

# 令和3年度介護報酬改定に向けて （地域包括ケアシステムの推進）

○ 診療報酬と同時改定となった平成30年度介護報酬改定においては、地域包括ケアシステムの推進を始めとする4つの項目を柱とし、改定を行った。

- 〔 I 地域包括ケアシステムの推進、 II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現、  
III 多様な人材の確保と生産性の向上、 IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保 〕

○ 令和3年度介護報酬に向けては、

- ・ 平成30年度介護報酬改定に関する審議報告（平成29年12月18日社会保障審議会介護給付費分科会）における今後の課題や、
  - ・ 介護保険制度の見直しに関する意見（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）、
  - ・ 認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）、
- 等を踏まえ、各サービス種類毎の論点とあわせ、以下のような分野横断的なテーマについて、議論していくことが考えられるのではないかと。

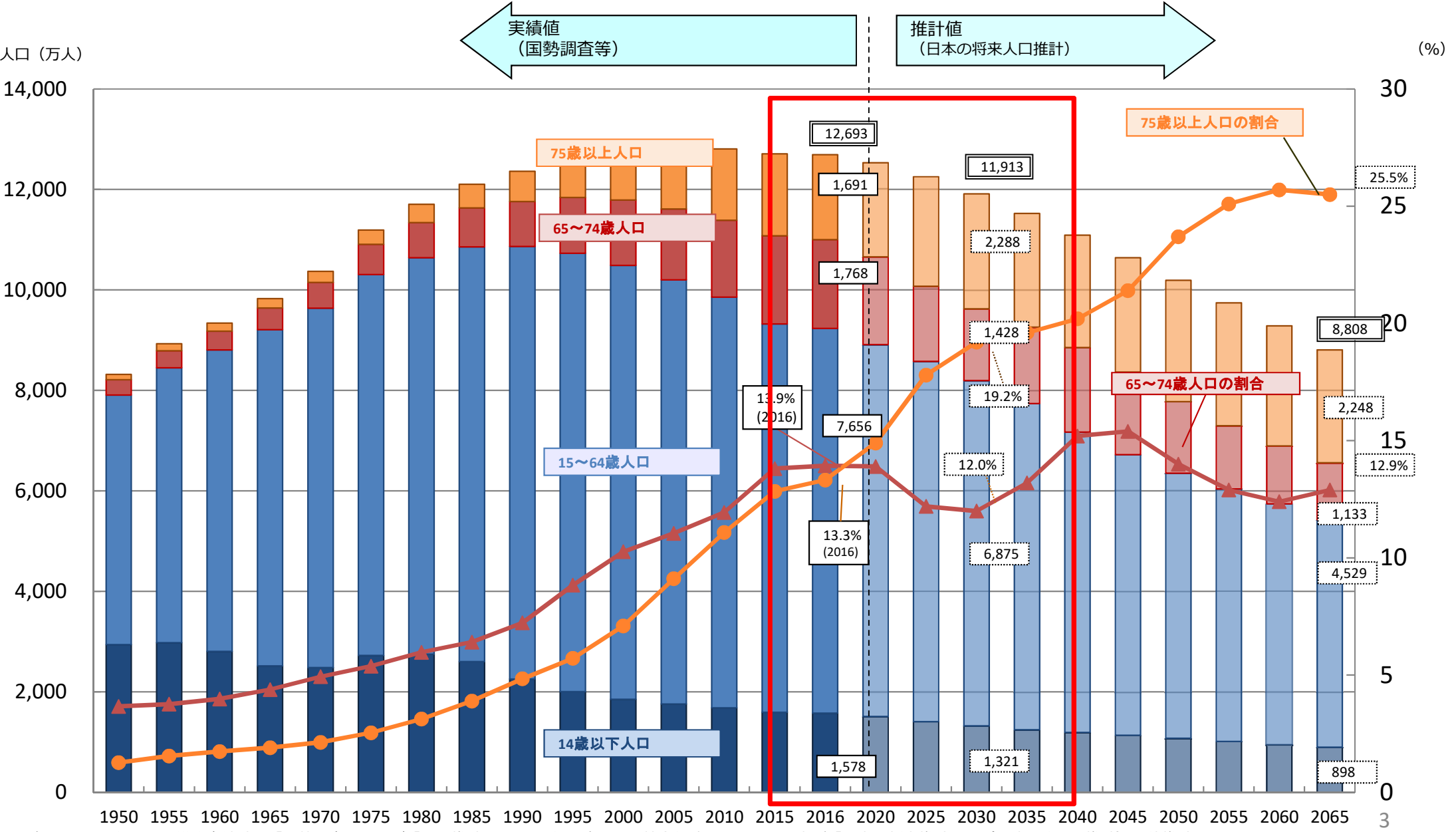
※ 今後議論を進める中で変更することは想定される。

- ・ 地域包括ケアシステムの推進
- ・ 自立支援・重度化防止の推進
- ・ 介護人材の確保・介護現場の革新
- ・ 制度の安定性・持続可能性の確保

# 1. 今後の高齢化等の状況について

# 総人口の推移

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



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



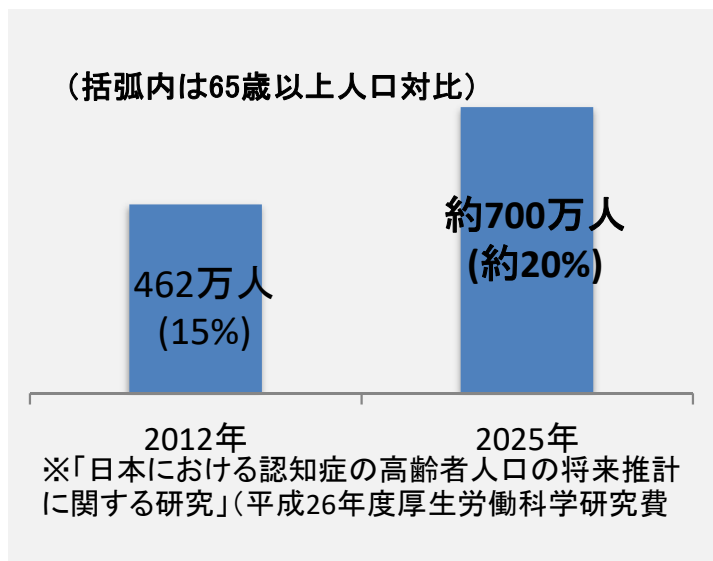
# 今後の介護保険をとりまく状況(1)

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。

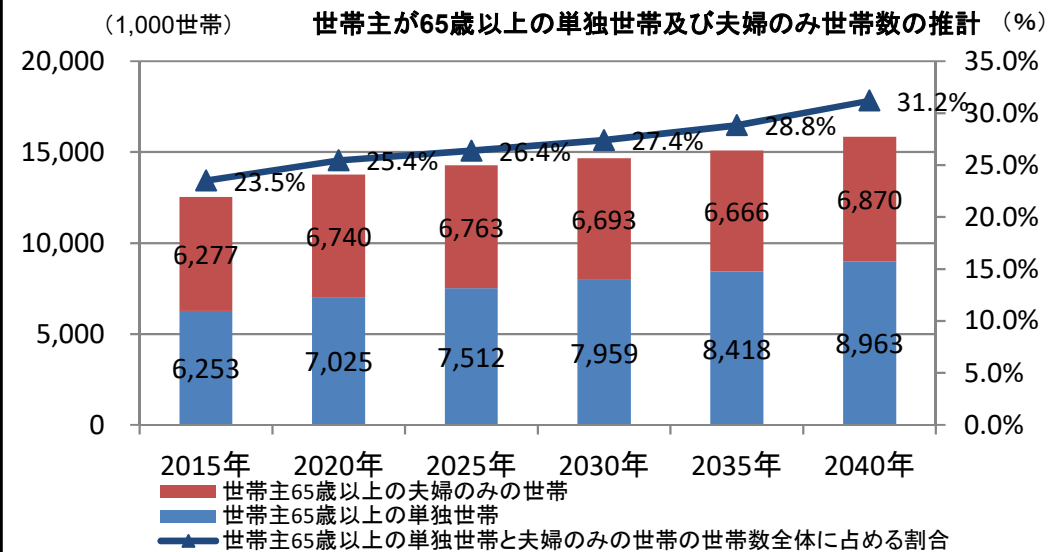
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,387万人(26.6%)	3,619万人(28.9%)	3,677万人(30.0%)	3,704万人(38.0%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,632万人(12.8%)	1,872万人(14.9%)	2,180万人(17.8%)	2,446万人(25.1%)

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

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



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

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

※都道府県名欄の( )内の数字は倍率の順位

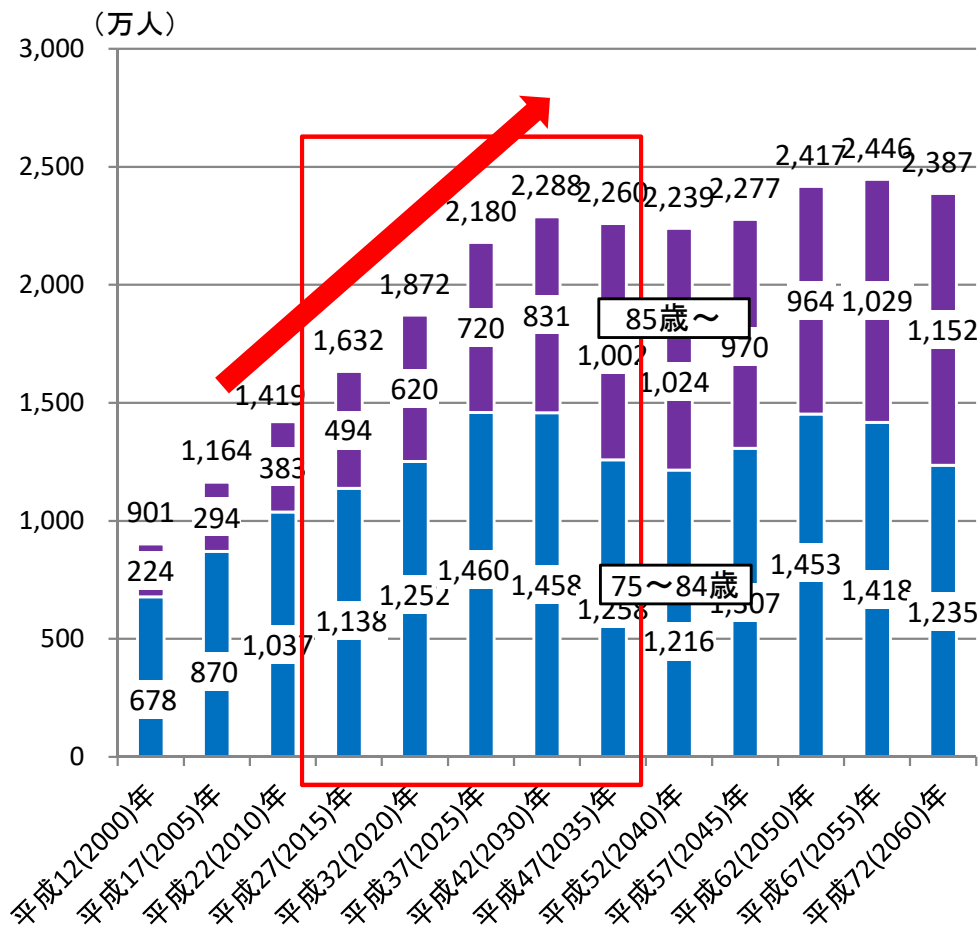
	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	~	東京都(17)	~	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	77.3万人 <10.6%>	70.7万人 <11.4%>	99.3万人 <10.9%>	80.8万人 <10.8%>	105.0万人 <11.9%>		146.9万人 <10.9%>		26.5万人 <16.1%>	18.9万人 <18.4%>	19.0万人 <16.9%>	1632.2万人 <12.8%>
2025年 <>は割合 ( )は倍率	120.9万人 <16.8%> (1.56倍)	107.2万人 <17.5%>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

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

# 今後の介護保険をとりまく状況(2)

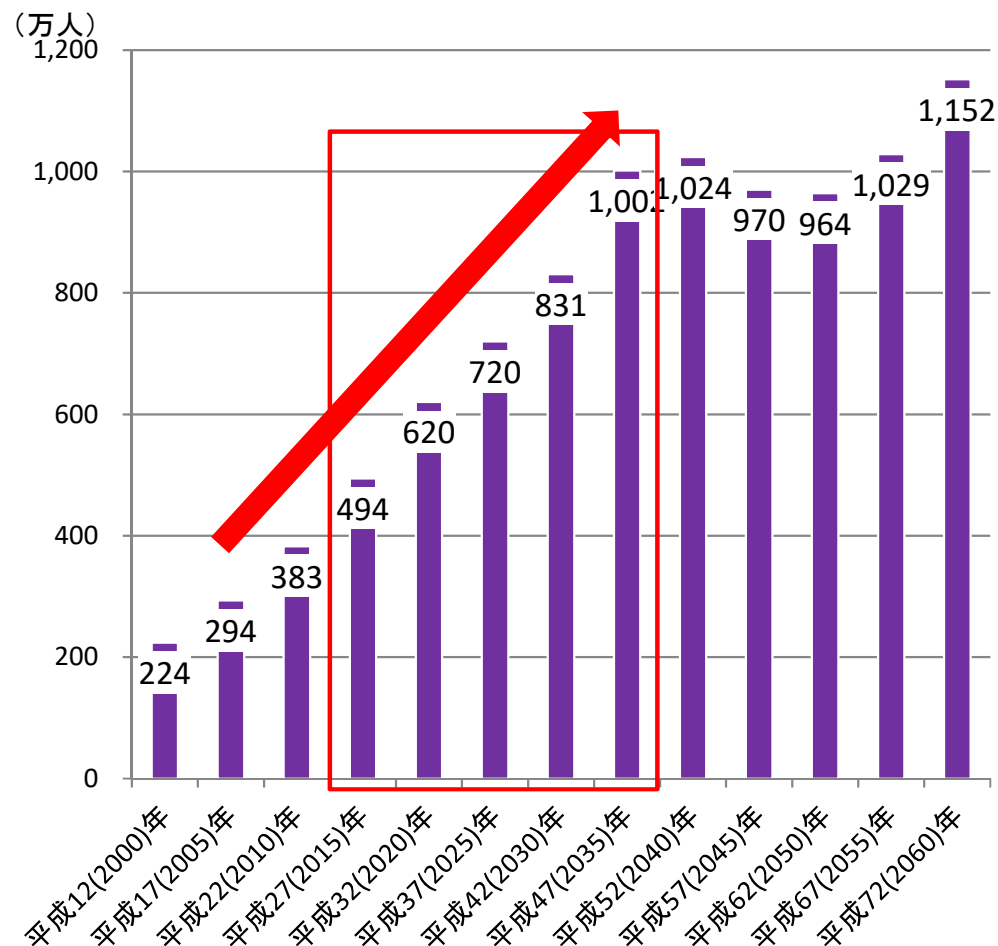
## 75歳以上の人口の推移

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



## 85歳以上の人口の推移

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

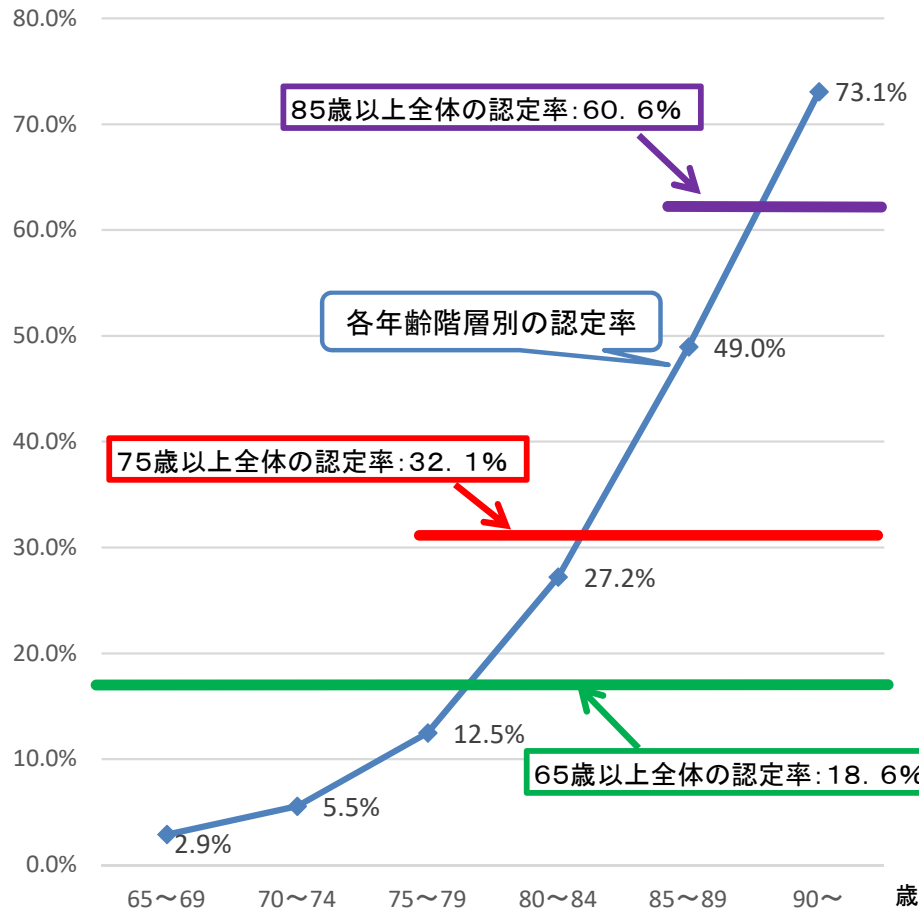


(資料)将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計  
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

# 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

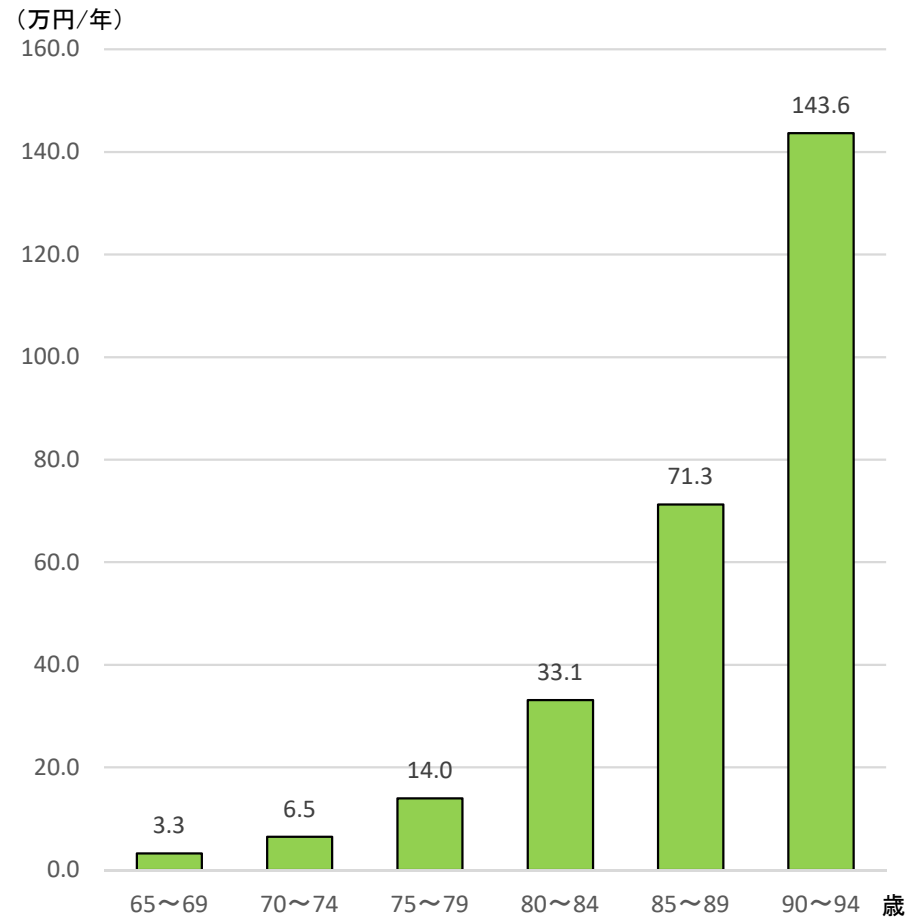
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典: 2019年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2019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。

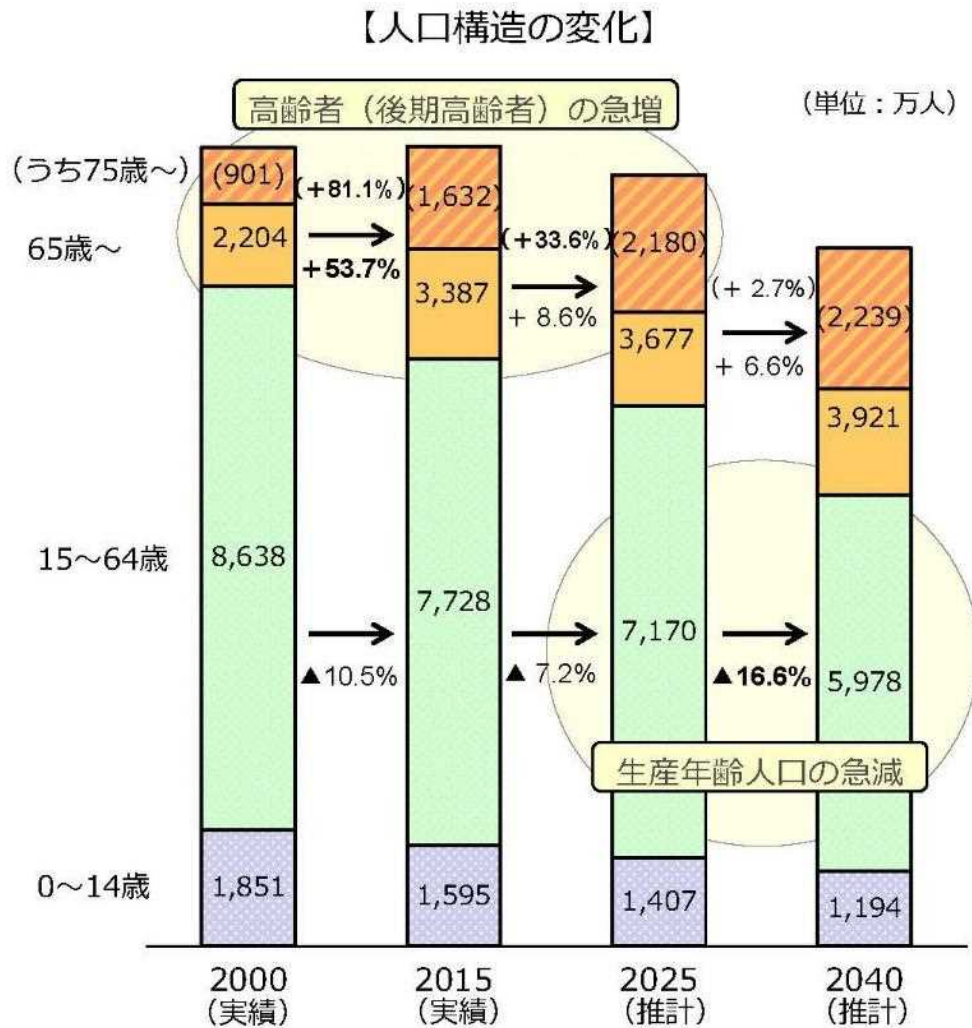


出典: 2018年度「介護給付費等実態統計」及び2018年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

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。

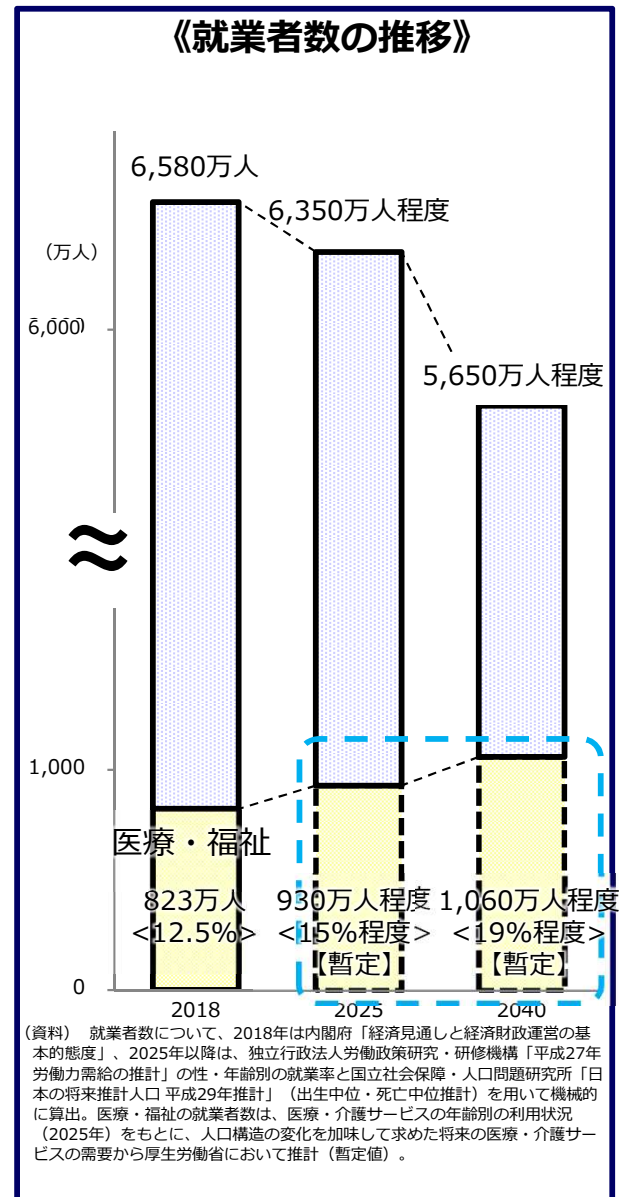
# 今後の介護保険をとりまく状況(4)

○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。



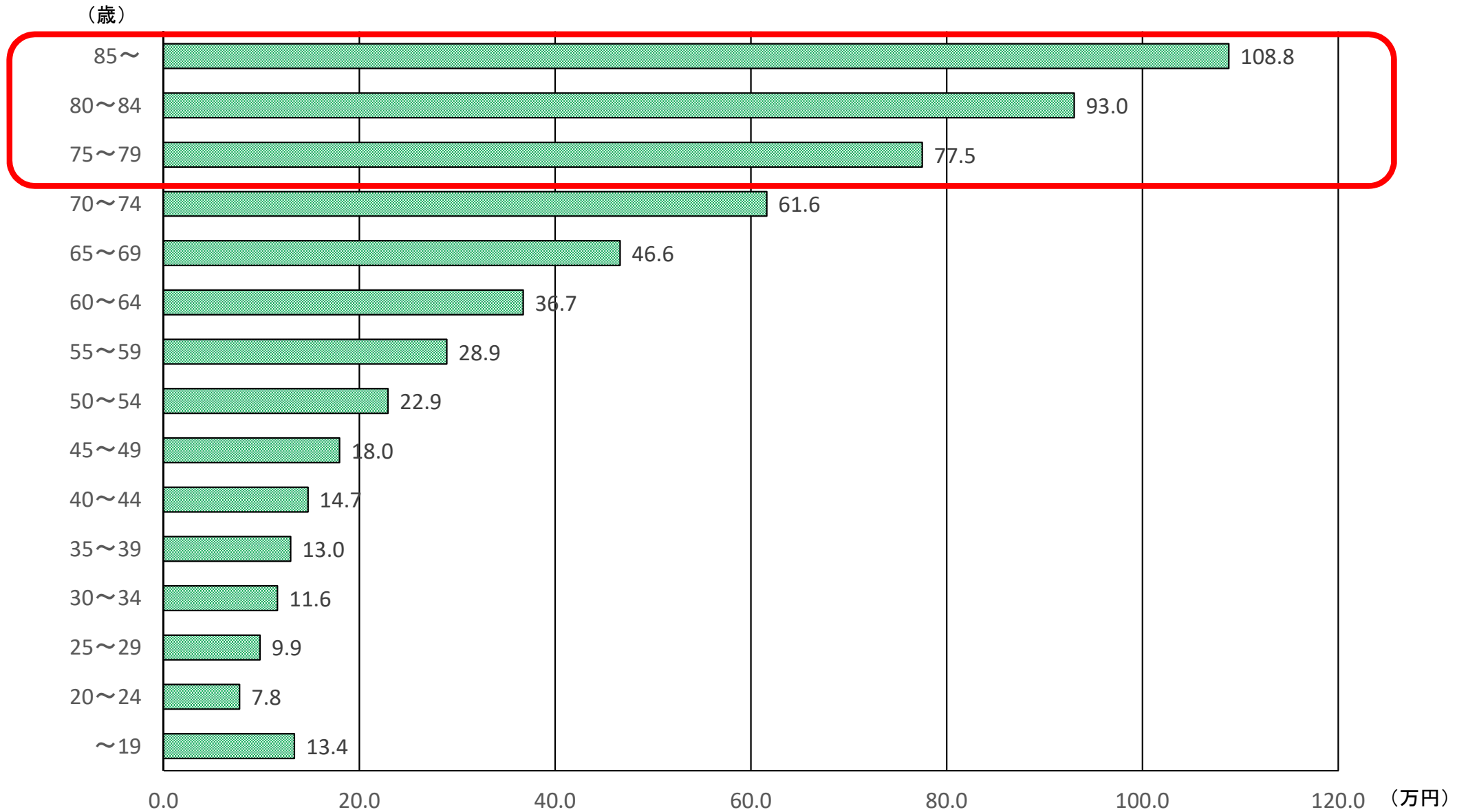
(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

(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)



# 年齢階級別の1人当たり医療費

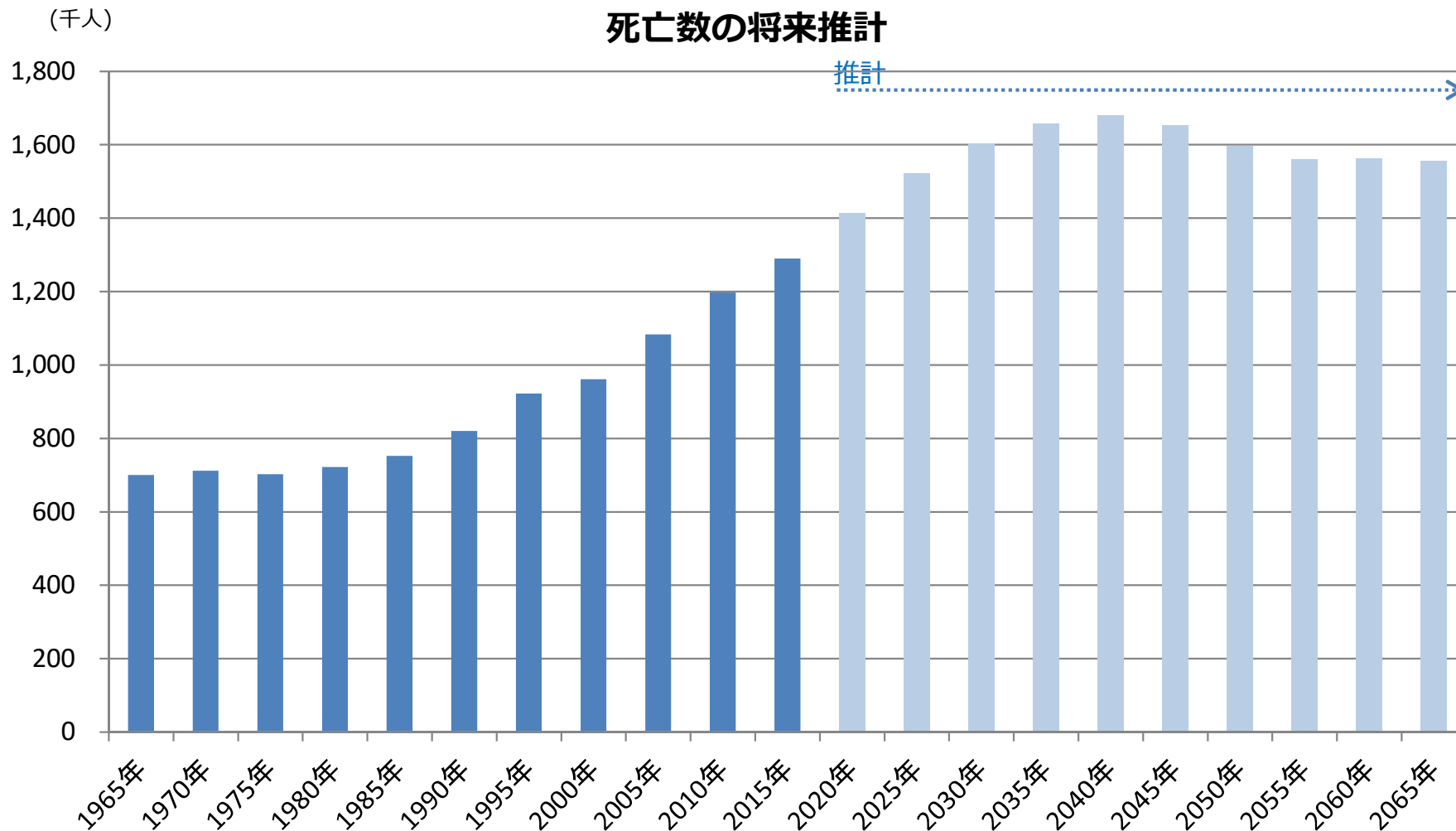
○ 1人当たり医療費は、高齢になるにつれて増加する。



【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～

# 死亡数の将来推計

- 今後も年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。



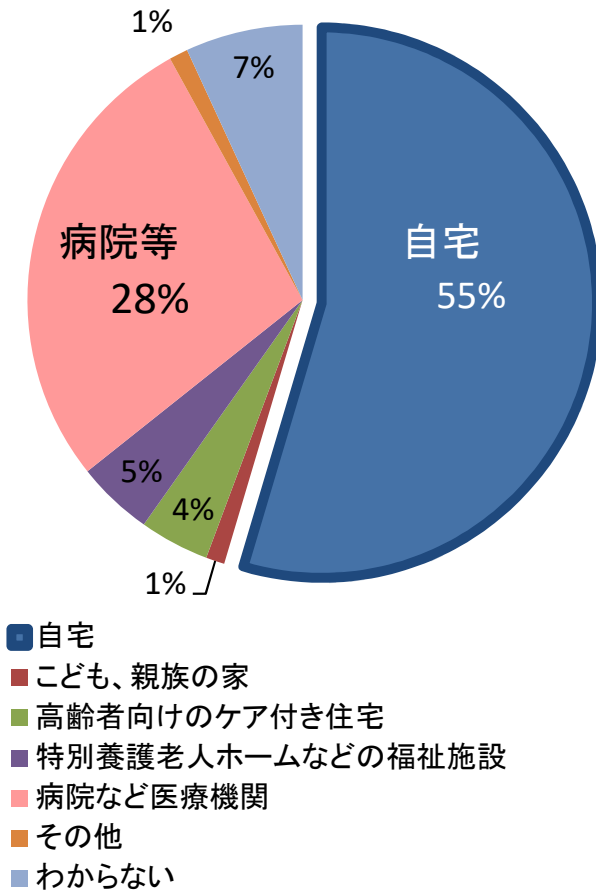
出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）  
2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果



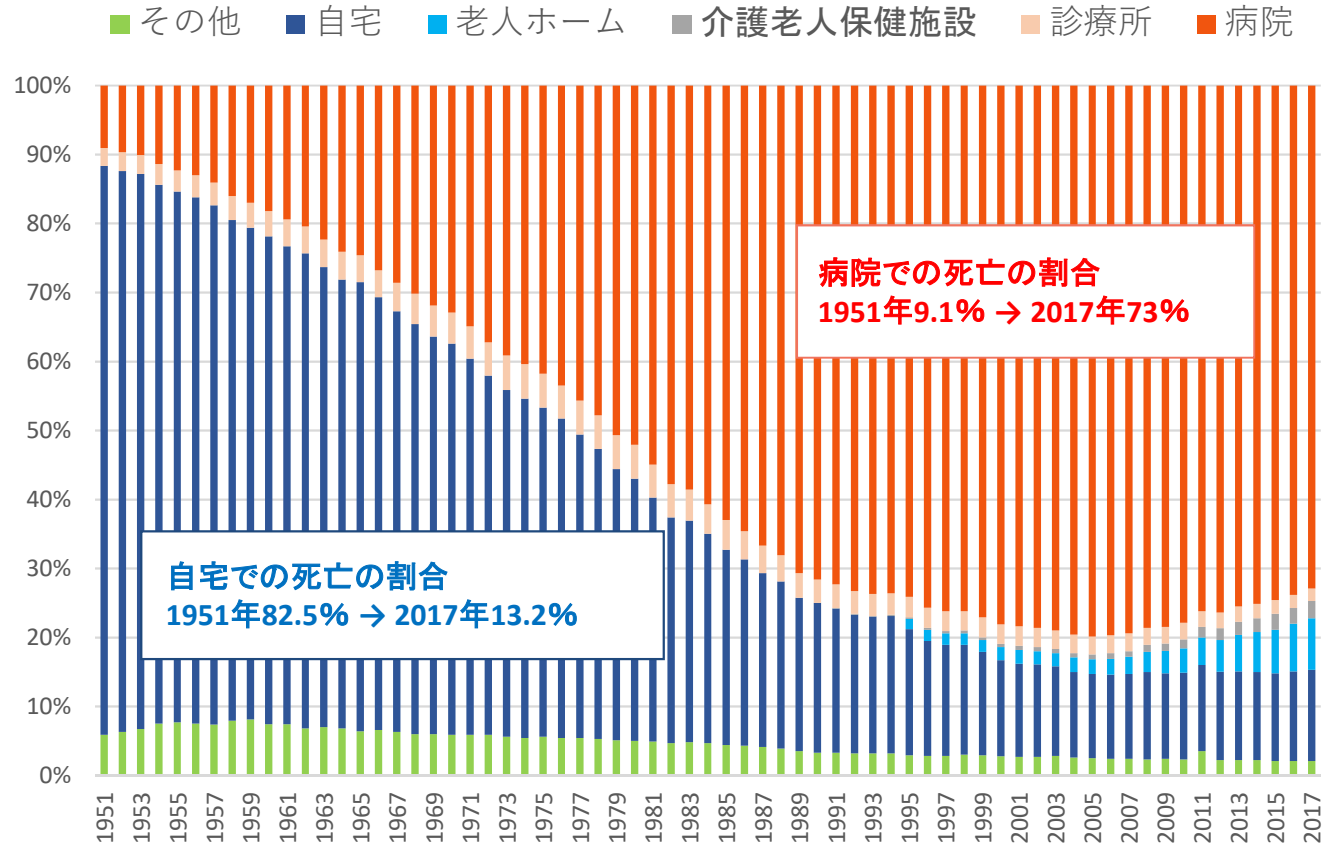
# 死亡場所の推移

- 国民の多くは、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。
- 場所別の死亡者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている

## 最期を迎えたい場所



## 死亡の場所の推移



出典：24年度 高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

出典：平成29年人口動態調査

## 2. 多様なニーズに対応した介護の提供・整備について



# 介護サービスの種類

○ 介護保険制度においては、平成12年の創設以降、高齢者のニーズに対応する形でサービスの充実を図ってきた。

※制度施行後の改正で導入したサービスについては、【 】内に導入年度を記載（特段記載のないものは制度施行のH12導入）

	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p>◎<b>居宅介護サービス</b></p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○訪問介護（ホームヘルプサービス）</li> <li>○訪問入浴介護</li> <li>○訪問看護</li> <li>○訪問リハビリテーション</li> <li>○居宅療養管理指導</li> <li>○特定施設入居者生活介護</li> <li>○福祉用具貸与</li> <li>○特定福祉用具販売</li> </ul> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○通所介護（デイサービス）</li> <li>○通所リハビリテーション</li> </ul> <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○短期入所生活介護（ショートステイ）</li> <li>○短期入所療養介護</li> </ul> <p>◎<b>施設サービス</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護老人福祉施設</li> <li>○介護老人保健施設</li> <li>○介護療養型医療施設【～R5】</li> <li>○介護医療院【H30～】</li> </ul>	<p>◎<b>地域密着型介護サービス【H18～】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○定期巡回・随時対応型訪問介護看護【H24～】</li> <li>○夜間対応型訪問介護</li> <li>○地域密着型通所介護【H28～】</li> <li>○認知症対応型通所介護</li> <li>○小規模多機能型居宅介護</li> <li>○認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</li> <li>○地域密着型特定施設入居者生活介護</li> <li>○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</li> <li>○看護小規模多機能型居宅介護【H24～】</li> </ul> <p>◎<b>居宅介護支援</b></p>
予防給付を行うサービス	<p>◎<b>介護予防サービス【H18～】</b></p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防訪問入浴介護</li> <li>○介護予防訪問看護</li> <li>○介護予防訪問リハビリテーション</li> <li>○介護予防居宅療養管理指導</li> <li>○介護予防特定施設入居者生活介護</li> <li>○介護予防福祉用具貸与</li> <li>○特定介護予防福祉用具販売</li> </ul> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防通所リハビリテーション</li> </ul> <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）</li> <li>○介護予防短期入所療養介護</li> </ul>	<p>◎<b>地域密着型介護予防サービス【H18～】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防認知症対応型通所介護</li> <li>○介護予防小規模多機能型居宅介護</li> <li>○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</li> </ul> <p>◎<b>介護予防支援【H18～】</b></p>

この他、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業【H27～】がある。

# 介護保険制度における新たなサービス等の導入の経緯①

第1期  
(平成12年度～)

## 平成12年4月 介護保険法施行

### ◎居宅介護サービス

#### 【訪問サービス】

- 訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導

- 特定施設入居者生活介護
- 認知症対応型共同生活介護
- 福祉用具貸与
- 特定福祉用具販売

#### 【通所サービス】

- 通所介護（デイサービス）
- 通所リハビリテーション

#### 【短期入所サービス】

- 短期入所生活介護（ショートステイ）
- 短期入所療養介護

### ◎施設サービス

- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護療養型医療施設【～R5】

◎居宅介護支援

第2期  
(平成15年度～)

## 平成17年改正(平成18年4月等施行)

導入サービス	導入理由
介護予防給付	制度スタート後、要介護認定を受ける方(特に軽度者(要支援、要介護1の方)が増加した一方、軽度者の方は、適切なサービス利用により「状態の維持・改善」が期待されることから、この軽度者の方の状態像を踏まえ、できる限り要支援・要介護状態にならない、又は重度化しないよう、「介護予防」を重視したシステムの確立を目指し創設。
地域支援事業	要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村が実施する事業として創設。
地域密着型サービス	認知症高齢者や一人暮らし高齢者が増加している中で、こうした方々が出来る限り住み慣れた地域での生活が継続できるよう、地域の特性に応じて多様で柔軟なサービス提供が可能となるような新たなサービス体系として創設。
例:小規模多機能型居宅介護	中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせサービスを提供
例:夜間対応型訪問介護	在宅にいる場合も、夜間を含め24時間安心して生活できる体制を整備するため、定期巡回と通報による随時対応を合わせたサービスを提供
サテライト型施設（特別養護老人ホーム・老人保健施設等）	施設が有している様々な機能を地域に展開していくことを目指すとともに、小規模な施設の効率的運営を可能とする観点から創設。本体施設との密接な連携を前提に、人員基準を一部緩和

第3期  
(平成18年度～)

# 介護保険制度における新たなサービス等の導入の経緯②

第4期  
(平成21年度～)

## 平成23年改正(平成24年4月等施行)

導入サービス	導入理由
定期巡回・随時対応サービス	訪問介護などの在宅サービスが増加している一方で、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足していることや、医療ニーズが高い高齢者に対して医療と介護との連携が不足しているという課題に対応するため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護の両方を提供し、定期巡回と随時の対応を行うサービスとして創設。
複合型サービス	利用者がニーズに応じて柔軟に医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けられ、また、事業者にとっても柔軟な人員配置が可能となるよう、小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数のサービスを組み合わせるサービスとして創設。
サービス付き高齢者向け住宅 ※高齢者住まい法改正	高齢者が、安心して住める住まいとして、①バリアフリー化、②状況把握サービス・生活相談サービスの提供、③契約解除時の前払い金の変換ルール及び保全措置が講じられている賃宅住宅及び有料老人ホームの登録制度を創設。
サテライト型事業所施設 (小規模多機能型居宅介護) ※介護報酬改定	認知症高齢者等の在宅生活を支える重要なサービスとして更なる普及を促進する観点から、経営の安定化を図りつつ、利用者にとってより身近な地域でのサービス提供が可能となるようなサービスとして創設。本体施設との密接な連携を前提に、人員基準を一部緩和。

第5期  
(平成24年度～)

## 平成26年改正(平成27年4月等施行)

導入サービス	導入理由
地域支援事業の充実	高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように地域包括ケアシステムを構築するため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実させるよう、以下の取組を新たに地域支援事業に位置づけ。 ①在宅医療・介護連携の推進、②認知症施策の推進、③地域包括ケア会議の推進、④生活支援サービスの充実・強化
介護予防・日常生活支援総合事業 (新しい総合事業)	一人暮らし高齢者等の急速な増加や家族の介護力の低下等により、生活支援サービスへのニーズや高齢者の社会参加の必要性が高まっていることを踏まえ、従来の介護予防・日常生活支援総合事業を発展的に見直し、予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業へ移行。
特養の入所者重点化	特養の新規入所者を原則要介護3以上に限定し、在宅生活が継続困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化。 軽度(要介護1・2)の要介護者の入所について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合に、市町村の関与の下、特例的な場合に限定。

※地域密着型通所介護の創設(平成28年度から)

第6期  
(平成27年度～)

## 平成29年改正(平成30年4月等施行)

導入サービス	導入理由
介護医療院	今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設として創設。

※介護保険と障害福祉制度に新たな共生型サービスを位置付け

※介護老人保健施設について、入所者の在宅復帰、在宅療養支援を目的とした施設であることを明確化

第7期  
(平成30年度～)

# 介護保険施設の比較

		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設
基本的性格		要介護高齢者のための生活施設 ※27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指し在宅療養支援を行う施設	要介護高齢者の長期療養・生活施設	医療の必要な要介護高齢者のための長期療養施設
定義		老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームであって、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行うことを目的とする施設	要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設	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行うことを目的とする施設	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設
主な設置主体※1		社会福祉法人（約95%）	医療法人（約75%）	—	医療法人（約83%）
施設数(R1.10)※2		8,138件	4,279件	246件	806件
利用者数(R1.10)※2		619,600人	363,400人	16,200人	33,300人
居室面積・定員数	従来型	面積/人	10.65㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下
	ユニット型	面積/人	10.65㎡以上		
		定員数	原則個室		
「多床室」の割合※3		50.6%	91.0%	96.7%	99.6%
平均在所(院)日数※4		1,285日	300日	—	492日
低所得者の割合※4		71.9%	54.3%	—	51.2%
医師の配置基準		必要数(非常勤可)	1以上 / 100:1以上	I型: 3以上 / 48:1以上 II型: 1以上 / 100:1以上	3以上 / 48:1以上
医療法上の位置づけ		居宅等	医療提供施設	医療提供施設	病床 15

※1の割合は介護サービス施設事業所調査(平成29年)、※2は介護給付費等実態統計(30年10月審査分。地域密着型を含む)、※3は介護給付費等実態統計(平成30年10月審査分)(老健局高齢者支援課による特別集計)、※4は介護サービス施設事業所調査(平成28年)より。 ※2、※3の数値は地域密着型介護老人福祉施設を含む。



# 高齢者向け住まいの概要

	①サービス付き 高齢者向け住宅	②有料老人ホーム	③養護老人ホーム	④軽費老人ホーム	⑤認知症高齢者 グループホーム
根拠法	高齢者住まい法第5条	老人福祉法第29条	老人福祉法第20条の4	社会福祉法第65条 老人福祉法第20条の6	老人福祉法第5条の2 第6項
基本的性格	高齢者のための住居	高齢者のための住居	環境的、経済的に困窮した 高齢者の入所施設	低所得高齢者のための住居	認知症高齢者のための共同 生活住居
定義	高齢者向けの賃貸住宅又 有料老人ホーム、高齢者を 入居させ、 <b>状況把握サー ビス、生活相談サービス等の 福祉サービスを提供する住 宅</b>	老人を入居させ、入浴、排 せつ若しくは食事の <b>介護</b> 、 <b>食事の提供</b> 、洗濯、掃除等 の <b>家事</b> 、 <b>健康管理をする事 業を行う施設</b>	入所者を養護し、その者が <b>自立した生活を営み、社会 的活動に参加するために必 要な指導及び訓練その他の 援助を行うことを目的とする 施設</b>	無料又は低額な料金で、老 人を入居させ、 <b>食事の提供</b> <b>その他日常生活上必要な便 宜を供与することを目的とす る施設</b>	入居者について、その共同 生活を営むべき住居におい て、入浴、排せつ、食事等の <b>介護その他の日常生活上 の世話及び機能訓練を行う もの</b>
介護保険法上 の類型	なし ※外部サービスを活用	特定施設入居者生活介護			認知症対応型 共同生活介護
主な設置主体	限定なし (営利法人中心)	限定なし (営利法人中心)	地方公共団体 社会福祉法人	地方公共団体 社会福祉法人 知事許可を受けた法人	限定なし (営利法人中心)
対象者	次のいずれかに該当する単 身・夫婦世帯 ・60歳以上の者 ・要介護/要支援認定を受け ている60歳未満の者	老人 ※老人福祉法上、老人に関 する定義がないため、解 釈においては社会通念に よる	65歳以上の者であって、環 境上及び経済的理由により 居宅において養護を受ける ことが困難な者	身体機能の低下等により自 立した生活を営むことにつ いて不安であると認められる 者であって、家族による援助を 受けることが困難な60歳以 上の者	要介護者/要支援者であって 認知症である者(その者の 認知症の原因となる疾患が 急性の状態にある者を除 く。)
1人当たり面積	25㎡ など	13㎡(参考値)	10.65㎡	21.6㎡(単身) 31.9㎡(夫婦) など	7.43㎡
件数※1	7,107棟 (H30.9末)	13,354件(H30.6末)	953件(H30.10)	2,306件(H30.10)	13,653件(H30.10)
	特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設: 5,527件(H30.10) ※2				
定員数※1	234,971戸 (H30.9末)	514,017人(H30.6末)	63,548人(H30.10)	94,493人(H30.10)	202,950人(H30.11)
	特定施設入居者生活介護の受給者数: 241,931人(H30.11) ※2				
補助制度等	整備費への助成	なし	定員29人以下:整備費等への助成		

※1:①→サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム調べ(「定員数」の値については登録戸数)、②→厚生労働省老健局調べ、③・④→社会福祉施設等調査(平成30年)、

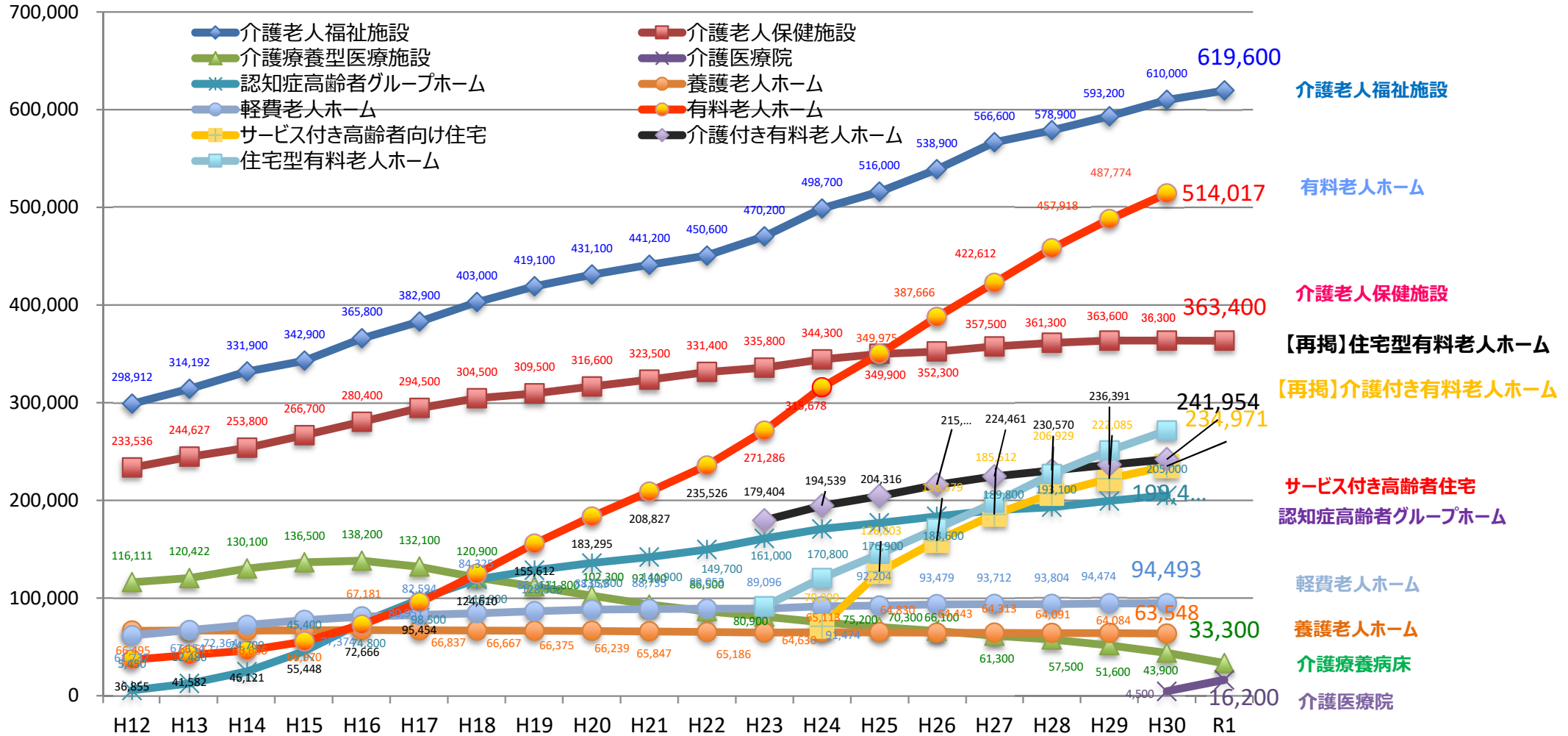
⑤→件数は介護給付費等実態調査(平成30年10月審査分(短期利用を除く)、定員数は介護保険事業状況報告(30年11月月報))

※2:→件数は介護給付費等実態調査(平成30年10月審査分(地域密着型を含む、短期利用を除く))、定員数は介護保険事業状況報告(30年11月月報)。いずれも地域密着を含む。

# 高齢者向け住まい・施設の利用者数

○ 高齢者向け住まいや介護保険施設について、利用者の数は増加している。

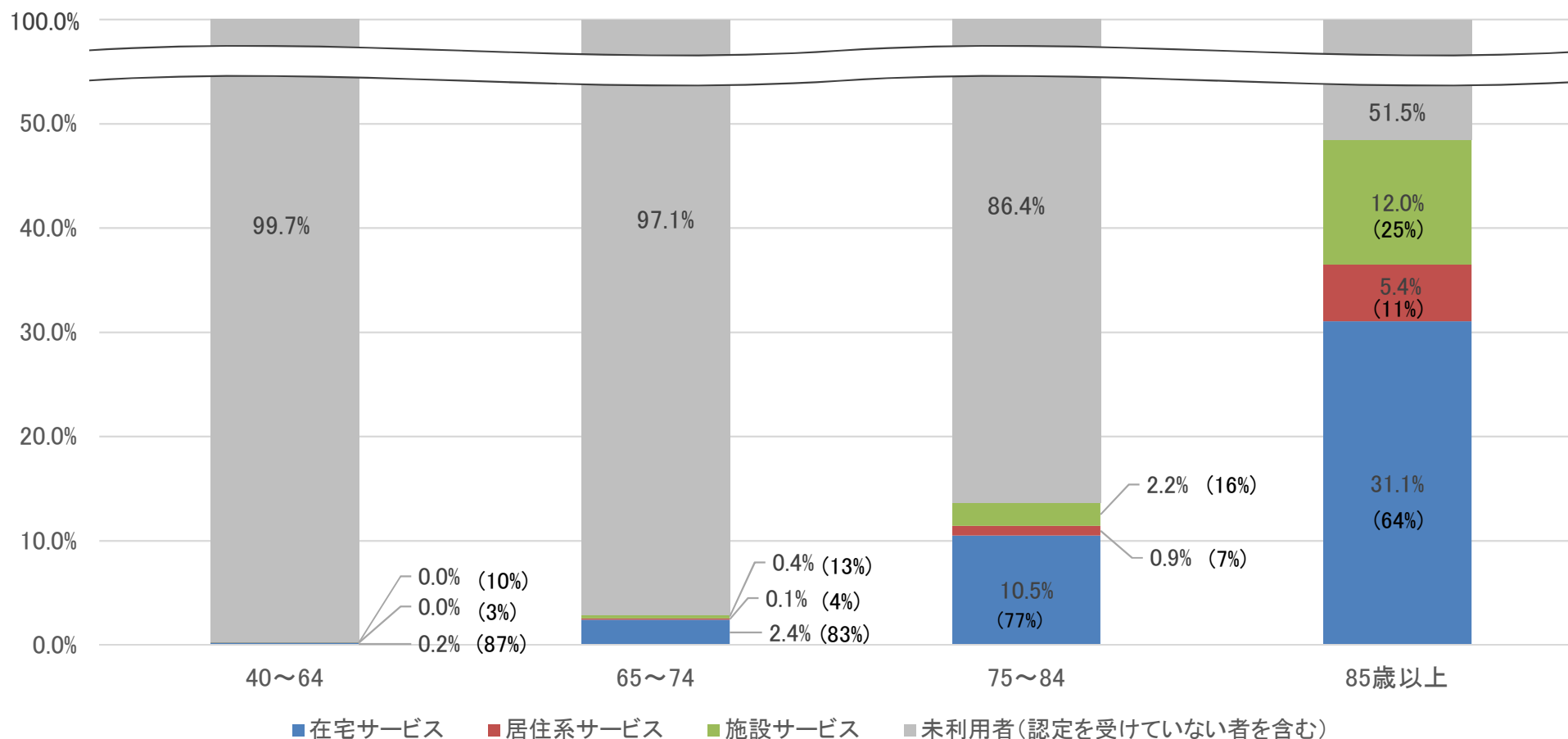
(単位:人・床)



※1: 介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査(10月審査分)【H14~H29】」及び「介護給付費等実態統計(10月審査分)【H30~】」による。  
 ※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。  
 ※3: 認知症高齢者グループホームは、H12~H16は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。(短期利用を除く)  
 ※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査(H30.10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24~H30は基本票の数値。(利用者数ではなく定員数)  
 ※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果による。(利用者数ではなく定員数)  
 ※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(H30.9/30時点)」による。(利用者数ではなく登録戸数)

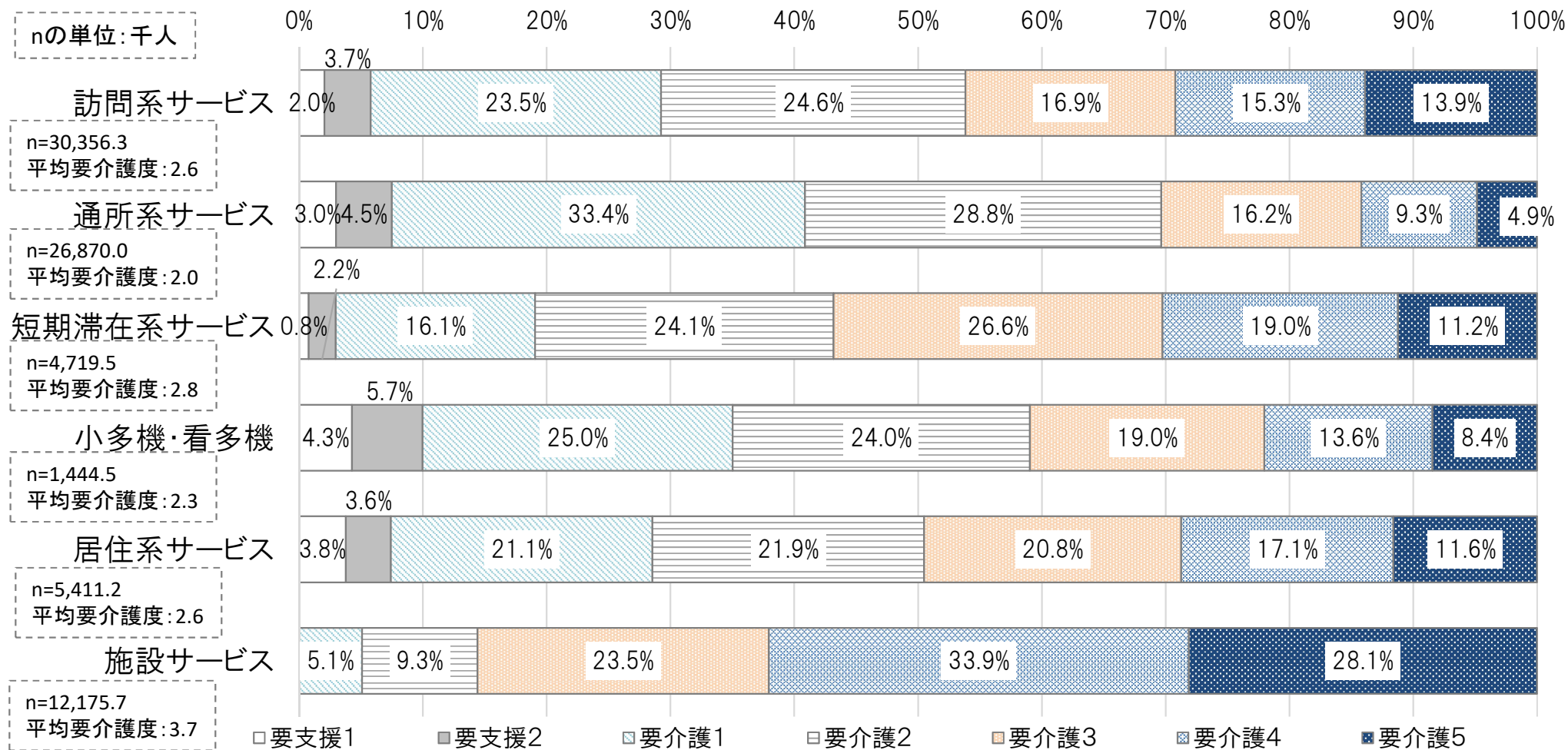
## サービス類型別の利用者割合(年齢階級別)

- 全年齢を通して、基本的には在宅サービスの割合が多いものの、年齢が上昇するにつれ、施設サービスの割合が上昇。特に85歳以上の上昇が大きい。
- 75～84歳層になると、居住系サービスの比率が増加。85歳以上の層になると、施設サービスの比率が増加。



(○%):在宅サービス、居住系サービス、施設サービスの合計を100%とした場合

# サービス類型別の要介護度割合



**訪問系サービス**：訪問介護＋訪問入浴介護＋訪問看護＋訪問リハビリテーション＋居宅療養管理指導＋定期巡回・随時対応型訪問介護看護＋夜間対応型訪問介護

**通所系サービス**：通所介護＋通所リハビリテーション＋地域密着型通所介護＋認知症対応型通所介護

**短期滞在系サービス**：短期入所生活介護＋短期入所療養介護＋特定施設入居者生活介護(短期利用)＋小規模多機能型居宅介護(短期利用)＋認知症対応型共同生活介護(短期利用)＋地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用)＋看護小規模多機能型居宅介護(短期利用)

**小多機・看多機**：小規模多機能型居宅介護＋看護小規模多機能型居宅介護

**居住系サービス**：特定施設入居者生活介護＋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

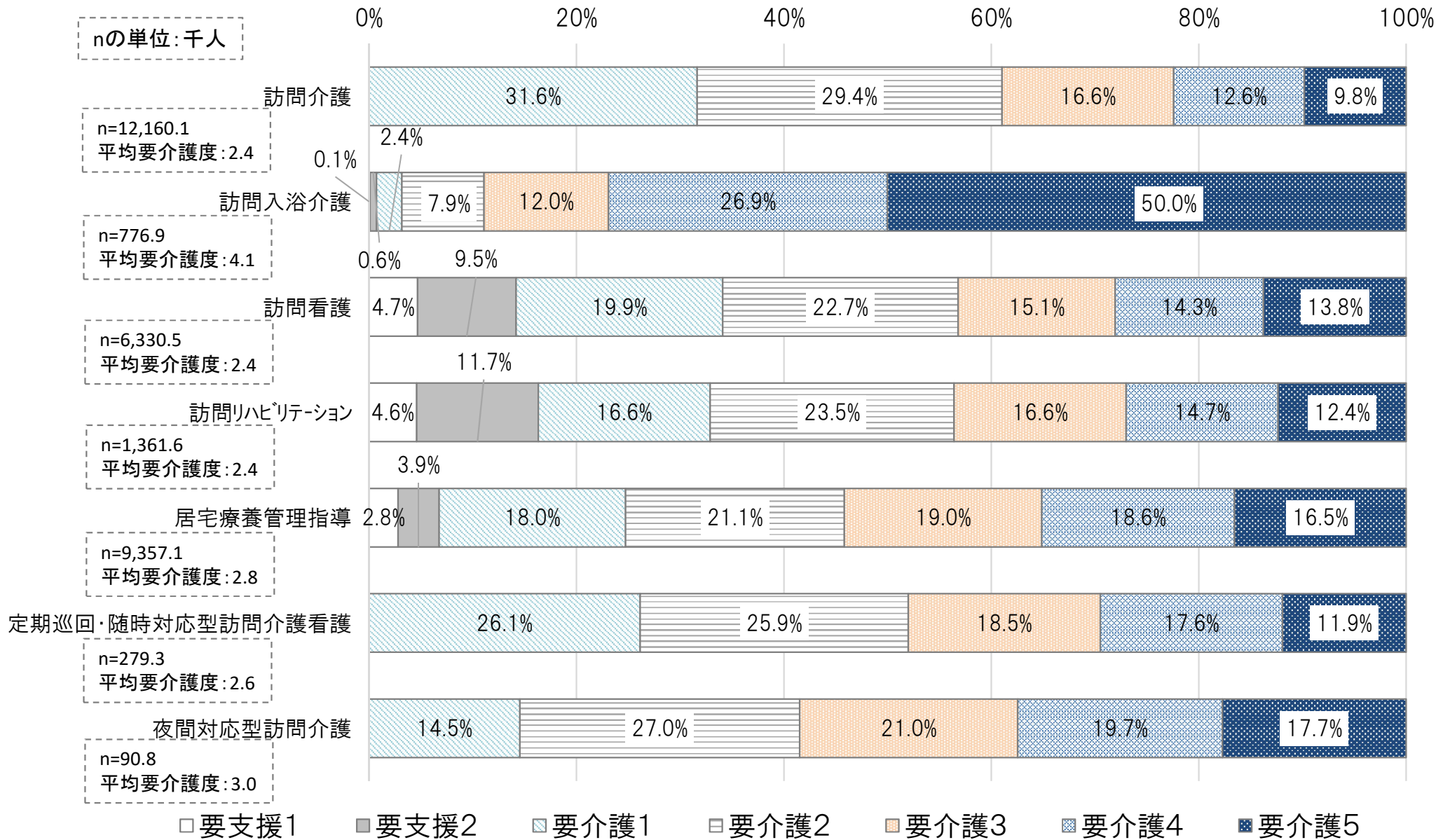
**施設サービス**：介護福祉施設サービス＋地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護＋介護保健施設サービス＋介護療養施設サービス＋介護医療院サービス

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

【出典】平成30年度介護給付費等実態統計報告(平成30年5月審査分～平成31年4月審査分)



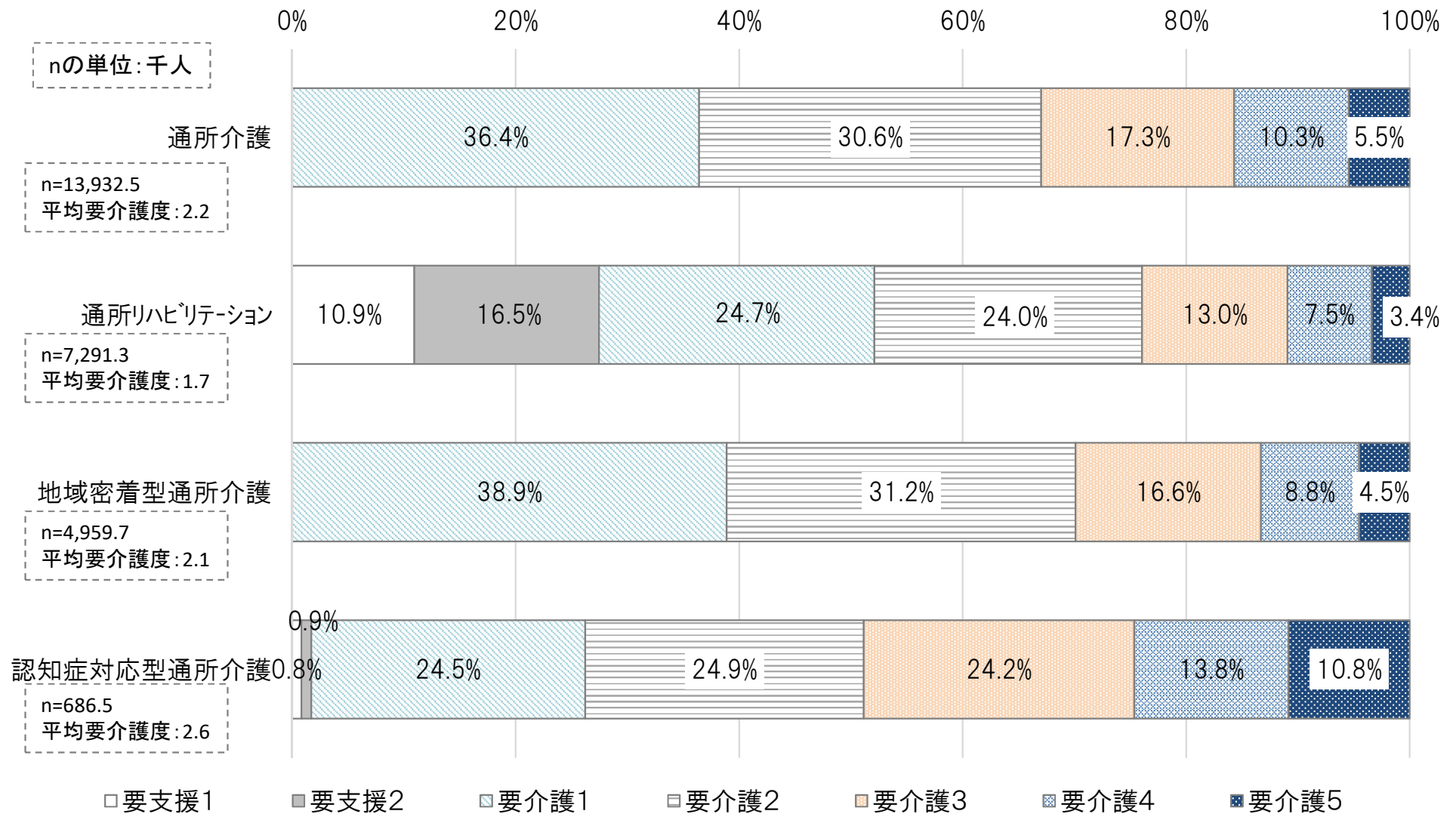
# 訪問系サービスの要介護度割合



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

【出典】平成30年度介護給付費等実態統計報告(平成30年5月審査分～平成31年4月審査分)

# 通所系サービスの要介護度割合

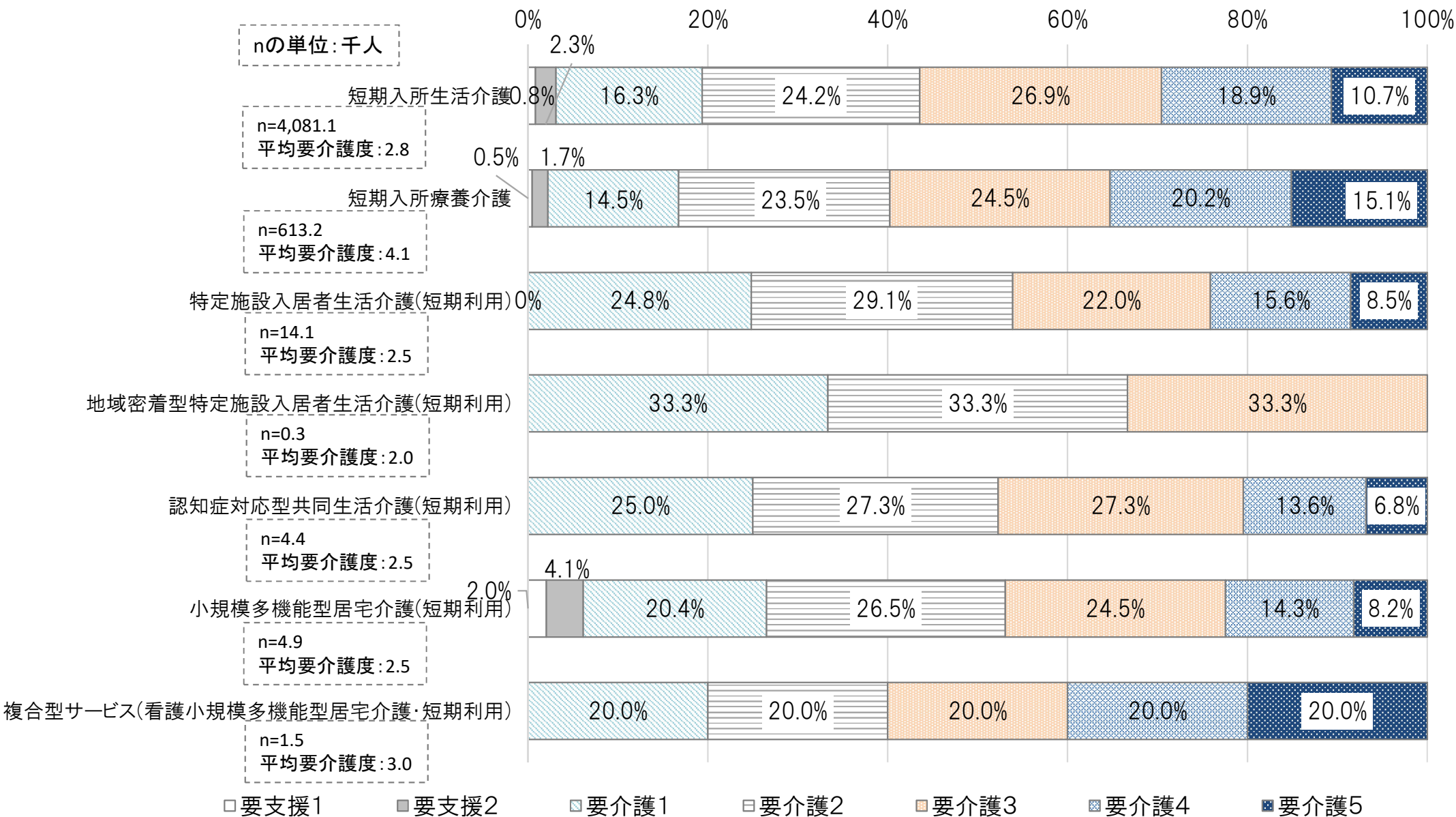


(注)平均要介護度の算出にあたり、要支援1・2は0.375として計算している。

【出典】平成30年度介護給付費等実態統計報告(平成30年5月審査分～平成31年4月審査分)



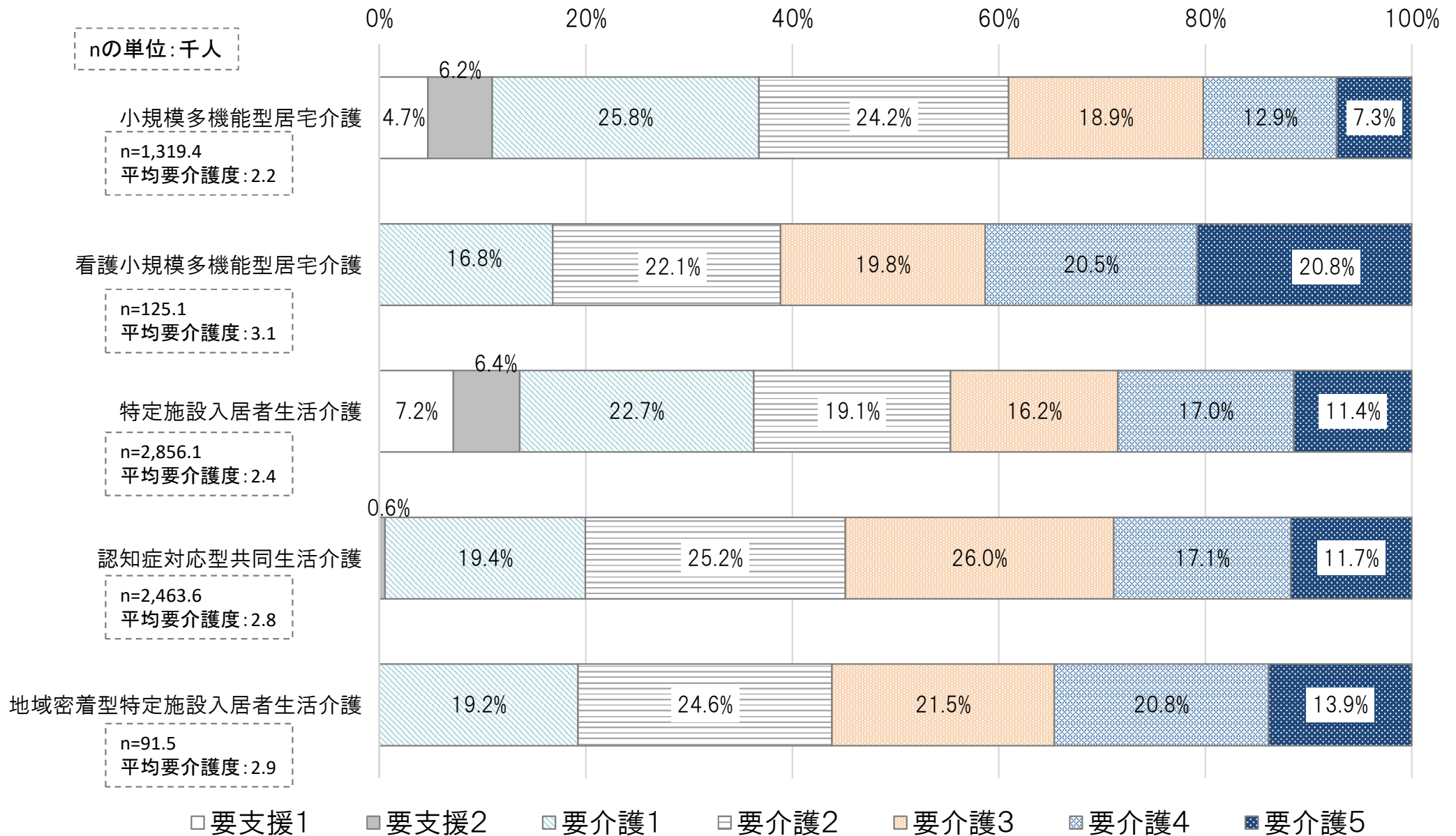
# 短期滞在系サービスの要介護度割合



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

【出典】平成30年度介護給付費等実態統計報告(平成30年5月審査分～平成31年4月審査分)

# 小多機・看多機、居住系サービスの要介護度割合

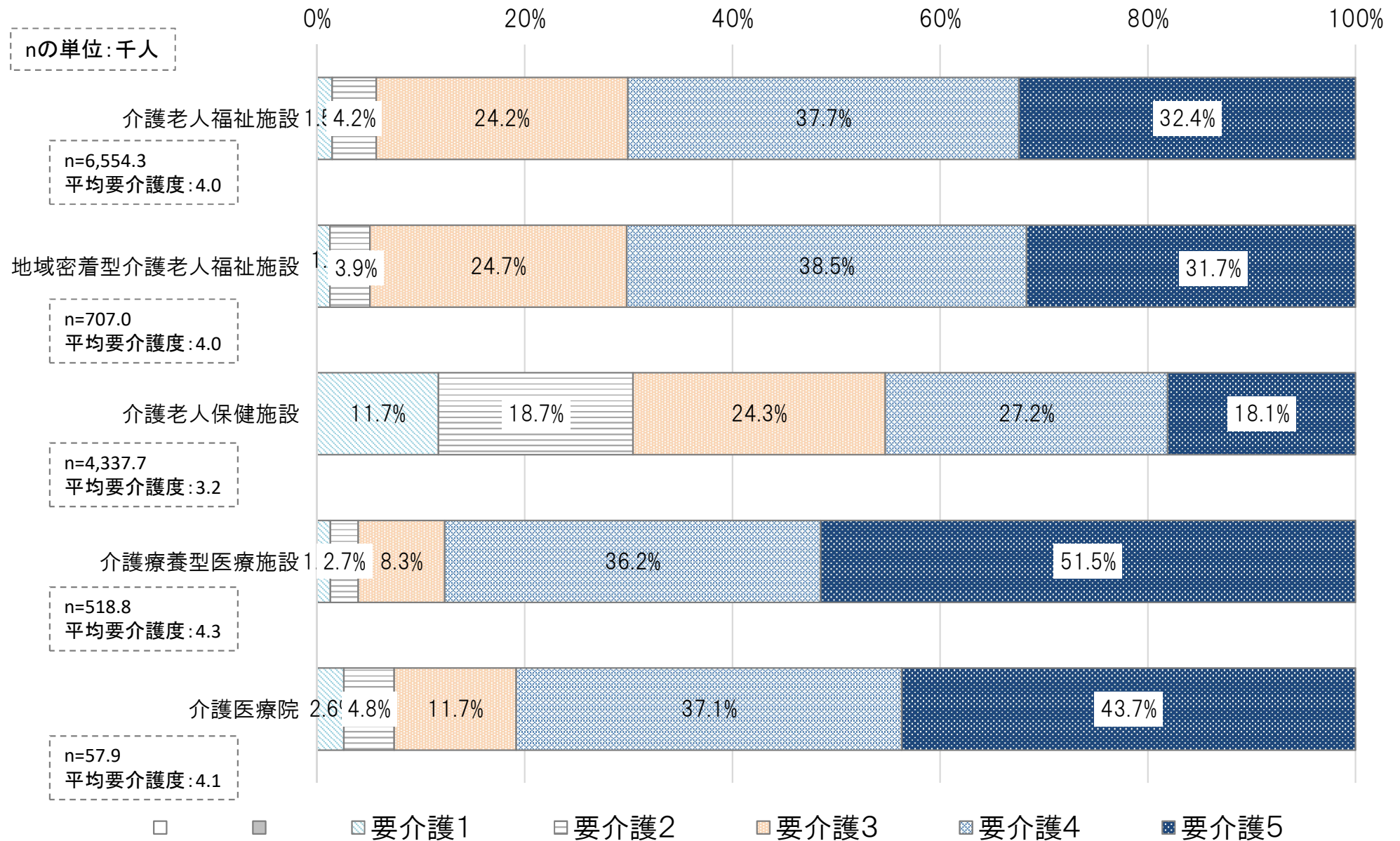


(注)平均要介護度の算出にあたり、要支援1・2は0.375として計算している。

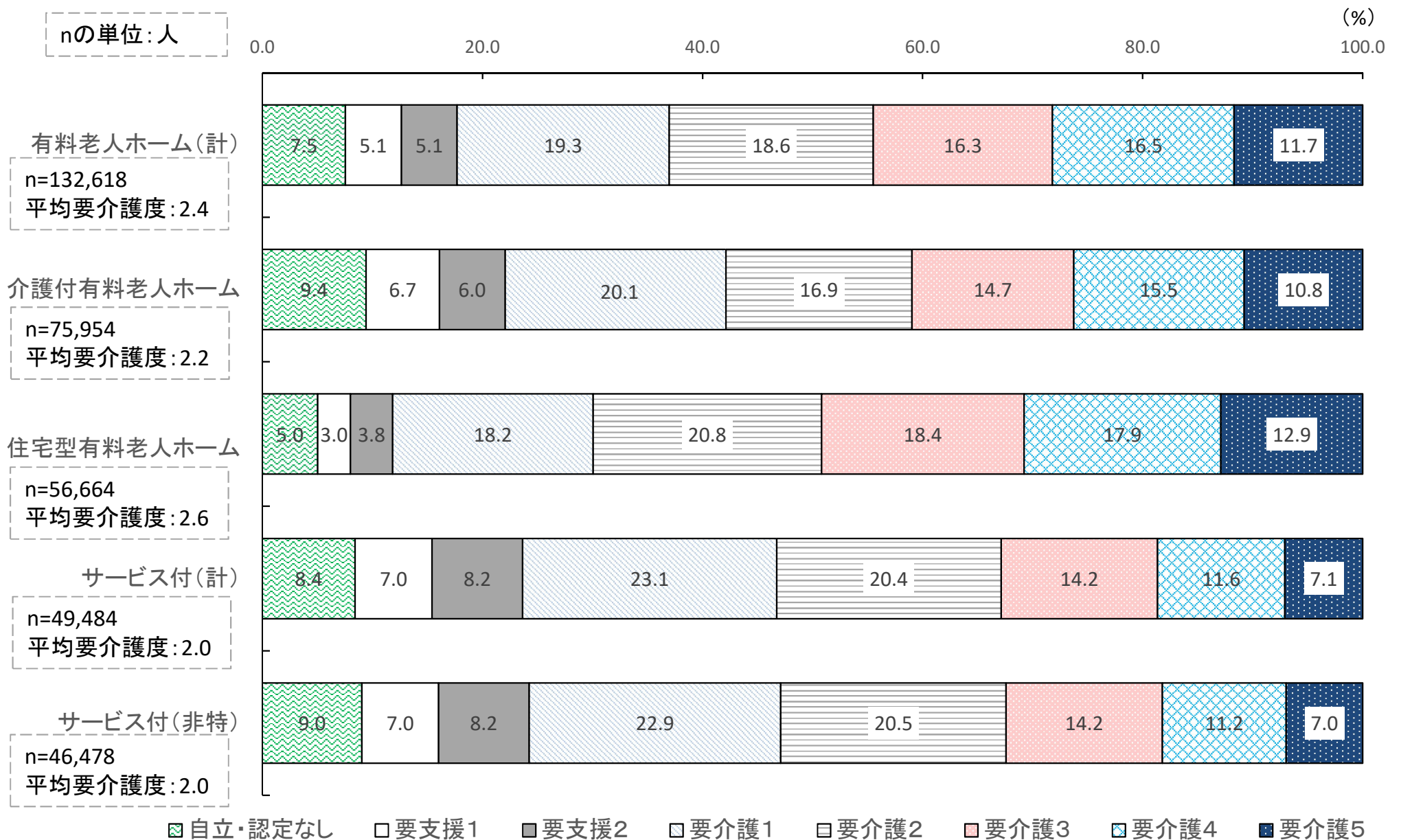
【出典】平成30年度介護給付費等実態統計報告(平成30年5月審査分～平成31年4月審査分)



# 施設サービスの要介護度割合



# 高齢者向け住まいの要介護度別利用者割合



※「不明・申請中」は除く。

(出典) 平成30年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

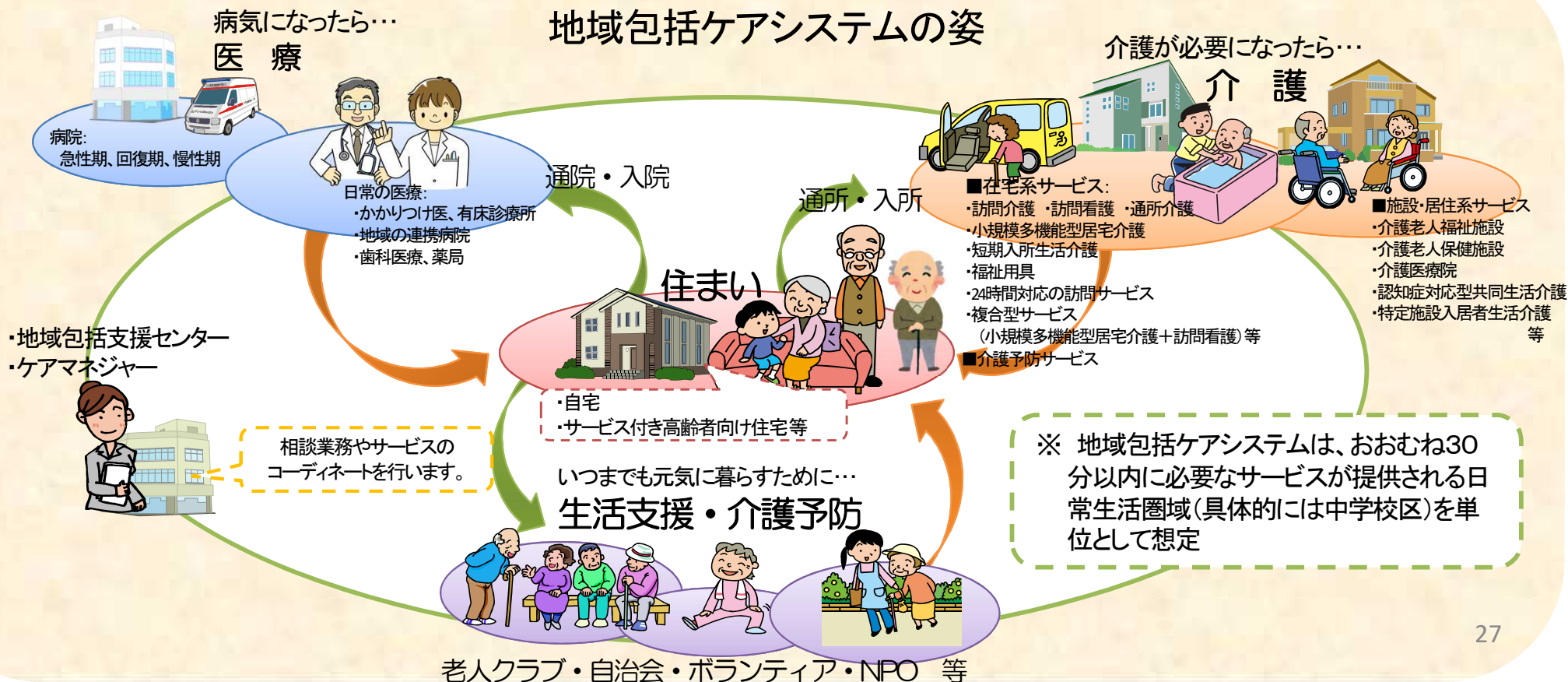
### 3. 介護保険制度等における対応



# 地域包括ケアシステムの構築について

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

## 地域包括ケアシステムの姿





## (参考) 地域共生社会と地域包括ケアシステムの関係について

(2017年4月26日 第137回社会保障審議会介護給付費分科会 (田中分科会長発言抜粋) )

地域共生社会は、住民も提供者も自治体も意識すべき理念ステートメントです。分析概念というより、上位の理念です。住民が、地域でお互いに助け合って生きていこうと唱える理念です。それに対して地域包括ケアシステムは、例えば地域包括ケア会議とか地域マネジメントなど、具体的な中身を伴っている仕組みの話なのです。

したがって、両者は対決するわけでもなく、位置づけが違います。片や理念、片や具体的な仕組みと私は捉えて講演などでは話しております。これが正解かどうかは、別に人によって違っていいと思いますが、私はそういう理解をしております。

# 介護保険法(平成9年法律第123号)の関連規定

## ○介護保険法(平成9年法律第123号) 抄

### (目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

### (介護保険)

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

- 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

# 介護保険法(平成9年法律第123号)の関連規定

## ○介護保険法(平成9年法律第123号) 抄

### (国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

### (国及び地方公共団体の責務)

第五条 国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。

2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。

3 国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

4 国及び地方公共団体は、前項の規定により同項に掲げる施策を包括的に推進するに当たっては、障害者その他の者の福祉に関する施策との有機的な連携を図るよう努めなければならない。

# 介護保険法(平成9年法律第123号)の関連規定

## ○介護保険法(平成9年法律第123号) 抄

(認知症に関する施策の総合的な推進等)

第五条の二 国及び地方公共団体は、認知症(脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態をいう。以下同じ。)に対する国民の関心及び理解を深め、認知症である者への支援が適切に行われるよう、認知症に関する知識の普及及び啓発に努めなければならない。

- 2 国及び地方公共団体は、被保険者に対して認知症に係る適切な保健医療サービス及び福祉サービスを提供するため、認知症の予防、診断及び治療並びに認知症である者の心身の特性に応じたリハビリテーション及び介護方法に関する調査研究の推進並びにその成果の活用に努めるとともに、認知症である者を現に介護する者の支援並びに認知症である者の支援に係る人材の確保及び資質の向上を図るために必要な措置を講ずることその他の認知症に関する施策を総合的に推進するよう努めなければならない。
- 3 国及び地方公共団体は、前項の施策の推進に当たっては、認知症である者及びその家族の意向の尊重に配慮するよう努めなければならない。

# 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、地域の実情に応じたサービス整備を実施している。

## 国の基本指針（法第116条）、平成30年厚生労働省告示第57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7期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

平成29(2017)年度  
実績値 ※1

令和2(2020)年度  
推計値 ※2

令和7(2025)年度  
推計値 ※2

## ○ 介護サービス量

	平成29(2017)年度 実績値 ※1	令和2(2020)年度 推計値 ※2	令和7(2025)年度 推計値 ※2
<b>在宅介護</b>	<b>343 万人</b>	<b>378 万人 (10%増)</b>	<b>427 万人 (24%増)</b>
うちホームヘルプ	110 万人	122 万人 (11%増)	138 万人 (26%増)
うちデイサービス	218 万人	244 万人 (12%増)	280 万人 (28%増)
うちショートステイ	39 万人	43 万人 (9%増)	48 万人 (23%増)
うち訪問看護	48 万人	59 万人 (22%増)	71 万人 (47%増)
うち小規模多機能	10 万人	14 万人 (32%増)	16 万人 (55%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	1.9 万人	3.5 万人 (84%増)	4.6 万人 (144%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	0.8 万人	2.1 万人 (172%増)	2.9 万人 (264%増)
<b>居住系サービス</b>	<b>43 万人</b>	<b>50 万人 (17%増)</b>	<b>57 万人 (34%増)</b>
特定施設入居者生活介護	23 万人	28 万人 (21%増)	32 万人 (41%増)
認知症高齢者グループホーム	20 万人	22 万人 (13%増)	25 万人 (26%増)
<b>介護施設</b>	<b>94 万人</b>	<b>105 万人 (11%増)</b>	<b>121 万人 (29%増)</b>
特養	59 万人	65 万人 (11%増)	73 万人 (25%増)
老健	36 万人	38 万人 (6%増)	41 万人 (17%増)
介護医療院	-	1.5 万人	6.4 万人
(参考)			
介護療養型医療施設	5.0 万人	4.0 万人	-

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

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

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

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

なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

※介護離職ゼロに向けた基盤整備の対象サービス

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

# 第8期介護保険事業(支援)計画の基本指針について (令和2年2月21日第90回社会保障審議会介護保険部会資料)

## 第8期計画において記載を充実する事項(案)

■ 第8期の基本指針においては、介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」を踏まえて、以下について記載を充実してはどうか。

### 1 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備 P7～12参照

○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 P13～15参照

○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）P16～24参照

○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

○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等を踏まえた認知症施策の推進 P25参照

○認知症施策推進大綱等を踏まえ、「共生」と「予防」を車の両輪とした認知症施策の推進について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 P10, 26～29参照

○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ポイント制度や有償ボランティア等について記載

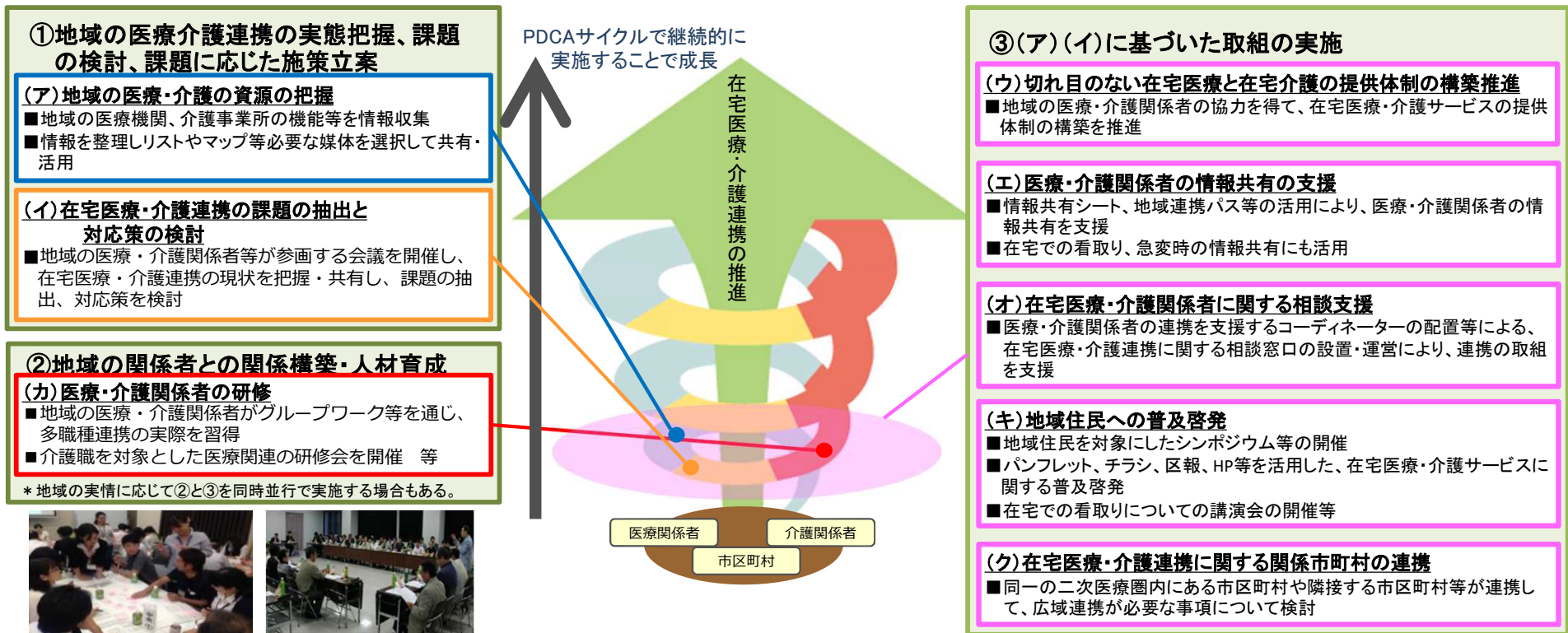
○要介護認定を行う体制の計画的な整備を行う重要性について記載

○文書負担軽減に向けた具体的な取組を記載

# 在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。

## 事業項目と事業の進め方のイメージ



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



# 介護保険制度の見直しに関する意見(関係部分)

(令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

## Ⅲ地域包括ケアシステムの推進(多様なニーズに対応した介護の提供・整備)

### 2. 医療・介護の連携

#### 【在宅医療・介護連携推進事業】

- 在宅医療・介護連携推進事業について、全ての自治体において事業が実施されている中で、市町村において、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつ、PDCAサイクルに沿った取組を更に進められるよう、現行の事業体系の見直しが必要である。「認知症施策推進大綱」や看取りに関する取組等の最近の動向も踏まえることが重要である。各市町村においては、単に事業を実施するだけでなく、地域課題や取組内容の見える化を進め、目的をもって事業を進めていくことが重要である。医師会等関係機関や医師等専門職と緊密に連携して取組を進めることが重要である。
- 在宅医療・介護連携推進事業について、切れ目のない在宅医療・介護の実現に関する目標を設定し、地域の目指す姿を住民や医療・介護関係者で共有できるようにすること、認知症等への対応を強化すること、事業項目全ての実施を求めるのではなく、一部項目の選択的实施や地域独自の項目の実施を可能とするなど、一定程度地域の実情に応じた実施を可能とすること、事業体系を明確化して示すことが適当である。地域包括ケアシステムの理念達成に向けて取り組まれるようにすることが重要である。この理念の達成に向けて、都道府県や市町村において、医療や介護・健康づくり部門の庁内連携を密にし、総合的に進める人材を育成・配置していくことも重要である。
- 都道府県においては、地域医療構想の取組との連携や医師会等関係機関との調整、研修会等を通じた情報発信や人材育成、保健所等による管内の広域的な調整やデータの活用・分析を含めた市町村支援等を更に進めることが必要である。
- 国においては、自治体における取組を支援することが必要である。自治体がPDCAサイクルに沿った取組を進めるにあたり活用可能な指標の検討を進めることが適当である。在宅看取りの状況等評価に資するデータを取得できる環境整備を進めることも重要である。また、課題抽出を含め事業実施にあたり活用できるよう、地域包括ケア「見える化」システム等を活用できる環境整備を進めることが適当である。事業の好事例を横展開することも重要である。

# 人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書 (平成30年3月29日公表)

## 普及・啓発の目的と必要性

- 人生の最終段階において、本人の意思に沿った医療・ケアが行われるようにするためには、人生の最終段階における医療・ケアについて繰り返し話し合う取組が、医療・介護現場だけではなく、国民一人一人の生活の中に浸透し、「生を全うする医療・ケアの質」を高めていくことが必要。
- このため、国民全体が、人生の最終段階における医療・ケアについて、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)※等の概念を盛り込んだ意思決定及びその支援の取組の重要性について、一層の普及・啓発が必要。

※ 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

## 普及・啓発の内容・方法

普及・啓発は、対象の属性に応じ、提供する情報の内容や支援方法を次のとおり分けて検討することが必要。

### ① 人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方

- ・ 心身の状態に応じた医療・ケアの内容に関する事項
- ・ 本人の意思の共有にあたり留意すべき事項 等

【医療機関・介護施設】医療・ケアチームによる、医療・介護サービスの提供の機会を通じた情報提供 等

### ② ①の方を身近で支える立場にある家族等

- ・ ①に掲げる事項
- ・ 身近な方の人生の最終段階における医療・ケアの方針決定に関わるにあたり、留意すべき事項

【医療機関・介護施設】医療・ケアチームによる、医療・介護サービスの提供の機会を通じた情報提供 等

## 普及・啓発の内容・方法(続き)

### ③ 本人や家族等を支える医療・ケアチーム

- ・ 意思決定支援に必要な知識・技術に関する事項(新ガイドラインの内容等)
- ・ ①・②の方に掲げる事項を本人や家族等に伝達するにあたり、留意すべき事項 等

【国、地方自治体、医療・介護関係団体】新ガイドラインの普及、研修会の開催 等

### ④ 国民全体

- ・ 本人や身近な人のもしものときに備えて、日頃から考え、家族等の信頼できる者と繰り返し話し合いを行い、その内容を共有しておくことが重要であること

【国】記念日の制定やこの日に合わせたイベントの開催、関連情報のポータルサイトやeラーニング等の学習サイトの開設、ACPについて国民に馴染みやすい名称の検討

【地方自治体】リーフレットの配布、市民向けのセミナーの開催

【民間団体】結婚、出産、介護保険加入、介護休業、退職等のライフイベントに関連する手続きの機会を通じたリーフレットの配布、セミナーの開催

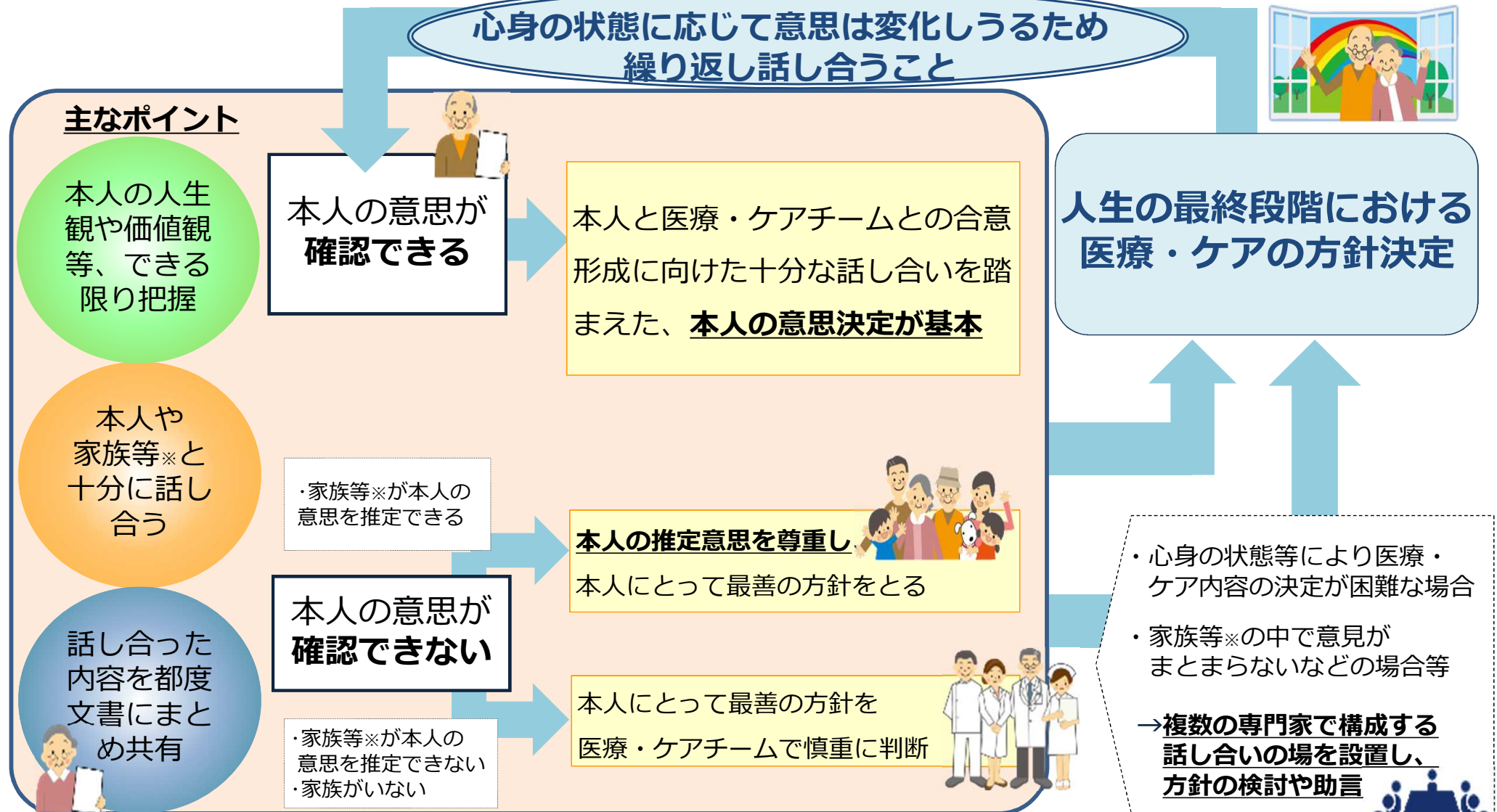
【教育機関】学校における生命や医療・ケアに関する授業や講義の機会を通じ、人生の最終段階における医療・ケアに関する教育 等

## 普及・啓発における留意事項

- 誰もが日常的に話し合える環境づくりを進めることが重要であること
- 国民一人一人が、希望する人生の最終段階を迎えることができるようにするために行うものであり、決して医療費削減、営利目的等のために行うべきものではないこと
- あくまで個人の主体的な取組によって考え、決定されるものであり、知りたくない、考えたくない、文書にまとめたくないという方への十分な配慮が必要であること
- ACPは、これまで既に、人生の最終段階に至る前の段階から、価値観、人生観も含めた十分なコミュニケーションを踏まえて医療・ケアの内容が決定されてきた実態の延長線上にあること 等

# 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

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



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

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

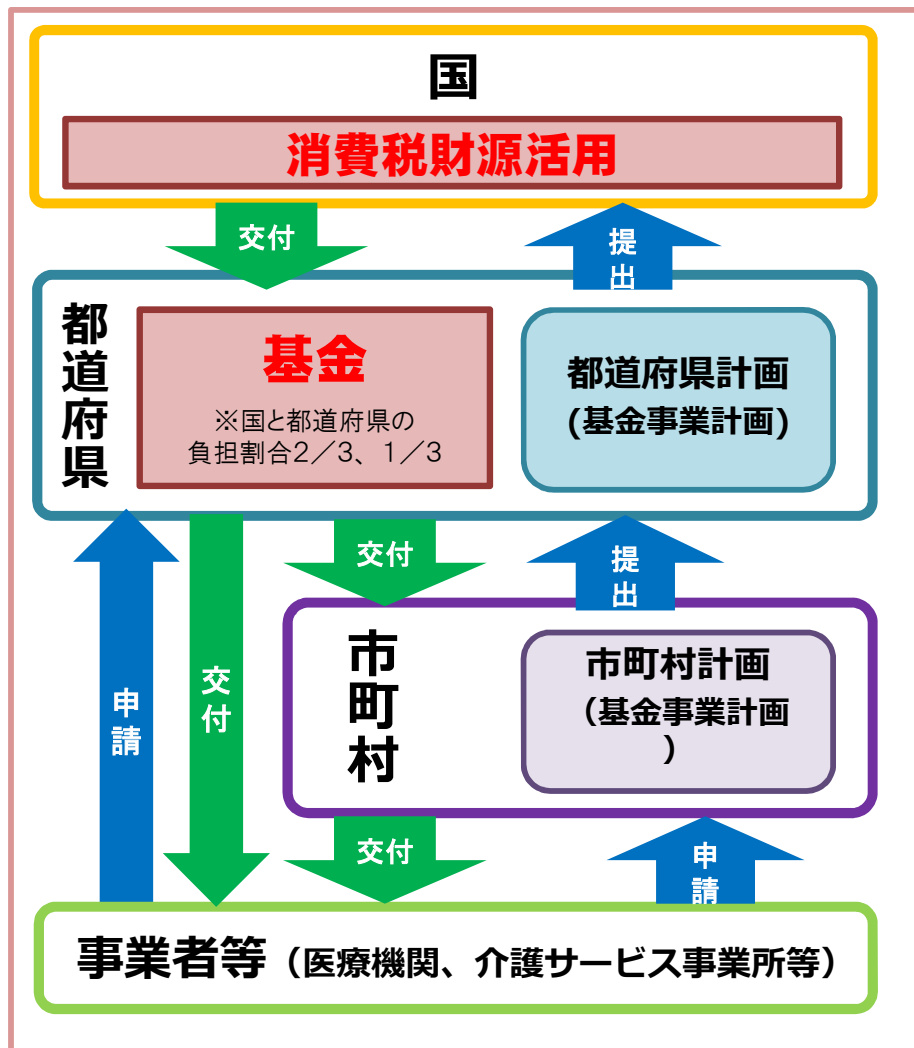




# 地域医療介護総合確保基金

令和2年度予算 公費:2,018億円(国費:1,345億円)  
(医療分 公費:1,194億円(国費:796億円)、介護分 公費:824億円(国費:549億円))

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



## 都道府県計画及び市町村計画 (基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
  - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
  - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
  - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
  - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
  - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
  - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施  
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

## 地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

# 地域医療介護総合確保基金(施設整備分)(令和2年度拡充分)

令和2年度予算 公費:701億円(国費:467億円)

※国と都道府県の負担割合2/3、1/3

○地域包括ケアシステムの構築に向けて、都道府県計画に基づき、地域密着型サービス等、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備を促進するための支援を行う。**令和2年度予算案**では、**地域のニーズ等に適したメニューの充実**を行う(下線箇所)

## 対象事業

### 1. 地域密着型サービス施設等の整備への助成

- 可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域密着型サービス施設・事業所等の整備(土地所有者(オーナー)が施設運営法人に有償で貸し付ける目的で整備する場合や、改築・増改築を含む)に対して支援を行う。  
(対象施設) 地域密着型特別養護老人ホーム(併設されるショートステイ用居室を含む)、小規模な老人保健施設、小規模な介護医療院、小規模な養護老人ホーム、小規模なケアハウス、都市型軽費老人ホーム、小規模な特定施設(介護付き有料老人ホーム)、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、認知症対応型デイサービスセンター、介護予防拠点、地域包括支援センター、生活支援ハウス(離島・奄美群島・山村・水源地域・半島・過疎地域・沖縄・豪雪地帯に係る振興法や特別措置法に基づくものに限る)、緊急ショートステイ、施設内保育施設  
※定員30人以上の広域型施設の整備費については、平成18年度より一般財源化され、各都道府県が支援を行っている(介護医療院を含む)。
- 上記対象施設を合築・併設を行う場合に、それぞれ補助単価の5%加算を行う。
- 空き家を活用した地域密着型サービス施設・事業所等の整備について支援を行う。
- 介護離職ゼロ50万人受け皿整備と老朽化した特別養護老人ホーム等の広域型施設の大規模修繕を同時に進めるため、介護離職ゼロ対象サービス(※)を整備する際に、あわせて行う広域型特養等の大規模修繕・耐震化について支援を行う。<令和5年度までの実施>  
※特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、ケアハウス、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設(介護付き有料老人ホーム)(いずれも定員30人以上の広域型施設を含む)

### 2. 介護施設の開設準備経費等への支援

- 特別養護老人ホーム等の円滑な開設のため、施設の開設準備(既存施設の増床や再開設時、大規模修繕時を含む)に要する経費の支援を行う。  
※定員30人以上の広域型施設を含む。広域型・地域密着型の特別養護老人ホームに併設されるショートステイ用居室を含む。  
※「大規模修繕時」は、施設の大規模修繕の際に、あわせて行うロボット・センサー、ICTの導入に限る。<令和5年度までの実施>  
※通いの場の健康づくりや防災に関する意識啓発のための設備等についても支援を行う。
- 在宅での療養生活に伴う医療ニーズの増大に対応するため、訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型事業所の設置に必要な設備費用等について支援を行う。
- 土地取得が困難な地域での施設整備を支援するため、定期借地権(一定の条件の下、普通借地権)の設定のための一時金の支援を行う。
- 施設整備候補地(民有地)の積極的な掘り起こしのため、地域の不動産事業者等を含めた協議会の設置等の支援を行う。また、土地所有者と施設整備法人のマッチングの支援を行う。
- 介護施設で働く職員等を確保するため、施設内の保育施設の整備、介護職員用の宿舍の整備<令和5年度までの実施>に対して支援を行う。

### 3. 特養多床室のプライバシー保護のための改修等による介護サービスの改善

- 特別養護老人ホーム及び併設されるショートステイ用居室における多床室のプライバシー保護のための改修費用について支援を行う。
- 特別養護老人ホーム等のユニット化に係る改修費用について支援を行う。
- 介護療養型医療施設等の老人保健施設等(介護医療院を含む)への転換整備について支援を行う。
- 施設の看取りに対応できる環境を整備するため、看取り・家族等の宿泊のための個室の確保を目的として行う施設の改修費用について支援を行う。
- 共生型サービス事業所の整備を推進するため、介護保険事業所において、障害児・者を受け入れるために必要な改修・設備について支援を行う。

※1~3を行う施設・事業所等が、特別豪雪地帯又は奄美群島・離島・小笠原諸島に所在する場合は、補助単価の8%加算が可能。

# 地域医療介護総合確保基金(介護人材分)(令和2年度拡充分)

令和2年度予算:  
国費:82億円(公費:124億円)

都道府県における総合的な方針のもと、介護現場により身近な市区町村が介護人材確保の基盤(プラットフォーム)を構築しながら、地域の課題に応じた効果的な施策が展開できるよう新規メニューの創設や内容を拡充。

## 参入促進

- ①介護分野への元気高齢者等参入促進セミナー事業(新)
- ②介護人材確保のためのボランティアポイントの活用(新)
- ③地域の支え合い・助け合い活動継続のための事務手続き等支援事業(事務お助け隊)(新)



## 労働環境等の改善

- 【離職の防止等】
- ④介護職員に対する悩み相談窓口設置事業(新)
- ⑤介護事業所におけるハラスメント対策推進事業(新)
- ⑥若手介護職員交流推進事業(新)
- ⑦介護事業所における両立支援等環境整備事業(新)

- 【業務負担軽減・生産性の向上】
- ⑧介護ロボット導入支援事業の拡充
- ⑨ICT導入支援事業の拡充
- ⑩介護事業所に対する業務改善支援事業の拡充(パイロット事業の全国展開)

※⑧～⑩の拡充分は令和5年度までの実施

- 【外国人介護人材への対応】
- ⑪外国人介護人材受入れ施設等環境整備事業(新)



## 資質の向上

- ⑫チームオレンジ・コーディネーター研修等事業(新)
- ⑬介護相談員育成に係る研修支援事業(新)



## 新 離島、中山間地域等支援

- ⑭離島、中山間地域等における介護人材確保支援事業

人口減少や高齢化が急速に進む離島や中山間地域等における介護人材の確保に向けた取組を支援



## 新 ⑮市区町村介護人材確保プラットフォーム構築事業

市区町村において、関係機関・団体との連携を図りつつ、総合的な介護人材確保を推進するための基盤を構築。(人材確保に向けた中核機関や協議会の設置等)



※事業の実施形態は下記を選択可能

①市町村等が上記の事業を実施する場合に都道府県が補助、②都道府県自らが上記事業を実施(委託可)

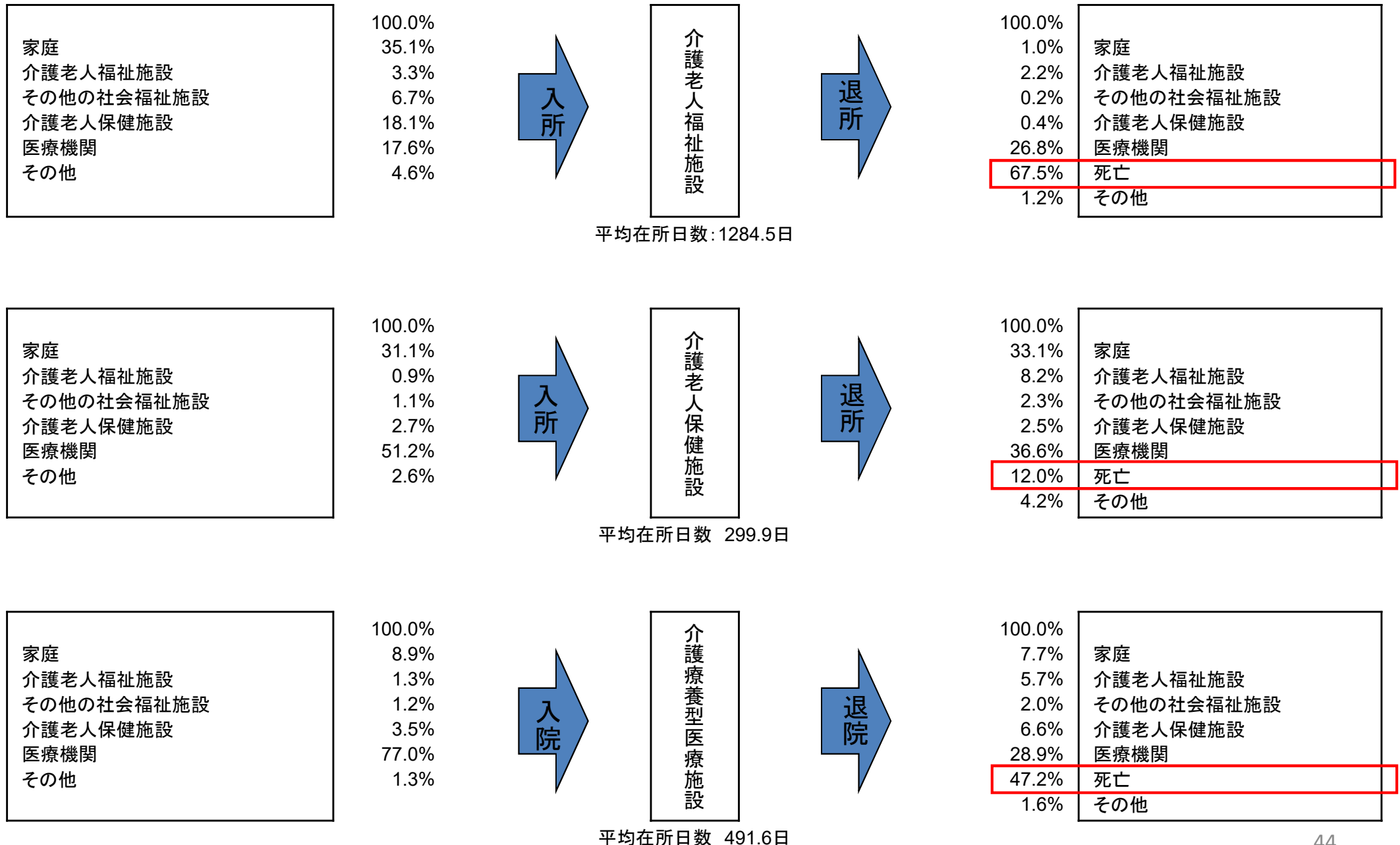
※基金事業の拡充に伴い都道府県の体制強化も併せて図る必要があるため、「介護人材確保対策連携強化事業(協議会設置等)」の機能を強化して対応。

## 4. 介護保険施設等における看取り等の状況



# 介護保険三施設における入所者・退所者の状況

○ 介護老人福祉施設の退所者の65%以上が死亡を理由として退所している。



# 高齢者向け住まいにおける入所者・退所者の状況

○ 高齢者向け住まいにおける退所理由も、「死亡による契約終了」が最も多い。

(新規入居者数 n=8,786)	100.0
病院・診療所・介護療養型医療施設	42.8
自宅	37.5
介護老人保健施設	7.8
介護保険対象の居住系サービス	5.5
介護保険対象外の居住系サービス	3.7
特別養護老人ホーム	1.1
その他（不明を含む）	1.6

入居

介護付有料老人ホーム

退居

(退去者数 n=10,890)	100.0
死亡による契約終了	53.3
病院・診療所・介護療養型施設	19.9
自宅	6.8
うち状態がよくなったことによる在宅復帰	2.1
介護保険対象の居住系サービス	6.6
特別養護老人ホーム	5.5
介護老人保健施設	3.5
介護保険対象外の居住系サービス	1.7
その他（不明を含む）	2.6

(新規入居者数 n=9,496)	100.0
病院・診療所・介護療養型医療施設	48.0
自宅	30.1
介護老人保健施設	7.6
介護保険対象外の居住系サービス	6.1
介護保険対象の居住系サービス	2.4
特別養護老人ホーム	0.9
その他（不明を含む）	5.0

入居

住宅型有料老人ホーム

退居

(退去者数 n=8,960)	100.0
死亡による契約終了	40.8
病院・診療所・介護療養型施設	27.5
特別養護老人ホーム	8.8
自宅	6.4
うち状態がよくなったことによる在宅復帰	2.2
介護保険対象外の居住系サービス	5.4
介護保険対象の居住系サービス	4.9
介護老人保健施設	4.7
その他（不明を含む）	1.5

(新規入居者数 n=6,619)	100.0
自宅	44.3
病院・診療所・介護療養型医療施設	35.9
介護老人保健施設	7.0
介護保険対象外の居住系サービス	5.0
介護保険対象の居住系サービス	1.8
特別養護老人ホーム	0.8
その他（不明を含む）	5.0

入居

サービス付き高齢者向け住宅(非特定)

退居

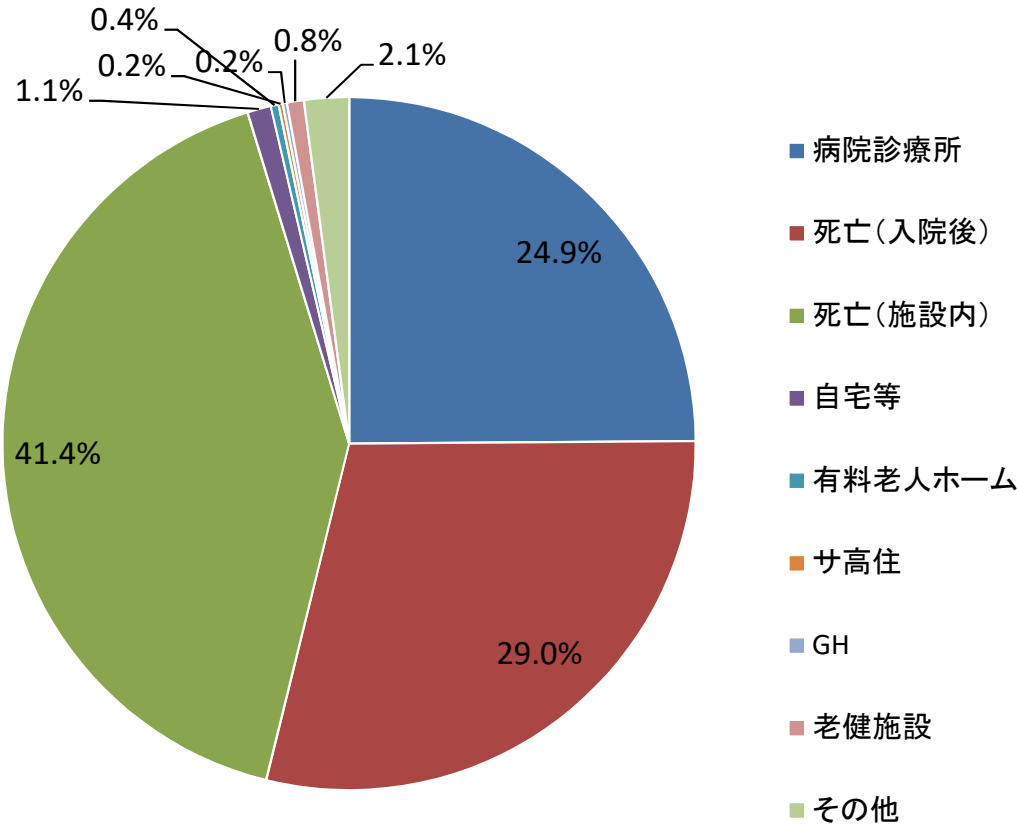
(退去者数 n=6,619)	100.0
死亡による契約終了	33.7
病院・診療所・介護療養型施設	22.9
自宅	11.1
うち状態がよくなったことによる在宅復帰	3.2
特別養護老人ホーム	8.5
介護保険対象の居住系サービス	8.4
介護保険対象外の居住系サービス	7.8
介護老人保健施設	5.4
その他（不明を含む）	2.1

# 介護老人福祉施設における看取りについて

- 平成28年4月～9月に施設を退所した人は、1施設あたり平均7.2人であり、入院後の死亡退所と施設内死亡を合わせて、死亡退所の割合は70.4%、病院・診療所への入院により特養を退所した人は24.9%であった。（死亡退所のうち施設内死亡の割合は60%）
- 施設の看取りの方針は、「希望があれば施設内で看取る」が78.0%、「原則、病院に移す」が16.3%であった

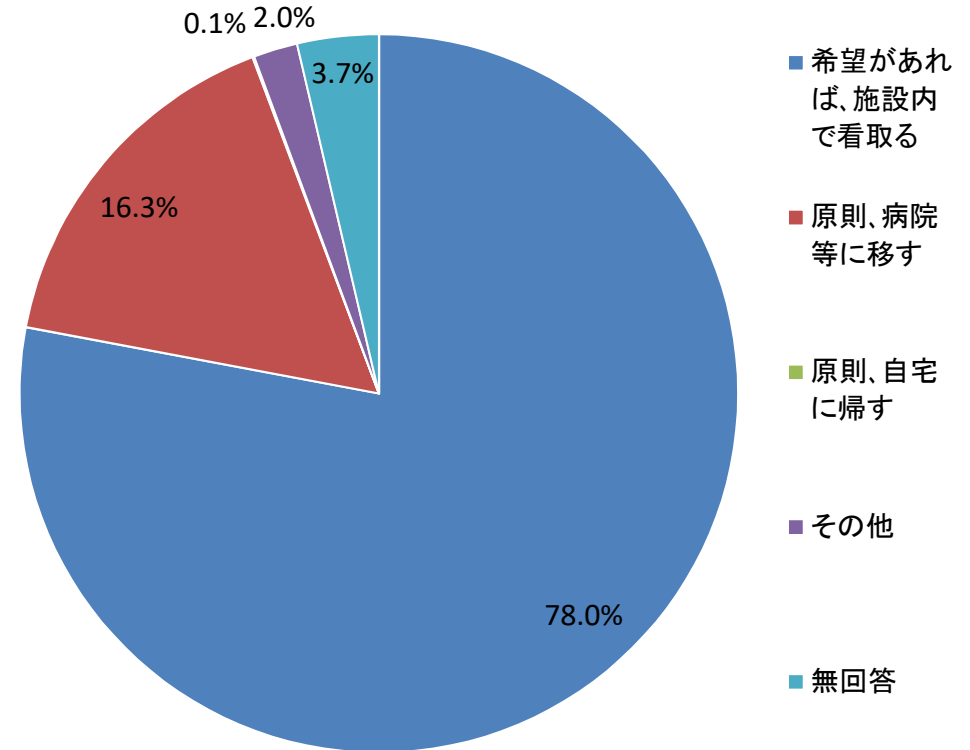
退所先別 退所人数(平成28年4月～9月)

(n=1,453施設 10426人)



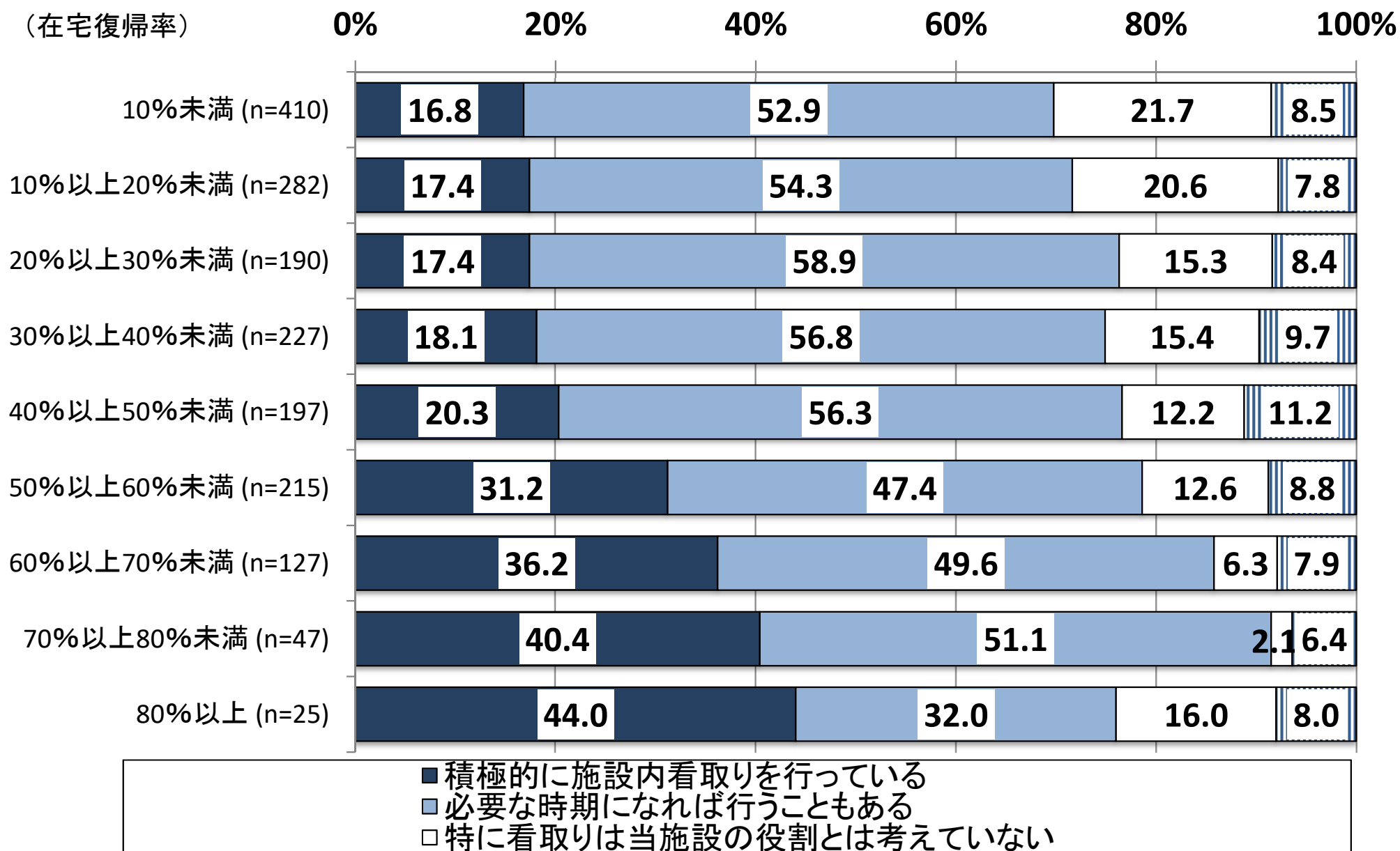
施設の看取りの方針

(n=1,502)



# 介護老人保健施設における看取りの基本的な方針について

○ 在宅復帰率が80%以上の施設では「積極的に施設内看取りを行っている」割合が44.0%であった。





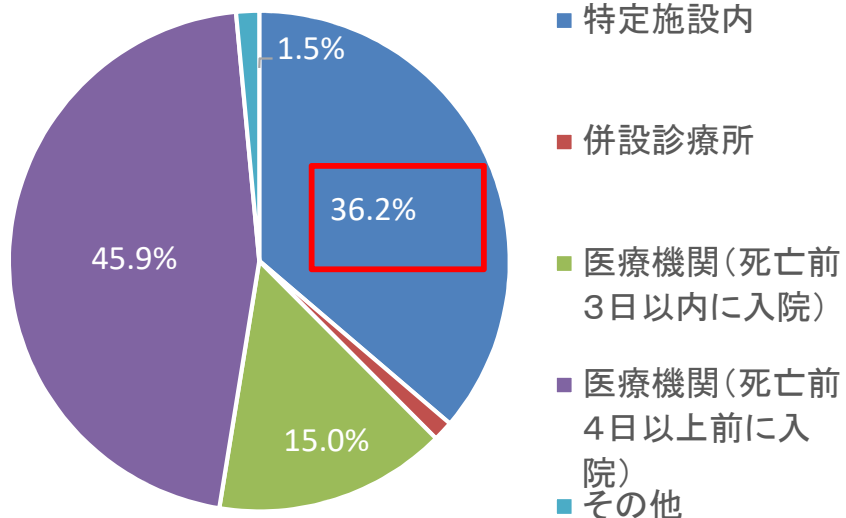
# 高齢者向け住まいにおける看取りの状況

特定施設入居者生活介護（介護付き有料老人ホーム）における「死亡を理由にした退去者」のうち、50%が特定施設内での逝去となっている。

## 逝去の場所別にみた割合

平成22年度  
(看取り介護加算の創設前)

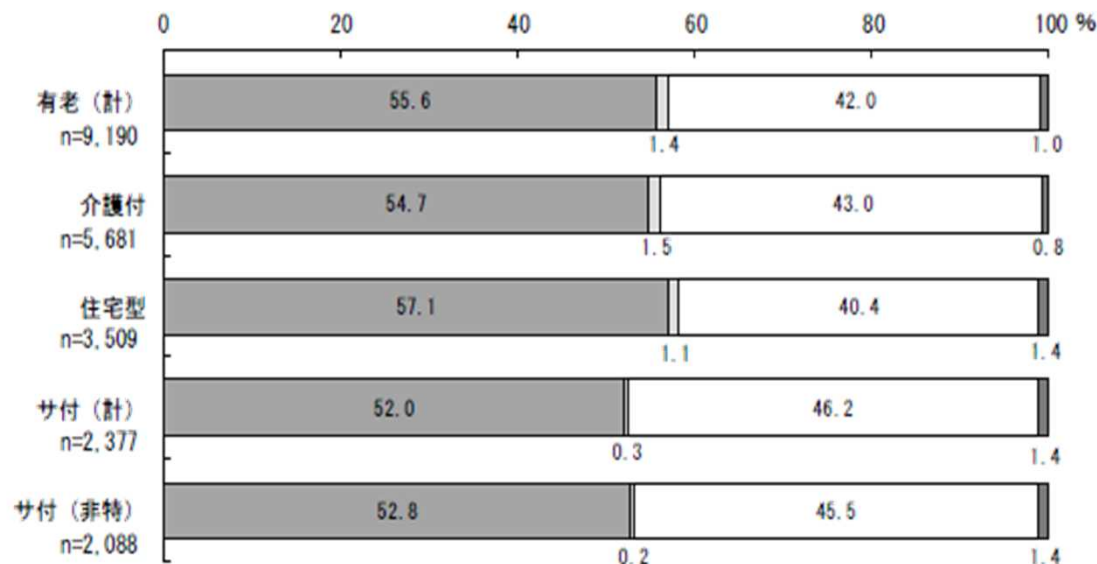
N=1,509事業所



平成30年度  
(看取り介護加算の創設後)

N=1,092事業所

図表 死亡による契約終了の場合の逝去の状況(人数積み上げ)

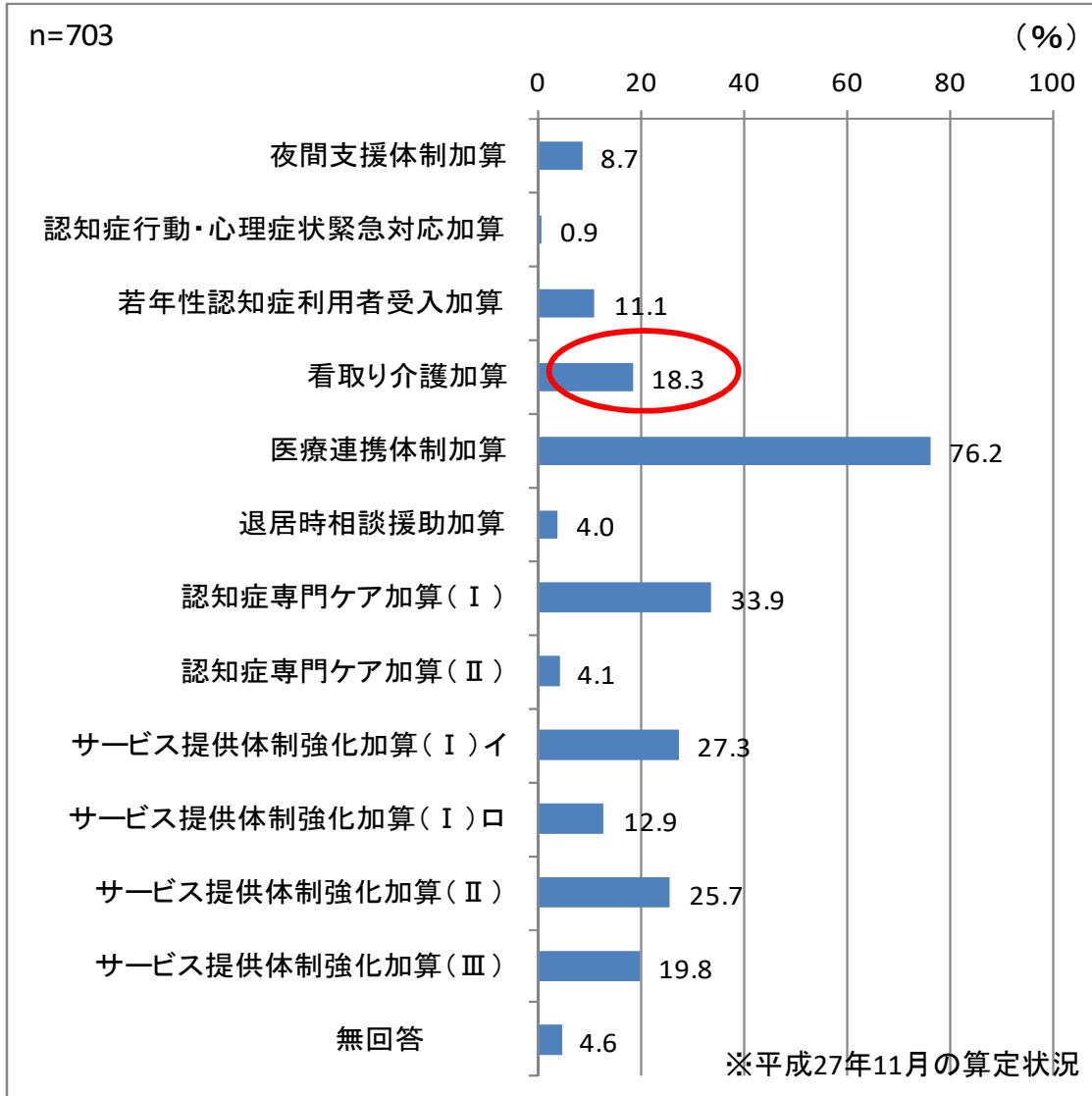


□居室 □一時介護室や健康管理室 □病院・診療所(併設診療所を含む) □その他(不明を含む)

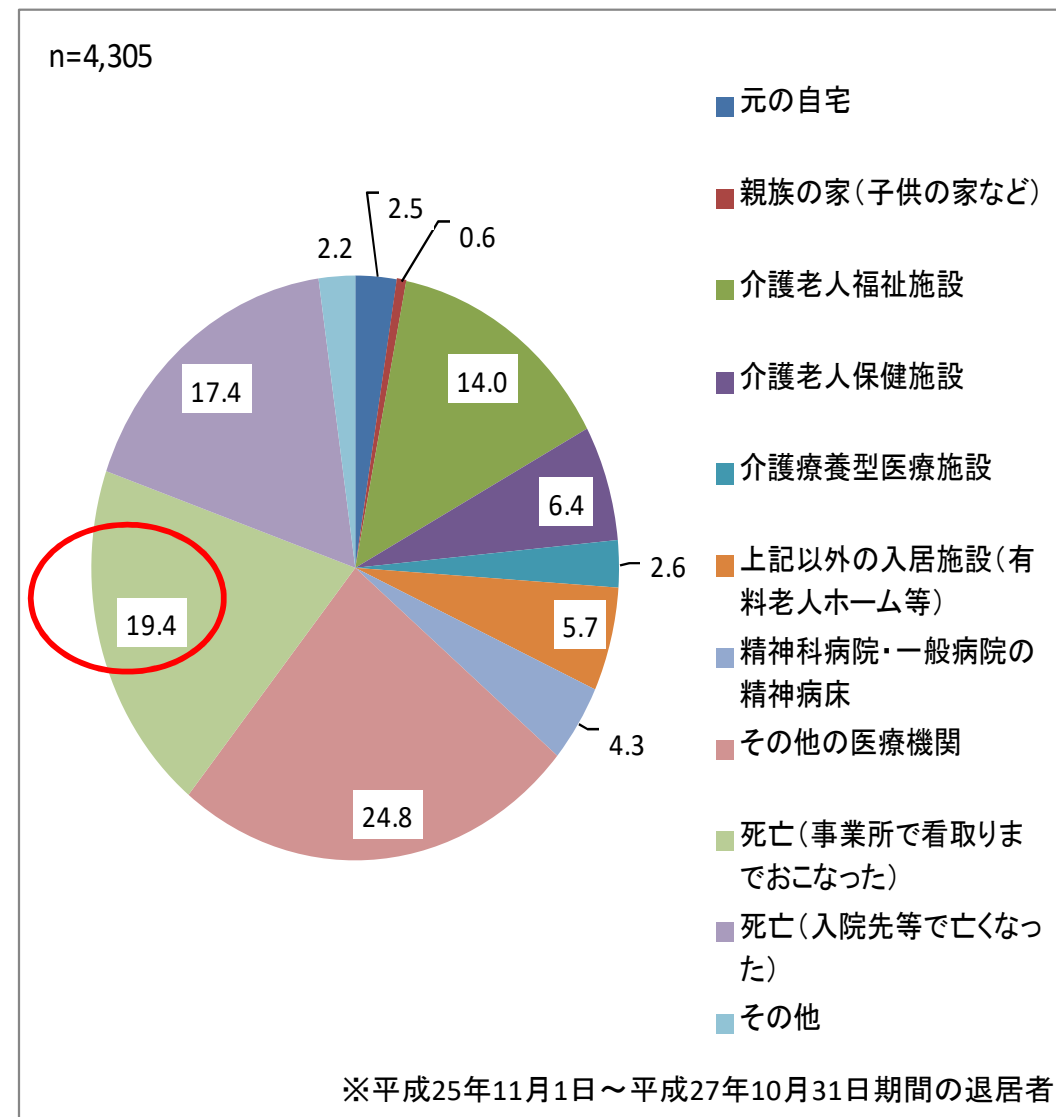
# 認知症対応型共同生活介護における加算の算定状況と看取りの状況

○ 看取り介護加算を算定している事業所の割合や退居者のうち事業所で看取りを行った割合は約2割

【認知症対応型共同生活介護の加算算定状況 n:事業所数】



【認知症対応型共同生活介護からの退居先 n:退居者数】

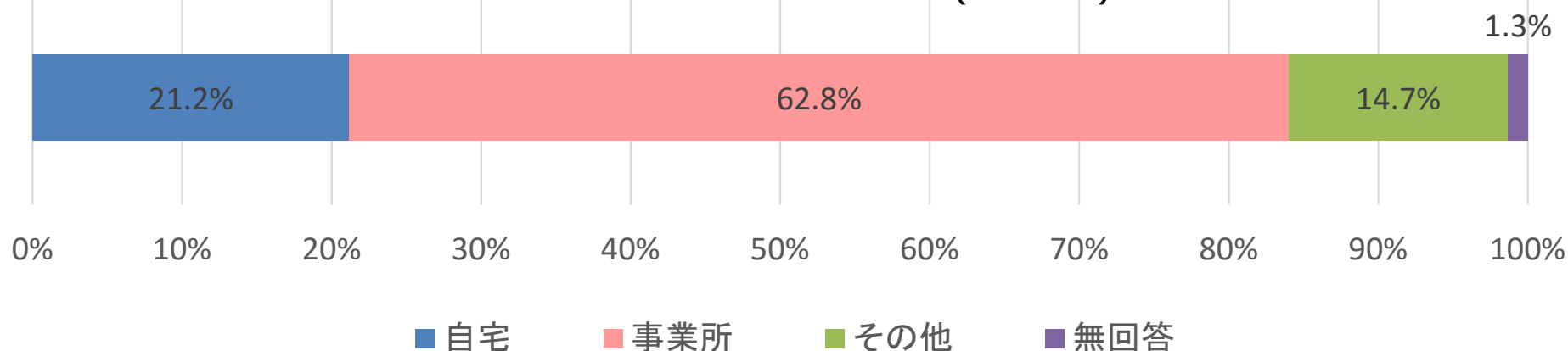


【出典】平成27年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業  
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

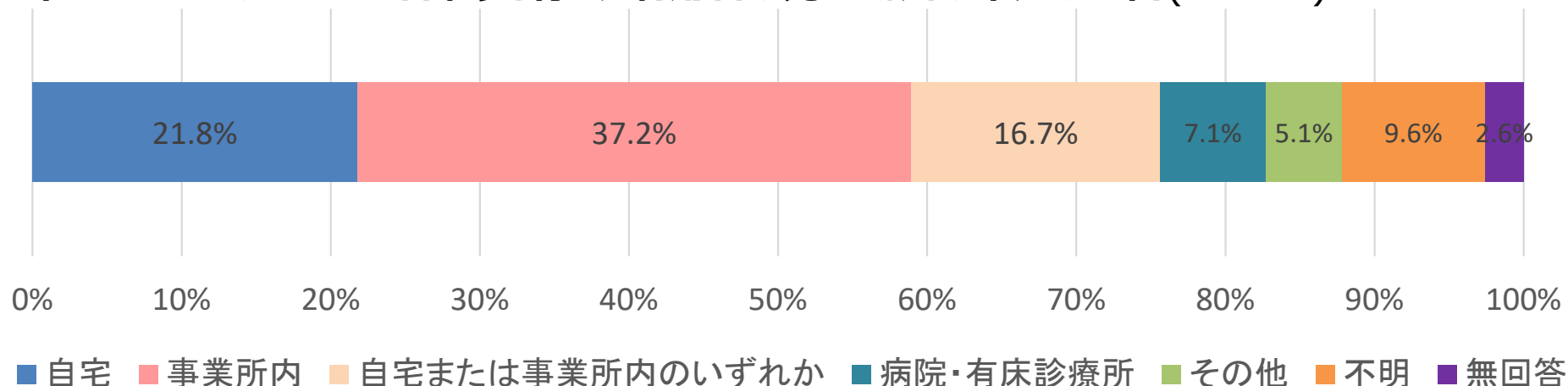
# 看護小規模多機能型居宅介護看取りの状況

○ 看多機利用者の死亡場所は、「事業所内」が62.8%、「自宅」が21.2%であり、死亡場所の本人の意向は、「事業所内」が37.2%、「自宅」が21.8%、「自宅または事業所内のいずれか」が16.7%である。

## ■ 2019年6月～9月の4か月に看取りを行った利用者の死亡場所 (n=156)



## ■ 2019年6月～9月の4か月に看取りを行った利用者の死亡場所の本人の意向(n=156)



# 介護事業所における看取り等に関する老健事業(令和元年度)について

令和元年度 老人保健健康増進事業により以下の事業を実施

- 介護老人福祉施設における看取りのあり方に関する調査研究事業（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）  
：介護老人福祉施設における看取りの方針・体制やACP活用状況、実施状況、取組事例等について実態調査を行い、看取りの在り方について検討し報告書を作成するもの。
- 医療提供を目的とした介護保険施設における看取りの在り方等に関する調査研究事業（みずほ情報総研株式会社）  
：医療提供を目的とした介護保険施設におけるACP活用事例、看取りの体制・方針や実施状況、課題等について横断的に実態を調査し、その在り方等を調査研究するもの。
- 高齢者住まいにおけるACPの推進に関する調査研究事業（株式会社 日本総合研究所）  
：高齢者住まいにおける研修や高齢者住まいの経営者向けの説明会等の取組を通じて、その効果を検証するとともに、高齢者住まいにおいてACPに取り組む上での課題を整理し、高齢者住まいにおけるACPの取組の推進に向けた方策について検討を行うもの。
- 在宅における看取りの推進に関する調査研究事業（株式会社日本能率協会総合研究所）  
：在宅で介護保険サービスを利用しながら、人生の最終段階を迎える利用者への医療・ケアの実態、遺族や関係者の満足度、望ましいプロセスであったかの達成度等を調査し、利用者の希望やケア決定のプロセス、多職種の間わりについて明らかにするとともに、在宅における看取りへ向けたプロセスの好事例の収集やモデルの提案を行うもの。



## 5. 認知症の人への対応強化

# 認知症施策の総合的な推進について

- 平成27年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定し、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることが出来る社会の実現に向けた取組みを進めてきた。
- 平成30年12月には、認知症に係る諸問題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的に対策を推進することを目的として「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、令和元年6月18日に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。

## 認知症施策推進大綱(概要)(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定)

### 【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」※1と「予防」※2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の重視

対象期間：2025（令和7）年まで

# 認知症施策推進大綱(抜粋)

## (令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議)

### 第2. 具体的な施策

#### 3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

##### (2) 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

- 急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護師等は、医療における認知症への対応力を高める鍵となる。既存の関係団体の研修に加え、広く看護師等が認知症への対応に必要な知識・技能を修得することができるよう、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。
- また、病院以外の診療所・訪問看護ステーション・介護事業所等に勤務する医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修の実施についても検討する。

##### (3) 介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力向上の促進

- 認知症の人が、それぞれの状況に応じて、適切な介護サービスを利用できるよう、市町村及び都道府県は、介護保険事業計画及び介護保険事業支援計画を適切に策定し、計画に基づいて介護サービス基盤を整備する。
- 介護従事者の処遇改善や就業促進、離職の防止など介護人材の確保については、介護職員の定着促進等を一層進めるため、2018年12月に「介護現場革新会議」を立ち上げ、3月に、「組織マネジメントの確立」「成功体験の共有等による職員のやる気の引き出し」「結婚・出産や子育てをしながら働ける環境づくりや、柔軟な働き方」「定年まで働ける賃金体系の確立」等を主な内容とする基本方針をとりまとめたところであり、今後、都道府県や政令市等におけるパイロット事業で得られた結果を踏まえ、業務仕分け、元気高齢者の活躍、ロボット・センサー・ICTの活用による介護現場の業務改善や介護業界のイメージ改善について、先進的な取組を全国に普及・展開する。
- 認知症の人は、その環境に応じて、居宅で家族等の介護を受け、独居であっても地域の見守り等の支援を受けながら、通所介護や訪問看護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護等の通所・訪問系サービスや認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）、有料老人ホーム等における特定施設入居者生活介護などの居住系サービスを利用したり、介護保険施設に入ったりと、様々な形で介護サービスと関わりながら生活をしていくこととなる。  
特に認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）については、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェ等の事業を積極的に行っていくことが期待される。また、地域に開かれた事業運営が行われないと、そのサービス形態から外部の目が届きにくくなるとの指摘もあることから、介護サービスの質の評価や利用者の安全確保を強化することについて、その方策の検討も含め取組を進める。  
その他のサービスにおいても、利用者の中の認知症の人の割合が増加する中、在宅の中重度の要介護者を含め、認知症への対応力を向上するための取組を推進する。
- 認知症についての理解のもと本人主体の介護を行い、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、BPSDを予防できるよう、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修を推進する。研修の推進にあたっては、eラーニングの部分的活用を含めた、受講者がより受講しやすい仕組みについて引き続き検討していく。 54

# 認知症施策推進大綱(抜粋)

## (令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議)

### 第2. 具体的な施策

#### 3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

##### (4) 医療・介護の手法の普及・開発

○ BPSDに対応するに当たっては、病識を欠くことがあり、症状によっては本人の意思に反したり行動を制限したりする必要がある。精神科病院については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の体系の中で、行動の制限が個人の尊厳を尊重し、人権に配慮して行われるよう、適正な手続きが定められている。また、介護保険施設や入居系のサービスについては、介護保険法（平成9年法律第123号）の体系の中で、身体的拘束の原則禁止と緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合の適正な手続きが定められている。

引き続き、これらの仕組みに基づき、行動の制限が必要な場合にあってもそれが適切に行われるようにするとともに、これら以外の医療・介護等の現場においてもこのような趣旨が徹底されるようにするための方策について検討する。

○ 認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に活かしながら日常の生活を継続できるようにすることが重要である。

このため、認知症の生活機能の改善を目的とした認知症のリハビリ技法の開発、先進的な取組の実態調査、事例収集及び効果検証を実施する。

##### (5) 認知症の人の介護者の負担軽減の推進

○ 介護者の負担軽減のため、通所介護や訪問看護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護等のサービスの活用を引き続き進めるとともに、認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場である認知症カフェを活用した取組を推進し地域の実情に応じた方法により普及する。

○ 認知症の人の家族等が正しく認知症の人を理解し適切に対応できるようにすることで、在宅で生活する認知症の人のBPSDの発症を予防したり、重症化を緩和したりすることも可能である。このため、心理的負担の軽減につながる効果も含め、認知症疾患医療センター、認知症初期収集中支援チーム、介護サービス事業所等における家族教室や家族同士のピア活動について、好事例を収集する等の取組を促進する。

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

##### (1) 「認知症バリアフリー」の推進

##### ⑤地域支援体制の強化

○ 地域共生社会の実現に向けて、地域共生に資する多様な地域活動の普及・促進を図るとともに、断らない相談支援、伴走型支援を行う包括的な支援体制等について検討する。

##### (3) 社会参加支援

○ 認知症になっても支えられる側だけでなく、支える側として役割と生きがいを持って生活ができる環境づくりとして、介護予防にもつながる農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動やマルシェの開催等に参画する取組を推進する。

○ 通所介護（デイサービス）などの介護サービス事業所における認知症の人をはじめとする利用者の社会参加や社会貢献の活動を後押しするための方策について検討する。



# 認知症カフェ

- 認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場である認知症カフェを活用した取組を推進し、地域の実情に応じた方法により普及する。

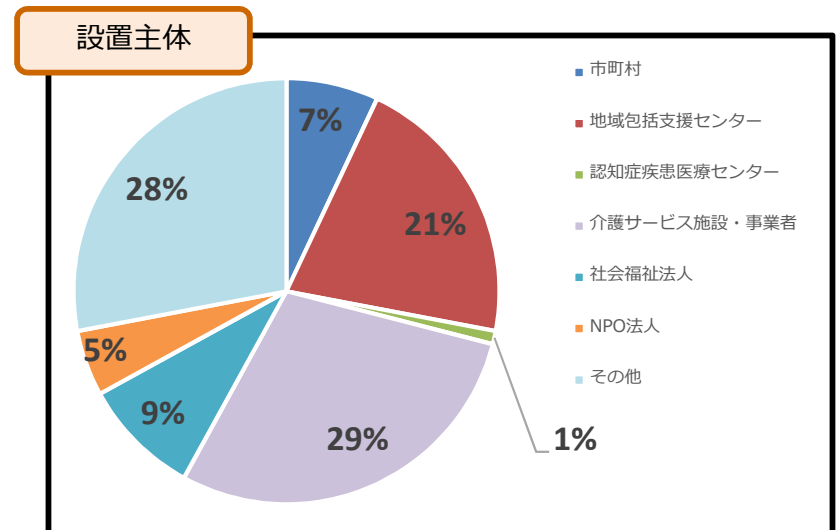
【認知症施策推進大綱：KPI／目標】認知症カフェを全市町村に普及（2020年度末）

## 【実施状況】平成30年度実績調査

- ・47都道府県1,412市町村にて、7,023カフェが運営されている。
- ・設置主体としては、介護サービス施設・事業者、地域包括支援センターが多く見られた。

## 【認知症カフェの概要】

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







# 就労的活動の普及に向けて（地域支援事業交付金関係）

- 地域支援事業は、高齢者が要介護状態等となることを予防するとともに、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もの
- 令和2年度からは、役割がある形での高齢者の社会参加等を促進する観点から、地域支援事業の包括的支援事業（生活支援体制整備事業）において、新たに就労的活動の普及促進策を創設
- 具体的には、就労的活動の場を提供できる団体・組織と就労的活動を実施したい事業者とをマッチングし、高齢者個人の特性や希望に合った活動をコーディネートする人材の配置を推進

## 秋田県藤里町の事例

（生涯現役を目指す就労的活動のコーディネート）

- 年代を問わず、地域活動等に意欲がある人が「働き方登録票」を事務局（社会福祉協議会）に登録。
- 事務局が町内企業や町民からの依頼と登録者をマッチング。
- 自分の希望に添った働き方で地域の特産品づくり等に取り組むことを通じ、生涯現役を希望する全ての人々が活躍できる環境づくりを目指している。

【働き方登録票】

分野	番号	働くかたち	働き方	
A 収入	4	8万以上	仕事優先 なんでもやります型	定額の収入を得たい。
	3	3~8万	自分の希望優先 職人気型	仕事を選んで、少額でも収入を得たい。
	2	分からない	余裕優先型	金額にはこだわらない、できる時に仕事したい
	1	ポイント	支援付	ポイントで受取る。
B 仕事時間	4	6時間以上	仕事優先 なんでもやります型	受けた仕事の時間働きます。
	3	3時間未満	自分の希望優先 職人気型	選んだ仕事の時間働きます。
	2	1時間	余裕優先型	短時間なら働きます。
C やる気	1	不定	支援付	支援付で仕事をします
	4	なんでもひたすら できます	仕事優先 なんでもやります型	いろいろな仕事に全力でチャレンジします
	3	得意分野はひたすら できます	自分の希望優先 職人気型	登録した職種なら、なんでもやります
	2	誰かと一緒に できます	余裕優先型	誰かと一緒に仕事をします
D 経験	1	支援があれば できます	支援付	支援をしながら仕事をします
	4	仕事の経験があり ます	仕事優先 なんでもやります型	仕事の経験を土台になんでも仕事をします
	3	得意な仕事があり ます	自分の希望優先 職人気型	仕事の経験を活かして仕事をします
	2	仕事はしたことが あります	余裕優先型	仕事はしたことがあります
1	仕事の経験があり ません	支援付	仕事の経験はありません	

【ふきの皮むき作業】



## 熊本県水俣市の事例

（一般介護予防事業を活用した食・農・福の連携）

- 65歳以上の人を対象とし、山間部では遊休農地を活用した野菜づくり、市街地ではプランターを活用した花・野菜づくり、温泉地では景観整備の草刈りや間伐で出た材木を使った椎茸栽培など、一般介護予防事業として地域の特性に応じた様々な活動を実施。
- 収穫した野菜を使った会食や配食により、地域の交流や高齢者の見守り・食の確保にもつながっている。
- 売上げは、活動経費として活用。

【活動風景①】



【活動風景②】



<参考> 「健康立国の実現に向けて」（令和元年7月23日全国知事会）（抄）

### 【提言③介護予防・フレイル対策】

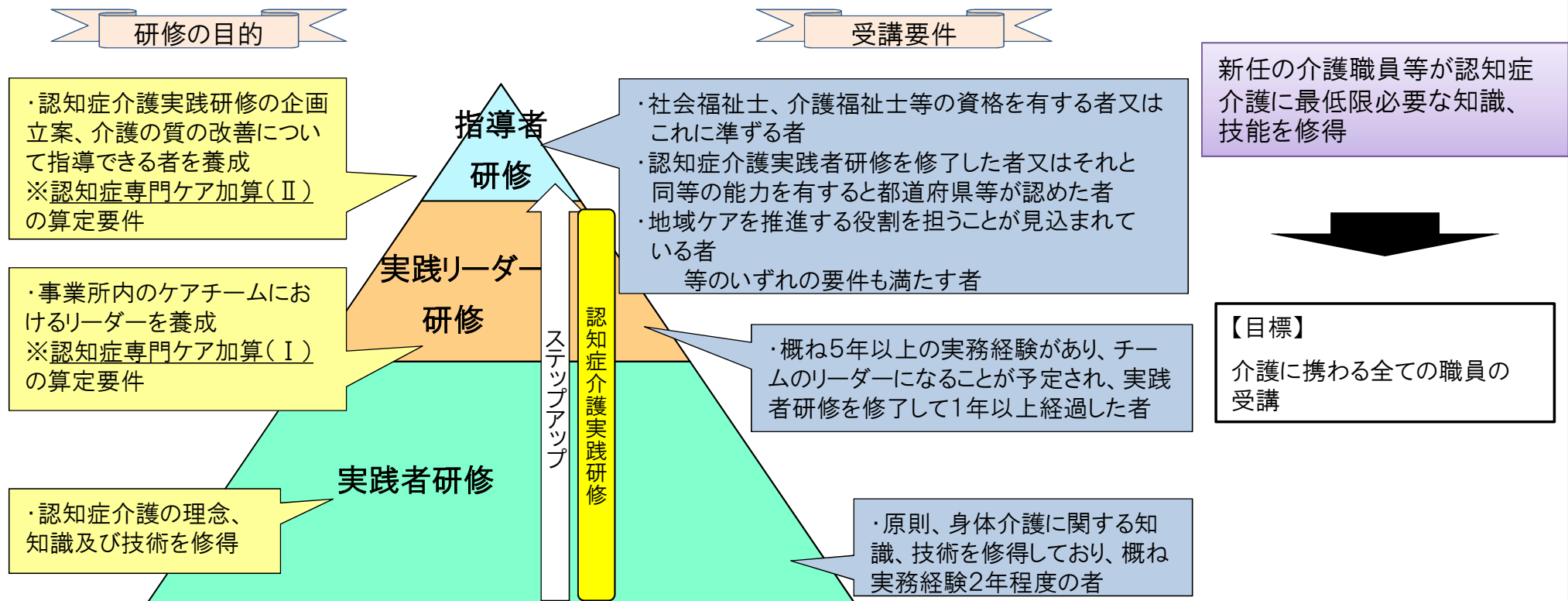
- 高齢者の社会参加・就労は、介護予防・フレイル対策にも有効であることから、そのためのマッチング機能等を担う人材の確保・育成、活動支援に対する財源の確保

# 認知症への対応力を向上するための取組の推進

- 認知症についての理解のもと本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、行動・心理症状（BPSD）を予防できるよう、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修を推進する。研修の推進にあたっては、eラーニングの部分的活用の可能性を含めた、受講者がより受講しやすい仕組みについて引き続き検討していく。

## 【認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修】

## 【認知症介護基礎研修】



**【実績と目標値】**

指導者養成研修	2018(平成30)年度末	2.5千人	⇒	2020(令和2)年度末	2.8千人
実践リーダー研修	2018(平成30)年度末	4.4万人	⇒	2020(令和2)年度末	5万人
実践者研修	2018(平成30)年度末	28.3万人	⇒	2020(令和2)年度末	30万人



# 認知症患者へのケアにおける現状・課題①

○認知症も下肢関節障害も転倒による骨折のリスク要因である。これらの要因がある高齢者は骨折のハイリスク者であるが、通所系サービスの利用は有意に骨折を予防し、気分障害、腎不全の合併は有意に骨折のハザードを高めていた。なお、歩行支援機器の福祉用具貸与は骨折のハザードを高めている傾向がある（骨折リスクの高い人に貸与されている可能性もある）。

## 骨折の発生に関連する要因のCox比例ハザード分析の結果 (N=4,715名、認知症有、下肢関節障害有、車いす使用無)

	単変量解析				多変量解析 (モデル1)				多変量解析 (モデル2)			
	HR	HR の 95.0% CI		有意確率	HR	HR の 95.0% CI		有意確率	HR	HR の 95.0% CI		有意確率
		下限	上限			下限	上限			下限	上限	
年齢階級	1.06	1.03	1.10	<0.01	1.062	1.027	1.098	<0.01	1.062	1.026	1.098	.001
性(男:0,女:1)	1.65	0.93	2.92	0.09	1.581	.888	2.817	.120	1.573	.883	2.803	.124
要介護度*	1.10	0.91	1.32	0.33								
通所介護	0.69	0.49	0.98	0.04								
通所リハビリテーション	0.85	0.53	1.36	0.49								
通所系サービス**	0.62	0.43	0.89	0.01	.656	.455	.948	.025	.642	.445	.926	.018
訪問介護	1.02	0.68	1.51	0.94								
訪問看護	1.39	0.61	3.15	0.43								
福祉機器	1.53	1.06	2.22	0.02	1.435	.992	2.077	.055				
手すり	1.50	0.89	2.53	0.13								
スロープ	0.05	0.00	3802.05	0.60								
歩行器	1.25	0.72	2.18	0.43								
歩行補助つえ	0.05	0.00	14.86	0.30								
歩行支援機器***	1.34	0.88	2.04	0.17					1.231	.809	1.875	.332
糖尿病	0.96	0.67	1.37	0.81								
気分障害	1.68	1.14	2.47	0.01	1.778	1.205	2.623	.004	1.782	1.208	2.630	.004
眼疾患	1.05	0.72	1.52	0.82								
耳疾患	1.24	0.78	1.99	0.36								
高血圧性疾患	1.03	0.69	1.54	0.89								
虚血性心疾患	1.25	0.87	1.79	0.23								
心房細動	1.29	0.65	2.53	0.47								
脳梗塞	1.22	0.83	1.80	0.31								
他脳血管疾患	1.15	0.78	1.69	0.48								
気管支炎	1.17	0.72	1.88	0.53								
腎不全	1.65	0.98	2.78	0.06	1.699	1.004	2.874	.048	1.727	1.021	2.923	.042
心不全	1.26	0.88	1.80	0.22								
悪性腫瘍	1.16	0.74	1.81	0.53								

介護サービス及び傷病は 0: なし, 1: あり  
 \*: 要介護度は 1: 要支援1, 2: 要支援2, 3: 要介護1, 4: 要介護2  
 \*\*: 通所系サービスは通所介護か通所リハビリテーションのいずれかがあれば1  
 \*\*\*: 手すり、スロープ、歩行器、歩行補助つえのいずれかの使用があれば1

松田委員  
作成資料

# 認知症患者へのケアにおける現状・課題②

## 下肢関節障害のある要介護高齢者の傷病の有無別に見た手すりの貸与状況



## 5. 平成30年度介護報酬改定等における対応

# 平成30年度介護報酬改定の概要

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

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

## I 地域包括ケアシステムの推進

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

### 【主な事項】

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

## II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

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

### 【主な事項】

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

## III 多様な人材の確保と生産性の向上

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

### 【主な事項】

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

## IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

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

### 【主な事項】

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

# 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応① (平成30年度介護報酬改定)

- ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。

## 訪問看護

- 看護体制強化加算について、ターミナルケア加算の算定者数が多い場合を新たな区分として評価する。

<現行>

看護体制強化加算 300単位/月  
(※ターミナルケア加算の算定者が年1名以上)



<改定後>

看護体制強化加算(I) 600単位/月 **(新設)**  
(※ターミナルケア加算の算定者が年5名以上)  
看護体制強化加算(II) 300単位/月  
(※ターミナルケア加算の算定者が年1名以上)

## 認知症対応型共同生活介護

- 医療連携体制加算について、協力医療機関との連携を確保しつつ、手厚い看護体制の事業所を新たな区分として評価する。

<現行>

医療連携体制加算 39単位/日  
(※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により  
看護師1名以上確保)



<改定後>

医療連携体制加算(I) 39単位/日  
(※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により  
看護師1名以上確保)

医療連携体制加算(II) 49単位/日 **(新設)**  
(※GH職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置  
ただし、准看護師の場合は、別途病院等や訪問看護STの  
看護師との連携体制が必要  
※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること)

医療連携体制加算(III) 59単位/日 **(新設)**  
(※GH職員として看護師を常勤換算で1名以上配置  
※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること)

## 特定施設入居者生活介護

- たんの吸引などのケアの提供に対する評価を創設する。
- 医療提供施設を退院・退所して入居する際の医療提供施設との連携等に対する評価を創設する。

入居継続支援加算 36単位/日 **(新設)**

退院・退所時連携加算 30単位/日 **(新設)**  
※入居から30日以内に限る



## 訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護

- 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや訪問看護と他の介護関係者との連携を更に充実させる観点から、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを明示することとする。
- ターミナルケア加算の要件として、下の内容等を通知に記載する。
  - ・ 「人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の医療及び介護関係者との連携の上、対応すること。
  - ・ ターミナルケアの実施にあたっては、居宅介護支援事業者等と十分な連携を図るよう努めること。

# 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応② (平成30年度介護報酬改定)

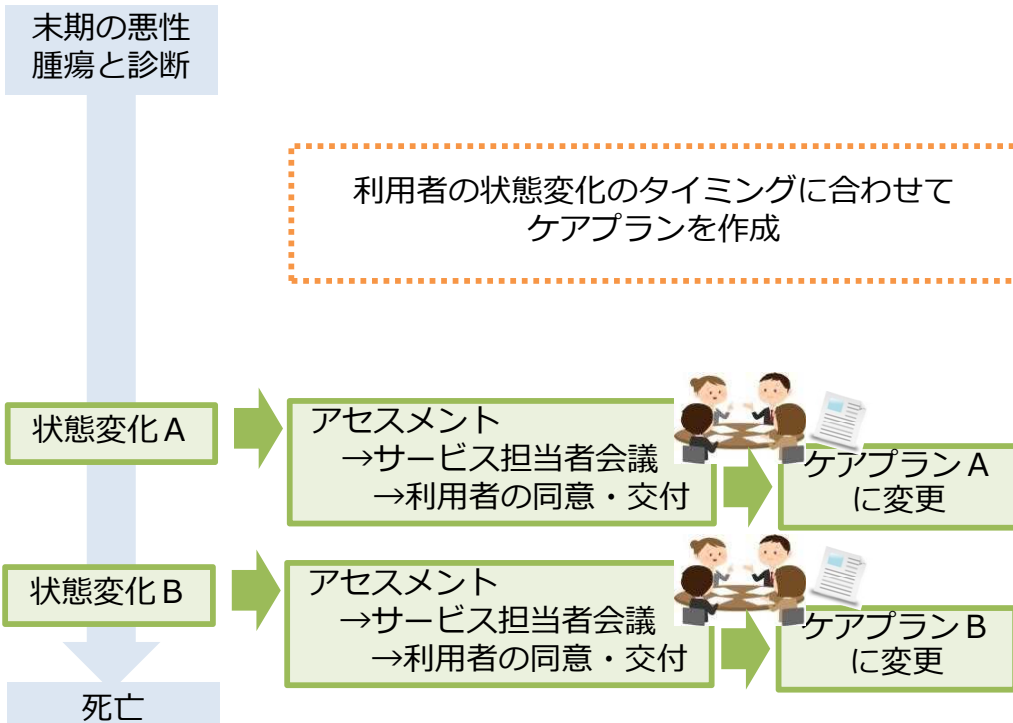
- ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。

## 居宅介護支援

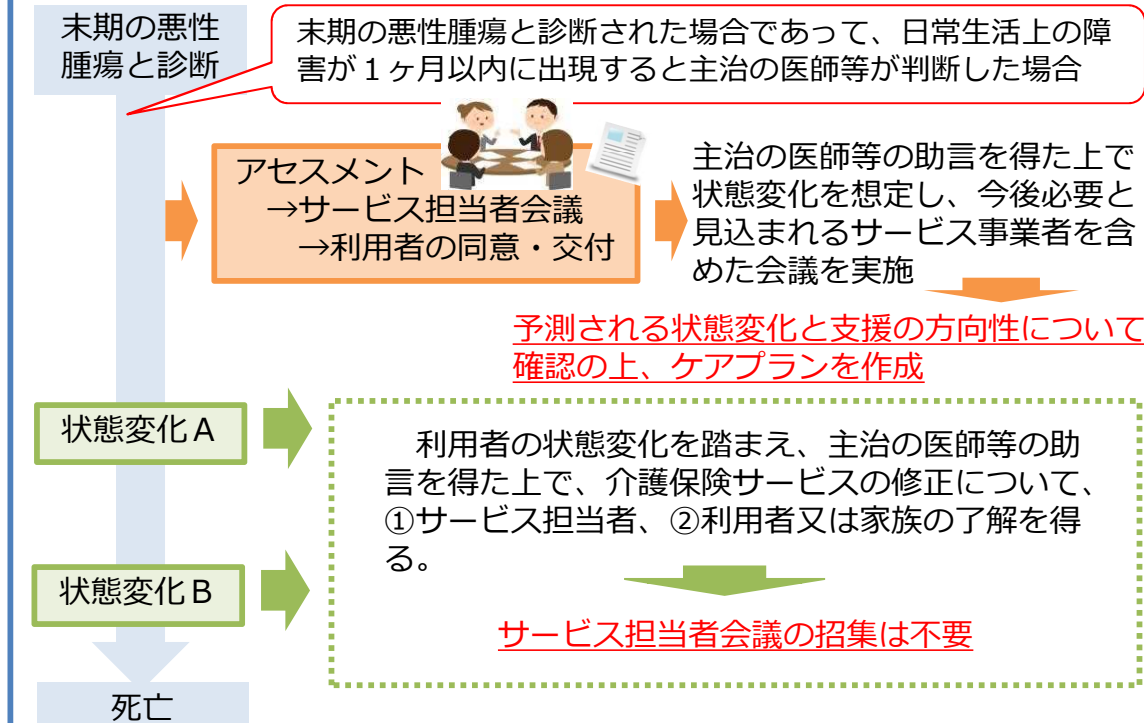
- 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。
- 末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月 (新設)

### 現行



### 改定後 (以下の方法も可能とする)



通常より頻回になる訪問、状態変化やサービス変更の必要性の把握、支援等を新たな加算で評価

# 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応③ (平成30年度介護報酬改定)

- 特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

## 介護老人福祉施設

- 複数の医師を配置するなどの体制を整備した特養について、配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行った場合を新たに評価する。

配置医師緊急時対応加算      650単位/回（早朝・夜間の場合） **（新設）**  
 1300単位/回（深夜の場合） **（新設）**

- 看取り介護加算について、上記の配置医師緊急時対応加算の算定に係る体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価する。

<現行>

看取り介護加算  
 死亡日以前4日以上30日以下      144単位/日  
 死亡日の前日又は前々日      680単位/日  
 死亡日      1280単位/日

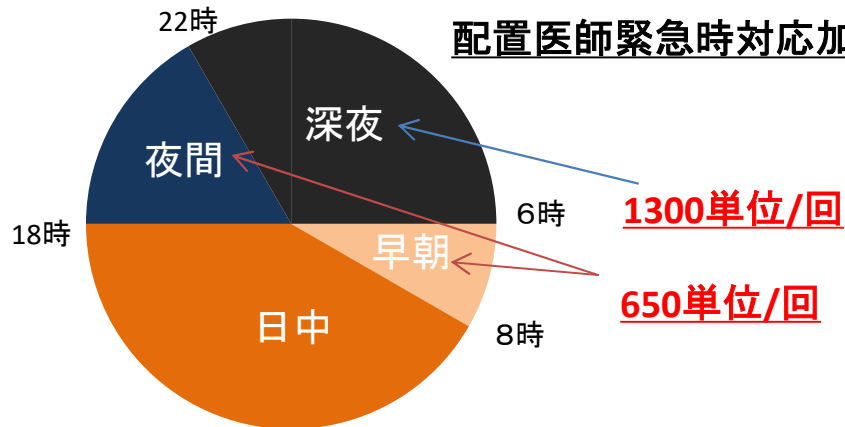


<改定後>

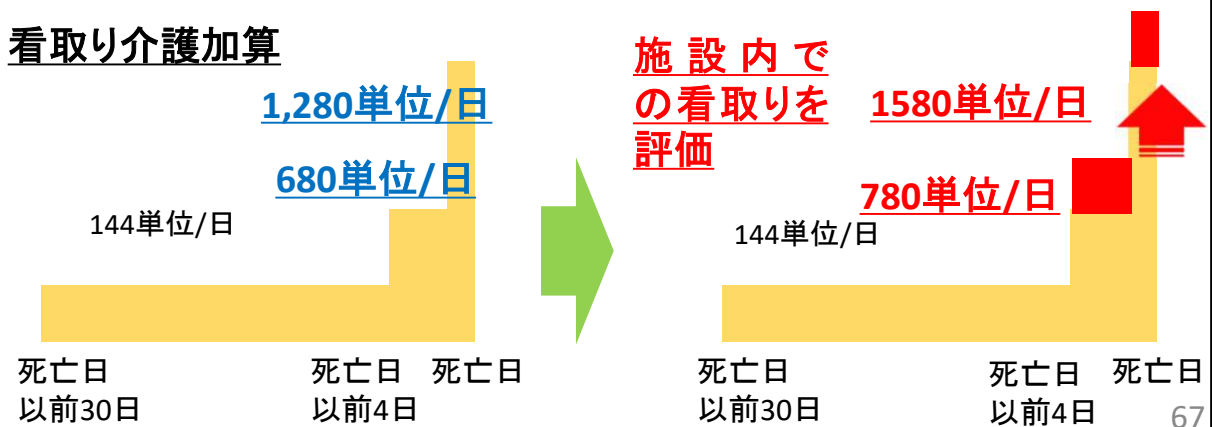
看取り介護加算(I)  
 死亡日以前4日以上30日以下      144単位/日  
 死亡日の前日又は前々日      680単位/日  
 死亡日      1280単位/日

看取り介護加算(II) **（新設）**  
 死亡日以前4日以上30日以下      144単位/日  
 死亡日の前日又は前々日      780単位/日  
 死亡日      1580単位/日

### 配置医師緊急時対応加算

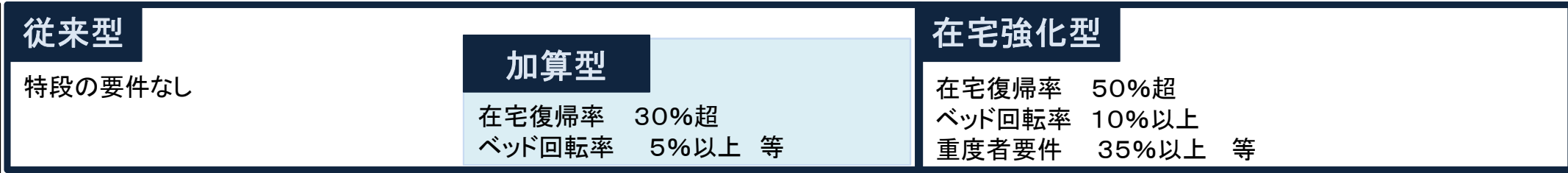


### 看取り介護加算

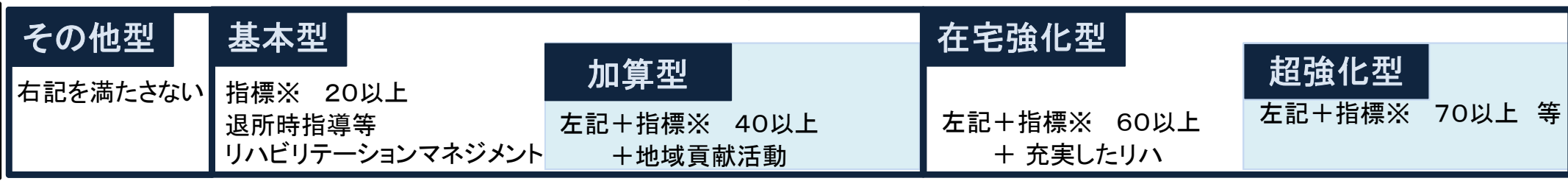


# 介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の推進（平成30年度介護報酬改定）

改定前



改定後



## ※在宅復帰・在宅療養支援等指標

評価項目(①～⑩)について、項目に応じた値の和（最高値：90）

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス 3	1サービス 2	0サービス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0	
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0	
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	

評価項目	算定要件
退所時指導等	<p><b>a: 退所時指導</b> 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。</p> <p><b>b: 退所後の状況確認</b> 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	<p>地域に貢献する活動を行っていること。</p> <p>（・介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等 ・平成30年度に限り、平成31年度中に当該活動を実施する場合を含むものとする。）</p>
充実したリハ	<p>少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施。</p> <p>（・PT,OT,STによる個別リハ20分程度を週3回以上 ・当該個別リハを実施するにあたり、短期集中リハ実施加算、認知症短期集中リハ実施加算の要件を満たす場合には、これらの加算を算定してよい。）</p>

# 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進①

## (平成30年度介護報酬改定)

- 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

### 居宅介護支援

- 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価する。

#### ＜現行＞

- 入院時情報連携加算(I) 200単位/月
  - ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供
- 入院時情報連携加算(II) 100単位/月
  - ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

#### ＜改定後＞

- 入院時情報連携加算(I) 200単位/月
  - ・入院後3日以内に情報提供(提供方法は問わない)
- 入院時情報連携加算(II) 100単位/月
  - ・入院後7日以内に情報提供(提供方法は問わない)

- 退院・退所加算について、退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価するとともに、医療機関等との連携回数に応じた評価とする。加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価。

#### ＜現行＞退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	300単位	300単位
連携2回	600単位	600単位
連携3回	×	900単位

#### ＜改定後＞退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

- 特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所(※)を更に評価する。(平成31年度から施行)

#### 特定事業所加算(IV) 125単位/月 (新設)

※ 特定事業所加算(I)～(III)のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している事業所

- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。



## 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進② (平成30年度介護報酬改定)

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

### 通所リハビリテーション

- 診療報酬改定における対応を鑑みながら、医療保険のリハビリテーションを提供している病院、診療所が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、新たな設備や人員、器具の確保等が極力不要となるよう、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の面積・人員・器具の共用に関する要件を見直し、適宜緩和することとする。

	現行	見直しの方向(注1、注2)
面積要件	介護保険の利用定員と医療保険の患者数の合計数 × 3㎡ 以上 を満たしていること	常時、介護保険の利用者数 × 3㎡ 以上 を満たしていること
人員要件	同一職種の従業者と交代する場合は、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。	同じ訓練室で実施する場合には、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。
器具の共有	1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションの場合は、必要な器具の共有が認められる。	サービス提供の時間にかかわらず、医療保険・介護保険のサービスの提供に支障が生じない場合は、必要な器具の共有が認められる。

注1 最終的な見直し内容は、今後、解釈通知で規定する予定

注2 面積要件・人員要件の見直しは、1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションに限る。

# 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進③

## (平成30年度介護報酬改定)

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

### 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

- 医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。
- 指定（介護予防）訪問・通所リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。

#### 医療保険 疾患別リハビリテーション

目標設定等支援・管理料  
「目標設定等支援・管理シート」

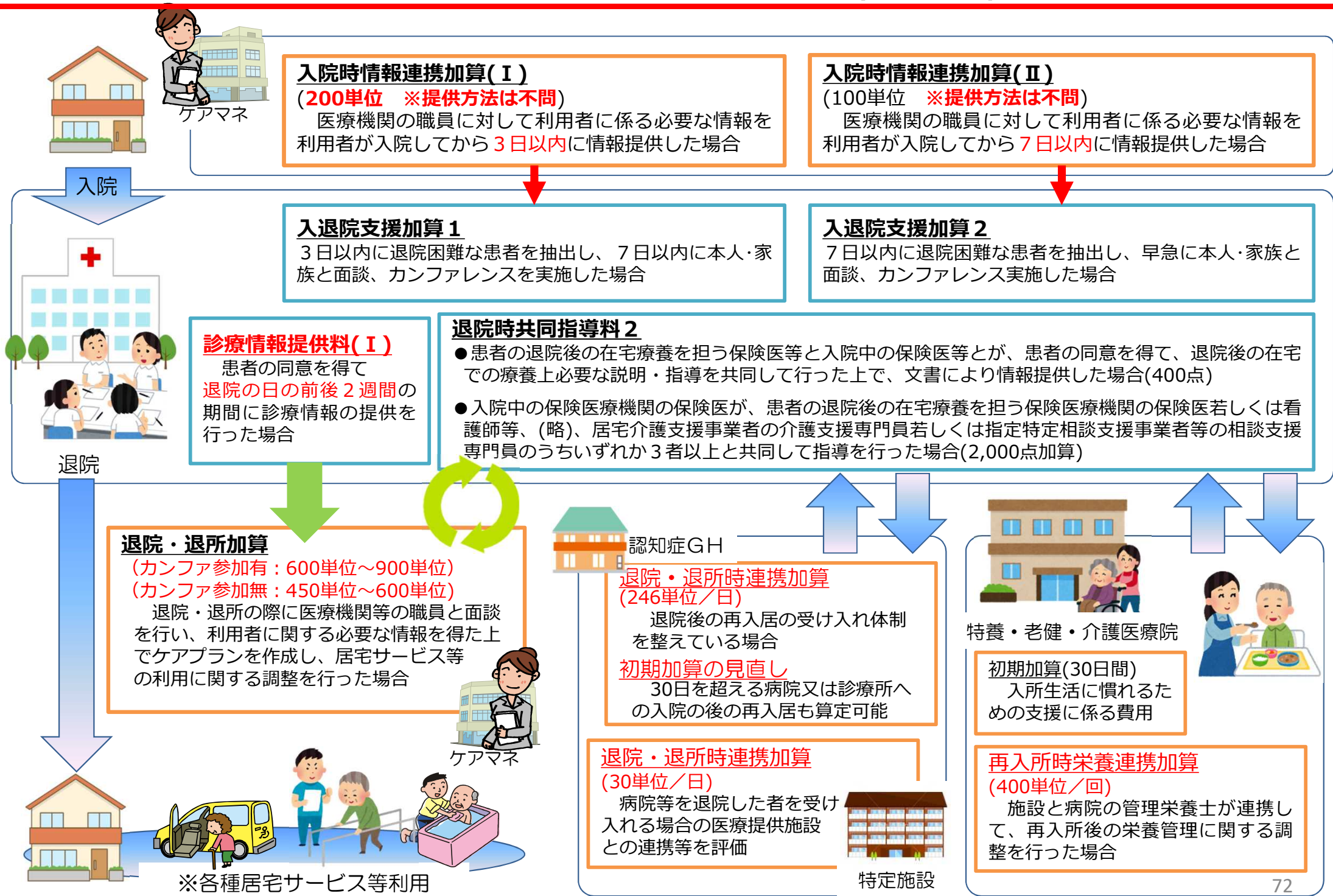
- 算定要件：要介護被保険者等に対し、多職種が共同して、患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付け等を行った場合に算定
- 文書の内容：発症からの経過、ADL評価、リハビリテーションの目標、心身機能・活動及び社会参加に関する見通し（医師の説明、患者の受け止め）、介護保険のリハビリテーションの利用の見通し 等

#### 介護保険 通所リハビリテーション

リハビリテーションマネジメント加算  
「リハビリテーション計画書」

- 算定要件：多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定
- 文書の内容：利用者と家族の希望、健康状態（原疾患名、経過）、参加の状況、心身機能の評価、活動の評価（改善の可能性）、リハビリテーションの目標と具体的支援内容、他職種と共有すべき事項 等

# 入退院時の医療・介護連携に関する報酬(イメージ)



## 入院時情報連携加算(Ⅰ)

(200単位 ※提供方法は不問)

医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を利用者が入院してから3日以内に情報提供した場合

## 入院時情報連携加算(Ⅱ)

(100単位 ※提供方法は不問)

医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を利用者が入院してから7日以内に情報提供した場合

## 入退院支援加算1

3日以内に退院困難な患者を抽出し、7日以内に本人・家族と面談、カンファレンスを実施した場合

## 入退院支援加算2

7日以内に退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と面談、カンファレンス実施した場合

## 診療情報提供料(Ⅰ)

患者の同意を得て退院の日の前後2週間の期間に診療情報の提供を行った場合

## 退院時共同指導料2

- 患者の退院後の在宅療養を担う保険医等と入院中の保険医等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合(400点)
- 入院中の保険医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、(略)、居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合(2,000点加算)

## 退院・退所加算

(カンファ参加有: 600単位~900単位)  
(カンファ参加無: 450単位~600単位)

退院・退所の際に医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合



## 退院・退所時連携加算 (246単位/日)

退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合

### 初期加算の見直し

30日を超える病院又は診療所への入院の後の再入居も算定可能

## 退院・退所時連携加算 (30単位/日)

病院等を退院した者を受け入れる場合の医療提供施設との連携等を評価

## 初期加算(30日間)

入所生活に慣れるための支援に係る費用

## 再入所時栄養連携加算 (400単位/回)

施設と病院の管理栄養士が連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合

# 中重度者等への対応や看取りに関する主な加算

赤字:H30改定で一部見直し

青字:H30改定で新設

## 中重度者対応

## 看取り

		加算	要件等	加算	要件等	
居宅サービス	訪問系	訪問介護	特定事業所加算	・要介護3～5の者の一定割合等		
		訪問看護	①看護体制強化加算(Ⅰ)・(Ⅱ) ②要介護5の者への提供 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護の連携型の場合)	①緊急時訪問看護、特別管理加算(特定の状態の者)の算定者割合やターミナルケア加算の実績 ②要介護5の者	ターミナルケア加算	・死亡日及び死亡日前14日以内に、2日以上ターミナルケアを行った場合に算定 ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえることが明文化
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護			ターミナルケア加算	・訪問看護と同様
	通所系	通所介護(地域密着型通所介護)	中重度者ケア体制加算	・要介護3～5の者が一定割合等 ・看護職員を時間帯通じて1名配置		
		通所リハビリテーション	①中重度者ケア体制加算 ②重度療養管理加算	①通所介護とほぼ同様の要件 ②要介護3～5で特定の状態の者		
	短期滞在系	小規模多機能型居宅介護			看取り連携体制加算	・死亡日～30以内の1日ずつの加算 ・看護師とできる時間連絡できる体制 ・看取り期の対応方針を規定していること
		看護小規模多機能型居宅介護	看護体制強化加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	・訪問看護とほぼ同様の要件	ターミナルケア加算	・訪問看護と同様
		短期入所生活介護	①看護体制加算(Ⅲ)・(Ⅳ) ②医療連携強化加算 ③在宅中重度者受入加算	①要介護3～5の者が一定割合等 ②看護職員による1日3回以上の定期的な巡視、特定の状態の者等 ③訪看による継続的な管理等		
		短期入所療養介護	重度療養管理加算	・要介護4・5で特定の状態の者		
	居住系	認知症対応型共同生活介護	医療連携体制加算(Ⅰ)～(Ⅲ)	・看護職員の1名以上の配置等	看取り介護加算	・死亡日～30以内の段階的な加算 ・看取りに関する指針を規定していること ・看取りに関する研修の実施 等
特定施設入居者生活介護(地域密着型含む)				看取り介護加算	・死亡日～30以内の段階的な加算 ・看取りに関する指針の規定していること ・看取りに関する研修の実施 等	
サービス施設	介護老人福祉施設(地域密着型含む)	配置医師緊急時対応加算	・複数名の配置医師を置いている等	看取り介護加算	・死亡日～30以内の段階的な加算 ・看取りに関する指針の規定していること ・看取りに関する研修の実施 等	
	老人保健施設			ターミナルケア加算	・ターミナルケアに係る計画が作成されていること等	
居宅介護	居宅介護支援	緊急時等居宅カンファレンス加算	・病院、診療所の求めに応じて利用者の居宅を訪問してカンファレンス	ターミナルケアマネジメント加算	・24時間連絡できる体制確保、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行う体制の整備	



# 中重度者等への対応関連加算の主な加算の算定率(算定施設割合)

サービス類型		加算名称		平均算定率	
訪問系	訪問介護	特定事業所加算	I	3.95%	
			II	21.30%	
			III	2.23%	
			IV	0.05%	
訪問系	訪問看護	看護体制強化加算	I	2.64%	
		看護体制強化加算	II	5.39%	
通所系	通所介護	中重度ケア体制加算	-	18.97%	
	通所リハビリテーション	中重度ケア体制加算	-	25.68%	
		重度療養管理加算	-	19.75%	
短期滞在系	看護小規模多機能型居宅介護	看護体制強化加算	I	6.94%	
			II	14.34%	
	短期入所生活介護	看護体制加算	IIIイ	5.90%	
			IIIロ	1.30%	
			IVイ	6.66%	
			IVロ	1.28%	
			医療連携強化加算		3.98%
			在宅中重度者受入加算	1	0.04%
	2	0.04%			
	3	0.12%			
4	0.18%				
短期入所療養介護(老健施設)	重度療養管理加算	(1)(一)、(2)(一)を算定する場合		23.87%	
		(3)を算定する場合	-	0.16%	
居住系	認知症対応型共同生活介護	医療連携体制加算	I	77.57%	
			II	1.04%	
			III	1.94%	
施設サービス	介護老人福祉施設	配置医師緊急時対応加算	1	1.68%	
			2	1.49%	
居宅介護	居宅介護支援	緊急時等居宅カンファレンス加算	-	0.29%	

(出典)介護給付費等実態統計(平成30年4月～平成31年3月サービス提供分)(老健局老人保健課による特別集計)及び  
介護保険総合データベースの任意集計(平成30年4月～平成31年3月サービス提供分における各月の請求事業所件数から、12ヶ月間の平均算定率を集計)

## 看取り関連加算の主な加算の算定率(算定施設割合)

	種類	加算名称	平均算定率(12か月)
訪問系	訪問看護	ターミナルケア加算	8.2%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	ターミナルケア加算	1.1%
短期滞在系	小規模多機能型居宅介護	看取り連携体制加算	0.3%
	看護小規模多機能型居宅介護	ターミナルケア加算	5.9%
居住系	認知症対応型共同生活介護	看取り介護加算1	2.5%
		看取り介護加算2	2.6%
		看取り介護加算3	2.6%
	特定施設入居者生活介護	看取り介護加算1	8.6%
		看取り介護加算2	9.1%
		看取り介護加算3	9.2%
	地域密着型特定施設入居者生活介護	看取り介護加算1	4.2%
		看取り介護加算2	4.6%
		看取り介護加算3	4.7%
施設サービス	介護老人福祉施設	看取り介護加算Ⅰ1	16.7%
		看取り介護加算Ⅰ2	17.8%
		看取り介護加算Ⅰ3	17.9%
		看取り介護加算Ⅱ1	5.4%
		看取り介護加算Ⅱ2	5.7%
		看取り介護加算Ⅱ3	5.8%
	地域密着型介護老人福祉施設	看取り介護加算Ⅰ1	6.9%
		看取り介護加算Ⅰ2	7.5%
		看取り介護加算Ⅰ3	7.6%
		看取り介護加算Ⅱ1	1.9%
		看取り介護加算Ⅱ2	2.0%
		看取り介護加算Ⅱ3	2.1%
	介護老人保健施設(療養型老健)	ターミナルケア加算1	1.2%
		ターミナルケア加算2	1.2%
		ターミナルケア加算3	1.3%
	介護老人保健施設	ターミナルケア加算1	22.9%
		ターミナルケア加算2	24.1%
		ターミナルケア加算3	24.4%
居宅介護	居宅介護支援	ターミナルケアマネジメント加算	0.9%

# 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設 (平成30年度介護報酬改定)

- 現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設ける。
- 床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策を設ける。

## 介護医療院

- 介護医療院については、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（Ⅰ型）と、老人保健施設相当以上のサービス（Ⅱ型）の2つのサービスが提供されるよう、人員・設備・運営基準等については以下のとおりとする。

ア サービス提供単位	介護医療院のⅠ型とⅡ型のサービスについては、療養棟単位とする。ただし、規模が小さい場合については、療養室単位でのサービス提供を可能とする。
イ 人員配置	開設に伴う人員基準については、 i 医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、Ⅰ型とⅡ型に求められる医療・介護ニーズを勘案して設定し、 ii リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師、その他の従業者は施設全体として配置をすることを念頭に設定する。
ウ 設備	療養室については、定員4名以下、床面積を8.0㎡/人以上とし、プライバシーに配慮した環境になるよう努めることとする。療養室以外の設備基準については、診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置等を求めることとする。
エ 運営	運営基準については、介護療養型医療施設の基準と同様としつつ、他の介護保険施設との整合性や長期療養を支えるサービスという観点も鑑みて設定する。医師の宿直については求めるが、一定の条件を満たす場合等に一定の配慮を行う。

- ※ 医療機関と併設する場合、宿直医師の兼任を可能とする等の人員基準の緩和や設備共用を可能とする。
- ※ 介護医療院でもユニット型を設定する。

- 介護療養型医療施設等から介護医療院への転換については、以下のとおりとする。

ア 基準の緩和等	介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院に転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、現行の介護療養型医療施設又は医療療養病床が転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行う。
イ 転換後の加算	介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を創設する。ただし、当該加算については平成33年3月末までの期限を設ける。

## 介護医療院の人員配置

	指定基準		報酬上の基準	
	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)
医師	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	-	-
薬剤師	150:1	300:1	-	-
看護職員	6:1	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1
介護職員	5:1	6:1	5:1~4:1	6:1~4:1
リハビリ専門職	PT/OT/ST:適当数		-	-
栄養士	定員100以上で1以上		-	-
介護支援専門員	100:1(1名以上)		-	-
放射線技師	適当数		-	-
他の従業者	適当数		-	-

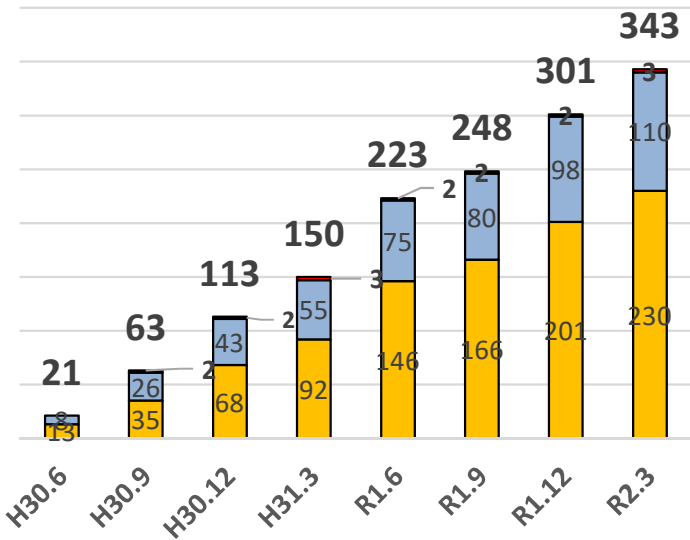
## 介護医療院の施設設備

	指定基準
診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
療養室	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4㎡/人以上で可
機能訓練室	40㎡以上
談話室	談話を楽しめる広さ
食堂	入所定員1人あたり1㎡以上
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
レクリエーションルーム	十分な広さ
その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所
他設備	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室

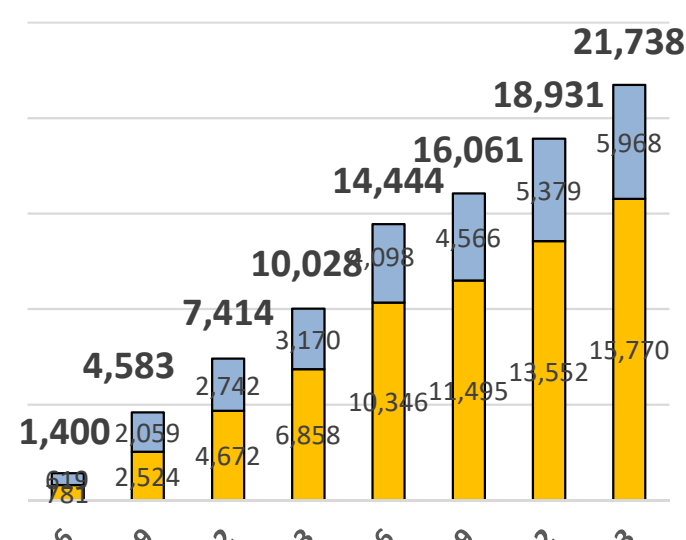
# 介護医療院等(開設状況)について

○令和2年3月末時点での介護医療院開設数は、343施設・21,738療養床であった。

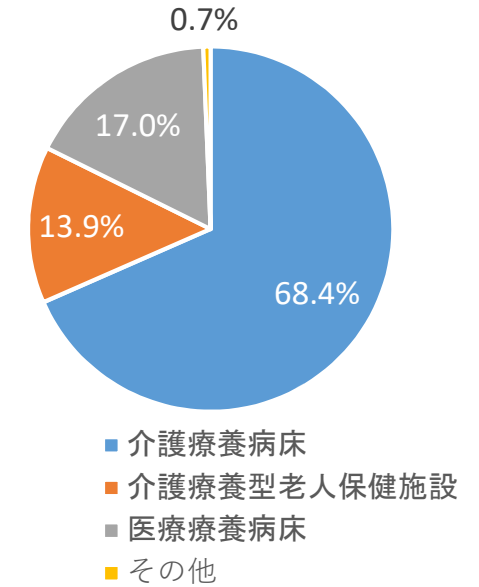
施設数の推移



療養床数の推移



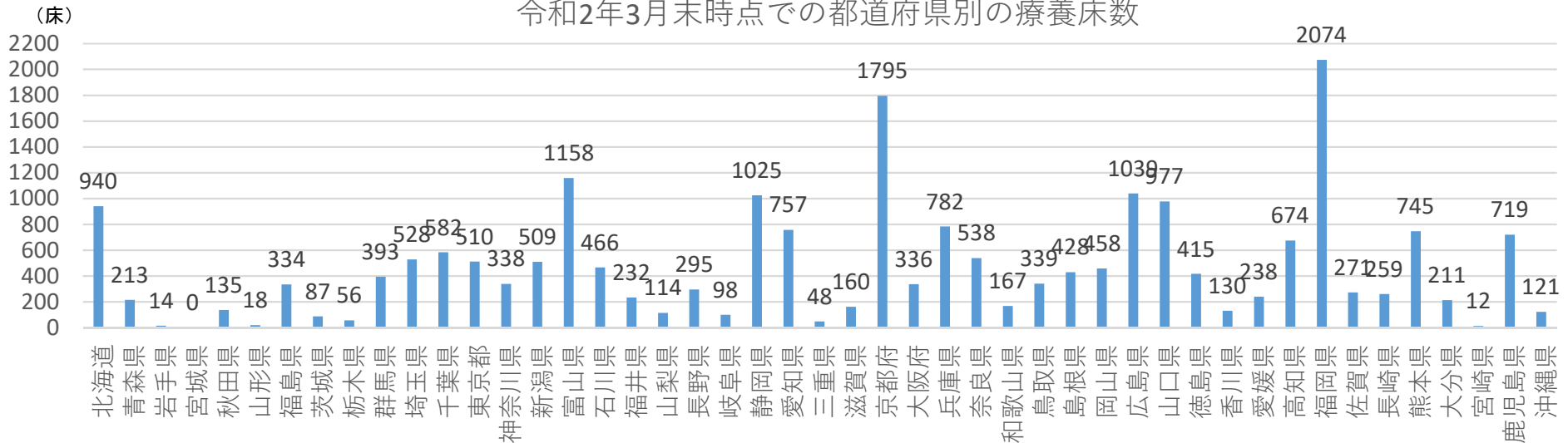
転換元の病床割合 (令和2年3月末時点)



- I型みの施設
- II型みの施設
- I型II型混合の施設

- I型療養床
- II型療養床

令和2年3月末時点での都道府県別の療養床数



# ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保 (平成30年度介護報酬改定)

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

## 居宅介護支援

- ケアマネ事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、3年間の経過措置期間を設ける。
  - 利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額(所定単位数の50/100に相当する単位数(運営基準減算))する。
- ※ なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。



# 居宅介護支援の管理者要件に係る経過措置について

## (居宅介護支援事業所の管理者要件等に関する審議報告(令和元年12月17日)関係)

令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度 (令和9年3月31日)	令和9年度
現 行	<b>経過措置期間中</b> <b>管理者は主任ケアマネジャーであることが必要</b>						
	※ 主任ケアマネ研修の主な受講要件：専任で実務経験5年が必要						

令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度 (令和9年3月31日)	令和9年度
見 直 し 案	① 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である場合						
	<b>経過措置期間中</b> <b>経過措置延長(令和3年3月31日時点の管理者が管理者を続けることができる)</b>						管理者は主任ケアマネジャーであることが必要
	<b>② 令和3年4月以降新たに管理者となる場合(管理者が交替する場合も含む)</b> <b>管理者は主任ケアマネジャーであることが必要</b>						

### 【令和3年度以降の配慮措置】

- 中山間地域や離島等においては、人材確保が特に困難と考えられるため、特別地域居宅介護支援加算又は中山間地域等における小規模事業所加算を取得できる事業所については、管理者を主任ケアマネジャーとしない取扱いとすることも可能。
- 令和3年4月1日以降、急な退職などの不測の事態により、主任ケアマネジャーを管理者とできなくなってしまう事業所については、当該事業所がその理由と改善に係る計画書を保険者に届出た場合、管理者を主任ケアマネジャーとする要件の適用を1年間猶予するとともに、当該地域に他に居宅介護支援事業所がない場合など、利用者保護の観点から特に必要と認められる場合には、保険者の判断により、この猶予期間を延長することができる。

# 平成30年度介護報酬改定の概要

## (認知症の人への対応の強化)

- 看護職員を手厚く配置しているグループホームに対する評価を設ける。
- どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、認知症高齢者への専門的なケアを評価する加算や、若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、現在加算が設けられていないサービス(ショートステイ、小多機、看多機、特定施設等)にも創設する。

### 認知症対応型共同生活介護

- 医療連携体制加算について、協力医療機関との連携を確保しつつ、手厚い看護体制の事業所を新たな区分として評価する。

<現行>

医療連携体制加算 39単位/日

〔※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により  
看護師1名以上確保〕

<改定後>

医療連携体制加算(Ⅰ) 39単位/日

〔※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により  
看護師1名以上確保〕

医療連携体制加算(Ⅱ) 49単位/日 **(新設)**

〔※GH職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置  
ただし、准看護師の場合は、別途病院等や訪問看護STの  
看護師との連携体制が必要  
※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること〕

医療連携体制加算(Ⅲ) 59単位/日 **(新設)**

〔※GH職員として看護師を常勤換算で1名以上配置  
※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること〕

### 短期入所生活介護、短期入所療養介護

- 認知症介護について、国や自治体を実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供することについて評価を行う。

認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位/日 **(新設)** 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位/日 **(新設)**

### 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護

- 若年性認知症の人やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症の人を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供することについて評価を行う。

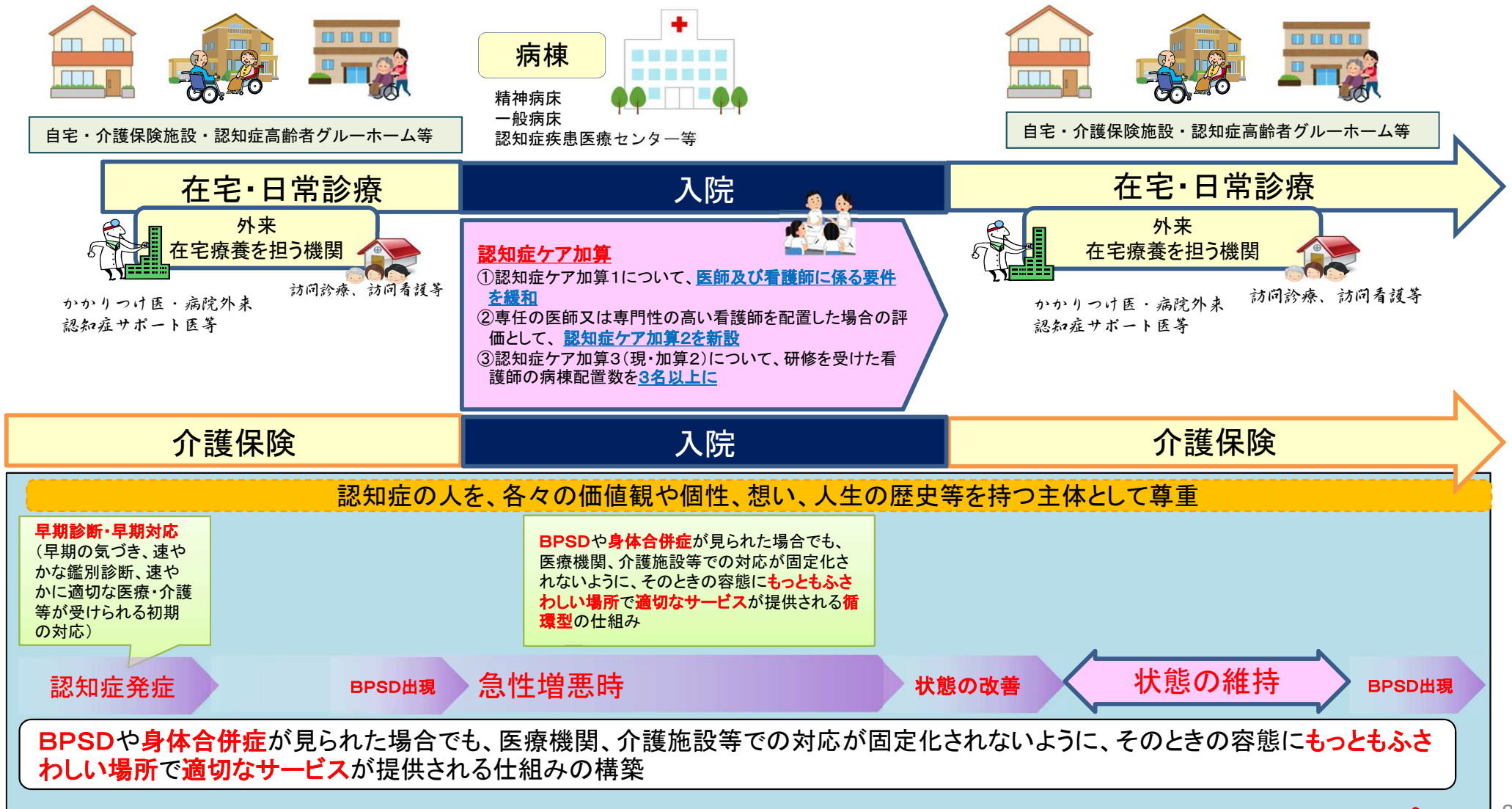
小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護：若年性認知症利用者受入加算 800単位/月 **(新設)**

特定施設入居者生活介護：若年性認知症入居者受入加算 120単位/日 **(新設)**

# 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

【医療】質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算について、評価体系及び要件の見直しが行われた。

【介護】在宅中重度者を含め、認知症への対応力を向上するための取組について、新たに検討。



# 主な認知症関連加算の設定状況

	○BPSDの悪化により在宅生活 が困難となった認知症の方の 緊急入所	○若年性認知症の方の受入	○ 重度の認知症の方の受入や、 認知症介護に係る専門的な研修 を修了した職員配置など
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	・若年性認知症利用者受入加算 ・若年性認知症入所者受入加算 ・若年性認知症患者受入加算	・認知症専門ケア加算 ・認知症加算
通所介護		○	○
通所リハビリテーション		○	
地域密着型通所介護		○	○
認知症対応型通所介護		○	
小規模多機能型居宅介護		(追加)	○
看護小規模多機能型居宅介護		(追加)	○
短期入所生活介護	○	○	(追加)
短期入所療養介護	○	○	(追加)
特定施設入居者生活介護		(追加)	○
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		(追加)	○
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○	○	○
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	(追加)	(追加)	(追加)

(注1) それぞれの加算について、サービスごとの目的により詳細な加算要件は異なる。

(注2) 通所リハビリテーション(、介護老人保健施設)には、認知症関連加算として、上記とは別に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算が設けられている。

# 若年性認知症の受入に関する加算の平均算定率(H30年度中の平均)

## 若年性認知症利用者・入所者・入居者・患者受入加算

種類	平均算定率
通所介護	0.82%
通所リハビリテーション	0.76%
特定施設入居者生活介護	1.44%
特定入居者生活介護(短期利用型)	0.00%
短期入所生活介護	0.93%
短期入所療養介護(老健施設)(1)	0.43%
短期入所療養介護(老健施設)(2)	0.00%
短期入所療養介護(介護療養型医療施設(病院))(1)	0.19%
短期入所療養介護(介護療養型医療施設(病院))(2)	0.00%
短期入所療養介護(介護療養型医療施設(診療所))(1)(2)	0.00%
短期入所療養介護(医療院)(1)(2)	0.00%
地域密着型通所介護	0.83%
認知症対応型通所介護	8.63%
小規模多機能型居宅介護	1.64%
認知症対応型共同生活介護	4.83%
認知症対応型共同生活介護(短期利用型)	1.05%
地域密着型介護老人福祉施設	1.97%
地域密着型特定施設入居者生活介護	1.33%
地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)	0.00%
看護小規模多機能型居宅介護	1.57%
介護老人福祉施設(特養)	3.38%
介護老人保健施設(老健)	2.85%
介護療養型医療施設(病院型)	0.75%
介護療養型医療施設(診療所型)	0.00%
介護医療院	2.07%



# 認知症専門ケア加算の平均算定率(H30年度中の平均)

種類	平均算定率	
	認知症専門ケア加算Ⅰ	認知症専門ケア加算Ⅱ
短期入所生活介護	0.74%	0.19%
短期入所療養介護(老健施設)	1.80%	0.63%
短期入所療養介護(介護療養型医療施設(病院療養))	0.45%	0.00%
短期入所療養介護(介護療養型医療施設(診療所))	0.36%	0.00%
短期入所療養介護(医療院)	2.34%	0.00%
特定施設入居者生活介護	0.92%	0.04%
認知症対応型共同生活介護	20.80%	1.31%
地域密着型特定施設入居者生活介護	3.91%	0.00%
地域密着型介護老人福祉施設	7.66%	1.17%
介護老人福祉施設(特養)	3.91%	1.05%
介護老人保健施設(老健)	3.05%	0.91%
介護療養型医療施設(病院型)	1.91%	0.00%
介護療養型医療施設(診療所型)	0.52%	0.00%
介護医療院	1.99%	0.12%

# 平成30年度介護報酬改定の概要(口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進)

- 各介護サービスにおける口腔衛生管理の充実や栄養改善の取組の推進を図る。

## 各種の居住系サービス

- 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を評価した口腔衛生管理体制加算について、現行の施設サービスに加え、居住系サービスも対象とする。

口腔衛生管理体制加算 30単位/月 (新設)

## 各種の施設系サービス

- 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対して口腔ケアを行うことを評価した口腔衛生管理加算について、以下の見直しを行う。

- ① 歯科衛生士が行う口腔ケアの実施回数は、現行の月4回以上を月2回以上に見直す。
- ② 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導を行い、当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じ対応することを新たな要件に加える。

口腔衛生管理加算

<現行>	→	<改定後>
110単位/月		90単位/月

## 各種の通所系サービス、居住系サービス、多機能型サービス

- 管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設する。

栄養スクリーニング加算 5単位/回 (新設)  
※6月に1回を限度とする

## 各種の施設系サービス

- 低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、この計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行うなど、低栄養リスクの改善に関する新たな評価を創設する。

低栄養リスク改善加算 300単位/月 (新設)

# 平成30年度介護報酬改定の概要(地域共生社会の実現に向けた取組の推進)

- 障害福祉の指定を受けた事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。
- 療養通所介護事業所の定員数を引き上げる。

## 訪問介護、通所介護、短期入所生活介護

### 【基準】

- 障害福祉制度の指定を受けた事業所であれば、基本的に介護保険（共生型）の指定を受けられるものとする。

### 【報酬】

- 介護保険の基準を満たしていない障害福祉制度の事業所の報酬については、
  - ① 障害者が高齢となる際の対応という制度趣旨を踏まえ、概ね障害福祉における報酬の水準を担保し、
  - ② 介護保険の事業所としての人員配置基準等を満たしていないことから、通常の介護保険の事業所の報酬単位とは区別する観点から、単位設定する。

【例】 障害福祉制度の生活介護事業所が、要介護者へのデイサービスを行う場合  
所定単位数に93/100を乗じた単位数 **(新設)**

- その上で、共生型通所介護事業所と共生型短期入所生活介護事業所について、生活相談員（社会福祉士等）を配置し、かつ、地域に貢献する活動（地域交流の場の提供等）を実施している場合を評価する。

生活相談員配置等加算 13単位/日 **(新設)**

## 療養通所介護

- 療養通所介護事業所において、障害福祉サービス等である重症心身障害児・者を通わせる児童発達支援等を実施している事業所が多いことを踏まえ、定員数を引き上げる。

<現行>  
定員数9名



<対応案>  
定員数18名

# 共生型サービスの推進

【現行制度】	障害福祉事業所	介護保険事業所	課題
障害児者が利用	○	△ (例外扱い)※	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害福祉の給付の対象とするか否かは、市町村長が個別に判断</li> <li>・障害支援区分に関わらない同一の報酬設定となっているため、重度者の報酬額が低い。加算もつかない。</li> </ul>
高齢者が利用	× (給付の対象外)	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険の給付の対象外</li> <li>・障害者が65歳になって介護保険の被保険者となった際に、使い慣れた障害福祉事業所を利用できなくなる。</li> </ul>



## 新たに共生型サービスを位置付け

【見直しの方向性】	障害福祉事業所	介護保険事業所	改善事項
障害児者が利用	○	○ (本来的な給付対象)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が指定を受ければ、障害福祉の本来的な給付対象</li> <li>・報酬額の見直し(給付の改善(障害支援区分に応じた報酬設定等))</li> </ul>
高齢者が利用	○ (本来的な給付対象)	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が指定を受ければ、介護保険の本来的な給付対象</li> </ul>

※地域の実践例：「富山型デイサービス」（富山県）

- 介護保険のデイサービス事業所を母体として、障害制度のデイサービスの事業を実施する。
- 高齢者だけでなく、障害児・者など、多様な利用者が共に暮らし、支え合うことでお互いの暮らしが豊かになる。
- 子どもと関わることで、高齢者のリハビリや障害者の自立・自己実現に良い効果を生む。



# 共生型サービスの対象サービス

○下記①及び②を踏まえれば、今般基準・報酬を設定する共生型サービスは、以下のとおりとなる。

- ① 高齢障害者の介護保険サービスの円滑な利用を促進する観点から、介護保険優先原則が適用される介護保険と障害福祉両方の制度に相互に共通するサービス
- ② 現行の基準該当障害福祉サービスとして位置付けられているサービス

	介護保険サービス		障害福祉サービス等	
<b>ホームヘルプサービス</b>	訪問介護	↔	居宅介護 重度訪問介護	
<b>デイサービス</b>	通所介護 (地域密着型を含む)	↔	生活介護 (主として重症心身障害者を通わせる事業所を除く) 自立訓練 (機能訓練・生活訓練) 児童発達支援 (主として重症心身障害児を通わせる事業所を除く) 放課後等デイサービス (同上)	
<b>ショートステイ</b>	短期入所生活介護 (予防を含む)	↔	短期入所	
「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組み合わせを一体的に提供するサービス※	(看護) 小規模多機能型居宅介護 (予防を含む) ・ 通い	→	生活介護 (主として重症心身障害者を通わせる事業所を除く) 自立訓練 (機能訓練・生活訓練) 児童発達支援 (主として重症心身障害児を通わせる事業所を除く) 放課後等デイサービス (同上)	} (通い)
	・ 泊まり	→	短期入所	

※ 障害福祉サービスには介護保険の小規模多機能型居宅介護と同様のサービスは無いが、障害福祉制度の現行の基準該当の仕組みにおいて、障害児者が(看護)小規模多機能型居宅介護に通ってサービスを受けた場合等に、障害福祉の給付対象となっている。



# 共生型サービスの請求事業所数

(令和元年10月審査分)

種類	指定を受けている 障害福祉サービス	共生型の 請求事業所数	(参考) サービス全体の 請求事業所数
訪問介護		<u>7</u>	33,120
(内訳)	指定居宅介護事業所	3	—
	指定重度居宅介護事業所	4	—
通所介護(※1)		<u>76(※2)</u>	43,371
(内訳)	指定生活介護事業所	73	—
	指定自立訓練事業所	3	—
	指定児童発達支援事業所	0	—
	指定放課後等デイサービス 事業所	0	—
短期入所生活介護(※1)		<u>3(※3)</u>	15,681
(内訳)	指定短期入所事業所	3	—
合計		<u>86</u>	—

(出典)国保連合会保有給付実績情報について、平成31年度介護保険総合データベースシステム管理運営事業における任意集計を実施。

(※1)通所介護は地域密着型通所介護を、短期入所生活介護は介護予防短期入所生活介護を含む件数。

(※2)同一事業所において、指定生活介護事業所及び指定自立訓練事業所の双方から算定されている事業所1件を含む。

(※3)同一事業所において、共生型短期入所生活介護及び共生型介護予防短期入所生活介護の双方から算定されている事業所1件を含む。

# 平成30年度診療報酬改定概要

- 団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、**平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定により、質が高く効率的な医療・介護の提供体制の整備を推進**

## I 地域包括ケアシステムの推進、医療機能の分化・強化・連携

- どこに住んでいても**適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備**

### 具体的方向性

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価や、大病院と中小病院・診療所の機能分化の推進
- 地域の状況や患者の状態等に応じた質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 患者本人の意思を尊重した看取りの推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

## II 安心・安全で質の高い医療・介護の実現

- 技術の進展、疾病構造の変化や新たなニーズ等を踏まえ、**安心・安全で質の高い医療・介護を実現**

### 具体的方向性

- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- 質の高いリハビリテーションの評価等、アウトカム評価の推進
- 高齢者の自立支援と要介護状態等の軽減・悪化の防止に資する介護サービスの推進

## III 人材確保・働き方改革

- 厳しい勤務環境の中、医療・介護人材を将来にわたって確保するため、**従事者の負担軽減等の取組を推進**

### 具体的方向性

- 遠隔診療を含むICT、介護ロボット等の有効活用
- 多職種連携や人材の柔軟な配置等による効率的なサービス提供の推進
- 届出・報告の簡素化等、業務の効率化・合理化の推進
- 専門性等に応じた介護人材の有効活用

## IV 制度の安定性・持続可能性の確保

- 国民皆保険を堅持するため、効率化・適正化を図ることにより**制度の安定性・持続可能性を確保**

### 具体的方向性

- 薬価制度の抜本改革や費用対効果評価の導入
- 医師・薬剤師の協力による多剤・重複投薬の防止等の医薬品の適正使用や後発医薬品の使用の推進
- いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化
- 透析医療の適正化、福祉用具貸与価格の上限の設定等

# 令和2年度診療報酬改定の概要

## I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

1. 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療提供体制等の評価
2. 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
3. タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進
4. 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

## II 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

## III 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化
3. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
4. 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価
5. 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進

## IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

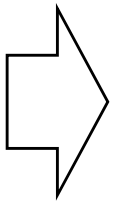
1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2. 費用対効果評価制度の活用
3. 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
5. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
6. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
7. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

# 認知症対策の充実

## 認知症ケア加算の見直し

➤ 質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算について、評価体系及び要件の見直しを行う。

現行			
認知症ケア加算1	イ	150点	□ 30点
認知症ケア加算2	イ	30点	□ 10点



改定後			
認知症ケア加算1	イ	<u>160点</u>	□ 30点
<u>認知症ケア加算2</u>	イ	<u>100点</u>	□ <u>25点</u>
認知症ケア加算3	イ	<u>40点</u>	□ 10点

イ 14日以内の期間  
□ 15日以上期間

※ 身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定

① 専任の医師又は専門性の高い看護師を配置した場合の評価として、認知症ケア加算2を新設する。

改定後
[認知症ケア加算2の施設基準]
<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症患者の診療に十分な経験を有する<b>専任の常勤医師</b>又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する研修を修了した<b>専任の常勤看護師</b>を配置 (※経験や研修の要件は加算1と同様)</li> <li>原則として、全ての病棟に、<b>研修を受けた看護師を3名以上配置</b> (※研修の要件は加算3と同様)</li> <li>上記専任の医師又は看護師が、認知症ケアの実施状況を把握・助言 等</li> </ul>



② 認知症ケア加算3(現・加算2)について、研修を受けた看護師の病棟配置数を3名以上に増やす。

現行	改定後
[認知症ケア加算2の施設基準]	[認知症ケア加算3の施設基準]
<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を<b>3名以上</b>配置</li> </ul> <p>※ただし、3名のうち1名は、当該研修を受けた看護師が行う院内研修の受講で差し支えない。</p>

③ 認知症ケア加算1について、医師及び看護師に係る要件を緩和する。

現行	改定後
[認知症ケア加算1の施設基準]	[認知症ケア加算1の施設基準]
<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症ケアチームを設置</li> <li>ア 専任の常勤医師 (精神科又は神経内科の経験5年以上)</li> <li>イ 専任の常勤看護師 (経験5年+600時間以上の研修修了) ※16時間以上チームの業務に従事</li> <li>ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症ケアチームを設置</li> <li>ア 専任の常勤医師 (精神科又は神経内科の経験<u>3年</u>以上)</li> <li>イ 専任の常勤看護師 (経験5年+600時間以上の研修修了) ※<u>原則</u>16時間以上チームの業務に従事</li> <li>ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士</li> </ul>

# 認知症対策の充実

## (参考) 認知症ケア加算の主要要件等

		認知症ケア加算 1	(新) 認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価
点数※1		イ <u>160点</u> □ 30点	イ <u>100点</u> □ <u>25点</u>	イ <u>40点</u> □ 10点
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握	病棟巡回（週1回以上） ・病棟職員へ助言	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握 ・病棟職員へ助言
主な施設基準	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科 <u>3年</u> 又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）※2 … <u>原則</u> 週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	<u>いずれかを配置</u> ・ <u>専任の常勤医師</u> （精神科・神経内科3年又は研修修了） ・ <u>専任の常勤看護師</u> （経験5年かつ600時間以上の研修修了）	—
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	<u>全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可）</u>	
	マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームがマニュアルを作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアルを作成	マニュアルを作成
	院内研修	認知症ケアチームが定期的に研修を実施	専任の医師又は看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施

※1 イ：14日以内の期間、□：15日以上期間（身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定）

※2 認知症ケア加算1の専任の常勤看護師の研修は以下のとおり。

① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修 ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程  
③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」（認定証が発行されている者に限る）





## 6. 関連の指摘

# 「経済財政運営と改革の基本方針2019」(関係部分)

(令和元年6月21日閣議決定)

## 第3章 経済再生と財政健全化の好循環

### 2. 経済・財政一体改革の推進等

#### (2) 主要分野ごとの改革の取組

##### ① 社会保障

#### (医療・介護制度改革)

##### (ii) 医療提供体制の効率化

2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中に対応方針の見直しを求める。民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なP D C Aサイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。質が高く効率的な救急医療提供体制の構築のため、救急医療のデータ連携体制の構築、救急救命士の資質向上・活用に向けた環境整備に関し検討を行う。

諸外国と比べて高い水準にとどまる入院日数の縮小を目指す。特に精神病床については、認知症である者を含めその入院患者等が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築など基盤整備への支援等を講ずる。

# 「成長戦略フォローアップ」(関係部分) (令和元年6月21日閣議決定)

## Ⅱ. 全世代型社会保障への改革

### 4. 疾病・介護の予防

#### (2) 新たに講ずべき具体的施策

##### i) 人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

#### ⑥ 介護予防のインセンティブ措置の抜本的な強化等

- ・介護保険の保険者や都道府県に対する介護インセンティブ交付金（保険者機能強化推進交付金）について、自治体による先進的な介護予防の取組が横展開され、健康寿命の地域間格差の縮小にも資するよう、財源を含めた予算措置を検討し、2020年度にインセンティブ措置の抜本的な強化を図る。
- ・あわせて、各評価指標や配点について、成果指標の導入拡大や配分基準のメリハリを強化するなどの見直しを行い、介護予防や認知症予防につながる可能性のある高齢者の身近な「通いの場」を拡充するとともに、介護予防と保健事業との一体的実施を推進する。その際、運動など高齢者の心身の活性化につながる民間サービスも活用する。また、「介護助手」など介護施設における高齢者就労・ボランティアを推進するとともに、個人へのインセンティブとして、ポイントの活用等を図る。
- ・75歳以上の高齢者に対する保健事業について、フレイル対策を含めきめ細やかな支援を充実させる。このため、後期高齢者医療の保険者インセンティブ措置を活用する。また、市町村による介護予防と保健事業の一体的実施の全国展開に向け、国の特別調整交付金を活用して、医療専門職の市町村への配置等を支援する。
- ・利用者の平均的な日常生活動作の維持又は改善に対する介護報酬加算について、自立支援や重度化防止等の観点から、2020年度までにエビデンスに基づく効果検証を行い、次期介護報酬改定で必要な対応を行う。

#### ⑦ 認知症の総合的な施策の強化

- ・「共生」と「予防」を柱とした総合的な認知症施策を、認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）に基づき、推進する。「通いの場」の活用などの先進・優良事例について、2020年度までに事例集や実践に向けたガイドラインを作成し、全国の自治体へ横展開する。あわせて、認知症の予防法の確立に向け、研究開発を強化する。データ収集に2019年度から着手し、データ利活用の枠組みを2021年度までに構築するとともに、認知症分野における官民連携のプラットフォームを活用し、評価指標・手法の確立を目指しつつ、予防やケア等の社会実装を促進する。

# 「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」(関係部分)

(令和元年12月19日経済財政諮問会議決定)

## 社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革</p> <p>【指標①】 医療費・介護費の適正化</p> <p>【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減</p> <p>【指標③】 年齢調整後の一人あたり介護費の地域差縮減</p> <p>【指標④】 医療・福祉サービスの生産性(※1)の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量</p> <p>【指標⑤】 医療・福祉サービスの質(※2)の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度</p>	<p>○地域医療構想の2025年における医療機能別(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合【2025年度に100%】</p> <p>○介護療養病床の第7期介護保険事業計画に沿ったサービス量進捗状況と、第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量【2020年度末に100%】</p>	<p>○地域医療構想調整会議において具体的対応方針について合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020(仮)」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】</p> <p>○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院で、再検証要請対象医療機関とされた医療施設のうち、地域医療構想調整会議において具体的方針について再度合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020(仮)」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】</p> <p>○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院で、再検証要請対象医療機関とされた医療施設のうち、地域医療構想調整会議において具体的方針について再度合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020(仮)」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】</p> <p>○在宅患者訪問診療件数【2017年医療施設調査からの増加】</p>	<p>29 i. 地域医療構想の実現(地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化・連携の取組を促進する)</p> <p>37. 大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の推進</p>

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	<p>ii 病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討</p> <p>病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。</p>	<p>地域医療介護総合確保基金の活用状況の検証結果を踏まえ、病床のダウンサイジング支援の追加的方策について検討し、その結果に基づき所要の措置を講じる。</p> <p>2019年度末までに介護療養型医療施設及び医療療養病床からの転換状況を把握した上で、転換が進んでいない場合には、その原因の検証を実施。その結果を踏まえ、関係審議会等において、第8期計画期間に向けて検討し、その結果に基づき所要の措置を講じる。</p> <p>病床の機能分化・強化・連携を推進し、患者の状態に応じて適切な医療資源が投入されるよう、一般病棟における重症度、医療・看護必要度の基準の見直しや療養病棟の適切な評価について、2020年度診療報酬改定において対応。</p> <p>《厚生労働省》</p>			—	—



	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	<b>37 大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進</b>  新たな地域別の将来人口推計の下での大都市や地方圏での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携を促進する。	県境を超えた患者の流入等を反映した地域医療構想及びそれを踏まえ策定した医療計画・介護保険事業支援計画に基づき、都道府県において、病床の機能分化連携や在宅医療・介護の推進に係る取組を推進。 地域医療構想については、 ・重点支援区域の設定を通じた国による助言や集中的な支援の実施。 ・民間医療機関の対応方針策定の促進のための方策の議論に着手。 ・地域医療介護総合確保基金の配分における大幅なメリハリ付けの仕組みの検討、実施。 ・公立・公的医療機関等の対応方針の見直し等の取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合の新たな都道府県知事の権限の在り方の検討、所要の措置。  以上の事項について、「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図る。 ≪厚生労働省≫		2023年度まで	○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院で、再検証要請対象医療機関とされた医療施設のうち、地域医療構想調整会議において具体的方針について再度合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】  ○在宅患者訪問診療件数【2017年医療施設調査からの増加】	○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合 【2025年度に100%】  ○介護療養病床の第7期介護保険事業計画に沿ったサービス量進捗状況と、第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量 【2020年度末に100%】
	<b>38 診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進</b>  診療報酬や介護報酬においては、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。	2018年度診療報酬改定の影響の検証結果を踏まえ、2020年度診療報酬改定において、アウトカム指標の見直し等を実施。  介護報酬において、ADLの改善等アウトカムを評価する加算を含めこれまで設けられた各種加算について、サービスの質の反映状況等の検証を通じて、より効果的な加算の在り方に関して、2021年度介護報酬改定に向けて関係審議会等において必要な対応を検討。  介護事業所の経営実態等を適切に把握できるよう、介護報酬改定において参照される経営実態調査等について、調査・集計方法等の改善や有効回答率の向上を通じて精度を向上。  ≪厚生労働省≫	アウトカムに基づく支払い等に関する加算について検証を行う。		—	—

# 平成30年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」(関係部分)

(平成30年度介護報酬改定に関する審議報告(平成29年12月18日)より作成)

## <サービス全般に関する課題>

### ○ 地域包括ケアシステムの推進

- ・ 地域包括ケアシステムの推進については、今回の改定でたかった様々な対応について、実施状況をしっかりと把握するとともに、医療と介護の役割分担と連携、住宅施策など他の関連施策との連携  
高齢者の居場所の確保や引きこもり予防なども含めた健康寿命延伸のための取組  
今後増えていくことが見込まれる認知症の人への対応のあり方  
を含め、都市部や中山間地域等のいかににかかわらず、本人の希望する場所で、その状態に応じたサービスを受けることができるようにする観点から、どのような対応を図ることが適当なのか、引き続き検討していくべきである。

### ○ ケアマネジメントの公正中立性の確保

- ・ 今回行った、契約時の説明事項の追加や、特定事業所集中減算の見直しに加えて、公正中立性を確保するための取組として、どのような方法が考えられるのか、引き続き検討していくべきである。
- ・ ケアマネジメントの適正化や質の向上をより進めていくためには、これらを判断するための指標が必要であり、そのような指標のあり方についても検討すべきである。

# 平成30年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」(関係部分)

(平成30年度介護報酬改定に関する審議報告(平成29年12月18日)より作成)

## <各サービスに関する課題>

### ○ 訪問介護

・生活援助中心型の担い手の拡大や、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の生活援助への対応、同一建物等居住者へのサービス提供に係る報酬の見直しなどについて、今回の見直しは、

- ① 要介護者の生活や人材確保、介護職員の働き方にどのような影響を与えたのか、
- ② サービスの質が維持されているか、
- ③ サービスを必要とする方に必要なサービスが適切に提供されているか、
- ④ 地域ケア会議等におけるケアプランの検証の実態がどのようになっているか、
- ⑤ 有料老人ホームなどの集合住宅へのサービス提供に係る効率性がどのようになっているか

などを検証し、また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の同一建物等居住者へのサービス提供に係る報酬の見直しについても、その実態を把握し、それらの結果を踏まえて、利用者がより良いサービスをより効率的に受けられるようにするという観点から、見直すべき点がないかを検討するべきである。

### ○ 共生型サービス

実施状況を把握するとともに、地域共生社会の実現の観点から、共生型サービスを含む介護サービス事業所が、利用者が社会に参加・貢献する取組を後押しするための方策について、運営基準やその評価のあり方等を含め、引き続き検討していくべきである。

### ○ 介護医療院

サービス提供の実態や介護療養型医療施設、医療療養病床からの転換状況を把握した上で、円滑な転換の促進と介護保険財政に与える影響の両面から、どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。

### ○ 介護保険施設のリスクマネジメント

今後、リスクを関知するセンサー等の導入が進むことも考えられることから、施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているのかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防ガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。

## <その他の課題>

### ○ 基準費用額

介護事業経営実態調査で実態を把握した上で、消費税率の引上げへの対応も含め、どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。また、地域区分についても、介護事業経営実態調査で実態を把握した上で、どのような対応を図ることが適当なのかを引き続き検討していくべきである。

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

## ○はじめに ○地域共生社会の実現

- ・2040年には介護サービス需要が更に増加・多様化。現役世代(担い手)の減少も顕著に
- ・高齢者を支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得る  
⇒2025年、その先の2040年、そして、地域共生社会の実現に向けて、介護保険制度の見直しが必要

## I 介護予防・健康づくりの推進(健康寿命の延伸)

### 1. 一般介護予防事業等の推進

#### ○住民主体の通いの場の取組を一層推進

- ・通いの場の類型化
- ・ポイント付与や有償ボランティアの推進等による参加促進
- ・地域支援事業の他の事業とも連携した効果的な実施
- ・医療等専門職の効果的・効率的な関与
- ・関連データも活用したPDCAサイクルに沿った取組の推進
- ・通いの場に参加しない高齢者への対応

### 3. ケアマネジメント

#### ○介護支援専門員(ケアマネジャー)がその役割を効果的に果たしながら質の高いケアマネジメントを実現できる環境を整備

- ・多分野の専門職の知見に基づくケアマネジメント(地域ケア会議の活用)
- ・インフォーマルサービスも盛り込まれたケアプランの作成推進
- ・公正中立なケアマネジメントの確保、ケアマネジメントの質の向上
- ・質の高いケアマネジャーの安定的な確保、ケアマネジャーが力を発揮できる環境の整備、求められる役割の明確化

### 2. 総合事業

#### ○より効果的に推進し、地域のつながり機能を強化

- ・事業の対象者の弾力化(要介護認定を受けた者)
- ・国がサービス価格の上限を定める仕組みの弾力化
- ・総合事業の担い手を確保するための取組の推進  
(有償ボランティアに係る謝金の支出、ポイント制度の創設)
- ・保険者機能強化推進交付金の活用等による市町村の取組、都道府県の市町村支援の促進
- ・就労的活動等を通じた地域とのつながり強化等のための環境整備

### 4. 地域包括支援センター

#### ○増加するニーズに対応すべく、機能や体制を強化

- ・センターの運営への保険者(市町村)の適切な関与
- ・センターと既存の社会資源との連携による地域の相談支援機能の強化
- ・介護予防ケアマネジメント業務の外部委託を行いやすい環境の整備
- ・保険者機能強化推進交付金の活用等によるセンター体制強化の推進

## II 保険者機能の強化(地域保険としての地域のつながり機能・マネジメント機能の強化)

### 1. PDCAプロセスの推進

#### ○保険者機能強化推進交付金の評価を活用しながら、実施状況を検証・取組内容を改善

- ・国や都道府県による市町村へのきめ細かな支援
- ・対応策の好事例の見える化・横展開

### 3. 調整交付金

#### ○後期高齢者の加入割合の違いに係る調整を精緻化

- ・要介護認定率により重み付けを行う方法から、介護給付費により重み付けを行う方法に見直し(見直しによる調整の範囲内で個々の保険者に一定の取組を求める)

### 2. 保険者機能強化推進交付金

#### ○介護予防や高齢者の活躍促進等を一層推進するため、抜本的に強化

- ・予算額の増額、安定的な財源の確保
- ・評価指標の見直し(成果指標の拡大、配分基準のメリハリ強化、判断基準の明確化)
- ・都道府県の市町村支援へのインセンティブ強化
- ・取組の達成状況の見える化の推進

### 4. データ利活用の推進

#### ○介護関連のデータ(要介護認定情報、介護保険レセプト情報、VISIT、CHASE)の利活用のための環境を整備

- ・介護関連のデータの一体的活用、NDB等との連結解析を進めるための制度面・システム面での環境整備の推進  
・基本チェックリストなど介護予防に係る情報の活用
- ・国や都道府県による市町村支援  
・事業所の理解を得た上でのデータ収集によるデータ充実
- ・データ収集項目の充実の検討  
・医療保険の個人単位被保険者番号の活用



### Ⅲ 地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護の提供・整備）

#### 1. 介護サービス基盤、高齢者向け住まい

##### 【今後の介護サービス基盤の整備】

###### ○地域の实情に応じた介護サービス基盤整備

- ・高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に見据えた計画的な整備
- ・特養、老健、介護医療院、認知症高齢者グループホーム、訪問介護等のそれぞれの役割・機能を果たしつつ、連携を強化しながらの整備
- ・都市部・地方部など地域特性を踏まえた整備
- ・高齢者向け住まい（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅）の整備状況等も踏まえた整備
- ・「介護離職ゼロ」の実現に向けた施設整備・在宅支援サービスの充実、介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）も含めた基盤整備促進

##### 【高齢者向け住まいの在り方】

###### ○有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の質を確保するため、行政による現状把握と関与を強化

- ・都道府県から市町村への有料老人ホームに関する情報の通知
- ・未届けの有料老人ホームへの対応、介護サービス利用の適正化
- ・事業者に係る情報公表の取組の充実
- ・「外部の目」を入れる取組の推進（介護相談員等の活用）

##### 【高齢者の住まいと生活の一体的支援の在り方】

- ・自宅と介護施設の間隔的な住まい方の普及
- ・生活困窮者施策とも連携した住まいと生活の支援の一体的な実施

#### 2. 医療・介護の連携

##### 【総論】

- ・地域医療構想等と整合した介護サービス基盤整備
- ・中重度の医療ニーズや看取りに対応する在宅サービスの充実
- ・リハビリテーションの適時適切な提供
- ・老健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の推進

##### 【介護医療院】

###### ○介護医療院への円滑な移行の促進

- ・早期の意思決定支援、手続きの簡素化等移行等支援策の充実
- ・医療療養病床からの移行等、介護医療院のサービス量を適切に見込むための方策を実施

##### 【在宅医療・介護連携推進事業】

###### ○地域の实情に応じた取組の充実のための事業体系の見直し

- ・認知症施策や看取りの取組を踏まえた見直し
- ・切れ目のない在宅医療・介護の実現に関する目標の設定
- ・一部項目の選択的実施や地域独自の項目の実施
- ・都道府県による市町村支援  
（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）
- ・PDCAサイクルに沿った取組の推進  
（指標の検討、地域包括ケア「見える化」システムの活用等）

### Ⅳ 認知症施策の総合的な推進

##### 【総論】

###### ○認知症施策推進大綱に沿った施策の推進

- ・介護保険事業計画に基づく取組の推進（介護保険法上の計画記載事項に認知症施策の総合的推進を位置付け）
- ・他の施策との連携（他の計画との調和・連携）
- ・「共生」「予防」の取組の推進（介護保険法上に大綱の考え方・施策を位置付け。「認知症」の規定の見直し）

- ・認知症サポーターの養成、本人発信支援等の普及啓発の推進
- ・地域で認知症サポーター等が活躍できる仕組みづくり  
（チームオレンジ）
- ・認知症予防に資する可能性のある活動の推進
- ・予防に関するエビデンスの収集・分析
- ・早期発見・早期対応に向けた体制の質の向上、連携強化
- ・認知症カフェ、家族教室、ピア活動等の介護者（家族）支援の推進



## V 持続可能な制度の構築・介護現場の革新

### 1. 介護人材の確保・介護現場の革新

【総論】 ○新規人材の確保・離職の防止の双方の観点からの総合的な人材確保対策の推進  
○人材確保・生産性向上の取組を地域の実情に応じてきめ細かく対応していく体制整備、介護保険事業（支援）計画に基づく取組の推進

・介護職員の更なる処遇改善の着実な実施  
・若者、潜在介護福祉士、元気高齢者等の多様な人材の参入・活躍の促進  
・働きやすい環境の整備・介護の魅力向上・発信・外国人材の受入環境整備  
・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、介護現場革新の取組の推進  
・経営の大規模化・協働化、事業所の連携による共同購入、人材確保・育成、事務処理の共同化

・文書量削減  
「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」の中間とりまとめ（令和元年12月4日）に沿って、指定申請、報酬請求、指導監査の文書等に関して、①簡素化、②標準化、③ICT等の活用等の取組を推進。  
（※）介護保険法令とあわせて老人福祉法令に基づく手続き等にも整合的に対応  
（※）専門委員会においてフォローアップを実施し取組を徹底

### 2. 給付と負担

#### (1) 被保険者範囲・受給者範囲

介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討

#### (2) 補足給付に関する給付の在り方

負担能力に応じた負担とする観点から、施設入所者に対する補足給付、ショートステイの補足給付及び補足給付の支給要件となる預貯金等の基準の精緻化を図る

#### (3) 多床室の室料負担

介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の機能や医療保険制度との関係も踏まえつつ、負担の公平性の関係から引き続き検討

#### (4) ケアマネジメントに関する給付の在り方

利用者やケアマネジメントに与える影響を踏まえながら、自立支援に資する質の高いケアマネジメントの実現や他のサービスとの均衡等幅広い観点から引き続き検討

#### (5) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

総合事業の実施状況や介護保険の運営主体である市町村の意向、利用者への影響等を踏まえながら、引き続き検討

#### (6) 高額介護サービス費

負担上限額を医療保険の高額療養費制度の負担上限額に合わせる

#### (7) 「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準

利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討

#### (8) 現金給付

現時点で導入することは適当ではなく、「介護離職ゼロ」の実現に向けた取組や介護者（介護）支援を推進

### その他の課題

#### 1. 要介護認定制度

- ・更新認定の二次判定で直前の要介護度と同じ要介護度と判定された者について、有効期間の上限を36か月から48か月に延長
- ・認定調査を指定市町村事務受託法人に委託して実施する場合において、ケアマネジャー以外の専門的知識を有する者も実施可能とする

#### 2. 住所地特例

- ・住所地特例の対象施設と同一市町村にある認知症高齢者グループホームを住所地特例の対象とすることについて、保険者の意見や地域密着型サービスの趣旨を踏まえて引き続き検討

### 〇おわりに

- ・今回の制度見直しは、2025年に向けた地域包括ケアシステムの推進や介護人材不足等に対応するとともに、2040年を見据え、地域共生社会の実現を目指し、制度の持続可能性を確保しながら、自立支援・重度化防止や日常生活支援等の役割・機能を果たし続けられるよう制度の整備や取組の強化を図るもの
- ・関連法案の国会提出、社会保障審議会介護給付費分科会での議論など必要な対応が講じられることを求める

# 介護保険制度の見直しに関する意見(関係部分)

(令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

## I 介護予防・健康づくりの推進(健康寿命の延伸)

### 3. ケアマネジメント

- 高齢化の進展に伴い、居宅介護支援事業所の数、ケアマネジメントの利用者数は年々増加してきている。ケアマネジメントが国民の間に普及・浸透してきている状況もある中で、介護支援専門員(以下「ケアマネジャー」という。)には、医療と介護の連携や地域における多様な資源の活用等の役割をより一層果たすことも期待されている。
- ケアマネジメントについて、自立支援に資する質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備の方策等について、議論を行った。
- ケアマネジメントについて、高齢者の多様なニーズに対応した自立支援に資する適切なサービス提供の観点から、ケアマネジャーがその役割を効果的に果たしながら質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備を進めることが必要である。
- 医療をはじめ、多分野の専門職の知見に基づくケアマネジメントが行われることが必要である。そのために、地域ケア会議の積極的な活用などケアマネジャーが専門家と相談しやすい環境の整備が重要である。介護報酬上の対応についても検討が必要である。なお、地域ケア会議については、利用者や家族の参加を確保するとともに、地域ケア会議の内容を利用者や家族に丁寧に説明すべきとの意見があった。
- 高齢者が地域とのつながりを保ちながら生活を継続していくためには、医療や介護に加え、インフォーマルサービスも含めた多様な生活支援が包括的に提供されることが重要であり、インフォーマルサービスも盛り込まれた居宅サービス計画(以下「ケアプラン」という。)の作成を推進していくことが必要である。なお、インフォーマルサービスへの信用の確保のために、国、都道府県、市町村はケアマネジャーへの情報提供などの支援をすることが必要であるとの意見があった。
- 公正中立なケアマネジメントの確保や、ケアマネジメントの質の向上に向けた取組を一層進めることが必要である。適切な修了評価やICT等を活用した受講環境の整備など、研修の充実や受講者の負担軽減等が重要である。
- 適切なケアマネジメントを実現するため、ケアマネジャーの処遇の改善等を通じた質の高いケアマネジャーの安定的な確保や、事務負担軽減等を通じたケアマネジャーが力を発揮できる環境の整備を図ることが必要である。ケアマネジャーを取り巻く環境や業務の変化を踏まえ、ケアマネジャーに求められる役割を明確化していくことも重要である。

# 介護保険制度の見直しに関する意見(関係部分)

## (令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

### I 介護予防・健康づくりの推進(健康寿命の延伸)

#### 4. 地域包括支援センター

- 地域包括支援センターについて、今後求められる機能や業務、体制の在り方等について、議論を行った。
- 地域包括支援センターについて、今後の高齢化の進展等に伴って増加するニーズに適切に対応する観点から、機能や体制の強化を図ることが必要である。
- 地域包括支援センターの取組を適切に評価し、適切な人員体制の確保を促す観点から、財源の確保も含め、市町村が保険者として地域包括支援センターの運営に適切に関与することが必要である。
- 地域のつながり機能の強化という観点から、居宅介護支援事業所や介護施設など、地域の既存の社会資源と効果的に連携して、地域における相談支援の機能を強化していくことが必要である。
- 業務負担が大きいとされる介護予防ケアマネジメント業務について、要支援者等に対する適切なケアマネジメントを実現する観点から、外部委託は認めつつ、引き続き地域包括支援センターが担うことが必要である。外部委託を行いやすい環境の整備を進めることが重要である。介護報酬上の対応についても検討が必要である。なお、居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメント業務を担うべきとの意見もあった。
- 地域包括支援センターの積極的な体制強化等を行う市町村について、保険者機能強化推進交付金等によりその取組を後押しすることが重要である。

# 介護保険制度の見直しに関する意見(関係部分)

## (令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

### Ⅲ 地域包括ケアシステムの推進(多様なニーズに対応した介護の提供・整備)

#### 1. 介護サービス基盤、高齢者向け住まい

##### 【今後の介護サービス基盤の整備】

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

# 介護保険制度の見直しに関する意見(関係部分)

## (令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

### Ⅲ 地域包括ケアシステムの推進(多様なニーズに対応した介護の提供・整備)

#### 1. 介護サービス基盤、高齢者向け住まい

##### 【高齢者住まいの在り方】

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

##### 【高齢者の住まいと生活の一体的支援の在り方】

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



# 介護保険制度の見直しに関する意見(関係部分)

## (令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

### Ⅲ 地域包括ケアシステムの推進(多様なニーズに対応した介護の提供・整備)

#### 2. 医療・介護の連携

##### 【総論】

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

##### 【介護医療院】

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

# 介護保険制度の見直しに関する意見(関係部分)

## (令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

### Ⅲ 地域包括ケアシステムの推進(多様なニーズに対応した介護の提供・整備)

#### 2. 医療・介護の連携

##### 【在宅医療・介護連携推進事業】

- 在宅医療・介護連携推進事業について、全ての自治体において事業が実施されている中で、市町村において、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつ、PDCAサイクルに沿った取組を更に進められるよう、現行の事業体系の見直しが必要である。「認知症施策推進大綱」や看取りに関する取組等の最近の動向も踏まえることが重要である。各市町村においては、単に事業を実施するだけでなく、地域課題や取組内容の見える化を進め、目的をもって事業を進めていくことが重要である。医師会等関係機関や医師等専門職と緊密に連携して取組を進めることが重要である。
- 在宅医療・介護連携推進事業について、切れ目のない在宅医療・介護の実現に関する目標を設定し、地域の目指す姿を住民や医療・介護関係者で共有できるようにすること、認知症等への対応を強化すること、事業項目全ての実施を求めるのではなく、一部項目の選択的实施や地域独自の項目の実施を可能とするなど、一定程度地域の実情に応じた実施を可能とすること、事業体系を明確化して示すことが適当である。地域包括ケアシステムの理念達成に向けて取り組まれるようにすることが重要である。この理念の達成に向けて、都道府県や市町村において、医療や介護・健康づくり部門の庁内連携を密にし、総合的に進める人材を育成・配置していくことも重要である。
- 都道府県においては、地域医療構想の取組との連携や医師会等関係機関との調整、研修会等を通じた情報発信や人材育成、保健所等による管内の広域的な調整やデータの活用・分析を含めた市町村支援等を更に進めることが必要である。
- 国においては、自治体における取組を支援することが必要である。自治体がPDCAサイクルに沿った取組を進めるにあたり活用可能な指標の検討を進めることが適当である。在宅看取りの状況等評価に資するデータを取得できる環境整備を進めることも重要である。また、課題抽出を含め事業実施にあたり活用できるよう、地域包括ケア「見える化」システム等を活用できる環境整備を進めることが適当である。事業の好事例を横展開することも重要である。

# 第176回社会保障審議会介護給付費分科会における主なご意見①

※ 第176回介護給付費分科会において頂いたご意見について事務局の責任で整理したもの

## <地域包括ケアシステムの推進>

- 尊厳の保持と自立支援という介護保険の原点に立ち、利用者視点の議論が必要。加算の在り方についても、加算の算定を目的とするのではなく、本人の自立や尊厳の保持にどのように繋がっているかという視点で検討が必要ではないか。
- 限られた人材や財源の中で、十分な介護サービスを提供するためには、特に地方等で分散しているサービスを集約し、利用者のニーズを十分に踏まえた上で重点的な体制整備を行うなど、具体的な検討が必要な段階に入ってきているのではないか。
- 人生の最後まで、どう尊厳が保持され、本人の意志がいかに尊重されるかということが非常に重要。現場で実行可能で、本人の意思を尊重できるよう、具体的かつ丁寧なガイドラインが必要ではないか。
- 認知症の方が増えている中で、横断的な事項として「認知症」を検討すべきではないか。
- 認知症ケアの充実や看取りに関し、専門性の高い看護職が取り組む事ができる報酬体系の整備が必要ではないか。
- 前回改定で共生型サービスを入れたが、障害者のニーズを踏まえた検討が必要ではないか。
- 感染症対策や災害への対応など、外部環境や外的要因に対するリスクマネジメントの対応力向上が今後必須となってくる。これらは日頃からの準備、対応、訓練等が功を奏するものであるところ、こうした点についても議論すべきではないか。

## 第176回社会保障審議会介護給付費分科会における主なご意見②

### <自立支援・重度化防止>

- 科学的介護、アウトカム評価が重点課題となる中、CHASEやバーセルインデックスを活用し、これらをいかに推進するか、踏み込んだ加算の創設が必要ではないか。
- 現在の報酬体系では、要介護度が改善した場合、報酬が減ってしまうとともに、アウトカムを評価する加算も単位数が少なく、必ずしも事業所のインセンティブにつながっているとは言えない状況。  
自立支援・重度化防止の観点から、要介護度の改善につながる質の高いサービスの取組を評価し、事業所においてインセンティブが働くような介護保険制度の持続可能性を高める仕組みの構築が必要ではないか。
- 介護度の改善を評価する仕組みは、制度の持続可能性の観点からも重要ではないか。
- 介護報酬上、要介護度が上がると区分支給限度額が上がりサービスを多く使えるため、要介護度が上がることを望む方が見受けられる。今後、自立支援を進める観点から、要介護度が改善することに対するインセンティブを考える必要があるのではないか。
- 自立支援や重度化防止の取組は何を目指すものかについて、共通認識を持って議論を進められるようにする必要があるのでないか。
- アウトカム評価の検討の中で、クリームスキミングによる利用者のサービス利用への影響を検証した上で検討する必要があるのではないか。
- 自立支援・重度化防止の観点から、ケアマネジメントが重要となるが、中立・公平性について検討が必要ではないか。
- 介護保険は新規参入者を減らし、かつ一度要介護になった方もできるだけ改善させることが必要であるところ、介護側だけでなく、医療側の視点も重要なのではないか。

## 第176回社会保障審議会介護給付費分科会における主なご意見③

### <介護人材の確保・介護現場の革新>

- 今後の後期高齢者の急増と生産年齢人口の急減に対応した見直しを行う必要があるのではないか。
- 適切な人材確保や介護従事者全体の処遇改善、サービスの質の向上を図るための適切な報酬評価をする必要があるのではないか。
- 人材確保が困難となる中で、専門職人材の活用についても検討が必要であり、専門性の高い人材は事業所や施設を超えて、相互連携し合うような報酬体系が必要ではないか。
- 地域包括ケアシステムの推進と地域共生社会の実現という形で検討を整理していく必要があり、専門職連携を進めるに当たっては、事業所だけでなく、通いの場などの事業も通じた地域で人材を考える必要があるのではないか。
- 介護人材の確保に関連して、柔軟に人材を活用できるようにする一方で、サービスの質と仕事の質を維持するための方策についても検討が必要ではないか。
- 今後ますます多様化する介護職のチームの中で、中核人材となる介護福祉士のマネジメント力が重要であり、そのような人材を育成するための仕組みが必要ではないか。
- 施設における感染症対策について、日頃からの感染防止対策に関する取組が重要であり、看護職を活用しながら、体制整備や研修等に事業所や施設が取り組むことができるよう、報酬体系の整理が必要ではないか。



## 第176回社会保障審議会介護給付費分科会における主なご意見④

- 処遇改善加算の計画書や実績報告書が一本化されたことにより、簡素化が図られている一方で、きちんと処遇改善に取り組まれているかの指導監督が困難となっている状況も生じているところ、更なる簡素化について検討すべきではないか。
- 人材確保は喫緊の課題であって、処遇改善加算が介護職員の処遇等にきちんと反映されているか検証を行い、介護人材不足の解消につなげていく必要がある。
- 仕事の大変さに対して依然として全産業平均と比較し、年収に差があると言う実情を踏まえ、処遇改善の措置について考える必要があるのではないか。
- 介護人材の確保に関しては処遇改善のこれまでの効果を検証しながら、見直しを検討する必要があるのではないか。
- 介護を原因とした離職がない社会の実現のための施策が必要ではないか。
- ロボットやセンサーなどの様々なICTの効果的な活用を促す措置が必要であり、介護現場の革新を図っていく必要があるのではないか。
- 介護ロボット等の導入、活用に向けたインセンティブを与えるような仕組みが必要ではないか。
- ICTの活用や文書負担軽減などの働いている人の支援は重要である一方で、この視点が職員数の減に繋がることのないよう、慎重に検討すべきではないか。

## 第176回社会保障審議会介護給付費分科会における主なご意見⑤

### <制度の安定性・持続可能性の確保>

- 制度の安定性、持続可能性の確保について、介護サービスの適正化、重点化を図る前提として、サービスの質に影響が出ていないかを確認する必要がある。
- 第8期事業計画期間中に団塊の世代が後期高齢者となる中、現役世代の負担が更に膨らむことに強い危機感がある。制度の安定性や持続可能性を議論する際に、サービスの適正化や重点化について、現状を踏まえた具体的な課題の設定が必要ではないか。
- 制度の持続可能性を議論するに当たっては、負担増や給付削減により、利用者の生活の維持が立ち行かないことがないように、審議等を行うべき。
- 報酬全体の在り方として、自治体の意見も踏まえ、保険料水準に留意しながら、地域やサービスの実情に即した報酬単価とすることが必要。
- 複雑な報酬体系となっており、サービス利用者にとっても、事業者や保険者にとっても分かりにくいため簡素化し、明快な報酬体系を構築することが必要ではないか。
- 誰にでも分かるような介護報酬とするため、例えば、期間経過し普遍化された加算は基本サービス費に取り入れるなど、介護報酬の簡素化について検討が必要ではないか。

### <その他>

- 高齢者の健康状態を把握するため、介護認定を受ける前の高齢者の状態を通いの場等で把握し、その情報と要介護認定を受けるときの状態をなるべく情報共有できるようにしておくべきではないか。
- 通いの場では多くの専門職が集まることとなっており、専門職の連携ということで、運動、口腔、栄養について、リハ職も含めた専門職の連携の取組を進めるための仕組みづくりが必要ではないか。

# 7. 論点

# 地域包括ケアシステムの推進の論点①

<現状・これまでの取組>

- 今後、2040年に向けて、高齢化が一層進展するとともに、中重度の高齢者や医療・介護双方のニーズがある高齢者が大きく増加することが見込まれる。
- これまで、介護保険制度等においては、高齢者の多様なニーズに対応できるよう、地域密着型サービスや複合型サービスを創設するとともに、高齢者住まい法の改正によるサービス付き高齢者向け住宅を創設するなど、介護サービス等の充実を図ってきた。
- また、介護報酬においては、
  - ・ 中重度の高齢者への対応としては、手厚い配置等による受け入れ体制の整備や、要介護3以上の者などの受入実績の評価を行うとともに、
  - ・ 看取りへの対応としては、看取りの実績や、指針の設定・研修の実施等の体制整備の評価等を行ってきたところ。
- さらに、在宅における医療と介護の連携を進める観点から、居宅介護支援事業所が中心となり、医療・介護サービスが切れ目なく提供できるよう、評価の充実等を行ってきたところ。
- このような中、診療報酬と同時改定となった平成30年度介護報酬改定においては、看取りの重視や中重度の要介護状態となっても医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制整備を進めるため、
  - ・ 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
  - ・ 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
  - ・ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設等を行った。

## 地域包括ケアシステムの推進の論点②

- 2025年には、65歳以上高齢者の5人に1人が認知症になると予想される中、今後、介護保険サービスの利用者の中の認知症の人の割合が増加することが見込まれる。
- このような中、平成30年度介護報酬改定においては、
  - ・ 看護職員を手厚く配置しているグループホームの評価
  - ・ 認知症高齢者への専門的なケアを評価する加算や若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、加算がなかったサービスについても創設等を行った。

### <論点>

- 今後、生産年齢人口が減少する中であっても、中重度の高齢者や医療・介護双方のニーズがある高齢者に対し、尊厳の保持や自立支援等の介護保険制度の趣旨も踏まえ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の医療・介護関係者が連携を進め、取組を進めていくことが求められるが、
  - ・ 在宅で生活する者の在宅限界を高めるための在宅サービス等の在り方
  - ・ これまでも取組を進めてきた介護保険施設での対応の在り方に加え、高齢者向け住まいにおける更なる対応の在り方
  - ・ 人生の最終段階においても本人の意思に沿ったケアが行われること等の観点も踏まえ、どのような方策が考えられるか。
- また、昨年6月に、共生と予防を車の両輪として施策を推進する「認知症施策推進大綱」がとりまとめられ、その柱として「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」が盛り込まれていることを踏まえ、在宅の中重度の要介護者を含め、認知症への対応力を向上するための取組等について、どのような方策が考えられるか。