

日時：令和5年3月9日（木） 13：30～
於：西大寺緑花公園百花プラザ 多目的ホール

令和4年度 岡山市集団指導 訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導

(参考資料)

I ～介護保険制度をめぐる動向～

- ・介護サービスの種類
- ・介護保険制度の仕組み
- ・介護保険の財源構成と規模
- ・介護保険給付に係る総費用のサービス種類別内訳（令和2年度）割合
- ・今後の介護保険を取り巻く状況
- ・総人口の推移
- ・介護保険にかかる給付費・事業費と保険料の推移
- ・第1号保険料と第2号保険料の推移
- ・財政健全化に向けた建議（抜粋）
- ・利用者負担の見直し
- ・軽度者に対する居宅療養管理指導サービス等の給付の適正化
- ・区分支給限度額のあり方の見直し

II ～令和3年度介護報酬改定の概要及び取り組み事項～

1. 感染症や災害への対応力強化
2. 地域包括ケアシステムの推進
3. 自立支援・重度化防止の取組の推進
4. 介護人材の確保・介護現場の革新
5. 制度の安定性・持続可能性の確保
6. その他の事項

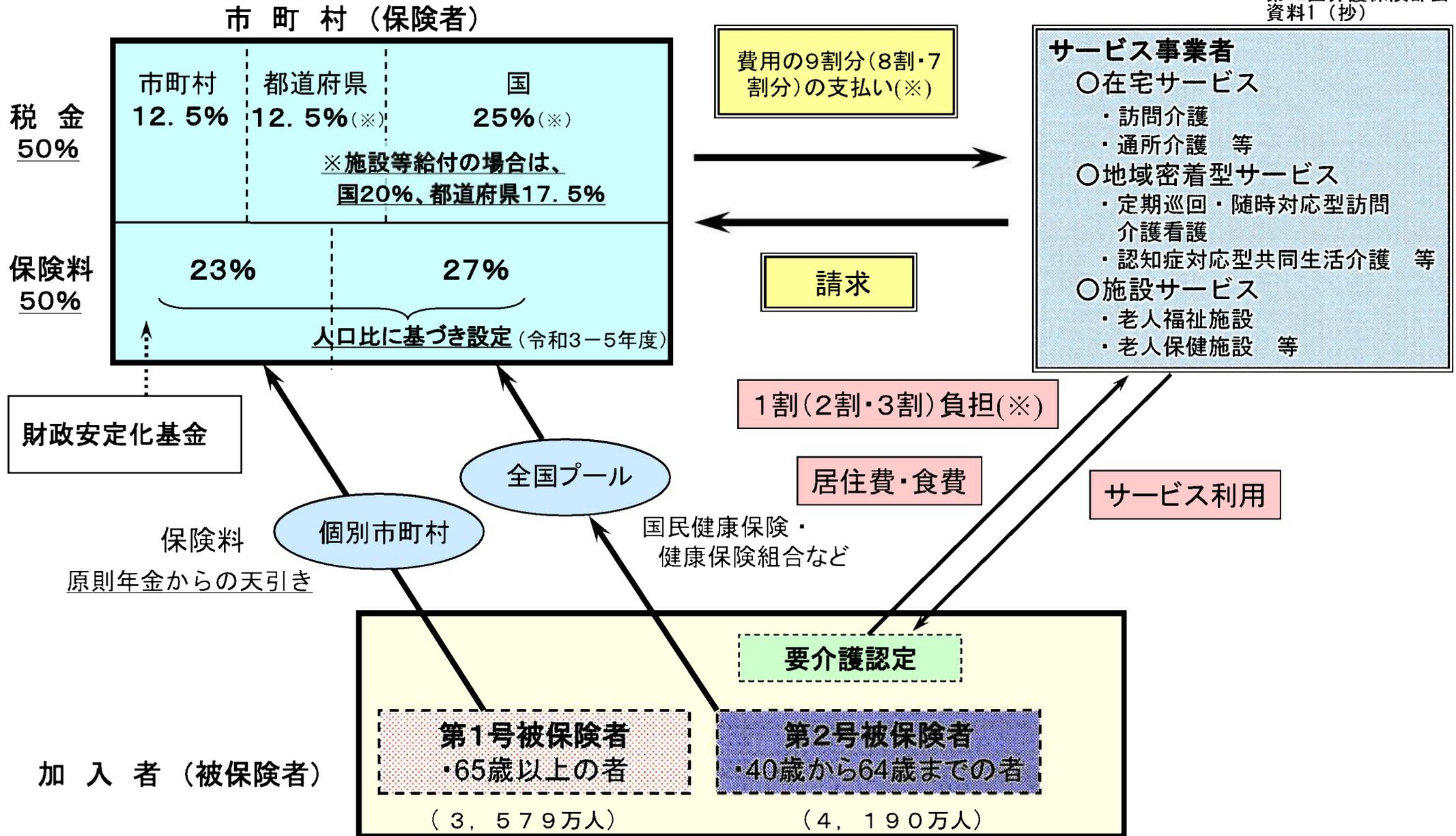
介護サービスの種類

	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p>◎居宅介護サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護（ホームヘルプサービス） ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 ○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護（デイサービス） ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護（ショートステイ） ○短期入所療養介護 <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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 ○介護医療院 	<p>◎地域密着型介護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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（グループホーム） ○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入所者生活介護 ○複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） <p>◎居宅介護支援</p>
予防給付を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与 ○特定介護予防福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護予防短期入所療養介護 	<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○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（グループホーム） <p>◎介護予防支援</p>

この他、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。

介護保険制度の仕組み

社会保障審議会
第92回介護保険部会
資料1(抄)



(注) 第1号被保険者の数は、「介護保険事業状況報告令和3年3月月報」によるものであり、令和2年度末現在の数である。

第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、令和2年度内の月平均値である。

(※)一定以上所得者については、費用の2割負担(平成27年8月施行)又は3割負担(平成30年8月施行)。

介護保険の財源構成と規模

(令和4年度予算案 介護給付費：12.3兆円)
 総費用ベース：13.3兆円

社会保障審議会
 第92回介護保険部会
 資料1(抄)

保険料 50%

公費 50%

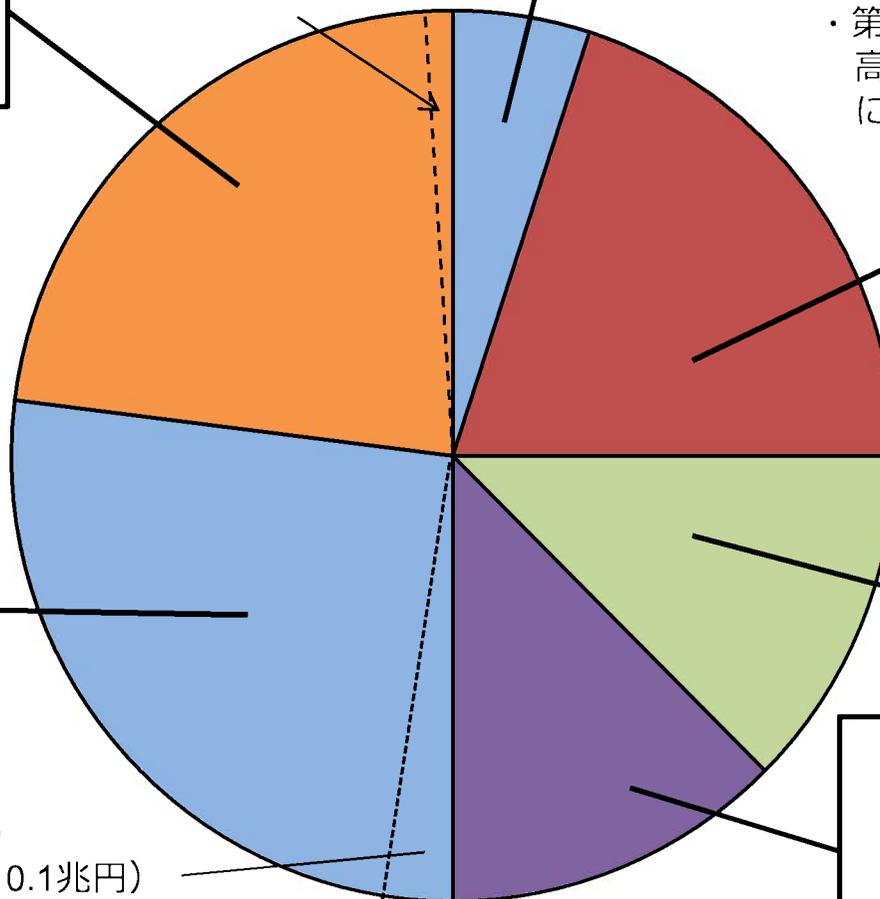
平成27年度から保険料の低所得者軽減強化に別枠公費負担の充当を行い、この部分が公費(国・都道府県・市町村)となる

第1号保険料
 【65歳以上】
 23% (2.8兆円)

・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

第2号保険料
 【40~64歳】
 27% (3.3兆円)

・第2号保険料の公費負担(0.4兆円)
 国保(国：0.3兆円 都道府県：0.1兆円)



国庫負担金【調整交付金】
 5% (0.6兆円)

・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

国庫負担金【定率分】
 20% (2.3兆円)

・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%

都道府県負担金
 12.5% (1.7兆円)

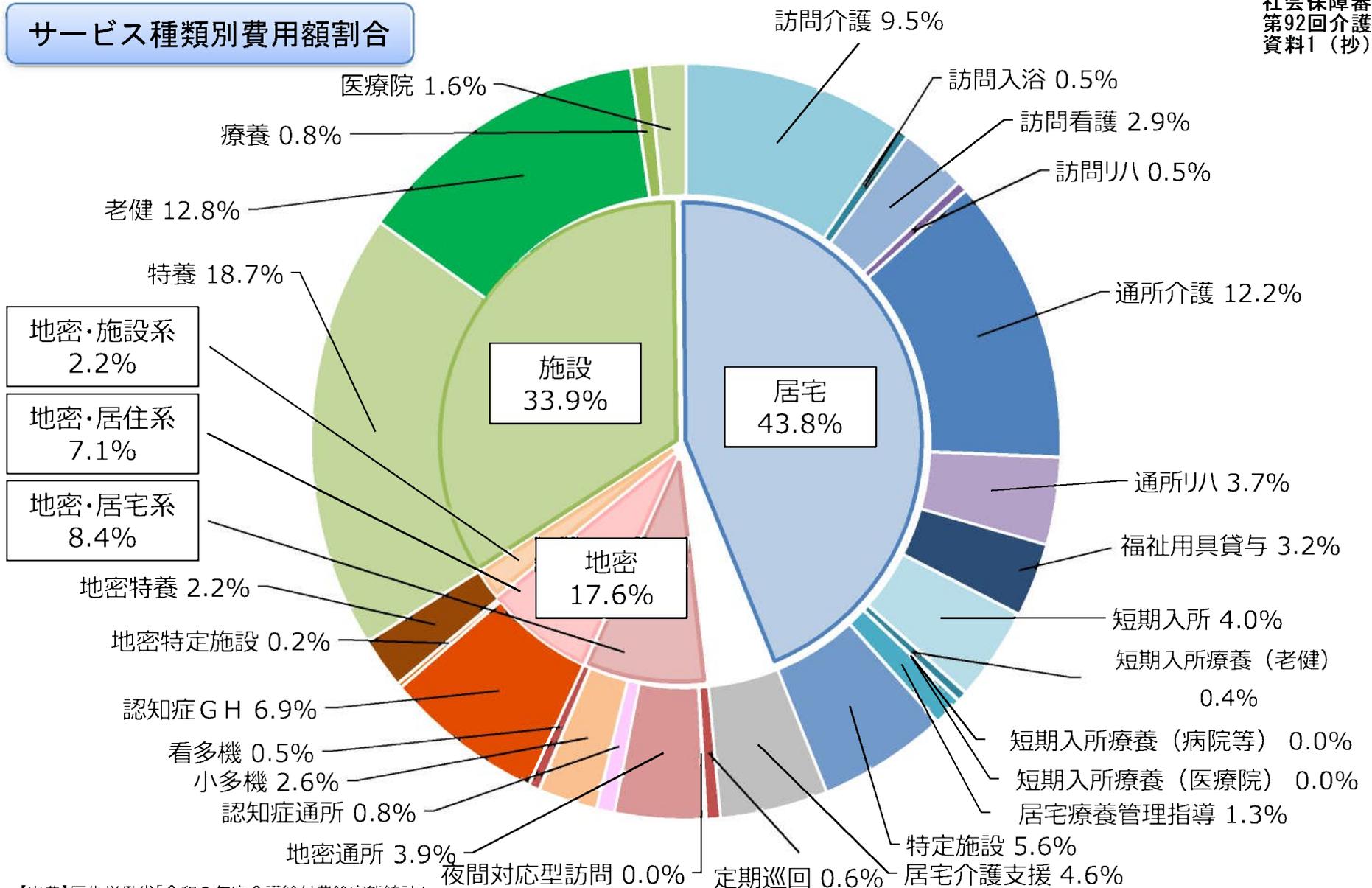
市町村負担金
 12.5% (1.5兆円)

※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。

介護保険給付に係る総費用のサービス種類別内訳(令和2年度) 割合

社会保障審議会
第92回介護保険部会
資料1(抄)

サービス種類別費用額割合



【出典】厚生労働省「令和2年度介護給付費等実態統計」

(注1) 総費用は保険給付額と公費負担額、利用者負担額(公費の本人負担額を含む)の合計額。介護予防サービスを含まない。

(注2) 特定入所者介護サービス(補足給付)、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用(福祉用具購入費、住宅改修費など)は含まない。

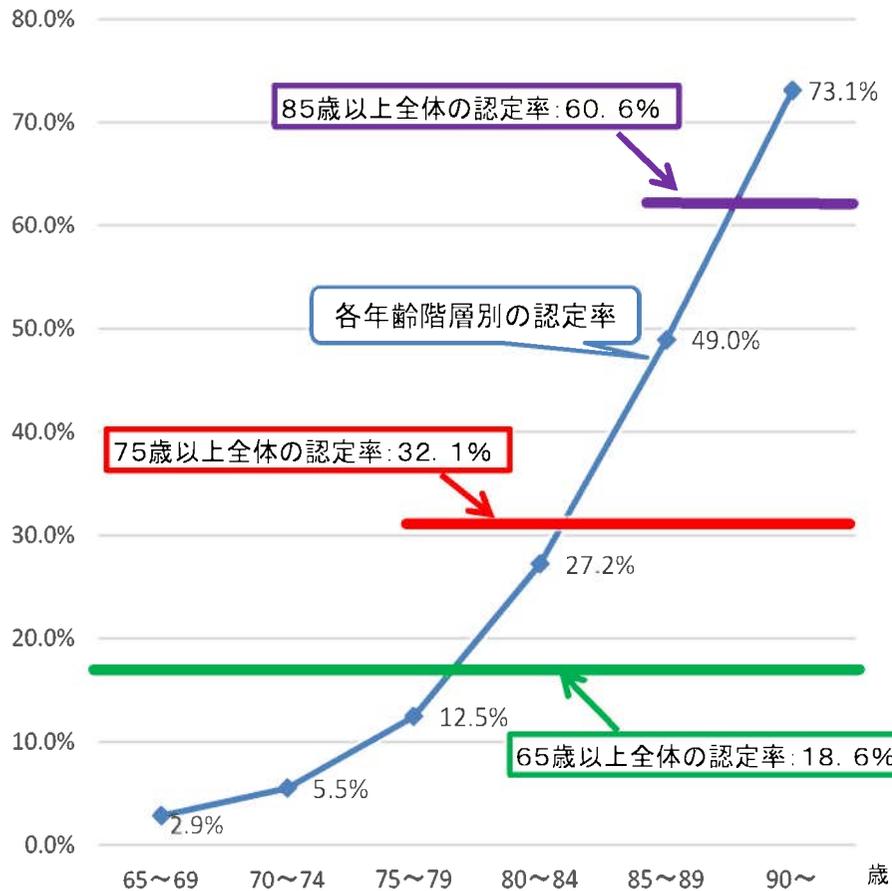
(注3) 費用は、令和2年度(令和2年5月~令和3年4月審査分(平成2年4月~令和3年3月サービス提供分))。

(注4) 令和2年度(令和2年5月~令和3年4月審査分(平成2年4月~令和3年3月サービス提供分))の特定入所者介護サービス(補足給付)は約3,200億円。

今後の介護保険をとりまく状況(3)

年齢階級別の要介護認定率

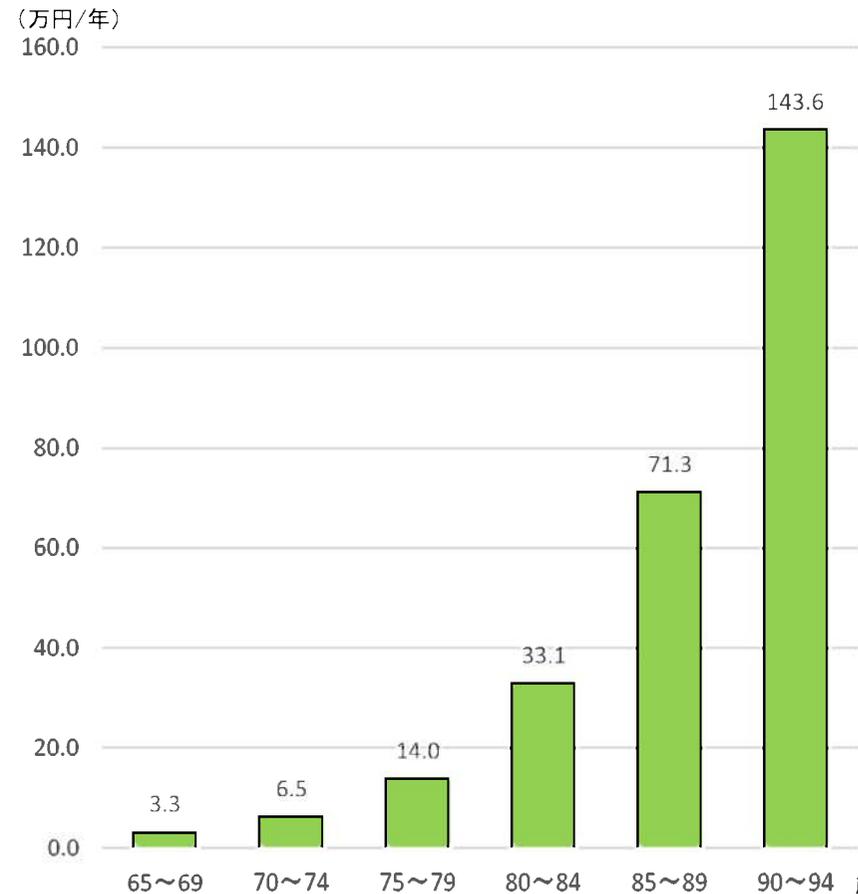
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典: 2019年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2019年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

年齢階級別の人口1人当たりの介護給付費

○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。

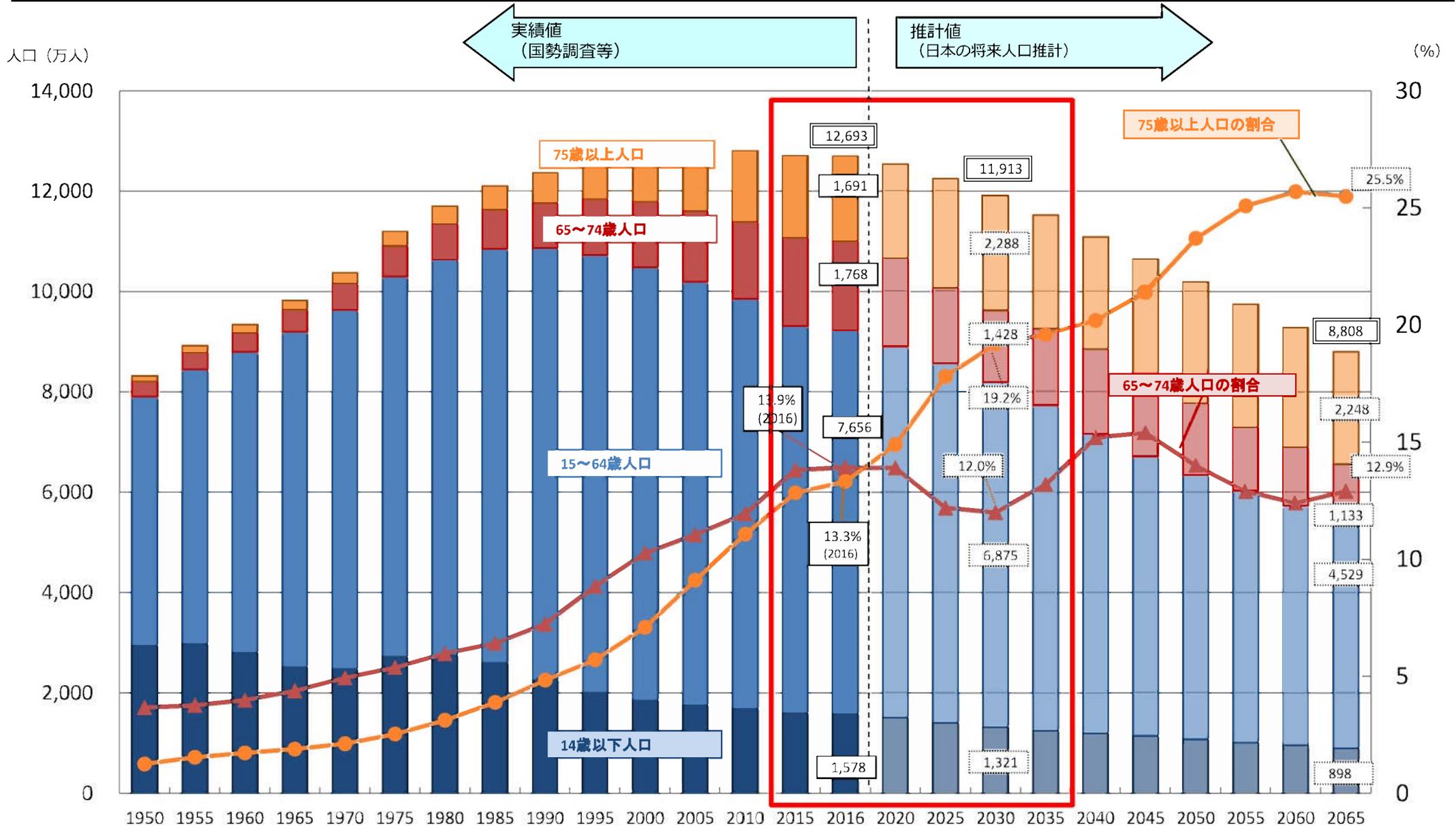


出典: 2018年度「介護給付費等実態統計」及び2018年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

注)高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。
補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

総人口の推移

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者(特に75歳以上の高齢者)の占める割合は増加していくことが想定される。

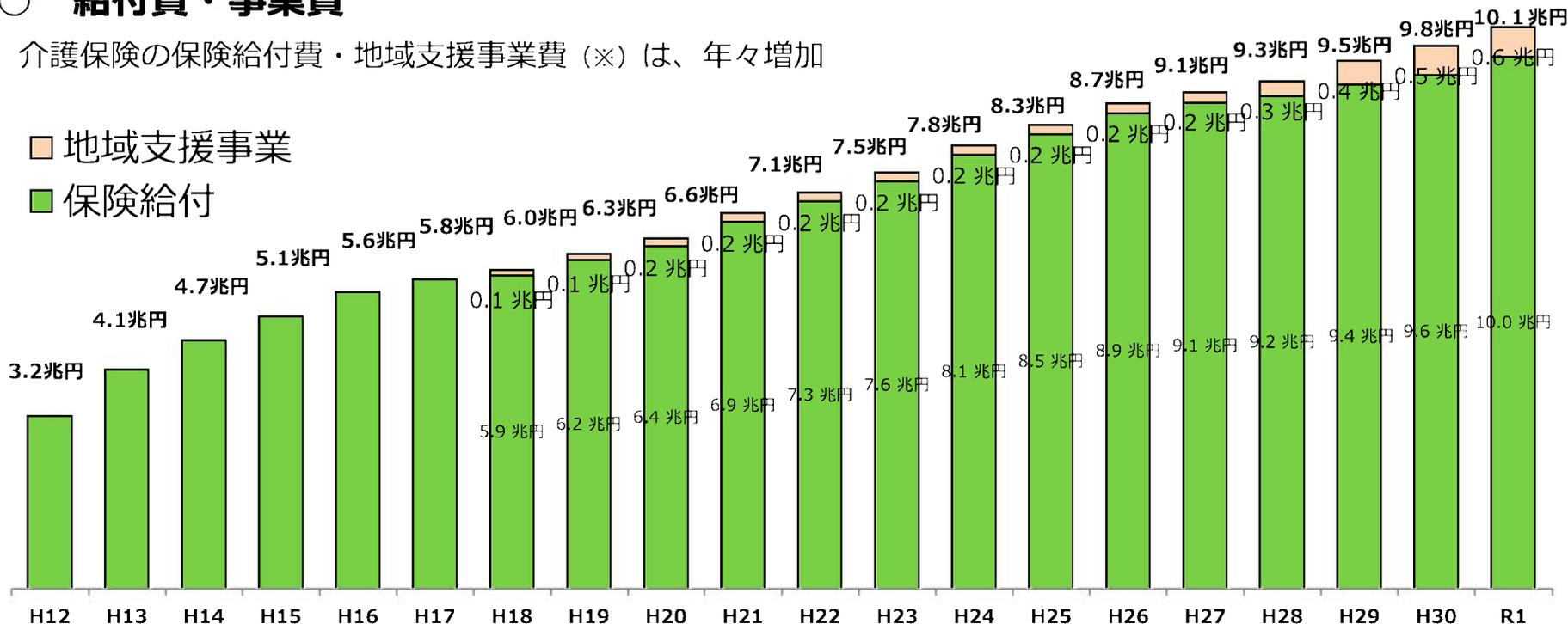


資料：2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）中位推計」

介護保険にかかる給付費・事業費と保険料の推移

○ 給付費・事業費

介護保険の保険給付費・地域支援事業費(※)は、年々増加

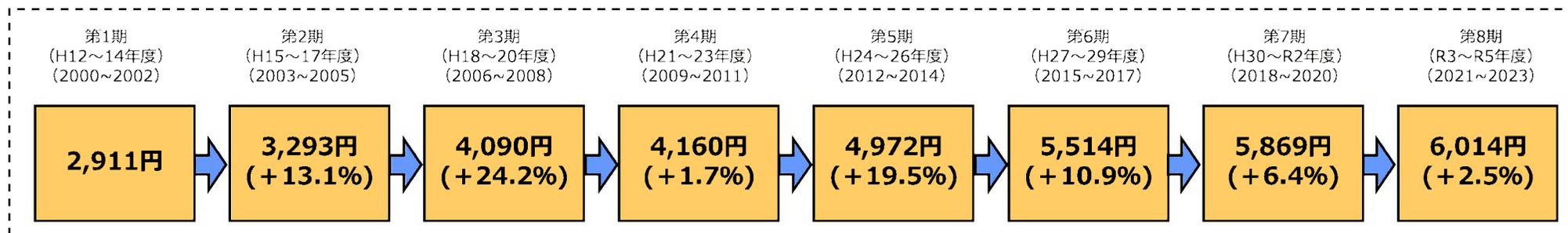


【出典】介護保険事業状況報告

※1 介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない(地方交付税により措置されている)。

※2 保険給付及び地域支援事業の利用者負担は含まない。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕



第1号保険料と第2号保険料の推移

		第1号保険料(65歳～) の1人当たり月額 (基準額の全国加重平均)	第2号保険料(40歳～64歳) の1人当たり月額 (事業主負担分、公費分を含む)		
第1期	平成12年度	2,911円	2,075円	}	
	平成13年度		2,647円		
	平成14年度		3,008円		
第2期	平成15年度	3,293円	3,196円		
	平成16年度		3,474円		
	平成17年度		3,618円		
第3期	平成18年度	4,090円	3,595円		
	平成19年度		3,777円		
	平成20年度		3,944円		
第4期	平成21年度	4,160円	4,093円		
	平成22年度		4,289円		
	平成23年度		4,463円		
第5期	平成24年度	4,972円	4,622円	}	
	平成25年度		4,871円		
	平成26年度		5,125円		
第6期	平成27年度	5,514円	5,081円		
	平成28年度		9月まで		5,192円
			10月以降		5,190円〔国保〕
	平成29年度		5,249円〔被用者保険〕		
			5,397円〔国保〕		
5,457円〔被用者保険〕					
第7期	平成30年度	5,869円	5,353円〔国保〕		
	令和元年度		5,410円〔被用者保険〕		
			5,532円〔国保〕		
	令和2年度		5,591円〔被用者保険〕		
第8期	令和3年度	6,014円	5,669円	}	
	令和4年度		6,678円		
	令和5年度		6,829円		

確定額

見込額

(注)第2号保険料の1人当たり月額については、令和2年度までは確定額、令和3年度以降は予算における見込額

財政健全化に向けた建議（抜粋）① （令和3年5月21日財政制度等審議会）

社会保障審議会
第92回介護保険部会
資料1（抄）

・ 利用者負担の見直し

今般の後期高齢者医療における患者負担割合の見直しを踏まえ、令和6年度（2024年度）に開始する第9期介護保険事業計画期間からの実施に向けて、サービスの利用者負担を原則2割とすることや2割負担の対象範囲の拡大を図ることを検討していく必要がある。

・ 介護人材確保の取組とICT化等による生産性向上

今後、高齢化による介護需要の増加により、生産年齢人口が減少する中で、介護人材は増加が求められる。こうした中で、新型コロナウイルスの影響による離職者の介護分野への職業転換施策を一層強化し介護人材確保のための取組を進めるとともに、サービスの質を確保しつつ、より少ない労働力でサービスが提供できるよう、配置基準の緩和等も行いながら、業務のICT化等による業務効率化を進めていく必要がある。また、介護サービスの経営主体は小規模な法人が多いことを踏まえ、令和4年（2022年）6月までに施行される社会福祉連携推進法人制度の積極的な活用を促すなど、経営主体統合・再編等による介護事業所・施設の運営効率化を促す施策もあわせて講じていく必要がある。

・ ケアマネジメントの在り方の見直し

利用者が自己負担を通じてケアプランに関心を持つ仕組みとすることは、ケアマネジャーのサービスのチェックと質の向上にも資することから、令和6年度（2024年度）に開始する第9期介護保険事業計画期間から、ケアマネジメントに利用者負担を導入すべきである。また、福祉用具の貸与のみを行うケースについては報酬の引下げを行うなどサービスの内容に応じた報酬体系とすることも、あわせて令和6年度（2024年度）報酬改定において実現すべきである。

・ 多床室の室料負担の見直し

居宅と施設の公平性を確保し、どの施設であっても公平な居住費（室料及び光熱水費）を求めていく観点から、令和6年度（2024年度）に開始する第9期介護保険事業計画期間から、給付対象となっている室料相当額について基本サービス費等から除外する見直しを行うべきである。

財政健全化に向けた建議（抜粋）② （令和3年5月21日財政制度等審議会）

- **地域支援事業（介護予防・日常生活総合支援事業）の在り方の見直し**

上限が機能せず、形骸化しており、重要な制度改革の根幹がこのような運用となっていることは看過できない問題であり、速やかに上限超過を厳しく抑制すべきである。

- **区分支給限度額の在り方の見直し**

制度創設時に企図したように、設定された限度額の範囲内で給付を受けることを徹底すべきであり、令和6年度（2024年度）に開始する第9期介護保険事業計画期間に向けて、特に生活と密接に関連している度が高いと考えられる、居宅における生活の継続の支援を目的とした加算をはじめ、加算の区分支給限度額の例外措置を見直すべきである。

- **居宅サービスについての保険者等の関与の在り方**

定期巡回サービス等の普及の観点にかかわらず、サービス見込み量を超えた場合に、市町村が都道府県への事前協議の申し入れや指定拒否ができるようにし、保険者である市町村が実際のニーズに合わせて端的に地域のサービス供給量をコントロールできるようにすべきである。また、都道府県及び市町村がより積極的に制度を活用できるよう、国はガイドラインや取組例の発出等の支援を速やかに行うべきである。

- **軽度者に対する居宅療養管理指導サービス等の給付の適正化**

例えば、居宅療養管理指導については、薬局の薬剤師による軽度者へのサービス費用が大きく増加している。「必要以上に居宅療養管理指導を利用するプランを作成した」ケアマネジャーが一定数いることが確認されており、「少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、居宅療養管理指導費は算定できない」と算定要件が明確化されたことも踏まえ、算定要件を満たす請求のみが適切に行われるようにすべきである。

- **介護サービス事業者の経営状況の把握**

介護サービスについても法令改正を行い、損益計算書をはじめとする事業報告書等の報告・公表を義務化し、介護サービス事業者の経営状況の「見える化」を速やかに推進すべきである。

利用者負担の見直し

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

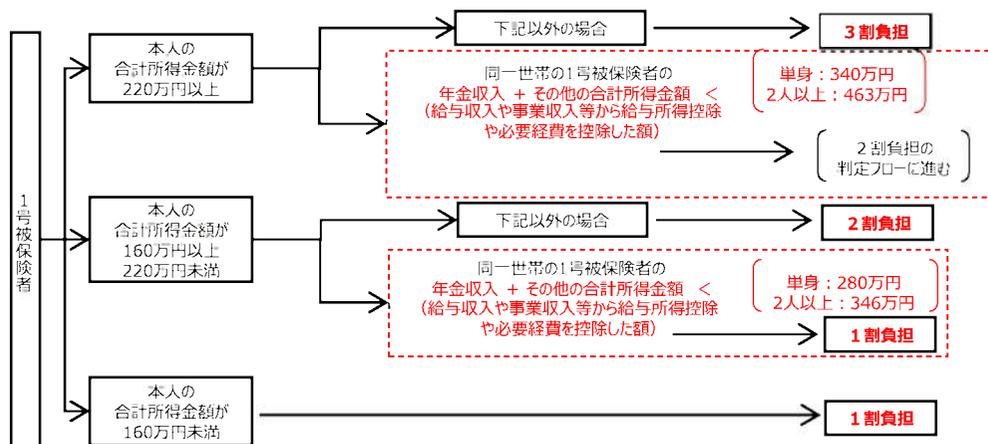
◆利用者負担のこれまでの経緯

一定所得以上の利用者負担の見直し【平成27年8月施行】

- ・保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある**一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする**。

現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し【平成30年8月施行】

- ・世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、**2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする**。



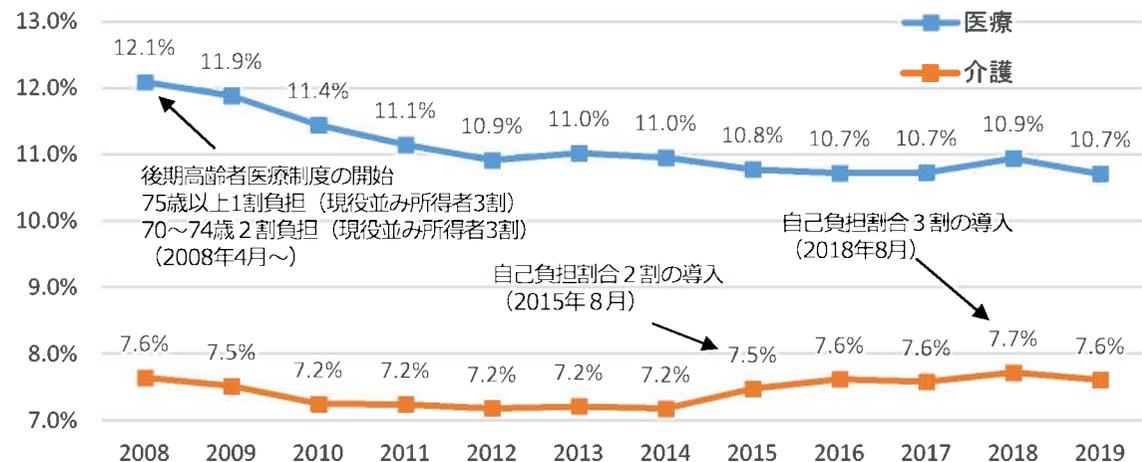
※第2号被保険者、市町村住民税非課税者、生活保護受給者の場合、上記のフローにかかわらず、1割負担。

◆利用者負担の区分

1割負担	下記以外の者 (92%)
2割負担	合計所得金額 160万円以上の者 (5%) (かつ単身で年金収入+その他合計所得金額280万円以上(夫婦世帯:346万円以上))
3割負担	合計所得金額 220万円以上の者 (4%) (かつ単身で年金収入+その他合計所得金額340万円以上(夫婦世帯:463万円以上))

(注) %は、要介護(支援)認定者に占める割合(「介護保険事業状況報告」令和3年3月暫定版より)

◆実効的な自己負担率(利用者負担/総費用)の推移



(注1) 実効負担率は、実効負担率 = 利用者負担額/費用額、利用者負担額 = 費用額 - 給付費額。

(注2) 医療については、65歳以上の実効負担率。

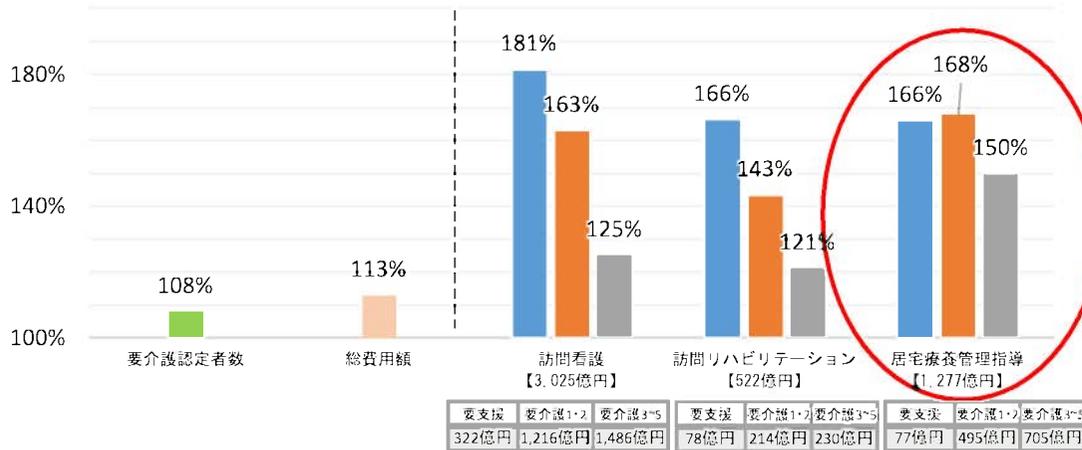
(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」、「医療保険に関する基礎資料」

軽度者に対する居宅療養管理指導サービス等の給付の適正化

財政制度等審議会
財政制度分科会
(令和4年4月13日開催)

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

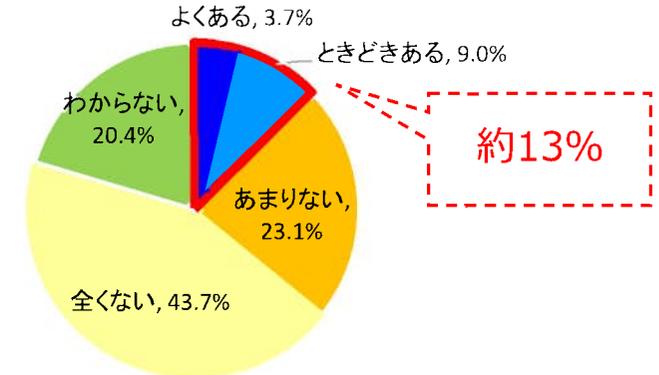
◆居宅管理指導サービス費用等の伸び率（平成27年度～令和元年度）



(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」、「介護給付費等実態統計」

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

必要以上に居宅療養管理指導を利用するプランを作成した



(出所) 「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組や質に関する指標のあり方に関する調査研究報告書」

【指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準】

注1 在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、…1月に2回（薬局の薬剤師にあっては、4回）を限度として所定単位数を算定する。

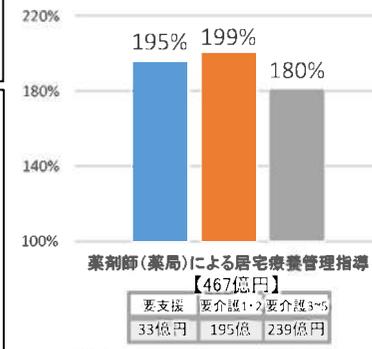
【指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について】

6 居宅療養管理指導費

(1) 通院が困難な利用者について

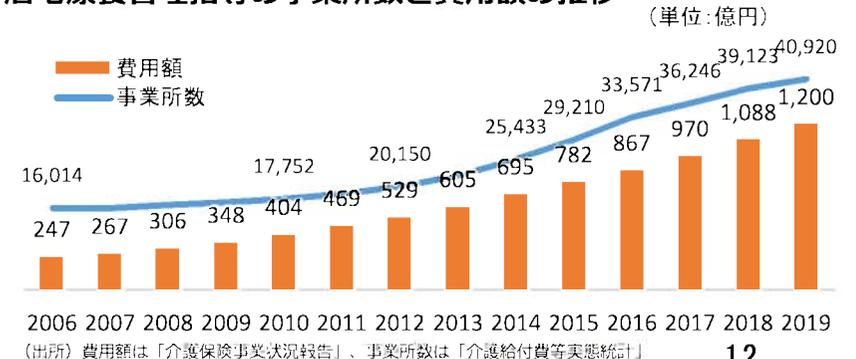
居宅療養管理指導費は、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価であり、継続的な指導等の必要のないものや通院が可能なものに対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができるものなどは、通院は容易であると考えられるため、居宅療養管理指導費は算定できない（やむを得ない事情がある場合を除く。）。

薬局の薬剤師による居宅療養管理指導



(注) 費用額は単位数に10円を乗じて機械的に算出
(出所) 厚生労働省「介護給付費等実態統計」

◆居宅療養管理指導の事業所数と費用額の推移

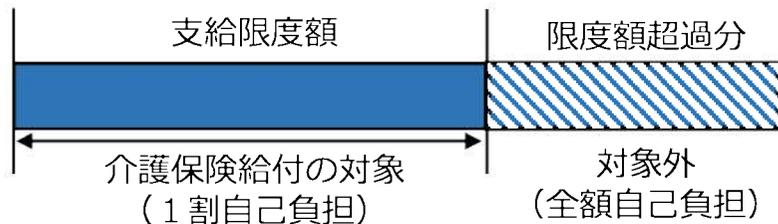


(出所) 費用額は「介護保険事業状況報告」、事業所数は「介護給付費等実態統計」

区分支給限度額のあり方の見直し

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

◆区分支給限度額について



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

(出所) 厚生労働省「介護給付費等実態統計（令和2年1月）」に基づき、厚生労働省にて作成
(注) 要支援1・2の者の平均利用率及び限度額を超えている者の割合については、総合事業の訪問・通所介護サービスの利用を含まない。また、支給限度額は、介護報酬の1単位を10円として計算。

◆区分支給限度額の対象外となっている主な加算

種類	加算等の名称
①居宅における生活の継続の支援を目的とする加算	<ul style="list-style-type: none"> ・総合マネジメント体制強化加算 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護) …居宅介護計画について、随時適切に見直しを行うとともに、日常的に地域住民等との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加する場合に算定 ・訪問体制強化加算 (小規模多機能型居宅介護) ・看護体制強化加算 (看護小規模多機能型居宅介護) …訪問サービスの提供回数が1月当たり延べ200回以上である場合に算定
②交通の便が悪い地域における経営の安定を図ること等を目的とする加算	<ul style="list-style-type: none"> ・特別地域加算 (各種サービス) ・中山間地域等における小規模事業所加算 (各種サービス) ・中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 (各種サービス)
③医療ニーズへの対応に関する加算	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算 (訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護) ・緊急時施設療養費、特別療養費 (介護老人保健施設における短期入所療養介護) ・特定診療費 (病院・診療所における短期入所療養介護)

(出所) 介護給付費分科会資料を基に作成

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**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**」を図る。

改定率：+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月末までの間）

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化
・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室ユニットの定員上限の明確化

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による通減制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

○地域の特性に応じたサービスの確保

・過疎地域等への対応（地方分権提案）

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進
・職員の離職防止・定着に資する取組の推進
・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実
・人員配置基準における両立支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化

○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた

業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和
・会議や多職種連携におけるICTの活用
・特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減

の推進 ・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実
・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進
・ADL維持等加算の拡充

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し
・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し
・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）の廃止
・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額（食費）の見直し

・基本報酬の見直し

2. (2) 看取りへの対応の充実 (その1)

ガイドラインの取組推進

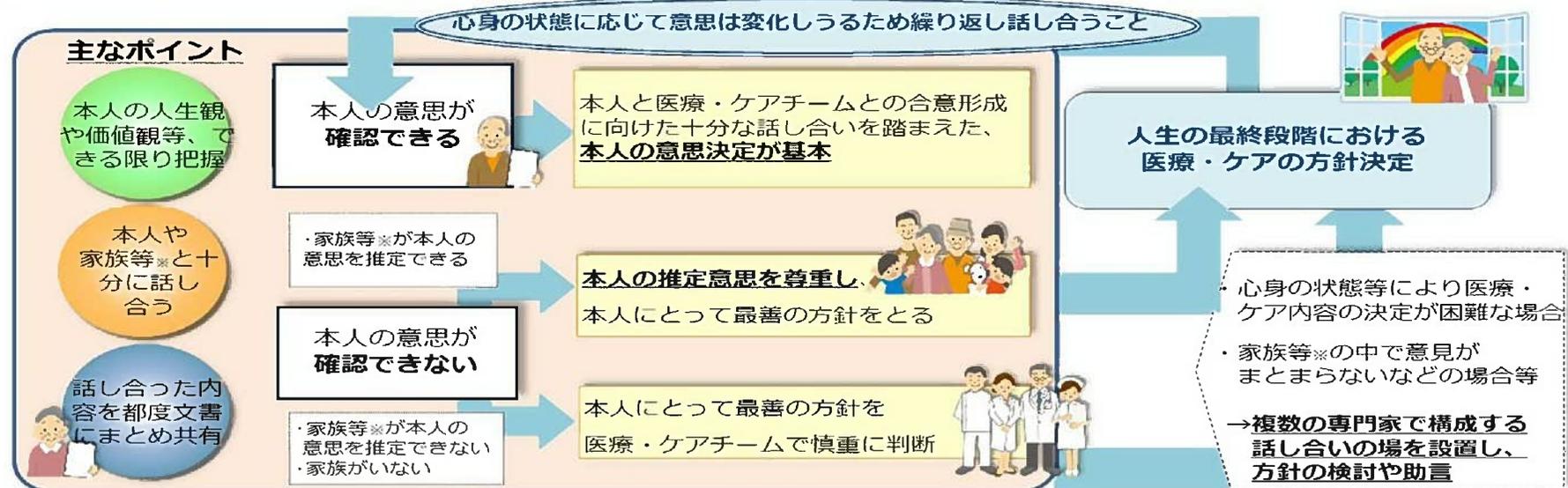
- 看取り期の本人・家族との十分な話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。

短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、居住系サービス、施設系サービス

看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、訪問看護等のターミナルケア加算における対応と同様に、基本報酬（介護医療院、介護療養型医療施設、短期入所療養介護（介護老人保健施設によるものを除く））や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める【告示改正、通知改正】。施設系サービスについて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求める。【通知改正】

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

平成30年3月14日

【照会先】

 医政局地域医療計画課在宅医療推進室
 室長補佐 堤 寛（内線4134）
 係長 田中 史朗（内線2662）
 （代表番号）03(5253)1111

報道関係者各位

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について

標記について、「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」での検討を踏まえ、本日、改訂いたしましたので、お知らせします。

【主な改訂のポイント】

高齢多死社会の進展に伴い、地域包括ケアの構築に対応する必要があることや、英米諸国を中心としてACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることなどを踏まえ、以下の点について改訂を行った。

- 1 病院における延命治療への対応を想定した内容だけでなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
 - ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
 - ・医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- 2 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと
 - （＝ACPの取組）の重要性を強調
- 3 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- 4 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、「3」の信頼できる者の対象を、家族から家族等（親しい友人等）に拡大
- 5 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

【ガイドライン作成の経緯】

平成19年にとりまとめた「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」は、平成18年3月に富山県射水市における人工呼吸器取り外し事件が報道されたことを契機と

して、策定されたもの（※）。

人生の最終段階における医療の在り方に関し、

- ・医師等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行った上で、患者本人による決定を基本とすること
- ・人生の最終段階における医療及びケアの方針を決定する際には、医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断することなどが盛り込まれている。

※平成27年3月に「人生の最終段階の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更

[資料]

・[「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」](#) [PDF:101KB]

・[「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」解説編](#) [PDF:210KB]

ようこそ晴れの国 おかやまへ



Okayama Prefecture

サイト内検索

検索

ページ番号検索

検索

総合案内

分野でさがす

組織でさがす

カレンダーでさがす

現在地 [トップページ](#) > [組織でさがす](#) > [保健福祉部](#) > [長寿社会課](#) > 保険医療機関等の診療報酬算定資料集【医療保険と介護保険の給付調整を含む】

保険医療機関等の診療報酬算定資料集【医療保険と介護保険の給付調整を含む】

ページ番号：0799398 2022年6月1日更新/長寿社会課

[ツイート](#) [いいね！0](#) [シェアする](#) [LINEで送る](#)

医療保険と介護保険の給付調整等に関する関係資料

注記：この資料は、医療保険・介護保険の概要及び医療保険と介護保険の給付調整に関する告示等を記載したものです。

医療保険・介護保険及び給付調整資料

[医療保険・介護保険及び給付調整について（令和4年4月更新版）Vol.1 \[PDFファイル/16.16MB\]](#)

[医療保険・介護保険及び給付調整について（〇×表）（令和4年4月更新版）Vol.2 \[PDFファイル/24.66MB\]](#)

[医療保険・介護保険及び給付調整について（令和4年4月更新版）Vol.3 \[PDFファイル/10.36MB\]](#)

[【医科】医療保険と介護保険の給付調整のポイント（令和4年4月更新版）【Pp資料】 \[PDFファイル/332KB\]](#)

[【歯科】医療保険と介護保険の給付調整について（令和4年4月更新版） \[PDFファイル/26.49MB\]](#)

[【調剤】医療保険と介護保険の給付調整等について（令和4年4月更新版） \[PDFファイル/21.41MB\]](#)

[【調剤】在宅患者訪問薬剤管理指導料と居宅療養管理指導費の給付調整に係る留意事項について（H24.10.9厚生労働省保険局医療課事務連絡、H.24.10.16厚生労働省老健局振興課老人保健課事務連絡） \[PDFファイル/138KB\]](#)

[【訪着】「診療報酬との算定調整」及び「医療保険と介護保険の給付調整」～訪問看護ステーション編～（令和4年4月更新版） \[PDFファイル/38.87MB\]](#)

配置医師を置く施設名簿

注記：保険医が特別養護老人ホーム等の配置医師である場合は、それぞれの配置されている施設に入所している患者に対して行った診療については、特別な必要があつて行う診療（緊急往診、急性増悪の外来受診等）を除き、初診料、再診料（外来診療料を含む。）、小児科外来診療料及び往診料並びに特定の診療報酬の算定ができません。【配置医師】

また、配置医師以外の保険医が定期的に診療した場合も、前記の配置医師とみなされ、再診料等が算定できないこととされています。【みなし配置医師】

保険医療機関が、この制度を理解しないまま対象施設の入所患者に対する配置医師による診療と診療報酬の算定を行った結果、事後に再診料等の返還を求める事例が多発しています。

岡山県内における「配置医師を置く施設」は次のリンクにある施設名簿のとおりですので、診療報酬算定にあたり留意してください。

（配置医師以外の保険医が診療報酬が算定できる場合）

令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査
（令和4年度調査）の結果について（案）

令和5年2月27日
社会保障審議会介護給付費分科会
介護報酬改定検証・研究委員会

社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会（以下、「改定検証・研究委員会」という。）では、令和4年2月7日に開催された社会保障審議会介護給付費分科会（以下、「介護給付費分科会」という。）において了承された「令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和4年度調査）の実施内容について」に掲げられた以下の5調査項目について、効果検証及び調査研究を行った。

事業No.	調査項目名
(1)	都市部、離島や中山間地域などにおける令和3年度介護報酬改定等による措置の検証、地域の実情に応じた必要な方策、サービス提供のあり方の検討に関する調査研究事業
(2)	介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業
(3)	介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査研究事業
(4)	LIFEを活用した取組状況の把握および訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究事業
(5)	介護現場でのテクノロジー活用に関する調査研究事業

この調査研究は、外部委託により実施され、実施に当たっては、受託機関内に調査検討組織を設置し、調査票の作成及び集計・分析方法等の検討を行った。

これらの調査結果について、とりまとめるとともに、調査に対する本改定検証・研究委員会の評価も含めて、調査結果として介護給付費分科会に報告する。

(4) LIFEを活用した取組状況の把握及び訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究

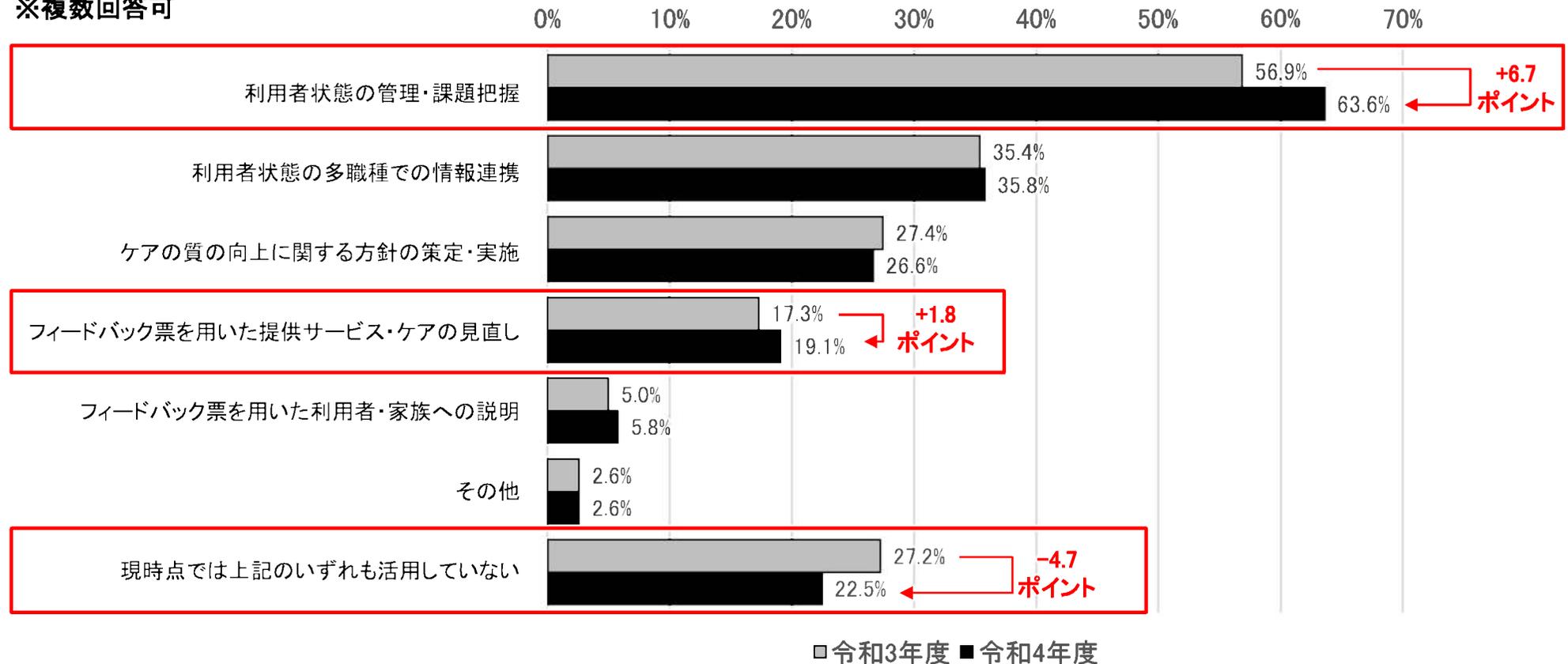
社会保障審議会
介護給付費分科会
介護報酬改定検証
研究委員会（抄）
令和5年2月27日

3. 調査結果概要

A. アンケート調査(LIFE登録済事業所)

- 令和3年度調査時点と比較して、令和4年度調査時点ではLIFEを活用していない事業所・施設の割合が減少傾向だった。
- 利用者の状態管理・課題把握、提供サービス・ケアの見直しでLIFEを活用する事業所・施設の割合が増加傾向だった。

図表1 LIFEの活用場面(回答数:503)
※複数回答可



※図表1～6: 令和3年度・令和4年度の調査にともに回答した事業所・施設のみを対象として集計(ともに回答数503)

(4) LIFEを活用した取組状況の把握及び訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究

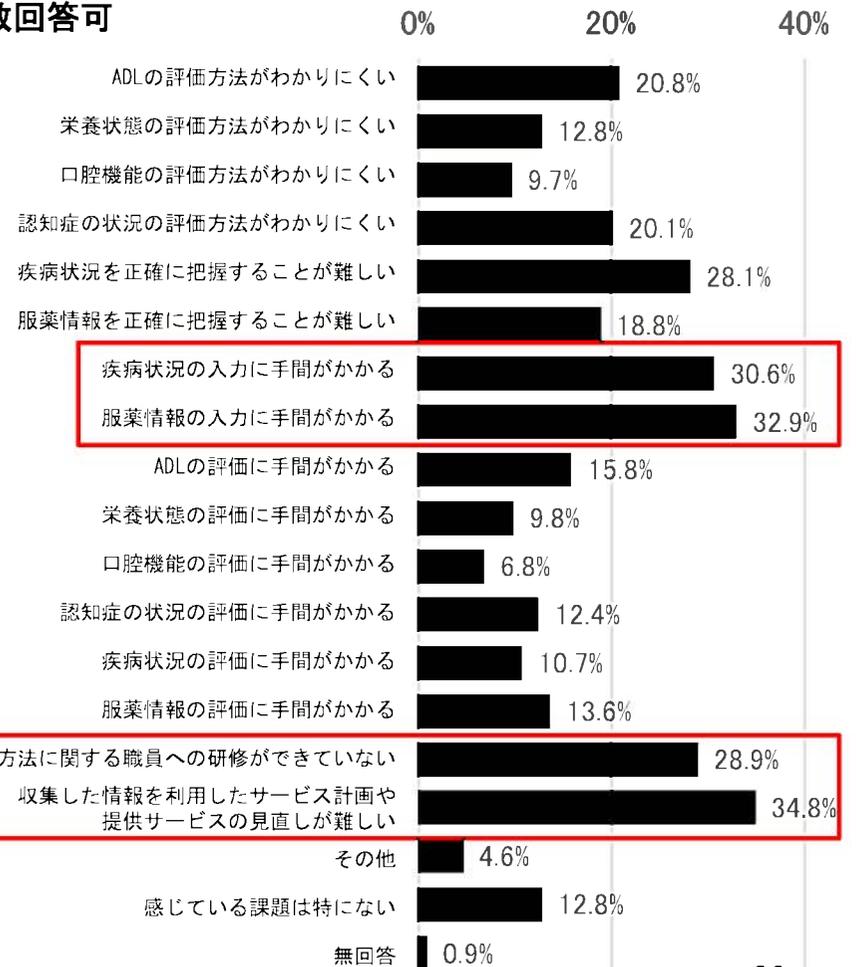
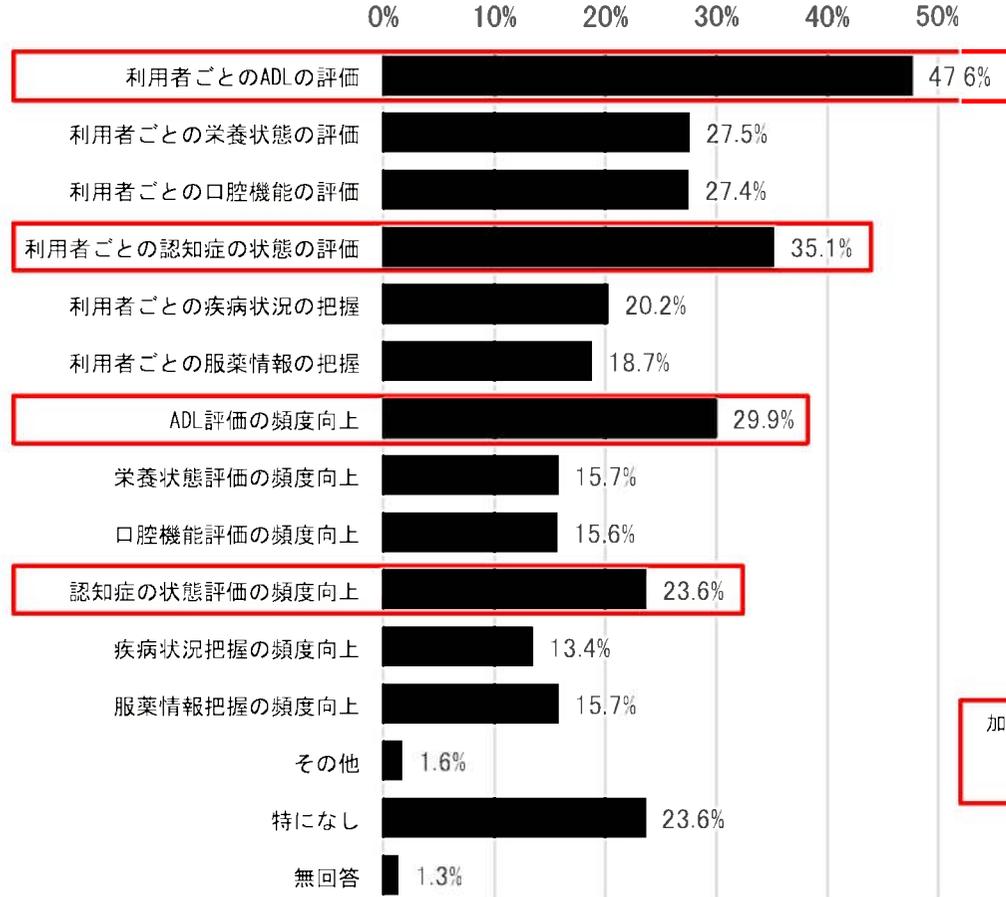
社会保障審議会
介護給付費分科会
介護報酬改定検証
研究委員会（抄）
令和5年2月27日

A. アンケート調査(LIFE登録済事業所)

【科学的介護推進体制加算】

- ADLや認知症の状態の評価を新たに開始した(あるいは評価頻度が向上した)事業所・施設の割合が比較的高かった。
- 加算の算定にあたって、サービス計画・提供サービスの見直し(34.8%)や服薬情報の入力(32.9%)、疾患情報の入力(30.6%)、職員への研修(28.9%)をLIFE活用の課題と感じている事業所・施設の割合が比較的高かった。

図表7 加算の算定にあたって新たに開始した取り組み(回答数:1,378) ※複数回答可
図表8 LIFE活用に当たっての課題(回答数:1,378) ※複数回答可



※科学的介護推進体制加算(Ⅰ)あるいは(Ⅱ)を算定している事業所・施設を分母にして割合を算出

(4) LIFEを活用した取組状況の把握及び訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究

社会 保障 審 議 会
介 護 給 付 費 分 科 会
介 護 報 酬 改 定 検 証
研 究 委 員 会 (抄)
令 和 5 年 2 月 27 日

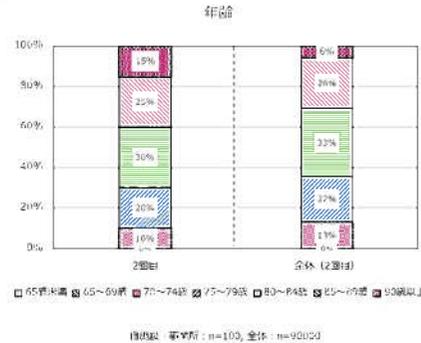
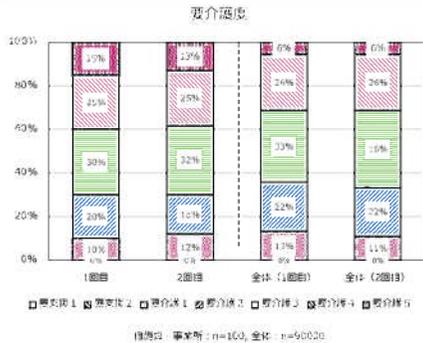
B. モデル事業 参考資料: モデル事業で用いたフィードバック票イメージ(抜粋) 【事業所フィードバック票】

事業所フィードバック 科学的介護推進体制加算

○事業所フィードバックは、自施設・事業所の利用者の状況と、モデル事業参加全事業者のうち、同じサービスの事業所における、LIFEにデータが登録されている利用者を対象とした平均値を表示しています。
○自施設・事業所の利用者の状況およびその推移や、全体の利用者と比較した相対的な状況等を確認することができます。
○データの解釈にあたって、以下の事項等に留意が必要です。対象期間中に実施した取組の状況等も考慮しながら、自施設・事業所のサービスの改善に向けた検討の材料として活用してください。
・全体値は、全体の同じサービスの利用者を対象としていますが、施設・事業所によって利用者の属性は様々です。
・指標値はグラフの反し押しを直接反映するものではありません。各施設・事業所の利用者の属性や、対象期間中に実施した取組、利用者毎の状況(入院があった、他のサービスを利用していた、等)など、様々な要因が関連します。

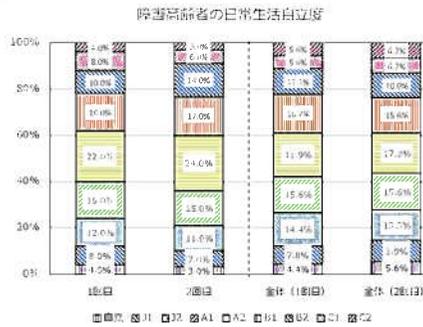
事業所番号: 9999999999 サービス: 介護福祉施設サービス 開始時点: 2022年01月 登録分データまで
事業所名称: サンプル施設

■ 要介護度・年齢



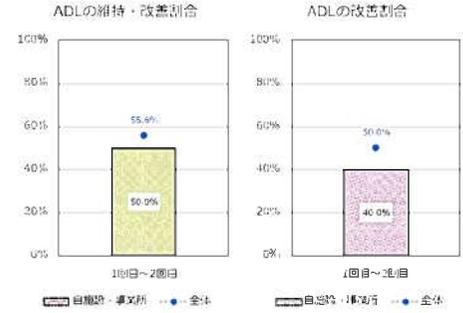
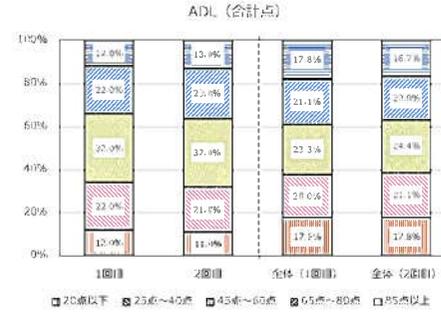
直近と6か月前の調査時点において科学的介護推進体制加算のデータが登録されていた利用者を対象として、「利用者情報」をもちに、要介護度・年齢ごとの利用者の割合を表示しています。なお、年齢別ごとの利用者の割合は、6か月～直近で基本的に変化しないため、「年齢」は直近のデータのみを表示しています。

■ 日常生活自立度

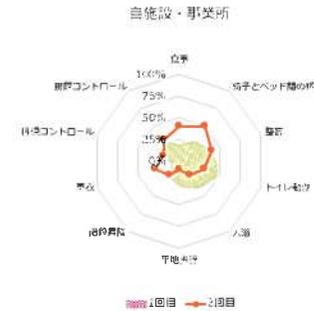


直近と6か月前の調査時点において「障害高齢者の日常生活自立度」「認知症高齢者の日常生活自立度」のデータが登録されていた利用者を対象として、各区分に該当する利用者の割合を表示しています。

■ ADL



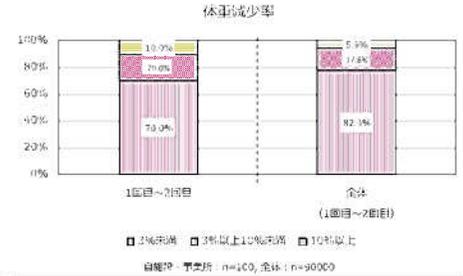
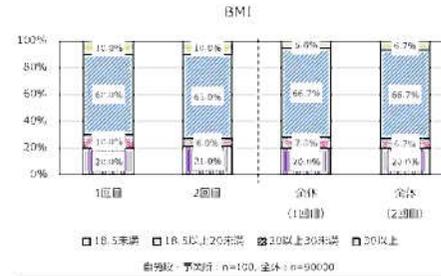
ADL (項目別)



自施設・事業所: n=100, 全体: n=90000

直近と6か月前の調査時点において「ADL (Barthel index)」の全項目のデータが登録されていた利用者を対象として、ADL (合計点) が各区分に該当する利用者の割合、ADL合計点が維持または改善した利用者の割合および改善した利用者の割合、項目別の点状の状況(各項目の満点を100%としたときの、利用者の平均値の割合)を表示しています。

■ 口腔・栄養



直近と6か月前の調査時点において「身体」「栄養」のデータが登録されていた利用者を対象として、各区分に該当する利用者の割合を表示しています。

直近と6か月前の調査時点において「体重」のデータが登録されていた利用者を対象として、体重減少率が各区分に該当する利用者の割合を表示しています。

※肥満に該当する利用者等、体重減少が少ない場合もあります。対象期間中に実施した取組や利用者の状況等について確認してください。

(4) LIFEを活用した取組状況の把握及び訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究

社会保障審議会
介護給付費分科会
介護報酬改定検証
研究委員会(抄)
令和5年2月27日

B. モデル事業

参考資料: モデル事業で用いたフィードバック票イメージ(抜粋) 【利用者フィードバック票】

利用者フィードバック 科学的介護推進体制加算

- 利用者フィードバックは、利用者の状況と、参考値として、全国の科学的介護推進体制加算を算定している同じサービスの事業所における、LIFEにデータが登録されている利用者を対象とした全国値を表示しています。
- 利用者の状況およびその推移や、全国の利用者と比較した相対的な状況等を確認することができます。
- データの解釈にあたって、以下の事項等に留意が必要です。対象期間中に実施した取組の状況等も考慮しながら、利用者の計画書等の見直しの材料として活用してください。
 - ・参考値は、第1回目の指標値に近い全国の利用者を対象としていますが、利用者毎に背景や利用目的等が異なっていることに留意が必要です。
 - ・指標値はケアや状態の良し悪しを直接反映するものではありません。利用者の背景や利用目的、対象期間中に実施した取組、利用者毎の状況(入院があった、他のサービスを利用していた、等)など、様々な要因が関連します。

事業所番号: 9999999999 サービス: 介護福祉施設サービス
事業所名称: サンプル施設
利用者ID: 100010
集計時点: 2022年3月 登録データまで

ADL

ADL (合計点)



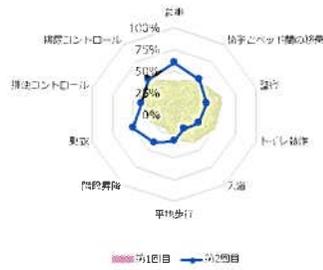
ADL (項目別)



【参考】ADL (合計点) (全国)

第1回目の該当区分	該当者数 (n)	第1回目	第2回目
10点以下	10000	8.0	7.0
15~20点	11000	18.0	17.0
25~30点	12000	28.0	27.0
35~40点	13000	38.0	37.0
45~50点	14000	48.0	47.0
55~60点	15000	58.0	57.0
65~70点	14000	68.0	67.0
75~80点	13000	78.0	77.0
85~90点	12000	88.0	87.0
95~100点	11000	98.0	97.0

【参考】ADL (項目別) 全国



「ADL (Barthel Index)」の全項目のデータが登録されていた利用者を対象として、ADL (合計点) およびADL (項目別) を表示しています。グラフに表示している全国値は、同一サービスの第1回目のADL (合計点) が45点の範囲であった利用者を対象として、平均値を算出しています。全国の他の区分の利用者の状況を確認したいときは、「【参考】ADL (合計点) (全国)」を参照してください。

口腔・栄養

低栄養状態のリスクレベルに関する項目の状況

	第1回目	第2回目
BMI	20.5	19.5
体重減少率		4%
※ 血清アルブミン値 [g/dl]	3.4	3.6
※ 食摂取量 (全体)	85	90
※ 栄養補給法 (経腸栄養法・経管栄養法)	なし	なし
※ 嚥下の有無 (任意項目)	なし	なし

各項目のデータが登録されていた利用者を対象として、各項目の状況を表示しています。※は施設サービスの必須項目です。

【施設サービスの必須値】

低栄養状態のリスクレベル



【参考】低栄養状態のリスクレベルの変化



「低栄養状態のリスクレベル」のデータが登録されていた利用者を対象として表示しています。全国値は、同一サービスの第1回目の「低栄養状態のリスクレベル」が同じ利用者を対象として、維持・改善・悪化に該当する利用者の割合を算出しています。全国 n=26000

口腔の健康状態 (施設サービス)

	第1回目	第2回目
歯・入れ歯が汚れている	はい	いいえ
歯が少ないうちに入れ歯を 使っていない	はい	はい
むせやすい	いいえ	いいえ

口腔の健康状態 (通所・居宅サービス)

	第1回目	第2回目
新しいものを選べにくい	-	-
ものをかみきれない	-	-
入れ歯を使っている	-	-
むせやすい	-	-

「口腔の健康状態」のデータが登録されていた利用者を対象として表示しています。

育児・介護休業法のあらまし

育児・介護休業法のあらまし(令和4年11月作成)

育児関係の制度には育児と、介護関係の制度には介護と表示しています。

表示がないものは、どちらにも関係する内容です。

01 [パンフレット\(全体\)](#)[7.818KB]

02 [表紙・目次・はじめに](#)[827KB]

03 [第1 改正育児・介護休業法のポイント](#)[966KB]

04 [第2 育児・介護休業法の解説](#)

05 [育児・介護休業法における制度の概要](#)[749KB]

06 [この法律の目的](#)[513KB]

07 [育児休業制度](#)[874KB] 育児

08 [産後パパ育休制度\(出生時育児休業制度\)](#)[1.317KB] 育児

09 [介護休業制度](#)[889KB] 介護

10 [子の看護休暇制度](#)[432KB] 育児

11 [介護休暇制度](#)[392KB] 介護

12 [所定外労働の制限](#)[535KB]

13 [時間外労働の制限](#)[1.920KB]

14 [深夜業の制限](#)[636KB]

15 [事業主が講ずべき措置\(所定労働時間の短縮等\)](#)[1.885KB]

16 [不利益取扱いの禁止](#)[577KB]

17 [指針](#)[364KB]

18 [職業家庭両立推進者の選任](#)[521KB]

19 [対象労働者等に対する国等による援助等](#)[215KB]

20 [紛争解決の援助](#)[326KB]

21 [委託募集の特例](#)、22 [報告の徴収並びに助言、指導及び勧告](#)、23 [公表](#)、24 [公務員に関する適用](#)、25 [過料](#)[415KB]

26 [\(参考\)介護保険制度・地域包括支援センターについて](#)[1.012KB]

27 [関係法令等](#)[3.277KB]

28 [都道府県労働局雇用環境・均等部\(室\)所在地](#)[410KB]



— 企業のための —
**仕事と介護の
両立支援ガイド**
～従業員介護離職を防ぐために～



医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5.2版（令和4年3月）

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」は、平成17年3月31日「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律等の施行等について」（医政発第0331009号・薬食発第0331020号・保発第0331005号厚生労働省医政局長・厚生労働省医薬食品局長・厚生労働省保険局長連名通知）の別添として、個人情報保護に資する情報システムの運用管理、個人情報保護法への適切な対応等について示したところです。

その後所要の改定を行い、令和3年1月にガイドライン第5.1版が策定されているところですが、近年のサイバー攻撃の手法の多様化・巧妙化、情報セキュリティに関するガイドラインの整備、地域医療連携や医療介護連携等の推進、クラウドサービス等の普及等に伴い、医療機関等を対象とするセキュリティリスクが顕在化していることへの対応として、情報セキュリティの観点から医療機関等が遵守すべき事項等の規定を設けるなど所要の改定を行い、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5.2版」を策定しました。

[PDF](#) [「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.2版」の策定について](#)（医政発0331第50号）[87KB] 

医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5.2版（令和4年3月）

本編

[PDF](#) [医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5.2版（本編）（令和4年3月）](#) [1,647KB] 

別冊

[PDF](#) [医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5.2版（別冊）（令和4年3月）](#) [2,057KB] 

付表、付録、別添、Q&A

付表

[PDF](#) [医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5.2版（令和4年3月）付表](#) [564KB] 

付録

[PDF](#) [医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5.2版（令和4年3月）付録](#) [125KB] 

別添

[PDF](#) [医療情報を安全に管理するために（管理者読本）第2.2版](#) [352KB] 

[PDF](#) [医療情報システムの安全管理に関するガイドライン別冊用語集](#) [661KB] 

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5.2版」に関するQ&A

[PDF](#) [「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5.2版」に関するQ&A](#) [642KB] 

NEW（令和4年4月21日）

住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の
運営事業者・職員の皆様へ

あなたの住まいの入居者は、 望んでいる介護保険サービスを受け ることができていますか？

住宅型有料老人ホーム、
サービス付き高齢者向け住宅における
ケアマネジメント等の考え方



2022年3月

令和3年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業
「サービス付き高齢者向け住宅等における
適正なケアプラン作成に向けた調査研究」

事務局・編集 株式会社日本総合研究所

はじめに

本冊子作成の狙い

- 住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（以下、「高齢者向け住まい」または「住まい」といいます）は合計の入居定員が50万人（2020年時点）を超え、高齢期の「住まい」の重要な一角を占めています。
- 一方で、これらの住まい運営法人によって、利用者の意思に沿わない提供者都合のサービス提供が行われている等の問題もしばしば指摘され、適正な運営が求められる状況にあります。こうした高齢者向け住まいにおいて、入居者の状態に応じて適切なサービスが提供されるには、介護保険サービスをめぐる「ケアマネジメント」が適切に行われていることが重要な要素の一つです。
- ここでは、不適切な契約やケアマネジメント、サービス提供に陥っている事例などを確認し、具体的に振り返りができる資料として作成しています。
- 住まい運営事業者・職員の皆様におかれては、今一度、あなたの住まいでこうした不適切な対応が行われていないか、確認してみてください。

住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に求められる役割

- 住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅は、高齢者が介護が必要になっても、安心して自分らしく生活できるための住まいとして、高齢化が進む中での役割が大きくなっています。
- ◆ 高齢者向け住まいは、適正な運営により、地域住民へ「魅力的な住まいの選択肢」を提供することができ、高齢者の安心・安全な日常生活に寄与するもの
 - ◆ 「住まい」「ホーム」部分と「介護サービス」が、それぞれ独立していることにより、「施設」ではなく、入居者の「自宅」として、その人に最適な住環境を提供できることが、これらの制度の大きな利点であり、求められる役割
 - ◆ こうした高齢者向け住まいにおいて、入居者の状態に応じて、適切なサービスが提供されるためには、ケアマネジメントが適切に行われていることも重要な要素

「不適切な対応」の考え方

- 介護保険サービスを利用する入居者について、特定事業所のサービス提供に限定・誘導することや、希望する介護保険サービスの利用を妨げることはあってはなりません。
- 以降では、そうした不適切な対応が行われた場合の行政上の対応や、実際の具体的な「不適切事例」等を紹介します。



具体的な“不適切な対応”事例

こんな対応、していませんか？
ケアマネに要請していませんか？

事例 1 Aさん

デイが週 2 日から 5 日に。
「行かないと食事ができませんよ」

高齢者向け住まいが運営するデイサービスを週 5 日利用
するよう提案された。

自宅で生活しているときは、デイサービスは週 2 回だった
のに…。

「入浴日の週 2 回利用で十分」との希望を住まい職員に
伝えたら、「他の入居者にも毎日利用してもらっています。
デイに行かないと食事が取れませんよ」と取り合ってもら
えなかった。

ケアマネにも相談したが同じ反応で、どうやらケアマネ
は住まいから同じ対応をするように指示を受けているよう
だった。



事例 2 Bさん

体調が悪くてもデイサービスへ。
休む場所もなかつらい…



デイサービスに毎日行くことになっている。体調
が悪く部屋で休みたいと伝えても、「デイサービス
で休んでください」と言われ、毎日1階のデイサー
ビスに連れて行かれる。

しかし、通っているデイサービスには、静養用の
ベット、リクライニング車いす等がなく、席の机
で頭を伏せて休むことしかできない。

事例3 介護サービスの利用が、住まいの値引きの条件に!

入居契約時に、値引き（月額1～2万円）することを条件に介護サービスの利用を強要された。契約書上は本来の正当な金額表示であり、値引きに関する文章は存在しない…。



事例4 値引きを条件に、本人の自由や都合が無視され、通院もできない

住まいの法人から、「うちの介護保険サービスを利用して、私的な外出・病院受診など含めて住まいの都合に合わせてスケジュールしてくれば、料金を毎月1万円値引する」と言われた。これではサービスが多い平日は外出できないと言われたことと同じ。自由な時間が多い日曜日には病院が休みなので困っている。

事例5 専門リハビリが必要なのに、外部法人だと利用できない

専門的なリハビリを受けたくて通所リハビリを利用をしたいと伝えたが、外部の介護保険サービスは利用できないと言われ、高齢者向け住まいが運営しているデイサービスの利用を継続させられた。



不適切な対応に関するチェックリスト

- 以下では、不適切な対応の例を紹介します。あなたの住まいではこうした対応が行われていないか、チェックしてみましょう。

高齢者向け住まいでの不適切な対応に関するチェックリスト

【契約上の問題】

- 特定の介護保険サービスや提供事業所の活用が契約条件として決められていませんか？** または入居者本人や家族としては契約条件と同一視できるような形になっていませんか？
- 本人の状態にかかわらず区分支給限度基準額上限まで特定のサービスを入れることが契約条件になっていませんか？** または契約条件と同一視できるような形になっていませんか？
- 入居契約上特定のサービスを利用すること、併設事業所のサービスを多く利用すること、その他のサービスもふくめ介護保険サービスを多く利用することを**条件に入居費用を割引**していませんか？（利用しなくなった際には入居費用を値上げする・利用者の行動をすべて住まい都合で管理する、など）

【実態としての問題】

- 介護保険サービスの内容が、**本人の希望よりも、特定の法人（住まい運営法人と同じなど）のサービスを優先したもの**になっていませんか？ 例えばご本人の要望や状態に関係なく、併設された同一法人の事業所のサービスを積極的に活用するようにしていませんか？
- 追加サービスが客観的に不要な状態で、ご本人の希望もないのに、**区分支給限度基準額に余裕があるだけで**、住まい運営法人が運営する介護保険サービスを追加していませんか？
- 住まい運営法人には医療系サービスがない場合などに、（その法人の）**別サービスを優先して、医療関連のアセスメントやサービス提供が不足**していることはありませんか？
- 入居時に、**ケアマネジャーからのケアプラン説明をさせない、相談があった場合も住まい職員が説明する**などのケースはありませんか？ 利用票のサインを、**住まい職員が代筆**していることはありませんか？

参考①：高齢者向け住まいにおける「不適切」なケアマネジメント

- 介護保険サービスは、ケアプランの内容を基にして提供されます。高齢者向け住まいにおいて、入居者の状態に応じて、適切なサービスが提供されるためには、ケアマネジメントが適切に行われていることが重要です。
- 高齢者向け住まいのケアマネジメントのあるべき姿については、それぞれの入居者の状態や置かれた状況等、個別具体的なケースで異なるため一概に示すことは困難ですが、「不適切」と疑われる可能性があるケアマネジメントとしては、例えば下記のようなものが挙げられます（特に 1、2、4 は、住まいの不適切な意向により発生する可能性が高いものです）。
- この他、**各類型ごとの「不適切な対応例」等の詳細につき、居宅介護支援事業所・ケアマネジャー向けに啓発する冊子も公開しています**ので、併せてご参照ください。

1 個別性の欠如

利用者個々の意向や課題が考慮されることなく、ケアプランが画一的なものとなっている

2 過剰なサービス

利用者の意向や状態を考慮せず、アセスメントからは必要性が見出せない住まい事業者と同一法人によるサービスを、ケアプランに設定している（その結果として区分支給限度基準額上限までサービスが設定されている、など）

3 サービスの不足

本人の希望するサービスや客観的に必要性の高いと考えられるサービスがケアプランに組み込まれていない、あるいは検討自体なされていない（ケアマネジャーから見て利用者にとって必要なサービスをケアプランに位置付けることが難しい場合がある）

4 事業所選択の権利侵害の懸念

住宅・ホームと同一法人が提供するサービスの利用を、合理的な理由もなく、また利用者の意向も踏まえずに利用者に求めており、この対応にケアマネジャーも同調している（同調せざるを得ない状況にある）

5 ケアマネジメントサイクルの問題

ケアプランの見直しが法定のタイミング（認定更新時や区分変更時）以外では、ほとんど行われていない

※ 上記事項については状況次第（文脈次第）で適切とも不適切ともなり得ます。例えば、「ケアプランが画一的なものとなっている」ことのみをもって不適切であると断定することはできない点に留意が必要です。むしろ、その事象が生じている背景として、入居者の意思や状態等の十分な把握（アセスメント・モニタリング）とそれに応じた的確なサービス選定ができていないかどうか等に注目することが求められます。

上記の事例等の詳細（居宅介護支援事業所・ケアマネジャー向け啓発資料）はこちら

「大丈夫？ 知らず知らずのうちに“不適切なケアマネジメント事例”を作り出していないか？」
—住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅におけるケアマネジメントの考え方—
https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/2021_theme63_02
（令和 3 年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業「サービス付き高齢者向け住宅等における適正なケアプラン作成に向けた調査研究」）



参考②：1～5の各不適切事例（パターン）における留意点

● 居宅介護支援事業所・ケアマネジャー向け資料では、前頁の1～5の各不適切事例について、以下のように留意点を示しています。

※ これらは、あくまで十分なアセスメントや多職種連携、法令で定められた頻度の状況確認等の必要な対応が前提であるということには、ご注意ください。

1 個別性の欠如

利用者個々の意向や課題が考慮されることなく、ケアプランが画一的なものとなっている

ケアプラン上に示される記載がそれぞれの入居者で類似する内容になっている場合には「不適切な事例」には該当しません。

2 過剰なサービス

利用者の意向や状態を考慮せず、アセスメントからは必要性が見いだせない住まい事業者と同一法人によるサービスを、ケアプランに設定している（その結果として区分支給限度基準額上限までサービスが設定されている、など）

入居者のケアプランに区分支給限度基準額上限までサービスが盛り込まれている場合には「不適切事例」には該当しません。

3 サービスの不足

本人の希望するサービスや客観的に必要性の高いと考えられるサービスがケアプランに組み込まれていない、あるいは検討自体なされていない（ケアマネジャーから見て利用者にとって必要なサービスをケアプランに位置付けることが難しい場合がある）

十分なアセスメント等を通じたケアマネジメントを行い、本人の意思を汲み取りつつ周辺の活用可能な資源等も含め多職種連携の下で総合的に判断しましょう。

ケアプラン上に示されるサービス内容が、仮にある一つの側面から見た際に不足していると思われるといった場合であっても、総合的な判断の結果であれば「不適切事例」には該当しません。

4 事業所選択の権利侵害の懸念

住まいと同一法人が提供するサービスの利用を、合理的な理由もなく、また利用者の意向も踏まえずに利用者に求めており、この対応にケアマネジャーも同調している（同調せざるを得ない状況にある）

仮に住まいに併設された事業所から多くの入居者がサービス提供を受けているといった場合であっても、総合的な判断の結果であれば「不適切事例」には該当しません。

5 ケアマネジメントサイクルの問題

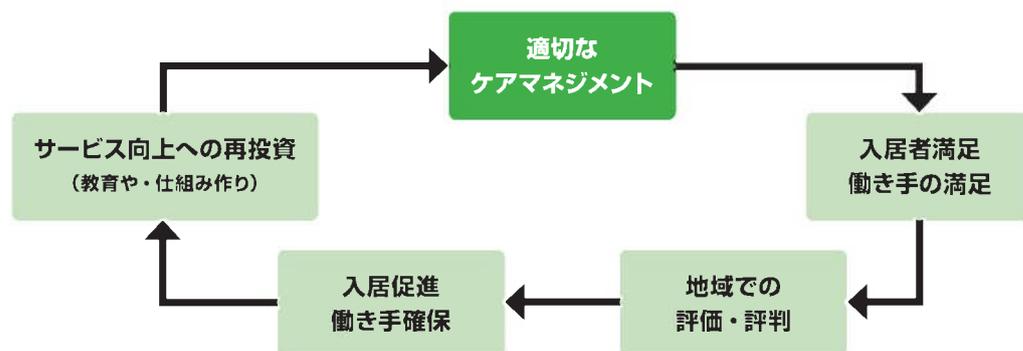
ケアプランの見直しが法定のタイミング（認定更新時や区分変更時）以外では、ほとんど行われていない

アセスメントやモニタリングのタイミング・頻度については、法定基準を満たしていることを前提に、個別の状況で判断しましょう。

単にケアプランの見直しが法定のタイミング以外で行われていないことをもって、「不適切な事例」には該当しません。

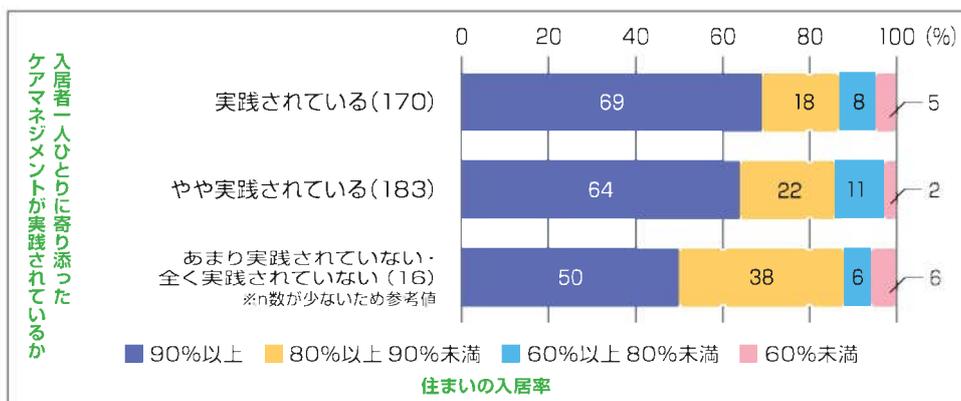
「適切なケアマネジメント」が住まい運営にもたらす効果

- 「適切なケアマネジメント」を行うことは、ケアマネジメントの基本理念や介護支援専門員の基本倫理から必須なことであると同時に、**高齢者向け住まいの運営・経営にとってもプラスの効果**をもたらします。
- 適切なケアマネジメントの結果、入居者の自立支援や希望の実現につながることは、入居者や働き手の満足につながり、地域での評価・評判を向上させることが期待されます。適切なケアマネジメントを行い、下記のような**好循環**を生み出すことが可能です。
- 住まい運営事業者としても、入居者に対して適切なケアマネジメントが行われるような環境づくりに努めましょう。



- 実際、アンケート調査結果からは、「適切なケアマネジメントを行っているかどうか」の住まい側の認識と入居率が関連していることが示唆されます。「適切なケアマネジメントが実践できている」と答える住まいほど、人材確保等の問題を抱える割合が低い傾向にあります。

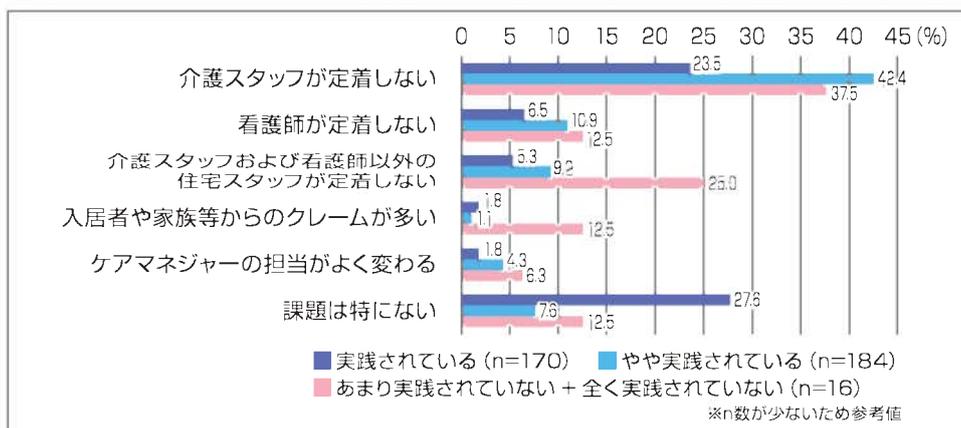
適切なケアマネジメントの実践認識 と その住まいの入居率 (住まい職員回答)



【参考】アンケート調査概要

- 2020年12月～2021年1月実施
- 郵送による質問紙調査
- サービス付き高齢者向け住宅および住宅型有料老人ホーム各 1,000件、計 2,000件
- 各調査票につき、回答者は以下
 - A：住まい職員
 - B：併設居宅のケアマネジャー
 - C：同一法人居宅(近接等)のケアマネジャー
 - D：住まい運営法人とは別法人のケアマネジャー
- 有効サンプル数
 - 調査票 A：376 件
 - 調査票 B：132 件
 - 調査票 C：88 件
 - 調査票 D：162 件

適切なケアマネジメントの実践認識 と その住まいが抱える課題 (住まい職員回答)



行政上の対応について②

【対応にあたっての留意点】

①利用者の希望する介護サービスの利用を妨げないこと

- ・介護保険サービスの内容は、住まい運営事業者・住まい運営事業者と関係のある事業者などの都合のみで設定してはいけません。
- ・介護保険サービスの提供事業者は、住まい運営事業者・住まい運営事業者と関係のある事業者など特定の事業者に限定・誘導してはいけません。
- ・ケアマネジャーや関係職種と連携し、本人の意思を尊重することに努めましょう。

②居宅介護支援事業所にも悪影響

- ・こうした不適切な対応がされた場合、住まい運営事業者だけでなく居宅介護支援事業所に対しても行政上の措置が講じられる可能性があります。 居宅介護支援事業所にも大きな悪影響を与えるということを十分認識しておきましょう。
- ・なお、居宅介護支援事業所への行政上の措置は下記の通りです。

【居宅介護支援事業所への行政上の措置】



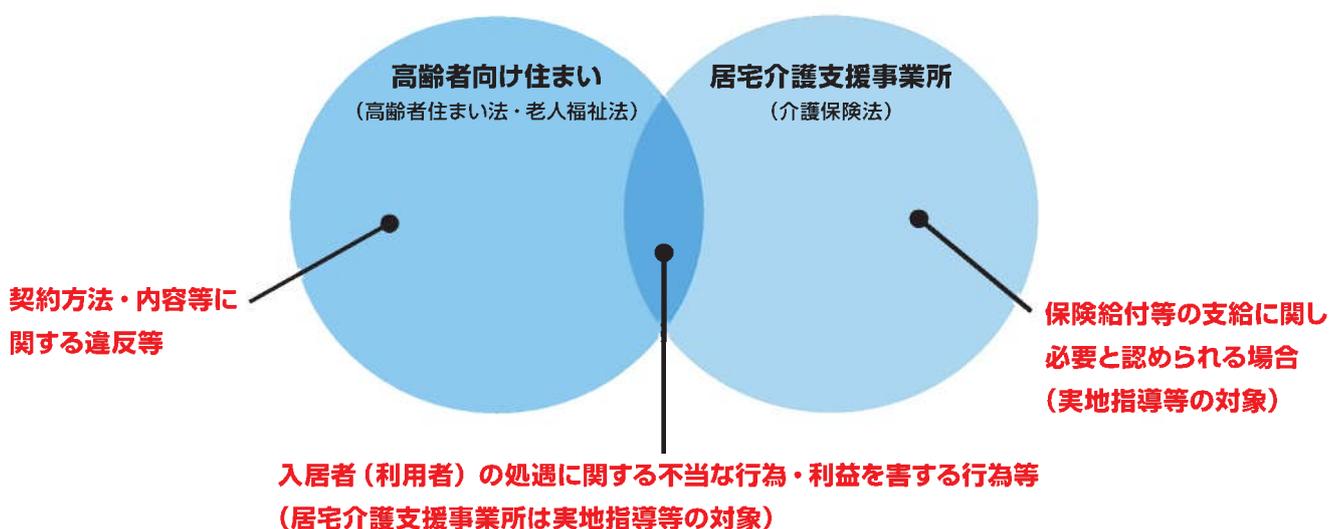
【各種措置の対象・講じられるケース】

報告徴収・立入検査：保険給付 / 介護サービス費の支給に関し必要と認められる場合

勧告・命令：運営・設備・人員配置等の基準を満たしていない場合等

指定取消等：上記勧告・命令に違反した場合、不正請求・虚偽報告を行った場合

【行政上の措置が講じられる場合・措置の対象となる行為】



参考：根拠法令

● 老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）（抄）

（届出等）

第 29 条（略）

2～12（略）

13 都道府県知事は、この法律の目的を達成するため、有料老人ホームの設置者若しくは管理者若しくは設置者から介護等の供与（将来において供与をすることを含む。）を委託された者（以下「介護等受託者」という。）に対して、その運営の状況に関する事項その他必要と認める事項の報告を求め、又は当該職員に、関係者に対して質問させ、若しくは当該有料老人ホーム若しくは当該介護等受託者の事務所若しくは事業所に立ち入り、設備、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

14（略）

15 都道府県知事は、有料老人ホームの設置者が第六項から第十一項までの規定に違反したと認めるとき、入居者の処遇に関し不当な行為をし、又はその運営に関し入居者の利益を害する行為をしたと認めるとき、その他入居者の保護のため必要があると認めるときは、当該設置者に対して、その改善に必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

16 都道府県知事は、有料老人ホームの設置者がこの法律その他老人の福祉に関する法律で政令で定めるもの若しくはこれに基づく命令又はこれらに基づく処分違反した場合であつて、入居者の保護のため特に必要があると認めるときは、当該設置者に対して、その事業の制限又は停止を命ずることができる。

17～19（略）

第 39 条 第十八条の二第一項又は第二十九条第十五項の規定による命令に違反した場合には、当該違反行為をした者は、六月以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

● 高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成 13 年法律第 26 号）（抄）

（報告、検査等）

第 24 条 都道府県知事は、この章の規定の施行に必要な限度において、登録事業者又は登録事業者から登録住宅の管理若しくは高齢者生活支援サービスの提供を委託された者（以下この項において「管理等受託者」という。）に対し、その業務に関し必要な報告を求め、又はその職員に、登録事業者若しくは管理等受託者の事務所若しくは登録住宅に立ち入り、その業務の状況若しくは帳簿、書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。

2～4（略）

（指示）

第 25 条（略）

2（略）

3 都道府県知事は、登録事業者が第十五条から第十九条までの規定に違反し、又は第二十条の国土交通省令・厚生労働省令で定める事項を遵守していないと認めるときは、当該登録事業者に対し、その是正のために必要な措置をとるべきことを指示することができる。

（登録の取消し）

第 26 条（略）

2 都道府県知事は、登録事業者が次の各号のいずれかに該当するときは、その登録事業の登録を取り消すことができる。

一 第九条第一項又は第十一条第三項の規定に違反したとき。

二 前条の規定による指示に違反したとき。

参考：根拠法令

● 高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針（平成 21 年 8 月 19 日厚生労働省・国土交通省告示第 1 号）（抄）

五 高齢者がその居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する基本的な事項

4 高齢者居宅生活支援サービスの提供

高齢者居宅生活支援サービスを提供する事業者は、高齢者居宅生活支援サービスについて、介護保険法等の関係法令を遵守するとともに、関係するガイドライン等を参考にサービスの向上に努めることが望ましい。

また、入居者が、賃貸人若しくは登録事業者が直接提供する高齢者居宅生活支援サービス又は賃貸人若しくは登録事業者が委託し若しくは提携する事業者が提供する高齢者居宅生活支援サービス以外の外部事業者が提供する高齢者居宅生活支援サービスの利用を希望した場合には、その利用を制限すべきではない。さらに、賃貸人又は登録事業者は、入居者が保健医療サービス又は福祉サービスを利用しようとする場合にあっては、賃貸人若しくは登録事業者が直接提供する保健医療サービス若しくは福祉サービス又は賃貸人若しくは登録事業者が委託し若しくは提携する事業者が提供する保健医療サービス若しくは福祉サービスに限定すべきではない。

高齢者居宅生活支援サービスの提供に当たっては、提供時間、職員の配置、職員の資格の有無等について居住者に十分に説明しておくことが望ましい。

（後略）

● 有料老人ホームの設置運営標準指導指針について【平成 14 年 7 月 18 日老発第 0718003 号・最終改正令和 3 年 4 月 1 日老発 0401 第 14 号厚生労働省老健局長通知】（抄）

8 有料老人ホーム事業の運営

(1)～(8) (略)

(9) 医療機関等との連携

イ～ニ (略)

ホ 入居者が、医療機関を自由に選択することを妨げないこと。協力医療機関及び協力歯科医療機関は、あくまでも、入居者の選択肢として設置者が提示するものであって、当該医療機関における診療に誘引するためのものではない。

ヘ 医療機関から入居者を患者として紹介する対価として金品を受領することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を受けることにより、入居者が当該医療機関において診療を受けるように誘引してはならないこと。

(10) 介護サービス事業所との関係

イ 近隣に設置されている介護サービス事業所について、入居者に情報提供すること。

ロ 入居者の介護サービスの利用にあっては、設置者及び当該設置者と関係のある事業者など特定の事業者からのサービス提供に限定又は誘導しないこと。

ハ 入居者が希望する介護サービスの利用を妨げないこと。

(11) (略)