

八王子介護支援専門員協議会 令和6年度新任・現任研修

令和6年度介護報酬改定について ケアマネジャーに求められる多様かつ複雑な課題への対応力と他機関連携

令和6年4月

医療経済研究機構
政策推進部 研究事業担当部長
研究部 主席研究員
服部 真治



Institute for Health Economics and Policy

自己紹介

■ 学位

千葉大学大学院医学薬学府博士課程修了 博士（医学）

■ 研究分野

介護保険制度、地域包括ケアシステム

■ 職歴

1996年4月 東京都八王子市入庁

2005年4月 同健康福祉部介護サービス課

その後、介護保険課主査、財政課主査、高齢者いきいき課課長補佐等

2014年4月 厚生労働省老健局総務課・介護保険計画課・振興課併任課長補佐

2016年4月 医療経済研究機構入職

■ 現職

放送大学客員教授、全国移動サービスネットワーク政策アドバイザー

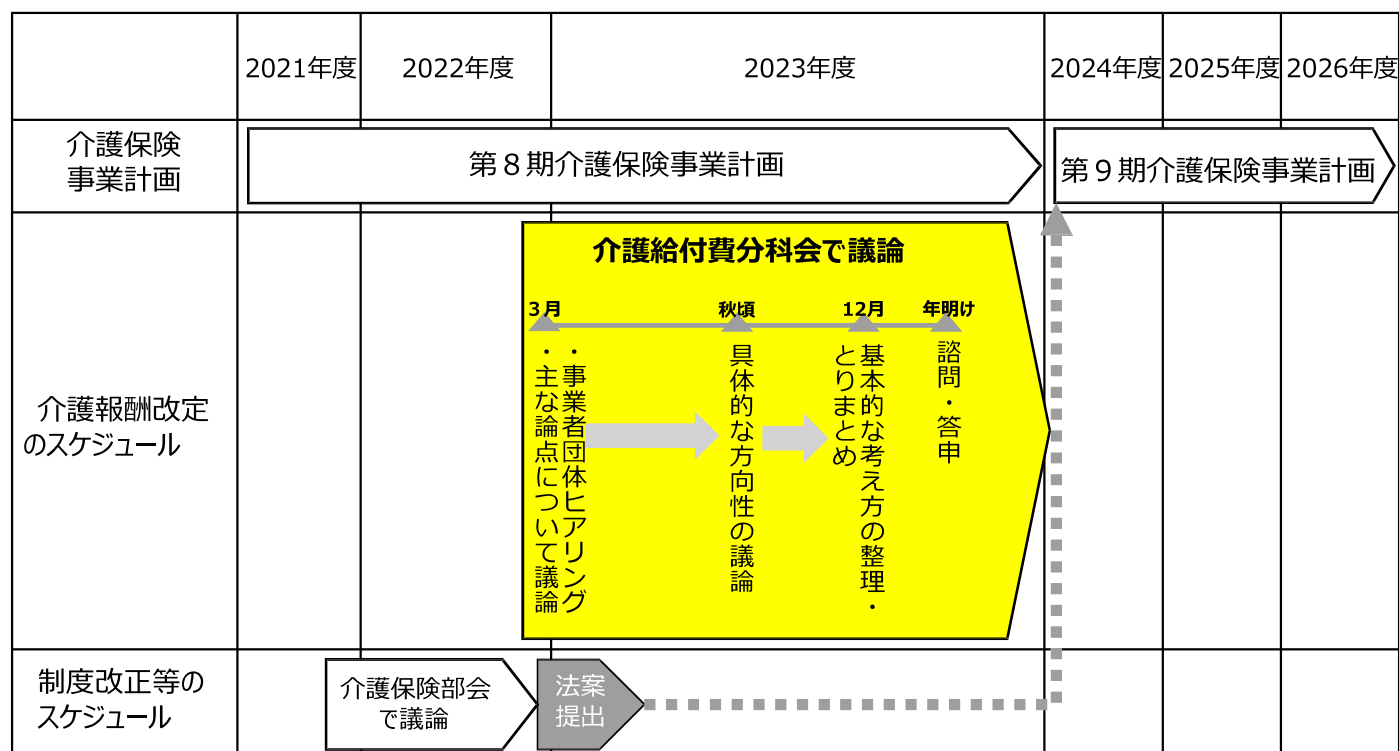
日本老年学的評価研究機構（JAGES）理事、地域共生開発機構ともつく理事

東京都健康長寿医療センター非常勤研究員、立命館大学OIC総合研究機構客員協力研究員

■ 著書（書籍）

1. 私たちが描く新地域支援事業の姿～地域で助け合いを広める鍵と方策～，堀田力・服部真治，中央法規，2016年（共編著）
2. 入門 介護予防ケアマネジメント～新しい総合事業対応版，監修 結城康博・服部真治、総合事業・介護予防ケアマネジメント研究会編，ぎょうせい，2016年（共編著）
3. 地域でつくる！介護予防ケアマネジメントと通所型サービスCー生駒市の実践から学ぶ総合事業の組み立て方ー，著 田中明美・北原理宣 編著 服部真治，社会保険研究所，2017年（共編著）
4. 地域で取り組む 高齢者のフレイル予防，【監修】一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会【編著】辻哲夫、飯島勝矢、服部真治，中央法規出版，2021年（共著） など

介護保険制度改正・介護報酬改定のスケジュール



介護保険制度の見直しに関する意見

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

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

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 生活を支える介護サービス等の基盤の整備

- 地域の実情に応じた介護サービスの基盤整備**
 - ・長期的な介護ニーズの見通しや必要な介護職員数を踏まえ計画を策定。その際、既存施設・事業所の今後のあり方も含め検討
- 在宅サービスの基盤整備**
 - ・複数の在宅サービス（訪問や通所など）を組み合わせ提供する複合型サービスの類型の新設を検討
 - ・看護小規模多機能型居宅介護・サービスの明確化など、看護小規模多機能型居宅介護等の更なる普及方策について検討
- ケアマネジメントの質の向上**
 - ・質の向上・人材確保の観点から第9期を通じて包括的な方策を検討
 - ・適切なケアマネジメント手法の更なる普及・定着
 - ・ケアプラン情報の利活用を通じた質の向上
 - ・質の高い主任ケアマネジャーを養成する環境の整備、業務効率化等の取組も含めた働く環境の改善
- 医療・介護連携等**
 - ・医療計画と介護保険事業（支援）計画との整合性の確保
 - ・地域リハビリテーション支援体制の構築の推進
 - ・かかりつけ医機能の検討状況を踏まえ、必要な対応
- 施設サービス等の基盤整備**
 - ・特養における特例入所の運用実態を把握の上、改めて、その趣旨の明確化を図るなど、地域の実情を踏まえ適切に運用
- 住まいと生活の一体的支援**
 - ・モデル事業の結果等を踏まえ、住宅分野や福祉分野等の施策との連携や役割分担のあり方も含め引き続き検討
- 介護情報利活用の推進**
 - ・自治体・利用者・介護事業者・医療機関等が、介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤を整備するため、介護情報等の収集・提供等に係る事業を地域支援事業に位置づける方向で、自治体等の関係者の意見も十分に踏まえながら検討
- 科学的介護の推進**
 - ・LIFEのフィードバックの改善や収集項目の精査を検討

2. 様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現

- 総合事業の多様なサービスの在り方**
 - ・実施状況・効果等について検証を実施
 - ・第9期を通じて充実のための包括的な方策を検討。その際、地域の受け皿整備のため、生活支援体制整備事業を一層促進。また、多様なサービスをケアプラン作成時に適切に選択できる仕組みの検討
- 通いの場、一般介護予防事業**
 - ・多様な機能を有する場として発展させるため、各地域の状況や課題毎に活用・参照しやすいよう情報提供。専門職の関与を推進
- 認知症施策の推進**
 - ・認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進
- 地域包括支援センターの体制整備等**
 - ・家族介護者支援等の充実に向け、センターの総合相談支援機能の活用、センター以外の各種取組との連携
 - ・センターの業務負担軽減のため、
 - － 介護予防支援の指定対象を居宅介護支援事業所に拡大
 - － 総合相談支援業務におけるプランチ等の活用推進。市町村からの業務の部分委託を可能とする等の見直し
 - － 3職種配置は原則としつつ、職員配置の柔軟化
- 3. 保険者機能の強化**
- 保険者機能強化推進交付金等**
 - ・評価指標の見直し・縮減とアウトカムに関する指標の充実
- 給付適正化・地域差分析**
 - ・給付適正化主要5事業の取組の重点化・内容の充実・見える化
- 要介護認定**
 - ・より多くの保険者が審査の簡素化に取り組むよう、簡素化事例の収集・周知。今後、ICTやAIの活用に向けて検討
 - ・コロナの感染状況を踏まえ、ICTを活用して認定審査会を実施できるとする取扱いについて、コロナの感染状況を問わず継続

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

II 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保

1. 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進

- (1) **総合的な介護人材確保対策**
 - ・処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、介護職の魅力向上、外国人材の受入れ環境整備など総合的に実施
 - ・介護福祉士のキャリアアップや処遇につながる仕組みの検討
 - ・外国人介護人材の介護福祉士資格取得支援等の推進
- (2) **生産性の向上により、負担が軽減され働きやすい介護現場の実現**
 - 地域における生産性向上の推進体制の整備**
 - ・生産性向上等につながる取組を行う介護事業者へ認証を付与する取組により、優良事例を横展開
 - ・都道府県主導のもと、様々な支援・施策を一括して取り扱い、適切な支援につながるワンストップ窓口の設置など総合的な事業者支援
 - ・地方公共団体の役割を法令上明確化
 - 施設や在宅におけるテクノロジー（介護ロボット・ICT等）の活用**
 - ・相談窓口を通じた体験展示、研修会、個別相談対応等の推進
 - ・施設における介護ロボットのパッケージ導入モデル等の活用推進
 - ・在宅におけるテクノロジー活用に向けた課題等に係る調査研究
 - 介護現場のタスクシェア・タスクシフティング**
 - ・いわゆる介護助手について、業務の切り分け、制度上の位置付け等の検討。人材の確保については、特定の年齢層に限らず柔軟に対応
 - 経営の大規模化・協働化等**
 - ・社会福祉連携推進法人の活用促進も含め、好事例の更なる横展開
 - ・「デジタル原則に照らした規制の一括見直しプラン」も踏まえ、各サービスにおける管理者等の常駐等について、必要な検討
 - 文書負担の軽減**
 - ・標準様式や「電子申請・届出システム」の基本原則化について所要の法令上の措置を遅滞なく実施
 - 財務状況等の見える化**
 - ・介護サービス事業所の経営情報を詳細に把握・分析できるよう、事業者が都道府県知事に届け出る経営情報について、厚生労働大臣がデータベースを整備し公表
 - ・介護サービス情報公表制度について、事業者の財務状況を公表。併せて、一人当たりの賃金等についても公表の対象への追加を検討

2. 給付と負担

(1) 高齢者の負担能力に応じた負担の見直し

- 1号保険料負担の在り方**
 - ・国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討を行い、具体的な段階数、乗率、公費と保険料多段階化の役割分担等について、次期計画に向けた保険者の準備期間等を確保するため、早急に結論を得る
 - 「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準**
 - ・利用者負担が2割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しについて、後期高齢者医療制度との関係や介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期計画に向けて結論を得る
 - 補足給付に関する給付の在り方**
 - ・給付の実態やマイナンバー制度を取り巻く状況なども踏まえつつ引き続き検討
- (※) 次期計画に向けて結論を得るとされた事項については、遅くとも来年夏までに結論を得るべく引き続き議論

(2) 制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し

- 多床室の室料負担**
 - ・老健施設及び介護医療院について、在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、次期計画に向けて結論を得る
- ケアマネジメントに関する給付の在り方**
 - ・利用者やケアマネジメントに与える影響、他サービスとの均衡等を踏まえ包括的に検討し、第10期計画期間の開始までに結論を得る
- 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方**
 - ・現在の総合事業に関する評価・分析等を踏まえ包括的に検討し、第10期計画期間の開始までに結論を得る
- (3) **被保険者範囲・受給者範囲**
 - ・第2号被保険者の対象年齢を引き下げることについて、介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討

令和5年介護保険法改正の概要



Institute for Health Economics and Policy

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

改正の趣旨

令和5年5月12日成立、5月19日公布

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

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

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

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

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

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

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

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

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

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

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

I. 介護情報基盤の整備

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

II. 介護サービス事業者の財務状況等の見える化

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

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

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

IV. 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

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

V. 地域包括支援センターの体制整備等

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

令和6年度介護報酬改定率

介護報酬改定率について

◆ 12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の介護報酬改定は、以下のとおりとなった。

改定率について

・ 改定率 + 1.59%

(内訳)

介護職員の処遇改善分 + 0.98% (令和6年6月施行)

その他の改定率(※) + 0.61%

※賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準

・ また、改定率の外枠として、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果や、光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果として+ 0.45%相当の改定が見込まれ、合計すると+ 2.04%相当の改定となる。

介護職員の処遇改善

介護職員の処遇改善 (令和6年6月施行)

告示改正

- 介護現場で働く方々にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう加算率の引上げを行う。
 - 介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行う。
- ※一本化後の加算については、事業所内での柔軟な職種間配分を認める。また、人材確保に向けてより効果的な要件とする等の観点から、月額賃金の改善に関する要件及び職場環境等要件を見直す。

【訪問介護、訪問入浴介護★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、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★、地域密着型特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護★、認知症対応型共同生活介護★、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

< 現行 >

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	13.7%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	10.0%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	5.5%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	6.3%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	4.2%
介護職員等ベースアップ等支援加算	2.4%

< 改定後 >

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	24.5% (新設)
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	22.4% (新設)
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	18.2% (新設)
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	14.5% (新設)

※：加算率はサービス毎の介護職員の常勤換算職員数に基づき設定しており、上記は訪問介護の例。処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に上記の加算率を乗じる。
※：上記の訪問介護の場合、現行の3加算の取得状況に基づく加算率と比べて、改定後の加算率は2.1%ポイント引き上げられている。
※：なお、経過措置区分として、令和6年度末まで介護職員等処遇改善加算(V)(1)～(14)を設け、現行の3加算の取得状況に基づく加算率を維持した上で、今般の改定による加算率の引上げを受けることができるようにする。

(注) 令和6年度末までの経過措置期間を設け、加算率(上記)並びに月額賃金改善に関する要件及び職場環境等要件に関する激変緩和措置を講じる。

介護報酬改定の改定率について

改定時期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年度改定	○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援(ケアマネジメント)の確立 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化	▲2.3%
平成17年10月改定	○ 居住費(滞在費)に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費(滞在費)及び食費に関連する運営基準等の見直し	
平成18年度改定	○ 中重度者への支援強化 ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化	▲0.5%[▲2.4%] ※[]は平成17年10月改定分を含む。
平成21年度改定	○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証	3.0%
平成24年度改定	○ 在宅サービスの充実と施設の重点化 ○ 自立支援型サービスの強化と重点化 ○ 医療と介護の連携・機能分担 ○ 介護人材の確保とサービスの質の評価(交付金を報酬に組み込む)	1.2%
平成26年度改定	○ 消費税の引き上げ(8%)への対応 ・基本単位数等の引上げ ・区分支給限度基準額の引上げ	0.63%
平成27年度改定	○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化 ○ 介護人材確保対策の推進(1.2万円相当) ○ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築	▲2.27%
平成29年度改定	○ 介護人材の処遇改善(1万円相当)	1.14%
平成30年度改定	○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 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 ○ 多様な人材の確保と生産性の向上 ○ 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	0.54%
令和元年10月改定	○ 介護人材の処遇改善 ○ 消費税の引上げ(10%)への対応 ・基本単位数等の引上げ・区分支給限度基準額や補足給付に係る基準費用額の引上げ	2.13% 〔 処遇改善 1.67% 消費税対応 0.39% 〕 〔 補足給付 0.06% 〕
令和3年度改定	○ 感染症や災害への対応力強化 ○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止の取組の推進 ○ 介護人材の確保・介護現場の革新 ○ 制度の安定性・持続可能性の確保	介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、 0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%(令和3年9月末まで)
令和4年10月改定	○ 介護人材の処遇改善(9千円相当)	1.13%
令和6年度改定	○ 地域包括ケアシステムの深化・推進 ○ 自立支援・重度化防止に向けた対応 ○ 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり ○ 制度の安定性・持続可能性の確保	1.59% 〔介護職員の処遇改善 0.98% %その他 0.61%〕

各介護サービスにおける収支差率

サービスの種類	令和4年度概況調査			サービスの種類	令和4年度概況調査		
	令和3年度決算	令和4年度決算	対3年度増減		令和3年度決算	令和4年度決算	対3年度増減
施設サービス				福祉用具貸与	3.4% <3.4%> (2.6%)	6.4% <6.4%> (4.8%)	+3.0% <+3.0%> (+2.2%)
介護老人福祉施設	1.2% <1.3%> (1.3%)	▲1.0% <0.1%> (0.1%)	▲2.2% <▲1.2%> (▲1.2%)	居宅介護支援	3.7% <4.0%> (3.1%)	4.9% <5.1%> (4.6%)	+1.2% <+1.1%> (+1.5%)
介護老人保健施設	1.5% <1.9%> (1.3%)	▲1.1% <0.0%> (▲0.6%)	▲2.6% <▲1.9%> (▲1.9%)	地域密着型サービス			
介護医療院	5.2% <5.8%> (5.3%)	0.4% <1.7%> (1.2%)	▲4.8% <▲4.1%> (▲4.1%)	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	8.1% <8.2%> (7.8%)	11.0% <11.2%> (10.7%)	+2.9% <+3.0%> (+2.9%)
居宅サービス				夜間対応型訪問介護※	3.8% <3.8%> (3.3%)	9.9% <10.0%> (9.1%)	+6.1% <+6.2%> (+5.8%)
訪問介護	5.8% <6.1%> (5.5%)	7.8% <8.1%> (7.7%)	+2.0% <+2.0%> (+2.2%)	地域密着型通所介護	3.1% <3.4%> (3.1%)	3.6% <3.9%> (3.7%)	+0.5% <+0.5%> (+0.6%)
訪問入浴介護	3.6% <3.7%> (2.5%)	3.0% <3.1%> (2.2%)	▲0.6% <▲0.6%> (▲0.3%)	認知症対応型通所介護	4.3% <4.4%> (4.3%)	4.3% <4.7%> (4.5%)	0.0% <+0.3%> (+0.2%)
訪問看護	7.2% <7.6%> (7.1%)	5.9% <6.2%> (5.8%)	▲1.3% <▲1.4%> (▲1.3%)	小規模多機能型居宅介護	4.6% <4.7%> (4.5%)	3.5% <3.9%> (3.6%)	▲1.1% <▲0.8%> (▲0.9%)
訪問リハビリテーション	▲0.4% <0.6%> (0.2%)	9.1% <10.3%> (9.9%)	+9.5% <+9.7%> (+9.7%)	認知症対応型共同生活介護	4.8% <4.9%> (4.6%)	3.5% <3.9%> (3.6%)	▲1.3% <▲1.0%> (▲1.0%)
通所介護	0.7% <1.0%> (0.7%)	1.5% <1.8%> (1.4%)	+0.8% <+0.8%> (+0.7%)	地域密着型特定施設入居者生活介護	2.8% <3.0%> (2.6%)	1.9% <2.4%> (1.8%)	▲0.9% <▲0.6%> (▲0.8%)
通所リハビリテーション	▲0.3% <0.5%> (0.2%)	1.8% <2.8%> (2.5%)	+2.1% <+2.3%> (+2.3%)	地域密着型介護老人福祉施設	1.1% <1.2%> (1.2%)	▲1.1% <▲0.4%> (▲0.4%)	▲2.2% <▲1.6%> (▲1.6%)
短期入所生活介護	3.2% <3.3%> (3.3%)	2.6% <3.3%> (3.2%)	▲0.6% <0.0%> (▲0.1%)	看護小規模多機能型居宅介護	4.4% <4.6%> (4.2%)	4.5% <4.7%> (4.2%)	+0.1% <+0.1%> (0.0%)
特定施設入居者生活介護	3.9% <4.0%> (3.1%)	2.9% <3.0%> (2.2%)	▲1.0% <▲1.0%> (▲0.9%)	全サービス平均	2.8% <3.0%> (2.6%)	2.4% <3.0%> (2.6%)	▲0.4% <0.0%> (0.0%)

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

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

居宅介護支援・介護予防支援 基本報酬

単位数

※以下の単位数はすべて1月あたり

居宅介護支援費（Ⅰ）

・居宅介護支援費（Ⅱ）を算定していない事業所

○居宅介護支援（ⅰ）

	<現行>		<改定後>
a 要介護1又は2	1,076単位	➡	1,086単位
b 要介護3、4又は5	1,398単位		1,411単位

○居宅介護支援（ⅱ）

a 要介護1又は2	539単位	➡	544単位
b 要介護3、4又は5	698単位		704単位

○居宅介護支援（ⅲ）

a 要介護1又は2	323単位	➡	326単位
b 要介護3、4又は5	418単位		422単位

居宅介護支援費（Ⅱ）

・指定居宅サービス事業者等との間で居宅サービス計画に係るデータを電子的に送受信するためのシステムの活用及び事務職員の配置を行っている事業所

○居宅介護支援（ⅰ）

	<現行>		<改定後>
a 要介護1又は2	1,076単位	➡	1,086単位
b 要介護3、4又は5	1,398単位		1,411単位

○居宅介護支援（ⅱ）

a 要介護1又は2	522単位	➡	527単位
b 要介護3、4又は5	677単位		683単位

○居宅介護支援（ⅲ）

a 要介護1又は2	313単位	➡	316単位
b 要介護3、4又は5	406単位		410単位

介護予防支援費

地域包括支援センターが行う場合
指定居宅介護支援事業所が行う場合

<現行>

438単位
新規



<改定後>

442単位
472単位

令和6年度介護報酬改定の主な事項

令和6年度介護報酬改定の概要

- 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

- ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
- ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- ・ 医療と介護の連携の推進
 - > 在宅における医療ニーズへの対応強化
 - > 在宅における医療・介護の連携強化
 - > 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
 - > 高齢者施設等と医療機関の連携強化

- ・ 看取りへの対応強化
- ・ 感染症や災害への対応力向上
- ・ 高齢者虐待防止の推進
- ・ 認知症の対応力向上
- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進

- ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
- ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
- ・ LIFEを活用した質の高い介護

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進

- ・ 介護職員の処遇改善
- ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
- ・ 効率的なサービス提供の推進

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築

- ・ 評価の適正化・重点化
- ・ 報酬の整理・簡素化

5 その他

- ・ 「書面掲示」規制の見直し
- ・ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化
- ・ 基準費用額（居住費）の見直し
- ・ 地域区分

6. 居宅介護支援①

改定事項

- 居宅介護支援 基本報酬
- ① 1(1)①居宅介護支援における特定事業所加算の見直し
- ② 1(1)②居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い（予防のみ）
- ③ 1(1)③他のサービス事業所との連携によるモニタリング★
- ④ 1(3)⑩入院時情報連携加算の見直し
- ⑤ 1(3)⑪通院時情報連携加算の見直し
- ⑥ 1(4)⑥ターミナルケアマネジメント加算等の見直し
- ⑦ 1(5)④業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入★
- ⑧ 1(6)①高齢者虐待防止の推進★
- ⑨ 1(6)②身体的拘束等の適正化の推進★
- ⑩ 2(1)⑫ケアプラン作成に係る「主治の医師等」の明確化
- ⑪ 3(2)①テレワークの取扱い★
- ⑫ 3(3)⑭公正中立性の確保のための取組の見直し
- ⑬ 3(3)⑮介護支援専門員1人当たりの取扱件数（報酬）

6. 居宅介護支援②

改定事項

- ⑭ 3(3)⑯介護支援専門員1人当たりの取扱件数(基準)
- ⑮ 4(1)⑧同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント
- ⑯ 5②特別地域加算、中山間地域等の小規模事業所加算及び中山間地域に居住する者へのサービス提供加算の対象地域の明確化★
- ⑰ 5③特別地域加算の対象地域の見直し★

質の高い公正中立なケアマネジメント

居宅介護支援における特定事業所加算の見直し

告示改正

- 居宅介護支援における特定事業所加算の算定要件について、ヤングケアラーなどの多様な課題への対応を促進する観点等から見直しを行う。

居宅介護支援

【単位数】

< 現行 >

特定事業所加算(Ⅰ)	505単位
特定事業所加算(Ⅱ)	407単位
特定事業所加算(Ⅲ)	309単位
特定事業所加算(A)	100単位



< 改定後 >

特定事業所加算(Ⅰ)	519 単位 (変更)
特定事業所加算(Ⅱ)	421 単位 (変更)
特定事業所加算(Ⅲ)	323 単位 (変更)
特定事業所加算(A)	114 単位 (変更)

【算定要件等】

ア 多様化・複雑化する課題に対応するための取組を促進する観点から、「ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、他制度に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること」を要件とするとともに、評価の充実を行う。

イ (主任)介護支援専門員の専任要件について、居宅介護支援事業者が介護予防支援の提供や地域包括支援センターの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合は、これらの事業との兼務が可能である旨を明確化する。

ウ 事業所における毎月の確認作業等の手間を軽減する観点から、運営基準減算に係る要件を削除する。

エ 介護支援専門員が取り扱う1人当たりの利用者数について、居宅介護支援費の見直しを踏まえた対応を行う。

1. (1) ① 居宅介護支援における特定事業所加算の見直し②

算定要件等

算定要件	(I) 519単位	(II) 421単位	(III) 323単位	(A) 114単位
(1) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること。 ※利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある他の事業所の職務と兼務をしても差し支えない。	2名以上	1名以上	1名以上	1名以上
(2) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を配置していること。 ※利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある指定介護予防支援事業所の職務と兼務をしても差し支えない。	3名以上	3名以上	2名以上	常勤・非常勤 各1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を定期的に開催すること	○			
(4) 24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること	○			○ 連携でも可
(5) 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の40以上であること	○	×		
(6) 当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。	○			○ 連携でも可
(7) 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること	○			
(8) 家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること	○			
(9) 居宅介護支援費に係る運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと	○			
(10) 指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員1人当たり45名未満（居宅介護支援費（II）を算定している場合は50名未満）であること	○			
(11) 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること（平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用）	○			○ 連携でも可
(12) 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること	○			○ 連携でも可
(13) 必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること	○			

「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol. 1）」（令和6年3月15日）

○テレビ電話装置等を活用したモニタリングについて

問 116 「家族に対する介護等を日常的に行っている児童、障害者、生活困窮者、難病患者等の高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること」について、自ら主催となって実施した場合や「他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施」した場合も含まれるか

(答)
含まれる。

1. (1) ③ 他のサービス事業所との連携によるモニタリング

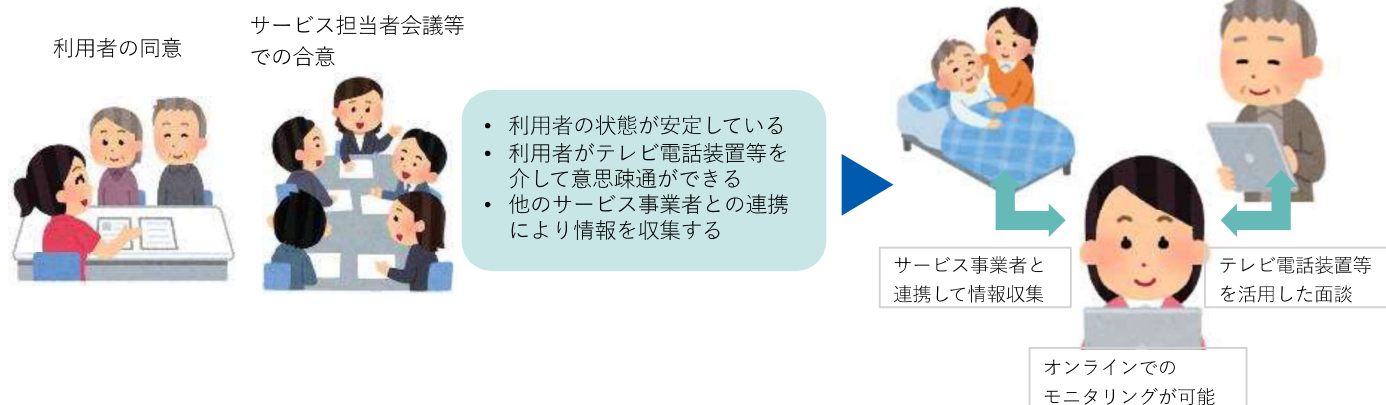
概要

【居宅介護支援、介護予防支援】

- 人材の有効活用及び指定居宅サービス事業者等との連携促進によるケアマネジメントの質の向上の観点から、以下の要件を設けた上で、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリングを可能とする見直しを行う。

【省令改正】

- ア 利用者の同意を得ること。
- イ サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
- 利用者の状態が安定していること。
 - 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること（家族のサポートがある場合も含む）。
 - テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。
- ウ 少なくとも2月に1回（介護予防支援の場合は6月に1回）は利用者の居宅を訪問すること。



「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol. 1）」（令和6年3月15日）

○テレビ電話装置等を活用したモニタリングについて

問 108 情報連携シートの項目はすべて記載する必要があるか。

（答）

テレビ電話装置等を活用したモニタリングのみでは収集できない情報について、居宅サービス事業者等に情報収集を依頼する項目のみを記載すればよい。

1. (3) ⑩ 入院時情報連携加算の見直し

概要

【居宅介護支援】

- 入院時情報連携加算について、入院時の迅速な情報連携をさらに促進する観点から、現行入院後3日以内又は入院後7日以内に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合に評価しているところ、入院当日中又は入院後3日以内に情報提供した場合に評価するよう見直しを行う。その際、事業所の休業日等に配慮した要件設定を行う。
【告示改正】

単位数・算定要件等

※ (I) (II) いずれかを算定

<現行>

入院時情報連携加算 (I) 200単位/月

利用者が病院又は診療所に入院してから3日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。



<改定後>

入院時情報連携加算 (I) **250**単位/月 (変更)

利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

※ 入院日以前の情報提供を含む。
※ 営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。

<現行>

入院時情報連携加算 (II) 100単位/月

利用者が病院又は診療所に入院してから4日以上7日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。



<改定後>

入院時情報連携加算 (II) **200**単位/月 (変更)

利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

※ 営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む。

1. (3) ⑪ 通院時情報連携加算の見直し

概要

【居宅介護支援】

- 通院時情報連携加算について、利用者の口腔衛生の状況等を適切に把握し、医療と介護の連携を強化した上でケアマネジメントの質の向上を図る観点から、医師の診察を受ける際の介護支援専門員の同席に加え、利用者が歯科医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席した場合を同加算の対象とする見直しを行う。【告示改正】

単位数

<現行>

通院時情報連携加算 50単位



<改定後>

変更なし

算定要件等

- 利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師又は歯科医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合は、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。

1. (4) ⑥ ターミナルケアマネジメント加算等の見直し

概要

【居宅介護支援】

- ターミナルケアマネジメント加算について、自宅で最期を迎えたいと考えている利用者の意向を尊重する観点から、人生の最終段階における利用者の意向を適切に把握することを要件とした上で、当該加算の対象となる疾患を末期の悪性腫瘍に限定しないこととし、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した者を対象とする見直しを行う。併せて、特定事業所医療介護連携加算におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数の要件についても見直しを行う。【告示改正】

算定要件等

○ターミナルケアマネジメント加算

<現行>

在宅で死亡した利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者を提供した場合

<改定後>

在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者を提供した場合

○特定事業所医療介護連携加算

<現行>

前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を5回以上算定していること。

<改定後>

前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を15回以上算定していること。

感染症や災害への対応力向上

業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入

告示改正

- 感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際は、基本報酬を減算する。<経過措置1年間（※）>

全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）

【単位数】

業務継続計画未策定減算

施設・居住系サービス
その他のサービス

所定単位数の100分の3に相当する単位数を減算（新設）
所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算（新設）

（※）令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。訪問系サービス、福祉用具貸与、居宅介護支援については、令和7年3月31日までの間、減算を適用しない。

【算定要件】

感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合

高齢者虐待防止の推進

高齢者虐待防止の推進

告示改正

- 利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）

【単位数】

高齢者虐待防止措置未実施減算

所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算（新設）

【算定要件】

虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合
※福祉用具貸与については、3年間の経過措置期間を設ける。

○虐待防止委員会及び研修について

問 170 居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業員が 1 名だけということがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的にしなければならないのか。

（答）

・虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にして、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的に実施していただきたい。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。

・例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。

・研修の定期的実施にあたっては、虐待防止委員会同様法人内の複数事業所や他委員会との合同開催、都道府県や市町村等が実施する研修会への参加、複数の小規模事業所による外部講師を活用した合同開催等が考えられる。

・なお、委員会や研修を合同で開催する場合は、参加した各事業所の従事者と実施したことの内容等が記録で確認できるようにしておくことに留意すること。

・また、小規模事業所等における委員会組織の設置と運営や、指針の策定、研修の企画と運営に関しては、以下の資料の参考例（※）を参考にされたい。

（※）社会福祉法人東北福祉会認知症介護研究・研修仙台センター「施設・事業所における高齢者虐待防止のための体制整備-令和 3 年度基準省令改正等に伴う体制整備の基本と参考例」令和 3 年度老人保健健康増進等事業、令和 4 年 3 月。



福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入

省令・告示・通知改正

■ 利用者負担を軽減し、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、安全を確保する観点から、一部の用具について貸与と販売の選択制を導入する。その際、利用者への十分な説明と多職種の意見や利用者の身体状況等を踏まえた提案などを行うこととする。

福祉用具貸与★、特定福祉用具販売★、居宅介護支援★

【選択制の対象とする福祉用具の種目・種類】

- 固定用スロープ ○ 歩行器（歩行車を除く）
- 単点杖（松葉づえを除く） ○ 多点杖

【対象者の判断と判断体制・プロセス】

利用者等の意思決定に基づき、貸与又は販売を選択できることとし、介護支援専門員や福祉用具専門相談員は、貸与又は販売を選択できることについて十分な説明を行い、選択に当たっての必要な情報提供及び医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえた提案を行うこととする。

【貸与・販売後のモニタリングやメンテナンス等のあり方】

※ 福祉用具専門相談員が実施

<貸与後>

- 利用開始後少なくとも 6 月以内に一度モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討する。

<販売後>

- 特定福祉用具販売計画における目標の達成状況を確認する。
- 利用者等からの要請等に応じて、福祉用具の使用状況を確認し、必要な場合は、使用方法の指導や修理等を行うよう努める。
- 利用者に対し、商品不具合時の連絡先を情報提供する。

○ 貸与と販売の提案に係る利用者の選択に資する情報提供について

問 101 福祉用具専門相談員又は介護支援専門員が提供する利用者の選択に当たって必要な情報とはどういったものが考えられるか。

（答）

利用者の選択に当たって必要な情報としては、

- ・ 利用者の身体状況の変化の見通しに関する医師やリハビリテーション専門職等から聴取した意見
- ・ サービス担当者会議等における多職種による協議の結果を踏まえた生活環境等の変化や福祉用具の利用期間に関する見通し
- ・ 貸与と販売それぞれの利用者負担額の違い
- ・ 長期利用が見込まれる場合は販売の方が利用者負担額を抑えられること
- ・ 短期利用が見込まれる場合は適時適切な福祉用具に交換できる貸与が適していること
- ・ 国が示している福祉用具の平均的な利用月数（※）

等が考えられる。

※ 選択制の対象福祉用具の平均的な利用月数（出典：介護保険総合データベース）

- ・ 固定用スロープ：13.2ヶ月
- ・ 歩行器：11.0ヶ月
- ・ 単点杖：14.6ヶ月
- ・ 多点杖：14.3ヶ月



2.（1）⑫ ケアプラン作成に係る「主治の医師等」の明確化

概要

【居宅介護支援、介護予防支援、（訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★）】

- 退院後早期に介護保険のリハビリテーションを開始することを可能とする観点から、介護支援専門員が居宅サービス計画に通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションを位置付ける際に意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院中の医療機関の医師を含むことを明確化する。【通知改正】

算定要件等

- 居宅介護支援等の具体的取扱方針に以下の規定を追加する（居宅介護支援の例）※赤字が追記部分

< 指定居宅介護支援の具体的取扱方針 >

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等については、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。

このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。

また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。特に、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションについては、医療機関からの退院患者において、退院後のリハビリテーションの早期開始を推進する観点から、入院中の医療機関の医師による意見を踏まえて、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成することが望ましい。（後略）

3. (2) ① テレワークの取扱い

概要

【全サービス（居宅療養管理指導★を除く。）】

- 人員配置基準等で具体的な必要数を定めて配置を求めている職種のテレワークに関して、個人情報を適切に管理していること、利用者の処遇に支障が生じないこと等を前提に、取扱いの明確化を行い、職種や業務ごとに具体的な考え方を示す。【通知改正】

【介護サービス事業所・施設等における情報通信機器を活用した業務の実施に関する留意事項について（令和6年3月29日）】

第3利用者の処遇に支障が生じないこと等の具体的な考え方（管理者以外の従業者について）

（略）

⑦ 介護支援専門員（居宅介護支援・介護予防支援）

・ 書類作成等の事務作業については、テレワークで実施しても、利用者の処遇に支障がないと考えられる（第3(5)を参照）。

（略）

第4 個人情報の適切な管理について

（1）利用者やその家族に関する情報を取り扱う際は、個人情報保護関係法令、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成29年4月15日（令和6年3月一部改正）個人情報保護委員会・厚生労働省）及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第6.0版（令和5年5月）」を参照し、特に個人情報の外部への漏洩防止や、外部からの不正アクセスの防止のための措置を講ずること。

（2）上記に加えて、第三者が情報通信機器の画面を覗き込む、従業者・利用者との会話を聞き取るなどにより、利用者やその家族に関する情報が漏れることがないような環境でテレワークを行うこと。

（3）利用者やその家族に関する情報が記載された書面等を自宅等に持ち帰って作業する際にも、情報の取扱いに留意すること。

3. (3) ⑭ 公正中立性の確保のための取組の見直し

概要

【居宅介護支援】

- 事業者の負担軽減を図るため、次に掲げる事項に関して利用者に説明し、理解を得ることを居宅介護支援事業者の努力義務とする。【省令改正】
 - ア 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護及び福祉用具貸与の各サービスの割合
 - イ 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護及び福祉用具貸与の各サービスにおける、同一事業者によって提供されたものの割合

基準

<現行>

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、前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合、前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合等につき説明を行い、理解を得なければならない。

<改定後>

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、前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合、前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合につき説明を行い、理解を得よう努めなければならない。

効率的なサービス提供の推進

介護支援専門員1人当たりの取扱件数（報酬）

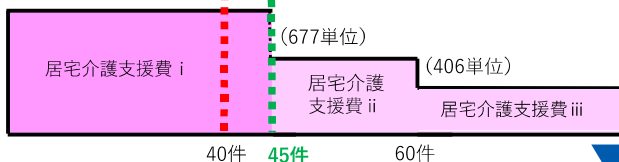
告示改正

- 居宅介護支援費（Ⅰ）に係る介護支援専門員の一人当たり取扱件数について、現行の「40未満」を「45未満」に改めるとともに、居宅介護支援費（Ⅱ）の要件について、ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合に改め、取扱件数について、現行の「45未満」を「50未満」に改める。また、居宅介護支援費の算定に当たっての取扱件数の算出に当たり、指定介護予防支援の提供を受ける利用者数については、3分の1を乗じて件数に加えることとする。

居宅介護支援

【現行】

(1,398単位)



居宅介護支援費（Ⅱ）の算定要件

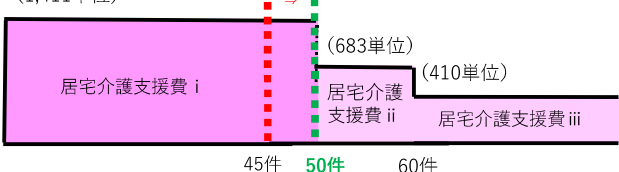
ICT機器の活用または
事務職員の配置

指定介護予防支援の提供を受ける利用者数の取扱件数

2分の1換算

【改定後】

(1,411単位)



居宅介護支援費（Ⅱ）の算定要件

ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置

指定介護予防支援の提供を受ける利用者数の取扱件数

3分の1換算

同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント

告示改正

- 介護報酬が業務に要する手間・コストを評価するものであることを踏まえ、利用者が居宅介護支援事業所と併設・隣接しているサービス付き高齢者向け住宅等に入居している場合や、複数の利用者が同一の建物に入居している場合には、介護支援専門員の業務の実態を踏まえた評価となるよう見直しを行う。

居宅介護支援

< 現行 >
なし



< 改定後 >

同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント 所定単位数の95%を算定 **(新設)**

対象となる利用者

- ・ 指定居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の敷地内、隣接する敷地内の建物又は指定居宅介護支援事業所と同一の建物に居住する利用者
- ・ 指定居宅介護支援事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物（上記を除く。）に居住する利用者

多床室の室料負担（令和7年8月施行）

告示改正

- 「その他型」及び「療養型」の介護老人保健施設並びに「Ⅱ型」の介護医療院について、新たに室料負担（月額8千円相当）を導入する。

短期入所療養介護★、介護老人保健施設、介護医療院

- 以下の多床室（いずれも8㎡/人以上に限る。）の入所者について、基本報酬から室料相当額を減算し、利用者負担を求めることとする。
 - ・ 「その他型」及び「療養型」の介護老人保健施設の多床室
 - ・ 「Ⅱ型」の介護医療院の多床室
- ただし、基準費用額（居住費）を増額することで、一定未満の所得の方については利用者負担を増加させない。

その他

「書面掲示」規制の見直し

省令・告示・通知改正

- 運営基準省令上、事業所の運営規程の概要等の重要事項等について、「書面掲示」に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、介護サービス事業者は、原則として重要事項等の情報をウェブサイトに掲載・公表しなければならないこととする。
(※令和7年度から義務付け)

全サービス

通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化

Q & A 発出

- 通所系サービスにおける送迎について、利便性の向上や運転専任職の人材不足等に対応する観点から、送迎先について利用者の居住実態のある場所を含めるとともに、他の介護事業所や障害福祉サービス事業所の利用者との同乗を可能とする。

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、療養通所介護

- 利用者の送迎について、利用者の自宅と事業所間の送迎を原則とするが、**運営上支障が無く、利用者の居住実態**（例えば、近隣の親戚の家）**がある場所**に限り、当該場所への送迎を可能とする。
- 介護サービス事業所において、他事業所の従業員が自事業所と雇用契約を結び、自事業所の従業員として送迎を行う場合や、委託契約において送迎業務を委託している場合（共同での委託を含む）には、責任の所在等を明確にした上で、**他事業所の利用者との同乗を可能とする**。
- 障害福祉サービス事業所が介護サービス事業所と雇用契約や委託契約（共同での委託を含む）を結んだ場合においても、責任の所在等を明確にした上で、**障害福祉サービス事業所の利用者も同乗することを可能とする**。
※なお、この場合の障害福祉サービス事業所とは、同一敷地内事業所や併設・隣接事業所など、利用者の利便性を損なわない範囲内の事業所とする。

【指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（平成11年7月29日老企第22号）（抄）】

3 運営に関する基準

（略）

(18) 掲示

① （略）また、基準第22条第3項は、指定居宅介護支援事業者は、原則として、重要事項を当該指定居宅介護支援事業者のウェブサイトに掲載することを規定したものであるが、ウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいう。なお、指定居宅介護支援事業者は、重要事項の掲示及びウェブサイトへの掲載を行うにあたり、次に掲げる点に留意する必要がある。

イ・ロ （略）

ハ 介護保険法施行規則第140条の44各号に掲げる基準に該当する指定居宅介護支援事業所については、介護サービス情報制度における報告義務の対象ではないことから、基準省令第22条第3項の規定によるウェブサイトへの掲載は行うことが望ましいこと。なお、ウェブサイトへの掲載を行わない場合も、同条第1項の規定による掲示は行う必要があるが、これを同条第2項や基準省令第31条第1項の規定に基づく措置に代えることができること。



【指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について（平成18年3月31日老振発第0331003号、老老発第0331016号）（抄）】

3 運営に関する基準

（略）

(18) 掲示

① （略）また、同条第3項は、重要事項を当該指定介護予防支援事業者のウェブサイトに掲載することを規定したものであるが、ウェブサイトとは、法人のホームページ等のことをいう。なお、指定介護予防支援事業者は、重要事項の掲示及びウェブサイトへの掲載を行うにあたり、次に掲げる点に留意する必要がある。

イ・ロ （略）

ハ 指定介護予防支援事業者が、自ら管理するホームページ等を有さず、ウェブサイトへの掲載が過重な負担となる場合は、これを行わないことができること。なお、ウェブサイトへの掲載を行わない場合も基準第21条第1項に規定する書面掲示は行う必要があるが、これを同条第2項や基準第33条第1項の規定に基づく措置に代えることができること。



人員配置基準の見直しとローカルルールへの対応



Institute for Health Economics and Policy

規制改革実施計画2023（令和5年6月16日閣議決定）（抄）

実施事項＜医療・介護・感染症対策＞

(4) 働き方の変化への対応・運営の合理化

No. 15 介護サービスにおける人員配置基準の見直し【a：令和5年度検討・結論、b：令和5年度措置】

- a 厚生労働省は、介護サービス種別ごとの管理者に係る人員配置基準について、経営能力を持つ人材には限りがあることを踏まえつつ、様々な介護サービスを行う複数の事業所を効率的に運営し、かつ、運営の生産性向上や職員のやりがいの最大化を図る観点から、**同一の管理者が複数の介護サービス事業所を管理し得る範囲の見直しについて、社会保障審議会介護給付費分科会等での意見を聴き、結論を得る。**その際、少なくとも次の事項の検討を含むものとする。
- 主として管理業務を行う管理者について、例えば、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）において、管理業務に支障がないと認められる場合に「同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することが できる」とされていることも踏まえ、サービス種別にかかわらず、**例えば、同一・隣接又は近接の敷地に所在する複数の事業所について、管理者が兼務可能な範囲の見直し等を検討する。**
- b 厚生労働省は、**介護サービスの人員配置基準に係る地方公共団体による独自ルールの有無・内容等を整理し、公表することについて検討する。**

No. 17 報酬制度における常勤・専任要件の見直し等【令和5年度措置】

今後、我が国においては、高齢者の医療・介護需要が高止まりする一方、生産年齢人口は、地域によっても濃淡がありつつも全体として減少することが予想されること、育児・介護などを背景にフルタイムでの勤務が困難な労働者が増加していること、また、「非常勤あるいは兼任でも医療・看護・介護の質には問題が生じないのではないか」、「場合によっては、地域の中で、人材の融通を効かせる仕組みがあっても良いのではないか」との指摘があることも踏まえ、厚生労働省は、診療報酬改定及び介護報酬改定に当たって、**常勤又は専任の有資格者の配置要件等について、質が担保された医療及び介護が提供されることを前提に、医療従事者及び介護従事者の柔軟な働き方の支援の観点から、必要な検討を行う。**

あわせて、医療及び介護の分野において、サービスの質の確保を前提としつつ、センサー等のロボット等の導入を通じた生産性向上が促されるよう、必要な措置を検討する。

3.（2）⑦ 人員配置基準における両立支援への配慮

概要

【全サービス】

- 介護現場において、治療と仕事の両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、各サービスの人員配置基準や報酬算定について、以下の見直しを行う。
 - ア 「常勤」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法等による育児・介護等の短時間勤務制度を利用する場合に加えて、「治療と仕事の両立ガイドライン」に沿って事業者が設ける短時間勤務制度等を利用する場合にも、週30時間以上の勤務で「常勤」として扱うことを認める。
 - イ 「常勤換算方法」の計算に当たり、職員が「治療と仕事の両立ガイドライン」に沿って事業者が設ける短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で常勤換算での計算上も1（常勤）と扱うことを認める。

【通知改正】

基準・算定要件等

- 運営基準の解釈通知及び報酬算定上の留意事項通知について、「常勤」及び「常勤換算方法」に係る取扱いを以下のように改正する。

	母性健康管理措置による 短時間勤務	育児・介護休業法による 短時間勤務制度	「治療と仕事の両立ガイドライン」に 沿って事業者が自主的に設ける 短時間勤務制度
「常勤」(※)の取扱い： 週30時間以上の勤務で常勤扱い	○	○	○（新設）
「常勤換算」(※)の取扱い： 週30時間以上の勤務で常勤換算 での 計算上も1（常勤）と扱うことを認める	○	○	○（新設）

※人員配置基準上の「常勤」及び「常勤換算方法」の計算においては、常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本）勤務している者を「常勤」として取り扱うこととしている。

3.（3）① 管理者の責務及び兼務範囲の明確化

概要

【全サービス】

- 提供する介護サービスの質を担保しつつ、介護サービス事業所を効率的に運営する観点から、管理者の責務について、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化した上で、管理者が兼務できる事業所の範囲について、管理者がその責務を果たせる場合には、同一敷地内における他の事業所、施設等ではなくても差し支えない旨を明確化する。

【省令改正】 【通知改正】

3.(3)② いわゆるローカルルールについて

概要

【全サービス】

- 都道府県及び市町村に対して、人員配置基準に係るいわゆるローカルルールについて、あくまでも厚生労働省令に従う範囲内で地域の実情に応じた内容とする必要があること、事業者から説明を求められた場合には当該地域における当該ルールの必要性を説明できるようにすること等を求める。【Q&A発出】

令和6年度介護報酬改定の施行時期

課題と論点

令和5年8月2日中医協総会
(論点を了解)

(医療DX工程表について)

- 医療DXに関しては、「医療DXの推進に関する工程表」(令和5年6月2日医療DX推進本部決定)がとりまとめられたところ。
- 工程表においては、全国医療情報プラットフォームに関し、2024年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス(仮称)を構築し、共有する情報を拡大。併せて、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係るマイナンバーカードを利用した情報連携を実現するとともに、次の感染症危機にも対応することとされている。
- 2024年度に医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善・提供して共通コストを削減、2026年度には、共通算定モジュールを本格的に提供し、共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化することとされている。
- 診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関しては、実施年度及び施行時期について、中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて検討とされているところ。

(診療報酬改定DXに対応するための施行の後ろ倒しについて)

- これまで診療報酬改定に伴い、答申や告示から施行、初回請求までの期間が短く、医療機関・薬局等及びベンダの業務が逼迫し、大きな負担がかかっている。
- 今後は、施行の時期を後ろ倒しし、共通算定モジュールを導入することで、負担の平準化や業務の効率化を図る必要がある。

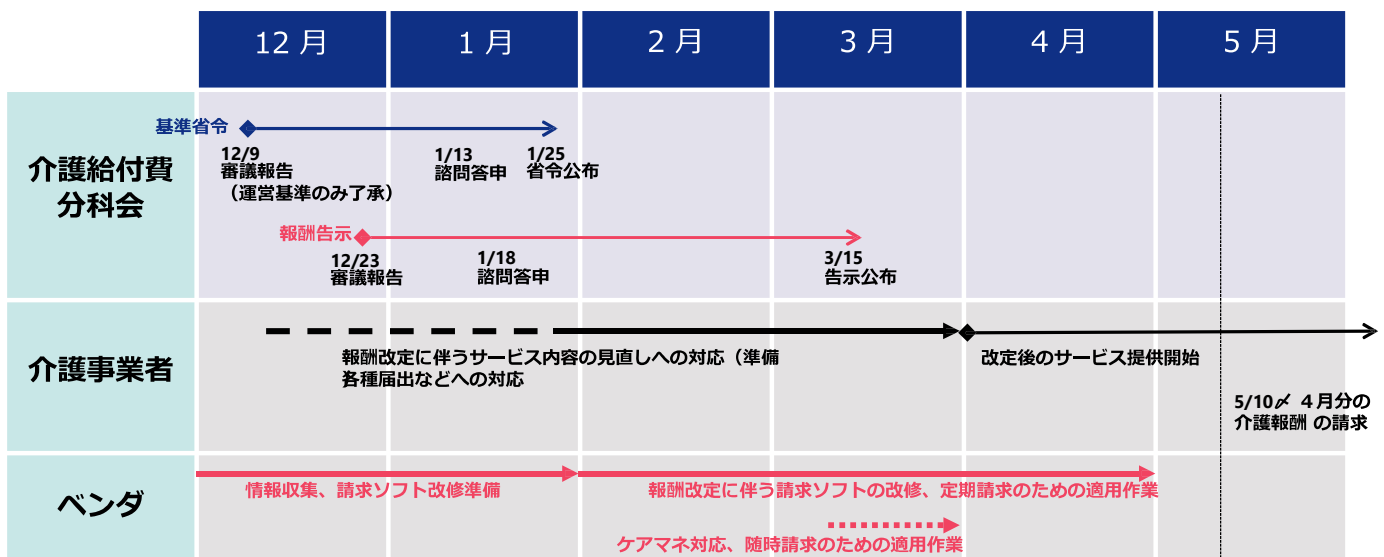
【論点】

- 診療報酬改定DXの推進に向け、医療機関・薬局等やベンダの集中的な業務負担を平準化するため、令和6年度診療報酬改定より施行時期を6月1日施行とすることとしてはどうか。
- また、薬価改定の施行に関しては例年通り4月1日に改定とすることとしてはどうか。

介護報酬改定のスケジュール

介護報酬改定においては、年末～年明けに改定内容が概ね決まり、報酬告示の公布は通常3月であるため、介護事業所は4月まで短期間でサービス内容や事務の変更に対応する必要があり、ベンダも短期間でシステム改修を行う必要がある。

(令和3年度改定時のスケジュール)



報酬改定の施行時期に関する現状と課題及び論点

<現状と課題>

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

<論点>

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

令和6年度介護報酬改定の施行時期について（主な事項）

- 令和6年度介護報酬改定の施行時期については、令和6年度診療報酬改定が令和6年6月1日施行とされたこと等を踏まえ、以下のとおりとする。
 - **6月1日施行とするサービス**
 - ・ 訪問看護
 - ・ 訪問リハビリテーション
 - ・ 居宅療養管理指導
 - ・ 通所リハビリテーション
 - **4月1日施行とするサービス**
 - ・ 上記以外のサービス
- 令和6年度介護報酬改定における処遇改善関係加算の加算率の引上げについては、予算編成過程における検討を踏まえ、令和6年6月1日施行とする。これを踏まえ、加算の一本化についても令和6年6月1日施行とするが、現行の処遇改善関係加算について事業所内での柔軟な職種間配分を認めることとする改正は、令和6年4月1日施行とする。
- 補足給付に関わる見直しは、以下のとおりとする。
 - **令和6年8月1日施行とする事項**
 - ・ 基準費用額の見直し
 - **令和7年8月1日施行とする事項**
 - ・ 多床室の室料負担

ケアマネジメントの質の向上



Institute for Health Economics and Policy

ケアマネジメントの質の向上（介護保険部会意見書より抜粋）

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

（ケアマネジメントの質の向上）

- ケアマネジメントに求められる役割、I C Tやデータの利活用に係る環境変化等を踏まえ、**ケアマネジメントの質の向上及び人材確保の観点から、第9期介護保険事業計画期間を通じて、包括的な方策を検討する必要がある。**
- その際には、**法定研修のカリキュラムの見直しを見据えた適切なケアマネジメント手法の更なる普及・定着を図るとともに、オンライン化の推進など研修を受講しやすい環境を整備していくことが重要である。**さらに、法定外研修やO J T等によるケアマネジャーの専門性の向上を図ることが重要であり、国としても周知を図っていく必要がある。加えて、各都道府県における主任ケアマネジャー研修の受講要件等の設定状況を踏まえ、質の高い主任ケアマネジャー養成を推進するための環境整備を行うことが必要である。
また、介護サービス全体として、科学的介護が推進されているところ、ケアマネジメントについてもケアプラン情報の利活用を通じて質の向上を図っていくことが重要である。
- I C Tの活用状況などを踏まえて更なる業務効率化に向けた検討を進めていくことが重要である。ケアプランの作成におけるA Iの活用についても、実用化に向けて引き続き研究を進めることが必要である。
- 公正中立性の確保も含めケアマネジメントの質を向上させていくためには、ケアマネジャーが十分に力を発揮できる環境を整備していくことが重要であり、上記の業務効率化等の取組も含め、働く環境の改善等を進めていくことが重要である。
- また、現在マイナンバー制度を活用した「国家資格等情報連携・活用システム（仮称）」の構築について検討が行われているところであり、ケアマネジャーに関する資格管理手続の簡素化等に向けて、こうしたシステムが活用できるような環境整備が必要である。

介護支援専門員法定研修カリキュラムの見直しについて

背景・経緯

- 介護、医療及び福祉の実践の方法や技術、介護保険をはじめとする社会保障制度やそれを取り巻くさまざまな環境は、常に変化しており、独居の要介護高齢者、認知症や精神疾患を有する要介護高齢者、医療処置を要する要介護高齢者、支援を必要とする家族等、介護支援専門員が実際に現場で対応している利用者像も多様化し、複雑化している
 - 現行の介護支援専門員の法定研修のカリキュラムは平成28年度から施行されているところであるが、介護支援専門員に求められる能力や役割の変遷及び昨今の施策動向等を踏まえ、「介護支援専門員の資質向上に資する研修等の在り方に関する調査研究事業」（令和3年度老人保健健康増進等事業）においてカリキュラムの見直しについての検討を進めた
- ※ 令和6年4月の施行予定

カリキュラム見直しのポイント

- 幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測や各職種の視点や知見に基づいた根拠のある支援の組み立てを行うことが介護支援専門員に求められていることを踏まえ、高齢者の生活課題の要因等を踏まえた支援の実施に必要な知識や実践上の留意点を継続的に学ぶことができるように、**適切なケアマネジメント手法の考え方を科目類型として追加**
- 認知症や終末期などで意思決定支援を必要とする利用者・世帯がさらに増えるとともに、根拠のある支援の組み立てに向けて学ぶべき知識や技術の変化が今後進むと考えられる中で、職業倫理の重要性は一層高まるが見込まれるため、**権利擁護や意思決定支援など職業倫理についての視点を強化**
- 地域共生社会の実現に向け、介護保険以外の領域も含めて**、制度・政策、社会資源等についての近年の動向（地域包括ケアシステム、認知症施策大綱、仕事と介護の両立、ヤングケアラー、科学的介護（LIFE）、意思決定支援等）を踏まえた見直しを行う
- 法定研修修了後の継続研修（法定外研修、OJT等）で実践力を養成することを前提に、**カリキュラム全体の時間数は増やさず、継続研修への接続を意識した幅広い知識の獲得に重きを置いた時間配分（＝講義中心）に見直す**

適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業の背景・目的

<背景>

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

<課題>

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

<目的>

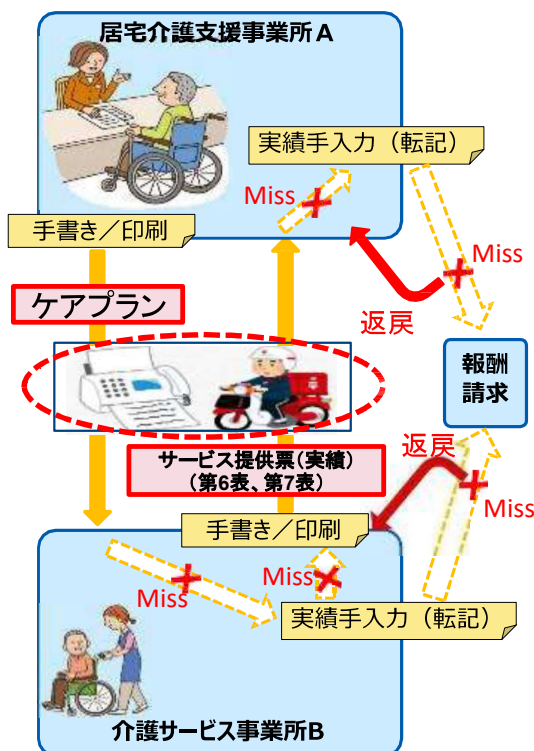
- ケアマネジメントの「差異」の要因と考えられる、個々の介護支援専門員の**属人的な認識（知識）**を改め「**支援内容**」の平準化を図る。その為に「利用者の状態に対して最低限検討すべき支援内容」の認識（知識）を体系化し共有化することにより「**差異**」を小さくするための**手法の策定**と普及を行う。
- 介護支援専門員に必要な知識（エビデンス等）を体系化し付与することで、サービス担当者会議等において「**根拠の明確な支援内容**」を示せる事により他職種と**支援内容の共有化**を図る。
- ケアマネジメントプロセスをより有効なものとし、他職種との役割分担や**連携・協働の推進**、**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

<これまでの成果実績（主な内容）>

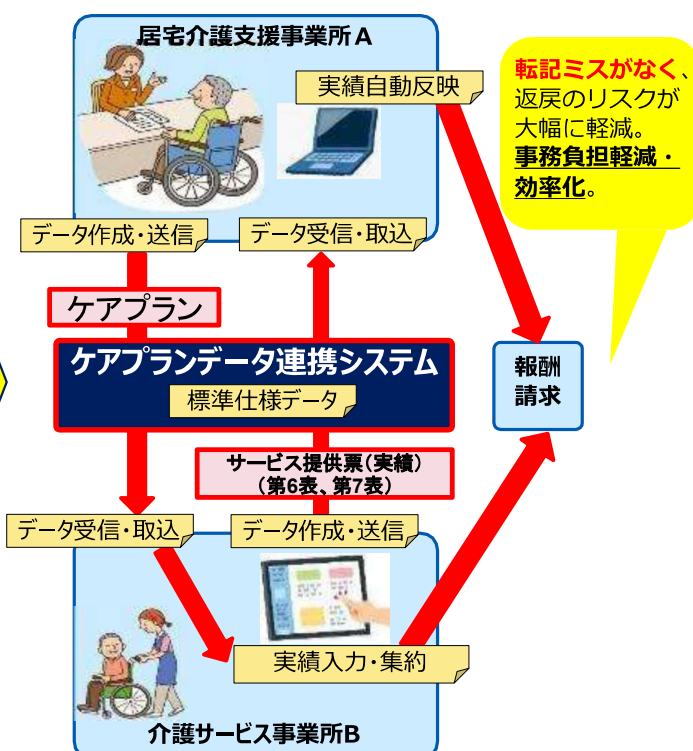
- | | |
|--|------------------------|
| 平成28年度：脳血管疾患・大腿骨頸部骨折がある方のケア | 平成29年度：心疾患（心不全）がある方のケア |
| 平成30年度：認知症がある方のケア | 令和元年度：誤嚥性肺炎の予防のためのケア |
| 令和2年度：基本ケアを中心とした手法の再整理等 | |
| 令和3年度：複数疾患がある方のケアの手法や疾患以外の高齢者の特徴に着目した手法の検討 | |

居宅介護支援事業所と介護サービス事業所間のケアプランのやり取り

【現状】



【データ連携後のイメージ】



拡充

ICT導入支援事業（地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分））

令和5年度当初予算額：地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）の内数（地域医療介護総合確保基金 137億円の内数）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 各都道府県に設置される地域医療介護総合確保基金を活用し、介護現場のICT化に向けた導入支援を実施し、ICTを活用した介護サービス事業所の業務効率化を通じて、職員の負担軽減を図る

2 事業の概要等

※赤字が令和5年度拡充分。

※令和2年度（当初予算）以降の拡充分（下線部以外）は令和5年度までの実施

補助対象

- 介護ソフト…記録、情報共有、請求業務で転記が不要であるもの、ケアプラン連携標準仕様、入退院時情報標準仕様、看護情報標準仕様を実装しているもの（標準仕様の対象サービス種別の場合。各仕様への対応に伴うアップデートも含む）、財務諸表のCSV出力機能を有するもの（機能実装のためのアップデートも含む）。

- 情報端末…タブレット端末、スマートフォン端末、インカム等

- 通信環境機器等…Wi-Fiルーター等

- その他…運用経費（クラウド利用料、サポート費、研修費、他事業所からの照会対応経費、バックオフィスソフト（勤怠管理、シフト管理等）等）

補助要件

- 導入計画の作成、導入効果報告（2年間）
- IPAが実施する「SECURITY ACTION」の「★一つ星」または「★★二つ星」のいずれかを宣言
- 以下に積極的に協力すること等
 - ICTの活用により収支状況の改善が図られた場合においては、職員の賃金に還元すること（導入効果報告により確認）
 - LIFEによる情報収集・フィードバック
 - 他事業所からの照会に対応すること

補助上限額等

職員数に応じて都道府県が設定

- 1～10人 100万円
- 11～20人 160万円
- 21～30人 200万円
- 31人～ 260万円

補助割合

- 一定の要件を満たす場合は、3/4を下限に都道府県の裁量により設定
- それ以外の場合は、1/2を下限に都道府県の裁量により設定

補助割合を拡充する要件

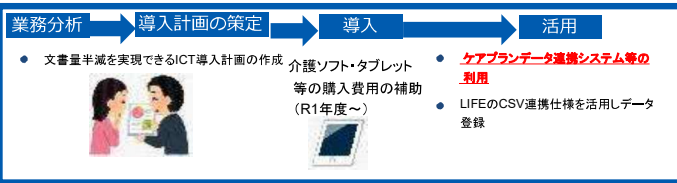
（3/4に拡充（以下のいずれかの要件を満たすこと））

- ケアプランデータ連携システム等の利用

- LIFEの「CSV連携仕様」を実装した介護ソフトで実際にデータ登録を実施等

- ICT導入計画で文書量を半減

実績	R1	R2	R3
実施自治体数	15	40	47
補助事業所数	195	2,560	5,371



※ケアプランデータ連携システム…国保中央会に構築中。令和5年度本格稼働予定

科学的介護の推進

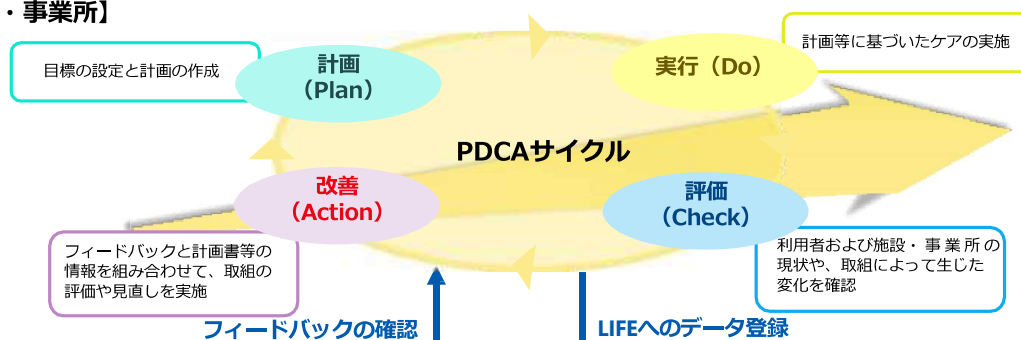


Institute for Health Economics and Policy

LIFEを活用した取組イメージ

- 介護事業所においては、介護の質向上に向けてLIFEを活用したPDCAサイクルを推進する。LIFEで収集したデータも活用し、介護報酬制度を含めた施策の立案や介護DXの取組、アウトカム評価につながるエビデンス創出に向けたLIFEデータの研究利活用を推進する。

【介護施設・事業所】



- フィードバック（例）
- ・ 利用者や事業所のBMI等を時系列に見るグラフ
 - ・ 事業所のADL平均値が都道府県内の事業所と比較してどの位置か示すグラフ

- LIFEデータ項目（例）
- ・ ADL
 - ・ 身長・体重
 - ・ 口腔の健康状態 等

- 収集されたLIFEデータに基づく、事業所毎のアウトカム評価等を検討

【厚生労働省】

フィードバックの提供

データ収集



- ・ エビデンスに基づく施策の立案
 - － 施策の効果や課題の把握、アウトカム評価の検討
 - － 介護情報基盤運用開始に向けた、介護事業所等の関係者間における情報共有の検討
- ・ エビデンス創出に向けた取組
 - － 研究者等への匿名LIFE情報提供の推進
 - － 医療保険等の他の公的DB等との連結による詳細な解析の推進

論点③ LIFE関連加算の対象となるサービスの範囲について

論点③

- 令和3年度介護報酬改定に関する審議報告において、訪問系サービス等のLIFEの対象とならなかったサービスや、居宅サービス全体のケアマネジメントにおけるLIFEの活用を通じた質の評価の在り方等について、今後検討していくべきであるとされたところ。
- LIFE関連加算の対象ではない事業所を対象に試行的にLIFEを活用したところ、統一した指標の活用によるケアの質向上等に期待する意見もある一方で、同一の利用者に複数の事業所がサービスを提供していることから、各サービスがどのような項目を評価すべきか、また、それに応じて各サービスをどのように評価すべきか検討すべきである等の課題も指摘されている。
- LIFEについては、論点①で述べたとおり、項目の見直しや負担軽減など取り組むべき課題がある。
- こうした状況を踏まえ、LIFE関連加算の対象となるサービスの範囲について、どのように考えるか。

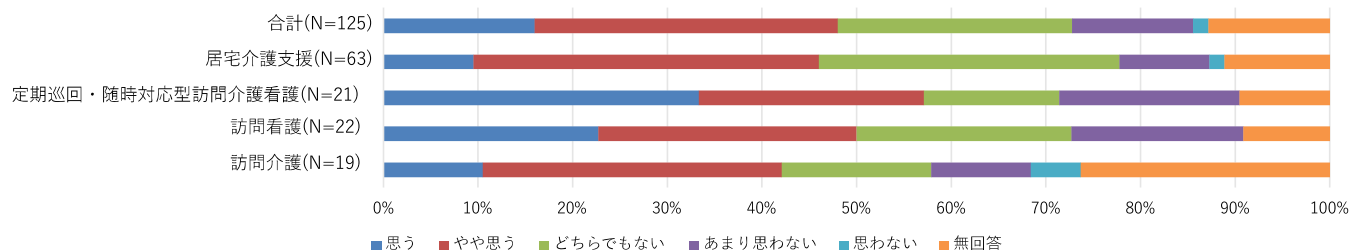
対応案

- LIFEのさらなる推進に向けて、今回改定においては、項目の見直しや負担軽減、フィードバックの改善等に取り組むこととし、対象サービスは拡大しないこととしてはどうか。
- その上で、今回改定における対応も踏まえ、現在対象となっていない訪問系サービス等に適した評価項目や、同一の利用者にサービスを提供している複数の訪問系事業所等について、各サービスをどのように評価すべきか等について、引き続き検討することとしてはどうか。

訪問系サービス・居宅介護支援におけるLIFE活用可能性の検討について

- 訪問系サービス及び居宅介護支援において試行的にLIFEを活用し、ユースケースやLIFE導入における課題等について検討を行った。
- LIFEの利用が介護の質向上に寄与すると回答した事業所は半数程度であった。
- 訪問系サービス及び居宅介護支援へのLIFE導入について、統一した指標の活用によるケアの質向上等を期待する声もあったが、サービスに適した制度設計や項目を検討すべきとの指摘もあった。

LIFEの利用が介護の質向上に寄与すると感じるか



(LIFEの活用の効果に関する主なご意見)

- 全サービスで「統一指標による定期的な評価によるケアの質の担保」が挙げられた。
- フィードバック票を用いることで、比較することによる気づきがあること、長期的な変化が把握できること、認識のすり合わせ等に活用できることが明らかになった。
- 居宅介護支援事業所においては、LIFEを活用することにより、利用者の経時変化を確認できるほか、サービス担当者会議等で関係者と共有・議論する等のユースケースがあることが明らかとなった。

(LIFE導入に関してさらなる検討が必要であるという主なご意見)

- 利用者の状態の評価や入力について負担軽減が必要である。
- 訪問系サービスでは、データ入力の利便性を踏まえた対応が必要ではないか。
- 訪問系サービスにおける課題として、身長や体重をはじめ、一部評価が困難な項目がある。
- 事業所間のデータ連携等により、サービスごとに評価すべき項目の最適化を検討すべきではないか。また、同一の利用者に複数の事業所がサービスを提供していることを前提とした制度設計を検討すべきではないか。

軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方



Institute for Health Economics and Policy

給付と負担に関する指摘事項について

(5) 軽度者への生活援助サービス等に関する在り方①

<経済財政運営と改革の基本方針2018>（平成30年6月15日閣議決定）

介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。

<介護保険部会意見>（令和元年12月27日）

- 軽度者に対する給付の見直し（軽度者の生活援助サービス等の地域支援事業への移行）について、見直しに慎重な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 見直しは、将来的には検討が必要であるが、総合事業の住民主体のサービスが十分ではなく、地域ごとにばらつきもある中では、効果的・効率的・安定的な取組は期待できない。まずは現行の総合事業における多様なサービスの提供体制の構築等を最優先に検討すべき。
 - ・ 見直しは、総合事業の実施状況や市町村の意向を踏まえて慎重に検討すべき。総合事業の課題である実施主体の担い手不足が解消される見込みもない中では市町村も対応できず、現段階での判断は現実的でない。
 - ・ 要介護1・2の方は認知症の方も多く、それに対する自治体の対応体制も不十分である。受入体制と効果的な対応策が整備されるまでは、見直しは時期尚早。
 - ・ 介護離職ゼロの観点や利用者の生活実態を十分踏まえて慎重な検討が必要。
 - ・ 訪問介護における生活援助サービスは身体介護とあわせて一体的に提供されることで有用性が発揮され、利用者の生活を支えており、要介護度にかかわらず同量のサービスを受けている。切り離した場合には状態が悪化して給付増につながる懸念もあり、慎重に検討すべき。
 - ・ 介護サービス利用者の負担増となることを懸念。要介護1・2の方は軽度者ではなく、認知症の方もおり、重度化防止のためには専門職の介護が必要。施設に入れない、低所得で高齢者向け住まいに入れないなど様々な理由で生活援助サービスを必要としている方がいることに留意が必要。たとえ総合事業が充実したとしても、要介護認定を受けた人の給付の権利を奪うことは反対。
- 一方で、見直しに積極的な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 社会保険料の負担増により中小企業や現役世代の負担は限界に達しており、制度の持続可能性を確保するため、見直しを確実に実施すべき。見直しを行わない場合には、その要因と対応策を検討するなど、見直しに向けた道筋を示すべき。
 - ・ 人材や財源に限りがある中で、専門的サービスを必要とする重度の方に重点化することが必要であり、見直しを実施すべき。
 - ・ 大きなリスクは保険制度で、小さなリスクは自己負担で、という考え方にに基づき、給付と負担にメリハリを付けることが必要。軽度者への生活援助サービスについてもその観点から考えるべき。
 - ・ 軽度者に対する給付の見直しの観点からも、総合事業の実施体制の構築に向けた更なる取組を具体的に明らかにした上で、早期に実施すべき。
- このほか、介護が必要になる主な理由は認知症であり、要介護1・2で介護の負担が軽いということは決してない。要介護1・2の人を軽度者と称するのは誤解を与えかねないとの意見があった。
- 軽度者の生活援助サービス等に関する給付の在り方については、総合事業の実施状況や介護保険の運営主体である市町村の意向、利用者への影響等を踏まえながら、引き続き検討を行うことが適当である。

給付と負担に関する指摘事項について

(5) 軽度者への生活援助サービス等に関する在り方②

<新経済・財政再生計画改革工程表2021> (令和3年12月23日経済財政諮問会議)

62. 介護の軽度者への生活援助サービス・福祉用具貸与に関する給付の在り方等について検討

- a. 介護の軽度者への生活援助サービス等の地域支援事業への移行を含めた方策について、2019年度の関係審議会における審議結果を踏まえ、第9期介護保険事業計画期間に向けて、関係審議会等において結論を得るべく引き続き検討。

<歴史の転換点における財政運営> (令和4年5月25日財政制度等審議会)

要介護1・2への訪問介護・通所介護についても、生活援助型サービスをはじめとして、全国一律の基準ではなく地域の実情に合わせた多様な人材・多様な資源を活用したサービス提供を可能にすることが効果的・効率的である。

先に述べた地域支援事業の在り方の見直しに取り組みつつ、第9期介護保険事業計画期間に向けて、要介護1・2への訪問介護・通所介護についても地域支援事業への移行を検討し、生活援助型サービスをはじめとして、全国一律の基準ではなく地域の実情に合わせた多様な人材・多様な資源を活用したサービス提供を可能にすべきである。

介護保険制度の見直しに関する意見（概要）②

(令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会)

II 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保

1. 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進

(1) 総合的な介護人材確保対策

- ・処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、介護職の魅力向上、外国人材の受入れ環境整備など総合的に実施
- ・介護福祉士のキャリアアップや処遇につながる仕組みの検討
- ・外国人介護人材の介護福祉士資格取得支援等の推進

(2) 生産性の向上により、負担が軽減され働きやすい介護現場の実現

- 地域における生産性向上の推進体制の整備
- ・生産性向上等につながる取組を行う介護事業者へ認証を付与する取組により、優良事例を横展開
- ・都道府県主導のもと、様々な支援・施策を一括して取り扱い、適切な支援につながるワンストップ窓口の設置など総合的な事業者支援
- ・地方公共団体の役割を法令上明確化

- 施設や在宅におけるテクノロジー（介護ロボット・ICT等）の活用
- ・相談窓口を通じた体験展示、研修会、個別相談対応等の推進
- ・施設における介護ロボットのパッケージ導入モデル等の活用推進
- ・在宅におけるテクノロジー活用に向けた課題等に係る調査研究

○介護現場のタスクシェア・タスクシフティング

- ・認知症の高齢者には総合事業はふさわしくないのではないか
- ・現状の総合事業すらうまくいっていないのに、時期尚早ではないか

→第10期計画まで先送り

○財務状況等の見える化

- ・介護サービス事業所の経営情報を詳細に把握・分析できるよう、事業者が都道府県知事に届け出る経営情報について、厚生労働大臣がデータベースを整備し公表
- ・介護サービス情報公表制度について、事業者の財務状況を公表。併せて、一人当たりの賃金等についても公表の対象への追加を検討

2. 給付と負担

(1) 高齢者の負担能力に応じた負担の見直し

○1号保険料負担の在り方

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

○「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準

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

○補足給付に関する給付の在り方

- ・給付の実態やマイナナンバー制度を取り巻く状況なども踏まえつつ引き続き検討

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

(2) 制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し

○多床室の室料負担

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

○ケアマネジメントに関する給付の在り方

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

○軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

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

(3) 被保険者範囲・受給者範囲

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

介護予防・日常生活支援総合事業（介護保険部会意見書より抜粋）

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

(基本的な視点)

○介護保険法（平成9年法律第123号）において、国及び地方公共団体は、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現に資するよう努めなければならないこととされている。地域支援事業は介護予防・重度化防止や自立した日常生活の支援のための施策を、地域の実情に応じて多様な主体の参画を得つつ実施する事業であり、これらの取組を推進していくことは、様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現を図っていく上でも重要である。

(総合事業の多様なサービスの在り方)

○介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）は、既存の介護サービス事業者に加えて、住民主体の取組を含む、多様な主体によって介護予防や日常生活支援のサービスを総合的に実施できるようにすることで、市町村が地域の実情に応じたサービス提供を行えるようにすることを目的とした事業である。平成26年法改正から一定期間が経過しており、総合事業の実施状況等について検証を行いながら、地域における受け皿整備や活性化を図っていく必要がある。

○この観点から、従前相当サービスやそれ以外のサービスの事業内容・効果について実態把握・整理を行うとともに、担い手の確保や前回制度見直しの内容の適切な推進も含め、**総合事業を充実化していくための包括的な方策の検討を早急に開始するとともに、自治体と連携しながら、第9期介護保険事業計画期間を通じて、工程表を作成しつつ、集中的に取り組んでいくことが適当**である。

また、自治体が総合事業などを活用した地域づくりを行う際の参考となるよう、取組を進める趣旨や方法をわかりやすく、体系立てて示すとともに、自治体の取組事例の分析結果等について周知することも重要である。

○その際、介護保険制度の枠内で提供されるサービスのみでなく、インフォーマルサービスも含め、地域の受け皿を整備していくべきであり、生活支援体制整備事業を一層促進していくことが重要である。

また、生活支援・介護予防サービスを行うNPOや民間企業等の主体が、生活支援体制整備事業における協議体へ参画するに当たって一定の要件を設けるなど、多様なサービスについて、利用者やケアマネジャーがケアプランの作成時に適切に選択できる仕組みを検討することが適当である。

○総合事業費の上限額については、自治体の状況等を踏まえ、見直しを進めるとともに、小規模な自治体であっても持続可能な介護予防の活動ができるよう、やむを得ない事情により上限額を超過する際のきめ細かな対応について、引き続き検討を行うことが適当である。

総合事業の充実に向けた工程表

「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」の中間整理及び総合事業の充実に向けた工程表について（報告）

厚生労働省老健局

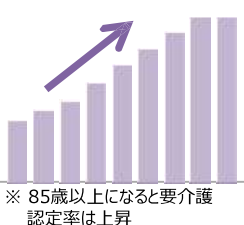
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」の中間整理について

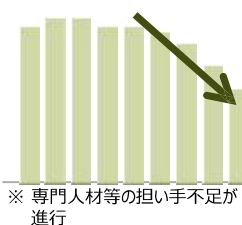
総合事業の充実に向けた基本的な考え方

- 2025年以降、現役世代が減少し医療・介護専門職の確保が困難となる一方で、85歳以上高齢者は増加していく。また、こうした人口動態や地域資源は地域によって異なる。
- こうした中、高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくためには、市町村が中心となって、医療・介護専門職がより専門性を発揮しつつ、高齢者や多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるという視点に立ち、地域をデザインしていくことが必要。
- 総合事業をこうした地域づくりの基盤と位置づけ、その充実を図ることで高齢者が尊厳を保持し自立した日常生活を継続できるよう支援するための体制を構築する。

85歳以上人口の増加



現役世代の減少



地域で暮らす人やそこにあるものは地域によって様々

地域共生社会の実現

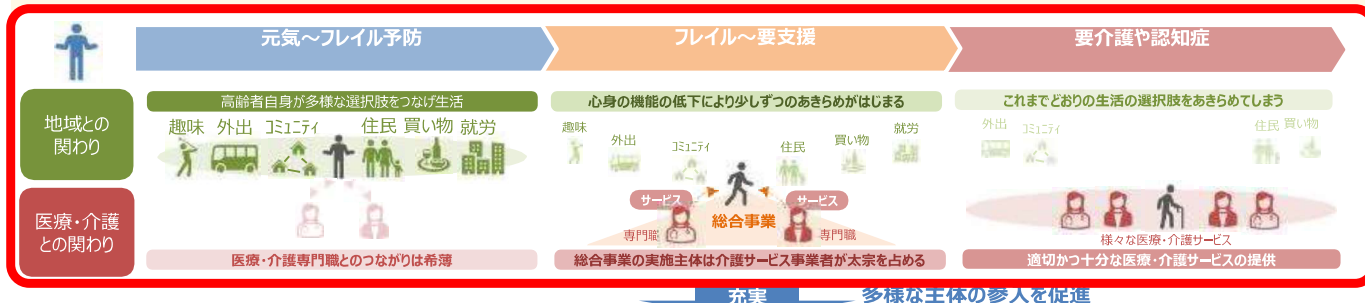


高齢者や多様な主体の参画を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化

- 高齢者の地域での生活は、医療・介護専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するもの。また、高齢者自身も多様な主体の一員となり、地域社会は形作られている。

- 総合事業の充実とは、こうした地域のつながりの中で、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに寄り合いながら、**高齢者自身が適切に活動を選択できる**ようにするものである。

- 総合事業の充実を通じ、高齢者が元気なうちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動を続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指していく。



地域の人と資源がつながり地域共生社会の実現や地域の活性化

総合事業の充実のための対応の方向性

現状	対応の方向性
■ 総合事業のサービス提供主体は、介護保険サービス事業者が主体 ① 個々の高齢者の経験・価値観・意欲に応じた地域での日常生活と密接に関わるサービスをデザインしにくい ①' <u>要介護や認知症となると、地域とのつながりから離れてしまう</u> ② 事業規模が小さく採算性の観点から、<u>地域の産業や他分野の活動が総合事業のマーケットに入ることが難しい</u> ③ <u>多様な主体によるサービスが地域住民に選ばれない</u> ④ 2025年以降、現役世代は減少し担い手の確保が困難となる一方で、<u>85歳以上高齢者は増加</u>	■ 地域共生社会の実現に向けた基盤として総合事業を地域で活用する視点から多様な主体の参画を促進 ① 高齢者が地域とつながりながら自立した日常生活をおくるための<u>アクセス機会と選択肢の拡大</u> ①' <u>要介護や認知症となっても総合事業を選択できる枠組みの充実</u> ② 地域の多様な主体が自己の活動の一環として総合事業に取り組みやすくなるための<u>方策の拡充</u> ③ 高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った<u>介護予防ケアマネジメントの手法の展開</u> ④ 総合事業と介護サービスを一連のものとし、<u>地域で必要となる支援を継続的に提供するための体制づくり</u>

高齢者一人一人の 介護予防・社会参加・生活支援

- ・後期高齢者の認定率等
- ・主体的な選択による社会参加
- ・自立した地域生活の継続



総合事業により創出される 価値の再確認

地域共生社会の実現

- ・高齢者の地域生活の選択肢の拡大
- ・地域の産業の活性化（≒地域づくり）
- ・地域で必要となる支援の提供体制の確保

総合事業の充実のための具体的な方策

- 高齢者が地域とつながりながら自立した日常生活をおくるためのアクセス機会と選択肢の拡大

■ 高齢者が地域で日常生活をおくるために選択するという視点に立ったサービスの多様なあり方

 - ➡ 現行のガイドラインで例示するサービスAとサービスBは“誰が実施主体か”で分類（交付金との関係あり）
 - ➡ 予防給付時代のサービス類型を踏襲、一般介護予防事業や他の施策による活動と類似する活動もある
 - ➡ “サービスのコンセプト”を軸とする分類も検討
 - 例）・高齢者が担い手となって活動（就労的活動含む）できるサービス ・高齢者の生活支援を行うサービス
 - ➡ 訪問と通所、一般介護予防事業、保険外サービスなどを組み合わせたサービス・活動モデルを例示
 - ➡ 高齢者の生活と深く関わる移動・外出支援のための住民活動の普及
- 地域の多様な主体が自己の活動の一環として総合事業に取り組みやすくなるための方策の拡充

■ 継続利用要介護者が利用可能なサービスの拡充（認知症施策や就労促進にも寄与）

 - ➡ 要介護や認知症となっても地域とのつながりを持ちながら自立した日常生活をおくることのできるよう対象を拡大
 - ➡ 現行の利用対象サービスをサービスAに拡大するとともに、サービスBの補助金ルールを見直し

■ 市町村がアレンジできるよう多様なサービスモデルを提示

 - ➡ 支援パッケージを活用し、総合事業の基本的な考え方やポイントを提示
 - ➡ 新たな地域づくりの戦略を公表し、具体的なイメージを提示
 - ➡ ガイドライン等で総合事業の運営・報酬モデルを提示

■ 地域の多様な主体が総合事業に参画しやすくなる枠組みの構築

 - ➡ 国や都道府県に生活支援体制整備事業プラットフォームを構築し、民間や産業との接続を促進
 - ➡ 産業施設等制整備事業の活用と、民間が産業と地域との接点となる活動を模索
- 高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った介護予防ケアマネジメントの手法の展開

■ 高齢者や家族に多様なサービスを選んでもらうための介護予防ケアマネジメント

 - ➡ 多様なサービスの利用対象者モデルを提示
 - ➡ 多様なサービスを組み合わせて支援するケアプランモデルを提示
 - ➡ 高齢者を社会参加につなげた場合や、孤立する高齢者を地域の生活支援につなげた場合の加算の例示（推奨）
 - ➡ 地域のリハ職と連携して介護予防ケアマネジメントを行った場合の加算の例示（推奨）
 - ➡ 介護予防ケアマネジメントの様式例に従前相当サービスを選択した場合の理由を記載する欄を追加
- 地域で必要となる支援を継続的に提供するための体制づくり

■ 総合事業と介護サービスを切れ目なく地域で提供するための計画づくり

 - ➡ 評価指標に、専門人材がより専門性を発揮し、必要な支援を提供するための体制を確保する視点を導入

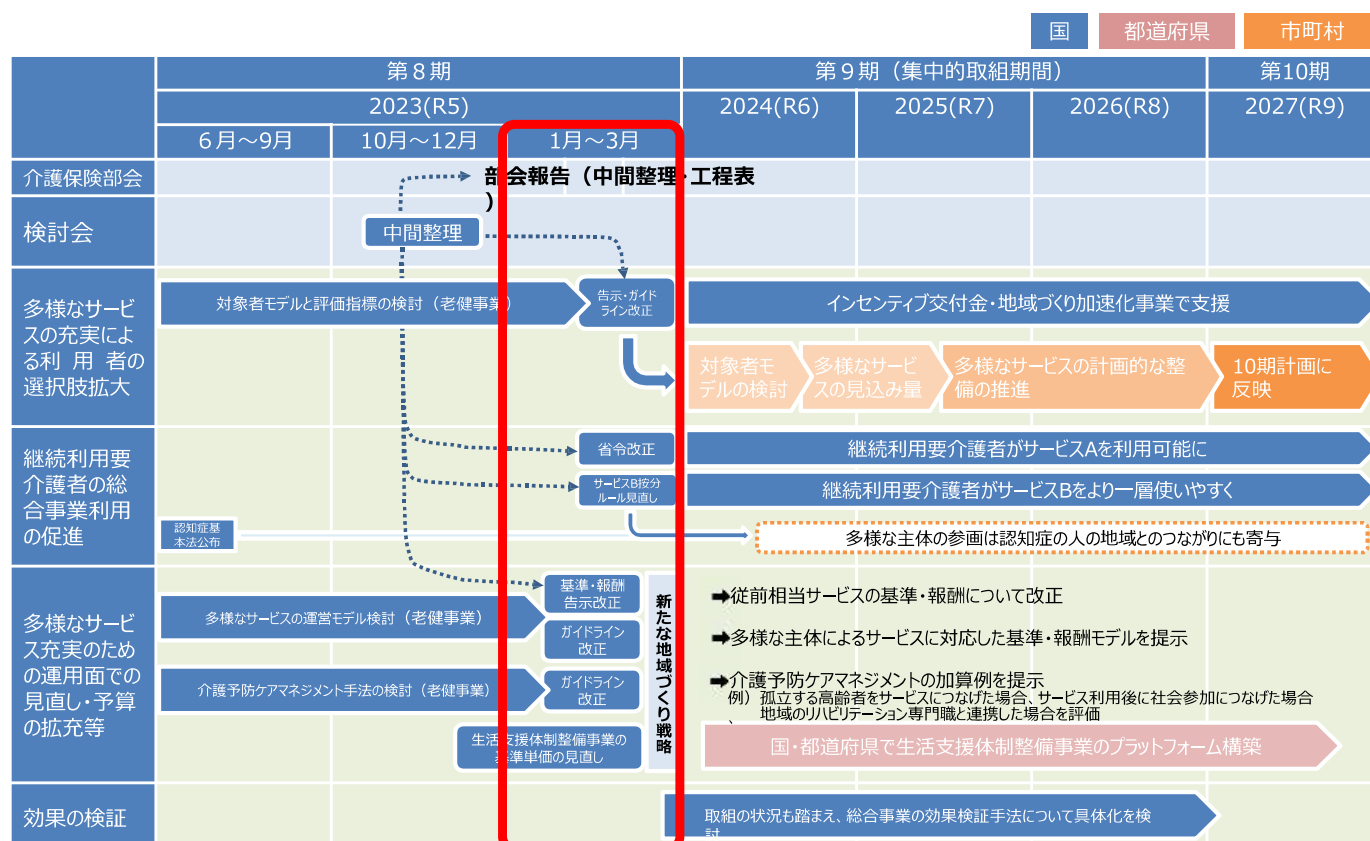
インセンティブ交付金や伴走的支援等を通じて、市町村を支援

第9期介護保険事業計画期間における総合事業の 充実に向けた工程表について

ひととくらし、あらいだるまで



総合事業の充実に向けた工程表



地域包括支援センターの業務負担の軽減



Institute for Health Economics and Policy

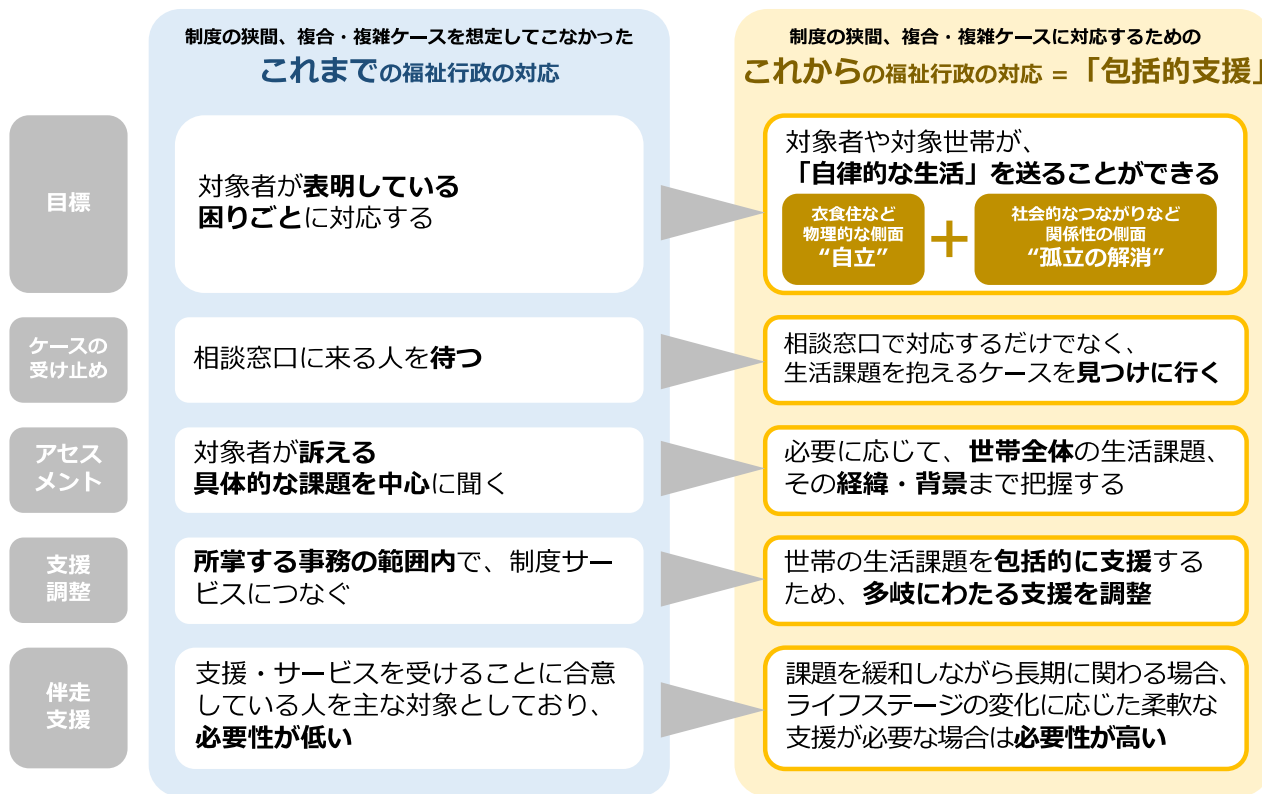
地域包括支援センターの体制整備等（介護保険部会意見書より抜粋）

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

（地域包括支援センターの体制整備等）

- 地域包括支援センターは、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする機関であり、地域の関係者とのネットワークの下、総合相談支援などの包括的支援事業や介護予防支援等の支援を行うとともに、こうした取組を通じて市町村と一体となって地域課題の把握やその対応策の検討等を行うことが期待されている。また、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応するため、**重層的支援体制整備事業において、介護分野に限らず、障害分野、児童分野、困窮分野も含めた、属性や世代を問わない包括的な相談支援等を行うことなども期待されている。**
- 認知症高齢者の家族を含めた家族介護者の支援の充実のためには、こうした地域包括支援センターの総合相談支援機能を活用することが重要であるが、総合相談支援機能を発揮できるようにするためにも、センターの業務負担軽減を推進するべきである。また、**家族介護者支援においては、地域包括支援センターのみならず、認知症対応型共同生活介護などの地域拠点が行う伴走型支援、認知症カフェの活動、ケアマネジャーによる仕事と介護の両立支援などの取組との連携を図ることが重要である。**
- こうした地域包括支援センターの業務負担軽減を進めるに当たり、保険給付として行う介護予防支援について、地域包括支援センターが地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設であることを踏まえ、介護予防支援の実施状況の把握を含め、**地域包括支援センターの一定の関与を担保した上で、居宅介護支援事業所に介護予防支援の指定対象を拡大することが適当である。**
また、総合事業において、従前相当サービス等として行われる**介護予防ケアマネジメントAについて、利用者の状態像等に大きな変化ないと認められる場合に限り、モニタリング期間の延長等を可能とすることが適当である。**
- また、**総合相談支援業務について、**センターの専門性を活かした効果的な実施等の観点から、**居宅介護支援事業所などの地域の拠点のランチやサブセンターとしての活用を推進することが適当である。**総合相談支援業務はセンターが行う根幹の業務であることを踏まえ、質の確保に留意しつつ、**センターの業務との一体性を確保した上で市町村からの部分委託等を可能とすることが適当である。**
- これらの取組のほか、センターの業務に関し、標準化、重点化及びICTの活用を含め、業務の質を確保しながら職員の負担軽減に資するような方策を検討することが適当である。
- センターの職員配置については、人材確保が困難となっている現状を踏まえ、3職種（保健師その他これに準ずる者、社会福祉士その他これに準ずる者及び主任介護支援専門員その他これに準ずる者）の配置は原則としつつ、センターによる支援の質が担保されるよう留意した上で、**複数拠点で合算して3職種を配置することや、「主任介護支援専門員その他これに準ずる者」の「準ずる者」の範囲の適切な設定など、柔軟な職員配置を進めることが適当である。**

福祉行政のこれまでとこれから



出典) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「重層的支援体制整備事業を検討することになった人、始めてみたけどなんだかうまくいかない人にむけたガイドブック」(令和4年度厚生労働省社会福祉推進事業「重層的支援体制整備事業における多機関協働事業の実施状況に関する実態把握及び効果的な実施方法に関する調査研究事業」)



重層的支援体制整備事業について（社会福祉法第106条の4第2項）

○重層的支援体制整備事業の内容については、以下の通り規定。

①新事業の3つの支援について、第1号から第3号までに規定。

②3つの支援を支えるものとして、アウトリーチ等を通じた継続的支援、多機関協働、支援プランの作成を4号から第6号に規定。

		機能	既存制度の対象事業等
第1号	イ	相談支援	【介護】地域包括支援センターの運営
	ロ		【障害】障害者相談支援事業
	ハ		【子ども】利用者支援事業
	ニ		【困窮】自立相談支援事業
第2号		参加支援 社会とのつながりを回復するため、既存の取組では対応できない狭間のニーズについて、就労支援や見守り等居住支援などを提供	新
第3号	イ	地域づくりに向けた支援	【介護】一般介護予防事業のうち厚生労働大臣が定めるもの（※通いの場を想定）
	ロ		【介護】生活支援体制整備事業
	ハ		【障害】地域活動支援センター事業
	ニ		【子ども】地域子育て支援拠点事業
第4号		アウトリーチ等を通じた継続的支援事業 訪問等により継続的に繋がり続ける機能	新
第5号		多機関協働 世帯を取り巻く支援関係者全体を調整する機能	新
第6号		支援プランの作成（※）	新

（注）生活困窮者の共助の基盤づくり事業は、第3号柱書に含まれる。

（※）支援プランの作成は、多機関協働と一体的に実施。

地域包括支援センターの体制整備等

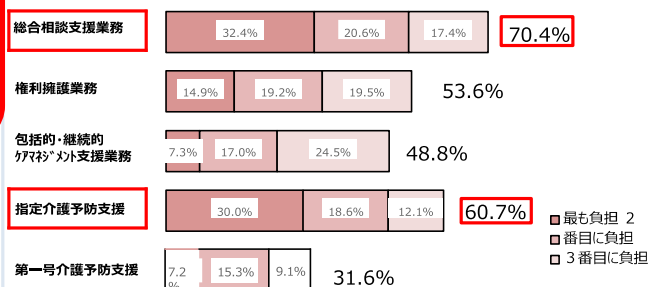
改正の趣旨

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

改正の概要・施行期日

- 要支援者に行う介護予防支援について、地域包括支援センターに加えて、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施できることとする。その際、指定を受けたケアマネ事業所は、市町村や地域包括支援センターとも連携を図りながら実施することとする。
- 地域包括支援センターが行う総合相談支援業務について、その一部をケアマネ事業所等に委託することを可能とする。その際、委託を受けたケアマネ事業所は、市町村等が示す方針に従って、業務を実施することとする。
- 施行期日：令和6年4月1日

負担に感じる業務（上位3つまで） ※1037センターからの回答を集計



指定介護予防支援

介護予防支援に係る改正後の介護保険法の規定

(指定介護予防支援事業者の指定)

第百十五条の二十二 第五十八条第一項の指定は、厚生労働省令で定めるところにより、第百十五条の四十六第一項に規定する地域包括支援センターの設置者 **又は指定居宅介護支援事業者**の申請により、介護予防支援事業を行う事業所（以下この節において「事業所」という。）ごとに行い、当該指定をする市町村長がその長である市町村が行う介護保険の被保険者（当該市町村が行う介護保険の住所地特例適用居宅要支援被保険者を除き、当該市町村の区域内に所在する住所地特例対象施設に入所等をしている住所地特例適用居宅要支援被保険者を含む。）に対する介護予防サービス計画費及び特例介護予防サービス計画費の支給について、その効力を有する。

2～4 （略）

(介護予防支援事業に関する情報提供の求め等)

第百十五条の三十の二 市町村長は、第百十五条の四十五第二項第三号の規定による介護予防サービス計画の検証の実施に当たって必要があると認めるときは、指定介護予防支援事業者に対し、介護予防サービス計画の実施状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報の提供を求めることができる。

2 指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業者は、当該指定介護予防支援の事業の適切かつ有効な実施のために必要があるときは、第百十五条の四十六第一項に規定する地域包括支援センターに対し、必要な助言を求めることができる。

(地域支援事業)

第百十五条の四十五 （略）

2 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

一・二 （略）

三 保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による被保険者の居宅サービス計画、施設サービス計画及び **介護予防サービス計画**の検証、その心身の状況、介護給付等対象サービスの利用状況その他の状況に関する定期的な協議その他の取組を通じ、当該被保険者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、包括的かつ継続的な支援を行う事業

四～六 （略）

3～10 （略）

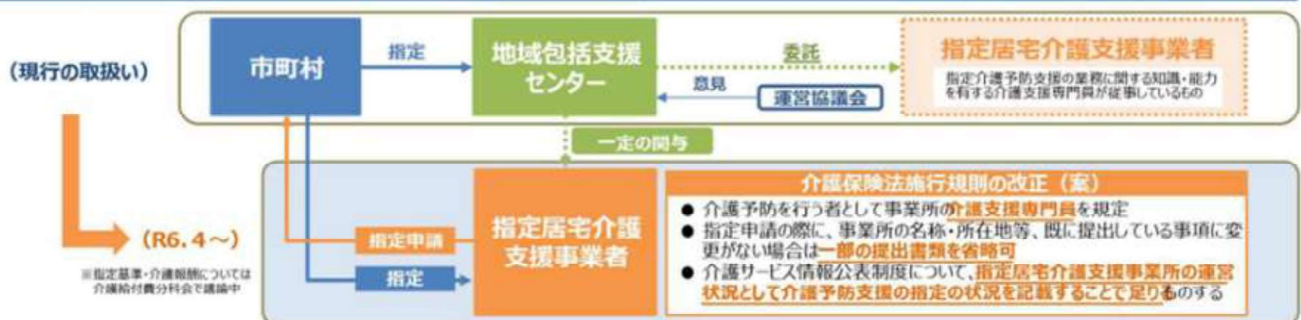
厚生労働省資料

介護予防支援の指定対象の拡大（介護保険法施行規則の改正）

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

○ こうした地域包括支援センターの業務負担軽減を進めるに当たり、保険給付として行う介護予防支援について、地域包括支援センターが地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設であることを踏まえ、介護予防支援の実施状況の把握を含め、**地域包括支援センターの一定の関与を担保した上で、居宅介護支援事業所に介護予防支援の指定対象を拡大することが適当である。**

1. 指定居宅介護支援事業者が、介護予防支援の指定を受けて実施する場合の所要の手続き等



2. 指定介護予防支援事業者に対する地域包括支援センターの一定の関与



全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料（令和6年3月） （抜粋）

エ その他留意事項

令和5年7月全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議でもお示したとおり次の内容については、従前どおりであることを改めて申し添える。

- ・ **介護予防・日常生活支援総合事業における第1号介護予防支援事業（いわゆる介護予防ケアマネジメント）は、地域包括支援センターが実施（指定居宅介護支援事業者への委託可能）するものであること**
- ・ また、地域包括支援センターが指定介護予防支援事業者の指定を受けている場合に指定居宅介護支援事業者にその一部を委託することができること

なお、新たに介護予防支援の指定を受けた指定居宅介護支援事業者が介護予防支援による給付管理を行う場合には、利用者の不利益にならないよう管内の事業者にはセンターと密に連携をとっていただくようご周知いただきたい。



Institute for Health Economics and Policy

1.(1)② 居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い①

概要

【介護予防支援】

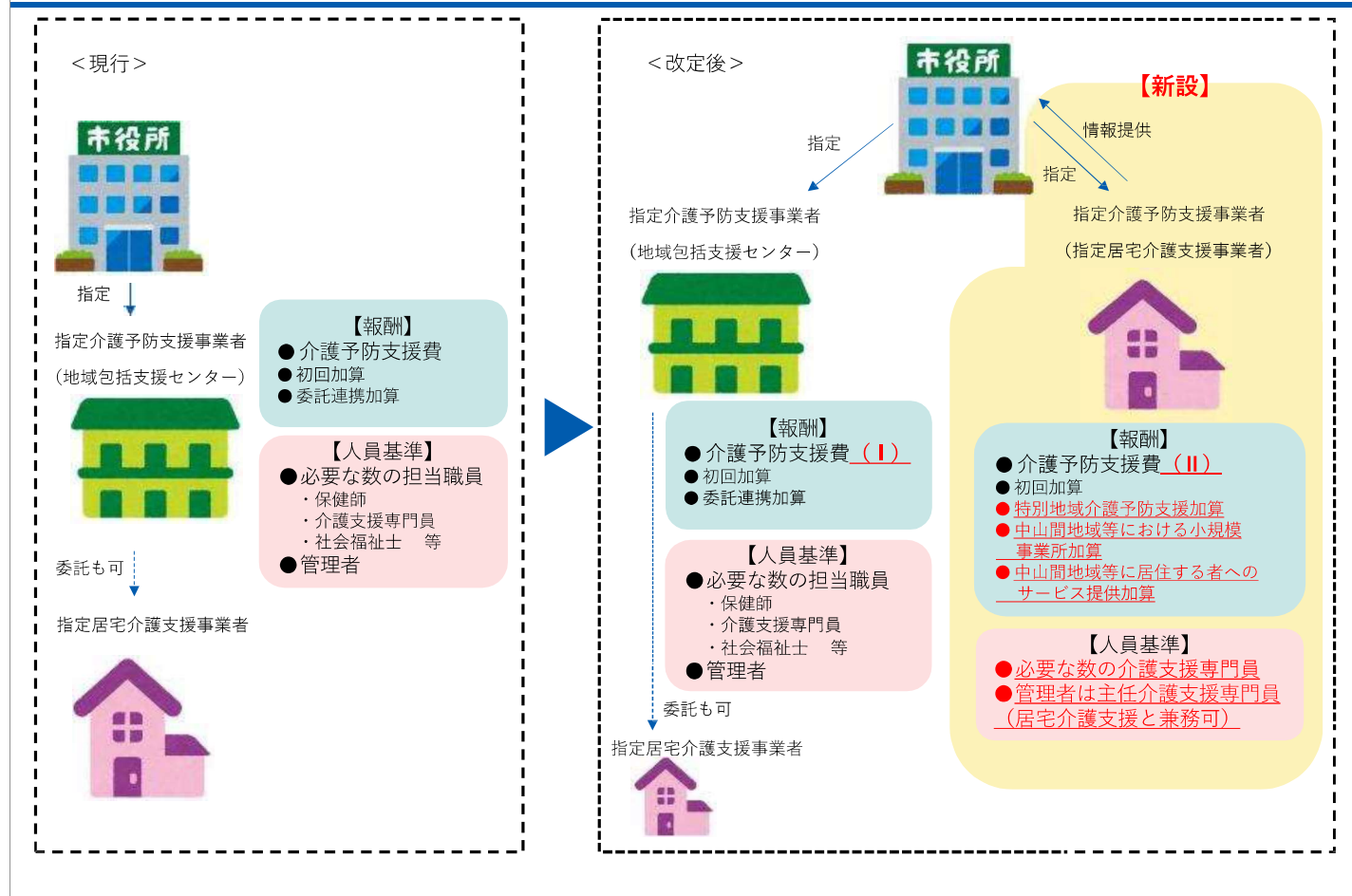
- 令和6年4月から居宅介護支援事業者も市町村からの指定を受けて介護予防支援を実施できるようになることから、以下の見直しを行う。
- ア 市町村長に対し、介護予防サービス計画の実施状況等に関して情報提供することを運営基準上義務付けることに伴う手間やコストについて評価する新たな区分を設ける。【省令改正】【告示改正】
- イ 以下のとおり運営基準の見直しを行う。【省令改正】
- i. 居宅介護支援事業所が現在の体制を維持したまま円滑に指定を受けられるよう、居宅介護支援事業者が指定を受ける場合の人員の配置については、介護支援専門員のための配置で事業を実施することを可能とする。
- ii. また、管理者を主任介護支援専門員とするとともに、管理者が他の事業所の職務に従事する場合（指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業者の場合であって、その管理する指定介護予防支援事業所の管理に支障がないときに限る。）には兼務を可能とする。
- ウ 居宅介護支援と同様に、特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算及び中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の対象とする。【告示改正】

単位数・算定要件等

<現行>		<改定後>		
介護予防支援費	438単位	介護予防支援費(Ⅰ)	442単位	※地域包括支援センターのみ
なし		介護予防支援費(Ⅱ)	472単位	(新設) ※指定居宅介護支援事業者のみ
なし	▶	特別地域介護予防支援加算 所定単位数の15%を加算 (新設)		
		※ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在		
なし	▶	中山間地域等における小規模事業所加算 所定単位数の10%を加算 (新設)		
		※ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合		
なし	▶	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 所定単位数の5%を加算 (新設)		
		※ 別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、指定介護予防支援を行った場合		

介護予防支援費
(Ⅱ)のみ

1. (1) ② 居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い②



【指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について（平成18年3月31日老振発第0331003号、老老発第0331016号）（抄）】

3 運営に関する基準

(略)

(3) 提供拒否の禁止

基準第5条は、介護予防支援の公共性に鑑み、原則として、指定介護予防支援の利用申込に対しては、これに応じなければならないことを規定したものであり、正当な理由なくサービスの提供を拒否することを禁止するものである。

なお、ここでいう正当な理由とは、①利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合、②利用申込者が他の指定介護予防支援事業者にも併せて指定介護予防支援の依頼を行っていることが明らかな場合、③当該事業所（指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業者の当該指定に係る事業所に限る。）の現員からは利用申込に応じきれない場合等である。

総合相談支援業務



Institute for Health Economics and Policy

厚生労働省資料

(参考) 地域包括支援センターにおける年間相談件数の推移



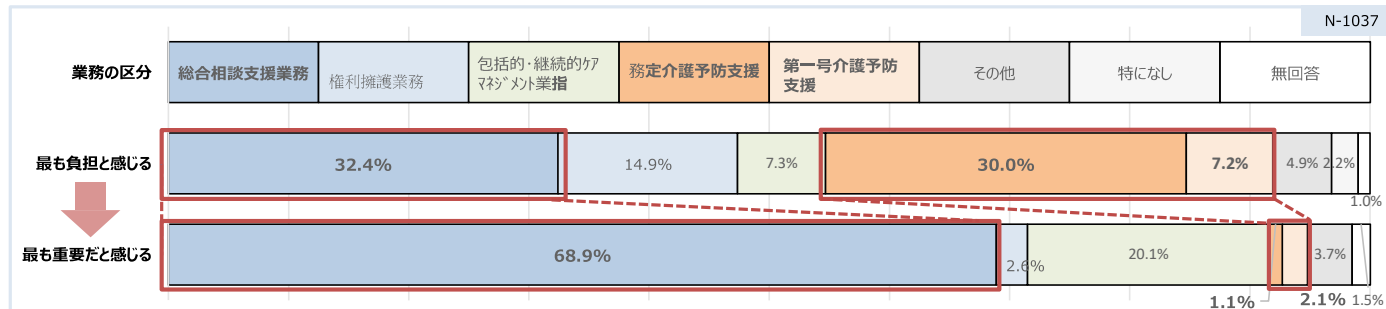
地域包括支援センター数	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
	4,557	4,685	4,905	5,041	5,079	5,167	5,221

注) 地域包括支援センター数は各年度の4月末日現在のもの

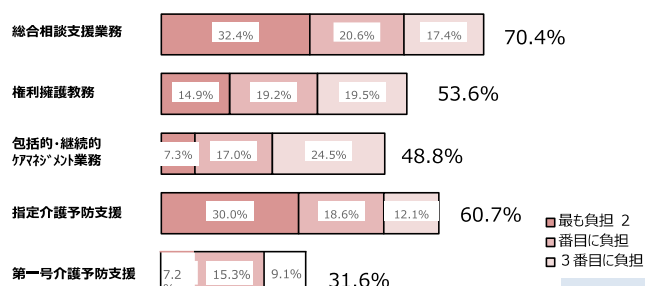
(資料出所) 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 (総合相談件数: 平成26年度~平成28年度、センター数: 平成26年度~平成29年度)
地域包括支援センター運営状況調査 (厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べ)

地域包括支援センターの業務の負担感（R4調査中間集計）

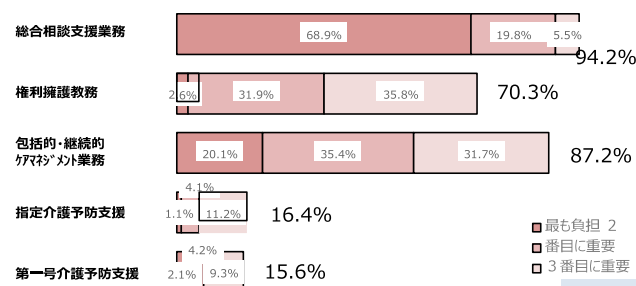
- 「総合相談支援業務」については、最も負担と感じると回答した割合が最も高い（32.4%）一方で、約7割は最も重要な業務と回答している。
- 一方で、「指定介護予防支援」については「総合相談支援業務」に次いで最も負担と回答する割合が高いが（30%（※第一号介護予防支援を含めると37.2%））、最も重要な業務と回答した割合はわずか1.1%（※介護予防ケアマネジメントを含めると3.2%）にとどまっている。
- 総合相談支援業務については負担ではあるが重要と認識している一方で、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについては負担感のみが強い傾向にある。



負担に感じる業務（上位3つまで）



重要と感じる業務（上位3つまで）



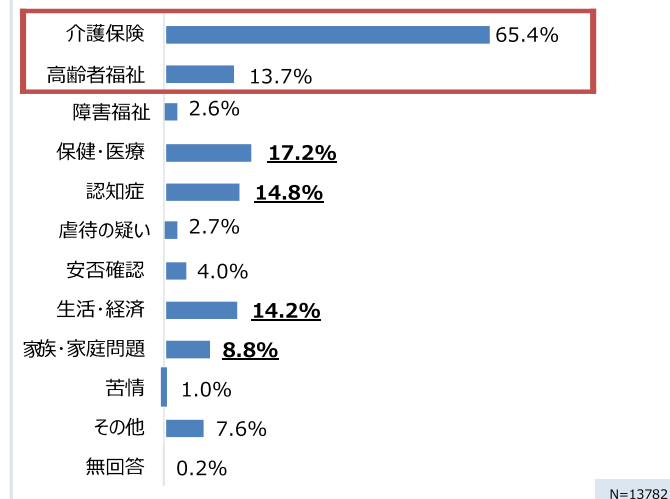
（資料出所）令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターの事業評価を通じた取組改善と評価指標のあり方に関する調査研究」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）アンケート結果（令和4年9月13日時点で回答があったものの中間集計）

総合相談支援業務の実態②（R4調査中間集計） 相談内容・相談に対する対応

- 総合相談支援業務の実施状況の実態を把握するため令和4年度に調査を実施。
- 令和4年9月6日(火)・8日(木)・10日(土)の3日間の全相談対応の内容等に関するアンケート調査について、令和4年9月13日時点で回答のあった884地域包括支援センター・13,782件のデータの中間集計は以下のとおり。
- ※本データは、当日の実際の相談への対応を把握したものであり、総合相談支援業務に含まれる関係機関との調整やネットワーク構築業務が含まれないことに留意

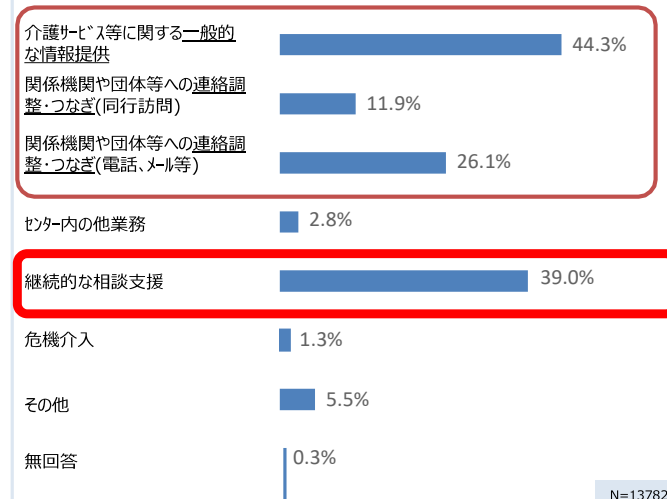
相談内容（複数回答可）

- 相談内容は、介護保険・高齢者福祉に関することが大半を占める一方で、保健・医療、認知症、生活・経済、家族問題など多岐にわたる



相談に対する対応（複数回答可）

- 相談に対する対応は一般的な情報提供、他機関へのつながりが多く占める一方で、継続的な支援につながるものが約4割となっている



（資料出所）令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターの事業評価を通じた取組改善と評価指標のあり方に関する調査研究」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）アンケート結果（令和4年9月13日時点で回答があったものの中間集計）

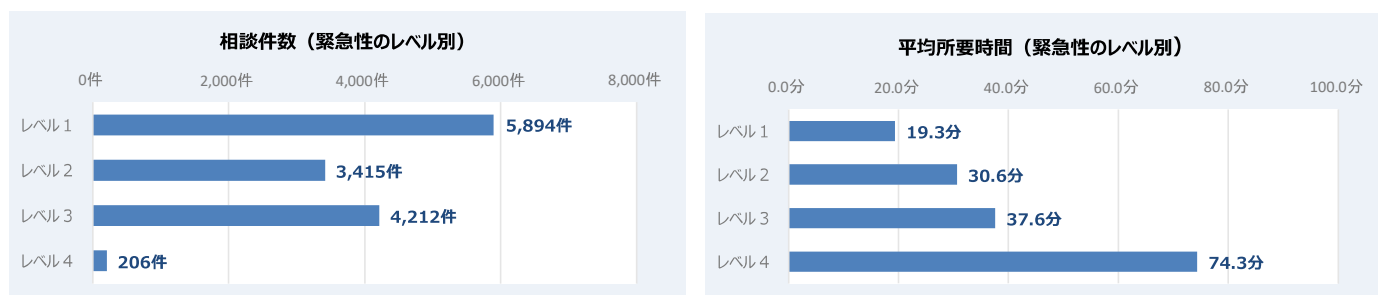
注）884の地域包括支援センターからの回答をもとに令和4年9月6日(火)・8日(木)・10日(土)の3日間に対応した全ての相談対応事例を集計したもの

総合相談支援業務の実態③（R4調査中間集計）緊急性のレベルごとの分析

- 緊急性のレベルごとの相談対応については**レベル1（一般的な問い合わせ）が全体の中で最も多く（42.8%）**、次いでレベル3（30.6%）、レベル2（24.8%）となっており、レベル4（緊急対応が必要）も1.5%発生していた。
- 平均所要時間については、レベル1が最も短く（19.3分）、レベルが上がるにつれ時間を要する（レベル2：30.6分、レベル3：37.6分）、レベル4は1件当たり1時間を超える対応となっていた。**

緊急性のレベルごとの対応件数（注1）と平均所要時間（注2）※判断レベル・対応（例）については、「地域包括支援センター業務マニュアル」（平成19年9月）による

緊急性のレベル	判断レベル	対応（例）	相談対応件数(注1)	平均所要時間(注2)
レベル1	一般的な問い合わせ	一般的な情報提供	5,894件（42.8%）	19.3分
レベル2	相談者の意思で主訴に対する対応が可能だと判断される相談	必要な情報提供、関係機関や団体等の紹介・つなぎ	3,415件（24.8%）	30.6分
レベル3	専門的・継続的な関与が必要だと判断される相談	継続的な関与、訪問面接等	4,212件（30.6%）	37.6分
レベル4	緊急対応が必要だと判断される相談	危機介入、事例ごとに対応できるチーム編成	206件（1.5%）	74.3分
無回答			55件（0.4%）	34.1分
合計			13,782件（100%）	28.6分



（資料出所）令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターの事業評価を通じた取組改善と評価指標のあり方に関する調査研究」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）アンケート結果（令和4年9月13日時点で回答があったものの中間集計）

注1) 884の地域包括支援センターからの回答をもとに、令和4年9月8日(火)・8日(木)・10日(土)の3日間に対応した全ての相談対応事例を集計したもの

注2) 注1の回答のうち、相談対応時間の記載がなかった96件を除いて集計したもの

総合相談支援業務の調査結果を踏まえた整理

（地域包括支援センターの類型）

- 「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年老計発第1018001号、老振発第1018001号、老老発第1018001号厚生労働省老健局計画課・振興課・老人保健課長通知）

3 市町村の責務（1）適切な人員体制の確保 ③センター間における役割分担と連携の強化（抜粋）

■基幹型センター

直営型、委託型センターのうち地域の中で基幹的な役割を担い、センター間の総合調整や介護予防のケアマネジメント及び地域ケア会議等の後方支援などの機能を有するセンター（以下「基幹型センター」という）の設置

■機能強化型センター

権利擁護業務や認知症支援等の機能を強化し、当該分野において他のセンターを支援するセンター（以下「機能強化型センター」という）の設置

ただし、基幹型センター及び機能強化型センター（以下「基幹型センター等」という。）は、あくまでセンターの一類型であることから、法令等に定められる設置基準を満たす必要があるが、基幹型センター等が担当する区域については、そのセンターの後方支援等を実施する観点から、他のセンターの担当区域と重複してもさしつかえない。また、指定介護予防支援及び第1号介護予防支援事業については、基幹型センター等が直接事務を担当していても、当該業務について他のセンターの指導等後方支援を行っている場合であれば、個々の業務の指定又は委託を受けていなくてもかまわない。

4 事業内容（1）包括的支援事業（抜粋）

■ランチ

センターが包括的支援事業の三つの業務及び第一号介護予防支援事業に一体的に取り組むことを前提として、地域の住民の利便を考慮し、地域の住民に身近なところで相談を受け付け、センターにつながるための窓口（ランチ）を設けることは可能であり、この場合、センターの運営費の一部を協力費としてランチに支出することは可能である。

- 地域包括支援センターの手引きⅢ その他関係資料 1 これまでに発出されたQ&A（1）地域包括支援センター関係

■サブセンター

全国在宅介護支援センター協議会の「地域支援事業における在宅介護支援センターの活用」においては、市町村や社会福祉法人等が、在宅介護支援センターの職員を地域包括支援センターの職員として採用するなどした後、その職員を、在宅介護支援センターに併設する地域包括支援センターの支所で勤務させるような形態を「サブセンター」と呼んでいる。こうした形態については、本所、支所を合わせたセンター全体として人員配置基準を充足し、本所が統括機能を発揮しつつ、それぞれの支所が4機能を適切に果たすことができるということであれば、認められる。

- ➡ 総合相談支援業務の効果的な実施のため、現在のセンターの相談対応が緊急性レベル1（一般的な問い合わせ）・短時間の電話対応が多いことを踏まえ、こうした**初期の軽微な相談は、身近な地域との連携や集約化を進め、センターではレベル3・訪問対応への重点化を進めることが考えられる**
- 一方で、相談内容は、保健・医療、認知症、生活・経済、家族問題など多岐にわたることから、**基幹型・機能強化型の更なる設置促進が考えられる**
- ➡ これらを推進するためには、センター業務の質を確保しつつ、現行では同一法人でのみ認められているサブセンター形式と同様に、**複数拠点で合算して3職種を配置することも可とする**など、柔軟な人員配置を可能とすることが考えられる

総合相談支援事業の一部委託（介護保険法施行規則の改正）

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

- また、総合相談支援業務について、センターの専門性を活かした効果的な実施等の観点から、居宅介護支援事業所などの地域の拠点のランチやサブセンターとしての活用を推進することが適当である。総合相談支援業務はセンターが行う根幹の業務であることを踏まえ、質の確保に留意しつつ、センターの業務との一体性を確保した上で市町村からの部分委託等を可能とすることが適当である。

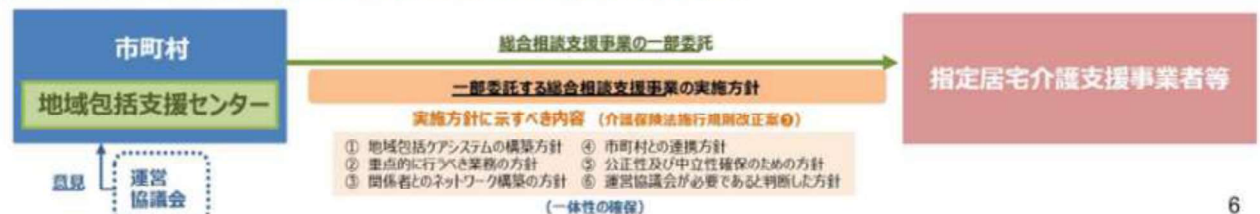
介護保険法
施行規則の改正
(案)

- ① 一部委託を受けることのできる者について、指定居宅介護支援事業者のほか老人介護支援センターの設置者などを定める。
- ② 委託型センターが一部委託を行う際は、あらかじめ運営協議会の意見を聴いた上で所定の事項を届け出ることとする。
- ③ 一部委託を受けた者は市町村が定める包括的支援事業の実施方針に従い事業を実施することとなるが、市町村直営型センターが一部委託を行う際の実施方針として示すべき内容を定める。

パターン1. 地域包括支援センター（委託型）の設置者が一部委託をする場合



パターン2. 地域包括支援センター（市町村直営型）が一部委託をする場合



6

（参考）介護サービス施設・事業所が総合相談支援事業の一部を受託する場合の取扱い

- 介護サービス施設・事業所が総合相談支援事業の一部の委託を受ける場合、当該施設・事業所の介護サービス従事者が総合相談支援事業の業務を兼務する場合は、人員配置基準の範囲内で兼務可能とし、具体的な取扱いは以下のとおり整理される。



- 介護サービス施設・事業所の人員配置基準の範囲内で兼務可能

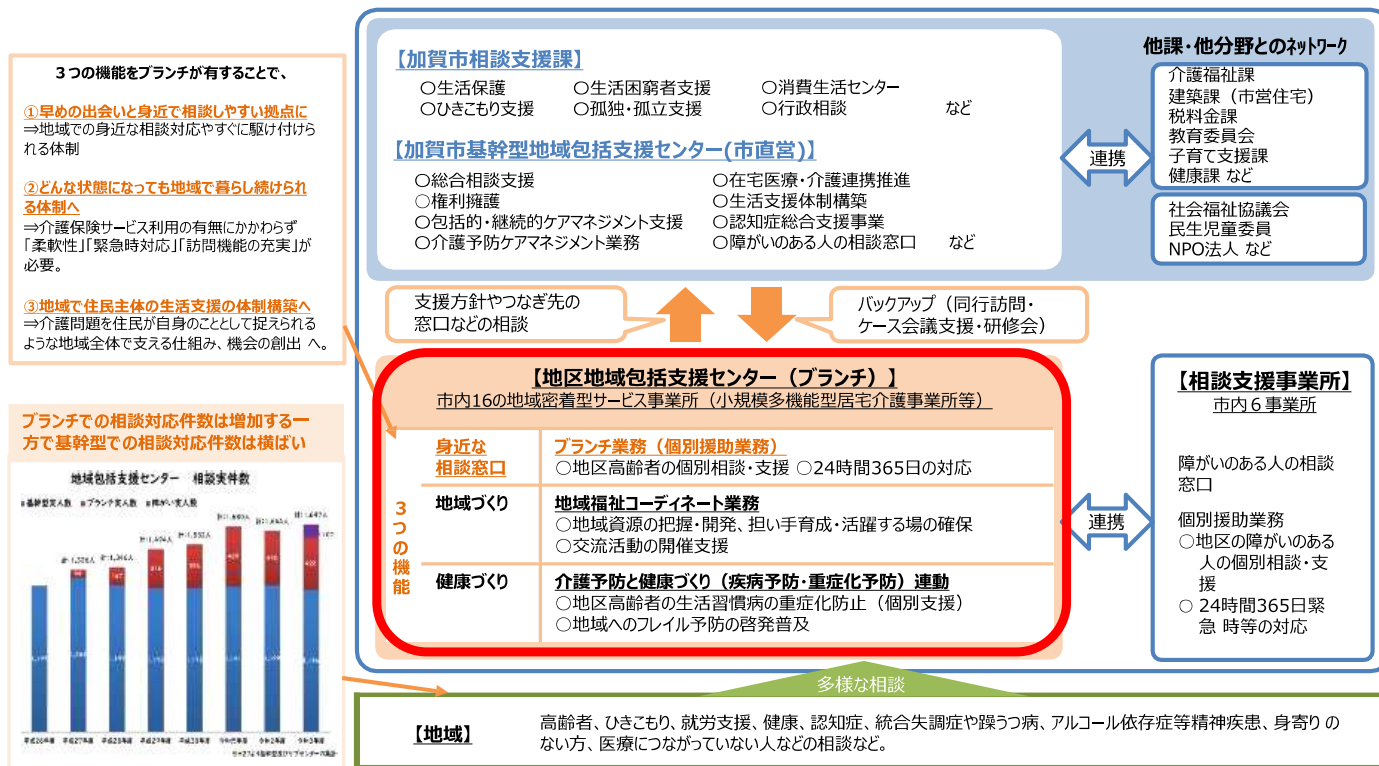
- ・ 専従が求められている職種に従事する者は原則として兼務はできないが、利用者の処遇に支障がない場合等に同一敷地内にある他の事業所の職務に従事することが可能とされている場合は、支障がない範囲で兼務可能
- ・ 専従が求められている職種に従事していない勤務時間帯は当該従事者が総合相談支援事業に従事可能
- ・ 通所介護等の生活相談員については「利用者の地域生活を支える取組のために必要な時間」として本来業務の一環として行うことが可能

（例）（※通知事項）

居宅介護支援事業所等の管理者	管理上支障がない場合は同一事業所の他の職務として兼務可
居宅介護支援事業所等の介護支援専門員	専従規定はないため兼務可（兼務時間を含めて介護支援専門員の勤務時間としてカウント可）
小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員	当該業務に従事する時間帯以外は総合相談支援事業に従事可

地域包括支援センターのランチとして小規模多機能型居宅介護等を活用している例（石川県加賀市）

- 石川県加賀市では、多様化する相談に対応するため、**24時間365時間対応機能を有する地域密着型サービス事業所にランチ機能を委託**。
- 地域密着型のランチが核となり地域の多様な相談に対応し、市の基幹型地域包括支援センターを統合する相談支援課が包括的にバックアップ**する体制を構築。



（資料出所）独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業「小規模多機能の包括的支援機能強化事業」（特定非営利活動法人コレクティブ）における加賀市作成資料をもとに老健局認知症施策・地域介護推進課で再構成

加賀市ランチの体制

1) 職員体制として、次の①及び②または③の要件を満たす原則常勤職員を拠点に1名配置し、その職員を、業務を主として行う者（以下「事業責任者」という。）とする。

①介護支援専門員または介護福祉士

②在宅高齢者介護業務または高齢者の保健・福祉に関する相談業務に5年以上従事した経験を有する者

③社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員のいずれかの資格を有する者

2) 事業責任者は、受託業務に支障のない範囲において、他の業務と兼務することができるものとする。ただし、併設する地域密着型サービス事業所の管理者、介護支援専門員との3兼務は原則認めず、2兼務までとする。

3) 事業責任者が、併設する地域密着型サービス事業所の職員と兼務する場合は、市が定める地域密着型サービス事業所の人員配置基準を満たしたうえで、さらに常勤換算で0.5人分の加配を行うこと。

4) 事業所全体で業務に取り組むこと。

加賀市地域包括支援センター（高齢者こころまちセンター）ランチ 及び地域福祉コーディネート業務委託 予算額

科目	費用 (万円)	備考	根拠
ランチ委託費	1,920	@120万（相談実績で変動あり）＊16事業所＋変動経費 ＊ランチ開設時の1回のみ初期加算（20万）	【地域支援事業実施要綱】 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）における 総合相談の運営費（ランチ分）
地域福祉コーディネーター委託費	1600	@100万（固定的経費）＊16事業所 【加算の例】＊実施に合わせて支払う 地域ケア会議加算1回4900円 【地区加算の例】2地区の場合10万円の加算	【地域支援事業実施要項】 包括的支援事業費 生活支援体制整備事業（生活支援コーディネーター）
研修費	16	①理解編（新人向け） ②基礎編（事例検討をしていたが、各ブロックで事例検討を実施しているため中央では実施しない） ③実践編（事業責任者・管理者向け） ※ランチ導入のための職員研修である「加賀市中堅研修」は別の事業費に位置付け	【地域支援事業要綱】 包括的支援事業費 総合相談の運営費（ランチ分） 地域支援事業 包括的支援事業費 生活支援コーディネーター
パソコン等機器導入・保守費	450	パソコン、プリンタ購入費、システム保守料等 ※機器の入れ替えなどの時は高額になる。 16 ランチの全部の合計費用	【地域支援事業実施要綱】 総合事業（評価事業）・包括的支援事業（総合相談の運営費）
16ランチの全部の合計費用	3,986	＋ランチ導入のための職員研修である「加賀市中堅研修」研修費	