

介護保険制度をめぐる状況について

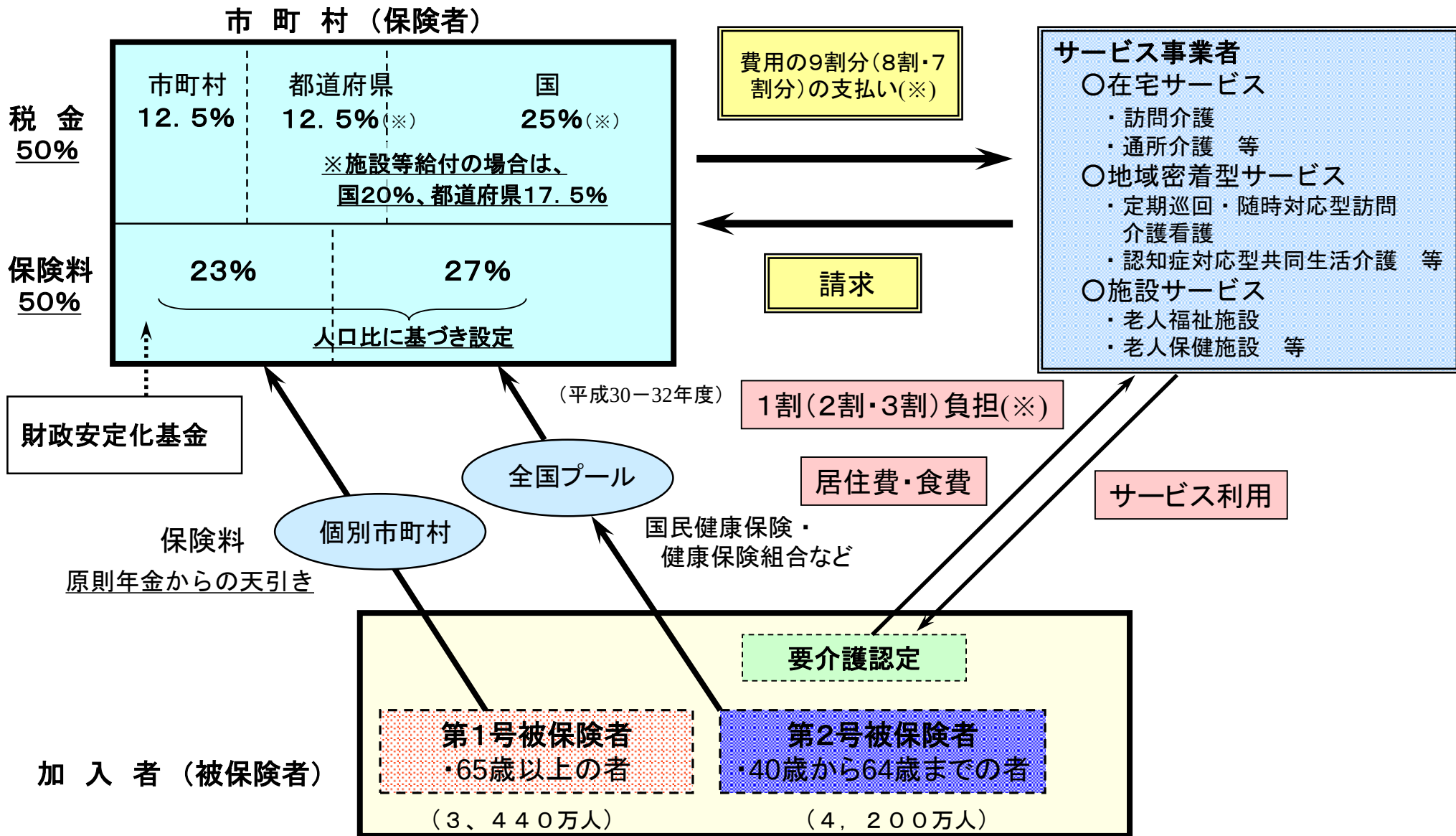
平成31年2月25日
厚生労働省老健局

I	介護保険制度の現状	・ ・ ・ ・ ・ p	2
I－1	介護保険制度の概要	・ ・ ・ ・ ・ p	3
I－2	介護保険制度をとりまく状況	・ ・ ・ ・ ・ p	12
I－3	地域包括ケア強化法（平成29年介護保険法改正）	・ ・ ・ ・ ・ p	24
I－4	第7期介護保険事業計画	・ ・ ・ ・ ・ p	38
II	今後の主な検討事項	・ ・ ・ ・ ・ p	44
II－1	介護予防・健康づくりの推進 （健康寿命の延伸）	・ ・ ・ ・ ・ p	49
II－2	保険者機能の強化 （地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）	・ ・ ・ ・ ・ p	73
II－3	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）	・ ・ ・ ・ ・ p	103
II－4	認知症「共生」・「予防」の推進	・ ・ ・ ・ ・ p	128
II－5	持続可能な制度の再構築・介護現場の革新	・ ・ ・ ・ ・ p	140

- I 介護保険制度の現状
- II 今後の主な検討事項

- I ー 1 介護保険制度の概要
- I ー 2 介護保険制度をとりまく状況
- I ー 3 地域包括ケア強化法（平成29年介護保険法改正）
- I ー 4 第7期介護保険事業計画

介護保険制度の仕組み



（注）第1号被保険者の数は、「平成28年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成28年度末現在の数である。

第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成28年度内の月平均値である。

（※）一定以上所得者については、費用の2割負担（平成27年8月施行）又は3割負担（平成30年8月施行）。

介護保険の財源構成と規模

(31年度予算案 介護給付費:10.8兆円 総費用ベース:11.7兆円)

保険料 50%

公 費 50%

第1号保険料

【65歳以上】

23% (2.5兆円)

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

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

第2号保険料

【40~64歳】

27% (2.9兆円)

- ・第2号保険料の公費負担(0.3兆円)
協会けんぽ(国:0.1兆円 16.4%)
国保(国:0.3兆円 都道府県:0.1兆円)

国庫負担金【調整交付金】

5% (0.5兆円)

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

国庫負担金【定率分】

20% (2.0兆円)

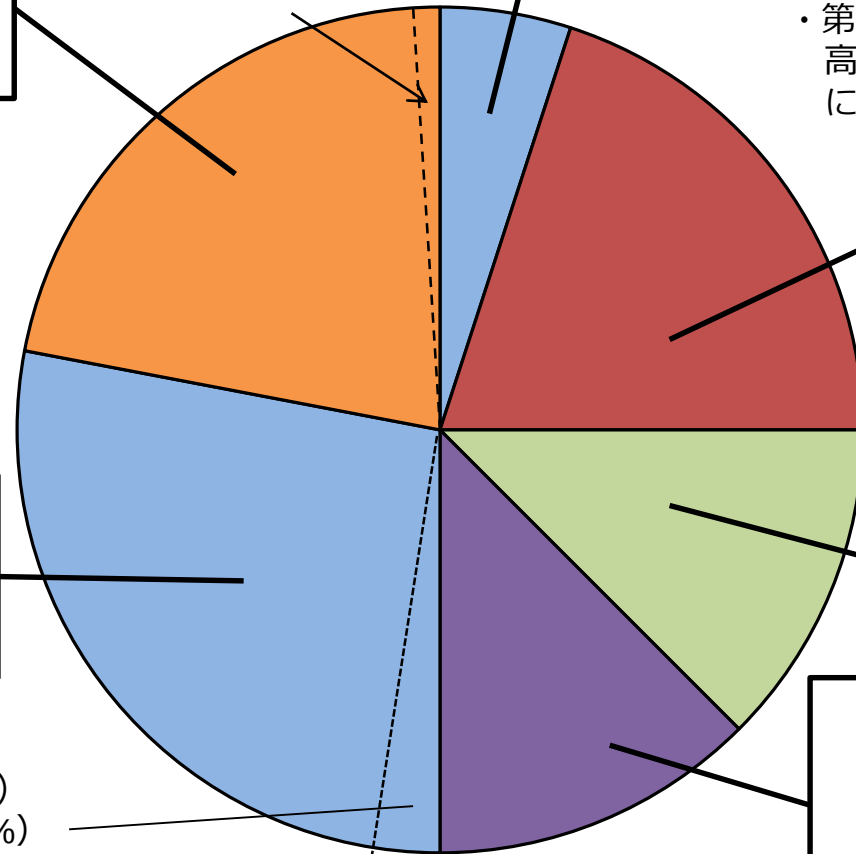
- ・施設の給付費の負担割合
国庫負担金(定率分) 15%
都道府県負担金 17.5%

都道府県負担金

12.5% (1.5兆円)

市町村負担金

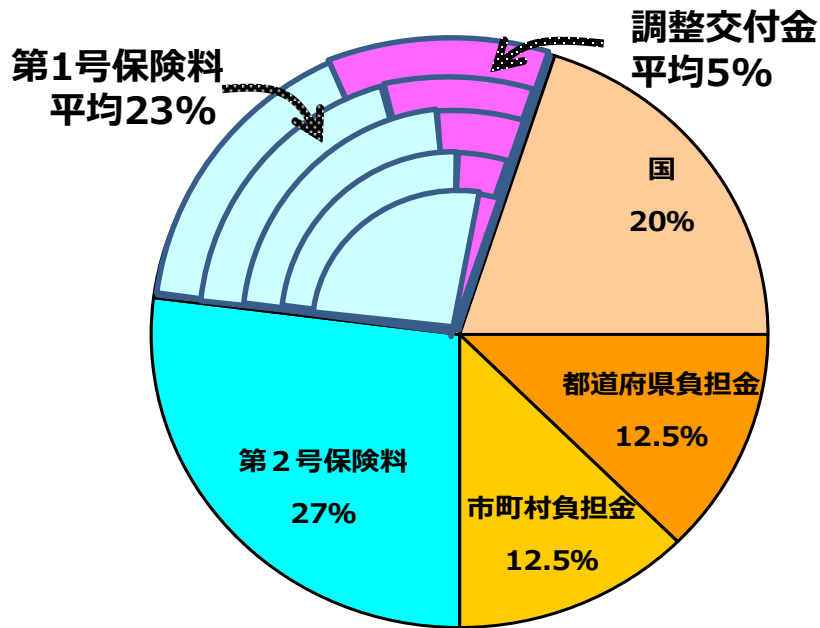
12.5% (1.4兆円)



※数値は端数処理をしているため、合計が一致しない場合がある。

調整交付金について

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



1. 後期高齢者と前期高齢者の比率の違い

- ・前期高齢者（65歳～74歳）：認定率 約 4.3%
 - ・後期高齢者（75歳以上）：認定率 約 32.2%
- 要介護認定率に 約 7.5 倍の差

後期高齢者の構成割合が大きい市町村

→ 保険給付費が増大 → 調整しなければ、保険料が高くなる

2. 被保険者の所得水準の違い

所得の高い高齢者が相対的に多い市町村

→ 調整しなければ、同じ所得でも、保険料は低くてすむ

所得の低い高齢者が相対的に多い市町村

→ 調整しなければ、同じ所得でも、保険料は高くなる

調整交付金の財政調整の例

A町

後期高齢者(75歳以上)が多い
被保険者
低所得の高齢者が多い被保険者

調整交付金が5%で
あれば、11,200円

実際は
6,200円

調整交付金
を多く
(14.5%)
支給

第1号保険料

B市

後期高齢者が少ない被保険者
低所得の高齢者が少ない被保険者

実際は、4,950円
調整交付金5%で
あれば、4,050円

第1号保険料

調整交付
金なし

【調整交付金の役割】

- ・ 保険者の給付水準が同じであり、
- ・ 収入が同じ被保険者であれば、
保険料負担額が同一となるよう調整するもの。

(※) 調整交付金の計算方法

各市町村の普通調整交付金の交付額

$$= \text{当該市町村の標準給付費額} \times \text{普通調整交付金の交付割合}(\%)$$

普通調整交付金の交付割合(%)

$$= 28\% - (23\% \times \frac{\text{後期高齢者加入割合補正係数}}{\text{所得段階別加入割合補正係数}})$$

介護保険給付・地域支援事業の全体像

【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%

【財源構成】

国：38.5%

都道府県：19.25%

市町村：19.25%

1号保険料：23%

介護給付（要介護1～5）

予防給付（要支援1～2）

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）

- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・ 訪問型サービス
 - ・ 通所型サービス
 - ・ 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

包括的支援事業

- 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）

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

地域支援事業

介護サービスの種類

都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス

市町村が指定・監督を行うサービス

介護
給付

◎居宅介護サービス

【訪問サービス】

- 訪問介護(ホームヘルプサービス)
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導
- 特定施設入居者生活介護
- 福祉用具貸与
- 特定福祉用具販売

【通所サービス】

- 通所介護(デイサービス)
- 通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

- 短期入所生活介護(ショートステイ)
- 短期入所療養介護

◎施設サービス

- 介護老人福祉施設
- 介護療養型医療施設
- 介護老人保健施設
- 介護医療院

◎地域密着型介護サービス

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 地域密着型通所介護
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)

◎居宅介護支援

予防
給付

◎介護予防サービス

【訪問サービス】

- 介護予防訪問入浴介護
- 介護予防訪問看護
- 介護予防訪問リハビリテーション
- 介護予防居宅療養管理指導
- 介護予防特定施設入居者生活介護
- 介護予防福祉用具貸与
- 特定介護予防福祉用具販売

【通所サービス】

- 介護予防通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

- 介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)
- 介護予防短期入所療養介護

◎地域密着型介護予防サービス

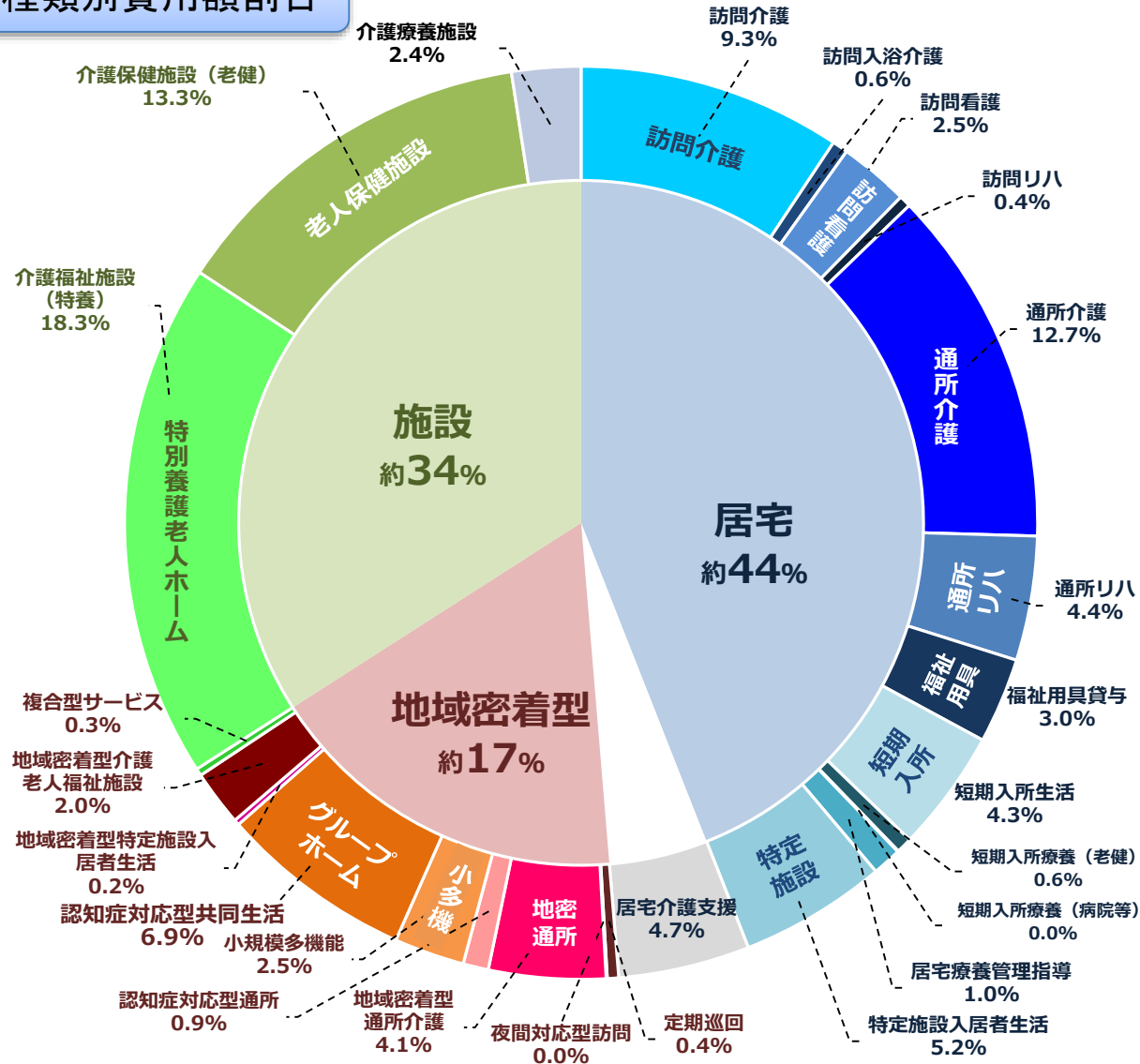
- 介護予防認知症対応型通所介護
- 介護予防小規模多機能型居宅介護
- 介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム)

◎介護予防支援

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

総費用等における提供サービスの内訳(平成29年度) 割合

サービス種別費用額割合



【出典】厚生労働省「平成29年度介護給付費等実態調査」

(注1) 介護予防サービスを含まない。

(注2) 特定入所者介護サービス(補足給付)、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用(福祉用具購入費、住宅改修費など)は含まない。

(注3) 介護費は、平成29年度(平成29年5月～平成30年4月審査分(平成29年4月～平成30年3月サービス提供分))。

総費用等における提供サービスの内訳(平成29年度)金額

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

【出典】厚生労働省「平成29年度介護給付費等実態調査」

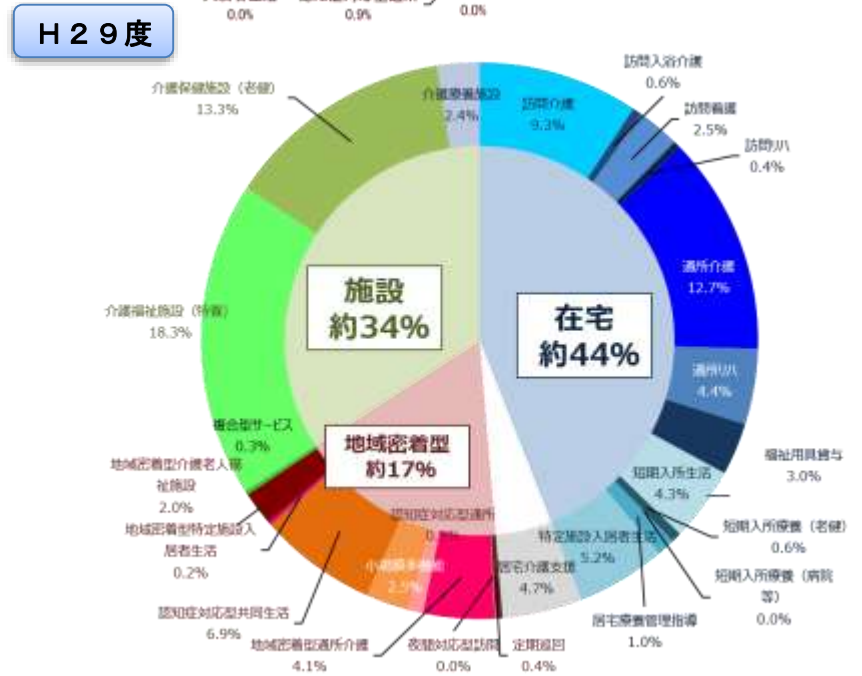
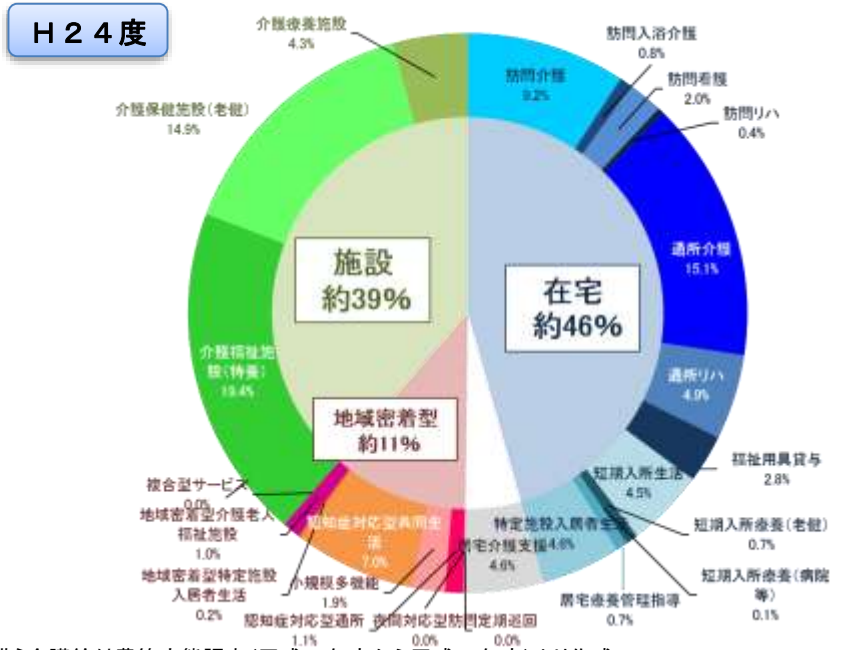
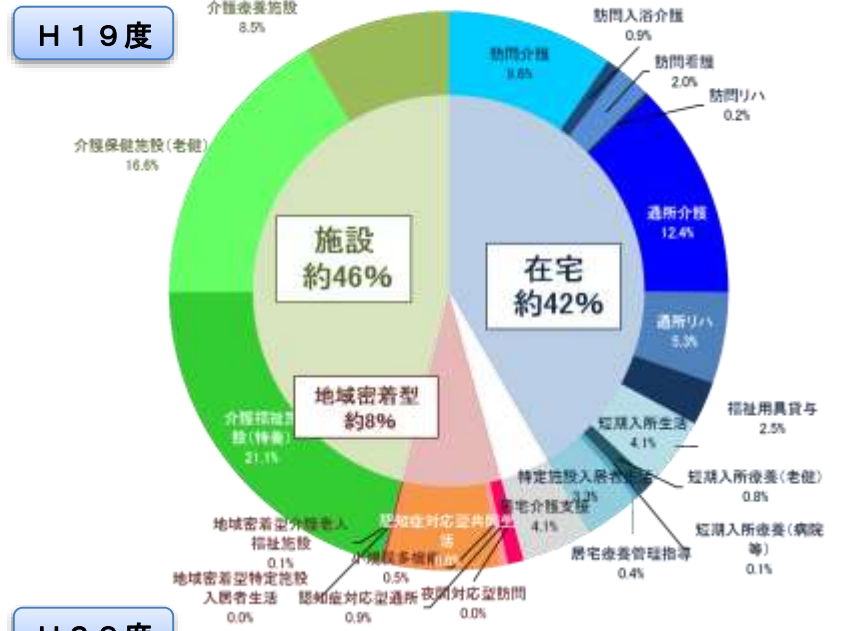
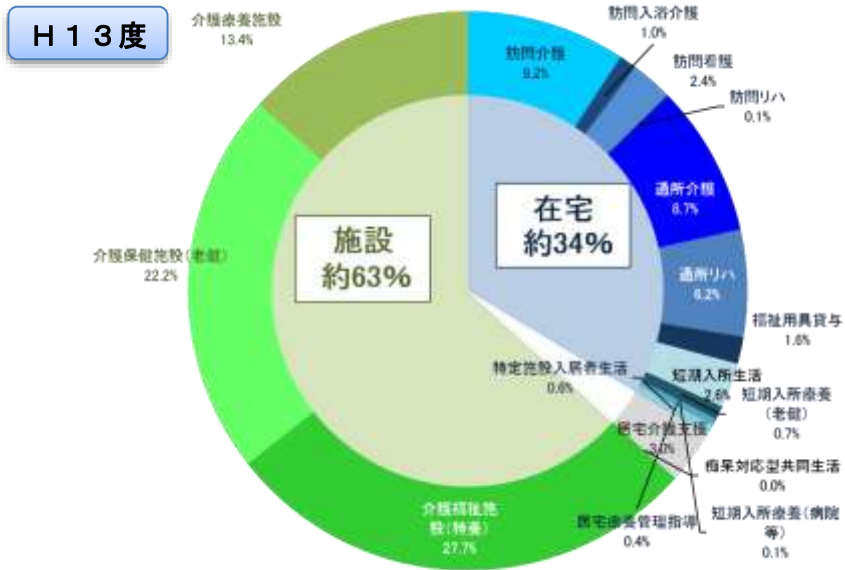
※事業者数は延べ数である。

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

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

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

サービス種類別介護費用額割合の推移

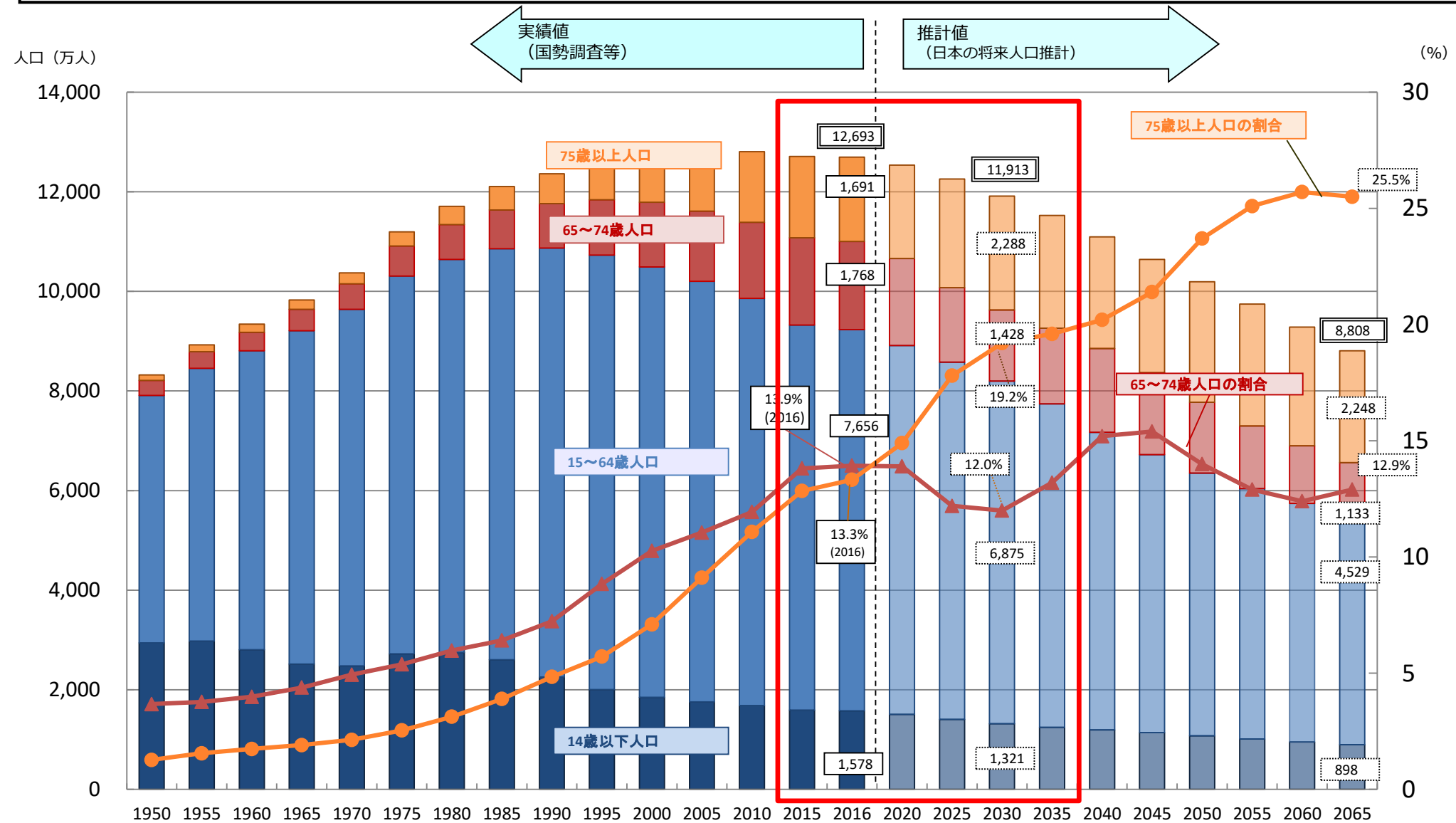


〔出典〕介護給付費等実態調査(平成13年度から平成29年度)より作成

- I ー 1 介護保険制度の概要
- I ー 2 介護保険制度をとりまく状況
- I ー 3 地域包括ケア強化法（平成29年介護保険法改正）
- I ー 4 第7期介護保険事業計画

総人口の推移

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。



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

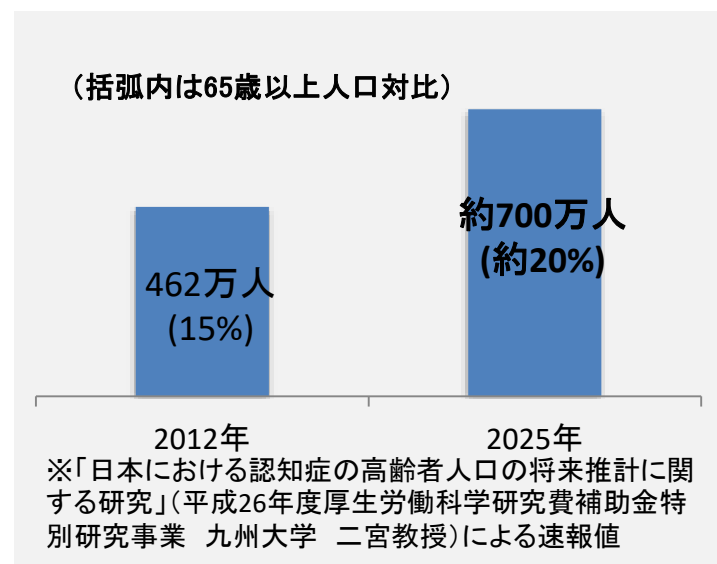
人口構造等の変化

- ① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,677万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,935万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

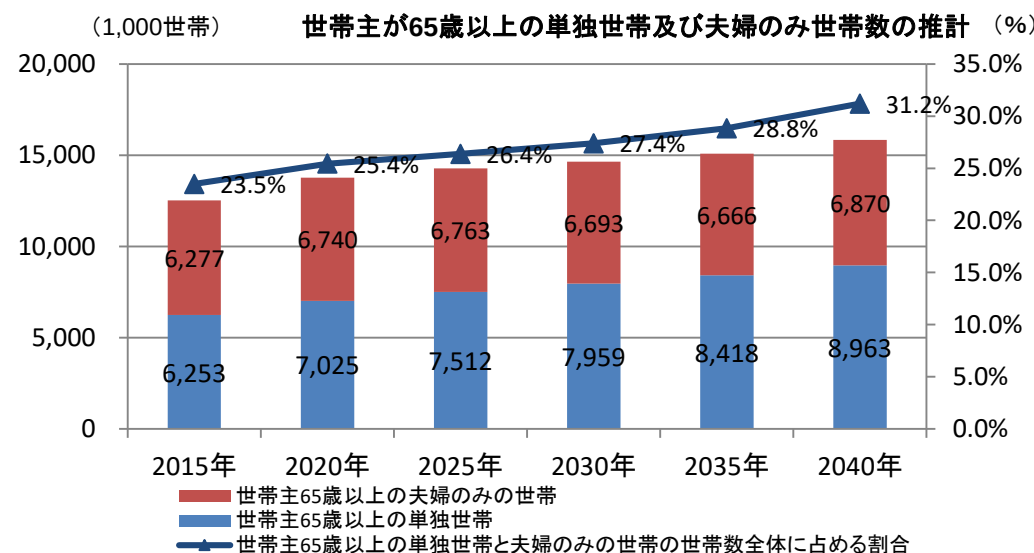
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,387万人(26.6%)	3,619万人(28.9%)	3,677万人(30.0%)	3,704万人(38.0%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,632万人(12.8%)	1,872万人(14.9%)	2,180万人(17.8%)	2,446万人(25.1%)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)(平成29(2017)年4月推計)」より作成

- ② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



- ③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



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

- ④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

※都道府県名欄の()内の数字は倍率の順位

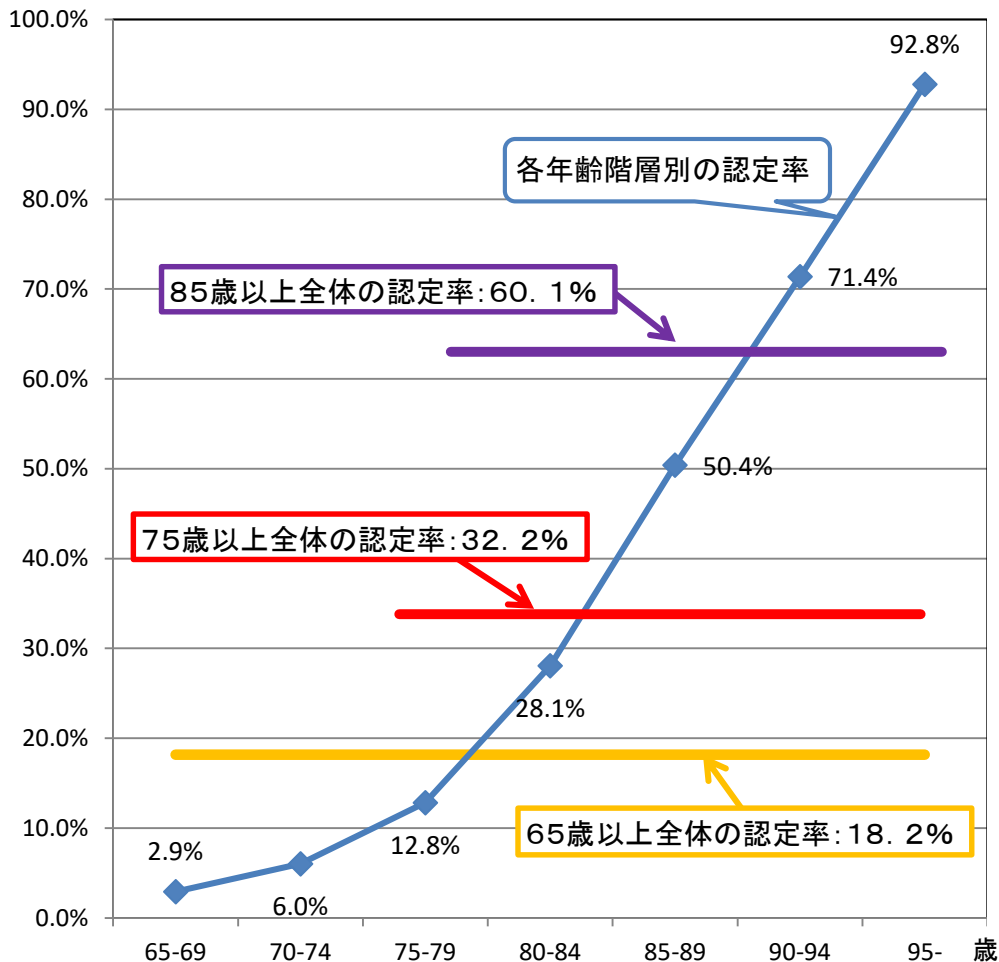
	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	～	東京都(17)	～	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	77.3万人 <10.6%>	70.7万人 <11.4%>	99.3万人 <10.9%>	80.8万人 <10.8%>	105.0万人 <11.9%>		146.9万人 <10.9%>		26.5万人 <16.1%>	18.9万人 <18.4%>	19.0万人 <16.9%>	1632.2万人 <12.8%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	120.9万人 <16.8%> (1.56倍)	107.2万人 <17.5%> (1.52倍)	146.7万人 <16.2%> (1.48倍)	116.9万人 <15.7%> (1.45倍)	150.7万人 <17.7%> (1.44倍)		194.6万人 <14.1%> (1.33倍)		29.5万人 <19.5%> (1.11倍)	20.9万人 <23.6%> (1.11倍)	21.0万人 <20.6%> (1.10倍)	2180.0万人 <17.8%> (1.34倍)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」より作成 14

今後の介護保険をとりまく状況(1)

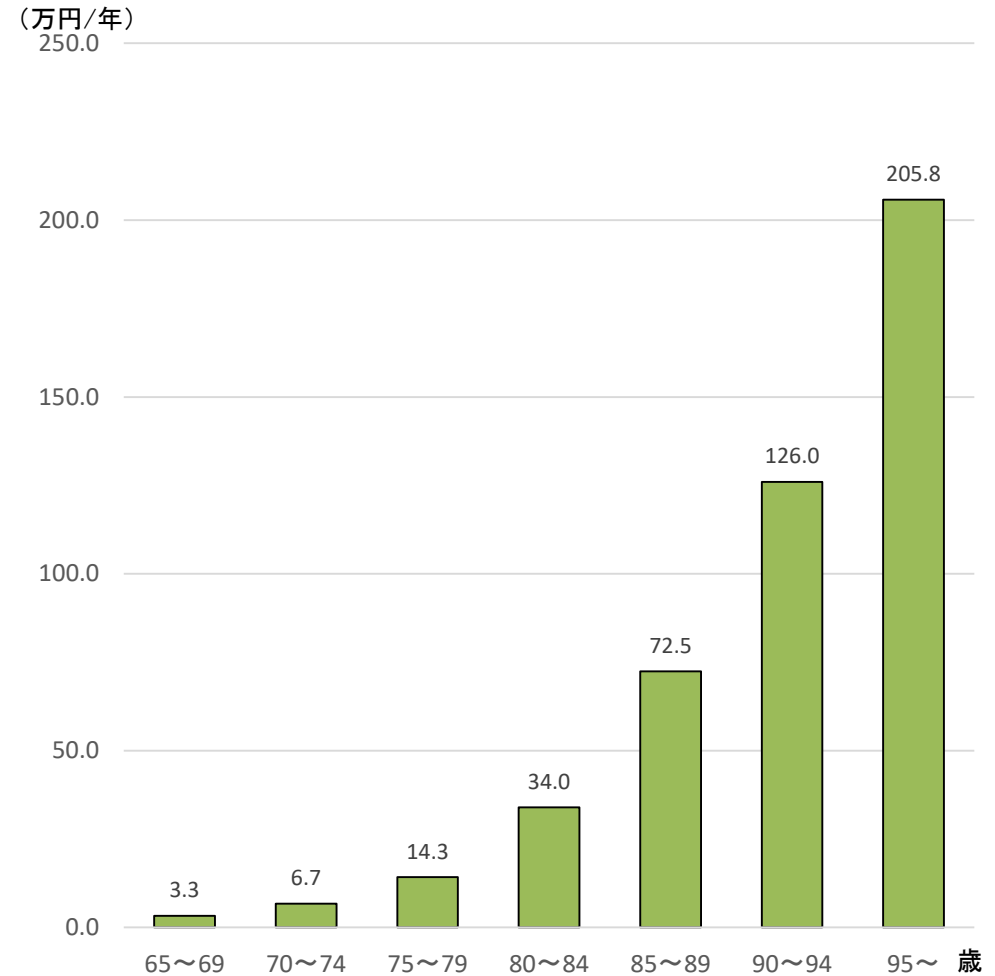
年齢階級別の要介護認定率の推移

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



人口1人当たりの介護給付費(年齢階級別)

○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。



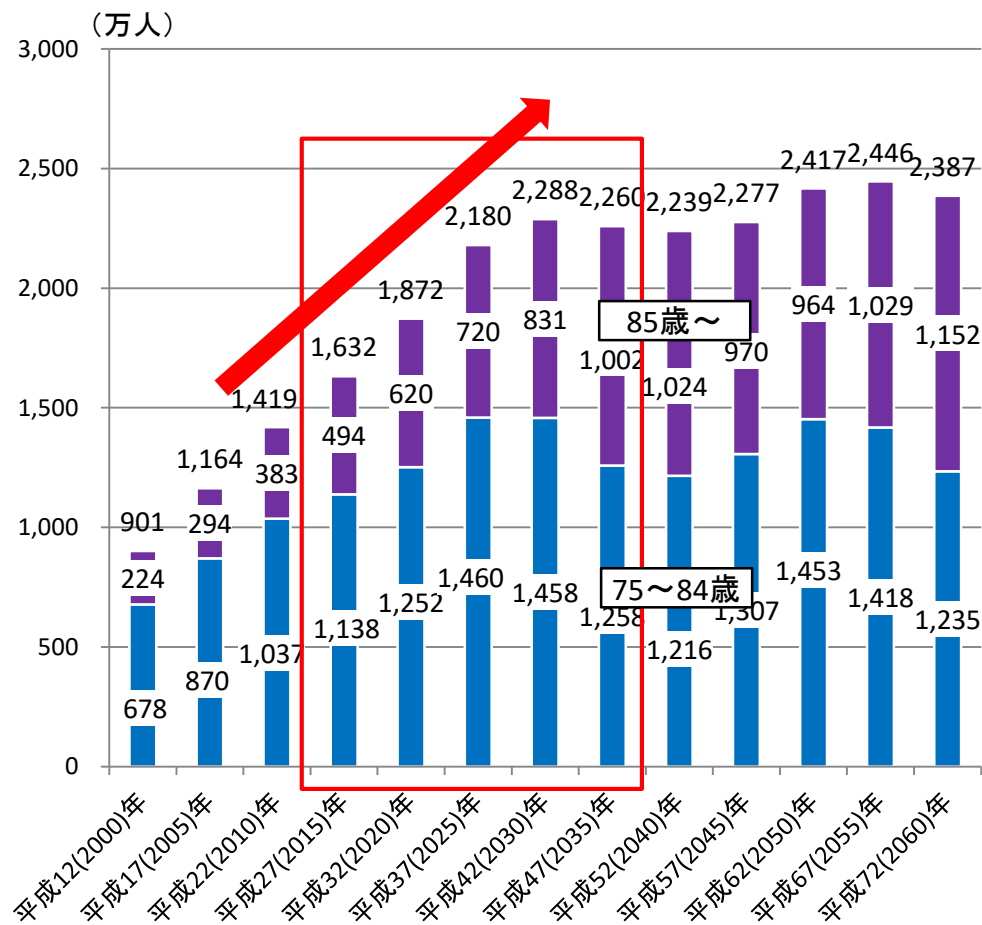
出典: 総務省統計局人口推計及び介護給付費等実態調査(平成29年10月審査分)

出典: 平成29年度「介護給付費等実態調査」を元に老健局で推計
注) 高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。
補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。15

今後の介護保険をとりまく状況(2)

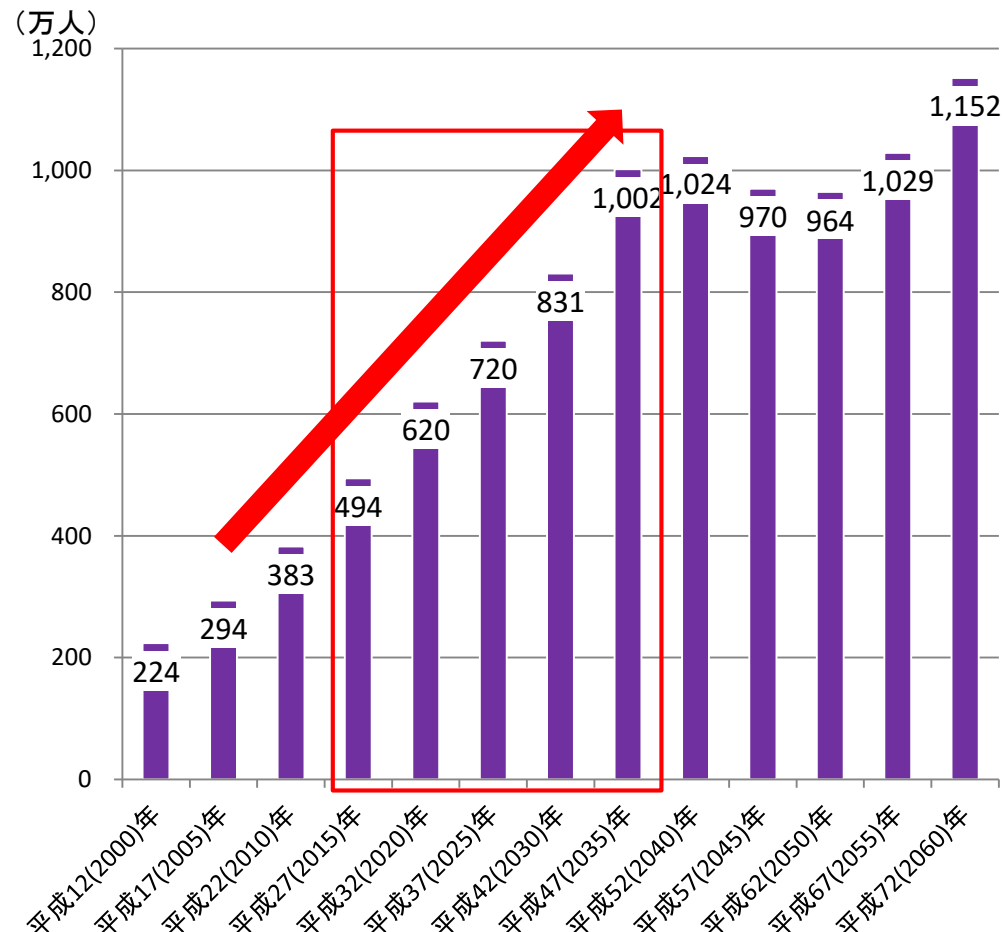
75歳以上の人口の推移

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

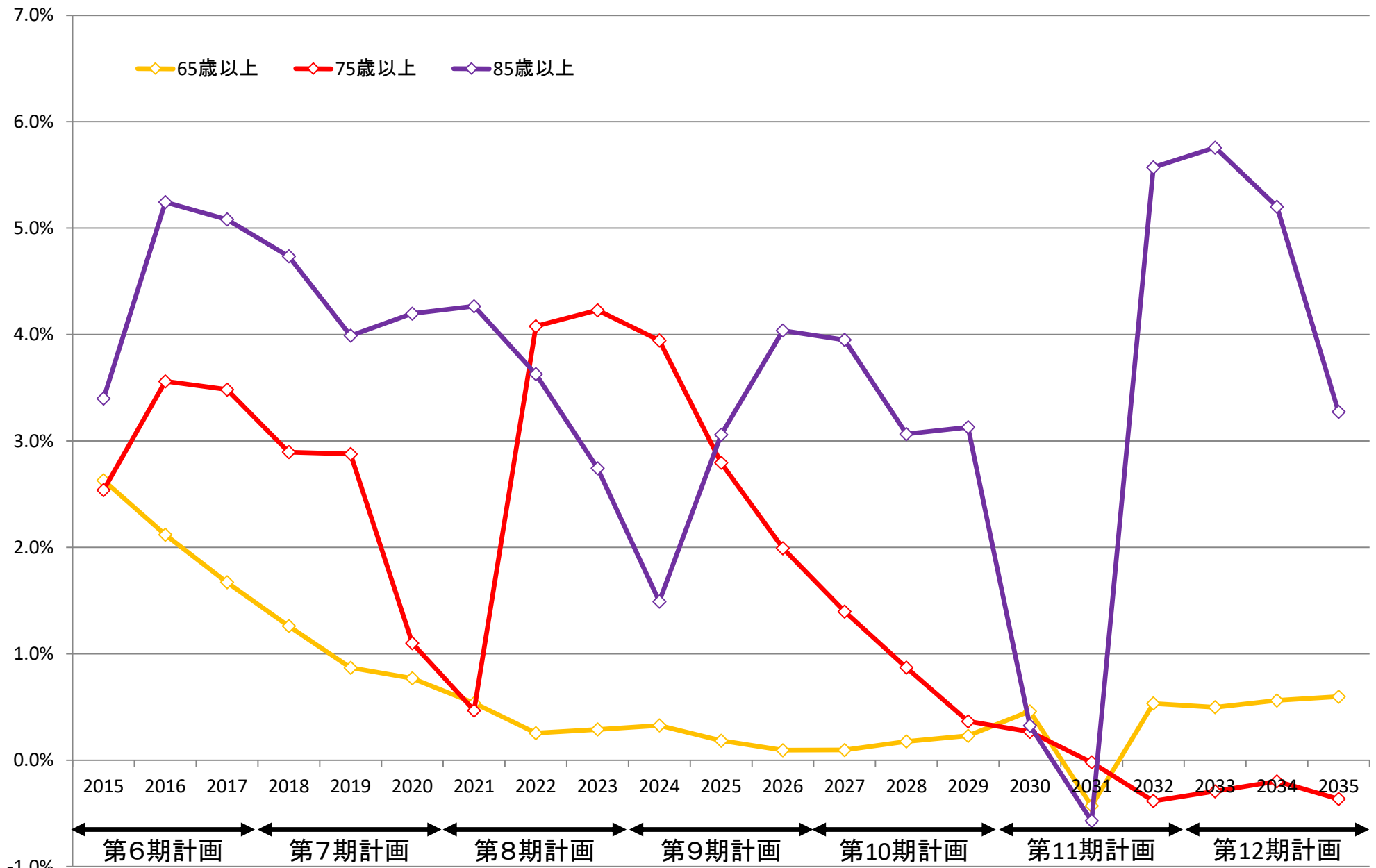


85歳以上の人口の推移

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



今後の人口の変化(対前年比の推移)



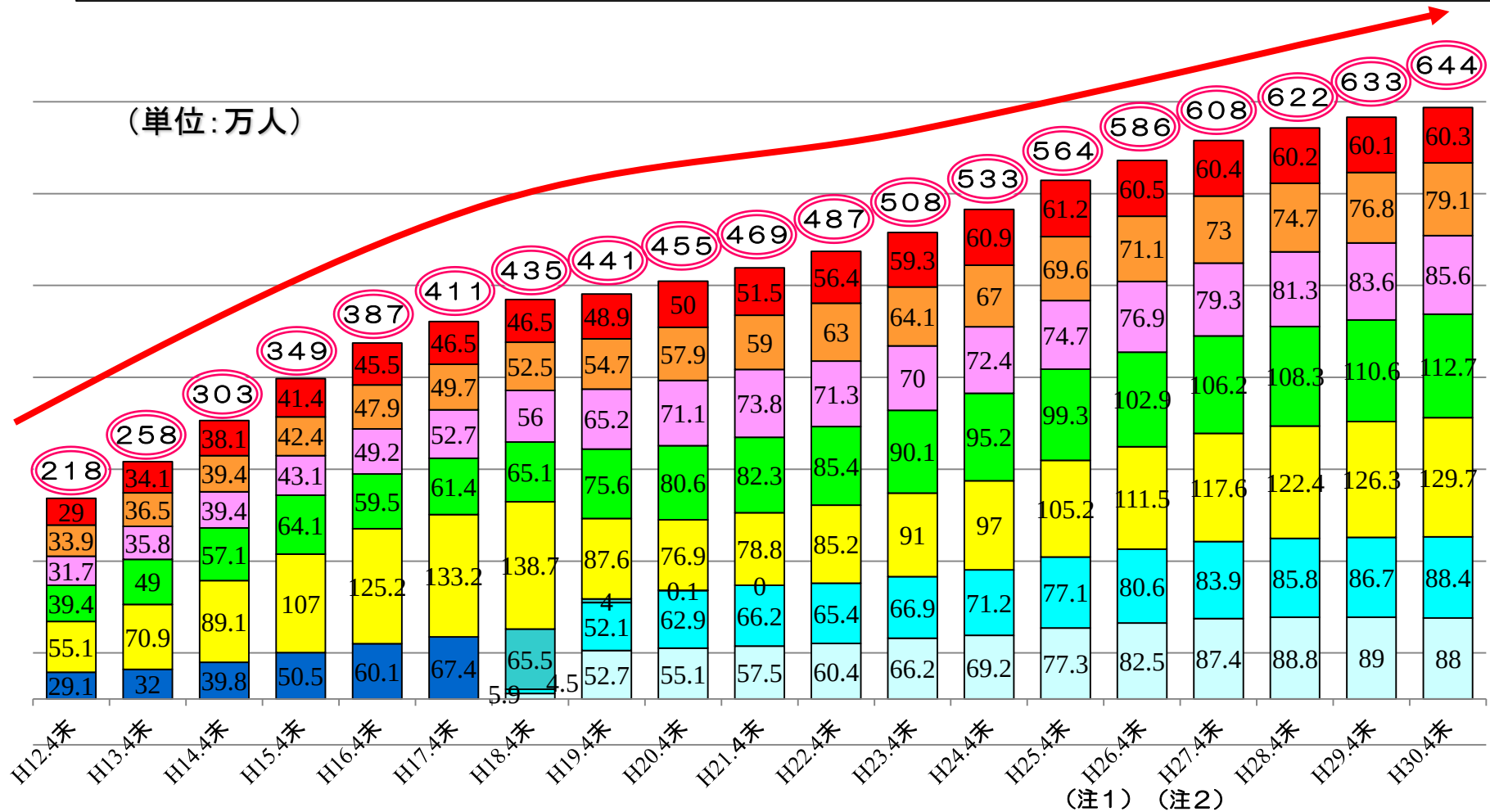
出典: 総務省統計局人口推計及び介護給付費等実態調査(平成29年10月審査分)

要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成30年4月現在644万人で、この18年間で約3.0倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。

(単位:万人)

H12.4→H30.4の比較



計	2.95倍
要介護	5
要介護	4
要介護	3
要介護	2
要介護	1
要介護	2
要支援	1
経過's	3.64倍

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

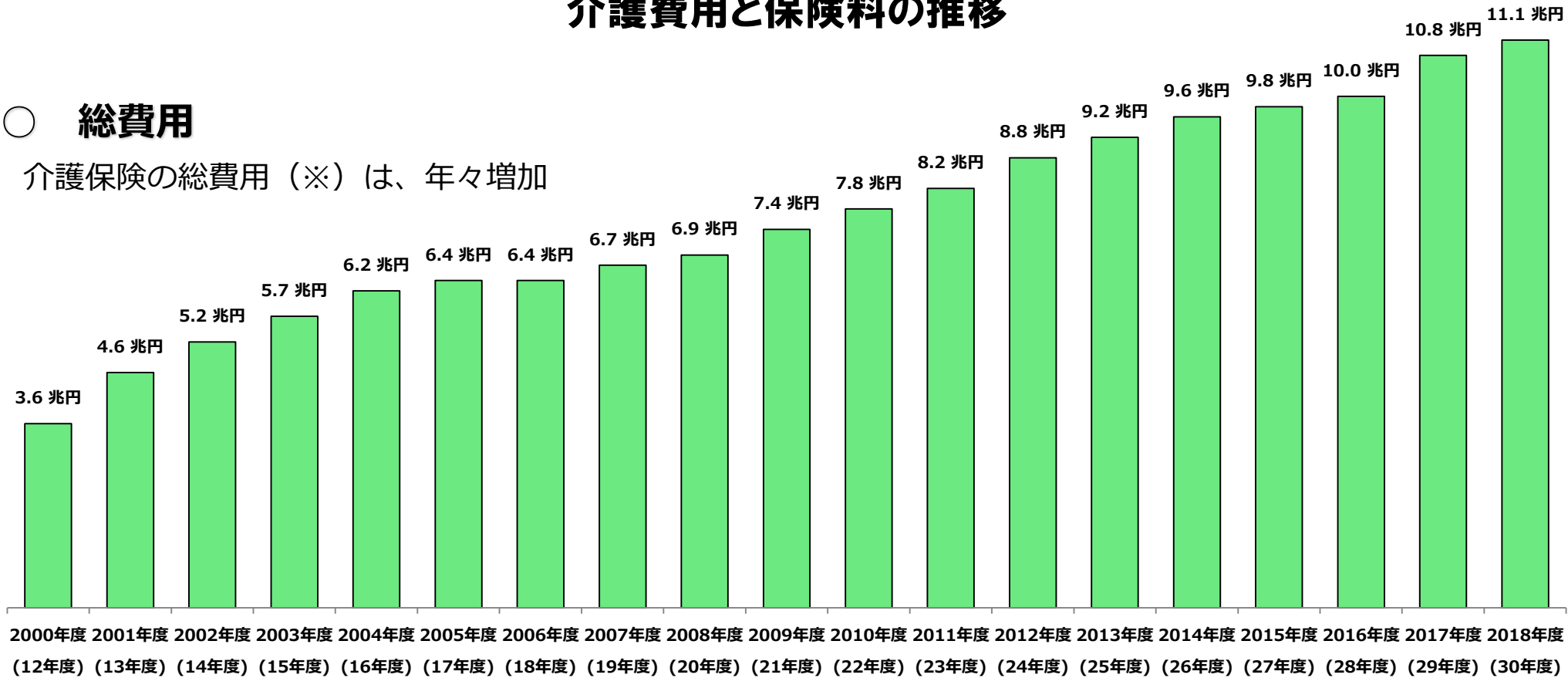
注2) 楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

(出典: 介護保険事業状況報告)

介護費用と保険料の推移

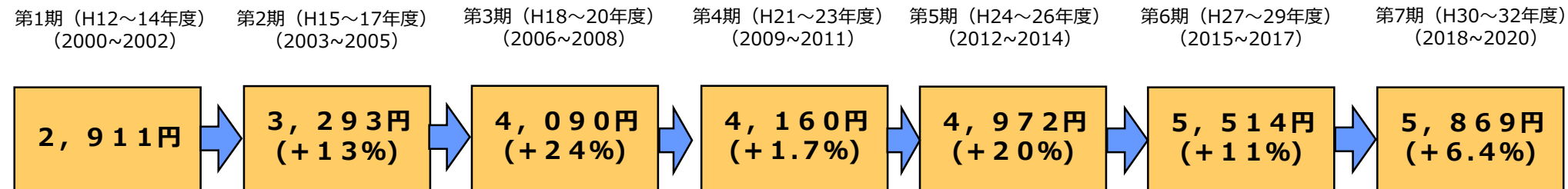
○ 総費用

介護保険の総費用（※）は、年々増加



（注）2000～2016度は実績、2017～2018年度は当初予算である。 ※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均（月額・加重平均）〕



社会保障制度改革国民会議報告書を踏まえた改革の方向性

- すべての世代が安心感と納得感の得られる、「全世代型」の社会保障制度に転換を図る。
そして、社会保障制度を将来の世代にしっかり伝える。

超高齢社会へ

家族・地域の支え合い機能の低下

雇用の不安定化

社会経済情勢の変容

社会保障の機能の充実と、
財源確保及び給付の重点
化・効率化による安定化



持続可能な
社会保障の構築



子ども・子育て支援策の充
実等、若い人々の希望につ
ながる投資を積極的実施



若い人々も納得して
社会保障制度に積極的参加



年齢ではなく、負担能力に
応じて負担し、支え合う



すべての世代が相互に支え
合い、必要な財源を確保



社会保障制度改革国民会議報告書を踏まえた各分野の方向性

子ども・子育て

- すべての子どもの成長を暖かく見守り、支えることのできる社会へ
- 子どもたちへの支援は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとし、日本社会の未来につながる。社会保障制度改革の基本。未来への投資。
- 女性の活躍は成長戦略の中核。新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪に。



医療・介護

- 「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ
- 受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化
- 地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク（地域包括ケアシステム）の構築
- 国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要



公的年金制度

- 2004年改革により対GDP比での年金給付は一定水準。現行の制度は破綻していない
- 社会経済状況の変化に応じた形のセーフティネット機能を強化
- 長期的な持続可能性をより強固なものに

社会保障と税の一体改革(介護関係)について

- 社会保障・税一体改革では、消費税率引上げによる増収分は、全て社会保障に充てることとされており、介護関係では、社会保障の充実として、地域包括ケアシステムの構築等を実施。
- 「新しい経済政策パッケージについて」(平成29年12月8日閣議決定)において、消費税率8%から10%への引上げの増収分について、「教育負担の軽減・子育て層支援・介護人材の確保等と財政再建とに概ね半分ずつ充当する」とされていることを踏まえ、介護人材の処遇改善等を実施。

平成31年度における「社会保障の充実」(介護分野抜粋)

事 項		事 業 内 容	平成31年度 予算案			(参考) 平成30年度 予算額
				国分	地方分	
医療・介護	医療・介護サービスの提供体制改革	地域包括ケアシステムの構築				
		・ 地域医療介護総合確保基金(介護分)	824	549	275	724
		・ 平成27年度介護報酬改定における消費税財源の活用分(介護職員の処遇改善等)	1,196	604	592	1,196
	医療・介護保険制度の改革	・ 在宅医療・介護連携、認知症施策の推進など地域支援事業の充実	534	267	267	434
		介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化	900	450	450	246

※ 金額は公費(国及び地方の合計額)。計数は、四捨五入の関係により、端数において合計と合致しないものがある。

※ 消費税増収分(1.68兆円)と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果(▲0.51兆円)を活用し、上記の社会保障の充実(2.19兆円)の財源を確保。

平成31年度における「新しい経済政策パッケージ」(介護分野抜粋)

事 項	事 業 内 容	平成31年度 予算案		
			国分	地方分
介護人材の処遇改善	・リーダ一級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準を目指し、経験・技能のある介護職員に重点化を図りつつ、介護職員の更なる処遇改善を実施。この趣旨を損なわない程度で、介護職以外の職員の処遇改善も新たに認める(2019年10月実施)。	421	213	207

※ 金額は公費(国及び地方の合計額)。計数は、四捨五入の関係により、端数において合計と合致しないものがある。

※ 障害福祉人材について、介護人材と同様の処遇改善を行う観点から対応を行う。

介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化

平成31年度予算政府案
900億円（公費）、うち国費450億円
※一部実施済みの分を含む。

介護保険の1号保険料について、給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し低所得の高齢者の保険料の軽減を強化

①一部実施（平成27年4月）

市町村民税非課税世帯のうち 特に所得の低い者を対象
（65歳以上の約2割）

	保険料基準額に対する割合
第1段階	0.5 → 0.45

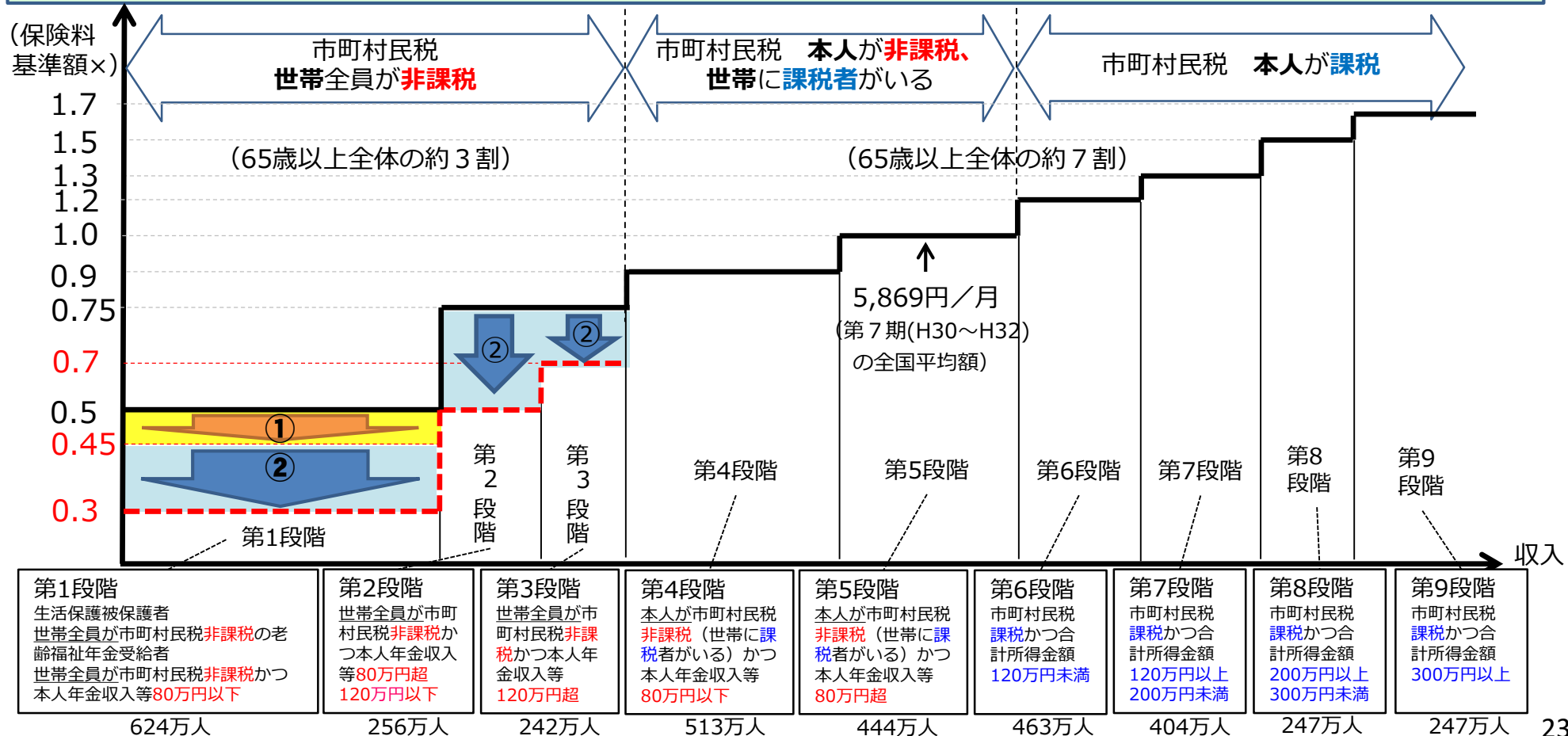
②完全実施（平成31年10月）

市町村民税非課税世帯全体を対象として完全実施（65歳以上の約3割）

【実施時所要見込額（満年度）約1,600億円（公費ベース※）】平成31年度予算案ベース

	保険料基準額に対する割合
第1段階	0.45 → 0.3
第2段階	0.75 → 0.5
第3段階	0.75 → 0.7

※公費負担割合
国1/2、都道府県1/4
市町村1/4



- I ー 1 介護保険制度の概要
- I ー 2 介護保険制度をとりまく状況
- I ー 3 **地域包括ケア強化法**（平成29年介護保険法改正）
- I ー 4 第7期介護保険事業計画

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

平成29年5月26日成立、6月2日公布

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

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

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

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

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

（その他）

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

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

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

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

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

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

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

（その他）

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

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

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

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

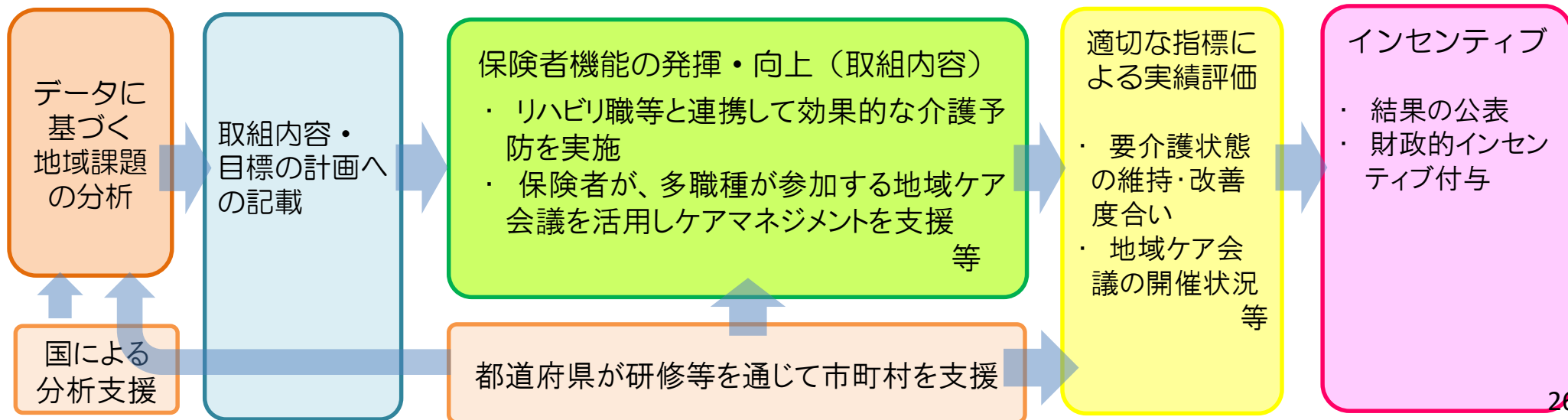
1. 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

- 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。
- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
 - ① データに基づく課題分析と対応（取組内容・目標の介護保険事業（支援）計画への記載）
 - ② 適切な指標による実績評価
 - ③ インセンティブの付与を法律により制度化。

※主な法律事項

- ・介護保険事業（支援）計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ・介護保険事業（支援）計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ・都道府県による市町村支援の規定の整備
- ・介護保険事業（支援）計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ・財政的インセンティブの付与の規定の整備



保険者機能強化推進交付金(介護保険における自治体への財政的インセンティブ)

趣 旨

平成30年度予算額 200億円

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

概 要

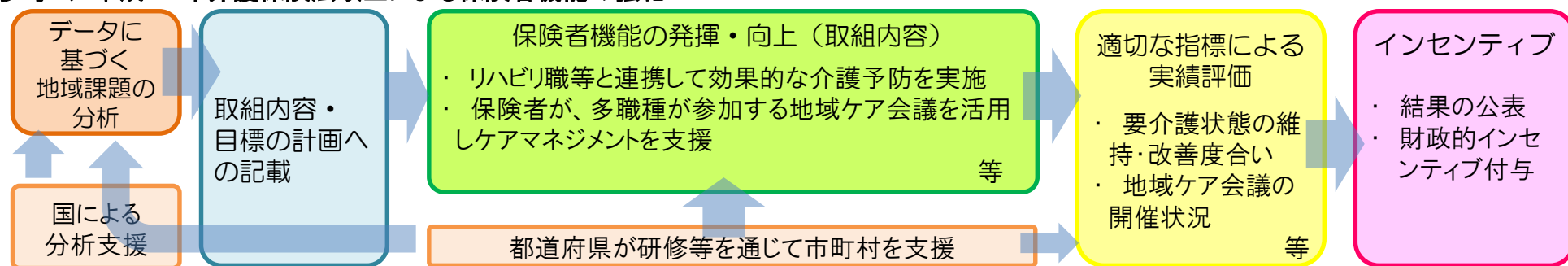
<市町村分(200億円のうち190億円程度)>

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

<都道府県分(200億円のうち10億円程度)>

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

<参考1>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



<参考2>市町村 評価指標 ※主な評価指標

①PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化

- ☑地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、地域の介護保険事業の特徴を把握しているか 等

②ケアマネジメントの質の向上

- ☑保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、ケアマネジャーに対して伝えているか 等

③多職種連携による地域ケア会議の活性化

- ☑地域ケア会議において多職種が連携し、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか
- ☑地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か 等

④介護予防の推進

- ☑介護予防の場に関与する仕組みを設けているか
- ☑介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者数はどの程度か 等

⑤介護給付適正化事業の推進

- ☑ケアプラン点検をどの程度実施しているか
- ☑福祉用具や住宅改修の利用に際してリハビリ専門職等が関与する仕組みを設けているか 等

⑥要介護状態の維持・改善の度合い

- ☑要介護認定者の要介護認定の変化率はどの程度か

※ 都道府県指標については、管内の地域分析や課題の把握、市町村向けの研修の実施、リハビリ専門職等の派遣状況等を設定

2. 新たな介護保険施設の創設

見直し内容

- 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、新たな介護保険施設を創設する。
- 病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

<新たな介護保険施設の概要>

名称	介護医療院 ※ただし、 <u>病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。</u>
機能	要介護者に対し、 <u>「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供する。</u> （介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。）
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、2024年3月まで延長することとする。

療養病床等の概要

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

		医療療養病床		介護療養病床	介護医療院		介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
		療養 1・2 (20対1)	経過措置 (25対1)		I 型	II 型		
概 要		病院・診療所の病床のうち、 <u>主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの</u> ※療養1・2は医療区分2・3の患者がそれぞれ8割・5割以上		病院・診療所の病床のうち、 <u>長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等</u> を提供するもの	要介護者の <u>長期療養・生活施設</u>		要介護者にリハビリ等を提供し、 <u>在宅復帰を目指す施設</u>	要介護者のための <u>生活施設</u>
病床数		約15.1万床 ※1	約6.6万床 ※1	約4.3万床 ※2	約4.7千療養床※3	約2.7千療養床※3	約37.2万床 ※4 (うち介護療養型：約0.9万床※3)	約54.2万床 ※4
設置根拠		医療法(医療提供施設)				介護保険法 (介護医療院)	介護保険法 (介護老人保健施設)	老人福祉法 (老人福祉施設)
		医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) 介護保険法(介護療養型医療施設)				
施設基準	医師	48対1(3名以上)		48対1(3名以上)	48対1 (3名以上。宿直を行う医師を置かない場合は1名以上)	100対1	100対1 (1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	4対1 (35年度末まで、6対1で可)		6対1	6対1	6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員※5	4対1 (35年度末まで、6対1で可)		6対1～4対1 療養機能強化型は5対1～4対1	5対1～4対1	6対1～4対1		
面 積		6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡以上 ※6		8.0㎡ ※7	10.65㎡(原則個室)
設置期限		—		平成35年度末	(平成30年4月施行)		—	—

※1 施設基準届出(平成28年7月1日) ※2 病院報告(平成30年10月分概数) ※3 介護医療院開設移行等支援事業調査(平成30年12月末時点) ※4 介護サービス施設・事業所調査(平成29年10月1日)

※5 医療療養病床にあっては看護補助者。 ※6 大規模改修まで6.4㎡以上で可。 ※7 介護療養型は大規模改修まで6.4㎡以上で可。

3. 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

「我が事・丸ごと」の地域作り・包括的な支援体制の整備

1. 「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民(世帯)が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決が図られることを目指す旨を明記。

2. この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定

- 地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備
- 住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制(*)
(*) 例えば、地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等
- 主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制

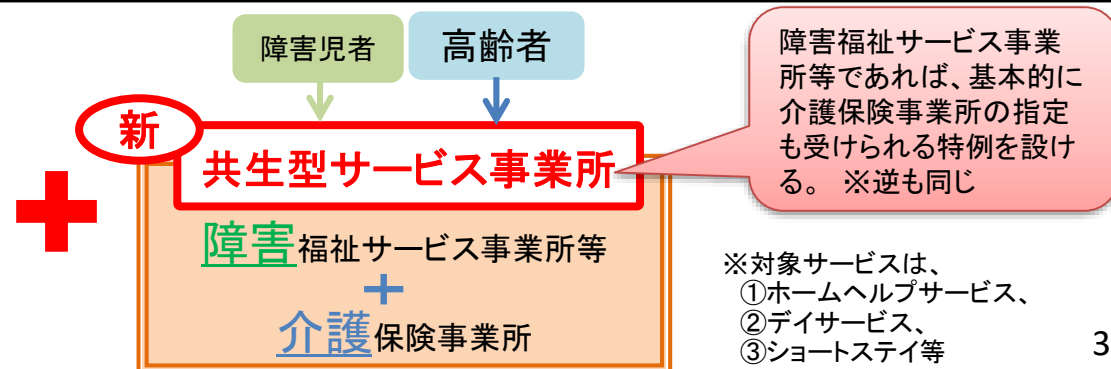
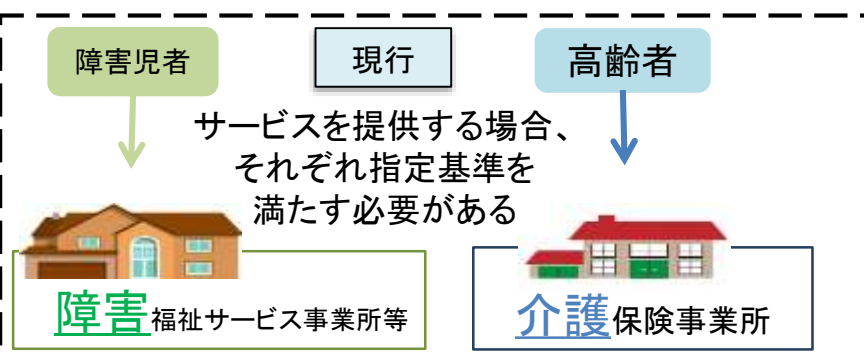
3. 地域福祉計画の充実

- 市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける。(都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様。)

※法律の公布後3年を目途として、2の体制を全国的に整備するための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる旨の附則を置く。

新たに共生型サービスを位置づけ

- 高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に **新たに共生型サービスを位置付ける。**



4. 現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し

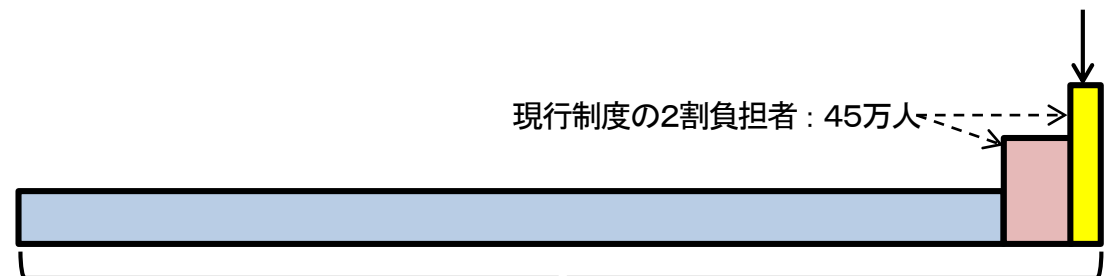
見直し内容

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。ただし、月額44,400円の負担の上限あり。【平成30年8月施行】

【利用者負担割合】

【対象者数】

3割負担となり、負担増となる者：約12万人(全体の約3%)



受給者全体：496万人

(単位:万人)

	在宅サービス	施設・居住系	特養	合計
受給者数(実績)	360	136	56	496

3割負担(推計)	約13	約4	約1	約16
うち負担増 (対受給者数)	約11 (3%)	約1 (1%)	約0.0 (0.0%)	約12 (3%)

2割負担(実績)	35	10	2	45
1割負担(実績)	325	126	54	451

※介護保険事業状況報告(平成28年4月月報)

※特養入所者の一般的な費用額の2割相当分は、既に44,400円の上限に当たっているため、3割負担となっても、負担増となる方はほとんどいない。

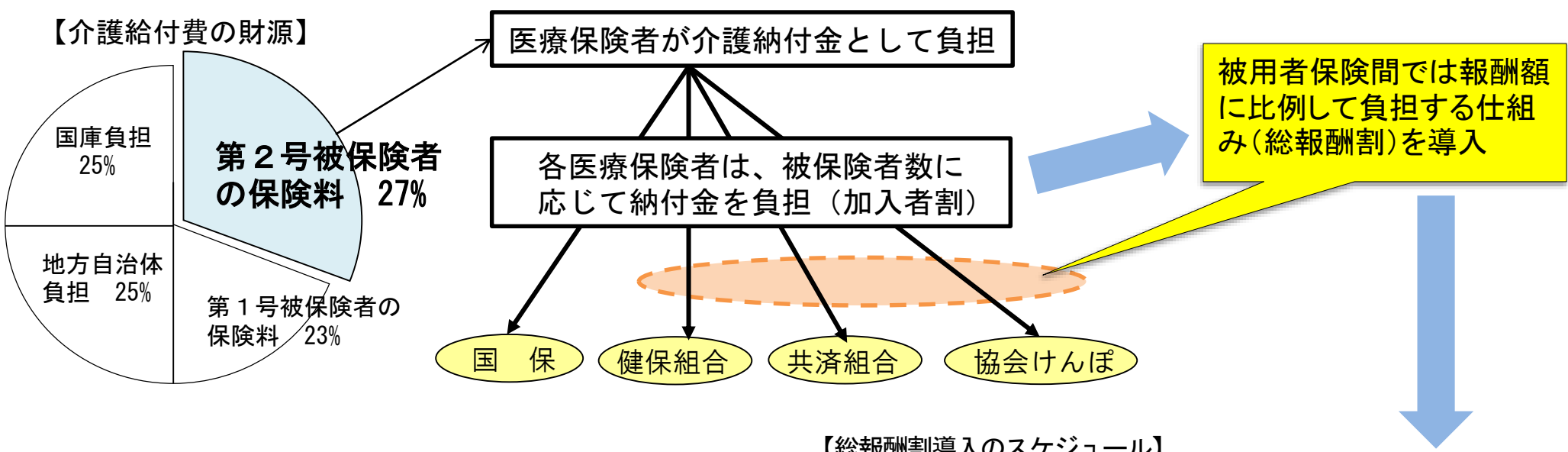
※1 「合計所得金額(給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額)220万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額340万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」⇒単身で年金収入のみの場合344万円以上に相当

※2 「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額280万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上)」⇒単身で年金収入のみの場合280万円以上に相当

5. 介護納付金における総報酬割の導入

見直し内容

- 第2号被保険者(40～64歳)の保険料は、介護納付金として医療保険者に賦課しており、各医療保険者が加入者である第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付している。
- 各医療保険者は、介護納付金を、2号被保険者である『加入者数に応じて負担』しているが、これを被用者保険間では『報酬額に比例した負担』とする。(激変緩和の観点から段階的に導入)【平成29年8月分より実施】



【全面総報酬割導入の際に影響を受ける被保険者数】

「負担増」となる被保険者	約1,300万人
「負担減」となる被保険者	約1,700万人

※ 平成26年度実績ベース

【総報酬割導入のスケジュール】

	29年度		30年度	31年度	32年度
	～7月	8月～			
総報酬割分	なし	1/2	1/2	3/4	全面

はじめに

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

- (1) 保険者等による地域分析と対応
- (2) 地域支援事業の推進
- (3) 介護予防の推進
- (4) 認知症施策の推進

(5) 適切なケアマネジメントの推進等

- (6) ニーズに応じたサービス内容の見直し

2. 医療・介護の連携の推進等

3. 地域包括ケアシステムの深化・推進のための基盤整備等

(1) 地域共生社会の実現の推進

- (2) 介護人材の確保(生産性向上・業務効率化等)
- (3) サービス供給への保険者の関与
- (4) 安心して暮らすための環境の整備(有料老人ホームの入居者保護の充実等)

II 介護保険制度の持続可能性の確保

1. 利用者負担のあり方

- (1) 利用者負担割合・高額介護サービス費

(2) 補足給付

2. 給付のあり方

- (1) 軽度者への支援のあり方
- (2) 福祉用具・住宅改修

3. 費用負担(総報酬割・調整交付金)

- (1) 総報酬割
- (2) 調整交付金

III その他の課題

- (1) 保険者の業務簡素化(要介護認定)

(2) 被保険者範囲

- (3) 介護保険適用除外施設における住所地特例の見直しについて
- (4) 現金給付

おわりに

I. 1. (5) 適切なケアマネジメントの推進等(抄) ※ ケアマネジメントに関する利用者負担

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

I. 3. (1) 地域共生社会の実現の推進(抄) ※ 相談支援体制の整備等

- 地域共生社会の実現に向け、これらの相談支援等の実施に際しては、要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等、全ての人々を対象とする地域共生社会の理念を踏まえるものとすることを明確化することが適当である。
- また、厚生労働省に設置された「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部の議論等を踏まえ、地域共生社会の実現に向け、どのような対応が可能か、職員の体制や対応能力、財源のあり方を含め、引き続き検討を行うことが適当である。
なお、障害者や児童等にも対象を拡大した相談支援の業務等に対し、介護保険から財源を拠出することについては反対との意見があった。

II. 1. (2) 補足給付(抄)

- このような状況を踏まえ、補足給付の不動産勘案に関しては、一定額以上の宅地を保有している場合に資産として活用することについて、引き続き検討を深めることとするのが適当である。
- 検討に際しては、民間金融機関が実施するリバースモーゲージ等における知見の蓄積、成年後見制度の普及等の状況も踏まえる必要があるが、リバースモーゲージについて全国的な導入は難しいとしても導入できる地域から導入すべきではないか、どのような工夫をすればリバースモーゲージを導入できるかという観点から検討を進めるべきではないか、補足給付を介護保険制度の下で実施することの是非についても考えるべきではないかなどの意見があったことにも留意することが必要である。
- このほか、認知症対応型グループホームや小規模多機能型居宅介護などについても補足給付の対象とすることを検討するなど、低所得者への配慮措置も必要との意見があった。

III. (2) 被保険者範囲(抄)

- 被保険者範囲の拡大については、受益と負担の関係が希薄な若年世代の納得感を得られないのではないかととの意見や、まずは給付の効率化や利用者負担のあり方を見直すことが先決であり、被保険者範囲の拡大については反対との意見、介護保険優先原則に関する改正障害者総合支援法の国会附帯決議に十分留意しながら検討すべきとの意見、障害者の介護は保険になじまないため、税財源により慎重に対応すべきとの意見があった。
- その一方で、将来的には介護保険制度の普遍化が望ましいとの意見や、制度の持続可能性の問題もあり、今から国民的な議論を巻き起こしていくことが必要であるとの意見もあり、介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当である。

地域包括ケア強化法案に対する附帯決議(参議院厚生労働委員会)

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

平成29年5月25日
参議院厚生労働委員会

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一、利用者負担の更なる増加に対する国民の不安を払拭するため、政令で定める利用者負担割合が三割となる所得の額については、医療保険の現役並み所得者と同等の水準とすること。
- 二、利用者負担割合が二割となる所得の額を定める政令の改正を行おうとする場合には、所得に対して過大な負担とならないよう十分配慮するとともに、あらかじめ、当該改正による影響に関する予測及び評価を行うこと。
- 三、利用者負担割合の三割への引上げが施行されるまでの間に、平成27年に施行された利用者負担割合の二割への引上げに関する影響について、施行前後における介護サービスの利用の変化や、介護施設からの退所者数の状況、家計への負担、高齢者の地域における生活等に関する実態調査を十分に行った上で、その分析及び評価を行い、必要な措置を講ずること。また、利用者負担割合の三割への引上げの施行の状況について適切に把握し、分析及び評価を行い、必要な措置を講ずること。
- 四、軽度要介護者・要支援者に対する介護給付・予防給付等が地域で自立した生活を営み、生活の質を維持向上させること及び介護離職を防止する等家族の負担軽減に重要であることに鑑み、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護の総合事業への移行後の状況を把握し、検証を行うこと。また、介護保険の被保険者に対するサービスについては、介護又は支援の必要の程度の高低のみならず、それぞれの被保険者の心身の状況等に応じて、適切かつ必要なサービスが確保されるよう必要な措置を講ずること。
- 五、共生型サービスの実施に当たっては、従来、障害者が受けていたサービスの量・質の確保に留意し、当事者及び関係団体の意見を十分に踏まえ、その具体的水準を検討、決定すること。
- 六、介護職員の処遇が著しく低いことに鑑み、優れた人材を介護の現場に確保し、要介護者等に対するサービスの水準を向上させるため、平成29年度から実施している介護職員の処遇改善の効果の把握を行うとともに、雇用管理及び勤務環境の改善を強力に進め、必要な措置を講ずること。

右決議する。

地域包括ケア強化法附則(地域共生社会の実現に向けた取組の推進)

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成29年法律第52号) 附則(抄)
(検討)

第2条 政府は、この法律の公布後3年を目途として、第八条の規定による改正後の社会福祉法第106条の3第1項に規定する体制を全国的に整備するための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

社会福祉法(昭和26年法律第45号)〈抄〉

※地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成29年法律第52号)による改正後。平成30年4月1日施行。

(包括的な支援体制の整備)

第106条の3 市町村は、次に掲げる事業の実施その他の各般の措置を通じ、地域住民等及び支援関係機関による、地域福祉の推進のための相互の協力が円滑に行われ、地域生活課題の解決に資する支援が包括的に提供される体制を整備するよう努めるものとする。

- 一 地域福祉に関する活動への地域住民の参加を促す活動を行う者に対する支援、地域住民等が相互に交流を図ることができる拠点の整備、地域住民等^(※)に対する研修の実施その他の地域住民等が地域福祉を推進するために必要な環境の整備に関する事業
- 二 地域住民等が自ら他の地域住民が抱える地域生活課題に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、必要に応じて、支援関係機関に対し、協力を求めることができる体制の整備に関する事業
- 三 生活困窮者自立支援法第二条第二項に規定する生活困窮者自立相談支援事業を行う者その他の支援関係機関が、地域生活課題を解決するために、相互の有機的な連携の下、その解決に資する支援を一体的かつ計画的に行う体制の整備に関する事業

(※)地域住民等…地域住民、社会福祉を目的とする事業を営業者及び社会福祉に関する活動を行う者

⇒市町村における包括的支援体制の全国的な整備のための方策のあり方について、別途、関係局に検討の場を設け、検討を進める。

- I ー 1 介護保険制度の概要
- I ー 2 介護保険制度をとりまく状況
- I ー 3 地域包括ケア強化法（平成29年介護保険法改正）
- I ー 4 第7期介護保険事業計画**

第7期介護保険事業計画等の全国集計(概要)

○第1号被保険者数

平成29(2017)年度	平成30(2018)年度	平成31(2019)年度	平成32(2020)年度	平成37(2025)年度
3,475万人	3,508万人	3,541万人	3,572万人	3,610万人

○第1号被保険者の要介護（要支援）認定者数

平成29(2017)年度	平成30(2018)年度	平成31(2019)年度	平成32(2020)年度	平成37(2025)年度
629万人	647万人	665万人	683万人	771万人

○第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合

平成29(2017)年度	平成30(2018)年度	平成31(2019)年度	平成32(2020)年度	平成37(2025)年度
18.1%	18.4%	18.8%	19.1%	21.4%

※1)2017年度の数値は、介護保険事業状況報告(平成29年12月分)の平成29年12月末時点の数値である。

※2)第7期介護保険事業計画において、2018年度～2020年度の数値に加えて、2025年度の数値も集計することとなっている。

第7期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

第7期の介護サービス量の見込みについては、各市町村において、高齢化の状況その他の地域の実情に応じて設定されており、平成29年度実績値に対して、

- ・ 在宅サービスが約10%増加することとなっており、特に、小規模多機能型居宅介護(約32%)、定期巡回型サービス(約84%)、看護小規模多機能型居宅介護(約172%)といった地域密着型サービスの増加が大きくなっている。
- ・ また、居住系サービスは約17%、施設サービスは約10%増加することとなっている。

平成29(2017)年度
実績値 ※1

平成32(2020)年度
推計値 ※2

平成37(2025)年度
推計値 ※2

○ 介護サービス量

在宅介護	343 万人		378 万人	(10%増)	427 万人	(24%増)
うちホームヘルプ	110 万人		122 万人	(11%増)	138 万人	(26%増)
うちデイサービス	218 万人		244 万人	(12%増)	280 万人	(28%増)
うちショートステイ	39 万人		43 万人	(9%増)	48 万人	(23%増)
うち訪問看護	48 万人		59 万人	(22%増)	71 万人	(47%増)
うち小規模多機能	10 万人		14 万人	(32%増)	16 万人	(55%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	1.9 万人		3.5 万人	(84%増)	4.6 万人	(144%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	0.8 万人		2.1 万人	(172%増)	2.9 万人	(264%増)
居住系サービス	43 万人		50 万人	(17%増)	57 万人	(34%増)
特定施設入居者生活介護	23 万人		28 万人	(21%増)	32 万人	(41%増)
認知症高齢者グループホーム	20 万人		22 万人	(13%増)	25 万人	(26%増)
介護施設	99 万人		109 万人	(10%増)	121 万人	(22%増)
特養	59 万人		65 万人	(11%増)	73 万人	(25%増)
老健(＋介護療養等)	41 万人		43 万人	(7%増)	48 万人	(18%増)

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

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

在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護(予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は、119万人)、訪問リハ(予防給付を含む。)、

夜間対応型訪問介護の合計値。デイサービスは通所介護(予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は229万人)、通所リハ(予防給付を含む。)、

認知症対応型通所介護(予防給付を含む。)、地域密着型通所介護の合計値。ショートステイは、短期入所生活介護(予防給付を含む。)、短期入所療養介護(予防給付を含む。))の合計値。

居住系サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを含む。

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

なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

第7期計画期間における各都道府県第1号被保険者 平均保険料基準額(平成30～32年度)

- 保険料基準額の伸び率は、第5期から第6期が10.9%であるのに対し、第6期から第7期は6.4%である。
- 第6期における平成32年度（第7期）の保険料基準額見込みは6,771円であるのに対し、実際は5,869円である。

	第6期保険料基準額 (月額)(前回公表数 値)(円)	第7期保険料基準額 (月額)(円)	保険料基準額の伸び 率(%)
全国 1,571保険者	5,514	5,869	6.4%
北海道	5,134	5,617	9.4%
青森県	6,175	6,588	6.7%
岩手県	5,574	5,955	6.8%
宮城県	5,451	5,799	6.4%
秋田県	6,078	6,398	5.3%
山形県	5,644	6,022	6.7%
福島県	5,592	6,061	8.4%
茨城県	5,204	5,339	2.6%
栃木県	4,988	5,496	10.2%
群馬県	5,749	6,078	5.7%
埼玉県	4,835	5,058	4.6%
千葉県	4,958	5,265	6.2%
東京都	5,538	5,911	6.7%
神奈川県	5,465	5,737	5.0%
新潟県	5,956	6,178	3.7%
富山県	5,975	6,028	0.9%
石川県	6,063	6,330	4.4%
福井県	5,903	6,074	2.9%
山梨県	5,371	5,839	8.7%
長野県	5,399	5,596	3.6%
岐阜県	5,406	5,766	6.7%
静岡県	5,124	5,406	5.5%
愛知県	5,191	5,526	6.5%

	第6期保険料基準額 (月額)(前回公表数 値)(円)	第7期保険料基準額 (月額)(円)	保険料基準額の伸び 率(%)
三重県	5,808	6,104	5.1%
滋賀県	5,563	5,973	7.4%
京都府	5,812	6,129	5.5%
大阪府	6,025	6,636	10.1%
兵庫県	5,440	5,895	8.4%
奈良県	5,231	5,670	8.4%
和歌山県	6,243	6,538	4.7%
鳥取県	6,144	6,433	4.7%
島根県	5,912	6,324	7.0%
岡山県	5,914	6,064	2.5%
広島県	5,796	5,961	2.8%
山口県	5,331	5,502	3.2%
徳島県	5,681	6,285	10.6%
香川県	5,636	6,164	9.4%
愛媛県	5,999	6,365	6.1%
高知県	5,406	5,691	5.3%
福岡県	5,632	5,996	6.5%
佐賀県	5,570	5,961	7.0%
長崎県	5,770	6,258	8.5%
熊本県	5,684	6,374	12.1%
大分県	5,599	5,790	3.4%
宮崎県	5,481	5,788	5.6%
鹿児島県	5,719	6,138	7.3%
沖縄県	6,267	6,854	9.4%

※ 端数処理等の関係で、各自治体の公表している額と一致しない場合がある。

第1号保険料の分布(平成30～32年度)

○ 介護保険料における保険者間のばらつきは、第6期と比べて、第7期は拡大している。

保険料基準額の分布状況

保険料基準額	(第6期) 保険者数	(第7期) 保険者数
2501円以上 ～ 3000円以下	2 (0.1%)	1 (0.1%)
3001円以上 ～ 3500円以下	4 (0.3%)	2 (0.1%)
3501円以上 ～ 4000円以下	20 (1.3%)	6 (0.4%)
4001円以上 ～ 4500円以下	91 (5.8%)	34 (2.2%)
4501円以上 ～ 5000円以下	334 (21.2%)	183 (11.6%)
5001円以上 ～ 5500円以下	457 (28.9%)	344 (21.9%)
5501円以上 ～ 6000円以下	456 (28.9%)	475 (30.2%)
6001円以上 ～ 6500円以下	155 (9.8%)	331 (21.1%)
6501円以上 ～ 7000円以下	47 (3.0%)	148 (9.4%)
7001円以上 ～ 7500円以下	8 (0.5%)	25 (1.6%)
7501円以上 ～ 8000円以下	3 (0.2%)	13 (0.8%)
8001円以上 ～ 8500円以下	1 (0.1%)	6 (0.4%)
8501円以上 ～ 9000円以下	1 (0.1%)	2 (0.1%)
9001円以上	0 (0.0%)	1 (0.1%)
合計	1579 (100.0%)	1571 (100.0%)

保険料基準額高額保険者

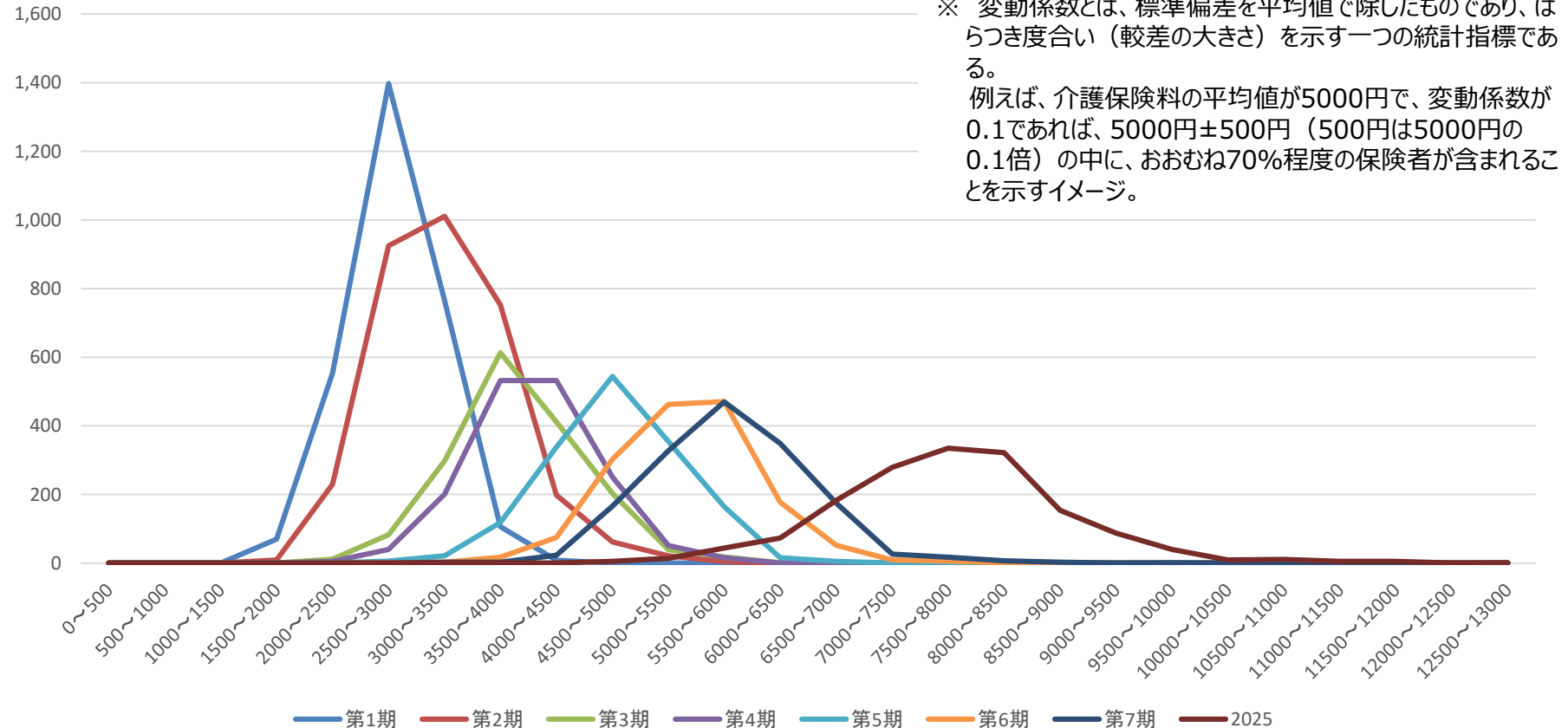
保険者名		第7期基準額 (月額)
福島県	葛尾村	9,800
福島県	双葉町	8,976
東京都	青ヶ島村	8,700
福島県	大熊町	8,500
秋田県	五城目町	8,400
福島県	浪江町	
青森県	東北町	8,380
福島県	飯舘村	8,297
岩手県	西和賀町	8,100
福島県	三島町	8,000
福島県	川内村	

保険料基準額低額保険者

保険者名		第7期基準額 (月額)
北海道	音威子府村	3,000
群馬県	草津町	3,300
東京都	小笠原村	3,374
北海道	興部町	3,800
宮城県	大河原町	3,900
千葉県	酒々井町	
北海道	奥尻町	4,000
北海道	中札内村	
埼玉県	鳩山町	
愛知県	みよし市	4,040

第1期から第7期までの介護保険料の分布

介護保険料における保険者間のばらつきは、変動係数を見ると、第2期をピークにおおむね縮小傾向となっているが、第5期～第7期は横ばい傾向となっている。また、事業計画に推計値を記載することになっている2025年度にかけては、やや広がっていくことが見込まれている。



(変動係数)

1 期	2 期	3 期	4 期	5 期	6 期	7 期	2025
0.14424	0.17777	0.15493	0.16119	0.12750	0.11860	0.12180	0.13190

I 介護保険制度の現状
II 今後の主な検討事項

■ 2014年4月：消費税率引上げ（5%→8%）

＜増収分を活用した社会保障の充実＞

- 子ども・子育て新制度の創設、保育の受け皿拡大、育児休業中の経済的支援の強化など、消費税込収を子ども・子育て分野に充当
- 医療・介護・年金の充実

＜持続可能性の確保のための制度改革＞

- 社会保障制度改革プログラム法や改革工程表に沿って、社会保障の給付に係る重点化・効率化を推進
- 社会保障関係費の伸びについて、経済・財政再生計画の「目安」を達成

■ 消費税率引上げ（8%→10%）＜2019年10月予定＞

⇒ 一体改革に関わる社会保障の制度改革が完了

※ 地域医療構想、医療費適正化計画等は、目標の達成に向けて取組を継続

■ 一体改革後の社会保障改革に向けて

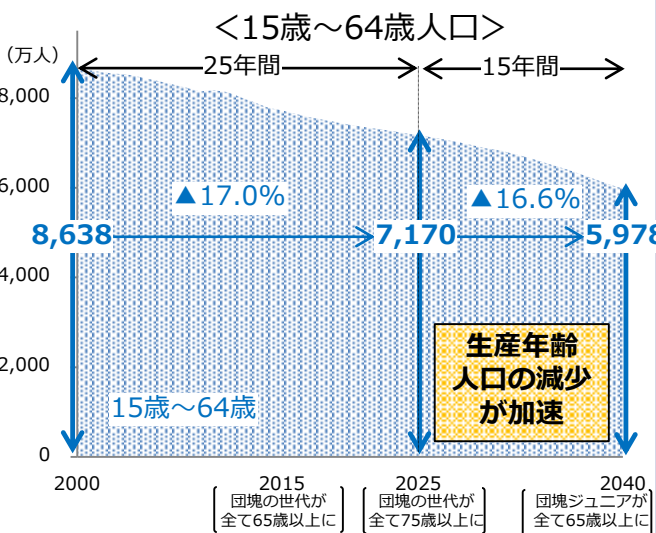
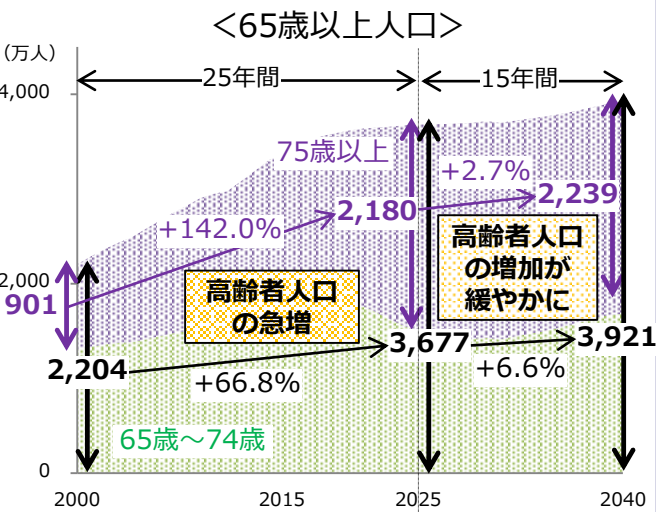
- 今後数年は、消費税率引上げやオリパラ前後の需要変動を乗り越え、団塊世代が75歳に入り始める2022年以降に向け、持続可能な経済財政の基盤固めに向けた構造改革の重要な期間（経済・財政一体改革の中間評価）
- 現役人口が急速に減少する一方で高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据え、社会保障給付や負担の姿を幅広く共有することが重要。（平成30年3月29日経済財政諮問会議有識者議員提出資料）

人口構造の推移を見ると、2025年以降、
「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。



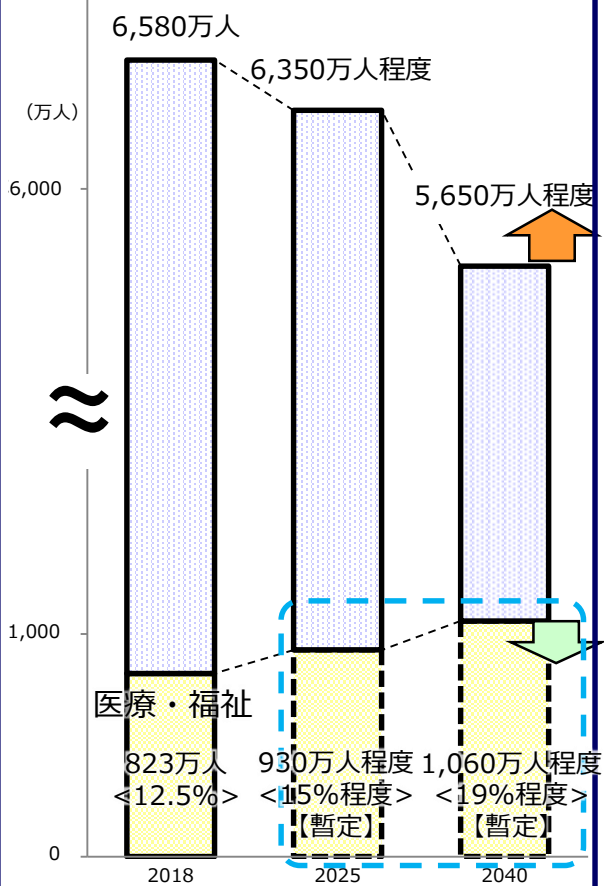
2025年以降の現役世代の人口の急減という
新たな局面における課題への対応が必要。

《2040年までの人口構造の変化》



(資料) 総務省「国勢調査」「人口推計」(2015年まで)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)(2016年以降)

《就業者数の推移》



(資料) 就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況(2025年)をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。

国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上
⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保
⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性[※]の向上を目指す。

- ※ サービス産出に要するマンパワー投入量。
- ※ 医療分野：ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度(「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出)
- ※ 介護分野：特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり。

生産年齢人口の急減という局面で健康寿命の延伸に取り組むことの重要性

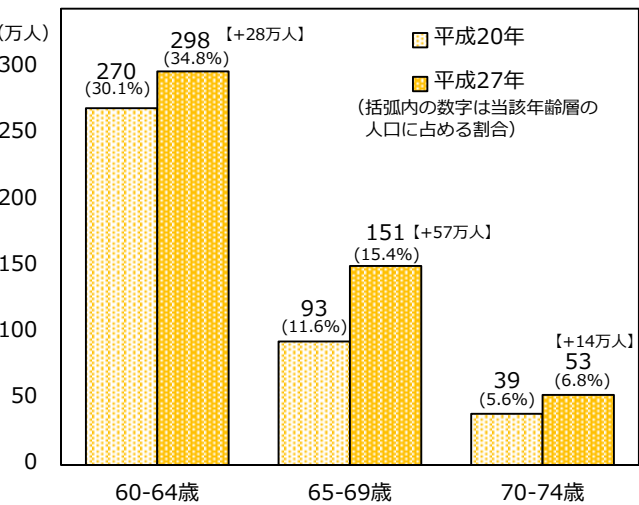
～高齢者就業の拡大を例に～

平成30年5月21日経済財政諮問会議
加藤厚生労働大臣提出資料

- 近年の高齢者就業の拡大は、今日の経済社会において、社会保障のみならず経済社会全体に様々な好影響をもたらしている。
- 今後、生産年齢人口の急減という新たな局面を迎える我が国経済社会の活力の維持向上のためには、高齢者の方々の就労・社会参加の基盤となる健康寿命の延伸等が重要な政策課題に。

制度の支え手と保険料収入の増加

<被用者保険被保険者の推移(60～74歳)>

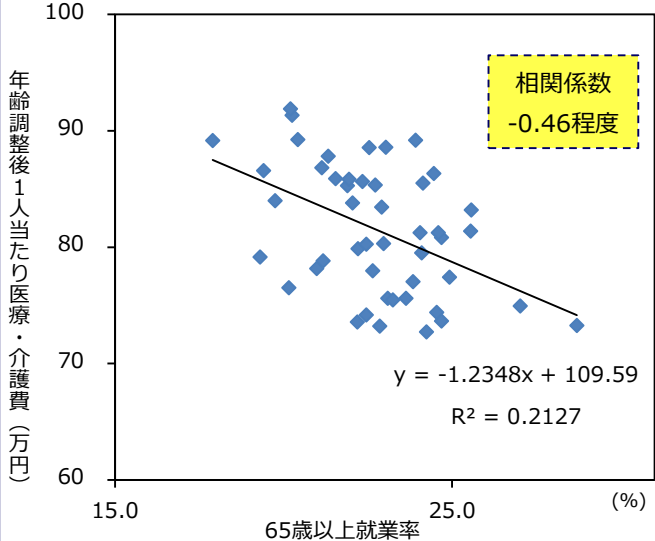


- 平成27年は平成20年と比べて、60～74歳の被用者保険被保険者数は99万人増（被保険者数全体の増（149万人）の約2/3に相当）。
- この増加した者に係る標準報酬が当該年齢の平均値（平成27年健康保険被保険者実態調査より）と同程度と仮定して、保険料収入への影響を粗く推計すると、約3,400億円の増加。

(グラフ出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

就業による健康の保持 (医療・介護の需要減)

<65歳以上就業率と医療・介護費 (27年度)>

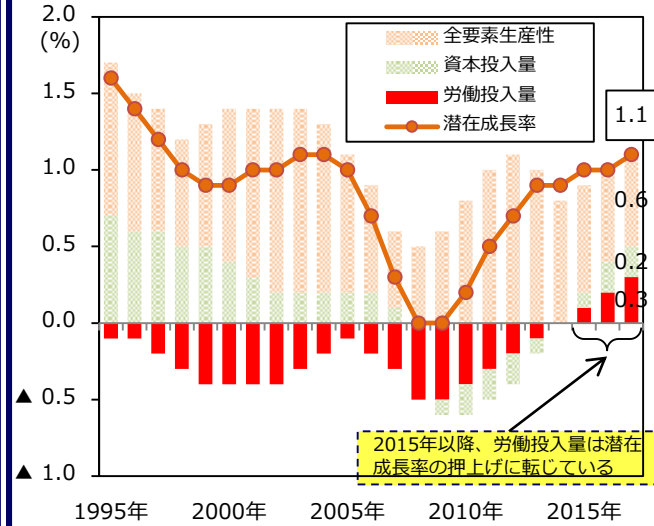


- 都道府県ごとの65歳以上就業率と年齢調整後1人当たり医療・介護費との間には負の相関。
- 厚生労働省「中高齢縦断調査」(特殊報告)によれば、1年前に就業していない者より就業している者の方が「健康」を維持する確率や、「不健康」が「健康」へ改善される確率が高いとの結果。

(グラフ出典) 65歳以上就業率は「国勢調査」。年齢調整後1人当たり医療費は、市町村国保と後期高齢者医療における年度データ。年齢調整後1人当たり介護費は、1号被保険者を対象に集計した年度データ。

労働投入増による潜在成長率の押上げ

<潜在成長率の推移>



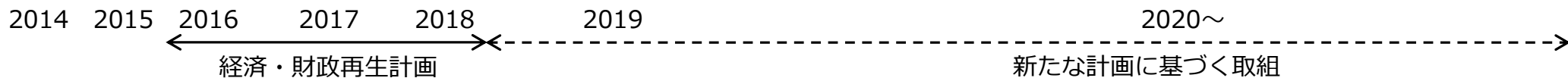
- 労働投入量の潜在成長率への寄与を見ると、労働力人口が頭打ちとなる中で長らく押下げ要因だったが、2015年以降、押上げ要因に転換。
- 「中長期の経済財政に関する試算」の成長実現ケースは、今後潜在成長率が2%程度となる姿を描いており、これを実現するためには、高齢者の方々のさらなる就業促進を通じた労働投入量の拡大が重要。

(グラフ出典) 内閣府「月例経済報告」

2040年を展望した社会保障改革についての国民的な議論の必要性

平成30年5月21日経済財政諮問会議
加藤厚生労働大臣提出資料

- 高齢者数がピークを迎える2040年頃の社会保障制度を展望すると、社会保障の持続可能性を確保するための給付と負担の見直し等と併せて、新たな局面に対応する課題である「健康寿命の延伸」や「医療・介護サービスの生産性の向上」を含めた新たな社会保障改革の全体像について、国民的な議論が必要。



社会保障・税一体改革等への対応

2040年を展望した社会保障改革

<社会保障の充実・安定化>

■ 社会保障の充実

- ・ 子ども・子育て新制度の創設、保育の受け皿拡大、育児休業中の経済的支援の強化など、消費税収を子ども・子育て分野に充当
- ・ 医療・介護の充実、年金制度の改善

■ 社会保障の安定化

- ・ 基礎年金国庫負担割合 2 分の 1 等

消費税率引上げ (2019年10月予定)

→ 一体改革に関わる
制度改革が完了

(社会保障の充実)

- 年金生活者支援給付金制度の創設
- 介護保険 1 号保険料軽減強化の完全実施

※ 新しい経済政策
パッケージを実施

- 後期高齢者保険料軽減特例（均等割）の見直し

<持続可能性の確保のための制度改革>

- 社会保障制度改革プログラム法や改革工程表に沿って、社会保障の給付に係る重点化・効率化を推進

- 経済・財政再生計画の「目安」を達成。社会保障関係費の実質的な伸びは2016～2018年度で1.5兆円弱

<引き続き取り組む 政策課題>

これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

<新たな局面に対応した政策課題>

現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保



これらの政策課題を総合的に検討していくため、
社会保障改革の全体像に関する国民的な議論が必要

厚生労働省において、健康寿命の延伸と医療・介護サービスの生産性向上に向けた目標設定や施策の具体化に着手。可能なものから予算措置や制度改正を検討。

Ⅱ－１ 介護予防・健康づくりの推進

（健康寿命の延伸）

Ⅱ－２ 保険者機能の強化

（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）

Ⅱ－３ 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）

Ⅱ－４ 認知症「共生」・「予防」の推進

Ⅱ－５ 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新

健康寿命延伸に向けた取組

平成30年4月12日経済財政諮問会議
加藤厚生労働大臣提出資料

○ **健康格差の解消**により、2040年までに健康寿命を3年以上延伸、平均寿命との差の縮小を目指す。

○ 重点取組分野を設定、2つのアプローチで格差を解消。

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

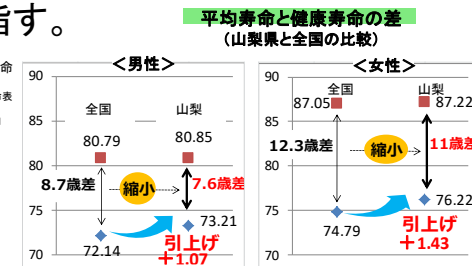
・多様な主体の連携により、無関心層も含めた予防・健康づくりを社会全体で推進。

②地域間の格差の解消

・健康寿命には、大きな地域間格差。地域ぐるみで取り組み、格差を解消。

※全都道府県が、健康寿命の最も高い山梨県の水準に到達すれば、**男性+1.07年、女性+1.43年**の延伸。

(出典)
平均寿命：平成27年簡易生命表、平成27年都道府県別生命表
健康寿命：平成28年簡易生命表、平成28年人口動態統計、
平成28年国民生活基礎調査、平成28年推計人口



① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

② 地域間の格差の解消

重点取組分野	具体的な方向性	目指す2040年の姿
成育 健やか親子施策	・すべての子どもの適切な生活習慣形成のための介入手法の確立、総合的な支援 ・リスクのある事例の早期把握や個別性に合わせた適切な介入手法の確立 ・成育に関わる関係機関の連携体制の構築	・成育環境に関わらず、すべての子どもが心身ともに健やかに育まれる。 例) 低出生体重児の割合や10代の自殺死亡率を先進諸国トップレベルに改善する。
疾病予防・重症化予防 がん対策・生活習慣病対策等	・個別・最適化されたがん検診・ゲノム医療の開発・推進、受けやすいがん検診の体制づくり ・インセンティブ改革、健康経営の推進 ・健康無関心層も自然に健康になれる社会づくり(企業、自治体、医療関係者等の意識共有・連携)(日本健康会議等)	・個々人に応じた最適ながん治療が受けられる。 ・所得水準や地域・職域等によらず、各種の健康指標の格差が解消される。
介護・フレイル予防 介護予防と保健事業の一体的実施	・介護予防(フレイル対策(口腔、運動、栄養等)を含む)と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する枠組みの構築、インセンティブも活用 ・実施拠点として、高齢者の通いの場の充実、認知症カフェの更なる設置等 地域交流の促進	・身近な地域で、生活機能低下防止と疾病予防・重症化予防のサービスが一体的に受けられる。 例) 通いの場への参加率 15% 認知症カフェの設置箇所数 9,500箇所

基盤整備

見える化

データヘルス

研究開発

社会全体での取組み

(予防・健康づくりの推進)

糖尿病等の生活習慣病や透析の原因にもなる慢性腎臓病及び認知症の予防に重点的に取り組む。糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、県・国民健康保険団体連合会・医師会等が連携して進める埼玉県の取組など、先進・優良事例の横展開の加速に向けて今後3年間で徹底して取り組む。胃がんをはじめとする感染も原因となるがんの検診の在り方を含め、内容を不断に見直しつつ、膵(すい)がんをはじめとする早期診断が困難ながんを含めて早期発見と早期治療につなげる。傷病休暇の導入や活用の促進により、がんの治療と就労を両立させる。日本健康会議について、都道府県レベルでも開催の促進など、多様な主体の連携により無関心層や健診の機会が少ない層を含めた予防・健康づくりを社会全体で推進する。医療・介護制度において、データの整備・分析を進め、保険者機能を強化するとともに、科学的根拠に基づき施策を重点化しつつ、予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度を整備する。

認知症に関する研究開発を重点的に推進するとともに、認知症予防に関する先進・優良事例を収集・横展開する。新オレンジプランの実現等により、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等が提供されるよう、循環型ネットワークにおける認知症疾患医療センターの司令塔としての機能を引き続き強化し、相談機能の確立等や地域包括支援センター等との連携を進めることを通じ、地域包括ケアシステムの整備を推進する。認知症の人が尊厳を保持しつつ暮らすことのできる共助の地域社会を構築する。

高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、就労・社会参加支援を都道府県等と連携しつつ市町村が一体的に実施する仕組みを検討するとともに、インセンティブを活用することにより、健康寿命の地域間格差を解消することを目指す。また、フレイル対策にも資する新たな食事摂取基準の活用を図るとともに、事業所、地方自治体等の多様な主体が参加した国民全体の健康づくりの取組を各地域において一層推進する。(中略)口腔の健康は全身の健康にもつながることから、生涯を通じた歯科健診の充実、入院患者や要介護者をはじめとする国民に対する口腔機能管理の推進など歯科口腔保健の充実や、地域における医科歯科連携の構築など歯科保健医療の充実に取り組む。生涯を通じた女性の健康支援の強化に取り組む。乳幼児期・学童期の健康情報の一元的活用の検討などに取り組む。アレルギー疾患対策基本指針に基づき、アレルギー疾患の重症化の予防や症状の軽減に向けた対策を推進する。

「未来投資戦略2018-「Society5.0」「データ駆動型社会」への変革-」(抜粋)(平成30年6月15日 閣議決定)

第2 具体的施策

I.「Society5.0」の実現に向けて今後取り組む重点分野と、変革の牽引力となる「フラッグシップ・プロジェクト等」

[1]「生活」「産業」が変わる

2. 次世代ヘルスケア・システムの構築

(1)KPIの主な進捗状況

≪KPI≫2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸、2025年までに2歳以上延伸【男性70.42歳、女性73.62歳(2010年)】

⇒2016年:男性72.14歳、女性74.79歳

≪KPI≫(新)「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」

「健康・医療戦略」(抜粋)(平成26年7月22日 閣議決定 平成29年2月17日一部変更)

2. 各論

(5)達成すべき成果目標(KPI)

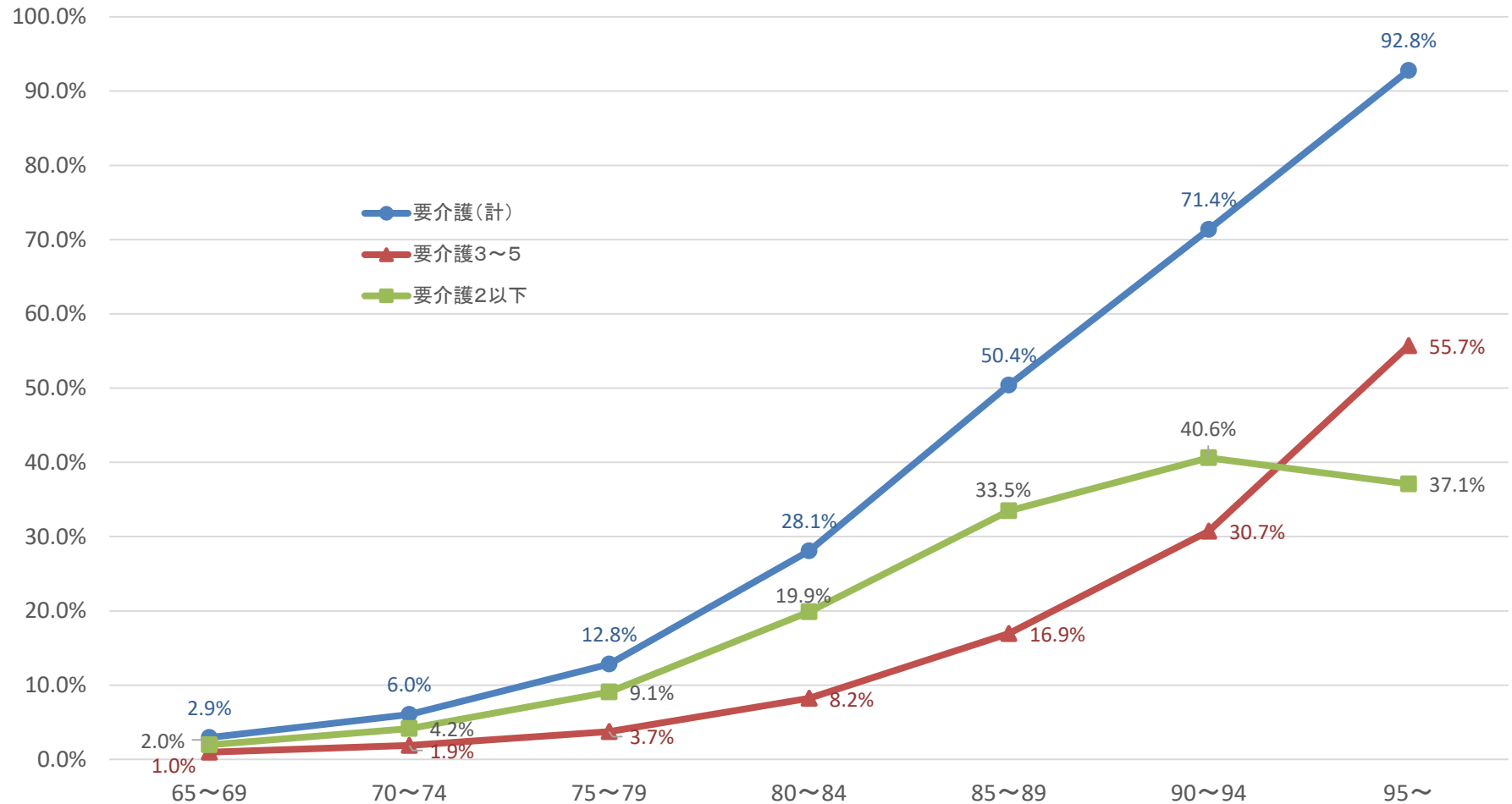
本戦略の「2. 各論(1)」から「(4)」までに示す施策ごとに達成すべき成果目標(KPI)は、以下のとおりとし、本戦略に掲げる施策を推進するに当たっては、状況に応じて、更なる検討・検証等を行い、必要に応じて見直しを行う。

ウ)健康・医療に関する先端的研究開発及び新産業創出に関する教育の振興・人材の確保等に関する施策

【2020年までの達成目標】

・国民の健康寿命を1歳以上延伸

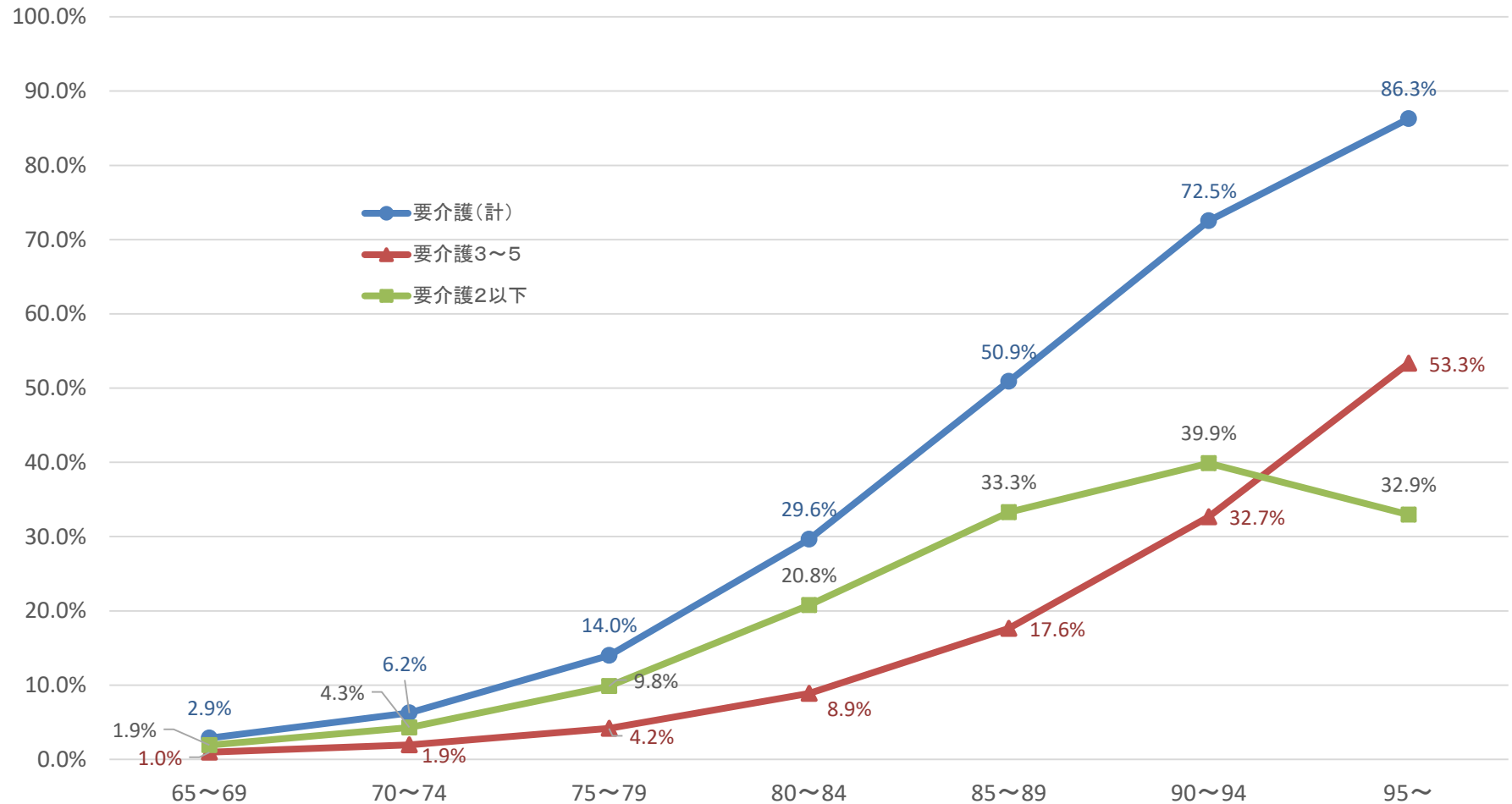
年齢階級別にみた認定率(平成29年度)



	65～69	70～74	75～79	80～84	85～89	90～94	95～
要介護 (計)	2.9%	6.0%	12.8%	28.1%	50.4%	71.4%	92.8%
要介護 3 ～ 5	1.0%	1.9%	3.7%	8.2%	16.9%	30.7%	55.7%
要介護 2 以下	2.0%	4.2%	9.1%	19.9%	33.5%	40.6%	37.1%

※ 「介護給付費等実態調査」(厚生労働省政策統括官)及び「人口推計」(総務省統計局)を元に認定率を計算している。

年齢階級別にみた認定率(平成26年度)



	65～69	70～74	75～79	80～84	85～89	90～94	95～
要介護(計)	2.9%	6.2%	14.0%	29.6%	50.9%	72.5%	86.3%
要介護3～5	1.0%	1.9%	4.2%	8.9%	17.6%	32.7%	53.3%
要介護2以下	1.9%	4.3%	9.8%	20.8%	33.3%	39.9%	32.9%

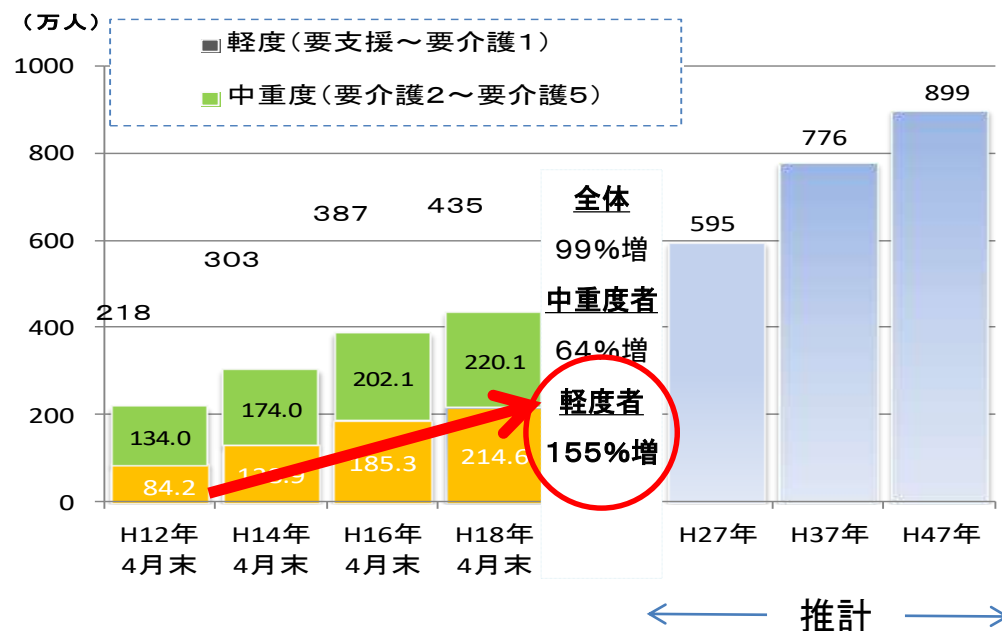
※ 「介護給付費等実態調査」(厚生労働省政策統括官)及び「人口推計」(総務省統計局)を元に認定率を計算している。

介護予防導入の経緯(平成18年度創設)

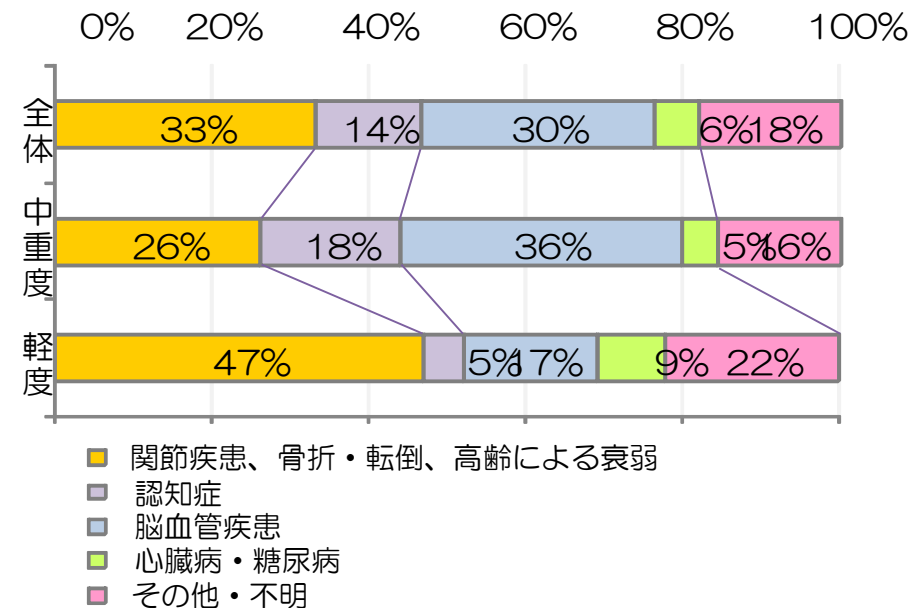
- 要支援・要介護1の認定者（軽度者）の大幅な増加。
- 軽度者の原因疾患の約半数は、体を動かさないことによる心身の機能低下。

定期的に体を動かすことなどにより予防が可能！ → 予防重視型システムの確立へ

要介護度別認定者数の推移



要介護度別の原因疾患



介護予防事業
(地域支援事業)

非該当者



重度化防止
改善促進

予防給付

要支援者



重度化防止
改善促進

介護給付

要介護者

これまでの介護予防事業の概要(～平成26年度)

- 介護予防事業は介護保険法第115条の45の規定により、市町村に実施が義務付けられている。
- 要介護状態等ではない高齢者に対して、心身の機能や生活機能の低下の予防又は悪化の防止のために必要な事業として、各市町村が実施。
- 介護予防事業は介護給付見込み額の2%以内の額で実施（介護保険法施行令第37条の13）
- 平成26年度 国費：120億円 総事業費：481億円（介護保険法第122条の2）
(国1/4、都道府県1/8、市町村1/8、保険料(1号2/10、2号3/10))

一次予防事業(旧:一般高齢者施策)

【対象者】 高齢者全般

【事業内容】

- 介護予防普及啓発事業、
講演会、介護予防教室等の開催、啓発資材等の作成、配布等
- 地域介護予防支援事業
ボランティア育成、自主グループ活動支援 等

二次予防事業(旧:特定高齢者施策)

【対象者】 要介護状態等となるおそれのある高齢者（生活機能の低下等を基本チェックリストで捉える）

【事業内容】

- 通所型介護予防事業
運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム、口腔機能の向上プログラム、複合プログラム 等
- 訪問型介護予防事業
閉じこもり、うつ、認知機能低下への対応、通所が困難な高齢者への対応 等

平成26年介護保険法改正による介護予防の推進

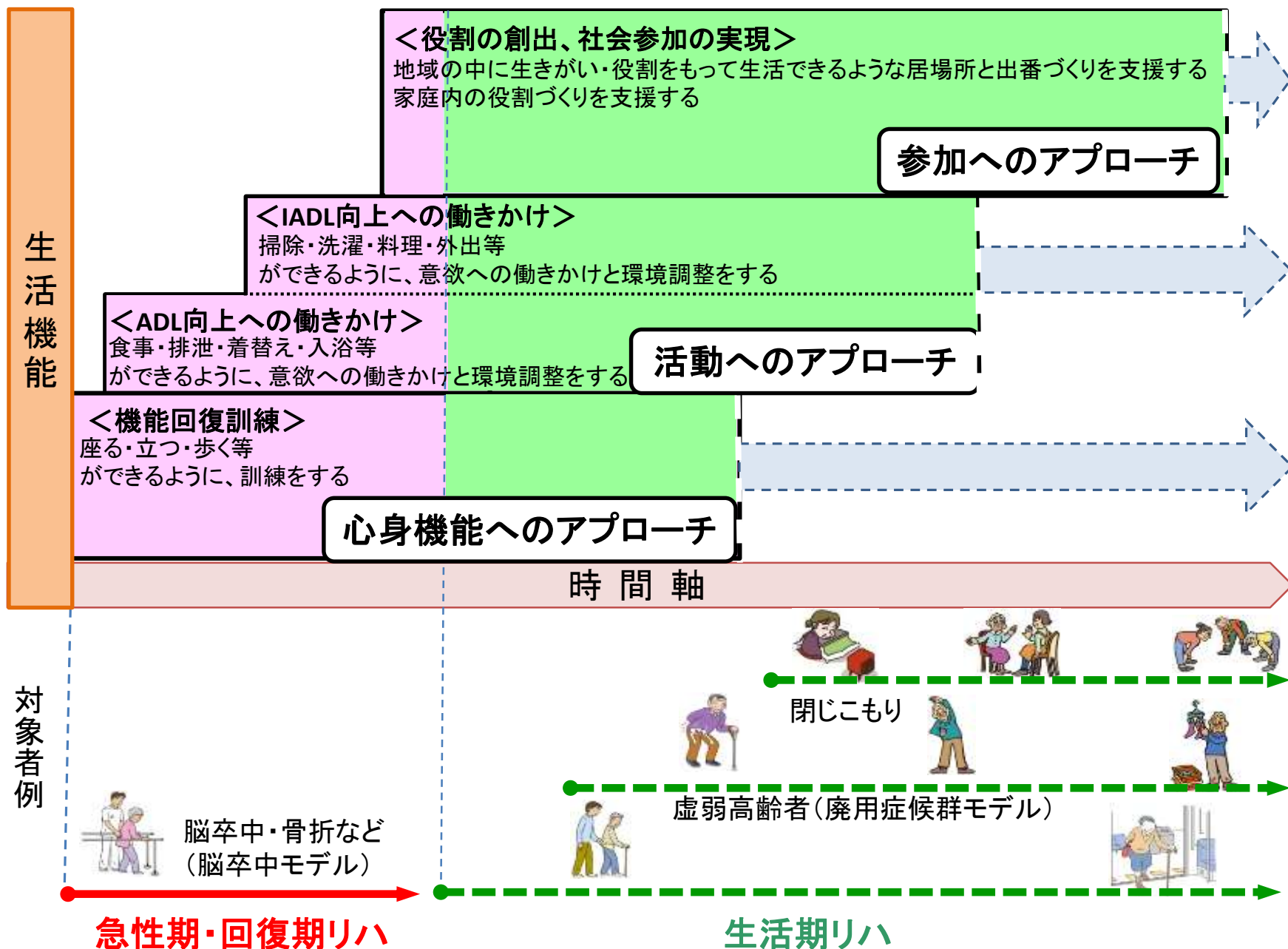
平成26年法改正までの介護予防の問題点

- 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。
- 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないか。

平成26年法改正からの介護予防の考え方

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。
- 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。
- 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。

高齢者リハビリテーションのイメージ



新しい地域支援事業の全体像(平成26年改正前後)

<改正前>

介護保険制度

<改正後>

【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%

【財源構成】

国 38.5%
都道府県 19.25%
市町村 19.25%
1号保険料 23%

介護給付 (要介護1～5)

予防給付
(要支援1～2)

訪問看護、福祉用具等

訪問介護、通所介護

介護予防事業

又は介護予防・日常生活支援総合事業

○ 二次予防事業

○ 一次予防事業

介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

包括的支援事業

○ 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

任意事業

○ 介護給付費適正化事業
○ 家族介護支援事業
○ その他の事業

改正前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多
様
化

充
実

介護給付 (要介護1～5)

予防給付 (要支援1～2)

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)

○ 介護予防・生活支援サービス事業

・訪問型サービス

・通所型サービス

・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

包括的支援事業

○ 地域包括支援センターの運営
(左記に加え、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)

任意事業

○ 介護給付費適正化事業
○ 家族介護支援事業
○ その他の事業

地域支援事業

一般介護予防事業

- 介護予防は、高齢者が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を目的して行うものである。
- 機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなど的高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを行う。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。
- 市町村が主体となり、一般介護予防事業を構成する以下5つの事業のうち必要な事業を組み合わせ、地域の実情に応じて効果的かつ効率的に実施する。

○ 介護予防把握事業

地域の実情に応じて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、住民主体の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

市町村が介護予防に資すると判断する地域における住民主体の通いの場等の介護予防活動の育成・支援を行う。

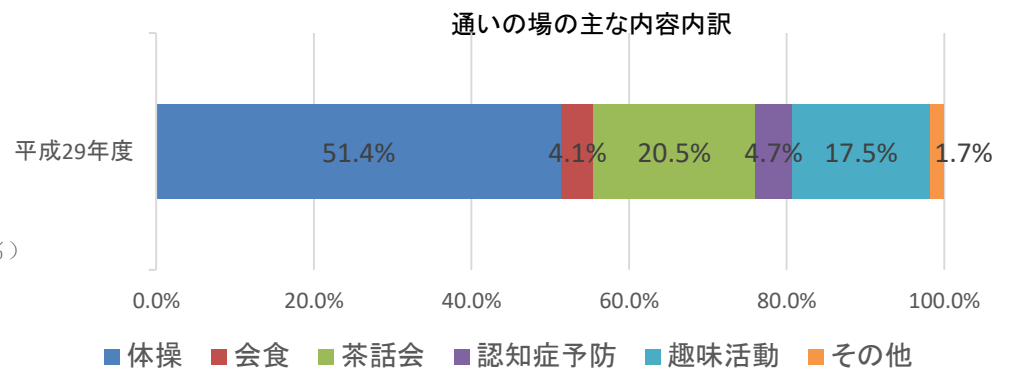
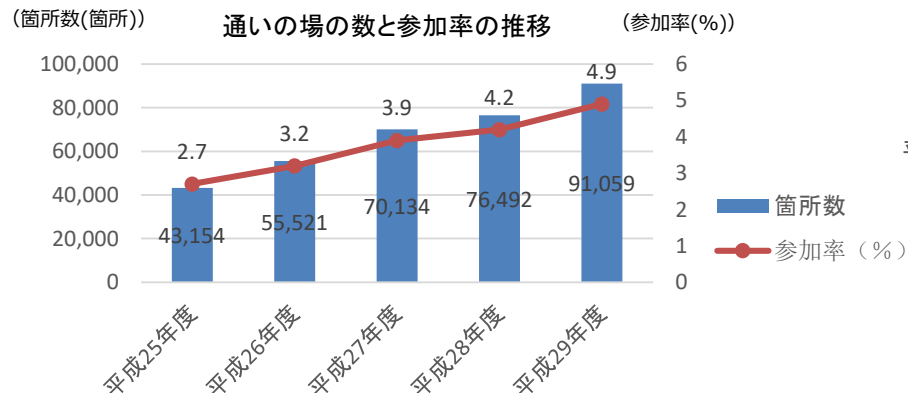
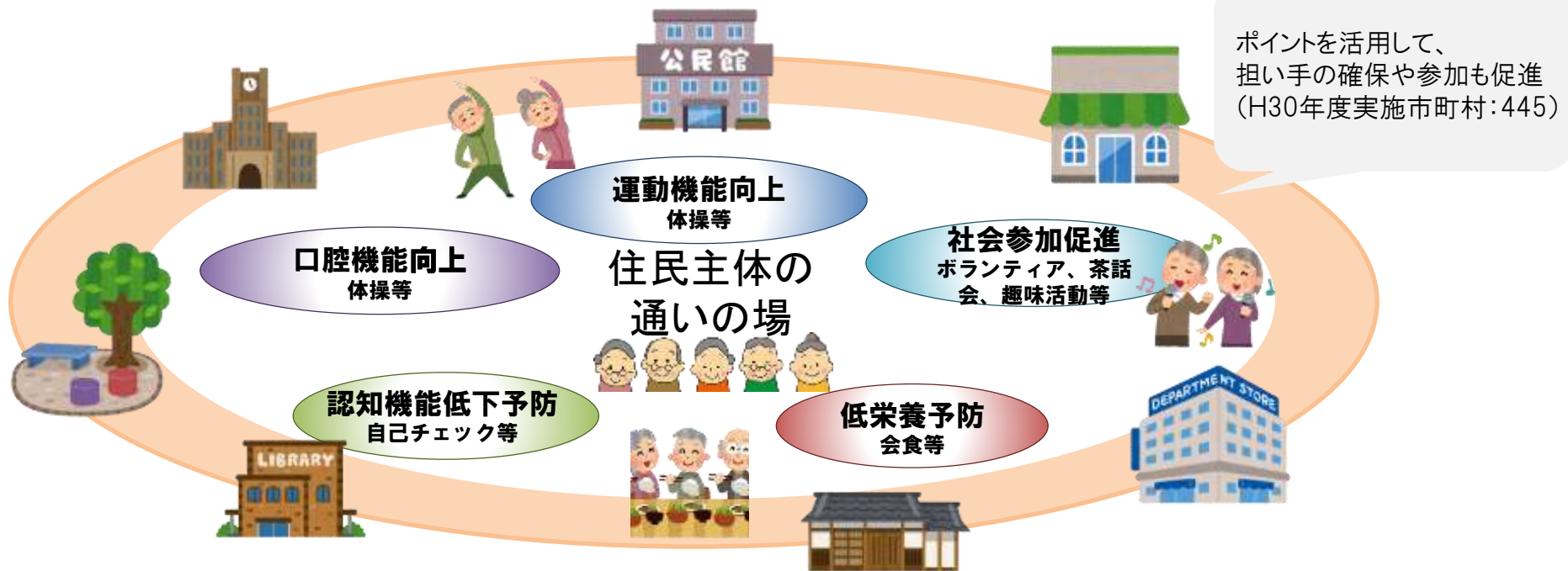
○ 一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う。

○ 地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体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する。

地域介護予防活動支援事業(住民主体の通いの場等)



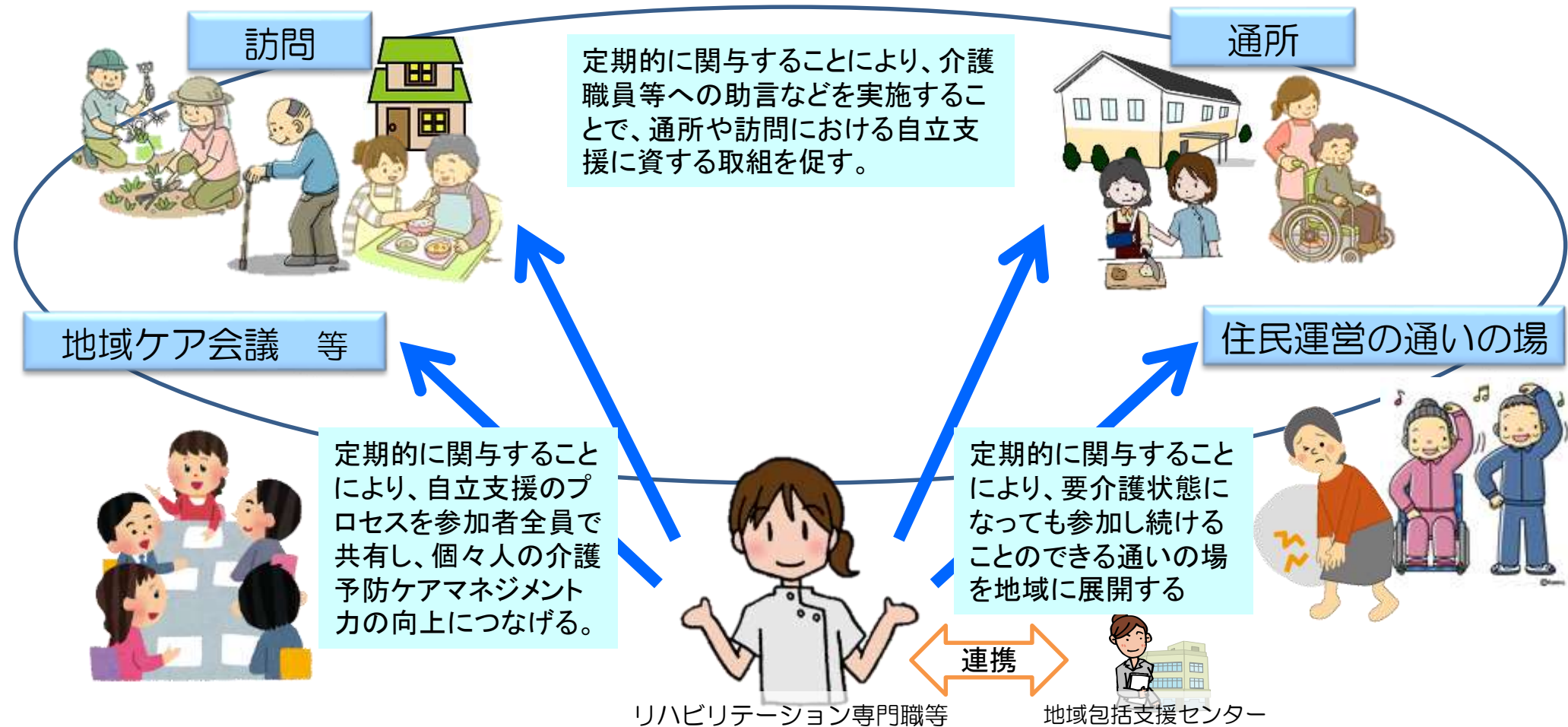
※ボランティアポイント制度を活用した介護支援ボランティア活動実施市町村
介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与

397市町村(平成29年度介護保険事務調査)

445市町村(平成30年度(平成29年度実施分)介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査)

地域リハビリテーション活動支援事業の概要(平成27年度～)

- 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、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する。



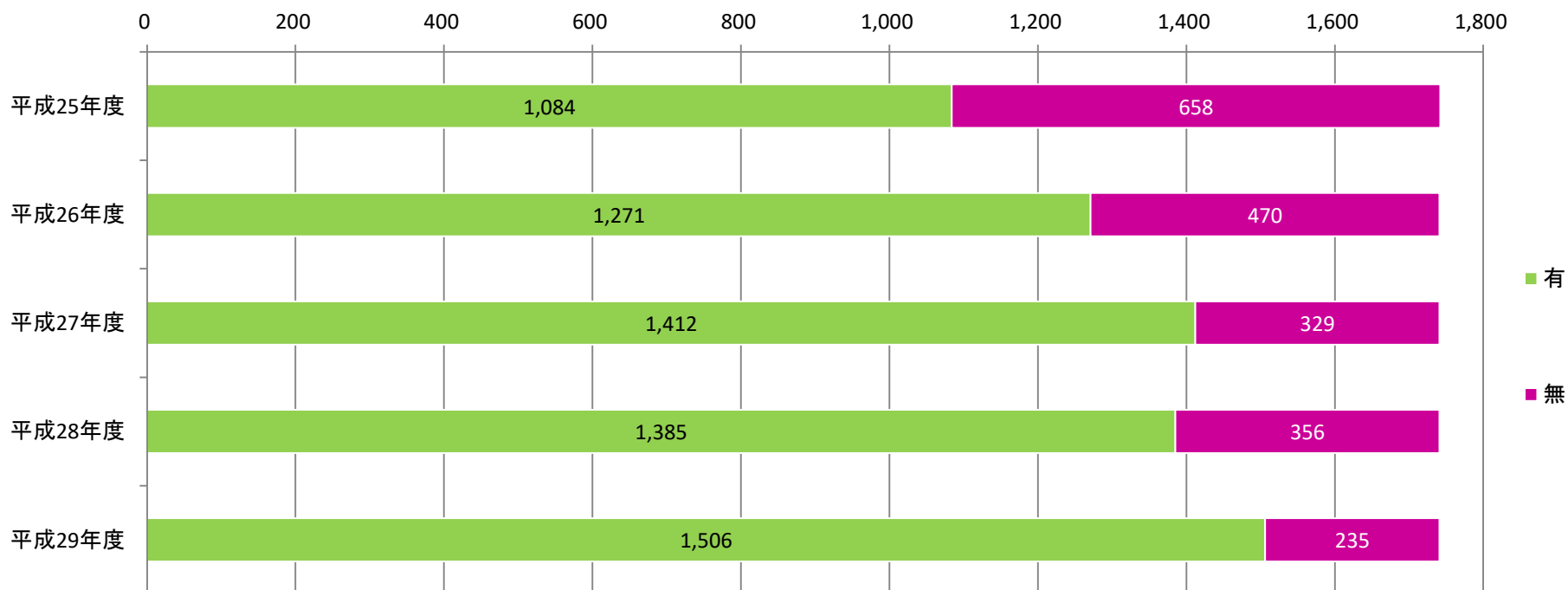
リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

通いの場がある市町村

通いの場の有無

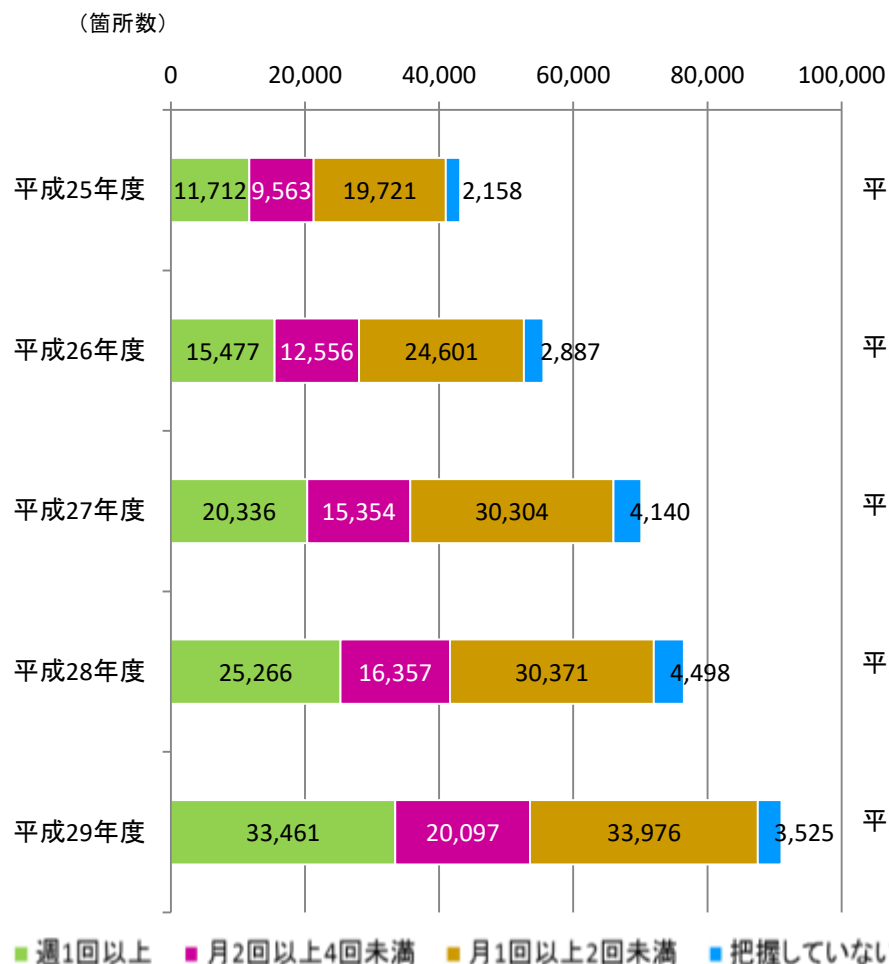
平成25年度:n=1,742 平成26年度:n=1,741 平成27年度:n=1,741 平成28年度:n=1,741 平成29年度:n=1,741

通いの場の有無別の市町村数

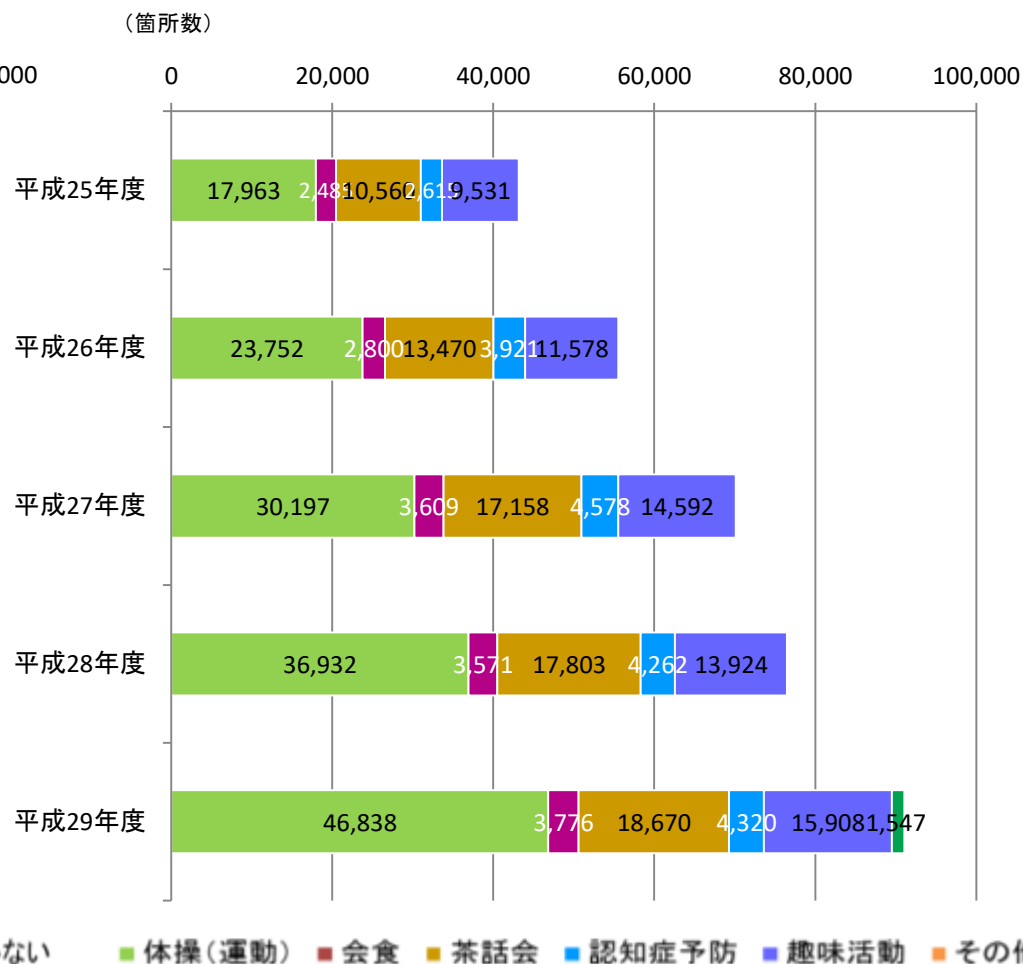


平成25～29年度 介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査(速報値)

通いの場の開催頻度



通いの場の主な内容



通いの場の箇所数

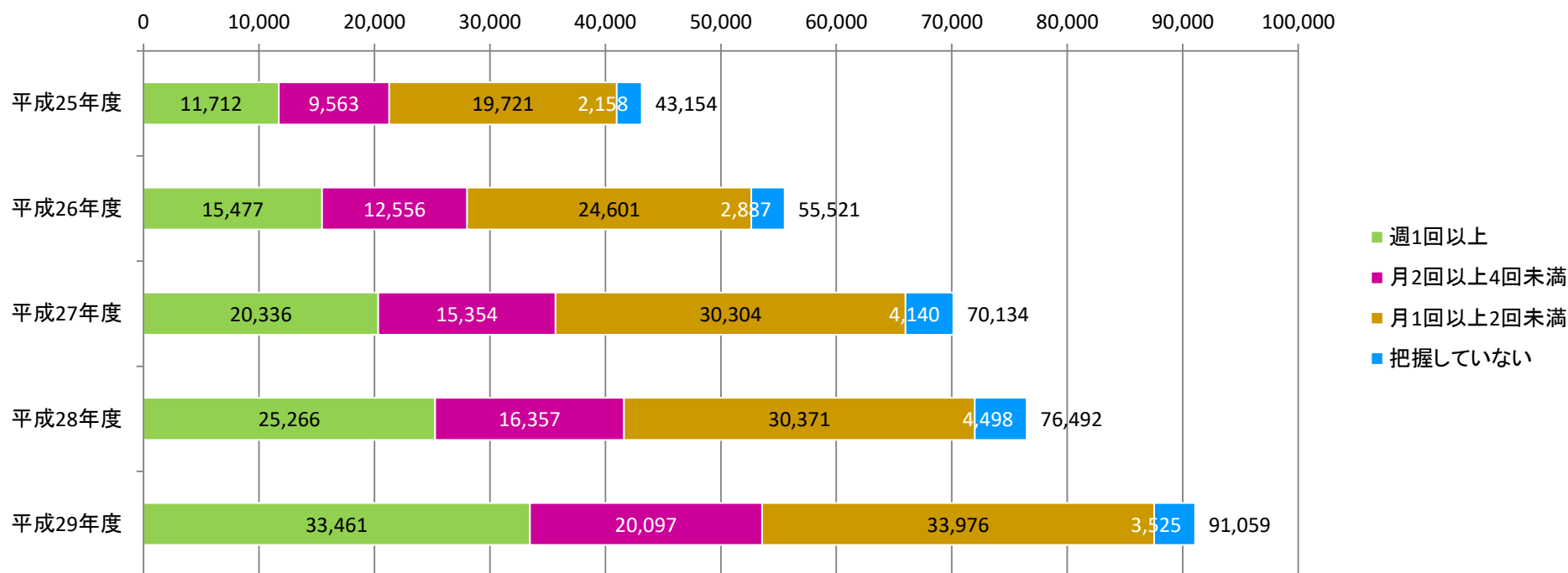
平成25年度:n=43,154 平成26年度:n=55,521 平成27年度:n=70,134 平成28年度:n=76,492 平成29年度:n=91,059

月1回以上2回未満で開催している通いの場が最も多く 週1回以上開催の占める割合も増加

通いの場の箇所数

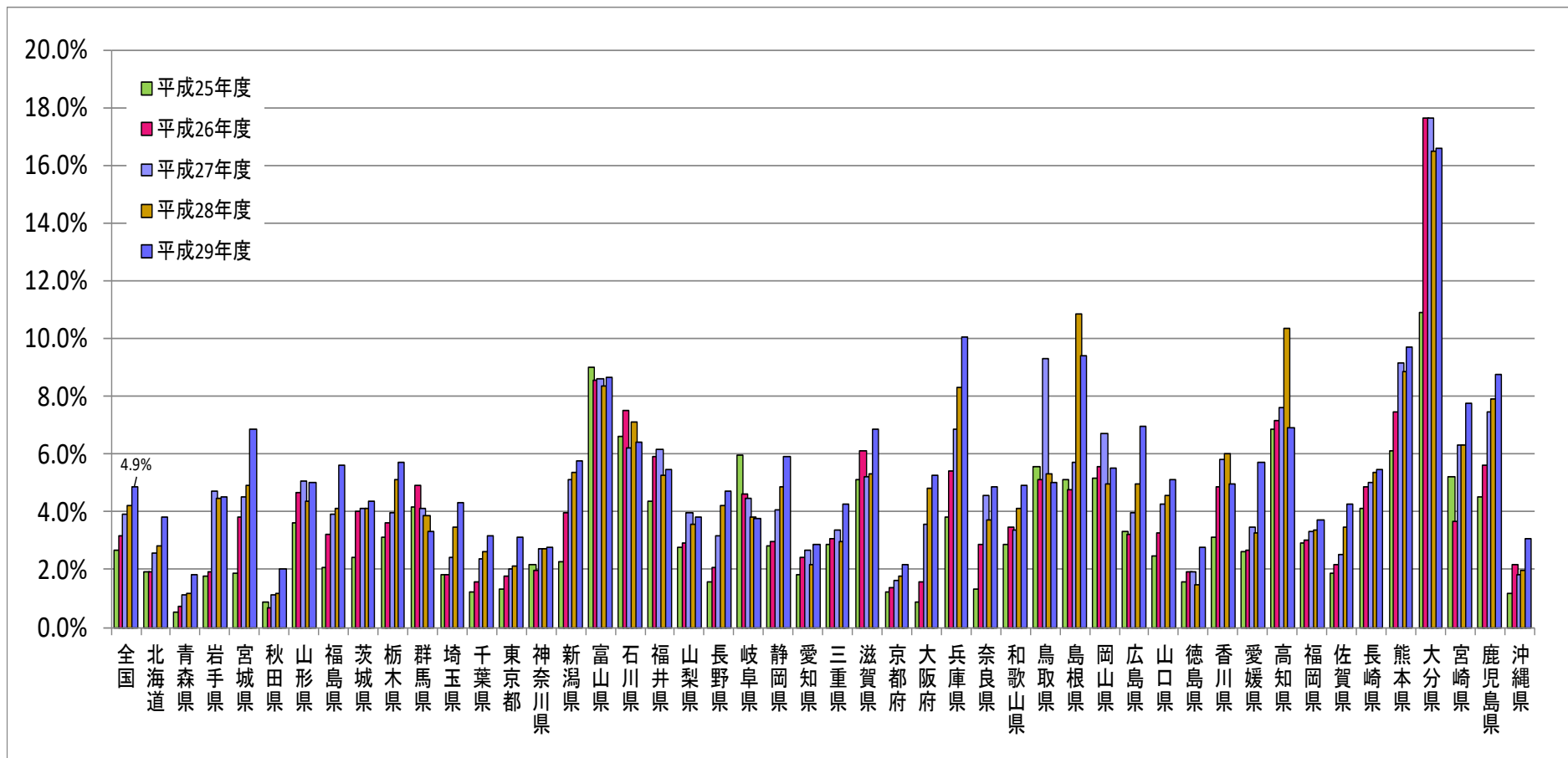
平成25年度:n=43,154 平成26年度:n=55,521 平成27年度:n=70,134 平成28年度:n=76,492 平成29年度:n=91,059

開催頻度別の通いの場の箇所数



平成29年度 介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査(速報値)

参加者実人数 1,698,486人 高齢者人口の4.9%が参加



地域支援事業実施要綱(抜粋)

介護予防に資する住民主体の通いの場への参加者数は、高齢者の年齢、介護認定者数等が地域により異なるため一律に定めることはなじまないが、平成26年介護保険法改正時に先行事例として紹介された取組では、高齢者人口の概ね1割であったことを参考にされたい。

保健事業と介護予防の現状と課題(イメージ)

医療保険

被用者保険の保健事業 (健保組合、協会けんぽ)

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防(糖尿病対策等)

保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。

○健康経営の取組

- ・ 保険者と事業主が連携した受動喫煙対策や職場の動線を利用した健康づくりの実施。
- ・ 加入者の健康状態や医療費等を見える化した健康スコアリングレポート等の活用。

退職等

国民健康保険の 保健事業(市町村)

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防(糖尿病対策等)

- ・ 保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。

- 市町村独自の健康増進事業等と連携した取組

75歳

後期高齢者広域連合の 保健事業 (広域連合。市町村に委託・補助)

- 健康診査のみの実施がほとんど
- 一部、重症化予防に向けた個別指導等も実施

国保と後期高齢者の
保健事業の接続の必要性
(現状は、75歳で断絶)

○フレイル状態に着目した
疾病予防の取組の必要性
(運動、口腔、栄養、社会参加
等のアプローチ)

保健事業と介護予防の
一体的な実施(データ分析、
事業のコーディネート等)

65歳

介護保険の介護予防・日常生活支援総合事業等(市町村)

- 一般介護予防事業(住民主体の通いの場)
- 介護予防・生活支援サービス事業
訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス(配食等)、生活予防支援事業(ケアマネジメント)

→保健事業との連携による支援メニューの充実の必要性

介護保険

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）

市町村が一体的に実施

④多様な課題を抱える高齢者や、閉じこもりがちで健康状態の不明な高齢者を把握し、アウトリーチ支援等を通じて、必要な医療サービスに接続。

国保中央会・国保連が、分析マニュアル作成・市町村職員への研修等を実施

医療・介護データ解析

- ②高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握
- ③地域の健康課題を整理・分析

医療
レセ

特定
健診

介護
レセ

要介護
認定

フレイル
状態の
チェック



保健事業

- ⑤国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続

疾病予防・重症化予防

- ⑥社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取組へ

- ⑦医療専門職が、通いの場等にも積極的に関与

- ⑩市民自らが担い手となって、積極的に参画する機会の充実

かかりつけ医等

- ⑧通いの場への参加勧奨や、事業内容全体等への助言を実施

- ①事業全体のコーディネートやデータ分析・通いの場への積極的関与等を行うため、市町村が、地域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職を配置

経費は広域連合が交付（保険料財源＋特別調整交付金）

介護予防の事業等

生活機能の改善

- ⑨民間機関の連携等、通いの場の大幅な拡充や、個人のインセンティブとなるポイント制度等を活用

- ⑪通いの場に、保健医療の視点からの支援が積極的に加わることで、
 - ・通いの場や住民主体の支援の場で、専門職による健康相談等を受けられる。
 - ・ショッピングセンターなどの生活拠点等を含め、日常的に健康づくりを意識できる魅力的な取組に参加できる。
 - ・フレイル状態にある者等を、適切に医療サービスに接続。

高齢者

※フレイルのおそれのある高齢者全体を支援

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（スキーム図）

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。

国（厚生労働省）

- 保健事業の指針において、一体的実施の方向性を明示。(法)
- 具体的な支援メニューをガイドライン等で提示。
- 特別調整交付金の交付、先進事例に係る支援。

<市町村が、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組を実施>

広域連合

委託 (法)

市町村

- 広域計画に、広域連合と市町村の連携内容を規定。(法)
- データヘルス計画に、事業の方向性を整理。
- 専門職の人件費等の費用を交付。

- 一体的実施に係る事業の基本的な方針を作成。(法)
- 市町村が、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組を実施。(法)
(例) データ分析、アウトリーチ支援、通いの場への参画、支援メニューの改善 等
- 広域連合に被保険者の医療情報等の提供を求めることができる。(法)
- 地域ケア会議等も活用。

必要な援助

都道府県への
報告・相談

都道府県
(保健所含む)

○事例の横展開、県内の健康課題の俯瞰的把握、事業の評価 等

国保中央会
国保連合会

○データ分析手法の研修・支援、実施状況等の分析・評価 等 (法)

三師会等の
医療関係団体

○取組全体への助言、かかりつけ医等との連携強化 等

事業の一部を民間機関に委託できる。(法)
(市町村は事業の実施状況を把握、検証)

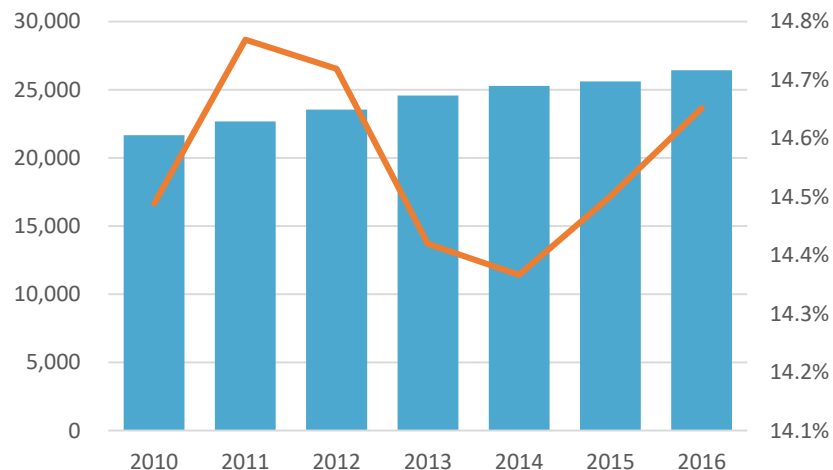
※ (法) は法改正事項

高知県高知市 —運動・口腔機能向上のための住民主体の体操の取組—

- 平成30年4月時点で総人口330,019人。うち、65歳以上高齢者人口94,888人(28.8%)、75歳以上高齢者人口47,249人(14.3%)。第7期1号保険料5,680円。地域包括支援センターは直営で5カ所、ランチを1カ所設置。
- 住民が主体となることが出来る運動機能向上の体操（「いきいき百歳体操」）を考案。地域に根付くように専門職が支援を行う取組を実施。
- 更に、住民主体の口腔機能向上の体操を考案し、定着しつつあった体操の集いを活用し、口腔機能向上の取組の地域展開を実施した。



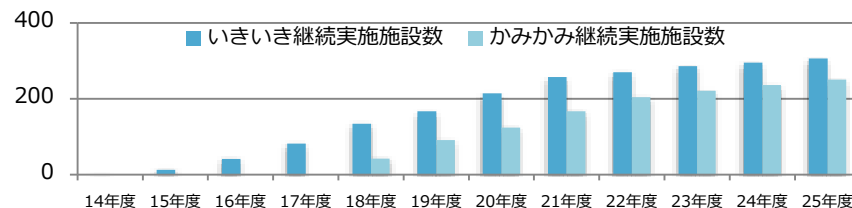
介護費用額と要介護認定率の推移(高知市)



※要介護認定率は、要介護認定者数をもとに算出。(要支援認定者数は含まない。)

介護予防の取組の変遷

- 平成14年度、運動機能向上プログラム「いきいき百歳体操」を作成し、モデル事業を実施し効果を確認。
- 住民が主体的に取り組むことができるよう、住民が集っている場での健康講座を活用し、地域での「いきいき百歳体操」の普及啓発活動を実施。
- 「いきいき百歳体操」に取り組む条件として、①週1～2回の頻度で最低3ヶ月以上は継続すること、②地域の誰でも参加可能、を設け、住民から“やってみたい”と声があがるまで待った。
- 住民から実施希望があった場合に、保健師や理学療法士等が支援。
- 平成17年度、さらに口腔機能向上の取り組みを進めるため、住民が主体的に取り組むやすい口の体操「かみかみ百歳体操」を作成し、モデル事業を実施して効果を確認。
- 地域に根付いた「いきいき百歳体操」の集いを活用し、「かみかみ百歳体操」を併せて実施できるよう、要望に応じてインストラクターを派遣するなど、支援を行う。



専門職の関与の仕方

- 各地域での「いきいき百歳体操」と「かみかみ百歳体操」の実施支援を行うため、地域の理学療法士、保健師、歯科衛生士を対象に、インストラクターを養成。
- 住民が主体となって取り組むことができるように、住民を対象に体操のサーターを育成。
- 各体操開始時にインストラクターや市の専門職が、開始時に3～4回の技術支援を行い、以後3・6・12ヵ月後にフォローを実施。
- 体操の集いの場で、歯科衛生士等が口腔機能向上に関する健康講座を実施し、誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア及び定期的な歯科受診の必要性を啓発。

熊本県長洲町 一介護予防拠点活動の充実—

- 平成30年4月時点で総人口16,038人。うち、65歳以上高齢者人口5,426人(33.8%)、75歳以上高齢者人口2,614人(16.3%)。第7期第1号保険料5,800円。地域包括支援センターは委託で1カ所設置。
- 町長がリーダーシップを発揮。同じ職員を10年間所属させ課長にするなど、時間をかけ戦略的に推進。まずは町が責任をもち介護予防拠点づくりを進め、その後、拠点を活用した住民主体の取組につなげる。
- 秘書係が中心となり、役場の全職員の地区担当制も実施。認定を受けた人や一人暮らしの高齢者等の名簿作成等を住民と連携し実施。



介護予防の取組の状況

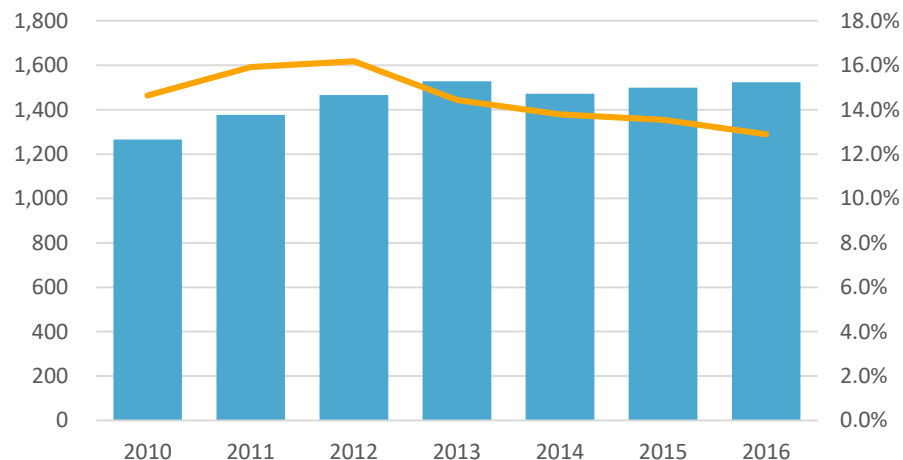
- iPadを使用して指先を動かすことで脳のトレーニングを図る「脳の健康教室」や県産木を利用して木工作品作りを行い、手先を動かすことで認知症予防を図る「ものづくり教室」等多様な事業を展開。



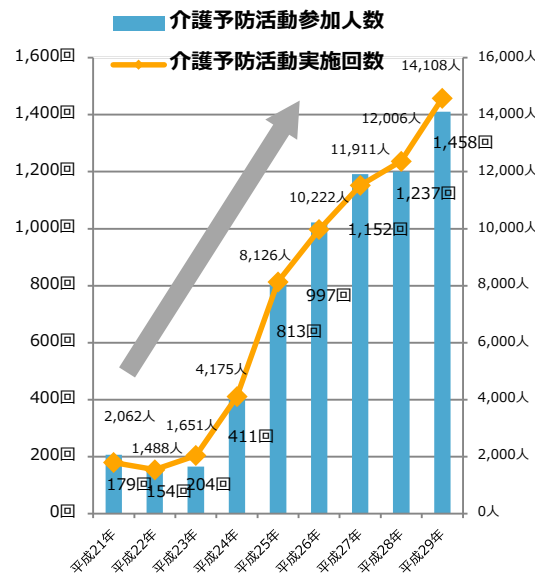
- 研修を受けた住民が「元気あっぷリーダー」として登録され、介護予防拠点で行う「元気あっぷ体操教室」において活躍。住民主体の介護予防活動を実現。

介護予防拠点の活動事例

(百万円) 介護費用額と要介護認定率の推移 (長洲町)



※要介護認定率は、要介護認定者数をもとに算出。(要支援認定者数は含まない。)

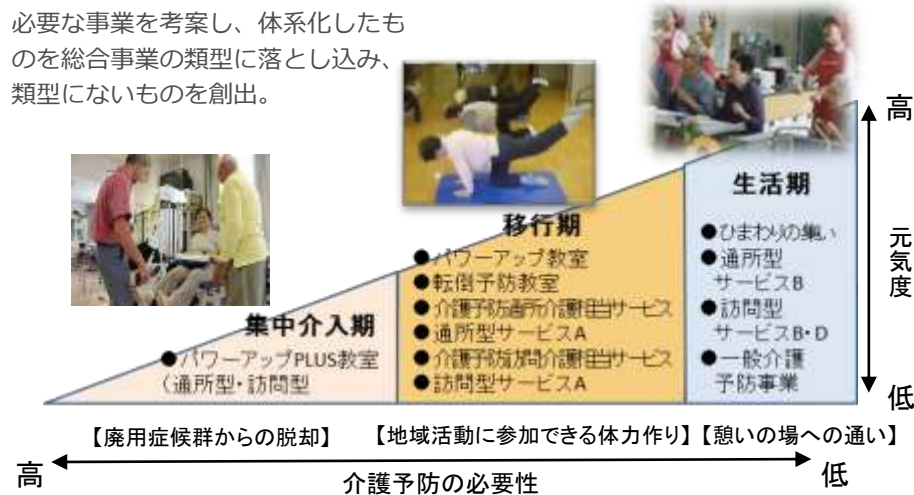


週	月	火	水	木	金	土
1	元気あっぷ体操教室	グラウンドゴルフ	カラオケ教室	スクエアステップ	グラウンドゴルフ	
2	骨盤体操	グラウンドゴルフ	踊り教室	健康体操教室	グラウンドゴルフ	茶話会
3	元気あっぷ体操教室	グラウンドゴルフ	茶道教室	着付け教室	グラウンドゴルフものづくり教室	
4	骨盤体操	グラウンドゴルフ		脳の健康教室	グラウンドゴルフものづくり教室	映画会
5	元気あっぷ体操教室					

奈良県生駒市における取組(取組のポイント)

総合事業の体系的な実施

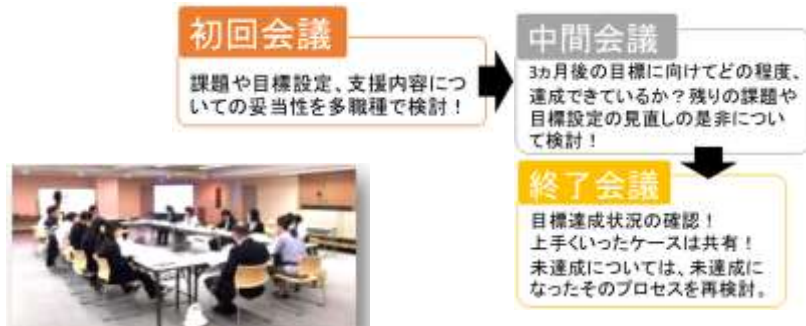
必要な事業を考案し、体系化したものを総合事業の類型に落とし込み、類型にないものを創出。



- さらに、地域ケア会議における個別事例の検討を通して、地域課題を集積し、必要な事業を創出。政策形成に寄与。
- また、現場の「生の声・つぶやき」※も大切にし、事業に活かす。
※ 地域包括支援センター会議、ケアプラン点検支援、医療介護連携会議、第1層協議体、実態調査。その他何気ない会話から。
- 地域包括ケアシステムの実現に向け、副市長をトップに庁内連携会議（地域包括ケア推進会議）を設置し、部局横断的に対応。
 - ◆ いこま寿大学での「おい支度講座（終活）」の開催
 - ◆ 認知症にやさしい図書館づくり⇒図書館に通う高齢者をボランティア活動へ
 - ◆ 空き家の有効活用に関する検討⇒活動拠点場所の拡充
 - ◆ スポーツ振興課や生涯学習、経済振興課との連携⇒元気高齢者の活躍

通所型サービスCと地域ケア会議の連動

- 地域ケア会議において、通所型サービスCの利用者を対象として、自立支援型のケアマネジメントを検討。→ **介護予防ケアマネジメントの質向上**
- 地域ケア会議では、自立支援に必要な要素について確認し、本人や家族の強みを活かす支援を実施するとともに、リスク管理を徹底。→ **QOLの向上**



リハビリ専門職の関与

- 住民主体の通いの場を支えるボランティアの育成支援や、自立支援・重度化防止に向けたデイ・ヘルパーの質の向上が必要。
→ **地域リハビリテーション活動支援事業（一般介護予防事業）を活用し、住民や専門職に向けて、リハビリ専門職の関与を促進。**

住民向け

住民主体の体操教室に理学療法士を派遣し、体力測定や元気度チェックを実施。

- **フレイル有症率や小学校区間の差を分析（体制整備にも活用）**
- **地域特性に合わせた個別対策の検討**

デイ・ヘルパー向け

デイサービス事業所向けの理学療法士の派遣による研修会の実施やヘルパー向け重度化防止の技術指導等



Ⅱ－１ 介護予防・健康づくりの推進

（健康寿命の延伸）

Ⅱ－２ 保険者機能の強化

（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）

Ⅱ－３ 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）

Ⅱ－４ 認知症「共生」・「予防」の推進

Ⅱ－５ 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新

新しい地域支援事業の全体像(平成26年改正前後)

(再掲)

<改正前>

介護保険制度

<改正後>

地域支援事業

74

【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%

【財源構成】

国 38.5%

都道府県 19.25%

市町村 19.25%

1号保険料 23%

1号保険料 23%

介護給付 (要介護1～5)

予防給付
(要支援1～2)

訪問看護、福祉用具等

訪問介護、通所介護

介護予防事業

又は介護予防・日常生活支援総合事業

○二次予防事業

○一次予防事業

介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

包括的支援事業

○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

任意事業

○介護給付費適正化事業

○家族介護支援事業

○その他の事業

介護給付 (要介護1～5)

予防給付 (要支援1～2)

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)

○介護予防・生活支援サービス事業

・訪問型サービス

・通所型サービス

・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

包括的支援事業

○地域包括支援センターの運営
(左記に加え、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)

任意事業

○介護給付費適正化事業

○家族介護支援事業

○その他の事業

改正前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

地域支援事業

介護保険制度における総合事業の概要

1 事業の目的・考え方

(1) 総合事業の趣旨

- 総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とする。

(2) 背景・基本的考え方

イ 多様な生活支援の充実

住民主体の多様なサービスを支援の対象とするとともに、NPO、ボランティア等によるサービスの開発を進める。併せて、サービスにアクセスしやすい環境の整備も進めていく。

ロ 高齢者の社会参加と地域における支え合い体制づくり

高齢者の社会参加のニーズは高く、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防等ともなるため、積極的な取組を推進する。

ハ 介護予防の推進

生活環境の調整や居場所と出番づくりなどの環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要。そのため、リハビリ専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進する。

ニ 市町村、住民等の関係者間における意識の共有と自立支援に向けたサービス等の展開

地域の関係者間で、自立支援・介護予防といった理念や、高齢者自らが介護予防に取り組むといった基本的な考え方、地域づくりの方向性等を共有するとともに、多職種によるケアマネジメント支援を行う。

ホ 認知症施策の推進

ボランティア活動に参加する高齢者等に研修を実施するなど、認知症の人に対して適切な支援が行われるようにするとともに、認知症サポーターの養成等により、認知症にやさしいまちづくりに積極的に取り組む。

ヘ 共生社会の推進

地域のニーズが要支援者等だけではなく、また、多様な人との関わりが高齢者の支援にも有効で、豊かな地域づくりにつながっていくため、要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等がともに集える環境づくりに心がけることが重要。

2 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

地域支援事業の概要

平成30年度予算 公費3,975億円、国費1,988億円

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

○地域支援事業の事業内容 ※金額は積算上の公費（括弧書きは国費）

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業) 2,392億円 (1,196億円)

① 介護予防・生活支援サービス事業

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

② 一般介護予防事業（旧介護予防事業を再編）

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

(2) 包括的支援事業・任意事業 1,583億円 (791億円)

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。

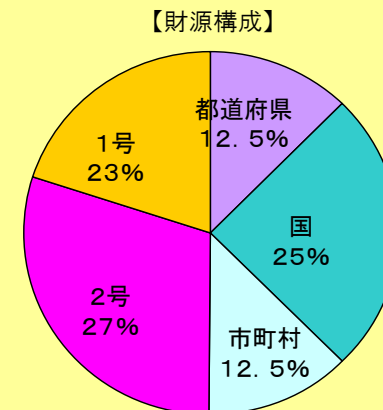
【事業費の上限】

- 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

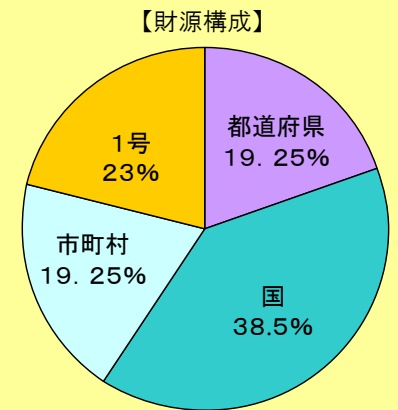
（財源構成の割合は第7期以降の割合）

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

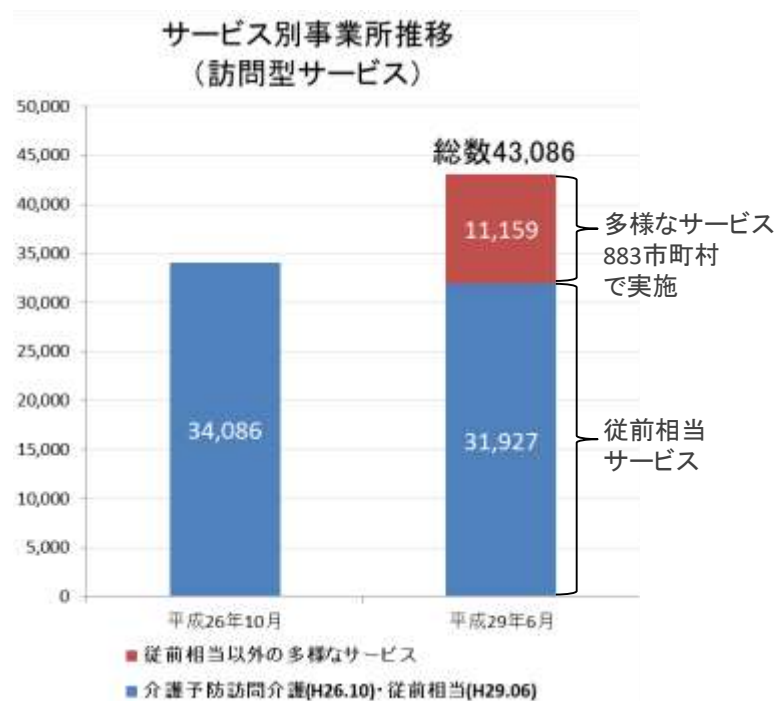


- 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。
（国：都道府県：市町村＝2：1：1）

1. 総合事業の提供体制等

- 従前相当サービス以外の多様なサービス(従来より基準を緩和したサービス、住民主体による支援等)を実施する事業所が訪問型サービス・通所型サービスそれぞれで1万箇所以上にのぼっている。

(図1-1) 訪問型サービスの事業所数の推移(全国)



(図1-2) 通所型サービスの事業所数の推移(全国)



- ※1 総合事業には上記の他、配食・見守り等のその他生活支援サービスを提供する事業所がある。また、総合事業に位置づけられていない通いの場等の取組もある。
 ※2 平成29年6月の事業所数については、無回答であった97市町村は含まれていない。
 ※3 事業所数については、介護サービス施設・事業所調査における、平成26年10月の介護予防訪問介護・介護予防通所介護の事業所数と、本調査における、平成29年6月時点の従前相当サービス・多様なサービスの事業所数合計を比較。
 ※4 平成29年6月時点の総合事業の各サービスの事業所については、一部重複がある(従前相当サービスと基準を緩和したサービスの両方の指定を受けているケース等)。

2. 総合事業の多様なサービスの利用状況等

総合事業の多様なサービスへの移行に関する利用者への影響を確認したところ、サービス利用日数や状態像に大きな変化はなかった。

- 総合事業等の利用者数は訪問はほぼ横ばい、通所は増加している。

(図1)利用者数の推移(推計)

訪問型サービス



通所型サービス



※1 算出方法

下記の方法で、総合事業移行前後の利用者数の推移を推計した。

移行前: 介護給付費等実態調査における、平成26年6月の介護予防訪問介護・介護予防通所介護の利用者数

移行後: 介護給付費等実態調査における、平成29年6月の介護予防訪問介護・介護予防通所介護の利用者数に、

《本調査における平成29年6月の総合事業利用者数(訪問・通所の従前相当、サービスA・B)を、回答のあった市町村の65歳以上人口で除し、

総務省人口推計における全国の65歳以上人口を乗じた数》を加えたもの

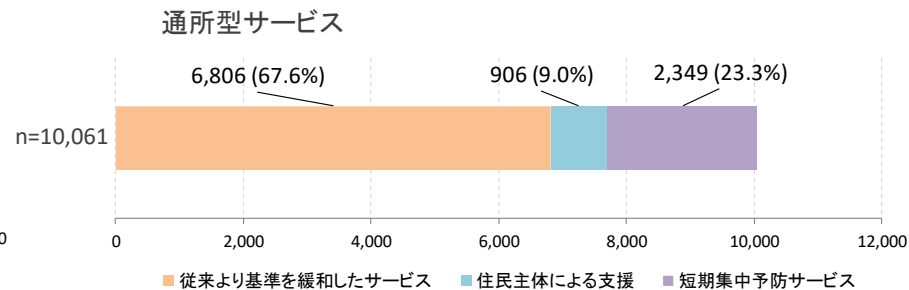
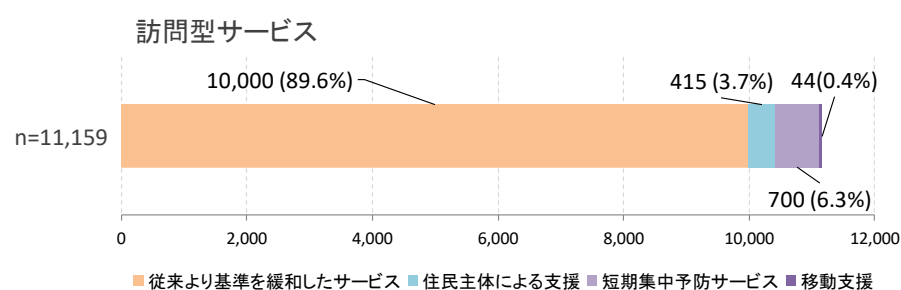
※2 回答のあった市町村の65歳以上人口としては、本調査における65歳以上人口(平成28年度)についての回答を使用し、全国の65歳以上人口としては、平成29年4月1日時点での総務省人口推計のデータを使用した。

※3 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(最長12ヶ月間)、介護予防訪問介護・介護予防通所介護を利用する(平成30年3月末まで)。

※4 平成29年6月時点の総合事業の各サービスについては、一部重複があり得る(従前相当サービスと基準を緩和したサービスの両方を利用しているケース等)。

- 総合事業の多様なサービスの内訳は、訪問・通所ともに基準を緩和したサービスが最も多い。

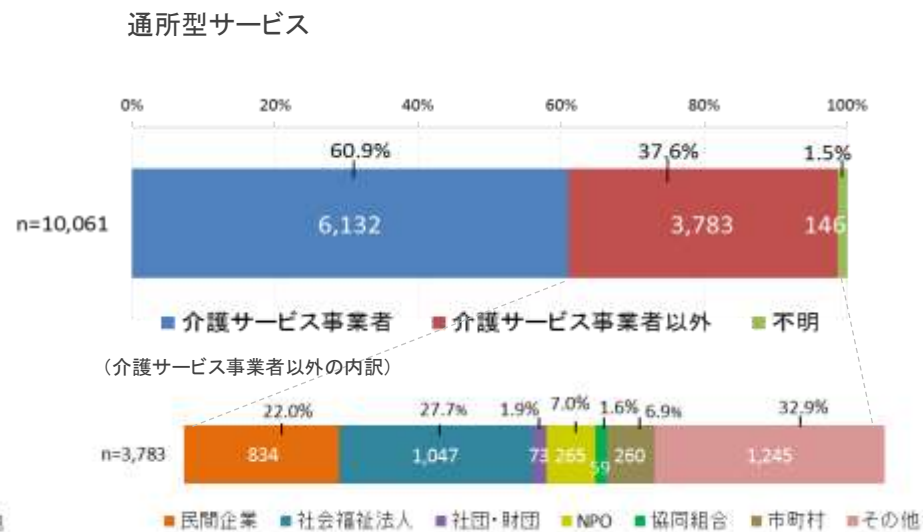
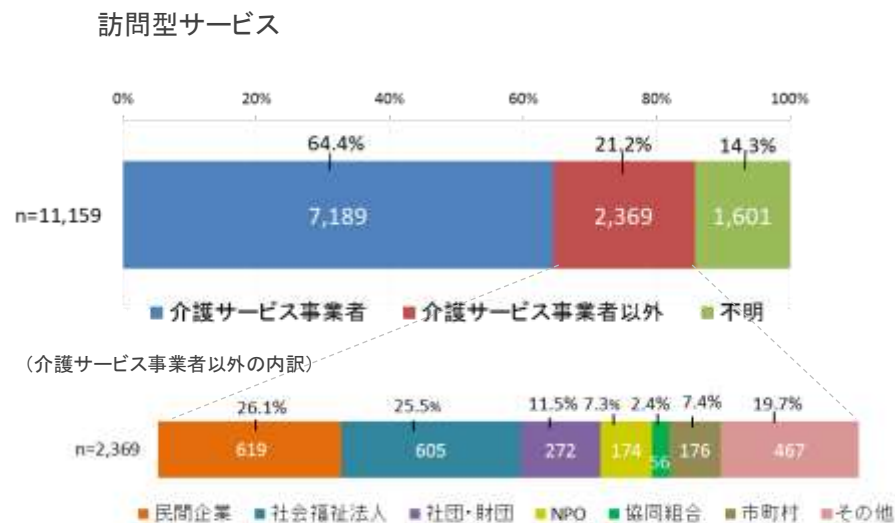
(図2) 総合事業の多様なサービス内訳



※小数点第2位を四捨五入しているため割合の合計が100.0にならない(以下同じ)。

- 総合事業の多様なサービスの実施主体は、介護サービス事業者以外の主体が、訪問は約2割、通所は約4割となっている。

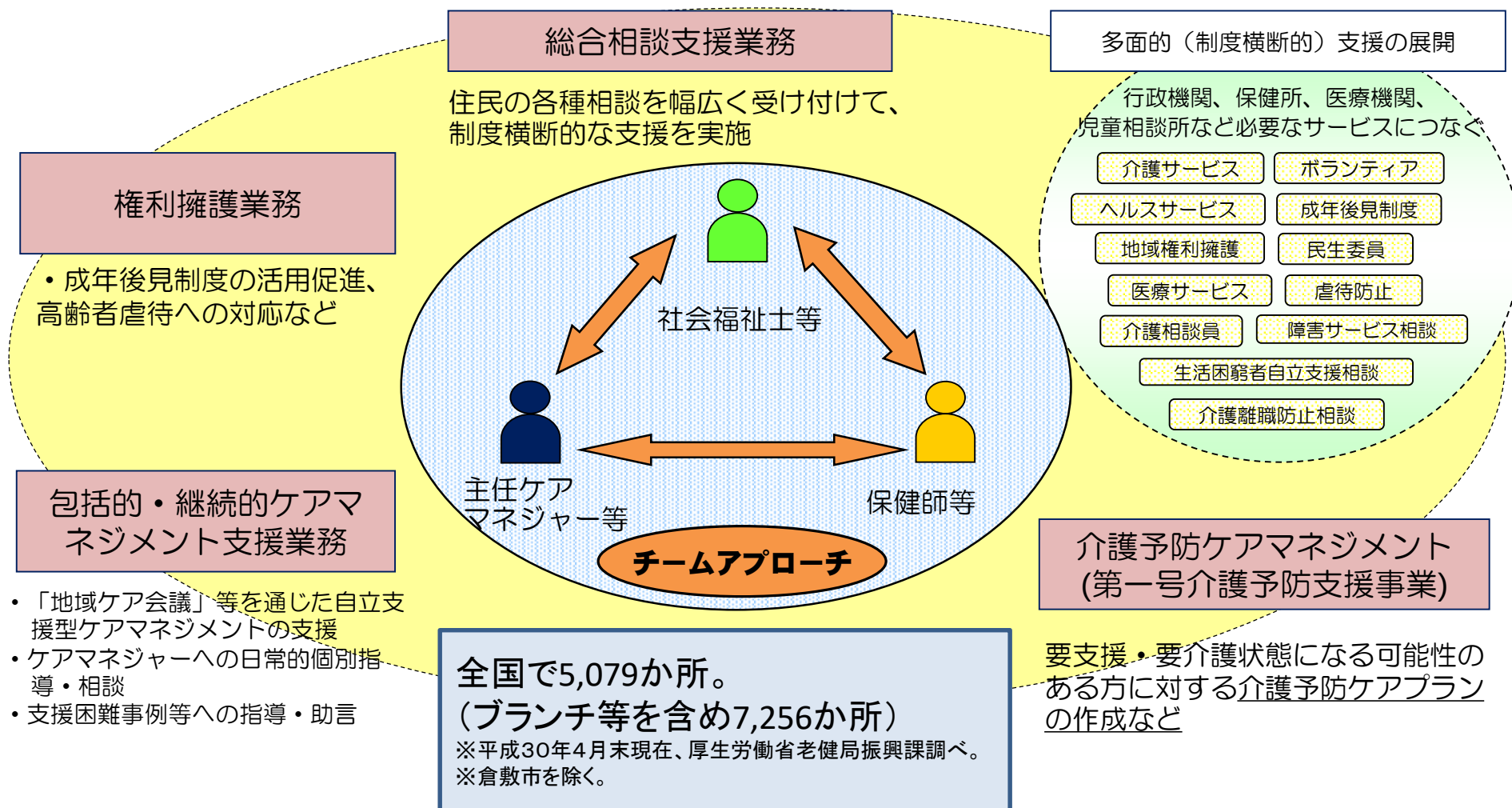
(図3) 総合事業の多様なサービスの実施主体内訳



※内訳の「その他」には医療法人や地縁団体等が含まれる。

地域包括支援センターについて

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



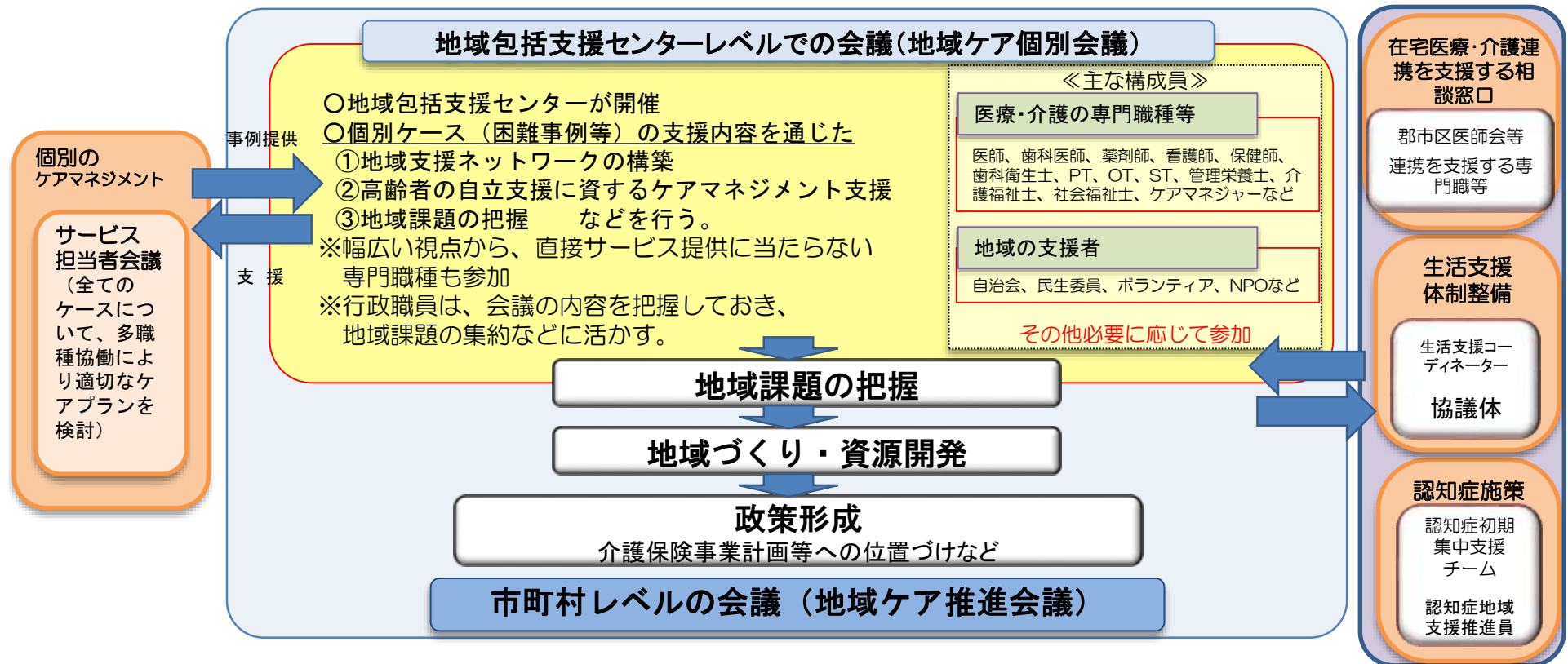
地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。

※従来の包括的支援事業（地域包括支援センターの運営費）とは別枠で計上

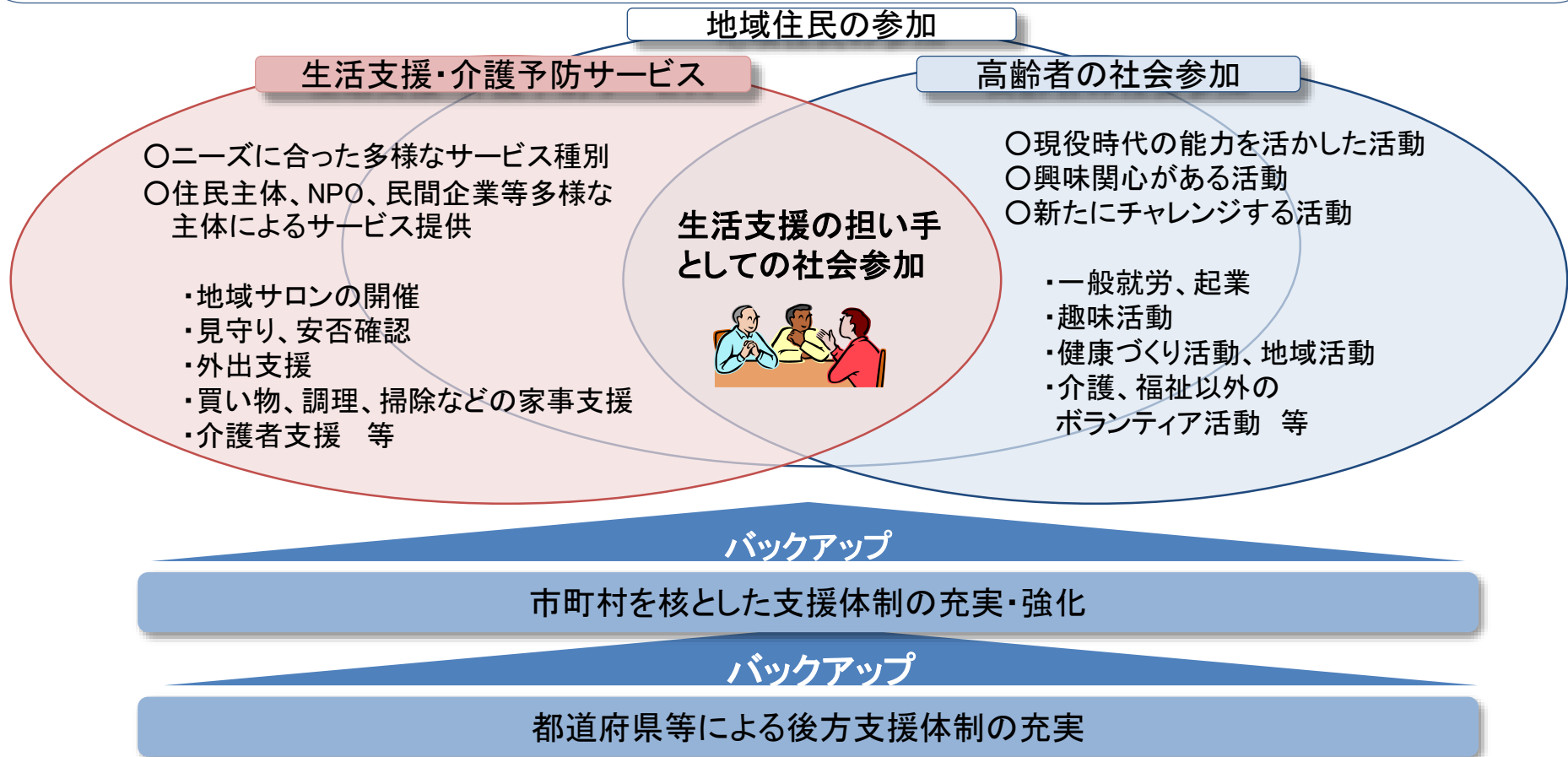
（参考）平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。（法第115条の48）

- 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- 地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など



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。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



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
○ 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	○ 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	○ 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。

香川県高松市 ―地域で取り組む支え合いのまちづくり―

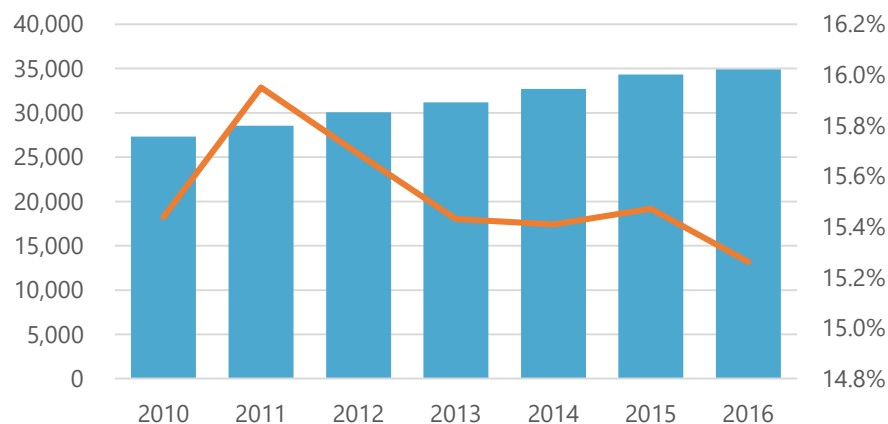
- 平成30年8月時点で総人口428,139人。うち、65歳以上高齢者人口116,473人(27.2%)、75歳以上高齢者人口57,372人(13.4%)。第7期第1号保険料6,633円。地域包括支援センターは直営で1カ所設置（サブセンター7箇所含む。ほか、ランチとして老人介護支援センターを28箇所設置）。
- 住民主体の支え合いを推進するため、市と社協、地域包括支援センターの3者で地域への説明を重ね、概ね小学校区単位の44地区中39地区で「地域福祉ネットワーク会議」を立ち上げ。自治会、老人クラブ、婦人会、民生委員、地区社協の他、地区によりサロン運営者やPTA等多様な参加者が集まって、地域課題の把握や生活支援サービスの体制整備などを実施。
- 市は、幹部職員の出向など戦略的に社協と連携。



高松市

(百万円)

介護費用額と要介護認定率の推移（高松市）



※要介護認定率は、要介護認定者数をもとに算出。(要支援認定者数は含まない。)

取組の展開までの経緯

- 平成27年4月に高松市から社協に職員出向
- 市と社協、包括の3者で各地域への説明を開始。当初は住民同士の支え合いに懐疑的な声が多かったものの、説明を重ねる中で、地域の困り事が把握され、地域福祉ネットワーク会議（第2層協議体）を立ち上げ、解決方法を検討
- 地区ごとに「わがまちこんなところシート」を作成し、地域資源を共有。また、地区アンケートを通じて、困り事を「見える化」。
- 啓発活動が続ける中で、庵治（あじ）地区において、住民主体の支え合い活動を始める動きに発展。



▲ 地域福祉ネットワークの様子。グループワークで「地域のええところ・いかんところ」を協議

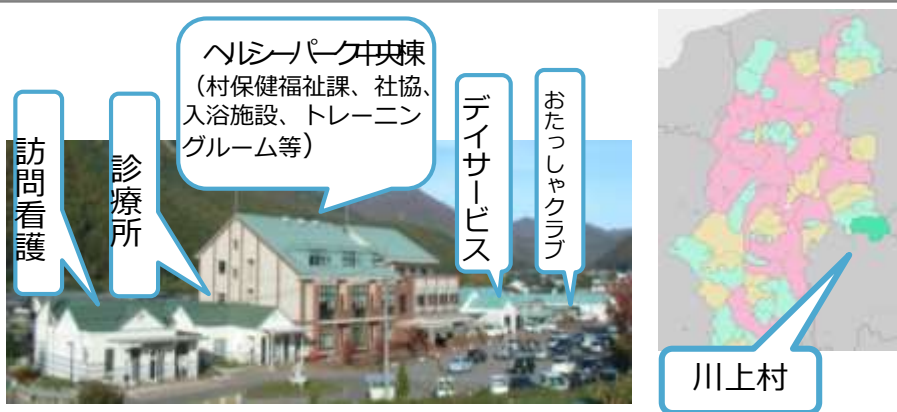
創設された支え合いの仕組みの例（庵治支援隊サービス）

- 買い物、ゴミ出し、整理整頓、草抜き等のサービスを提供
- 高松市社会福祉協議会の生活支援コーディネーターが活動を支援
- 庵治地区から、周辺の松島、屋島、花園等、計18地区へ取組が拡大



長野県川上村 ―保健・医療・福祉・介護の一元化―

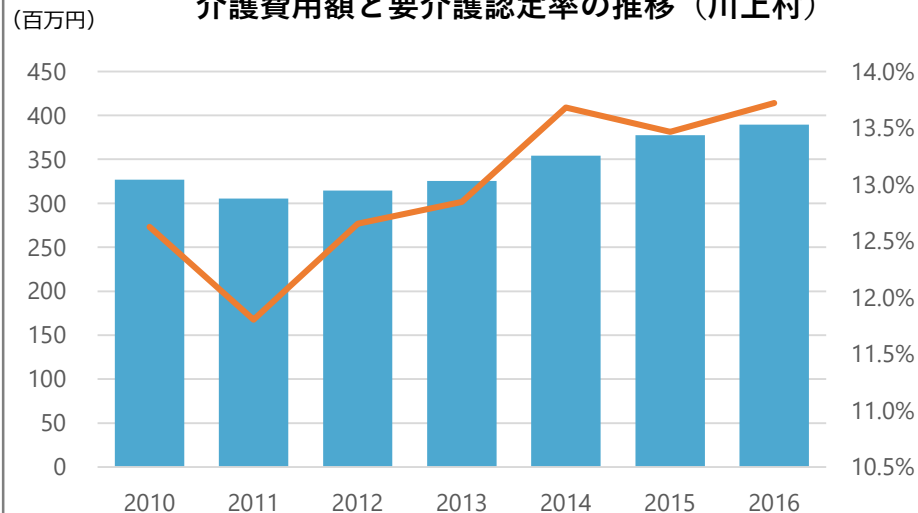
- 平成30年3月末時点で人口3,861人のうち、65歳以上高齢者人口1,243人(32.2%)、75歳以上高齢者人口721人(18.7%)。第7期第1号保険料5,266円。地域包括支援センターは1カ所設置。
- 限られた資源の中で、保健・医療・福祉・介護の一元化を図れるよう、ヘルシーパークを創設。訪問看護ステーション、川上村診療所、デイサービス、おたっしゅクラブ、村保健福祉課（包括）、社協、入浴施設、老人憩いの湯、トレーニングルーム等を集約、一本の廊下でつながる環境に。
- 「一人の患者・住民をヘルシーパーク全員で支える」を理念に、訪看、診療所、社協、保健福祉課が、毎日打ち合わせし、情報交換



取組の展開までの経緯

- 平成10年にヘルシーパークが完成し、診療所で訪問看護を開始
- 平成12年以降、訪看から参加を呼びかけ、包括やデイサービスも含めた他職種が参加する情報交換を開始
- 平成27年度より、ヘルシーパーク内におたっしゅクラブ（通所A）を開所。送迎、食事、利用日数は自己選択。週5日開催
【基本的な考え方】
利用者が介護される立場から自分の意思で活動する場とする 等
【内容】
毎日1時間の運動に加え、趣味活動や、保育園や小・中学校との交流事業、社会参加、地域貢献等を実施。
- 平成28年度より、生活・介護支援サポーターを養成。平成29年度より総合事業の訪問A・B・D、通所A、B（サロン）に入り地域の担い手として活躍している。

介護費用額と要介護認定率の推移（川上村）



※要介護認定率は、要介護認定者数をもとに算出。（要支援認定者数は含まない。）



愛知県豊明市における取組(地域分析と総合事業の設計)

地域のデータに基づく地域分析

・人口	68,728人	(30.4)
高齢者人口	17,484人	
・高齢化率	25.4%	

- 要支援者数は後期高齢者数の伸びをはるかに上回る勢いで増加。
 - ※ 平成18年→平成27年で、後期高齢者数は167%に対し、要支援者数は418%。
- 要支援者数の増加に伴い、予防給付の通所・訪問サービスの給付費が増大。
 - ※ 平成22年→平成26年で、介護予防通所介護は2.5倍（年平均伸び率35%）、介護予防訪問介護は1.5倍（年平均伸び率13%）
- 要支援者のサービス利用1年後の状態について、要支援者1の57%、要支援2の28%が重度化。（全国値は、要支援1の32%、要支援2の21%が重度化。）

仮説

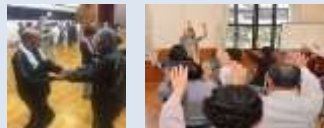
- 1 利用者の大幅な伸びは、市外（近隣市）に運動特化デイサービスの事業所が多くできたことによるところが大きいのではないか（状態維持・改善のアウトカムに繋がっていない）？
- 2 供給が需要を生む構造になっていないか？

豊明市における総合事業のコンセプトの設定

豊明市の総合事業のコンセプト

平成28年3月総合事業移行。
通所事業は、まちかど運動教室（一般介護予防）を中心に据え、短期集中的に高い専門性を持つ理学療法士等によるリハビリを行い、廃用症候群からの早期脱却を目指すプログラムとした。

市内20会場で地域運営のまちかど運動教室



市内デイケア事業所による質の高いリハビリ提供

豊明市リハビリ連絡協議会によるプログラム検討



介護給付と保険料の推移

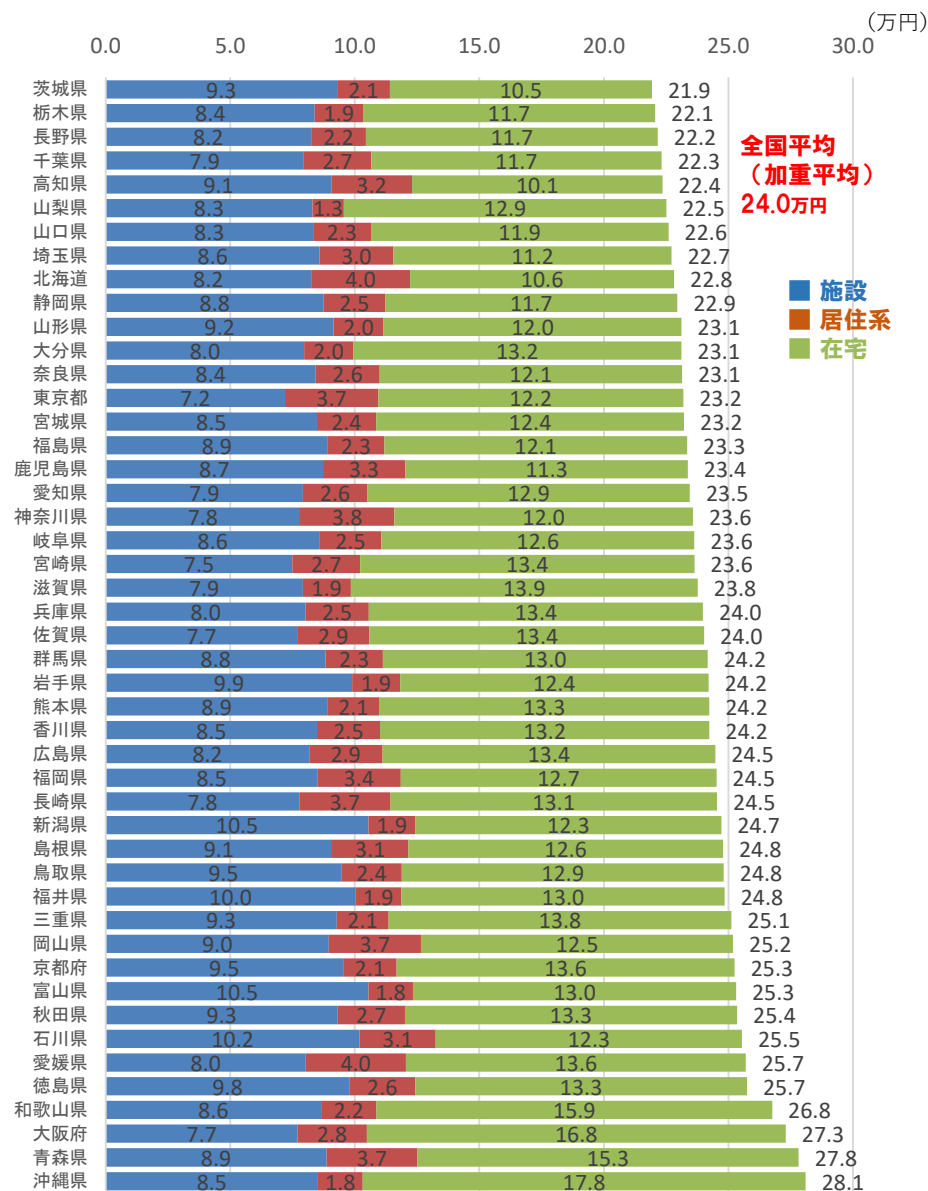
- 市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、介護保険料は上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

事業運営期間		事業計画	給付（総費用額）	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	第一期	3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2001年度			4.6兆円		
2002年度			5.2兆円		
2003年度	第二期	第二期	5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2004年度			6.2兆円		
2005年度			6.4兆円		
2006年度	第三期	第三期	6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H18年度改定 ▲0.5%
2007年度			6.7兆円		
2008年度			6.9兆円		
2009年度	第四期	第四期	7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H21年度改定 +3.0%
2010年度			7.8兆円		
2011年度			8.2兆円		
2012年度	第五期	第五期	8.8兆円	4,972円 (全国平均)	消費税率引上げに伴う H26年度改定 +0.63%
2013年度			9.2兆円		
2014年度			9.6兆円		
2015年度	第六期	第六期	9.8兆円	5,514円 (全国平均)	H27年度改定 ▲2.27%
2016年度			10.0兆円		
2017年度			10.8兆円		
2018年度	第七期	第七期	11.1兆円	5,869円 (全国平均)	H29年度改定 +1.14%
2019年度					
2020年度					

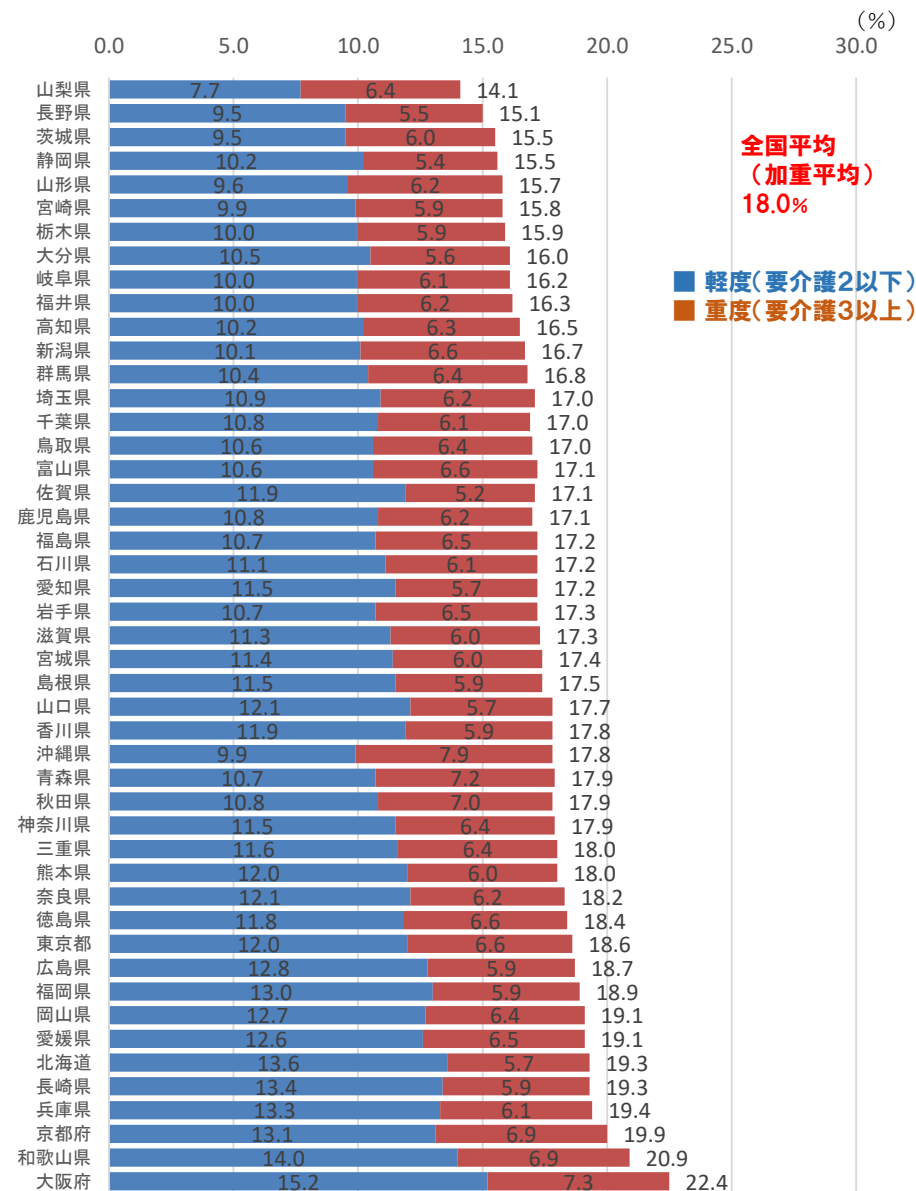
※2016年度までは実績であり、2017～2018年度は当初予算である。

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) 平成28年度

被保険者1人当たり介護給付費(年齢調整後)



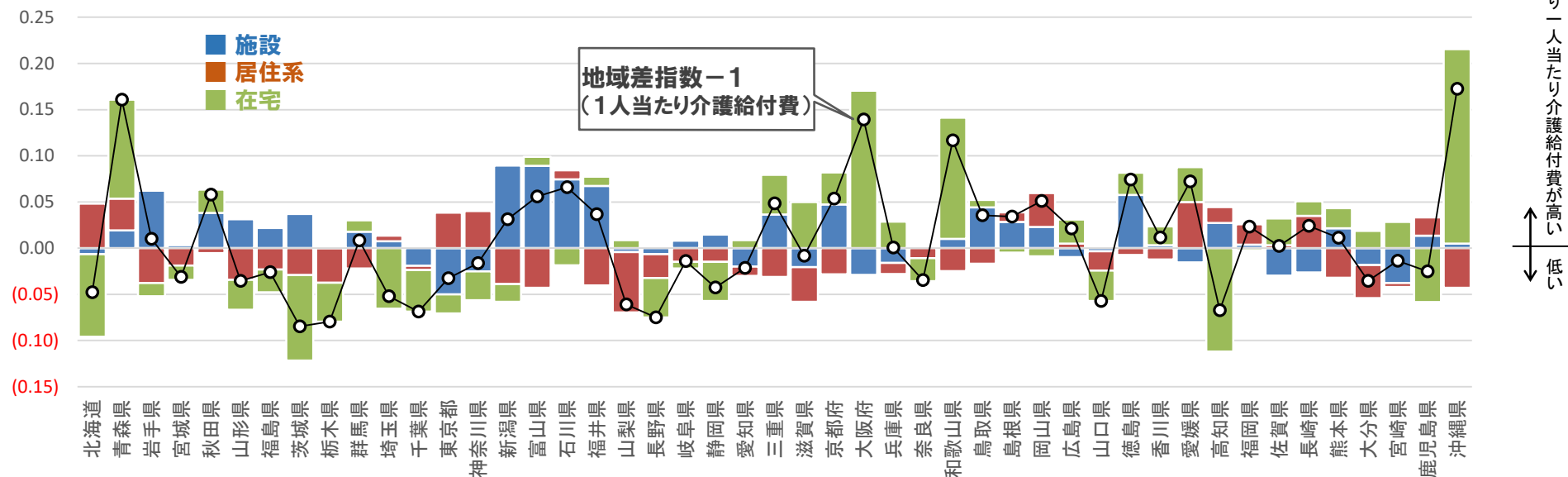
認定率(年齢調整後)



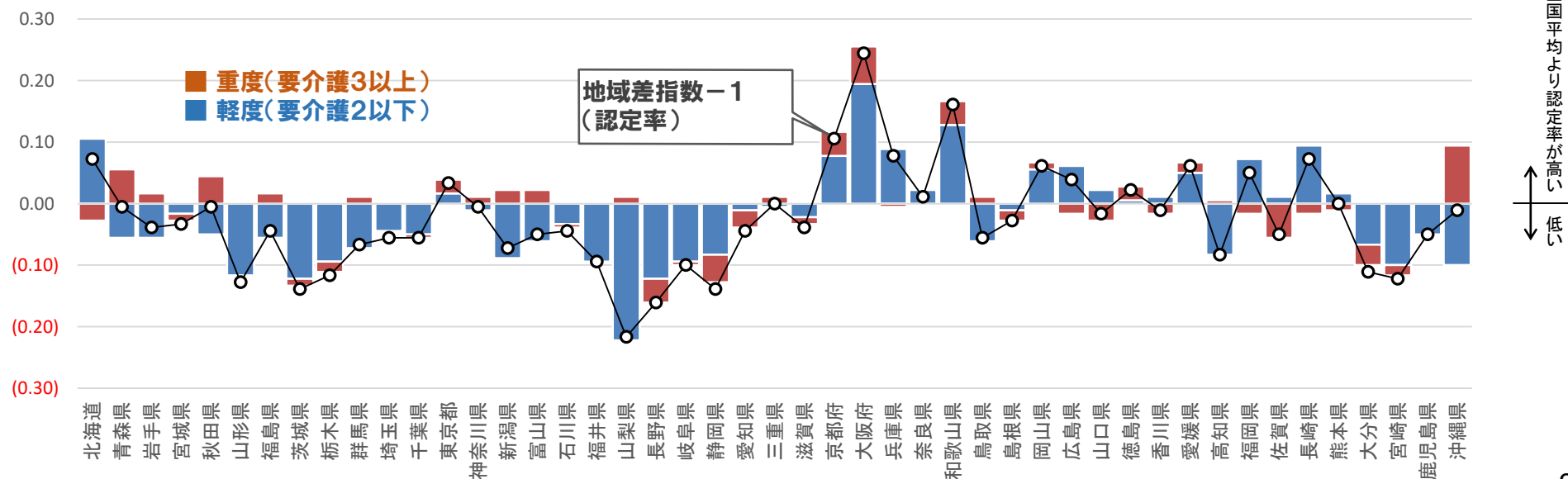
都道府県別地域差指数(寄与度別) 平成28年度

1人当たり介護給付費の地域差指数(施設・居住系・在宅の寄与度別)

※地域差指数の全国平均からの乖離(地域差指数-1)を寄与度に分解したもの
(地域差指数は、年齢調整後の値を全国値で割って指数化したもの(全国値=1))



認定率の地域差指数(寄与度別)



介護保険制度の改正の経緯

第1期
(平成12年度～)

第2期
(平成15年度～)

第3期
(平成18年度～)

第4期
(平成21年度～)

第5期
(平成24年度～)

第6期
(平成27年度～)

第7期
(平成30年度～)

平成12年4月 介護保険法施行

平成17年改正(平成18年4月等施行)

- 介護予防の重視(要支援者への給付を介護予防給付に。介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施。介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施)
- 施設給付の見直し(食費・居住費を保険給付の対象外に。所得の低い方への補足給付)(平成17年10月)
- 地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定 など

平成20年改正(平成21年5月施行)

- 介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制の整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化 など

平成23年改正(平成24年4月等施行)

- 地域包括ケアの推進。24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予(公布日)
- 介護職員によるたんの吸引等。有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護
- 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和。地域密着型サービスの公募・選考による指定を可能に。各都道府県の財政安定化基金の取り崩し など

平成26年改正(平成27年4月等施行)

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実(在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等)
- 全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化
- 低所得の第1号被保険者の保険料の軽減割合を拡大
- 一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ(平成27年8月) など

平成29年改正(平成30年4月等施行)

- 全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化
- 「日常的な医学管理」、「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、介護医療院の創設
- 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づけ
- 特に所得の高い層の利用者負担割合の見直し(2割→3割)、介護納付金への総報酬割の導入 など

【平成29年介護保険法改正】保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

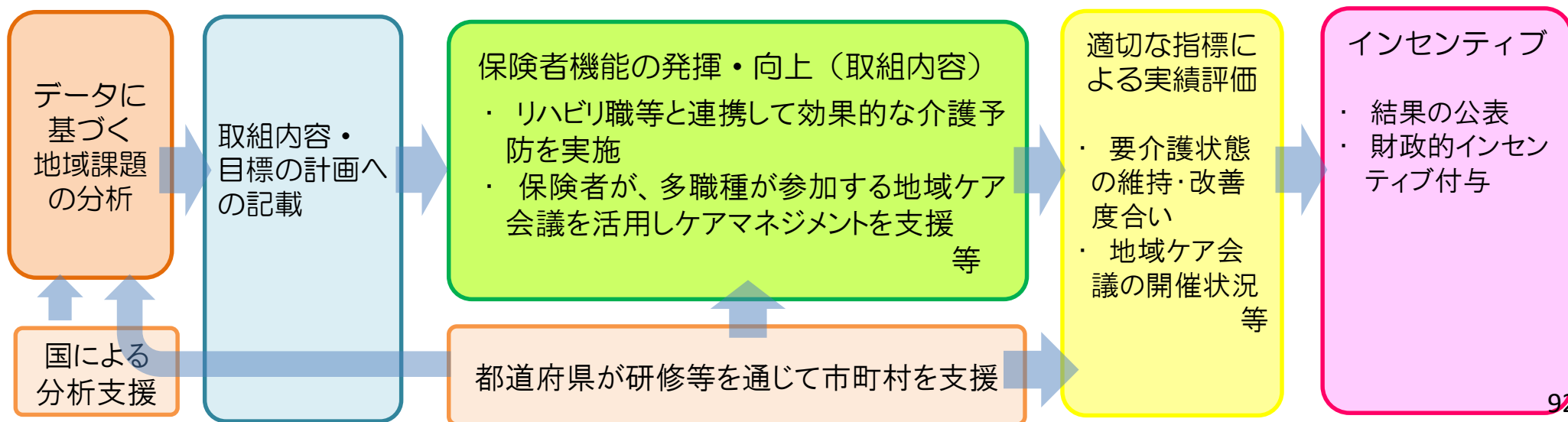
見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

(再掲)

- 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。
- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
 - ① データに基づく課題分析と対応(取組内容・目標の介護保険事業(支援)計画への記載)
 - ② 適切な指標による実績評価
 - ③ インセンティブの付与を法律により制度化。

※主な法律事項

- ・介護保険事業(支援)計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ・介護保険事業(支援)計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ・都道府県による市町村支援の規定の整備
- ・介護保険事業(支援)計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ・財政的インセンティブの付与の規定の整備



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

趣 旨

平成30年度予算額

200億円

(再掲)

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

概 要

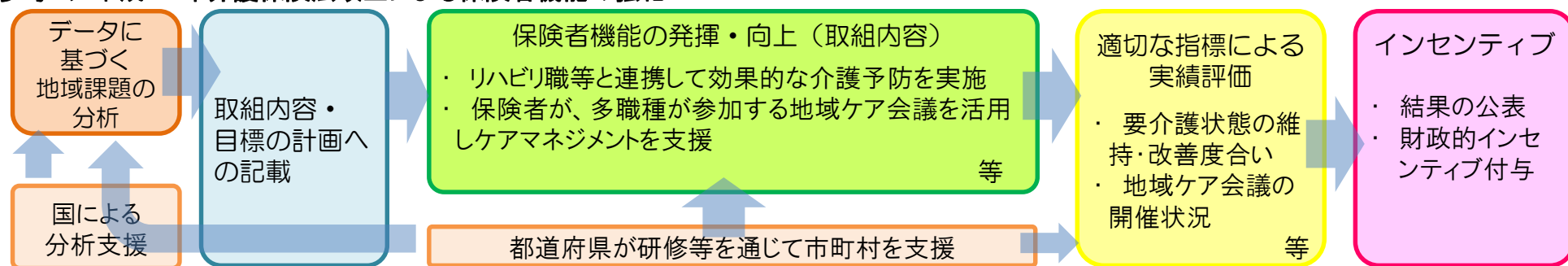
＜市町村分(200億円のうち190億円程度)＞

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

＜都道府県分(200億円のうち10億円程度)＞

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

＜参考1＞平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



＜参考2＞市町村 評価指標 ※主な評価指標

①PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化

- ☑地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、地域の介護保険事業の特徴を把握しているか 等

②ケアマネジメントの質の向上

- ☑保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、ケアマネジャーに対して伝えているか 等

③多職種連携による地域ケア会議の活性化

- ☑地域ケア会議において多職種が連携し、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか
- ☑地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か 等

④介護予防の推進

- ☑介護予防の場に関与する仕組みを設けているか
- ☑介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者数
はどの程度か 等

⑤介護給付適正化事業の推進

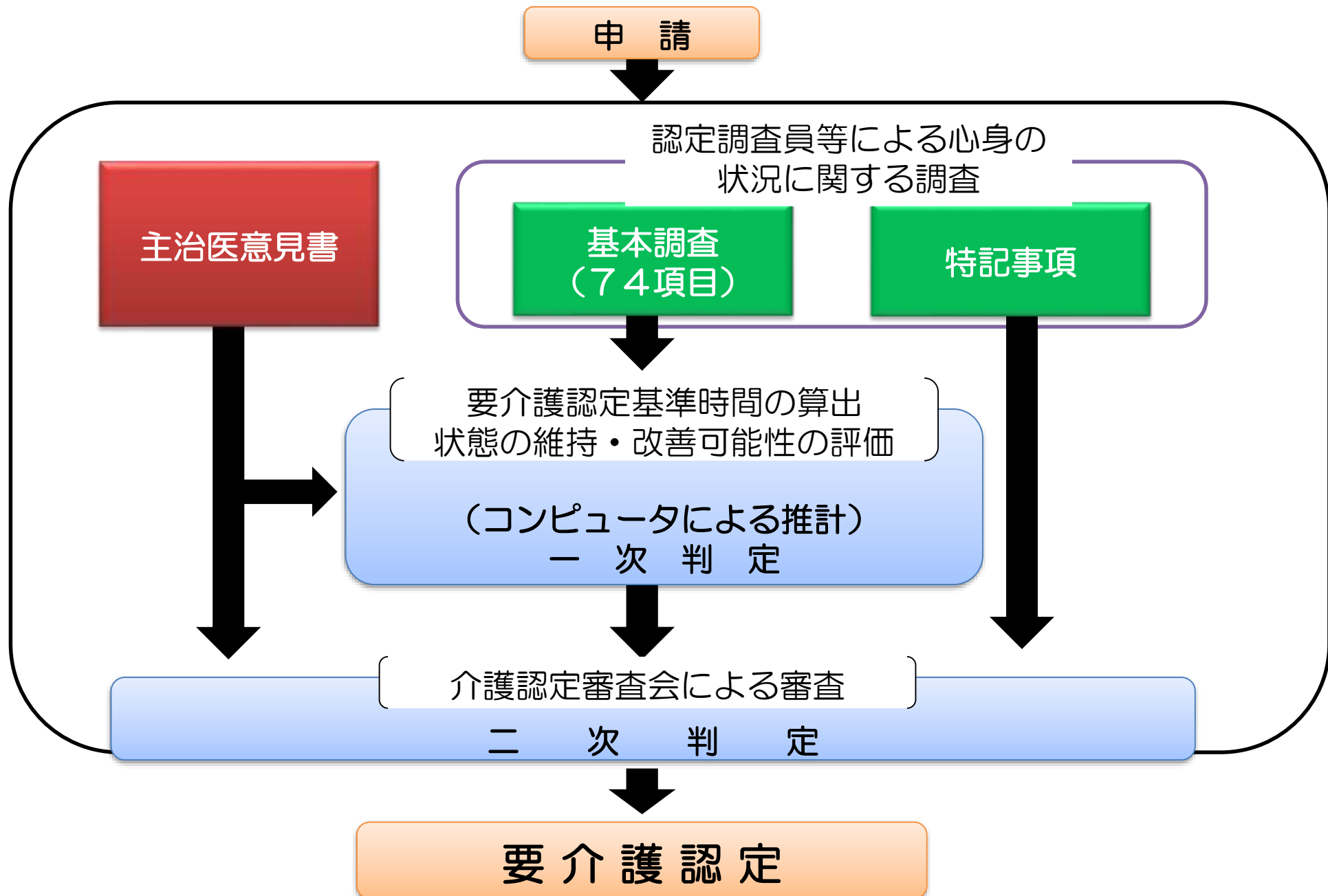
- ☑ケアプラン点検をどの程度実施しているか
- ☑福祉用具や住宅改修の利用に際してリハビリ専門職等が関与する仕組みを設けているか 等

⑥要介護状態の維持・改善の度合い

- ☑要介護認定者の要介護認定の変化率はどの程度か

※ 都道府県指標については、管内の地域分析や課題の把握、市町村向けの研修の実施、リハビリ専門職等の派遣状況等を設定

要介護認定の流れ



平成30年度からの要介護認定の見直し

要介護認定に係る認定審査会の簡素化について

簡素化対象要件

平成30年4月1日以降の申請について、6要件の全てに合致する者について、認定審査会の簡素化が可能

【条件①】 第1号被保険者である

【条件②】 更新申請である

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

【条件④】 前回認定の有効期間が12か月以上である

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

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

※ 簡素化の対象となり得る認定申請は全申請の22.9%を想定（H28年度の申請に基づき推計）

簡素化についての考え方

- 簡素化の具体的な方法は、保険者において決定するが、少なくとも審査会の開催自体は行うことが適当。
- ①～⑥の条件に合致する者であっても、各保険者の判断により審査会を簡素化せずに実施することは妨げられない。保険者により①～⑥に加えて新たな要件を設けることも差し支えない。（例：コンピュータ判定結果が要支援2/要介護1の者については、状態の安定性に関わらず簡素化しないこととする 等）
- 認定審査会を簡素化して実施した場合も、介護保険法第27条第4項等に定める審査会への審査判定の求め及び同条第5項に定める審査会による審査判定を実施した扱いとなる。

要介護認定に係る有効期間

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

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

介護関連データベースの構成



介護保険総合データベース

- 市町村から要介護認定情報（2009年度～）、介護保険レセプト情報（2012年度～）を収集。
- 2018年度より介護保険法に基づきデータ提供義務化。

通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業のデータ

- 通称“VISIT”（monitoring & eValuation for rehabIilitation ServIces for long-Term care）
- 通所リハビリテーション事業所や訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集（2017年度～）。
- 2018年度介護報酬改定で、データ提出を評価するリハビリマネジメント加算(Ⅳ)を新設。

上記を補完する介入、状態等のデータ

- 通称“CHASE”（Care, HeAlth Status & Events）
- 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において具体的な内容を検討し、データベースに用いる初期項目（265項目（※））を選定。
- 収集経路は、今後、収集内容を踏まえて検討。
- 2020年度からの本格運用を目指す。

（※）

- 既に事業所で収集され、電子化されている可能性が高い項目を選定。
- 事業所の負担を考慮し、全ての項目の入力を求めることは想定しない。
- 項目は今後随時見直し予定。

NDB、介護DBの連結解析等

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

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

1. NDBと介護DB【高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法】

NDB : National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan
(レセプト情報・特定健診等情報データベース)
介護DB : 介護保険総合データベース

(1) 両データベースの情報の提供（第三者提供）、連結解析

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

※相当の公益性を有する研究等の例：国や自治体による施策の企画・立案のための調査、民間事業者による医療分野の研究開発のための分析等（詳細については関係者の議論を踏まえて決定）

特定の商品又は役務の広告、宣伝のための利用等は対象外

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

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

(2) 情報の適切な利用の確保

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

(3) 手数料、事務委託

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

※具体的な手数料の額、減額の基準については別途検討。

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

2. DPCデータベース【健康保険法】

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

NDB、介護DBの連結解析等

NDB

<収納情報（H29年度末時点）>

医療レセプト（約**153**億件）、特定健診データ（約**2.6**億件）

<主な情報項目>

（レセプト）傷病名、投薬、診療開始日、診療実日数、検査 等
（特定健診）健診結果、保健指導レベル

<収集根拠> 高齢者医療確保法第16条

<保有主体> 国（厚労大臣）

<主な用途>

医療費適正化計画の作成等、医療計画、地域医療構想の作成等

<第三者提供>

有識者会議の審査を経て実施（H23年度～）

提供対象者：国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、
医療の質向上を目的とする公益法人等の研究者に提供

<匿名性>

匿名（国への提出前に匿名化、個人特定可能な情報を削除）

介護DB

<収納情報（H29年度末時点）>

介護レセプト（約**9.2**億件）、要介護認定情報（約**0.5**億件）

<主な情報項目>

（レセプト）サービスの種類、単位数、要介護認定区分 等
（要介護認定情報）要介護認定一次、二次判定情報

<収集根拠> 介護保険法第118条の2

<保有主体> 国（厚労大臣）

<主な用途>

介護保険事業（支援）計画の作成等

<第三者提供>

有識者会議の審査を経て実施（H30年度～）

提供対象者：国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、
国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持
向上等を目的とする公益法人等の研究者に提供

<匿名性>

匿名（国への提出前に匿名化、個人特定可能な情報を削除）

NDB、介護DBの連結解析の例

- ① 地域毎・疾患毎のリハビリ・退院支援等の利用状況と在宅復帰率の関係の比較・分析
- ② 特定保健指導等による適正化効果を、医療費への影響に加え、将来の介護費への影響も含めて分析

DPCデータベース（特定の医療機関への入院患者に係る入院期間のレセプト情報や病態等に係る情報のデータベース）

<収納情報> DPCデータ（約1400万件/年）

<主な情報項目>

傷病名、病態（一部疾患のみ）、投薬、入退院年月日、検査、
手術情報 等

<収集根拠> 平成20年厚生労働省告示第93号第5項

<保有主体> 国（厚労大臣）

<主な用途> 診療報酬改定、DPC/PDPS（※）導入の影響評価 等

※急性期入院医療の包括支払い方式

Diagnosis Procedure Combination（診断群分類）/Per-Diem Payment System（一日当たり支払い方式）

<第三者提供> 有識者会議の審査を経て実施（H29年度～）

<匿名性> 匿名（個人特定可能な情報は収集していない）

- 2017年度より、通所リハビリテーション事業所や訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集
- 2018年度介護報酬改定で、データ提出を評価するリハビリマネジメント加算（Ⅳ）を新設。
- 2018年12月末時点で565事業所が参加

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）の概要

算定要件等

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

単位数

【通所リハビリテーション】

<現行>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)
 6月以内 1020単位／月
 6月以降 700単位／月

⇒

<改定後>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)
 6月以内 1220単位／月（新設）
 6月以降 900単位／月（新設）

【訪問リハビリテーション】

<現行>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)
 150単位／月

⇒

<改定後>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)
 420単位／月（新設）
 ※ 3月に1回を限度とする

CHASE①（科学的裏付けに基づく介護に係る検討会）

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護サービスの方法論を確立、普及していくために必要な検討を行うため、有識者による「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」を開催
- 研究に利用可能な項目のうち、既に電子化され現場の負担を増やさずに収集できる項目から開始する方向で検討
- CHASEの初期仕様について中間とりまとめを実施。

検討の経緯

○第一回（2017年10月12日）

- 検討会の基本的な問題意識及び共通理解の確認
- 既存のエビデンス※¹の確認及び整理
 - ※1
 - 過去に実施した老人保健健康増進等事業
 - 過去に実施した厚生労働科学研究費補助金研究事業
 - 2017年度老人保健健康増進等事業「自立に資する介護に関する調査研究事業」において一般から募集した提案
 - 構成員から提出された資料

○第二回（2017年10月26日）

- 既存のデータベース※²についての整理
- 今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について、検討の前提となる情報、検討の方針及び枠組みについて検討
- 「栄養」領域に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討
 - ※2
 - 介護保険総合データベース
 - 通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業（VISIT）

○第三回（2017年11月7日）

- 「リハビリテーション」、「（主に介護支援専門員による）アセスメント」、「介護サービス計画（ケアプラン）」に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討

○第四回（2017年12月21日）

- 「認知症」、「利用者満足度」、「リハビリテーション以外の介入の情報」に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討

○第五回（2018年3月9日）

- 第4回までの議論の取りまとめ

構成員	
秋下雅弘	東京大学医学部附属病院老年病科教授
伊藤健次	山梨県立大学人間福祉学部福祉コミュニティ学科 准教授
海老原寛	東邦大学医療センター大森病院リハビリテーション科教授
近藤和泉	国立長寿医療研究センター機能回復診療部部長
真田弘美	東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学/創傷看護学分野教授
白石成明	日本福祉大学健康科学部リハビリテーション学科教授
鈴木裕介	名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学老年科学教室 准教授
武田章敬	国立長寿医療研究センター在宅医療・地域連携診療部長
利光久美子	愛媛大学医学部附属病院 栄養部 部長
◎鳥羽研二	国立長寿医療研究センター 理事長
福井小紀子	大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 地域包括ケア学・老年看護学研究室教授
藤井賢一郎	上智大学社会人間科学部社会福祉学科准教授
松田晋哉	産業医科大学公衆衛生学教授
三上直剛	日本作業療法士協会事務局
八木裕子	東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科 准教授

◎は座長

※上記の他、葛西参与、宮田教授、田宮教授が出席。また、オブザーバーとして、日本医師会、全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会が参加。

CHASE②（介護分野における今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について（検討会中間とりまとめの概要））

I はじめに

介護領域には、介護保険総合データベース、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業によるデータベース（Monitoring & Evaluation for Rehabilitation Services for Long-term Care, VISIT）といった既存のデータベースがあるが、それらで収集されていないものを補完的に収集することによって、介護領域におけるエビデンス構築により資すると考えられる。この既存のデータベースを補完するデータベースをCHASE（Care, Health Status & Events）と名付け、その具体的な内容を検討し、成果をとりまとめた。

II CHASEの仕様案について

①項目選定の基本方針

CHASEの初期仕様で収集する項目を以下の方針をもとに選定した。

- ・対象となる事業所の大部分で既に電子的に取得されている情報。
- ・一定程度の事業所において既に電子的に取得されており、その方法が簡便であって、他の事業所でも容易に導入、実施できると思われるもの。

②初期仕様案の項目の策定方法

- ・構成員から提案された項目について、「研究の重要性」及び「データ利用の可能性」の2点から評価し、一定の基準を超えたもの。
- ・介護支援専門員等によるアセスメントデータについて、比較的シェアが高い方式によるもの。
（異なるアセスメント方式によってとられたデータでも相互に比較できるよう、アセスメントデータを共通のフォーマットへ変換したものを格納）
- ・介護報酬の加算等の算定において求められる様式のうち分析しやすいと思われる項目。
（数値を求めているもの、コード化されているもの等）
- ・リハビリテーション以外のサービス提供内容について、訪問介護事業所における電子記録等から収集できるもの。

③運用に関する考え方

- ・対象となる事業所が限られるものや、電子化され提供可能になっているとは限らないものがあるため、各事業所に初期仕様案の項目すべてについてデータ提出を求めるのではなく、各事業所で提出可能なものを提出してもらうこととする。

III 今後の課題

以下の項目に関して、検討会で引き続き検討を行う。

①初期仕様案の今後の変更に関する検討

- ・初期仕様案は随時バージョンアップ。
- ・バージョンアップの中で、新たに必要と思われる項目の追加、必要性が低いと思われる項目の削除、測定目的が重複している項目の整理等を行っていく。

②各事業所からのデータ提出に対する動機付けに関する検討

③現時点では収集が困難であるが、将来的に収集が有意義と思われる項目（「うつ」の発生の有無、睡眠時間、転倒回数、難聴、視力低下等）の検討

④科学的裏付けに基づく介護を推進していく上で引き続き検討が必要な内容の検討

CHASE③（収集する具体的項目の例（一部抜粋））

項目名称	属性	備考
栄養マネジメントに関する情報		
身長	数値	センチメートル単位入力
体重	数値	キログラム単位入力（小数点第一位まで）
血清アルブミン値	数値	小数点第一位まで入力（g/dl）
食事摂取量	数値	%で入力（整数）
水分摂取量	数値	一日の水分摂取量を記載する。ミリリットル単位入力
経口移行・維持に関する情報		
経口摂取の状態	文字列	10の位：歯又は使用中の義歯がある（0：非該当 1：該当） 1の位：食事の介助が必要である（0：非該当 1：該当） 例）歯または使用中の義歯がある→該当 かつ 食事の介助が必要である→該当⇒11と入力
口腔機能向上に関する情報		
かかりつけ歯科医	文字列	0 なし 1 あり
改定水飲みテスト_結果	文字列	1 嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫 2 嚥下あり、呼吸切迫 等
個別機能訓練に関する情報		
自分で食べる		興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する
アセスメント等に関する情報		
食事の回数	数値	一日の食事の回数を整数で入力する
認知症に関する情報		
改定長谷川式認知症スケール（HDS-R）	数値	HDS-Rの値を記載
同じことを何度も何度も聞く	文字列	0 全くない 1 ほとんどない 2 ときどきある 3 よくある 4 常にある
日常生活動作に関する情報		
Barthel Index	文字列	
FIM	文字列	

Ⅱ－１ 介護予防・健康づくりの推進

（健康寿命の延伸）

Ⅱ－２ 保険者機能の強化

（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）

Ⅱ－３ 地域包括ケアシステムの推進

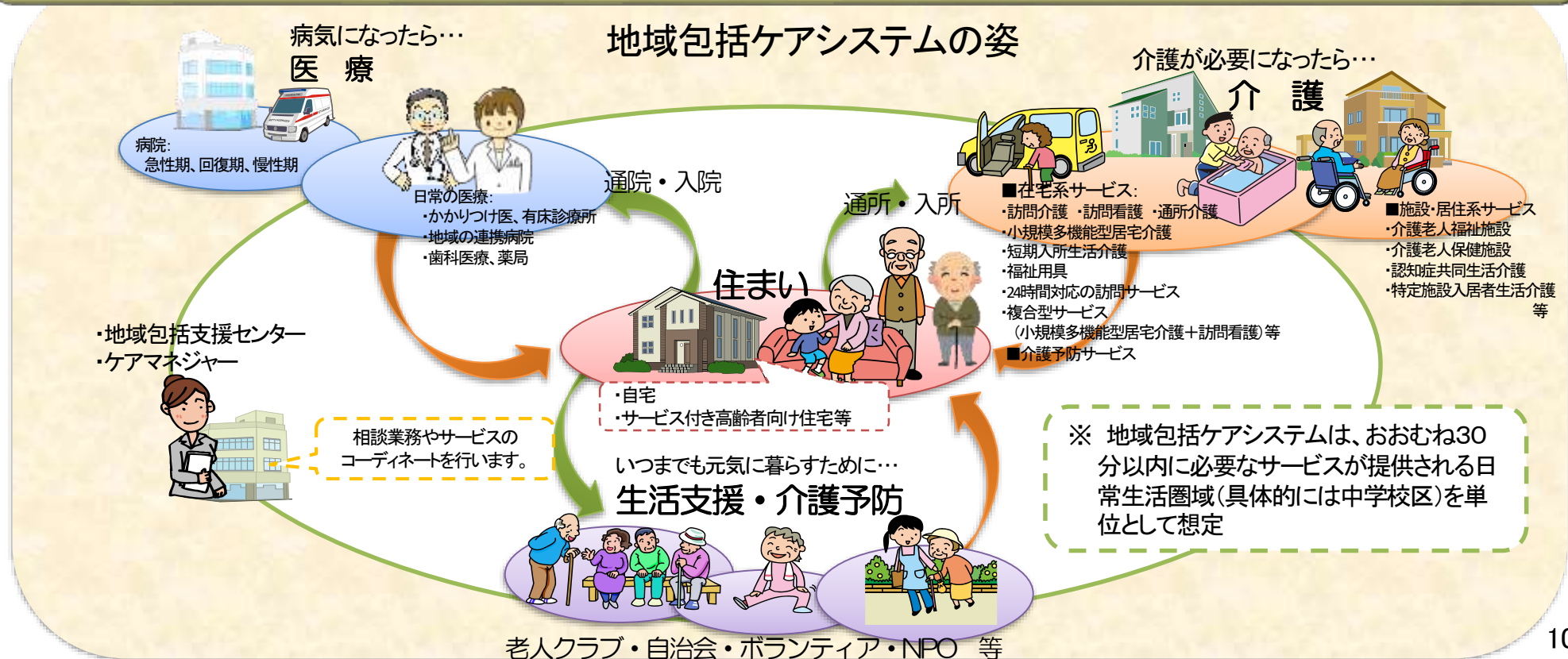
（多様なニーズに対応した介護の提供・整備）

Ⅱ－４ 認知症「共生」・「予防」の推進

Ⅱ－５ 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新

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。**



地域包括ケアに関する規定

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年12月公布）

（医療制度）

第四条

- 4 政府は、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応して**地域包括ケアシステム（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。次条において同じ。））、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。次項及び同条第二項において同じ。）**を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項及び診療報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一～三（略）

（介護保険制度）

第五条

- 2 政府は、低所得者をはじめとする国民の介護保険の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図りつつ、**地域包括ケアシステムの構築を通じ**、必要な介護サービスを確保する観点から、介護保険制度について、次に掲げる事項及び介護報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一～六（略）

介護保険法第5条第3項

⇒平成23年介護保険法改正で追加した地域包括ケアの規定

（国及び地方公共団体の責務）

第五条

- 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。

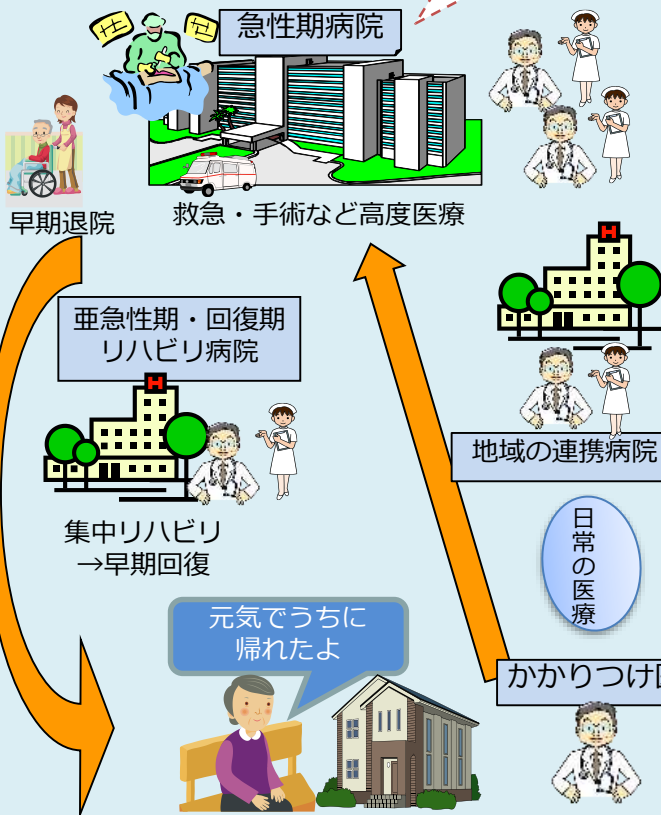
在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ

病気になったら



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

包括的 マネジメント

- ・在宅医療連携拠点
- ・地域包括支援センター
- ・ケアマネジャー



- ・医療から介護への円滑な移行促進
- ・相談業務やサービスのコーディネート

退院したら

<地域包括ケアシステム> (人口1万人の場合)

医療



通院

在宅医療
・訪問看護

- ・在宅医療等 (1日当たり 17→29人分)
- ・訪問看護 (1日当たり 31→51人分)

介護



通所

訪問介護
・看護

- ・グループホーム (17→37人分)
- ・小規模多機能 (0.22か所→2か所)
- ・デイサービス など

- ・介護人材 (219→364~383人)

住まい



自宅・ケア付き高齢者住宅

- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービス (15人分)

※地域包括ケアは、人口1万人程度の中学校区を単位として想定



老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

生活支援・介護予防

※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

「地域医療構想」の実現に向けた一層の取組

平成30年11月20日 経済財政諮問会議
厚生労働大臣提出資料（抄）

- 2018年度末までの全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成に向け、議論活性化、インセンティブ設定等を実施。
- 2019年度前半に、作成された具体的対応方針を詳細に検証し、着実な実施や地域医療構想実現のために必要な施策を講じる。

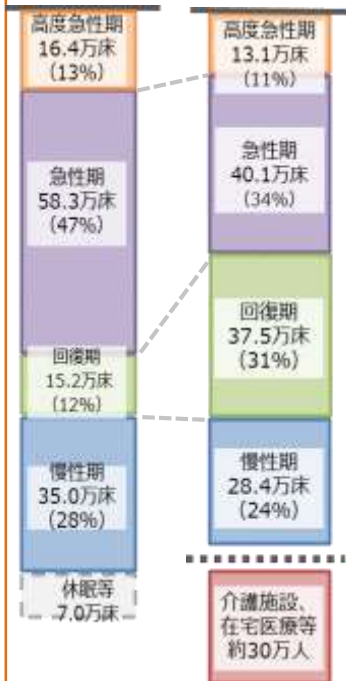
2016年度

構想策定完了

地域ごとに、2025年時点での
病床の必要量を『見える化』

足下の病床機能
(2017年7月現在) **計131.9万床**

2025年の
病床必要量 **計119.1万床**



2017年度

2年間程度で集中的な検討を促進

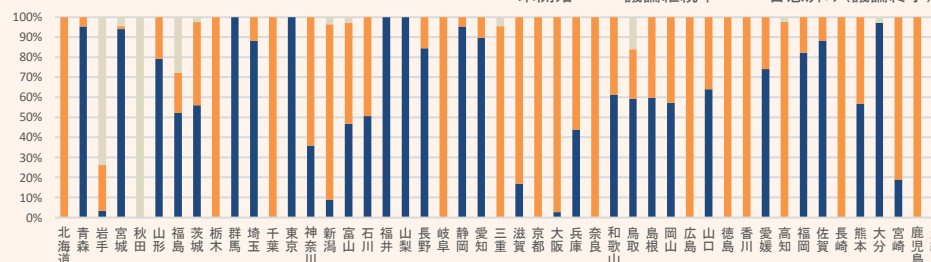
具体的対応方針の速やかな策定に向けた取組

地域のビジョンをもとに
具体的な医療機関ごとのビジョンへ

具体的対応方針の議論の状況

- 2018年3月末から9月末までに合意済みの公立・公的医療機関等の病床数が **3.1万床から23.6万床（約半数）** まで増加
- 取組が遅れている都道府県の実況を把握し、2018年度末までに全ての公立・公的医療機関等で合意済みとなるよう取組を推進

都道府県別の議論の状況

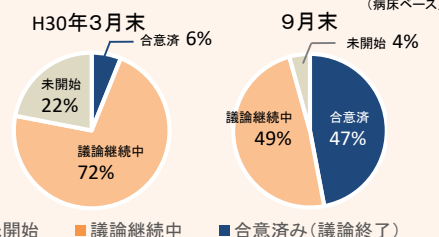


2018年度

全ての公立・公的医療機関等の
具体的対応方針の合意形成

具体的対応方針：2025年の医療機能別の病床数の達成に
向けた医療機関ごとの対応方針

公立・公的医療機関等に関する議論の状況
(病床ベース)



2019年度

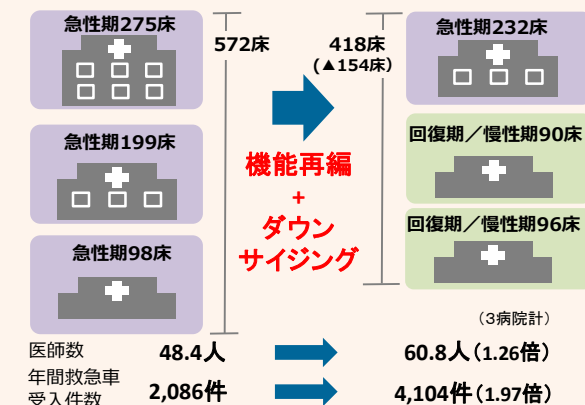
具体的対応方針の検証

具体的対応方針の実態に応じた推進策を更に充実

PDCAサイクルの着実な実施

機能分化連携のイメージ（奈良県南和構想区域）

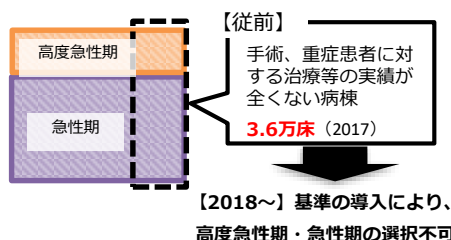
- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院（急性期）と2つの回復期／慢性期病院に再編し、**ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



構想達成のための具体的推進策

2018年10月病床機能報告に定量的基準を導入

- 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病床を適正化**



慢性期から介護施設、在宅医療等への移行

- 2017年10月の病床機能報告では、慢性期病床から **1.8万床** が介護施設等へ**転換予定**と報告。
- 2018年9月末までに **4.6千床** が介護医療院に**転換済み**

➡ 転換支援策により、着実に推進

地域の議論の活性化に向けた方策

- 2018年6月より**都道府県単位の地域医療構想調整会議**の設置（28都道府県設置済）
- 2018年6月より**地域医療構想アドバイザー**の任命（77名）
・地域医療構想調整会議に参加し、議論が活性化するように参加者に助言
- ➡ **転換事例の分析**や**好事例の横展開**により、着実に推進

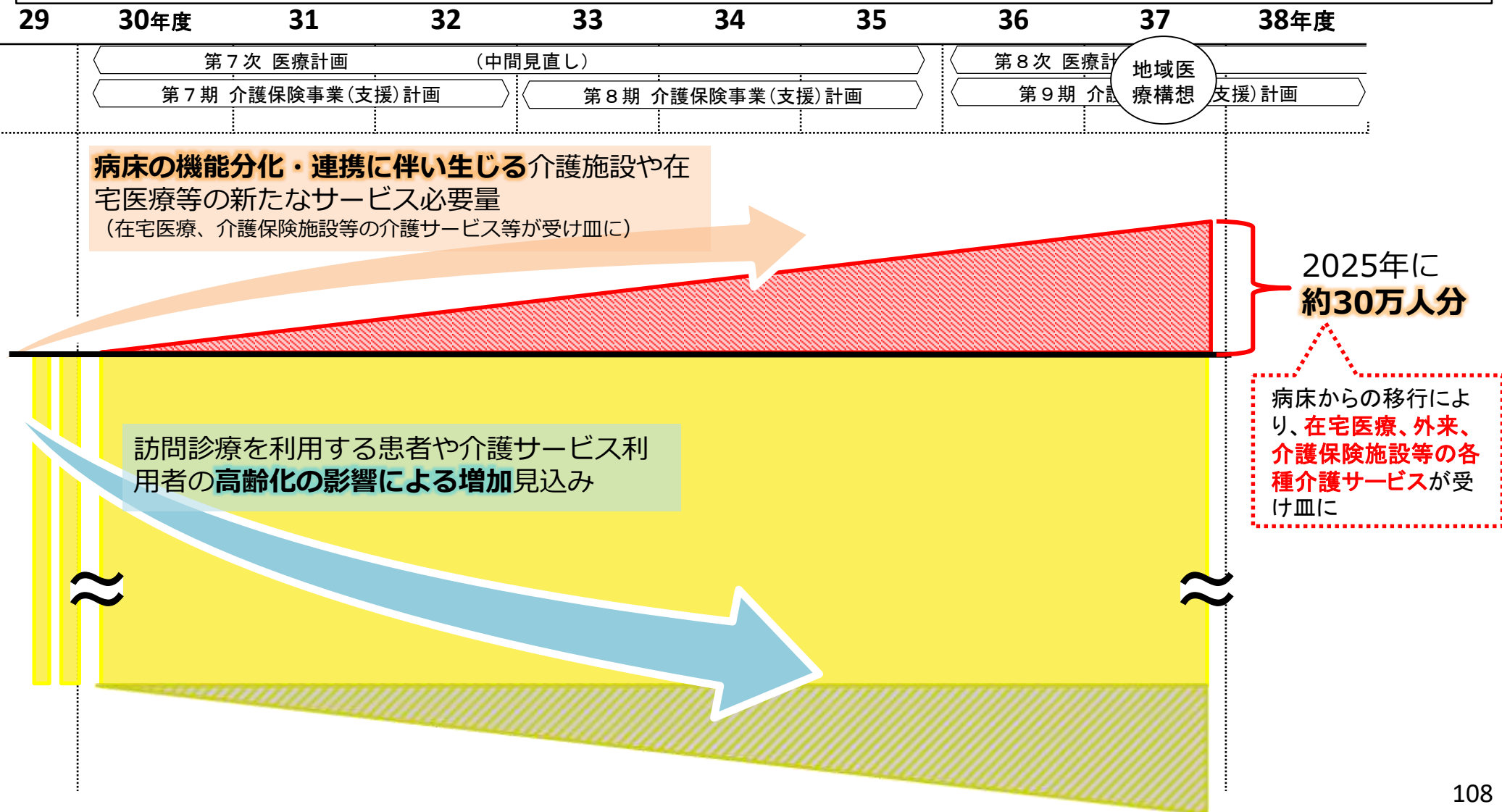
2018年度地域医療介護
総合確保基金（934億円）

- **具体的対応方針**のとりまとめに応じて、基金を**重点的に配分**
- 病床のダウンサイジングに向けた取組を具体的に推進できるよう、基金事業の対象を拡大

➡ 2019年度は、**更なる基金の重点的配分**を検討

地域医療構想を踏まえた2025年における介護施設・在宅医療等のイメージ

- 2025年に向け、在宅医療や介護サービスの需要は、「**高齢化の進展**」や「**地域医療構想による病床の機能分化・連携**」により増加する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、**都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築**していくことが重要。



各計画の終了時点における新たなサービス必要量の推計方法

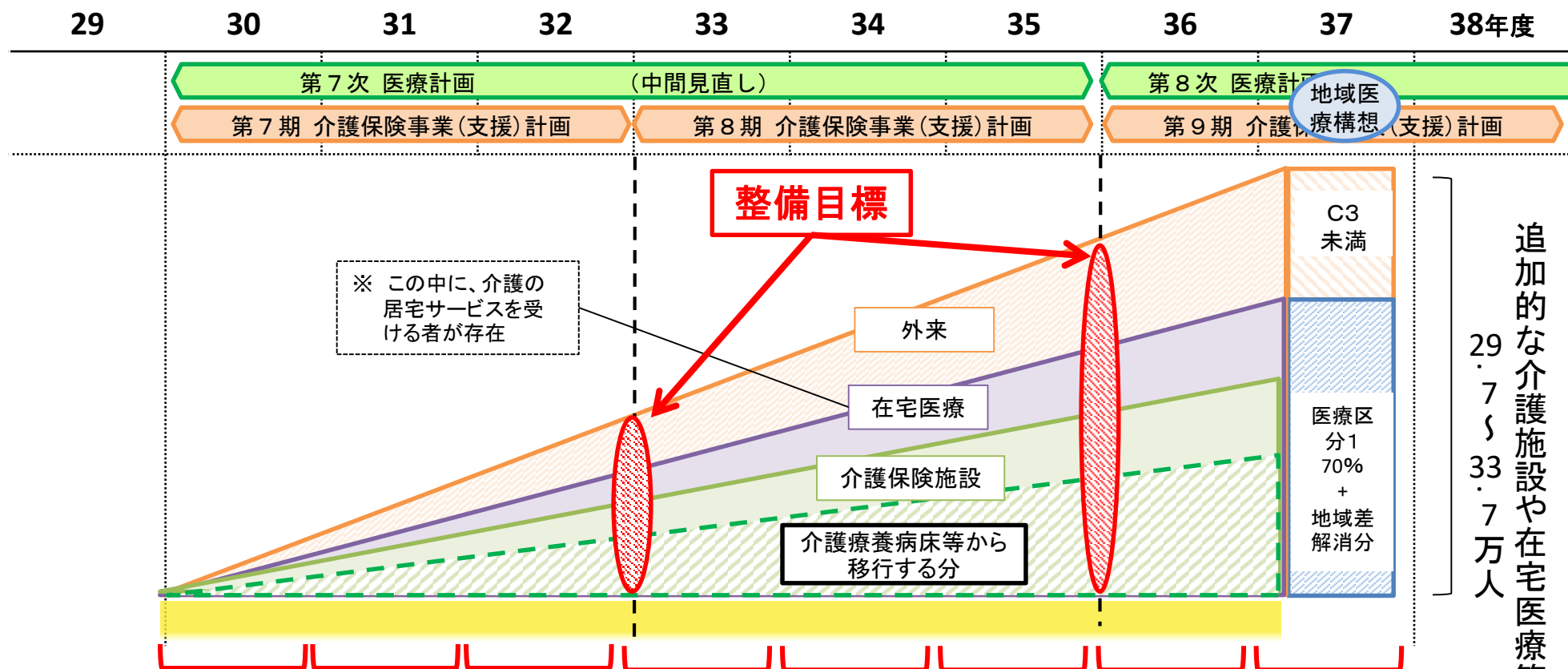
第11回医療介護総合確保
促進会議参考資料4(抄)

- ② 市町村別に按分した2025年(平成37年)の必要量から、第7期介護保険事業(支援)計画の終了時点(平成32年度末)、第7次医療計画の終了時点(平成35年度末)の数値を、比例的に推計する。

第11回医療計画の見直し等に関する検討会 資料1
(H29.6.30)



- 比例的に推計する方法について、具体的には、始点を平成30年、終点を平成37(2025)年度末と設定して行うことを基本とする。



2025年の新たなサービス必要量の推計値を、8年間で等比按分
(例) 32年度末時点のサービス必要量 = 37年のサービス必要量 × 3/8

地域包括ケアシステムの構築

※金額は31年度所要額(公費)

団塊の世代が75歳以上となり医療・介護等の需要の急増が予想される2025(平成37)年を目途に、医療や介護が必要な状態になっても、できるだけ住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期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「地域包括ケアシステム」の構築に向けて取組を進める。

I 介護サービスの充実と人材確保

(1) 地域医療介護総合確保基金(介護分) 824億円

- 医療介護総合確保推進法に基づき、各都道府県に設置した地域医療介護総合確保基金(介護分)を活用し、介護施設等の整備を進めるほか、介護人材の確保に向けて必要な事業を支援する。

① 介護施設等の整備に関する事業

地域密着型特別養護老人ホーム等の地域密着型サービス施設の整備に必要な経費や、介護施設(広域型を含む)の開設準備等に必要な経費、特養多床室のプライバシー保護のための改修など介護サービスの改善を図るための改修等に必要な経費の助成を行う。(701億円)

② 介護従事者の確保に関する事業

多様な人材の参入促進、資質の向上、労働環境・処遇の改善の観点から、介護従事者の確保対策を推進する。(124億円)

※基金の負担割合
国2/3 都道府県1/3

(2) 平成27年度介護報酬改定における消費税財源の活用分 (介護職員の処遇改善等) 1,196億円

- 平成27年度介護報酬改定による介護職員の処遇改善等を引き続き行う。

- ・1人あたり月額1万2千円相当の処遇改善
(893億円<改定率換算で+1.65%>)
- ・中重度の要介護者や認知症高齢者等の介護サービスの充実
(303億円<改定率換算で+0.56%>)

II 市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策の推進など地域支援事業の充実 534億円

- 全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療・介護連携

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

認知症施策

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応、社会参加活動の体制整備、認知症カフェの設置や認知症の本人が集う取組を推進(※)

地域ケア会議

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進

生活支援の充実・強化

生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、地域における生活支援の担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

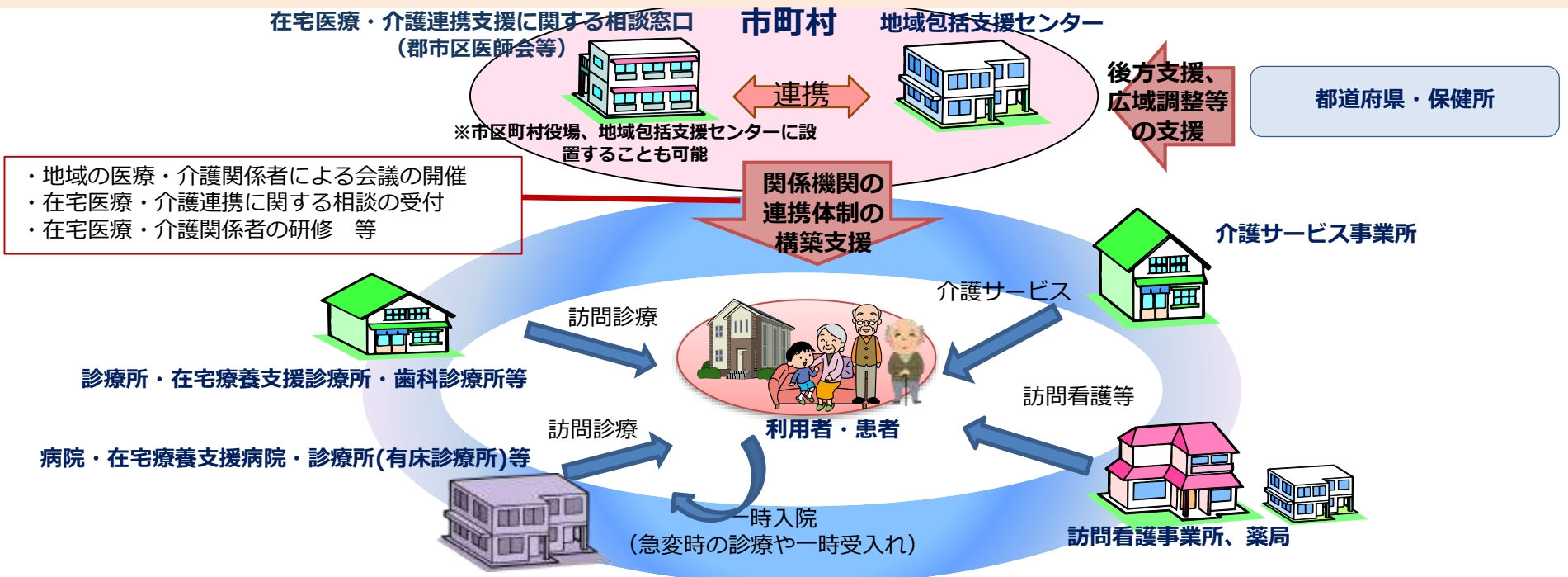
注1 上記の地域支援事業の負担割合は、国38.5%、都道府県19.25%、市町村19.25%、1号保険料23%(公費割合は77%)。

注2 併せて、介護予防・日常生活支援総合事業を推進する。

(※)さらに平成31年度からの拡充施策として、地域において「生きがい」をもった生活や認知症予防等の介護予防に資するよう、認知症地域支援推進員の取組として、新たに社会参加活動のための体制整備を地域支援事業に位置づけ、その取組を支援。

在宅医療・介護連携の推進

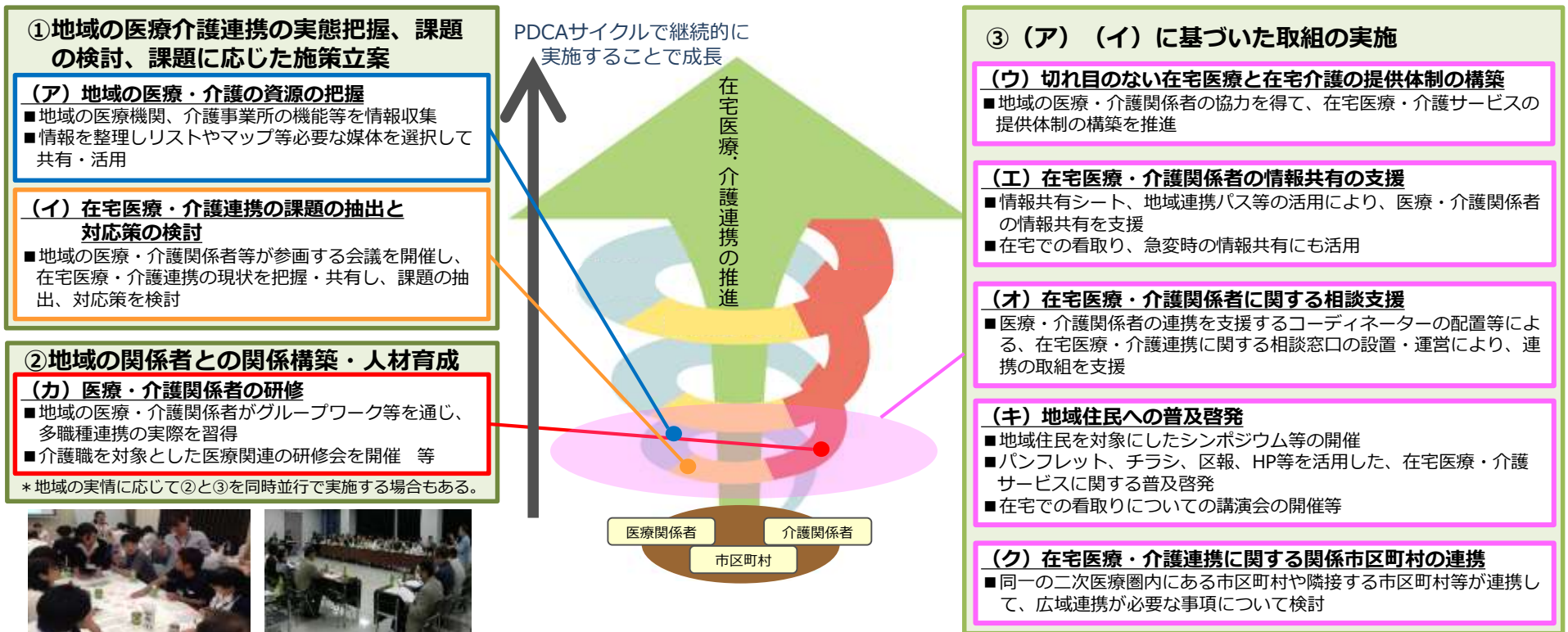
- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
（※）在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



在宅医療・介護連携推進事業

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

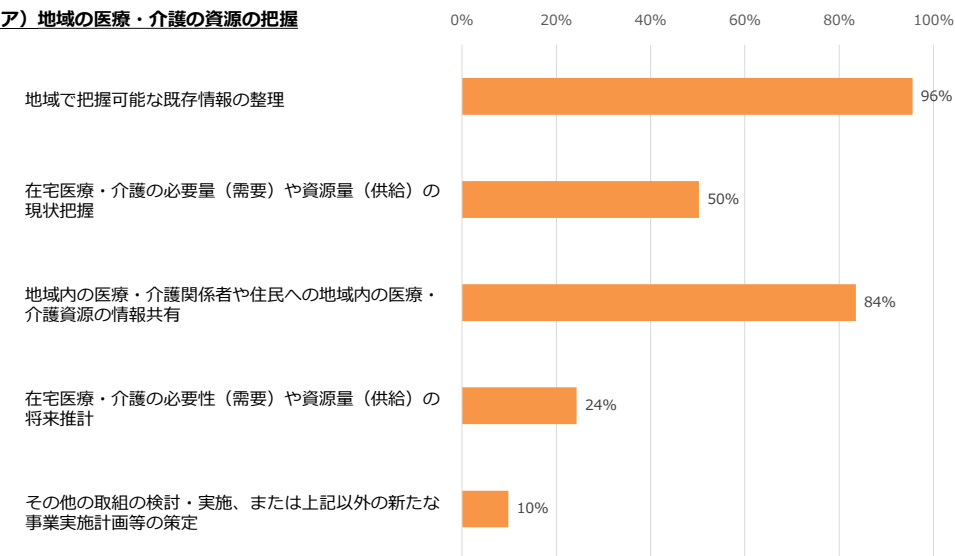
事業項目と事業の進め方のイメージ



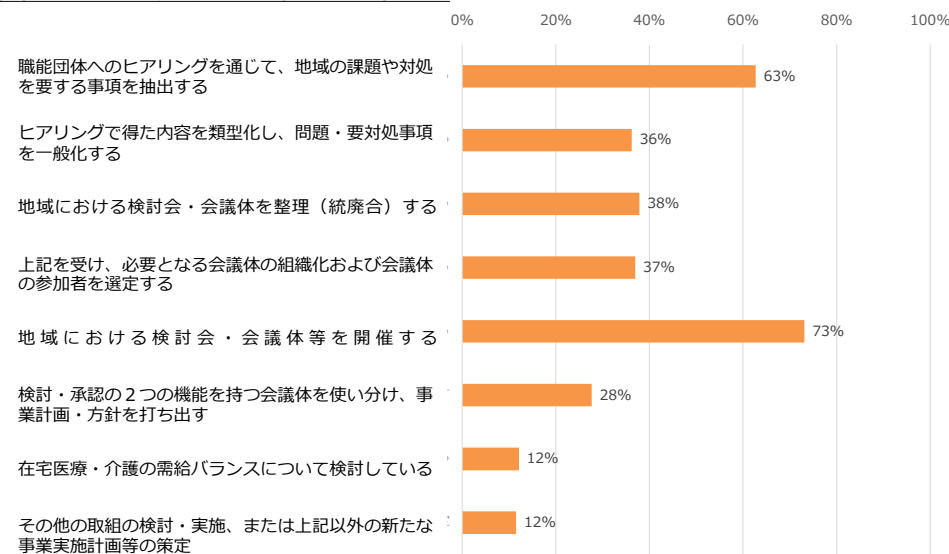
* 図の出力：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

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

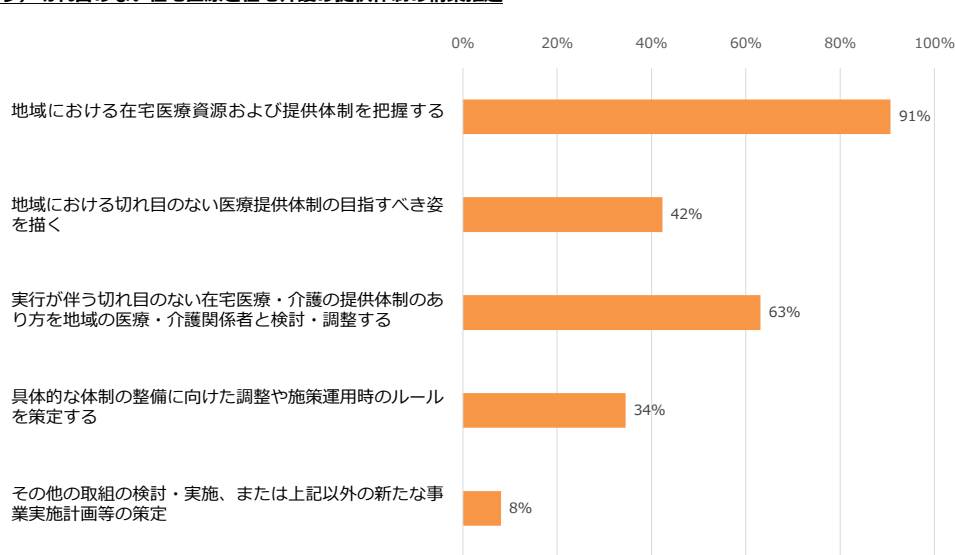
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握



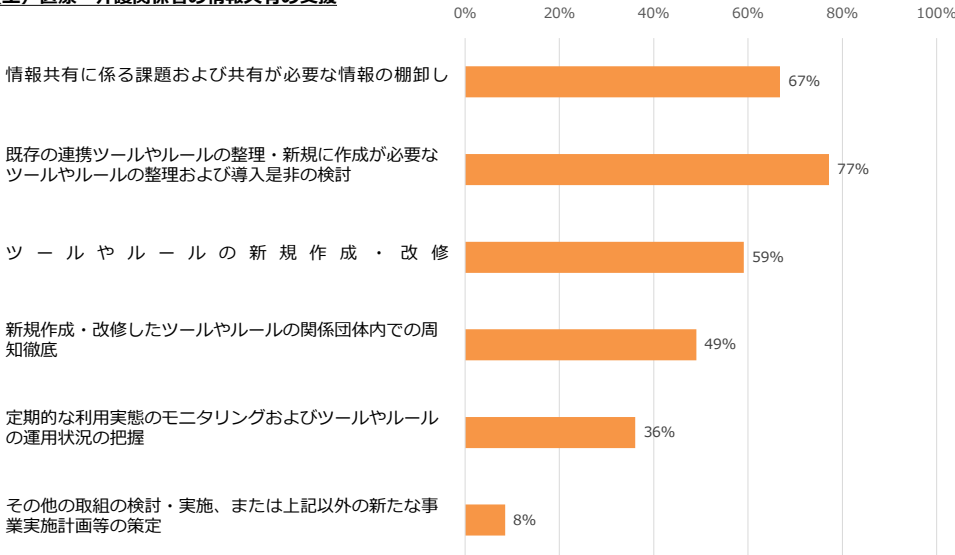
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討



(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

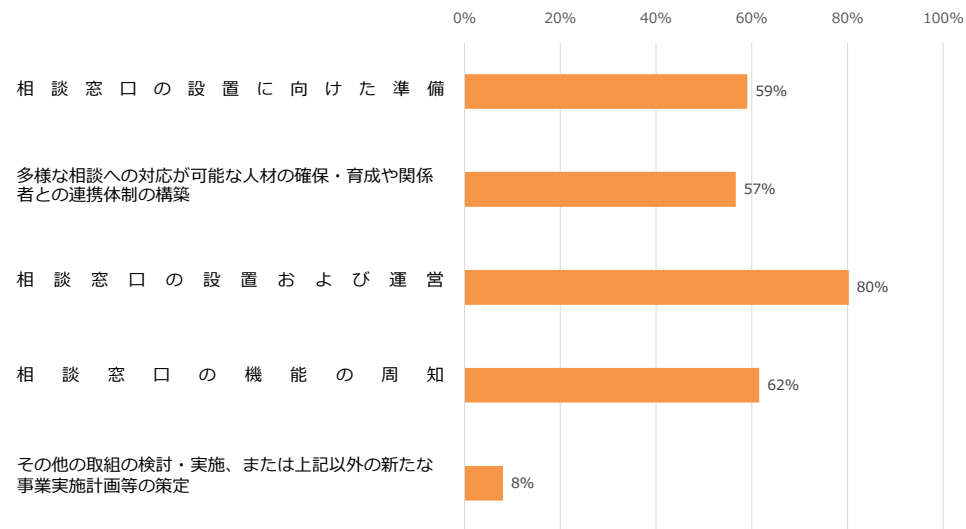


(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

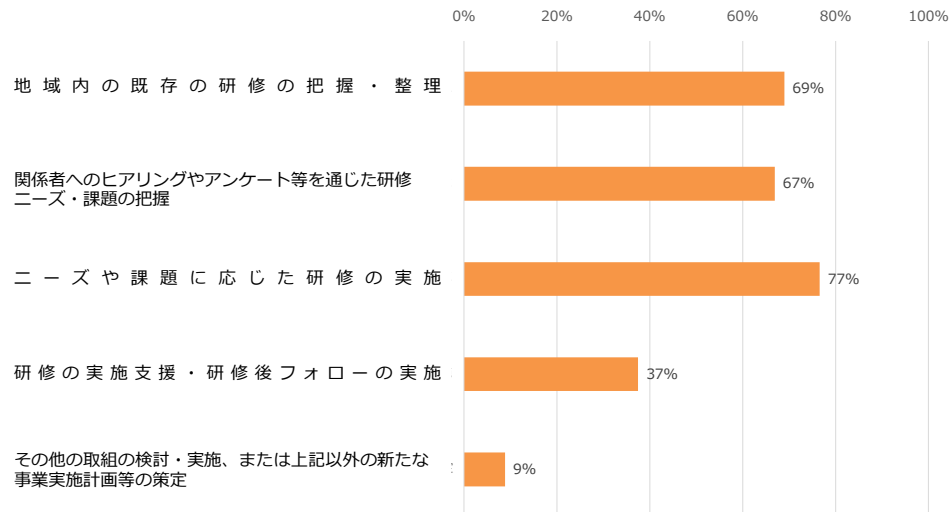


在宅医療・介護連携推進事業の事業項目別の進捗状況② (n=1,734 複数回答)

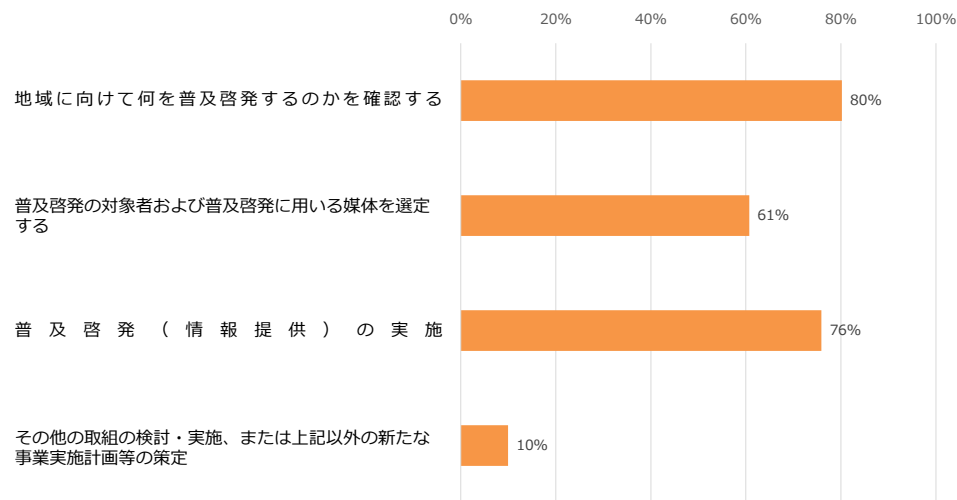
(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援



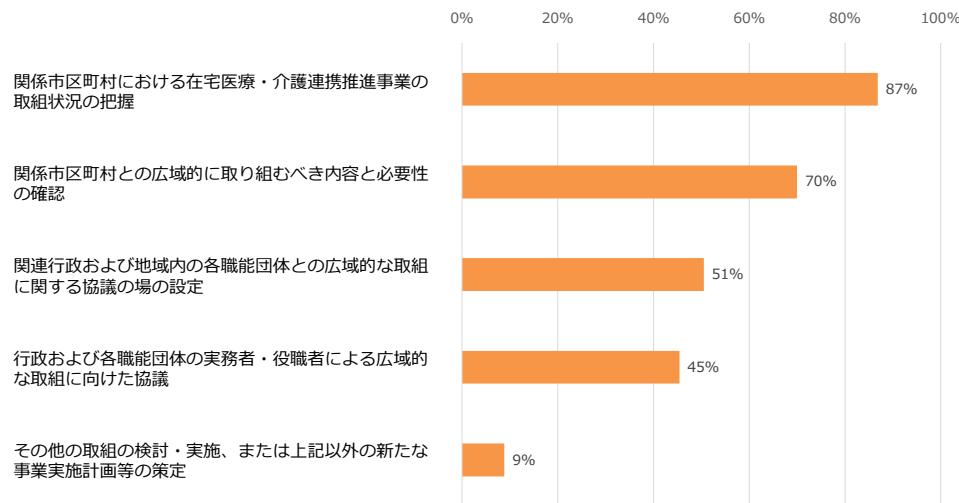
(カ) 医療・介護関係者の研修



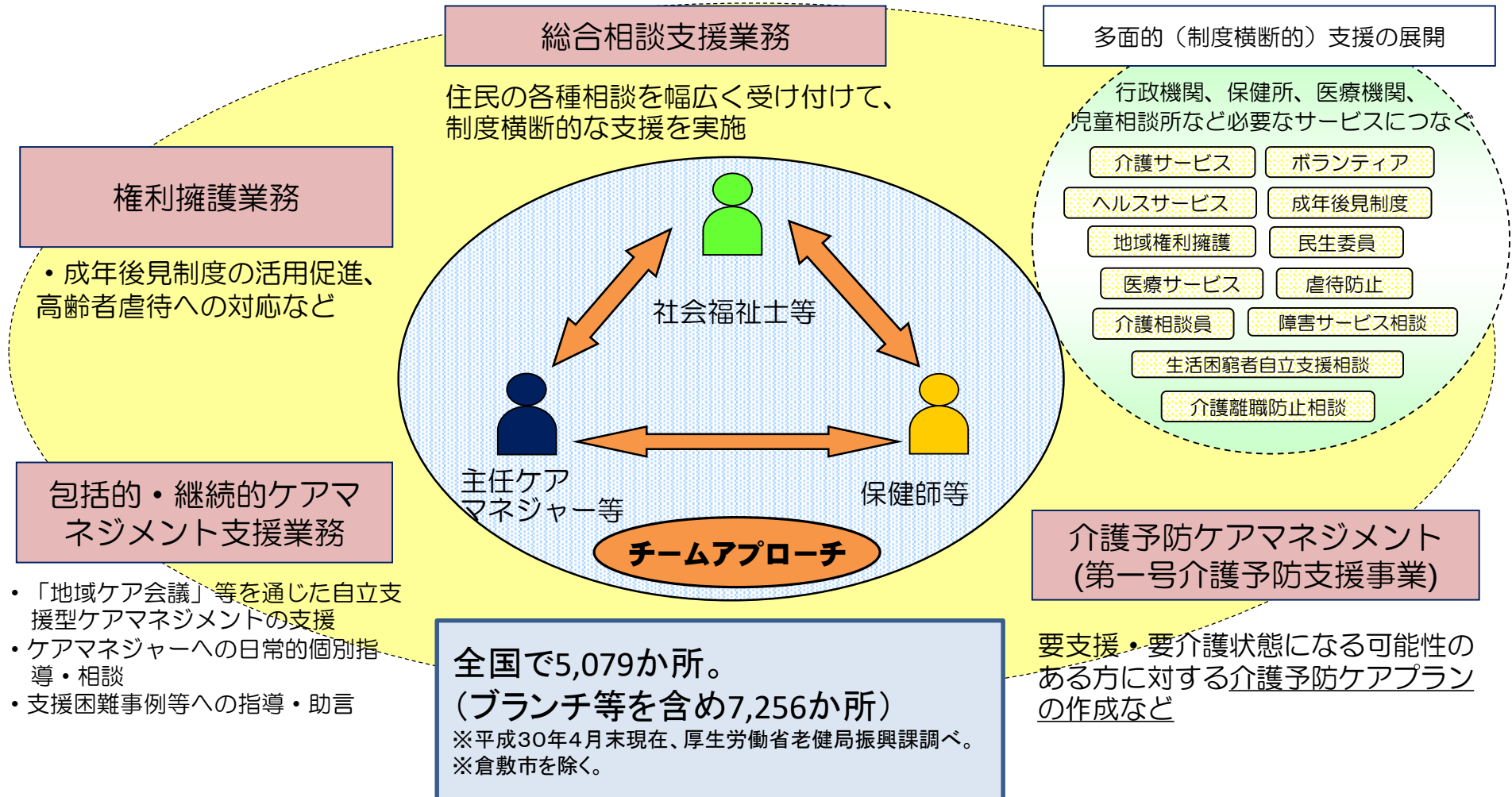
(キ) 地域住民への普及啓発



(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携



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



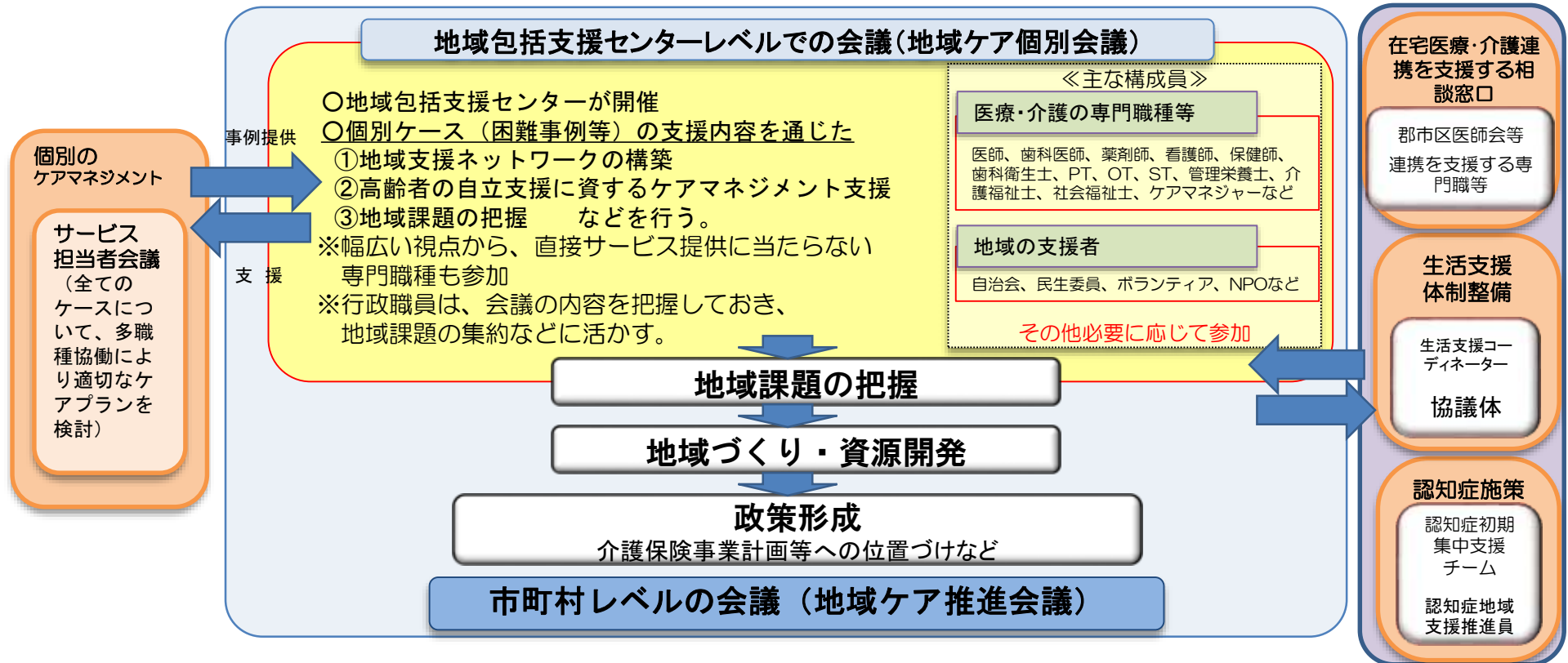
地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。

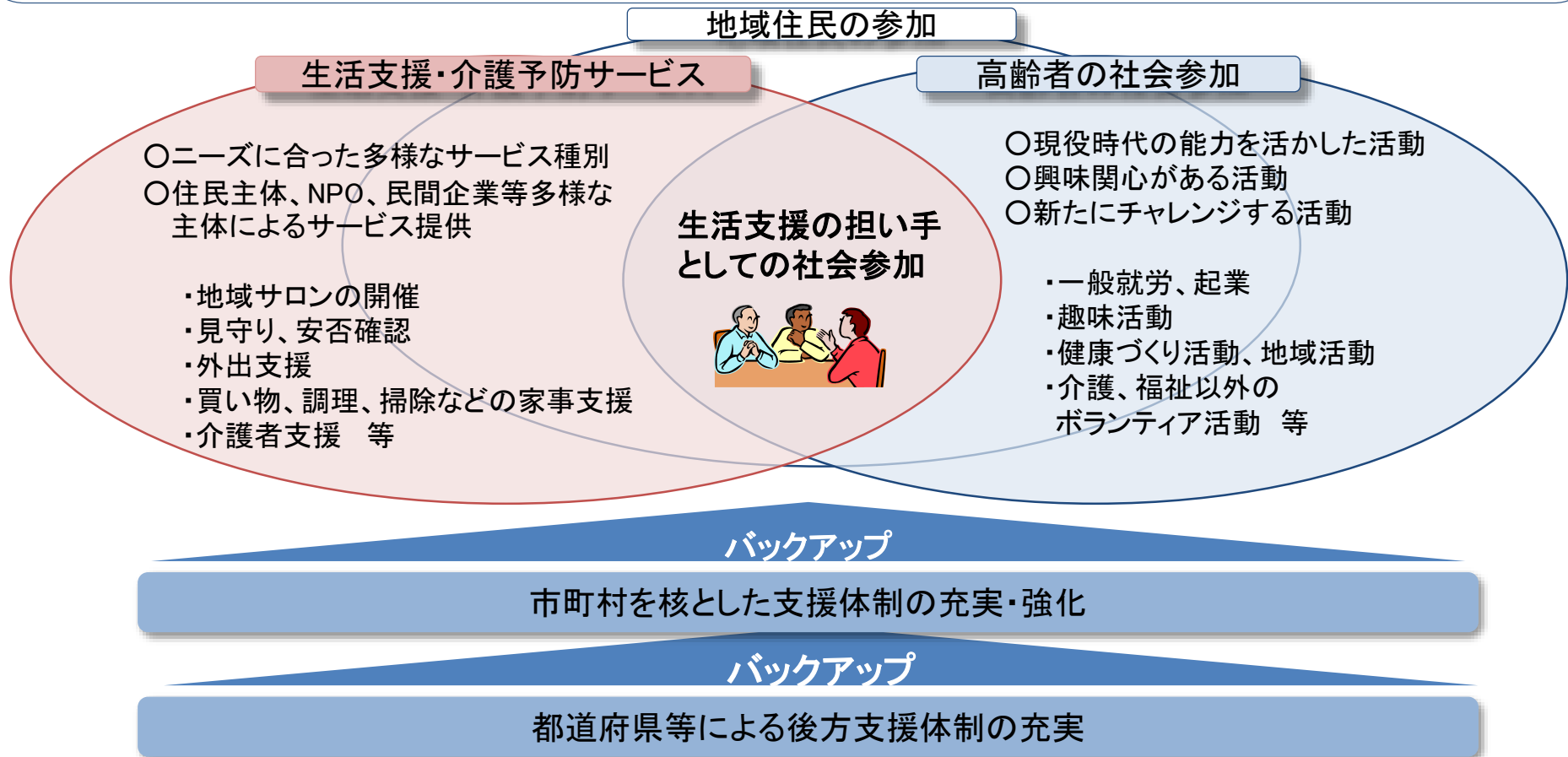
※従来の包括的支援事業(地域包括支援センターの運営費)とは別枠で計上

(参考)平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。(法第115条の48)

- 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- 地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など



- 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。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



(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
○ 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	○ 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	○ 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。

平成30年度介護報酬改定の概要

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

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

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

【主な事項】

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

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

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

【主な事項】

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

III 多様な人材の確保と生産性の向上

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

【主な事項】

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

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

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

【主な事項】

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

2015年から2040年までの各地域の高齢化

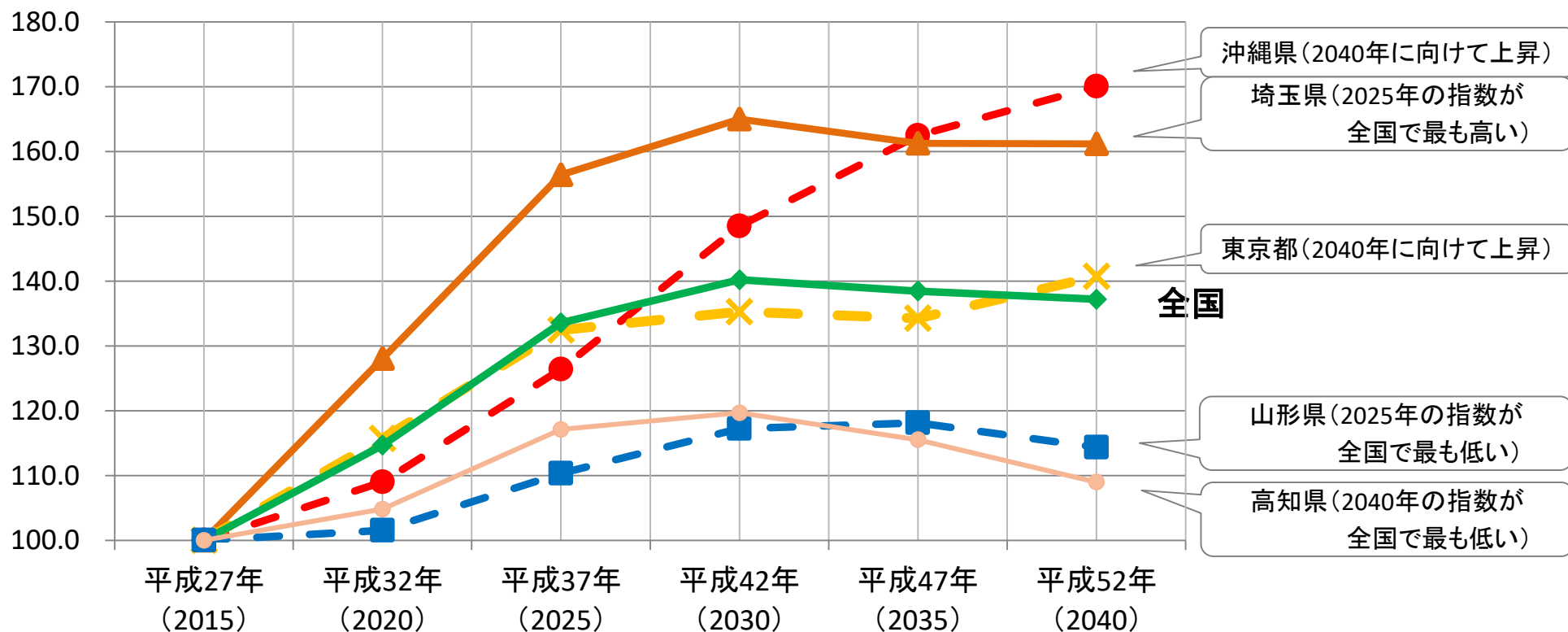
- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025 年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030 年頃をピークに減少する。

※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが28道府県、2035年にピークを迎えるのが14県

※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇

- 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.34倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍であるなど、地域間で大きな差がある。

75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)

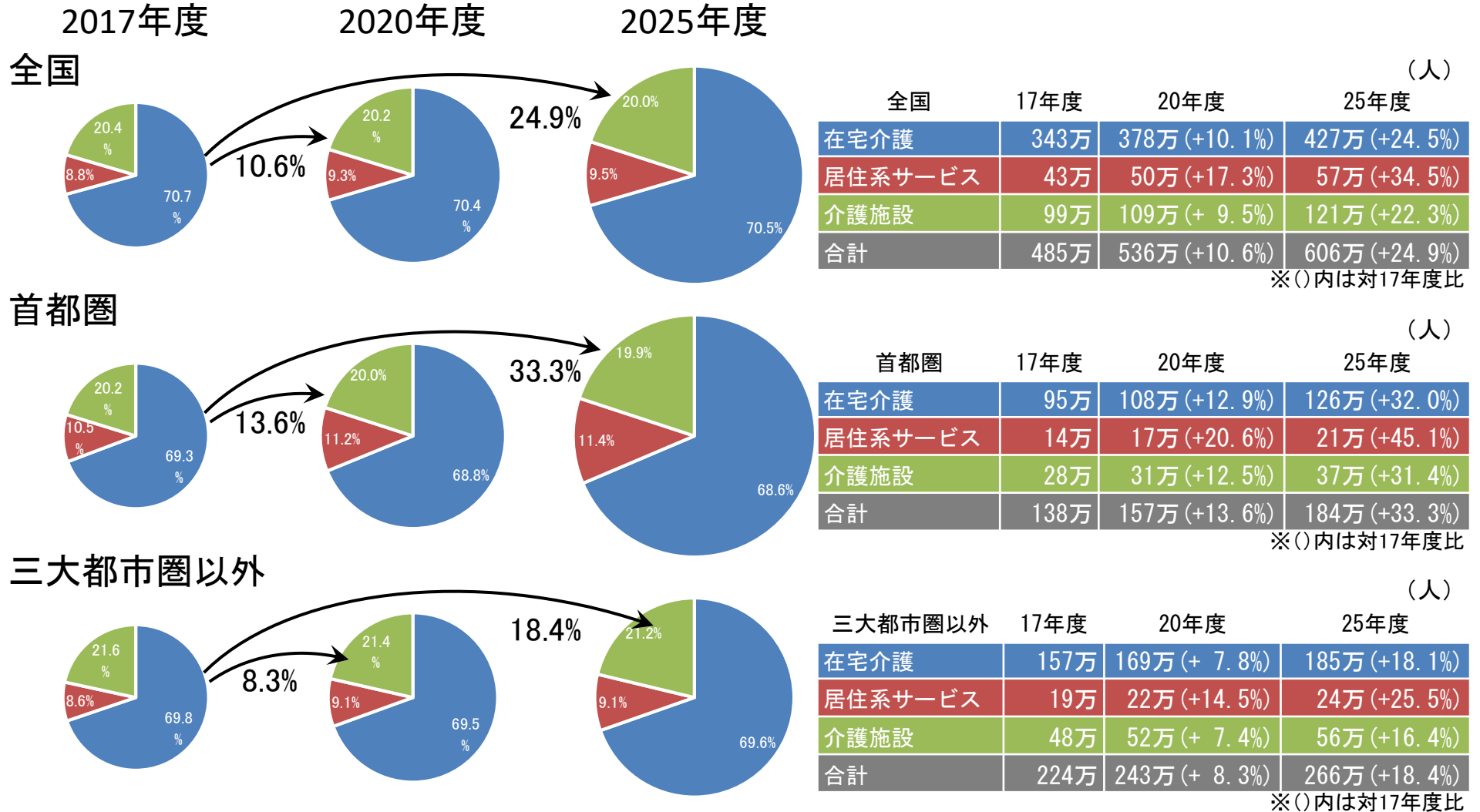


第7期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

都道府県	平成29（2017）年度			平成32（2020）年度			平成37（2025）年度		
	在宅介護	居住系サービス	介護施設	在宅介護	居住系サービス	介護施設	在宅介護	居住系サービス	介護施設
北海道	154,695	27,412	44,810	171,427	31,285	49,104	198,130	33,939	54,412
青森県	45,038	5,567	12,380	46,901	6,010	13,128	49,214	6,322	13,758
岩手県	43,093	3,372	14,714	45,666	4,039	16,083	48,288	4,343	16,866
宮城県	60,978	6,413	18,358	65,694	7,441	21,153	72,995	7,943	23,242
秋田県	39,445	4,701	13,102	44,766	5,721	13,927	48,269	6,283	14,187
山形県	36,331	3,538	13,410	39,075	4,117	14,235	39,901	4,454	14,975
福島県	57,937	5,849	19,213	63,719	7,483	21,300	69,047	8,403	23,361
茨城県	65,974	6,700	25,376	75,229	7,771	28,312	84,342	8,895	32,126
栃木県	47,377	4,447	15,171	52,137	5,413	16,834	59,128	6,278	19,130
群馬県	54,041	5,382	17,495	58,871	6,325	19,429	65,410	7,088	22,045
埼玉県	145,950	21,284	45,515	164,814	28,289	52,967	196,908	35,997	67,041
千葉県	134,893	17,013	39,092	157,622	20,262	44,924	186,466	24,938	55,114
東京都	288,736	54,292	74,710	323,088	65,036	83,801	369,218	78,282	96,312
神奈川県	194,273	34,420	53,801	221,130	40,153	58,937	272,480	47,206	65,501
新潟県	73,588	6,647	28,959	78,916	7,768	31,117	83,295	8,978	33,143
富山県	34,984	2,470	11,847	39,577	3,131	12,655	42,203	3,445	14,515
石川県	30,996	4,214	11,717	31,596	4,781	12,203	34,346	5,533	14,008
福井県	23,893	2,022	8,646	25,408	2,449	8,989	26,887	2,750	9,094
山梨県	23,559	1,432	7,772	25,493	1,563	8,467	26,778	1,724	9,294
長野県	65,297	6,981	21,207	69,740	8,371	22,575	73,868	9,696	24,532
岐阜県	55,524	5,658	17,436	60,157	6,369	18,903	66,031	7,094	21,294
静岡県	96,648	11,448	31,965	105,259	13,428	33,889	120,359	16,069	37,648
愛知県	166,479	18,238	44,762	188,245	20,326	49,265	221,127	23,552	57,353
三重県	54,343	4,806	16,790	60,245	5,363	17,873	65,596	5,788	19,220
滋賀県	37,035	2,655	9,571	43,073	3,139	11,047	50,249	3,555	11,572
京都府	82,244	6,656	22,447	91,923	8,239	24,049	105,934	9,288	26,955
大阪府	273,808	25,508	54,438	305,579	30,909	62,448	355,567	36,210	68,438
兵庫県	163,683	17,723	40,889	172,828	21,466	44,623	197,385	25,104	50,413
奈良県	37,705	4,525	11,464	45,317	5,638	12,717	51,591	7,007	15,187
和歌山県	38,144	3,107	9,967	42,042	3,614	10,482	44,552	3,875	11,478
鳥取県	18,712	2,140	6,323	19,276	2,553	6,625	19,915	2,874	6,999
島根県	27,359	3,682	8,599	28,571	4,157	8,942	30,198	4,337	9,413
岡山県	60,748	9,536	18,440	63,093	10,591	19,680	69,714	11,358	20,536
広島県	89,760	10,656	23,025	91,709	11,867	25,406	101,035	12,830	27,945
山口県	47,203	4,992	14,150	51,789	5,418	15,028	57,281	5,835	15,677
徳島県	26,126	2,506	8,612	28,876	2,707	8,978	31,402	2,766	9,858
香川県	32,280	3,492	9,600	35,023	3,848	10,384	38,968	4,083	10,902
愛媛県	49,449	8,091	13,111	53,680	8,919	14,080	57,743	9,073	14,256
高知県	21,824	3,795	8,202	22,804	4,222	8,728	23,773	4,411	8,896
福岡県	135,606	20,034	39,567	149,030	22,466	43,176	169,672	25,397	48,712
佐賀県	25,830	3,217	6,829	27,767	3,677	7,180	29,602	3,897	7,368
長崎県	47,300	7,194	12,708	49,681	7,893	13,394	54,959	8,713	15,597
熊本県	62,275	5,265	17,538	69,391	6,043	18,359	72,345	6,692	20,558
大分県	38,818	3,577	10,951	40,369	4,333	11,436	44,206	4,667	11,784
宮崎県	33,710	4,424	9,807	37,490	5,051	10,232	40,997	5,545	10,557
鹿児島県	51,986	7,772	17,841	56,155	8,397	18,851	60,675	8,580	19,445
沖縄県	33,602	2,355	8,959	35,135	3,211	9,665	40,236	3,412	11,967
全国計	3,429,279	427,208	991,286	3,775,376	501,252	1,085,580	4,268,285	574,509	1,212,684

地域別の介護サービス量見込み

- 2025年度に向けて、介護サービス量は、全国では24.9%増加し、首都圏では33.3%増加する見込み。
- 在宅介護・居住系サービス・介護施設の割合に着目すると、在宅介護・介護施設の割合は微減する一方、居住系サービスは微増する見込み。この傾向は、首都圏で特に顕著。



注)端数処理のため合計は一致しない

(注)「首都圏」は茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、山梨県の合計。「三大都市圏以外」は、首都圏、中京圏(岐阜県、愛知県、三重県)、近畿圏(滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県)を除いた合計。

「ニッポン一億総活躍プラン」(介護分抜粋)(平成28年6月2日 閣議決定)

4. 「介護離職ゼロ」に向けた取組の方向

(1) 介護の環境整備

(介護人材確保のための総合的な対策)

「介護離職ゼロ」の実現に向けて、昨年末の緊急対策において、介護の受け皿を38 万人分以上から50 万人分以上へ拡大することなどを盛り込んだ。

介護人材の処遇については、競合他産業との賃金差がなくなるよう、平成29 年度(2017 年度)からキャリアアップの仕組みを構築し、月額平均1万円相当の改善を行う。この際、介護保険制度の下で対応することを基本に、予算編成過程で検討する。なお、障害福祉人材の処遇についても、介護人材と同様の考え方に立って予算編成過程で検討する。

多様な介護人材の確保・育成に向けて、介護福祉士を目指す学生に返済を免除する月5万円の修学資金貸付制度や、いったん仕事を離れた人が再び仕事に就く場合の20 万円の再就職準備金貸付制度の更なる充実、高齢人材の活用等を図る。また、介護ロボットの活用促進やICT 等を活用した生産性向上の推進、行政が求める帳票等の文書量の半減などに取り組む。さらに、改正介護休業制度の着実な実施や、介護休業の取得促進に関する周知・啓発の強化を行うなど、仕事と介護の両立が可能な働き方の普及を促進する。

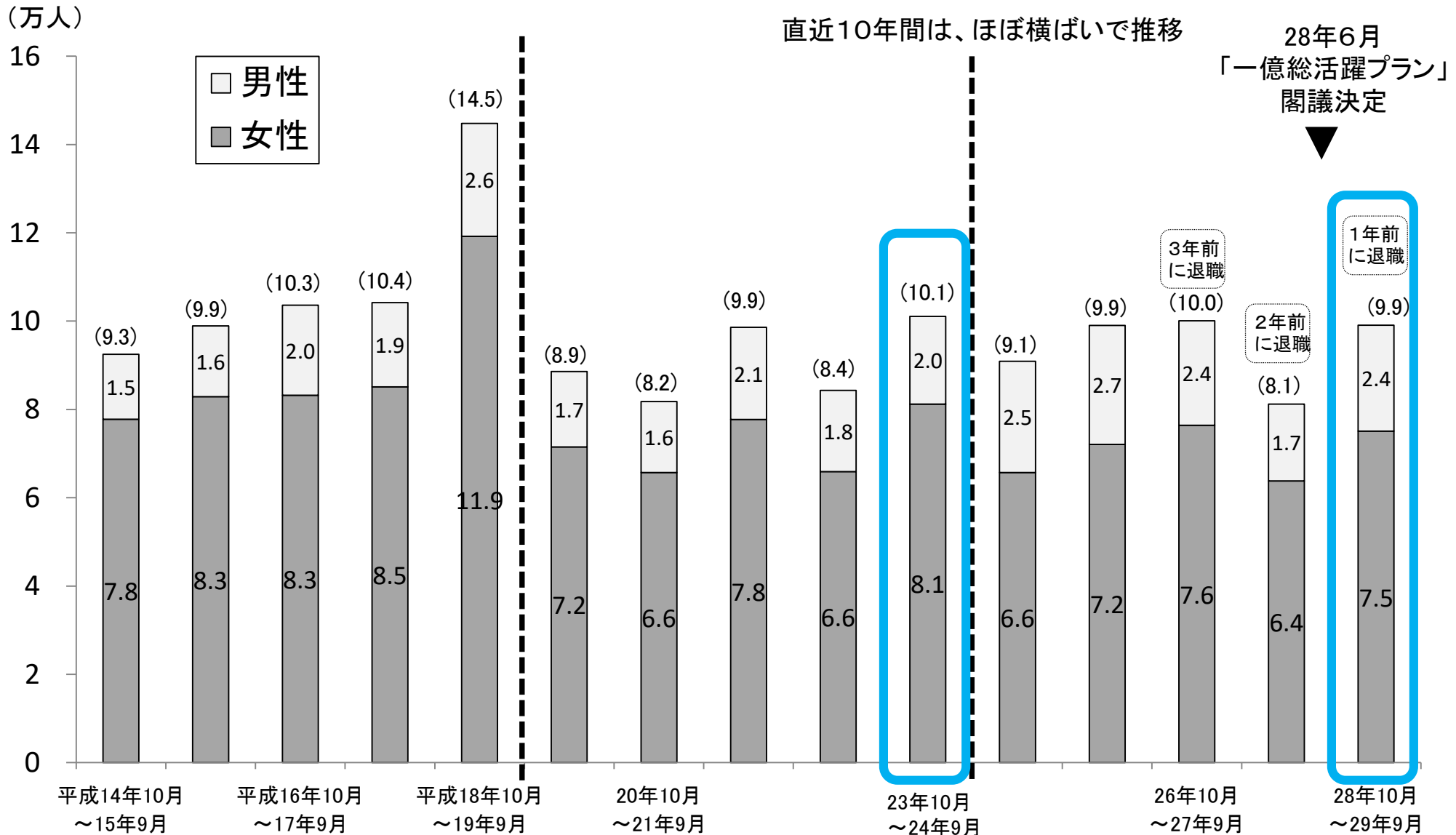
このように、介護の受け皿整備に加え、介護の仕事の魅力を向上し、介護人材の処遇改善、多様な人材の確保・育成、生産性の向上を通じた労働負担の軽減を柱として25 万人の介護人材の確保に総合的に取り組む。

家族の介護・看護を理由とする離職・転職者数等の推移(就業者)

	平成24年調査	平成29年調査
介護・看護を理由とする 離職者	10.1万人 (平成23年10月～24年9月)	-0.2万人 → 9.9万人 (平成28年10月～29年9月)
介護をしながら就業する者	291.0万人 (平成24年10月)	+55.3万人 → 346.3万人 (平成29年10月)

資料出所：総務省「就業構造基本調査」（平成24年、29年）

家族の介護・看護を理由とする離職・転職者数の推移(就業者)



資料出所: 総務省「就業構造基本調査」(平成19年、24年、29年)

※ 本調査は、5年に1回の調査であり、約50万世帯を調査対象として実施。

40歳代～50歳代の介護を機とした離職者に、「手助・介護」を機に離職した理由を聞いたところ、男女ともに「仕事と手助・介護の両立が難しい職場だったため」の割合が最も高く、次いで、「自分の心身の健康状態が悪化したため」の割合が高くなっている。また、施設入所や在宅介護サービスの利用の困難性を挙げる人もいる。一方で、介護に専念したかった等の自身の希望による離職理由も一定程度存在。

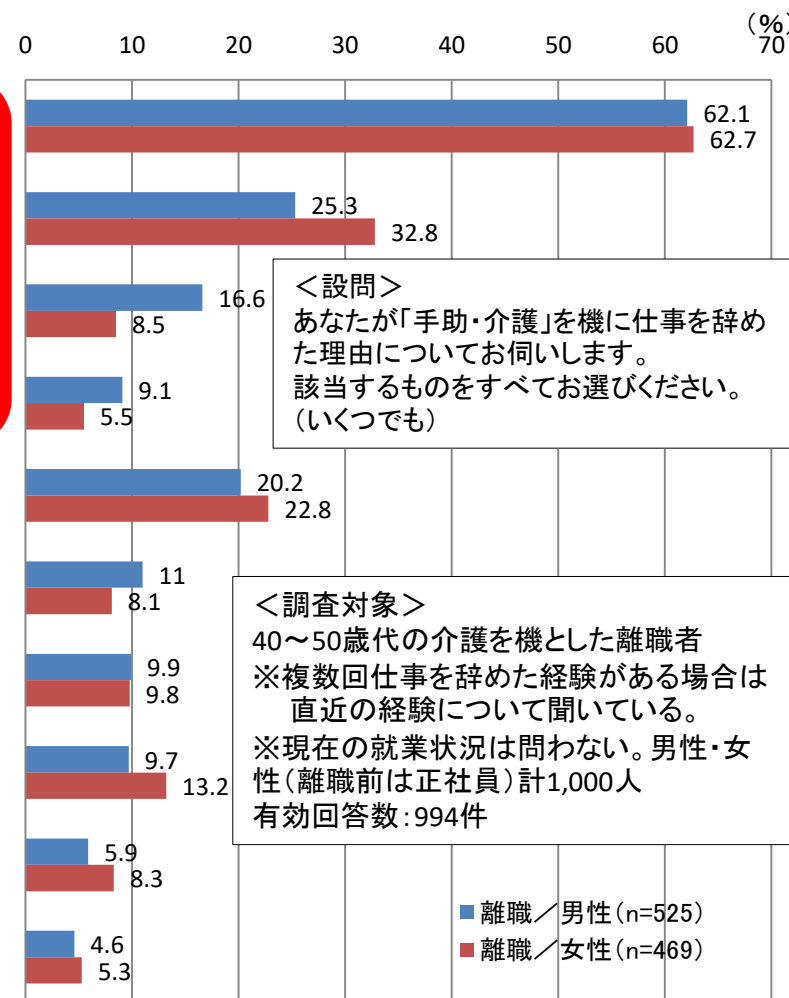
離職者：あなたが「手助・介護」を機に仕事を辞めた理由（複数回答）

○介護基盤整備の充実
○職場環境の整備
○相談・家族支援の充実
を進めていく必要

仕事と「手助・介護」の両立が難しい職場だったため
自分の心身の健康状態が悪化したため
施設へ入所できず「手助・介護」の負担が増えたため
在宅介護サービスを利用できず「手助・介護」の負担が増えたため

自身の希望として「手助・介護」に専念したかったため
自分自身で「手助・介護」するとサービスなどの利用料を軽減できるため
「手助・介護」を機に辞めたが、理由は「手助・介護」に直接関係ない
家族や親族からの理解・協力が十分に得られなかった又は家族や親族が「手助・介護」に専念することを希望したため
要介護者が「手助・介護」に専念することを希望したため

その他



第7期介護保険事業計画等におけるサービス見込み量

<介護離職ゼロに向けた基盤整備分>

	平成27年度→平成32年度 (2015年度→2020年度)	平成27年度→平成37年度 (2015年度→2025年度)
第6期計画 受給者数の増分	38万人増 【推計】	53万人増 【推計】
	+ 2020年代 初頭までに 12万人増 (うちサ高住約2万人)	
第7期計画 受給者数の増分	33万人増 【推計】 (うちサ高住約5万人) [2017年度実績約5万人]	53万人増 【推計】 (うちサ高住約5万人) [2017年度実績約5万人]

50介護離職ゼロに向けた
万人分の受け皿整備



※介護離職ゼロに向けた基盤整備の対象サービス

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

Ⅱ－１ 介護予防・健康づくりの推進

（健康寿命の延伸）

Ⅱ－２ 保険者機能の強化

（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）

Ⅱ－３ 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）

Ⅱ－４ 認知症「共生」・「予防」の推進

Ⅱ－５ 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新

推進体制

認知症に係る諸問題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的な対策を推進するため認知症施策推進関係閣僚会議の設置をはじめ、横断的かつ実質的な推進体制を構築。

認知症施策推進関係閣僚会議 （←旧 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議）

- 政府の総合的な認知症対策の司令塔
 - ・議長) 官房長官
 - ・副議長) 健康・医療戦略を担当する国務大臣
厚生労働大臣

有識者会議

- 施策全般

専門委員会

- 各分野(研究開発等)

(提言)

幹事会

- ・座長) 総理大臣補佐官
- ・座長代理) 厚生労働省医務技監
- ・構成員) 各省庁局長・審議官級

(連携)

認知症官民協議会

- 具体的施策等について協議
事務局: 厚労省・経産省

事務局(内閣官房／厚労省)

- ・ 研究開発、産業促進、国際協力(内閣官房)
- ・ 公的施策の企画・立案(厚労省)

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要

～ 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて ～ (平成27年1月策定・平成29年7月改定)

- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年
- ・ 策定時の数値目標は、介護保険事業計画に合わせて2017(平成29)年度末等で設定されていたことから、第7期計画の策定に合わせ、平成32年度末までの数値目標に更新する等の改定を行った(平成29年7月5日)

新オレンジプランの基本的考え方

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。



認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

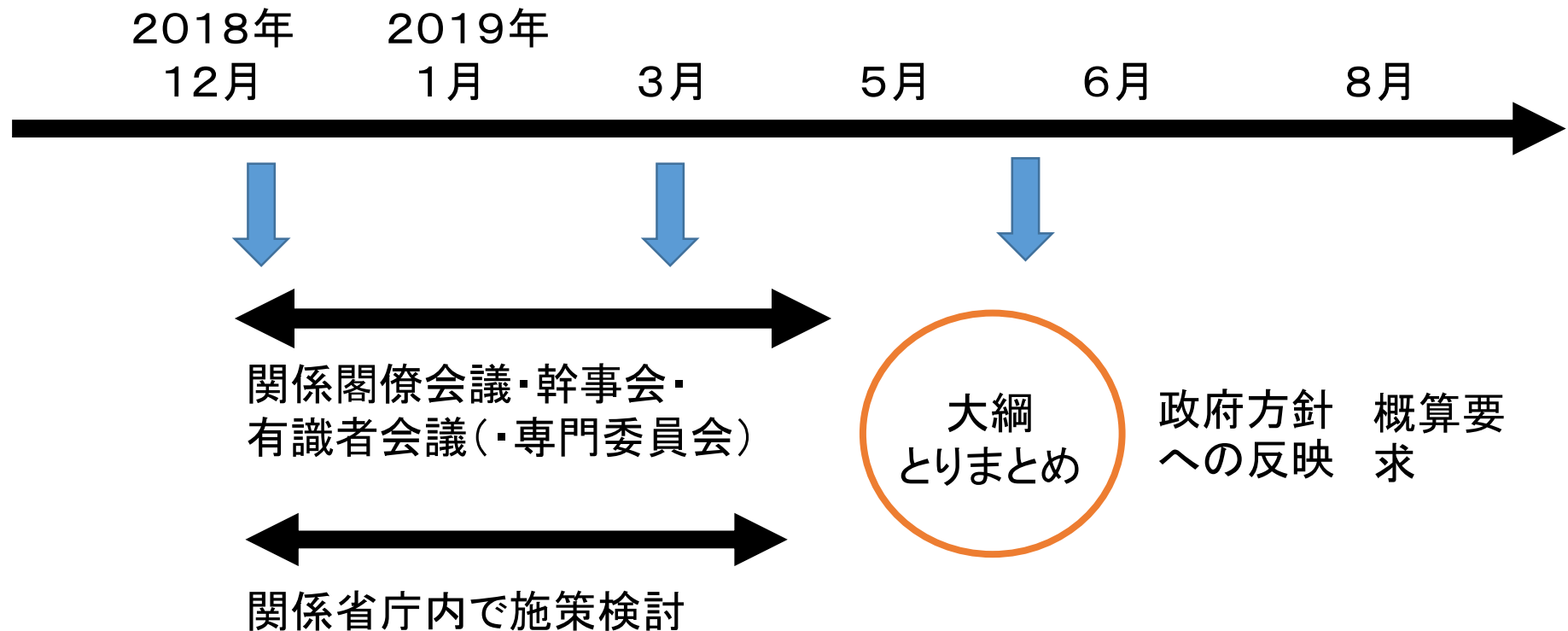
- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

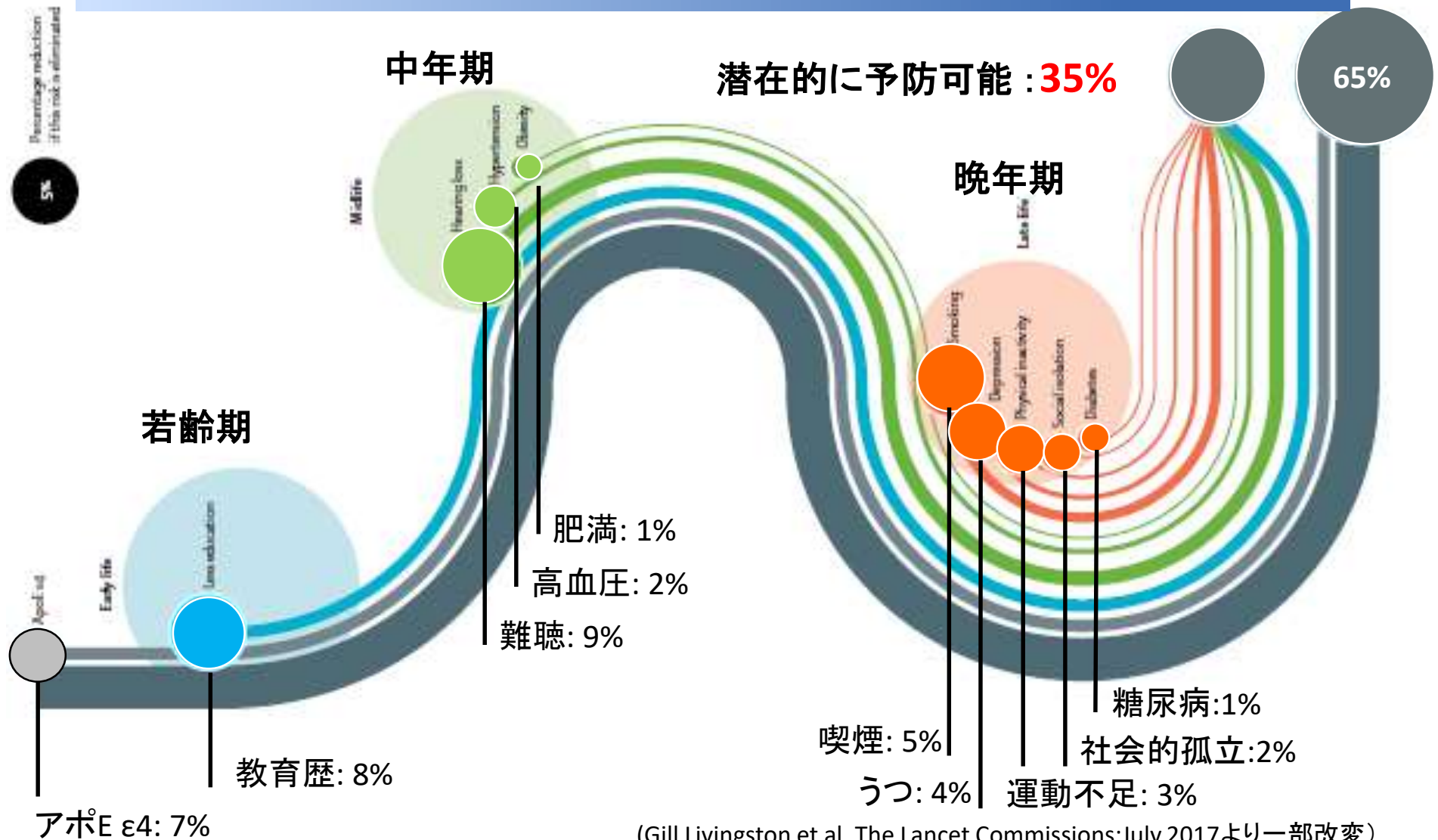
- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援
- ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦認知症の人やその家族の視点の重視

スケジュール(案)

関係行政機関からの施策を取りまとめて大綱を策定し、政府方針へ反映。



予防可能な認知症危険因子の寄与



認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の進捗状況及び今後の方向性

策定経緯・取り巻く状況

- 高齢者の4人に1人が認知症またはその予備軍とされ、今後も増加が見込まれる。
- 2014年の認知症サミット日本後継イベントにおいて、安倍総理の指示を受け2015年1月に新オレンジプランを策定。

進捗・取組状況

- 2017年7月に改定した数値目標（2020年度末）は15項目設定（次ページ）
 - 認知症サポーターの養成 : 1066万人（2018年9月末）
 - 認知症サポート医の養成 : 8000人（2018年3月末）
 - 認知症初期集中支援チームの設置 : 1736市町村（2018年11月末）
 - 認知症カフェの設置 : 1265市町村（約6千カ所）（2018年11月末） など
- 認知症サポーターの養成について、大人だけでなく小中学生にも広げると共に、認知症の方に関わることの多い業界（金融機関、交通機関、マンション管理など）でも拡大
- 本人・家族視点を重視した、認知症の当事者・家族の方による発信の拡充、社会参加の推進
- 成年後見制度利用促進基本計画に基づく施策の着実な推進
- 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を策定
- 新オレンジプランを契機に新たな取組を開始した自治体も多く、認知症の方とその家族を支援する地域資源は着実に増加

今後の方向性

- 厚生労働省が中心的役割を担い、引き続き「共生」を重視しつつ、「予防」の取組も一層強化し、車の両輪として取り組む。

共 生



予 防

新オレンジプランにおける事業の拡大

項 目	プラン策定時		2017年度末	目標（2020年度末）
認知症サポーター養成	545万人 (2014.9末)	⇒	1,066万人 (2018.9末)	1,200万人
かかりつけ医認知症対応力向上研修	3.8万人 (2013年度末)	⇒	5.8万人	7.5万人
認知症サポート医養成研修	0.3万人 (2013年度末)	⇒	0.8万人	1万人
歯科医師認知症対応力向上研修	－	⇒	0.8万人	2.2万人
薬剤師認知症対応力向上研修	－	⇒	1.7万人	4万人
認知症疾患医療センター	289カ所 (2014年度末)	⇒	440カ所 (2018.11)	500カ所
認知症初期集中支援チーム設置市町村	41市町村 (2014年度末)	⇒	1,736市町村 (2018.11)	2018年度～ 全市町村
一般病院勤務の医療従事者 認知症対応力向上研修	0.4万人 (2013年度末)	⇒	12.2万人	22万人
看護職員認知症対応力向上研修	－	⇒	1.0万人	2.2万人
認知症介護指導者養成研修	1.8千人 (2013年度末)	⇒	2.3千人	2.8千人
認知症介護実践リーダー研修	2.9万人 (2013年度末)	⇒	4.1万人	5万人
認知症介護実践者研修	17.9万人 (2013年度末)	⇒	26.5万人	30万人
認知症地域支援推進員の設置市町村	217市町村 (2014年度末)	⇒	1,740市町村 (2018.11)	2018年度～ 全市町村
若年性認知症に関する事業の実施都道府県	21都道府県 (2013年度)	⇒	47都道府県	コーディネーターの資質向上 好事例の横展開の推進
認知症カフェ等の設置市町村	－	⇒	1,265市町村 (約6千カ所)	全市町村

認知症サポーター

(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

【実績と目標値】

サポーター人数:2018年9月末実績 1066万人
(目標値:2020年度末 1200万人)

○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

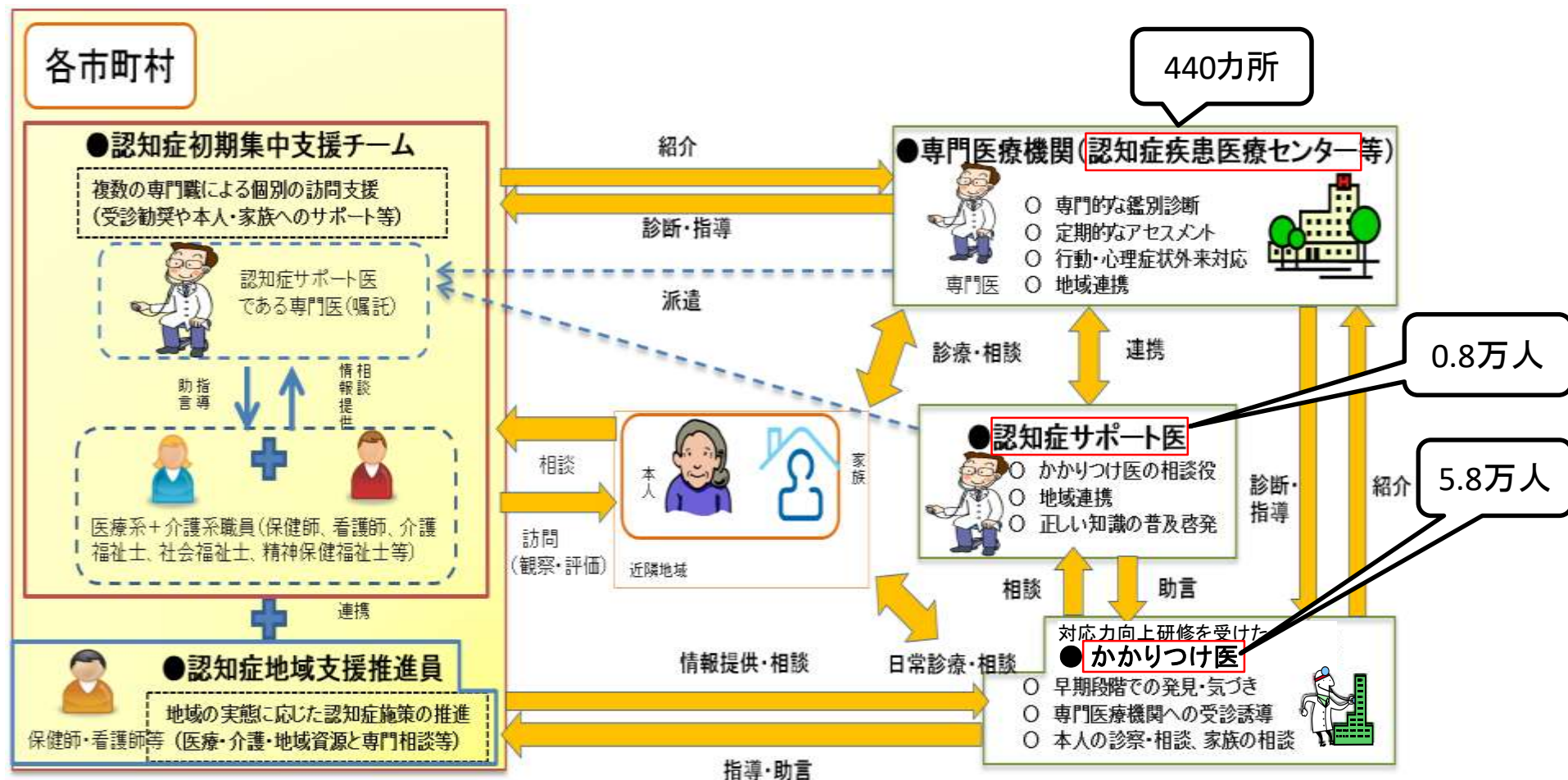
〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット
コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等

〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等



新オレンジプランに基づく早期診断・早期対応の体制

- かかりつけ医等の認知症対応力向上や専門機関における認知症の診断体制を整備
- 認知症の初期の支援を包括的に行う認知症初期集中支援チーム、地域のネットワーク構築などを進める認知症地域支援推進員の全市町村への設置を推進



高齢者の通いの場(予防)／認知症カフェ(共生)

○通いの場

⇒ 一般の高齢者・虚弱高齢者を対象とし、身近な通える範囲で週に1回程度の体を動かす場を提供

・平成28年度：76,492力所



○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、地域の共生の拠点

・平成29年度：1,265市町村にて、5,863カフェが運営



本人の声を起点とした普及啓発を展開

■「本人にとってのよりよい暮らしガイド」～一足先に認知症になった私たちからあなたへ～
診断直後に認知症の本人が手にし、次の一步を踏出すことを後押しするような本人にとって役に立つガイドを、認知症当事者の団体である「一般社団法人 日本認知症ワーキンググループ」が作成・配布（2018年10月）

このガイドを手にしたあなたへ
新たなスタートを、いっしょに

このガイドは、一足先に認知症の診断を受け日々を暮らしてきている
私たちから、あなたが元気になって、これからをよりよく暮らしていく
ヒントにしてほしい、と願って作ったものです。

わたしたちは、日々、悪戦苦闘しながらも、人生を楽しんでいます。
いろんな可能性があります。

せっきかくの自分の人生。
これからあなたが、少しでもいい日々を過ごしていけますように！



もくじ

- 1. 一日も早く、スタートを切ろう 2
- 2. これからのよりよい日々のために 4
 - イメージを覚えよう！ 5
 - 町に出て、味方や仲間と出会おう 7
 - 何が起きて、何が必要か、自分から話してみよう 8
 - 自分にとって「大切なこと」をつたえよう 9
 - のびのびと、ゆる〜く暮らそう 10
 - できないことは割り切ろう。できることを大事に 11
 - やりたいことにチャレンジ！ 楽しい日々を 12
- 3. あなたの応援団がまちの中にある 13
- 4. わたしの暮らし（こんな風に暮らしています） 14

☆わたしが大切にしたいことメモ 22
☆わたしのよりよい日々のためのわが町の情報 24



本人にとってのよりよい暮らしガイド 1



本人 にとっての **ガイド**
よりよい暮らし
一足先に認知症になった私たちからあなたへ

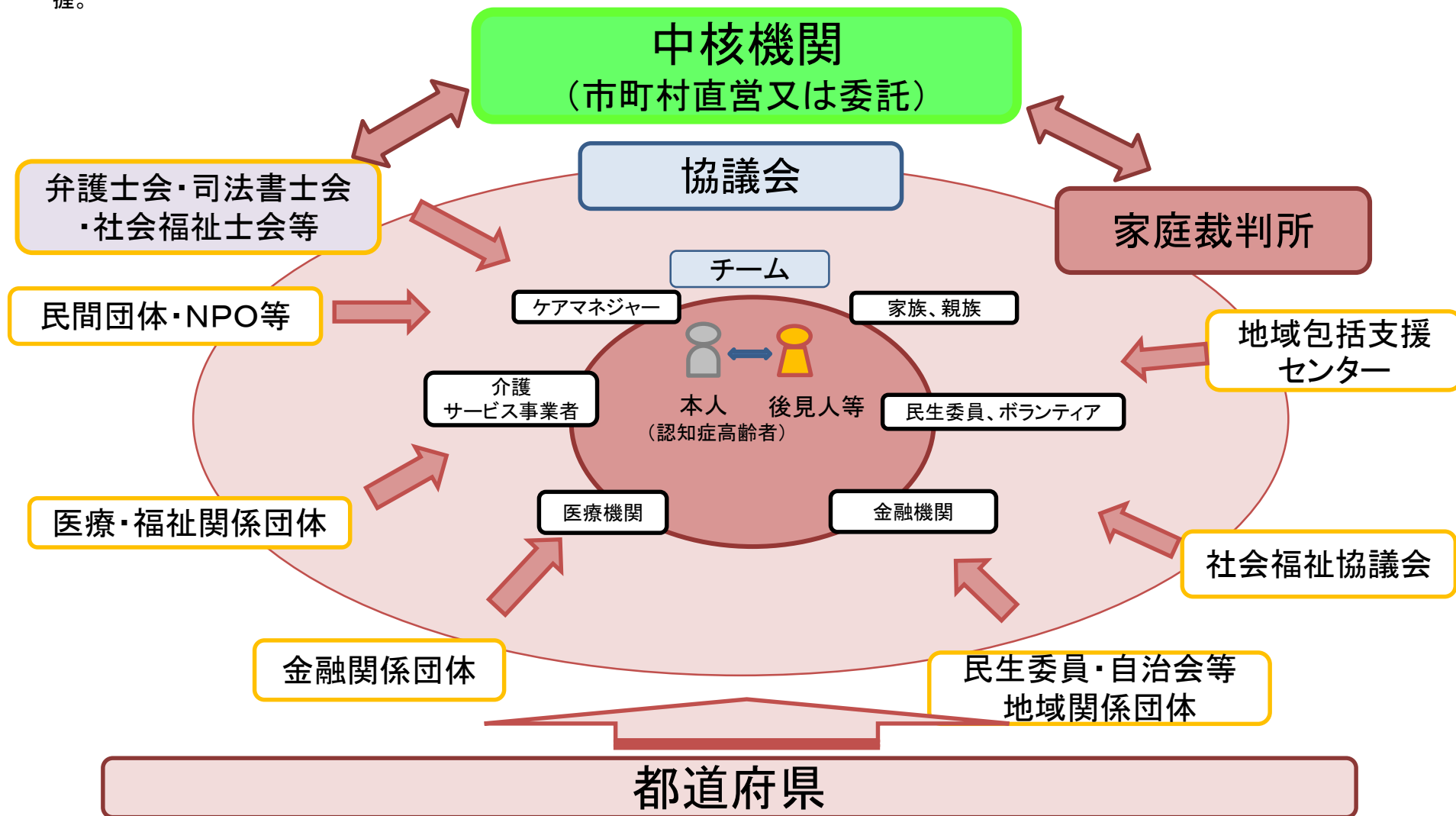


成年後見制度利用促進基本計画に基づく地域連携ネットワーク

- 全国どの地域においても成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できるよう、各地域において、権利擁護支援の地域連携ネットワークを構築する。

※協議会…法律・福祉の専門職団体や、司法、福祉、医療、地域、金融等の関係機関が連携体制を強化するための合議体

※チーム…本人に身近な親族、福祉・医療・地域等の関係者と後見人が一緒になって日常的に本人の見守りや意思や状況等を継続的に把握。



Ⅱ－１ 介護予防・健康づくりの推進

（健康寿命の延伸）

Ⅱ－２ 保険者機能の強化

（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）

Ⅱ－３ 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）

Ⅱ－４ 認知症「共生」・「予防」の推進

Ⅱ－５ 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新

介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、介護保険料は上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

事業運営期間		事業計画	給付（総費用額）	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	第一期	3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2001年度			4.6兆円		
2002年度			5.2兆円		
2003年度	第二期	第二期	5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2004年度			6.2兆円		
2005年度			6.4兆円		
2006年度	第三期	第三期	6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H18年度改定 ▲0.5%
2007年度			6.7兆円		
2008年度			6.9兆円		
2009年度	第四期	第四期	7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H21年度改定 +3.0%
2010年度			7.8兆円		
2011年度			8.2兆円		
2012年度	第五期	第五期	8.8兆円	4,972円 (全国平均)	消費税率引上げに伴う H26年度改定 +0.63%
2013年度			9.2兆円		
2014年度			9.6兆円		
2015年度	第六期	第六期	9.8兆円	5,514円 (全国平均)	H27年度改定 ▲2.27%
2016年度			10.0兆円		
2017年度			10.8兆円		
2018年度	第七期	第七期	11.1兆円	5,869円 (全国平均)	H29年度改定 +1.14%
2019年度					
2020年度					

※2016年度までは実績であり、2017～2018年度は当初予算である。

■ 2014年4月：消費税率引上げ（5%→8%）

＜増収分を活用した社会保障の充実＞

- 子ども・子育て新制度の創設、保育の受け皿拡大、育児休業中の経済的支援の強化など、消費税込を子ども・子育て分野に充当
- 医療・介護・年金の充実

＜持続可能性の確保のための制度改革＞

- 社会保障制度改革プログラム法や改革工程表に沿って、社会保障の給付に係る重点化・効率化を推進
- 社会保障関係費の伸びについて、経済・財政再生計画の「目安」を達成

■ 消費税率引上げ（8%→10%）＜2019年10月予定＞

⇒ 一体改革に関わる社会保障の制度改革が完了

※ 地域医療構想、医療費適正化計画等は、目標の達成に向けて取組を継続

■ 一体改革後の社会保障改革に向けて

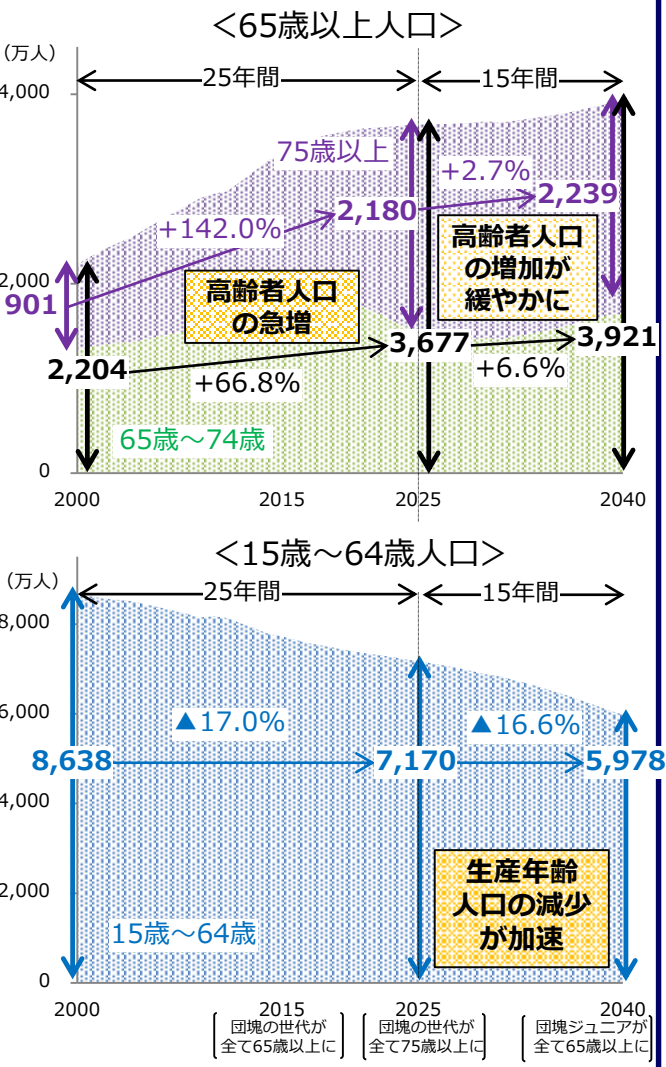
- 今後数年は、消費税率引上げやオリパラ前後の需要変動を乗り越え、団塊世代が75歳に入り始める2022年以降に向け、持続可能な経済財政の基盤固めに向けた構造改革の重要な期間（経済・財政一体改革の中間評価）
- 現役人口が急速に減少する一方で高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据え、社会保障給付や負担の姿を幅広く共有することが重要。（平成30年3月29日経済財政諮問会議有識者議員提出資料）

人口構造の推移を見ると、2025年以降、
「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

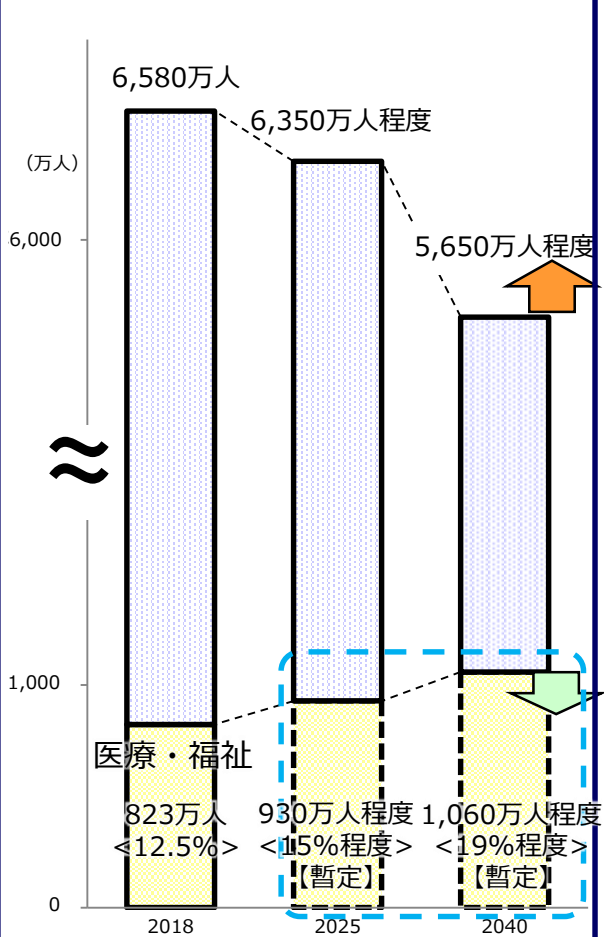
➡

2025年以降の現役世代の人口の急減という
新たな局面における課題への対応が必要。

《2040年までの人口構造の変化》



《就業者数の推移》



- 国民的な議論の下、
- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
 - 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性[※]の向上を目指す。

※ サービス産出に要するマンパワー投入量。

※ 医療分野：ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度（「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出）

※ 介護分野：特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり。

（資料）総務省「国勢調査」「人口推計」（2015年まで）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」（出生中位・死亡中位推計）（2016年以降）

（資料）就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」（出生中位・死亡中位推計）を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況（2025年）をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計（暫定値）。

生産年齢人口の急減という局面で健康寿命の延伸に取り組むことの重要性

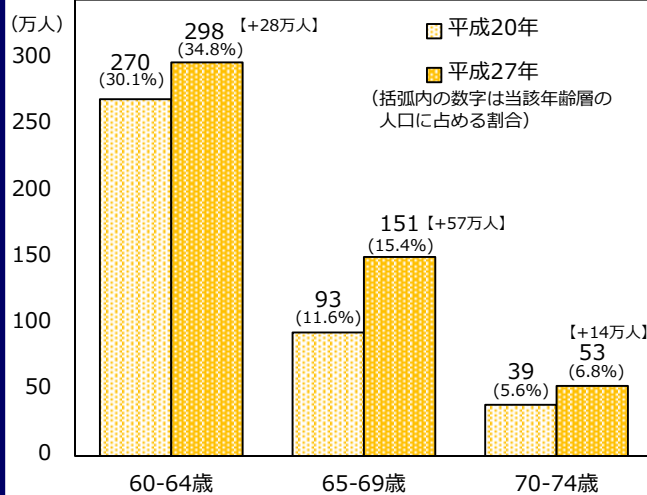
～高齢者就業の拡大を例に～

平成30年5月21日経済財政諮問会議
加藤厚生労働大臣提出資料

- 近年の高齢者就業の拡大は、今日の経済社会において、社会保障のみならず経済社会全体に様々な好影響をもたらしている。
- 今後、生産年齢人口の急減という新たな局面を迎える我が国経済社会の活力の維持向上のためには、高齢者の方々の就労・社会参加の基盤となる健康寿命の延伸等が重要な政策課題に。

制度の支え手と保険料収入の増加

<被用者保険被保険者の推移(60～74歳)>

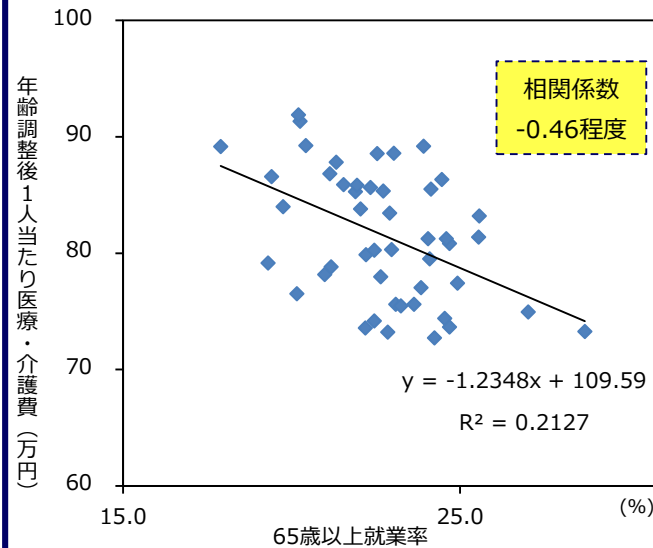


- 平成27年は平成20年と比べて、60～74歳の被用者保険被保険者数は99万人増（被保険者数全体の増（149万人）の約2/3に相当）。
- この増加した者に係る標準報酬が当該年齢の平均値（平成27年健康保険被保険者実態調査より）と同程度と仮定して、保険料収入への影響を粗く推計すると、約3,400億円の増加。

(グラフ出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

就業による健康の保持（医療・介護の需要減）

<65歳以上就業率と医療・介護費(27年度)>

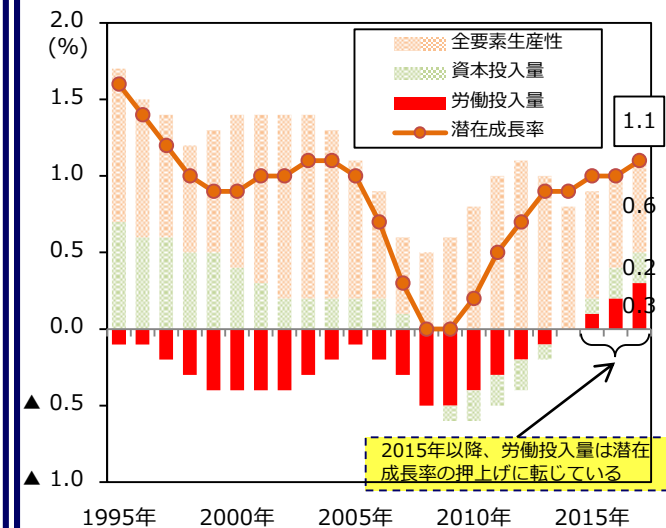


- 都道府県ごとの65歳以上就業率と年齢調整後1人当たり医療・介護費との間には負の相関。
- 厚生労働省「中高齢縦断調査」(特殊報告)によれば、1年前に就業していない者より就業している者の方が「健康」を維持する確率や、「不健康」が「健康」へ改善される確率が高いとの結果。

(グラフ出典) 65歳以上就業率は「国勢調査」。年齢調整後1人当たり医療費は、市町村国保と後期高齢者医療における年度データ。年齢調整後1人当たり介護費は、1号被保険者を対象に集計した年度データ。

労働投入増による潜在成長率の押上げ

<潜在成長率の推移>

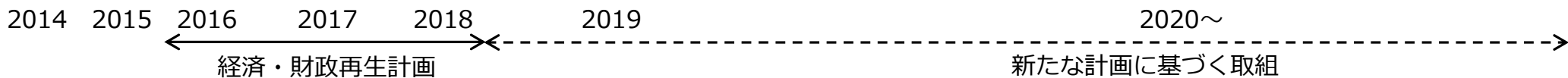


- 労働投入量の潜在成長率への寄与を見ると、労働力人口が頭打ちとなる中で長らく押下げ要因だったが、2015年以降、押上げ要因に転換。
- 「中長期の経済財政に関する試算」の成長実現ケースは、今後潜在成長率が2%程度となる姿を描いており、これを実現するためには、高齢者の方々のさらなる就業促進を通じた労働投入量の拡大が重要。

(グラフ出典) 内閣府「月例経済報告」

2040年を展望した社会保障改革についての国民的な議論の必要性

- 高齢者数がピークを迎える2040年頃の社会保障制度を展望すると、社会保障の持続可能性を確保するための給付と負担の見直し等と併せて、新たな局面に対応する課題である「健康寿命の延伸」や「医療・介護サービスの生産性の向上」を含めた新たな社会保障改革の全体像について、国民的な議論が必要。



社会保障・税一体改革等への対応

2040年を展望した社会保障改革

<社会保障の充実・安定化>

- 社会保障の充実
 - ・ 子ども・子育て新制度の創設、保育の受け皿拡大、育児休業中の経済的支援の強化など、消費税収を子ども・子育て分野に充当
 - ・ 医療・介護の充実、年金制度の改善
- 社会保障の安定化
 - ・ 基礎年金国庫負担割合 2 分の 1 等

<持続可能性の確保のための制度改革>

- 社会保障制度改革プログラム法や改革工程表に沿って、社会保障の給付に係る重点化・効率化を推進
- 経済・財政再生計画の「目安」を達成。社会保障関係費の実質的な伸びは2016～2018年度で1.5兆円弱

消費税率引上げ
(2019年10月予定)→ 一体改革に関わる
制度改革が完了

(社会保障の充実)

- 年金生活者支援給付金制度の創設
- 介護保険 1 号保険料軽減強化の完全実施

※ 新しい経済政策パッケージを実施

- 後期高齢者保険料軽減特例（均等割）の見直し

<引き続き取り組む
政策課題>

これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

<新たな局面に対応した政策課題>

現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保



これらの政策課題を総合的に検討していくため、
社会保障改革の全体像に関する国民的な議論が必要

厚生労働省において、健康寿命の延伸と医療・介護サービスの生産性向上に向けた目標設定や施策の具体化に着手。可能なものから予算措置や制度改正を検討。

2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）－概要－

（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日）

○ 高齢者人口がピークを迎える2040年頃を見据え、社会保障給付や負担の姿を幅広く共有するための議論の素材を提供するために、一定の仮定をおいた上で、将来見通しを作成。

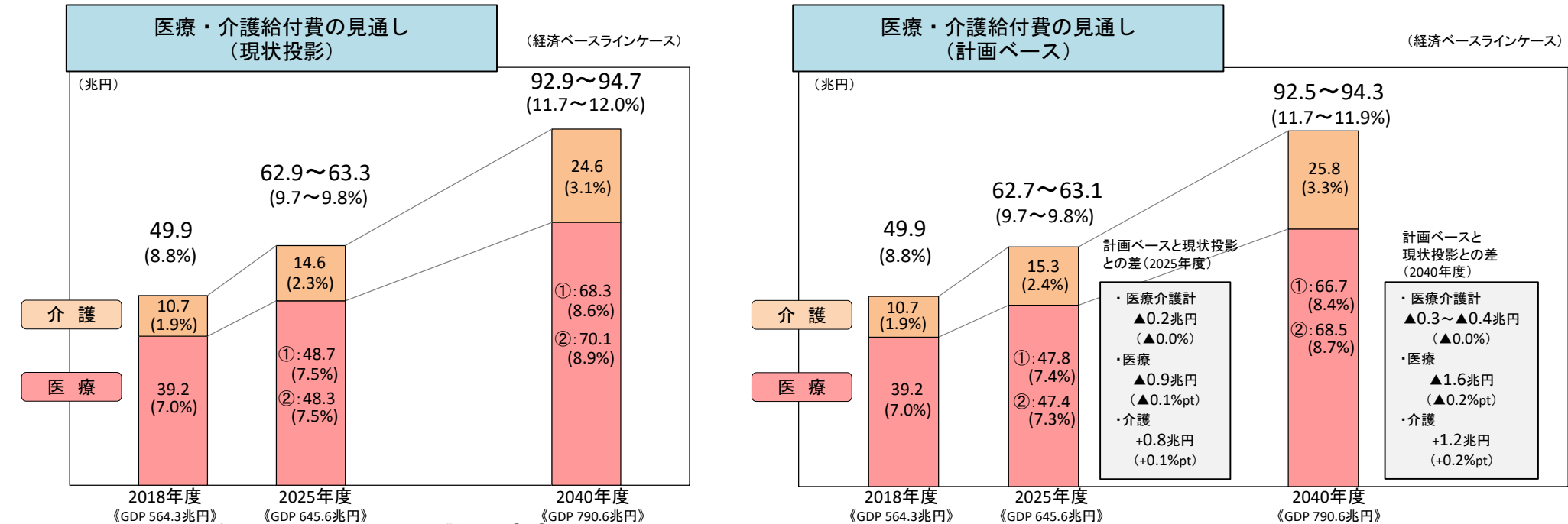
試算結果①医療・介護給付費の見通し（計画ベースと現状投影との比較）

○ 現在、全国の都道府県、市区町村において、医療・介護サービスの提供体制の改革や適正化の取組みが進められている。これらの取組みに係る各種計画（地域医療構想、医療費適正化計画、介護保険事業計画）を基礎とした「計画ベース」の見通しと、現状の年齢別受療率・利用率を基に機械的に将来の患者数や利用者数を計算した「現状投影」の見通しを作成。

○ 医療・介護給付費について2つの見通しを比較すると、計画ベースでは、

- ・ 医療では、病床機能の分化・連携が進むとともに、後発医薬品の普及など適正化の取組みによって、入院患者数の減少や、医療費の適正化が行われ（2040年度で▲1.6兆円）、
- ・ 介護では、地域のニーズに応じたサービス基盤の充実が行われることで（2040年度で＋1.2兆円）

疾病や状態像に応じてその人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会の実現を目指したものとなっている。



（注1）医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り（①と②）示している。
（注2）「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第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、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算（平成30年1月）」等を踏まえて計算。

なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。（ ）内は対GDP比。

試算結果②(社会保障給付費全体の見通し)

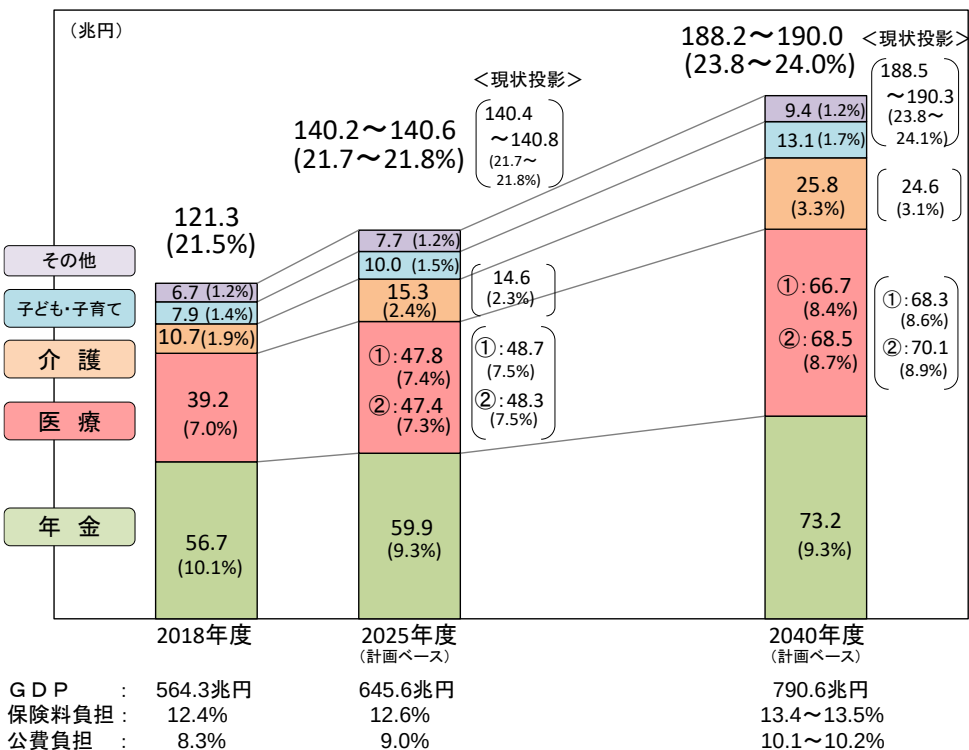
○ 社会保障給付費の対GDP比は、2018年度の21.5%(名目額121.3兆円)から、2025年度に21.7～21.8%(同140.2～140.6兆円)となる。その後15年間で2.1～2.2%ポイント上昇し、2040年度には23.8～24.0%(同188.2～190.0兆円)となる。(計画ベース・経済ベースラインケース※)

○ 経済成長実現ケース※でも、社会保障給付費の対GDP比は概ね同様の傾向で増加するが、2040年度で比較するとベースラインケースに比べて、1%ポイント程度低い水準(対GDP比22.6～23.2%(名目額210.8～215.8兆円))(計画ベース・経済成長実現ケース)。

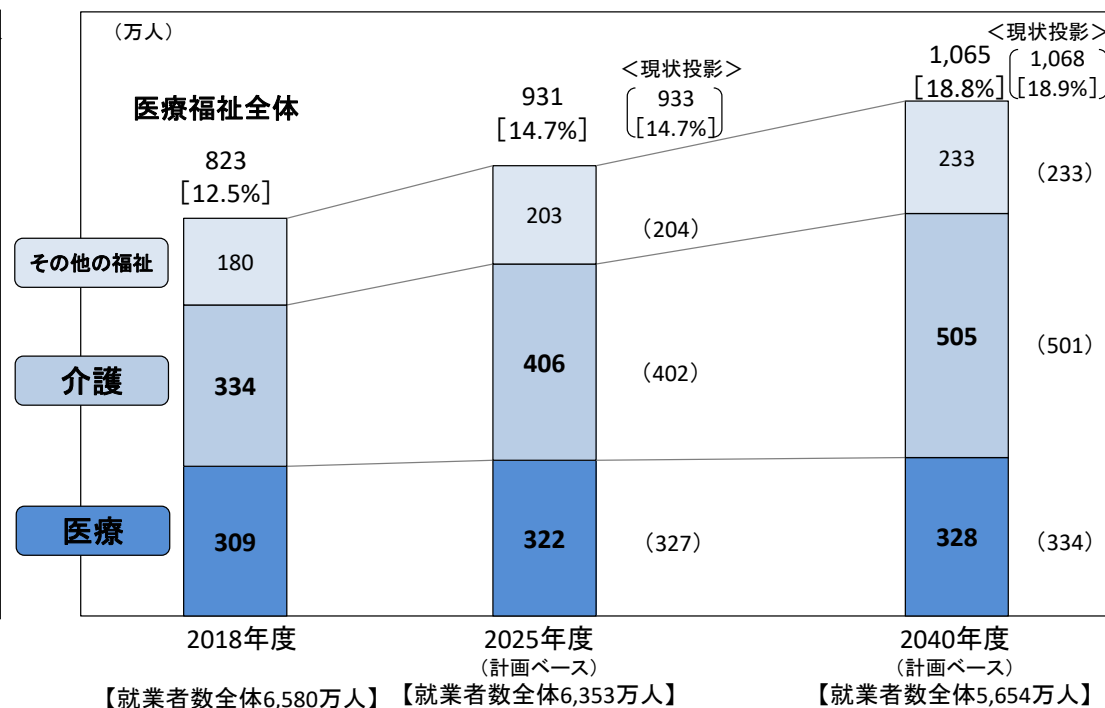
※経済ベースラインケース及び成長実現ケースの経済前提については次頁参照。

社会保障給付費の見通し

(経済ベースラインケース)



医療福祉分野における就業者の見通し



(注1) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

(注2) 「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第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、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

(注3) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障税一体改革時の試算の仮定を使用。()内は対GDP比。[]内は就業者数全体に対する割合。保険料負担及び公費負担は対GDP比。

医療・介護の1人当たり保険料・保険料率の見通し①

平成30年5月21日
経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料

【経済：ベースラインケース】

	現状投影			計画ベース		
	2018年度	2025年度	2040年度	2018年度	2025年度	2040年度
医療保険						
協会けんぽ	10.0%	①10.8% ②10.7%	①11.8% ②12.1%	10.0%	①10.6% ②10.5%	①11.5% ②11.8%
健保組合	9.2%	①10.0% ② 9.9%	①11.1% ②11.4%	9.2%	① 9.8% ② 9.7%	①10.9% ②11.2%
市町村国保 (2018年度賃金換算)	7,400円	①8,300円 ②8,200円	①8,400円 ②8,600円	7,400円	①8,100円 ②8,000円	①8,200円 ②8,400円
後期高齢者 (2018年度賃金換算)	5,800円	①6,500円 ②6,400円	①8,200円 ②8,400円	5,800円	①6,400円 ②6,300円	①8,000円 ②8,200円
介護保険						
1号保険料 (2018年度賃金換算)	約5,900円	約6,900円	約8,800円	約5,900円	約7,200円	約9,200円
2号保険料 協会けんぽ・健保組合	協会けんぽ1.57% 健保組合1.52%	1.9%	2.5%	協会けんぽ1.57% 健保組合1.52%	2.0%	2.6%
2号保険料 市町村国保 (2018年度賃金換算)	約2,800円	約3,300円	約4,200円	約2,800円	約3,500円	約4,400円

※ 医療保険の2018年度における保険料は2018年度実績見込み（協会けんぽは実際の保険料率、健保組合は健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」より、市町村国保は予算ベースの所要保険料、後期高齢者は広域連合による見込みを基にした推計値）である。また、2025年度及び2040年度の保険料は2018年度の保険料と各制度の所要保険料の伸びから算出している。

※ 介護保険の2018年度における2号保険料の健保組合の値は、健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」による。また、市町村国保の保険料額は、一人当たり介護納付金額の月額について、公費を除いた額である。2018年度におけるそのほかの保険料は、実際の基準保険料額・保険料率である。

医療・介護の1人当たり保険料・保険料率の見通し②

平成30年5月21日
経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料

【経済：成長実現ケース】

	現状投影			計画ベース		
	2018年度	2025年度	2040年度	2018年度	2025年度	2040年度
医療保険						
協会けんぽ	10.0%	①10.2% ②10.5%	①11.0% ②11.8%	10.0%	①10.0% ②10.3%	①10.8% ②11.5%
健保組合	9.2%	① 9.4% ② 9.7%	①10.4% ②11.1%	9.2%	① 9.2% ② 9.5%	①10.1% ②10.9%
市町村国保 (2018年度賃金換算)	7,400円	①7,800円 ②8,000円	①7,800円 ②8,400円	7,400円	①7,600円 ②7,900円	①7,700円 ②8,200円
後期高齢者 (2018年度賃金換算)	5,800円	①6,100円 ②6,300円	①7,600円 ②8,200円	5,800円	①6,000円 ②6,200円	①7,400円 ②8,000円
介護保険						
1号保険料 (2018年度賃金換算)	約5,900円	約6,800円	約8,600円	約5,900円	約7,100円	約9,000円
2号保険料 協会けんぽ・健保組合	協会けんぽ1.57% 健保組合1.52%	1.9%	2.5%	協会けんぽ1.57% 健保組合1.52%	2.0%	2.6%
2号保険料 市町村国保 (2018年度賃金換算)	約2,800円	約3,300円	約4,200円	約2,800円	約3,500円	約4,400円

※ 医療保険の2018年度における保険料は2018年度実績見込み（協会けんぽは実際の保険料率、健保組合は健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」より、市町村国保は予算ベースの所要保険料、後期高齢者は広域連合による見込みを基にした推計値）である。また、2025年度及び2040年度の保険料は2018年度の保険料と各制度の所要保険料の伸びから算出している。

※ 介護保険の2018年度における2号保険料の健保組合の値は、健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」による。また、市町村国保の保険料額は、一人当たり介護納付金額の月額について、公費を除いた額である。2018年度におけるそのほかの保険料は、実際の基準保険料額・保険料率である。

- 足元値 平成30年度予算ベース。ただし、介護については第7期介護保険事業計画の集計値を基礎としている。
- 人口前提 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）
※ただし、子ども・子育ての推計については、2020年度以降給付の対象となる子ども数を固定した形で推計。

○ 経済前提

2027年度までは、内閣府「中長期の経済財政に関する試算」（平成30年1月）等、2028年度以降は、公的年金の平成26年財政検証に基づいた前提値を使用。経済前提は2つのケースで試算（ベースラインケース（2028年度以降は平成26年財政検証ケースF）、成長実現ケース（2028年度以降は平成26年財政検証ケースE））。

		2018 (H30)	2019 (H31)	2020 (H32)	2021 (H33)	2022 (H34)	2023 (H35)	2024 (H36)	2025 (H37)	2026 (H38)	2027 (H39)	2028～ (H40～)
名目経済 成長率 (%)	成長実現	2.5	2.8	3.1	3.2	3.4	3.4	3.5	3.5	3.5	3.5	1.6
	ベースライン	2.5	2.4	2.2	1.9	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.7	1.3
物価 上昇率 (%)	成長実現	1.0	1.9	2.3	2.1	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.2
	ベースライン	1.0	1.6	1.7	1.3	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2

注. 賃金上昇率については、2018年度は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度」（平成30年1月22日閣議決定）に基づいて1.7%と設定し、2019～2027年度までは名目経済成長率と同率、2028年度以降は平成26年財政検証の前提（ケースE・F）に基づいて2.5%としている。

○ 将来見通しの作成方法（全般的考え方）

- ・ 公的年金 平成26(2014)年財政検証に、新たな将来推計人口・経済前提を簡易的に反映。年金生活者支援給付金の実施を織り込んで計算。
- ・ 医療、介護 年齢階級別受療率等に将来推計人口を適用して需要を推計し、サービスごとの単価、伸び率等を適用。
- ・ 子ども・子育て 「子育て安心プラン」「新しい経済政策パッケージ（2兆円パッケージ）」（制度の詳細が決定していない高等教育の無償化等は反映していない）を織り込んだ上で、2020年度以降給付の対象となる子ども数を固定。
- ・ 上記以外 GDPに対する給付規模が将来にわたって変わらないことを基本として機械的に計算。
（なお、短期的には近年の予算等の動向も踏まえつつ計算。）

（留意事項）

- 本見通しは、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。特に、長期の推計であるため、長期間の人口変動の動向とこれが経済社会に与える影響、経済、雇用の動向、給付単価の伸び率の動向等が、給付費の総額や対GDP比等の結果に大きな影響を与える可能性があることに留意する必要がある。
- 本見通しは、一体改革試算と同様、患者数や利用者数などの需要を基礎とした計算となっており、供給面については必要な需給をちょうどまかなうだけの供給が行われるものと仮定して、必要マンパワーや費用等を計算している。従って、需要側である患者数が減少した際には、その減少に合わせてサービス供給量も減少することを仮定していることに留意する必要がある。
- 本見通しでは、医療においては年齢別制度別実効給付率、介護においては全体の実効給付率を現状の値で固定して将来の医療給付費および介護給付費を算出していることに留意する必要がある。
- 「計画ベース」の見通しでは、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」に基づく マンパワーのシミュレーション ―概要―

（厚生労働省 平成30年5月21日）

- 基本となる将来見通しに加え、今後の議論に資するため、①医療・介護需要が一定程度低下した場合、②医療・介護等における生産性が向上した場合を仮定して、将来の就業者数に関するシミュレーションを実施。

【シミュレーション（1）】

○ 医療・介護需要が一定程度低下した場合

※ これまでの受療率等の傾向や今後の寿命の伸び等を考慮し、高齢期において、医療の受療率が2.5歳分程度、介護の認定率が1歳分程度低下した場合

<2040年度の変化等>

- ・ 医療福祉分野における就業者数：
▲81万人 [▲1.4%]

【シミュレーション（2）】

○ 医療・介護等における生産性が向上した場合

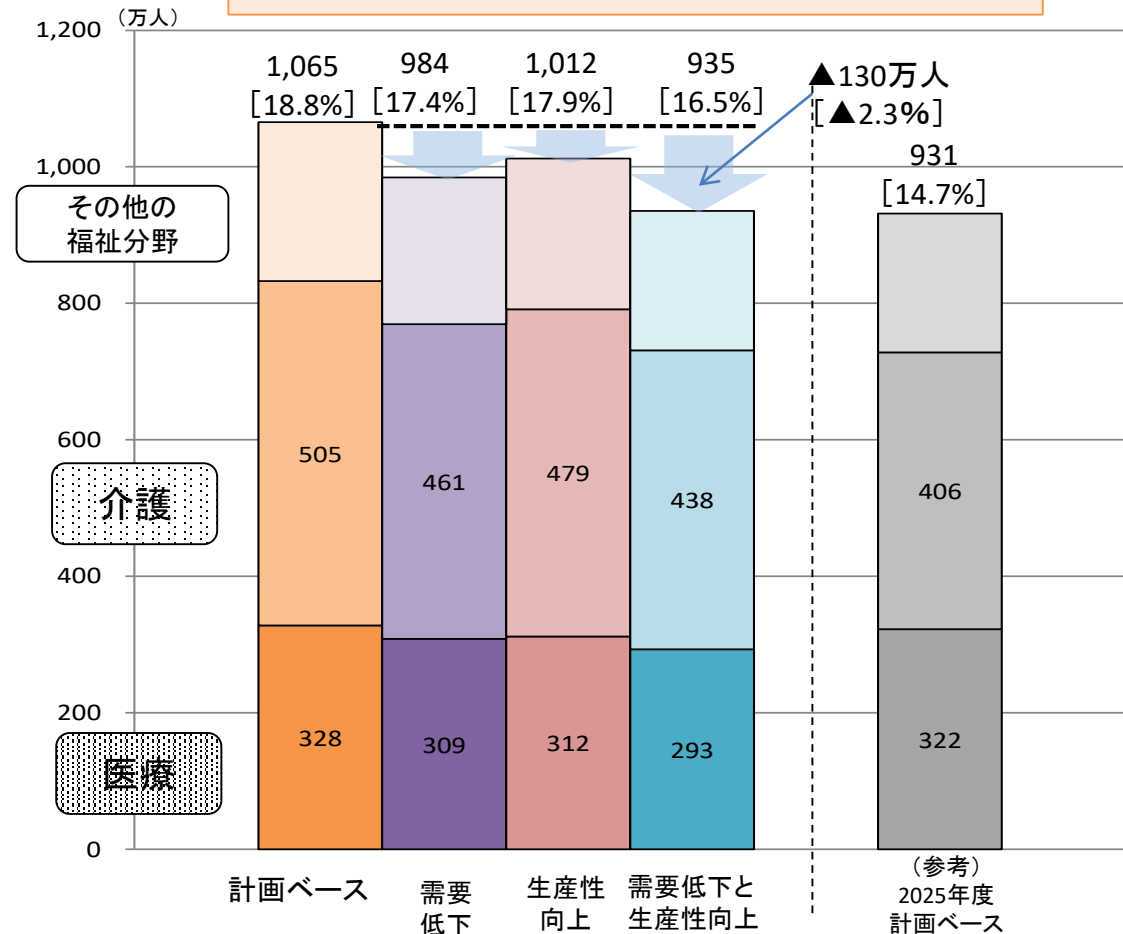
※ ICT等の活用に関する調査研究や先進事例等を踏まえ、医療・介護の生産性が各5%程度向上するなど、医療福祉分野における就業者数全体で5%程度の効率化が達成された場合

<2040年度の変化等>

- ・ 医療福祉分野における就業者数：
▲53万人 [▲0.9%]

※、(1)と(2)が同時に生じる場合、2040年度の変化は▲130万人[▲2.3%]

医療福祉分野における就業者数(2040年度)



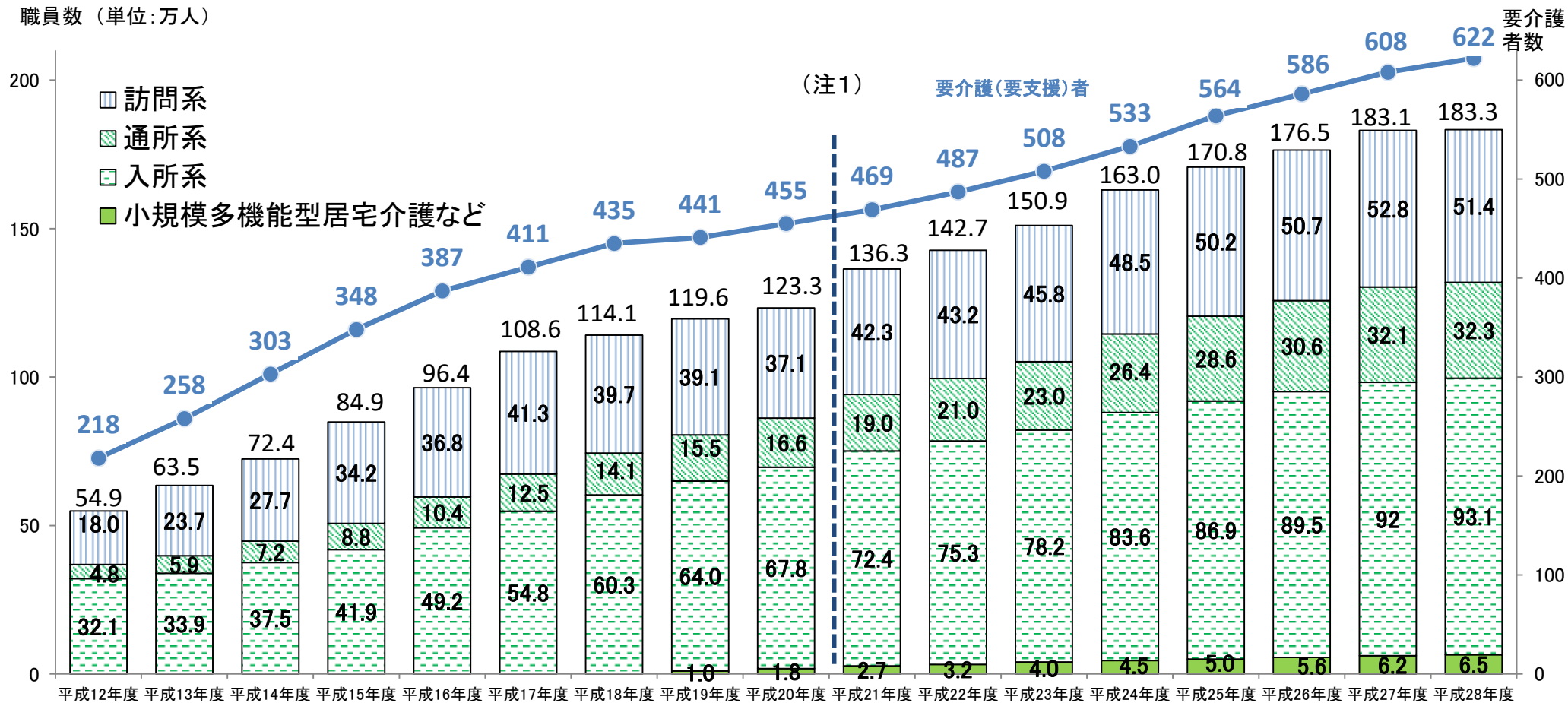
【就業者数全体5,654万人】 (注) []内は就業者数全体に対する割合。

(注) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

介護職員数の推移

○ 本表における介護職員数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する職員数。

職員数（単位：万人）



注1) 平成21年度以降は、調査方法の変更による回収率変動等の影響を受けていることから、厚生労働省（社会・援護局）にて推計したもの。

（平成20年まではほぼ100%の回収率 → (例)平成28年の回収率：訪問介護90.8%、通所介護86.8%、介護老人福祉施設92.2%）

・補正の考え方：入所系（短期入所生活介護を除く）・通所介護は①施設数に着目した割り戻し、それ以外は②利用者数に着目した割り戻しにより行った。

注2) 各年の「介護サービス施設・事業所調査」の数値の合計から算出しているため、年ごとに、調査対象サービスの範囲に相違があり、以下のサービスの介護職員については、含まれていない。

（特定施設入居者生活介護：平成12～15年、地域密着型介護老人福祉施設：平成18年、通所リハビリテーションの介護職員数は全ての年に含めていない）

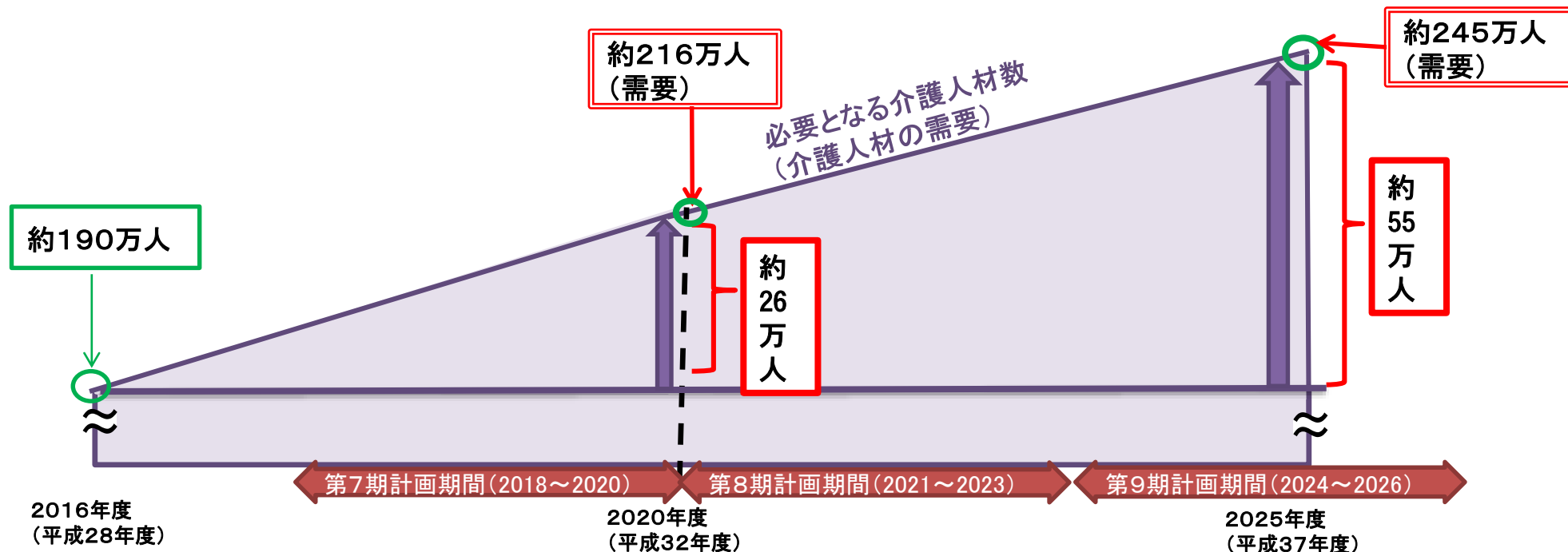
注3) 介護職員数は、常勤、非常勤を含めた実人員数である。（各年度の10月1日現在）

注4) 平成27年度以降の介護職員数には、介護予防・日常生活支援総合事業に従事する介護職員数は含まれていない。

【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（介護職員数）、「介護保険事業状況報告」（要介護（要支援）認定者数）

第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について

- 第7期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護人材の需要を見ると、2020年度末には約216万人、2025年度末には約245万人が必要。
- 2016年度の約190万人に加え、2020年度末までに約26万人、2025年度末までに約55万人、年間6万人程度の介護人材を確保する必要がある。
- ※ 介護人材数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数を加えたもの。
- 国においては、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組む。



注1) 需要見込み(約216万人・245万人)については、市町村により第7期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量(総合事業を含む)等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。

注2) 2016年度の約190万人は、「介護サービス施設・事業所調査」の介護職員数(回収率等による補正後)に、総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数(推計値:約6.6万人)を加えたもの。

第6期、第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について

	足下の職員数	平成32年度 (2020)	平成37年度 (2025)
第6期計画 介護人材の必要数	年間約8.6万人 約171万人 【2013年度】	年間約6.8万人 約231万人(注) 【推計】 +60万人	+82万人 約253万人 【推計】
第7期計画 介護人材の必要数	年間約6.5万人 約190万人 【2016年度】	+26万人 約216万人 【推計】 年間約6.1万人	+55万人 約245万人 【推計】

(注) 「ニッポン一億総活躍プラン」に基づき、2020年代初頭までに必要となる約5万人を含む。

総合的な介護人材確保対策(主な取組)

これまでの主な対策

今後、さらに講じる主な対策

介護職員の 処遇改善

(実績)月額平均5.7万円の改善

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

◎ リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準を目指し、経験・技能のある介護職員に重点化しつつ、更なる処遇改善を2019年10月より実施予定

多様な人材 の確保・育成

- 介護福祉士修学資金貸付、再就職準備金貸付による支援
- 中高年齢者等の介護未経験者に対する入門的研修の実施から、研修受講後のマッチングまでを一体的に支援

◎ 入門的研修受講者等への更なるステップアップ支援(介護の周辺業務等の体験支援)

離職防止 定着促進 生産性向上

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

◎ 介護職機能分化・多職種チームケア等の推進
◎ 介護ロボット・ICT活用推進の加速化
◎ 生産性向上ガイドラインの策定・普及
◎ 認証評価制度ガイドラインの策定・普及

介護職 の魅力向上

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

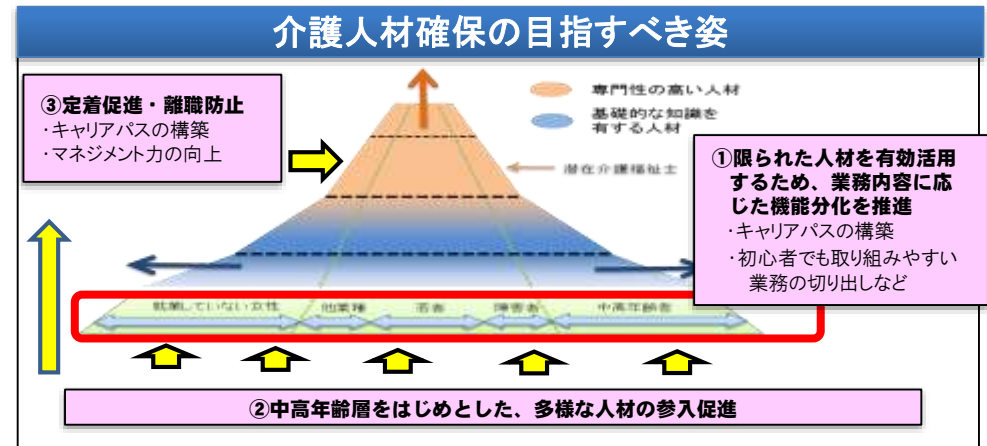
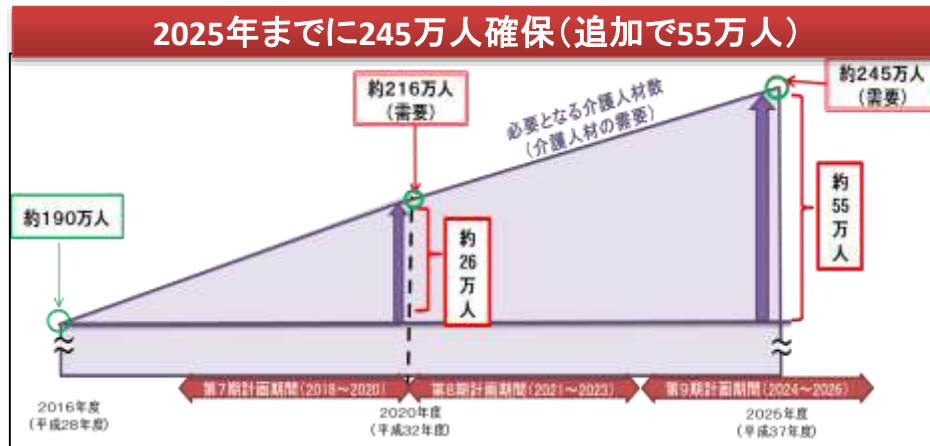
◎ 若者、子育て層、アクティブシニア層に対する介護職の魅力などの発信

外国人材の受 入れ環境整備

- 介護福祉士を目指す留学生等の支援(介護福祉士修学資金の貸付推進、日常生活面での相談支援等)

◎ 「特定技能」等外国人介護人材の受入環境整備(介護技能向上のための集合研修、介護の日本語学習支援、介護業務等の相談支援・巡回訪問の実施等)

福祉・介護人材確保に向けた平成31年度予算(案)の全体像



<平成31年度予算(案)の全体像>

都道府県等による取組

- ✓ 地域医療介護総合確保基金を活用した「参入促進」「資質の向上」「労働環境・処遇の改善」に資する取組

【平成31年度の新規施策】

- ✓ 介護職機能分化等推進事業の創設

【平成31年度の新規施策】※基金事業のメニュー追加

- ✓ 介護入門者ステップアップ支援事業
- ✓ 現任職員キャリアアップ支援事業

【平成31年度の新規施策】

- ✓ 外国人介護人材受入環境整備事業の創設

- ✓ 介護福祉士修学資金や再就職準備金などの返還免除付き貸付制度の活用促進

※ 補正予算等において必要な貸付原資の積増等

多様な人材の参入促進

資質の向上

労働環境・処遇の改善

外国人材の受入環境整備



国による取組

【平成31年度の拡充施策】

- ✓ 介護の仕事の魅力等に関する全国的なPR活動を平成30年度に引き続き推進
- ✓ 若年者や子育て世代、アクティブシニア等対象者像に応じた個別的アプローチ
- ✓ 事業主に対して、ワークライフバランスの重要性をはじめ、介護事業所の認証評価制度の普及等

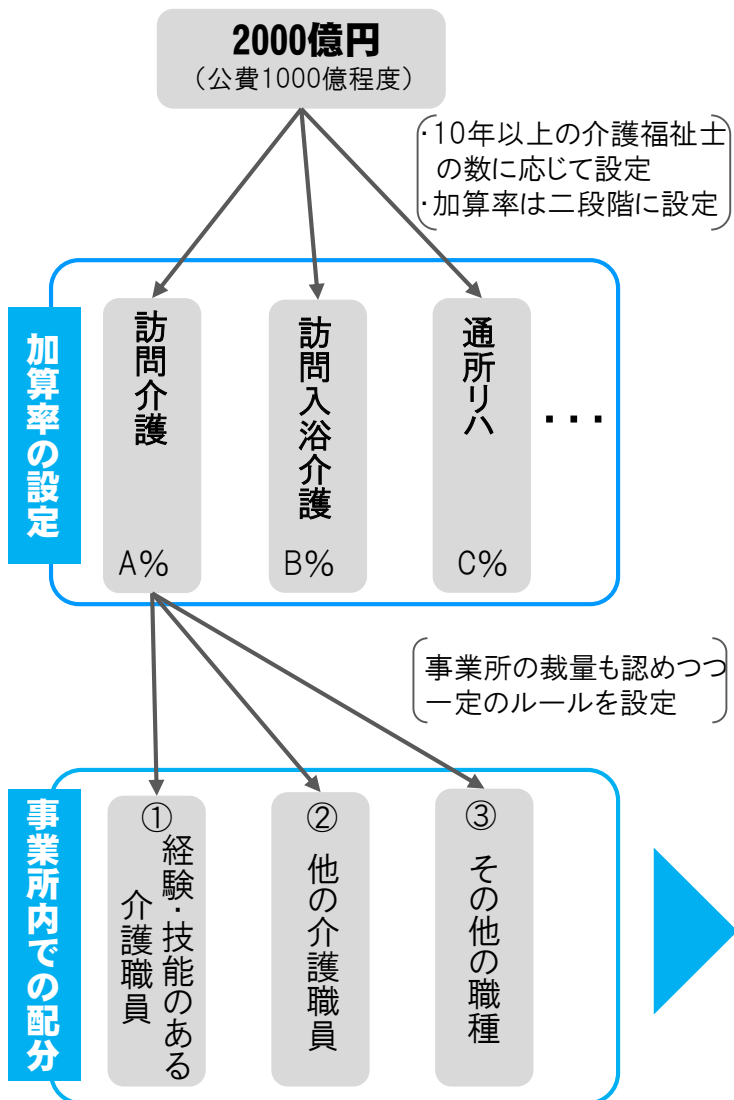
介護の仕事の真の姿を知ってもらい、介護職の魅力や社会的評価を高める気運・ムーブメントの醸成(3K・4Kといった介護職に対するネガティブイメージの払拭)や人材確保の好事例の横展開を図ることで介護人材確保対策を一層推進

新しい経済政策パッケージに基づく介護職員の更なる処遇改善

国費210億円程度
※ 改定率換算+1.67%

○ 新しい経済政策パッケージ（抜粋）

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



- ▶ ①経験・技能のある介護職員において「月額8万円」の改善又は「役職者を除く全産業平均水準(年収440万円)」を設定・確保
→ リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準を実現

▶ 平均の処遇改善額が、

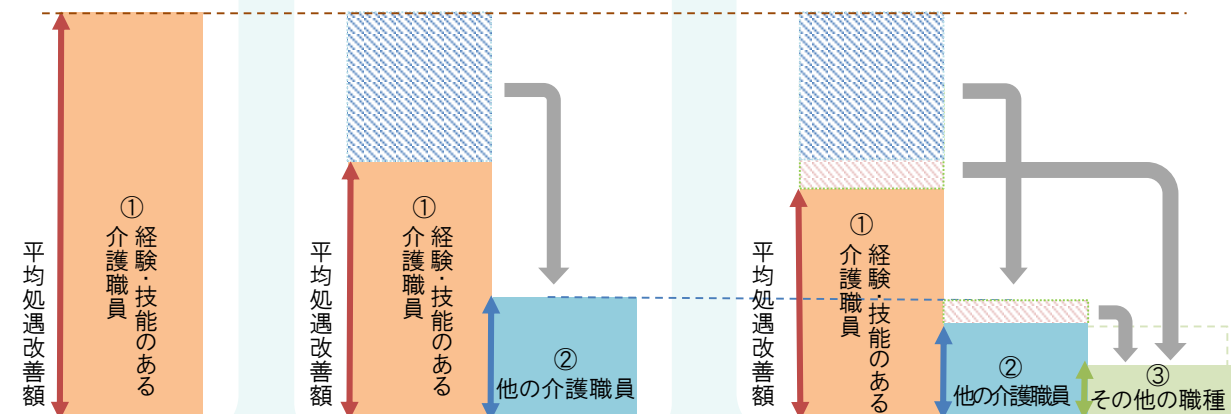
- ・ ①経験・技能のある介護職員は、②その他の介護職員の2倍以上とすること
- ・ ③その他の職種(役職者を除く全産業平均水準(年収440万円)以上の者は対象外)は、②その他の介護職員の2分の1を上回らないこと

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

※ ①、②、③内での一人ひとりの処遇改善額は、柔軟に設定可能

※ 平均賃金額について、③が②と比べて低い場合は、柔軟な取扱いが可能

全て選択可能



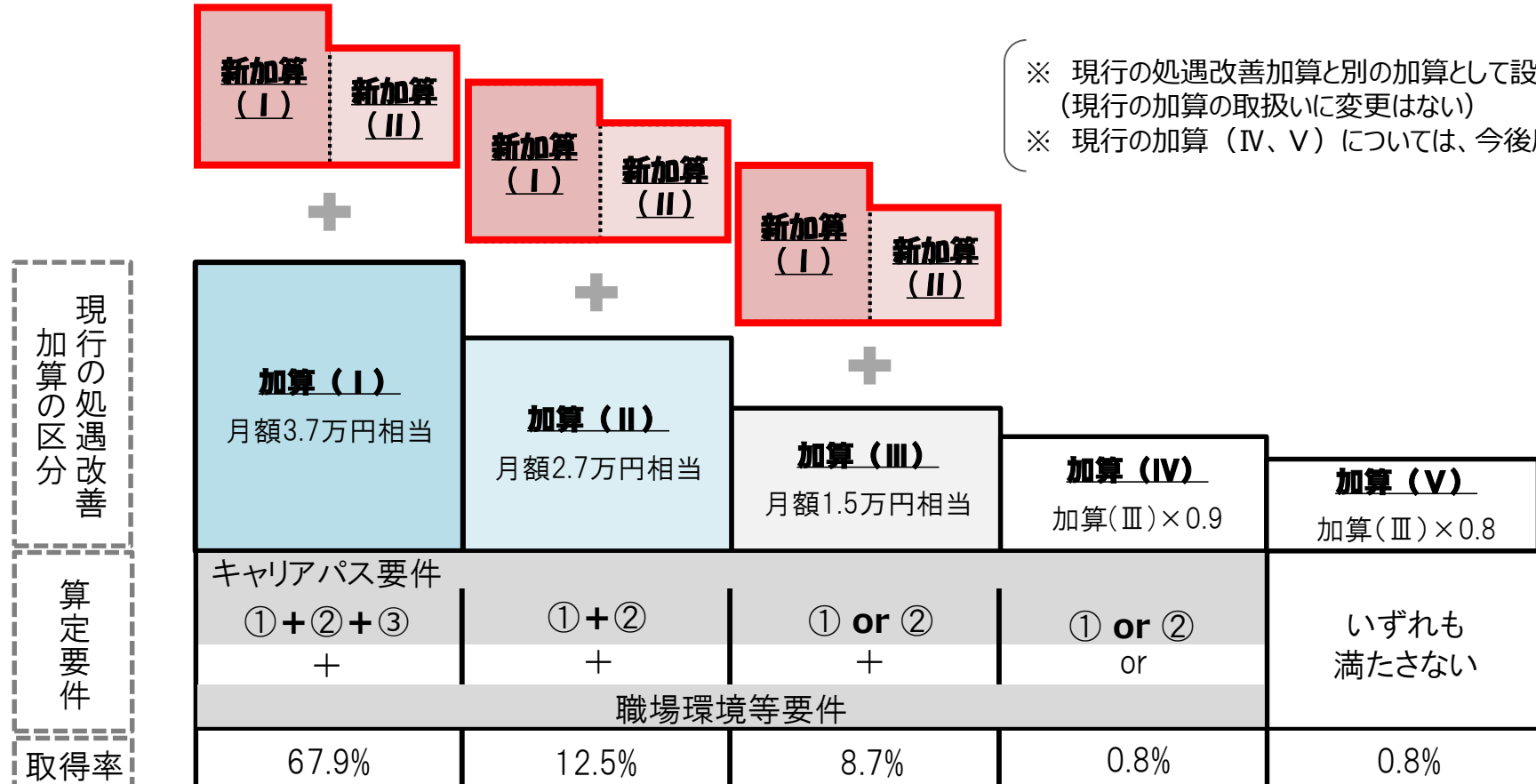
処遇改善加算全体のイメージ

<新加算（特定処遇改善加算）の取得要件>

- ・ 現行の介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までを取得していること
- ・ 介護職員処遇改善加算の職場環境等要件に関し、複数の取組を行っていること
- ・ 介護職員処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等を通じた見える化を行っていること

<サービス種類内の加算率>

- ・ サービス提供体制強化加算（最も高い区分）、特定事業所加算（従事者要件のある区分）、日常生活継続支援加算、入居継続支援加算の取得状況を加味して、加算率を二段階に設定
- ・ 加算率の設定に当たっては、1段階とした場合の加算率を試算した上で、原則、新加算（Ⅱ）の加算率がその×0.9となるよう設定（ただし、新加算（Ⅰ）と新加算（Ⅱ）で加算率の差が大きくなる場合（1.5倍を超える場合）には、×0.95となるよう設定）



介護職員等の処遇改善加算に係る加算率について

1. 加算算定対象サービス

* 1段階×0.95としたサービス区分

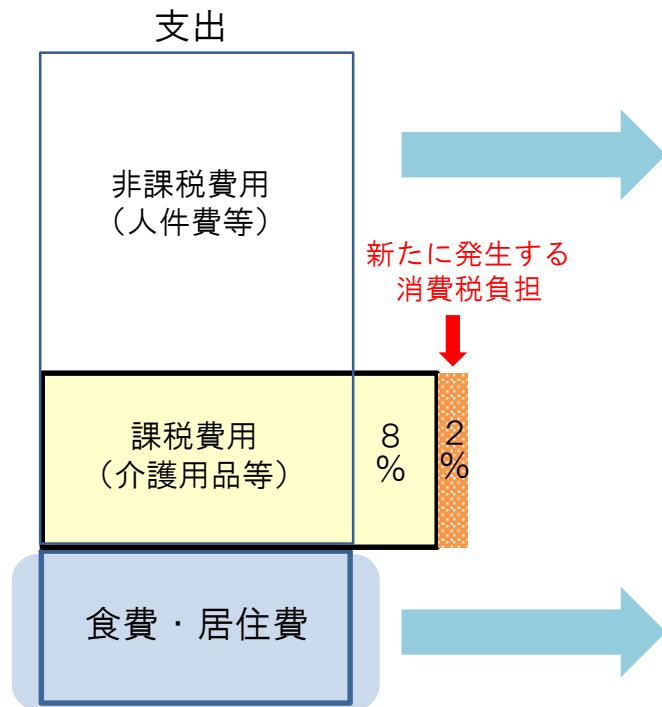
サービス区分	特定処遇改善加算		現行の処遇改善加算				
	新加算Ⅰ	新加算Ⅱ	加算Ⅰ	加算Ⅱ	加算Ⅲ	加算Ⅳ	加算Ⅴ
・訪問介護 ・夜間対応型訪問介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	6.3%	4.2%	13.7%	10.0%	5.5%	加算(Ⅲ)により算出した単位 ×0.9	加算(Ⅲ)により算出した単位 ×0.8
・(介護予防)訪問入浴介護 *	2.1%	1.5%	5.8%	4.2%	2.3%		
・通所介護 ・地域密着型通所介護 *	1.2%	1.0%	5.9%	4.3%	2.3%		
・(介護予防)通所リハビリテーション	2.0%	1.7%	4.7%	3.4%	1.9%		
・(介護予防)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 *	1.8%	1.2%	8.2%	6.0%	3.3%		
・(介護予防)認知症対応型通所介護	3.1%	2.4%	10.4%	7.6%	4.2%		
・(介護予防)小規模多機能型居宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護 *	1.5%	1.2%	10.2%	7.4%	4.1%		
・(介護予防)認知症対応型共同生活介護 *	3.1%	2.3%	11.1%	8.1%	4.5%		
・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 ・(介護予防)短期入所生活介護	2.7%	2.3%	8.3%	6.0%	3.3%		
・介護老人保健施設 ・(介護予防)短期入所療養介護(老健)	2.1%	1.7%	3.9%	2.9%	1.6%		
・介護療養型医療施設 ・(介護予防)短期入所療養介護(病院等)	1.5%	1.1%	2.6%	1.9%	1.0%		
・介護医療院 ・(介護予防)短期入所療養介護(医療院)	1.5%	1.1%	2.6%	1.9%	1.0%		

2. 加算算定非対象サービス

サービス区分	加算率
(介護予防)訪問看護、(介護予防)訪問リハビリテーション、(介護予防)福祉用具貸与、 特定(介護予防)福祉用具販売、(介護予防)居宅療養管理指導、居宅介護支援、介護予防支援	0%

消費税率引上げにあわせた介護報酬等に係る消費税の取扱い

改定率 +0.39%
※ 基準費用額の対応で、別途国費 7 億円程度



①介護報酬

- 介護報酬については、給付の9割をしめる基本報酬への上乗せを行う。上乗せ率は、各サービスの課税費用の割合を算出して定める。（加算報酬についても、課税費用の割合が高いものについては、上乗せを行う。）
- 在宅サービスの利用量の上限である区分支給限度額について、介護報酬の上乗せに伴い引き上げを行う。

②食費、居住費（基準費用額の対応）

- 食費、居住費への補足給付の算出の基礎となる費用について、消費税率引き上げによる影響分について上乗せを行う。

新たな外国人材受入れのための在留資格の創設

1 在留資格「特定技能1号」「特定技能2号」の創設

- (1) 特定技能1号: 不足する人材の確保を図るべき産業上の分野に属する相当程度の知識又は経験を要する技能を要する業務に従事する外国人向けの在留資格
- (2) 特定技能2号: 同分野に属する熟練した技能を要する業務に従事する外国人向けの在留資格

2 受入れのプロセス等に関する規定の整備

- (1) 分野横断的な方針を明らかにするための「基本方針」(閣議決定)に関する規定
- (2) 受入れ分野ごとの方針を明らかにするための「分野別運用方針」に関する規定
- (3) 具体的な分野名等を法務省令で定めるための規定
- (4) 特定技能外国人が入国する際や受入れ機関等を変更する際に審査を経る旨の規定
- (5) 受入れの一時停止が必要となった場合の規定

3 外国人に対する支援に関する規定の整備

- (1) 受入れ機関に対し、支援計画を作成し、支援計画に基づいて、特定技能1号外国人に対する日常生活上、職業生活上又は社会生活上の支援を実施することを求める。
- (2) 支援計画は、所要の基準に適合することを求める。

4 受入れ機関に関する規定の整備

- (1) 特定技能外国人の報酬額が日本人と同等以上であることなどを確保するため、特定技能外国人と受入れ機関との間の雇用契約は、所要の基準に適合することを求める。
- (2) ①雇用契約の適正な履行や②支援計画の適正な実施が確保されるための所要の基準に適合することを求める。

5 登録支援機関に関する規定の整備

- (1) 受入れ機関は、特定技能1号外国人に対する支援を登録支援機関に委託すれば、4(2)②の基準に適合するものとみなされる。
- (2) 委託を受けて特定技能1号外国人に対する支援を行う者は、出入国在留管理庁長官の登録を受けることができる。
- (3) その他登録に関する諸規定

6 届出、指導・助言、報告等に関する規定の整備

- (1) 外国人、受入れ機関及び登録支援機関による出入国在留管理庁長官に対する届出規定
- (2) 出入国在留管理庁長官による受入れ機関及び登録支援機関に対する指導・助言規定、報告徴収規定等
- (3) 出入国在留管理庁長官による受入れ機関に対する改善命令規定

7 特定技能2号外国人の配偶者及び子に対し在留資格を付与することを可能とする規定の整備

8 その他関連する手続・罰則等の整備

(注) 特定技能1号外国人: 特定技能1号の在留資格を持つ外国人、特定技能2号外国人: 特定技能2号の在留資格を持つ外国人、特定技能外国人: これらの外国人の総称

【参考】外国人介護人材受入れの仕組み

EPA（経済連携協定）
（インドネシア・フィリピン
・ベトナム）

在留資格「介護」
（H29. 9 / 1～）

技能実習
（H29. 11 / 1～）

特定技能1号
（H31. 4 / 1～）

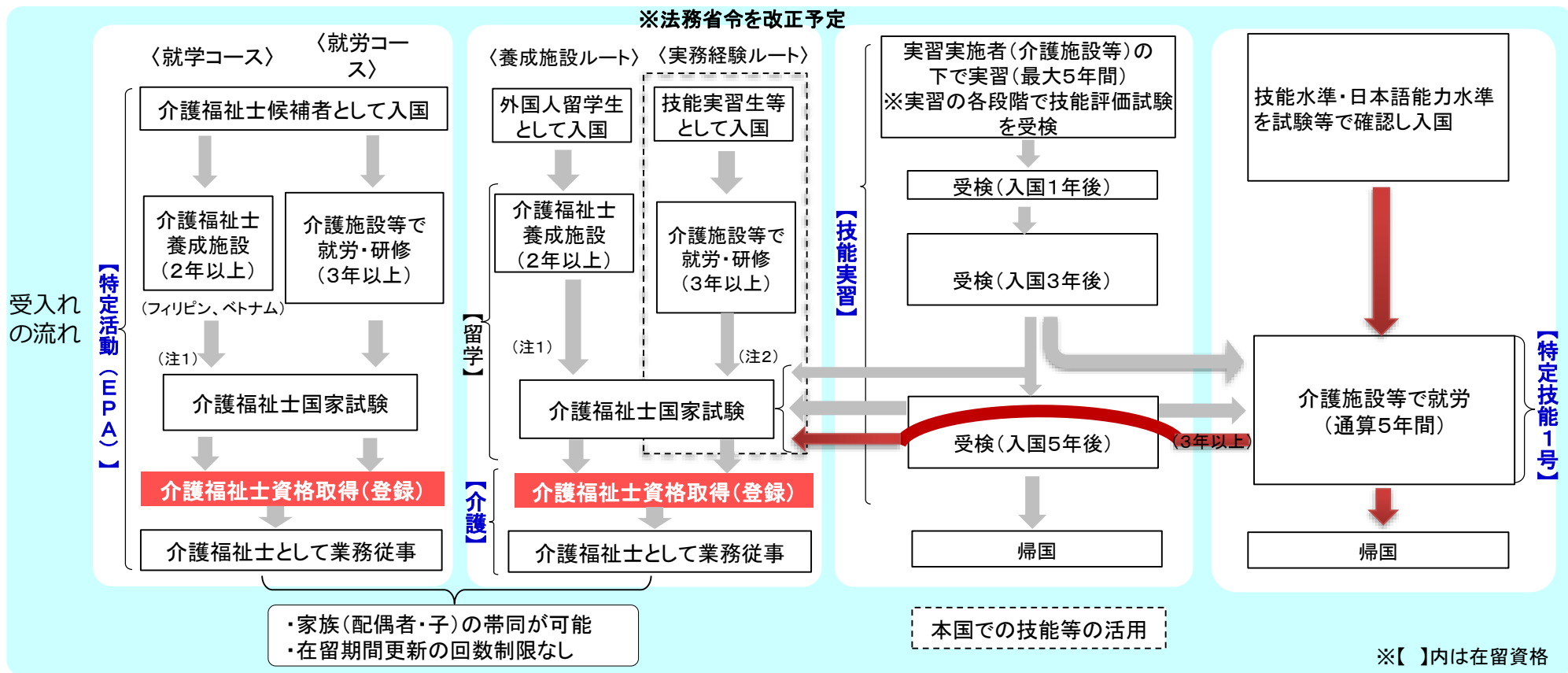
制度
趣旨

二国間の経済連携の強化

専門的・技術的分野の
外国人の受入れ

本国への技能移転

人手不足対応のための一定の専門性・技能を有する外国人の受入れ



（注1）平成29年度より、養成施設卒業者も国家試験合格が必要となった。ただし、平成33年度までの卒業者には卒業後5年間の経過措置が設けられている。

（注2）「新しい経済対策パッケージ」（平成29年12月8日閣議決定）において、「介護分野における技能実習や留学中の資格外活動による3年以上の実務経験に加え、実務者研修を受講し、介護福祉士の国家試験に合格した外国人に在留資格を認めること」とされており、現在、法務省において法務省令の改正に向けて準備中。

介護現場の革新の進め方について

第1ステージ：全国レベルでの方向性の整理

第1回

12月11日

介護現場革新会議 顔合わせ・キックオフ

老施協・全老健・日本医師会・GH協・日慢協の各団体と厚労省で検討の大まかな方向性を議論

<具体的な検討テーマ>

- ・
- ・
- ・
- 1 業務仕分け・ロボット・ICT・元気高齢者活用の三位一体型効率化
- 2 ロボット・ICTの活用
- 3 介護業界のイメージ改善について

第2回

2月

各団体から検討結果の報告

第3回

3月

議論の方向性のとりまとめ

第2ステージ：現場レベルへの展開（平成31年度生産性向上事業）

4月以降

全国数力所でパイロット事業を実施

- 介護現場革新会議でのとりまとめや平成30年度生産性向上事業におけるガイドラインを踏まえつつ、各地域の実情や地域資源を考慮しながら、当該地域内や他地域での好事例の展開や業界のイメージ改善に取り組む。
- 都道府県又は政令市等を単位とする。

※ 具体的には、自治体と関係団体が協議会を作り、各地域において、以下のような取組を行うことを想定。

- ・業務仕分けやマスターラインの再編による業務改善のためのコンサルティングの活用
- ・介護助手の活用による介護職員の業務負担軽減と専門性の向上
- ・ロボット・ICTの導入・効果的な活用による間接業務・周辺業務の軽減
- ・介護職に就職を希望する学生を増加させるためのインターンや職場体験の積極的な実施

2019年度末

各地域における成果を国において取りまとめ

「介護現場革新会議」委員

敬称略、団体五十音(団体内は役職)順)

公益社団法人全国老人福祉施設協議会 会長	石 川 憲
公益社団法人全国老人福祉施設協議会 副会長	木 村 哲 之
公益社団法人全国老人保健施設協会 会長	東 憲太郎
公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長	本 間 達 也
公益社団法人日本医師会 会長	横 倉 義 武
公益社団法人日本医師会 常任理事	江 澤 和 彦
公益社団法人日本認知症グループホーム協会 会長	河 崎 茂 子
公益社団法人日本認知症グループホーム協会 副会長	佐々木 薫
一般社団法人日本慢性期医療協会 会長	武 久 洋 三
一般社団法人日本慢性期医療協会 副会長	池 端 幸 彦

1 業務仕分け・ロボット・ICT・元気高齢者活用の三位一体型効率化

- 業務仕分け、業務フローの見直しなどの研究、実践の成果
- 介護職員の専門性が必要な業務とそうでない業務の切り分け
- 介護助手の採用方法、現場における活躍事例
- ロボット・ICTの活用によるケア記録の省力化や夜勤の効率化

2. ロボット・ICTの活用

- ロボット・ICTの具体的な活用による好事例

3 介護業界のイメージ改善

- 賃金水準やキャリアアップの仕組みをはじめとする労働環境
- 介護福祉士養成校入学希望者を増やすための取組
- インターンや職場体験などを受け入れる際の受け入れ体制、考え方
- 介護ボランティアや介護相談員などを受け入れる際の受け入れ体制、考え方

4 その他

介護事業所における生産性向上推進事業

平成31年度予算（案） 4. 4億円（3. 2億円）

※平成30年度補正予算 4. 6億円

1 目的

- 「新しい経済政策パッケージ」では、「2020年までの3年間を生産性革命・集中投資期間とし、あらゆる施策を総動員すること」とされている。また、「骨太の方針2018」では「人手不足の中でのサービス確保に向けた医療・介護等の分野における生産性向上を図るための取組を進める」とされており、上記目標達成に向け、本事業により介護分野における生産性向上を推進する。

2 事業内容

（1）生産性向上に向けた介護事業所の取組を促進

- ・WEBを活用した自己点検を通じて、生産性向上ガイドライン（平成30年度作成）を参考に業務プロセス等の改善に向けた介護事業所の取組を促進

（2）モデルとなる事業所において経営効率化等に向けた具体的取組を展開し、アウトカムを測定

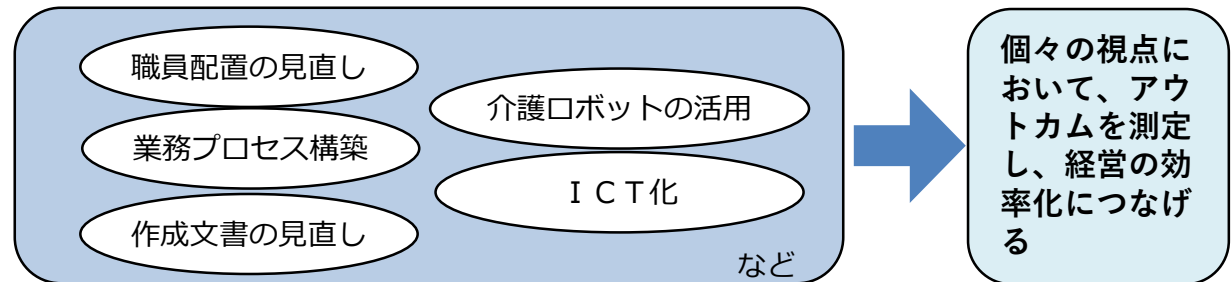
（3）上記（2）のアウトカムを踏まえ、生産性向上ガイドラインに反映

（4）上記（2）の効果的な取組・手法を事業者団体等を通じて全国で普及し現場での実践につなげる

【介護事業所における業務改善等の視点】

3 実施主体

- 国（民間団体等への委託を想定）



地域医療介護総合確保基金（介護分）を活用した 介護事業所に対する業務改善支援及びICT導入支援（平成31年度新規（案））

業務プロセス、職員配置及び作成文書の見直しのほか、介護ロボットやICTの活用等を通じて介護事業所における生産性向上の推進を図るため、これまで実施されている介護ロボット導入支援に加え、**新たに介護事業所に対する業務改善支援、ICTの導入支援に係るメニューを追加。**

介護事業所に対する業務改善支援事業

【内容】

生産性向上ガイドラインに基づき業務改善に取り組む介護事業所に対して、第三者がその取組を支援するための費用の一部を助成

【対象事業所】

生産性向上ガイドライン（平成30年度作成）に基づき、事業所自らの業務改善に向けた取組を、本事業により後押しすることで、地域全体における取組の拡大にも資すると都道府県又は市町村が認める介護事業所
※例えば、人材不足に関連した課題を解決することが急務である事業所、団体を通じた取組の横展開が期待できる事業所など

【手続き等】

介護事業所は業務改善計画や市町村の意見書（市町村指定の場合）を添付の上申請する。事業実施後、都道府県へ改善成果の報告を行う 等
※都道府県は各種研修会や事業者団体等を通じて集約した改善成果（業務改善モデル）を横展開

【補助額（案）】（1事業所あたり）対象経費の1/2以内（上限30万円）

事業スキーム

①課題解決が急務な事業所

②業務改善支援（事前評価（課題抽出）、改善支援、事後評価）の実施

③改善成果報告・公表等

④改善モデルを蓄積して近隣事業所に横展開

⑤地域における生産性向上の取組が面的に拡大

ICT導入支援事業

【内容】

介護分野におけるICT化を抜本的に進めるため、ICTを活用して介護記録から請求業務までが一気通貫で行うことができるよう、介護ソフト及びタブレット端末等に係る購入費用の一部を助成

【対象事業所】介護事業所

【要件】介護ソフトは介護記録、情報共有、請求業務が一気通貫であること 等

【補助額（案）】（1事業所あたり）対象経費の1/2以内（上限30万円）

訪問介護の場合

（利用者宅）

（事業所）



* 事業所内のICT化（タブレット導入等）により、介護記録作成～請求業務までが一気通貫に

介護施設における働き方改革の取組

1. 経緯

- 医療介護総合確保推進法に基づく「**地域医療介護総合確保基金**」(国2/3、県1/3)を活用した独自提案事業として、**三重県老人保健施設協会**が**平成27年度から実施**
- 都道府県における「先駆的な取組事例」として、厚生労働省主催の「介護人材確保地域戦略会議」でも紹介

2. 事業目的

- 地域の元気な高齢者を「介護助手」として育成し、介護職場への就職を支援
⇒介護人材の「**すそ野の拡大**」、「**人手不足の解消**」及び「**介護職の“専門職化”**」

<事業のねらい(3本の柱)>

- **介護人材の確保**
(直接)介護の担い手の増加
(間接)介護職の専門職化(若者のあこがれる職業へ)
- **高齢者の就労先**
住み慣れた地域の中で、高齢者の新たな就労先を確保
- **介護予防**
働きながら介護を学び、現場を知ることが一番の「介護予防」
(要介護高齢者の増加の抑制→保険支出の抑制につながる)



三重県の介護老人保健施設における「介護助手」導入の取組

(資料出所) 三重県資料を基に作成

目的



- 地域の元気な高齢者を「**介護助手**」として育成し、介護職場への就職を支援



- 介護人材の「**すそ野の拡大**」「**人手不足の解消**」「**介護職の“専門職化”**」

成果・実績 (平成29年度)

～現場の声～

(ベッドメイキング、食事の配膳 など)



(介護職員・施設)

- ・これまで以上に業務に集中出来る。
- ・時間的余裕ができる。
- ・利用者の満足度が上がった。



(介護助手)

- ・70歳と云えど、まだまだやれる自信がついた。
- ・人生に張り合いが出来た。
- ・役に立っているなと感じられ、やりがいを持てた。
- ・働きに来ることで元気をもらった。

・ 実施施設数	10施設
・ 説明会参加者数	240名
・ 採用者数（3か月のパート雇用）	48名
・ 事業終了後の継続雇用者数	47名

波及効果

- 他種施設への広がり

H29年度からは
特別養護老人ホームでも事業展開

- 全国的な広がり

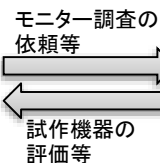
25都道府県で実施

(※ H30.4月現在 (公) 全国老人保健施設協会調査)

介護ロボットの開発支援について

民間企業・研究機関等 <経産省中心>

○日本の高度な水準の工学技術を活用し、高齢者や介護現場の具体的なニーズを踏まえた**機器の開発支援**



介護現場 <厚労省中心>

○開発の早い段階から、現場のニーズの伝達や試作機器について**介護現場での実証**(モニター調査・評価)

開発重点分野

移乗支援

○装着



・ロボット技術を用いて介助者のパワーアシストを行う装着型の機器

○非装着



・ロボット技術を用いて介助者による抱え上げ動作のパワーアシストを行う非装着型の機器

移動支援

○屋外



・高齢者等の外出をサポートし、荷物等を安全に運搬できるロボット技術を用いた歩行支援機器

○屋内



・高齢者等の屋内移動や立ち座りをサポートし、特にトイレへの往復やトイレ内での姿勢保持を支援するロボット技術を用いた歩行支援機器

○装着



・高齢者等の外出をサポートし、転倒予防や歩行等を補助するロボット技術を用いた装着型の移動支援機器

排泄支援

○排泄物処理



・排泄物の処理にロボット技術を用いた設置位置調節可能なトイレ

○トイレ誘導



・ロボット技術を用いて排泄を予測し、的確なタイミングでトイレへ誘導する機器

○動作支援



・ロボット技術を用いてトイレ内での下衣の着脱等の排泄の一連の動作を支援する機器

見守り・コミュニケーション

○施設



・介護施設において使用する、センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム

○在宅



・在宅介護において使用する、転倒検知センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム

○生活支援



・高齢者等とのコミュニケーションにロボット技術を用いた生活支援機器

入浴支援



・ロボット技術を用いて浴槽に入浴する際の一連の動作を支援する機器

介護業務支援



・ロボット技術を用いて、見守り、移動支援、排泄支援をはじめとする介護業務に伴う情報を収集・蓄積し、それを基に、高齢者等の必要な支援に活用することを可能とする機器

※ 日常生活支援における移乗支援、移動支援、排泄支援、見守り・コミュニケーション、入浴支援、介護業務支援で利用する介護ロボットについては、地域医療介護総合確保基金による導入支援を実施。（1機器につき補助額30万円。ただし、60万円未満のものは価格に2分の1を乗じて得た額が上限。）

文書量半減の取組

～2017年度【実施済】

2018年度

2019年度

2020年代初頭

国・自治体が求める帳票等

1. 指定申請関連文書

- 国が求める帳票の削減項目の検討
 - ・削減可能項目の洗い出し（昨秋）
 - ・自治体へのアンケート（12月～1月）

- 省令改正（6月29日公布、10月施行）
- 様式例の変更・周知（9月）
- H30老健事業による更なる効率化検討

2. 報酬請求関連文書

- H30老健事業により以下実施中
 - ・自治体・事業者へのアンケート・ヒアリングをふまえた削除文書や項目の洗い出し
 - ・削減影響検証及び削減に向けた提言

- 省令改正
- 通知発出等（5～6月）

3. 指導監査関連文書

- H29老健事業により以下実施済み
 - ・自治体が実地指導にて求める文書の実態把握
 - ・文書量削減の方向性の提言

- H30老健事業により以下実施中
 - ・自治体へのヒアリングをふまえた項目の標準化、様式整備
 - ・モニタリング調査の実施

- 通知発出等（5～6月）

必要に応じ更なる見直し

「行政が求める帳票等の文書量の半減」を実現

事業所が独自に作成する文書

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

- 生産性向上ガイドラインの作成・普及
 - 介護事業所における業務改善に向けた取組み（作成文書の見直し、ICT化等）を支援するため、生産性向上ガイドラインを作成し、横展開を図る。

- ガイドラインの横展開

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進(抜粋)

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
【アンブレラ】 予防・健康づくりの推進 【指標①】 平均寿命の延伸を上回る健康寿命(※)の延伸 ※3年に1度の調査に加え、毎年の動向を把握するための補完的な手法を検討 ※「健康寿命」について、まずは客観的かつ比較可能な統計としての在り方を検討 【指標②】 高齢者の就業・社会参加率	○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】 ○糖尿病有病者の増加の抑制【2022年度までに1,000万人以下】 ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】	○かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体、広域連合の数【増加】 ○特定健診の実施率【2023年度までに70%以上】 ○特定保健指導の実施率【2023年度までに45%以上】 ○スマート・ライフ・プロジェクト(SLP)参画企業数【2022年度までに3,000社以上】 ○スマート・ライフ・プロジェクト(SLP)参画団体数【2022年度までに7,000団体以上】	1. 糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進
	○「日常生活自立度」がⅡ以上に該当する認知症高齢者の年齢階級別割合【減少】	○認知症カフェ等を設置した市町村【2020年度末までに100%】 ○認知症サポーターの数【2020年度末までに1,200万人】 ○認知症サポート医の数【2020年度末までに1万人】 ○介護予防に資する通いの場への参加率【2020年度末までに6%】	2. 認知症予防の推進及び認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
	○がんの年齢調整死亡率(75歳未満)【低下】	○対策型検診で行われている全てのがん種における検診受診率【2022年度までに50%以上】 ○精密検査受診率【2022年度までに90%以上】	3 i. がん対策の推進(がんの早期発見と早期治療)
	○仕事と治療の両立ができる環境と思う人の割合【2025年度までに40%】	○がん診療連携拠点病院において、「治療と仕事両立プラン」等を活用して支援した就労に関する相談件数【2021年度までに年間20,000件】	3 ii. がん対策の推進(がんの治療と就労の両立)

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進（抜粋）

政策目標	K P I 第 2 階層	K P I 第 1 階層	取 組
【アンブレラ】 予防・健康づくりの推進 【指標①】 平均寿命の延伸を上回る健康寿命（※）の延伸 ※3年に1度の調査に加え、毎年 の動向を把握するための補完的な 手法を検討 ※「健康寿命」について、まずは 客観的かつ比較可能な統計として の在り方を検討 【指標②】 高齢者の就業・社会参加率	○1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合 【2020年度までに男性13%、女性6.4%以下】	○都道府県・指定都市における相談拠点・専門医療機関・治療拠点機関の設置又は選定数 【2020年度までに67自治体】 ○精神保健福祉センター及び保健所の相談件数【増加】	14. アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症対策について、相談・治療体制の整備や民間団体への支援等
	○2020年度までに、認知症の診断・治療効果に資するバイオマーカーの確立（臨床試験取得1件以上）、日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始	○全国的な情報登録システム（オレンジレジストリ）への発症前も含めた認知症進行段階ごとにおける症例等の登録合計件数【2020年度までに合計1万件】	18. 認知症、がんゲノム医療等の社会的課題解決に資する研究開発や実装
	○がんの年齢調整死亡率（75歳未満）【低下】	○がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院のいずれかを設置した都道府県数 【2020年度までに30都道府県】	

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革（抜粋）

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革 【指標①】 医療費・介護費の適正化 【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減 【指標③】 年齢調整後の一人当たり介護費の地域差縮減 【指標④】 医療・福祉サービスの生産性（※1）の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量 【指標⑤】 医療・福祉サービスの質（※2）の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度	○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合【2025年度に100%】 ○介護療養病床の第7期介護保険事業計画に沿ったサービス量進捗状況と、第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量【2020年度末に100%】	○地域医療構想調整会議において具体的対応方針について合意に至った医療施設の病床の割合【2019年度末までに50%】 ○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院のうち、地域医療構想調整会議において具体的方針について合意に至った医療施設の病床の割合【2018年度末までに100%】 ○地域医療構想調整会議において公立・公的病院等の非稼働病床の対応方針について合意に至った割合【2018年度末までに100%】 ○地域医療構想調整会議において具体的対応方針について合意に至った医療施設の病床の割合【2019年度末までに50%】 ○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院のうち、地域医療構想調整会議において具体的対応方針について合意に至った医療施設の病床の割合【2018年度末までに100%】 ○地域医療構想調整会議において公立・公的病院等の非稼働病床の対応方針について合意に至った割合【2018年度末までに100%】 ○在宅医療を行う医療機関数【増加】	26 i. 地域医療構想の実現（個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について検討） 26 ii. 地域医療構想の実現（公立・公的医療機関について民間医療機関では担うことができない機能に重点化するよう再編・統合の議論を進める） 26 iv. 地域医療構想の実現（病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討） 34. 大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の推進

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革（抜粋）

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革 【指標①】 医療費・介護費の適正化 【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減 【指標③】 年齢調整後の一人あたり介護費の地域差縮減 【指標④】 医療・福祉サービスの生産性（※1）の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量 【指標⑤】 医療・福祉サービスの質（※2）の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度	○年齢調整後の要介護度別認定率の地域差【2020年度末までに縮減】 ○年齢調整後の一人あたり介護費の地域差（施設/居住系/在宅/合計）【2020年度末までに縮減】 ○全国的な保健医療情報ネットワークの構築状況 ○NDB、介護DBの第三者提供の件数【運用開始後（2020年度以降）提供件数増加】 ○オープンデータの充実化【集計項目数増加】 ○コンピュータで審査完結するレセプトの割合【システム刷新後2年以内に9割程度】 ○既存の支部設定コンピュータチェックルールの移行・廃止【新システム稼働時までに集約完了】	○地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定した保険者【2020年度までに100%】 ○認定者数、受給者数、サービスの種類別の給付実績を定期的にモニタリング（点検）している保険者【2020年度までに100%】 ○全国的な保健医療情報ネットワークの実証状況 ○NDB、介護DBの連結解析、提供に関する基盤の運用開始【2020年度に運用開始】 ○「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目16項目の進捗状況【各年度時点での十分な進捗を実現】	32. 介護保険制度における財政的インセンティブの評価指標による評価結果の公表及び取組状況の「見える化」や改善の推進 36 ii. データヘルス改革の推進（「保健医療データプラットフォーム」の2020年度本格運用開始） 36 iii. データヘルス改革の推進（医療保険の支払審査機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める）

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革（抜粋）

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革 【指標①】 医療費・介護費の適正化 【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減 【指標③】 年齢調整後の一人あたり介護費の地域差縮減 【指標④】 医療・福祉サービスの生産性（※1）の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量 【指標⑤】 医療・福祉サービスの質（※2）の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度	○6領域における、AI技術の製品化等、現場での実用化に至った領域数【2020年度末までに1領域】	○6つの重点領域（ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援）のうち、AIの構築に必要なデータベースを構築した領域数【2020年度末までに6領域】	36 iv. データヘルス改革の推進（AIの実装に向けた取組の推進）
	○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】 ○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】	○地域医療介護総合確保基金等によるロボット・センサーの導入支援件数【2020年度までに2,000件（延べ件数）】 ○介護ロボット等の活用、ICT活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを活用する事業所数【増加】	36 vi. データヘルス改革の推進（ロボット・IoT・AI・センサーの活用）
	○臨床研究中核病院のうち標準化された医療情報の研究利用を開始した医療機関数【2020年度末までに4機関】	○医療情報の品質管理・標準化に関するMID-NETの経験による研修が実施された医療機関数【2019年度末までに4機関】	37. クリニカル・イノベーション・ネットワークとPMDAの医療情報データベース（MID-NET）の連携
	○見直し後の臨床研修の実施を踏まえた基本的診療能力について、自信を持ってできる又はできると答えた研修医の割合【2022年度までに研修修了者の70%】（臨床研修後のアンケート調査により把握）	○見直し後の一貫した到達目標に基づいた臨床研修プログラム数【2020年度までに1,000件】 ○一貫した評価システムで評価を行った臨床研修医数【2022年度までに800人】	38. 卒前・卒後の一貫した医師養成課程の整備
	○総合診療専門研修を受けた専攻医数【厚生労働科学研究において2019年度中を目途に将来の各診療科の必要医師数を算出することとしており、その後研究結果を踏まえて指標を設定】	○総合診療専門研修プログラム数 ○総合診療専門研修を希望する若手医師数	39. 総合診療医の養成の促進

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革（抜粋）

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革 【指標①】 医療費・介護費の適正化 【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減 【指標③】 年齢調整後の一人当たり介護費の地域差縮減 【指標④】 医療・福祉サービスの生産性（※1）の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量 【指標⑤】 医療・福祉サービスの質（※2）の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度	○看護業務の効率化に資する先進的事例を元に試行された取組事例数【2020年度までに20例】 ○特定行為研修を修了し、医療機関で就業している看護師の数【2020年度までに3,000人】	○看護業務の効率化に資する先進的取組の事例数【2019年度までに10例】 ○特定行為研修の指定研修機関数【2020年度までに150機関】	
	○介護分野における書類の削減【2020年代初頭までに半減】 ○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】 ○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】	○介護ロボット等の活用、ICT活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを活用する事業所数【増加】	40 i. 事業所マネジメントの改革等を推進（従事者の業務分担の見直しと効率的な配置）
	○「介護に関する入門的研修」の実施からマッチングまでの一体的支援事業により介護施設等とマッチングした者の数【2021年度までに2018年度と比べて15%増加】 ○保育補助者雇上強化事業により雇い上げられた人数【2021年度までに3,000人】	○地域医療介護総合確保基金による介護人材の資質向上のための都道府県の実施都道府県数【毎年度47都道府県】 ○「介護に関する入門的研修」の延べ実施回数【2021年度までに2018年度と比べて15%増加】 ○保育補助者雇上強化事業を利用した市町村数【2021年度までに300市町村】	40 ii. 事業所マネジメントの改革等を推進（介護助手・保育補助者など多様な人材の活用）

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革（抜粋）

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革 【指標①】 医療費・介護費の適正化 【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減 【指標③】 年齢調整後の一人当たり介護費の地域差縮減 【指標④】 医療・福祉サービスの生産性（※1）の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量 【指標⑤】 医療・福祉サービスの質（※2）の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度	○アンケート調査において医療従事者の勤務環境改善に「職種を問わず」または「一部職種で」取り組んでいると回答した病院の割合【2019年度までに85%】 ○介護分野における書類の削減【2020年代初頭までに半減】 ○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】 ○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】 ○1 社会福祉法人当たりの介護サービスの事業数【2020年度末までに増加】 ○社会福祉法人数及び1 社会福祉法人当たりの職員数（常勤換算数）【見える化】 ○バイオシミラーの品目数（成分数ベース） 【2020年度末までに品目数を2017年7月時点からの倍増（10成分）】 ○後発医薬品の使用割合【2020年9月80%以上】	○病院長に対する労務管理に関するマネジメント研修の受講者数【2019年度までに1,000人】 ○職員のキャリアアップや職場環境等の改善に取り組む介護事業所の割合【2020年度末までに75%】 ○介護分野における生産性向上ガイドライン活用事業所数【増加】 ○効率的な体制構築に関する先進的取組の事例数【2019年度までに10例】 ○バイオシミラーに関する講習会の開催数【年10回以上】 ○後発医薬品の品質確認検査の実施【年間約900品目】	4 0 iii. 事業所マネジメントの改革等を推進（事業所マネジメントの改革等を推進） 4 0 iv. 事業所マネジメントの改革等を推進（介護の経営の大規模化・協働化） 4 4. 4 5. バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発・普及の推進等 4 9. 後発医薬品の使用促進

(参考) 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進 (抜粋)

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	○在宅サービスのサービス量進捗状況 【2020年度までに100%】	○地域包括ケアシステム構築のために必要な介護インフラに係る第7期介護保険事業計画のサービスの見込み量に対する進捗状況（小規模多機能型居宅介護、看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） 【2020年度までに100%】	⑦ 在宅や介護施設等における看取りも含めて対応できる地域包括ケアシステムを構築
		○在宅医療を行う医療機関の数 【増加】	
		○在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業の実施保険者 【2018年度までに100%】	
	○終了した研究に基づき発表された成果数（論文、学会発表、特許の件数など） 【前年度と同水準】	○「事前評価委員会」による学術的・行政的観点に基づく評価・採択と、「中間・事後評価委員会」による研究成果の検証及び採点に基づく、採択課題の継続率 【2019年度に100%】	②③ マイナンバー制度のインフラ等を活用した取組 iii 医療等分野における研究開発の促進
	○200床以上の病院における単品単価取引が行われた医薬品のシェア【2020年度までに65%以上】 ○調剤薬局チェーン（20店舗以上）における単品単価取引が行われた医薬品のシェア 【2020年度までに65%以上】 ○妥結率【見える化】	○医薬品のバーコード（販売包装単位及び元梱包装単位の有効期限、製造番号等）の表示率 【2020年度までに100%】	③④ 適切な市場価格の形成に向けた医薬品の流通改善

2-1 予防・健康づくりの推進(抜粋)

予防・健康づくりを推進するため、先進事例の横展開やインセンティブの積極活用等を通じて糖尿病等の生活習慣病の予防・重症化予防や認知症の予防等に重点的に取り組む。これにより、健康寿命を延伸し、平均寿命との差を縮小することを目指す。

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第1 階層	第2 階層
予防・健康づくりの推進	2 認知症予防の推進及び認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供					
	認知症に関する研究開発を重点的に推進するとともに、認知症予防に関する先進・優良事例を収集・横展開する。新オレンジプランの実現等により、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等が提供されるよう、循環型ネットワークにおける認知症疾患医療センターの司令塔としての機能を引き続き強化し、相談機能の確立等や地域包括支援センター等との連携を進めることを通じ、地域包括ケアシステムの整備を推進する。認知症の人が尊厳を保持しつつ暮らすことのできる共助の地域社会を構築する。	通いの場（身体を動かす場等）の充実や認知症カフェの増加に向けた取組の推進。			○認知症カフェ等を設置した市町村【2020年度末までに100%】	○「日常生活自立度」がⅡ以上に該当する認知症高齢者の年齢階級別割合【減少】
		認知症予防に関する先進・優良事例を収集。官民が連携した取組を含め、予防やケア等について取り組む。	収集した事例を活用し、事例集等を作成。	事例集等を全国に横展開。	○認知症サポーターの数【2020年度末までに1,200万人】	
		各疾患医療センターにおける、地域包括支援センター等と連携した相談機能を強化するとともに、その機能について評価。	相談機能の在り方について検討		○認知症サポート医の数【2020年度末までに1万人】	
予防・健康づくりの推進	6 インセンティブの活用を含め介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防等を市町村が一体的に実施する仕組みの検討					
	高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、就労・社会参加支援を都道府県等と連携しつつ市町村が一体的に実施する仕組みを検討するとともに、インセンティブを活用することにより、健康寿命の地域間格差を解消することを目指す。	2020年度からの本格展開に向け、高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の市町村における先行的な取組を支援。 《厚生労働省》	後期高齢者医療制度の特別調整交付金の活用により本格展開を実施。 安定的な事業展開となるまでの間、先進事例について限定的に支援。		—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第 1 階層	第 2 階層
予 防 ・ 健 康 づ く り の 推 進	18 認知症、がんゲノム医療等の社会的課題解決に資する研究開発や実装					
	認知症、がんゲノム医療等の社会的課題解決に資する研究開発や実装に向けて、既存施策との整合性を図りつつ、政府において優先順位を付け、それを基に予算を重点的に配分するとともに中長期の事業規模を明らかにして推進する。	認知症の危険因子、防御因子を特定し、病態を解明する大規模コホート研究の実施。 有効な認知症予防、診断・治療法の研究・開発を推進。 がんゲノム医療中核拠点病院等の整備を行うとともに、遺伝子パネル検査の実施施設を拡大。 がんゲノム情報管理センターの整備を行うとともに、がんゲノム情報管理センターでゲノム情報や臨床情報を集約・整備し、産学官の研究者による革新的医薬品や診断技術などの開発を推進。 《厚生労働省》			○全国的な情報登録システム（オレンジレジストリ）への発症前も含めた認知症進行段階ごとにおける症例等の登録合計件数【2020年度までに合計1万件】 ○がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院のいずれかを設置した都道府県数【2020年度までに30都道府県】	○2020年度までに、認知症の診断・治療効果に資するバイオマーカーの確立（臨床試験取得1件以上）、日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始 ○がんの年齢調整死亡率（75歳未満）【低下】

2-3 医療・福祉サービス改革（抜粋）

持続可能な社会保障制度の実現に向け、医療・介護提供体制の効率化を促進するとともに、医療・介護サービスの生産性向上を図るため、地域医療構想に示された病床の機能分化・連携や介護医療院への移行等を着実に進めるとともに、人口減少の中であって少ない人手で効率的なサービスが提供できるよう、AIの実装、ロボット・IoT・センサーの活用、データヘルスの推進など、テクノロジーの徹底活用を図る。これらにより、一人当たり医療費の地域差半減、介護費の地域差縮減を目指す。

	取組事項		実施年度			K P I	
			2019年度	2020年度	2021年度	第1 階層	第2 階層
医療・福祉サービス改革	21	元気で働く意欲のある高齢者を介護・保育等の専門職の周辺業務において育成・雇用する取組を全国に展開					
		既存の施策を含め地方自治体への財政的インセンティブを活用し、元気で働く意欲のある高齢者を介護・保育等の専門職の周辺業務において育成・雇用する取組を全国に展開する。	介護・看護・保育等の分野におけるシニア層を活かす仕組みについて検討し、結論を得る。 《厚生労働省》	検討結果に基づき、多様な人材の活用を推進するために必要な取組を実施。		—	—
	26	地域医療構想の実現					
	V	病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討	2019年度末までに介護療養型医療施設からの転換状況を把握した上で、転換が進んでいない場合には、その原因の検証を実施。 地域医療介護総合確保基金の活用状況の検証結果を踏まえ、病床のダウンサイジング支援の追加的方策について検討。 在宅と施設の公平性の確保の観点等から、介護の補足給付の在り方について、その対象者の資産の実態調査等を行い、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 《厚生労働省》	結果を踏まえ、2021年度介護報酬改定において、介護医療院と介護療養型医療施設の報酬の在り方も含め関係審議会等で検討、結論。 2025年度まで	結論を踏まえ、所要の措置を講ずる	—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	30 地域の実情を踏まえた取組の推進					
	i 地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討					
	一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する。	各都道府県において、第3期医療費適正化計画（2018年度から2023年度まで）に基づき、医療費適正化の取組を推進するとともに、毎年度PDCA管理を実施。 新たな保険者インセンティブ制度（2018年度より開始）を実施しつつ、加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブの活用。（地域別の取組については、第3期医療費適正化計画や保険者努力支援制度等で見える化） 改正介護保険法に基づく、保険者等における以下の取組等について、費用分析や適正化手法を普及することに加え、進捗管理の手引を周知し、推進。 一介護保険事業（支援）計画の策定に当たりデータの分析を実施。 一同計画に自立支援・重度化防止等の取組内容と目標を記載し、その達成状況の評価等を実施。 地域包括ケア「見える化」システムに地域ごとの取組の具体的事例を掲載。 国において、介護給付費の地域差等の分析、「見える化」を引き続き推進し、地域包括ケア「見える化」システムを通じて国民に分かりやすい形で公表。 保険者機能強化推進交付金の評価指標に基づく評価結果を公表し、各保険者等における取組状況の「見える化」を推進等。 《厚生労働省》		2023年度まで	○後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う保険者【2020年度までに100%】 ○重複・頻回受診、重複投薬の防止等の医療費適正化の取組を実施する保険者【2023年度までに100%】 ○地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定した保険者【2020年度までに100%】	○第3期医療費適正化計画における各都道府県の医療費目標及び適正化指標【2023年度における各都道府県での目標達成】 ○年齢調整後の一人当たり医療費の地域差【2023年度時点での半減を目指して年々縮小】 ○年齢調整後の要介護度別認定率の地域差【2020年度末までに縮減】

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第 1 階層	第 2 階層
医療・福祉サービス改革	32 介護保険制度における財政的インセンティブの評価指標による評価結果の公表及び取組状況の「見える化」や改善の推進					
	介護保険の財政的インセンティブの評価指標による評価結果を公表し、取組状況の「見える化」や改善を進めるとともに、第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策について、改正介護保険法による新たな交付金による保険者の取組の達成状況や評価指標の運用状況等も踏まえ、保険者間の所得水準の差等を調整するための重要な機能を担っていること等に留意しつつ、第7期期間中に地方公共団体関係者の意見も踏まえつつ、具体的な方法等について検討し、結論を得る。	保険者機能強化推進交付金の評価指標に基づく評価結果を公表し、各保険者等における取組状況の「見える化」を推進。 上記交付金の評価指標等について、その運用状況等を踏まえ、より自立支援・重度化防止等に資するものとなるように改善。 《厚生労働省》			○地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定した保険者【2020年度までに100%】 ○認定者数、受給者数、サービスの種類別の給付実績を定期的にモニタリング（点検）している保険者【2020年度までに100%】	○年齢調整後の要介護度別認定率の地域差【2020年度末までに縮減】 ○年齢調整後の一人当たり介護費の地域差（施設/居住系/在宅/合計）【2020年度末までに縮減】
医療・福祉サービス改革	33 第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策の検討					
	介護保険の財政的インセンティブの評価指標による評価結果を公表し、取組状況の「見える化」や改善を進めるとともに、第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策について、改正介護保険法による新たな交付金による保険者の取組の達成状況や評価指標の運用状況等も踏まえ、保険者間の所得水準の差等を調整するための重要な機能を担っていること等に留意しつつ、第7期期間中に地方公共団体関係者の意見も踏まえつつ、具体的な方法等について検討し、結論を得る。	保険者機能の更なる強化に向けて、第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の新たな活用方策について、地方公共団体関係者の意見も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、その結論を踏まえ、所要の措置を講ずる。 《厚生労働省》	→		—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第 1 階層	第 2 階層
医療・福祉サービス改革	34 大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進					
	新たな地域別の将来人口推計の下での大都市や地方圏での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携を促進する。	県境を超えた患者の流出入等を反映した地域医療構想及びそれを踏まえ策定した医療計画・介護保険事業支援計画に基づき、都道府県において、病床の機能分化連携や在宅医療・介護の推進に係る取組を推進。 《厚生労働省》		2023年度まで	○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院のうち、地域医療構想調整会議において具体的対応方針について合意に至った医療施設の病床の割合【2018年度末までに100%】 ○地域医療構想調整会議において公立・公的病院等の非稼働病床の対応方針について合意に至った割合【2018年度末までに100%】 ○在宅医療を行う医療機関数【増加】	○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合 【2025年度に100%】 ○介護療養病床の第7期介護保険事業計画に沿ったサービス量進捗状況と、第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量 【2020年度末に100%】

	取組事項		実施年度			K P I	
			2019年度	2020年度	2021年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	35	診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進					
			2018年度診療報酬改定の影響を検証しつつ、アウトカムに基づく支払いの導入等を推進する観点から、2020年度診療報酬改定に向けて必要な対応を検討。			—	—
		診療報酬や介護報酬においては、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善等アウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。	介護報酬において、ADLの改善等アウトカムを評価する加算を含めこれまで設けられた各種加算について、サービスの質の反映状況等の検証を通じて、より効果的な加算の在り方に関して、関係審議会等において検討。	検討を踏まえ、アウトカムに基づく支払いの更なる導入や加算の見直しを含め所要の措置を講ずる。			
		介護事業所の経営実態等を適切に把握できるよう、介護報酬改定において参照される経営実態調査等について、調査・集計方法等の改善や有効回答率の向上を通じて精度を向上。 《厚生労働省》					

取組事項		実施年度			K P I		
		2019年度	2020年度	2021年度	第1 階層	第2 階層	
医療・福祉サービス改革	36	データヘルス改革の推進					
	ii	「保健医療データプラットフォーム」の2020年度本格運用開始					
		データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入するとともに、「保健医療データプラットフォーム」について、2020年度の本格運用開始を目指し取り組む。	被保険者番号の個人単位化等に着実に取り組むとともに、2019年度中にデータヘルス改革に関する工程表を策定。 全国的な保健医療情報ネットワークを活用したサービスに係る実証を実施。 全国的な保健医療情報ネットワークのセキュリティや利用者認証等に係る実証を実施。 NDB、介護DB情報の匿名での連結解析を可能とするシステムについて2020年度の運用開始に向け検討。 《厚生労働省》	全国的な保健医療情報ネットワークの構築及び稼働。 運用開始		○全国的な保健医療情報ネットワークの実証状況 ○NDB、介護DBの連結解析、提供に関する基盤の運用開始【2020年度に運用開始】	○全国的な保健医療情報ネットワークの構築状況 ○NDB、介護DBの第三者提供の件数【運用開始後（2020年度以降）提供件数増加】 ○オープンデータの充実化【集計項目数増加】
	v	ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築					
		人口減少の中にあって少ない人手で効率的に医療・介護・福祉サービスが提供できるよう、AIの実装に向けた取組の推進、ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、ロボット・IoT・AI・センサーの活用を図る。	「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において検討。 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現するため、必要なデータを収集・分析する新たなデータベースを構築。 《厚生労働省》	データベースの本格運用。 構築したデータベースを活用し、栄養改善を含め、自立支援・重度化防止等に資する介護の普及に向けた分析・議論。	データベースについて、次期以降の介護報酬改定等に活用。	—	—
	vi	ロボット・IoT・AI・センサーの活用					
		人口減少の中にあって少ない人手で効率的に医療・介護・福祉サービスが提供できるよう、AIの実装に向けた取組の推進、ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、ロボット・IoT・AI・センサーの活用を図る。	2040年に向けたロボット・AI等の実用化構想の策定の検討。 介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを普及させ、好事例を横展開。 医療サービスの効率的な提供に向け、ロボット、AI、ICT等の活用方策について検討を進め、必要な措置を講じていく。 ICTを活用した医療・介護連携について検討。 保育業務に関するタイムスタディ調査を実施し、保育所でのICTの利活用について検討する。 《厚生労働省》	成果について、人員・設備基準の見直しや介護報酬改定に関する議論の際に活用。 保育業務に関するタイムスタディ調査を実施し、保育所でのICTの利活用についての検討結果に基づき、必要な措置を講じる。		○地域医療介護総合確保基金等によるロボット・センサーの導入支援件数【2020年度までに2,000件(延べ件数)】 ○介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを活用する事業所数【増加】	○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】 ○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】

187

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	40 事業所マネジメントの改革等を推進					
	i 従事者の役割分担の見直しと効率的な配置					
	従事者の業務分担の見直し・効率的な配置、介護助手・保育補助者など多様な人材の活用、事業所マネジメントの改革等を推進する。	医師の働き方改革に関する検討会等におけるタスクシフティング等に関する検討結果に基づき、患者等の理解や負担にも配慮しつつ必要な措置。 介護・看護・保育等の分野におけるシニア層を活かす仕組みについて検討し、結論を得る。 介護ロボット等の活用、ＩＣＴ利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを普及させ、好事例を横展開。 看護業務の効率化に資する医療機関の取組を募集し、先進的な取組を選定、表彰することで取組を周知。 特定行為研修内容等の見直し。	検討結果に基づき、多様な人材の活用を推進するために必要な取組を実施。 成果について、人員・設備基準の見直しや介護報酬改定に関する議論の際に活用。 前年度選定された先進的な取組を他施設にて試行し、そのプロセス・成果を公表することで、業務効率化の推進。		○看護業務の効率化に資する先進的な取組事例数【2019年度までに10例】 ○特定行為研修の指定研修機関数【2020年度までに150機関】 ○介護ロボット等の活用、ＩＣＴ利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを活用する事業所数【増加】	○看護業務の効率化に資する先進的な取組事例数【2020年度までに20例】 ○特定行為研修を修了し、医療機関で就業している看護師の数【2020年度までに3,000人】 ○介護分野における書類の削減【2020年代初頭までに半減】 ○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】 ○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】
		保育業務に関するタイムスタディ調査を実施し、保育士と保育補助者等の他の職種との効率的な配置について検討する。 《厚生労働省》	検討結果に基づき、必要な措置。			

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	ii 介護助手・保育補助者など多様な人材の活用					
	従事者の業務分担の見直し・効率的な配置、介護助手・保育補助者など多様な人材の活用、事業所マネジメントの改革等を推進する。	介護未経験者の参入を促進する「介護に関する入門的研修」を実施するほか、介護助手の活用の促進について検討を進める。また、保育補助者等の活用の促進についても検討。 介護・看護・保育等の分野におけるシニア層を活かす仕組みについて検討し、結論を得る。 《厚生労働省》	検討結果に基づき、多様な人材の活用を推進するために必要な取組を実施。		○地域医療介護総合確保基金による介護人材の資質向上のための都道府県の実施都道府県数【毎年度47都道府県】 ○「介護に関する入門的研修」の延べ実施回数【2021年度までに2018年度と比べて15%増加】 ○保育補助者雇上強化事業を利用した市町村数【2021年度までに300市町村】	○「介護に関する入門的研修」の実施からマッチングまでの一体的支援事業により介護施設等とマッチングした者の数【2021年度までに2018年度と比べて15%増加】 ○保育補助者雇上強化事業により雇い上げられた人数【2021年度までに3,000人】

	取組事項		実施年度			K P I	
			2019年度	2020年度	2021年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	iii	事業所マネジメントの改革等を推進					
		従事者の業務分担の見直し・効率的な配置、介護助手・保育補助者など多様な人材の活用、事業所マネジメントの改革等を推進する。	医師の働き方改革に関する検討会等におけるタスクシフティング等に関する検討結果に基づき、患者等の理解や負担にも配慮しつつ必要な措置。 病院長に対する労務管理に関するマネジメント研修の実施等を通じて、医療機関における労務管理を担う人材を育成。 介護分野における生産性向上ガイドラインを普及させ、好事例を横展開。 《厚生労働省》	成果について、人員・設備基準等の見直しに関する議論の		○病院長に対する労務管理に関するマネジメント研修の受講者数【2019年度までに1,000人】 ○職員のキャリアアップや職場環境等の改善に取り組む介護事業所の割合【2020年度末までに75%】 ○介護分野における生産性向上ガイドライン活用事業所数【増加】	○アンケート調査において医療従事者の勤務環境改善に「職種を問わず」または「一部職種で」取り組んでいると回答した病院の割合【2019年度までに85%】 ○介護分野における書類の削減【2020年代初頭までに半減】 ○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】 ○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	iv 介護の経営の大規模化・協働化	事業者の経営の大規模化・協働化等の取組状況等を把握し、経営の大規模化・協働化を推進するための施策について、介護サービスの種類や地域性、経営の効率性等を考慮しつつ、検討。 2018年度に実施する調査研究をもとに効率的な体制構築方策をガイドラインとして取りまとめ、横展開。 医療法人・社会福祉法人それぞれの経営統合、運営の共同化の方策や、医療法人と社会福祉法人の連携方策を検討する。 《厚生労働省》	検討結果に基づき、第8期介護保険事業計画期間に向けて、介護サービスの種類や地域性、経営の効率性等を考慮しつつ、必要な措置を講ずる。		○効率的な体制構築に関する先進的取組の事例数【2019年度までに10例】	○1 社会福祉法人当たりの介護サービスの事業数【2020年度末までに増加】 ○社会福祉法人数及び1 社会福祉法人当たりの職員数（常勤換算数）【見える化】
	42 科学的介護の推進（栄養改善を含め、自立支援・重度化防止等に向けた介護の普及）	「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において検討。 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現するため、必要なデータを収集・分析する新たなデータベースを構築。 《厚生労働省》	データベースの本格運用。 構築したデータベースを活用し、自立支援・重度化防止等に資する介護の普及に向けた分析・議論。	データベースやその分析結果等について、次期以降の介護報酬改定等に活用。	—	—

		取組事項	実施年度			K P I	
			2019年度	2020年度	2021年度	第 1 階層	第 2 階層
医 療 ・ 福 祉 サ ー ビ ス 改 革	43	ケアマネジメントの質の向上					
	i	A I も活用した科学的なケアプランの実用化					
		自立支援・重度化防止等に資する A I も活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組を推進するとともに、ケアマネジャーの質の向上の観点から、その業務の在り方を検討する。	A I を活用したケアプランの作成支援について、実用化に向けた課題の整理などの取組を推進。 《厚生労働省》	自立支援・重度化防止等に資する A I も活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組について検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。		—	—
	ii	ケアマネジャーの業務の在り方の検討					
		自立支援・重度化防止等に資する A I も活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組を推進するとともに、ケアマネジャーの質の向上の観点から、その業務の在り方を検討する。	ケアマネジメントの公正中立性の確保や質の向上に向けて、ケアマネジャーの業務のあり方について関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—

2-4 給付と負担の見直し(抜粋)

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

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

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

2 - 5 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第1 階層	第2 階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	② 慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制に係る制度上の見直しの検討					
	【再掲】（⇒26iv）				—	—
	③ 医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化の検討					
	入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直しを2017年10月から段階的に実施。				—	—
	⑦ 在宅や介護施設等における看取りも含めて対応できる地域包括ケアシステムを構築					
	第7期介護保険事業（支援）計画（2018～2020年度）に基づき、推進。 第7次医療計画（2018～2023年度）に基づき、推進。 《厚生労働省》	→ →	2023年度まで		○地域包括ケアシステム構築のために必要な介護インフラに係る第7期介護保険事業計画のサービスの見込み量に対する進捗状況（小規模多機能型居宅介護、看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）【2020年度までに100%】 ○在宅医療を行う医療機関の数【増加】 ○在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業の実施保険者【2018年度までに100%】	○在宅サービスのサービス量進捗状況【2020年度までに100%】
	⑫ 全ての国民が自ら生活習慣病を中心とした疾病の予防、重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診等の受診率向上に取り組むつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築					
	【再掲】（⇒1、4、5、6）				—	—

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第1 階層	第2 階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	⑰ 要介護認定率や一人当たり介護費の地域差を分析し、保険者である市町村による給付費の適正化に向けた取組を一層促す観点からの、制度的な対応も含めて検討					
	【再掲】（⇒30 i、32、33）				—	—
	⑳ 医療関係職種の活躍促進、民間事業者による地域包括ケアを支える生活関連サービスの供給促進等					
	i 障壁となっている規制がないか検証し必要な対応を検討・実施					
		関係者のニーズ等に基づきグレーゾーン解消制度の活用を含め柔軟に対応。 《厚生労働省》			○好事例(の要素)を反映したデータヘルスの取組を行う保険者【100%】 ○データヘルスに対応する健診機関(民間事業者も含む)を活用する保険者【データヘルス計画策定の保険者において100%】	
	ii 事業運営の効率化等に関する民間事業者の知見や資金の活用を促進					
		「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」を活用し、取組を推進。 自治体が商工会等とも連携しつつ地域の保険外サービスについての説明会・体験会を実施することや、介護サービス情報公表システムの活用等により、ケアマネジャーや高齢者等に対し情報提供を推進する取組を支援。 《厚生労働省》			○健康維持率、生活習慣病の重症疾患の発症率、服薬管理率等の加入者の特性に応じた指標によりデータヘルスの進捗管理を行う保険者【データヘルス計画策定の保険者において100%】 ○健康保険組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業数【2020年度までに500社以上】 ○協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業数【2020年度までに3万社以上】 ○保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者数【2020年度までに100社以上】	○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】 ○糖尿病有病者の増加の抑制【2022年度までに1,000万人以下】 ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】

	取組事項/措置内容		実施年度			K P I	
			2019年度	2020年度	2021年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	②	介護人材の資質の向上と事業経営の規模の拡大やＩＣＴ・介護ロボットの活用等による介護の生産性向上					
		【再掲】 (⇒36 vi (ＩＣＴ・介護ロボットの活用)、⇒40 ii (介護助手・保育補助者など多様な人材の活用)、⇒40 iv (事業経営の規模の拡大))				—	—
	③	マイナンバー制度のインフラ等を活用した取組					
	ii	医療・介護機関等との間の情報連携の促進による患者負担軽減と利便性向上					
		【再掲】 (⇒36 ii)				—	—
	④	世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討					
	iii	高額介護サービス費制度の在り方					
		高額介護サービス費制度の見直しを2017年8月から実施。				—	—
	iv	介護保険における利用者負担の在り方					
		利用者負担割合について、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担を3割とする見直しを2018年8月から実施。				—	—
	⑤	現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための検討					
	i	介護納付金の総報酬割					
		介護納付金の総報酬割について、2017年度から段階的に実施。				—	—
	⑥	医療保険、介護保険ともに、マイナンバーの活用等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて検討					
		【再掲】 (⇒52)				—	—
	⑦	公的保険給付の範囲や内容について適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討					
	i	次期介護保険制度改革に向け、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討					
		【再掲】 (⇒59 (軽度者に対する生活援助サービス))				—	—