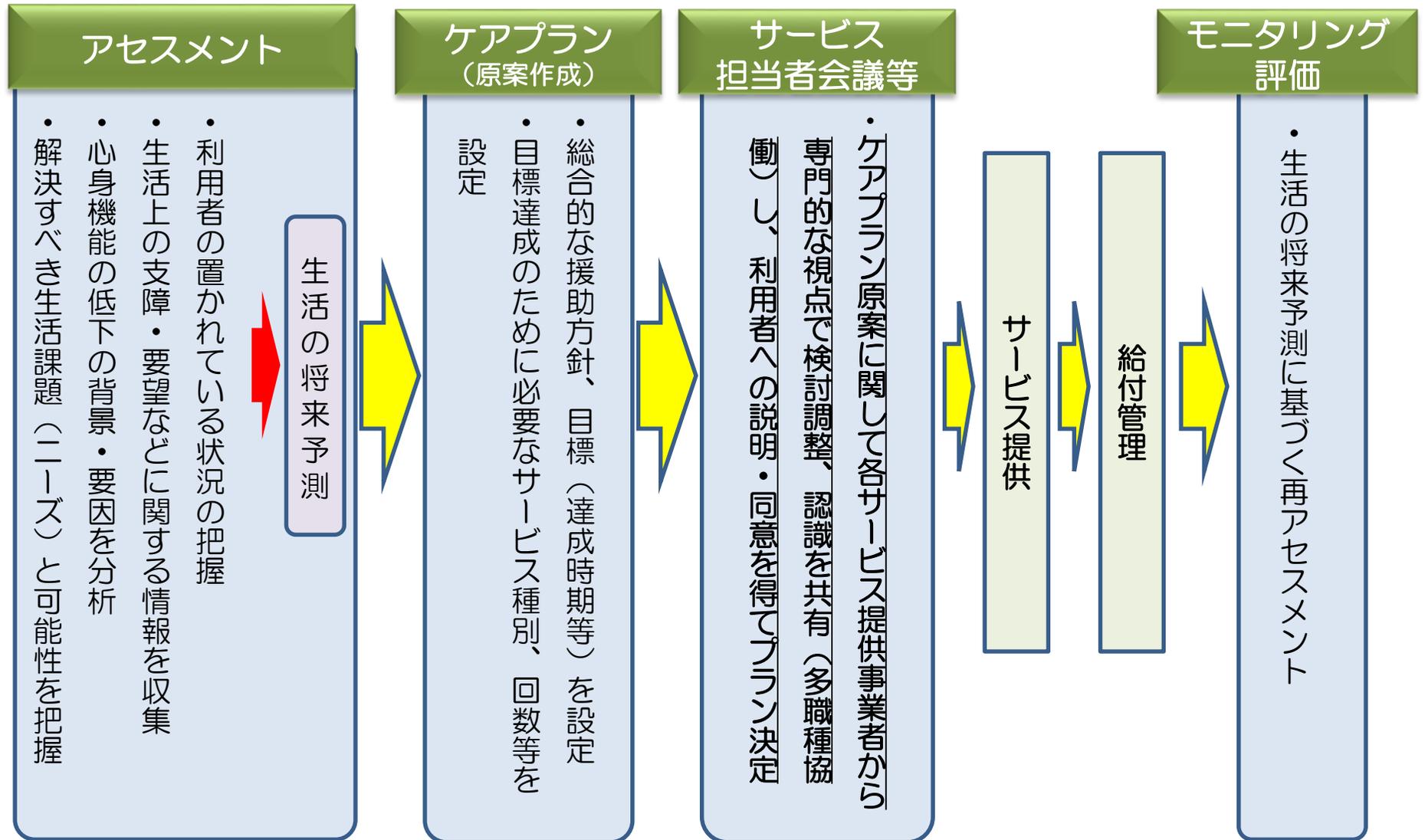
<定義> 【法第8の2条第16項】

- 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、要支援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

ケアマネジメントの流れ



質の高いケアマネジメントの推進(特定事業所加算の見直し等)①-1

概要

【居宅介護支援】

- 経営の安定化、質の高いケアマネジメントの一層の推進を図る観点から、特定事業所加算について、以下の見直しを行う。【告示改正】
 - ア 必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していることを要件として求める。
 - イ 小規模事業所が事業所間連携により質の高いケアマネジメントを実現していくよう、事業所間連携により体制確保や対応等を行う事業所を評価するような区分を創設する。
 - ウ 特定事業所加算（Ⅳ）について、加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までと異なり、病院との連携や看取りへの対応の状況を要件とするものであることを踏まえ、医療と介護の連携を推進する観点から、特定事業所加算から切り離れた別個の加算とする。

単位数

< 現行 >

特定事業所加算（Ⅰ） 500単位/月
特定事業所加算（Ⅱ） 400単位/月
特定事業所加算（Ⅲ） 300単位/月
なし

< 改定後 >

⇒ 特定事業所加算（Ⅰ） 505単位/月
⇒ 特定事業所加算（Ⅱ） 407単位/月
⇒ 特定事業所加算（Ⅲ） 309単位/月
⇒ 特定事業所加算（A） 100単位/月（新設）

< 現行 >

特定事業所加算（Ⅳ） 125単位/月

< 改定後 >

→ 特定事業所医療介護連携加算 125単位/月

質の高いケアマネジメントの推進(特定事業所加算の見直し等)①-2

算定要件等

【特定事業所加算】

算定要件	特定事業所加算(Ⅰ)	特定事業所加算(Ⅱ)	特定事業所加算(Ⅲ)	特定事業所加算(A)
	505単位	407単位	309単位	100単位
(1)専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること	2名以上	1名以上	1名以上	1名以上
(2)専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を配置していること	3名以上	3名以上	2名以上	常勤:1名以上 非常勤:1名以上 (非常勤は他事業所との兼務可)
(3)利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること	○	○	○	○
(4)24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること	○	○	○	○ 連携でも可
(5)算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の40以上であること	○	×	×	×
(6)当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること	○	○	○	○ 連携でも可
(7)地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること	○	○	○	○
(8)地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること	○	○	○	○
(9)居宅介護支援費に係る運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと	○	○	○	○
(10)指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員1人当たり40名未満(居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合は45名未満)であること	○	○	○	○
(11)介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること(平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用)	○	○	○	○ 連携でも可
(12)他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること	○	○	○	○ 連携でも可
(13)必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス(インフォーマルサービス含む)が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること	○	○	○	○

【特定事業所医療介護連携加算】(現行の特定事業所加算(Ⅳ)と同じ)

特定事業所医療介護連携加算 125単位

- 前々年度の3月から前年度の2月までの間において退院・退所加算の算定に係る病院等との連携の回数(情報の提供を受けた回数)の合計が35回以上
- 前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を5回以上算定
- 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)を算定していること

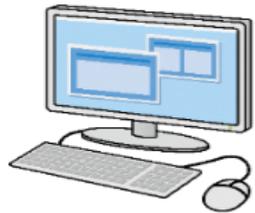
質の高いケアマネジメントの推進(特定事業所加算の見直し等)②

概要

【居宅介護支援】

- ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、事業所に、以下について、利用者に説明を行うとともに、介護サービス情報公表制度において公表することを求める。【省令改正】
 - ・ 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合
 - ・ 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

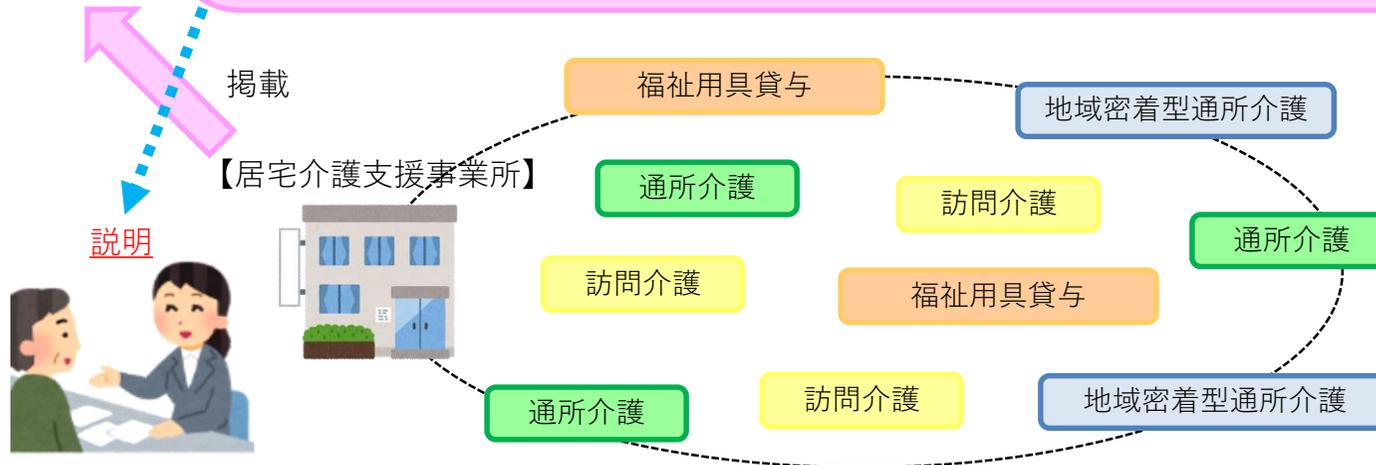
介護情報公表システム



介護情報公表システムの運営情報において公表

訪問介護 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)
通所介護 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)
地域密着型通所介護 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)
福祉用具貸与 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)

* 各サービス(特定事業所集中減算対象サービス)を位置付けたケアプラン数/事業所のケアプラン総数



医療機関との情報連携の強化

概要

【居宅介護支援】

- 居宅介護支援について、医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを一定の場合に評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

単位数

<現行>

なし

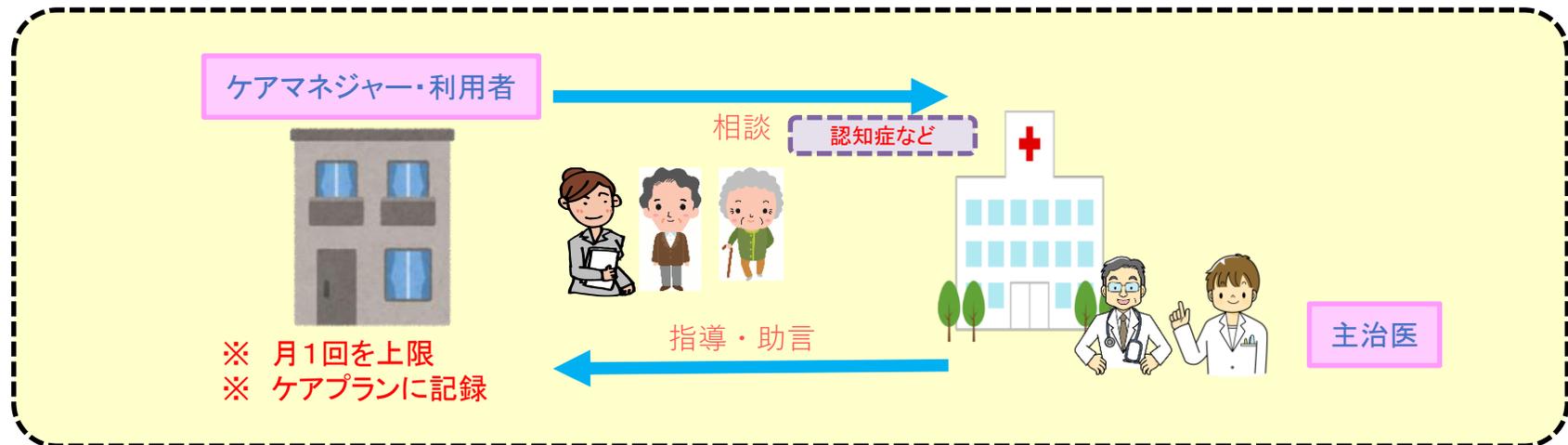
<改定後>

⇒

通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)

算定要件等

- ・利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする
- ・利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合



看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等に係る評価

概要

【居宅介護支援】

- 看取り期における適切な居宅介護支援の提供や医療と介護の連携を推進する観点から、居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、モニタリングやサービス担当者会議における検討等必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に扱うことが適当と認められるケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定を可能とする見直しを行う。【通知改正】

単位数

< 現行 >

サービス利用の実績がない場合は請求不可

< 改定後 >

居宅介護支援費を算定可

⇒

算定要件等

- ・モニタリング等の必要なケアマネジメント業務を行い、給付管理票の（原案の）作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行っていること
- ・居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、個々のケアプラン等において記録で残しつつ、居宅介護支援事業所において、それらの書類等を管理しておくこと

退院

退院に向けて利用者の状態変化のタイミングに合わせて、アセスメントやサービス担当者会議等の必要なケアマネジメント業務を行い、ケアプランを作成



状態変化

利用者・家族からの相談、調整や、サービス事業者等の調整、ケアプランの変更等

死亡

【現行】サービス利用の実績がない場合、居宅介護支援費算定不可

【改定後】サービス利用の実績がない場合であっても、居宅介護支援費算定可

逡減制の見直し

概要

【居宅介護支援】

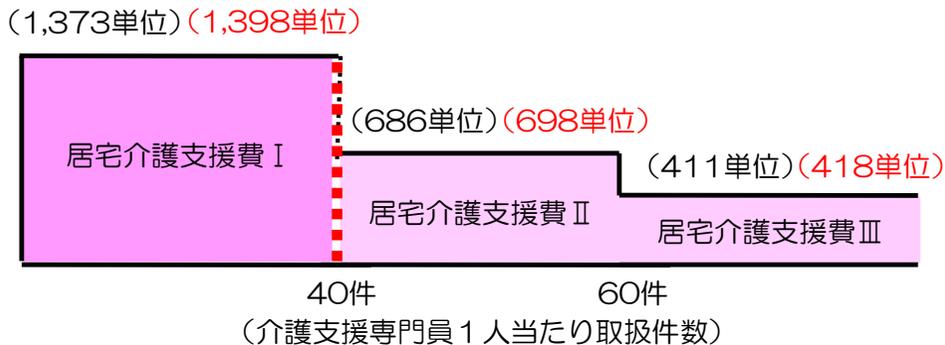
- 適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、介護支援専門員1人当たりの取扱件数が40件以上の場合40件目から、60件以上の場合60件目からそれぞれ評価が低くなる（40件未満は居宅介護支援費（Ⅰ）、40件以上60件未満の部分は同（Ⅱ）、60件以上の場合は同（Ⅲ）が適用される）逡減制において、一定のICT（AIを含む）の活用又は事務職員の配置を行っている事業者については、逡減制の適用（居宅介護支援費（Ⅱ）の適用）を45件以上の部分からとする見直しを行う。その際、この取扱いを行う場合の逡減率（居宅介護支援（Ⅱ）及び（Ⅲ）の単位数）について、メリハリをつけた設定とする見直しを行う。【告示改正】

※ 特定事業所加算における「介護支援専門員1人当たりの受け入れ可能な利用者数」について、この取扱いを踏まえた見直しを行う。（2（6）①参照）

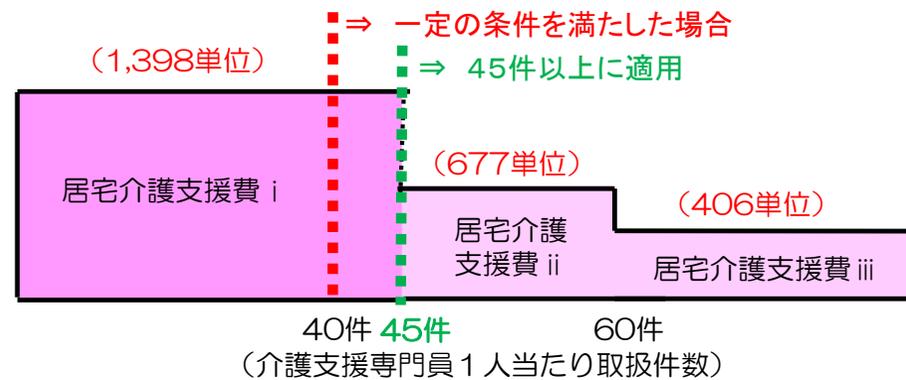
- 逡減制における介護支援専門員1人当たりの取扱件数の計算に当たり、現在、事業所が自然災害や感染症等による突発的な対応で利用者を受け入れた場合は、例外的に件数に含めないこととしているが、地域の実情を踏まえ、事業所がその周辺の中山間地域等の事業所の存在状況からやむを得ず利用者を受け入れた場合についても例外的に件数に含めない見直しを行う。【告示改正】

例：要介護3・4・5の場合（黒字：現行の単位数、赤字：改定後の単位数）

【現行】



【改定後：ICT等を活用する場合】



※ ICT等の活用の有無にかかわらず、事業所がその周辺の中山間地域等の事業所の存在状況からやむを得ず利用者を受け入れた場合、例外的に件数に含めない。

介護支援専門員研修オンライン化等運用事業

令和3年度予算：1.5億円

1. 事業内容

○ 介護支援専門員の在宅等での研修の受講を促進するため、オンライン研修環境の運用・保守、通信教材の管理等

2. 事業要件

【実施主体】 国(民間業者へ委託)

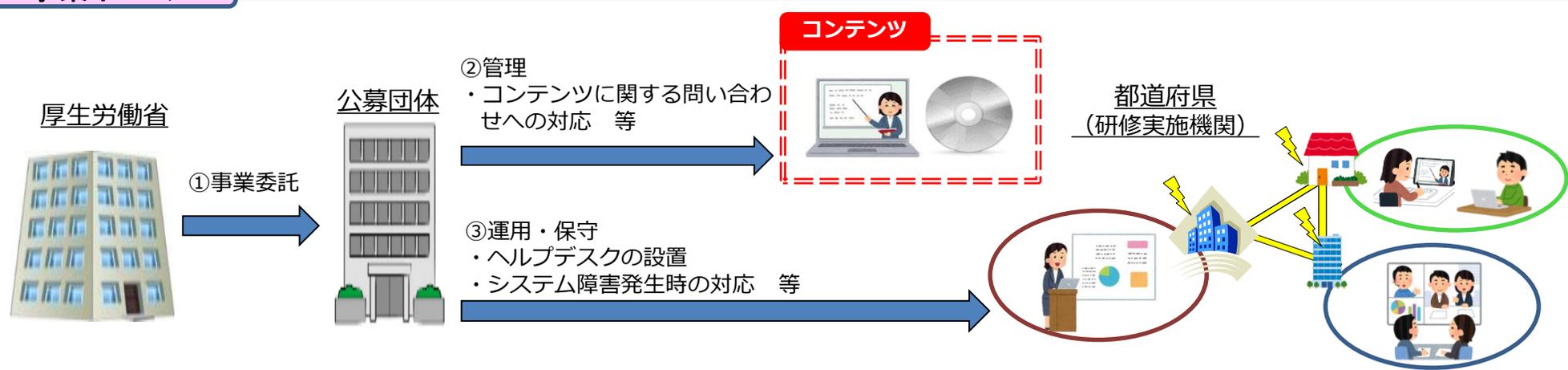
【対象研修】 下記参照

【助成内容】 国(10/10)

【介護支援専門員研修】

	実務研修	更新研修	主任更新研修
研修対象者	実務研修受講試験の合格者	介護支援専門員の有効期間が概ね1年以内の者	主任介護支援専門員の有効期間が概ね2年以内の者
研修時間	87時間以上	88時間以上 ※2回目以降の更新の場合：32時間以上	46時間以上

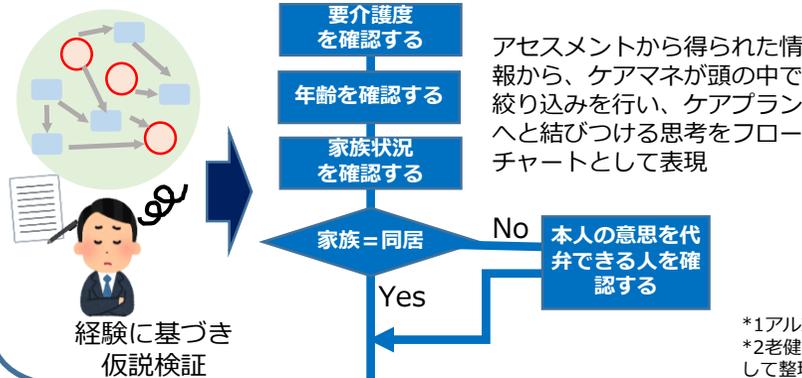
事業イメージ



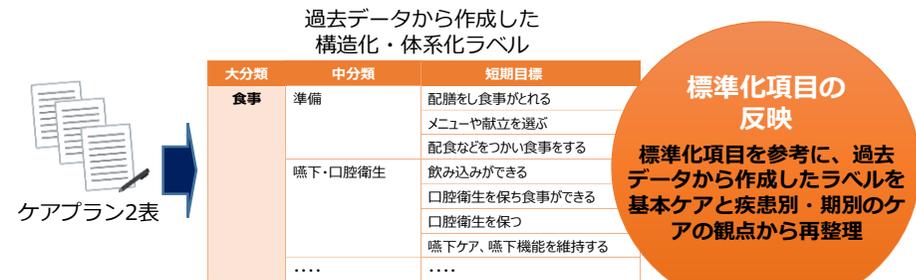
事業内容

- 利用者のアセスメントから得られる情報から、ケアマネジャーがどのようにケアプランに落とし込んでいくかといった思考フローを可視化することによるAIモデルのアルゴリズム*1の精度向上
- テキスト解析分析で得られた「構造化・体系化ラベル」へのケアマネジメント標準化項目*2の反映による内容拡充
- 利用者の状態変化の定義とモニタリング手法の検討

ケアマネの思考フローの可視化

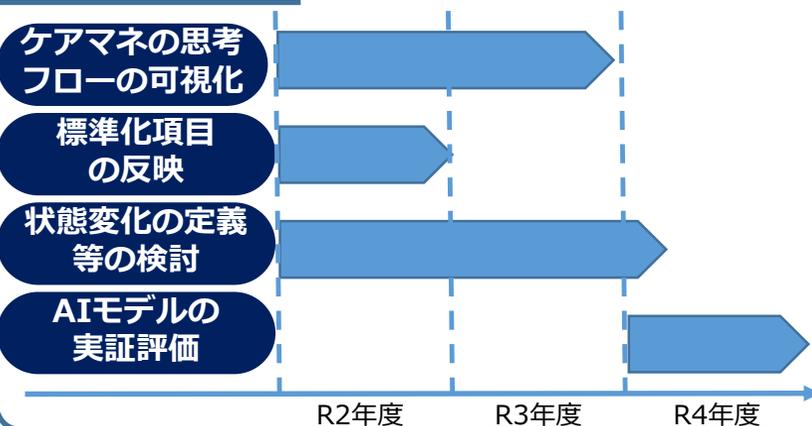


ケアマネジメント標準化項目の反映



*1アルゴリズムとは、入力されたデータからアウトプットを導くための手法・ルール
 *2老健事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」にて開発された介護支援専門員の資質向上を目的として整理された項目

今後の予定



成果イメージ

- ケアマネジャーのケアマネジメントの思考をAIのアルゴリズムに反映することでアウトプットの精度を向上させる。
- ホワイトボックス型AIにより、なぜこのケアが自立支援に資するかを検証可能にするとともに、ケアマネジャーの意思決定を支援できるか評価を行う。



適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業

<背景>

- ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定)において、介護の重度化防止と自立支援の推進を目的として、10年間の工程(2016年～2026年)で「適切なケアマネジメント手法の策定」を行うこととされた。
- 本人の尊厳を保持し、将来の生活の予測に基づいた重度化防止や自立支援を実現するためには、多職種連携をより円滑化して各職種の専門性を活かし、本人の状態の維持・改善を目指す個別支援が必要とされている。

<課題>

- 制度発足後今日まで、介護支援専門員の経験の差やほかの職種との関係性、所属事業所の環境等によって、ケアマネジメント(インテーク～モニタリング迄)のプロセスにおけるアプローチ方法に差異が生じているとの指摘がある。
- 将来の生活の予測に基づいた支援を組み立てるには、根拠に基づいて整理された知見に基づいた実践が求められるが支援内容の体系が整理されていないため、属人的な、経験知だけに基づく実践となっている場合もある。

<<参考>>ニッポン一億総活躍プランの概要

介護離職
ゼロの実現

希望する介護サービスの利用(介護基盤の供給)

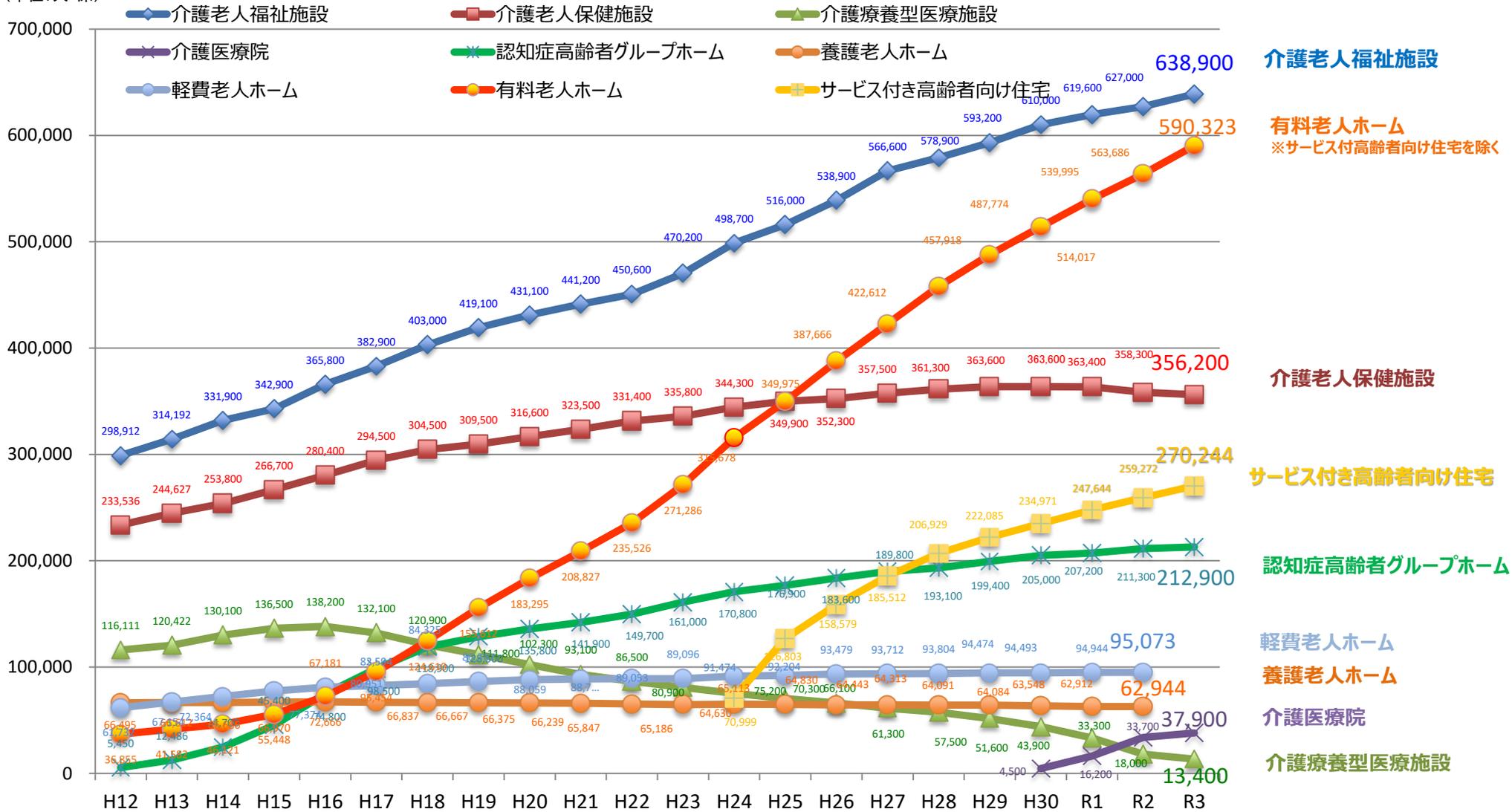
① 高齢者の利用ニーズに対応した介護サービス基盤の確保

- ・ 自立支援と介護の重度化防止を推進するため、介護記録のICT化を通じた業務の分析・標準化を進める。これにより、適切なケアマネジメント手法の普及を図るとともに、要介護度の維持・改善の効果を上げた事業所への介護報酬等の対応も含め、適切な評価の在り方について検討する。

施策	年度											指標
	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度以降	
適切なケアマネジメント手法の策定	2016年～2026年											
	標準化に向けた分析手法の検討	分析、適切なケアマネジメント手法の策定	適切なケアマネジメント手法の検証・見直し、適切なケアマネジメント手法を踏まえたケアマネジメントの実施									
		<これまでの成果実績(主な内容)> ○ 平成28年度:脳血管疾患・大腿骨頸部骨折がある方のケア ○ 平成29年度:心疾患(心不全)がある方のケア ○ 平成30年度:認知症がある方のケア ○ 令和元年度:誤嚥性肺炎の予防のためのケア	<これまでの成果実績(主な内容)> ○ 令和2年度:基本ケアを中心とした手法の再整理等									

高齢者向け施設・住まいの利用者数

(単位: 人・床)



※1: 介護保険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(R2.10/1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~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(利用者数ではなく定員数)による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。

※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(R3.9/30時点)」による。(利用者数ではなく登録戸数)

高齢者向け住まいの概要

	①サービス付き 高齢者向け住宅	②有料老人ホーム	③養護老人ホーム	④軽費老人ホーム	⑤認知症高齢者 グループホーム
根拠法	高齢者住まい法第5条	老人福祉法第29条	老人福祉法第20条の4	社会福祉法第65条 老人福祉法第20条の6	老人福祉法第5条の2 第6項
基本的性格	高齢者のための住居	高齢者のための住居	環境的、経済的に困窮した 高齢者の入所施設	低所得高齢者のための住 居	認知症高齢者のための共 同生活住居
定義	高齢者向けの賃貸住宅又 有料老人ホーム、高齢者を 入居させ、状況把握サービ ス、生活相談サービス等の 福祉サービスを提供する住 宅	老人を入居させ、入浴、排 せつ若しくは食事の介護、 食事の提供、洗濯、掃除等 の家事、健康管理をする事 業を行う施設	入所者を養護し、その者が 自立した生活を営み、社会 的活動に参加するために必 要な指導及び訓練その他の 援助を行うことを目的とする 施設	無料又は低額な料金の、老 人を入居させ、食事の提供 その他日常生活上必要な便 宜を供与することを目的とす る施設	入居者について、その共同 生活を営むべき住居におい て、入浴、排せつ、食事等の 介護その他の日常生活上 の世話及び機能訓練を行う もの
介護保険法上 の類型	なし ※外部サービスを活用	特定施設入居者生活介護			認知症対応型 共同生活介護
主な設置主体	限定なし (営利法人中心)	限定なし (営利法人中心)	地方公共団体 社会福祉法人	地方公共団体 社会福祉法人 知事許可を受けた法人	限定なし (営利法人中心)
対象者	次のいずれかに該当する単 身・夫婦世帯 ・60歳以上の者 ・要介護/要支援認定を受け ている60歳未満の者	老人 ※老人福祉法上、老人に関 する定義がないため、解 釈においては社会通念に よる	65歳以上の者であって、環 境上及び経済的理由により 居宅において養護を受ける ことが困難な者	身体機能の低下等により自 立した生活を営むことにつ いて不安であると認められる 者であって、家族による援助を 受けることが困難な60歳以 上の者	要介護者/要支援者であって 認知症である者(その者の 認知症の原因となる疾患が 急性の状態にある者を除 く。)
1人当たり面積	25㎡ など	13㎡(参考値)	10.65㎡	21.6㎡(単身) 31.9㎡(夫婦) など	7.43㎡
件数※1	7,956棟(R3.9末)	15,363件(R3.6末)	948件(R2.10)	2,321件(R2.10)	14,043件(R3.10)
	特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設: 5,960件(R3.10) ※2				
定員数※1	270,244戸(R3.9末)	590,323人(R3.6末)	62,944人(R2.10)	95,073人(R2.10)	212,900人(R3.10)
	特定施設入居者生活介護の受給者数: 233,900人(R3.10) ※2				
補助制度等	整備費への助成	定員29人以下: 整備費等への助成※3			

※1:①→サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム調べ(「定員数」の値については登録戸数)、②→厚生労働省老健局調べ、③・④→社会福祉施設等調査(令和2年)、

⑤→介護給付費等実態調査(令和3年10月審査分(短期利用を除く))

※2:→介護給付費等実態調査(令和3年10月審査分(地域密着型を含む、短期利用を除く)) ※3:→有料老人ホームについては特定施設入居者生活介護の指定を受けたものののみ

特定施設入居者生活介護の概要

1. 制度の概要

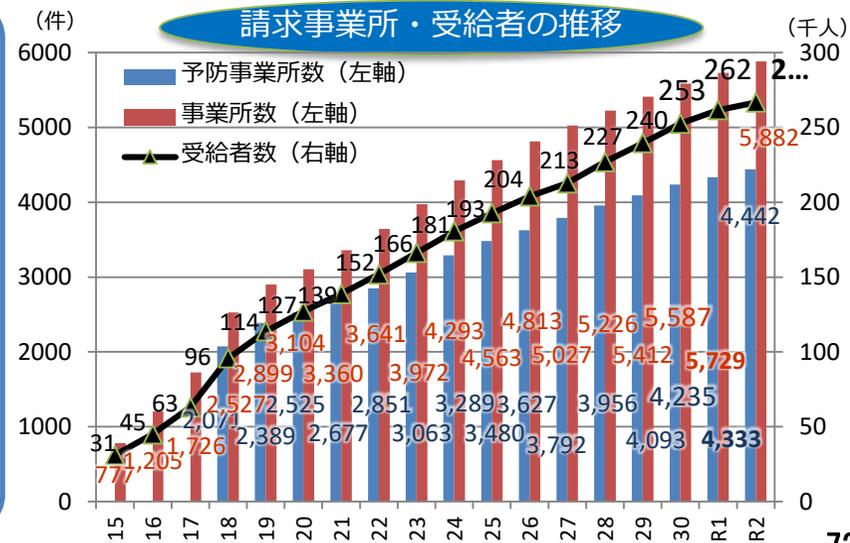
- 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。
- 特定施設の対象となる施設は以下のとおり。
 - ① 有料老人ホーム ② 軽費老人ホーム（ケアハウス） ③ 養護老人ホーム
 - ※ 「サービス付き高齢者向け住宅」については、「有料老人ホーム」に該当するものは特定施設となる。
- 特定施設入居者生活介護の指定を受ける特定施設を「介護付きホーム」という。

2. 人員基準

- 管理者— 1人 [兼務可] ○ 生活相談員— 要介護者等：生活相談員 = 100 : 1
- 看護・介護職員— ① 要支援者：看護・介護職員 = 10 : 1 ② 要介護者：看護・介護職員 = 3 : 1
 - ※ ただし看護職員は要介護者等が30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人
 - ※ 夜間帯の職員は1人以上
- 機能訓練指導員— 1人以上 [兼務可] ○ 計画作成担当者— 介護支援専門員1人以上 [兼務可]
 - ※ただし、要介護者等：計画作成担当者100:1を標準

3. 設備基準

- ① 介護居室：・原則個室 ・プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ ・地階に設けない 等
- ② 一時介護室：介護を行うために適当な広さ
- ③ 浴室：身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
- ④ 便所：居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える
- ⑤ 食堂、機能訓練室：機能を十分に発揮し得る適当な広さ
- ⑥ 施設全体：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



出典：介護給付費等実態調査（各年度3月分（4月審査分））※「事業所数」は短期利用を除く。地域密着型を含む。

新たな住宅セーフティネット制度の概要

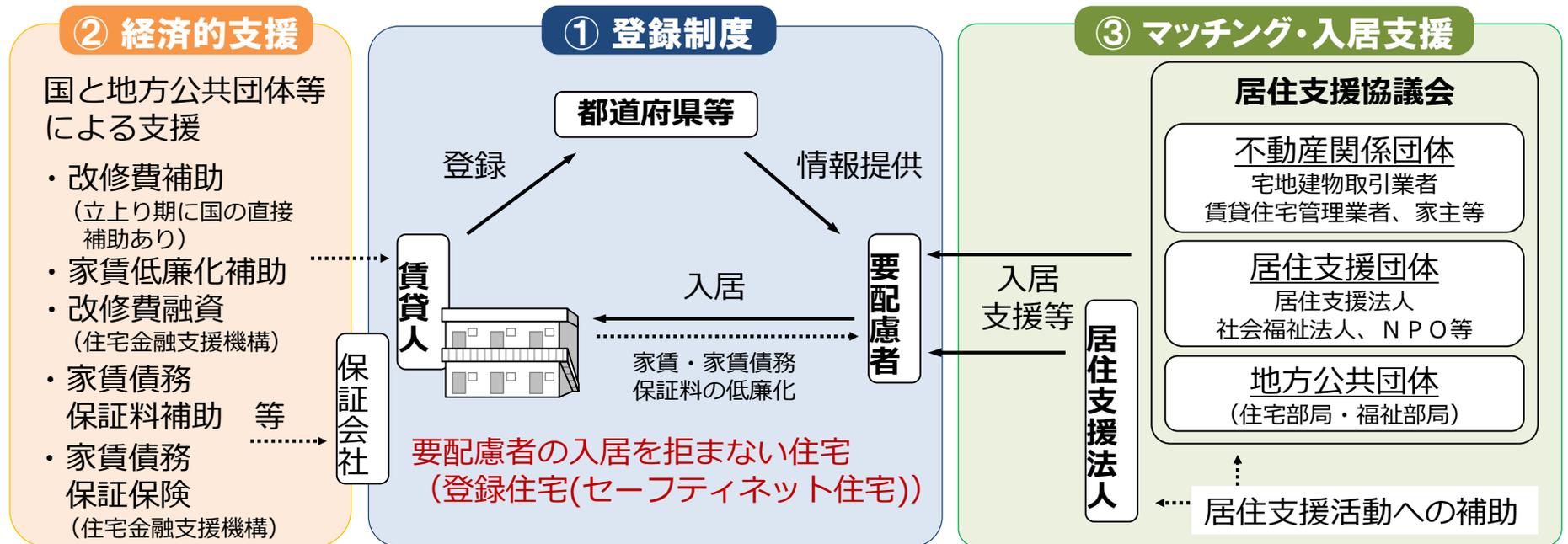
※ 住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（住宅セーフティネット法）の一部を改正する法律（平成29年4月26日公布 10月25日施行）

① 住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅の登録制度

② 登録住宅の改修・入居への経済的支援

③ 住宅確保要配慮者のマッチング・入居支援

【新たな住宅セーフティネット制度のイメージ】



居住支援協議会の概要

- 住宅確保要配慮者の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進等を図るために、地方公共団体、不動産関係団体、居住支援団体等が連携して、居住支援協議会※を設立
- 住宅確保要配慮者・民間賃貸住宅の賃貸人の双方に対し、住宅情報の提供等の支援を実施

※ 住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律第51条第1項に基づく協議会

概要

(1) 設立状況 109協議会が設立（令和3年8月31日時点）

○ 都道府県（全都道府県）

○ 市区町（64市区町）

札幌市、旭川市、本別町、横手市、鶴岡市、さいたま市、千葉市、船橋市、千代田区、新宿区、文京区、台東区、江東区、品川区、豊島区、北区、中野区、杉並区、板橋区、練馬区、足立区、葛飾区、大田区、世田谷区、江戸川区、八王子市、府中市、調布市、町田市、西東京市、日野市、狛江市、多摩市、川崎市、横浜市、鎌倉市、相模原市、藤沢市、岐阜市、小海町、名古屋市、岡崎市、瀬戸市、豊田市、京都市、宇治市、豊中市、岸和田市、神戸市、宝塚市、姫路市、広島市、東みよし町、東温市、北九州市、福岡市、大牟田市、うきは市、中間市、熊本市、合志市、とくのしま（徳之島町・天城町・伊仙町）

(2) 居住支援協議会による主な活動内容

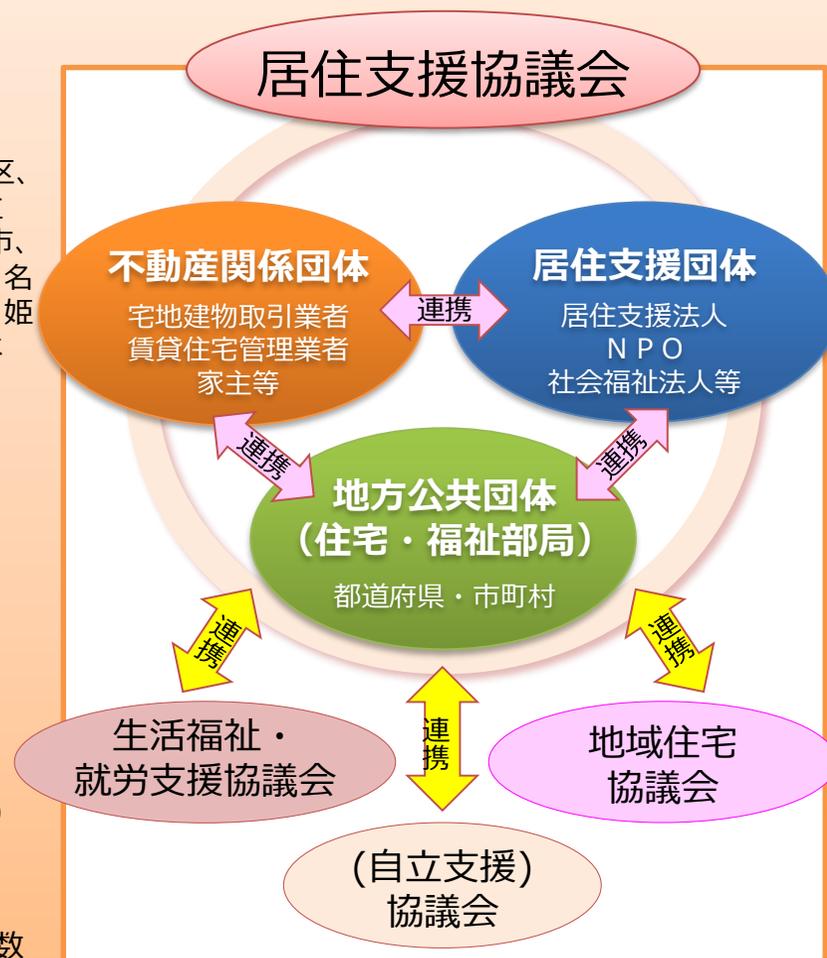
- ・メンバー間の意見・情報交換
- ・要配慮者向けの民間賃貸住宅等の情報発信、紹介・斡旋
- ・住宅相談サービスの実施
（住宅相談会の開催、住宅相談員の配置等）
- ・家賃債務保証制度、安否確認サービス等の紹介
- ・賃貸人や要配慮者を対象とした講演会等の開催

(3) 支援

居住支援協議会が行う住宅確保要配慮者に対する民間賃貸住宅等への入居の円滑化に関する取り組みを支援

〔令和3年度予算〕

共生社会実現に向けたセーフティネット機能強化・推進事業（10.8億円）の内数



「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」(H26～28)の概要

1. 事業概要

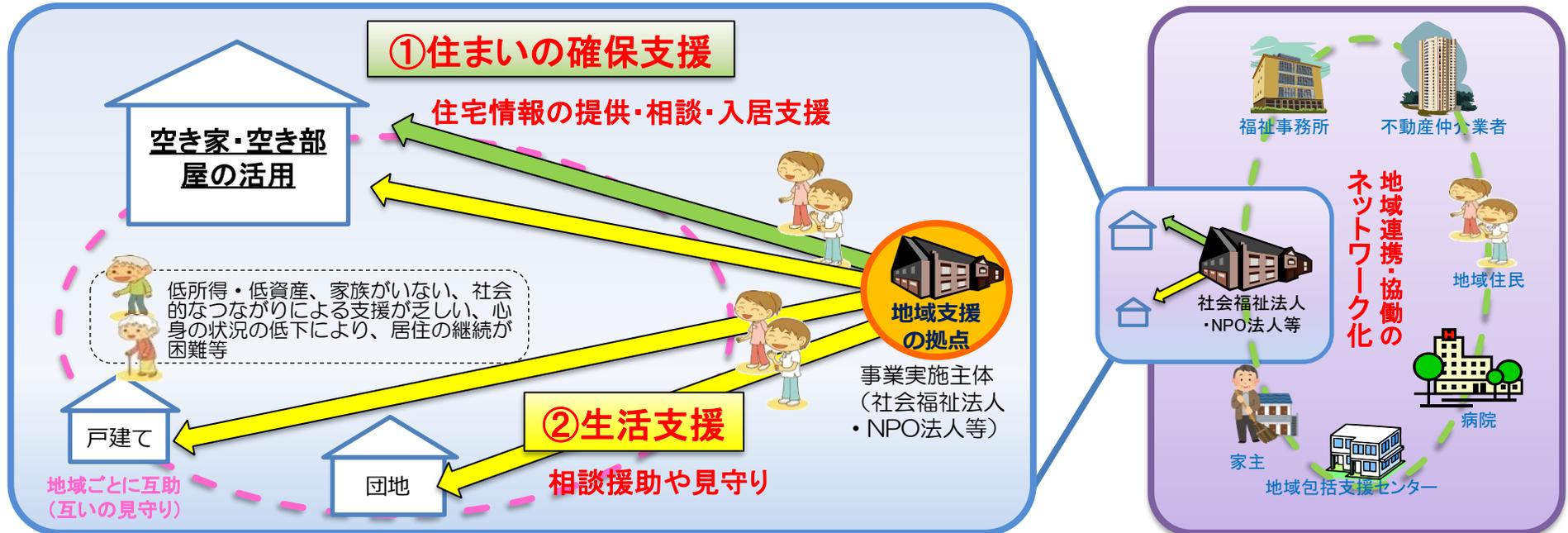
自立した生活を送ることが困難な低所得・低資産高齢者等を対象に、社会福祉法人やNPO法人等が、**地域連携・協働のネットワークを構築し、**

①既存の**空き家等**を活用した**住まいの確保**を支援するとともに、②**日常的な相談等（生活支援）**や**見守り**により、高齢者等が住み慣れた地域において継続的に安心して暮らせるよう体制を整備する事業に対して助成を行う。

2. 実施主体 市区町村（社会福祉法人、NPO法人等への委託可能）

※15自治体の実施

(事業のイメージ)

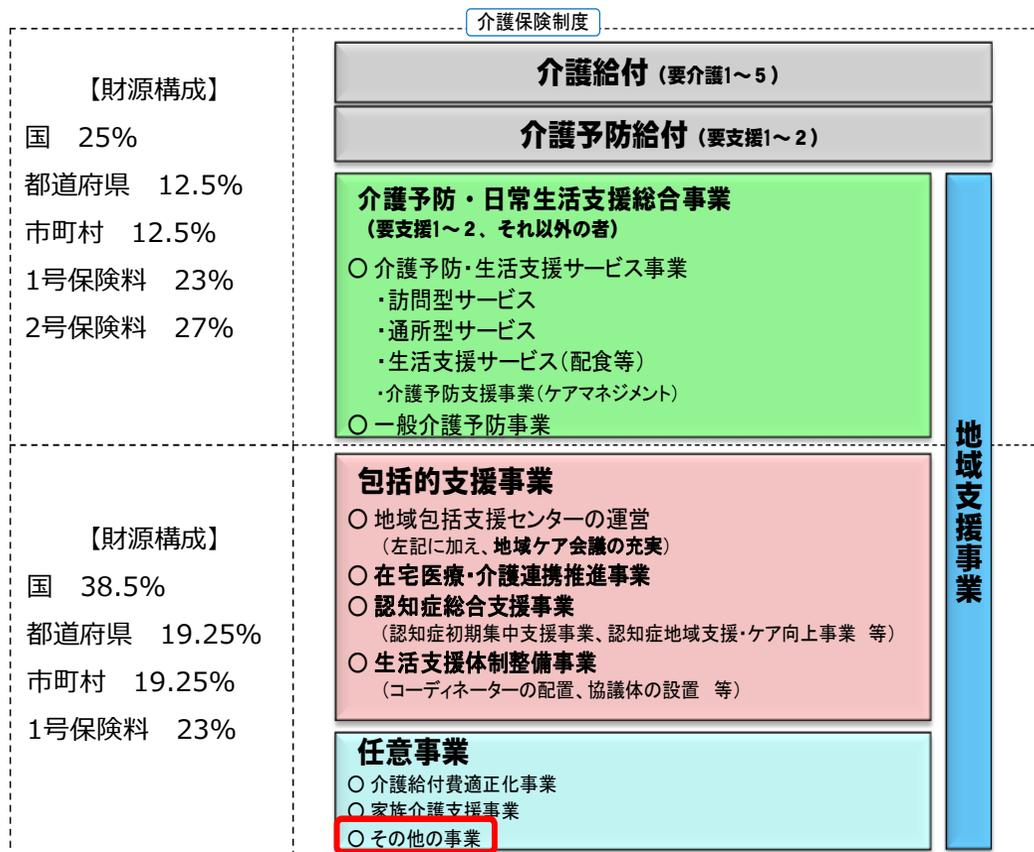


■ 本事業の取組結果については、下記の高齢者住宅財団ホームページに掲載

<http://www.koujuuzai.or.jp/wp/wp-content/uploads/2019/04/h30report.pdf>

地域支援事業等の活用による全国展開

- 平成26年度から「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」を行ってきたが、平成29年度以降は、各地域で行われている先進的・効果的な取組について、**地域支援事業を始め、様々な方策を活用等しながら全国展開**を図っていく。
- 具体的には、**地域支援事業の一つにある「高齢者の安心な住まいの確保に資する事業」**について、**入居に係る支援等の内容をより明確にした上で、事業の拡充を行ったところ。**



平成29年度から「地域支援事業の実施について」(実施要綱)を改正

カ 地域自立生活支援事業

次の①から④までに掲げる高齢者の地域における自立した生活を継続させるための事業を実施する。

① 高齢者の安心な住まいの確保に資する事業

空き家等の民間賃貸住宅や、高齢者の生活特性に配慮した公的賃貸住宅(シルバーハウジング)、サービス付き高齢者向け住宅、多くの高齢者が居住する集合住宅等への高齢者の円滑な入居を進められるよう、これらの住宅に関する情報提供、入居に関する相談及び助言並びに不動産関係団体等との連携による入居支援等を実施するとともに、これらの住宅の入居者を対象に、日常生活上の生活相談・指導、安否確認、緊急時の対応や一時的な家事援助等を行う生活援助員を派遣し、関係機関・関係団体等による支援体制を構築する等、地域の実情に応じた、高齢者の安心な住まいを確保するための事業を行う。

高齢者住まい・生活支援伴走支援事業

令和4年度予算額（令和3年度当初予算額）：19,800千円（23,540千円）

1. 目的

- 高齢者の住まいの確保と生活支援を進めるため、平成26年度から、「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」を実施し、住まいの確保支援（住宅情報の提供・相談対応等）や生活支援（見守り等）に係る費用に対する助成を行い、平成29年度以降は、同様の取組に対して地域支援事業交付金により支援ができるようにしているところ。
- 一方、地域支援事業により、モデル事業と同様の取組を実施している自治体が非常に少なく、その理由として、取組の実施にあたり、自治体内（住宅部局と福祉部局等）の調整や社会福祉法人・不動産業者等との調整など、関係者が多岐にわたること等から、検討が進まないとの意見があるところ。
- このため、有識者や厚労省職員等を派遣し、事業実施に至る前の検討段階における助言や関係者との調整を行うことで、事業の実施に結びつけていくことを目的として、本事業を実施する。

2. 事業内容

厚労省職員や有識者等を派遣し、事業実施に至る前の検討段階における助言や関係者との調整等の支援の実施。

① 事業の実施に向けた意見交換、課題に対する検討及びアドバイス

具体的な事業の実施に向けて、事前に実施すべき実態の把握や、それを踏まえた取組の方向性等についての意見交換、課題に対する検討等の実施にあたって、有識者や、厚生労働省職員、国土交通省職員等を派遣し、アドバイスや事業関係者の調整等を実施。

② 制度や取組の事例、パンフレット等の周知

課題を踏まえた取組の事例等について周知

（本事業においては、事業の検討過程にも着目し、課題把握や取組に至った事例について、経緯等を含めて整理し、事業の検討にあたって実用的なパンフレット等作成を想定）

③ 第1線で活動されている行政職員・有識者の紹介

①の実施にあたって、必要に応じて既に取組を実施している自治体の職員や制度創設に関わった有識者等を紹介。

見守り等にかかる費用を「地域支援事業交付金」により支援。

※以前は「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」として支援。

<自治体における検討の流れ>

○自治体における課題の顕在化

高齢者が大家から入居を断られて、居住確保が困難な状況 等

支援

○地域の実情を踏まえた対応方策の検討

- ・実態把握
- ・関係者との調整
- ・事業の具体化の検討

支援

○事業の実施

- ・相談対応、不動産店への同行
- ・社会福祉法人による見守り 等

3. 実施主体

国（公募により民間に委託）

令和3年度「高齢者住まい・生活支援伴走支援プロジェクト」応募団体一覧

【地方公共団体への支援】

応募団体名	応募部局	応募動機・取組方針
愛知県岡崎市	福祉部ふくし相談課	民間賃貸住宅の需要が高く、また空き住戸や低廉な家賃の住宅も少ないため、高齢者等の住まい確保が困難。地域包括ケアシステムでいうところの「住まい」関係との連携に取り組む。
愛知県稲沢市	市民福祉部福祉課、 稲沢市社会福祉協議会	福祉相談のワンストップ化を掲げているものの、住まい関係の相談に対応できていない。庁内各部署の実態把握や「居住支援」の共通言語化、意識合わせに取り組む。
岐阜県多治見市	福祉部高齢福祉課	高齢者等の住宅確保要配慮者が増えることが見込まれるので支援体制を整えたい。
滋賀県東近江市	健康福祉部長寿福祉課、都市整備 部住宅課、社会福祉法人六心会	活用可能な物件リサーチ、行政との協力体制強化、協力不動産業者・大家の発掘、地域関係団体との連携体制づくりに取り組む。
島根県西ノ島町	健康福祉課	町内の高齢者向け住まいは、町営住宅と特別養護老人ホーム、養護老人ホームのみ。入所条件に該当しない「要介護2までで、課税世帯の方」、特に在宅生活が困難な方の安心して暮らせる住まいの確保が課題。

【社会福祉法人への支援】

応募団体名	所在地	応募動機・取組方針
社会福祉法人 千葉県厚生事業団	千葉県柏市	柏市北西部を中心に、民生委員、福祉関係者、大手不動産業者等とのネットワーク(あんしんネットワーク)を構築し、包括的に高齢者の居住支援を行っていく必要性を実感。養護老人ホームでの措置と契約による入所で高齢者の居住安定を目指す。
社会福祉法人 暘谷福祉会	大分県日出町	居住支援法人として支援体制を組織的に整えつつ、地域への周知活動や具体的な支援に取り組む。
社会福祉法人 偕生会	大分県豊後大野市	社会生活のためには住まいの確保と生活支援、そして就労支援を一体的に提供する必要性を実感。住まいと働く場(一般就労や介護助手、有償ボランティア等)の選択肢の幅を広げる。

医療と介護の連携強化、 自立支援・重度化防止の 取組の推進

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)

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）

【現状・基本的な視点】

(略)

- 高齢化が進展し、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で、医療・介護双方のニーズへの対応は、これまで制度改正や介護報酬改定において、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自分らしい暮らしを最後まで続けることができる地域包括ケアシステムの構築の実現を目指し、取組が進められてきた。
- 要介護高齢者の長期療養・生活施設として平成30年4月に創設された「介護医療院」について、令和元年9月末時点で248施設・16,061療養床が開設されている。また、医療と介護の連携に関して、在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）が全ての市町村で実施されており、約6割の自治体では事業項目に限らない取組があわせて実施されているが、取組状況に地域差が生じている状況がある。

2. 医療・介護の連携

- 医療・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、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議論を行った。また、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議論を行った。さらに、介護医療院について、円滑な移行に向けて、更に求められる取組等について議論を行った。
- 在宅医療・介護連携推進事業について、現行の事業体系の見直しや、国や都道府県による市町村支援の充実を図るための方策等について、議論を行った。

【総論】

- 地域の介護サービス基盤の整備にあたっては、介護保険事業（支援）計画と地域医療構想の整合も含め医療提供体制の在り方と一体的に議論を行いながら進めていくことが必要である。
- 医療と介護の連携を一層推進するためには、ICTやデータ利活用を推進することが重要である。また、国や都道府県による市町村支援の充実を図ることが必要である。サービスを受ける利用者や家族の理解を深める取組も重要である。
- 看取りを適切に推進する観点から、医療と介護が連携して対応することが重要である。中重度の医療ニーズや看取り期にある者に対応する在宅の限界点を高めていく在宅サービスの充実を計画的に図っていくことが必要である。なお、介護付きホームも含めた高齢者向け住まいにおける医療・介護ニーズへの対応の強化を図っていくことも重要との意見があった。
- リハビリテーションについて、どの地域でも適時適切に提供されるよう、介護保険事業（支援）計画での対応を含め更なる取組の充実が必要である。
- 介護老人保健施設について、在宅復帰・在宅療養支援の機能を更に推進していくことが必要である。

介護保険部会・介護給付費分科会におけるこれまでの御指摘等

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)

【介護医療院】

- 介護療養型医療施設の令和5年度末の廃止期限までに、介護医療院への移行等が確実に行われるよう、より早期の意思決定を支援するとともに、申請手続きの簡素化も含めた移行等支援策の充実により、円滑な移行を一層促進することが適当である。
- 事前に見込まれていない医療療養病床からの移行により各保険者の介護保険財政に影響を及ぼすおそれがあり、それぞれの地域における介護サービスのニーズと介護保険財政への影響を把握し、介護保険事業（支援）計画の策定段階から介護医療院のサービス量を適切に見込むための方策を講じることが適当である。医療療養病床からの移行については、必要入所（利用）定員総数の設定の取扱いを含めて医療計画との整合を図ることも必要である。なお、医療療養病床から介護医療院への移行について、各保険者の介護保険財政、ひいては被保険者の負担軽減の観点から保険者への財政支援の検討が必要である。

【在宅医療・介護連携推進事業】

- 在宅医療・介護連携推進事業について、全ての自治体において事業が実施されている中で、市町村において、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつ、PDCAサイクルに沿った取組を更に進められるよう、現行の事業体系の見直しが必要である。「認知症施策推進大綱」や看取りに関する取組等の最近の動向も踏まえることが重要である。各市町村においては、単に事業を実施するだけでなく、地域課題や取組内容の見える化を進め、目的をもって事業を進めていくことが重要である。医師会等関係機関や医師等専門職と緊密に連携して取組を進めることが重要である。
- 在宅医療・介護連携推進事業について、切れ目のない在宅医療・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、一部項目の選択的実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、事業体系を明確化して示すことが適当である。地域包括ケアシステムの理念達成に向けて取り組まれるようにすることが重要である。この理念の達成に向けて、都道府県や市町村において、医療や介護・健康づくり部門の庁内連携を密にし、総合的に進める人材を育成・配置していくことも重要である。
- 都道府県においては、地域医療構想の取組との連携や医師会等関係機関との調整、研修会等を通じた情報発信や人材育成、保健所等による管内の広域的な調整やデータの活用・分析を含めた市町村支援等を更に進めることが必要である。
- 国においては、自治体における取組を支援することが必要である。自治体がPDCAサイクルに沿った取組を進めるにあたり活用可能な指標の検討を進めることが適当である。在宅看取りの状況等評価に資するデータを取得できる環境整備を進めることも重要である。また、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が適当である。事業の好事例を横展開することも重要である。

介護保険部会・介護給付費分科会におけるこれまでの御指摘等

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告
(令和2年12月23日社会保障審議会介護給付費分科会)

【地域包括ケアシステムの推進】

(看取りへの対応の充実)

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組について、取組状況を踏まえつつ、更なる推進方策について検討していくべきである。

(中重度者・看取りへの対応や自立支援・重度化防止の取組の充実)

- 介護付きホームや認知症グループホーム等の介護保険サービス利用者について、療養上の世話や看取り、自立支援・重度化防止に係る実態等も踏まえながら、訪問看護や訪問リハビリテーション等の利用を含め、今後、必要な対応について検討していくべきである。
- 居宅介護サービスにおいて、質の高い訪問看護及び訪問リハビリテーションの更なる普及を図る観点から、訪問看護事業所から理学療法士等が訪問して行う訪問看護と、訪問リハビリテーション事業所が行うリハビリテーションについて、実態調査等を行い、それぞれの役割に応じたサービス提供の在り方や看護職員の確保の強化策について、検討していくべきである。

(療養通所介護)

- 療養通所介護について、今回の介護報酬改定で月単位の包括報酬とする見直しを行うこととしたが、看護小規模多機能型居宅介護の機能や役割を踏まえつつ、今後の在り方について検討していくべきである。

(介護医療院)

- 介護医療院について、今回の介護報酬改定で創設された加算の効果や、サービス提供の実態、介護療養型医療施設、医療療養病床からの移行状況を把握した上で、介護療養型医療施設の廃止期限も踏まえつつ、円滑な移行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していくべきである。

介護保険部会・介護給付費分科会におけるこれまでの御指摘等

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告
(令和2年12月23日社会保障審議会介護給付費分科会)

【自立支援・重度化防止の取組の推進】

(介護保険制度におけるアウトカムの視点も含めた評価の在り方)

- 今回の介護報酬改定でリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養など多職種が連携した取組を推進することとしたが、その取組の実施状況、効果等について、CHASE・VISIT等も活用しながら検証し、更なる推進方策を検討していくべきである。
- 平成30年度介護報酬改定において、自立支援に向けた事業所へのインセンティブとしてADL維持等加算が創設され、今回の介護報酬改定ではこれを拡充することとしたが、引き続き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などの弊害が生じていないかなどについて検証し、必要な対応を検討していくべきである。
- リハビリテーションサービスについて、生活期のリハビリテーションは、心身機能、活動、参加のそれぞれにバランス良く働きかけることが重要とされている一方、現時点でそのアウトカムに関する適切な評価方法が定まっていないことから、その具体的な評価方法について、科学的な妥当性を前提としつつ、現場で活用されている評価方法も参考に、引き続き検討していくべきである。また、その検討を踏まえて、通所リハビリテーションにおける、ストラクチャー、プロセス、アウトカム評価を組み合わせた総合的な評価方法について、検討していくべきである。
- 今回の介護報酬改定では褥瘡マネジメントや排せつ支援において新たにアウトカム評価を導入することとしたが、介護保険制度におけるアウトカムの視点も含めた評価の在り方について、引き続き検討していくべきである。

(口腔、栄養)

- 施設系サービスにおける口腔衛生管理、栄養ケア・マネジメントの取組の充実について、対応状況を把握し、その推進方策について、検討していくべきである。

(介護サービスの質の評価と科学的介護)

- CHASE・VISITを活用した計画の作成や事業所単位でのPDCAサイクルの推進、ケアの質の向上の取組について、取組状況を把握し、更なる推進方策を検討していくべきである。特に、訪問系サービス等の今回の介護報酬改定で評価の対象とならないサービスや、居宅サービス全体のケアマネジメントにおけるCHASE・VISITの活用を通じた質の評価の在り方等について、今後検討していくべきである。

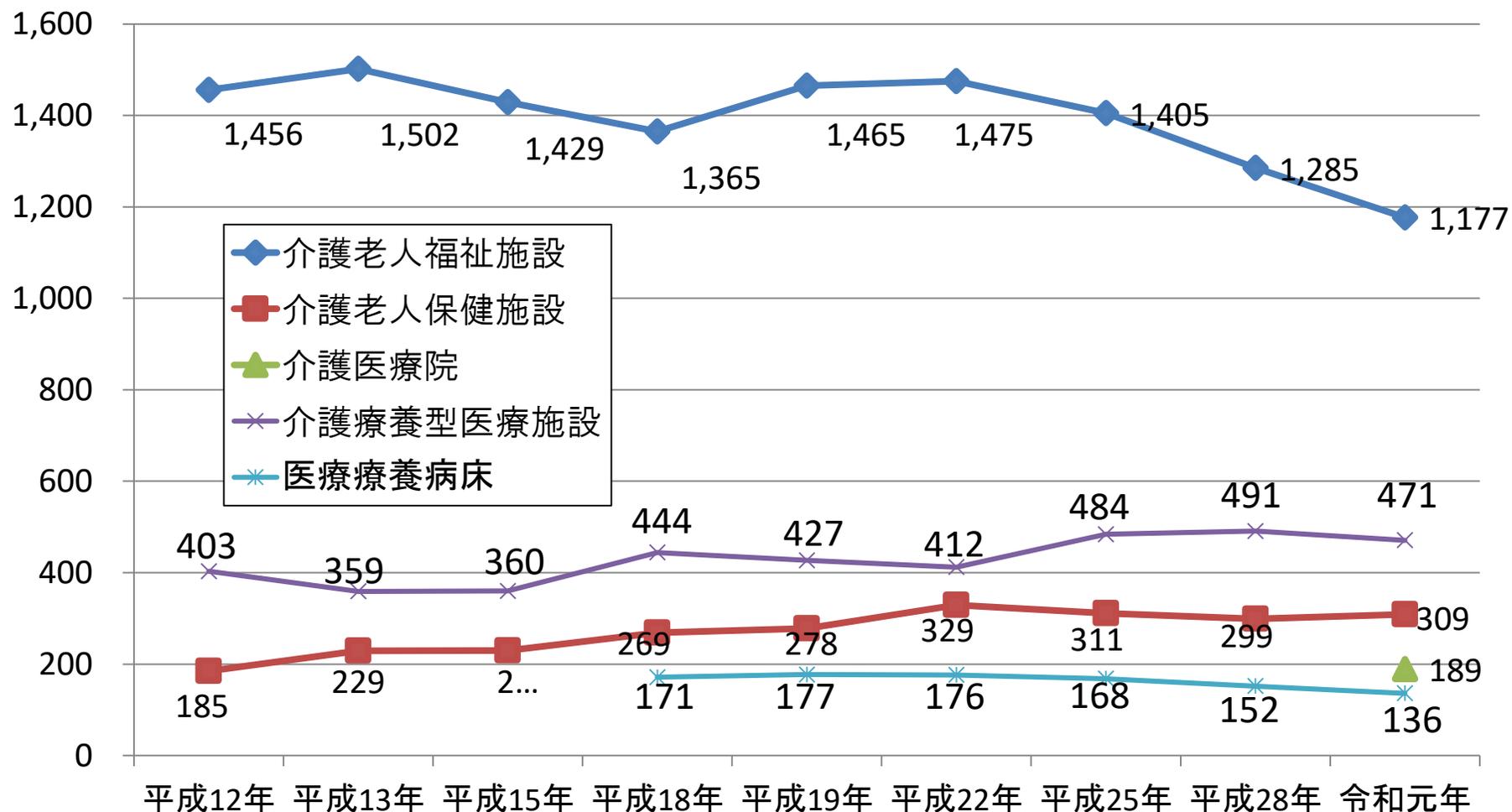
(介護老人保健施設)

- 介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の評価の充実として、今回の介護報酬改定で訪問リハビリテーションの実施等に対する評価を行うこととしたが、取組状況を把握し、在宅復帰・在宅療養支援機能の促進に向け、更に検討していくべきである。

介護保険施設の比較

		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設
基本的性格		要介護高齢者のための 生活施設 ※H27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等 を提供し、 在宅復帰、在宅 療養支援を行う施設	要介護高齢者の 長期療養・ 生活施設	医療の必要な要介護高齢者 のための 長期療養施設
定義		特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、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行う	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要介護者に対し、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	主として長期にわたり療養が必要である要介護者に対し、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	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
主な設置主体		社会福祉法人（約95%）	医療法人（約75%）	医療法人（約92%）	医療法人（約83%）
施設数（R2.10）		10,621件	4,249件	535件	528件
利用者数（R2.10）		627,000人	358,300人	33,700人	18,000人
居室面積・定員数 （従来型）	面積/人	10.65㎡以上	8㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
	定員数	原則個室	4人以下	4人以下	4人以下
「多床室」の割合		20.7%	54.1%	74.1%	78.0%
平均在所（院）日数		1,177日	310日	189日	472日
平均要介護度		4.0	3.2	4.2	4.3
障害高齢者の日常生活自立度別の入所者割合		自立：0.5% J：1.9% A：20.6% B：52.5% C：24.5%	自立：0.3% J：1.9% A：28.9% B：53.1% C：14.9%	自立：－ J：0.2% A：3.4% B：29.5% C： 57.3%	－
低所得者の割合		68.6%	52.5%	50.1%	50.0%
医師の配置基準		必要数（非常勤可）	1以上 / 100：1以上	I型：3以上 / 48：1以上 II型：1以上 / 100：1以上	3以上 / 48：1以上
医療法上の位置づけ		居宅等	医療提供施設	医療提供施設	病床

平均在所・在院日数

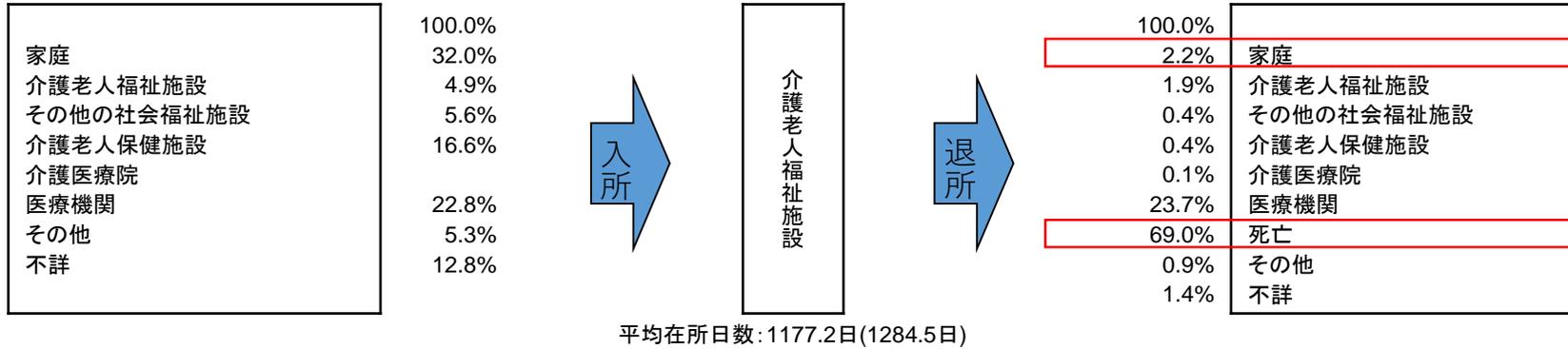


注：平均在所日数の調査が行われた年度を記載。

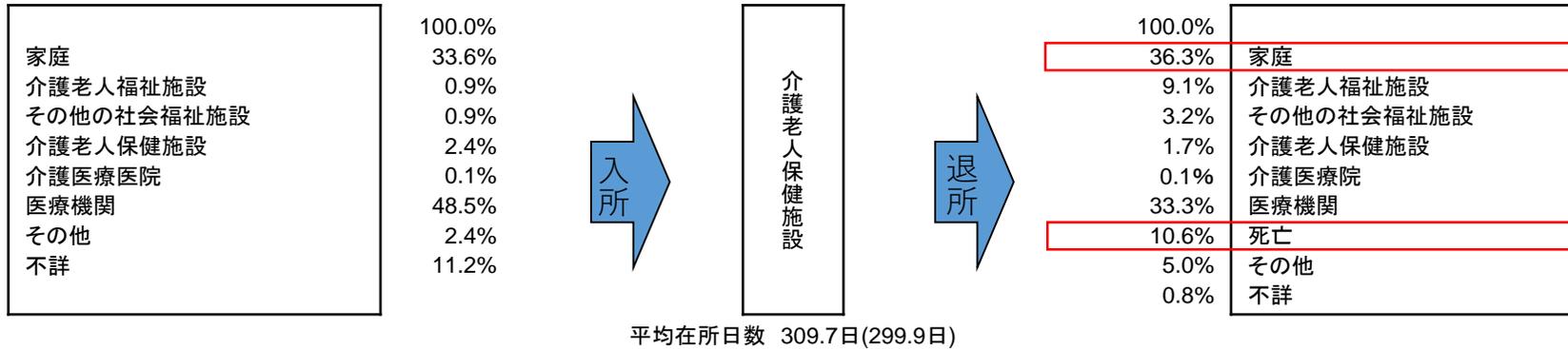
出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」，病院報告（令和元年、平成28年、平成25年、平成22年、平成19年、平成18年）

介護保険施設における入所者・退所者の状況

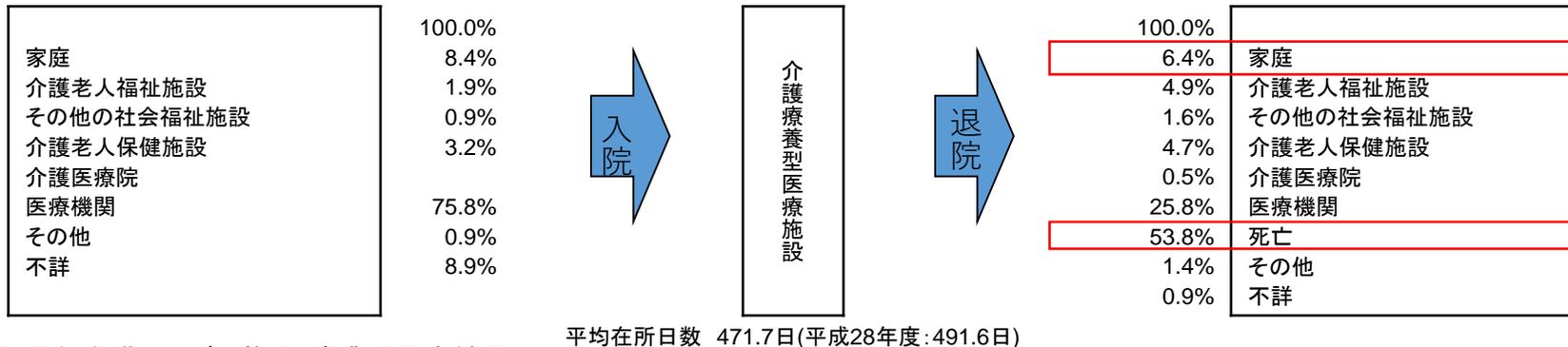
(退所者数:8,018人)



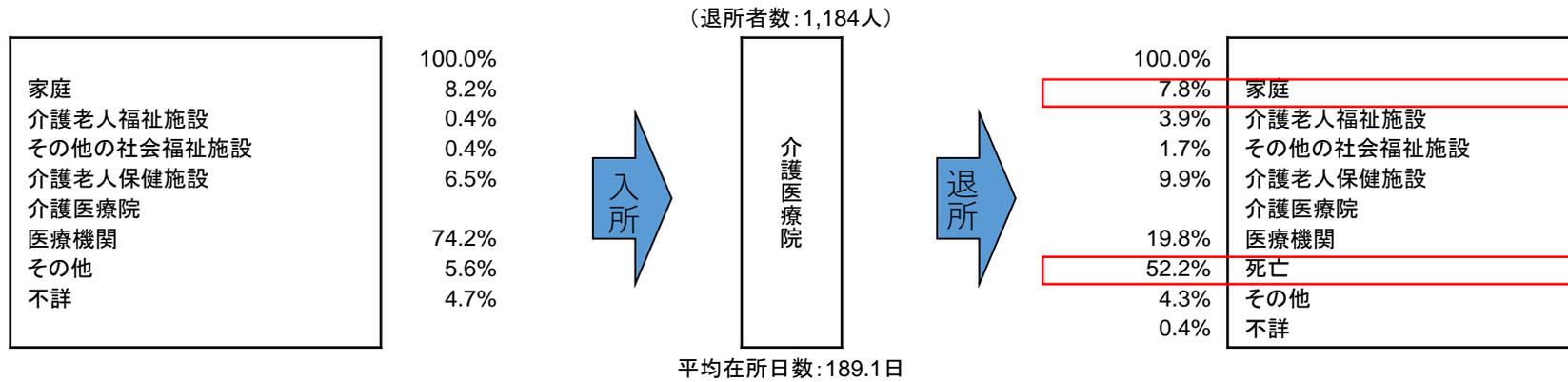
(退所者:23,106人)



(退所者:1,590人)



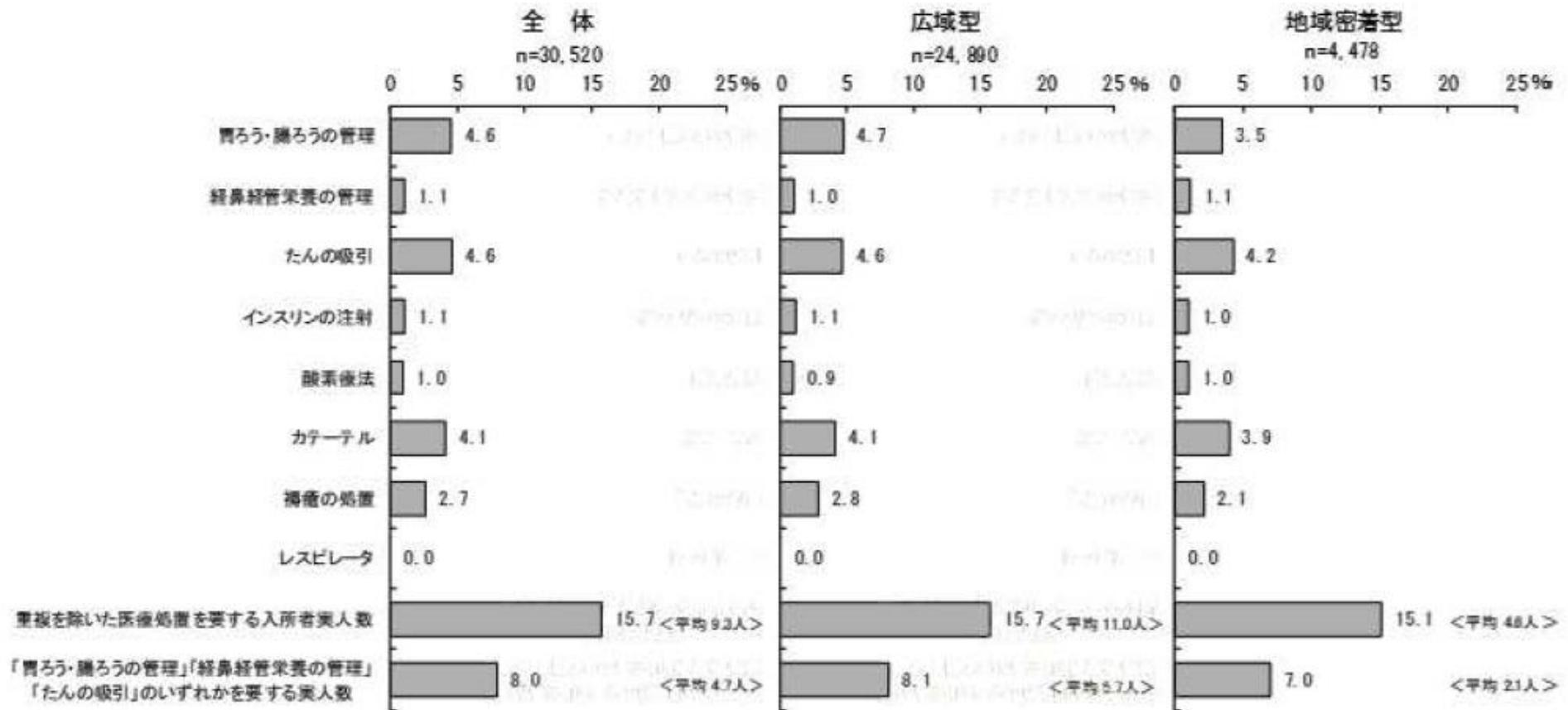
介護保険施設における入所者・退所者の状況



特養における医療ニーズへの対応実態：医療処置を要する入所者

- 医療処置を要する入所者の入所者総数に占める割合をみると、「胃ろう・腸ろうの管理」が4.6%、「たんの吸引」が4.6%、「カテーテルの管理」が4.1%、「褥瘡の処置」が2.7%、などとなっている。

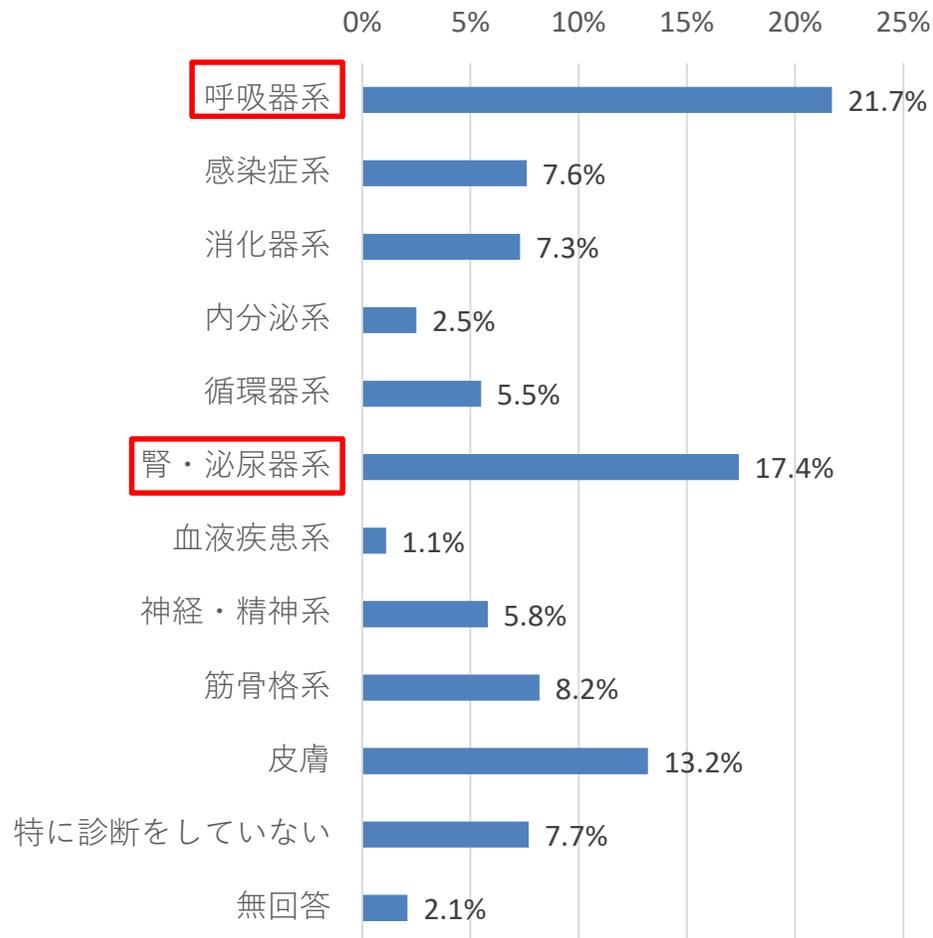
医療処置を要する入所者の入所者総数に占める割合



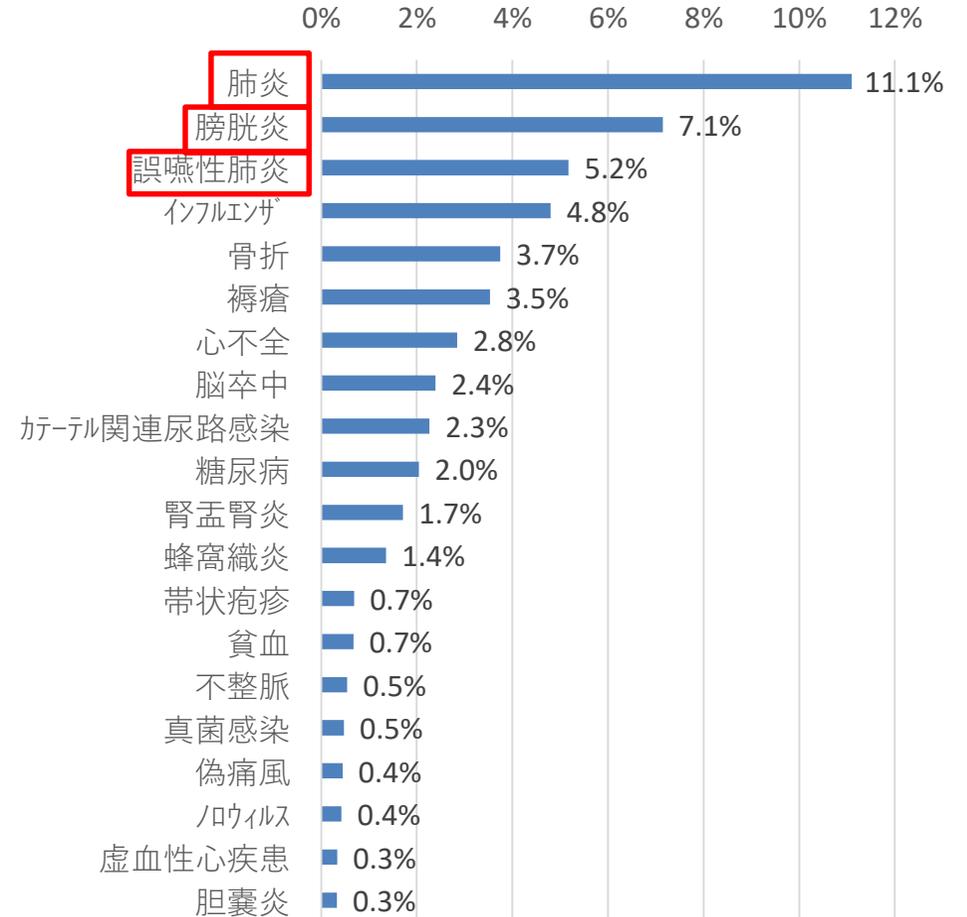
介護老人保健施設における疾患の発生状況

○ 発生した疾患について、分類でみたところは「呼吸器系」が21.7%、「腎・泌尿器系」が17.4%であった。疾患名でみたところ、「肺炎」が11.1%、「膀胱炎」が7.1%、「誤嚥性肺炎」が5.2%であった。

疾患分類別 (n=14,570)



疾患名別 (上位20位まで) (n=14,570)



(1)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

(令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和3年度調査))

【入所者の状態(介護医療院票問4、問28～31、介護療養型医療施設票・医療療養病床票問4、10、介護療養型老健票問3、9)】

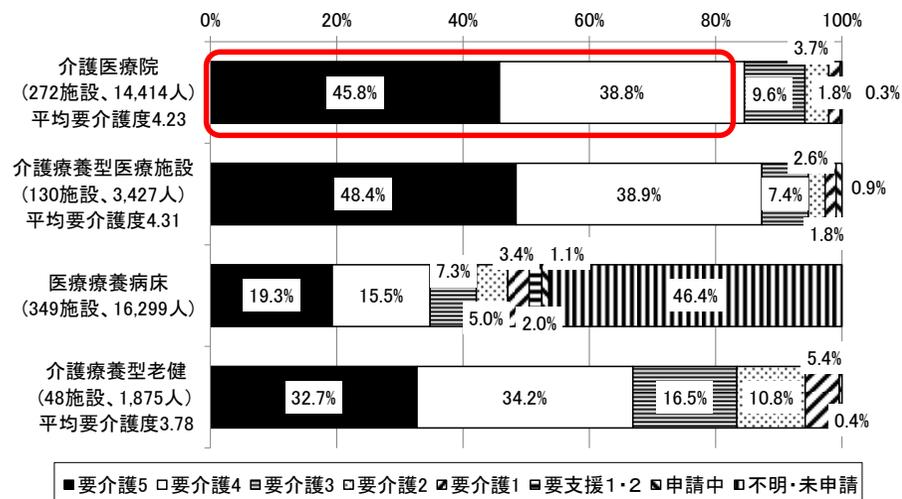
○入所定員は、介護医療院は平均58.0人であった。

○介護医療院の入所者の状態は、「要介護5」及び「要介護4」の合計が84.6%、「医療区分1」が40.6%、「ADL区分3」が37.5%であった。

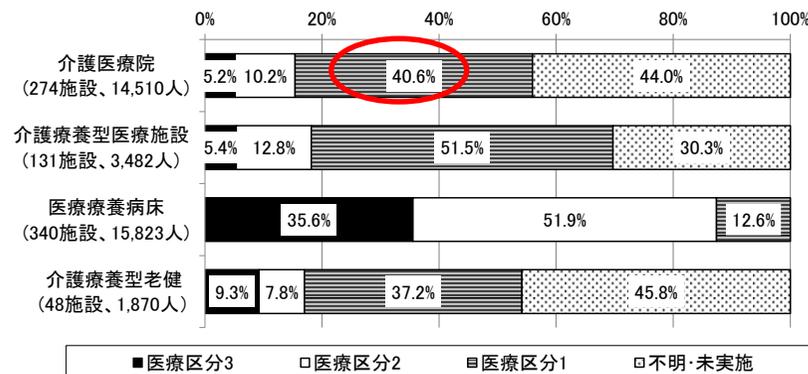
図表17 入所定員・病床数

	回答数	平均値	標準偏差
介護医療院の定員(人)	274	58.0	47.0
介護療養型医療施設の定員(人)	132	30.7	28.1
医療療養病床の病床数(床)	352	53.7	48.4
介護療養型老健の定員(人)	47	44.1	31.2

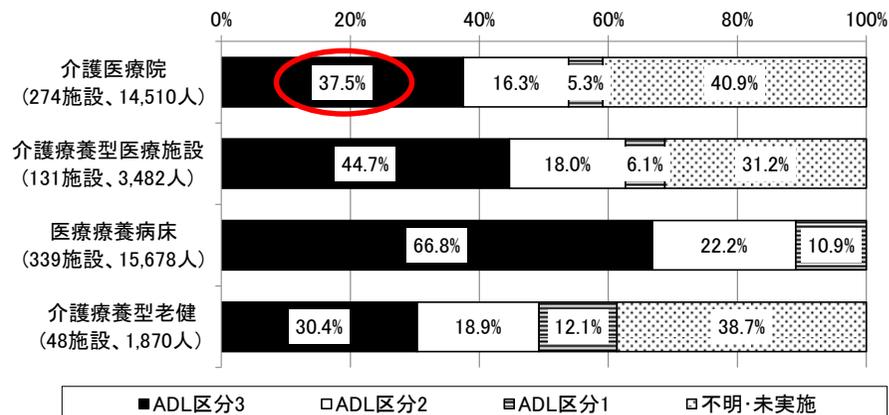
図表18 要介護度



図表19 医療区分



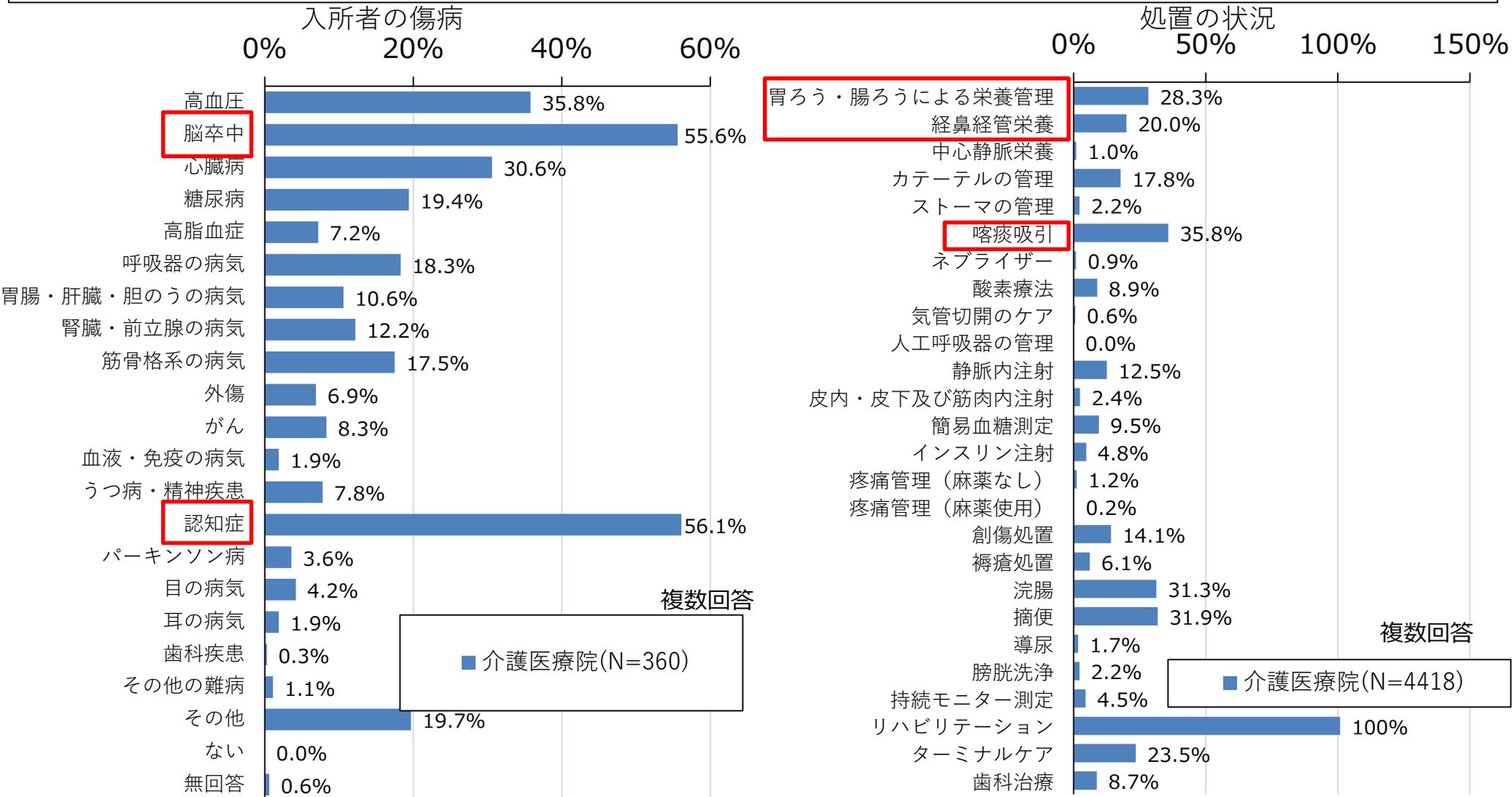
図表20 ADL区分



※平均要介護度は申請中、不明・未申請分を除く。
また医療療養病床は不明が多く、平均要介護度は算出せず。

介護医療院入所者の傷病及び処置の状況

- 介護医療院入所者の傷病は認知症が最も多く56.1%、次いで脳卒中が55.6%であった。
- 処置の状況は、胃ろう・腸ろうによる栄養管理と経鼻経管栄養の合計で48.3%、喀痰吸引が35.8%であった。



介護保険と医療保険の給付調整のイメージ

○ 医療サービスは、施設により介護保険又は医療保険から給付される範囲が異なる。

- ※ 介護療養型医療施設、介護医療院は、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費・特別診療費を算定できる。
- ※ 介護医療院、介護老人保健施設は、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設診療費、緊急時施設療養費を算定できる。

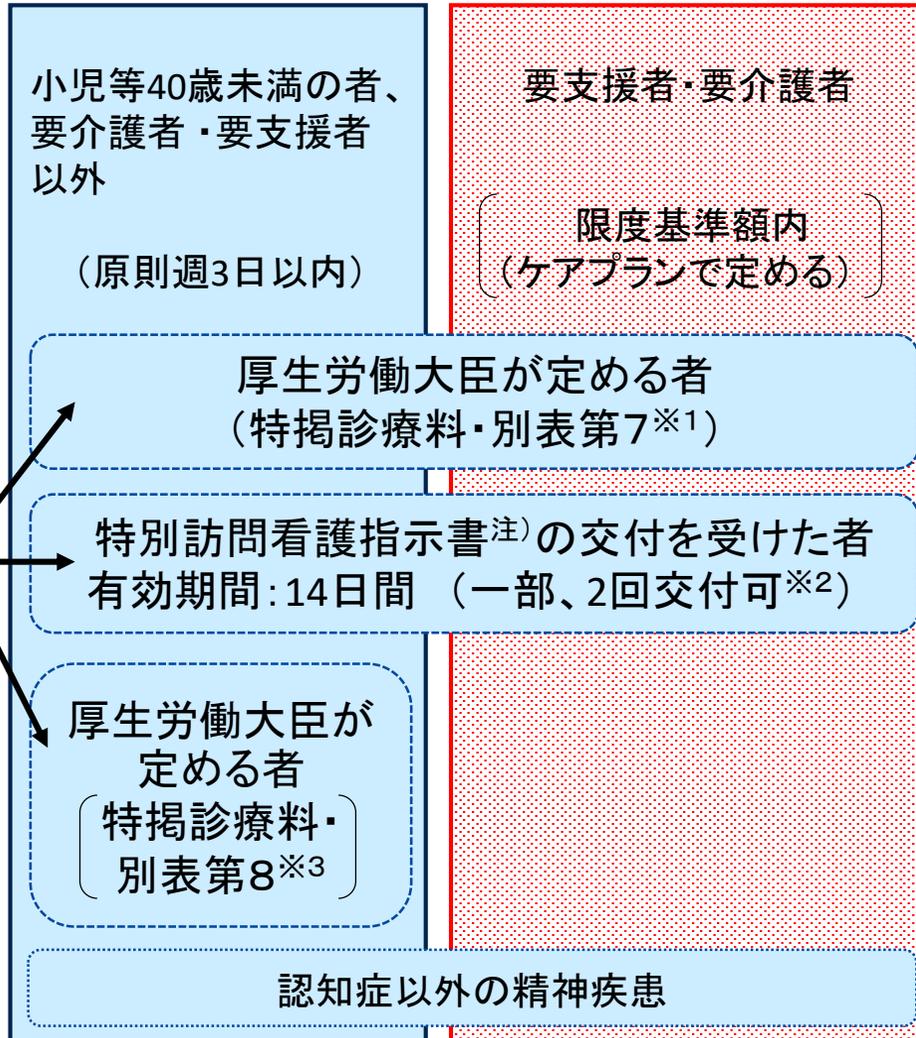
手術・放射線治療 急性増悪時の医療 等	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">緊急時施設診療費</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;">緊急時施設療養費</div>			医療保険で給付
特殊な検査 (例：超音波検査等) 簡単な画像検査 (例：エックス線診断 等)				
投薬・注射 検査 (例：血液・尿 等) 処置 (例：創傷処置 等)	特定診療費	介護保険で給付		特別診療費
医学的指導管理	介護保険で給付		医療保険で給付	
	介護療養型医療施設	介護医療院 (Ⅰ型・Ⅱ型)	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム

※ 上図はイメージ (例えば、簡単な手術については、介護老人保健施設のサービス費に包括されている。)

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ (図)

【医療保険】

【介護保険】



※1: 別表第7

- | | |
|--------------|----------------|
| 末期の悪性腫瘍 | プリオン病 |
| 多発性硬化症 | 亜急性硬化性全脳炎 |
| 重症筋無力症 | ライソゾーム病 |
| スモン | 副腎白質ジストロフィー |
| 筋萎縮性側索硬化症 | 脊髄性筋萎縮症 |
| 脊髄小脳変性症 | 球脊髄性筋萎縮症 |
| ハンチントン病 | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 進行性筋ジストロフィー症 | 後天性免疫不全症候群 |
| パーキンソン病関連疾患 | 頸髄損傷 |
| 多系統萎縮症 | 人工呼吸器を使用している状態 |

※2: 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間: 28日間)

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

注): 特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

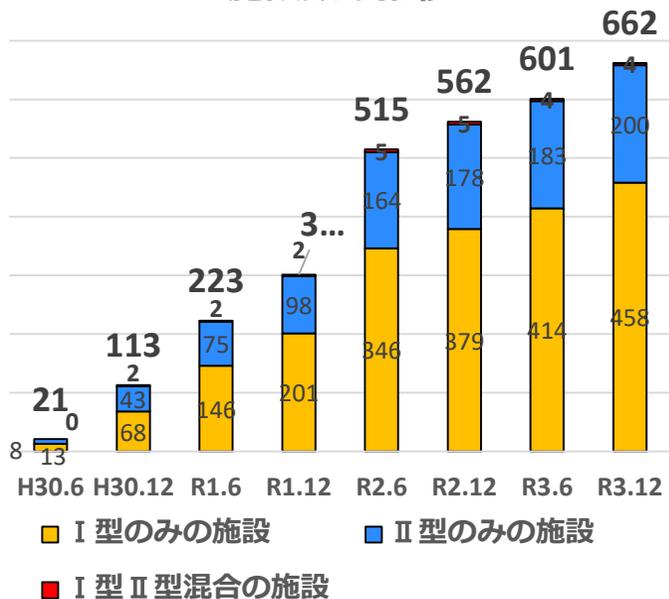
※3: 別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己腹膜灌流指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理
 - 在宅人工呼吸指導管理
 - 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - 在宅自己疼痛管理指導管理
 - 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

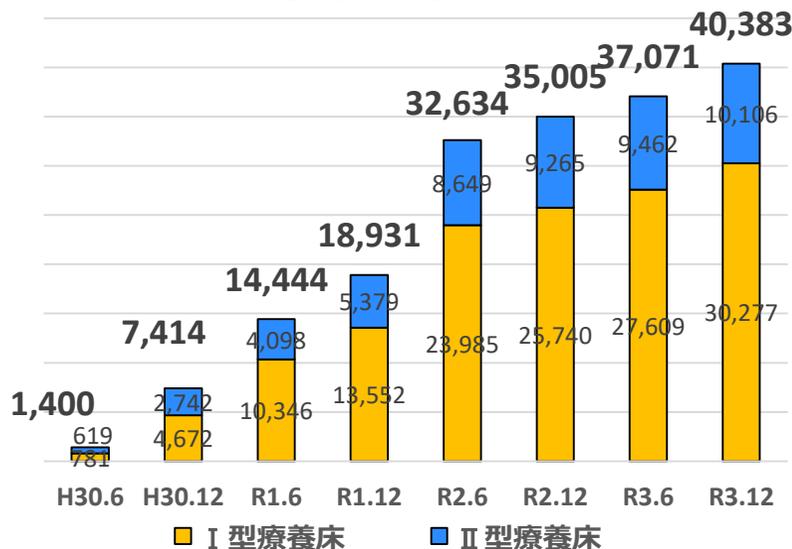
介護医療院等(開設状況)について

○ 令和3年12月末時点での介護医療院開設数は、662施設、40,383療養床であった。

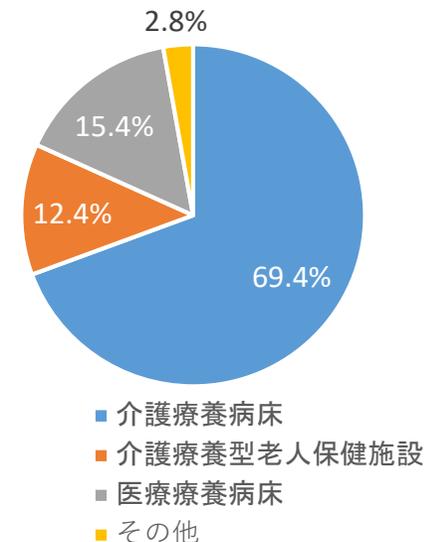
施設数の推移



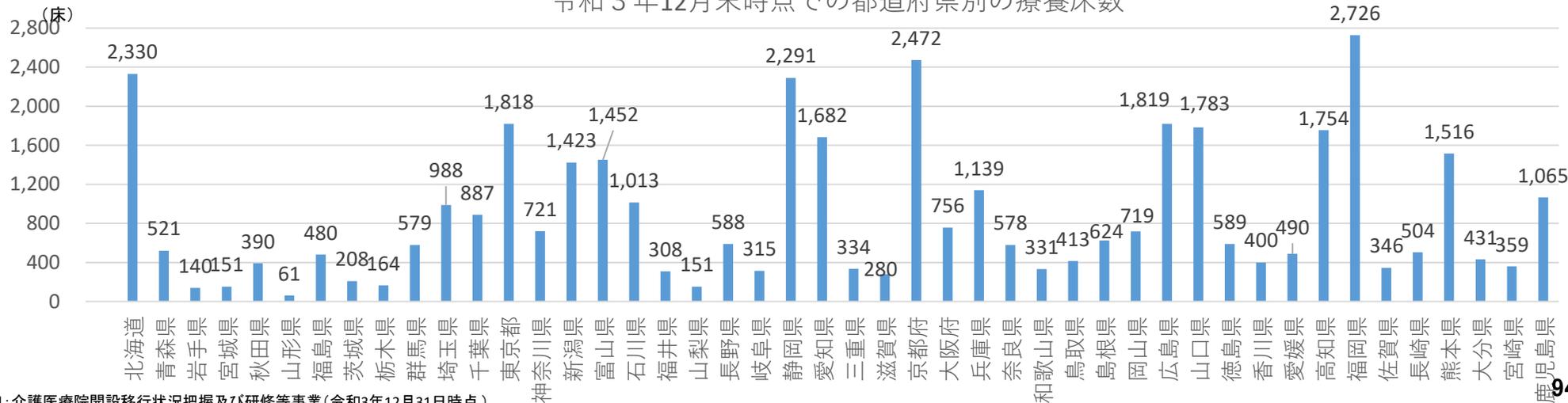
療養床数の推移



転換元の病床割合 (令和3年12月末時点)



令和3年12月末時点での都道府県別の療養床数



介護老人福祉施設の基準

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

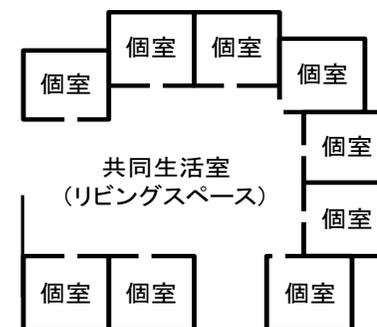
医師	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
生活相談員	入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上
介護職員 又は看護職員	入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上
栄養士 又は管理栄養士	1以上
機能訓練指導員	1以上
介護支援専門員	1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする）

○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こと

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

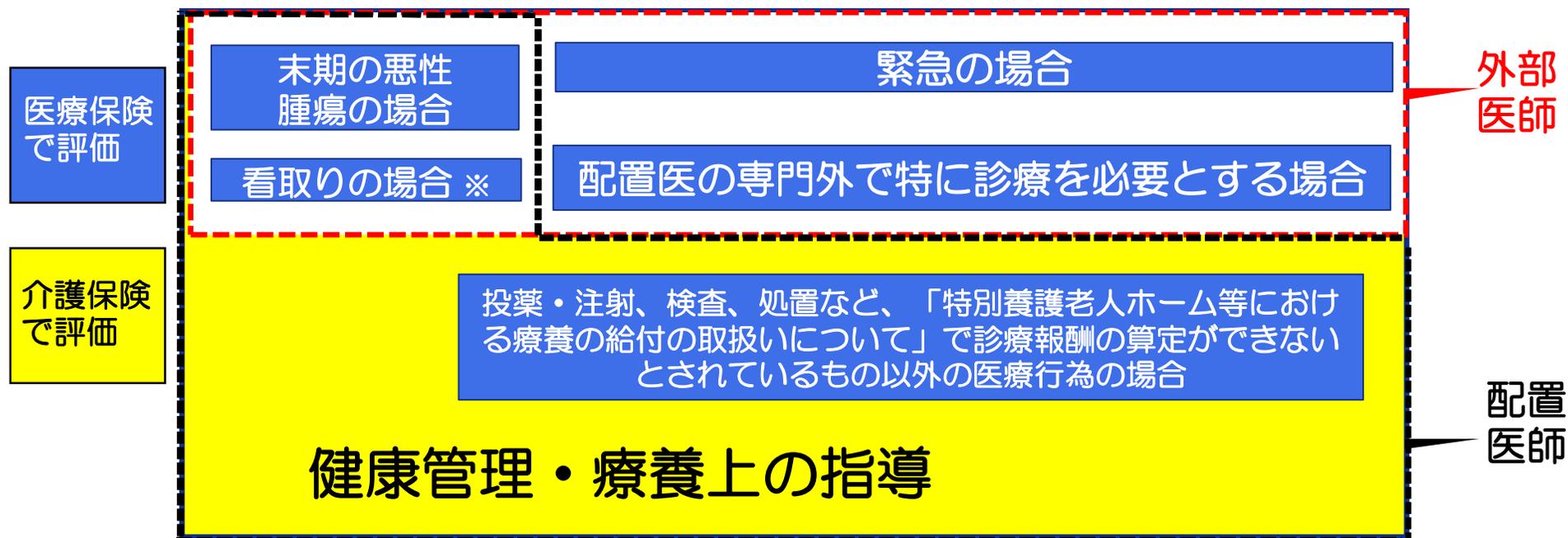
- ・ 共同生活室の設置
- ・ 居室を共同生活室に近接して一体的に設置
- ・ 1のユニットの定員は原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないもの
- ・ 昼間は1ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員、夜間は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ・ ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等



介護老人福祉施設における医療の提供について

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、基準上、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の医師を配置することとされており、この配置医師が行う健康管理及び療養上の指導は介護報酬で評価されるため、初診・再診料等については、診療報酬の算定はできない。
- 一方で、配置医師以外の医師（外部医師）については、（１）緊急の場合、（２）配置医師の専門外の傷病の場合、（３）末期の悪性腫瘍の場合、（４）在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合には、入所者を診ることができるとされており、診療報酬上の「在宅患者訪問診療料」等の算定が可能である。
- こうした入所者に対する医療行為の報酬上の評価の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発0331002号厚生労働省保険局医療課長通知。令和4年3月25日一部改正）で規定している。

医療保険・介護保険の役割のイメージ



※ 在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限る。

介護老人福祉施設における医療の提供に関するこれまでの取組

令和3年度介護報酬改定

中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算について、以下の見直しを実施。

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容に沿った取組の要件化
- 看取りに関する協議等の参加者として、生活相談員を明記
- 現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、死亡日以前45日前からの対応について新たに評価する区分を設置

特別養護老人ホームにおける医療提供の実態把握（老人保健健康増進等事業）

特別養護老人ホームにおける医療について、以下の調査を実施。

- 「特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究」（令和2年度）
 - 配置医師・協力医療機関の役割
 - 緊急時や看取りの対応 等
- 「特別養護老人ホームにおける医療ニーズに関する調査研究事業」（令和3年度）
 - 入所者の医療ニーズや看護職員の役割
 - 施設における感染症対策の状況 等

特別養護老人ホームにおける医療処置の提供者

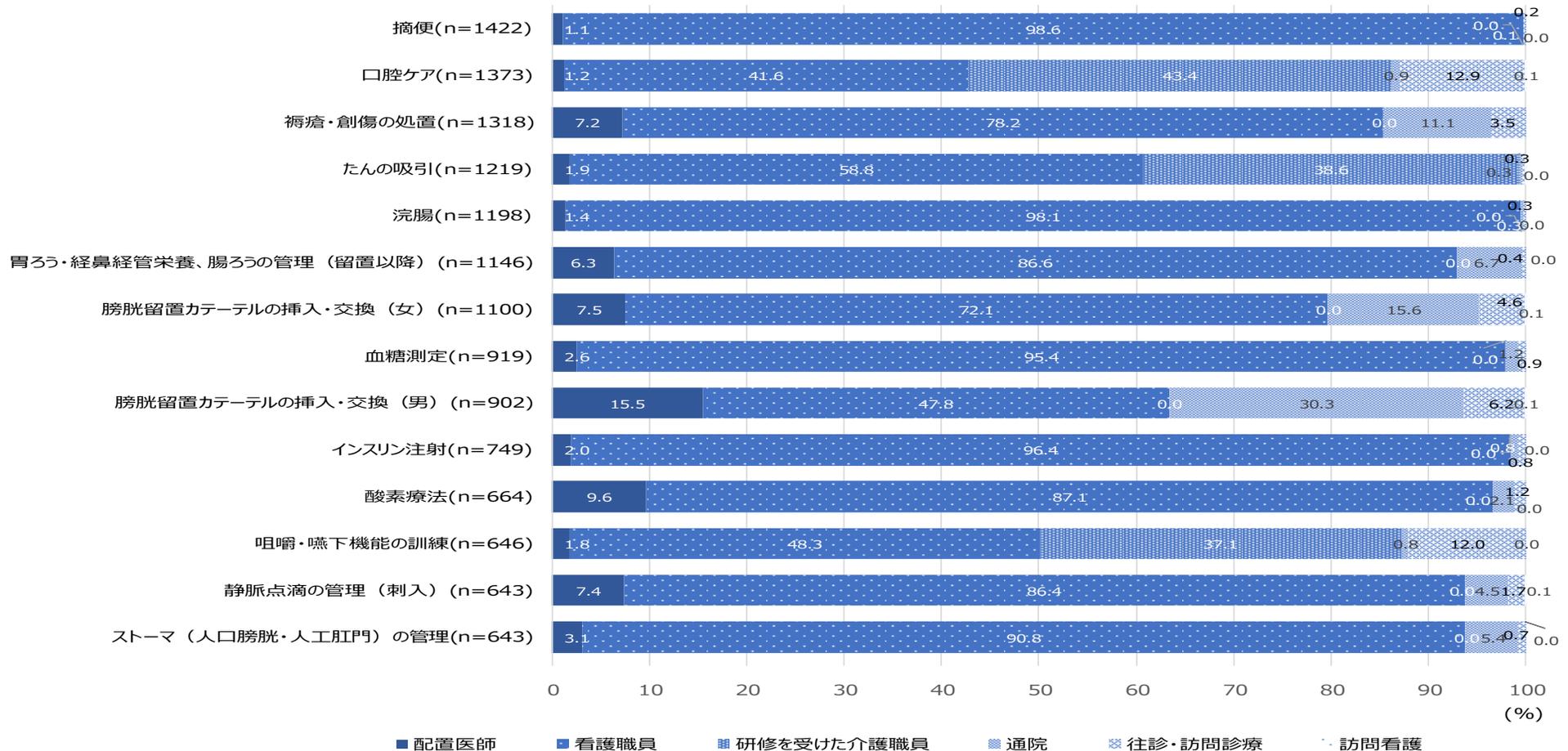
（「特別養護老人ホームにおける医療ニーズに関する調査研究事業」（令和3年度）より）

※調査研究事業 検討委員会提出資料（株式会社日本総合研究所）をもとに厚生労働省老健局高齢者支援課にて作成

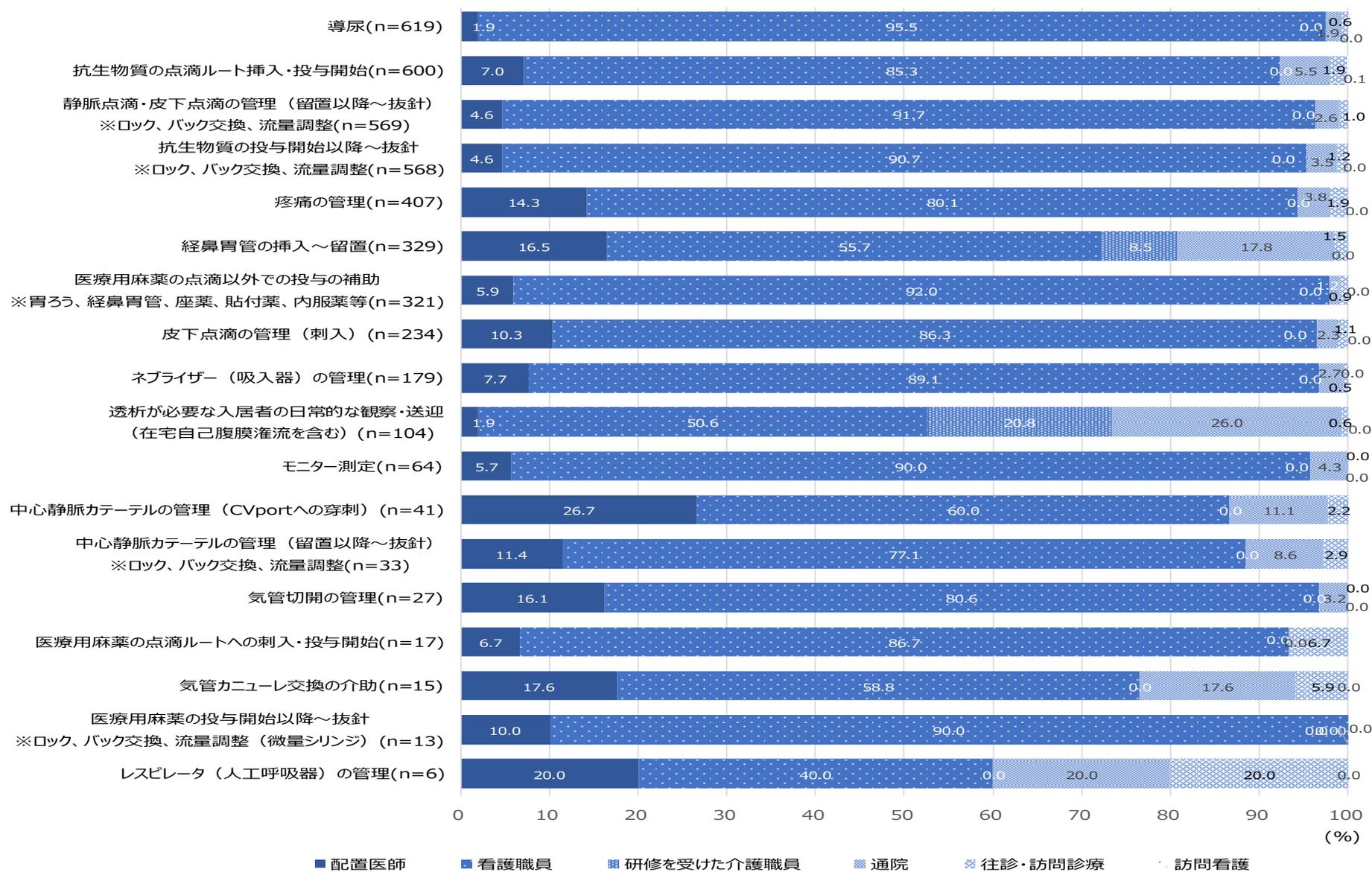
- 全ての医療処置において看護職員が提供する割合が高く、研修を受けた介護職員では、「口腔ケア」（43.4%）、「たんの吸引」（38.6%）、「咀嚼・嚥下機能の訓練」（37.1%）の割合が高い。
- 一定の医療処置について、看護職員をはじめとする施設の職員が果たす役割が見てとれる。

n=①で「いる」と回答したサンプル数

「研修を受けた介護職員」が該当するのは、「たんの吸引」、「経鼻胃管の挿入～留置」、「透析が必要な入居者の日常的な観察・送迎（在宅自己腹膜灌流を含む）」、「口腔ケア」、「咀嚼・嚥下機能の訓練」



特別養護老人ホームにおける医療処置の提供者（続き）



調査結果等を踏まえた厚生労働省の考え方について

厚生労働省の考え方

- 特別養護老人ホームには、医療ニーズの高い利用者も多く入居しており、そうした方々のニーズに適切に対応し、生活の質を向上させていくことは重要と考えます。
- 利用者に対する一定の医療処置について、看護職員をはじめとする施設の職員が果たす役割が見てとれ、また、施設内での対応が難しいケースについては、外部の連携医療機関等を活用することにより対応するなど、状況に応じた対応がなされていると考えます。一方で、医療処置の提供方針は施設ごとにばらつきがあることなどを踏まえると、施設ごとに対応が異なる点もあるのではないかと考えられます。
- こうした状況を踏まえると、特別養護老人ホームにおける医療アクセスの向上のためには、施設内での対応能力を高めていくことや、外部の医療機関等との連携を一層推進していくことが重要と考えます。
- 前者については、これまでも介護報酬上、配置医師緊急時対応加算や看護体制加算等の仕組みにより評価を行っているところです。こうした介護報酬上の対応については、加算の実態等を踏まえつつ、引き続き、検討を進めてまいります。
- 一方で、後者については、特別養護老人ホームにおける配置医師以外の外部の医療機関との協力・連携体制の現状・課題や、配置医師の雇用実態、報酬上の評価も含め、行っている医療処置の実態など、これまでの調査ではいまだ明らかになっていない点多いため、こうした点を来年度の調査研究（令和4年度老人保健健康等推進事業「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」）等において明らかにし、特別養護老人ホームにおける医療ニーズへの適切な対応のあり方について検討を進めてまいります。

認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)について

【根拠法令：介護保険法第8条第20項及び第8条の2第15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第89条等】

- 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もの。

＜事業所数：13,750事業所 サービス受給者数：20.9万人＞



出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計」 令和2年4月審査分(事業所数は介護予防を含まない)

【利用者】

- 1事業所あたり原則3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
- (※)代表者や管理者を兼務等により配置しないこと等ができるサテライト事業所を、ユニット数に応じた規模で設置可能

【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
事業所ごとに1人以上(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修了した者が常勤専従
- (※)3ユニットの場合であって、各ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策(マニュアルの策定、訓練の実施)をとっていることを要件に、例外的に夜勤2人以上の配置に緩和できることとし、事業所が夜勤職員体制を選択することを可能とする。

【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
- 外部評価の実施
・外部評価機関又は運営推進会議にて実施
- 定期的に避難、救出訓練を実施し、これに当たっては地域住民の参加が得られるよう努めること

	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	199,447	224,276	250,092
三大都市圏	72,376	83,696	97,628
三大都市圏以外	127,071	140,580	152,464

※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

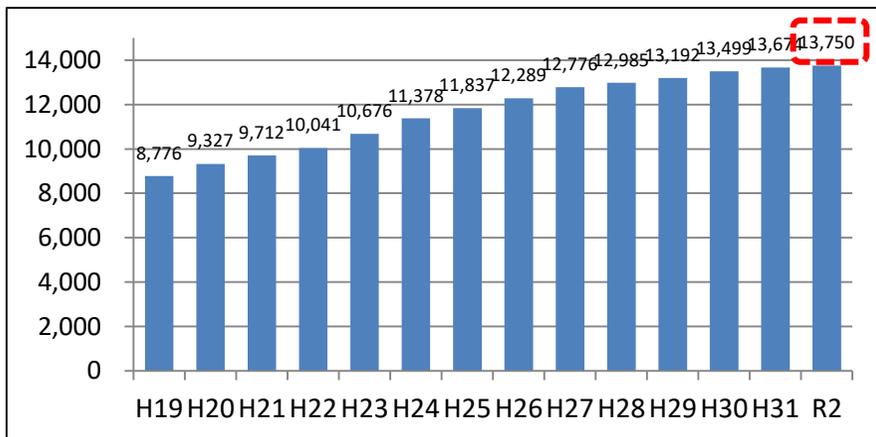
認知症施策推進大綱(抜粋)

- 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
- (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の促進
特に、認知症グループホーム(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と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みを進める。

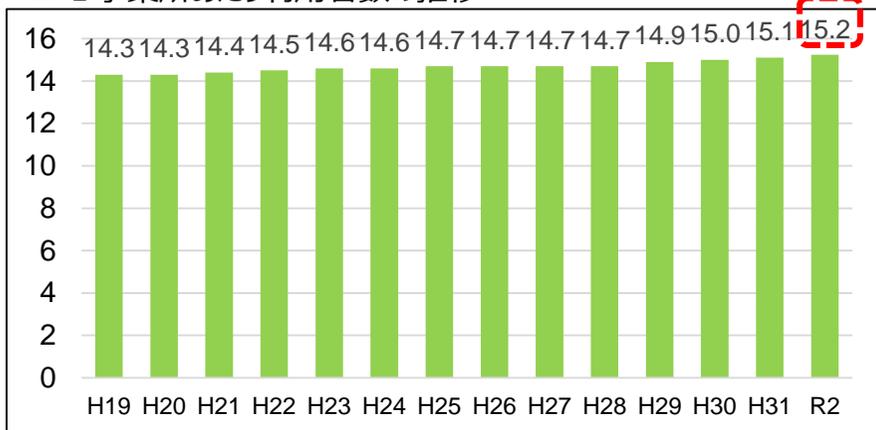
認知症対応型共同生活介護の事業所数・利用者数等

- 請求事業所数は増加しており13,750事業所、1事業所あたりの平均利用者数は横ばい傾向であったが、平成29年から微増しており15.2人となっている。
- 利用者数は約209,500人で、利用者の約55%が要介護3以上の中重度者である。

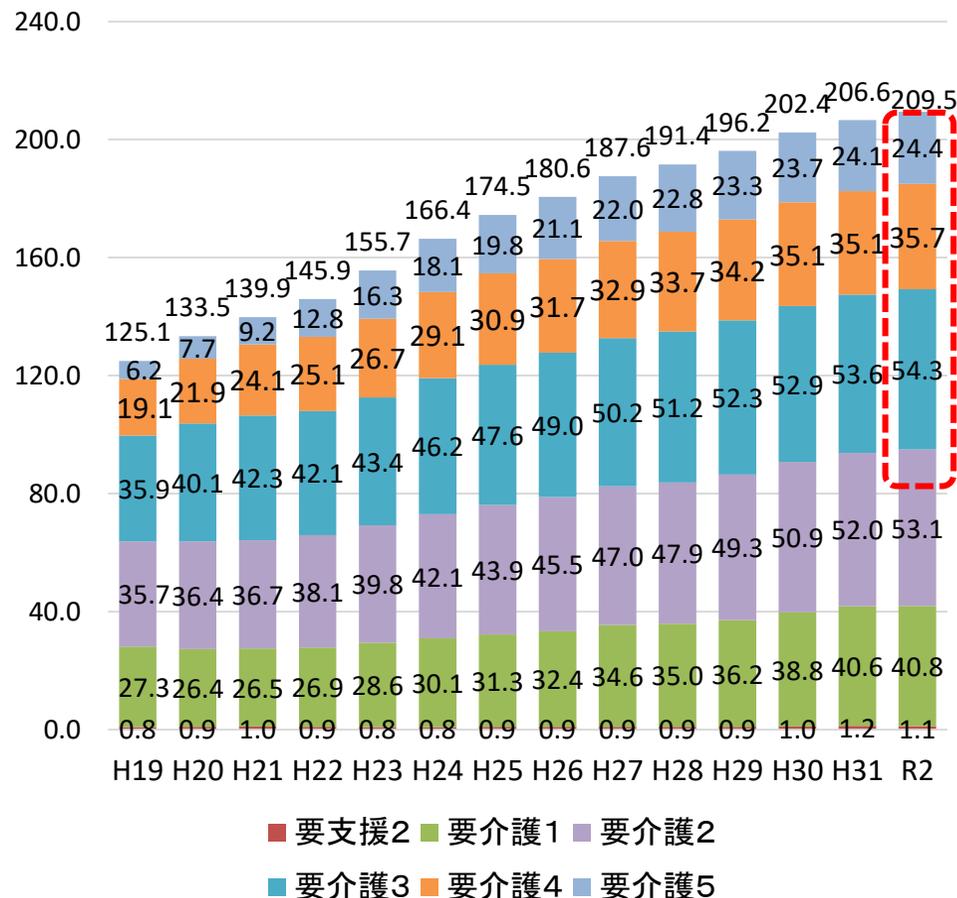
■ 事業所数の推移



■ 1事業所あたり利用者数の推移

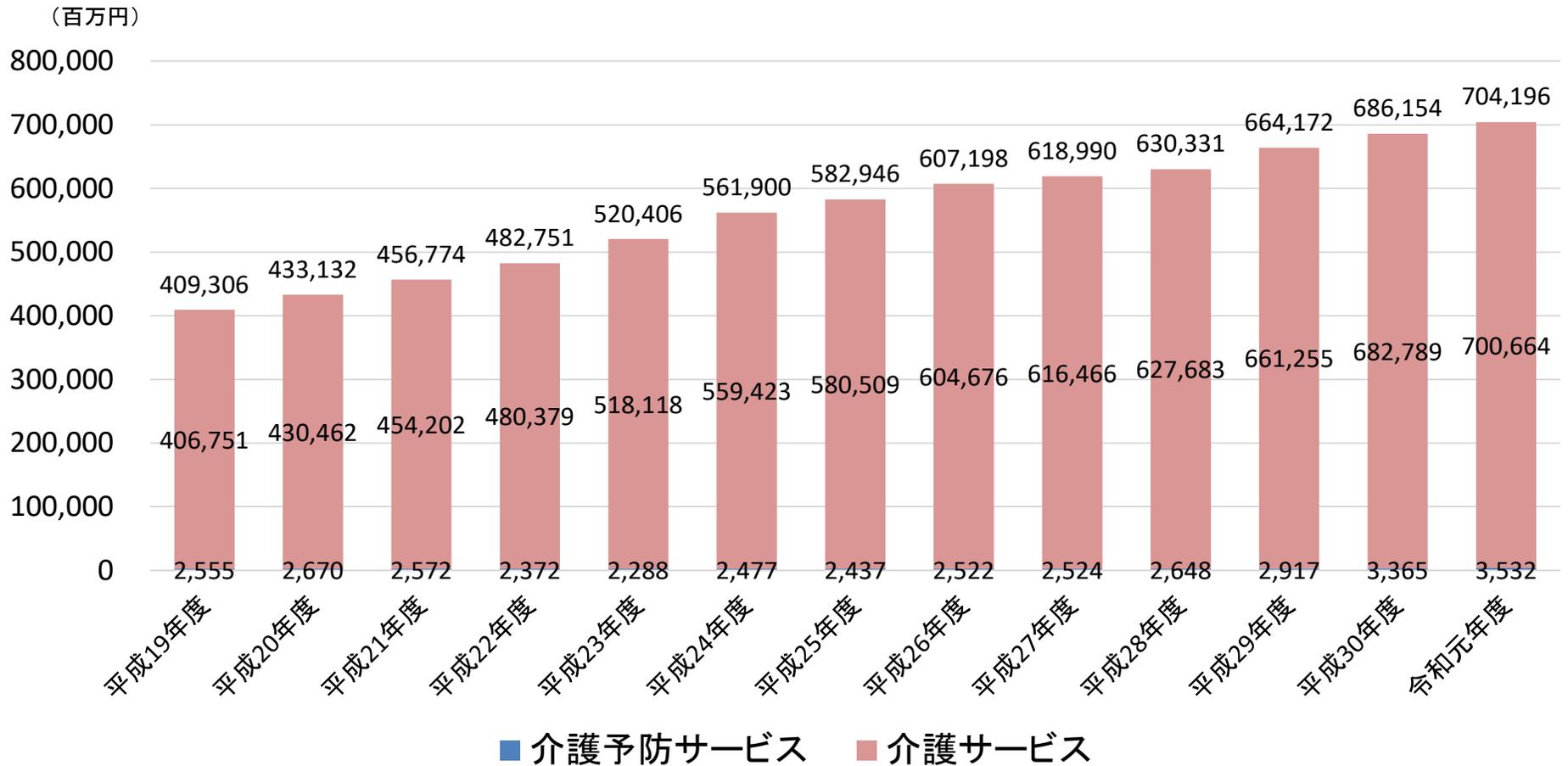


■ 認知症対応型共同生活介護の受給者数（要介護度別）
(千人)



【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧介護給付費等実態調査)」(各年4月審査分)

認知症対応型共同生活介護の費用額

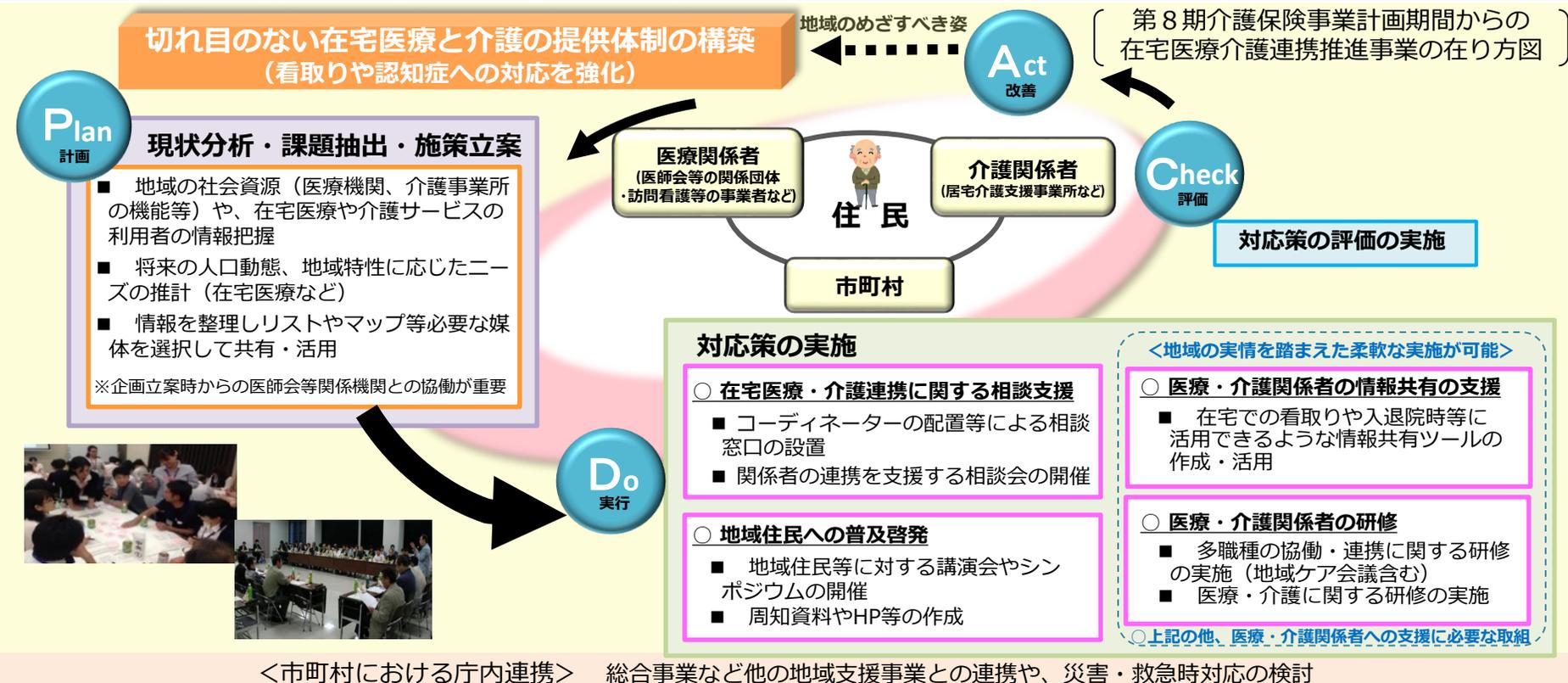


※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

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)

在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



都道府県(保健所等)による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
- 地域医療構想・医療計画との整合

在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

- 平成26年介護保険法改正により市町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業として、在宅医療・介護連携推進事業（以下、「本事業」とする）が位置付けられ、平成27年度から市町村は順次、8つの事業項目を開始してきた。
- 本事業の円滑な実施のために「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.1（介護保険最新情報vol.447）」（以下、「手引き」とする）を作成、具体的な取組を例示し、平成27年3月に周知。
- さらに、平成29年介護保険法改正においても、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の導入及び充実を図るとともに、都道府県による市町村支援の役割を明確にするために、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.2（介護保険最新情報vol.610）」として、平成29年10月に周知してきたところ。
- そして、本事業の開始から数年が経過し、現在では、8つの事業項目に限らず、認知症や災害に関する取組をあわせて実施するなど、地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の取組が実施されつつある。一方で、「将来的な本事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる等、本事業の構造や進め方についての理解が不足している状況もみられ、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかとの指摘もあった。
- このような中で、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって本事業でめざす姿の実現がなされるよう、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3（介護保険最新情報vol.871）」として、令和2年9月に発出。

1 改訂のポイント

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



★在宅医療・介護連携推進事業の手引き(Ver.3)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

「8つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

③ (ア) (イ) に基づいた取組の実施

(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

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

事業全体の目的を明確化しつつ、PDCAサイクルに沿った取組を実施しやすくする
観点、地域の実情に応じてより柔軟な運用を可能にする観点からの見直し

地域のめざす理想像

- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

①現状分析・課題抽出・施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）

(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

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

②対応策の実施

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

+

＜地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能＞

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

- 地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施

③対応策の評価・改善

都道府県主体の役割へ変更

（都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用。また、保健所等を活用し、②対応策の実施も必要に応じ支援。）

●総合事業など他の地域支援事業等との連携

※あくまでも8つの事業項目の再編イメージであることに留意。実際の運用や語句イメージは、次のスライドを参照。なお、「(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」には、「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制」と「企画立案」の要素があったため、「地域のめざす理想像」と「現状分析・課題抽出・施策立案」の両方に表記

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、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。

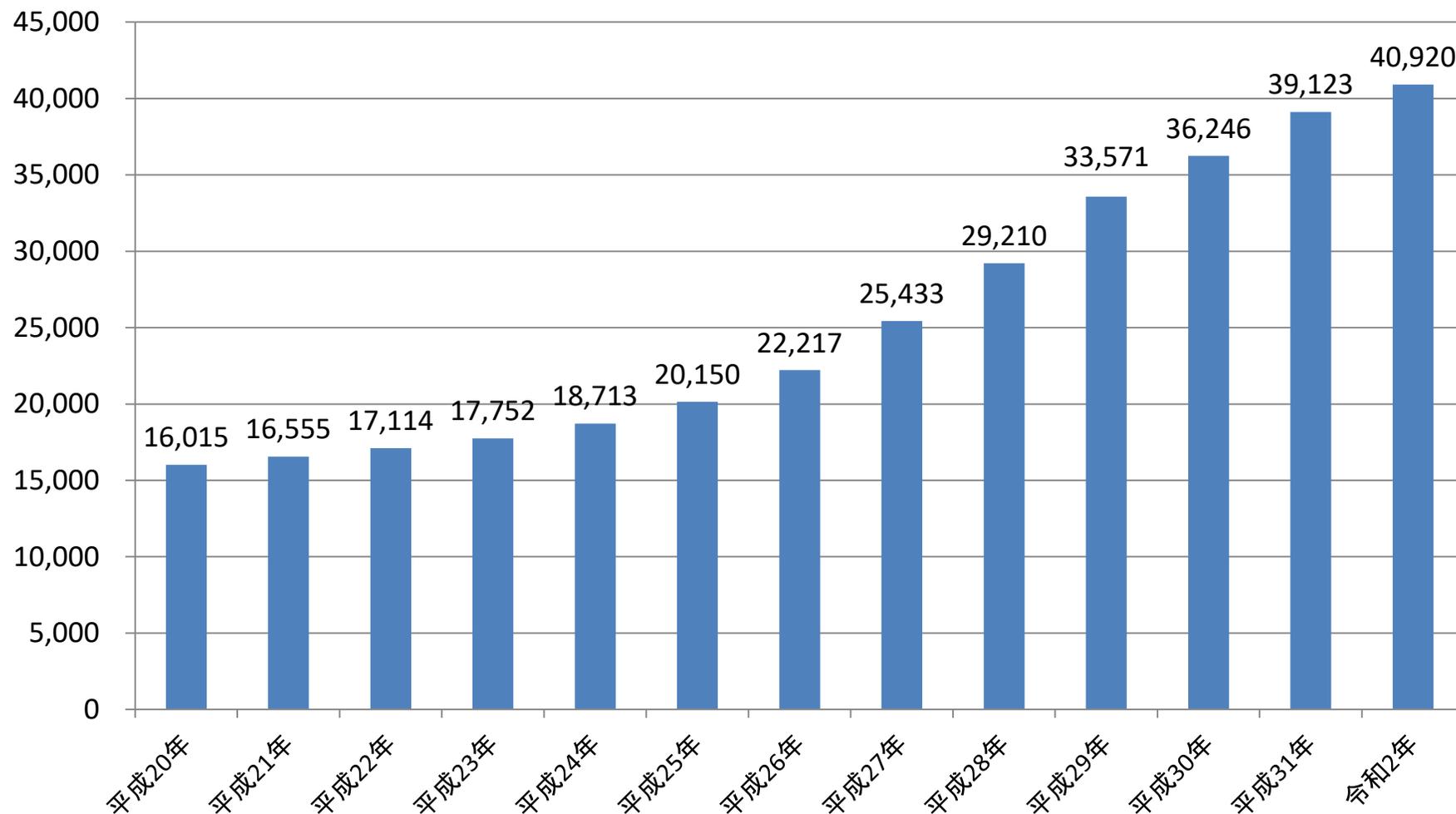
(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号第84条))

各職種が行う指導の概要

医師又は歯科医師	<ul style="list-style-type: none">○ 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	<ul style="list-style-type: none">○ 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	<ul style="list-style-type: none">○ 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	<ul style="list-style-type: none">○ 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

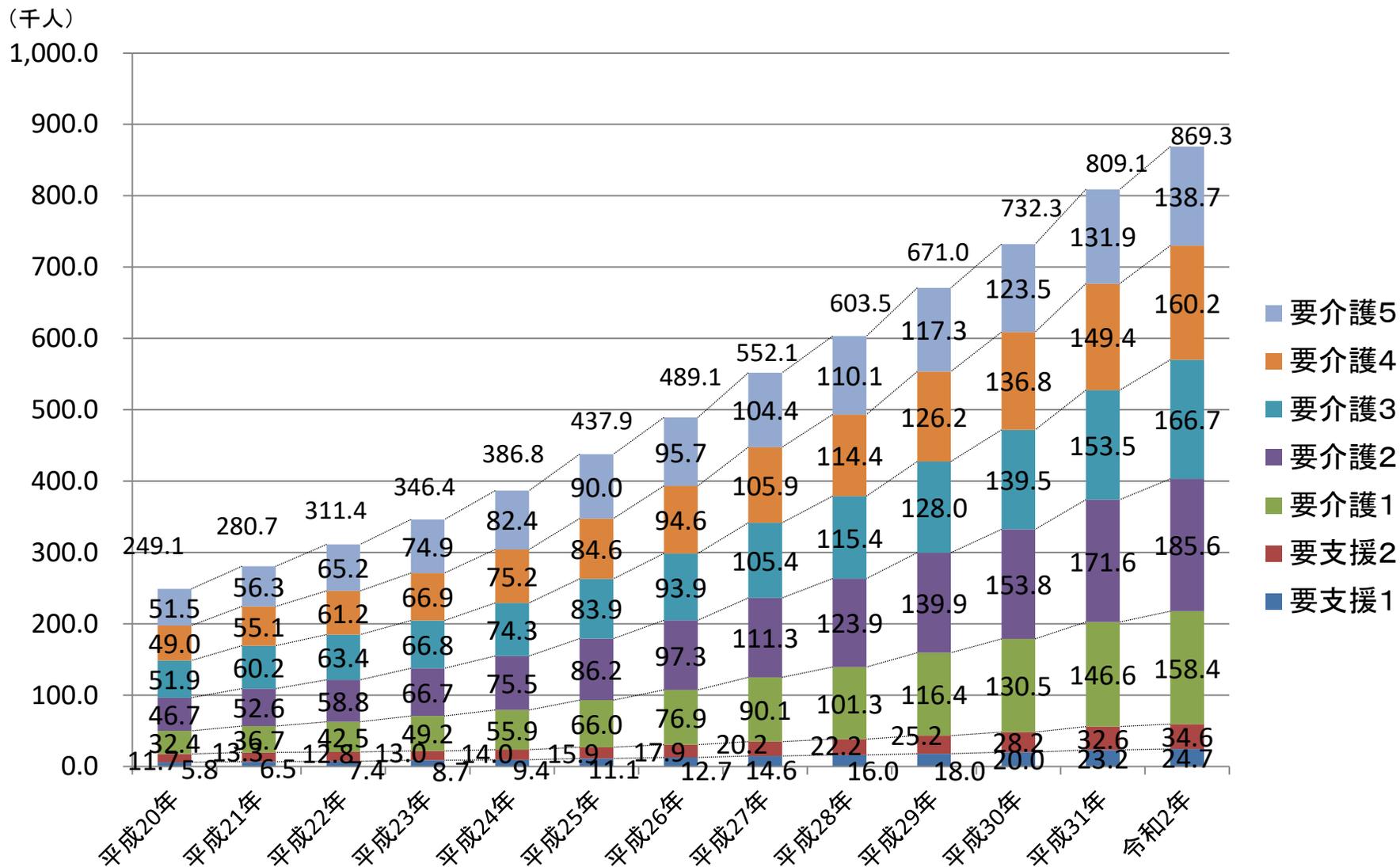


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※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

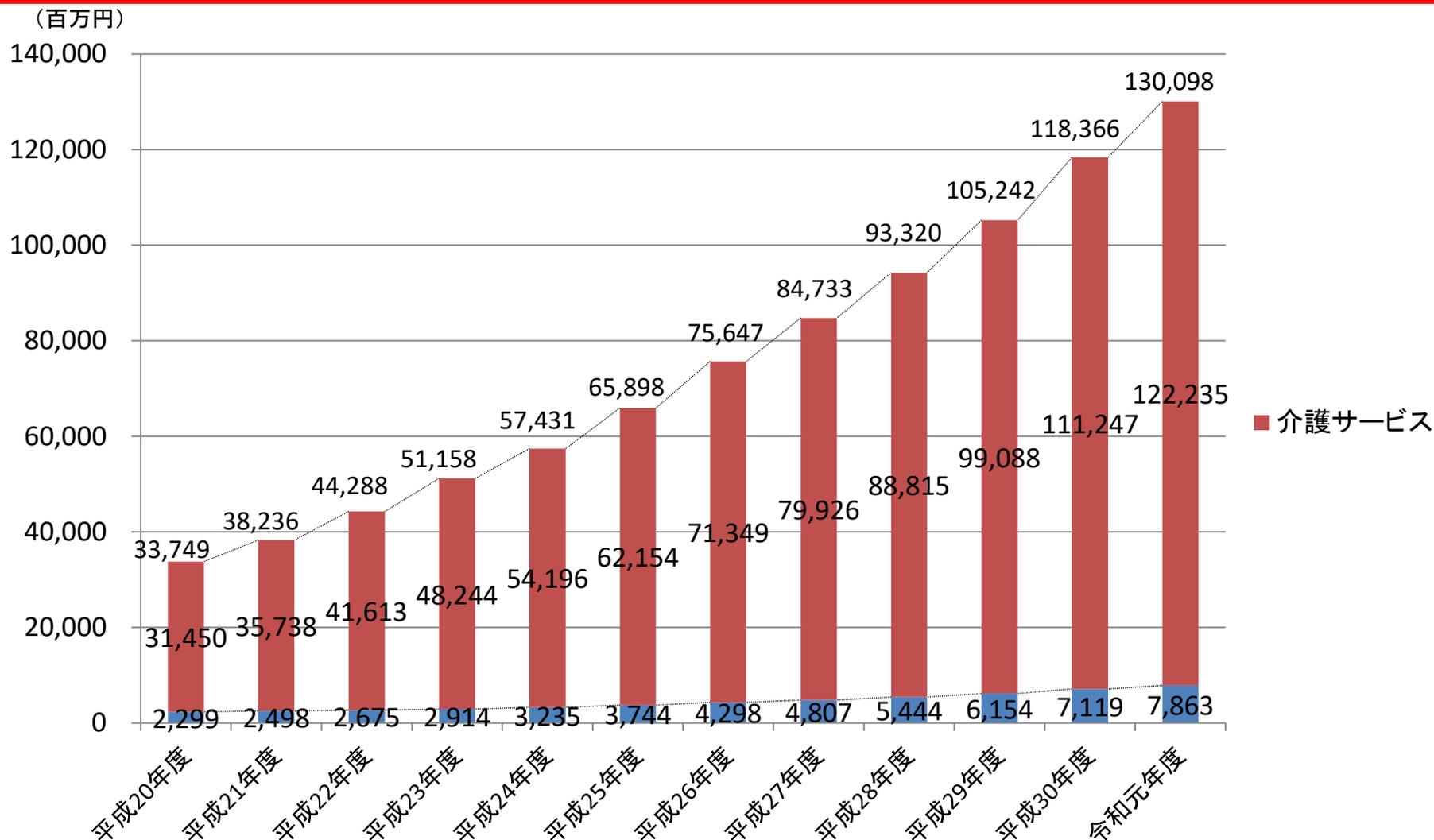


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※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。

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)

基本方針を踏まえた居宅療養管理指導の実施と多職種連携の推進

- 医師等による居宅療養管理指導において、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し、関連する情報をケアマネジャー等に提供するよう努めることとする。

居宅療養管理指導

- 医師・歯科医師が居宅療養管理指導を行う際には、必要に応じて、**居宅要介護者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し、また、関連する情報については、介護支援専門員等に提供するよう努めることを明示する。**【通知改正】
- **薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士**が居宅療養管理指導を行う際には、必要に応じて、これらの支援につながる情報を把握し、また、関連する情報を医師・歯科医師に提供するよう努めることを明示する。【通知改正】
- 多職種間での情報共有促進の観点から、**薬剤師**の居宅療養管理指導の算定要件とされている介護支援専門員等への情報提供について、**明確化する。**【省令改正】

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) (抄)

(基本方針)

第八十四条 指定居宅サービスに該当する居宅療養管理指導(以下「指定居宅療養管理指導」という。)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、歯科衛生士(歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を含む。以下この章において同じ。)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。

2.(3)① 基本方針を踏まえた居宅療養管理指導の実施と多職種連携の推進

概要

【居宅療養管理指導★】

- 居宅療養管理指導について、基本方針を踏まえ、利用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、より適切なサービスを提供していく観点から、近年、「かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へつなげる取組」を進める動きがあることも踏まえ、また多職種間での情報共有促進の観点から、見直しを行う。【省令改正、通知改正】

基準・算定要件等

- 以下の内容を通知に記載する。
 - <医師・歯科医師>
 - ・居宅療養管理指導の提供に当たり、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、利用者の多様なニーズについて地域における多様な社会資源につながるよう留意し、必要に応じて指導、助言等を行う。
 - <薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士>
 - ・居宅療養管理指導の提供に当たり、（上記の）医師・歯科医師の指導、助言等につながる情報の把握に努め、必要な情報を医師又は歯科医師に提供する。
- 以下の内容等を運営基準（省令）に規定する。
 - <薬剤師>
 - ・療養上適切な居宅サービスが提供されるために必要があると認める場合や、居宅介護支援事業者等から求めがあった場合は、居宅サービス計画の作成、居宅サービスの提供等に必要な情報提供又は助言を行う。

2.(3)② 医師・歯科医師から介護支援専門員への情報提供の充実

概要

【居宅療養管理指導★】

- 医師・歯科医師による居宅療養管理指導について、医師・歯科医師から介護支援専門員に適時に必要な情報が提供され、ケアマネジメントに活用されるようにする観点から、算定要件である介護支援専門員への情報提供に当たっての様式について見直しを行う。【通知改正】
 - ・ 医師：主治医意見書の様式を踏まえた新たな様式を設定。
 - ・ 歯科医師：歯科疾患在宅療養管理料（医療）の様式を踏まえた新たな様式を設定。
- ※ 様式には、居宅要介護者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう、関連の記載欄を設定。（※2（3）①参照）

2.(3)③ 外部の管理栄養士による居宅療養管理指導の評価

概要

【居宅療養管理指導★】

- 管理栄養士による居宅療養管理指導について、診療報酬の例も参考に、当該事業所以外の他の医療機関、介護保険施設、日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」の管理栄養士が実施する場合の区分を新たに設定する。【告示改正、通知改正】

単位数

<現行>

なし

⇒

<改定後>

- 二 管理栄養士が行う場合
 (2) 居宅療養管理指導費(Ⅱ)
 当該指定居宅療養管理指導事業所以外の
 管理栄養士が行った場合
 (一)単一建物居住者1人に対して行う場合
 (二)単一建物居住者2人から9人以下
 に対して行う場合
 (三)(一)及び(二)以外の場合

算定要件等

- 当該事業所以外の他の医療機関、介護保険施設、日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」と連携して、当該事業所以外の管理栄養士が居宅療養管理指導を実施した場合。
 ※ 介護保険施設は、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。

2.(3)④ 歯科衛生士等による居宅療養管理指導の充実

概要

【居宅療養管理指導★】

- 歯科衛生士等による居宅療養管理指導を行った場合の記録等の様式について、その充実を図る観点から、診療報酬における訪問歯科衛生指導料や歯科衛生実地指導料の記載内容を参考に新たな様式を設定する。【通知改正】

(参考)特定の機能を有する薬局の認定

○ 薬剤師・薬局を取り巻く状況が変化中、患者が自身に適した薬局を選択できるよう、以下の機能を有すると認められる薬局について、都道府県の認定により名称表示を可能とする。

・入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局（**地域連携薬局**）

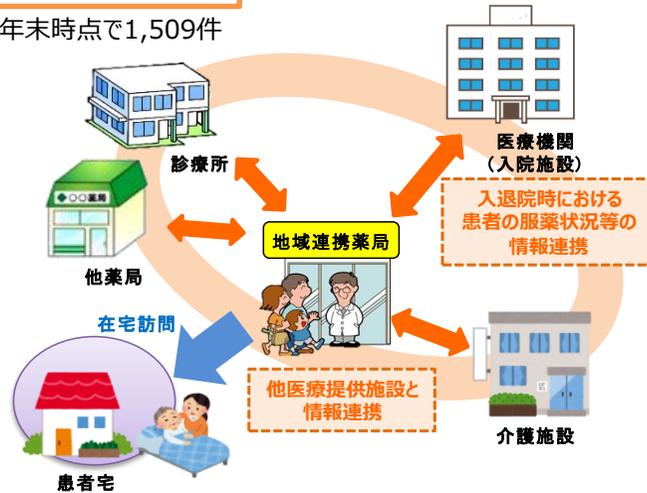
患者のための薬局ビジョンの「かかりつけ薬剤師・薬局機能」に対応

・がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局（**専門医療機関連携薬局**）

患者のための薬局ビジョンの「高度薬学管理機能」に対応

地域連携薬局

※2021年末時点で1,509件



〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有（入院時の持参薬情報の医療機関への提供、退院時カンファレンスへの参加等）
- ・夜間・休日の対応を含めた地域の調剤応需体制の構築・参画
- ・地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置
- ・在宅医療への対応（麻薬調剤の対応等）

等

専門医療機関連携薬局

※2021年末時点で79件

※傷病の区分ごとに認定
(現在規定している区分は「がん」)



〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有（専門医療機関との治療方針等の共有、患者が利用する地域連携薬局等との服薬情報の共有等）
- ・学会認定等の専門性が高い薬剤師の配置

等

＜専門性の認定を行う団体＞

- 日本医療薬学会（地域薬学ケア専門薬剤師（がん））
- 日本臨床腫瘍薬学会（外来がん治療専門薬剤師）

介護保険制度におけるリハビリテーションの位置づけ

介護保険法における関連の規定

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、**機能訓練**並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、**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**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

第4条 国民は、**自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。**

リハビリテーションの理念

リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

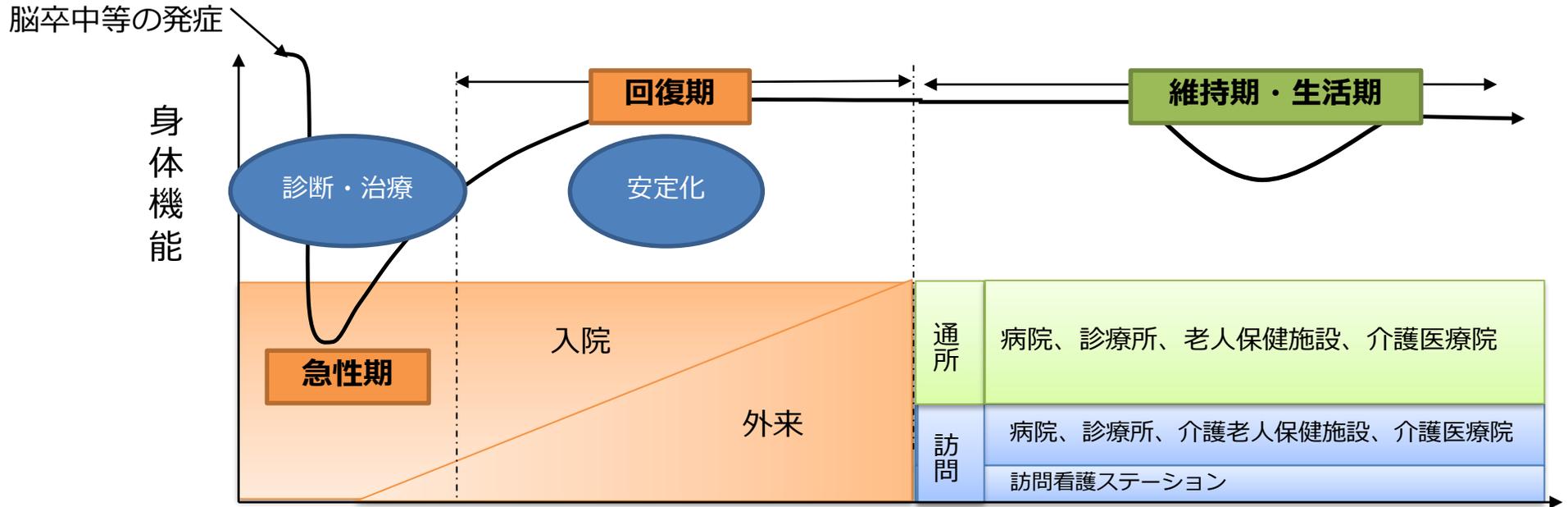
高齢者のリハビリテーションに求められるもの

生活機能の向上を目的として、個々の働きかけを連動して総合的に提供するとともに、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、利用者本人が望んでいる生活を支えていくこと

注) 個々の働きかけとは・・・心身機能、日常生活活動、社会参加、物理的環境などへの働きかけ

【出典】平成16年1月 高齢者リハビリテーション研究会の報告書

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



役割分担	主に医療保険		主に介護保険
	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持・向上	維持・向上	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

通所リハビリテーションの現状

「通所リハビリテーション」とは

- 要支援・要介護者が可能な限り居宅において、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、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能回復を図るもの

【指定通所リハビリテーション事業所の要件】

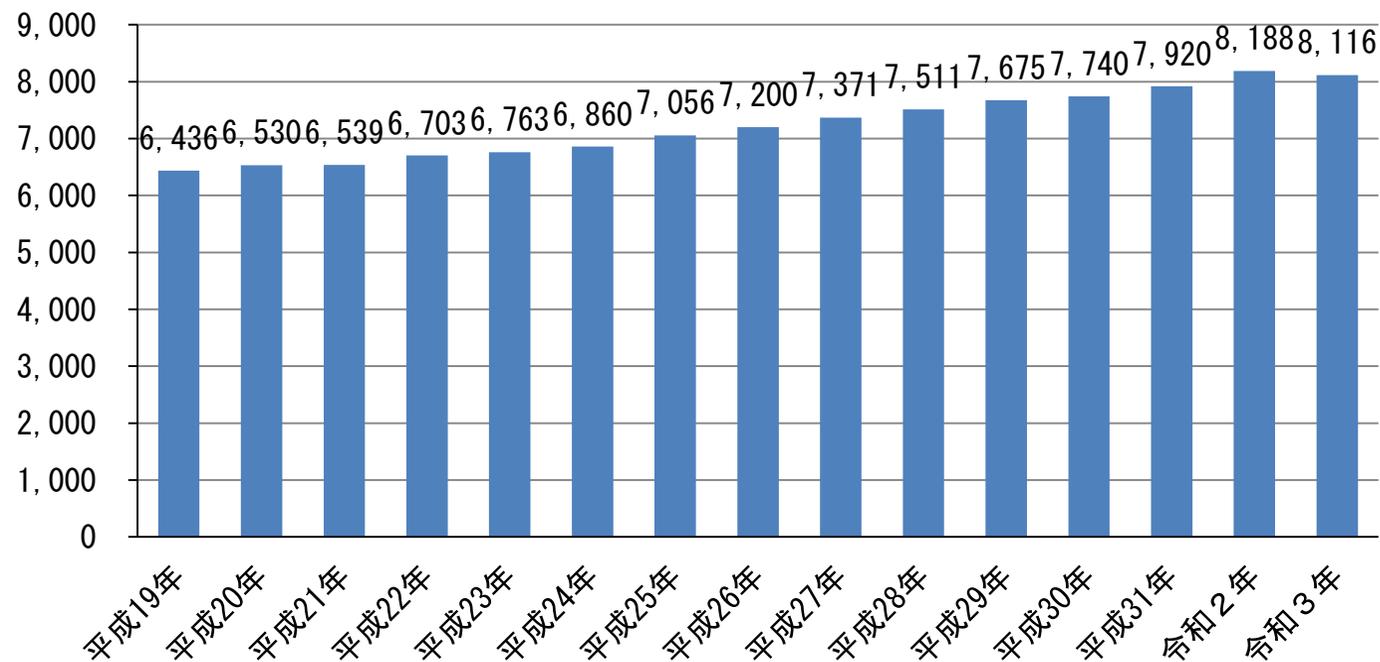
- ①専任の常勤医師一名以上 ②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を利用者100人に一名以上 ③従事者を利用者10人に一名以上
(従事者：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員)
- 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること
- 指定通所リハビリテーションを行うに必要な専用の部屋（3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上）

【通所リハビリテーションの対象者】

- 介護保険法の居宅要支援、要介護者

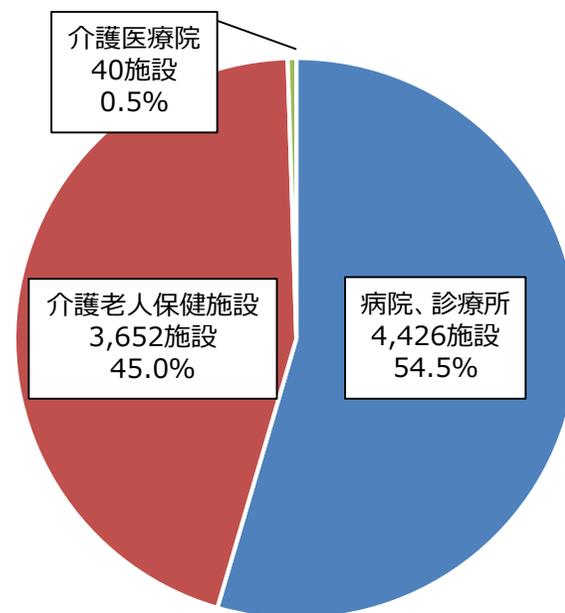
通所リハビリテーションの請求事業所は約8100事業所となっている。開設者種別では、医療機関と介護老人保健施設が半々である。

請求通所リハビリテーション事業所数



(出典) 厚生労働省「介護給付費実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

開設者種別割合



(出典) 厚生労働省「介護給付費実態統計(旧:調査)」(令和2年11月審査分)

訪問リハビリテーションの現状

「訪問リハビリテーション」とは

○ 原則通院の困難な利用者に対し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により行われるリハビリテーション

【指定訪問リハビリテーション事業所の要件】

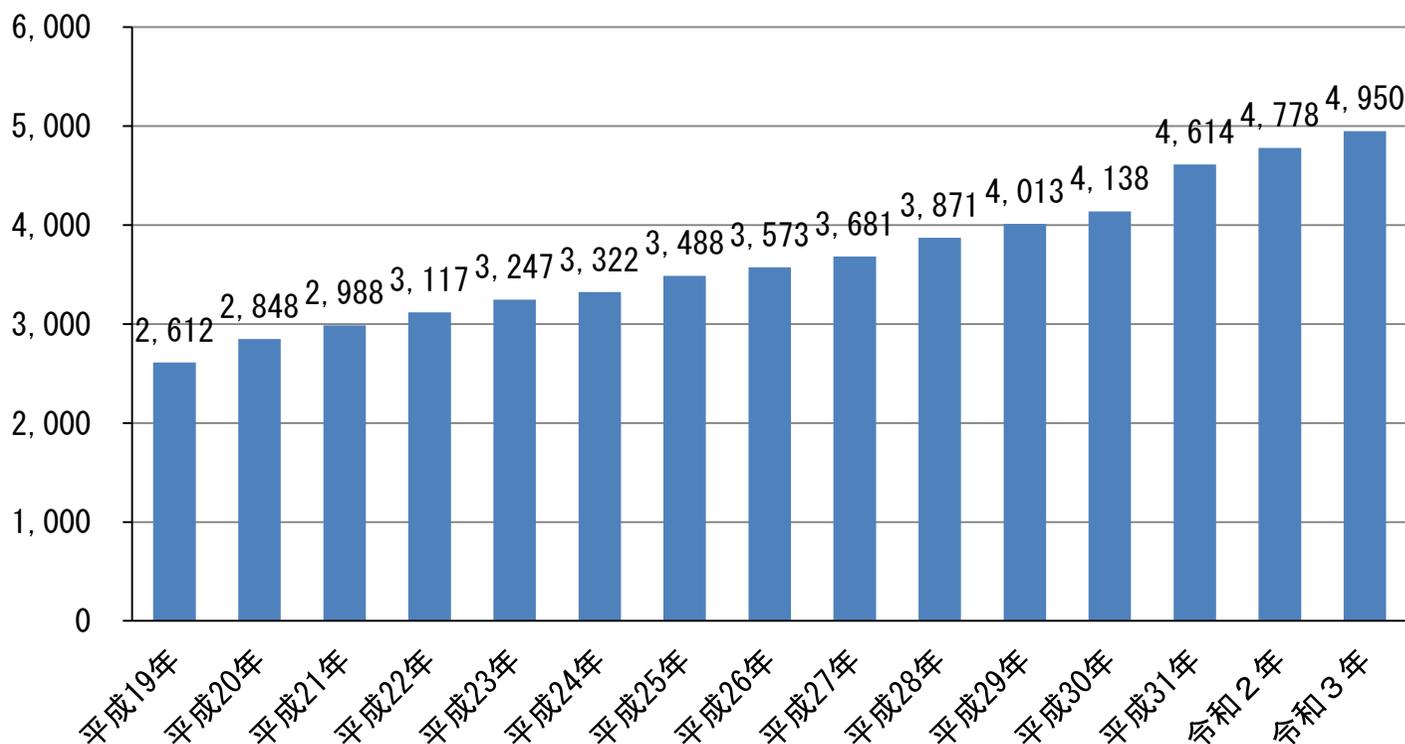
- ①専任の常勤医師一名以上 ②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を適当数置かなければならない
- 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること
- 指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの

【訪問リハビリテーションの対象者】

- 介護保険法の居宅要支援、要介護者

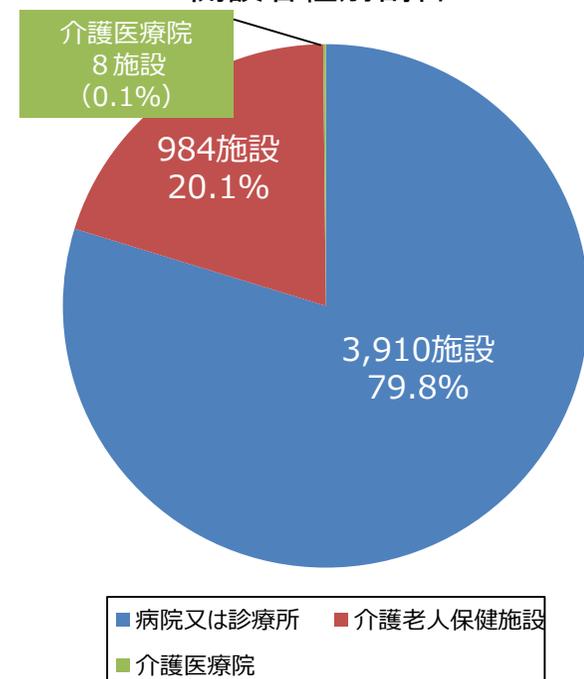
訪問リハビリテーションの請求事業所は年々増加している。開設者種別では、約8割が医療機関、約2割が介護老人保健施設である。

請求訪問リハビリテーション事業所数



(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)

開設者種別割合



(出典) 厚生労働省

「介護給付費等実態統計(旧:調査)」
(令和2年11月審査分)

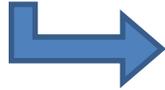
介護老人保健施設の現状

【介護老人保健施設とは】

○ 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。

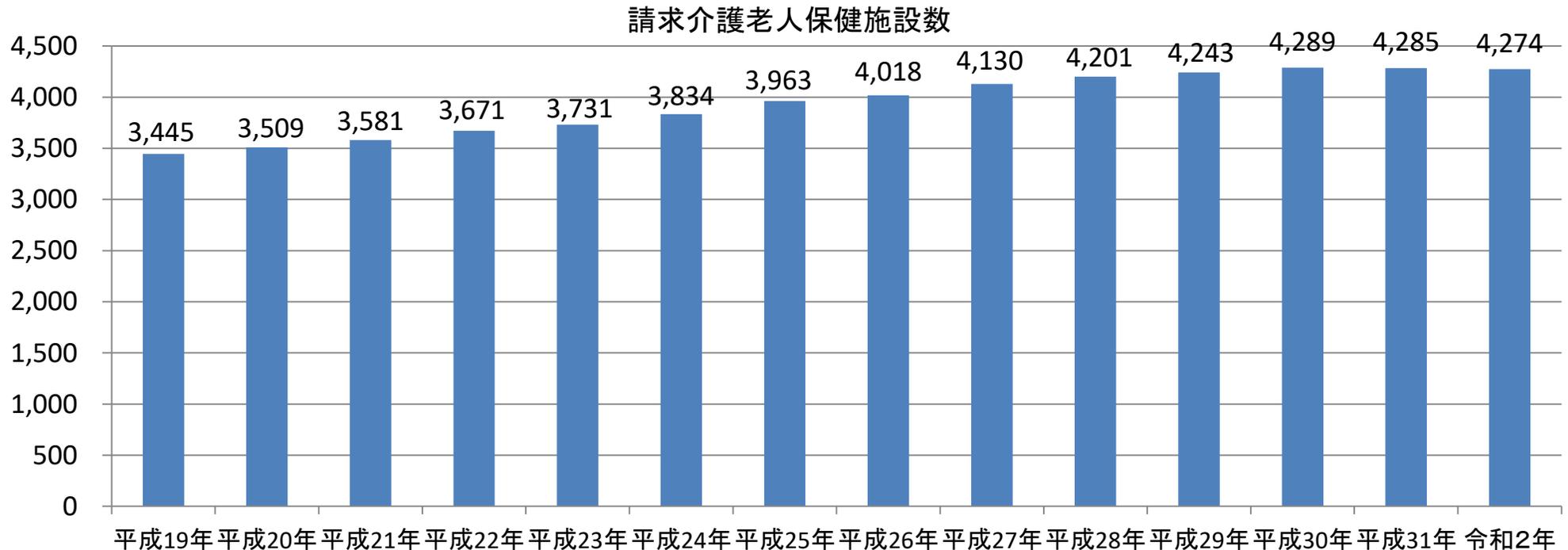
【基本方針】

○ 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。



- 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請求事業所は約4300事業所となっている。



(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)

要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会

目的・検討事項

- 「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）において、「リハビリテーションについて、どの地域でも適時適切に提供されるよう、介護保険事業（支援）計画での対応を含め更なる取組の充実が必要である」とされた。

これを踏まえ、第8期介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対する、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所、介護老人保健施設及び介護医療院におけるリハビリテーションサービスの役割や整備目標等を検討するため、「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」（以下「検討会」という。）を開催した。

<主な検討事項>

- (1) 介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対するリハビリテーションの取組及び目標設定の在り方
- (2) (1) をPDCAサイクルに沿って進めるための指標の在り方
- (3) その他

検討スケジュール

令和2年	4月23日	第1回検討会	開催
令和2年	5月20日	第2回検討会	開催
令和2年	6月18日	第3回検討会	開催
令和2年	6月29日	第4回検討会	開催
令和2年	7月14日	報告書公表	

構成員（計18名）

今村 知 明	奈良県立医大公衆衛生学教授
江 澤 和 彦	公益社団法人日本医師会常任理事
岡 島 さおり	公益社団法人日本看護協会 常任理事
角 野 文 彦	滋賀県健康医療福祉部 理事
川 越 雅 弘	公立大学法人埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究所 兼研究開発センター教授
久 保 俊 一	公益社団法人日本リハビリテーション医学会 理事長
深 浦 順 一	一般社団法人日本言語聴覚士協会 会長
近 藤 国 嗣	一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長
斎 藤 和 也	東伊豆町役場 健康づくり課 参事
斉 藤 正 身	一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 会長
○田 中 滋	埼玉県立大学理事長
田 辺 秀 樹	一般社団法人日本臨床整形外科学会 顧問
中 畑 万里子	福岡県行橋市介護保険課 課長補佐
中 村 春 基	一般社団法人日本作業療法士協会 会長
半 田 一 登	公益社団法人日本理学療法士協会 会長
東 憲 太 郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 会長
宮 田 昌 司	一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会 会長
山 田 剛	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事

○座長

(1) リハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲

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

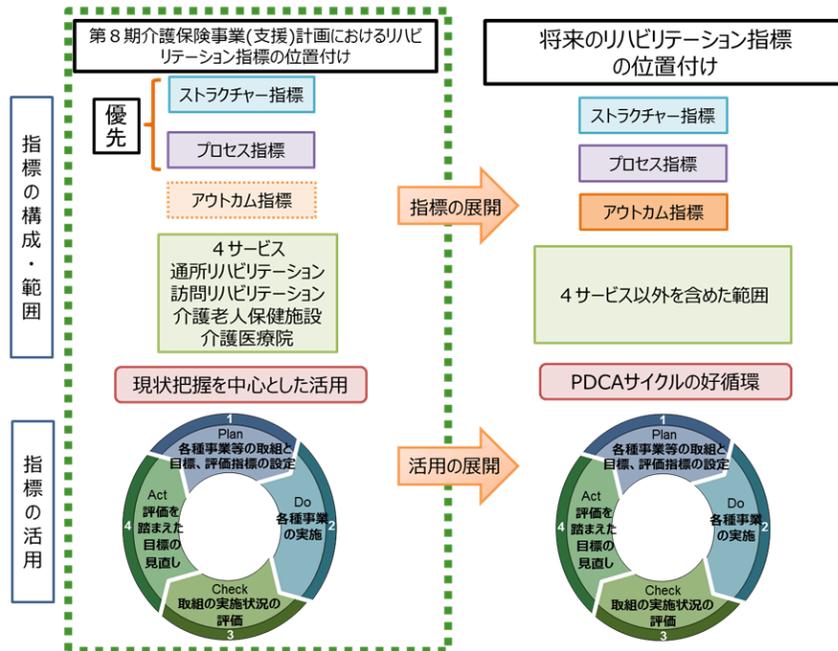
(2) リハビリテーション指標の考え方

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

(3) リハビリテーション指標

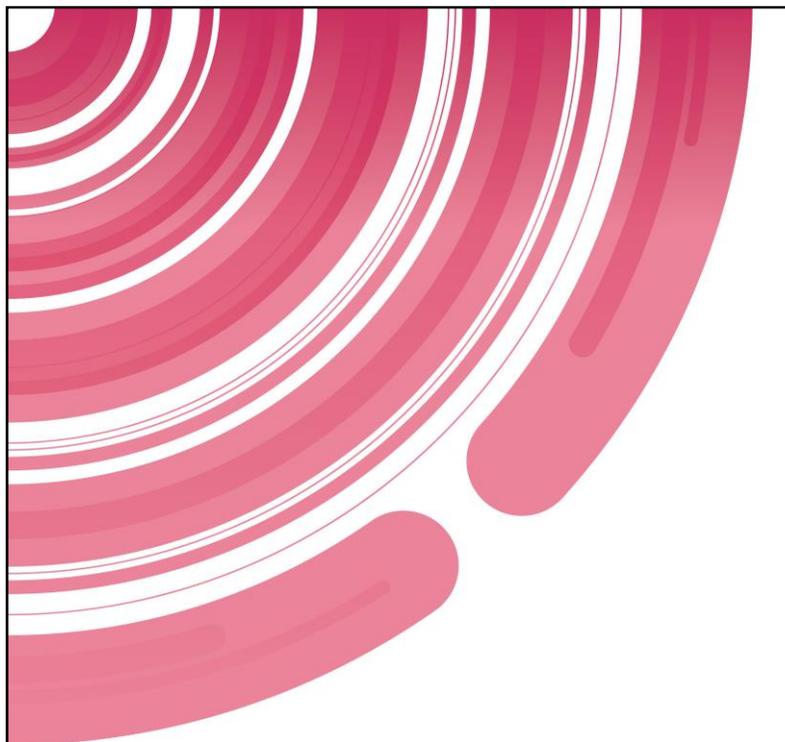
- まずは介護保険事業（支援）計画作成における取組と目標設定に活用できるよう、ストラクチャー指標・プロセス指標を設定。
 - ※ ストラクチャー指標
物的資源、人的資源、地域の状態像等を表す指標
 - ※ プロセス指標
活動や連携体制を測る指標

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



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

介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対する リハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手引き



介護保険事業(支援)計画における 要介護者等に対するリハビリテーションサービス 提供体制の構築に関する手引き

令和2年8月

厚生労働省老健局老人保健課

<目次>

第1章：本手引きの位置付けと基本的な考え方

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

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

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

第3章：介護保険事業（支援）計画の作成プロセスの例

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

第4章：介護保険事業（支援）計画作成後の実践と進捗管理

1. 計画作成後の実践に向けた取組

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

リハビリテーション指標を活用した施策検討の例（市町村の事例）

保険者としての意志

- A市では、介護保険事業計画と高齢者保健福祉計画を一体的に策定。
- 策定には2つの課が関わり、それぞれ検討を行っているが、**リハビリテーションについて、介護予防から要介護者まで広くとらえる必要があるという共通認識の下、両課で認識合わせをしながら検討を進めた。**

目指すリハビリテーションの姿
自立した生活を送ることができるよう、個々の利用者に適したリハビリテーションサービス提供体制を構築する

共通認識を持ちながら各課にて検討を実施



現状把握

- 要介護者等に対するリハビリテーション提供体制の現状を把握する目的で、リハビリテーション指標を確認した。
- 確認の際には、**全国・都道府県との比較を中心としつつ、他都道府県の人口規模が近い地域も比較対象にした。**

観点	活用した指標	気づき
ストラクチャー	リハビリテーションサービスの施設・事業所数や定員は？	全国と比較して、サービス提供事業所は多い一方で、従事者数は同程度であり、 従事者数が相対的に少ない 状況
	リハビリテーション専門職の数は？	
プロセス	リハビリテーションサービスの利用率や事業所の状況は？	訪問・通所リハビリテーションについて、 要支援1～要介護1の利用率が近年増加傾向 にある

取り組むべき課題の選定要因分析 対策立案

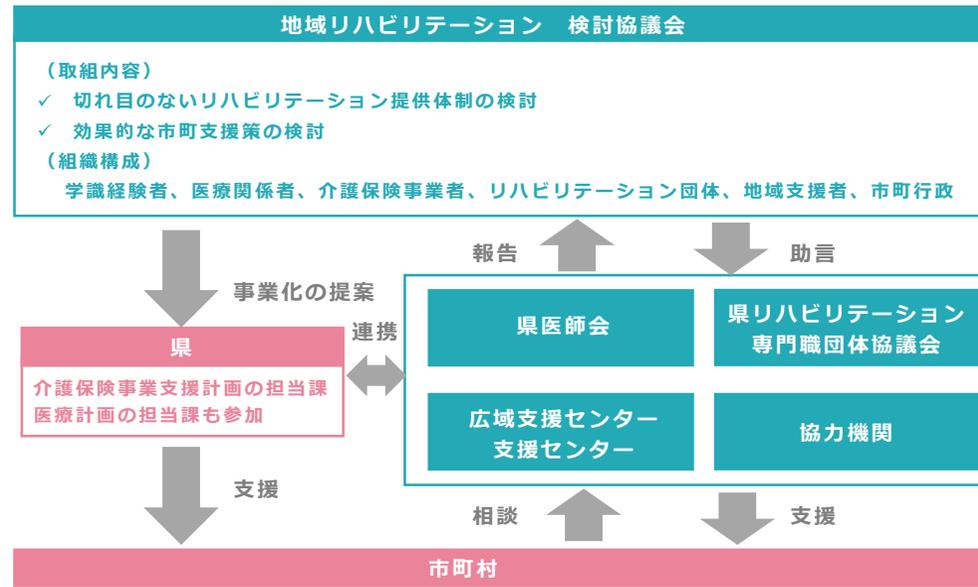
- 上記の分析を踏まえて、施策・取組を設定。
- また、進捗管理ができるように、リハビリテーション指標も活用しながら目標値を設定。

目指すリハビリテーションの姿
自立した生活を送ることができるよう、個々の利用者に適したリハビリテーションサービス提供体制を構築する



リハビリテーション指標を活用した施策検討の例（都道府県の事例）

- x県では、地域リハビリテーションの推進に向けて、「地域リハビリテーション検討協議会」を設置。
- **地域リハビリテーション検討協議会には、以前から介護保険事業支援計画の担当課と医療計画の担当課も参加**。そのため、第8期介護保険事業支援計画の策定に際し、**要介護者等に対するリハビリテーション提供体制に関する議論について、既存の会議体（地域リハビリテーション検討協議会）の中で実施**。
- **地域リハビリテーション検討協議会では、圏域ごとにサービス実績・見込み量と合わせて、リハビリテーション専門職の従事者数や利用率などのデータも含めて議論**。特に過疎地域においては、リハビリテーション専門職が少ない状況にあり、どのように派遣調整を実施するか等についても検討。
- 介護保険事業計画の策定に向けた保険者支援として、**圏域ごとに圏域会議を設置し、地域リハビリテーション検討協議会における検討も踏まえて、県から情報提供・支援を実施**。



現状把握

- 要介護者等に対するリハビリテーション提供体制に係るデータを圏域ごとに整理。

圏域	市町村	サービス実績・見込み量					従事者		利用率	
		実績	2021推計	2022推計	2023推計	2025推計	専門職	訪問リハ	通所リハ	
○圏域	a市									
	b市									
	小計									
△圏域	c市									
	d市									
	小計									
...										

要因分析 対策立案

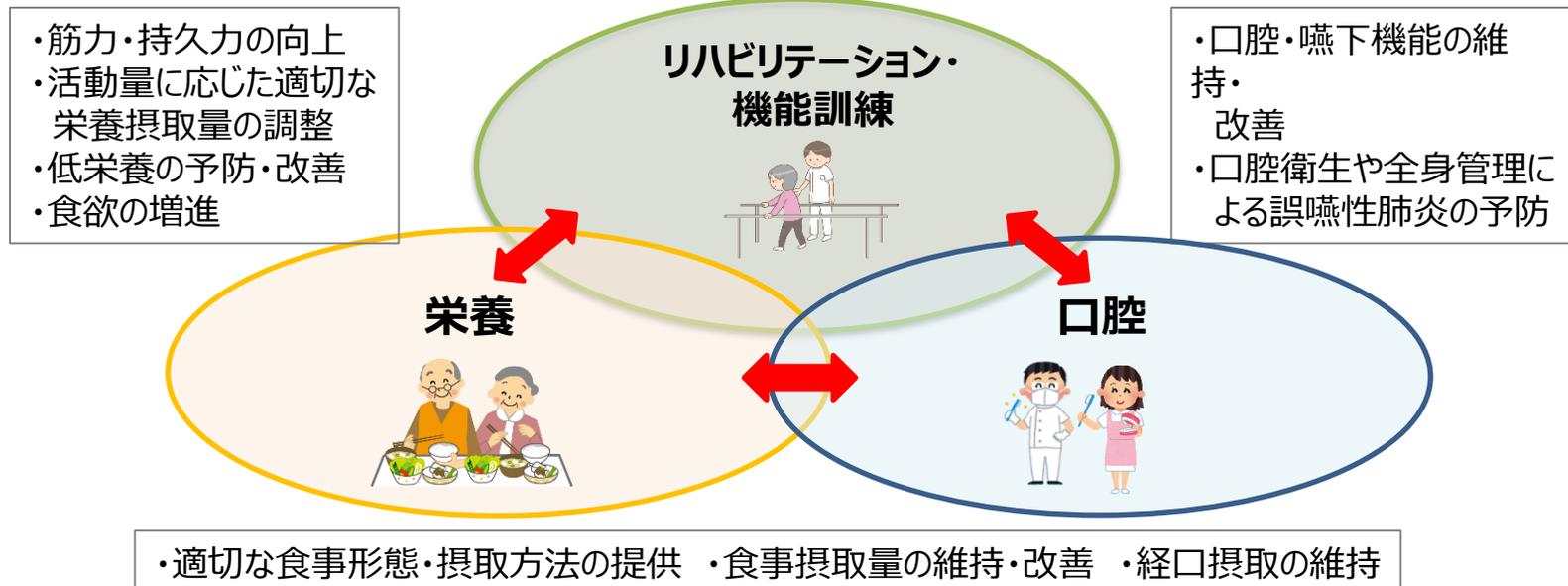
- 地域リハビリテーション検討協議会において、圏域毎の特徴や対応策を検討。

保険者支援

- 検討内容について、圏域会議を通して市町村への情報提供や支援を実施。

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながる事が期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



- ・ リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- ・ 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

3.(1)① リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進

概要

【訪問リハビリテーション★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、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★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から見直しを行う。【通知改正】

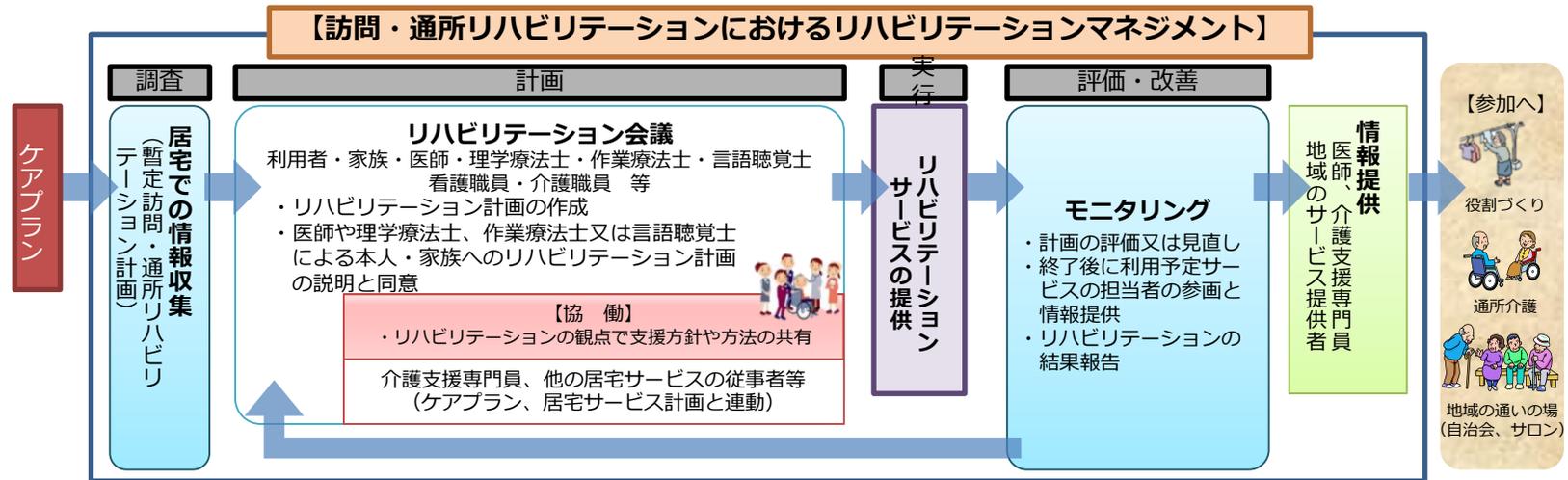
算定要件等

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。
- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を設ける。

リハビリテーションマネジメント加算の考え方 (令和3年度介護報酬改定)

概要

リハビリテーションマネジメントは調査、計画、実行、評価、改善のサイクルの構築を通じて、「心身機能」、個人として行う食事等の日常生活動作や買い物等の手段的日常生活動作といった「活動」をするための機能、家庭で役割を担うことや地域の行事に関与するといった「参加」をするための機能について、バランスよく働きかけるリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することを評価する。



主な改正点 (従来との差)

- 【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の廃止】
- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) → 廃止
- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) → (A)イに名称変更
- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) → (B)イに名称変更
- 【データ提出・フィードバック】
- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ) → 廃止
- ・リハビリテーションマネジメント加算(A)(B)ロ → VISITを活用してデータを提出し、フィードバックを受けること
- 【ICTを活用したリハビリテーション会議への参加】
- ・医師以外の参加者についてもテレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。

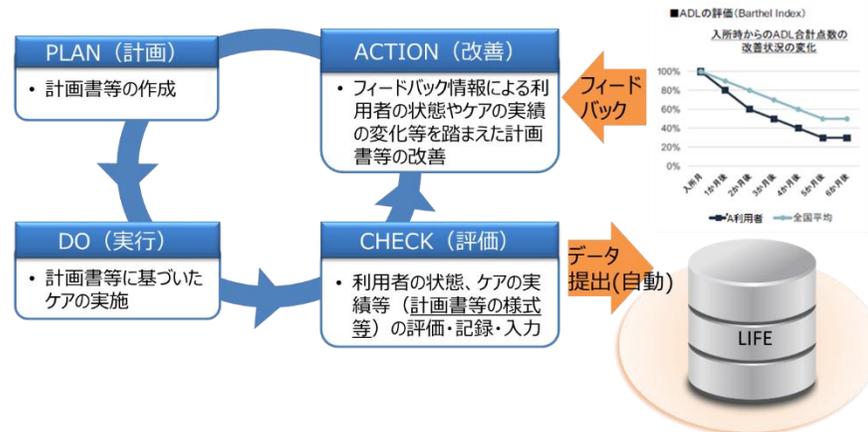
科学的介護の取組の推進

LIFE（科学的介護情報システム）の概要

- 介護サービス利用者の状態や、介護施設・事業所で行っているケアの計画・内容などを一定の様式で入力すると、インターネットを通じて厚生労働省へ送信され、入力内容が分析されて、当該施設等にフィードバックされる情報システムである。
- 平成28年度から運用を開始したVISITと令和2年度から運用を開始したCHASEを統合し、令和3年度より運用を開始した。令和3年度の介護報酬改定において、LIFEの活用を要件とする加算が創設された。全国の介護施設・事業所が対象であり、希望があれば利用申請の後に利用可能となる。
- 介護施設・事業所はこの仕組みを活用してPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上に取り組むことができる。

LIFEにより収集・蓄積したデータの活用

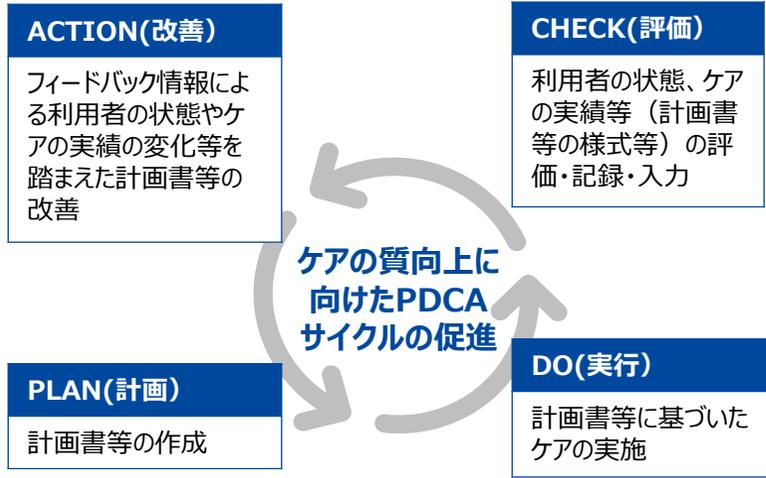
- LIFEにより収集・蓄積したデータは、フィードバック情報としての活用に加えて、施策の効果や課題等の把握、見直しのための分析にも活用される。
- LIFEにデータが蓄積し、分析が進むことにより、エビデンスに基づいた質の高い介護の実施につながる。
- 現在、全国集計値のみをフィードバックしているが、データの集積に伴い、今後事業所単位、利用者単位のフィードバックを順次行う予定である。



科学的介護に向けた質の向上支援等事業

LIFEを活用したケアの質向上に向けたPDCAサイクルの促進の実現には、介護施設・事業所による「信頼性のあるデータの提供」と「フィードバックされた情報の適切な活用」が前提となる。本事業ではこの2点の実現に向けた自治体による実地指導等を通じた適正化の取組の本格的な実施に向けた支援を行う。

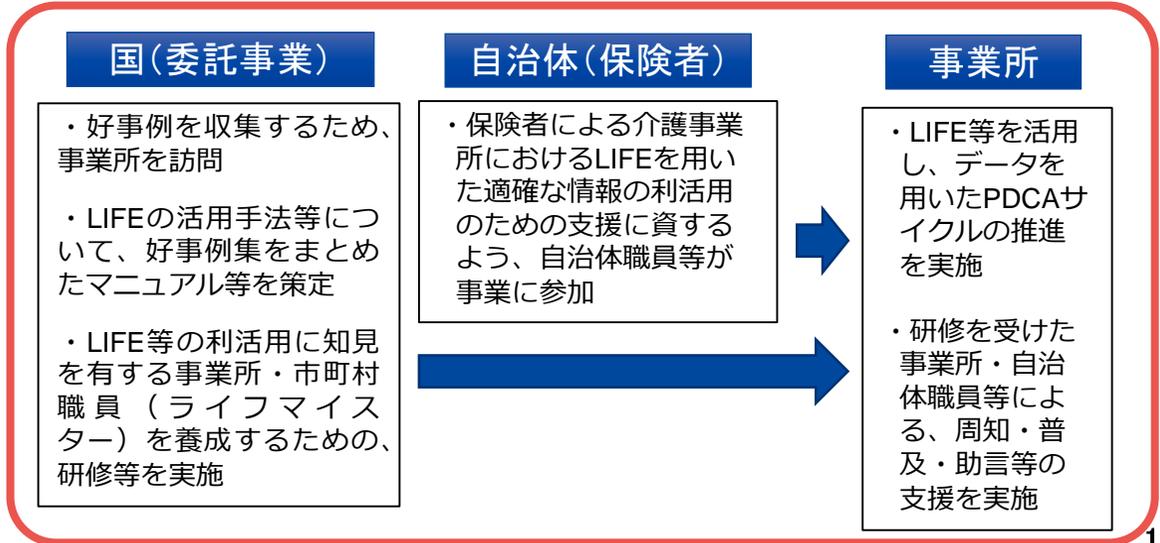
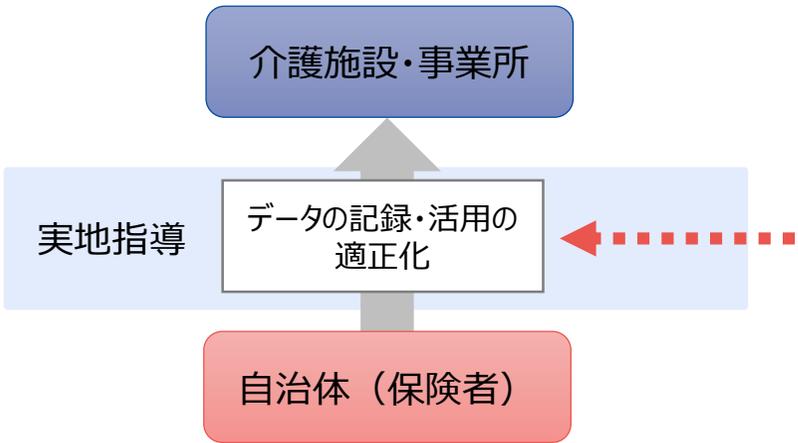
科学的介護情報システム (LIFE)



【事業目標】

- ① 全国の介護施設・事業所でフィードバック情報を適切に活用できるようになる。
- ② 全国の介護施設・事業所からのLIFE登録データの精度が向上する。

事業予定(案)		
令和3年度	令和4年度	令和5年度
○ 好事例の収集	○ 好事例の収集 ○ マニュアル・研修等の構築 ○ 拠点の構築を含めた体制整備の検討	○ 拠点整備 ○ 事業所へのLIFE等利活用に関する知識及び技能の普及



データヘルスに関する改革工程表

		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みの整備	レセプト・処方箋情報							
	薬剤情報 (レセプトに基づき過去の処方・調剤情報)	システム改修			マイナポータルで閲覧可能 (2021年10月～)			
	電子処方箋情報 (リアルタイムの処方・調剤情報)	システム要件整理	システム改修			マイナポータルで閲覧可能 (2022年夏～)		
	医療機関名等 手術・透析情報等 医学管理等情報	システム要件整理	システム改修			マイナポータルで閲覧可能 (2022年夏～)		
	医療的ケア児等の医療情報		MEIS本格運用開始 (2020年7月～)			電子カルテ情報の標準化等の流れを踏まえつつ、救急搬送時の活用等の運用状況を踏まえ改善等、システムのあり方を検討・対応 (順次)		
	電子カルテ・介護情報等							
	検査結果情報 アレルギー情報	技術的・実務的課題等を踏まえつつ、閲覧可能な情報の優先順位付けを検討		システム要件の整理、システム改修等			マイナポータル等で閲覧可能 (2024年度～)	
	告知済傷病名	技術的・実務的課題等を踏まえつつ、傷病名の告知状況を確認できる方法を検討		告知済傷病名提供の具体的な仕組みを検討、システム要件の整理、システム改修等			マイナポータル等で閲覧可能 (2024年度～)	
	画像情報	技術的・実務的課題等を踏まえつつ、自身の健康管理に有用な観点からキー画像等画像情報の範囲や交換の仕組みを検討		システム要件の整理、システム改修等			マイナポータル等で閲覧可能 (2024年度～)	
	介護情報	CHASEフィードバック機能の開発	CHASE等の解析結果の利用者単位等のフィードバック (2021年度～) CHASE等による自立支援等の効果を検証				次期システムの運用開始によるデータに基づく更なるフィードバック等 (2024年度～) マイナポータル等で閲覧可能 (2024年度以降順次～)	
その他の情報			技術的・実務的課題等を踏まえつつ、閲覧可能な情報の優先順位を行い、システム要件を整理、システム改修等			マイナポータル等で閲覧可能 (2025年度以降順次～)		

データヘルスに関する改革工程表

		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
医療・介護分野での情報利活用の推進	医療機関等で患者情報が閲覧できる仕組み	患者本人が閲覧できる情報（健診情報やレセプト・処方箋情報、電子カルテ情報、介護情報等）は、本人同意の上で、医療機関・介護事業所等でも閲覧可能とする仕組みを整備（2020年度以降順次〜）	●	●	●	●	●
	医療機関間における情報共有を可能にするための電子カルテ情報等の標準化	<p>すでに情報交換（画像情報・検査情報等）している医療機関など、準備が整っている機関では、下記にかかわらず共有開始</p> <p>医療機関間で共有（交換）するデータ項目、技術的な基準の検討・決定</p> <p>異なる電子カルテシステムやPHRとデータ交換可能な技術基準に対応した仕組みの開発</p> <p>医療機関NWへの組み込み</p> <p>PHR等と共有する情報（画像情報等）の検討</p> <p>システム要件の整理、システム改修等</p> <p>システム稼働（2024年度以降順次〜）</p> <p>左記を踏まえたシステムの課題整理・開発</p>	<p>●</p> <p>全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための基盤のあり方（※）をIT室（デジタル庁）とともに調査検討し、結論を得る</p> <p>※主体、費用、オンライン資格確認等システムや政府共通基盤との関係、運用開始時期、医療情報の保護と利活用に関する法制度の在り方</p>	<p>●</p> <p>対応可能な所から順次情報共有（2022年度以降順次〜）</p>	<p>●</p> <p>電子処方箋情報（リアルタイムの処方・調剤情報）は2022年夏〜閲覧可能</p> <p>●</p> <p>特定健診情報・薬別情報（レセプトに基づく過去の処方・調剤情報）は2021年10月〜閲覧可能</p>	<p>●</p> <p>災害・救急時には、本人確認のみで情報を閲覧可能な仕組みを整備</p>	<p>●</p> <p>2025年度以降順次〜</p>
	介護事業所間における介護情報の共有並びに介護・医療間の情報共有を可能にするための標準化	<p>●</p> <p>介護情報の共有や標準化に係る調査</p> <p>●</p> <p>全国的に介護記録支援システムの情報を含めた介護情報を閲覧可能とするための基盤のあり方についてIT室（デジタル庁）とともに検討し、結論を得る</p> <p>●</p> <p>左記を踏まえたシステムの課題解決・システム開発</p>	<p>●</p> <p>事業所・利用者単位のフィードバックや解析による科学的介護の推進（2021年度〜）</p> <p>●</p> <p>CHASE等による自立支援等の効果を検証</p>	<p>●</p> <p>新たな情報収集システムに向けた更なるデータ項目の整理</p> <p>●</p> <p>次期システムの開発</p>	<p>●</p> <p>次期システムの運用開始によるデータに基づく更なる科学的介護の実現（2024年度〜）</p>	<p>●</p> <p>科学的介護の推進（2021年度〜）</p>	<p>●</p> <p>科学的介護の推進（2021年度〜）</p>
自立支援・重度化防止等につながる科学的介護の推進	<p>●</p> <p>CHASEフィードバック機能の開発</p> <p>●</p> <p>NDB・介護DB連結解析開始</p>	<p>●</p> <p>VISIT・CHASEを一体的運用、介護DBとの連結解析開始</p>	<p>●</p> <p>次期システムの開発</p>	<p>●</p> <p>科学的介護の推進（2021年度〜）</p>	<p>●</p> <p>科学的介護の推進（2021年度〜）</p>	<p>●</p> <p>科学的介護の推進（2021年度〜）</p>	

※ 2021年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を用いる。
科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence; LIFE ライフ）

認知症施策、 家族を含めた相談支援体制

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)

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）

【今後の介護サービス基盤の整備】

- 「介護離職ゼロ」の実現に向けて、介護施設の整備を進めるとともに、在宅サービスの充実を図り、在宅の限界点を高めていくことが必要である。（看護）小規模多機能などのサービスの整備を進めるとともに、既存の施設等による在宅支援を強化していくことが必要である。また、「介護離職ゼロ」の実現に向けて、介護サービス基盤として介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）も含めて、その整備を促進していくことが適当である。なお、働きながら介護を行う人について、その実態も踏まえながら一層支援していくことが重要であり、地域支援事業の任意事業である家族介護支援事業なども活用しながら、家族介護者の相談支援や健康の確保を図っていくことが重要である。

Ⅳ 認知症施策の総合的な推進

【総論】

- 認知症施策について、認知症施策推進大綱に沿って、認知症バリアフリー、予防、早期発見・早期対応、介護者（家族支援等の具体的な施策を推進していくことが必要である。行政、事業者、専門職、職能団体等が横断的に協働して取り組むことが重要である。
- 認知症施策を総合的に推進していくことについて、介護保険法上、介護保険事業計画における記載事項に位置付けるとともに、基本指針において認知症施策推進大綱の考え方や施策を明確に位置付け、計画的に取組を進めることが適当である。
- 自治体が定める認知症が関係する他の計画の作成について、施策の効果的な推進や自治体の負担等の観点から、介護保険事業（支援）計画との一体的な作成や互いに調和を図ることなどを引き続き図っていくことが適当である。認知症施策推進大綱に盛り込まれているまちづくりや交通等の幅広い施策において、介護保険事業（支援）計画との連携を図っていくことが重要である。認知症基本法案にある認知症施策の推進計画について、自治体の事務負担軽減の観点からも、介護保険事業（支援）計画との一体的作成を図ることが適当である。
- 介護保険法第5条の2（認知症に関する施策の総合的な推進等の規定）において、認知症施策推進大綱の考え方や施策を位置付け、地域における支援体制の整備や予防に関する調査研究など、「共生」・「予防」の取組を推進することが適当である。なお、同条における「認知症」の規定については、医学の診断基準が変遷しており、今後も医学の進歩に伴って診断基準が変わる可能性があることも踏まえ、柔軟に対応できるよう見直すことが適当である。
- 認知症施策推進大綱において、「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とされている。国民の理解を深めるための普及等を進めることが重要である。
- 認知症施策推進大綱において、「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」という意味とされている。誤った受け止めによって新たな偏見や誤解が生じないよう、「共生」を基盤としながら取組を進める等の配慮が必要である。

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)

【普及啓発】

- 認知症について正しく理解されていない現状もあり、認知症サポーターの養成や本人発信支援等により普及啓発を進めることが必要である。認知症になった方が働き続けられる環境整備を進める観点からも、企業等における普及啓発を進めることが重要である。

【認知症バリアフリー】

- 認知症になったとしてもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていけるよう、「認知症バリアフリー」の取組を推進していくことが必要である。特に地域において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）が必要である。先進的な取組を横展開して各地域の取組を充実していくことが必要である。

【予防】

- 認知症の予防について、「通いの場」をはじめ、高齢者の身近な場における認知症予防に資する可能性のある活動を推進することが重要である。
- 予防については可能な限りエビデンスに基づいて取り組むことが重要であり、予防に関するエビデンスの収集・分析を進めることが必要である。きちんとしたエビデンスを考慮しながら、国民にメッセージを発信していくことが必要である。
- 予防については短期的な視点ではなく、長期的な予防、啓発、若いうちからの働きかけが必要である。企業における健康経営の推進という観点からも取組が必要である。

【早期発見・早期対応（医療・介護の連携）】

- 認知症の早期発見・早期対応に向けて、かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の体制の質の向上、連携強化が必要である。先進的な取組を横展開して各地域の取組を充実していくことが必要である。
- 地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、認知症初期集中支援チーム等、相談窓口の周知を図るとともに、「通いの場」でスクリーニングを実施するなど、取組を強化していくことが必要である。

【介護者（家族支援）】

- 認知症の人の介護者（家族への支援が重要である。介護者の負担軽減のため、介護サービスの活用や、認知症カフェ、家族教室や家族同士のピア活動、職場における相談機能の充実等の取組の推進が必要である。

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告
(令和2年12月23日社会保障審議会介護給付費分科会)

【地域包括ケアシステムの推進】

（認知症への対応力向上等に向けた取組の推進）

- 今後増加が見込まれる認知症の人に対し、尊厳を重視し、本人主体の生活を支援する観点から、地域における参加・交流の更なる促進方策の検討を進めるとともに、介護サービス事業者における認知症への対応力向上を一層進めるため、CHASEによるデータ収集（DBD13等に加え、任意として提供されるNPI-NH等を含む）・フィードバックの取組も活用しながら、行動・心理症状への対応や、中核症状を含めた評価の方策を検討していくべきである。

介護保険給付・地域支援事業の全体像

<p>【財源構成】</p> <p>国:25%</p> <p>都道府県:12.5%</p> <p>市町村:12.5%</p> <p>1号保険料:23%</p> <p>2号保険料:27%</p>	<p style="text-align: center;">介護給付（要介護1～5）</p> <hr/> <p style="text-align: center;">予防給付（要支援1～2）</p> <hr/> <p style="text-align: center;">介護予防・日常生活支援総合事業（要支援1～2、それ以外の者）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防・生活支援サービス事業 <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問型サービス ・ 通所型サービス ・ 生活支援サービス（配食等） ・ 介護予防支援事業（ケアマネジメント） ○ 一般介護予防事業
<p>【財源構成】</p> <p>国:38.5%</p> <p>都道府県:19.25%</p> <p>市町村:19.25%</p> <p>1号保険料:23%</p>	<p style="text-align: center;">地域支援事業</p> <hr/> <p style="text-align: center;">包括的支援事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括支援センターの運営 （介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援、地域ケア会議の充実） ○ 在宅医療・介護連携推進事業 ○ 認知症総合支援事業 （認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等） ○ 生活支援体制整備事業 （コーディネーターの配置、協議体の設置 等） <hr/> <p style="text-align: center;">任意事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護給付費適正化事業 ○ 家族介護支援事業 ○ その他の事業

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

○地域支援事業の事業内容 ※金額は積算上の公費（括弧書きは国費）

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業 1,935億円 (967億円)

- ① 介護予防・生活支援サービス事業
 - ア 訪問型サービス
 - イ 通所型サービス
 - ウ その他の生活支援サービス（配食、見守り等）
 - エ 介護予防ケアマネジメント

- ② 一般介護予防事業
 - ア 介護予防把握事業
 - イ 介護予防普及啓発事業
 - ウ 地域介護予防活動支援事業
 - エ 一般介護予防事業評価事業
 - オ 地域リハビリテーション活動支援事業

(2) 包括的支援事業・任意事業 1,921億円 (960億円)

- ① 包括的支援事業
 - ア 地域包括支援センターの運営
 - い) 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。

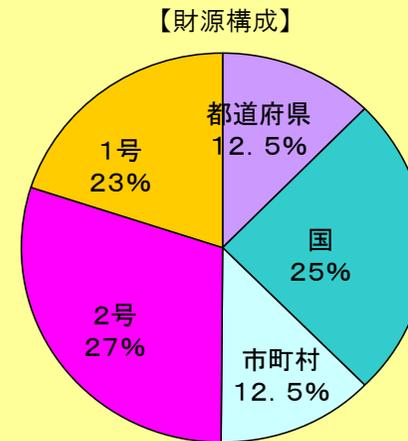
【事業費の上限】

- 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

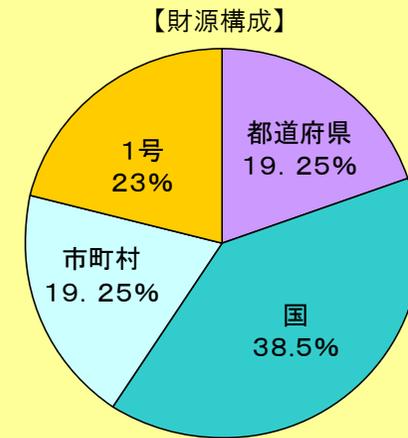
（財源構成の割合は第7期以降の割合）

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）

地域包括支援センターについて

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設。（介護保険法第115条の46第1項）

総合相談支援業務

住民の各種相談を幅広く受け付けて、
制度横断的な支援を実施

権利擁護業務

- ・成年後見制度の活用促進、
高齢者虐待への対応など

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

- ・「地域ケア会議」等を通じた自立支援型ケアマネジメントの支援
- ・ケアマネジャーへの日常的個別指導・相談
- ・支援困難事例等への指導・助言

全国で5,221か所。
(ブランチ等を含め7,335か所)

※令和2年4月末現在
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べ。

多面的（制度横断的）支援の展開

行政機関、保健所、医療機関、
児童相談所など必要なサービスにつなぐ

介護サービス

ボランティア

ヘルスサービス

成年後見制度

地域権利擁護

民生委員

医療サービス

虐待防止

介護相談員

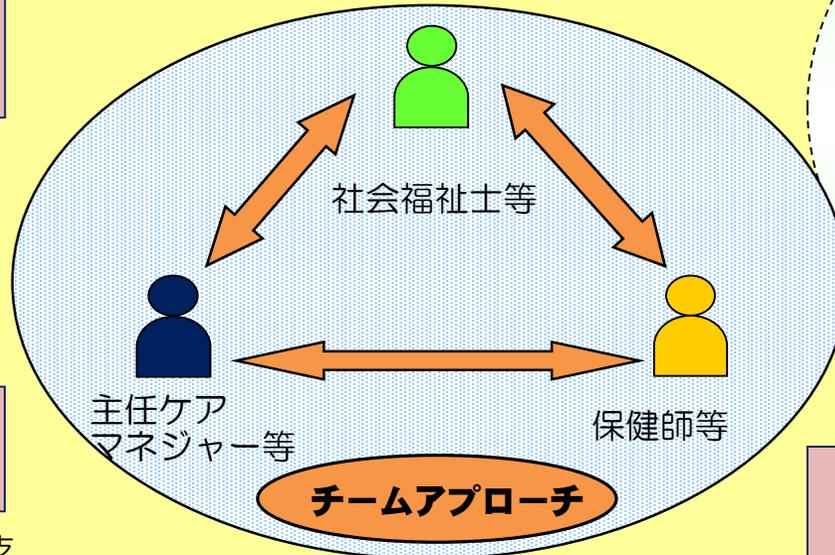
障害サービス相談

生活困窮者自立支援相談

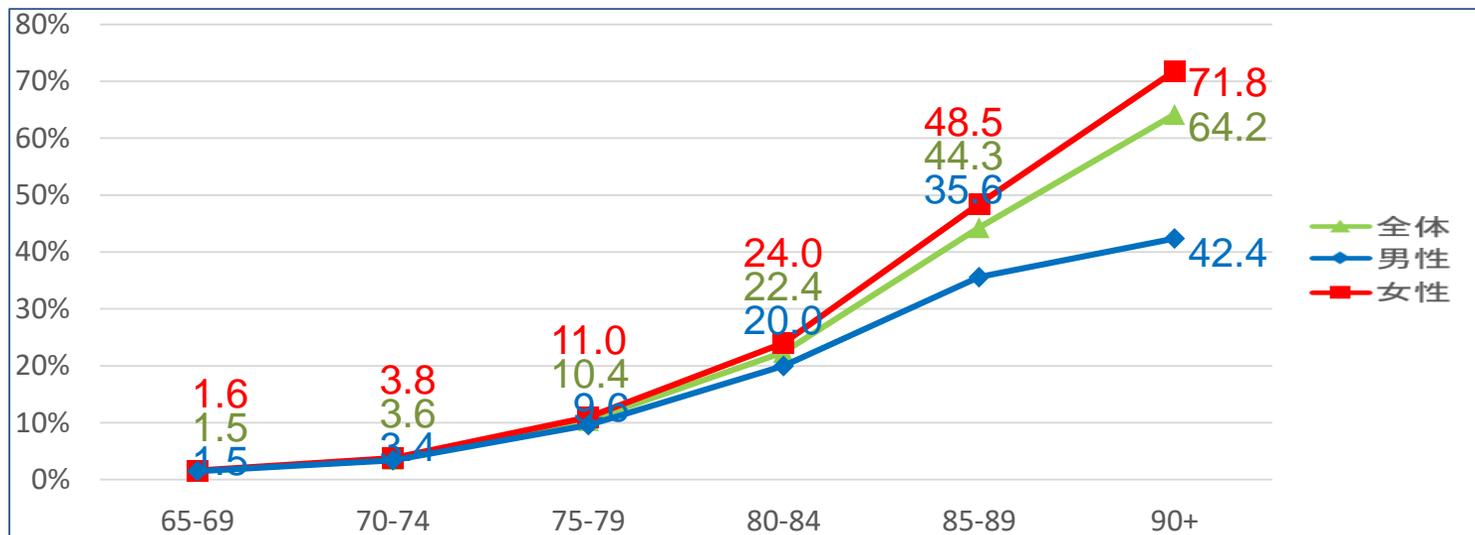
介護離職防止相談

介護予防ケアマネジメント (第一号介護予防支援事業)

要支援・要介護状態になる可能性のある方に対する介護予防ケアプランの作成など



年齢階級別の認知症有病率について (一万人コホート年齢階級別の認知症有病率)



日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
 悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果(解析対象 5,073人)
 研究代表者 二宮利治(九州大学大学院)提供のデータより作図

認知症の人の将来推計について

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計(※) 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

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

(※) 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
 本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

認知症施策のこれまでの主な取組

- ① 平成12年に**介護保険法を施行**。認知症ケアに多大な貢献。
 - ・認知症に特化したサービスとして、認知症グループホームを法定。
 - ・介護保険の要介護（要支援）認定者数は、制度開始当初218万人→2018年4月末644万人と3倍に増加。
 - ・要介護となった原因の第1位は認知症。
- ② 平成16年に「**痴呆**」→「**認知症**」へ用語を変更。
- ③ 平成17年に「**認知症サポーター（※）**」の養成開始。
※90分程度の講習を受けて、市民の認知症への理解を深める。
- ④ 平成26年に**認知症サミット日本後継イベントの開催**。
※総理から新たな戦略の策定について指示。
- ⑤ 平成27年に関係12省庁で**新オレンジプランを策定**。（平成29年7月改定）
- ⑥ 平成29年に**介護保険法の改正**。
※新オレンジプランの基本的な考え方として、介護保険法上、以下の記載が新たに盛り込まれた。
 - ・認知症に関する知識の普及・啓発
 - ・心身の特性に応じたリハビリテーション、介護者支援等の施策の総合的な推進
 - ・認知症の人及びその家族の意向の尊重 等
- ⑦ 平成30年12月に**認知症施策推進関係閣僚会議が設置**。
- ⑧ 令和元年6月に**認知症施策推進大綱が関係閣僚会議にて決定**。
- ⑨ 令和2年に**介護保険法の改正**。
※ 認知症施策推進大綱のとりまとめ等の動きを踏まえ、以下の規定を整備
 - ・国・地方公共団体の努力義務として、以下の内容を追加的に規定（介護保険法第5条の2）
認知症の予防等の調査研究について、項を分け、関連機関との連携や、成果の普及・発展させることを規定
チームオレンジの取組などをはじめとした地域における認知症の人への支援体制の整備を位置づけ 等
 - ・「認知症」の規定について、最新の医学の診断基準に則し、また、今後の変化に柔軟に対応できる規定に見直し。

認知症施策の総合的な推進(令和2年介護保険法改正内容)

○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)のとりまとめ等の動きを踏まえ、以下の規定を整備

- ① 国・地方公共団体の努力義務として、以下の内容を追加的に規定(介護保険法第5条の2)
 - ・ 認知症の予防等の調査研究について、項を分け、関連機関との連携や、成果の普及・発展させることを規定
 - ・ チームオレンジの取組などをはじめとした地域における認知症の人への支援体制の整備を位置づけ
 - ・ 施策の推進にあたって、認知症の人が地域社会において尊厳を保持しつつ他の人々と共生することができるようにすることを規定

(※)上記の他、「認知症」の規定について、最新の医学の診断基準に則し、また、今後の変化に柔軟に対応できる規定に見直す。
- ② 介護保険事業計画の記載事項を拡充し、教育・地域づくり・雇用等の他分野の関連施策との連携など、認知症施策の総合的な推進に関する事項を追加(介護保険法第117条第3項)

参考条文:認知症施策の総合的な推進に係る規定の見直し内容(介護保険法第5条の2)

改正前	改正後
<p>第五条の二 国及び地方公共団体は、認知症(脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態をいう。以下同じ。)に対する国民の関心及び理解を深め、認知症である者への支援が適切に行われるよう、認知症に関する知識の普及及び啓発に努めなければならない。</p> <p>2 国及び地方公共団体は、被保険者に対して認知症に係る適切な保健医療サービス及び福祉サービスを提供するため、認知症の予防、診断及び治療並びに認知症である者の心身の特性に応じたリハビリテーション及び介護方法に関する調査研究の推進並びにその成果の活用にも努めるとともに、</p> <p>認知症である者を現に介護する者の支援並びに認知症である者の支援に係る人材の確保及び資質の向上を図るために必要な措置を講ずることその他の認知症に関する施策を総合的に推進するよう努めなければならない。</p> <p>3 国及び地方公共団体は、前項の施策の推進に当たっては、認知症である者及びその家族の意向の尊重に配慮するよう努めなければならない。</p>	<p>第五条の二 国及び地方公共団体は、認知症(アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態として政令で定める状態をいう。以下同じ。)に対する国民の関心及び理解を深め、認知症である者への支援が適切に行われるよう、認知症に関する知識の普及及び啓発に努めなければならない。</p> <p>2 国及び地方公共団体は、被保険者に対して認知症に係る適切な保健医療サービス及び福祉サービスを提供するため、研究機関、医療機関、介護サービス事業者(第百十五条の三十二第一項に規定する介護サービス事業者をいう。)等と連携し、認知症の予防、診断及び治療並びに認知症である者の心身の特性に応じたリハビリテーション及び介護方法に関する調査研究の推進にも努めるとともに、その成果を普及し、活用し、及び発展させるよう努めなければならない。</p> <p>3 国及び地方公共団体は、地域における認知症である者への支援体制を整備すること、認知症である者を現に介護する者の支援並びに認知症である者の支援に係る人材の確保及び資質の向上を図るために必要な措置を講ずることその他の認知症に関する施策を総合的に推進するよう努めなければならない。</p> <p>4 国及び地方公共団体は、前三項の施策の推進に当たっては、認知症である者及びその家族の意向の尊重に配慮するとともに、認知症である者が地域社会において尊厳を保持しつつ他の人々と共生することができるように努めなければならない。</p>

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」と「予防」※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

本大綱の対象期間は、団塊の世代が75歳以上となる2025(令和7)年までとし、策定後3年を目途に、施策の進捗を確認するものとする。

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。



具体的な施策の5つの柱

- ① 普及啓発・本人発信支援
 - ・企業・職域での認知症サポーター養成の推進
 - ・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開 等
- ② 予防
 - ・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
 - ・エビデンスの収集・普及 等
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
 - ・早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
 - ・家族教室や家族同士のピア活動等の推進 等
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
 - ・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
 - ・企業認証・表彰の仕組みの検討
 - ・社会参加活動等の推進 等
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開
 - ・薬剤治験に即応できるコホートの構築 等

認知症の人や家族の視点を重視

1. 普及啓発・本人発信支援

<認知症施策推進大綱（抜粋） 基本的考え方>

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

<主な内容>

- 認知症サポーター
 - 企業・職域でのサポーター養成講座の拡充
 - サポーターの養成 + 地域の支援ニーズとつなぐ仕組みの強化
- 認知症本人からの発信機会の拡大
 - 「認知症とともに生きる希望宣言」等の更なる展開
 - ピアサポートの支援の推進 等

認知症サポーターの養成

【認知症サポーター】

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対して、できる範囲での手助けをする人

- 【目標値】 ◆2020年度末 1,200万人 (2021(令和3年)12月末実績 1,364万人)
 ◆2025(令和7)年末 企業・職域型の認知症サポーター養成数400万人
 (2021(令和3年)12月末実績 284万人)

～各種養成講座～

《キャラバンメイト養成研修》

- 実施主体：都道府県、市町村、全国的な職域団体等
- 目的：地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバンメイト」を養成
- 内容：認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム等をグループワークで学ぶ。



《認知症サポーター養成講座》

- 実施主体：都道府県、市町村、職域団体等
- 対象者：〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等
 〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット
 コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等
 〈学校〉小中高等学校、大学、教職員、PTA等

「認知症サポーター養成講座 DVD」
 ～スーパーマーケット編、マンション管理者編、
 金融機関編、交通機関編、訪問業務編～



認知症の人本人からの発信の支援(認知症本人大使の任命)

- ◆ 令和元年6月に政府においてとりまとめられた「認知症施策推進大綱」において「認知症とともに生きる希望宣言」について、「認知症本人大使(希望宣言大使(仮称))」を創設すること等により、本人等による普及活動を支援する。」ことが掲げられたことを踏まえ、**年代、性別のほか地域性も考慮して、令和2年1月20日に5名の「希望大使」(丹野智文さん、藤田和子さん、柿下秋男さん、春原治子さん、渡邊康平さん)を任命**
- ◆ 併せて、令和2年度以降、都道府県知事が委嘱・任命等を行う**地域版の希望大使の設置を推進**。
地域において、認知症の普及啓発活動やキャラバン・メイトへの協力など地域に根ざした活動を行う。
(実績) 令和3年10月現在 10都県(静岡県、香川県、大分県、神奈川県、愛知県、埼玉県、東京都、兵庫県、岐阜県、長崎県)

認知症本人大使「希望大使」任命イベント～私たちと一緒に希望の輪を広げよう～を令和2年1月20日に開催



■ 認知症とともに生きる希望宣言
((一社) 日本認知症本人ワーキンググループが作成)

希望大使は、国が行う認知症の普及啓発活動への参加・協力や国際的な会合への参加、希望宣言の紹介等を行う



認知症の人からのメッセージ動画 ～「希望の道」認知症とともに歩いていこう～

- **認知症の人本人が、自らの希望を語り、地域の中でそれを実際に叶えながら生き生きと過ごしている姿を伝える動画を作成**
(令和2、3年度 厚労省委託事業) URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/kibou.html



日々、自分らしく生きていく。つづけていこう、希望の道を。
認知症とともに歩いていこう。

「希望大使」や「認知症の人と家族の会」「日本認知症本人ワーキンググループ」に協力いただき、全国の認知症の人が自分らしく前向きに認知症とともに生きていく姿を取材しました。

2. 予防

<認知症施策推進大綱（抜粋）基本的な考え方>

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

<主な内容>

- 「予防」＝「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」
- 「通いの場」の拡充 等
→ 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
活動事例収集の横展開、活動の手引きの作成 等

予防可能な認知症危険因子の寄与

ランセット認知症予防・介入・ケア委員会による予防効果分析

		若齢期		中年期		晩年期		
危険因子	低教育	7%						潜在的に予防可能 40%
			難聴	8%				
			頭部外傷	3%				
			高血圧	2%				
			過飲酒	1%				
			肥満	1%				
						喫煙	5%	
						うつ	4%	
						社会的孤立	4%	
						運動不足	2%	
						大気汚染	2%	
						糖尿病	1%	
	不明							

Gill Livingston et al. The Lancet Commissions: Aug,2020のデータをもとに 作成

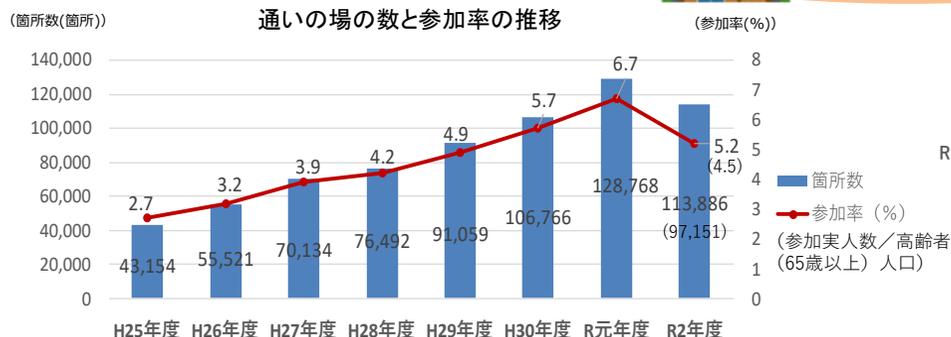
認知機能低下および認知症のリスク低減 WHO ガイドライン概要

- WHOの認知症に対する行動計画(“Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025”)における取組の一つ。国際的な認知症専門家のグループによって作成、2019年5月発表。(https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/20200410_theme_t22.pdf)

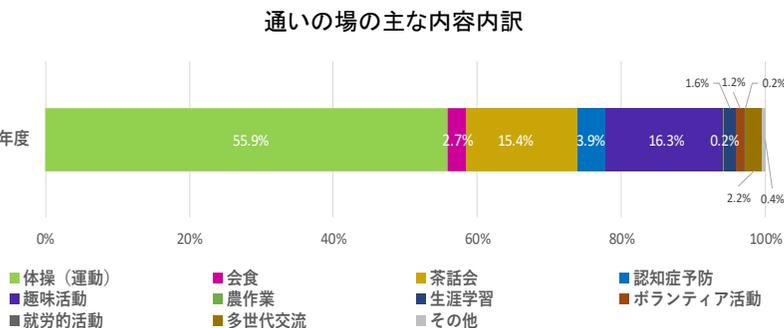
介入項目	推奨の概要	エビデンスの質	推奨の強さ
身体活動による介入	身体活動は、認知機能正常の成人に対して認知機能低下のリスクを低減するために 推奨される 。	中	強い
	身体活動は、軽度認知障害の成人に対して認知機能低下のリスクを低減するために 推奨してもよい 。	低い	条件による
禁煙による介入	禁煙介入は、他の健康上の利点に加えて、認知機能低下と認知症のリスクを低減する可能性があるため、喫煙している成人に対して 行われるべき である。	低い	強い
栄養的介入	地中海食は、認知機能正常または軽度認知障害の成人に対して認知機能低下や認知症のリスクを低減するために 推奨してもよい 。	中	条件による
	WHO の健康食に関する推奨に準拠して、健康的なバランスのとれた食事は 全ての成人 に対して 推奨される 。	低い～高い (食事の成分による)	強い
	ビタミンB・E、多価不飽和脂肪酸、複合サプリメントは、認知機能低下や認知症のリスクを低減するために 推奨されない 。	中	強い(日本語版注:左記は推奨されない度合いが強いことを示す)
アルコール使用障害への介入	危険で有害な飲酒を減量または中断することを目的とした介入は、他の健康上の利点に加えて、認知機能正常または軽度認知障害の成人に対して認知機能低下や認知症のリスクを低減するために 行われるべき である。	中(観察研究によるエビデンス)	条件による
認知的介入	認知トレーニングは、認知機能正常または軽度認知障害の 高齢者 に対して認知機能低下や認知症のリスクを低減するために 行ってもよい 。	非常に低い～低い	条件による
社会活動	社会活動と認知機能低下や認知症のリスクの低減との関連については 十分なエビデンスはない 。ただ、社会参加と社会的な支援は健康と幸福とに強く結びついており、社会的な関わりに組み込まれることは一生を通じて支援されるべきである。		
体重管理	中年期 の過体重、または肥満に対する介入は認知機能低下や認知症のリスクを低減するために 行ってもよい 。	非常に低い～中	条件による
高血圧の管理	高血圧の管理(WHOガイドラインに沿った降圧)は、現行のWHO ガイドラインの基準に従って高血圧のある成人に対して 行われるべき である。	低い～高い (介入の種類による)	強い
	高血圧の管理(認知症のリスク低減のための降圧)は、高血圧のある成人に対して認知機能低下や認知症のリスクを低減するために 行ってもよい 。	非常に低い(認知症の転帰に関して)	条件による
糖尿病の管理	糖尿病のある成人に対して、内服やライフスタイルの是正、または両者による糖尿病の管理は現行のWHO のガイドラインの基準に従って 行われるべき である。	非常に低い～中(介入の種類による)	強い
	糖尿病の管理は、糖尿病患者に対して認知機能低下や認知症のリスクを低減するために 行ってもよい 。	非常に低い	条件による
脂質異常症の管理	脂質異常症の管理は、脂質異常症のある 中年期の成人 において認知機能低下と認知症のリスクを低減するために 行ってもよい 。	非常に低い	条件による
うつ病への対応	現在のところ、認知機能低下や認知症のリスクを低減するために抗うつ薬の使用を推奨する エビデンスは不十分 である。		
	成人に対する抗うつ薬や心理療法を用いるうつ病治療は、現行のWHO mhGAP ガイドラインの基準に従って行われるべきである。		
難聴の管理	認知機能低下や認知症のリスクを低減するために補聴器の使用を推奨する エビデンスは不十分 である。		
	WHO ICOPE ガイドラインで推奨されているように、難聴を適時に発見し治療するために、スクリーニングと難聴のある高齢者への補聴器の提供が行われるべきである。		

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令和元年度まで増加傾向であったが、令和2年度は減少。取組内容としては体操、趣味活動、茶話会の順で多い。



※()内の数値は運営主体が住民のもの。令和元年度までは全て住民主体。



(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(令和2年度実施分)に関する調査)

(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%

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

<認知症施策推進大綱（抜粋） 基本的な考え方>

- 認知機能低下のある人（軽度認知障害（MCI）含む。以下同じ。）や、認知症の人に対して、早期発見・早期対応が行えるよう、かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の更なる質の向上を図るとともに、これらの間の連携を強化する。
- 医療・介護従事者の認知症対応力を向上するため研修を実施する。ICT化、作成文書の見直し等による介護事業所における生産性の向上や「介護現場革新会議」の基本方針に基づく取組等により、介護現場の業務効率化や環境改善等を進め、介護人材の確保・定着を図る。
- BPSDの対応ガイドラインを作成し周知するなどにより、BPSDの予防や適切な対応を推進する。
- 認知症の人及びその介護者となった家族等が集う認知症カフェ、家族教室や家族同士のピア活動等の取組を推進し、家族等の負担軽減を図る。

<主な内容>

- 早期発見、早期対応の体制整備を更に推進
→ 連携の強化、質の向上
- 医療従事者・介護従事者の認知症対応力の向上
- 介護サービス基盤の整備、生産性の向上
- 介護者の負担軽減を更に推進
 - ・ 認知症カフェの推進、家族教室など

認知症初期集中支援チーム

○ 複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、**アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）**に行い、自立生活のサポートを行うチーム

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

(保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等)

認知症サポート医 である医師（嘱託）

● 配置場所 地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

対象者

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人

◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

- (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
- (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
- (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
- (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人

◆ 医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

設置状況

※R3年度認知症施策地域介護推進課実施状況調べによる

実施市町村数	設置チーム数	チーム員総数	平均チーム員数
1,741市町村	2,509チーム	16,962人	6.8人

R 1.9月末、全市町村に設置

【認知症施策推進大綱：KPI/目標】(2025年度末)

訪問実人数全国で年間 40,000件

医療・介護サービスにつながった者の割合 65%

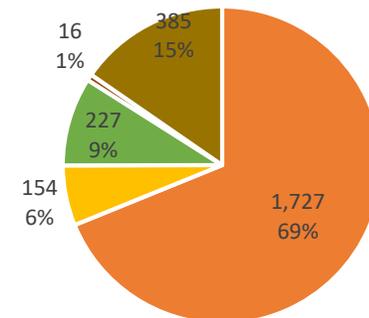
【実績】

訪問実人数：16,353件

医療サービスにつながった者：79.6%

介護サービスにつながった者：66.9%

設置場所



- 地域包括支援センター
- 認知症疾患医療センター
- 医療機関
- 訪問看護ステーション
- その他

チーム員の職種



認知症疾患医療センター運営事業

- 認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る事業（H20年度創設）
- 本人や家族に対し今後の生活等に関する不安が軽減されるよう行う「診断後等支援」や、都道府県・指定都市が行う地域連携体制の推進等を支援する「事業の着実な実施に向けた取組」なども実施
- 実施主体：都道府県・指定都市（病院または診療所を指定）
- 設置数：全国に**488カ所**（令和3年10月現在）【認知症施策推進大綱：KPI/目標】全国で500カ所、2次医療圏ごとに1カ所以上（2020年度末）

		基幹型	地域型	連携型
主な医療機関		総合病院、大学病院等	精神科病院、一般病院	診療所、一般病院
設置数（令和3年10月現在）		17カ所	384カ所	87カ所
基本的活動圏域		都道府県圏域	二次医療圏域	
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
	人員配置	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等（1名以上）
	検査体制 （※他の医療機関との連携で可）	<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI ・SPECT（※） 	<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI（※） ・SPECT（※） 	<ul style="list-style-type: none"> ・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※）
	BPSD・身体合併症対応	救急医療機関として空床を確保 ※急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可	急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可	
	医療相談室の設置	必須	-	
地域連携機能		<ul style="list-style-type: none"> ・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療センター地域連携会議」の組織化 等 		
診断後等支援機能		<ul style="list-style-type: none"> ・診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援や当事者等によるピア活動や交流会の開催 		
事業の着実な実施に向けた取組の推進		都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与	※基幹型が存在しない場合、地域型・連携型が連携することにより実施	

認知症カフェ

- 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。

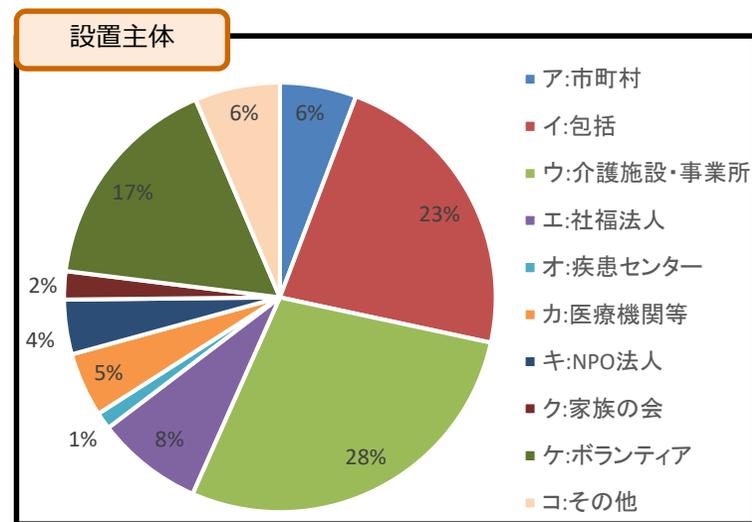
【認知症施策推進大綱：KPI／目標】 認知症カフェを全市町村に普及（2020年度末）

【実施状況】2020（令和2）年度実績調査

- ・47都道府県1,518市町村（87.2%）にて、7,737カフェが運営されている。
- ・設置主体としては、介護サービス施設・事業者、地域包括支援センターが多く見られた。

【認知症カフェの概要】

- 1～2回／月程度の頻度で開催（2時間程度／回）
- 多くは、通所介護施設や公民館等を活用
- 活動内容は、特別なプログラムを用意せず、利用者が主体的に活動。講話や音楽イベントなどを開催している場合もある。
- 効果
 - ・認知症の人 → 自ら活動し、楽しめる場所
 - ・家族 → わかり合える人と出会う場所
 - ・専門職 → 人としてふれあえる場所（認知症の人の体調の把握が可能）
 - ・地域住民 → つながりの再構築の場所（住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場）



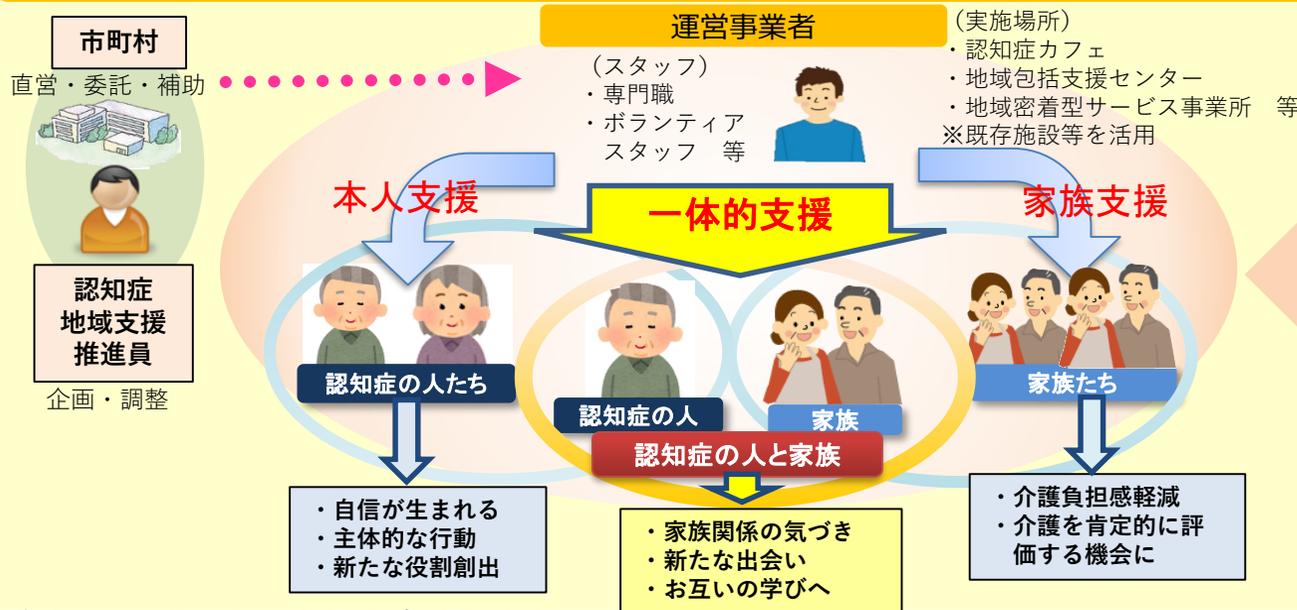
新 認知症の人と家族への一体的支援の推進

- ◆ 認知症の人とその家族には、これまでそれぞれ個別の支援の充実が図られている一方、ヨーロッパ諸国で実践・展開され有効性が示されている「ミーティングセンター・サポートプログラム」のように、**認知症の人と家族を一体的に支援し関係調整を図ることの重要性も明らかになっている。**
- ◆ 令和2年度老健事業のモデル事業を踏まえれば、地域の实情に応じた方法により、**認知症の人、家族ともに参加する場で、互いの思いを共有し、関係調整を行う「一体的支援」を行うことが、家族の介護負担感や本人の意欲向上、良好な家族関係の維持にとって有効である可能性**が示唆されている。
- ◆ そのため、新たに市町村の実施する認知症の人と家族への一体的支援事業を認知症地域支援推進員の役割の一つに位置づけ、**地域支援事業交付金の対象とし、認知症の人と家族の関係調整を図ることで、家族の介護負担を軽減し、認知症の人の在宅生活の安定を推進する。**

【予算項目】(項) 高齢者日常生活支援等推進費 (目) 地域支援事業交付金 (認知症総合支援事業) 【実施主体】市町村
 【負担割合】国 38.5/100 都道府県 19.25/100 市町村 19.25/100 1号保険料 23/100

認知症の人と家族への一体的支援事業

- ◆ 一体的支援プログラムには、認知症の人と家族と一緒に参加。
- ◆ 例えば、第1部：①認知症の人(本人)の希望に基づく主体的なアクティビティの実施や本人同士が語り合う**本人支援**
 ②家族同士が専門家等と語り合うことで、心理的支援と情報提供などの教育的支援を行う**家族支援**
 第2部：③認知症の人と家族が共に活動する時間を設け、他の家族や地域との交流を行う**一体的支援**
 を一連の活動として行うプログラムを実施することにより、**スタッフが仲介役となり、認知症の人と家族の思いをつなぎ、ともに気づき合う場を提供し、在宅生活の継続を支援する。**



事業の基本的な流れ

- 本人と家族が一組となり、二組以上で実施
- 開催は月1、2回程度
- ①本人(同士)への支援、②家族(同士)への支援、③本人・家族両者の交流支援(一体的支援)を**一連の活動として行う**プログラムを実施。
- プログラム実施による満足度、効果等を市町村へ報告
- 「認知症地域支援推進員」が企画・調整に関わるものとするが、運営主体(委託先)は实情に応じて設定可。

*(参考) ミーティングセンター・サポートプログラムとは
 在宅における認知症ケアのサポートの分断を解消することを目的として、1993年にオランダでモデル事業(2ヶ所)として始まった。その実践の有用性が確認され、オランダ国内(144ヶ所)外にまで広がっている。ミーティングセンターの柱は、「認知症の人のプログラム(ソーシャルクラブ)」「家族介護者のミーティング」「両者へのコンサルティングと社会活動」である。

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

<認知症施策推進大綱（抜粋）基本的考え方>

- 移動、消費、金融手続き、公共施設など、生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進する。
- 認知症に関する取組を実施している企業等に対する認証や表彰制度の創設を検討するとともに、認知症バリアフリーな商品・サービスの開発を促す。
- 交通安全、地域支援の強化、成年後見制度の利用促進、消費者被害防止、虐待防止等の施策を推進する。
- 若年性認知症支援コーディネーターの充実等により、若年性認知症の人への支援や相談に的確に応じるようにするとともに、企業やハローワーク等と連携した就労継続の支援を行う。
- 介護保険法に基づく地域支援事業等の活用等により、認知症の人の社会参加活動を促進する。

<主な内容>

- 日常生活の様々な場面での障壁をなくす「認知症バリアフリー」の取組を官民で推進
 - ・ 新たに設置した官民協議会
 - ・ 好事例の収集やガイドライン、企業等の認証制度の検討
- 若年性認知症支援コーディネーターによる支援を推進
- 認知症の人の社会参加促進の取組を強化

日本認知症官民協議会

- 認知症に係る諸問題への対応が社会全体で求められているという共通認識の下、行政のみならず民間組織の経済団体、医療・福祉団体、自治体、学会等が連携し、取組みを推進することを目指すために2019年（平成31年）4月22日に設立。2021年（令和3年）3月25日に第1回総会（オンライン）開催。

日本認知症官民協議会

- 経済団体、金融（銀行・保険等）・交通業（鉄道・バス等）・住宅業（マンション管理等）・生活関連業界団体（小売業等）、医療介護福祉団体、地方団体、学会、当事者団体、関係省庁等、約100団体が参画。
- 協議会の下にワーキンググループを設置し、当事者・その家族の意見も踏まえつつ、具体的な検討を行う。

認知症イノベーションアライアンスWG

経済産業省

認知症当事者や支え手の課題・ニーズに応えるようなソリューションの創出と社会実装に向けた議論を実施。



認知症バリアフリーWG

厚生労働省

「認知症バリアフリー社会」の実現に向けて諸課題を整理し、その解決に向けた検討を実施。

- 令和2年度は、業態等に応じた認知症の人への接遇方法等に関する『認知症バリアフリー社会実現のための手引き』を作成（金融、住宅、小売、レジャー・生活関連の4業種）
- 令和3年度は、より個別企業の実情に即した独自のマニュアル作成を促すため、記載例や留意事項を整理した『留意事項集』を作成。また、認知症バリアフリー宣言試行事業を実施するとともに、その結果等を踏まえて認知症バリアフリー宣言制度を本格実施。

- 令和4年度は、認知症バリアフリーの取組を広げるため、未作成の業種の手引きを作成予定。また、認知症バリアフリー宣言制度の運用を行うとともに、認証制度・表彰制度のあり方の検討を行う予定。



認知症の人への接遇に関する手引き 『認知症バリアフリー社会実現のための手引き』 & 留意事項集

令和2年度 の成果

『認知症バリアフリー社会実現のための手引き』作成

認知症の人と接する機会の多い業態の中から、「金融」「住宅」「小売」「レジャー・生活関連」の4業種を選定し、認知症の人への接遇に関する手引きを作成・公表。



令和3年度 の取組

個々の企業のマニュアル作成を支援する「留意事項集」を作成

企業ごとの業務内容や地域の特性等により求められる対応は異なることが想定されること、また、個々の企業が地域において果たす役割や社内制度の整備を明示する観点などから、上記手引きを参考としつつ、企業独自のマニュアルを作成することがより望ましい。

そのため、企業が独自のマニュアルを作成する上での記載例やその留意事項を整理した『留意事項集』を作成。

会社手引きの例

安心して買い物を楽しんでいただくために

接し方は一律ではありません
 ○認知症の人への対応は、基本的にすべてのお客さまへの接客対応と変わりません。しっかりと話を聞き、相手の立場に立って考えることが基本です。
 ○ただ、その方がもしかかると認知症かもしれないこと、記憶障害による認知機能の低下などで方向感や不安を抱えているかもしれないことを考慮にいたした対応を心がけることが重要です。
 ○認知症の人の行動の理由は一人ひとり異なります。同じように見えなくても、それぞれ個別の理由があり、それぞれに応じた接し方が求められます。つまり、すべての事例に対応できる完璧な接し方はありません。

さまざまな事情を抱えるお客さまに対する環境整備
 ○当社では、さまざまな事情を抱えるお客さまが安心して買い物を楽しんでいただけるよう、以下の環境整備を推進します。
 ・スローレジ設置店舗の整備
 ・認知症の人にも分かりやすい店内案内表示/商品の陳列

高齢者の認知症とは異なる若年性認知症への対応

若年性認知症とは	若年性認知症の人がかかえる問題	就労の継続とそのための対応
<ul style="list-style-type: none"> 65歳以下で発症する認知症の総数で、2020年3月現在、約35万人の心臓病が若年性認知症と推計されています。 若年性認知症は高齢者の認知症より、わが国に比べて増加傾向が顕著であり、若くして認知症を発症したことが多く、受け入れられる機会が少なくなります。 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症の人は働き盛りで、就労期の子どもがいる場合も多々あります。 そのため、仕業や退職する可能性があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 雇用の継続は、症状の進行を遅やかにし、経済的困難を最小限に抑えることとなります。 企業の理解、社員の理解、雇用の継続、労働者との連携、支援制度の活用などの対応が必要です。

【参考】若年性認知症に関する企業向けパンフレット等以下のURLを参照してください。
 全国若年性認知症支援センター(タウロード集) https://www.mitsuhatake.net/information_dementia/

『認知症の理解編』に関する留意事項

- ☑「接し方は一律ではない」と伝えることは必須。
 - 会社手引きとして対応を記載すると、どうしても「その通りに対応したのにうまくいかなかった」という反応が出てきます。
 - 認知症の人に限らず、お客さまへの対応は一律ではありませんので、「接し方は一律ではない」という情報を、マニュアルのなかに対応と合わせて記載するとよいでしょう。
- ☑あらかじめ、「買い物しやすい環境」の整備を図っておくことが重要。
 - 様々な事情を抱えるお客さまの存在を前提として、あらかじめ、買い物しやすい環境の整備を図っていくことが求められます。例えば、
 - ・ゆっくり買い物を楽しんでいただけるよう、スローレジの取組、
 - ・セルフレジの補助スタッフ配置、
 - ・認知症の人に配慮した店舗づくり (店舗の人にも分かりやすい店内案内や商品陳列の工夫)
 - ・店内での読み書きシロゾングカードの整備
 - などの取組事例があり、できる範囲での取組を図っていくことが求められます。
- ☑若年性認知症の方の支援ニーズを捉えることが重要。
 - 高齢者の認知症と比べ、若年性認知症についてはまだ社会的に知られていないことが多いのが現状です。高齢者だけでなく若年者でも認知症になることがあります。認知症バリアフリーに取り組みにあたっては、若年性認知症に関する理解に関する情報や、自社としての認識をぜひ記載するとよいでしょう。
 - またお客さまとして一見ただけでは、認知症の人であると気づかない場合もあります。本人が助けを求めている場合もあります。そういうお客さまであったとしても、しっかりと話を聞き、相手の立場に立った接客を心がけます。



認知症バリアフリー宣言制度

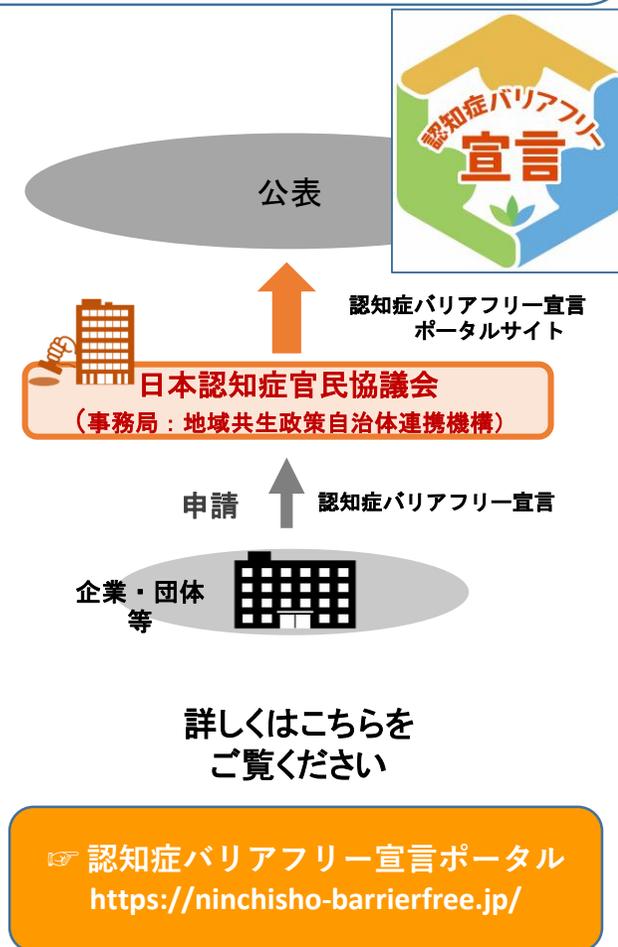
○ 認知症バリアフリーに向けた取組を行おうとしている企業・団体等が、自らWeb上で「認知症バリアフリー宣言企業」として宣言を行うことを通じて、認知症の人やその家族の方々にとって安心して店舗やサービス・商品を利用できる環境の整備などに努めるとともに、認知症バリアフリー社会の実現に向けた機運を醸成することを目的とした制度

【認知症施策推進大綱：KPI/目標】 認知症バリアフリー宣言件数・認証制度応募件数・認証件数（認知症バリアフリー宣言、認証制度の仕組みの検討結果を踏まえて検討）

認知症バリアフリー宣言試行事業参加企業のうち、 宣言制度実施企業一覧

	業種	企業名	本社所在地
1	金融・銀行	三井住友銀行 株式会社	東京都千代田区
2	金融・銀行	株式会社 七十七銀行	宮城県仙台市
3	金融・銀行	株式会社 福井銀行	福井県福井市
4	金融・信金	但陽信用金庫	兵庫県加古川市
5	金融・信託銀行	三井住友信託銀行 株式会社	東京都千代田区
6	金融・証券	岡三にいがた証券 株式会社	新潟県長岡市
7	金融・生保	太陽生命保険 株式会社	東京都中央区
8	金融・生保	フコクしんらい生命保険 株式会社	東京都新宿区
9	金融・生保	住友生命保険相互会社	大阪府大阪市
10	金融・生保	日本生命保険相互会社	東京都千代田区
11	金融・生保	朝日生命保険相互会社	東京都新宿区
12	金融・損保	損害保険ジャパン 株式会社	東京都新宿区
13	介護	社会福祉法人 敬愛園	福岡県福岡市
14	介護	社会福祉法人 晋栄福祉会	大阪府門真市
15	介護	株式会社 大起エンゼルヘルプ	東京都荒川区
16	小売	株式会社 イトーヨーカ堂	東京都千代田区
17	警備	アーバン警備保障 株式会社	大阪府守口市
18	住宅管理	株式会社 リビングコミュニティ	東京都世田谷区

※ 令和4年3月23日以降、右記の認知症バリアフリー宣言ポータルサイトの申請用フォームからWeb上で申請可能



5. 研究開発・産業促進・国際展開

<認知症施策推進大綱（抜粋） 基本的考え方>

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

- 認知症発症や進行の仕組みの解明、予防法、診断法、治療法、リハビリテーション、介護モデル等の研究開発を更に推進。
 - ・ コホート研究、バイオマーカーの開発など

認知症に関する研究の取組の充実

認知症施策推進大綱で掲げられた研究にかかる「KPI/目標」

- ◆ 認知症のバイオマーカーの開発・確立（POC取得3件以上）
- ◆ 日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始
- ◆ 認知症の予防・治療法開発に資するデータベースの構築と実用化
- ◆ 薬剤治験に即刻対応できるコホートを構築

認知症研究の推進 令和4年度予算額（令和3年度当初予算額）：12億円（12億円）※+60,405千円

大綱に掲げられた2025年に向けた目標を達成するため、認知症臨床研究の中心となるコホート・レジストリ研究、認知症診断に資するバイオマーカー研究、認知症ゲノム研究など病態解明を目指した研究等に必要予算の拡充を行い、また認知症政策の推進に資する調査研究をあわせて令和4年度予算には、**12.4億円（+0.6億円）を計上。**

（主な研究内容）

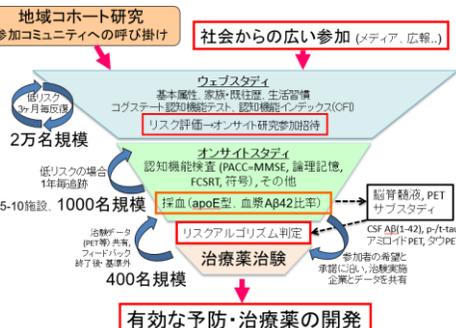
- ◆ **認知症臨床研究の中心となるコホート・レジストリ**
 - ・大規模認知症コホート研究
 - ・認知症ステージ別コホート研究
 - ・薬剤治験に即刻対応できるコホートを構築する研究
- ◆ **バイオマーカー研究**
 - ・認知症診断に資するバイオマーカー研究
- ◆ **病態解明を目指した研究**
 - ・認知症ゲノム研究
 - ・若年性優性遺伝性アルツハイマー病者に対する研究
- ◆ **認知症施策の推進に資する調査研究**
 - ・軽度認知障害者支援のあり方に関する研究
 - ・認知症と併存疾患に注目した重症化予防に関する研究
 - ・人生最終段階の医療提供における意思決定支援に関する研究

大規模認知症コホート

長期にわたって高齢者を追跡し、認知症発症者と未発症者を比較して発症に関連する危険因子、予防因子を同定。

（対象者）
認知症発症前の者（健常、軽度認知障害）、一部認知症患者
（規模）
～12,000

全国8ヶ所で1万人を追跡する認知症の実態調査



薬剤治験対応コホート

前臨床期（脳内病変は生じているが認知症症状が現れていない者）を対象とし、治験に対応できる高い水準でデータ収集を行い、円滑な治験実施を目的としたコホート研究。

『トリアルレディコホート(J-TRC)構築研究』を令和元年10月31日より開始
<https://www.j-trc.org/>

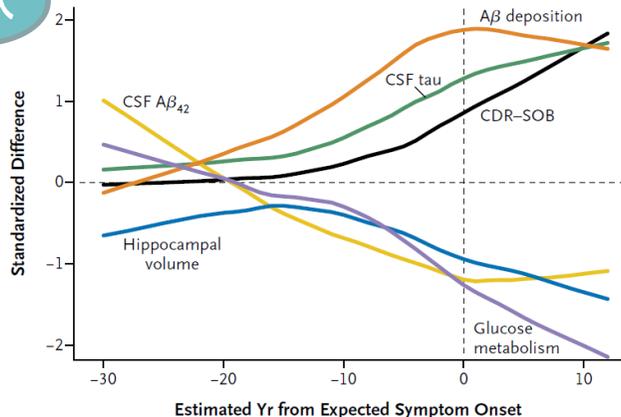
1万人コホート・オレンジレジストリ・TRCの概要

	大規模認知症コホート (1万人コホート)	全国的な情報登録・追跡研究 (オレンジレジストリ)	薬剤治験対応コホート (TRC)
概要	長期にわたる観察研究をするコホート	他臨床研究等での利活用を目指したレジストリ	薬剤治験に即刻対応できるコホート
期間	2016～2020 2021～2025 (継承研究)	2016～2020 2021年度以降はよりきめ細かいステージに分けた複数の研究に発展的継承	2019～2023
目的	観察のみ (介入なし)	臨床研究 (介入研究、観察研究) での利活用を想定	薬剤治験での利活用を想定 (GCP対応)
対象者	認知症発症前の者 (健常、軽度認知障害)	認知症各段階の者 (健常、軽度認知障害、認知症)	アミロイドPETによって確認された前臨床期者*
規模	～12,000	地域：～8,000 軽度認知障害：～1,800	認知症前臨床期：～400
構成	<ul style="list-style-type: none"> ・久山町と全国7コホートの集合体。 ・被験者の集め方は各地域で異なる (一部悉皆) ・長期縦断データ獲得可能。 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般市民を対象とした地域コホートのほか、もの忘れ外来受診等のMCIコホート、ケアコホート等、認知症の各段階 (健常、軽度認知障害、認知症) を対象とした様々なコホートから構成。 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定臨床研究、治験に対応出来るインフラ・研究者グループを活用。 ・他コホート・レジストリから被験者の受入を行う。
詳細	<ul style="list-style-type: none"> ・被験者の認知症発症経過も含めて追跡可能。 ・取得したデータの二次利用は可能。 ・実態調査が可能であり、認知症有病率のデータが定期的に得られる。(大綱で設定する認知症予防KPI評価のため2022～24年に有病率調査実施予定。) 代表：九州大学 二宮利治教授	<ul style="list-style-type: none"> ・被験者が希望すれば、企業治験、医師主導治験、研究者主導の臨床研究等を案内することが可能。 ・同意の取り直しが必要。 <div style="text-align: center;">  </div> <p>2021年度以降は認知症ステージ別コホート研究に移行</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・企業治験が求めるinclusion criteriaの項目を検査し、条件を満たす被験者を集める。 ・自らアウトリーチする以外に、他コホート・レジストリから被験者を受け入れる。 代表：東京大学 岩坪威教授

認知症バイオマーカー(BM)研究の現状

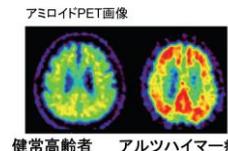
- 認知症診断をより生物学に基づいたものにし、早期診断を行うためBMは必須。
- 2018年に 米国老化研究所よりBMを用いたアルツハイマー病(AD)の定義が提唱された。
- BMを用いた治験での被験者層別化や予防戦略の策定等が今後の研究課題として検討されている。
- 質量分析やSIMOA等の技術が応用され血液BMは大きく実用化に近づき、研究競争が過熱している。

現状



認知症発症の

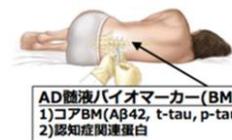
- ・25年前: 脳脊髄液中アミロイドに変化
 - ・15年前: アミロイドPET陽性、脳脊髄液中タウの上昇、脳萎縮
 - ・10年前: 脳代謝の低下、エピソード記憶の低下
 - ・5年前: 全般的な認知機能の低下
- が生じると言われており、これらをBMによって検出する。



アミロイドPET画像
健康高齢者 アルツハイマー病

画像BM (MRI, Amyloid PET等):

臨床にも普及しつつあり、確定診断に用いられる。高コストが課題。



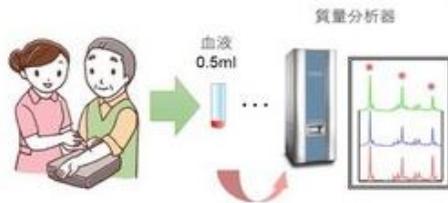
AD髄液バイオマーカー(BM)
1) コアBM(Aβ42, t-tau, p-tau)
2) 認知症関連蛋白

髄液BM: 有用性は確立されているが、高侵襲、簡便性が課題。

血液BM: 血液検査で簡易検出手法が開発され、現在最も研究が推進されている。

脳の中にアミロイドβの異常蓄積がないかどうかを正確に推定
(島津製作所、国立長寿医療研究センター)

現在用いられている脳脊髄液やPETイメージングの検査に匹敵する極めて高い精度のアルツハイマー病変(アミロイドβ蓄積)検出法を確立し、採取が容易な血液(僅か0.5 mL)でアルツハイマー病変を早期に正確に検出することが可能(平成30年2月)。



マスペクトロスコープ



Nakamura A, et al. High performance plasma amyloid-β biomarkers for Alzheimer's disease. Nature. 8;554(7691):249-254, 2018.

地域支援事業における任意事業の概要

○事業の目的

地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、介護保険事業の運営の安定化を図るとともに、地域の実情に応じた必要な支援を行う。

○事業の対象者

被保険者、要介護被保険者を現に介護する者その他個々の事業の対象者として市町村が認める者。

○事業の対象者

地域の実情に応じ、創意工夫を生かした多様な事業形態が可能であり、具体的には以下に掲げる事業を対象。

介護給付等費用適正化事業

利用者に適切なサービスを提供できる環境の整備を図るとともに、介護給付等に要する費用の適正化のための事業を実施。

【主要介護給付等費用適正化事業】

- ① 認定調査状況チェック
- ② ケアプランの点検
- ③ 住宅改修等の点検
- ④ 医療情報との突合・縦覧点検
- ⑤ 介護給付費通知

【その他】

- ⑥ 給付実績を活用した分析・検証事業
- ⑦ 介護サービス事業者等への適正化支援事業

家族介護支援事業

介護方法の指導その他の要介護被保険者を現に介護する者の支援のため必要な事業を実施。

- ① 介護教室の開催
要介護被保険者の状態の維持・改善を目的とした教室の開催
- ② 認知症高齢者見守り事業
地域における認知症高齢者の見守り体制の構築
- ③ 家族介護継続支援事業
家族の身体的・精神的・経済的負担の軽減
 - ア 健康相談・疾病予防事業
 - イ 介護者交流会の開催
 - ウ 介護自立支援事業
 - ・ 家族を慰労するための事業(慰労金)
 - ・ 介護用品の支給(H26年度に実施している保険者のみ)

その他の事業

介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事業を実施。

- ① 成年後見制度利用支援事業
- ② 福祉用具・住宅改修支援事業
- ③ 認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業
- ④ 認知症サポーター等養成事業
- ⑤ 重度のALS患者の入院におけるコミュニケーション支援事業
- ⑥ 地域自立生活支援事業
 - ア 高齢者の安心な住まいの確保に資する事業
 - イ 介護サービスの質の向上に資する事業
 - ウ 地域資源を活用したネットワーク形成に資する事業(配食・見守り等)
 - エ 家庭内の事故等への対応の体制整備に資する事業

地域支援事業による家族支援

- 介護保険法上の地域支援事業による介護者の家族等への支援として、介護知識・技術習得等を内容とした教室の開催、認知症高齢者に対する見守り体制の構築、介護者の家族等へのヘルスチェック等を行っている。

○実施事業

1. 介護者教室の開催

要介護被保険者の状態の維持・改善を目的とした、適切な介護知識・技術の習得や、外部サービスの適切な利用方法の習得等を内容とした教室を開催する。

2. 認知症高齢者見守り事業

地域における認知症高齢者の見守り体制の構築を目的とした、認知症に関する広報・啓発活動、徘徊高齢者を早期発見できる仕組みの構築・運用、認知症高齢者に関する知識のあるボランティア等による見守りのための訪問等を行う。

3. 家族介護継続支援事業

- (ア)健康相談・疾病予防等事業
要介護被保険者を現に介護する者に対するヘルスチェックや健康相談の実施による疾病予防、病気の早期発見等を行うための事業
- (イ)介護者交流会の開催
介護から一時的に解放するための介護者相互の交流会等を開催するための事業
- (ウ)介護自立支援事業
介護サービスを受けていない中重度者の要介護者を現に介護している家族を慰労するための事業

○家族介護支援事業の実施市町村数

n=1,741

事業内容		市町村数
介護者教室		704 (40.4%)
認知症高齢者見守り事業		1,150 (66.1%)
家族 介護 継続 支援 事業	健康相談	178 (10.2%)
	介護用品の支給	1,149 (66.0%)
	慰労金等の贈呈	681 (39.1%)
	交流会の開催	792 (45.5%)
全体		1,593 (91.5%)

【出典】平成29年度介護保険事務調査

「労働施策や地域資源等と連携した市町村、地域包括支援センターにおける家族介護者支援取組ポイント」の概要

概要

家族介護者支援にあたっては、介護施策の活用をはじめ、労働施策等を適切に組み合わせながら活用することが有効であり、初期段階における相談支援のほか、支援を必要とする場合に適切に制度につながるなど、それぞれの段階に応じた切れ目のない支援が重要となる。このため、令和2年度老人保健事業推進費等補助金「介護・労働施策等の活用による家族介護者支援に関する調査研究」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）において、家族介護者支援に資する制度等について整理するとともに、市町村や地域包括支援センター等における取組の実態や事例について把握し、取組のポイントをまとめて、自治体に周知を行った。（令和3年5月）

■なぜ家族介護者の支援に取り組むのか

高齢者本人だけでなく、他の家族も含めた世帯全体の課題としてとらえていく視点を持つことで、高齢者の抱える課題の解決につながります。また、家族介護者の離職は生活困窮に結びつく可能性があり、高齢者の自立した生活にも大きな影響を与えます。離職によって介護負担が増加し、ストレスから虐待へと発展してしまう場合があるかもしれません。こうしたリスクを防ぐためにも、家族介護者の就労継続支援は重要な取り組みです。

（家族介護者への支援で大切な視点）

市町村や地域包括支援センターは、支援が必要な家族介護者を「見つける」⇒「つなげる」⇒「支える」ことが重要

■家族介護者支援の取組のポイント

1. 家族介護者支援の取組経緯：地域包括支援センターが家族介護者支援に取り組むきっかけを整理
2. 家族介護者支援を行うにあたっての連携先：自治体の労働・経産・男女共同参画等に関わる部門、労働局、ハローワーク、経済団体、商工会議所、社会保険労務士、駅、コンビニ、郵便、水道、ガス、新聞、ケアマネジャー、介護保険サービス事業所、家族介護者支援に取り組む地域団体等 ※連携先に応じた連携方法を整理
3. 家族介護者支援の取組のポイント ※以下のポイントに沿って取組方法等を整理
 - ・家族介護者に自分自身の相談をしてよい場所だと認識してもらいましょう
 - ・家族介護者の支援ニーズを把握しましょう ・地域に家族が相談できる環境をつくりましょう
 - ・家族介護者支援に関する研修等を開催し、人材を育成しましょう

■取り組み事例の紹介

・身近な相談窓口（鹿児島県霧島市） ・家族介護者の会等の開催（大阪府吹田市、愛知県東郷町、愛知県豊田市） ・ケアマネジャー、介護サービス事業所を対象とした研修（大阪府岸和田市、福井県福井市、大分県別府市） ・企業や地域住民を対象とした研修・セミナー（東京都大田区、岐阜県岐阜市、神奈川県鎌倉市）

■家族介護者支援に関わる施策

・主な関連施策（高齢者介護・福祉行政、労働行政） ・現在行われている家族介護者支援に関する取組（「ニッポン一億総活躍プラン」介護離職ゼロの実現、市町村・地域包括支援センターによる家族介護者支援マニュアル（別紙）、介護を行う労働者が利用できる制度・公的給付（介護休業制度等の概要）） ・参考資料（ケアラーアセスメントシート、介護家族よりケアマネジャーに伝えたいこと、仕事と家庭両立のポイント、ケアマネジャー研修仕事と介護の両立支援カリキュラム）



市町村及び地域包括支援センターが行う家族介護者支援について

主旨

地域における高齢者の在宅生活を支えるに当たっては、家族介護者に対する支援も重要であり、介護する家族の不安や悩みに答える相談機能の強化・支援体制の充実を図るため、家族介護者に対する支援手法を整備し周知。(平成30年7月)

通知の主な内容

- 市町村及び地域包括支援センターによる家族介護者支援の具体的取組について、マニュアルにより周知。

(マニュアルにより示す取組の例)

- 出張相談等による相談機会の充実

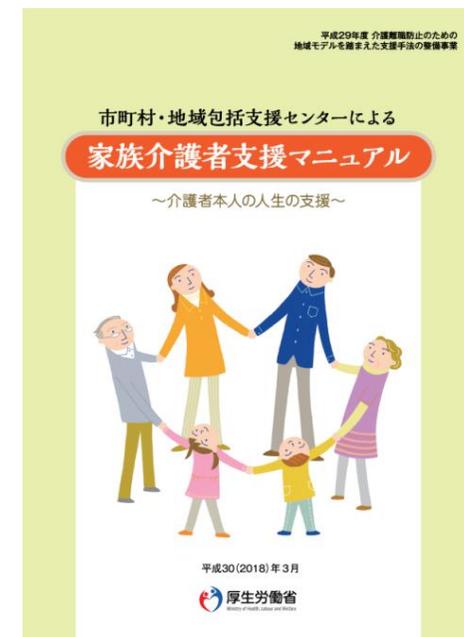
- 例1) 商業施設に相談会場を設置し、社会保険労務士、介護支援専門員等の専門職を配置し、幅広い相談に対応。
- 例2) 病院や診療所の協力を得て、ロビーや待合室の一角で相談会を開催。

- 相談窓口における家族介護者のアセスメントや自己チェック等の推進

- 例1) 専門職が家族介護者の相談に応じる際の、心身やこころの健康、家族・介護の状況等に関するアセスメントシートの活用。
- 例2) 家族介護者が介護支援専門員と面談する際の、自身の体調や気持ち等について整理して適切に伝えるための自己チェックシートの活用。

- 介護離職防止等のための他機関連携の推進

- 例) 自治体の労働・経済・商工部局、ハローワーク、社会保険労務士等との連携・協働による専門的支援への引き継ぎ。



家族介護者支援マニュアル

ヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチーム

立ち上げの背景

- ヤングケアラーは、年齢や成長の度合いに見合わない重い責任や負担を負うことで、本人の育ちや教育に影響があるといった課題があるが、家庭内のデリケートな問題、本人や家族に自覚がないといった理由から、支援が必要であっても表面化しにくい構造となっている。
- ヤングケアラーに対しては、様々な分野が連携したアウトリーチによる支援が重要であり、さらなる介護・医療・障害・教育分野の連携が重要。
- これらを踏まえ、厚生労働大臣と文科副大臣を共同議長とするプロジェクトチームを立ち上げ、連携の強化・支援の充実を図る。

構成員

共同議長 厚生労働副大臣 山本 博司

共同議長 文部科学副大臣 丹羽 秀樹

厚生労働省子ども家庭局長

厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課虐待防止対策推進室長

厚生労働省健康局難病対策課長

厚生労働省社会・援護局保護課長

厚生労働省社会・援護局地域福祉課生活困窮者自立支援室長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長

文部科学省初等中等教育局長

文部科学省初等中等教育局児童生徒課長

文部科学省総合政策局地域学習推進課長

開催実績

第1回<令和3年3月17日>

- 関係部局におけるヤングケアラー支援に係る取組について
- 関係者ヒアリング
 - ・ 成蹊大学文学部教授 澁谷智子氏
 - ・ 一般社団法人日本ケアラー連盟

第2回<令和3年4月12日>

- 令和2年度「ヤングケアラーの実態に関する調査研究」報告
- ヤングケアラー支援に向けた主な論点、課題の整理
- 関係者ヒアリング
 - ・ 埼玉県(福祉部地域包括ケア課・教育局市町村支援部人権教育課)
 - ・ 中核地域生活支援センターがじゅまる

第3回<令和3年4月26日>

- 関係者ヒアリング
 - ・ Yancle株式会社代表取締役 宮崎成悟氏
 - ・ 精神疾患の親をもつ子どもの会「こどもぴあ」
 - ・ 弁護士 藤木和子氏
 - ・ 尼崎市(教育委員会事務局学校教育部こども教育支援課)

第4回<令和3年5月17日>

- とりまとめ報告(案)

第5回<令和3年9月14日>

- ヤングケアラーの支援に関する令和4年度概算要求 等

ヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチーム報告

【厚生労働省・文部科学省の副大臣を共同議長とするヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチームとりまとめ】

令和3年5月17日

現状・課題

- ヤングケアラーは、家庭内のデリケートな問題であることなどから表面化しにくい構造。福祉、介護、医療、学校等、関係機関におけるヤングケアラーに関する研修等は十分でなく、地方自治体での現状把握も不十分。
- ヤングケアラーに対する支援策、支援につなぐための窓口が明確でなく、また、福祉機関の専門職等から「介護力」と見なされ、サービスの利用調整が行われるケースあり。
- ヤングケアラーの社会的認知度が低く、支援が必要な子どもがいても、子ども自身や周囲の大人が気付くことができない。



福祉、介護、医療、教育等、関係機関が連携し、ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるため、以下の取組を推進

今後取り組むべき施策

1 早期発見・把握

- 福祉・介護・医療・教育等関係機関、専門職やボランティア等へのヤングケアラーに関する研修・学ぶ機会の推進。
- 地方自治体における現状把握の推進。

2 支援策の推進

- 悩み相談支援
支援者団体によるピアサポート等の悩み相談を行う地方自治体の事業の支援を検討（SNS等オンライン相談も有効）。
- 関係機関連携支援
 - ・ 多機関連携によるヤングケアラー支援の在り方についてモデル事業・マニュアル作成を実施（就労支援を含む）。
 - ・ 福祉サービスへのつなぎなどを行う専門職や窓口機能の効果的な活用を含めヤングケアラーの支援体制の在り方を検討。
- 教育現場への支援
スクールソーシャルワーカー等の配置支援。民間を活用した学習支援事業と学校との情報交換や連携の促進。
- 適切な福祉サービス等の運用の検討
家族介護において、子どもを「介護力」とすることなく、居宅サービス等の利用について配慮するなどヤングケアラーがケアする場合のその家族に対するアセスメントの留意点等について地方自治体等へ周知。
- 幼いきょうだいをケアするヤングケアラー支援
幼いきょうだいをケアするヤングケアラーがいる家庭に対する支援の在り方を検討。

3 社会的認知度の向上

2022年度から2024年度までの3年間でヤングケアラー認知度向上の「集中取組期間」とし、広報媒体の作成、全国フォーラム等の広報啓発イベントの開催等を通じて、社会全体の認知度を調査するとともに、当面は中高生の認知度5割を目指す。

ヤングケアラーPT報告書への対応方針（介護分野）

	項目名	取り組むべき施策 (PT報告書)	措置 見込み	対応方針
① 早期発見・把握	医療機関・福祉事業者の関わりがある場合に、ヤングケアラーを把握する取組	<p>国は、ケアを必要とする人に関わることが想定される医療、介護、福祉等の関係機関や専門職員を対象に各地方自治体が行う、ヤングケアラーの概念、ヤングケアラー発見のための着眼点や対応する上で配慮する事項等、ヤングケアラーについて学ぶ研修を推進する。</p> <p>こうした研修により、ヤングケアラーを早期に把握するとともに、国は、学校現場や他の専門機関から、ヤングケアラーに関する情報提供が福祉事業者や地方自治体の福祉部門にあった場合、適切な支援につながるよう、個人情報の取扱方法を含め、適切かつ効果的な情報連携の方法について検討する。</p>	R3 年度中 (一部 R4)	○ 介護支援専門員については、令和3年度調査研究事業において法定研修に係るカリキュラムやガイドラインの見直しに向けて内容を検討することとしており、その見直しの中で、今般の報告書を踏まえた検討を行った上で、その内容をお示しする予定。
			R4 予算	○ ヤングケアラー等の家族介護者を支援するため、先行自治体が地域医療介護総合確保基金の既存の枠組みを活用して実施している地域包括支援センター等を対象とした研修等について、都道府県へ周知するとともに、自治体での取り組みの推進を図るため、調査研究事業を活用し研修カリキュラムを作成する。
② 支援策の推進	ヤングケアラーが子どもであることを踏まえた適切な福祉サービス等の運用の検討	<p>国では、既に家族介護者がいることをもって一律に居宅サービス等の対象外とはしないよう、地方自治体に通知しているが、特に、子どもが主たる介護者となっている場合には、子どもを「介護力」とすることを前提とせず、居宅サービス等の利用について十分配慮するなど、ヤングケアラーがケアする場合のその家族に対するアセスメントの留意点等について地方自治体や関係団体に周知を行う。また、サービス提供主体が、ヤングケアラーのいる家族に対して介護サービスを行う場合の取扱いの明確化の検討、障害福祉サービスの家事援助を行う場合の取扱いの再周知を行う。</p>	R3 年度中 (一部 R4)	<p>○ とりまとめを踏まえ、令和3年度調査研究事業の中で、ヤングケアラーがいる場合のケアマネジメントの留意事項をとりまとめ、自治体・関係団体等に周知する予定。</p> <p>○ ヤングケアラーのいる家族に対して介護サービスを行う場合の取扱いについては、令和3年度調査研究事業の中で検討。</p>
③ 社会的認知度の向上	福祉や教育分野など関係者の理解促進	<p>関係機関・団体から支援が必要なヤングケアラーに係る相談を受けた場合には、門前払いやたらい回しにすることなく、しっかりと受け止められるようにすることが必要である。そこで、国は、前述したように福祉、介護、医療、教育といったそれぞれの機関・分野において、ヤングケアラーに関する周知・広報や研修を行う。</p>	R4 予算	○ ヤングケアラー等の家族介護者を支援するため、先行自治体が地域医療介護総合確保基金の既存の枠組みを活用して実施している地域包括支援センター等を対象とした研修等について、都道府県へ周知するとともに、自治体での取り組みの推進を図るため、調査研究事業を活用し研修カリキュラムを作成する。【再掲】

地域における 介護予防や社会参加活動の充実

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)

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

- 一般介護予防事業等について、今後求められる機能、地域支援事業の他事業との連携方策、専門職の関与の方策、PDCAサイクルに沿った更なる推進方策等について、厚生労働省の「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」における検討状況を踏まえながら、議論を行った。
- 一般介護予防事業等による介護予防の取組を推進していくことが必要である。特に住民主体の通いの場の取組について、一層推進していくことが必要である。このため、通いの場の類型化等を進めるとともに、ポイント付与やいわゆる有償ボランティアの推進、家族や現役世代が予防的な意識を持てるようなものも含めた周知広報の強化等、住民の参加促進を図るための取組を進めることが重要である。なお、いわゆる有償ボランティアについては、役割がある形で参加を促す仕組みとして期待がある一方、サービス利用者と提供者双方の安全確保に留意が必要である。
- 一般介護予防事業を効果的・効率的に実施するため、地域ケア会議や短期集中予防サービス、生活支援体制整備事業をはじめとする地域支援事業の他事業との連携を進めていくことが重要であり、実態把握とともに、取組事例の周知等により、多様な関係者や事業等と連携した取組を促していくことが適当である。
- 高齢者においては健康状態等の個人差が大きいいため、通いの場の取組について、専門職によるアセスメントと適切な指導等の関与を図ることで、本人の健康状態等に合わせた効果的で多様な取組が展開されることが期待される。通いの場の取組をより効果的・継続的に実施するため、医療等専門職の効果的・効率的な関与を図ることが必要である。医師会や医療機関等との連携事例を把握し自治体に実施方策を示すことが必要である。また、地域リハビリテーション活動支援事業について、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医師会等とも連携し安定的に医療専門職を確保できる仕組みを構築することが必要である。あわせて、研修等による人材育成等を進めることが重要である。
- PDCAサイクルに沿って、関連データも活用しつつ、効果的・効率的に取組を推進していくことが必要である。自治体の業務負担等も考慮しつつ、プロセス指標やアウトカム指標を設定することが必要である。その際、保険者機能強化推進交付金との整合にも留意が必要である。今後通いの場等に関するエビデンスを構築していくことも必要である。また、国において、具体的な目標の立て方や指標の選定、分析方法などについて、分かりやすい情報提供や研修を行うことや、地域包括ケア「見える化」システムや国保データベース（KDB）等のデータを有効活用するための環境整備を行うことが必要である。
- 通いの場に参加しない高齢者への対応が必要である。支援が必要な者を把握し、通いの場への参加を含めて必要な支援につなげることも重要である。なお、高齢者の社会参加には通いの場以外にも多様なニーズや方法があることに留意が必要である。
- 介護予防については、高齢者の心身の状態を自立から要介護状態まで可変であるというように、連続的に捉え支援するという考えも重要である。生活習慣病の重症化を含めた予防の取組との連携が重要であり、通いの場で、生活習慣病予防の観点も踏まえ住民の行動変容を促すなど、要介護状態の発生防止に取り組んでいくことも必要である。このため、データ利活用や地域のつながり強化を図りながら、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組を進めることが重要である。また、通いの場の取組を効果的に実施し、地域共生社会の実現に向けた地域づくりを進めることも必要である。

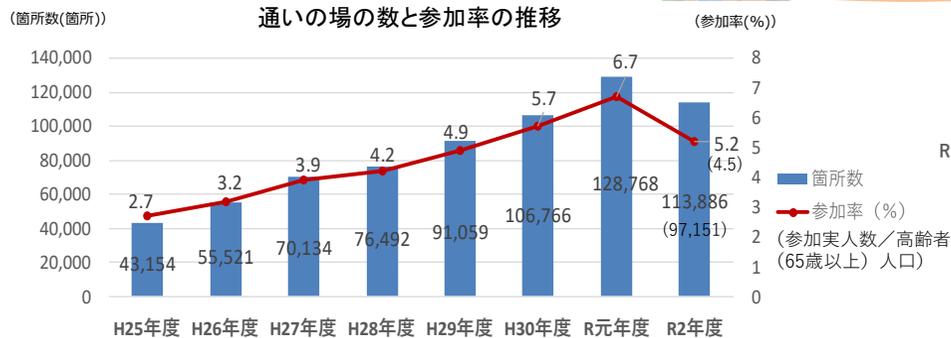
介護保険制度の見直しに関する意見
(令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

2. 総合事業

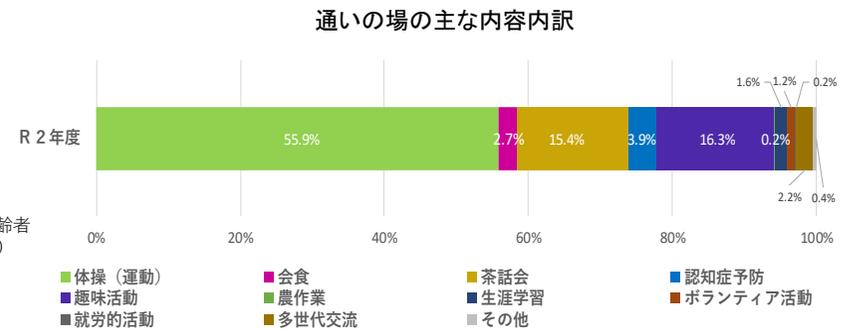
- 現在、総合事業の対象者が要支援者等に限定されており、要介護認定を受けると、それまで受けていた総合事業のサービスの利用が継続できなくなる点について、本人の希望を踏まえて地域とのつながりを継続することを可能とする観点から、介護保険の給付が受けられることを前提としつつ、弾力化を行うことが重要である。その際、認知症など利用者の状態に応じた適切な対応を行うことや、適正な事業規模とすべきことに留意が必要である。具体的には、総合事業の対象者の弾力化にあたり、ケアマネジメントを通じて適切な事業の利用が担保されること、あわせて、国において弾力化後の事業の利用者の変化の状況や具体的なサービスの利用の状況などを定期的に把握・公表することが重要である。
- 国がサービスの価格の上限を定める仕組みについて、市町村が創意工夫を発揮できるようにするため、弾力化を行うことが重要である。
- 住民主体の多様なサービスの展開のため、いわゆる有償ボランティアに係る謝金を支出できるようにすることや、人材確保のためのポイント制度等を創設する人材確保のためのポイント制度等を創設するなど、総合事業の担い手を確保するための取組を進めることが必要である。
- 総合事業の効果的な実施のため、市町村の積極的な取組を促すことや、都道府県による適切な助言等の積極的な市町村支援が必要である。また、市町村の取組状況を踏まえ、取組の改善方策を示すことも重要である。保険者機能強化推進交付金の活用も重要である。

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令和元年度まで増加傾向であったが、令和2年度は減少。取組内容としては体操、趣味活動、茶話会の順で多い。



※()内の数値は運営主体が住民のもの。令和元年度までは全て住民主体。



(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(令和2年度実施分)に関する調査)

(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%

通いの場の類型化について

- 「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（令和元年12月）」を踏まえ、多様な通いの場の展開を図るため、令和3年8月に「通いの場の類型化について（Ver.1.0）」を公表。
- 先進的な事例等を参考に、「だれが（運営）」「どこで（場所）」「なにを（活動）」の3つの視点から、通いの場の類型化を行い、具体的な事例も紹介。

運営 ※	場所	活動
住民個人(有志・ボランティア等)	個人宅・空き家	体操(運動)
住民団体(自治会、NPO法人等)	公民館・自治会館・集会所	会食
行政(介護予防担当部局)	公園	茶話会
行政(介護予防担当部局以外)	農園	認知症予防
社会福祉協議会	学校・廃校	趣味活動
専門職団体	医療機関の空きスペース	農作業
医療機関(病院、診療所、薬局等)	介護関係施設・事業所の空きスペース	生涯学習
介護関係施設・事業所	店舗の空きスペース・空き店舗	ボランティア活動
民間企業		就労的活動
		多世代交流

※住民以外が運営する場合でも、住民が主体的に取り組むことに留意すること

<「通いの場」の捉え方> 上記の類型化も参考に、

- ① 介護予防に資すると市町村が判断する通いの場であること
- ② 住民が主体的に取り組んでいること
- ③ 通いの場の運営について、市町村が財政的支援を行っているものに限らないこと
- ④ 月1回以上の活動実績があるもの

なお、類型化で示しているものは例示であり、多様な通いの場の取組が展開されるよう、今後も先進的な事例等を参考に更新予定

「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」を踏まえ、明確化する範囲

<参考> 通いの場の実施状況 令和2年1月～令和3年12月 (令和3年度老人保健健康増進等事業(日本能率協会総合研究所))

令和2年4～5月の緊急事態宣言時には、約9割の通いの場が活動を自粛していたが、11月頃には約8割が実施。その後は、感染者数や緊急事態宣言の発出・解除等に応じて、実施や活動自粛を繰り返している状況がみられ、感染者数が減少した令和3年11～12月は、8割超が実施。



	令和2年												令和3年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
箇所数	18,077	18,354	18,516	20,500	21,024	22,407	21,564	20,025	21,881	20,671	21,975	22,988	22,409	23,006	25,705	24,393	22,965	22,397	21,348	23,112	28,945	24,987	27,441	28,263
回答自治体数	415	437	535	579	583	553	535	529	524	515	530	661	662	660	685	683	674	672	668	688	749	742	751	754

※割合は、通いの場の活動状況を実数で把握している市町村の回答のうち、「不明」数を除外し母数を算出

新型コロナウイルス感染症の感染防止に配慮して通いの場等の取組を実施するための留意事項

○ 令和3年12月15日付事務連絡

「新型コロナウイルス感染症の感染防止に配慮して通いの場等の取組を実施するための留意事項について（その2）」において、「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」（令和3年11月19日、新型コロナウイルス感染症対策本部決定）を踏まえ、

- ・ 感染防止対策を確保した上で、通いの場や認知症カフェ等の取組を実施するために参考となるよう、留意事項を一部見直し提示するとともに、
- ・ 外出自粛による心身機能の低下や地域のつながりの希薄化の回復に向けて、地域の実情を踏まえた介護予防・見守り等の取組の更なる推進を依頼。また、
- ・ 緊急事態宣言やまん延防止等重点措置の区域に含まれることとなった場合の他、感染拡大の傾向がみられる場合には、歌を控える、息が荒くなるような運動は避ける、5人以上の会食を控えるなどの対策を講じるよう支援することを依頼。

（運営者・リーダー向け）

厚生労働省
新型コロナウイルス感染症に気をつけて

運営者・リーダー向け

通いの場を開催するための留意点

開催の可否や実施方法については、地域における新型コロナウイルス感染症の流行状況を確認し、市町村の保健課や感染症に詳しい専門職と相談しながら判断しましょう。

通いの場を開催するために、「3つの密（密閉、密集、密接）」を避ける、「人と人の距離の確保」、「マスクの着用」、「手洗いなどの手指衛生」、「換気」が大切です

～感染を防ぐためのポイント～

- ◆ 自分自身の健康管理にも十分配慮するようにしましょう
- ◆ 参加者の体温や体調の確認を行い、参加者名簿を作成し、記録するようにしましょう
注：発熱などが認められる場合には、参加を避けましょう
- ◆ 参加者には、「毎日体温を計測する」「症状がなくてもマスクを着用する」「水と石けんで丁寧な手洗いをする」ように呼びかけましょう
- ◆ 市町村の担当者など連携し、参加しなくなった方の把握や参加の呼びかけを行うことも大切です

開催中は、

- ◆ 複数の人が触れる手すり、ドアノブ、テーブル、椅子などは、消毒、清掃を行います
- ◆ 公民館など室内で開催する場合は、1時間に2回以上の換気を行います
- ◆ 参加者同士の間隔は、互いに手を伸ばしたら手が届く範囲以上空けるようにしましょう
- ◆ 会話をする際は、正面に立たないよう、注意を促しましょう
- ◆ 文字（紙）や録音、マイクなどを活用するなど、大きな声を出す機会を少なくするように工夫しましょう

～体操など身体を動かす活動をする場合～

- ◆ マスクを着けて運動をする場合は、身体への負担が著しく大きくなりやすいため、無理のないよう負荷を下げたり、休憩を取るなどの配慮をしましょう
注：公園など屋外で人と十分な距離（2m以上）を確保できる場合は、マスクをはずしましょう
- ◆ 熱中症予防のため、こまめな水分補給や室温調整などを行うよう気を付けましょう

～飲食を伴う活動をする場合～

- ◆ 座席の配置は、対面は避ける、間隔を確保するなどの工夫を行います
などの工夫を行い、距離をとるよう調整しましょう
- ◆ 食事中以外はマスクを着用しましょう
- ◆ 会食等では、料理は個別に配膳し、茶菓は個別包装されたものを用意しましょう
- ◆ 食器やコップ、箸などは、使い捨てにしたり、洗剤でしっかりと洗いましょう

「集まろう！通いの場」ウェブサイトでは、新型コロナウイルス感染症に気をつけて開催を維持するための情報を提供しています。

厚生労働省 通いの場 検索

令和3年12月

（参加者向け）

厚生労働省
新型コロナウイルス感染症に気をつけて

参加者向け

通いの場に参加するための留意点

「3つの密（密閉、密集、密接）」を避け、「人と人の距離の確保」、「マスクの着用」、「手洗いなどの手指衛生」、「換気」を心がけましょう

～感染を防ぐためのポイント～

- ◆ 毎日、体温を計測し、体調を確認しましょう
- ◆ 体調の悪いときは休みましょう
- ◆ 症状がなくてもマスクを着用しましょう
- ◆ こまめに、水と石けんで丁寧な手洗いを心がけましょう
- ◆ 1時間に2回以上の換気をしましょう
- ◆ お互いの距離は、互いに手を伸ばしたら手が届く範囲以上空けましょう
- ◆ 会話をする際は、正面に立たないよう気を付けましょう

～体操など身体を動かす時～

- ◆ マスクを着けて運動をする場合は、無理をせず、早めに休憩を取りましょう
- ◆ 熱中症予防のため、こまめに水分補給や室温を調整しましょう

～食べたり、飲んだりする時～

- ◆ 座席は、対面は避ける、間隔を確保するなどの工夫を行います
- ◆ 食事中以外はマスクを着用しましょう
- ◆ 料理は個々に分けて、茶菓は個別包装されたものを選びましょう
- ◆ 食器・コップ・箸などは、使い捨てにしたり、洗剤で洗いましょう

「集まろう！通いの場」ウェブサイトでは、新型コロナウイルス感染症に気をつけて開催を維持するための情報を提供しています。

詳しくはこちら

厚生労働省 通いの場 検索

QRコード読み取り

令和3年12月

介護予防に関する新型コロナウイルス感染症への主な対応（広報）

- 高齢者が居宅で健康に過ごすための情報や、新型コロナウイルス感染症に配慮して通いの場の取組を実施するための留意事項などを整理した、特設WEBサイト（令和2年9月開設）の開設
※ コンテンツの更なる充実を図り、新聞とテレビを活用した広報も実施
- 都道府県や市町村へポスター・リーフレット・DVD（動画）を配布（令和2年12月）
- 令和3年度も、引き続き、特設WEBサイト等を活用した広報を実施

特設WEBサイト「地域がいきいき 集まろう！通いの場」



<https://kayoinoba.mhlw.go.jp>



主なコンテンツ

<感染予防や居宅で健康に過ごすためのポイント>



<通いの場再開の留意点>



<通いの場からの便り（事例）>



<ご当地体操マップ>



419自治体、836本掲載（R4.1）

介護予防に関する新型コロナウイルス感染症への主な対応(ICTの活用)

「オンライン通いの場アプリ」を活用した、高齢者の健康維持や介護予防を推進。

現在、自治体の体操動画やお散歩支援、脳を鍛えるゲーム、オンラインコミュニケーション、通いの場の出席管理機能等を搭載しており、令和4年度中に、健康アラート機能を追加予定。

各種機能拡充や民間企業アプリ、KDBとの連携強化を行い、国・自治体においてデータを活用した効果的な介護予防サービスの展開が可能となる予定。



- 【今後拡充予定の機能】
- ポイント機能拡充
 - 本人へのフィードバック機能強化
 - 民間企業アプリとの連携強化
 - KDBとの連携強化 等

「オンライン通いの場アプリ」で収集・分析したデータを用いて、効果的な介護予防サービスを展開していきます。

ダウンロードはこちら ▶ <https://kayoinoba.net>

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
National Center for Geriatrics and Gerontology

※アプリは、厚生労働省の補助により国立研究開発法人国立長寿医療研究センターが開発(R2.7リリース)

ウィズコロナ下での感染防止対策を確保した上での通いの場をはじめとする 介護予防の推進や施設での面会等の再開・推進事業

令和3年度補正予算:4.1億円

事業目的

- コロナ禍における高齢者の外出自粛等の長期化により、閉じこもりや交流機会の減少により健康への影響が懸念される。このため、介護予防や重度化防止を目的として、必要な感染防止対策を確保した上で、ワクチン接種状況等も踏まえ、通いの場をはじめとする介護予防の取組や施設での面会等の再開や推進を図る。

事業概要

(1) 国による広報(1.0億円)

○ 広報資料(ポスター、パンフレット、動画等)の作成、情報発信(新聞、ラジオ、テレビ、HP、動画配信サイト等)、イベントの開催

- 外出自粛の長期化による心身機能の低下や地域のつながりの希薄化の回復につながるよう、高齢者やその支援者を対象とし、通いの場の再開や外出機会の促進を図るための情報発信を行うとともに、全国規模のイベント(例:ご当地体操グランプリ)を開催。
- 高齢者とその家族等の施設での面会の機会の減少により健康への影響が懸念されることから、面会の再開・推進に資するよう、高齢者施設等を対象に、対面での面会を積極的に実施する好事例や手法等を情報発信



(2) 自治体による広報への支援(3.1億円)

○ 都道府県及び市町村において、地域の実情に応じて行う広報に対する支援の実施

- 自治体が、地域に密着した内容(例:感染対策が確保された通いの場マップ、お散歩マップ)や方法(ケーブルTVやラジオ等)により、通いの場の再開や外出機会の促進を図るための広報を支援
- 自治体による、地域の感染状況等の実情に応じた施設での面会再開・推進に資する広報を支援



地域リハビリテーション体制（イメージ）について

- 地域リハビリテーション推進のための指針における、都道府県における望ましい地域リハビリテーションのイメージは以下のとおり
- 都道府県は、協会の設置や支援センターの指定を行い、事業実施を推進することで、市町村の一般介護予防を中心とした地域支援事業の充実・強化を支援

都道府県

協議

都道府県リハビリテーション協議会（企画体制）

- ・ リハビリテーション連携指針の作成
- ・ リハビリテーション支援センターの指定に係る調整・協議

参加団体例（都道府県医師会等の関係団体）

病院協会、病院協会、老人保健施設協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会、栄養士会、歯科衛生士会、等関係団体、介護支援専門員協会、保健所、市町村、都市区等医師会、患者・家族の会代表やその他事業の推進に必要な者

指定

都道府県リハビリテーション支援センター（推進体制）

- ・ 地域リハビリテーションセンターにおける研修の企画
- ・ リハビリテーション資源の把握
- ・ 行政や関係団体との連絡・調整

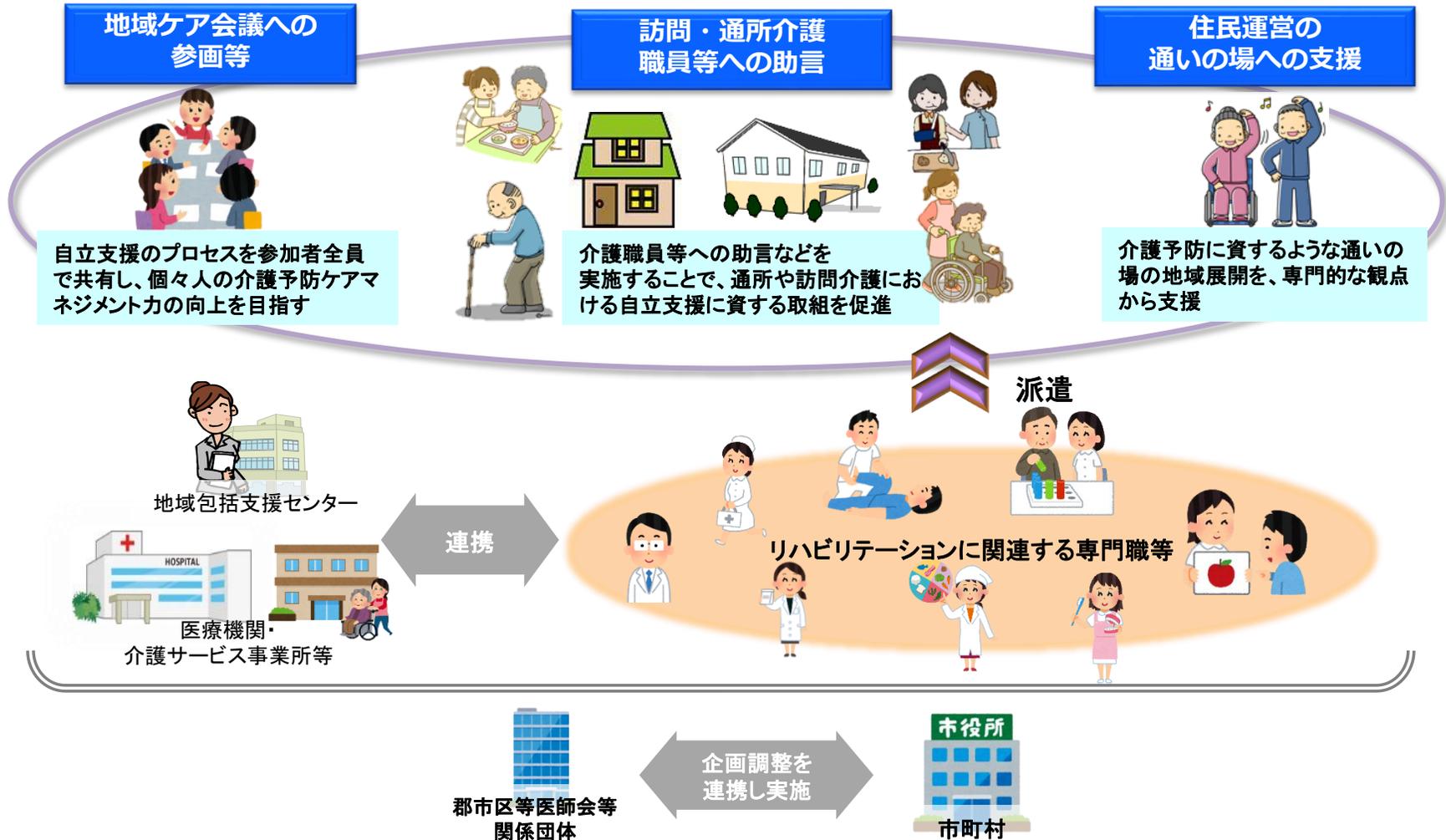
支援

地域リハビリテーション支援センター（市町村、二次医療圏等地域の実情に応じ設定）

- ・ 地域での相談支援（住民からの福祉用具や住宅改修等に関する専門的相談）
- ・ 研修の実施（リハビリテーション従事者、介護サービス事業所の職員、市町村職員向け等）
- ・ 通いの場や地域ケア会議等への派遣の調整

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

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



地域包括ケアシステム構築に向けた地域リハビリテーション体制整備マニュアル

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



<目次>

はじめに

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

II. 地域包括ケアと地域リハビリテーション

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

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

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

IV. 参考資料

おわりに

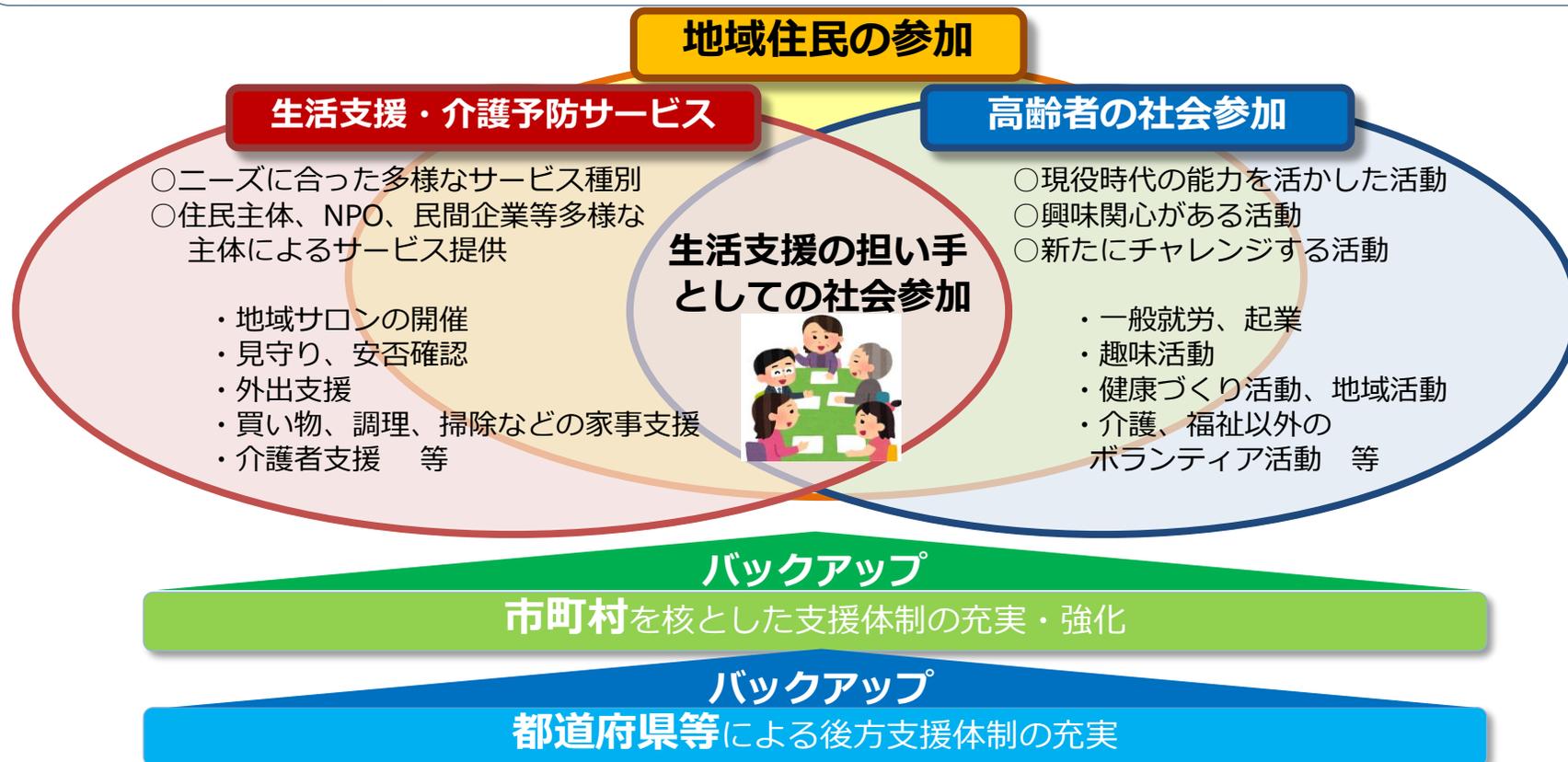
「地域リハビリテーション推進のための指針」改正について

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

介護予防・日常生活支援総合事業の推進

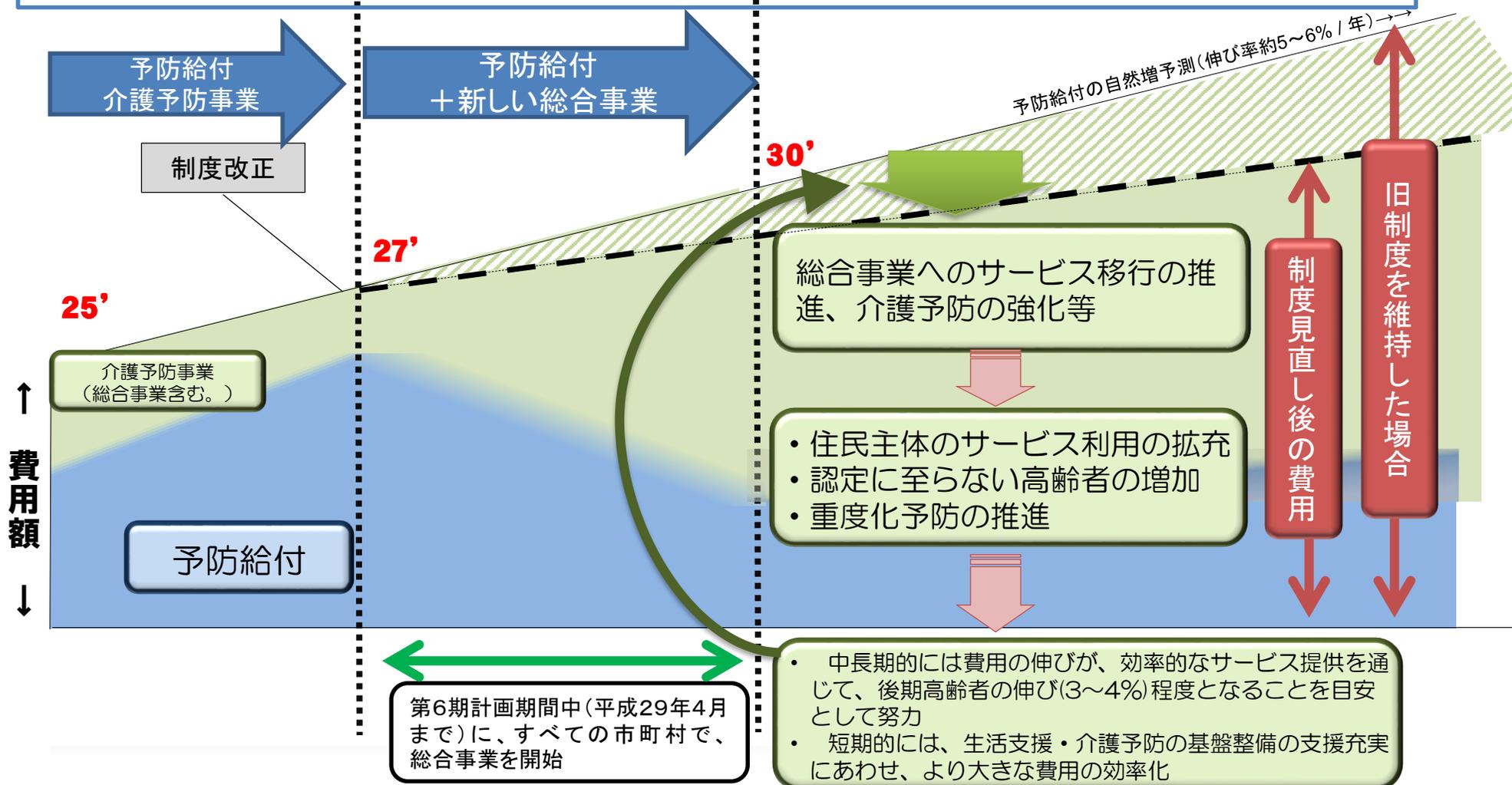
～生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加～

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。
ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、**社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。**
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような**地域づくりを市町村が支援すること**について、**制度的な位置づけの強化**を図る。



総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化（イメージ）

- 総合事業への移行により住民主体の地域づくりを推進。住民主体のサービス利用を拡充し、効率的に事業実施。
- 機能が強化された新しい総合事業を利用することで、支援を必要とする高齢者が要支援認定を受けなくても地域で暮らせる社会を実現。
- リハ職等が積極的に関与しケアマネジメントを機能強化。重度化予防をこれまで以上に推進。



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

介護予防・生活支援サービスの類型(典型的な例)

- 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

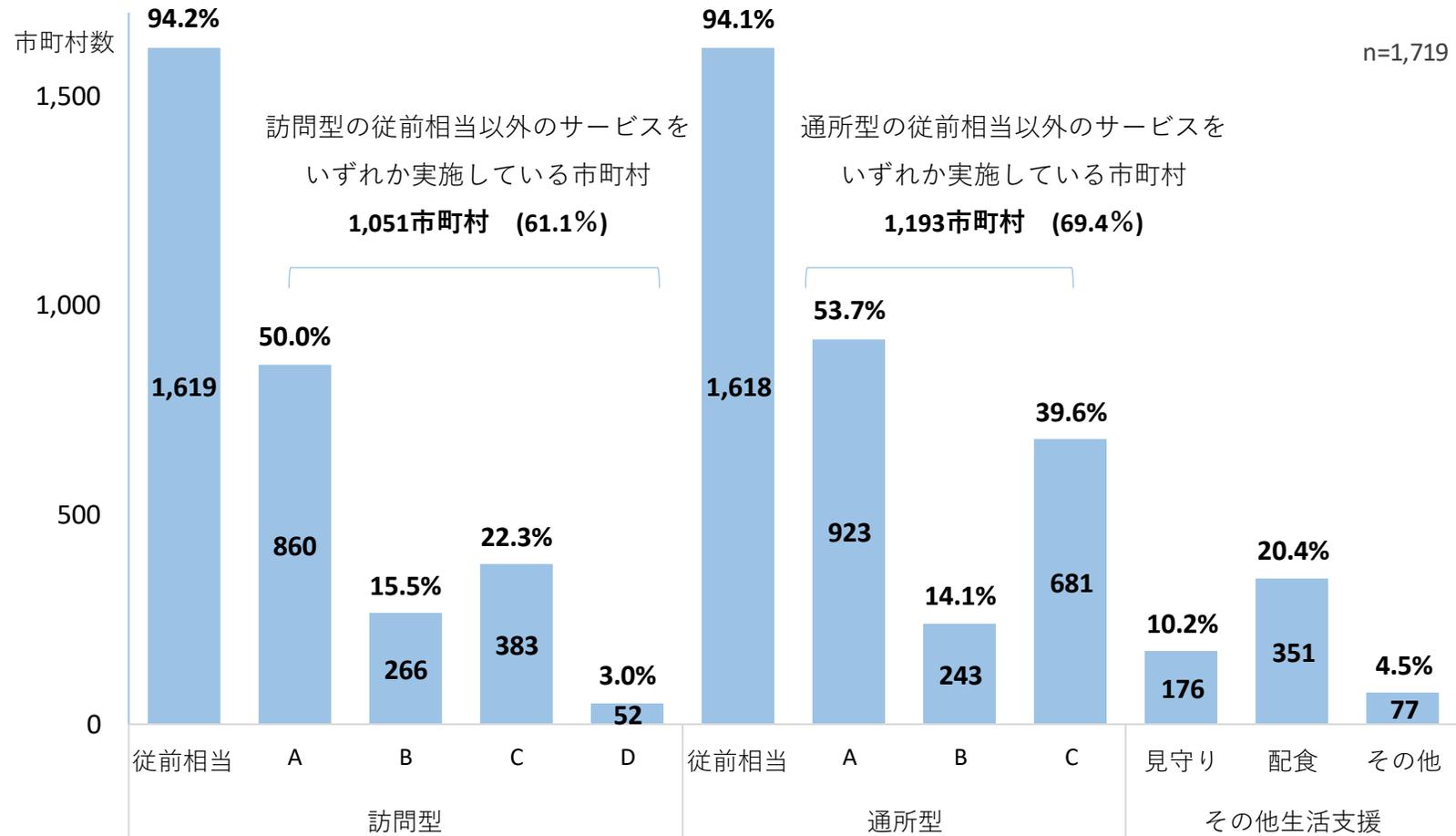
①訪問型サービス		訪問型サービスは、従前の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなり、多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。				
基準	従前の訪問介護相当	多様なサービス				
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)	
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援	
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース(例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる	
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託		
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準		
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)		
②通所型サービス		通所型サービスは、従前の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなり、多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。				
基準	従前の通所介護相当	多様なサービス				
サービス種別	①通所介護	②通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③通所型サービスB (住民主体による支援)	④通所型サービスC (短期集中予防サービス)		
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム		
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施		
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託		
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準		
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)		
③その他の生活支援サービス		その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。				

総合事業の実施状況（市町村）

(1) サービスの実施状況

令和元年6月時点で従前相当サービスを実施している市町村は、訪問型で1,619市町村(94.2%)、通所型で1,618市町村(94.1%)である。サービスAを実施している市町村は、訪問型で860市町村(50.0%)、通所型で923市町村(53.7%)である。次いで通所型サービスCを実施している市町村が多く、681市町村(39.6%)である。

サービスを実施している市町村数

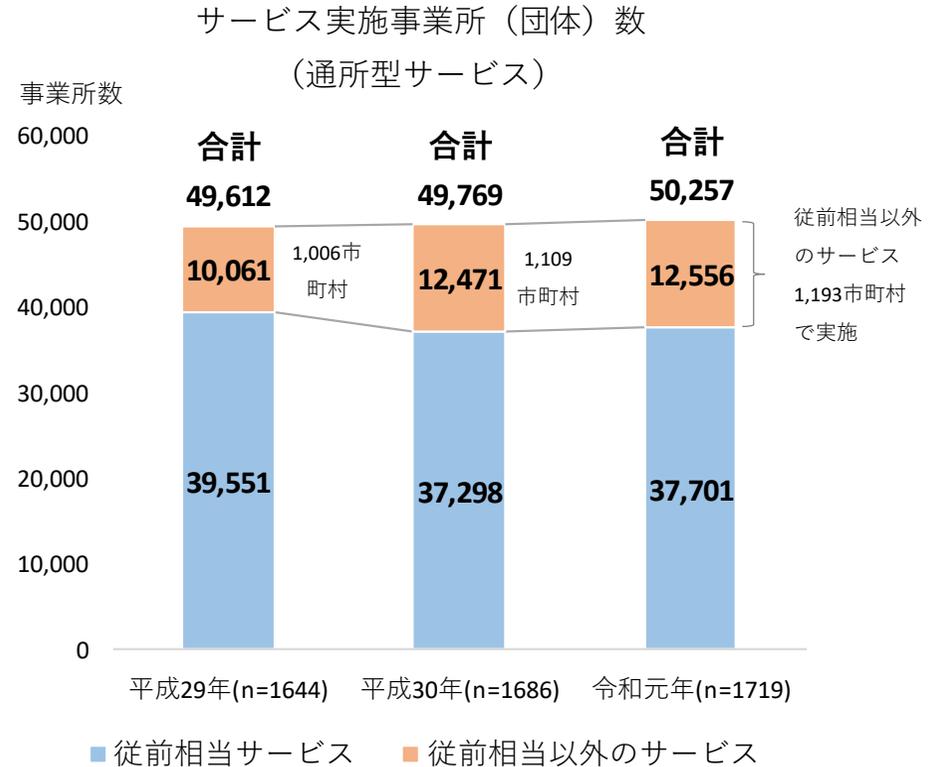
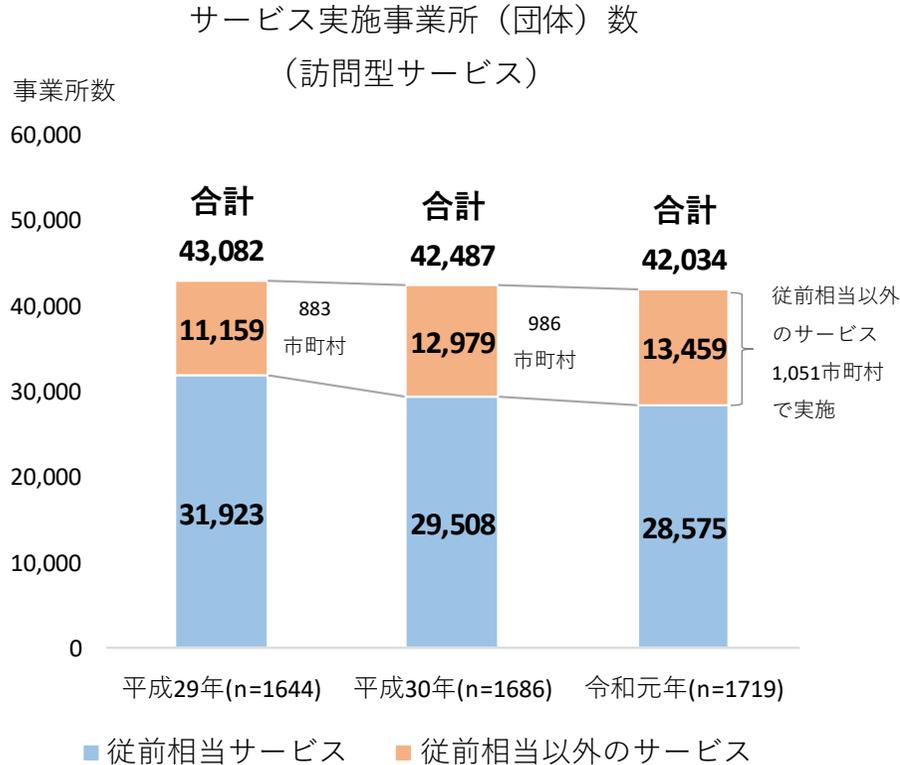


n=1,719

総合事業の実施状況（実施事業所（団体）数）

(3) サービス実施事業所（団体）数 3年間の調査結果

サービスの実施事業所（団体）数の平成29年度調査、平成30年度調査、令和元年度調査の結果をみると、直近では、訪問型では従前相当以外のサービスが13,000か所以上、通所型では従前相当以外のサービスが12,000か所以上である。



※それぞれの年の事業所数については未回答であった市町村の事業所（団体）は含まれていない。（平成29年は97市町村の事業所（団体）、平成30年のは55市町村の事業所（団体）、令和元年は22市町村の事業所（団体））

※重複を避けるため、各市町村内に所在する事業所（団体）のみを計上している。

※基準日は各年の6月1日である。

※令和元年度調査時に、平成29年度調査、平成30年度調査の回答の修正の申し出があったため、平成29年度及び平成30年度平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」報告書の数値を一部変更している。

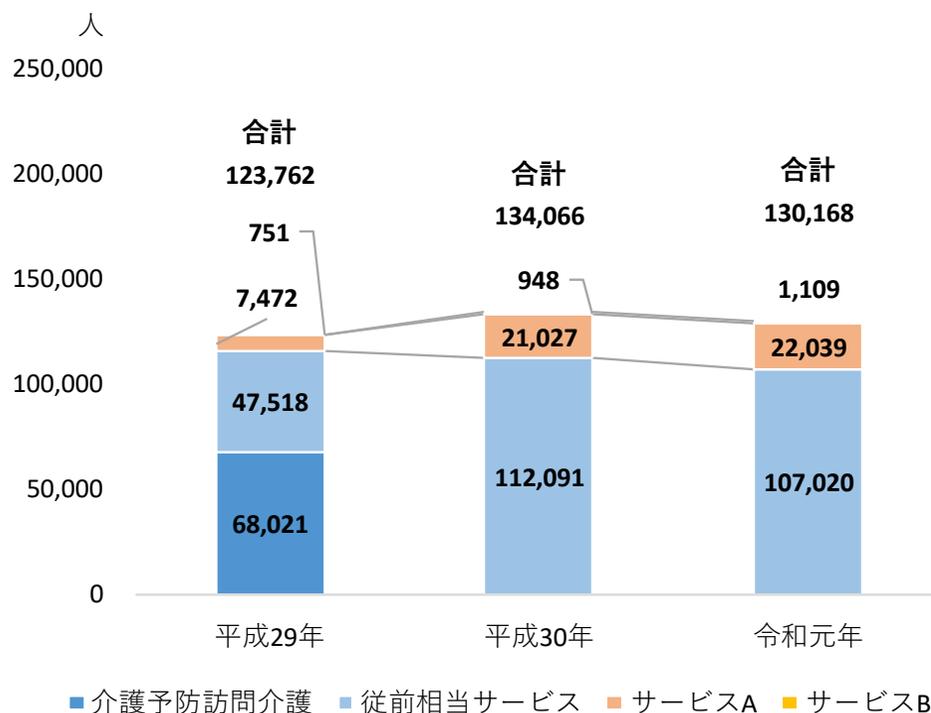
※総合事業には上記の他、配食・見守り等のその他生活支援サービスを提供する事業所（団体）がある。また、総合事業に位置づけられていない通いの場等の取組みもある。

総合事業の実施状況（利用者数）

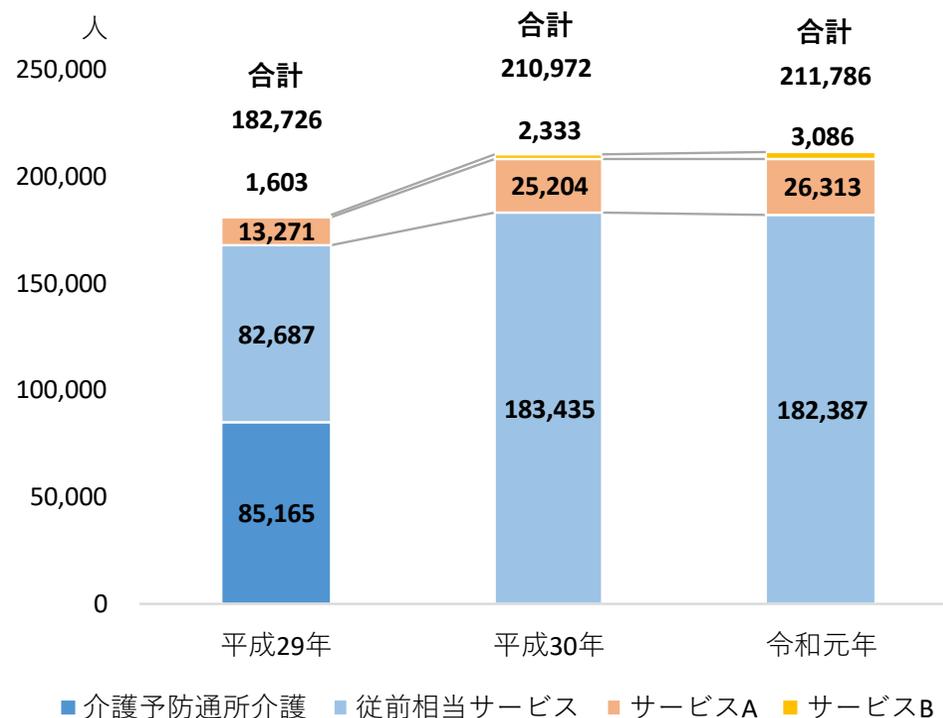
(4) サービスの利用者数 3か年の推移（実人数を把握している市町村について）

従前相当サービス（介護予防訪問介護、介護予防通所介護）、サービスA、サービスBの利用者数の、平成29年から令和元年の推移をみると、訪問型で5.2%（6,406人）、通所型で15.9%（29,060人）増加した。（母数は3年とも実人数を把握していると回答した市町村に限る。訪問型592市町村、通所型593市町村。）

サービスの利用者数（訪問型サービス）



サービスの利用者数（通所型サービス）



n=592

n=593

※平成29年度、平成30年度、令和元年度の3年間の調査に回答した1,588市町村のうち、従前相当サービス、サービスA、サービスBの利用者数を把握している市町村（訪問型592、通所型593）を母数とする。
 ※利用者数は平成29年6月、平成30年6月、平成31年3月の利用者数である。
 ※平成29年度の介護予防訪問介護、介護予防通所介護の利用者数は介護保険事業状況報告（平成29年8月）における、平成29年6月の利用者数を引用している。
 ※令和元年度の利用者には市町村外に所在する事業所（団体）からサービスを受けている利用者の数も含む。
 ※総合事業の実施時点で要支援認定の有効期間が残っている者については、要支援認定の有効期間が終了するまで介護予防訪問介護・介護予防通所介護を利用した。（平成30年3月末まで最長12ヶ月間）
 ※サービスごとの利用者数を計上しているため、複数のサービス利用している利用者は重複することもあり得る。

生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

(1) 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置 ⇒多様な主体による多様な取組のコーディネーター機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域に不足するサービスの創出 ○ サービスの担い手の養成 ○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 関係者間の情報共有 ○ サービス提供主体間の連携の体制づくり など 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の中学校区域がある。

- ① 第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心
 - ② 第2層 中学校区域で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開
- ※ コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外



(2) 協議体の設置 ⇒多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

NPO

民間企業

協同組合

ボランティア

社会福祉法人

等

※ コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとなっているが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要。

生活支援体制整備事業の実施状況（生活支援コーディネーター）

(1) 生活支援コーディネーターの配置状況 配置市町村数

生活支援コーディネーターは、第1層では93.4%、第2層では80.5%の市町村で配置されている。

生活支援コーディネーターの配置状況（第1層）			昨年度 (n=1,686)	一昨年度 (n=1,645)
	n	%		
配置していない	49	2.9	8.4	25.2
1人以上配置している	1,605	93.4	89.9	74.0
無回答	65	3.8	1.8	0.7
		※	※	※
母数 調査回答市町村	1,719			

生活支援コーディネーターの配置状況（第2層）			昨年度 (n=1,686)	一昨年度 (n=1,645)
	n	%		
配置していない	177	19.5	26.5	24.2
1人以上配置している	731	80.5	73.0	72.7
無回答	0	0.0	0.5	3.1
母数 第2層が第1層と同一でない市町村	908			

※ 小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計が100%とならない。

生活支援体制整備事業の実施状況（協議体）

(2) 協議体の設置状況 設置市町村数

協議体は、第1層では89.0%、第2層では67.6%で設置されている。

※第1層と第2層が同一である市町村においても4.2%で設置されている。

協議体の設置状況（第1層）

	n	%	昨年度 (n=1,686) ※	一昨年度 (n=1,645)
設置していない	123	7.2	19.3	38.1
1以上設置している	1,530	89.0	78.9	60.5
無回答	66	3.8	1.7	1.4

母数 調査回答市町村 1,719

協議体の設置状況（第2層）

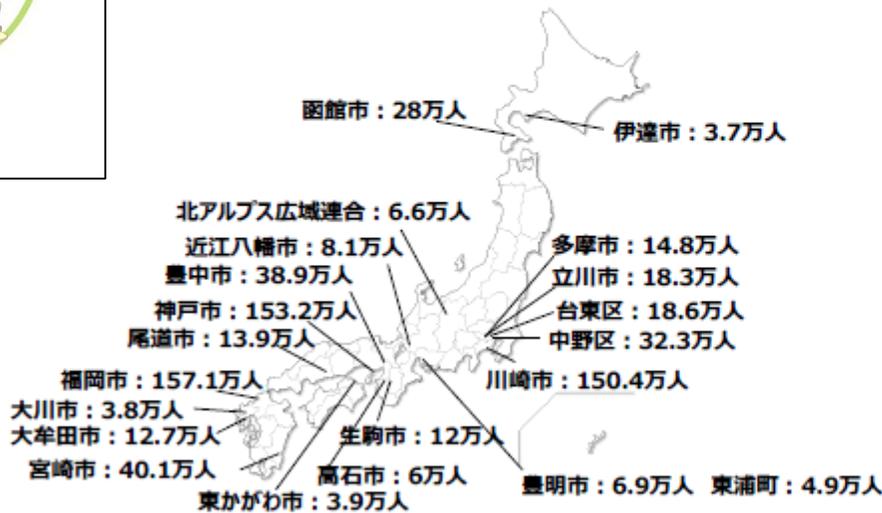
	n	%	昨年度 (n=1,686)	一昨年度 (n=1,645)
第2層が第1層と同一でない市町村	908	100.0		
設置していない	291	32.0	37.3	39.3
1以上設置している	614	67.6	62.3	55.7
無回答	3	0.3	0.4	5.0
第2層が第1層と同一の市町村	746	100.0		
設置していない	715	95.8		
1以上設置している	31	4.2		
無回答	0	0.0		

母数 圏域数回答市町村 1,654

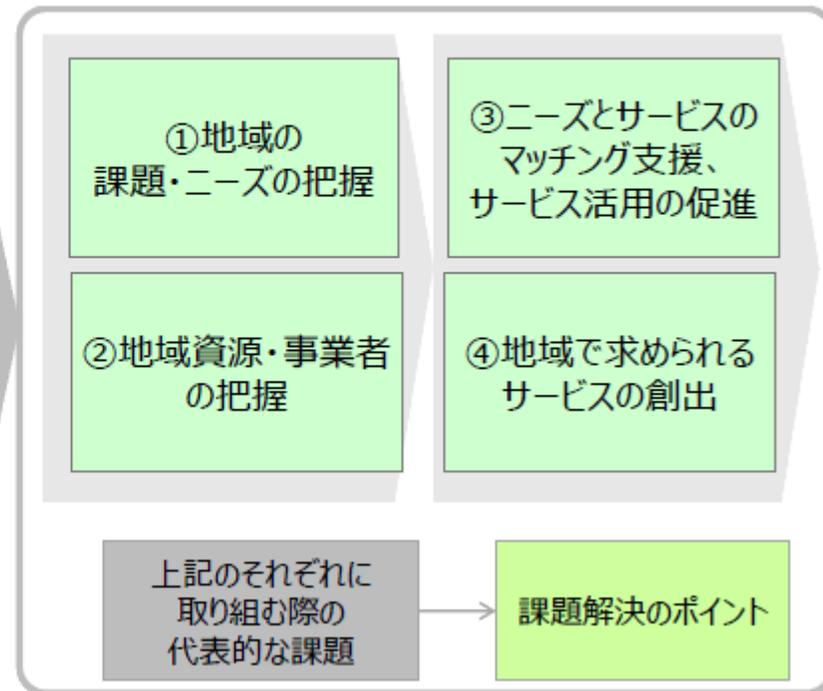
※小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計が100%とならない。



地域包括ケアシステムの構築・充実において
保険外サービスを活用している・しつつある
21の自治体の事例を調査



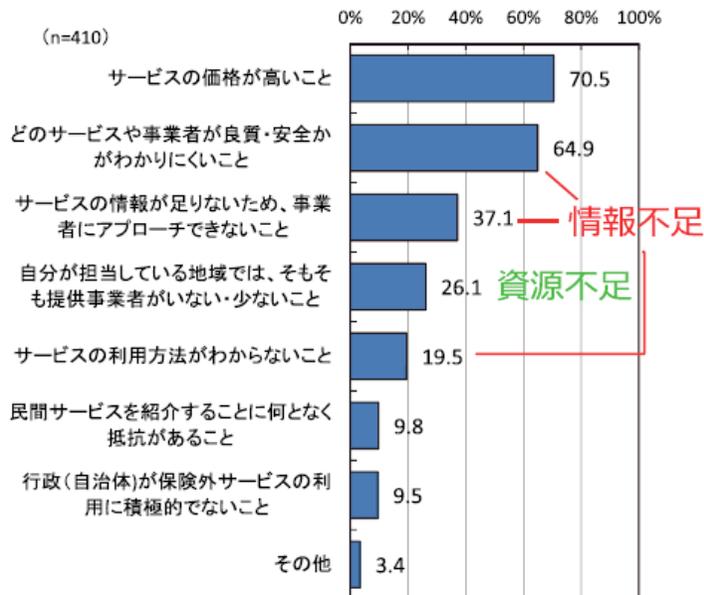
自治体に期待される役割を下記の①～④に
整理し、それぞれに取り組む際の課題と
課題解決のポイントをまとめた



ケアマネ・事業所が保険外サービスを活用する際の課題

ケアマネジャーが保険外サービスを活用する際の課題

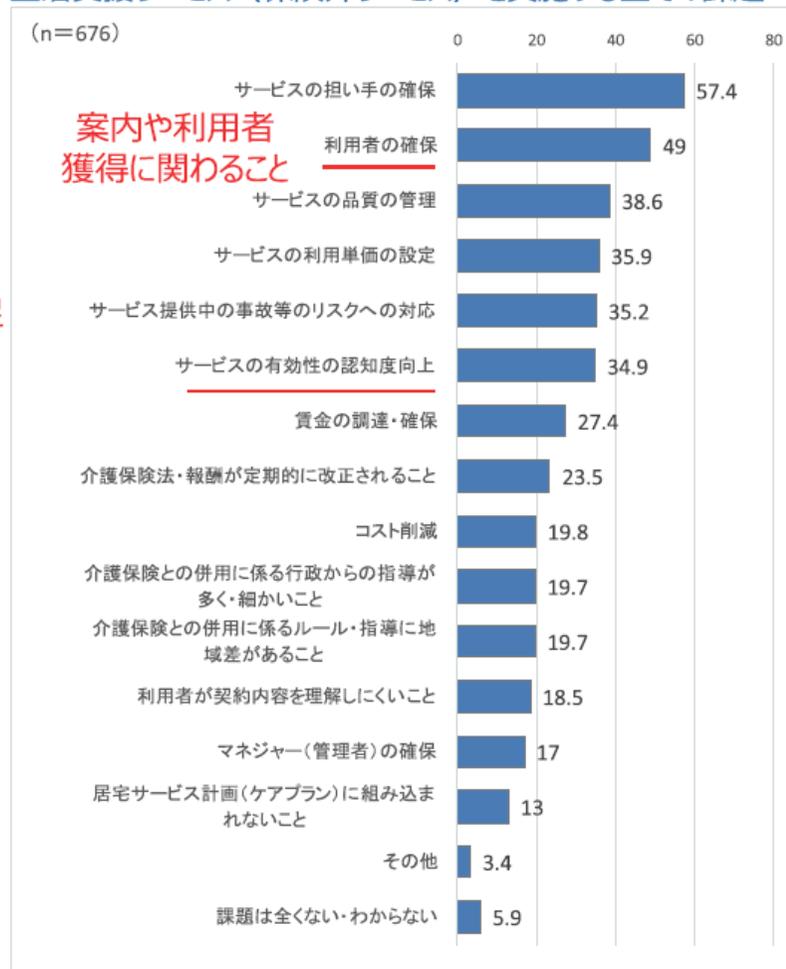
保険外サービスをケアプランに盛り込んだり、
情報提供を行う際に難しいと感じること



(資料) 株式会社日本総合研究所
「介護に取り組む家族の支援に資する民間サービスの普及・促進に関する調査研究事業」平成29年3月

事業者（介護保険事業）が保険外サービスを実施する際の課題

生活支援サービス（保険外サービス）を実施する上での課題



(資料) 株式会社日本総合研究所
「介護サービス事業者による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業」平成26年3月

自治体における保険外サービスのニーズ

アクティブ

要介護

高松市 一次・二次予防対象者への調査

(一次予防400名、二次予防400名)

介護予防・生活支援サービスのニーズ

一次予防対象者:

買い物代行、掃除・洗濯・布団干し、
庭の手入れ、調理

二次予防対象者:

送迎支援、買い物代行、
居場所活動(介護予防、レク)、外出活動

出所：高松市「介護予防・生活支援サービスに関するニーズ調査結果」
(平成27年10月)

豊島区 要支援・要介護高齢者への調査

(187名)

・利用したことがある自費サービス:

「外出への付添い」15%、「院内介助」15%
利用していないは59%

⇒41%は何らかの自費サービスを利用

・利用したい自費サービス:

「緊急時対応」30%、「外出付添い」26%
利用したいものは特になし35%

⇒65%は何らかの
自費サービスの利用を希望

出所：豊島区「選択的介護モデル事業ワーキンググループ報告」
(平成29年9～10月)

奈良県 65歳以上の介護を要しない 高齢者への調査(1,800名)

【日常的に受けたいと思う生活支援サービス】

「食事の支援」49%、「掃除」48%
「買い物支援」42%、「移動の支援」34%
「ゴミだし・庭掃除」32%

【医療・介護以外に身近なところであればよいサービス】

「緊急時の通報システム」26%
「配食や食事の提供」18%
「(介護保険外の)家事代行」11%
「安否確認」10%

出所：奈良県「高齢者の生活・介護等に関する実態調査結果概要」
(平成29年3月)

横浜市 要支援・要介護高齢者への調査

(要支援613名、要介護2,038名)

・今後利用したい介護保険以外のサービスについては、要支援では「緊急時の通報装置」22%、「買い物代行・同行、部屋の電球の取替えなど、ちょっとした生活支援サービス」20%等、自立生活を支援するサービスの利用意向が高い。

・一方、要介護では

「緊急時の短期入所サービス」26%
「歯科・眼科などの訪問診療」「家族が休むための短期入所サービス」がともに20%となっている

出所：横浜市健康福祉局「横浜市高齢者実態調査報告書」
(平成26年3月)

関係法令・通知（保険外サービス）

○ 介護保険法（抄）

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態な場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

第八条

2 この法律において「訪問介護」とは、要介護者であって、居宅において介護を受けるものについて、その者の居宅において介護福祉士その他政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるものをいう。

24 この法律において「居宅介護支援」とは、居宅要介護者が第41条第1項に規定する指定居宅サービス又は特例居宅介護サービス費に係る居宅サービス若しくはこれに相当するサービス、第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス又は特例地域密着型介護サービス費に係る地域密着型サービス若しくはこれに相当するサービス及びその他の居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービス（以下この項において「指定居宅サービス等」という。）の適切な利用等をすることができるよう、当該居宅要介護者の依頼を受けて、その心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要介護者及びその家族の希望等を勘案し、利用する指定居宅サービス等の種類及び内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画（以下（中略）「居宅サービス計画」という。）を作成する（中略）ことをいい、「居宅介護支援事業」とは、居宅介護支援を行う事業をいう。

○ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（抄）

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第1条の2に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

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

○ 通知「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いについて」（平成30年9月28日）（抄）

介護保険制度では、高齢者が抱える多様なニーズに柔軟に対応できるよう、一定の条件の下で、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供することを認めている。（中略）

なお、介護保険サービスと保険外サービスを同時一体的に提供することや、特定の介護職員による介護サービスを受けるための指名料や、繁忙期・繁忙時間帯に介護サービスを受けるための時間指定料として利用者の自費負担による上乗せ料金を徴収することについては、単に生活支援の利便性の観点から、自立支援・重度化防止という介護保険の目的にそぐわないサービスの提供を助長するおそれがあることや、家族への生活支援サービスを目的として介護保険を利用しようとするなど、利用者本人のニーズにかかわらず家族の意向によってサービス提供が左右されるおそれがあること、指名料・時間指定料を支払える利用者へのサービス提供が優先され、社会保険制度として求められる公平性を確保できなくなるおそれがあること等が指摘されており、認めていない。

○ 保険外サービス活用ガイドブック（平成28年3月）

地域包括ケアシステムの構築に当たって多様な高齢者のニーズが想定される中、2016年3月末に、厚生労働省・農林水産省・経済産業省の連名で、「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集（「保険外サービス活用ガイドブック」）」を策定。

地域包括ケアシステム構築に向けた
公的介護保険外サービスの参考事例集
保険外サービス活用ガイドブック



地域の暮らしを守るため、地域で暮らす人々が中心となって形成され、地域内の様々な関係主体が参加する協議組織が定めた地域経営の指針に基づき、地域課題の解決に向けた取組を持続的に実践する組織。

※概ね小学校区を単位に全国に6,064組織がある。(令和3年度調査より)

地域運営組織に対する支援等

○地域運営組織に関する調査研究

- ・実態把握調査
- ・先進事例調査
- ・自治体職員向け地域別研修会の開催
- ・形成促進に向けた研修用テキスト、ワークショップの手引き作成 等

○地方財政措置（普通交付税・特別交付税）

- 1.住民共助による見守り・交流の場や居場所づくり等への支援【市町村】
 - (1) 地域運営組織の運営支援
 - (2) 住民共助による見守り・交流の場や居場所づくり等への支援
- 2.地域運営組織の経営力支援【都道府県及び市町村】



地域運営組織の活動事例

(特非) きらりよしまネットワーク (山形県川西町)

- ・高齢者のふれあいサロンや児童クラブ事業など住民の**生活支援活動**を実施。
- ・コンビニの休憩スペースを利用した産直朝市を実施し、地元農産物の販売を積極的に行っている。



(特非) ほほえみの郷トイトイ (山口県山口市)

- ・移動手段のない高齢者や、一人暮らしで不安を抱えている高齢者をターゲットに、生活に必要な食料や日用品を届ける**移動販売サービス**を実施。
- ・移動販売車による地域内巡回は、買い物支援のみならず、**高齢者の見守り**の機能も果たしている。



農山漁村振興交付金のうち
中山間地農業推進対策

【令和4年度予算額 9,752 (9,805) 百万円の内数】

＜対策のポイント＞

中山間地域において、中山間地農業ルネッサンス事業の地域別農業振興計画を深化させる取組、地域の特性を生かした複合経営等の多様な農業の推進、複数の農村集落の機能を補完する「農村型地域運営組織（農村RMO）」の形成等に対する支援を実施します。

＜事業目標＞

中山間地域の特色を活かした営農と所得の確保に取り組み、事業目標を達成した地区の創出（350地区〔令和7年度まで〕）

＜事業の内容＞

1. 中山間地農業ルネッサンス推進事業

① 中山間地農業ルネッサンス推進支援

中山間地域等の特色を活かした総意工夫あふれる取組及び地域の所得向上に向けた計画を深化させる取組等を支援します。

② 元気な地域創出モデル支援

収益力向上に向けた具体的な取組を後押しすることで、全国の取組の見本となる優良事例創出の加速化を推進します。（上限500万円/地区）

③ 地域レジリエンス強化支援

平常時から中山間地域と都市地域において持続的な関係を構築し、自然災害のような不測の事態が生じた際にも、都市地域の避難民受け入れといった災害時の円滑な避難対応等を実現するため、地域レジリエンス強化連携協定の締結、協定に基づく活動を支援します。（上限500万円/地区）

④ 中山間地複合経営実践支援

中山間地域において、地域外からの移住者等が取り組みやすい多品目の組み合わせにより、地域特性に応じた複合経営を実践する取組を支援します。

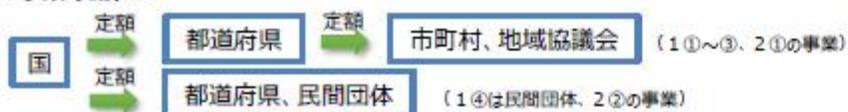
2. 農村型地域運営組織（農村RMO）形成推進事業

① 農村RMOモデル形成支援

② 農村RMO伴走支援体制の構築

※下線部は拡充内容
 ※対象地域：8法指定地域等

＜事業の流れ＞



＜事業イメージ＞

1. 中山間地農業ルネッサンス推進事業

○中山間地農業ルネッサンス推進支援



《新メニュー開発の講習会》



《専門家を招いたワークショップ》



《農業使用に関する研修会》

○元気な地域創出モデル支援

高収益作物の生産



《実証ほ場の設置》

高付加価値化・販売力強化



《加工品の試作》

棚田地域の保全・振興



《棚田を望む東屋》

○中山間地複合経営実践支援



《野菜と果樹の複合経営》



《薬用作物と林産物の複合経営》

2. 農村型地域運営組織（農村RMO）形成推進事業

複数の農村集落の機能を補完する「農村型地域運営組織（農村RMO）」の形成を推進

【お問い合わせ先】 農村振興局地域振興課 (03-3501-8359)

地域が自らデザインする地域の交通 【地域公共交通活性化再生法・道路運送法】

- 地方公共団体による「**地域公共交通計画**」(マスタープラン)の作成
 - ・地方公共団体による**地域公共交通計画(マスタープラン)**の作成を**努力義務化**
⇒国が予算・ノウハウ面の支援を行うことで、地域における取組を更に促進(作成経費を補助 ※予算関連)
 - ・従来の公共交通サービスに加え、**地域の多様な輸送資源(自家所有有償旅客運送、福祉輸送、スクールバス等)も計画に位置付け**
⇒バス・タクシー等の公共交通機関をフル活用した上で、地域の移動ニーズにきめ細やかに対応(情報基盤の整備・活用やキャッシュレス化の推進にも配慮)
 - ・定量的な目標(利用者数、収支等)の設定、毎年度の評価等
⇒データに基づくPDCAを強化
- 地域における協議の促進
 - ・**乗合バスの新規参入等の申請**があった場合、国が地方公共団体に**通知**
 - ・通知を受けた**地方公共団体**は、新規参入等で想定される地域公共交通利便増進実施計画への影響等も踏まえ、**地域の協議会で議論し、国に意見を提出**

地域公共交通網形成計画(H26改正)

(市町村又は都道府県(市町村と共同)が作成)
まちづくりと連携した
地域公共交通ネットワークの形成の促進

地域公共交通計画(今回改正後)

(市町村又は都道府県(市町村と共同)が作成)

まちづくりと連携した
地域公共交通
ネットワークの形成

地域における
輸送資源の総動員

メニューの充実やPDCAの強化により、
持続可能な旅客運送サービスの提供の確保

地域旅客運送サービス



地域公共交通網形成計画の 策定状況

現行の目標(2020年度末500件)は達成



地域の移動ニーズにきめ細かく対応できるメニューの充実 【地域公共交通活性化再生法・道路運送法】

輸送資源の総動員による移動手段の確保

地域に最適な旅客運送サービスの継続

- 路線バス等の維持が困難と見込まれる段階で、**地方公共団体が、関係者と協議してサービス継続のための実施方針を策定し、公募により新たなサービス提供事業者等を選定する「地域旅客運送サービス継続事業」を創設**
⇒従前の路線バス等に代わり、地域の実情に応じて右の①～⑥のいずれかによる**旅客運送サービスの継続を実現**

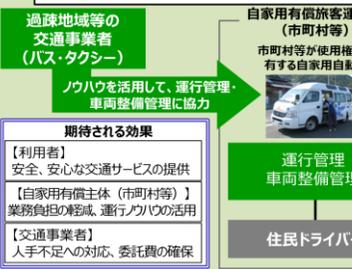
実施方針に定めるメニュー例

- ① 乗合バス事業者など他の交通事業者による継続(縮小・変更含む)
- ② コミュニティバスによる継続
- ③ デマンド交通(タクシー車両による乗合運送(区域運行))による継続
- ④ タクシー(乗用事業)による継続
- ⑤ 自家所有有償旅客運送による継続
- ⑥ 福祉輸送、スクールバス、病院、商業施設等への送迎サービス等の積極的活用

自家所有有償旅客運送の実施の円滑化

- 過疎地等で市町村等が行う**自家所有有償旅客運送**について、**バス・タクシー事業者**が運行管理、車両整備管理で協力する制度を創設
⇒**運送の安全性を向上させつつ、実施を円滑化**
- 地域住民のみならず**観光客を含む来訪者も対象**として明確化
⇒インバウンドを含む**観光ニーズへも対応**

交通事業者協力型自家所有有償旅客運送



貨客混載に係る 手続の円滑化

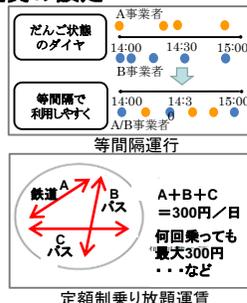
- 鉄道や乗合バス等における**貨客混載**を行う「**貨客運送効率化事業**」を創設
⇒**旅客・貨物運送サービスの生産性向上を促進**



既存の公共交通サービスの改善の徹底

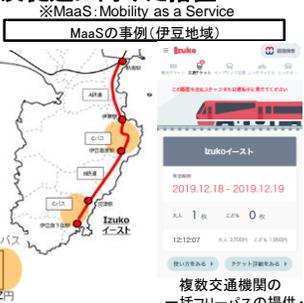
利用者目線による路線の改善、運賃の設定

- 【現状】地方都市のバス路線では、**不便な路線・ダイヤや画一的な運賃が見直されにくく、利便性向上や運行の効率化に支障**
また、**独占禁止法のカルテル規制に抵触**するおそれから、**ダイヤ、運賃等の調整は困難**
- 【改正案】「**地域公共交通利便増進事業**」を創設
⇒路線の効率化のほか、「**等間隔運行**」や「**定額制 乗り放題運賃**」「**乗継ぎ割引運賃(通し運賃)**」等のサービス改善を促進
併せて、**独占禁止法特例法**により、乗合バス事業者間等の共同経営について、**カルテル規制を適用除外する特例を創設**



MaaSの円滑な普及促進に向けた措置

- MaaSに参加する交通事業者等が策定する**新モビリティサービス事業計画の認定制度を創設**
⇒交通事業者の**運賃設定に係る手続をワンストップ化**
- MaaSのための**協議会制度を創設**
⇒参加する**幅広い関係者の協議・連携を促進**



交通インフラに対する支援の充実 【地域公共交通活性化再生法・物流総合効率化法】

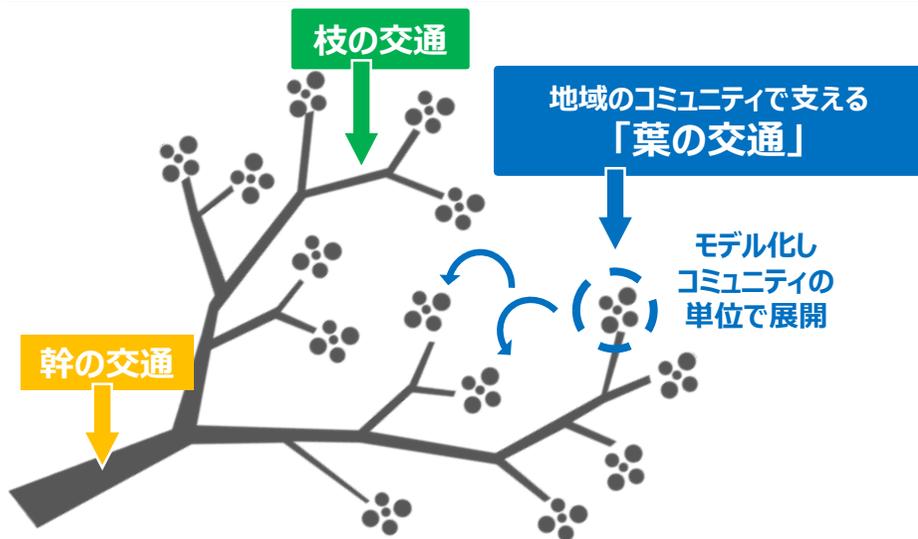
- 鉄道建設・運輸施設整備支援機構による**資金の貸付制度**の対象として、LRT・BRT等のほか、以下の交通インフラの整備を追加(※予算関連)
 - ・地域公共交通活性化再生法に基づく認定を受けた**鉄道の整備**
⇒交通ネットワークを充実
 - ・物流総合効率化法に基づく認定を受けた**物流拠点**(トラックターミナル等)の**整備**
⇒複数の事業者の連携による物流効率化を促進



アフターコロナ時代に向けた地域交通の共創に関する研究会

- 危機に瀕する地域交通について、感染症を契機に人々の暮らしをめぐる環境や価値観も大きく変わる中、**地域交通の持つ価値や役割を見つめ直し、移動サービスの質・持続性を向上するため、地域の多様な関係者による「共創」に係る実地伴走型の研究会を設置。**令和3年11月にキックオフし、令和4年3月中間整理を予定。

研究会のキーコンセプト



目的

- ・ **ファーストワンマイル**（自宅からの最初の移動）を**発想の起点**として、**主に「葉の交通」**について、**多様な主体の「共創」**を実践することにより、**暮らしのニーズに基づく持続可能な交通を実現するモデル**を研究する。

研究の Scope

- ・ 地域の「ひと」の「暮らし」の充実を捉えた**移動の価値創出**
- ・ **持続可能な地域経営**—地域内ファイナンス・地域合意形成
- ・ 多様な主体が担う**交通セーフティネット** 等

研究会メンバー（敬称略・50音順）

【メンバー】

大下 篤志 株式会社みちのりホールディングスディレクター
神田 佑亮 呉工業高等専門学校環境都市工学分野教授
田中 仁 株式会社ジンスホールディングス代表取締役 C E O
長谷川エレナ朋美 株式会社 LUMIERE 代表/作家
古田 秘馬 プロジェクトデザイナー/株式会社umari 代表取締役
三ツ谷 翔太 アーサー・ディ・リトル・ジャパン株式会社パートナー
森田 創 合同会社うさぎ企画代表社員/作家
吉田 樹 福島大学経済経営学類准教授

【オブザーバー】

国土交通省 総合政策局 総務課 総合交通体系
不動産・建設経済局 参事官付
都市局 まちづくり推進課
鉄道局 鉄道事業課
自動車局 旅客課
海事局 内航課
国土交通政策研究所
各地方運輸局交通政策部交通企画課等
観光庁 観光地域振興部 観光資源課
内閣府 成果連動型事業推進室
厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課
環境省 大臣官房 地域脱炭素政策調整官
日本銀行 金融機構局 金融高度化センター
株式会社日本政策投資銀行
株式会社博報堂

【事務局】

国土交通省 総合政策局
公共交通・物流政策審議官部門 地域交通課
EYストラテジー・アンド・コンサルティング株式会社



総合事業の対象者の弾力化

○介護保険制度の見直しに関する意見書（令和元年12月27日）（抄）

- ・現在、総合事業の対象者が要支援者等に限定されており、要介護認定を受けると、それまで受けていた総合事業のサービスの利用が継続できなくなる点について、本人の希望を踏まえて地域とのつながりを継続することを可能とする観点から、**介護保険の給付が受けられることを前提としつつ、弾力化を行う**ことが重要である。
- ・国がサービス価格の上限を定める仕組みについて、市町村が創意工夫を発揮できるようにするため、**弾力化を行う**ことが重要である



○介護保険法施行規則の一部を改正する省令（令和2年10月22日厚生労働省令第176号）

① 総合事業の対象者の弾力化【第140条の62の4関係】

- ・介護予防・生活支援サービス事業の対象者に、当該事業における補助により実施されるサービス（住民主体のサービス）を継続的に利用する要介護者を追加する。

② 総合事業のサービス価格の上限の弾力化【第140条の63の2関係】

- ・介護予防・生活支援サービス事業のサービス価格について、国が定める額を勘案して市町村が定める額とする。

※施行日は令和3年4月1日

○対象者の追加イメージ

介護保険法
・要支援者その他の省令
で定める者



介護保険法施行規則
①要支援者
②チェックリスト該当者



今回の改正で追加

③ ~~市町村の補助により実施されるサービス（住民主体サービス）~~
を、要支援等から継続的に利用する要介護者

※ 介護予防・生活支援サービス事業のサービス類型

	訪問型/通所型 従前相当サービス	訪問型/通所型 サービスA	訪問型/通所型 サービスB	訪問型/通所型 サービスC	訪問型 サービスD
内容	従前の予防給付相当	緩和された基準	住民主体	短期集中予防	住民主体の移動支援
提供方法	事業者指定	事業者指定、委託	補助	直接実施、委託	補助

介護予防・日常生活支援総合事業の補助事業（B型・D型）の対象者の見直しについて

- 令和3（2021）年4月より、介護予防・日常生活支援総合事業における、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に対する補助事業（B型・D型）について、要支援者等に加えて、介護給付を受ける前から継続的に利用する要介護者（継続利用要介護者）の方々も対象となります。
- これにより、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等が、市町村による運営費全体の補助を受けやすくなるなど、継続利用要介護者の方々のご希望を踏まえて、地域とのつながりを継続することを可能とするための見直しです。

見直しの内容

【現在】

- ・総合事業の対象者は「要支援者」「基本チェックリスト該当者」とされています。
- ・総合事業で、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に対して運営費全体を補助するためには、「要支援者」「基本チェックリスト該当者」が利用者全体の過半数である必要などがあります。

◀住民主体のサービスへの補助の例▶

※あくまで例ですので、補助の方法は自治体により異なることがあります。



【令和3年4月以降】

- ・令和3年4月からの見直しにより、総合事業の補助を受けて実施されている住民主体のサービスを、介護給付を受ける前から継続的に利用する要介護者（継続利用要介護者）も、総合事業の対象者となります。
- ・これにより、按分の方法により補助額を決定している市町村においては、「継続利用要介護者」の方々も含めて利用者全体の過半数であるかを見ることになるため、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等が、市町村による運営費全体の補助を受けやすくなります。
- ・これは、継続利用要介護者の方々のご希望を踏まえて、地域とのつながりを継続することを可能とするための見直しです。



地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業)の上限制度の運用等の見直し

- 地域支援事業における介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)は、
 - ・事業費の上限は、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とされ(政令)、
 - ・特別な事情がある場合は、例外的な個別判断により、上限を超えた交付金の措置が認められている(政令・ガイドライン)。

- 総合事業は、効果的なサービス提供を通じて費用の伸びを75歳以上高齢者の伸び率程度に抑えることで、制度の持続可能性を確保しながら地域のニーズに合ったサービス提供を目的とする制度であり、上限の超過は例外的な取り扱いであることを踏まえ、改革工程表2020に基づき、上限制度の運用の在り方について見直しを行う。

(参考)新経済・財政再生計画改革工程表2020(令和2年12月18日経済財政諮問会議決定)

64. b. 地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の上限制度の運用の在り方について、速やかに必要な対応を検討。

事前協議に係る令和3年度の対応・4年度の対応

令和2年度まで	令和3年度	令和4年度
<p>例示とする取扱いをやめる</p> <p>【例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防に効果的なプログラムを新たに導入する場合・介護予防や生活支援サービスの供給体制が近隣市町村と比較して著しく不足している場合・小規模市町村で通いの場等の新たな基盤整備を通じて当該年度だけ費用の伸びが増加する場合など、費用の伸びが一時的に高くなるが、住民主体の取組等が確実に促進され費用の伸びが低減していく見込みである場合 ・ 前年度の個別判断で上限を引き上げており、その影響が当該年度以降も継続すると見込まれる場合 <p>削除した上で、やむを得ない事情として二点追加</p>	<p>【判断事由】</p> <p>具体化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 75歳以上人口が減少しており、即時的に事業費の上限に合わせる事が困難である場合 ・ 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から控除することとされている「介護予防支援(給付)」の費用額の変動率(H30~R3)が、75歳以上人口変動率(H30~R2)よりも大きい場合、仮にその差分に相当する介護予防支援(給付)の費用額が算定式から控除されていなければ、個別協議が不要である場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 前年度以降で総合事業の多様なサービス又は一般介護予防事業のプログラムを新たに導入し、費用の伸びが一時的に高くなるが、事業の再構築、産官学の取組の推進により費用の伸びが低減していく見込みである場合 ・ 前々年度以前に総合事業の多様なサービス又は一般介護予防事業のプログラムを導入し、費用の伸びが一時的に高くなったが、平成30年度(又はサービス・プログラム導入年度)の事業費に対して前年度の事業費が減少しており、今後も事業の再構築、産官学の取組の推進により費用の伸びが低減していく見込みである場合 ・ 人口一万人未満の市町村において、総合事業の多様なサービスの担い手が一時的に不足 <p>(引き続き存置)</p> <p>やむを得ない事情として二点追加</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 離島等の市町村で、65歳以上高齢者一人当たり事業費額が、全保険者の平均(1万円)未満である場合 ・ 介護職員等ベースアップ等支援加算創設により個別協議が必要である場合

○ 令和4年度は、個別協議の申請を検討している一部の自治体等を対象とした個別の相談に対応していく(地域づくり加速化事業の活用も促す)。

令和5年度以降の対応方針

○ 令和4年度の申請状況等を踏まえ、更なる見直しを行っていく。

保険者機能の強化

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)

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）

【現状と基本的な視点】

- 今後は、高齢化の進展に加え、世帯構造の変化（単身世帯、高齢者のみ世帯の増加）が並行して進み、地域のつながりが徐々に弱まり、2025年はもとより、2040年に向けて、介護サービス需要が更に増加・多様化していくことが見込まれる。これに加え、とりわけ2025年以降は、現役世代（担い手）の減少が顕著となり、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保が大きな課題となる。
 - こうした中で、地域保険である介護保険制度の保険者（市町村）には、介護サービス基盤の整備に加えて、予防・健康づくりの取組等を通じて、介護サービス基盤の基礎となる地域のつながり強化につなげていくことが求められる。また、保険者ごとの取組状況にはばらつきが見られ、機能強化が課題となる。
 - 平成29年の介護保険法改正では、保険者機能を強化すべく、保険者が地域の課題を分析して、自立支援・重度化防止に取り組む（PDCAプロセス）とともに、財政的インセンティブを付与すること（保険者機能強化推進交付金）が制度化された。
 - 介護保険制度においては、保険者の責めによらない要因による第1号保険料の水準格差を、給付費全体の5%に相当する国庫負担金を活用して全国ベースで平準化するための調整交付金が市町村に交付されている。平成30年度からは、特に年齢が高い高齢者の分布をきめ細かく反映させるため、交付基準の年齢区分を細分化する改正が実施された。
- (略)

1. PDCAプロセスの推進

- 平成29年の介護保険法改正で導入された自立支援・重度化防止に向けたPDCAプロセスについて、今後、取組を更に推進するための方策等について、議論を行った。
- 自立支援・重度化防止等に向けた取組を推進するにあたっては、保険者機能強化推進交付金の評価も活用しながら、実施状況の検証を行って取組内容の改善を行うなど、PDCAサイクルを適切に回しながら実施することが必要である。保険者機能強化推進交付金において実施状況の検証の取組についても適切に評価することが重要である。
- 市町村における自立支援・重度化防止の取組の地域差について、要因分析を行い、国や都道府県による市町村への支援を確実に行うことが必要である。市町村が目指すべきこと、取り組むべきことを示すとともに、小規模自治体をはじめ、市町村へのきめの細かい支援を行うことが重要である。
- PDCAサイクルを回す中で、対応策の好事例について、見える化、横展開を図っ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
(令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

2. 保険者機能強化推進交付金

- 保険者機能強化推進交付金について、「成長戦略フォローアップ」（令和元年6月21日閣議決定）等において抜本的な強化を図ることとされている中で、どのような枠組みを構築していくことが必要か、どのような見直しを行うことが考えられるか、議論を行った。
- 保険者機能強化推進交付金について、取組の底上げが図られるなど一定の成果が見られることも踏まえ、介護予防や高齢者の活躍促進等の取組を一層推進するため、抜本的な強化を図ることが必要である。予算額を増額するとともに、毎年度の安定的な財源を確保することが求められる。また、財源を介護予防等に有効に活用するための制度枠組みを構築することも必要である。
- 評価指標について、成果指標の拡大や配分基準のメリハリを強化することが必要である。また、判断基準を明確化するなど実態を適切に評価できる客観的・具体的な指標とすることが重要である。
- 取組の評価にあたっては、都市部と地方部、自治体の規模等によって課題の状況や地域資源、体制等取組の前提条件が異なることに留意が必要である。取組が遅れている市町村にペナルティーを与えるのではなく、都道府県による適切な支援につなげ、全体の底上げが図られるような枠組みとすることが重要である。都道府県の市町村支援へのインセンティブを強化することが必要である。なお、自立支援・重度化防止の取組は、本来的に保険者として地域の実情に応じて取り組んでいくべきものであることにも留意が必要である。
- 自治体が計画的・適切に取組を行う上では、中長期的な観点に立った指標設定が必要である。また、指標は目標との関係も踏まえて真に必要なものを設定することが必要である。指標についてもPDCAサイクルにより適宜見直しが必要である。指標の見直しにあたっては、自治体の意見も聴きながら行うことが重要である。
- 要介護認定率などのアウトカム評価は、プロセス評価とも適切に組み合わせながら行うことが必要である。要介護者等が必要な介護サービスを受けられなくならないようにすることを前提に取り組むことが必要である。
- 各自治体の評価結果や交付結果について、事業者や住民を含めた関係者や他の自治体が取組の参考にできるよう、各自治体の地域の実情や具体的な取組が異なる中で表層的な優劣をつけることにならないようにするなど現場に混乱を招かないよう留意しながら、取組の底上げにつながる支援方策とあわせて、保険者の取組の達成状況の更なる「見える化」推進の方策を検討することが必要である。

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)

3. 調整交付金

- 調整交付金について、今後の高齢化の進展の中で、保険者の責めによらない要因による第1号保険料の水準格差を平準化する機能を適切に果たすことが求められている一方、「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定。以下「骨太方針2019」という。）において、保険者機能の強化のための活用方策について検討することも求められており、その在り方について議論を行った。
- 調整交付金は保険者の責めによらない年齢構成等の要因による水準格差を調整するものであり、その趣旨を踏まえた形での議論が必要との意見、保険者機能の強化は、既に導入されている保険者機能強化推進交付金の活用で行っていくことが適切との意見があった。
- 現行の調整交付金が、各保険者の給付費に交付割合を乗じる形で保険者間の財政調整を行っていることに鑑み、調整交付金における後期高齢者の加入割合の違いに係る調整について、その計算にあたって、現行の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、調整の精緻化を図ることが適当である。また、見直しの実施にあたっては、平成30年度の見直し（交付基準の年齢区分の細分化）の際の対応を踏まえながら、所要の激変緩和措置を講ずることが適当である。
- さらに、年齢構成が若い保険者に対し、平成30年度の見直しと今回の見直しによる影響が重なることを勘案し、今回の見直しにより調整交付金の交付額が増加する保険者においては、見直しによる調整の範囲内で保険者として果たすべき役割に照らし個々の保険者に一定の取組を求めることが考えられる。その際には、自治体によって地域資源、体制等地域の実情が異なることに留意しつつ対応すること、調整交付金の趣旨を踏まえた設定とすること、また、自治体に対して、求められる取組等について丁寧に説明を行うことが必要である。
- 調整交付金については、各自治体の人口構造も変化していく中で、制度の趣旨を踏まえて精緻化等不断に検討していくことが重要である。

介護保険事業（支援）計画について

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

国の基本指針（法第116条、8期指針：令和3年1月厚生労働省告示第29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8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 二千二十五年及び二千四十年を見据えた目標
- 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並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業
- 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並びに都道府県・市町村間及び市町村相互間の連携
- 十二 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
- 十三 保険者機能強化推進交付金等の活用
- 十四 災害・感染症対策に係る体制整備

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 要介護者等地域の実態の把握
- 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 二千二十五年度及び二千四十年の推計並びに第八期の目標
- 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の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)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
 - (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 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並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項
- 5 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
- 6 認知症施策の推進
- 7 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数
- 8 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
- 9 市町村独自事業に関する事項
- 10 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項
- 11 災害に対する備えの検討
- 12 感染症に対する備えの検討

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 二千二十五年度及び二千四十年の推計並びに第八期の目標
- 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)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
 - (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並びにその業務の効率化及び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 認知症施策の推進
- 6 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数
- 7 介護サービス情報の公表に関する事項
- 8 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項
- 9 災害に対する備えの検討
- 10 感染症に対する備えの検討

第四 指針の見直し

別表

第8期介護保険事業（支援）計画の基本指針（大臣告示）のポイント

1 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備

- 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

- 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）

- 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
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について記載
- 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を踏まえた認知症施策の推進

- 認知症施策推進大綱に沿って、認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すため、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

- 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ボランティアポイント制度等について記載
- 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

7 災害や感染症対策に係る体制整備

- 近年の災害発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、これらへの備えの重要性について記載

基本指針について

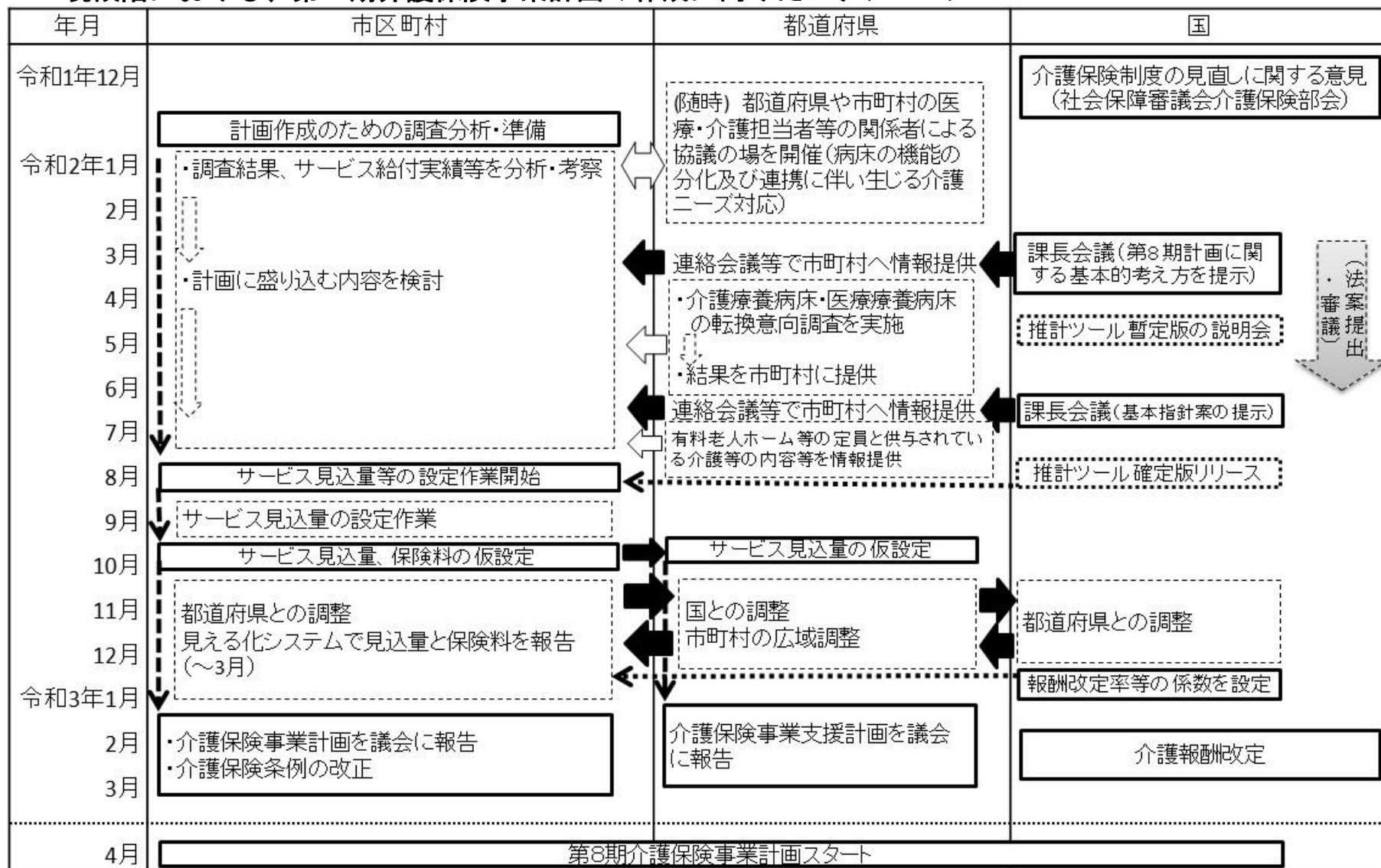
社会保障審議会
介護保険部会(第90回)

資料1-1

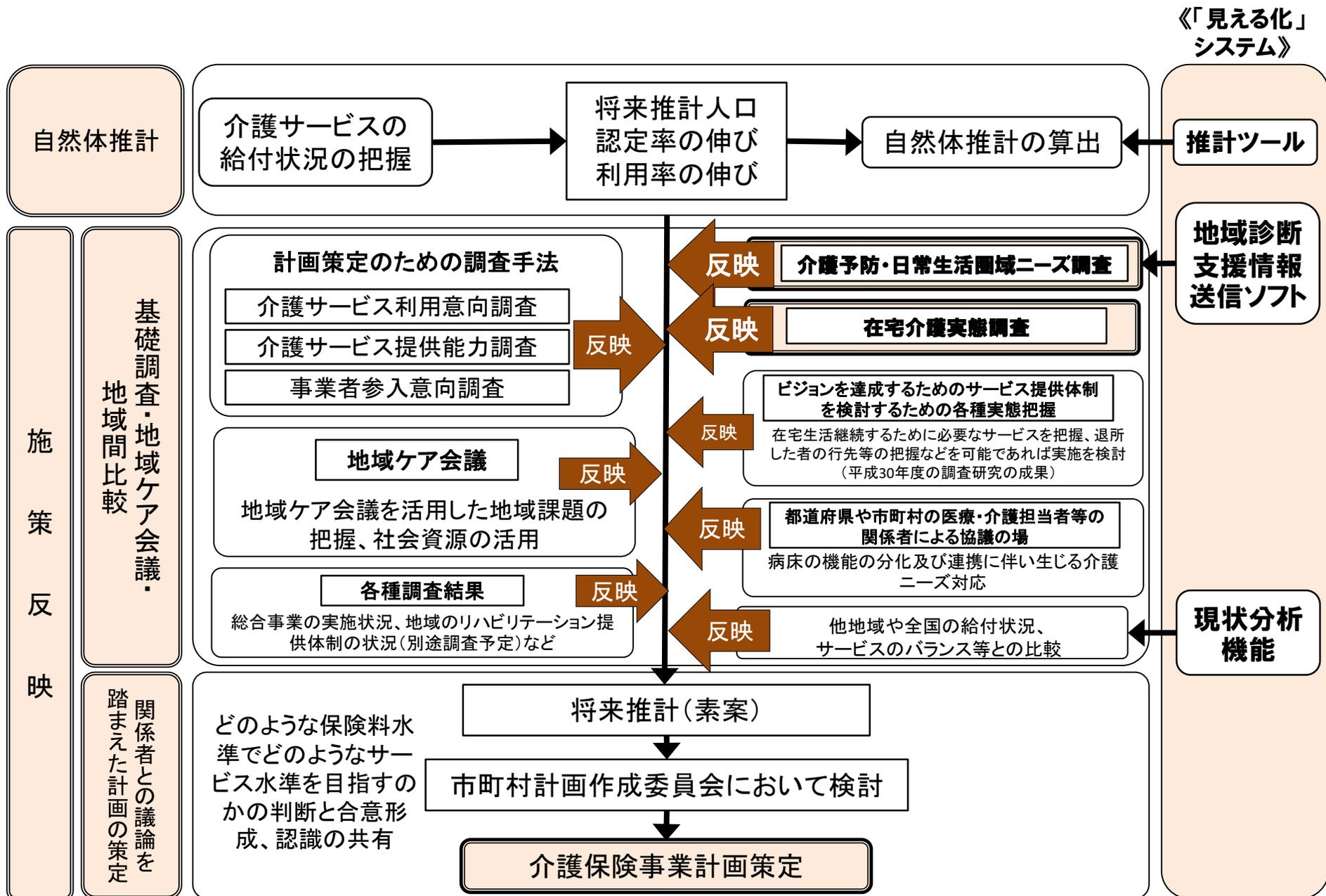
令和2年2月21日

現状・課題

2. 現段階における、第8期介護保険事業計画の作成に向けたスケジュール



第8期介護保険事業計画の作成プロセスと支援ツールイメージ



保険者行政事務の効率化

広域化調査(令和3年4月1日現在)の概要

➤ 保険者運営を広域的に行う市町村

広域連合				一部事務組合				合計			
地域数	市	町	村	地域数	市	町	村	地域数	市	町	村
26	38	87	40	14	22	21	2	40	60	108	42

➤ 介護認定審査会を広域的に行う市町村

広域的に行う地域	広域的に行う市町村
266	1037

➤ 広域化の推進に関する都道府県意見

広域化を検討中・準備中	0 (0%)
広域化を積極的に推進すべき	1 (2.1%)
どちらかと言えば広域化は必要である。	15 (31.9%)
どちらかと言えば広域化は必要ない	4 (8.5%)
現状では、広域化を積極的に推進する必要はない	27 (57.4%)

「どちらかと言えば、広域運営は必要である。」の理由(複数回答可)

離島、山村、過疎地域等、人口規模が小さい地域があるため	13
単独実施では財政基盤が脆弱で有り、保険料の高騰を抑える必要があるため	13
事務費の削減の効果が期待されるため。	11
その他	6

「どちらかと言えば、広域運営は必要ない」「広域運営を積極的に推進する必要はない」の理由(複数回答可)

市町村合併の進展・再編により、単独実施での広域行政が現状で実現されているため。	15
広域連合等の設立により広域化は実現しており、今後のさらなる広域化の必要性は低い	9
これ以上の広域化は、地理的に困難であるため。	0
必要な地域はあるが、直ちに広域化することができない状況にあるため	2
その他	11

介護保険事務の広域的实施に関する調査研究事業 (平成30年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金)

調査目的

小規模な市町村の増加が見込まれる中、介護保険の安定的・効率的運営を行うための選択肢の一つとして、広域連合や一部事務組合の活用、機関の共同設置等の対応をとることが考えられるが、市町村における広域化や事務委託等の活用経緯や効果、課題等の実態は明らかになっていないことから、市町村における効率的な介護保険事務の実施に向けた検討に資する基礎資料を得ることを目的として調査・分析を行うもの。

調査概要

・調査対象：全都道府県及び市町村

・調査期間：平成30年12月7日～平成31年1月31日

【介護保険事務の広域化の必要性について】

【広域化の必要性が高いと考える理由】

	件数	必要性は高い	必要性は低い	どちらとも言えない	事務負担の軽減が見込まれる	事務の効率化が見込まれる	財政的な負担が軽くなる	その他
被保険者の資格管理	848	59 (7.0%)	302 (35.6%)	371 (43.8%)	47 (79.7%)	46 (78.0%)	21 (35.6%)	-
要介護認定調査	844	113 (13.4%)	247 (29.3%)	377 (44.7%)	94 (83.2%)	80 (70.8%)	30 (26.5%)	11 (9.7%)
介護認定審査会関係事務	478	47 (9.8%)	152 (31.8%)	207 (43.3%)	38 (80.9%)	35 (74.5%)	14 (29.8%)	7 (14.9%)
介護報酬の審査・支払	800	88 (11.0%)	245 (30.6%)	354 (44.3%)	78 (88.6%)	64 (72.7%)	19 (21.6%)	2 (2.3%)
事業所指定・指定更新・変更	840	227 (27.0%)	185 (22.0%)	322 (38.3%)	197 (86.8%)	171 (75.3%)	20 (8.8%)	12 (5.3%)
指導・監査	833	236 (28.3%)	172 (20.6%)	323 (38.8%)	202 (85.6%)	175 (74.2%)	21 (8.9%)	20 (8.5%)
介護予防事業の実施に関する事務	876	46 (5.3%)	310 (35.4%)	384 (43.8%)	39 (84.8%)	36 (78.3%)	21 (45.7%)	1 (2.2%)
保険料の普通徴収	848	98 (11.6%)	243 (28.7%)	387 (45.6%)	88 (89.8%)	67 (68.4%)	24 (24.5%)	1 (1.0%)

介護保険法令における民間委託に係る主な規定

事務内容	根拠条文	委託従事者の要件等	守秘義務規定	みなし公務員規定
介護事業者に対する保険給付の照会の事務	<ul style="list-style-type: none"> 第24条の2第1項第1号 第24条の3第1項第1号 	指定市町村事務受託法人又は指定都道府県事務受託法人 (照会等事務を適確に実施するに足りる経理的・技術的な基礎をもつこと等が要件)	○	○
要介護認定調査	<ul style="list-style-type: none"> 第24条の2第1項第2号 	指定市町村事務受託法人 (要介護認定調査事務を適確に実施するに足りる経理的・技術的な基礎をもつこと等が要件)	○	○
要介護認定の更新の調査	<ul style="list-style-type: none"> 第28条第5項 	指定居宅介護支援事業者等又はケアマネ(基準違反をしたことがないものに限る。)	○	○
地域包括支援センターの運営	<ul style="list-style-type: none"> 第115条の47第1項 	社会福祉法人等	○	○
総合事業の実施	<ul style="list-style-type: none"> 第115条の47第4項 	従事者の守秘義務遵守のための措置が講じられていること等	×	×
保険料の収納(普通徴収)の事務	<ul style="list-style-type: none"> 第144条の2 	私人	×	×

デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和3年12月24日閣議決定）（抜粋）

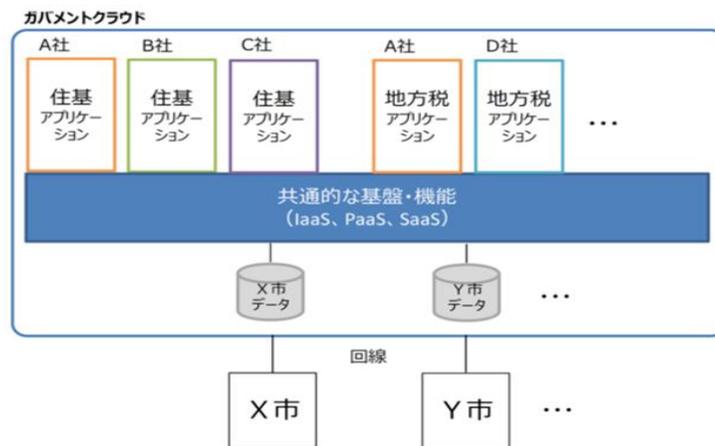
第6 デジタル社会の実現に向けた施策

5. デジタル社会を支えるシステム・技術

（2）地方の情報システムの刷新

【目指す姿】

- ・地方公共団体の職員が真に住民サービスを必要とする住民に手を差し伸べることができるようにするなど、住民サービスが向上する。
- ・業務全体に係るコストを抑え、他ベンダーへの移行をいつでも可能とすることにより競争環境を適切に確保するなど、行政の効率化が図られる。



地方公共団体の職員が真に住民サービスを必要とする住民に手を差し伸べることができるようにする等の住民サービスの向上を目指すとともに、業務全体に係るコストを抑え、他ベンダーへの移行をいつでも可能とすることにより競争環境を適切に確保する等の行政の効率化を目指し、業務改革(BPR)の徹底を前提として、地方公共団体情報システムの標準化に関する法律(以下「標準化法」という。)第6条第1項及び第7条第1項に規定する標準化基準(以下「標準化基準」という。)への適合とガバメントクラウドの活用を図る、地方公共団体の基幹業務等システムの統一・標準化を、地方公共団体と対話を行いながら進める。

具体的には、基幹業務等のアプリケーションをガバメントクラウド上に構築し、地方公共団体がそれらの中から最適なアプリケーションを選択することが可能となるような環境の整備を図る。

(略)

基幹業務システムを利用する**原則全ての地方公共団体が、目標時期である令和7年度(2025年度)までに、ガバメントクラウド上に構築された標準準拠システムへ移行**できるよう、その環境を整備することとし、その取組に当たっては、地方公共団体の意見を丁寧に聴いて進める。

統一・標準化の効果を踏まえ、地方公共団体の情報システムの運用経費等については、標準準拠システムへの移行完了予定後の令和8年度(2026年度)までに、平成30年度(2018年度)比で少なくとも3割の削減を目指すこととする。また、国の削減目標は令和7年度(2025年度)までに令和2年度(2020年度)比で3割削減であることを踏まえ、削減目標の更なる上積みを目指す。

デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和3年12月24日閣議決定）（抜粋）

第6 デジタル社会の実現に向けた施策

5. デジタル社会を支えるシステム・技術

（2）地方の情報システムの刷新

① 地方公共団体情報システム標準化基本方針の策定等

標準化法に基づく標準化対象事務を政令で規定した上で、デジタル庁は情報システム整備方針との整合性の確保の観点から、総務省は地方公共団体との連絡調整の観点から、標準化対象事務に係る法令又は事務を所管する府省庁とともに、地方公共団体情報システム標準化基本方針の案を策定し、関係行政機関の長に協議し、知事会・市長会・町村会から意見聴取を行った上で、令和3年度(2021年度)中を目途に定める。

標準化対象事務は、標準化法の趣旨を踏まえ、情報システムによる処理の内容が地方公共団体において共通しているかという観点等から、累次の閣議決定において示されてきた17業務に、戸籍、戸籍の附票及び印鑑登録事務を加える。

地方公共団体情報システム標準化基本方針においては、法令改正の検討を行う場合に同時に標準化基準の改定を検討する旨、統一・標準化の目的に沿った業務改革(BPR)に関する提案を地方公共団体から所管府省庁が受け付け、標準化基準に反映していくために必要な具体的措置、標準化基準への適合性の確認の方法等についても記載する。

また、統一・標準化の取組については、議論の過程を透明化し、ウェブサイト等にその過程を公表すること、目標・取組・スケジュール等の段取りを地方公共団体にも分かりやすい形で提示すること、多様な地方公共団体の実情や進捗をきめ細かく把握し、丁寧に意見を聴いて進めること、地方公共団体が計画的に取組を進められるよう国として十分に支援を行うこと等についても記載する。

なお、地方公共団体情報システム標準化基本方針に定められる事項に関する調整及び標準化対象事務ごとの進捗管理については、デジタル庁及び関係府省庁が地方公共団体の基幹業務等システムの統一・標準化に関する関係府省会議(以下「関係府省会議」という。)を通じて行う。

② 標準化基準における共通事項の策定等

標準化基準における共通事項(非機能要件、データ要件・連携要件など)の策定等に取り組む(具体的な施策について、以下を参照。)

③ 制度所管府省庁による標準化基準の策定

標準化基準のうち、②の共通事項を除いたもの(機能要件等)については、令和3年度(2021年度)中に策定される地方公共団体情報システム標準化基本方針(同方針が策定されるまでは、関係府省会議において共有された作業方針)に基づき、制度所管府省庁が検討体制を整備の上、作業を進めるとともに、データ要件・連携要件の内容との整合性の確保を図った上で、策定する(制度所管府省庁による標準化基準の策定の方針について、以下を参照。)

④ 統一・標準化を進めるための支援

ア 財政支援

目標時期である令和7年度(2025年度)までにガバメントクラウド上で基準に適合した情報システムを利用する形態に移行することを目指すため、デジタル庁は、令和2年度(2020年度)第3次補正予算により地方公共団体情報システム機構(J-LIS)に造成された基金の執行について、情報システム整備方針に基づき、総務省を通じて適切に統括・監理を行う

イ その他の支援

統一・標準化の推進に当たり、デジタル庁は、「デジタル改革共創プラットフォーム」を活用し地方公共団体と対話を行う。また、総務省は、標準準拠システムへの移行に向けた標準的な取組を盛り込んだ手順書(1.0版)について、ガバメントクラウドへの移行に係る課題の検証を行う先行事業の結果なども踏まえながら、必要な見直しを行い、改定する。また、各地方公共団体が当該手順書を踏まえて市町村の標準準拠システムへの円滑な移行を行えるよう、関係省庁・都道府県とも連携して市町村の進捗管理等の支援を行う。

加えて、デジタル庁及び総務省は、都道府県と連携して、複数市町村での兼務を含め、デジタル人材のCIO補佐官等としての任用等が推進されるように支援する。また、地方公共団体職員との対話や研修、人事交流等を通じて地方公共団体のデジタル人材育成に寄与する。

デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和3年12月24日閣議決定）（抜粋）

第6 デジタル社会の実現に向けた施策

5. デジタル社会を支えるシステム・技術

<工程表>

	2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)
(1) 国の情報システムの刷新 ②独立行政法人の情報システム	デジタル庁が総合調整機能の一環として目標策定・評価に一定の関与を行う仕組みを設定	各主務大臣は、デジタル庁と協議の上、情報システム整備方針を踏まえた目標の策定・変更を実施 全体の状況を把握するため、棚卸しを実施	各主務大臣は評価の結果をデジタル庁に遅滞なく通知し、デジタル庁は必要に応じて意見を述べる 棚卸し結果を踏まえ、更なる措置の実施 また棚卸し結果を基により詳細な調査の実施を検討		
(2) 地方の情報システムの刷新 ①地方公共団体情報システム標準化基本方針の策定等 ②標準化基準における共通事項の策定等 ③制度所管府省庁による標準化基準の策定 ④統一・標準化を進めるための支援	仕様策定・仕様の調整 (データ要件・連携要件等、20業務の機能要件) 標準準拠システム開発 (ガバメントクラウド上でのサービス提供前提)	ガバメントクラウド提供 ガバメントクラウド利用地方公共団体 順次拡大 標準準拠システムへの移行(※) (地方公共団体はガバメントクラウドを活用し、標準準拠システムを利用) ※ 取組においては地方公共団体の意見を丁寧に聴いて進める。			

第6 デジタル社会の実現に向けた施策

5. デジタル社会を支えるシステム・技術

制度所管府省庁による標準化基準の策定の方針

デジタル3原則に基づき、行政サービスの利用者の利便性向上並びに行政運営の簡素化及び効率化に立ち返った業務改革（BPR）の徹底を前提に進める。具体的には、制度所管府省庁は、マイナポータル・ぴったりサービスとガバメントクラウド上の標準準拠システムとの接続、転出証明書情報等の活用、公金受取口座の登録情報の活用等、機能要件等を定めることとする。

また、積極的な業務改革（BPR）の実現のためには、現場の視点のみならず、行革の視点や行政サービスの利用者視点に基づくサービスデザイン思考が必要となる。デジタル庁は、地方公共団体職員とデジタル庁民間人材等とで構成するワークショップを開催し、標準仕様書をベースとしたデジタル3原則に基づく業務改革（BPR）の提案を具体的に行うこととし、当該提案を踏まえて、制度所管府省庁においては、標準仕様書について、デジタル庁・総務省においては、データ要件・連携要件についてそれぞれ必要な対応を検討する。

アプリケーションの機能要件等への適合は、当該アプリケーションを利用する地方公共団体が確認する必要があるが、地方公共団体の負担を軽減し、かつ、適合性について実効的に担保することが可能な確認手法について、制度所管府省庁の協力も得ながら、デジタル庁において令和4年（2022年）夏までに提示する。

① 住民記録、戸籍の附票、印鑑登録（略）

② 地方税（固定資産税、個人住民税、法人住民税、軽自動車税）、選挙人名簿管理（略）

③ 社会保障

国民健康保険に係る業務支援システムは、設計書等について記載の粒度や活用実績等を踏まえ、令和4年（2022年）夏までに標準仕様書を作成する。

介護保険、障害者福祉に係る業務支援システムは、令和4年（2022年）夏までに標準仕様書（第1.0版）を改定する。

児童扶養手当、生活保護、後期高齢者医療、国民年金、健康管理に係る業務支援システムについても、令和4年（2022年）夏までに標準仕様書を作成する。

④ 教育（略）

⑤ 児童手当、子ども・子育て支援（略）

⑥ 戸籍（略）

デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和3年12月24日閣議決定）（抜粋）

第6 デジタル社会の実現に向けた施策

1. 国民に対する行政サービスのデジタル化

（4）マイナンバーカードの普及及び利用の推進

令和4年度（2022年度）末までに、マイナンバーカードがほぼ全国民に行き渡ることを目指す。そのため、次の取組のほか、例えば新型コロナワクチンの接種会場など、住民が集まる場所での市町村による申請受付等の取組の促進などにより、マイナンバーカードの普及促進を図る。また、デジタル庁による統括・監理を通じて政府情報システムにおけるマイナンバーカードの利用を推進する。加えて、マイナポータルの抜本的改善・民間サービスの利用シーン拡大等を通じて、国民にとって利便性の高いマイナンバーカードのユースケースを拡充する。（5.（1）「マイナポータルの抜本的改善に関する具体的施策」参照）。

なお、マイナンバーカードと各種カード、手帳等との一体化等については、マイナンバーカードを活用した各種カード等のデジタル化等に向けた工程表に沿って引き続き推進する。

マイナンバーカードを活用した各種カード等のデジタル化等に向けた工程表

		実施済みの事項	2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度) ※ほとんどの住民が カードを保有(想定)	2023年度～ (令和5年度～)	担当当局	
医療関係	健康保険証	健康保険証利用を可能とするオンライン資格確認の本格運用（令和3年10月～）	本格運用			厚生労働省 保険局医療介護 連携政策課	
	薬剤情報、特定健診等情報及び医療費通知情報	マイナポータルでの①薬剤情報、②特定健診等情報及び③医療費通知情報の提供開始（①②は令和3年10月～、③は11月～）	マイナポータルでの薬剤情報、特定健診等情報及び医療費通知情報の提供			厚生労働省 保険局医療介護 連携政策課	
	患者の利便性向上	先事例の実証（令和2年3月）	実証	モデル事業・横展開といった進捗状況に応じた対応		厚生労働省 医政局研究開発 振興課	
	処方箋の電子化	・電子処方箋ガイドラインの改定実施（令和2年4月） ・お薬手帳との連携（令和3年10月）	システム開発・構築等		運用開始 (令和5年1月～)	厚生労働省 医薬・生活衛生局総務課	
	生活保護受給者の医療扶助の医療券・調剤券	フィジビリティ調査実施（令和2年7月、10月）	地方との協議	環境整備・システム開発		本格運用	厚生労働省 社会・援護局 保護課
	介護保険被保険者証		被保険者証そのものの在り方について見直し方を検討し、保険者等の関係者と合意	環境整備・システム開発		本格運用	厚生労働省 老健局 介護保険計画課

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4年度予算額（令和3年度予算額）：400億円（400億円）

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な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。

- 【主な指標】
- ① PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化
 - ② ケアマネジメントの質の向上
 - ③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化
 - ④ 介護予防の推進
 - ⑤ 介護給付適正化事業の推進
 - ⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い

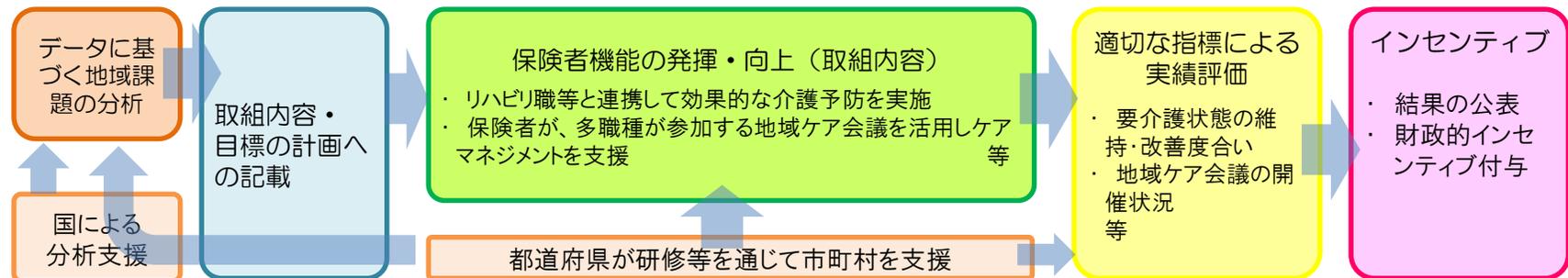
<市町村分>

- 1 配分** 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
保険者機能強化推進交付金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、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者は、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、介護予防等に必要の取組を進めていくことが重要。

<都道府県分>

- 1 配分** 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
保険者機能強化推進交付金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



市町村保険者機能強化推進交付金等による財政支援

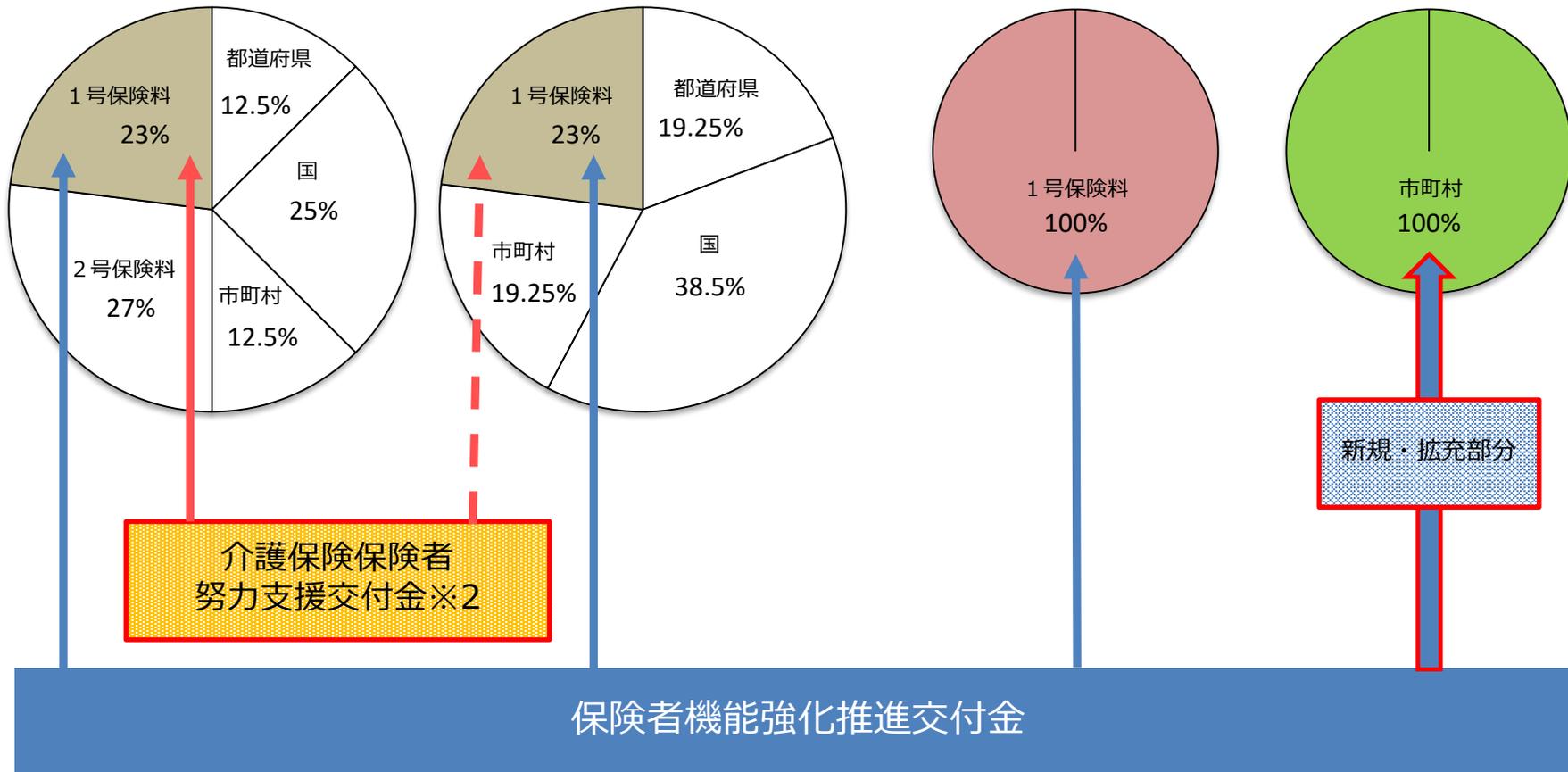
地域支援事業

保健福祉事業
市町村特別給付

一般会計事業
※1

介護予防・日常生活支援総合事業

包括的支援事業



(令和2年度より)

※1 保険者機能強化推進交付金について、一般会計事業に係る高齢者の予防・健康づくりに資する取組（新規・拡充部分）に充当可能。

※2 介護保険保険者努力支援交付金について、介護予防・日常生活支援総合事業及び包括的支援事業（包括的継続的ケアマネジメント支援、在宅医療介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業に限る。）に充当可能。

《都道府県の評価指標》

指標項目	点数 【推進交付金(支援交付金)】
I 管内の市町村の介護保険事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題・地域差の把握と支援計画	125点(25点)
II 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (1) 地域ケア会議、介護予防・日常生活支援総合事業に係る支援 (2) 生活支援体制整備等に係る支援 (3) 自立支援・重度化防止等に向けたリハビリテーション専門職等の活用に係る支援 (4) 在宅医療・介護連携に係る支援 (5) 認知症総合支援に係る支援 (6) 介護給付の適正化に係る支援 (7) 介護人材の確保・生産性向上に係る支援 (8) その他の自立支援・重度化防止等に向けた各種取組への支援事業	670点(285点) 120点(165点) 75点(25点) 45点(45点) 25点(0点) 75点(0点) 75点(0点) 230点(50点) 25点(0点)
III 管内の市町村における評価指標の達成状況による評価	250点(290点)

合計点数 【推進交付金(支援交付金)】	
I	125点(25点)
II	670点(285点)
III	250点(290点)
計	1,045点(600点)

《市町村の評価指標》

指標項目	点数 【推進交付金(支援交付金)】
I PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築 ・「見える化」システム活用等による当該地域の介護保険事業の特徴把握 ・認定者数・給付実績等の定期的モニタリングの実施 ・地域差分析、介護給付費の適正化の方策、実施 ・住宅型有料老人ホーム、サ高住の必要な情報等の活用 ・リハビリテーション提供体制に関する分析・改善等	115点(35点)
II 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進 (1) 介護支援専門員・介護サービス事業所等 (2) 地域包括支援センター・地域ケア会議 ・市町村の基本方針を定め、地域包括支援センターに周知 ・地域ケア会議における個別事例の検討件数割合 (3) 在宅医療・介護連携 (4) 認知症総合支援 ・介護保険事業計画等に具体的な計画を定め、進捗管理 ・早期診断・早期対応に繋げるための体制構築 (5) 介護予防／日常生活支援 ・体操等の通いの場への65歳以上の方の参加率 ・介護予防と保健事業の一体的実施 ・関係団体との連携による介護予防への専門職の関与 ・社福法人・医療法人・民間サービス等と連携した介護予防の取組 ・介護予防におけるデータ活用 ・高齢者の社会参加を促すための個人インセンティブ	900点(635点) 100点(0点) 105点(60点) 100点(20点) 100点(40点) 240点(320点)

指標項目	点数 【推進交付金(支援交付金)】
(6) 生活支援体制の整備	75点(15点)
(7) 要介護状態の維持・改善の状況等 ・要介護認定者の要介護認定の変化率 ・健康寿命延伸の実現状況(要介護2以上の認定率)	180点(180点)
III 介護保険運営の安定化に資する施策の推進 (1) 介護給付の適正化 ・ケアプラン点検の実施状況 (2) 介護人材の確保 ・介護人材確保に向けた取組 ・介護人材定着に向けた取組 ・多様な人材・介護助手等の元気高齢者の活躍に向けた取組 ・高齢者の就労的活動への参加に向けた取組 ・文書削減の取組	360点(60点) 260点(0点) 100点(60点)

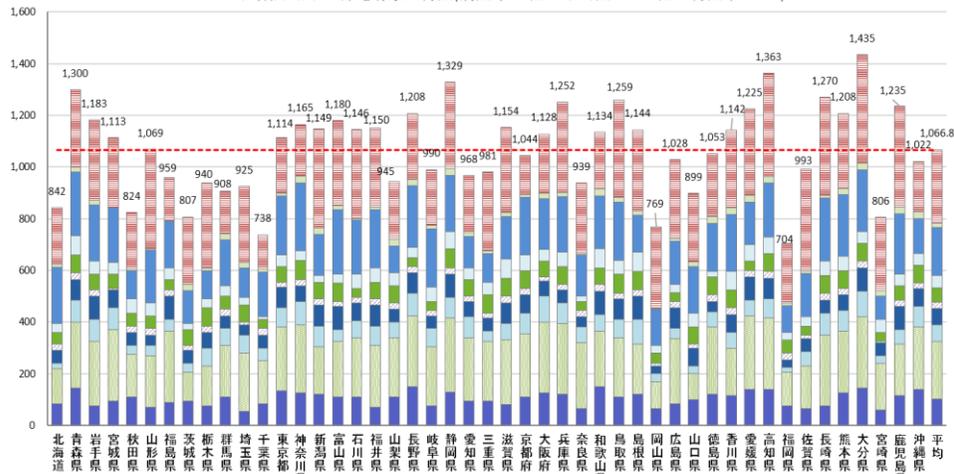
プロセス指標	合計点数 【推進交付金(支援交付金)】	
・PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化 ・ケアマネジメントの質の向上 ・多職種連携による地域ケア会議の活性化 ・介護予防の推進 ・介護給付適正化事業の推進	I	115点(35点)
	II	900点(635点)
	III	360点(60点)
アウトカム指標 ・要介護状態の維持・改善の度合い	計	1,375点(730点)

令和4年度 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者支援交付金に係る評価指標による得点状況

【都道府県分】

評価指標	配点	得点率
I 管内の市町村の介護保険事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題・地域差の把握と支援計画	150	69%
II 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容		
(1)地域ケア会議、介護予防・日常生活支援総合事業に係る支援	285	78%
(2)生活支援体制整備等に係る支援	100	64%
(3)自立支援・重度化防止等に向けたリハビリテーション専門職等の活用に係る支援	90	73%
(4)在宅医療・介護連携に係る支援	25	87%
(5)認知症総合支援に係る支援	75	77%
(6)介護給付の適正化に係る支援	75	63%
(7)介護人材の確保・生産性向上に係る支援	280	66%
(8)その他の自立支援・重度化防止等に向けた各種取組への支援事業	25	66%
III 管内の市町村における評価指標の達成状況による評価	540	53%
合計	1,645	65%

全国集計結果 都道府県別得点(満点1,645点、平均点1066.8点、得点率64.9%)

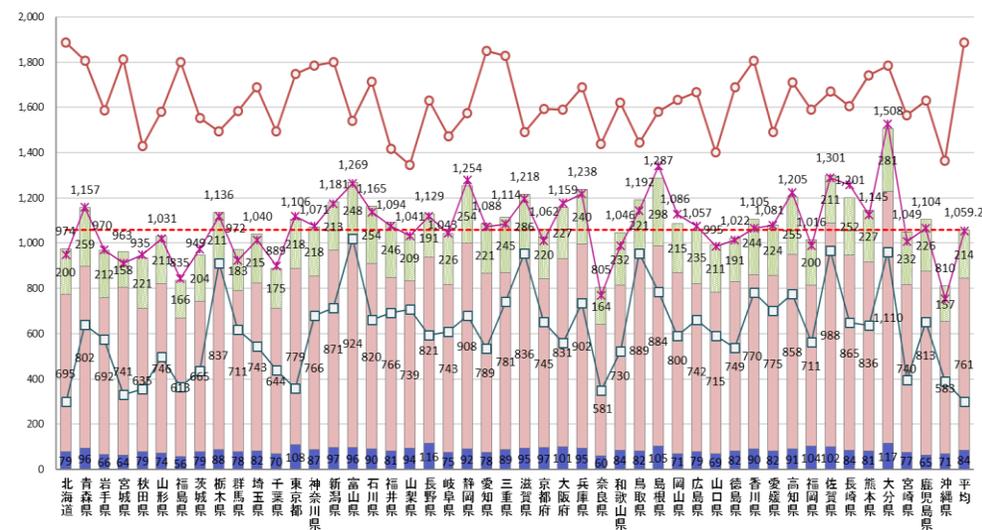


- III 管内の市町村における評価指標の達成状況による評価(540点)
- I 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (8)その他(25点)
- II 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (7)介護人材確保・生産性向上(280点)
- II 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (6)介護給付適正化(75点)
- II 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (5)認知症総合支援(75点)
- II 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (4)在宅医療・介護連携(25点)
- II 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (3)リハ活用(90点)
- II 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (2)生活支援体制整備等(100点)
- II 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (1)地域ケア、介護予防・日常生活支援総合事業(285点)
- I 管内の市町村の介護保険事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題・地域差の把握と支援計画(150点)

【市町村分】

評価指標	配点	得点率
I PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築	150	56%
II 自立支援・重度化防止等に資する施策の推進		
(1)介護支援専門員・介護サービス事業所等	100	51%
(2)地域包括支援センター・地域ケア会議	165	54%
(3)在宅医療・介護連携	120	68%
(4)認知症総合支援	140	60%
(5)介護予防／日常生活支援	560	41%
(6)生活支援体制の整備	90	57%
(7)要介護状態の維持・改善の状況等	360	48%
III 介護保険運営の安定化に資する施策の推進		
(1)介護給付の適正化	260	60%
(2)介護人材の確保	160	37%
合計	2,105	50%

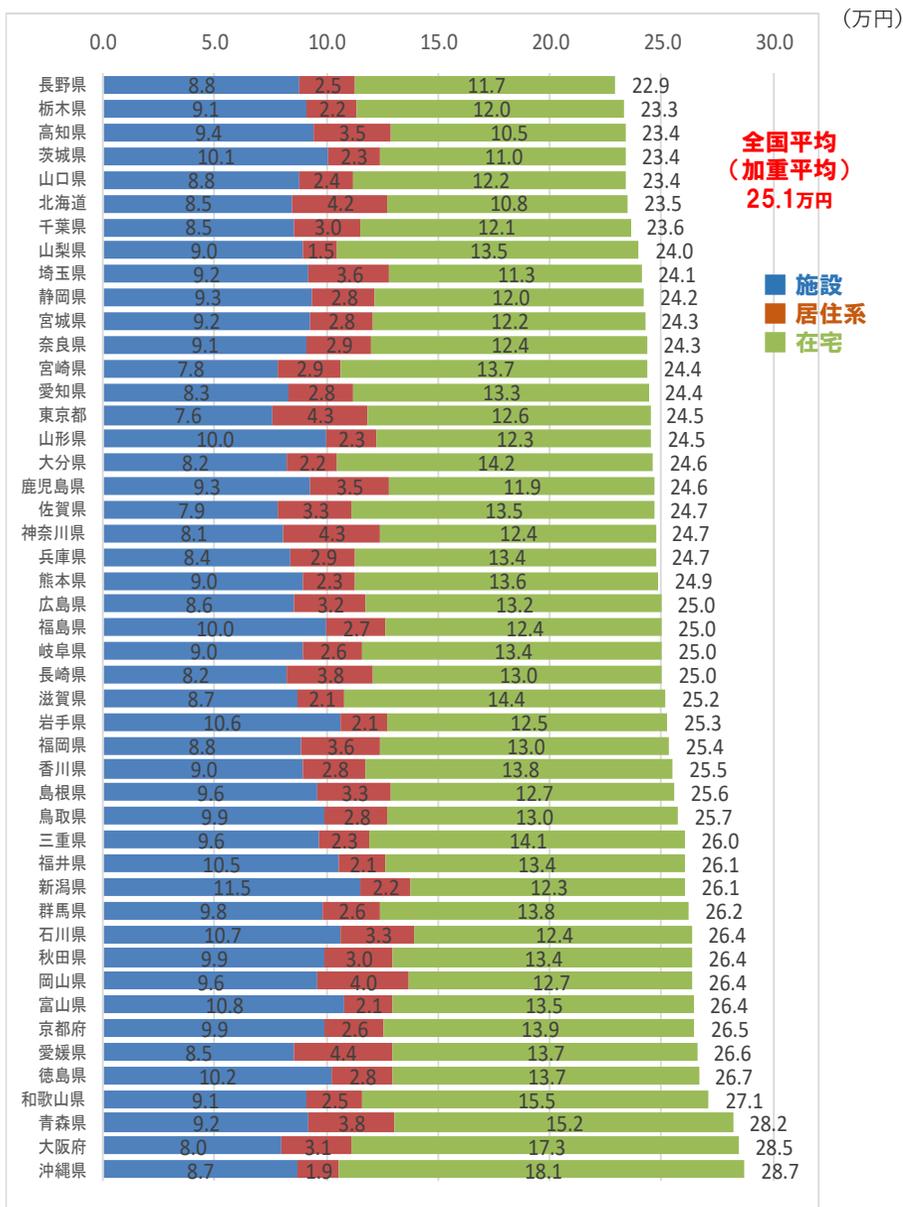
全国集計結果 都道府県別市町村得点(満点2,105点、平均点1,059.2点、得点率50.3%)



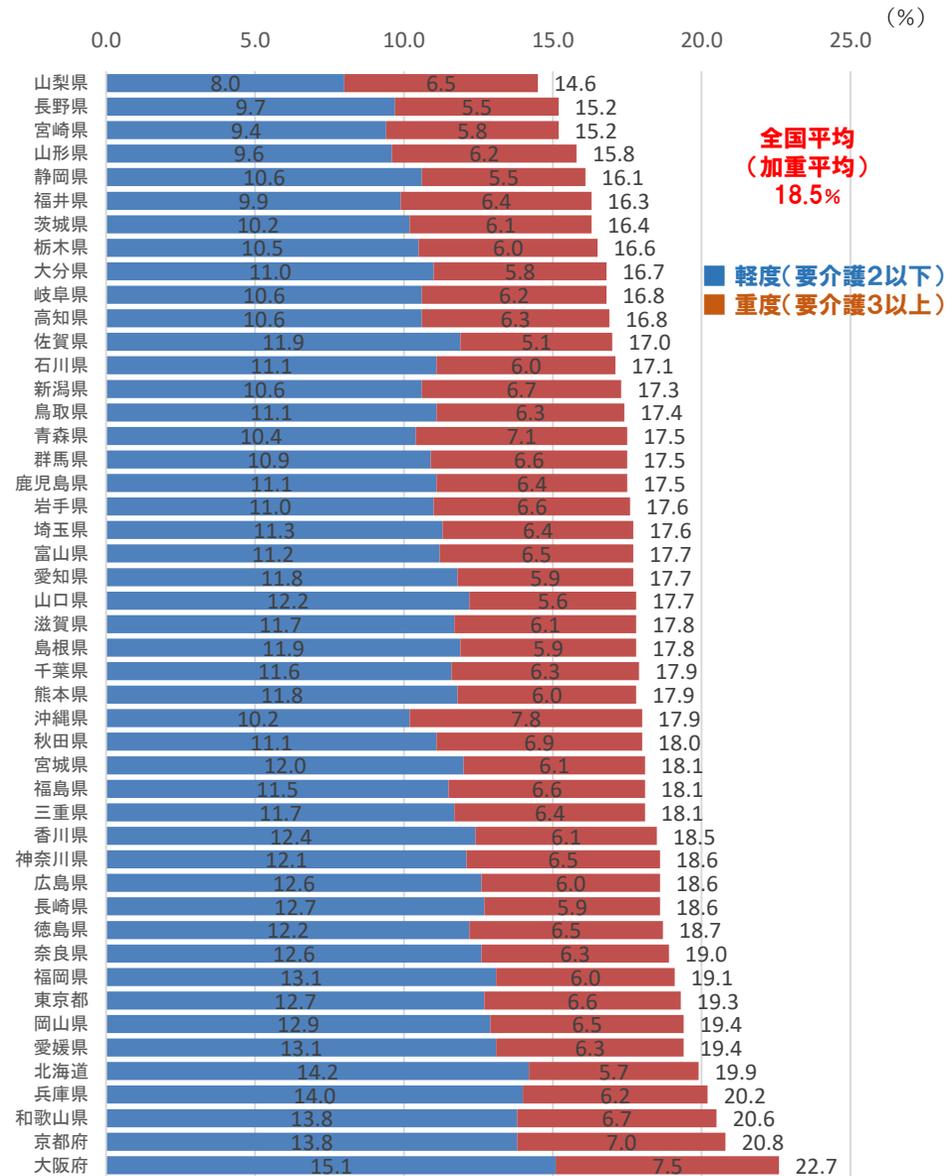
- III 介護保険運営の安定化に資する施策の推進(420点)(平均214.1点)
- II 自立支援・重度化防止等に資する施策の推進(1535点)(平均760.6点)
- I PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築(150点)(平均84.5点)
- 最大値
- 最小値
- ◆ 中央値

第1号被保険者1人当たり介護給付費と認定率の地域差(年齢調整後)

2019年度被保険者1人当たり介護給付費(年齢調整後)



2019年度認定率(年齢調整後)



【出典等】「地域包括ケア「見える化」システム」(厚生労働省)を基に算出した。

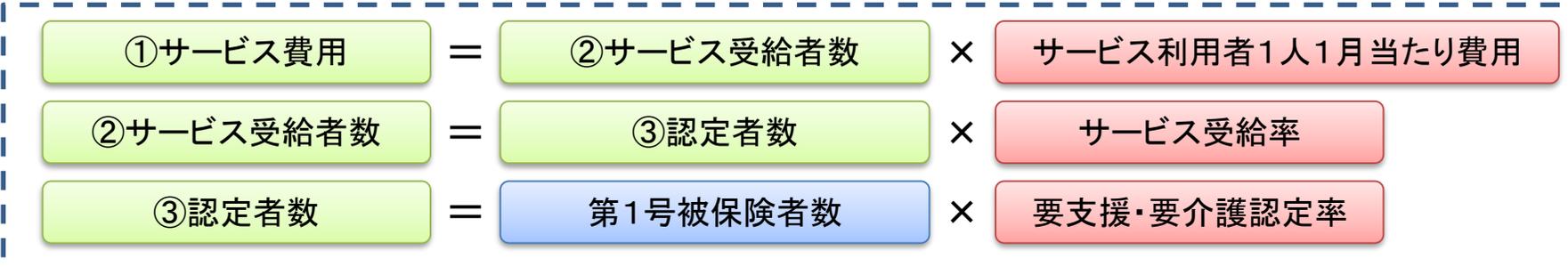
介護費用の構造と要素

- 介護費用は様々な要因によって変動するため、介護費用を構成する要素に分けて分析することが有効である。
- 介護サービス費用を構成する要素は、大きく以下の通りである。

介護費用(1月当たり)

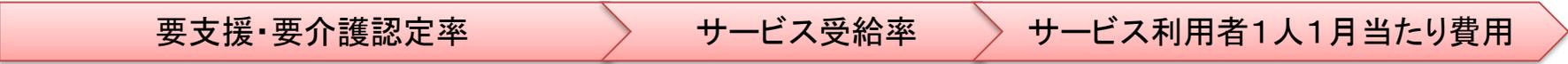
施設サービス: 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域密着型介護老人福祉施設
 居住系サービス: 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護
 在宅サービス: 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、短期入所生活介護、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、特定福祉用具販売、住宅改修、居宅介護支援、介護予防支援、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス

$$= \text{①-1 施設サービス費用} + \text{①-2 居住系サービス費用} + \text{①-3 在宅サービス費用}$$



構成要素である「要支援・要介護認定率」「受給率」「サービス利用者1人1月当たり費用」及び「施設・居住系と在宅サービスのバランス」に着目して介護費用の地域差分析を行う

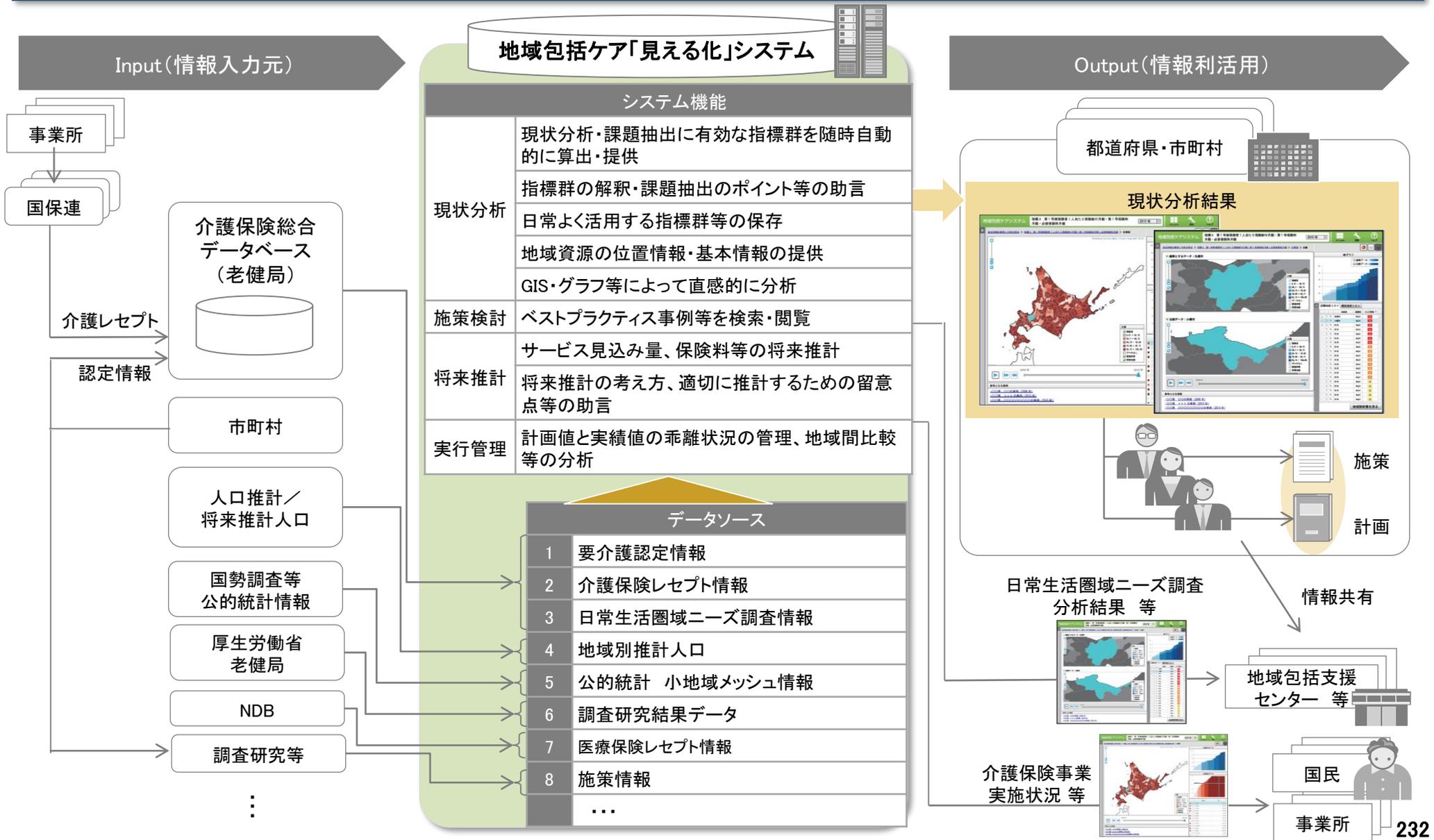
地域差を生じる要素と分析の視点



- 第1号被保険者(65歳以上人口)のうち介護サービスを利用する可能性がある高齢者(要支援・要介護者)の割合に他の保険者と乖離があれば、介護予防等の取組の観点から分析する。
- 要支援・要介護者が利用しているサービスを「受給している高齢者の割合(サービス受給率)」の観点から見ることで、どのサービスの受給者に地域差があるかを分析する。
- 「受給しているサービスの単価(サービス利用者1人1月当たり費用)」の観点から見ることで、サービスの利用のされ方(日数・回数等)に地域差があるかを分析する。

介護・医療関連情報の「見える化」の推進

地域包括ケアシステムの構築に向けて、全国・都道府県・二次医療圏・老人福祉圏・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるように、介護・医療関連情報を、国民も含めて広く共有（「見える化」）するためのシステムの構築等を推進する



第5期介護給付適正化計画（市町村介護給付適正化計画及び都道府県介護給付適正化計画）について （令和3年度～令和5年度）

- 第7期市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画から、介護給付等に要する費用の適正化に関する事項又はその取組への支援に関し、取り組むべき施策及びその目標を定めることが法律上位置づけられた。
（第8期の事業（支援）計画の基本指針において、介護給付適正化計画を別に策定することでも差し支えないとした。）
- このため、計画策定に資するよう、事業（支援）計画の基本指針に加え、第5期介護給付適正化計画に関する指針を策定。
（計画期間：令和3年度～令和5年度）

○ 第5期介護給付適正化計画に関する指針の概要

（1）第5期計画の基本的な方向

- i 保険者の主体的取組の推進
適正化事業の実施主体である保険者が自発的な事業への取組の重要性を提示。
- ii 都道府県・保険者・国保連の連携
都道府県・保険者・国保連が相互の主体性を尊重しつつ、現状認識を共有し、一体的に取り組むよう連携を図る。
- iii 保険者における実施阻害要因への対応
適正化事業が低調な保険者の人員や予算の制約など様々な実施阻害要因を分析・把握し個々に応じた方策を講じ、適正化事業に取り組む。
- iv 事業内容の把握と改善
単に実施率の向上を図るだけでなく、事業の具体的な実施状況及び実施内容の把握・改善に取り組む。

（2）第5期において取り組むべき事業

- i 主要5事業の実施
第4期に引き続き、主要5事業（要介護認定の適正化、ケアプランの点検、住宅改修・福祉用具実態調査、医療情報との突合・縦覧点検、介護給付費通知）の着実な実施とともに、より具体性・実効性のある構成・内容に見直す。
- ii 積極的な実施が望まれる取組
主要5事業以外に、国保連の適正化システムによって出力されるデータを積極的に活用し、適正なサービス提供と費用の効率化等を図る。
- iii 事業の優先度
地域の状況を十分に踏まえ、効果的と思われる取組を優先して実施目標として設定し、主要5事業の均等な拡充が難しい場合には3事業を優先的に実施し、その具体的な実施方法を検討。
- iv 介護給付費財政調整交付金の算定
介護給付費財政調整交付金の算定に当たっては、主要5事業の取組状況を勘案。

（3）計画的な適正化事業の推進

- i 都道府県介護給付適正化計画との連携
保険者は具体的な事業実施の目標設定に当たっては、計画に掲げられた目標との連携を意識しつつ、都道府県が行う支援措置について積極的に活用。
- ii 体制の整備
保険者は適正化事業を推進する上で、十分な体制を整えるため、必要な予算を確保するとともに、地域支援事業交付金や都道府県の保険者支援も積極的に活用。
- iii 事業の効果の把握とPDCAサイクルの展開
見える化システム等を活用し、適正化事業の実施状況及び取組状況等を把握・分析。また、適正化事業の着実な実施に向けて、PDCAサイクルを展開。

介護給付費適正化主要5事業

○要介護認定の適正化

- ・指定居宅介護支援事業者、施設又は介護支援専門員が実施した変更認定又は更新認定に係る認定調査の内容を市町村職員等が訪問又は書面等の審査により点検する。

○ケアプラン点検

- ・介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容を、事業者からの提出又は事業所への訪問調査等により、市町村職員等の第三者がその内容等の点検及び指導を行う。

○住宅改修・福祉用具実態調査

- ・居宅介護住宅改修費の申請時に請求者宅の実態確認、利用者の状態確認又は工事見積書の点検を行ったり、竣工後に訪問調査等により施工状況の点検を行う。
- ・福祉用具利用者に対する訪問調査等により、福祉用具の必要性や利用状況等を点検する。

○医療情報との突合・縦覧点検

- ・後期高齢者医療制度及び国民健康保険の入院情報等と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行う。
- ・受給者ごとに複数月にまたがる支払情報(請求明細書の内容)を確認し、提供されたサービスの整合性の点検を行う。

○介護給付費通知

- ・利用者本人(又は家族)に対して、サービスの請求状況及び費用等について通知する。

国保連に委託することで実施可能

介護給付費適正化主要5事業の実施状況について

	H27実績	H28実績	H29実績	H30実績	R元実績
介護給付適正化主要5事業	99.5%	99.7%	99.8%	100.0%	100.0%
要介護認定の適正化	91.2%	91.4%	91.6%	94.1%	94.2%
ケアプランの点検	63.9% (2.6億円)	67.1% (3.5億円)	71.9% (2.6億円)	80.7% (0.6億円)	84.7% (1.2億円)
住宅改修・福祉用具実態調査	77.1% (0.2億円)	78.2% (0.1億円)	81.5% (0.1億円)	79.2% (0.1億円)	81.1% (0.1億円)
医療情報との突合・縦覧点検	89.6% (10.0億円)	91.7% (10.5億円)	94.7% (9.8億円)	97.5% (10.8億円)	98.0% (13.1億円)
介護給付費通知	72.7% (0.02億円)	74.2% (0.01億円)	75.1% (0.01億円)	78.7% (0.02億円)	79.4% (0.01億円)

※ 厚生労働省老健局介護保険計画課調べ

(注)

1. 「介護給付適正化主要5事業」の各年度の実施率は5事業のうち、いずれかを実施している保険者の割合である。
2. 平成29年度は、1県が未提出のため、46都道府県で集計した数値である。
3. () は、適正化事業実施による金額的効果（ケアプラン点検のような質の向上、給付費通知のような事業者への牽制効果などを目的として実施する事業の波及効果は含まれない。）

調整交付金の「一定の取組」の状況勘案について

1. 「一定の取組」について

以下2つの観点から「一定の取組」を求めることとする。

① 給付費適正化主要5事業

給付費適正化主要5事業を「3事業以上実施していない保険者」を対象とする。

② 一人当たり給付費の外れ値

- 一人当たり給付費の外れ値（平均値 + 2 × 標準偏差）に該当した保険者については、第8期の初年度に対象保険者を特定し、第8期中に「一定の取組」を求め、達成されなかった場合は第8期末年度に減額。
- 原発被災地、小規模保険者（被保険者数3,000人未満）の保険者は対象外とする。
- 「一定の取組」は、主要5事業のうち「ケアプラン」と「医療情報」を含む3事業以上実施していない保険者に対し、実施することを求める。

※対象被保険者がいないため実施していない場合は実施しているものと見なす。

2. 調整交付金の減額

- 上記1に該当した際の減額幅は、今般の見直しにより増加した額の5%とする。
- 高齢化係数改正により交付額が増加しない保険者は減額せず、「一定の取組」のみ求める。

3. 支援

厚生労働省等は以下の支援を実施（「医療情報」と「給付費通知」は、国保連に委託することで実施可能。）。

- 円滑に国保連に委託ができるよう、厚生労働省から都道府県、国保中央会、国保連に働きかける。
- その他の事業についても、実施方法等について各保険者の求めに応じて、厚生労働省、都道府県から手厚くサポート。

	第7期計画	第8期計画		
	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
主要5事業を3事業以上実施していない保険者	第8期に向け、制度改正の周知と適正化事業実施支援を行う	対象保険者がいた場合は減額 ※保険者機能強化推進交付金2021年度評価指標（2020年度実績）	※保険者機能強化推進交付金2022年度評価指標（2021年度実績）	※保険者機能強化推進交付金2023年度評価指標（2022年度実績）
一人当たり給付費の外れ値	第8期に向け、制度改正の周知と適正化事業実施支援を行う	○外れ値の対象保険者を特定 ※2021年3月～2022年2月データ：2022年7月から使用可能 ○主要5事業のうち「ケアプラン」と「医療情報」を含む3事業以上実施していない保険者に実施を求める。 ○適正化事業実施支援を行う。	第8期中に「一定の取組」を求める	対象保険者がいた場合は減額 ※対象保険者に個別に2023年12月時点実績を確認