

厚生労働省の視点

今後の検討の進め方について

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

検討の進め方について②

当面検討を行う論点

◎地域包括ケアシステムの更なる深化・推進

- ・ 在宅・施設を通じた介護サービスの基盤整備、住まいと生活の一体的な支援
- ・ 医療と介護の連携強化、自立支援・重度化防止の取組の推進
- ・ 認知症施策、家族を含めた相談支援体制
- ・ 地域における介護予防や社会参加活動の充実
- ・ 保険者機能の強化

◎介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進

◎給付と負担

◎その他の課題

※検討項目については、今後の議論に応じて見直す。

令和3年報酬改正時の ～今後の課題点～

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告に示された今後の課題等を踏まえた改定検証のスケジュール（案）

「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」に示された今後の課題等	改定検証調査(予定)		
	R3調査	R4調査	R6調査
1. 感染症や災害への対応力強化 ・感染症対策や業務継続に向けた取組状況の把握、感染症や災害発生時の継続的なサービス提供のための方策の検討 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応の実施状況や効果の検証			○*
2. 地域包括ケアシステムの推進 ・認知症の行動・心理症状への対応や、中核症状を含めた評価の方策の検討、認知症介護研修の義務づけに関する効果検証 ・「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」等に沿った取組状況の把握、推進方策の検討 ・介護付きホームや認知症GH等の利用者の療養上の世話や看取り、自立支援・重度化防止の実態を把握、対応の検討 ・訪問看護及び訪問リハビリテーションについての実態調査、サービス提供の在り方や看護職員確保の強化策の検討 ・適切なケアマネジメント手法等の実効性が担保される方策の検討 ・適減制の見直しによるケアマネジメントの質の確保及び公正中立性を確保するための取組に関する効果検証 ・都市部、離島や中山間地域等、地域の実情に応じた必要な方策、サービス提供のあり方の検討 ・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を図る方策の検討、機能・役割の検証 ・療養通所介護についての今後の在り方の検討 ・個室ユニット型施設の整備・運営状況の定期的把握 ・小規模特養等の経営実態の調査 ・介護医療院について、加算の効果、移行状況を把握、移行促進のための対応の検討	○	○*	○◆
3. 自立支援・重度化防止の取組の推進 ・リハビリ、機能訓練、口腔、栄養など多職種が連携した取組の実施状況や効果等について検証、推進方策の検討 ・ADL維持等加算の拡充による影響について検証、必要な対応を検討 ・生活期のリハビリテーションにおける具体的な評価方法、通所リハビリテーションにおける総合的な評価方法の検討 ・施設系サービスにおける口腔衛生管理、栄養ケア・マネジメントの取組の充実について対応状況の把握、推進方策の検討 ・居宅サービス全体のLIFEを活用した取組状況の把握、推進方策の検討 ・介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能指標・要件の見直しによる取組状況の把握、推進方策の検討	○▲	○	○* ○*
4. 介護人材の確保・介護現場の革新 ・介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の取得促進、人材確保の取組の達成状況の把握や効果検証 ・ハラスメント対策の実態を踏まえた、対応の検討 ・テクノロジー活用による更なる介護現場の生産性向上や各種会議等におけるICTの活用状況を踏まえた対応の検討 ・認知症グループホームの例外的な夜勤職員体制の取扱いの施行後の状況把握・検証、必要な対応の検討 ・ローカルルールについての実態把握、対応の検討、文書負担の軽減や手続きの効率化等の検討	○	○	○*
5. 制度の安定性・持続可能性の確保、その他 ・介護サービスの適正化や重点化を踏まえた介護報酬の見直し、報酬体系の簡素化についての検討 ・介護保険施設のリスクマネジメントについて、報告内容の分析や有効活用等への対応の検討 ・福祉用具の事故の予防・再発防止の効果的な取組の検討、福祉用具の貸与・販売について実態の把握、対応の検討	○		○

(脚注) ▲・*・◆は、同一の改定検証事業において実施

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】

- 従業員：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】

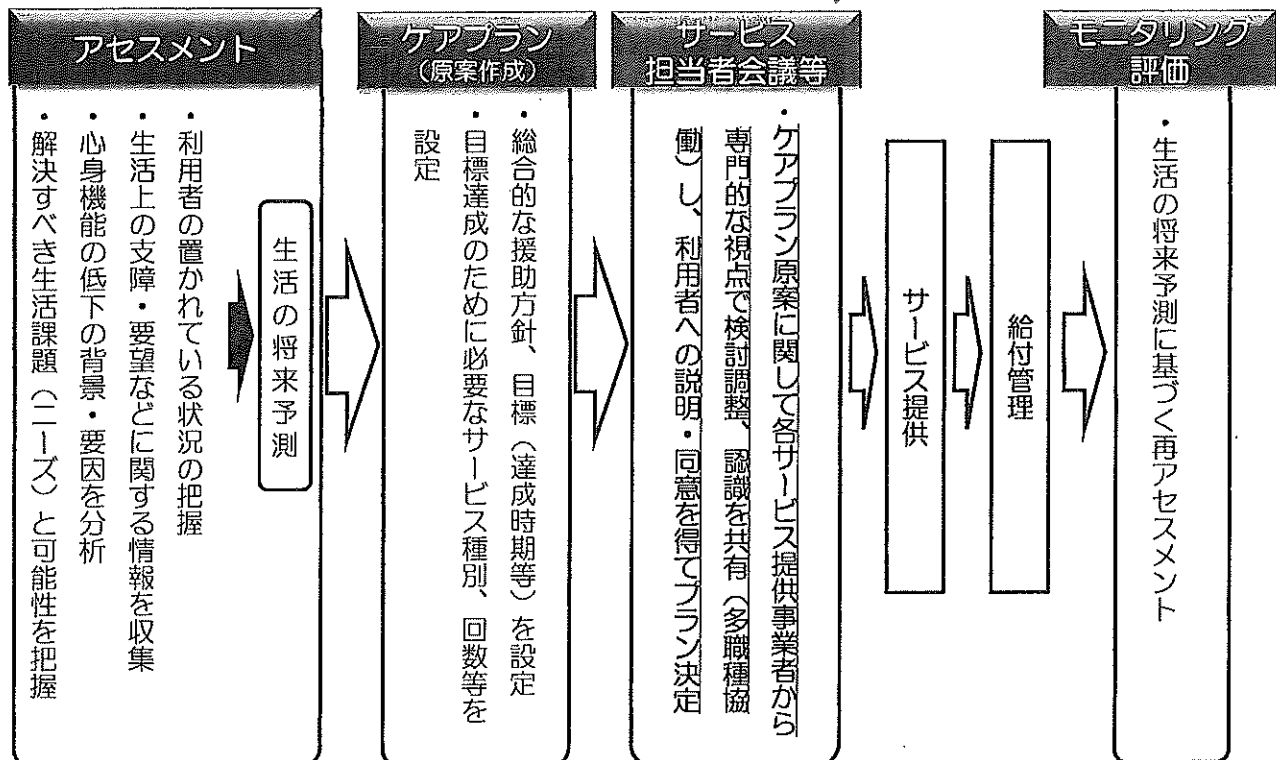
- 居宅の要支援者が介護予防サービス等の適切な利用ができるように、市町村が設置する地域包括支援センターが、
- ① 要支援者の心身の状況、置かれている環境、要支援者や家族の希望等を勘案し、介護予防サービス計画を作成
 - ② 介護予防サービス計画に基づくサービス提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整 等を行うこと。

<人員基準> 【介護予防支援 運営基準第2条・第3条】

- 従業員：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

59

ケアマネジメントの流れ



介護保険部会・介護給付費分科会におけるこれまでの御指摘等

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

I 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）

3. ケアマネジメント

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

8

介護保険部会・介護給付費分科会におけるこれまでの御指摘等

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)

【地域包括ケアシステムの推進】

（居宅介護支援）

- 居宅介護支援について、質の向上や業務効率化等を図る観点から、適切なケアマネジメント手法（※）等を図る方策を検討するとともに、より適切なケアマネジメント手法の実効性が担保されるような方策について、検討していくべきである。
(※) 疾患別の適切なケアマネジメント手法に限られない。
- 今回の介護報酬改定で一定のICT活用又は事務職員の配置を図っている事業所について、通減制の見直しを行うこととしたが、当該措置により、ケアマネジメントの質が確保されていること等に関する効果検証を行うとともに、ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る取組についても効果検証を行い、必要に応じて対応を検討すべきである。

（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。

（定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び（看護）小規模多機能型居宅介護の普及等）

- 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。

9

介護支援専門員研修オンライン化等運用事業

令和3年度予算：1.5億円

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

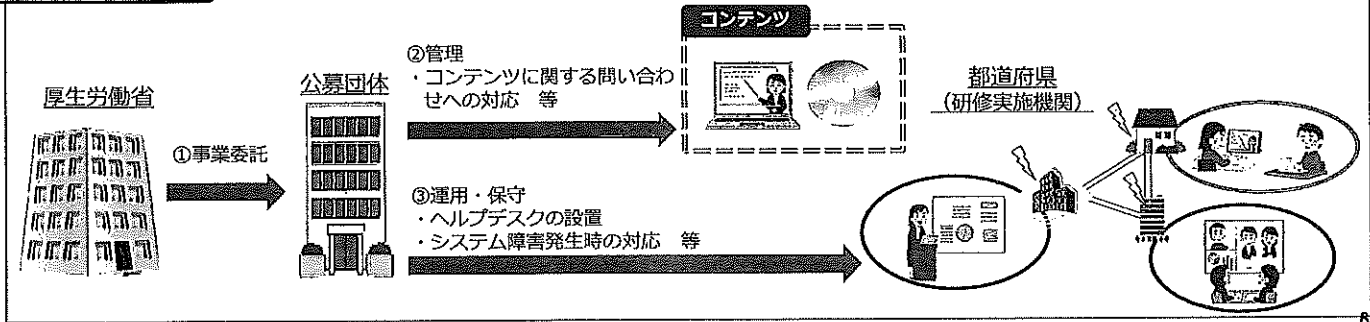
2. 事業要件

【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】

	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



「ホワイトボックス型AIによるケアプラン作成支援に関する調査研究(R2~R4年度)」(老健事業)

社保審一介護給付費分科会

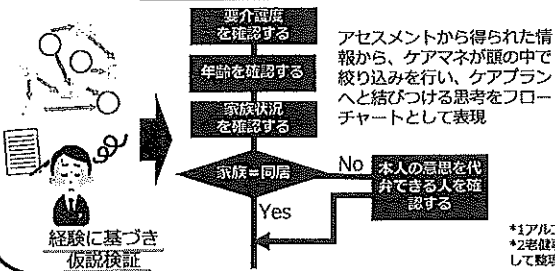
第190回(R2.10.30)

資料7

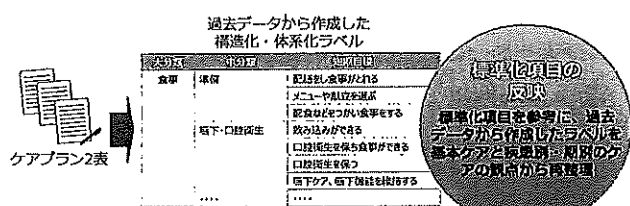
事業内容

- 利用者のアセスメントから得られる情報から、ケアマネジャーがどのようにケアプランに落とし込んでいくかといった思考フローを可視化することによるAIモデルのアルゴリズム*1の精度向上
- テキスト解析分析で得られた「構造化・体系化ラベル」へのケアマネジメント標準化項目*2の反映による内容拡充
- 利用者の状態変化の定義とモニタリング手法の検討

ケアマネの思考フローの可視化

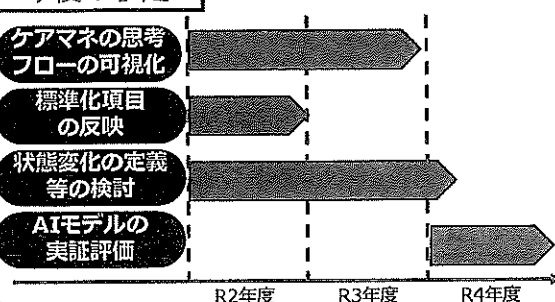


ケアマネジメント標準化項目の反映



*1アルゴリズムとは、入力されたデータからアウトプットを導くための手法・ルール
*2老健事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」にて開発された介護支援専門員の資質向上を目的として整理された項目

今後の予定



成果イメージ

- ケアマネジャーのケアマネジメントの思考をAIのアルゴリズムに反映することでアウトプットの精度を向上させる。
- ホワイトボックス型AIにより、なぜこのケアが自立支援に資するかを検証可能にするとともに、ケアマネジャーの意思決定を支援できるか評価を行う。



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

<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。

<参考>ニッポン一億総活躍プランの概要

介護報酬
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

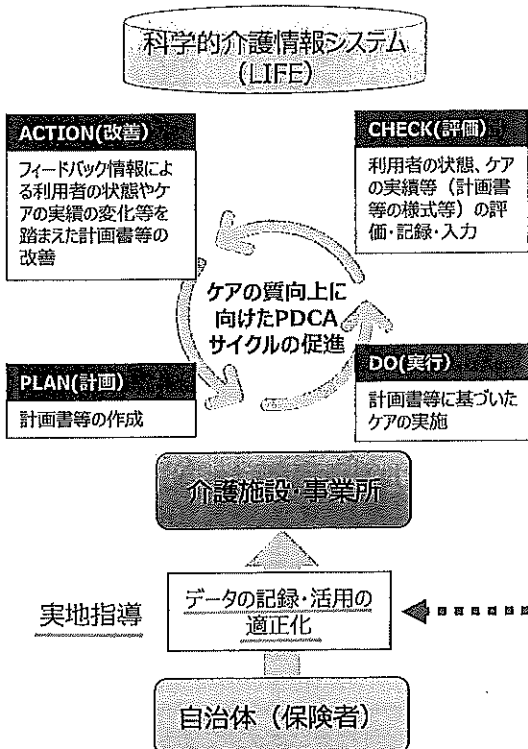
- ・ 自立支援と介護の重度化防止を推進するため、介護記録のICT化を通じた業務の分析・標準化を進める。これにより、適切なケアマネジメント手法の普及を図るとともに、要介護度の維持・改善の効果を上げた事業所への介護報酬等の対応も含め、適切な評価の在り方について検討する。

施策	年度	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	指標	
	2016年度～2026年度													
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											
		<これまでの成果実績(主な内容)> ○ 平成28年度:脳血管疾患・大腿骨頭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			<これまでの成果実績(主な内容)> ○ 令和2年度:基本ケアを中心とした手法の再整理等									

69

科学的介護に向けた質の向上支援等事業

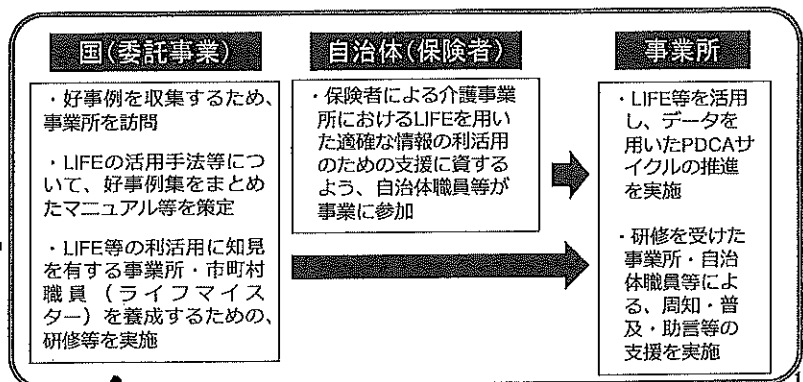
LIFEを活用したケアの質向上に向けたPDCAサイクルの促進の実現には、介護施設・事業所による「信頼性のあるデータの提供」と「フィードバックされた情報の適切な活用」が前提となる。本事業ではこの2点の実現に向けた自治体による実地指導等を通じた適正化の取組の本格的な実施に向けた支援を行う。



【事業目標】

- ① 全国の介護施設・事業所でフィードバック情報を適切に活用できるようになる。
- ② 全国の介護施設・事業所からのLIFE登録データの精度が向上する。

事業予定(案)		
令和3年度	令和4年度	令和5年度
○ 好事例の収集	○ 好事例の収集 ○ マニュアル・研修等の構築 ○ 拠点の構築を含めた体制整備の検討	○ 拠点整備 ○ 事業所へのLIFE等利活用に関する知識及び技能の普及



26

131

マイナポータル活用・促進

	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	レセプト・処方箋情報					
	薬剤情報 (レセプトに基づく処方調剤情報)	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年度～)	
	医療機関名等 手帳・透視情報等 医学管理等信息	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～)	
	医療的ケア児等の医療情報	●	MEIS本各運用開始 (2020年7月～)		電子カルテ情報の保護・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改善等、システムのあり方を検討・対応 (現状)	
	電子カルテ・介護情報等					
	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		マイナポータルで閲覧可能 (2025年度以降順次～)	

ケアプランのデジタル化
科学的介護の実現

	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	医療機関等で患者情報が閲覧できる仕組み	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、本人同意の上で、医療機関・介護事業所等でも閲覧可能とする仕組みを整備 (2020年度以降順次～) ※患者・救急時には、本人確認のみで閲覧可能な仕組みを構築	電子処方箋情報 (リアルタイムの処方・調剤情報) は21年度～閲覧可能 特定健診情報・薬剤情報 (レセプトに基づく過去の処方・調剤情報) は2021年10月～閲覧可能				
	医療機関間における情報共有を可能にするための電子カルテ情報等の標準化	その他情報 (身体機能、学習履歴、学習記録) については、2021年度中に国・都道府県のつかない具体的な方法や時期についてCIT (デジタル庁) と共に調査検討し、結果を踏まえる	すでに情報交換 (画像情報・検査情報等) している医療機関など、準備が整っている場合は、下記にかかわらず共有開始	医療機関間で共有 (交換) するデータ項目、技術的な基準の検討・決定	医療機関 NWへの組み込み	対応可能な所から順次情報共有 (2022年度以降順次～)	
	介護事業所間における介護情報の共有並びに介護・医療間の情報共有を可能にするための標準化		医療機関間で共有 (交換) するデータ項目、技術的な基準の検討・決定	PHR等と共有する情報 (画像情報等) の検討	システム要件の整理、システム改修等	システム稼働	2024年度以降順次
	自立支援・重度化防止等につながる科学的介護の推進		全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための基盤のあり方 (※) を丁寧 (デジタル庁) とともに調査検討し、結論を得る ※主体、費用、オンライン資格確認等システムや政府共通基盤との関係、運用開始時期、医療情報の保護と利活用に関する法制度の在り方	全国的に介護記録支援システムの情報を含めた介護情報を閲覧可能とするための基盤のあり方について丁寧 (デジタル庁) とともに検討し、結論を得る	左記を踏まえたシステムの課題整理・開発		
		CHASEフィードバック機能の開発	CHASE等による自立支援等の効果を検証				
	NDB・介護DB連携解析開始	VISIT・CHASEを一体的運用、介護DBとの連携解析開始	新たな情報収集システムに向けた更なるデータ項目の整理	次期システムの開発		次期システムの運用開始によるデータに基づく更なる科学的介護の実現 (2024年度～)	

※ 2021年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の基盤と連携を図る観点から、以下の統一した名前を用いる。
科学的介護記録システム (Long-term care Information system For Evidence; LIFEライズ)



第6 デジタル社会の実現に向けた施策

1. 国民に対する行政サービスのデジタル化

(4) マイナンバーカードの普及及び利用の推進

令和4年度(2022年度)末までに、マイナンバーカードがほぼ国民に行き渡ることを目指す。そのため、次の取組のほか、例えば新型コロナウイルスの接種会場など、住民が集まる場所での市町村による申請受付等の取組の促進などにより、マイナンバーカードの普及促進を図る。また、デジタル庁による統括・監視を通じて政府情報システムにおけるマイナンバーカードの利用を推進する。加えて、マイナンバーの抜本的改善・民間サービスの利用シーン拡大等を通じて、国民にとって利便性の高いマイナンバーカードのユースケースを拡充する。(5.(1)「マイナンバーの抜本的改善に関する具体的施策」参照)。

なお、マイナンバーカードと各種カード、手帳等との一体化等については、マイナンバーカードを活用した各種カード等のデジタル化等に向けた工程表に沿って引き続き推進する。

マイナンバーカードを活用した各種カード等のデジタル化等に向けた工程表

		実施済みの事項	2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度) ※ほとんどの住民が カードを保有(想定)	2023年度～ (令和5年度～)	主担当部署	
医療関係	健康保険証	健康保険証利用を可能とするオンライン資格確認の本格運用(令和3年10月～)	本格運用			厚生労働省 保険局医療介護課 運務政策課	
	差別情報、特定健診等情報及び医療費通知情報	マイナンバーでの差別情報、特定健診等情報及び医療費通知情報の提供開始(①は令和3年10月～、②は11月～)	マイナンバーでの差別情報、特定健診等情報及び医療費通知情報の提供			厚生労働省 保険局医療介護課 運務政策課	
	患者の利便性向上	先行事例の実証(令和2年3月)	実証	7割(患者・機関)の利便性向上に対応		厚生労働省 医療研究開発課 振興課	
	処方箋の電子化	電子処方箋がオンラインの改定実施(令和2年4月)・お薬手帳との連携(令和3年10月)	システム開発・構築等			運用開始(令和5年1月～)	厚生労働省 医薬・生活衛生局総務課
	生活保護受給者の医療扶助の連携等・調剤券	マイナンバー調査実施(令和2年7月、10月)	地方との協議	環境整備・システム開発	本格運用	厚生労働省 社会援護局 保健課	
介護保険被保険者証		国民健康保険被保険者証との連携	環境整備・システム開発	本格運用	厚生労働省 老健局 介護保険計画課		

224

世界的に見た
マイナンバー活用状況

諸外国における共通番号制度の取組等について(委託調査報告書より抜粋)

世界のマイナンバーの状況
デジタル 2022.2.8
17回デジタル臨時閣議

以下の国・地域における共通番号制度等の概況について委託調査を実施した。

	オーストラリア	ドイツ	フランス	イギリス	インド	オーストリア	シンガポール	エストニア	スウェーデン	デンマーク	アメリカ	韓国	台湾	EU	
基本分類注	A	A	A	B	B	B	C	C	C	C	C	C	C	-	
共通番号制度のモデル	セパレートモデル	セパレートモデル	セパレートモデル	フラットモデル	フラットモデル	セトルモデル	フラットモデル	フラットモデル	フラットモデル	フラットモデル	フラットモデル	フラットモデル	フラットモデル	-	
識別番号等	納税番号等	税務識別番号等	社会保障番号等	国民保険番号	Aadhaar番号	CRR番号(ssPIN)	国民登録番号	国民番号	個人識別番号	CPR番号	社会保障番号	住民登録番号	国民身分証統一番号	-	
利用範囲	行政分野(税)	行政分野(税)	行政分野(社会保障)	行政分野(税、社会保障、教育等)	行政分野(税、社会保障)	行政分野(税、社会保障、教育等)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、保険、学校教育等)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、保険等)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、保険、通信等)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、保険、通信等)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、保険、学校教育等)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、保険、学校教育等)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、学校教育)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、学校教育)	-
導入経緯	1988年税制改正法を根拠として、1989年に導入。	2003年に、税務分野に用いられる納税番号のIDとして導入。	1941年に、人口動態に係る統計調査のIDとして導入。	1948年に、社会保障の管理を目的として導入。	2010年に、従来の住民登録番号に代わり導入され、内務省で一元管理されるようになった。	2002年に、不法移民を排除する目的で導入。	1948年に、不法移民を排除する目的で導入。	2000年に、国内機能の整備を進める目的で導入。	1947年に、住民登録を従来の家族単位から個人単位で管理することに伴い導入。	1968年に、「市民登録法」をもちに導入。	1936年に、年金等の社会保障の給付への利用を目的として導入。	1962年に、「住民登録法」をもちに導入。	1969年に、身分証の発行をコンピュータ作業に切り替えるのと併せて、導入。	-	
認証ID等	myGovID	eIDカード	France Connect (France Connect+に移行中)	GOV.UK.Verify	Aadhaar認証	市民カード、Handy-Signatur	SingPass	国民番号カード、Mobile-ID、Smart-ID	BankID	NemID (MitIDに移行中)	my Social Security account、ID.me	I-PIN	自然人証明書	eID	
ツール	モバイルアプリ	ICカード	-	-	-	ICカード、モバイルアプリ	モバイルアプリ	ICカード、SIMカード、モバイルアプリ	ICカード、モバイルアプリ、USB	モバイルアプリ	-	-	ICカード	ICカード等	
利用範囲	行政分野(税、社会保障、教育等)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、保険等)	行政分野(税、社会保障)、民間分野(銀行、電気、ガス)	行政分野(税、社会保障)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、通信等)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、通信等)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、保険、学校教育等)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、保険、学校教育等)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、保険、小売等)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、保険、通信等)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、保険、通信等)	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行、保険、通信等)	複数の行政、民間分野	行政分野(税、社会保障、教育等)、民間分野(銀行)	-
Webサイトサービス	myGov	※集約したサイトはなし。	mon.Servic e-Public.fr	GOV.UK	National Portal of India	oesterreich.gv.at	MyInfo	Eesti.ee	※集約したサイトはなし。	Borger.dk	USA.gov	政府24	我的E政府	-	

注) 以下のパターンで分類している。

A: 行政分野ごとに異なる識別番号を用いて手続を行っている B: 複数の行政分野で共通の識別番号を用いて手続を行っている C: 行政分野のほか、民間分野でも共通の識別番号を用いて手続を行っている

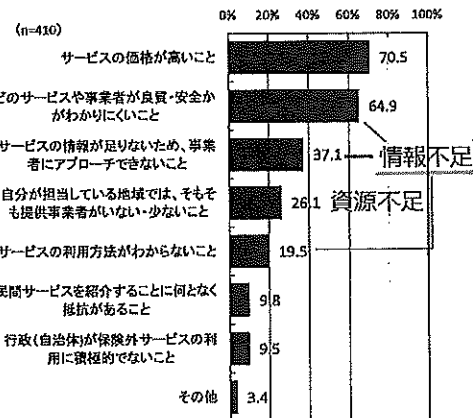
※調査報告書についてはデジタル庁ウェブサイト参照 URL (<https://www.digital.go.jp/policies/mynumber/>)

28

ケアマネ・事業所が保険外サービスを活用する際の課題

ケアマネジャーが保険外サービスを活用する際の課題

保険外サービスをケアプランに盛り込んだり、
情報提供を行う際に難しいと感じること

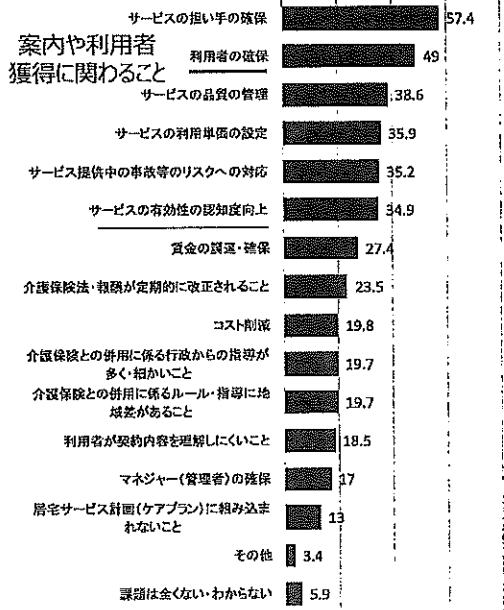


【資料】株式会社日本総合研究所
「介護に取組む家族の支援に資する民間サービスの普及・促進に関する調査研究事業」平成29年3月

事業者（介護保険事業）が保険外サービスを実施する際の課題

生活支援サービス（保険外サービス）を実施する上での課題

(n=676)



【資料】株式会社日本総合研究所
「介護サービス事業者による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業」平成26年3月

関係法令・通知（保険外サービス）

○ 介護保険法（抄）

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

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に依りて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態の場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう配慮されなければならない。

第八条

2 この法律において「訪問介護」とは、要介護者であつて、居宅において介護を受けるものについて、その者の居宅において介護福祉士その他政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であつて、厚生労働省令で定めるものをいう。

24 この法律において「居宅介護支援」とは、居宅要介護者が第41条第1項に規定する指定居宅サービス又は特例居宅介護サービス費に係る居宅サービス若しくはこれに相当するサービス、第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス又は特例地域密着型介護サービス費に係る地域密着型サービス若しくはこれに相当するサービス及びその他の居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービス（以下この項において「指定居宅サービス等」という。）の適切な利用等をすることができるよう、当該居宅要介護者の依頼を受けて、その心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要介護者及びその家族の希望等を勘案し、利用する指定居宅サービス等の種類及び内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画（以下（中略）「居宅サービス計画」という。）を作成する（中略）ことをいい、「居宅介護支援事業」とは、居宅介護支援を行う事業をいう。

○ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（抄）

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第1条の2に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

四 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

○ 通知「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせる場合の取扱いについて」（平成30年9月28日）

（抄）

介護保険制度では、高齢者が抱える多様なニーズに柔軟に対応できるよう、一定の条件の下で、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせることを認めている。（中略）

なお、介護保険サービスと保険外サービスを同時一体的に提供することや、特定の介護職員による介護サービスを受けるための指名料や、繁忙期・繁忙時間帯に介護サービスを受けるための時間指定料として利用者の自費負担による上乗せ料金を徴収することについては、単に生活支援の利便性の観点から、自立支援・重度化防止という介護保険の目的にそぐわないサービスの提供を助長するおそれがあることや、家族への生活支援サービスを目的として介護保険を利用しようとするなど、利用者本人のニーズにかかわらず家族の意向によってサービス提供が左右されるおそれがあること、指名料・時間指定料を支払える利用者へのサービス提供が優先され、社会保険制度として求められる公平性を確保できなくなるおそれがあること等が指摘されており、認めていない。

地域包括ケアシステム構築に向けた
公的介護保険外サービスの参考事例集
保険外サービス活用ガイドブック
厚生労働省
地域包括ケアシステム構築推進部
地域包括ケア推進課

○ 保険外サービス活用ガイドブック（平成28年3月）

地域包括ケアシステムの構築に当たって多様な高齢者のニーズが想定される中、2016年3月末に、厚生労働省・農林水産省・経済産業省の連名で、「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集（「保険外サービス活用ガイドブック」）」を策定。

保険者機能の強化

保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

令和4年度予算額（令和3年度予算額）：400億円（400億円）

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

趣旨

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

概要

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

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

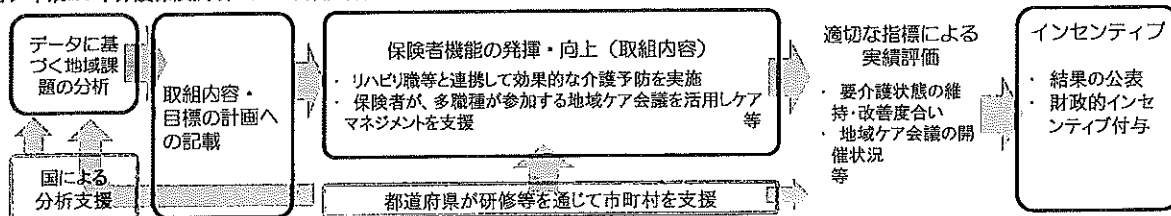
<市町村分>

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

<都道府県分>

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

<参考>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化

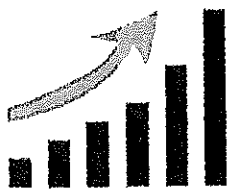


ちょっと一休み インセンティブ交付金とは？！ (保険者機能強化推進交付金)

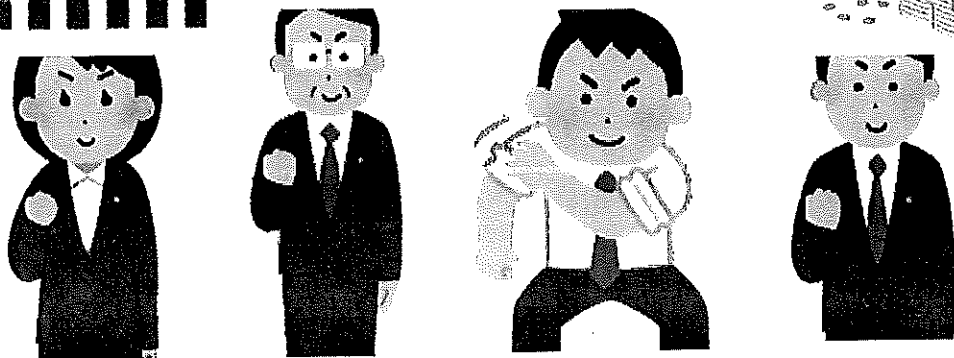
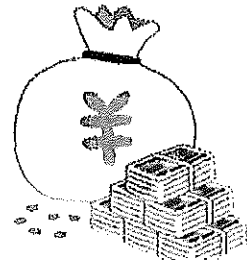
正式名称は、「保険者機能強化推進交付金」といい、高齢者の自立支援・重度化防止につながる取り組みを積極的に行った都道府県・市区町村を評価し、その評価に基づいて自治体に国が交付金を支給するという制度となります。

2018年(平成30年)より開始され、当初は国の予算として200億円が計上されスタート。現在は自治体の更なる取組みを促すために、その予算は「400億円」まで拡大されています。

インセンティブ交付金を決める評価項目は複数あり、市区町村77項目、都道府県53項目あり、その得点によって、交付金の額が決まるといいます。



400億円



2021年度保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金に係る評価指標

(市町村分)

I PDCOAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築

項目	指標	配点	留意点	報告様式への記載事項・提出資料(予定)	特記	交付金区分
①	<p>地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、当該地域の介護保険事業の特徴を把握しているか。</p> <p>ア 地域包括ケア「見える化」システムを活用して、他の保険者と比較する等、当該地域の介護保険事業の特徴を把握している。その上で、HPによる周知等の住民や関係者と共通理解を持つ取組を行っている</p> <p>イ 地域包括ケア「見える化」システムは活用していないが、代替手段(独自システム等)により当該地域の介護保険事業の特徴を把握している。その上で、HPによる周知等の住民や関係者と共通理解を持つ取組を行っている</p> <p>ウ 地域包括ケア「見える化」システムを活用して、他の保険者と比較する等、当該地域の介護保険事業の特徴を把握している</p> <p>エ 地域包括ケア「見える化」システムは活用していないが、代替手段(独自システム等)により当該地域の介護保険事業の特徴を把握している</p>	<p>ア 20点 イ 16点 ウ 10点 エ 6点</p> <p>ア～エのいずれかを選択</p>	<p>○ 一人当たり給付費(費用額)(年齢等調整済み)、要介護認定率(年齢等調整済み)、在宅サービスと施設サービスのバランスその他のデータ等に基づき、全国平均その他の数値との比較や経年変化の分析を行い、当該地域の特徴の把握と要因分析を行っているものが対象</p> <p>○ 保険者として取組むべき課題の考察に資している現状把握や地域分析を対象とし、単に認定率や保険料額の高低を認識しているにとどまる場合は、非該当とする</p>	<p>○ 以下の通り、「見える化」システム等を活用した分析の結果を記載</p> <p>①分析に活用したデータ</p> <p>②分析方法、全国その他の地域(具体名)との比較や経年変化(具体的年数)の分析等。</p> <p>③当該地域の特徴</p> <p>④その要因を記載</p> <p>○ 上記について、既存の資料(審議会資料等)がある場合には当該資料の該当部分で可</p> <p>○ ア及びイについては、上記に加えて、HPによる周知等の住民や関係者と共通理解を持つ取組の具体例を記載</p>	<p>2020年度における分析が対象。なお、8期計画作成に向けて2020年度に実施予定の場合には対象とする。</p>	<p>推進(保険者機能強化推進交付金を指す。以下同じ。)</p>
②	<p>自立支援、重度化防止等に資する施策についての目標及び目標を実現するための重点施策について、実績を把握して進捗管理の上、目標が未達成であった場合の具体的な改善策や目標の見直し等の取組を実施しているか。</p>	40点	<p>○ 第7期計画から必須記載事項となった自立支援、重度化防止、介護給付の適正化に関する取組及びその目標について、2019年度における実施状況を把握し、進捗状況として未達成の場合には改善策や理由の提示・目標の見直し等を行うことを評価</p> <p>○ 2019年度に設定したものを対象とする場合にも、何らかの方法により公表されているものを対象とする</p> <p>○ 「介護保険事業(支援)計画の進捗管理の手引き」参照</p> <p>○ 設定した目標及び重点施策の内容は評価しない</p>	<p>○ 2019年度に重点施策を定めた場合は、公表している資料の該当部分を提出</p> <p>○ 把握した実績を提出。そのうえで、未達成の場合は、その改善策や目標の見直し等の取組を提出(2020年6月までに提出)</p>	<p>2019年度実績(見込)を把握した上での評価(2020年6月めどで実績)が対象</p>	<p>推進・支援(介護保険保険者努力支援交付金を指す。以下同じ。)</p>
③	<p>当該地域の介護保険事業の特徴を他の地域と比較して分析の上、介護給付の適正化の方策を策定し、実施しているか。</p> <p>ア 方策を策定していない。</p> <p>イ 方策を策定し実施している。</p>	<p>ア マイナス5点 イ 40点</p> <p>ア又はイのいずれかを選択</p>	<p>○ 介護給付の適正化の方策については、既に第7期計画に盛り込んでいるものも含む</p>	<p>○ 第7期計画又はその他の方策における該当部分を提出</p> <p>○ 地域別の分析内容と策定した方策の実施状況を簡潔に記載</p>	<p>第7期計画又はその他の方策に、2019年度の適正化に係る内容を盛り込んでいるものが対象</p>	<p>推進</p>

見える化システムの活用

自立支援、重度化防止

介護給付の適正化方針

II 自立支援、高度化防止等に資する施策の推進

(1) 介護支援専門員・介護サービス事業者等

項目	配点	留意点	報告様式への記載事項・提出資料(予定)	時点	交付区分
<p>保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、介護支援専門員に対して伝えているか。</p> <p>ア 保険者のケアマネジメントに関する基本方針を事業者連絡会議、研修又は集団指導等において周知している</p> <p>イ 保険者のケアマネジメントに関する基本方針をその他の方法で介護支援専門員に対して伝えている</p>	<p>ア 20点</p> <p>イ 10点</p> <p>ア又はイのいずれかを選択</p>	<p>○ 自立支援、高度化防止等に資することを目的としてケアマネジメントが行われるよう、市町村として基本方針を介護支援専門員と共有していることが対象</p> <p>○ アについては、都道府県が決定したガイドラインや文書を利用している場合を含む</p> <p>○ ケアマネジメントに関する保険者の基本方針については、原簿介護支援のみならず、介護予防支援、第1号介護予防支援を含む、ケアマネジメント全般を対象とする</p> <p>○ 基本方針とは、例えば、原簿介護支援で言えば「運営基準等第1条の2(基本方針)や「運営基準等第12条、13条(指定原簿介護支援の基本的・具体的取組方針)等といった基本的な考え方に加えて、自立支援、高度化防止に資するケアマネジメントの提供を目的として市内で統一して活用するツールがある場合にはその内容や活用方法、特定事業附加算取得の留意性等を盛り込んだ内容を想定している</p>	<p>○ 保険者のケアマネジメントに関する基本方針を伝えるためのガイドライン又は文書を提出</p> <p>○ アについては、介護支援専門員や事業者等に文書でどのように周知したか及び実施日を簡単に記載</p> <p>○ イについては、介護支援専門員にどのように基本方針を伝えているかを簡単に記載</p>	2019年度又は2020年度(予定)の取組が対象	推進

ケアマネジメントへの保険者の基本方針

(2) 地域包括支援センター・地域ケア会議

項目	配点	留意点	報告様式への記載事項・提出資料(予定)	時点	交付区分
<p>個別事例の検討等を行う地域ケア会議の開催件数割合はどの程度か。(地域ケア(個別会議)の開催件数/受給者数)</p> <p>ア 全受給者の上位1割</p> <p>イ 全受給者の上位3割</p> <p>ウ 全受給者の上位5割</p> <p>エ 全受給者の上位8割</p>	<p>ア 20点</p> <p>イ 15点</p> <p>ウ 10点</p> <p>エ 5点</p> <p>ア～エのいずれかに該当すれば得点</p>	<p>○ 「地域ケア個別会議の開催件数」は、2019年4月から12月末までに開催された延べ回数とする</p> <p>○ 「受給者数」は2019年12月末日現在の受給者数とする</p> <p>○ 「開催件数」は、サービス種別や要介護度を問わず、検討を受けている者とする</p> <p>○ 「開催件数」は、介護保険事業状況報告(月報)の①から④までのサービス受給者数(2019年12月サービス分)の合計を用いる</p> <p>・第3-2-1表</p> <p>①特定施設入居者生活介護、②介護予防支援・居宅介護支援</p> <p>・第4-2表</p> <p>③小規模多機能型居宅介護、④認知症対応型共同生活介護、⑤地域密着型特定施設入居者生活介護、⑥地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</p> <p>⑦複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)</p> <p>・第5-1表</p> <p>⑧介護老人福祉施設(特養)、⑨介護老人保健施設、⑩介護療養型医療施設、⑪介護医療院</p>	実際の数値を提出	2019年4月から12月末までに開催された回数	推進・支援
<p>個別事例の検討等を行う地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か。(個別事例の検討件数/受給者数)</p> <p>ア 全受給者の上位1割</p> <p>イ 全受給者の上位3割</p> <p>ウ 全受給者の上位5割</p> <p>エ 全受給者の上位8割</p>	<p>ア 20点</p> <p>イ 15点</p> <p>ウ 10点</p> <p>エ 5点</p> <p>ア～エのいずれかに該当すれば得点</p>	<p>○ 「個別事例の検討件数」は、2019年4月から12月末までに開催された地域ケア会議において検討された個別事例の延べ件数とする</p> <p>○ 「受給者数」については、⑤参照</p>	実際の数値を提出	2019年4月から2019年12月末までに開催された地域ケア会議において検討された個別事例が対象	推進・支援

地域ケア会議の開催割合

個別事例の検討割合

III 介護保険制度の安定化に資する施策の推進

(1) 介護給付の適正化等

項目	配点	留意点	報告様式への記載事項・提出資料(予定)	時点	交付区分
<p>介護給付の適正化事業の主要5事業のうち、いくつを実施しているか。</p> <p>ア 5事業</p> <p>イ 4事業</p> <p>ウ 3事業</p>	<p>ア 20点</p> <p>イ 15点</p> <p>ウ 10点</p> <p>いずれか選択</p>	<p>○ 主要5事業の内訳</p> <p>・要介護認定の適正化</p> <p>・ケアプランの点検</p> <p>・後発研修等の点検</p> <p>・経営点検・医療情報との実合</p> <p>・介護給付実通知</p>	<p>主要5事業のうち実施している事業を記載(選択式)</p>	2019年度の取組が対象	推進
<p>ケアプラン点検をどの程度実施しているか。</p> <p>ア 上位1割</p> <p>イ 上位3割</p> <p>ウ 上位5割</p> <p>エ 上位8割</p>	<p>ア 20点</p> <p>イ 15点</p> <p>ウ 10点</p> <p>エ 5点</p> <p>いずれかに該当すれば得点</p>	<p>○ ケアプラン点検は、地域支援事業の任意事業(介護給付等費用適正化事業)及びその他の特種みで行われるケアプラン点検を指し、「原簿介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容」について、事業所からの提出、又は事業所への訪問等による関係者の視点からの確認及び確認結果に基づき指導等を行うものをいう</p> <p>○ ケアプラン数は自治体では把握していないため、介護保険事業状況報告(月報)第3-2-1表の2019年4月サービス分から2020年2月サービス分における介護予防支援・居宅介護支援サービス受給者数を積み上げた数に11分の12を乗じた数とする</p>	<p>実際の数値を記載することとする</p>	2019年度の取組が対象	推進
<p>所管する介護サービス事業所について、指定の有効期間中一回(16.6%)以上の割合で実地指導を実施しているか。</p> <p>ア 実地指導の実施率(実施数÷対象事業所数)が33.3%(3年に1回)以上</p> <p>イ 実地指導の実施率(実施数÷対象事業所数)が16.6%(6年に1回)以上</p>	<p>ア 10点</p> <p>イ 5点</p> <p>ア又はイのいずれかを選択</p>	<p>○ 既に指定されている介護サービス事業所について、指定の有効期間中である5年のうちに実地指導が行われていることが対象</p> <p>○ 原則として2019年度の実績とするが、事業所数や実地指導員等は地域の状況に応じて異なるものであるため、2017年度から2019年度の3年平均値又は2019年度実績のいずれかで確認する</p>	<p>実地指導の実施率(2019年度又は2017~2019年度の3年平均値のいずれかを使った)記載(実施数÷対象事業所数)</p>	2019年度又は直近3カ年の平均	推進

適正化事業の実施

ケアプラン点検

実地指導の実施

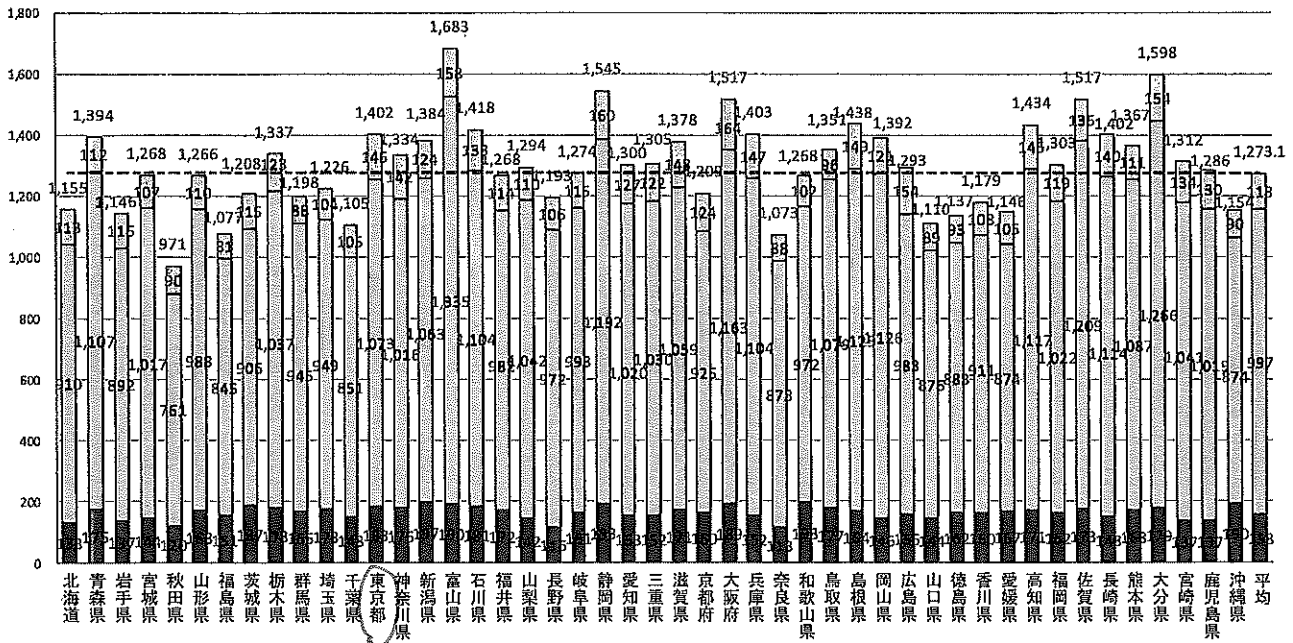
(2) 介護人材の確保

項目	配点	留意点	報告様式への記載事項・提出資料(予定)	時点	交付区分
<p>「社会保障審議会介護保険部会「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」中間とりまとめを踏まえた対応について」(老発0306第8号)を踏まえ、文書負担軽減に係る取組を実施しているか。</p> <p>ア 押印及び原本証明の廃止による簡素化</p> <p>イ 提出方法(持参・郵送等)の廃止による簡素化</p> <p>ウ 人員配置に関する添付資料の簡素化</p> <p>エ 施設・設備・備品等の写真の簡素化</p> <p>オ 介護職員処遇改善加算/特定処遇改善加算の申請様式の簡素化</p> <p>カ 介護医療院への移行にかかわる文書の簡素化</p> <p>キ 実地指導に際し提出する文書の簡素化及びIGT等の活用</p> <p>ク 指定申請関連文書の標準化</p> <p>ケ 実地指導の「標準化・効率化指針」を踏まえた標準化</p> <p>コ 申請様式のホームページにおけるダウンロード</p>	<p>ア、イ及びケ 各2点</p> <p>ウ、カ、ク及びコ 各1点</p> <p>複数回答可</p>	<p>○ 取組の内容は「社会保障審議会介護保険部会「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」中間とりまとめを踏まえた対応について」(老発0306第8号)及び「(老人福祉法施行規則等の一部を改正する省令)の公布等について」(老発0331第16号)を参照</p> <p>○ クについては、一部様式例を国で共通であることも踏まえ、各自自治体の事情に応じて様式を部分的に改良して使用している場合も併用可とするが、各添付をExcelファイルの形式で事業者者に提供していることを必須とする</p> <p>○ ケについては、実施要綱の改正等により当該通知を反映した実地指導方針を内部決定の上、計画的に実地指導を行った場合は特記</p>	<p>実施している取組を調査票に記載(選択式)</p>	2019年度又は2020年度(予定)の取組が対象	推進

文書負担軽減の取組み

2021年度（市町村分） 保険者機能強化推進交付金に係る評価結果＜全体＞

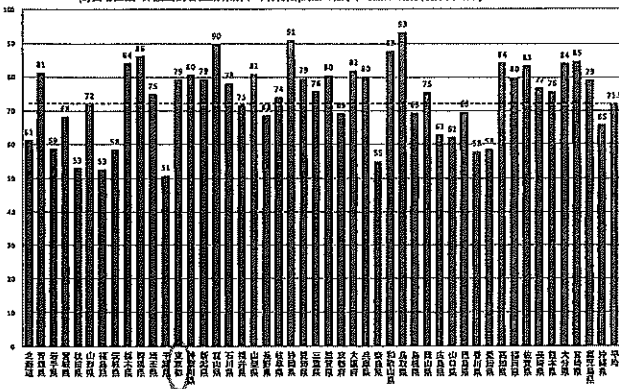
全国集計結果 都道府県別市町村得点(満点2,475点、平均点1273.1点、得点率51.4%)



- Ⅲ 介護保険運営の安定化に資する施策の推進(295点)|平均118.3点
- Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進(1,965点)|平均96.6点
- Ⅰ PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築(215点)|平均158.2点

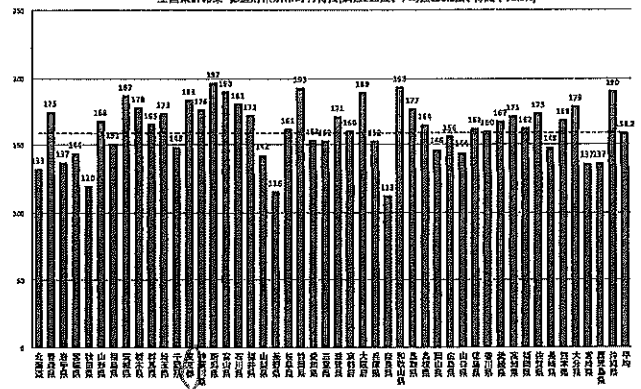
2021年度（市町村分） Ⅲ 介護保険運営の安定化に資する施策の推進＜全体＞

(3) 介護保険運営の安定化に資する施策の推進 都道府県別市町村得点(満点95点、平均点71.9点、得点率75.7%)



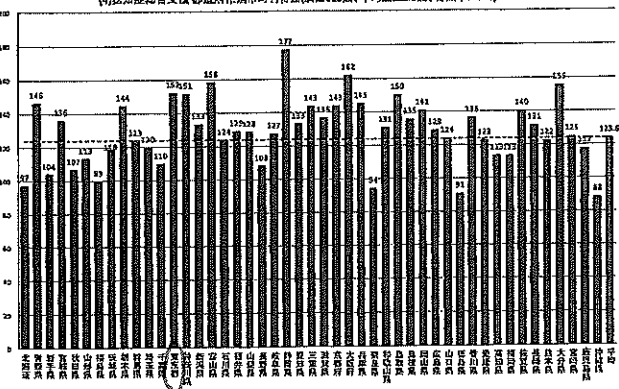
2021年度（市町村分） Ⅰ PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築＜全体＞

全国集計結果 都道府県別市町村得点(満点215点、平均点158.2点、得点率73.6%)



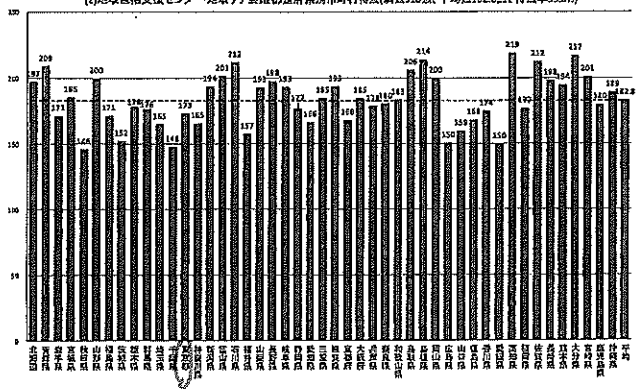
2021年度（市町村分） Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進＜全体＞

(4) 認知症総合支援 都道府県別市町村得点(満点220点、平均点123.6点、得点率56.2%)



2021年度（市町村分） Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進＜全体＞

(2) 地域包括支援センター・地域ケア会議 都道府県別市町村得点(満点310点、平均点192.8点、得点率62.2%)

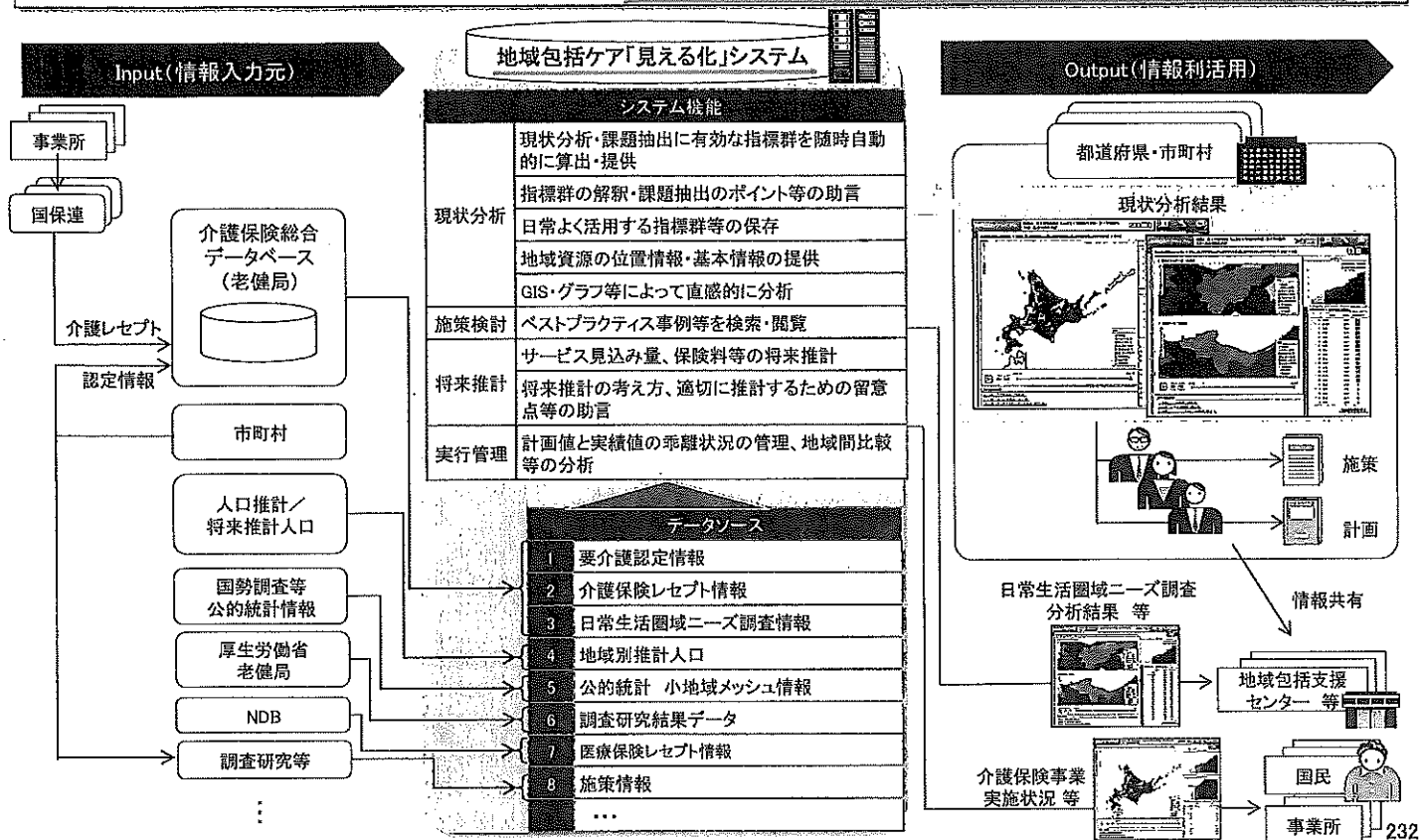


令和3年度 保険者機能強化推進交付金・介護保険努力支援交付金 集計結果(東京都区部)

項目 ・ 配点	I PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築										II 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進										III 介護保険運営の安定化に資する施策の推進					合計			
	(1)介護支援専門員・介護サビ事業所等		(2)地域包括支援センター・地域ケア会議		(3)在宅医療・介護連携		(4)認知症総合支援		(5)介護予防／日常生活支援		(6)生活支援体制の整備		(7)要介護状態の維持・改善の状況等		(1)介護給付の適正化等		(2)介護人材の確保		推進	支援	推進+支援	推進	支援	推進+支援	推進	支援	推進+支援		
	推進	支援	推進	支援	推進	支援	推進	支援	推進	支援	推進	支援	推進	支援	推進	支援	推進	支援										推進	支援
保険者名	155点	60点	80点	115点	115点	85点	10点	175点	45点	450点	85点	35点	120点	120点	120点	125点	50点	1590点	885点	2475点	837	436	1,273	987	495	1,482			
全国平均	119	40	32	119	64	63	9	92	31	191	49	23	66	59	47	12	12	837	436	1,273	837	436	1,273	987	495	1,482			
1 千代田区	135	40	33	125	75	70	10	135	45	205	70	35	65	60	89	20	60	987	495	1,482	987	495	1,482	987	495	1,482			
2 中央区	145	50	44	150	70	75	10	100	45	236	65	35	90	47	37	10	47	989	546	1,535	989	546	1,535	989	546	1,535			
3 港区	115	40	54	90	50	80	10	105	45	220	45	15	65	62	50	20	62	886	465	1,351	886	465	1,351	886	465	1,351			
4 新宿区	110	40	55	145	65	80	10	125	45	90	35	10	60	65	109	40	65	874	360	1,234	874	360	1,234	874	360	1,234			
5 文京区	145	50	65	125	75	75	10	130	45	208	70	35	80	30	101	30	30	1,029	533	1,562	1,029	533	1,562	1,029	533	1,562			
6 台東区	140	50	43	85	50	70	10	100	35	198	60	35	40	57	108	40	57	901	458	1,359	901	458	1,359	901	458	1,359			
7 墨田区	155	60	38	155	75	75	10	135	45	250	45	15	60	69	100	50	69	1,082	565	1,647	1,082	565	1,647	1,082	565	1,647			
8 江東区	125	40	43	80	55	75	10	125	45	220	55	35	35	55	62	10	55	875	450	1,325	875	450	1,325	875	450	1,325			
9 品川区	140	50	46	145	65	75	10	100	35	143	70	35	65	57	89	20	57	930	423	1,353	930	423	1,353	930	423	1,353			
10 目黒区	135	40	57	125	45	70	10	125	35	281	58	35	60	35	69	40	35	1,015	546	1,561	1,015	546	1,561	1,015	546	1,561			
11 大田区	155	60	46	140	60	80	10	125	45	221	50	15	60	89	122	50	89	1,088	521	1,609	1,088	521	1,609	1,088	521	1,609			
12 世田谷区	140	50	57	155	75	85	10	155	45	201	72	30	80	57	118	50	57	1,120	541	1,661	1,120	541	1,661	1,120	541	1,661			
13 渋谷区	155	60	42	145	65	75	10	165	45	240	45	15	65	65	100	30	65	1,097	530	1,627	1,097	530	1,627	1,097	530	1,627			
14 中野区	145	50	47	125	45	75	10	135	45	168	40	10	60	47	82	10	47	924	398	1,322	924	398	1,322	924	398	1,322			
15 杉並区	125	40	61	175	95	85	10	175	45	333	73	35	70	52	96	30	52	1,245	658	1,903	1,245	658	1,903	1,245	658	1,903			
16 豊島区	145	60	36	130	55	75	10	145	45	382	50	15	35	87	101	30	87	1,186	632	1,818	1,186	632	1,818	1,186	632	1,818			
17 北区	155	60	47	50	50	80	10	150	45	320	60	35	40	40	90	50	40	1,032	610	1,642	1,032	610	1,642	1,032	610	1,642			
18 荒川区	110	40	61	160	80	70	10	145	45	273	55	35	30	42	73	30	42	1,019	543	1,562	1,019	543	1,562	1,019	543	1,562			
19 板橋区	155	60	61	130	50	65	10	135	45	261	45	20	50	74	96	30	74	1,072	526	1,598	1,072	526	1,598	1,072	526	1,598			
20 練馬区	155	60	65	160	80	85	10	155	45	280	57	15	80	107	103	30	107	1,247	600	1,847	1,247	600	1,847	1,247	600	1,847			
21 足立区	115	40	29	90	40	70	10	125	45	167	50	15	40	55	47	20	55	788	377	1,165	788	377	1,165	788	377	1,165			
22 葛飾区	155	60	43	110	60	70	10	145	45	283	72	30	50	77	94	30	77	1,099	568	1,667	1,099	568	1,667	1,099	568	1,667			
23 江戸川区	155	60	65	115	35	85	10	165	45	365	50	15	60	70	113	40	70	1,243	630	1,873	1,243	630	1,873	1,243	630	1,873			

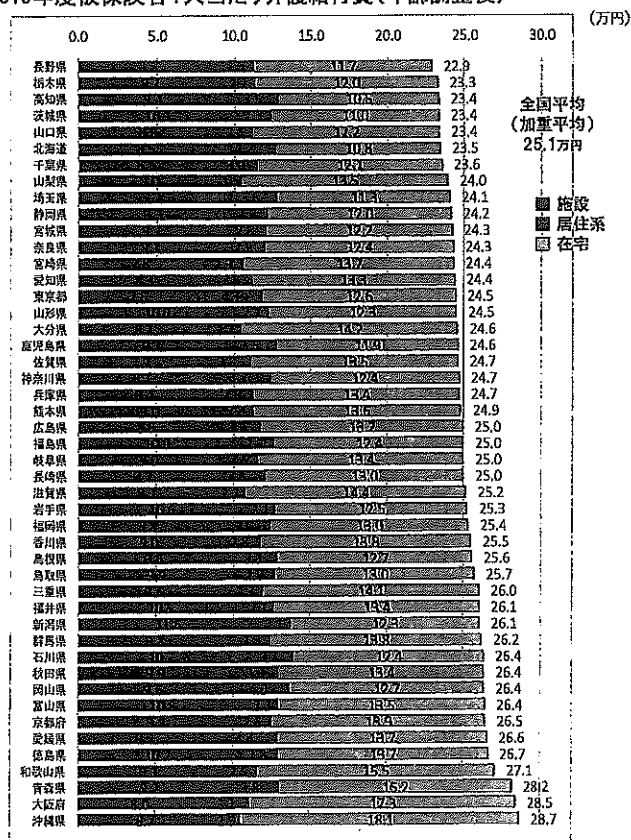
介護・医療関連情報の「見える化」の推進

地域包括ケアシステムの構築に向けて、全国・都道府県・二次医療圏・老人福祉圏・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるように、介護・医療関連情報を、国民も含めて広く共有（「見える化」）するためのシステムの構築等を推進する

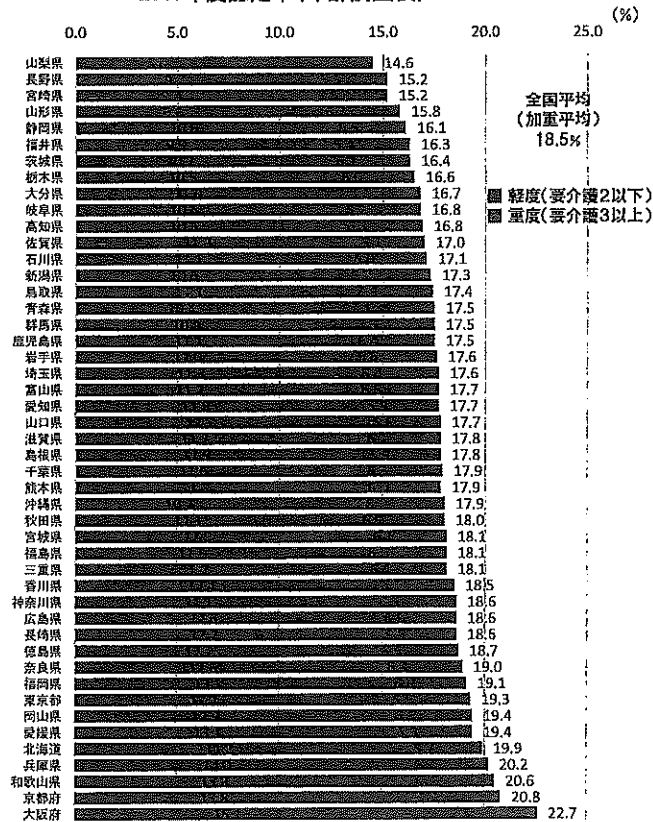


第1号被保険者1人当たり介護給付費と認定率の地域差(年齢調整後)

2019年度被保険者1人当たり介護給付費(年齢調整後)

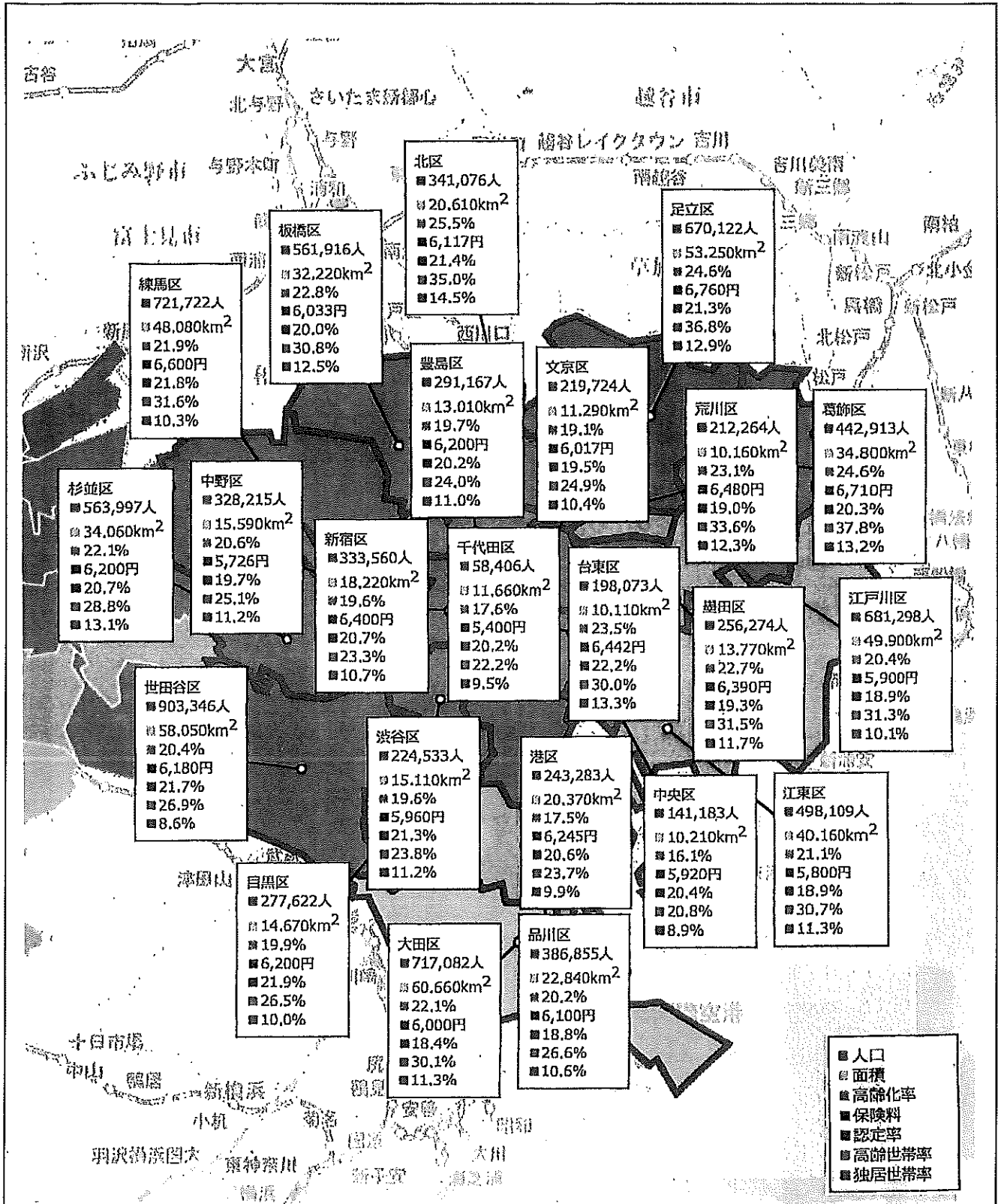


2019年度認定率(年齢調整後)



【出典等】「地域包括ケア「見える化」システム」（厚生労働省）を基に算出した。

(2)「見える化システム」を確認しよう！



※「見える化システム」とは、都道府県・市町村における介護保険事業計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムとなります。
 誰でもが確認できるものであり、各地域情報を収集することが可能となっています。

第92回社会保障審議会介護保険部会 (R4.3.24)における主なご意見について

地域包括ケアシステムの更なる深化・推進

在宅施設を擁した介護サービスの基盤整備、住まいを生活の基盤的な支援

- 大都市部では高齢者が急増している一方で、高齢者が減少していく地域もある。地域の状況に応じた対応が必要。
- 介護ニーズが急増する首都圏や大都市部への対応として、在宅で暮らし続けるために必要な支援を集約した、多機能のコンパクトなサービス拠点の整備が必要であり、看護小規模多機能型居宅介護などのサービスの整備を進めるべき。
- 首都圏や大都市では土地や建物の費用がネックになるため、地域医療介護総合確保基金等を活用した支援の充実が求められる。
- 町村では介護職員の確保と同様に、各福祉現場の働き手の確保が難しくなっているほか、施設や公共交通機関が少なくサービス利用が難しくなっているところもある。こうした点にも留意して地域包括ケアシステムの議論を進めるべき。
- 一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の増加に伴い、相談支援・介入による対応が必要な利用者の増加が懸念。介護支援専門員や訪問系サービスの職員確保が困難な地域も散見されるため、養成課程の整備、定巡等の包括型サービス確保などの対策が必要。
- 高齢期の住まいの確保が容易でないことや介護職も依然として目の前にある課題である。
- 今後、集約して集約的にケアを提供する場の必要性が高まる。介護保険事業計画と各自治体の住まい政策の連動が必要。
- 「どのような評価をするか」も大事な視点。アウトカムや評価指標のあり方も検討課題とすべき。

医療と介護の連携強化、自立支援、重度化防止の取組の推進

- 看護職員の人材確保・定着に向けて、介護保険領域での看護職員の処遇改善を検討すべき。
- 介護離職を防ぐためには、医療と介護の連携・シームレス化が重要。医療・介護連携はこれまで言われてきたところだが不十分な面もあるため、医療・介護連携を効果的に行うための制度について議論する場が必要なのではないか。
- 介護施設が平時から医療機関とマッチングし早期に治療介入できる体制の整備が重要であり、医学管理の充実に着手すべき。
- 介護報酬において利用者の状態の改善に基づくアウトカム評価を行うべき。その際客観的な指標を導入すべきであり検討が必要。
- ケアの質の向上について、良いアウトカムを引き出すプロセスの充実が重要。IADLの向上など社会参加にどう結びつけるか改善の余地がある。また、介護は、サービスを受ける利用者の満足度がポイントであり実態を踏まえた議論をすべき。
- LIFEで集めるデータは、真に自立支援に資するものであるかきちんと検証した上で、なぜ必要なのかを現場に説明することで初めてPDCAサイクルを回すことができる。

認知症施策、家族を客観的に相談支援体制

- 認知症について、日常生活自立度の評価尺度が、できないことや、徘徊・失禁など「迷惑の度合い」の指標になっている。認知症の方の尊厳の観点からも速やかに改めるべきであり、認知機能を正確に評価することが自立支援にもつながるのではないかと。
- ヤングケアラー支援については、市町村の包括的な支援体制の構築が重要。関係する専門職が課題を共有しヤングケアラーの負担軽減を図る仕組みが必要。そのために、地域包括支援センターの設置基準や人員配置基準の見直しを検討すべき。

地域包括ケアにおける介護予防や社会参加活動の充実

- 健康寿命の延伸に向けて、官民を挙げた様々な取組を促進すべき。健康経営に取り組む事業者への一層の後押しをしてほしい。
- 介護予防をしっかりと進めていく必要がある。高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の開始や、KDBでは健診等の質問票のデータが一括管理できるようになった中、介護予防事業も新たな局面を迎える必要。
- 高齢者雇用が進むことで通いの場など地域づくりに従事する高齢人材が減り得るため、様々な世代を巻き込んでいく必要がある。
- 介護予防について、廃用性の機能障害は回復可能であり、廃用症候群をどう防ぐのかということは今後重要。

保険者機能の強化

- 保険者のあり方について、持続可能性の観点から保険者の広域化を含め様々な方策の検討を行い早急に具体化する必要がある。

介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進

- 労働人口が減少傾向にある中、介護職員を大幅に増やすことは現実的でない。介護現場のDX・規制改革を進める必要がある。
- 介護福祉士等のスキル向上、周辺業務を担う元気高齢者の活用、ICT等を活用した周辺業務の軽減を進めるべき。
- 事業者の提出書類に関するローカルルールについて標準化を進める必要がある。手続や監査のオンライン化を進める必要がある。
- 介護職員は現状でも既に不足。また職員の高齢化が進んでおり、退職者を補いながら入職者の上積みを図らなければならない。魅力のある仕事と評価され、積極的に介護職員という職業を選択する者を増やす施策を重点的に進める必要がある。
- 一層の処遇改善を進める必要がある。生産性向上にも取り組み、職場環境の改善や処遇改善につなげていく必要がある。
- 処遇改善については10月から介護報酬上3階建てとなるが、本来別財源で対応すべきでないか。
- 多様な人材の活用が進む中、介護サービスの質が低下しないよう、介護職のチームマネジメント機能強化が不可欠。介護福祉士を配置基準に位置付け、役割・責任を明示すべき。また、研修の受講歴を活用して個人の質を評価する仕組みも検討すべき。
- 介護現場の革新や科学的介護を進める際には、一定の設備投資が必要であり、そのためには大規模化・ネットワーク化が必要。
- 地域の実情に応じた体制整備、職場環境の改善への支援を引き続き検討すべき。
- 高齢労働者が増える中、介護現場における転倒事故等の労働災害を防ぐ取組が更に必要になる。職員の健康づくりを進めるべき。
- デジタル技術の活用について、在宅と施設とを同時に議論すべきではない。在宅にそぐわない部分もあるので配慮が必要。
- 介護職員の最大のモチベーションは、ケアにより利用者が元気になったという体験。ケアの質と人材確保は相互に補完する関係にあることを政策に取り入れるべき。また、離職理由は賃金だけでなく、職場の人間関係、働きやすい職場であるか、法人等の理念や基本方針との不一致などであり、やりがいを引き出す本質的な人材確保対策が必要。
- ワクチン接種への対応やクラスターが発生した場合の施設内療養の対応など、コロナ対応で介護現場は疲弊。引き続き支援を。
- 食事の提供が十分に行えないことが地方では課題になっており、栄養改善・フレイル防止の観点からも対策が必要。

給付と負担

- 更なる負担については、国民が納得のいく丁寧な説明を続け理解を得ることが重要。支払能力に応じた利用者負担のあり方を議論すべき。また、介護を含む社会保障全般について学校教育段階からの理解促進も重要。
- 65歳を過ぎても健康に働き、自分は高齢者でないという意識の方が増えている。年齢で区分している1号被保険者の概念を見直すことを検討すべき。
- 経済成長以上の保険料の負担増を単に強いることは理解を得られず、消費にも影響する。また、医療・福祉従事者の急増は産業構造に影響する。日本の経済社会全体の介護保険制度という観点を重視すべき。
- 次期制度改正に当たっては、これまでの制度改正の実施状況や効果を検証するとともに、前回の第8期に向けた議論で結論先送りとなった、利用者負担・ケアマネジメントの給付・多床室の室料負担・軽度者の生活援助サービス等の、給付と負担の見直し関係の事項について、より踏み込んだ見直しを行うべき。
- 骨太の方針や改革工程表で指摘されている諸課題についても、制度の持続可能性確保の観点から十分な検討を行うべき。
- 要介護認定を受けてもサービスを利用していない人が多くいるところ、利用者負担を見直すことで、介護保険サービスの利用抑制が起きることを懸念。負担見直しの検討に当たっては、負担能力等について丁寧に調査を行った上で議論すべき。
- 給付と負担の見直しは、介護サービスの利用が抑制されてはならない。応能負担の徹底が重要であり、慎重に議論すべき。
- ケアマネジメントの給付については、自治体等の窓口支援に転嫁されたり社会的入院が生じるなど社会全体としてコスト増になり介護保険制度創設の理念が失われないよう、現行給付の維持を検討すべき。
- 介護給付費適正化は進めるべきだが、それだけでなく、新たな公費の投入の可否、公費と保険料のバランス、介護報酬のあり方など、国家財政、支払い側、提供側のバランスを含めて総合的に議論する必要がある。
- 第2号被保険者の保険料について、国の審議会といった開かれた場で議論し、大臣が全国一律の保険料を決定するなど透明性・納得性のある仕組みに見直すことも必要ではないか。

(意見抜粋)

地域包括ケアシステムの更なる深化・推進

(在宅・施設を通じた介護サービスの基盤整備、住まいと生活の一体的な支援)

- 看護小規模多機能型居宅介護などのサービスの整備を進めるべき。
- 包括型サービス確保などの対策が必要。
- アウトカムや評価指標のあり方も検討課題とすべき。

包括型の報酬

アウトカム、評価指標

(医療と介護の連携強化、自立支援・重度化防止の取組の推進)

- 看護職員の処遇改善を検討すべき。
- 医療・介護連携を効果的に行うための制度について議論する場が必要。
- 介護報酬は、利用者状態の改善に基づくアウトカム評価を行うべき。
- ケアの質向上は、良いアウトカムを引き出すプロセスの充実が重要。

看護職の処遇改善

効果的な
医療・介護連携

(認知症施策、家族を含めた相談支援体制)

- 認知症について、日常生活自立度の評価尺度が、できないことや、徘徊・失禁など「迷惑の度合い」の指標になっている。尊厳の観点からも速やかに改めるべきであり、認知機能を正確に評価することが自立支援にもつながるのではないか。
- ヤングケアラー支援については、地域包括支援センターの設置や人員基準の見直しを検討。

認知症の評価指標
見直し

地域包括支援センター
の機能強化

介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進

- 介護現場のDX・規制改革を進める必要がある。
- ICT等を活用した周辺業務の軽減を進めるべき。
- 提出書類に関するローカルルールは標準化を進める必要がある。手続きや監査のオンライン化も進める必要がある。
- チームマネジメント機能強化が不可欠。
- 介護現場の大規模化・ネットワーク化が必要。

介護DX・ICT等の活用推進

手続き・監査のオンライン化

チームマネジメント機能強化

大規模化・ネットワーク化

給付と負担

- 更なる負担は、国民が納得いく丁寧な説明を続け理解を得ることが重要。
- 年齢で区分している1号被保険者の概念を見直すことを検討すべき。
- 利用者負担・ケアマネジメントの給付・軽度者の生活援助サービス等の、給付と負担の見直し関係について、より踏み込んだ見直しを行うべき。
- 利用者負担を見直すことでサービスの利用抑制が起きることを懸念。負担見直しは、負担能力等を丁寧に調査を行った上で議論すべき。
- ケアマネジメントの給付については、自治体等の窓口支援に転嫁されたり社会的入院が生じるなど社会全体としてコスト増になり、介護保険制度創設の理念が失われないよう、現行給付の維持を検討すべき。

1号被保険者
年齢の見直し

負担の見直しは
慎重に！

ちょっと一休み！ 「運営指導」って何？

介護保険最新情報vol.1061(令和4年3月31日付)の通知により、実地指導の呼び方が「運営指導」に変わりました。介現場の負担が軽減できるように、オンライン会議ツールの活用をルール上明確に認めていくこととなり、それに伴い、「実地」ではなくなる場合も発生することから、名称がかわり「運営指導」となりました。

(運営指導の確認事項)

- ① 介護サービスの実施状況指導
- ② 最低基準等運営体制指導
- ③ 報酬請求指導

原則、実地に行く。施設・設備や利用者の状況以外の、実地でなくても確認できる内容の全部又は一部事項の確認は、オンライン等を活用することが可能。

(実施頻度)

原則、指定期間内に「少なくとも1回以上」。

(実施通知)

文書により、原則として「1月前までに通知」。

マニュアルには、こんなことも！

- (3)「ケアマネジメントプロセス」より抜粋
⇒ 令和3年6月に公表された「適切なケアマネジメント手法」の手引きでは、利用者やその家族の生活を支えるうえで解決すべき課題を捉えるため、先入観を持つことなく、網羅的に情報収集し、支援を組み立てるのがケアマネジメントの基本とされています。

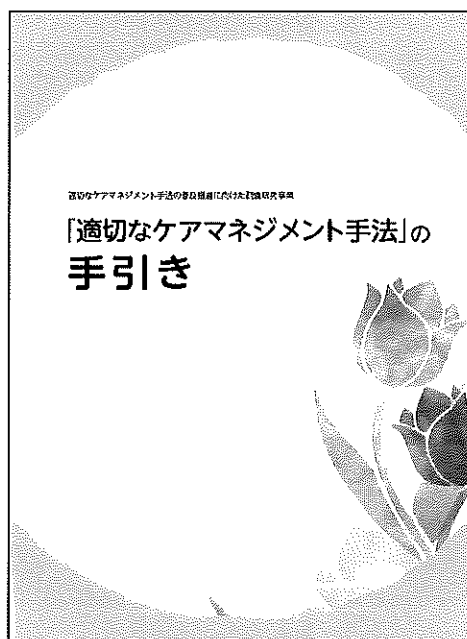
適切なケアマネジメント手法！

「適切なケアマネジメント手法」って何？！

「ニッポン一億総活躍プラン(平成28年に閣議決定)」で、介護の重度化防止と自立支援推進を目的として、適切なケアマネジメントの手法策定を行うことが決まりました。

国をあげての取組となっており、厚生労働省でも、令和3年6月の介護保険最新情報vol.992をかわきりに次々と通知を発出。この手法を現場に取り入れるため、本気で動き出しています。

- ⇒ 介護保険最新情報vol.992(3.6.23)
「適切なケアマネジメント手法の普及推進に向けた調査研究事業」の「手引き」について【その1】
- ⇒ 介護保険最新情報vol.1005(3.8.24)
「適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業」の「手引き」等の解説動画公開のご連絡について【その2】
- ⇒ 介護保険最新情報vol.1038(4.2.28)
「適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業委員インタビュー動画(第4弾)の公開のご連絡について【その3】
- ⇒ 介護保険最新情報vol.1052(4.3.25)
「適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業」の「実践研修」の解説動画公開のご連絡について【その4】
- ⇒ 介護保険最新情報vol.1079(4.5.27)
「適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業」の「実践研修」の実施方法の解説動画等の公開のご連絡について【その5】



※「ケアフリーちゃんねる」でも、内容や懸念事項含めて情報発信中です！

「地域包括ケア研究会 報告書」を知ろう！

「地域包括ケア研究会報告書(平成22年4月)」三菱UFJリサーチ & コンサルティングより公開された資料を分かりやすくまとめたものです。

Q1. いったいどんな資料なのか？

●(どんな資料なのか？)

平成24年度以降の介護保険制度の将来像について、有識者の集まりである「地域包括ケア研究会」が細かく検証し、今後の課題や方向性について提言した資料になります。

資料上では「地域包括ケアシステム」と題し、地域における医療・介護・福祉の一体的な提供について、一歩も二歩も踏み込んだ具体的な内容が示されています。

●(いつから話し合われていたのか？)

この資料については、平成20年に同研究会で論点が整理され、話し合いが開始。本年22年4月に「地域包括ケア研究会報告書」として資料が一般公開されました。

●(実際、そんなにすごい資料なの？)

この報告書は、2025年に向けた制度改正への影響力がとても強い行政資料です。ケアマネのみならず介護現場で働く方にとっては、未来を知る重要な予測資料となります。

Q2. 具体的にどんなことがまとめられているのか？

内容は大きく3つに分けられています。

①「地域包括ケアを巡る現状と課題」

…2025年に向かっての現状が生々しくかかれています。

②「2025年の地域包括ケアシステムの姿」

…2025年はこんなケアが実現していると、未来を描いた内容が書かれています。

③「地域包括ケアシステムの構築に向けた当面の改革の方向」

…早急に着手すべきものにはこんなものがある！と具体的に提言しています。

①現状と課題

②2025年の姿

③当面の改革

Q3. 地域包括ケアシステムとはどんなもの？

研究会の報告では、「地域包括ケアシステム」を下記のように示されています。

地域包括ケアシステムとは、『ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療・介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制』と定義。

「おおむね30分以内」に必要なサービスが提供される圏域として、具体的には中学校区を基本とする。



Q4.報告書が伝える、日本の介護保険制度の現状と課題

アセスメント・課題分析

(1)2025年の超高齢化社会の問題

●高齢化の状況

2000年4月…65歳以上の方は「2.193万人」、認定者数は「218万人」
 2009年4月…65歳以上の方は「2.901万人」、認定者数は「469万人」
 2025年推計…65歳以上の方は「3.635万人」、認定者数は「755万人」！
医療・介護ニーズの高まる75歳以上の方の増加！

●「一人暮らしの高齢者」と「認知症高齢者」の増加

「一人暮らし」の高齢者数
 2005年 … 851万世帯
 ↓
 2025年 …1.267万世帯！

「認知症」の高齢者数
 2002年 …149万人
 ↓
 2025年 …323万人！

●首都圏を始めとする都市部の、急速な高齢化

高齢者の人口実態について、2008年と2025年の増減率を推計で見ると、全国平均で2.822万人から3.635万人と28.8%の増加が見込まれている。
都市部の急速な高齢化！
 地方別は、「沖縄県」、「埼玉県」、「千葉県」、「神奈川県」の順に高く、75歳以上の増加率では、『埼玉県』、『千葉県』、『神奈川県』、『大阪府』、『愛知県』、『東京都』の増加が目立っている。

●給付と負担の状況

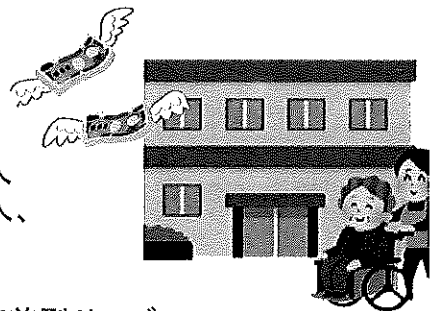
(介護給付費の状況)
 2000年度 …3.2兆円
 2010年度 …7.3兆円
 ↓
 2025年推定…19兆円～24兆円！

**介護給付は3兆円から
 20兆円を超える規模に！**

●介護サービスの実施状況

(サービス受給者数)
 2000年4月 …149万人
 2009年10月…407万人
施設利用にかかる費用割合が高い！
 (サービス内訳)
 2000年4月 …居宅サービス…97万人、施設サービス…52万人
 2009年10月…居宅サービス…297万人、施設サービス…85万人、
 地域密着型サービス…25万人

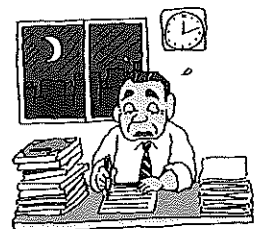
(サービス種類別の費用額割合2007年度)
 居宅サービス 49% (利用者割合73%) 施設サービス 44% (利用者割合22%) 地域密着型サービス 7% (利用者割合5%)



●人材を巡る状況

- ・訪問看護等の医療系の従事者数の伸びが低く、頭打ちとなっている。
- ・高い離職率の問題、低い賃金環境
- ・守られていない社会福祉関係事業者の労働法規
- ・医療・介護現場の人材確保と人材育成の必要性
- ・少子化による労働人口自体の減少の問題

**人材の問題
 労働環境**



(2)2025年の超高齢社会を見据えた課題認識

●前提として

⇒需要爆発と資源制約の中で、選択と集中を行って制度を持続可能なものとするのが必須。自助・互助・共助・公助の役割分担の明確化と再確認が必要である。

⇒高齢者ケアのニーズ増大、単独世帯の増大、認知症を有する者の増加などを背景として、介護保険サービス、医療保険サービスのみならず、見守りなどの様々な生活支援や成年後見制度等の権利擁護、住居の保障、低所得者への支援など、様々な支援が切れ目なく提供されなければならないが、各々の提供システムは分断され、有機的な連携が見られない。

⇒施設整備に係る諸外国の潮流

施設整備の見直しとして、従来の施設において一体的に提供されていた『ケア』と『住まい』の機能を分離し、ケアサービスを外部化することが鍵となる。

●負担のあり方

要介護高齢者が増加し、介護サービスの質と量の側面での拡充が求められる中で、地域包括ケアの実現に向けて、よりきめ細かなサービスを提供を実現するための具体的な方策を考えるに当たり、財源論を避けて通ることは出来ない。

●サービスのあり方

在宅サービス利用は伸びているが、重度者を支えきれていない。在宅の選択が困難となり、施設や病院に依存しえざる得ない現状がある。地域完結型の地域包括ケアシステムの構築を図ることが課題である。

(訪問介護)

滞在型中心の訪問介護から、24時間短時間巡回型(夜間対応含む)の訪問介護への転換を図る必要がある。

(認知症支援体制の確保)

⇒小規模多機能型居宅介護、認知症専門デイサービス、グループホーム等の整備の促進
⇒成年後見制度の利用促進

(介護支援専門員によるケアマネジメント)

現状では、アセスメントやケアカンファレンスが十分に行われておらず、介護支援専門員によるケアマネジメントが十分に効果を発揮していないのではないかと指摘がある。

利用者や家族の意向を尊重するだけでなく、自立支援に向けた目標指向型のケアプランを作成できるようにすべきではないか。

(地域包括支援センターの機能)

地域のネットワークの構築、介護支援専門員への支援が十分に行えていないところが多いのではないかと、介護予防関係事業に忙殺されて総合相談業務や包括的・継続的ケアマネジメントに十分取り組めていないのではないかと等の課題が指摘されている。

これらの課題を解決して、地域包括支援センターの機能を一層強化することが必要である。



●人材を巡る課題

⇒ケアに従事する様々な人材について、地域包括ケアシステム構築の観点から、そのあり方について検討が必要。少子高齢化の進展に伴い、ケアに従事する人材量の確保も大きな課題。

⇒介護職が基礎的な医療ケアを実施できないと共に、ニーズを満たすだけの看護職員が十分に確保されていない。基礎的な医療的ケアに看護職員しか従事できない現状は、人材全体の役割分担から考えれば効率的でなく、また適切なケアにつながらない可能性がある。このため、医療職・介護職の役割分担を見直すことが必要。

⇒人材の量的確保・資質向上を図るため、下記が必要。

- ①教育・職業訓練などを通じた参入支援
- ②やりがいと賃金と結びついたキャリアアップの仕組みの構築
- ③労働環境の整備

⇒職業訓練による、参入支援の充実や、キャリア開発を可能にするための資格制度・教育・研修制度の充実・強化が必要。

資格充実！

賃金！

やりがい！



Q5. 研究会が考える2025年の介護現場の姿とは！

(1)地域ケアを支えるサービス提供のあり方！

地域住民は住居の種別(施設や在宅等)にかかわらず、概ね30分以内(日常圏域)に生活上の安全・安心・健康を確保するための、多様なサービスを24時間365日を通じて利用し、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている。また多様なサービスが、個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供されている。

目標達成後の姿

地域包括支援センターは住民主体の組織運営への支援・システム化にも取り組んでおり、介護保健サービスのみならず、介護保険対象外の様々な生活支援サービスについても把握しており、利用者やケアマネジャーが相談すれば様々なサービス情報が提供される。

●自立支援型マネジメントの徹底

⇒介護支援専門員は、利用者の意向だけでなく、身体状況、家族・親族の状況や経済状況、居住環境などを総合的に把握の上、高齢者のQOL向上を目標としてケアプランを作成・提示し、利用者が選択する。

⇒ケアプランは、要介護状態の改善や悪化防止のための達成目標を設定して作成され、各サービス提供者においてその目標達成に向け計画的にサービス提供を行う。サービス担当者会議が定期的に開催され、目標の達成状況を点検し、介護支援専門員はその結果を踏まえてケアプランを修正して、よりよい適切なサービス利用につなげる。

●医療との連携

⇒医療と介護の機能分化と連携が進み、入院医療において高齢者は急性期から回復期での十分な治療・リハビリテーションを受けることができる。退院後の在宅復帰に支援が必要なケースについては、病院の医療連携室から利用者の担当の介護支援専門員に連絡が入り、退院時カンファレンスが開催され、情報共有が徹底している。

●介護予防、軽度者

⇒生活行為向上に資する通所・訪問でのリハビリを中心として、共助である介護保険サービスが提供。家事支援を含む生活支援サービスは地域ニーズに応じて、市町村が柔軟に提供。当該サービスは専門資格を必要としないため、自治会やNPOなど多様な主体により提供されている。

●在宅サービスの充実

⇒24時間365日での短時間巡回型の訪問サービスが中心になっている。特に看護職と介護職が、担当するチームを形成して、担当地域を巡回している。

⇒人材の役割分担の見直しにより、看護職員が在宅医療を積極的に提供できるようになる。介護福祉士も基礎的な医療的ケアを実施できるようになっており、医療と介護が連携したサービスが提供できるようになっている。

⇒複合型事業所(通い・訪問・泊まり・訪問看護・リハビリ等)の整備が進んでおり、在宅においても施設と同様の24時間体制の安心が得られるサービス提供が実現している。なお、報酬上も包括支払いとなり、経済的な負担の面でも従来の施設との不均衡が解消されたため、在宅生活を選択するものが多く、従来のような施設待機の問題は生じない。

●施設の有効活用

⇒従来型の介護保健施設は、「ケアが組み合わされた集合住宅」として位置づけられている。そこでは、基本的な見守りと生活支援サービスが提供され、医療・看護・介護サービスは原則として外部の事業所から外付けで提供される。

●地域特性の多様化

⇒地域包括ケアシステムが全国一律の画一的なシステムではないことから、保険者である市町村または都道府県は、地域の自主性や主体性に基づき独自の基準・報酬設定を行い、サービス基盤の計画的な整備や人材の確保を図っている。

(2)地域包括ケアを支える人材のあり方

2025年には、地域包括ケアを支える人材間の役割分担と協働が図られ、人材の専門能力の一層の向上と生産性・効率性の向上が図られている。医療や介護の専門職のほか、高齢者本人や住民によるボランティアといった自助や互助を担う者など、様々な人々が連携しつつ参画している。

●良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担

(医療職)

⇒医師・看護職員は、医療の機能強化の観点から、急性期の医療機関に重点的に配置。訪問看護においては、看護職員がより自立的に医療に携われるようになっている。

(介護職)

⇒基礎的な医療ケアについては、医師・看護職員との連携の下、介護についての国家資格を有する介護福祉士等が担っており、介護現場において、基礎的な医療ケアが適切に提供されている。
※(基礎的な医療ケア例…服薬管理・経管栄養・吸引等)

⇒研修制度から現場経験や研修を積み重ねれば、段階を踏んで介護福祉士になることができるようになっている。さらに「より専門性を有した介護福祉士」といった上級資格の取得が可能になっている。

⇒資格制度の整備等によって、資格等に応じて事業所内で地位や賃金が上昇するキャリアアップの仕組みが構築されている。

⇒キャリア開発の促進という観点から、看護職員・介護福祉士・社会福祉士の有資格者が、それぞれの資格を取りやすい仕組みが整備されている。

⇒様々な介護職員等を指導して適切なケアを実施していくため、各種のリーダー層の養成がはかられている。具体的には、施設長・管理者といった責任者や、ユニットリーダー等の介護現場のリーダーが養成されている。

⇒医療や介護、保育といった関係領域の基礎職種との統合についての検討が進められている。



(看護職員と介護職員の連携)

⇒看護職員と介護職員の役割分担を前提としつつ、24時間短時間巡回型の訪問看護・介護サービスの導入など、看護職員と介護職員の連携に基づくサービス提供が図られている。

(専門職以外の者が担うケア)

⇒民間事業所やNPO等による介護保険外の日常生活の支援や、高齢者も含めた住民によるボランティア等、専門職以外の者が担うケアが積極的に行われており、住民が主体的に参加する機会が広がっている。

(介護支援専門員・地域包括支援センター等)

⇒人材の役割分担の見直しや、専門職以外の者が実施するサービスを組み合わせたケアの積極的な実施に伴い、サービスのマネジメントの強化、本人・家族に対する相談支援の強化等という観点から、介護支援専門員の資質の向上、地域包括支援センターの機能の強化等が図られている。

⇒行政職員が、地域包括ケアシステムをコーディネートする能力等を発揮している。また利用者自身が、サービスのマネジメントについての知識を有している。

●事業所による雇用管理・組織経営等

2025年には、介護事業者による労働法規の遵守が徹底され、適正な雇用管理が行われている。

●介護労働市場全体の労働環境整備

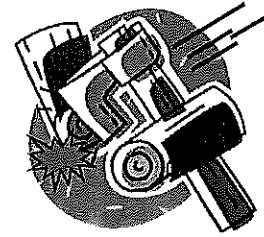
サービスの質の評価に基づいた介護報酬体系が構築され、質の評価に基づく介護報酬の支払いが行われている。なお、人員配置基準や設備基準については弾力化などが図られている。

6.地域包括ケアシステム構築に向けた当面の方向性（提言事項）

2025年は介護・医療ニーズが顕著になる75歳以上の人口が現在の2倍に増大する社会である。地域包括ケアシステムの姿を2025年までに実現するためには、各サービスの現在の課題を解決するのみならず、現行の施策の延長ではない思い切った改革に早急に着手する必要がある。

国は以下に掲げる改革に早急に着手のうえ、新しいサービス定着・普及を図り、2025年までに生活圏域における量的な整備を完了することが必要である。量的整備に当っては、地域の実情に応じた整備方策が重要であり、そのための規制緩和や税制のあり方についても検討していくべきである。

短期目標



(1)地域包括ケアシステムに関する検討部会における提言

●国の基本原則

平成24年度の診療報酬・介護報酬の同時改定に当っては、国として地域包括ケアを進めるべく、以下の通り基本政策を明示する。

⇒高齢者ケアの原則として、次の3点を打ち出す必要がある。

①住み慣れた地域や住居での生活の継続、②本人の選択、③自己能力の活用

⇒サービス提供に当っては、在宅サービスが優先であって施設サービスは補完的なもの。在宅生活の継続がどうしても困難な場合に始めて施設を利用するという原則に立つべき。すなわち、多数の職員を抱えるような従来型の施設とは異なり、軽装備の多様な住宅を前提として、地域の医療や介護などの様々なサービスを利用者の状態に合わせて組み合わせ、24時間365日体制のケアシステムを地域単位で実現する、地域包括ケアの構築を国の政策として明示し、国民の合意形成を図っていく。

●地域包括ケアを支えるサービスのあり方

(地域包括ケアを実現するためのケアマネジメント)

⇒地域包括ケアを支えるサービスを論じるには、介護・医療・生活支援・住まいの確保等に係る他制度・他職種の連携を基本に効果的なサービス投入を図るための、「包括的なケアマネジメント」が行われることが前提となる。

⇒まず適切なケアとは、「ケアの標準化」に関する合意形成を専門職が中心となって進めることが重要である。

その際、従来の「保護型介護」から脱却し、「自立支援型介護」、「予防介護」という視点に立って、ケアの標準化を図ることが必要である。

⇒その上で介護支援専門員は、利用者や家族の意向を尊重するだけでなく、自立支援に向けた目標指向型ケアプランを作成し、利用者や家族の合意を形成していく能力が求められる。そのための研修の見直しや、講師養成の在り方を検討することが必要である。

⇒現場レベルにおいても、地域包括支援センターの職員を中心とした専門職が、自立支援に資するケアプランとなっているかどうかの評価を行うなどの具体的な取り組みを進める。

⇒なお、自立支援型のケアマネジメントが推進されるように、居宅介護支援に、利用者負担を導入することも検討すべきではないか。

自立支援型介護
ケアの標準化

目標指向型
ケアプラン

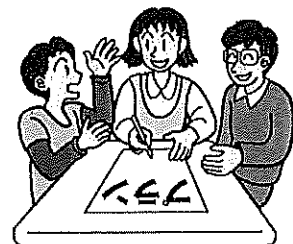
地域包括による
ケアプラン点検

ケアマネジメントの
利用者負担導入

(24時間短時間巡回型在宅サービスの強化)

⇒24時間短時間巡回型の訪問看護・介護サービスを導入。短時間の定期巡回と夜間通報システムによる緊急訪問等を組み合わせ、24時間365日の在宅生活を支えられるようにすべき。

⇒既存の在宅サービス（ヘルパー、通所、ショートなど）の複数のサービスを柔軟に組み合わせ、パッケージ化して提供する複合型事業所の導入を検討すべきではないか。



(訪問看護・リハビリテーションの推進)

⇒リハビリについては、専門職がアセスメントし、生活機能向上に資するリハビリ計画及び評価するマネジメントを提供する新しいサービス類型を導入したり、ヘルパーに機能訓練の方法を指導したりする自立支援型の訪問介護の徹底・普及を図る。

生活機能向上に向け
ヘルパーを指導

(在宅医療の推進)

⇒在宅療養支援診療所等の日常生活圏域での確保等、夜間を含めて地域で一時医療を担う「地域当直医」を整備・普及していく。(市町村レベルで策定)

(支給限度額基準)

⇒要介護度区別に区分支給限度額の上限を超えてサービスを利用している事例について実態把握と情報共有を行うべきではないか。

支給限度額超過
の実態把握

(介護予防事業の抜本的な見直し)

⇒介護予防の取り組みは今後も重要である。現行の検診による把握方法に代えて、日常生活圏域毎の高齢者ニーズ調査を実施してハイリスク者を確実に把握することとしてはどうか。

(家族支援・仕事との両立)

⇒家族を介護しながら働いている場合にあっては、家族と介護と仕事との両立支援やレスパイト支援、相談事業が重要。

レスパイト支援
相談事業の拡大

⇒今後、団塊ジュニア世代が親の介護に直面する。勤務時間の短縮や雇用形態の柔軟化等、企業の支援体制の充実の在り方を研究してはどうか。

雇用形態の柔軟化

(介護保健施設類型の再編)

⇒施設の在り方を見直すことが適当であり、施設を一元化して最終的には住宅として位置づけ、必要なサービスを外部からも提供する仕組みにすべき。

⇒利用者の尊厳の確保や自立支援の観点から個室ユニットを原則とする。

⇒医療法人にも介護老人福祉施設の設置を認める。

⇒利用者の医療ニーズに応じて外部からの確に医療サービスが提供されるようにする。

⇒地域住民も参加して防災訓練を行うなど地域連携を図ることが重要である。

(認知症支援)

⇒より簡便に認知症を発見する為の指標を開発する。早期発見のメリットや病院受診の基準等、家族が的確に対応する為のガイドラインを作成。理解の普及啓発を図る。

⇒地域包括支援センターに、認知症連携担当者の配置など、認知症医療との連携のための仕組みをつくる。

⇒認知症を有する者の居所選択権や、医療行為に関する同意見などについて、成年後見制度では後見人に付与されていない。本人の意思を忖度する仕組みを検討することが必要。

●地域包括支援センターの機能強化

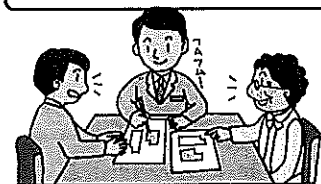
(包括的・継続的ケアマネジメント業務)

⇒個々のケアマネジメントでは効果的な支援が実現できないケースについては、介護サービス担当者、医療関係者、本人、家族、民生委員等を招集した地域ケア会議の開催を通じて、管轄の地域包括支援センターが総合的な支援を行うことの意義は大きい。

地域包括支援センターが包括的なケアマネジメントを行えるよう権限の明確化を図るべきである。

地域包括の機能強化

⇒介護支援専門員への自立型ケアマネジメントにかかるOJTを実施する等、介護支援専門員への支援・指導をより積極的に行なうべき。また、介護支援専門員に対する評価機能も持たせるべきではないか。



(介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務)

地域包括支援センターの本来の業務が十分に発揮できるように、特定高齢者や要支援者に対するケアプラン作成業務は、地域の実情に応じて柔軟に業務委託できるようにすべき。

(2)地域包括ケアを支える人材に関する検討部会における提言

●良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担の見直し

(介護福祉士制度について)

- ⇒医療・介護人材の役割分担の総合的な見直しが必要。現状は、
 - ・居宅における医療的ケアのニーズに対応できていないことが、居宅で安心して生活する際の障壁になっている。
 - ・特養等の入所者の重度化が進み、医療的ケアに対するニーズが高まっている。

などを勘案して、まずは、看護職員と連携しながら、要介護者への基礎的な医療的ケアについて、介護職が行えるよう検討が必要。

- ⇒今後「国家資格を有する介護福祉士」が、要介護者に対する基礎的な医療的ケアを実施する場合の条件について検討が必要。

- ⇒より専門性を有した介護福祉士の創設や看護職員と介護福祉士の有資格者が、もう一方の資格を取りやすくすることなど検討。

- ⇒介護福祉士の業務範囲の見直しとともに、看護職員については、例えば、一定範囲内の薬剤選択・量の調節・処方の実施など、在宅医療をより積極的に提供できる方策を検討。

介護福祉士による
基礎的医療ケア解禁



看護師の
医療行為の拡大

(訪問介護)

- ⇒生活援助については地域支援事業を活用して、自治体における地域実情に応じた柔軟な取り組みを推進する。

生活援助は
地域支援事業に！

(ケアマネジメント・地域包括支援センターに関わる人材の資質向上)

- ⇒介護支援専門員の資質の向上を図るため、医療・リハビリに関する知識、他制度との連携方策、自立支援型ケアマネジメントの習得という観点から、介護支援専門員にかかる試験・研修について見直しを行うべき。

- ⇒介護支援専門員関連の研修の充実という観点から、研修内容や講師の資質の向上が必要。

- ⇒地域包括ケアを支える人材に関する検討部会では、サービスの提供に関わる人材を中心に検討を行っており、介護支援専門員等については、別途十分な議論・検討が必要である。

- ⇒介護支援専門員1人あたりの利用者数は大幅に減少しており、現段階では、介護支援専門員は不足していないものと考えられる。

自立支援型のケア
マネジメント習得

試験・研修の見直し

研修内容や講師の
資質の向上

ケアマネジャーは
不足していない

●事業者による雇用管理・組織経営等の改善

- (労働法規の遵守徹底) (雇用管理の取組み公表)
- (キャリアアップの取組み推進) (組織経営の安定化・効率化推進)
- (事業者による人材発掘の推進)

労働環境の改善
経営の安定化・効率化
人材育成

●サービスの質の評価

- ⇒「良質なサービス」の定義付けが必要。
- ⇒自立支援型のサービスを評価することとしてはどうか。
- ⇒サービス評価と共にケアプラン(ケアマネジメント)の評価を行うべき。
- ⇒質の評価のためには、「構造(ストラクチャー)」、「経過(プロセス)」、「成果(アウトカム)」をバランス良く評価することが必要。

自立支援のための
サービスを評価

アウトカム評価！

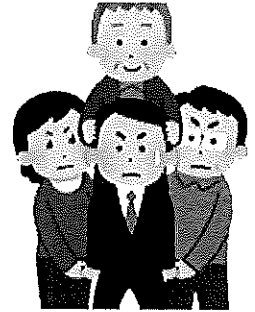
(3)持続可能な介護保険制度とするために

今後10年から15年間で日本はこれまで世界が経験したことがない「超高齢社会」を迎える。要介護リスクの高い75歳以上人口が倍増し、医療・介護ニーズが爆発的に増加する中で、現状のサービス水準を維持した場合でも、保険料は現在の2倍近くに引き上げを要する。サービスの充実
は重要であるが、財源も同時に確保しなければならない。

保険の原則として、給付の充実には負担増が当然にともなうことを我々国民が理解するとともに、保険で給付されるサービスは、

⇒「負担する価値があるサービス」、
⇒「尊厳保持を確保するためのサービス」
であるべきとの認識を共有すべき。

・負担する価値があるか！
・尊厳保持に必要なか！



財源構造の見直しや被保険者範囲、負担と給付の在り方は、今後、広く国民的な議論を行うことが必要。国民各層の合意が得られるように期待するものである。

●財源構造の見直し

⇒原則として公費割合は現状維持とすべきであり、公費割合の増大は介護保険が景気等の変動による予算制約を受けやすくなることも意味することから、安易に公費割合の引き上げを議論すべきではない。

●被保険者範囲

⇒普遍的・持続可能な介護保険制度の確立に向け、被保険者範囲について、特定疾病の見直しと合わせて、年齢引き下げを検討すべき。

被保険者の年齢引き下げ

●保険料及び利用者負担

⇒介護保険料は、公費を投入して低所得者に保険料を軽減している医療保険と比べて、低所得者の負担が重くなる傾向がある。高齢者が低所得に応じて、無理なく負担できる保険料設定とすべき。

⇒保険料や利用者負担、補足給付等の低所得者への配慮は保険制度ではなく「公助」として行われるべき。低所得者の定義も、フロー所得、ストック、持ち家と借家等の観点から再定義する必要がある。資産などの把握に努め、より公平な制度の実現を目指すべき。

資産状況に応じた負担を！

●保険給付の重点化

⇒要支援1、2又は要介護1程度の軽度者は、保険給付の対象外とすべき。

要介護1程度の軽度者は給付対象外に！

⇒保険給付はリハビリ等の予防的サービスや認知症を有する方へのサービスに限定。
軽度者への家事援助は、地域支援事業として見守りや配食等の生活支援サービスと一体的に再編すべき。

保険給付はリハビリや認知症支援等に限定！

⇒仮に、軽度者の現行の保険給付を維持する場合にも、利用者の自己負担割合(1割)を引き上げることを検討すべき。

軽度者の家事支援は地域支援事業に！

⇒一方では、今後急増する独居高齢者、高齢夫婦世帯や認知症を有するものについては、生活支援サービスが在宅生活の継続に不可欠。保険給付から外すべきではないとの意見も聞かれた。

利用者負担の引上げ！

※原本を確認したい方は、「地域包括ケア研究会報告書(平成22年4月)」をダウンロードして見て下さい。各サービスの対応や考え方が、細かく・具体的に書かれています！お勧めの資料です！

平成22年に考えられた未来図！

4♦ 65歳の
年齢制限を
引下げ

A♠ 軽度者は
地域支援に

5♥ 利用者負担
の引上げ

J♠ 介護保険は
要介護3〜5

J♦ 地域や医療を
含めたチーム
ケアの徹底

Q♠ ケアプラン費
の徴収

A♥ 本人が自分で
選択する環境

JOKER 目標指向型の
ケアマネジメ
ントの徹底

9♥ 報酬体系は
包括型報酬
が中心に

7♦ 中学校圏域に
一ヶ所の
複合サービス

3♣ 24時間
365日の
支援体制確立

K♣ 多様な主体に
よる生活支援
体制の確立

7♠ 地域独自の
運営基準
算定基準

6♦ 施設は外部の
事業所からの
外付けサービス

Q♥ 施設はケアが
組合わされた
集合住宅に

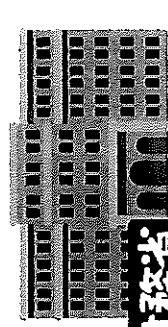
3♠ 医師業務を看護師
が、看護師業務を
介護福祉士が担う

※次期改定を勝手に想像しました。
令和4年6月7日

次期改正! 先読み・深読み、ミスリード…!?

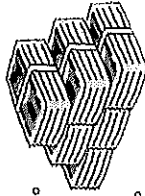
財務省の指摘していること!

介護費用の増加	人材不足	現役世代の減少
デジタル化・ICT化	ロボット活用	シニア人材の活用
タスクフティング(働き方改革、業務移管)	組織マネジメント改革(経営の大規模化、協力化)	
文書量削減		



財務省

利用者負担を原則2割負担に。
2割負担・3割負担の対象範囲拡大。
ケアマネジメントの利用者負担導入。
ケアマネジャーの公正中立性の強化。
福祉用具のみのケアプランの報酬引き下げ。
ケアプランのサービス内容に応じた報酬体系。
区分支給限度額の枠外となる加算を見直し、限度内の対応に。
要介護1・2の軽度者への「訪問介護、通所介護」は地域支援事業に。
要介護1・2の軽度者の「居宅療養管理指導」の給付の適正化。
施設やサービス事業所の「居宅状況の報告・公表を義務化」。
老健・医療院等の、多床室の室料について基本サービス費から除外。
保険者の介護給付適正化事業を、都が積極的に後押し。



厚労省はどう動くかを、勝手に想像!

(ICT活用、デジタル化の徹底)

「LIFE活用」が義務化。フィードバック情報を活用したケアプランの作成が徹底。
「ケアプランデータ連携システム」の活用が義務化。
AI活用が進められ、AIによるケアプラン点検が開始。
AI精度向上のため、ケアプランデータ連携システムの情報(標準化項目)が連動開始。
法定研修は原則がオンライン化。
オンラインによる実地(運営)指導が普及推進。
ケアプランデータ連携システムや、LIFE情報を活用した実地(運営)指導が開始。
介護現場DXを促進するため、FAXや郵送等の対応が原則ICT活用。
ICT活用による業務体制づくりが、特定事業所加算の要件に追加。
ICT活用が業務効率化に効果があるとして、経過措置はあるものの義務化。
マイナンバーの活用促進。介護保険証やお薬情報を含めた証書関係は原則廃止。

(居宅介護支援事業の体制関連)

BCPの取組義務化にともまない、未実施の場合は運営基準減算。
BCPの取組状況について、LIFE活用で報告する体制が創設。
家族支援等について、運営基準上に配慮義務として規定。
介護事業の大規模化・連携を促進するために報酬を見直し。
多様な支援・生活支援を構築するため、地域ケア会議の実施が強化。
認知症の評価指標が見直し。迷惑度の評価から専断ある評価に。
LIFEのフィードバック情報を活用したケアプラン作成が強化。

(ケアプラン様式やケアマネジメント関連)

居宅サービス計画2表に、「課題整理総括表」追加され義務化。
居宅サービス計画5表に、「評価表」が追加され義務化。
ケアプラン点検支援マニュアルが大幅に改定。
適切なケアマネジメント手法が導入。ケアマネ研修が大幅見直し。
福祉用具のみのケアプラン費は減額。
福祉用具の杖、手すり・歩行器、スロープは購入または貸与の選択性に。
インフォーマル支援の位置づけが無いケアプランについて指導が強化。

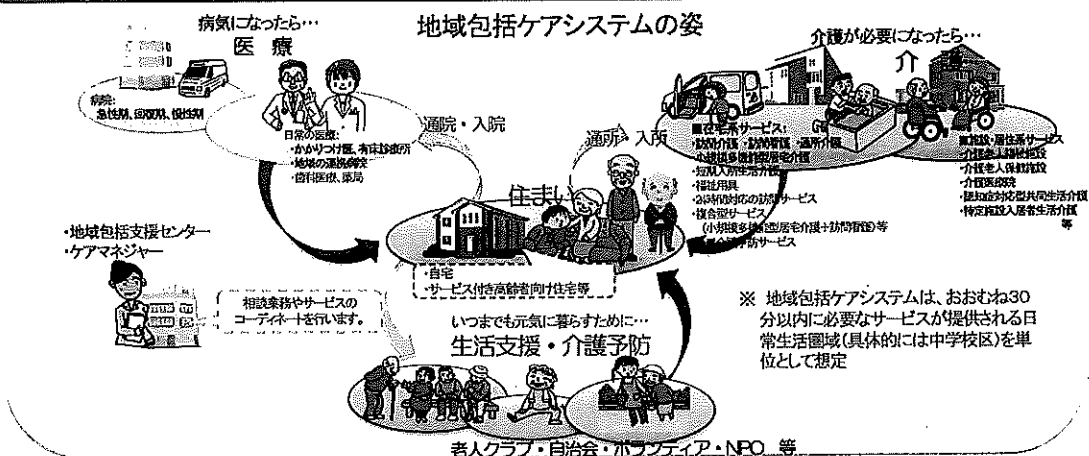


(サービス事業所関連、その他)

チーム連携を促進する、各種加算が評価。
リハビリ職と介護職の連携を評価する「生活行為向上連携加算」の報酬アップ。
アウトカム評価(改善率や効果)が拡大。アウトプット評価(実施量)が導入。
原点復帰の中、各サービスに求められている機能に沿った評価や適正化。
通所介護の入浴加算Iは包括化。入浴加算IIのみとなる。
報酬体制の簡素化。算定率の低い加算については廃止または包括化。
看護職員の人材確保の観点から処遇改善及び基準緩和。
訪問看護の人員要件について、看護師の配置割合「6割」に。
施設に対して、外部のヘルパーや看護師が介入できるように基準を緩和。
包括報酬型(看多機・小多機、定期巡回等)の強化、支援拡充。報酬見直し。
地域包括センターの相談機能拡大・強化(ヤングケアラー含め)。
地域共生社会を目指し、障害者や子供等も含めた重層的支援体制が強化。
介護現場の労働環境の改善強化。柔軟な勤務体制の促進。
保険者機能強化。インセンティブ交付金の額がさらにアップ。評価項目追加。
地域の実情に見合った運営基準や算定基準が作られるよう条例権限が拡大。
行政の見える化拡大。実施率の低い所には都道府県から指導や助言が実施。

地域包括ケアシステムの構築について

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



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
栗岡 清英

～「ケアマネジャー実務支援サイト・ケアフリー」～
ケアマネジャー業務に不安や迷いを感じている方
に向けて、さまざまな情報を発信しています。
Youtubeも始めました！ぜひとも一度ごらんあれ！

「ケアフリー」で検索を！