

次期介護保険改正の動きを知ろう！

次の改正で影響がありそうなワード！

(課題)

人口減少社会
 急速な超高齢化
 現役世帯・子供の減少
 人材不足
 世帯構成の変化
 独居世帯の拡大
 認知症対応
 ヤングケアラー
 老々介護・認認介護
 8050問題、ダブルケア
 生活困窮者、孤独死
 介護難民・看取り難民
 災害対策(BCP)
 感染症対策(BCP)
 財源問題
 ケアマネジメントの質
 チームケアの不足
 進まない地域支援
 労働環境改善策
 介護職の処遇改善
 デジタル技術の遅れ



(地域づくり)

保険者機能の強化
 地域共生・一億総活躍社会
 シニア世代の活用
 地域マネジメント
 地域特性に応じたサービス
 多様な資源の開発・活用

(サービス事業所)

利用者負担、原則2割
 要介護1.2の対応見直し
 ケアマネジメントの費用負担
 自立支援型ケアマネジメント
 適切なケアマネジメント手法
 ケアプラン様式の見直し
 ケアの質向上、見える化
 福祉用具の在り方見直し
 福祉用具のみプラン減額
 サービスの適正化・重点化
 アウトカム評価の拡大
 災害対策・要援護者支援
 BCP策定義務

(規制緩和)

地域特性に応じた基準
 人員基準の要件緩和
 タスクシェア
 介護職が行う医療ケア
 介護経営の大規模化
 法人間の連携促進

(技術革新)

医療・介護DX
 ケアプランのデジタル化
 AI・ICT、ロボットの活用
 オンライン診療
 オンライン研修
 オンライン実地指導
 オンラインプラン点検
 テレワーク促進・普及
 マイナンバー活用徹底

(その他)

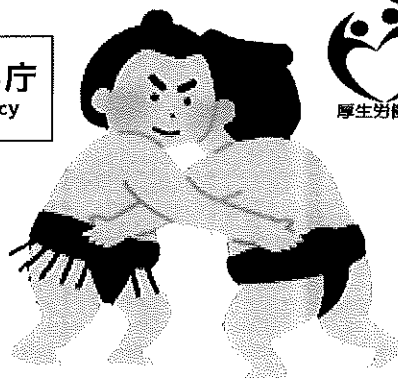
社会保障のための増税
 経営状態の見える化



デジタル庁
 Digital Agency



内閣府



厚生労働省



株式会社ケアフリー
 江戸川区松本2-39-4
 TEL 03-5879-3892
 FAX 03-5879-3893
 資料作成 栗岡 清英

令和3年報酬改定 居宅介護支援のまとめ

基本報酬

居宅介護支援費(i)要介護1.2	1.057単位	⇒	1.076単位(+19単位)
居宅介護支援費(ii)要介護3.4.5	1.373単位	⇒	1.398単位(+25単位)
介護予防支援費	431単位	⇒	438単位(+7単位)

業務体制関連

※介護予防についても同様の場合は★がついています。

1 感染症対策の強化★ (第21条の2)

義務規定 ※3年の経過措置あり

- ①感染症対策「委員会」を設置し、結果をケアマネに周知。 ←(6ヶ月に1回以上開催)
- ②感染症予防及び蔓延防止の「指針の整備」
- ③研修及び訓練(シヨミレーション)の実施 ←(定期的に実施)

2 業務継続に向けた取組強化★ (第19条の2)

義務規定 ※3年の経過措置あり

- ①業務継続計画の策定 ←(定期的に見直し変更)
- ②業務継続計画をケアマネに周知
- ③研修及び訓練(シヨミレーション)の実施 ←(定期的に実施)

3 高齢者虐待防止の推進★ (第1条2項5、第18条6項、第27条の2)

義務規定 ※3年の経過措置あり

- ①運営規定に「虐待の防止のための措置に関する事項」を追加。
- ②委員会を開催し、結果をケアマネに周知徹底を図る。 ←(定期的に実施)
- ③虐待防止の指針整備
- ④研修の実施 ←(定期的に実施)
- ⑤虐待防止の担当者を配置

4 ハラスメント対策の強化★ (第19条4項)

ハラスメント対策の方針の明確化等、必要な措置を講じなければならない。

5 認知症に係る取組の情報公表の推進

認知症研修の受講状況など、事業所の取組みを「介護サービス情報公表制度で公表」。

6 利用者への説明事項の追加等 (第4条2)

- ①前6ヶ月間に作成したケアプランの「サービス利用割合」を利用者に説明すること。
- ②前6ヶ月間に作成したケアプランの「同一事業所割合」を利用者に説明すること。
- ③上記を介護サービス情報公表制度で公表すること。

7 運営規定や重説等の、員数記載や変更届出の緩和★

- ①運営規定や重要事項説明書等の従業者の「員数」は、「〇〇人以上」との記載でよい。
- ②運営規定の「従業者の職種、員数及び職務内容」について変更届は年1回でよい。

8 記録の保存等に係る見直し★ (第31条1項)

運営基準において、作成や保存が書面で行うことが規定されているものについて、書面に代えて電磁記録により行うことができる。

※記録の保存期間について他の制度も参考として、明確化を図る。

9 運営規程等の掲示の見直し★ (第22条2項)

運営規定等の重要事項について、閲覧可能な形でファイル等で備えおくことを可能とする。

ケアマネジメント及び報酬関連

10 特定事業所加算の見直し等

- ①特定事業所加算の要件追加
多様な主体等が提供する生活支援(インフォーマルを含む)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。
- ②特定事業所加算の新たな区分「特定事業所加算(A)」の創設 (100単位)
小規模事業所との連携や体制確保や対応を行う事業所を評価。
- ③特定事業所加算IVは、「特定事業所 医療介護連携加算(125単位)」として変更。

11 通減制の見直し

ICT活用、または事務職員の配置を行っている事業所は、「45件以上」からを通減。
※(通減割合はメリハリをつける。特定事業所加算のケアマネの担当件数も見直しする。)
※(例外件数について、地域実情も踏まえて、やむおえない受入れも例外とする。)

12 看取り期のサービス利用前調整への評価

- ①看取り期において、退院時等にケアマネジメント業務を行った
- ②利用者の死亡により、サービスに至らなかった
- ③サービスが提供されたものと同等の扱いが適当と認められるケースは、基本報酬算定を可能とす

13 通院時情報連携加算(50単位)の創設

- ①医師の診察に同席
- ②医師等に利用者の心身状況や生活環境等の必要な情報提供を実施
- ③医師等から利用者に関する必要な情報提供を受ける、
- ④居宅サービス計画に記録
- ⑤1月に1回が限度

14 介護予防支援において「委託連携加算(300単位)」の創設

- ①指定予防支援事業所が、居宅介護支援事業所に予防支援を委託する際、
- ②利用者に係る必要な情報を居宅介護支援事業所に提供、
- ③予防サービス計画の作成等に協力した場合、
- ④委託を開始した日の属する月に限り、1回を限度として所定単位を加算。

15 サービス担当者会議のICT活用★ (第13条9項)

- ①サービス担当者会議において、テレビ電話等の活用を可能とする。
- ②利用者又は家族が参加する場合、テレビ電話等の活用について同意を得なければならない。

16 ケアプランや重説等の説明・同意等の見直し★ (第31条2項)

運営基準において、交付・説明・同意・承諾等を書面で行うことが想定されているものについて、相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法により行うことができる。

署名押印は求めないことを可能とし、代替手段を明示。様式例からは押印欄を削除する。

17 看取り期における本人の意思に沿ったケアの充実

基本報酬や看取りに係る加算の算定要件に、訪問看護のターミナル加算と同様「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行う。

18 退院・退所時のカンファの福祉用具専門相談員等の参画促進

退院・退所時のカンファレンスについて、福祉用具専門相談員や居宅サービスの作業療法士等が参加することを明確化する。

19 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算の廃止★

その他

20 LIFE情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進★(基準第1条2の6)

- ①新たな加算の創設(施設・通所・多機能・居住系)
 - (1)すべての利用者に係るデータをLIFEに提出
 - (2)情報をもとに、事業所特性やケアのあり方等を検証
 - (3)利用者のケアプランや計画に反映させる
 - (4)事業所単位でPDCAサイクル推進・ケアの質向上の取組を実施
- ②LIFEの収集項目の関連する加算等において、利用者の計画作成・PDCAサイクルの取組に加え、LIFEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの質向上を図ることを評価・推進。
- ③居宅介護支援以外の、全てのサービスについてLIFEを活用した計画作成や、事業所単位でのPDCAサイクルの推進、ケアの質向上を推奨。居宅介護支援においては、各利用者のデータ及びフィードバック情報のケアマネジメントへの活用を推奨。

21 生活援助が多いケアプランの検証方法・届出頻度の見直し

- ①地域ケア会議のみならず、行政職員やリハビリ専門職を派遣する形のサービス担当者会議等での対応を可能とする。
- ②検証したケアプランの、次回の届出は1年後とする。
- ③区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ、訪問介護が利用サービスの大半を占める等の居宅事業所を抽出し、点検・検証する仕組みを導入する。(10月から施行)

22 サービス付高齢者向け住宅等への指導体制強化

区分支給限度基準額の利用割合が高い者が多い場合に、ケアプランを作成する居宅事業所を抽出。入所者の自立支援につながっているかを考慮し、指導監督権限を持つ自治体による指導の徹底を図る。(10月から施行)

23 地域実情に応じたサービス提供確保

特例居宅介護サービス費と特別地域加算の対象地域の対応緩和。

24 人員配置基準における両立支援への配慮★

仕事と育児・介護の両立が可能となる環境整備を進め、人員基準や報酬算定を見直し。

25 地域区分の見直し★

老企第29号(ケアプラン様式)の改正

介護保険最新情報vol.958にて、居宅サービス計画の様式について内容が大幅に追加。また、その考え方について、再度vol.1049で説明が入っています。

第1表		居宅サービス計画
利用者名	姓	生年月日
居宅サービス計画作成者氏名		
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地		
居宅サービス計画作成(変更)日		
認定日	年 月 日	認定の有効期間
要介護状態区分	要介護1	要介護2
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果		
介護認定審査会の意見及びサービス		

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスを、どの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたと考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。

その際、課題分析の結果とし、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。

なお利用者およびその家族の介護に対する意向が異なる場合には各々の主訴を区別して記載する。

ちょっと一休み！ ケアプラン様式の「追加」…！？

「ケアプラン詳細分析結果 報告書」(2012年3月)

(1) ケアプランの作成に関する課題

① ケアプランの様式への記載方法が定着していない

家族の意向が、具体的に誰の意向なのか明確に記載することを定着させる必要がある。また、通院や訪問診療、服薬等の医療の利用状況は、介護保険サービスではないが確実に確認すべき事項である。これらの状況を把握し、それをケアプランに明記することの定着が必要である。

また、インフォーマルなサービスについては、配食サービス以外は、ほとんど記載がされていない例が多いが、利用者の生活全体を援助する計画として、ケアプランへの記載を定着することも必要である。

インフォーマル支援の
位置づけが少ない！

③ 課題の整理の根拠となった情報の記録方法が定まっていない

現通知では標準課題分析項目が示されている一方で、ケアプラン様式には、生活全般の課題(ニーズ)の整理の根拠となった情報を記録する欄が無い。

このため、生活全般の課題(ニーズ)にどの程度の情報を記載するか分かりにくいという問題点もある。

課題(ニーズ)の
根拠記録が無い！

また、課題の整理の根拠となる情報が記載されていないために、チームケアに参加する多職種間で利用者・家族等の状況等を共有しにくかったり、サービス担当者会議や地域ケア会議のためにケアプラン様式以外の資料を作成・提出したりして、介護支援専門員の事務負担が大きくなっている。

実際には、収集した情報の整理や要因の分析の経過において何らかの記録を作成していることが多い。したがって、介護支援専門員の事務負担を軽減し、かつ多職種間での情報共有を円滑にするため、課題整理の根拠となった情報を記録する様式を定めることが必要である。

ケアチームに対して、
課題の情報共有がしずらく
ケアマネ業務の事務負担が
大きくなっている！？

参考資料2 居宅サービス計画の新様式(案)

第1表 総括表 (現行の第1表を一部修正)

第2表 課題整理表 (新規提案) ← 課題整理総括表

第3表 サービス計画表 (現行の第2表)

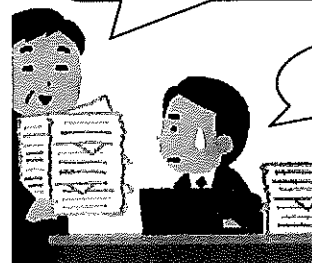
第4表 週間サービス計画表 (現行の第3表)

第5表 モニタリング表 (新規提案) ← 評価表

第6表 サービス担当者会議の要点 (現行の第4表)

第7表 支援経過表 (現行の第5表)

業務負担を減らすため
様式を増やしたよ！



介護保険最新情報vol.379 (2014年6月)

「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」について

⇒ 法定研修での活用が開始されている。※(東京都はリ・アセスメントシートを活用)

課題整理総括表

利用者名	A 殿				作成日	2013/ 8 / 31	
自立した日常生活の 担当要因 (心身の状態、環境等)	① パーキンソン病 ② 転倒高	③ 新立機転大転	④ 本人は家事をしたくない		利用者及び家族の 生活に対する意向	本人は自立した日常生活の担当に希望があり、家族がサポートの必要を感じていない。本人は自立した日常生活の担当に希望があり、家族がサポートの必要を感じていない。	生活全般の解決すべき課題 (一) 【表】
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4	備考(状況・実情内容)			
移動	室内移動 (自立)見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	車イスは使い歩かしている。 歩行補助具は使っていない。パーキンソン病が原因で歩行が不安定で歩幅が狭い。1年間に比べて歩行が不安定になっている。	生活全般の解決すべき課題 (一) 【表】	生活全般の解決すべき課題 (一) 【表】	
食事	食事摂取 (自立)見守り 一部介助 全介助 調理 (自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	食事の摂取は問題ない。 調理は問題ない。			
排泄	排泄・排泄 (自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	排泄は問題ない。 排泄補助具は使っていない。			
口腔	口腔衛生 (自立)見守り 一部介助 全介助 口腔ケア (自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	口腔ケアは問題ない。 口腔ケアは問題ない。			
服装	(自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	服装は問題ない。 服装は問題ない。			
入浴	(自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	入浴は問題ない。 入浴は問題ない。			
更衣	(自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	更衣は問題ない。 更衣は問題ない。			
掃除	(自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	掃除は問題ない。 掃除は問題ない。			
洗濯	(自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	洗濯は問題ない。 洗濯は問題ない。			
整理・物品の管理	(自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	整理・物品の管理は問題ない。 整理・物品の管理は問題ない。			
金融管理	(自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	金融管理は問題ない。 金融管理は問題ない。			
買物	(自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	買物は問題ない。 買物は問題ない。			
コミュニケーション能力	(自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	コミュニケーション能力は問題ない。 コミュニケーション能力は問題ない。			
認知	(自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	認知は問題ない。 認知は問題ない。			
社会との関わり	(自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	社会との関わりは問題ない。 社会との関わりは問題ない。			
介護・医療の関わり	(自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	介護・医療の関わりは問題ない。 介護・医療の関わりは問題ない。			
行動・心理症状(BPSD)	(自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	行動・心理症状(BPSD)は問題ない。 行動・心理症状(BPSD)は問題ない。			
介護力(家族関係含む)	(自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	介護力(家族関係含む)は問題ない。 介護力(家族関係含む)は問題ない。			
居住環境	(自立)見守り 一部介助 全介助	① ②	改善 維持 悪化	居住環境は問題ない。 居住環境は問題ない。			

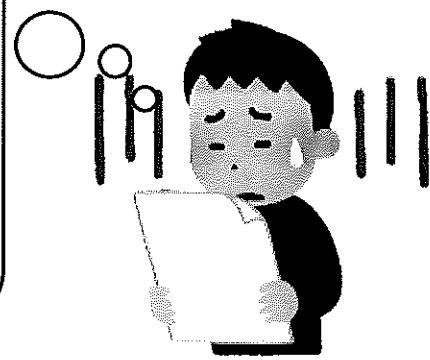
評価表

利用者名	A 殿	援助内容			結果	コメント (効果が認められたもの/更進し必要なもの)
短期目標	(期間)	サービス内容	サービス 種別	※1	※2	
日中は自宅のトイレを使うことができる	2013/6/1 ~ 2013/8/31	下肢筋力向上トレーニング	通所介護	〇〇〇ケアセンター	△	ご本人の意欲も高く、体力の向上傾向がみられるが、まだふらつきがあり、疲れやすい。
		日中等体力のあるときに、早めに自宅のトイレへ移動して使う練習をする	本人		○	
妻に助けってもらいながら、自宅で身だしなみを整えられる	2013/6/1 ~ 2013/8/31	シャワー浴の見守り、更衣しやすけ被服等の工夫の提案	通所介護	〇〇〇ケアセンター	○	ご本人の意欲も高く、自ら進んで取り組んだ。
		デイサービスでの食後の歯磨きの実施	通所介護	〇〇〇ケアセンター	○	
		デイサービスに行かない日に妻の見守りのもと、シャワー浴を行う	本人		○	

• 体力の向上の根拠は？
• 体力向上でもふらつきや疲れの要因は？

老企第29号の改定で1表の一部を修正…。
次期改定で、ケアプランの新様式として、今までの・2表部分に「課題整理総括表」が、
・4表部分に、「評価表」が追加され、
そして、様式として義務化される。

実地(運営)指導で、書類の不備があれば、当然、「運営基準減算」になる！ ああ、既定路線なのか。



日本の現実的な課題

介護保険制度をとりまく状況

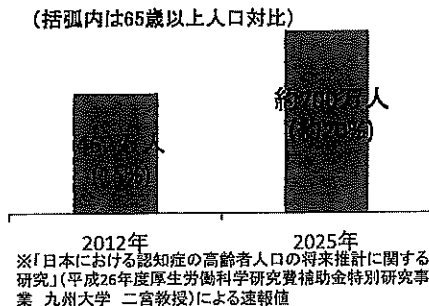
今後の介護保険をとりまく状況(1)

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。

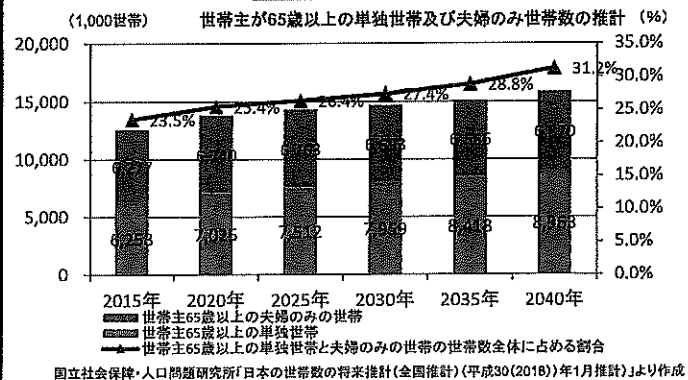
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,387万人(26.0%)	3,619万人(28.9%)	3,677万人(30.0%)	3,704万人(38.0%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,632万人(12.8%)	1,872万人(14.9%)	2,180万人(17.8%)	2,446万人(25.1%)

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



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

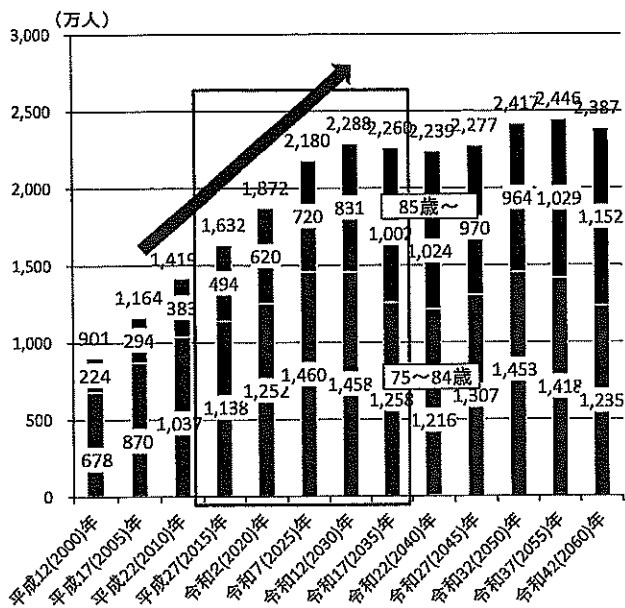
	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	~	東京都(17)	~	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	77.3万人 <10.6%>	70.7万人 <11.4%>	99.3万人 <10.9%>	80.8万人 <10.8%>	105.0万人 <11.9%>		146.9万人 <10.9%>		26.5万人 <16.1%>	18.9万人 <18.4%>	19.0万人 <16.9%>	1632.2万人 <12.8%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	120.9万人 <16.8%> (1.56倍)	107.2万人 <17.5%>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

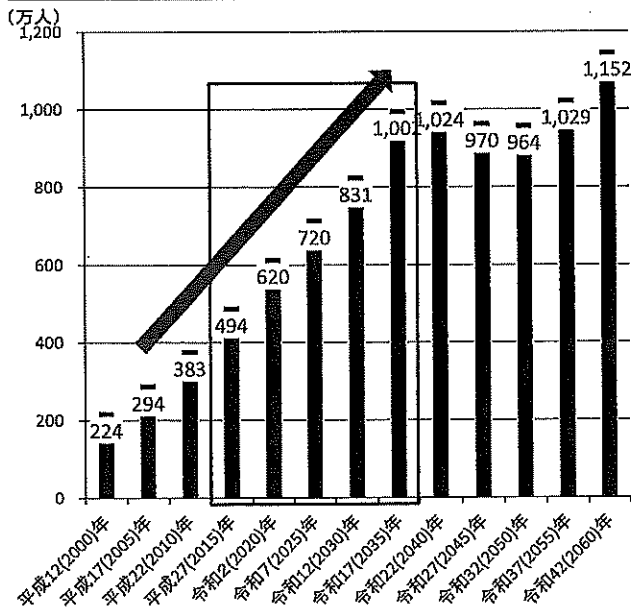
75歳以上の人口の推移

○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年間で、急速に増加。



85歳以上の人口の推移

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

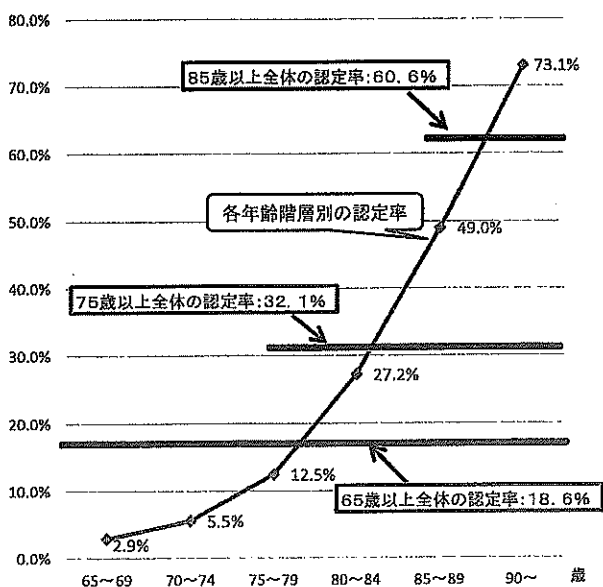


(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

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

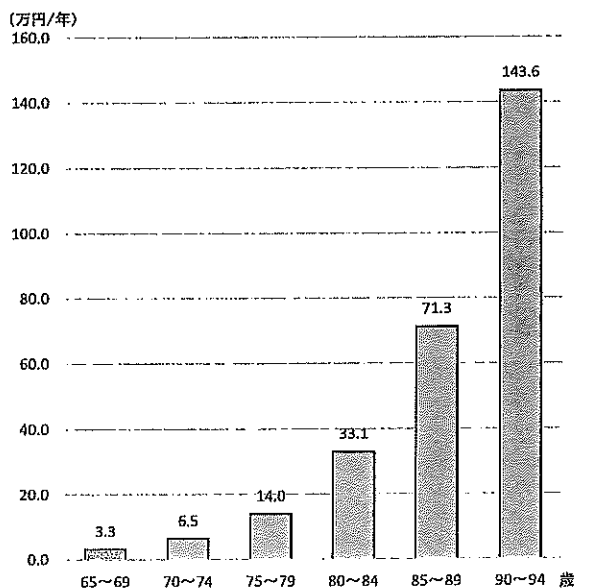
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



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

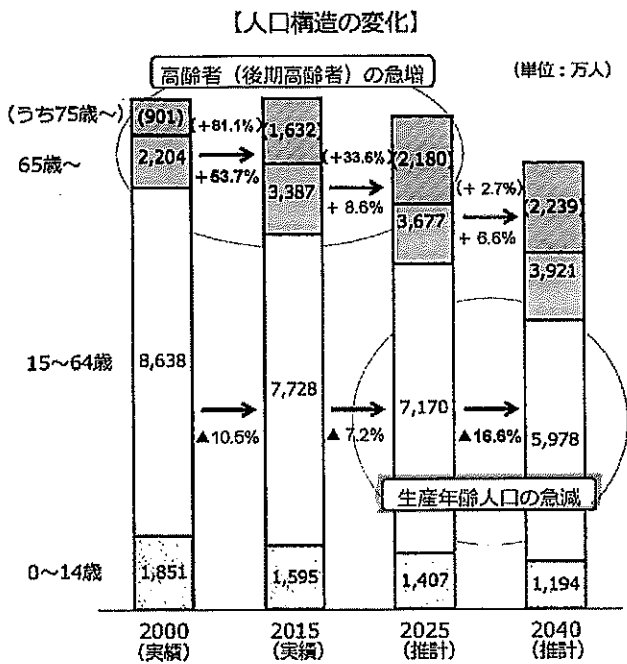
○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。



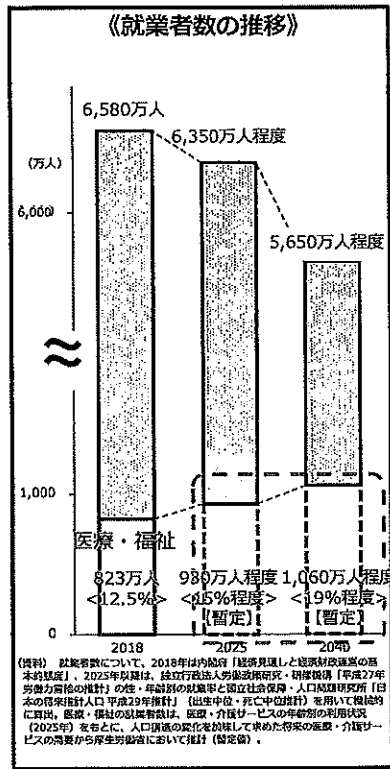
出典: 2018年度「介護給付費等実態統計」及び2018年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成
注) 高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。
補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

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。



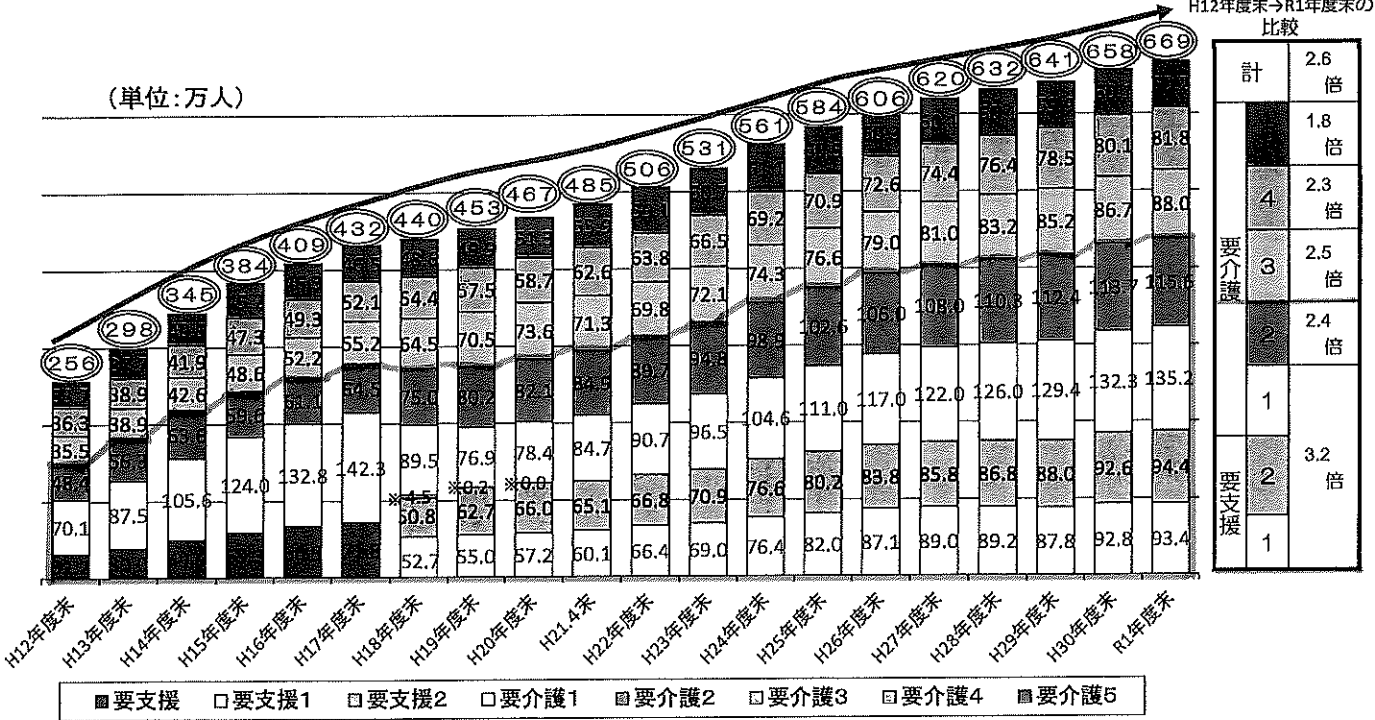
(出典) 総務省「国勢調査」「人口統計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年版推計」
(出典) 平成30年4月12日経済財政諮問会議加藤臨時委員提出資料(厚生労働省)



(資料) 就業者数については、2018年は内閣府「経済見直しと経済財政運営の基本戦略」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業者数と独立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年版推計」(出生中位・死亡中位推計)を用いて推定的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービス需要の増減を踏まえ、(2025年)を軸として、人口構造の急激な変化を踏まえて求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。

要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、令和元年度末現在669万人で、この20年間で約2.6倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。



(出典) 介護保険事業状況報告 (※) 平成18年度末、平成19年度末、平成20年度末の※は、経過的要介護者の数
注) H22年度末の数値には、広野町、榎葉町、富岡町、川内村、双葉町、新町は含まれていない。



社会保障

財務省の指摘

財務省

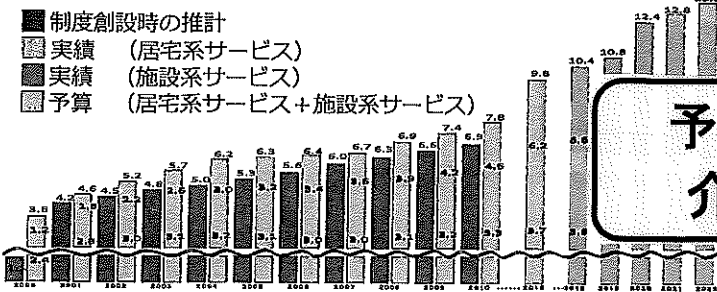
2022年4月13日

制度創設時からの介護保険費用等の推移

- 介護保険制度は創設から20年を超えたが、介護費用は、制度創設時に予測した水準に比べて増加している。制度創設時の推計は、推計時点（95年度）から単価が変わらない前提としているが、その後の名目GDPの推移を勘案したとしても、実績が制度創設時の推計を上回る。更に、2010年までの推計期間を経過した後も、費用は増加し続け、足元では10兆円を上回る水準となっている。
- 保険料についても、当初見込みを上回るペースで上昇した。足元では制度創設時から約2倍の6,014円となり、6,000円を上回る水準となっている。制度創設時の推計から乖離した要因として、居宅サービス費用の大きな増加や当初見込みを上回る要介護認定者数の増加が考えられる。
- 一方で、介護保険制度の創設に伴い、社会的入院（介護を理由とする一般病院への長期入院）が解消され、医療保険から介護保険に移った費用相当分について、医療保険の負担が▲1.2兆円減少するとされていたが、制度創設前後の1999年度から2000年度にかけた財源別国民医療費における保険料の減少は▲0.1兆円にとどまっており、その減少効果は限定的にとどまった可能性が高い。

◆介護保険費用の推移

(単位：兆円)



(注1) 制度創設時の推計は、介護保険制度案大綱に基づき(財政試算) (厚生省、1996年) から作成。1999年4月から居宅サービスを先行実施し、2001年面から施設サービスを実施する前提としている。要介護者に対するサービス利用率については、施設については2000年度40%、2005年度に60%、2010年度に80%になるものと仮定。単価については、1995年度予算をベースとして設定された各サービスの単価が変更されないもの(単価の伸び率年率0%)と仮定。

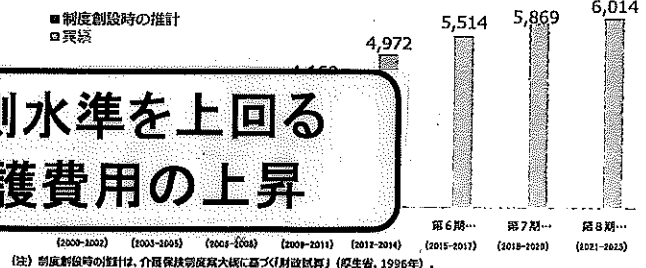
(注2) 実績は、「介護保険事業状況報告」から作成。2006年4月から導入された地域定額型サービスについては、以下のとおり、居宅系サービス及び施設系サービスに分類。

居宅系サービス：定期巡回・随時対応サービス、夜間対応型訪問介護、地域密着型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定居宅介護

施設系サービス：地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 (出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」

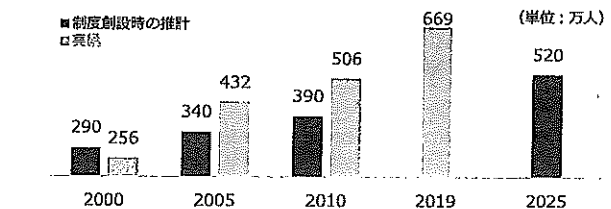
◆第1号保険料(全国平均、月額)の推移

(単位：円)



◆要介護認定者数の推移

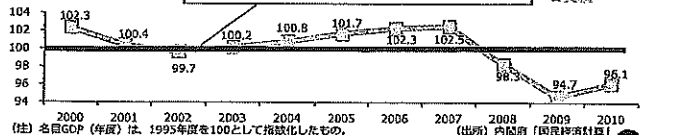
(単位：万人)



(注) 制度創設時の推計のうち、2000年～2010年は「介護保険のポイントQ.A」(厚生省、1996年)。なお、2000年の値は、1999年の推計(280万人)と2001年の推計(300万人)の中央値。また、2025年の値は「新介護システムにおける高齢者介護費用及び経費の推計(概算試算)」(1995年、厚生省)。実績は、厚生労働省「介護保険事業状況報告」。

◆名目GDPの推移

1995年度(H7年度)比(%)

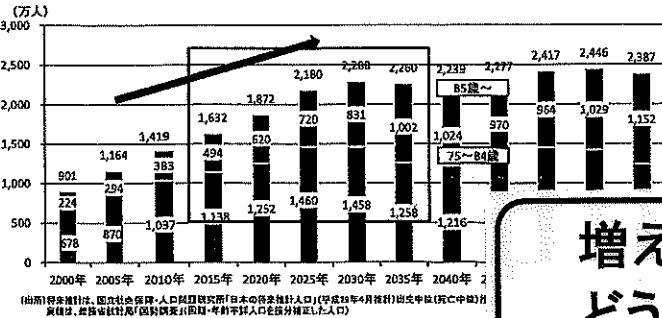


(注) 名目GDP(年度)は、1995年度を100として指数化したもの。(出所) 内閣府「国民経済計算」

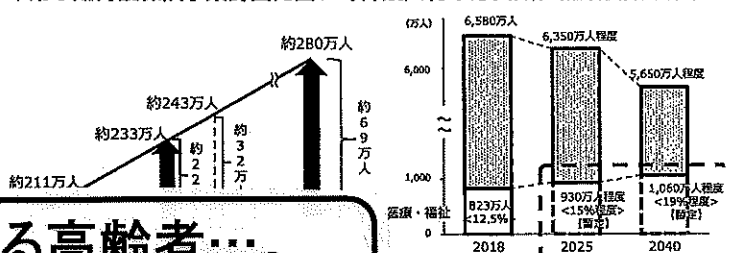
介護サービス提供体制の効率性の向上の必要性

- 今後については、75歳以上の高齢者が2030年頃まで増加し、その後も要介護認定率や1人当たり介護給付費が殊更に高い85歳以上人口が増加していくことが見込まれる。
- 介護需要の増加に応じて、介護人材の必要数も増大するが、現役世代（担い手）が急減する我が国において、介護現場の効率性の向上を図ることなく介護人材を確保していく選択肢は考えにくい。
- 典型的な労働集約型産業である介護保険事業においては、人件費のウェイトが高いため、介護給付費の動向も効率的な人員配置を実現できるかにかかっており、このことが限られた財源のもとで介護の現場で働く方々の処遇改善を実現するうえでも不可欠である。

◆75歳以上の人口の推移

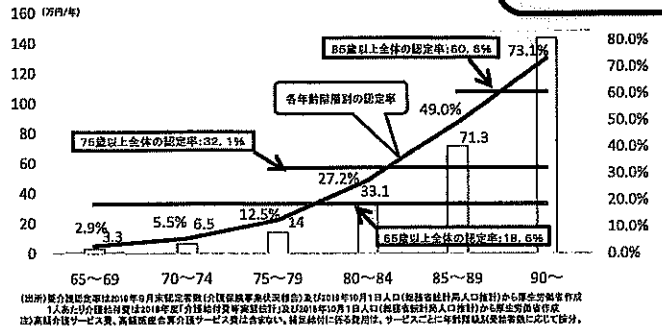


◆第8期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数、就業者数の推移



**増える高齢者…
どうする人材不足**

◆年齢階層別の要介護認定率、一人当たり介護給付費



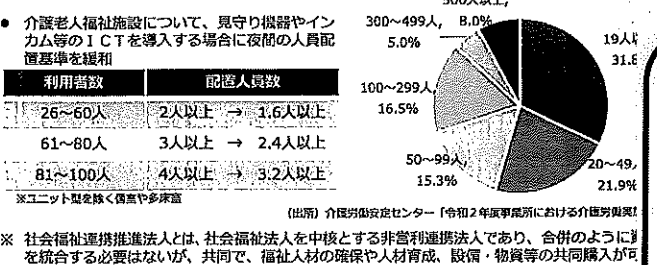
◆公平価値計画の委員会 中国定規 (抄) (令和3年12月21日)

- ・ 介護・障害福祉、保育、幼児教育分野も含め、経験・技術に応じた処遇ルールの明確化（賃金体系の整備）やタスクシフト・タスクシェアによる業務の高度化・効率化、各職種の養成課程のあり方、職員配置も含めた勤務環境の改善についても検討すべき。
- ・ 処遇改善を行うに当たっては、全てを国民の負担に回すのではなく、既存予算の見直しや高齢化に伴って増加する医療・介護費の中での配分のあり方などを含め、幅広く検討を行うべき。
- ・ 今後は、更なる財政措置を講じる前に、医療や介護、保育・幼児教育などの分野において、国民の保険料や税金が効率的に使用され、一部の職種や事業者だけでなく、現場で働く方々に広く行き渡るようになっていくかどうか、費用の使途の見える化を通じた透明性の向上が必要。また、デジタルやICT技術、ロボットの活用により、現場で働く方々の負担軽減と業務の効率化を進めていくことも必要である。

業務の効率化と経営の大規模化・協働化①

- 介護の質の低下を招くことなく、むしろ質の向上を図りながら、介護現場の業務負担軽減と人員配置の効率化を実現するには、①ロボット・AI・ICT等の実用化の推進、②タスクシフティング、シニア人材の活用推進、③文書量削減など組織マネジメント改革などの業務効率化を進めていく必要がある。
- 更には、介護サービスの経営主体は小規模な法人が多いことを踏まえ、今年度から施行される社会福祉連携推進法人制度の積極的な活用を推進していくことはもとより、経営の大規模化・協働化を図ることが不可欠である。
- 経営の大規模化・協働化という介護分野の課題は、新型コロナウイルスの感染拡大のもと、高齢者の介護・療養現場で生じた様々な問題を通じて浮彫りになっている。すなわち、「第6波」などにおいて、助的支援を必要とする高齢者の入院隔離が医療現場の負担を増した一方で、療養場所の移動が高齢者に与える影響から高齢者施設の入所者について施設内療養が望ましいとの指摘も多い。他方で、このような医療的介入が必要なケースを含め、高齢者の介護について、介護職員の感染あるいは濃厚接触者とされたため、介護に従事する職員数が減少し、自宅や事業所の高齢者の支援ができなくなる事態が頻発した。
- 医療・介護分野を横断する複合的なニーズが増している高齢化社会にあつて、新興感染症にも対応できる持続可能な医療・介護サービス提供体制を構築しようとするれば、医療機関のみについて、医療資源の集約化などのために再編・統合や地域医療連携推進法人制度の活用などによる連携が必要となることはあり得ない。介護分野で小規模な法人が他との連携を欠いたまま競争するというのでは、介護の質の向上にも限界があり、新型コロナウイルスのような新興感染症発生時の業務継続も施設内療養の実現も覚束なくなる。経営の大規模化・協働化が抜本的に推進されるべきである。

◆テクノロジー活用による配置基準 ◆介護事業者の法人全体の従業員規模の緩和 (令和3年度報酬改定)



◆感染拡大による医療・介護の複合的ニーズの顕在化

オミクロン株の感染流行を踏まえた医療連携体制の対応について(抄)(令和4年2月、厚労省事務連絡)
 ・ オミクロン株感染により入院している高齢者は、呼吸器症状による症状悪化というよりは、むしろ基礎疾患の増悪や合併症の発生により重症化するリスクが高いため、体外式人工呼吸器(ECM)を行う必要性が求められます。

ロボット・AI・ICT タスクシフティング シニア人材活用 組織マネジメント改革

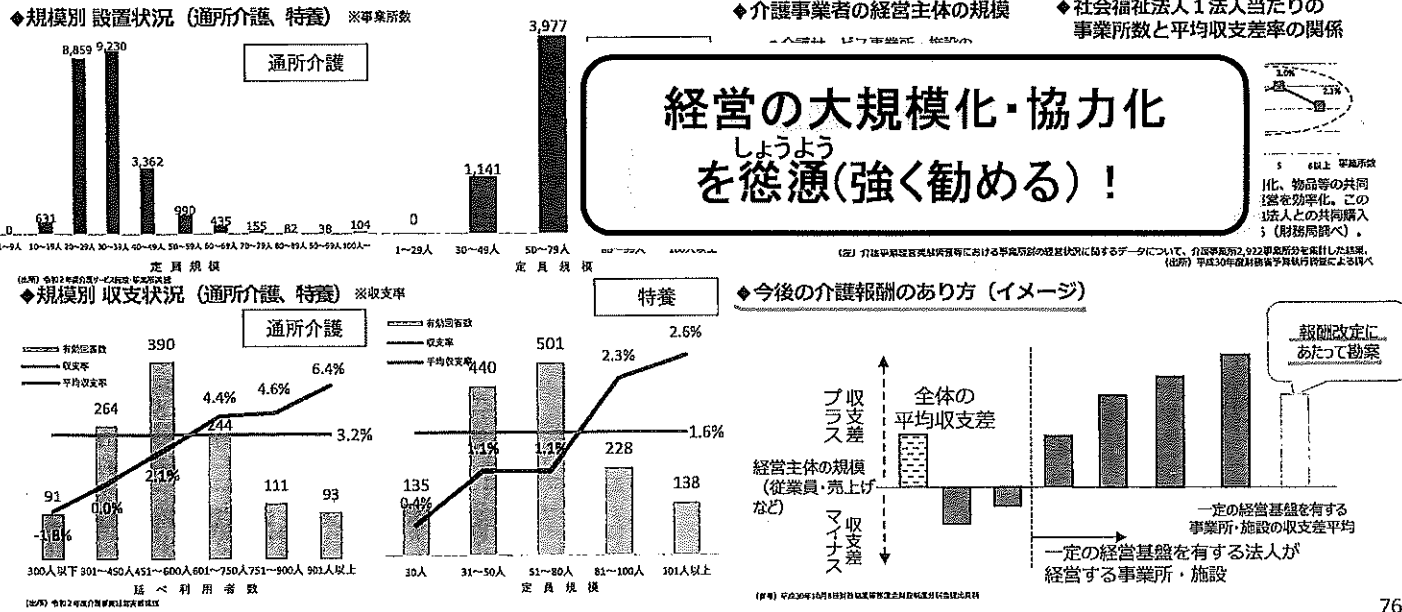
10月3日 厚労省事務連絡
 けいれん発作に陥る人
 期間も長期化する傾向
 強化が必要であり、緊急
 対応が必要である。
 一方で高齢者に対しては、
 よりケアを重視した環
 境に於て日常生活動作

次の感染再拡大に備えて、可及的速やかに、関係者の意見を聞きながら、高齢者の療養のあり方についての具体的な議論を深めるべきと考えます。また、中長期的な対応の方策も検討していくべきです。

オミクロン株の特性を踏まえ、医療連携体制の対応を踏まえた対応について(令和4年4月、厚労省事務連絡)
 ・ 全ての施設等が、必要な場合に医師や看護師による往診・派遣等の医療を確保できる体制となっていることを確認する。
 ・ (コロナ対応病床の更なる確保や回転率向上に向けて)、既存の確保病床について、要介護の高齢者に対応した人員(介護職員、リハビリ専門職員等)配置、環境整備を行うことにより、高齢感染者の受け入れのキャパシティを高めるよう働きかけを行うこと。

業務の効率化と経営の大規模化・協働化②

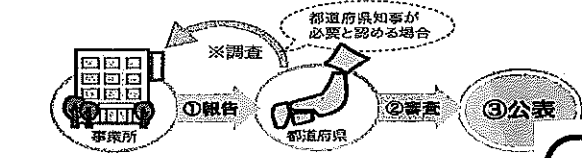
- そもそも、介護保険制度は、行政がサービスを提供する従来の措置制度ではなく、利用者が介護サービス事業者を選択することを基本として、多様な事業者が利用者に対して契約を締結し、これに基づいてサービスを提供する制度として導入された。
限られた財源の下で、事業者間の競争が生じ、その結果として、サービスの質の向上や業務の効率化が進むことが期待されていた。
- しかし、現状は、営利法人を含めた幅広い主体の参入こそ進んだものの、先に述べたとおり介護サービスの経営主体は小規模な法人が多く、競争が必ずしもサービスの質の向上につながっているとも言い切れないうえ、業務の効率化も不十分と言わざるを得ない。
- 他方で、規模別に見ると、規模の大きな事業所・施設や事業所の数が多い法人ほど平均収支率が高いなど規模の利益が働き得ることも事実である。
- 介護分野では主として収入面が定価によって規定される以上、費用面の効率化が重要であり、国や自治体が先進・優良事例を示して、備品の一括購入、請求事務や労務管理など管理部門の共通化、効率的な人員配置といった費用構造の改善、更にはその実現に資する経営の大規模化・協働化を促進していくべきである。
- 介護給付費の徒な増大を防ぐ観点からは、規模の利益を生かすなどこうした取組に成功し、効率的な運営を行っている事業所等をモデルとして介護報酬を定めることも検討していくべきであり、そのようにしてこそ大規模化・協働化を含む経営の効率化を促すことができる。



介護施設・事業所等の経営状況の把握

- こうした業務の効率化や経営の大規模化・協働化を進めるためにも、介護サービス事業者の経営状況の「見える化」を進めることが必要である。
- 介護及び障害福祉サービス等事業者は、法令上、サービス提供内容等の運営情報について都道府県に報告を行い、都道府県は、厚労省が設置する「介護サービス情報公表システム」及び「障害福祉サービス等情報検索」で報告を受けた内容を公表することとされている。
- このうち、障害福祉サービス等については、すべての法人に「事業所等の財務状況」の都道府県への報告及び「障害福祉サービス等情報検索」における公表が法令上義務化されている一方で、介護サービスについては、法令上何ら規定がなく、公表が義務化されていない。
- このため、介護サービスについても法令改正を行い、財務諸表等の財務状況の報告・公表を義務化し、介護施設・事業所の経営状況の「見える化」を推進すべきである。「経済財政運営と改革の基本方針2021」に沿った取組が求められる。
- また、障害福祉サービス等については、法令上、報告・公表が義務化されているにもかかわらず、「障害福祉サービス等情報検索」での財務状況の公表が低調であるため、法令に従い、財務状況を公表するように徹底すべきである。

◆介護事業所等の公表制度の概要



◆報告・公表内容

基本的な項目
事業所の名称、所在地等、従業員に関するもの、提供サービスの内容、利用料等、法人情報 等

◆事業所運営にかかる各種取組

利用者の権利擁護の取組、サービスの質の確保への取組相談、苦情等への対応、外部機関等との連携事業運営・管理の体制 等

◆介護サービスと障害福祉サービス等の法令上の違い

	社会福祉法	障害者総合支援法	介護保険法
報告義務	社会福祉法人は、計算書類(法人・事業区分・拠点区分で作成)等を所轄庁に届け出る義務(社福法59条等)	事業者は、情報公表対象サービス等情報を都道府県に報告する義務(障76条の3③、介115条の35③)	都道府県は、報告を受けた後、公表する義務(障76条の3③、介115条の35③)
財務状況の公表	財務状況の公表(財務諸表等)	財務状況の公表(財務諸表等)	財務状況の公表(財務諸表等)

経営状況の見える化 公表の義務化

◆財務状況の公表

障害福祉サービス等情報検索では、事業所等の直近年度の決算資料が公表されるが、実際に公表されている事業所等は限定的

◆『経済財政運営と改革の基本方針2021』(抄) (2021年6月18日閣議決定)

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

利用者負担の見直し

- 介護保険制度の持続可能性を確保するためには、利用者負担の更なる見直しをはじめとした介護保険給付の範囲の見直しに引き続き取り組むことも必要である。
- 利用者負担については、2割・3割負担の導入を進めてきたが、今般の後期高齢者医療における患者負担割合の見直し等を踏まえ、
 - ①介護保険サービスの利用者負担を原則2割とすることや2割負担の対象範囲の拡大を図ること、
 - ②現役世代との均衡の観点から現役世代並み所得（3割）等の判断基準を見直すこと
 について、第9期介護保険事業計画期間に向けて結論を得るべく、検討していくべきである。

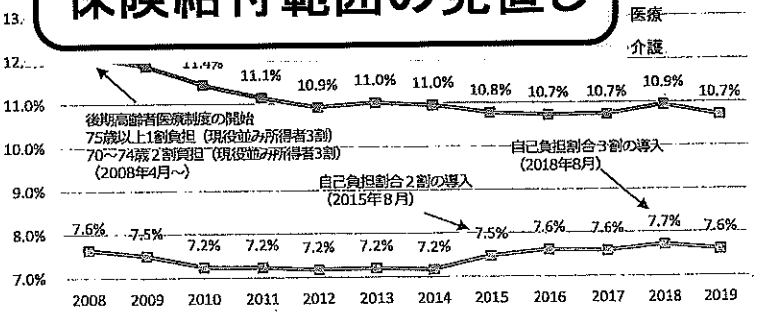
◆利用者負担のこれまでの経緯

- ◆一定所得以上の利用者負担の見直し（平成27年8月施行）
 - ・保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする。
- ◆現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し（平成30年8月施行）
 - ・世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。

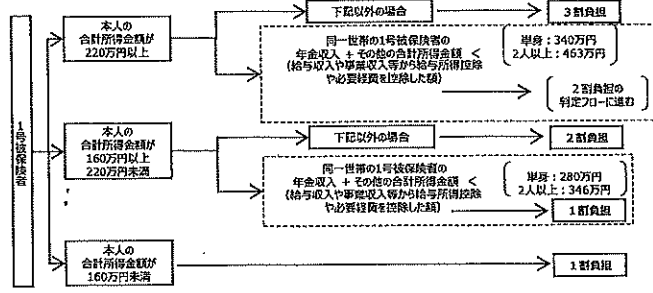
◆利用者負担の区分

1割負担	下記以外の者（92%）
2割負担	合計所得金額160万円以上の者（5%） （かつ単身で年金収入+その他の合計所得金額280万円以上（夫婦世帯：346万円以上））
3割負担	合計所得金額220万円以上の者（4%）

**利用者負担原則2割
保険給付範囲の見直し**



（注1）実効負担率は、実効負担率＝利用者負担額/費用額、利用者負担額＝費用額－給付費額。
（注2）医療については、65歳以上の実効負担率。
（出所）厚生労働省「介護保険事業状況報告」、「医療保険に関する基礎資料」

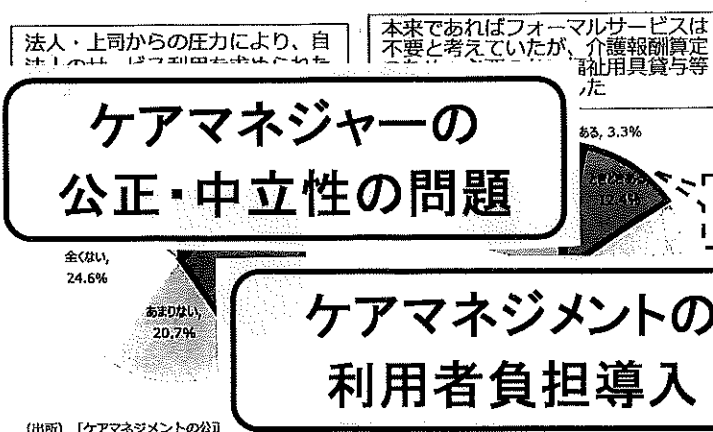


※第2号被保険者、市町村長税非課税者、生活保護受給者の場合、上記のフローにかかわらず、1割負担。

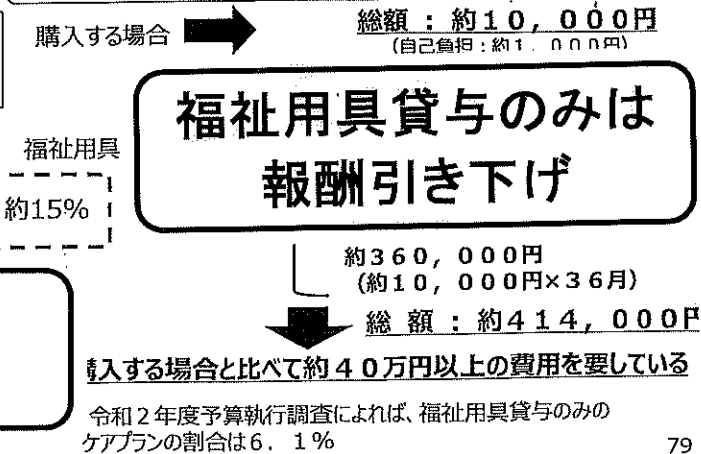
ケアマネジメンツの利用者負担の導入等

- 居宅介護支援（ケアマネジメント）については、要介護者等が積極的にサービスを利用できるようにする観点から、利用者負担をとらない例外的取扱いがなされてきた。しかしながら、介護保険制度創設から20年を超え、サービス利用が定着し、他のサービスでは利用者負担があることも踏まえれば、**利用者負担を導入することは当然である。**
- そもそも、制度創設時、ケアプラン作成は「高齢者の自立を支援し、適切なサービスを確保するため、…そのニーズを適切に把握したうえで、ケアプランを作成し、実際のサービス利用につなぐもの」とされていたが、その趣旨にそぐわない実情も見られる。具体的には、ケアマネ（居宅介護支援）事業所の約9割が他の介護サービス事業所に併設しており、「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」という経験を見聞きしたケアマネジャーが約4割いるなど、**サービス提供に公正中立性の問題が存在することが窺える。**さらに、ケアマネジャーは、インフォーマルサービスだけでなく、介護保険サービスをケアプランに入れなければ報酬を受け取れないため、「**介護報酬算定のため、必要のない福祉用具貸与等によりプランを作成した**」ケアマネジャーが一定数いることが確認されている。
- 利用者が自己負担を通じてケアプランに関心を持つ仕組みとすることは、ケアマネジャーのサービスのチェックと質の向上にも資することから、第9期介護保険事業計画期間から、**ケアマネジメントに利用者負担を導入すべきである。**
- また、福祉用具の貸与のみを行うケースについては報酬の引下げを行うなどサービスの内容に応じた報酬体系とすることも、あわせて令和6年度（2024年度）報酬改定において実現すべきである。

◆ケアマネジャーに聞いた「過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことがあるか」



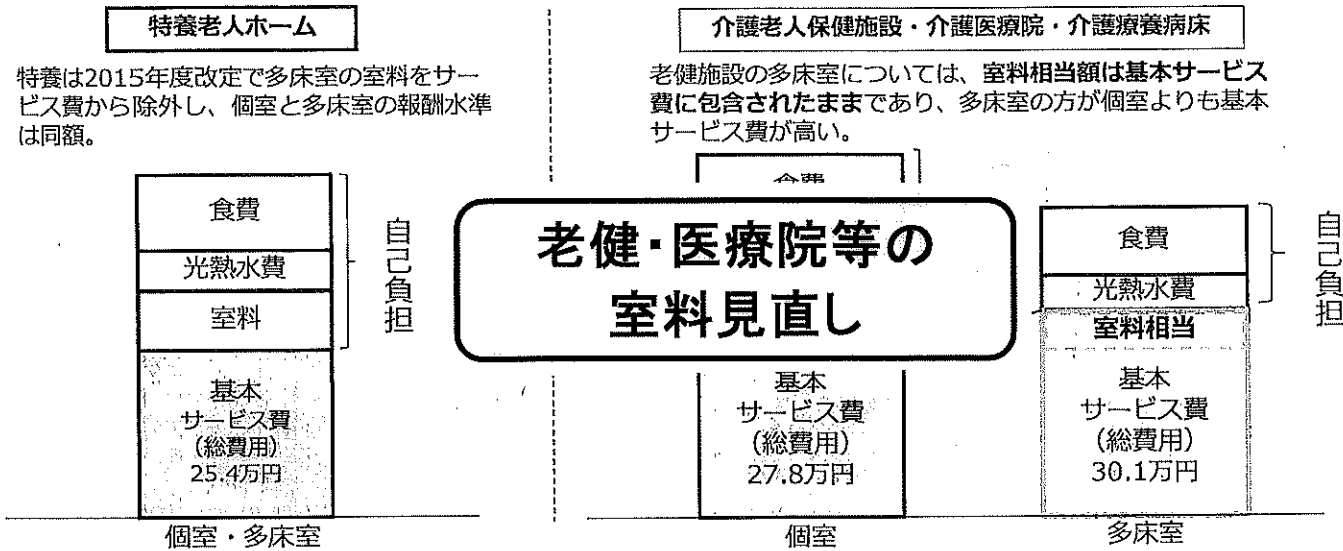
（例）歩行補助つえを3年間使用する場合（1割負担の者）
販売価格：約1万円 レンタル価格：約1,500円/月



（出所）「ケアマネジメントの公」

多床室の室料負担の見直し

- 制度創設時から、「施設介護については、居宅介護とのバランスや高齢者の自立が図られてきている状況から見て、食費等日常生活費は、利用者本人の負担とすることが考えられる」とされていた（「高齢者介護保険制度の創設について」（1996））。
このため、2005年度に、食費と個室の居住費（室料+光熱水費）を介護保険給付の対象外とする見直しを実施（多床室は食費と光熱水費のみ給付対象外）、2015年度に、特養老人ホームの多床室の室料負担を基本サービス費から除く見直しを行った。
- しかしながら、介護老人保健施設・介護医療院・介護療養病床の多床室については、室料相当分が介護保険給付の基本サービス費に含まれたままとなっている。
- 居宅と施設の公平性を確保し、どの施設であっても公平な居住費（室料+光熱水費）を求めていく観点から、給付対象となっている室料相当額について、第9期介護保険事業計画期間から、基本サービス費等から除外する見直しを行うべきである。

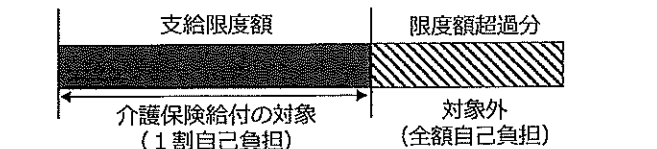


(注) 上記の特養老人ホーム、介護老人保健施設等の基本サービス費は要介護5の者が30日入所した場合の費用(利用者負担含む)

区分支給限度額の見直し

- 介護サービスは生活に密接に関連し利用に歯止めが利きにくいこと等から、制度創設時に、「高齢者は介護の必要度に応じて設定された介護給付額の範囲内で、自らの判断と選択により実際に利用したサービスについて保険給付を受けることができることとすることが適当である」（「高齢者介護保険制度の創設について」（1996））」とされ、要介護度ごとに区分支給限度額が設定された。
- しかしながら、制度創設以降、様々な政策上の配慮を理由に、区分支給限度額の対象外に位置付けられている加算が増加している。
- 制度創設時に企図したように、設定された限度額の範囲内で給付を受けることを徹底すべきであり、居宅における生活の継続の支援を目的とした加算をはじめ、第9期介護保険事業計画期間に向けて加算の区分支給限度額の例外措置を見直すべきである。

◆区分支給限度額について



	限度額	限度額に占める平均利用率	限度額を超えている者の割合(%)
要支援1	50,320円	27.6%	0.4%
要支援2	105,310円	21.5%	0.1%
要介護1	167,650円	42.6%	1.3%
要介護2	197,050円	51.4%	2.7%
要介護3	270,480円	57.0%	2.3%
要介護4	309,380円	61.5%	3.2%
要介護5	362,170円	65.6%	4.3%

◆区分支給限度額の対象外となっている主な加算

種類	加算等の名称
①居宅における生活の継続の支援を目的とする加算	・総合マネジメント体制強化加算 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護) …居宅介護計画について、随時適切に見直しを行うとともに、日常的に地域住民等との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加する場合に算定
	・訪問体制強化加算 (小規模多機能型居宅介護) ・看護体制強化加算 (看護小規模多機能型居宅介護) …訪問サービスの提供回数が1月当たり延べ200回以上である場合
②交通における経費等	・緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算 (訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護)
	・緊急時施設療養費、特別療養費 (介護老人保健施設における短期入所療養介護) ・特定診療費 (病院・診療所における短期入所療養介護)
③医療ニーズへの対応に関する加算	

区分支給限度額の例外措置の見直し

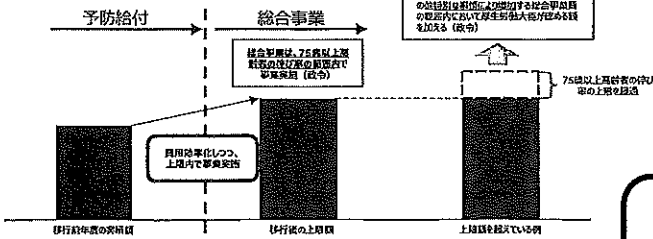
供加算

(出所) 厚生労働省「介護給付費等実施細則(令和2年1月)」に基づき、厚労省にて作成
 (注) 表裏面1・2の欄の平均利用率及び限度額を超えている者の割合については、総合療養の訪問・巡回介護サービスの利用を含まない。また、支給限度額は、介護報酬の1単位を10円として計算。

地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業）のあり方の見直し

- 地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業は、各自治体が高齢者の伸び率を勘案した事業費の上限内で事業を実施し、その枠内で交付金を措置する仕組みとしているが、厚労省が定めるガイドライン上、「一定の特殊事情」がある場合には、個別の判断により事業費が上限を超えても交付金の措置を認めることとされている。
- 「一定の特殊事情」の判断要件は、「費用の伸びが一時的に高くなるが、住民主体の取組等が確実に促進され費用の伸びが低減していく見込みである場合」とされているが、相当数の保険者が3年連続で上限を超過するなど要件の形骸化は明らかである。この判断要件が例示にとどまり、例示以外の理由でも申請を認めていたことも明らかになっており、すべての個別協議で上限超過が認められてきた。
- そのため令和3年度は、例示の取扱いをやめガイドラインに記載がある判断事由のみを認める見直しを行った。また、令和4年度は、高齢者の伸び率を勘案した事業費上限内で総合事業サービスを実施する、という制度根幹を市町村に徹底させるべく、判断事由の見直しとともに、費用低減計画の実施による取組を推進する。こうした取組を厳正にフォローアップしつつ、第9期介護保険事業計画に向けて、更に実効性を確保すべく、法制上の措置を含め検討すべきである。

◆総合事業と事業費の上限



◆総合事業サービスの適正な実施

- ・ 総合事業サービス：地域の実情に応じた効果的なサービス提供を通じて、事業の費用の伸びを75歳以上高齢者の伸び率程度に抑えることで、制度の持続可能性を確保しながら地域のニーズに合ったサービス提供を目的とする制度であり、自治体は、事業実施の大前提である制度趣旨に沿った対応を徹底する。
- ・ 一時的な費用上昇により、上限内での実施が困難な場合（判断事由）
- ・ 災害による一時的な影響、一時的な低下のサービス担い手不足など

地域支援事業のあり方見直し

◆令和2年度個別協議の要因

ガイドラインに記載のない単なる事業数の増加等も「その他」として申請可。これも全て上限超過が認めらる。

※保険者数は、令和2年度当初・変更交付申請で個別協議を行った394保険者の理由の内訳

上限超過の理由（以下の理由に該当する箇所に○を付け、具体的な内容を記載すること）	人数
介護予防に効果的なプログラムを新たに導入等	77保険者
介護予防や生活支援サービスの供給体制が近隣市町村と比較して著しく不足等	39保険者
小規模市町村で通いの場の新たな整備等	19保険者
その他	259保険者

費用低減計画が未達な場合

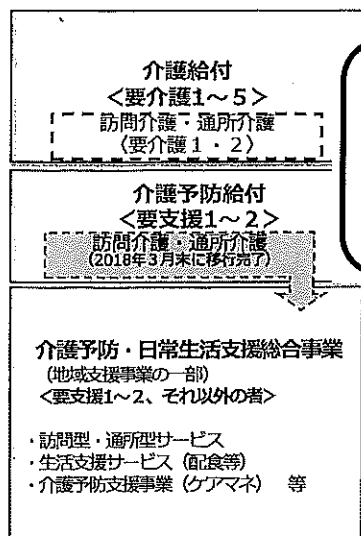
個別協議にて認められた費用低減計画を実施したが、R4年度末等に計画通りに事業費削減が達成できないことが判明した場合、厚労省から直接の指示・指導を実施する（事業費の削減や一般財源等の対応を実施）

自治体には、当該年度内から事業費削減等の成果を求める。それでも事業費が上限超過する場合は、当該年度内の削減困難な事業費超過分を認めるが、次年度以降は個別協議を認めない。

軽度者へのサービスの地域支援事業への移行等

- 要支援者に対する訪問介護、通所介護については、地域の実情に応じた多様な主体による効果的・効率的なサービス提供を行う観点から、地域支援事業へ移行したところ（2018年3月末に移行完了）。
- 要介護1・2への訪問介護・通所介護についても、生活援助型サービスをはじめとして、全国一律の基準ではなく地域の実情に合わせた多様な人材・多様な資源を活用したサービス提供を可能にすることが効果的・効率的である。
- 先に述べた地域支援事業のあり方の見直しに取り組みつつ、第9期介護保険事業計画期間に向けて、要介護1・2への訪問介護・通所介護についても地域支援事業への移行を検討し、生活援助型サービスをはじめとして、全国一律の基準ではなく地域の実情に合わせた多様な人材・多様な資源を活用したサービス提供を可能にすべきである。

◆介護給付と地域支援事業

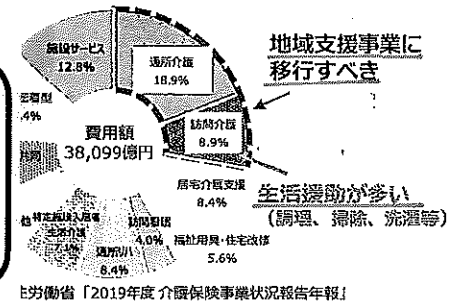


要介護1.2のデイ・ヘルパーを地域支援事業に移行

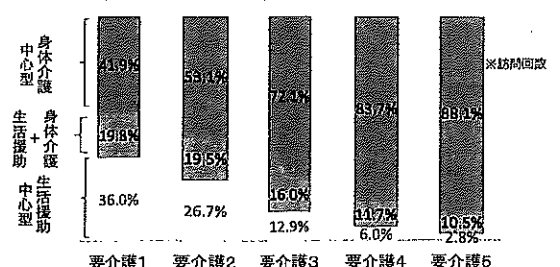
地域の実情に応じ、住民主体の取組など効果的・効率的なサービス提供を実施

- (例)
- ・ 人員基準なし (ボランティア可)
 - ・ 面積制限なし

◆要介護1・2への介護費用



◆訪問介護サービスの提供状況

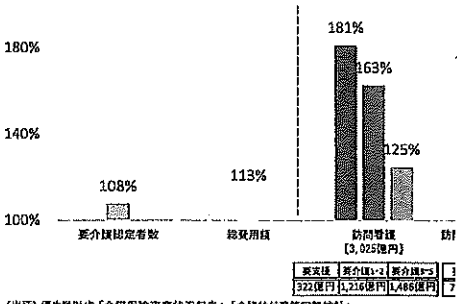


14

軽度者に対する居宅療養管理指導サービス等の給付の適正化

- 近年、居宅療養管理指導・訪問看護・訪問リハビリテーションといった医療系の居宅系サービス費用が、総費用や要介護者数の伸びを大きく上回って増加している。
- 居宅療養管理指導等のサービスは、原則、「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、近年、軽度者（要支援1・2、要介護1・2）の費用の伸びが顕著な状況であり、実態として「通院が困難な利用者」へのサービス提供となっているが、把握を行う必要がある。
- 例えば、居宅療養管理指導については、薬局の薬剤師による軽度者へのサービス費用が大きく増加しているが、「必要以上に居宅療養管理指導を利用するプランを作成した」ケアマネジャーが一定数いることが確認されており、「少なくとも単独で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、居宅療養管理指導費は算定できない」と算定要件が明確化されたことも踏まえ、第9期介護保険事業計画を待つことなく算定要件を満たす請求のみが適切に行われるようにすべきである。

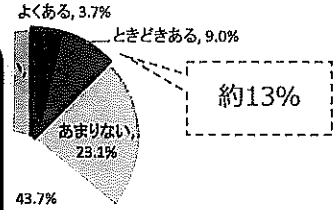
◆居宅管理指導サービス費用等の伸び率（平成27年度～令和元年度）



◆ケアマネジャーに聞いた「過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことがあるか」

必要以上に居宅療養管理指導を利用するプランを作成した

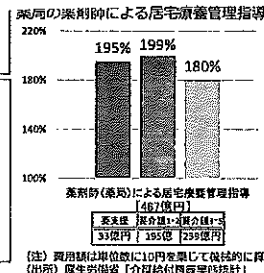
要介護1.2の 居宅療養管理指導 適正化



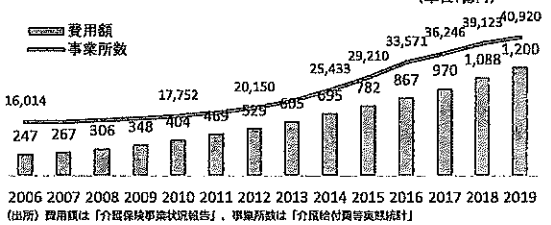
確保するための取組や質に関する指標のあり方に関する

【指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準】
注1 在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、...1月に2回（薬局の薬剤師にあっては、4回）を限度として所定単位数を算定する。

【指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について】
6 居宅療養管理指導費
(1) 通院が困難な利用者について
居宅療養管理指導費は、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価であり、継続的な指導等の必要のないものや通院が可能なものに対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも単独で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができるものなどは、通院が容易であると考えられるため、居宅療養管理指導費は算定できない（やむを得ない事情がある場合を除く。）。



◆居宅療養管理指導の事業所数と費用額の推移



介護給付費適正化事業（適正化計画）の見直し

- 都道府県と市町村は、介護給付費の適正化に資する事業（適正化事業）を実施するにあたり、考え方や目標を明らかにすべく適正化計画を策定しているが、医療費適正化計画と比較すると適正化計画は殊更に費用節減や効率化の観点が乏しい。
- また、適正化事業は、より効果的なものに見直す必要がある。主要な5事業のうち、「医療情報との突合」は事務負担が低く高い効果額が見込める一方、「ケアプラン点検」は事務負担が大きく効果額が少ないなど事業に差がある。加えて、実施主体である市町村にとって事業実施に係る事務負担は大きく、人員不足等により事業を実施しても件数が少ないケースが見られるところ、都道府県がより主体性を持って実効性を確保すべきであり、市町村同士の共同事業の調整など、都道府県が積極的に市町村支援を行う必要がある。
- 一方、介護給付費の地域差について、1人当たり介護給付費を都道府県別に比較すると、居宅サービスの内訳では訪問介護の地域差が最も大きい。地域差の是正には、広域的な要因分析が不可欠であり、都道府県が主体的に市町村の適正化事業の進捗状況の公表など「見える化」を進める必要がある。

◆介護分野と医療分野の適正化計画の違い

計画策定の目的	介護給付費適正化計画	医療費適正化計画
介護給付費適正化計画	介護給付費適正化（※）の戦略的な取組を促進する。 （※）介護給付費の適正化とは、介護給付費を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要なサービスを受け、事業者が適切に提供するように促すこと	国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、費用が過度に増大しないようにしていくとともに医療を効率的に提供する体制の確保を図る

◆適正化主要5事業の実施が10件以下の保険者数(割合)

事業	平成29年度	平成30年度	令和元年度
要介護認定の適正化	37 (4.3%)	60 (6.0%)	51 (5.1%)
ケアプラン点検	295 (27.1%)	343 (27.1%)	342 (25.7%)
住宅改修・福祉用具実態調査	217 (25.6%)	330 (26.5%)	335 (26.3%)
訪問看護	173 (11.7%)	144 (9.7%)	144 (9.7%)
訪問介護	26 (1.7%)	24 (1.6%)	24 (1.6%)
訪問介護補助員	356 (28.8%)	355 (28.5%)	355 (28.5%)

体、平成30年度・令和元年度は1,571団体

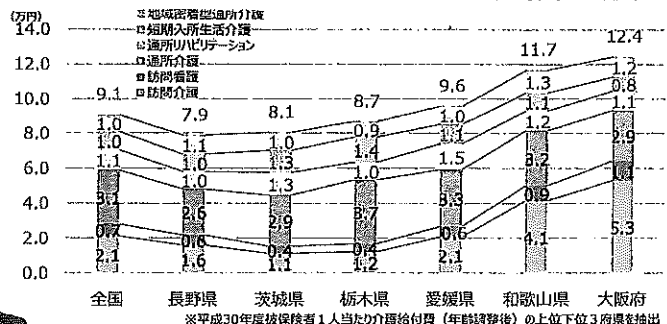
介護給付費 適正化事業の見直し

◆適正化主要5事業の実施割合と効果額等（令和元年度）

適正化主要5事業	実施割合 (%)	効果額 (千円)	備考
医療情報との突合、縦覧点検	98.0%	1,306,567	国保連委託のため事務負担小
ケアプラン点検	84.7%	123,643	訪問の人員不足等で事務負担大
要介護認定の適正化	94.2%	-	-
住宅改修・福祉用具実態調査	81.1%	5,306	-
介護給付費通知	79.4%	1,400	-

（出所）財務省・予算執行調査（令和3年9月公表）

◆サービス種類別比較（令和元年度）

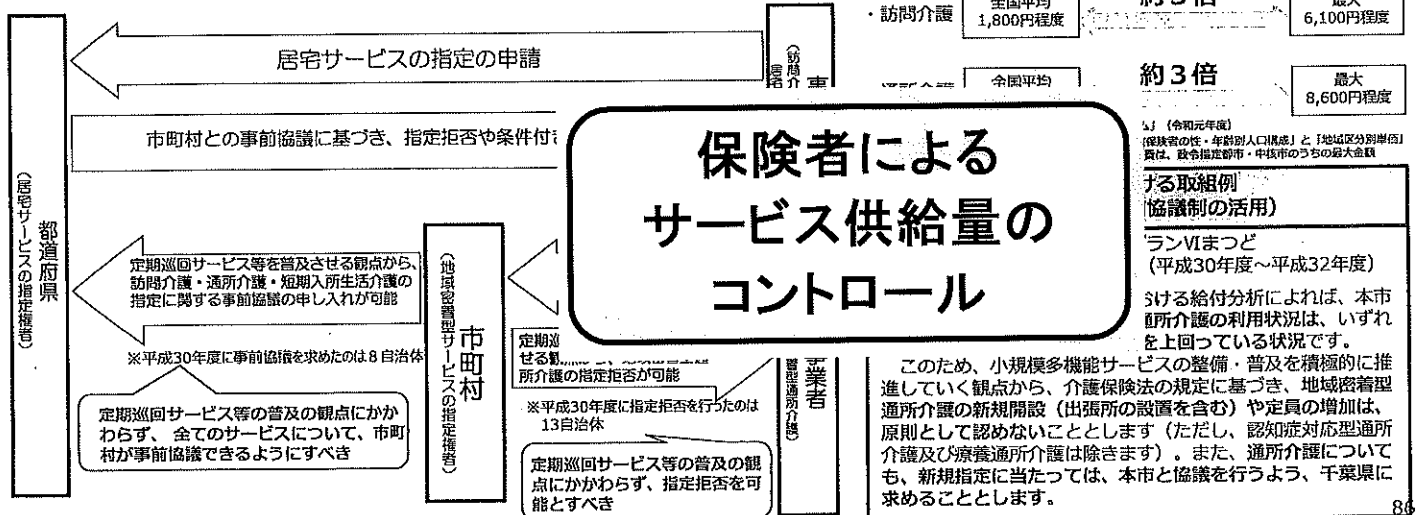


15

居宅サービスについての保険者等の関与のあり方

- 居宅サービスについては、制度創設以来、事業所数が大きく増加している。また、居宅サービスが充実する中で、訪問介護や通所介護の1人当たり給付費が、全国平均と比べて極めて高い水準となっている地域もある。
- こうした中、市町村が地域のサービス供給量をコントロールするための方策として、都道府県が指定権者である居宅サービスのうち、訪問介護・通所介護・短期入所生活介護について、市町村が、都道府県に事前協議を申し入れ、その協議結果に基づき、都道府県が指定拒否等を行う枠組み（いわゆる「市町村協議制」）がある。しかしながら、あくまで定期巡回サービス等を普及させる観点から、事前協議を申し入れ、競合する訪問介護等の一部サービスを指定拒否できるとされる扱いに留まっている。
同様に、市町村が指定権者である地域密着型通所介護についても、あくまで定期巡回サービス等を普及させる観点から指定拒否ができることとされている。
- 一方で、定期巡回サービス等は創設から約10年以上経過し、サービスの普及が進んでいる。こうした点も踏まえ、全サービスの居宅サービス事業者及び地域密着型通所介護の指定に取り組む必要がある。
定期巡回サービス等の普及の観点にかかわらず、サービス見込み量を超えた場合に、市町村が都道府県への事前協議の申し入れや指定拒否ができるようにし、保険者である市町村が実際のニーズに合わせて端的に地域のサービス供給量をコントロールできるようにすべきである。また、都道府県及び市町村がより積極的に制度を活用できるよう、国はガイドラインや取組例の発出等の支援を速やかに行うべきである。

◆居宅サービスにおける指定の枠組み



今後の人口動態の変化①（高齢化と支え手の減少）

- 医療費・介護費に大きな影響を与える後期高齢者数は2030年まで大幅増加、その後ほぼ横ばいが続き、2040年ごろから再び増加。
- 一方で保険制度の主たる「支え手」となる20~74歳の人口は、今後中長期的に大幅な減少が続く。
- 「支え手」に関しては、高齢者や女性の労働参加を促していくことが重要。しかし、仮に労働参加率の上昇を想定したとしても、2030年以降、労働力人口は大幅に減少。

◆中長期的な人口の変化（1年あたり）

	2022-2025	2026-2030	2031-2040	2041-2050	2051-2060		
全人口	1年あたり ▲57万人	1年あたり ▲68万人	1年あたり ▲82万人	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> 支えて世代 74歳まで…?! </div>			
75歳以上 (後期高齢者)	1年あたり +75万人	1年あたり +22万人	1年あたり ▲5万人			1年あたり +18万人	1年あたり ▲3万人
20-74歳	1年あたり ▲107万人	1年あたり ▲67万人	1年あたり ▲58万人			1年あたり ▲93万人	1年あたり ▲71万人

団塊の世代が後期高齢者になり始める

団塊ジュニアが後期高齢者になり始める

後期高齢者急増

支え手の急減

(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位・死亡中位）総務省「人口推計」

ちょっと一休み 日本のデジタル化は進んでいるか！

(2020年度「世界のデジタル競争ランキング」より)

2020	2019	国・地域	2020	2019	国・地域
1	1	アメリカ	16	22	中国
2	2	シンガポール	17	20	オーストラリア
3	4	デンマーク	18	17	ドイツ
4	3	スウェーデン	19	16	イスラエル
5	8	香港	20	19	アイルランド
6	5	スイス	21	29	エストニア
7	6	オランダ	22	18	ニュージーランド
8	10	韓国	23	27	アイスランド
9	9	ノルウェー	24	24	フランス
10	7	フィンランド	25	25	ベルギー
11	13	台湾	26	26	マレーシア
12	11	カナダ	27	23	日本
13	15	イギリス	28	21	ルクセンブルク
14	12	UAE	29	30	リトアニア
15	14	オーストラリア	30	31	カタール

<G7構成国>

順位	国・地域
1位	米国
2位	カナダ
3位	英国
4位	ドイツ
5位	フランス
6位	日本
7位	イタリア

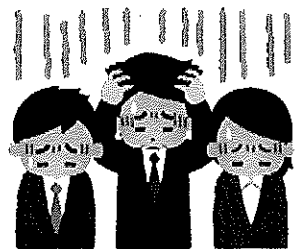
<アジア・太平洋地域>

順位	国・地域
1位	シンガポール
2位	香港
3位	韓国
4位	台湾
5位	オーストラリア
6位	中国
7位	ニュージーランド
8位	マレーシア
9位	日本
10位	カザフスタン
11位	タイ
12位	インド
13位	インドネシア
14位	フィリピン

※2021年版の順位
日本⇒28位/64カ国
過去最低順位を更新

このランキングは、政府や企業がどれだけ積極的にデジタル技術を活用しているかをまとめたもので複数の項目で評価されています。この中で、日本の弱点とされるのは、

- ①知識における人材の国際経験(63位/63国)
- ②デジタル技術のスキル(62位/63国)
- ③将来への準備におけるビッグデータの機会と脅威(63位/63国)
- ④活用と分析(63位/63国)
- ⑤企業の俊敏性(63位/63国)



なんと、最下位項目が4つもあるなど、大きな課題となっています。

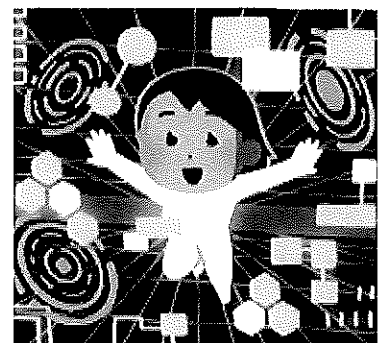
国際競争が激化する中、この現状が日本の「デジタル庁」発足を後押しする一因となったことは言うまでもなく、官民が一体となったデジタル化が強く求められています。

DX(デジタルトランスフォーメーション)とは？

「進化したデジタル技術の浸透で、人々の生活をより良いものへと変革させること」とされています。

経済産業省では、「企業がビジネス環境の激しい変化に対応し、データとデジタル技術を活用して、顧客や社会のニーズを基に、製品やサービス、ビジネスモデルを変革するとともに、業務そのものや、組織、プロセス、企業文化・風土を変革し、競争上の優位性を確立すること」と定義しました。

医療や介護の現場でもDXは求められています。AIやICT、デジタル化が苦手と想着いても、これはいずれ来る波…。早い段階から備えておいた方がよいと思います！



(2021年9月発足)
デジタル庁の指摘

デジタル臨時調査会作業部会（第7回）

厚生労働省説明資料

令和4年3月23日

厚生労働省 老健局

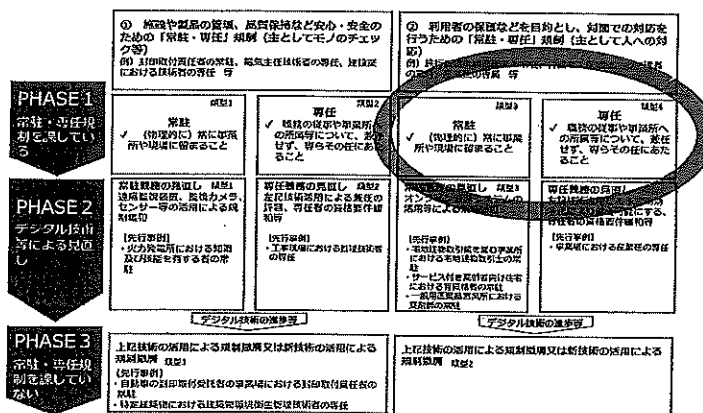
4. 現状のPHASEと現行規制に対する意見

- * 管理者、通所介護の生活相談員・看護職員・機能訓練指導員、居宅介護支援の介護支援専門員の配置基準は、
 - ・一つの事業所での業務を義務づけていないもの
 - ・営業時間中を通して事業所等に必ずしもいる必要のないもの
- など様々だが、これまで、テレワークの可否や兼務の詳細を明示する取扱いは行っていない。

「常駐・専任」規制の類型化（案）

2022.3.14

現行規制は
いずれも1-3
及び1-4



* 現行規制に対して、デジタル臨時行政調査会事務局に寄せられている意見は以下のとおりと承知。

①	管理者について、常駐をせずにテレワークを活用することのできる業務があるのではないかと。また、デジタル技術の発展により、複数施設の管理者を兼務する余地が広がっているのではないかと。
②	通所介護の生活相談員、看護職員、機能訓練指導員について、デジタル技術の発展により、複数施設の利用者に対する業務を同時に行うことも可能になってきているのではないかと。
③	居宅介護支援の介護支援専門員について、新型コロナ対策として例外的に電話やビデオ会議ツールを用いた面接が認められているが、この間の経験も踏まえ、恒久化することで介護業界における人手不足の解消にも繋がるのではないかと。

介護分野における生産性向上の取組

- 介護現場の負担軽減を図るため、ICT化を促進
- 行政が求める帳票等の文書量の半減（2020年代初頭までに）

これまでの取組	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	令和6年度… (2024年度…)
行政に提出する文書のICT化や削減 ○指定申請項目を削減する省令改正 ○文書負担軽減専門委員会を設置（R1.8） ○簡素化、標準化、ICT等の活用について検討し、対応方針を自治体へ周知	ウェブ入力・電子申請 令和3年度中に介護サービス情報公表システムを改修し、電子申請システムを実現	ウェブ入力・電子申請 令和4年度より運用開始予定		
事業所のケア記録・ケアプラン等の文書のICT化や削減 ○利用者の同意取得方法（押印）や電磁的記録による保存等の見直し（省令改正）R3.4.1～ 「ケアプランデータ連携システム構築事業」（対面を伴わないデータ連携の実現） ・標準仕様作成⇒実証検証⇒システム構築⇒利活用の推進				
ICT導入支援事業による介護ソフト等の購入費用の補助（地域医療総合確保基金） 補助上限額の増額 一定の要件を満たす場合に補助割合3/4下限に増				
ICT導入の促進 ICT導入の手引き策定	事業所のICT化の実態把握 (R1年度)	ICT導入の手引き改訂	好事例の横展開	
介護ロボット導入の促進	介護報酬での評価	報酬上評価の見直し		

18

ちょっと一休み 「ケアプランデータ連携システム」！？

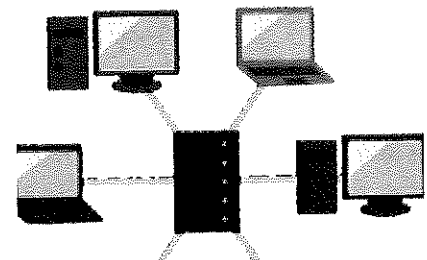
「ケアプランデータ連携システム」は、令和2年度から厚生労働省の事業として開始され、居宅介護支援事業所と介護サービス事業所での紙による手渡しやFAX等について、「ICTでデータ連携」しようというものです。

クラウド上でケアプランや事業所からの報告を見える化することで、手渡しや郵送・FAXの手間もかからなくなり、さらに実績データの手入力等の時間も削減ができるなど、業務の効率化や労働時間の短縮が期待されています。

2022年からは、「ICT導入支援事業（購入費用を補助）」の補助要件に、「ケアプランデータ連携システムの活用」の項目が新たに追加。厚生労働省もシステム構築へは力を入れており、2.7億円の予算を受けて実働に向けて本格的始動しています。

当然ながら「LIFE（科学的介護推進システム）」とも連動すると思われ、ケアマネジャーは介護サービス事業所から定期的に送られる「フィードバック情報」を活用しながら、自立支援に向けたケアマネジメントを行っていくこととなります。

ちなみにLIFE活用については、既に居宅介護支援の「運営基準第1条の2第6項」に定められています。令和3年改定時に努力義務として条文追加されました。



ケアプランのクラウド化

5-1. 目指すPHASE 等

- 介護現場の現状を踏まえ、生産性向上等を目指したICT・データの利活用は極めて重要である。
- 厚生労働省としては、これまで、例えば会議等のICT活用について、社会保障審議会（介護給付費分科会）において
 - ・ 医療・介護の関係者間で実施するものについては、ICTの活用による開催等を可能としてはどうか。
 - ・ 利用者等が参加するものについては、利用者や家族の同意を得た場合に可能としてはどうか。との方針等を提示・議論を行い、全てのサービスについて
 - ア 利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、・・・ガイドライン等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を認める。
 - イ 利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用しての実施を認める。との結論を得た上で、令和3年度から実施している。
- また、上記の議論等を踏まえ、同分科会の審議報告（令和2年12月23日）において、

- テクノロジーを活用した場合の人員基準の緩和等について、利用者の安全確保やケアの質、職員の負担、人材の有効活用の観点から、実際にケアの質や職員の負担にどのような影響があったのか等、施行後の状況を把握・検証するとともに、実証データの収集に努めながら、必要な対応や、介護サービスの質や職員の負担に配慮しつつ、更なる介護現場の生産性向上の方策について、検討していくべきである。
- 各種会議や多職種連携、サービス提供におけるICTの活用について、実施状況を踏まえて、必要な対応を検討していくべきである。

とされたところである。

19

5-2. 目指すPHASE 等

- 同分科会の審議報告において、さらなる検討をしていくべきとされているところ、現行規制に対する今回の意見等も踏まえ、必ずしも利用者のサービスに直接関わらない業務については、例えばテレワーク等の取扱いを明示するなど、必要な検討・対応を行う。
- この点、介護保険制度は、高齢者に適切なサービスを提供する観点から、その運営は利用者負担のほか、公費や保険料財源により行われていることから、利用者のサービスに直接関わる業務については、検討に際してエビデンスに基づき特に以下の点を検証する必要がある。
 - ① 利用者のサービスの質の確保
 - ② 職員の負担
- このため、利用者のサービスに直接関わる業務については、以下のプロセスにより検討を進めることとしたい。
 - ① サービスの特性等に応じて、業務のオンライン化に係る実現可能性等について論点・課題の整理
 - ② オンライン化を行った場合の影響について、実証事業やヒアリング等により把握
 - ③ 必要に応じて、社会保障審議会（介護給付費分科会）の意見聴取
- なお、上記の検討等に付随する論点（報酬設定の在り方等）についても、併せて検討を行う必要がある。

○介護保険法（平成9年12月17日法律第123号）※基準省令改正にあたって必要な手続き

第七十四条 指定居宅サービス事業者は、当該指定に係る事業所ごとに、都道府県の条例で定める基準に従い都道府県の条例で定める員数の当該指定居宅サービスに従事する従業者を有しなければならない。

2 前項に規定するもののほか、指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準は、都道府県の条例で定める。

3 都道府県が前二項の条例を定めるに当たっては、第一号から第三号までに掲げる事項については厚生労働省令で定める基準に従い定めるものとし、第四号に掲げる事項については厚生労働省令で定める基準を標準として定めるものとし、その他の事項については厚生労働省令で定める基準を参照するものとする。

一 指定居宅サービスに従事する従業者に係る基準及び当該従業者の員数

二 指定居宅サービスの事業に係る居室、療養室及び病室の床面積

三 指定居宅サービスの事業の運営に関する事項であって、利用する要介護者のサービスの適切な利用、適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持等に密接に関連するものとして厚生労働省令で定めるもの

四 指定居宅サービスの事業に係る利用定員

4 厚生労働大臣は、前項に規定する厚生労働省令で定める基準（指定居宅サービスの取扱いに関する部分に限る。）を定めようとするときは、あらかじめ社会保障審議会の意見を聴かなければならない。