

令和5年11月8日
(11/10追加修正)

～令和6年～

介護報酬改定の動きを知る！

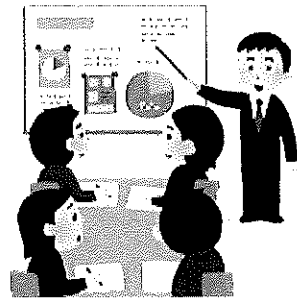
どうなる介護保険、
どうなるケアマネ…。

【令和5年】

- 6月～夏頃 : 主な論点について議論
9月頃 : 事業者団体等からのヒアリング
10～12月頃 : 具体的な方向性について議論
12月中 : 報酬・基準に関する基本的な考え方の整理・とりまとめ
: 報酬改定率の発表(プラスかマイナスか)

【令和6年】

- 1月頃 : 介護報酬改定案 諮問・答申
: 運営基準等の整備(政令・省令)
2月～3月 : 算定基準の明示(厚労省告示)
: 解釈通知の発出
4月～ : 各種Q&Aの発出
4月(6月?) : 制度改定スタート



1. 居宅介護支援の改正動向 …(2)
2. 各サービス事業所の改正動向…(15)
3. 財務省さまからのご指摘 …(37)
4. 厚生労働省の改正の視点 …(42)

ケアマネジャー実務支援サイト
ケアフリー
管理人 kurimaru

令和5年介護保険法改正について

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

令和5年5月12日成立、5月19日公布

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 子育て支援の拡充

（健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等）

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

（健保法、高確法）

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直し。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

（健保法、船保法、国保法、高確法等）

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必要として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

（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、医療法、介護保険法、高確法等）

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4⑥の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4④は令和7年4月1日、4⑤の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4④の一部は公布後4年以内に政令で定める日）

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律における介護保険関係の主な改正事項

I. 介護情報基盤の整備

- 介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を医療保険者と一体的に実施
 - 被保険者、介護事業者その他の関係者が当該被保険者に係る介護情報等を共有・活用することを促進する事業を介護保険者である市町村の地域支援事業として位置付け
 - 市町村は、当該事業について、医療保険者等と共同して国保連・支払基金に委託できることとする
 - ・ ※共有する情報の具体的な範囲や共有先については検討中。

II. 介護サービス事業者の財務状況等の見える化

- 介護サービス事業者等の詳細な財務状況等を把握して政策立案に活用するため、事業者の事務負担にも配慮しつつ、財務状況を分析できる体制を整備
 - 各事業所・施設に対して詳細な財務状況（損益計算書等の情報）の報告を義務付け
 - ※職種別の給与（給料・賞与）は任意事項。
 - 国が、当該情報を収集・整理し、分析した情報を公表

III. 介護サービス事業者等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務

- 介護現場における生産性の向上に関して、都道府県を中心に一層取組を推進
 - 都道府県に対し、介護サービス事業者・施設の生産性の向上に資する取組が促進されるよう努める旨の規定を新設 など

IV. 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

- 看多機について、サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進める
 - 看多機のサービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）が含まれる旨を明確化 など

V. 地域包括支援センターの体制整備等

- 地域の拠点である地域包括支援センターが地域住民への支援をより適切に行うための体制を整備
 - 要支援者に行う介護予防支援について、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施可能とする など

総合相談業務の一部もケアマネ事業所に委託

介護予防支援

居宅介護支援の報酬改定の動きを知る！

第230回社会保障審議会介護給付費分科会(R5.11.6)資料より抜粋

論点1. 医療介護連携の推進

論点2. 公正中立性の確保

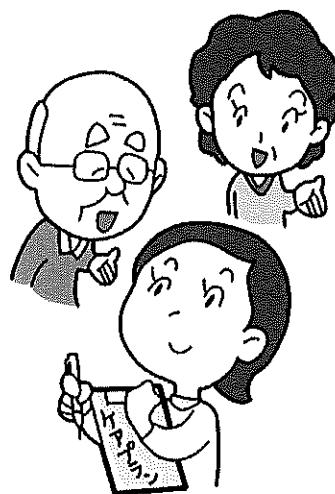
論点3. 質の高いケアマネジメント(特定事業所加算の見直し)

論点4. 他のサービス事業所との連携によるモニタリング

論点5. ケアマネジャー1人当たりの取扱件数

論点6. 介護予防支援の円滑な実施

論点7. 同一の建物に居住する利用者へのケアマネジメント



社会保障審議会 介護給付費分科会（第230回）	資料 5
令和5年11月6日	

居宅介護支援・介護予防支援（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

これまでの分科会における主なご意見①(居宅介護支援・介護予防支援)

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

<居宅介護支援・介護予防支援>

(ケアマネジャーの役割)

- 今後ケアマネジャーの役割として、利用者及び家族の調整、主治医との調整、ヤングケアラーなどの課題についても所掌範囲となってきており、業務負担が多岐にわたる。このまま進んでいくと現場を疲弊させる懸念があるため、ケアマネジャーの業務への適正な評価に加え、複合的な課題解決に取り組む支援体制の強化が必要。
- 主任ケアマネジャーが居宅介護支援事業所の管理者要件となっているが、主任ケアマネジャーの役割と管理者の役割は必ずしも一致しない。また、業務効率化の取組による働く環境の改善を図る視点や近年のICT技術の活用などを考慮すると、管理業務負担の軽減を図るなど、主任ケアマネジャーとしての力を発揮できるよう人材の有効活用が必要。

(人材確保)

- 人材不足について、事業者間の情報連携による業務効率化を積極的に図っていくことも必要と考えているが、ICTを活用した情報連携については、新たな費用負担の発生やICT機器の操作に対する苦手意識、人手不足による余裕のなさなどを理由に導入がためらわれている状況がある。情報基盤の活用について、介護報酬によるさらなる積極的な評価を検討すべきではないか。
- ケアマネジャーの人材不足が非常に厳しい状況にある。ケアマネジャーが魅力ある職種であり続けるとともに、今後の居宅介護支援事業を継続するためにも、全国的にケアマネジャーの育成確保、処遇改善、経営の安定の両立を図らなければならない。
- ケアマネジャー、主任ケアマネジャーの人材確保がさらに困難になっている。各種処遇改善加算の対象とするか、基本報酬等の評価により環境の改善が必要。
- 主任ケアマネジャーが配置できないために立ち上げあるいは継続ができない事業所も増えている。実務研修受講試験の合格率は2割以下であり、入り口を閉め過ぎているのではないか。しかも、ケアマネジャーの実務に5年従事しないと主任ケアマネジャーにはなれないという育成までの期間も長く、法定研修が他職種と比べて多すぎる。それに見合った報酬も出ていないためになり手が減っているのではないか。
- 第9期介護保険事業（支援）計画の基本指針案にヤングケアラーなどの家族支援が盛り込まれ、ケアマネジャーの負担増が想定される。さらには独立性の確保、ケアマネジメントの質の向上といった観点からの検討や、人材確保も課題であり、地域医療介護総合確保基金を活用した研修費用の軽減などの周知徹底も必要。

これまでの分科会における主なご意見②(居宅介護支援・介護予防支援)

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

<居宅介護支援・介護予防支援>

(運営基準)

- 居宅介護支援の人員基準は利用者の数が35またはその端数を増すごとに1とするとされ、解釈通知でそのことが望ましいとされているが、市町村の集団指導等において厳格に指導がなされ、事実上適減性の適用緩和の仕組みを活用できない事態を招いているのではないか。
- 多職種が集まらない場合は、一部の職種は意見照会でよいとするなど、運用の簡素化などを検討してはどうか。

(介護予防支援)

- 介護予防支援の指定対象拡大と同時に、介護予防支援に関するプラン様式の見直しと統一、さらに適切な報酬の設定についても検討が必要。介護予防支援においても、入退院時や通院時の病院との連携について加算することにより、利用者の健康状態やケアに必要な情報をより正確に把握でき、適切なサービス提供が可能になる。
- 居宅介護支援事業所が介護予防支援の指定を受ける場合、業務密度と報酬のバランスの改善を考慮し、各種の体制加算が継続できるような配慮をすべきではないか。
- 委託連携加算を勘案した委託料となっていない事例もあると聞く。当該加算を勘案した委託料の設定とするべきではないか。

(医療介護連携の推進)

- 入院時にはケアマネジャーから医療機関への早期の情報共有が重要であるが、入院時の情報連携に係る様式の標準化が遅れているのではないか。早期のスムーズな情報共有を促すために、こうした算定要件も見直しが必要。
- 疾患別ケアをしっかりと押さえ、ケアマネジャーが医療やリハビリのニーズをトリアージして適切に組み合わせる必要があり、そのトリアージを評価すべきではないか。

(公正中立なケアマネジメントの確保)

- サービス利用割合の説明は定着してきているが、一部の利用者においては説明した事業所の中からサービスを選ぶ傾向もあることから、事務の簡素化も含め検討が必要。

5

これまでの分科会における主なご意見③(居宅介護支援・介護予防支援)

<居宅介護支援・介護予防支援>

(看取り期の対応)

- 看取り期におけるサービス利用前の相談・調整に関する評価については、限定的にでも対象を広げることで、総合相談支援を個別に担当し、地域包括支援センターの負担軽減につなげられるのではないか。
- ターミナルケアマネジメント加算の算定が低調であり、本当にニーズがないのか、がん末期に限っているから少ないのか今後検討が必要。

6

これまでの分科会における主なご意見④(居宅介護支援・介護予防支援)

※第225回介護給付費分科会における事業所団体ヒアリングにおいては、全国介護事業者連盟、高齢者住まい事業者団体連合会から以下について要望があった。

- ケアマネジメントの公正中立性の確保に向けて、集合住宅等での過剰なサービス提供や、利用者本位ではないケアマネジメント及び、集合住宅等への在宅介護事業者の運営に対する点検体制の更なる強化を推進頂きたい。ただし、集合住宅等の運営に関しては、コロナ禍・物価高騰等による事業者の経営環境も考慮頂き、更なる減算等の対応には慎重な議論をお願いしたい。
- 居宅介護支援に従事する介護支援専門員の人手不足の状況や、業務過多の状況等を踏まえ、処遇改善関連加算と同様の加算創設を強く要望する。
- ご利用者が馴染みの介護職員によるケアを選択し、かつケアマネが効率的かつ効果的なモニタリングを実施しやすい環境を作っていくことは、ご利用者へのより質の高いケアを提供する観点から、むしろ促進すべきと考え「居宅介護支援事業所における同一建物減算を行わないこと」について要望する。

※第226回介護給付費分科会における事業所団体ヒアリングにおいては、日本ケアテック協会、四病院団体協議会から以下について要望があった。

- 居宅介護支援事業所について、IoTを導入することにより利用者の日々の生活の状況を把握し、アセスメントに活かすことができる場合に評価する仕組みを検討いただきたい。同時に、これらIoTを活用し、居宅訪問と同等の効果をj得るものと認められる場合、居宅訪問の訪問回数の低減や、当該加算算定事業所は、月45件の通減性の上限もさらに緩和していくことも含め検討いただきたい。
- 現状の加算算定率の低さや、ケアマネの確保難の状況や、ケアプラン作成支援AIが導入によってサービスの質の一定程度の担保が可能であること、新人ケアマネの教育・育成的観点を持ち合わせたものでもあることを踏まえ、ケアプラン作成支援AIを導入した事業所は特定事業所加算における常勤専従の主任介護支援専門員の配置緩和等を検討いただきたい。
- 在宅サービス事業者が利用者家族、事業者、各専門職種と情報通信機器を用いて個別にアセスメントやモニタリング、プラン作成等に当たって参照情報とした場合に、質の高いケアにつながるための取り組みとして評価いただきたい。

7

これまでの分科会における主なご意見⑤(居宅介護支援・介護予防支援)

(つづき)

- 介護保険における福祉用具の対象となっている品目を活用する場合には、まずケアマネに相談されることとなるが、ケアマネが知っている範囲内の機器がケアプランに位置付けられることとなり、真に効能のある機器の利用につながらない可能性があることから、自ら業者に機器利用の相談ができ、そこからケアプランにつなげる流れを設けることで利用者の選択肢を増やすとともに、テック業者がケアプランの補助的役割を担うことで、ケアマネの業務負荷軽減する流れを新たに検討いただきたい。
- 現在、居宅介護支援事業所では、ターミナルケアマネジメント加算があるが、算定要件に「末期の悪性腫瘍」の利用者という要件が入っており、「末期の悪性腫瘍」のみに限られている。訪問看護等と同じように「在宅で看取りをしたすべて」の利用者に対して算定できるように、ターミナルケアマネジメント加算の算定要件から、「末期の悪性腫瘍の患者に限る」を削除し、他の疾患等も算定できるようにできないか。
- ケアプラン点検については、厚生労働省による「ケアプラン点検支援マニュアル」が作成されているにも関わらず、市町村による差が大きく、いわゆるローカルルールも多い。指定権者である市町村が行う点検であるため、さらに標準化に向けた取り組みをしてほしい。また令和6年度より、介護支援専門員の法定研修に取り入れられる「適切なケアマネジメント手法」に対応した「ケアプラン点検支援マニュアル」への変更が必要であると考える。
- 厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課で行った「令和2年度介護支援専門員の法定研修受講者負担」をみると、都道府県により受講料に大きな違いがある。すべての都道府県を一律にすることは難しいと考えるが、介護保険の地域区分(等級)のように、地域ごとに一定の受講料とすることはできないか。

8

論点 1. 医療介護連携の推進 11

論点 2. 公正中立性の確保 23

論点 3. 質の高いケアマネジメント(特定事業所加算の見直し) 27

論点 4. 他のサービス事業所との連携によるモニタリング 33

論点 5. ケアマネジャー 1 人当たりの取扱件数 47

論点 6. 介護予防支援の円滑な実施 59

論点 7. 同一の建物に居住する利用者へのケアマネジメント 64

論点

論点① 医療介護連携の推進

論点①

- 今後、医療と介護双方のニーズを有する高齢者の増加が見込まれる中、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、医療においては、より「生活」に配慮した質が高い医療を、介護においては、より「医療」の視点を含めたケアマネジメントが求められている。
- これまでケアマネジメントにおいては、医療と介護の連携強化に向けて、運営基準において平時からの医療機関との連携促進を図るとともに、入院・通院時における医療機関との連携（入院時情報連携加算、通院時情報連携加算等）や、末期の悪性腫瘍の患者への対応（ターミナルケアマネジメント加算）などを介護報酬で評価してきた。
- 他方、最近の調査によると、利用者が入院してから早い段階でケアマネジャーが医療機関と連携していること、老衰により亡くなる方や自宅で亡くなる方が増加傾向にあること、一定数の国民が自宅で最期を迎えたいと考えていることなどが明らかになっており、人生の最終段階を含め本人の意思を尊重した医療・介護の提供を更に推進していくためには、こうした変化にも対応したケアマネジメントを提供していくことが必要。また、ケアマネジメントにおいては、本人の心身の状態や生活環境だけでなく、口腔ケアの方法などを多面的に収集・分析し、他の専門職とともに誤嚥性肺炎の予防のための取組を検討していくことが求められる。
- 医療・介護の関係者、関係機関間の情報提供や共有、相互の理解といった連携を更に推進するとともに、人生の最終段階における意思決定支援や、本人の意思に基づく医療・介護の提供に向けたケアマネジメントを実現するために、どのような方策が考えられるか。

改正の視点

論点① 医療介護連携の推進

対応案

- 医療と介護の更なる連携強化を図り、より「医療」の視点を含めたケアマネジメントを推進していく観点から、次の見直しを行ってはどうか。
 - ・ 入院時の迅速な情報連携をさらに促進するため、入院時情報連携加算の要件について、入院後3日以内又は入院後7日以内に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合に評価しているところ、入院当日中又は入院後3日以内に情報提供した場合に評価するよう見直しはどうか。
 - ※1 併せて様式例として示している「入院時情報提供書」の見直しも検討。
 - ・ ケアマネジャーが利用者の口腔衛生の状況について歯科医療機関と情報共有を行ったことにより、ケアマネジメントに一定の効果が見られたことを踏まえ、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場合に評価している通院時情報連携加算について、利用者が歯科医師の診察を受ける際に同席した場合も、対象としてはどうか。
 - ・ ターミナル期に通常よりも頻回に行うモニタリングを評価するターミナルケアマネジメント加算について、自宅で最後を迎えたいと考えている方の意向を尊重する観点から、人生の最終段階における利用者の意向を適切に把握することを要件とした上で、対象となる疾患を限定しないこととしてはどうか。
 - なお、見直しに合わせて、特定事業所医療介護連携加算におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数の要件（※2）についても見直しはどうか。
 - ※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回以上算定していること。

入院加算
当日又は
3日以内

通院加算
歯医者も含む

ターミナル加算
末期がん以外
も対象に

論点② 公正中立性の確保

論点②

- 令和3年度介護報酬改定において、ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、事業者から利用者に対し、
 - ✓ 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
 について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を義務づけたところ。
- 一方で、利用者への説明に係る事務負担が重いといった声があるほか、説明を受けたことで一部の利用者は割合の高い事業者を選んでしまい、かえって特定の事業所を選択することを助長してしまうこともある。
- ケアマネジャーの業務負担軽減や働く環境の改善が求められる中、当該取組について、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 利用者への説明に係る事務負担に比して公正中立性の確保への効果が薄いと考えられることから、事業者の負担軽減を図るため、利用者に対する説明義務を努力義務に改めることとしてはどうか。
- なお、前6か月間に作成したケアプランにおけるサービスの利用割合等の介護サービス情報公表制度における公表の義務づけの取扱いについては、利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討するための情報として、引き続き公表することとしてはどうか。

説明負担を
努力義務に
変更

論点③ 質の高いケアマネジメント（特定事業所加算の見直し）

論点③

- 特定事業所加算は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価するため、平成18年度改定で創設し、以降累次の改定において拡充を図ってきたところ、拡充に伴い追加した要件以外は創設当時のものを踏襲してきた。
- 近年、ケアマネジャーの日々の活動の中において、孤独・孤立の問題やヤングケアラー、障害者支援など多様化・複雑化した課題に遭遇し、介護保険制度以外の支援に適切に繋げていくことが求められる場面も出てきている。これに対して、令和6年4月から施行予定の新たな法定研修カリキュラムにおいて、介護保険以外の領域について学習する科目を充実させ、法定研修修了後も法定外研修やOJT等において継続的に学習を継続していくことを求めている。
- また、令和4年12月にとりまとめられた「介護保険制度の見直しに関する意見」においては、ケアマネジャーの確保やICTの活用による業務効率化等の取組を含む働く環境改善について指摘がなされたところであり、居宅介護支援事業所に従事するケアマネジャーの確保・定着に向けた取組の重要性がますます高まっている。
- さらに、令和6年4月から居宅介護支援事業者が介護予防支援の指定や地域包括支援センターの総合相談支援事業の委託を受けられるようになることも踏まえる必要がある。
- 加えて、特定事業所加算の要件のうち「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」については、当該減算は個人毎に適用される一方、特定事業所加算は体制加算として利用者全員に適用されることから、事業所において毎月の確認作業に一定の負担が生じているとの声がある。
- このような居宅介護支援事業所を取り巻く環境の変化を考慮し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価するために、どのような対応が考えられるか。

論点③ 質の高いケアマネジメント（特定事業所加算の見直し）

対応案

- 居宅介護支援事業所において質の高いケアマネジメントを継続的に提供していくためには、事業所自らが環境の変化を踏まえてケアマネジャーの育成やその定着に取り組んでいくことが重要。
- このため、多様化・複雑化する課題に対応するための取組を促進する観点から、特定事業所加算の要件の一部を以下のとおり見直すとともに、こうした取組を評価してはどうか。

現行

・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。

見直し案

・ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、他制度に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること。

- また、特定事業所加算の要件のうち「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」、「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」については、居宅介護支援事業者が介護予防支援の提供や地域包括支援センターの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合に、これらの事業に従事することができるよう、兼務しても差し支えないものとしてはどうか。

- さらに、特定事業所加算の要件のうち、「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」について、事業所における毎月の確認作業等の手間を軽減する観点から、運営基準減算については、加算の要件の見直しを行ってはどうか。

一方、特定事業所集中減算に関しては、居宅介護支援における公正中立性を担保する観点から、引き続き、要件として残すこととしてはどうか。

特定加算の要件見直し

事例検討会 研修等

人材対応の柔軟化

運営基準減算の項目を除外

集中減算はそのまま

論点④ 他のサービス事業所との連携によるモニタリング

論点④

- ケアマネジャーは、ケアプランの作成後、ケアプランの実施状況を把握するため（モニタリング）、1月に1回以上（介護予防支援は3月に1回）利用者の居宅を訪問することとしているが、訪問のための移動に一定の時間を費やしていることや、訪問を負担と感じているケアマネジャーが存在することが明らかとなっている。
- 「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）やデジタル臨時行政調査会作業部会（令和4年3月23日）においては、ICTの活用を通じた業務効率化、人手不足への対応について指摘されている。
- 令和3年度介護報酬改定において、運営基準や加算の要件等における各種会議等の実施について、感染防止や多職種連携促進の観点から、テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用しての実施が認められたところ。
- 令和5年度の老健事業において、テレビ電話装置等を活用した利用者の状況把握とサービス事業所からの情報提供を組み合わせたモニタリングの実証調査を行ったところ、
 - ・利用者の状態や居宅の環境等の情報収集に制約がある
 - ・実証に参加した利用者のうち半数以上は訪問でのモニタリングを希望している
 - ・ケアマネジャーから提供された情報連携シートを用いて利用者の情報を収集した後、収集した情報をケアマネジャーに提供するサービス事業所の負担等の課題が見られた一方、
 - ・利用者の状態によっては、十分なモニタリングが可能である
 - ・モニタリングのための移動時間が節約できる
 - ・情報収集するサービス事業所側においても新たな気づきが得られた
 等のメリットも見られた。
- ケアマネジメントの質の確保や業務効率化等の観点から、テレビ電話装置等のモニタリングへの活用について、どのような対応が考えられるか。

33

論点④ 他のサービス事業所との連携によるモニタリング

対応案

- 利用者の状態によっては、テレビ電話装置等を活用しつつ、サービス事業所と連携することで、訪問による場合と同水準のモニタリングができたとの結果を踏まえ、引き続き、少なくとも月1回（介護予防支援の場合は3月に1回）の訪問によるモニタリングを原則としつつ、人材の有効活用及びサービス事業所との連携促進によるケアマネジメントの質の向上の観点から、一定の要件を設けた上で、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことも可能としてはどうか。具体的には以下の要件を設けてはどうか。

- ① 利用者の同意を得ること
- ② サービス担当者会議等において、主治医、サービス事業者等から以下の合意が得られていること
 - ・利用者の状態が安定していること（主治医の所見等も踏まえ、頻繁なプラン変更が想定されない等）
 - ・利用者がテレビ電話装置等を介して意思表示できること（家族のサポートがある場合も含む）
 - ・テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報については、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること（※）
- ③ 少なくとも2月に1回（介護予防支援の場合は6月に1回）は利用者の居宅を訪問すること

※ 「他のサービス事業者との連携により情報を収集すること」については、情報連携シート等の一定の様式を用いた情報連携の仕組みを想定。

モニタリング
TV電話等の
対応も検討
1月1回のみ
↓
2月1回

34

論点⑤ ケアマネジャー1人当たりの取扱件数

論点⑤

- 居宅介護支援費については、令和3年度報酬改定において、一定の要件の下、逓減制の適用を緩和したが（※）、この見直しによるケアマネジメントへの影響は無かったという意見が多く、肯定的な意見もある。
- ※ ケアマネジャー（常勤換算）1人当たり取扱件数が40件以上の場合及び60件以上となる場合に基本報酬を段階的に逓減させているところ、ICTの活用や事務職員の配置をしている場合には「40件以上」を「45件以上」とする見直しを行った。
- 居宅介護支援費における取扱件数については、要支援者も担当する場合、現行では要支援者の利用者数に2分の1を乗じているところ、令和5年度地方分権改革提案においては、地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への委託件数の増加が期待できるとして、介護予防支援の利用者数を取扱件数の算定から除外することを求める提案が出ている。また、令和6年4月から、介護予防支援の指定を居宅介護支援事業者も受けられるようになる。
- 令和4年度に実施した調査によると、ケアマネジャー1人当たりの1ヶ月間の労働投入時間が減少していることや、8割近い事業所においてパソコンなどの機器を1人1台利用していることが明らかになっており、また、令和5年4月からケアプランデータ連携システムが稼働しているなど、逓減制を導入した平成18年度と比べて業務の環境は大きく変化していると考えられる。
- こうした状況を踏まえ、ケアマネジメントの質を確保しつつ、業務効率化を進めて人材を有効活用するために、居宅介護支援費における利用者の取扱件数について、どのような方策が考えられるか。
- さらに、配置するケアマネジャーの員数の基準について「利用者の数が35又はその端数を増すごとに1とする」としている一方、基本報酬上はケアマネジャー1人当たり取扱件数39件（逓減制緩和適用の場合は44件）までは逓減制の適用はなく、35人を超えてケースを担当することが想定されているが、運営基準と報酬告示の取扱件数の整合性についてどのように考えるか。

47

論点⑤ ケアマネジャー1人当たりの取扱件数

対応案

<報酬>

- 居宅介護支援事業所を取り巻く環境の変化や逓減制の見直しによるケアマネジメントへの影響に関する調査結果を踏まえ、現行、40件から逓減制が適用される居宅介護支援費（Ⅰ）について、45件から適用することとしてはどうか。
- また、ケアプランデータ連携システムの活用により、請求業務やケアプランの共有に係るサービス事業者との情報連携が大幅に効率化されることが期待されることから、事務職員の配置に加えてケアプランデータ連携システムの活用による業務効率化を図っている場合においては、逓減制の適用を更に緩和し、50件からとしてはどうか（居宅介護支援費（Ⅱ））。
- 居宅介護支援費における要支援者を担当する場合の取扱件数については、上記の環境の変化や要支援者に係る利用者1人当たりの1ヶ月間の労働投入時間が2割程度減少していることを踏まえて緩和することとしてはどうか。具体的には、現行では要支援者の利用者数に2分の1を乗じているところ、3分の1を乗じることとしてはどうか。

<運営基準>

- 上記を踏まえ、配置するケアマネジャーの員数の基準については、基本報酬における取扱件数との整合性を図る観点から、居宅介護支援費（Ⅰ）又は（Ⅱ）のどちらを算定しているかによって、以下のように見直しはどうか。
 - ・（新）居宅介護支援費（Ⅰ）の場合・・・要介護者の数に要支援者の数に1/3を乗じた数を加えた数が44又はその端数を増すごとに1とする
 - ・（新）居宅介護支援費（Ⅱ）の場合・・・要介護者の数に要支援者の数に1/3を乗じた数を加えた数が49又はその端数を増すごとに1とする
- ※ 逓減制の緩和に合わせて特定事業所加算における利用者数の要件（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）についても見直しはどうか。

40件からの逓減を
45件から

さらに
請求業務と事務職員の
共有
更に緩和
50件から

要支援者件数
1/3ではなく
1/2に変更

運営基準の
内容を変更

48

論点⑥ 介護予防支援の円滑な実施

論点⑥

- 地域包括支援センターの業務負担軽減を進めるため、令和6年4月から居宅介護支援事業者も市町村からの指定を受けて介護予防支援を実施できることとされ、指定を受けた居宅介護支援事業者は、地域包括支援センターと連携を図りながら介護予防支援を実施することになる。
- 居宅介護支援事業者が介護予防支援の指定を受けた際に円滑に事業を実施できるようにするため、人員配置等の基準や報酬について、どのような対応が考えられるか。

59

予防の直接対応

論点⑥ 介護予防支援の円滑な実施

対応案

<運営基準>

- 居宅介護支援事業所はこれまで地域包括支援センターから委託を受けて介護予防支援を実施してきた経験があることを踏まえ、居宅介護支援事業所が現在の体制を維持したまま円滑に指定を受けられることを前提に運営基準を見直すこととしてはどうか。具体的には、管理者を主任ケアマネジャーとすることや、ケアマネジャーのみの配置で事業を実施できるようにすることとしてはどうか。
- また、これまでどおり少なくとも3月に1回の訪問を原則としつつ、居宅介護支援と同様に、一定の要件を設けた上で、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことも可能としてはどうか。具体的には以下の要件を設けてはどうか。【再掲、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター共通】
 - ① 利用者の同意を得ること
 - ② サービス担当者会議等において、主治医、サービス事業者等から以下の合意が得られていること
 - ・利用者の状態が安定していること（主治医の所見等も踏まえ、頻繁なプラン変更が想定されない等）
 - ・利用者がテレビ電話装置等を介して意思表示できること（家族のサポートがある場合も含む）
 - ・テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報については、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること
 - ③ 少なくとも6月に1回は利用者の居宅を訪問すること

※ ②の「他のサービス事業者との連携により情報を収集すること」については、情報連携シート等の一定の様式を用いた情報連携の仕組みを想定。

<報酬>

- 市町村において管内の要支援者の状況を適切に把握する観点から、居宅介護支援事業者が指定を受けて行う場合については、市町村長に対し、介護予防サービス計画の実施状況等に関して情報提供することを運営基準上義務づけるとともに、これに伴う手間・コストを基本報酬上評価してはどうか。
- また、居宅介護支援事業者が指定介護予防支援を行う場合は、居宅介護支援と同様に特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算及び中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の対象としてはどうか。

予防 TV電話のモニタリング (6ヶ月間)

市町村長の報告のモロ

併せて基本報酬に評価!

60

改正の趣旨

- ・ 地域住民の複雑化・複合化したニーズへの対応、認知症高齢者の家族を含めた家族介護者支援の充実など、地域の拠点である地域包括支援センターへの期待や業務は増大。
- ・ このため、居宅介護支援事業所など地域における既存の資源の効果的な活用・連携を図りながら、介護予防支援（介護予防ケアプランの作成等）や総合相談支援業務など、センターが地域住民への支援をより適切に行う体制の整備を図る。

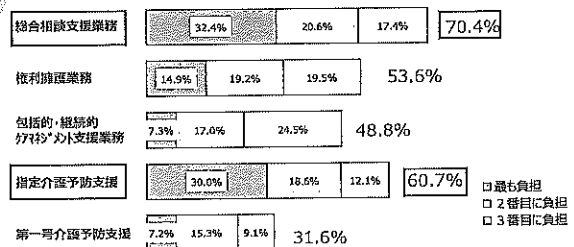
改正の概要・施行期日

- ・ **要支援者を行う介護予防支援について、地域包括支援センターに加えて、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施できることとする。その際、指定を受けたケアマネ事業所は、市町村や地域包括支援センターとも連携を図りながら実施することとする。**

- ・ 地域包括支援センターが行う総合相談支援業務について、その一部をケアマネ事業所等に委託することを可能とする。その際、委託を受けたケアマネ事業所は、市町村等が示す方針に従って、業務を実施することとする。

- ・ **施行期日：令和6年4月1日**

負担に感じる業務（上位3つまで） ※1037センターからの回答を集計



62

論点⑦ 同一の建物に居住する利用者へのケアマネジメント

論点⑦

- 住宅型有料老人ホーム又はサービス付き高齢者住宅（非特定施設）のうち3割程度が居宅介護支援事業所と併設又は隣接しており、こうした施設で介護保険サービスを利用している入居者のうち併設又は隣接している居宅介護支援事業所においてケアプランを作成している者は、平均6割程度となっている。
- ケアマネジャー1人当たり1ヶ月間の労働投入時間を見ると、居宅介護支援事業所と併設・隣接しているサービス付き高齢者向け住宅に入居している利用者とは入居していない利用者とは差異が見られるところ。
- このようなサービス付き高齢者向け住宅等に入居している利用者や、同一の建物に入居している複数の利用者へのケアマネジメントに係る報酬設定について、どのように考えるか。

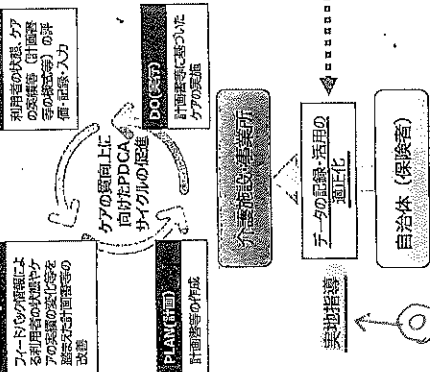
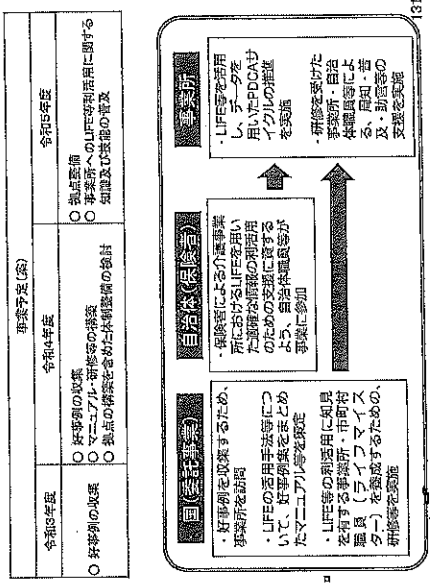
対応案

- 介護報酬が業務に要する手間・コストを評価するものであることを踏まえ、居宅介護支援においても、利用者が居宅介護支援事業所と併設・隣接しているサービス付き高齢者向け住宅等に入居している場合や、複数の利用者が同一の建物に入居している場合には、ケアマネジャーの業務の実態を踏まえた評価を検討してはどうか。

居宅介護の
同一建物
減算

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」として自治体へのデータ提供が重要となる。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て、データの取扱いの徹底を図る。

- 【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。



おまけ

科学的介護 (LIFE) 活用促進

ケアプラン連携 (江戸川区の居宅介護支援事業所のみ)

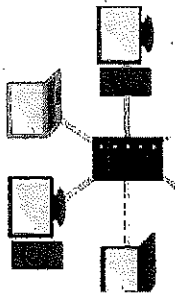
ちよっと一休み 「ケアプランデータ連携システム」!?

「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」というものです。

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に始動しています。

当然ながら「LIFE (科学的介護推進システム)」とも連携すると思われ、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。



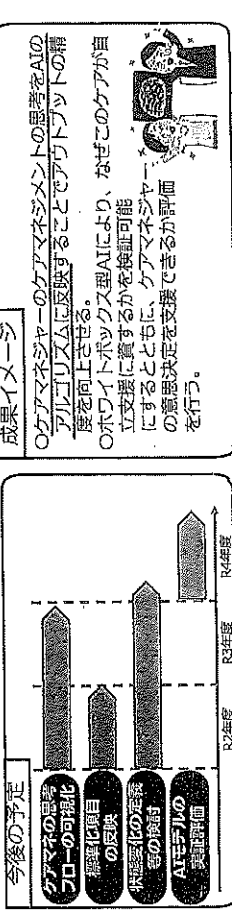
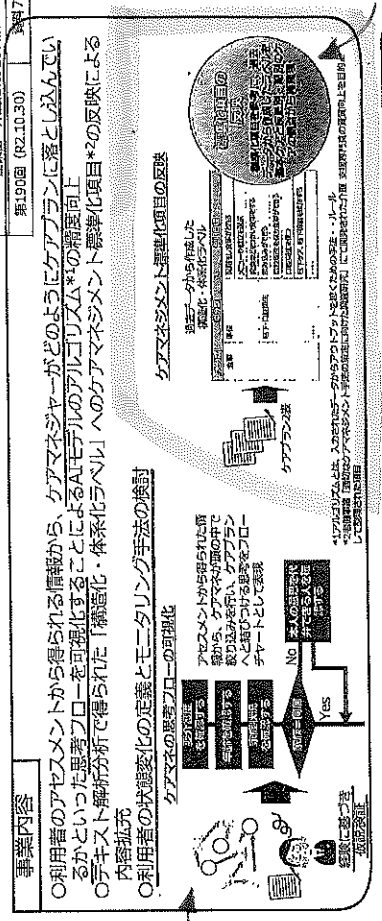
ケアプランのクラウド化

- 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)

これまでに取組	令和1年度 (2021年度)	令和2年度 (2022年度)	令和3年度 (2023年度)	令和4年度 (2024年度)	令和5年度 (2025年度)
行政に提出する文書のICT化や削減	ケア入力、電子申請 令和3年度中心介護 サービス提供事業 の活用について検討し、 各事業所へ周知 を要す。	ケア入力、電子申請 令和4年度より運用開始予定	ケア入力、電子申請 令和5年度より運用開始予定	ケア入力、電子申請 令和6年度より運用開始予定	ケア入力、電子申請 令和7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	○利用者との連携方法 (詳細) (各自治体) R3.11~ 電磁的記録による保存等の取組 (各自治体) R3.11~ 【ケアプランデータ連携システム構築】(前年度より開始) (各自治体) R3.11~ 【ケアプランデータ連携システム構築】(前年度より開始) (各自治体) R3.11~	○利用者との連携方法 (詳細) (各自治体) R3.11~ 電磁的記録による保存等の取組 (各自治体) R3.11~ 【ケアプランデータ連携システム構築】(前年度より開始) (各自治体) R3.11~ 【ケアプランデータ連携システム構築】(前年度より開始) (各自治体) R3.11~	○利用者との連携方法 (詳細) (各自治体) R3.11~ 電磁的記録による保存等の取組 (各自治体) R3.11~ 【ケアプランデータ連携システム構築】(前年度より開始) (各自治体) R3.11~ 【ケアプランデータ連携システム構築】(前年度より開始) (各自治体) R3.11~	○利用者との連携方法 (詳細) (各自治体) R3.11~ 電磁的記録による保存等の取組 (各自治体) R3.11~ 【ケアプランデータ連携システム構築】(前年度より開始) (各自治体) R3.11~ 【ケアプランデータ連携システム構築】(前年度より開始) (各自治体) R3.11~	○利用者との連携方法 (詳細) (各自治体) R3.11~ 電磁的記録による保存等の取組 (各自治体) R3.11~ 【ケアプランデータ連携システム構築】(前年度より開始) (各自治体) R3.11~ 【ケアプランデータ連携システム構築】(前年度より開始) (各自治体) R3.11~
ICT導入の促進	ICT導入の促進 ICT導入の手引策定	ICT導入の促進 ICT導入の手引策定	ICT導入の促進 ICT導入の手引策定	ICT導入の促進 ICT導入の手引策定	ICT導入の促進 ICT導入の手引策定
介護ロボット導入の促進	介護ロボット導入の促進 介護ロボット導入の手引策定	介護ロボット導入の促進 介護ロボット導入の手引策定	介護ロボット導入の促進 介護ロボット導入の手引策定	介護ロボット導入の促進 介護ロボット導入の手引策定	介護ロボット導入の促進 介護ロボット導入の手引策定

適切なケア設計の手帳の様式

「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)



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、介護の高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高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、各職種の専門性を活かす、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、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(ケアプラン作成)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踏まえ、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おらず、体系的な、体系的な実践が求められている。

＜参考＞ニッポン一億総活躍プランの概要

推進する介護サービスへの利用(介護受給者の確保)

① 高齢者の利用(一人暮らし介護サービス推進)

② 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

③ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

④ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑤ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑥ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑦ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑧ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑨ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑩ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑪ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑫ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑬ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑭ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑮ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑯ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑰ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑱ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑲ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

⑳ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㉑ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㉒ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㉓ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㉔ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㉕ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㉖ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㉗ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㉘ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㉙ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㉚ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㉛ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㉜ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㉝ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㉞ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㉟ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㊱ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㊲ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㊳ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㊴ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㊵ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㊶ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㊷ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㊸ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㊹ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㊺ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㊻ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㊼ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㊽ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㊾ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

㊿ 高齢者の介護の高度化防止を推進する仕組み(介護記録の電子化による業務効率化を進め、これにより、適切なケアマネジメント手法の策定を支援する)。

適切なケアマネジメントの手法

R6年4月から
法定研修がかわる!

カリキュラム変更

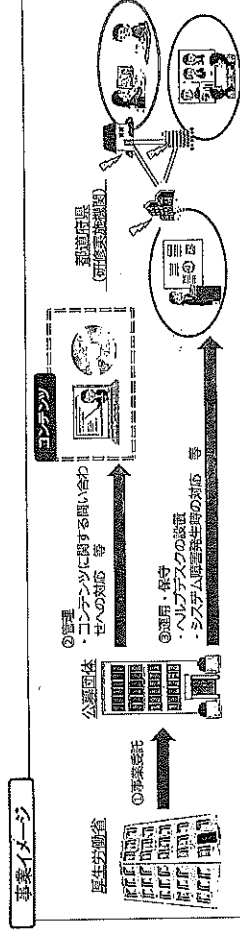
介護支援専門員研修オンライン化等運用事業

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】 画(10/10)

研修内容	研修時間	研修対象者	研修実施の名称	研修実施の回数	研修実施の時期
介護支援専門員研修(国)	46時間以上	875人以上	介護支援専門員の研修(国)	1年以内	令和3年度
介護支援専門員研修(民間)	46時間以上	875人以上	介護支援専門員の研修(民間)	1年以内	令和3年度



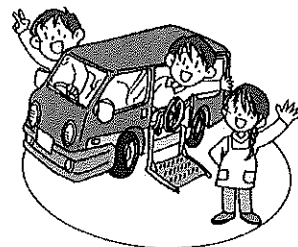
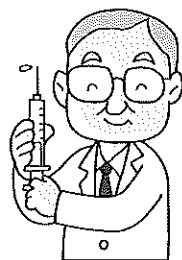
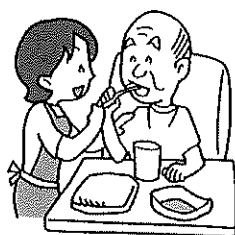
事業イメージ

カリキュラム(検討案)の見直しのポイント：共通事項

- 本事業の成果として介護支援専門員の法定研修(実務研修、専門研修、主任研修、主任更新研修)のカリキュラム、ガイドライン(検討案)の取りまとめを行う。
- 全研修課程に共通するカリキュラム(検討案)の見直しのポイントは以下のとおり。
 - 幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測や各種の視点や知見に基づいた提議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ることを踏まえ、そのほか社会的な要請に配慮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
 - ▶ 提議のある生活課題の観点から、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に追加
 - ▶ 高齢者の生活課題の観点から、必要な知識や技能の習得を体系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体系的に学ぶ
 - ▶ 認知症や終末期など高齢者ケアに必要とする利用者・世帯が5人に1人に増加していること、提議のある課題の観点から、認知症や終末期ケアの視点から学ぶ必要がある。そのほか、職業倫理の重要性は、一層高まることを見込まれる。そのため、職業倫理についての視点を強化
 - 介護保険以外の関係者(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、高齢者がいない人への対応、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
 - ▶ 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、実践のあり方を見直す
 - 法定研修終了後の継続研修(在宅外研修、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種類に置き重きを置いた時間配分(二学期制中心)に見直す
 - ▶ 幅広い法定研修の時間配分を考慮し、法定研修の内容は継続研修の視点で意識した知識の獲得に置き重きを置いた内容とする
 - ▶ 継続研修での実践力の養成と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、必要知識の獲得を促進し、体系的な見直しや事例等を並べ立てることができると見込まれる。また「必要知識の獲得」については、その理念や考え方をより自分の言葉で具体的に説明できるレベルに修得目標として設定

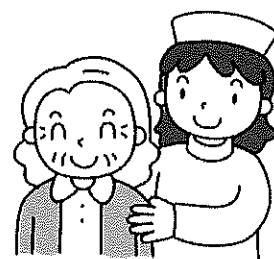
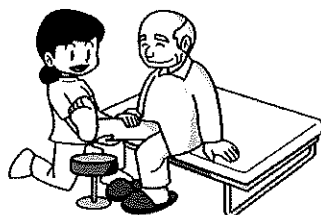
※(検討案)は本事業の成果をとりまとめるものであり、正式なカリキュラム、ガイドラインとして策定したものではありません。

各サービス事業所の 報酬改定の動きも知っとう！



訪問介護
訪問入浴
通所介護
通所リハビリテーション
短期入所
訪問看護
訪問リハビリテーション
居宅療養管理指導
新たな複合サービス
その他
福祉用具

※施設系やその他のサービスは載せていません…。



論点①訪問介護 看取り期の利用者への対応

論点①

- 訪問介護では、看取り期の利用者（※）へのサービス提供について、介護報酬上の特別な評価はないが、約4割の事業所が看取り期の利用者に対してサービス提供を行っており、ケアマネジャーへの報告・相談回数の増加や医師・訪問看護師等との連携によるサービス提供体制の構築に取り組んでいる実態がある。
 (※) 医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した者。
- 厚生労働省「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」（平成30年度版）においては、本人・家族等と多専門職種からなる医療・ケアチームが十分な話し合いを行うこととされており、これにはケアに関わる介護支援専門員のほか、介護福祉士等の介護従業者が加わることも想定されている。
- 特定事業所加算は、人材の質の確保やヘルパーの活動環境の整備、中重度者への対応など、質の高いサービス提供を行っている事業所について評価しているが、中重度者への対応について、実態と乖離している算定要件もあり、一部の区分では算定が低調である状況。
- こうした状況を踏まえて、訪問介護における看取り期の利用者へのサービス提供や事業所の適切な体制の構築についてどのような対応が考えられるか。

対応案

- 看取り期における対応を適切に評価する観点から、特定事業所加算における重度者対応要件として、「看取り期にある者」に関する要件を新たに追加することとし、事業所の看取り期の利用者に対するサービス提供体制を評価することとしてはどうか。
- また、特定事業所加算については、訪問介護員の質の向上に向けた取組をより一層推進することや事業所を適切に評価する観点から、現行の区分の整理統合と併せて、要件を見直すこととしてはどうか。

論点②訪問入浴介護 看取り期の利用者への対応

論点②

- 訪問入浴介護では、看取り期の利用者（※）へのサービス提供について、介護報酬上の特別な評価はないが、約6割の事業所が看取り期の利用者に対してサービス提供を行っており、「利用者の身体の状況等に特に留意が必要であり、通常のサービス提供より手順や行為が増えるため、サービス提供に時間がかかる」や「平時とは違った事業所の体制等になる場合がある」などの実態がある。
 (※) 医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した者。
- また、訪問入浴介護は、サービス提供時間によらず基本サービス費が設定されているが、看取り期の利用者への対応では、通常のサービス提供と比して、身体に関する保全身行為（褥瘡の保護等）・呼吸状態や意識状態の観察等の行為が増えるため、平均15分程度多くの時間を要していることや医師・訪問看護師等の多職種と連携できる体制を取っている実態がある。
- こうした状況を踏まえ、訪問入浴介護において、看取り期の利用者の安全を確保した上で行われるサービス提供や事業所の体制整備について、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 訪問入浴介護における看取り期の利用者への対応について、医師・訪問看護師等の多職種との連携体制を構築すると共に、通常の対応と比べてサービス提供時間を要することなどを踏まえ、事業所のサービス提供体制について適切な評価を図る観点から、新たに加算を設けることとしてはどうか。

論点③訪問介護 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬

論点③

- 訪問介護における同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬については、サービス付き高齢者向け住宅等の建物と同一の建物に所在する事業所が、当該住宅等に居住する一定数以上の利用者に対し、サービスを提供する場合の評価を適正化することを目的として平成24年度の介護報酬改定時に同一建物減算が設けられたところ。
- また、基準省令では、同一建物等に居住する利用者以外の者に対してもサービス提供を行うよう努めることとされているところ。
- 事業所と同一建物等に居住する者にサービス提供を行う事業所については、
 - ①介護給付費等実態統計によると、同一建物減算の算定実績のある事業所において、同一建物減算を算定する利用者だけにサービス提供を行う事業所の割合が半数以上であり、
 - ②調査研究事業によると、その他の事業所と比較して、同一建物等居住者へのサービス提供割合が多くなるにつれて、訪問件数は増加し、移動時間や移動距離は短くなっている実態がある。
- 関係団体からは、同一建物等居住者にサービス提供を行う場合については、地域に提供を行っている事業所と比較して、訪問に係る時間等のコストが少ないため、未だ公平性に欠けるといふ指摘があったところ。
- このような状況を踏まえ、同一建物等居住者以外へのサービス提供を促進する観点から、同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬の在り方について、どのように考えるか。

対応案

- 同一建物等に居住する者へのサービス提供の実態を踏まえ、現行の同一建物減算について、事業所の利用者のうち、一定割合以上が同一建物等に居住する者への提供である場合には、段階的に報酬の適正化を図る仕組みとして、更に見直してはどうか。

23

論点④訪問介護 中山間地域等における移動距離等を踏まえた報酬の見直し

論点④

- 介護報酬では、サービス確保が困難な中山間地域等に事業所が所在する場合や居住している利用者に対してサービス提供を行った場合、加算(※)により評価している。
(※) ①特別地域加算、②中山間地域等における小規模事業所加算、③中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
- 他方、当該加算の対象地域が否かに関わらず、中山間地域等においては、他の訪問介護事業所が少ないため、サービス提供にあたっては、地域に点在する利用者宅への移動時間・距離等を要するケースが多く、事業運営が非効率にならざるを得ない状況であるが、調査研究事業によると、他の地域と比べ、利用者宅への移動時間や距離を理由として、サービス提供を断るケースは少なく、可能な限り必要な方にサービス提供を行っている。
- また、今後の事業継続や事業運営における課題として、「地域内の連携できる多職種や他サービス、社会資源の少なさ」について、その他の地域と比べて多く感じている状況であり、今後の事業継続に向けては、特定事業所加算等の各種加算の算定に積極的に取り組んでいる状況である。
- 令和4年の地方からの提案等に関する対応方針(令和4年12月20日閣議決定)においては、「中山間地域等に係る訪問介護員等の移動時間等を踏まえた介護報酬等の見直しについては、都市部、離島・中山間地域を対象に実施した調査における訪問介護サービスの利用状況や運営上の課題等も踏まえ、引き続き地域の実態の把握に努めつつ、社会保障審議会の意見を聴いた上で、地域の実情に応じ、持続可能なサービスの提供がなされるよう必要な方を検討し、令和5年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。」とされている。
- このような状況を踏まえて、中山間地域等においても必要なサービスが確保されるよう、訪問介護のサービス提供体制について、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 中山間地域等であっても、必ずしも現行の加算の要件に該当しない場合があるところ、地域資源の状況等により、やむを得ず移動距離等を要し、事業運営が非効率にならざるを得ない状況の中、利用者へのサービス提供体制を継続的に構築している取組について、新たに評価を行うこととしてはどうか。

31

論点① 通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護 入浴介助加算の見直し

論点①

- 通所系サービスにおける入浴介助加算（Ⅰ）の算定率は、事業所ベースで通所介護91.4%、地域密着型通所介護73.9%、認知症対応型通所介護94.9%である。（※1）
- 通所系サービスにおける入浴介助加算については、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、令和3年度介護報酬改定で見直しを行い、新たな区分（入浴介助加算（Ⅱ））を設けたところ。
通所系サービスにおける入浴介助加算（Ⅱ）の算定率は、事業所ベースで通所介護12.2%、地域密着型通所介護7.5%、認知症対応型通所介護9.2%である。（※1）
- 入浴介助加算（Ⅱ）の算定に関しては、留意事項通知及びQ&Aで例示としてより詳細な要件（※2）を示しているところであるが、加算（Ⅱ）を算定出来ない理由として、通所介護計画書で対応できる個別入浴計画書において「単独の計画を作成することは負担」と回答した事業所や、「個浴槽がないから算定できない」と回答した事業所が一定数いる。（※3）
（※2）・「個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に変えることができるものとする。」（留意事項通知）
・「個浴槽がなくても利用者の居宅の浴室の状況に近い環境が再現できれば差し支えない」（Q&A）
- また、算定する意向がない理由として、「利用者の居宅を訪問し評価や助言等を行う医師等の確保・連携が困難である」と回答した事業所の割合が最も多かった。（※3）
- 入浴介助加算（Ⅱ）の創設の目的である、より自立支援に資する入浴介助の取組を促進するためにどのような対応が考えられるか。

対応案

入浴介助加算（Ⅰ）
■ 入浴介助の技術として求められる研修内容を算定要件に組み込む等、より適切な実施が行われるように見直しはどうか。

入浴介助加算（Ⅱ）
■ 入浴介助加算（Ⅱ）の算定要件について、算定している事業所及び算定に至っていない事業所が共通で算定に対する課題だと感じている点については、Q&A等で示している項目を厚生労働大臣が定める基準告示に明記し、要件を明確にすることとしてはどうか。
■ また、利用者宅浴室の環境評価・助言については、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という）に代わり介護職員が訪問し、医師等の指示のもとICT機器を活用して状況把握を行い、医師等が評価・助言する場合も算定することを可能としてはどうか。

(※1) 算定率（事業所ベース）：加算算定事業所数/サービス算定事業所数（介護給付費等実態統計より特別集計（令和4年8月審査分））
(※2) 留意事項及びQ&A
(※3) 令和5年度老人保健医療増進等事業「通所系サービスにおける入浴介助のあり方に関する調査研究事業」（みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社）より

論点② 個別機能訓練加算の適正化

論点②

通所介護・地域密着型通所介護のみ該当

- 個別機能訓練加算は、令和3年度介護報酬改定で、より利用者の自立支援等に資する個別機能訓練の提供を促進する観点から、加算の取得状況や加算を取得した事業所の機能訓練の実施状況等を踏まえ、従来の個別機能訓練加算（Ⅰ）と個別機能訓練加算（Ⅱ）を統合し、人員配置基準等算定要件の見直しを行ったところ。
- 改定に当たっては、旧個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）を併算定していた事業所もあることを踏まえて、激変緩和のために、人員配置につき、専従1名以上（サービス提供時間帯を通じて配置）を要件とする上位区分（Ⅰ）口を設けたという経過がある。
- 個別機能訓練加算を算定している事業所においては、機能訓練指導員の所要時間区分では7時間から8時間未満において人員を配置している事業所も一定数いる。他方で、実施日1日あたりの利用者への個別機能訓練に係る平均実施時間は「10分以上20分未満」の割合が高い。
- 現行の加算（Ⅰ）口の算定要件の一つである「提供時間帯を通じて専従1名以上配置」とあるが、機能訓練指導員の配置時間と機能訓練実施日1日あたりの利用者への個別機能訓練に係る平均実施時間の比較を踏まえ、更なる機能訓練指導員の有効な活用等に向けて、どのような対応が考えられるか。

	請求事業所数	加算(Ⅰ)イ		加算(Ⅰ)ロ	
		算定事業所数	算定率	算定事業所数	算定率
通所介護	24,459	10,655	43.6%	6,546	26.8%
地域密着型通所介護	18,903	6,710	35.5%	2,388	12.6%

対応案

■ 1日あたりの利用者への個別機能訓練に係る平均実施時間と人材の有効活用の観点から、機能訓練指導員の配置に対して緩和を行うとともに、現行の個別機能訓練加算（Ⅰ）ロについて適正化を図ることとしてはどうか。

(※) 算定率（事業所ベース）：加算算定事業所数/サービス算定事業所数（介護給付費等実態統計より特別集計（令和4年8月審査分））

論点③ 通所系サービスにおける3%加算・規模区分特例について

※ 通所介護に限らず、通所リハビリテーション・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護も同様

- 通所介護等では、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和2年度に「臨時的な取扱い（第12報）」（R2.6～R3.3）、令和3年度介護報酬改定時に「3%加算・規模区分の特例」等を実施した。
- 例えば通所介護+地域密着型通所介護の受給者数は令和5年4月審査分は158.2万人となり、コロナ前（H31.4～R2.2審査分）平均受給者数160.3万人に戻りつつある。
- 今後、国民生活に重大な影響を与える新たな感染症の発生や大規模な災害時において、通所介護等ではどのような対応が考えられるか。

対応案

- 今後、新興・再興感染症や大規模な災害等が起こり、感染症蔓延時や利用者が被災した場合に通所介護等が利用困難となる可能性があるため、3%加算や規模区分の特例は緊急時に対応できる加算として存置することとしてはどうか。

	3%加算	規模区分の特例
単位数	減少月の利用延人数が当該減少月の前年度の一月当たりの平均利用延人数から5/100以上減少している場合に、基本報酬の3/100に相当する単位数を加算する。	減少月の利用延人員数がより小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人数と同等となった場合に、より小さい事業所規模別の報酬区分を適用する。 ・大規模Ⅱの利用者が750～900人となった場合 →大規模Ⅰが算定可能 ・大規模Ⅰの利用者が750人以下となった場合 →通常規模型が算定可能
期間	原則当該減少月の翌々月から3月以内に限る（算定終了前月においてもなお減少している場合は、1回3月に限り延長可能）。 なお、加算算定の期間（または加算延長の期間）内に、月の利用延人数が算定基礎から5%以上減少していなかった場合は、当該月の翌月をもって算定終了とする。	加算算定の期間内に、月の利用延人数がより小さい事業所規模別の利用延人数を超え、かつ適用前の事業所規模別の利用延人数まで戻った場合は、当該月の翌月をもって適用終了とする。
対象	対象となる感染症や災害については、これが発生した場合、対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせする。	

論点④ 豪雪地帯等に対する通所介護等の取扱いの明確化

- 論点④**
- 豪雪地帯等の通所系サービスに対する取組は下記のとおり
 - ・「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」の対象であり、R3報酬改定において、対象サービスの拡充（認知症対応型通所介護）を実施。（※なお加算は冬季に限定せず、通年で算定可能）
 - ・また、地域医療介護総合確保基金を活用し、豪雪地帯を含む過疎地域等における介護人材確保に向けた取組を支援する観点から、地域外から介護施設等に就職するための引越等の費用を助成する等支援を実施しているほか、特別豪雪地帯に認知症対応型通所介護事業所を整備する場合、通常の補助単価に追加し、8%加算が可能
 - 令和4年の経営概況調査において、豪雪地帯とその他地域の通所系の送迎に係る支出（車輛費等）を調査したところ、例えば通所介護等の車輛費は、豪雪地帯よりもその他地域の方が高い等、必ずしも豪雪地帯の通所系サービスの送迎に係る支出が高い、という結果は得られていない。（令和4年経営概況調査特別集計より算出）
 - 豪雪地帯等に対する通所介護等の取扱いについて、積雪等のやむを得ない事情の中でもサービス提供を行う観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 現行、指定居宅サービスに係る留意事項通知において、「当日の利用者の心身の状況から、実際の通所介護の提供が通所介護計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所介護計画上の単位数を算定して差し支えない。」としているところ、事業者の持続的なサービス提供に資する観点から、利用者の心身の状況（急な体調不良等）に限らず、積雪等のやむを得ない事情についても通知上明記することで、明確化を図ることとしてはどうか。

論点1 リハビリテーションにおける医療・介護連携の推進

論点1

- 退院後から通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能の回復は大きい傾向が見られている一方で、退院後の通所リハビリテーションの利用開始まで2週間以上かかっている利用者が一定数いる。
- 介護保険のリハビリテーション事業所が、疾患別リハビリテーション（医療保険）のリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっており、より連続的で質の高いリハビリテーションが行われる必要がある。
- また、通所リハビリテーションにおける退院時の医療機関との連携については、現行、基準上の要件や、例えば訪問看護で設けられている退院時共同指導を行った際の加算等の評価はない。
- 医療保険から介護保険に移行する際に、必要な方に対して早期に、連続的で質の高いリハビリテーションを提供するためには、どのような方策が考えられるか。

対応案

- ケアプラン作成に係る時間を短縮するために、ケアプランにリハビリテーションを位置づける際、意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院先の医療機関の医師を含むことを明確化してはどうか。
- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施するために、以下の対応を行ってはどうか。
 - (1) 基本報酬の算定要件に、医療機関のリハビリテーション計画書を入手した上で、リハビリテーション計画を作成することを加える。
 - (2) 通所リハビリテーション事業所の理学療法士等が利用者の退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合の加算を新たに設ける。

③ 今まではダメだったのか？

9

論点2 リハビリテーションの充実に向けた基本報酬の見直し

論点2

- 現行の通所リハビリテーションの報酬体系は「規模別」「時間区分別」を基本とし、それぞれに応じた単位数が設定されている。
- 規模別の単位数設定については、サービス提供にあたってのスケールメリットに着目した評価であるが、大規模型事業所であっても、体制を整え、個々の利用者のニーズに応じたリハビリテーションを行う施設については、必ずしもスケールメリットが働かないとの指摘がある。
- リハビリテーションを充実させる観点から、規模別に一律である基本報酬体系について、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 個々の利用者のニーズに応じてリハビリテーションマネジメントを実施する体制等が充実している事業所については、スケールメリットが限定的となることから、現在の大規模型の報酬について一定の見直しを行ってはどうか。

論点3 介護予防通所リハビリテーションの質の向上に向けた評価

論点3

- 令和3年度改定において、近年の受給者数や利用期間及び利用者のADL等を踏まえ、適切なサービス提供とする観点から、介護予防リハビリテーションにおける12月減算が新設されたが、減算が適用される長期間の利用者の割合は64%となっている。
- 一方で、介護予防サービスは要介護状態等となることの予防の役割を持っており、単に長期間利用を適正化するのではなく、機能維持ができていないことを評価するべきとの意見もある。
- また、生活期リハビリテーションのアウトカム評価である事業所評価加算の算定率は9.8%と低く、算定が困難な理由として「介護度の認定期間が長く、改善の結果が得られにくい」という点が挙げられている。平成18年度の加算新設当初は、要支援の介護認定の有効期間は最長12ヶ月であったのに対し、現在は最長48ヶ月となっており、現状に合致した評価となっていない可能性がある。
- 適切なリハビリテーションマネジメントのもと、機能維持・改善のための取組を行っている事業所を評価し、介護予防のリハビリテーションの質を確保する観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 介護予防通所リハビリテーションの長期間利用者に関して、リハビリテーション会議でリハビリテーション計画の見直しを行うなど、適切なマネジメントを行った上で定期的にLIFEへのデータ提出を実施する利用者と、それ以外の利用者については、評価の差別化を行ってはどうか。
- 要介護認定制度の見直しに伴い、事業所評価加算を見直し、LIFEへのデータ提出を推進することとしてはどうか。その上で、より適切なアウトカム評価に向けて検討を行うこととしてはどうか。

17

論点4 リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組の推進

論点4

- リハビリテーション・口腔・栄養の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることが期待されており、一体的取組の推進によって、より質の高いサービスの提供が可能になったという報告もある。
- リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を更に推進していく観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を更に推進していく観点から、
 ・リハビリテーションマネジメント加算について、口腔・栄養のアセスメントも併せて実施した上でリハビリテーションの質を管理した場合の評価を新たに設けること
 ・一体的実施計画書の様式の見直し
 を検討してはどうか。

23

論点5 運動器機能向上加算の見直し

論点5

- 運動器機能向上加算は理学療法士等を配置し、月1回の身体機能評価を行うことを評価する加算であり、算定率は89.7%である。
- 予防通所リハビリテーションにおける身体機能評価を更に推進し、また報酬体系の簡素化を行う観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 運動器機能向上加算を廃止し、同加算の算定要件を基本報酬の算定要件としてはどうか。
- 併せて、運動器機能向上への取組を評価している選択的サービス複数実施加算について、必要な見直しを行ってはどうか。

29

論点6 機能訓練事業所（障害サービス）の拡充

論点6

- 障害サービスの自立訓練（機能訓練）の利用者数及び事業所数は低位のまま推移しており、事業所が1か所もない都道府県もある。その理由として、事業所数自体が少ないことがサービスの認知度の低さの原因となっている点や、医療専門職等の確保が困難である点が挙げられている。
- また、介護保険の通所介護事業所又は小規模多機能型居宅介護事業所であれば、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供が可能であるが、入浴・排せつ・食事等の介護の提供が中心となるこれらのサービスでは、障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する支援ニーズに十分応えられていないとの指摘もある。
- 障害福祉サービス等報酬改定検討チームにおいて、通所リハビリテーション事業所における共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供が検討されている。
- 障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する自立訓練（機能訓練）のニーズに対応するため、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 介護保険の通所リハビリテーション事業所において、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供を行う場合に、人員や施設の共有を可能とすることとしてはどうか。

32

論点① 短期入所生活介護 看取り対応を行った場合の評価

論点①

- 看取り期においても、介護サービス利用者ができる限り在宅生活を継続しながら暮らし続ける体制づくりは重要である。
令和3年度改定で、短期入所療養介護、居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護、施設系・居住系サービスでは、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（※）」に沿った取組を求めている。
- 短期入所生活介護においても看取りのニーズがあることから、サービスの目的を果たしながら看取りへ対応したことを評価する観点から、どのような対応が考えられるか。

※「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（平成30年3月改訂 厚生労働省）」

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。

対応案

- 泊まり機能を有する短期入所生活介護において、事業所の看取り期の利用者に対するサービス提供体制を強化する観点から、レスパイト機能を果たしつつ、看取り期の利用者に対してサービス提供を行った場合は、新たに看取り期における取組を評価することとしてはどうか。
- なお、新たに設立する加算は、看護職員の体制や看取り期における対応方針を作成していることを要件に評価してはどうか。また、相当期間以上のサービス利用が行われる場合は、算定に制限を設けることとしてはどうか。

8

論点② 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 長期利用の適正化

論点②

- 短期入所生活介護では、自費利用を挟み連続して30日を超えて同一の短期入所生活介護事業所を利用している者に対して短期入所生活介護を提供する場合には、連続30日を超えた日から減算を行うこととしている。
長期利用者減算の算定率は、事業所ベースで72.1%（※）となっており、多くの事業所で長期利用がされている状況である。
- また、介護予防短期入所生活介護では、連続30日を超えてサービスを受けている場合に30日を超える日以降は算定しないという規定はあるものの、長期利用を行う場合に長期利用者減算は適用されない。
しかし、介護予防短期入所生活介護でも一定数長期利用者がいるという実態がある。
- 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護のサービスの趣旨を踏まえ、目的に応じた利用を促す観点からどのような対応が考えられるか。

（※）算定率（事業所ベース）：加算算定事業所数／サービス算定事業所数（介護給付費等実態統計より特別集計（令和4年3月審査分））

対応案

- 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護における長期利用について、施設入所と同等の利用形態となっていることから、施設入所の報酬単位との均衡を図ることとしてはどうか。

論点① 専門的なケアのニーズが高い利用者への対応

論点①

- 介護保険における訪問看護の利用者が有する傷病は「新生物」「神経系の疾患」「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」が増えている。
- 介護保険の訪問看護においても、褥瘡の処置や人工肛門等の管理及び終末期の緩和ケア等が実施されている。
- 令和4年度診療報酬改定においては、「専門管理加算」が創設され、専門性の高い看護師による訪問看護が評価されている。
- 医療ニーズを持つ利用者が増える中で、適切かつより質の高い訪問看護を提供する観点からどのような方策が考えられるか。

対応案

- 訪問看護事業所において、専門性の高い看護師※1が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行うことを評価※2してはどうか。

(※1) 緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師

(※2) 看護小規模多機能型居宅介護についても評価してはどうか。

8

論点② 看取り体制の強化

論点②

- 訪問看護における看取りのニーズや機会が増えており、死亡前14日間で実施したケア内容の実態によると、介護保険・医療保険の訪問看護いずれにおいても同様のケアを提供している。
- 離島等で医師が死亡診断を行うまでに時間を要する場合、家族が長時間待機することがある。また、場合によっては遠方の医療機関に救急搬送して死亡診断を受けるケースもある。
- このような状況を踏まえ、訪問看護の利用者に対する看取り体制を強化するためにどのような方策が考えられるか。

対応案

- ターミナルケア加算について、診療報酬における評価を踏まえ、単位数を見直してはどうか。
- 離島等に居住する利用者に対して医師が行う死亡診断等を、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合を評価※してはどうか。

(※) 看護小規模多機能型居宅介護についても評価してはどうか。

論点③ 訪問看護における持続可能な24時間対応体制の確保

論点③

- 緊急時訪問看護加算の算定要件である「利用者又は家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制」は、原則として当該事業所の看護師等が直接電話を受ける体制がある場合に認められている。
- 在宅における医療ニーズの高まりに伴い、24時間の対応が求められており、緊急時訪問看護加算の届出をしている事業所は8割を超える一方、看護師等の負担が大きいことが指摘されている。
- 24時間対応を持続可能とすることに資する負担軽減の取組をしている訪問看護事業所は67.9%であり、「ICTの活用」や「夜間対応した翌日の勤務体制の調整」が行われている一方で「勤務間インターバルをとる」といった取組は2割程度と少ない傾向にある。
- 24時間対応へのニーズに適切かつ即時に対応できる持続可能な体制を構築する観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 同一訪問看護事業所において、緊急訪問の必要性の判断を看護師等が速やかに行えるよう、看護師等に連絡できる体制が整備されている等、適切なサービス提供体制が確保されている場合には、看護師等以外の職員も利用者又は家族等からの電話連絡を受けられるようにしてはどうか。
- 24時間対応を確実に機能させる観点から、持続可能な体制に資する取組が行われている場合につき評価してはどうか。

論点④ 理学療法士等による訪問看護の評価

論点④

- 令和3年度介護報酬改定では、基本サービス費の見直しを行うとともに、理学療法士等が行う訪問看護が12月を超える場合と、1日に2回を超えて実施する場合の評価について見直しを行ったところ。
- 訪問看護事業所については、必要とされるサービスを提供する観点からサービス提供体制や実績等に応じて様々な加算等による評価が行われている。
- 看護業務の一環としてのリハビリテーションの提供実態を踏まえ、訪問看護に求められる役割に基づくサービスが提供されるようにする観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 訪問看護の役割を踏まえたサービスを適切に評価する観点から、サービスの提供体制や実績等を踏まえ、理学療法士等による訪問看護に係る評価の差別化を行ってはどうか。

論点⑤ 円滑な在宅移行に向けた医療と介護の連携

論点⑤

- 入院中の患者が退院後円滑に在宅療養に移行するためには、医療と介護の切れ目のない連携が重要である。
- 医療機関等に入院している患者に対し、訪問看護事業所が主治医及び関係スタッフと連携して指導を行う退院時共同指導加算の算定件数が令和3年、4年で大幅に減少したが、前回改定でWEBによる指導を可能とした中で、令和5年では回復傾向にある。
- 訪問看護利用者のニーズに対応し、在宅での療養環境を早期に整える観点から、令和3年度介護報酬改定において、主治の医師が必要と認める場合に退院当日の訪問看護（看護職員等）が算定可能となった。
- 退院当日に訪問を要した利用者・家族の困りごととして、「体調・病状」「緊急時の対応」等が多く、退院当日から「服薬援助」「家族との調整（ケアの指導等）」「点滴の管理」等の医療的な対応が行われている。
- なお、急性増悪等により一時的に頻回な訪問が必要な場合は、特別訪問看護指示書により医療保険の訪問看護サービスを受けることも可能である一方、医療保険の訪問看護の対象とならない例もある。
- こうした状況を踏まえ、要介護者等がより円滑に在宅移行するために、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 医師の指示に基づき、看護師による退院当日の訪問の評価を充実することについて、どのように考えるか。
- また、退院時共同指導を効率的に実施する観点から、入院中の患者に対する指導内容につき、文書以外の方法で提供することを可能としてはどうか。

論点⑥ 訪問看護と他介護保険サービスとの更なる連携強化

論点⑥

- 訪問看護事業所と他の介護保険サービス間の連携については、「利用者の病状に関する情報共有」「利用者の生活状況・家族に関する情報共有」等が行われている。
- 例えば、ターミナル期にある利用者によりよいサービスを提供するためには、利用者の変化を的確にとらえる必要があり、訪問看護事業所と他の介護保険サービス間の連携が重要であるが、連携の状況については事業所によってばらつきがある。
- 訪問看護事業所と他の介護保険サービス事業所との連携をさらに推進するためにどのような方策が考えられるか。

対応案

- 利用者により適切なサービスを提供する観点から、訪問看護事業所と他の介護保険サービス事業所との連携に係る取組を訪問看護の提供体制を評価するにあたっての要件とする等としてはどうか。

論点1 リハビリテーションにおける医療・介護連携の推進

論点1

- 退院後から訪問リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能の回復は大きい傾向が見られている一方で、退院後の訪問リハビリテーションの利用開始まで2週間以上かかっている利用者が一定数いる。
- 介護保険のリハビリテーション事業所が、疾患別リハビリテーション（医療保険）のリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっており、より連続的で質の高いリハビリテーションが行われる必要がある。
- また、通所リハビリテーションにおける退院時の医療機関との連携については、現行、基準上の要件や、例えば訪問看護で設けられている退院時共同指導を行った際の加算等の評価はない。
- 医療保険から介護保険に移行する際に、必要な方に対して早期に、連続的で質の高いリハビリテーションを提供するためには、どのような方策が考えられるか。

対応案

- ケアプラン作成に係る時間を短縮するために、ケアプランにリハビリテーションを位置づける際、意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院先の医療機関の医師を含むことを明確化してはどうか。（通所リハビリテーションと同様）
- 入院中に疾患別リハビリテーションを行った利用者に対し、入院中の医療機関の医師が退院後の訪問リハビリテーションの必要性を判断した上で情報提供を行い、その情報提供を元に訪問リハビリテーションを実施した場合、退院後一定期間の評価について柔軟な対応を行うこととしてはどうか。
- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施するために、以下の対応を行ってはどうか。（通所リハビリテーションと同様）
 - (1) 基本報酬の算定要件に、医療機関のリハビリテーション計画書を入手した上で、リハビリテーション計画を作成することを加える。
 - (2) 訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等が利用者の退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合の加算を新たに設ける。

9

論点2 介護予防訪問リハビリテーションの質の向上に向けた評価

論点2

- 令和3年度改定において、近年の受給者数や利用期間及び利用者のADL等を踏まえ、適切なサービス提供とする観点から、介護予防リハビリテーションにおける12月減算が新設されたが、減算が適用される長期間の利用者の割合は48.8%となっている。
- 一方で、介護予防サービスは要介護状態等となることの予防の役割を持っており、単に長期間利用を適正化するのではなく、機能維持ができていることを評価するべきとの意見もある。
- また、生活期リハビリテーションのアウトカム評価である事業所評価加算の算定率は4.6%と低く、算定が困難な理由として「要介護認定の期間が長く、改善の結果が得られにくい」という点が挙げられている。平成18年度の加算新設当初は、要支援の介護認定の有効期間は最長12ヶ月であったのに対し、現在は最長48ヶ月となっており、現状に合致した評価となっていない可能性がある。
- 適切なリハビリテーションマネジメントのもと、機能維持・改善のための取組を行っている事業所を評価し、介護予防のリハビリテーションの質を確保する観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 介護予防訪問リハビリテーションの長期間利用者に関して、リハビリテーション会議でリハビリテーション計画の見直しを行うなど、適切なマネジメントを行った上で定期的にLIFEへのデータ提出を実施する利用者と、それ以外の利用者については、評価の差別化を行ってはどうか。（介護予防通所リハビリテーションと同様）
- 要介護認定制度の見直しに伴い、事業所評価加算を見直し、LIFEへのデータ提出を推進することとしてはどうか。その上で、より適切なアウトカム評価に向けて検討を行うこととしてはどうか。（介護予防通所リハビリテーションと同様）

16

論点3 認知症リハビリテーションの推進

論点3

- 認知症リハビリテーションについて、現在介護老人保健施設及び通所リハビリテーションにおいて一定の評価が行われているところ、訪問による認知症リハビリテーションの効果に関する報告もある。
- 認知症の方が住み慣れた自宅で生活を続けていくことを目標としたリハビリテーションを推進していくために、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 認知症の方に対して、認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施した際の加算を新たに設けてはどうか。

22

論点4 訪問リハビリテーション事業所のみなし指定

論点4

- 訪問リハビリテーション事業所の開設者種別割合は、病院・診療所が76.8%、介護老人保健施設が23.1%となっており、介護老人保健施設のうち、訪問リハビリテーションを実施しているのは28.4%である。
- 介護老人保健施設及び介護医療院における訪問リハビリテーションの促進にあたっては、病院・診療所についてはみなし指定が可能である一方、介護老人保健施設等については介護保険事業所番号の取得が別途必要となり、手続きに要する手間・時間のため、訪問リハビリテーション事業所開設の阻害要因となっているとの指摘がある。
- 介護老人保健施設は常勤の医師を1名以上配置する必要があるが、一定の要件のもと、常勤換算方法で計算して1名以上でも差し支えないこととされている。一方、訪問リハビリテーション事業所においては、常勤の医師1名以上の配置が必要とされており、要件に差異がある。
- 訪問リハビリテーション事業所の更なる拡充のために、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 介護老人保健施設について、当該施設の医師の配置基準を満たした上で、当該施設の許可※があったときは、その許可の時に、訪問リハビリテーションに係る事業所の指定があったものとみなすこととしてはどうか。
※ 介護保険法第九十四条第一項又は第百七条第一項の許可

25

論点5 リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算

論点5

- 訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所医師がやむを得ず診療を行わない場合について、「適切な研修の修了等」をした別の医療機関の医師が診察等を行うなど、一定の要件を満たす場合には、適正化した単位数で算定が可能となっている。「適切な研修の修了等」については令和6年3月31日まで適用を猶予しているが、事業所が医師の研修の受講の有無が確認できていない、医師の研修の受講が進んでいないという課題がある。
- 令和3年度改定において、診療未実施減算の減算幅が拡大されたが、現在も一定程度の割合算定されている。
- 診療未実施減算について、訪問リハビリテーションが必要な者に対するサービス提供を維持する観点と、訪問リハビリテーションの提供にあたって事業所の医師の関与を進める観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 事業所に「適切な研修の修了等」の確認を義務づけ、研修の受講状況を把握できるようにした上で、事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、令和6年3月31日までとされている適用猶予期間を3年間延長してはどうか。
- また、次回改定までに事業所医師の診察が困難な理由等の解析を行い、診療未実施減算に対し適切な対応を検討してはどうか。

31

論点6 訪問リハビリテーションと介護予防訪問リハビリテーションの評価の適正化

論点6

- 現行の制度では訪問リハビリテーションと介護予防訪問リハビリテーションの基本報酬は同額に設定されている。
- 要介護者では、要支援者と比較して、より心身機能・活動・参加の機会が低下しているが、いずれの者に対しても基本動作訓練・立位歩行訓練等の身体介助を伴う訓練が高い割合で提供されている。そのため要介護者に対する訪問リハビリテーションは、要支援者に対するものよりも、従事者の負担がより大きいと考えられる。
- 要介護者及び要支援者に対する訪問リハビリテーションについて、より適切な評価を行う観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 訪問リハビリテーションと介護予防訪問リハビリテーションの基本報酬に一定の差をつけてはどうか。

論点7 地方分権

論点7

- 令和4年の地方分権改革に関する提案募集において、指定基準における医師の必置や開設場所等の指定基準の制限を撤廃する基準緩和が提案され、社会保障審議会の意見を聴いた上で検討し、令和5年度中に結論を得ることとされている。これまでの社会保障審議会の意見を踏まえ、どのような対応が考えられるか。

対応案

- リハビリテーションの質を確保するために、医師の配置等は必要との意見があることを踏まえ、介護老人保健施設等において実施される訪問リハビリテーションについて、医師の人員基準を本体施設と同様の基準に見直した上で、みなし指定を可能とすることにより、訪問リハビリテーション事業所の拡充を行ってはどうか。

論点① 薬剤師による情報通信機器を用いた服薬指導の評価

論点①

- 薬剤師による居宅療養管理指導については、令和3年度介護報酬改定において、情報通信機器を用いた服薬指導の評価を新設した。
- その後、オンライン服薬指導については、2022年3月の薬機法施行規則の改正等により、初回も含め、オンライン服薬指導を可能とする等の制度改正が行われた。
- 診療報酬については、令和4年度改定において上記の改正に合わせた見直しを行った。
- 情報通信機器を用いた居宅療養管理指導について、オンライン服薬指導に係る制度改正を踏まえ、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 薬剤師による情報通信機器を用いた居宅療養管理指導について、現行の薬機法の規制に合わせて、
 - ・初回も含めて算定を可能にすること
 - ・薬局以外の場所で行う場合も算定可能とすること
 - ・居宅療養管理指導の上限である月4回まで算定可能とすること
 などの要件等の見直しを行ってはどうか。

論点②在宅患者への薬学的管理及び指導の評価

論点②

- 医療用麻薬持続注射療法、在宅中心静脈栄養法を実施している患者への薬学的管理としては、処方提案や特定保険医療材料、医療機器の使用説明に加えて、疼痛状況の確認、配合変化の確認、カテーテル感染症防止対策など、特別な在宅薬学管理が必要となる。
- 令和4年度診療報酬改定では、在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている患者や在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対する薬学的管理及び指導への評価が行われている。
- これらの患者については、介護保険を利用している場合も多いが、介護報酬上は診療報酬と同様の評価は行われていない。
- 在宅患者に対して適切な薬物療法を提供する観点や、医療保険と介護保険との整合性の観点からどのような対応が考えられるか。

対応案

- 在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている患者や在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、介護報酬において診療報酬と同様の評価を行ってはどうか。

13

論点③薬局に勤務する管理栄養士による居宅療養管理指導の評価

論点③

- 令和3年度地方分権で『在宅の要介護者に対して、適切な栄養管理を行い、自立支援・重度化防止を推進するため、「薬局に勤務する管理栄養士」についても居宅療養管理指導の実施を可能とすること』が求められ、令和5年度中に結論を得ることとなっている。
- 令和4年度の老健事業で「管理栄養士による居宅療養管理指導に関する調査研究事業」を実施し、薬局に勤務している管理栄養士は、研修の受講回数や保有する学会認定等の資格が少ないことや、栄養管理に関する業務以外に接客業務に多くの時間を割いている実態を把握した。
- 栄養サービス提供の質を担保するに当たり、日頃から診療録やチームカンファレンス等に基づいて栄養管理を行っている医療機関等の管理栄養士が居宅療養管理指導に関わることを促進することが重要である等の意見があったことを踏まえ、どのように考えるか。

対応案

- 栄養サービス提供の質を担保する観点や勤務状況に係る実態調査の結果等を踏まえ、薬局に勤務する管理栄養士の居宅療養管理指導の実施に関して、今回の介護報酬改定においては、現行の基準を維持してはどうか。

19

論点④居宅療養管理指導(管理栄養士)の見直し

論点④

- 在宅要支援・要介護者では低栄養及び低栄養の恐れのある者の割合が高いという報告や、入院、入所中に栄養状態を良くしても、再び栄養障害になる事例があり、栄養管理が適切に行われるための環境整備が必要とされている。
- また、終末期においては、療養者及び介護者のニーズに応じたきめ細やかな食支援が求められる。
- 現在、管理栄養士による居宅療養管理指導は月2回までの算定とされているところ、利用者のニーズに応じる観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 管理栄養士による居宅療養管理指導の対象になる利用者のうち、一時的に頻回な介入が必要と医師が判断した利用者限定して、期間を設定したうえで上限回数を緩和する等の対応を検討してはどうか。

24

論点⑤管理栄養士及び歯科衛生士等の居宅療養管理指導の算定対象の見直し

論点⑤

- 居宅療養管理指導は、医師、歯科医師、薬剤師においては通院が困難な利用者を算定対象としているが、管理栄養士、歯科衛生士等については通院又は通所が困難な利用者が算定対象となっている。
- 医療保険においても、居宅療養管理指導(管理栄養士)は医科点数表に掲げる区分番号C009在宅患者訪問栄養食事指導料と居宅療養管理指導(歯科衛生士等)は歯科点数表に掲げる区分番号C001訪問歯科衛生指導料と給付調整がなされている。
(医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について 平18.4.28 老老発第428001号・保医発第0428001号 最終改正令和2年3月27日)
- 通所サービスの利用者において口腔や栄養に問題がある利用者は多数存在するが、管理栄養士・歯科衛生士等においては、現行、居宅療養管理指導の対象とはならない。
- 通所サービスの利用者に対する、居宅における管理栄養士・歯科衛生士等の介入への評価をどう考えるか。

対応案

- 管理栄養士、歯科衛生士等についても、医師、歯科医師、薬剤師と同様に、通所が可能な利用者も居宅における居宅療養管理指導の算定対象としてはどうか。

32

論点① 複合型サービスの組合せと機能・役割

論点①

- 介護保険制度の見直しに関する意見（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）においては、「複数の在宅サービス（訪問や通所系サービスなど）を組み合わせる複合型サービスの類型などを設けることも検討することが適当である」とされている。
- 訪問介護は、人材不足が顕著であり、サービス提供を断ったことがある理由の約9割が人手不足という回答となっている。また、訪問介護への就業希望者が少ない理由として、「一人で利用者宅に訪問してケアを提供することに不安が大きい」ということが挙げられている状況。
- 通所介護では、コロナ禍における特例として訪問サービスの提供が行われ、「日常の様子をみている職員が訪問するため利用者の状態の変化にいち早く気づくことができた」ことや「これまで関わりのある職員が訪問するため、利用者または家族の安心感があった」ということが挙げられている。また、訪問サービスの提供を行うこととした理由として、利用者・家族からの要望や職員からの提案によるものも挙げられ、代替となるサービスが見つからなかった場合などにも利用者の在宅における生活の維持が図られたという報告もあった。
- 調査研究事業では、訪問系・通所系サービスを併用する際、急なキャンセル等のサービス変更があった場合の連絡調整が煩雑であるなどの課題が指摘されている。
- このような状況も踏まえつつ、一体的なサービス提供により効果的かつ効率的なサービスとなるよう、複合型サービスの組合せとその機能・役割についてどのように考えるか。

対応案

- 複合型サービスについては、「訪問介護」と「通所介護」を組み合わせた地域密着型サービスとしてはどうか。
- サービスの役割・機能については、「訪問介護」と「通所介護」を一体的にサービス提供を行うことにより、「訪問」と「通所」における利用者の態様を把握した上で、随時共有し、利用者の状況やニーズに即応したきめ細かなサービスの提供を行うことで、機能訓練等を通じた生活機能の維持・向上を図り、要介護者の自立した在宅生活が継続できるよう、効果的かつ効率的なサービスを行うことを目的としてはどうか。

10

論点② 基準の考え方

論点②

- 複合型サービス（訪問介護と通所介護の組合せ）の基準については、既存のサービスの組合せであることを踏まえつつ、利用者に対してきめ細かなケアを行うとともに、効果的かつ効率的なサービスを提供を行うなどの観点から、どのように考えるか。

対応案

【共通】

- 既存のサービスの組合せであることから、サービスの質の確保の観点から、それぞれのサービスで必要とされている人員・設備・運営基準は基本的に同様のものとするとしてどうか。

【人員基準】

- 管理者は、ひとつのサービスとなり、従業者を一元的に管理することから、1名の配置としてはどうか。
- 訪問・通所サービスに対応が可能な人材の育成を図る観点から、事業所全体で必要な人員を確保することにより、基準を満たしていることとしてはどうか。
- 訪問介護員等は、限られた専門人材の有効活用を図り、地域の訪問ニーズへの対応を行う観点から、訪問介護事業所の指定を併せて受け、一体的に運営されている場合は、訪問介護員等に関する双方の基準を満たすこととしてはどうか。

【設備基準】

- 設備は、ひとつのサービスとなることから、すべて共有して使用することとしてはどうか。
- 地域密着型サービスの趣旨を踏まえ、登録定員を設けることとし、29人以下としてはどうか。

【運営基準】

- 地域密着型サービスであることから、地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図る観点から、運営の公平性や透明性を確保するための運営推進会議（6月に1回以上開催）を設けることとしてはどうか。
- 居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成したケアプランに基づきサービス提供を行うこととしてはどうか。
- 個別サービス計画については、利用者の状況等に応じてきめ細かなケアを行う観点から、居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携のもと、個別サービス計画において利用日時等について決定することとしてはどうか。

23

論点③ 報酬の考え方

論点③

- 複合型サービス（訪問介護と通所介護の組合せ）の報酬については、既存のサービスの組合せであることを踏まえつつ、利用者に対してきめ細かなケアを行うなどの観点から、どのように考えるか。

対応案

【基本報酬】

- 基本報酬については、利用者の状態の変化等に応じて、時間区分にとられない訪問・通所のきめ細かなサービス提供を行う観点から、利用者の自己負担額の変動を回避し、円滑なサービス提供を行いやすくするため、包括払い（要介護度別）としてはどうか。

【加算・減算】

- 加算・減算については、既存サービスの組合せであることから、現行の訪問介護と通所介護の加算・減算を基本としつつ、包括報酬であることや複合型サービスの特性を踏まえたものとしてはどうか。

28

施行時期

227回資料

報酬改定の施行時期に関する現状と課題及び論点

<現状と課題>

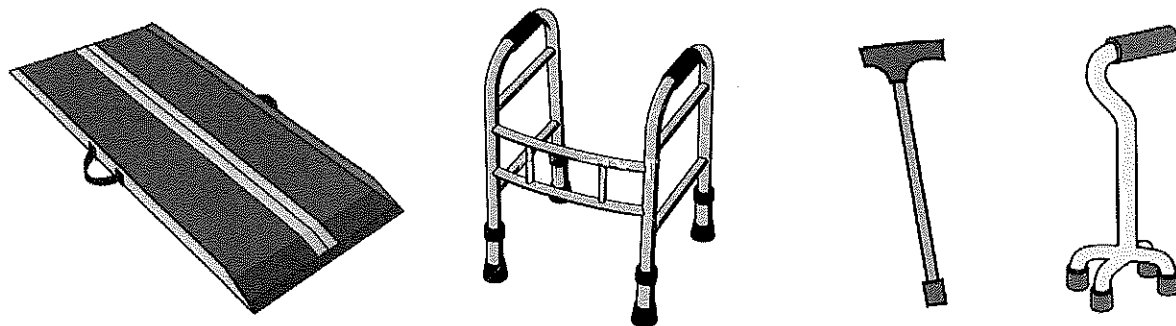
- 診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス報酬については、従来、当該年度内（3月まで）に告示等の改正を行い、翌年度（4月）に改定を施行してきた。医療分野においては、「医療DXの推進に関する工程表」（令和5年6月2日医療DX推進本部決定）に基づき、診療報酬改定DXの推進に向け、令和6年度以降における医療機関・薬局等やベンダの集中的な業務負荷を平準化するため、令和6年度診療報酬改定より施行時期を6月1日施行（薬価改定の施行は4月1日）とすることについて、中医協において了解されている。
- 診療報酬改定と介護報酬改定のいずれにおいても、事業所の職員は短期間でサービス内容や事務の変更に対応する必要があり、その負担軽減は共通する課題である。また、訪問看護や居宅療養管理指導など、診療報酬・介護報酬の両方を請求している事業所が一定数ある。
- 一方で、介護報酬改定では、診療報酬改定と比較すると、情報システム関連業務の負担感が異なり、介護事業所では一部の場合を除き改定時にベンダの職員が現地で改修ソフトの適用作業を実施することがないといった実態がある。
- 要介護認定者については原則として介護給付が優先であるが、医療ニーズが高い者に対する医療・訪問看護や、高額医薬品等については、給付調整により診療報酬上の手当がなされるよう整理されている。
- 介護サービスと医療サービスの両方を同時に受けている利用者の方も存在している。
- 都道府県及び市町村が策定する第9期介護保険事業（支援）計画については、令和6年4月を始期とする予定である。
- 次期介護報酬改定においては、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行うことを目指している。また、介護職員の処遇改善に係る加算を含め、事務の変更が見込まれている。

<論点>

- 介護報酬改定の施行時期について、介護現場の職員やベンダの負担、医療と介護の給付調整、利用者にとってのわかりやすさ、施行時期が変更された場合の事業所や介護保険事業（支援）計画への影響などを踏まえ、どのような対応が考えられるか。

第9回

介護保険制度における福祉用具貸与・ 販売種目のあり方検討会（R5.10.30）



2. 福祉用具の貸与と販売のあり方等

2-3. 一部貸与種目・種類における貸与と販売の選択制の導入

1) 選択制の対象とする種目・種類

- 貸与と販売の選択が可能な種目・種類は、要介護度に関係なく給付が可能な福祉用具のうち、
 - ・ （利用者が購入の判断を行いやすい）比較的廉価なものであり、
 - ・ これまでの利用実績のデータをもとに、希望小売価格を1ヶ月の貸与価格で除して算出した月数（以下「分岐月数」という。）より平均貸与月数が長い若しくは同等、かつ、分岐月数より長く利用している者の割合が相対的に高いもの（およそ4割程度以上）とする。
- 具体的には、「固定用スロープ」「歩行器」(※1)「単点杖」「多点杖」の4つとする。なお、これらは可動部がない用具が多く、購入後のメンテナンスの必要性が比較的低いと考えられるものである。
 - ※1 対象種目である「歩行器」は種類ごとに「歩行車」若しくは「歩行器」に区別することができ、選択制の対象として考えられるのは種類としての「歩行器」である。
- また、貸与と販売の選択を利用者の意思に委ねるのであれば、対象種目・種類を限定する必要はないのではないかという意見も考えられるが、利用者の多くが貸与を志向しているといった調査結果を踏まえると、一定以上の者が長期利用しているといった、購入することが一定程度合理的であると客観的に考えられる種目・種類について導入することが適当であると考えられる。
- 「固定用スロープ」等については、複数個の使用が必要とされる場合があるため、購入される場合には必要に応じて複数個支給を認めるよう、国から自治体に対して周知を行うこととする。また福祉用具専門相談員に対しても、必要性について十分に検討することを求めることとする。
- 特定福祉用具販売における同一年度の支給基準限度額については、選択制導入による限度額への影響や限度額を超過する利用者の傾向等について、選択制導入後に実態を把握し、その結果を踏まえ、今後検討を行うこととする。

2. 福祉用具の貸与と販売のあり方等

2-3. 一部貸与種目・種類における貸与と販売の選択制の導入

2) 選択制の対象者の判断と判断体制・プロセス

・対象者の判断

- 福祉用具貸与の利用者における「介護が必要になった原因」は様々であり、また、過去のデータから長期利用者に関する一定の傾向は確認できるものの、一律に対象者を限定することは困難であることから、選択制の対象者は限定しないこととする。

・判断体制・プロセス

- 選択制の対象となる福祉用具を利用する場合は、利用者等の意思決定に基づき、貸与又は販売を選択することができることとする。

- 貸与と販売の選択について検討を行う際は、医師やリハビリテーション専門職等の医療職を含めた多職種の見解を反映させるためにサービス担当者会議等を活用することとするほか、介護支援専門員が各専門職への「照会」により意見を聴く方法も可能とする。

- 介護支援専門員又は福祉用具専門相談員は、取得可能な医学的所見（※2）等に基づきサービス担当者会議等で得られた判断を踏まえ、利用者等に対し、貸与又は販売に関する提案を行う。

※2 医学的所見は、判断する直近のものを取得することを原則とし、やむを得ず取得できない場合は、適時適切な時期に取得した医学的所見等をもとに判断を行うものとする。また、既に判断する直近の医学的所見を取得している場合は、新たに取得を求める趣旨ではない。

・その他

- 国は、選択制の対象種目における平均的な利用月数等の情報について、関係者に対し提供することとする。

15

2. 福祉用具の貸与と販売のあり方等

2-3. 一部貸与種目・種類における貸与と販売の選択制の導入

3) 貸与又は販売後のモニタリングやメンテナンス等のあり方

・貸与後のモニタリングのあり方

- 選択制の対象となる福祉用具を貸与した場合、福祉用具専門相談員は、
 - ・ 福祉用具専門相談員のモニタリングの実施時期の実態や分岐月数を踏まえ、利用開始後少なくとも「6ヶ月以内に一度」モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討を行うこととする。
 - ・ モニタリング時に記録する福祉用具の利用状況などを踏まえ、利用開始から6ヶ月以降においても、必要に応じて、貸与継続の必要性について検討を行うこととする。

・販売後の確認やメンテナンスのあり方

- 選択制の対象となる福祉用具を販売した場合、福祉用具専門相談員は、
 - ・ 福祉用具サービス計画における目標の達成状況を確認する。
 - ・ 保証期間を超えた場合であっても、利用者等からの要請に応じて、販売した福祉用具の使用状況を確認し、必要な場合は、使用方法の指導、修理等（メンテナンス）を行うよう努める。
 - ・ 利用者に対し、商品不具合時の連絡先を情報提供する。

16



社会 保 障

財務省

2023年11月1日

財務省さまからの
ご指摘

変革期間における介護報酬改定（総括）

介護報酬改定一総論

- 担い手確保等の課題に対応しつつ、給付の適正化や保険制度の持続性確保のための改革を実施する。
- 職場環境の改善・生産性の向上に向けた総合的な対策を講じ、高齢化等に伴う事業者の収益増等が処遇改善につながる構造を構築する。あわせて、中長期的に増大する介護需要に応えられる体制を構築する。
- 全体としてメリハリをつけた改定とすることにより、現役世代の保険料負担増等を最大限抑制する。

担い手の確保

高齢化等に伴う事業者の収益増等（全体として年+3%程度）が処遇改善（現場の従事者の賃上げ等）につながる構造の構築

- ◆ 職場環境の改善に向けた関係者の意識改革
 - ・好事例の横展開（内閣総理大臣表彰等）
- ◆ ICTの活用・人員配置の柔軟化の促進
- ◆ 経営の協働化・大規模化の促進
 - ・社会福祉連携推進法人の積極活用等
- ◆ 公的人材紹介の強化・人材紹介会社の規制強化
- ◆ 処遇改善加算の活用
 - ・賃上げの呼び水として実績に応じた加算を活用
- ◆ 経営情報の見える化の強化
 - ・処遇改善加算取得に当たって職種別給与等の提出の要件化等

給付の適正化

- ◆ 事業拡大等に伴う効率化の単価への反映
 - ・収支差が良好な分野の単価適正化など
- ◆ サービス付高齢者向け住宅等におけるケアマネジメントの適正化
 - ・画一的なケアプラン・利用者の困り込みの是正
 - ・訪問介護の同一建物減算の強化
- ◆ 急増する訪問看護への対応
 - ・提供実態等を踏まえた医療保険給付の適正化
- ◆ 真に有効な加算への重点化・整理統合

保険制度の持続性を確保するための改革

- ◆ 1号保険料の在り方の見直し
 - ・負担能力に応じた負担の徹底
- ◆ 利用者負担（2割負担）の範囲の見直し
- ◆ 多床室の室料負担（老健施設・介護医療院）の見直し
 - ・特養の多床室等とのバランス

- 介護現場の生産性向上や業務の効率化を図るためには、ICT機器・介護ロボットの利活用が重要。また、介護事業所間の連携を効率化するため、ケアプラン情報をオンラインでやり取りするシステムの運用が令和5年4月より開始されたが、幅広く普及はしていない状況。
- 現在、テクノロジーを活用した介護施設において人員配置基準の緩和が認められているが、対象施設は一部にとどまっている。

◆主なICT機器・介護ロボットの例



◆テクノロジー活用による配置基準の緩和 (令和3年度報酬改定)

・特別養護老人ホームについて、安全体制を確保の上、全床に見守り機器を導入し、インカム等のICT機器を使用する場合に夜間の人員配置基準を緩和

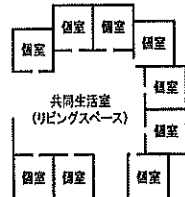
利用者数	配置人員数
26~60人	2人以上 → 1.6人以上
61~80人	3人以上 → 2.4人以上
81~100人	4人以上 → 3.2人以上

※ユニット型を除く個室や多床室

◆ユニット型特養の配置基準

「3:1」の人員配置基準に加え、以下が必要。

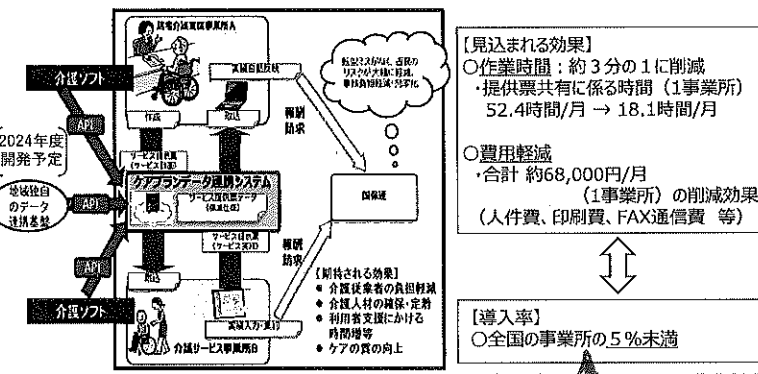
- ・1ユニットの定員は原則として概ね10人以下とし、15人を超えないもの
- ・昼間は1ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ・夜間は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置 等



◆通所介護の配置基準

- ・利用者数が15人まで：1人以上の介護職員を配置
- ・利用者数が15人超：「(利用者数-15) ÷ 5 + 1」
(例) 利用者30人の場合 (30-15) ÷ 5 + 1 = 4名以上の配置必要 等

◆ケアプランデータ連携システム (出所) 厚労省資料等



【見込まれる効果】
 ○作業時間：約3分の1に削減
 ・提供票共有に係る時間 (1事業所) 52.4時間/月 → 18.1時間/月
 ○費用軽減
 ・合計 約68,000円/月 (1事業所) の削減効果 (人件費、印刷費、FAX通信費等)
 【期待される効果】
 ・介護従事者の負担軽減
 ・介護人材の確保・定着
 ・利用者支援に力ける時間増等
 ・ケアの質の向上
 【導入率】
 ○全国の事業所の5%未満

【改革の方向性】(案)

- 介護職員の業務負担の軽減、介護サービスの質の向上につなげる観点から、介護事業者の業務や事務手続のデジタル化を推進すべき。
- また、人員配置の効率化のため、先進的な取組をしている介護事業者の人員配置基準を更に柔軟化すべき。施設系サービスのいわゆる「3:1」基準の緩和の議論だけでなく、ユニット型特養の配置基準や、通所介護など施設系以外のサービスについても、見直しを検討すべき。88

「ケアプランデータ連携」「都道府県」をネットに据えると各地域の加入者状況がわかる。江戸川区の居室では現在5業種のみとなっている。

経営の協働化・大規模化の促進

- 限られた介護人材のリソースを有効に活用し、生産性を上げていくため、経営の協働化・大規模化は重要な取組。
- 協働化・大規模化により、人材育成を通じた離職率の低下、一括仕入れによるコスト削減、利用者のニーズへの対応強化といった成果が得られている好事例も出ている。また、社会福祉連携推進法人制度の活用の他にも、協働化による業務改善の取組例も生まれている。
- 給与面でも、特養では規模が大きくなるほど職員1人当たりの給与が大きくなる傾向にある。
- 今般の経済対策において中期的な担い手確保の観点も含め、職場環境の改善等につながる介護事業者の協働化・大規模化を支援。

◆協働化・大規模化により得られた成果の例

協働化

妻有地域包括ケア研究会 (12法人・164事業所)

- ・人材育成の協働化により、ケアの質向上、職員のやりがい、働きがいにつながり、離職率が2桁から1桁に落ち着いた。
- ・備品の共同購入によりボリュームディスカウントを受けることができた。

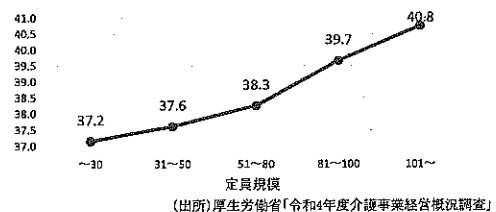
大規模化

社会福祉法人 北筑前福祉会 (24事業所)

- ・緊急時などに法人内での職員や物資、車両などの融通が利きやすくなった。
- ・事業拡大により、利用者の様々なニーズや困りごとに責任をもって対応できるようになった。
- ・法人全体で食材を一括仕入れをすることで、年間1,000万円程度違いが出た。

(出所) 令和3年度老人保健健康増進等事業「介護経営の大規模化・協働化に関する調査研究事業事例集」をもとに作成

◆特養における常勤職員1人当たり給与費



◆衆・本会議における総理答弁 (抜粋) (令和5年10月25日)

今般の経済対策における対応は(略) 具体的な内容が固まっているわけではありません。引き続き、ICT機器の活用による生産性向上の取組や、経営の協働化等を通じた職場環境改善に加え、令和6年度の介護報酬改定に向けても、必要な処遇改善の水準の検討とあわせ、高齢化等による事業者の収益の増加等が処遇改善に構造的につながる仕組みを構築してまいります。

◆協働化による業務改善の例 (出所) 朝日新聞(令和6年10月5日(木)、承諾番号23-2969)

通所介護の共同送迎サービス「ゴイッショ」

- ・朝夕の送迎業務について、複数の施設の利用者を共同で送り迎えすることで、効率化や職員の負担軽減を図る試み。
- ・利用者は日によって変わるため、最適な送迎ルートを設定できる運行管理システムを活用。
- ・昼間の時間帯に使われていない車を使って、高齢者に買い物等を楽しんでもらう移動支援事業も実施。
- ・これまでに香川県三豊市、滋賀県野洲市で実証実験。

(共同送迎サービスの効果)

- ・参加職員の93%が業務負担軽減を実感
- ・平均75分/日の送迎業務を削減
- ・施設送迎を共同化することで車両台数を20%削減 等

(出所) ダイハツ工業株式会社ウェブサイト

【改革の方向性】(案)

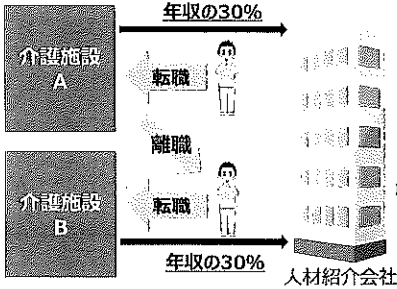
- 介護現場の職場環境改善や業務の効率化を図るため、引き続き、経営の協働化・大規模化を推進すべき。

人材紹介会社の規制強化

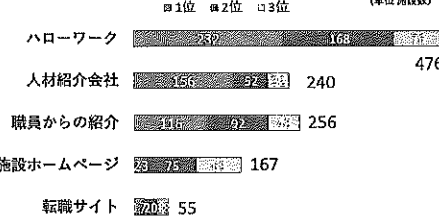
担い手の確保

- 介護事業者が民間の人材紹介会社を活用して人材を採用する場合、一部の事業者は高額の手数料を支払っている状況。また、人材紹介会社経由の場合、離職率が高いとする調査もあり、必ずしも安定的な職員の確保に繋がっているとは言い難い。
- 介護職員の給与は公費（税金）と保険料を財源としており、本来は職員の処遇改善に充てられるべきもの。介護事業者向けの人材紹介会社については、今後、本人への「就職お祝い金」に関する集中的指導監督の実施等が行われる予定だが、更なる取組の強化が求められる。
- 介護分野は医療・保育と比べ、厚労省が認定する適正紹介事業者を通じた人材紹介の市場シェア率が低く、更なる対応が必要。

◆人材紹介会社を介した転職の例



◆正規職員（中途）の採用に結びつく効果の大きかった媒体・経路



◆介護従事者の離職率

	人材紹介会社経由		人材紹介会社以外	
	3か月以内	6か月以内	3か月以内	6か月以内
介護職員	28.2%	38.5%	17.9%	25.6%
看護職員	21.3%	32.5%	12.4%	22.3%

※全産業の離職率：15.0%

（出所）「2022年度 特別養護老人ホームの人材確保および処遇改善に関する調査結果」 独立行政法人福祉医療機構（2023年）
（出所）「医療・介護分野における職業紹介事業に関するアンケート調査」 厚生労働省（2019年）、「令和4年雇用意向調査結果」（2023年）

◆厚労省における今後の対応（医療・介護・保育分野における職業紹介）

- 悪質な職業紹介事業者の排除
 - 「医療・介護・保育」求人者向け特別相談窓口の一層の周知
 - 転職勧奨・お祝い金規制に係る集中的指導監督の実施 等
- 有料職業紹介事業の更なる透明化
 - 3分野の紹介手数料の平均値・分布、離職率について、地域毎、職種毎に公表
 - 離職状況の公表状況が不十分な事業主に対して追跡調査を徹底 等
- 優良な紹介事業者の選択円滑化
 - 3分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度の認定基準の見直し
- ハローワークの機能強化
 - ハローワーク毎の職種別就職実績を毎年度公表 等

（出所）「介護保険部会資料」（令和5年7月10日）から要約

◆適正認定事業者の市場シェア（医療・介護・保育分野）

分野	常用就職件数			
	医療	介護	保育	保育
適正認定事業者①	約15,200件	約43,200件	約22,500件	約14,500件
有料職業紹介事業者②	約18,200件	約57,300件	約56,900件	約23,100件
シェア率①/②	83.4%	75.4%	39.6%	62.9%

（出所）「令和3年度職業紹介事業報告書の集計結果」より厚生労働省作成
（注）常用就職件数：4ヶ月以上の期間を定めて雇用される者または期間の定めなく雇用される者の就職件数の計

【改革の方向性】（案）

- 人材紹介会社に対する指導監督の強化により一層取り組むべき。また、ハローワークや都道府県等を介した公的の人材紹介を充実させるべき。

処遇改善加算の活用

担い手の確保

- 2022年10月の臨時報酬改定で創設された「介護職員等ベースアップ等支援加算」は約9割の事業所で取得されている。
- 同加算を取得した事業所においては、介護職員（月給・常勤の者）の平均給与額は1年間で5.8%増（月額+17,490円）と、同加算（3%増（月額平均+9,000円相当））を大きく上回る賃上げが実施されている。
- また、同加算の直接の対象でないその他の職員についても賃上げ（+3.6%~5.1%）が実施されている。
- 今後も継続的に介護従事者の賃上げ状況を調査・分析していく必要がある。

2022年度介護従事者処遇状況等調査結果

※ 厚生労働省 介護給付費分科会資料（令和5年9月8日）をベースに財務省で作成

【介護職員等ベースアップ等支援加算取得事業所】

- 介護従事者等の平均給与額（月給・常勤の者、職種別）

（単位：円）

	令和3年12月	令和4年12月	差 (令和4年-令和3年)	
介護職員	300,740	318,230	17,490	(+5.8%)
看護職員	354,790	372,970	18,180	(+5.1%)
生活相談員・支援相談員	326,640	342,810	16,170	(+5.0%)
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は機能訓練指導員	342,740	355,060	12,320	(+3.6%)
介護支援専門員	347,950	362,700	14,750	(+4.2%)
事務職員	295,720	308,430	12,710	(+4.3%)
調理員	249,740	262,540	12,800	(+5.1%)
管理栄養士・栄養士	301,460	316,820	15,360	(+5.1%)

注1) 令和3年12月31日と令和4年12月31日ともに在籍している者の平均給与額を比較している。

注2) 平均給与額は基本給(月額)+手当+一時金(1~12月支給金額の1/12)

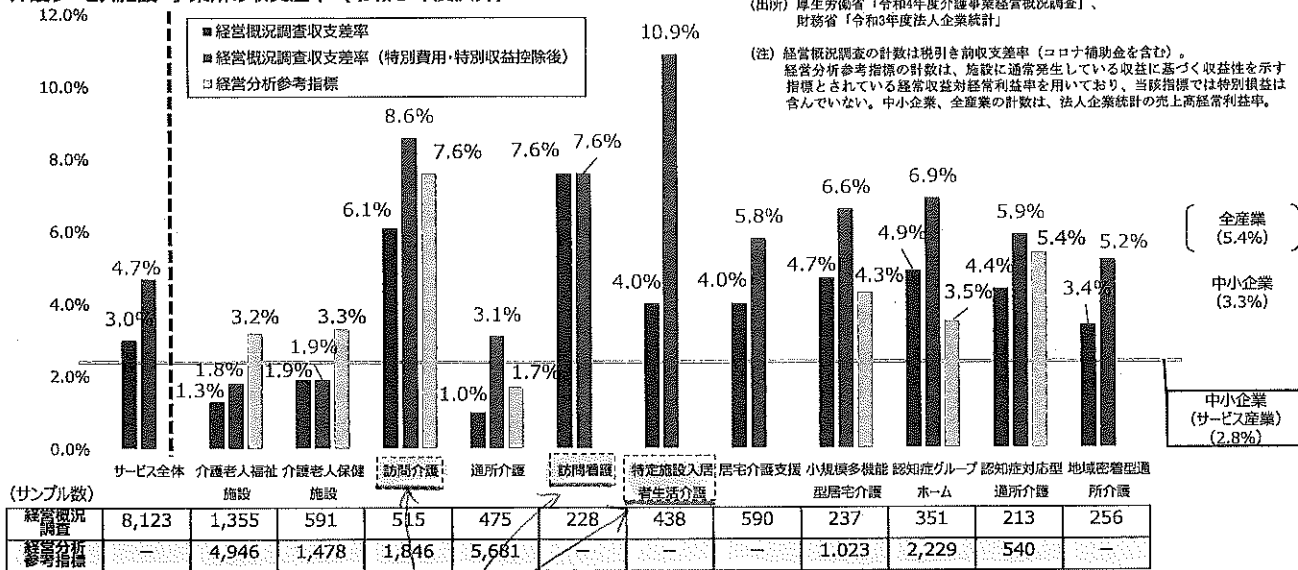
注3) 平均給与額は10円未満を四捨五入している。

【改革の方向性】（案）

- 賃上げの呼び水として処遇改善加算を活用し、経営改善や生産性向上の取組を通じた成果とあわせ、従業員への賃金に適切に還元すべき。
- 賃上げ状況の継続的な調査・分析を行えるよう、処遇改善加算取得に当たって、職種別の給与等の報告を要件とすることを検討すべき。

- 昨年度の経営概況調査による令和3年度の収支差率は3.0%と中小企業全体(3.3%)をやや下回る水準。
- しかし、本調査の収支差は、特別費用である「事業所から本部への繰入」は反映(控除)されている一方で、特別収益が反映(合計)されていない。このため、特別費用を除いた収支差率で見ると、4.7%と中小企業全体の水準を上回る。
- 同様の特別費用・特別収益を除いた上での分析は、サンプル数がより豊富な福祉医療機構が公表する「経営分析参考指標」でも用いられており、こうした事業者のグループ内の資金移動を除いたデータを基にサービス類型ごとの収支差率で見ると、中小企業全体の水準を上回るサービスが多い。

◆介護サービス施設・事業所の収支差率(令和3年度決算)



【改革の方向性】(案)

- 令和6年度報酬改定においては、介護保険給付費の伸びや保険料負担の増を極力抑える観点から、令和5年度経営実態調査の結果も踏まえつつ、収支差率の良好なサービスについては報酬水準の適正化・効率化を徹底して図るべき。

93

サービス付き高齢者向け住宅におけるケアマネジメント等の適正化

- サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)等においては、同一の建物に居住する高齢者に対して特定の事業者が集中的にサービスを提供している場合に、画一的なケアプランや過剰なサービス等、いわゆる「囲い込み」の問題が指摘されてきた。
- 前回の報酬改定時に、問題事例についてはケアプランを届け出る仕組みを導入したが、そもそも自治体による点検が十分に行われておらず、サービスの見直しにつながっていない状況。その背景の一つとして、サ高住の運営者との関係で見直しが進まないとの課題が指摘されている。

◆訪問介護の同一建物減算(2012年度改定で導入)

要件	減算
・ 介護事業所と同一建物の利用者、 ・ 同一建物の利用者20人以上(2015年度改定で追加)	▲10%
・ 介護事業所と同一建物の利用者50人以上(2018年度改定で追加)	▲15%

◆ケアプラン作成に当たり問題となり得ること(n=336、現場のケアマネジャーへのアンケート)

事業者の都合により、同一住宅・ホーム内の利用者のケアプランが画一的なものになっている	全回答の40.2%
事業者の都合により、区分支給限度基準額一杯まで同一法人による介護保険サービスを設定したケアプランが多い	全回答の37.2%
事業者の都合を意図することで、利用者にとって必要な介護保険サービスがケアプランに位置づけづらくすることが多い場合がある	全回答の31.8%

(出所) 厚生労働省「サービス付き高齢者向け住宅等における適正なケアプラン作成に向けた調査研究 報告書(2022年3月)」

◆ケアマネジメントの特定事業所集中減算(2006年度改定で導入、2015年度改定で強化(90%⇒80%))

要件	減算
正当な理由のない特定の事業所へのサービス(訪問介護等)の偏りの割合が80%超	▲200単位

◆自治体におけるケアプラン点検(高齢者向け住まい対策等)の実施状況

○市町村

問、高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検は実施(着手)していますか。

はい	24.0%
いいえ	75.2%
無回答	0.8%

○都道府県

問、市町村によるケアプラン点検の結果を受けて、高齢者向け住まいに対し指導を行った実績はありますか。

特に実績はない	96.3%
実績がある	1.9%
無回答	1.9%

(出所) 厚生労働省「高齢者向け住まい等における適切なケアプラン作成に向けた調査研究 報告書(2023年3月)」

◆2021年度介護報酬改定における議論を踏まえたケアプランの届出に関する基準(2021年10月に導入)

居宅介護支援事業所ごとに見て、
①区分支給限度基準額の利用割合が7割以上、かつ、
②その利用サービスの6割以上が訪問介護サービスの場合であって、市町村からの求めがあった場合には、ケアマネジャーがケアプランの妥当性を検討し、訪問介護が必要な理由等を記載するとともに、市町村に届け出なければならない。

◆ケアプラン検証の問題点や懸念(市町村等へのアンケート)

- ・ 届出に対して減算やサービスの見直しの義務等はなく助言のみで、ケアプラン検証を行うことに効果は感じられない。そのような事例を作成しているケアマネジャーに助言をしても、法人の方針に従って業務を行っているに過ぎず、根本的な見直しをしない限りはこのような事例の改善にはつながらない。
- ・ ビジネスモデルとして既に成立してしまっているものを、保険者等が行うケアプラン点検のみで是正するのは困難と思う。高齢者住宅と併設事業者による不適切なプラン状態を懸念するのであれば、一定要件のもと報酬減算がかかる等の改正を行わないと規制不可能だと思う。

(出所) 厚生労働省「地域ケア会議等におけるケアプラン検証の在り方に關する調査研究事業 報告書(2023年3月)」

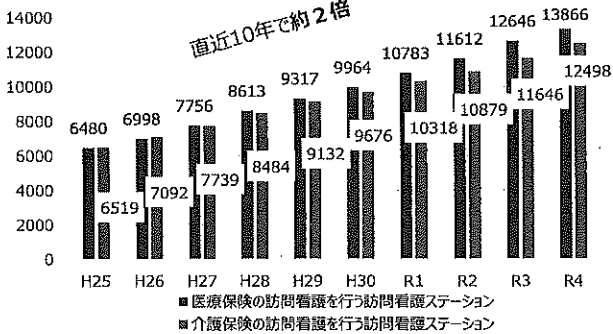
【改革の方向性】(案)

- ケアプランを届け出る仕組みによる効果が限定的であったことを踏まえ、より実効的になるよう見直すとともに、報酬の適正化による対応を図るべき。具体的には、訪問介護等について、利用者が同一建物に集中している場合、一層の減算を行うべき。また、ケアマネジメントサービスの偏りに対する減算も強化すべき。

95

- 近年、慢性期・終末期の利用者に特化した施設（有料老人ホームやサ高住等）について、併設の訪問看護事業所からのサービス提供の在り方が課題となっている。
- 特に、医療保険からの訪問看護の提供は、介護保険のように区分支給限度基準額の概念がなく、ケアプランの作成も努力義務にとどまるため、歯止めが効いていない。実際、利用者の1月当たりの請求額を見ると、全体の1%強が60万円以上、最大値が1.16万円と高額。

◆ 訪問看護の実施事業所数の推移



◆ 法人種別の訪問看護ステーション数の推移

	H25年度	R4年度	
営利法人	2,301	7,476	(約3.2倍)
医療法人	3,304	3,505	(約1.1倍)

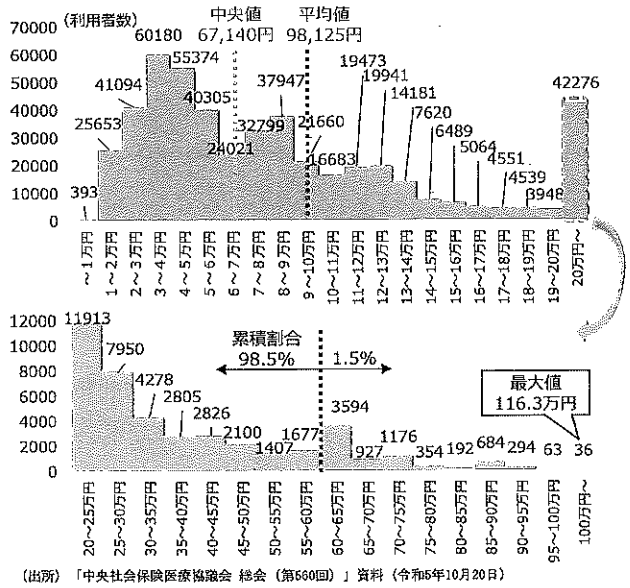
(出所) 厚生労働省「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会(第3回)資料」

◆ 介護業界の民間企業の経常利益率

業種別業態	経常利益率
A社	26.3%
B社	9.9%
C社	6.3%
D社	5.6%
E社	3.9%

(出所) 各社IR資料より計算

◆ 訪問看護利用者の1月当たりの請求額の分布(医療保険)



【改革の方向性】(案)

- 看取りの受け皿となっている現状はあるものの、極端に訪問看護のサービス提供量が高い事業者については、医療保険上の訪問看護の提供実態等を踏まえた上で、適正化を図るべき。

- 介護報酬については、これまでも、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止の取組の推進」、「介護人材の確保・介護現場の革新」、「制度の安定性・持続可能性の確保」といった観点から、事業者を適切に評価するために報酬改定の中で加算が設けられてきた。
- このような中で、制度創設当初から加算の種類が大きく増加し、体系が複雑化。
- 前回の報酬改定でも加算項目の整理が行われたが、依然として算定率がゼロまたは低い加算項目が多数存在。

◆ 加算の種類の変化

	平成12年(当初)	令和5年(現行)
訪問介護	3種類	2.2種類
通所介護	5種類	3.1種類
認知症GH	1種類	3.1種類
介護老人福祉施設	8種類	6.5種類
介護老人保健施設	8種類	7.1種類

◆ サービスコード数の変化

※ サービスコードとは、介護サービス毎の基本報酬・加算をコード化したもので、介護給付費の請求に使用するもの。

	平成12年(当初)	令和5年(現行)
居宅	1,173	8,921
居宅介護支援	6	97
施設	5,81	7,849
地域密着	—	2,007
予防給付	—	3,010
合計	1,760	21,884

(出所) 介護給付費分科会資料(令和5年9月15日)

◆ 加算の算定状況

- 令和3年度から令和4年度の平均算定率が80%を超える加算は12種類(延べ54種類)
- 令和4年度に算定がない加算は、20種類(延べ194種類)
- 令和4年度の平均算定率が1%未満の加算は、41種類(延べ175種類)(※1月あたりの算定事業所数が平均9事業所以下であるものに限り)

○ 加算の効果に係るエビデンスの整理・公表・検証

- 各種加算がサービスの質を反映したものになっているか。
- 各種加算が狙いとするインセンティブとして機能しているか。
- 利用者自身が、利用者負担等との関係で、自分にとって必要なサービスか否かを判断できる程度に簡素な制度となっているか。

○ 介護報酬体系の見直し

- より効果的な加算の在り方の再検討
- 政策目的達成又は一般化した加算の整理・統合 等

【改革の方向性】(案)

- 介護事業者の事務負担の軽減や、利用者にとっての分かりやすさの観点から、整理統合を図りつつ、質の高い介護サービスの推進に向けて、自立度や要介護度の維持・改善など、アウトカム指標を重視した真に有効な加算へ重点化すべき。

給付と負担

(1) 高齢者の負担能力に応じた負担の見直し

○1号保険料負担の在り方

・国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討を行い、具体的な段階数、乗率、公費と保険料多段階化の役割分担等について、次期計画に向けた保険者の準備期間等を確保するため、早急に結論を得る

○「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準

・利用者負担が2割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しについて、後期高齢者医療制度との関係や介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期計画に向けて結論を得る

○補足給付に関する給付の在り方

・給付の実態やマイナンバー制度を取り巻く状況なども踏まえつつ、引き続き検討

(※) 次期計画に向けて結論を得るとされた事項については、遅くとも来年夏（＝本年夏）までに結論を得るべく引き続き議論

(2) 制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し

○多床室の室料負担

・老健施設及び介護医療院について、在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、次期計画に向けて結論を得る

○ケアマネジメントに関する給付の在り方

・利用者やケアマネジメントに与える影響、他サービスとの均衡等を踏まえ包括的に検討し、第10期計画期間の開始までに結論を得る

○軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

(R9年4月おこ)

・現在の総合事業に関する評価・分析等を踏まえ包括的に検討し、第10期計画期間の開始までに結論を得る

(3) 被保険者範囲・受給者範囲

・第2号被保険者の対象年齢を引き下げることについて、介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討

参考まで

令和4年に財務省が指摘したこと！

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
タスクシフティング(働き方改革、業務移管)		
文書量削減	組織マネジメント改革(経営の大規模化、協力化)	

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、財務状況の報告・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。



介護保険制度の見直しに関する意見（概要）①
（令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）

- 全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築に向けて、質の高い医療・介護を効率的に提供するための基盤整備が必要。
- 次期計画期間中に2025年を迎えるが、今後、85歳以上人口の割合が上昇し、サービス需要や給付費は増加する一方、生産年齢人口は急減。地域ニーズに対応したサービス等基盤の整備や、人材確保、保険制度の持続可能性の確保に向けた早急な対応が必要。
- 社会環境の変化の中でも、高齢者の自己決定に基づき、必要なサービスを受けられ、希望する所で安心して生活できる社会を実現する必要。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

<p>1. 生活を支える介護サービス等の基盤の整備</p> <p>○地域の実情に応じた介護サービスの基盤整備 ・長期的な介護ニーズの見直しや必要な介護職員数を踏まえ計画を策定。その際、既存施設・事業所の今後のあり方も含め検討</p> <p>○在宅サービスの基盤整備 ・複数の在宅サービス（訪問や通所など）を組み合わせ提供する複合型サービスの類型の新設を検討 ・看護小規模多機能型居宅介護のサービスの明確化など、看護小規模多機能型居宅介護等の更なる普及方策について検討</p> <p>○ケアマネジメントの質の向上 ・質の向上・人材確保の観点から第9期を通じて包括的な方策を検討 ・適切なケアマネジメント手法の更なる普及・定着 ・ケアプラン情報の利活用を通じた質の向上 ・質の高い主任ケアマネジャーを養成する環境の整備、業務効率化等の取組も含めた働く環境の改善</p> <p>○医療・介護連携等 ・医療計画と介護保険事業（支援）計画との整合性の確保 ・地域リハビリテーション支援体制の構築の推進 ・かかりつけ医機能の検討状況を踏まえ、必要な対応</p> <p>○施設サービス等の基盤整備 ・特養における特例入所の運用実態を把握の上、改めて、その趣旨の明確化を図るなど、地域の実情を踏まえ適切に運用</p> <p>○住まいと生活の一体的支援 ・モデル事業の結果等を踏まえ、住宅分野や福祉分野等の施策との連携や役割分担のあり方も含め引き続き検討</p> <p>○介護情報利活用の推進 ・自治体・利用者・介護事業者・医療機関等が、介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤を整備するため、介護情報等の収集・提供等に係る事業を地域支援事業に位置づける方向で、自治体等の関係者の意見も十分に踏まえながら検討</p> <p>○科学的介護の推進 ・LIFEのフィードバックの改善や収集項目の精査を検討</p>	<p>2. 様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現</p> <p>○総合事業の多様なサービスの在り方 ・実施状況・効果等について検証を実施 ・第9期を通じて充実のための包括的な方策を検討。その際、地域の受け皿整備のため、生活支援体制整備事業を一層促進。また、多様なサービスをケアプラン作成時に適切に選択できる仕組みの検討</p> <p>○通いの場、一般介護予防事業 ・多様な機能を有する場として発展させるため、各地域の状況や課題毎に活用・参照しやすいよう情報提供。専門職の関与を推進</p> <p>○認知症施策の推進 ・認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進</p> <p>○地域包括支援センターの体制整備等 ・家族介護者支援等の充実に向け、センターの総合相談支援機能の活用、センター以外の各種取組との連携 ・センターの業務負担軽減のため、 - 介護予防支援の指定対象を居宅介護支援事業所に拡大 - 総合相談支援業務におけるプランチ等の活用推進。市町村からの業務の部分委託を可能とする等の見直し - 3職種配置は原則としつつ、職員配置の柔軟化</p> <p>3. 保険者機能の強化</p> <p>○保険者機能強化推進交付金等 ・評価指標の見直し・縮減とアウトカムに関する指標の充実</p> <p>○給付適正化・地域差分析 ・給付適正化主要5事業の取組の重点化・内容の充実・見える化</p> <p>○要介護認定 ・より多くの保険者が審査の簡素化に取り組むよう、簡素化事例の収集・周知。今後、ICTやAIの活用に向けて検討 ・コロナの感染状況を踏まえ、ICTを活用して認定審査会を実施できるとする取扱いについて、コロナの感染状況を問わず継続</p>
--	---

厚労省 改正に向けての意見

介護保険制度の見直しに関する意見（概要）②
（令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）

II 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保

<p>1. 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進</p> <p>(1) 総合的な介護人材確保対策 ・処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、介護職の魅力向上、外国人材の受入れ環境整備など総合的に実施 ・介護福祉士のキャリアアップや処遇につながる仕組みの検討 ・外国人介護人材の介護福祉士資格取得支援等の推進</p> <p>(2) 生産性の向上により、負担が軽減され働きやすい介護現場の実現 ○地域における生産性向上の推進体制の整備 ・生産性向上等につながる取組を行う介護事業者へ認証を付与する取組により、優良事例を横展開 ・都道府県主導のもと、様々な支援・施策を一括して取り扱い、適切な支援につながるワンストップ窓口の設置など総合的な事業者支援 ・地方公共団体の役割を法令上明確化</p> <p>○施設や在宅におけるテクノロジー（介護ロボット・ICT等）の活用 ・相談窓口を通じた体験展示、研修会、個別相談対応等の推進 ・施設における介護ロボットのパッケージ導入モデル等の活用推進 ・在宅におけるテクノロジー活用に当たっての課題等に係る調査研究</p> <p>○介護現場のタスクシェア・タスクシフティング ・いわゆる介護助手について、業務の切り分け、制度上の位置付け等の検討。人材の確保については、特定の年齢層に限らず柔軟に対応</p> <p>○経営の大規模化・協働化等 ・社会福祉連携推進法人の活用促進も含め、好事例の更なる展開 ・「デジタル原則に照らした規制の一括見直しプラン」も踏まえ、各サービスにおける管理者等の常駐等について、必要な検討</p> <p>○文書負担の軽減 ・標準様式や「電子申請・届出システム」の基本原則化について所要の法令上の措置を遅滞なく実施</p> <p>○財務状況等の見える化 ・介護サービス事業者の経営情報を詳細に把握・分析できるよう、事業者が都道府県知事に届け出る経営情報について、厚生労働大臣がデータベースを整備し公表 ・介護サービス情報公表制度について、事業者の財務状況を公表。併せて、一人当たりの賃金等についても公表の対象への追加を検討</p>	<p>2. 給付と負担</p> <p>(1) 高齢者の負担能力に応じた負担の見直し ○1号保険料負担の在り方 ・国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討を行い、具体的な段階数、乗率、公費と保険料多段階化の役割分担等について、次期計画に向けた保険者の準備期間等を確保するため、早急に結論を得る</p> <p>○「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準 ・利用負担が2割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しについて、後期高齢者医療制度との関係や介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期計画に向けて結論を得る</p> <p>○補足給付に関する給付の在り方 ・給付の実態やマイナンバー制度を取り巻く状況なども踏まえつつ引き続き検討</p> <p>(※) 次期計画に向けて結論を得るとされた事項については、遅くとも来年度までに結論を得るべく引き続き議論</p> <p>(2) 制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し ○多床室の室料負担 ・老健施設及び介護医療院について、在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、次期計画に向けて結論を得る</p> <p>○ケアマネジメントに関する給付の在り方 ・利用者やケアマネジメントに与える影響、他サービスとの均衡等を踏まえ包括的に検討し、第10期計画期間の開始までに結論を得る</p> <p>○軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方 ・現在の総合事業に関する評価・分析等を踏まえ包括的に検討し、第10期計画期間の開始までに結論を得る</p> <p>(3) 被保険者範囲・受給者範囲 ・第2号被保険者の対象年齢を引き下げることについて、介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討</p>
---	--

令和5年度介護事業経営実態調査結果の概要 (案)

○ 調査の目的

各サービス施設・事業所の経営状況を把握し、次期介護保険制度の改正及び介護報酬の
改定に必要な基礎資料を得る。

3年に1回改正の時に出る。(いつも概況調査)

各介護サービスにおける収支差率

※括弧なしは、税引前収支差率(コロナ関連補助金及び物価高騰対策関連補助金を含まない)
< >内は、税引前収支差率(コロナ関連補助金及び物価高騰対策関連補助金を含む)
()内は、税引後収支差率(コロナ関連補助金及び物価高騰対策関連補助金を含む)
※物価高騰対策関連補助金は令和3年度決算には含まれない

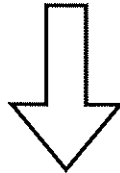
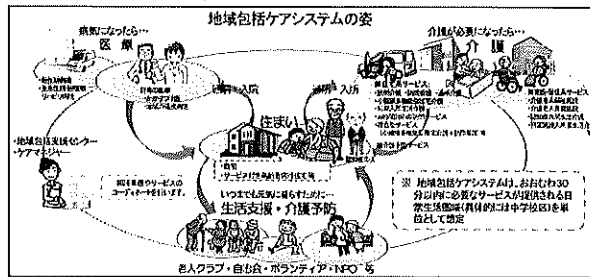
サービスの種類	令和5年度実態調査			サービスの種類	令和5年度実態調査		
	令和4年度概況調査 令和3年度決算	令和4年度決算	対3年度増減		令和4年度概況調査 令和3年度決算	令和4年度決算	対3年度増減
施設サービス				福祉用具貸与	3.4% <3.4%> (2.6%)	6.4% <6.4%> (4.8%)	+3.0% <+3.0%> (+2.2%)
介護老人福祉施設	1.2% <1.3%> (1.3%)	▲1.0% <0.1%> (0.1%)	▲2.2% <▲1.2%> (▲1.2%)	居宅介護支援	3.7% <4.0%> (3.1%)	4.9% <5.1%> (4.6%)	+1.2% <+1.1%> (+1.5%)
介護老人保健施設	1.5% <1.9%> (1.3%)	▲1.1% <0.0%> (▲0.6%)	▲2.6% <▲1.9%> (▲1.9%)	地域密着型サービス			
介護医療院	5.2% <5.8%> (6.3%)	0.4% <1.7%> (1.2%)	▲4.8% <▲4.1%> (▲4.1%)	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	8.1% <8.2%> (7.8%)	11.0% <11.2%> (10.7%)	+2.9% <+3.0%> (+2.9%)
居宅サービス				夜間対応型訪問介護※	3.8% <3.8%> (3.3%)	9.9% <10.0%> (9.1%)	+6.1% <+6.2%> (+5.8%)
訪問介護	5.8% <6.1%> (5.5%)	7.8% <8.1%> (7.7%)	+2.0% <+2.0%> (+2.2%)	地域密着型通所介護	3.1% <3.4%> (3.1%)	3.6% <3.9%> (3.7%)	+0.5% <+0.5%> (+0.6%)
訪問入浴介護	3.6% <3.7%> (2.5%)	3.0% <3.1%> (2.2%)	▲0.6% <▲0.6%> (▲0.3%)	認知症対応型通所介護	4.3% <4.4%> (4.3%)	4.3% <4.7%> (4.5%)	0.0% <+0.3%> (+0.2%)
訪問看護	7.2% <7.6%> (7.1%)	5.9% <6.2%> (5.8%)	▲1.3% <▲1.4%> (▲1.3%)	小規模多機能型居宅介護	4.6% <4.7%> (4.5%)	3.5% <3.9%> (3.6%)	▲1.1% <▲0.8%> (▲0.9%)
訪問リハビリテーション	▲0.4% <0.6%> (0.2%)	9.1% <10.3%> (9.9%)	+9.5% <+9.7%> (+9.7%)	認知症対応型共同生活介護	4.8% <4.9%> (4.6%)	3.5% <3.9%> (3.6%)	▲1.3% <▲1.0%> (▲1.0%)
通所介護	0.7% <1.0%> (0.7%)	1.5% <1.8%> (1.4%)	+0.8% <+0.8%> (+0.7%)	地域密着型特定施設入居者 生活介護	2.8% <3.0%> (2.6%)	1.9% <2.4%> (1.8%)	▲0.9% <▲0.6%> (▲0.8%)
通所リハビリテーション	▲0.3% <0.5%> (0.2%)	1.8% <2.8%> (2.5%)	+2.1% <+2.3%> (+2.3%)	地域密着型介護老人福祉施設	1.1% <1.2%> (1.2%)	▲1.1% <▲0.4%> (▲0.4%)	▲2.2% <▲1.6%> (▲1.6%)
短期入所生活介護	3.2% <3.3%> (3.3%)	2.6% <3.3%> (3.2%)	▲0.6% <0.0%> (▲0.1%)	看護小規模多機能型居宅介護	4.4% <4.6%> (4.2%)	4.5% <4.7%> (4.2%)	+0.1% <+0.1%> (0.0%)
特定施設入居者生活介護	3.9% <4.0%> (3.1%)	2.9% <3.0%> (2.2%)	▲1.0% <▲1.0%> (▲0.9%)	全サービス平均	2.8% <3.0%> (2.6%)	2.4% <3.0%> (2.6%)	▲0.4% <0.0%> (0.0%)

平均2.4%
を超えている所は
引を締め注意

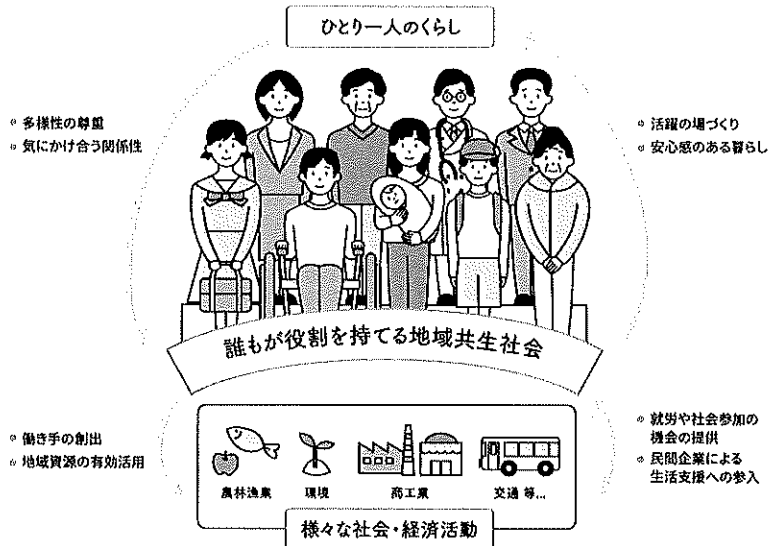
収支差率 = (介護サービスの収入額 - 介護サービスの支出額) / 介護サービスの収入額
 ・「介護サービスの収入額」…介護報酬による収入(利用者負担分含む)、保険外利用料収入、補助金収入(コロナ関連補助金及び物価高騰対策
 関連補助金を除く)の合計額。
 ※「コロナ関連補助金及び物価高騰対策関連補助金を含む」については、上記の介護サービス収入額に、コロナ関連補助金及び物価高騰対策
 関連補助金を加えたもの
 ・「介護サービスの支出額」…介護事業費用、借入金利及び本部費繰入の合計額
 ※「本部費繰入」は、各事業所に共通する人事労務経理に係る経費等に充てられるものであり、介護サービスの支出額に含めている。
 なお、社会福祉法人会計基準上本部費繰入は「特別損失」とされているが、企業会計等における「特別損失」とは意味合いが異なる。

注1: サービス名に「※」のあるサービスについては、集計施設・事業所数が少なく、集計結果に個々のデータが大きく影響していると考えられる
 ため、参考数値として公表している。
 注2: 全サービス平均の収支差率については、総費用額に対するサービス毎の費用額の構成比に基づいて算出した加重平均値である。

地域包括ケアシステム



目指すは、「地域共生社会」の実現！



地域共生社会とは、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が、世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を指しています。

ケアマネジャー実務支援サイト
ケアフリー
管理人 kurimaru