

平成30年度介護保険制度改革について

さがみはら介護支援専門員の会 講演会

平成30年3月20日(火)

厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐

佐藤 美雄

1. 介護保険を取り巻く状況

制度創設時から現在までの対象者・利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来16年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.6倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.3倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2016年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,387万人	1.6倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2016年4月末	
認定者数	218万人	⇒	622万人	2.9倍

③サービス利用者の増加

	2000年4月		2016年4月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	390万人	4.0倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	92万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		72万人	
計	149万人	⇒	496万人※	3.3倍

※ 居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、並びに、介護保険施設、（出典：介護保険事業状況報告）地域密着型介護老人福祉施設、特定入所者生活介護（地域密着型含む）、及び認知症対応型共同生活介護の合計。

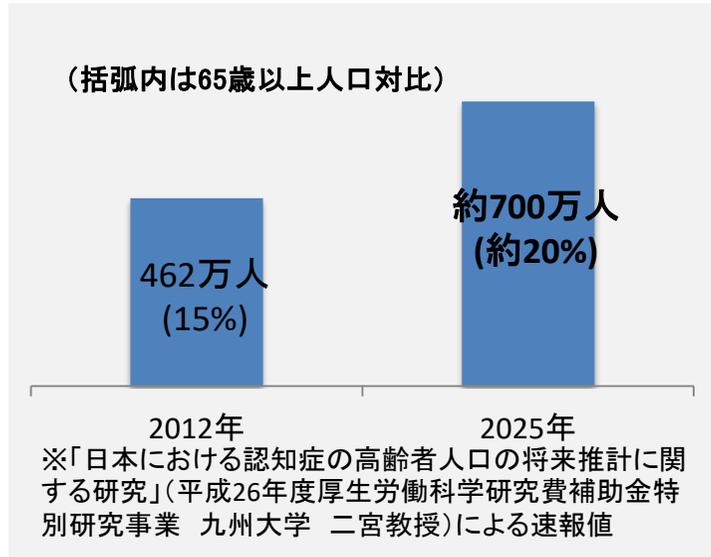
今後の介護保険をとりまく状況 ①

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

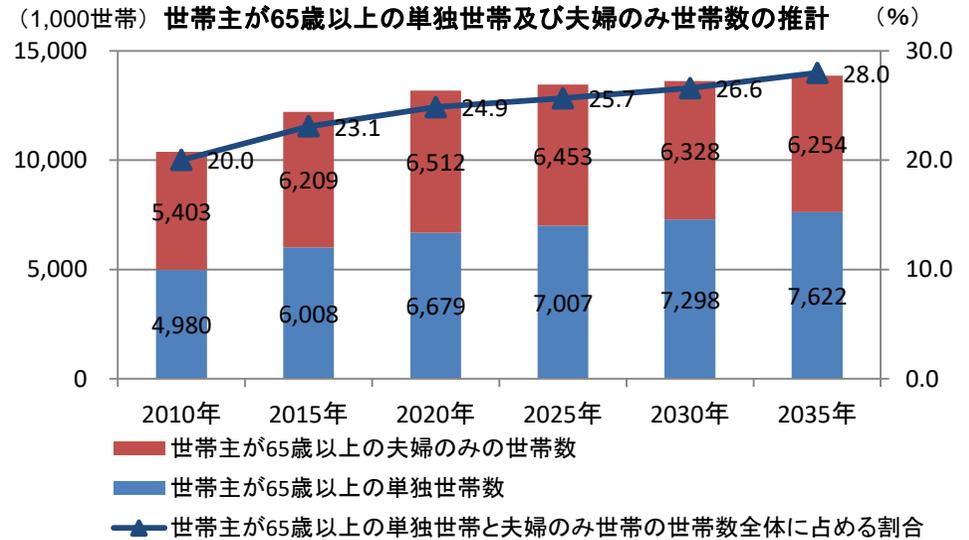
	2010年	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	2,948万人(23.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,419万人(11.1%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(平成25(2013)年1月推計)」より作成

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(平成25(2013)年1月推計)」より作成

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

※都道府県名欄の()内の数字は倍率の順位

	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	~	東京都(11)	~	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	76.5万人 <10.6%>	71.7万人 <11.6%>	101.6万人 <11.1%>	81.7万人 <10.9%>	107.0万人 <12.1%>		147.3万人 <11.0%>		26.7万人 <16.2%>	18.8万人 <18.4%>	19.0万人 <17.0%>	1645.8万人 <13.0%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (1.54倍)	108.2万人 <18.1%> (1.51倍)	148.5万人 <16.5%> (1.46倍)	116.6万人 <15.9%> (1.43倍)	152.8万人 <18.2%> (1.43倍)		197.7万人 <15.0%> (1.34倍)		29.5万人 <19.4%> (1.10倍)	20.5万人 <23.0%> (1.09倍)	20.7万人 <20.6%> (1.09倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.32倍)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

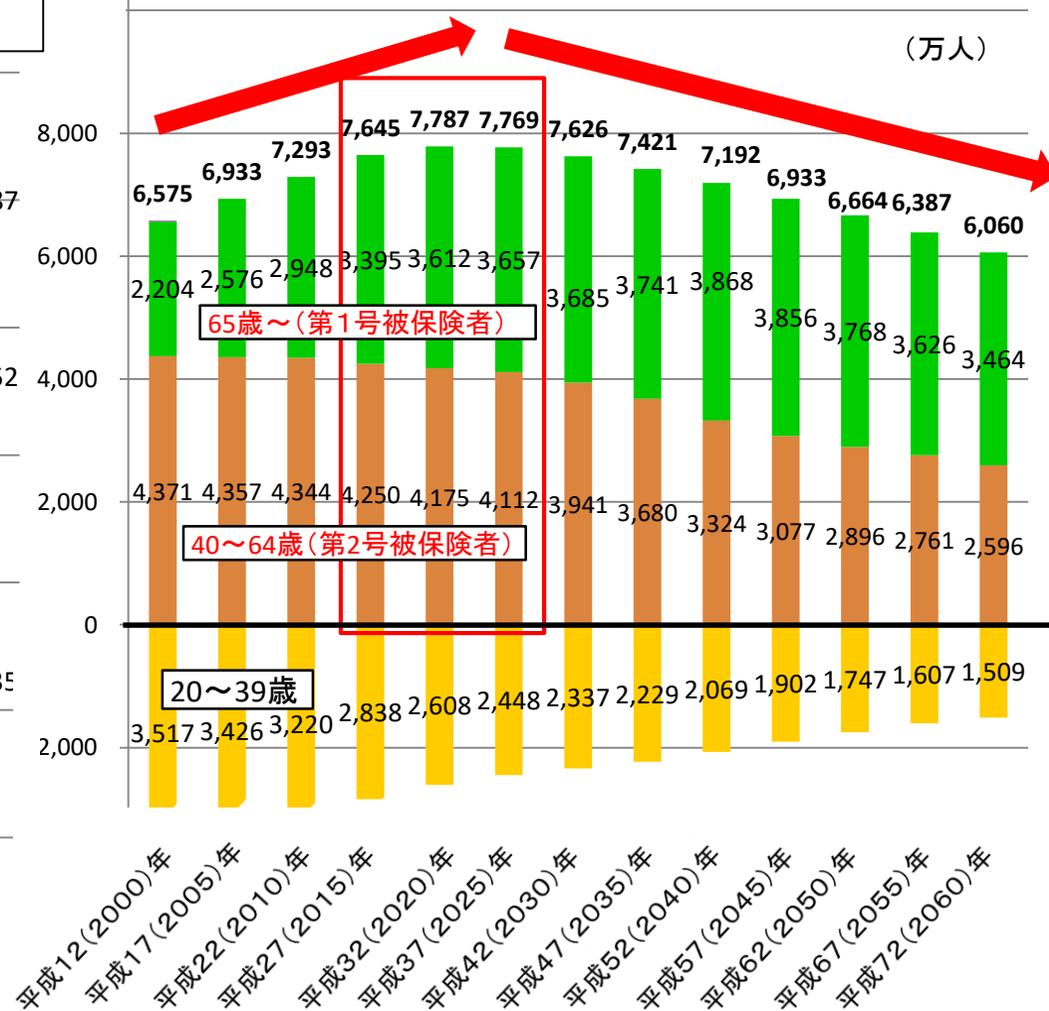
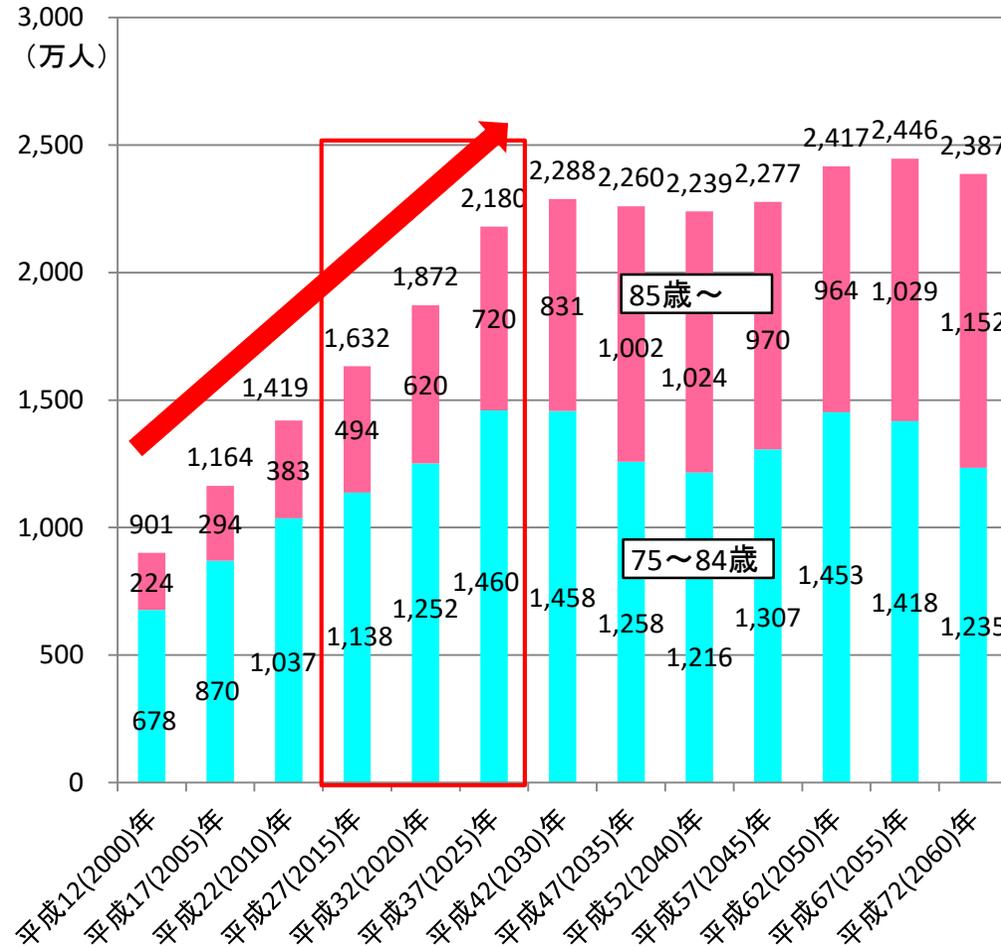
今後の介護保険をとりまく状況 ②

⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

- 75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。
- 2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。

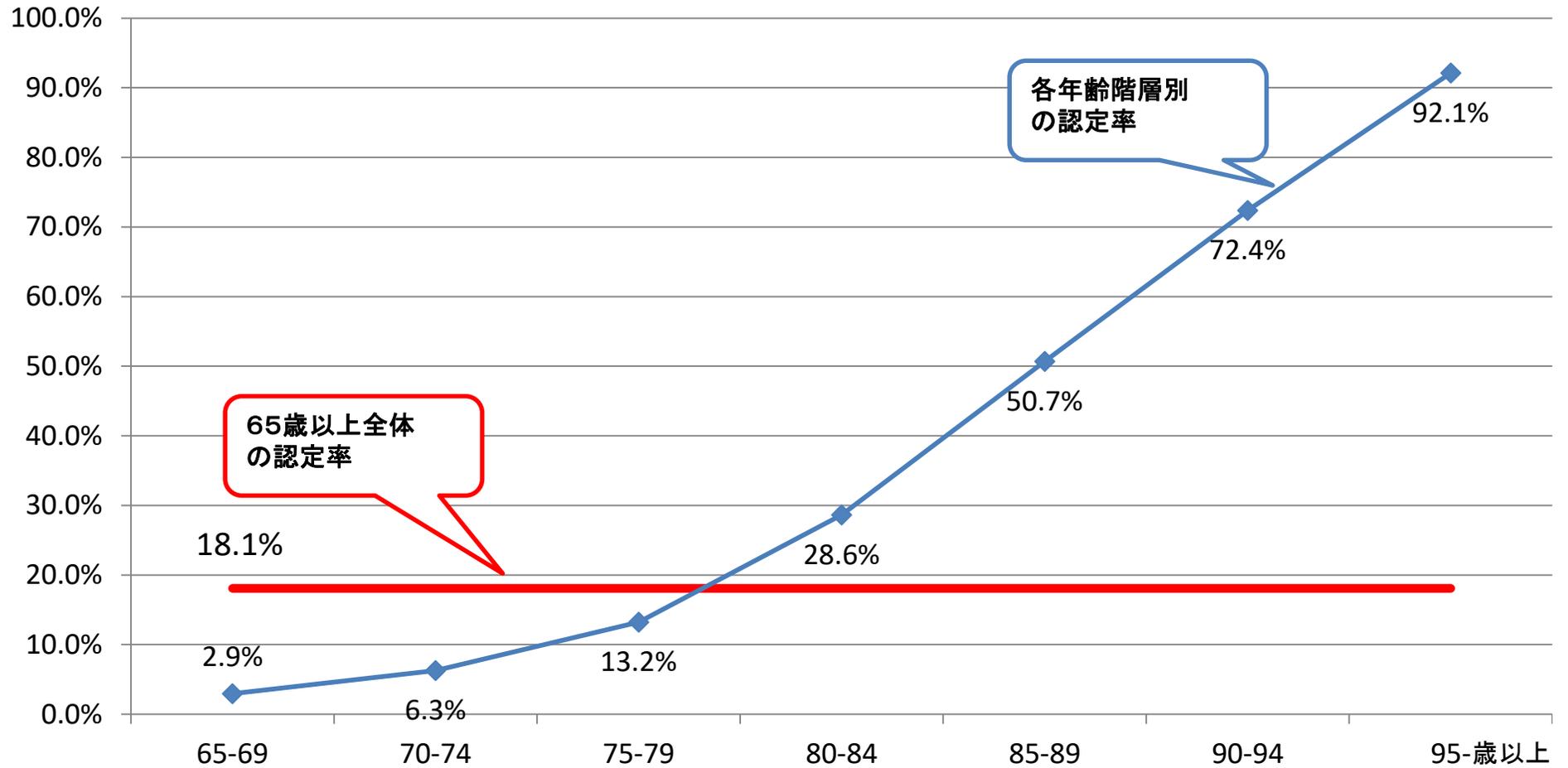
⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

- 保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2021年をピークに減少する。



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

年齢階層別の要介護(要支援)認定率



出典: 社会保障人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査(平成28年10月審査分)

(参考)介護保険の財源構成と規模

(29年度予算 介護給付費：9.9兆円)
総費用ベース：10.8兆円

保険料 50%

公費 50%

第1号保険料
【65歳以上】
22% (2.2兆円)

平成27年度から保険料の低所得者軽減強化に別枠公費負担の充当を行い、この部分が公費(国・都道府県・市町村)となる

国庫負担金【調整交付金】
5% (0.5兆円)

・第1号被保険者に占める75歳以上の高齢者の割合、所得段階別の割合等に応じて調整交付

・第1号・第2号保険料の割合は、介護保険事業計画期間(3年)ごとに、人口で按分

国庫負担金【定率分】
20% (1.8兆円)

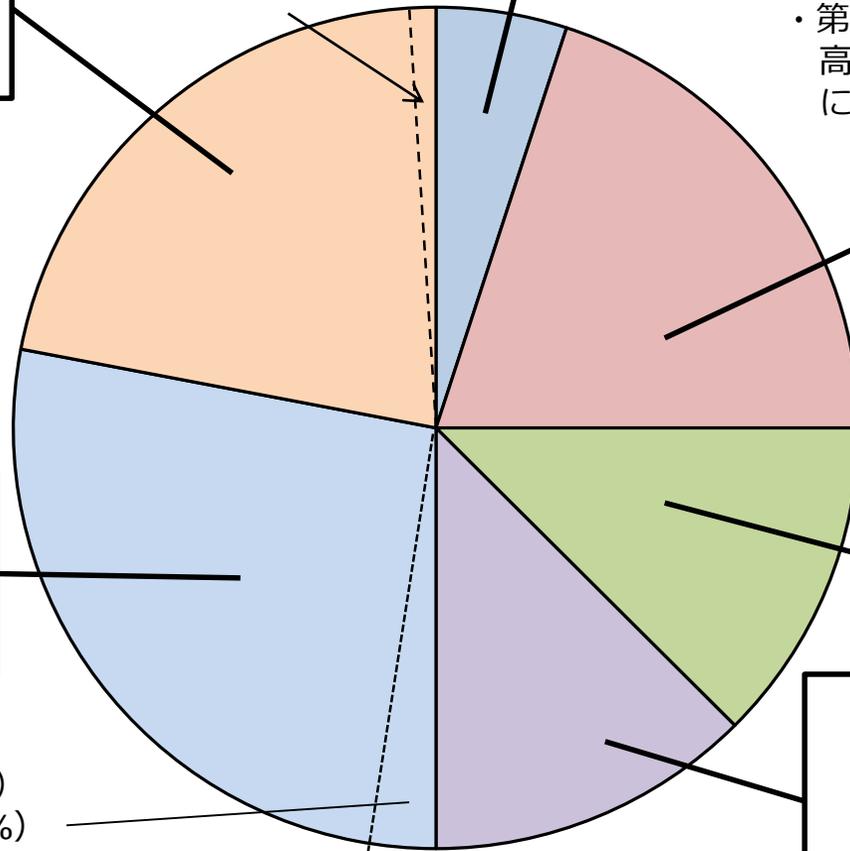
・施設の給付費の負担割合
国庫負担金(定率分) 15%
都道府県負担金 17.5%

第2号保険料
【40~64歳】
28% (2.8兆円)

都道府県負担金
12.5% (1.4兆円)

・第2号保険料の公費負担(0.6兆円)
協会けんぽ(国：0.1兆円 16.4%)
国保(国：0.3兆円 都道府県：0.1兆円)

市町村負担金
12.5% (1.2兆円)



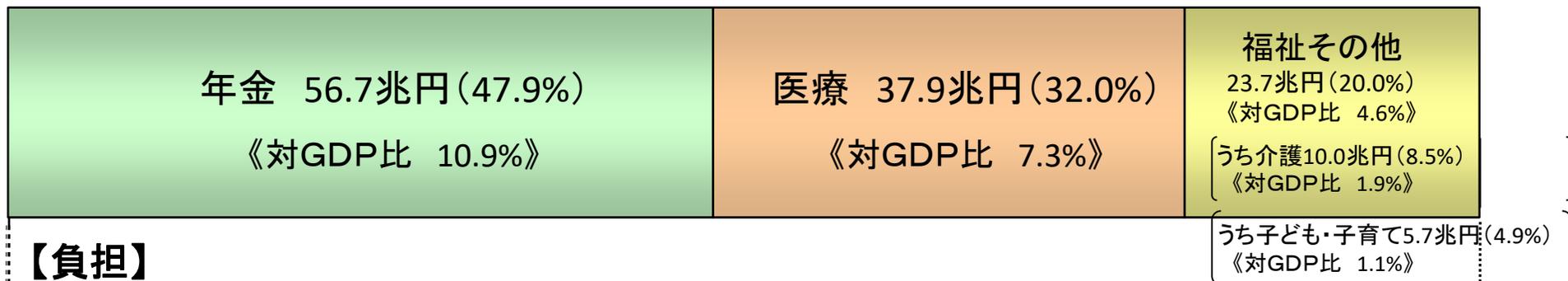
※数値は端数処理をしているため、合計が一致しない場合がある。

社会保障の給付と負担の現状(2016年度予算ベース)

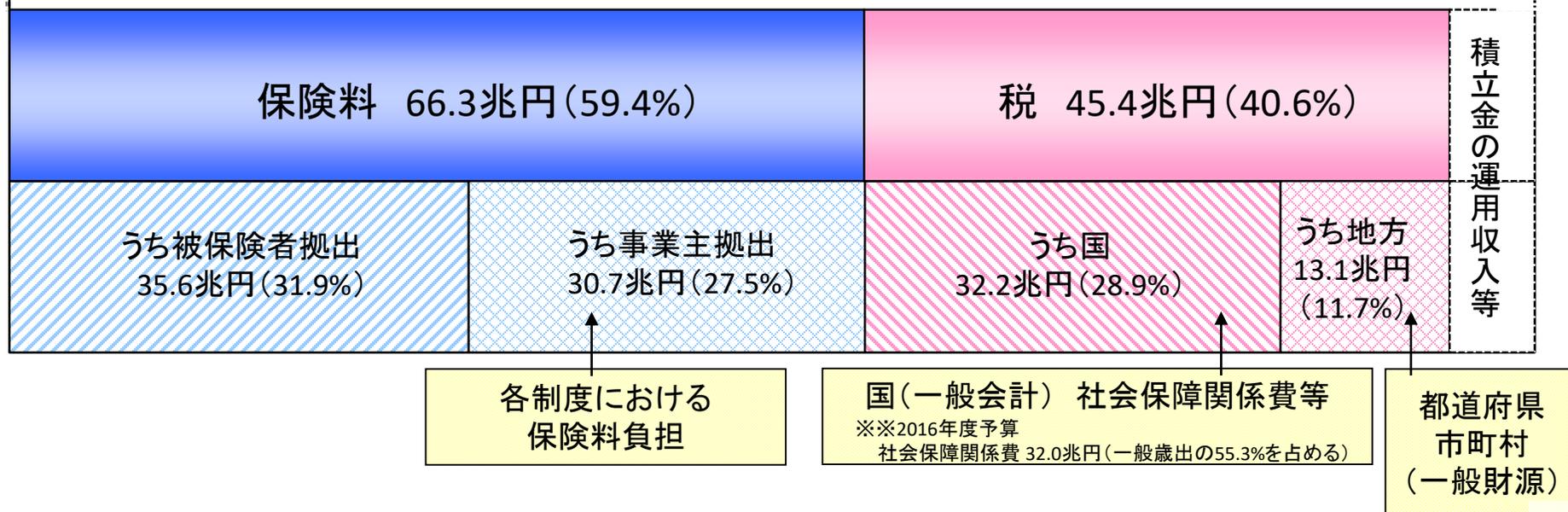
社会保障給付費(※) 2016年度(予算ベース) 118.3兆円 (対GDP比 22.8%)

【給付】

社会保障給付費



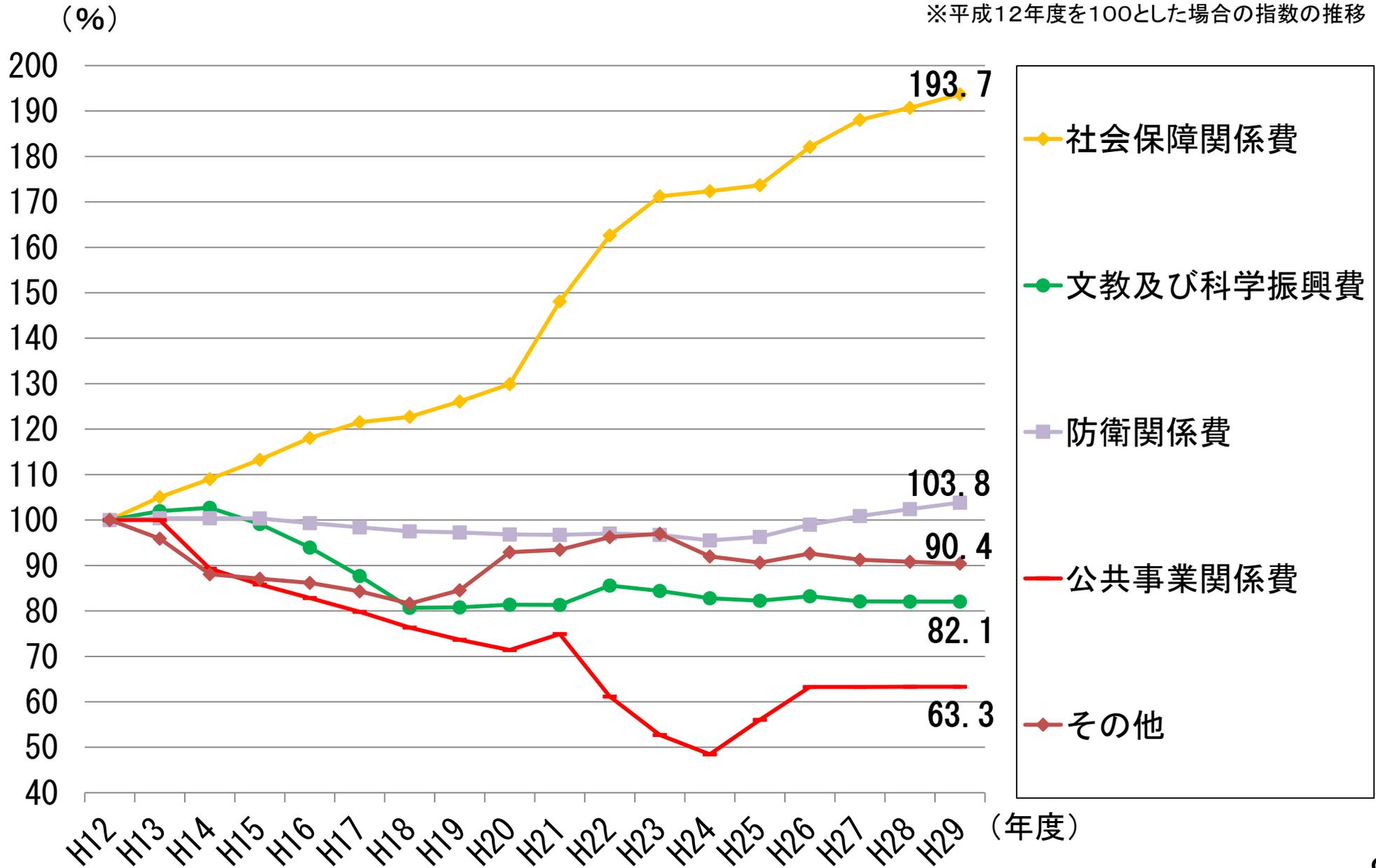
【負担】



※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

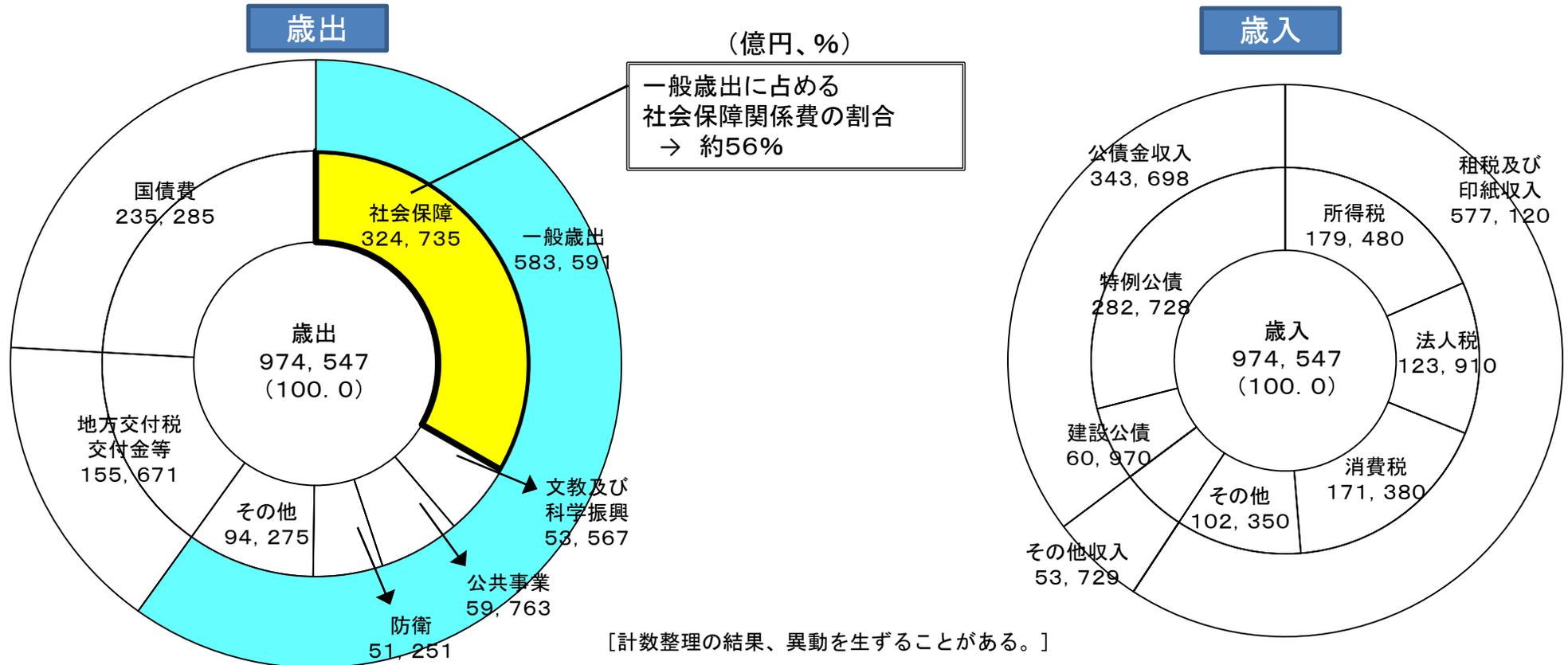
一般歳出に占める項目別 指数推移(平成12年度～平成29年度)

※平成12年度を100とした場合の指数の推移



平成29年度 国の一般歳出と社会保障関係費

国の一般歳出の約56%は社会保障関係費（高齢化等に伴い、一般歳出に占める社会保障関係費が急増）

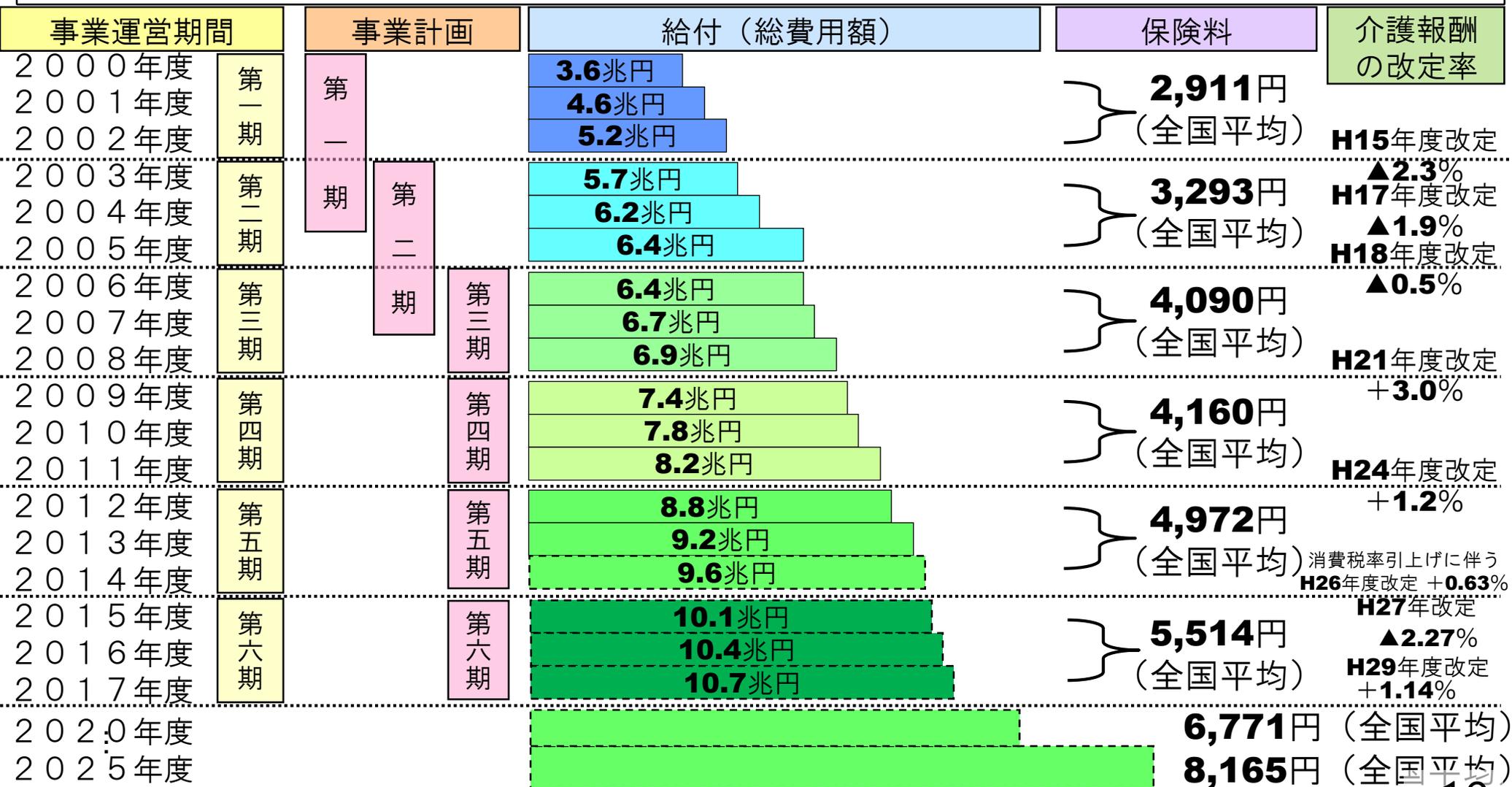


一般歳出に占める社会保障費の割合の推移

年度	歳出総額	一般歳出	社会保障関係費
2017	974,547	583,591 (100%)	324,735 (約56%)
2010	922,992	534,542 (100%)	272,686 (約51%)
2005	821,829	472,829 (100%)	203,808 (約43%)
2000	849,871	480,914 (100%)	167,666 (約35%)

介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、保険料が2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

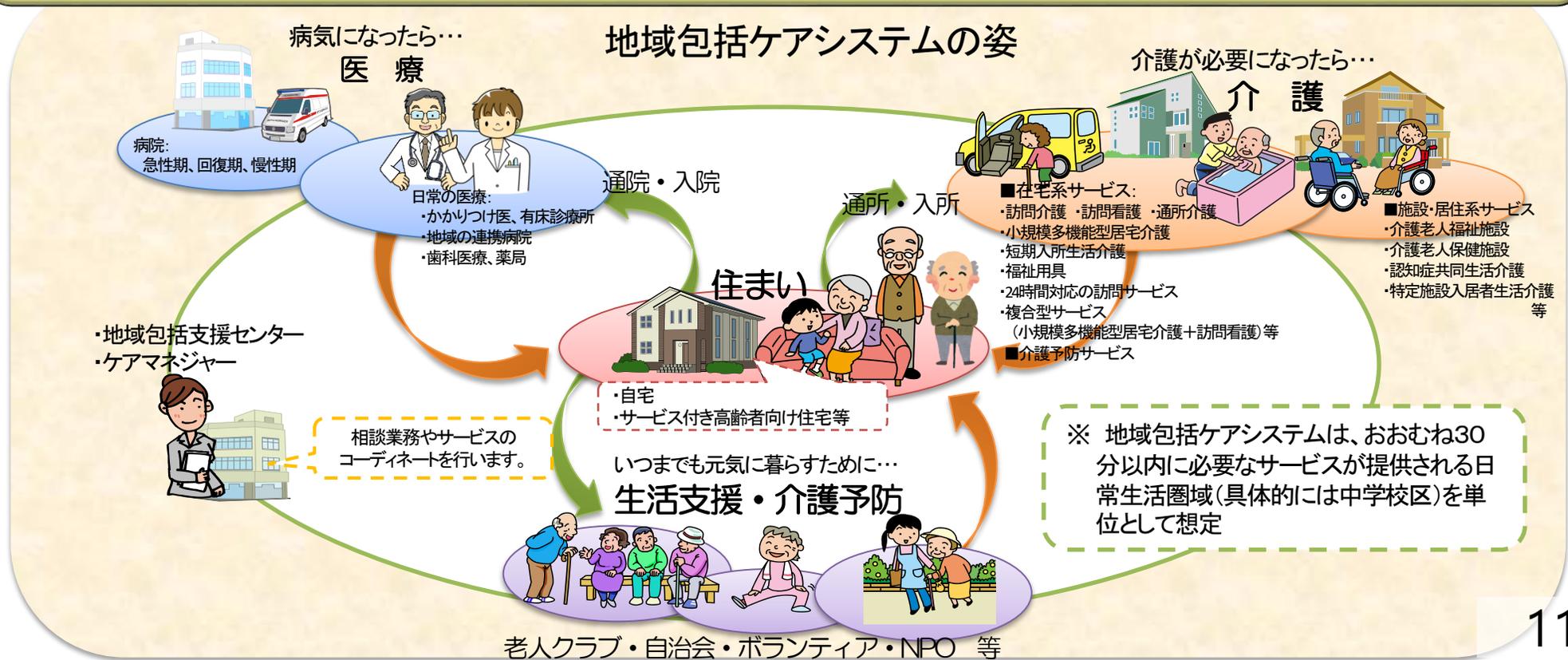


※2014年度までは実績であり、2015～2017年度は当初予算である。

※2020年度及び2025年度の保険料は全国の保険者が作成した第6期介護保険事業計画における推計値。

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。**



医療と介護の一体的な改革に係る今後のスケジュール

平成25年度

平成26年度

平成27年度

平成28年度

平成29年度

平成30年度

第6次医療計画

第7次医療計画
第7期介護保険事業計画

第5期介護保険事業計画

第6期介護保険事業計画

基金(医療分のみ)

基金(介護分を追加)

基金

基金

医療介護
総合確保法

基金造成・執行
総合確保方針

介護報酬改定

診療報酬改定

介護報酬改定(臨時)
総合確保方針

同時改定
(予定)

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

改正医療法

地域医療構想の
ガイドライン(年度末)

地域医療構想(ビジョン)の策定

医療計画
基本方針

医療計画
策定

医療機能の分化・連携と、地域包括ケア
システムの構築を一体的に推進

病床機能分化・
連携の影響を
両計画に反映

介護保険事業
(支援)計画策定

改正介護保険法

介護保険事業
計画基本指針

介護保険事業
(支援)計画策定

改正介護保険法

・2025年度までの
将来見通しの策定

第6期介護保険事業(支援)計画に位置付けた施策の実施

・介護サービスの拡充／・地域支援事業による在宅医療・介護連携、地域ケア会議、認知症
施策、生活支援・介護予防等の推進

医療保険制度改革

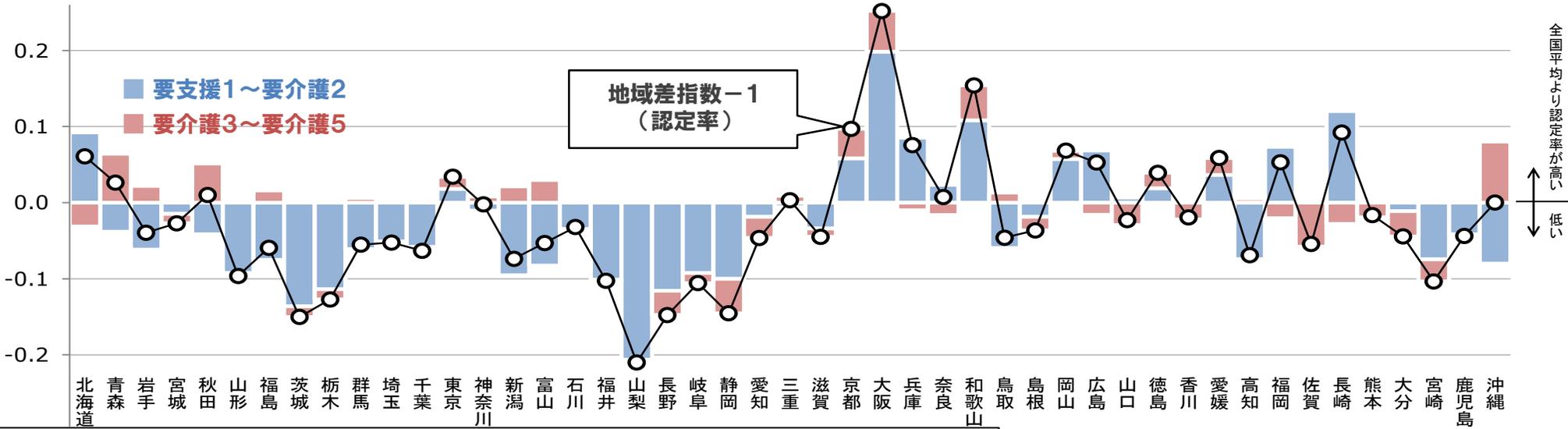
医療保険制度改革法案の成立
(平成27年5月27日)

必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる

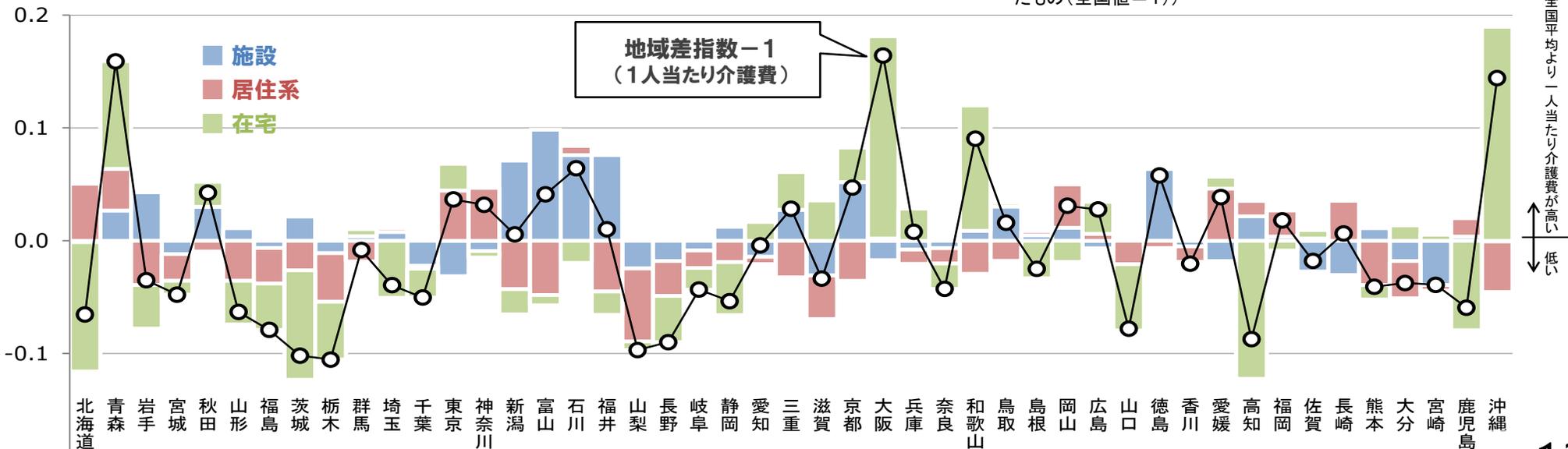
・医療保険制度の財政基盤の安定化
・保険料に係る国民の負担に関する公平の確保
・保険給付の対象となる療養の範囲の適正化 等

「認定率」と「1人当たり介護費」の地域差

「認定率」の地域差指数（寄与度別）



「1人当たり介護費」の地域差指数（施設・居住系・在宅の寄与度別）



※地域差指数の全国平均からの乖離(地域差指数-1)を寄与度に分
解したもの(地域差指数は、年齢調整後の値を全国値で割って指数化し
たもの(全国値=1))

【出典等】「介護保険総合データベース」（厚生労働省）、「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（総務省）を基に集計・推計した。

2. 地域包括ケアシステムの強化のための 介護保険法等の一部を改正する法律について (主な項目)

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

1. 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

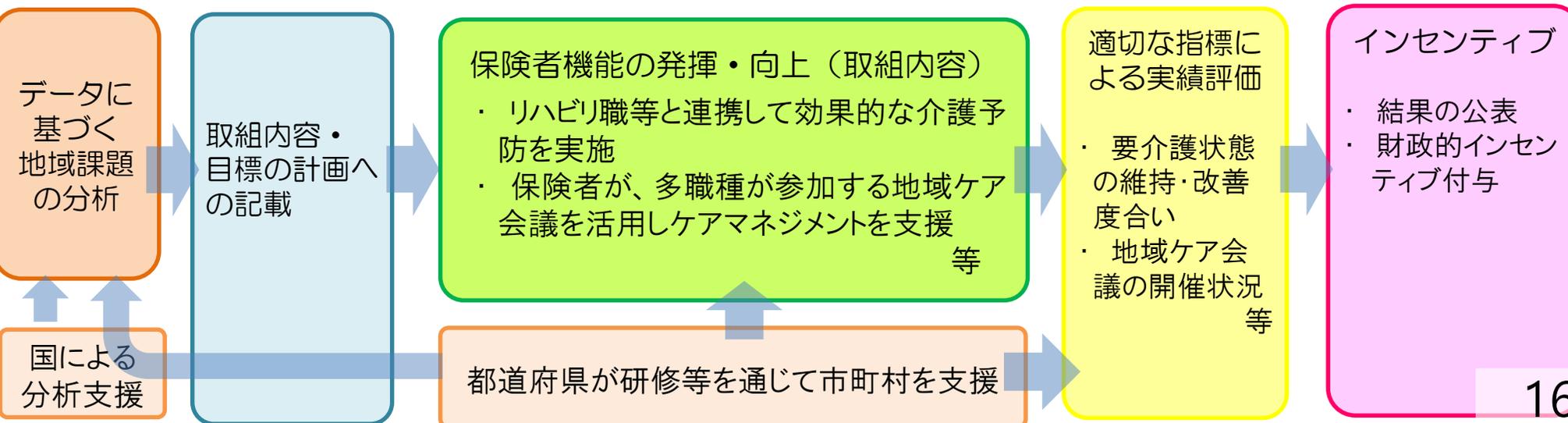
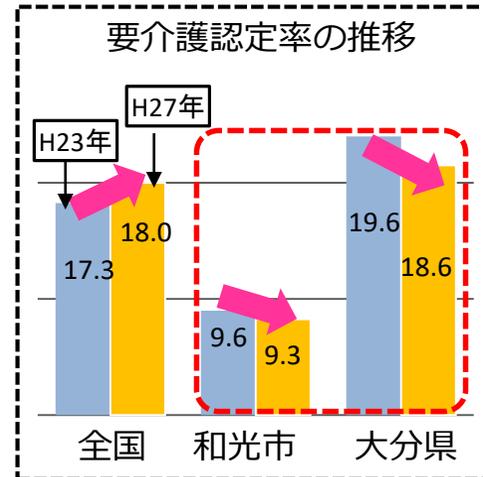
- 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。
- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
 - ① データに基づく課題分析と対応（取組内容・目標の介護保険事業（支援）計画への記載）
 - ② 適切な指標による実績評価
 - ③ インセンティブの付与を法律により制度化。

※主な法律事項

- ・介護保険事業（支援）計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ・介護保険事業（支援）計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ・都道府県による市町村支援の規定の整備
- ・介護保険事業（支援）計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ・財政的インセンティブの付与の規定の整備

先進的な取組を行っている和光市、大分県では

- 認定率の低下
- 保険料の上昇抑制



介護保険制度における多角的な地域分析の必要性

介護保険制度には、「保険者間の差を抑制し適正化を図る仕組み」や「必然的に地域差を生じさせる要素」があり、多角的な地域分析が必要

保険者間の差を抑制し適正化を図る仕組み

- 全国一律の基準に基づき要介護度を認定



- 在宅サービスについて、要介護度に応じた区分支給限度額基準を設定

等

必然的に地域差を生じさせる要素

- 以下のような地域ごとの実情が、サービス提供に反映
 - ・ 高齢化の状況
 - ・ 都市部、山間部といった地理的条件
 - ・ 独居等の家族構成
 - ・ 介護サービス水準と負担等に関する市町村の考え方

等

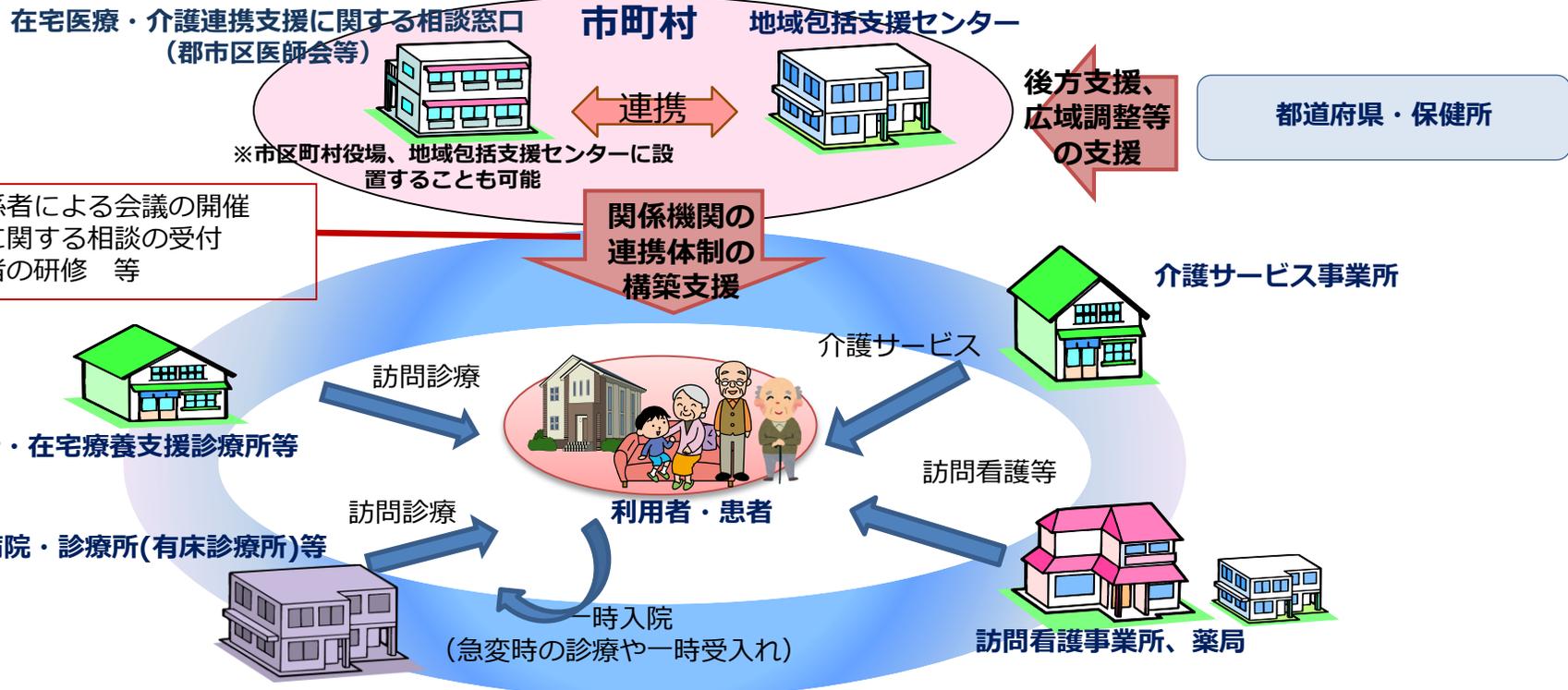
在宅医療・介護連携の推進

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

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

○ このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 事業項目を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

新たな介護保険施設の創設（法改正）

見直し内容

○今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。

○病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

<新たな介護保険施設の概要>

名称	介護医療院 ※ただし、 <u>病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。</u>
機能	要介護者に対し、 <u>「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供する。</u> （介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。）
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。

※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

医療機能を内包した施設系サービス

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の <u>長期療養・生活施設</u>	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ <u>生活施設としての機能重視</u> を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する 認知症高齢者 等 (<u>療養機能強化型A・B相当</u>)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	<p><u>介護療養病床相当</u> (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1</p> </div>	<p><u>老健施設相当以上</u> (参考：現行の老健施設の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度</p> </div>
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

療養病床の概要

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの。
- 医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。

		医療療養病床		介護療養病床	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
		20対1	25対1			
概要		病院・診療所の病床のうち、 <u>主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの</u> ※看護職員の基準(診療報酬上の基準)で20対1と25対1が存在。		病院・診療所の病床のうち、 <u>長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等</u> を提供するもの	要介護者にリハビリ等を提供し、 <u>在宅復帰を目指す施設</u>	要介護者のための <u>生活施設</u>
病床数		約13.7万床	<u>約7.6万床</u>	<u>約6.1万床</u>	約36.2万床 (うち、介護療養型:約0.7万床)	約54.1万床
設置根拠		医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) <u>介護保険法(介護療養型医療施設)</u>	介護保険法 (介護老人保健施設)	老人福祉法 (老人福祉施設)
施設基準	医師	48対1(3名以上)		48対1(3名以上)	100対1(常勤1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	(29年度末まで6対1で可)	2対1 (3対1)	6対1 3対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員 ¹	(29年度末まで6対1で可)				
面積		6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡ ※2	10.65㎡(原則個室)
設置期限				<u>29年度末</u>		

※1 医療療養病床にあつては、看護補助者。

※2 介護療養型は、大規模改修まで6.4㎡以上で可。

地域共生社会の実現に向けた取組の推進（法改正）

「我が事・丸ごと」の地域作り・包括的な支援体制の整備

1. 「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民（世帯）が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決が図られることを目指す旨を明記。

2. この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定

- 地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備
- 住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制（*）
（*）例えば、地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等
- 主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制

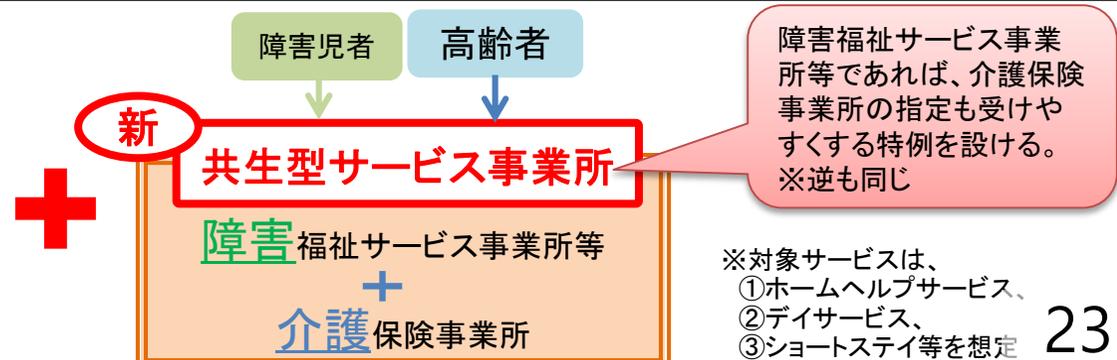
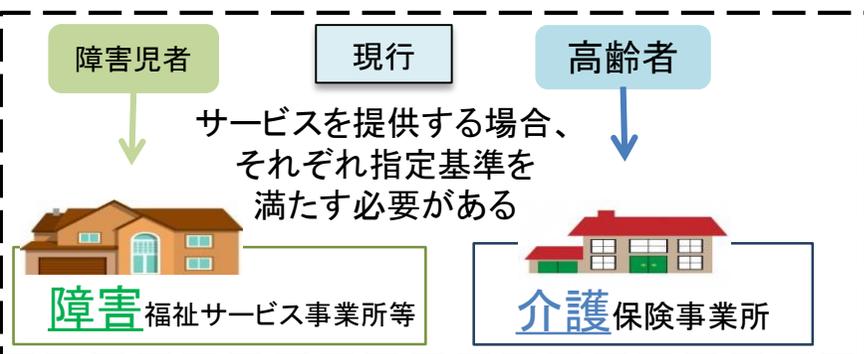
3. 地域福祉計画の充実

- 市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける。（都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様。）

※法律の公布後3年を目途として、2の体制を全国的に整備するための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる旨の附則を置く。

新たに共生型サービスを位置づけ

- 高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に **新たに共生型サービスを位置付ける**。（指定基準等は、平成30年度介護報酬改定及び障害福祉サービス等報酬改定時に検討）



全国に普及・展開

暮らしと生きがいをともに創る「地域共生社会」へのパラダイムシフト

【基本コンセプト】

子ども・高齢者・障害者など**すべての人々**が、1人ひとりの暮らしと生きがいを、**ともに創り、高め合う社会**(「地域共生社会」)の実現へ

【パラダイムシフト】

「支え手」「受け手」に分かれた社会から、**ともに創る「地域共生社会」**へ
⇒ あらゆる住民が、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成。福祉サービスと協働して子育てなどを支援。

「タテワリ」から「まるごと」へ

⇒ 対象者ごとに整備されている福祉サービスの**一体的な提供**の推進。

【具体的な対応】

- **施設・人員基準や報酬体系の見直し**、担い手の**資格や養成課程の見直し**を検討。
- **地域課題の把握や解決の支援体制**(コーディネート機能など)の構築に取り組む。
- **包括的な相談支援体制や地域における一体的なサービス提供**を支援するための**制度化**を検討。

【子育てにおける好循環】

子ども

高齢者などと日常的に関わり合いながら暮らし、**健全な成長**に効果。

高齢者

子育て支援で**役割を持つ**ことが、**予防**に効果。

障害者

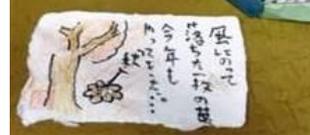
活躍する場を持つことが、**自立・自己実現**に効果。

地域の実践例：「富山型デイサービス」(富山県)

- 介護保険の指定通所介護事業所を母体として、障害者総合支援の就労継続支援B型の事業を実施する。
- 高齢者だけでなく、障害者、子どもなど、多様な利用者が共に暮らし、支え合うことでお互いの暮らしが豊かになる。
- 子どもと関わることで、高齢者のリハビリや障害者の自立・自己実現に良い効果を生む。



施設を訪問した際に障害者の方からいただいたプレゼント



「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】

平成29年2月7日 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定

「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『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』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

改革の背景と方向性

公的支援の『縦割り』から『丸ごと』への転換

- 個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援
- 人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援

『我が事』・『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換

- 住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す
- 地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出す

改革の骨格

地域課題の解決力の強化

- 住民相互の支え合い機能を強化、公的支援と協働して、地域課題の解決を試みる体制を整備【29年制度改革】
- 複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改革】
- 地域福祉計画の充実【29年制度改革】

地域を基盤とする包括的支援の強化

- 地域包括ケアの理念の普遍化：高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築
- 共生型サービスの創設【29年制度改革・30年報酬改定】
- 市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉横断的な包括的支援のあり方の検討

「地域共生社会」の実現

- 多様な担い手の育成・参画、民間資金活用の推進、多様な就労・社会参加の場の整備
- 社会保障の枠を超え、地域資源（耕作放棄地、環境保全など）と丸ごとつながることで地域に「循環」を生み出す、先進的取組を支援

- 対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討
- 福祉系国家資格を持つ場合の保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討

地域丸ごとつながりの強化

専門人材の機能強化・最大活用

実現に向けた工程

平成29(2017)年：介護保険法・社会福祉法等の改正

- ◆市町村による包括的支援体制の制度化
- ◆共生型サービスの創設 など

平成30(2018)年：

- ◆介護・障害報酬改定：共生型サービスの評価 など
- ◆生活困窮者自立支援制度の強化

平成31(2019)年以降：

更なる制度見直し

2020年代初頭：**全面展開**

【検討課題】

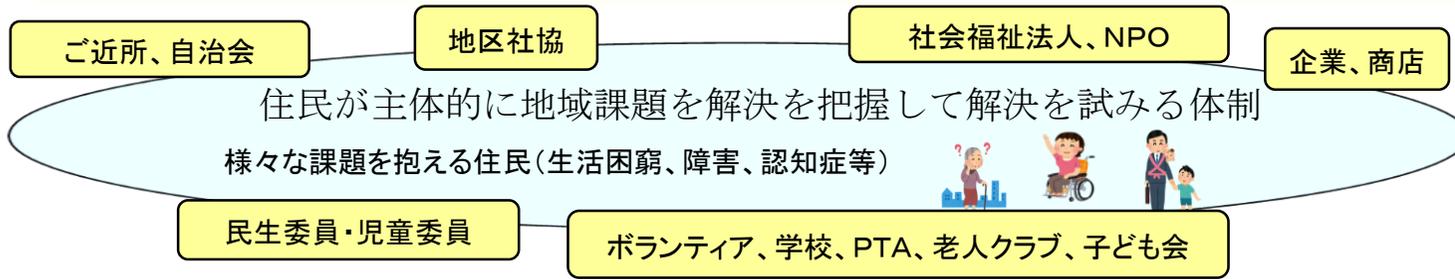
- ①地域課題の解決力強化のための体制の全国的な整備のための支援方策（制度のあり方を含む）
- ②保健福祉行政横断的な包括的支援のあり方
- ③共通基礎課程の創設 等

「我が事・丸ごと」の地域づくりの強化に向けた取組の推進

平成29年度予算 20億円
実施主体:市町村(100か所程度)

(1) 地域力強化推進事業 (補助率3/4) (平成29年度～ 新規)

住民の身近な圏域において、住民が主体的に地域課題を把握し、解決を試みることができる体制を構築することを支援するための事業。



地域における他分野
まちおこし、産業、
農林水産、土木、
防犯・防災、環境、
社会教育、交通、
都市計画

住民が主体的に地域課題を解決を把握して解決を試みる体制づくりを支援



[1] 他人事を「我が事」に変えていくような働きかけ



[2] 地域の課題を「丸ごと」受け止める場 (※)

※ 地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等

ニッポン一億総活躍プラン
(H28.6.2閣議決定)

小中学校区等の住民に身近な圏域で、住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりの支援。

世帯全体の複合化・複雑化した課題を受け止める、市町村における総合的な相談支援体制づくりの推進。

(2) 多機関の協働による包括的支援体制構築事業 (補助率3/4)

複合化・複雑化した課題に的確に対応するために、各制度ごとの相談支援機関を総合的にコーディネートするため、相談支援包括化推進員を配置し、チームとして包括的・総合的な相談体制を構築する事業。

平成28年度～

相談支援包括化推進員

世帯全体の課題を的確に把握
多職種・多機関のネットワーク化の推進
相談支援包括化推進会議の開催等



+

新たな社会資源の創出
地域に不足する資源の検討

住民に身近な圏域

市町村域等

その他の事項①

地域包括支援センターの機能強化

- 地域包括支援センターに、事業の自己評価と、質の向上を図ることを義務付ける。
- 市町村に、地域包括支援センターの事業の実施状況の評価を義務付ける。

※ これらの評価の実施を通じて、そのセンターにおける必要な人員体制を明らかにすることで、市町村における適切な人員体制の確保を促す。

認知症施策の推進

- 現行の介護保険制度では、認知症については調査研究の推進等が位置づけられているのみ



- 認知症施策をより一層推進させるため、新オレンジプランの基本的な考え方(普及・啓発等の関連施策の総合的な推進)を介護保険制度に位置づける。

居宅サービス事業者等の指定に対する保険者の関与強化

- 市町村が居宅サービス等の供給量を調整できるよう、指定拒否や条件付加の仕組みを導入する。
 - ① 都道府県による居宅サービス事業者の指定に関して、市町村が都道府県に意見を提出できるようにするとともに、都道府県はその意見を踏まえて指定をするに当たって条件を付すことを可能とする。
 - ② 小規模多機能型居宅介護等を更に普及させる観点から、地域密着型通所介護が市町村介護保険事業計画で定める見込量に達しているとき等に、事業所の指定を拒否できる仕組みを導入する。

【関与の観点】	対象となる都道府県指定のサービス	対象となる市町村指定のサービス
市町村介護保険事業計画との調整等	施設・居住系サービス → 指定拒否(現行) 居宅サービス → 条件付加(新設①)	施設・居住系サービス → 指定拒否(現行) 居宅サービス → 条件付加(現行)
小規模多機能型居宅介護等の普及等	通所介護・訪問介護 → 指定拒否・条件付加(現行) ※省令でショートステイを追加予定	地域密着型通所介護 → 指定拒否(新設②) ・条件付加(現行)

その他の事項②

有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化

【事業停止命令の創設】

再三の指導に従わずに悪質な事業を続ける有料老人ホームへの指導監督の仕組みを強化するため、未届有料老人ホームも含め、悪質な有料老人ホームに対する事業停止命令措置を新設する。

【前払金保全措置の義務の対象拡大】

事業倒産等の場合に備えた有料老人ホームの入居者保護の充実を図るため、前払金を受領する場合の保全措置の義務対象を拡大する。(現行では、平成18年3月31日以前に設置された有料老人ホームは、前払金の保全措置の義務対象外となっているため、義務対象に追加する。なお経過措置として、法施行から3年後からの適用とする。)

その他 ・各有料老人ホームに利用料金やサービス内容等を都道府県等へ報告することを義務づけるとともに、当該情報を都道府県等が公表する。
・事業停止命令や倒産等の際には、都道府県等は、入居者が介護等のサービスを引続き受けるために必要な援助を行う。

介護保険適用除外施設の住所地特例の見直し

- 介護保険適用除外施設(障害者支援施設等)を退所して介護保険施設等に入所した場合に、適用除外施設の所在市町村の給付費が過度に重くならないよう、適用除外施設入所前の市町村を保険者とする。

被保険者(保険者はA市)

被保険者でない

被保険者(保険者はB市:現行)

A市
(自宅)



A市に障害者支援施設がないため B市の施設に入所

B市
(適用除外施設)



B市の適用除外施設から
介護保険施設等に移行

C市
(介護保険施設)



障害者支援施設等の利用に係る
費用はA市が負担(住所地特例※)

現行: 住所地特例により、B市が保険者。介護給付費はB市が負担
改正後: 住所地特例の見直しにより、A市が保険者。介護給付費はA市が負担

※ 障害者支援施設等に入所した場合には、施設所在地の負担が過度に重くならないよう、障害福祉サービス等の支給決定は、施設入所前の市町村が行う(居住地特例)。また、生活保護で救護施設に入所する場合に同様の仕組みがあるが、生活保護においては、一部都道府県が保護費を支給する。

4. 現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し

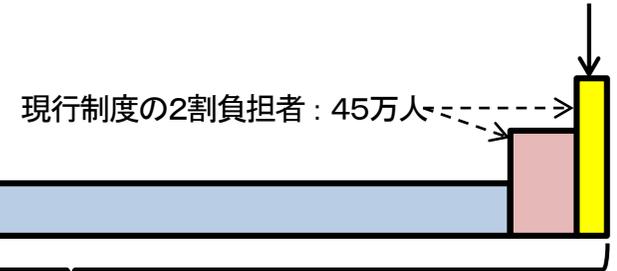
見直し内容

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。ただし、月額44,400円の負担の上限あり。【平成30年8月施行】

【利用者負担割合】

【対象者数】

3割負担となり、負担増となる者：約12万人(全体の約3%)



受給者全体：496万人

(単位:万人)

	在宅サービス	施設・居住系	特養	合計
受給者数(実績)	360	136	56	496

3割負担(推計)	約13	約4	約1	約16
うち負担増(対受給者数)	約11 (3%)	約1 (1%)	約0.0 (0.0%)	約12 (3%)

2割負担(実績)	35	10	2	45
1割負担(実績)	325	126	54	451

※介護保険事業状況報告(平成28年4月月報)

※特養入所者の一般的な費用額の2割相当分は、既に44,400円の上限に当たっているため、3割負担となっても、負担増となる方はほとんどいない。

	負担割合
年金収入等 340万円以上 (※1)	2割 ⇒ 3割
年金収入等 280万円以上 (※2)	2割
年金収入等 280万円未満	1割

※1 具体的な基準は政令事項。現時点では、「合計所得金額(給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額) 220万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額340万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」とすることを想定。⇒単身で年金収入のみの場合344万円以上に相当

※2 「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額280万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上)」⇒単身で年金収入のみの場合280万円以上に相当

(参考) 高額介護サービス費の見直し

見直し内容

- 世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、高額介護サービス費の「一般区分」の月額上限額を医療保険並みに引き上げる。**【平成29年8月施行】**
- 1割負担者のみの世帯については、年間上限額を設定(37,200円×12か月:446,400円)(3年間の時限措置)

	自己負担限度額(月額)
現役並み所得相当(※1)	44,400円
一般	37,200円 ⇒ 44,400円 + 年間上限額の設定 (1割負担者のみの世帯)
市町村民税世帯非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円

(参考)医療保険の負担限度額(70歳以上・月額・多数回該当)(現行)
44,400円
44,400円
24,600円
15,000円

※1 世帯内に課税所得145万円以上の被保険者がいる場合であつて、世帯年収520万円以上(単身世帯の場合は383万円以上)

【対象者数】

(単位：万人)

	在宅サービス	施設・居住系		合計
			特養	
受給者数	360	136	56	496
うち負担増 (対受給者数)	約10 (3%)	約8 (6%)	約2 (4%)	約18 (4%)

1割負担者に対する年間上限額の設定

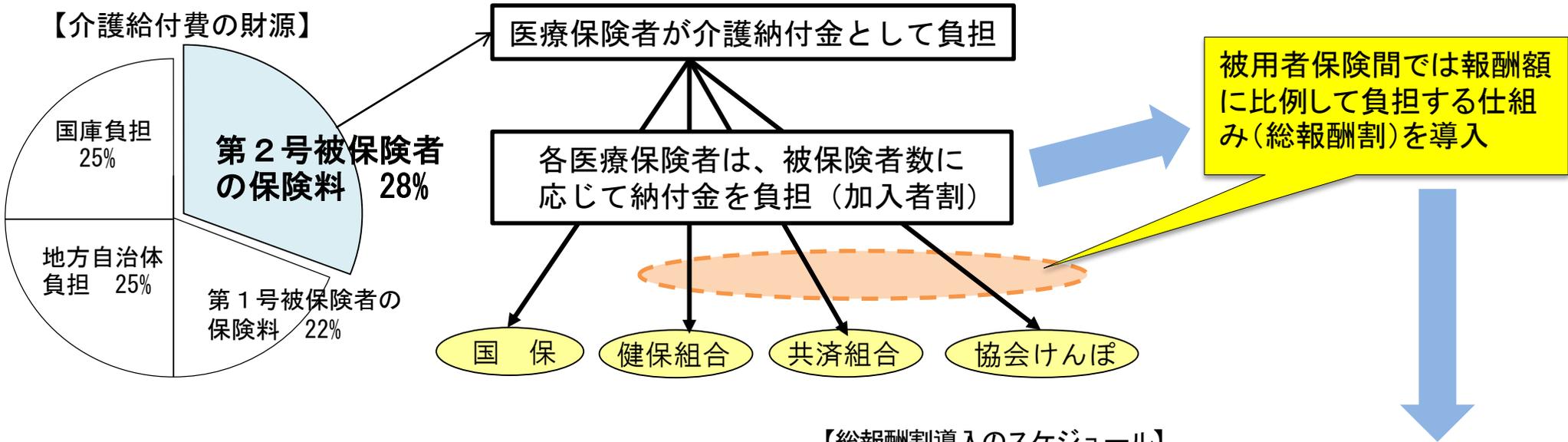
1割負担者(年金収入280万円未満)のみの世帯については、過大な負担とならないよう、年間の負担総額が現行の負担最大額を超えない仕組みとする。(3年間の時限措置)

年間上限額：446,400円(37,200円×12)

5. 介護納付金における総報酬割の導入

見直し内容

- 第2号被保険者(40~64歳)の保険料は、介護納付金として医療保険者に賦課しており、各医療保険者が加入者である第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付している。
- 各医療保険者は、介護納付金を、2号被保険者である『加入者数に応じて負担』しているが、これを被用者保険間では『報酬額に比例した負担』とする。(激変緩和の観点から段階的に導入)【平成29年8月分より実施】



【全面総報酬割導入の際に影響を受ける被保険者数】

「負担増」となる被保険者	約1,300万人
「負担減」となる被保険者	約1,700万人

※ 平成26年度実績ベース

【総報酬割導入のスケジュール】

	29年度		30年度	31年度	32年度
	~7月	8月~			
総報酬割分	なし	1/2	1/2	3/4	全面

3. 第7期介護保険計画に向けて

新しい地域支援事業の全体像

<改正前>

介護保険制度

<改正後>

【財源構成】

国 25%
都道府県 12.5%
市町村 12.5%
1号保険料 22%
2号保険料 28%

【財源構成】

国 39%
都道府県 19.5%
市町村 19.5%
1号保険料 22%

地域支援事業

地域支援事業

介護給付 (要介護1~5)

予防給付 (要支援1~2)

訪問看護、福祉用具等

訪問介護、通所介護

介護予防事業

又は介護予防・日常生活支援総合事業

- 二次予防事業
- 一次予防事業

介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

改正前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

介護給付 (要介護1~5)

予防給付 (要支援1~2)

介護予防・日常生活支援総合事業

(要支援1~2、それ以外の者)

- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・生活支援サービス(配食等)
 - ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
- 一般介護予防事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
 - ・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

充実

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
(左記に加え、**地域ケア会議の充実**)
- **在宅医療・介護連携推進事業**
- **認知症総合支援事業**
(認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等)
- **生活支援体制整備事業**
(コーディネーターの配置、協議体の設置 等)

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策など地域支援事業の充実 平成29年度予算215億円(公費:429億円)

- 地域包括ケア実現に向けた、充実・強化の取組を**地域支援事業の枠組みを活用し**、市町村が推進。
- あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し、サービスの多様化を図る。
- これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。

※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託することも可能

平成30年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療・介護連携

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

認知症施策

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の人本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる地域の構築を推進

地域ケア会議

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進

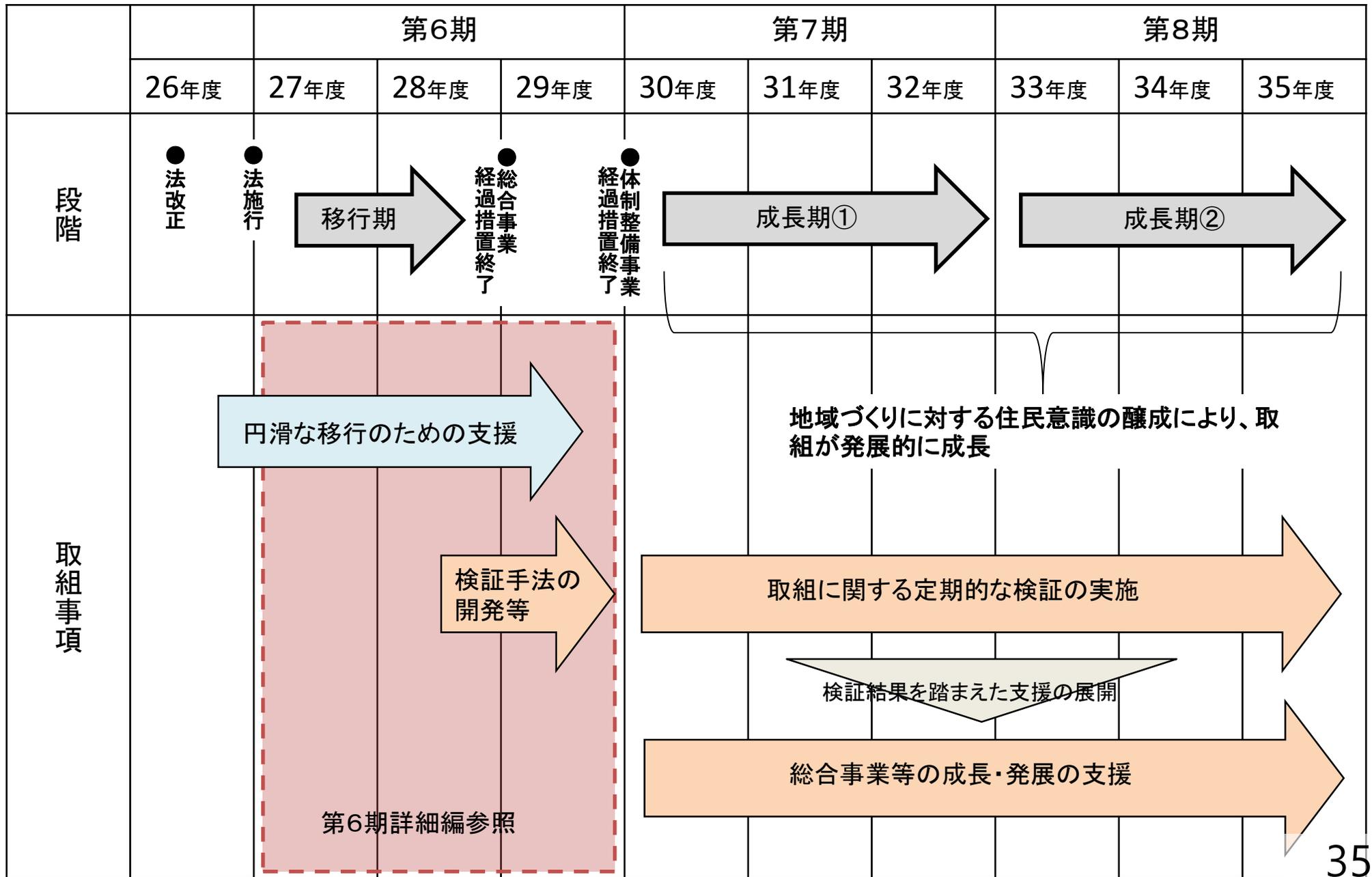
生活支援の充実・強化

生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

※1 平成30年度からの完全実施に向けて段階的に予算を拡充。(財源は、消費税の増収分を活用)

※2 上記の地域支援事業(包括的支援事業)の負担割合は、国39%、都道府県19.5%、市町村19.5%、1号保険料22%

総合事業(介護予防・生活支援サービス事業)等のロードマップ【第6～8期】(イメージ)



サービスの類型

要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。

①訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 訪問型サービスは、従前の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	従前の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	<p>○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース</p> <p>○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 <p>※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。</p>	<p>○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース <p>※3～6ヶ月の短期間で行う</p>	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	従前の通所介護相当		多様なサービス		
	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)	
サービス種別					
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム	
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施	
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)	

③その他の生活支援サービス

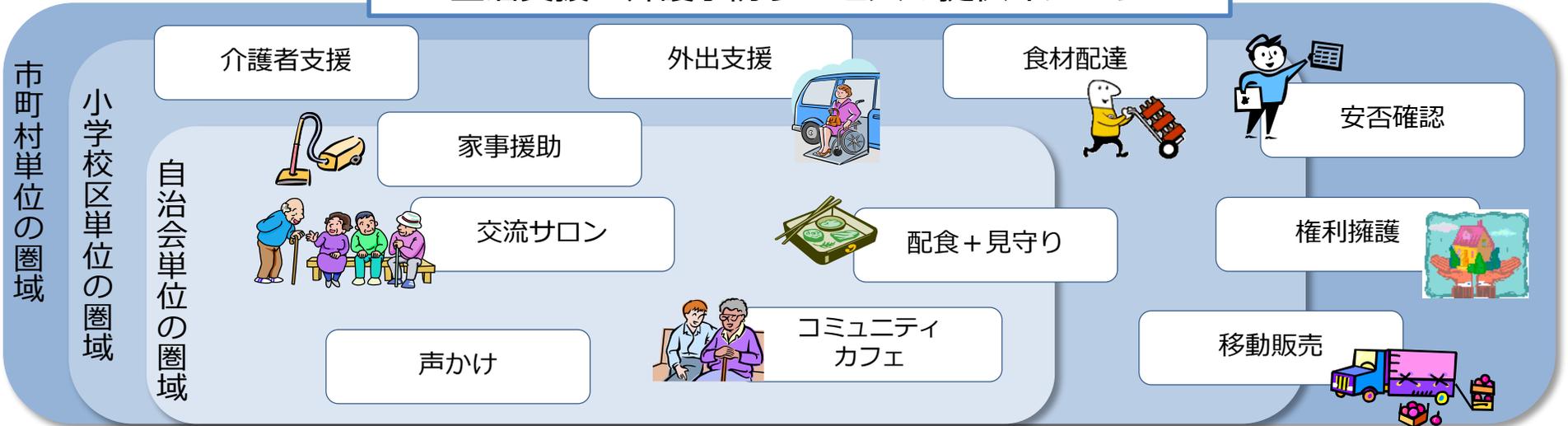
- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援

生活支援・介護予防サービスの提供イメージ



事業主体

民間企業

NPO

協同組合

社会福祉法人

ボランティア

等

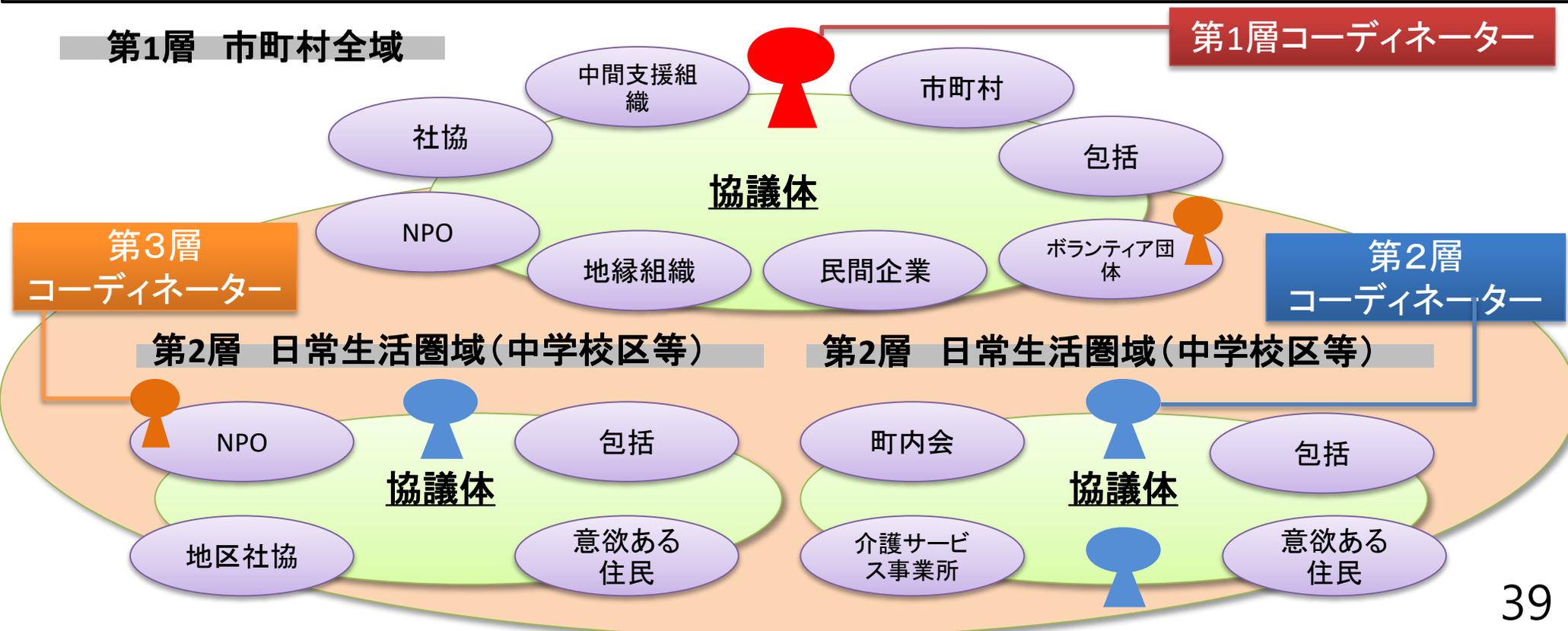
バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）

➡ 民間とも協働して支援体制を構築

コーディネーター・協議体の配置・構成のイメージ

- コーディネーターとして適切な者を選出するには、「特定の団体における特定の役職の者」のような充て職による任用ではなく、例えば、先に協議体を設置し、サービス創出に係る議論を行う中で、コーディネーターにふさわしい者を協議体から選出するような方法で人物像を見極めたうえで選出することが望ましい。
- 協議体は必ずしも当初から全ての構成メンバーを揃える必要はなく、まずは最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やす方法も有効。
- 住民主体の活動を広める観点から、特に第2層の協議体には、地区社協、町内会、地域協議会等地域で活動する地縁組織や意欲ある住民が構成メンバーとして加わることが望ましい。
- 第3層のコーディネーターはサービス提供主体に置かれ、利用者と提供者のマッチング(利用者へのサービス提供内容の調整)を行うが、その提供主体の活動圏域によっては、第2層の圏域を複数にまたがって活動が行われたり、時には第1層の圏域を超えた活動が行われたりすることも想定される(体制整備事業対象外)



「ケアマネジメント支援」の全体像

基本的な考え方

- ケアマネジメントが、生活を継続するために利用者の課題を解決するプロセスであるとするれば、「ケアマネジメント支援」とは、このプロセスが適切に機能するよう支援することであると言える。
- したがって、ケアマネジメント支援とは、介護支援専門員に対する直接的支援のみならず、事業者や市民など、地域を対象として介護予防・自立支援の認識を深めることによって、地域におけるケアマネジメントに対する理解を推進し、介護支援専門員がより専門性を発揮できる土壌を整備し、介護支援専門員の実践力を高めることを基本的な考え方とする。

ケアマネジメント支援の取組の全体像

地域のケアマネの現状把握

ケアマネジメント支援の取組を検討するための基礎的情報として、市町村内の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員の状況を把握する。

【具体例】

- ・ 介護支援専門員数
- ・ 主任介護支援専門員数
- ・ 新任の介護支援専門員数
- ・ 新たに市町村内で勤め始めた介護支援専門員数

地域における共通課題の把握

関係機関との連携等において介護支援専門員が共通して抱えている課題(ニーズ)を把握する。
具体的には、連携等が難しいと関している機関や人々、その原因を明らかにする。

【具体例①】

主治医との連携が出来ていない。

【具体例②】

終末期に対応したケアが出来る事業者が少ない。

【具体例③】

利用者の意向が強く、意向のみに基づくサービス提供となっている。

地域における意識の共有化

介護支援専門員と、サービス事業所、医療機関等との間で、専門職連携の体制を構築することにより、意識の共有化を行う。
また、地域住民の介護予防・自立支援に関する認識を高める。

【具体例①】

医療機関や事業所と、居宅介護支援事業所の間において、「顔の見える関係」を作る場を設け、利用者の支援のための課題について、共有化を図る。

【具体例②】

利用者を対象とした介護予防・自立支援に関する出前講座を企画。

実践力の養成

介護支援専門員に対する研修の実施等を通じて、地域における介護予防・自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。

【具体例】

- ・ 研修会の開催。
- ・ 地域ケア会議における多職種連携によるケース検討を実施。
- ・ 支援困難事例の個別相談会を開催。

地域支援事業におけるケアマネジメント支援の実施

	ケアプラン点検	地域ケア会議における ケアマネジメント支援	地域包括支援センターによる ケアマネジメント支援
ケアマネジメント支援を行う者	市町村	地域ケア会議(※)	地域包括支援センター
事業の位置づけ	任意事業の介護給付等費用 適正化事業の中で実施	包括的支援事業のうち、包括的・継続的ケアマネジメント業務の中で実施	
支援の内容	居宅介護サービス計画、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 保険者の視点からの確認及 び確認結果に基づく指導等 を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 日常的個別指導・相談 地域の介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、介護支援専門員 に対する個別の相談窓口の設置、居宅(介護予防)・施設サービス計画 の作成技術の指導、サービス担当者会議の開催支援など、専門的な見 地からの個別指導、相談への対応を行う。 また、地域の介護支援専門員の資質向上を図る観点から、必要に応じ て、地域包括支援センターの各専門職や関係機関とも連携の上、事例 検討会や研修の実施、制度や施策等に関する情報提供等を行う。 ○ 支援困難事例等への指導・助言 地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例について、適宜、地域 包括支援センターの各専門職や地域の関係者、関係機関との連携の下 で、具体的な支援方針を検討し、指導助言等を行う。 <p>※ 上記の実施における一つの手法として地域ケア会議が位置づけられ ている。</p>	

※ 地域ケア会議は、地域包括支援センターが主催する場合と、市町村が主催する場合がある。(和光市の場合は、市が主催している。)

ケアマネジメント支援の実施状況(平成27年度)

厚生労働省老健局振興課調べ

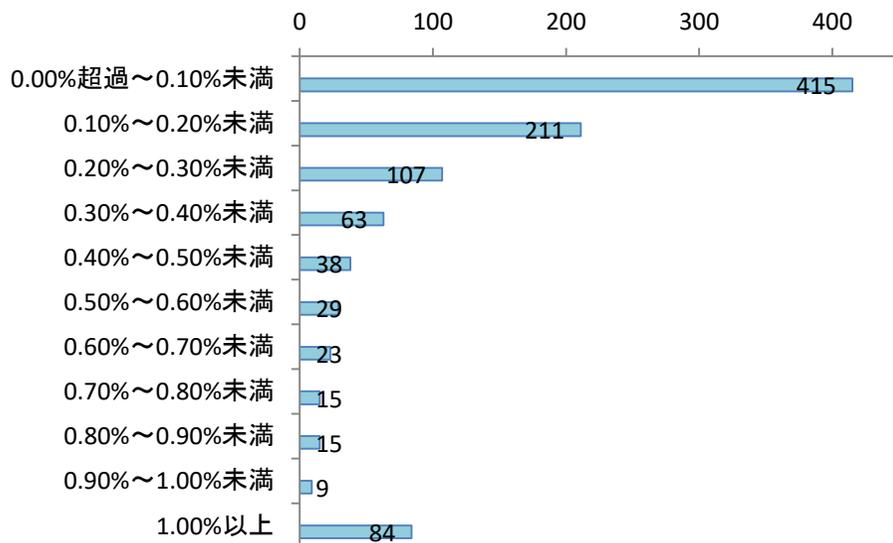
○ ケアマネジメント支援の実施状況

実施しているケアマネジメント支援			保険者数	実施割合
地域ケア会議で ケアプラン点検を実施	地域包括支援センターによる ケアマネジメント支援	任意事業において ケアプラン点検を実施		
×	×	×	69	4.4%
○	×	×	17	1.1%
×	○	×	245	15.5%
×	×	○	18	1.1%
○	○	×	399	25.3%
○	×	○	12	0.8%
×	○	○	238	15.1%
○	○	○	581	36.8%

○ 地域ケア会議及びケアプラン点検において確認を行っているケアプランの割合

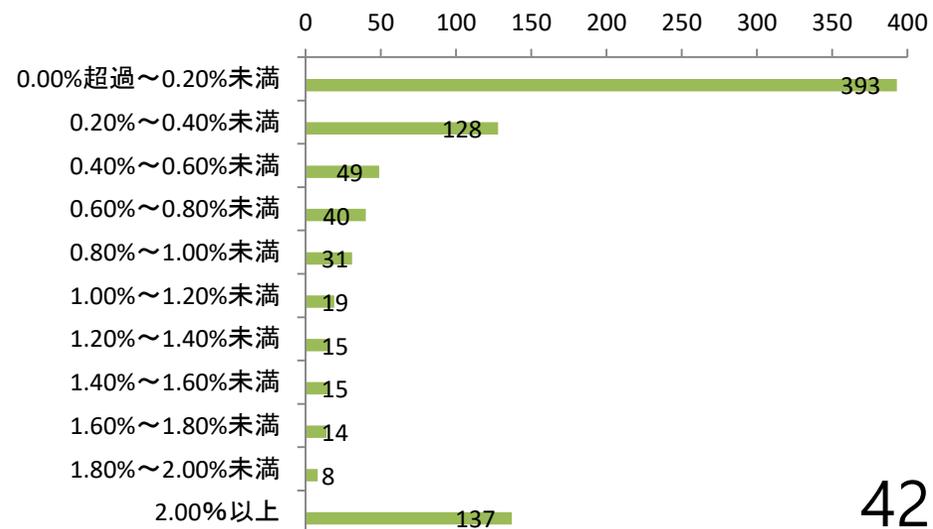
【地域ケア会議】

(自治体)



【ケアプラン点検】

(自治体)



ケアプラン点検等の取組事例について

自治体等	取組内容
青森市	<ul style="list-style-type: none"> ○ ケアマネジメントの質の向上及び利用者にとって真に必要なサービスの確保を図ることを目的に、青森県介護支援専門員協会等の職能団体の協力により、介護支援専門員(薬剤師)、社会福祉士、理学療法士等の多職種で構成されるケアプラン点検アドバイザーによる多面的な視点に基づくケアプラン点検を実施。
福岡県	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村が行うケアプラン点検の場に、主任ケアマネジャー等(アドバイザー)を派遣し、専門職の視点でケアマネジャーに指導・助言等を実施。 ○ 具体的には、福岡県が県内の市町村にアドバイザー派遣の希望を聴取し、その希望に応じてアドバイザーを派遣ができるよう福岡県介護支援専門員協会(県協会)に依頼を行う。市町村が行うケアプラン点検の場に、県協会から派遣された主任ケアマネジャー等の豊富な経験と知識を有した者が同席し、専門的な視点からケアマネジャーに必要な指導・助言等を行う。なお、アドバイザーを養成するための研修を県協会の事業として実施。
宮崎県	<ul style="list-style-type: none"> ○ ケアマネジャーの中から選考されたケアマネナビゲーターが巡回相談・助言指導を行い、ケアマネジャーに対しスーパーバイズを実施。(宮崎県の助成を受け、宮崎県介護支援専門員協会が実施) ○ 具体的には、地域の居宅介護支援事業所にケアマネナビゲーターが出向き、所属するケアマネジャーに対して、ケアプラン適正化支援マニュアルに基づき、ケアプランの内容等に関する助言等の個別具体的な支援を実施。なお、そこで得られた結果や地域における課題については県協会を通じて県に報告され、また、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーに情報提供される。
宮城県 ケアマネジャー協会	<ul style="list-style-type: none"> ○ ケアマネジャーのための各種指針(「ケアマネジャーの専門性と役割」、「医療との連携を担うケアマネジャーの役割」等)を作成し、地域のケアマネジャー等の関係者と共有。 ○ 利用者へケアプランの内容を説明する際は、ケアプランとアセスメントシートをセットで提示し、課題の分析過程等を示しながら行うよう広く推奨。 ○ 利用者の課題を適切に抽出するためのツールとして「課題検討の手引き」を作成。ケアプラン作成時や、ケアプラン点検時において広く使用。

「地域ケア会議」の5つの機能

平成28年10月、厚生労働省開催
「市町村セミナー」資料

1 個別課題の解決

- 多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能

2 地域包括支援ネットワークの構築

- 高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能

3 地域課題の発見

- 個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能

4 地域づくり資源開発

- インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域で必要な資源を開発する機能

5 政策の形成

- 地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく機能

経済・財政再生計画 改革工程表

経済・財政再生計画 改革工程表
(抜粋)(平成28年12月21日経済財政
諮問会議決定)

	集中改革期間				2019 年度	2020 年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度		2018 年度				
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化	<<厚生労働省>> 通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会				
	<⑦公的保険給付の範囲や内容について適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討> <(i)次期介護保険制度改革に向け、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその 他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討>							
	軽度者に対する生活 援助サービスやその 他の給付の在り方 について、関係審議会等 において検討	軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行につい て、介護予防訪問介護等の移行状況等を踏まえつつ、引き続き関係審議会等におい て検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる						
	軽度者に係る生活援 助、福祉用具貸与及 び住宅改修に係る負 担の在り方について、 関係審議会等におい て検討	生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和やそれに応じた報酬の設定につ いて、関係審議会等において具体的内容を検討し、平成30年度介護報酬改定で対応						
軽度者に係る福祉 用具貸与及び住宅 改修に係る給付の 適正化について、地 域差の是正の観点 も踏まえつつ、関係 審議会等において具 体的内容を検討	通所介護などその他の給付の適正化につ いて、介護報酬改定の議論の過程で関係審議 会等において具体的内容を検討し、平成30 年度介護報酬改定で対応							
					福祉用具貸与の価格を適正化するための仕 組みの実施			

見直しの方向性

- 生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和やそれに応じた報酬の設定を行う。(具体的内容は平成30年度介護報酬改定で検討)
- 通所介護などその他の給付の適正化についても、その具体的内容を平成30年度介護報酬改定で検討。

訪問介護におけるサービス類型

- ① 身体介護 >> 利用者の身体に直接接触して行われるサービス等
(例:入浴介助、排せつ介助、食事介助 等)
- ② 生活援助 >> 身体介護以外で、利用者が日常生活を営むことを支援するサービス
(例:掃除、洗濯、調理 等)

訪問介護員の人員基準の見直し

現行

身体介護
中心

生活援助
中心

※同じ基準

- 介護福祉士
- 実務者研修修了者
- 介護職員初任者研修修了者

など

見直し後

身体介護中心

現行の人員基準を継続

生活援助中心

人員基準の緩和及び
それに応じた報酬の設定

福祉用具貸与の見直し

見直しの方向性

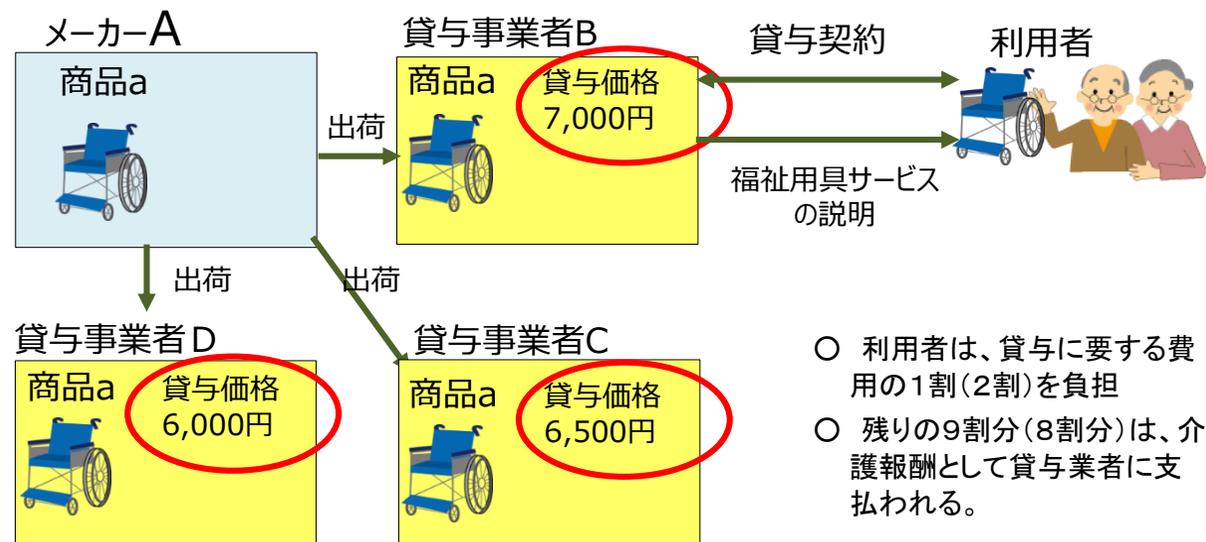
徹底的な見える化等を通じて貸与価格のばらつきを抑制し、適正価格での貸与を確保する。

【平成30年10月施行】

福祉用具貸与の仕組み

- 福祉用具は、対象者の身体状況等に応じて交換ができるように原則貸与
- 福祉用具貸与は、市場価格で保険給付されており、同一商品(例:メーカーAの車いすa)でも、貸与事業者ごとに価格差がある。
- これは、貸与事業者ごとに、仕入価格や搬出入・保守点検等に要する経費に相違があるためである。

* 福祉用具…車いす、つえ、特殊寝台など



- 利用者は、貸与に要する費用の1割(2割)を負担
- 残りの9割分(8割分)は、介護報酬として貸与業者に支払われる。

見直し内容

- 国が商品ごとに、当該商品の貸与価格の全国的な状況を把握。当該商品の全国平均貸与価格を公表
- 貸与事業者(福祉用具専門相談員)は、福祉用具を貸与する際、当該福祉用具の全国平均貸与価格と、その貸与事業者の貸与価格の両方を利用者に説明。また、機能や価格帯の異なる複数の商品を提示。(複数商品の提示は30年4月施行)
- 適切な貸与価格を確保するため、貸与価格に上限を設定

※ 貸与価格の上限は商品ごとに設定する(当該商品の全国平均貸与価格+1標準偏差)。

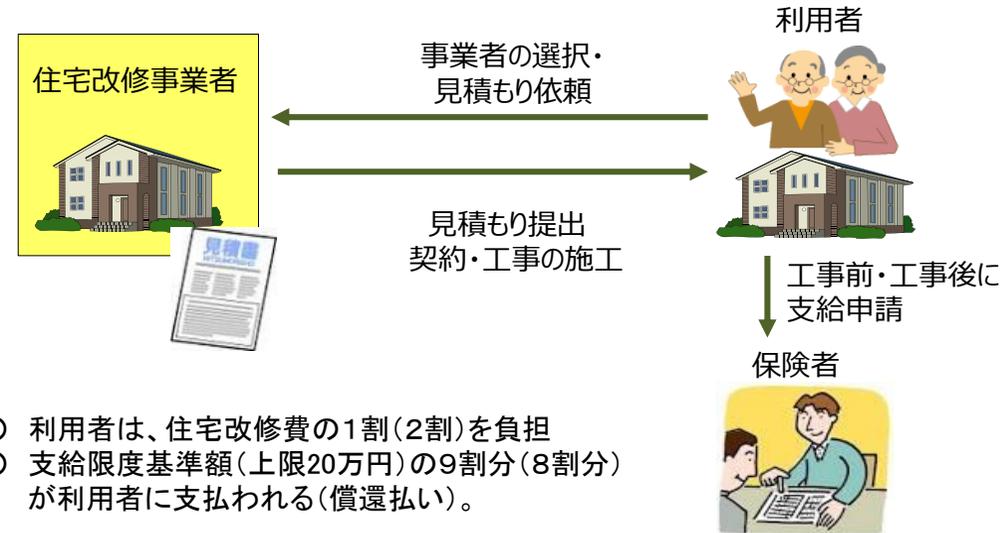
見直しの方向性

住宅改修の内容や価格を、保険者が適切に把握・確認できるようにするとともに、利用者の適切な選択に資するための取組を進める。

住宅改修の仕組み

- 住宅改修を行おうとするときは、申請書に必要な書類（理由書や見積書類）を添えて、工事前に保険者に提出するとともに、工事完成後、保険者の確認を受ける。
- 工事価格の設定は住宅改修事業者の裁量によるほか、事業者により技術・施工水準のバラツキがある。

* 住宅改修…手すりの取付け、段差の解消など



見直し内容

- 事前申請時に利用者が保険者に提出する見積書類の様式(改修内容、材料費、施工費等の内訳が明確に把握できるもの)を、国が示す
- 複数の住宅改修事業者から見積もりを取るよう、利用者に対する説明を促進
- 建築の専門職や理学療法士、作業療法士、福祉住環境コーディネーター、その他住宅改修に関する知見を備えた者が適切に関与している事例や、住宅改修事業者への研修会を行っている事例等、保険者の取組の好事例を広く横展開

5. ケアマネジャーの現状と課題

介護保険法の目的等について

介護保険法(抜粋)

(目的)

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。

- 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

(国民の努力及び義務)

第4条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

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

介護保険法(抜粋)

(定義)

第7条 (略)

5 この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者(以下「要介護者等」という。)からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業(第115条の45第1項第1号イに規定する第1号訪問事業、同号ロに規定する第1号通所事業又は同号ハに規定する第1号生活支援事業をいう。以下同じ。)を利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者、特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第69条の7第1項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

(介護支援専門員の義務)

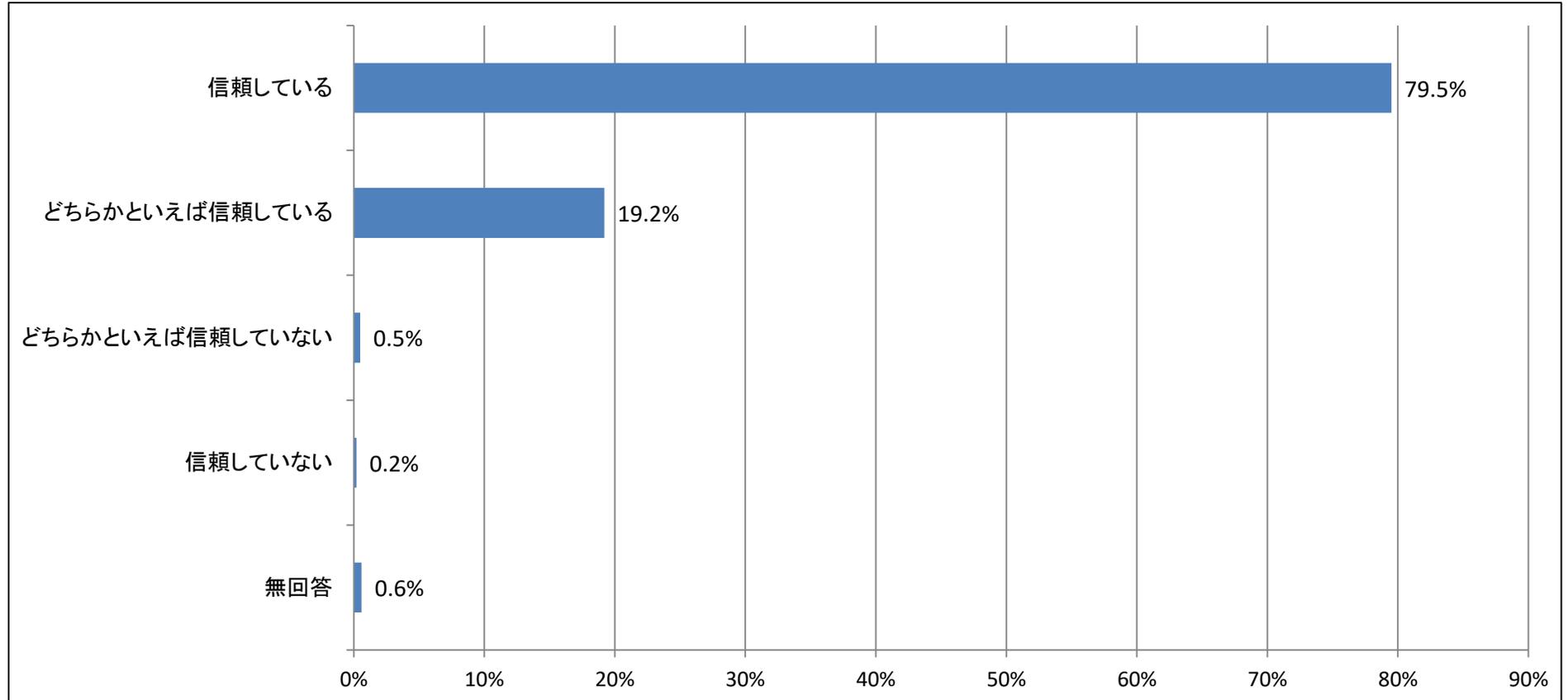
第69条の34 介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。

ケアマネジャーに対する信頼度について

○ 利用者本人による、担当するケアマネジャーに対する信頼度は、「信頼している」が79.5%、「どちらかといえば信頼している」が19.2%であり、これを合計すると、実に98.7%の利用者本人が信頼している。

あなたを担当しているケアマネジャーを信頼していますか

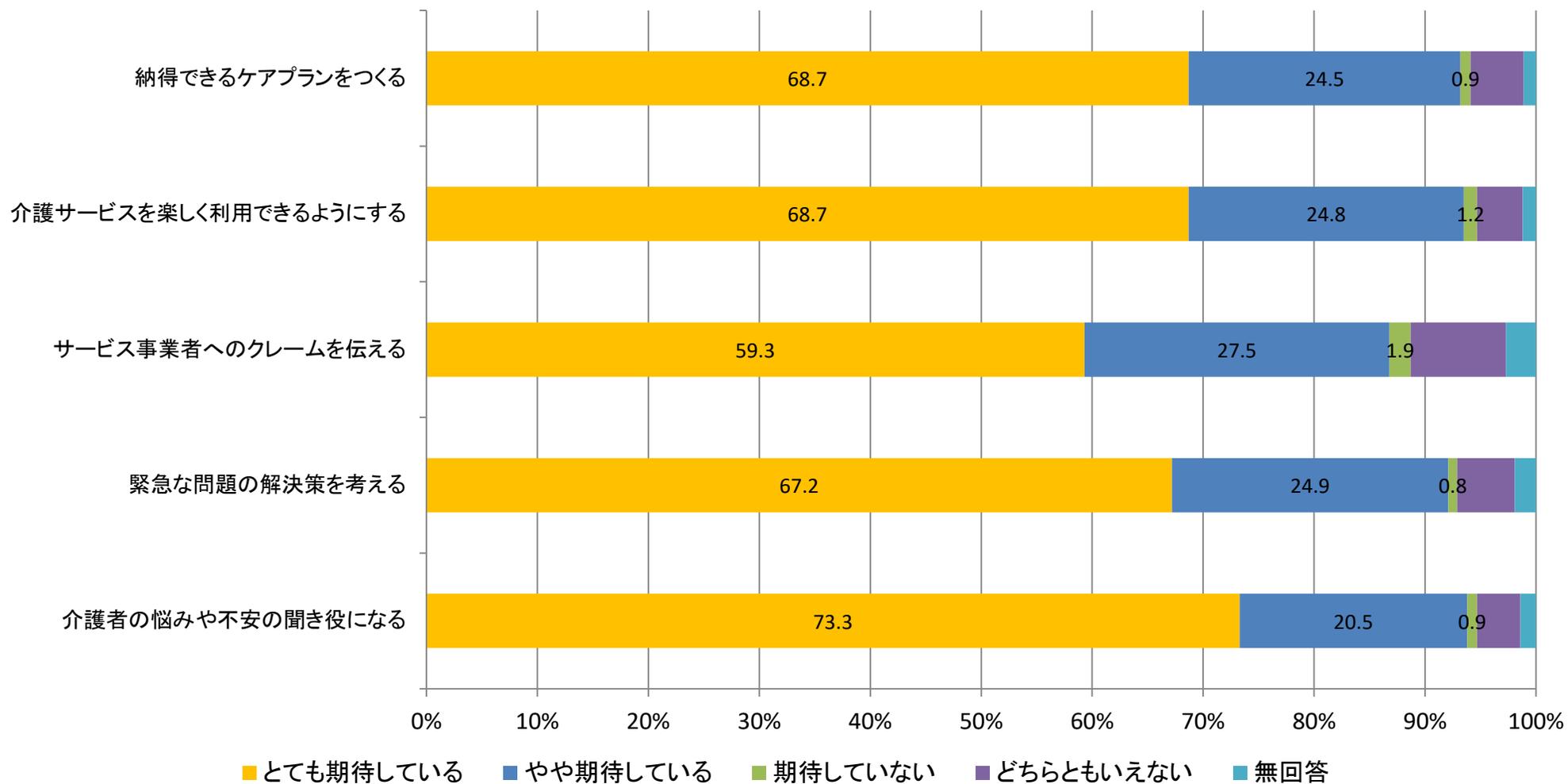
N=5,873



【出典】厚生労働省「平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査」

ケアマネジャーに期待すること

○ ケアマネジャーに期待することは、「納得できるケアプランをつくる」本来業務の他、「悩みや不安の聞き役」、「介護サービスを楽しく利用できるようにする」、「緊急な問題の解決策を考える」などの、在宅生活を継続するために必要な、生活援助的なサービスの提供が期待されている。



サービス類型ごとのケアマネジャーの従事者数

○ ケアマネジャーの資格を有している従事者は、約17万人いる。

介護支援専門員等の従事者数

(単位:人)

	合計	居宅介護支援事業所	介護予防支援事業所(地域包括支援センター)	居宅サービス事業所	地域密着型サービス				介護保険施設			
				(介護予防)短期入所生活介護	(介護予防)特定施設入居者生活介護	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	(介護予防)認知症対応型共同生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
従事者数(実数)	176,067	101,905	11,538	6,524	5,370	5,159	21,093	295	2,182	11,931	8,030	2,040
従事者数(常勤換算)	136,279	87,975	10,040	3,333	3,831	3,028	10,580	178	1,383	8,528	6,039	1,364



... 居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター以外で計画作成を行うための介護支援専門員等が配置されているサービス

※1 (介護予防)特定施設入居者生活介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護については、計画作成担当者の人数。

※2 「計画作成担当者」について、

○(介護予防)特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護では、「専らその職務に従事する介護支援専門員」であること

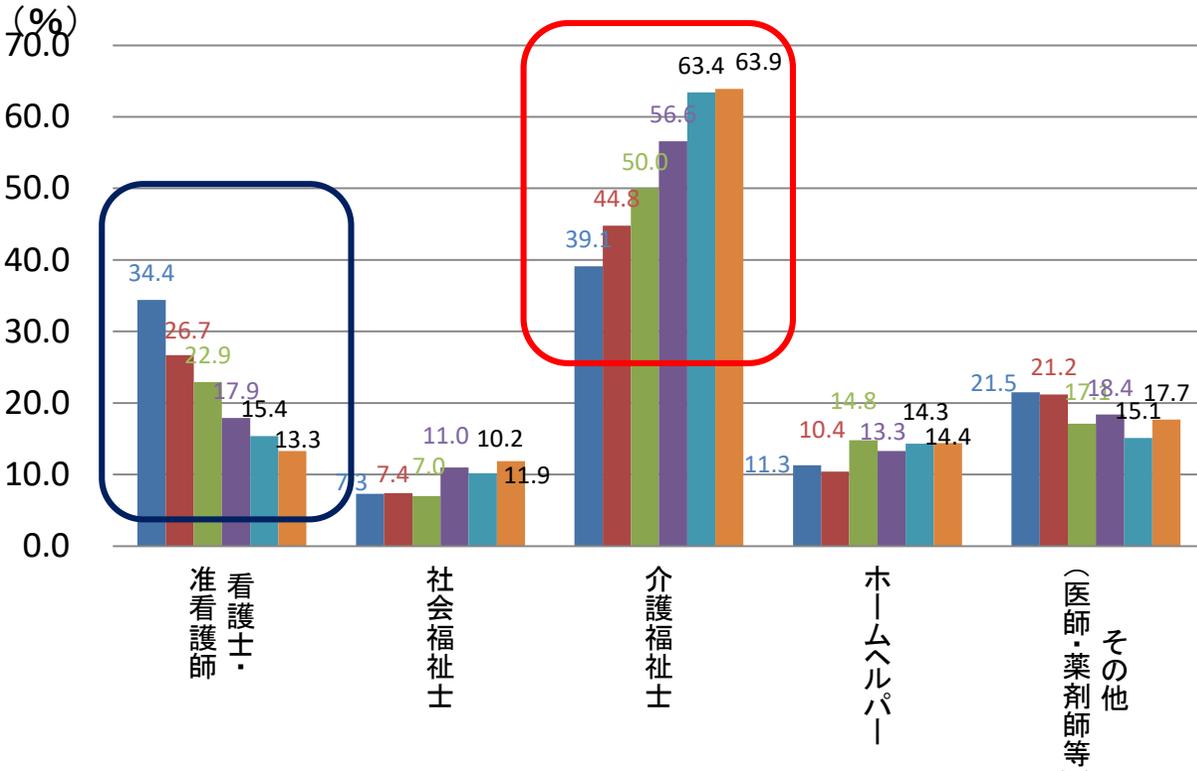
○(介護予防)認知症対応型共同生活介護では、「1以上の者は、介護支援専門員をもって充てなければならない」と

と定められている。

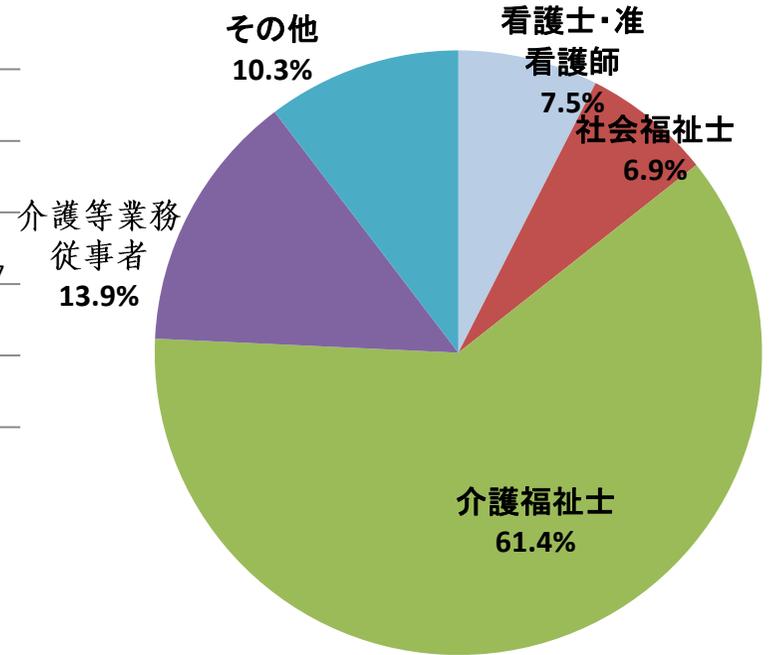
介護支援専門員（ケアマネジャー）の保有資格

- ケアマネジャーの保有資格については、看護師等の医療系資格の保有者が減少し、介護福祉士等の介護系資格保有者の比率が高まっている。
- 直近の試験での合格者の多くは、介護福祉士等の介護系資格保有者であり、看護師等の医療系資格保有者は少ない。

ケアマネ事業所で従事しているケアマネジャーの保有資格



平成29年度介護支援専門員実務研修受講試験の合格者の保有資格

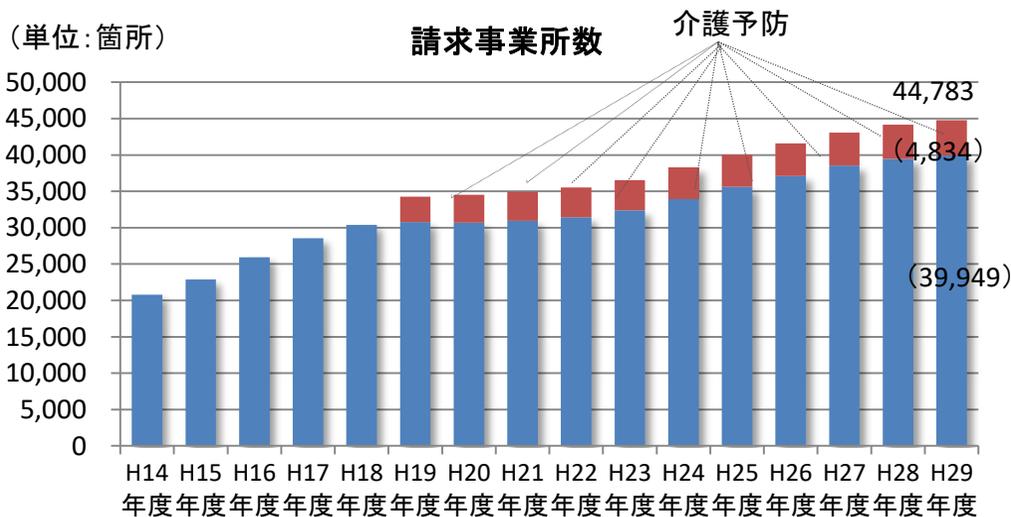
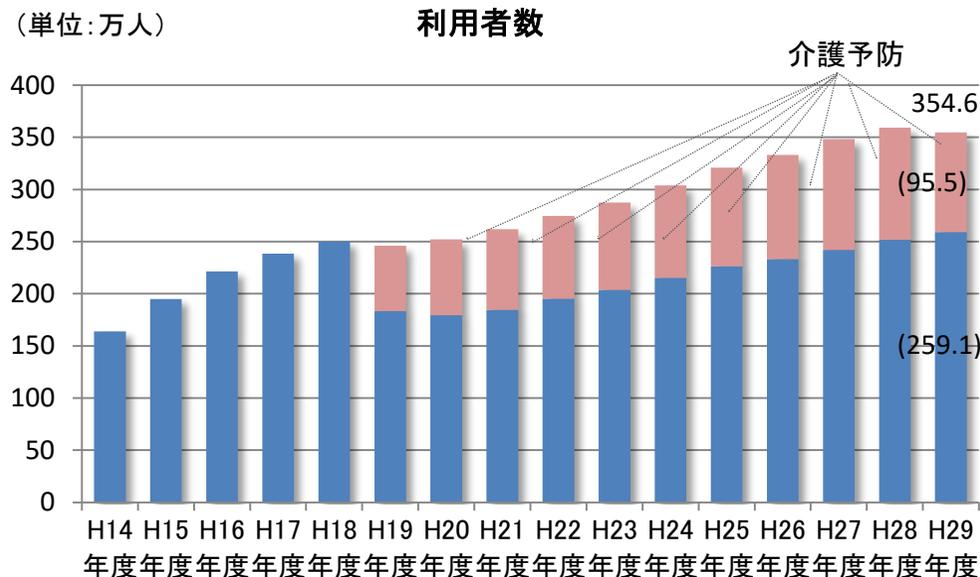
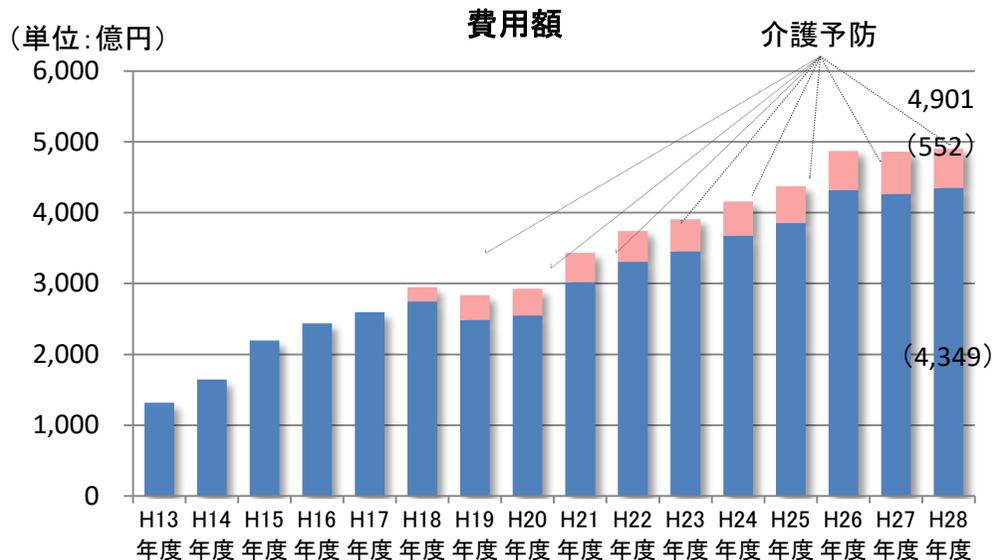


【出典】 H17 H19 H21 H23 H25 H27
 株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」
 （平成25年度老人保健健康増進等事業）、
 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査
 「居宅介護支援事業所および介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業」

注：同一の者が複数の資格を保有している場合、それぞれの資格ごとに1人とカウントしている。

居宅介護支援の事業所数・利用者数等

○居宅介護支援・介護予防支援の利用は、ここ数年は増加傾向にある。



居宅介護支援・介護予防支援の
介護サービス費用額(平成28年度)

(上欄の単位: 億円)

要支援		要介護					合計
1	2	1	2	3	4	5	
246	306	1,350	1,213	860	564	362	4,901
5.0%	6.2%	27.5%	24.8%	17.5%	11.5%	7.4%	100%

【出典】平成28年度介護給付費実態調査

注1) 費用額の値は、介護給付費実態調査の5月審査(4月サービス)分から翌年の4月審査(3月サービス)分までの合計である。

注2) 利用者数、請求事業所数の値は、介護給付費実態調査(4月審査分)。

介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における
主な検討すべき課題【議論の中間的な整理（平成25年1月7日）総論部分抜粋】

- ～、本検討会において、これまで議論を重ね、主な検討すべき課題として以下のように整理した。
- ① 介護保険の理念である「**自立支援**」の考え方が、十分共有されていない。
 - ② 利用者像や課題に応じた**適切なケアマネジメント（課題把握）**が必ずしも十分でない。
 - ③ **サービス担当者会議における多職種協働**が十分に機能していない。
 - ④ ケアマネジメントにおける**モニタリング、評価**が必ずしも十分でない。
 - ⑤ 重度者に対する医療サービスの組み込みをはじめとした**医療との連携**が必ずしも十分でない。
 - ⑥ **インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）**のコーディネート、**地域のネットワーク化**が必ずしも十分できていない。
 - ⑦ **小規模事業者の支援、中立・公平性の確保**について、取組が必ずしも十分でない。
 - ⑧ 地域における**実践的な場での学び、有効なスーパーバイズ機能**等、介護支援専門員の**能力向上の支援**が必ずしも十分でない。
 - ⑨ 介護支援専門員の**資質に差がある**現状を踏まえると、介護支援専門員の養成、研修について、**実務研修受講試験の資格要件、法定研修の在り方、研修水準の平準化**などに課題がある。
 - ⑩ **施設における介護支援専門員の役割**が明確でない。
- 上記の課題に対応するための見直しの視点は大きく2つあり、「**介護支援専門員自身の資質の向上**に係るもの」と「**介護支援専門員が自立支援に資するケアマネジメントが実践できるようになる環境整備**に係るもの」といった2つの視点からアプローチしていくことが必要である。

ケアマネジャーの資質の向上に向けた取組

地域包括ケアシステムの構築（多職種協働、医療との連携の推進等）に向け、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの推進する観点から、研修体系を見直すなどケアマネジャーの資質の向上に向けた施策を推進。

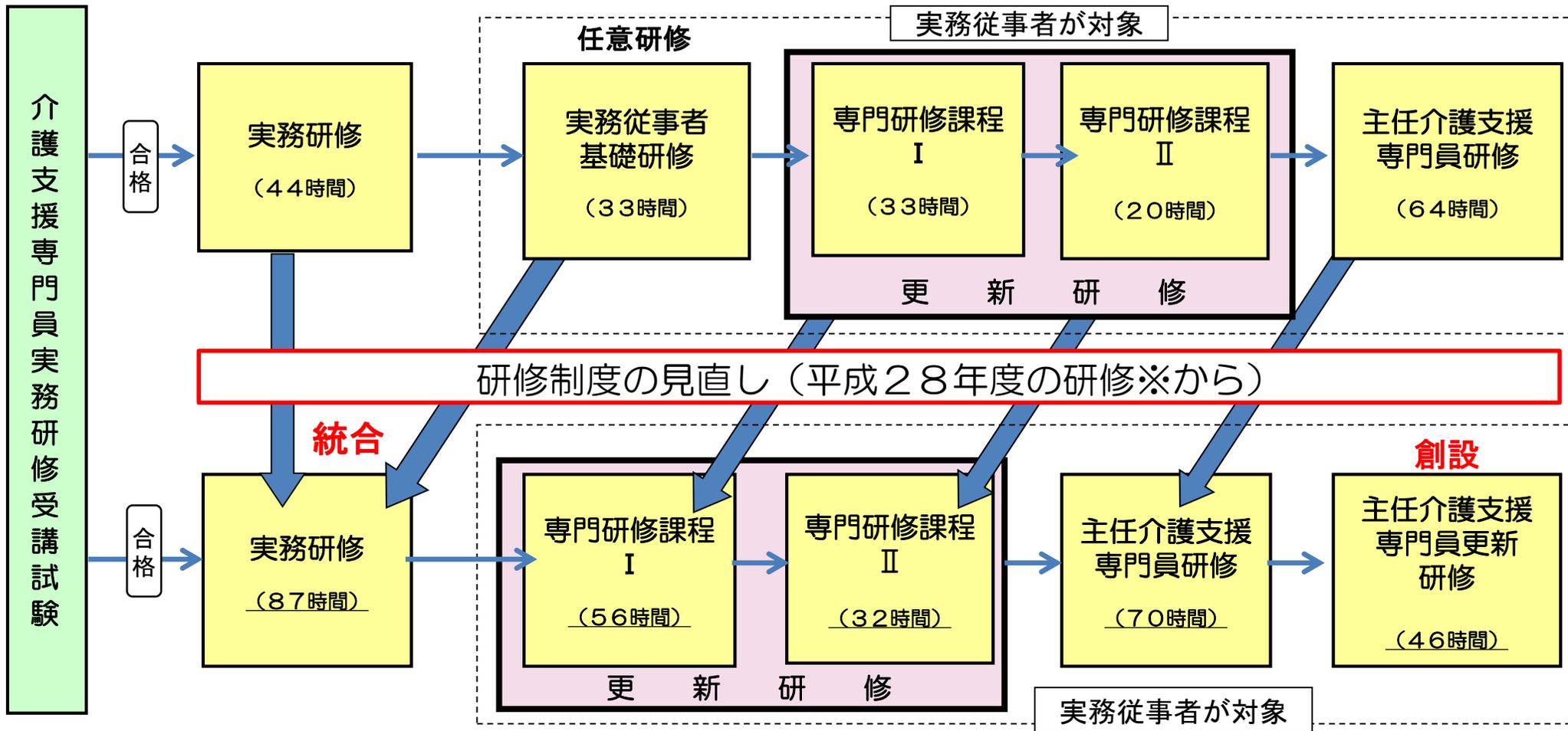
主な取組例

- ①自己研鑽の努力義務の規定を新設（平成26年6月法改正 平成27年4月施行）
 - ・介護保険法第69条の34において新たに規定
「介護支援専門員は、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術の水準を向上させ、その他その資質の向上を図るよう努めなければならない。」
- ②地域ケア会議の機能強化（平成26年6月法改正 平成27年4月施行）
 - ・多職種協働による個別ケースの支援内容の検討を通じた、自立支援に資するケアマネジメントへの支援
- ③介護支援専門員研修等の見直し（平成26年6月告示改正 平成28年度施行）
 - ・介護支援専門員の資質の向上を図るため、座学中心から講義演習一体型中心のカリキュラムへ内容を改正
 - ・選択制となっている「認知症」「リハビリテーション」「看護」「福祉用具」といった科目の必修化
 - ・主任介護支援専門員については、更新制を導入（平成27年2月告示改正）
 - ・都道府県が実施する研修内容の質の確保と平準化を図るため、講師向けのガイドラインを作成
 - ・実務研修受講試験の受験要件を法定資格保有者及び相談業務従事者に限定（平成27年2月省令改正）
- ④ケアマネジメントの質の向上（平成26年6月事務連絡）
 - ・利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した課程について、適切な情報共有に資することを目的とした「課題整理総括表」の策定
 - ・短期目標の終了時期に、目標の達成度合いと背景を分析・共有し、再アセスメントをより効果的にすることを目的とした「評価表」の策定
- ⑤ケアプラン点検の充実・強化（平成27年度から適用）
 - ・平成27年度からの地域医療介護総合確保基金において、主任介護支援専門員がケアプラン点検に同行し指導する事業のメニュー化

介護支援専門員（ケアマネジャー）の研修制度の見直し

※平成26年6月2日告示公布(主任更新については平成27年2月12日公布)

- 地域包括ケアシステムの中で、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら、利用者の尊厳を旨とした自立支援に資するケアマネジメントを実践できる専門職を養成するため、介護支援専門員に係る研修制度を見直す。
- 入口の研修である介護支援専門員実務研修を充実するため、任意の研修となっている介護支援専門員実務従事者基礎研修を介護支援専門員実務研修に統合。
- 主任介護支援専門員に更新制を導入し、更新時の研修として更新研修を創設。
- 専門職として修得すべき知識、技術を確認するため、各研修修了時に修了評価を実施。



※ 実務研修等は平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から、専門研修等は平成28年4月1日から施行。

研修カリキュラムの見直しのポイント①

見直しに当たっての基本的考え方

介護支援専門員

- 地域包括ケアシステムの中で、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら、利用者の尊厳を旨とした自立支援に資するケアマネジメント

主任介護支援専門員

- 地域や事業所におけるスーパーバイズ等を通じた人材育成
- 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくり

実践できる専門職として養成

「実務研修」と「実務従事者基礎研修」の統合

- 地域包括ケアシステムの中で、医療職をはじめとする多職種と連携・協働していくことなどがより一層求められる。
- 一方で、ケアマネジメントについて様々な指摘。

- 初めて実務に就く介護支援専門員が円滑に業務を行える知識・技術を身につけ、求められる役割が適切に果たせるよう、入口の研修課程となる「実務研修」を充実させることが必要。

実務研修として統合（実務に就く前の研修課程を充実）

「実務研修」



「実務従事者基礎研修」
(実務に就いて間もないうちに受講)

研修カリキュラムの見直しのポイント②

主任介護支援専門員更新研修の創設

主任専門職として求められる役割

- 介護支援専門員の人材育成
- 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくり など



- 主任介護支援専門員として継続的な資質向上を図ることが必要



更新時における研修の実施

主任介護支援専門員の更新制の導入

修了評価の実施

- 各研修における内容を理解し、専門職として修得しておくべき知識・技術の到達目標に達しているかどうかの確認が重要



研修修了時に修了評価の実施を導入

5. 平成30年度介護報酬改定

診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定について

- 平成30年度の診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等報酬の改定については、以下のとおりとなった。

診療報酬本体	+ 0. 5 5 %
各科改定率	
医科	+ 0. 6 3 %
歯科	+ 0. 6 9 %
調剤	+ 0. 1 9 %

薬価等

①薬価	▲ 1. 6 5 %
※ うち、実勢価等改定	▲ 1. 3 6 %
薬価制度の抜本改革	▲ 0. 2 9 %
②材料価格	▲ 0. 0 9 %

なお、上記のほか、いわゆる大型駅前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

介護報酬改定 + 0. 5 4 %

障害報酬改定 + 0. 4 7 %

※なお、今年度末までの経過措置とされていた食事提供体制加算については、食事の提供に関する実態等について調査・研究を十分に行った上で、今後の報酬改定において対応を検討することとし、今回の改定では継続することとした。

平成29年度介護事業経営実態調査結果について

- 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。
- 調査の時期： 平成29年5月（平成28年度決算を調査）

主な介護サービスの収支差率

サービスの種類	28年度 概況調査		29年度 実態調査		サービスの種類	28年度 概況調査		29年度 実態調査	
	27年度 決算	28年度 決算	対27年度 増減			27年度 決算	28年度 決算	対27年度 増減	
施設サービス					居宅サービス				
介護老人福祉施設	2.5%	1.6%	△0.9%		訪問介護	5.5%	4.8%	△0.7%	
介護老人保健施設	3.2%	3.4%	+0.2%		訪問看護	3.0%	3.7%	+0.7%	
介護療養型医療施設	3.7%	3.3%	△0.4%		通所介護	7.1%	4.9%	△2.2%	
地域密着型サービス					通所リハビリテーション	4.6%	5.1%	+0.5%	
認知症対応型共同生活介護	3.8%	5.1%	+1.3%		短期入所生活介護	3.2%	3.8%	+0.6%	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	6.8%	4.8%	△2.0%		特定施設入居者生活介護	4.1%	2.5%	△1.6%	
小規模多機能型居宅介護	5.4%	5.1%	△0.3%		居宅介護支援	△1.8%	△1.4%	+0.4%	
					全サービス平均	3.8%	3.3%	△0.5%	

※1 介護事業経営実態調査については、今回の調査より、調査対象期間を単月分から1年分に変更。

※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。

(参考) 主な介護サービスの給与費割合

サービスの種類	28年度 概況調査	29年度 実態調査		サービスの種類	28年度 概況調査	29年度 実態調査	
	27年度 決算	28年度 決算	対27年度 増減		27年度 決算	28年度 決算	対27年度 増減
施設サービス				居宅サービス			
介護老人福祉施設	63.8%	64.6%	+0.8%	訪問介護	75.2%	76.1%	+0.9%
介護老人保健施設	59.6%	60.1%	+0.5%	訪問看護	79.3%	78.3%	△1.0%
介護療養型医療施設	58.8%	60.0%	+1.2%	通所介護	62.1%	64.2%	+2.1%
地域密着型サービス				通所リハビリテーション	64.3%	64.6%	+0.3%
認知症対応型共同生活介護	64.0%	62.7%	△1.3%	短期入所生活介護	63.9%	64.0%	+0.1%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	82.1%	81.6%	△0.5%	特定施設入居者生活介護	44.4%	46.0%	+1.6%
小規模多機能型居宅介護	66.8%	67.6%	+0.8%	居宅介護支援	85.6%	84.1%	△1.5%
				全サービス平均	63.8%	64.3%	+0.5%

※1 経営実態調査については、今回調査より、調査対象期間を単月分から1年分に変更。

※2 給与費割合については、介護サービスの収益額に対する給与費額の割合。

(参考) 介護サービスの収支差率と全産業の収支差率との比較

	24年度決算	25年度末 (26年3月収支)	26年度決算	27年度決算	28年度決算
介護サービス	6.4%	7.8%	4.8%	3.8%	3.3%
全産業	2.9%	4.0%	4.2%	4.2%	4.7%

出典) 介護サービス：介護事業経営概況調査・経営実態調査（厚生労働省）
全産業：法人企業統計調査（財務省）

	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度
(参考) 中小企業	2.2%	2.7%	3.6%	2.8%	—

出典) 中小企業実態基本調査（中小企業庁）

(参考) 介護サービスの給与費割合

	24年度	25年度 (26年3月収支)	26年度	27年度	28年度
介護サービス	61.8%	59.0%	62.4%	63.8%	64.3%

出典) 介護事業経営概況調査・経営実態調査（厚生労働省）

(参考) 賃金・物価の動向（対前年度伸び率）

	平成27年度	平成28年度	平成29年度 (年度途中)	平成27年～29年度 累積
賃金	0.3%	0.1%	0.5%	0.9%
物価	0.2%	△0.1%	0.5%	0.6%

(注1) 賃金：「毎月勤労統計調査報告」（厚生労働省）による事業所規模5人以上の「きまって支給する給与」である。なお、平成29年度は4月から8月の対前年同月比の平均値である。

(注2) 物価：「消費者物価指数」（総務省）による「総合指数」である。なお、平成29年度は4月から9月の対前年同月比の平均値である。

平成30年度介護報酬改定の概要

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

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

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

【主な事項】

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

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

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

【主な事項】

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

III 多様な人材の確保と生産性の向上

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

【主な事項】

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

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

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

【主な事項】

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

6. 平成30年度介護報酬改定に関する審議報告

平成29年12月18日 社会保障審議会介護給付費分科会

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告

平成29年12月18日 社会保障審議会介護給付費分科会

Ⅱ 平成30年度介護報酬改定の基本的な考え方とその対応

1. 地域包括ケアシステムの推進

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

(1) 中重度の要介護者も含めた、本人の希望する場所での、その状態に応じた医療・介護と看取りの実施

⑥ 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

【居宅介護支援】

ア ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。

イ 頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

17. 居宅介護支援 ②末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

概要

※介護予防支援は含まない

ア ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

イ 頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

単位数

○イについて

<現行>
なし

⇒

<改定後>

ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月（新設）

算定要件等

<イについて>

○対象利用者

- ・末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

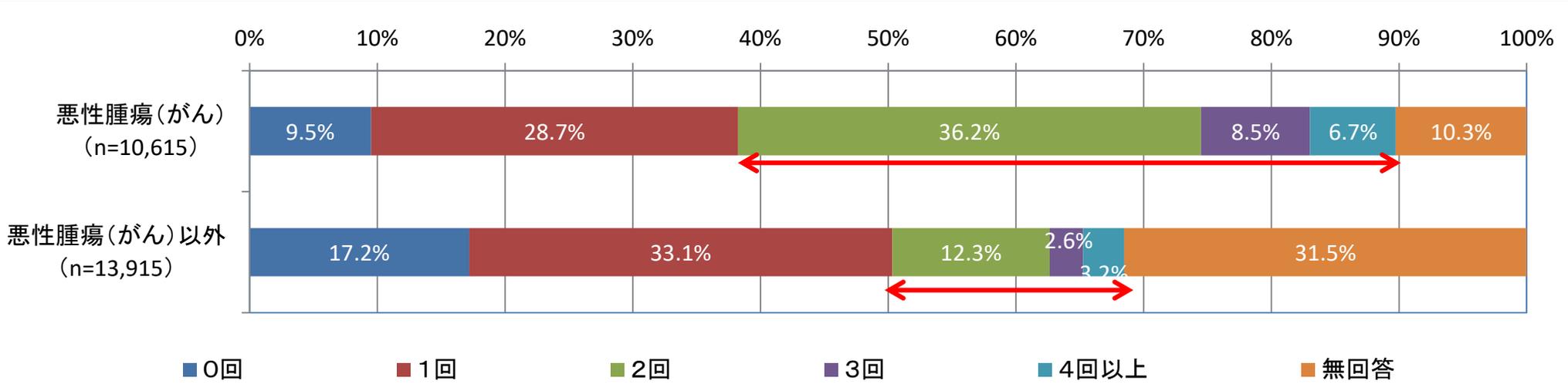
○算定要件

- ・24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
- ・利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施
- ・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

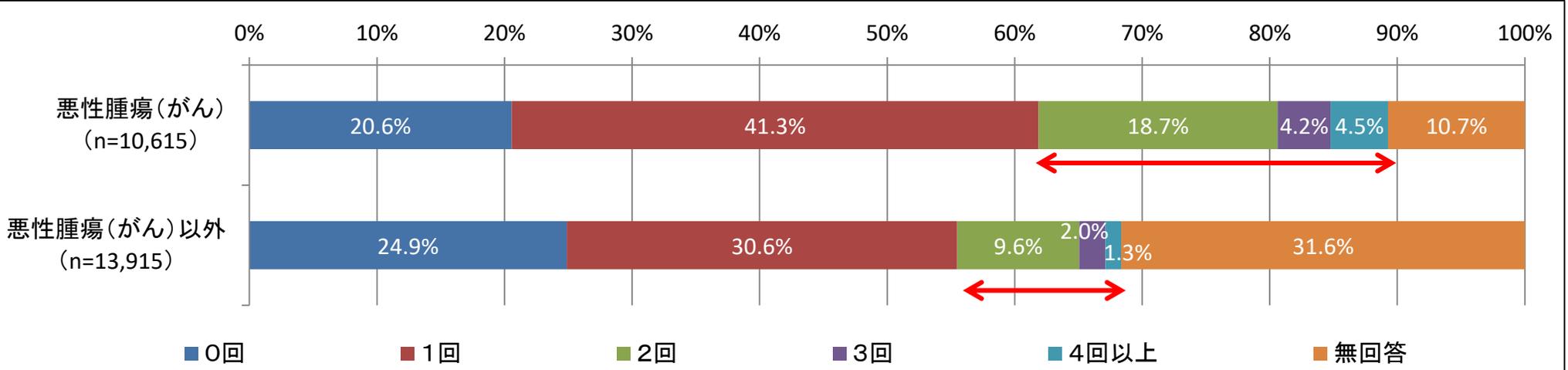
居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

○ 利用者が死亡する前30日間の支援内容について、疾患が悪性腫瘍（がん）か否かで比較すると、サービス担当者会議の開催回数及びケアプランの変更回数は悪性腫瘍（がん）のほうが、複数回数の対応を行っている割合が高かった。

死亡前30日間のサービス担当者会議の開催回数(利用者調査票)



死亡前30日間のケアプラン変更回数(利用者調査票)



※直近1年間に医療機関から退院し、看取りを行った利用者について集計(疾患は入院の契機となった疾患を用いている)。

末期の悪性腫瘍患者に対する頻回モニタリングの評価（案）

社保審一介護給付費分科会

第152回（H29.11.22）

資料1（抄）

ターミナルケアマネジメント加算（仮称）

（対象利用者）

末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

（算定要件）

- ① 24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
- ② 利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問
- ③ 訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

（参考）訪問看護 ターミナルケア加算の算定要件

在宅で死亡した利用者に対して、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所が、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して訪問看護を行っている場合にあっては1日）以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）は、ターミナルケア加算として、当該者の死亡月につき2,000単位を所定単位数に加算する。

※1 別に厚生労働大臣が定める基準

- イ ターミナルケアを受ける利用者について24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、指定訪問看護を行うことができる体制を整備していること。
- ロ 主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。
- ハ ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。

※2 別に厚生労働大臣が定める状態

次のいずれかに該当する状態

- イ 多発性硬化症、（略）、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態
- ロ 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

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

居宅介護支援

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

ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月（新設）

現行

末期の悪性腫瘍と診断

利用者の状態変化のタイミングに合わせてケアプランを作成

状態変化A

アセスメント
→サービス担当者会議
→利用者の同意・交付

ケアプランA
に変更

状態変化B

アセスメント
→サービス担当者会議
→利用者の同意・交付

ケアプランB
に変更

死亡

改定後（以下の方法も可能とする）

末期の悪性腫瘍と診断

末期の悪性腫瘍と診断された場合であって、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合

アセスメント
→サービス担当者会議
→利用者の同意・交付

主治の医師等の助言を得た上で状態変化を想定し、今後必要と見込まれるサービス事業者を含めた会議を実施

予測される状態変化と支援の方向性について確認の上、ケアプランを作成

状態変化A

利用者の状態変化を踏まえ、主治の医師等の助言を得た上で、介護保険サービスの修正について、①サービス担当者、②利用者又は家族の了解を得る。

サービス担当者会議の招集は不要

状態変化B

死亡

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告

平成29年12月18日 社会保障審議会介護給付費分科会

II 平成30年度介護報酬改定の基本的な考え方とその対応

1. 地域包括ケアシステムの推進

(2) 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進、関係者間の円滑な情報共有とそれを踏まえた対応の推進

① 居宅介護支援事業所と医療機関との連携の強化(★)

【居宅介護支援】

ア 入院時における医療機関との連携促進

入院時における医療機関との連携を促進する観点から、以下の見直しを行う。

- i 居宅介護支援の提供の開始にあたり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務づける。
- ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。
- iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。

イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進

退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。

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

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告

平成29年12月18日 社会保障審議会介護給付費分科会

また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄(医療処置、看護、リハビリテーションの視点等)を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。

ウ 平時からの医療機関との連携促進

- i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。
- ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

エ 医療機関等との総合的な連携の促進

医療・介護連携をさらに強化するため、特定事業所加算において、以下の全ての要件を満たす事業所を更に評価することとする。

(要件)

- i 退院・退所加算を一定回数以上算定している事業所
 - ii Ⅲ6②イに記載する末期の悪性腫瘍の利用者に係る頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価に係る加算を一定回数以上算定している事業所
 - iii 特定事業所加算(Ⅰ～Ⅲ)のいずれかを算定している事業所
- ※ 平成31年度から施行する。

17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（入院時情報連携加算の見直し）

概要

※ i は介護予防支援を含み、ii 及び iii は介護予防支援を含まない

ア 入院時における医療機関との連携促進

入院時における医療機関との連携を促進する観点から、以下の見直しを行う。

- i 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務づける。【省令改正】
- ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。
- iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。【通知改正】

単位数

【iiについて】

<現行>

入院時情報連携加算(I) 200単位/月

入院時情報連携加算(II) 100単位/月

<改定後>

入院時情報連携加算(I) 200単位/月

入院時情報連携加算(II) 100単位/月

算定要件等

【iiについて】

<現行>

入院時情報連携加算(I)

- ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供

入院時情報連携加算(II)

- ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

※(I)(II)の同時算定不可

<改定後>

入院時情報連携加算(I)

- ・入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）

入院時情報連携加算(II)

- ・入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）

※(I)(II)の同時算定不可

17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（退院・退所加算の見直し）

概要

※介護予防支援は含まない

- イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進
 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。
- i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。
 - ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。
 - iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。
- また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。【通知改正】

単位数

<現行>

退院・退所加算

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

⇒

<改定後>

退院・退所加算

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

算定要件等

- 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。
 ただし、「連携 3 回」を算定できるのは、そのうち 1 回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

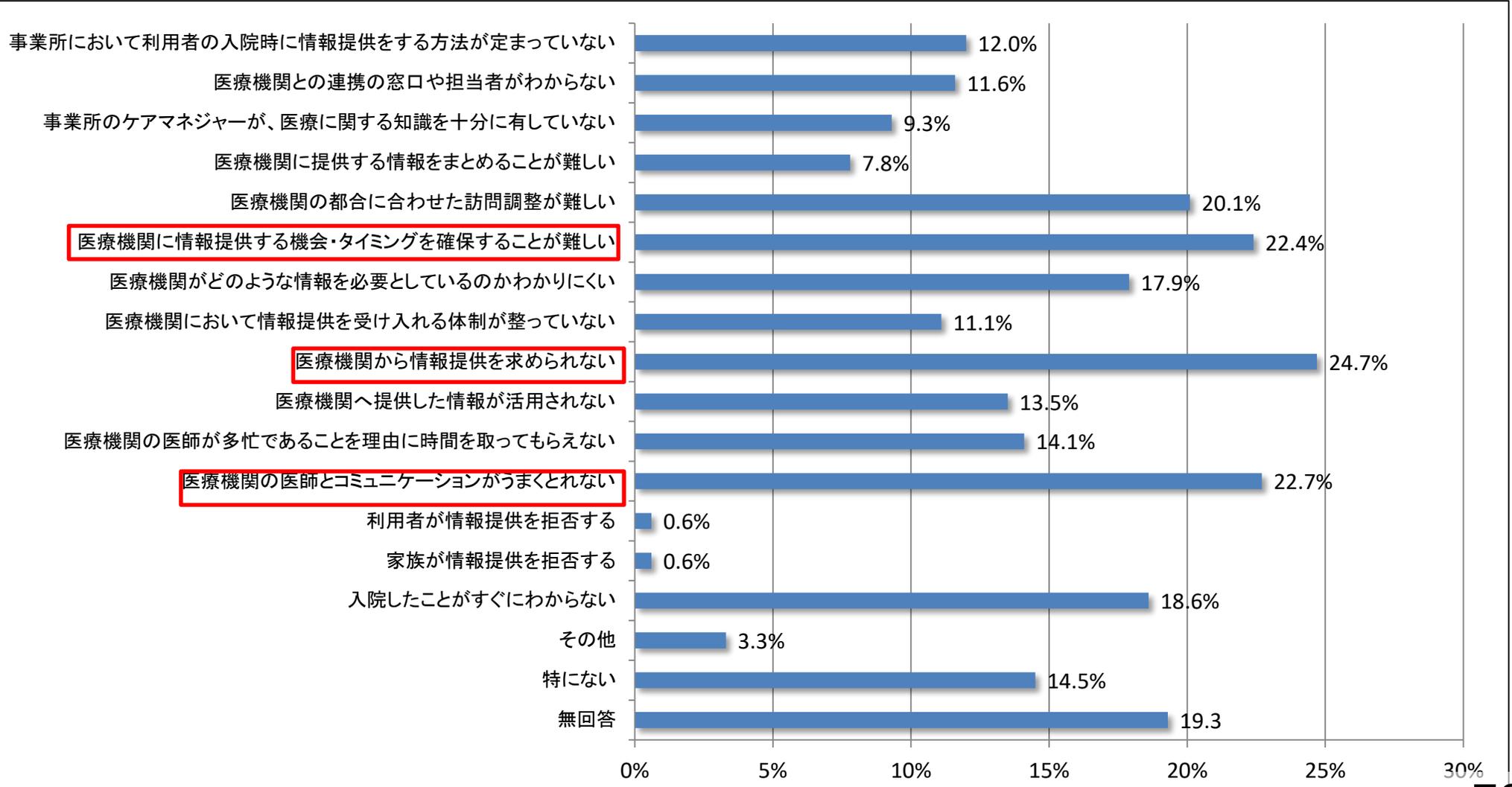
※ 入院又は入所期間中につき 1 回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

○ 入院時の情報提供において問題とを感じる点について、「医療機関から情報提供を求められない」が24.7%と最も多く、次いで「医療機関の医師とコミュニケーションがうまくとれない」が22.7%、「医療機関に情報提供する機会・タイミングを確保することが難しい」が22.4%であった。

入院時の情報提供において問題とを感じる点(事業所調査票)(複数回答)

n=1,572



入退院時の医療介護連携の推進に向けた取組事例

■ 福井県における退院支援ルールの策定の取組

取組開始時の現状と課題

- 入院時、介護支援専門員から医療機関への情報提供は約5割、要支援者では3割未満だった。
- 退院時、医療機関から介護支援専門員への連絡は約2割で情報提供がなく、その2割以上が退院直前だった。

ケアマネジャーから病院への情報提供（入院時） 病院からケアマネジャーへの情報提供（退院時）



- 病院と介護支援専門員の連携ルールは、一部で取り組まれていたが、医療機関や地域で様式等が異なり、十分活用されていなかった。

医療・介護関係者の意見調整

県庁と県医師会が連携し、入退院時の退院支援ルール作成に向け取り組むことを確認。

全県の介護支援専門員を対象に入退院時連携の実態を調査。

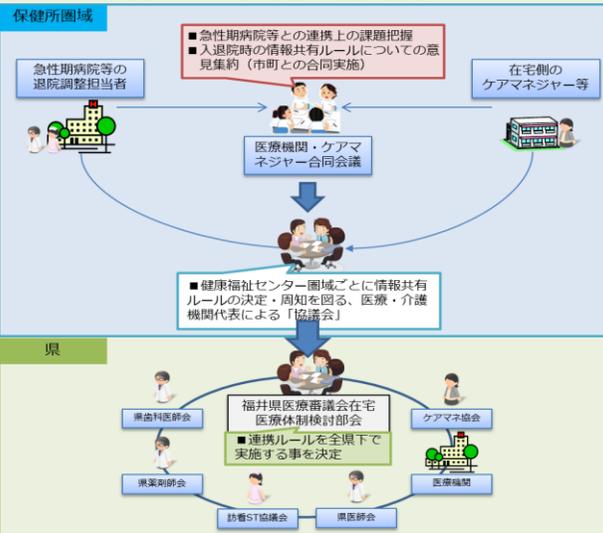
県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置。

医療機関、介護支援専門員、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、退院支援ルールについての意見の取りまとめ。

市町や医療圏をまたぐ入退院の事例が多く見られることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。

福井県退院支援ルールの策定

退院支援ルールの適用範囲を全県とすることとし、保健所圏域毎の協議会で出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会議および県医療審議会において全県統一のルールを策定した。（平成28年4月運用開始）



県の役割

- 事業の企画・予算の確保
- 市町への参加要請（介護保険担当部局、地域包括支援センター、居宅介護事業所等）
- 県庁は、全県的な関係者協議の場の設置、県保健所は、保健所圏域毎の協議の実施や関係機関の連携調整を支援。
- 入退院時の連携状況の定期的な把握・評価、退院支援ルールの改善

県医師会の協力

- 事業の実施方法や退院支援ルール等に対する医療的見地からの助言
- 郡市区医師会に対する連絡調整や協力要請
- 病院、有床診療所、介護支援専門員協会等の関係機関に対する協力要請

取組の成果

- 退院調整のフローを標準化したことにより、入退院時の情報提供率の向上につながる
 - 入院時情報提供がなかった割合：約5割→約2割
うち要支援者：約7割→約4割
 - 退院時に介護支援専門員に情報提供がなかった割合：約2割→約1割
- 協議を重ねる事で、お互いの事情や役割への理解が深まり、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる
- ルールの活用により入院・退院にかかる診療報酬および介護報酬上の評価・加算につながる

連携

福井県において運用されている退院支援ルール

	病院	介護支援専門員（ケアマネ）
入院 ↓	<p>②ケアマネの有無、介護保険サービスの確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者・家族への聞き取りや、介護保険証、担当ケアマネの名刺の有無等により、ケアマネの有無や介護保険サービスの確認 ○ 担当ケアマネがいる場合は、速やかに入院を連絡 ※要介護認定を受けているかどうか分からない場合は、市町村介護保険担当課に問い合わせる。 <p>④要介護認定を受けていない場合、退院調整の必要性を判断し、家族等の介護保険申請を支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「介護保険申請の目安」に基づき、退院調整や要介護認定の申請の要不要を判断→担当ケアマネが決まり次第連携 	<p>①日頃の工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 利用者の介護保険証・健康保険証にケアマネの名刺を挟んでおく、入院が決まったらケアマネに伝えるよう本人・家族に説明しておく等 <p>③入院時情報提供書の提出</p> <p>病院や家族等からの連絡により、利用者（要介護・要支援とも）の入院を把握した場合は速やかに、入院期間の見込みや患者の状態等について、「入院時情報提供シート」（県参考様式）等を提出し、入院時から連携して情報共有に努める。</p>
退院の見込 ↓	<p>⑤サービス調整に必要な日数を考慮して、ケアマネへ退院見込日を連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者が「在宅退院ができそうと判断する目安」により退院できると判断した場合、介護支援専門員が退院準備に必要な期間（ケアプラン作成、事業所との調整等）を考慮して、退院支援開始の連絡をする 	<p>⑥ケアプラン作成準備</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 病院から退院の時期、必要となりそうな支援を確認し、サービス調整の上、ケアプランの素案を作成
	<p>⑦共通様式に基づきケアプラン作成に必要な情報収集</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護支援専門員がケアプラン作成等に必要な情報を、カンファレンス等の面談日までに院内関係者から収集 ※「退院支援情報共有シート」を活用する 	
	<p>⑧退院前カンファレンスの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 退院支援に必要な情報を共有する。 ※「退院支援情報共有シート」を活用する ○ 追加のカンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、病院担当者と介護支援専門員で調整し、病院が決定する 	
退院時・退院後の情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ○ 看護・介護の引継書（退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日、入浴日、服薬内容等）を介護支援専門員に提供 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 原則、ケアプランの写しを病院に提供する

入院時における連携促進（運営基準改正イメージ①）

改正イメージ

（内容及び手続の説明及び同意）

第四条（略）

2（略）

3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めなければならない。

現 行

（内容及び手続の説明及び同意）

第四条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第十八条に規定する運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

（新設）

入院時における連携促進（運営基準改正イメージ②）

改正イメージ

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第十三条（略）

一～十二（略）

十三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師、歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

十四～十八（略）

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。

十九の二 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

現行

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第十三条（略）

一～十二（略）

十三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

（新設）

十四～十八（略）

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。

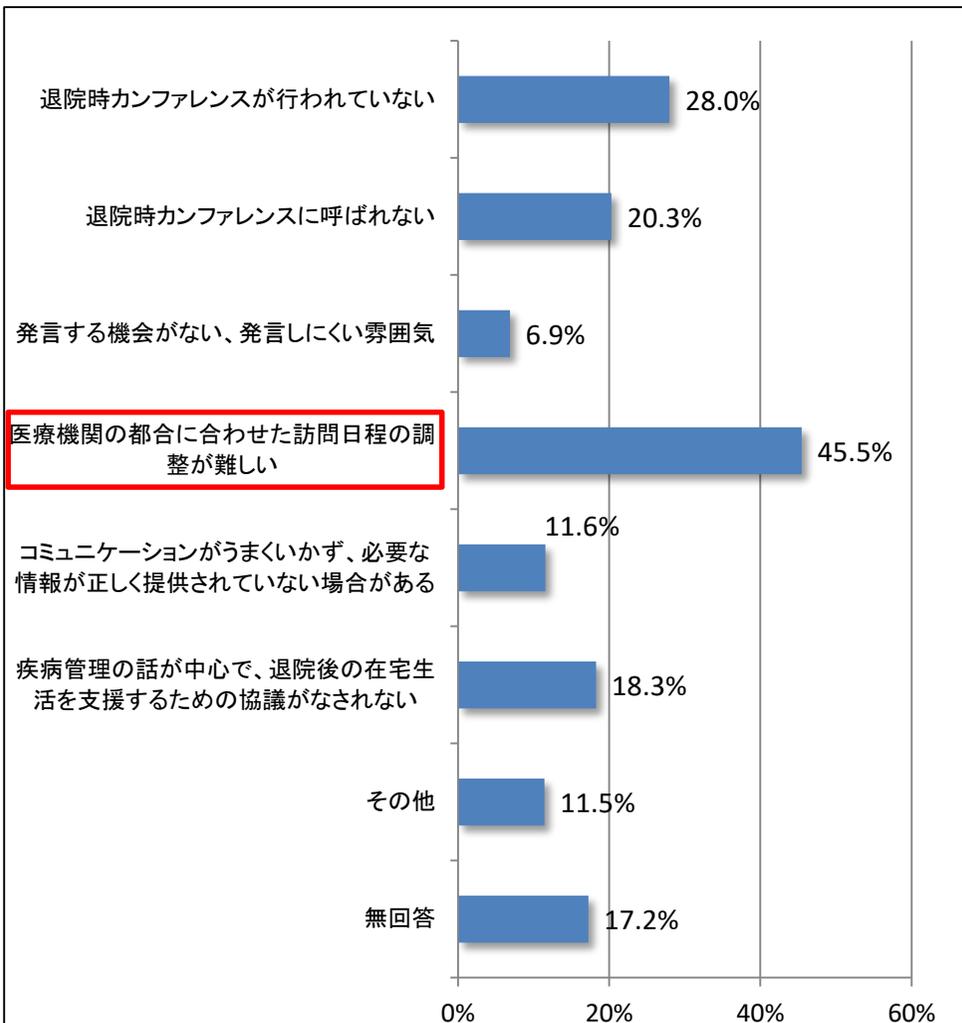
（新設）

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

○ 退院時カンファレンスに参加する上で問題とを感じる点は「医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい」が45.5%となっている。また、退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感じる点は「医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難」が55.0%となっている。

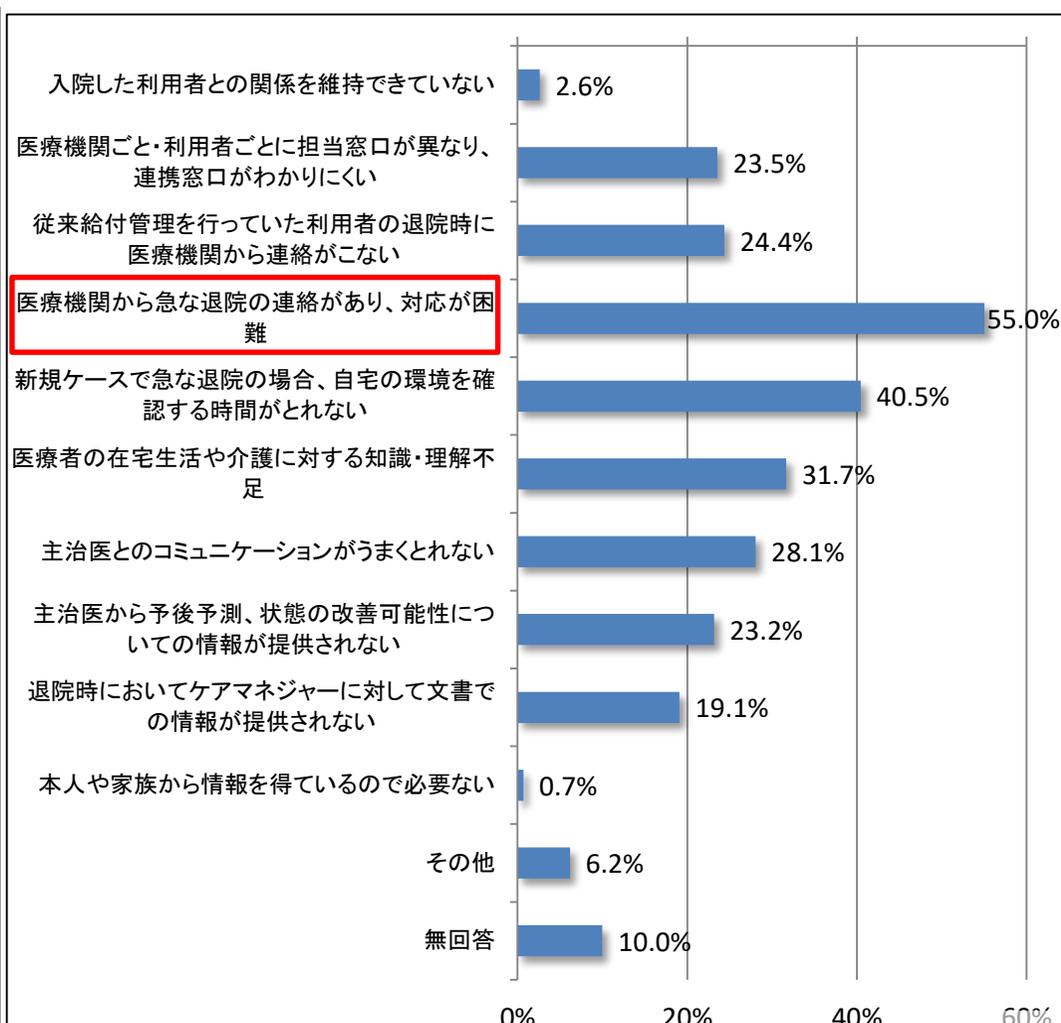
退院時カンファレンスに参加する上で問題とを感じる点
(事業所調査票)(複数回答)

n=1,572



退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感じる点
(事業所調査票)(複数回答)

n=1,572



サービス事業所からケアマネジャーへの情報提供の流れ

社保審一介護給付費分科会

第149回 (H29.11.1)

資料1 (抄)

(ポイント)

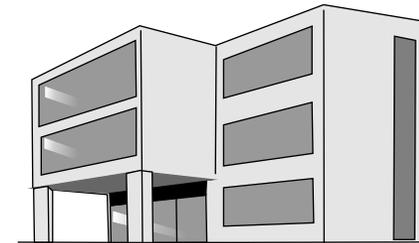
- ヘルパーが利用者の在宅での状況(服薬状況を含む)を誰よりも把握しているがその状況が関係者間で共有されていない。
- ヘルパー⇒サ責⇒ケアマネとヘルパーが介護現場で把握した状況が関係者(主治の医師等・薬剤師を含む)に情報共有され、ケアマネジメントにいかすことが必要⇒介護の質の向上

- 連絡・調整
- サービス担当者会議での情報共有(サ責)
- ケアプラン変更の援助

居宅介護支援事業所

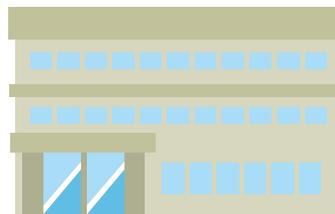


(ケアマネ)



訪問介護事業所

- 訪問介護計画の作成(サ責)
- 訪問介護サービスの提供



自宅(生活の場・介護現場)

(管理者⇒サ責⇒ヘルパー)

(利用者・ヘルパー)



- アセスメント
- ケアプラン作成
- サービス事業者との連絡・調整
- モニタリング
- 給付管理業務

I - ② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進（その1）

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

居宅介護支援

- 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価する。

<現行>

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

<改定後>

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

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

<現行>退院・退所加算

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

<改定後>退院・退所加算

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

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

特定事業所加算（Ⅳ） 125単位／月（新設）

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

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

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告

平成29年12月18日 社会保障審議会介護給付費分科会

(4) ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

① 質の高いケアマネジメントの推進

【居宅介護支援】

ア 管理者要件の見直し

居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

イ 地域における人材育成を行う事業者に対する評価

特定事業所加算について、他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行う事業所など、地域のケアマネジメント機能を向上させる取組を評価することとする。

IV 今後の課題

○ 平成30年度介護報酬改定の基本的考え方や各サービスの報酬・基準の見直しの方向については以上のおおりのとおりであり、今回の報酬改定に基づき、団塊の世代が皆75歳以上となっている2025年に向けて、国民一人一人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、着実に対応していくことが求められる。

○ その上で、今回の介護報酬改定の影響を把握するとともに、次期介護報酬改定に向けて、見直すべき事項がないか、検討を進めるべきである。

特に、次期介護報酬改定までに検討を進めるべきと考えられる事項について、以下のとおりまとめたので、厚生労働省において着実に対応することを求めたい。

なお、検討に当たっては、介護保険法の目的である要介護者等の尊厳の保持や、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするという視点に基づいて検討が進められるべきである。

また、しっかりとしたデータに基づく検討を行うことが必要であり、介護報酬改定の効果検証及び調査研究、介護事業経営実態調査の更なる精緻化を進めるとともに、各種の調査・研究等を通じて、実態をしっかりと把握することが必要である。

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告

平成29年12月18日 社会保障審議会介護給付費分科会

・ 訪問介護のサービス提供責任者の任用要件や居宅介護支援事業所の管理者要件の見直しについては、人材確保の状況について検証するべきである。

また、多職種協働によるサービス提供をマネジメントできる人材の育成と確保や、介護人材の有効活用・機能分化、キャリアアップをより推進していく観点から、運営基準や介護報酬上どのような対応が考えられるのか、検討していくべきである。

17. 居宅介護支援 ③質の高いケアマネジメントの推進

概要

※介護予防支援は含まない

ア 管理者要件の見直し

居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】

イ 地域における人材育成を行う事業者に対する評価

特定事業所加算について、他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行う事業所など、地域のケアマネジメント機能を向上させる取組を評価することとする。

単位数

○イについて

	<現行>		<改定後>
特定事業所加算(Ⅰ)	500単位/月	⇒	変更なし
特定事業所加算(Ⅱ)	400単位/月	⇒	変更なし
特定事業所加算(Ⅲ)	300単位/月	⇒	変更なし

算定要件等

<イについて>

○特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)共通

- ・ 他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施を要件に追加する。

○特定事業所加算(Ⅱ)(Ⅲ)

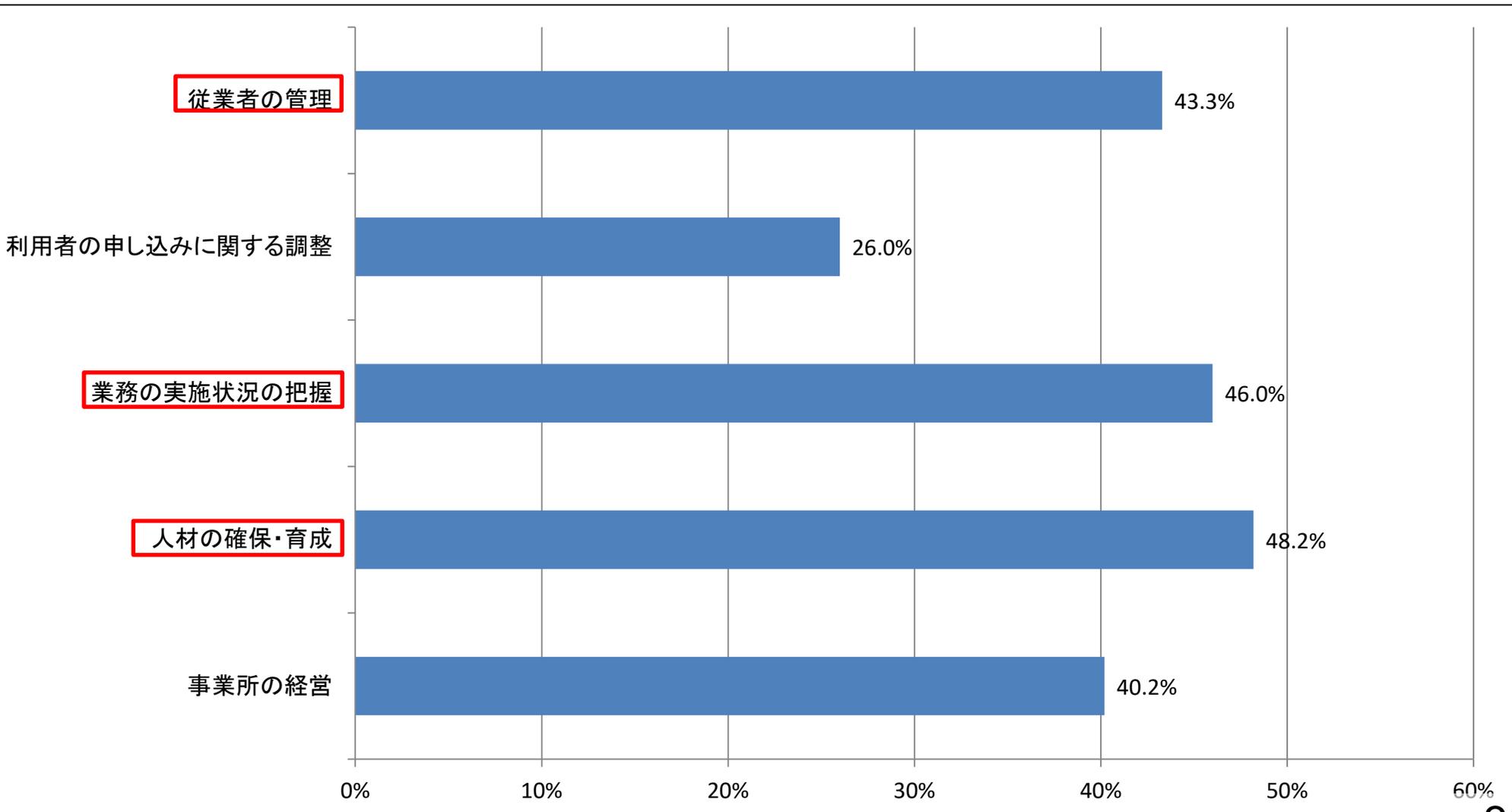
- ・ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加を要件に追加する。(現行は(Ⅰ)のみ)

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成27年度）

○ 居宅介護支援事業所の管理者としての課題は、「人材の確保・育成」が48.2%、「業務の実施状況の把握」が46%、「従業員の管理」が43.3%となっている。

管理者としての課題（居宅介護支援事業所向け調査）（複数回答）

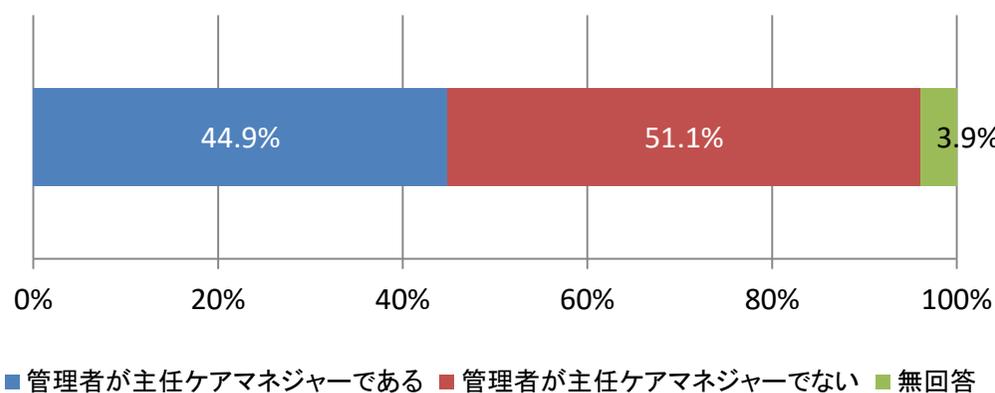
N=1,616



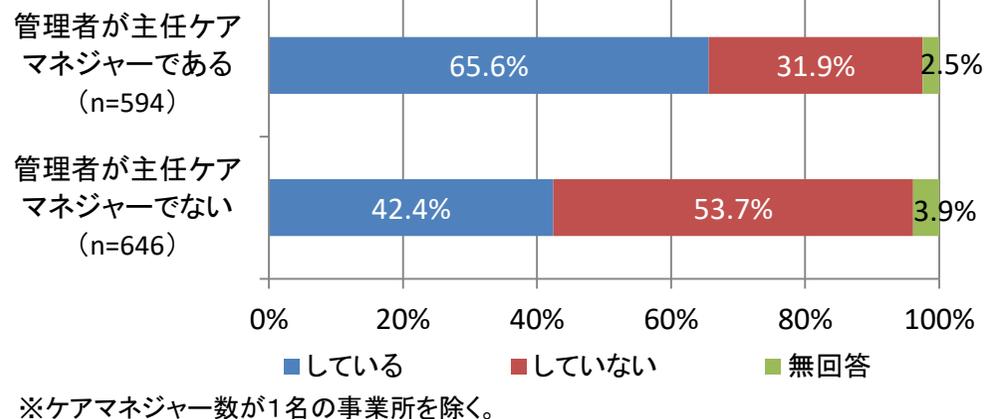
居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

- 管理者が主任ケアマネジャー資格を保有する割合は、44.9%であった。
- 「事業所内検討会の定期的な開催」、「事業所のケアマネジャーに対する同行訪問による支援（OJT）」、「ケアマネジメント業務に関する相談」について、管理者が主任ケアマネジャーであるほうが実施していると回答した割合が高くなっている。

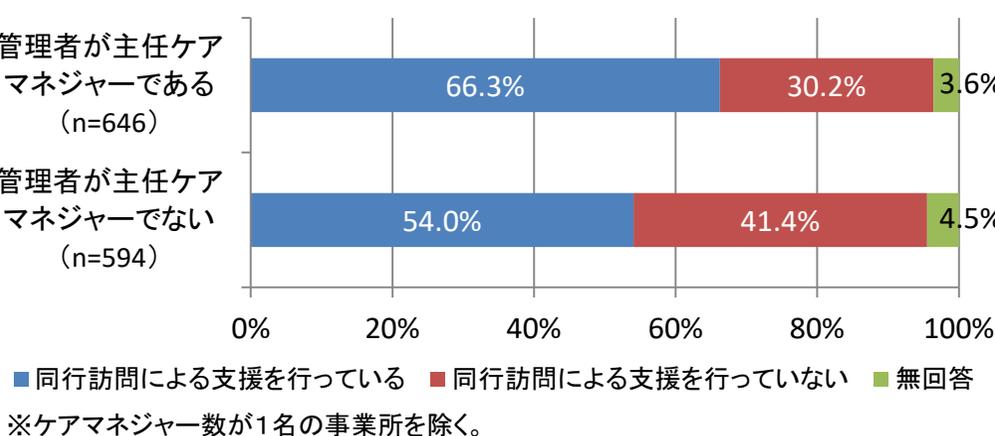
管理者の主任ケアマネジャー資格の保有状況(事業所調査票)



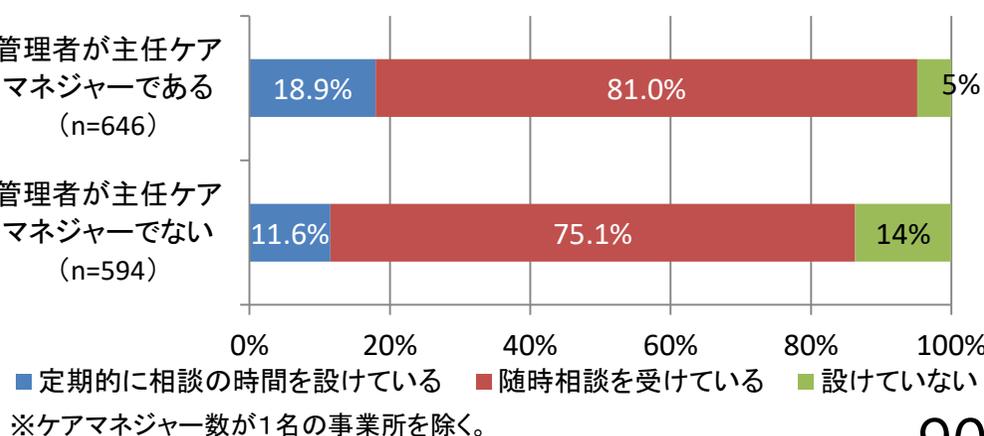
事業所内検討会を定期的に行っているか(事業所調査票)



事業所のケアマネジャーに対し同行訪問による支援(OJT)を行っているか(事業所調査票)



事業所のケアマネジャーに対し、ケアマネジメント業務に関する相談の時間を設けているか(事業所調査票)



質の高いケアマネジメントの推進（運営基準改正イメージ）

改正イメージ

（管理者）

第三条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。

2 前項に規定する管理者は、主任介護支援専門員でなければならない。

※経過措置

平成33年3月31日までの間は、介護支援専門員を管理者とすることができる。

現 行

（管理者）

第三条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。

2 前項に規定する管理者は、介護支援専門員でなければならない。

特定事業所加算（Ⅰ～Ⅲ）の見直し（案）

社保審一介護給付費分科会

第152回（H29.11.22）

資料1（抄）

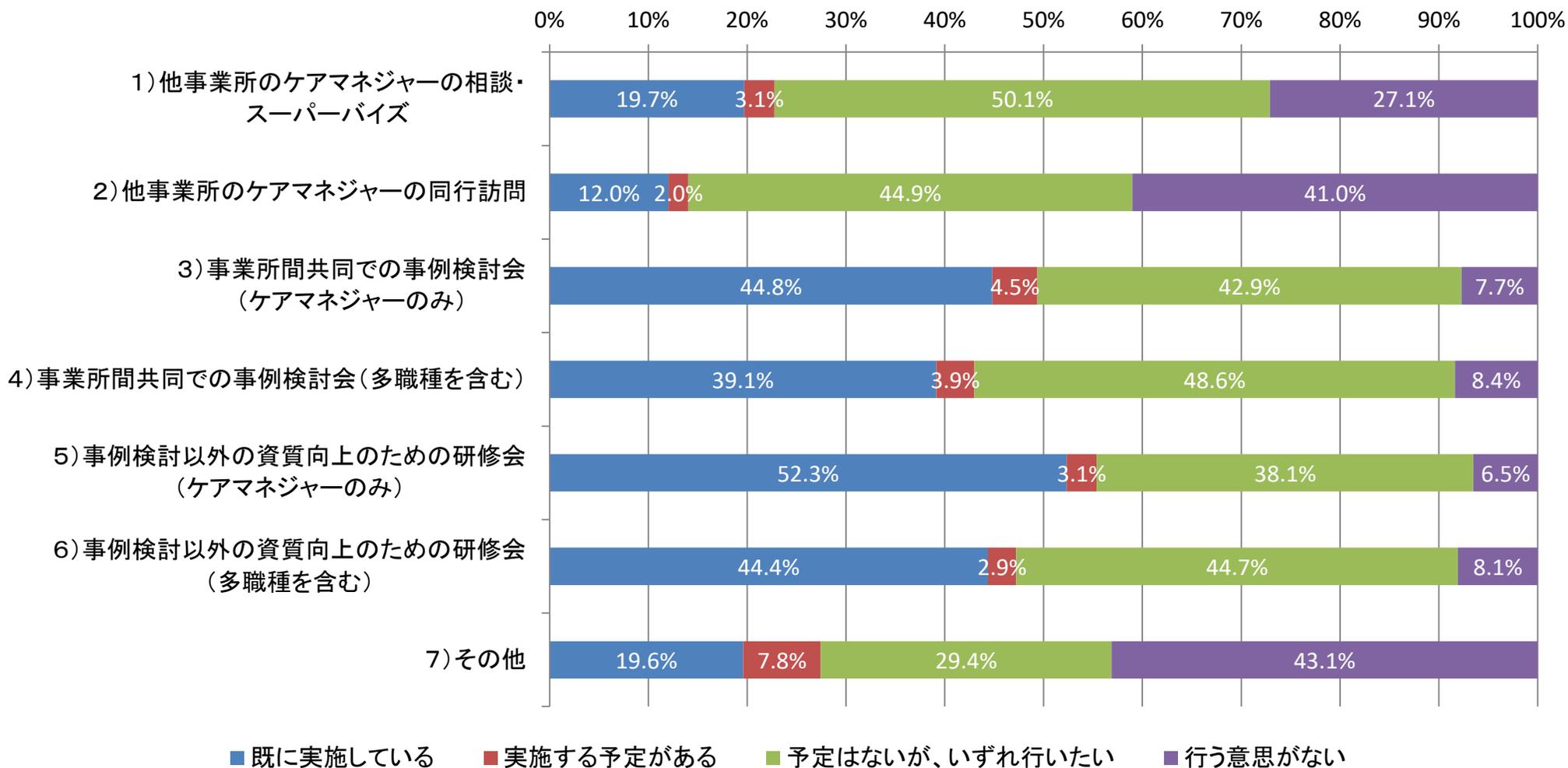
算定要件	（Ⅰ）	（Ⅱ）	（Ⅲ）
(1)常勤専従の主任介護支援専門員	2名以上	1名以上	1名以上
(2)常勤専従の介護支援専門員	3名以上	3名以上	2名以上
(3)利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議の定期的な開催	○	○	○
(4)24時間連絡体制、必要に応じた利用者等の相談に対応する体制の確保	○	○	○
(5)算定日が属する月の利用者総数のうち、要介護3～5である者の占める割合が100分の40以上	○	×	×
(6)事業所内の介護支援専門員に対する計画的な研修の実施	○	○	○
(7)地域包括支援センターから支援が困難な事例として紹介をされた者に対する指定居宅介護支援の提供	○	○	○
(8)地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加	○	×→○	×→○
(9)運営基準減算又は特定事業所集中減算の未適用	○	○	○
(10)利用者数が介護支援専門員1人当たり40名未満	○	○	○
(11)介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する学習」等に協力又は協力体制の確保	○	○	○
(12)他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研修会等の実施	○	○	○

居宅介護支援事業所の地域づくりの取組に関する実施状況

○ 居宅介護支援事業所における地域づくりの取組について、「既の実施している」、「実施する予定がある」、「予定はないが、いずれ行いたい」と回答した事業所が、各項目においてそれぞれ5割から9割を超えている。

居宅介護支援事業所の地域づくりの取組に関する実施状況（事業所調査票）

n=1,572



17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（特定事業所加算の見直し）

概要

※ウは介護予防支援を含み、エは介護予防支援は含まない

ウ 平時からの医療機関との連携促進

- i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。【省令改正】
- ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。【省令改正】

エ 医療機関等との総合的な連携の促進

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

単位数

○エについて

<現行>

なし

⇒

<改定後>

特定事業所加算(Ⅳ) 125単位/月（新設）

算定要件等

<エについて>

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

I - ④ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

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

居宅介護支援

- ケアマネ事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、3年間の経過措置期間を設ける。
- 利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額(所定単位数の50/100に相当する単位数(運営基準減算))する。

※ なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。

主任介護支援専門員の研修カリキュラム

社保審一介護給付費分科会

第152回 (H29.11.22)

資料1 (抄)

主任介護支援専門員 研修カリキュラム (平成18年3月31日 厚労告265)

研修課目		時間
講義	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントの実践における倫理的な課題に対する支援	2
	ターミナルケア	3
	人材育成及び業務管理	3
	運営管理におけるリスクマネジメント	3
講義・演習	地域援助技術	6
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現	6
	対人援助者監督指導	18
	個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開	24
合計		70

- 主任介護支援専門員として果たすべき役割（地域や事業所の介護支援専門員に対する個別支援、地域や事業所における人材育成の実施等）の認識と必要な視点等を修得。
- 質の高いケアマネジメントを提供し、事業所の適正な運営等を図るための「人事管理」「経営管理」に関する知識の修得及び「人材育成」「業務管理」の手法を修得。
- ケアマネジメントを実践する上で発生するリスクに対して組織や地域として対応する仕組みの構築に必要な知識・技術を修得。
- 個々の事例に対する介護支援専門員のケアマネジメントについて、主任介護支援専門員として指導・支援を行う際の様々な方法等を修得。

(※主任介護支援専門員研修実施要綱より)

居宅介護支援事業所の管理者の責務 (平成11年3月31日 厚生省令第38号)

(管理者の責務)

第十七条 指定居宅介護支援事業所の管理者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者の管理、指定居宅介護支援の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。

2 指定居宅介護支援事業所の管理者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

居宅介護支援事業所に従事する主任介護支援専門員の推計

社保審一介護給付費分科会

第152回 (H29.11.22)

資料1 (抄)

居宅介護支援事業所に勤務する主任ケアマネジャー数の推移

	H28	H29	H30	H31	H32
① 請求事業所数 (H28実績に直近1カ年の伸び率で推計)	39,471	40,423	41,399	42,398	43,421
② ①のうち特定事業所加算Iを算定する事業所 (主任ケアマネジャーを2名配置する事業所)	395	404	414	424	434
③ 最低限必要な主任ケアマネジャー数 (①+②)	39,866	40,827	41,813	42,822	43,855
④ 居宅介護支援事業所に勤務する主任ケアマネジャー (H28実績に主任ケアマネ研修修了者のうち、居宅介護支援事業所で勤務する者(H27実績:4,402人)を加えた人数)	28,463	32,865	37,267	41,669	46,071
⑤ 不足する主任ケアマネジャー数 (④-③)	▲11,403	▲7,962	▲4,546	▲1,153	2,216

(参考) 主任ケアマネジャー数別の居宅介護支援事業所の分布

	全体	主任ケアマネジャー数別の分布											無回答	平均
		0人	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人	10人		
居宅介護支援事業所数 (調査対象数)	1572	649	482	236	96	22	18	5	0	1	0	1	62	0.93
(割合)	100.0%	41.3%	30.7%	15.0%	6.1%	1.4%	1.1%	0.3%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	3.9%	-

※居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査(平成28年度)

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告

平成29年12月18日 社会保障審議会介護給付費分科会

② 公正中立なケアマネジメントの確保

【居宅介護支援】

ア 契約時の説明等(一部★)

利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること等(当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること)を説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額する。

なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。

イ 特定事業所集中減算の対象サービスの見直し

特定事業所集中減算について、請求事業所数の少ないサービスや、主治の医師等の指示により利用するサービス提供事業所が決まる医療系サービスは対象サービスから除外する。なお、福祉用具貸与については、事業所数にかかわらずサービスを集中させることも可能であることから対象とし、具体的には、訪問介護、通所介護及び福祉用具貸与を対象とすることとする。

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告

平成29年12月18日 社会保障審議会介護給付費分科会

IV 今後の課題

- 平成30年度介護報酬改定の基本的考え方や各サービスの報酬・基準の見直しの方向については以上のとおりであり、今回の報酬改定に基づき、団塊の世代が皆75歳以上となっている2025年に向けて、国民一人一人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、着実に対応していくことが求められる。
- その上で、今回の介護報酬改定の影響を把握するとともに、次期介護報酬改定に向けて、見直すべき事項がないか、検討を進めるべきである。

特に、次期介護報酬改定までに検討を進めるべきと考えられる事項について、以下のとおりまとめたので、厚生労働省において着実に対応することを求めたい。

なお、検討に当たっては、介護保険法の目的である要介護者等の尊厳の保持や、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするという視点に基づいて検討が進められるべきである。

また、しっかりとしたデータに基づく検討を行うことが必要であり、介護報酬改定の効果検証及び調査研究、介護事業経営実態調査の更なる精緻化を進めるとともに、各種の調査・研究等を通じて、実態をしっかりと把握することが必要である。

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

17. 居宅介護支援 ④公正中立なケアマネジメントの確保（契約時の説明等）

概要

※一部を除き介護予防支援を含む

ア 契約時の説明等

利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額する。

なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。【通知改正】

単位数

運営基準減算	<現行> 所定単位数の50/100に相当する単位数	⇒	<改定後> 変更なし
--------	------------------------------	---	---------------

算定要件等

○ 以下の要件を追加する。

利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、

- ・ 複数の事業所の紹介を求めることが可能であること
- ・ 当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること

の説明を行わなかった場合。

17. 居宅介護支援 ④公正中立なケアマネジメントの確保（特定事業所集中減算の見直し）

概要

※介護予防支援は含まない

イ 特定事業所集中減算の対象サービスの見直し

特定事業所集中減算について、請求事業所数の少ないサービスや、主治の医師等の指示により利用するサービス提供事業所が決まる医療系サービスは対象サービスから除外する。なお、福祉用具貸与については、事業所数にかかわらずサービスを集中させることも可能であることから対象とする。

単位数

	<現行>		<改定後>
特定事業所集中減算	200単位/月減算	⇒	変更なし

算定要件等

○ 対象となる「訪問介護サービス等」を以下のとおり見直す。

<現行>

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護（※）、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護（※）、認知症対応型共同生活介護（※）、地域密着型特定施設入居者生活介護（※）、看護小規模多機能型居宅介護（※）

（※）利用期間を定めて行うものに限る。

<改定後>

訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与

公正中立なケアマネジメントの確保（運営基準改正イメージ）

改正イメージ

（内容及び手続の説明及び同意）

第四条（略）

- 2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

現 行

（内容及び手続の説明及び同意）

第四条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第十八条に規定する運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

- 2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

運営基準減算

○運営基準減算

- ・ 所定単位数の50/100に減算
- ・ 運営基準減算が2月以上継続している場合は、所定単位数は算定しない

【減算要件】

- (1) 居宅サービス計画の新規作成及びその変更にあたっては、次の場合に減算されるものであること。
- ① 当該事業所の介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合には、当該居宅サービス計画に係る月（以下「当該月」という。）から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
 - ② 当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議の開催等行っていない場合（やむを得ない事情がある場合を除く。以下同じ。）には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
 - ③ 当該事業所の介護支援専門員が、居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算される。
- (2) 次に掲げる場合においては、当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議等行っていないときには、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
- ① 居宅サービス計画を新規に作成した場合
 - ② 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
 - ③ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
- (3) 居宅サービス計画作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）にあたっては、次の場合に減算されるものであること。
- ① 当該事業所の介護支援専門員が1月に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していない場合には、特段の事情のない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
 - ② 当該事業所の介護支援専門員がモニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続している場合には、特段の事情がない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

介護報酬改定に向けた論点(在宅サービス)

平成29年4月20日
財政制度等審議会
財政制度分科会 資料

【論点】

○ 「改革工程表(2016改定版)」においては、「生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和やそれに応じた報酬の設定」のほか、「通所介護などその他の給付の適正化」についても、「関係審議会等において具体的内容を検討し、平成30年度介護報酬改定で対応」とされている。

○ 通所介護については、規模が小さいほど、個別機能訓練加算^{※1}の取得率が低くなる一方で、サービス提供1回当たりの単位数は高くなる傾向にあり^{※2}、規模が小さい事業所に通う利用者にとっては、機能訓練などの質の高いサービスを受ける割合が低いにもかかわらず、高い費用を支払う結果となっている。

- ※1 個別機能訓練加算(Ⅰ)46単位/日：生活意欲が増進されるよう、利用者による訓練項目の選択を援助。身体機能への働きかけを中心に行うもの。
個別機能訓練加算(Ⅱ)56単位/日：生活機能の維持・向上に関する目標(1人で入浴できるようになりたい等)を設定。生活機能にバランスよく働きかけるもの。
- ※2 規模が小さいほど、サービス提供1回当たりの管理的経費が高いことが考慮され、基本報酬が高く設定されていることが要因と考えられる。

○ また、大阪府の調査結果によると、介護サービス事業所の指定を受けていない大阪府内の「サービス付き高齢者向け住宅」や「住宅型有料老人ホーム」^{※3}においては、外部の在宅サービス利用に係る受給者1人当たり単位数が非常に高くなっている。

- ※3 これらの高齢者向けの住まいでは、自宅で生活している場合と同様に、訪問・通所介護などの在宅サービスの利用が想定される。

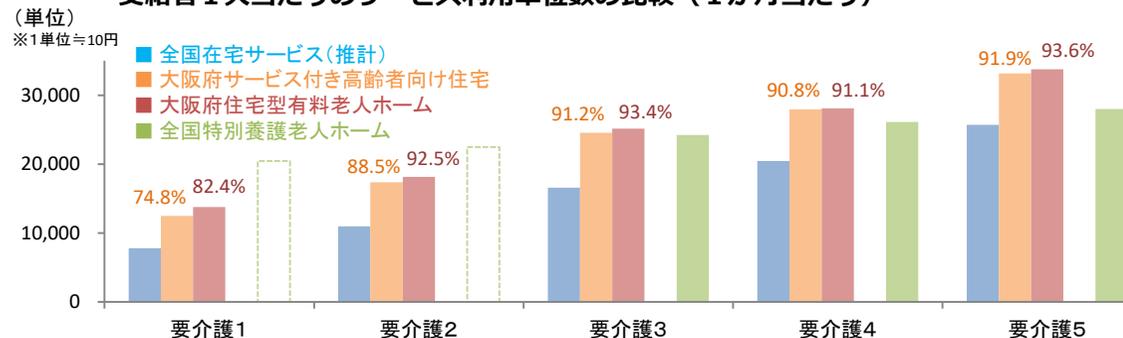
通所介護の事業所規模別比較

	個別機能訓練加算取得事業所率 [※]		1回当たり単位数 【平成27年度実績】 (1単位≒10円)
	加算Ⅰ	加算Ⅱ	
小規模	12.7%	26.7%	783単位
通常規模	22.2%	32.7%	754単位
大規模Ⅰ	40.3%	41.3%	763単位
大規模Ⅱ	55.8%	42.5%	735単位

※ 「介護保険総合データベース(平成27年10月審査分)」から抽出した給付データを基に、同月中に1回でも加算を取得している事業所は、「加算取得事業所」と計上。

出所：厚生労働省「平成27年度介護給付費等実態調査」、「介護保険総合データベース(平成27年10月審査分)」

受給者1人当たりのサービス利用単位数の比較(1か月当たり)



※ パーセント(%)表記は、区分支給限度基準額(在宅サービスに係る1か月間の保険給付上限)に対する比率。

出所：厚生労働省「平成28年度介護給付費等実態調査(平成28年5月審査分)」、
大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会報告書「大阪府における介護施策の現状と課題、対応の方向性について」

【改革の方向性】(案)

- 機能訓練などの自立支援・重度化防止に向けた質の高いサービス提供がほとんど行われていないような場合には、事業所の規模にかかわらず、基本報酬の減算措置も含めた介護報酬の適正化を図るべき。
- 大阪府の調査を参考にしつつ、「サービス付き高齢者向け住宅」や「住宅型有料老人ホーム」といった高齢者向けの住まいを中心に、必要以上に在宅サービスの提供がなされていないか、平成30年度介護報酬改定に向けて実態調査を行った上で、給付の適正化に向けた介護報酬上の対応を検討すべき。

【大阪府】有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等における入居者の介護サービス利用状況に係る実態調査（平成28年9月）と対応策

（大阪府報告書をもとに厚生労働省で作成）

1. 大阪府の現状

大阪府の介護費の構造

被保険者一人当たり介護費（H26年度 年齢調整後）



サービス利用者の推移

		2000年4月末		2016年2月末	
在宅サービス利用者数	国	97万人	⇒	394万人	4.06倍
	大阪府	4.6万人	⇒	32.1万人	6.96倍
施設サービス利用者数	国	52万人	⇒	92万人	1.76倍
	大阪府	2.3万人	⇒	5.0万人	2.18倍

大阪府の高齢者住まい・施設の現状

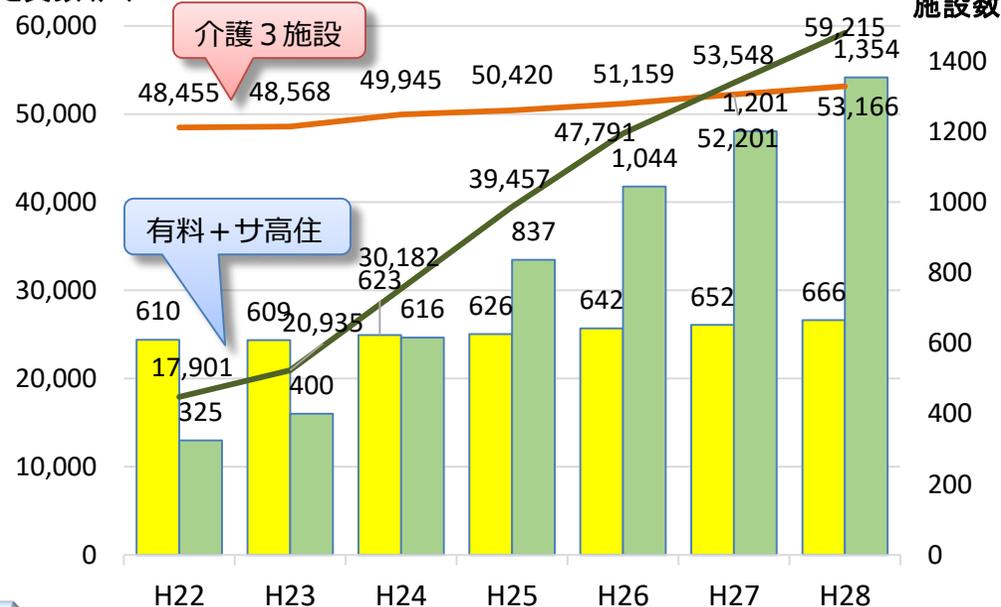
「介護保険3施設」: 666施設、定員数53,166

（特別養護老人ホーム 406施設 定員数30,821、老健施設 221施設 定員数20,086、介護療養型医療施設 39施設 定員数2,259）

「有料+サ高住」: 1,354施設 定員数59,215

（有料老人ホーム 821施設 定員数38,329、サ高住533施設 定員数20,886）

定員数(戸)



2. 調査の経緯

- 有料老人ホームの約6割を占める住宅型有料老人ホームや、サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護の指定なし）は、保険者において「入居者」を特定した上で、利用する介護保険サービスの種別や金額を随時正確に把握できるシステムが存在しないため、提供されている介護サービス内容が外から見えにくいという課題がある。
- このため、昨年9月、専門部会参加11市町に呼びかけ、住民票の住所地情報との突合により、名寄せできる被保険者番号を元に、高齢者住まいの入居者の要介護度や介護サービスの利用実態等を分析。

3. 調査結果の概要

○ 被保険者番号が分かった人数：11,257人

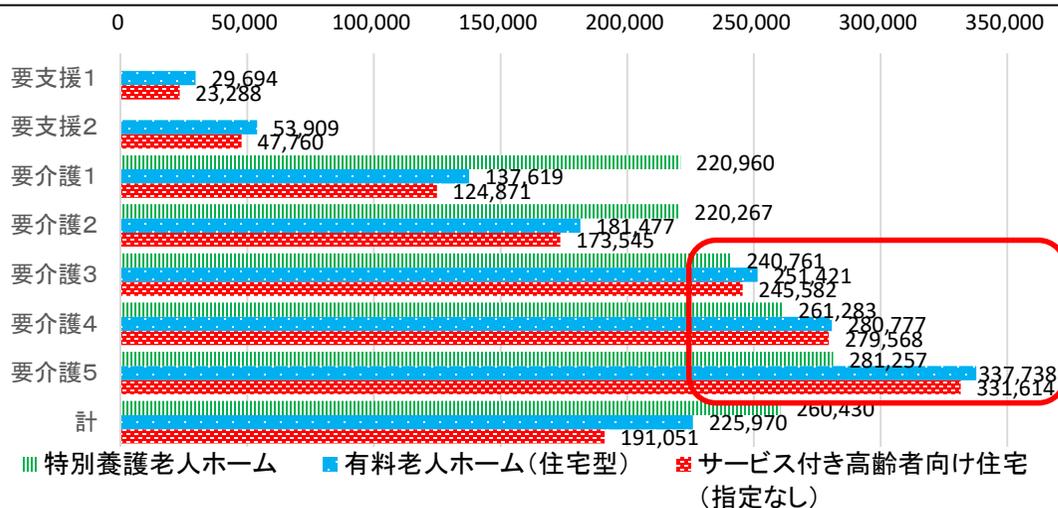
分析を行った市町における有料老人ホーム、サ高住の定員数に対する捕捉率：36.2%

※ 今回、被保険者番号や介護サービスの利用実態が特定できたのは、住民票を高齢者住まいに移している市町民だけ。他市町村民や、持ち家等があるため住民票を移していない市町民のデータは拾えなかった。

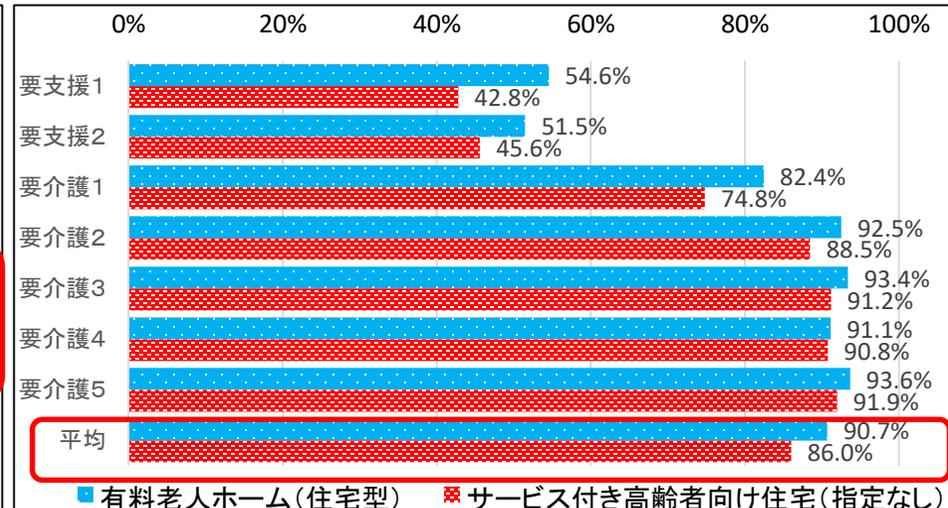
○ 入居者の要介護度等：要介護3以上は、有料老人ホーム（住宅型）56.8%、サ高住（指定なし）43.6%

○ 区分支給限度基準額に対する利用割合：平均で約9割（※ 居宅療養管理指導に係る費用を含んでいる点に留意。）

要介護度別介護費【大阪府】



区分支給限度基準額に対する利用割合【大阪府】



※ 特別養護老人ホームのデータについては、介護給付費等実態調査月報（平成28年10月審査分）の閲覧第2表、第7表を用いて、介護サービス単位数×10円で算定。有料、サ高住データについては、今回の大阪府調べによる平成28年9月データ。（介護サービス単位数×10円で算定。）

4. 調査結果を踏まえた大阪府の対応策

○ 高齢者住まい入居者のサービス利用の適正化にかかる検討

・ 関係部局との連携の上、各保険者も交えながら、実態把握・指導監督のあり方などを総合的に議論

○ 集中的なケアプラン点検など適正化に向けた取組

・ 府と保険者の連携による集中的なケアプラン点検の検討
 ・ 府によるケアプラン点検の先進事例の紹介、勉強会の実施の検討

○ 高齢者住まいの質向上に向けた取組の強化

・ 事業者自らがサービス内容の適正化を図るため、府による「経営・組織力向上セミナー」「事例研修会」の実施等

特定事業所集中減算の見直し（案）

特定事業所集中減算

- ケアマネ事業所がその事業所の利用者に対して作成するケアプランについて、正当な理由なく特定のサービス事業所への集中割合が80%を超える場合に報酬を減算するもの。
- 集中割合を確認する対象サービス ⇒ 居宅介護支援の給付管理の対象となるサービス
 - ① 訪問介護、② 訪問入浴介護、③ 訪問看護、④ 訪問リハビリテーション、⑤ 通所介護、
 - ⑥ 通所リハビリテーション、⑦ 短期入所生活介護、⑧ 短期入所療養介護、⑨ 特定施設入居者生活介護（※）、
 - ⑩ 福祉用具貸与、⑪ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、⑫ 夜間対応型訪問介護、⑬ 認知症対応型通所介護、
 - ⑭ 小規模多機能型居宅介護（※）、⑮ 認知症対応型共同生活介護（※）、
 - ⑯ 地域密着型特定施設入居者生活介護（※）、⑰ 看護小規模多機能型居宅介護（※）

（※）利用期間を定めて行うものに限る



- 必ずしも合理的で有効な施策ではないとの指摘等を踏まえ、① 請求事業所数の少ないサービスや、② 主治の医師等の指示により利用するサービス提供事業所が決まる医療系サービスを対象サービスから除外。
- また、福祉用具貸与については、請求事業所数にかかわらず、サービスを集中させることも可能であることから、引き続き、減算対象サービスとして継続。

⇒ 平成30年度以降の対象サービス：訪問介護、通所介護、福祉用具貸与

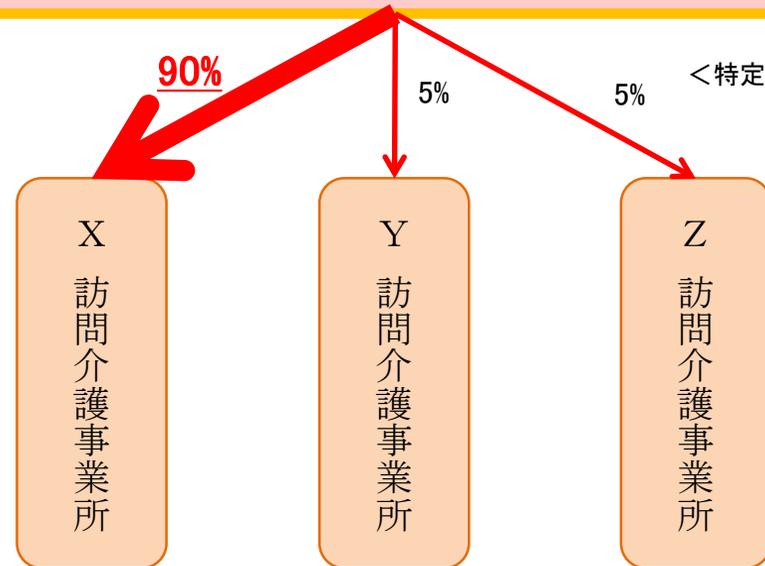
特定事業所集中減算

- ケアマネ事業所が作成するケアプランは、サービスが特定の事業者には不当に偏ることのないようにすることが求められている。特定事業所集中減算は、ケアマネ事業所がその事業所の利用者に対して作成するケアプランにおいて、特定のサービス事業所に集中する正当な理由なく、集中割合が80%を超える場合に報酬を減算する仕組み。
- 平成28年5月審査分で特定事業所集中減算の適用を受けている請求事業所数は2,987事業所（全体の約...）

減算適用あり

A ケアマネ事業所

(訪問介護を位置付けたケアプランの合計：100件)
X法人／90件 Y法人／5件 Z法人／5件

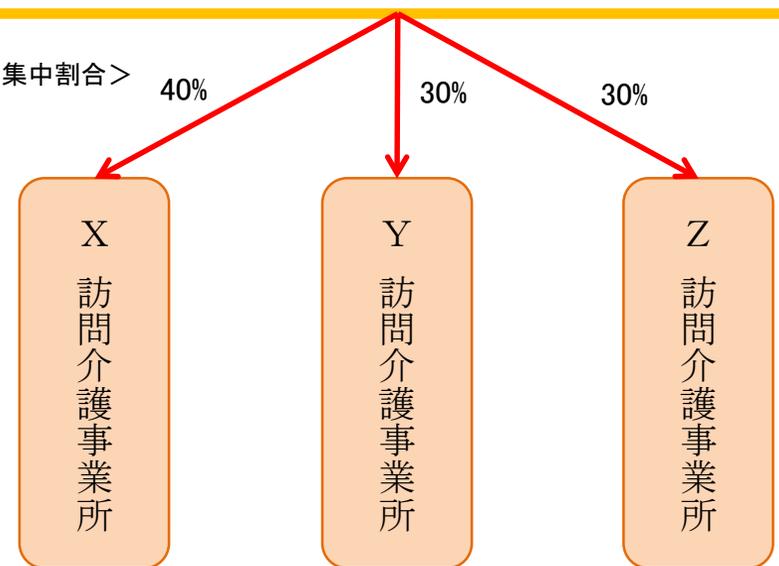


○ 上記の場合、X法人への集中割合が90%となり、集中割合が80%を超えているため、特定事業所集中減算が適用される（1月につき200単位を所定単位数から減算）

減算適用なし

B ケアマネ事業所

(訪問介護を位置付けたケアプランの合計：100件)
X法人／40件 Y法人／30件 Z法人／30件



○ 上記の場合、いずれの法人も集中割合が80%を超えていないため、特定事業所集中減算は適用されない。

※サービスが特定の事業所に集中することにつき正当な理由（地域にサービス事業所が少ないこと等）がある場合は、減算の適用は行われない
※居宅介護支援費（ケアマネ事業所への基本報酬）は、要介護度別に、1月につき1,042～1,353単位。

特定事業所集中減算における正当な理由の範囲

正当な理由なく、当該事業所において前6月間に作成されたケアプランに位置付けられた居宅サービスのうち、訪問介護サービス等について、特定の事業所の割合が80%を超える場合に減算。ただし、当該事業所のケアプラン数が一定数以下である場合等、80%を超えることについて以下の通り正当な理由がある場合を除く。

① 居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各サービスごとでみた場合に5事業所未満である場合などサービス事業所が少数である場合

(例) 訪問介護事業所として4事業所、通所介護事業所として10事業所が所在する地域の場合
紹介率最高法人である訪問介護事業者に対して、減算は適用されないが、紹介率最高法人である通所介護事業者に対して、減算は適用される。

(例) 訪問看護事業所として4事業所、通所リハビリテーション事業所として4事業所が所在する地域の場合は、紹介率最高法人である訪問看護事業者、通所リハビリテーション事業者それぞれに対して、減算は適用されない。

② 特別地域居宅介護支援加算を受けている事業者である場合

③ 判定期間の一月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下であるなど事業所が小規模である場合

④ 判定期間の一月当たりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置付けられた計画件数が一月当たり平均10件以下であるなど、サービスの利用が少数である場合

(例) 訪問看護が位置付けられた計画件数が一月当たり平均5件、通所介護が位置付けられた計画件数が一月当たり平均20件の場合は、紹介率最高法人である訪問看護事業者に対して、減算は適用されないが、紹介率最高法人である通所介護事業者に対して、減算は適用される。

⑤ サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合

(例) 利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容についての意見・助言を受けているもの。

⑥ その他正当な理由と都道府県知事（指定都市及び中核市においては、指定都市又は中核市の市長）が認めた場合

特定事業所集中減算に対する指摘

■ 介護保険制度の実施状況に関する会計検査の結果についての報告書（平成28年3月 会計検査院）

第3 検査の結果に対する所見

1 検査の結果の概要

(2) 介護サービス等の実施状況について

イ 特定事業所集中減算とケアマネジメントの公正・中立の確保について

集中割合に一定の基準を設け、これを正当な理由なく上回る場合には介護報酬を減額するという特定事業所集中減算は、ケアマネジメントの公正・中立を確保するという所期の目的からみて、必ずしも合理的で有効な施策であるとは考えられず、むしろ一部の支援事業所においては、集中割合の調整を行うなどの弊害を生じさせる要因となっていると考えられる状況となっていた。

2 所見

(2) 介護サービス等の実施状況について

イ 特定事業所集中減算とケアマネジメントの公正・中立の確保について

厚生労働省において、ケアマネジメントの公正・中立の確保に関する各方面の意見等について十分に把握するとともに、十分な検証を行った上で、ケアマネジメントの公正・中立を確保するための合理的で有効な施策の在り方等について、特定事業所集中減算の見直しも含め、十分に検討すること。

■ 平成26年度決算審査措置要求決議（平成28年5月23日 参議院決算委員会）

5 介護保険制度の実施状況を踏まえた見直し等について

介護保険制度の実施状況について、本委員会からの検査要請を受けて会計検査院が検査したところ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の地域密着型サービスについて、その利用状況を把握している保険者（市町村）が20%以下となっていたこと、また、介護職員の不足を理由に入所者の受入れを制限している施設があったこと、さらに、居宅介護支援における特定事業所集中減算について、一部の支援事業所が介護報酬の減算規定に達しないよう考慮した上で集中割合を調整していたことなどが明らかになった。

政府は、地域密着型サービスの利用状況を保険者が把握できるよう一層支援するとともに、介護人材の確保や処遇改善について継続的に取り組むべきである。また、特定事業所集中減算については、ケアマネジメントの公正・中立の確保に向け、現行施策の抜本的な見直しも含め、その在り方を十分に検討すべきである。

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告

平成29年12月18日 社会保障審議会介護給付費分科会

2. 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

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

(1) 高齢者の自立支援と要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する介護サービスの推進

⑩ 訪問回数が多い利用者への対応

【訪問介護・居宅介護支援】

ア 訪問回数が多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数(※)の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。

(※)「全国平均利用回数+2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行する。

イ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。

IV 今後の課題

- 平成30年度介護報酬改定の基本的考え方や各サービスの報酬・基準の見直しの方向については以上のとおりであり、今回の報酬改定に基づき、団塊の世代が皆75歳以上となっている2025年に向けて、国民一人一人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、着実に対応していくことが求められる。

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告

平成29年12月18日 社会保障審議会介護給付費分科会

○ その上で、今回の介護報酬改定の影響を把握するとともに、次期介護報酬改定に向けて、見直すべき事項がないか、検討を進めるべきである。

特に、次期介護報酬改定までに検討を進めるべきと考えられる事項について、以下のとおりまとめたので、厚生労働省において着実に対応することを求めたい。

なお、検討に当たっては、介護保険法の目的である要介護者等の尊厳の保持や、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするという視点に基づいて検討が進められるべきである。

また、しっかりとしたデータに基づく検討を行うことが必要であり、介護報酬改定の効果検証及び調査研究、介護事業経営実態調査の更なる精緻化を進めるとともに、各種の調査・研究等を通じて、実態をしっかりと把握することが必要である。

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

① 要介護者の生活や人材確保、介護職員の働き方にどのような影響を与えたのか、

② サービスの質が維持されているか、

③ サービスを必要とする方に必要なサービスが適切に提供されているか、

④ 地域ケア会議等におけるケアプランの検証の実態がどのようになっているか、

⑤ 有料老人ホームなどの集合住宅へのサービス提供に係る効率性がどのようになっているか

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

17. 居宅介護支援 ⑤訪問回数の多い利用者への対応

概要

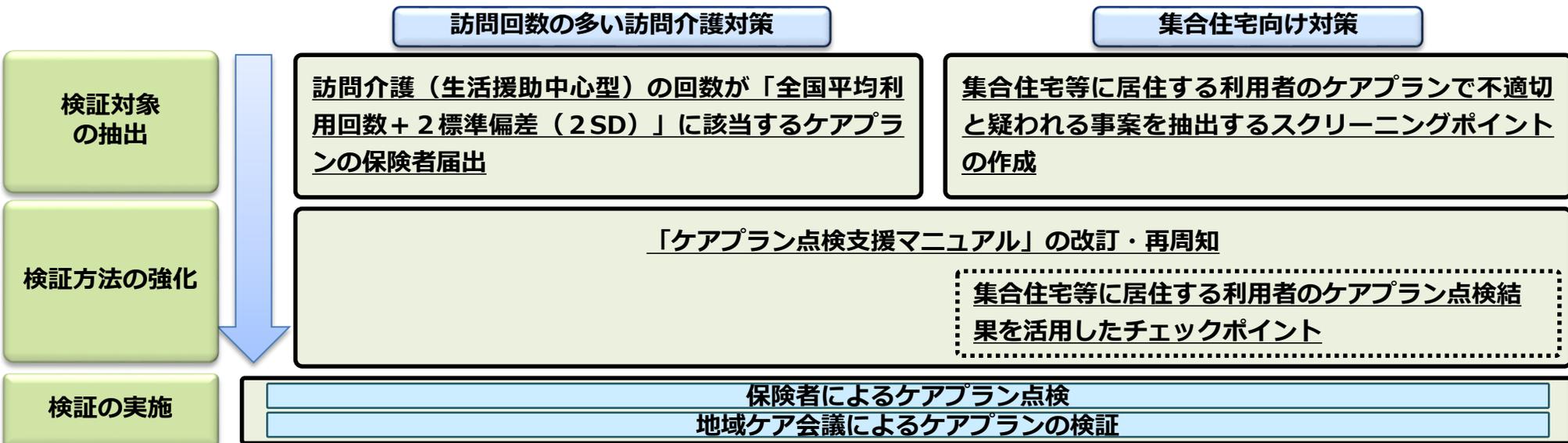
※介護予防支援は含まない

ア 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数（※）の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。【省令改正】

（※）「全国平均利用回数＋2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行する。

イ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。【省令改正】

【イメージ図】 ケアプランの適正化に向けた対策の強化



必要に応じて、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用の観点から、サービス内容の是正を促す

(参考) 地域ケア会議の関係規定

◎介護保険法（平成9年法律第123号）（抄）

（会議）

第百十五条の四十八 市町村は、第百十五条の四十五第二項第三号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体（以下この条において「関係者等」という。）により構成される会議（以下この条において「会議」という。）を置くように努めなければならない。

2 会議は、厚生労働省令で定めるところにより（※）、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者（以下この項において「支援対象被保険者」という。）への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとする。

3 会議は、前項の検討を行うため必要があると認めるときは、関係者等に対し、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を求めることができる。

4 関係者等は、前項の規定に基づき、会議から資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

5 会議の事務に従事する者又は従事していた者は、正当な理由がなく、会議の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

6 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、会議が定める。

※ 第2項の下線部分は、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）により追加しており、今年度内に省令改正予定（平成30年4月1日施行）。

(参考) 地域ケア会議の関係規定

◎地域支援事業の実施について（平成18年6月9日 厚生労働省老健局長通知）（抄）

別記2 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

2 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）の実施に際しての留意事項

（2）地域ケア会議の実施について

個別ケースを検討する地域ケア会議（地域ケア個別会議）は、地域包括支援センター等が主催し、医療、介護等の専門職をはじめ、民生委員、自治会長、NPO法人、社会福祉法人、ボランティア等地域の多様な関係者が協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的とするものである。

◎地域包括支援センターの設置運営について（抄）

（平成18年10月18日厚生労働省老健局介護保険計画課長・高齢者支援課長・振興課長・老人保健課長連名通知）

4 事業内容

（3）地域ケア会議の実施

①地域ケア会議の目的

ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた、

(i) 地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援

②地域ケア会議の機能

ア 個別課題の解決

多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能

⑤地域ケア会議の留意点

エ 個別ケースの検討

地域ケア会議は、個人で解決できない課題等を、必ずしも直接のサービス提供に関わっていない第三者を含めた多職種で解決し、そのノウハウの蓄積や具体的な地域課題の共有によって、地域づくり・資源開発、政策形成等につなげ、さらにそれらの取組が個人の支援を充実させていくという一連のつながりで実施することから、特に始点となる個別ケースの支援内容の検討は極めて重要である。

介護保険サービス(生活援助中心型)について(平成29年度予算執行調査資料の補足)

平成29年10月25日 財政制度等審議会 財政制度分科会 提出資料

【論点】 ※ 本年6月公表「平成29年度予算執行調査」資料は、45分以上の生活援助中心型が含まれていないため、今回、当該計数も含めて再集計。

○ 訪問介護は、サービス内容に応じて「身体介護」と「生活援助」に区分され、このうち「生活援助」は、「利用者が一人暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合」に「生活援助中心型」として、所定の報酬を算定することができることとされている。

(注1) 「生活援助中心型」を利用する場合の基本報酬は、20分以上45分未満：183単位、45分以上：225単位（1単位≒10円）とされているが、おおむね2時間以上の間隔を空けた場合には、それぞれの訪問ごとに所定の報酬を算定できる。

(注2) 日中・夜間を通じて、「生活援助」のみならず「身体介護」も含めて、定期巡回と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」では、実際の訪問回数にかかわらず、利用者の要介護度別に月当たりの基本報酬が固定されている。

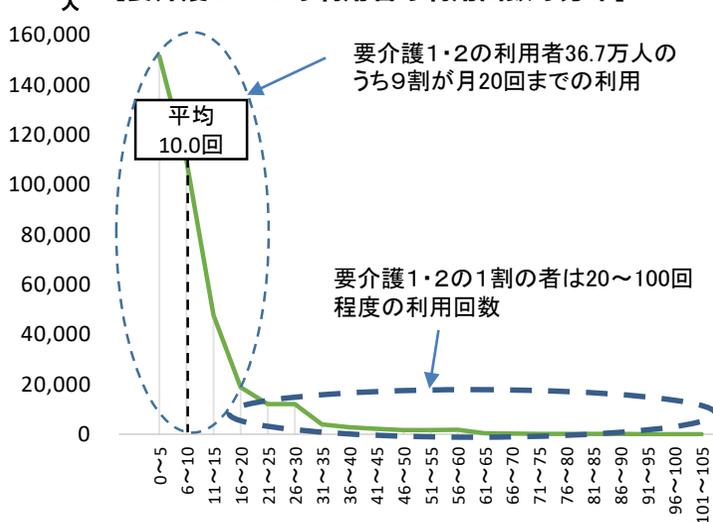
○ 「生活援助中心型」の利用状況を調査したところ、1人当たりの平均利用回数は月10回程度となっているが、月31回以上の利用者が24,748人にのぼり、中には月100回を超えて利用されているケースも認められた。また、例えば、要介護1・2の者の場合、利用者の約9割は月20回までの利用であり、残り1割の利用者は月20回以上、中には100回以上の者がいるなど、全体として利用状況に大きなばらつきがあり、利用者の状態に沿った効率的なサービス提供が行われていない可能性がある。

訪問介護のうち「生活援助中心型」の利用状況(平成28年9月)

【要介護1・2の利用者の利用回数の分布】

利用者数	48万5,174人
うち月31回以上の利用者数	24,748人
平均利用回数	月10.6回
最高利用回数	月115回
平均単位数(1単位≒10円)	月2,309単位
最高単位数	月25,875単位
平均要介護度	1.96

順位	利用回数	要介護度	順位	利用回数	要介護度
1	115	5	7	98	5
2	108	5	7	98	2
3	104	2	7	98	3
4	103	4	7	98	3
4	103	2	8	96	3
4	103	4	9	95	4
4	103	3	9	95	3
4	103	4	9	95	4
5	101	3	9	95	3
6	99	5	10	94	3
7	98	4



出所:厚生労働省「介護保険総合データベース(平成28年9月サービス実施、10月審査分)」

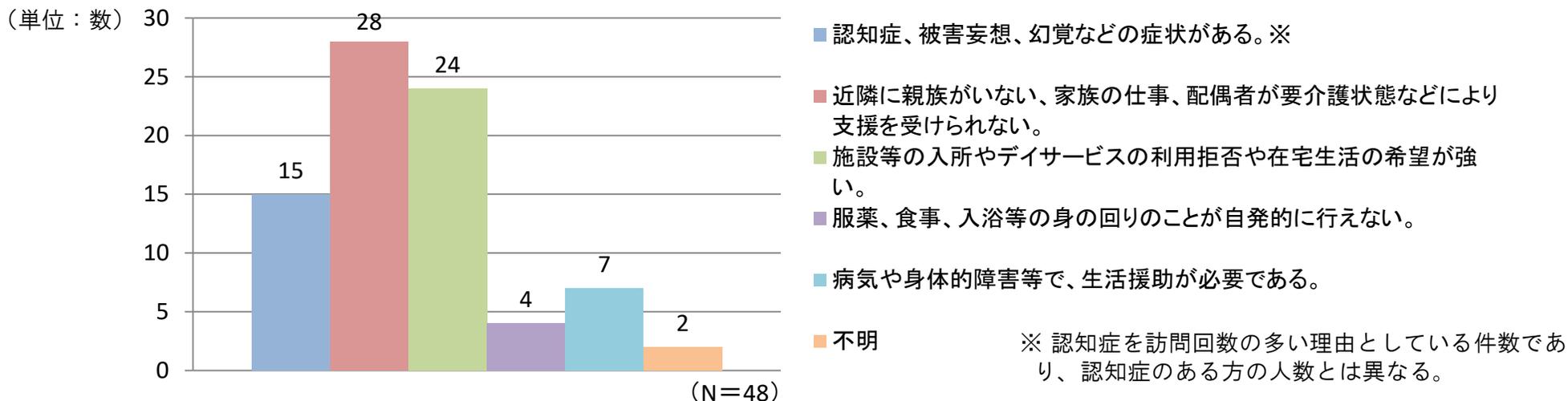
【改革の方向性】(案)

- 保険者機能の強化に向けた取組の一環として、例えば、一定の回数を超える生活援助サービスを行う場合には、多職種が参加する地域ケア会議等におけるケアプランの検証を要件とするなど、制度趣旨に沿った適切な利用の徹底を図るべき。
- また、一定の間隔を空ければ1日に複数回所定の報酬を算定可能な現行の報酬体系は、必要以上のサービス提供を招きやすい構造的な課題を抱えていることから、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とのバランスも踏まえ、例えば、1日に算定可能な報酬の上限設定など、「身体介護」も含めて訪問介護の報酬の在り方を見直すべき。

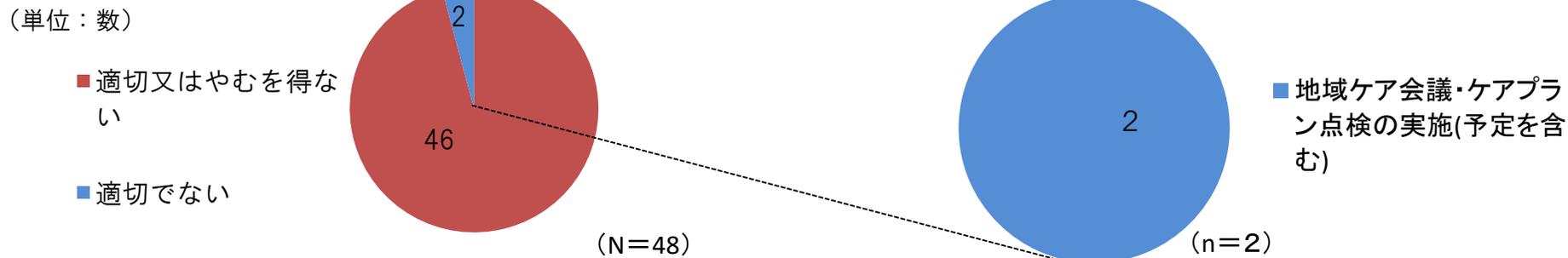
訪問回数の多い利用者への対応（自治体調査結果）

- 生活援助中心型サービスの利用回数（所要時間20分以上45分未満、45分以上のサービスの合計回数）が、合計90回以上の被保険者のいる保険者に対し、具体的な利用状況とサービスの必要性の検証の有無について、調査を実施した。
- 保険者の意見として、適切なサービス利用であると回答されたものが46件であり、適切ではないと回答されたものが2件であった。

【訪問回数の多い理由】（複数回答）



【適切なサービス利用であるか(保険者の観点から)】

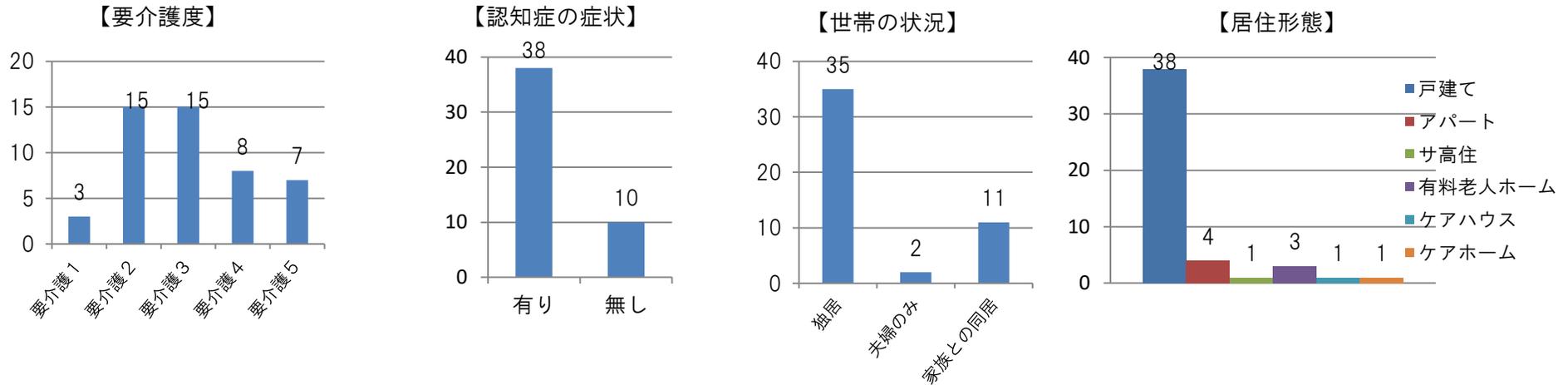


※ 92保険者（119件）中41保険者からの回答（48件）をもとに老健局振興課において整理したもの（平成28年9月サービス実施、10月審査分）。〔平成29年11月13日時点〕

訪問回数の多い利用者への対応（自治体調査結果）

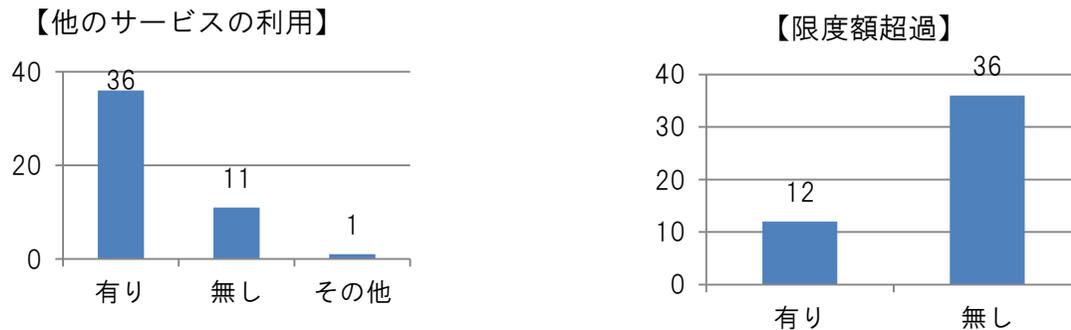
○ 利用者の状態等

・認知症の症状のある利用者は約8割、独居、戸建ての割合は約8割であった。

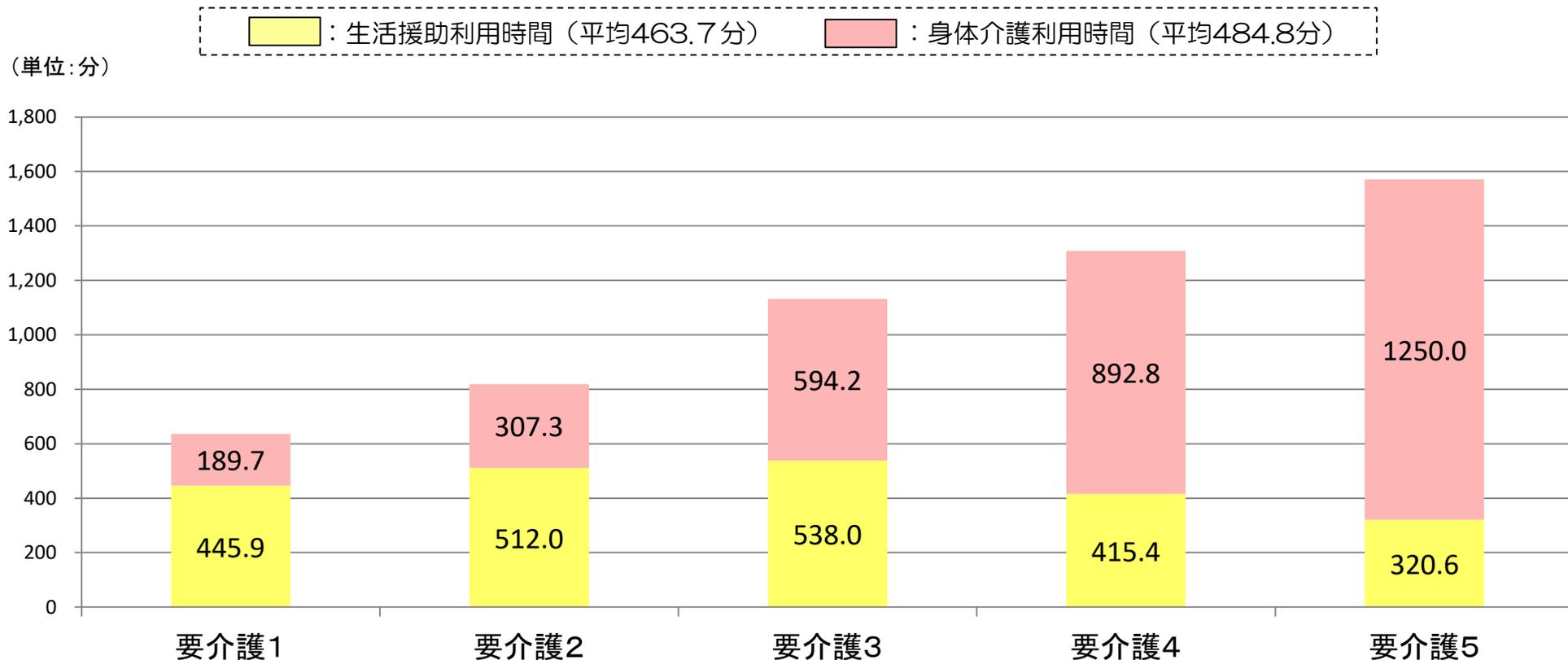


○ サービス利用状況

・他のサービスと併用している利用者は7割強、限度額を超過している利用者は約2割であった。



○ 身体介護の利用時間は要介護度が高くなるにつれて長くなっているが、生活援助の利用時間は要介護3が最も長く、要介護5が最も短くなっている。



注1) 平成27年10月サービス分(11月審査分)の介護報酬請求上の時間で分類し、集計したもの。集計上、生活援助中心型は生活援助の利用時間、身体介護中心型は身体介護の利用時間に分類。ただし、「身体介護中心型+生活援助加算」での請求は、その中で請求されるそれぞれの時間を分離し、「身体介護の利用時間」と「生活援助の利用時間」に分類。

注2) 各時間区分における階級値(中間値)を時間として使用し、回数を掛けることにより、利用時間を計算。

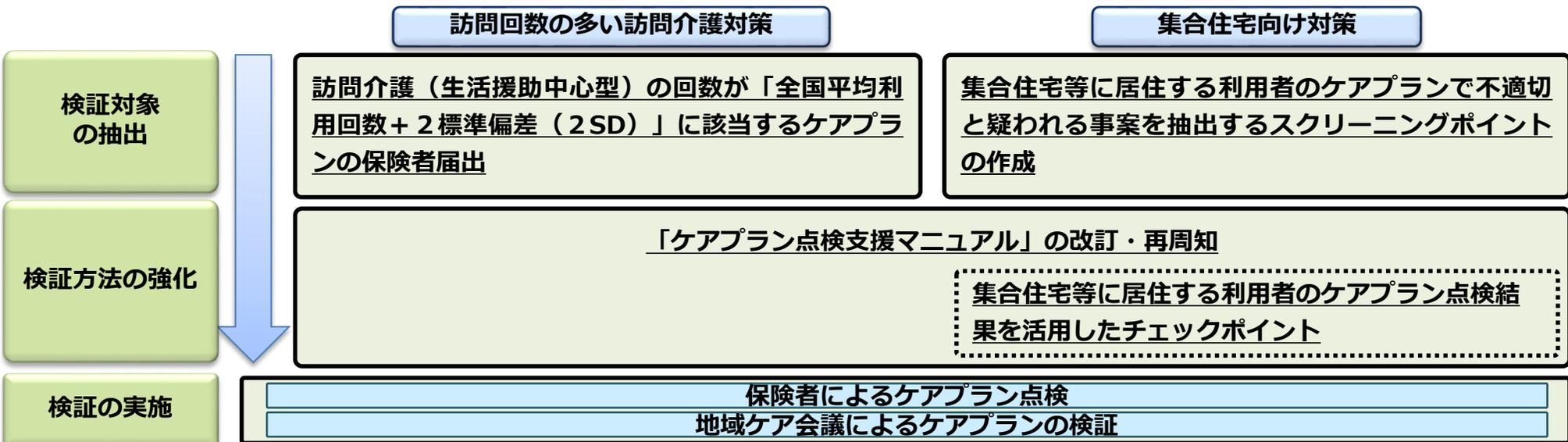
【出典】介護保険総合データベース(平成27年11月審査分)

- 統計的に見て通常のケアプランとかけ離れた回数^(※)の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、ケアマネジャーは市町村にケアプランを届け出ることとする。市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行い、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。 ※「全国平均利用回数+2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、10月から施行。

訪問介護、居宅介護支援

- 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。
- 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。

【イメージ図】 ケアプランの適正化に向けた対策の強化



必要に応じて、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用の観点から、サービス内容の是正を促す

介護保険サービス(生活援助中心型)について(平成29年度予算執行調査資料の補足)

平成29年10月25日 財政制度等審議会 財政制度分科会 提出資料

【論点】 ※ 本年6月公表「平成29年度予算執行調査」資料は、45分以上の生活援助中心型が含まれていないため、今回、当該計数も含めて再集計。

- 訪問介護は、サービス内容に応じて「身体介護」と「生活援助」に区分され、このうち「生活援助」は、「利用者が一人暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合」に「生活援助中心型」として、所定の報酬を算定することができることとされている。

(注1) 「生活援助中心型」を利用する場合の基本報酬は、20分以上45分未満：183単位、45分以上：225単位（1単位≒10円）とされているが、おおむね2時間以上の間隔を空けた場合には、それぞれの訪問ごとに所定の報酬を算定できる。

(注2) 日中・夜間を通じて、「生活援助」のみならず「身体介護」も含めて、定期巡回と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」では、実際の訪問回数にかかわらず、利用者の要介護度別に月当たりの基本報酬が固定されている。

- 「生活援助中心型」の利用状況を調査したところ、1人当たりの平均利用回数は月10回程度となっているが、月31回以上の利用者が24,748人にのぼり、中には月100回を超えて利用されているケースも認められた。また、例えば、要介護1・2の者の場合、利用者の約9割は月20回までの利用であり、残り1割の利用者は月20回以上、中には100回以上の者がいるなど、全体として利用状況に大きなばらつきがあり、利用者の状態に沿った効率的なサービス提供が行われていない可能性がある。

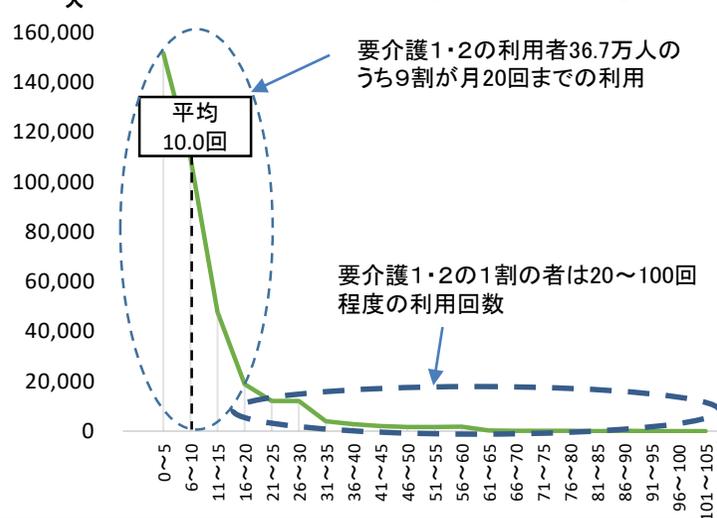
訪問介護のうち「生活援助中心型」の利用状況(平成28年9月)

【要介護1・2の利用者の利用回数の分布】

利用者数	48万5,174人
うち月31回以上の利用者数	24,748人
平均利用回数	月10.6回
最高利用回数	月115回
平均単位数(1単位≒10円)	月2,309単位
最高単位数	月25,875単位
平均要介護度	1.96

利用回数多い利用者の「回数」と「要介護度」

順位	利用回数	要介護度	順位	利用回数	要介護度
1	115	5	7	98	5
2	108	5	7	98	2
3	104	2	7	98	3
4	103	4	7	98	3
4	103	2	8	96	3
4	103	4	9	95	4
4	103	3	9	95	3
4	103	4	9	95	4
5	101	3	9	95	3
6	99	5	10	94	3
7	98	4



※ ケアマネジメントの質の向上に向けた先進的取組を行っていると思われる埼玉県和光市においては、

- ・平均利用回数：月6.8回
- ・最高利用回数：月33回

出所：厚生労働省「介護保険総合データベース(平成28年9月サービス実施、10月審査分)」

【改革の方向性】(案)

- 保険者機能の強化に向けた取組の一環として、例えば、一定の回数を超える生活援助サービスを行う場合には、多職種が参加する地域ケア会議等におけるケアプランの検証を要件とするなど、制度趣旨に沿った適切な利用の徹底を図るべき。
- また、一定の間隔を空ければ1日に複数回所定の報酬を算定可能な現行の報酬体系は、必要以上のサービス提供を招きやすい構造的な課題を抱えていることから、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とのバランスも踏まえ、例えば、1日に算定可能な報酬の上限設定など、「身体介護」も含めて訪問介護の報酬の在り方を見直すべき。

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告

平成29年12月18日 社会保障審議会介護給付費分科会

(6) 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

① 共生型サービス

【訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、短期入所生活介護(★)】

ア 共生型訪問介護、共生型通所介護、共生型短期入所生活介護に係る基準・報酬を設定する。

i 共生型訪問介護については、障害福祉制度における居宅介護、重度訪問介護の指定を受けた事業所であれば、基本的に共生型訪問介護の指定を受けられるものとして、基準を設定する。

なお、障害福祉制度における障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者や重度訪問介護従業者養成研修修了者等については、65歳に至るまでに、これらの研修修了者に係る障害福祉事業所において障害福祉サービスを利用していた高齢障害者に対してのみ、サービスを提供できることとする。

報酬は、以下の基本的な考え方を踏まえて設定する。この際、障害福祉制度における障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者に係る取扱い(30%減算)等も踏まえる。また、訪問介護事業所に係る加算は、各加算の算定要件を満たした場合に算定できることとする。

(報酬設定の基本的な考え方)

a 本来的な介護保険事業所の基準を満たしていないため、本来報酬単価と区別。

b 障害者が高齢者(65歳)に到達して介護保険に切り替わる際に事業所の報酬が大きく減ることは、65歳問題への対応という制度趣旨に照らして適切ではないことから、概ね障害福祉制度における報酬の水準を担保する。

ii 共生型通所介護については、障害福祉制度における生活介護、自立訓練、児童発達支援、放課後等デイサービスの指定を受けた事業所であれば、基本的に共生型通所介護の指定を受けられるものとして、基準を設定する。

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告

平成29年12月18日 社会保障審議会介護給付費分科会

報酬は、iの基本的な考え方に基づき設定するとともに、生活相談員(社会福祉士等)を配置し、かつ、地域との関わりを持つために地域に貢献する活動(地域の交流の場の提供、認知症カフェ等)を実施している場合に評価する加算を設定する。また、通所介護事業所に係る加算は、各加算の算定要件を満たした場合に算定できることとする。

iii 共生型短期入所生活介護については、障害福祉制度における短期入所(併設型及び空床利用型に限る。)の指定を受けた事業所であれば、基本的に共生型短期入所生活介護の指定を受けられるものとして、基準を設定する。

報酬は、iの基本的な考え方に基づき設定するとともに、生活相談員(社会福祉士等)を配置し、かつ、地域との関わりを持つために地域に貢献する活動(地域の交流の場の提供、認知症カフェ等)を実施している場合に評価する加算を設定する。また、短期入所生活介護事業所に係る加算は、各加算の算定要件を満たした場合に算定できることとする。

※ 併せて、地域共生社会の実現に向けた取組を推進するため、法令上「共生型サービス」の対象とされているデイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイ以外のサービスや、障害福祉制度と介護保険の両方の基準を満たしているものも、「共生型サービス」と称することができることを明確にする。

イ 障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネジャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にする。(★)

概要

※介護予防支援を含む

- 障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネジャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にする。【省令改正】

7. 居宅介護支援事業者の指定権限・

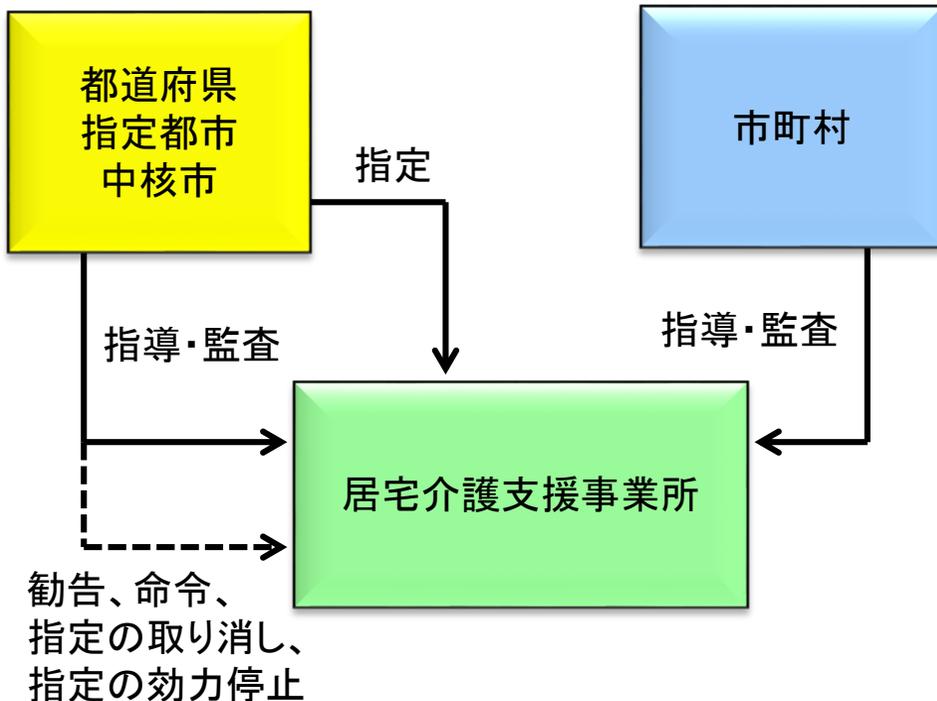
介護支援専門員に対する指導権限の移譲について

居宅介護支援事業者の指定権限の移譲について

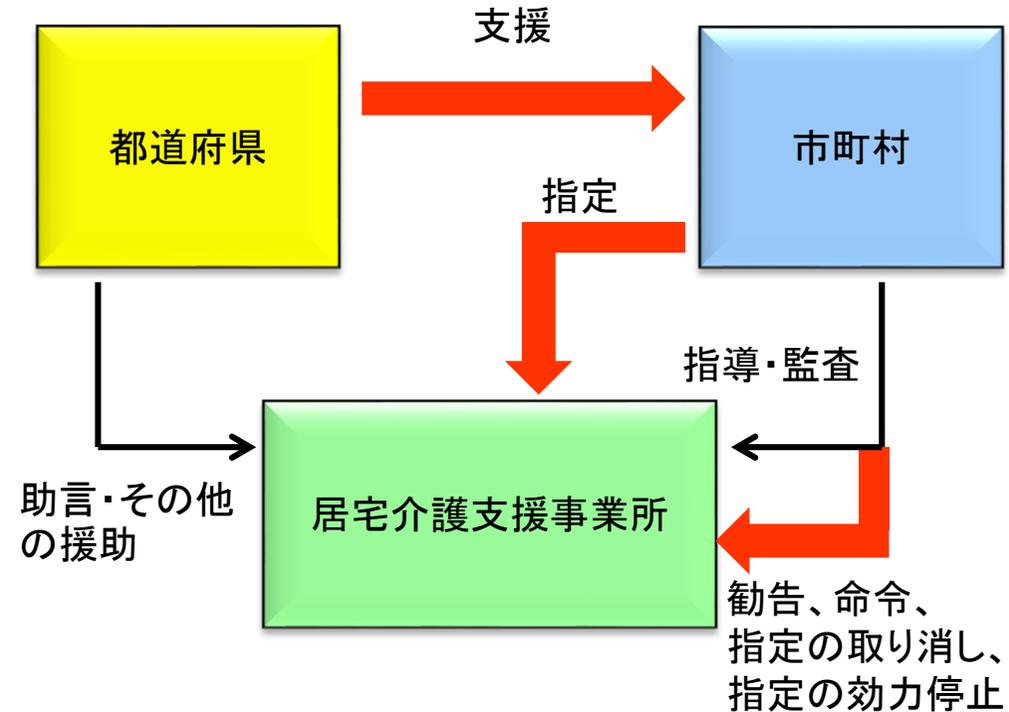
【平成26年改正時に対応】

- 居宅介護支援事業者の指定権限について、都道府県から市町村に移譲する。(平成30年4月施行)
- ※ 大都市等の特例により、指定都市及び中核市については、既に指定権限が移譲されている。

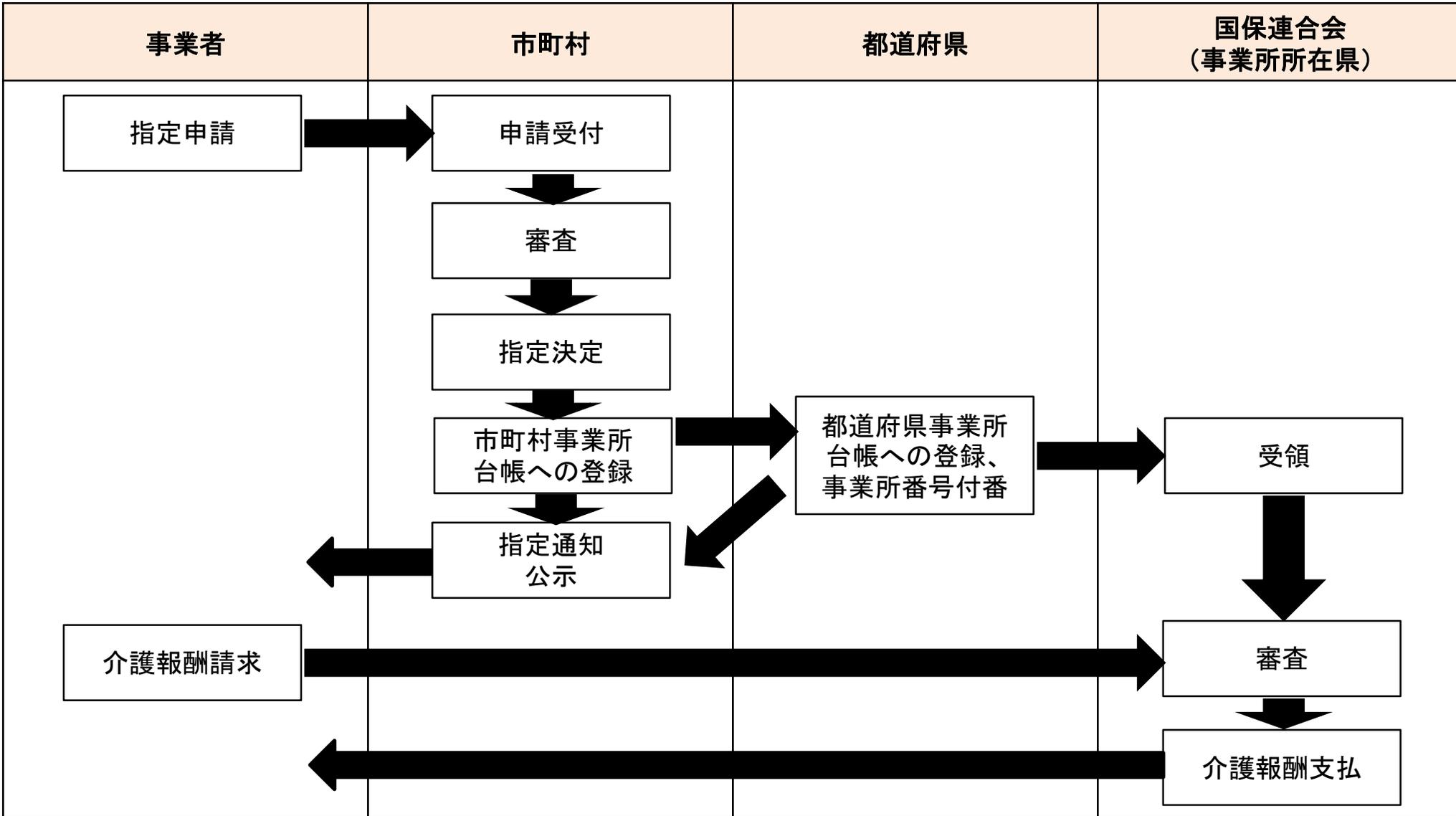
<現行>



<平成30年4月以降>



居宅介護支援事業者の事業者情報の提供の流れ（例）



※以下の場合についても、上記の流れに沿って国保連合会への情報提供が必要となる。

- ・ 指定の更新を行った場合
- ・ 居宅介護支援事業者から指定に係る変更届や事業の休止・廃止の届出があった場合
- ・ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出があった場合

介護支援専門員に対する指導権限の移譲について

【見直しの方向性】

介護支援専門員に対する指導権限について、介護支援専門員が業務を行う地の指定都市に移譲する。(平成30年4月施行予定)

○ 平成27年の地方からの提案等に関する対応方針（平成27年12月22日 閣議決定）（抄）

5 都道府県から市町村への事務・権限の移譲等

【厚生労働省】

(2) 介護保険法(平9法123)

介護支援専門員に対する報告の求め、指示・研修受講命令及び業務禁止(69条の38)に係る事務・権限については、地方公共団体から意見聴取を行った上で、介護支援専門員が業務を行う地の市町村への付与又は移譲について検討し、平成28年中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

○ 介護保険制度の見直しに関する意見（平成28年12月9日 社会保障審議会介護保険部会）（抄）

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

(5) 適切なケアマネジメントの推進等

○ (中略)市町村の有する人材やノウハウには差があるなど、各市町村のおかれている状況は様々であり、全市町村へ一律に移譲することは困難であることから、ケアマネジャーに対する指導権限の移譲については、地方公共団体の意見を踏まえ、指定都市のみに限定して一律移譲することとし、指定都市においては、業務体制の確保等、移譲に向けた準備を進めることが適当である。

○ 平成28年の地方からの提案等に関する対応方針（平成28年12月20日 閣議決定）（抄）

5 都道府県から市町村への事務・権限の移譲等

【厚生労働省】

(2) 介護保険法(平9法123)

介護支援専門員に対する報告の求め、指示・研修受講命令及び業務禁止(69条の38)に係る事務・権限については、政令を改正し、介護支援専門員が業務を行う地の指定都市に平成30年度から移譲する。

介護支援専門員に対する指導権限について【権限移譲後のイメージ】

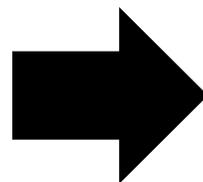
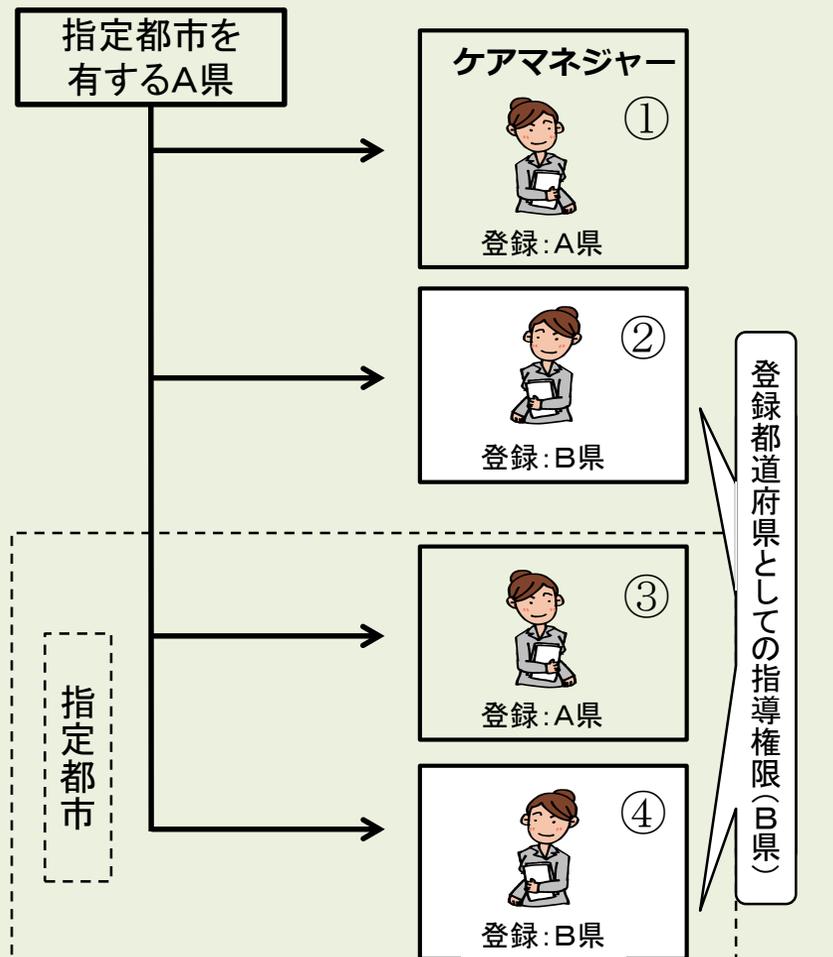
- 権限移譲前→業務都道府県としてA県は①②③④全てに指導権限を有する
 - 権限移譲後→業務都道府県としてはA県が①②、**指定都市**が③④に指導権限を有するが、引き続きA県は登録都道府県として③に指導権限を有する
- ※権限移譲後も、業務地に関わらず登録都道府県であるB県は②④に指導権限を有する

【権限移譲前】

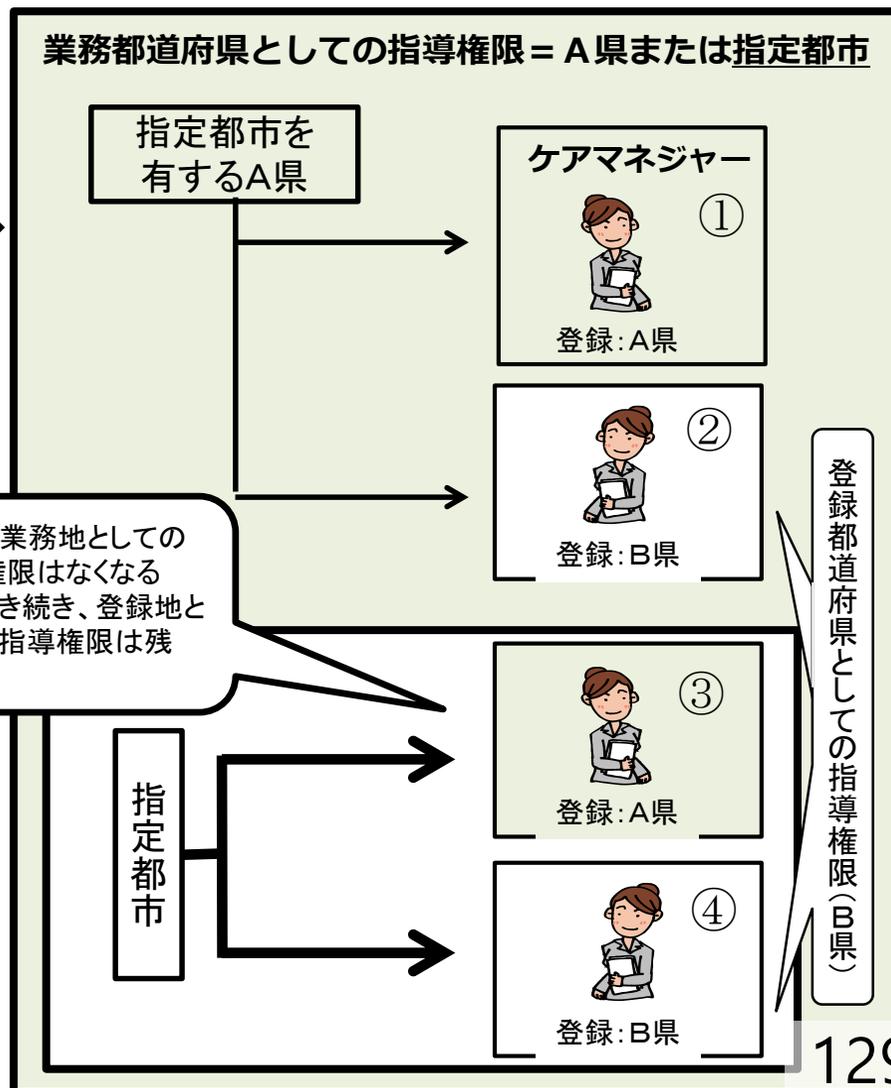
【権限移譲後】

業務都道府県としての指導権限 = A県

業務都道府県としての指導権限 = A県または指定都市



A県は業務地としての指導権限はなくなるが、引き続き、登録地としての指導権限は残る。



ご清聴ありがとうございました



検索窓: 介護保険部会

検索



click!

厚生労働省HPの検索窓から「介護保険部会」で検索できます。

○厚生労働省HP「社会保障審議会(介護保険部会)」

▼開催第1回からの議事録・資料・意見等がご覧いただけます▼

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho.html?tid=126734>



出典:平成28年3月 地域包括ケア研究会報告書より

咲かそう、地域包括ケアの花！

厚生労働省HP「地域包括ケアシステム」
もぜひご覧ください

地域包括ケアシステム

検索



クリック

「地域包括ケアシステム」で検索してください。

介護事業所を検索するなら

