

ヘルスケア業界ミニブック
—2040年に向けた医療介護の動向と地域連携の重要性—

2023年4月



はじめに

高齢化が進むわが国の医療・介護を巡る環境は大きな変化を見せています。新型コロナウイルスの対応も引き続き重要ではあるものの、2040年に向けて大きな人口動態の変化に直面しており、それを見据えた中長期の視座に立った対応を進めることが重要になっています。

本書を監修する(株)日本政策投資銀行及び(株)日本経済研究所は、医療・介護分野に関して、従来から各種投融資業務、コンサルティング業務に加えて、「ヘルスケア業界データブック（日本医療企画刊）」や本書（「ヘルスケア業界ミニブック」）の発刊などの情報発信に取り組んできました。

今回の「ヘルスケア業界ミニブック」では、日本の高齢者数がピークとなる一方で医療・介護の担い手が急減する2040年に向けた議論の準備として、「医療分野を中心とした地域連携」「介護に関する政策の動向」という二つのテーマを取り上げています。

第1章の「医療分野を中心とした地域連携」では、現時点での医療政策における地域連携のあるべき姿を振り返るとともに、(株)日本政策投資銀行及び(株)日本経済研究所によるヒアリングをベースとした地域連携を促進するための必要な要素とアクションプランの調査結果を提示しました。続く第2章の「介護に関する政策の動向」では、1章の地域連携の要点も意識しながら、介護の政策の全体像を振り返るとともに、今後の介護事業計画や報酬改定の方向性について論じました。

本書が、医療・介護関連産業に従事される皆様の業務やご議論をされる際の一助となれば幸いです。また、今後も皆様のご意見を頂戴しながら内容の改善・充実を図っていきたいと思います故、有益なご示唆を賜りますことを心よりお願い申し上げます。

(株)日本政策投資銀行・(株)日本経済研究所

ヘルスケア業界ミニブック

— 2040年に向けた医療介護の動向と地域連携の重要性 —

<目次>

1	医療分野を中心とした地域連携について	1
(1)	2040年の「全世代型社会保障の構築」に向けて望ましい連携の在り方と課題	1
(2)	国の制度における連携の位置づけ	16
(3)	連携の具体的手法	28
(4)	これからの地域連携にむけて	47
2	介護に関する政策の動向	49
(1)	日本の社会保障制度と介護に関する政策	49
(2)	介護保険制度	54
(3)	制度改正と介護報酬の改定	62
(4)	2040年への備え（地域共生社会という概念の登場）	69
(5)	次期介護保険制度改正の方向性	77
(6)	次期介護事業計画と介護報酬改定	97

1 医療分野を中心とした地域連携について

(1) 2040年の「全世代型社会保障の構築」に向けて望ましい連携の在り方と課題

日本の医療制度は諸外国と比較しても充実しており、受診機関を自由に選べるフリーアクセス、医療の質、皆保険制度に基づく国民の医療費負担方法など、制度設計当初において、国民一人ひとりの生活に有益なあり方を保ってきた。しかしながら時代の変化とともに、少子高齢化、働き手世代の減少、人口の一極集中、国民の疾患・疾病の構造の変化や社会保障費の急増等にもない、限られた医療資源を、いかに地域特性に併せて効率的に活用できるように変えていくかが、大きな焦点となっている。

社会構造の変化に伴い同じ状況に直面する介護分野や、保健医療に関わる全ての関係者とそれを共有するために掲げられたものが「地域包括ケアシステム」という理念であり、この理念のもと、近年、医療分野は「地域」、「医療以外も踏まえた連携」をキーワードに、地域における医療・介護をはじめとする関係者の連携を基調の1つとして、当面の諸制度・諸計画が策定・推進されている。

本章では、医療機関を中心とした地域連携について、今後望ましい連携の在り方について示し、それに向けた課題やアクションプランを明確化しまとめるとともに、参考として現在、施策の中で地域連携がどのように位置づけられているかを踏まえ、連携手法や連携状況を整理する。

ア 「ポスト 2025年の医療・介護提供体制の姿（素案）」に見る地域連携

厚生労働省は、2022年12月16日に医療介護総合確保促進会議を開催し、「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿（素案）」を公表した。これは、2040年にかけて高齢者人口がピークを迎える中、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方で生産年齢人口の急減に直面する、という局面で実現が期待される医療・介護提供体制の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者・国民の目線で描いたものである。

■ ポスト 2025年の医療・介護提供体制の姿の3つの柱

ポスト 2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者・国民の目線から見て、安心感が確保されるものでなければならぬとしている。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">① 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること② 地域に健康・医療・介護等に関して気軽に相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること③ 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けることができること |
|--|

(7) 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること

(基本的な考え方の要素)

- ・ 住み慣れた地域で、入院医療で「治す」ことに特化した機能のみならず、在宅医療や外来医療を含め「治し、支える」医療と、個別ニーズに寄り添った多様な介護サービスなどの支援が受けられる。また、サービス支援機関が役割分担し、かつ有機的に連携して、ニーズに応じて柔軟に提供される形がわかりやすくなり、「治し、支える」医療と個別ニーズに寄り添った介護の理念の下に地域包括ケアシステムが構築されていることが、住民に見えていることが重要である。
- ・ 入院医療は、2025年に向けて、4つの医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢

性期) ごとに推計した病床の必要量を含む地域医療構想と、医療機能の分化・連携の取組が進められている。また、外来医療は、大病院への外来患者の集中を緩和する取組が進められている。加えて、在宅医療を含め、日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行うかかりつけ医機能が発揮される制度整備がすすめられる。こうした体制構築のみならず、限りある医療資源が連携し最適化され、これが住民に分かりやすく共有されることで、患者もこれに応じて適切に医療にかかることができる。その観点から地域医療構想をアップデートし、さらに医療機能の分化・連携を進める必要がある。

- ・要介護認定率が上昇し、介護給付費が急増する 85 歳以上人口は、2035 年頃まで増加する。従来の施設と在宅という体系論ではなく、改めて各種サービス機能が発揮できる制度の在り方が求められる。また、介護保険の給付対象となる介護サービスだけでなく、地域に住民主導等の様々な社会資源があり、ケアマネジャー等が主体となって調整を行い、医療・介護サービス等が包括的に提供されることが重要である。「支える側」と「支えられる側」ではなく、住民が共に支え合う地域づくりが期待される。
- ・医療・介護を担う人材が、専門職としての知識や技能の基盤の上に、連携しながら、生き生きと働くことが重要である。生産年齢人口が急減する中で、サービスの質を確保しつつ、テクノロジーも活用し、従事者の負担が軽減された医療・介護現場の実現が重要である。医師の働き方改革とともに、各職種が高い専門性を十分に発揮できる勤務環境の整備や、医療従事者がチームとして医療現場を支える仕組みが必要である。

(イ) 地域に健康・医療・介護等に関して気軽に相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること

(基本的な考え方の要素)

- ・日常的な医療の提供や健康管理に関する相談機能を担う身近な医療機関や、その連携が明らかになることが重要である。自らこうした医療機関を選択することで、国民は、「治し、支える」医療や介護を提供してくれる地域包括ケアシステムへの起点を持つ。こうした機能を担う医療機関は、日常的な医療の他、必要に応じて、地域の介護サービスや社会資源につないだり、専門的な医療機関等へ紹介し、患者を継続的に総合的に支える役割、退院した患者を地域で継続的に支援する機能なども担う。
- ・ケアマネジメントは地域包括ケアシステムの中で重要な役割を担うが、適切に機能を発揮できるよう、手法の普及・定着、ケアプラン情報や L I F E (科学的介護情報システム) 情報など介護情報の体系化、データベース化等による質向上、かかりつけ医機能を担う医療機関との連携を目指す必要がある。また、人材の確保の観点からも、ケアマネジャーの待遇改善、ICT 等を活用した業務効率化など、働く環境の改善が必要である。
- ・さらに大きな視点に立てば、医療・介護の提供体制だけでは、日常生活に近い環境で暮らし続けることの実現はできない。複合的な問題をしっかり受け止める相談の場が確保され、地域社会と繋がりながら医療・介護のみならず必要な支援が受けられる体制整備が重要である。

(ウ) 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けることができること

(基本的な考え方の要素)

- ・自分の健康・医療・介護情報を電子的に一元管理でき、マイナンバーカード1枚で受診でき、個人が同意した上で、情報を医療機関・薬局・介護事業者や保険者、民

間事業者も含めた多様な主体が共有することで、より適切なサービスを受けることができる。今後の医療DX基盤である、オンライン資格確認等システムは今後ネットワークを発展的に拡充し、レセプトや特定健診、予防接種、電子処方箋、自治体検診、電子カルテ等の医療（介護を含む）全般にわたる情報共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」を構築していく。

- また、健康・医療・介護情報は、医療機関・薬局等での確認に加え、一定のルールの下で、民間のPHR（パーソナル・ヘルス・レコード）事業者もAPI（アプリケーション・プログラミング・インターフェース）連携により活用可能になる。多様な主体が、情報を本人の同意の下に適切に活用し、予防推進と、良質な医療やケアにつなげるために必要な情報の標準化や情報基盤の構築を進める必要がある。

出典：厚生労働省「第18回医療介護総合確保促進会議」「資料3 ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿（素案）」（2022年12月16日）

イ 医療・福祉サービス改革プラン（2040年を展望した社会保障のあり方）

2040年を展望すると、高齢者の人口の伸びは落ち着き、現役世代（担い手）が急減し、「総就業者数の増加」とともに、「より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現」することが必要となってくる。「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」によるとりまとめにおいて、4つの改革を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図ること（医療・福祉サービス改革プラン）が宣言された。この、医療・福祉サービス改革プランでは、「ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革」、「タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進」、「組織マネジメント改革」「経営の大規模化・協働化」を4本柱としている。

「ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革」は、2040年に向けたロボット・AI等の研究開発、実用化や、データヘルス改革推進本部の取組を進める他、がんゲノム医療・AI利活用の推進、PHRの推進、医療・介護現場の情報連携促進、データベースの効果的な利活用の推進、オンライン服薬指導などを進める。また、特に介護分野で、業務仕分け、元気高齢者の活躍、ロボット・センサー・ICTの活用、介護業界のイメージ改善を行うパイロット事業を2020年度より全国に展開していくとされた。

「タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進」は、チーム医療を促進するための人材育成、介護助手等としてシニア層の活用などを行う。

「組織マネジメント改革」は、医療機関における労働時間短縮、福祉分野の生産性向上ガイドラインの作成・普及・改善、現場の効率化に向けた工夫を促す報酬制度への見直し、文書量削減に向けた取組を行う。

「経営の大規模化・協働化」は、医療法人の経営統合等に向けたインセンティブの付与をする、合併の好事例を示すなどの他、「小規模法人のネットワーク化による協働推進事業」による法人間連携の推進を図ることが示されている。

■医療・福祉サービス改革プラン

● 以下4つの改革を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図る

→2040年時点において、医療・福祉分野の単位時間サービス提供量（※）について**5%（医師については7%）以上の改善を目指す**

※（各分野の）サービス提供量÷従事者の総労働時間で算出される指標（テクノロジーの活用や業務の適切な分担により、医療・福祉の現場全体に必要なサービスがより効率的に提供されると改善）

<p>I</p> <p>ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 2040年に向けたロボット・AI等の研究開発、実用化（未来イノベーションWGの提言を踏まえ、経済産業省、文部科学省等と連携し推進） ◆ データヘルス改革（事業の着実な実施と改革の更なる推進） ◆ 介護分野で①業務仕分け、②元気高齢者の活躍、③ロボット・センサー・ICTの活用、④介護業界のイメージ改善を行うパイロット事業を実施（2020年度から全国に普及・展開） ◆ オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実（薬機法改正により2020年9月から、一定のルールに基づき、オンライン服薬指導を導入、指針の定期的な見直し） <p>等</p>	<p>III</p> <p>組織マネジメント改革</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 意識改革、業務効率化等による医療機関における労働時間短縮・福祉分野の生産性向上ガイドラインの作成・普及・改善（優良事例の全国展開） ◆ 現場の効率化に向けた工夫を促す報酬制度への見直し（実績評価の拡充など）（次期報酬改定に向けて検討） ◆ 文書量削減に向けた取組（2020年代初頭までに介護の文書量半減）、報酬改定対応コストの削減（次期報酬改定に向けて検討） <p>等</p>
<p>II</p> <p>タスクシフティング、シニア人材の活用推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ チーム医療を促進するための人材育成（2023年度までに外科等の領域で活躍する特定行為研修を修了した看護師を1万人育成） ◆ 介護助手等としてシニア層を活かす方策（2021年度までに入門的研修を通じて介護施設等とマッチングした者の数を2018年度から15%増加） <p>等</p>	<p>IV</p> <p>経営の大規模化・協働化</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療法人・社会福祉法人それぞれの合併等の好事例の普及（2020年度に、収集・分析した好事例を全国に展開） ◆ 医療法人の経営統合等に向けたインセンティブの付与（2019年度に優遇融資制度を創設、2020年度から実施） ◆ 社会福祉連携推進法人制度の創設、合併や事業譲渡等に係るガイドラインの策定 <p>等</p>

出典：厚生労働省「2040年を展望した社会保障・働き方改革について」

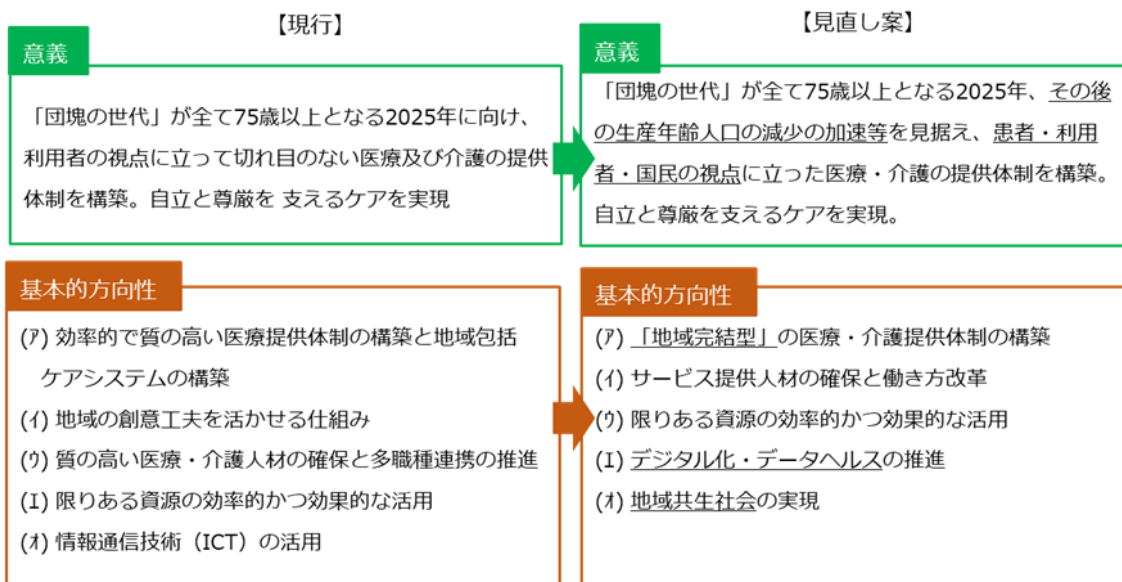
ウ 次期医療計画・介護計画の見直しの方向性（総合確保方針の改定案より）

地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療介護総合確保推進法が2014年に成立した。同法第3条第1項の規定に基づき、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（以下、総合確保方針）」が策定された。（※総合確保方針の詳細については後述する。）

総合確保方針は、次期の医療計画、介護計画の見直しの方向性の基礎となるものであり、2024年度の第8次医療計画と、第9期介護保険事業（支援）計画の同時改定を前に、見直しが行われる。

方向性として、まず、全国で見れば65歳以上人口は2040年を超えるまで増加が続く一方で、都道府県や2次医療圏単位で見れば、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれる。入院・外来・在宅それぞれの医療需要も、ピークを迎える見込みの年が地域ごとに異なり、生産年齢人口が減少する中で、急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越える地域もある。人口構成の変化や医療及び介護需要の動向は地域ごとに異なるため、地域の実情に応じた医療及び介護提供体制の確保を図っていくことが重要である。また、求められる患者・利用者の医療・介護ニーズも変化している。高齢単身世帯が増えるとともに、慢性疾患や複数の疾患を抱える患者、医療・介護の複合ニーズを有する患者・利用者が増加しており、医療・介護の連携の必要性が高まっている。

こうした実情を踏まえ、見直し案では、生産年齢人口の減少加速等を見据え、「患者・利用者・国民の視点」に立った医療・介護の提供体制を行っていくことが示された。「地域完結型」の医療と介護の提供体制を構築し、デジタル化やデータヘルス化によって医療と介護の連携を強化し、地域の包括的な支援体制の構築、「地域共生社会」の実現をめざすものである。



出典：厚生労働省「第19回医療介護総合確保促進会議」「資料1 総合確保方針の見直しについて（案）」を基に作成。（2023年2月16日）

エ 今後求められる連携の在り方

ア～ウで述べた諸計画及び方向性の内容をまとめると、以下のとおりに整理することができ、地域連携のあるべき姿が見えてくる。キーワードとして、「地域完結型」「医療・介護の連携」「情報基盤」「ICT」「データ」などが共通で示されており、地域ごとの目標やそれに向かうための職種の垣根を越えたコミュニケーション、これを含めた業務の効率化や効果的な遂行のためにもICTやデータ、情報基盤が必要であることが、異なる計画や方針であっても繰り返し述べられていることがわかる。よって、地域連携に必要な要素を抽出すれば、以下のように整理できる。

■地域連携のあるべき姿と、地域連携に必要な2つの要素

「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿(素案)」における3つの柱

- 1 医療・介護を提供する主体の連携、必要なときに治し支える医療、個別ニーズに添った柔軟かつ多様な介護
- 2 地域に健康・医療・介護等に関して気軽に相談できる専門職やその連携の確保
- 3 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤の整備

これらの実現のため、各地域の優先課題の設定と対策につき地域の関係者で議論していく必要

「医療・福祉サービス改革プラン」における4つの柱

- 1 ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革
- 2 タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進
- 3 組織マネジメント改革
- 4 経営の大規模化・協働化

「総合確保方針の見直しについて(案)」における5つの基本的方向性

- 1 地域完結型の医療・介護提供体制の構築
- 2 サービス提供人材の確保と働き方改革
- 3 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
- 4 デジタル化・データヘルスの推進
- 5 地域共生社会の実現

地域の関係者が
同じ目標を共有し、
コミュニケーションを
図る場を継続発展する
仕掛けが必要

ICTやデータの利活用による業務の深化・発展が必要

前頁のとおり、地域連携に必要な要素としては、「地域の関係者が同じ目標を共有し、コミュニケーションを図る場を継続発展する仕掛け」「ICTやデータの利活用による業務の深化・発展」が抽出された。この2つの要素と、医療機関の経営に大きな影響を与える診療報酬改定（2022年度）の方向性も、下記のとおり一致している。民間の医療機関がこれらを要素に取り組み前提として、経営上のメリットがあることは非常に重要であるが、これを診療報酬上も一定程度後押ししていると見ることができる。

■必要な要素と関連する診療報酬改定の対応

必要な要素に応じた診療報酬改定(2022年度)の方向性(主なもの)

地域の関係者が
同じ目標を共有し、
コミュニケーションを
図る場を継続発展する
仕掛けが必要

●入退院支援加算の見直し

✓ 質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算1の施設基準において、転院又は退院体制等に係る連携機関の数を20以上から25以上に変更する等、要件を見直し

●在支診及び在支病による地域連携等の推進

✓ 機能強化型の在支診及び在支病について、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい旨を明記

●外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価

✓ 通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来在宅共同指導料を新設

ICTやデータの利活用による業務の深化・発展が必要

●診療録管理体制加算の見直し

✓ 適切な診療記録の管理を推進する観点から要件を見直し

●オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価(電子的保健医療情報活用加算)

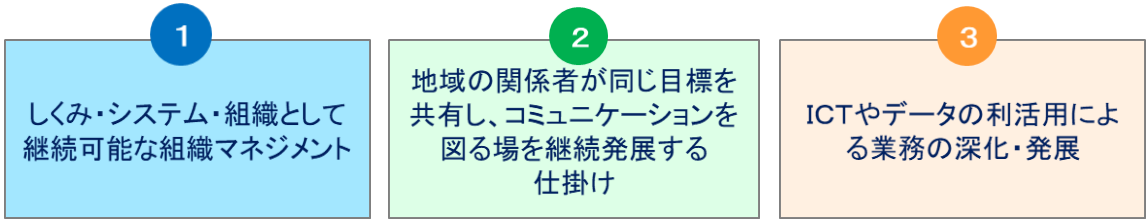
✓ オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価を新設

●外来等におけるデータ提出の評価(外来データ提出加算等)

✓ 生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設

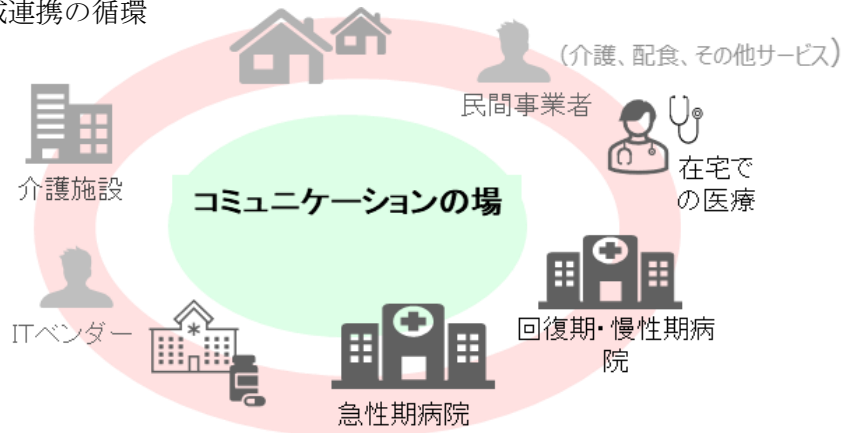
また、(株)日本政策投資銀行と(株)日本経済研究所が、2022年11月～2023年1月にかけて、地域の医療・介護連携に関して先進的な取組を行っている複数の民間病院を対象にヒアリングを行ったところ、前頁の2つの要素に加え、これらの獲得や円滑な進行には、当然ながら組織として地域連携に継続的に取り組むことのできる体制が整っていることが重要であることがわかった。すなわち、地域連携に必要な要素は次の3つと言える。

必要な要素のまとめ

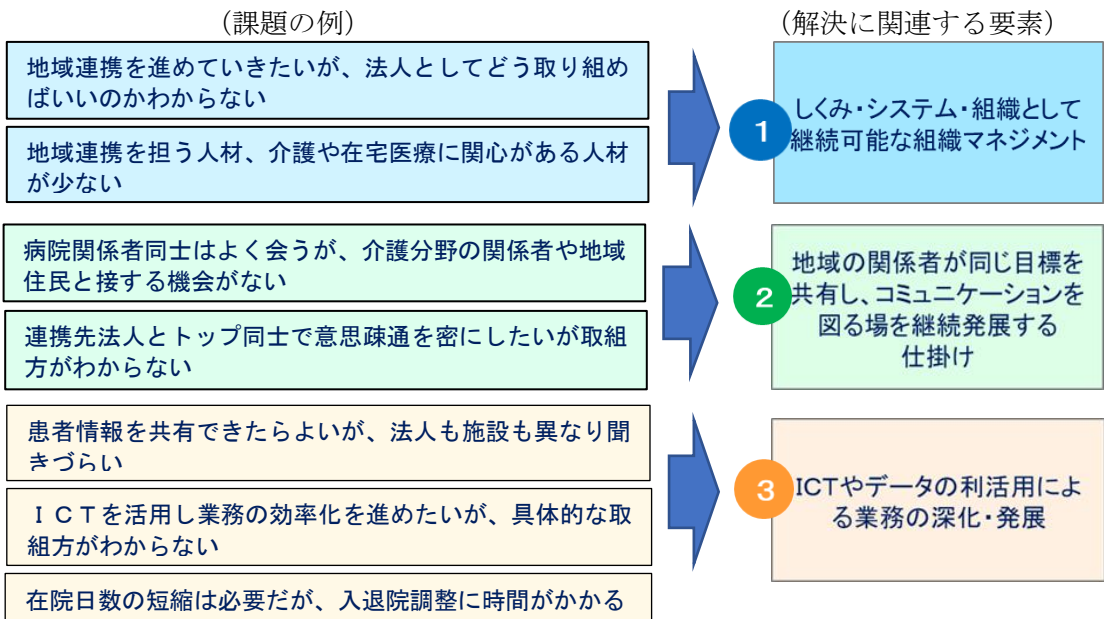


同時に、ヒアリング対象病院では、理想的な地域連携と好循環のイメージ自体は以前から理解しつつも、現場では以下のような現実とのギャップ（課題）があったが、これらのギャップを、上記1～3の要素の視点を取り入れて克服してきたことも確認できた。

■理想的な地域連携の循環



■現場の医療機関等で感じてきたギャップ（課題）の例と、その解決に関連する要素



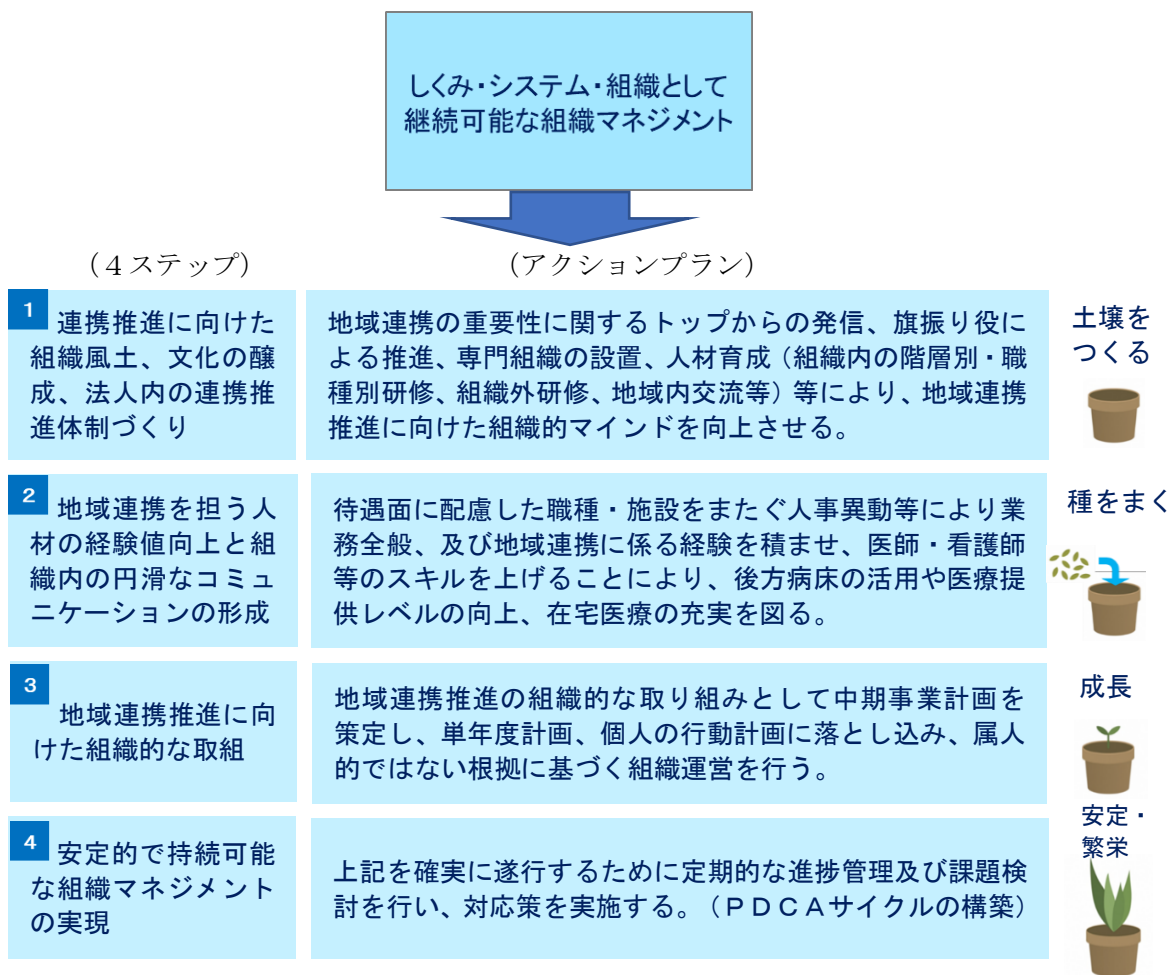
オ 要素1「しくみ・システム・組織として持続可能な組織マネジメント」のアクションプランと参考事例

本項以降では、前頁の地域連携に必要な要素1～3について、ヒアリング調査から明らかになった好事例などを基に、要素の獲得に必要な項目・段階やアクションに分解し、アクションプランを明らかにするとともに、参考となる好事例を示す。

まず、必要な要素1の「しくみ・システム・組織として持続可能な組織マネジメント」については、下記の4つの段階と、それぞれの段階で行うアクションに整理できる。

これらの4段階は、植物の育成に例えるなら、「土壌の育成」、「種まき」、「成長」、「安定的・継続的繁栄」のように、前段階の取組が後段に生きていき、最終的に持続可能で非属人的な安定的組織マネジメントに繋がるものである。

■達成への4ステップとアクションプラン



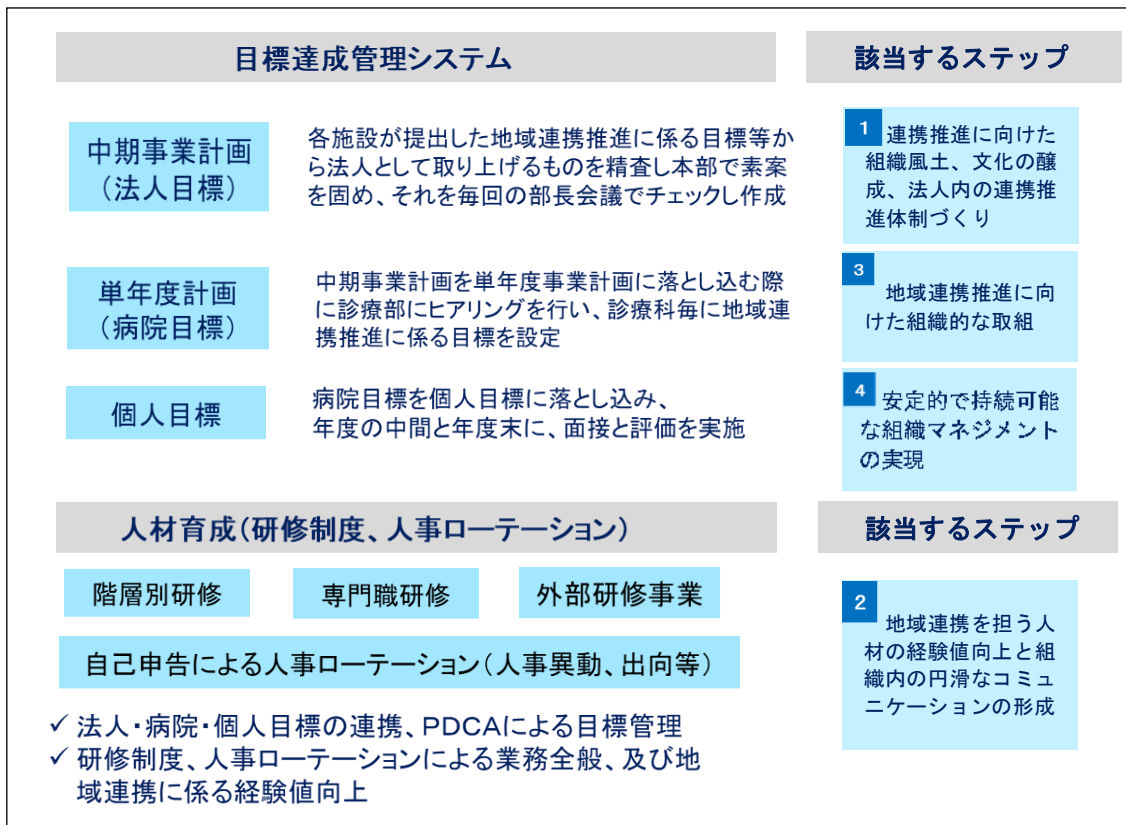
持続可能な組織マネジメントが確立されている病院の中で行われている取組において、普遍的で、参考にしやすいと思われる事例としては、次のような内容が考えられる。

ある医療法人では、法人グループで中期事業目標をたて、それを各病院（施設）で単年度計画に落とし込み、地域連携にかかる事業目標をそれぞれ年度ごとにたてていた。また研修や人事ローテーションを充実させ、地域連携の経験値を向上させていた。

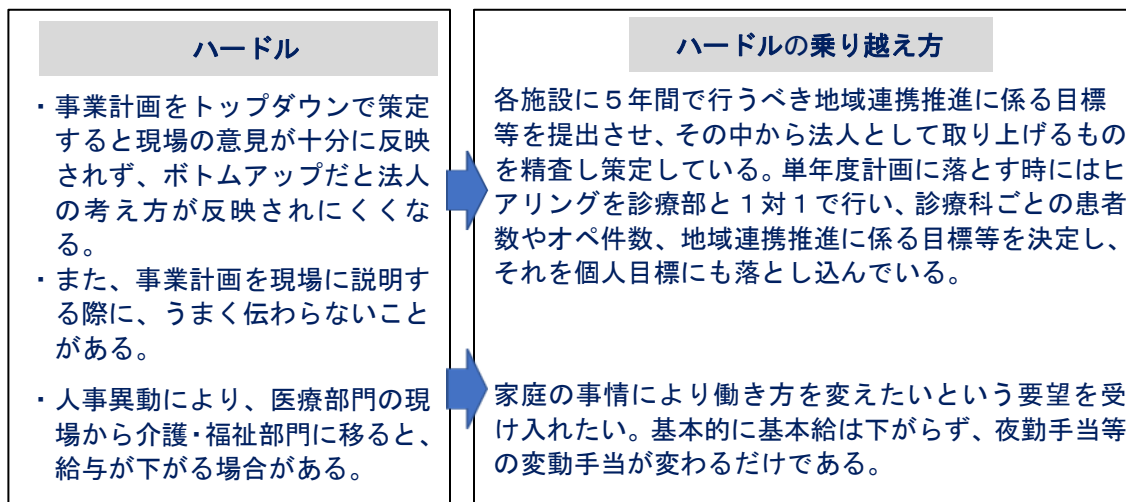
さらに、それを個人の目標に落とし込み、年度の節目で評価を実施していた。

こうしたシステムティックなPDCA体制を確立するまでには当然ハードルや課題があり、「トップダウンでは現場の意見が反映されにくい」「人事異動により給与が下がることへの不満」などのハードルがあるものの、査定やヒアリング、基本給を部門によって変えないなどの対応でこれをクリアすることで、安定的な組織マネジメントにつなげることができる。

■ある医療法人の事例（システムティックな目標管理と人材育成）
（実施内容）



■上記実施の際に想定されるハードルと乗り越え方の例



カ 要素2「地域の関係者が同じ目標を共有し、コミュニケーションを図る場の継続発展の仕掛け」のアクションプランと参考事例

必要な要素2の「地域の関係者が同じ目標を共有し、コミュニケーションを図る場の継続発展の仕掛け」については、患者の入院前から退院後までをとりまく様々な関係者とのコミュニケーションの場を設定し、関係を築くとともに、地域の課題を関係者と同じ目線で見て、解決していくことが重要である。下記のように、患者を中心とした関係者の輪が徐々に拡大し、将来的には地域全体の最適化を見据えて関係者が同じ方向で課題解決していく状態が望ましい。

■達成への4ステップとアクションプラン

地域の関係者が同じ目標を共有し、コミュニケーションを図る場を継続発展する仕掛け



(4ステップ)

(アクションプラン)

<p>1 ネットワークと信頼関係の構築</p>	<p>事業者とコミュニケーションを図る場の設置や参加を通じて信頼関係を築く。特に重要な連携先とは高い頻度で協議できる場を設置する。</p>
<p>2 地域連携業務の効率化</p>	<p>データによる営業を軸に様々な営業手法を導入するとともに、アンケート調査等を行い、地域連携業務に対する地域、参加者の意見や要望を把握・分析し、改善を図る。</p>
<p>3 医療と介護の情報共有</p>	<p>病院と、かかりつけ医、介護施設等と医療・介護等情報の共有・標準化を推進する。</p>
<p>4 まちづくりや地域づくりの観点も含めた地域課題の共有</p>	<p>地域住民とコミュニケーションを図る場の設置や参加を通じて信頼関係を築く。</p>
<p>さらなる発展には・・・</p>	
<p>地域目線による推進体制の構築</p>	<p>地域全体の最適化を見据え、課題や目標の共有と推進のため、効果的な進捗管理に向けて取り組む。</p>



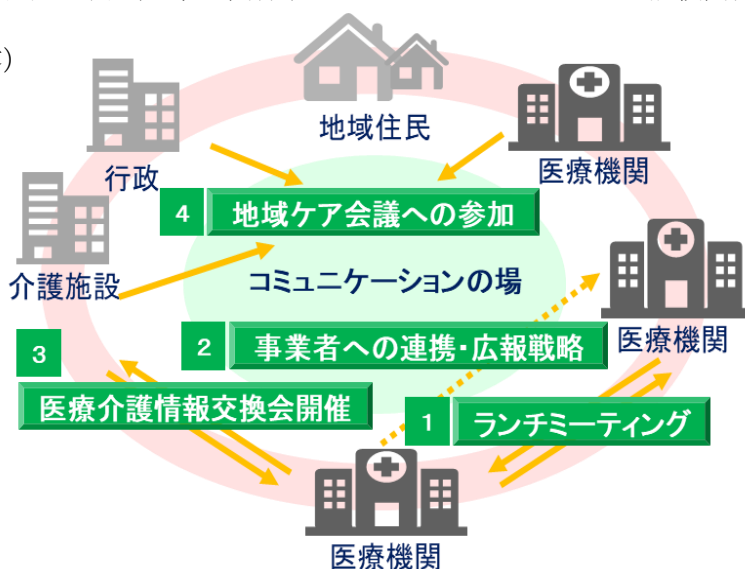
地域連携において、コミュニケーションの場をうまく活用している病院の事例から、他の地域にも参考になると思われる内容は、以下のとおりである。

ある事例では、2病院のトップである理事長・院長がランチミーティングを行い、頻繁に情報交換を行っていた。また、営業方法や広報誌や講演会、情報交換会などの対外的活動により、様々な関係者との関係構築を行っていた。また、積極的に地域ケア会議に参加し、住民目線での地域を捉える意識を高めていた。

地域関係者をつながりを持ち、コミュニケーションをする場を継続的に持つことには、信頼関係の築き方や、連携のしかた、連携内容がわからないといったハードルがありがちであるが、このように自ら外に発信する、場を形成する、またすでに存在し、地域の関係者が集まりそうであることが予想される会議には出席するなど、積極的な姿勢を持つことで、信頼や地域における存在感を得ていることが明らかとなった。

■ある医療法人の例（地域の関係者とのコミュニケーションと信頼関係構築）

（内容）

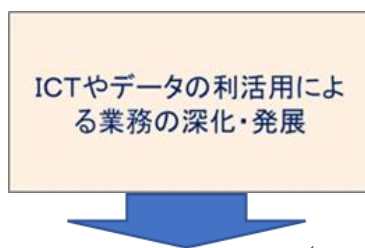


該当するステップ	ハードル	ハードルの乗り越え方
1 ネットワークと信頼関係の構築	・信頼関係をより高めるための効果的な取組方がわからない。	・特に重要な連携先の理事長・院長同士が高い頻度でランチミーティングを行い、決定を行っている。
2 地域連携業務の効率化	・効率化地域連携業務の実現に向けた進め方がわからない。	・データによる営業、顧客管理システム（営業ツール）の導入、広報誌の発行、医師向け講演会の開催と結果分析等を組み合わせた活動を行っている。
3 医療と介護の情報共有	・提供可能な医療・介護の内容や範囲がわからず、多職種間の連携ができていない。	・医療介護情報交換会に院長、施設長のほか、現場のスタッフ等も参加し、情報交換等を行っている。
4 まちづくりや地域づくりの観点も含めた地域課題の共有	・地域住民との意思疎通を密にすることが難しく、地域課題の解決に取り組めていない。	・地域ケア会議に参加し、住民目線で取り組んでいる。

キ 要素3「ICTやデータの利活用による業務の深化・発展」のアクションプランと参考事例

必要な要素3の「ICTやデータの利活用による業務の深化・発展」については、まず必要な情報が何であり、どこまで地域で共有されているかを整理した上で、ベンダー企業と協業等しながら開発体制を強化していくことが重要である。そして、その上で地域関係者の中でデータを共有していく3つの段階をふまえ、地域全体の保健・医療・介護サービス向上を目指していくことが望ましい。

■達成への3ステップとアクションプラン



(3ステップ)

(アクションプラン)

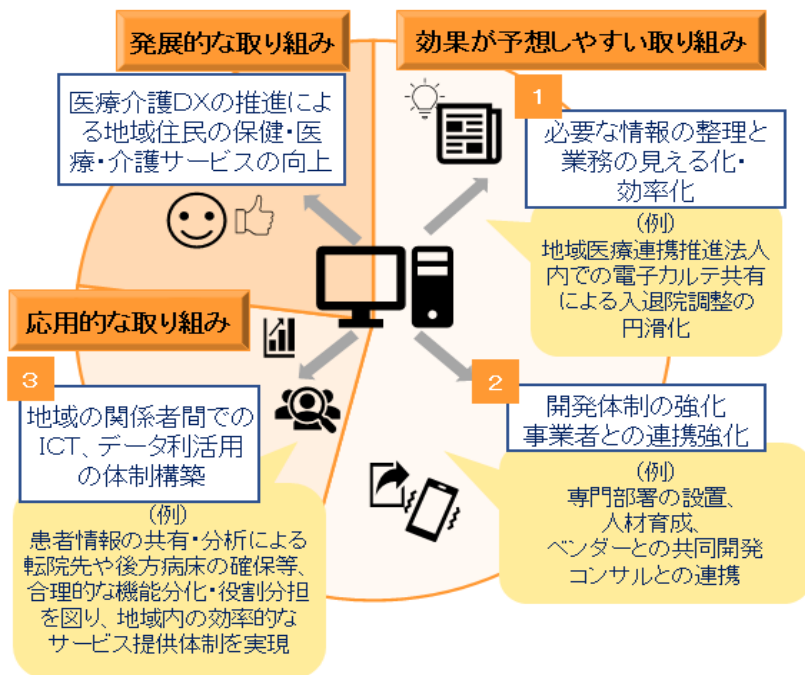
1 地域連携に必要な情報の整理、連携推進業務の見える化・効率化	地域連携に必要な情報の整理と、地域における情報共有の状況把握を行う。また、地域の関係者と服薬や検査情報等の患者情報の共有による業務の見える化・効率化に取り組む。
2 開発体制の強化、事業者との連携強化	業務の見える化・効率化を促進するため、専門部署の設置、人材育成、ベンダーとの共同開発やコンサルとの連携等、開発体制及びICT事業者との連携強化を図る。
3 地域の関係者間でのICT、データ利活用の体制構築	地域の関係者間での情報連携により、安心して患者を送ることができる転院先や後方病床を確保する等、関係者との合理的な機能分化や役割分担を図り、地域内の効率的なサービス提供体制の構築に取り組む。
今後のさらなる取り組みとして・・・	
医療介護DXの推進による地域住民の保健・医療・介護サービスの向上	連携システムに参加する効果について地域の関係者間で認識を高め、政策動向にも留意しつつ、医療介護DXに向けた基盤整備により、地域全体で住民の保健・医療・介護サービスの向上を図る。

ICTやデータを利活用して業務の深化や発展につなげている病院の中から他組織にも参考になる事例としては、以下があげられる。

ある病院では、地域医療連携推進法人内で電子カルテを共有することにより、患者の情報を他法人とも効率的・効果的に共有でき、入退院等の調整がスムーズにできるようになった。また、ICTにかかる専門部署や人材の育成を行っている病院や、ベンダー等との共同開発を行っている病院もある。さらに、地域全体に視野を広げ、より綿密な連携と理解が必要となる点で応用的な取組になるのが、地域の関係者間でのデータICT、データの利活用である。

こうした取組が進んでいくと、将来的に、地域全体の保健・医療・福祉サービスの向上が図られていくことになる。

■ある医療法人の例（ICTやデータの利活用で業務の深化や発展につなげている例）



該当するステップ	ハードル	ハードルの乗り越え方
1 地域連携に必要な情報の整理、連携推進業務の見える化・効率化	<ul style="list-style-type: none"> ・在院日数の短縮化に取り組んでいるが、入退院調整に時間がかかる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・複数の医療機関の電子カルテ情報を共有することにより、事前に入退院患者の情報を把握できるようになり、入退院調整業務が効率化した。
2 開発体制の強化 事業者との連携強化	<ul style="list-style-type: none"> ・ICTを活用して業務を効率化したいが、法人としての体制づくりや具体的な取り組み方がわからない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・情報共有の状況把握と地域連携に必要な情報を整理し、専門部署の設置やベンダーとの共同開発等、開発体制及びICT事業者との連携を強化する。
3 地域の関係者間でのICT、データ利活用の体制構築	<ul style="list-style-type: none"> ・転院先や後方病床を確保したいが、どのように取り組んでいけばいいかわからない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の転帰データ等の患者情報をもとに、関係者との合理的な機能分化や役割分担を図り、地域内の効率的なサービス提供体制の構築を実現している。

ク 地域連携にかかるチェックリスト

これらの地域連携にかかる3要素、またそれを達成するためのアクションプラン、達成状況などを整理し、効率的に進捗・達成できるよう、以下のようなチェックリストを活用することも考えられる。

地域連携に必要な要素達成に向けたチェックリスト

細目	アクションプラン	達成状況 (○/△/×)	達成への優先順位 達成までの期間等
要素1：持続可能な組織マネジメント			
連携推進に向けた組織風土、文化の醸成、法人内の連携推進体制づくり	<ul style="list-style-type: none"> 地域連携の重要性に関するトップからの発信、旗振り役による推進、専門組織の設置、人材育成（階層別・職種別研修、組織外研修、地域内交流等）等による地域連携推進に向けた組織的マインドの向上 		
地域連携を担う人材の経験値向上 組織内の円滑なコミュニケーションの形成	<ul style="list-style-type: none"> 待遇に配慮した職種・施設をまたぐ人事異動等による業務全般、及び地域連携に係る医師・看護師等の経験値、スキルの向上を通じた後方病床の活用、医療提供レベルの向上、在宅医療の充実等 		
地域連携推進に向けた組織的な取り組み	<ul style="list-style-type: none"> 組織的な取り組みとしての中期事業計画の策定 中期事業計画の単年度計画、個人の行動計画への落とし込み 		
安定的で持続可能な組織マネジメントの実現	<ul style="list-style-type: none"> 定期的な進捗管理及び課題検討、対応策の実施（P D C Aサイクルの構築） 		
要素2：コミュニケーションを図る場の継続発展			
ネットワークと信頼関係の構築	<ul style="list-style-type: none"> 事業者とコミュニケーションを図る場の設置や参加による信頼関係の構築 重要な連携先と高頻度で協議できる場の設置 		
地域連携業務の効率化	<ul style="list-style-type: none"> データによる営業等、様々な営業手法の導入 アンケート調査等による地域連携業務に対する地域、参加者の意見・要望の把握・分析、及び改善 		
医療と介護の情報共有	<ul style="list-style-type: none"> 病院、かかりつけ医、介護施設等による医療・介護等情報の共有・標準化の推進 		
まちづくりや地域づくりの観点も含めた地域課題の共有	<ul style="list-style-type: none"> 地域住民とのコミュニケーションを図る場の設置や参加による信頼関係の構築 		
要素3：ICTやデータの利活用			
地域連携に必要な情報の整理、業務の見える化・効率化	<ul style="list-style-type: none"> 必要な情報の整理と地域における情報共有状況の把握 患者情報の共有等による業務の見える化・効率化 		
開発体制の強化、事業者との連携強化	<ul style="list-style-type: none"> 専門部署の設置、人材育成 開発体制及び事業者との連携強化（共同開発、コンサルとの連携等） 		
地域の関係者間でのICT、データ利活用の体制構築	<ul style="list-style-type: none"> 情報連携による転院先や後方病床の確保等、合理的な機能分化や役割分担を通じた地域内の効率的なサービス提供体制の構築 		

(2) 国の制度における連携の位置づけ

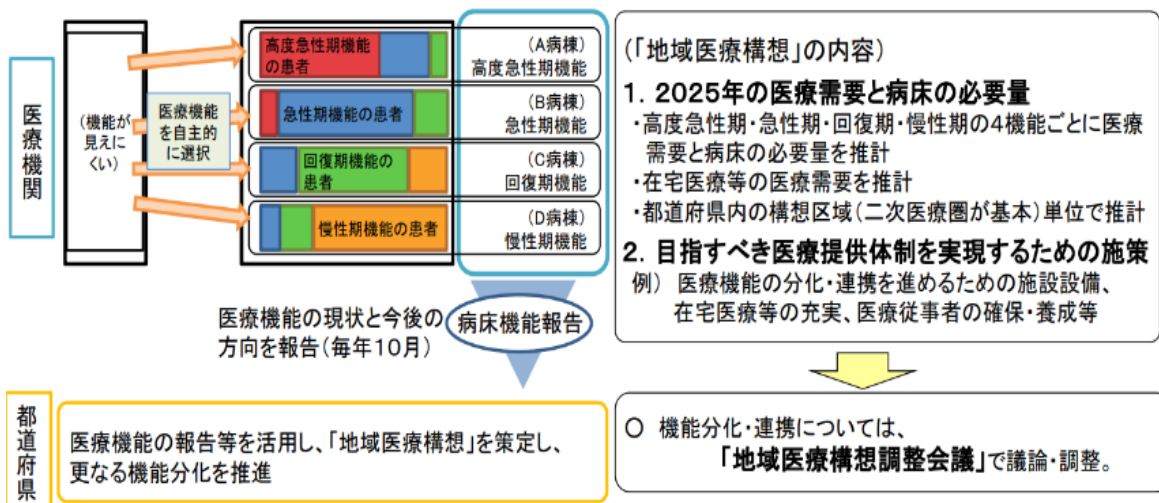
地域連携の重要性を、国はどういった流れで政策の中に位置づけてきたのであろうか。本項では、政策の大きな流れを把握し、今後の政策の方向性を踏まえた上で地域連携を進めていくためにも、前項の「ポスト 2025 年の医療・介護提供体制の姿（素案）」、「医療・福祉サービス改革プラン」や総合確保方針の改定案に関連する制度や背景として、留意すべき政策等を整理する。

ア 地域医療構想

国は、今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要があるとして、「地域医療構想」を 2014 年成立の「医療介護総合確保推進法」で制度化した。

これは、各地域における 2025 年の医療需要と病床の必要量について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計して「地域医療構想」として策定し、その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「病床機能報告」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施するものである。

■ 地域医療構想の内容



出典：厚生労働省「地域医療構想の基本的な進め方について」

■地域医療構想の推進ステップ

STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「**地域医療構想調整会議**」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

STEP2「地域医療介護総合確保基金」により支援

都道府県は、「**地域医療介護総合確保基金**」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- ・病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

将来の方向性を踏まえた、機能分化・連携が進まない場合は、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、**医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。**

【医療法に定められている都道府県の権限】

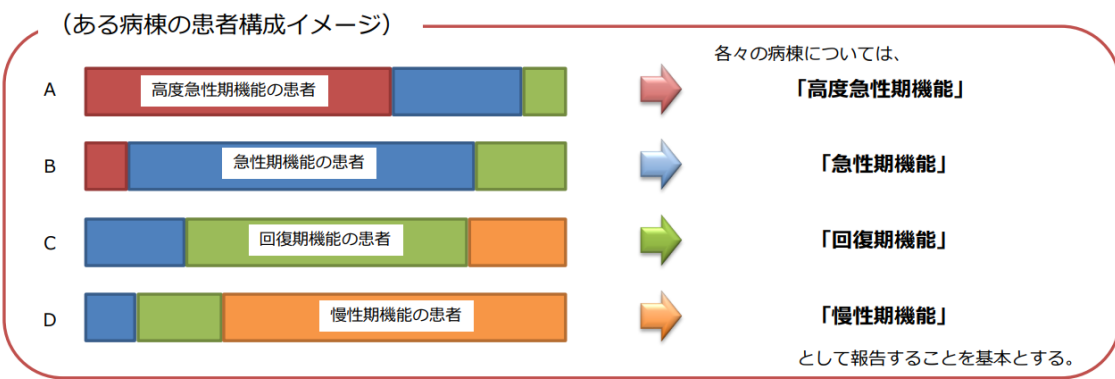
- ① **地域で既に過剰**になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の命令**(公的医療機関等)及び**要請・勧告**(民間医療機関)
- ② 協議が調わない等の場合に、地域で**不足している医療機能を担うよう指示**(公的医療機関等)及び**要請・勧告**(民間医療機関)
- ③ 病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与
- ④ 稼働していない病床の削減を命令(公的医療機関等)及び**要請・勧告**(民間医療機関)

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。
 ※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

出典：厚生労働省「地域医療構想の基本的な進め方について」

■病床機能報告する医療機能の考え方

病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告することとされているが、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、下図のように当該病棟でいずれかの機能のうち最も多くの割合の患者を報告することを基本とする。



出典：厚生労働省「地域医療構想」参考資料 医療提供体制について」

■2021年病床機能報告における病床数

	報告医療機関数	2021年の病床機能ごとの病床数									
		高度急性期		急性期		回復期		慢性期		合計	
全医療機関	12,484	155,243	(13%)	549,279	(45%)	192,956	(16%)	312,079	(26%)	1,209,557	
病院	公立病院	856	37,655	(20%)	116,739	(62%)	23,394	(12%)	11,995	(6%)	189,783
	公的病院等	815	103,845	(34%)	156,224	(51%)	22,856	(7%)	22,170	(7%)	305,095
	その他の民間病院等	5,348	13,596	(2%)	234,613	(36%)	135,266	(21%)	267,130	(41%)	650,605
	小計	7,019	155,096	(14%)	507,576	(44%)	181,516	(16%)	301,295	(26%)	1,145,483
有床診療所	5,465	147	(0%)	41,703	(65%)	11,440	(18%)	10,784	(17%)	64,074	

出典：2021年度病床機能報告

※公立病院：新公立病院改革プラン策定対象となる開設者（都道府県、市町村、地方独立行政法人）が設置する病院

公的病院等：公的医療機関等2025プラン策定対象となる開設者

（独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康安全機構、独立行政法人地域医療機能推進機構、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、社会福祉法人北海道社会事業協会、厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会及び国民健康保険組合）が設置する病院、または特定機能病院、地域医療支援病院

その他の民間病院等：上記以外の病院

※医療機関の開設者がいずれに分類されるかは、病床機能報告における各医療機関からの報告に基づいている

※小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある

■2025年の病床機能ごとの予定病床数（2021年度病床機能報告による報告）

	報告医療機関数	2025年の病床機能ごとの予定病床数									
		高度急性期		急性期		回復期		慢性期		合計	
全医療機関	12,484	159,689	(13%)	536,174	(45%)	205,593	(17%)	299,296	(25%)	1,200,752	
病院	公立病院	856	39,884	(21%)	111,641	(59%)	25,565	(14%)	11,303	(6%)	188,393
	公的病院等	815	105,474	(35%)	153,330	(50%)	24,560	(8%)	21,870	(7%)	305,234
	その他の民間病院等	5,348	14,132	(2%)	230,314	(36%)	143,887	(22%)	255,910	(40%)	644,243
	小計	7,019	159,490	(14%)	495,285	(44%)	194,012	(17%)	289,083	(25%)	1,137,870
有床診療所	5,465	199	(0%)	40,889	(65%)	11,581	(18%)	10,213	(16%)	62,882	

出典：2021年度病床機能報告

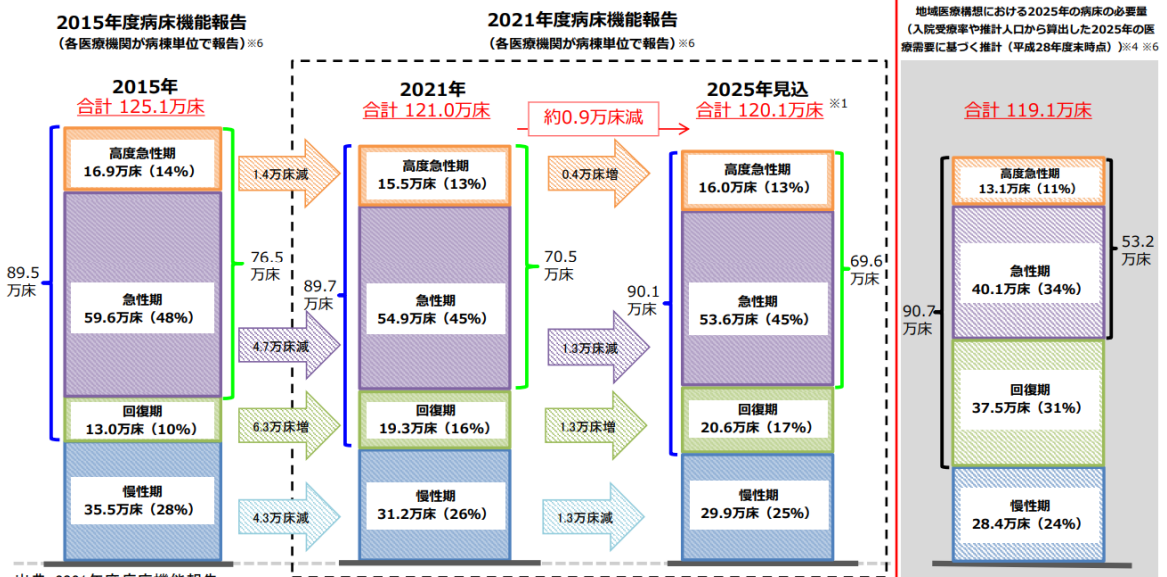
※公立病院、公的病院、民間病院の分けは上記図「2021年病床機能報告における病床数」と同様

※医療機関の開設者の分類、及び小数点以下の取り扱いについても「2021年病床機能報告における病床数」と同様

※2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

出典：厚生労働省「2021年度病床機能報告」

■地域医療構想における2025年の病床の必要量との比較



出典: 2021年度病床機能報告

- ※1: 2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
 - ※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538 (95.4%)、2021年度病床機能報告: 12,484/12,891 (96.8%)
 - ※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
 - ※4: 2013年度のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計
 - ※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 19,645床(参考2020年度病床機能報告: 18,482床)
*救命救急入院科1~4、特定集中治療室管理科1~4、ハイケアユニット管理科1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数
 - ※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要
- 出典: 厚生労働省「地域医療構想」 「参考資料 医療提供体制について」を基に作成。

地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定し、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計し、医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者延べ数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計する。これまで、2017、2018年度の2年間を各都道府県における集中的な検討期間とし、公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化するよう医療機能を見直すとともに、達成するための再編統合の議論を各都道府県で進めてきた。

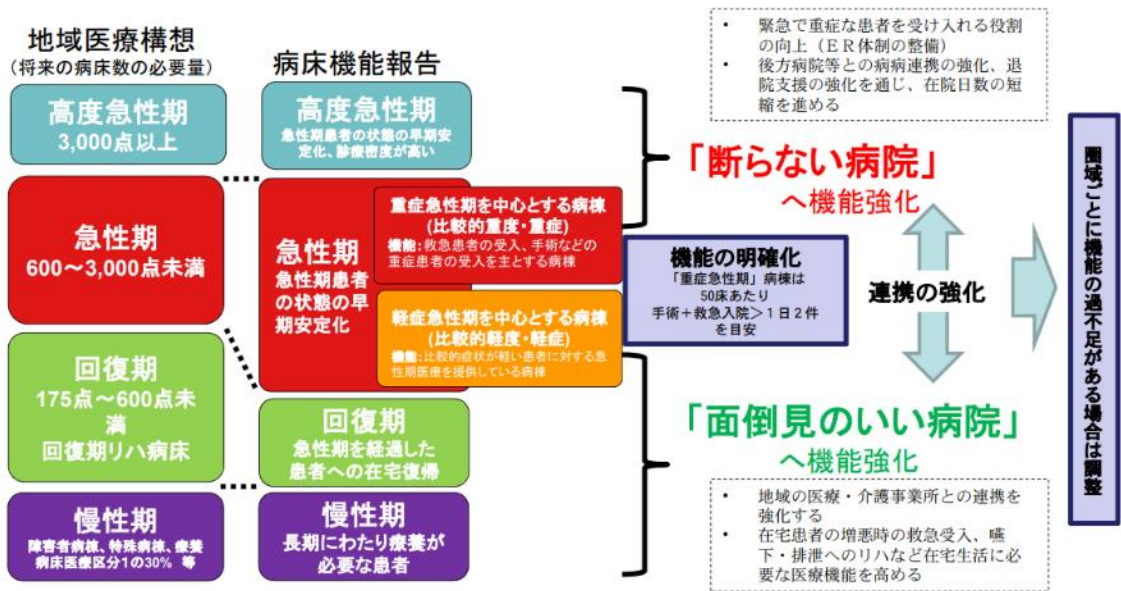
なお、公立・公的医療機関等でなければ担えない機能は、以下が挙げられた。

- (ア) 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
- (イ) 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
- (ウ) 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
- (エ) 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
- (オ) 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

上記を円滑に進めるため、国は、2018年度中に、将来の病床必要量を超える場合の、新たな医療機関開設の許可申請にかかる医療法の改正(知事権限の追加)、地域医療構想アドバイザー設置など地域医療構想調整会議の活性化のための方策にかかる通知、地域の実情に応じた定量的基準導入にかかる通知を相次いで発令した。

地域の実情に応じた定量的基準の好事例の一つとしては、「奈良方式」があげられる。奈良県は、病床機能報告に加え、独自に急性期を重症と軽症に区分する目安を示して報告を求め、施策の対象となる医療機能を明確化した。重症な救急や高度医療を担う「断らない病院」と、地域包括ケアを支える「面倒見のいい病院」へ機能分化し、両者の連携と機能の強化を推進している。

■地域の実情に応じた定量的基準の好事例「奈良方式」



出典：厚生労働省「地域医療構想の実現に向けた取組について」
「地域医療構想の推進について」

また、「経済財政運営と改革の基本方針 2019」では、地域医療構想の実現に向け、「公立・公的医療機関等の診療実績データの分析を行い、具体的対応方針内容が民間医療機関では担えない機能に重点化」することや、民間医療機関についても、2025年の地域医療構想の実現に沿う対応方針の策定が求められた。

地域医療構想の推進に伴い、2007年から「経営の効率化」、「再編・ネットワーク化」及び「経営形態の見直し」を3つの視点として実施されていた「公立病院改革ガイドライン」は、「新公立病院改革ガイドライン」として「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」と上記3点を内容とした「新公立病院改革プラン」を実行することとなった。

2020年1月17日付の医政局長通知「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」(医政発0117第4号)では、「再検証対象医療機関」の抽出と、病床数や病床機能の再編を都道府県知事に求めた。各公立・公的医療機関等について領域ごとに、「診療実績が特に少ない(診療実績が無い場合も含む。）」、「構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している(診療実績が無い場合も含む。）」に該当するかという観点から、厚生労働省が判定、選別した医療機関について、再検証を都道府県に求めるものである。

なお、再検証の内容は、医療需要の変化等の医療機関を取り巻く環境を踏まえた、2025年に向けた自医療機関の役割、領域ごとの医療機能の方向性（他の医療機関との機能統合や連携、機能縮小、機能廃止等）や、これらを踏まえた機能別の病床数の変動についてであり、すでに地域医療構想会議で合意済であっても、再検討を求めるという徹底した内容であった。

2021年及び2022年の「経済財政運営と改革の基本方針」においては、「効率的な医療提供体制の構築や一人当たり医療費の地域差半減に向けて、地域医療構想のPDCAサイクルの強化や医療費適正化計画の在り方の見直しを行う」（具体的には関係行政機関への資料・データ提供等の協力要請）ことや、「機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進める」ための「地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等」に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進することが明らかにされた。

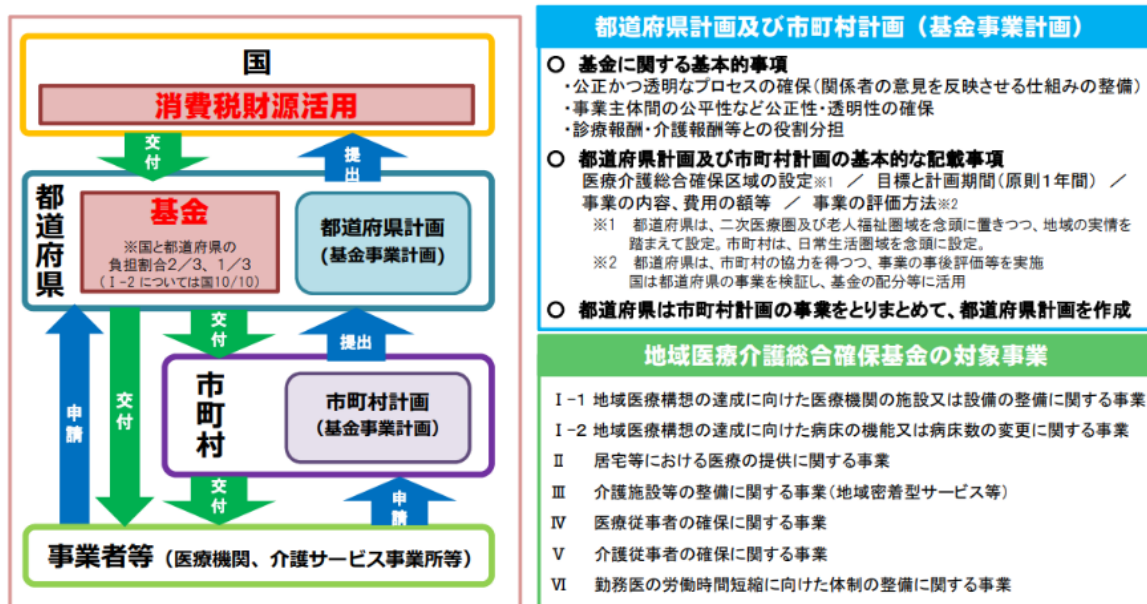
※なお、地域医療連携推進法人については後述する。

イ 地域医療構想の実現に向けた医療機関の再編等にかかる財政的支援

(ア) 地域医療介護総合確保基金

2014年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置しており、各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施している。なお、2022年度予算額は、公費分1,853億円（うち医療分1,029億円、介護分824億円）であった。

■ 地域医療介護総合確保基金の概要



出典：厚生労働省「地域医療介護総合確保基金の概要」

(イ) 病床機能再編支援事業

地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の意見を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等に取り組む際の財政支援を実施する。（なお、2020年度に予算事業として措置された本事業の法改正が行われ、新たに地域医療介護総合確保基金の中に位置付け、

引き続き事業が実施されている。) 当該事業の活用は、都道府県等を通じて更新制及び決定が行われる。多くの都道府県では、例年、当該事業の活用意向調査を実施し、希望する医療機関から提出された事業計画書等必要書類を審議等している。

■病床機能再編支援事業の概要

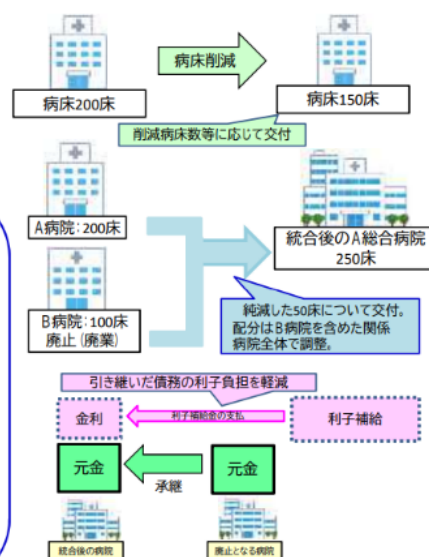
「病床削減」に伴う財政支援

病床を削減した病院等（統合により廃止する場合も含む）に対し、削減病床1床あたり、病床稼働率に応じた額を交付
 ※病床削減後の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における稼働病床数の合計の90%以下となること
 ※許可病床から休床等を除いた稼働している病床の10%以上を削減する場合に対象

「病院統合」に伴う財政支援

【統合支援】 統合（廃止病院あり）を伴う病床削減を行う場合のコストに充当するため、関係病院全体で廃止病床1床あたり、病床稼働率に応じた額を関係病院全体へ交付（配分は関係病院で調整）
 ※重点支援区域のプロジェクトについては一層手厚く支援
 ※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象

【利子補給】 統合（廃止病院あり）を伴う病床削減を行う場合において、廃止される病院の残債を統合後に残る病院に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後病院へ交付
 ※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象
 ※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限る。



出典：厚生労働省医政局地域医療計画課 「新たな病床機能の再編支援について」（2020年10月9日）

(ウ) 重点支援区域支援事業

都道府県は、当該区域の地域医療構想調整会議で申請を行う旨の合意を得た上で「重点支援区域」申請を行い、これを受け厚生労働省が複数回選定する。ただし、重点支援区域の申請や選定自体が医療機能再編等の方向性を決めるものではなく、選定された後も医療機能再編等の結論について、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要である。

a 支援の内容

- 重点支援区域に対しては、国による技術的支援、財政的支援が行われる。
- ・技術的支援…地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析、関係者との意見調整の場の開催 等
 - ・財政的支援…地域医療介護総合確保基金の優先配分、病床機能の再編支援を一層手厚く実施

b 優先して選定する事例

以下の事例を有する区域については、医療機能再編等を進める上で論点が多岐に渡ると想定されるため、優先して「重点支援区域」に選定する。(再検証対象医療機関が含まれる医療機能再編事例かどうかは優先順位に影響しない。)

- ・複数設置主体による医療機能再編等を検討する事例
- ・できる限り多数の病床数を削減する統廃合を検討する事例
- ・異なる大学病院等から医師派遣を受けている医療機関の機能再編等を検討する事例
- ・人口規模や関係者の多さ等から、より困難が予想される事例

c 選定地域

- 1 回目（2020 年 1 月 31 日）に選定した重点支援区域
- ・宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
 - ・滋賀県（湖北区域）
 - ・山口県（柳井区域、萩区域）
- 2 回目（2020 年 8 月 25 日）に選定した重点支援区域
- ・北海道（南空知区域、南檜山区域）
 - ・新潟県（県央区域）
 - ・兵庫県（阪神区域）
 - ・岡山県（県南東部区域）
 - ・佐賀県（中部区域）
 - ・熊本県（天草区域）
- 3 回目（2021 年 1 月 22 日）に選定した重点支援区域
- ・山形県（置賜区域）
 - ・岐阜県（東濃区域）
- 4 回目（2021 年 12 月 3 日）に選定した重点支援区域
- ・新潟県（上越構想区域、佐渡構想区域）
 - ・広島県（尾三構想区域）
- 5 回目（2022 年 4 月 27 日）に選定した重点支援区域
- ・山口県（下関構想区域）

(エ) その他の支援

2021 年 1 月より、厚生労働省では、自治体や医療機関を対象とした「医療機能の分化・連携に関する情報提供窓口」を設置している。医療機能再編等の在り方を検討する際には、経営形態や地域の医療ニーズに適した病床規模等、論点が多岐にわたることから、こうした検討を行う上で必要になる可能性のある、過去事例や統計データ、法令上の規制等の情報を入手するための照会窓口として設置するものである。

a 支援の内容

- 自治体、地域医療構想アドバイザー、医療機関関係者に下記の情報の提供する。
- ・医療機能再編等の進め方に関する情報
過去事例等を参考に、再編等を進める際の手順や会議体の活用方法、留意が必要な法令・通知等を情報提供する。
 - ・公開されている医療統計等に関する情報
地域の医療資源の現状等を把握する上で利用できる医療統計や、医療需要等を推計する各種ツール等を情報提供する。
 - ・経営形態に関する情報
地方独立行政法人制度や指定管理者制度等、経営形態の変更を検討する際に留意が必要な制度等を情報提供する。

b 方法

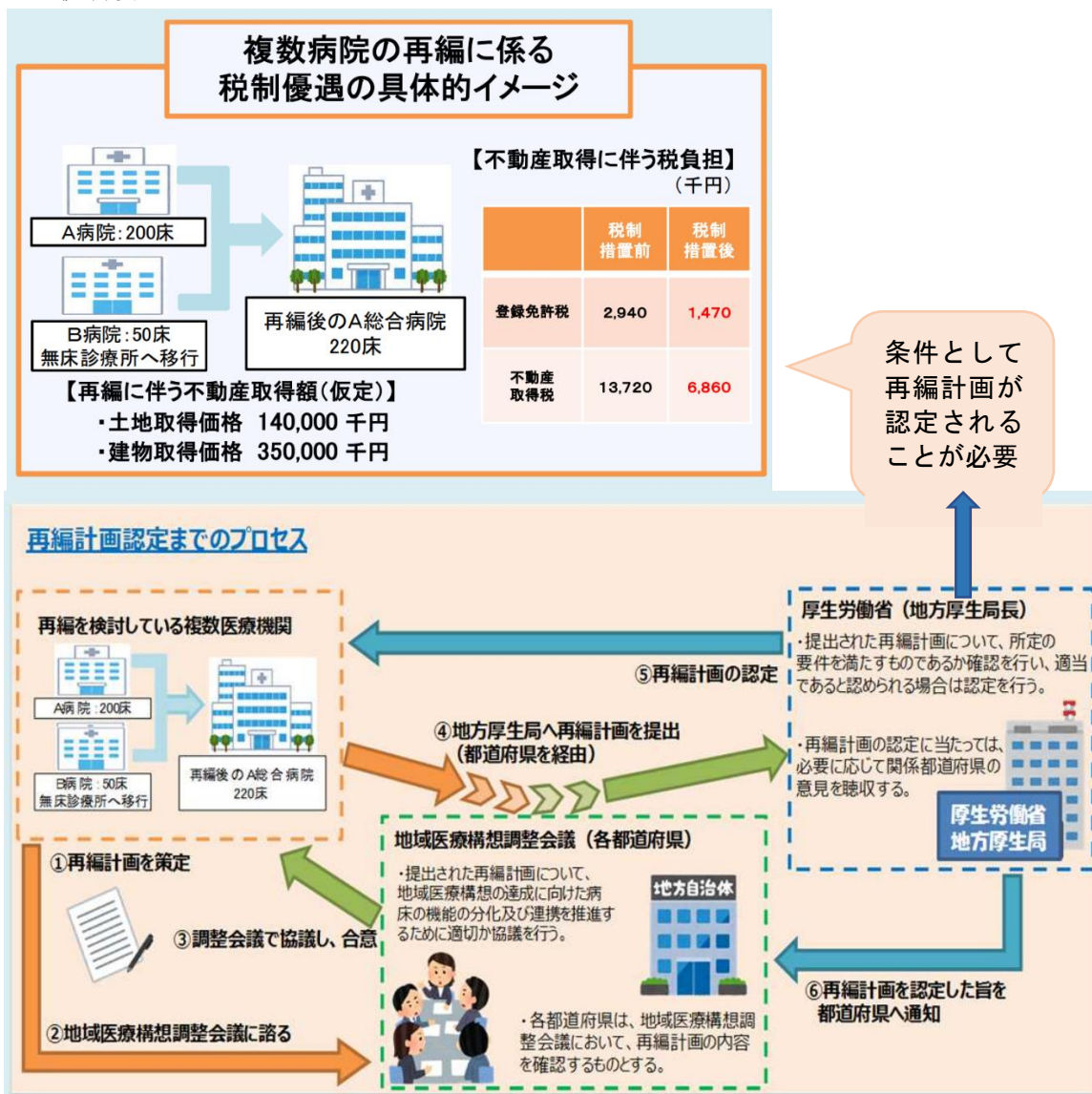
2021 年 1 月より、メールで 24 時間照会を受け付けている。

金融・税制優遇についても制度メニューがある。

まず、地域医療構想の実現のため、民間病院等が地域医療構想調整会議において合意された具体的対応方針に基づき病床の再編等を行った場合（病床の再編等のために取得または建設、改修のための工事をした病院用等の建物と附属設備（既存建物を廃止して新たに建設する場合・病床の機能区分の増加を伴う改修の場合）に取得する建物等について、特別償却（取得価格の8%）ができる。

また、地方厚生局長が認定した再編計画（地域医療構想調整会議における協議に基づくものであることが条件）に基づき、医療機関の開設者が再編のために取得した資産（土地・建物）については、登録免許税、不動産取得税の税率を軽減する優遇措置もある。

■税制優遇のイメージ



出典：第93回社会保障審議会（医療部会）「資料3-3 地域医療構想の推進について」（2022年11月28日）を基に作成。

ウ 地域医療構想における今後の議論等

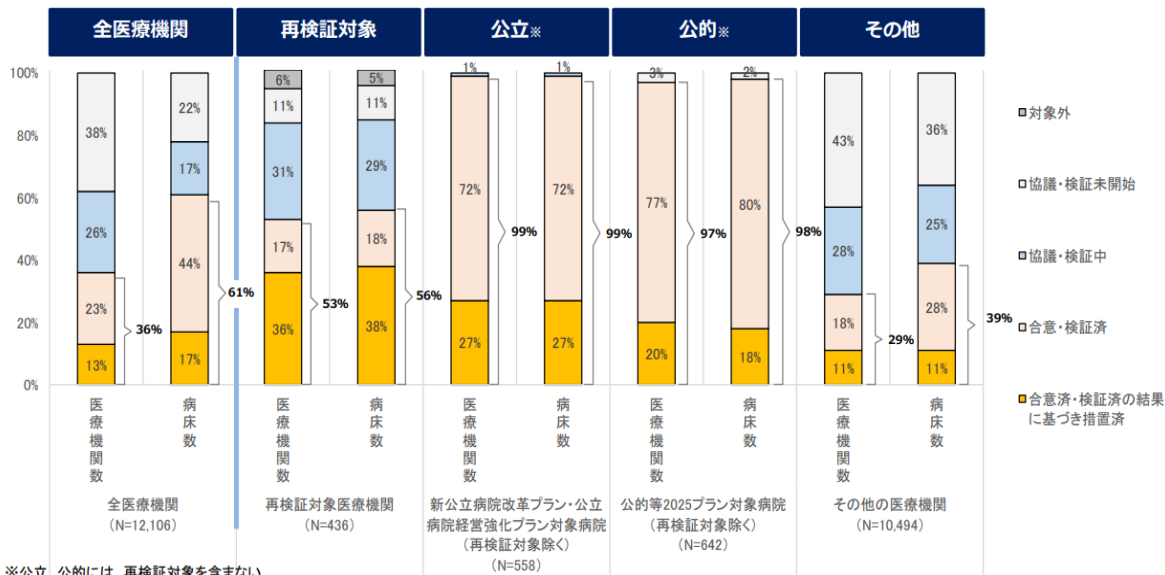
2022年3月発出の医政局長通知「地域医療構想の進め方について」（医政発0324第6号）では、各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が2023年度までかけて進められる際には、各地域の地域医療構想会議の場等で記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行い、それと併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行っていくとされている。

また、検討状況については、定期的に公表を行うとしている。2022年度は2022年9月末時点、及び2023年3月末時点の対応方針（「合意・検証済」、「協議・検証中」、「協議・検証未開始」）の状況を厚生労働省が把握し、各都道府県は厚生労働省への報告内容を基にホームページ等で公表するとした。

上記に基づき、2022年9月時点での公立、公的、民間医療機関における、「各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しの状況」、「地域医療構想調整会議の開催状況、データ利活用を含めた議論の状況、議論の公表状況」及び「構想区域における医療提供体制、再編にかかる検討状況」等について、厚生労働省が調査を行った。結果をみると、全ての医療機関の対応方針の措置済を含む「合意済」・「検証済」の割合は医療機関単位で36%、病床単位で61%となっている。また、再検証対象医療機関の対応方針の措置済を含む「検証済」は医療機関単位で53%、病床単位で56%、再検証対象医療機関を除く新公立病院改革プラン・公立病院経営強化プラン対象病院の対応方針の措置済を含む「合意済」は医療機関単位で99%、病床単位で99%となっている。民間等のその他の医療機関の対応方針の措置済を含む「合意済」の割合は医療機関単位で29%、病床単位で39%となっている。

■ 地域医療構想調整会議における対応方針の検討状況（2022年9月時点）

医療機関の区分別にみた対応方針の協議状況



※再検証対象医療機関の「対象外」には既に病床を有さなくなった医療機関も含まれるため一律に全医療機関の合計に計上していない。

※医政局地域医療計画課調べ（一部精査中）

出典：第10回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ

「資料1 地域医療構想について」（2022年12月14日）

■地域医療構想調整会議の開催状況（2022年度9月時点 開催延べ数／全構想区域）

（参考）地域医療構想調整会議の開催実績のまとめ

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度 9月末時点	令和4年度 (見込み)
開催延べ数	1,067回	1,327回	1,035回	652回	656回	305回	928回
構想区域当たりの平均	3.1回	3.9回	3.0回	1.9回	1.9回	0.9回	2.8回

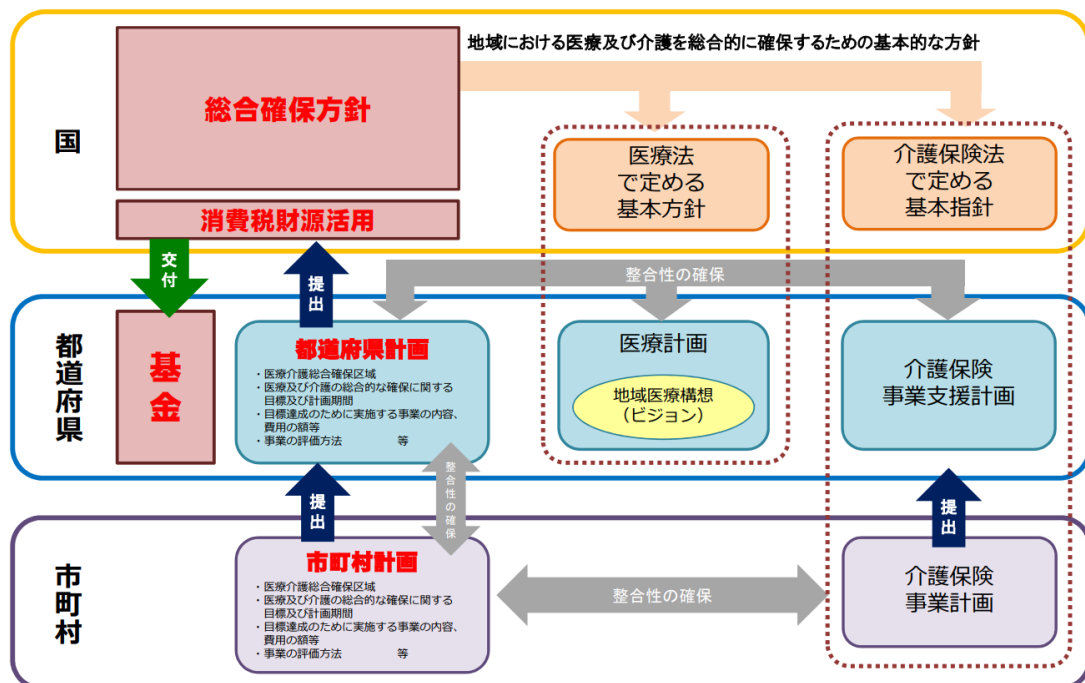
医政局地域医療計画課調べ（一部精査中）

出典：第10回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ
「資料1 地域医療構想について」（2022年12月14日）

エ 総合確保方針改定における連携の重要性の示唆

総合確保方針は、地域における医療及び介護の総合的な確保の意義及び基本的な方向を定め、医療計画と介護保険事業計画のいわば上位に位置する概念である。両計画の基本となるべき事項、都道府県計画及び市町村計画の作成やこれらの整合性の確保、都道府県計画、医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画の整合性の確保や、医療介護総合確保法第6条の基金（以下単に「基金」という。）を活用した地域における事業が、公平性及び透明性を確保しつつ、実施されるようにすることを目的とするものである。

■医療及び介護に関する各種方針・計画等の関係について



出典：厚生労働省「第3回医療介護総合確保促進会議」「参考資料1 医療及び介護に関する各種方針・計画等の関係について」（2014年9月8日）

総合確保方針は、地域医療構想の作成や医療介護総合確保推進法による改正の施行状況等を勘案して、必要な見直しを行うとされている。

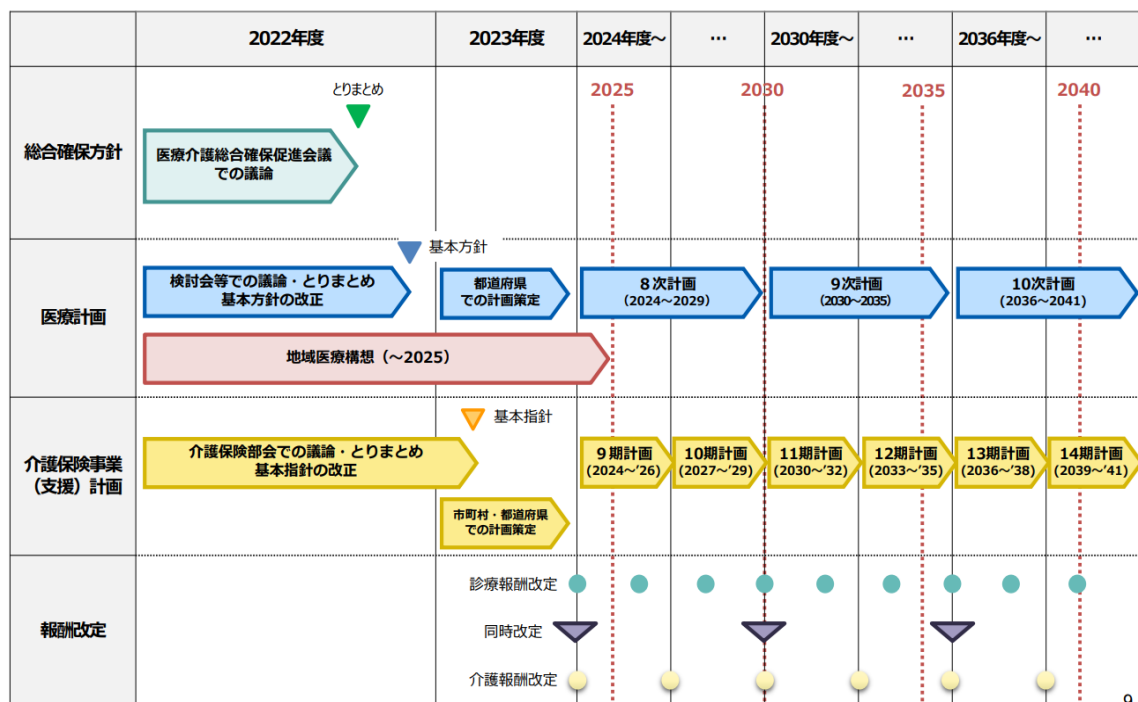
これまで、医療計画と介護保険事業（支援）計画の同時改定を控えた2016年12月に一部が改定された。この改定時には、医師の働き方改革（労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等）、各医療関係職種専門性の活用（業務範囲や医師養成課程の見直し）、地域の実情に応じた医療提供体制の確保（新興感染症の感染拡大下の医療提供体制に関する事項の医療計画への位置づけ、地域医療構想実現への取組の支援、外来医療の機能の明確化・連携）などが盛り込まれた。

6年で1期の期間とする医療計画と、3年で1期の期間とする介護保険事業計画が同時改定されるとともに、さらに診療報酬と介護報酬の同時改定の年でもある2024年度を見据え、総合確保方針の改定が行われる。

この改定の方向性については、前項で記載したとおりである。

■見直しの基本方針とスケジュール

- 「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築
- サービス提供人材の確保と働き方改革
- 限りある資源の効率的・効果的な活用
- デジタルデータヘルスの推進
- 地域共生社会づくり



出典：厚生労働省「第18回医療介護総合確保促進会議」
「資料1 総合確保方針の見直しについて（素案）」（2022年12月16日）

(3) 連携の具体的手法

前項の制度改革や政策の変遷において示したように、医療法人等の経営に関する政策の方向性は顕著である。

■社会保障政策とともに変化する医療法人のあり方

社会保障	1970年代モデル	21世紀(2025年)モデル
特徴	高度経済成長、現役世代が負担	現役世代減少、応能負担
必要とされる医療	病院完結型	地域完結型
サービス提供体制	競争	協調(連携)、再編・統合

出典：内閣府 社会保障制度改革国民会議

「社会保障制度改革国民会議 報告書(概要)」を基に作成。

近年の法改正・制度改革においても、2014年に社団医療法人と財団医療法人の合併が可能になり、2016年に医療法人の分割制度が創設、翌2017年に地域医療連携推進法人制度が創設されるなど、人口減少社会に備えつつ地域で医療・介護等が完結していくための、再編・統合や連携を見据えた機能分化を後押しする流れが続いている。

以下に、具体的な医療機関の再編・統合や連携推進する手法とその活用状況を整理する。

ア 地域医療連携推進法人制度の概要

複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保することを目的に、2017年に開始した制度である。

厚生労働省医政局長から各都道府県知事あて発出の通知文「地域医療連携推進法人制度について」(医政発0217第16号平成29年2月17日、最終改正医政発1225第17号令和2年12月25日)によれば、「高齢化の進展に伴い、患者の疾病構造は多様化しており、患者一人一人がその状態に応じた良質かつ適切な医療を安心して受けることができる体制を地域で構築することが求められている」という背景のもとで制定されるとともに、「当該制度は医療機関の機能の分担及び業務の連携を推進するための方針を定め、当該方針に沿って、参加する法人の医療機関の機能の分担及び業務の連携を推進することを目的とする一般社団法人を、都道府県知事が地域医療連携推進法人として認定する仕組みである。一般社団法人のうち、地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携推進を主目的とする法人として、医療法に定められた基準を満たすものを、都道府県知事が認定する。認定基準例は以下のとおりである。

■認定基準の例

- ・病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院のいずれかを運営する法人が2以上参加すること
- ・医師会、患者団体その他で構成される地域医療連携推進評議会を法人内に置いていること
- ・参加法人が重要事項を決定するに当たっては、地域医療連携推進法人に意見を求めることを定款で定めていること

出典：厚生労働省「地域医療連携推進法人制度の概要」

この制度を推進するにあたり、厚生労働省は、地域医療連携推進法人の立ち上げの一部経費を、地域医療総合確保基金を財源として補助することを通知している。

■地域医療連携推進法人の立上げに係る経費に対する補助

- ・病床機能の転換・病床数の減少・複数医療機関の再編取組を進めていくことを目的に地域医療連携推進法人を立ち上げる場合、立上げ時に必要となる経費（病床機能分化・連携に係る費用に限る）を補助対象として差し支えない。

（補助対象となる経費）

会議費、説明会費、旅費、法人事務局経費（法人設立経費を含む）共同研修に係る経費、調査分析、事業計画策定、監査などの委託費、職員の異動や派遣等に伴う経費

- ・ただし補助対象の期間は、地域医療連携推進法人設立前後の3年間を上限とする。

出典：厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「地域医療介護総合確保基金(医療分)に係る標準事業例の取扱いについて」(医政地発 0928 第1号 令和3年9月28日)を基に作成。

地域医療連携推進法人として登録を都道府県知事に申請する際には、当該医療連携推進区域の属する都道府県の医療計画で定める構想区域を考慮した「医療連携推進区域」や、「参加法人が医療連携推進区域において開設する病院等（病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院）相互間の機能の分担及び業務の連携に関する事項」等を「医療連携推進方針」に記載して提出する必要がある。地域医療連携推進法人ができる業務は、医療連携推進方針に沿った以下の内容であり、都道府県は病院等相互間の機能分担及び業務の連携に資するか審査し、認定を行う。

地域医療連携推進法人が行う「医療連携推進業務」は、「病院等に係る業務で、医療連携推進方針に沿った連携の推進を図ることを目的として行う業務」（医療法第70条第2項）、「病院等及び介護事業等に係る業務で医療連携推進方針に沿った連携の推進を図ることを目的とする業務」（医療法第70条の8第1項）、「病院等の開設、介護事業等に係る施設・事業所の開設・管理」（医療法第70条の8第3項）にわけられる。また、医療連携推進業務に支障を及ぼさない場合に上記以外の業務も行うことができる。すなわち、本制度の参加法人が行うことのできる具体的な業務内容としてみると、参加法人が独立性を保ちつつ、「医薬品の共同購入」、「病床融通」、「人的交流」、「共同研修」などを行うことができる。また、連携推進法人は参加法人への資金貸付や、医療機関の開設も行うことが可能である。

■地域医療連携推進法人が行う「医療連携推進業務」の例

- ・医療従事者の資質の向上を図るための研修
- ・医薬品、医療機器等の供給
- ・参加法人への資金の貸付け、債務の保証及び基金の引受け
（ただし、個別の法令等により、自己の資産を他者へ提供することが禁じられている法人等（社会福祉法に基づく社会福祉法人等）においては、自己の資産を当該貸付け等の原資等とすることを目的として地域医療連携推進法人へ提供することはできないこと。）
- ・医療機関の開設（医療機関相互間の連携の推進に資するものに限る。）

出典：厚生労働省医政局長通知「地域医療連携推進法人制度について」
(医政発 1225 第17号 令和2年12月25日)

しかし、制度の導入から5年近くが経ち、現状、個人立の医療機関については地域医療連携推進法人に参加できないこととなっていることや、また、地域医療連携推進法人の事務手続きの負担など、課題点が明らかになってきたことを踏まえ、2022年末の社会保障審議会・医療部会にて、地域医療構想の推進のため、個人立を含めた医療

機関がヒトやモノの融通を通じた連携を可能とする「新類型」を設立するとともに、事務負担の軽減のため、代表理事再任時の手続きを緩和する見直しの方向性が決定した。

■ 地域医療連携推進法人制度の今後の方向性

現状・課題	見直しの内容とねらい
<ul style="list-style-type: none"> 個人立医療機関が地域医療連携推進法人の運営に参加できない。 	<ul style="list-style-type: none"> 個人立医療機関の参加を認めることで、個人立医療機関も含めた病床融通や業務連携等が可能となり、地域の医療・介護等の連携を促進。
<ul style="list-style-type: none"> 代表理事（任期2年）の再任時における都道府県医療審議会への意見聴取など、事務手続きの負担が大きい。 	<ul style="list-style-type: none"> 手続きの一部を緩和することで、地域医療連携推進法人、参加法人、都道府県の負担を軽減。

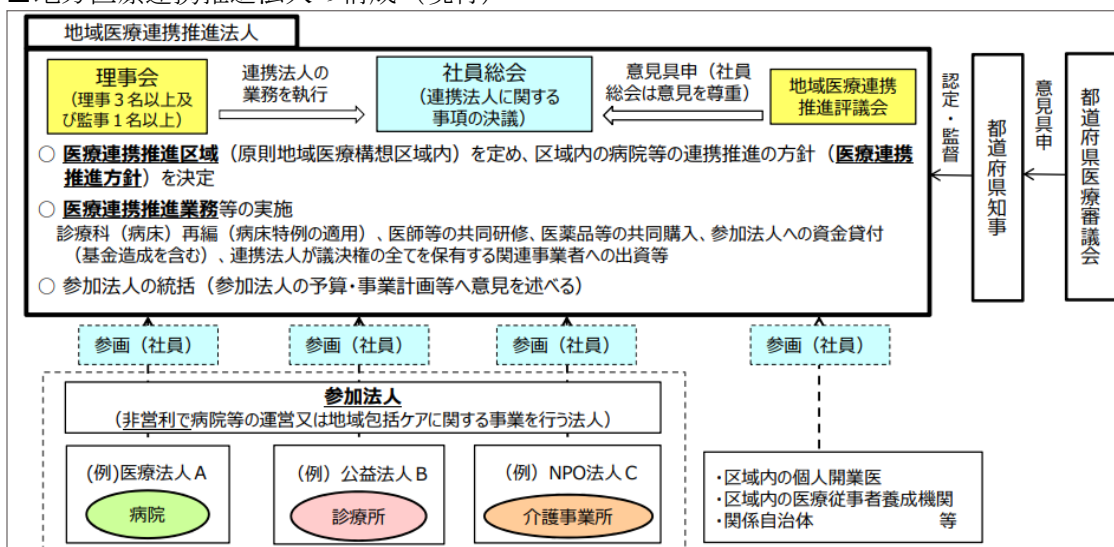
(見直しのポイント)

- 個人立医療機関は個人用資産と医療資産の分離が困難であること等に鑑み、カネの融通（「出資」「貸付」）は不可とする。
- カネの融通をしない場合には、公認会計士又は監査法人による外部監査を不要とし、また、参加法人が重要事項を決定する場合の意見照会のうち、一部を不要とする。
- 事務負担の軽減のため、代表理事再任時の手続きを緩和する。
- また、現行の地域医療連携推進法人については、各法人の選択により、新類型に移行することも可能とする。
- 現行の地域医療連携推進法人を含め、施行後の状況について検証する。その際は、「新類型による地域医療構想推進への効果等」、「複数の構想区域にまたがる場合の理由」、「大学病院が参加している影響、特に医師確保の観点から法人に参加する医療機関等への影響や参加していない地域の医療機関等への影響」に意識する。

出典：第93回社会保障審議会（医療部会）「資料2-1 医療法人制度の見直しについて」（2022年11月28日）

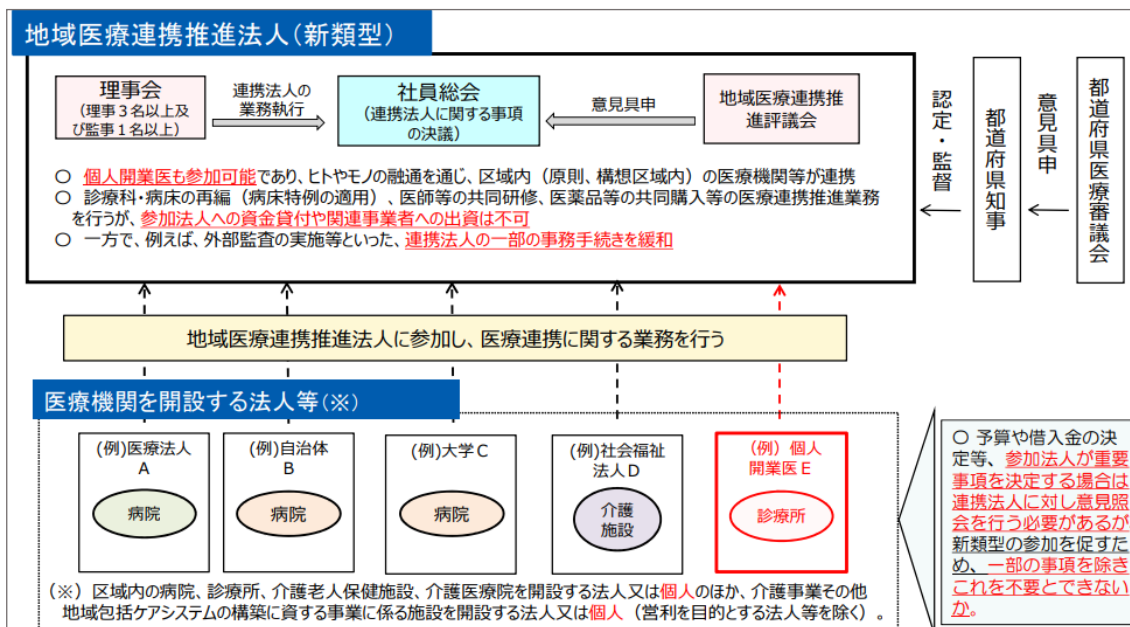
上記の見直しにより、より幅広い病床、人材や物資の融通のなど業務連携が可能になる。見直し前後の新類型の地域医療連携推進法人のイメージは以下のとおりとなる。

■ 地方医療連携推進法人の構成（現行）



出典：第93回社会保障審議会（医療部会）「資料2-1 医療法人制度の見直しについて」（2022年11月28日）

■ 地方医療連携推進法人の新類型（イメージ） ※赤字部分が現行制度からの変更点



出典：第93回社会保障審議会医療部会「資料2-1 医療法人制度の見直しについて」（2022年11月28日）

地域医療連携推進法人には介護事業等を実施する非営利法人も参加することができ、急性期、慢性期、回復期など各病院間の機能分化と病床融通等の連携の他、医療機関と介護施設、入院前から在宅までの各関係者の連携も図りながら、地域医療構想の達成及び地域包括ケアシステムの構築に資する役割を果たすとされている。

2022年10月の時点では、33法人が登録されている。

■ 地域医療連携推進法人一覧（2022年10月時点）

認定	地域	法人名	参加法人数（医療法上） ※数字は法人数
2017	愛知	尾三会	学校法人1、公的（独法1） 社会福祉法人4、医療法人24 公益財団法人1、 医療生活協同組合1
	兵庫	はりま姫路総合医療センター整備推進機構	公的（自治体）1 社会医療法人1
	広島	備北メディカルネットワーク	公的（自治体）2 医師会1、日本赤十字社
	鹿児島	アンマ	公的（自治体）2、医療法人1 医療生活協同組合
2018	山形	日本海ヘルスケアネット	公的（地域独法、自治体）2、 医療法人5、医師会1 社会福祉法人3、 歯科医師会1、薬剤師会1
	福島	医療戦略研究所	医療法人2、社会福祉法人3

	千葉	房総メディカルアライアンス	公的（自治体）1 社会福祉法人1、学校法人1
2019	福島	ふくしま浜通り・メディカル・アソシエーション	公益法人1 医療法人1
	茨城	桃の花メディカルネットワーク	医療法人2
	栃木	日光ヘルスケアネット	公的（自治体）1、学校法人1 公益法人1、医療法人7
	神奈川	さがみメディカルパートナーズ	医療法人5、社会福祉法人1
	滋賀県	滋賀高島	公的（自治体）1 一般財団法人1、医療法人2
	大阪	北河内メディカルネットワーク	医療法人10、学校法人1 個人1
		弘道会ヘルスネットワーク	医療法人2、社会福祉法人1
	島根	江津メディカルネットワーク	社会福祉法人1 医療法人1、医師会1
2020	北海道	上川北部医療連携推進機構	公的（自治体）2
		南檜山メディカルネットワーク	公的（自治体）6、 医療法人2
	岐阜	県北西部地域医療ネット	公的（自治体）3
	滋賀	湖南メディカル・コンソーシアム	医療法人16、NPO法人3 社会福祉法人3、個人9
	高知	清水令和会	医療法人3、個人1
高知メディカルアライアンス		医療法人3	
2021	青森	上十三まるごとネット	公的（自治体）2
	神奈川	横浜医療連携ネットワーク	医療法人4
	静岡	ふじのくに社会健康医療連合	公的（独法、地方独法、公的 大学法人）3
		静岡県東部メディカルネットワーク	公的（厚生連）1 医療法人2、学校法人1
	大阪	泉州北部メディカルネットワーク	公的（自治体）1 医療法人1
	兵庫	川西・猪名川地域ヘルスケアネットワーク	公的（自治体）2 医療法人4、医師会1 歯科医師会1、薬剤師会1
	岡山	岡山救急メディカルネットワーク	医療法人2
	島根	雲南市・奥出雲町地域医療ネットワーク	公的（自治体）2
	佐賀	佐賀東部メディカルアライアンス	医療法人5、社会福祉法人1 個人1
2022	茨城	いばらき県北地域医療ネット	医療法人2
	新潟	にいがた中央医療連携推進機構	公的（自治体、厚生連）2、一 般財団法人1
	滋賀	東近江メディカルケアネットワーク	公的（自治体）3 医師会1、医療法人4 学校法人2、個人1
	大阪	淀川ヘルスケアネット	医療法人4、社会福祉法人2

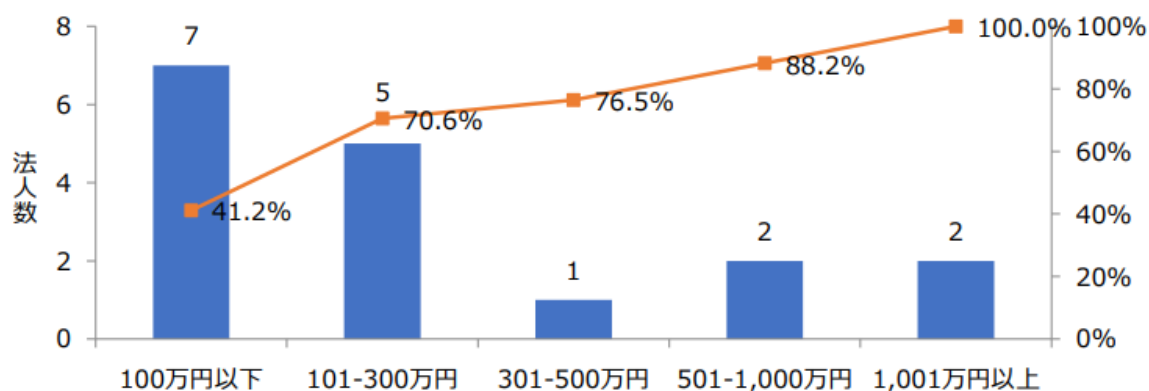
出典：厚生労働省「地域医療連携推進法人制度について」及び各法人HP

イ 地域医療連携推進法人制度の活用の実態
 厚生労働省は毎年末に地域医療連携推進法人等を対象にアンケートを実施している。
 このうち、2021年12月に行ったアンケート結果では、回答のあった地域医療連携
 推進法人からの回答は下記のようなものであった。

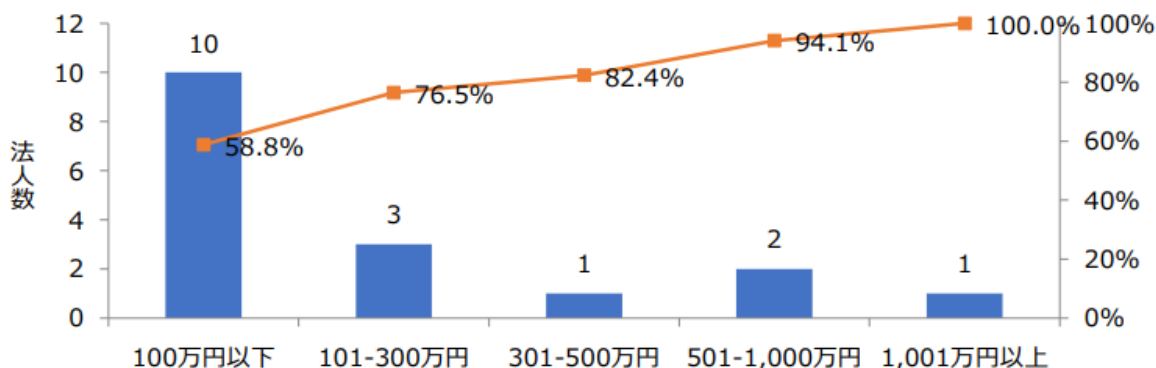
(ア) 地域医療連携推進法人の事業規模

2020年度における経常収益・費用について、経常収益が年間300万円以下が70.6%、
 経常費用300万円以下が76.5%と事業規模が小さい連携法人が大半である。

経常収益の分布（2020年度）



経常費用の分布（2020年度）

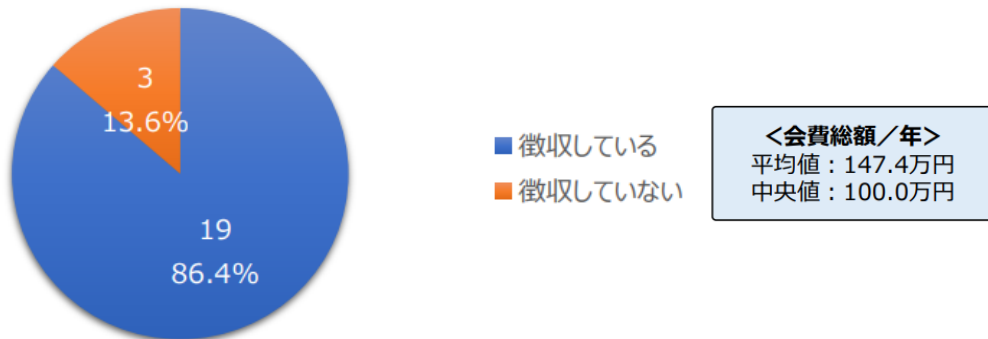


出典：厚生労働省「地域医療連携推進法人制度に関するアンケート調査結果
 (令和4年1月実施)」を基に作成。

(イ) 会費の徴収

会費を徴収している法人は 86.4%、1 連携法人あたりの会費の年間総額は、平均値 147.4 万円、中央値は 100.0 万円である。

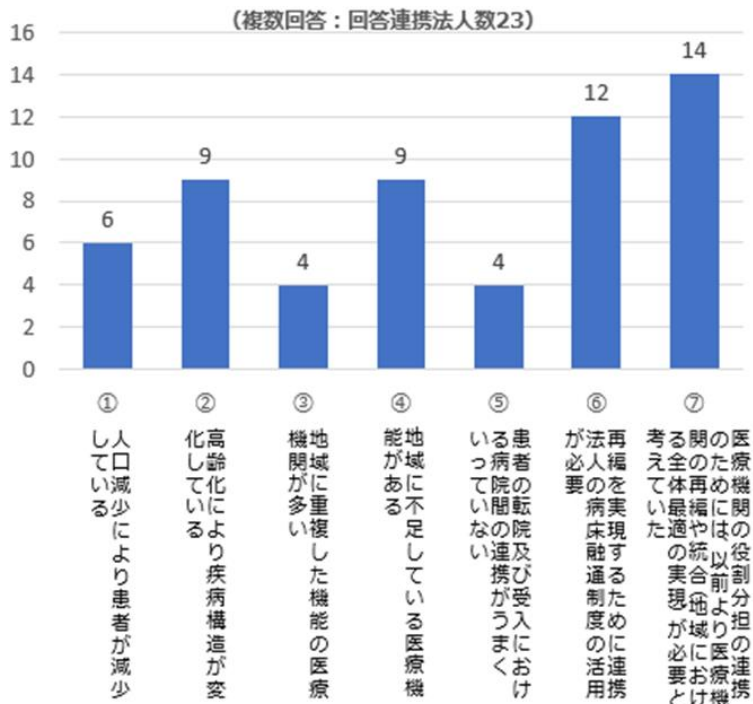
会費徴収の有無（回答連携法人数22）



(ウ) 設立の動機（外部要因）

「以前より医療機関の役割分担と連携のために再編や統合（地域における全体最適の実現）が必要と考えていた」という回答がもっとも多く（60.9%）、「再編を実現するために連携法人の病床融通制度の活用が必要」が（52.2%）続いている。

連携法人設立に至った直接の動機は何ですか（外部要因）

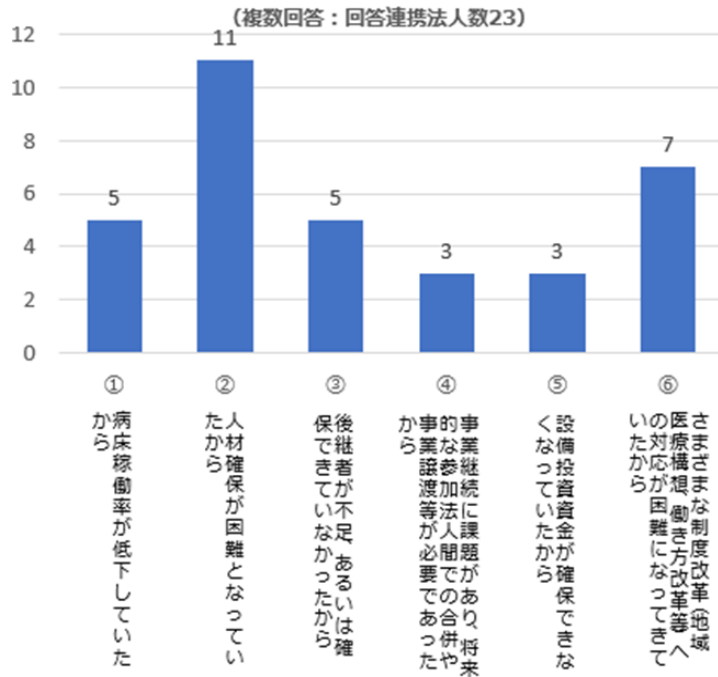


出典：厚生労働省「地域医療連携推進法人制度に関するアンケート調査結果（令和4年1月実施）」を基に作成。

(エ) 設立の動機（内部要因）

「人材確保が困難」（47.8%）「様々な制度対応への対応が困難」（30.4%）が多い。

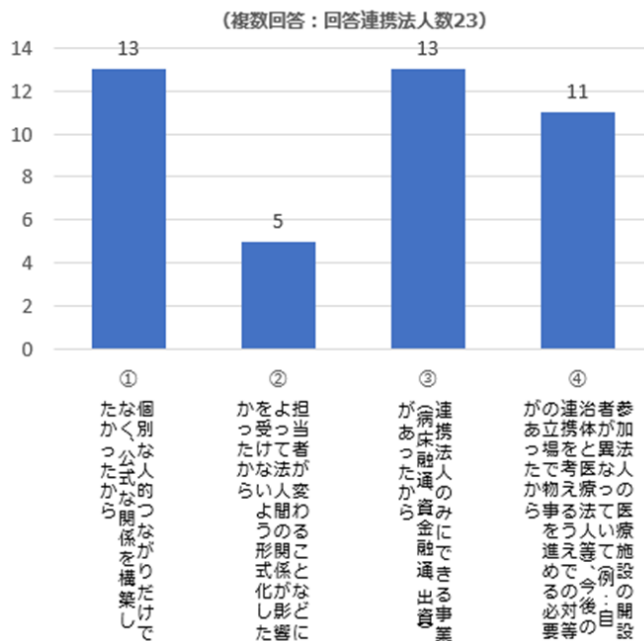
連携法人設立に至った直接の動機は何ですか（内部要因）



(オ) 地域医療連携推進法人という形での連携を選んだ理由（既存の連携強化との比較）

地域医療連携推進法人制度での連携強化を選んだ理由において、「個人的なつながりのみではない公式な関係を築きたい」とする回答と、「連携法人のみにできる事業（病床融通等）に期待」が13法人（56.5%）と同率トップであった。

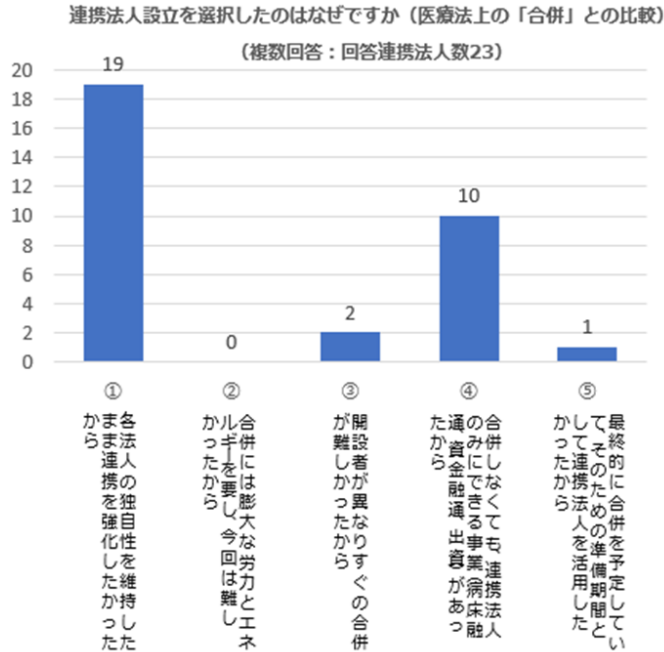
連携法人設立を選択したのはなぜですか（既存の連携強化との比較）



出典：厚生労働省「地域医療連携推進法人制度に関するアンケート調査結果（令和4年1月実施）」を基に作成。

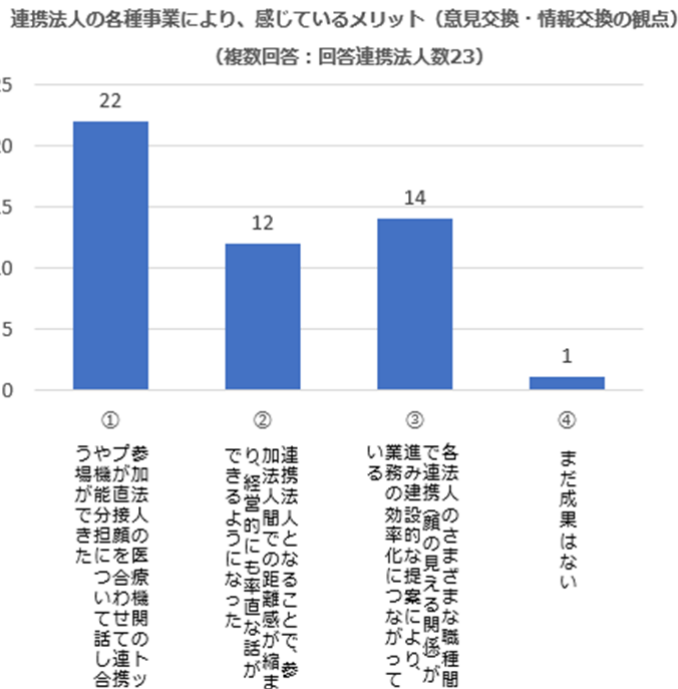
(カ) 地域医療連携推進法人という形での連携を選んだ理由（「合併」との比較）

「各法人の独自性を維持しつつ他の法人との連携を強化できる」とする回答（82.6%）が最も多く、「医療法上の合併を行わなくても、連携法人のみにできる事業（病床融通等）があるため」（43.5%）が続いた。



(キ) メリット

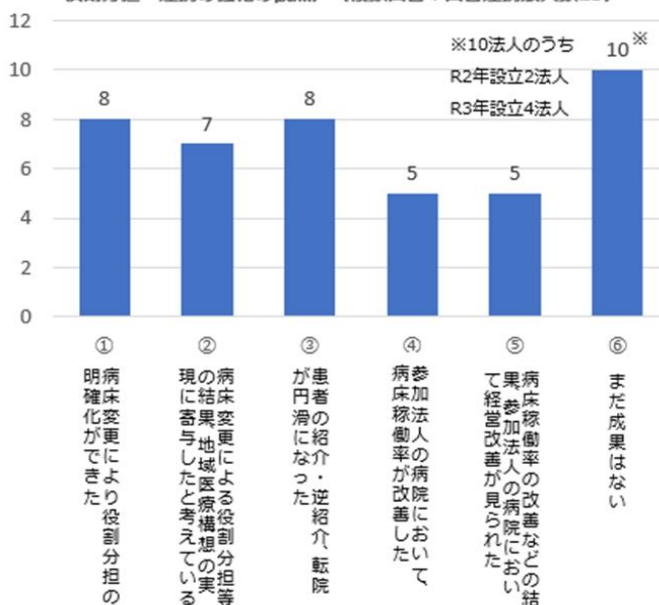
意見交換や情報交換の観点では、「トップが顔を直接合わせて連携や機能分担について話し合える場ができた」とする回答（95.7%）がもっとも多かった。



出典：厚生労働省「地域医療連携推進法人制度に関するアンケート調査結果（令和4年1月実施）」を基に作成。

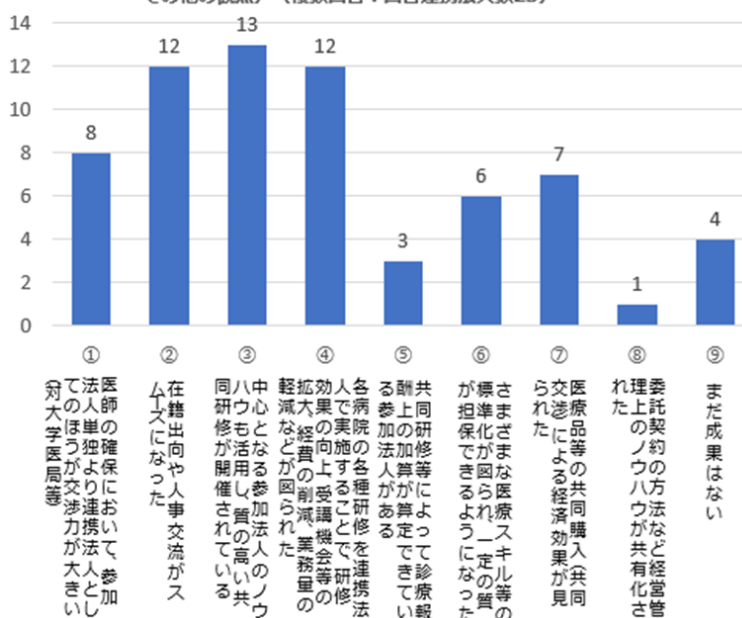
役割分担や連携強化の観点では、「病床変更による役割分担の明確化」や「患者の紹介・逆紹介、転院が円滑になった」がそれぞれ 34.8%で同率であった。一方で、「まだ成果はない」とする法人（43.5%）も多い。

連携法人の各種事業により、感じているメリット（地域医療構想の推進、役割分担・連携の強化の観点）（複数回答：回答連携法人数23）



医療の質の向上及びその他の観点では、「質の高い共同研修が実施できている」とした法人（56.5%）がもっとも多かった。事業規模が小さい法人が多いこと、地域医療連携推進法人にメリットを感じている法人も多い一方で、「成果はまだない」とする回答もあり、成果の発現に時間がかかる可能性が示唆される結果となっている。

連携法人の各種事業により、感じているメリット（医療の質の向上、その他の観点）（複数回答：回答連携法人数23）

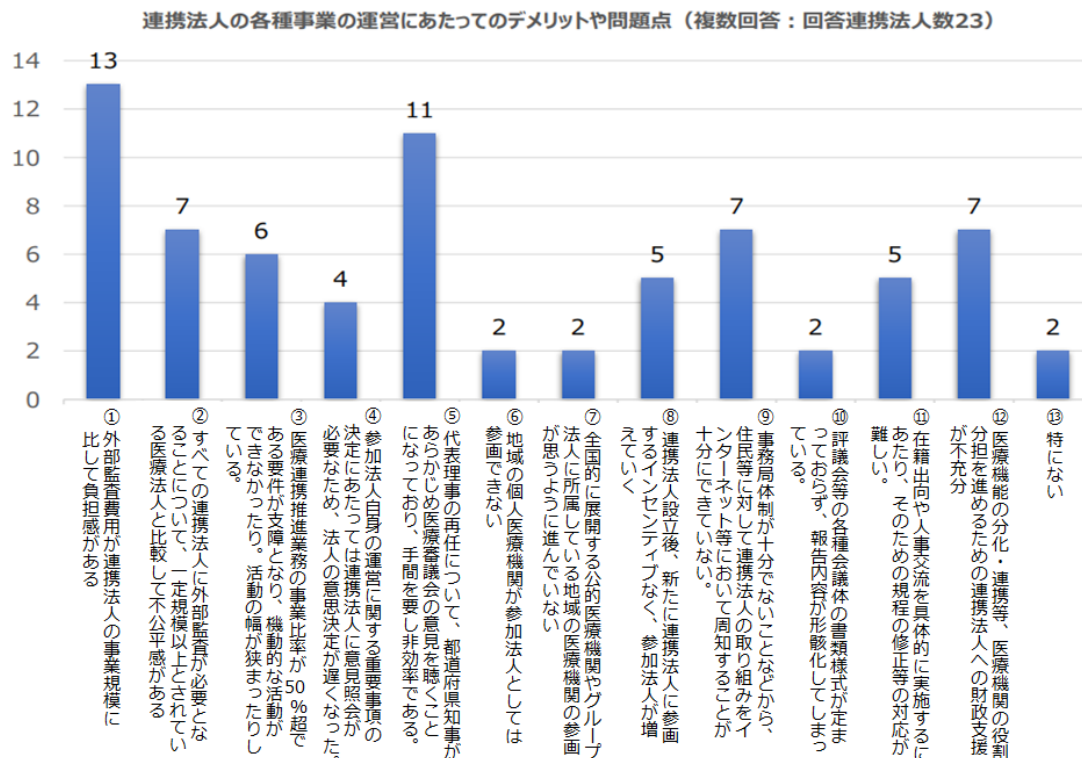


出典：厚生労働省「地域医療連携推進法人制度に関するアンケート調査結果（令和4年1月実施）」を基に作成。

(ク) デメリット

2020年度時点で感じるデメリットとしては、56.5%が「外部監査費用に負担感がある」と回答し、代表理事再任時の手続きの非効率さ（47.8%）が続いた。

また、自由記載内容では、収益面のメリットが少ないことや、中心的な役割を担う参加法人が事務局業務の大部分を担っており、負担が重いという声が上がった。



デメリットや問題点の自由記載欄

<連携法人への参加のインセンティブ>

- 複数の医療・介護施設連携によって算定できる診療報酬が少なく、連携法人に付与されるインセンティブもなく、法人設立や事業から生じる収益面のメリットが少ない

<在籍出向等>

- 在籍出向の検討にあたり、法、条例への対応・整備の上、その他条件について整理が必要であり、対応が難しい

<重要事項の意見照会>

- 参加病院が自治体病院の場合、病院の運営は行政の管轄であり、連携法人が意見照会する余地はない。大規模法人の運営する病院も、事実上、同様である

<代表理事の再任>

- 代表理事の選任について、医療審議会が開催されるまでに代表理事が死亡した場合、かなり煩雑な手続きになる

<医療連携推進業務の事業比率要件>

- 法人独自の収益事業を実施しない場合、外部監査費用が支出の多くを占めるため事業比率50%をクリアすることは大変な困難が伴う

<その他>

- 中心的な役割を担う参加法人が事務局業務の大部分を担っており、その負担が重く、また、他法人に業務や費用の負担を求めにくく、運営上の課題となっている

出典：厚生労働省「地域医療連携推進法人制度に関するアンケート調査結果（令和4年1月実施）」を基に作成。

ウ 経営大規模化・協働化の推進

医療法人等の経営の再編や大規模化等に関しては、2010年代前後より、「地域包括ケアシステム」の理念成立前後から、地域のネットワーク構築の重要性とセットで度々議論されてきた。

例えば、「社会保障制度改革国民会議報告書（2013年8月6日）」においては、「地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある」とされた。

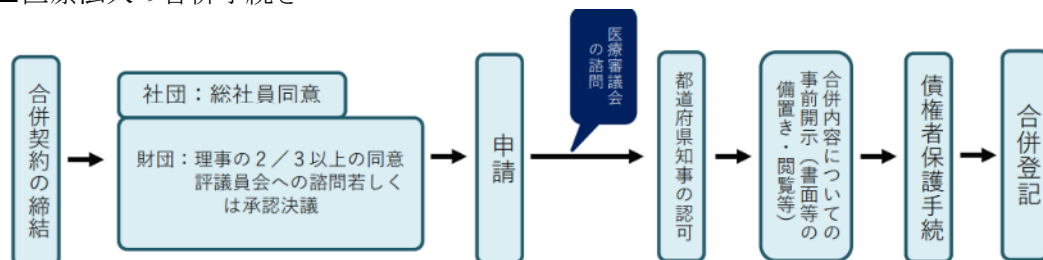
また、同年6月の「経済財政運営と改革の基本方針（2013年6月14日閣議決定）」においても、「医療提供体制の改革については、医療提供体制が地域のニーズに合致しているかを検証した上で、医療提供体制の効率化、平均在院日数の縮減を図るとともに、市町村が中心となって介護、医療、住まい、生活支援、予防にわたる支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進める。また、ICTを活用したエビデンスに基づく効果的な医療計画の策定や、医療法人間の合併や権利の移転等に関する制度改正を検討する。」とされた。

こうした議論を経て、2014年に社団医療法人と財団医療法人の合併が可能になり、2016年に医療法人の分割制度が創設されるに至った。

2019年、地域医療構想を着実に推進していきつつ、その先も見据えるものとして、厚生労働大臣が本部長を務める「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」は、担い手になりうる現役世代人口の急減を見据え、医療と福祉の現場の生産性を向上させるための「医療・福祉サービス改革プラン」を決定した。ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革の他、「経営の大規模化・協働化」が大きな改革の4本柱の1つと位置づけられ、経営の大規模化への推奨が顕著になってきている。（※「医療・福祉サービス改革プラン」の詳細については後述。）

医療法人が合併する際には、都道府県知事の認可が必要となるが、その際、あらかじめ都道府県医療審議会に意見を聴かなければならないと、医療法に規定されている。前述のとおり、2014年の医療法改正により、社団医療法人と財団医療法人との間での合併が可能となった他、2016年3月25日付け「医療法人の合併及び分割について」通知において、医療法人の合併及び分割手続きの迅速化の観点から、必要に応じ、部会の開催を随時行う等、合併等を促進する制度改正が近年続いている。

■医療法人の合併手続き



出典：大阪府「医療法人の合併・分割・解散と必要な申請・届出」

■医療法人の合併の種類

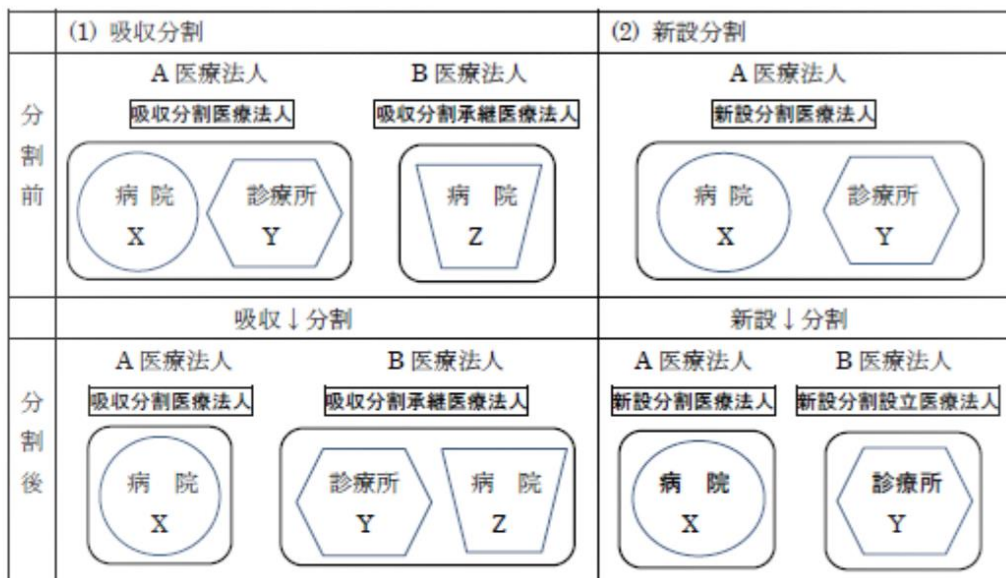
・吸収合併

医療法人が他の医療法人とする合併であって、合併により消滅する医療法人（以下「吸収合併消滅医療法人」という。）の権利義務の全部を合併後存続する医療法人（以下「吸収合併存続医療法人」という。）に承継させるもの。

・新設合併

新設合併は、2以上の医療法人がする合併であって、合併により消滅する医療法人（以下「新設合併消滅医療法人」という。）の権利義務の全部を合併に伴い新設する医療法人（以下「新設合併設立医療法人」という。）に承継させるもの。

※なお、社団たる医療法人と財団たる医療法人の合併も認められる。



出典：大阪府「分割認可申請 医療法人の合併・分割・解散と必要な申請・届出」

合併の申請にかかる必要書類や手続きは各都道府県がホームページ等で公表しているが、例えば東京都福祉保健局は必要な書類について下記のように指定している。

■吸収合併認可申請の必要書類（東京都の場合）

- ・吸収合併認可申請書
- ・合併理由書
- ・医療法（以下、本項においては「法」という）第58条の2第1項又は第3項の手続を経たことを証する書類（合併することを決議した社員総会又は理事会の議事録の写し。原本と相違ない旨の理事長の証明があること。）
- ・吸収合併契約書の写し
- ・吸収合併後の吸収合併存続医療法人の定款又は寄附行為
- ・吸収合併前の吸収合併存続医療法人及び吸収合併消滅医療法人の定款又は寄附行為
- ・吸収合併前の吸収合併存続医療法人及び吸収合併消滅医療法人の財産目録及び貸借対照表
- ・吸収合併存続医療法人の吸収合併後2年間の事業計画及びこれに伴う予算書
- ・吸収合併存続医療法人の新たに就任する役員の就任承諾書及び履歴書
- ・吸収合併存続医療法人が開設しようとする病院、診療所、介護老人保健施設又は

- 介護医療院の管理者となるべき者の氏名を記載した書面
- ・吸収合併前の吸収合併存続医療法人及び吸収合併消滅医療法人の勘定科目内訳書
- ・吸収合併前の吸収合併存続医療法人及び吸収合併消滅医療法人の登記事項証明書（履歴事項全部証明書）
- ・吸収合併前の吸収合併存続医療法人、吸収合併消滅医療法人及び吸収合併後の吸収合併存続医療法人の医療法人の概要

■新設合併認可申請の必要書類

- ・新設合併認可申請書
- ・合併理由書
- ・法第 59 条の 2 の手続を経たことを証する書類(合併することを決議した社員総会又は理事会の議事録の写し。原本と相違ない旨の理事長の証明があること。)
- ・新設合併契約書の写し
- ・新設合併後の新設合併設立医療法人の定款又は寄附行為
- ・新設合併前の新設合併消滅医療法人の定款又は寄附行為
- ・新設合併前の新設合併消滅医療法人の財産目録及び貸借対照表
- ・新設合併設立医療法人の新設合併後 2 年間の事業計画及びこれに伴う予算書
- ・新設合併設立医療法人の新たに就任する役員 of 就任承諾書及び履歴書
- ・新設合併設立医療法人が開設しようとする病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の管理者となるべき者の氏名を記載した書面
- ・新設合併前の新設合併消滅医療法人の勘定科目内訳書
- ・新設合併前の新設合併消滅医療法人の登記事項証明書（履歴事項全部証明書）
- ・新設合併前の新設合併消滅医療法人及び新設合併設立医療法人の医療法人の概要

出典：東京都福祉保健局「医療法人設立、解散、合併認可等に係る年間スケジュール（令和 4 年度）」

機能の再点検、機能分化と集約、大規模化の推進という、こうした医療政策の流れと合致する形で、経営が財務的に逼迫したための救済的な統合、後継者がいない医療法人の事業承継などを背景として、合併が進んでいる。一方、病床数が多い病院ほど赤字割合が小さい傾向も顕著であり、今後経営の大規模化が進んでいくと思われる。

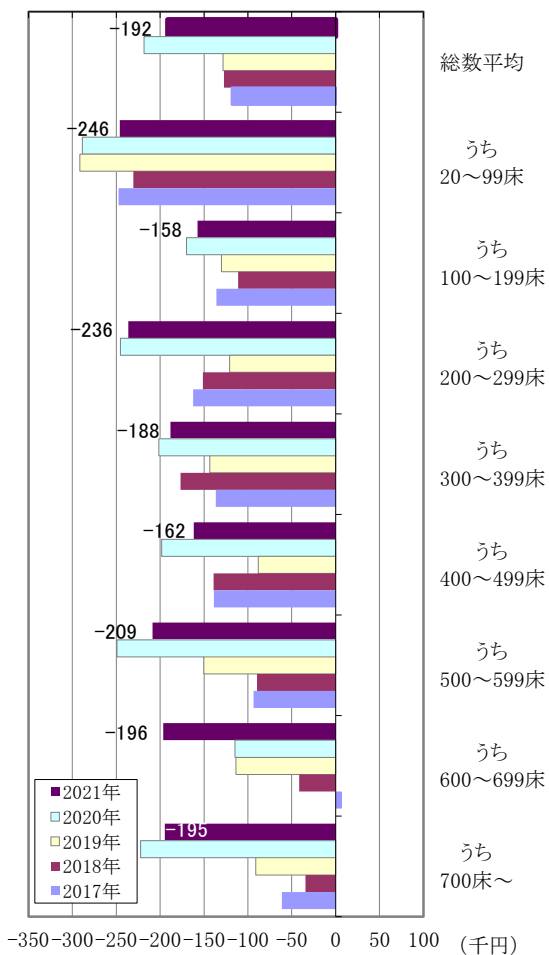
■医療法人の合併数

年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
件数	3	6	6	12	12	18	11	14	15	24	13	26	32
(参考) 医療法人 数	40,030	41,720	44,027	45,078	45,396	45,989	46,946	47,825	48,820	49,889	50,866	51,958	53,000

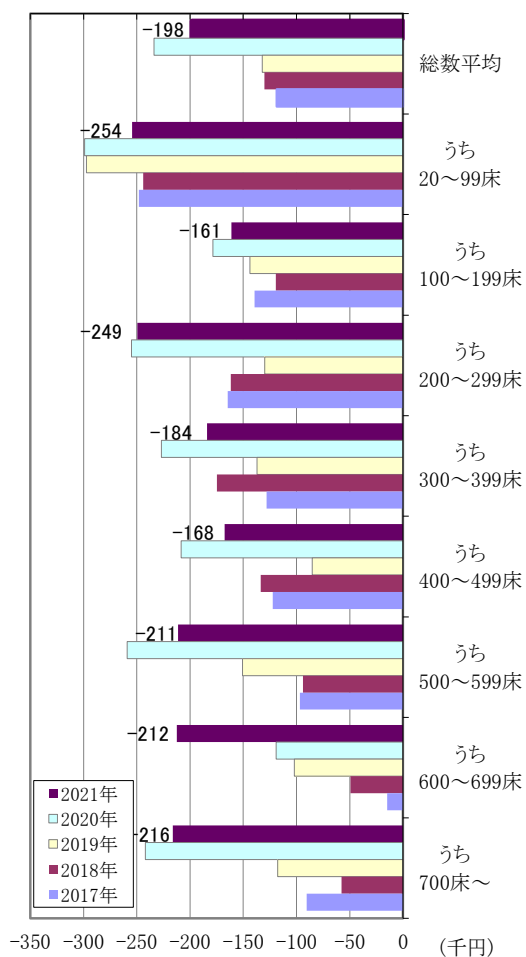
出典：未来投資会議第 3 回産官協議会（次世代ヘルスケア）「資料 1 社会福祉法人及び医療法人の経営の大規模化・協働化等の推進について」（2019 年 3 月 1 日）

■ 病院規模と収支額

一般病院1床1か月当たり総収支差額
(病床規模別・年次別)



一般病院1床1か月当たり医療収支差額
(病床規模別・年次別)



出典：(一社) 全国公私病院連盟・(一社) 日本病院会
「令和3年病院経営実態調査報告」(2021年6月)を基に作成。

エ その他の連携

合併等や地域医療連携推進法人とは別に、運営の効率化を目指して合意や協定等の元、運営の一部分について協力関係を築き、連携していく関係もある。

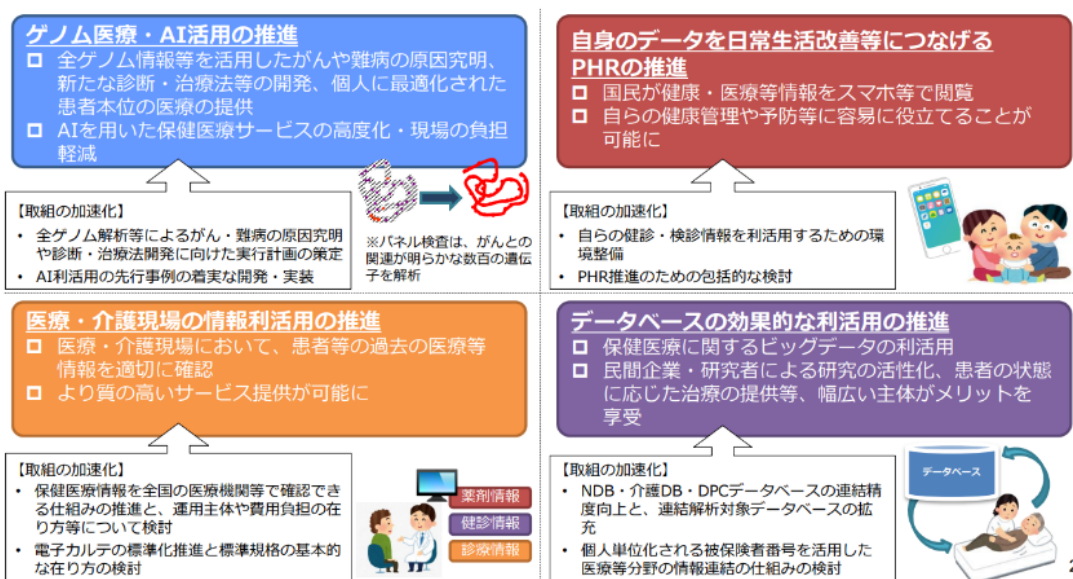
たとえば、ICTの活用部分での連携や、保有データの共有や共有基盤（プラットフォーム等含む）の構築も、有益な連携のあり方の1つである。

ICT等の活用とデータヘルス改革は、「経済財政運営と改革の基本方針」にも記載され、現在の重要な施策の1つとなっており、2030年に向けて「全国医療情報プラットフォーム」、「電子カルテ情報の標準化、標準型電子カルテの検討」「診療報酬改定DX」の実現を通じ、医療のDX化・医療情報の有効利用を推進するとされている。

2023年1月に電子処方箋が全国で運用開始されたことは大きな話題となったが、政府は、「医療・福祉サービス改革プラン」の4本柱の1つであるデータヘルス改革で実現を目指す未来に向け、「国民、患者、利用者」目線に立って取組を加速するとしている。2022年度中の検討段階では、2023年以降に、「HL7 FHIR（※）/電子処方箋の2規格を搭載した電子カルテの導入」が予定されている。

■ 新たなデータヘルス改革がめざす未来

データヘルス改革で実現を目指す未来に向け、「国民、患者、利用者」目線に立って取組を加速化。個人情報保護やセキュリティ対策の徹底、費用対効果の視点も踏まえる。



※HL7 FHIRについて

HL7 (Health Level 7) International という、1987年、米国で設立された医療情報システム間における情報交換のための国際標準規約の作成、普及推進に寄与することを目的に設立された非営利団体がある。このHL7 International が20年以上に渡り医療情報の交換等フレームワークとして定めてきたHL7規格を基に、国際的な医療情報交換の次世代標準フレームワークとして2012年に公開されたのが、HL7 FHIRである。HL7 FHIRのメリットは、普及しているWeb技術を採用し、実装面を重視しているため、実装者にわかりやすい仕様で比較的短期間でのサービス立ち上げが可能であることや、既存形式の蓄積データから必要なデータのみ抽出・利用が可能のため、既存の医療情報システムの情報を活用した相互運用性を確保できることである。

出典：厚生労働省異性局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室「医療情報共有の現状について」（2022年9月12日）

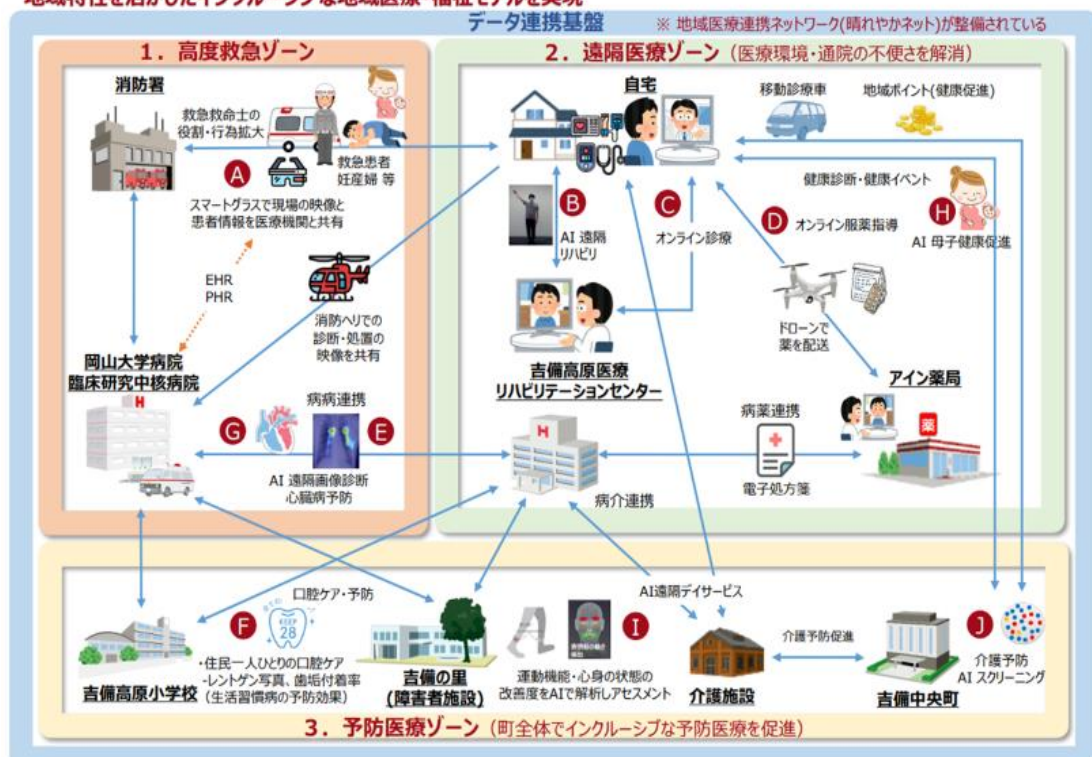
ICT等の活用とデータヘルス改革が「経済財政運営と改革の基本方針」にも記載されるなど、医療のみに限定せず現在の重要な施策の1つとなっている中で、内閣府により、国家戦略特区制度を活用したデジタル田園都市国家構想として、「スーパーシティ・デジタル田園健康特区」に定められた吉備中央町では、まさにICTの活用と医療情報で各主体が連携するビジョンを策定している。

具体的には、岡山大学病院（臨床研究）や地域の中核病院と連携し、一般診療、リハビリテーションや高度救急を地域医療連携ネットワークを活用した遠隔医療でつなぎ、先進的な医療環境充実を図るとしている。また、全住民にAI技術を用いた予防医療サービスを提供し、フレイル予防・生活習慣病の予防、健康寿命の延伸、医療・介護費の抑制を実現するとしている。電子技術やAIを用いた複数主体での「医療や保健に関するデータ」の共有により、各施設の機能の有機的な連携を図っている事例である。

複数主体でのデータ共有による有機的な連携の具体的事案として、母子手帳をAIとOCRを用いてデジタル化の上データベースを構築し、妊娠・産後の生活環境を将来の予防医学や災害時に役立たせる等、自治体の持つ情報と母子健康手帳の情報を組み合わせたPHRを実現しようとしている。

■吉備中央町の多分野・多施設にまたがる連携

地域特性を活かしたインクルーシブな地域医療・福祉モデルを実現



出典：厚生労働省「第1回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム資料について「資料1 医療DXについて」、吉備中央町HP

ICTの活用やデータの共有の他、定常的な連携ではなく、特定のターゲットやプロジェクトにおいて関係者が連携するという事例もある。

地域包括ケアシステムは、行政等の他、NPO、ボランティア、民間企業等の多様な事業主体による重層的な支援体制を構築することが求められているが、柏市では、柏市・東京大学・UR都市機構の三者協定により、柏市豊四季台にあるURの団地において、「長寿社会のまちづくり」が行われている。団地再生事業により生まれた土地に、学研グループのサービス付き高齢者住宅（低層階に介護事業所、子育て支援施設、薬局、地域包括支援戦隊、診療所等あり）を設置するとともに、上記三者に加え地域関係者と「豊四季台地域支えあい会議」を開催している。医療等機関と行政、大学、大手民間事業者が連携して地域の医療・介護体制を充実させている事例である。

■市役所・大学・UR・民間事業者による高齢社会のまちづくり（柏市）

24 時間対応のサービス提供拠点とサービス付き高齢者向け住宅

◇イメージ図

主な事業者	提供サービス
学研ココファン	サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム
長岡福祉協会	小規模多機能、定期巡回時対応型訪問看護事業所、訪問看護事業所
スギメディカル	居宅介護支援事業所、訪問看護事業所



出典：総務省、UR都市再生機構、東京大学、柏市各HP

以上で整理した方法を、法人等同士の連携の強さ、連携の形や内容ごとに傾向化して比較すると、以下の通りになる。

合併や事業譲渡など、資本や事業・運営全般における再編、統合や大規模化を、それ以前の複数法人間での連携という切り口で見ると、非常に強い関係性であり、多くの場合において、主導権を握る側の主体が存在する。

地域医療連携推進法人の場合は、より水平に近い連携関係でありつつも、地域における同一目的を持った一般社団法人として都道府県に登録し、役割分担やルールが明確であり、各法人等の立ち位置が地域医療連携推進法人内での発言権に一定程度影響を与える可能性はある。

他方、その他のスポット的な連携については、法や制度が先行するものではなく、ゆるやかであり且つ合意・任意に基づく関係性である。

■各手法の特徴の傾向

連携方法	合併、事業譲渡	地域医療連携推進法人	その他（協定等）
強度・方向	強・垂直	中程度・水平	ゆるやか・水平
スタンス	統合・再編・大規模化	分担・協同・同一目的	協力・友好・合意
内容の傾向	資本、事業全般	ビジョン、事業運営面	業務の一部、局所的

(4) これからの地域連携にむけて

前項までに、地域連携の好循環の3要素について整理するとともに、参考となる事例を、ハードルとその乗り越え方も含めて示した。また、これまでの政策の大きな流れの中で、どのように地域連携が重要視されるようになってきたか、加えてどのような連携の手法がとられているかについて整理した。

人口減少、高齢化に伴い、地域の将来人口すなわち将来患者数の変動がある程度予測できる中で、いずれの医療機関においても、中長期的な経営計画を考えるためには、自機関の地域における立ち位置の見直しや、どのように機能転換し、医療の質をどう担保しつつ業務効率を上げて行くかが最重要課題の1つとなる。

一方で、患者目線の地域連携のあり方としては、医療と介護の切れ目無い連携を地域で完結させ、可能な限り住み慣れた環境で暮らし続けることができる体制の構築が求められている。

(1)の各事例においては、こうした経営面での中長期的な方向性と患者目線の地域連携をうまく融合させ、他法人、多職種との連携のための人材育成やICTツール・データの活用、他法人・他機関との共存共栄関係を構築することで、地域の中での自法人の価値を高めてきた。

示した事例以外にも、例えば、他法人との共同で実施することにより経営や業務が効率化した例としては、盛り付けまで完了できるセントラルキッチンシステムの導入や、電子カルテと連動したPFM(Patient Flow Managementの略で、より安全・安心できる入院生活や退院支援を行うために入院患者の基本的情報を入院前に収集し、アセスメントする組織的な仕組みのこと)設置及び稼働など、多くの好事例がある。その背景には、法人間での円滑なコミュニケーションと信頼関係があり、データ・ICTを介してコミュニケーションを効果的に行いつつ、データ以外の暗黙的な感覚・価値観までを含めた情報共有が、信頼関係構築の要因となっている。

さらに、こうした信頼関係やコミュニケーションをとっていくためには、場の設定や、それを実施していく人材が欠かせない。医療系職種に研修を実施するのみならず、ITベンダーなどの民間事業者を含め、幅広い関係者とコミュニケーションをとる観点から、医療系以外の分野からの人材を厚遇して採用している法人の例も、ヒアリング調査では見受けられた。

当然、このように積極的に地域連携活動を行っていくために前提として必須であるのが、柔軟で先進的な組織カルチャーである。

(1)カ及びキで示したように、地域連携が進んだ先には、さらなる発展形として、地域全体の最適化という視点を持ち、地域の関係者が課題や目標を共有し、それに向かった行動ができていくことが望ましい。例えば、データ及びICTという観点では、データを地域の関係者間で共有し、地域全体で住民の保健・医療・介護サービスの向上を目指せることが望ましいが、究極的な個人情報保有する医療・介護分野で、いかに情報を共有する枠組みを構築し、関係者がWin-Winの関係を保ちながら同じ目線で地域を見つめ、情報を有効に活用していくかは、今後の大きな課題である。

「地域包括ケアシステム」という用語が使われはじめてから20年近くが経とうとしている。住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けるよう、住まい・生活支援・介護・医療・予防が一体となった体制の整備に向け、上述のような発展段階を見据えて、医療や介護を中心とした地域連携の最前線にいる法人のみならず、地域の関係者全体の、さらなるカルチャーの転換が求められている。

【参考文献】

- ・厚生労働省「2040年を展望した社会保障・働き方改革について」
- ・厚生労働省「地域医療構想の基本的な進め方について」
- ・厚生労働省「地域医療構想」「参考資料 医療提供体制について」
- ・厚生労働省「2021年度病床機能報告」
- ・厚生労働省「地域医療構想の実現に向けた取組について」「地域医療構想の推進について」
- ・厚生労働省「地域医療介護総合確保基金の概要」
- ・厚生労働省「地域医療連携推進法人制度について」及び各法人HP
- ・厚生労働省「地域医療連携推進法人制度に関するアンケート調査結果（令和4年1月実施）」
- ・厚生労働省「地域医療連携推進法人制度の概要」
- ・厚生労働省「第1回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム資料について「資料1 医療DXについて」
- ・厚生労働省「第3回医療介護総合確保促進会議」「参考資料1 医療及び介護に関する各種方針・計画等の関係について」（2014年9月8日）
- ・厚生労働省「第18回医療介護総合確保促進会議」「資料1 総合確保方針の見直しについて（素案）」、「資料3 ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿（素案）」（2022年12月16日）
- ・厚生労働省「第19回医療介護総合確保促進会議」、「資料1 総合確保方針の見直しについて（案）」（2023年2月16日）
- ・厚生労働省医政局地域医療計画課「新たな病床機能の再編支援について」（2020年10月9日）
- ・厚生労働省医政局長通知「地域医療連携推進法人制度について」（医政発1225第17号 令和2年12月25日）
- ・厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る標準事業例の取扱いについて」（医政地発0928第1号 令和3年9月28日）
- ・厚生労働省異性局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室「医療情報共有の現状について」（2022年9月12日）
- ・内閣府 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議 報告書（概要）」
- ・総務省、UR都市再生機構、東京大学、柏市各HP
- ・東京都福祉保健局「医療法人設立、解散、合併認可等に係る年間スケジュール（令和4年度）」
- ・大阪府「医療法人の合併・分割・解散と必要な申請・届出」
- ・大阪府「分割認可申請 医療法人の合併・分割・解散と必要な申請・届出」
- ・吉備中央町HP
- ・第10回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ「資料1 地域医療構想について」（2022年12月14日）
- ・第93回社会保障審議会（医療部会）「資料2-1 医療法人制度の見直しについて」「資料3-3 地域医療構想の推進について」（2022年11月28日）
- ・未来投資会議第3回産官協議会（次世代ヘルスケア）「資料1 社会福祉法人及び医療法人の経営の大規模化・協働化等の推進について」（2019年3月1日）
- ・（一社）全国公私病院連盟・（一社）日本病院会令和3年病院経営実態調査報告（2021年6月）

2 介護に関する政策の動向

(1) 日本の社会保障制度と介護に関する政策

本章では、急激な少子高齢化の進展により、近年最も注目される政策の一つである介護に関してこれまでの施策経緯を振り返りつつ、介護の中心政策である介護保険制度の改正議論について整理・分析することにより、日本の介護に関する政策の今後について論じるものである。

ア 日本の社会保障制度

かつて、日本では、地域の相互扶助や家族同士の助け合いなど、地域・家庭・職場といった人々の生活の様々な場面において、支え合いの機能が存在した。

しかし、これまで、社会の様々な変化が生じ、地域や家庭が果たしてきた役割の一部を代替する必要性が高まったことに対応して、高齢者、障害者、子どもなどの対象者ごとに、また、生活に必要な機能ごとに、公的支援制度の整備と公的支援の充実が図られ、「社会保障制度」として、人々の暮らしを支えるようになった。

社会保障制度は、国民の「安心」や生活の「安定」を支えるセーフティネットとして、「社会保険」、「社会福祉」、「公的扶助」、「保健医療・公衆衛生」からなり、子ども、子育て世代から高齢者まで、全ての人々の生活を生涯にわたって支えている。

社会保障制度とは

社会保障制度は、国民の「安心」や生活の「安定」を支えるセーフティネット。
社会保険、社会福祉、公的扶助、保健医療・公衆衛生からなり、人々の生活を生涯にわたって支えるものである。

① 社会保険(年金・医療・介護)

国民が病気、けが、出産、死亡、老齢、障害、失業など生活の困難をもたらすいろいろな事故(保険事故)に遭遇した場合に一定の給付を行い、その生活の安定を図ることを目的とした強制加入の保険制度

- 病気やけがをした場合に誰もが安心して医療にかかることのできる医療保険
- 老齢・障害・死亡等に伴う稼働所得の減少を補填し、高齢者、障害者及び遺族の生活を所得面から保障する年金制度
- 加齢に伴い要介護状態となった者を社会全体で支える介護保険 など

② 社会福祉

障害者、母子家庭など社会生活をする上で様々なハンディキャップを負っている国民が、そのハンディキャップを克服して、安心して社会生活を営めるよう、公的な支援を行う制度

- 高齢者、障害者等が円滑に社会生活を営むことができるよう、在宅サービス、施設サービスを提供する社会福祉
- 児童の健全育成や子育てを支援する児童福祉 など

③ 公的扶助

生活に困窮する国民に対して、最低限度の生活を保障し、自立を助けようとする制度

- 健康で文化的な最低限度の生活を保障し、その自立を助長する生活保護制度

④ 保健医療・公衆衛生

国民が健康に生活できるよう様々な事項についての予防、衛生のための制度

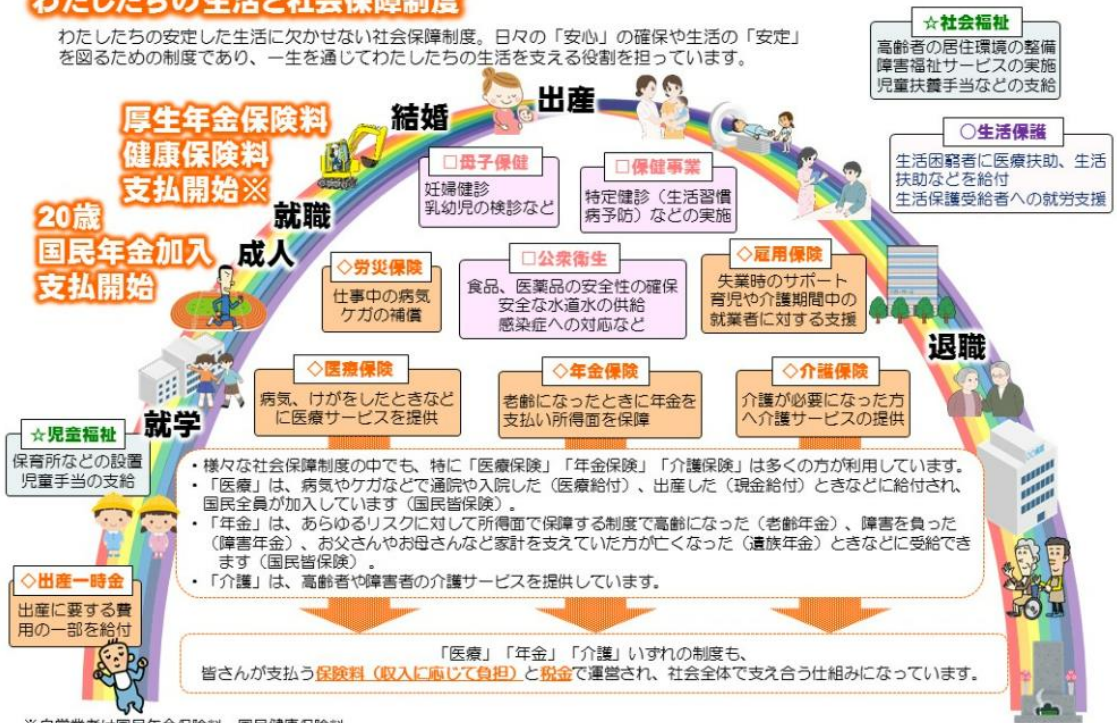
- 医師その他の医療従事者や病院などが提供する医療サービス
- 疾病予防、健康づくりなどの保健事業
- 母性の健康を保持、増進するとともに、心身ともに健全な児童の出生と育成を増進するための母子保健
- 食品や医薬品の安全性を確保する公衆衛生 など

※これらの分類については、昭和25年及び昭和37年の社会保障制度審議会の勧告に沿った分類に基づいている。

出典：厚生労働省「社会保障改革」

わたしたちの生活と社会保障制度

わたしたちの安定した生活に欠かせない社会保障制度。日々の「安心」の確保や生活の「安定」を図るための制度であり、一生を通じてわたしたちの生活を支える役割を担っています。



出典：厚生労働省「社会保障改革」

近年の社会保障制度改革の経緯を概観すると、1990年代初頭にバブル経済が崩壊し、日本経済が長期にわたり低迷する中で、1990年に少子化が社会問題として本格的に意識されるようになった。また、1994年には、65歳以上の人口が14%を超え、「高齢社会」が到来した。この中で、子育て支援の分野では「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について（エンゼルプラン）」（1994年）が策定され、また、第5番目の社会保険として介護保険制度（2000年）が実施された。

2000年代以降には、年金、介護保険、高齢者医療制度において社会保障構造改革が実施され、これにより、各制度の持続可能性は高まったが、少子化対策の遅れ、高齢化の一層の進行に伴う制度の持続可能性の欠如、医療・介護の現場の疲弊、非正規雇用の労働者等に対するセーフティネット機能の低下等の問題が顕在化している状態である。

出典：「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」（2013年8月6日）

イ 人口構造の変化と介護政策

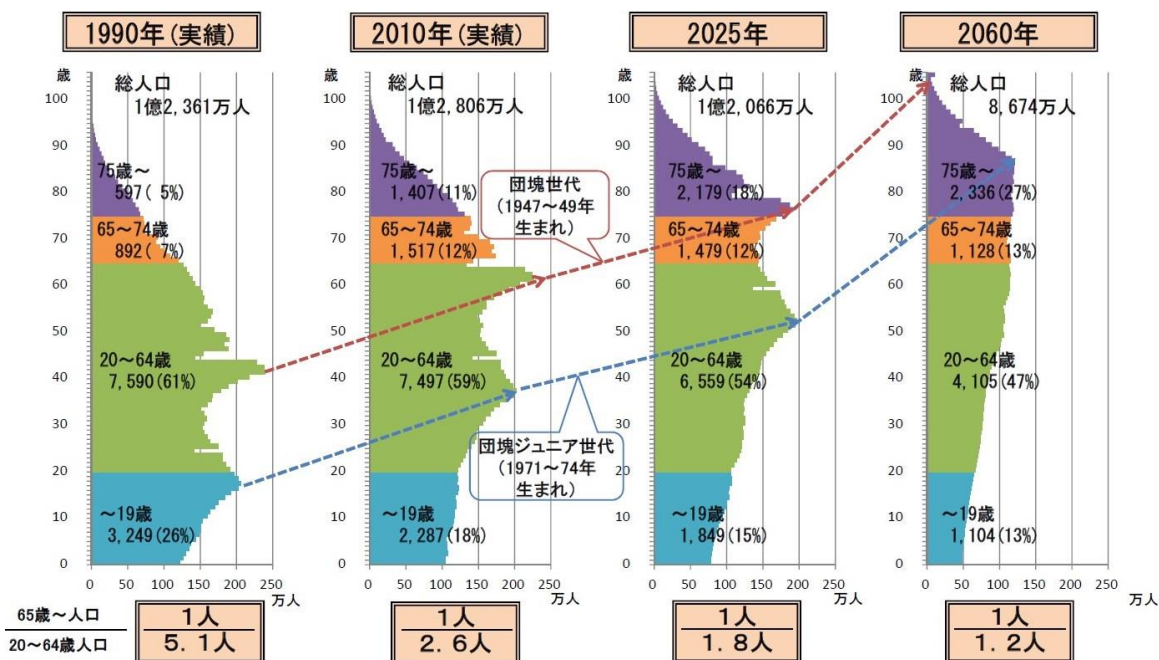
介護の政策に焦点を絞り、これまでの政策を振り返ってみる。

1990年代から、日本の高齢者人口は急激に増大し、寿命が延伸してきた。これにより、要介護者の増加や介護期間の長期化が進み、この傾向は将来に渡って続いていくことが政策決定の場面においても取り上げられるようになってきた。また一方で、都市の人口増加や核家族の増加などにより、家族形態が変化し、それまで家庭内で行ってきたいわゆる「家族介護」により介護を担うことは難しくなってきた。

このような社会の変化により、家族が介護を担うのではなく、社会全体で高齢者の介護を担う必要があるという認識が生じたのである。

■人口ピラミッドの変化（1990～2060）

1990年には全人口のうち12%であった高齢者人口は、2025年には30%を超え、いわゆる「団塊ジュニア世代（1971年～74年生まれ）」が後期高齢者に到達する2060年には、総人口の減少も相まって人口の4割が65歳以上になる。



※2012年時点の人口推計による

出典：厚生労働省老健局「日本の介護保険制度について」（2016年11月）

ウ 旧来の介護にかかる制度

1960年代の訪問介護事業の創設から、老人福祉法、老人保健法やゴールドプラン（高齢者福祉保健戦略10か年計画）が策定されるなど、高齢者福祉政策は徐々に拡大・充実してきた。

1990年代まで高齢者の介護にかかる制度は大きくわけて2つあったが、次頁のような問題点がある中で高齢者が急増し、従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界が生じていた。

	対象サービス	問題点
老人福祉政策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特別養護老人ホーム 等 ・ ホームヘルプサービス、デイサービス 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村がサービスの種類、提供機関を決める。 →利用者は選択ができない。 ・ 所得調査が必要である。 →利用に心理的抵抗感が伴う。 ・ 市町村が直接／委託で提供するサービスが基本。 →競争原理が働かず、内容が画一的となりがち。 ・ 本人と扶養義務者の収入に応じた利用者負担（応能負担）。 →中高所得層にとって重い負担。
老人医療政策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 老人保健施設、療養型病床群、一般病院 等 ・ 訪問看護、デイケア 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中高所得者層にとって利用者負担が福祉サービスより低い。また、福祉サービスの基盤整備が不十分なため、介護を理由とする一般病院への長期入院（いわゆる社会的入院）が発生。 →特別養護老人ホームや老人保健施設より高コストであり、医療費が増加。 →治療を目的とする病院では、スタッフや生活環境の面で、長期に療養する場としての体制が不十分。 (狭い居室面積、食堂・風呂なし等)

出典：厚生労働省老健局「日本の介護保険制度について」（2016年11月）を基に作成。

■高齢者向け施策の経緯

年代	高齢化率	主な政策
1960年代 老人福祉政策の始まり	5.7% (1960)	1962(昭和37)年 訪問介護（ホームヘルプサービス）事業の創設 1963(昭和38)年 老人福祉法制定 ◇特別養護老人ホーム創設、訪問介護法制化
1970年代 老人医療費の増大	7.1% (1970)	1973(昭和48)年 老人医療費無料化 1978(昭和53)年 短期入所生活介護（ショートステイ）事業の創設 1979(昭和54)年 日帰り介護（デイサービス）事業の創設
1980年代 社会的入院や寝たきり老人の社会的問題化	9.1% (1980)	1982(昭和57)年 老人保健法の制定 ◇老人医療費の一定額負担の導入等 1987(昭和62)年 老人保健法改正（老人保健施設の創設） 1989(平成元年)年 消費税の創設（3%） ゴールドプラン （高齢者保健福祉推進十か年戦略）の策定 ◇施設緊急整備と在宅福祉の推進
1990年代 ゴールドプランの推進 介護保険制度の導入準備	12.0% (1990)	1990(平成2)年 福祉8法改正 ◇福祉サービスの市町村への一元化、老人保健福祉計画 1992(平成4)年 老人保健法改正（老人訪問看護制度創設） 1994(平成6)年 厚生省に高齢者介護対策本部を設置（介護保険制度の検討） 新ゴールドプラン策定 （整備目標を上方修正） 1996(平成8)年 介護保険制度創設に関する連立与党3党（自社さ）政策合意 1997(平成9)年 消費税の引上げ（3%→5%） 介護保険法成立
2000年代 介護保険制度の実施	17.3% (2000)	2000(平成12)年 介護保険法施行

出典：厚生労働省老健局「日本の介護保険制度について」（2016年11月）

介護が必要な高齢者の増加や介護期間の長期化による介護ニーズの高まりや、核家族化の進行など家族をめぐる状況も変化する中で、上述の課題を解決するには従来の老人福祉・老人医療制度による対応に限界があるとして 1997 年に成立、2000 年に施行されたのが、「介護保険法」であり、これにより介護保険制度が導入された。

(2) 介護保険制度

介護保険制度は、2000年から施行されている、最も新しい社会保険制度である。

社会における高齢者の介護ニーズに応え、国のそれまでの福祉制度の諸問題を解決するものとして開始した介護保険制度は、急速な高齢化が進む日本の介護政策の根幹制度である。開始から20年が経過し、現在、国・自治体の歳出、公的負担が最も増えている政策分野にかかる制度として、介護保険制度は大きな転換点を迎えている。

ア 介護保険制度の基本的な考え

介護保険制度は以下の3つの基本的な考え方に基づいている。

(ア) 自立支援

単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする

(イ) 利用者本位

利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度

(ウ) 社会保険方式

給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

イ 介護保険制度と従前の制度との違い

介護保険制度は、従前の老人福祉政策・老人医療政策と異なり、自立支援の考え方に基づくケアプランに即した多様な主体のサービスに対し、利用者が自ら選んで選択し、さらに、利用者負担も所得による差が少ないという特徴を持つ。

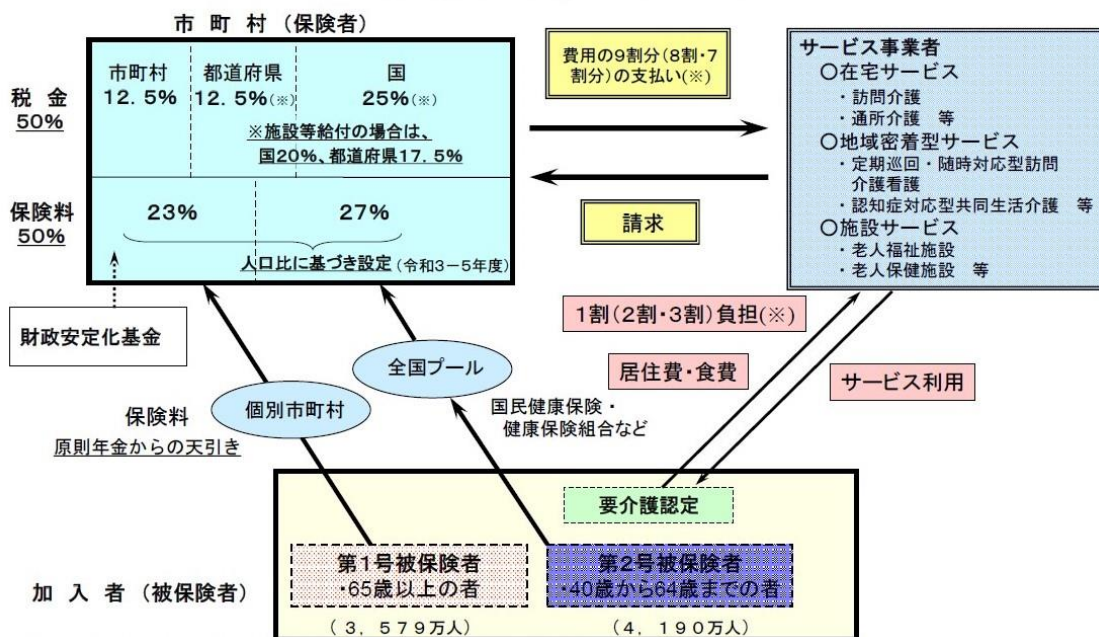
■従前制度との違い

	従前制度	介護保険制度
①申込方法	行政窓口申請し、市町村がサービス決定	利用者が自らサービスの種類や事業者を選んで利用
②医療と福祉の別	医療と福祉は別々に申込む	介護サービスの利用計画(ケアプラン)を作り、医療・福祉のサービスを総合的に利用
③サービス提供者	市町村や公的な団体(社会福祉協議会など)中心のサービスの提供	民間企業、農協、生協、NPOなど多様な事業者によるサービスの提供
④利用者の負担	中高所得者にとっては利用者負担が重い(利用しにくい)	所得にかかわらず、1割の利用者負担(2015年8月以降、一定以上所得者については利用者負担は2割)

出典：厚生労働省老健局「日本の介護保険制度について」(2016年11月)を基に作成。

■介護保険制度の仕組み全体像

介護保険制度の仕組み



(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。

(注) 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）。

出典：第92回社会保障審議会（介護保険部会）「資料1 介護保険制度をめぐる最近の動向について」（2022年3月24日）

イ 対象者

(ア) 被保険者

- ①65歳以上（第1号保険者）
- ②40歳から64歳までの医療保険加入者（第2号被保険者）

(イ) サービス対象者

- ①65歳以上（第1号被保険者）
要介護または要支援
- ②40歳から64歳までの医療保険加入者（第2号被保険者）
要介護または要支援であり、その状態が特定疾病に起因する場合

(ウ) 特定疾病(16種類)

特定疾病については、その範囲を明確にするとともに、介護保険制度における要介護認定の際の運用を容易にする観点から、個別疾病名を列記している。

■ 特定疾病

- ・がん（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状態に至ったと判断したものに限る。）※
- ・関節リウマチ※
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・後縦靭帯骨化症
- ・骨折を伴う骨粗鬆症
- ・初老期における認知症
- ・進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病※
- 【パーキンソン病関連疾患】
- ・脊髄小脳変性症
- ・脊柱管狭窄症
- ・早老症
- ・多系統萎縮症※
- ・糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ・脳血管疾患
- ・閉塞性動脈硬化症
- ・慢性閉塞性肺疾患
- ・両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

※2006年4月に追加、見直しがなされたもの

ウ サービスを受けるまでの流れ

サービス利用を希望する者は、まず、居住する市区町村の窓口で要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）の申請を行い、申請後に市区町村の職員などから訪問を受け、聞き取り調査（認定調査）を受ける。また、市区町村からの依頼により、主治医は心身の状況について意見書（主治医意見書）を作成する。その後、認定調査結果や主治医意見書に基づくコンピュータによる一次判定及び、一次判定結果や主治医意見書に基づく介護認定審査会による二次判定を経て、市区町村が要介護度を決定する。

なお、介護保険では、要介護度に応じて受けられるサービスの種別が決まっているため、要介護度が判定された後に、「どのような介護サービスを受けるか」「どのような事業所を選ぶか」についてサービス計画書（ケアプラン）を作成し、それに基づきサービスの利用が開始される。

■ サービス開始までの6ステップ

- ① 要介護認定申請
- ↓
- ② 認定審査・主治医意見書
- ↓
- ③ 審査判定
- ↓
- ④ 要介護（要支援）認定
- ↓
- ⑤ 介護（介護予防）サービス計画書（ケアプラン）の作成
- ↓
- ⑥ 介護サービス利用の開始

出典：厚生労働省 介護サービス情報公表システム 「介護保険の解説」

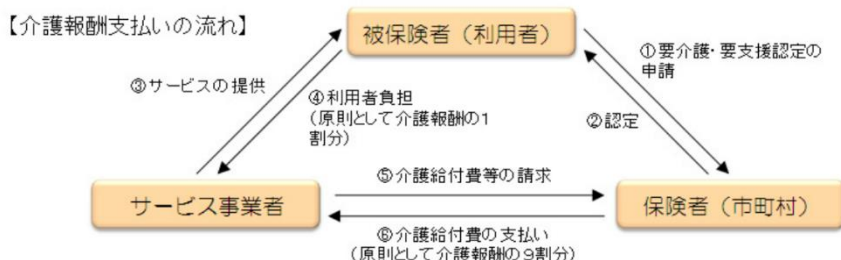
エ 介護報酬と利用者負担

介護サービスの事業者が利用者（要介護者、要支援者）に各種介護サービスを提供した場合に、その対価として事業者を支払われる報酬（介護報酬）は、原則として、7割から9割は介護保険から支払われ、1割から3割は、利用者の自己負担となる。

■介護報酬

介護報酬について

- 介護報酬とは、事業者が利用者（要介護者又は要支援者）に介護サービスを提供した場合に、その対価として事業者を支払われるサービス費用をいう。
- 介護報酬は各サービス毎に設定されており、各サービスの基本的なサービス提供に係る費用に加えて、各事業所のサービス提供体制や利用者の状況等に応じて加算・減算される仕組みとなっている。
- なお、介護報酬は、介護保険法上、厚生労働大臣が社会保障審議会（介護給付費分科会）の意見を聞いて定めることとされている。



出典：厚生労働省 「介護報酬について」

オ サービスの種類

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。

7

出典：第92回社会保障審議会（介護保険部会）「資料1 介護保険制度をめぐる最近の動向について」（2022年3月24日）

介護保険で提供されるサービスの内容の詳細は、次のとおりである。介護サービスは

居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスの3つに大別でき、これらの事業所・施設がサービスを提供するための要となるケアプランを作成するのが居宅介護支援事業所（要介護者）と介護予防支援事業所（要支援者）である。

各サービスは提供する対象により、要支援者向けの介護予防サービス（予防給付）と要介護者向けの介護サービス（介護給付）とに区別されるが、提供する事業所は共通する場合が多い。そのため、介護給付と予防給付で提供内容が重複するものは同じ枠内にまとめて示した。

◎ 介護予防サービス/居宅サービス

訪問介護/介護予防訪問介護	居宅で介護福祉士等から受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話
訪問入浴介護/介護予防訪問入浴介護	居宅を訪問し、浴槽を提供されて受ける入浴の介護
訪問看護/介護予防訪問看護	居宅で看護師等から受ける療養上の世話又は必要な診療の補助
通所介護/介護予防通所介護	老人デイサービスセンター等の施設に通って受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練
通所リハビリテーション/介護予防通所リハビリテーション	介護老人保健施設、介護医療院、病院・診療所に通って受ける心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるための理学療法、作業療法のリハビリテーション
短期入所生活介護/介護予防短期入所生活介護	特別養護老人ホーム等の施設や老人短期入所施設への短期入所で受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練
短期入所療養介護/介護予防短期入所療養介護	介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設等への短期入所で受ける看護、医学的管理下の介護と機能訓練等の必要な医療並びに日常生活の世話
特定施設入居者生活介護/介護予防特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム等に入居する要介護者等が、特定施設サービス計画に基づいて施設で受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話
福祉用具貸与/介護予防福祉用具貸与	日常生活上の便宜を図るための用具や機能訓練のための用具で、日常生活の自立を助けるもの（厚生労働大臣が定めるもの）の貸与
特定福祉用具販売/特定介護予防福祉用具販売	福祉用具のうち、入浴又は排せつの用に供するための用具等の販売

◎ 地域密着型サービス/地域密着型介護予防サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護	定期的な巡回訪問又は通報を受け、居宅で介護福祉士等から受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、看護師等から受ける療養上の世話又は必要な診療の補助
夜間対応型訪問介護	夜間において、定期的な巡回訪問又は通報を受け、居宅で介護福祉士等から受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話
地域密着型通所介護	小規模の老人デイサービスセンター等の施設に通って受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練
認知症対応型通所介護/介護予防認知症対応型通所介護	

<p>認知症の要介護者（要支援者）が、デイサービスを行う施設等に通って受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練</p>
<p>小規模多機能型居宅介護/介護予防小規模多機能型居宅介護 居宅又は厚生労働省令で定めるサービスの拠点に通い、又は短期間宿泊し、当該拠点において受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練</p>
<p>認知症対応型共同生活介護/介護予防認知症対応型共同生活介護 比較的安定した状態にある認知症の要介護者（要支援者）が、共同生活を営む住居で受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練</p>
<p>地域密着型特定施設入居者生活介護 有料老人ホーム等に入所する要介護者等が、地域密着型サービス計画に基づいて施設で受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話</p>
<p>複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） 訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組合せにより提供されるサービス</p>
<p>地域密着型介護老人福祉施設 老人福祉法に規定する特別養護老人ホーム（入所定員が29人以下であるものに限る。）で、かつ、介護保険法による市町村長の指定を受けた施設であって、入所する要介護者に対し、地域密着型サービス計画に基づいて施設で受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設</p>

◎ 施設サービス

<p>介護老人福祉施設 老人福祉法に規定する特別養護老人ホーム（入所定員が30人以上であるものに限る。）で、かつ、介護保険法による都道府県知事の指定を受けた施設であって、入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設</p>
<p>介護老人保健施設 介護保険法による都道府県知事の開設許可を受けた施設であって、入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設</p>
<p>介護療養型医療施設（2024年3月末に廃止） 医療法に規定する医療施設で、かつ、介護保険法による都道府県知事の指定を受けた施設であって、入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設</p>
<p>介護医療院 介護保険法による都道府県知事の開設許可を受けた施設であって、主として長期にわたり療養が必要である要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに生活上の世話を行うことを目的とする施設</p>

◎ 支援計画を作るサービス

居宅介護支援

居宅介護支援事業所が、居宅要介護者の依頼を受けて、心身の状況、環境、本人や家族の希望等を勘案し、在宅サービス等を適切に利用するために、利用するサービスの種類・内容等の居宅サービス計画を作成し、サービス提供確保のため事業者等との連絡調整その他の便宜の提供等を行うとともに、介護保険施設等への入所が必要な場合は施設への紹介その他の便宜の提供等を行うもの

介護予防支援

介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が居宅要支援者の依頼を受けて、心身の状況、環境、本人や家族の希望等を勘案し、介護予防サービスや地域密着型介護予防サービスを適切に利用するための介護予防サービス計画等の作成、介護予防サービス提供確保のための事業者等との連絡調整その他の便宜の提供等を行うもの

出典：厚生労働省「令和2年介護サービス施設・事業所調査」（2021年12月28日）を基に作成。

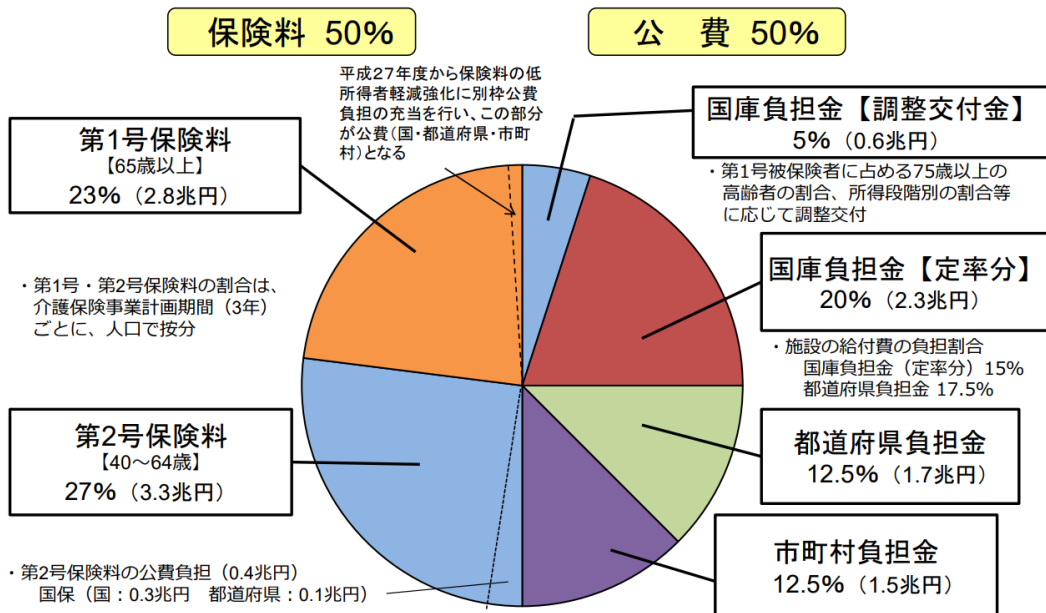
カ 財源

介護保険の財源は、国や自治体の負担金のほか、40歳以上が納める介護保険料で賄われる。保険料の負担割合は、全国の65歳以上（第1号被保険者）と40歳から64歳まで（第2号被保険者）の人口割合により、3年ごとに決定される。

2022年度の予算案においては、財源構成は、第1号被保険者の納める介護保険料が2.8兆円（23%）、第2号被保険者の納める介護保険料が3.3兆円（27%）、都道府県が1.7兆円、市町村が1.5兆円（各12.5%）、国庫負担金が25%となっている。

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

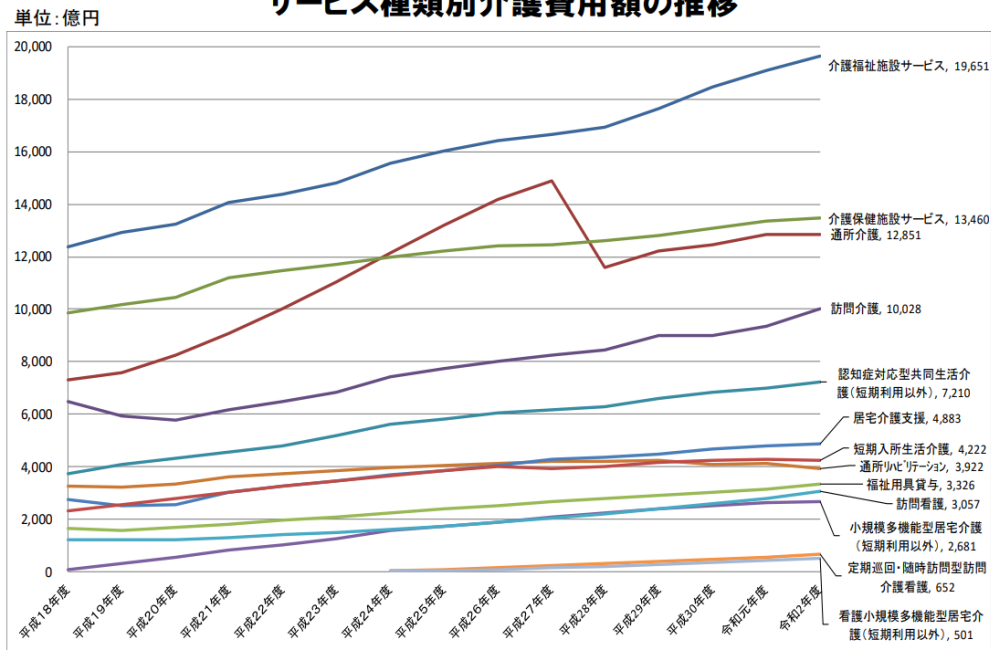


出典：第92回社会保障審議会（介護保険部会）「資料1 介護保険制度をめぐる最近の動向について」（2022年3月24日）

キ サービス費用と保険料の増加

保険給付額と公費負担額、利用者負担額を合わせた介護費用は急増している。下記のグラフは、介護予防サービス、地域支援事業実施分及び市町村が直接払う費用（住宅改修費等）を含まないため、後述する介護予防・日常生活支援総合事業の開始により、一部サービスが2015年度前後に減少したように見えるが、大幅増加傾向は明らかである。また、それに伴い、財源確保のため保険料も倍増している。

サービス種類別介護費用額の推移



【出典】介護給付費等実態調査(統計)(平成18年度から令和2年度)より作成
 注1) 介護予防サービスを含まない。
 注2) 右のサービス名に記載された数値は令和2年度分のもの。

第1号保険料と第2号保険料の推移

第1期	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)	
	平成12年度	2,911円	2,075円	見込額
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	
第3期	平成17年度	4,090円	3,618円	
	平成18年度		3,595円	
	平成19年度		3,777円	
第4期	平成20年度	4,160円	3,944円	
	平成21年度		4,093円	
	平成22年度		4,289円	
第5期	平成23年度	4,972円	4,463円	
	平成24年度		4,622円	
	平成25年度		4,871円	
第6期	平成26年度	5,514円	5,125円	
	平成27年度		5,081円	
	平成28年度		5,192円	
第7期	平成29年度	5,869円	9月まで	5,190円(国保)
	平成30年度		10月以降	5,249円(被用者保険)
			5,397円(国保)	
第8期	令和元年度	6,014円	5,457円(被用者保険)	
	令和2年度		5,353円(国保)	
	令和3年度		5,410円(被用者保険)	
第9期	令和4年度	6,678円	5,532円(国保)	
	令和5年度		5,591円(被用者保険)	
	令和6年度		5,669円	

(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

出典：第92回社会保障審議会（介護保険部会）「資料1 介護保険制度をめぐる最近の動向について」（2022年3月24日）

(3) 制度改正と介護報酬の改定

介護保険制度は原則3年を1期とするサイクルで財政収支を見通し、事業の運営を行っている。また、制度としては概ね、5年ごとを目安に改正を行ってきた。

ア これまでの介護保険制度改正内容

■ これまでの主な改正内容の一覧

介護保険制度の主な改正の経緯	
第1期 (平成12年度～)	平成12年4月 介護保険法施行
第2期 (平成15年度～)	平成17年改正(平成18年4月等施行) ○介護予防の重視(要支援者への給付を介護予防給付に、地域包括支援センターを創設、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。介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施) ○小規模多機能型居宅介護等の地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定 など
第3期 (平成18年度～)	平成20年改正(平成21年5月施行) ○介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化等
第4期 (平成21年度～)	平成23年改正(平成24年4月等施行) ○地域包括ケアの推進。24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予(公布日) ○医療的ケアの制度化。介護職員によるたんの吸引等。有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護
第5期 (平成24年度～)	平成26年改正(平成27年4月等施行) ○地域医療介護総合確保基金の創設 ○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実(在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等) ○全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化 ○低所得の第1号被保険者の保険料の軽減割合を拡大、一定以上の所得のある利用者の自己負担引上げ(平成27年8月)等 ○特別養護老人ホームの入所者を中重度者に重点化
第6期 (平成27年度～)	平成29年改正(平成30年4月等施行) ○全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化 ○「日常的な医学管理」、「看取り・ターミナル」等の機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた、介護医療院の創設 ○特に所得の高い層の利用者負担割合の見直し(2割→3割)、介護納付金への総報酬割の導入 など
第7期 (平成30年度～)	令和2年改正(令和3年4月施行) ○地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援 ○医療・介護のデータ基盤の整備の推進
第8期 (令和3年度～)	

出典：第92回社会保障審議会(介護保険部会)「資料1 介護保険制度をめぐる最近の動向について」(2022年3月24日)

イ 過去の大きな改正と地域包括ケアシステム

(ア) 2005年度の介護保険法改正、2006年度施行

「明るく活力のある超高齢社会の構築」、「制度の持続可能性」、「社会保障の総合化」を基本的視点として、以下のとおり見直しを行った。

・「予防重視型システムへの転換」

要介護者への介護給付とは別に、要支援者への給付を「予防給付」として新たに創設し、要支援者のケアマネジメントを、新たに創設した「地域包括支援センター(介護予防支援事業所)」で実施することとした。また、市町村が、介護予防事業や包括的支援事業等の「地域支援事業」を実施することとした。

・「施設給付の見直し」

施設等の食費・居住費を保険給付の対象外とし、全額自己負担する一方、低所得の利用者へは補足給付を設けた。

その他、地域密着型サービスなど、新たなサービス体系の確立や、介護サービス情報の公表、負担能力を考慮した第1号被保険者の保険料見直しを行った。

(イ) 2011年度の介護保険法改正、2012年度施行

制度開始から約10年が経過し、サービス利用者数が開始時の約3倍まで増えると共に、医療ニーズの高い高齢者や要介護度の高い高齢者の増加が顕著になった。同時

に、介護人材の確保も喫緊の課題として取り上げられるようになり、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の概念が登場し、これに向けた取組を進めることとなった。

- ・医療と介護の連携の強化等

各種サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進するとともに、日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定することとなった。また、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設し、保険者（各自治体等）の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とした。

介護療養病床を廃止し、新たな指定を行わないとした。

- ・介護人材の確保とサービスの質の向上

介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等による痰の吸引等の実施を可能とするとともに、介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加し、労働環境を見直した。

また、介護サービス情報公表制度を見直した。

- ・高齢者の住まいの整備等

有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加するとともに、サービス付き高齢者向け住宅の供給を促進（高齢者住まい法の改正）した。

- ・認知症対策の推進

市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進や、市町村の介護保険事業計画に、地域の実情に応じた認知症支援策を盛りこんだ。

- ・保険者による主体的な取組の推進

介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保し、地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とした。

- ・保険料の上昇の緩和

各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

(ウ) 2015年度介護保険法改正と「医療介護総合確保推進法」

2012年8月に、社会保障制度改革推進法が成立し、年金、医療、介護、少子化の4分野での改革の基本方針が明記された。

改革の推進を審議する組織として、社会保障制度改革国民会議が設置され、その報告を踏まえた「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（以下、「プログラム法」という。）」が、2013年末に成立した。そして、これを具体化した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（以下、医療介護総合確保推進法）」が、2014年に成立した。

医療介護総合確保推進法は、介護保険法や医療法など19の法律を一括して改正したものであり、プログラム法に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、「医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う」ことを趣旨とした。これに基づき、2015年度の介護保険法改正が行われた。主な改正ポイントは以下のとおりである。

- ・新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

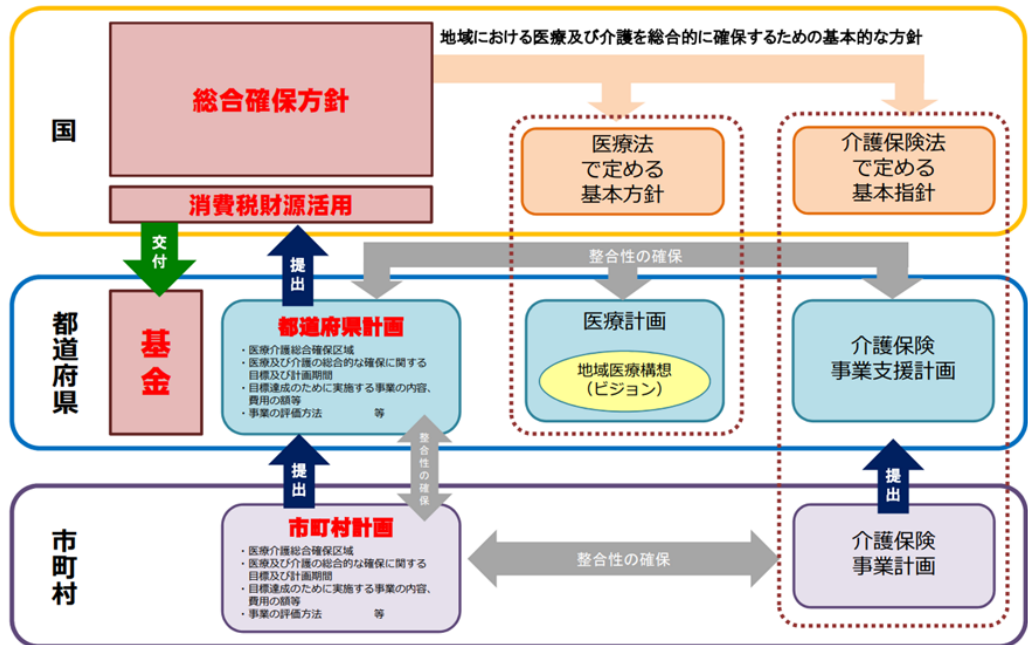
都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置した。また、厚生労働大臣は医療介護の連携強化の基本的方針を策定した。

- ・地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告（病床機能報告）し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定するとした。また、医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付けた。

- ・地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）
在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行した。また、特別養護老人ホームを、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化した。
低所得者の保険料軽減を拡充するとともに、一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）、低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加した。
なお、医療介護総合確保推進法第3条第1項の規定に基づき、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（以下、総合確保方針）」が策定された。総合確保方針は、地域における医療及び介護の総合的な確保の意義及び基本的な方向を定め、医療計画と介護保険事業計画のいわば上位に位置する概念である。両計画の基本となるべき事項、都道府県計画及び市町村計画の作成やこれらの整合性の確保、都道府県計画、医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画の整合性の確保や、医療介護総合確保法第6条の基金（以下単に「基金」という。）を活用した地域における事業が、公平性及び透明性を確保しつつ、実施されるようにすることを目的とする。地域医療構想の作成や医療介護総合確保推進法による改正の施行状況等を勘案して、必要な見直しを行うとされており、この総合確保方針の見直しの方向性が、次期の医療計画、介護計画の見直しの方向性の基礎となる。

■ 総合確保方針と各計画の関係性



出典：厚生労働省「第3回医療介護総合確保促進会議」「参考資料1 医療及び介護に関する各種方針・計画等の関係について」（2014年9月8日）

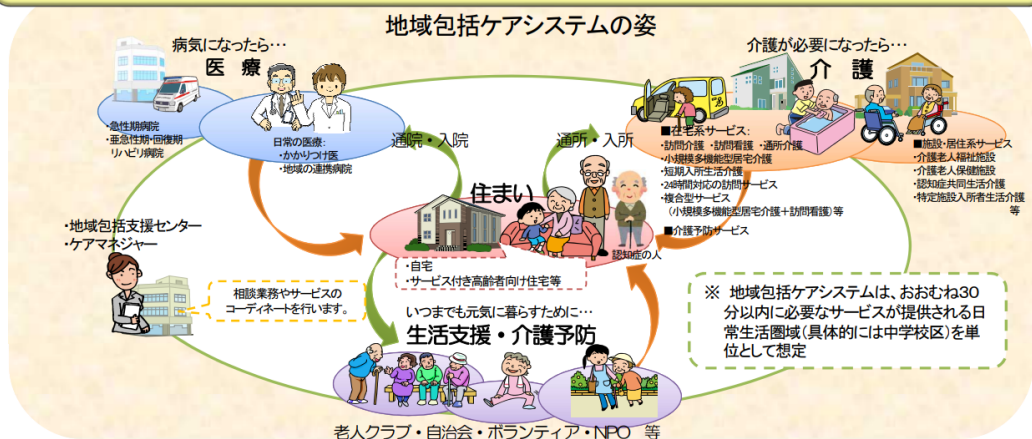
ウ 地域包括ケアシステムの概念について

急速な高齢化による医療・介護需要のさらなる増加を背景に、地域の中で医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の構築が推進されている。団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されている状態を目指している。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要であるとされている。

人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部など、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じているため、地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要とされている。

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



出典：厚生労働省「地域包括ケアシステム」

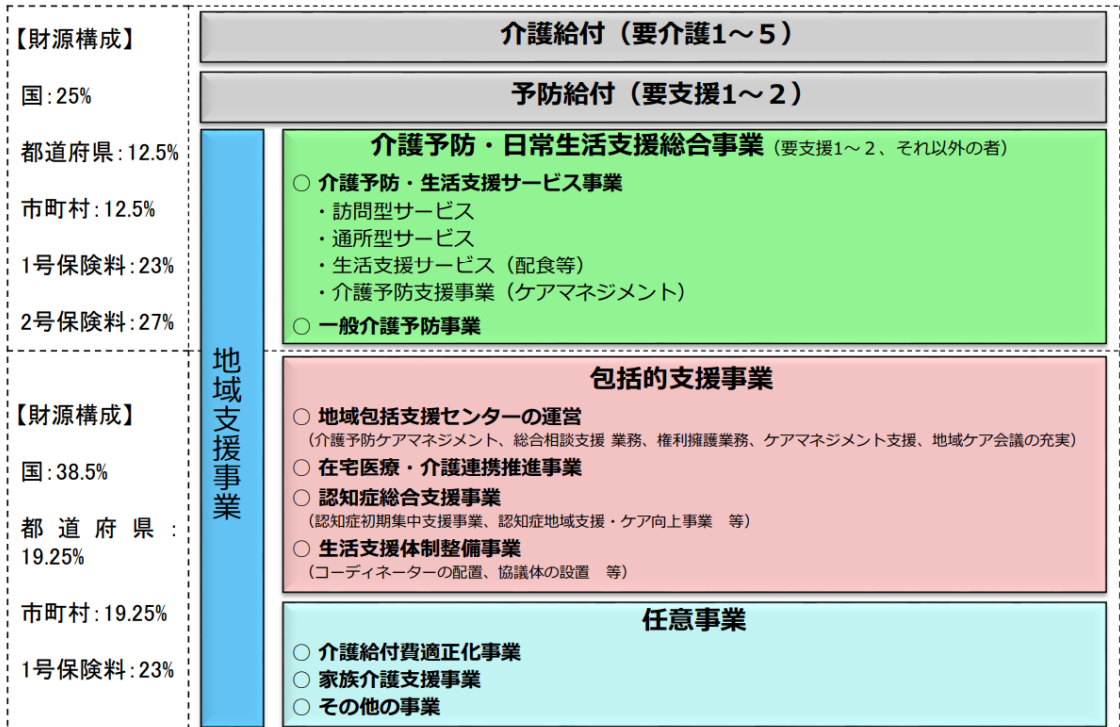
エ 地域支援事業の創設と介護予防・日常生活支援総合事業

「地域包括ケアシステム」の構築に向け、2015年から、在宅医療と介護の連携推進や、全国一律で提供されていた予防給付の一部について市町村を実施主体とする新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」が開始した。2020年の改正では、市町村が地域住民のニーズに応じて包括的な支援を行う体制の構築へと拡大されている。

予防給付に関しては、本人に対してのみならず、地域づくりなど本人を取り巻く環境へのアプローチも含め、バランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直し、予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村の裁量の範囲を拡大し、地域の実情に応じた内容のサービスの提供が可能となる「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」（以下、「総合事業」という）が開始され、取組状況にばらつきは見られるものの、2017年以降全ての市町村で実施されている。

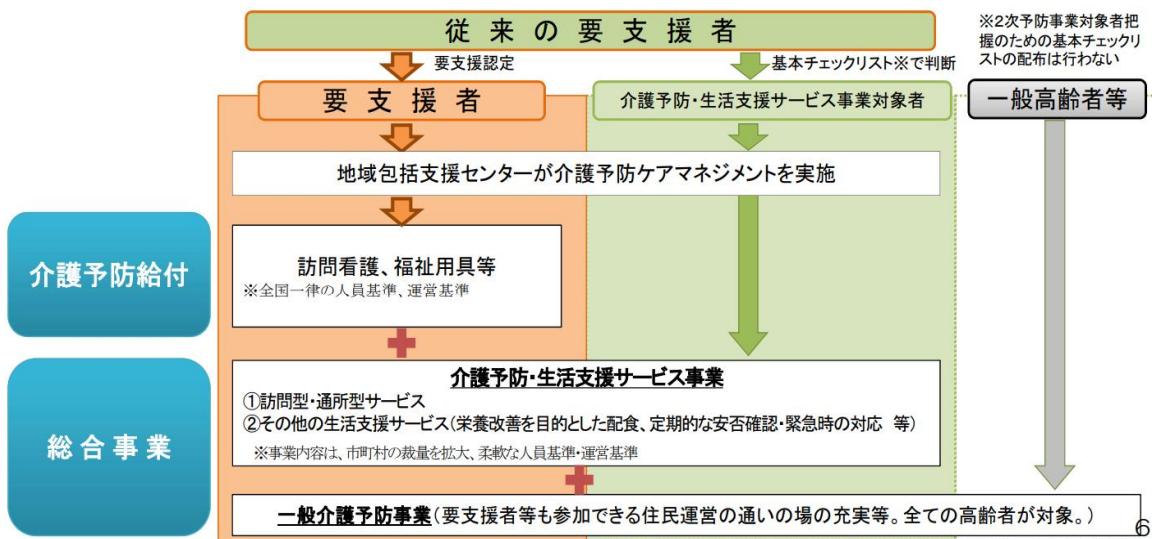
■総合事業の位置づけ

介護保険給付・地域支援事業の全体像



出典：第92回社会保障審議会（介護保険部会）「資料1 介護保険制度をめぐる最近の動向について」（2022年3月24日）

■従来のサービス利用との比較



出典：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン（概要）」

オ 介護報酬改定

過去の介護報酬改定率と改定の主な視点をまとめると、以下のとおりである。介護報酬改定は、原則として3年に一度行われるが、この他にも2017年度の介護人材の処遇改善加算の加算率アップや2019年度の消費税の引き上げに伴う対応など、法改正による制度変更も行われている。直近改定で特筆すべき内容のひとつは、感染症や災害の対応力強化である。

■2003年度以降の介護報酬改定の概要

改定時期	改定時期改定にあたっての主な視点	改定率
2003年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援の確立 ○ 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%
2005年10月改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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）、食費に関連する運営基準の見直し 	
2006年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中重度者への支援強化、サービスの質の向上 ○ 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 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化 	▲0.5% [▲2.4%] ※ [] は2005年10月改定分を含む。
2009年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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%
2012年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	1.2%
2014年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 消費税の引き上げ（8%）への対応 ・基本単位数等、区分支給限度基準額の引き上げ 	0.63%
2015年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の強化 ○ 介護人材確保対策の推進 ○ 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%
2017年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護人材の処遇改善 	1.14%
2018年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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%
2019年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 消費税の引き上げ（10%）への対応 ・基本単位数等、区分支給限度基準額の引き上げ 	0.39%
2021年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	0.70%

出典：厚生労働省「令和3年度介護報酬改定の主な事項について」を基に作成。

2021年度の介護報酬改定において、感染症や災害が発生した場合にも、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づけることが示された。（なお、これには3年間の経過措置期間が設けられるため、2024年から義務化することとなる。）

厚生労働省では、この改定に伴い、2020年度より、介護サービスが安定的・継続的に提供されるよう、介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）の作成を支援するために、業務継続のガイドラインの周知と研修動画を作成・公表し、随時更新している。

ガイドライン等には、「新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」と「自然災害発生時の業務継続ガイドライン」の2種があり、自然災害と感染症という異なる事象にそれぞれ対応した作りになっている。

■ 2つの業務継続ガイドラインの掲載内容ポイント

	新型コロナ発生時用	自然災害発生時用
主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・BCPとは ・新型コロナウイルス感染症とは ・自然災害BCPとの違い ・事業者求められる役割 ・BCP作成のポイント ・発生時の対応 ・感染防止取組 	<ul style="list-style-type: none"> ・BCPとは ・事業所等におけるBCP ・防災計画と自然災害BCPの違い ・事業者求められる役割 ・BCP作成のポイント ・発生時の対応 ・複合災害対策（新型コロナ流行下における自然災害発生時の対策の考え方）
発生時の対応がわかる施設／サービスの別	<ul style="list-style-type: none"> ・入所系 ・通所系 ・訪問系 	<ul style="list-style-type: none"> ・全施設共通 ・通所固有の事項 ・訪問固有の事項 ・居宅介護支援固有の事項
公表されているその他の作成支援ツール	<ul style="list-style-type: none"> ・上記の施設／サービスごとの例示入りひな形 ・様式ツール集 	<ul style="list-style-type: none"> ・上記の施設／サービスごとの例示入りひな形

出典：厚生労働省「介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）作成支援に関する研修」を基に作成。

(4) 2040年への備え（地域共生社会という概念の登場）

ア 介護を取り巻く状況

前述のように、これまで、介護保険制度では、65歳以上の1号被保険者及び一部の2号被保険者がサービスの受け手であり、これを40歳以上が納める保険料と国・自治体の負担で支えてきた構図である。

ところが、下記の図のとおり、介護保険制度が開始した2000年と比較すると、65歳以上の被保険者数は1.7倍、要介護（要支援含む）認定者数は、3.1倍、サービス利用者は平均して3.4倍（在宅サービス利用者数は4.1倍、施設サービス利用者数は1.8倍）と大幅に増加している。

■ サービス対象者・利用者等の増加

これまでの21年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来21年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.7倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.4倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2021年3月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,579万人	1.7倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2021年3月末	
認定者数	218万人	⇒	682万人	3.1倍

③サービス利用者の増加

	2000年4月		2021年3月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	399万人	4.1倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	96万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		88万人	
計	149万人	⇒	509万人※	3.4倍

（出典：介護保険事業状況報告令和3年3月及び5月月報）

※ 在宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、並びに、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）、及び認知症対応型共同生活介護の合計。在宅サービス利用者数、施設サービス利用者数及び地域密着型サービス利用者数を合計した、延べ利用者数は583万人。

出典：第92回社会保障審議会（介護保険部会）「資料1 介護保険制度をめぐる最近の動向について」（2022年3月24日）

高齢者及び介護保険のサービス利用者が大幅に増加する一方、支える世代の状況を見ると、人口構造の変化により、2000年には8,638万人であったいわゆる生産年齢世代の15歳～64歳の人口が、2040年（推計）では5,978万人まで減少し、中でも就業者数は、5,650万人まで減少すると予想されている。

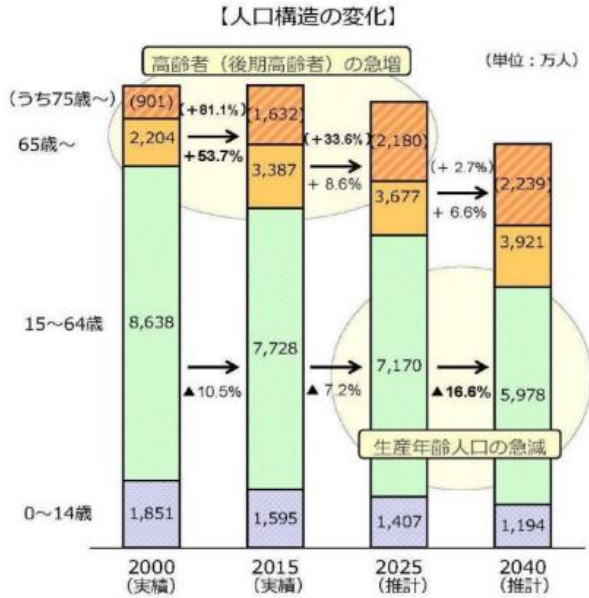
この「生産年齢人口の急減」局面は、2025年を境に顕著になるとみられ、2025年までの「高齢者（後期高齢者）の急増」にとって代わるとみられる。

今後2040年までの人口構造の変化は、これまでにない、高齢者世代の増加に加え、現役世代の減少という局面であり、制度の仕組みに大きな影響をもたらすものである。

財源面、人手面において担い手が減少していく状況に直面しており、これまでの制度による介護施策では立ち行かなくなる恐れが出てきている。

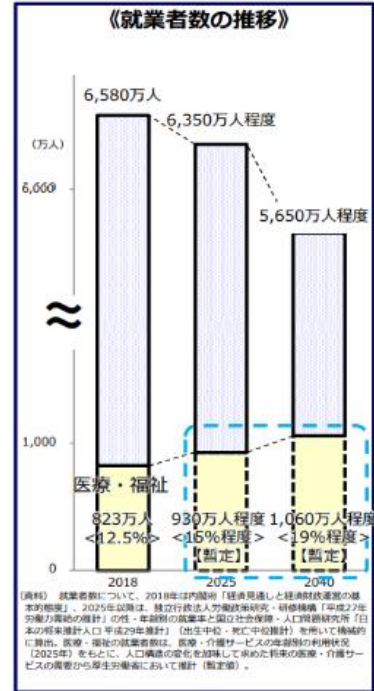
■現役世代の減少局面への変化

○人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。



【出典】総務省「国勢調査」「人口推計」、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年推計」

（出典）平成30年4月12日経済財政諮問会議加藤臨時委員提出資料（厚生労働省）



出典：第92回社会保障審議会（介護保険部会）「資料1 介護保険制度をめぐる最近の動向について」（2022年3月24日）

イ 2040年を展望した社会保障・働き方改革本部における議論

前述のとおり、2040年を見通すと、現役世代（担い手）の減少が最大の課題である一方、高齢者の「若返り」が見られ、就業も増加しているという状況を踏まえ、厚生労働省は、2018年に「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」（以下、「社会保障・働き方改革本部」という）を設置した。

2019年5月開催の会議においては、「誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現」のために、「より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現」することを目指し、下記に取り組むとしている。

- ① 多様な就労・社会参加の環境整備
- ② 健康寿命の延伸
- ③ 医療・福祉サービスの改革による生産性の向上
- ④ 給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

「**現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題**」

多様な就労・社会参加	健康寿命の延伸	医療・福祉サービス改革
<p>【雇用・年金制度改革等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 更なる高齢者雇用機会の拡大に向けた環境整備 ○ 就職氷河期世代の就職支援・職業的自立促進の強化 ○ 中途採用の拡大 ○ 年金受給開始年齢の柔軟化、被用者保険の適用拡大、私的年金（iDeCo（イ））等の拡充 ○ 地域共生・地域の支え合い 	<p>【健康寿命延伸プラン】</p> <p>※来夏を目途に策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2040年の健康寿命延伸に向けた目標と2025年までの工程表 ○ ①健康無関心層へのアプローチの強化、②地域・保険者間の格差の解消により、以下の3分野を中心に、取組を推進 <ul style="list-style-type: none"> ・次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等 ・疾病予防・重症化予防 ・介護予防・フレイル対策、認知症予防 	<p>【医療・福祉サービス改革プラン】</p> <p>※来夏を目途に策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2040年の生産性向上に向けた目標と2025年までの工程表 ○ 以下の4つのアプローチにより、取組を推進 <ul style="list-style-type: none"> ・ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革 ・タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進 ・組織マネジメント改革 ・経営の大規模化・協働化

「**引き続き取り組む政策課題**」

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

出典：厚生労働省「第1回 2040年を展望した社会保障・働き方改革本部資料」（2018年10月22日）

社会保障・働き方改革本部では、医療・福祉に関するものとして、まず、「健康寿命延伸プラン」を打ち出し、2040年までに健康寿命を男女ともに75歳以上とすることを目指し、「次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等」「疾病予防・重症化予防」「介護予防・フレイル対策・認知症予防」の3分野を達成したいとしている。この中には、保険者インセンティブの強化（保険者努力支援制度の見直し）や、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（2024年度までに全市区町村で展開）、介護報酬上のインセンティブ措置の強化、「共生」・「予防」を柱とした認知症施策が含まれる。

また、「医療・福祉サービス改革プラン」として、医療・福祉サービスの生産性を向上させるため、次の4つの改革を行うことを打ち出した。

- 医療・福祉サービスにおける4つの改革
 1. ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革
 2. 組織マネジメント改革
 3. タスクシフティング、シニア人材の活用推進
 4. 経営の大規模化・協働化

健康寿命延伸プランの概要

- ①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用し、以下3分野を中心に取組を推進。
→2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、**75歳以上**とすることを旨とする。
2040年の具体的な目標（男性：75.14歳以上 女性：77.79歳以上）

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

②地域・保険者間の格差の解消

自然に健康になれる環境づくり

健康な食事や運動
ができる環境

居場所づくりや社会参加

行動変容を促す仕掛け

行動経済学の活用

インセンティブ

I 次世代を含めたすべての人の 健やかな生活習慣形成等	II 疾病予防・重症化予防	III 介護予防・フレイル対策、 認知症予防
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 栄養サミット2020 を契機とした食環境づくり(産学官連携プロジェクト本部の設置、食塩摂取量の減少(8g以下)) ◆ ナッジ等を活用した自然に健康になれる環境づくり(2022年度までに健康づくりに取り組む企業・団体を7,000社) ◆ 子育て世代包括支援センター設置促進(2020年度末までに全国展開) ◆ 妊娠前・妊産婦の健康づくり(長期的に増加・横ばい傾向の全出生数中の低出生体重児の割合の減少) ◆ PHRの活用促進(検診会を設置し、2020年度早期に本人に提供する情報の範囲や形式について方向性を整理) ◆ 女性の健康づくり支援の包括的実施(今年度中に健康支援教育プログラムを策定) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ナッジ等を活用した健診・検診受診勧奨(がんの年齢調整死亡率低下、2023年度までに特定健診実施率70%以上等を目指す) ◆ リキッドバイオプシー等のがん検査の研究・開発(がんの早期発見による年齢調整死亡率低下を目指す) ◆ 慢性腎臓病診療連携体制の全国展開(2028年度までに年間新規透析患者3.5万人以下) ◆ 保険者インセンティブの強化(本年夏を目途に保険者努力支援制度の見直し案のとりまとめ) ◆ 医学的管理と運動プログラム等の一体的提供(今年度中に運動施設での標準的プログラム策定) ◆ 生活保護受給者への健康管理支援事業(2021年1月までに全自治体において実施) ◆ 歯周病等の対策の強化(60歳代における咀嚼良好者の割合を2022年度までに80%以上) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 「通いの場」の更なる拡充(2020年度末までに介護予防に資する通いの場への参加率を6%に) ◆ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(2024年度までに全市区町村で展開) ◆ 介護報酬上のインセンティブ措置の強化(2020年度中に介護給付費分科会で結論を得る) ◆ 健康支援型配食サービスの推進等(2022年度までに25%の市区町村で展開等) ◆ 「共生」・「予防」を柱とした認知症施策(本年6月目途に認知症施策の新たな方向性をとりまとめ予定) ◆ 認知症対策のための官民連携実証事業(認知機能低下抑制のための技術等の評価指標の確立)

医療・福祉サービス改革プランの概要

- 以下4つの改革を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図る
→2040年時点において、医療・福祉分野の単位時間サービス提供量(※)について**5% (医師については7%)**以上の改善を目指す

※(各分野の) サービス提供量÷従事者の総労働時間で算出される指標(テクノロジーの活用や業務の適切な分担により、医療・福祉の現場全体に必要なサービスがより効率的に提供されると改善)

I ロボット・AI・ICT等の実用化推進、 データヘルス改革	III 組織マネジメント改革
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 2040年に向けたロボット・AI等の研究開発、実用化(未来イノベーションWGの発言を踏まえ、経済産業省、文部科学省等と連携し推進) ◆ データヘルス改革(2020年度までの事業の着実な実施と改革の更なる推進) ◆ 介護分野で①業務仕分け、②元気高齢者の活躍、③ロボット・センサー・ICTの活用、④介護業界のイメージ改善を行うバイロボット事業を実施(2020年度から全国に普及・展開) ◆ オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実(本通常国会に業機法改正法案を提出、指針の定期的な見直し) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 意識改革、業務効率化等による医療機関における労働時間短縮・福祉分野の生産性向上ガイドラインの作成・普及・改善(優良事例の全国展開) ◆ 現場の効率化に向けた工夫を促す報酬制度への見直し(実績評価の拡充など)(次期報酬改定に向けて検討) ◆ 文書量削減に向けた取組(2020年代初頭までに介護の文書量半減)、報酬改定対応コストの削減(次期報酬改定に向けて検討)
II タスクシフティング、 シニア人材の活用推進	IV 経営の大規模化・ 協働化
<ul style="list-style-type: none"> ◆ チーム医療を促進するための人材育成(2023年度までに外科等の領域で活躍する特定行為研修を修了した看護師を1万人育成) ◆ 介護助手等としてシニア層を活かす方策(2021年度までに入門的研修を通じて介護施設等とマッチングした者の数を2018年度から15%増加) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療法人・社会福祉法人それぞれの合併等の好事例の普及(今年度に好事例の収集・分析、2020年度に全国に展開) ◆ 医療法人の経営統合等に向けたインセンティブの付与(今年度に優遇融資制度を創設、2020年度から実施) ◆ 社会福祉法人の事業の協働化等の促進方策等の検討会の設置(今年度に検討会を実施し、検討結果をとりまとめ)

出典：厚生労働省「第2回 2040年を展望した社会保障・働き方改革本部資料」
(2019年5月29日)

ウ 社会保障政策の転換と「地域共生社会」の概念

社会保障・働き方改革本部の議論に加え、予想される人口構造の変化は、制度分野を超えた複合的な課題であり、社会保障を内包する観点から、社会参加や地域社会の持続という大きな枠組みにおいても議論が進められてきた。

前項の地域の中で医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の構築がより一層求められる状況になっており、「地域共生社会」（支え手側と受け手側が常に固定しているのではなく、皆が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域社会）の実現が、社会保障分野の合言葉となりつつある。

日本の福祉制度の変遷

- 日本の福祉制度は、1980年代後半以降、高齢者介護を起点に発展し、介護保険制度の後、障害福祉、児童福祉など各分野において相談支援の充実など、高齢者介護分野に類似する形で制度化
- 属性別・対象者のリスク別の制度となり専門性は高まったものの、8050問題のような世帯内の複合的なニーズや個人のライフステージの変化に柔軟に対応できないといった課題が表出

＜共同体機能の脆弱化＞

- 高齢化による地域の支え合いの力の一層の低下、未婚化の進行など家族機能が低下
- 経済情勢の変化やグローバル化により、いわゆる日本型雇用慣行が大きく変化
血縁、地縁、社縁という、日本の社会保障制度の基礎となってきた「共同体」の機能の脆弱化

＜人口減による担い手の不足＞

- 人口減少が本格化し、あらゆる分野で地域社会の担い手が減少しており、地域の持続そのものへの懸念
- 高齢者、障害者、生活困窮者などは、社会とのつながりや社会参加の機会に十分恵まれていない

◆一方、地域の実践では、多様なつながりや参加の機会の創出により、「第4の縁」が生まれている例がみられる

◆一方、地域の実践では、福祉の領域を超えて、農業や産業、住民自治などの様々な資源とつながることで、多様な社会参加と地域の持続の両方を目指す試みがみられる

⇒制度・分野ごとの「縦割り」や「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、地域や一人ひとりの人生の多様性を前提とし、人と人、人と社会がつながり支え合う取組が生まれやすいような環境を整える新たなアプローチが求められている。

出典：厚生労働省「第1回 地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」（2019年5月9日）

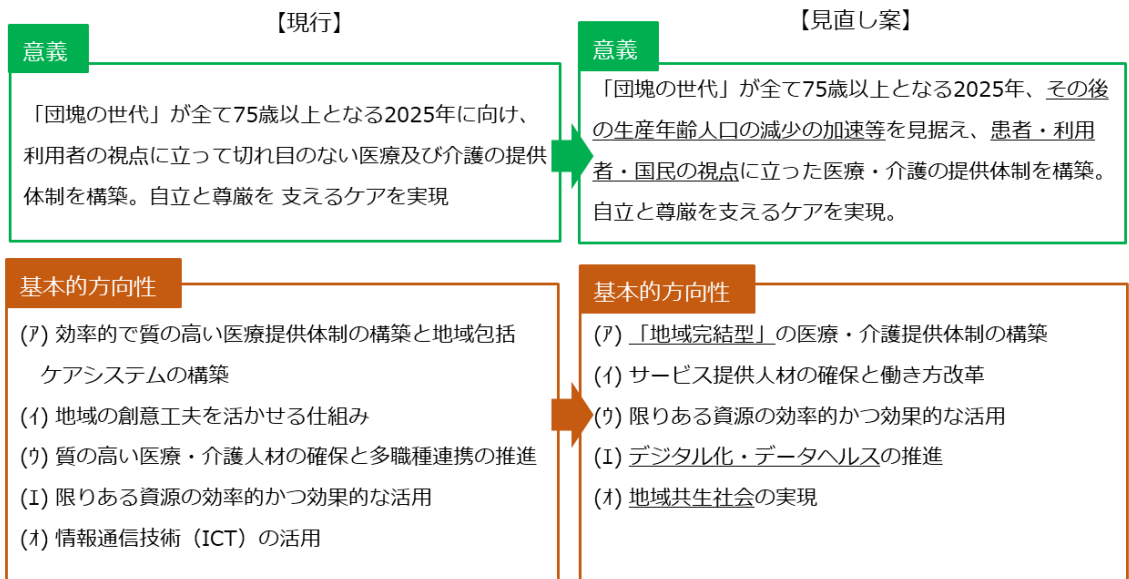
エ 2040年に向けた総合確保方針の改定

前頁までの流れに呼応するように、(3)イで示した、次期の医療計画、介護計画の見直しの方向性の基礎となる総合確保方針の改定案について、2024年度の第8次医療計画と、第9期介護保険事業（支援）計画の同時改定を前に、見直しの方向性が見えてきた。

まず、全体として、全国で見れば65歳以上人口は2040年を超えるまで増加が続くが一方で、都道府県や2次医療圏単位で見れば、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれる。入院・外来・在宅それぞれの医療需要も、ピークを迎える見込みの年が地域ごとに異なり、生産年齢人口が減少する中で、急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越える地域もある。人口構成の変化や医療及び介護需要の動向は地域ごとに異なるため、地域の実情に応じた医療及び介護提供体制の確保を図っていくことが重要である。また、求められる患者・利用者の医療・介護ニーズも変化している。高齢単身世帯が増えるとともに、慢性疾患や複数の疾患を抱える患者、医療・介護の複合ニーズを有する患者・利用者が増加しており、医療・介護の連携の必要性が高まっている。

こうした実情を踏まえ、生産年齢人口の減少加速等を見据え、「患者・利用者・国民の視点」に立った医療・介護の提供体制を行っていくことが示された。「地域完結型」の医療と介護の提供体制を構築し、デジタル化やデータヘルス化によって医療と介護の連携を強化し、地域の包括的な支援体制の構築、「地域共生社会」の実現をめざすものである。

■ 総合確保方針の見直しの方向性



出典：厚生労働省「第19回医療介護総合確保促進会議」「資料1 総合確保方針の見直しについて（案）」（2023年2月16日）を基に作成。

(ア) 「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築

以下4点を進めていくとされている。

- ・今般の新型コロナウイルス感染症対応において浮彫になった、地域における医療・介護の提供に係る様々な課題にも対応できるよう、平時から医療機能の分化と連

携を一層重視し、国民目線で提供体制の改革を進めるとともに、新興感染症等の発生時に提供体制を迅速かつ柔軟に切り替える体制を確保する。

- ・入院医療は、まず 2025 年に向けて地域医療構想を推進した上で、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、更に医療機能の分化・連携を進める。外来医療・在宅医療は、外来機能報告制度を踏まえ紹介受診重点医療機関の明確化と、かかりつけ医機能が発揮される制度の整備が重要である。地域医療構想を更に推進する中でこれらに対応するとともに、医療従事者の確保と働き方改革を一体的に進めることが重要である。また、医薬品の安定供給や提供体制の確保を図ることが必要である。
- ・地域包括ケアシステムは、介護サービスの提供体制の整備、住まいと生活の一体的な支援、医療と介護の連携強化、認知症施策の推進、総合事業、介護予防、地域の支え合い活動の充実等を含めた地域づくりの取組を通じて、更に深化・推進する。
- ・人口構成の変化や医療・介護需要の動向は地域ごとに異なるため、医療及び介護の総合的な確保のためには、地域の創意工夫を活かせる柔軟な仕組みが必要である。
- ・行動変容を促す情報発信、人生の最終段階に本人が望む医療やケアについて家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発等、国民視点の医療・介護の提供体制の整備が重要である。

(イ) サービス提供人材の確保と働き方改革

以下 3 点に向けた取組を行うこととされている。

- ・2040 年に向け生産年齢人口が急減する中で、医療・介護提供体制に必要な質の高い医療・介護人材を確保するとともに、サービスの質を確保しつつ、従事者の負担軽減が図られた医療・介護現場の実現が必要となる。
- ・医療従事者の働き方改革の取組推進とともに、各職種が高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の整備やタスク・シフト/シェア、チーム医療の推進、復職支援等が重要である。介護従事者は、これまでの処遇改善の取組に加え、ICT や介護ロボット等の活用、手続のデジタル化等により介護現場の生産性を向上し、専門性を生かして働き続けられる環境づくりや復職支援、介護の仕事の魅力発信に取り組むとともに、多様な人材の活用を図ることで、必要な人材の確保を図る。
- ・上記の取組を通じて、患者・利用者など国民の理解を得ながら、医療・介護サービス提供人材の確保と働き方改革を地域医療構想と一体的に進めることが重要である。

(ウ) 限りある資源の効率的かつ効果的な活用

人口減少に対応した全世代型の社会保障制度構築が必要であり、急速に少子高齢化が進む中、医療と介護の提供体制を支える医療保険制度及び介護保険制度の持続のため、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用する必要がある。そのため、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供、介護のサービスの質の向上や事業者の経営の協働化・大規模化、ケアマネジメントの質の向上が重要であるとしている。

(エ) デジタル化・データヘルスの推進

以下4点を念頭に取組を進めていくとしている。

- ・オンライン資格確認等システムについて、患者の同意の下に、医療機関・薬局にて特定健診等情報や薬剤情報等を確認し、より良い医療の提供する環境の整備が進められている。
- ・介護についても、地域包括ケアシステムを深化・推進するため、介護情報を集約し、医療情報とも一体的に運用する情報基盤の全国一元的な整備を進めることとしている。
- ・オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等に加え、予防接種、電子処方箋、自治体検診、電子カルテ等の医療（介護を含む）。全般にわたる情報について共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」を創設する方向が示されている。
- ・医療・介護連携を推進する観点から、医療・介護分野でのDX（デジタルトランスフォーメーション）を進め、患者・利用者自身の医療・介護情報の標準化を進め、デジタル基盤を活用して医療機関・薬局・介護事業所等の間で必要なときに必要な情報を共有・活用していくことが重要である。
- ・医療・介護提供体制の確保に向けた施策の立案に当たり、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）、公的データベース等やこれらの連結解析等を通じ、客観的なデータに基づいてニーズの分析や将来見通し等を行っていくEBPM（エビデンス・ベースト・ポリシー・メイキング）の取組が重要である。

(オ) 地域共生社会の実現

以下3点を意識して取り組むとしている。

- ・孤独・孤立や生活困窮の問題を抱える人々が地域社会と繋がりながら、安心して生活を送ることができるようにするため、地域の包括的な支援体制の構築、いわゆる「社会的処方」の活用など「地域共生社会」の実現に取り組む必要がある。現に、従来からの地域包括ケアシステムに係る取組を多世代型に展開し、地域共生社会の実現を図る地方自治体も現れてきている。
- ・医療・介護提供体制の整備は、住宅や居住に係る施策との連携も踏まえつつ、地域の将来の姿を踏まえた「まちづくり」の一環に位置付ける視点も重要である。
- ・医療・介護提供体制の確保のために、地域住民や地域の多様な主体の参画や連携を通じ、こうした「地域共生社会」を目指す文脈の中に位置付けることが重要である。

(5) 次期介護保険制度改正の方向性

前頁の総合確保方針の改定につづき、この改定が基礎となる、第9期に向けた介護保険制度改正について、2022年春より、社会保障審議会介護保険部会及び介護給付費分科会で検討を始めている。

介護保険制度は、2040年にかけて生産年齢人口が急減し、85歳以上人口急増が見込まれる中、2025年に向け構築を図っている地域包括ケアシステムを更に深化・推進するとともに、介護ニーズの増大と労働力の制約への対応を両立させ、制度の持続可能性を確保するため、下記に基づいた見直しになる見込みである。

- ア 論点1：地域包括ケアシステムの更なる深化・推進
- イ 論点2：介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進
- ウ 論点3：給付と負担

2023年3月現在も議論が続いており、結論が確定しているものではないが、特にサービス提供者及び利用者にとって変化の多い内容にかかる議論や、大きな方向性の変化に関する項目について、下記に列挙していく。

ア 論点1：地域包括ケアシステムの更なる深化・推進

地域包括ケアシステムの更なる深化・推進については、5つの項目にそって議論が進められている。

- ① 在宅・施設を通じた介護サービスの基盤整備、住まいと生活の一体的支援
- ② 医療と介護の連携強化、自立支援・重度化防止の取組の推進
- ③ 認知症施策、家族を含めた相談支援体制
- ④ 地域における介護予防や社会参加活動の充実
- ⑤ 保険者機能の強化

このうち、「① 在宅・施設を通じた介護サービスの基盤整備、住まいと生活の一体的支援」及び「② 医療と介護の連携強化、自立支援・重度化防止の取組の推進」について、経営の大規模化・協働化、高齢者人口増加地域と減少地域それぞれの実情に応じたサービスの実施、医療と介護の連携強化に向けたデータ利活用等について意見が出ており、介護事業所の経営に大きな影響を与える可能性が出ている。

(ア) 経営の大規模化・協働化

第92回・第93回の社会保障審議会介護保険部会（以下、「介護保険部会」という）において、訪問看護等をはじめとして、介護事業者の小規模事業者が多いことを踏まえ、「人材確保により大規模化を図りサービスの安定供給につなげられるよう、大規模化の評価の仕組みを検討することが必要」という意見が出た。

大規模化や事業の協働化については、(4)イの社会保障・働き方本部における「医療・福祉サービス改革プラン」の4つの改革の1つにも挙げられており、今後いっそう国による促進の流れが強化されると思われる。

2021年4月1日より施行された「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律（令和2年法律第52号）」において、①社員の社会福祉に係る業務の連携を推進し、②地域における良質かつ適切な福祉サービスを提供するとともに、③社会福祉法人の経営基盤の強化に資することを目的として、福祉サービス事業者間の連携方策の新たな選択肢として「社会福祉連携法人制度」が創設され、2022年より認定が開始された。

(イ) 社会福祉連携法人制度

2以上の社会福祉法人等の法人が社員として参画し、その創意工夫による多様な取組を通じて、地域福祉の充実、災害対応力の強化、福祉サービス事業に係る経営の効率化、人材の確保・育成等を推進する。社会福祉連携推進法人の設立により、同じ目的意識を持つ法人が個々の自主性を保ちながら連携し、規模の大きさを活かした法人運営が可能となるとされ、2022年12月現在で7法人が認定されている。

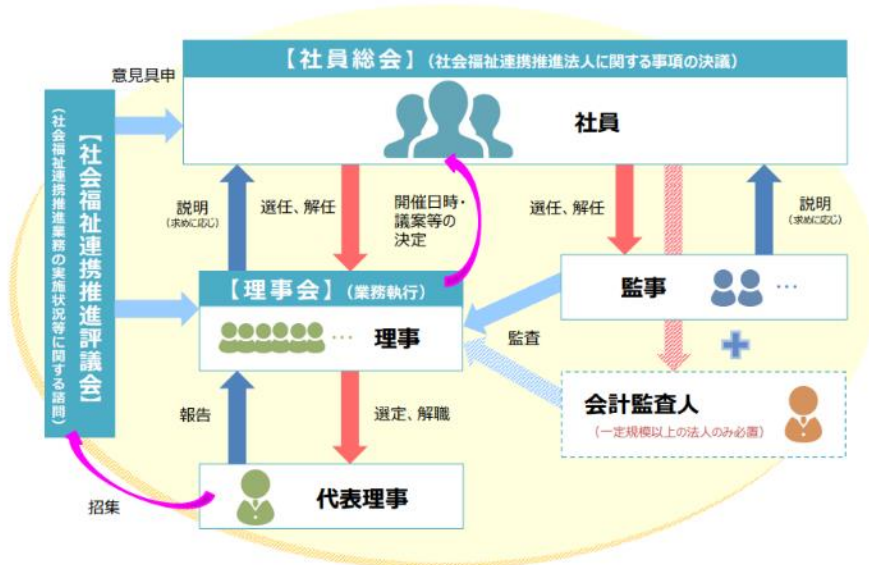
a 運營業務のポイント

- ・社会福祉連携推進区域(業務の実施地域。実施地域の範囲に制約なし。)を定め、社会福祉連携推進方針(区域内の連携推進のための方針)を決定・公表する
- ・社会福祉連携推進業務を実施(後述の6業務の中から全部又は一部を選択して実施)する
- ・上記以外の業務の実施は、社会福祉連携推進業務の実施に支障のない範囲で実施可(社会福祉事業や同様の事業は実施不可)
- ・社員からの会費、業務委託費等による業務運営(業務を遂行するための寄附の受付も可)を行う
- ・社員である法人の業務に支障が無い範囲で、職員の兼務や設備の兼用可(業務を遂行するための財産の保有も可)

b 社会福祉連携推進業務(6業務)

- ①地域福祉支援業務(地域貢献事業の企画・立案、地域ニーズ調査の実施、事業実施に向けたノウハウ提供等)
- ②災害時支援業務(応急物資の備蓄・提供、被災施設利用者の移送、避難訓練、BCP策定支援等)
- ③経営支援業(経営コンサルティング、財務状況の分析・助言、事務処理代行等)
- ④貸付業務(社会福祉法人である社員に対する資金の貸付け)
- ⑤人材確保等業務(採用・募集の共同実施、人事交流の調整、研修の共同実施、現場実習等の調整等)
- ⑥物資等供給業務(紙おむつやマスク等の物資の一括調達、給食の供給等)

■社会福祉連携推進法人の管理運営体制



出典：厚生労働省「社会福祉連携推進法人の運営等について」

■これまでの連携方策との比較

		特徴	主な項目の比較			
			参加可能な法人形態	参加、脱退の難易	地域	資金
緩やかな連携	自主的な連携、業務連携	○ 合意形成が比較的容易 ○ 資金面、人事面も含めた一体的な連携は稀。	限定なし	参加、脱退は法人の自主的判断	限定なし	対価性がある費用以外は法人外流出として禁止
	社会福祉協議会を通じた連携		限定なし	参加、脱退は法人の自主的判断	社協の圏域に限定(都道府県、市町村)	対価性がある費用以外は法人外流出として禁止
	社会福祉連携推進法人	<ul style="list-style-type: none"> 法人の自主性を確保しつつ、法的ルールに則った一段深い連携、協働化が可能 連携法人と社員との資金融通を限定的に認める 社会福祉事業を行うことは不可 	<ul style="list-style-type: none"> 社会福祉法人その他社会福祉事業を営業者 社会福祉法人の経営基盤を強化するために必要な者 	<ul style="list-style-type: none"> 参加、脱退は原則法人の自主性を尊重(連携法人から貸付を受けた法人については、社員総会における全員一致の決議を必要とすることなどを定款に定めることが望ましい) 	<ul style="list-style-type: none"> 限定なし(活動区域は指定) 	<ul style="list-style-type: none"> 社員である社会福祉法人から連携法人への貸付を本部経費の範囲内で認める
	(法人レベル)合併 (施設レベル)事業譲渡	<ul style="list-style-type: none"> 経営面、資金面も一体になることで、人事制度も含めて一体経営が可能 経営権、人事制度の変更につながるため合意形成に時間を要する。(合併は年間10件程度) 	(合併) ・社会福祉法人(事業譲渡) ・限定なし	・参加は法人の自主的判断だが脱退は困難	限定なし	<ul style="list-style-type: none"> 同一法人であれば資金の融通は可能 事業譲渡の資金の融通は事例による

出典：厚生労働省「社会福祉連携推進法人制度施行に向けた自治体説明会」(2021年12月21日)

(ウ) 社会福祉連携推進法人で行っている実際の業務例

■これまで認定された社会福祉連携推進法人一覧(2022年12月時点)(認定順)

	認定時期	地域	社会福祉連携推進法人名
法人1	2022年5月	京都府	社会福祉連携推進法人 リガーレ
法人2	2022年6月	大阪府	社会福祉連携推進法人 リズムウェル
法人3	2022年8月	兵庫県	社会福祉連携推進法人 日の出医療福祉グループ
法人4	2022年10月	千葉県	社会福祉連携推進法人 光る福祉
法人5	2022年11月	東京都	社会福祉連携推進法人 共栄会
法人6	2022年11月	和歌山県	社会福祉連携推進法人 あたらしい保育イニシアチブ
法人7	2022年12月	東京都	社会福祉連携推進法人 青海波グループ(※)

※青海波グループは、2022年12月13日に認定許可されたばかりであり詳細未掲載

出典：厚生労働省「社会福祉連携推進法人制度」

■各社会福祉連携推進法人で行っている業務の内容 ※公表資料より把握可能な範囲
(行っている業務には○)

	業務①	業務②	業務③	業務④	業務⑤	業務⑥
法人 1			○		○	
法人 2	詳細不明					
法人 3	○	○	○		○	○
法人 4	詳細不明					
法人 5	○	○	○		○	○
法人 6			○		○	○
法人 7	認定直後でありホームページ等未確認、情報未掲載					

- a 業務①：地域福祉支援業務の例
- ・大学等との連携によるニーズ把握や新たな取組の企画立案
 - ・合同研究発表会の開催支援
 - ・地域住民への法人取組の周知
 - ・取組の周知・広報などの支援 等
- b 業務②：災害時支援業務の例
- ・危機管理（災害）対策本部設置
 - ・地震、災害時や感染症発生時のBCP策定支援
 - ・災害に対し、社会福祉連携推進法人を構成する社員が継続的に福祉サービスを実施するための支援（ニーズ把握、人材の応援派遣や物資の提供調整） 等
- c 業務③：経営支援事業の例
- ・業務へのICT化の推進
 - ・ウェブ広報等を含む広報活動の推進
 - ・国の政策の把握や分析を通じた経営ノウハウや人事制度のコンサルティング業務
 - ・財務状況の分析・助言 等
- d 業務④：貸付業務の例
- 実際の社会福祉連携推進法人では実施している例を確認できなかった。
- e 業務⑤：人材確保等業務の例
- ・各法人からリクルーターを選出
 - ・ツアーの企画、就職フェアへの出展、広報
 - ・外国人技能実習生の受入
 - ・キャリアパス、評価制度、給与体系の移行など、異なる給与・労働条件の一元化に向けた取組
 - ・合同研修等の実施
 - ・介護福祉職の理解促進
 - ・人事交流調整 等
- f 業務⑥：物資等供給業務の例
- ・機器・物品、ICT活用システムの一括発注、業務用物資の共同調達への支援 等

出典：各社会福祉連携推進法人HP

(エ) 地域の状況に合わせた介護サービスの提供

介護保険部会において言及されたもう一つの点は、「大都市部では高齢者が急増している一方で、高齢者が減少していく地域もある。地域の状況に応じた対応が必要」というものであり、特に小規模特養について、山間、へき地、離島等の高齢者が減少する地域における入所要件の変更について意見が出た。特養については、入所申込者について数年ごとに調査を行っているため、2022年4月1日時点の状況に関する調査結果次第で、今後、原則要介護3以上である入所要件について、変更が生じる可能性がある。

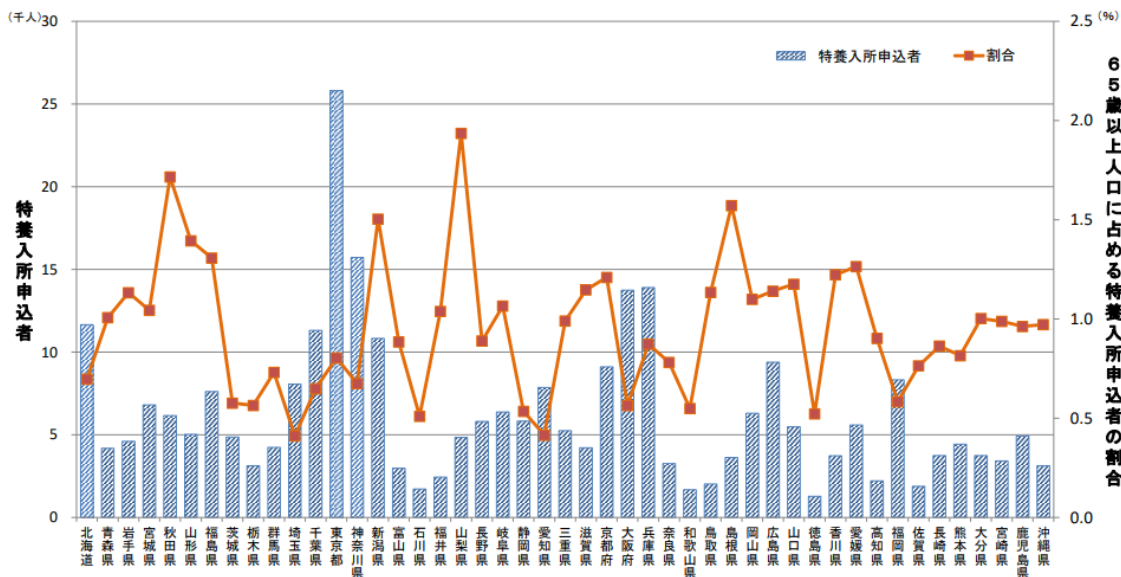
■特養の入所要件

入所待ちの状況等を踏まえ、2015年4月より、原則、特養への新規入所者は要介護3以上の高齢者に限定され、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化された（既入所者は継続して入所可能）。他方で、要介護1・2の方については、特例的に、やむを得ない事情により、特養以外での生活が困難であると認められる場合に、市町村の適切な関与のもと、入所することが可能としている。

しかし、下図からわかるように、特養入所申込者が占める割合は地域ごとにかなりばらつきがあり、地域によっては定員割れという状況も考えられる。

65歳以上人口に占める特養入所申込者の割合

○ 65歳以上人口に占める特養入所申込者の割合は、地域ごとにばらつきがある。



※1 特養入所申込者は、令和元年12月25日プレスリリース「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」(原則、平成31年4月1日)における要介護度3~5の入所申込者数である。
 ※2 65歳以上人口に占める特養入所申込者の割合は、特養入所申込者数を、65歳以上人口(令和元年10月人口推計(総務省統計局))で割ったものである。

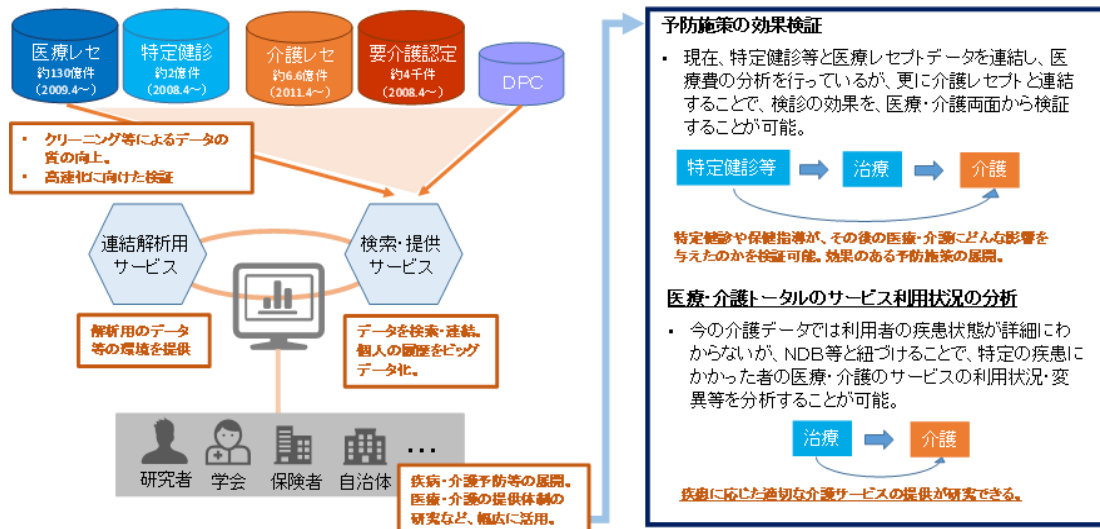
出典：社会保障審議会 介護保険部会 (第93回)「資料2 地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について」(2022年5月16日)

(オ) 医療と介護の連携強化と自立支援・重度化防止

介護保険部会では、介護保険事業(支援)計画と地域医療構想の整合も含め医療提供体制の在り方と一体的に議論を行う必要性や、医療介護連携のためには、ICTや

データ利活用を推進すること、また、国や都道府県による市町村支援の充実を図る必要性について意見が出ている。

データ活用に関連して、エビデンスに基づく介護サービスの提供や、ケアの質の向上のため、良いアウトカムを引き出すプロセスの充実について言及されており、医療介護連携という面に加え、効率的・効果的な介護サービスの提供という面においても、ICTとデータ利活用の促進の流れは年々強まってきている。2019年の健康保険法改正で、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）・介護DB・匿名診療等関連情報（DPCDB）の3つの公的データベースを連結し、研究者や民間・保険者など第三者がデータ解析できるようになった。2022年4月よりDPCDBも合わせた連結規定が施行された他、2021年介護DBに科学的介護情報システム「LIFE」の情報も格納されるようになった。



出典：未来投資会議「データ利活用基盤の構築」（2017年10月27日）を基に作成。

■ LIFEの概要と課題点

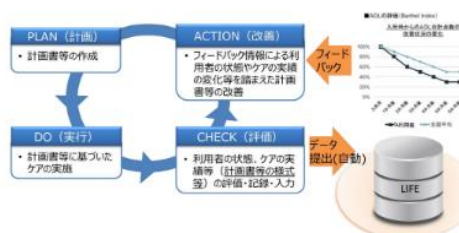
介護の科学的分析のためのデータベース構築（介護DB等のデータ分析と介護現場でのエビデンス蓄積を進め、ケアだけでなく認知症のケアにも焦点を充てたデータベースを整備）に資するものとして、2021年4月に「LIFE」が本格稼働した。

科学的介護情報システム（LIFE）

- 介護サービス利用者の状態や、介護施設・事業所で行っているケアの計画・内容などを一定の様式で入力すると、インターネットを通じて厚生労働省へ送信され、入力内容が分析されて、当該施設等にフィードバックされる情報システム
- 介護事業所においてPDCAサイクルを回すために活用するためのツール

LIFEにより収集・蓄積したデータの活用

- ・ LIFEにより収集・蓄積したデータは、**フィードバック情報としての活用**に加えて、施策の効果や課題等の把握、見直しのための分析にも活用される。
- ・ LIFEにデータが蓄積し、分析が進むことにより、エビデンスに基づいた質の高い介護の実施につながる。
- ・ 今後、データの集積に伴い、事業所単位、利用者単位のフィードバックを順次行う予定である。



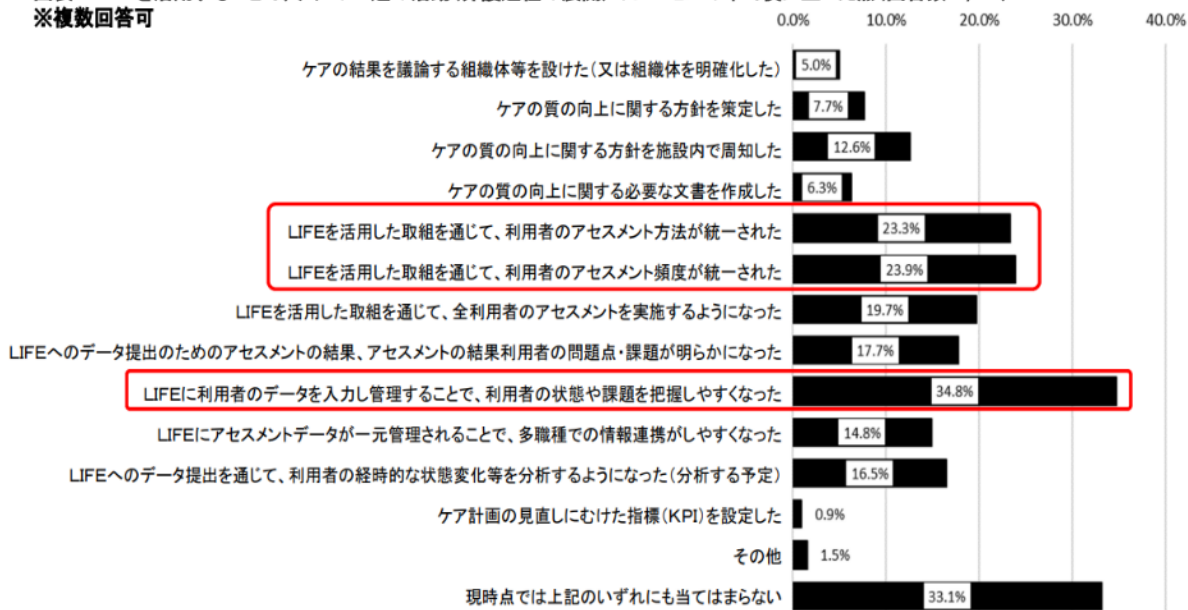
これは、介護サービスの利用者の状態や、介護施設・事業所で行っているケアの計画・内容等を様式に沿って入力すると、インターネットを通じて厚生労働省へ送信され、入力内容が分析・フィードバックされる情報システムである。狙いとしては、分析が進むことにより、エビデンスに基づいた介護サービスの提供がなされ、適切なPDCAサイクルの実施や政策の有効性への検証につながる。介護報酬にも「科学的介護推進体制加算」が措置され登録・導入が推奨されている。

厚生労働省は、2021年末に、LIFEを活用した取組状況について把握するため事業者に対してアンケートを行った。LIFE登録済みの事業所と、未登録の事業所を無作為に抽出し約7,500か所に調査票を送付、うち約4割から回答を得た。

それによると、「LIFEを活用することで役に立った点」(複数回答可)としては、「LIFEに利用者のデータを入力し管理することで、利用者の状態や課題を把握しやすくなった」が34.8%と最も高かった。また、LIFEの活用による利用者アセスメントの方法や、アセスメント頻度の統一も、事業所・施設にとって役に立ったという回答が比較的多かった。

■ LIFEにより役立った点

図表1 LIFEを活用することで、ケアの一連の活動(介護過程の展開)のプロセスの中で役に立った点(回答数:2,155)
※複数回答可



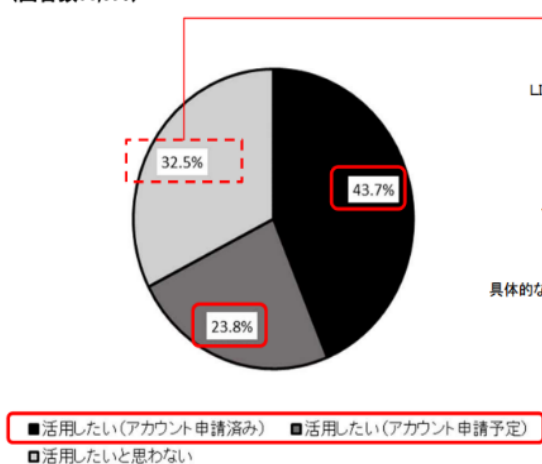
出典：第24回社会保障審議会(介護給付費分科会)介護報酬改定検証・研究委員会「(2) LIFEを活用した取組状況の把握及び訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究事業(結果概要)(案)」(2022年3月7日)

一方で、未登録事業所の今後の活用意向として、「活用したい(アカウント申請済み)」「活用したい(アカウント申請予定)」は合計で67.5%であり、「活用したいと思わない」と回答した事業所・施設(32.5%)における理由として、「データ入力する職員の負担が大きい」(63.8%)が最も多かった。

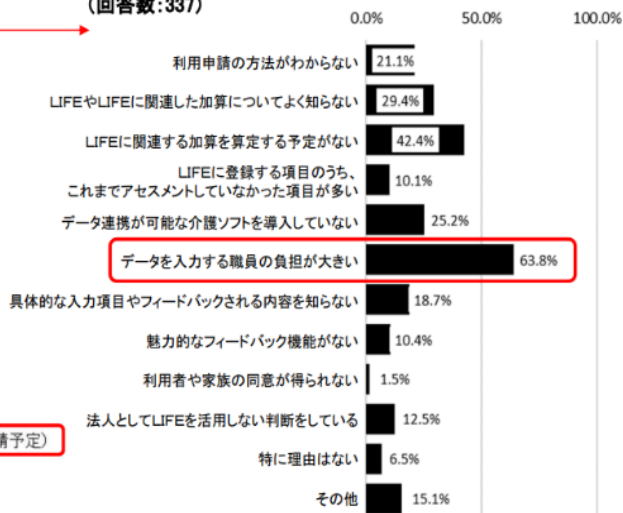
このことから、活用の有効性や意義については納得感があるものの、それに至るまでの事務作業量や慣れに対し、現場では負担感が拭えないことがわかる。

■ L I F Eを活用しなかった点

図表23 LIFE未登録事業所における今後のLIFE活用意向
(回答数:1,075)



図表24 LIFE未登録事業所におけるLIFEを活用したいと思わない理由
(回答数:337)



出典：介護給付費分科会 第24回介護報酬改定検証・研究委員会「(2) 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事業(結果概要)(案)」

■ 地域医療介護総合確保基金を利用したICT導入支援事業

ICTを活用した介護サービス等の業務効率化を通じて、職員の負担軽減を図るとして、都道府県が主体となって実施する、「地域医療介護総合確保基金を利用したICT導入支援事業」が拡充されている。

補助対象となるのは、「介護ソフト」、「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(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等)」であり、補助金額は事業規模数(職員数)に応じて異なり、10人以下では上限額100万円、31人以上では260万円となる。

ただし、補助要件として、「LIFEによる情報収集・フィードバックに協力」、「他事業所からの照会に対応」、「導入計画の作成、導入効果報告(2年間)」などがある。

前頁のICT導入支援事業について、厚生労働省は毎年アンケート形式で全国の介護事業所に対し、実績を調査している。2021年度の実績では、職員数の多い傾向のある施設系サービスで2,199事業所が同事業の補助を活用している。

サービス類型別	補助実績		職員数(人) ※常勤換算			
	事業所数	割合	1~10	11~20	21~30	30~
施設系サービス	2199	40.9%	15.5%	24.7%	12.4%	44.9%
訪問系サービス	978	18.2%	48.6%	28.8%	9.1%	11.6%
居宅介護支援サービス	602	11.2%	83.7%	8.8%	1.8%	4.0%
通所系サービス	1318	24.5%	47.2%	36.8%	6.8%	7.7%
複合型サービス	239	4.4%	35.1%	55.2%	4.2%	3.8%
その他	35	0.7%	60.0%	22.9%	8.6%	8.6%

出典：厚生労働省老健局高齢者支援課「ICT導入支援事業 令和3年度 導入効果報告 取りまとめ」を基に作成。

また、補助を活用して導入した機器としては、介護ソフトが最も多く（67.5%）、タブレット端末が53.6%と続いている。

補助したICT機器等	割合	備考
介護ソフト	67.5%	このうち、オンプレミス型が27.0%、クラウド型が70.3%
モバイルPC	10.9%	
タブレット端末	53.6%	
スマートフォン	9.1%	
Wi-Fi機器	20.8%	
バックオフィスソフト	2.4%	
その他	8.6%	

出典：厚生労働省老健局高齢者支援課「ICT導入支援事業 令和3年度 導入効果報告取りまとめ」を基に作成。

一方で、ICT機器の導入に関して課題と感じていることとして、「パソコンやソフトに対する職員の苦手意識の解消、職員への研修等」、「パソコンやソフト、システム等の導入のための費用補助」等が多く上げられた。自由意見として、医療機関を含めてデータを共有できる仕組み、異なるベンダーのソフト同士でも連携できる環境の必要性や管理者の運営や組織作りに対するマネジメント能力、また、個人情報やプライバシーへの配慮、セキュリティへの不安などがあつた。

課題と感じていること	割合
ペーパーレス化に対する経営者の理解・法人の方針	55.5%
パソコンやソフトに対する職員の苦手意識の解消、職員への研修等	89.5%
利用者や家族の理解・スキル	62.7%
ペーパーレス化のためのシステム（設備）の導入	75.4%
ペーパーレスにするためのシステムの選定方法、導入方法についての情報	74.2%
使いやすい介護ソフトの導入	73.9%
パソコンやソフト、システム等の導入のための費用補助	89.8%
パソコンやソフト、システム等に精通した人材の確保や派遣の仕組み	82.3%
他の事業所の介護ソフトの種類にかかわらず、データ連携ができる環境整備	87.0%
行政と事業所で文書授受するための共通のプラットフォーム	83.8%

出典：厚生労働省老健局高齢者支援課「ICT導入支援事業 令和3年度 導入効果報告取りまとめ」を基に作成。

また、一部の事業者においては、「介護保険制度に基づき1人あたりサービス価格も収入全体が固定され、配置すべき人員についての人員基準もあるため、生産性向上には限界がある」という現状はありつつも、積極的にITやロボットを導入し、職員の負担軽減や効率化を図る動きが活発化している。

■ 生産性向上や質を高めるDX推進例

IT導入事例 眠りスキャン（パラマウントベッド）

<眠りスキャンの概要>

間接業務：見守り・巡視

- 日中に必要な見守り
- 夜間帯の定期巡視
- ベッドマットレスの下に敷くのみ
- 精度高く可視化可能

リアルタイムモニター

<データに基づいた介護を実施>

【これまでの考え方】
今のオペレーション上での課題を解決したい。
Ex：居室内で、起きているか寝ているか知りたい。

施設職員 → 施設入居者

既存オペレーションに基づく介護

- ①今のオペレーション上の問題抽出
- ②手間が減ればよい
- ③手間が減った（増えた）

⇒プロセス重視（職員起点）

【善光会における考え方】
よりよい介護を提供するためにどうすればよいか。
Ex：データに基づくオペレーションを発展させたい。

施設職員 → 施設入居者

データに基づく介護

- ①眠りSCANデータから仮設の設定
- ②現場が考え、現場で行動する
- ③行動結果の検証（仮設の検証）
- ④情報の蓄積とマニュアル化

⇒成果重視（顧客起点）

導入

<職員が負担軽減を実感>

眠りSCAN導入により得られた不安軽減効果

眠りSCAN導入前に感じていた不安

眠りSCAN導入前後での不安の変化

※回答者全員が不安感減少と回答（不安について、3～+3で評価）

眠りSCAN導入により得られた負担軽減効果

日中の業務負担

業務の業務負担

負担軽減を実感した介護業務

※「看取り」は眠りSCANの使用期間中に該当するお客様がいらっしゃらなかったため。

（出典）社会福祉法人善光会資料からの提供資料を経済産業省で一部加工

出典：経済産業省サービス振興課「第3回サービス産業×生産性研究会 事務局資料」（2020年9月29日）

※「サービス産業×生産性研究会」は、「日本再興戦略」改訂2014に定められた「サービス産業の労働生産性の伸び率が、2020年までに2.0%となることを目指す」とのKPIのもとに、経済産業省は2020年7月から開催している研究会である。

従来の介護サービスを提供する事業者のみならず、それ以外の民間企業も、日本の総人口は減少するものの高齢者人口は増加する一方であることから市場として拡大し続ける介護業界に着目し、様々な企業がICT活用を切り口に参入している。

■ ICTを活用した介護事業を行う企業 ※各社HPから把握できる情報

分野	企業名	事業内容	サービス内容の例
保険	SOMPOホールディングス株式会社	ICT遠隔システム 介護ロボット	施設入居者の異変を探知し、医師に緊急に情報を共有する 介護人材の業務負担を軽減する
警備	総合警備保障株式会社（ALSOK）	異変察知システム	高齢者の異変を緊急察知する
警備	セコム株式会社	遠隔画像診断支援 電子カルテ	契約先医療機関のCTやMRの画像をセコムの放射線科専門医が読影 安全な情報ネットワークを介していつでもどこでも利用でき持ち運べる電子カルテ
情報	株式会社グッドツリー	業務効率化ソフト 日常生活記録	介護スタッフの日常業務を支援、効率化する 利用者の生活実態を自動的に記録

情報	S k y 株式会社	介護記録システム	クラウド型記録システムで日々の記録業務を軽減する
情報	株式会社ウェルモ	A I 業務支援サービス	ケアプラン作成をサポート 介護情報検索サービスの提供
情報	株式会社カナミックネットワーク	業務支援システム	スマートフォン、タブレットで業務記録できるアプリ
情報	コニカミノルタQ O L ソリューションズ株式会社	行動分析センサー	天井の行動分析センサーが行動を分析しスタッフのスマートフォンへ映像と共に通知
情報	富士ソフト株式会社	見守り・コミュニケーションロボット	人工知能搭載ロボットが会話することでライフログ（行動や趣向をデジタルデータで記録する）を蓄積する。高齢者レク等にも活用可能
通信	K D D I 株式会社	ハンズフリーの介護業務支援	A R メガネが相手を認識し、インターネット回線を通じて相手のヘルスケアデータを読み取り、メガネのレンズに投影
健康美容	タニタヘルスリンク株式会社	介護予防個別プログラム	体の状態や生活習慣をデータで可視化、生活習慣改善のアドバイス
電機	パナソニック株式会社	見守りサービス	高感度センサー等センシング技術とA I で部屋での状態や生活リズムをリアルタイムで把握
電機	三菱電機株式会社	シフト管理システム	声でメモをとる、専用アプリで外部から日誌をつけられる等サービス
電機	日本電気株式会社（N E C）	歩行状態把握のセンサー付インソール	靴に入れて日常生活の歩行状態をデータ化し、リハビリ・施術等の計画立案や退院後を支援するインソール
バイオ・情報	C Y B E R D Y N E 株式会社	介護ロボット	装着型ロボットにより介護者の腰や脚部の負担を軽減する
電機	フォルシアクラリオン・エレクトロニクス株式会社	服薬管理ロボット	薬の飲み忘れや飲み間違いを予防、高齢者の安全と介護者の負担を軽減
バイオ	株式会社菊池製作所	介護ロボット	人工筋肉を用いて介護者をアシストする 歩行運動リズムが不安定な人の支援
化学	住友理工株式会社	体動情報センサー	介護施設での健康状態の確認による見守り等様々な用途に使用
福祉	フランスベッド株式会社	見守りセンサー	ベッドが療養者の状態と安全を見守り、介助負担を軽減
福祉	パラマウントベッド株式会社	見守りセンサー	マットレスの下に敷いて人の体動を捉えることで、睡眠状態に加え、起きあがりや離床・在床を把握

出典：各事業者HP

イ 論点2：介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進

2040年にかけて、生産年齢人口は急激に減少すると見込まれており、既に介護現場の人手不足が指摘されている中で、介護人材の不足は喫緊の対応が必要である。テクノロジーの導入等により質を確保しつつ効率的なサービス提供を行うとともに、業務の切り分けや、事務処理負担軽減を徹底し、介護職員が専門性を生かして働き続けられる環境づくりを進めつつ、職員の待遇改善などにつなげる必要があるとして、介護部会では、① 介護職員の処遇改善、② 多様な人材の確保・育成、③ 離職防止・定着促進・生産性向上、④ 介護職の魅力向上、⑤ 外国人材受け入れ環境整備 に取り組むとしている。

第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について

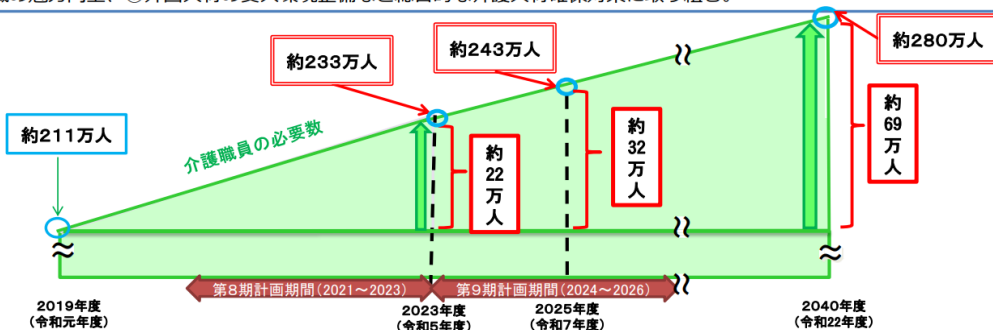
- 第8期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、
 - ・2023年度には約233万人（+約22万人（5.5万人/年））
 - ・2025年度には約243万人（+約32万人（5.3万人/年））
 - ・2040年度には約280万人（+約69万人（3.3万人/年））

となった。

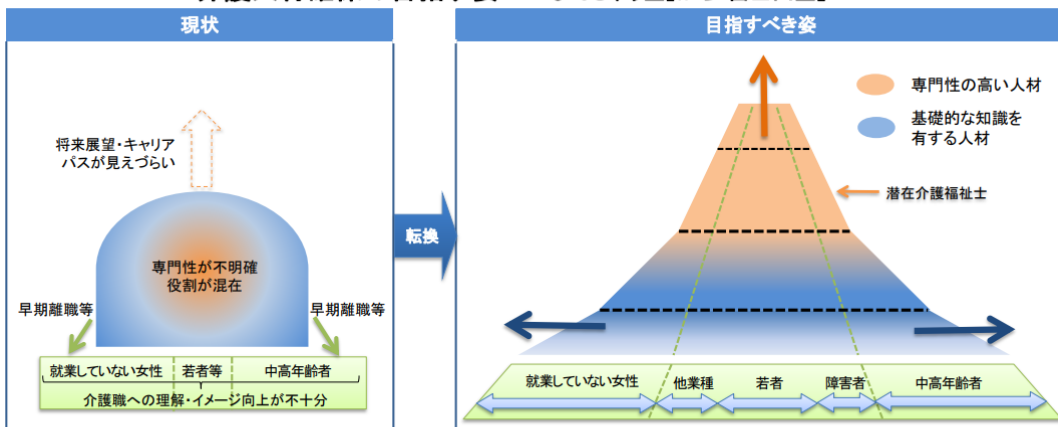
※（）内は2019年度（211万人）比

※ 介護職員の必要数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの。

- 国においては、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組む。



介護人材確保の目指す姿 ～「まんじゅう型」から「富士山型」へ～



参入促進	1. すそ野を広げる	人材のすそ野の拡大を進め、多様な人材の参入促進を図る
労働環境・処遇の改善	2. 道を作る	本人の能力や役割分担に応じたキャリアパスを構築する
	3. 長く歩み続ける	いったん介護の仕事についての者の定着促進を図る
資質の向上	4. 山を高くする	専門性の明確化・高度化で、継続的な質の向上を促す
	5. 標高を定める	限られた人材を有効活用するため、機能分化を進める

国・地域の基盤整備

出典：第95回社会保障審議会（介護保険部会）「資料1 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進について」（2022年7月25日）

(7) 地域医療介護総合確保基金による支援

前述①～⑤の取組にかかるとして、ICTの活用などを含む介護現場の生産性向上や人材発掘、マッチング等について、2020年度から大幅に拡充した地域医療介護総合確保基金による支援が現行の対応策に挙げられる。今後、基金のメニューの拡大や、関連新規事業の立ち上げが期待される。

■ 地域医療介護総合確保基金による支援メニュー（介護施設の整備分）

介護離職ゼロのための量的拡充	<p>介護施設等にあわせて行う広域型施設の大規模修繕・耐震化整備（令和2年度新規） 50万人受け皿整備と老朽化した広域型施設の大規模修繕を同時に進めるため、介護施設等の整備（創設）とあわせて行う、定員30名以上の広域型施設の大規模修繕・耐震化について補助する。 ※令和5年度までの実施。</p>
	<p>介護付きホームの整備促進（拡充） 「介護離職ゼロ」に向けて、介護サービス基盤として介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）も含めた整備の促進が適当であるため、特定施設入居者生活介護の指定を受ける介護付きホームも補助対象に追加する。</p>
	<p>介護職員の宿舎施設整備（令和2年度新規） 外国人を含む介護人材確保のため、介護施設等の事業者による介護職員用の宿舎整備費用の一部を補助し、介護職員が働きやすい環境を整備する。 ※令和5年度までの実施。</p>
	<p>施設の大規模修繕の際にあわせて行うロボット・センサー、ICTの導入支援（拡充） 生産性向上のため、施設等の大規模修繕の際にあわせて行うロボット・センサー、ICTの導入を補助対象に追加する。 ※令和5年度までの実施。</p>
	<p>特養併設のショートステイ多床室のプライバシー保護改修支援（拡充） 居住環境の質向上にむけた、多床室のプライバシー保護のための改修について、これまでの特別養護老人ホームに加えて、併設のショートステイ居室を補助対象に追加する。</p>
	<p>介護予防拠点（通いの場等）における健康づくりと防災の意識啓発の取組支援（拡充） 市町村の介護予防拠点（通いの場等）における住民の健康づくりと防災の意識啓発のための取組みを補助対象に追加する。</p>
介護サービスの質の向上	<p>介護施設等における看取り環境の整備推進（令和2年度新規） 看取り及び家族等の宿泊のための個室確保を目的として行う施設の改修費を補助する。</p>
	<p>共生型サービス事業所の整備推進（令和2年度新規） 共生型サービス事業所の整備を推進するため、介護保険事業所で障害児・者を受け入れるために必要な改修・設備を補助する。</p>

■ 地域医療介護総合確保基金による支援メニュー（介護従事者の確保分）

地域の実情に応じた介護従事者の確保対策を支援するため、都道府県計画を踏まえて実施される「参入促進」・「資質の向上」・「労働環境・処遇の改善」に資する事業を支援。

参入促進	資質の向上	労働環境・処遇の改善
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域住民の介護の仕事への理解促進 ○ 多世代対象の介護の職場体験 ○ 地域住民による生活支援の担い手の養成、支え合い活動継続支援 ○ 介護未経験者への研修支援 ○ ボランティアセンターとシルバー人材センター等の連携強化 ○ 介護事業所でのインターンシップ等の導入促進 ○ 介護の入門的研修～マッチングまでの一体的支援、参入促進、介護周辺業務等の体験支援 ○ 人材確保のためのボランティアポイント活用支援 ○ 介護福祉士国家資格の取得を目指す外国人留学生や1号特定技能外国人等の受入環境整備 ○ 福祉系高校修学資金貸付、介護分野就職支援金貸付、多様な働き方の導入等（令和3年度新規） 	<ul style="list-style-type: none"> ○ キャリアアップ研修支援・中堅職員研修・喀痰吸引等研修・キャリア段階のアセッサー講習受・介護支援専門員、介護相談員育成への研修 ○ 研修に係る代替要員の確保、出前研修の実施 ○ 潜在介護福祉士の再就業促進・知識や技術を再確認する研修の実施、離職した介護福祉士の所在等の把握 ○ 認知症ケアに携わる人材育成のための研修 ○ 地域包括ケアシステム構築に資する人材育成・生活支援J-アティーターの養成研修 ○ 認知症高齢者等の権利擁護のための人材育成 ○ 介護施設等防災リーダーの養成等 	<ul style="list-style-type: none"> ○ エルダー・メンター（新人指導担当者）養成研修 ○ 雇用改善方策の普及・雇用管理改善のための労働関係法規、休暇・休職制度等の理解のための説明会の開催・従事者の負担軽減に資する介護ロボット・ICTの導入支援（拡充）（※拡充分は令和5年度まで） ○ 事業所への業務改善支援・雇用管理体制の改善に取り組み事業所のコンテスト・表彰を実施 ○ 従事者の子育て支援のための施設内保育施設運営等の支援 ○ 子育て支援のための代替職員のマッチング ○ 職員の悩み相談窓口の設置、ハラスメント対策の推進、若手介護職員の交流の推進、両立支援等環境整備
<ul style="list-style-type: none"> ○ 関係者との連携・協働の推進を図るための、都道府県単位、市区町村単位での協議会等の設置 ○ 介護人材育成等に取り組む事業所に対する都道府県の認証評価制度の運営支援 ○ 離島、中山間地域等への人材確保支援 		

出典：四国厚生局「地域医療介護総合確保基金の概要」を基に作成。

(イ) 外国人介護人材に関する施策

取組⑤ 外国人材受け入れ環境整備にかかる状況として、EPA介護福祉士・候補者の在留者が3,586人（うち資格取得者675人）、「介護」の在留資格者が3,064人、技能実習認定件数が22,858人と（2022年実績）、関連事業も年々充実してきている。

■外国人介護人材の関連予算

事業名	事業内容（令和4年度）
【外国人介護人材受入環境整備事業】 （生活困窮者就労準備支援事業費等補助金）	
介護技能評価試験等実施事業	特定技能1号外国人について、送り出し国と日本国内で、介護技能評価試験及び介護日本語評価試験を実施
外国人介護人材受入促進事業	就労希望の特定技能1号外国人を確保するため、現地説明会の開催やWEB・SNSで情報発信
外国人介護人材受入支援事業	就労する人材の介護技能向上のため、集合研修や研修講師の養成、技術指導等を行う職員への研修等を実施
介護の日本語学習支援等事業	介護の日本語学習を自律的に行う環境整備のため、日本語WEBコンテンツの開発・運用や学習教材の作成、技能実習指導員を対象にした講習会の開催等を実施
外国人介護人材相談支援事業	介護業務の悩みへの相談支援の実施や、外国人介護職員の交流会の開催支援、特定技能外国人の受入施設への巡回訪問等を実施
【EPA介護福祉士候補者への支援】 （※1）衛生関係指導者養成等委託費、（※2）生活困窮者就労準備支援事業費等補助金）	
外国人介護福祉士候補者等受入支援	就労前の「介護導入研修」や受入施設への巡回訪問、就労・研修に係る相談・助言等を実施
外国人介護福祉士候補者学習支援事業（※2）	専門知識等を学ぶ集合研修、専門知識の通信添削指導、資格を取得せず帰国した者の母国での再チャレンジ支援等
外国人介護福祉士候補者受入施設学習支援事業（※2）	受入施設が行う就労中の日本語学習や専門的知識の学習、学習環境の整備、喀痰吸引等研修の受講費用、研修を担当する者の活動に要する費用等を補助
【外国人留学生及び特定技能1号外国人の受入環境整備事業】 （地域医療介護総合確保基金）	
外国人留学生への奨学金の給付等に係る支援事業	留学生に対して奨学金の給付等支援を行う介護施設等に対し、当該支援に係る経費を助成
外国人留学生及び特定技能1号外国人のマッチング支援事業	支援団体が、送り出し国で特定技能就労希望者等の情報収集を行うとともに、現地での合同説明会を開催するなどマッチング支援を実施
【外国人介護人材受入施設等環境整備事業】 （地域医療介護総合確保基金）	
外国人介護人材受入施設等環境整備事業	職員間、利用者等の相互間のコミュニケーション支援、外国人介護人材の資格取得支援や生活支援の体制強化、介護福祉士養成施設での留学生への教育・指導の質の向上への取組等に対する費用を助成

出典：介護分野における特定技能協議会運営委員会「外国人介護人材関係予算（特定技能関連）の概要及び活用状況」（2022年3月29日）を基に作成。

(ウ) タスクシェア・タスクシフティング

③ 離職防止・定着促進・生産性向上にかかるものとして、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の取組があげられる。すでにテクノロジーの活用や、いわゆる「介護助手」の活用メリットについて2022年度に実証事業が行われており、結果は次期介護報酬改定の根拠となる予定である。

目的

介護現場において、テクノロジーの活用やいわゆる介護助手の活用等による**生産性向上の取組を推進するため、介護施設における効果実証を実施**するとともに**実証から得られたデータの分析**を行い、次期介護報酬改定の検討に資するエビデンスの収集等を行うことを目的とする。

実証テーマ① 見守り機器等を活用した夜間見守り

令和3年度介護報酬改定（夜間の人員配置基準緩和等）を踏まえ、特養（従来型）以外のサービスも含め、夜間業務における見守り機器等の導入による効果を実証。

実証テーマ② 介護ロボットの活用

施設の課題や状況に応じた適切な介護ロボットの導入とそれに伴う業務オペレーションの見直しによる効果を実証。

実証テーマ③ 介護助手の活用

身体的介護以外の業務や介護専門職のサポート等の比較的簡単な作業を行う、いわゆる介護助手を活用することによる効果を実証。

実証テーマ④ 介護事業者等からの提案手法

生産性向上の取組に意欲的な介護事業者等から、取組の目標や具体的な取組内容等に関する提案を受け付け、提案を踏まえた実証を実施。

想定する調査項目 ※具体的な調査項目、調査手法（検証手法等）については、事務局に設置する有識者で構成する実証委員会にて検討

- ・ 介護職員の業務内容・割合がどのように変化したか
- ・ ケアの質が適切に確保されているかどうか（利用者のADL、認知機能、意欲等に関する評価、ケア記録内容 等）
- ・ 介護職員の働き方や職場環境がどう改善したのか（職員の勤務・休憩時間、心理的不安、意欲の変化 等） 等

出典：第95回社会保障審議会（介護保険部会）「資料1 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進について」（2022年7月25日）

(エ) 処遇改善

取組① 介護職員の処遇改善にかかるものとして、2022年10月以降について、介護・障害福祉職員については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」を踏まえ、収入を3%（月額9,000円程度）引き上げるための措置が講じられており、概要は以下のとおりである。

a 加算額

対象障害福祉サービス事業所等の福祉・介護職員（常勤換算）1人当たり月額平均9,000円の賃金引上げに相当する額を加算。

対象サービスごとに福祉・介護職員数（常勤換算）に応じて必要な加算率を設定し、各事業所の報酬にその加算率を乗じて単位数を算出する。

b 取得要件

- ・ 処遇改善加算Ⅰ～Ⅲのいずれかを取得している事業所（現行の処遇改善加算の対象サービス事業所）
- ・ 賃上げ効果の継続に資するよう、加算額の2/3は福祉・介護職員等のベースアップ等（※）の引上げに使用することを要件とする。
※ 「基本給」又は「決まって毎月支払われる手当」

c 対象職種

- ・ 福祉・介護職員
- ・ 事業所の判断により、他の職員の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用が認められる

d 申請方法

各事業所が、都道府県等に福祉・介護職員とその他職員の月額の賃金改善額を記載した計画書（※）を提出する。

※月額の賃金改善額の総額（対象とする職員全体の額）の記載を求める（職員個人の賃金改善額の記載は求めない）。

e 報告方法

各事業所が、都道府県等に賃金改善期間経過後、計画の実績報告書（※）を提出する。

※月額の賃金改善額の総額（対象とする職員全体の額）の記載を求める（職員個人の賃金改善額の記載は求めない）。

f 交付方法

対象事業所は都道府県等に対して申請し、対象事業所に対して報酬による支払（国費1/2：128億円程度（2022年度分））。

出典：厚生労働省「福祉・介護職員の処遇改善」

なお、この処遇改善は、確実に賃金に反映されるように適切な担保策を講じることとされている。具体的には、現行の処遇改善加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）を取得していることに加えて、賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図るなどの措置を講じる。

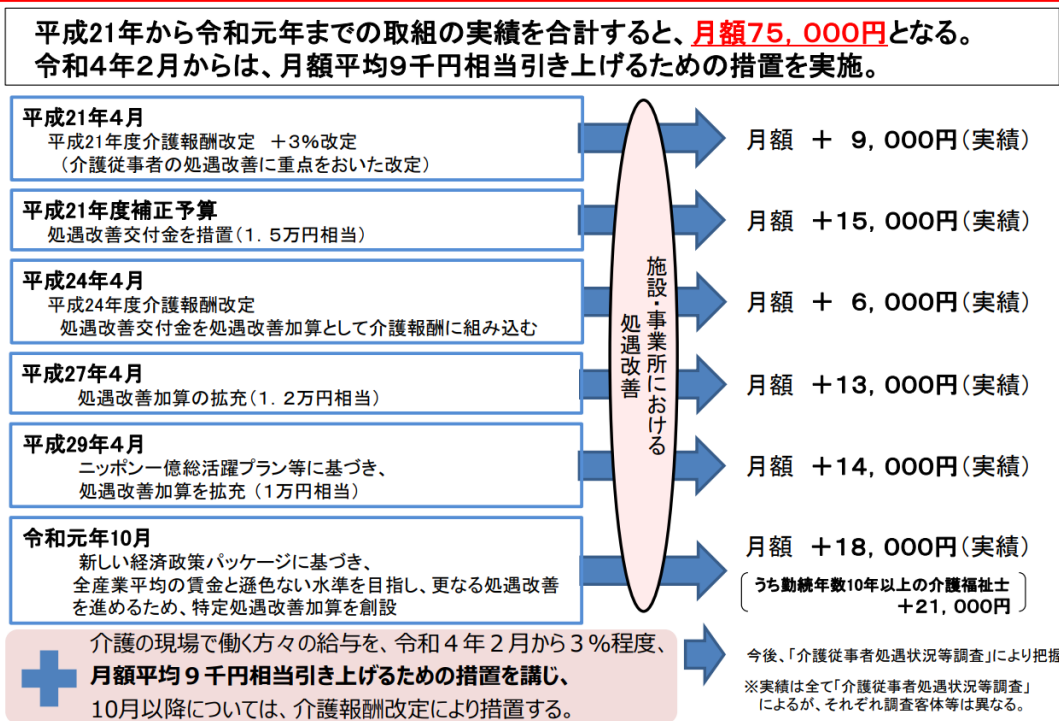
また、「処遇改善加算」・「特定処遇改善加算」について、処遇改善計画書と実績報告書の提出を求め、処遇改善のための加算額が確実に職員の処遇改善に充てられることを担保している。

介護職員の処遇改善については、これまでも断続的に行われてきており、介護人材の確保、離職防止のためにまず第一に必要な政策とされてきた。

社会保障審議会介護保険部会（第99回）（2022年10月17日開催）において、介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進にかかる検討の視点として、「介護現場において、テクノロジーの導入等により質を確保しつつ効率的なサービス提供を行うとともに、介護職員が行うべき業務の切り分けや、事務処理等の職員負担軽減を徹底することにより、介護職員が専門性を生かしながら働き続けられる環境づくりを早急に始めつつ、職員の待遇改善などにつなげていく必要がある」とあるように、待遇改善は必要な政策としつつも、そのみならず、ICT等の活用による効率化や専門性による業務分担といった他の政策も相まった働き続けられる環境づくりの必要性が強調されている。

■これまでの処遇改善についての取組

介護職員の処遇改善についての取組



出典：第95回社会保障審議会（介護保険部会）「資料1 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進について」（2022年7月25日）

ウ 論点3：給付と負担

高齢化に伴い、介護費用の総額も制度創設時から約 3.7 倍の 13.3 兆円（2022 年度予算ベース）になるとともに、1 号保険料の全国平均は 6,000 円超となっている。

■ 保険給付費と保険料の推移

市町村は 3 年を 1 期（2005 年度までは 5 年を 1 期）とする介護保険事業計画を策定し、3 年ごとに見直しを行う。また保険料は、3 年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3 年間を通じて財政の均衡を保つよう設定される。

事業運営期間		事業計画		給付（総費用額）		保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	第一期		3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%	
2001年度				4.6兆円			
2002年度				5.2兆円			
2003年度	第二期	第二期		5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%	
2004年度				6.2兆円			
2005年度				6.4兆円			
2006年度	第三期	第三期		6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H21年度改定 ▲0.5%	
2007年度				6.7兆円			
2008年度				6.9兆円			
2009年度	第四期	第四期		7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H24年度改定 +1.2%	
2010年度				7.8兆円			
2011年度				8.2兆円			
2012年度	第五期	第五期		8.8兆円	4,972円 (全国平均)	消費税率引上げに伴う H26年度改定 +0.63%	
2013年度				9.2兆円			
2014年度				9.6兆円			
2015年度	第六期	第六期		9.8兆円	5,514円 (全国平均)	H27年度改定 ▲2.27%	
2016年度				10.0兆円			
2017年度				10.2兆円			
2018年度	第七期	第七期		10.4兆円	5,869円 (全国平均)	H29年度改定 +1.14%	
2019年度				10.8兆円			
2020年度				12.4兆円			
2021年度	第八期	第八期		12.8兆円	6,014円 (全国平均)	H30年度改定 +0.54%	
2022年度				13.3兆円			
2023年度				13.3兆円			

※ 2019 年度までは実績、2020～2022 年度は当初予算である。

出典：社会保障審議会（介護保険部会）「社会保障審議会介護保険部会意見」「介護保険制度の見直しに関する意見（参考資料）」（2022 年 12 月 20 日）

2040 年に向けて、一人当たり給付費の高い年齢層の急増が見込まれる中で、高齢者の保険料負担水準も踏まえた対応が必要となる。こうした状況の中で、要介護状態等の軽減・悪化の防止といった制度の理念を堅持し、必要なサービスを提供していくと同時に、給付と負担のバランスを図りつつ、保険料、公費及び利用者負担の適切な組み合わせにより、制度の持続可能性を高めていくことが重要な課題となっている。

このような認識の下、負担能力に応じた負担、公平性等を踏まえた給付内容の適正化の視点に立ち、主に以下の論点について検討が行われている。

(ア) 被保険者・受給者範囲

介護保険制度は、老化に伴う介護ニーズに適切に応えることを目的とし、制度の設立以来、被保険者は、65 歳以上の第 1 号被保険者と 40 歳以上 64 歳以下の第 2 号被保険者からなってきた。

社会保障審議会介護保険部会（第 103 回）（2022 年 11 月 28 日）において、制度創設以降の過去の論点の振り返りとして、「被保険者・受給者の範囲については、要介護となった理由や年齢の如何に関わらず介護を必要とする全ての人にサービスの給付を行い、併せて保険料を負担する層を拡大する「制度の普遍化」を目指すべきか、「高齢者の介護保険」を維持するかを中心に議論が行われてきた」としたうえで、第

9期介護保険制度改正にかかる大論点である「給付と負担」について、被保険者と受給者の範囲の変更是非について切り込んだ議論を行っている。範囲の変更の視点は以下のとおりである。

■被保険者と受給者の範囲の変更の視点

- ・被保険者範囲を40歳未満に引き下げるか（2号被保険者年齢幅の拡大）
- ・被保険者・受給者ともに年齢の如何を問わないとするか（1号・2号被保険者年齢幅ともに拡大。）
- ・受給者の対象年齢の引き上げ（1号被保険者年齢幅の縮小）

2022年12月現在、社会保障審議会介護保険部会ではこれについての結論は出ていないが、第10期の介護保険改正までの議論の期間に結論を出すとの方向性となっている。

(イ) 補足給付に関する給付の在り方

制度発足時の介護保険には、特養、介護老人保健施設、介護療養型医療施設及び短期入所生活・療養介護（ショートステイ）について、居住費・食費が給付に含まれていたが、2005年改正により、在宅との公平性等の観点から、これらを給付の対象外とした。一方、これらの施設に低所得者が多く入所している実態を考慮して、住民税非課税世帯である入所者については、世帯の課税状況や本人の年金収入及び所得を勘案して、特定入所者介護サービス費（いわゆる補足給付）として、介護保険三施設について居住費・食費の負担軽減を行ってきた。また、在宅サービスであるショートステイについても、サービス形態が施設入所に類似していることに鑑み、あわせて同様の負担軽減を行っている。これらの負担軽減を維持するかについて議論が行われているが、これについても低所得者の生活状況への影響を踏まえて、結論は先送りとなっている。

(ウ) ケアマネジメントに関する給付の在り方

ケアマネジメントに要する費用については、現行は10割給付であり、利用者負担を求めている。介護保険制度創設時にケアマネジメントという新しいサービスを導入するにあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるようにしたためである。

一方で、ケアマネジメントは、利用者の心身の状況・置かれている環境・要望等を把握し、多職種と連携しながらケアプランを作成し、ケアプランに基づくサービスが適切に提供されるよう事業者との連絡調整を行う。介護保険制度創設から22年が経過し広く普及しているとともに、ケアマネジャーは、医療と介護の連携や、地域における多様な資源の活用等の役割をより一層果たすことが期待されている職種でもある。このケアマネジメントに利用者負担を導入すべきかどうかについては、これまでも多くの議論がなされ、有識者間でも意見が分かれている。

社会保障審議会介護保険部会においても、「施設サービスの利用者は実質的にケアマネジメントの費用を負担していることなどから、利用者負担を導入すべき」、「将来的なケアマネに対する財源確保や人材確保の観点からも、他のサービスと同様に利用者負担を求めることも一つの方向性としてあってもよいのでは」という意見の他方、「介護支援専門員は、本来業務であるケアマネジメントに付随して各種の生活支援等を行っているほか、公正・中立性が重視されている点などを踏まえると、一部負担を求めている他の介護保険サービスとは異なる」ため現状維持が良いとする意見に分かれている。

ケアマネジメントと付随する生活支援業務の切り分けが困難である一方で、多職種連携、医療介護連携が叫ばれる状況下において専門職としてより一層大きな役割を担うケアマネージャーという立ち位置を踏まえつつ、他の介護保険サービスの利用者負担料増について議論が行われることから明らかであるように財源確保が喫緊の課題である中で、ケアマネジメント料の一部を利用者負担とするかどうかは、次期介護保険改正の大きな争点の一つである。

(エ) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

要支援1・2の者の訪問介護及び通所介護については、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含む多様な主体によってサービス提供する総合事業へと移行されたが、要介護1・2の生活支援サービスについても同様に総合事業へと移行するかについて介護保険部会において議論が行われている。

人材や財源に限りがあるため、「専門的なサービスをより必要とする重度の方に給付を重点化することが必要であり、見直しを行うべき」とする意見と、「軽度者とされる要介護1・2は認知症の方が多く、総合事業の住民主体サービスが不十分で、地域ごとにばらつきがある中、効果的・効率的・安定的な取組は期待できない」とする意見があり、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て10期の介護保険改正までに結論を出すとされている。

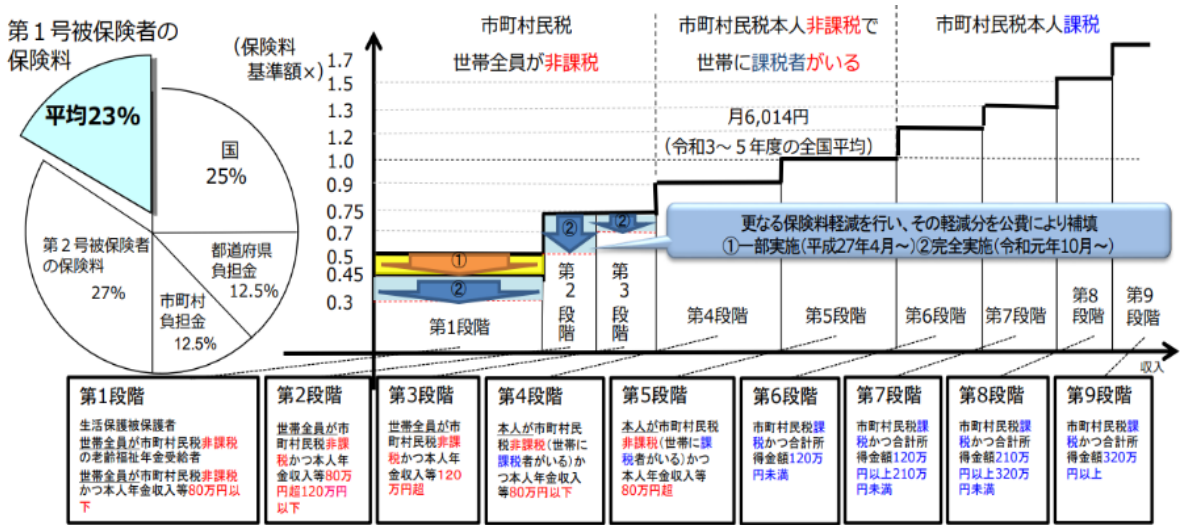
(オ) 「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準

介護保険制度創設時、利用者負担割合は所得に関わらず一律1割としていたが、2014年の介護保険法改正において、医療保険に先行し、「一定以上所得のある方」（第1号被保険者の上位2割相当）の負担割合を2割とし、また2017年の介護保険法改正では、介護保険制度の持続可能性を高めるため、世代内・世代間の公平や能力に応じた負担を求める観点から「現役並みの所得」がある人の負担割合を2割から3割に引き上げた。

これについても、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つつ、生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行うとしている。

(カ) 高所得者の1号保険料負担の在り方

第1号被保険者の支払う保険料（以下「1号保険料」という。）は、能力に応じた負担を求める観点から、制度創設時より「所得段階別保険料」としており、低所得者への負担を軽減する一方で高所得者は所得に応じた負担としてきた（施行当初は5段階設定）。



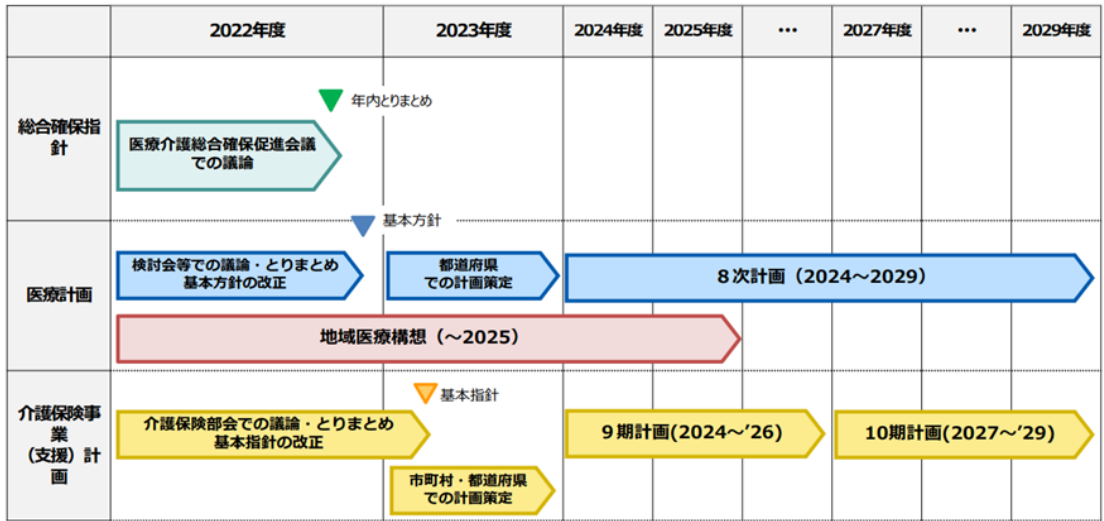
出典：社会保障審議会（介護保険部会）「社会保障審議会介護保険部会意見」「介護保険制度の見直しに関する意見（参考資料）」（2022年12月20日）

高齢化の進展に伴い介護費用の総額が制度創設時から約3.7倍の13.3兆円（2022年度予算ベース）に増加し、1号保険料の全国平均は、制度創設時の2,911円（第1期）から6,000円超（第8期）に増加しており、2040年には9,000円程度に達することが見込まれる状況にあるなかで、高所得者の1号保険料を引き上げるかどうかについて検討が重ねられてきた。負担能力に応じた負担、低所得者層の状況を鑑みたときにこれ以上の1号保険料の上昇は避けるべきであるといった様々な意見の元、国の定める保険料の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、乗率等について定めるとともに、9期計画に向けた保険者の準備期間等を確保するため、早急に結論を得るとしている。

(6) 次期介護事業計画と介護報酬改定

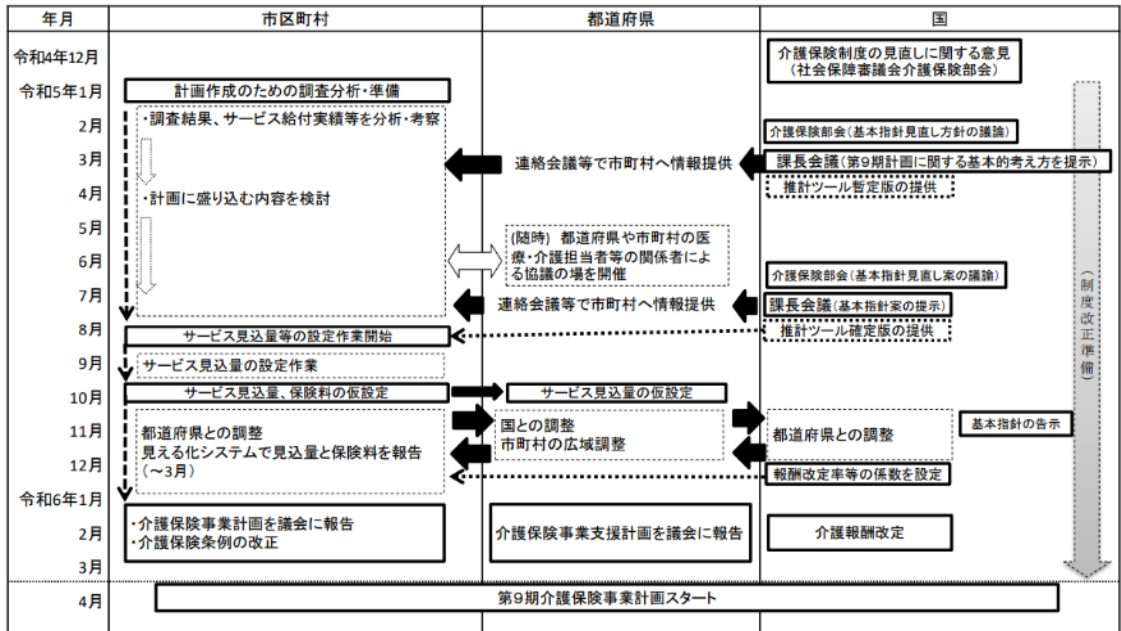
次期介護報酬改定につながる第9期の介護保険事業計画の基本指針についても、介護保険制度改正議論と並行して、現在の第8期からの変更内容について検討が進んでいる。

■改定スケジュール



出典：厚生労働省「第17回医療介護総合確保促進会議」「資料3 介護保険事業(支援)計画関係等の検討状況の報告」(2022年9月30日)

■第9期介護保険事業計画の作成に向けたスケジュール



出典：第106回社会保障審議会(介護保険部会)「資料1-1 基本指針について」(2023年2月27日)

第9期介護保険事業(支援)計画の基本指針は、第8期と比較して特に以下について記載が充実する予定であり、取組の強化とともに介護報酬改定に関連する可能性がある。

■第8期（現行）と比較して基本指針の記載を充実するとされている事項（案）

- 1 介護サービス基盤の計画的な整備
 - ・中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要性
 - ・医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化
 - ・サービス提供事業者を含め、地域の関係者とサービス基盤の整備の在り方を議論することの重要性
 - ・居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することの重要性
 - ・居宅要介護者の在宅生活を支える定期巡回・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など地域密着型サービスの更なる普及
- 2 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組
 - ・総合事業の充実化について、第9期計画に集中的に取り組む重要性
 - ・地域リハビリテーション支援体制の構築の推進
 - ・認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援の取組
 - ・地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備等
 - ・重層的支援体制整備事業などによる障害者福祉や児童福祉など他分野との連携促進
 - ・認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進
 - ・高齢者虐待防止の一層の推進
 - ・介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進
 - ・地域共生社会の実現という観点からの住まいと生活の一体的支援の重要性
 - ・介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための情報基盤を整備
 - ・地域包括ケアシステムの構築状況を点検し、結果を第9期計画に反映。国の支援として点検ツールを提供
 - ・保険者機能強化推進交付金等の実効性を高めるための評価指標等の見直しを踏まえた取組の充実
 - ・給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化、介護給付費の不合理な地域差の改善と給付適正化の一体的な推進
- 3 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進
 - ・ケアマネジメントの質の向上及び人材確保
 - ・ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組の推進
 - ・外国人介護人材定着に向けた介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備
 - ・介護現場の生産性向上に資する様々な支援・施策に総合的に取り組む重要性
 - ・介護の経営の協働化・大規模化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用
 - ・文書負担軽減に向けた具体的な取組（標準様式例の使用の基本原則化、「電子申請・届出システム」利用の原則化）
 - ・財務状況等の見える化（P 40, 41）
 - ・介護認定審査会の簡素化や認定事務の効率化に向けた取組の推進（P 42, 43）

出典：第106回社会保障審議会（介護保険部会）「資料1-1 基本指針について」（2023年2月27日）

上記の事項の中でも、特に「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、「検証・研究委員会）」で取り上げられた内容に関連する事項から以下を取り上げる。

これは、検証・研究委員会が2021年度介護報酬改定の効果の検証や、それを踏まえた2024年度介護報酬改定に向けた検討課題に関する調査・研究等を実施しており、今後の診療報酬改定方針の大きな示唆となり得るからである。

ア 介護サービス基盤の計画的な整備

(7) 医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化

要介護者の自立支援および重度化防止の観点から、リハビリテーションについては、2021年度の診療報酬改定において、医療と介護をはじめ多職種のさらなる連携促進を後押しする改定が相次いだ。たとえば、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化したことがあげられる。また、退院・退所後のリハビリテーションについては、1週に6回を限度として算定が認められる訪問リハビリテーションに関して、退院（所）の日から起算して3月以内の利用者に対し、医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、1週に12回まで算定が認められるとした。

訪問・通所リハビリテーション施設について、利用者の状態や生活環境等を踏まえた計画の作成と適切な実施、評価、計画の見直しを行い、質の高いリハビリテーションを提供することを評価するリハビリテーションマネジメント加算も、2021年度の介護報酬改定で加算の区分、単位数、算定要件が見直され、質の向上と医師の関与及びLIFE活用を促進する内容となった。

これらの動きは、2024年度以降も維持または強化される方向性にあると思われる。調査・研究委員会が2022年10月～11月に行った調査によると、リハビリテーションマネジメントにおける医師からの指示の内容として、「リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項」が80.1%、「やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準」が52.6%とそれぞれ高かった。また、報酬改定に合わせて実施した取り組みとして、「理学療法士の採用」が20.4%、「作業療養士の採用」が16.3%、「言語聴覚士の採用」が12.8%であった。1割～2割が関連専門職種を採用・強化しているとともに、リハビリテーションに医学的視点が重要であることの認識が根付いていることがわかる。

■ リハビリテーションマネジメントにおける医師の指示内容と報酬改定に合わせて実施した取り組み

設問と回答選択肢	回答割合
設問：リハビリテーションマネジメントにおける医師からの指示内容（複数回答可）	
リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項	80.1%
やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準	52.6%
リハビリテーションにおける入所者に対する負荷等	46.4%
設問：報酬改定に合わせて実施した取組（複数回答可）	
訪問リハビリテーション事業所の開設	14.5%
訪問リハビリテーション以外の居宅サービスの開設	1.5%
理学療法士の採用	20.4%
作業療法士の採用	16.3%
言語聴覚士の採用	12.8%
その他	19.6%

出典：第26回社会保障審議会（介護給付費分科会）介護報酬改定検証・研究委員会資料「（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（結果概要）（案）」（2023年2月27日）を基に作成。

(イ) 居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することの重要性

2023 年度予算案として、地域医療介護総合確保基金を活用し、以下のような介護施設等の整備支援が予定されている。

a 地域密着型サービス施設等の整備への助成

① 可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域密着型サービス施設事業所等の整備（土地所有者（オーナー）が施設運営法人に有償で貸し付ける目的で整備する場合や、改築・増改築を含む）に対する支援。

※定員 30 人以上の広域型施設の整備費については、2006 年度より一般財源化され、各都道府県が支援を行っている（介護医療院を含む）。

② 上記対象施設を合築・併設を行う場合に、それぞれ補助単価の 5%加算。

③ 空き家を活用した地域密着型サービス施設・事業所等の整備の支援

④ 介護離職ゼロ 50 万人受け皿整備と老朽化した広域型施設の大規模修繕を同時に進めるため、介護離職ゼロ対象サービス(※)を整備する際に、あわせて行う。広域型特別養護老人ホーム等の大規模修繕・耐震化について支援を行う。（2023 年度までの実施）

※特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、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、特定施設（ケアハウス、介護付きホーム）。いずれも定員規模を問わない。

⑤ 一定の条件の下で、災害レッドゾーン・災害イエローゾーンに立地する老朽化等した広域型介護施設の移転建替（災害イエローゾーンにおいては現地建替も含む。）にかかる整備費を支援。

b 介護施設の開設準備経費等への支援

① 特別養護老人ホーム等の円滑な開設のため、施設の開設準備（既存施設の増床や再開設時、大規模修繕時を含む）に要する経費の支援。

※定員 30 人以上の広域型施設を含む。広域型・地域密着型の特別養護老人ホームに併設されるショートステイ用居室を含む。

※「大規模修繕時」は、施設の大規模修繕の際に、あわせて行う介護ロボット、ICT の導入支援に限る。（2023 年度までの実施）

※介護予防・健康づくりを行う介護予防拠点における防災意識啓発取組支援。

② 在宅での療養生活に伴う医療ニーズの増大に対応するため、訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型事業所の設置に必要な設備費用等の支援。

③ 土地取得が困難な地域での施設整備を支援するため、定期借地権（一定の条件の下、普通借地権）の設定のための一時金の支援。

④ 施設整備候補地（民有地）の積極的な掘り起こしのため、地域の不動産事業者等を含めた協議会の設置等の支援。また、土地所有者と介護施設等整備法人のマッチングの支援。

⑤ 介護施設で働く職員等を確保するため、施設内の保育施設の整備、介護職員用の宿舍の整備（2023 年度までの実施）に対する支援。

c 特養多床室のプライバシー保護のための改修等による介護サービスの改善

① 特別養護老人ホーム及び併設されるショートステイ用居室における多床室のプライバシー保護のための改修費用について支援を行う。

② 特別養護老人ホーム等のユニット化改修費用について支援を行う。

③ 介護療養型医療施設等から老人保健施設等（介護医療院を含む）への転換整備支援。

- ④ 施設の看取りに対応できる環境を整備するため、看取り・家族等の宿泊のための個室の確保を目的として行う施設の改修費用を支援。
- ⑤ 共生型サービス事業所の整備を推進するため、介護保険事業所において、障害児・者を受け入れるために必要な改修・設備の支援。

中でも注目すべきは、2024 年以降に設置期限が切れる介護医療院の転換支援である。介護医療院は、2018 年の第 7 期介護保険事業計画に則り、新たに法定化された施設である。「介護療養型医療施設」に代わり、長期的な医療と介護の両方を必要とする高齢者を対象に、「日常的な医学管理」・「看取りやターミナルケア」等の医療機能と、「生活施設」機能の双方を提供する。介護医療院は I 型と II 型にわかれ、I 型は従来の介護療養病床に相当する施設、II 型は介護老人保健施設に相当する。

長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理のもと行われる介護、必要な医療等を提供していた「介護療養型医療施設」は 2024 年度以降に存続することは認められず、介護医療院や医療療養病床へ転換・移行しなければならない。

■介護医療院の概要

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

出典：第 144 回社会保障審議会（介護給付費分科会）「参考資料 3 介護療養型医療施設及び介護医療院（参考資料）」（2017 年 8 月 4 日）

介護医療院への転換を促進するために、2021 年 3 月までは移行定着支援加算が算定でき、早期移行にインセンティブが設定されていた。

検証・研究委員会では、2021 年から 2023 年にかけて断続的に調査を実施し、介護医療院の転換に関する加算の効果、移行状況を把握、移行促進のための対応の検討しており、移行期間が 2023 年度末に迫る中、2022 年 10 月～11 月にかけて、検証・調査委員会が全国から無作為に抽出した介護療養型医療施設への調査を行った。

この調査によると、2024 年 4 月 1 日時点の予定病床について、介護医療院へ移行している予定と答えた割合が 49.2%、医療療養病床へ移行している予定と答えた割合が 29.7%である一方で、「未定」が 17.6%であり、うち、「移行（または廃止）に関して院内で検討しておらず、まったくの未定である」と回答した割合は 6.7%であった。

■介護療養型医療施設（うち病院 87.2%、診療所 12.8%）の2024年4月1日時点における予定

2024年4月1日時点における予定	割合
I型介護医療院（従来の介護療養病床に相当する施設）へ移行	34.4%
II型介護医療院（介護老人保健施設に相当する施設）へ移行	14.8%
医療療養病床（病院）へ移行	24.9%
医療療養病床（診療所）へ移行	4.8%
上記のいずれにも移行せず病床廃止	3.5%
未定	17.6%

■上記で「未定」と答えた介護療養型医療施設の検討状況（2022年9月1日時点）

検討状況	割合
2024年4月度までに移行（または廃止）することは検討しているが、移行先が未定である	93.3%
移行（または廃止）に関して院内で検討しておらず、全くの未定である	6.7%

出典：第26回社会保障審議会（介護給付費分科会）介護報酬改定検証・研究委員会資料「（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（結果概要）（案）」（2023年2月27日）を基に作成。

過去の調査により、どういった点が介護医療院への転換へのハードルであるかについて明らかになっている。2021年12月に実施した調査において、介護療養型医療施設及び医療療養病床へ行った調査によると、「介護医療院に移行する場合の課題」として、介護療養型医療施設では、「移行するにあたり工事が必要である」が40.9%で最も多い回答となった。医療療養病床では、「施設経営の見通しが立たない」が31.5%、「地域で医療機関としての機能を残すことにニーズがある」が30.4%であった。

■介護医療院に移行する場合の課題（上位回答項目）

※介護療養型医療施設（132施設）、医療療養病床（352施設）が選択肢の中から選んだ「課題」のうち、選んだ割合がいずれかで20%を超えたもの。（複数回答可）

課題内容	課題と答えた割合 （介護療養型医療施設）	課題と答えた割合 （医療療養病床）
移行するにあたり工事が必要である	40.9%	17.9%
施設経営の見通しが立たない	21.2%	31.5%
地域で医療機関としての機能を残すことにニーズがある	21.2%	30.4%
利用者の生活の場となるようなケアの配慮が難しい	25.0%	12.8%
移行した場合、十分な数の介護職員を雇用できない	23.5%	16.5%

出典：第24回社会保障審議会（介護給付費分科会）介護報酬改定検証・研究委員会資料「（1）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業（結果概要）（案）」（2022年3月7日）を基に作成。

先の地域医療介護総合確保基金に基づく支援のほか、福祉医療機構でも介護医療院への移行の建築資金等の融資制度を設けているが、前述のように介護療養型医療施設の2割弱が移行期間後も病床未定という状況である。

介護療養型医療施設は、介護医療院や医療療養等に転換・移行しなければ、入所者が行き場をなくすこととなるため、「先行未定」の介護療養型医療施設の早期解消は極めて重要であり、今後、国から何らかの対応方針が示されるものと思われる。

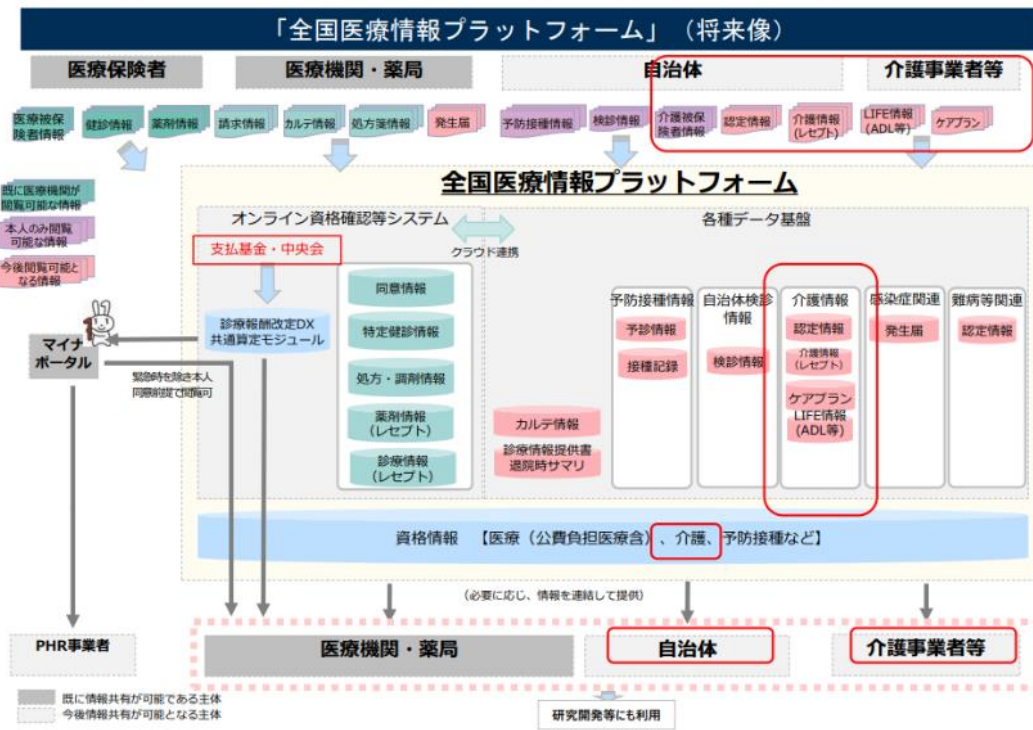
イ 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

(7) 介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための情報基盤を整備

政府は、「経済財政運営と改革の基本方針 2022」（骨太の方針）において、電子カルテ情報の標準化や診療報酬改定DXに加え、「全国医療情報プラットフォームの創設」を社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進項目として掲げた。

背景には、少子高齢化が深刻な日本で、健康増進や切れ目のない質の高い医療の提供のために医療分野のデジタル化を進めて情報を利活用する必要性と、新型コロナの感染流行により、平時からの迅速なデータ収集と収集範囲の拡充、業務効率化や医療の「見える化」の必要性が認識されたことにある。

「全国医療情報プラットフォーム」は、オンライン資格確認システムのネットワークを拡充して医療・介護情報のクラウド間連携を実現し、自治体や介護事業者等間を含め、必要ときに必要な情報を共有・交換できる全国的なプラットフォームである。これにより、マイナンバーカードで受診した患者は本人同意の下、これらの情報を医師や薬剤師と共有することができ、より良い医療につながる上、自らの予防・健康づくりを促進できる。感染症危機時に必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みとしての活用も見込まれる。2023年1月25日に開催された、健康・医療・介護情報利活用検討会介護情報利活用ワーキンググループでは、この「全国医療情報プラットフォーム」上で共有する介護情報について議論が行われ、LIFEのフィードバックデータ、要介護認定情報、介護サービスの報酬請求・給付情報、ケアプラン情報が候補に挙げられた。2023年3月現在、共有する範囲や、優先的に共有する事項などの議論が進められている。



出典：第3回健康・医療・介護情報利活用検討会 介護情報利活用ワーキンググループ
「資料1 共有すべき介護情報にかかる検討について」（2023年1月25日）

(イ) 保険者機能強化推進交付金等の実効性を高めるための評価指標等の見直しを踏まえた取組の充実

前頁の「全国医療情報プラットフォーム」が近い将来稼働する際のメリットの1つは、状況の見える化である。例えば、現状として、自治体側は、自らの市区町村の被保険者が受けているサービスの実態、自市区町村内の事業所別サービス利用者特性や、そのサービスを利用した利用者の状態変化等について把握すること、すなわち「質の把握」が難しい。「全国医療情報プラットフォーム」を活用することにより、被保険者が受けているサービスの実態を把握し、被保険者のニーズに基づく介護保険事業に係る計画の策定や事業の運営に活用することが可能となる。また、事業所別サービス利用者特性等を把握することにより、地域の実情に応じた介護保険事業の運営が可能となる。

こうしたメリットが求められる背景に、膨張し続ける一方の介護関係の社会保障費を少しでも抑え、自立支援・重度化防止により資するように効率的・効果的に活用することが必要な状況がある。

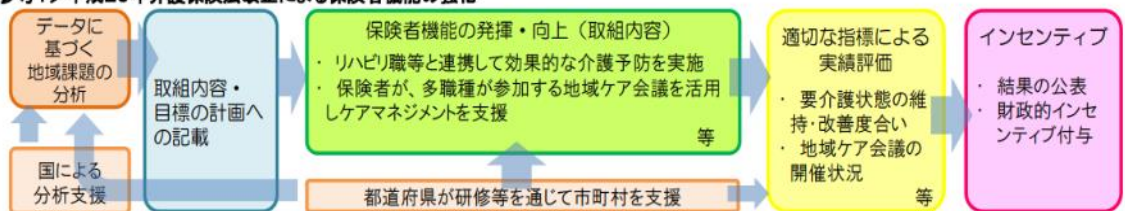
上記を踏まえ、2018年度より、自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が実施されるよう、PDCAサイクルによる取組が制度化された。その一環として、国は、取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、達成度に併せた自治体への財政的インセンティブ（保険者機能強化推進交付金・介護保険者保険者努力支援交付金）を交付している。

評価指標の中には、地域ケア会議の活性化（多職種が連携し、自立支援・重度化防止等に資するよう個別事例の検討と対応をしているかや、個別事例の検討件数割合）、介護給付適正化事業の推進（適切なケアマネジメントで真に必要なサービスを見極め、事業者がサービスを適切に提供する）が含まれており、この指標の達成のために取り組むこと自体が官民連携、多職種連携につながる。

2023年度に向けては、2022年度から予算額が50億円減額され、各市町村の交付額が一律に減額される見込みであるとともに、これまでのアウトカム指標のみならず、アウトプット・中間アウトカム指標の充実など、評価指標の変更が行われ、よりシビアに、実効性があるといえる取組を評価する方向に寄っていった。

■ 保険者機能強化推進交付金・介護保険者保険者努力支援交付金

<参考1>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



<参考2>市町村 評価指標 ※主な評価指標

<p>① PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化</p> <p>☑ 地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、地域の介護保険事業の特徴を把握しているか 等</p> <p>② ケアマネジメントの質の向上</p> <p>☑ 保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、ケアマネジャーに対して伝えているか 等</p> <p>③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化</p> <p>☑ 地域ケア会議において多職種が連携し、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか</p> <p>☑ 地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か 等</p>	<p>④ 介護予防の推進</p> <p>☑ 介護予防の場にリハビリ専門職が関与する仕組みを設けているか</p> <p>☑ 介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者数はどの程度か 等</p> <p>⑤ 介護給付適正化事業の推進</p> <p>☑ ケアプラン点検をどの程度実施しているか</p> <p>☑ 福祉用具や住宅改修の利用に際してリハビリ専門職等が関与する仕組みを設けているか 等</p> <p>⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い</p> <p>☑ 要介護認定者の要介護認定の変化率はどの程度か</p>
--	---

※ 都道府県指標については、管内の地域分析や課題の把握、市町村向けの研修の実施、リハビリ専門職等の派遣状況等を設定

出典：第26回 経済・財政一体改革推進委員会「資料1 経済・財政一体改革の加速に向けた社会保障分野の取組について」（2019年5月28日）

ウ 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進

(ア) 介護現場の生産性向上に資する様々な支援・施策に総合的に取り組む重要性

I C Tやデータ、テクノロジーの利活用は、科学的介護によってケアマネジメントの質の向上や、自立支援・重度化防止状況の見える化のみならず、人材確保にも資する。

ケアプランをA Iが自動入力する、見守りセンターがバイタル情報から非常時に職員を自動で呼び出すなどの機器は、業務効率化や職員の負担削減、人材不足の補填などに非常に有効である。

中でも介護ロボットは、限られた介護人材を有効に活用しつつ、高齢者の自立支援を促進し、質の高い介護を実現することを期待できる機器であり、近年、複数省庁が協力して、民間企業・研究機関の開発支援や現場実証を行っている分野である。

民間開発企業にとって、拡大の一途をたどる高齢者福祉機器市場において魅力のある開発対象であるとともに、現場実証が欠かせないことから、介護サービス事業者にとっても、実証実験事業への公募等を通じ、開発協力する形で、介護の負担を軽減する機器の導入を試行できるチャンスであると言える。

■介護ロボットの定義

以下3つの要素技術を有する、知能化した機械システム（ロボット）のうち、ロボット技術が応用され利用者の自立支援や介護者の負担の軽減に役立つ介護機器をいう。

- ・ 情報を感知（センサー系）
- ・ 判断し（知能・制御系）
- ・ 動作する（駆動系）

出典：厚生労働省「介護ロボットの開発・普及の促進」

■重点的に開発するとされ、介護利用が期待される介護ロボットの分野（重点分野）

○経済産業省と厚生労働省において、重点的に開発支援する分野を特定（平成25年度から開発支援）
○平成29年10月に重点分野を改訂し、赤字箇所を追加

<p>開発重点分野</p> <p>移乗支援</p> <p>○装着</p>  <p>・ロボット技術を用いて介助者のパワーアシストを行う装着型の機器</p> <p>○非装着</p>  <p>・ロボット技術を用いて介助者による抱え上げ動作のパワーアシストを行う非装着型の機器</p>	<p>移動支援</p> <p>○屋外</p>  <p>・高齢者等の外出をサポートし、荷物等を安全に運搬できるロボット技術を用いた歩行支援機器</p> <p>○屋内</p>  <p>・高齢者等の屋内移動や立ち座りをサポートし、特にトイレへの往復やトイレ内での姿勢保持を支援するロボット技術を用いた歩行支援機器</p> <p>○装着</p>  <p>・高齢者等の外出をサポートし、転倒予防や歩行等を補助するロボット技術を用いた装着型の移動支援機器</p>	<p>排泄支援</p> <p>○排泄物処理</p>  <p>・排泄物の処理にロボット技術を用いた設置位置調節可能なトイレ</p> <p>○トイレ誘導</p>  <p>・ロボット技術を用いて排泄を予測し、的確なタイミングでトイレへ誘導する機器</p> <p>○動作支援</p>  <p>・ロボット技術を用いてトイレ内での下衣の着脱等の排泄の一連の動作を支援する機器</p>	<p>見守り・コミュニケーション</p> <p>○施設</p>  <p>・介護施設において使用する、センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム</p> <p>○在宅</p>  <p>・在宅介護において使用する、転倒検知センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム</p> <p>○生活支援</p>  <p>・高齢者等とのコミュニケーションにロボット技術を用いた生活支援機器</p>	<p>入浴支援</p>  <p>・ロボット技術を用いて浴槽に出入りする際の一連の動作を支援する機器</p> <p>介護業務支援</p>  <p>・ロボット技術を用いて、見守り、移動支援、排泄支援をはじめとする介護業務に伴う情報を収集・蓄積し、それを基に、高齢者等の必要な支援に活用することを可能とする機器</p>
--	--	---	--	--

出典：厚生労働省「介護ロボットの開発・普及の促進」

検証・研究委員会において、福祉用具貸与・特定福祉用具販売、介護予防サービスを除く介護保険サービスの施設・事業所を、「①訪問系」「②通所系」「③入所・泊まり・居住系」にわけ、前頁の分野ごとの介護ロボットの導入概況を調査したところ、「③入所・泊まり・居住系」への導入割合が他の2つの施設種別よりも高く、中でも「見守り支援機器」が30%で最も多かった。「入浴支援機器」(11.1%)、「介護業務支援機器」(10.2%)がこれに続き、長時間滞在する施設における導入割合が高いことがわかる。

■介護ロボットの導入概況(2022年8月1日時点、4,842施設からの回答)

導入割合	①訪問系	②通所系	③入所・泊まり・居住系
移乗支援機器	0.9%	1.3%	9.7%
移動支援機器	—	0.9%	1.2%
排泄支援機器	—	0.1%	0.5%
見守り支援機器	30.0%	—	—
入浴支援機器	—	8.8%	11.1%
介護業務支援機器	—	4.9%	10.2%

※調査対象の選定の際に2段階で追加で抽出した令和3年度介護報酬改定(テクノロジー)の加算届出施設・事業所を除外し、集計が行われている。

最も導入割合が多かった「③入所・泊まり・居住系」施設における「見守り支援機器」を導入について、導入したことで効果を感じられた目的・理由としては、「職員の精神的・肉体的負担軽減」「業務の効率化」「ヒヤリハット・介護事故の防止」「ケアの質の向上」が上位であった。

■「見守り支援機器」導入(※)で効果を感じられたこと

機器を導入したことで効果を感じられたこと(複数回答可)※	回答割合
職員の精神的・肉体的負担軽減	69.7%
業務の効率化	57.2%
ヒヤリハット・介護事故の防止	66.2%
ケアの質の向上	45.6%
職員の確保・離職防止・定着に資する取組の推進	13.7%
会議や他職種連携におけるICTの活用	7.0%
その他	1.7%
無回答	6.2%

※「③入所・泊まり・居住系」において「見守り支援機器」の導入状況として「導入済み」と回答した施設・事業所のみを対象に集計。

出典：第26回社会保障審議会介護給付費分科会(介護報酬改定検証・研究委員会資料)「(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(結果概要)(案)」(2023年2月27日)を基に作成

社会保障財政はひっ迫しており、地域包括ケアシステムの概念の誕生を契機として、介護の在り方は、在宅を中心とした住み慣れた地域・コミュニティでの暮らしと、介護予防の方向性にシフトしている。一方で介護人材の不足課題は大きく、人的資源を有効に活用する必要がある。上記のように、在宅や入居施設に広く活用されやすい「見守り支援機器」をはじめ、テクノロジーとICTの活用が、業務効率化や有効化を通して、介護事業所の経営そのものを大きく左右する時代になろうとしている。

【参考文献】

- ・厚生労働省「社会保障改革」
- ・厚生労働省「介護報酬について」
- ・厚生労働省「地域包括ケアシステム」
- ・厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン（概要）」
- ・厚生労働省「令和3年度介護報酬改定の主な事項について」
- ・厚生労働省「介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）作成支援に関する研修」
- ・厚生労働省「社会福祉連携推進法人の運営等について」
- ・厚生労働省「社会福祉連携推進法人制度」
- ・厚生労働省「科学的介護情報システム（LIFE）について」
- ・厚生労働省「福祉・介護職員の処遇改善」
- ・厚生労働省「介護ロボットの開発・普及の促進」
- ・厚生労働省「介護サービス情報公表システム「介護保険の解説」
- ・「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」（2013年8月6日）
- ・厚生労働省「令和2年介護サービス施設・事業所調査」（2021年12月28日）
- ・厚生労働省「第1回2040年を展望した社会保障・働き方改革本部資料」（2018年10月22日）
- ・厚生労働省「第2回2040年を展望した社会保障・働き方改革本部資料」（2019年5月29日）
- ・厚生労働省「第1回 地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」（2019年5月9日）
- ・厚生労働省「第3回医療介護総合確保促進会議」「参考資料1 医療及び介護に関する各種方針・計画等の関係について」（2014年9月8日）
- ・厚生労働省「第17回医療介護総合確保促進会議」「資料3 介護保険事業（支援）計画関係等の検討状況の報告」（2022年9月30日）
- ・厚生労働省「第19回医療介護総合確保促進会議」「資料1 総合確保方針の見直しについて（案）」（2023年2月16日）
- ・厚生労働省「社会福祉連携推進法人制度施行に向けた自治体説明会」（2021年12月21日）
- ・厚生労働省老健局「日本の介護保険制度について」（2016年11月）
- ・厚生労働省老健局高齢者支援課「ICT導入支援事業 令和3年度 導入効果報告取りまとめ」
- ・経済産業省サービス振興課「第3回サービス産業×生産性研究会 事務局資料」（2020年9月29日）
- ・四国厚生局「地域医療介護総合確保基金の概要」
- ・第92回社会保障審議会（介護保険部会）「資料1 介護保険制度をめぐる最近の動向について」（2022年3月24日）
- ・第95回社会保障審議会（介護保険部会）「資料1 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進について」（2022年7月25日）
- ・第106回社会保障審議会（介護保険部会）「資料1-1 基本指針について」（2023年2月27日）
- ・社会保障審議会（介護保険部会）「社会保障審議会介護保険部会意見」「介護保険制度の見直しに関する意見（参考資料）」（2022年12月20日）
- ・第144回社会保障審議会（介護給付費分科会）「参考資料3 介護療養型医療施設及び介護医療院（参考資料）」（2017年8月4日）

- ・第24回社会保障審議会（介護給付費分科会）介護報酬改定検証・研究委員会資料
「(1)介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業(結果概要)(案)」「(2) L I F E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L I F Eの活用可能性の検証に関する調査研究事業（結果概要）(案)」
(2022年3月7日)
- ・第26回社会保障審議会（介護給付費分科会）介護報酬改定検証・研究委員会資料
「(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（結果概要）(案)」、「(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（結果概要）(案)」(2023年2月27日)
- ・未来投資会議「データ利活用基盤の構築」(2017年10月27日)
- ・介護分野における特定技能協議会運営委員会
「外国人介護人材関係予算(特定技能関連)の概要及び活用状況」(2022年3月29日)
- ・第3回健康・医療・介護情報利活用検討会 介護情報利活用ワーキンググループ「(資料1 共有すべき介護情報にかかる検討について)」(2023年1月25日)
- ・第26回 経済・財政一体改革推進委員会「資料1 経済・財政一体改革の加速に向けた社会保障分野の取組について」(2019年5月28日)
- ・各事業者HP
- ・各社会福祉連携推進法人HP

株式会社日本政策投資銀行（DBJ）のご案内

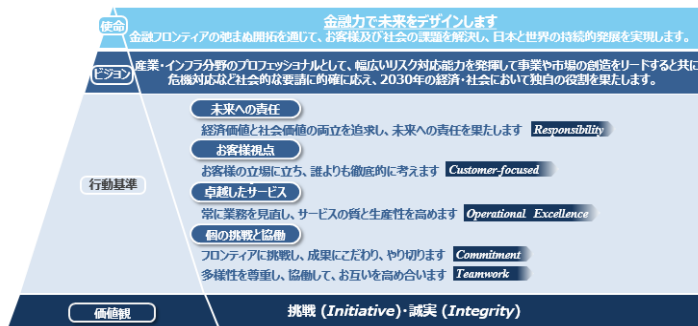
株式会社日本政策投資銀行は、1999年10月1日に日本開発銀行と北海道東北開発公庫の一切の権利・義務を承継して設立され、2007年6月に成立した株式会社日本政策投資銀行法に基づき、2008年10月1日に民営化（株式会社化）しました。

代表取締役社長	地下 誠二
職員数	1,257名（2022年3月末）
資本金	1兆4億2,400万円（全額政府出資）
本店所在地	〒100-8178 東京都千代田区大手町一丁目9番6号 大手町フィナンシャルシティサウスタワー
URL	https://www.dbj.jp/
支店・事務所	支店10か所、事務所8か所、海外現地法人4か所
総資産額	21兆1,884億円（2022年3月末）
貸出金残高	14兆4,908億円（2022年3月末）

《DBJの企業理念》

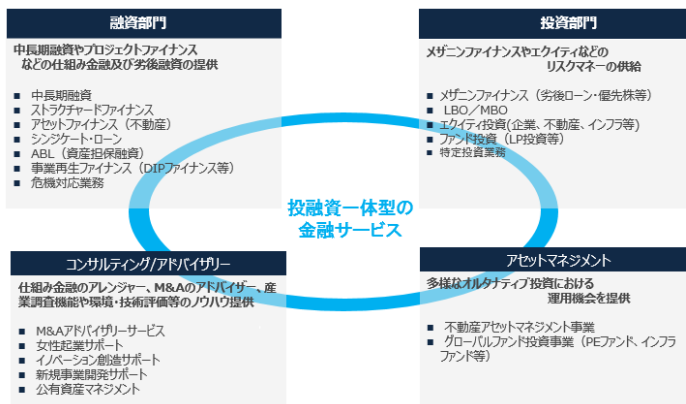
DBJは、役職員が共有する価値観に根差した行動基準をガイドラインとしながら、当行グループの使命（存在意義）を追求し、ビジョン（あるべき将来像）の実現を目指します。

DBJでは、企業理念に基づく4つのDNA（長期性、中立性、パブリックマインド、信頼性）を、当行の強みとして位置づけており、これらを活かして参ります。



《DBJのサービスのご案内》

中長期の資金供給をはじめとする投融資一体型の金融サービスの提供を通じて、お客様の課題解決に取り組みます。



《ヘルスケア室のご案内》

DBJ及び株式会社日本経済研究所は、医療・福祉分野、ライフサイエンス分野それぞれにおきましても、各種融資対応、コンサルティング業務及び「ヘルスケア業界ハンドブック」の発刊などによる情報提供等の取組を通して、当該分野での付加価値提供を目指してまいりました。このような取組を推進する観点から、2013年4月1日付で「医療・生活室」を改組し、「ヘルスケア室」を設立しました。

今後とも長期資金や年度資金のご融資などを通じて、お客様のニーズにあわせた解決策をご提案し、資金調達及び経営改善のお手伝いをさせていただきます。

《DBJの医療・福祉分野におけるサービスのご案内》

■ 融資

病院建替・増改築時に必要となる、長期の資金調達の支援

医療機器の取得・更新時の支援

介護事業進出時の資金調達の支援

経営承継（M&A）資金の資金調達の支援

（各種公的医療施設等の民間承継に対する支援も含む）

● DBJ ビジヨナリーホスピタル認定制度

公益財団法人日本医療機能評価機構による「病院機能評価」の認定を受けた病院を対象に、環境配慮、防災・事業継続対策に優れた病院をDBJ独自の評価システムによって「DBJ ビジヨナリーホスピタル」と認定し、評価に応じた融資条件を設定する融資メニュー

● DBJ 健康経営（ヘルスマネジメント）格付

従業員の健康配慮への取組が優れた企業を独自の評価システムにより評価して優れた企業を選定し融資するメニュー

■ M&Aアドバイザー

内外拠点/人的ネットワークに加え、全国の地域金融機関と提携

各種業界に関する豊富な知識と経験、公共性の高い案件へのノウハウ

■ ヘルスケアファンド

医療・介護事業者を対象にしたヘルスケアファンドを設立し、以下のような業務を行っております。

● 医療機関等に対する劣後ローンの供給

● 医療機関等に対し、金融機関が保有する貸出債権の買い取り

● 医療・介護施設の不動産流動化

■ コンサルティング

DBJ及びグループ会社の(株)日本経済研究所による、中立的・公益的・長期的な視点からの医療事業向けコンサルティング業務

①財務、②経営、③資産活用 の3点から、各種提案及び実行支援

■ レポート等の発信

「ヘルスケア業界ハンドブック」の作成

「ヘルスケアレポート」の作成（当行ウェブサイト）

《DBJのライフサイエンス分野におけるサービスのご案内》

■ 融資

工場の建設・建替時に必要となる長期の資金調達の支援
設備の取得・更新時の支援

M&A、一部株式取得等におけるバックファイナンスの支援

- 更なる成長のためのハイブリッドファイナンス、劣後融資などのリスクマネー提供
- DBJサステナビリティ評価認証融資

企業の非財務情報を評価して優れた企業を選定し融資するメニューで、それぞれ、従業員に関する健康経営、事業継続及び危機管理の経営(BCM)、環境経営を評価

■ 投資（共同投資等）

- 成長加速、資本増強のための優先株式取得又は普通株式取得を通じた支援
- 新規事業獲得、販路獲得、生産拠点の獲得を目的にした中規模以上のM&A時における買収対象会社への共同投資
- ノンコア事業切り出し、新規事業ジョイントベンチャー設立時の共同投資支援

■ M&Aアドバイザー

(株)日本経済研究所とも連携しながら、業界に関する豊富な知識と経験、ノウハウを提供
内外拠点/人的ネットワークに加え、海外のM&Aアドバイザーファームと提携

■ ベンチャー企業支援

グループ会社のDBJキャピタル(株)を通じたベンチャー企業投資

■ レポート等の発信

「ヘルスケアレポート」の作成（当行ウェブサイト）

■ 株式会社日本政策投資銀行 本支店一覧 (国内)

本店 東京

〒100-8178 東京都千代田区大手町1丁目9番6号 (大手町フィナンシャルシティオクスター)
03-3270-3211 (大代表)

北海道支店 札幌

〒060-0003 札幌市中央区北3条西4丁目1番地 (日本生命札幌ビル)
011-241-4111 (代表)

東北支店 仙台

〒980-0021 仙台市青葉区中央一丁目6番35号 (東京建物仙台ビル)
022-227-8181 (代表)

新潟支店 新潟

〒951-8066 新潟市中央区東堀前通六番町1058番地1 (中央ビルディング)
025-229-0711 (代表)

北陸支店 金沢

〒920-0031 金沢市広岡三丁目1番1号 (金沢パークビルディング)
076-221-3211 (代表)

東海支店 名古屋

〒450-6420 名古屋市中村区名駅3丁目28番12号 (大名古屋ビルヂング)
052-589-6891 (代表)

関西支店 大阪

〒541-0042 大阪市中央区今橋4丁目1番1号 (淀屋橋三井ビルディング)
06-4706-6411 (代表)

中国支店 広島

〒730-0036 広島市中区袋町5番25号 (広島袋町ビルディング)
082-247-4311 (代表)

四国支店 高松

〒760-0050 高松市亀井町5番地の1 (百十四ビル)
087-861-6677 (代表)

九州支店 福岡

〒810-0001 福岡市中央区天神2丁目12番1号 (天神ビル)
092-741-7734 (代表)

南九州支店 鹿児島

〒892-0842 鹿児島市東千石町1番38号 (鹿児島商工会議所ビル)
099-226-2666 (代表)

函館事務所 函館

〒040-0063 函館市若松町14番10号 (函館ツインタワー)
0138-26-4511 (代表)

釧路事務所 釧路

〒085-0847 釧路市大町1丁目1番1号 (道東経済センタービル)
0154-42-3789 (代表)

青森事務所 青森

〒030-0861 青森市長島2丁目10番3号 (青森フコク生命ビル)
017-773-0911 (代表)

富山事務所 富山

〒930-0005 富山市新桜町6番24号 (COI富山新桜町ビル)
076-442-4711 (代表)

松江事務所 松江

〒690-0887 松江市殿町111番地 (松江センチュリービル)
0852-31-3211 (代表)

岡山事務所 岡山

〒700-0821 岡山市北区中山下1丁目8番45号 (NTTクレド岡山ビル)
086-227-4311 (代表)

松山事務所 松山

〒790-0003 松山市三番町7丁目1番21号 (ジブラルタ生命松山ビル)
089-921-8211 (代表)

大分事務所 大分

〒870-0021 大分市府内町3丁目4番20号 (大分恒和ビル)
097-535-1411 (代表)

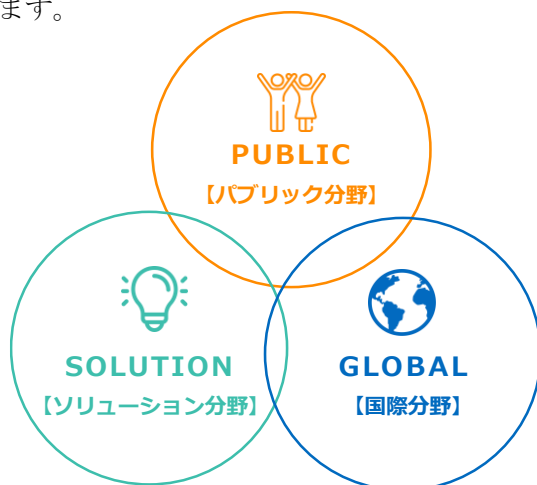
株式会社日本経済研究所（J E R I）のご案内

株式会社日本経済研究所は、わが国経済社会の望ましい発展のため、知恵・情報・解決策を広く発信し続け、公平・中立な立場から長期的な視点に立ち、公共セクターや民間企業に対する調査・コンサルティングを行う株式会社 日本政策投資銀行の関連シンクタンクです。2009年4月、財団法人日本経済研究所の受託調査及び関連事業を受け継ぎ、財団法人日本経済研究所が築いてきた伝統と実績をさらに発展させていく所存です。

設立	1989年12月
代表取締役社長	塩谷 晃仁
職員数	133名（2023年4月現在）
資本金	480百万円
所在地	〒100-0004 東京都千代田区大手町一丁目9番2号 大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 15階
URL	https://www.jeri.co.jp/
連絡先	公共デザイン本部 地域マネジメント部 医療・福祉チーム TEL:03-6214-4612 E-mail:public-design@jeri.co.jp

《J E R I の調査・コンサルティング分野》

3つの調査分野のシナジー効果を活かし、総合的な観点からお客様のニーズにあったコンサルティングを実施します。



- **パブリック分野** —— 国や地方自治体に対するさまざまな提言や構想、計画、政策、施策の立案等に係る調査・コンサルティングを行います。
- **ソリューション分野** — 民間企業等に対する企業価値向上、事業評価、新たなビジネス展開等に係わる調査・コンサルティングを行います。
- **国際分野** —— 民間企業の海外事業展開等のクロスボーダーやODA関連業務に関わる調査・コンサルティングを行います。

◆ パブリック分野 ◆ 地域とともに地域の課題を解決！

P F I、P F S/S I B

導入可能性調査、アドバイザー、ガイドライン策定、モニタリング

P P P・民営化

事業手法検討、業務アドバイザー、事業価値評価、ファイナンシャル・アドバイザー
経済、産業

産業政策、景気調査、基本構想・基本計画、経済波及効果調査

地域開発、まちづくり

中心市街地活性化、地域振興政策

環境・エネルギー

温室ガス対策、環境配慮、省エネルギー

病院事業

病院経営アドバイザー、病院事業手法検討

◆ ソリューション分野 ◆ 金融から長期ビジョン策定まで総合力で対応！

経営マネジメント

財務分析、事業戦略策定、事業再生

事業価値評価、プロジェクトフェージビリティスタディ、持続可能性

新規事業F S、事業価値試算

公共サービスサポートビジネス（P F I、指定管理者、市場化テスト等）

業務アドバイザー、提案書作成支援

B C P、リスクマネジメント

B C P計画策定、B C P研修策定、防災関連

金融、事業手法

証券化、プロジェクトファイナンス

不動産開発

資産活用、開発計画策定

◆ 国際分野 ◆ 欧米のほか、アジア・メコン地域での豊富な経験を活用！

海外進出支援、海外投資環境調査

海外市場調査

ODA関連（産業政策、金融政策、中小企業振興、事業評価等）

人材育成・研修

《J E R Iの医療・病院コンサルティングサービスのご案内》

株式会社 日本経済研究所では、我が国の経済社会が直面する地域医療や病院経営など「医療」を巡る諸課題について、豊富な経験やネットワークをフル活用し、広範な視点から自治体立病院、民間病院などさまざまなお客様のニーズにあったコンサルティングを行っています。

■ JERIの医療・病院コンサルティングサービスの特徴

特色1：豊富な経験に基づく「3つの力」の結合

60年以上に及ぶシンクタンク業務で培った豊富な経験に基づく弊研究所ならではの「3つの力」—すなわち、①俯瞰力（時代潮流や国・地域社会の動向を把握）、②現場力（医療現場の課題等に精通）、③事業力（病院経営や事業計画を的確に分析、誘導）を結合し、総合的かつ的確な医療コンサルティングサービスをご提供いたします。

特色2：中立的・公益的・長期的視点に立った信頼ある取組

常に中立的・公益的かつ長期的な視点に立った業務への取組は、地方自治体をはじめ多くの皆様から高いご評価を頂いております。地域社会にも貢献できるシンクタンクとして、信頼性のある医療コンサルティングサービスをご提供いたします。

特色3：高度な知見を有するネットワークの活用

これまでの業務経験で培った弊研究所オリジナルのネットワークの中から、医療・システム・施設・制度・人材・会計・法務等医療関連の各分野に高度な知見を有する有識者、コンサルタント等を結集することにより、広範多岐にわたって的確な医療コンサルティングサービスをご提供いたします。

■ JERIの医療・病院コンサルティングサービスの内容(重点分野)

● 公立病院

① 病院改革プラン策定などの経営コンサルティング業務

- ・病院改革プランの策定支援
- ・病院経営分析、病院経営診断
- ・財務内容健全化、経営効率化等に向けた経営コンサルティング 等

② 病院基本構想・基本計画づくりなどのプランニング業務

- ・病院の新設、再整備等に当たっての基本構想、基本計画づくり
- ・病院経営に関する中長期計画、将来構想、経営計画づくり 等

③ 民間活力導入等、「経営形態見直し」のためのアドバイザー業務

- ・望ましい病院経営形態の検討（地方公営企業全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度の導入、民間移譲等）
- ・PFI導入可能性調査、PFI導入アドバイザー業務
- ・指定管理者制度導入アドバイザー、民間委譲アドバイザー業務 等

● 民間病院等

④ 経営分析、事業計画づくりなどの経営コンサルティング業務

- ・経営分析（財務分析、マーケティング調査、診療機能・運営状況調査等）
- ・経営ビジョン、経営計画（収支計画等）、事業計画等策定
- ・経営改善策のご提案（増収増益策、現場業務改善提案等）
- ・病院及び病院経営体の事業価値評価 等

● その他

⑤ 医療を巡る諸課題等に関する調査研究業務

- ・医療政策・医療制度等に関する調査研究
- ・地域医療計画等のプランニング
- ・医療サービスに対するニーズ調査
- ・病院経営の一般的分析、課題と対応の検討 等

本書の取扱いについて

- 本ミニブック自体の著作権（編集著作権）は弊行に帰属します。また、本ミニブックに掲載しているデータ・図表等の著作権は、その出典元に帰属します。取扱いは、データ・図表等の著作権の帰属先によって次のとおり異なりますので、ご注意ください。
- 1 官公庁、独立行政法人に帰属するデータ・図表等の場合
基本的には、お客様の責任において自由にご使用ください。禁転載等の表記のあるものはそれに従ってください。
- 2 弊行以外の個別の企業・団体に帰属するデータ・図表等の場合
ご使用の際は、当該企業・団体に直接お問い合わせ願います。
- 3 弊行に帰属するデータ・図表等の場合
使用に際して、他媒体（ホームページ、雑誌、書籍、その他独自の資料等）への転載や編集加工等が発生する場合には弊行企業金融第6部 ヘルスクエア室までお問い合わせください。
- データ等の内容の正確性には十分注意を払っておりますが、万一、本ミニブック記載のデータ等を利用したことによって直接又は間接に不具合が生じた場合でも、弊行及び弊研究所はその責を負いかねます。

ヘルスケア業界ミニブックー2040年に向けた医療介護の動向と地域連携の重要性ー

2023年4月28日 初版発行

監修・発行 株式会社 日本政策投資銀行
株式会社 日本経済研究所

<お問合せ先>

(株式会社 日本政策投資銀行)

〒100-8178 東京都千代田区大手町1-9-6
大手町フィナンシャルシティサウスタワー
株式会社 日本政策投資銀行 企業金融第6部 ヘルスケア室
TEL : 03-3244-1730
<https://www.dbj.jp>

(株式会社 日本経済研究所)

〒100-0004 東京都千代田区大手町1-9-2
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 15階
株式会社 日本経済研究所 公共デザイン本部 地域マネジメント部
医療・福祉チーム
TEL : 03-6214-4612
<https://www.jeri.co.jp>