

社会保障審議会  
介護保険部会（第96回）

参考資料 1

令和4年8月25日

## 地域包括ケアシステムの更なる深化・推進①（参考資料）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

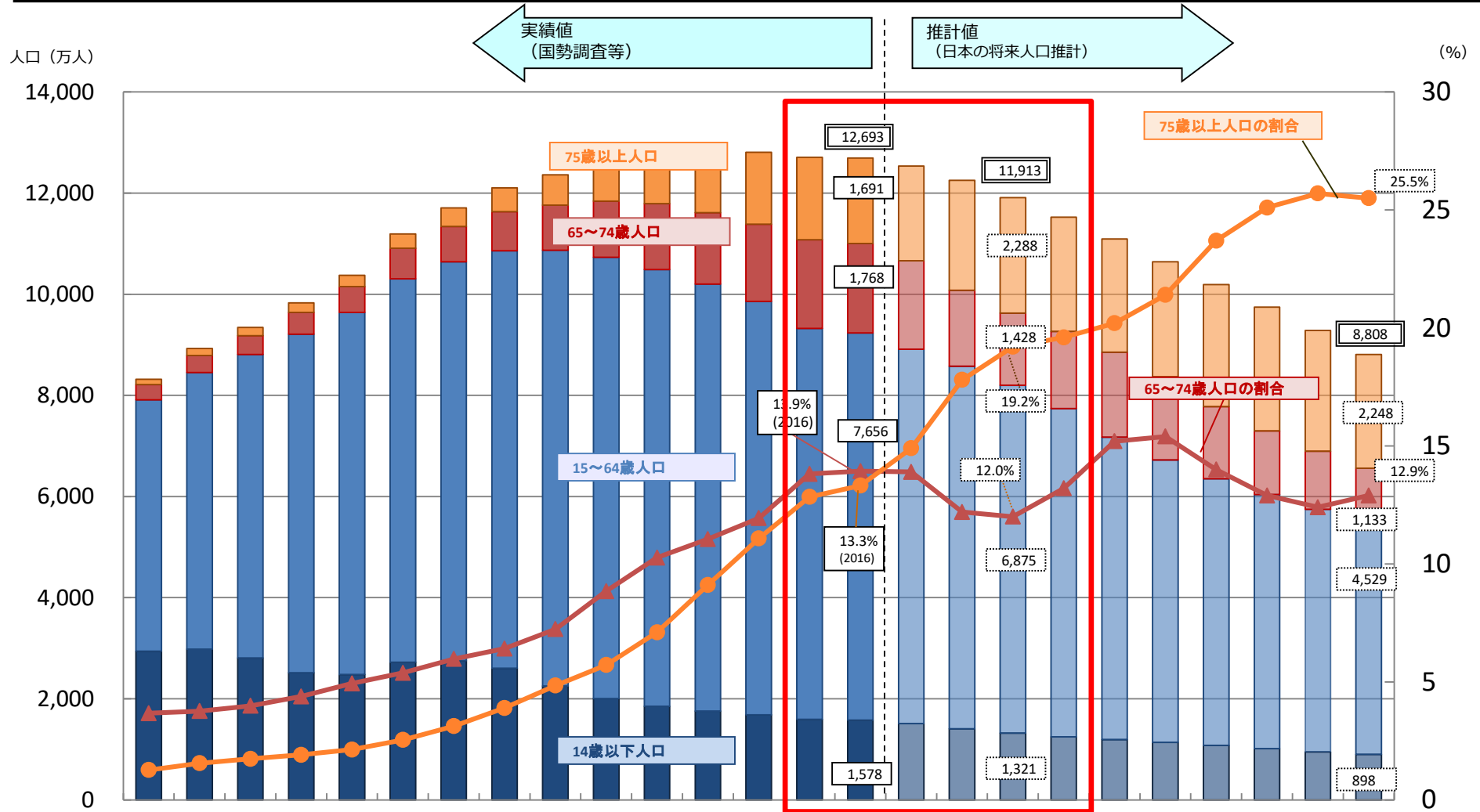
・ 検討の視点 .....	2
・ 在宅サービスの基盤整備 .....	21
・ 在宅医療・介護連携 .....	51
・ 施設サービスの基盤整備 .....	60
・ 施設入所者に対する医療提供 .....	79
・ ケアマネジメントの質の向上 .....	103
・ 科学的介護の推進 .....	118
・ 地域における高齢者リハビリテーションの推進 .....	128
・ 住まいと生活の一体的支援 .....	134

## 検討の視点



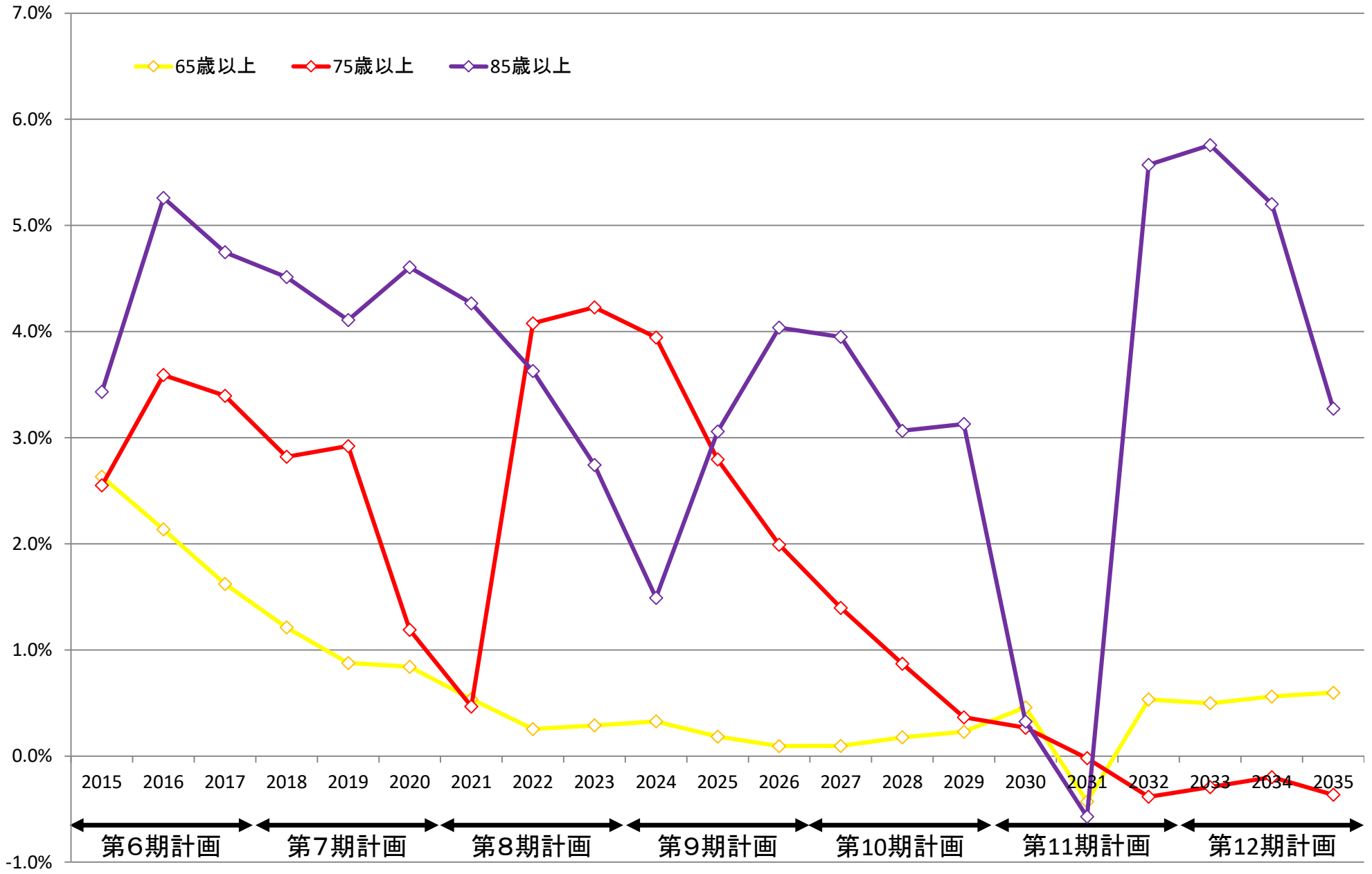
# 総人口の推移

○ 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」

# 今後の人口の変化(対前年比の推移)



出典：2019年までは総務省統計局「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」の人口より作成

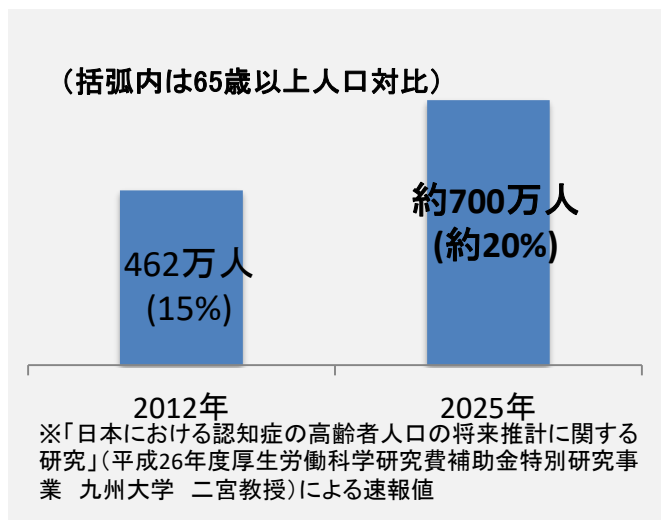
# 今後の介護保険をとりまく状況(1)

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。

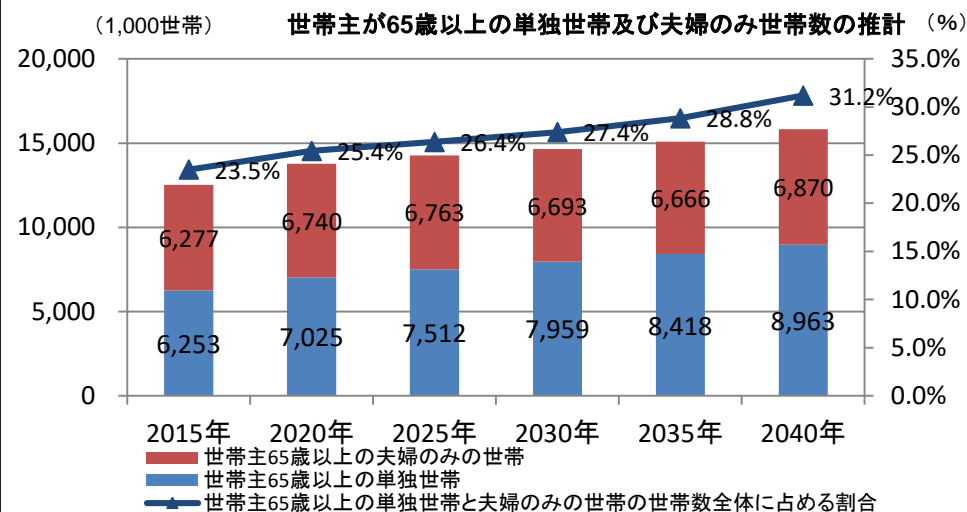
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,387万人(26.6%)	3,619万人(28.9%)	3,677万人(30.0%)	3,704万人(38.0%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,632万人(12.8%)	1,872万人(14.9%)	2,180万人(17.8%)	2,446万人(25.1%)

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

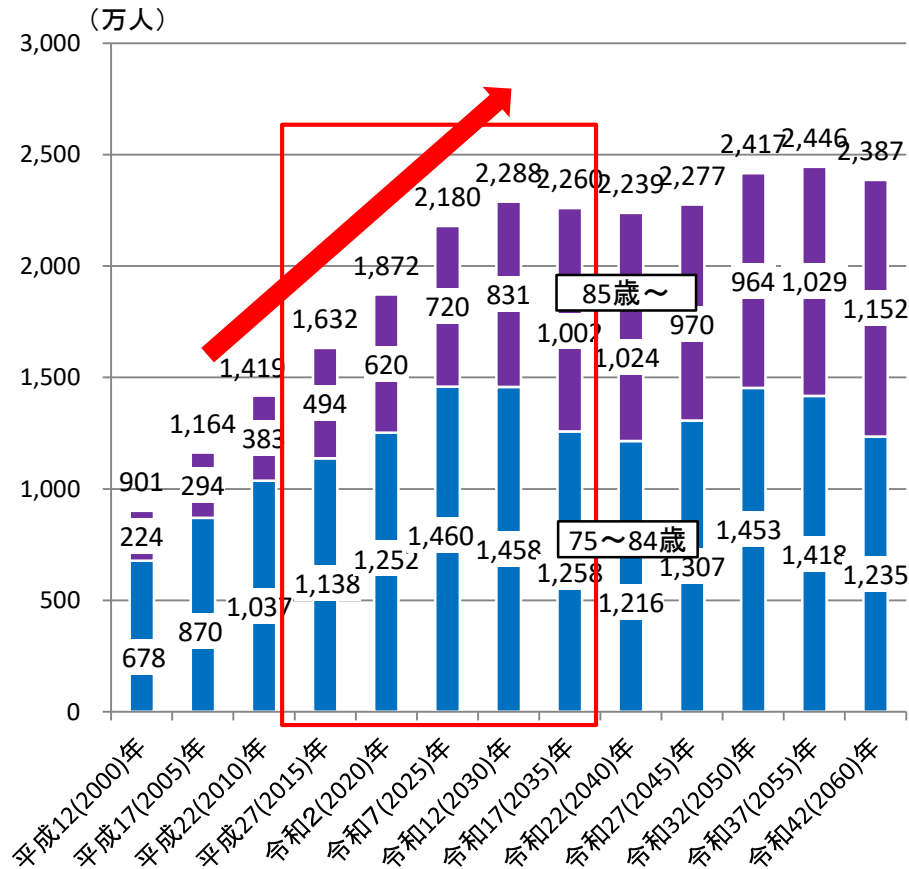
	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	～	東京都(17)	～	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	77.3万人 <10.6%>	70.7万人 <11.4%>	99.3万人 <10.9%>	80.8万人 <10.8%>	105.0万人 <11.9%>		146.9万人 <10.9%>		26.5万人 <16.1%>	18.9万人 <18.4%>	19.0万人 <16.9%>	1632.2万人 <12.8%>
2025年 <>は割合 ( )は倍率	120.9万人 <16.8%> (1.56倍)	107.2万人 <17.5%> (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)

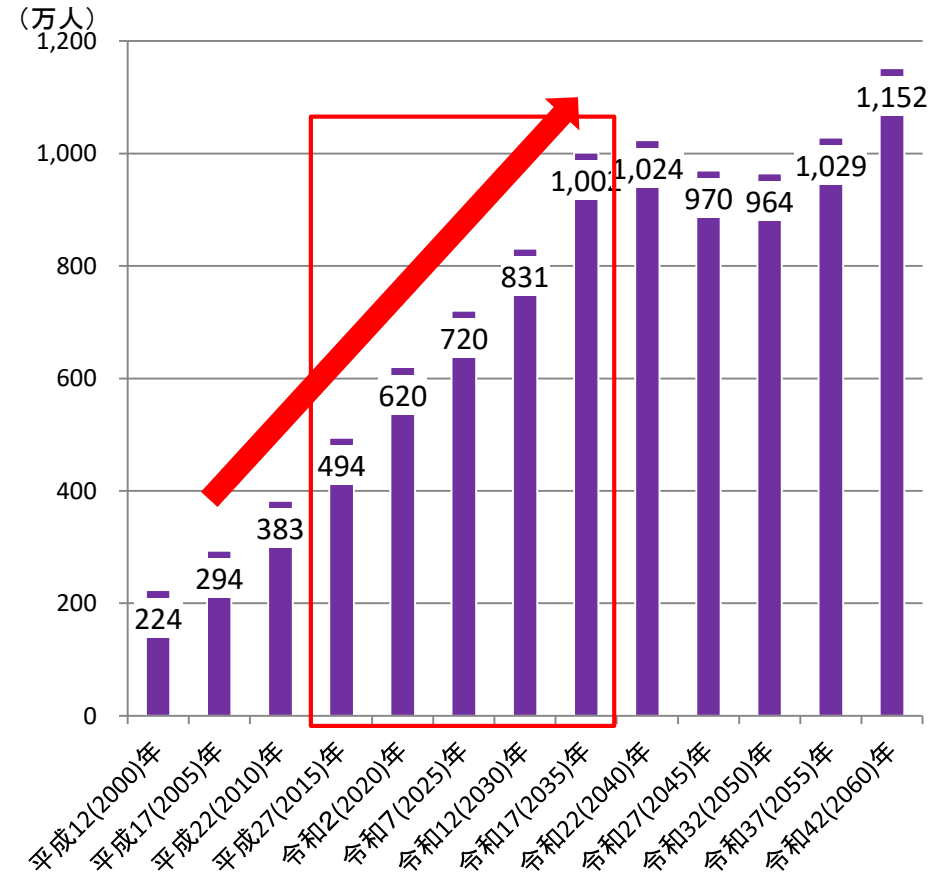
## 75歳以上の人口の推移

○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。

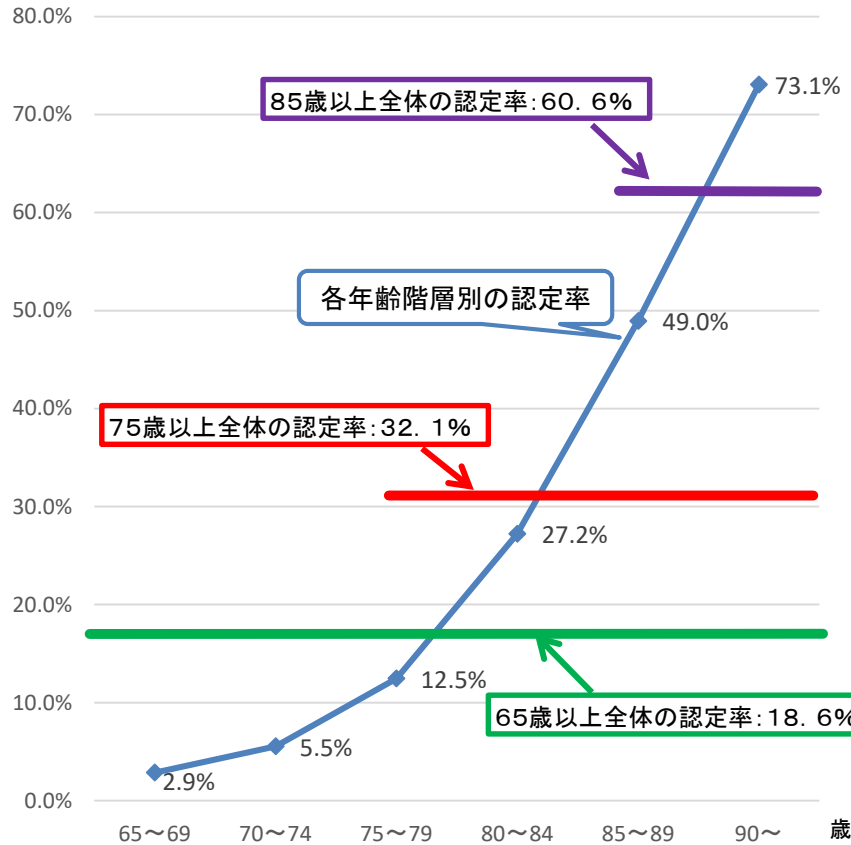


(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計  
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

# 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

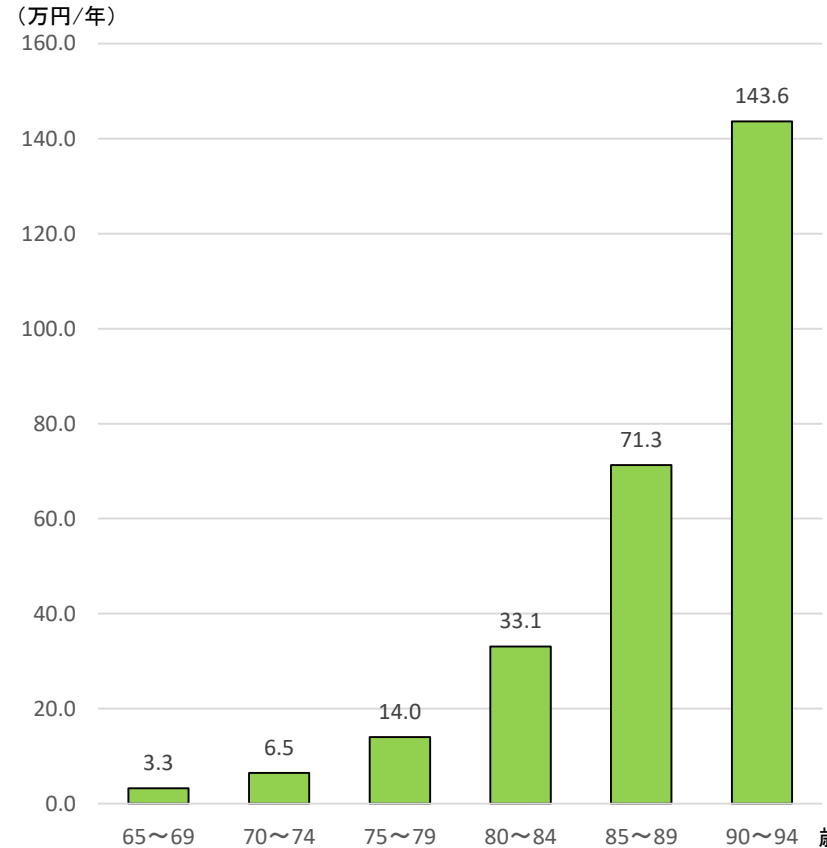
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



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。



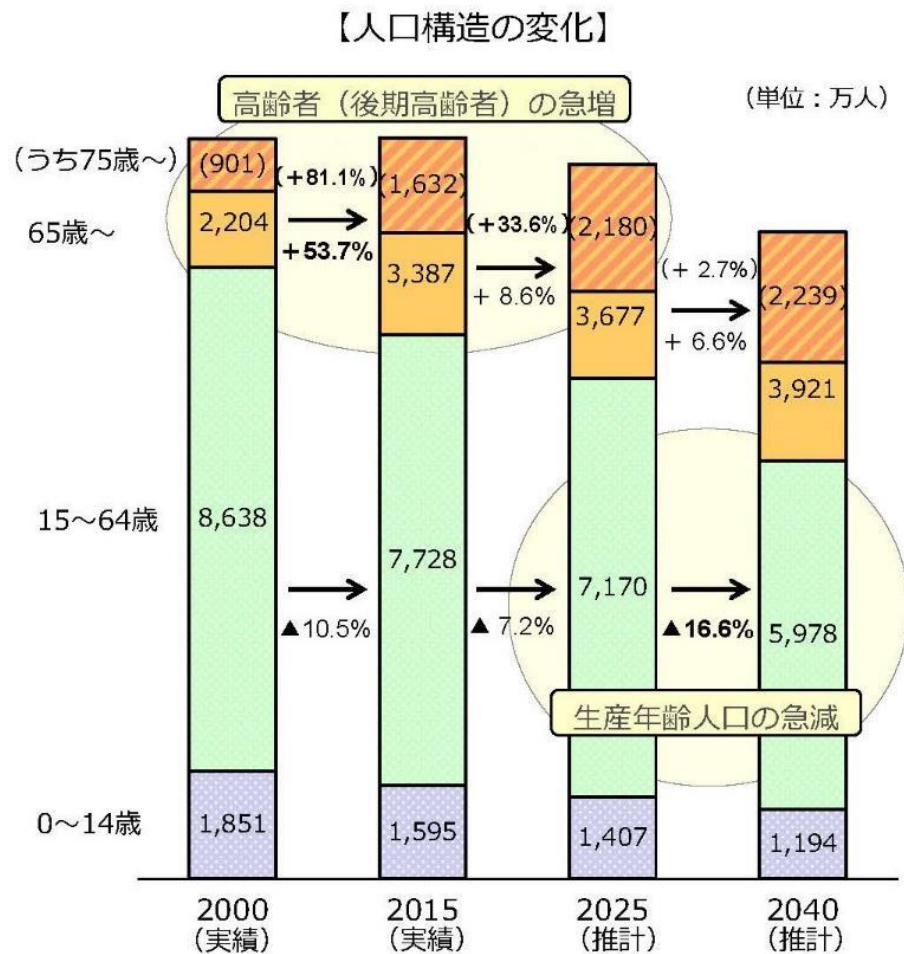
出典: 2018年度「介護給付費等実態統計」及び2018年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

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。



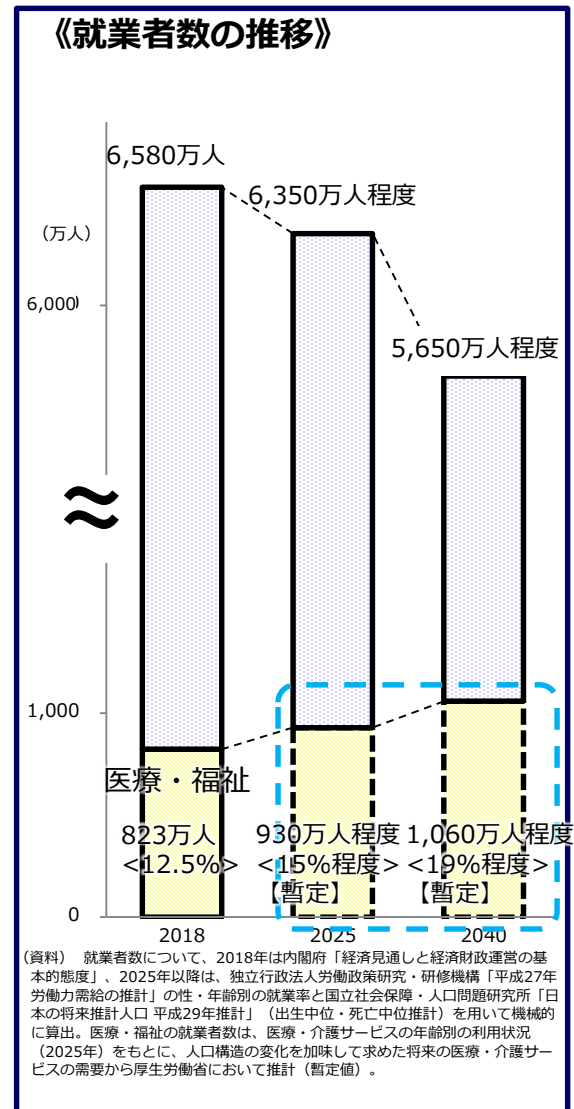
# 今後の介護保険をとりまく状況(4)

○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」

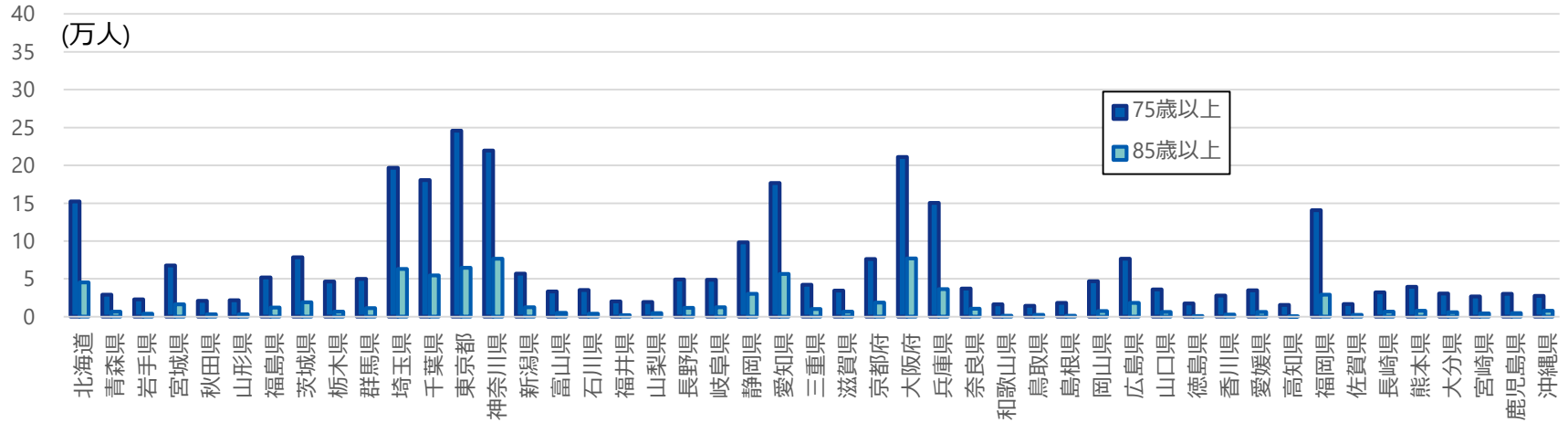
(出典) 平成30年4月12日経済財政諮問会議加藤臨時委員提出資料(厚生労働省)



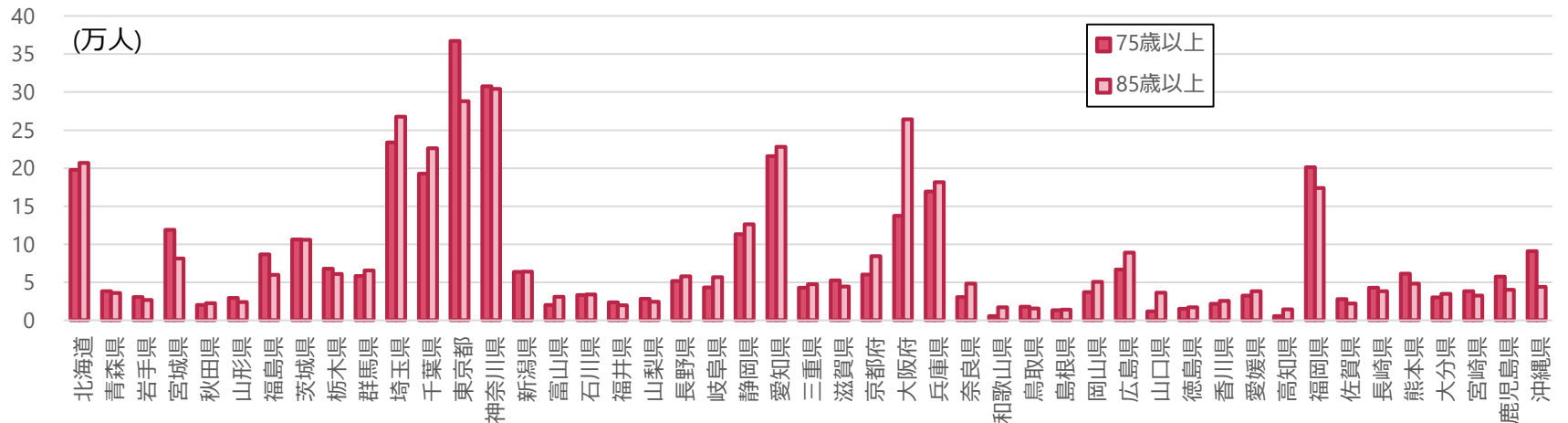
# 都道府県別の高齢化の状況(高齢者の増加数)

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

## 2021年から2025年の増加数

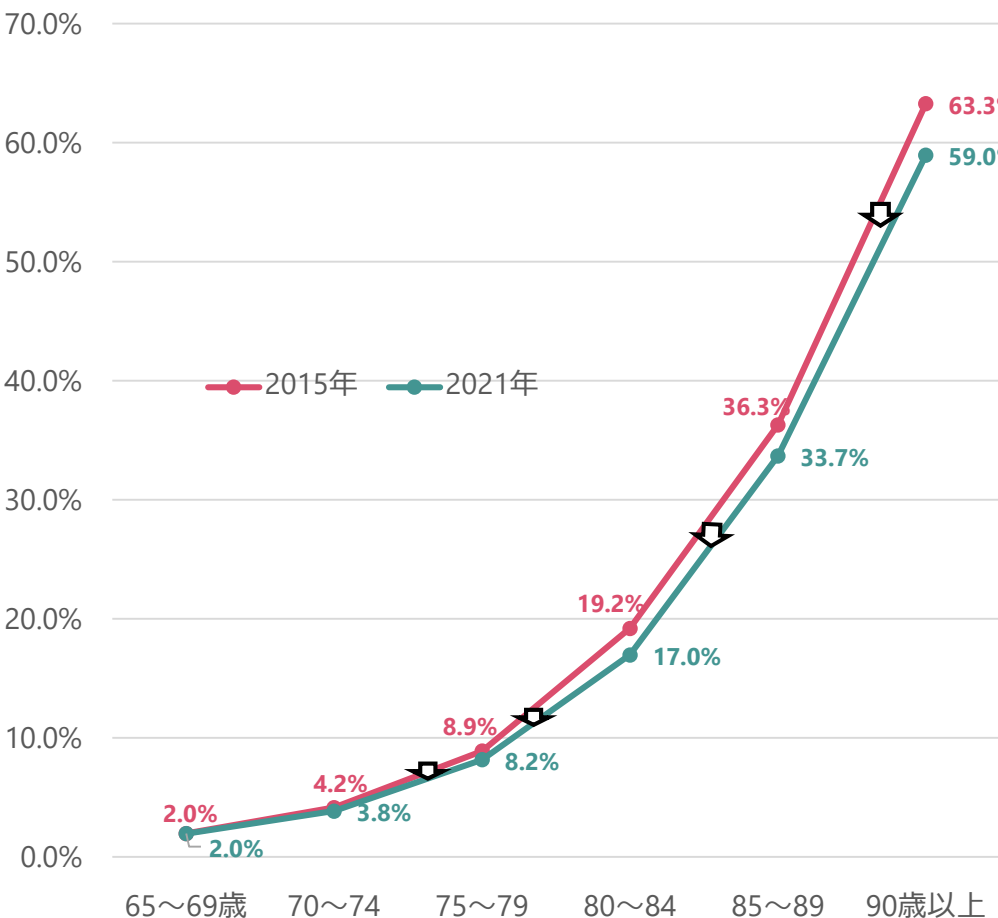


## 2021年から2040年の増加数

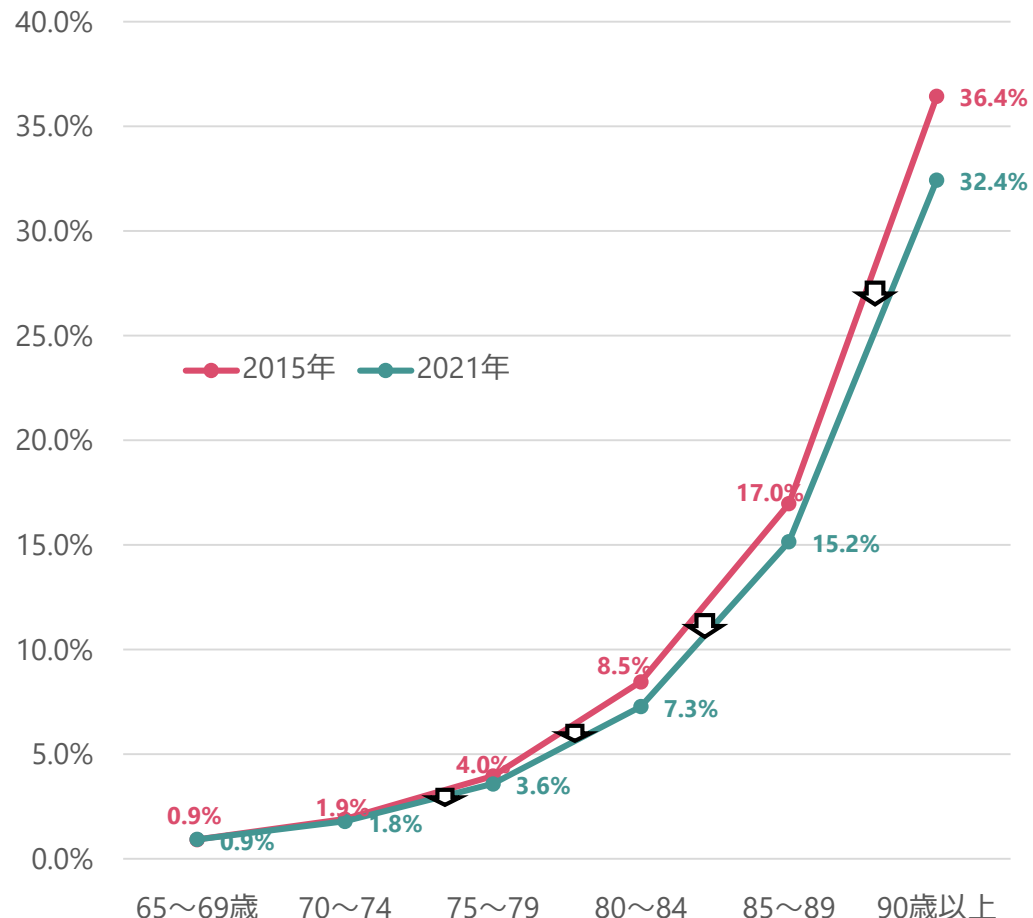


# (参考)第1号被保険者の年齢階級別認定率(人口に対する認定者数の割合)の変化 (介護保険事業状況報告月報及び人口推計から作成)

認定率（要介護1～5）



認定率（要介護3～5）



	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳以上
①2015年	2.0%	4.2%	8.9%	19.2%	36.3%	63.3%
②2021年	2.0%	3.8%	8.2%	17.0%	33.7%	59.0%
②-①	0.0%	-0.3%	-0.7%	-2.2%	-2.6%	-4.3%

	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳以上
①2015年	0.9%	1.9%	4.0%	8.5%	17.0%	36.4%
②2021年	0.9%	1.8%	3.6%	7.3%	15.2%	32.4%
②-①	0.0%	-0.1%	-0.4%	-1.2%	-1.8%	-4.0%

※ 各年の9月末日時点の認定者数（介護保険事業状況報告月報より）及び10月1日時点の人口（人口推計より）から作成

# (参考)第1号被保険者の年齢階級別認定率(人口に対する認定者数の割合)の変化

(介護保険事業状況報告月報及び人口推計から作成)

- 2015年から2021年にかけて、要介護1～要介護5、要介護3～要介護5のいずれにおいても、年齢階級別認定率は減少。
- また、各年齢階級別認定率は減少しているものの、比較的認定率の高い75歳以上の者の割合が大きくなっていることから、65歳以上総数での認定率は増加している。

## <要介護1～要介護5>

	総数						
	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳以上	
2015年	12.8%	2.0%	4.2%	8.9%	19.2%	36.3%	63.3%
2016年	12.8%	2.0%	4.2%	8.6%	18.8%	36.0%	62.4%
2017年	12.9%	2.0%	4.0%	8.4%	18.6%	35.8%	61.8%
2018年	13.0%	2.0%	3.9%	8.2%	18.3%	35.4%	61.1%
2019年	13.1%	2.0%	3.7%	8.1%	18.0%	34.9%	60.5%
2020年	13.2%	1.9%	3.7%	8.1%	17.5%	34.2%	59.9%
2021年	13.4%	2.0%	3.8%	8.2%	17.0%	33.7%	59.0%

※ 各年の9月末日時点の認定者数(介護保険事業状況報告月報より)及び10月1日時点の人口(人口推計より)から作成

## <要介護3～要介護5>

	総数						
	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳以上	
2015年	6.2%	0.9%	1.9%	4.0%	8.5%	17.0%	36.4%
2016年	6.2%	0.9%	1.9%	3.8%	8.2%	16.7%	35.5%
2017年	6.2%	0.9%	1.8%	3.7%	8.0%	16.5%	34.9%
2018年	6.3%	0.9%	1.8%	3.6%	7.9%	16.3%	34.4%
2019年	6.3%	0.9%	1.7%	3.5%	7.7%	15.8%	33.8%
2020年	6.3%	0.9%	1.7%	3.5%	7.5%	15.4%	33.2%
2021年	6.4%	0.9%	1.8%	3.6%	7.3%	15.2%	32.4%

※ 各年の9月末日時点の認定者数(介護保険事業状況報告月報より)及び10月1日時点の人口(人口推計より)から作成

## <(参考)65歳以上人口の構成割合>

	総数								
	65-74歳			75歳以上					
	65-69歳	70-74歳		75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳以上		
2015年	100.0%	51.8%	28.8%	23.0%	48.2%	18.8%	14.8%	9.3%	5.3%
2016年	100.0%	51.1%	29.7%	21.4%	48.9%	18.9%	15.0%	9.5%	5.6%
2017年	100.0%	50.3%	28.2%	22.0%	49.7%	19.2%	15.1%	9.7%	5.8%
2018年	100.0%	49.5%	26.3%	23.1%	50.5%	19.5%	15.0%	9.9%	6.1%
2019年	100.0%	48.5%	24.3%	24.2%	51.5%	20.2%	14.8%	10.1%	6.4%
2020年	100.0%	48.3%	22.8%	25.5%	51.7%	19.6%	15.0%	10.4%	6.8%
2021年	100.0%	48.3%	21.6%	26.7%	51.7%	18.6%	15.4%	10.7%	7.1%

※ 10月1日時点の人口(人口推計より)から作成

# 第8期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

令和2(2020)年度  
実績値 ※1

令和5(2023)年度  
推計値 ※2

令和7(2025)年度  
推計値 ※2

令和22(2040)年度  
推計値 ※2

## ○ 介護サービス量

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

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

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

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

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

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

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

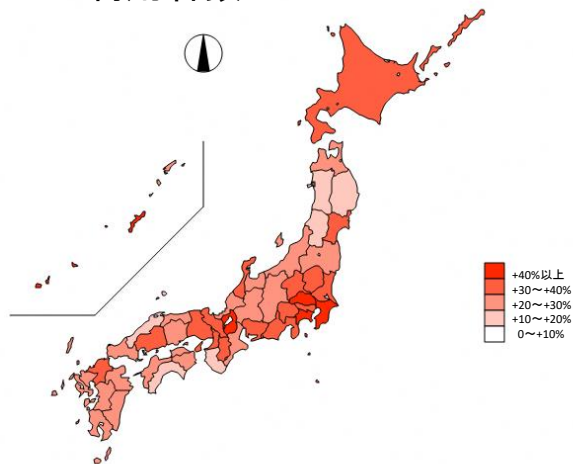
※2) 令和5(2023)年度、令和7(2025)年度、令和22(2040)年度の数値は、地域包括ケア「見える化」システムにおける推計値等を集計したもの。

なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

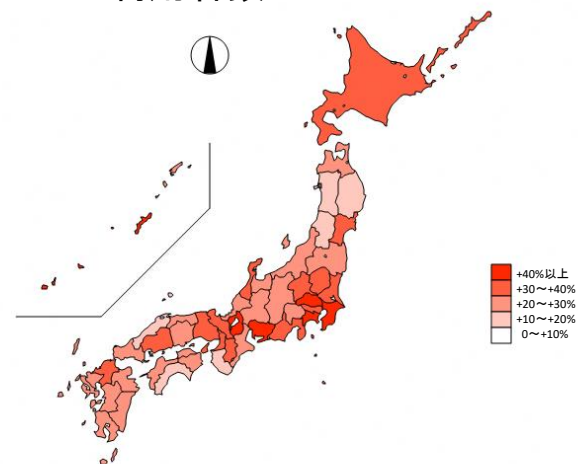
# 介護需要の変化 サービス種別の介護保険利用者数（増加率）

2025年利用者数に対する2040年の利用者数（増加率）

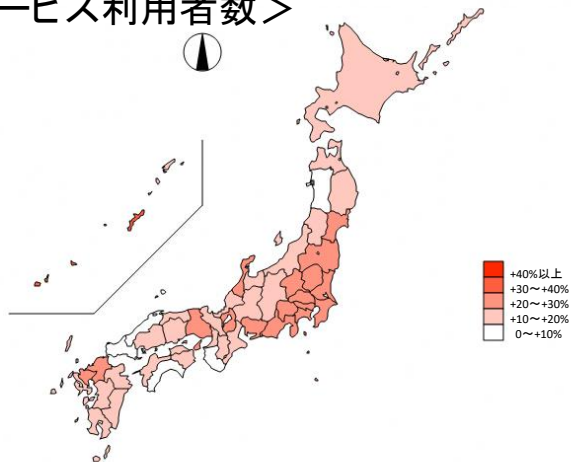
＜施設系サービス利用者数＞



＜居住系サービス利用者数＞



＜在宅系サービス利用者数＞



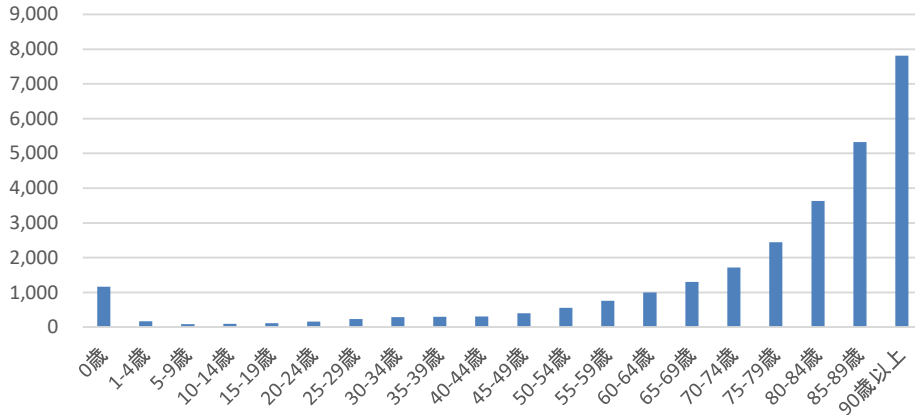
出典)内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」(2018年5月)を基に推計

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

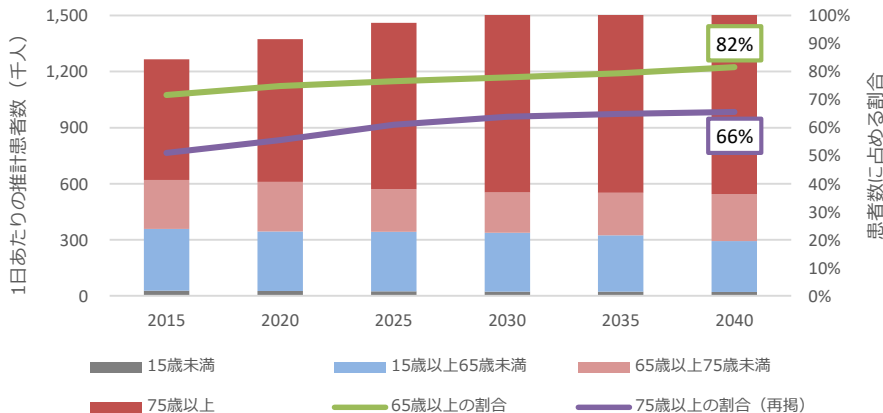
# 医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに89の医療圏が、また2035年までには260の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

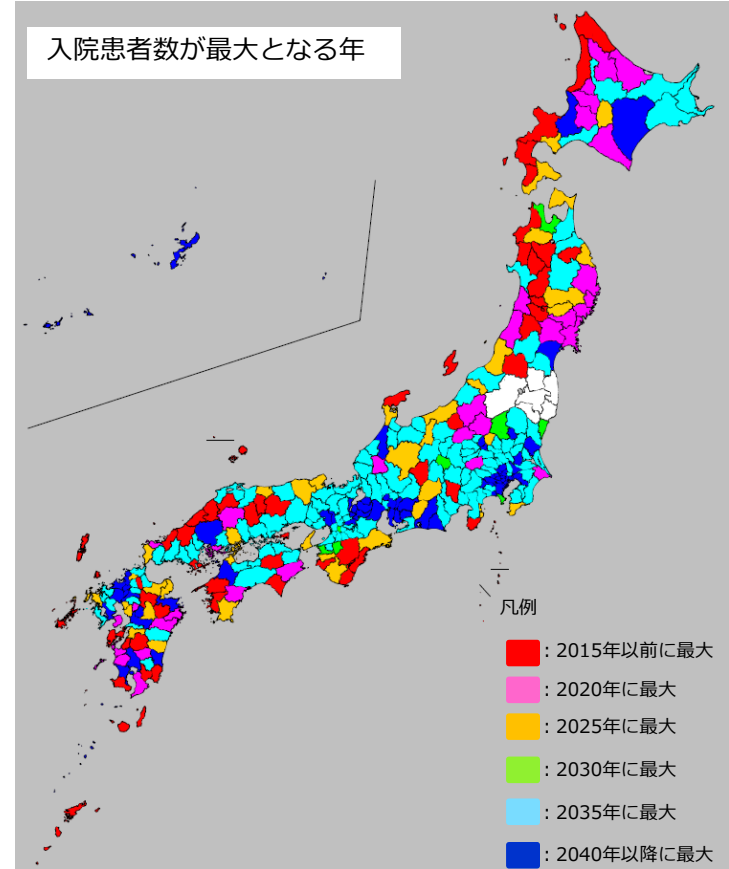
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」

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）年推計）」

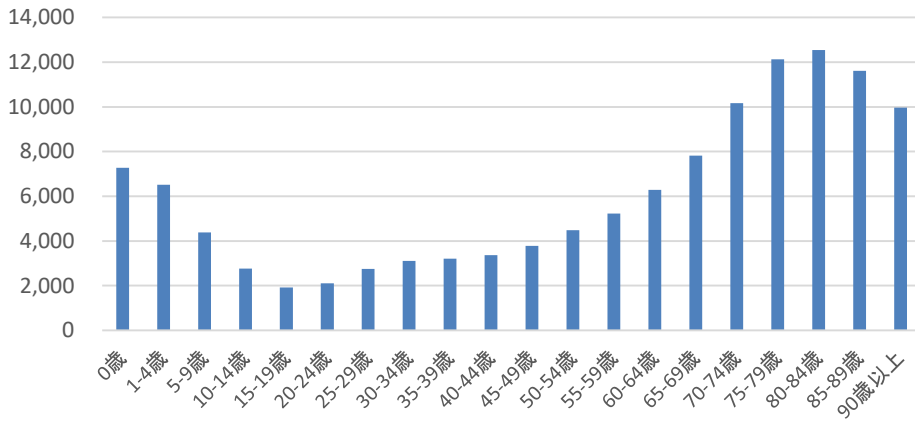
※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。 14

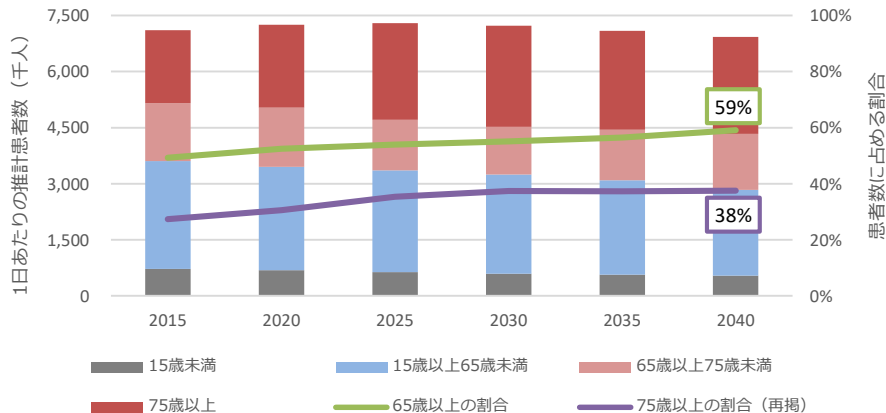
## 医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに214の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

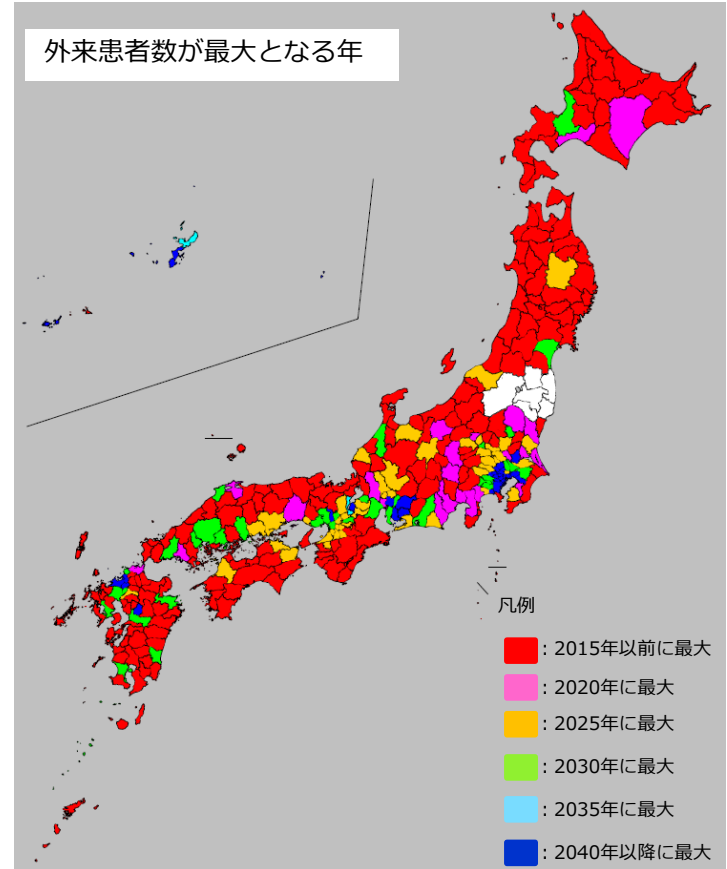
外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



外来患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」  
 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）年推計）」

※ 「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

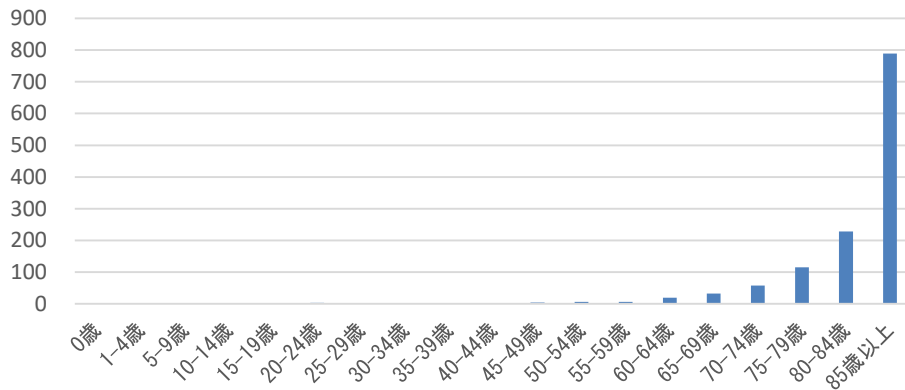
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。



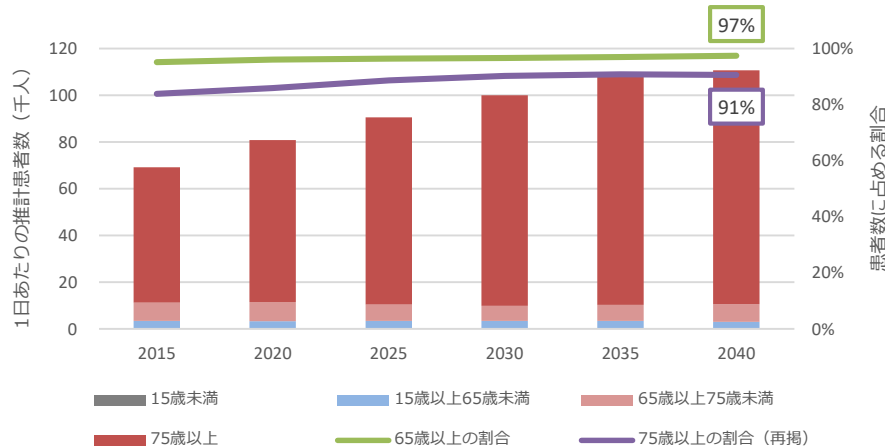
# 医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

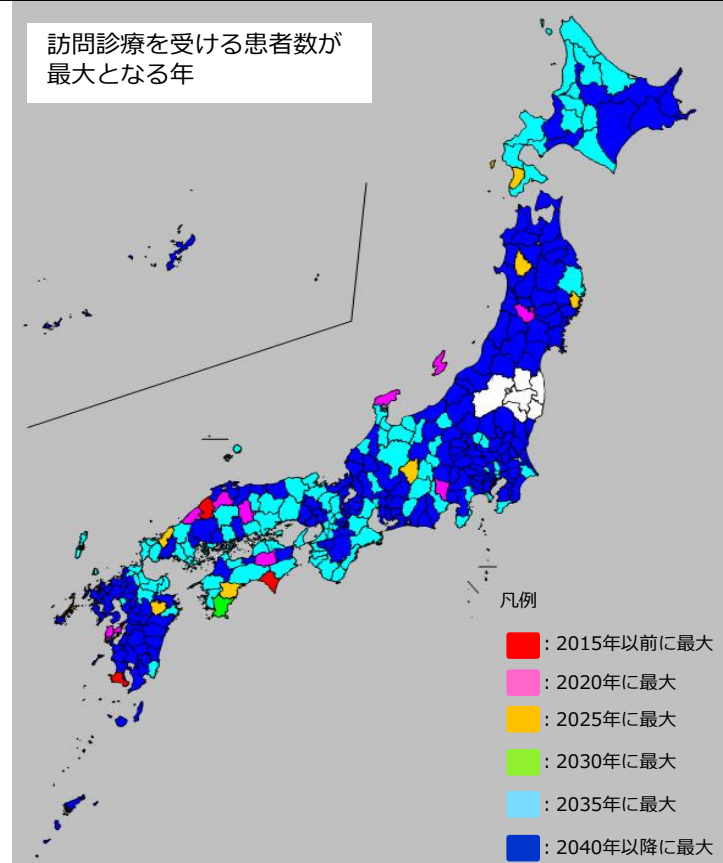
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種別・入院—外来の種別別」  
 「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種別・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」  
 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）年推計）」

※ 病院、一般診療所を対象に集計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

# 地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律(令和2年法律第52号)の概要

## 改正の趣旨

地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人制度の創設等の所要の措置を講ずる。

※地域共生社会：子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる社会(ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定))

## 改正の概要

### 1. 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援 【社会福祉法、介護保険法】

市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う、新たな事業及びその財政支援等の規定を創設するとともに、関係法律の規定の整備を行う。

### 2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進 【介護保険法、老人福祉法】

- ① 認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国及び地方公共団体の努力義務を規定する。
- ② 市町村の地域支援事業における関連データの活用の努力義務を規定する。
- ③ 介護保険事業(支援)計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、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)の設置状況の記載事項への追加、有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。

### 3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進 【介護保険法、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】

- ① 介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求められることができると規定する。
- ② 医療保険レセプト情報等のデータベース(NDB)や介護保険レセプト情報等のデータベース(介護DB)等の医療・介護情報の連結精度向上のため、社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に、当分の間、医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する。

### 4. 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 【介護保険法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律】

- ① 介護保険事業(支援)計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取組を追加する。
- ② 有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。
- ③ 介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行5年間の経過措置を、さらに5年間延長する。

### 5. 社会福祉連携推進法人制度の創設 【社会福祉法】

社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。

## 施行期日

令和3年4月1日(ただし、3②及び5は公布の日から2年を超えない範囲の政令で定める日、3③及び4③は公布日)

# 1. 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の重層的な支援体制の構築の支援

○地域住民が抱える課題が複雑化・複合化(※)する中、従来の支援体制では課題がある。

(※)一つの世帯に複数の課題が存在している状態(8050世帯や、介護と育児のダブルケアなど)、世帯全体が孤立している状態(ごみ屋敷など)

▼属性別の支援体制では、複合課題や狭間のニーズへの対応が困難。

▼属性を超えた相談窓口の設置等の動きがあるが、各制度の国庫補助金等の目的外流用を避けるための経費按分に係る事務負担が大きい。

○このため、属性を問わない包括的な支援体制の構築を、市町村が、創意工夫をもって円滑に実施できる仕組みとすることが必要。

## 社会福祉法に基づく新たな事業(「重層的支援体制整備事業」)の創設

○市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、**I 相談支援、II 参加支援、III 地域づくりに向けた支援を一体的に実施する事業を創設する。**【社会福祉法第106条の4(新旧P4~6)関係】

○新たな事業は実施を希望する市町村の手あげに基づく**任意事業**。ただし、事業実施の際には、I~IIIの支援は必須

○新たな事業を実施する市町村に対して、相談・地域づくり関連事業に係る補助等について一体的に執行できるよう、**交付金を交付する。**【社会福祉法第106条の7~11(新旧P8~11)関係】

(参考)モデル事業実施自治体数 H28年度:26 H29年度:85 H30年度:151 R元年度:208

### 新たな事業の全体像

#### I 相談支援

#### 包括的な 相談支援の体制

- ・属性や世代を問わない相談の受け止め
- ・多機関の協働をコーディネート
- ・アウトリーチも実施

#### II 参加支援

- ・既存の取組で対応できる場合は、既存の取組を活用
- ・既存の取組では対応できない狭間のニーズにも対応(既存の地域資源の活用方法の拡充)

(狭間のニーズへの 就労支援 見守り等居住支援 対応の具体例)

生活困窮者の就労体験に、経済的な困窮状態にないひきこもり状態の者を受け入れる 等

#### III 地域づくりに向けた支援

#### 住民同士の顔の見える関係性の育成支援

- ・世代や属性を超えて交流できる場や居場所の確保
- ・多分野のプラットフォーム形成など、交流・参加・学びの機会のコーディネート

⇒新たな参加の場が生まれ、地域の活動が活性化

### 相談支援・地域づくり事業の一体的実施

○各支援機関・拠点が、属性を超えた支援を円滑に行うことを可能とするため、国の財政支援に関し、**高齢、障害、子ども、生活困窮の各制度の関連事業について、一体的な執行を行う。**

#### 現行の仕組み

高齢分野の  
相談・地域づくり

障害分野の  
相談・地域づくり

子ども分野の  
相談・地域づくり

生活困窮分野の  
相談・地域づくり

#### 重層的支援体制

属性・世代を  
問わない  
相談・地域づくり  
の実施体制

**I~IIIを通じ、  
継続的な伴走支援  
多機関協働による  
支援を実施**

※ I~IIIの3つの支援を一体的に取り組むことで、相互作用が生じ支援の効果が高まる。

(ア)狭間のニーズにも対応し、相談者が適切な支援につながりやすくなることで、相談支援が効果的に機能する

(イ)地域づくりが進み、地域で人と人とのつながりができることで、課題を抱える住民に対する気づきが生まれ、相談支援へ早期につながる

# 地域包括ケア推進計画に位置付けた重層的支援体制整備事業（愛知県東海市）

自治体概要 R4.4.1 現在

人口 113,931人

面積 43.43km<sup>2</sup>

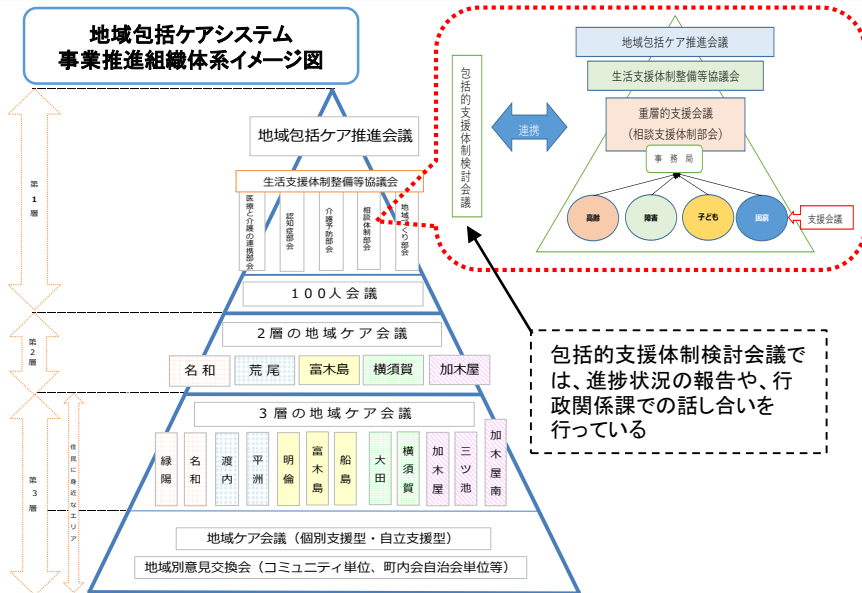
高齢化率 22.7%

小学校数 12校

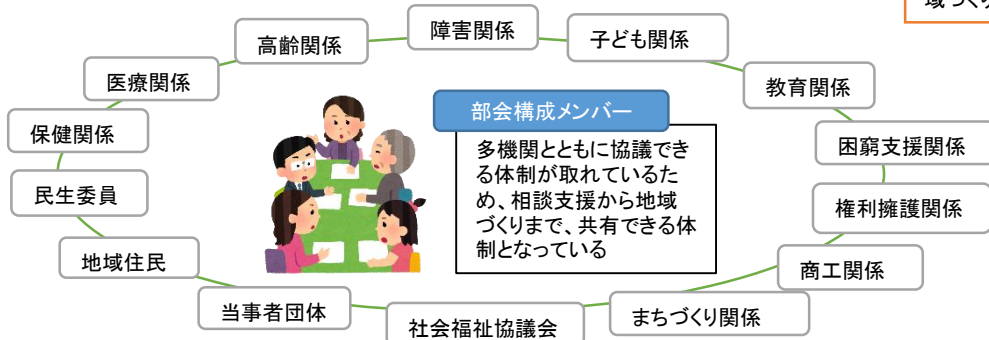
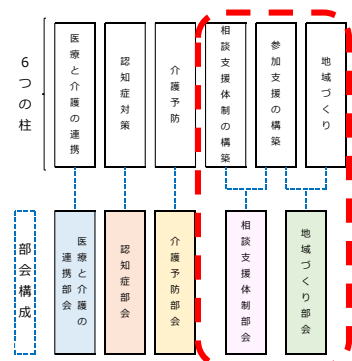
中学校数 6校

- 「0歳から100歳までの地域包括ケア」をめざして、地域包括ケア推進計画を策定し、その中に重層的支援体制整備事業について位置付け、地域共生社会の実現を目指す。（地域包括ケアシステムの普遍化）
- 医師会を始めとした**三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）の協力、多様な分野の事業所などの協力を得ながら、地域住民とともに話し合いを進めている。**（多職種連携と地域連携の推進）
- 知多地域権利擁護支援センターの運営など、知多半島圏域（保健福祉圏域）の**広域**で協力し合える関係性ができている。
- **身近なコミュニティ**での活動の組織化や推進を庁内連携、社協との協働で行っている。

## 重層的支援体制整備事業



- 第2次地域包括ケア推進計画に、重層的支援体制整備事業を位置づけ
- 相談窓口を一本化せず、高齢、障害、子ども、生活困窮といった既存の相談窓口を活用しながら、相談を受ける体制
- 重層的支援会議は、地域包括ケアシステム構築に向けた相談支援体制部会で、原則的に定例開催としている。
- 地域包括ケアシステムの構築から進めているが、当初より高齢者に限らず全世代を対象とした地域包括ケアシステム構築を目指しているため、大きな混乱はなかった
- アウトリーチは、常設のひきこもり支援センターとタイアップしながら、取り組みを進めている
- 地域づくりは、生活支援コーディネーターを中心に取り組みを進めている。
- 主に第3層で実施する地域別意見交換会には、地域の方と専門職が一同にわがまちの話し合いをしている



住民と対話をしながらの地域づくりの様子



# 松戸市地域包括支援センター等の地域共生社会への対応

ダブルケア・8050問題など、多分野にまたがる複合的な支援が必要な市民の増加

地域包括支援センターでの相談事例の分析、地域ケア会議での問題提起・議論を通じ、**多世代・他分野にわたる支援の必要性を共有**

H29.4 『**基幹型地域包括支援センター**』の設置(直営・市役所内に設置)→ **支援体制の強化**

H29.8 『**福祉相談機関連絡会**』の設置

- ・多分野(高齢分野・子ども分野・障害分野・生活困窮分野等)における相談機関での情報共有・事例検討
- ・定期的・継続的に開催(年4回)  
→ 参加機関を順次拡大し、**多分野における相談機関の連携を深化**

H30.4 『**福祉まるごと相談窓口(福まる窓口)**』を設置

- ・基幹型地域包括支援センターの高齢者総合相談窓口の機能を拡充し、**福祉に関する困りごとのワンストップ相談窓口**に。
- ・多分野における専門職を配置し、高齢者分野のほか、子ども・障害分野等も含む相談への対応や適切な機関への紹介。

R1.4 『**福まる窓口**』を増設(3圏域に拡大)

## 多世代型地域包括ケアシステムの推進

### 地域ケア会議の共生対応

- ・地域課題の発見力・解決力強化
- ・それぞれの持つ知恵や専門性を持ち寄る**地域ケア会議への深化**

地域ケア会議(市)

地域包括ケア推進会議(圏域)

地域個別ケア会議(個別事例)

### 地域包括支援センターの多世代対応

- ・圏域内の多分野にわたる問題への相談対応
- ・**15か所の地域包括支援センターそれぞれがワンストップ窓口を目指す**
- ・地域包括支援センター**専門職の充実**

### 在宅医療・介護連携支援センターの多世代対応

- ・地域サポート医によるアウトリーチ等**医療が関係する困難事例への協力**
- ・医療職ははじめ**多職種との連携の推進**
- ・障害児・者などの多分野支援



松戸市  
福祉まるごと  
相談窓口

福祉に関する困り事(サービスや制度を知りたい、どこに相談したら良いかわからない等)の相談窓口です。専門職が一緒に考え、必要なサービスをご紹介したり、担当の課におつなぎします。お住まいの地域の窓口へご相談ください。

受付時間: 月~金曜日(祝日・年末年始を除く) 9:00~16:30

相談窓口

松戸市役所 地域包括ケア推進課  
福祉まるごと相談窓口  
☎ 047-366-1100

地域の福祉まるごと相談窓口  
中央圏域: ☎ 080-3315-9158  
常盤平圏域: ☎ 080-3315-9185  
小金圏域: ☎ 080-3314-7334

地域の詳細は裏面をご覧ください

R3.4~ これまでの体制を、『**重層的支援体制整備事業**』として組み換え

## 在宅サービスの基盤整備

ひと、暮らし、みらいのために



# 主な在宅サービスの概要

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

## 居宅サービス

### 訪問介護

- 利用者の居宅を訪問し、居宅において、以下を行う。

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

### 通所介護

- 利用者を事業所に通わせ、事業所において、以下を行う。

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

### 短期入所生活介護

- 利用者を施設に短期間入所させ、施設において、以下を行う。

- ① 入浴・排泄・食事等の介護
- ② 機能訓練

## 地域密着型サービス

### 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

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

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

### 夜間対応型訪問介護

- 夜間のみ、定期的又は随時に、利用者の居宅において、以下を行う。

- ① 入浴・排泄・食事等の介護
- ② 生活等に関する相談及び助言

### 小規模多機能型居宅介護

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

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

# 介護保険制度における新たなサービス等の導入の経緯①

第1期  
(平成12年度～)

## 平成12年4月 介護保険法施行

### ◎居宅介護サービス

#### 【訪問サービス】

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

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

#### 【通所サービス】

- 通所介護（デイサービス）
- 通所リハビリテーション

#### 【短期入所サービス】

- 短期入所生活介護（ショートステイ）
- 短期入所療養介護

### ◎施設サービス

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

### ◎居宅介護支援

第2期  
(平成15年度～)

## 平成17年改正(平成18年4月等施行)

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

第3期  
(平成18年度～)



# 介護保険制度における新たなサービス等の導入の経緯②

第4期  
(平成21年度～)

## 平成23年改正(平成24年4月等施行)

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

第5期  
(平成24年度～)

## 平成26年改正(平成27年4月等施行)

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

※地域密着型通所介護の創設(平成28年度から)

第6期  
(平成27年度～)

## 平成29年改正(平成30年4月等施行)

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

※介護保険と障害福祉制度に新たな共生型サービスを位置付け

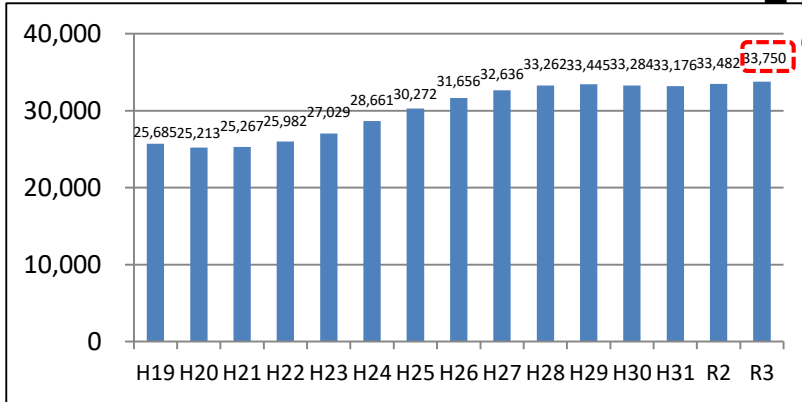
※介護老人保健施設について、入所者の在宅復帰、在宅療養支援を目的とした施設であることを明確化

第7期  
(平成30年度～)

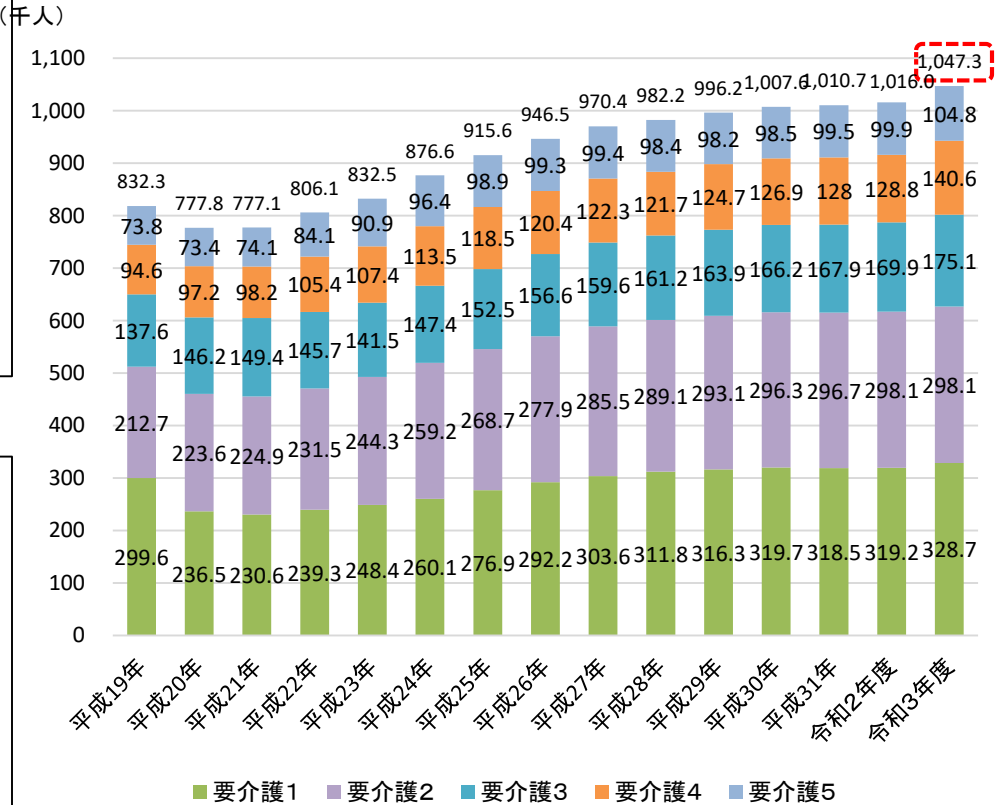
# 訪問介護の事業所数・利用者数等

- 請求事業所数は33,750事業所で平成29年を境に概ね横ばいで推移しており、1事業所あたりの平均利用者数（介護予防除く）は微増減を繰り返しているものの概ね横ばいで、直近では31.0人となっている。
- 利用者数は約1,047,300人で、利用者の約60%が要介護2以下である。

■ 事業所数の推移



■ 訪問介護の受給者数の推移（要介護度別）



■ 1事業所あたり利用者数の推移（介護予防除く）



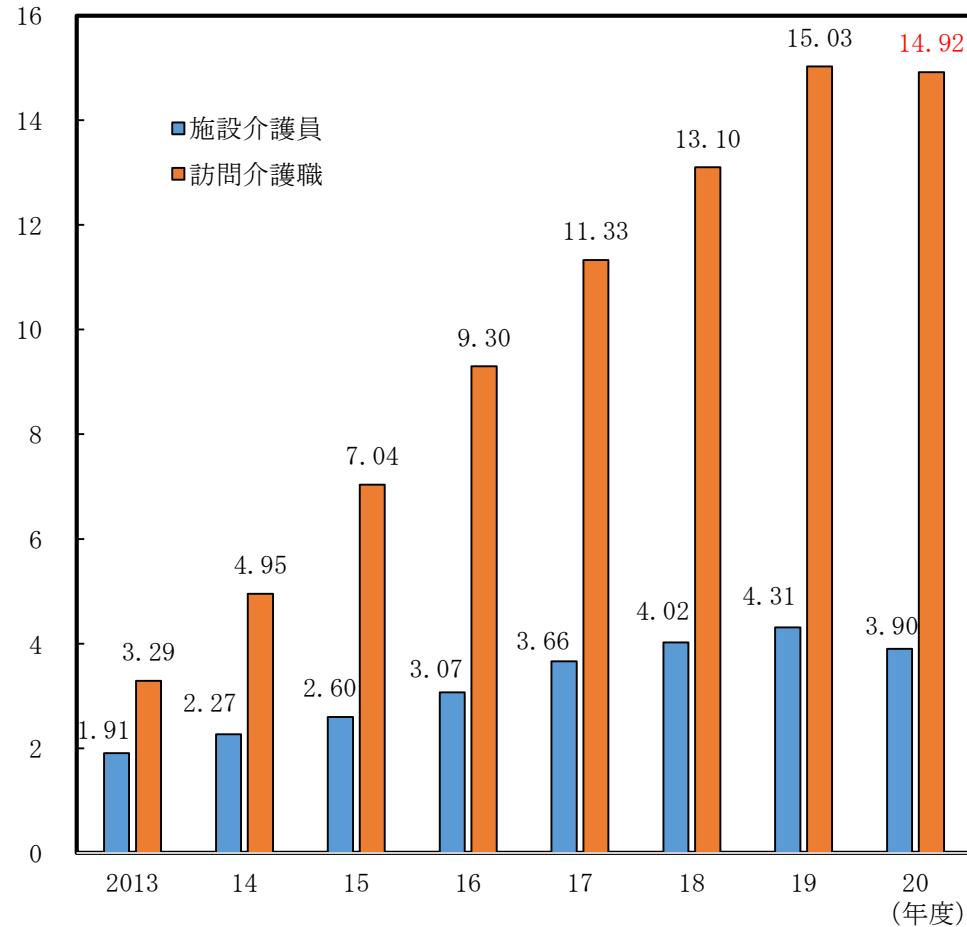
【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧介護給付費等実態調査)」(各年4月審査分)

# 訪問介護員の人手不足の現状

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

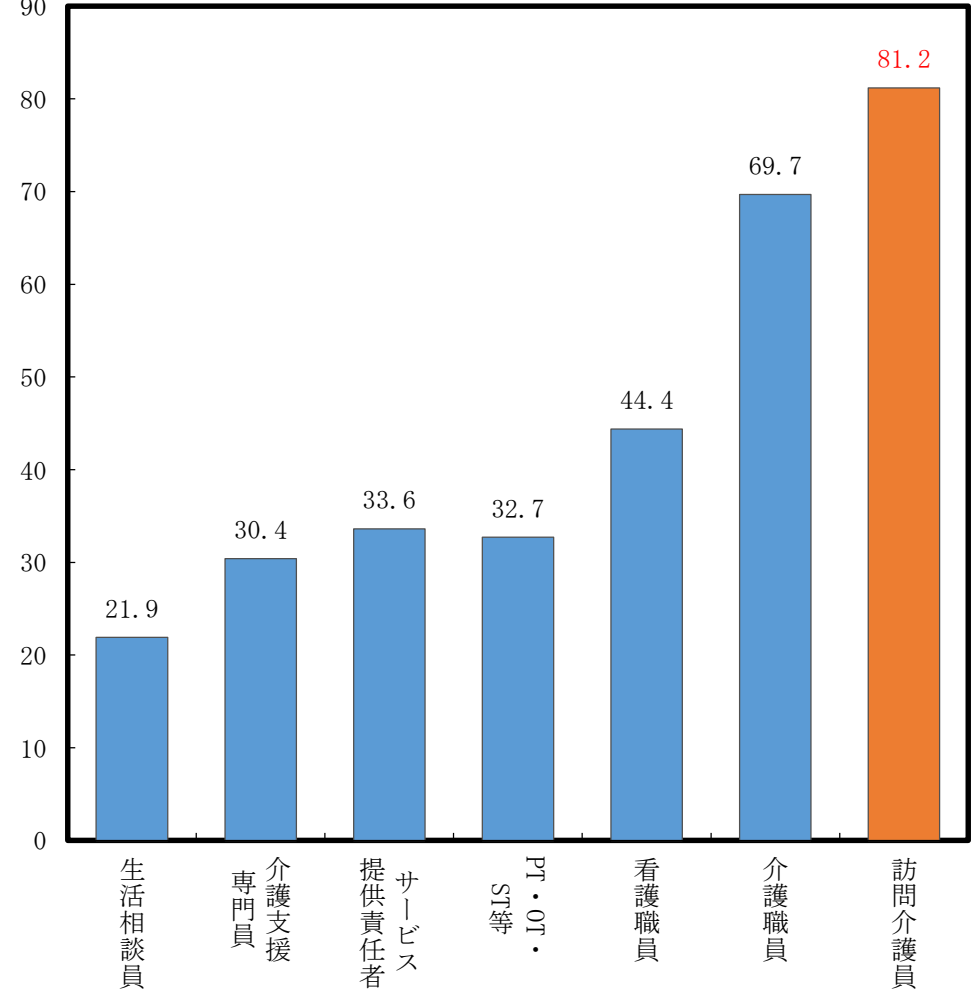
(1) サービス職員の有効求人倍率

(倍)



(2) 介護職員の職種別の人手不足感  
(人手が不足している事業所の割合)

(%)



(備考) 1. (1)は、厚生労働省「職業安定業務統計」により作成。パートタイムを含む常用の値。平成23年改定「厚生労働省編職業分類」に基づく、以下の職業分類区分の合計。  
施設介護員：「361 施設介護員」、訪問介護職：「362 訪問介護職」。

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

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

## 地域の特性に応じたサービスの確保

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

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

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、(看護)小規模多機能型居宅介護の普及と機能・役割の検証 在宅生活の限界点を高めるために必要な対応の総合的な検討

- 中重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護、(看護)小規模多機能型居宅介護の更なる普及を図るための方策について、引き続き検討するとともに、これらのサービスについて、事業者の経営実態や利用者の状況も踏まえ、その機能・役割を改めて検証した上で、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、在宅生活の限界点を高めるために必要な対応を総合的に検討していくべきである。

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護の機能・役割の整理

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護がこれまで果たしてきた機能や役割を踏まえつつ、今回の介護報酬改定で定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様となる基準の緩和を行うこととした夜間対応型訪問介護の機能や役割を含め、今後の在り方について検討していくべきである。

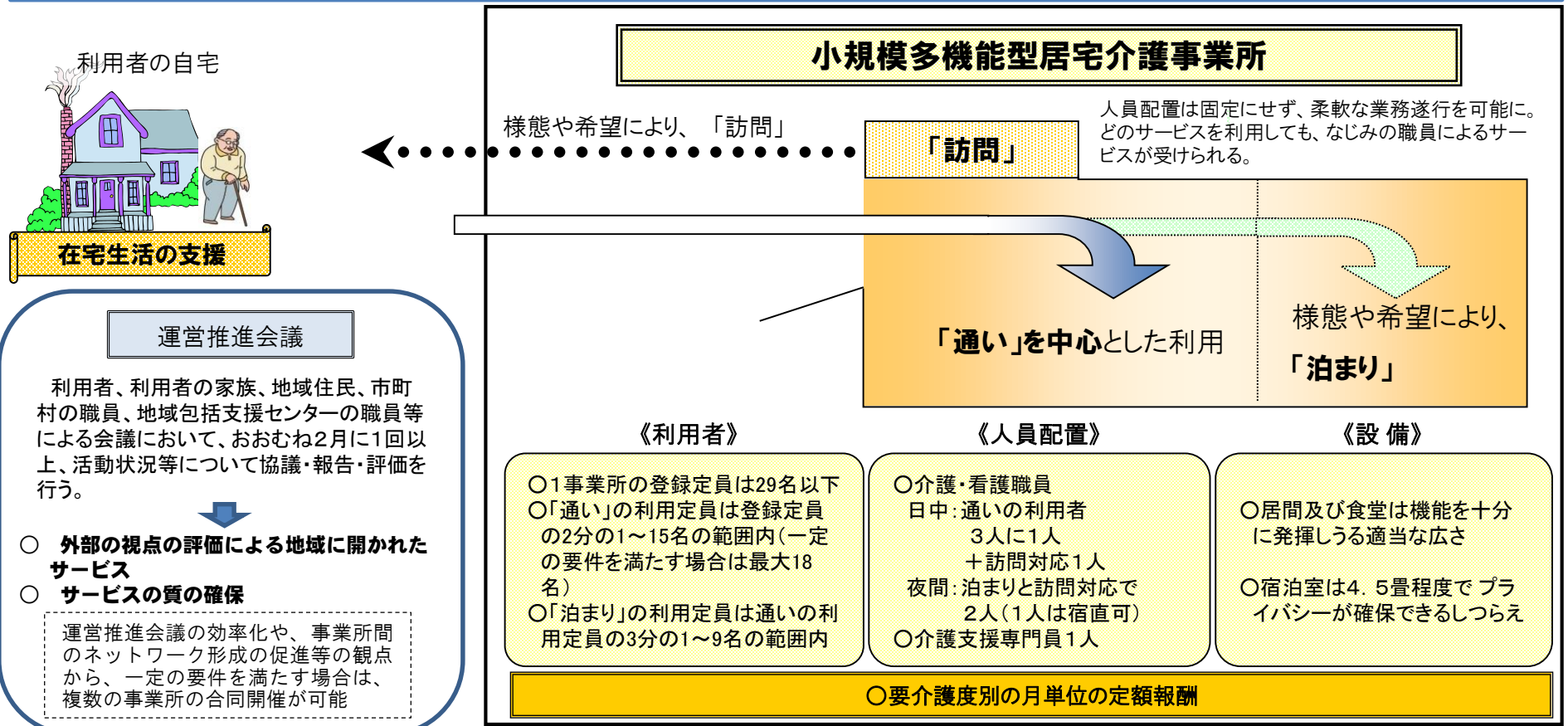
# 小規模多機能型居宅介護の概要

## 定義

- 「小規模多機能型居宅介護」は、利用者（要介護（支援）者）の心身の状況や置かれている環境に応じて、利用者の選択に基づき、居宅に訪問し、または拠点に通わせ、もしくは拠点に短期間宿泊させ、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等や機能訓練を行うもの。

## 経緯

- 「通い」を中心として、要介護（支援）者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることでサービスを提供することで、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、小規模多機能型居宅介護が創設された（平成18年4月創設）。



# 小規模多機能型居宅介護の基準

## 必要となる人員・設備等

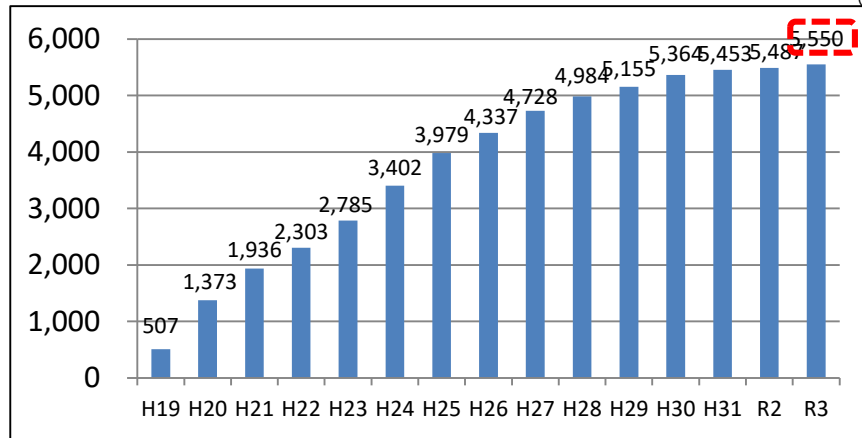
			本体事業所	サテライト型事業所
代表者			認知症の介護従事経験若しくは保健医療・福祉サービスの経営経験があり、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者	本体の代表者
管理者			3年以上認知症の介護従事経験があり、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した常勤・専従の者	本体の管理者が兼務可能
小規模多機能型居宅介護従業者	日中	通いサービス	常勤換算方法で3：1以上	常勤換算方法で3：1以上
		訪問サービス	常勤換算方法で1以上（他のサテライト型事業所の利用者に対しサービスを提供することができる。）	1以上（本体事業所又は他のサテライト型事業所の利用者に対しサービスを提供することができる。）
	夜間	夜勤職員	時間帯を通じて1以上（宿泊利用者がいない場合、置かないことができる。）	時間帯を通じて1以上（宿泊利用者がいない場合、置かないことができる。）
		宿直職員	時間帯を通じて1以上（随時の訪問サービスに支障がない体制が整備されている場合、必ずしも事業所内で宿直する必要はない。）	本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。
	看護職員		小規模多機能型居宅介護従業者のうち1以上	本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。
介護支援専門員			介護支援専門員であって、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者1以上	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者 1以上

※ 代表者・管理者・看護職員・介護支援専門員・夜間の宿直者（緊急時の訪問対応要員）は、本体との兼務等により、サテライト型事業所に配置しないことができる。

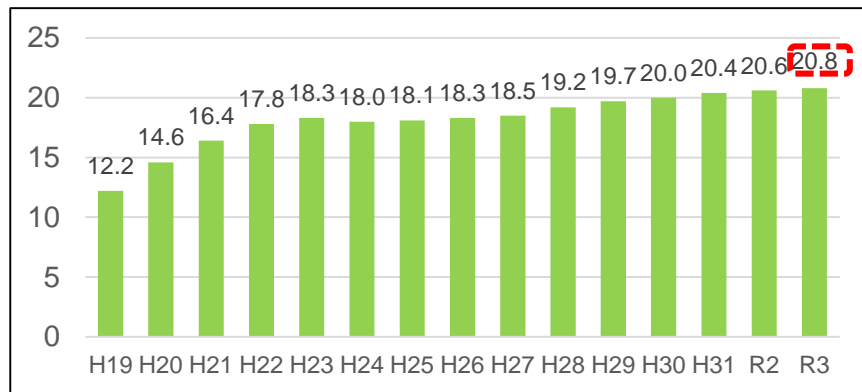
# 小規模多機能型居宅介護の事業所数・利用者数等

- 請求事業所数は増加しており5,550事業所、1事業所あたりの平均利用者数は横ばい傾向であったが、平成27年から微増しており20.8人となっている。
- 利用者数は約115,200人で、利用者の約39%が要介護3以上の中重度者である。

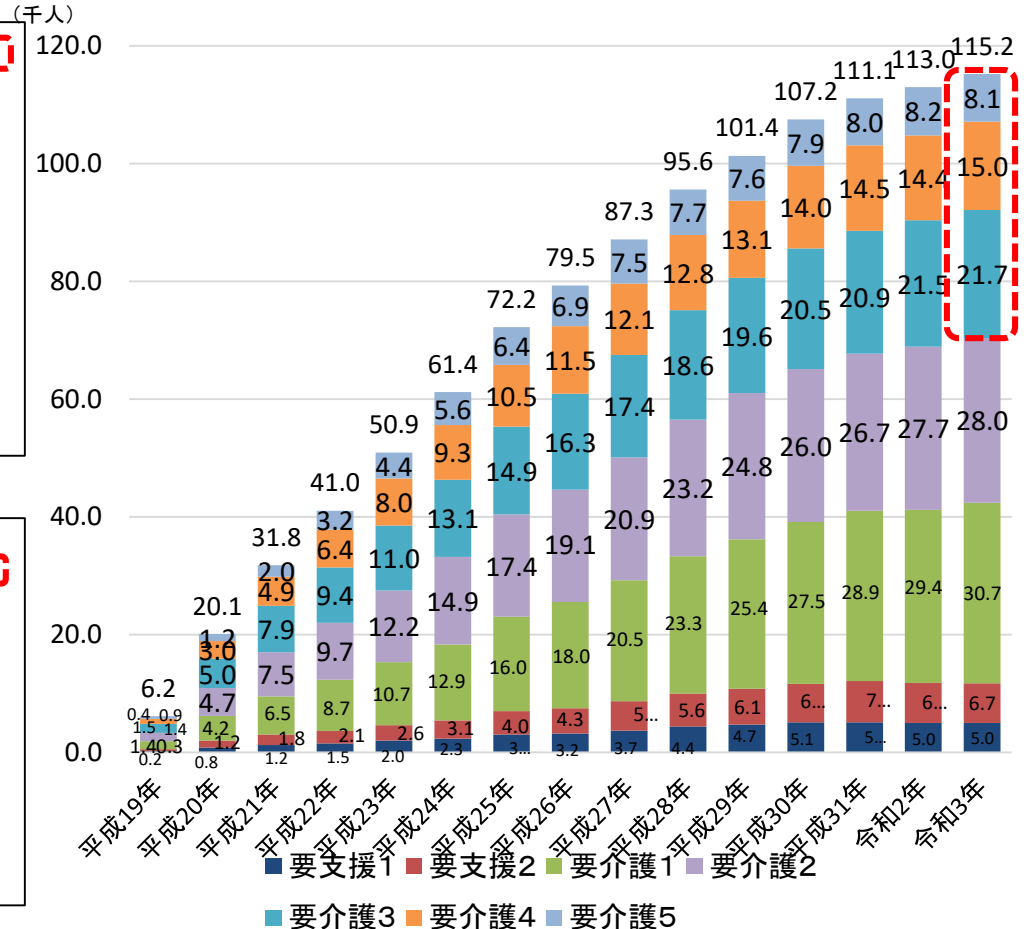
■ 事業所数の推移



■ 1事業所あたり利用者数の推移



■ 小規模多機能型居宅介護の受給者数（要介護別）



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



# 夜間対応型訪問介護の概要

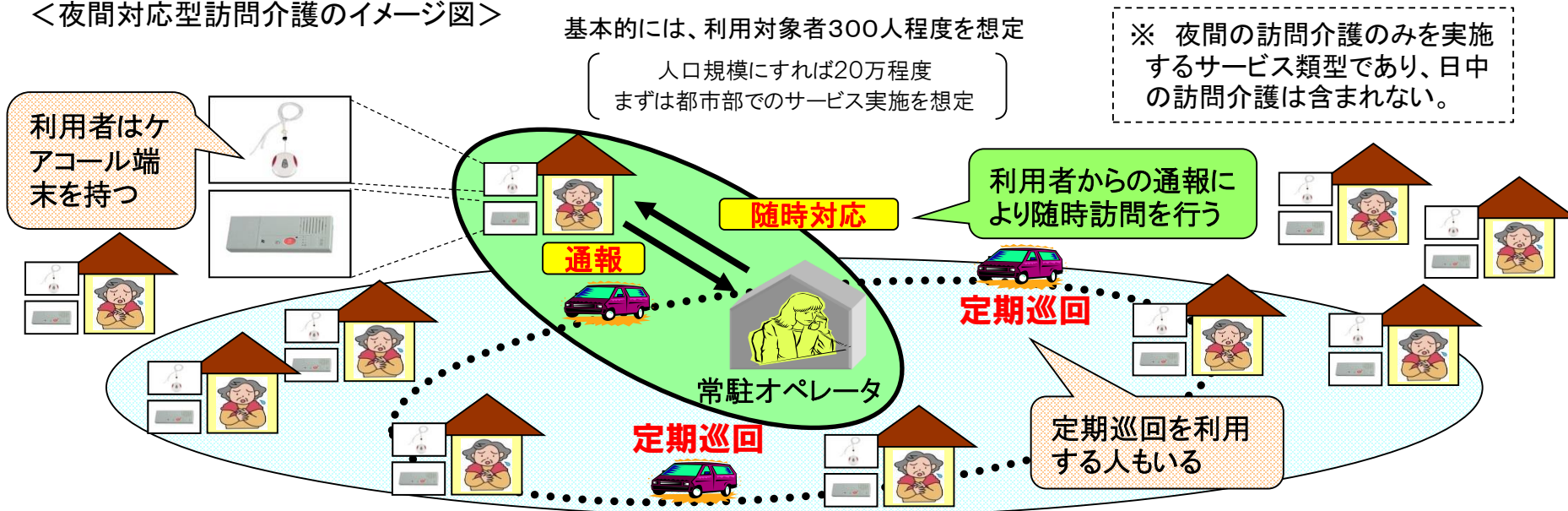
## 定義

○「夜間対応型訪問介護」とは、夜間において、定期巡回訪問、または、随時通報を受け利用者（要介護者）の居宅を訪問介護員等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護等の提供を行うものをいう。

## 経緯

○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の整備が必要であるとの考えから、平成18年4月に、夜間における「定期巡回」と「通報による随時対応」を合わせた「夜間対応型訪問介護」が創設された（夜間における訪問介護サービスの提供のみを想定したサービス類型）。

### <夜間対応型訪問介護のイメージ図>



# 夜間対応型訪問介護の基準

職種		資格等	必要な員数等
人員基準	訪問介護員等 (※1)	定期巡回サービスを行う訪問介護員等	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な数以上</li> <li>オペレーターと兼務可能</li> </ul>
		随時訪問サービスを行う訪問介護員等	<ul style="list-style-type: none"> <li>提供時間帯を通じて1以上</li> <li>定期巡回サービス、オペレーター及び同一敷地内にある指定訪問介護事業所若しくは定期巡回・随時対応型訪問介護看護の職務に従事することができる</li> <li>随時訪問サービスの提供に支障がない体制が整備されている場合、必ずしも事業所内で勤務する必要はない。</li> </ul>
	オペレーター	看護師、介護福祉士等(※2) のうち、常勤の者1人以上 + 1年以上訪問介護のサービス提供責任者として従事した者 (※3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>提供時間帯を通じて1以上</li> <li>当該事業所の他職種及び同一敷地内の指定訪問介護事業所並びに指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の職務への従事可能</li> <li>併設施設等(短期入所生活(療養)介護、(地域密着型)特定施設、(地域密着型)特養、老健、介護医療院、介護療養型医療施設、小規模多機能、グループホーム、看護小規模多機能)の職務に従事可</li> <li>利用者からのコールに即時にオペレーターが対応できる体制を構築し、コール内容に応じて、必要な対応を行うことができると認められる場合、必ずしも事業所内で勤務する必要はない。</li> </ul> ※ オペレーションセンターを設置しない場合は配置不要
		オペレーションセンター (※4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>通常の事業の実施地域内に1か所以上設置(設置しなくても可)</li> </ul> ※他の夜間対応型訪問介護事業所との間で、随時対応サービスを「集約化」可能
	面接相談員	オペレーターと同様の資格又は同等の知識経験を有する者(努力義務)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1以上(オペレーター又は訪問介護員等との兼務可)</li> </ul> ※ オペレーションセンターを設置しない場合は配置不要
	管理者		<ul style="list-style-type: none"> <li>常勤・専従の者(当該事業所の職務や併設事業所の管理者等との兼務を認める。)</li> </ul>
運営基準	計画の作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>オペレーター又は面接相談員が作成</li> </ul> ※ オペレーションセンターを設置しない場合は訪問介護員等が作成	
	事業の委託	<ul style="list-style-type: none"> <li>他の訪問介護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所に、定期巡回・オペレーションセンター・随時訪問サービスを「一部委託」可能</li> </ul>	

※1 訪問介護員等については、利用者の処遇に支障がない範囲で、他の施設等(加配されている者に限る)との兼務可能

※2 看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士、介護支援専門員

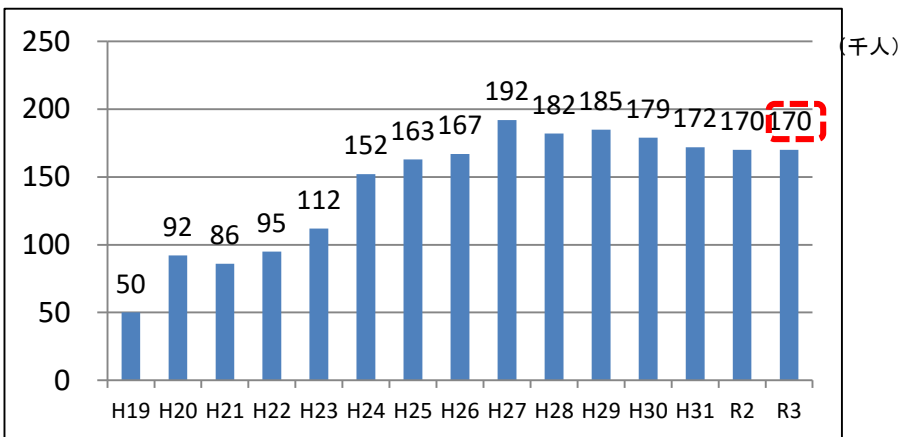
※3 オペレーターの資格について、旧訪問介護員2級及び初任者研修修了者は3年以上訪問介護のサービス提供責任者として従事した者に限る

※4 「オペレーションセンター」の設置は設備基準としては求めず、地域を巡回しながら適切に随時のコールに対応する形態も可能。また、利用者がコールを行う、オペレーターがコールを受ける際の機器は、一般に流通している通信機器等の活用が可能

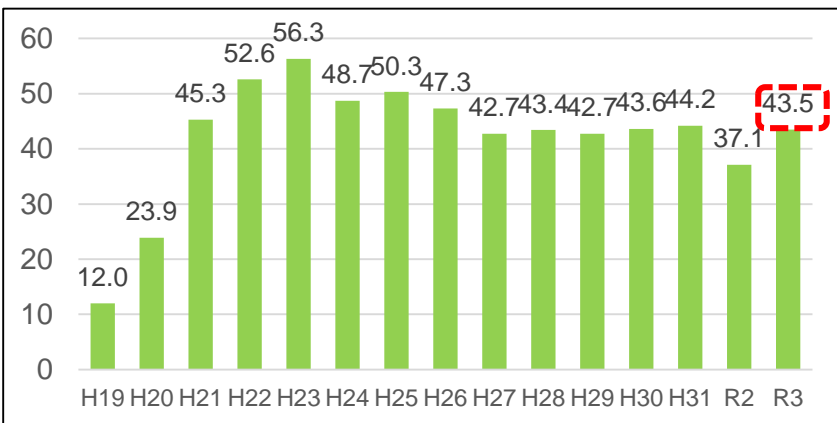
# 夜間対応型訪問介護の事業所数・利用者数等

- 請求事業者は近年減少傾向にあり170事業所、1事業所あたりの平均利用者数は、近年ほぼ横ばいだったが、平成31年から令和2年にかけて大きく減少し、直近では43.5人となっている。
- 利用者数は約7,400人、要介護2の利用者が約1,900人（約26%）で最も多いが、他の要介護度で利用者数に大きな差はない。

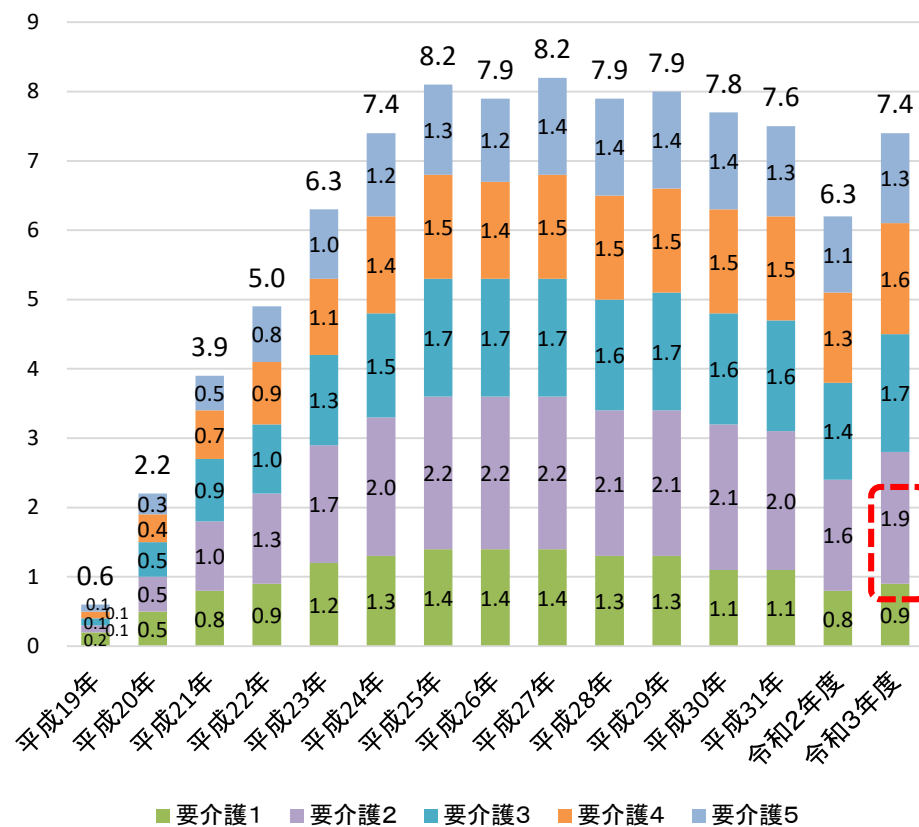
## ■ 事業所数の推移



## ■ 1事業所あたり利用者数の推移



## ■ 夜間対応型訪問介護の受給者数（要介護度別）



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

# 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の概要

## 定義

- 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とは、
    - ・定期巡回訪問、または、随時通報を受け利用者（要介護者）の居宅を介護福祉士等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を行うとともに、看護師等による療養上の世話や診療の補助を行うもの（訪問看護を一体的に行う場合）
  - または
  - ・定期巡回訪問、または、随時通報を受け訪問看護事業所と連携しつつ、利用者（要介護者）の居宅を介護福祉士等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を行うもの（他の訪問看護事業所と連携し訪問看護を行う場合）
- のうち、いずれかをいう。

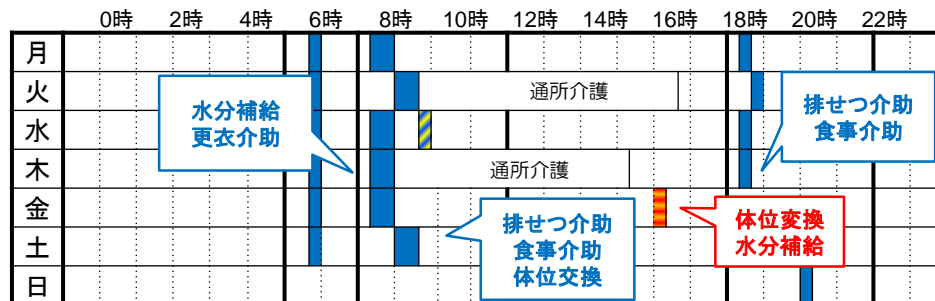
## 経緯

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、**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**していることに加え、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**しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「**定期巡回・随時対応型訪問介護看護**」を創設（平成24年4月）。

### <定期巡回・随時対応サービスのイメージ>



### <サービス提供の例>



- ・日中・夜間を通じてサービスを受けることが可能
- ・訪問介護と訪問看護を一体的に受けることが可能
- ・定期的な訪問だけでなく、**必要なときに随時サービス**を受けることが可能

# 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の基準

職種		資格等	必要な員数等
人員基準	訪問介護員等 (※1)	定期巡回サービスを行う訪問介護員等	介護福祉士 実務者研修修了者
		随時訪問サービスを行う訪問介護員等	初任者研修修了者 旧介護職員基礎研修 旧訪問介護員1級 旧訪問介護員2級
	看護職員 (訪問看護サービスを行う職員)		保健師、看護師、准看護師
			PT、OT、ST
	オペレーター(※3) (随時対応サービスを行う職員)	看護師、介護福祉士等(※2) のうち、常勤の者1人以上 + 1年以上訪問介護のサービス 提供責任者として従事した者 (※3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な数以上</li> <li>オペレーターと兼務可能。</li> <li>提供時間帯を通じて1以上</li> <li>定期巡回サービス、オペレーター及び同一敷地内にある指定訪問介護事業所若しくは夜間対応型訪問介護の職務に従事することができる</li> <li>夜間・早朝(18時～8時)の時間帯は、随時訪問サービスの提供に支障がない体制が整備されている場合、必ずしも事業所内で勤務する必要はない。</li> <li>保健師、看護師、准看護師あわせて2.5以上、うち1名以上は常勤の保健師又は看護師(併設訪問看護事業所と合算可能)</li> <li>PT、OT、STは実情に応じた必要数</li> <li>オペレーターと兼務可能 ・ 常時オンコール体制を確保</li> <li>サービス提供時間帯を通じて1以上確保されるために必要数</li> <li>1名以上は常勤の看護師、介護福祉士等(※)</li> <li>当該事業所の他職種及び同一敷地内の指定訪問介護事業所並びに指定夜間対応型訪問介護事業所の職務への従事可能</li> <li>併設施設等(短期入所生活(療養)介護、(地域密着型)特定施設、(地域密着型)特養、老健、介護医療院、介護療養型医療施設、小規模多機能、グループホーム、看護小規模多機能)の職務に従事可</li> <li>夜間・早朝(18時～8時)の時間帯は、利用者からのコールに即時にオペレーターが対応できる体制を構築し、コール内容に応じて、必要な対応を行うことができるものと認められる場合、必ずしも事業所内で勤務する必要はない。</li> </ul>
	計画作成責任者	看護師、介護福祉士等(※2)	1以上
	管理者		常勤・専従の者(当該事業所の職務や併設事業所の管理者等との兼務可能)
運営基準	計画の作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>計画作成責任者が作成</li> </ul>	
	事業の委託	<ul style="list-style-type: none"> <li>他の訪問介護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所に、定期巡回・オペレーションセンター・随時訪問サービスを「一部委託」可能</li> </ul>	

(注)   …介護・看護一体型にのみ配置が必要となる職種(介護・看護連携型の場合は連携先の訪問看護事業所に配置される)

※1 訪問介護員等については、利用者の処遇に支障がない範囲で、他の施設等(加配されている者に限る)との兼務可能

※2 看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士、介護支援専門員

※3 オペレーターの資格について、旧訪問介護員2級及び初任者研修修了者は3年以上訪問介護のサービス提供責任者として従事した者に限る

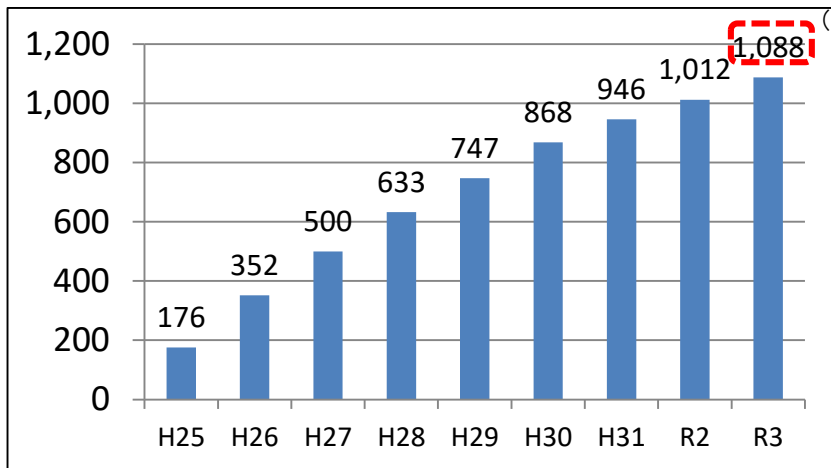
※4 「オペレーションセンター」の設置は設備基準としては求めず、地域を巡回しながら適切に随時のコールに対応する形態も可能。

また、利用者がコールを行う、オペレーターがコールを受ける際の機器は、一般に流通している通信機器等の活用が可能

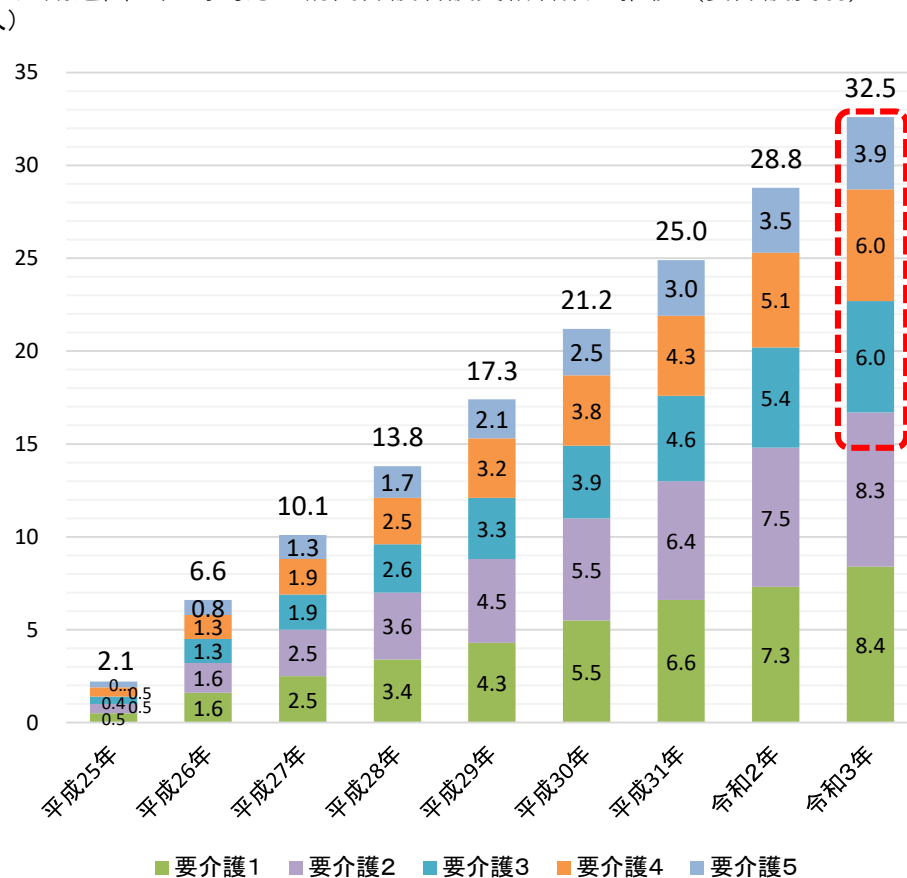
# 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所数・利用者数等

- 請求事業所数は増加しており1,088事業所、1事業所あたりの平均利用者数は微増傾向で29.9人となっている。
- 利用者数は約32,500人で、利用者の約49%は要介護3以上の中重度者である。

■ 事業所数の推移



■ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護受給者数の推移（要介護度別）



■ 1事業所あたりの利用者数の推移



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

# 夜間訪問と定期巡回サービスの今後の在り方について

## ○ 機能・役割の違い

**【結論】 定期巡回サービスと夜間訪問の利用者像は概ね同じであった。**

- これまでの考察から、定期巡回サービスと夜間訪問は、「機能・役割」が定期訪問を中心とした柔軟なサービス提供を、軽度者から中重度者であっても在宅生活を継続したい利用者に提供するという点などで共通していたが、個別具体的な項目では相違している点もあった。

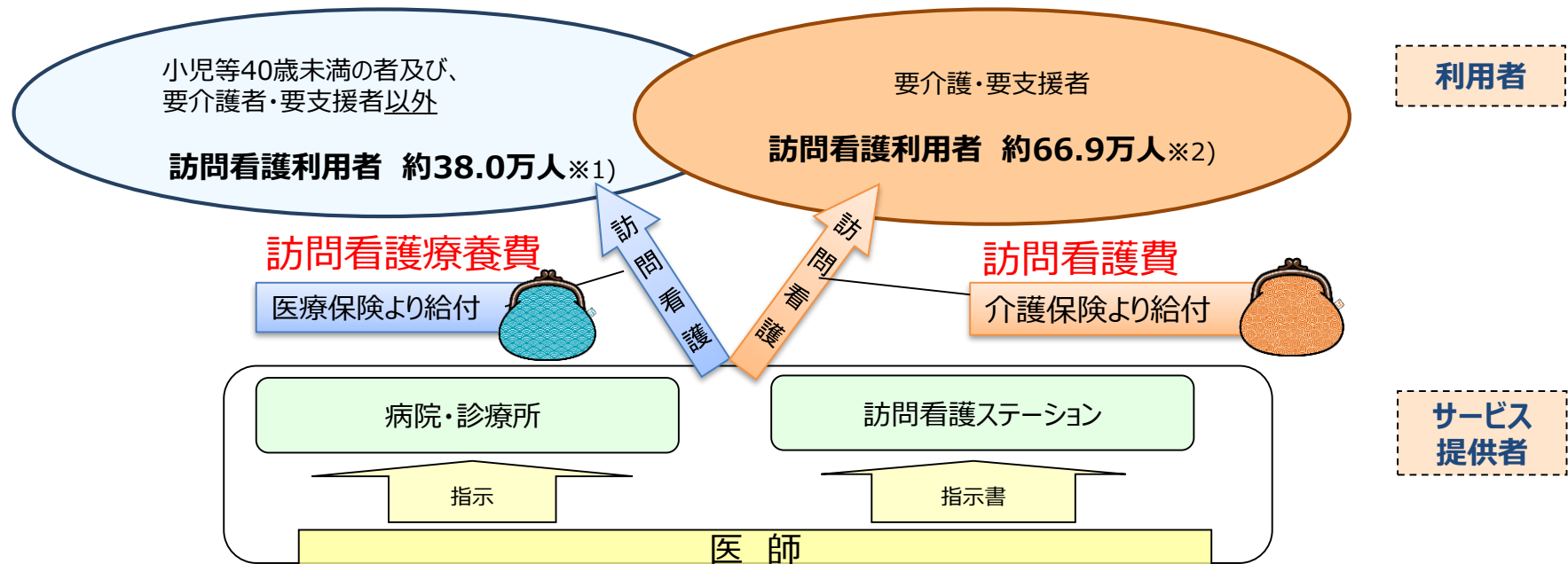
## ○ 今後の在り方について

**【結論】 夜間訪問は定期巡回サービスに統合することが可能ではないか。**

- 定期巡回サービス事業所調査と夜間訪問事業所調査の結果から、それぞれのサービスが提供する機能や利用者像については共通しており、相違点が生じている部分については確かに存在するものの、夜間訪問が定期巡回に統合された場合であっても対応可能であることが確認された。
- また、夜間訪問事業所調査において、夜間訪問事業所と同じサービス提供実施圏域内に定期巡回サービス、24時間対応訪問介護事業所のどちらかが少なくとも1か所以上ある割合は96.2%、夜間訪問事業所が定期巡回サービスの指定を併せて受けている割合は83.4%であり、ほとんどの地域において夜間訪問の利用者は仮に定期巡回サービスと夜間訪問が統合された場合でもサービス提供を継続して受けることができるものと考えられる。
- ただし、定期巡回サービスほどサービスの必要量が高くない要介護者を支える仕組みとして、定期巡回サービスの一部機能のみの利用を可能にするサービス類型や、夜間訪問利用者の状態像を考慮した他の介護サービスによる補完や代替、介護保険以外での対応等を、利用者の経済的負担への配慮も行いながら別途検討する等、既存の夜間訪問の利用者に影響が生じないように配慮する必要があるため、統合する場合であってもどのようなサービス提供体制にするかについては引き続き議論が必要か。特に、夜間訪問の代替サービスがない地域に居住する利用者について、引き続き必要なサービスを受け続けることができるような配慮が求められる。

# 訪問看護の概要

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



出典：※1)訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和3年6月審査分より推計)

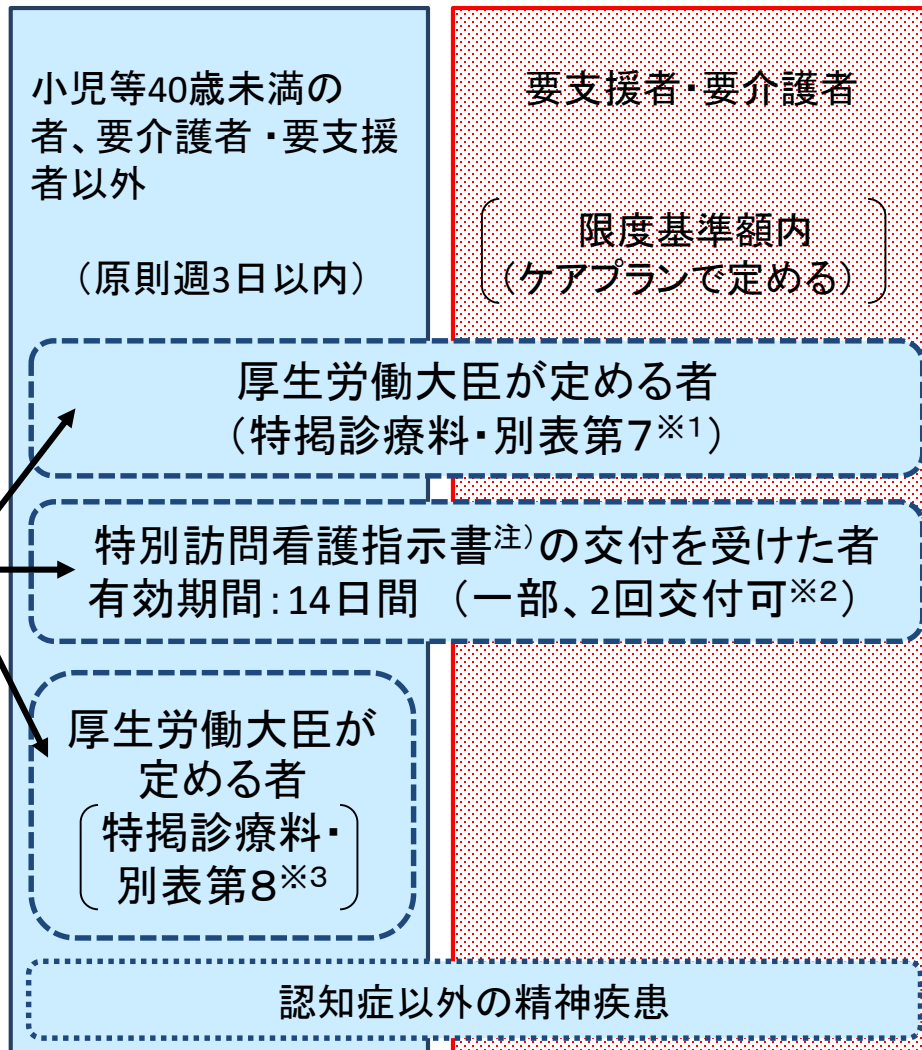
※2)介護給付費実態統計(令和3年6月審査分)



# 医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ (図)

## 【医療保険】

## 【介護保険】



### ※1: 別表第7

末期の悪性腫瘍  
多発性硬化症  
重症筋無力症  
スモン  
筋萎縮性側索硬化症  
脊髄小脳変性症  
ハンチントン病  
進行性筋ジストロフィー症  
パーキンソン病関連疾患  
多系統萎縮症

プリオン病  
亜急性硬化性全脳炎  
ライソゾーム病  
副腎白質ジストロフィー  
脊髄性筋萎縮症  
球脊髄性筋萎縮症  
慢性炎症性脱髄性多発神経炎  
後天性免疫不全症候群  
頸髄損傷  
人工呼吸器を使用している状態

### ※2: 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間: 28日間)

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

#### 注): 特別訪問看護指示書

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

### ※3: 別表第8

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

# 訪問看護の基準

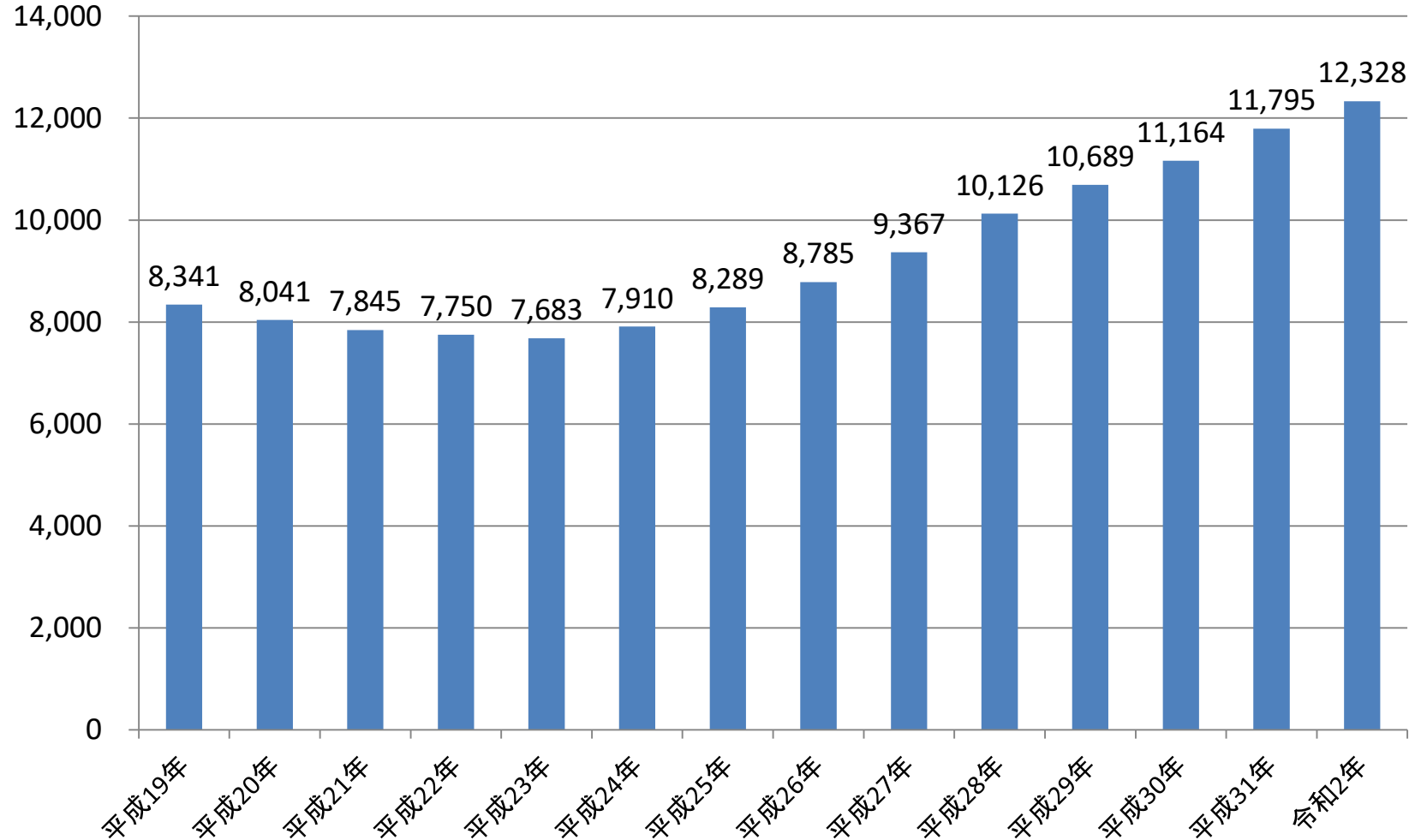
## 基本方針

訪問看護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようその療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

基準項目		指定訪問看護ステーション	病院又は診療所である指定訪問看護事業所※
人員に関する基準	看護師等の員数	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健師、看護師又は准看護師（看護職員）常勤換算で2.5以上となる員数 うち1名は常勤</li> <li>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 指定訪問看護ステーションの実情に応じた 適当数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>指定訪問看護の提供に当たる看護職員を 適当数</li> </ul>
	管理者	<ul style="list-style-type: none"> <li>専従かつ常勤の保健師又は看護師であって、 適切な指定訪問看護を行うために必要な知識 及び技能を有する者</li> </ul>	
基準項目		指定訪問看護ステーション	病院又は診療所である指定訪問看護事業所※
設備に関する基準		<ul style="list-style-type: none"> <li>事業の運営を行うために必要な広さを有する 専用の事務室</li> <li>指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業の運営を行うために必要な広さを 有する専ら事業の用に供する区画</li> <li>指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品</li> </ul>

※ 介護保険のみ

# 訪問看護の請求事業所数



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

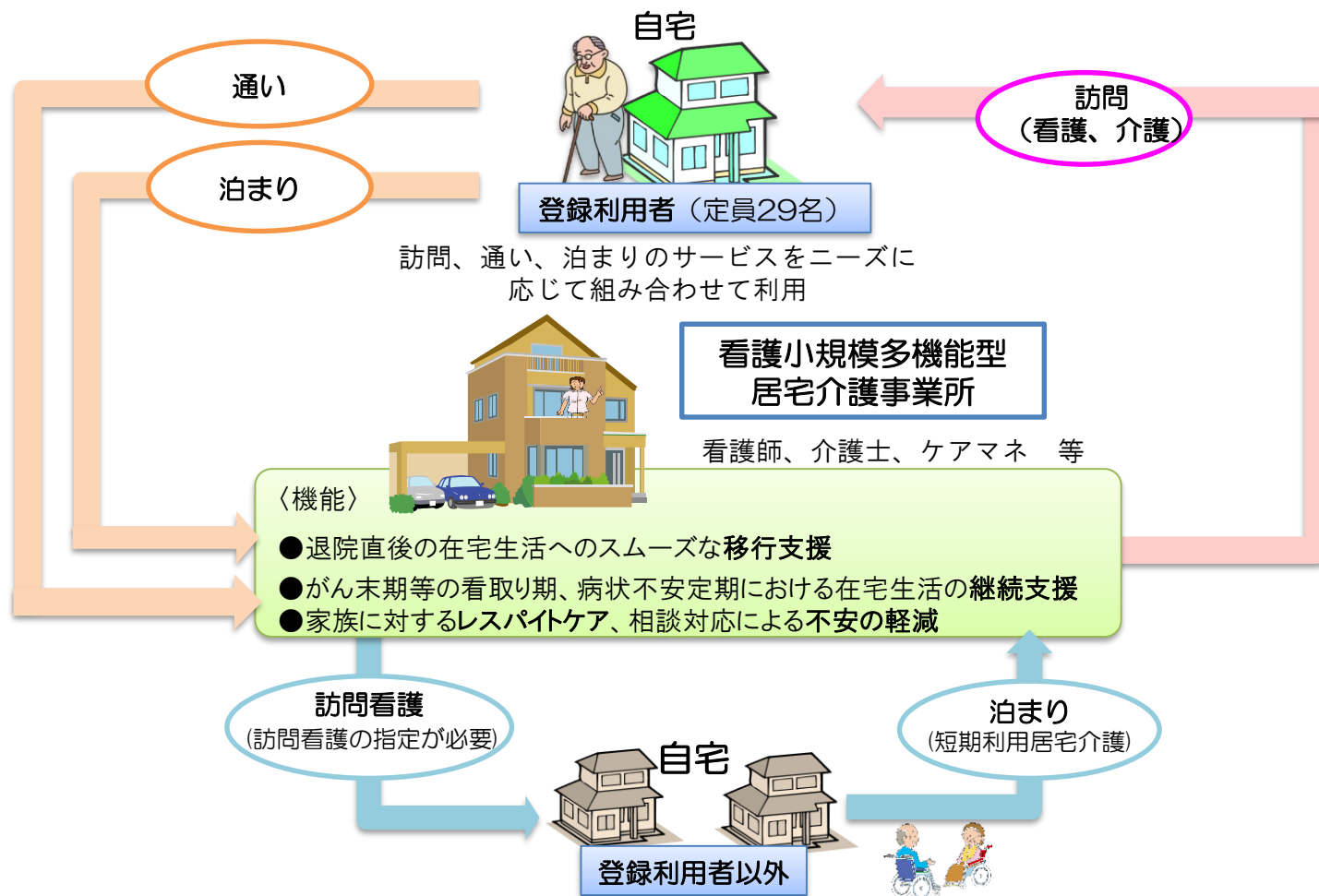
※介護予防サービスは含まない。

※介護保険の訪問看護を行う病院又は診療所を含む。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

# 看護小規模多機能型居宅介護の概要

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



# 看護小規模多機能型居宅介護の人員基準

基準項目		本体事業所		サテライト型事業所	
代表者		認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者、又は保健師若しくは看護師		本体事業所の代表者	
管理者		認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者、又は保健師若しくは看護師 常勤専従かつ管理上支障が無い場合、一体的な運営をしている認知症対応型共同生活介護事業所等との兼務可能		本体事業所の管理者が兼務可能	
従業者の員数	日中	通いサービス 常勤換算法で利用者3人に対し1以上 ※1以上は保健師、看護師又は准看護師		常勤換算法で利用者3人に対し1以上 ※1以上は保健師、看護師又は准看護師	
		訪問サービス 常勤換算法で2人以上 ※1以上は保健師、看護師又は准看護師 サテライト型事業所の利用者へのサービス提供可能		常勤換算法で2人以上 ※1以上は保健師、看護師又は准看護師 本体事業所又は他のサテライト型事業所の利用者へのサービス提供可能	
	夜間	夜勤職員	時間帯を通じて1以上	※宿泊サービスの利用者がいない場合であって、訪問サービス提供に必要な連絡体制を整備している場合は置かないことができる	時間帯を通じて1以上 ※宿泊サービスの利用者がいない場合であって、訪問サービス提供に必要な連絡体制を整備している場合は置かないことができる
		宿直職員	宿直勤務に必要な数以上		本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。
	看護職員		常勤換算法で保健師、看護師又は准看護師2.5人以上 ※訪問看護事業所の指定を併せて受け、同一事業所で一体的な運営をしている場合、訪問看護ステーションの人員基準を満たすことで上記基準も満たすものとみなす		常勤換算法で保健師、看護師又は准看護師1人以上 ※訪問看護事業所の指定を併せて受け、出張所としての要件を満たす場合、一体的なサービス提供の単位として事業所に含めて指定できる
	ケアマネージャー		介護支援専門員であって、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者		本体事業所の介護支援専門員により居宅サービス計画の作成が適切に行われるときは、介護支援専門員に代えて、介護支援専門員であって、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者をおくことができる

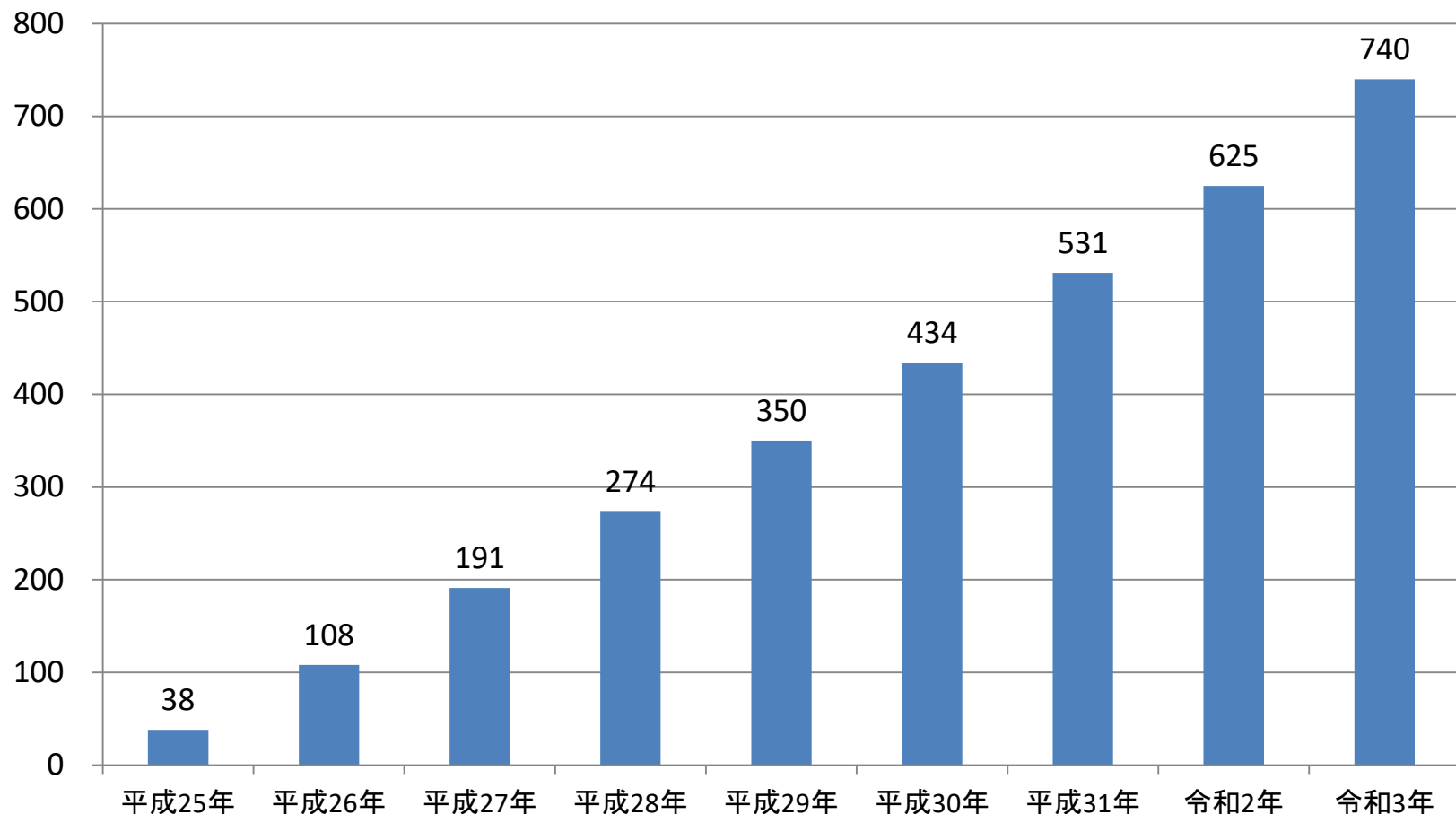
# 看護小規模多機能型居宅介護の設備基準等

基準項目		本体事業所	サテライト型事業所	
登録定員		29人以下	18以下	
利用定員	通いサービス	登録定員の2分の1から15人まで ※登録定員が25人を越える場合 (登録定員) (利用定員) 26人又は27人 16人 28人 17人 29人 18人	登録定員の2分の1から12人まで	
	宿泊サービス	通いサービス利用定員の3分の1から9人まで	通いサービス利用定員の3分の1から6人まで	
設備・備品等	事業所	居間、食堂、台所、宿泊室、浴室、消火設備、その他非常災害に際して必要な設備、その他サービス提供に必要な設備及び備品等		
	居間・食堂	機能を十分に発揮しうる適当な広さ		
	宿泊室	個室	定員：1人 ※利用者の処遇上必要と認められる場合は2人 床面積：7.43平方メートル以上 ※病院又は診療所の場合6.4平方メートル以上	診療所が有する病床については、宿泊室を兼用することができる
		個室以外	床面積：7.43平方メートル×（宿泊サービス利用定員－個室の定員）以上 ※プライバシーが確保された居間は、宿泊室の面積に含めることができる 構造：プライバシーが確保されたもの	
立地	利用者の家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、住宅地域等			

## サテライト型事業所

- サテライト型事業所の本体となる事業所は緊急時訪問看護加算の届け出事業所に限る
- 本体事業所1に対するサテライト型事業所は、最大2箇所まで
- 本体事業所とサテライト型事業所との距離：自動車等による移動に要する時間がおおむね20分未満
- サテライト型事業所においても、通い・泊まり・訪問（看護・介護）機能は必要  
※本体の空床状況や利用者の心身の状況に配慮した上で、サテライト型事業所の利用者が本体事業所に宿泊することも可能

## 看護小規模多機能型居宅介護の請求事業所数



(平成24年4月創設の当該サービスは、平成24年4月審査分に入らない。)

※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

※平成27年4月にサービス名称変更(看護小規模多機能型居宅介護)。

※平成28年度については、同一の事業所が短期利用及び短期利用以外の請求を同一月に行った場合についても、一事業所として計上している

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

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計」(各年4月審査分)

# 複合型サービスに係る法令上の規定

## 介護保険法（平成9年法律第123号）

第8条（略）

2～22（略）

23 この法律において「複合型サービス」とは、居宅要介護者について、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、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護又は小規模多機能型居宅介護を二種類以上組み合わせることにより提供されるサービスのうち、訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組合せその他の居宅要介護者について一体的に提供されることが特に効果的かつ効率的なサービスの組合せにより提供されるサービスとして厚生労働省令で定めるものをいう。

24～29（略）

## 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

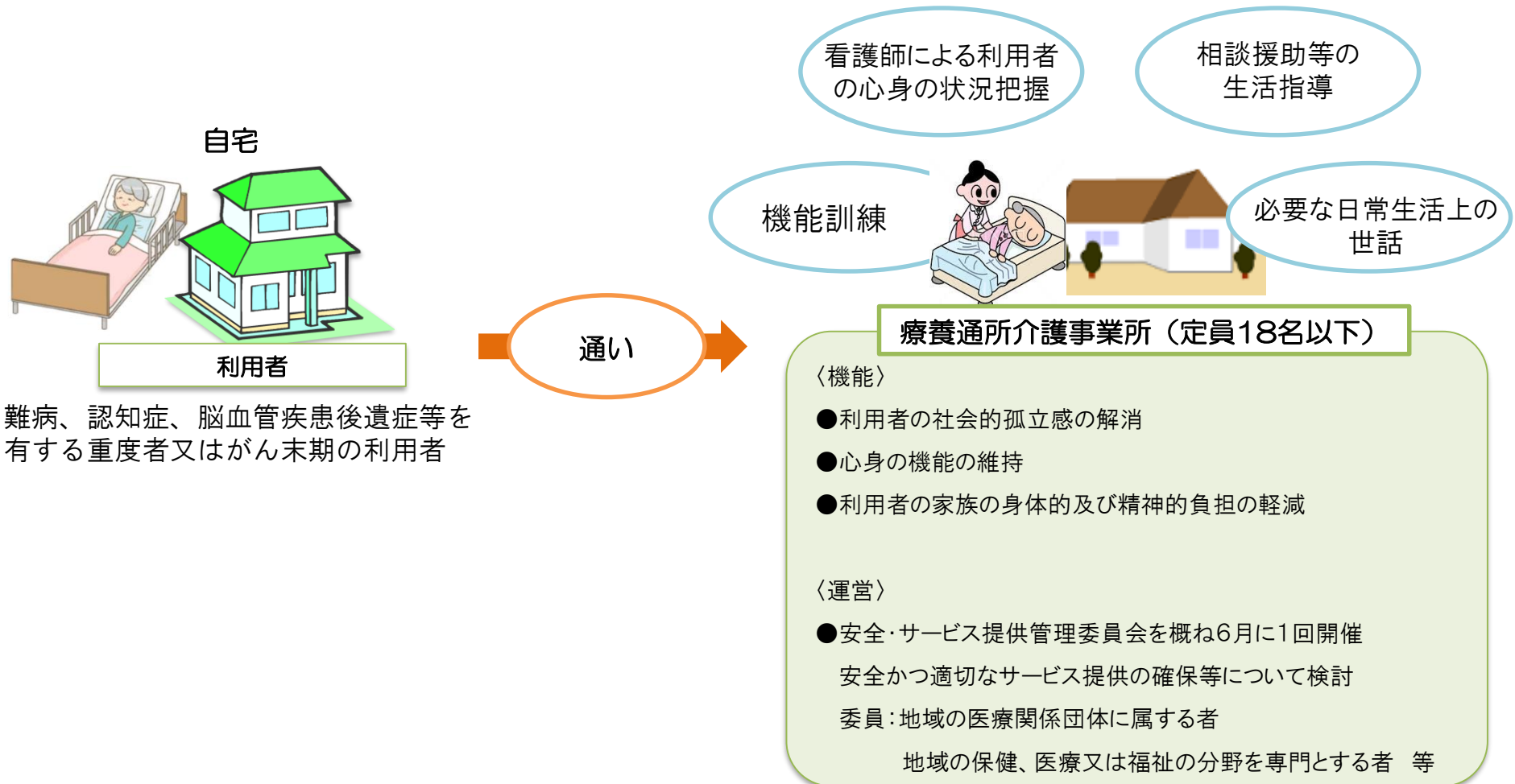
（法第八条第二十三項の厚生労働省令で定めるサービス）

第17条の12 法第八条第二十三項の厚生労働省令で定めるサービスは、訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組合せにより提供されるサービス（以下「看護小規模多機能型居宅介護」という。）とする。



## 療養通所介護の概要

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



難病、認知症、脳血管疾患後遺症等を有する重度者又はがん末期の利用者

# 療養通所介護の基準

## 基本方針

指定療養通所介護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。

## 定義

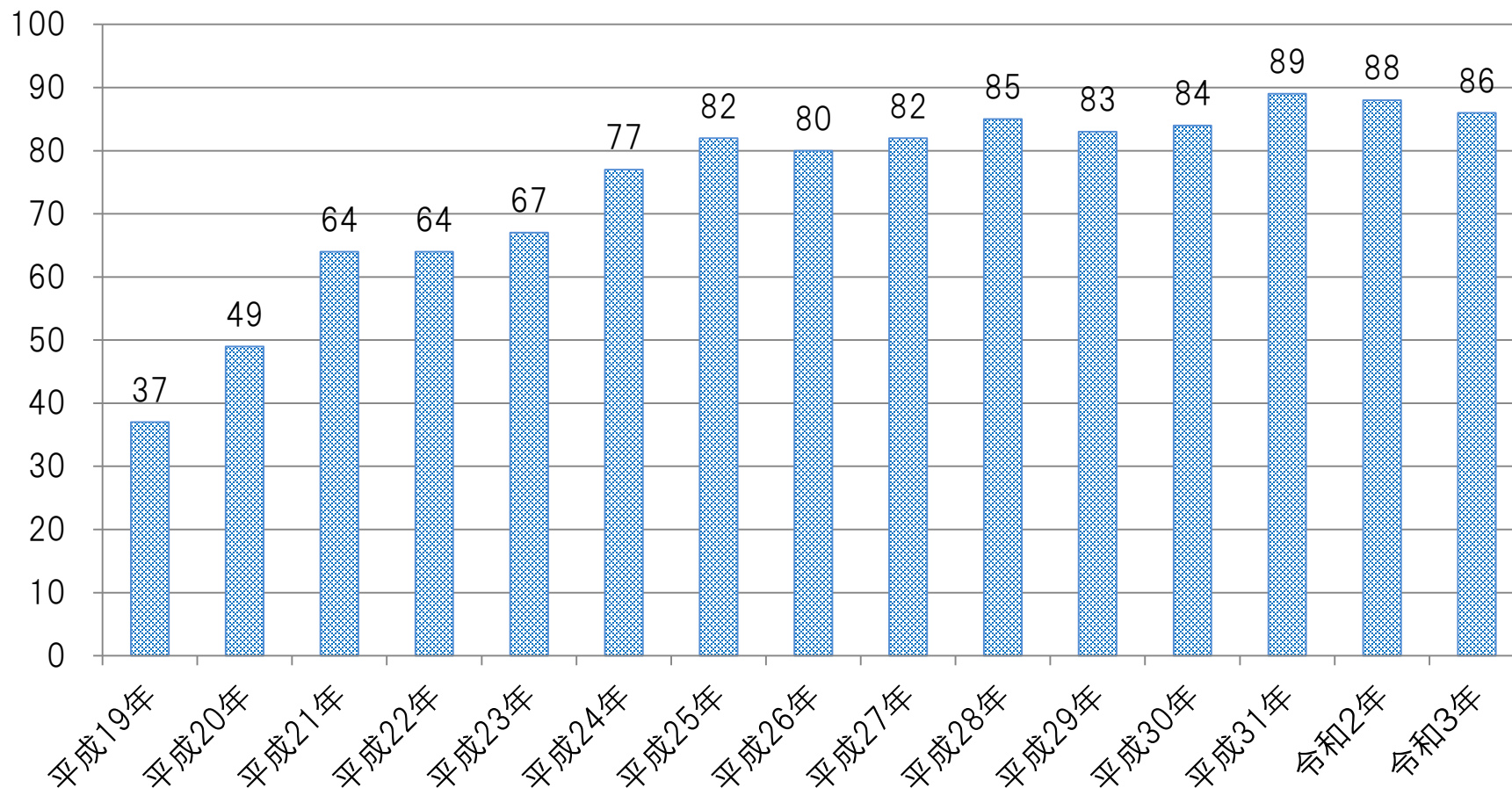
指定療養通所介護は、指定通所介護であって、難病等を有する重度要介護者又はがん末期の者であって、サービス提供に当たり常時看護師による観察が必要なものを対象者とし、療養通所介護計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うもの。（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第105条の2）

項目		内容
人員に関する基準	看護職員又は介護職員の数	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 提供時間帯を通じて、利用者の数が1.5に対し専ら当該指定療養通所介護の提供に当たる者が1以上</li><li>○ 1人以上は専ら指定療養通所介護の職務に従事する常勤の看護師</li></ul>
	管理者	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 専らその職務に従事する常勤の看護師 (管理上支障が無い場合、同一敷地内にある他の事業所、施設等と兼務可能)</li></ul>
	利用定員	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 18人以下</li></ul>
設備・備品等	事業所	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 専用の部屋のほか、消火設備、その他非常災害に際して必要な設備、その他サービス提供に必要な設備及び備品等</li></ul>
	専用の部屋	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 利用者1人につき6.4平方メートル以上</li><li>○ 明確に区分され、他の部屋等から完全に遮断されていること</li></ul>

※ 平成28年4月より「療養通所介護」は小規模な通所介護の地域密着型サービスへの移行に伴い「地域密着型通所介護」の一類型となる

# 療養通所介護の請求事業所数

○ 請求事業所数は86ヶ所であり横ばいで推移している



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

(請求事業所数は、通所介護(療養通所介護事業所)の値を使用している)

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費実態統計」(各年4月審査分)

## 在宅医療・介護連携

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

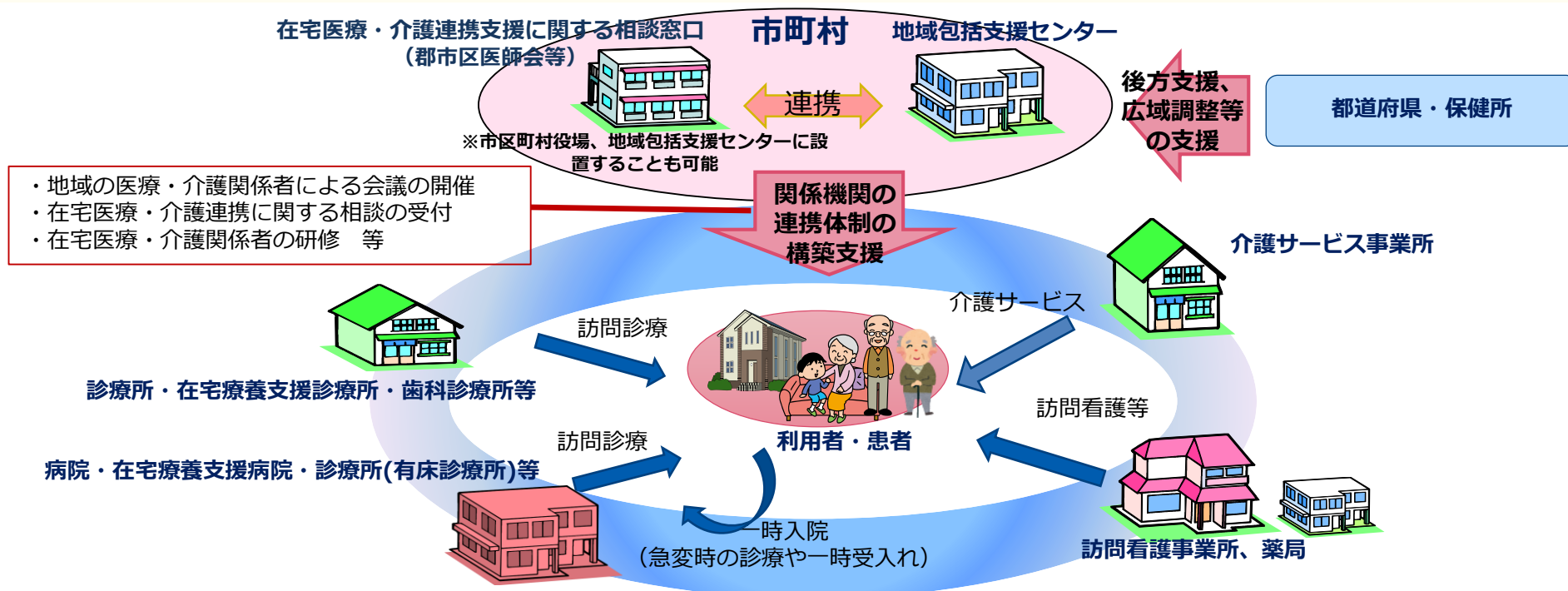
# 1) 在宅医療・介護連携推進事業の概要について

## 在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

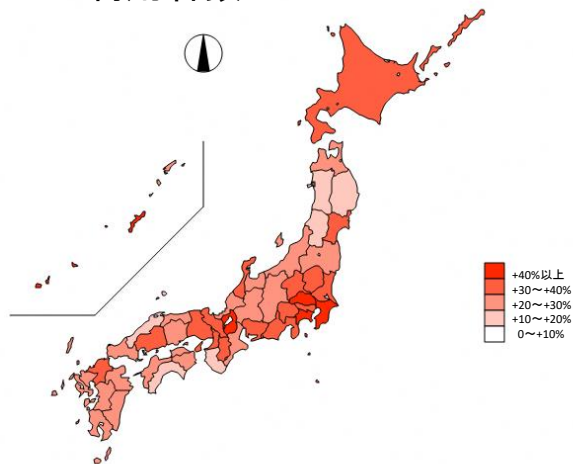
- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
  - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
  - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
  - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



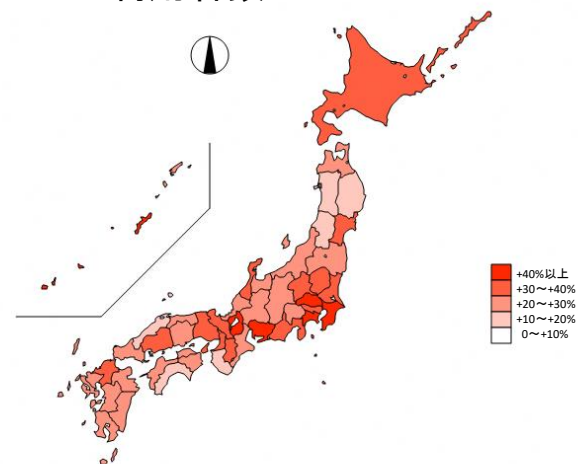
# 介護需要の変化 サービス種別の介護保険利用者数（増加率）

2025年利用者数に対する2040年の利用者数（増加率）

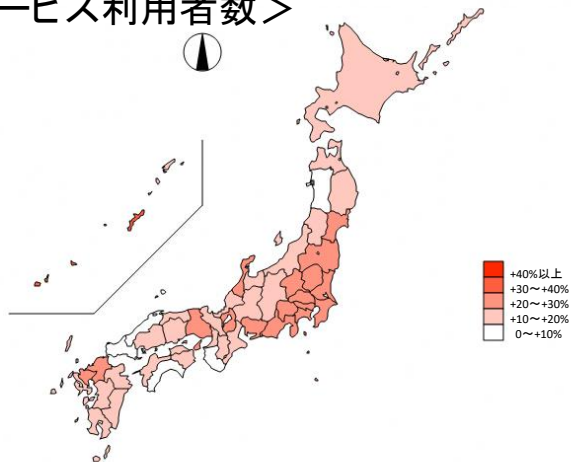
＜施設系サービス利用者数＞



＜居住系サービス利用者数＞



＜在宅系サービス利用者数＞

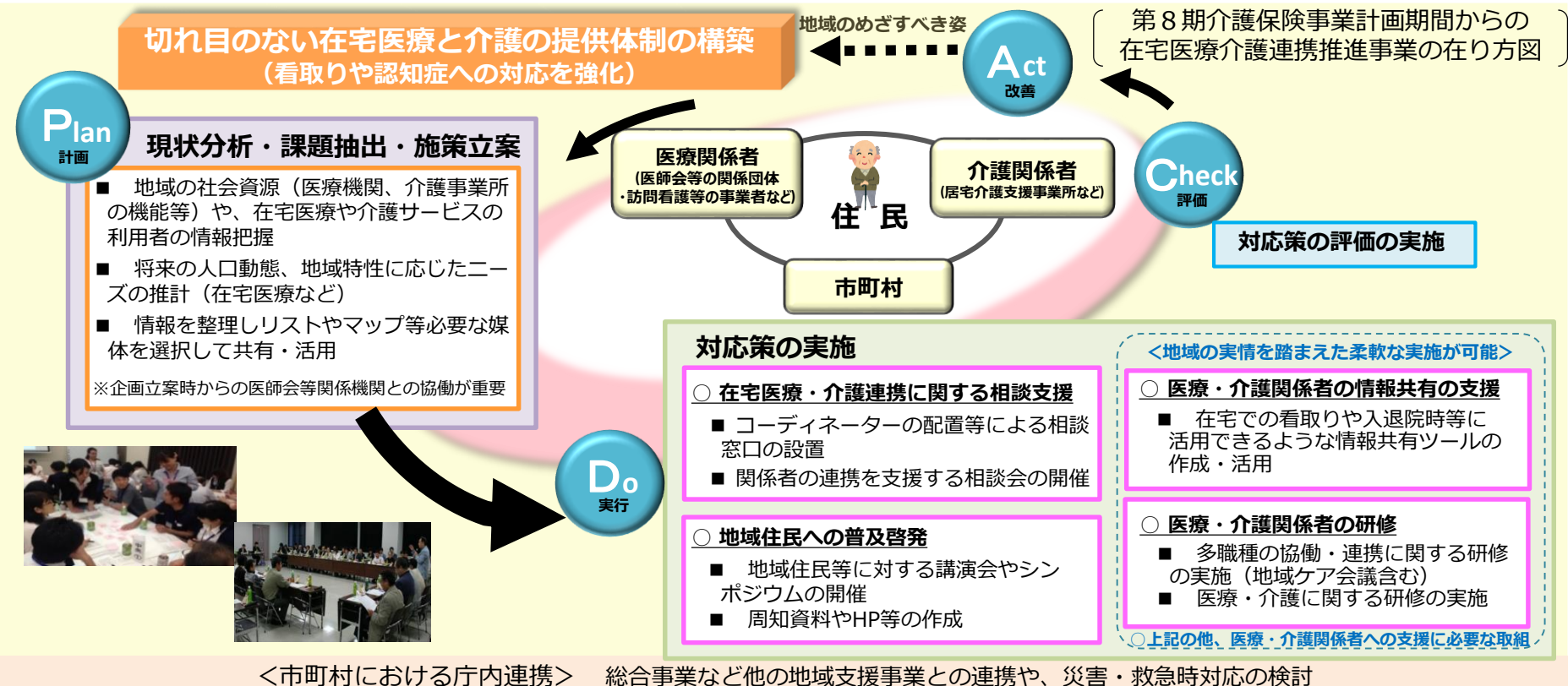


出典)内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」(2018年5月)を基に推計

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

# 在宅医療・介護連携推進事業

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



都道府県(保健所等)による支援

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

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

## 1 改訂のポイント

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





# 在宅医療・介護連携推進事業の課題 (n = 1,717 最大5項目優先順位回答)

在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題については、「事業実施のためのノウハウの不足」「指標設定等の事業評価のしにくさ」「本事業を総合的に進めることができるような人材の育成」等の回答が多い。

	%	回答数
1. 予算の確保	34.0%	583
2. 事業実施のためのノウハウの不足	72.8%	1,250
3. 本事業の存在や必要性を医療・介護関係者に認知してもらうこと	50.0%	858
4. 行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築	53.5%	918
5. 行政内部の連携、情報共有等	38.7%	664
6. 地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	63.3%	1,087
7. 総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足	58.4%	1,003
8. 本事業を総合的に進めることができるような人材の育成	69.7%	1,196
9. 事業運営に関する相談のできる人材の不足	50.8%	873
10. 現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	34.5%	592
11. 将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと	47.6%	818
12. 多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	46.2%	794
13. 地域の医療・介護資源の不足	62.6%	1,075
14. 事業推進を担う人材の不足（市区町村担当者及び事業委託先を想定）	59.5%	1,022
15. 指標設定等の事業評価のしにくさ	70.1%	1,204
16. 隣接する市区町村との広域連携の調整	32.1%	551
17. 都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する当該市区町村のデータ等の提供	33.7%	579
18. 在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供（先進事例等）	32.4%	556
19. 多職種研修の企画・運営の技術的支援	30.3%	521
20. 在宅医療・介護連携に関する相談窓口配置する相談員の研修、人材育成	40.3%	692
21. 医師会等関係団体との調整	44.3%	761
22. 医療機関との調整	41.0%	704
23. 広域的な医療・介護連携（退院調整等）に関する協議	40.1%	688
24. 市区町村間の意見交換の場の設定	22.4%	384
25. 地域医療構想や地域医療計画との整合を取るための方策	36.5%	627
26. その他	2.5%	43
27. 特になし	0.9%	16

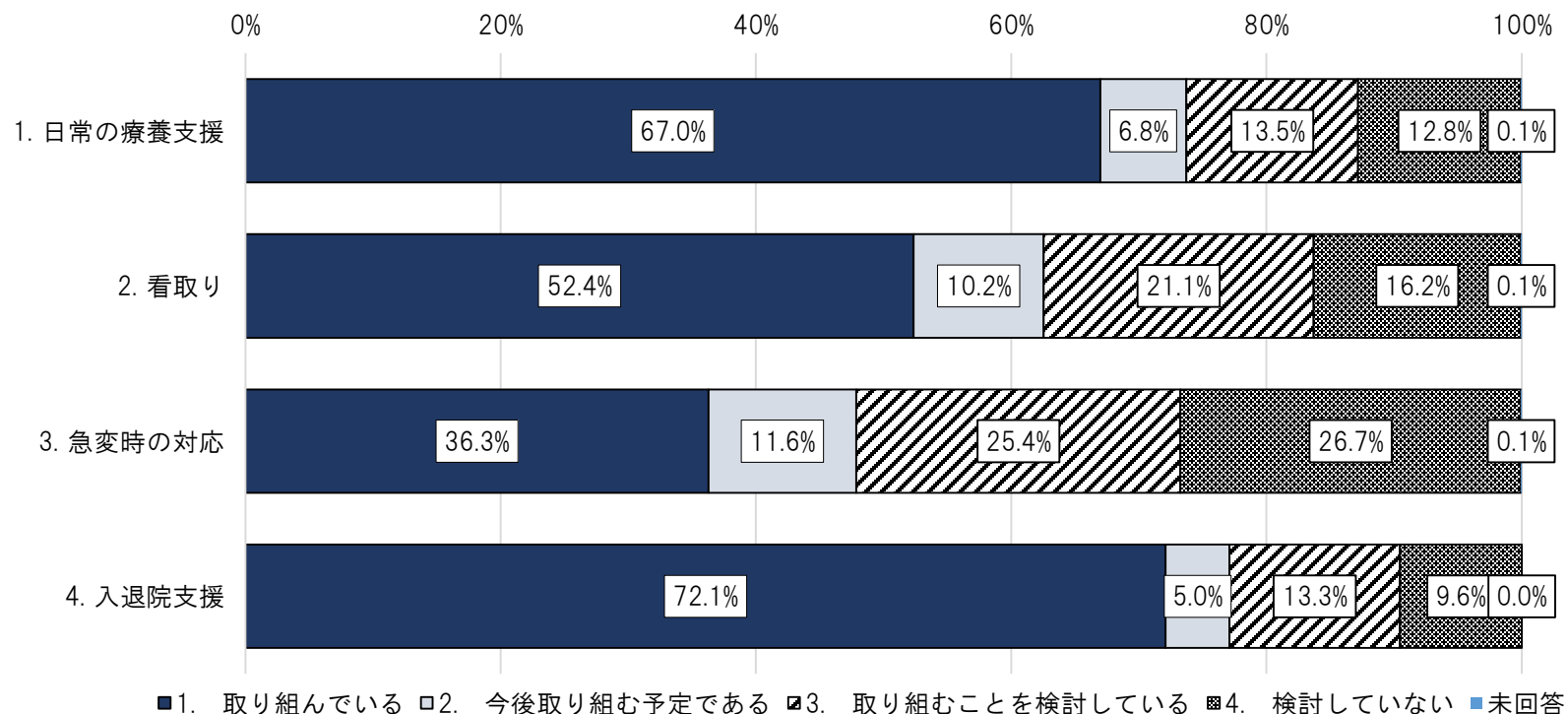
出典 令和3年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況に関する調査（令和3年度在宅医療・介護連携推進支援事業 富士通総研）

# PDCAを踏まえた事業展開の現状①

(n = 1,717)

4つの場面を意識した取組については、「入退院支援」や「日常の療養支援」に関する取組については7割程度実施されているのに対して、「急変時の対応」に係る取組は36.3%と、実施状況に課題がある。

## ○ 「4つの場面」を意識した取組の状況

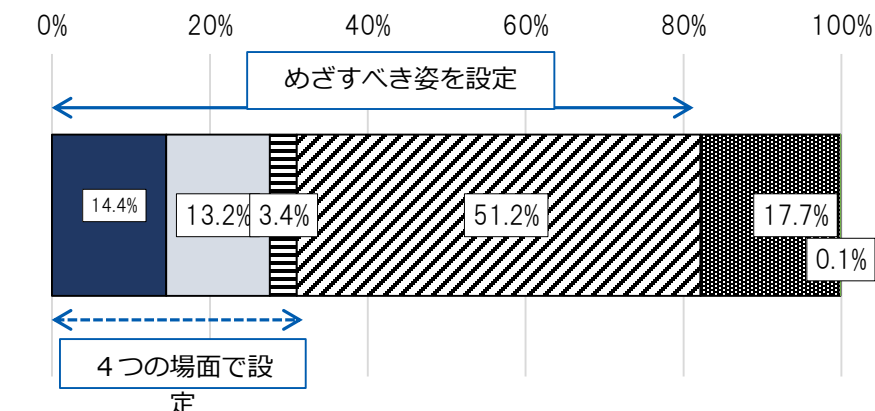


## PDCAを踏まえた事業展開の現状②

(n = 1,717)

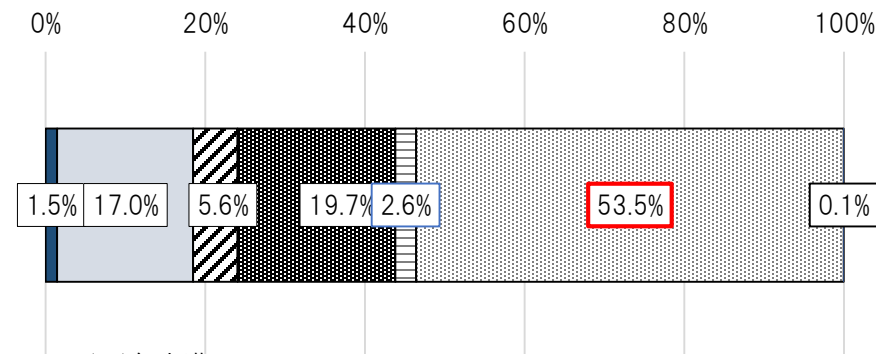
めざすべき姿を設定している自治体は約8割であるものの、4つの場面で設定している自治体は約3割にとどまっている。また、約半数の市町村は、取組改善の目安としている期間を「わからない・設定することは想定していない」と回答。

### ○ 在宅医療・介護連携の推進によってめざすべき姿の設定状況



- 1. 4つの場面で設定し、介護保険事業計画に記載
- 2. 4つの場面で設定し、在宅医療・介護の関係者では共有しているが、介護保険事業計画では記載していない
- 3. 4つの場面で設定しているが、自治体内の共有に留まる
- 4. 本事業の実施によって目指す姿の設定はしているが、特に4つの場面での設定はしていない
- 5. 特に設定はしていない
- 未回答

### ○ 取組改善（PDCAの運用）に要する目安としている期間



- 1. 1年未満
- 2. 約1年
- 3. 約2年
- 4. 約3年
- 5. 約4年以上
- 6. わからない・設定はすることは想定していない
- 未回答

## 2) 在宅医療・介護連携推進支援事業の概要について

# 在宅医療・介護連携推進支援事業

令和4年度予算：22,397千円（29,867千円）

### 事業の内容（目的・概要）

- 在宅医療・介護連携推進事業の検証及び取組の推進・充実を図るとともに、都道府県に対して、市町村支援に関する支援等を行う。
- 具体的な事業内容は以下のとおり。
  - ・ 在宅医療・介護連携推進事業の充実に向けた検討
  - ・ 在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査
  - ・ 在宅医療・介護連携推進に向けたデータ活用等に関する研修会
  - ・ 都道府県担当者会議の開催
  - ・ 都道府県への市町村連携支援の実施

### 成果目標・所要額・事業スキーム

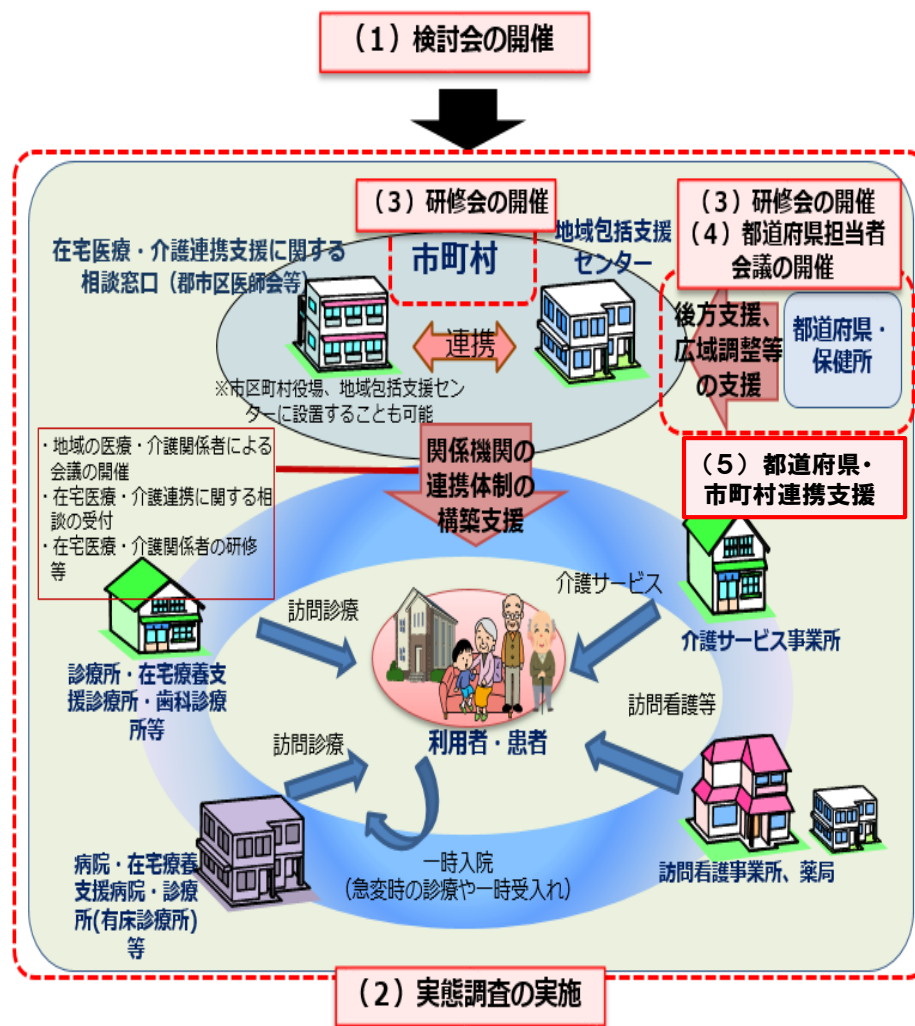
#### 成果目標

- 市町村が地域の実情にあわせて在宅医療・介護連携に関する取組を推進・充実を図ることを目標とする。

#### 事業スキーム（実施主体等）



### 事業イメージ



## 施設サービスの基盤整備

ひと、暮らし、みらいのために



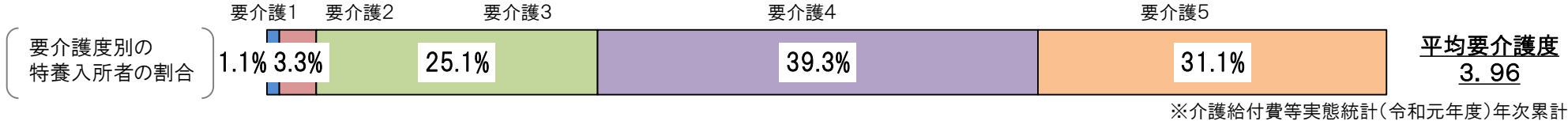
厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）について

【根拠法：介護保険法第8条第22項、第27項、老人福祉法第20条の5】

- 要介護高齢者のための生活施設。
- 入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。
- 定員が29名以下のものは、地域密着型介護老人福祉施設(地域密着型特別養護老人ホーム)と呼ばれる。

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



≪設置主体≫  
 ○地方公共団体  
 ○社会福祉法人 等

≪人員配置基準≫  
 ○医師： 必要数  
 ○介護・看護職員： 3:1 等

≪設備基準≫  
 ○居室定員： 原則1人(参酌すべき基準)  
 ○居室面積： 1人当たり10.65㎡ 等

## 多床室

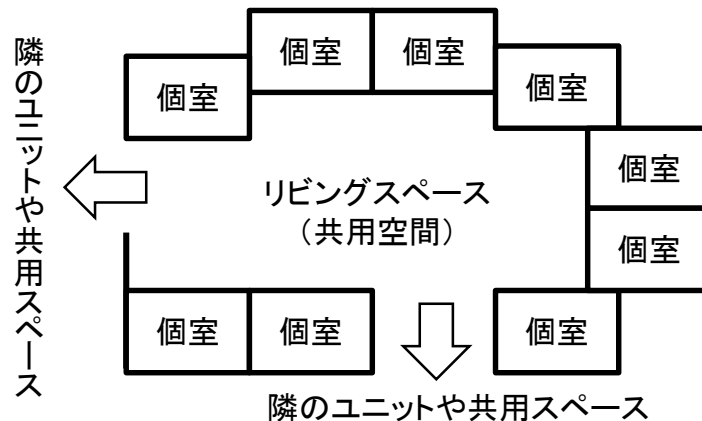
- 多床室（既設）の介護報酬：847単位（要介護5）
- 看護・介護職員1人当たり利用者数：平均2.2人（令和2年）\*



## ユニット型個室

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

- ※ 入居者一人ひとりの個性や生活リズムを尊重
- ※ リビングスペースなど、在宅に近い居住空間
- ※ なじみの人間関係(ユニットごとに職員を配置)



# 特別養護老人ホームの重点化

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

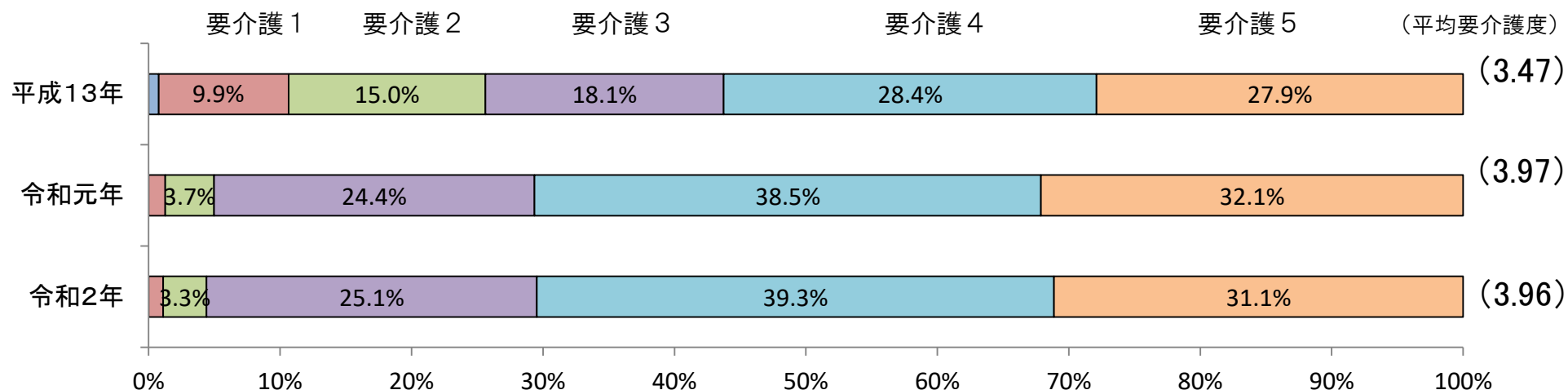
○ 他方で、要介護1・2の方についても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、特例的に、入所することが可能。

【 要介護1・2の特例的な入所が認められる要件（勘案事項） 】

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

## 要介護度別の特養入所者の割合

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



※介護給付費等実態統計(旧:介護給付費実態調査)年次累計

## ①介護保険法（平成9年12月17日法律第123号）（抄）

### 第8条（略）

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

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

## ②介護保険法施行規則（平成11年3月31日厚生省令第36号）（抄）

（法第8条第22項の厚生労働省令で定める要介護状態区分）

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

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

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

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



# 指定介護老人福祉施設の入所に関する指針について（高齢者支援課長通知）

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

## 施設への入所申し込み

入所判定対象者  
リスト①  
要介護3～5

入所判定対象者  
リスト②  
要介護1・2の特例入所対象者

従前通りの取扱い

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

入所判定委員会による合議

入所決定

### 【考慮事項】

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

### 【市町村の適切な関与】 ※市町村の独自の取組を妨げるものではない。

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

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

# 特別養護老人ホームの入所申込者の状況(平成31年度調査)

## 【概況】

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

(単位:万人)

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

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

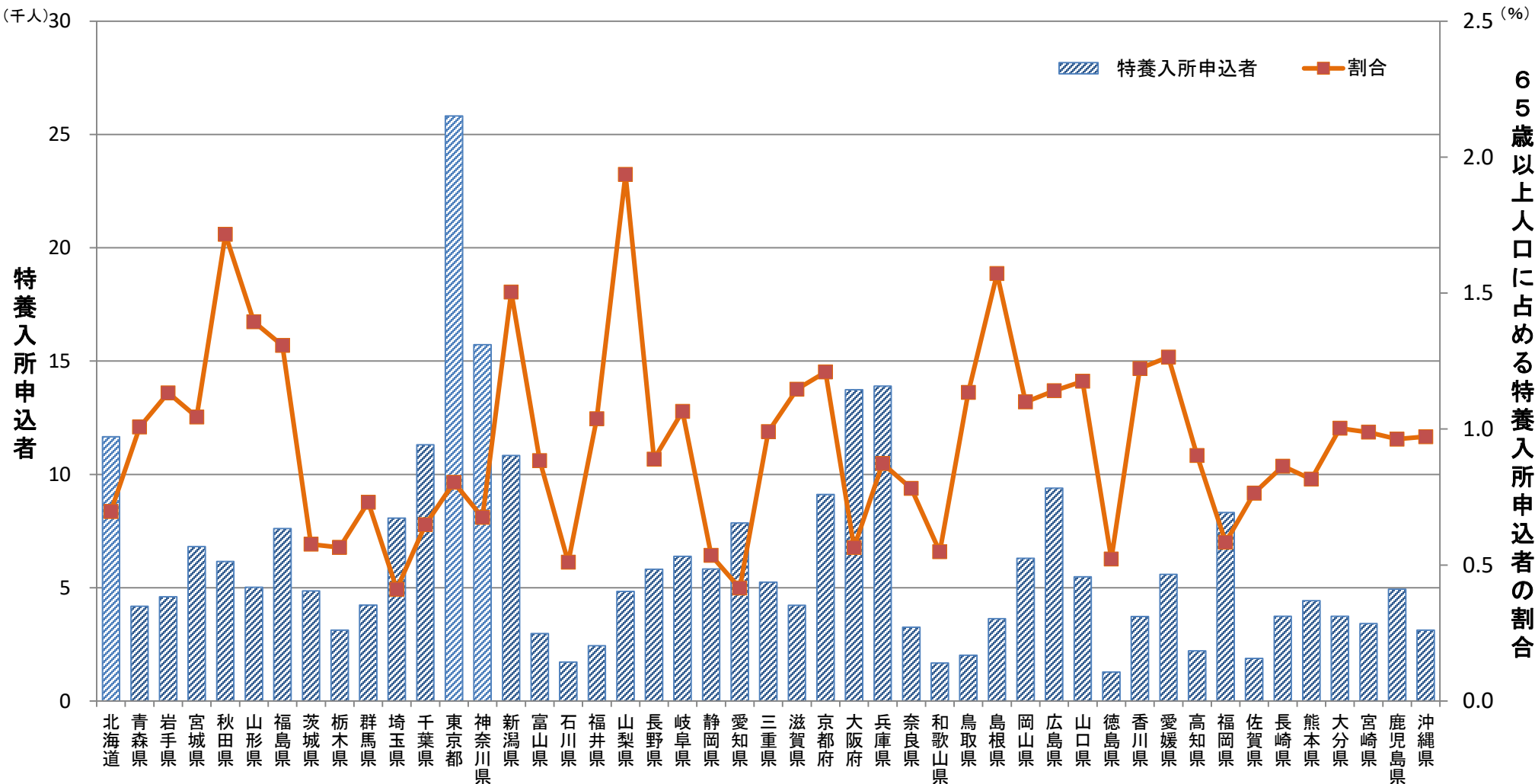
＜参考:平成28年度調査(平成28年4月1日時点)＞

(単位:万人)

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

# 65歳以上人口に占める特養入所申込者の割合

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



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

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

## 個別ケアを実現するための手法

具体的には・・・

在宅に近い居住環境で、利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿い、他人との人間関係を築きながら日常生活を営めるように介護を行う。

## その実現のためには

個性や生活のリズムを保つための個室と、ほかの利用者や地域との関係を築くためのリビングやパブリックスペース、などのハード

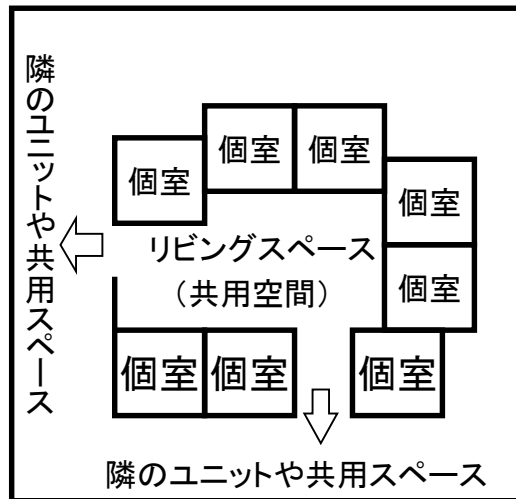
利用者一人ひとりの個性や生活のリズムを尊重したケア

小グループごとに配置された職員による、利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿ったケアの提供、というソフト

## ユニット型施設の例

### ハードウェアとソフトウェア 双方で対応:

- 在宅に近い居住環境  
(個室と共用空間)
- ユニットごとに職員を配置  
(生活単位と介護単位の一一致)



### 認知症高齢者ケアにも有効

- 小規模な居住空間
- 家庭的な雰囲気
- なじみの人間関係

- 在宅に近い居住環境
- 入居者一人一人の個性や生活のリズムに沿う
- 他人との人間関係を築く

# ユニット型施設創設後の経緯等について

## 1. 新型特養(全室個室・ユニットケアが特徴)に対する施設整備補助・既存施設の改修補助を創設(平成14年)

※ 全国高齢者保健福祉・介護保険関係主管課長会議(平成14年2月12日(火))資料においては、新型特養の整備を優先採択する旨、今後整備する特養については、全室個室・ユニットケアを原則としていく旨が示されている。

## 2. 「小規模生活単位型」の施設基準及び報酬の創設(平成15年)

「小規模生活単位型」は、4人部屋主体の居住環境を抜本的に改善し、集団処遇型ケアを個人の自立的生活を支援するケアに転換していくもの。その特徴として、ユニットケアがあげられている。全室個室が原則で、おおむね10人以下をひとつのユニットとした。

## 3. ユニット型個室・ユニット型準個室の創設(平成17年10月)

特養における小規模生活単位型がユニット型個室とユニット型準個室に切り分けられた。併せて、老健・療養病床にもユニット型個室・ユニット型準個室が設けられた。

※ 準個室について

準個室については、既存施設の構造・設備上の制約から、完全な個室への改修が容易ではない場合がありうることから、個室に準ずる居室として設けられたもの。あくまで既存施設の改修においてのみ許容されるものであり、新設の小規模生活単位型特別養護老人ホームには該当しないこととされている。

(平成15年度老健事業 既存特別養護老人ホームでのユニットケア導入のための改修モデルに関する調査研究)

## 4. ユニット化70%目標について

平成18年改定に合わせ設定。当時は介護保険三施設を統合するという議論があったことから、三施設あわせたユニット化率目標は50%と設定された一方で、住まいである特養については、より高い目標を求める必要があったことから、70%という目標が設定された。

## 5. 「ユニット型準個室」を「ユニット型個室的多床室」に名称変更(平成30年4月)

平成30年改定において、「ユニット型準個室」を「ユニット型個室的多床室」へと名称の変更をおこなった。

## 6. 1ユニットあたりの入居定員の見直し(令和3年4月)

令和3年改定において、基準省令において定めるユニット型施設の1ユニットあたりの入居定員を、「原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないもの」と改め、ユニットの入居定員規模の見直しを行った。

## 7. ユニット型個室的多床室の新設の禁止(令和3年4月)

ユニット型施設の居室類型の一つである「ユニット型個室的多床室」の新たな整備を感染症等の観点から廃止し、現に存する「ユニット型個室的多床室」は経過措置とした。

# ユニット型個室の整備の方針について

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

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

## <介護老人福祉施設の個室ユニット化率(定員数)の推移>

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

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

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

# 新築された特別養護老人ホームの定員数の推移

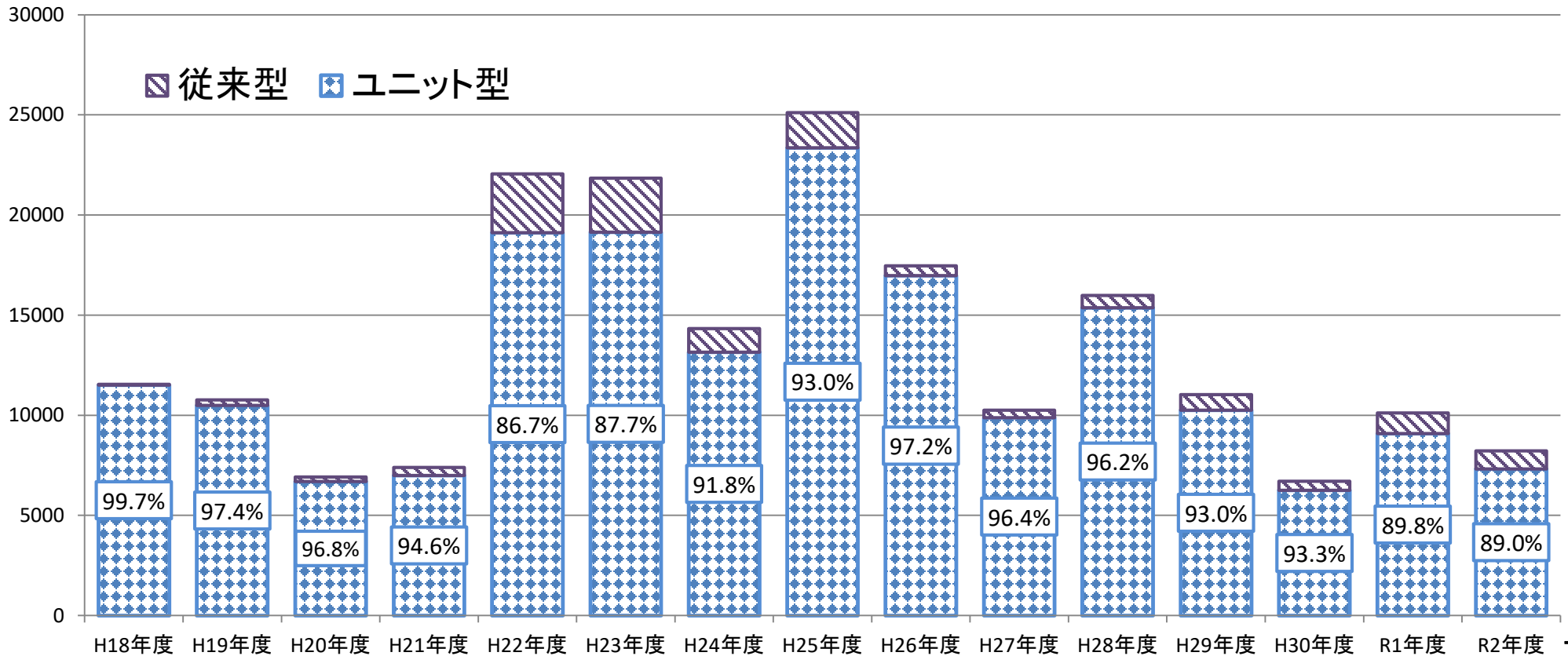
○近年新築された特別養護老人ホームについては、その多くがユニット型となっている。

(単位:人)

	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度
従来型 (定員数)	40	281	218	401	2,941	2,694	1,182	1,753	492	374	614	777	449	1,036	903
ユニット型 (定員数)	11,505	10,486	6,694	6,997	19,117	19,140	13,151	23,358	16,967	9,873	15,370	10,252	6,249	9,082	7,322
定員数合計	11,545	10,767	6,912	7,398	22,058	21,834	14,333	25,111	17,459	10,247	15,984	11,029	6,698	10,118	8,225

※ 福祉医療機構に対し、特別養護老人ホームの新築に対する融資の申込みのあったものに限る。

(単位:人)



# 「ユニット型」の介護老人福祉施設について

- 「ユニット型介護老人福祉施設」については、ユニットケアを実践する上で不可欠である、①個室と共同生活空間と  
いった「ハード面」での整備と、②ユニットごとの手厚い職員配置などにより介護を行うといった「ソフト面」での取組を  
実施する観点から、その他の介護老人福祉施設と基準や報酬の取扱いに差を設けている。

「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」のうち「ユニット型介護老人福祉施設」にのみ係るもの（例）

（設備）

第四十条 一 ユニット

イ（２）居室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。ただし、一のユニットの入居定員は、原則としておおむね十人以下とし、十五人を超えないものとする。

ロ（１）共同生活室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有すること。

（２）一の共同生活室の床面積は、二平方メートルに当該共同生活室が属するユニットの入居定員を乗じて得た面積以上を標準とすること

（勤務体制の確保等）

第四十七条

２ 前項の従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮する観点から、次の各号に定める職員配置を行わなければならない。

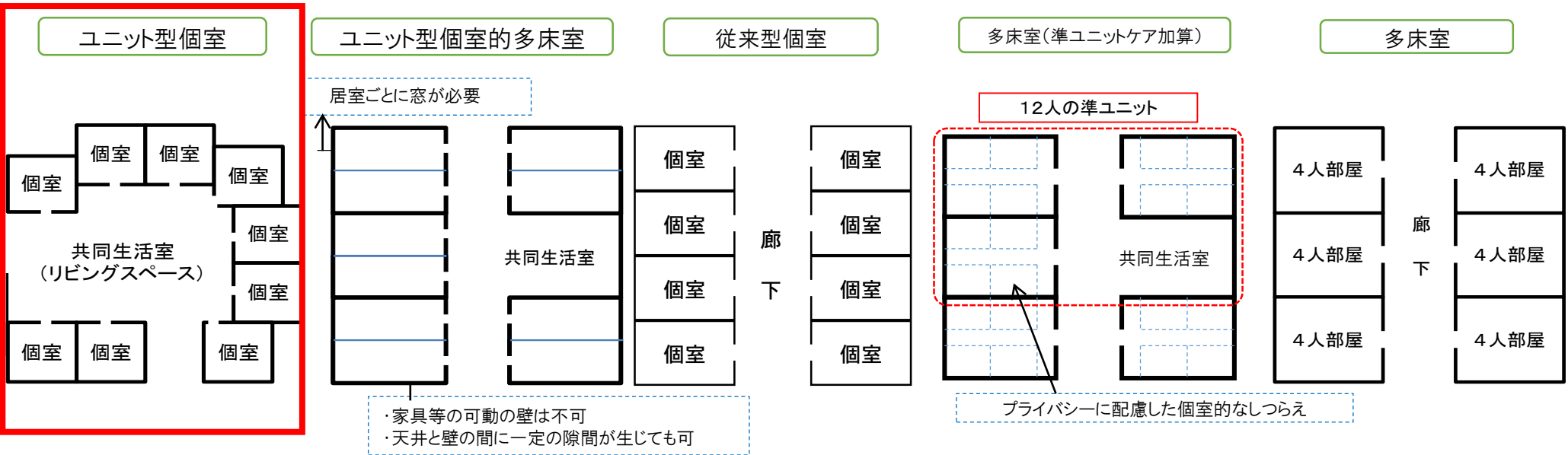
一 昼間については、ユニットごとに常時一人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。

二 夜間及び深夜については、二ユニットごとに一人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること

三 ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。



# 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の居室類型



	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室	多床室(準ユニットケア加算)	多床室
基準省令上の分類	ユニット型介護老人福祉施設		介護老人福祉施設		
居室環境	個室 + 共同生活室	個室的多床室 + 共同生活室	個室	プライバシーに配慮した個室的なしつらえ + 共同生活室	4人部屋
人員配置	3:1 + ユニットごとに1人以上の介護・看護職員を配置		3:1	3:1 + ユニットごとに1人以上の介護・看護職員を配置	3:1
介護報酬(要介護5)	929単位/日	929単位/日	847単位/日	847単位/日 + 準ユニットケア加算: 5単位/日	847単位/日
補足給付(第2段階)	6.4万円/月 (居住費・食費) ※光熱水費を含む		5.2万円/月 (居住費・食費) ※光熱水費を含む	4.4万円/月 (居住費・食費) ※光熱水費を含む	4.4万円/月 (居住費・食費) ※光熱水費を含む
利用者負担(第2段階)	5.1万円/月	4.1万円/月	3.9万円/月	3.8万円/月	3.8万円/月
入所者全体に占める割合 (H29.10介護給付費実態調査)	約43.0%	約0.2%	約6.7%	約0.4%	約49.6%

# 介護老人保健施設の概要

## 〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正前（介護保険法第8条第28項）

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

## 〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正後（介護保険法第8条第28項）

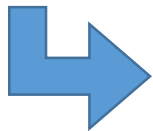
＜平成29年6月2日公布、平成30年4月1日施行＞

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

### (基本方針)

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

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



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

# 介護老人保健施設の基準

## 必要となる人員・設備等

介護老人保健施設においてサービスを提供するために必要な人員・設備等は次の通り。

### ・ 人員

医師	1以上、100対1以上
薬剤師	実情に応じた適当数 (300対1を標準とする)
看護・介護職員	3対1以上、 うち看護は2/7程度
支援相談員	1以上、100対1以上
理学療法士、 作業療法士 又は言語聴覚士	100対1以上
栄養士	入所定員100以上の場合、1以上
介護支援専門員	1以上 (100対1を標準とする)
調理員、事務員 その他の従業者	実情に応じた適当数

### ・ 施設及び設備

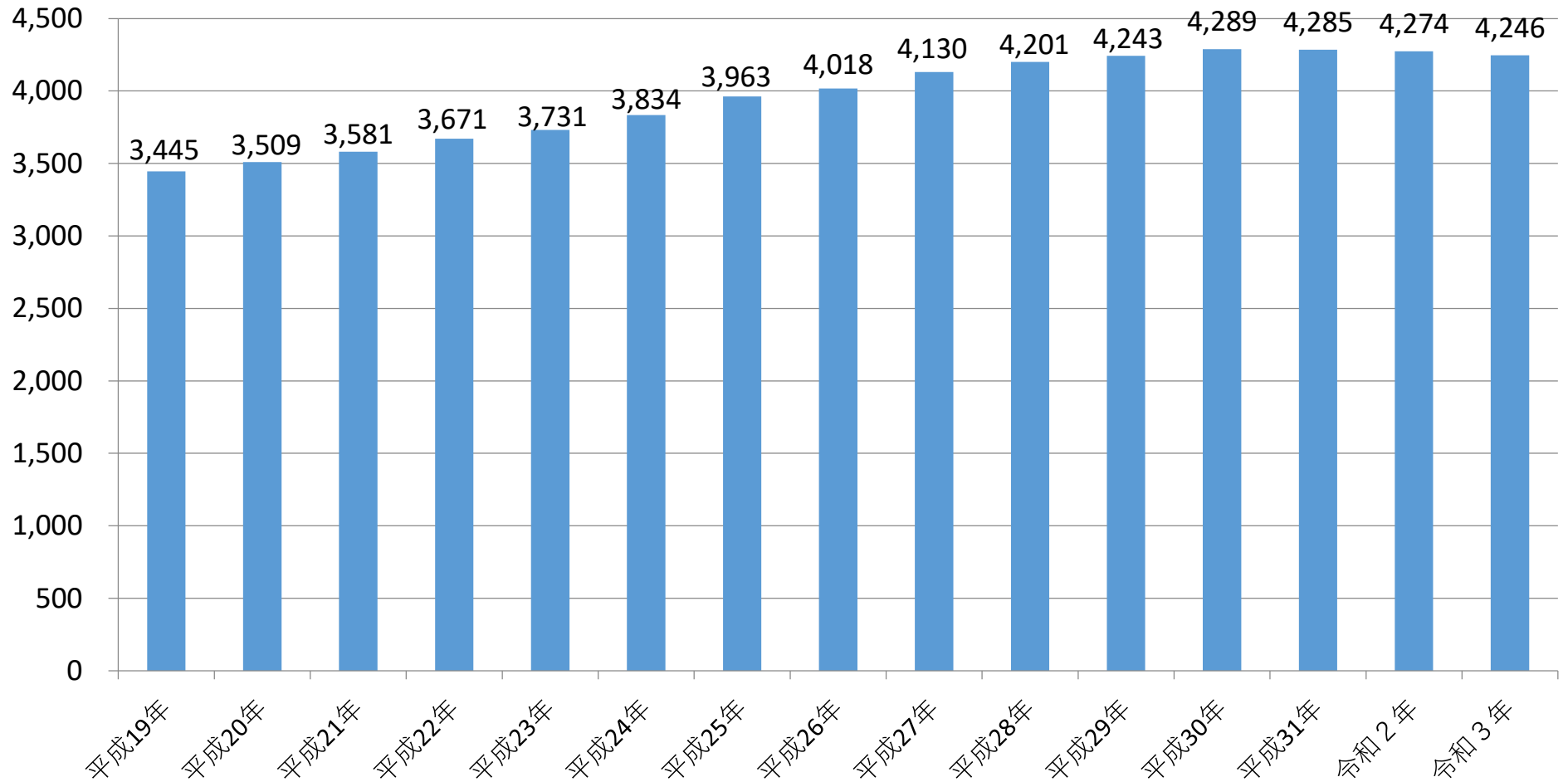
療養室	1室当たり定員4人以下、 入所者1人当たり8㎡以上
機能訓練室	1㎡×入所定員数以上
食堂	2㎡×入所定員数以上
廊下幅	1.8m以上 (中廊下は2.7m以上)
浴室	身体の不自由な者が入浴する のに適したもの 等

ユニット型介護老人保健施設の場合、上記基準に加え、

- ・共同生活室の設置
- ・療養室を共同生活室に近接して一体的に設置
- ・1のユニットの定員はおおむね10人以下
- ・昼間は1ユニットごとに常時1人以上、  
夜間及び深夜は2ユニットごとに1人以上の  
介護職員又は看護職員を配置
- ・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等

# 介護老人保健施設の請求事業所数

○ 請求事業所数は、令和3年4月時点で4,246事業所であった。



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。  
※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

# 介護医療院の概要

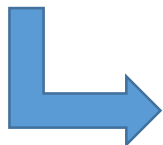
(定義) (介護保険法第8条第29項)

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

(基本方針)

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

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



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設

(参考1) 介護老人福祉施設の定義

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

(参考2) 介護老人保健施設の定義

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

# 人員に関する基準

I型は介護療養病床(機能強化型A・B)を、II型は介護老人保健施設を参考に設定

	介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】		介護医療院				介護老人保健施設		
	指定基準	報酬上の基準	I型介護医療院		II型介護医療院		指定基準	報酬上の基準	
			指定基準	報酬上の基準	指定基準	報酬上の基準			
人員基準 (雇用人員)	医師	48 : 1 (病院で3以上)	-	48 : 1 (施設で3以上)	-	100 : 1 (施設で1以上)	-	100 : 1 (施設で1以上)	-
	薬剤師	150 : 1	-	150 : 1	-	300 : 1	-	300 : 1	-
	看護職員	6 : 1	6 : 1 うち看護師 2割以上	6 : 1	6 : 1 うち看護師 2割以上	6 : 1	6 : 1	3 : 1 (看護2/7)	[従来型・強化型] 看護・介護 3 : 1
	介護職員	6 : 1	5 : 1 ~ 4 : 1	5 : 1	5 : 1 ~ 4 : 1	6 : 1	6 : 1 ~ 4 : 1		[介護療養型] <sup>(注3)</sup> 看護 6 : 1、 介護 6 : 1 ~ 4 : 1
	支援相談員							100 : 1 (1名以上)	-
	リハ専門職	PT/OT : 適当数	-	PT/OT/ST : 適当数	-	PT/OT/ST : 適当数	-	PT/OT/ST : 100 : 1	-
	栄養士	定員100以上で 1以上	-	定員100以上で 1以上	-	定員100以上で 1以上	-	定員100以上で 1以上	-
	介護支援 専門員	100 : 1 (1名以上)	-	100 : 1 (1名以上)	-	100 : 1 (1名以上)	-	100 : 1 (1名以上)	-
	放射線技師	適当数	-	適当数	-	適当数	-		
	他の従業者	適当数	-	適当数	-	適当数	-	適当数	-
医師の宿直	医師 : 宿直	-	医師 : 宿直	-	-	-	-	-	

注1 : 数字に下線があるものは、医療法施行規則における基準を準用

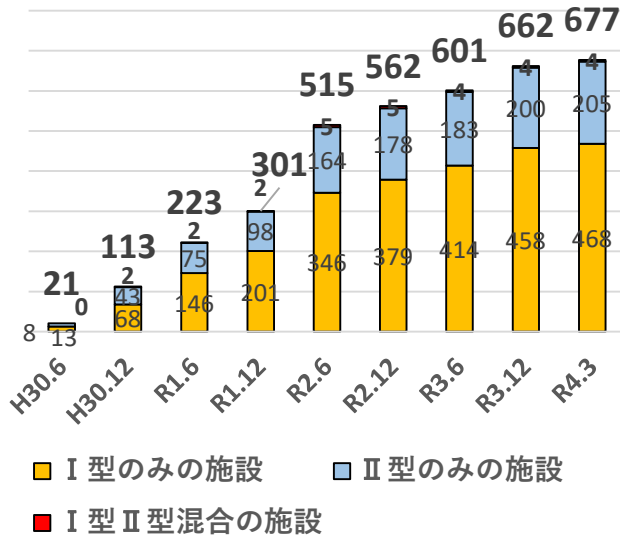
注2 : 背景が緑で示されているものは、病院としての基準

注3 : 基準はないが、想定している報酬上の配置。療養体制維持特別加算で介護 4 : 1 となる。

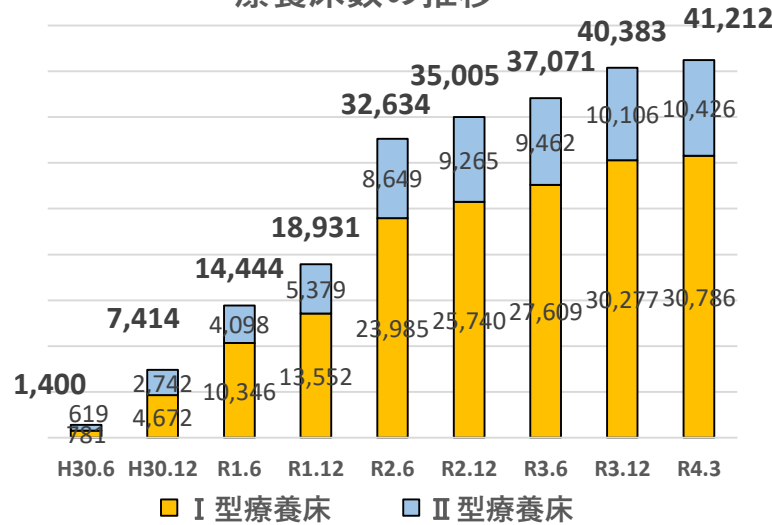
# 介護医療院等(開設状況)について

○ 令和4年3月末時点での介護医療院開設数は、677施設、41,212療養床であった。

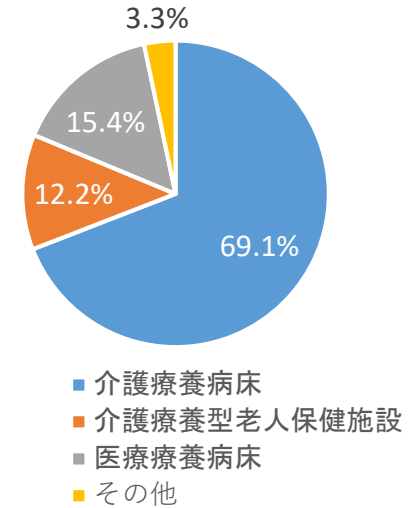
### 施設数の推移



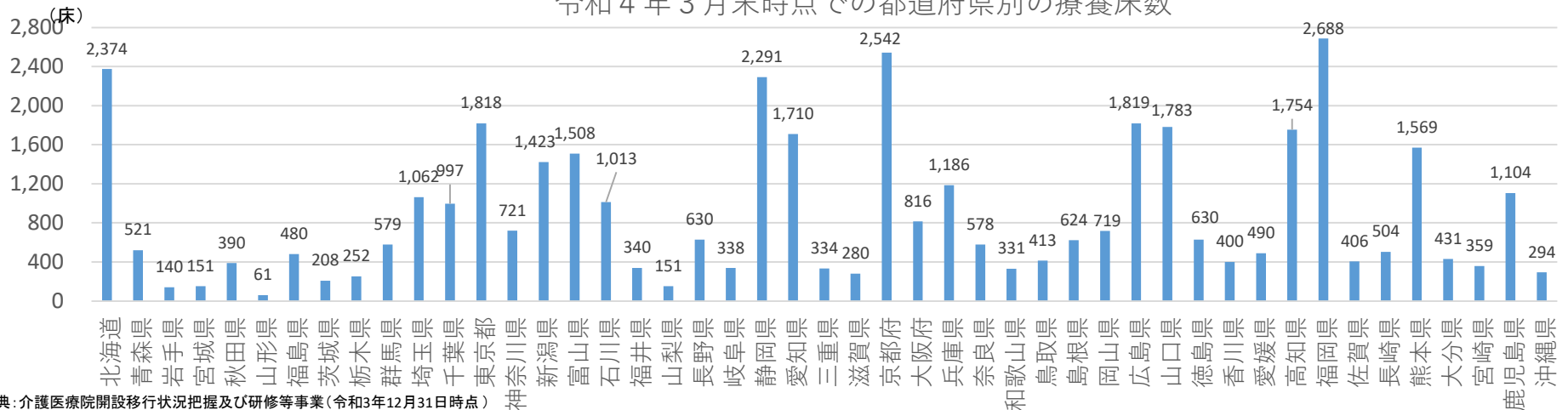
### 療養床数の推移



### 転換元の病床割合 (令和4年3月末時点)



### 令和4年3月末時点での都道府県別の療養床数



出典：介護医療院開設移行情況把握及び研修等事業(令和3年12月31日時点)

## 施設入所者に対する医療提供

ひと、暮らし、みらいのために

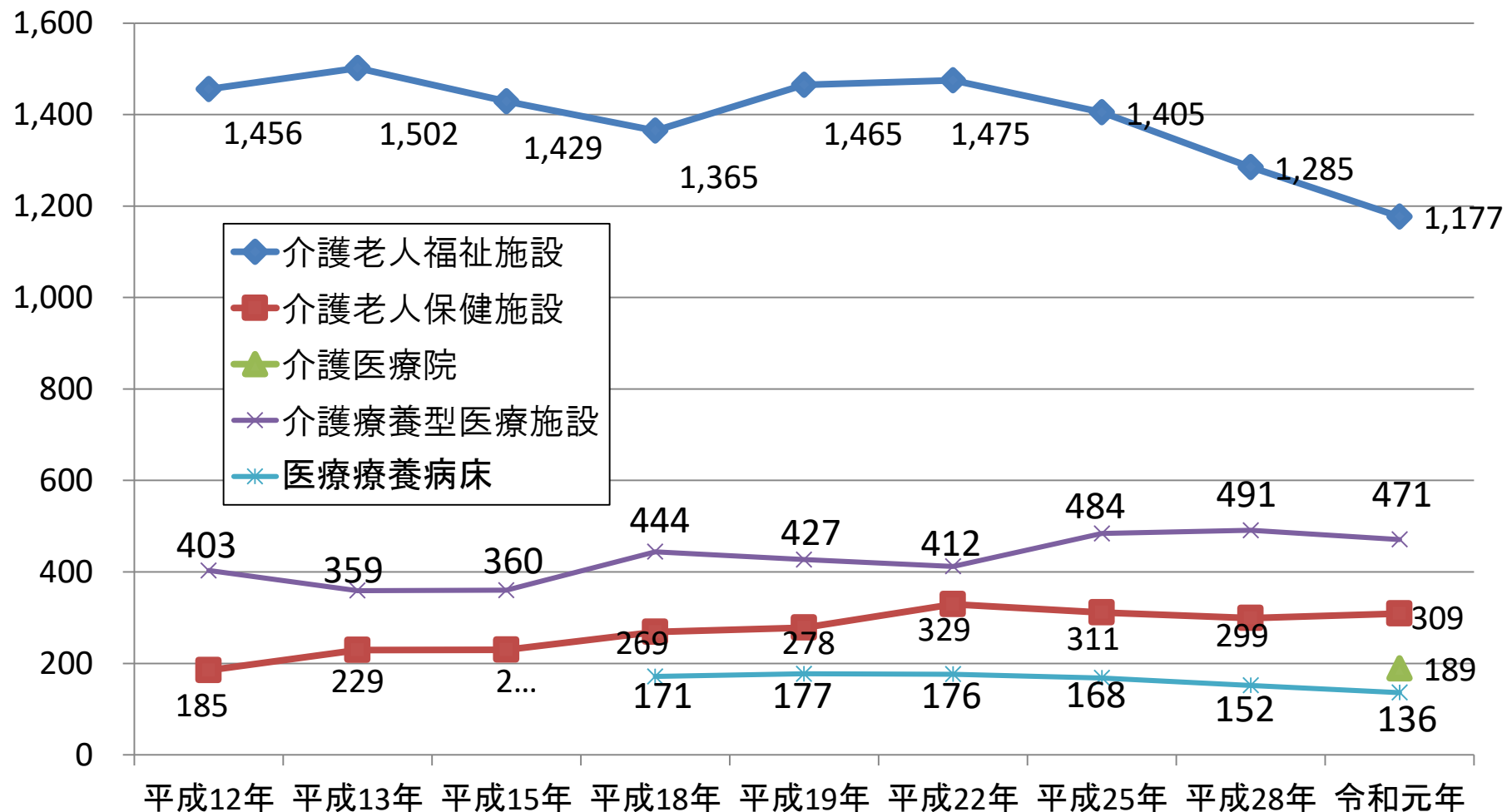




# 介護保険施設の比較

		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 <b>生活施設</b> ※H27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等 を提供し、 <b>在宅復帰、在宅 療養支援を行う施設</b>	要介護高齢者の <b>長期療養・ 生活施設</b>	医療の必要な要介護高齢者 のための <b>長期療養施設</b>
定義		特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う	主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である要介護者に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行う	主として長期にわたり療養が必要である要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行う	療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行う
主な設置主体		社会福祉法人（約95%）	医療法人（約75%）	医療法人（約92%）	医療法人（約83%）
施設数（R2.10）		10,621件	4,249件	535件	528件
利用者数（R2.10）		627,000人	358,300人	33,700人	18,000人
居室面積・定員数 （従来型）	面積/人	10.65㎡以上	8㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
	定員数	原則個室	4人以下	4人以下	4人以下
「多床室」の割合		20.7%	54.1%	74.1%	78.0%
平均在所（院）日数		1,177日	310日	189日	472日
平均要介護度		4.0	3.2	4.2	4.3
障害高齢者の日常生活自立度別の入所者割合		自立：0.5% J：1.9% A：20.6% B：52.5% C：24.5%	自立：0.3% J：1.9% A：28.9% B：53.1% C：14.9%	自立：－ J：0.2% A：3.4% B：29.5% C： 57.3%	－
低所得者の割合		68.6%	52.5%	50.1%	50.0%
医師の配置基準		必要数（非常勤可）	1以上 / 100：1以上	I型：3以上 / 48：1以上 II型：1以上 / 100：1以上	3以上 / 48：1以上
医療法上の位置づけ		居宅等	医療提供施設	医療提供施設	病床

# 平均在所・在院日数

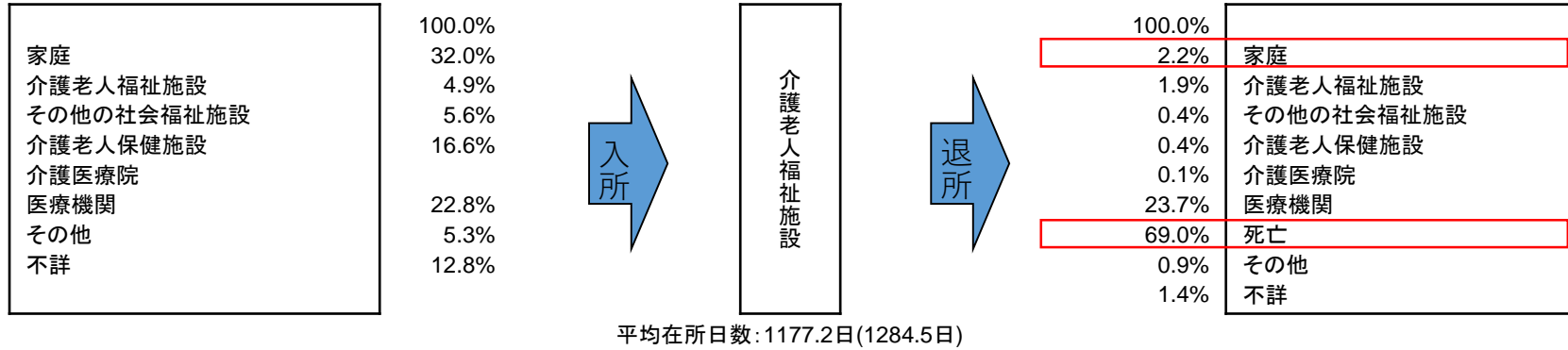


注：平均在所日数の調査が行われた年度を記載。

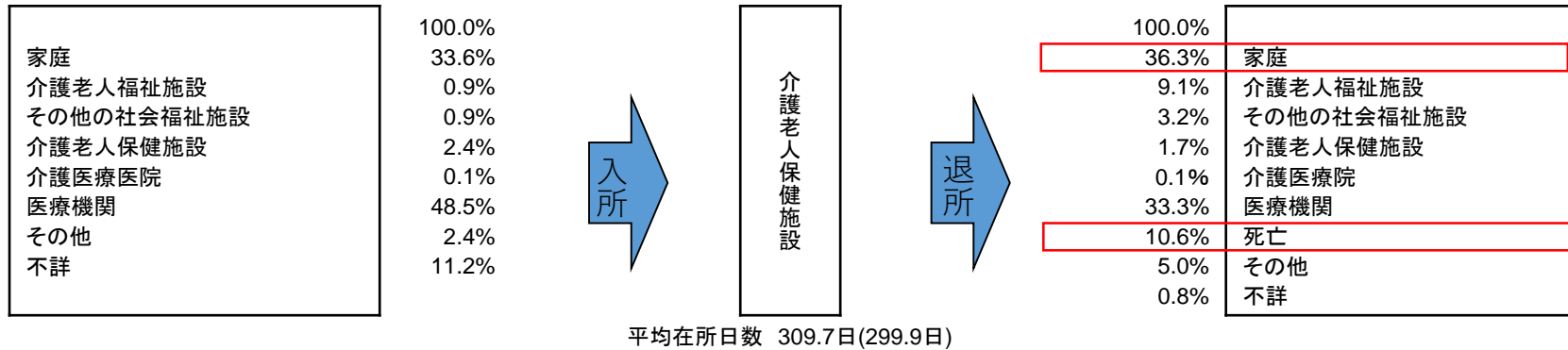
出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」，病院報告（令和元年、平成28年、平成25年、平成22年、平成19年、平成18年）

# 介護保険施設における入所者・退所者の状況

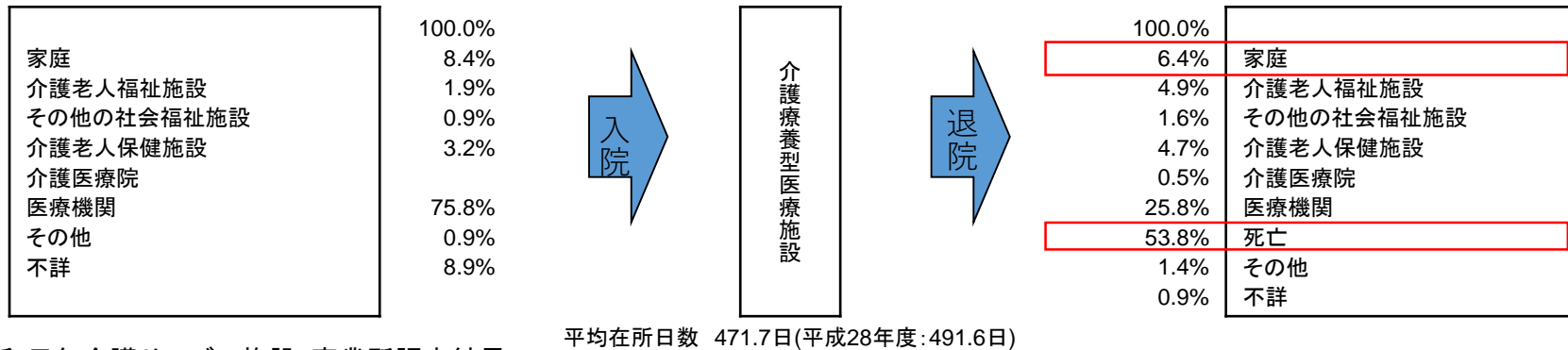
(退所者数:8,018人)



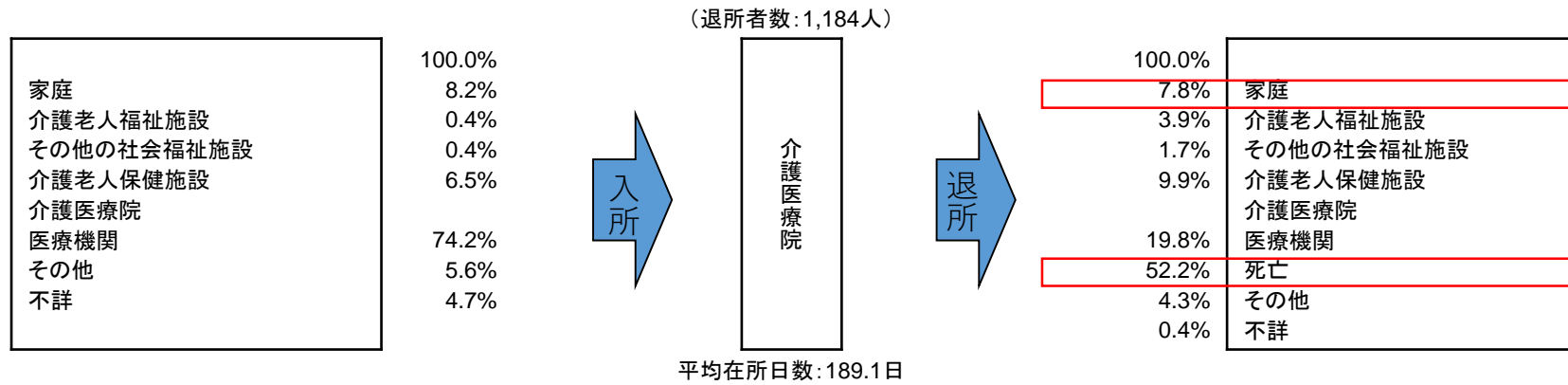
(退所者:23,106人)



(退所者:1,590人)



# 介護保険施設における入所者・退所者の状況



# 介護保険と医療保険の給付調整のイメージ

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

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

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

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

# 介護老人福祉施設の基準

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

## ○人員基準

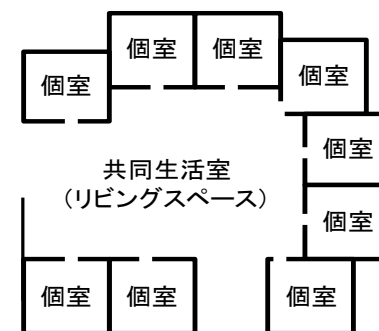
医師	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
生活相談員	入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上
介護職員 又は看護職員	入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上
栄養士 又は管理栄養士	1以上
機能訓練指導員	1以上
介護支援専門員	1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする）

## ○設備基準

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

ユニット型介護老人福祉施設の場合、上記基準に加え、以下が必要

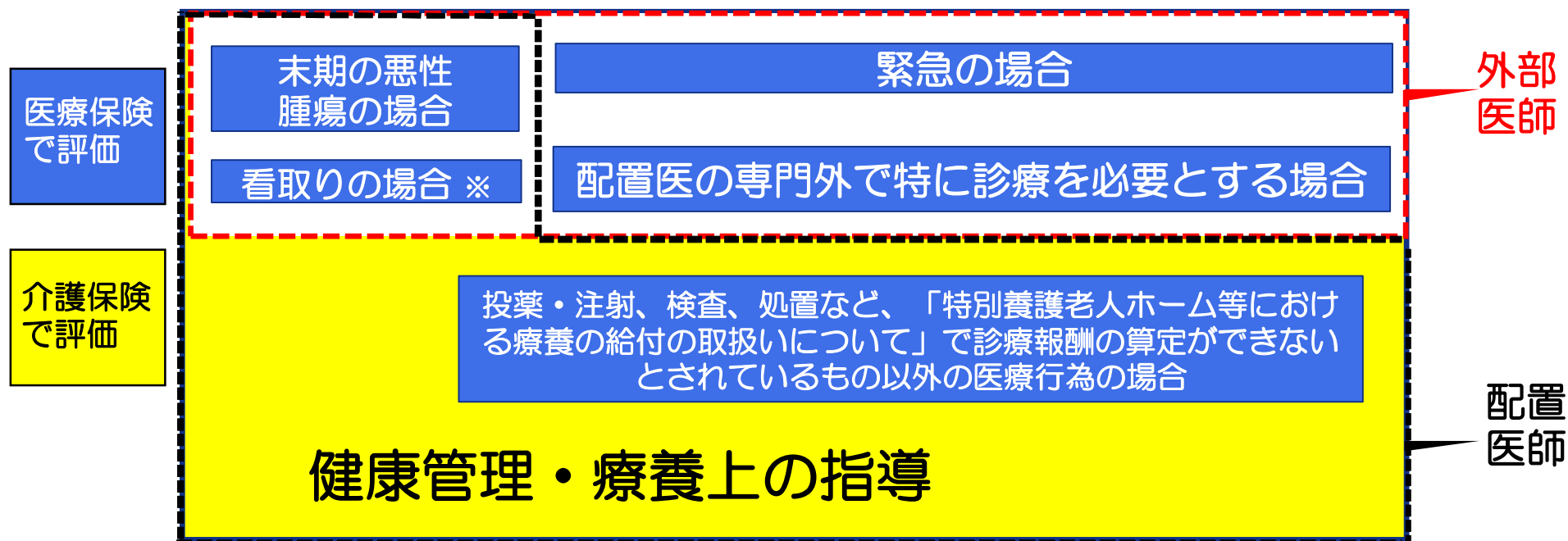
- ・ 共同生活室の設置
- ・ 居室を共同生活室に近接して一体的に設置
- ・ 1のユニットの定員は原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないもの
- ・ 昼間は1ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員、夜間は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ・ ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等



# 介護老人福祉施設における医療の提供について

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

医療保険・介護保険の役割のイメージ



※ 在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限る。

# 介護老人福祉施設における医療の提供に関するこれまでの取組

## 令和3年度介護報酬改定

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

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

## 特別養護老人ホームにおける医療提供の実態把握（老人保健健康増進等事業）

特別養護老人ホームにおける医療について、以下の調査を実施。

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



# 特別養護老人ホームにおける医療処置の提供者

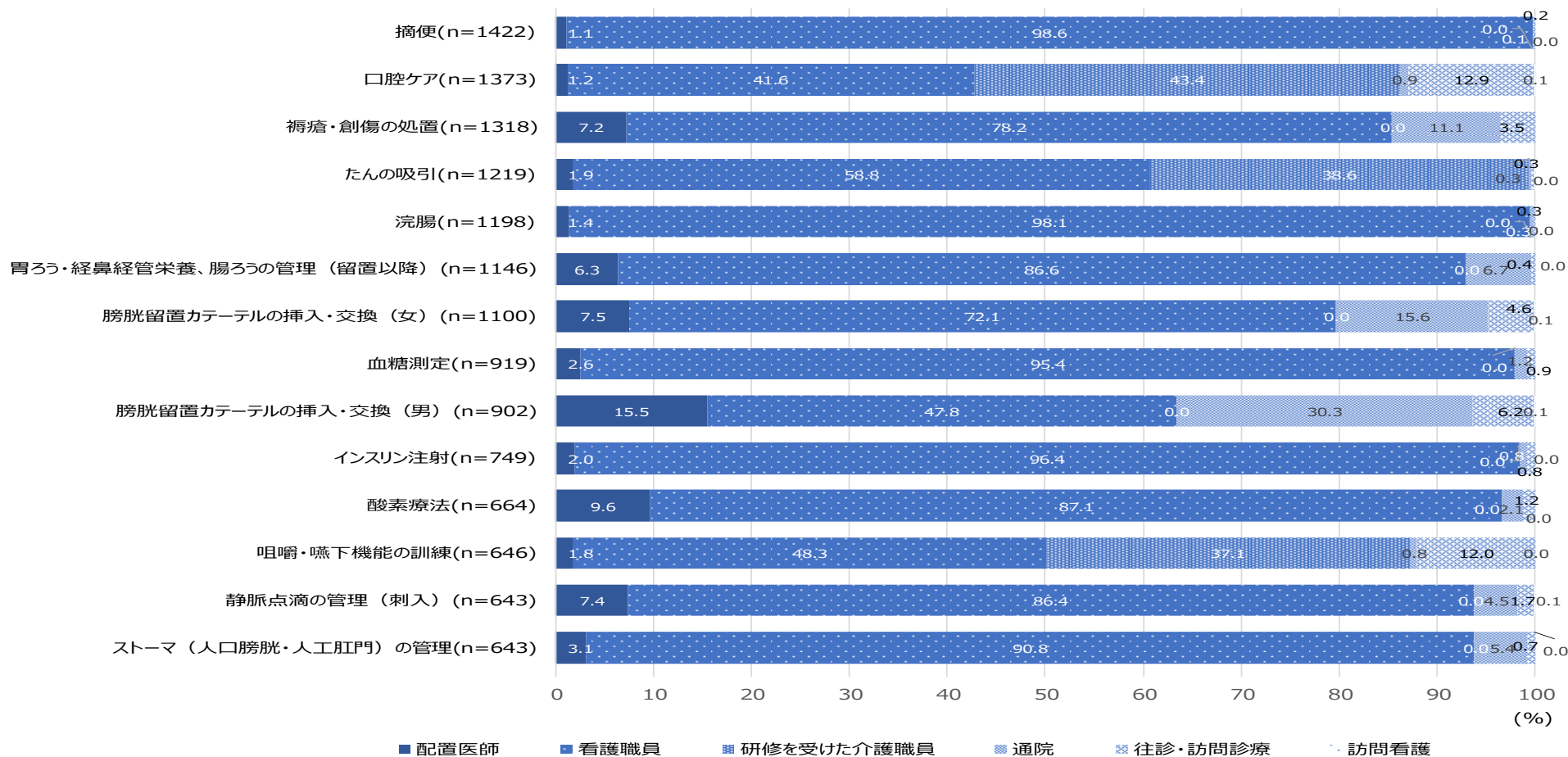
(「特別養護老人ホームにおける医療ニーズに関する調査研究事業」(令和3年度)より)

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

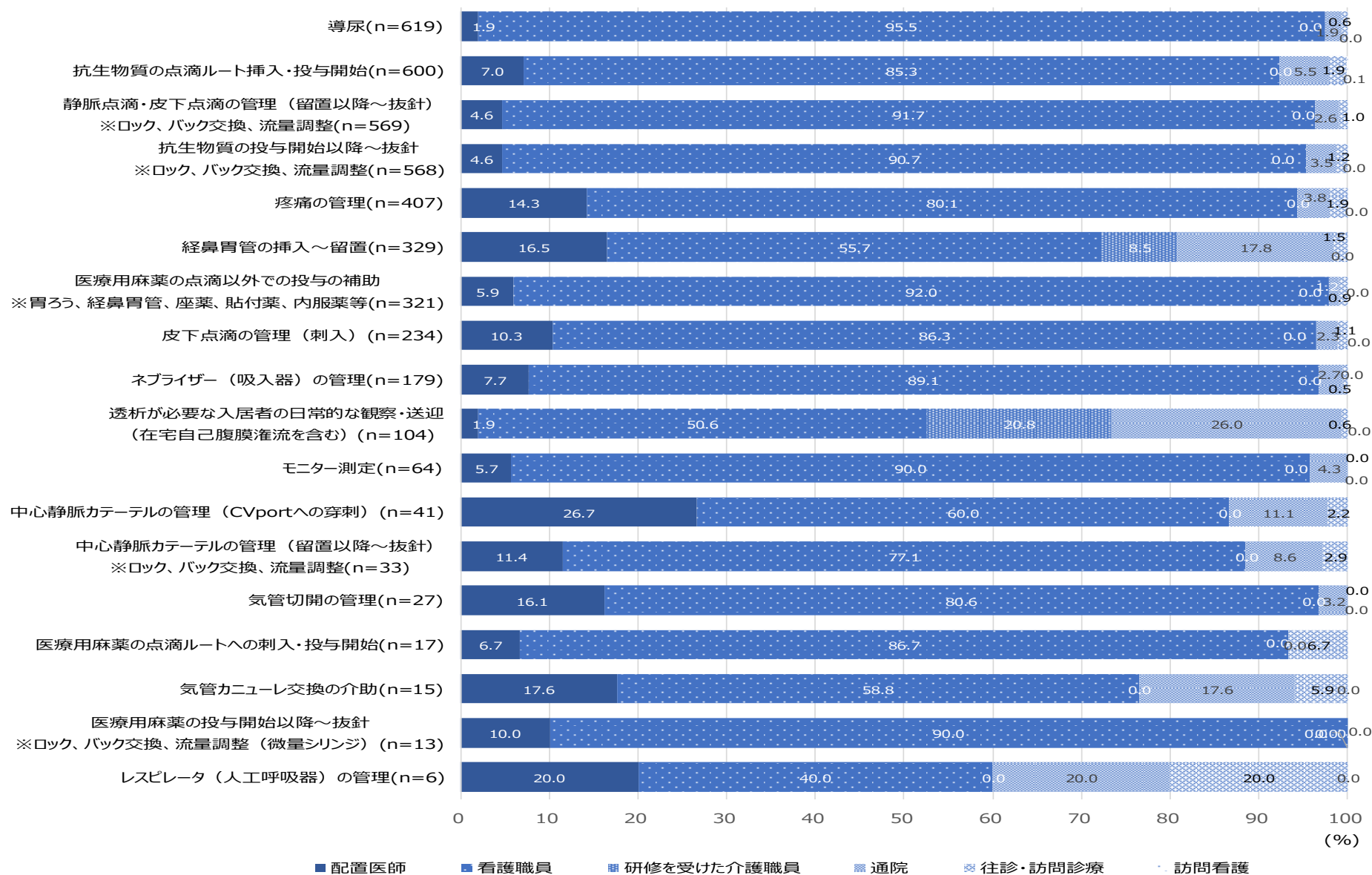
- 全ての医療処置において看護職員が提供する割合が高く、研修を受けた介護職員では、「口腔ケア」(43.4%)、「たんの吸引」(38.6%)、「咀嚼・嚥下機能の訓練」(37.1%)の割合が高い。
- 一定の医療処置について、看護職員をはじめとする施設の職員が果たす役割が見てとれる。

n=①で「いる」と回答したサンプル数

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



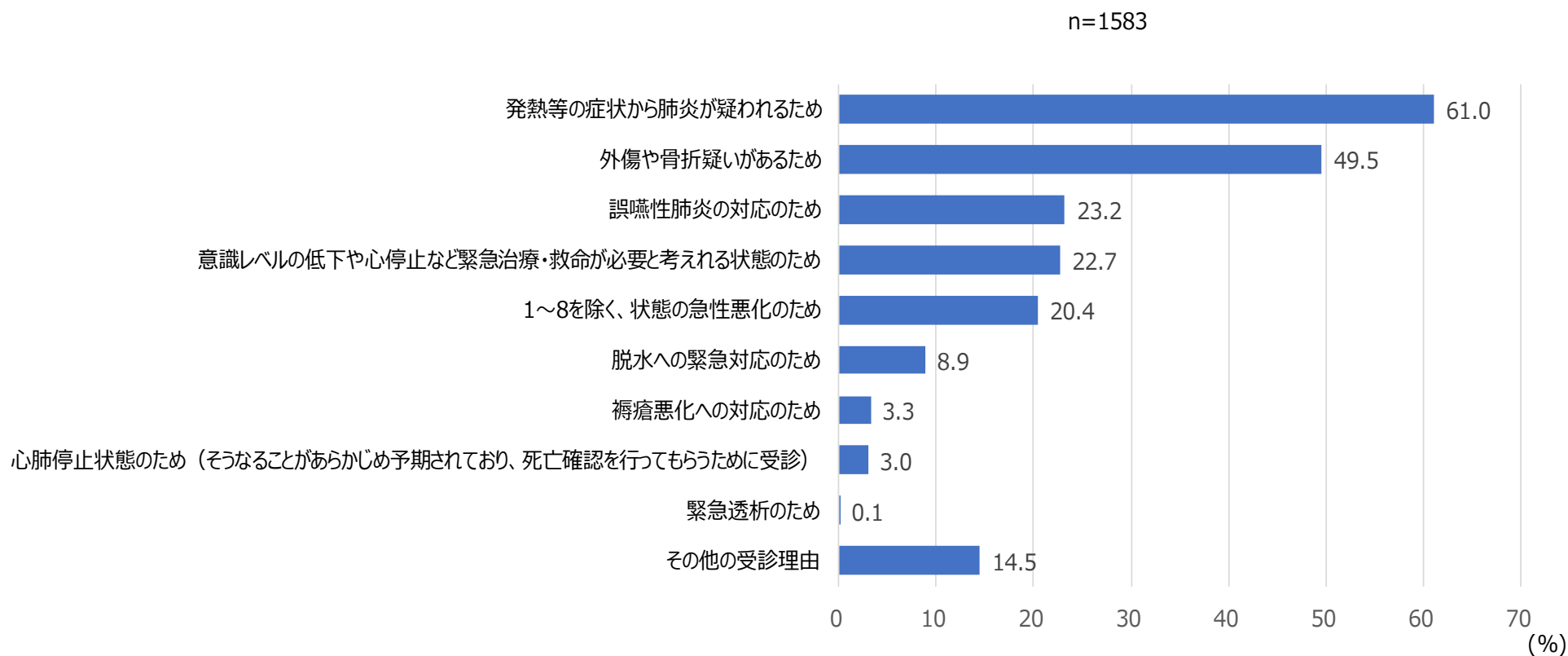
# 特別養護老人ホームにおける医療処置の提供者（続き）



# 特別養護老人ホームにおける外部医療機関等の緊急的な受診理由

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

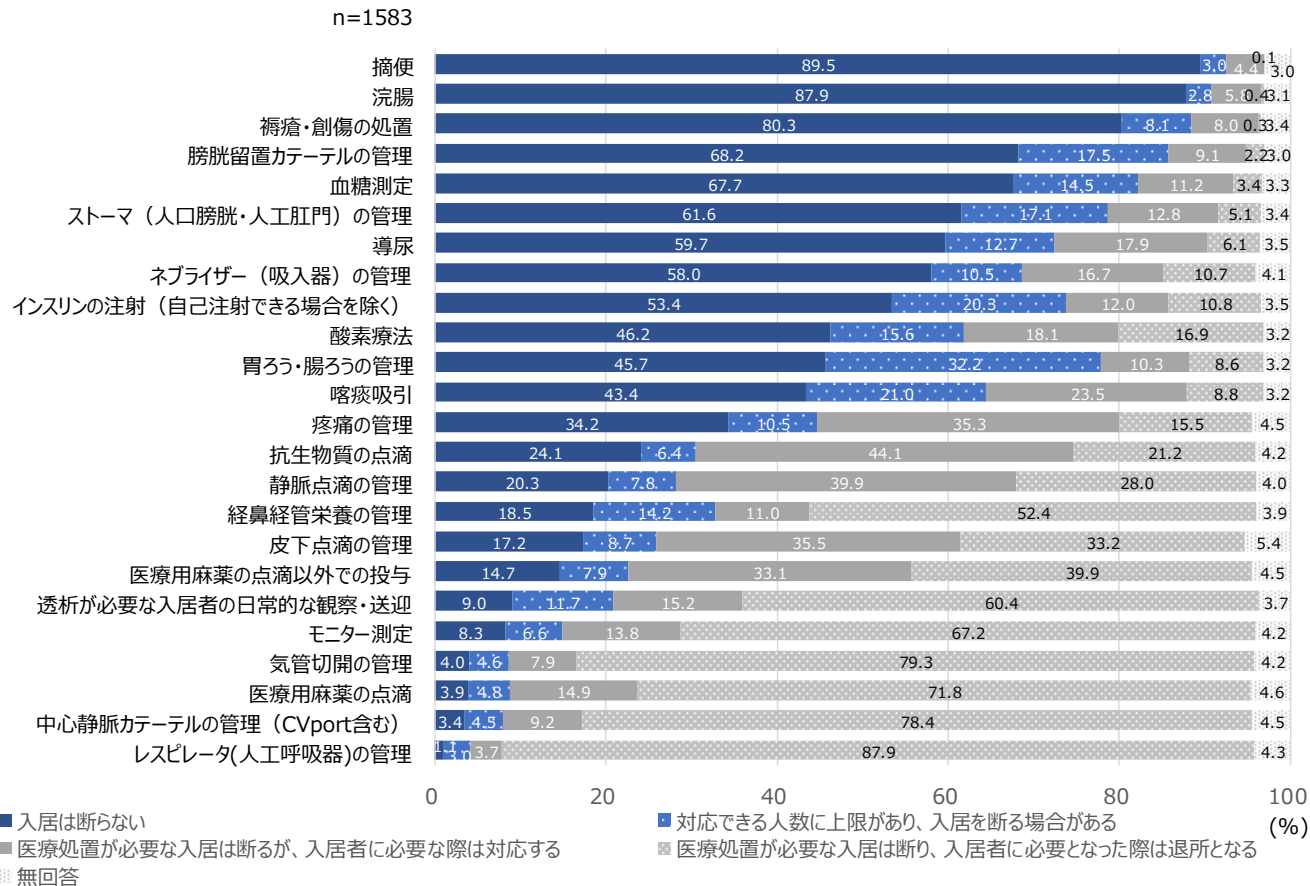
- 緊急的な受診理由では、「発熱等の症状から肺炎が疑われるため」が最も多く61.0%。「外傷や骨折疑いがあるため」（49.5%）、「誤嚥性肺炎の対応」（23.2%）が続く。
- 施設での対応が難しいケースに対しては、外部の医療機関等を活用することにより対応していることが見てとれる。



# 特別養護老人ホームにおける医療処置の提供方針

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

- 「摘便」、「浣腸」、「褥瘡・創傷の処置」においては8割以上の施設が、「入所は断らない」としている一方、「医療用麻薬の点滴以外での投与」、「透析が必要な入所者の日常的な観察・送迎」などでは、7割以上の施設が「入所を断る」としている。
- 一定の医療処置について、提供方針は施設ごとにばらつきがあることが見てとれる。



# ヒアリングから得られた示唆

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

- 入所者が入院することによるリロケーションダメージを懸念して、一時的な抗生剤の投与、保液を目的とした点滴は施設で行っても良いのではないかという意見が複数あった。
- 一方で、経営的な観点、職員負荷を軽減する観点から医療処置の提供を最小限とする方針の施設もあり、そのため、地域の協力病院との連携に特に配慮している意見もあった。

※ 調査研究事業において、特別養護老人ホーム9施設のヒアリングを行った結果をとりまとめたもの。

<b>看護職員の役割</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>施設で行う医療処置の全般を看護職員が実施している施設が多かった。</li><li>また、医療的な視点で日常観察をするスキルを介護職に指導する役割を担っている施設が多かった。</li><li>なお、介護リーダー等のスキルが十分でないため、介護ケアについても看護職が指導的な立場を担っており、施設の考える本来業務に専念できない環境にある施設もあった。</li><li>外来受診時の付き添いは看護職員が担っている施設が多かった。（外来診察時の説明の理解度、本人の状況を医学的に説明することを期待）</li></ul>
<b>配置医師の役割</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>医師については、定期的な健康管理、看取りの判断、家族への説明等が実施されていた。</li><li>専門外来や入院受入れ先病院との調整を配置医師が行うケースもあった。</li><li>急変による看取りの際に速やかにかけつけることや、家族や施設職員への説明も実施してほしい（看護職員からの説明よりも家族が安心する）という意見もあった。</li></ul>
<b>医療職（外部含む）と介護職員の連携状況</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>医療職と介護職の連携では、多くの場合、ケア記録への記載と申し送り時の口頭による補足による情報共有が行われていた。</li><li>外部施設との連携では、協力病院との連携以外に、訪問看護など外部事業者を活用しているケースはなかった。なお、「そもそも外部事業者を利用できる場合があることを知らなかった」、「どのようなケースに利用できるかわからない。」という反応もあった。ただ、一部では末期がんの疼痛コントロール（PCAポンプの管理など）に訪問看護に期待する声も聞かれた。</li></ul>
<b>その他</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>入所者が入院することによるリロケーションダメージを懸念して、一時的な抗生剤の投与、保液を目的とした点滴は施設で行っても良いのではないかという意見が複数あった。</li><li>一方で、特養の包括報酬により、医療材料類はすべて施設負担になっており、また、看護職員の業務提供に対する収入も期待できないため対応が難しいという声も聞かれた。</li><li>経営的な観点、職員負荷を軽減する観点から医療処置の提供を最小限とする方針の施設もあり、そのため、地域の協力病院との連携に特に配慮している意見もあった。</li></ul>

# 調査結果等を踏まえた厚生労働省の考え方について

## 厚生労働省の考え方

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

## 5. 個別分野の取組

### <医療・介護・感染症対策>

#### （5）利用者のケアの充実が図られ専門職が力を発揮できる持続的な介護制度の構築

##### No.18 特別養護老人ホームにおける施設内の医療サービス改善

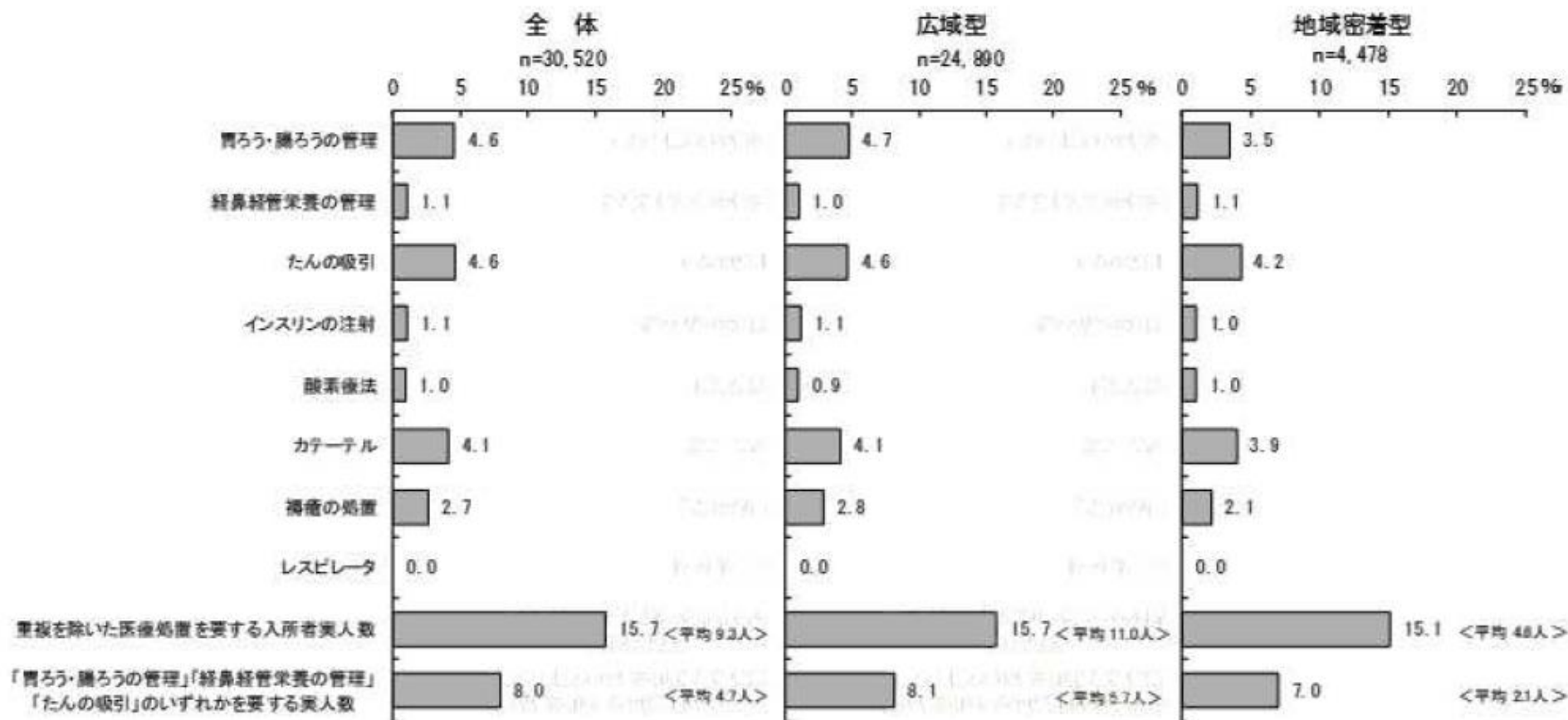
【a：令和4年度措置、b：令和5年度結論・措置】

- a 厚生労働省は、特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）における現行の配置医師（指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）第2条第1項第1号の規定等により特養に配置された医師をいう。）による医療の提供に関して、現行制度では、特養入所者の施設内における医療ニーズ（特に、特養入居者の急変時及び看取り時に要する配置医師又はその他の医師による訪問診療や往診、オンライン診療）に十分応えられておらず、当該規定において配置医師が行うこととされる「健康管理及び療養上の指導」の範囲の明確化や配置医師制度等の見直しなど所要の措置を検討すべきではないかとの指摘を踏まえ、特養における医療ニーズへの対応の在り方を検討するために、配置医師の実態（在宅療養支援診療所に所属している医師か否か、雇用実態、提供する医療の内容等）、特養における入居者の医療ニーズの具体的内容、入居者に対して現に行われている医療対応などについて必要な調査を実施する。
- b 厚生労働省は、当該調査結果を踏まえ、特養における必要な訪問診療、往診、オンライン診療について介護保険又は医療保険で適切に評価するなど、特養における医療ニーズへの適切な医療提供を可能とするための必要な措置について検討を行い、結論を得次第速やかに必要な措置を講ずる。その際、医療保険・介護保険制度への影響や患者負担への影響に留意するとともに、看取り期等の患者に対して本人が必要としない過剰な医療の提供がないよう留意する。

# 特養における医療ニーズへの対応実態 ①医療処置を要する入所者

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

医療処置を要する入所者の入所者総数に占める割合

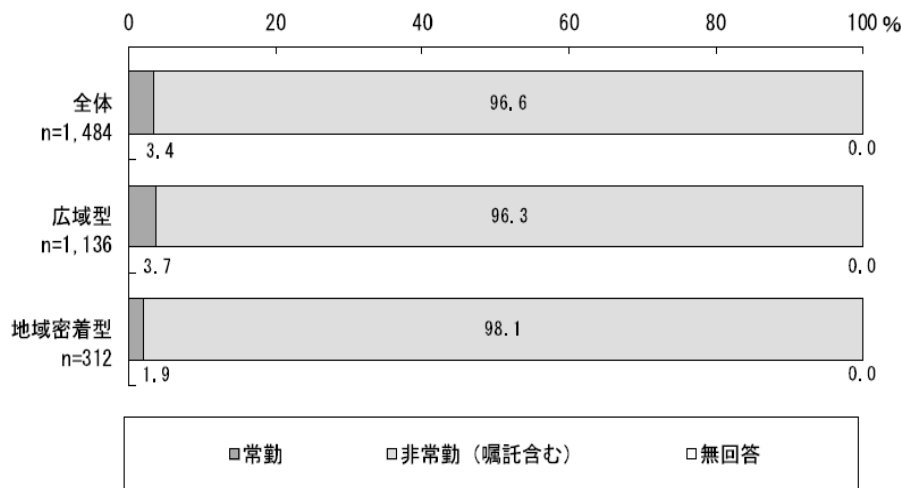




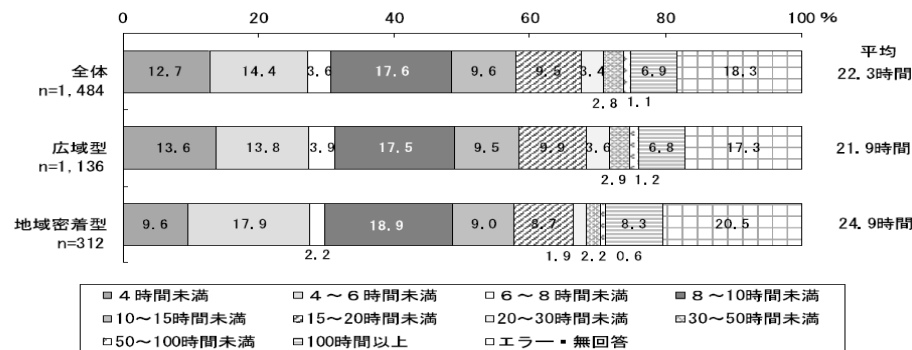
# 特養における医療ニーズへの対応実態 ②配置医師の勤務実態

- 施設当たりの特養の配置医師の人数は、**1名が63.5%**、2名が19.4%となっており、配置医師の**大部分が非常勤**。
- 配置医師の勤務時間は、**契約上責任を持つ時間の平均は22.3時間/月**、実際の**施設での勤務時間の平均は12.3時間/月**。実際の勤務時間は6時間未満の割合が約4割。
- 平成30年度改定で新設された、配置医師が早朝、夜間、深夜に入所者の急変等に対応した場合に算定する**配置医師緊急時対応加算の算定事業所割合は7.7%**となっており、算定しない理由として、配置医師が必ずしもかけつけ対応ができないため（44.4%）、緊急時はすべて救急搬送で対応するため（25.4%）、といった事項が挙げられている。

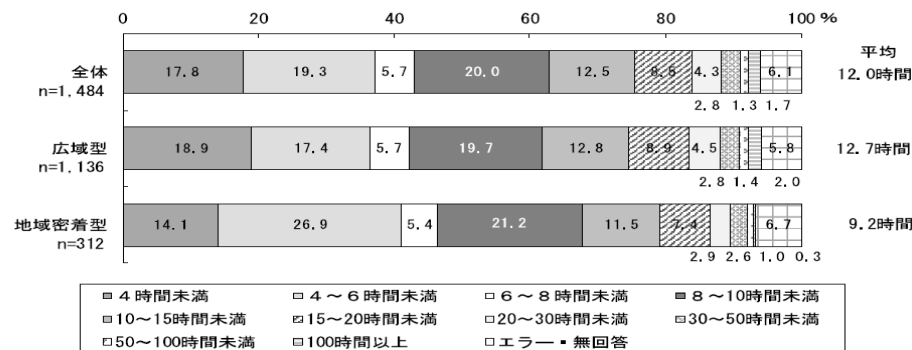
図表 配置医師の勤務形態(人数積み上げ)



図表 配置医師の勤務時間(契約上責任を持つ時間/月)  
(2020年7月の実績、配置医師個人単位での集計)



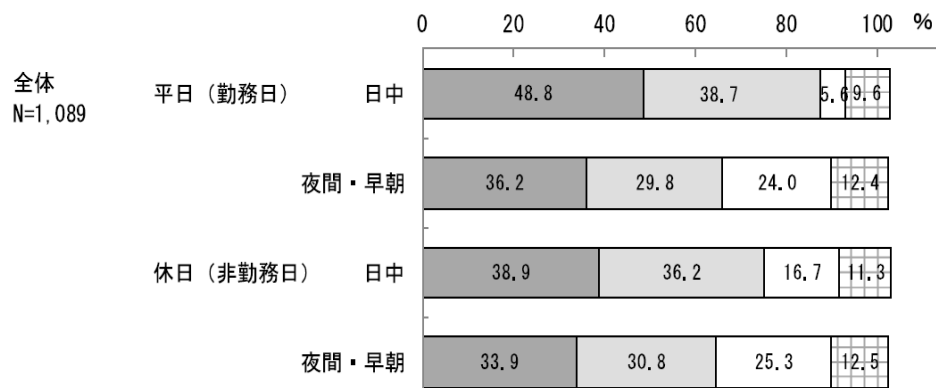
図表 配置医師の勤務時間(実際に施設で勤務する時間/月)  
(2020年7月の実績、配置医師個人単位での集計)



# 特養における医療ニーズへの対応実態 ②配置医師の勤務実態

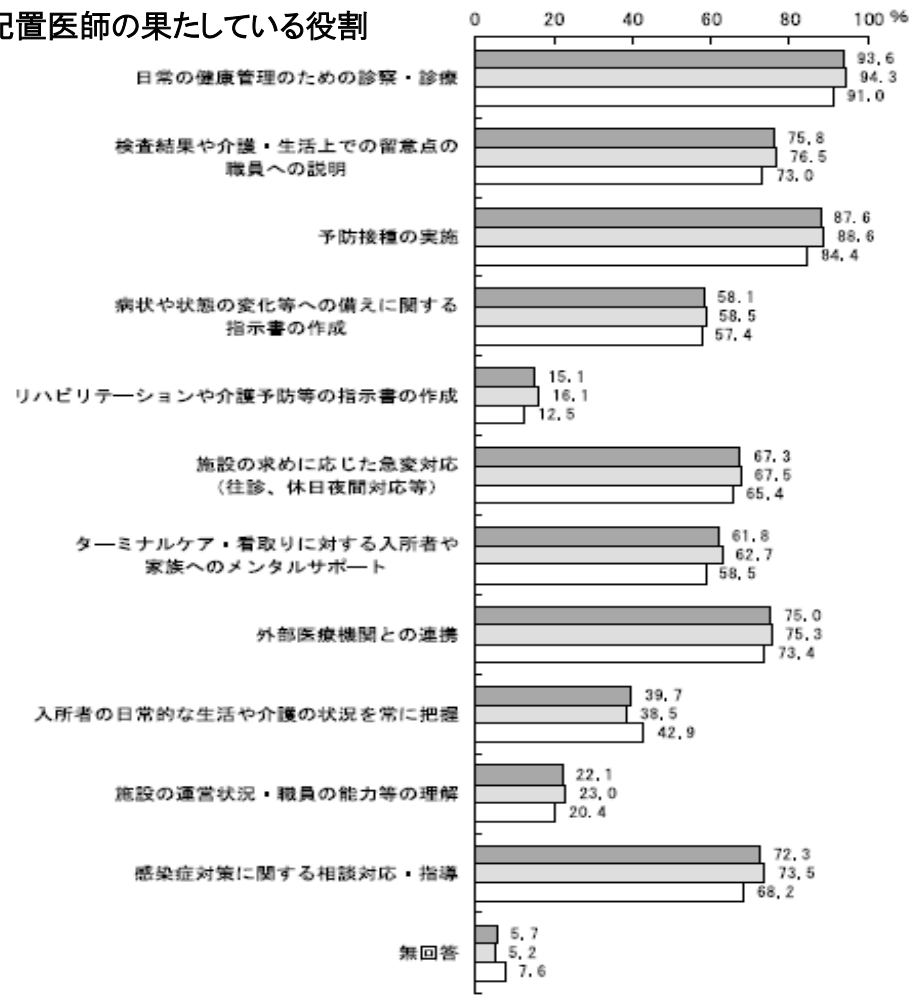
- 施設内に勤務していない時間帯における緊急時対応について、**駆けつけ対応可能な割合は、勤務日の日中約5割、それ以外は約3～4割**。また、勤務日の早朝・夜間及び勤務日以外では、**原則対応しない割合は2～3割**。
- 配置医師の果たしている役割は、「**日常の健康管理のための診療・診察**」が93.6%、「**予防接種の実施**」87.6%、「**検査結果や介護・生活上での留意点の職員への説明**」が65.8%、などとなっている。

図表 緊急時における配置医師の対応  
(施設の方針・原則、配置医師が施設内で勤務している時を除く)



□電話対応に加えて駆けつけ対応も行う □電話対応のみ □原則対応しない □無回答

配置医師の果たしている役割

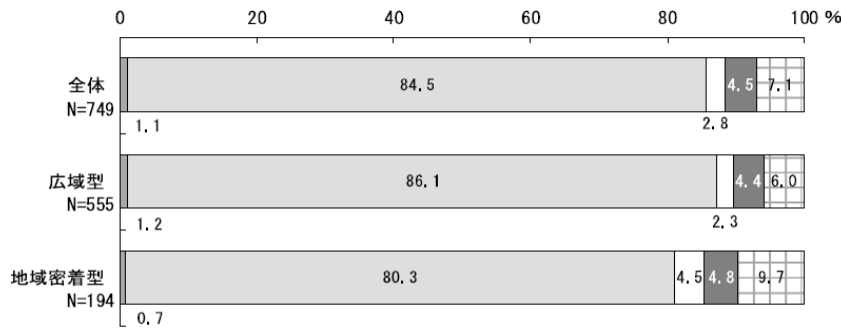


□全体 N=1,089 □広域型 N=769 □地域密着型 N=289

# 特養における医療ニーズへの対応実態 ③看護職員配置の実態

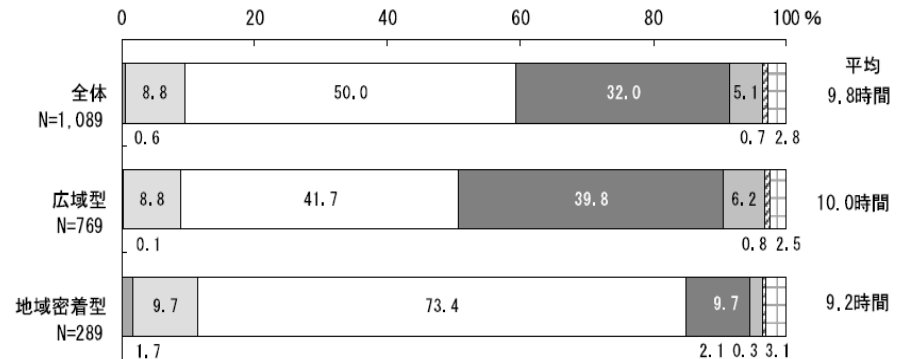
- 看護職員の数の平均は、**広域型で5.8人、地域密着型で2.8人。50人規模に換算すると平均3.4人。**また、常勤の看護職員の数の平均は、広域型で2.6人、地域密着型で1.4人。
- 看護職員が必ず勤務している時間帯としては、勤務開始時間では**8時台が約6割**、勤務終了時間では**17時台が約5割、18時台が約4割**となっており、**時間数では9～10時間が約5割**、10～12時間が約3割。
- 夜間は、**約8割の事業所で、施設の看護職員のオンコール体制**となっている。

図表 夜間の看護体制



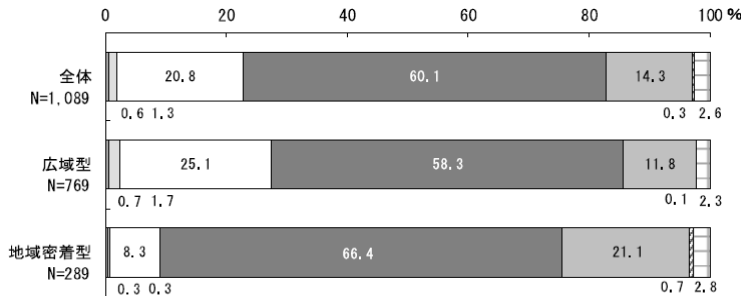
- 常に夜勤または宿直の看護職員（併設事業所と兼務の場合を含む）が対応
- 通常、施設の看護職員（併設事業所と兼務の場合を含む）がオンコールで対応
- 訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている
- 夜勤・宿直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない
- 無回答

図表 看護職員が必ず勤務している時間帯—勤務時間数



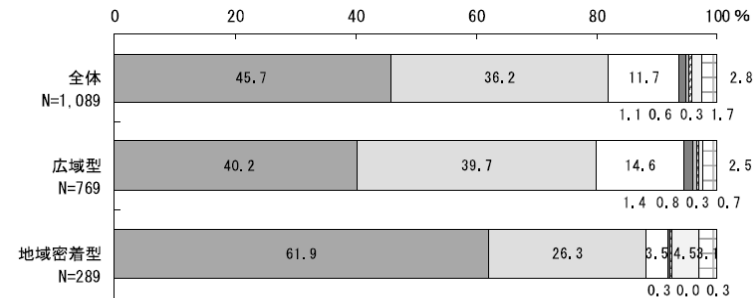
- 8時間未満
- 8～9時間未満
- 9～10時間未満
- 10～12時間未満
- 12～24時間未満
- 24時間
- エラー・無回答

図表 看護職員が必ず勤務している時間帯—勤務開始時刻



- 0～5時台
- 6時台
- 7時台
- 8時台
- 9時台
- 10時台
- エラー・無回答

図表 看護職員が必ず勤務している時間帯—勤務終了時刻

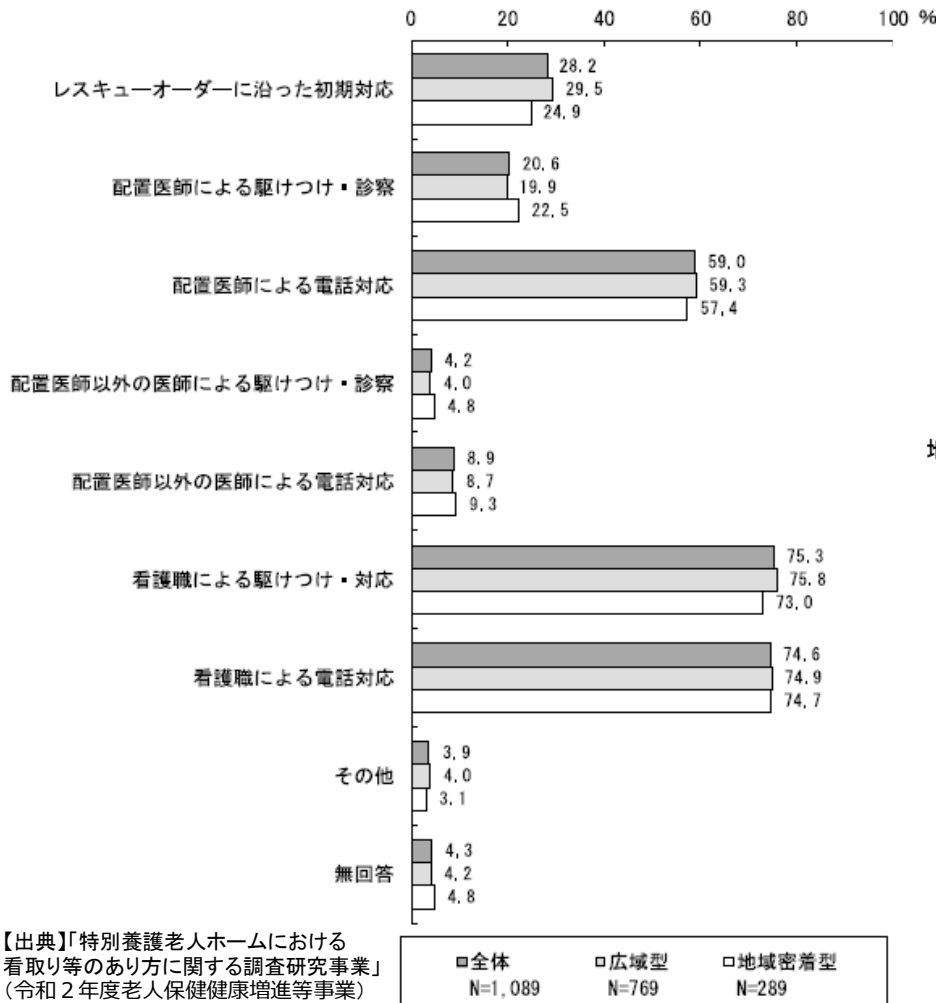


- 17時台
- 18時台
- 19時台
- 20時台
- 21～24時
- 0～11時台
- 12～16時台
- エラー・無回答

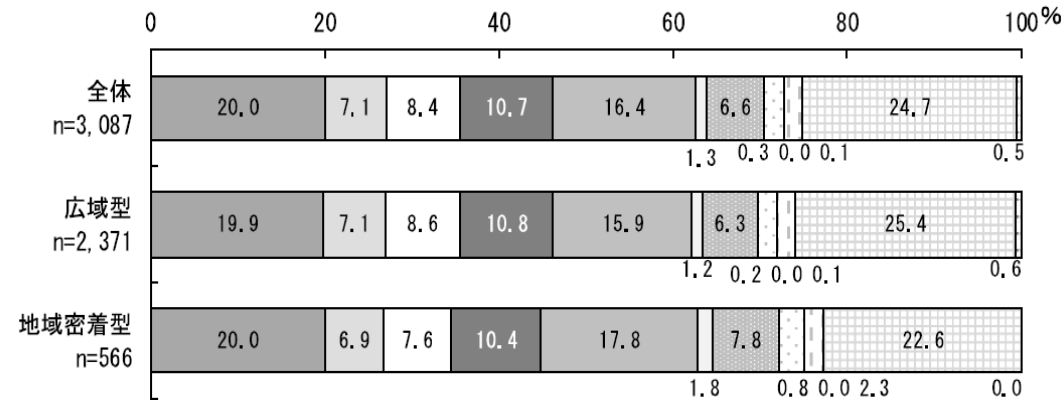
# 特養における医療ニーズへの対応実態 ④緊急時や看取りの対応

- 救急搬送の回避に向けて必ず必ず行う処置は、「看護職による駆けつけ・対応」が75.3%、「看護職による電話対応」が74.6%、「配置医師による電話対応」が59.0%などとなっている。
- 搬送の原因となった症状・出来事は、誤嚥性肺炎が20%、原疾患の増悪（その他）16.4%、原疾患の増悪（脳血管疾患）10.7%などとなっている。

搬送の回避に向けて必ず行う処置(複数回答)



図表 搬送の原因となった症状・出来事



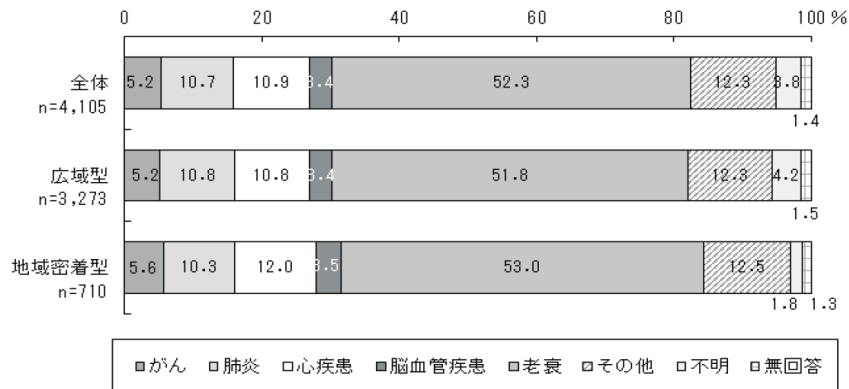
- 誤嚥性肺炎
- その他感染症（ノロウイルス、インフルエンザ等）
- 原疾患の増悪（心疾患）
- 原疾患の増悪（脳血管疾患）
- 原疾患の増悪（その他）
- 脱水
- 骨折等のケガ
- 不慮の事故（誤飲・窒息）
- 不慮の事故（溺水）
- 不慮の事故（その他）
- その他
- 無回答

【出典】「特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究事業」（令和2年度老人保健健康増進等事業）

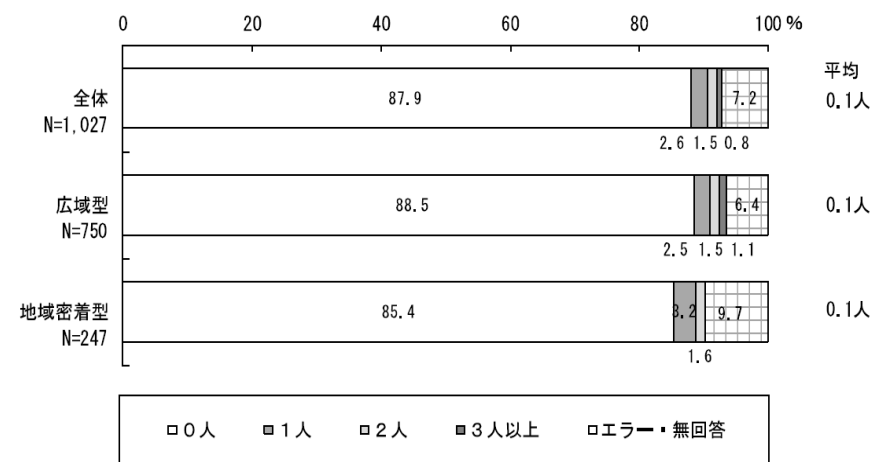
# 特養における医療ニーズへの対応実態 ④緊急時や看取りの対応

- 特養入所者の死因をみると、老衰が52.3%となっている。
- 看取りの受入方針としては、「施設で亡くなりたいたいという希望があれば受け入れる」が83.9%となっている。
- 看取りの状況については、逝去した人のうち、看取り予定であったが看取ることができなかった人数は、約9割の事業所が0人となっている。（一定期間）
- 実態として看取りを受け入れないことがある理由としては、「理由はない（すべて受け入れる）」37.9%、「家族の意見が一致していない」20.3%、「家族の同意が得られていない」17.5%、「夜間に看護職員がいない」10.6%、「施設での看取りを支援してもらえる医師・医療機関がない」9.3%

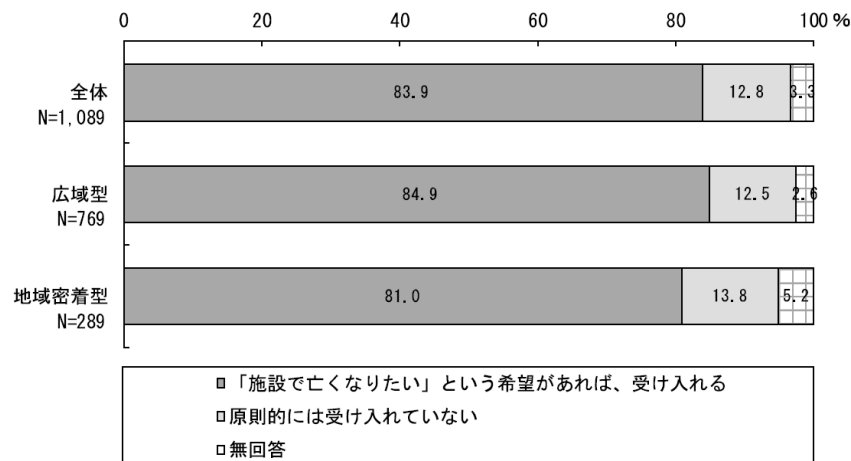
図表 死因(疾患)



図表 逝去した人のうち、看取り予定であったが、看取ることができなかった人数 (1)③-(1)①



図表 看取りの受け入れ方針

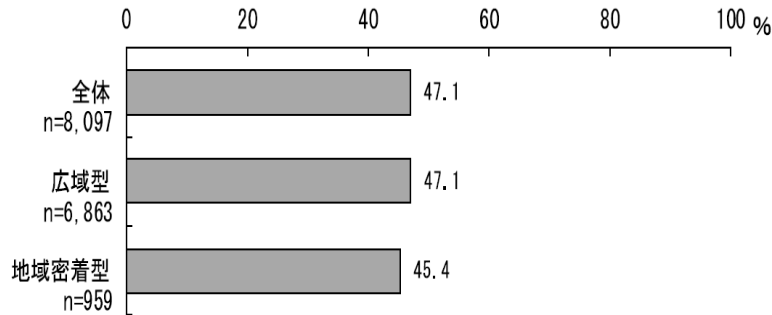


【出典】「特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究事業」(令和2年度老人保健健康増進等事業)

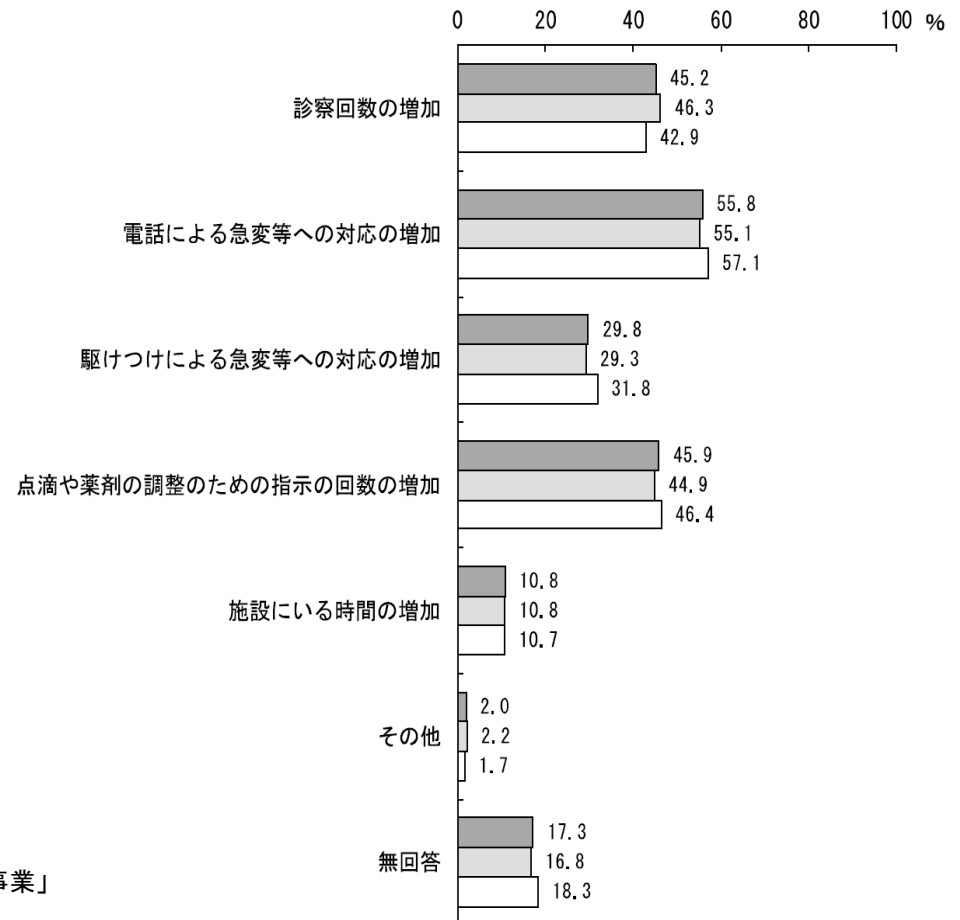
# 特養における医療ニーズへの対応実態 ④緊急時や看取りの対応

- 看取り率（居室・静養室での看取り数／（死亡による契約終了＋病院・介護医療院・療養型への退所者数）の平均は、47.1%
- 看取りと判断されて以降、配置医師の対応が特に増える業務としては、「急変等による電話での対応」55.8%、「点滴や薬剤の調整のための指示回数」45.9%、「診察の回数」45.2%、「駆けつけによる急変等への対応」29.8%、「施設にいる時間」10.8%

図表 看取り率



図表 看取りと判断されて以降、配置医師の対応が特に増える事柄(複数回答)



【出典】「特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究事業」  
(令和2年度老人保健健康増進等事業)

## 施設系サービス、居住系サービスにおける看取りへの対応の充実

- 特養、老健施設や介護付きホーム、認知症グループホームの看取りに係る加算について、現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、それ以前の一定期間の対応について、新たに評価する。介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に新たに評価する。

### 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護付きホーム、認知症グループホーム

- 中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算について、以下の見直しを行う。
  - ・要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。
  - ・看取りに関する協議等の参加者として、生活相談員を明記する。(※特養、老健(支援相談員)、介護付きホーム)
  - ・現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、死亡日以前45日前からの対応について新たに評価する区分を設ける。



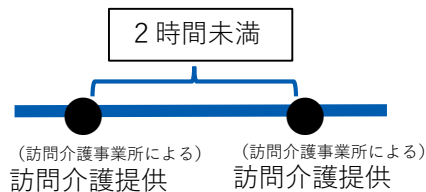
- 介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に評価する新たな区分を設ける。

【特定】 看取り介護加算(Ⅱ) (新設) 死亡日以前31日～45日以下：572単位/日 同4～30日以下：644単位/日  
同2日又は3日：1,180単位/日 死亡日：1,780単位/日

## 訪問介護における看取りへの対応の充実

- 看取り期の利用者に訪問介護を提供する場合に、2時間ルール(2時間未満の間隔のサービス提供は所要時間を合算すること)を弾力化し、所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定を可能とする。

### 訪問介護



< 現行の取扱い >  
それぞれの所要時間を合算して報酬を算定  
例：それぞれ身体介護を25分提供  
→合算して50分提供したものととして報酬を算定するため、30分以上1時間未満の396単位を算定



< 改定後 > 【通知改正】  
所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数を算定  
例：それぞれ身体介護を25分提供  
→合算せずにそれぞれ25分提供したものととして報酬を算定するため、250単位×2回=500単位を算定

※1 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合を除く。  
※2 頻回の訪問として、提供する20分未満の身体介護中心型の単位を算定する際の例外あり。

## ケアマネジメントの質の向上

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare



# 居宅介護支援・介護予防支援の概要・基準

## 1 居宅介護支援

### <定義> 【法第8条第24項】

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

### <人員基準> 【居宅介護支援 運営基準第2条・第3条】

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

## 2 介護予防支援

### <定義> 【法第8の2条第16項】

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

### <人員基準> 【介護予防支援 運営基準第2条・第3条】

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

# 介護支援専門員の概要

## 1 介護支援専門員の定義

- 要介護者等からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じて適切な介護サービスを利用できるよう、市町村、サービス提供事業者、介護保険施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するとして介護支援専門員証の交付を受けた者。【法第7条第5項】

## 2 資格取得・研修体系

### <介護支援専門員実務研修受講試験>

- 受験要件【法第69条の2第1項、規則第113条の2】

保健・医療・福祉に関する法定資格に基づく業務（※1）又は一定の相談援助業務（※2）に従事した期間が通算して5年以上

（※1）医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士

（※2）生活相談員（介護老人福祉施設等）、支援相談員（介護老人保健施設）、相談支援専門員（障害者総合支援法）、主任相談支援員（生活困窮者自立支援法）

### <介護支援専門員実務研修>

- 受講要件【法第69条の2第1項、規則第113条の4第1項】

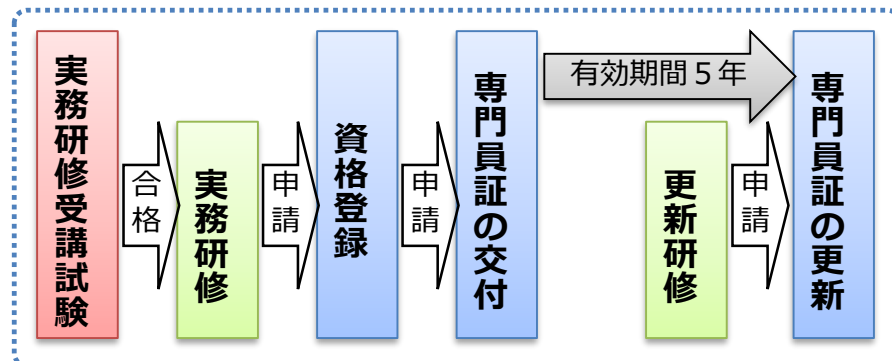
介護支援専門員実務研修受講試験に合格した者

### <介護支援専門員更新研修>

- 受講要件【法第69条の8第2項、規則第113条の18項第1項】

介護支援専門員証の有効期間の更新を受けようとする者

### 【資格取得・更新の流れ】



# 主任介護支援専門員の概要

## 1 主任介護支援専門員の定義

- 他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言、指導その他の介護支援サービスを適切かつ円滑に提供するために必要な業務に関する知識及び技術を修得することを目的として行われる研修を修了した者。【施行規則第140条の66第1号、第140の68第1項第1・2号】

## 2 資格取得・研修体系

### <主任介護支援専門員研修>

- 受験要件【介護支援専門員資質向上事業実施要綱（平成26年7月4日 老発0704第2号 厚生労働省老健局長通知）】  
介護支援専門員更新研修修了者であって、以下の①から④のいずれかに該当する者

- ① 専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年（60ヶ月）以上である者（管理者との兼務期間も算定可能）
- ② ケアマネジメントリーダー養成研修修了者又は日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであって、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年（36ヶ月）以上である者（管理者との兼務期間も算定可能）
- ③ 主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配置されている者
- ④ その他、介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者

※ その他、質の高い研修を実施する観点から、都道府県において上記要件以外の要件を設定することも可能。

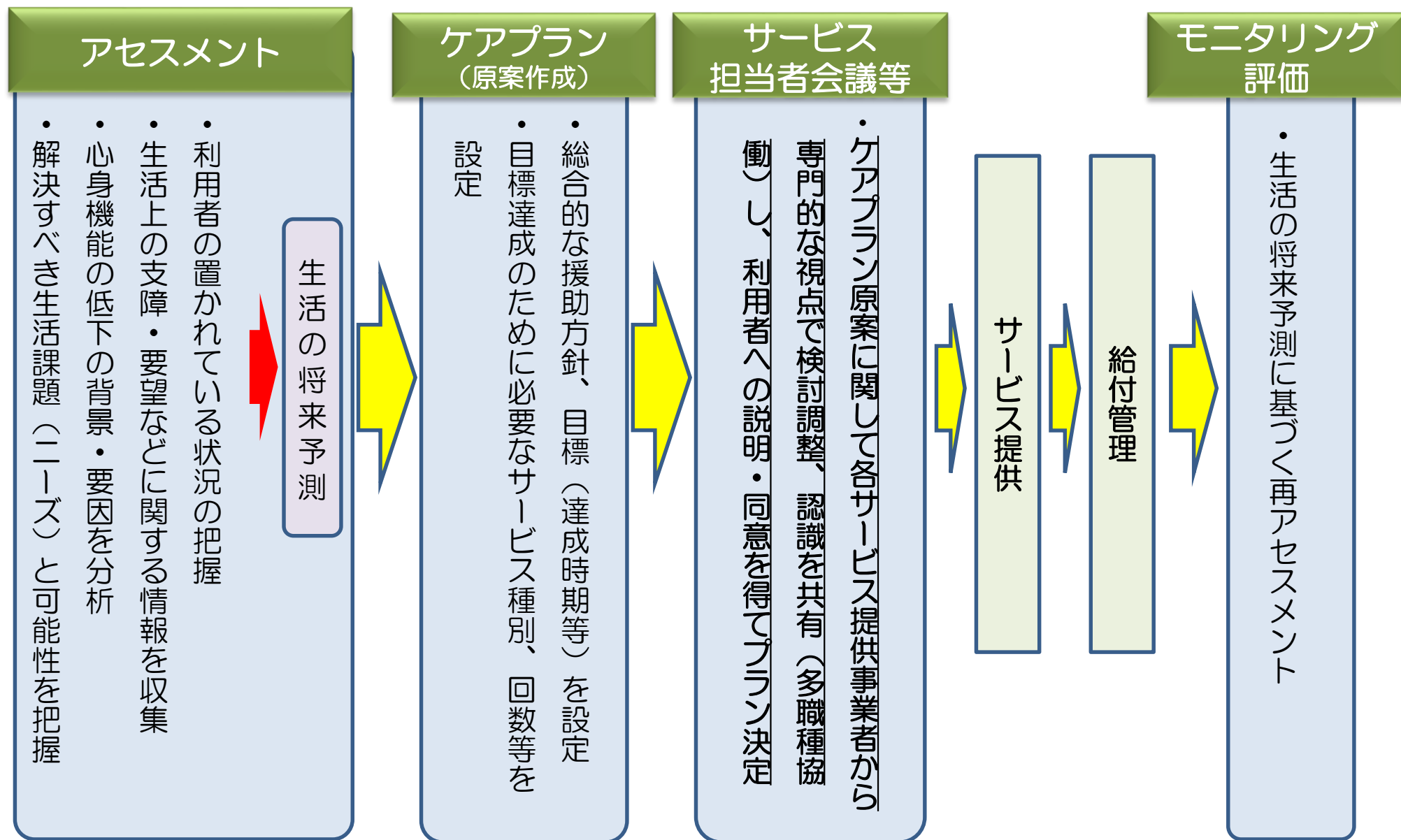
### <主任介護支援専門員更新研修>

- 受講要件【介護支援専門員資質向上事業実施要綱（平成26年7月4日 老発0704第2号 厚生労働省老健局長通知）】  
主任介護支援専門員研修修了証明書の有効期間の更新を受けようとする者であって、以下の①から⑤のいずれかに該当する者

- ① 介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者
- ② 地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年4回以上参加した者
- ③ 日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者
- ④ 日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャー
- ⑤ 主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者

※ その他、質の高い研修を実施する観点から、都道府県において上記要件以外の要件を設定することも可能。

# ケアマネジメントの流れ



# 医療機関との情報連携の強化(令和3年度介護報酬改定)

## 概要

【居宅介護支援】

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

## 単位数

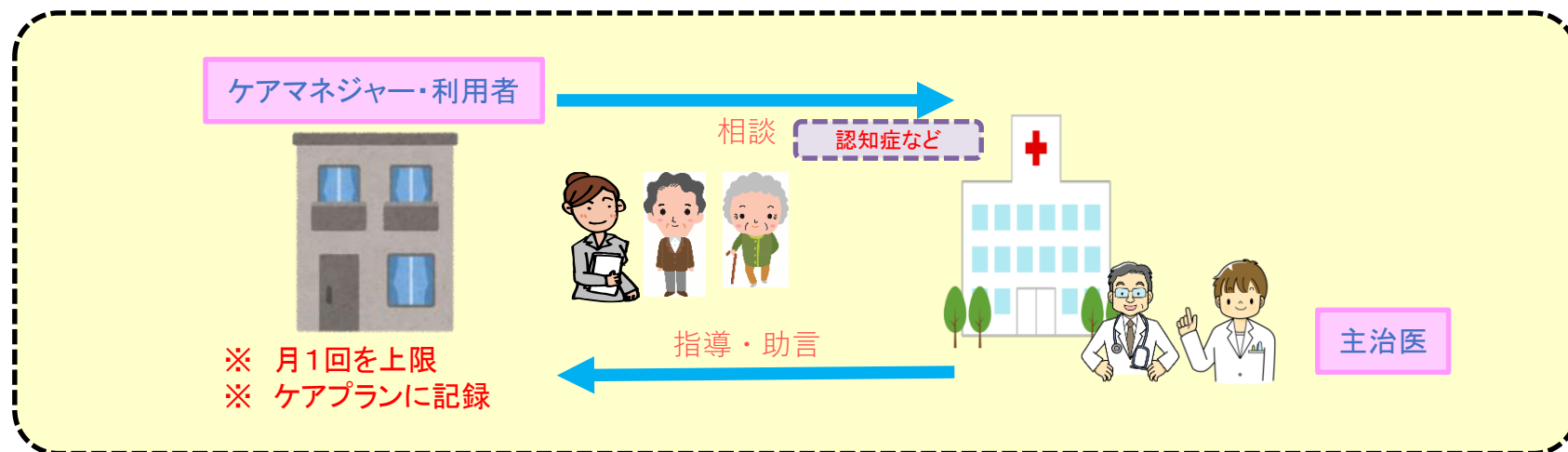
<改定前>  
なし

⇒

<改定後>  
通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)

## 算定要件等

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



# 特定事業所加算の見直し（令和3年度介護報酬改定）

## 概要

【居宅介護支援】

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

## 単位数

<改定前>		<改定後>		
特定事業所加算（Ⅰ）	500単位/月	⇒	特定事業所加算（Ⅰ）	505単位/月
特定事業所加算（Ⅱ）	400単位/月	⇒	特定事業所加算（Ⅱ）	407単位/月
特定事業所加算（Ⅲ）	300単位/月	⇒	特定事業所加算（Ⅲ）	309単位/月
なし		⇒	特定事業所加算（A）	100単位/月（新設）
<改定前>		<改定後>		
特定事業所加算（Ⅳ）	125単位/月	→	特定事業所医療介護連携加算	125単位/月

# 特定事業所加算の見直し（令和3年度介護報酬改定）

## 算定要件等

### 【特定事業所加算】

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

### 【特定事業所医療介護連携加算】（現行の特定事業所加算(Ⅳ)と同じ）

#### 特定事業所医療介護連携加算 125単位

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

# 介護支援専門員養成研修の概要

## 1. 実施主体

- 都道府県又は都道府県知事の指定した研修実施機関

## 2. 研修内容

	主な対象者（受講要件）	研修時間
<b>介護支援専門員の資格取得を希望する場合</b>		
実務研修	実務研修受講試験の合格者	87時間以上
<b>介護支援専門員の資格継続を希望する場合</b>		
更新研修	介護支援専門員の有効期間が概ね1年以内の者 (※ 2回目以降の更新の場合)	88時間以上 (32時間以上)
専門研修	専門Ⅰ課程：就業後6月以上の実務従事者 専門Ⅱ課程：専門Ⅰ修了者であって、就業後3年以上の実務従事者	Ⅰ：56時間以上 Ⅱ：32時間以上
<b>介護支援専門員の資格再取得を希望する場合</b>		
再研修	介護支援専門員証の再交付を希望する者	54時間以上
<b>主任介護支援専門員の資格取得・資格継続を希望する場合</b>		
主任研修	更新研修又は専門Ⅰ・Ⅱ研修の修了者	70時間以上
主任更新研修	主任介護支援専門員の有効期間が概ね2年以内の者	46時間以上

## 3. 研修の費用

- 地域医療介護総合確保基金の活用が可能（※ ただし、研修教材等の実費相当分や受講者の旅費・宿泊費は受講者が負担）



# 介護支援専門員法定研修カリキュラムの見直しについて

- 介護支援専門員の法定研修について、「介護支援専門員の資質向上に資する研修等のあり方に関する調査研究事業」（令和3年度老健事業）において、近年の施策動向等を踏まえたカリキュラムの見直しを検討
- 今後、当該事業における検討案を踏まえ、カリキュラムの見直しを実施（令和5年10月以降施行）

## カリキュラム見直しのポイント（老健事業案）

- **幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測や各職種の視点や知見に基づいた根拠のある支援の組み立てを行うことが介護支援専門員に求められていることを踏まえ、そのような社会的な要請に対応できる知識や技術を修得できるように科目の構成・内容を見直す**
  - 根拠のある支援の組み立ての基盤となる視点（適切なケアマネジメント手法や科学的介護（LIFE）等）を学ぶ内容を各科目類型に追加
  - 高齢者の生活課題の要因等を踏まえた支援の実施に必要な知識や実践上の留意点を継続的に学ぶことができるように、適切なケアマネジメント手法の考え方を実務研修、専門研修Ⅰ・Ⅱ、主任研修・主任更新研修に横ぐしをさして学ぶ科目類型を追加
  - 認知症や終末期などで意思決定支援を必要とする利用者・世帯がさらに増えるとともに、根拠のある支援の組み立てに向けて学ぶべき知識や技術の変化が今後も進むと考えられる。そのような変化の中では、職業倫理の重要性は一層高まるが見込まれる。そのため、職業倫理についての視点を強化
- **介護保険以外の領域も含めて、制度・政策、社会資源等についての近年の動向（地域共生社会、認知症施策大綱、ヤングケアラー、仕事と介護の両立、科学的介護、身寄りがない人への対応、意思決定支援等）を定期的に確認し、日々のケアマネジメントの実践のあり方を見直すための内容の充実・更新を行う**
  - 制度・政策、社会資源等についての近年の動向に関する内容を反映
  - 専門研修Ⅱ、主任更新研修にケアマネジメントの実践の振り返りを行うとともに、ケアマネジメントプロセス等に関する最新の知見を確認し、実践のあり方の見直しを行うための科目を新設
- **法定研修修了後の継続研修（法定外研修、OJT等）で実践力を養成することを前提に、カリキュラムの内容を幅広い知識の獲得に重きを置いた時間配分（＝講義中心）に見直す**
  - 限られた法定研修の時間数を考慮し、法定研修の内容は継続研修への接続を意識した知識の獲得に重きを置いた内容とする
  - 継続研修での実践力の養成の基盤となる幅広い知識の獲得が行われるように、主に実務研修課程について、「必要な知識を記憶しており、具体的な用語や事例等を述べることができるレベル」又は「必要な理念や考え方について理解しており、その理念や考え方について自分の言葉で具体的に説明できるレベル」を修得目標として設定

# 適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業の背景・目的

## <背景>

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

## <課題>



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

## <目的>

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

## <これまでの成果実績(主な内容)>

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

## 《参考》ニッポン一億総活躍プランの概要

一億総活躍社会とは、  
女性も男性も、お年寄りも若者も、一度失敗を経験した方も、障害や難病のある方も、  
家庭で、職場で、地域で、あらゆる場で、誰もが活躍できる、いわば全員参加型の社会である。

介護離職  
ゼロの実現

希望する介護サービスの利用(介護基盤の供給)

① 高齢者の利用ニーズに対応した介護サービス基盤の確保

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

施策	年度											指標
	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度以降	
適切なケアマネジメント手法の策定	標準化に向けた分析手法の検討	分析、適切なケアマネジメント手法の策定	適切なケアマネジメント手法の検証・見直し、適切なケアマネジメント手法を踏まえたケアマネジメントの実施									

2016年～2026年

# 逡減制の見直し（令和3年度介護報酬改定）

## 概要

【居宅介護支援】

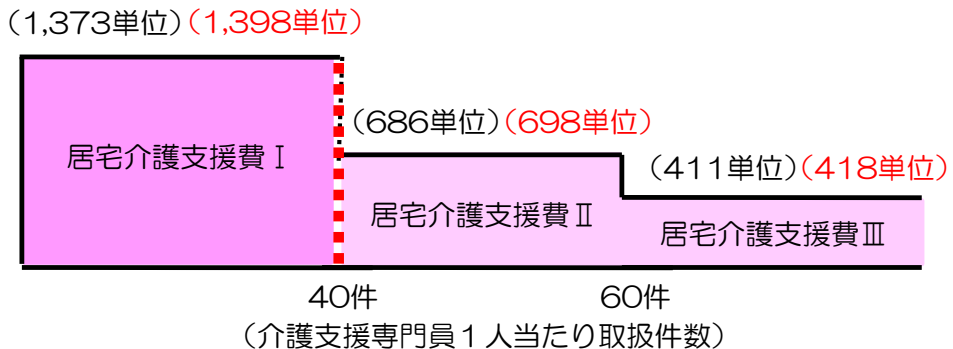
- 適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、介護支援専門員1人当たりの取扱件数が40件以上の場合40件目から、60件以上の場合60件目からそれぞれ評価が低くなる（40件未満は居宅介護支援費（Ⅰ）、40件以上60件未満の部分は同（Ⅱ）、60件以上の場合は同（Ⅲ）が適用される）逡減制において、一定のICT（AIを含む）の活用又は事務職員の配置を行っている事業者については、逡減制の適用（居宅介護支援費（Ⅱ）の適用）を45件以上の部分からとする見直しを行う。その際、この取扱いを行う場合の逡減率（居宅介護支援（Ⅱ）及び（Ⅲ）の単位数）について、メリハリをつけた設定とする見直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

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

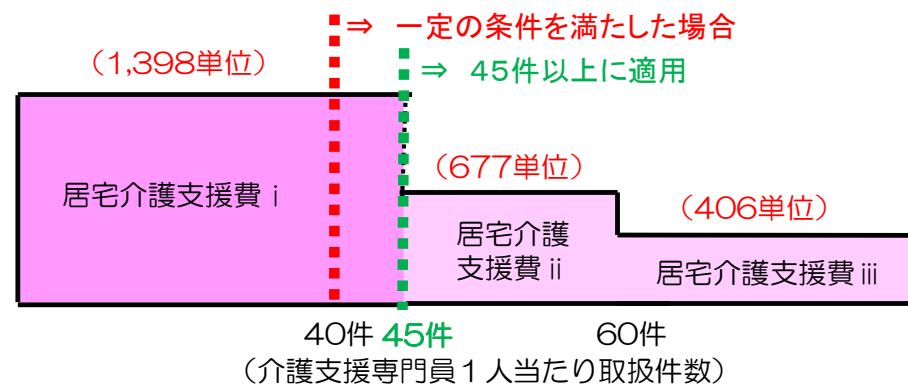
- 逡減制における介護支援専門員1人当たりの取扱件数の計算に当たり、現在、事業所が自然災害や感染症等による突発的な対応で利用者を受け入れた場合は、例外的に件数に含めないこととしているが、地域の実情を踏まえ、事業所がその周辺の中山間地域等の事業所の存在状況からやむを得ず利用者を受け入れた場合についても例外的に件数に含めない見直しを行う。【告示改正】

例：要介護3・4・5の場合（黒字：現行の単位数、赤字：改定後の単位数）

【改訂前】



【改定後：ICT等を活用する場合】



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

# ケアマネジメントの公正中立性の確保

## 概要

【居宅介護支援】

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

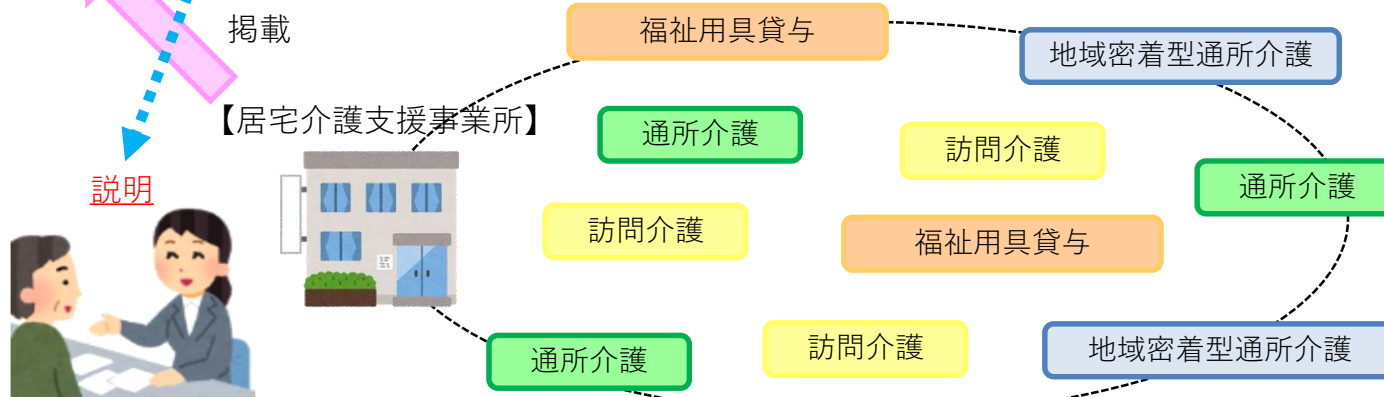
介護情報公表システム



### 介護情報公表システムの運営情報において公表

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

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



# 介護支援専門員研修オンライン化等運用事業

令和4年度予算額：120,000千円

## 1. 事業内容

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

## 2. 事業要件

【実施主体】 国(民間業者へ委託)

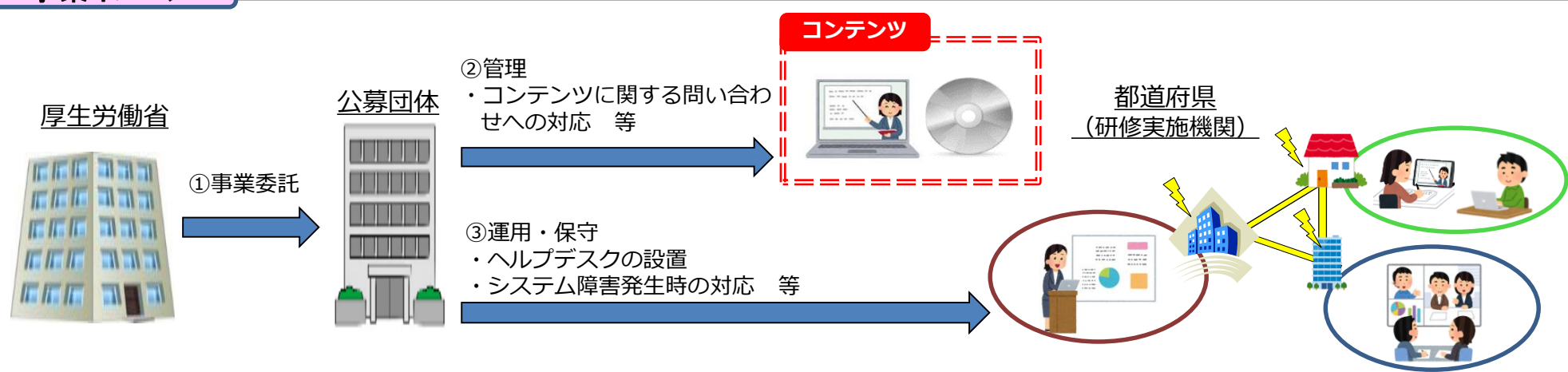
【対象研修】 下記参照

【助成内容】 国(10/10)

### 【介護支援専門員研修】※ 主な研修

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

## 事業イメージ



## 科学的介護の推進



# 介護保険総合データベースについて（概要及び収集経路）

## 1. 介護保険総合データベース（介護DB）の概要

### ①介護DBとは

介護給付費明細書（介護レセプト）等の電子化情報を収集し、匿名化した上で、厚生労働省が管理するサーバー内へ格納（平成25年度（2013年度）から運用開始）。

令和3年度（2021年度）より、LIFEの運用を開始し、介護DBへの格納を開始。

<収集目的> 介護保険事業計画等の作成・実施等及び国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため

<保有主体> 厚生労働大臣

### ②保有情報

匿名要介護認定情報、匿名介護レセプト等情報、匿名LIFE情報

### ③平成28年7月よりこれまでの利用状況

- 全国の介護保険者の特徴や課題、取組等を始めとする、介護・医療関連情報を、国民も含めて広く共有する「地域包括ケア『見える化』システム」において利用
- 平成30年度より「要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関するガイドライン」に基づきデータの第三者提供を実施
- 令和2年10月より、匿名介護情報等の提供に関するガイドラインに基づき、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）との連結データの第三者提供の申出の受付を開始

（出典）令和2年10月 第1回匿名介護情報等の提供に関する専門委員会（資料2）の社会保障審議会介護保険部会（第59回）資料4（一部改変）に、LIFE情報を追加。



# 介護保険総合データベースについて（概要及び収集経路）

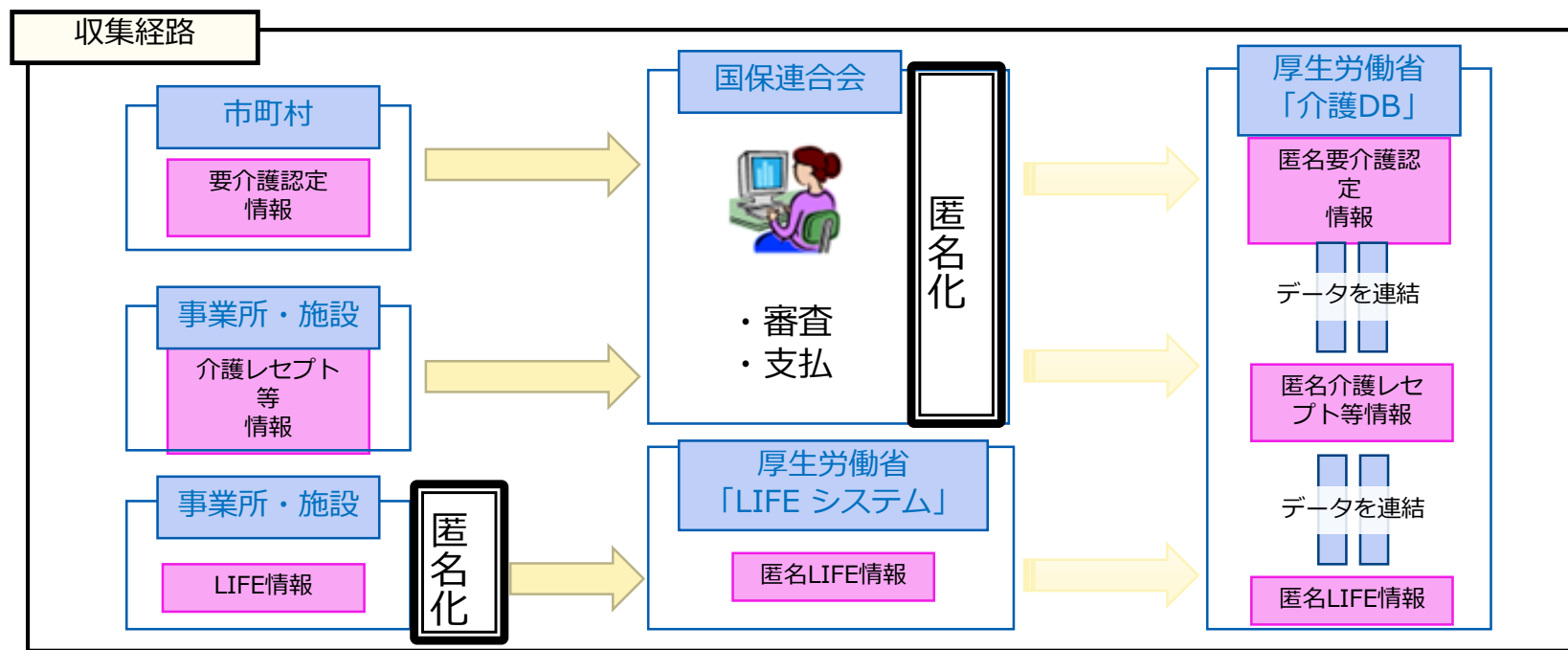
## 2. 介護DBの収集経路

- ①要介護認定情報と介護レセプト等情報：国保連合会にて匿名化处理が施された上で、介護DBに格納
- ②LIFE情報：事業所・施設からLIFEへのデータ提出時に匿名化处理が施された上で、介護DBに格納（※1）

※1. 既に提供されている匿名要介護認定情報等と同等の基準の匿名化处理を実施

- 1) 事業所、個人を識別するIDは連番への置き換えや暗号化等、匿名化处理が実施される。
- 2) 自由記述の項目は収集対象外であるため、空欄となる。
- 3) 個人の特定につながる可能性のある項目は、第三者提供の対象外とする。

※2. ①、②の各情報は、介護DB内で、匿名化された個人IDを用いてデータ連結が可能。



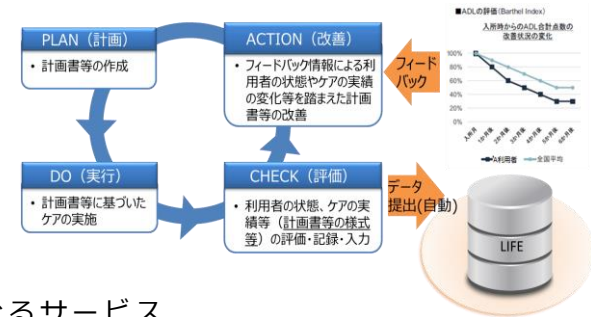
(出典) 令和2年10月 第1回匿名介護情報等の提供に関する専門委員会（資料2）の社会保障審議会介護保険部会（第59回）資料4（一部改変）に、LIFE情報の収集経路を追加。

# 科学的介護情報システム(LIFE)

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

## LIFEにより収集・蓄積したデータの活用

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



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

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

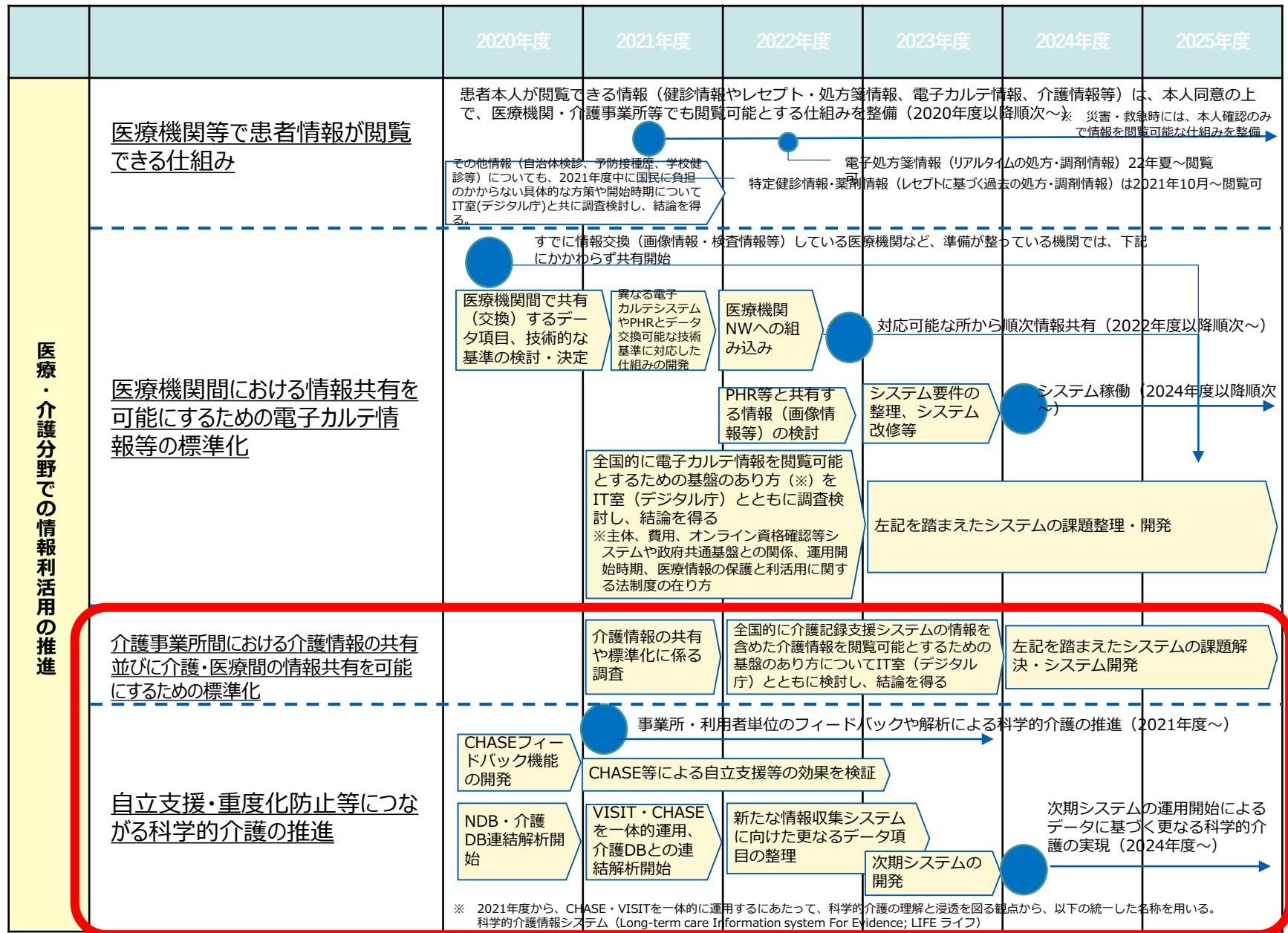
# データヘルス改革に関する工程表

第8回データヘルス改革推進本部資料(令和3年6月4日)

- マイナポータル等を通じて、自身の保健医療情報を把握できるようにするとともに、UI（ユーザ-インターフェイス）にも優れた仕組みを構築する。  
また、患者本人が閲覧できる情報（健診情報やレセプト・処方箋情報、電子カルテ情報、介護情報等）は、医療機関や介護事業所でも閲覧可能とする仕組みを整備する。  
→ これにより、国民が生涯にわたり自身の保健医療情報を把握できるようになるとともに、医療機関や介護事業所においても、患者・利用者ニーズを踏まえた最適な医療・介護サービスを提供することが可能になる。

		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みの整備	<b>健診・検診情報</b>							
	乳幼児健診・妊婦健診	●	マイナポータルで閲覧可能（2020年6月～）					
	特定健診		●	マイナポータルで閲覧可能（2021年10月～）				
	事業主健診（40歳未満）		法制上の対応・システム改修		●	マイナポータルで閲覧可能（2023年度中～）		
	自治体検診 がん検診、骨粗鬆症検診 歯周疾患検診、肝炎ウイルス検診		データ標準化、システム要件整理	システム改修	●	マイナポータルで閲覧可能（2022年度早期～）		
	学校健診（私立等含む小中高大）		標準的な記録様式の策定	実証実験、システム改修	システム整備でき次第、随時提供開始		●	マイナポータルで閲覧可能（2022年度中～） ※2024年度中に全国の学校で対応
	予防接種 定期接種 A類：ジフテリア、百日せき等 B類：高齢者のインフルエンザ、肺炎球菌	●	2017年6月以降の定期接種歴はマイナポータルで閲覧可能（2017年6月～） ※新型コロナワクチンについては、ワクチン接種記録システム（VRS）を開発・運用			※可能な限り早い段階で、新型コロナワクチンについても閲覧可能に		
	安全・安心な民間PHRサービスの利活用の促進に向けた環境整備		ガイドライン整備	●	マイナポータルと民間PHR事業者のAPI連携開始（2021年度早期～） 業界団体等と連携したより高い水準のガイドラインの整備		●	適正な民間PHRサービスの提供に向けて第三者認証制度等の運用開始（2023年度～）
より利便性の高い閲覧環境の在り方の検討			マイナポータルの利便性向上に向けた取組	ヒストリカルな健康情報にアクセスしやすい仕組みなど、利便性の高い閲覧環境の在り方を検討（マイナポータル以外の方策を含む）		●	検討結果を踏まえた措置（2024年度以降順次～） ※可能なものから2024年度を待たずに順次閲覧可能に	

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



		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
医療・介護分野での情報利活用 の推進	公衆衛生と地域医療の有機的連携体制の構築等		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 必要な法改正を含め検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 新型コロナの自宅療養者に確実に往診・オンライン診療等が提供されるよう、必要な医療情報を関係者（保健所と医療機関等）間で共有する仕組みを構築（2021年度～）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 新型コロナ以外の感染症についても同様の仕組みを検討・構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 全ての感染症について、有事を想定した保健所と医療機関の有機的連携体制の運用（2024年度～）</li> </ul>	
	その他			<ul style="list-style-type: none"> <li>● その他、関係者間での情報の共有や利活用を通じて最適な医療・介護サービスの提供に資するよう、例えば、救急医療体制の一層の充実及び臓器提供意思の有無の効率的な確認のための取組について、地方自治体等の取組や技術的・実務的な課題等を踏まえつつ、対応のあり方を順次検討</li> </ul>			
ゲノム医療の推進	「全ゲノム解析等実行計画」		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 「全ゲノム解析等実行計画」を着実に推進し、全ゲノム解析等の成果を患者に還元するとともに、研究・創業などに向けた活用を進め、新たな個別化医療等を患者に届けるための体制整備を進める（2020年～）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 新規患者、およびバイオバンクや解析拠点に検体が保存されており、全ゲノム解析等の成果の還元が可能と考えられる患者について、全ゲノム解析等の成果を当該患者の診療に活用する。（2021年度～）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 全ゲノム解析等の結果を当該患者の診療に活用する医療機関を増加させる。（2022年度～）</li> </ul>		
	審査支払機関改革 （支払基金・国保連共通）		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支払基金・国保連において、データヘルス関係業務を順次拡大。まず、マイナンバーカードを保険証として利用可能とする仕組みの運用（オンライン資格確認業務）を開始（順次拡大）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支払基金の審査支払新システム稼働（2021年9月～）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● コンピュータチェックによる審査の9割完結（新システム稼働後2年以内）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● コンピュータチェックルールを保険医療機関等のシステムに取り込みやすいファイル形式で公開（2022年度～）</li> </ul>	
基盤の整備	審査支払機関改革 （支払基金・国保連共通）		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 両機関のコンピュータチェックルール全国統一 各機関の審査基準全国統一の検討一巡 （統一完了までに要する期間は2022.10までに確定）</li> </ul>				
			<ul style="list-style-type: none"> <li>● クラウド化及び受付領域の支払基金と国保連の共同利用を実現する更改（国保総合システム）</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 更改後の国保総合システム稼働（2024年4月～）</li> </ul>		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>● 審査・支払領域の支払基金と国保連の共同利用を実現する共同開発（デジタル庁と連携） ※ 支払領域等の共同利用については、審査領域とは別に、早急に費用対効果を含めた検証を行い結論を出す ※ 審査支払システムの基盤としてGov-Cloud（仮称）の利活用の可能性も検討する</li> </ul>				
			<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支払基金において、在宅審査について2021-22年度に審査の質等を検証の上、審査事務機能を集約する2022年度中を目標に導入、順次拡大</li> <li>● 審査事務機能を全国14か所に集約（2022年10月）。うち、10年間を目標に設置する4つの分室は、デジタル化、働き方改革の一層の進展等を踏まえ、速やかな廃止を含め検討</li> </ul>				
		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 審査支払業務の平準化に関連し、コロナ禍も踏まえた、パンデミックや自然災害時等、医療機関等の緊急のキャッシュユーズへの対応に関する継続検討</li> </ul>					

(注1) 国・独立行政法人・地方公共団体・準公共分野におけるシステム最適化と整合性を確保するとともに、サービスインの前倒しが可能なものは順次先行して対応していく。

(注2) 各事業の進捗状況に応じて随時工程の最適化を図る。

# 介護情報利活用ワーキンググループ

## 1. 開催の趣旨

---

健康・医療・介護情報利活用検討会の検討事項のうち、主として介護の提供等に伴い発生する情報の利活用に関する検討を行うため、「介護情報利活用ワーキンググループ」を新設する。

## 2. 検討内容（案）

---

- ・ 利用者自身や介護事業者等が閲覧・共有することが適切かつ必要な情報の選定、記録方法の標準化について
- ・ 利用者自身や介護事業者等が、介護情報を閲覧・共有するための仕組みについて
- ・ 科学的介護の推進に必要な取組について

## 3. スケジュール

---

- ・ データヘルス改革工程表に沿って検討を行う。

## 健康保険法等における薬剤情報等の本人閲覧の法的位置付け

- 薬剤情報、特定健診等情報及び医療費通知情報について、オンライン資格確認等システムに基づきマイナポータルで本人が閲覧する仕組みは、健康保険法等において、**被保険者等の健康の保持増進のために必要な「保健事業」**等に位置づけられている。

### 【条文】

○健康保険法（大正11年法律第70号）抄  
（保健事業及び福祉事業）

第一百五十条 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査（次項において単に「特定健康診査」という。）及び同法第二十四条の規定による特定保健指導（以下この項及び第一百五十四条の二において「特定健康診査等」という。）を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者（以下この条において「被保険者等」という。）の自助努力についての支援その他の**被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業**を行うように努めなければならない。

○国民健康保険法（昭和33年法律第192号）抄  
第六章 保健事業

第八十二条 市町村及び組合は、特定健康診査等を行うものとするほか、これらの事業以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の**被保険者の健康の保持増進のために必要な事業**を行うように努めなければならない。

○高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）抄  
（高齢者保健事業）

第二百五条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の**被保険者の健康の保持増進のために必要な事業**（以下「高齢者保健事業」という。）を行うように努めなければならない。



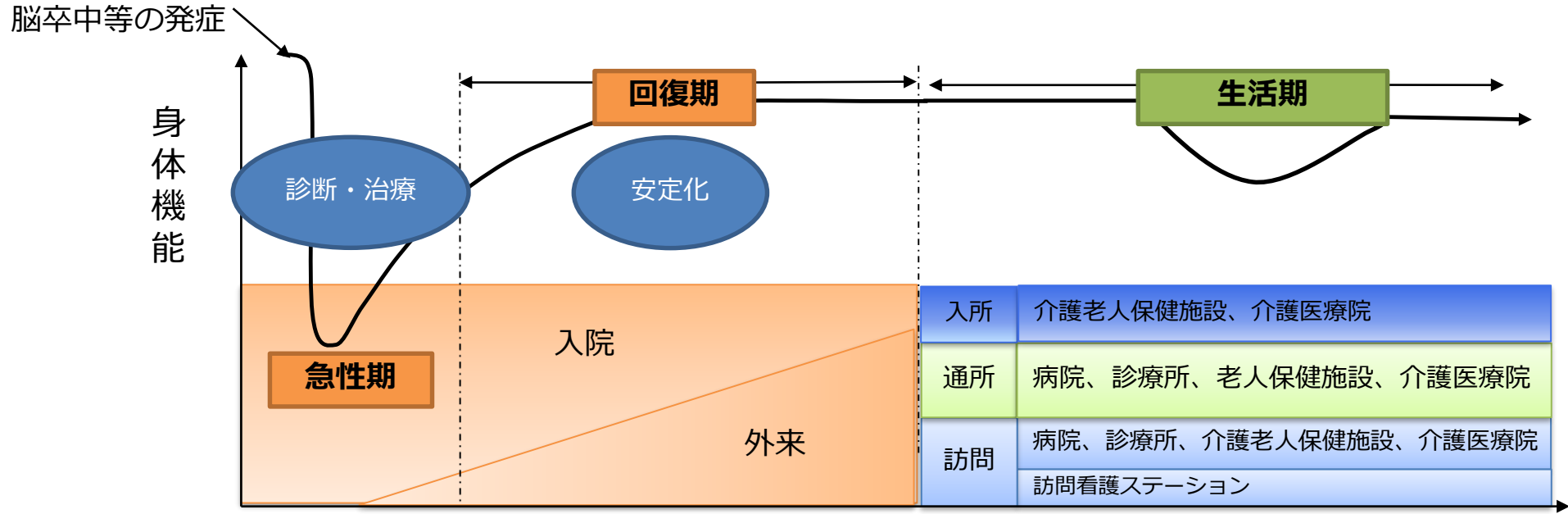
## 地域における高齢者リハビリテーションの推進

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# リハビリテーションの役割分担（イメージ）



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

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

# 介護老人保健施設の現状

## 【介護老人保健施設とは】

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

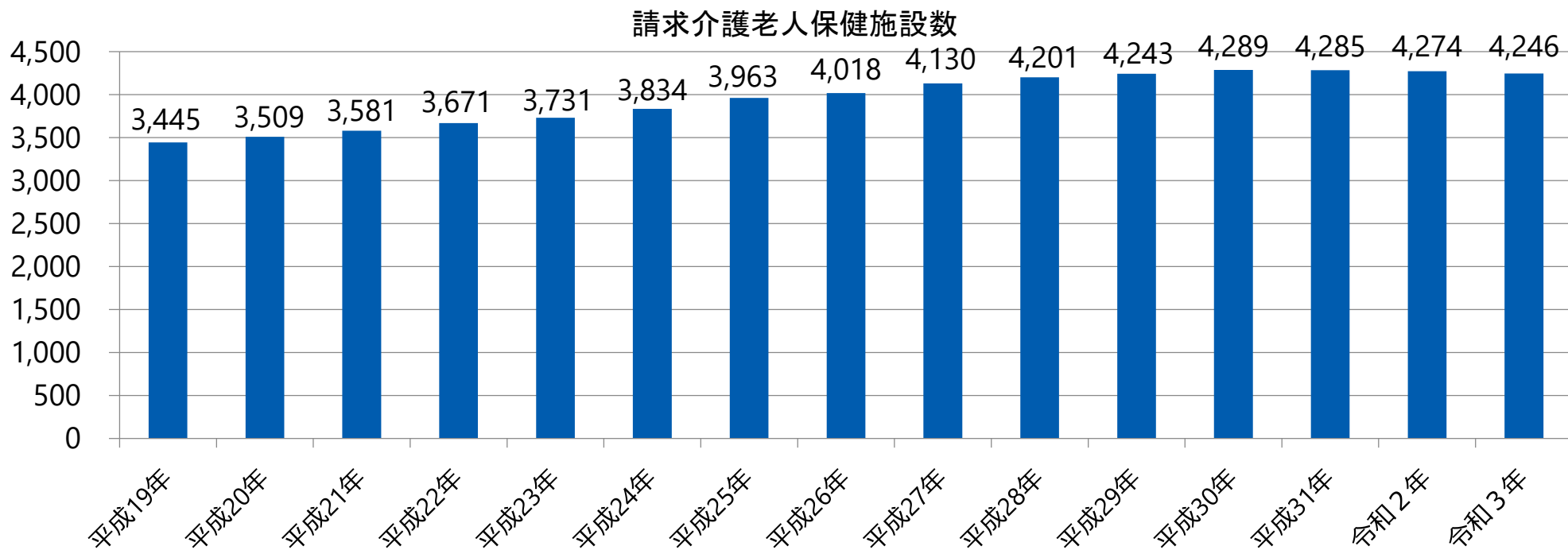
## 【基本方針】

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



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

介護老人保健施設の請求事業所は約4200事業所となっている。



# 通所リハビリテーションの現状

## 「通所リハビリテーション」とは

- 要支援・要介護者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能回復を図るもの

## 【指定通所リハビリテーション事業所の要件】

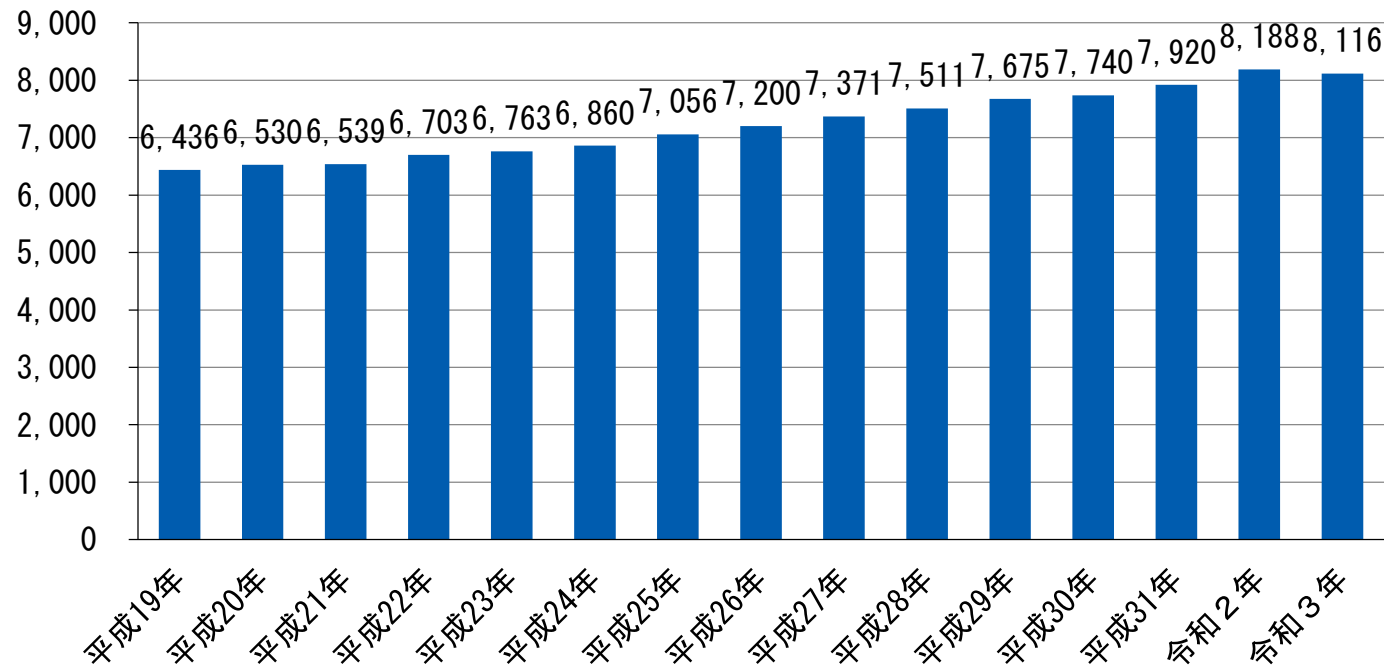
- ①専任の常勤医師一名以上 ②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を利用者100人に一名以上 ③従事者を利用者10人に一名以上  
(従事者：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員)
- 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること
- 指定通所リハビリテーションを行うに必要な専用の部屋（3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上）

## 【通所リハビリテーションの対象者】

- 介護保険法の居宅要支援、要介護者

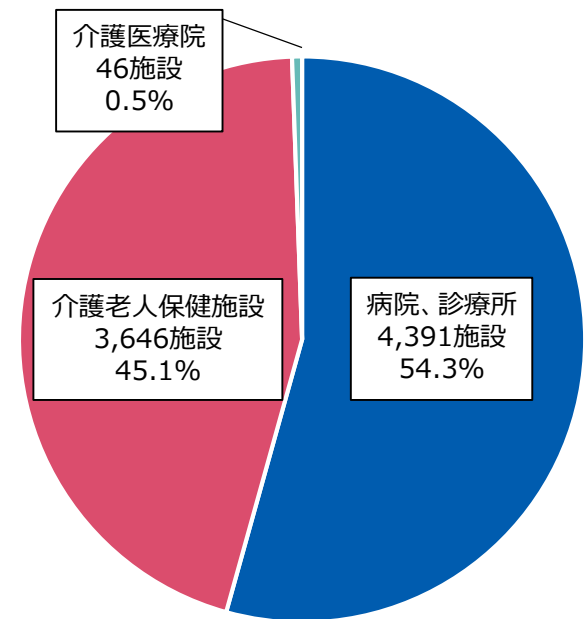
通所リハビリテーションの請求事業所は約8100事業所となっている。開設者種別では、医療機関と介護老人保健施設が半々である。

請求通所リハビリテーション事業所数



(出典) 厚生労働省「介護給付費実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

開設者種別割合



(出典) 厚生労働省  
「介護給付費実態統計」  
(令和3年11月審査分)

# 訪問リハビリテーションの現状

## 「訪問リハビリテーション」とは

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

## 【指定訪問リハビリテーション事業所の要件】

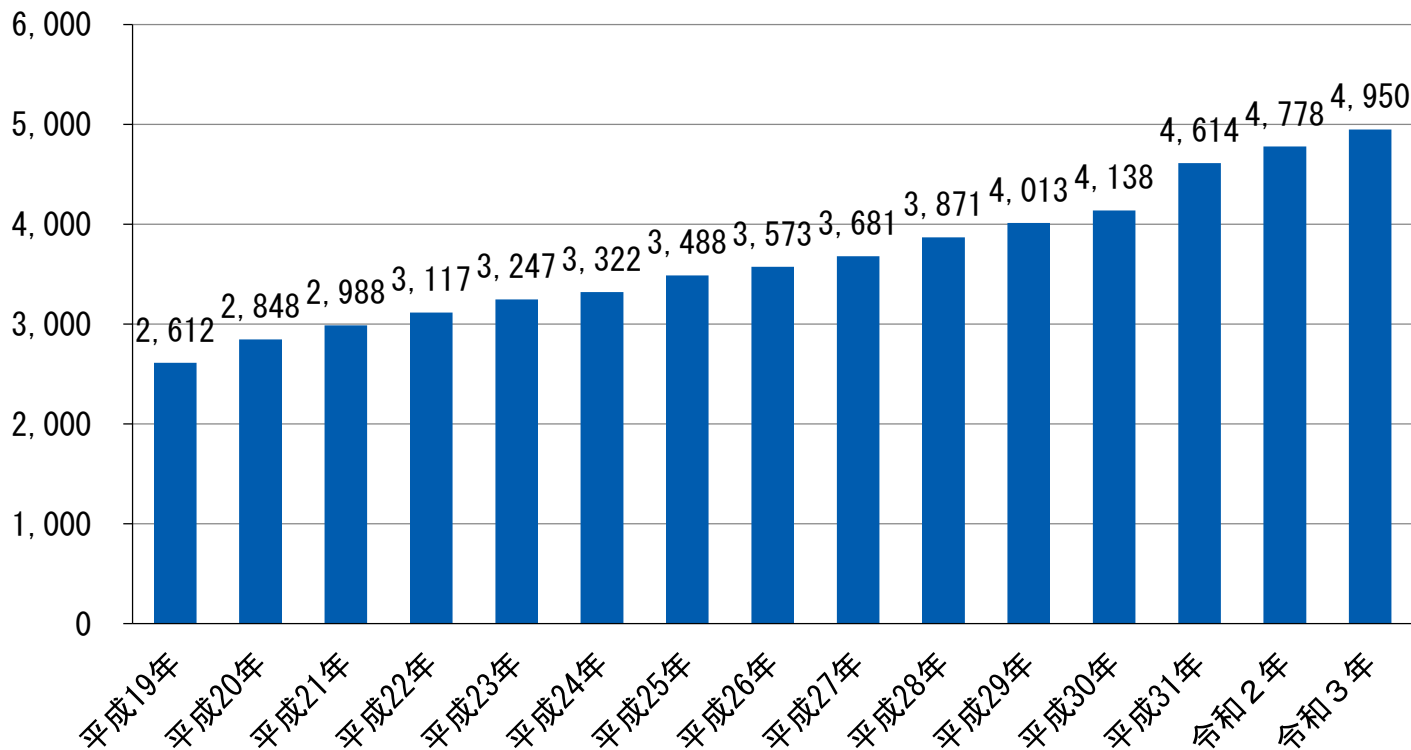
- ①専任の常勤医師一名以上 ②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を適当数置かなければならない
- 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること
- 指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの

## 【訪問リハビリテーションの対象者】

- 介護保険法の居宅要支援、要介護者

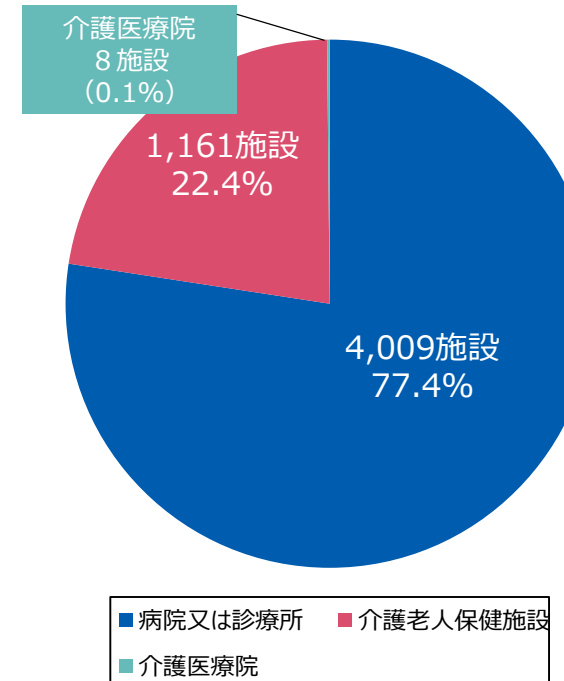
訪問リハビリテーションの請求事業所は年々増加している。開設者種別では、約8割が医療機関、約2割が介護老人保健施設である。

請求訪問リハビリテーション事業所数



(出典) 厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

開設者種別割合



(出典) 厚生労働省  
「介護給付費等実態統計」  
(令和3年11月審査分)

## (1) リハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲

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

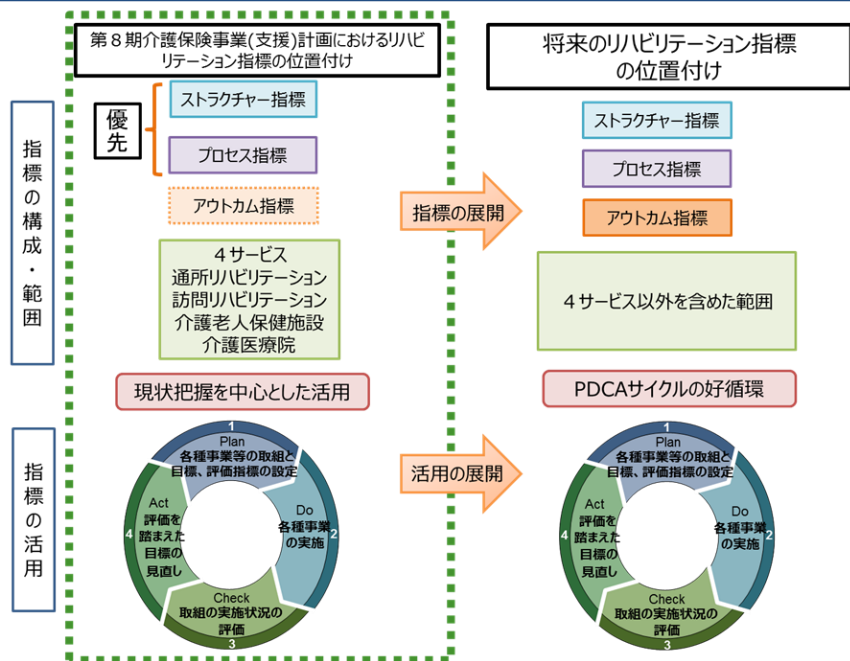
## (2) リハビリテーション指標の考え方

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

## (3) リハビリテーション指標

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

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



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

## 住まいと生活の一体的な支援

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 高齢者向け住まい・施設の件数

(単位: 人・床)

16,000

14,000

12,000

10,000

8,000

6,000

4,000

2,000

0

◆ 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

◆ 認知症高齢者グループホーム

● 養護老人ホーム

● 軽費老人ホーム

● 有料老人ホーム

■ サービス付き高齢者向け住宅

有料老人ホーム  
※サービス付高齢者向け住宅を除く

認知症高齢者グループホーム

介護老人福祉施設

サービス付き高齢者向け住宅

介護老人保健施設

軽費老人ホーム

養護老人ホーム

介護医療院

介護療養型医療施設

H12 H13 H14 H15 H16 H17 H18 H19 H20 H21 H22 H23 H24 H25 H26 H27 H28 H29 H30 R1 R2 R3

※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(R2.10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24~は基本票の数値。(利用者数ではなく定員数)

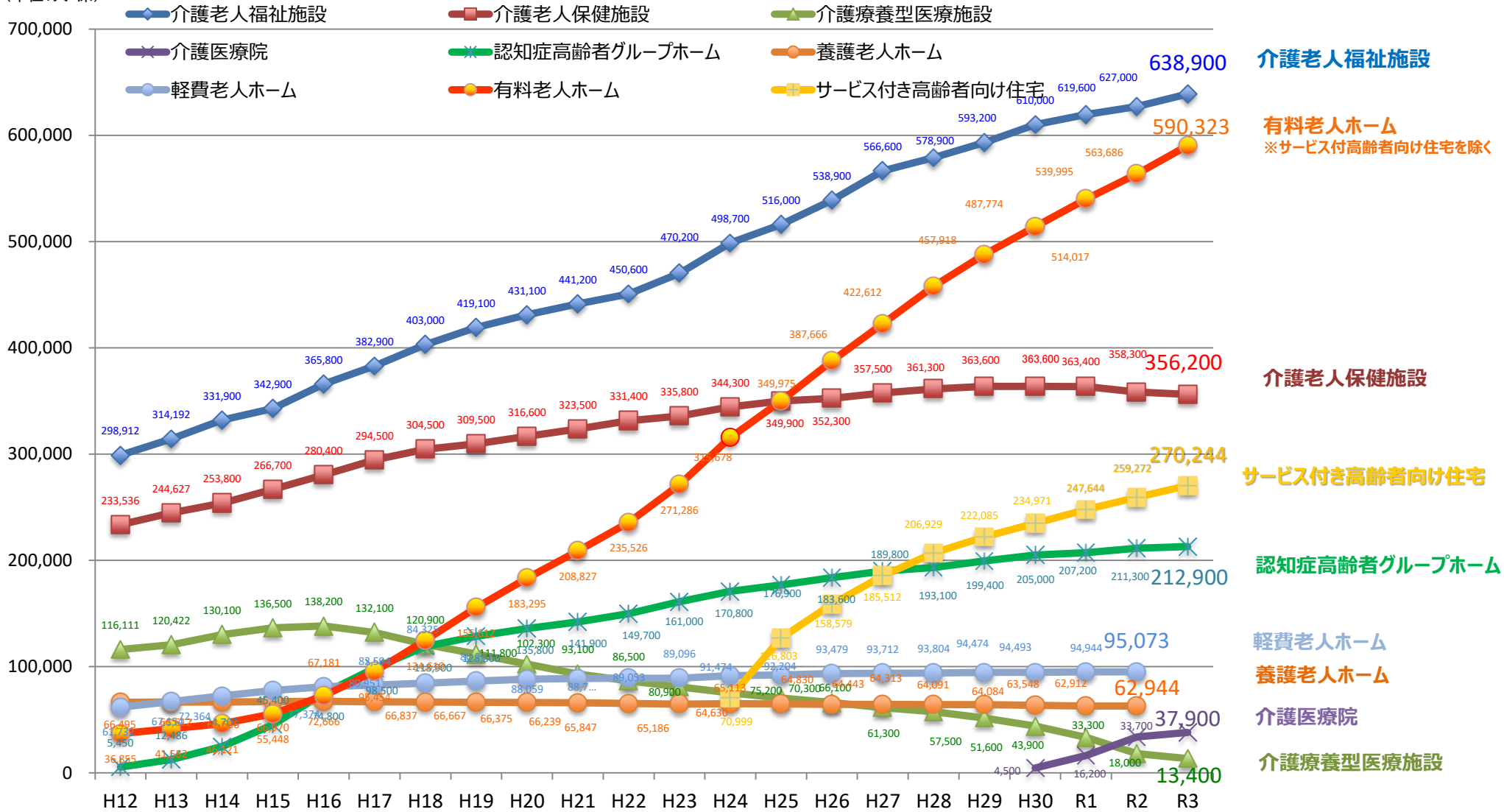
※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(利用者数ではなく定員数)による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。

※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(R3.9/30時点)」による。(利用者数ではなく登録戸数)



# 高齢者向け施設・住まいの利用者数

(単位: 人・床)



※1: 介護保険施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12~H13】」、「介護給付費等実態調査(10月審査分)【H14~H29】」及び「介護給付費等実態統計(10月審査分)【H30~】」による。

※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したものの。

※3: 認知症高齢者グループホームは、H12~H16は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。(短期利用を除く)

※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査(R2.10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24~は基本票の数値。(利用者数ではなく定員数)

※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(利用者数ではなく定員数)による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。

※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(R3.9/30時点)」による。(利用者数ではなく登録戸数)

# 高齢者向け住まいの概要

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

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

⑤→介護給付費等実態調査(令和3年10月審査分(短期利用を除く))

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

# 特定施設入居者生活介護の概要

## 1. 制度の概要

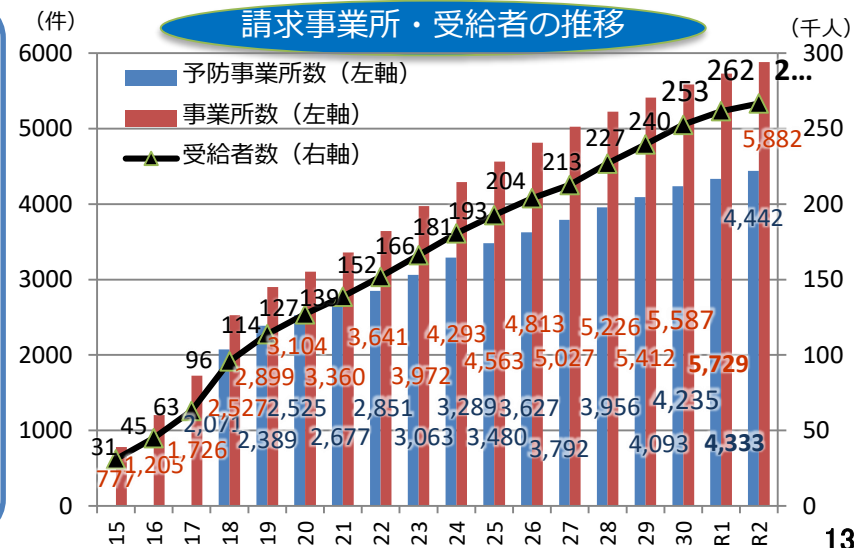
- 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。
- 特定施設の対象となる施設は以下のとおり。
  - ① 有料老人ホーム      ② 軽費老人ホーム（ケアハウス）      ③ 養護老人ホーム
  - ※ 「サービス付き高齢者向け住宅」については、「有料老人ホーム」に該当するものは特定施設となる。
- 特定施設入居者生活介護の指定を受ける特定施設を「介護付きホーム」という。

## 2. 人員基準

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

## 3. 設備基準

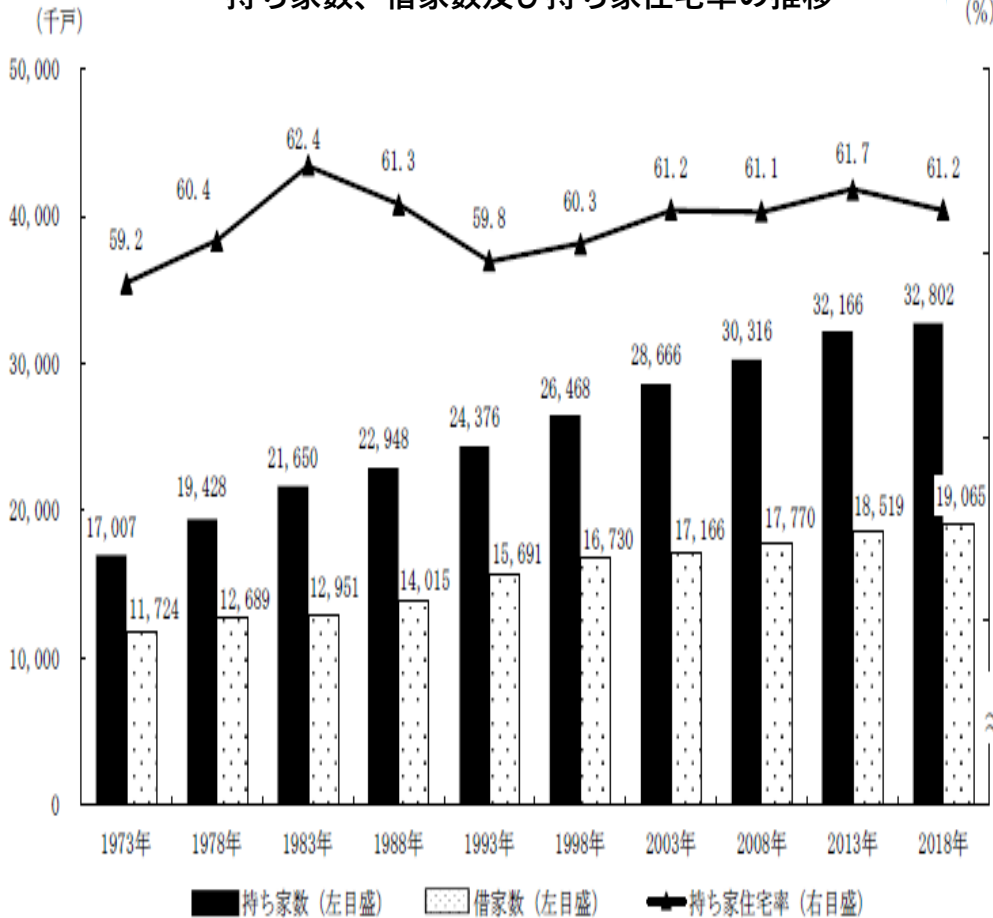
- ① 介護居室：・原則個室    ・プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ    ・地階に設けない 等
- ② 一時介護室：介護を行うために適当な広さ
- ③ 浴室：身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
- ④ 便所：居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える
- ⑤ 食堂、機能訓練室：機能を十分に発揮し得る適当な広さ
- ⑥ 施設全体：利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造



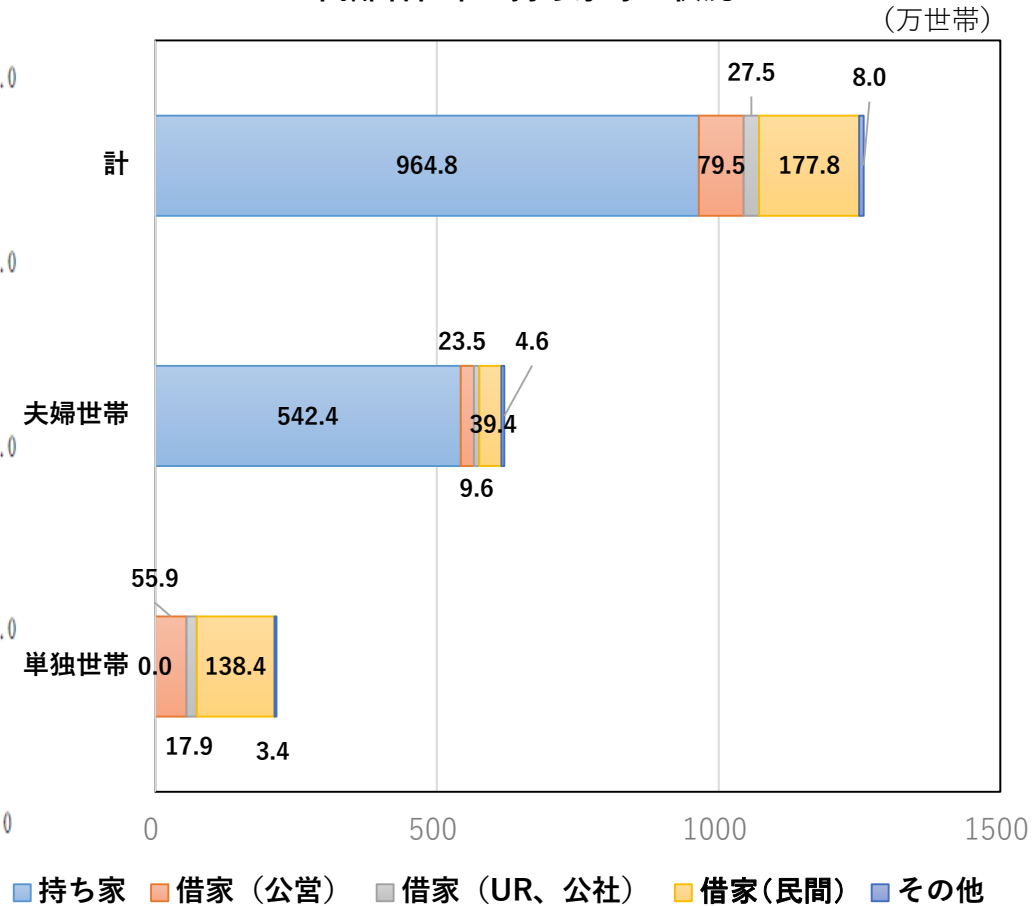
出典：介護給付費等実態調査（各年度3月分（4月審査分））※「事業所数」は短期利用を除く。地域密着型を含む。

# 持ち家、借家等の状況

## 持ち家数、借家数及び持ち家住宅率の推移



## 高齢者世帯の持ち家等の状況



※ 平成30年度住宅・土地統計調査（総務省統計局）

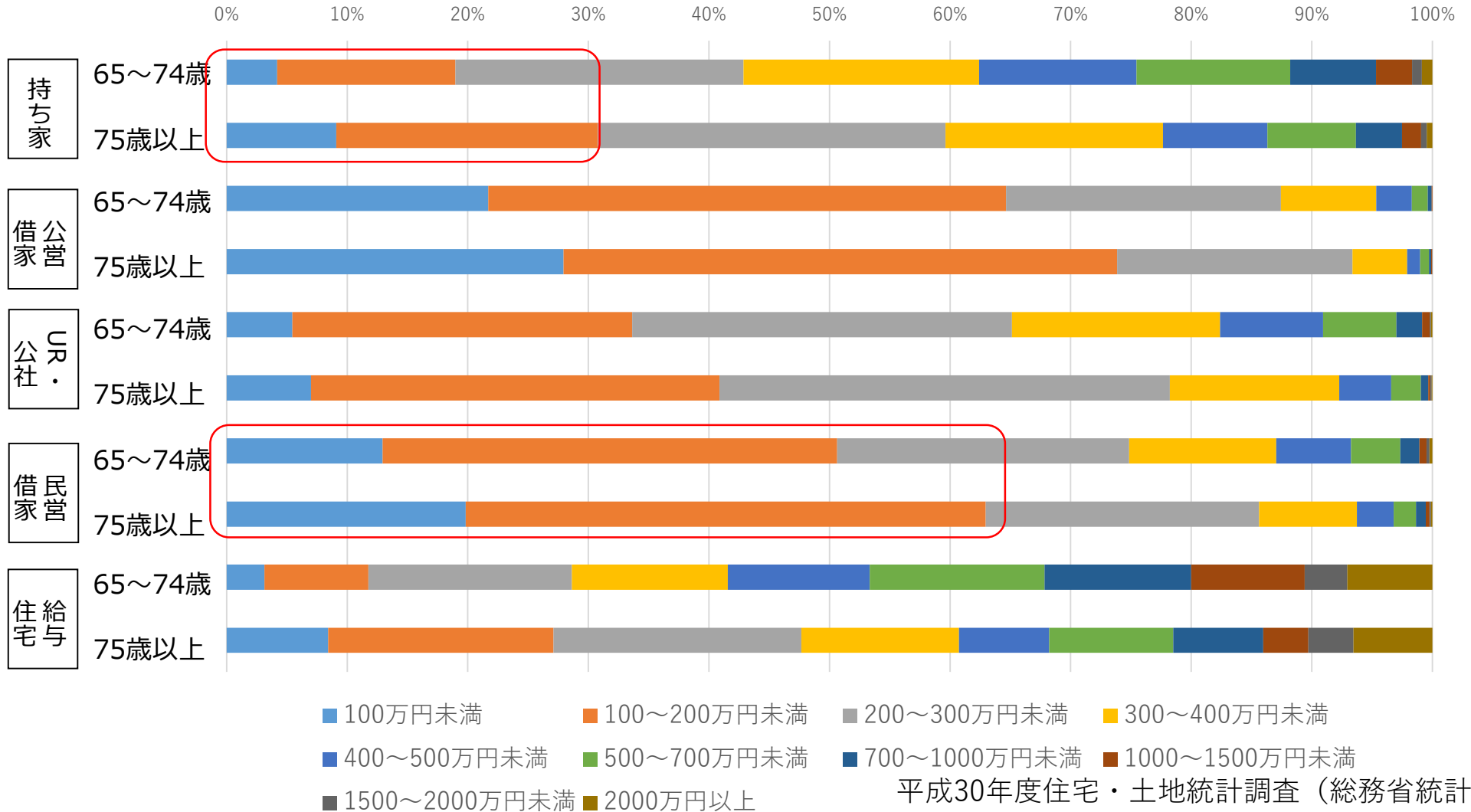
※ 高齢夫婦世帯は、65歳以上の夫と、60歳以上の妻の世帯。高齢単独世帯は、65歳以上の世帯で集計している。

※ 有料老人ホームなど高齢者施設・住まいに関する本統計上の取扱いには、注意を要する。

# 高齢者世帯の住宅事情

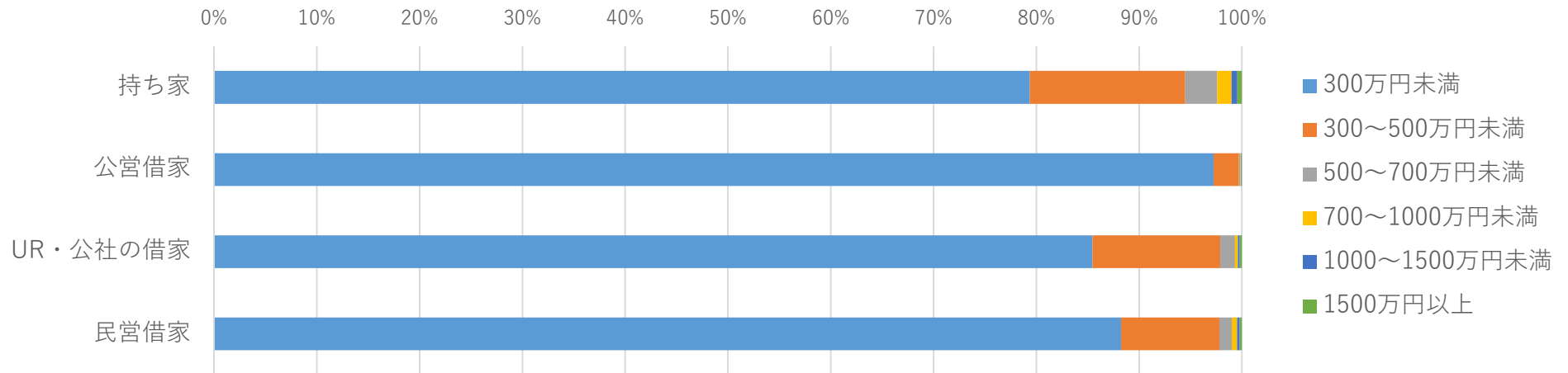
○ 家計を主に支える者が65歳以上である世帯では、持ち家よりも、民営借家等の方が収入が低い世帯が多く、ほとんどが年収300万円以下の世帯となっている。

## ■ 高齢者世帯の住居の所有別収入分布 (家計を主に支える者が65歳以上)

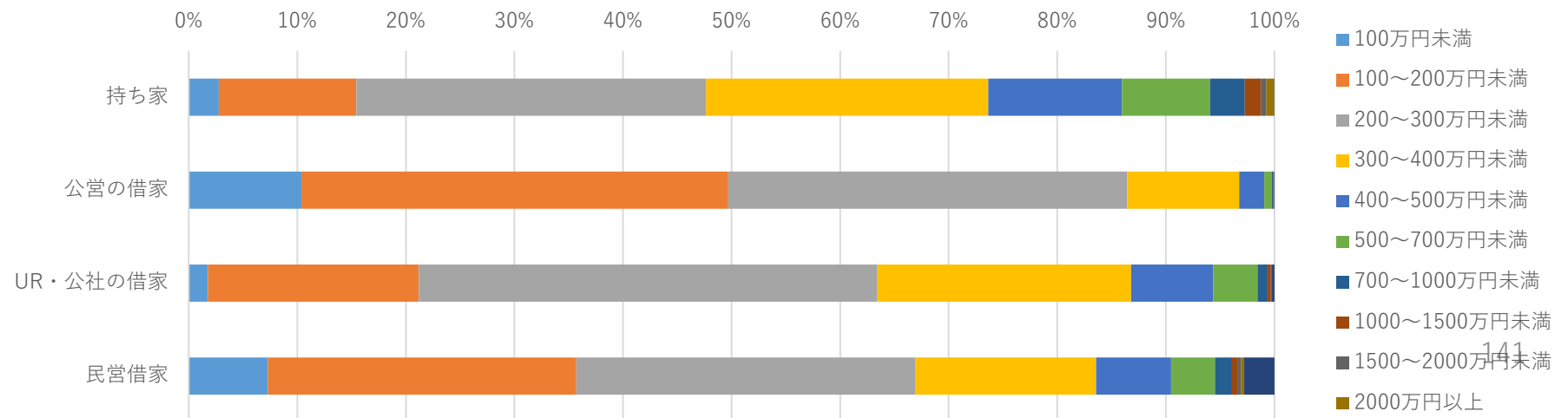


# 高齢者世帯の住宅事情

## ■ 高齢者単身世帯の住居の所有別収入分布



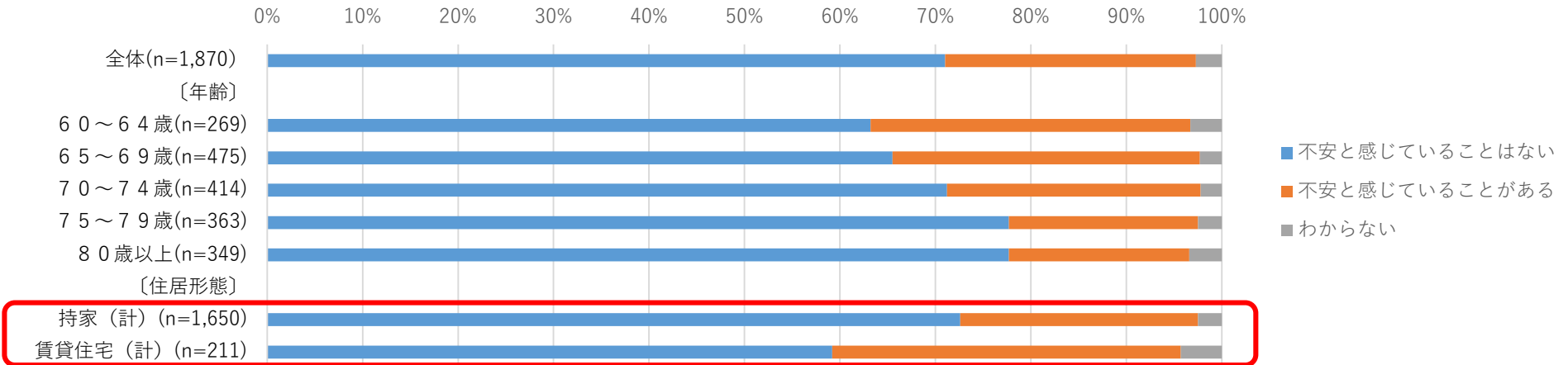
## ■ 高齢夫婦世帯の住居の所有別収入分布



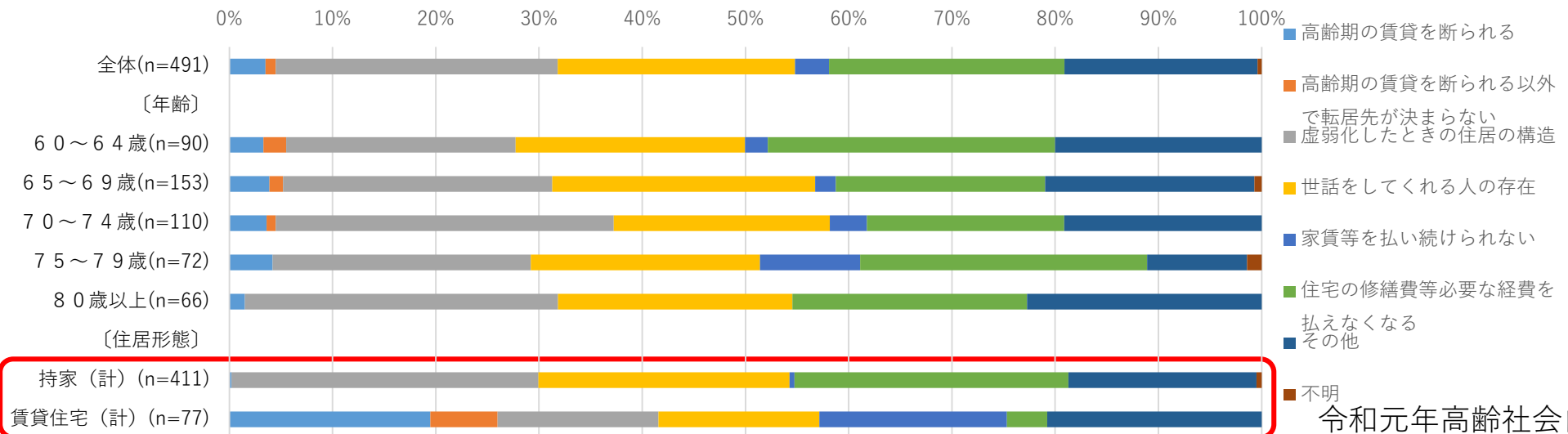
# 高齢者の住宅への不安

- 賃貸住宅に住んでいる者の方が持ち家の者に比べ、住まいへの不安を感じている者の割合が高い
- 住まいへの不安としては、持ち家の者では、「虚弱化したときの居住構造」、「世話をしてくれる人の存在」の割合が高く、賃貸住宅の者では「高齢期の賃貸を断られること」、「家賃等を払い続けられない」の割合が高い。

## ■ 高齢者（60歳以上）が住まいに対して不安を感じていることの有無



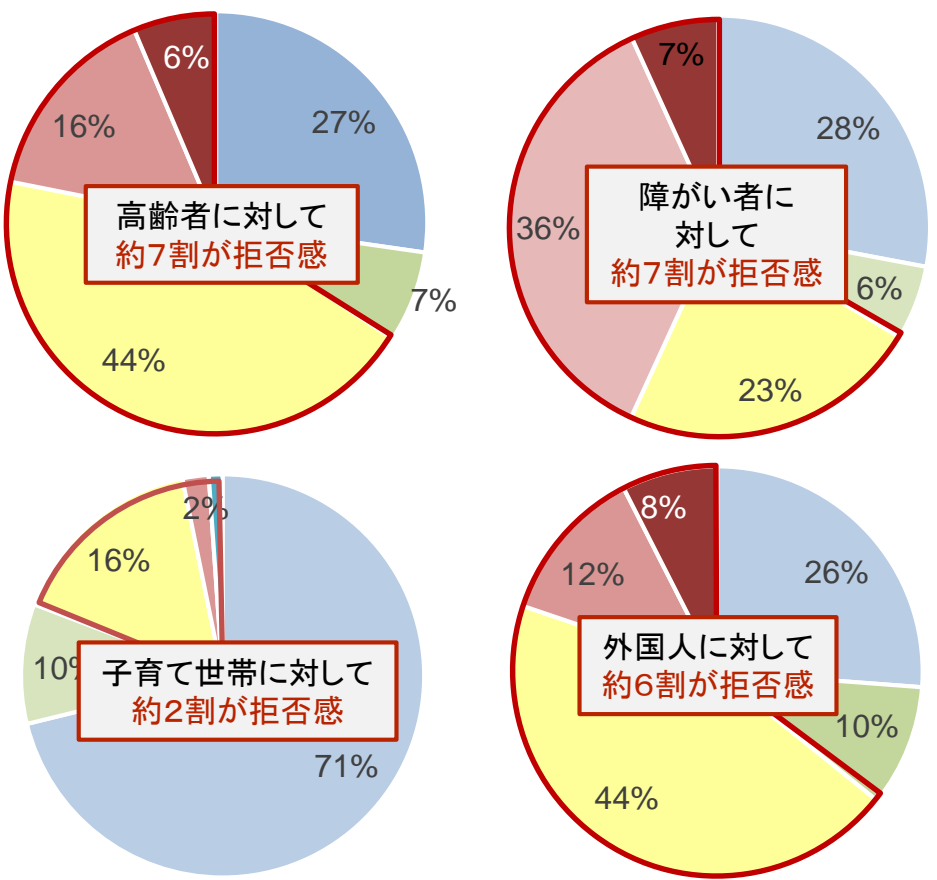
## ■ 高齢者（60歳以上）が住まいに対して不安を感じていること



# 住宅確保要配慮者に対する賃貸人の入居制限の状況

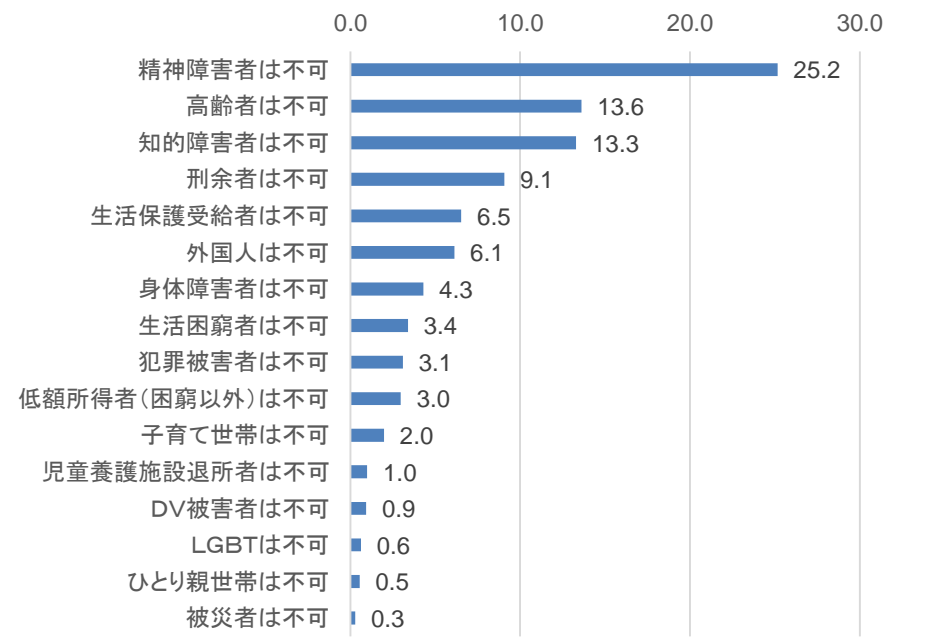
○住宅確保要配慮者の入居に対して、賃貸人の一定割合は拒否感を有しており、入居制限がなされている状況。家賃の支払いに対する不安等が入居制限の理由となっている。

住宅確保要配慮者の入居に対する賃貸人の意識

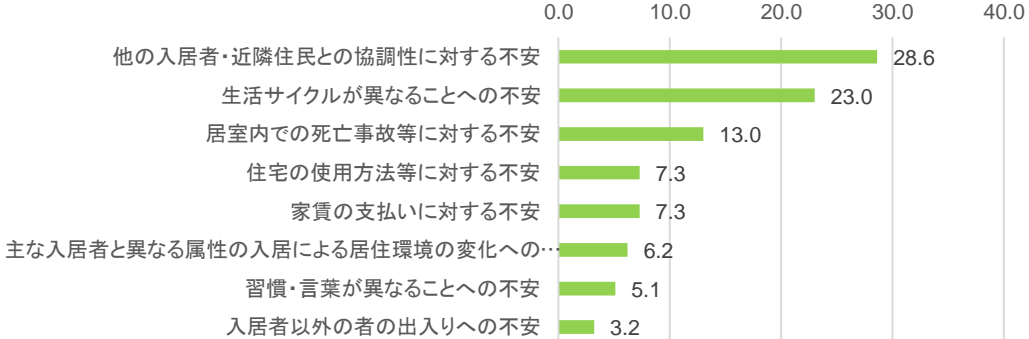


■ 従前と変わらず拒否感はない      ■ 従前は拒否感があったが現在はない  
■ 拒否感はあるものの従前より弱くなっている      ■ 従前と変わらず拒否感が強い  
■ 従前より拒否感が強くなっている

入居制限の状況



入居制限する理由



出典：(令和3年度)家賃債務保証業者の登録制度等に関する実態調査報告書



# 住宅セーフティネット制度の概要

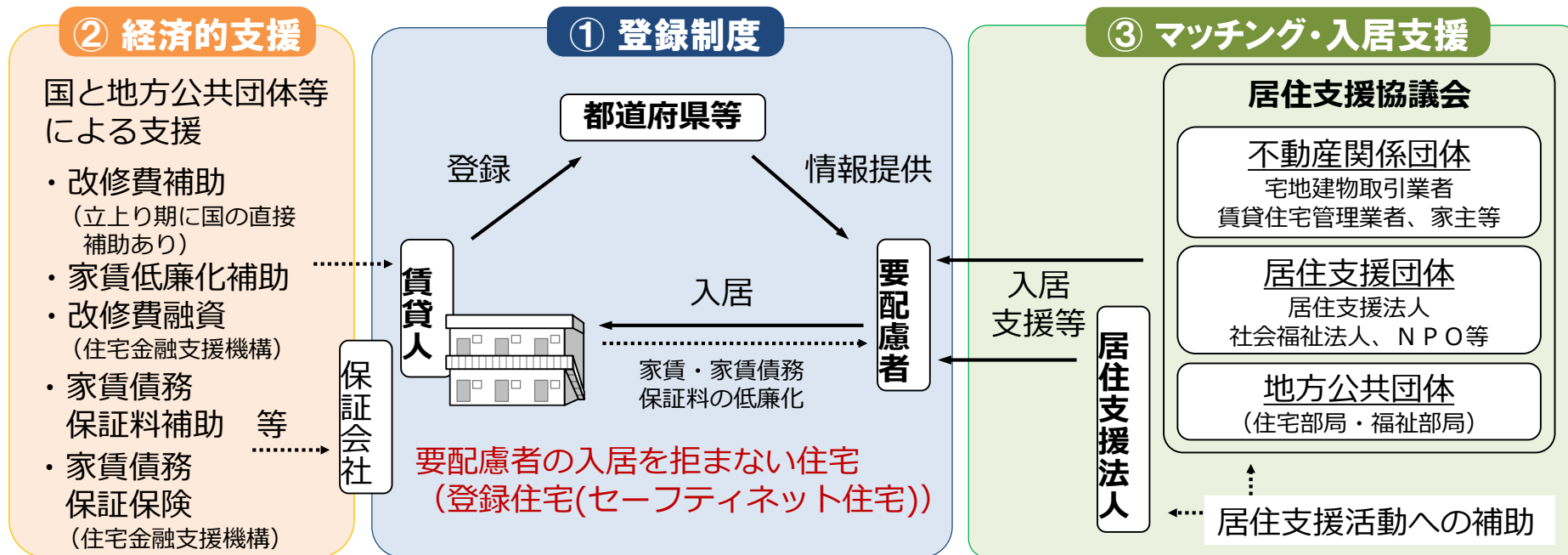
※ 住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（住宅セーフティネット法）の一部を改正する法律（平成29年4月26日公布 10月25日施行）

## ① 住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅の登録制度

## ② 登録住宅の改修・入居への経済的支援

## ③ 住宅確保要配慮者のマッチング・入居支援

【住宅セーフティネット制度のイメージ】



# 居住支援協議会の概要

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

## 概要

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

### (1) 設立状況 119協議会が設立(令和4年6月30日時点)

- 都道府県(全都道府県)
- 市区町(77市区町)

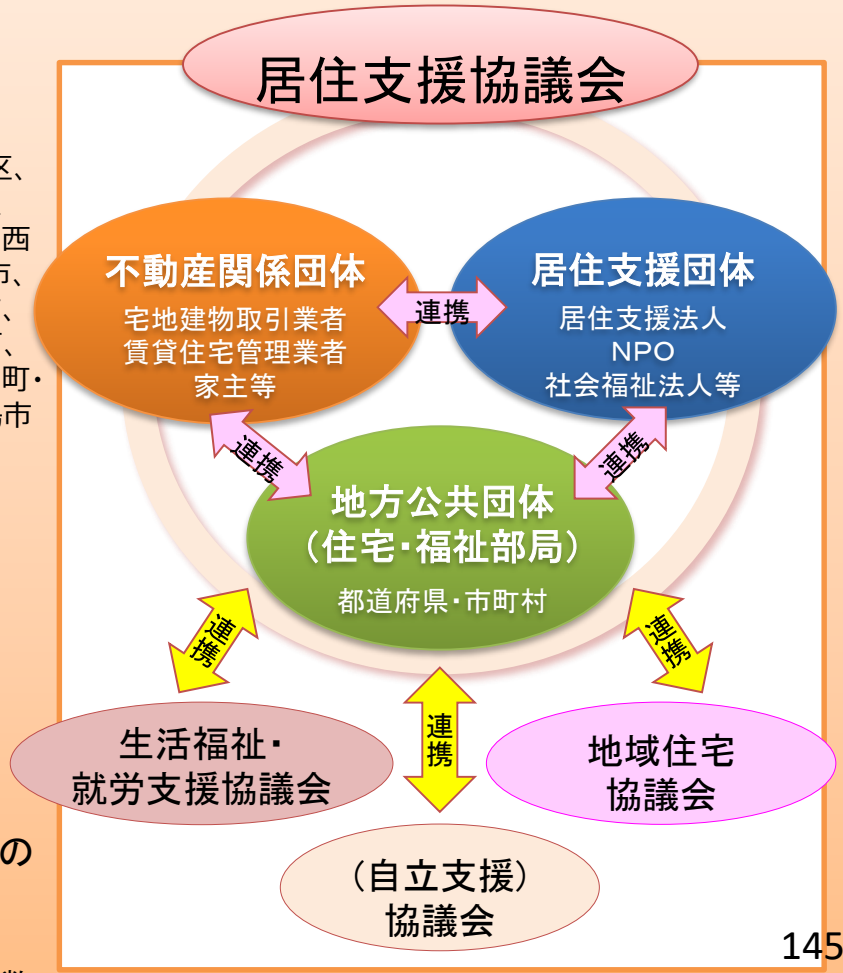
札幌市、旭川市、本別町、横手市、鶴岡市、さいたま市、千葉市、船橋市、千代田区、新宿区、文京区、台東区、江東区、品川区、豊島区、北区、中野区、杉並区、板橋区、練馬区、足立区、葛飾区、大田区、世田谷区、江戸川区、目黒区、八王子市、府中市、調布市、町田市、西東京市、立川市、日野市、狛江市、多摩市、小金井市、川崎市、横浜市、鎌倉市、相模原市、藤沢市、座間市、茅ヶ崎市、岐阜市、小海町、名古屋市、岡崎市、瀬戸市、豊田市、京都市、宇治市、豊中市、岸和田市、摂津市、神戸市、宝塚市、姫路市、広島市、徳島県東みよし町、東温市、北九州市、福岡市、中間市、大牟田市、うきは市、直轄地区(直方市・宮若市・鞍手町・小竹町)、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

### (2) 居住支援協議会による主な活動内容

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

### (3) 支援

居住支援協議会が行う住宅確保要配慮者に対する民間賃貸住宅等への入居の円滑化に関する取り組みを支援  
〔令和4年度予算〕  
共生社会実現に向けたセーフティネット機能強化・推進事業(11.05億円)の内数



# 「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」(H26～28)の概要

## 1. 事業概要

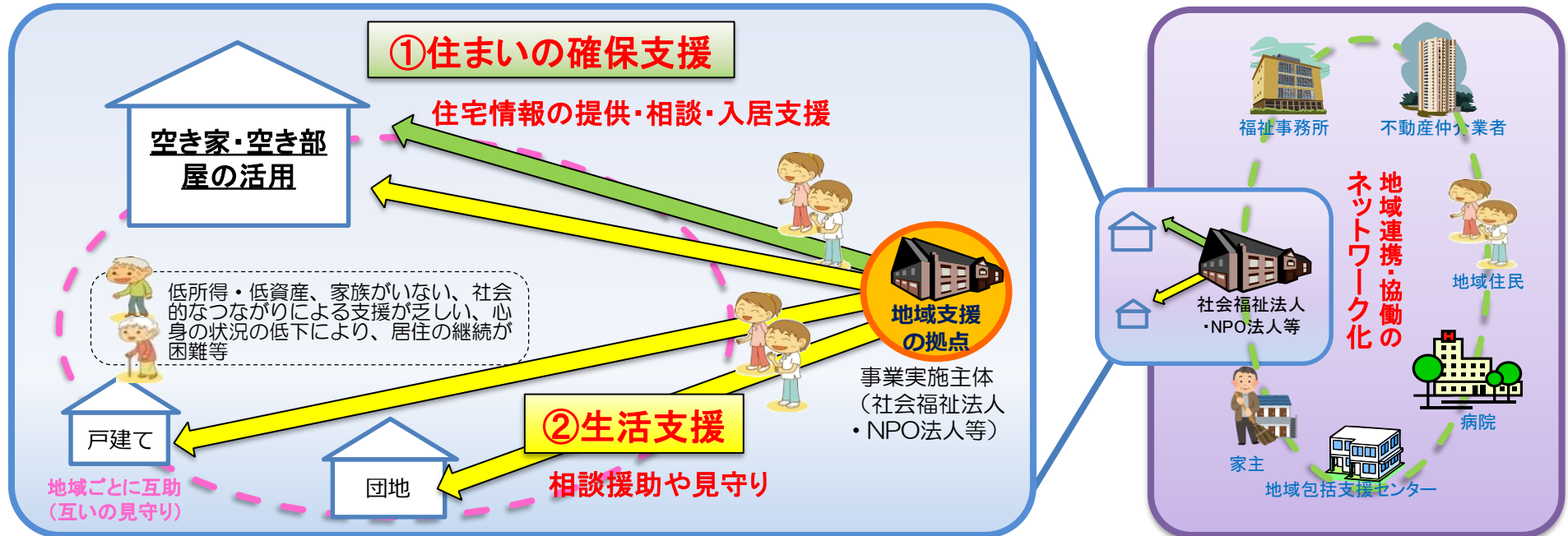
自立した生活を送ることが困難な低所得・低資産高齢者等を対象に、社会福祉法人やNPO法人等が、**地域連携・協働のネットワークを構築し、**

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

## 2. 実施主体 市区町村（社会福祉法人、NPO法人等への委託可能）

※15自治体の実施

(事業のイメージ)

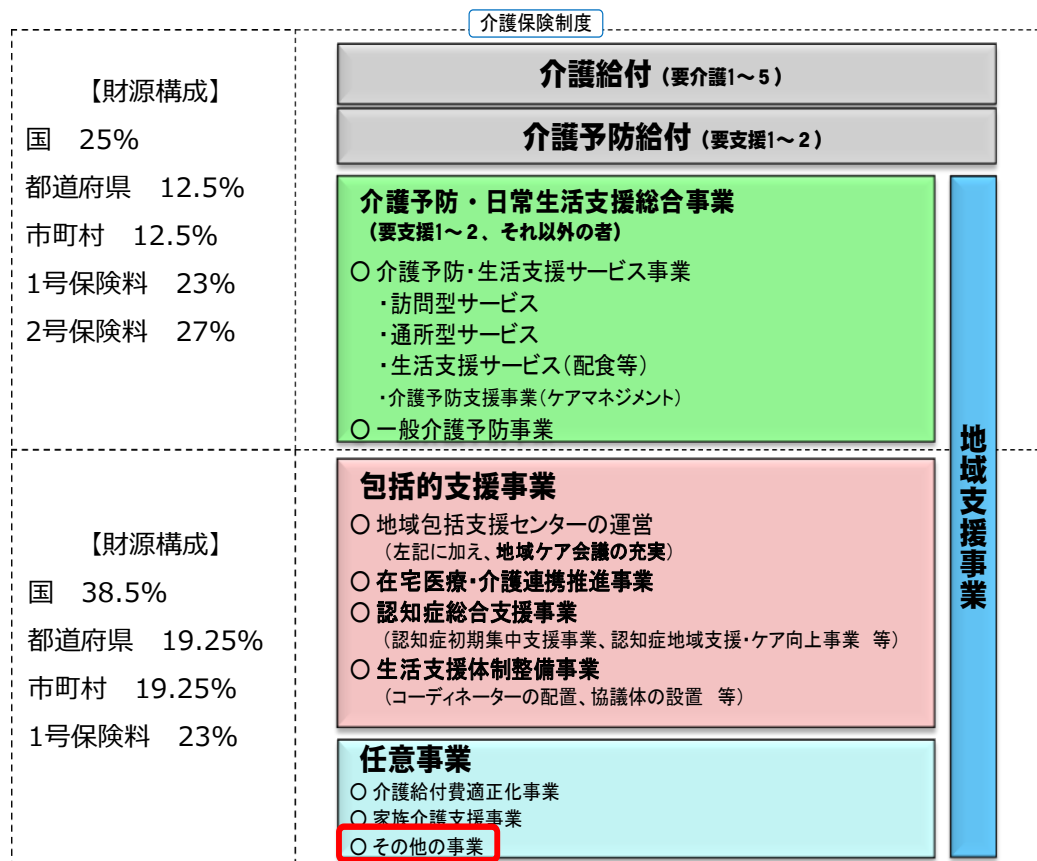


■ 本事業の取組結果については、下記の高齢者住宅財団ホームページに掲載

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

# 地域支援事業等の活用による全国展開

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



## 平成29年度から「地域支援事業の実施について」(実施要綱)を改正

### カ 地域自立生活支援事業

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

#### ① 高齢者の安心な住まいの確保に資する事業

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

高齢者単身又は高齢者のみ世帯、障害者のいる世帯や低所得世帯等が安心して地域で暮らしていくため、大家の抱える不安に対応する既存の施策・令和2年度予算案等での施策を本日時点で整理したもの。今後、新規施策等に応じて改訂していく。

< 目的 > < 大家の不安 >

< 対応策 >

安心して地域で暮らせる住まいと支援の確保

事故や騒音等のトラブル



## 見守りなどの居住支援の推進

### ○居住支援法人の指定の促進による居住支援の推進【国】

・補助金による財政的支援に加え、指定手続きや指定後の活動についてフォローする支援事業を立ち上げること等により指定を促進する

### ○高齢者等の居住と生活の一体的な支援の横展開【厚】

・以下の様な好事例の横展開を図る(地域支援事業、社会福祉法人の社会貢献活動)  
 ※介護保険の保険者機能強化推進交付金により市町村の取組を後押し(予定)  
 (例1)社会福祉法人が不動産関係団体と連携し、高齢者等の入居支援と、入居後の見守りサービスを提供  
 (例2)空き家やアパートのサブリースの活用により、安定的な家賃収入を確保し、居住と生活支援を一体的提供

### ○生活困窮者や被保護者の居宅移行支援【厚】

・一時生活支援事業の拡充により、訪問により見守り等の生活支援を行う地域居住支援事業を実施  
 ・被保護者の無低等からの居宅移行や転居後の定着支援を一体的に実施する事業を創設

### ○障害者の地域生活支援【厚】

・障害者支援施設に入所等している障害者に住居の確保等の支援を行う「地域移行支援」、地域でのひとり暮らし等に移行した障害者に定期的訪問や随時の相談対応を行う「自立生活援助」、常時の連絡体制を確保し、緊急時に必要な支援を行う「地域定着支援」により障害者の地域生活支援を促進

### ○地域共生社会の推進(次期通常国会に法案を提出予定)【厚】

・市町村において地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、断らない相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に実施する事業を創設→参加支援の中で、居住支援として見守り等の支援を推進

## 単身入居者の死亡時の対応

### ○残置物の円滑な処理に関する制度等の周知等【国等】

・終身建物賃貸借制度(※)や残置物の円滑な処理に関する制度・サービスをわかりやすく紹介した「《大家さんのための》単身入居者の受入れガイド」(国土交通省作成・法務省協力(H31.3))について、さらなる周知・情報提供を行う。  
 ※賃貸借契約が賃借人の死亡と同時に終了。ただし、残置物の所有権には影響しない  
 ・更なる対応について引き続き関係省庁で検討

## 家賃支払いの確保

### ○住宅扶助代理納付の活用【厚】

・家賃滞納者、公営住宅、セーフティネット住宅に入居する生活保護受給者の住宅扶助について、代理納付を「原則化」する

### ○登録家賃債務保証業者の活用【国】

・家賃債務保証業者の登録制度の一層の周知を図るとともに、住宅金融支援機構の家賃債務保証保険を普及することにより、登録家賃債務保証業者の活用を促進する

孤独死等



家賃滞納



○登録手数料の無料化・減免の推進や登録手続きの簡素化に加え、制度の一層の周知を図り、セーフティネット住宅の登録を更に促進する【国】

## セーフティネット住宅の登録促進

○各省連絡協議会の拡充【厚国等】  
 ・厚労省・国土交通省の局長級による連絡協議会について、法務省の他、各関係団体を構成員に加える改組を行い、住まい支援について各分野のより一層の緊密な連携を図る  
 ○市町村居住支援協議会の設立促進【国】  
 ・居住支援協議会の設立に意欲のある市町村に対する有識者派遣・情報提供などによる伴走支援や、都道府県による意欲ある市町村の掘り起こし支援を実施する

## 福祉、住宅その他の行政の連携強化

# 高齢者住まい・生活支援伴走支援事業

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

## 1. 目的

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

## 2. 事業内容

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

### ① 事業の実施に向けた意見交換、課題に対する検討及びアドバイス

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

### ② 制度や取組の事例、パンフレット等の周知

課題を踏まえた取組の事例等について周知

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

### ③ 第1線で活動されている行政職員・有識者の紹介

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

見守り等にかかる費用を「地域支援事業交付金」により支援。

※以前は「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」として支援。

### <自治体における検討の流れ>

#### ○自治体における課題の顕在化

高齢者が大家から入居を断られて、居住確保が困難な状況 等

支援

#### ○地域の実情を踏まえた対応方策の検討

- ・実態把握
- ・関係者との調整
- ・事業の具体化の検討

支援

#### ○事業の実施

- ・相談対応、不動産店への同行
- ・社会福祉法人による見守り 等

## 3. 実施主体

国（公募により民間に委託）

# 令和3年度「高齢者住まい・生活支援伴走支援プロジェクト」応募団体一覧

## 【地方公共団体への支援】

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

## 【社会福祉法人への支援】

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

## 5. 「地域共生社会」づくり

- 孤独・孤立や生活困窮の人々が地域社会と繋がりながら、安心して生活を送れる「地域共生社会」づくりに取り組む必要。
- 「住まい」をいかに確保するかは、老齢期を含む生活の維持にとっても大きな課題。制度的な対応も含めた検討が求められる。



- ソーシャルワーカーによる相談支援、多機関連携による総合的な支援体制。分野横断的な取組を進める。
- 住民に身近な地域資源を活用しながら、地域課題の解決のために住民同士が助け合う「互助」を強化。
- ~~住まい確保の支援のみならず、地域とつながる居住環境や見守り・相談支援の提供も含め検討。その際には、空き地・空家の活用やまちづくりなどの視点も必要。~~

## 6. 医療・介護・福祉サービス

- 今後の高齢化の進展とサービス提供人材の不足を踏まえると、医療・介護提供体制の改革や社会保障制度基盤の強化は必須。
- コロナ禍により、地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかる課題に直面。機能分化と連携を重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべき。
- データの連携、総合的な活用は、社会保障の各分野におけるサービスの質の向上等に重要な役割を果たす。
- サービスの質の向上、人材配置の効率化、働き方改革等の観点。



- 「地域完結型」の提供体制の構築に向け、地域医療構想の推進、地域医療連携推進法人の活用、地域包括ケアシステムの整備などを、都道府県のガバナンス強化など関連する医療保険制度等の改革と併せて着実に推進。
- かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の改革を推進。
- 地域医療構想について、第8次医療計画策定とあわせて議論を進める。さらに2040年に向けバージョンアップ。
- データ活用の環境整備を進め、個人・患者の視点に立ったデータ管理を議論。社会保障全体のDXを進める。
- ICTの活用、費用の見える化、タスクシェア・タスクシフティングや経営の大規模化・協働化を推進。



# 地域共生社会づくりのための「住まい支援システム」構築に関する調査研究事業 (令和4年度老人保健健康増進等事業)

※現在、事業者を選定中

## 背景

- 将来増加が見込まれる独居の高齢者・困窮者等の住まいの確保のため、住まいの課題解決に向けたサポート体制の構築が必要。

## 概要

- サポート体制の構築のため、複数の自治体において、住まいに課題を抱える者（住宅確保要配慮者等）に対する住まい支援について、総合的な相談対応や一貫した支援を行える実施体制を整備するとともに、見守り支援や地域とのつながり促進支援など、地域共生の観点を取り入れたマネジメントを行う仕組みを導入する等のモデル的な事業を、令和4年度老人保健健康増進等事業において実施する。
- モデル事業を実施する市町村に、自治体の介護保険部局や住宅部局、居住支援関係団体等で構成する住まい支援センター（仮称）を設置し、以下①～③を行う。これにより、各支援制度や地域資源の狭間等に陥らずに、住まいの確保に向けた総合的な相談対応や一貫した支援を行う機能を発揮できることとなる。
  - ① 住まいの相談支援、各種支援制度の活用
  - ② アセスメント、プランの策定、フォローアップ
  - ③ （地域とのつながりに係るインフォーマルサービスや居住先を含めた）社会資源の開拓

## 対象

- 対象の自治体は事業者において5団体程度選定する。