

## 介護保険制度の見直しに関する意見（参考資料）

厚生労働省 老健局  
社会・援護局

# 総論



# これまでの22年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来22年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.7倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.5倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

## ①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2022年3月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,589万人	1.7倍

## ②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2022年3月末	
認定者数	218万人	⇒	690万人	3.2倍

## ③サービス利用者の増加

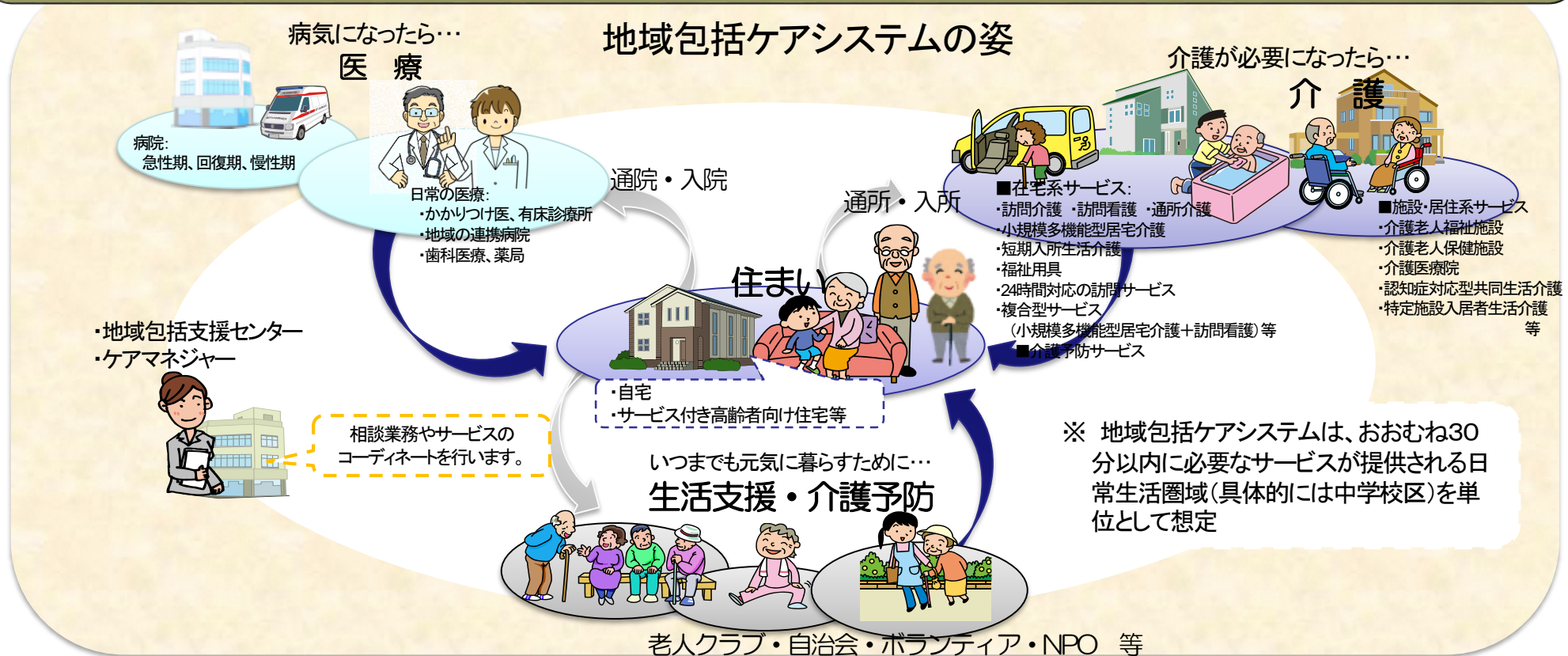
	2000年4月		2022年3月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	407万人	4.2倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	96万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		89万人	
計	149万人	⇒	516万人※	3.5倍

（出典：介護保険事業状況報告令和4年3月及び5月月報）

※ 居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、並びに、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）、及び認知症対応型共同生活介護の合計。在宅サービス利用者数、施設サービス利用者数及び地域密着型サービス利用者数を合計した、延べ利用者数は592万人。

# 地域包括ケアシステムの構築について

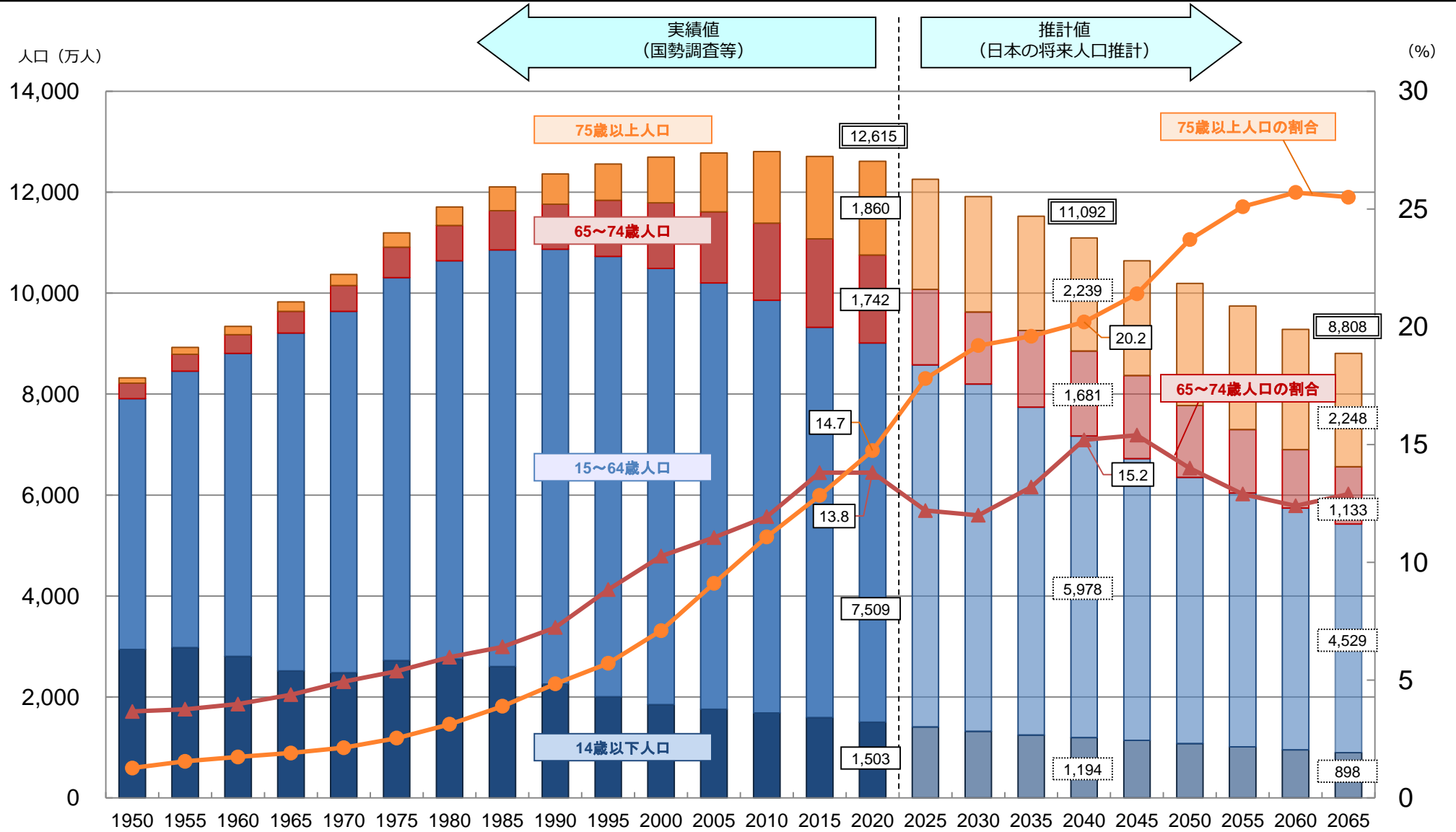
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、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





# 日本の人口の推移

○ 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：2020年までは総務省「人口推計」（各年10月1日現在）等、2025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年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）

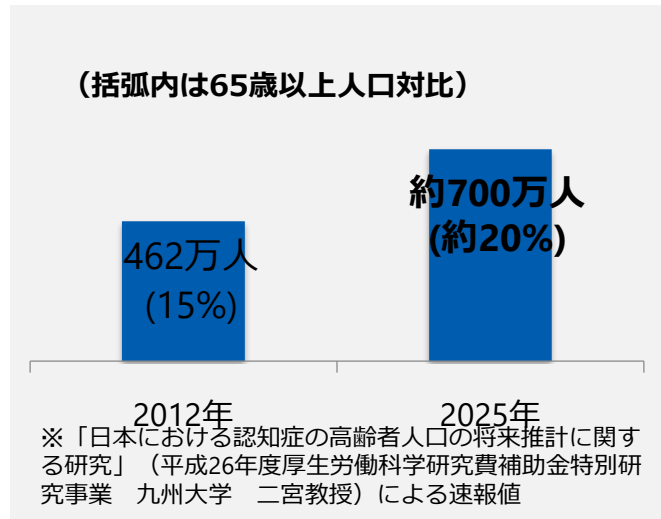
# 今後の介護保険をとりまく状況(1)

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

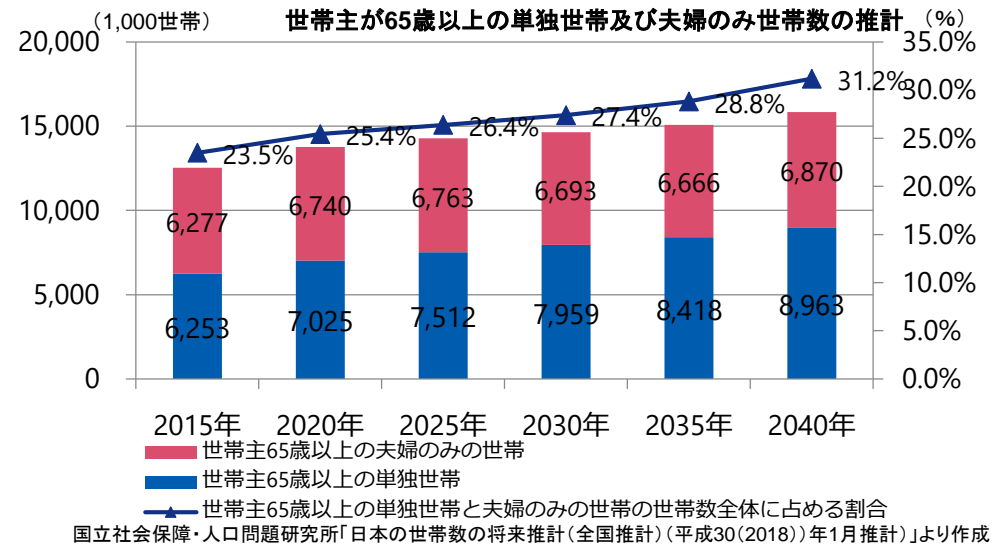
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,387万人(266%)	3,619万人(289%)	3,677万人(300%)	3,704万人(380%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,632万人(128%)	1,872万人(149%)	2,180万人(178%)	2,446万人(25.1%)

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

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



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

※都道府県名欄の( )内の数字は倍率の順位

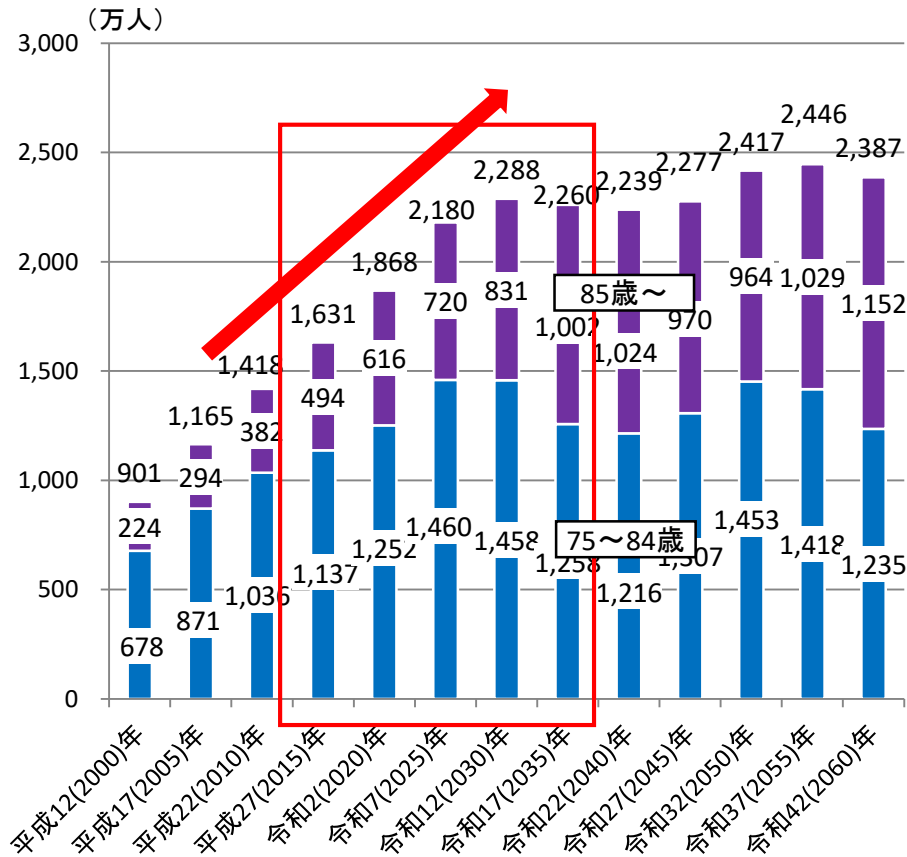
	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	～	東京都(17)	～	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	77.3万人 <10.6%>	70.7万人 <11.4%>	99.3万人 <10.9%>	80.8万人 <10.8%>	105.0万人 <11.9%>		146.9万人 <10.9%>		26.5万人 <16.1%>	18.9万人 <18.4%>	19.0万人 <16.9%>	1632.2万人 <12.8%>
2025年 <>は割合 ( )は倍率	120.9万人 <16.8%> (1.56倍)	107.2万人 <17.5%>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

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

# 今後の介護保険をとりまく状況(2)

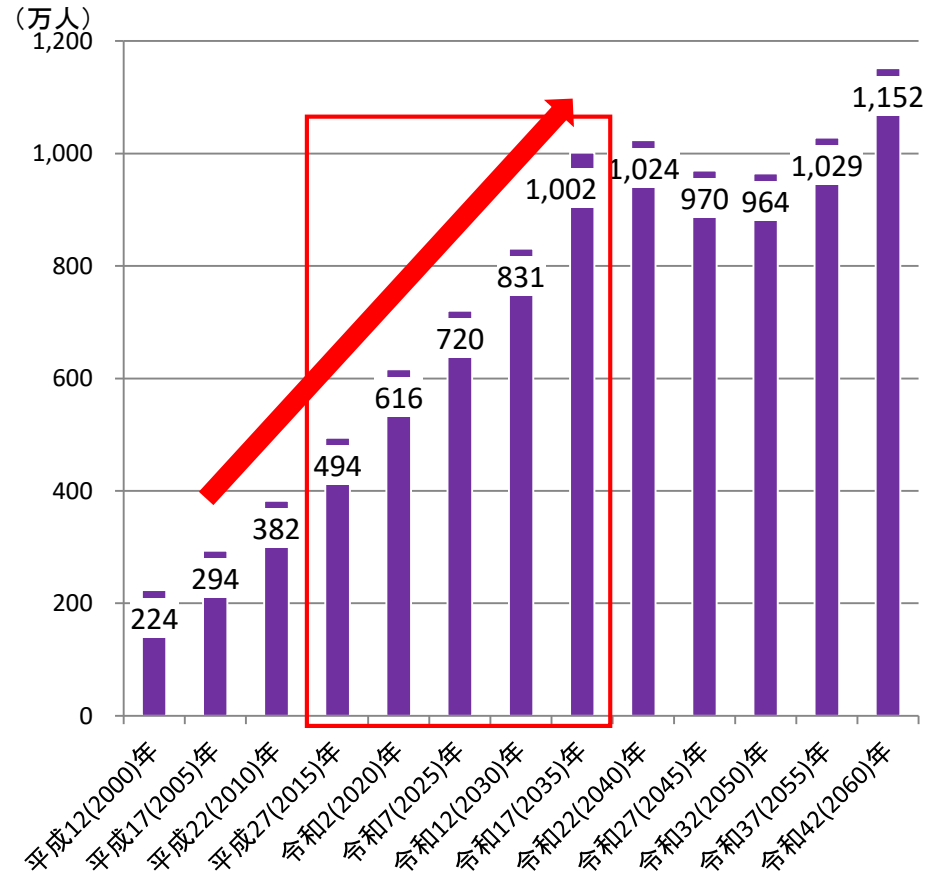
## 75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2015年から2025年までの10年間も、急速に増加。



## 85歳以上の人口の推移

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

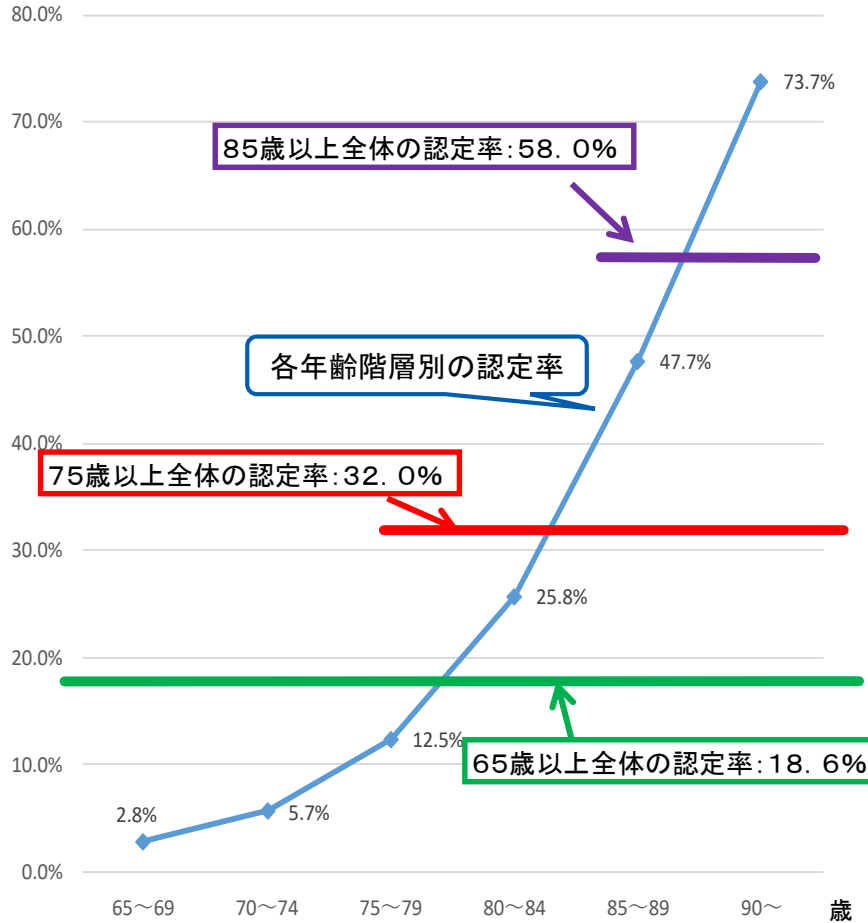


(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計  
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

# 今後の介護保険をとりまく状況(3)

## 年齢階級別の要介護認定率

○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。

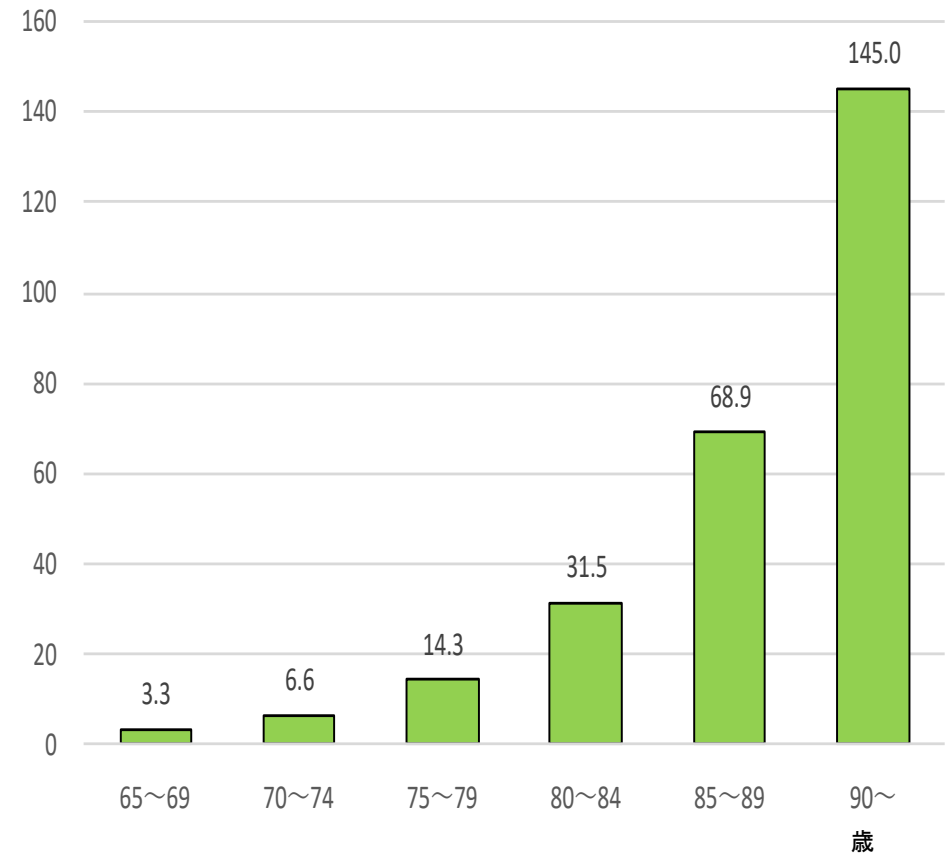


出典: 2021年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2021年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

## 年齢階級別の人口1人当たりの介護給付費

○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。

(万円/年)

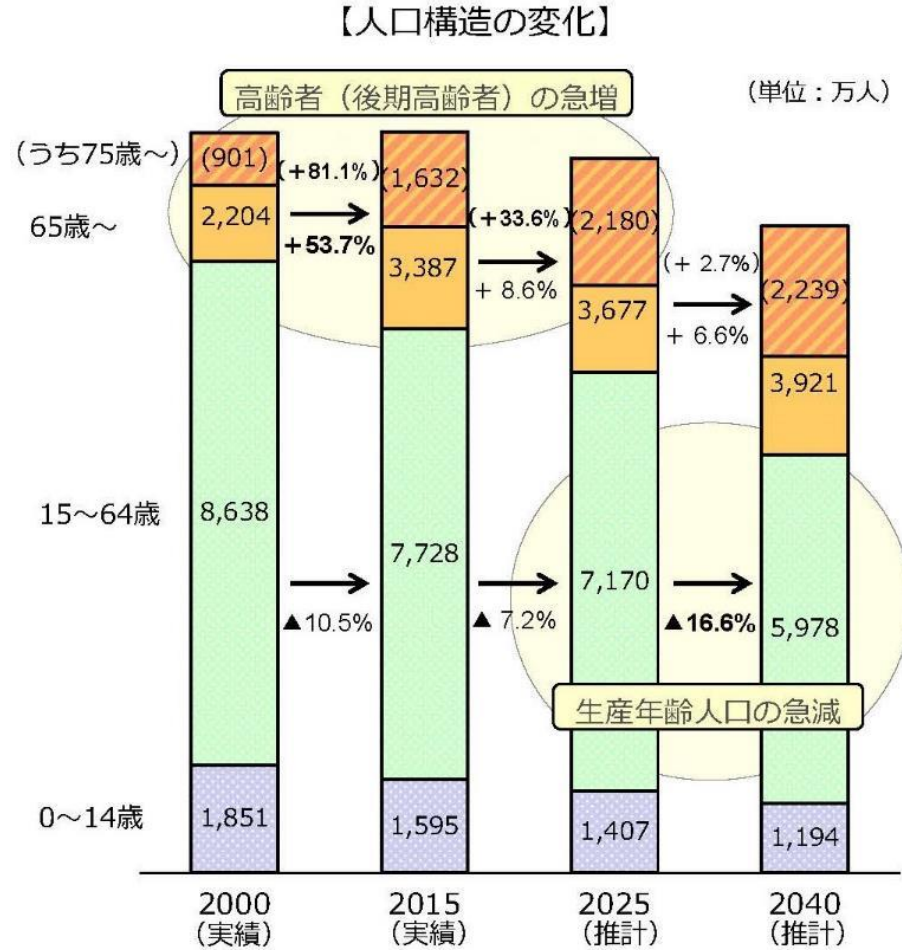


出典: 2021年度「介護給付費等実態統計」及び2021年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

注)高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。  
補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

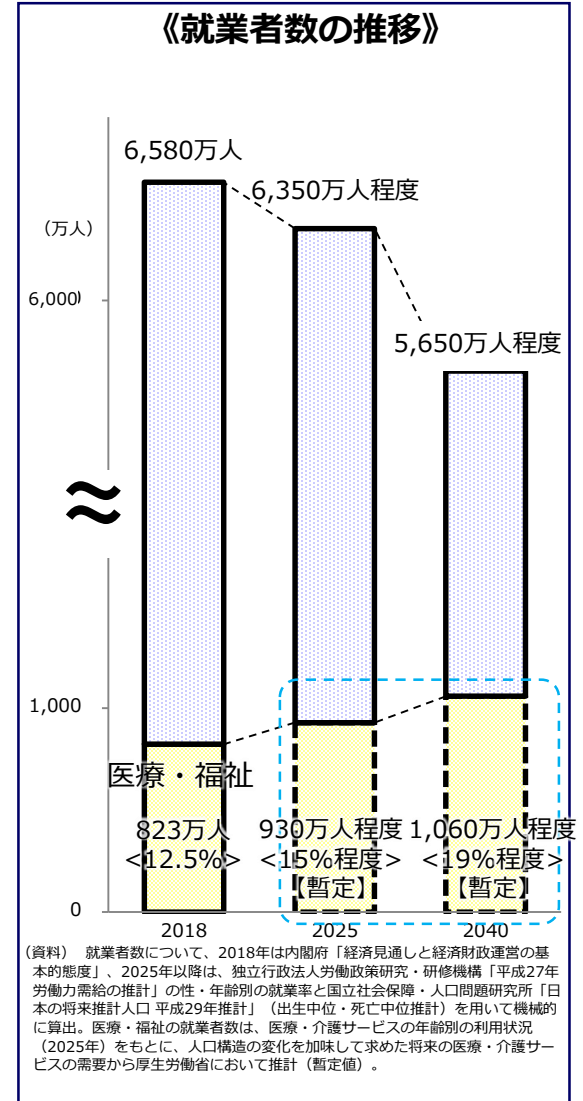
# 今後の介護保険をとりまく状況(4)

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



(出典) 総務省「国勢調査」人口推計、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

(出典) 平成30年4月12日経済財政諮問会議加藤臨時委員提出資料(厚生労働省)



# 第8期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

令和2(2020)年度  
実績値 ※1

令和5(2023)年度  
推計値 ※2

令和7(2025)年度  
推計値 ※2

令和22(2040)年度  
推計値 ※2

## ○ 介護サービス量

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

※1) 2020年度の数値は介護保険事業状況報告(令和2年12月月報)による数値で、令和2年10月サービス分の受給者数(1月当たりの利用者数)。

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

在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護、訪問リハ(予防給付を含む。)、夜間対応型訪問介護の合計値。

デイサービスは通所介護、通所リハ(予防給付を含む。)、認知症対応型通所介護(予防給付を含む。)、地域密着型通所介護の合計値。

ショートステイは短期入所生活介護(予防給付を含む。)、短期入所療養介護(予防給付を含む。))の合計値。

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

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

なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

## 第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について

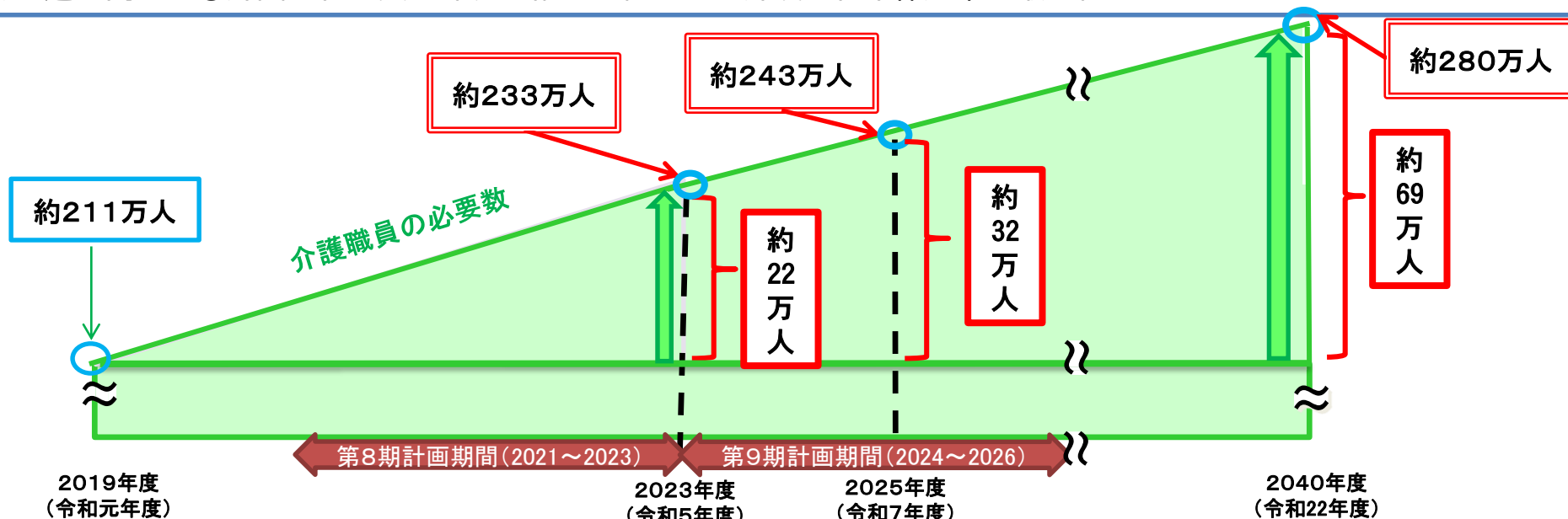
- 第8期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、
  - ・ 2023年度には約233万人（+約22万人（5.5万人/年））
  - ・ 2025年度には約243万人（+約32万人（5.3万人/年））
  - ・ 2040年度には約280万人（+約69万人（3.3万人/年））

となった。

※（）内は2019年度（211万人）比

※ 介護職員の必要数は、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の必要数に、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の必要数を加えたもの。

- 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) 2019年度（令和元年度）の介護職員数約211万人は、「令和元年介護サービス施設・事業所調査」による。

注2) 介護職員の必要数（約233万人・243万人・280万人）については、足下の介護職員数を約211万人として、市町村により第8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の。

注3) 介護職員数には、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含む。

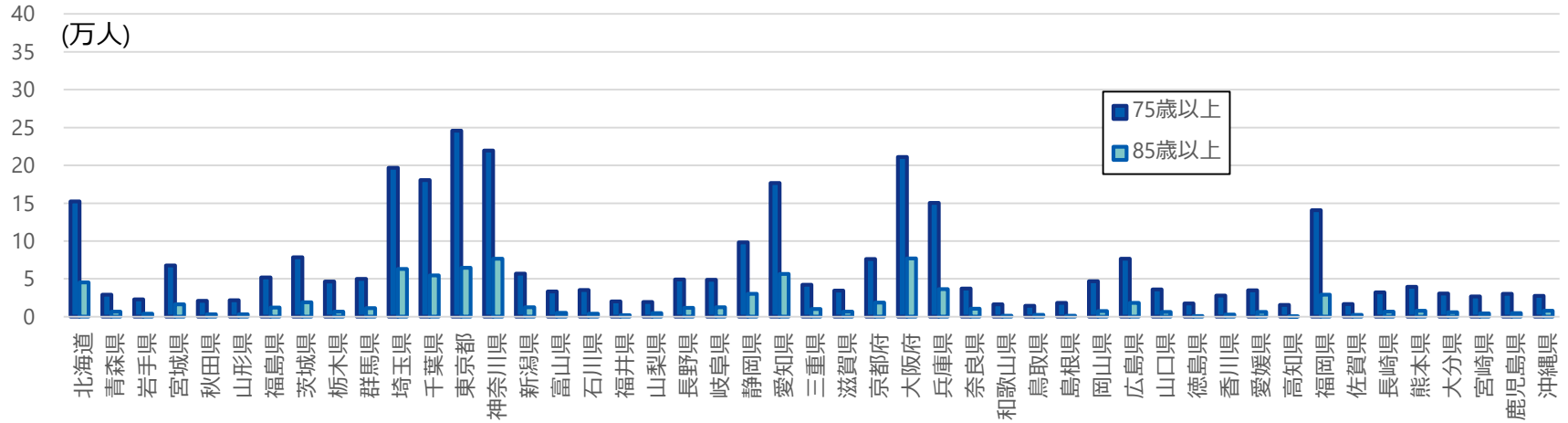
注4) 2018年度（平成30年度）分から、介護職員数を調査している「介護サービス施設・事業所調査」の集計方法に変更があった。このため、同調査の変更前の結果に基づき必要数を算出している第7期計画と、変更後の結果に基づき必要数を算出している第8期計画との比較はできない。



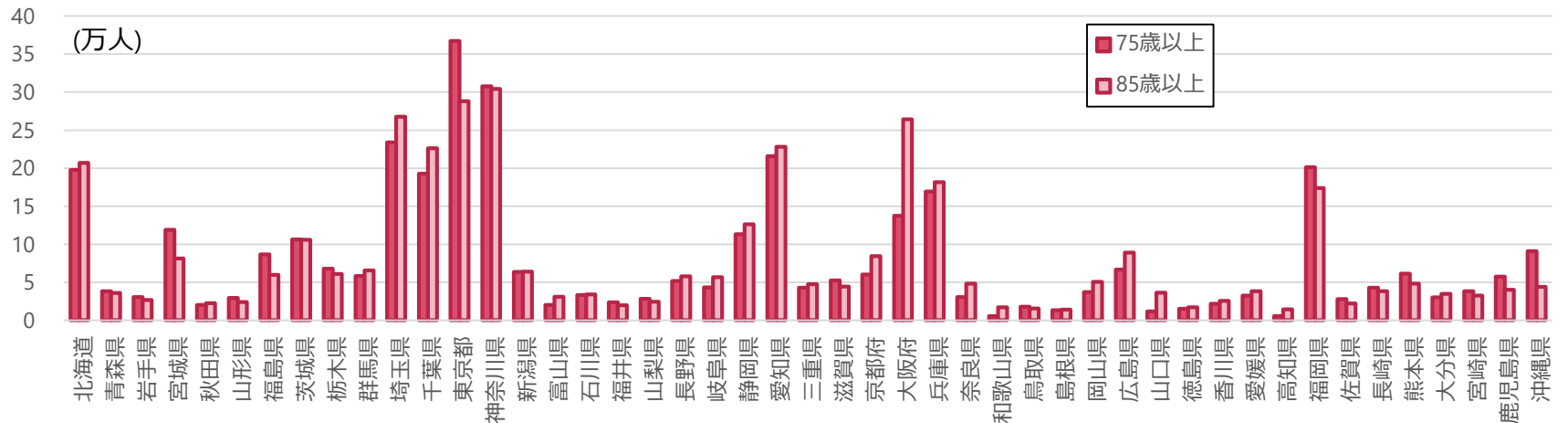
# 都道府県別の高齢化の状況(高齢者の増加数)

- 75歳以上人口の増加は東京、愛知、大阪圏において特に大きく、各地方の中心地域においても大きい。
- 2021年から、2025年の増加数と2040年の増加数を比較すると、2040年の増加数が大きい。
- 2021年から2040年の増加数については、85歳以上人口の伸びが大きい。

## 2021年から2025年の増加数



## 2021年から2040年の増加数



# I 地域包括ケアシステムの深化・推進

## 1. 生活を支える介護サービス等の基盤の整備

# 主な在宅サービスの概要

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

## 居宅サービス

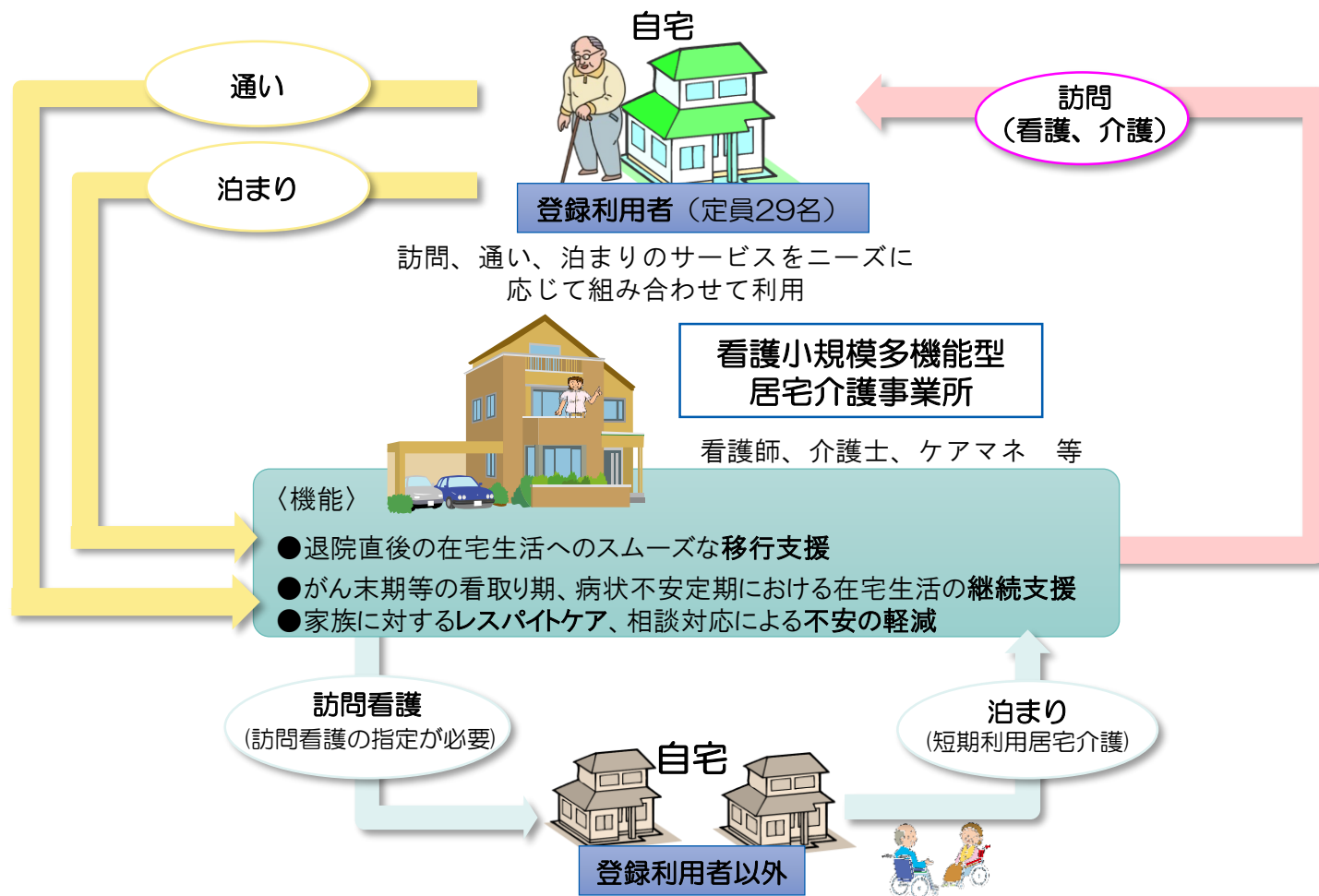
訪問介護	通所介護	短期入所生活介護	訪問看護	通所リハビリテーション
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者の居宅を訪問し、居宅において、以下を行う。</li> <li>① 入浴・排泄・食事等の介護</li> <li>② 調理・洗濯・掃除等の家事</li> <li>③ 生活等に関する相談及び助言</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者を事業所に通わせ、事業所において、以下を行う。</li> <li>① 入浴・排泄・食事等の介護</li> <li>② 生活等に関する相談及び助言</li> <li>③ 健康状態の確認等</li> <li>④ 機能訓練</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者を施設に短期間入所させ、施設において、以下を行う。</li> <li>① 入浴・排泄・食事等の介護</li> <li>② 機能訓練</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者の居宅を訪問し、居宅において、以下を行う。</li> <li>① 療養上の世話</li> <li>② 必要な診療の補助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者を事業所に通わせ、事業所において、以下を行う。</li> <li>① 心身の機能の維持回復を図るための理学療法、作業療法等</li> </ul>

## 地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 日中・夜間を通じて、定期的又は随時に、利用者の居宅において、以下を行う。</li> <li>① 入浴・排泄・食事等の介護</li> <li>② 調理・洗濯・掃除等の家事</li> <li>③ 生活等に関する相談及び助言</li> <li>④ 療養上の世話や診療の補助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 夜間のみ、定期的又は随時に、利用者の居宅において、以下を行う。</li> <li>① 入浴・排泄・食事等の介護</li> <li>② 生活等に関する相談及び助言</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者の居宅を訪問し、又は拠点に通わせ、若しくは拠点に短期間宿泊させ、以下を行う。</li> <li>① 入浴・排泄・食事等の介護</li> <li>② 調理・洗濯・掃除等の家事</li> <li>③ 生活等に関する相談及び助言</li> <li>④ 健康状態の確認等</li> <li>⑤ 機能訓練</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組み合わせにより一体的に以下を行う。</li> <li>① 療養上の世話又は診療の補助</li> <li>② 入浴・排泄・食事等の介護</li> <li>③ 調理・洗濯・掃除等の家事</li> <li>④ 生活等に関する相談及び助言</li> <li>⑤ 健康状態の確認等</li> <li>⑥ 機能訓練</li> </ul>

# 看護小規模多機能型居宅介護の概要

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



# 介護支援専門員法定研修カリキュラムの見直しについて

## 背景・経緯

- 介護、医療及び福祉の実践の方法や技術、介護保険をはじめとする社会保障制度やそれを取り巻くさまざまな環境は、常に変化しており、独居の要介護高齢者、認知症や精神疾患を有する要介護高齢者、医療処置を要する要介護高齢者、支援を必要とする家族等、介護支援専門員が実際に現場で対応している利用者像も多様化し、複雑化している
- 現行の介護支援専門員の法定研修のカリキュラムは平成28年度から施行されているところであるが、介護支援専門員に求められる能力や役割の変遷及び昨今の施策動向等を踏まえ、「介護支援専門員の資質向上に資する研修等の在り方に関する調査研究事業」（令和3年度老人保健健康増進等事業）においてカリキュラムの見直しについての検討を進めた

※ 令和6年4月の施行予定

## カリキュラム見直しのポイント

- 幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測や各職種の視点や知見に基づいた根拠のある支援の組み立てを行うことが介護支援専門員に求められていることを踏まえ、高齢者の生活課題の要因等を踏まえた支援の実施に必要な知識や実践上の留意点を継続的に学ぶことができるように、**適切なケアマネジメント手法の考え方を科目類型として追加**
- 認知症や終末期などで意思決定支援を必要とする利用者・世帯がさらに増えるとともに、根拠のある支援の組み立てに向けて学ぶべき知識や技術の変化が今後も進むと考えられる中で、職業倫理の重要性は一層高まることを見込まれるため、**権利擁護や意思決定支援など職業倫理についての視点を強化**
- 地域共生社会の実現に向け、介護保険以外の領域も含めて**、制度・政策、社会資源等についての近年の動向（地域包括ケアシステム、認知症施策大綱、仕事と介護の両立、ヤングケアラー、科学的介護（LIFE）、意思決定支援等）を踏まえた見直しを行う
- 法定研修修了後の継続研修（法定外研修、OJT等）で実践力を養成することを前提に、**カリキュラム全体の時間数は増やさず、継続研修への接続を意識した幅広い知識の獲得に重きを置いた時間配分（＝講義中心）に見直す**

# 適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業の背景・目的

## <背景>

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

## <課題>



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

## <目的>

- ケアマネジメントの「差異」の要因と考えられる、個々の介護支援専門員の**属人的な認識(知識)**を改め「支援内容」の平準化を図る。その為に「利用者の状態に対して最低限検討すべき支援内容」の認識(知識)を体系化し共有化することにより「**差異を小さくするための手法の策定と普及**を行う。
- 介護支援専門員に必要な知識(エビデンス等)を体系化し付与することで、サービス担当者会議等において「**根拠の明確な支援内容**」を示せる事により他職種と**支援内容の共有化**を図る。
- ケアマネジメントプロセスをより有効なものとし、他職種との役割分担や**連携・協働の推進**、**モニタリング手法の明確化**、ひいてはケアマネジメントの**質の向上**、**自立支援の推進**を図る。

## <これまでの成果実績(主な内容)>

- |  |                        |
|--|------------------------|
| 平成28年度:脳血管疾患・大腿骨頸部骨折がある方のケア                | 平成29年度:心疾患(心不全)がある方のケア |
| 平成30年度:認知症がある方のケア                          | 令和元年度:誤嚥性肺炎の予防のためのケア   |
| 令和2年度:基本ケアを中心とした手法の再整理等                    |                        |
| 令和3年度:複数疾患がある方のケアの手法や疾患以外の高齢者の特徴に着目した手法の検討 |                        |

# 介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会

介護保険制度における福祉用具の貸与・販売種目のあり方や福祉用具貸与・販売に関する諸課題等について、現行制度の貸与の原則や福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全性の確保、保険給付の適正化等の観点を踏まえた検討を行い、令和4年9月に、検討の方向性等も記した「介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方に関するこれまでの議論の整理」をとりまとめた。

## 【検討事項】

- ①福祉用具貸与・特定福祉用具販売の現状と課題を踏まえたあり方の検討 ②福祉用具貸与・特定福祉用具販売に係る適正化の方策  
③福祉用具貸与・販売に関する安全な利用の促進、サービスの質の向上等への対応 等

## 【開催スケジュール】

開催時期	開催回	概要	開催時期	開催回	概要
令和4年2月17日	第1回検討会	福祉用具の現状と課題に関する意見交換	令和4年5月26日	第4回検討会	検討内容に関する具体的な課題・論点に関する議論 ②、③
令和4年3月31日	第2回検討会	検討内容に関する具体的な課題・論点に関する議論 ①	令和4年7月27日	第5回検討会	これまでの議論の整理
令和4年4月21日	第3回検討会	検討内容に関する具体的な課題・論点に関する議論 ①	令和4年9月5日	第6回検討会	これまでの議論の整理

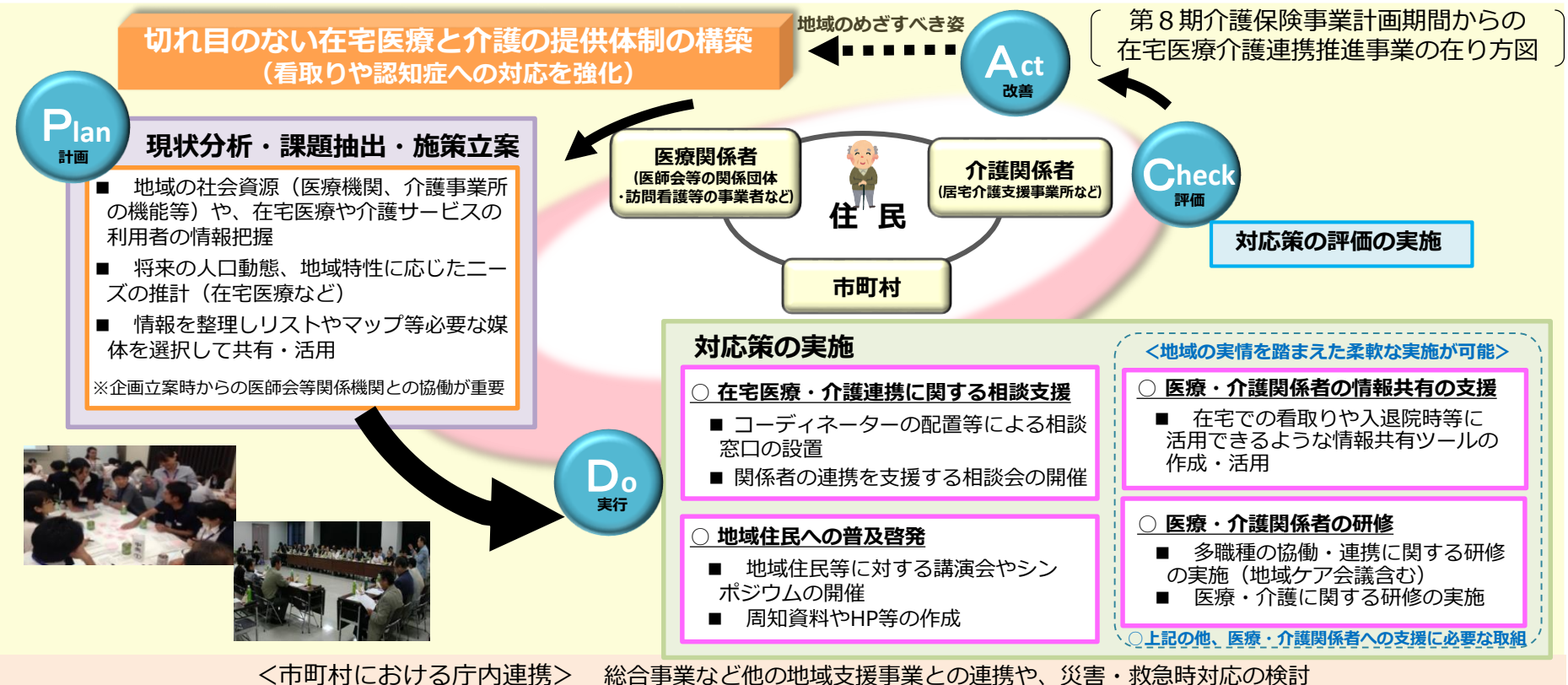
## 【構成員】（順不同・敬称略）

名前	所属	名前	所属
安藤 道人	立教大学経済学部 准教授	七種 秀樹	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長
石田 光広	稲城市 副市長	田河 慶太	健康保険組合連合会 理事
岩元 文雄	一般社団法人 全国福祉用具専門相談員協会 理事長	田中 紘太	株式会社マロー・サウンズ・カンパニー 代表取締役
江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会 常任理事	野口 晴子	早稲田大学政治経済学学術院 教授
岡田 進一	大阪市立大学大学院 生活科学部 教授	花岡 徹	一般社団法人 日本福祉用具・生活支援用具協会 会長
小野木 孝二	一般社団法人 日本福祉用具供給協会 理事長	東畠 弘子	国際医療福祉大学大学院 福祉支援工学分野 教授
久留 善武	一般社団法人 シルバーサービス振興会 事務局長	別所 俊一郎	東京大学大学院経済学研究科・経済学部 准教授
五島 清国	公益財団法人テクノイデ協会 企画部長	渡邊 慎一	横浜市総合リハビリテーションセンター 副センター長 一般社団法人日本作業療法士協会 生活環境支援推進室 副室長
近藤 和泉	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 病院長		



# 在宅医療・介護連携推進事業

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



都道府県(保健所等)による支援

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

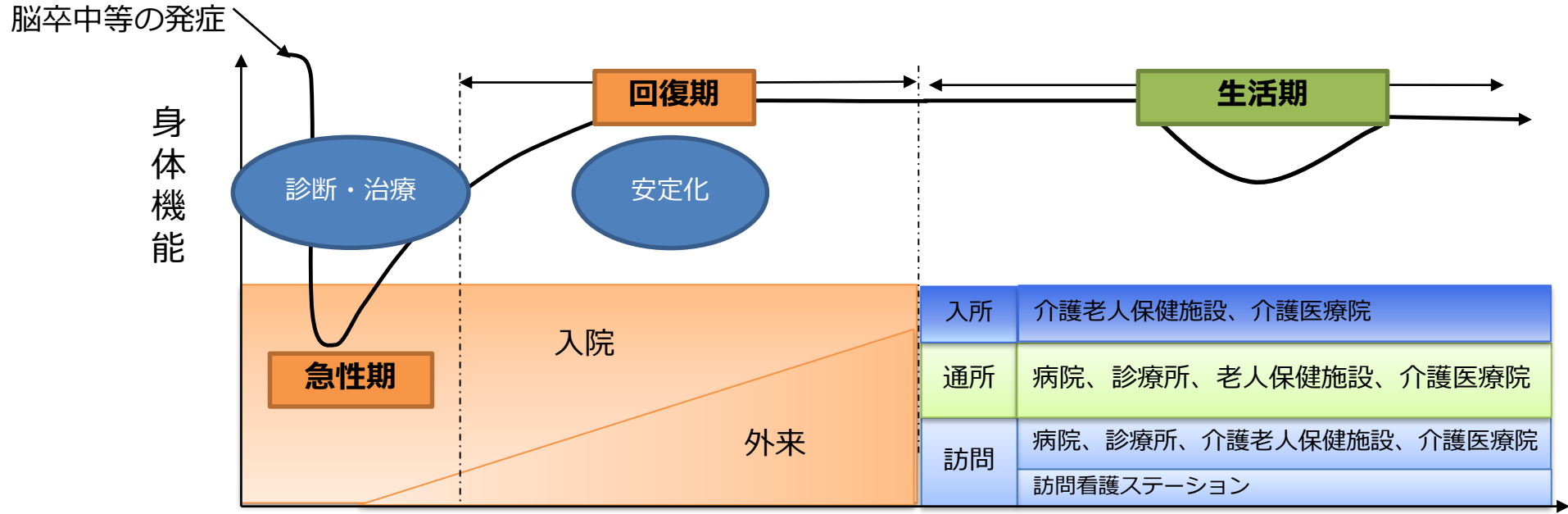
- 平成26年介護保険法改正により市町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業として、在宅医療・介護連携推進事業（以下、「本事業」とする）が位置付けられ、平成27年度から市町村は順次、8つの事業項目を開始してきた。
- 本事業の円滑な実施のために「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.1（介護保険最新情報vol.447）」（以下、「手引き」とする）を作成、具体的な取組を例示し、平成27年3月に周知を行う。
- さらに、平成29年介護保険法改正においても、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の導入及び充実を図るとともに、都道府県による市町村支援の役割を明確にするために、手引きを改訂。「在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

## 1 改訂のポイント

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



# リハビリテーションの役割分担（イメージ）



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

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成(一部改変)

# 第8期介護保険事業（支援）計画の基本指針（大臣告示）のポイント

## 1 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備

- 2025・2040年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定
  - ※基盤整備を検討する際、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備、地域医療構想との整合性（病床の機能分化及び連携に伴い生じるサービス必要量に関する整合性の確保）を踏まえる必要がある旨は第7期から記載。
  - ※指定介護療養型医療施設の設置期限（2023年度末）までに確実な転換等を行うための具体的な方策について記載。
  - ※第8期の保険料を見込むに当たっては直近（2020年4月サービス分以降）のデータを用いる必要がある。

## 2 地域共生社会の実現

- 地域共生社会の実現に向けた考え方や取組について記載

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

- 一般介護予防事業の推進に関して「PDCAサイクル沿った推進」、「専門職の関与」、「他の事業との連携」について記載
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について記載
- 自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取り組みの例示として就労的活動等について記載
- 総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を策定
- 保険者機能強化推進交付金等を活用した施策の充実・推進について記載。（一般会計による介護予防等に資する独自事業等について記載。）
- 在宅医療・介護連携の推進について、看取りや認知症への対応強化等の観点を踏まえて記載
- 要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載**
- PDCAサイクルに沿った推進にあたり、データの利活用を進めることやそのための環境整備について記載

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

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

## 5 認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進

- 認知症施策推進大綱に沿って、認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すため、5つの柱に基づき記載。（普及啓発の取組やチームオレンジの設置及び「通いの場」の拡充等について記載。）
- 教育等他の分野との連携に関する事項について記載

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

- 介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた介護人材の確保の必要性について記載
- 介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の具体的な方策を記載
- 総合事業等の担い手確保に関する取組の例示としてボランティアポイント制度等について記載
- 要介護認定を行う体制の計画的な整備を行う重要性について記載
- 文書負担軽減に向けた具体的な取組を記載

## 7 災害や感染症対策に係る体制整備

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



# かかりつけ医機能が発揮される制度整備（骨格案）

- ・国民・患者はそのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- ・医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化。

## 国民・患者のニーズ

多様な医療ニーズ

（高齢者の場合）

- 持病（慢性疾患）の継続的な医学管理
- 日常的によくある疾患への幅広い対応
- 入退院時の支援
- 休日・夜間の対応
- 在宅医療
- 介護サービス等との連携

## 制度整備の内容

### かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化

- 医療機関は左記**ニーズに対応する機能**を都道府県に**報告**
- この報告に基づき、都道府県は、地域における**機能の充足状況**や、**これらの機能をあわせもつ医療機関を確認・公表**した上で、地域の協議の場で**不足する機能を強化する具体的方策を検討・公表**

## 期待される効果

身近な地域で提供される日常的な医療が充実

⇒住んでいる地域で、あるいは加齢に伴い、必要な医療が受けられなくなるのではないかと不安を解消

医師・医療機関との継続的な関係を確認できる

⇒今かかっている医療機関で、将来も継続的に診てもらえるのか、という不安を解消

大病院に行かなくても身近なところで必要な医療が受けられる

⇒大病院に行かないと必要な医療が受けられないのではないかと不安を解消  
⇒大病院で働く医師の負担軽減にも資する

誰もが確実に必要な医療につながる環境が整う

⇒医療にかかるための情報が見つからない、情報の見方が分からない、という悩みや不安を解消

全ての国民への情報提供

- かかりつけ医・医療機関を選ぶための情報が不足している。
- かかりつけ医・医療機関を探す方法が分からない。

### 医療機能情報提供制度の拡充

- 「かかりつけ医機能」の定義を**法定化**。  
「**身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能**」
- **都道府県**は国民・患者による医療機関の適切な選択に資するよう「かかりつけ医機能」に関する情報を**分かりやすく提供**

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、かかりつけ医機能として提供する医療の内容を説明することとする（書面交付など）。

# 地域におけるかかりつけ医機能の充実強化に向けた協議のイメージ

## <慢性疾患を有する高齢者の場合のイメージ>

※報告を求める具体的な機能については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討（診療所に加え、医療機関が病院の場合も検討）。



かかりつけ医機能 ※①～⑤は機能の例示	①外来医療の提供 (幅広いプライマリケア等)	②休日・夜間の対応	③入退院時の支援	④在宅医療の提供	⑤介護サービス等と連携
A診療所	◎	○	◎	◎	◎
B診療所	◎	○	○	○	◎
C診療所	◎	◎	◎	◎	◎
D診療所	◎	×	×	◎	◎
E診療所	◎	○	×	○	◎
F診療所	◎	—	×	—	◎
G診療所	—	—	—	—	—

地域の医療機関は、①～⑤の機能の有無や、これらをあわせて担う意向等を報告。

都道府県は、①～⑤の機能をあわせて担う医療機関を確認。



協議の場において、各医療機関の①～⑤を担う意向を踏まえつつ、地域で不足している機能を充足できるよう、支援や連携の具体的方法を検討。

- ◎：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を単独で提供できる
- ：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を他の医療機関と連携して提供できる  
(連携する医療機関も報告。③の○は他院と連携して病床を確保している場合が考えられる。)
- ×：当該機能を担う意向はあるが、現時点では提供できない
- ：当該機能を担う意向がない

※他院を支援する意向も報告し、不足する機能の充足の協議に活かす。

# 介護老人福祉施設の基準

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

## ○人員基準

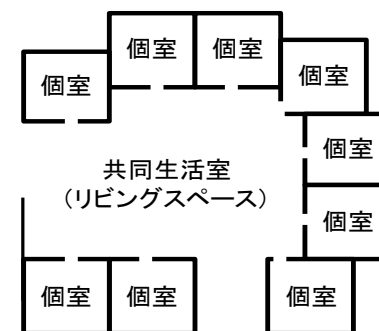
医師	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
生活相談員	入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上
介護職員 又は看護職員	入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上
栄養士 又は管理栄養士	1以上
機能訓練指導員	1以上
介護支援専門員	1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする）

## ○設備基準

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

ユニット型介護老人福祉施設の場合、上記基準に加え、以下が必要

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

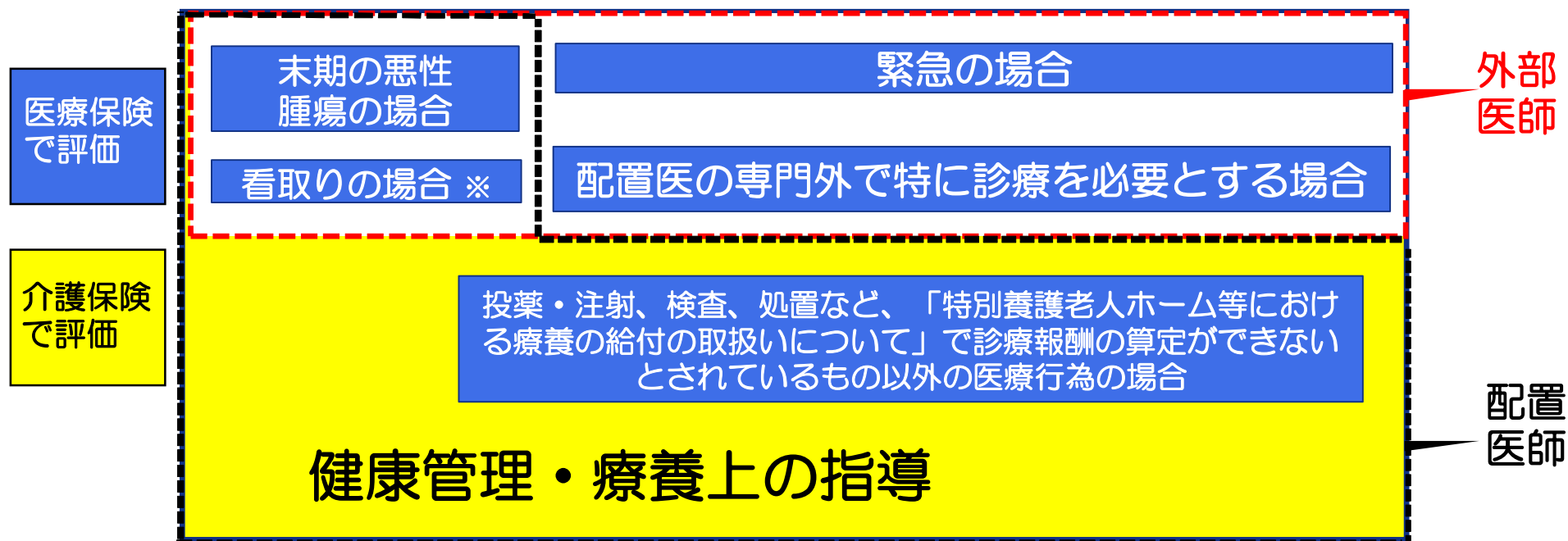




# 介護老人福祉施設における医療の提供について

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

医療保険・介護保険の役割のイメージ



※ 在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限る。

# 介護老人保健施設の概要

## 〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正前（介護保険法第8条第28項）

介護老人保健施設とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

## 〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正後（介護保険法第8条第28項）

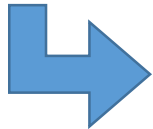
＜平成29年6月2日公布、平成30年4月1日施行＞

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

### (基本方針)

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

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成十一年三月三十一日)(厚生省令第四十号))



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

# 介護医療院の概要

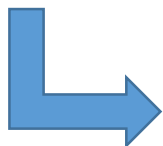
(定義) (介護保険法第8条第29項)

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

(基本方針)

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

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



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設

(参考1) 介護老人福祉施設の定義

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

(参考2) 介護老人保健施設の定義

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

# 特別養護老人ホームの重点化

○ 平成27年4月より、原則、特養への新規入所者を要介護3以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化。 【 既入所者は継続して入所可能 】

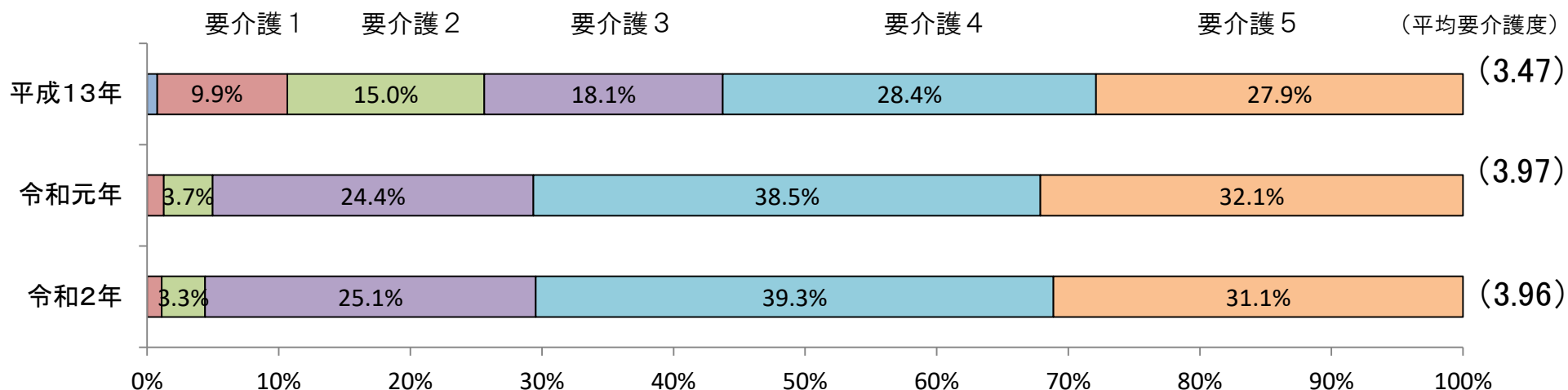
○ 他方で、要介護1・2の方についても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、特例的に、入所することが可能。

【 要介護1・2の特例的な入所が認められる要件（勘案事項） 】

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

## 要介護度別の特養入所者の割合

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



※介護給付費等実態統計(旧：介護給付費実態調査)年次累計

# 指定介護老人福祉施設の入所に関する指針について（高齢者支援課長通知）

- 要介護3～5の入所申込者については、従前通りの取扱いにより「入所判定対象者」を選定。
- 要介護1・2の方が入所を申し込むこと自体を妨げるものではないが、「入所判定対象者」となるためには、「居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由」が必要。その判断の際には、施設と保険者市町村との間での必要な情報共有等を実施。
- その上で、「入所判定対象者」全体の中で、入所判定委員会において「介護の必要の程度」や「家族の状況」等を勘案して、最終的な入所者を決定。

## 施設への入所申し込み

入所判定対象者  
リスト①  
要介護3～5

入所判定対象者  
リスト②  
要介護1・2の特例入所対象者

従前通りの取扱い

心身の状況や置かれている環境等の事情に照らして、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められる必要。

入所判定委員会による合議

入所決定

### 【考慮事項】

- ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること
- ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること
- ③ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること
- ④ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること

### 【市町村の適切な関与】

※市町村の独自の取組を妨げるものではない。

- ① 施設は、入所申込者に対して、その理由など必要な情報の記載を入所申込みに当たって求める。
- ② 施設は、保険者市町村に対して報告を行うとともに、当該入所申込者が特例入所対象者に該当するか否かを判断するに当たって適宜その意見を求める。
- ③ ②の求めを受けた場合、保険者市町村は、地域の居宅サービスや生活支援などの提供体制に関する状況や、担当の介護支援専門員からの居宅等における生活の困難度の聴取の内容なども踏まえ、施設に対して適宜意見を表明できる。
- ④ 施設は、入所の必要性の高さを判断するに当たっては、改めて保険者である市町村に意見を求めることが望ましい。

※「介護の必要の程度」や「家族の状況」等を勘案し、入所者を決定（従前と同様）



# ユニット型個室の整備の方針について

○介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針  
(平成3年1月29日厚労告29号(令和3年1月29日改正))

都道府県は、**2025年度**の地域密着型介護老人福祉施設及び介護保険施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員(中略)の合計数が占める割合については、50%以上(そのうち**地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員の合計数が占める割合については、70%以上**)とすることを目標として定めるよう努めるものとする。

## <介護老人福祉施設の個室ユニット化率(定員数)の推移>

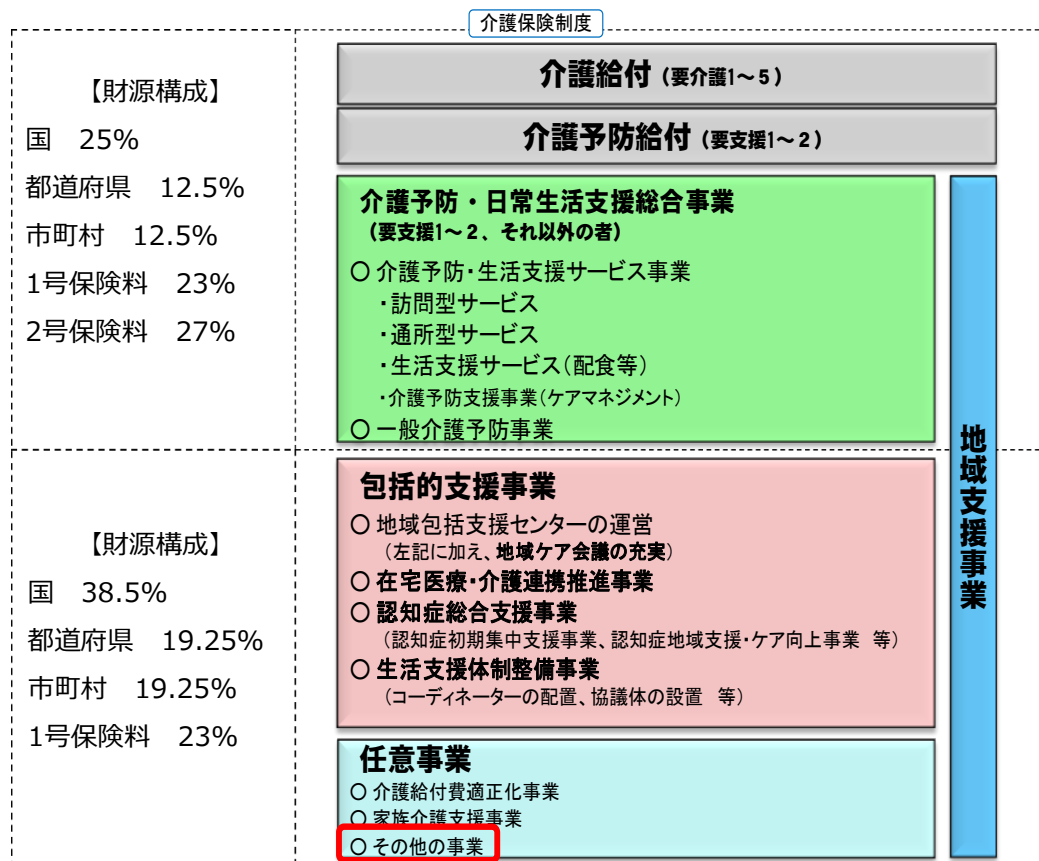
平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
14.8%	21.2%	25.4%	32.3%	37.3%	41.7%	43.6%	45.2%	46.2%	<b>47.1%</b>

出典:厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」をもとに老健局高齢者支援課作成

※ なお、居室については、基準上、個室が原則となっているが、「参酌すべき基準」となっており、地方自治体が十分参酌した結果としてであれば、地域の実情に応じて、条例において異なる内容を定めることができる。

# 地域支援事業等の活用による全国展開

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



## 平成29年度から「地域支援事業の実施について」(実施要綱)を改正

### カ 地域自立生活支援事業

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

#### ① 高齢者の安心な住まいの確保に資する事業

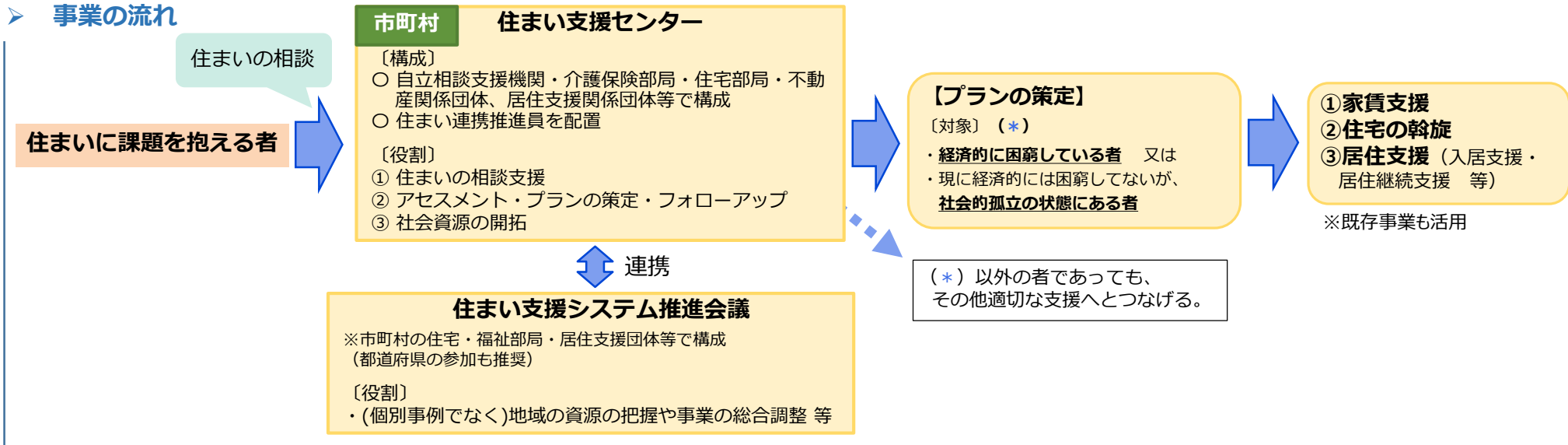
**空き家等の民間賃貸住宅や、高齢者の生活特性に配慮した公的賃貸住宅(シルバーハウジング)、サービス付き高齢者向け住宅、多くの高齢者が居住する集合住宅等への高齢者の円滑な入居を進められるよう、これらの住宅に関する情報提供、入居に関する相談及び助言並びに不動産関係団体等との連携による入居支援等を実施するとともに、これらの住宅の入居者を対象に、日常生活上の生活相談・指導、安否確認、緊急時の対応や一時的な家事援助等を行う生活援助員を派遣し、関係機関・関係団体等による支援体制を構築する等、地域の実情に応じた、高齢者の安心な住まいを確保するための事業を行う。**



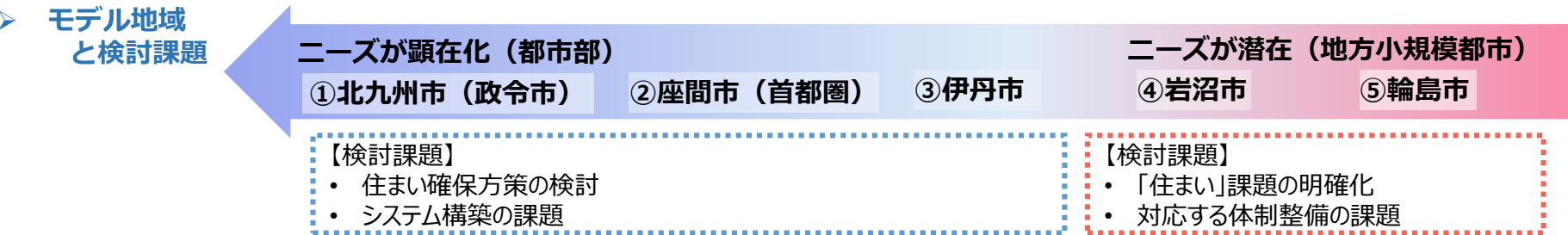
# 令和4年度 住まい支援システム構築に関する調査研究事業（概要）

- 住まいの課題解決に向けたサポート体制の構築のため、複数の自治体において、住まいに課題を抱える者に対する住まい支援について、総合的な相談対応や一貫した支援を行える実施体制を整備するとともに、見守り支援や地域とのつながり促進支援など、地域共生の観点を取り入れたマネジメントを行う仕組みを導入する等のモデル的な事業を実施（令和5年3月とりまとめ予定）。

## 事業の流れ



## モデル地域と検討課題



## 具体的な検討事項（実施地域） ※「住まい」ニーズ：入居及び居住継続の両方のニーズ

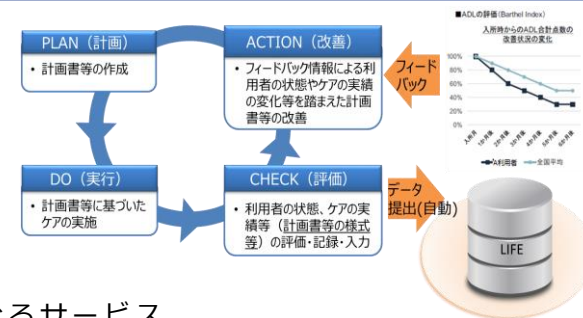
1. 「住まい支援センター」機能の提供体制（①～③）
  - 住まい連携推進員の機能と役割検討（①～③）
2. 住まい支援のマネジメントシステムの試行
  - 顕在化しているニーズへの相談支援の体制（①～③）
  - 複合化する「住まい」ニーズ・過去事例等から「住まいニーズ」の把握（①～⑤）
3. 支援メニューの整備・開発
  - 住まいの確保策の検討（①～③）
  - 地域や社会とのつながり支援の方策（①～⑤）

# 科学的介護情報システム(LIFE)

- 介護施設・事業所が、**介護サービス利用者の状態**や、行っている**ケアの計画・内容**などを一定の様式で提出することで、入力内容が**集計・分析**され、当該施設や利用者**にフィードバック**される情報システム。介護施設・事業所では、提供されたフィードバックを活用し、PDCAサイクルを回すことで、介護の質向上を目指す。
- 令和3年度介護報酬改定において、一部の加算について、LIFEへのデータ提供等を要件とした。

## LIFEにより収集・蓄積したデータの活用

- LIFEにより収集・蓄積したデータは、**フィードバック情報としての活用**に加えて、**施策の効果や課題等の把握**、見直しのための分析にも活用される。
- LIFEにデータが蓄積し、分析が進むことにより、**エビデンスに基づいた質の高い介護**の実施につながる。



(参考) LIFEへのデータの提出を要件としている項目と収集している情報、対象となるサービス

加算の種類	科学的介護推進加算 (I)(II)	個別機能訓練加算 (II)	ADL維持等加算 (I)(II)	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	リハビリテーションマネジメント加算 (A)ロ(B)ロ	理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	褥瘡マネジメント加算 (I)(II)	褥瘡対策指導管理 (II)	排せつ支援加算 (I)(II)(III)	自立支援促進加算	かかりつけ医連携薬剤調整加算	薬剤管理指導	栄養マネジメント強化加算	栄養アセスメント加算	口腔衛生管理加算 (II)
収集している情報	ADL 栄養の状況 認知症の状況 既往歴 処方薬 等	機能訓練の目標 プログラムの内容 等	ADL	ADL、IADL、心身の機能、リハビリテーションの目標 等			褥瘡の危険因子 褥瘡の状態 等	排尿・排便の状況 おむつ使用の状況 等	ADL 支援実績 等	薬剤変更情報 等	身長、体重、低栄養リスク、食事摂取量、必要栄養量 等	口腔の状態 ケアの目標 ケアの記録 等			
介護老人福祉施設	○	○	○				○		○	○			○		○
地域密着型介護老人福祉施設	○	○	○				○		○	○			○		○
介護老人保健施設	○			○			○		○	○	○		○		○
介護医療院	○					○		○	○	○		○	○		○
通所介護	○	○	○											○	○
地域密着型通所介護	○	○	○											○	○
認知症対応型通所介護(予防含む)	○	○	○(予防を除く)											○	○
特定施設入居者生活介護(予防含む)	○	○	○(予防を除く)												
地域密着型特定施設入居者生活介護	○	○	○												
認知症対応型共同生活介護(予防を含む)	○														
小規模多機能型居宅介護(予防含む)	○														
看護小規模多機能型居宅介護	○						○		○					○	○
通所リハビリテーション(予防含む)	○													○	○
訪問リハビリテーション														○	○

# 厚生労働省データヘルス改革工程表（令和3年6月4日）

## ①利用者自身が介護情報を閲覧できる仕組みの整備

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
電子カルテ・介護情報等						
介護情報		CHASEフィードバック機能の開発	CHASE等の解析結果の利用者単位等のフィードバック（2021年度～） CHASE等による自立支援等の効果を検証		システム要件の整理、システム改修等	マイナポータル等で閲覧可能（2024年度以降順次～）
			技術的・実務的な課題等を踏まえ、利用者や介護現場で必要となる情報の範囲や、全国的に介護情報を閲覧可能とするための仕組みを検討			次期システムの運用開始によるデータに基づく更なるフィードバック等（2024年度～）

## ②介護事業所間等において介護情報を共有することを可能にするための取組

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
介護事業所間における介護情報の共有並びに介護・医療間の情報共有を可能にするための標準化		介護情報の共有や標準化に係る調査	全国的に介護記録支援システムの情報を含めた介護情報を閲覧可能とするための基盤のあり方についてIT室（デジタル庁）とともに検討し、結論を得る		左記を踏まえたシステムの課題解決・システム開発	

## ③科学的介護の推進

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
自立支援・重度化防止等につながる科学的介護の推進	CHASEフィードバック機能の開発	事業所・利用者単位のフィードバックや解析による科学的介護の推進（2021年度～） CHASE等による自立支援等の効果を検証		新たな情報収集システムに向けた更なるデータ項目の整理	次期システムの開発	次期システムの運用開始によるデータに基づく更なるフィードバック等（2024年度～）
	NDB・介護DB連結解析開始	VISIT・CHASEを一体的運用、介護DBとの連結解析開始				

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

# 経済財政運営と改革の基本方針2022 (抄)

新しい資本主義へ ～課題解決を成長のエンジンに変え、持続可能な経済を実現～

令和4年6月7日閣議決定

## 第4章 中長期の経済財政運営

### 2. 持続可能な社会保障制度の構築

(社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進)

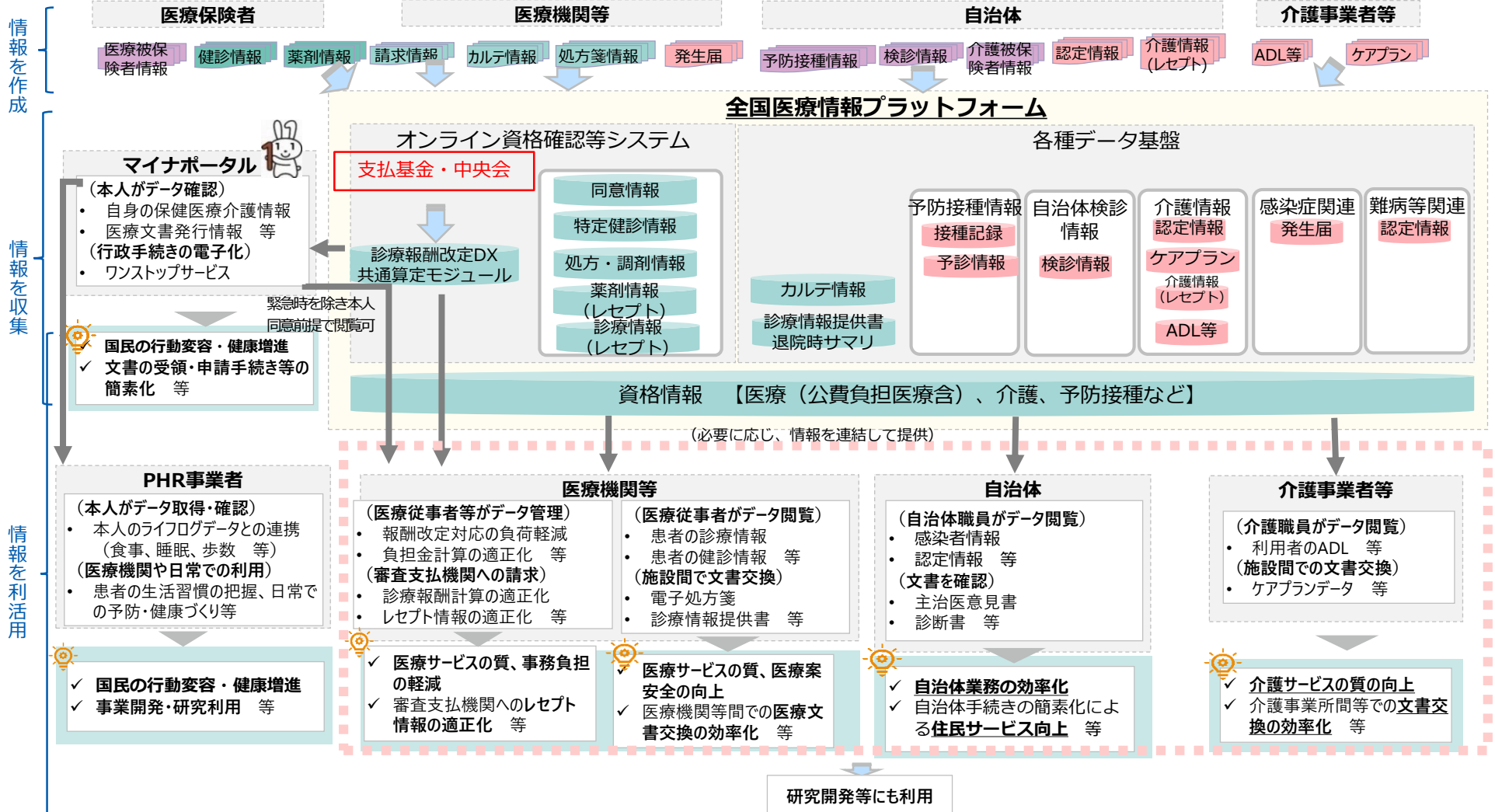
…「全国医療情報プラットフォーム<sup>143</sup>の創設」、「電子カルテ情報の標準化等<sup>144</sup>」及び「診療報酬改定DX<sup>145</sup>」の取組を行政と関係業界<sup>146</sup>が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずる。そのため、政府に総理を本部長とし関係閣僚により構成される「医療DX推進本部（仮称）」を設置する。  
…

- 
- 143 オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療（介護を含む）全般にわたる情報について共有・交換できる全国的なプラットフォームをいう。
- 144 その他、標準型電子カルテの検討や、電子カルテデータを、治療の最適化やAI等の新しい医療技術の開発、創薬のために有効活用することが含まれる。
- 145 デジタル時代に対応した診療報酬やその改定に関する作業を大幅に効率化し、システムエンジニアの有効活用や費用の低廉化を目指すことをいう。これにより、医療保険制度全体の運営コスト削減につなげることが求められている。
- 146 医療界、医学界、産業界をいう。

# 「全国医療情報プラットフォーム」(将来像)

○オンライン資格確認システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、電子カルテ等の医療機関等が発生源となる医療情報(介護含む)について、クラウド間連携を実現し、自治体や介護事業者等間を含め、必要なときに必要な情報を共有・交換できる全国的なプラットフォームとする。

○これにより、マイナンバーカードで受診した患者は本人同意の下、これらの情報を医師や薬剤師と共有することができ、より良い医療につながるとともに、国民自らの予防・健康づくりを促進できる。さらに、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みとしての活用も見込まれる。



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

## ＜令和3年度介護報酬改定の対応＞

介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

介護保険施設における事故発生の防止と発生時の適切な対応を推進する観点から、以下の対応を行う。

- ア 市町村によって事故報告の基準が様々であることを踏まえ、将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資する観点から、国において報告様式を作成し周知する。
- イ 安全対策を恒常的なものとする観点から、施設系サービスの事業者を対象に、事故発生の防止のための安全対策の担当者を定めておくことを義務づける。その際、6月の経過措置期間を設けることとする。
- ウ 運営基準における事故発生の防止又はその再発防止のための措置（指針の作成、安全対策委員会の設置・開催、従業員研修の実施、安全対策の担当者の設置（上記イ））が講じられていない場合は、基本報酬を減算する。その際、6月の経過措置期間を設けることとする。
- エ 安全対策をより一層強化する観点から、安全対策部門を設置するとともに、外部の安全対策に係る研修を受講した安全対策の担当者を配置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていることを評価する新たな加算を設ける。

## ＜今後の課題＞

(介護保険施設のリスクマネジメント)

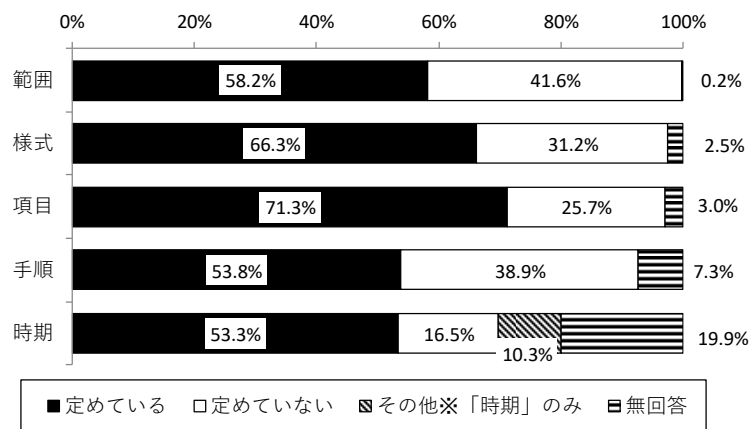
- 介護保険施設のリスクマネジメントについて、今回の介護報酬改定では、安全対策に係る体制評価を行い、事故報告の様式について周知を行うこととしたが、事故の発生予防・再発防止の推進の観点から、報告内容の分析や有効活用等についてどのような対応を図ることが適当なのか、今後検討していくべきである。



# 介護事故報告に対する市町村の対応

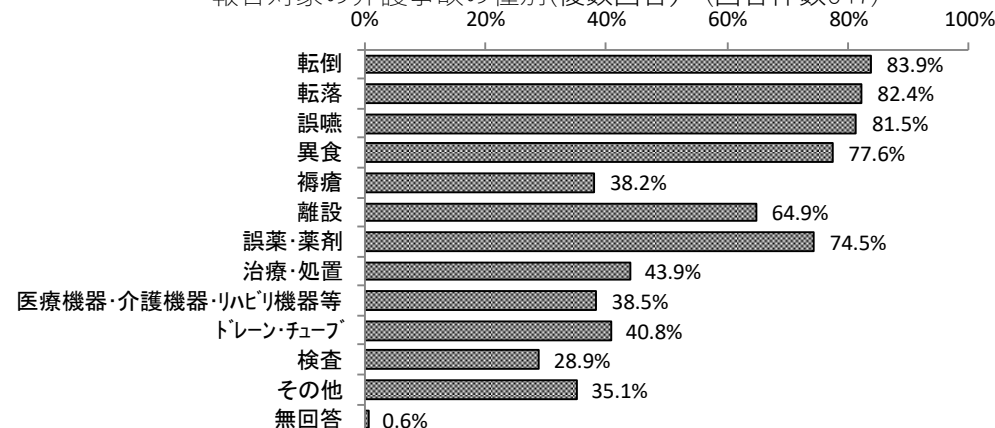
- 施設による介護事故報告の「範囲」を定めている市区町村は58.2%であり、転倒、転落、誤嚥、誤薬・薬剤を報告として求めている場合が多かった。また、「様式」を定めている市区町村は66.3%だった。
- 介護事故情報について、39.6%の市区町村で「事故報告を提出した施設に対して指導や支援」「他の施設の実地指導や助言」に活用している一方で、30.7%の市区町村で活用されていない。
- 報告された介護事故情報は、半数以上の市区町村で集計や分析が行われているが、46.7%の市区町村では集計や分析が行われていなかった。

(市区町村が施設に介護事故の報告を求めている場合)  
市区町村への報告に関して定めの有無(回答件数1,112)

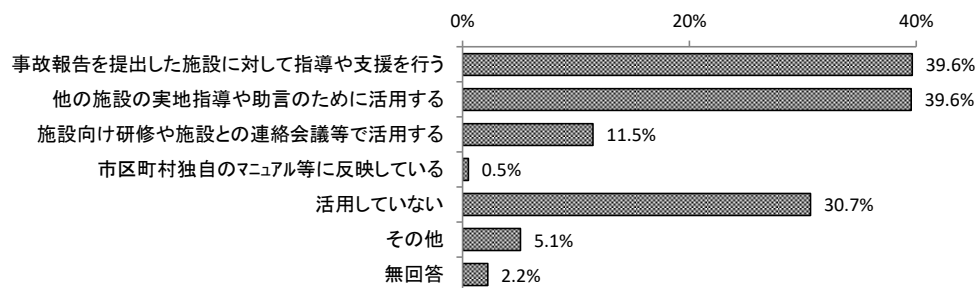


(市区町村が施設に報告を求めている介護事故の範囲を定めている場合)

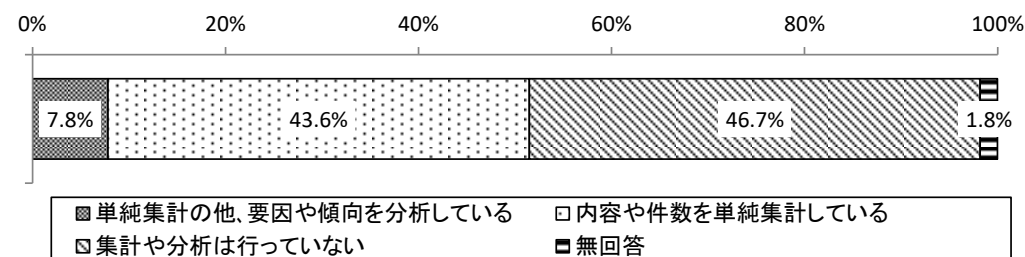
報告対象の介護事故の種別(複数回答) (回答件数647)



市区町村における介護事故情報の活用状況(複数回答) (回答件数1,173)



市区町村に報告された介護事故情報の集計・分析状況(回答件数1,173)



## 施設における虐待防止措置規定等の違い

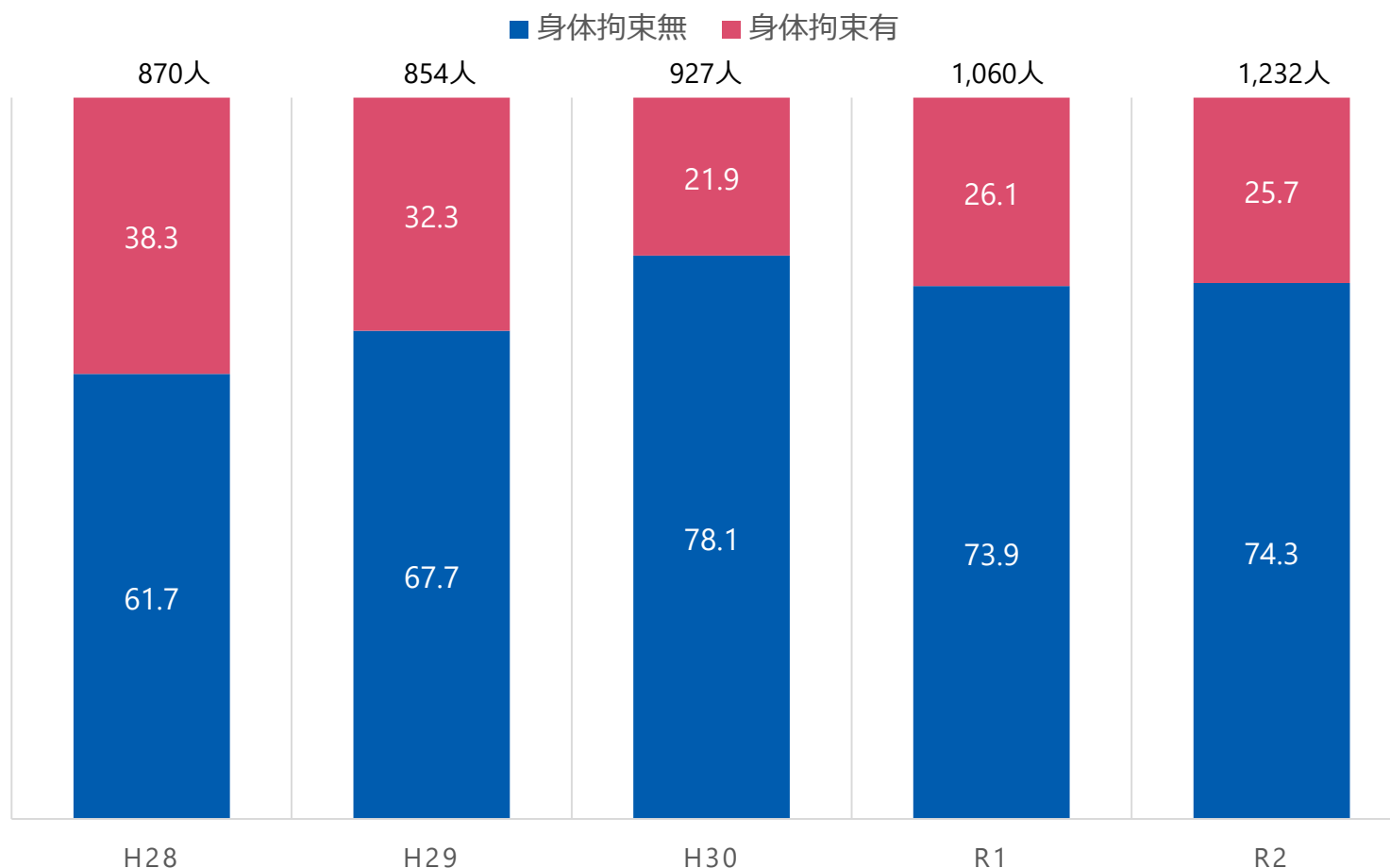
○ 介護保険法に基づく施設と老人福祉法に基づく養護老人ホームと軽費老人ホームについては、運営基準にて虐待防止措置が義務づけられている。また、有料老人ホームについては、技術的助言として指導指針に虐待防止措置が規定されている。有料老人ホームに該当しないサービス付き高齢者向け住宅やシェアハウスについては、虐待防止措置に該当する規定はない。

	介護保険法	老人福祉法		住まい法	住宅セーフティネット法
該当施設	介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院 地域密着型介護 老人福祉施設	老人福祉施設のうちの 養護老人ホーム 軽費老人ホーム  * 特定の指定をとっているものは介護保険法で対応	有料老人ホーム (住宅型)  * 特定の指定をとっているものは介護保険法で対応	有料老人ホームに該当しない サービス付き 高齢者向け住宅	シェアハウス
設置規定	指定	許認可	届出	登録	登録
指導根拠	第23・24条、 第77条、78条の10等 実地指導・監査	老人福祉法第18条 社会福祉法第70条	第29条 報告・検査等	第24条 報告・検査等	第23条 報告・検査等
処分	改善命令 一部効力停止 指定取消	制限・停止命令 廃止命令 認可・許可の取消し	改善命令 事業の制限 停止命令	指示 登録の取消し	指示 登録の取消し
施設における 虐待防止措置規定	運営基準	運営基準	指導指針	-	-

## 養介護施設従事者等による身体拘束

○ 養介護施設従事者等による虐待を受けている高齢者のうち、緊急やむを得ない場合に規定されている手続きを経していない養介護施設従事者等による身体拘束（身体的虐待）が、例年2割から3割発生し続けている。

養介護施設従事者等による身体拘束の有無の割合（%）



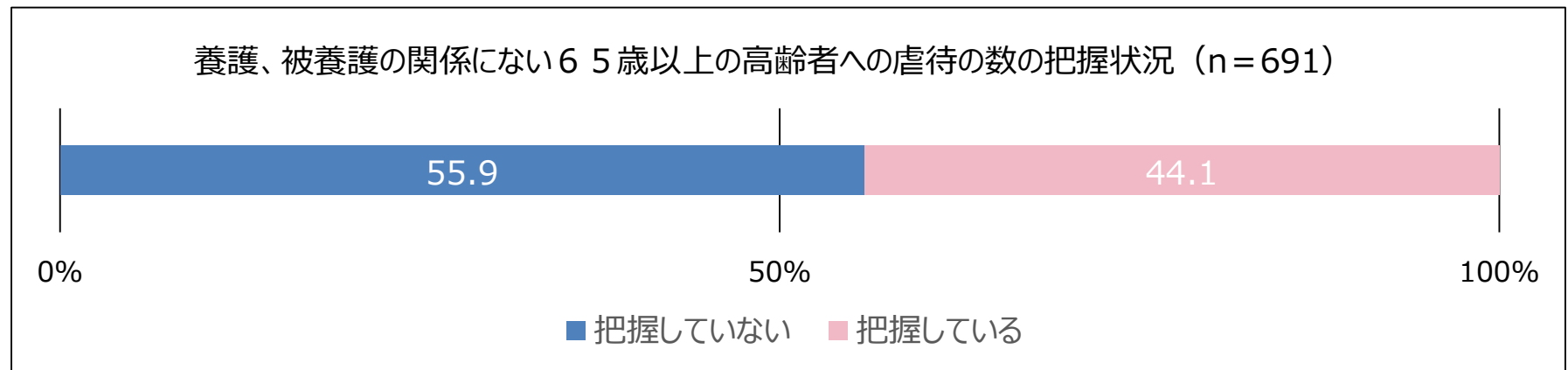
厚生労働省老健局「高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業報告書」（平成29年度～令和3年度）より作成

## 養護、被養護の関係にない65歳以上の高齢者への虐待

○ 養護、被養護の関係にない65歳以上の高齢者への虐待の数の把握状況について調査したところ、回答が得られた自治体（n=691）のうち、「把握していない」が55.9%、「把握している」が44.1%であった。

\* お互いに自立した65歳以上の夫婦間のドメスティックバイオレンスを除く。

○ これらの養護、被養護の関係にない高齢者への虐待に対して、市町村は、「高齢者虐待防止法に準ずる対応」を行っている。



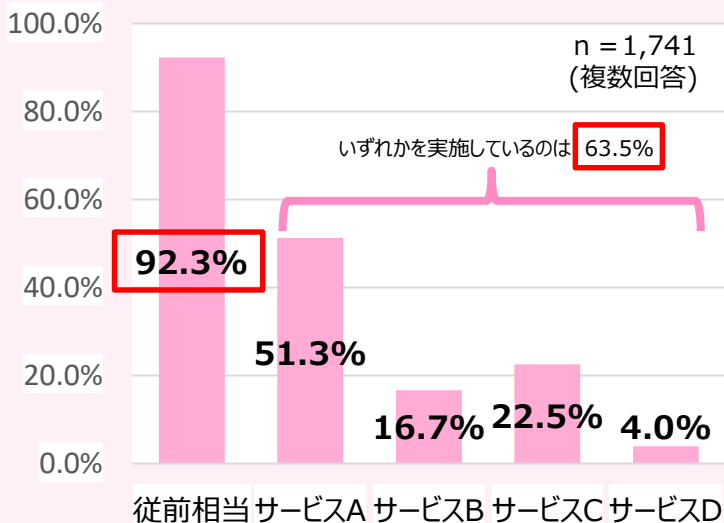
出典：厚生労働省老健局 令和3年度「高齢者虐待等の権利擁護を促進する地域づくりのための自治体による計画策定と評価に関する調査研究事業」報告書 p.77

- I 地域包括ケアシステムの深化・推進
2. 様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現

# 介護予防・日常生活支援総合事業 実施市町村数（令和2年度）

- 介護予防・日常生活支援総合事業のうち介護予防・生活支援サービス事業の実施市町村数をみると、訪問型サービス・通所型サービスともに、従前相当サービスを実施している市町村がもっとも多かった(1,607市町村(92.3%)・1,611市町村(92.5%))。またその他の生活支援サービスを実施している市町村は392市町村(22.5%)であった。
- 従前相当サービス以外のサービスのいずれかを実施している市町村は、訪問型サービスにあっては1,106市町村(63.5%)、通所型サービスにあっては1,212市町村(69.6%)であった。

## 訪問型サービス



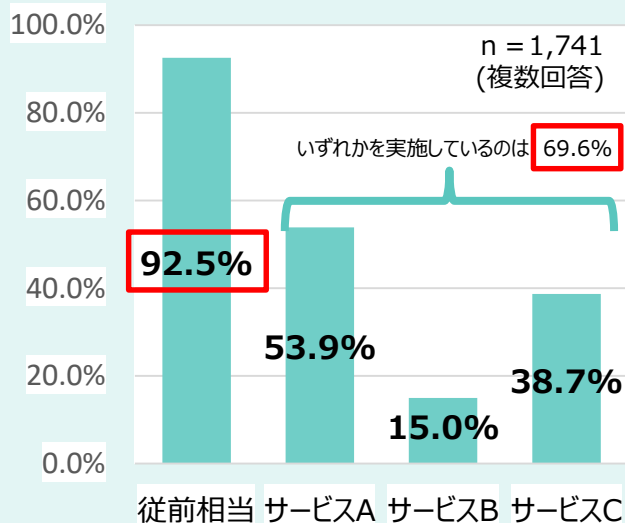
### 実施市町村数

従前相当	1,607
サービスA	893
サービスB	290
サービスC	392
サービスD	69

#### 左記のうち

- 従前相当のみ実施している市町村は605。
- 従前相当以外のいずれかのサービスを実施している市町村は1,106。

## 通所型サービス



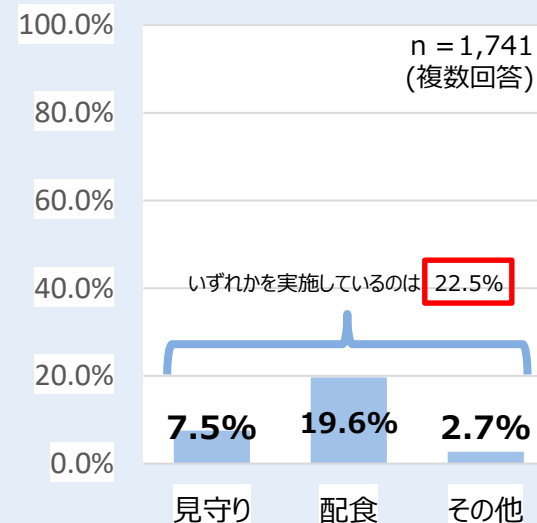
### 実施市町村数

従前相当	1,611
サービスA	938
サービスB	261
サービスC	673

#### 左記のうち

- 従前相当のみ実施している市町村は509。
- 従前相当以外のいずれかのサービスを実施している市町村は1,212。

## その他サービス



### 実施市町村数

見守り	131
配食	342
その他	47

#### 左記のうち

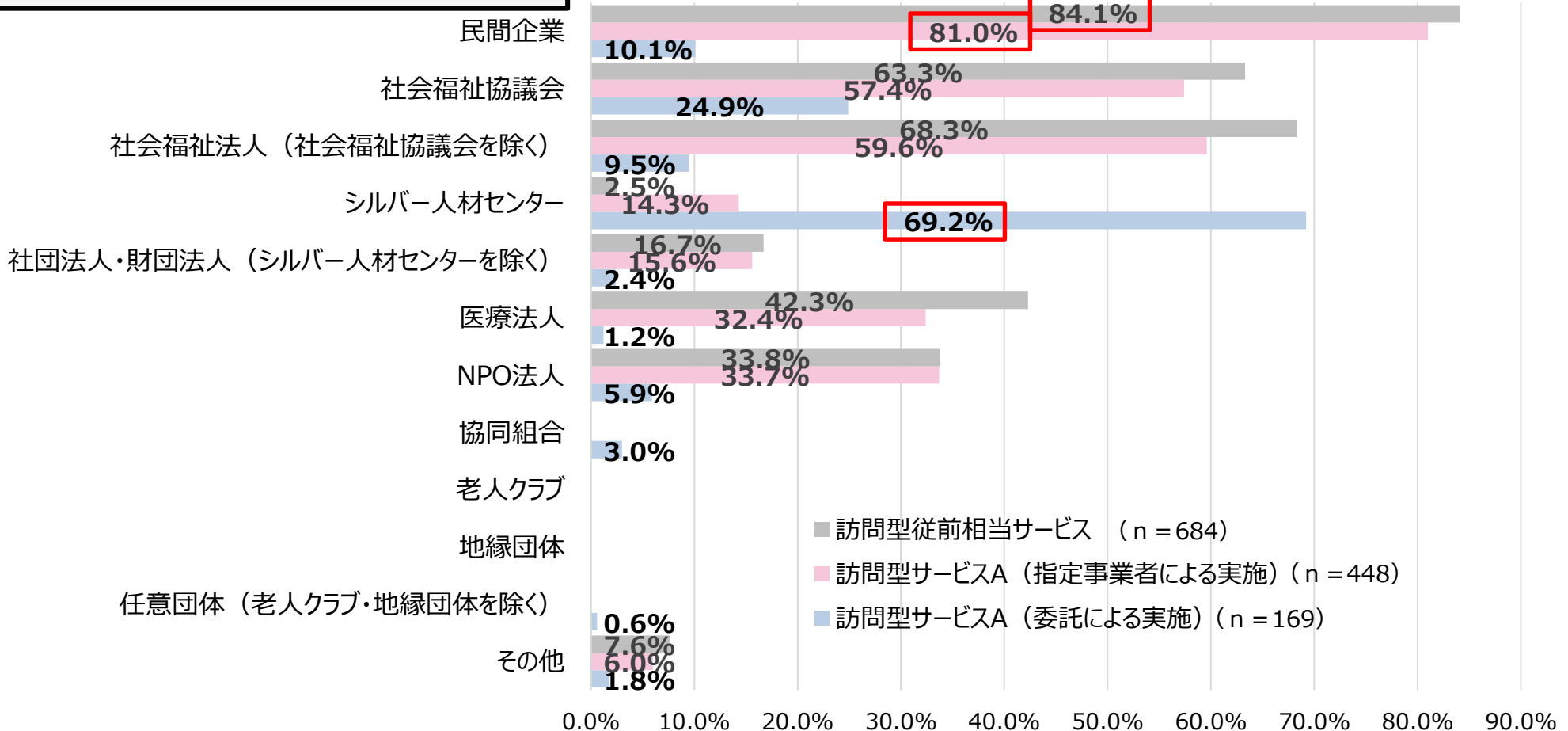
- いずれも実施していない市町村は1,349。
- いずれかを実施している市町村は392。



# 介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービス（従前相当・A）の提供者 （令和4年度調査中間集計）

○ 介護予防・日常生活支援総合事業について、訪問型サービスのうち、従前相当サービス・緩和した基準によるサービス（サービスA／指定事業者による実施・委託による実施）の提供者をみると、従前相当サービスとサービスA（指定事業者による実施）は「民間企業」が最も多く（84.1%、81.0%）、サービスA（委託による実施）は「シルバー人材センター」が最も多かった（69.2%）。

## 訪問型サービス（従前相当・A）の提供者

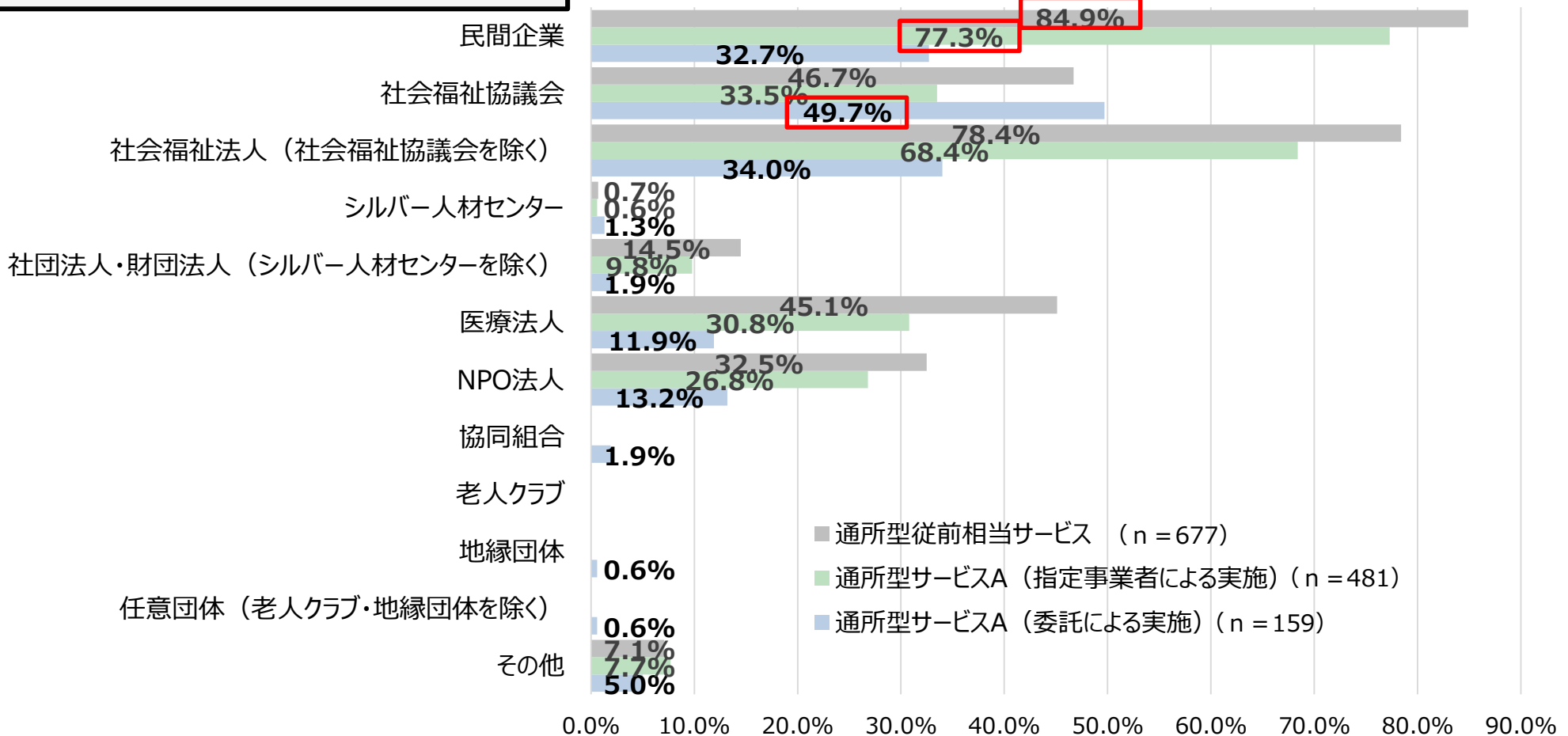


※ 令和4年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備の実施状況に関する調査研究事業」(株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所)より作成(令和4年10月17日時点中間集計)  
 ※ 全市町村(1,741市町村)に対する調査。上記は、管内に訪問型サービスA事業所がある市町村に対し、同事業所や訪問型従前相当サービス事業所の提供者のうちあてはまるものをすべて回答させることにより得たもの。

# 介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス（従前相当・A）の提供者 （令和4年度調査中間集計）

○ 介護予防・日常生活支援総合事業について、通所型サービスのうち、従前相当サービス・緩和した基準によるサービス（サービスA／指定事業者による実施・委託による実施）の提供者をみると、従前相当サービスとサービスA（指定事業者による実施）は「民間企業」が最も多く（84.9%、77.3%）、サービスA（委託による実施）は「社会福祉協議会」が最も多かった（49.7%）。

## 通所型サービス（従前相当・A）の提供者



※ 令和4年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備の実施状況に関する調査研究事業」(株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所)より作成（令和4年10月17日中間集計）  
 ※ 全市町村（1,741市町村）に対する調査。上記は、管内に通所型サービスA事業所がある市町村に対し、同事業所や通所型従前相当サービス事業所の提供者のうちあてはまるものをすべて回答させることにより得たもの。

# 生活支援体制整備事業について

生活支援体制整備事業は、生活支援コーディネーターの配置と協議体の設置により、「地域住民に身近な存在である市町村が中心となって、」「生活支援サービスを担う事業主体と連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図って行く」もの（地域支援事業実施要綱より）

- 介護保険法（平成9年法律第123号）  
（地域支援事業）

第百十五条の四十五（略）

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

五 **被保険者の地域における自立した日常生活の支援及び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に係る体制の整備その他のこれらを促進する事業**



## （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ト機能を担い、一体的な活動を推進。

### （A）資源開発

- 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

### （B）ネットワーク構築

- 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

### （C）ニーズと取組のマッチング

- 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

## （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

生活支援体制整備事業費（生活支援コーディネーターの配置・協議体の設置）の標準額

- 第1層（市町村区域） **8,000千円 × 市町村数（※）**
- 第2層（中学校区域） **4,000千円 × 日常生活圏域の数**

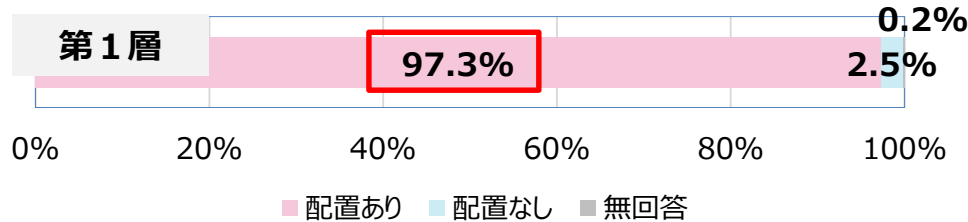
※ 指定都市の場合は行政区の数  
一部事務組合及び広域連合の場合は構成市町村の数

# 生活支援体制整備事業 生活支援コーディネーターの配置・協議体の設置状況（令和2年度）

- 生活支援コーディネーターは、第1層では97.3%、第2層では72.6%の市町村で配置されている。  
また第1層では27.6%、第2層では49.9%の市町村が2人以上の生活支援コーディネーターを配置している。
- 協議体は、第1層では93.4%、第2層では64.7%の市町村で設置されている。

## 生活支援コーディネーターの配置

n = 1,741 (単数回答)

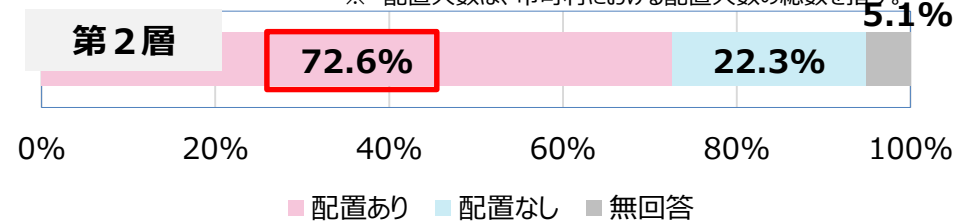


	市町村数	割合
配置あり	1,694	97.3%
(うち2人以上配置)	(481)	(27.6%)
配置なし	43	2.5%
無回答	4	0.2%

n = 1,741 (単数回答)

※ 第1層と第2層が同一である自治体も含む。

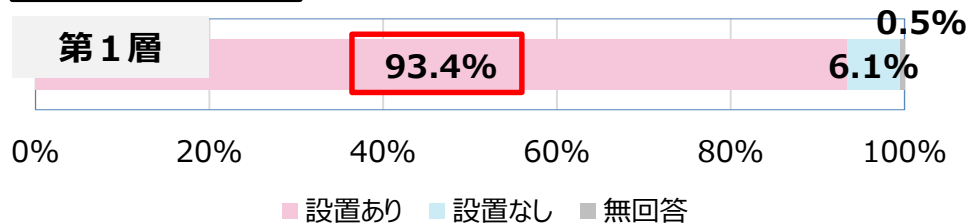
※ 配置人数は、市町村における配置人数の総数を指す。



	市町村数	割合
配置あり	1,264	72.6%
(うち2人以上配置)	(869)	(49.9%)
配置なし	388	22.3%
無回答	89	5.1%

## 協議体の設置

n = 1,741 (単数回答)

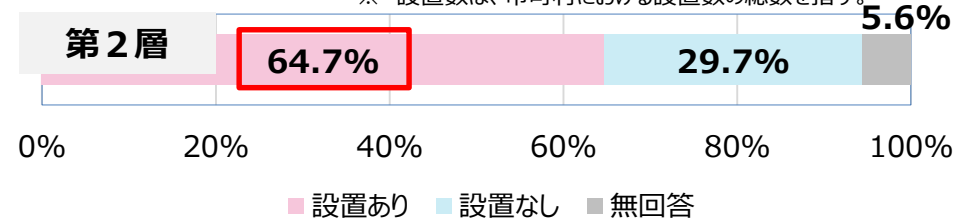


	市町村数	割合
設置あり	1,626	93.4%
(うち2以上設置)	(42)	(2.4%)
設置なし	106	6.1%
無回答	9	0.5%

n = 1,741 (単数回答)

※ 第1層と第2層が同一である自治体も含む。

※ 設置数は、市町村における設置数の総数を指す。

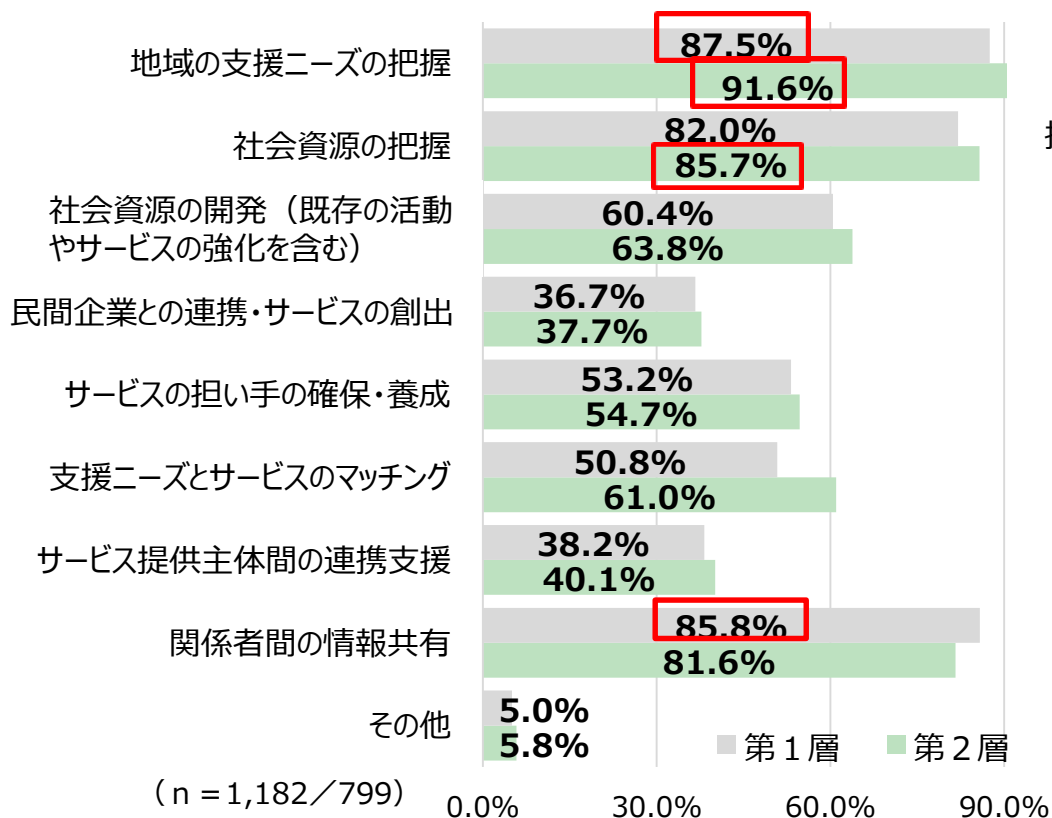


	市町村数	割合
設置あり	1,126	64.7%
(うち2以上設置)	(692)	(39.7%)
設置なし	517	29.7%
無回答	98	5.6%

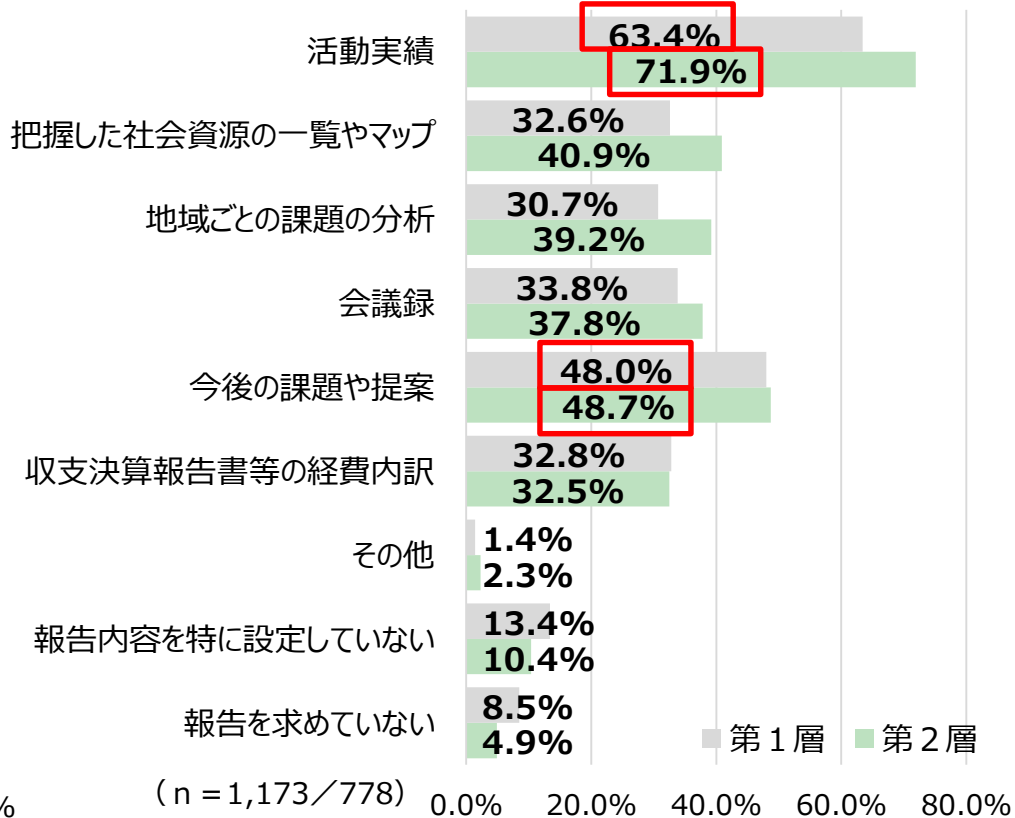
# 生活支援体制整備事業 生活支援コーディネーターや協議体の活動／実績報告 (令和4年度調査中間集計)

- 生活支援コーディネーターや協議体が行っている活動をみると、第1層・第2層ともに「地域の支援ニーズの把握」が最も多く（87.5%、91.6%）、次いで第1層では「関係者間の情報共有」が、第2層では「社会資源の把握」が多かった（85.8%、85.7%）。
- また、生活支援コーディネーターを配置するにあたり、実績としてどのような内容の報告を求めているかをみると、第1層・第2層ともに「活動実績」が最も多く（63.4%、71.9%）、次いで「今後の課題や提案」が多かった（48.0%、48.7%）。

## 生活支援コーディネーターや協議体が行っている活動



## 生活支援コーディネーターの実績報告

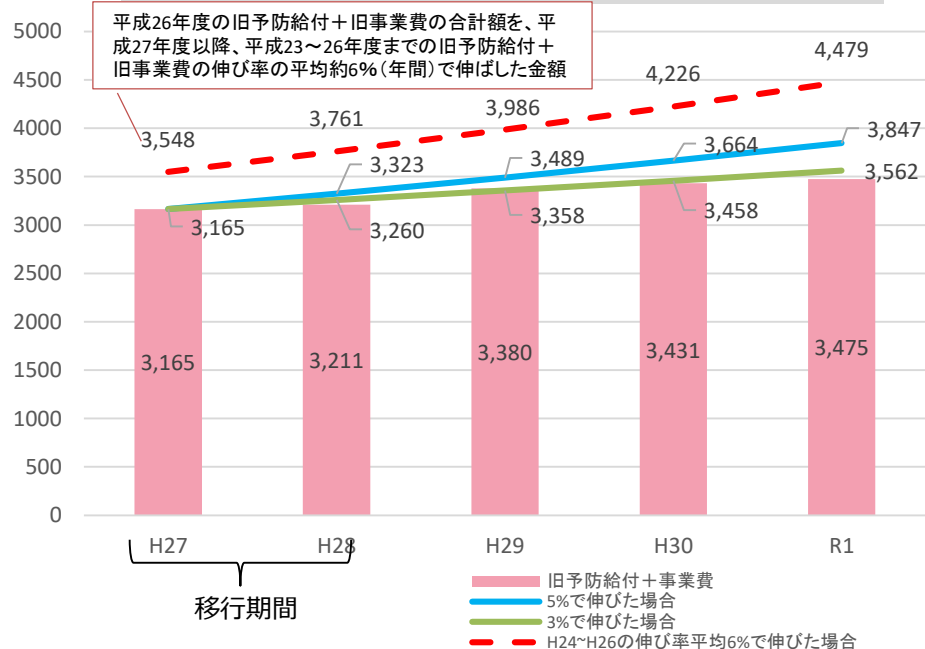


# 旧予防給付と地域支援事業費(総合事業)の合計額の推移

- 平成26年度改正前は、旧予防給付(訪問介護・通所介護)及び旧事業費は年間で約6~7%程度の伸びとなっていたところ、介護予防・日常生活支援総合事業では、効率的なサービス提供を通じて、費用の伸びを中長期的に75歳以上高齢者の伸び3~4%程度となることを目安とすることとされている。
- 令和元年度の介護予防・日常生活支援総合事業の事業費額は、
  - ・平成27年度における旧予防給付及び事業費の合計額を、令和元年度まで、毎年「5~6%」(制度改正当時の自然増の予測伸び率)で伸ばした金額や、
  - ・平成27年度における旧予防給付及び事業費の合計額を、令和元年度まで、毎年「3~4%」(制度が目指している75歳以上高齢者の伸び率)で伸ばした金額
 いずれも下回っている。

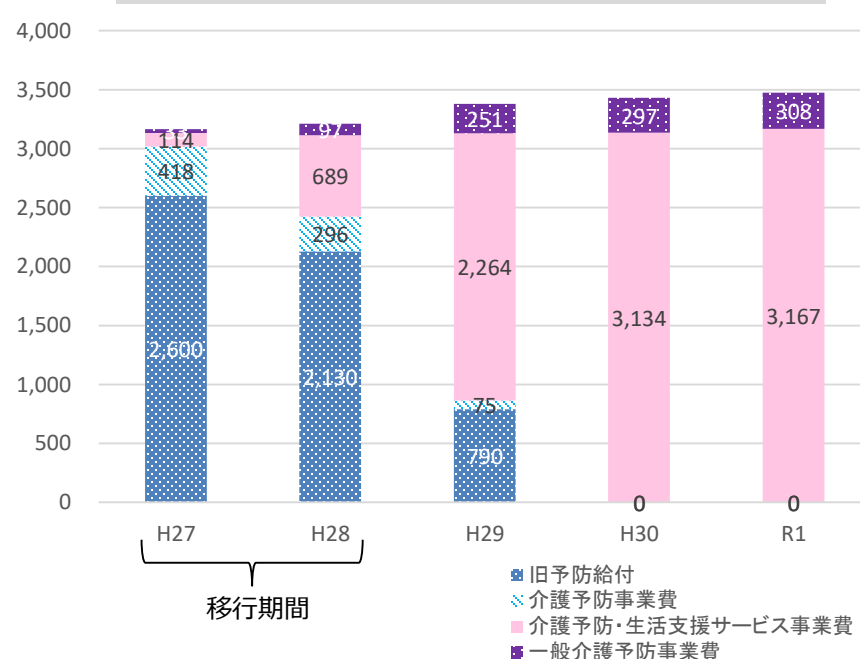
単位：億円

## 旧予防給付と事業費の合計額と伸び率の比較



単位：億円

## (参考) 旧予防給付と事業費の内訳の推移

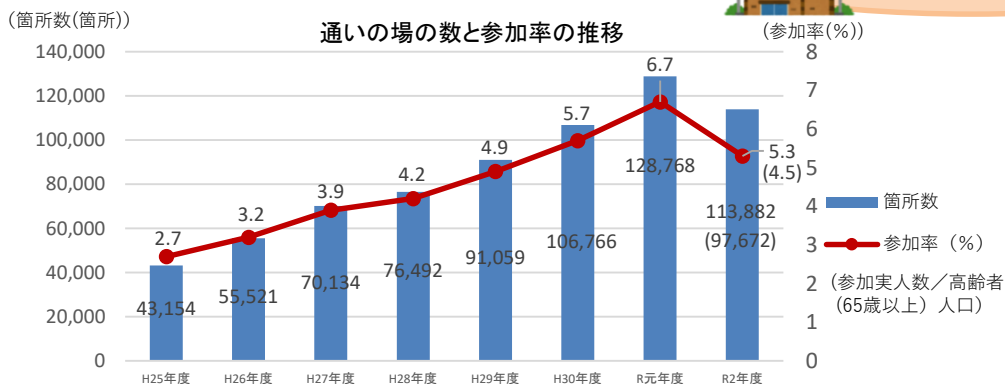
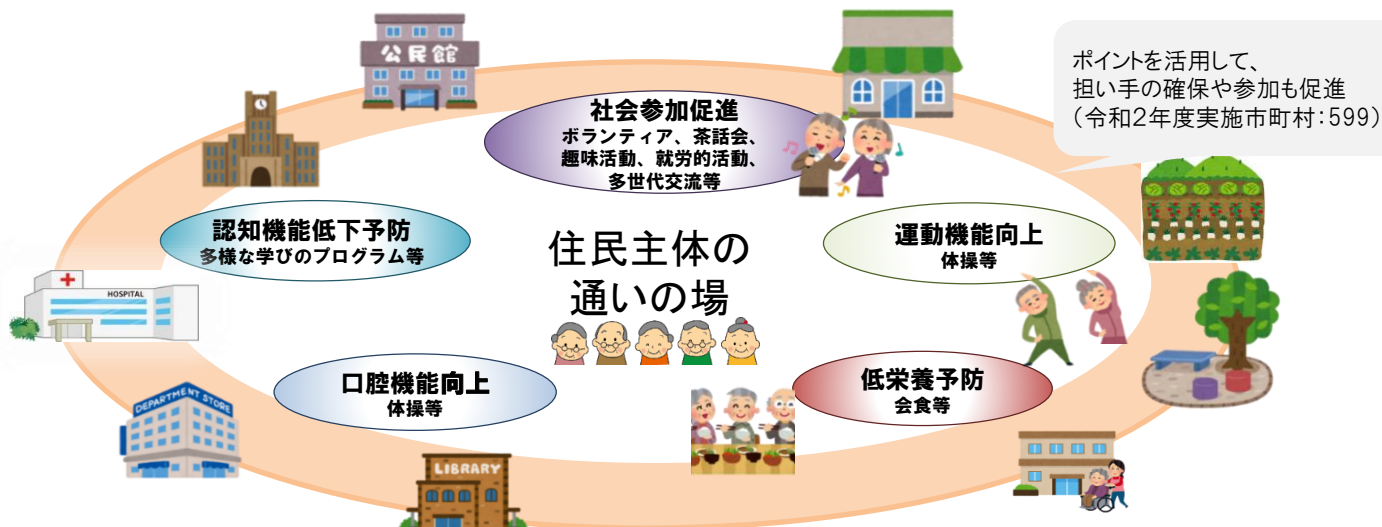


- ※ 出典：介護保険事業状況報告(年報第8表、第15表)
- ※ 利用者負担は含まない。
- ※ 介護事業予防費には旧介護予防・日常生活支援総合事業を含む。
- ※ 平成26年の介護保険法改正に伴い、介護保険の予防給付であった訪問介護・通所介護が地域支援事業に移行。(平成29年4月から完全実施(平成29年度中の一部引き続き介護給付を受けている者あり。))

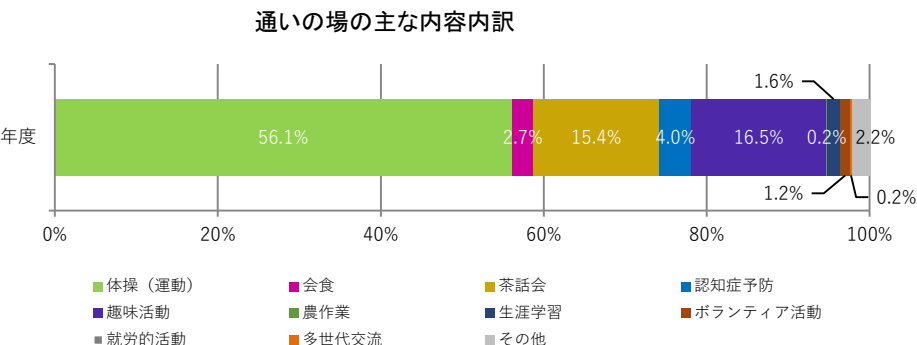


# 住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）

- 住民主体の通いの場の取組について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進。
- 通いの場の数や参加率は令和元年度まで増加傾向であったが、令和2年度は減少。取組内容としては体操、趣味活動、茶話会の順で多い。



※( )内の数値は運営主体が住民のもの。令和元年度までは全て住民主体。



(介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(令和2年度実施分)に関する調査)

(参考)事業の位置づけ:介護予防・日常生活支援総合事業

- 介護予防・生活支援サービス事業
- 一般介護予防事業
  - ・ 地域介護予防活動支援事業
  - ・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

【財源構成】

国:25%、都道府県:12.5%、市町村12.5%  
1号保険料:23%、2号保険料:27%

# 通いの場の類型化について

- 「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ（令和元年12月）」を踏まえ、多様な通いの場の展開を図るため、令和3年8月に「通いの場の類型化について（Ver.1.0）」を公表。
- 先進的な事例等を参考に、「だれが（運営）」「どこで（場所）」「なにを（活動）」の3つの視点から、通いの場の類型化を行い、具体的な事例も紹介。

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

※住民以外が運営する場合でも、住民が主体的に取り組むことに留意すること

<「通いの場」の捉え方> 上記の類型化も参考に、

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

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

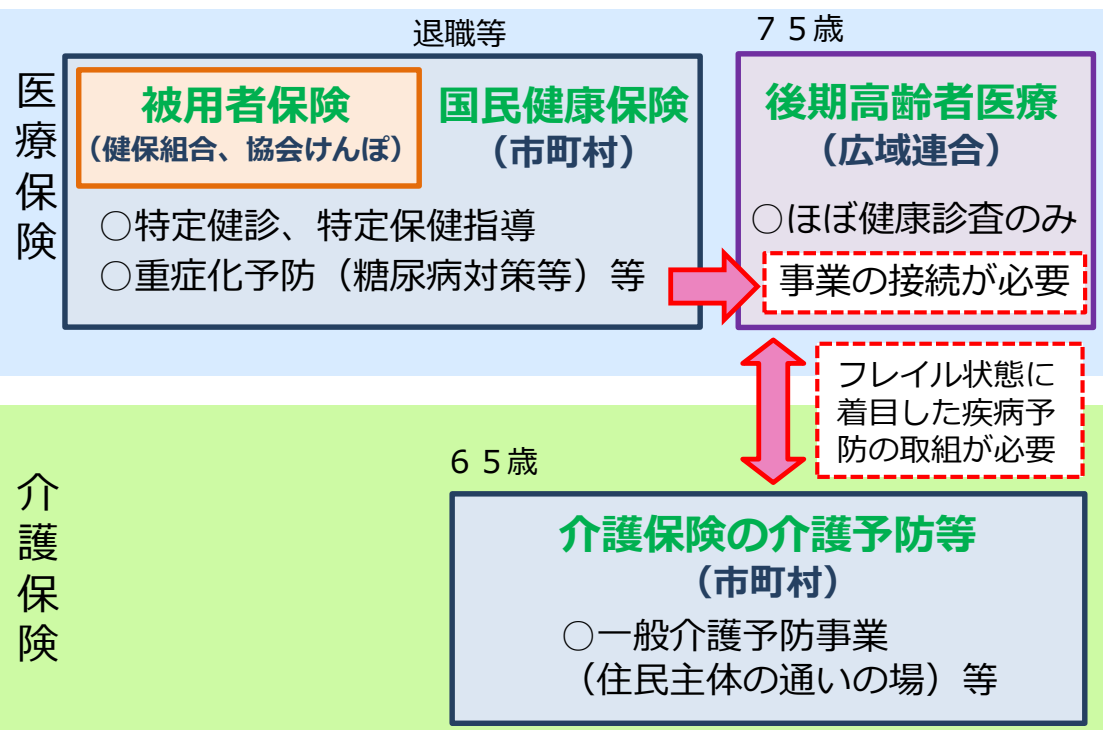
「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ」を踏まえ、明確化する範囲

# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

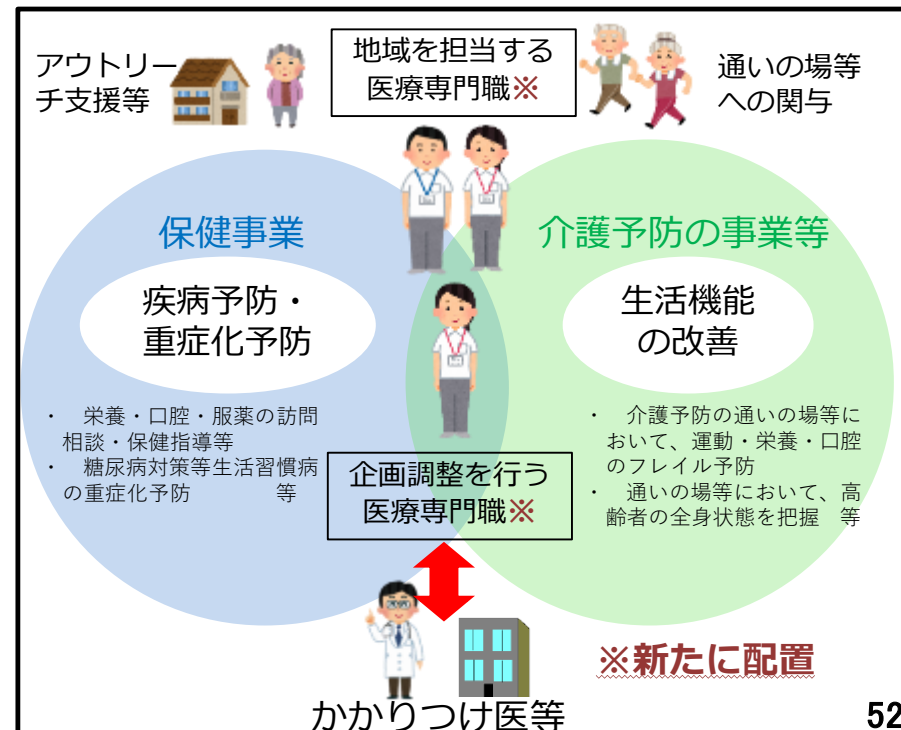
- 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組**が**令和2年4月から開始**された。
- 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

- 令和3年度の実施計画申請済みの市町村は **793市町村**、全体の**約5割**（令和4年2月現在）。
- 令和4年度から開始予定の市町村は **307市町村**、全体の**6割超**の市町村で実施される予定。
- 令和6年度には **1,552市町村**、全体の**9割弱**の市町村で実施の目途が立っている状況。  
※高齢者医療課調べ（令和3年12月時点・速報値）
- **令和6年度までに全ての市町村**において一体的な実施を展開することを目指す。

## ▼保健事業と介護予防の現状と課題



## ▼一体的実施イメージ図



## 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。

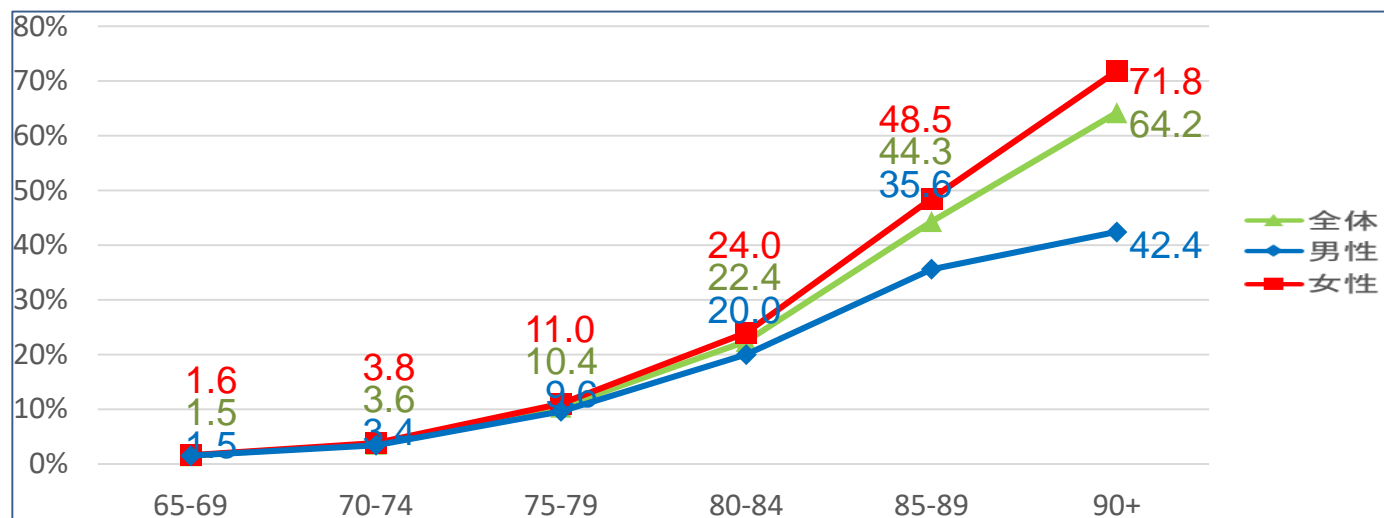
### ○ 一般介護予防事業評価事業

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。

# 年齢階級別の有病率について（一万人コホート年齢階級別の認知症有病率）



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

## 認知症の人の将来推計について

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.2%	602万人 16.7%	675万人 18.5%	744万人 20.2%	802万人 20.7%	797万人 21.1%	850万人 24.5%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計（※） 人数/(率)		525万人 15.5%	631万人 17.5%	730万人 20.0%	830万人 22.5%	953万人 24.6%	1016万人 27.0%	1154万人 33.3%

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

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





## 【基本的考え方】

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

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

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

## コンセプト

- 認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、**多くの人にとって身近なものとなっている。**
- 生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、**住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。**
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、**予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。**また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

## 具体的な施策の5つの柱

### ① 普及啓発・本人発信支援

- ・企業・職域での認知症サポーター養成の推進
- ・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開 等

### ② 予防

- ・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
- ・エビデンスの収集・普及 等

### ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- ・早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
- ・家族教室や家族同士のピア活動等の推進 等

### ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

- ・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
- ・企業認証・表彰の仕組みの検討
- ・社会参加活動等の推進 等

### ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

- ・薬剤治験に即応できるコホートの構築 等

認知症の人や家族の視点を重視



# 進捗状況の評価結果(案)

大綱のKPIとして設定されている項目に対して、これまでの進捗状況の評価するため、次の評価基準に基づき、評価を行った。

(KPI 74件・評価項目 92件)

評価	基準内容	評価項目
S	<u>2025年までの目標を既に達成</u> (目標値に対する達成度合いが100%以上)	25
A	2025年までの6年間のうち <u>3年目の達成状況が100%以上</u>	12
B	2025年までの6年間のうち <u>3年目の達成状況が60%~100%未満</u>	11
C	2025年までの6年間のうち <u>3年目の達成状況が60%未満</u>	4
未達成	目標年度が過ぎている項目のうち、目標値に達していないもの	12
対応中	定性的なKPI/目標であり、継続的に対応を行っているもの	28
	合 計	92

※KPIを達成した項目や、目標年度を超過している項目については、新目標の設定を検討。

※進捗状況が低調な項目(「C」及び「未達成」の項目)については、理由と対応策を示す。

# 地域包括支援センターの人員配置基準

## ○ 介護保険法（平成9年法律第123号）

（地域包括支援センター）  
第115条の46（略）  
2～4（略）

- 5 地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業を実施するために必要なものとして市町村の条例で定める基準を遵守しなければならない。  
6 市町村が前項の条例を定めるに当たっては、地域包括支援センターの職員に係る基準及び当該職員の員数については厚生労働省令で定める基準に従い定めるものとし、その他の事項については厚生労働省令で定める基準を参酌するものとする。

## ○ 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

（法第115条の46第6項の厚生労働省令で定める基準）  
第140条の66 法第115条の46第6項の厚生労働省令で定める基準は、次の各号に掲げる基準に応じ、それぞれ当該各号に定める基準とする。

一 法第115条の46第5項の規定により、地域包括支援センターの職員に係る基準及び当該職員の員数について市町村が条例を定めるに当たって従うべき基準 次のイ及びロに掲げる基準

イ 一の地域包括支援センターが担当する区域における第一号被保険者の数がおおむね3,000人以上6,000人未満ごとに置くべき専らその職務に従事する常勤の職員の員数は、原則として次のとおりとすること。

- (1) **保健師その他これに準ずる者 一人**  
(2) **社会福祉士その他これに準ずる者 一人**  
(3) **主任介護支援専門員（略）その他これに準ずる者 一人**  
ロ（略）

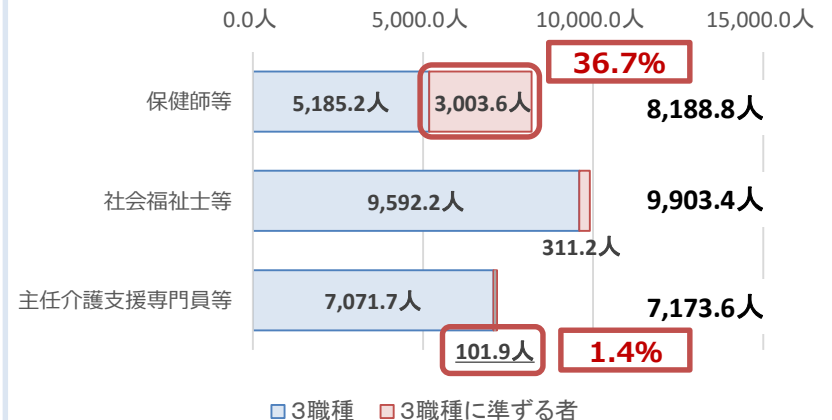
※「準ずる者」については、地域包括支援センターの設置運営について(平成18年老計発第1018001号・老振第1018001号・老老発第1018001号通知)において、以下のとおり規定

保健師に準ずる者	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域ケア、地域保健等に関する経験のある看護師であり、</li> <li>高齢者に関する公衆衛生業務経験を1年以上有する者</li> </ul>
社会福祉士に準ずる者	<ul style="list-style-type: none"> <li>福祉事務所の現業員等に関する経験が5年以上又は介護支援専門員の業務経験が3年以上あり、</li> <li>高齢者の保健福祉に関する相談援助業務に3年以上従事した経験を有する者</li> </ul>
主任介護支援専門員に準ずる者	<ul style="list-style-type: none"> <li>「<u>ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について</u>」（平成14年4月20日付け老発第0424003号厚生労働省老健局長通知*）に基づく<u>ケアマネジメントリーダー研修**</u>の修了者であって、</li> <li>介護支援専門員としての実務経験を有し、介護支援専門員の相談や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者</li> </ul>

\*平成18年度廃止、\*\*平成19年度以降この研修は実施されていない

### 3職種の職種別配置状況（令和3年4月末現在:常勤換算ベース）

（資料出所）令和3年度地域包括支援センター運営状況調査（厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調）包括的支援事業のうち、総合相談支援事業、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント事業に従事している者を抽出



保健師に比べ主任介護支援専門員に「準ずる者」の従事率は極めて少ない

# 主任介護支援専門員について

- 地域包括支援センターの主任介護支援専門員として任用される者は、介護支援専門員であって、都道府県知事が行う「主任介護支援専門員研修」を修了した者（修了日から5年経過している者にあつては「主任介護支援専門員更新研修」を修了している者）とされている。
- 受講要件については、介護支援専門員更新研修修了者であつて、介護支援専門員としての実務経験を有する者としているが、老健局長通知で定める実務経験には、地域包括支援センターにおいて介護支援専門員として従事した期間の取扱は明確化されていない。

## ○ 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）

（地域包括支援センターの職員に対する研修）

第37条の15 地域包括支援センター（法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センターをいう。以下この項において同じ。）の設置者は、厚生労働省令で定めるところにより、**その職員に対し、地域包括支援センターの業務に関する知識の修得及び技能の向上を図るための研修**を受けさせなければならない。

2 前項の研修は、厚生労働大臣が定める基準に従い、**都道府県知事が行うものとする。**

## ○ 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

（都道府県知事が行う研修）

第140条の68 令第37条の15第1項に規定する研修は、**他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言、指導その他の介護支援サービス（居宅介護支援並びに施設における施設サービス計画の作成、サービスの利用援助及び施設サービス計画の実施状況の把握をいう。）を適切かつ円滑に提供するために必要な業務に関する知識及び技術を修得することを目的として行われる次に掲げる研修とする。**

- 一 介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する介護支援専門員を対象として行われる研修（以下この条において「**主任介護支援専門員研修**」という。）
- 二 主任介護支援専門員を対象として行われる研修（以下この条において「主任介護支援専門員更新研修」という。）

2、3（略）

## 主任介護支援専門員研修の受講要件（介護支援専門員資質向上事業実施要綱（平成26年7月4日 老発0704第2号 厚生労働省老健局長通知別添5））

○**介護支援専門員更新研修修了者**であつて、以下の①から④のいずれかに該当する者

- ① 専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年（60ヶ月）以上である者（管理者との兼務期間も算定可能）
- ② ケアマネジメントリーダー養成研修修了者又は日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであつて、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年（36ヶ月）以上である者（管理者との兼務期間も算定可能）
- ③ **主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配置されている者**
- ④ その他、介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者  
※ その他、質の高い研修を実施する観点から、都道府県において上記要件以外の要件を設定することも可能。

➡ 地域包括支援センターの質の確保を図りつつ、今後の主任介護支援専門員の人材確保・育成を推進する観点から、

- ・ 地域包括支援センターの主任介護支援専門員に準ずる者について、**主任介護支援専門員が1名以上配置されているセンターに限り、「センターが主任介護支援専門員の育成計画を策定しており、将来的な主任介護支援専門員研修の受講意思を有する者」**を認めるとともに、
- ・ 主任介護支援専門員の受講要件に「**地域包括支援センターの包括的支援事業・第一号介護支援事業・指定介護予防支援に5年間従事したこと**」を含めて、要件を明確化すること等が考えられる。

# 介護予防支援に関する令和4年度地方分権改革提案の内容(さいたま市等)

## ■提案の具体的内容

- 居宅要支援者に対し介護予防サービス計画を作成する介護予防支援については、その指定を受けることができる事業者が地域包括支援センターに限られている。近年の要支援者の急増に伴い、地域包括支援センターの業務量を圧迫しているため、他のサービスと同様に広く民間法人の参入が可能となる措置を求める。

## ■具体的な支障事例

- 現行制度においても、指定介護予防支援事業者はその業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託することができる。しかし、①委託に関する事務負担が追加されること、②介護報酬の範囲内で委託料を支払うため収入が低いことなどから、委託者及び受託者双方に負担が存在する。この結果、指定介護予防支援事業者から見れば、受託先の指定居宅介護支援事業者が見つからない状況が起こっている。

## ■制度改正による効果

- 地域包括支援センターの業務は総合相談業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務など多岐にわたるが、後期高齢者が急増する中、その負担が増加している。介護予防支援業務について居宅介護支援事業者を活用することができれば、地域包括支援センターの運営が円滑となる。多くの指定居宅介護支援事業者は既に介護予防サービス計画の業務に携わっており、また、市町村が指定権者であり指導権限を持つことから、介護予防支援の質の確保には問題がないと考えている。

# 介護予防ケアプランの類型

## 具体的な介護予防ケアマネジメント（アセスメント、ケアプラン等）の考え方

		介護予防ケアマネジメントA 原則的な介護予防ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメントB 簡略化した介護予防ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメントC 初回のみ介護予防ケアマネジメント
考え方		現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。 <b>モニタリングについては少なくとも3ヶ月ごと</b> に行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。	アセスメントからケアプラン原案作成までは、ケアマネジメントAと同様であるが、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。	住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果を利用者に説明し、理解してもらった上で、住民主体の支援等につなげる。その後は、モニタリング等は行わない。
対象となるサービス		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 指定事業所によるサービス <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 従前相当サービス</li> <li>・ 緩和型サービス（訪問A,通所A）</li> </ul> </li> <li>● 短期集中サービス（訪問C・通所C）</li> <li>● その他必要と認める場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ①、②以外</li> <li>・ 多様な主体による緩和型サービス（訪問A,通所A）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 補助等によるサービス</li> <li>・ 住民主体サービス（訪問B,通所B）</li> <li>● その他生活支援サービス</li> </ul>
ケアマネジメントのプロセス	アセスメント	○（利用者宅を訪問）	○（利用者宅を訪問）	○（利用者宅を訪問）
	ケアプラン原案作成	○	（様式の簡略化）	—
	サービス担当者会議	○	（省略可）	—
	ケアプラン確定・交付	○	○	結果を利用者に同意 （介護予防手帳の活用も可）
	モニタリング	○（少なくとも3月に1回） ※それ以外の月は原則面接、 困難な場合は電話等	○（時期は任意に設定可） ※それ以外の月は原則面接、 困難な場合は電話等	—

### （参考）介護予防ケアマネジメントA・B・Cごとの実施件数の比較（令和3年3月）

実施件数（注）	499,232件	39,005件	2,258件
市町村数（注）	1,455	327	267

（注）介護予防ケアマネジメントA・B・Cごとに実施件数を把握している市町村の回答を集計したもの。

出典「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査」（厚生労働省老健局老人保健課）



# 認知症の方やその家族に対応する各機関等の役割と実績等

	機能	箇所数／職員数／実績等
認知症初期集中支援チーム	<p>○認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、<u>アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活のサポートを行う。</u></p> <p>○地域包括支援センター職員や市町村保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、認知症サポート医、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師、認知症疾患医療センター職員、介護事業者との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保することとしている。</p> <p>○地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等に配置される。</p>	<p>○実施市町村数:1,741市町村(全市町村) 設置チーム数:2,519チーム チーム員総数:14,951人 (令和3年度末)</p> <p>○実績(令和3年度末) ・訪問実人数:16,405件 ・医療サービスにつながった者:84.6% ・介護サービスにつながった者:66.1%</p>
認知症サポート医	<p>○認知症サポート医は、認知症の人の診療に習熟し、<u>かかりつけ医等への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる。</u></p> <p>○かかりつけ医等の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、他の認知症サポート医との連携体制の構築、各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力、都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医等を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師等を担う。</p> <p>○認知症サポート医の養成研修の実施主体は都道府県及び指定都市であり、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター(愛知県大府市)に委託して実施するものとしている。</p>	<p>○1.2万人(令和3年度末)</p>
認知症疾患医療センター	<p>○認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る(H20年度創設)。</p> <p>○専門的医療機能として、<u>鑑別診断とそれに基づく初期対応、認知症の行動・心理症状と身体合併症への急性期対応、患者家族への電話・面談等の専門医療相談を実施。</u></p> <p>○地域連携拠点機能として、認知症に関する情報発信・普及啓発、認知症医療に関する連携体制強化、認知症者の家族や地域住民等を対象とした研修等を実施。</p> <p>○診断後等支援機能として、本人や家族に対し、今後の生活等に関する不安が軽減されるよう、専門的職員による相談支援や、ピア活動、交流会等を実施。</p>	<p>○全国に499カ所(令和4年10月現在)。</p> <p>○専門医等を1名以上配置。 ・基幹型・地域型では、臨床心理技術者1名以上、精神保健福祉士又は保健師等を2名以上配置、 ・連携型では、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を1名以上配置。</p> <p>○相談実績:延べ216,156件(令和2年度)</p>



	機能	箇所数／職員数／実績等
地域包括支援センター	<p>○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、<u>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</u>(介護保険法第115条の46第1項)</p> <p>○<u>住民の各種相談を幅広く受け付けて、制度横断的な支援を行う</u>①「総合相談支援業務」のほか、②権利擁護業務、③介護予防ケアマネジメント業務、④地域ケア会議等の包括的・継続的ケアマネジメント業務を実施。</p>	<p>○全国で5,351か所(ランチ等を含め7,386か所)。平均職員数は7.35人</p> <p>○第一号被保険者数3000～5999人ごとに常勤職員、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員(または準じる者)を1名ずつ配置(介護保険法施行規則第140条の66)</p> <p>○地域包括支援センター運営費(地域支援事業・包括的支援事業:平成26年度の上限×65歳以上高齢者の伸び率)</p>
認知症地域支援推進員	<p>○市町村に配置し、地域の支援機関間の連携づくりや、認知症ケアパス・認知症カフェ・社会参加活動などの地域支援体制づくり、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を実施。</p>	<p>○全国で8,078人(令和4年4月)</p> <p>※配置先は、地域包括支援センター77.6%、市町村12.7%、認知症疾患医療センター0.2%、その他(社協など)9.5%</p> <p>○認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士などを1名以上配置。</p>
認知症カフェ	<p>○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、<u>お互いを理解し合う場</u>である認知症カフェを活用した取組を推進。</p> <p>○設置主体は、介護サービス施設・事業者、地域包括支援センターなど、地域の実情に応じた方法により普及。</p> <p>○認知症の人にとっては、<u>自ら活動し、楽しめる場所、家族にとってはわかり合える人と出会う場所</u></p>	<p>○47都道府県1,539市町村(88.4%)にて、7,886カフェが運営(令和3年度末)</p> <p>※設置主体は、介護サービス施設・事業者2,128箇所(27%)、地域包括支援センター1,900箇所(24%)など</p> <p>○平均参加者数17.6人/回(うち認知症の人4.4人、家族3.5人、地域住民8.8人、専門職3.9人)。</p>
ピアサポート	<p>○今後の生活の見通しなどに不安を抱えている認知症の人に対し、<u>精神的な負担の軽減と認知症当事者の社会参加の促進を図るため、認知症当事者による相談支援(ピアサポート)を実施。</u></p> <p>○実施主体は都道府県、指定都市。</p> <p>※市町村が配置する認知症地域支援推進員が中心となって市町村単位でピアサポート活動を実施することも可能。</p>	<p>○15都県、8指定都市(令和3年度末)</p> <p>※市町村(指定都市以外):78市町村</p>

# I 地域包括ケアシステムの深化・推進

## 3. 保険者機能の強化



# 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

令和4年度予算額（令和3年度予算額）：400億円(400億円)

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

## 趣旨

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

## 概要

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

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

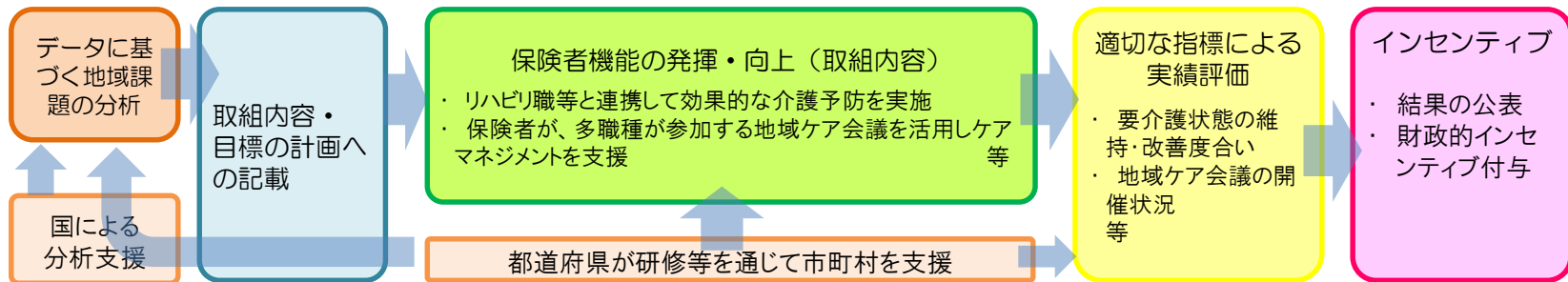
### <市町村分>

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

### <都道府県分>

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

### <参考>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



《都道府県の評価指標》

指標項目		点数 【推進交付金(支援交付金)】
I 画	管内の市町村の介護保険事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題・地域差の把握と支援計画	125点(25点)
II	自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容 (1)地域ケア会議、介護予防・日常生活支援総合事業に係る支援 (2)生活支援体制整備等に係る支援 (3)自立支援・重度化防止等に向けたリハビリテーション専門職等の活用に係る支援 (4)在宅医療・介護連携に係る支援 (5)認知症総合支援に係る支援 (6)介護給付の適正化に係る支援 (7)介護人材の確保・生産性向上に係る支援 (8)その他の自立支援・重度化防止等に向けた各種取組への支援事業	650点(285点) 120点(165点) 75点(25点) 45点(45点) 25点(0点) 75点(0点) 55点(0点) 230点(50点) 25点(0点)
III	管内の市町村における評価指標の達成状況による評価	350点(390点)

合計点数 【推進交付金(支援交付金)】	
I	125点(25点)
II	650点(285点)
III	350点(390点)
計	1,125点(700点)

## 《市町村の評価指標》

指標項目	点数 【推進交付金(支援交付金)】	指標項目	点数 【推進交付金(支援交付金)】
<b>I PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築</b> ・「見える化」システム活用等による当該地域の介護保険事業の特徴把握 ・認定者数・給付実績等の定期的モニタリングの実施 ・地域差分析、介護給付費の適正化の方策、実施 ・住宅型有料老人ホーム、サ高住の必要な情報等の活用 ・リハビリテーション提供体制に関する分析・改善等	135点(35点)	(6)生活支援体制の整備 (7)要介護状態の維持・改善の状況等 ・要介護認定者の要介護認定の変化率 ・健康寿命延伸の実現状況(要介護2以上の認定率)	75点(15点) 300点(300点)
<b>II 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進</b> (1)介護支援専門員・介護サービス事業所等 (2)地域包括支援センター・地域ケア会議 ・市町村の基本方針を定め、地域包括支援センターに周知 ・地域ケア会議における個別事例の検討件数割合 (3)在宅医療・介護連携 (4)認知症総合支援 ・介護保険事業計画等に具体的な計画を定め、進捗管理 ・早期診断・早期対応に繋げるための体制構築 (5)介護予防／日常生活支援 ・体操等の通いの場への65歳以上の方の参加率 ・介護予防と保健事業の一体的実施 ・関係団体との連携による介護予防への専門職の関与 ・社福法人・医療法人・民間サービス等と連携した介護予防の取組 ・介護予防におけるデータ活用 ・高齢者の社会参加を促すための個人インセンティブ	1,020点(755点) 100点(0点) 105点(60点) 100点(20点) 100点(40点) 240点(320点)	<b>III 介護保険運営の安定化に資する施策の推進</b> (1)介護給付の適正化 ・ケアプラン点検の実施状況 (2)介護人材の確保 ・介護人材確保に向けた取組 ・介護人材定着に向けた取組 ・多様な人材・介護助手等の元気高齢者の活躍に向けた取組 ・高齢者の就労的活動への参加に向けた取組 ・文書削減の取組	200点(40点) 120点(0点) 80点(40点)
		<b>プロセス指標</b> ・PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化 ・ケアマネジメントの質の向上 ・多職種連携による地域ケア会議の活性化 ・介護予防の推進 ・介護給付適正化事業の推進	<b>合計点数</b> 【推進交付金(支援交付金)】 I 135点(35点) II 1,020点(755点) III 200点(40点)
		<b>アウトカム指標</b> ・要介護状態の維持・改善の度合い	<b>計</b> 1,355点(830点)

# 介護保険事業(支援)計画について

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

## 国の基本指針(法第116条、8期指針:令和3年1月厚生労働省告示第29号)

- 介護保険法第116条第1項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める

※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

## 市町村介護保険事業計画(法第117条)

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

## 保険料の設定等

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

## 都道府県介護保険事業支援計画(法第118条)

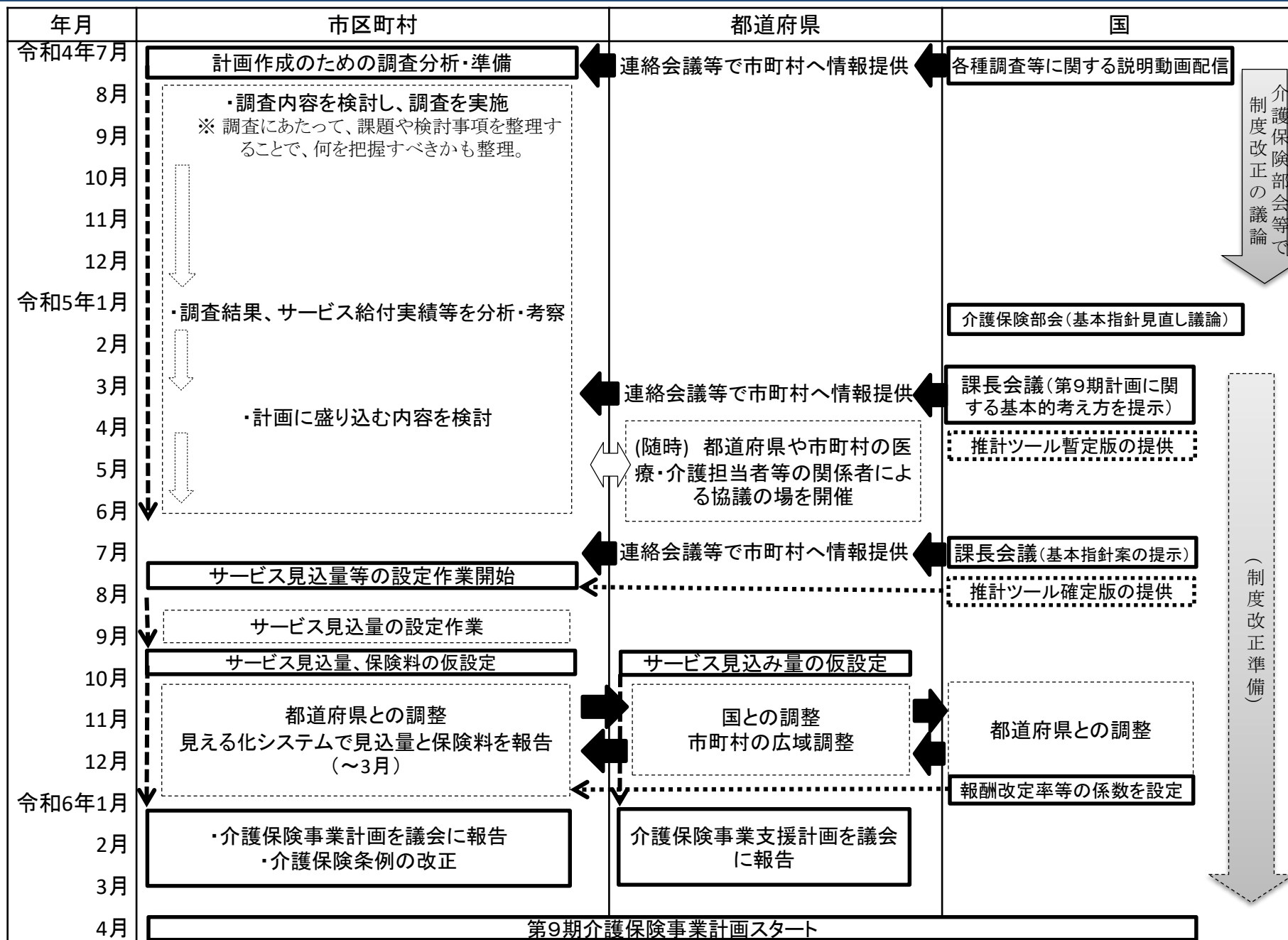
- 区域(老人福祉圏域)の設定
- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)  
※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる(任意)
- 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標
- その他の事項

## 基盤整備

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

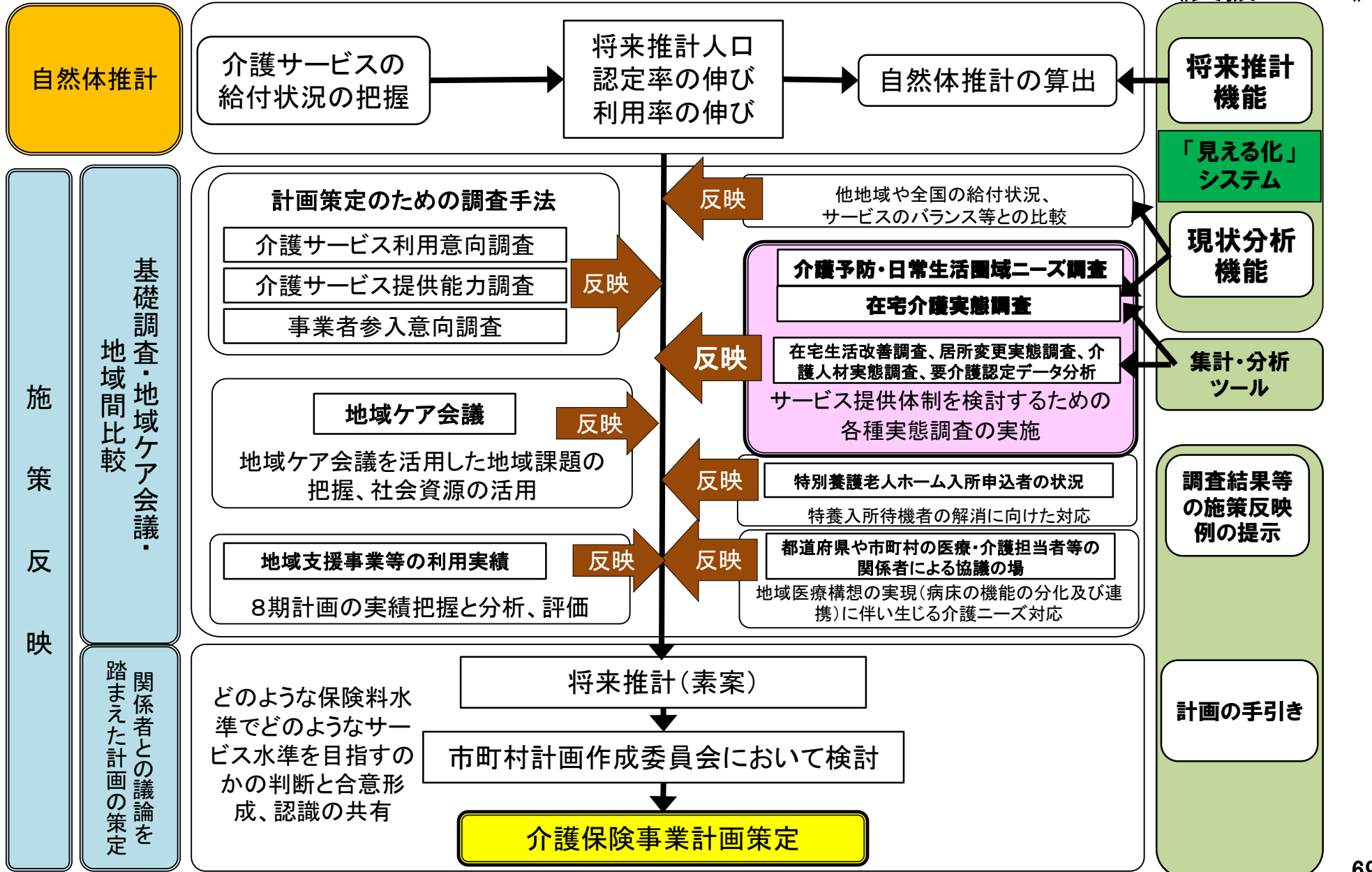


# 第9期介護保険事業計画の作成に向けたスケジュール(R4.7.29)



《作成プロセス》

《支援ツール》



## 介護給付費適正化主要5事業

### ○要介護認定の適正化

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

### ○ケアプラン点検

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

### ○住宅改修・福祉用具実態調査

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

### ○医療情報との突合・縦覧点検

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

### ○介護給付費通知

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

国保連に委託することで実施可能

# 介護給付費適正化主要5事業の実施状況について

	H28実績	H29実績	H30実績	R元実績	R2実績
<b>介護給付適正化主要5事業</b>	<b>99.7%</b>	<b>99.8%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
要介護認定の適正化	91.4%	91.6%	94.1%	94.2%	94.8%
ケアプランの点検	67.1% (3.5億円)	71.9% (2.6億円)	80.7% (0.6億円)	84.7% (1.2億円)	85.9% (0.8億円)
住宅改修の点検 福祉用具購入・貸与調査	78.2% (0.1億円)	81.5% (0.1億円)	79.2% (0.1億円)	81.1% (0.1億円)	82.5% (0.1億円)
医療情報との突合・縦覧点検	91.7% (10.5億円)	94.7% (9.8億円)	97.5% (10.8億円)	98.0% (13.1億円)	99.0% (11.9億円)
介護給付費通知	74.2% (0.01億円)	75.1% (0.01億円)	78.7% (0.02億円)	79.4% (0.01億円)	81.3% (0.01億円)

【出典】「介護給付適正化実施状況調査」

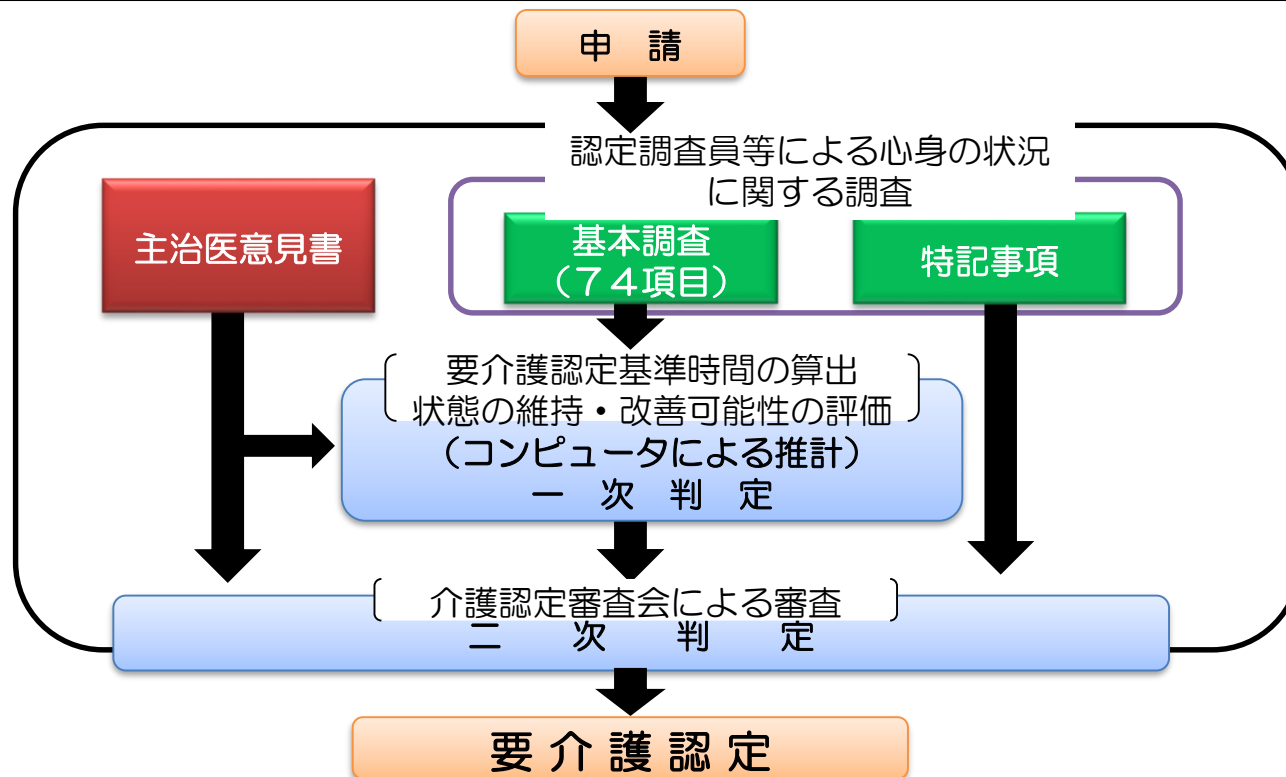
1. 「介護給付適正化事業」の各年度の実施率は5事業のうち、いずれかを実施している保険者の割合である。
2. 平成29年度は、埼玉県については未提出のため、埼玉県以外で集計した数値である。
3. ( ) は、適正化事業実施による金額的効果（ケアプラン点検のような質の向上、給付費通知のような事業者への牽制効果などを目的として実施する事業の波及効果は含まれない。）

## 参考：認定審査のプロセス

### 要介護認定の仕組み

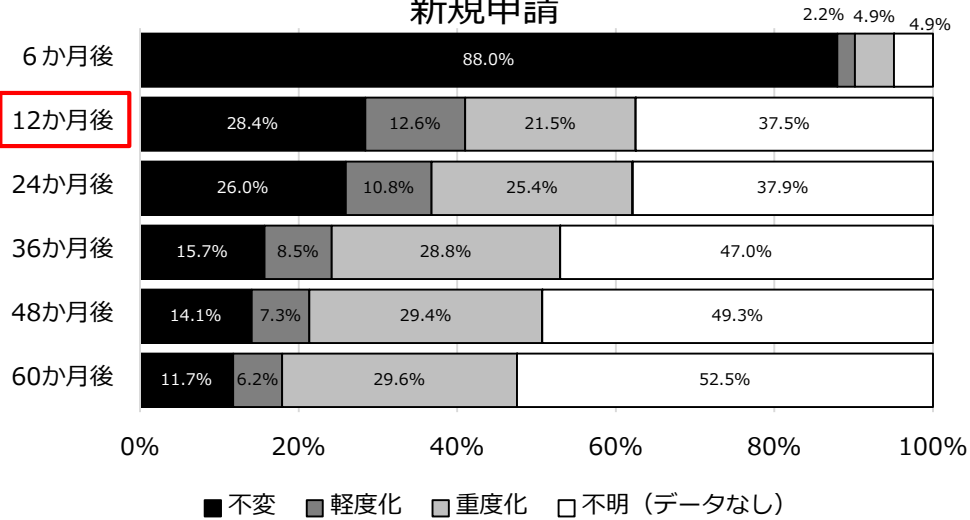
○ 要介護認定(要支援認定を含む。)は、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組みであり、一次判定及び二次判定の結果に基づき、市町村が申請者について要介護認定を行う。

- ①一次判定・・・市町村の認定調査員による心身の状況調査(認定調査)及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。
- ②二次判定・・・保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。

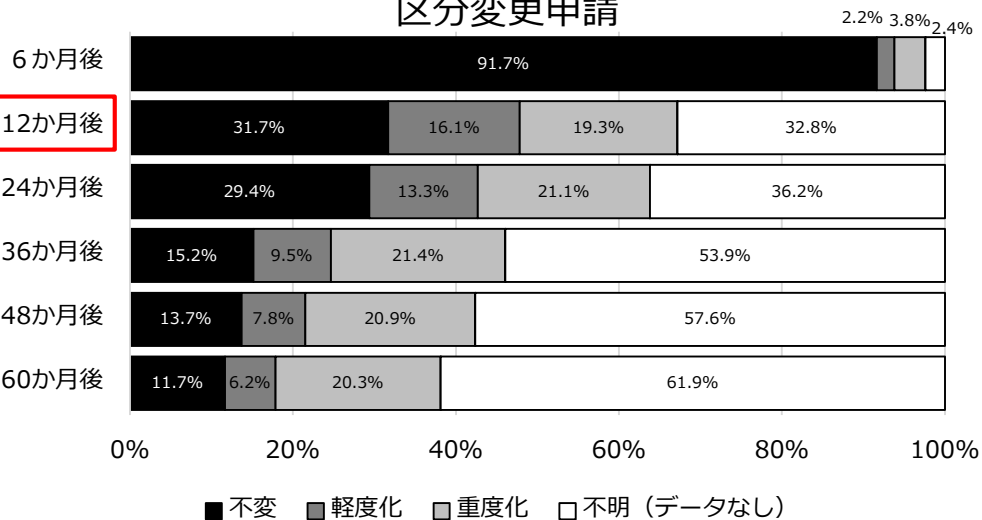


# 認定後の要介護度の推移

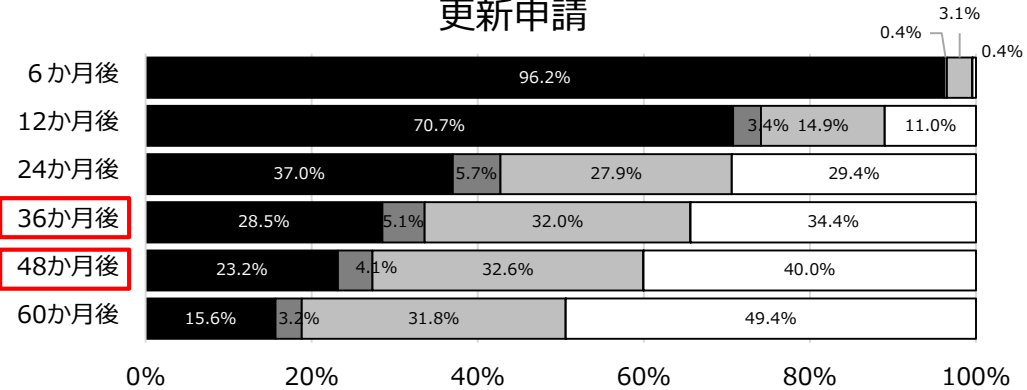
## 新規申請



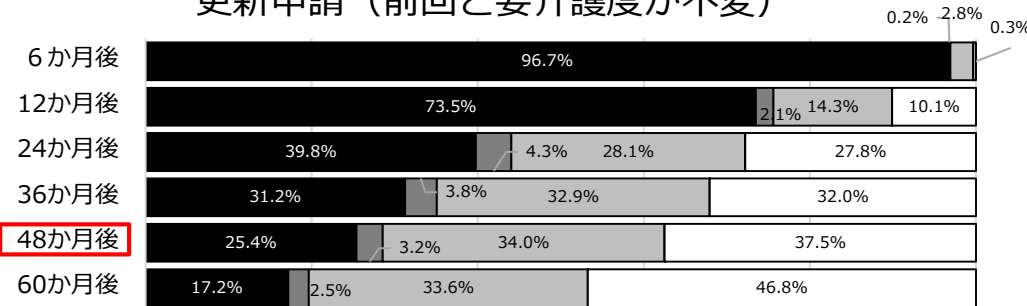
## 区分変更申請



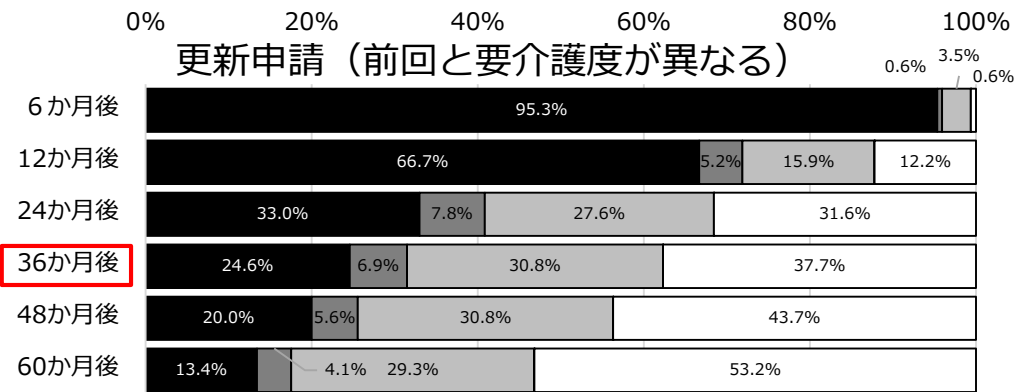
## 更新申請



## 更新申請 (前回と要介護度が不変)



## 更新申請 (前回と要介護度が異なる)



※ 出典：介護保険総合データベース（令和4年8月集計）。  
 注1）平成28年4～9月に認定された方の各時点の状況。  
 注2）「不明（データなし）」の場合は、死亡・転居・更新申請をしていない等の理由により、介護給付を受けていない者であると考えられる。



# 要介護認定制度の見直し（介護認定審査会の簡素化）

社会保障審議会介護保険部会  
(第85回)

参考  
資料1

令和元年11月14日

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

【条件①】第1号被保険者である

【条件②】更新申請である

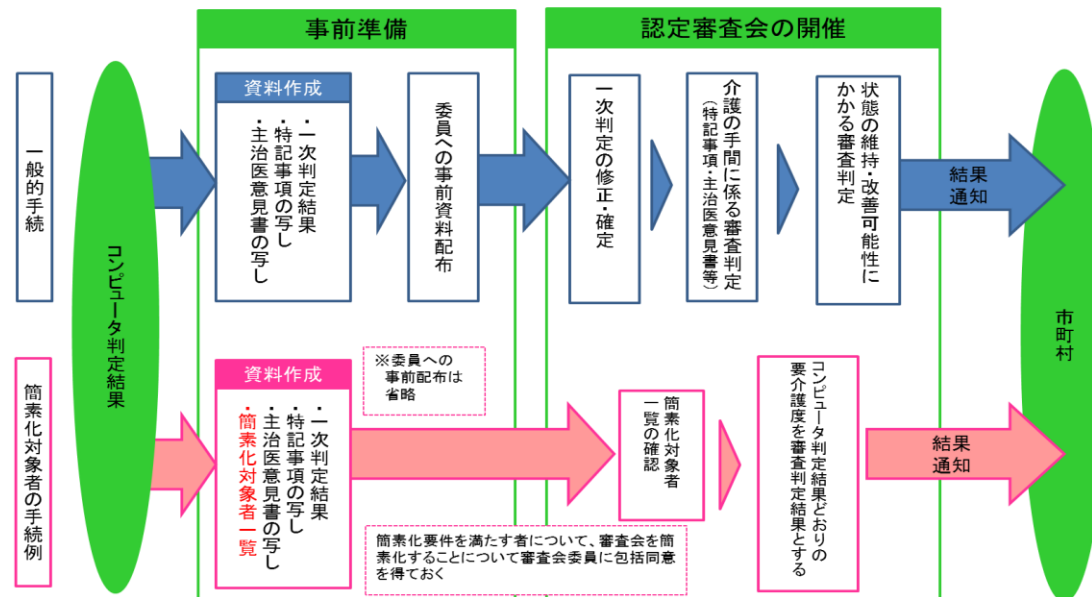
【条件③】コンピュータ判定結果の要介護度が、前回認定結果の要介護度と一致している

【条件④】前回認定の有効期間が12か月以上である

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

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

## 認定審査会簡素化の例



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

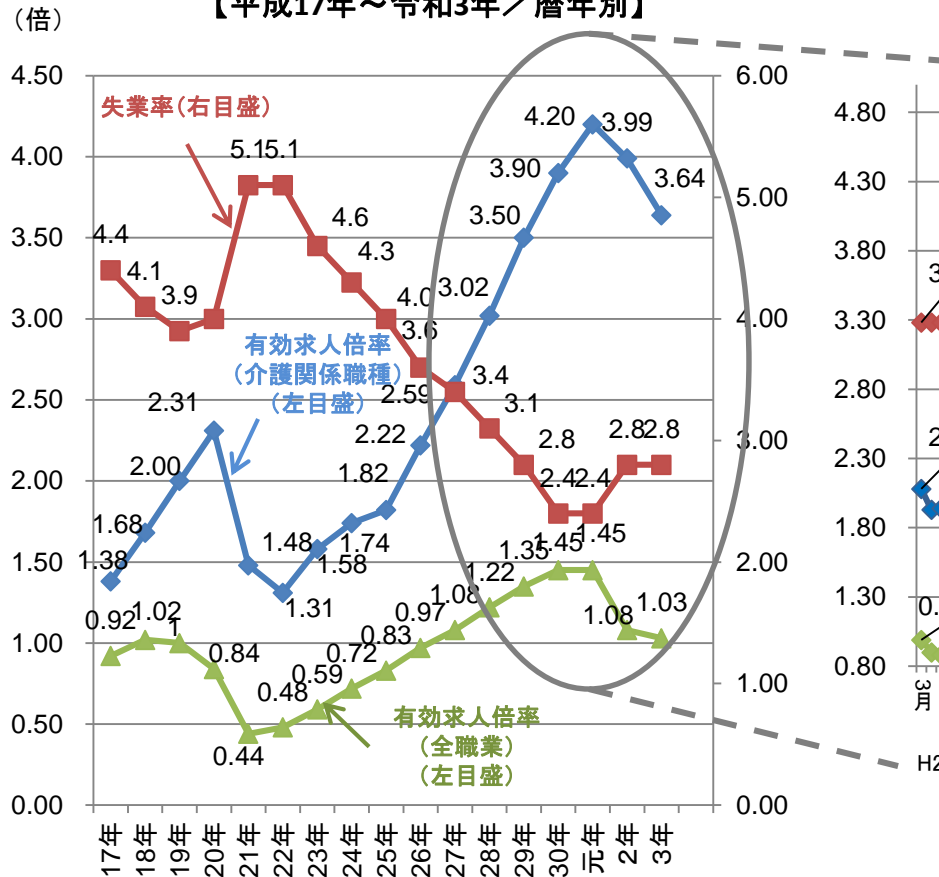
## Ⅱ 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保

### 1. 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進

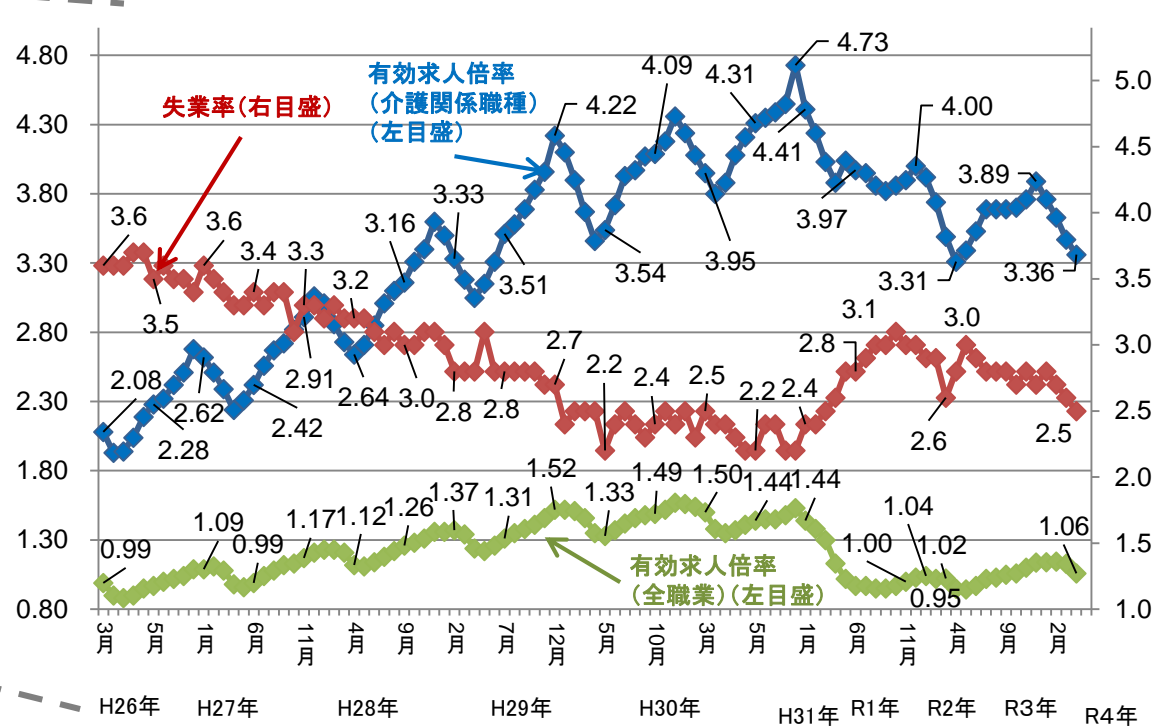
# 介護分野における人材確保の状況と労働市場の動向 ～有効求人倍率と失業率の動向～

○ 介護関係職種の有効求人倍率は、依然として高い水準にあり、全職業より高い水準で推移している。

有効求人倍率(介護関係職種)と失業率  
【平成17年～令和3年／暦年別】



有効求人倍率(介護関係職種)(原数値)と失業率(季節調整値)  
【平成26年3月～令和4年4月／月別】



注)平成23年度の失業率は東日本大震災の影響により、岩手県、宮城県及び福島県において調査の実施が困難な状況となっており、当該3県を除く結果となっている。

【出典】厚生労働省「職業安定業務統計」、総務省「労働力調査」

(※1)全職業及び介護関係職種の有効求人倍率はパートタイムを含む常用の原数値。

月別の失業率は季節調整値。

(※2)常用とは、雇用契約において、雇用期間の定めがない、又は4か月以上の雇用期間が定められているものをいう。

# 総合的な介護人材確保対策（主な取組）

## 介護職員の 処遇改善

- 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、総額2000億円(年)を活用し、経験・技能のある介護職員に重点化した更なる処遇改善を2019年10月より実施
- 介護職員について、収入を3%程度(月額9,000円)引き上げるための措置を、2022年2月から実施
- ※ 令和3年度介護報酬改定では、介護職員の人材確保・処遇改善等にも配慮し、改定率を+0.70%とするとともに、更なる処遇改善について、介護職員間の配分ルールを柔軟化を実施。

(実績)月額平均7.5万円の改善

- 月額平均1.8万円の改善(令和元年度～)
- 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～)

## 多様な人材 の確保・育成

- 介護福祉士修学資金貸付、再就職準備金貸付による支援
- 中高年齢者等の介護未経験者に対する入門的研修の実施から、研修受講後の体験支援、マッチングまでを一体的に支援
- ボランティアポイントを活用した介護分野での就労的活動の推進
- 多様な人材層の参入促進、介護助手等の普及促進

- 他業種からの参入促進のため、キャリアコンサルティングや、介護・障害福祉分野の職業訓練枠の拡充のため、訓練に職場見学・職場体験を組み込むことを要件に、訓練委託費等の上乘せ、訓練修了者への返済免除付きの就職支援金の貸付を実施
- 福祉系高校に通う学生に対する返済免除付きの修学資金の貸付を実施
- 介護施設等における防災リーダーの養成

## 離職防止 定着促進 生産性向上

- 介護ロボット・ICT等テクノロジーの活用推進
- 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

- 生産性向上ガイドラインの普及
- 悩み相談窓口の設置、若手職員の交流推進
- ウィズコロナに対応したオンライン研修の導入支援、介護助手としての就労や副業・兼業等の多様な働き方を実践するモデル事業の実施

## 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

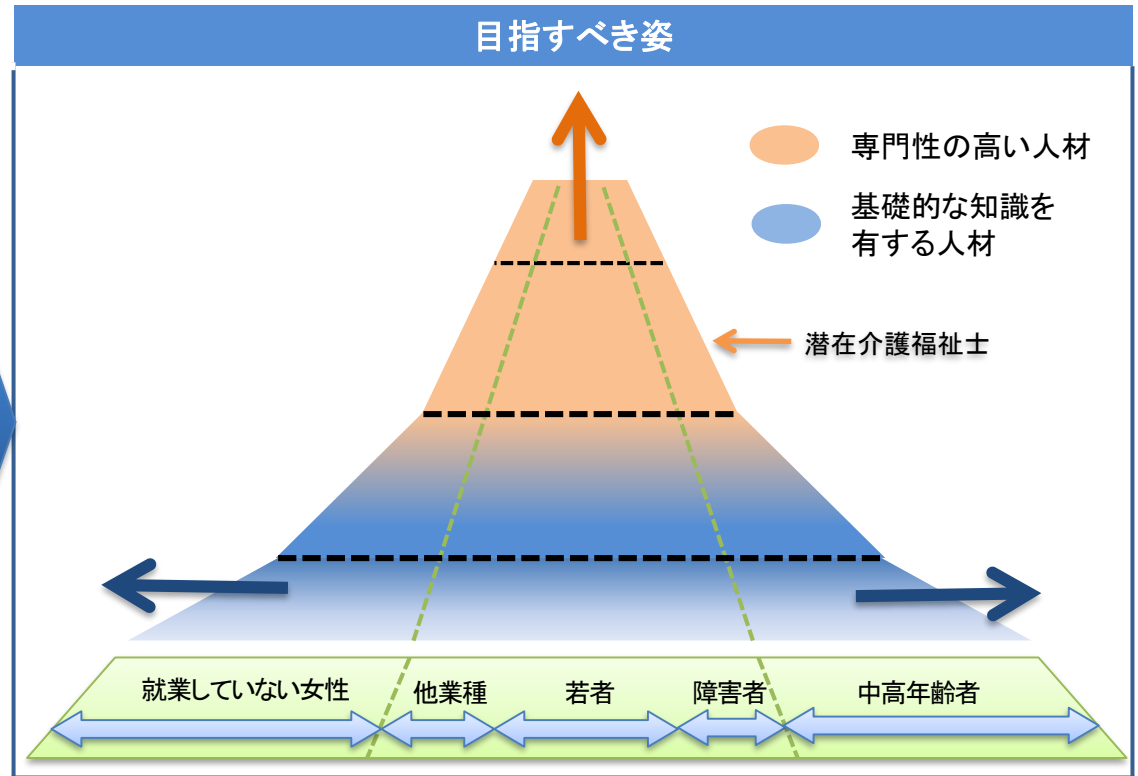
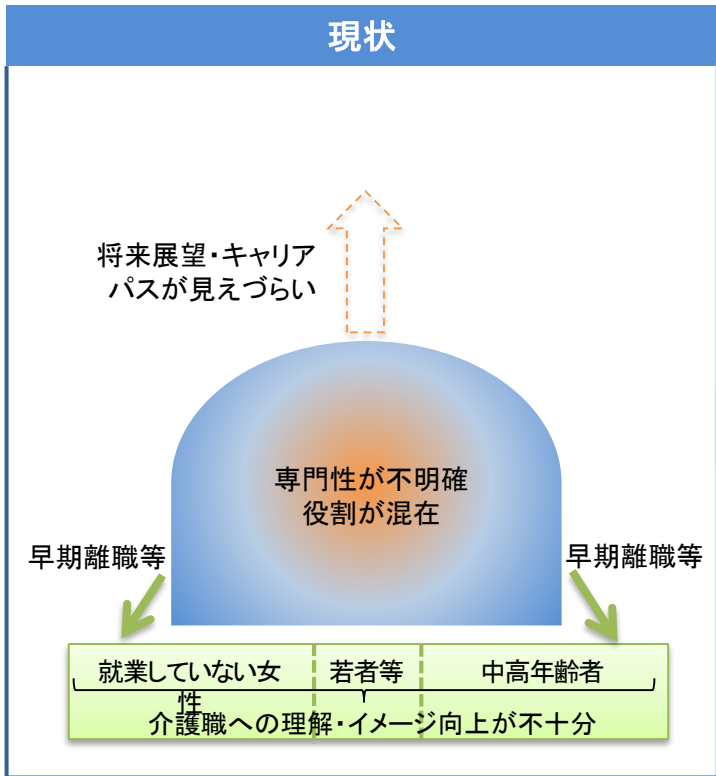
- 民間事業者によるイベント、テレビ、新聞、SNSを活かした取組等を通じて全国に向けた発信を行い、介護の仕事の社会的評価の向上を図るとともに、各地域の就職相談のできる場所や活用できる支援施策等の周知を実施

## 外国人材の受 入れ環境整備

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

- 「特定技能」等外国人介護人材の受入環境整備(現地説明会等による日本の介護のPR、介護技能向上のための集合研修、介護の日本語学習支援、介護業務等の相談支援・巡回訪問の実施等)
- 特定技能の受入見込数を踏まえ、試験の合格者見込数を拡充するとともに、試験の開催国を拡充

# 介護人材確保の目指す姿 ～「まんじゅう型」から「富士山型」へ～



参入促進	1. すそ野を広げる	人材のすそ野の拡大を進め、多様な人材の参入促進を図る
労働環境・ 処遇の改善	2. 道を作る	本人の能力や役割分担に応じたキャリアパスを構築する
	3. 長く歩み続ける	いったん介護の仕事についての者の定着促進を図る
資質の向上	4. 山を高くする	専門性の明確化・高度化で、継続的な質の向上を促す
	5. 標高を定める	限られた人材を有効活用するため、機能分化を進める

国・地域の基盤整備

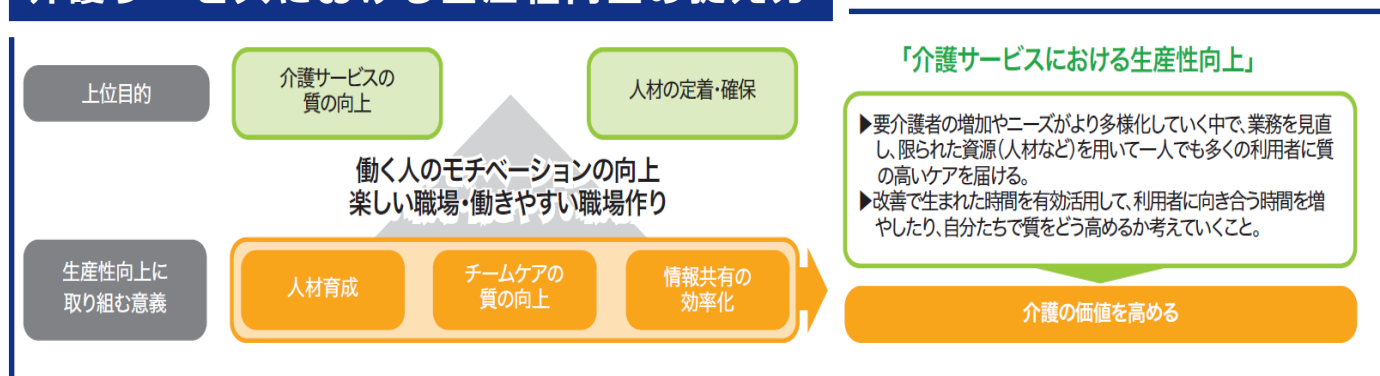
# 介護現場における生産性向上（業務改善）の捉え方と生産性向上ガイドライン

## 一般的な生産性向上の捉え方

- 業務のやり方を工夫することで、現在の業務から「ムリ」「ムダ」「ムラ」をなくし、業務をより安全に、正確に、効率的に行い、負担を軽くすることが目的
- Output（成果）/Input（単位投入量）で表し、Process（過程）に着目

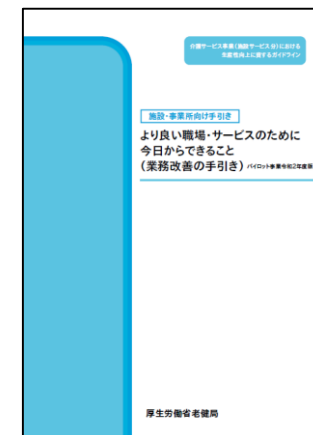


## 介護サービスにおける生産性向上の捉え方



【介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン】

<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei.html>



## 生産性向上に資するガイドラインの作成

- 事業所が生産性向上（業務改善）に取り組むための指針としてガイドラインを作成。
  - より良い職場・サービスのために今日からできること（自治体向け、施設・事業所向け）
  - 介護の価値向上につながる職場の作り方（居宅サービス分）
  - 介護サービスの質の向上に向けた業務改善の手引き（医療系サービス分）



# より良い職場・サービスのために今日からできること（業務改善の手引き） （介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン）

## ① 職場環境の整備

取組前

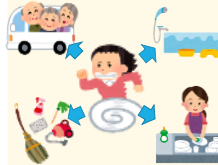


取組後



## ② 業務の明確化と役割分担 (1) 業務全体の流れを再構築

介護職の業務が  
明確化されて  
いない



業務を明確化し、  
適切な役割分担を  
行いケアの質を向上



## ② 業務の明確化と役割分担 (2) テクノロジーの活用

職員の心理的  
負担が大きい



職員の心理的  
負担を軽減



## ③ 手順書の作成

職員によって異なる  
申し送り



申し送りを  
標準化



## ④ 記録・報告様式の工夫

帳票に  
何度も転記

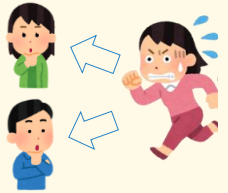


タブレット端末や  
スマートフォンによる  
データ入力（音声入  
力含む）とデータ共有

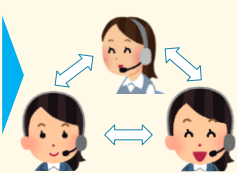


## ⑤ 情報共有の工夫

活動している  
職員に対して  
それぞれ指示



インカムを利用し  
た  
タイムリーな  
情報共有



## ⑥ OJTの仕組みづくり

職員の教え方  
に  
ブレがある



教育内容と  
指導方法を統一



## ⑦ 理念・行動指針の徹底

イレギュラーな  
事態が起こると  
職員が自身で  
判断できない



組織の理念や行動  
指針に基づいた  
自律的な行動



## 人材育成等に取り組む介護事業者の認証評価制度について

### 概要

（平成31年4月1日厚生労働省社会・援護局福祉基盤課長通知）

- 「人材育成等に取り組む介護事業者の認証評価制度」は、職員の人材育成や就労環境等の改善につながる介護事業者の取組について、都道府県が基準に基づく評価を行い、一定の水準を満たした事業者に対して認証を付与する制度。（※介護事業者による参加表明、宣言による仕組みを導入する例もある。）
- 本制度は、地域医療介護総合確保基金における介護従事者の確保に関する事業に位置づけられており、認証評価制度の運営に要する経費を支援。

### 期待される効果

- 介護事業者の人材育成や人材確保に向けた取組の「見える化」を図ることにより、
  - ① 働きやすい環境の整備を進め、業界全体のレベルアップとボトムアップを推進
  - ② 介護職を志す方の参入や、介護職員の離職防止、定着を促進
- これにより、介護業界のイメージアップに繋がることを期待。

### 評価項目、認証基準の例

	評価項目例（一部抜粋）	認証基準例（一部抜粋）
労働環境・処遇の改善	<ul style="list-style-type: none"> <li>・明確な給与体系の導入</li> <li>・休暇取得、育児介護との両立支援</li> <li>・業務省力化への取組</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・給与支給基準、昇級基準等の策定、周知</li> <li>・有給計画的付与、産休育休中の代替職員確保、ハラスメント対策</li> <li>・ICT活用、介護ロボットやリフト等による腰痛対策</li> </ul>
新規採用者の育成体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規採用者育成計画の策定、研修の実施</li> <li>・OJT指導者、エルダー等へ研修実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規採用者への育成手法、内容、目標が明確な計画策定</li> <li>・OJT指導者等の設置、職員への公表、研修の実施</li> </ul>
キャリアパスと人材育成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・キャリアパス制度の導入</li> <li>・資格取得に対する支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・キャリアパスの策定、非正規から正規職員への登用ルール</li> <li>・職員の能力評価、小規模事業者の共同採用・共同研修の実施</li> <li>・介護福祉士等資格取得のため、シフト調整、休暇付与、費用援助</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の運営方針の公表、周知</li> <li>・多様な人材の職場環境の構築</li> <li>・サービスの質の向上に向けた取組</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の理念や基本方針などサービス提供への考え方の公表</li> <li>・障害を有する者や、外国人材等の働きやすい職場環境構築</li> <li>・事故・トラブル対応のマニュアル化、第三者評価の受審</li> </ul>

# 地域医療介護総合確保基金を利用した介護ロボットの導入支援

令和4年度予算：地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）137.4億円の内数

- 目的…介護ロボットを活用した介護事業所の生産性向上の取組を通じて、ケアの質の維持・向上や職員の負担軽減等を図る。
- 実施主体…都道府県

## 補助対象

- 介護ロボット
  - …移乗支援、移動支援、排泄支援、見守り、入浴支援など、厚生労働省・経済産業省で定める「ロボット技術の介護利用における重点分野」に該当する介護ロボット
- 見守りセンサーの導入に伴う通信環境整備
  - …Wi-Fi環境の整備、インカム、見守りセンサー等の情報を介護記録にシステム連動させる情報連携のネットワーク構築経費 等

## 補助内容

※令和2年度(当初予算)以降の拡充分(下線部以外)は令和5年度までの実施

### 補助額

介護ロボット (1機器あたり)	・移乗支援(装着型・非装着型) ・入浴支援	上限100万円
	・上記以外	上限30万円
見守りセンサーの導入に伴う通信環境整備 (1事業所あたり)		上限750万円

### 補助上限台数

…必要台数(制限の撤廃)

### 補助率

…都道府県の裁量により設定  
(一定の要件を満たす場合は3/4を下限、それ以外の事業所は1/2を下限)

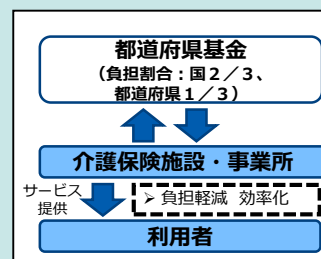
〈一定の要件〉…以下の要件を満たすこと

- 導入計画書において目標とする人員配置を明確にした上で、見守りセンサーやインカム、介護記録ソフト等の複数の機器を導入し、職員の負担軽減等を図りつつ、人員体制を効率化させる場合

### 対象となる介護ロボット（例）



### 事業の流れ



### 実績（参考）

- 実施都道府県数：45都道府県（令和3年度）
- 都道府県が認めた介護施設等の導入計画件数

H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
58	364	505	1,153	1,813	2,353	2,596

(注) 令和3年度の数値は原則R3.11月末時点の暫定値  
※1施設で複数の導入計画を作成することがあり得る

# 地域医療介護総合確保基金を利用したICT導入支援事業

令和4年度予算：地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）137.4億円の内数

- 目的…ICTを活用した介護サービス事業所の業務効率化を通じて、職員の負担軽減を図る。
- 実施主体…都道府県

## 補助対象

※令和2年度(当初予算)以降の拡充分(下線部以外)は令和5年度までの実施

- 介護ソフト…記録、情報共有、請求業務で転記が不要であるもの、ケアプラン連携標準仕様、を実装しているもの（標準仕様の対象サービス種別の場合。各仕様への対応に伴うアップデートも含む）
- 情報端末…タブレット端末、スマートフォン端末、インカム等
- 通信環境機器等…Wi-Fiルーター等
- その他…運用経費（クラウド利用料、サポート費、研修費、他事業所からの照会対応経費、バックオフィスソフト（勤怠管理、シフト管理等）等）

## 補助要件

- LIFEによる情報収集・フィードバックに協力
- 他事業所からの照会に対応
- 導入計画の作成、導入効果報告（2年間）
- **IPAが実施する「SECURITY ACTION」の「★一つ星」または「★★二つ星」のいずれかを宣言** 等

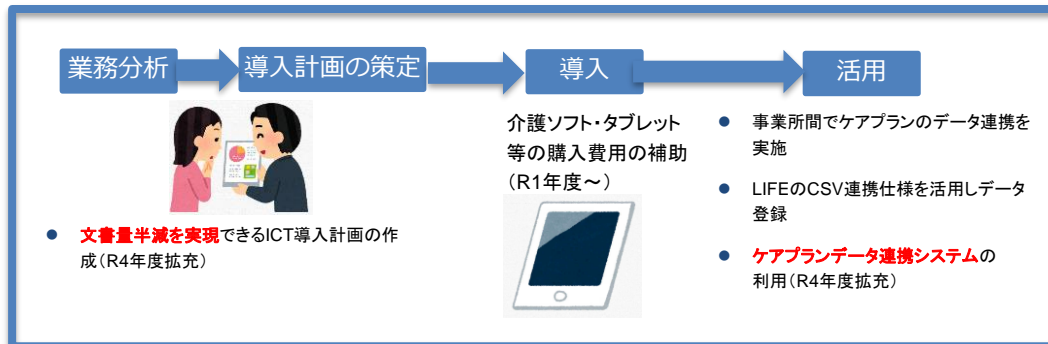
## 補助上限額等

### 事業所規模（職員数）に応じて設定

- 1～10人 100万円
- 11～20人 160万円
- 21～30人 200万円
- 31人～ 260万円

### 補助割合

- 一定の要件を満たす場合は、3/4を下限に都道府県の裁量により設定
- それ以外の場合は、1/2を下限に都道府県の裁量により設定



### 補助割合が3/4となる要件…以下のいずれかを満たすこと

- 事業所間でケアプランのデータ連携で負担軽減を実現
- LIFEの「CSV連携仕様」を実装した介護ソフトで実際にデータ登録を実施等
- **ICT導入計画で文書量を半減**（R4年度拡充）
- **ケアプランデータ連携システムの利用**（R4年度拡充）

※ケアプランデータ連携システム…令和2年度第三次補正予算により国保中央会に構築中



令和5年度概算要求額：地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）の内数（地域医療介護総合確保基金 137億円の内数）※（）内は前年度当初予算額

### 1 事業の目的

- 都道府県が主体となった介護現場の生産性向上を推進する取組の広がりは限定的であり、また、既存の生産性向上に係る事業は数多くあるものの、実施主体や事業がバラバラであり、一体的に実施する必要がある。
- このため、**都道府県の主導**のもと、介護人材の確保・処遇改善、介護ロボットやICT等のテクノロジーの導入、介護助手の活用など、介護現場の革新、**生産性向上に資する様々な支援・施策を一括して網羅的に取り扱い、適切な支援につなぐワンストップ型の総合的な事業者への支援を可能とする「介護生産性向上推進総合事業」を実施するための基金メニューを設ける。**（※）

※既存の基金メニュー（業務改善支援事業）の拡充での対応を予定。

### 2 事業の概要・スキーム、実施主体等

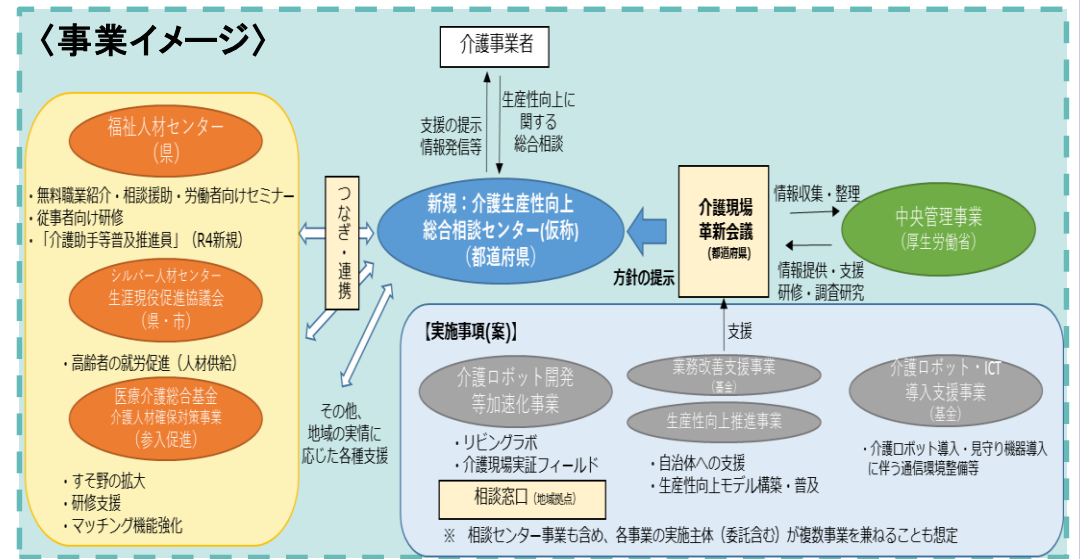
- 都道府県が主体となり、「介護生産性向上総合相談センター（仮称）」を設置。介護現場革新会議において策定する基本方針に基づき、介護ロボットやICT、その他生産性向上に関する取組を実施する他、人材確保に関する各種事業等とも連携の上、介護事業者に対し、ワンストップ型の支援を実施する。

#### 【補助要件】

- 介護現場革新会議の開催
- 介護生産性向上総合相談センター（仮称）の設置（介護ロボット・ICT等生産性向上に係る相談窓口事業）

#### 【実施事項】※(3)は必須、(4)以降の実施は任意

- 人材確保、生産性向上に係る各種支援業務との連携
- 介護ロボット・ICT導入等の支援事業（基金事業）
- その他地域の実情に応じた各種支援事業



#### 実施主体



### 3 その他

- 都道府県が介護現場の生産性向上をさらに推進する方策を別途検討。
- 本メニュー設置に伴い既存基金メニューとの整理を予定

# 介護ロボット開発等加速化事業 (介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォーム)

令和4年度予算(令和3年度当初予算)  
5.0億円(5.0億円)  
(参考) 令和3年度補正予算: 3.9億円

- 介護現場において、テクノロジーの活用などによるサービスの質の向上や職員の負担軽減といった生産性向上の推進は喫緊の課題となっており、見守りセンサーやICT等といった生産性向上に効果的なテクノロジーの普及をより強力に進めていく。
- 具体的には、①介護現場・ロボット開発企業の双方に対する一元的な相談窓口(地域拠点)、②開発機器の実証支援を行うリビングラボのネットワーク、③介護現場における実証フィールドからなる、介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォームを整備する。

介護施設等

開発企業等

## 介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォーム

### ①相談窓口(地域拠点)【全国17カ所】

介護ロボットに関する介護施設等からの導入相談、開発企業等からの実証相談へのきめ細かな対応

### ②リビングラボネットワーク【全国8カ所】

—開発実証のアドバイザーボード兼先行実証フィールドの役割—

### ③介護現場における実証フィールド —エビデンスデータの蓄積—

全国の介護施設の協力による大規模実証フィールド

※リビングラボとは、実際の生活空間を再現し、新しい技術やサービスの開発を行うなど、介護現場のニーズを踏まえた介護ロボットの開発を支援するための拠点

<令和3年度補正予算の  
拡充内容>

- 相談窓口の機能充実
  - ・相談窓口の増設
  - ・アドバイザー職員の増員
- 大規模実証に係る対象施設数の拡充等

<感染症対策に資する非接触対応に効果的なテクノロジーの例>

#### <見守りセンサー>

居室内の利用者の状況(ベッドから離れた場合や転倒した場合等)をセンサーで感知  
→遠方から効率的な見守りが可能になる。



#### <ICT(インカム)>

遠方にいながら職員間での利用者の状況の共有が可能になる。



#### <移乗支援(非装着型)>

利用者の抱え上げをロボットが代替し、接触対応が軽減される。





# 介護ロボット等による生産性向上の取組に関する効果測定事業 (令和4年度実証事業)

## 目的

介護現場において、テクノロジーの活用やいわゆる介護助手の活用等による生産性向上の取組を推進するため、介護施設における効果実証を実施するとともに実証から得られたデータの分析を行い、次期介護報酬改定の検討に資するエビデンスの収集等を行うことを目的とする。

### 実証テーマ① 見守り機器等を活用した夜間見守り

令和3年度介護報酬改定（夜間の人員配置基準緩和等）を踏まえ、特養（従来型）以外のサービスも含め、夜間業務における見守り機器等の導入による効果を実証。

### 実証テーマ② 介護ロボットの活用

施設の課題や状況等に応じた適切な介護ロボットの導入とそれに伴う業務オペレーションの見直しによる効果を実証。

### 実証テーマ③ 介護助手の活用

身体的介護以外の業務や介護専門職のサポート等の比較的簡単な作業を行う、いわゆる介護助手を活用することによる効果を実証。

### 実証テーマ④ 介護事業者等からの提案手法

生産性向上の取組に意欲的な介護事業者等から、取組の目標や具体的な取組内容等に関する提案を受け付け、提案を踏まえた実証を実施。

## 想定する調査項目

※具体的な調査項目、調査手法（実証施設数含む）については、事業内に設置する有識者で構成する実証委員会にて検討

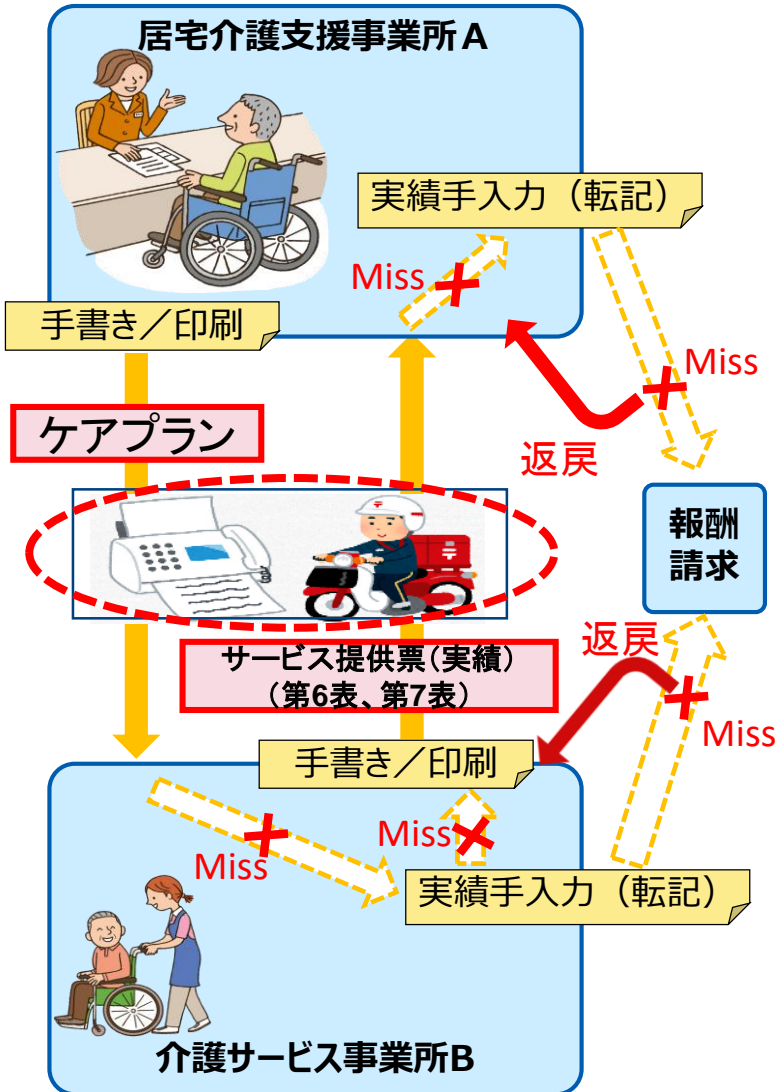
- ・ 介護職員の業務内容・割合がどのように変化したか
- ・ ケアの質が適切に確保されているかどうか（利用者のADL、認知機能、意欲等に関する評価、ケア記録内容 等）
- ・ 介護職員の働き方や職場環境がどう改善したのか（職員の勤務・休憩時間、心理的不安、意欲の変化 等） 等

## 実施スケジュール

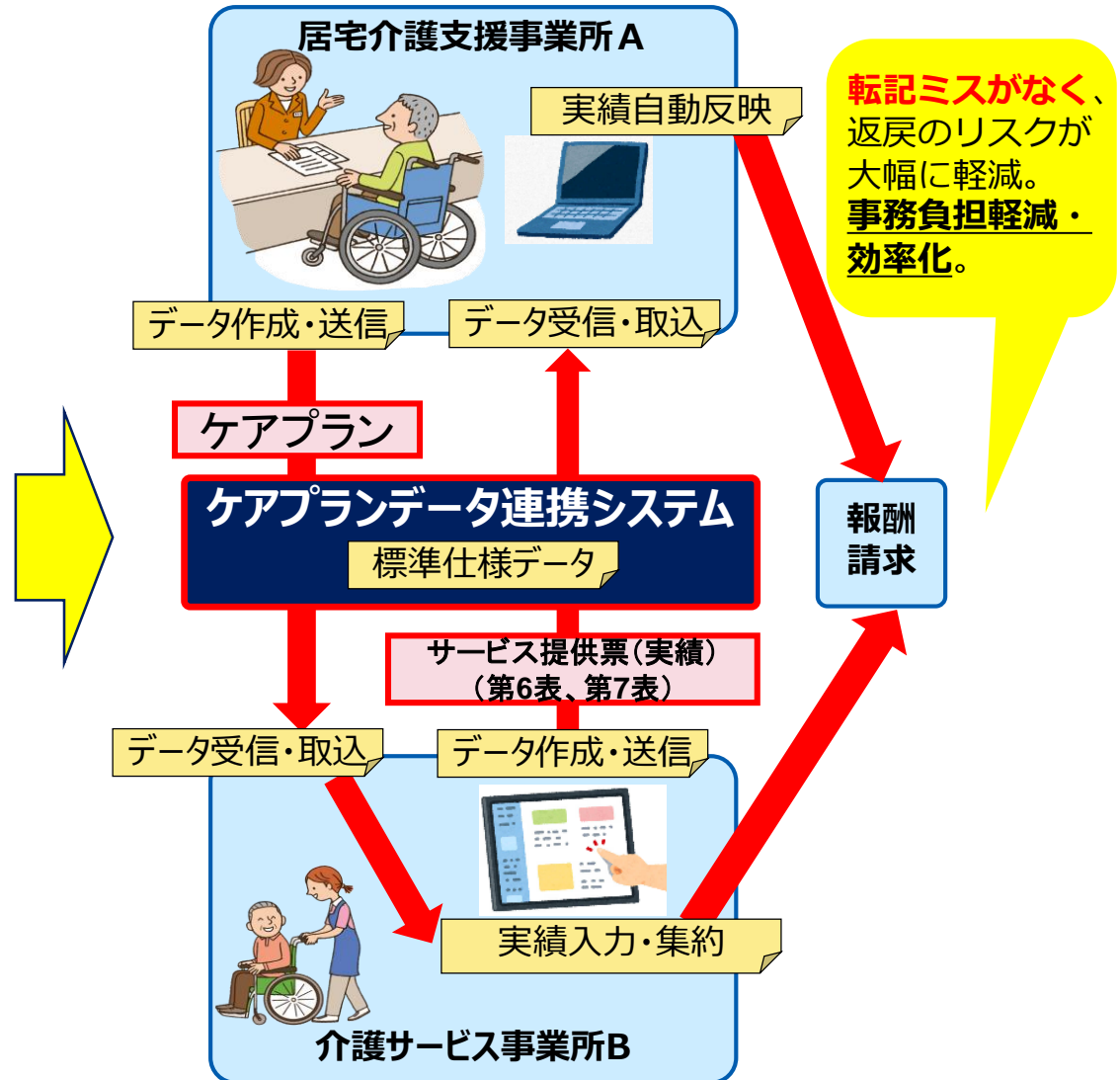
- 4月～5月 実証施設選定（テーマ①～③）、提案募集・選定（テーマ④）、実証計画（調査項目・手法等）の策定
- 6月・7月 事前調査
- 10月 事後調査（1回目）
- 12月 事後調査（2回目）
- 12月～3月 データ分析、実証結果のとりまとめ

# 居宅介護支援事業所と介護サービス事業所間のケアプランのやり取り

【現状】



【データ連携後のイメージ】



# 介護ロボット等による生産性向上の取組に関する効果測定事業 (令和4年度実証事業)

## 目的

介護現場において、テクノロジーの活用やいわゆる介護助手の活用等による生産性向上の取組を推進するため、介護施設における効果実証を実施するとともに実証から得られたデータの分析を行い、次期介護報酬改定の検討に資するエビデンスの収集等を行うことを目的とする。

### 実証テーマ① 見守り機器等を活用した夜間見守り

令和3年度介護報酬改定（夜間の人員配置基準緩和等）を踏まえ、特養（従来型）以外のサービスも含め、夜間業務における見守り機器等の導入による効果を実証。

### 実証テーマ② 介護ロボットの活用

施設の課題や状況等に応じた適切な介護ロボットの導入とそれに伴う業務オペレーションの見直しによる効果を実証。

### 実証テーマ③ 介護助手の活用

身体的介護以外の業務や介護専門職のサポート等の比較的簡単な作業を行う、いわゆる介護助手を活用することによる効果を実証。

### 実証テーマ④ 介護事業者等からの提案手法

生産性向上の取組に意欲的な介護事業者等から、取組の目標や具体的な取組内容等に関する提案を受け付け、提案を踏まえた実証を実施。

## 想定する調査項目

※具体的な調査項目、調査手法（実証施設数含む）については、事業内に設置する有識者で構成する実証委員会にて検討

- ・ 介護職員の業務内容・割合がどのように変化したか
- ・ ケアの質が適切に確保されているかどうか（利用者のADL、認知機能、意欲等に関する評価、ケア記録内容 等）
- ・ 介護職員の働き方や職場環境がどう改善したのか（職員の勤務・休憩時間、心理的不安、意欲の変化 等） 等

## 実施スケジュール

- 4月～6月 実証施設選定（テーマ①～③）、提案募集・選定（テーマ④）、実証計画（調査項目・手法等）の策定
- 6月・7月 事前調査
- 10月 事後調査（1回目）
- 12月 事後調査（2回目）
- 12月～3月 データ分析、実証結果のとりまとめ

# 介護助手等の導入に関する実態及び適切な業務の設定等に関する調査研究事業 (令和4年度老人保健健康増進等事業)

介護助手の導入に関して、令和4年度は、「介護ロボット等による生産性向上の取組に関する効果測定事業」において、個々の導入ケースにおける効果測定を行うとともに、本調査研究事業（老健事業）により、介護施設における導入状況の実態調査（事業実施者：(株)NTTデータ経営研究所）等を行う。

## 事業の概要

介護現場における、いわゆる介護助手の活用は、介護現場における生産性の向上やケアの質の向上等が期待されるものであり、また、介護助手が担当する業務の範囲の整理（業務の切り分け）を適切に行うことにより、導入効果が一層高まると考えられるものである。

このため、介護施設における介護助手の導入状況や導入手順、業務実態等に関する調査を行うとともに、介護職員の業務負担軽減、介護の質の向上の観点から介護助手に切り分け可能な業務や切り分けたときに効果が高いと見込まれる業務について体系化することを目的とする。

## 主な取組内容(予定)

- アンケート調査・・・介護助手の導入状況、業務内容 等
- ヒアリング調査・・・介護助手導入から定着までの課題・工夫点 等
- 検討会の実施・・・介護助手導入プロセスにおける留意点、具体的な効果等とりまとめ  
(アンケート結果・ヒアリング結果分析を踏まえ)

# 「介護助手」等の普及を通じた介護現場での多様な就労の促進

【令和4年度予算額】生活困窮者就労準備支援事業費等補助金：386億円の内数  
地域医療介護総合確保基金(介護従事者確保分)：137億円の内数

## 【要求要旨】

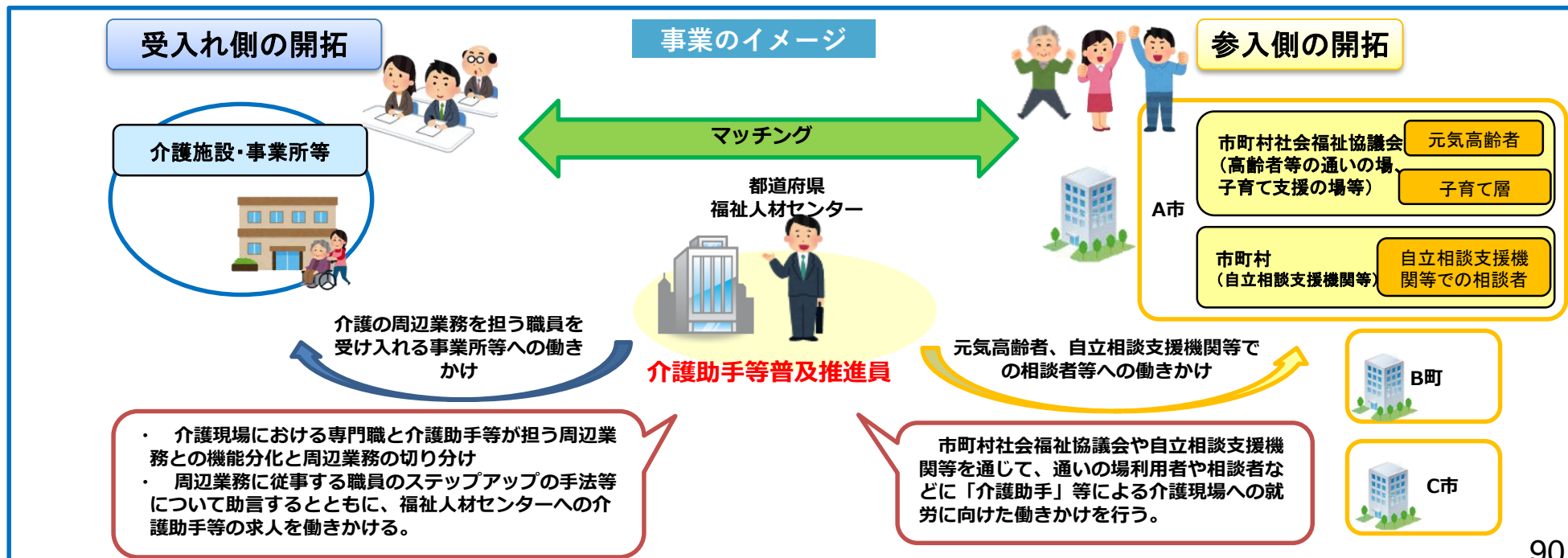
介護人材については、少子高齢化の進展や慢性的な人手不足である状況に加え、新型コロナウイルス感染症の感染防止対策や利用者が感染した場合の対応等によって、介護施設等における業務が増大している。

そのため、介護分野への参入のハードルを下げ、更なる介護人材を確保・支援する観点から、介護職の業務の機能分化を図り、掃除、配膳、見守り等の周辺業務を担う人材を、介護事業所とマッチングする仕組みを構築する。

## 【事業内容】

都道府県福祉人材センターに「介護助手等普及推進員」を配置し、市町村社会福祉協議会等を巡回して周知活動を行い、介護助手等希望者の掘り起こしを行う。

併せて、介護事業所に対し、介護職の業務の機能分化や介護助手等のステップアップの手法を助言するとともに、介護助手にかかる求人提出の働きかけを行うことにより、介護の周辺業務を担う人材の確保を促す。





# 介護サービス事業所の経営の大規模化・協働化について

地域や事業者の実情やニーズを踏まえ、介護サービスの経営の大規模化・協働化が進んでいくことは、生産性向上の観点からも重要であり、各地域・事業者においても様々な取組が行われている。

## コラム 8

### 協同組合による取組

～専門性の高い介護職のキャリアパス構築と物品の共同購入～

#### 背景

みちのく社会福祉協同組合は、外国人技能実習生の受け入れを目的として、規模の異なる県内外の4つの社会福祉法人により、2019年6月に設立された。

協同組合として行う取組のうち、「物品調達」「人材の有効活用」を実施した。

#### みちのく社会福祉協同組合



みちのく社会福祉協同組合の体制

分野	品目
物品調達	・おむつ等の消耗品、固定資産、エネルギー等の共同購入
人材育成	・(テレビ会議システム等の利用による)各種研修の協催 ・研修講師(法人職員)の相互派遣 ・(少人数向けの)専門性の高い研修の共同開催
外国人技能実習生	・外国人技能実習生の確保、受け入れ等に関する手続き ・外国人技能実習生の教育
人材の有効活用	・専門性の高い介護職の育成 ・専門性の高い介護職等の相互派遣
事業継続計画	・災害等の緊急時における相互支援
福利厚生	・団体扱いによる職員向け各種保険の優遇 ・旅行手配や物品購入、サービス利用における団体割引サービスの利用
事務の共同化	・介護報酬請求、人事労務関連の事務等の共同化

協同組合として想定される取組み(例)

## ■ 経営の大規模化の実例

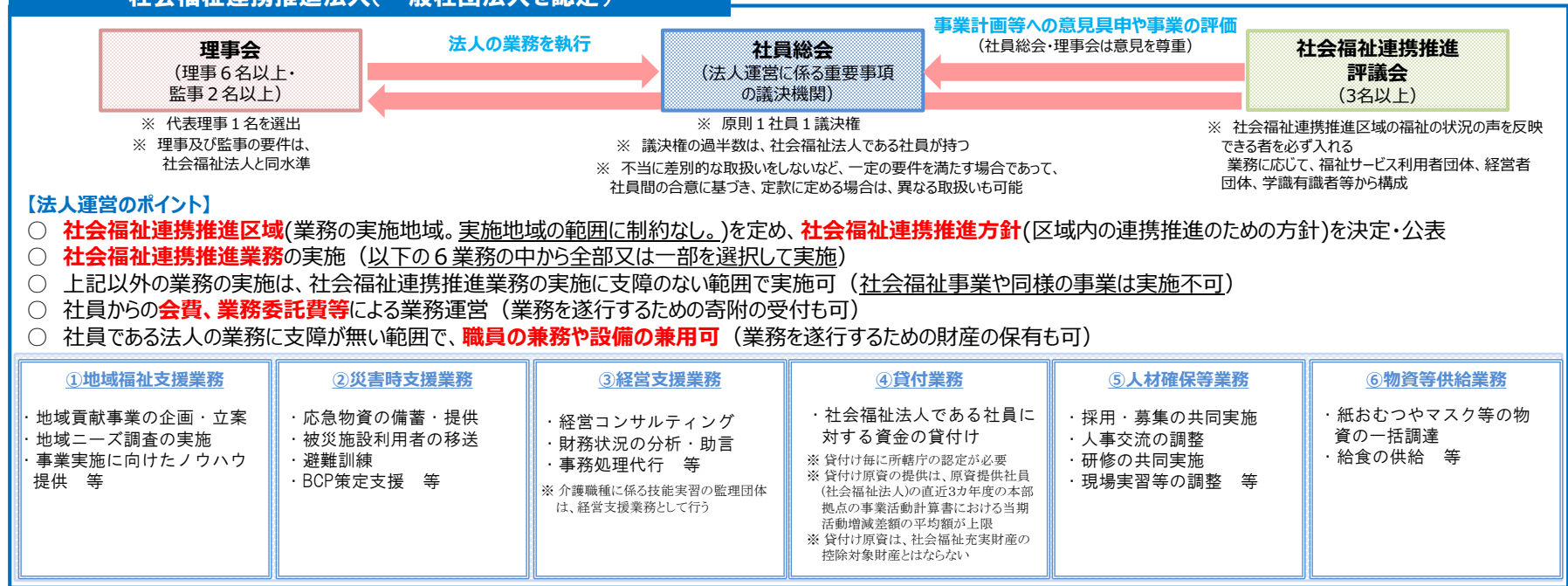
法人	社会福祉法人 小田原福祉会 (小田原市)
概要	自治体の介護保険計画に沿って、新規事業を新たに展開する形で事業を拡大
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 40事業所(うち介護保険事業所35事業所)、従業員数約500名。</li> <li>● 自治体の介護保険事業計画の公募にエントリーし、小規模多機能型居宅介護、地域密着型特別養護老人ホーム等を設置。</li> <li>● 複合型施設として、通所介護や、在宅支援クリニック、サ高住等を併設。さらに、自治体の依頼を受け、地域包括センターも運営。配食サービス等も実施。</li> <li>● 複合的な展開はリスクが分散され、経営的に安定という考え。</li> <li>● 事業展開は、圏域の社会資源の充足状況等から地域の高齢者への支援拡充は必須と判断したこと等から整備に至る。</li> </ul>



# 社会福祉連携推進法人について

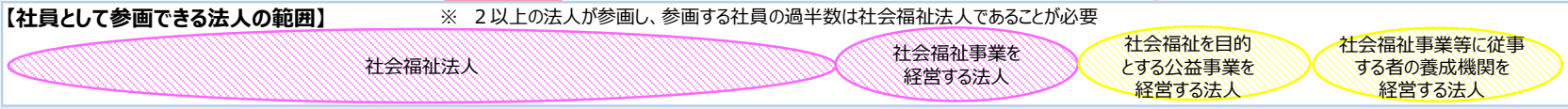
- 社会福祉連携推進法人は、①社員の社会福祉に係る業務の連携を推進し、②地域における良質かつ適切な福祉サービスを提供するとともに、③社会福祉法人の経営基盤の強化に資することを目的として、福祉サービス事業者間の連携方策の新たな選択肢として創設。
  - 2以上の社会福祉法人等の法人が社員として参画し、その創意工夫による多様な取組を通じて、地域福祉の充実、災害対応力の強化、福祉サービス事業に係る経営の効率化、人材の確保・育成等を推進。
- ⇒ **社会福祉連携推進法人の設立により、同じ目的意識を持つ法人が個々の自主性を保ちながら連携し、規模の大きさを活かした法人運営が可能となる。**

## 社会福祉連携推進法人(一般社団法人を認定)

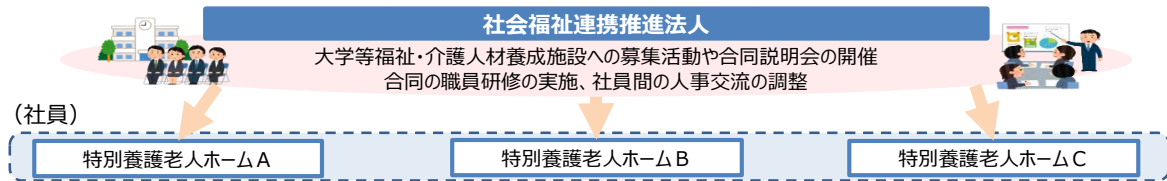


所轄庁(都道府県知事、市長(区長)、指定都市の長、厚生労働大臣のいすれか)  
認定・指導監督

会費等を支払い、社員として参画、社員総会において議決権を行使 社会福祉連携推進業務等を通じた便益を享受



## 【社会福祉連携推進法人のイメージ(介護施設における人材確保に活用する場合)】



⇒ 学生等への訴求力の向上、福祉・介護人材の資質向上、採用・研修コストの縮減が期待

# 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会について

## ○ 設置の趣旨

介護分野の文書に係る負担軽減の実現に向け、国、指定権者・保険者及び介護サービス事業者が協働して、必要な検討を行う。

## ○ 検討事項

▶ 介護分野において、国、指定権者・保険者及び介護サービス事業者の間でやり取りされている文書に関する負担軽減策を検討。

【検討対象とする主な分野】 注) 介護報酬の要件等に関連する事項については、介護給付費分科会にて検討。

- ① **指定申請関連文書** (人員・設備基準に該当することを確認する文書等)
- ② **報酬請求関連文書** (加算取得の要件に該当することを確認する文書等)
- ③ **指導監査関連文書** (指導監査にあたり提出を求められる文書等)

▶ 中間取りまとめ（令和元年12月4日）で示された3つの視点にたち、明確な検討スケジュールを定め具体的な取組方策を検討。

### 【3つの視点】

- I **簡素化** (様式・添付書類や手続きの見直し)
- II **標準化** (自治体ごとのローカルルールを解消)
- III **ICT等の活用** (ウェブ入力・電子申請)

### 【検討スケジュール】

- 令和元年度内目途の取組** (押印や窓口負担の最小化 等)
- 1～2年以内の取組** (変更・更新時の負担軽減 等)
- 3年以内の取組** (ウェブ入力・電子申請 等)

## ○ 委員名簿 (敬称略、五十音順) (令和4年9月29日現在)

- |        |                             |
|--------|-----------------------------|
| ○井口 経明 | 東北福祉大学客員教授                  |
| 岩澤 由子  | 公益社団法人日本看護協会医療政策部長          |
| 江澤 和彦  | 公益社団法人日本医師会常任理事             |
| 遠藤 健   | 一般社団法人全国介護付きホーム協会顧問         |
| 大串 清文  | 奥多摩町福祉保健課長                  |
| 小椋 瑞穂  | 豊島区保健福祉部介護保険課長              |
| 木下 亜希子 | 公益社団法人全国老人保健施設協会社会保障制度委員会委員 |
| 清原 慶子  | 杏林大学客員教授／ルーテル学院大学客員教授       |
| 小泉 立志  | 公益社団法人全国老人福祉施設協議会副会長        |
| 陶山 茂   | 秦野市福祉部参事(兼)高齢介護課長           |
| ◎野口 晴子 | 早稲田大学政治経済学術院教授              |
| 橋本 康子  | 一般社団法人日本慢性期医療協会会長           |
| 濱田 和則  | 一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長        |
| 諸星 仁志  | 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部介護サービス担当課長  |
| 山際 淳   | 民間介護事業推進委員会代表委員             |

◎: 委員長  
○: 委員長代理

## ○ 開催履歴

令和元年8月7日(水)	第1回委員会
8月28日(水)	第2回委員会 事業者団体からのヒアリング他
9月18日(水)	第3回委員会 論点整理他
10月16日(水)	第4回委員会 負担軽減策についての議論他
11月27日(水)	第5回委員会 中間取りまとめ(案) 他
12月4日(水)	中間取りまとめの公表
12月5日(木)	介護保険部会への報告
令和2年3月30日(月)	第6回委員会 取組の進捗、今後の進め方他
11月13日(金)	第7回委員会 負担軽減策についての議論他
令和3年3月17日(水)	第8回委員会 負担軽減策についての議論他
令和4年1月20日(木)	第9回委員会 負担軽減策についての議論他
7月21日(木)	第10回委員会 負担軽減策についての議論他
8月24日(水)	第11回委員会 関係団体からのヒアリング他
9月29日(木)	第12回委員会 論点整理他
10月27日(木)	第13回委員会 取りまとめ(案) 他
11月7日(月)	取りまとめの公表
11月24日(木)	介護保険部会への報告

# 介護施設・事業所等の経営状況の把握について

第4回公的価格評価検討委員会

令和4年3月15日

参考資料1  
(一部編集)

(参考1) 骨太の方針2021

「医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表する全国的な電子開示システムを早急に整え、感染症による医療機関への影響等を早期に分析できる体制を構築する。同様に、介護サービス事業者についても、事業報告書等のアップロードによる取扱いも含めた届出・公表を義務化し、分析できる体制を構築する。」

(参考2) 骨太の方針2022

「経営実態の透明化の観点から、医療法人・介護サービス事業者の経営状況に関する全国的な電子開示システム等を整備する<sup>145</sup>とともに、処遇改善を進めるに際して費用の見える化などの促進策を講じる。<sup>145</sup> その際、補助金等について事業収益と分けるなど見える化できる内容の充実も検討。」

## ◆財務状況の公表状況

	社会福祉法	障害者総合支援法	介護保険法
報告義務	社会福祉法人は、計算書類（法人・事業区分・拠点区分で作成）等を所轄庁に届け出る義務（社福法59条等）	事業者は、情報公表対象サービス等情報を都道府県に報告する義務（障76条の3①、介115条の35④）	
公表義務	社会福祉法人は、計算書類（法人・事業区分・拠点区分）等を公表する義務（社福法59条の2①）	都道府県は、報告を受けた後、報告内容を公表する義務（障76条の3②、介115条の35②）	
公表対象（財務状況）	厚生労働大臣は、社会福祉法人に関する情報に係るデータベースを整備（社福法59条の2⑤）	事業所等の財務状況（施行規則別表一）	— (財務状況に係る規定なし)

社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム

現況報告書等のダウンロード		
報告年度	現況報告書	計算書類
令和3年度	ダウンロード	ダウンロード
令和2年度	ダウンロード	ダウンロード
平成31年度	ダウンロード	ダウンロード
平成30年度	ダウンロード	ダウンロード
平成29年度	ダウンロード	ダウンロード

障害福祉サービス等情報検索システム

事業所等の財務状況（財務諸表等による直近年度の決算資料）	
事業活動計算書（損益計算書）	損益計算書.pdf  ダウンロード
資金収支計算書（キャッシュフロー計算書）	-
貸借対照表（バランスシート）	貸借対照表.pdf  ダウンロード
就労支援事業事業活動計算書	事業活動計算書 .pdf  ダウンロード
就労支援事業別事業活動明細書	就労支援事業別事業活動明細書.pdf  ダウンロード

# 介護サービス情報公表制度の運用 ～概要～

- 契約の一方の当事者である事業者が、利用者の選択に資する情報を都道府県に報告し、都道府県が公表する。

## 期待する効果

- 利用者が適切な事業者を評価・選択することを支援
- 事業者のサービスの質の向上に向けた努力が適切に評価され選択されることを支援

国…報告・公表するためのシステム整備  
都道府県、政令指定都市…制度の実施主体

## 具体的取組

- ① **介護サービス情報公表システム等整備事業**  
全国の介護サービス事業所の情報を公表し、利用者の介護サービス選択を支援するためのシステム開発・運用等を行う。  
【実施主体】国（民間へ委託）
- ② **介護サービス情報の公表制度支援事業**  
都道府県及び指定都市における当該制度の運営が円滑に実施できるよう必要な支援を行う。  
【実施方法】補助（介護保険事業費補助金）  
【実施主体】都道府県及び指定都市  
【負担割合】国 1 / 2、都道府県又は指定都市 1 / 2

## 公表までのフロー図



## 介護サービス情報公表システム

### 情報公表される内容 ※介護保険法施行規則で規定

#### ① 基本情報

- 事業所の名称、所在地等
- 従業者に関するもの
- 提供サービスの内容
- 利用料等
- 法人情報

#### ② 運営情報

- 利用者の権利擁護の取組
- サービスの質の確保への取組
- 相談・苦情等への対応
- 外部機関等との連携
- 事業運営・管理の体制
- 安全・衛生管理等の体制
- その他（従業者の研修の状況等）

※その他、法令上には規定がないが、事業者の積極的な取組を公表できるよう「事業所の特色」（事業所の写真・動画、定員に対する空き数、サービスの特色など）についても、事業者自らが情報公表システムで任意に公表することが可能。

※さらに、自治体独自の公表項目の設定が可能。

## Ⅱ 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保

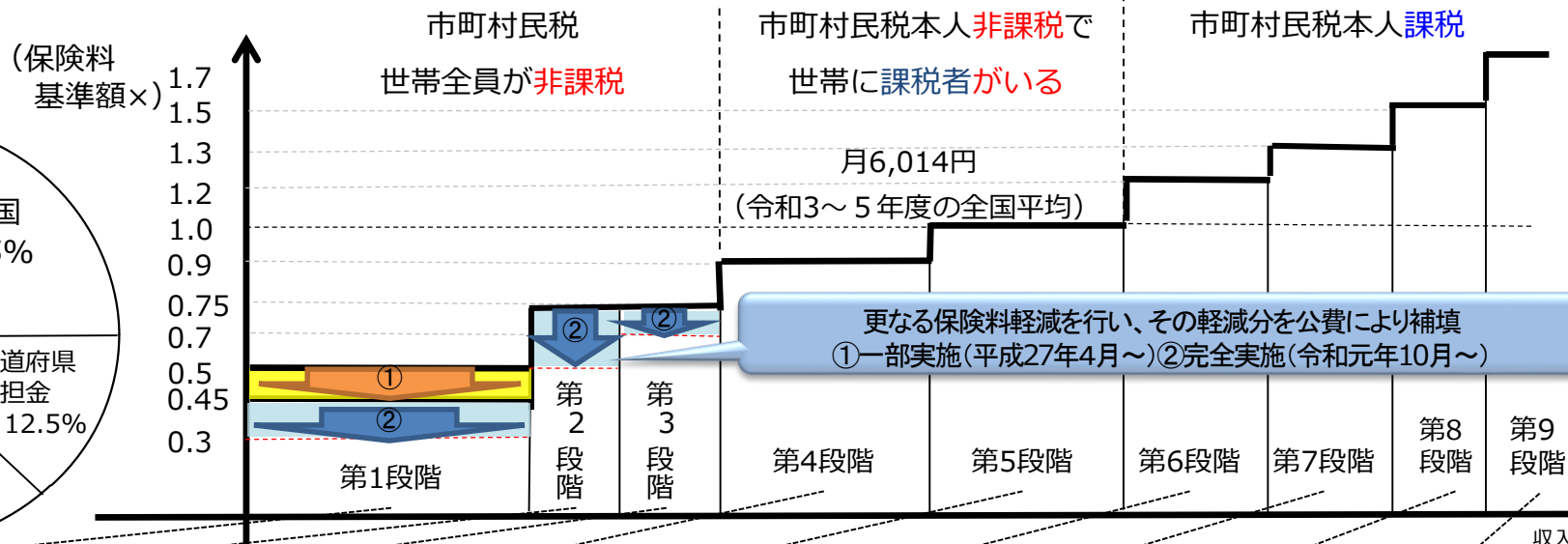
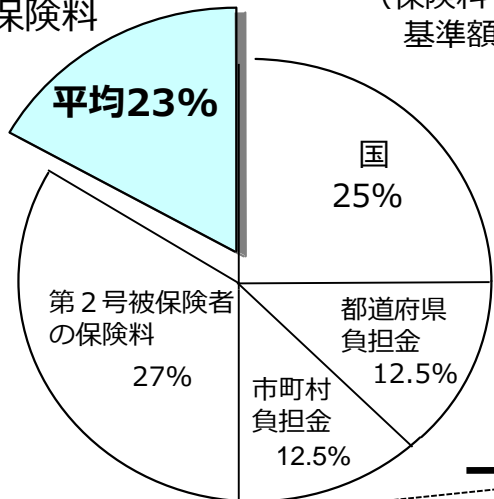
### 2. 給付と負担



# 第1号被保険者の保険料

- 市町村（保険者）は、介護保険給付費の約23%に相当する額を第1号被保険者（65歳以上の高齢者）に保険料として賦課。
- 第1号被保険者の保険料は、サービス基盤の整備の状況やサービス利用の見込みに応じて、保険者ごとに設定。（第8期（令和3～5年度）の保険料の基準額の全国平均は月額6,014円）
- 低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて、段階別に設定されている。（標準は9段階）

第1号被保険者の保険料



第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	第5段階	第6段階	第7段階	第8段階	第9段階
生活保護被保護者 世帯全員が市町村民税 <b>非課税</b> の老齢福祉年金受給者 世帯全員が市町村民税 <b>非課税</b> かつ本人年金収入等 <b>80万円以下</b>	世帯全員が市町村民税 <b>非課税</b> かつ本人年金収入等 <b>80万円超120万円以下</b>	世帯全員が市町村民税 <b>非課税</b> かつ本人年金収入等 <b>120万円超</b>	本人が市町村民税 <b>非課税</b> (世帯に課税者がいる)かつ本人年金収入等 <b>80万円以下</b>	本人が市町村民税 <b>非課税</b> (世帯に課税者がいる)かつ本人年金収入等 <b>80万円超</b>	市町村民税 <b>課税</b> かつ合計所得金額 <b>120万円未満</b>	市町村民税 <b>課税</b> かつ合計所得金額 <b>120万円以上210万円未満</b>	市町村民税 <b>課税</b> かつ合計所得金額 <b>210万円以上320万円未満</b>	市町村民税 <b>課税</b> かつ合計所得金額 <b>320万円以上</b>
609万人 (17.0%)	296万人 (8.3%)	271万人 (7.6%)	446万人 (12.5%)	480万人 (13.4%)	521万人 (14.5%)	463万人 (12.9%)	238万人 (6.6%)	255万人 (7.1%)

※被保険者数は「令和2年度介護保険事業状況報告年報」



# 介護給付、保険料等の推移（2000年→2021年）

- 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。

※2019年度までは実績であり、2020～2022年度は当初予算である。

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)	H24年度改定 +1.2%
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)	H26年度改定 +0.63%
2016年度				10.0兆円		
2017年度				10.2兆円		
2018年度	第七期	第七期		10.4兆円	5,869円 (全国平均)	H27年度改定 ▲2.27%
2019年度				10.8兆円		
2020年度				12.4兆円		
2021年度	第八期	第八期		12.8兆円	6,014円 (全国平均)	H29年度改定 +1.14%
2022年度				13.3兆円		
2023年度				13.3兆円		

H30年度改定 +0.54%

R1年度改定 +2.13%

R3年度改定 +0.70%(※)

※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価0.05%（令和3年9月末まで）

R4年度改定 +1.13%

# 標準段階の見直しについて（これまでの経緯）

## ■ 制度創設時の考え方

- 保険料算定に当たって市町村民税の課税状況を活用した上で、負担能力に応じた負担を求める観点から、制度創設時より「所得段階別保険料」をとっていた（**5段階設定**）
  - ※ 基準額に対する標準割合は、第1段階：0.5、第2段階：0.75、第3段階：1、第4段階：1.25、第5段階：1.5であった。
  - ※ 当時から、最高段階を1段階足して6段階設定とすることや、基準額に対する割合を柔軟に設定することは可能とされていた。

## ■ 平成18年改正の考え方

- 被保険者の負担能力をきめ細かく反映させる観点から、旧第2段階を新第2、第3段階に分ける（**標準は6段階制**）とともに、保険者によって、第7段階以上の多段階設定を可能とした。
  - ※ 課税層の段階を増やし、標準割合よりも高い割合を設定することは、保険料基準額の算定上、保険財政の支え手の力を増やすことを意味し、結果として保険料基準額を下げることにつながる。

## ■ 平成27年改正の考え方

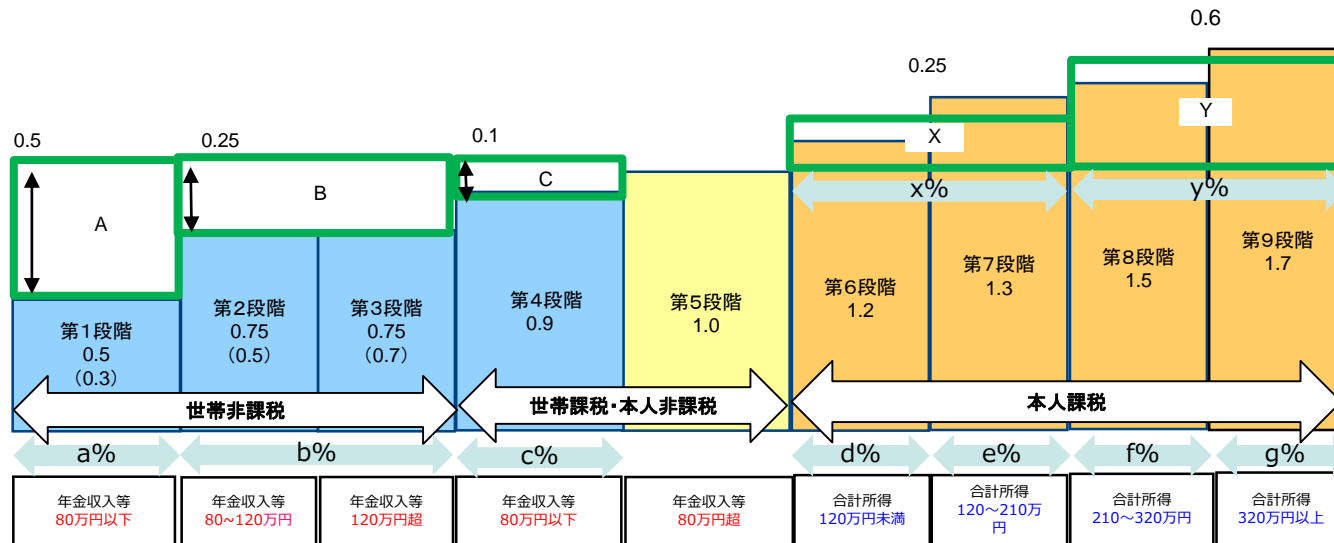
- 所得水準に応じてきめ細かな保険料設定を行うとともに、多くの保険者において特例第3・特例第4段階の設置や、本人課税所得層の多段化を行っている状況を踏まえ、**平成27年4月より、標準の段階設定を6段階から9段階に見直した。**

## ■ 現状について（第8期）

- 令和2年4月1日現在、標準の第9段階を超えて多段化を行っている自治体は、820保険者（52.1%）であり、最高段階は25段階（1保険者）。

# 標準 9 段階の設定方法

- 1号保険料については、標準として9つの所得段階を設定し、第5段階目を保険料基準額としている。  
 ※全国平均保険料額（3年に1度公表）は、全保険者の第5段階の保険料基準額を、全国加重平均したもの。  
 ※保険者が独自に10以上の所得段階を設定することも可能であり、第8期においては、全保険者の52.2%が設定。
- 3年ごとの保険料見直しに当たっては、国において、第6～9段階を区分する基準所得金額を定めている。
  - ① 合計所得金額調査により第1～4段階の被保険者数を算出し、(A+B+C)の面積が(X+Y)の面積と等しくなるよう、第7段階と第8段階を区分する基準所得金額を定める。
  - ② 第6段階と第7段階の被保険者数が等しくなるよう、両段階を区分する基準所得金額を定める（第8段階と第9段階を区分する基準所得段階についても同様）。
- 保険者間の責めによらない要因（被保険者の所得分布、年齢構成）による1号保険料の水準格差を平準化する調整交付金についても、保険料の標準9段階を用いて調整を行っている。



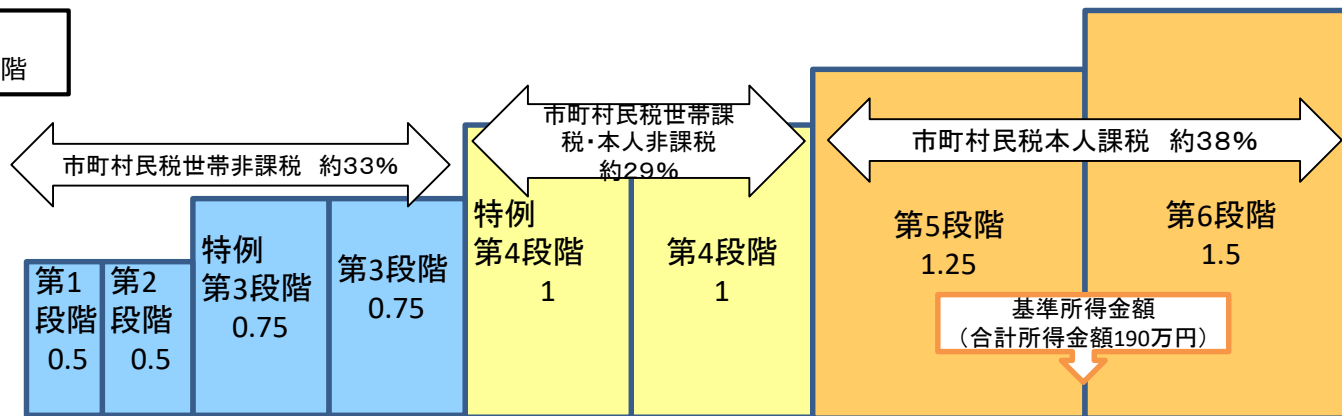
- ① 第7段階と第8段階の境界となる基準所得金額（第8期は210万円）  

$$(a \times 0.5 + b \times 0.25 + c \times 0.1) = (x \times 0.25 + y \times 0.6)$$
 となるように、基準所得金額を定める
- ② 第6段階と第7段階の境界となる基準所得金額（第8期は120万円）  
 dとeの被保険者数が均衡するように、基準所得金額を定める
- ③ 第8段階と第9段階の境界となる基準所得金額（第8期は320万円）  
 fとgの被保険者数が均衡するように、基準所得金額を定める

# (参考) 標準 6 段階から標準 9 段階への見直し (平成27年4月施行)

- 所得水準に応じてきめ細かな保険料設定を行うため、また、多くの自治体で特例第3・特例第4段階の設置や本人課税所得層の多段階化をしている現状を踏まえ、標準の段階設定を、現行の6段階から9段階に見直した。
- なお、改正前と同様、引き続き保険者の判断による弾力化を可能とした。

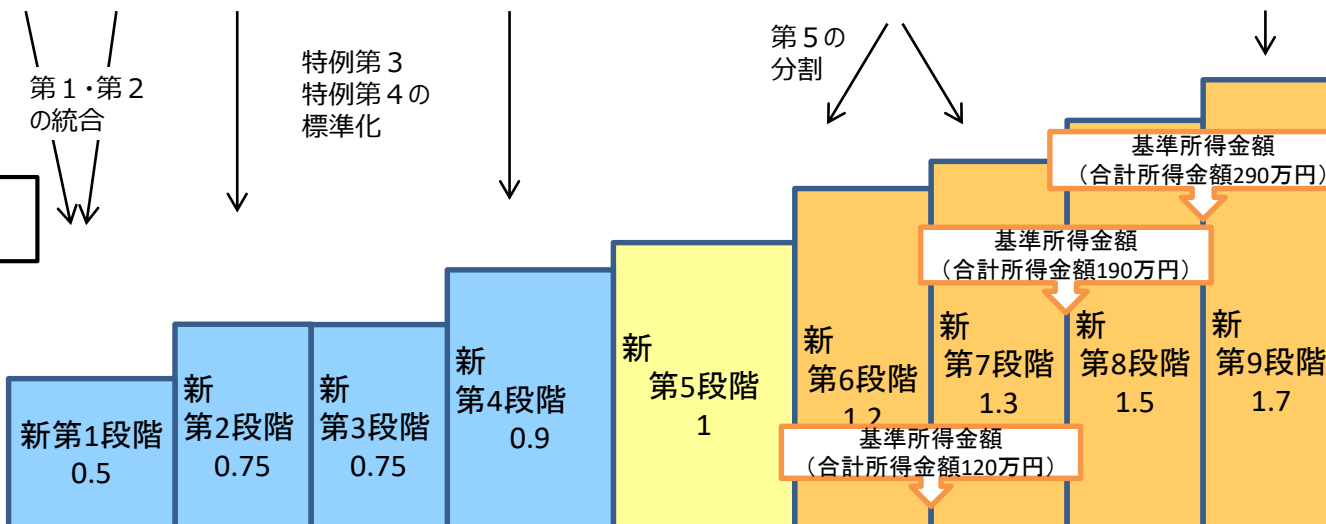
【改正前】  
標準 6 段階



第6段階の一段上の多段階化を標準化

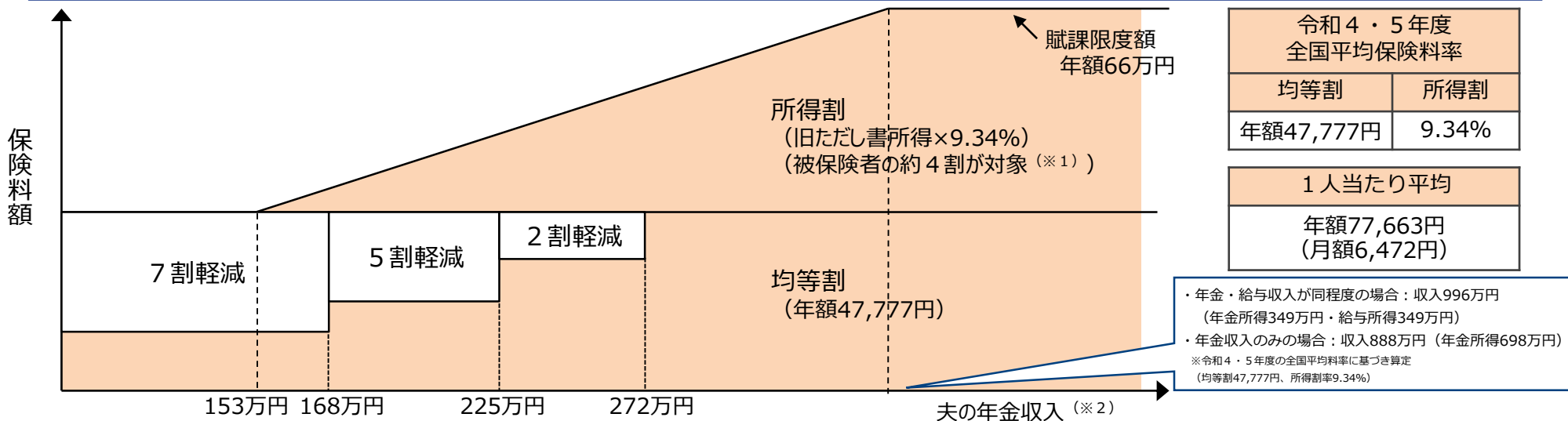
- ・乗率1.7は、現在の全保険者の最上位段階の乗率の中央値
- ・新第4段階の乗率0.9は、現在の全保険者の特例第4段階の部分の乗率（特例未実施を含む）の中央値

【改正後】  
標準 9 段階



# (参考) 後期高齢者医療の保険料について

- 被保険者の保険料は、条例により後期高齢者医療広域連合が決定し、毎年度、個人単位で賦課（2年ごとに保険料率を改定）。
  - 保険料額は、①被保険者全員が負担する均等割と、②所得に応じて負担する所得割で構成される。
  - ①均等割の総額と②所得割の総額の比率は、1 : 1。
  - 世帯の所得が一定以下の場合には、①均等割の7割 / 5割 / 2割を軽減。
  - 元被扶養者（※）については、75歳に到達後2年間に限り、所得にかかわらず、①均等割を5割軽減。②所得割は賦課されない。
- ※ 後期高齢者医療制度に加入する前日に被用者保険の被扶養者（被用者の配偶者や親など）であった者



均等割の軽減割合	対象者の所得要件 (令和4年度)	年金収入額の例		被保険者に占める割合
		夫婦2人世帯 (※2)	単身世帯	
7割軽減	43万円以下	168万円以下	168万円以下	41.5%
5割軽減	43万円 (※3) + 28.5万円 × (被保険者数) 以下	225万円以下	196.5万円以下	11.7%
2割軽減	43万円 (※3) + 52万円 × (被保険者数) 以下	272万円以下	220万円以下	11.2%

(※1) 令和3年度は被保険者の38.9% (令和3年度 後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告)

(※2) 夫婦二世帯で妻の年金収入80万円以下の場合における、夫の年金収入額。

(※3) 被保険者等のうち給与所得者等の数が2以上の場合は、43万円 + 10万円 × (給与所得者等の数 - 1)

# 第8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（令和3～5年度）

	第7期保険料 基準額（月額） （前回公表数値） （円）	第8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	5,869	6,014	2.5%
北海道	5,617	5,693	1.4%
青森県	6,588	6,672	1.3%
岩手県	5,955	6,033	1.3%
宮城県	5,799	5,939	2.4%
秋田県	6,398	6,487	1.4%
山形県	6,022	6,110	1.5%
福島県	6,061	6,108	0.8%
茨城県	5,339	5,485	2.7%
栃木県	5,496	5,656	2.9%
群馬県	6,078	6,136	1.0%
埼玉県	5,058	5,481	8.4%
千葉県	5,265	5,385	2.3%
東京都	5,911	6,080	2.9%
神奈川県	5,737	6,028	5.1%
新潟県	6,178	6,302	2.0%
富山県	6,028	6,301	4.5%
石川県	6,330	6,349	0.3%
福井県	6,074	6,242	2.8%
山梨県	5,839	5,783	-1.0%
長野県	5,596	5,623	0.5%
岐阜県	5,766	5,931	2.9%
静岡県	5,406	5,681	5.1%
愛知県	5,526	5,732	3.7%

	第7期保険料 基準額（月額） （前回公表数値） （円）	第8期保険料 基準額（月額） （円）	保険料基準額 の伸び率 （%）
三重県	6,104	6,174	1.1%
滋賀県	5,973	6,127	2.6%
京都府	6,129	6,328	3.2%
大阪府	6,636	6,826	2.9%
兵庫県	5,895	6,001	1.8%
奈良県	5,670	5,851	3.2%
和歌山県	6,538	6,541	0.0%
鳥取県	6,433	6,355	-1.2%
島根県	6,324	6,379	0.9%
岡山県	6,064	6,271	3.4%
広島県	5,961	5,985	0.4%
山口県	5,502	5,446	-1.0%
徳島県	6,285	6,477	3.1%
香川県	6,164	6,204	0.6%
愛媛県	6,365	6,409	0.7%
高知県	5,691	5,814	2.2%
福岡県	5,996	6,078	1.4%
佐賀県	5,961	5,984	0.4%
長崎県	6,258	6,254	-0.1%
熊本県	6,374	6,240	-2.1%
大分県	5,790	5,956	2.9%
宮崎県	5,788	5,955	2.9%
鹿児島県	6,138	6,286	2.4%
沖縄県	6,854	6,826	-0.4%

※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号被保険者の保険料の段階設定の状況（第8期）

## （1）保険料段階数別の保険者数

段階数	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20～24	25	合計
保険者数	751	187	187	161	119	63	41	31	17	10	2	1	1	1571
割合	47.8%	11.9%	11.9%	10.2%	7.6%	4.0%	2.6%	2.0%	1.1%	0.6%	0.1%	0.1%	0.1%	

介護保険計画課調べ（令和2年4月1日現在の全1571保険者を対象）

## （2）最上位の段階の基準額に対する乗率の分布

割合	1.7未満	1.7	1.7超 ～1.9未 満	1.9以上 ～2.1未 満	2.1以上 ～2.3未 満	2.3以上 ～2.5未 満	2.5以上 ～2.7未 満	2.7以上 ～2.9未 満	2.9以上 ～3.0未 満	3.0以上 ～3.5未 満	3.5以上 ～4.0未 満	4.0以上
保険者数	4	744	142	306	157	81	65	23	9	22	13	5

介護保険計画課調べ（令和2年4月1日現在の全1571保険者を対象）

# 第1号被保険者の保険料の段階設定の状況（第8期）

## （3）第5段階以下の各段階の基準額に乗じる割合別の保険者数

○低所得者軽減を反映する前の乗率

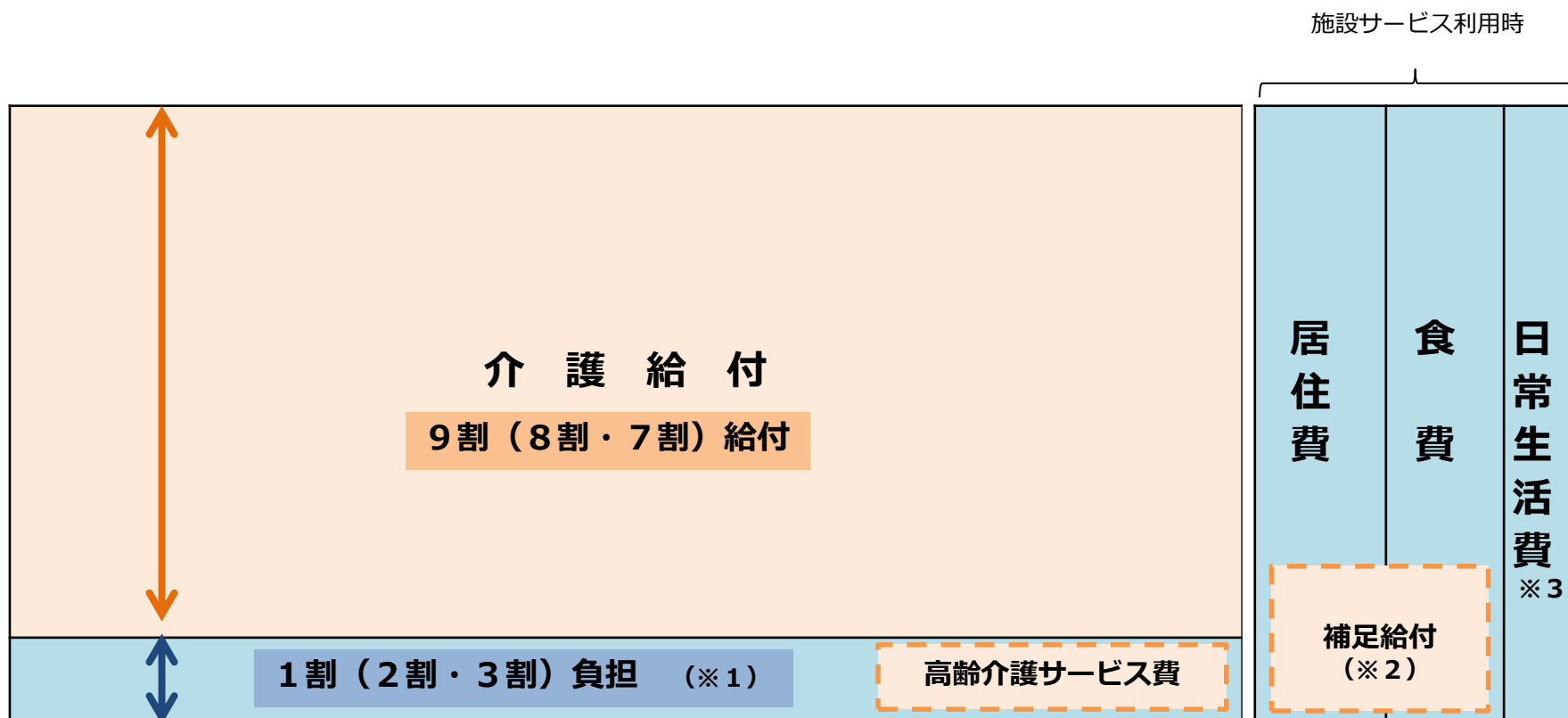
			0.3未満	0.3	0.3超	0.4以上	0.5	0.5超	0.6以上	0.7	0.7超	0.75	0.75超	0.8以上	0.9	0.9超	1.0
第1段階	世帯全員が 非課税	被保護者 老齢福祉年金受給者 本人年金収入80万円以下		3	9	156	標準 1394	5	3						1		
第2段階		本人年金収入 80万円超120万円以下					11	13	346	189	28	標準 982	1			1	
第3段階		120万円超						3	30	91	24	標準 1407	6	8	1	1	
第4段階	本人非課税	80万円以下							2	2		3	3	294	標準 1237	30	
第5段階		80万円超												2	2		標準 1567

○低所得者軽減を反映した後の乗率

			0.3未満	0.3	0.3超	0.4以上	0.5	0.5超	0.6以上	0.7	0.7超	0.75	0.75超	0.8以上	0.9	0.9超	1.0
第1段階	世帯全員が 非課税	被保護者 老齢福祉年金受給者 本人年金収入80万円以下	112	標準 1442	10	5	1			1							
第2段階		本人年金収入 80万円超120万円以下	4	5	70	255	標準 1227	3	2	2	2	1					
第3段階		120万円超				2	4	4	117	標準 1422	10	10	1				1

# 介護給付における利用者負担

※肌色 = 保険給付、水色 = 利用者負担

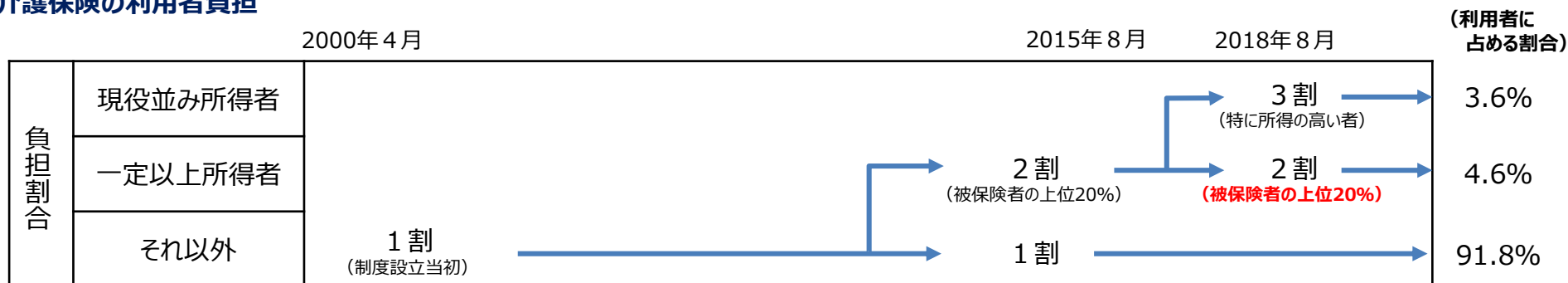


- ※1 居宅介護支援は全額が保険給付される。  
「合計所得金額160万円以上」かつ、「年金収入 + その他合計所得金額280万円以上 (単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上)」の場合は、2割負担。  
「合計所得金額220万円以上」かつ、「年金収入 + その他合計所得金額340万円以上 (単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」の場合は、3割負担。
- ※2 介護保険3施設・ショートステイにおいては居住費、食費の軽減
- ※3 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。(例：理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用)

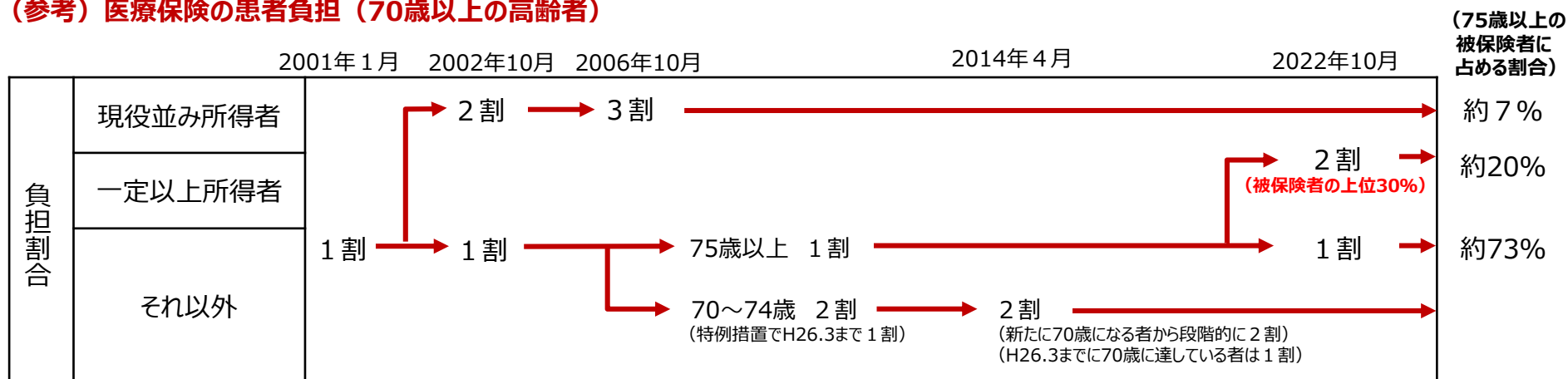
# 介護保険制度における利用者負担割合（経緯）

- 介護保険の利用者負担は、制度創設以来1割であったが、その後負担割合の見直しが行われている。
- 介護保険制度施行時には高齢者医療は定額負担制であり、その後定率負担が導入され、さらに負担割合の見直しが行われている。

## 介護保険の利用者負担



## (参考) 医療保険の患者負担（70歳以上の高齢者）



# 平成26年改正における一定所得以上の利用者負担の見直し【平成27年8月施行】

## 負担割合の引き上げ

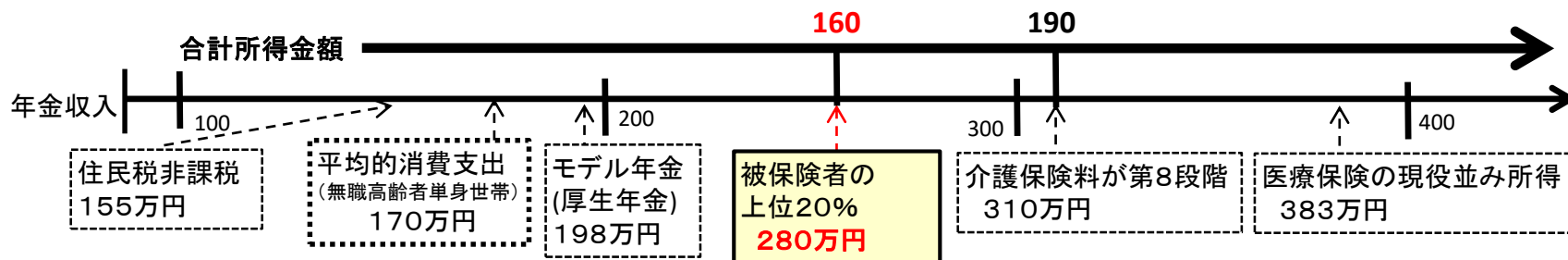
- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある**一定以上の所得の方の自己負担割合を2割**とする。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- 自己負担2割とする水準は、**合計所得金額**(※1) **160万円以上**(※2)の者(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)。
- ただし、合計所得金額が160万円以上であっても、実質的な所得が280万円に満たないケースや2人以上世帯における負担能力が低いケースを考慮し、**「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で280万円、2人以上世帯で346万円未満**(※3)の場合は、**1割負担に戻す**。

※1 合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額

※2 **被保険者の上位20%に該当する水準**。ただし、利用者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、**実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度**と推計。

※3  $280万円 + 5.5万円(国民年金の平均額) \times 12 \approx 346万円$

## 自己負担2割とする水準(単身で年金収入のみの場合) ※年金収入の場合: 合計所得金額=年金収入額-公的年金等控除(基本的に120万円)



# 平成29年改正における一定所得以上の利用者負担割合の見直し

## 負担割合の引き上げ

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】

	負担割合
年金収入等 340万円以上 <small>(※1)</small>	<b>2割 ⇒ 3割</b>
年金収入等 280万円以上 <small>(※2)</small>	2割
年金収入等 280万円未満	1割

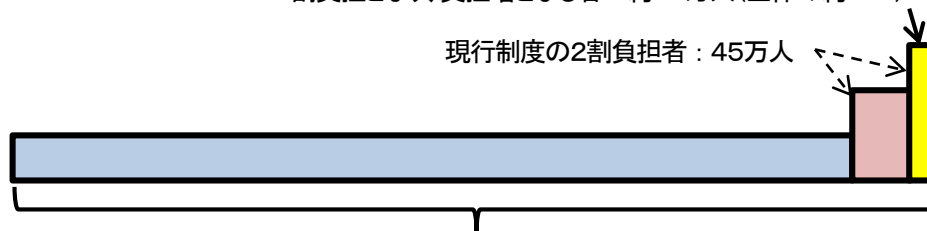
※1 「合計所得金額(給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額)220万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額340万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」⇒単身で年金収入のみの場合344万円以上に相当

※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

### 【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%)

現行制度の2割負担者：45万人



受給者全体：496万人

	在宅サービス 施設・居住系			(単位:万人) 合計
	在宅サービス	施設・居住系	特養	
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)

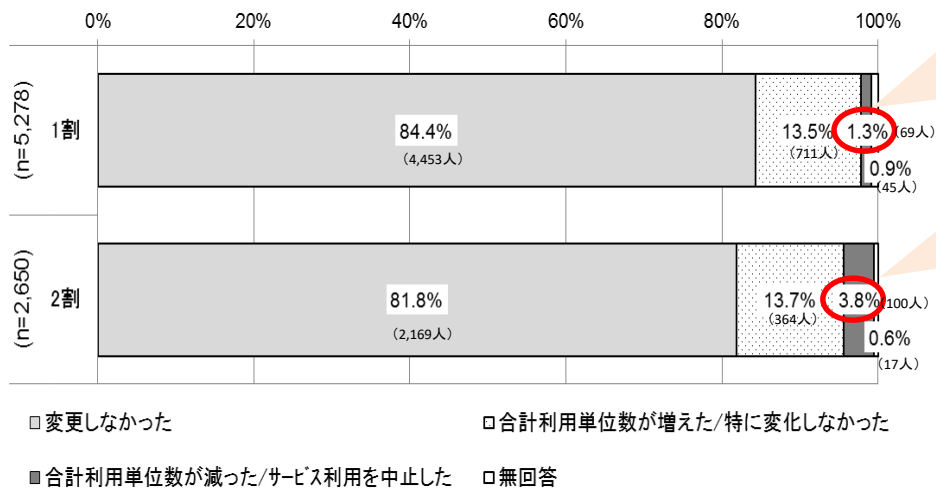
※特養入所者の一般的な費用額の2割相当分は、既に44,400円の上限に当たっているため、3割負担となっても、負担増となる方はほとんどいない。



# 介護保険における2割負担の導入による影響に関する調査について

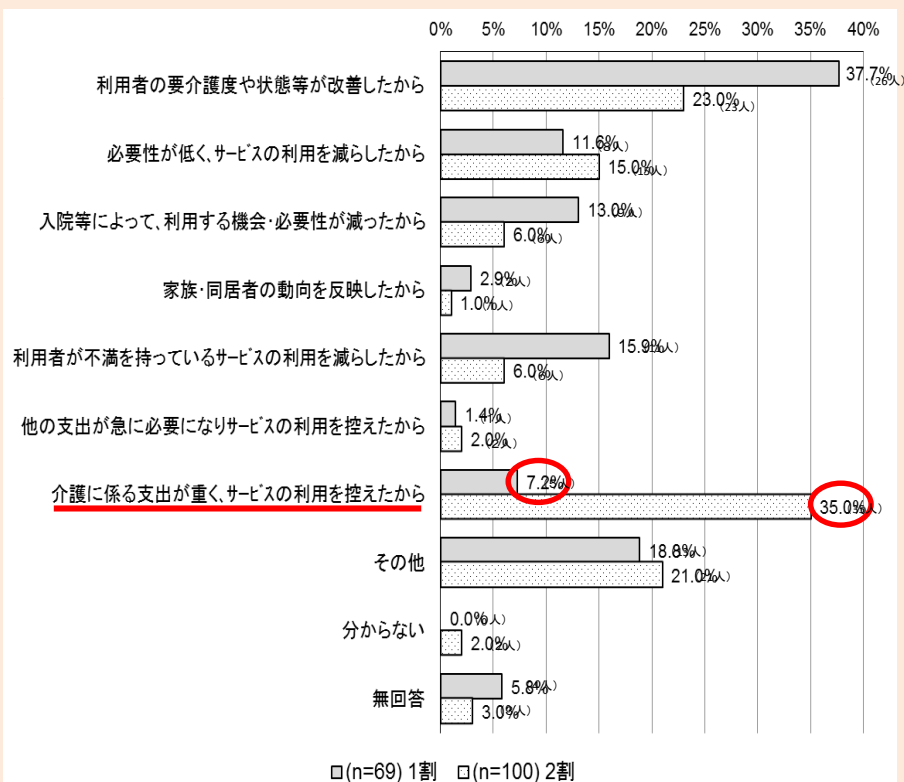
- 2割負担の導入後5ヶ月以内における週間サービス計画表の1週間当たりの利用単位数の合計値の変化について、
  - ・「変更しなかった」割合は、1割負担の利用者で84.4%、2割負担の利用者で81.8%であり、1割負担の利用者の方がやや高かった。
  - ・「変更した結果、合計利用単位数が増えた/特に変化しなかった」割合は、1割負担の利用者で13.5%、2割負担の利用者で13.7%であった。
  - ・「変更した結果、合計利用単位数が減った/サービス利用を中止した」割合は、1割負担の利用者で1.3%、2割負担の利用者で3.8%であり、2割負担の利用者の方がやや高かった。
- 合計利用単位数が減った者のうち、「介護に係る支出が重い」ことを理由に挙げた割合は、1割負担の利用者全体の0.1%、2割負担の利用者全体の1.3%であった。

週間サービス計画表の1週間当たりの  
利用単位数の合計値の変化



※ 調査の対象者は、平成27年10月1日時点で回答事業所の居宅介護支援(介護予防支援)サービスを利用しており、平成29年12月末時点も回答事業所のサービスを利用している者とした。  
 ※ 平成27年10月1日時点の利用者負担割合別に集計を行っている。  
 ※ 平成27年8月以降の新規利用者については集計から除いている。

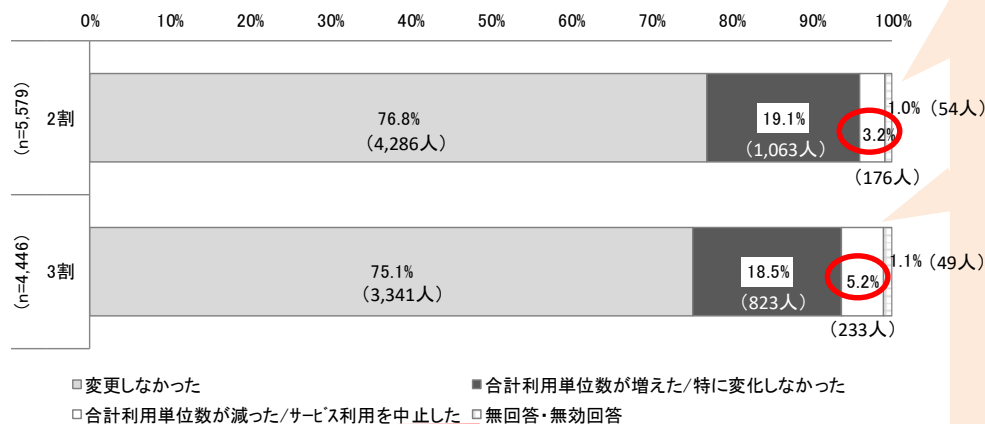
利用単位数の合計値が減った/サービス利用を中止した理由



# 介護保険における3割負担の導入による影響に関する調査について

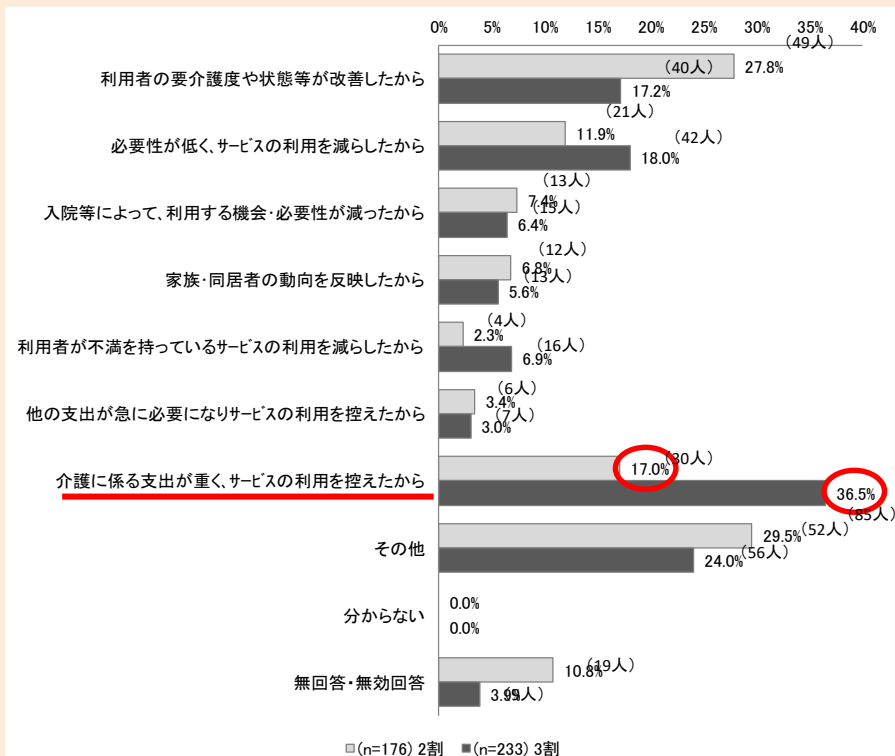
- 3割負担の導入後5ヶ月以内における週間サービス計画表の1週間当たりの利用単位数の合計値の変化について、
  - ・「変更しなかった」割合は、2割負担の利用者で76.8%、3割負担の利用者で75.1%であり、2割負担の利用者の方がやや高かった。
  - ・「変更した結果、合計利用単位数が増えた/特に変化しなかった」割合は、2割負担の利用者で19.1%、3割負担の利用者で18.5%であった。
  - ・「変更した結果、合計利用単位数が減った/サービス利用を中止した」割合は、2割負担の利用者で3.2%、3割負担の利用者で5.2%であり、3割負担の利用者の方がやや高かった。
- 合計利用単位数が減った者のうち、「介護に係る支出が重い」ことを理由に挙げた割合は、2割負担の利用者全体の0.5%、3割負担の利用者全体の1.9%であった。

週間サービス計画表の1週間当たりの  
利用単位数の合計値の変化



※ 対象となる利用者は、平成30年12月末時点で回答事業所の居宅介護支援(介護予防支援)サービスを利用している者とした。  
 ※ 平成30年12月末時点の利用者負担割合別に集計を行っている。  
 ※ 平成30年8月以降の新規利用者については集計から除いている。

利用単位数の合計値が減った/サービス利用を中止した理由

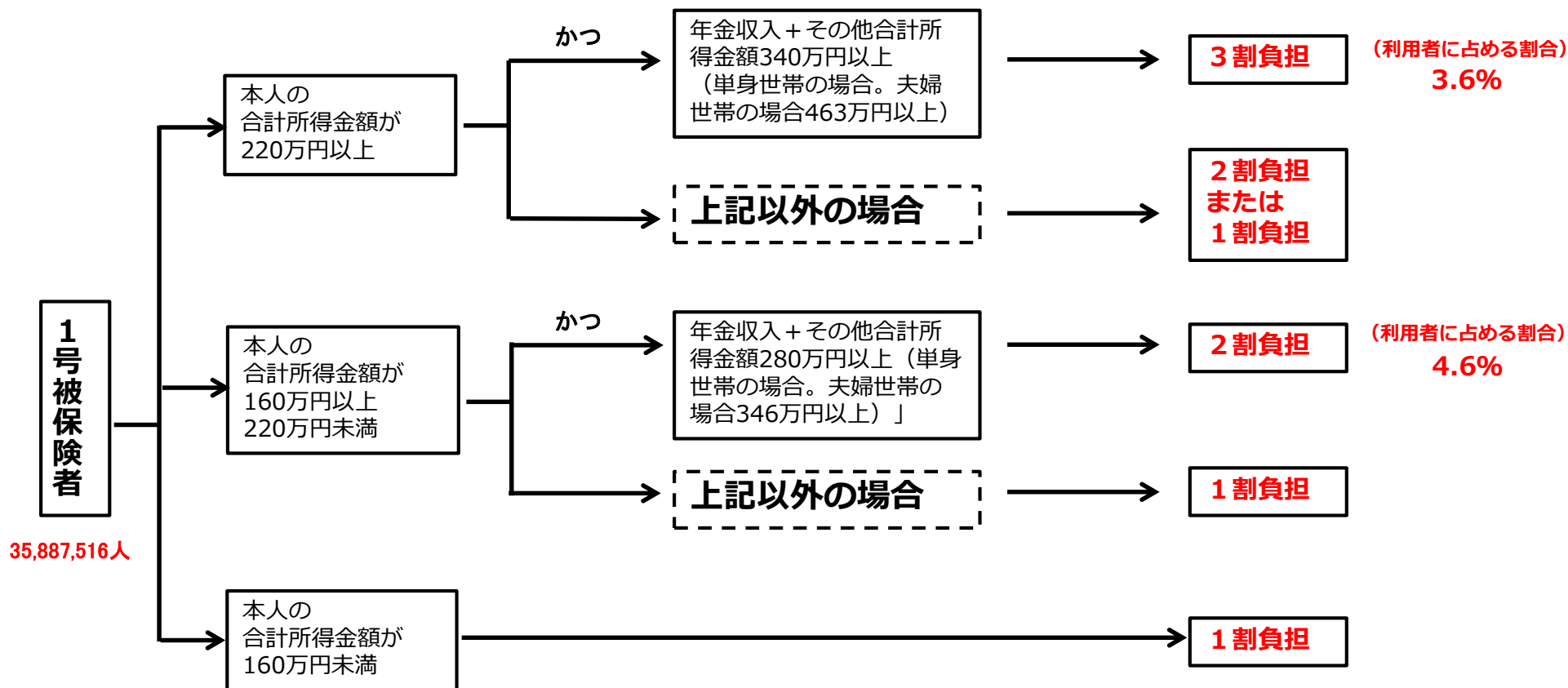


# 介護保険制度における利用者負担割合（判定基準）

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、

○相対的に負担能力のある、一定以上の所得を有する方の利用者負担割合を2割としている【平成27年8月施行】

○2割負担者のうち、特に所得の高い方の利用者負担割合を3割としている【平成30年8月施行】



※第2号被保険者、市町村民税非課税者、生活保護受給者の場合、上記のフローにかかわらず、1割負担。

※第1号被保険者数、うち2割負担対象者及び3割負担対象者の数は「介護保険事業状況報告（令和4年3月月報）」によるもの。

# 1号被保険者の所得分布（2割負担・3割負担の水準）

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、

○相対的に負担能力のある、一定以上の所得を有する方の利用者負担割合を2割としている【平成27年8月施行】

○2割負担者のうち、特に所得の高い方の利用者負担割合を3割としている【平成30年8月施行】

## 【2割負担】

一定以上所得（被保険者の上位20%）  
年金収入等(1人世帯)：280万円  
合計所得金額：160万円

※利用者ベース累計割合…8.2%

## 【3割負担】

### 現役並み所得

年金収入等(1人世帯)：340万円  
合計所得金額：220万円

※利用者ベース累計割合…3.6%

モデル年金(厚生年金)  
年金収入等185.7万円

後期高齢者医療の2割負担  
となる層と同じ所得水準  
年金収入等200万円

年金収入 +その他合計所得金額	～200 万	200～ 210	210～ 220	220～ 230	230～ 240	240～ 250	250～ 260	260～ 270	270～ 280	280～ 290	290～ 300	300～ 310	310～ 320	320～ 330	330～ 340	340～ 350	350～ 360	360～ 370	370万 ～
合計所得金額 (○円以上～○円未満)	～80万	80～ 90	90～ 100	100～ 110	110～ 120	120～ 130	130～ 140	140～ 150	150～ 160	160～ 170	170～ 180	180～ 190	190～ 200	200～ 210	210～ 220	220～ 230	230～ 240	240～ 250	250万 ～
被保険者数 (千人)	2,500	529	643	710	676	704	715	650	623	543	484	426	385	329	311	272	256	215	3255
割合の累計値 (上位○%)	40.0%	33.0%	31.5%	29.7%	27.7%	25.8%	23.8%	21.8%	20.0%	18.2%	16.7%	15.3%	14.1%	13.0%	12.1%	11.2%	10.5%	9.8%	9.2%

所得分布は令和2年4月1日現在（介護保険計画課調べ）

○ 年金収入の場合：合計所得金額＝年金収入額－公的年金等控除等（120万円程度）（※）

○ 年金収入＋その他の合計所得金額は、給与所得等の額により変動しうる。

○ 利用者ベース累計割合については、1号被保険者に係る所得段階別の分布が利用者数ベースでも同じと仮定して、推計したもの。

※ 公的年金等控除については、平成30年度税制改正大綱（平成29年12月22日閣議決定）に基づき、控除額が一律で10万円引き下げられているが、介護保険料や保険給付の負担水準に関して、意図せざる影響や不利益が生じないように、所得指標の見直しを実施している。

# 介護保険における実質的な自己負担率

平成27年8月～  
2割負担の一部導入

平成30年8月～  
3割負担の一部導入

年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	元年度	2年度
実質自己負担率	約7.7%	約7.7%	約7.6%	約7.5%	約7.2%	約7.2%	約7.2%	約7.2%	約7.2%	約7.5%	約7.6%	約7.5%	約7.7%	約7.6%	約7.4%

実質的な自己負担率 = 利用者負担額 / 費用額

- ※ 利用者負担額 = 費用額 - 給付費額
- ※ 費用額は、保険給付費用額（利用者負担分を含む介護報酬の総額）に特定入居者介護（介護予防）サービス費用額（補足給付額）を加えたもの。（地域支援事業等に要する費用額を含まない。）
- ※ 給付費額は、保険給付額に高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費及び特定入居者介護（介護予防）サービス費用額（補足給付額）を加えたもの。（地域支援事業等に要する費用額を含まない。）ただし、高額介護サービス費の支給は数ヶ月遅れている可能性がある点に留意。
- ※ 介護保険事業状況報告年報の数値を元に算出。

## 利用者数及び利用者1人あたりの自己負担額（サービス別）

- 2020年度の介護サービス利用者数及び、介護サービス利用者1人あたりの自己負担額を集計したもの。  
 ※ 自己負担額については、高額介護サービス費の適用前の額。

- 利用者数 (万人)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
利用者計	30	46	112	104	83	76	52	502
施設	－	－	5	9	25	36	27	102
居住	2	2	10	10	10	8	5	47
在宅	28	45	97	84	48	32	19	353

- サービス利用者1人あたりの自己負担額 (万円/月)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
利用者計	0.2	0.3	1.1	1.5	2.3	2.8	3.2	1.7
施設	－	－	2.7	2.9	3.0	3.2	3.4	3.1
居住	0.8	1.4	2.3	2.6	2.8	3.0	3.2	2.6
在宅	0.2	0.3	0.9	1.2	1.8	2.3	2.8	1.2

注1 「施設」には、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設を集計

注2 「居住」には、特定施設入所者生活介護、認知症高齢者グループホームを集計

注3 「在宅」には、「施設」「居住」以外の訪問介護、通所介護、短期入所介護、小規模多機能、看護小規模多機能等を集計  
 出典) 介護給付費等実態統計報告(2020年度)



## 医療・介護のサービス利用状況

- 医療の場合、被保険者の多くが医療サービスを受けているが、介護の場合、特定の者が継続して介護サービスを利用しているという違いがある

	後期高齢者医療（75歳以上） ※被保険者数1,790万人	介護（65歳以上＝第1号被保険者） ※被保険者数3,563万人
患者数・利用者数	1,753万人（98.0%：対被保険者比） ・入院：437万人（24.4%） ・外来：1,697万人（94.8%）	502.4万人（約14.1%：対被保険者比） ・施設系：102万人（2.9%） ・居住系：47万人（1.3%） ・在宅系：353万人（9.9%）
1人当たり 医療費or介護費	95万円（年額/被保険者）	30万円（年額/被保険者） 210万円（年額/利用者）
1人当たり 自己負担額	7.9万円（年額/被保険者）	2.3万円（年額/被保険者） 16万円（年額/利用者）

注1) 介護については、介護DB（2020年度分）、令和2年事業状況報告年報より作成。

注2) 後期高齢者医療については、医療給付実態調査、医療保険に関する基礎資料（いずれも2019年度）より作成。

注3) 患者数（全体、入院、外来）は、後期高齢者医療保険の年度平均被保険者数と、1年度間において1医療機関以上で診療を受けた者の割合（全体、入院、外来）から推計。

## 65歳以上の者のいる世帯の平均所得金額

平均所得金額（月額）	平成25年調査	平成28年調査	令和元年調査	令和3年調査
夫婦のみ世帯	34.7万円	34.2万円	35.6万円	37.1万円
単身世帯	15.9万円	16.1万円	17.1万円	17.4万円

注1) 平均所得金額（月額）は、年額の公表値を12で除して月額換算した。

注2) 夫婦のみ世帯では、夫婦のうち少なくとも一方が65歳以上であり、必ずしも夫婦の両者が65歳以上とは限らない。

注3) 調査の所得は、調査前年の1月1日から12月31日までの1年間の所得である。

令和3年調査では令和2年の所得を調査しており、「特別定額給付金」も所得に含まれている。

注4) 平成25年、平成28年、令和元年調査は3年ごとの大規模な調査であり、令和3年調査は大規模調査年の間にあたる年の簡易調査である。

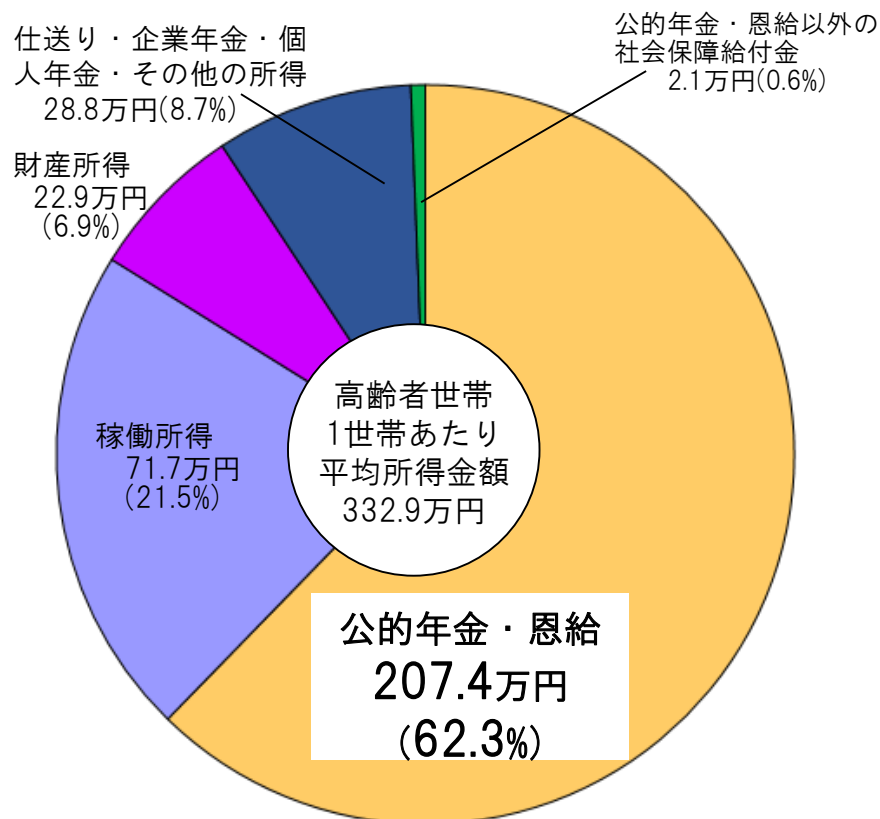
資料出所：国民生活基礎調査

# 高齢者世帯の所得の内訳

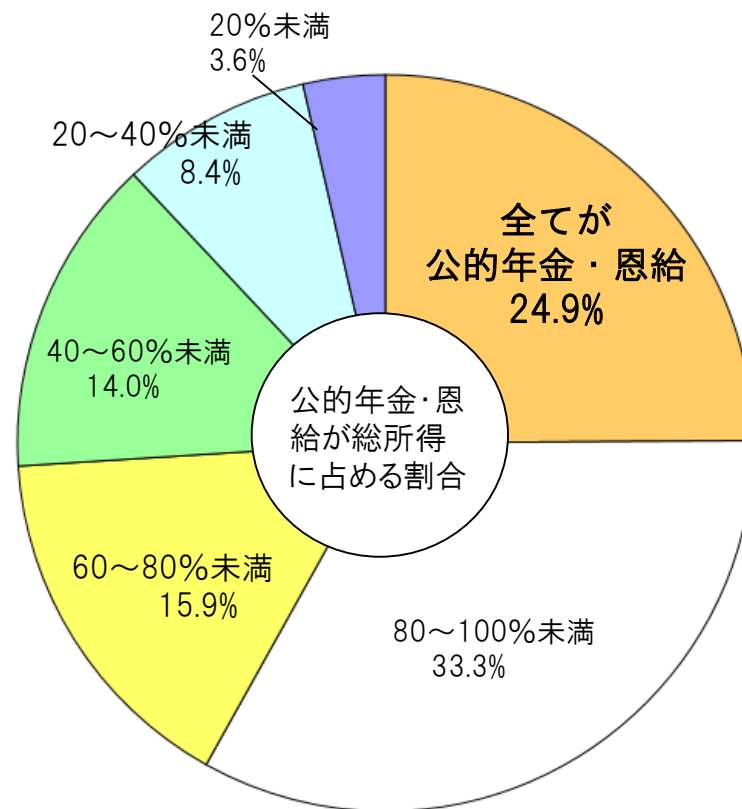
- 高齢者世帯の収入の約6割を公的年金等が占める。
- 約6割の高齢者世帯で、所得の80%以上が公的年金等となっている。

資料出所：令和3年国民生活基礎調査（厚生労働省）を基に作成

## ● 高齢者世帯の所得の種類別1世帯あたり平均所得金額



## ● 公的年金・恩給を受給している高齢者世帯における公的年金・恩給の総所得に占める割合別世帯数の構成割合

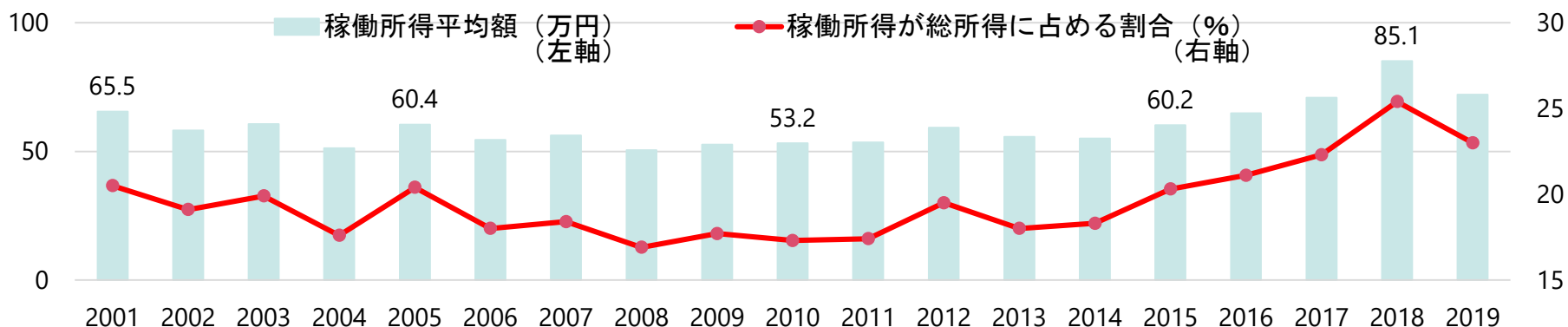


# 高齢者世帯の稼働所得の状況

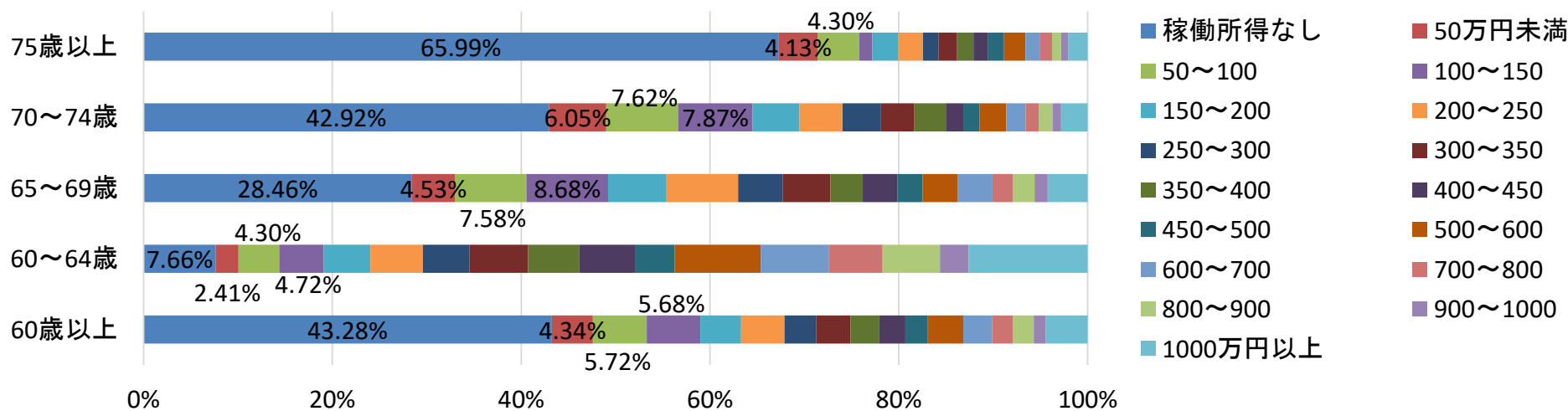
- 高齢者世帯（※）における稼働所得の年平均額は55万円～70万円で推移。
- 世帯主年齢65～69歳世帯の約7割、70～74歳世帯の約6割で稼働所得がある。
- ※ 65歳以上の者のみで構成される世帯又はそれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯。

資料出所：国民生活基礎調査（厚生労働省）等を基に作成

## ● 高齢者世帯の稼働所得（年平均額・総所得に占める割合）の推移



## ● 世帯主年齢65歳以上の世帯の稼働所得分布（2019年） ※世帯員の稼働所得を含む



# 高齢者（世帯主65歳以上世帯）の貯蓄の状況

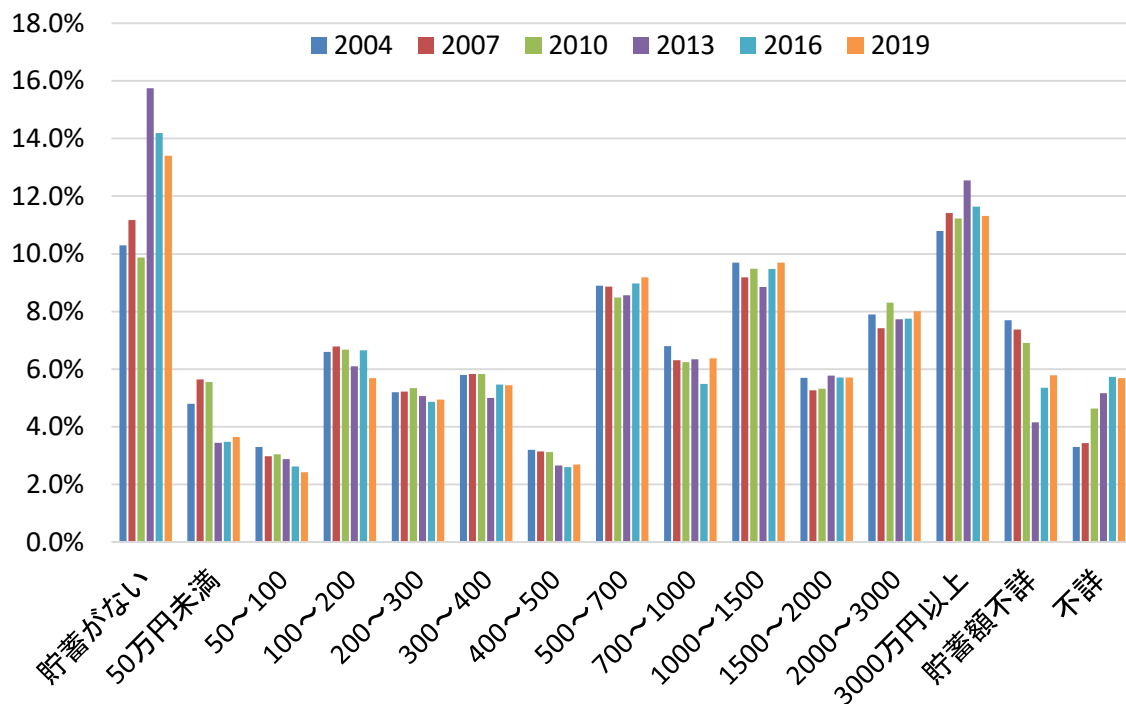
- 世帯主年齢65歳以上の世帯における平均貯蓄額は約1,400万円台からやや減少傾向で推移。
- 分布においては貯蓄がない者と高額貯蓄の者の割合が高く、「貯蓄なし又は貯蓄額100万円未満」の割合は2013年まで増加していたものの、その後減少傾向。

資料出所：国民生活基礎調査（厚生労働省）を基に作成

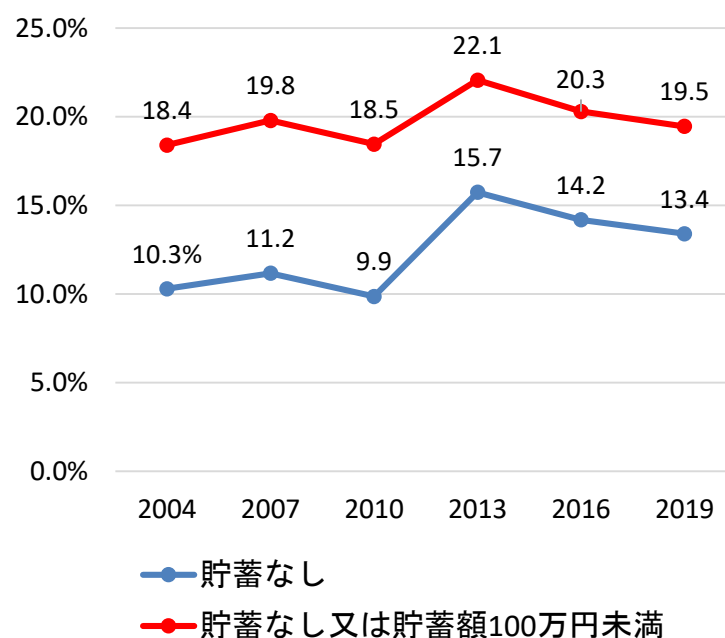
## ● 平均貯蓄額 ※千円単位で四捨五入

	2004年	2007年	2010年	2013年	2016年	2019年
平均貯蓄額（万円）	1,432	1,334	1,300	1,339	1,284	1,277

## ● 貯蓄の分布の状況



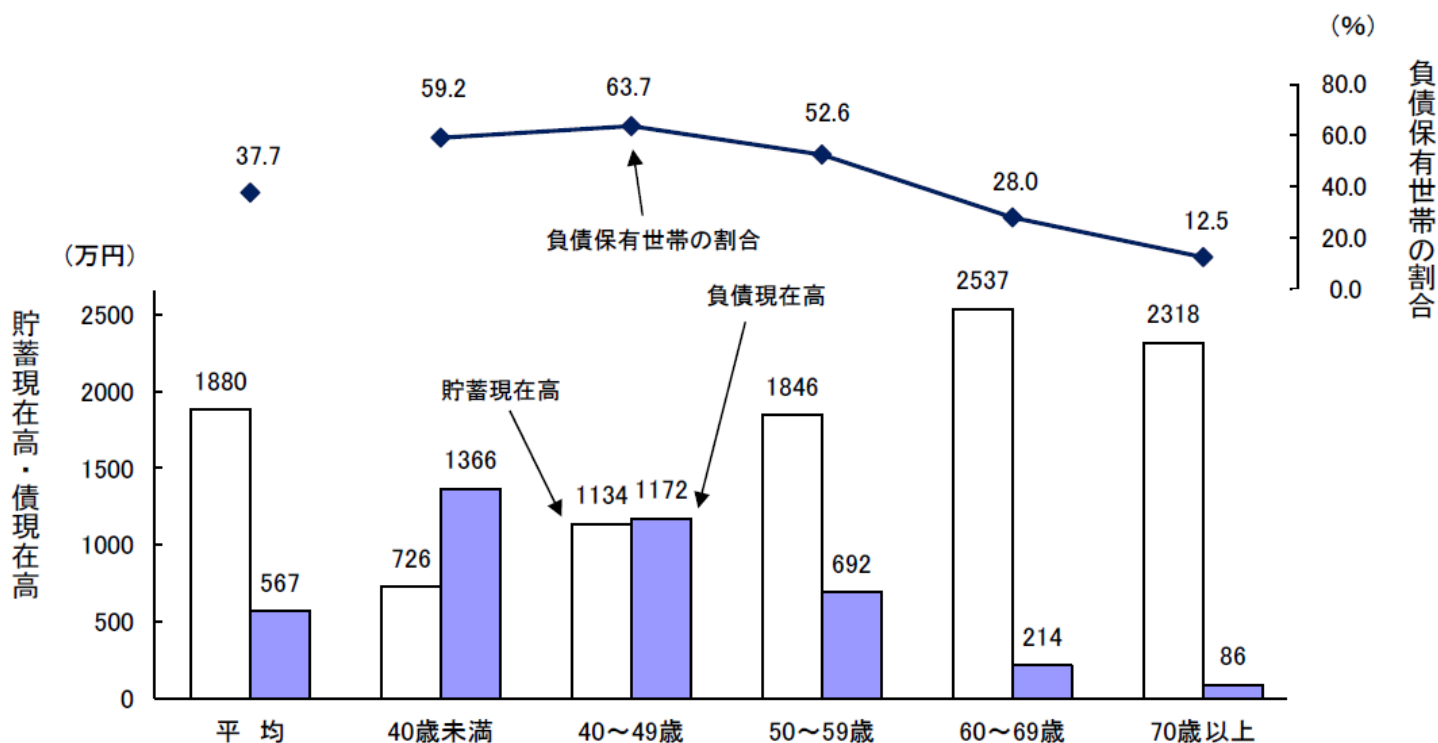
## ● 貯蓄なし又は100万円未満の世帯数推移



# 家計調査（世帯主の年齢階級別・負債現在高，負債保有世帯の割合）

## ● 60歳以上の各年齢階級では2000万円を超える貯蓄現在高となっている

図Ⅲ－１－１ 世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高、負債保有世帯の割合  
（二人以上の世帯）－2021年－



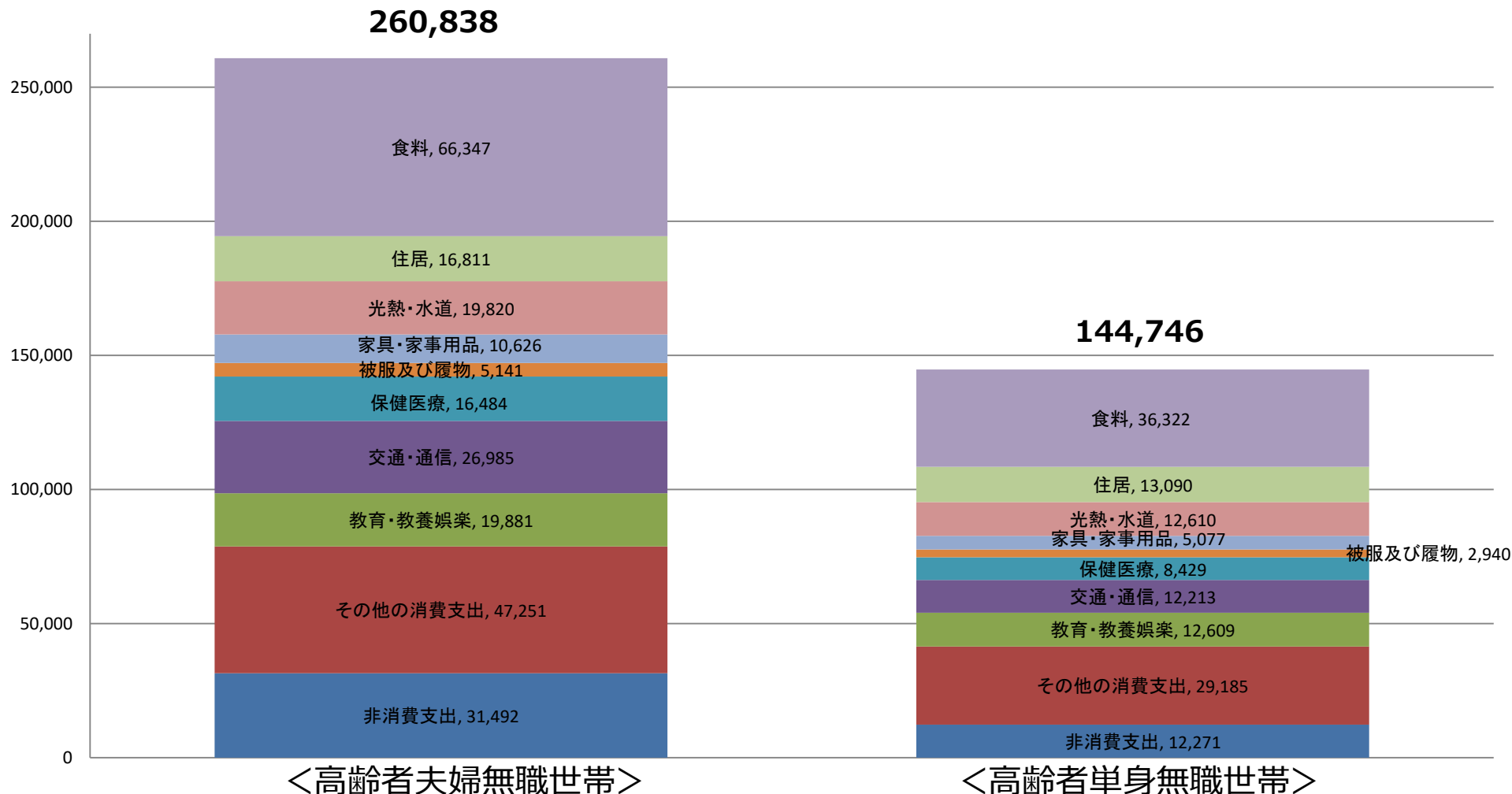
出典) 総務省「2021年家計調査」



# 家計における支出（消費支出・非消費支出）について

資料出所：令和3年家計調査年報

(単位：円)



※ 高齢者夫婦無職世帯：男65歳以上・女60歳以上の者のみからなる世帯で少なくとも一人は65歳以上であり世帯主が無職の世帯

※ 高齢者単身無職世帯：65歳以上で無職の単身世帯

※ 数値は月額平均。保健医療支出は医薬品、健康保持用摂取品、保健医療用品・器具、保健医療サービスに係る費用からなる。介護サービスの自己負担分は「その他の消費支出」に含まれる。

# 家計における支出（消費支出・非消費支出）について

※ 資料出所：家計調査年報（平成25年～令和3年）

※ 数値は月額平均。括弧内は前年からの伸び率

## ○高齢者夫婦無職世帯

（単位：円）

	平成25年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
消費支出	243,963 (+1.43%)	238,617 (-2.39%)	235,987 (-1.10%)	237,083 (+0.46%)	241,421 (+1.83%)	230,243 (-4.63%)	229,348 (-0.39%)
（内）保健医療支出	15,214 (-1.69%)	15,014 (-2.64%)	15,615 (+4.00%)	15,310 (-1.95%)	16,160 (+5.55%)	16,329 (+1.05%)	16,484 (+0.95%)
（内）その他消費支出	61,585 (+0.66%)	56,778 (-3.11%)	54,098 (-4.72%)	53,937 (-0.30%)	55,134 (+2.22%)	48,220 (-12.54%)	47,251 (-2.01%)
非消費支出	29,887 (-0.71%)	29,274 (-13.67%)	28,030 (-4.25%)	29,011 (+3.50%)	30,744 (+5.97%)	32,007 (+4.11%)	31,492 (-1.61%)

## ○高齢者単身無職世帯

（単位：円）

	平成25年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
消費支出	143,231 (+1.01%)	143,460 (-0.39%)	141,529 (-1.35%)	149,685 (+5.76%)	138,623 (-7.39%)	133,146 (-3.95%)	132,476 (-0.50%)
（内）保健医療支出	8,526 (+1.11%)	8,041 (-4.76%)	7,918 (-1.53%)	8,343 (+5.37%)	8,469 (+1.51%)	8,246 (-2.63%)	8,429 (+2.22%)
（内）その他消費支出	36,926 (+2.25%)	35,427 (-0.57%)	31,446 (-11.24%)	33,935 (+7.92%)	30,586 (-9.87%)	29,549 (-3.39%)	29,185 (-1.23%)
非消費支出	12,068 (+8.71%)	12,085 (0.48%)	12,723 (+5.28%)	12,342 (-2.99%)	11,910 (-3.50%)	11,541 (-3.10%)	12,271 (+6.33%)

# 高額介護（介護予防）サービス費の概要について

月々の介護サービス費の自己負担額が世帯合計（個人）で上限額を超えた場合に、その超えた金額を支給し、自己負担を軽減する制度。

所得段階	所得区分	上限額
第1段階	①生活保護の被保護者 ②15,000円への減額により生活保護の被保護者とならない場合 ③市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	①個人15,000円 ②世帯15,000円 ③世帯24,600円 個人15,000円
第2段階	○市町村民税世帯非課税で〔公的年金等収入金額＋その他の合計所得金額〕が80万円以下である場合	世帯24,600円 個人15,000円
第3段階	○市町村民税世帯非課税 ○24,600円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	世帯24,600円
第4段階	①市町村民税課税世帯～課税所得約380万円（年収約770万円）未満 ②課税所得約380万円（年収約770万円）以上～同約690万円（同約1,160万円）未満 ③課税所得約690万円（年収約1,160万円）以上	①世帯44,400円 ②世帯93,000円 ③世帯140,100円

## ●個人の高額介護（介護予防）サービス費の支給

$$\text{(利用者負担世帯合算額 - 世帯の上限額)} \times \frac{\text{個人の利用者負担合算額}}{\text{利用者負担世帯合算額}}$$

⇒ 高額介護サービス費の支給：保険給付の1割（または2割・3割）負担分の合計額が上限額を超えた場合、申請により超過分が払い戻される。

# 高額医療合算介護サービス費の概要について

- 医療保険と介護保険における1年間（毎年8月1日～翌年7月31日）の医療・介護の自己負担の合算額が高額となり、限度額を超える場合に、被保険者に、その超えた金額を支給し、自己負担を軽減する制度。
- ① 支給要件：医療保険上の世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担合算額が、各所得区分に設定された限度額を超えた場合に、当該合算額 から限度額を超えた額を支給。
  - ② 限度額：被保険者の所得・年齢に応じて設定。
  - ③ 費用負担：医療保険者・介護保険者双方が、自己負担額の比率に応じて支給額を按分して負担。  
※医療保険においては、同様の制度を「高額介護合算療養費制度」としている。

## 【限度額】

	75歳以上	70～74歳	70歳未満
	介護保険 + 後期高齢者医療	介護保険 + 被用者保険または国民健康保険	
年収約1,160万円～	2 1 2 万円		
年収約770～約1,160万円	1 4 1 万円		
年収約370～約770万円	6 7 万円		
～年収約370万円	5 6 万円	6 0 万円	
市町村民税世帯非課税等	3 1 万円	3 4 万円	
市町村民税世帯非課税 (年金収入80万円以下等)	本人のみ		
	介護利用者が複数	3 1 万円	

# 補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み

- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階②の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定。
- **標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額**を、介護保険から特定入所者介護（予防）サービス費として給付。

負担軽減の対象となる低所得者

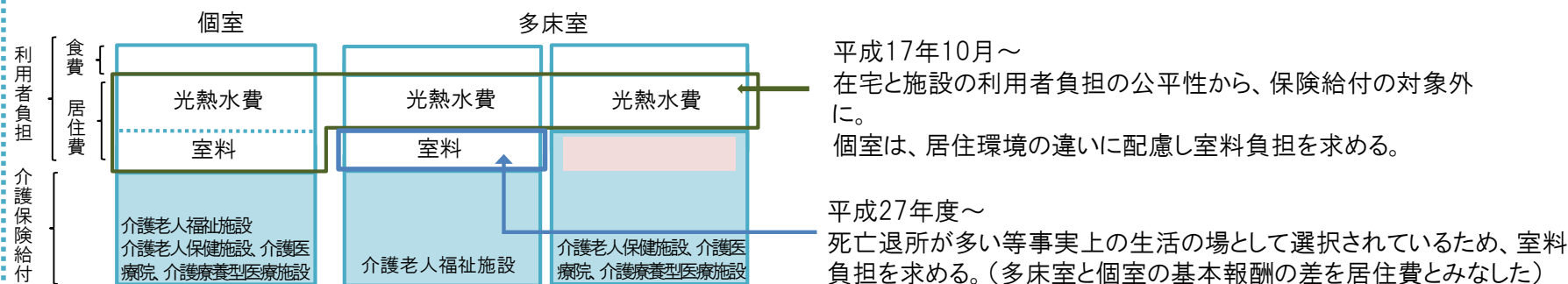
利用者負担段階	主な対象者		※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。
			預貯金額（夫婦の場合）（※）
第1段階	・生活保護受給者		要件なし
	・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である 老齢福祉年金受給者		1,000万円（2,000万円）以下
第2段階	・世帯全員が 市町村民税 非課税	年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円以下	650万円（1,650万円）以下
第3段階①		年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円超～120万円以下	550万円（1,550万円）以下
第3段階②		年金収入金額（※）＋合計所得金額が120万円超	500万円（1,500万円）以下
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		

			基準費用額 （日額（月額））	負担限度額（日額（月額））※短期入所生活介護等（日額）【】はショートステイの場合			
				第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
食費			1,445円（4.4万円）	300円（0.9万円） 【300円】	390円（1.2万円） 【600円（1.8万円）】	650円（2.0万円） 【1,000円（3.0万円）】	1,360円（4.1万円） 【1,300円（4.0万円）】
居住費	多床室	特養等	855円（2.6万円）	0円（0万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）
		老健・療養等	377円（1.1万円）	0円（0万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）
	従来型個室	特養等	1,171円（3.6万円）	320円（1.0万円）	420円（1.3万円）	820円（2.5万円）	820円（2.5万円）
		老健・療養等	1,668円（5.1万円）	490円（1.5万円）	490円（1.5万円）	1,310円（4.0万円）	1,310円（4.0万円）
	ユニット型個室の多床室		1,668円（5.1万円）	490円（1.5万円）	490円（1.5万円）	1,310円（4.0万円）	1,310円（4.0万円）
ユニット型個室		2,006円（6.1万円）	820円（2.5万円）	820円（2.5万円）	1,310円（4.0万円）	1,310円（4.0万円）	

# 多床室の室料負担の経緯と現状

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等における居住費については、平成17年10月より、**在宅と施設の利用者負担の公平性の観点**から、保険給付の対象外とし、居住環境の違いに応じ、個室は光熱水費及び室料、多床室は光熱水費を居住費として負担することとされた。  
 その際、低所得者については、負担軽減を図る観点から、所得段階等に応じた負担限度額を設定し、限度額を超えた分については、補足給付として特定入所者介護サービス費を支給することとした。
- また、平成27年度からは介護老人福祉施設について、死亡退所も多い等**事実上の生活の場として選択されていること**から、一定程度の所得を有する在宅で生活する者との負担の均衡を図るため、一定の所得を有する入所者から、居住費（室料）の負担を求めることとした。（利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させないこととした。）

## 居住費負担に関する経緯



## 介護保険施設の概要

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設(令和5年度末まで)
概要	生活施設	リハビリ等を提供し、在宅復帰を旨指し在宅療養支援を行う施設	要介護者の長期療養・生活施設	長期療養を必要とする者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供する施設
設置根拠	老人福祉法 (老人福祉施設)	介護保険法 (介護老人保健施設)	介護保険法 (介護医療院)	介護保険法 (介護療養型医療施設) 医療法(病院・診療所)
面積 (1人当たり)	10.65㎡以上	8.0㎡以上 <small>介護療養型は大規模改修まで6.4㎡以上で可</small>	8.0㎡以上 <small>大規模改修まで6.4㎡以上で可</small>	6.4㎡以上



# 補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み

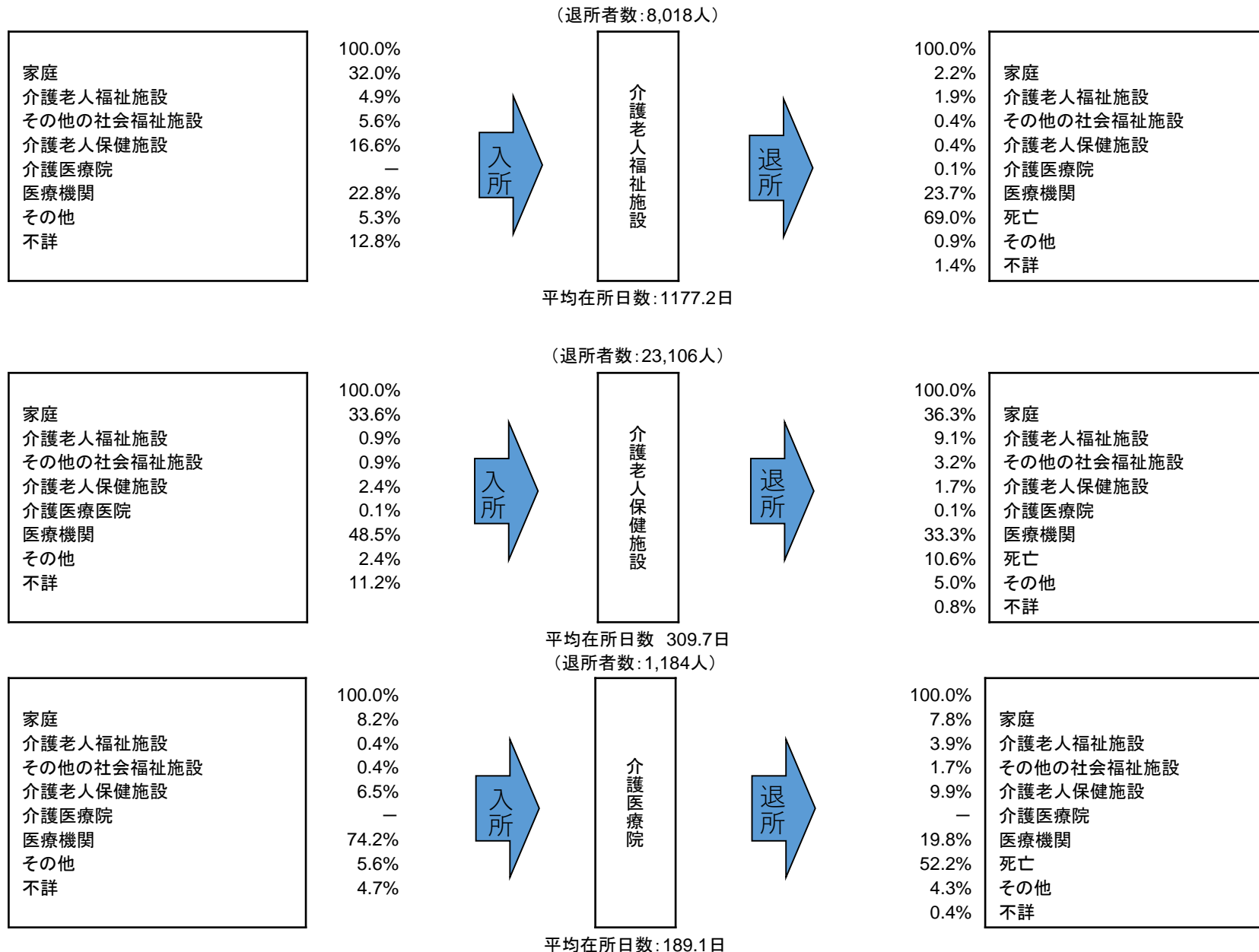
- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階②の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定。
- **標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額**を、介護保険から特定入所者介護（予防）サービス費として給付。

利用者負担段階	主な対象者		※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。
			預貯金額（夫婦の場合）（※）
第1段階	・生活保護受給者		要件なし
	・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である 老齢福祉年金受給者		1,000万円（2,000万円）以下
第2段階	・世帯全員が 市町村民税 非課税	年金収入金額（※）+合計所得金額が80万円以下	650万円（1,650万円）以下
第3段階①		年金収入金額（※）+合計所得金額が80万円超～120万円以下	550万円（1,550万円）以下
第3段階②		年金収入金額（※）+合計所得金額が120万円超	500万円（1,500万円）以下
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		

と負担軽減  
となる低所得者  
の対  
象

			基準費用額 （日額（月額））	負担限度額（日額（月額））※短期入所生活介護等（日額）【】はショートステイの場合			
				第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
食費			1,445円（4.4万円）	300円（0.9万円） 【300円】	390円（1.2万円） 【600円（1.8万円）】	650円（2.0万円） 【1,000円（3.0万円）】	1,360円（4.1万円） 【1,300円（4.0万円）】
居住費	多床室	特養等	855円（2.6万円）	0円（0万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）
		老健・療養等	377円（1.1万円）	0円（0万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）
	従来型 個室	特養等	1,171円（3.6万円）	320円（1.0万円）	420円（1.3万円）	820円（2.5万円）	820円（2.5万円）
		老健・療養等	1,668円（5.1万円）	490円（1.5万円）	490円（1.5万円）	1,310円（4.0万円）	1,310円（4.0万円）
	ユニット型個室の多床室		1,668円（5.1万円）	490円（1.5万円）	490円（1.5万円）	1,310円（4.0万円）	1,310円（4.0万円）
	ユニット型個室		2,006円（6.1万円）	820円（2.5万円）	820円（2.5万円）	1,310円（4.0万円）	1,310円（4.0万円）

# 介護保険3施設における入所者・退所者の状況



## (参考) 介護保険施設の施設基準

		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院
施設設備	医務室・診察室	医療法第1条の5第2項に規定する診療所	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	居室・療養室	定員1名(※)、床面積10.65㎡/人以上 ※必要な場合は2名	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 (※)	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 (※)
	機能訓練室	入所定員1人あたり計3㎡以上	入所定員1人あたり1㎡以上	40㎡以上
	食堂		入所定員1人あたり2㎡以上	入所定員1人あたり1㎡以上
	談話室	-	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	浴室	要介護者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム	-	十分な広さ	十分な広さ
	その他医療設備	-	(薬剤師が調剤を行う場合：調剤所)	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所
他設備	静養室、洗面所、便所	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	
構造設備	医療の構造設備	-	-	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備
	廊下	廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m	廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m	廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m
	耐火構造	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備	原則、耐火建築物（2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物）	原則、耐火建築物（2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物）

※介護療養型老人保健施設及び介護医療院については、大規模改修までは6.4㎡/人以上

# 居宅介護支援・介護予防支援の概要・基準

## 1 居宅介護支援

### <定義> 【法第8条第24項】

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

### <人員基準> 【居宅介護支援 運営基準第2条・第3条】

- 従業者：事業所ごとに常勤の介護支援専門員を1人以上配置（利用者35人：介護支援専門員1人を基準）
- 管理者：事業所ごとに常勤専従の主任介護支援専門員（※）を配置  
（※）令和3年3月31日時点で主任ケアマネジャーでない者が管理者の事業所は、当該管理者が管理者である限り、管理者を主任ケアマネジャーとする要件の適用を令和9年3月31日まで猶予する。  
（令和3年4月1日以降に新たに管理者となる者に対しては、更なる経過措置は適用されない。）

## 2 介護予防支援

### <定義> 【法第8条の2第16項】

- 居宅の要支援者が介護予防サービス等の適切な利用ができるように、市町村が設置する地域包括支援センターが、
  - ① 要支援者の心身の状況、置かれている環境、要支援者や家族の希望等を勘案し、介護予防サービス計画を作成
  - ② 介護予防サービス計画に基づくサービス提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整 等を行うこと。

### <人員基準> 【介護予防支援 運営基準第2条・第3条】

- 従業者：事業所ごとに担当職員（※）を1人以上配置  
（※）①保健師、②介護支援専門員、③社会福祉士、④経験ある看護師、⑤高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事 のいずれかの要件を満たす者であって、介護予防支援業務に関する必要な知識及び能力を有する者。
- 管理者：事業所ごとに常勤専従の者を配置

# 居宅介護支援・介護予防支援の費用額

(百万円)

600,000

500,000

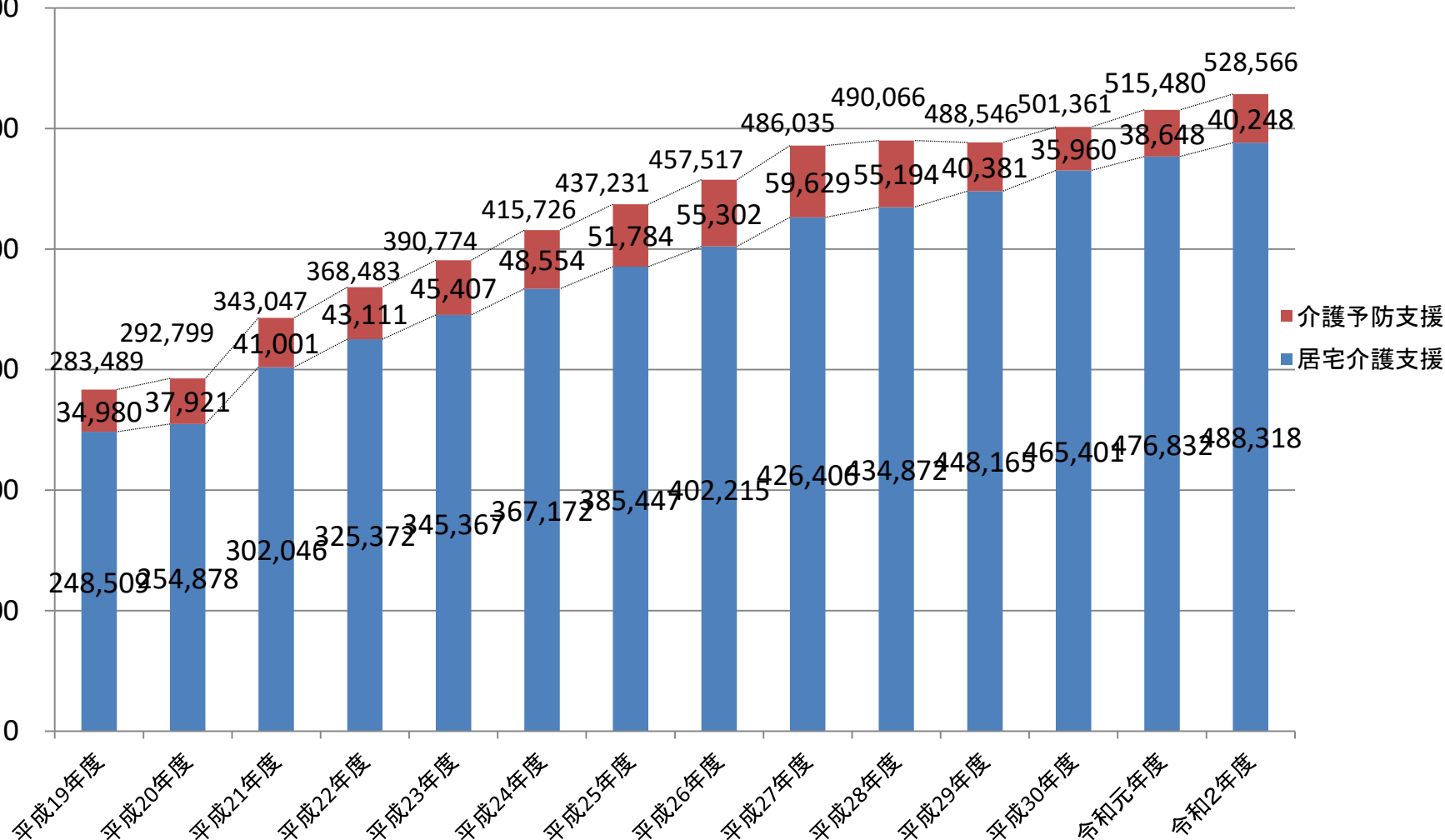
400,000

300,000

200,000

100,000

0



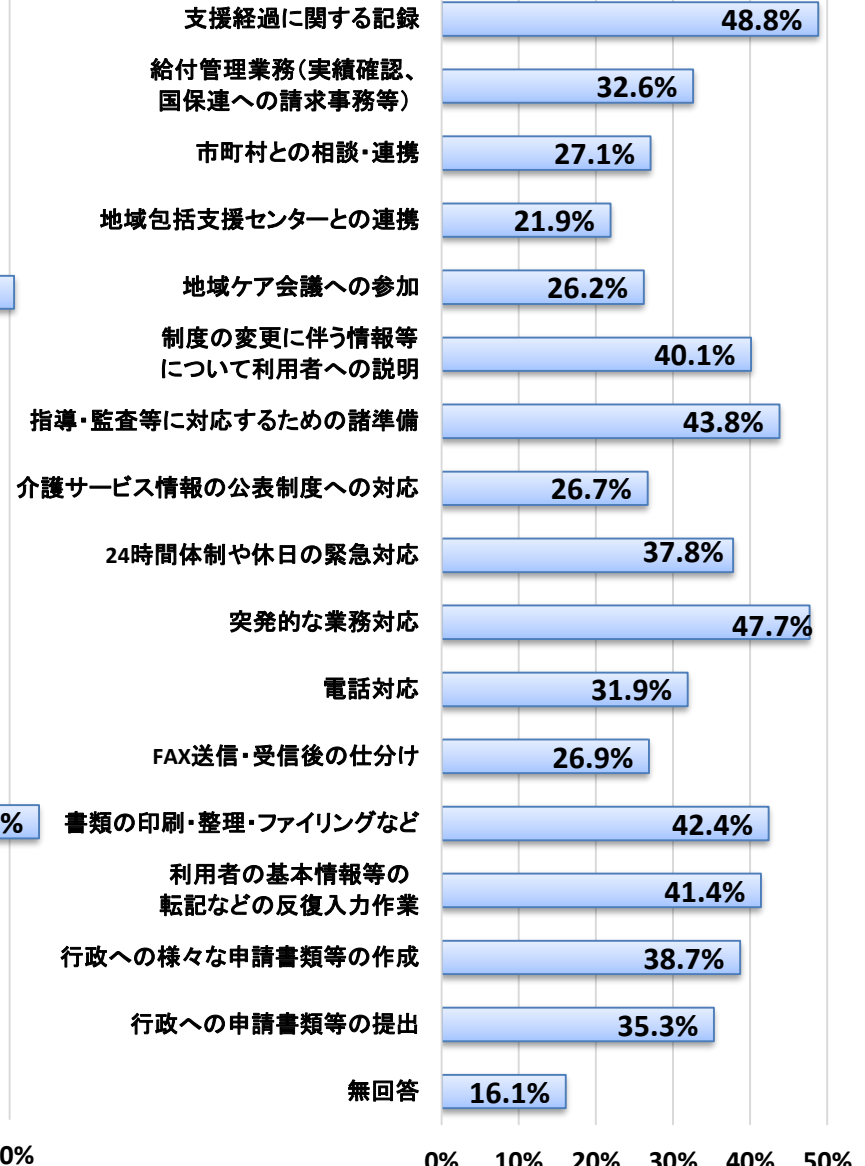
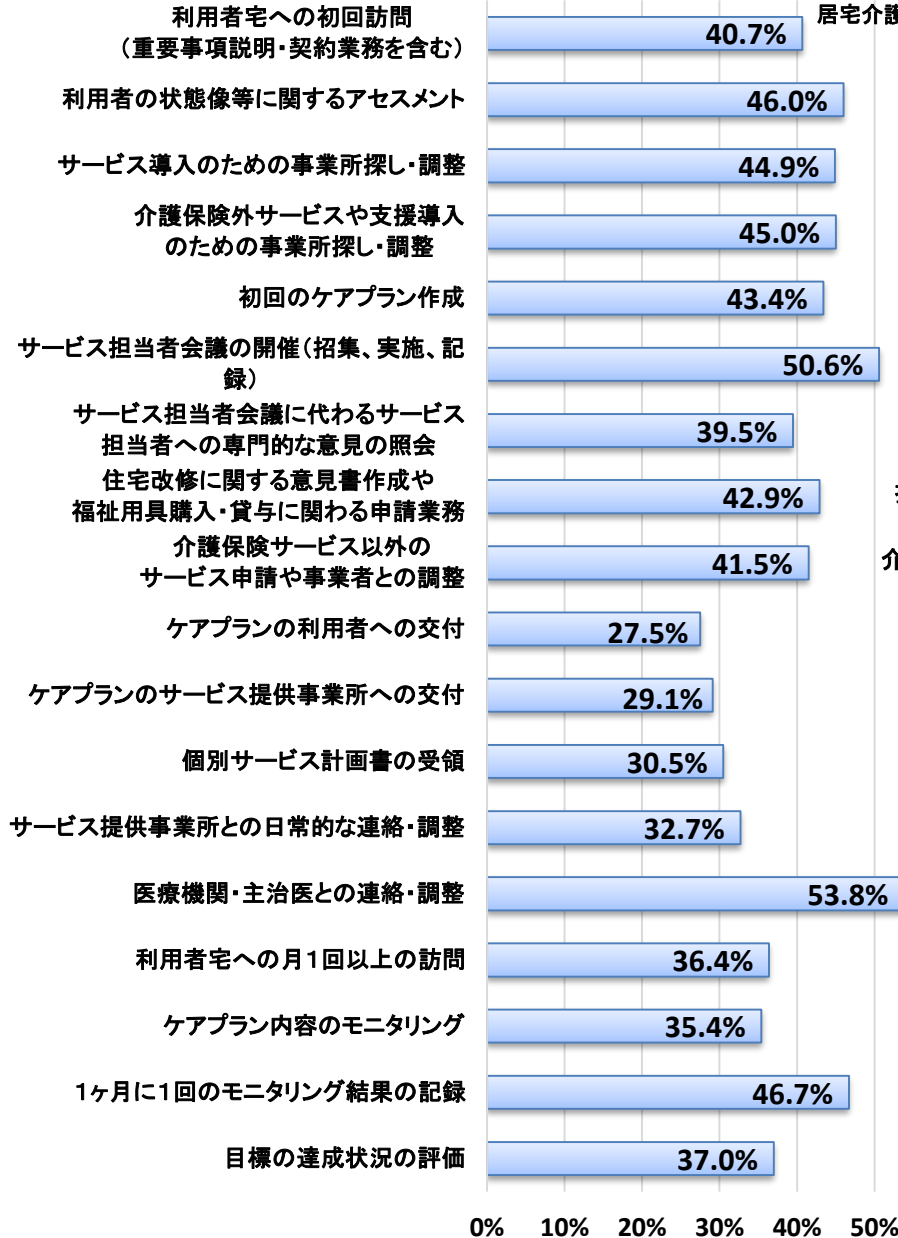
※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

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

# 介護支援専門員の業務負担が大きい業務

居宅介護支援及び介護予防支援における平成30年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業  
(令和元年度調査)【居宅介護支援事業所 ケアマネジャー調査票:複数回答】

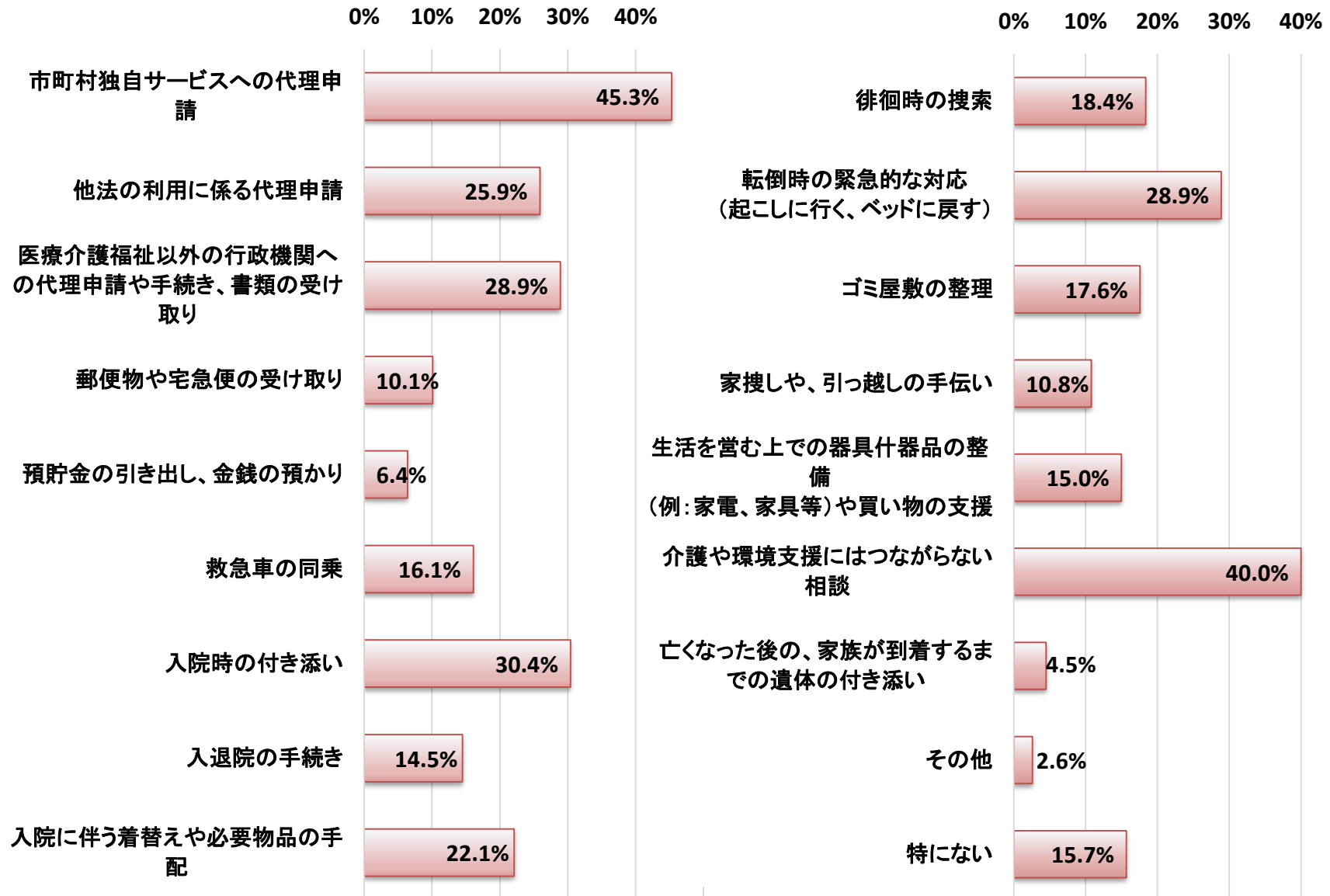




# ケアマネジメント業務以外で、必要に迫られ、やむを得ず行ったことがあること

居宅介護支援及び介護予防支援における平成30年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業(令和元年度調査)【居宅介護支援事業所 ケアマネジャー調査票:複数回答】

平成30年1月～令和元年9月に、ケアマネジメント業務以外で、必要に迫られ、やむを得ず利用者・家族の代行等をしたこと



# 介護予防・生活支援サービスの類型(典型的な例)

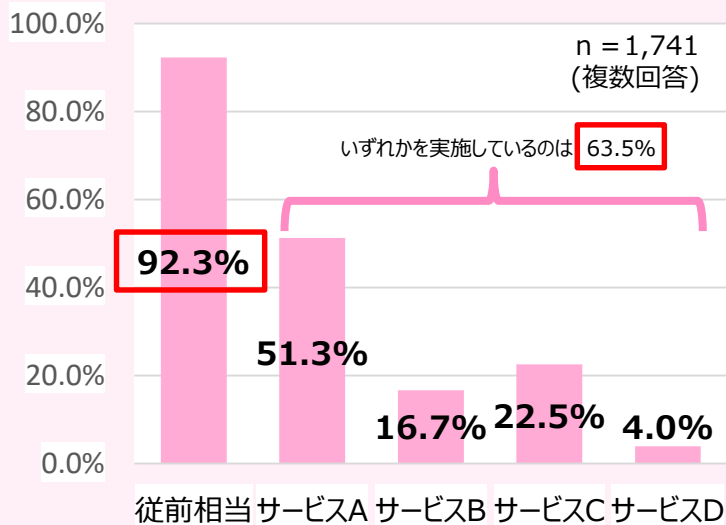
- 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

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

# 介護予防・日常生活支援総合事業 実施市町村数（令和2年度）

- 介護予防・日常生活支援総合事業のうち介護予防・生活支援サービス事業の実施市町村数をみると、訪問型サービス・通所型サービスともに、従前相当サービスを実施している市町村がもっとも多かった(1,607市町村(92.3%)・1,611市町村(92.5%))。またその他の生活支援サービスを実施している市町村は392市町村(22.5%)であった。
- 従前相当サービス以外のサービスのいずれかを実施している市町村は、訪問型サービスにあっては1,106市町村(63.5%)、通所型サービスにあっては1,212市町村(69.6%)であった。

## 訪問型サービス



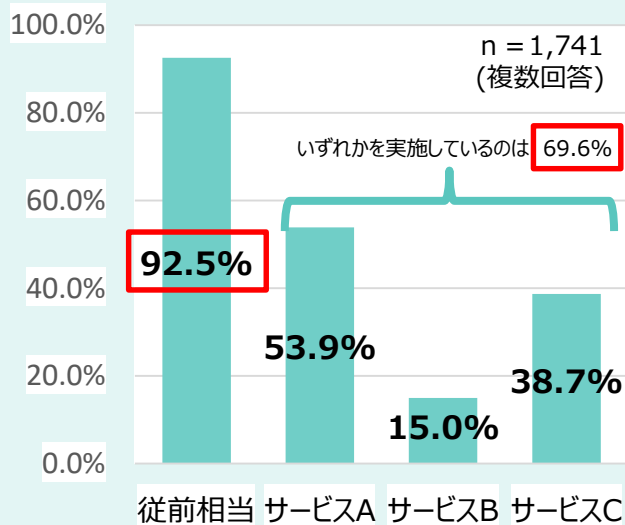
### 実施市町村数

従前相当	1,607
サービスA	893
サービスB	290
サービスC	392
サービスD	69

#### 左記のうち

- 従前相当のみ実施している市町村は605。
- 従前相当以外のいずれかのサービスを実施している市町村は1,106。

## 通所型サービス



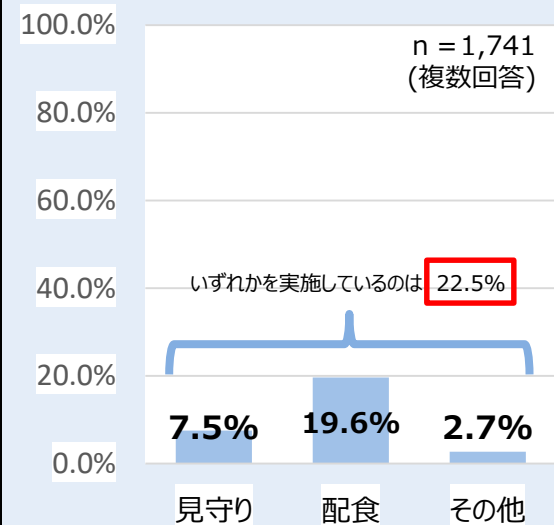
### 実施市町村数

従前相当	1,611
サービスA	938
サービスB	261
サービスC	673

#### 左記のうち

- 従前相当のみ実施している市町村は509。
- 従前相当以外のいずれかのサービスを実施している市町村は1,212。

## その他サービス



### 実施市町村数

見守り	131
配食	342
その他	47

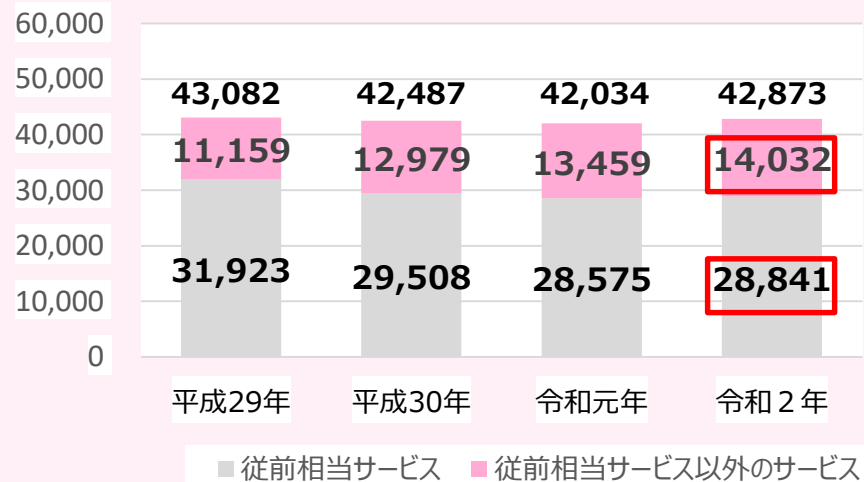
#### 左記のうち

- いずれも実施していない市町村は1,349。
- いずれかを実施している市町村は392。

# 介護予防・日常生活支援総合事業 実施事業所（団体）数

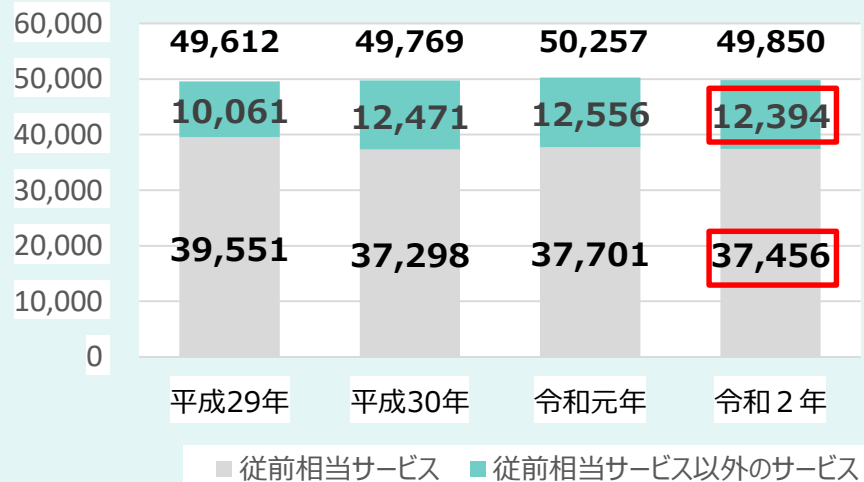
- 介護予防・日常生活支援総合事業のうち介護予防・生活支援サービス事業の訪問型サービス・通所型サービスの実施事業所(団体)数をみると、令和2年度にあっては以下のとおりであった。
- ・ 訪問型サービス：従前相当サービスは28,841事業所(団体)、従前相当サービス以外のサービスは14,032事業所(団体)
  - ・ 通所型サービス：従前相当サービスは37,456事業所(団体)、従前相当サービス以外のサービスは12,394事業所(団体)

## 訪問型サービス



事業所割合	29年	30年	元年	2年
従前相当	74.1%	69.5%	68.0%	67.3%
従前相当以外	25.9%	30.5%	32.0%	32.7%

## 通所型サービス



事業所割合	29年	30年	元年	2年
従前相当	79.7%	74.9%	75.0%	75.1%
従前相当以外	20.3%	25.1%	25.0%	24.9%

※ 令和元年度「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査」（NTTデータ経営研究所）報告書及び「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査」（厚生労働省老健局老人保健課）より作成。

※ 各年のn数は、平成29年：1,644、平成30年：1,686、令和元年：1,719、令和2年：1,741。

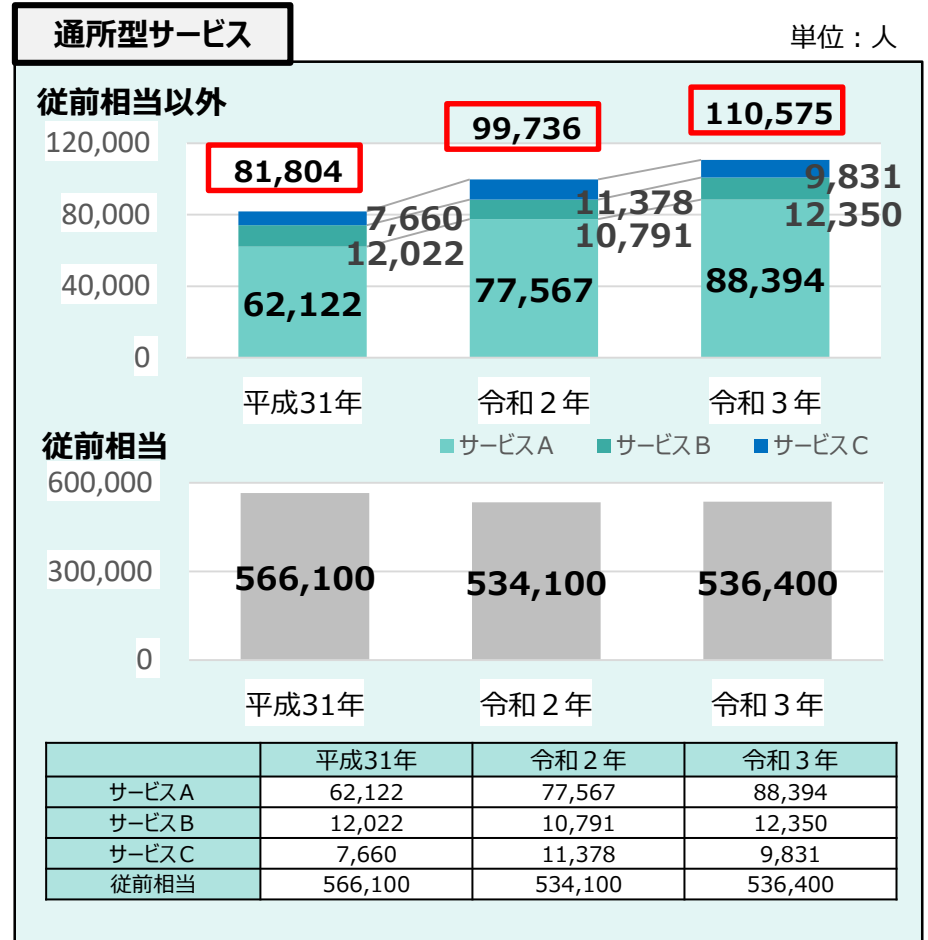
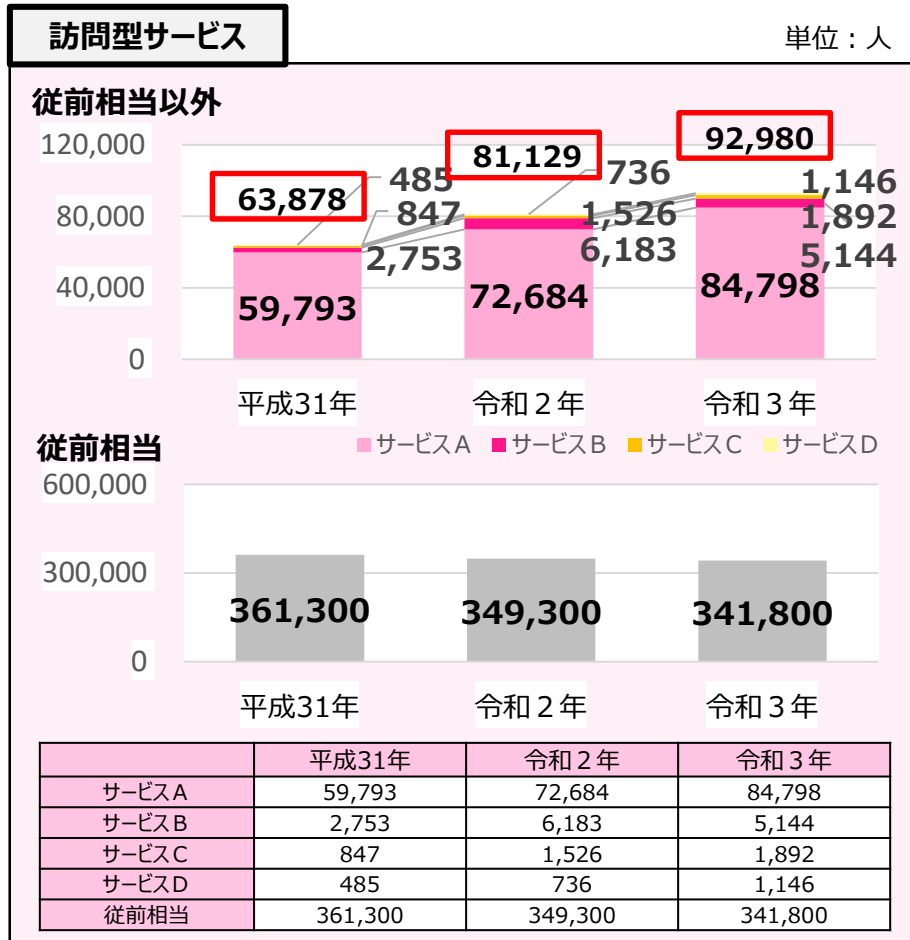
（平成29年・平成30年・令和元年のデータにあっては、調査未回答自治体（それぞれ97市町村、55市町村、22市町村）あり。）

※ 重複を避けるため、各市町村内に所在する事業所のみ計上している。

※ 調査時点は、平成29年・平成30年・令和元年のデータにあっては各年の6月1日、令和2年のデータにあっては令和2年度末。

# 介護予防・日常生活支援総合事業 利用実人数

○ 介護予防・日常生活支援総合事業のうち介護予防・生活支援サービス事業の訪問型サービス・通所型サービスの利用実人数の推移をみると、いずれも従前相当サービス以外のサービスの利用者数は増加している。



※ 従前相当サービス利用者数：介護給付費等実態統計（各年4月審査分）

※ サービスA・B・C・利用者数：以下調査より引用（いずれも調査時点は各年3月、調査回答自治体の利用者数のみを積み上げたもの。）

・ 令和元年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所）（令和2年3月）

・ 「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和元年度実施分）に関する調査」（厚生労働省老健局老人保健課）（令和3年3月）

・ 「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査」（厚生労働省老健局老人保健課）（令和4年3月）

※ 参考：平成29年の利用実人数 訪問型サービスの従前相当以外は24,230人、従前相当は416,700人／通所型サービスの従前相当以外は46,434人、従前相当は564,700人  
平成30年の利用実人数 訪問型サービスの従前相当以外は49,729人、従前相当は376,000人／通所型サービスの従前相当以外は77,335人、従前相当は562,300人

（いずれも平成31年以降とは調査時点が異なり、各年6月の数値であることから、グラフには表示していない。）

## 65歳以上の要支援・要介護認定者のうち、一次判定時の認定調査結果における認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上及びⅡ以上の者の割合

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上の者の割合 (一次判定時)	46.2%	57.6%	92.9%	89.4%	93.3%	94.7%	97.2%	81.9%
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合 (一次判定時)	9.0%	8.8%	74.8%	69.9%	80.9%	84.6%	92.2%	60.1%

### (参考) 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記Ⅱの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢ aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

(※) 日常生活自立度Ⅱに該当する認知症高齢者については、在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるため、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図るものとされている。

(出典) 介護保険総合データベース。令和4年8月時点のデータから、令和3年4月末における要支援・要介護認定結果を集計したもの。



## 介護保険制度の被保険者（加入者）

- 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者（第1号被保険者）、②40～64歳の医療保険加入者（第2号被保険者）となっている。
- 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
人数	3,579万人 (65～74歳：1,746万人 75歳以上：1,833万人)	4,190万人
受給要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護状態 (寝たきり、認知症等で介護が必要な状態)</li> <li>・要支援状態 (日常生活に支援が必要な状態)</li> </ul>	要介護、要支援状態が、 末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する 疾病（特定疾病）による場合に限定
要介護（要支援） 認定者数と被保険者 に占める割合	669万人（18.7%） 〔 65～74歳： 76万人（4.3%） 75歳以上： 593万人（32.4%） 〕	13万人（0.3%）
保険料負担	市町村が徴収 (原則、年金から天引き)	医療保険者が医療保険の保険料と 一括徴収

(注) 第1号被保険者及び要介護（要支援）認定者の数は、「令和2年度介護保険事業状況報告」によるものであり、令和2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、令和2年度内の月平均値である。140