06 ダイバーシティ
長寿(Chōju)

１　高齢者施策の推進

１　大都市にふさわしい介護報酬及び施設基準の見直し

（提案要求先　厚生労働省）
（都所管局　福祉局）

（１）物価高騰や賃金の上昇等を基本報酬に速やかに反映するとともに、将来的な上昇にも適時適切に対応できる介護報酬の在り方を検討すること。

また、基本報酬の単価設定においては、人件費だけでなく、事業運営にかかる経費の増額も適切に算定し、事業運営を安定的に行うことができる介護報酬とすること。

＜現状・課題＞

介護報酬の単価は平成 12 年度の制度導入時以来、これまでに 14 回の改定が行われてきたが、専ら介護事業経営実態調査等の結果に基づく収支差率による調整が行われてきた。

介護報酬改定のために算出される収支差率は、改定２年前の決算における収支状況であり、昨今の物価や賃金の上昇局面では、上昇分が十分に反映されてきたとは言い難い。加えて、介護報酬は３年間変更されないため、計画期間中に物価や賃金の上昇が続いていても報酬単価が変わらないことも課題となっている。

特に、東京都では、全産業において賃金が急騰している中で、介護業界は他産業との激しい人材の獲得競争下に置かれており、他産業に見合う賃金水準を確保していかないと介護人材の確保が難しい状況が生じている。

また、平成 24 年度の介護報酬改定で介護職員の給与に直接充てる「処遇改善加算」が創設され、介護職員の人件費に充当する経費は、基本報酬とは別に拡充されてきたが、運営費全般に充当することができる基本報酬には十分な配慮が行われてこなかった。

近年、運営にかかる経費も介護職員の人件費同様に上昇しており、食費や燃料費などに加え、清掃、調理、事務等委託費や、通所介護における送迎経費等が著しく増大し、経営を圧迫している状況である。加えて、ハローワークの無料の求人や従来の求人広告などでは採用が難しくなっていることから、人材紹介会社への手数料などの採用に係る経費も負担となっている。

本来、保険制度では、事業者が基本報酬で運営する中で、自らの努力により利益を出し、職員の賃上げも含め、継続した事業運営を行えるようにすることが必要である。そのためには、介護職員の人件費のみならず、社会状況の変化を踏まえ、適切に現場の実態を反映した運営経費を算定した上で、基本報酬単価を検討することが重要である。それにもかかわらず、前回の令和６年度改定において、全体として 1.59％の増額のうち、介護職員の処遇改善分として 0.98％、介護職員

以外の処遇改善を実現できる水準として0.61%とされており、物価高騰等の影響は考慮されなかった。加えて、令和８年度の臨時の介護報酬改定においても処遇改善加算の充実に重点が置かれ、基本報酬は据え置きとなった。

＜具体的要求内容＞

（１）介護事業所、施設が安定的・継続的に事業運営できるよう、現下の急激な物価高騰や最低賃金の上昇等を基本報酬に速やかに反映すること。加えて、近年、持続傾向にある物価や賃金の上昇にも適時適切に対応できるよう、３年間の上昇分を見込んだ単価設定や物価スライド方式など、介護報酬の在り方を検討すること。

（２）基本報酬の単価設定においては、人件費だけでなく、採用にかかる経費など事業運営にかかる経費の増額も適切に算定し、再構築すること。その際、介護職員等処遇改善加算など、既に多くの事業所で取得している加算については、基本報酬に組み込むなど、整理を行うこと。上記の必要な経費を組み込み、算定した基本報酬単価で運営する中で、事業者の努力により利益を出し、継続した事業運営に生かせるようにすること。

参　　考

【介護報酬の改定率】

	平成15年度	平成18年度	平成21年度	平成24年度	平成27年度	平成30年度	令和3年度	令和6年度
改定率	▲2.3%	▲0.5%	＋3.0%	＋1.2%	▲2.27%	＋0.54%	＋0.70%	+1.59%

（注）介護保険事業計画の期間中の臨時改定を除く

（２）介護報酬改定に向けて実施する介護事業経営実態調査等について更なる精緻化を進め、人件費割合や物件費・土地建物の取得費等の実態の把握・分析を適切に行った上で、東京の実態に合わせ、介護報酬へ適切に反映すること。

　また、地域区分の級地の設定については、各区市町村からの意見を聞いた上で、地域の実情を踏まえた設定をすること。

＜現状・課題＞

介護報酬は、介護サービスに要する平均的な費用の額を勘案しており、地域ごとの人件費の地域差を調整するため、地域区分を設定し、地域別・人件費割合別（サービス別）に１単位当たりの単価を定めている。

地域区分については、統一的かつ客観的に設定する観点から、原則として、民間事業者の賃金水準等を反映させたものである公務員（国家・地方）の地域手当に準拠して設定しているが、公平性・客観性を担保する観点から、隣接地域の状

況によって、級地の変更を認める特例や経過措置が講じられてきた。

今般、国家公務員の地域手当の級地区分について、設定単位を広域化する見直しが行われ、都道府県単位が基本となり、都内区市町村は特別区と市町村の２段階となった。これを受けて次期介護報酬改定に向けては、保険者である区市町村の意向を確認しつつ地域区分の在り方について検討を進めることとされているが、公務員の地域手当に準拠して特別区と市町村の２段階となった場合、地域の実情の反映が困難になることが懸念される。

また、各サービスの人件費割合については、人員基準で規定している介護、看護等の職種のみを勘案するという考え方を国は示している。この人件費割合は、介護報酬改定に向けて国が実施する介護事業経営実態調査の結果等を踏まえて、見直しが行われているが不十分であり、現行の介護報酬上の人件費割合と、介護事業経営実態調査における収入に対する給与費の割合には乖離が生じている。

介護事業所・施設においては、人員基準で規定していない事務員等の人件費も含めて介護報酬で賄うことが求められていることから、実態に即した人件費割合を設定するとともに、その設定の根拠等についても明らかにすべきである。

なお、国は、減価償却費・物件費には有意な地域差が見られないこと及び土地代等が反映する居住費は原則として給付対象外となっていることから、人件費以外の費用については地域差を勘案する必要がないとの考え方を示している。

しかし、建築価格や物価等の各種調査によると、減価償却費・物件費には明らかな地域差が生じている。

また、施設サービスの居住費は原則利用者負担とされているものの、居宅サービスにおいても一定の面積確保が設備基準で規定され、その費用は介護報酬で賄うことが求められている。こうしたことから、人件費のみならず物件費や土地・建物の調達費用についても、地域差を勘案すべきである。

＜具体的要求内容＞

（１）地域区分の級地の設定については、各区市町村からの意見を聞いた上で、地域の実情を踏まえた設定をすること。

（２）介護報酬改定が、客観的で信頼性の高いデータに基づき行われるよう、介護事業経営実態調査等について、各サービスの事業所の規模や併設事業所の状況、物件費や土地建物の取得費等を含めた事業者の経営状況の把握・分析を行うなどの精緻化を進め、介護現場の実態を適切に把握すること。

　また、把握したデータについて、地方自治体にも提供するとともに、その集計・分析の根拠等も併せて公表すること。

（３）介護報酬における各サービスの人件費割合については、介護事業の運営実態を踏まえて適切に見直すこと。

（４）物件費、特に土地・建物の取得費や賃借料等の地域差について、東京の実態に合わせ、適切に介護報酬に反映すること。

参　　考

○令和６年度改定における介護報酬の地域区分と上乗せ割合

地域区分	上乗せ割合	区市町村への適用
１級地	20%	特別区
２級地	16%	調布市、町田市、狛江市、多摩市
３級地	15%	八王子市、武蔵野市、三鷹市、青梅市、府中市、 小金井市、小平市、日野市、東村山市、国分寺市、 国立市、清瀬市、東久留米市、稲城市、西東京市
４級地	12%	立川市、昭島市、東大和市
５級地	10%	福生市、あきる野市、日の出町
６級地	６％	武蔵村山市、羽村市、瑞穂町、奥多摩町、檜原村
７級地	３％	なし
その他	０％	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、 八丈町、青ヶ島村、小笠原村

＜参考：国家公務員の地域手当（2025 年度（令和７年度））＞

	支給割合	都内区市町村への適用
１級地	20%	特別区
２級地	16%	市町村

○　各サービスの人件費割合の状況

サービス種類	介護報酬上の人件費割合（A）	収入に対する給与費の割合（B）	差(B-A)
訪問介護	70%	67.7%	-2.3%
訪問入浴介護		64.1%	-5.9%
訪問看護		70.1%	0.1%
居宅介護支援		76.2%	6.2%
夜間対応型訪問介護		74.5%	4.5%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		73.5%	3.5%
訪問リハビリテーション	55%	66.4%	11.4%
通所リハビリテーション		65.2%	10.2%
短期入所生活介護		61.9%	6.9%
認知症対応型通所介護		66.3%	11.3%
小規模多機能型居宅介護		66.6%	11.6%
看護小規模多機能型居宅介護		66.7%	11.7%
通所介護	45%	60.8%	15.8%
地域密着型通所介護		63.1%	18.1%
特定施設入居者生活介護		43.5%	-1.5%
地域密着型特定施設入居者生活介護		58.9%	13.9%
認知症対応型共同生活介護		63.3%	18.3%
地域密着型介護老人福祉施設		63.9%	18.9%
介護老人福祉施設		63.4%	18.4%
介護老人保健施設		64.1%	19.1%
介護医療院		60.3%	15.3%

※　厚生労働省「令和７年度介護事業経営概況調査」

○介護従事者の月収（通常月の税込み月収（月給の者））の地域差

	東京都	愛知県	大阪府	福岡県	青森県	全国平均
所定内賃金（月給）	287,236 円	275,215 円	269,567 円	242,471 円	227,219 円	254,951 円

資料：公益財団法人介護労働安定センター「令和７年度介護労働実態調査」

○消費者物価の地域差

	東京都区部	名古屋市	大阪市	福岡市	青森市	全国平均
指数	105.3	98.8	100.6	99.3	97.2	100.0

資料：総務省統計局「令和７年小売物価統計調査（構造編）」

○地価の地域差

	東京都	愛知県	大阪府	福岡県	青森県
住宅地平均価格（／㎡）	466,400 円	119,900 円	166,100 円	75,100 円	16,200 円

資料：国土交通省「令和７年都道府県地価調査」

○同一地域区分内の地価・家賃の比較

	東京都府中市	愛知県名古屋市	兵庫県西宮市
地域区分	３級地	３級地	３級地
住宅地平均地価（／㎡）	355,600 円	230,000 円	293,500 円
家賃（民営借家）（／坪）	6,719 円	5,188 円	6,526 円

資料：国土交通省「令和８年地価公示」
総務省統計局「小売物価統計調査（動向編）令和７年平均」

（３）訪問介護については、物価高騰や賃金の上昇を適切に反映した上で、常勤職員を雇用した安定的な事業所運営が継続できる基本報酬とすること。

また、地域のニーズに応え、生活援助や総合事業などを含めた総合的なサービス提供を行っている事業所を評価する加算を設定すること。

＜現状・課題＞

訪問介護の報酬については、令和６年度改定において、令和４年度決算の収支差率 7.8%という介護事業経営実態調査の結果に基づき基本報酬が切り下げられたが、今回の改定においても、令和６年度決算の収支差率が 9.6%であり、全サービスの平均より高くなっていることから、引き続きこの結果に基づく単価設定が行われる可能性がある。

その一方で、地域で訪問介護事業所を運営する事業者からは、賃金や物価の上昇から経営状況がますます厳しさを増しているとの声もある。そこで都では、経営実態調査が事業者の声と乖離している状況について訪問介護事業者に対しヒアリングを行った。その中で、報告されている収益の数字が実態を反映していないとの声があった。

その要因として、まず、訪問介護は事業所ごとに多様なサービス提供の形があり、サービス付き高齢者向け住宅などの併設状況や移動の距離だけでなく、運営形態の様々な要因により収支差率に違いが生じている実態が見て取れた。

具体的には、身体介護、生活援助、総合事業の提供割合や、法人本部を持つ事業所と一法人一事業所の事業所といった形態の違いにより、収益や経費の金額が大きく変わってくる。とりわけ、登録ヘルパーと常勤ヘルパーの比率は収益に与える影響が大きい。登録ヘルパーと異なり常勤ヘルパーは、移動や待機、記録などサービス提供以外の業務時間や直前のキャンセルなどにも賃金が発生する。現状の報酬単価にはこのような費用は含まれておらず、登録ヘルパーが前提となって経営が成り立つような基本単価となっている。このため、常勤ヘルパーの比率が高くなり人件費が上昇すると、一定の規模がない場合、経営が厳しくなるという実態がある。特に東京都は登録ヘルパーの確保が厳しく、おのずと常勤比率が上昇しており、介護保険開始当初の平成 13 年は 38%であったが、令和６年には 62%まで上昇している。社会全体で女性の働き方が変化しており、これまで登録ヘルパーの主な担い手であった主婦や子育て世代の女性の確保がますます難しくなっている。さらに、登録ヘルパーの高齢化も進み、その半数以上が 60 代以上となっており、将来的にも登録ヘルパーが減少し、常勤の比率がさらに高まると、ますます経営が厳しくなることが予想される。また、離島や過疎地、東京 23 区等を比較して調査した老人保健健康増進等事業「特別地域加算等の在り方に係る調

査研究事業」（令和７年度）においても、訪問介護において収支に強く影響する要因として、「常勤比率」や「総合事業の実施」などが挙げられており、こうした常勤比率や総合事業の提供割合による経営への影響については、東京だけの課題ではなく、訪問介護共通の課題と考えている。特に、常勤比率の要因に関しては、常勤職員を雇用し、必要な時間に確実に訪問できる提供体制を維持するために要する費用（移動・待機・記録等のサービス提供に付随する業務時間を含む。）を適切に算定した基本報酬とすることが求められる。

また、調査数値においては、障害福祉サービスや他の介護保険サービスとの経費按分が難しく適切に経費按分がされていない実態や、本来計上されるべき本部経費や役員報酬、事務所賃料といった経費も適切に計上されていない実態が見受けられた。さらに、都が令和６年度改定を受けて訪問介護事業所を支援する目的で開始した補助金を売上に計上している事業者も多く、収益の実態は調査結果より低い可能性も考えられる。

訪問介護は地域包括ケアを支える重要な介護基盤であり、その報酬単価の改定は非常に重要なものである。経営実態調査については、前述のとおりの課題があることに加え､多様な形態のサービスが分類されることなく集計されていること、中央値等ではなく平均値により算出されていること、また、約４％の事業所の回答結果であることなど、分析方法についても多数の課題を抱えている。そこで、報酬改定に際しては、運営実態に応じた分析を精緻に行った上で、現状の賃金や物価の上昇を適切に勘案すべきである。特に、常勤比率が上がることで経営が厳しくなる現状の報酬単価を見直し、常勤ヘルパーを雇用して、質の高いサービスを提供しながら運営ができるような単価設定とすることが必要である。

さらに、今後、東京都では単身高齢者の増加が見込まれており、生活支援のニーズが増えていくことが推測される。生活援助はもちろんのこと、介護予防の取組もますます重要となっていくが、こうしたニーズに対応すればするほど経営が圧迫されるという現状がある。地域のニーズに応え、単身高齢者の生活支援や困難事例に対応する事業所の事業継続が課題となっている。

将来的に地域のニーズに応え地域包括ケアを支える訪問介護事業者が、常勤ヘルパーを雇用した安定的な運営を継続し、サービスを提供し続けられるような報酬とすることが必要である。

＜具体的要求内容＞

（１）訪問介護については、事業所の規模や併設事業所の状況等のサービス提供や事業所運営の実態を精緻に分析し、人件費や物価上昇を適切に反映した上で、常勤職員を雇用した安定的な事業所運営が継続できる基本報酬とすること。

（２）地域のニーズに応え、生活援助や総合事業などを含めた総合的なサービス提供を行っている事業所を評価する加算を設定すること。具体的には、地域支援事業（生活支援体制整備事業）や住民主体のサービスにおける質の確保に係る協力、困難事例や地域ニーズに応じた総合事業等の受入実績などを評価する加算とすること。

参　　考

○訪問介護の赤字事業所割合

	令和２年度	令和３年度	令和４年度
赤字事業所割合	39.8%	40.1%	42.8%

資料：独立行政法人福祉医療機構「2022 年度訪問介護の経営状況について」

○訪問介護員の常勤換算従事者数に占める常勤の割合（東京都）

	平成 13 年	平成 17 年	平成 22 年	平成 27 年	令和２年	令和６年
常勤割合	38.3%	44.9%	46.9%	50.4%	54.6%	62.7%

※　常勤の割合 ＝ 常勤換算従事者数（常勤）÷ 常勤換算従事者数（総数）

資料：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

○訪問介護員（非常勤）年齢構成（東京都）

	20 代以下	30 代	40 代	50 代	60 代	70 代以上
年齢構成	2.2%	5.1%	12.9%	24.8%	27.2%	27.9%

資料：東京都「東京の高齢者と介護保険データ集（令和８年６月版）」

○訪問介護介護事業経営実態調査の回答数（令和５年度）

訪問介護事業所数	調査有効回答数	割合
36,905 事業所	1,311 事業所	3.6%

資料：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（令和５年度）

厚生労働省「介護事業経営実態調査」（令和５年度）

（４）社会全体の人手不足を踏まえ、複数事業者によるサービス提供や職員配置など、効率的なサービス提供のための柔軟な対応を図ること。また、煩雑化した運営基準や加算等の見直しを図ること。さらに、小規模な事業者の経営改善や協働化等を迅速に進めるため、介護報酬等による誘導を図るなど、事業者が明確なメリットを感じられる仕組みを検討すること。

＜現状・課題＞

今後 2040 年に向けて、全国の高齢者人口はピークを迎えるが、東京都においては、2050 年に向けて引き続き、高齢者人口の増加が続くと推計されており、特に要介護度が急激に高まる 85 歳以上の高齢者数は 2035 年まで増加が続き、一時的に減少した後に再び増加に転じ、2060 年まで急激な増加が続いていく。

85 歳以上の、特に認知症や一人暮らし高齢者が増加していく中で、多くの高齢者が利用する訪問介護サービスについては、現在の訪問介護員の年齢層に鑑みると、10 年後には一気に減少していくことが懸念され、在宅介護サービス体制の維持が課題となっている。

加えて、社会全体の人手不足は一層深刻化することが見込まれ、介護業界においてもこれまで同様に介護人材を確保していくことは難しい状況が続くと推測される。

そのため、事業者においては、ＤＸや業務の分担など、一層の業務効率化が求められており、それを後押ししていくことも重要であるが、介護という業態の特性上、事業者単位の業務効率化には一定の限界がある。そこで、サービス提供の効率化を、制度全体の効率化として検討していくことが重要である。

一例として、人材の不足が顕著な訪問介護サービスでは、毎日決まった時間にサービスが必要な利用者に対して、一つの事業所で提供することができないケースも発生しており、その場合、それぞれの事業者ごとに利用者と契約し、それぞれ介護支援専門員とケアプランのやり取りをするという事業者や介護支援専門員、利用者全てにおいて非効率な状況が生じており、効率化が必要である。

また、社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」では、中山間・人口減少地域に限定して、特例的なサービス提供を行う枠組みを設けることが適当とされているが、都市部においても、介護職員数が減少するなどサービス提供が困難となりつつあり、限られた資源を活用して効率的にサービスを提供していくための制度設計が求められる。

加えて、介護保険制度導入後 26 年が経ち、改正の度に制度は複雑化しており、事業者に課せられる運営基準、利用者に対する説明や同意書の取得、数多くの加算とそれに伴う取得条件を満たすことなど、介護サービスの提供以外にかかる業務が肥大化している。

具体的には、加算の数が増えるだけ、加算の届出にかかる事務手続が増大している。さらには、職員に占める介護福祉士の割合や勤続年数、利用者に占める重度者の割合などが要件となっている場合、充足状況を定期的に確認するなど、事

業者にとって負担となる作業が発生している。
運営基準で定められた各種委員会の運営や研修の実施、その記録の保存、また、ＢＣＰの整備や財務諸表公表等も、事務的な業務の増加につながっている。
少ない人員で質の高いサービスを提供するためには、このような介護サービス以外の業務を効率化できるよう、これまでのやり方を根本的に見直し、「制度の簡略化」を図ることが求められている。
また、報酬単価が低く運営が厳しい現在の介護業界では、介護事業者の経営は規模が小さいところほど収支が厳しい状況にある。特に、令和７年８月に東京都が行った調査では、従業員数 49 人以下の事業者では黒字の事業者の数より赤字の事業者の数が上回っている。また、小規模な事業者ほど、人材が確保できず、経営を改善できないという状況が生じている。
国は、これまでも小規模事業者の経営改善や協働化などを進める取組を行ってきたが、事業者の自主的な取組の支援に留まっており、事業者にとっても、協働化を図ることによるメリットが明確ではなく、協働化の取組が広く普及しているとはいい難い。
社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」では、中山間・人口減少地域に限定して、事業者間の連携において中心的な役割を果たす事業者に対するインセンティブの付与が提案されているが､都市部についても、事業者間の協働化等に取り組みたいと思えるようなインセンティブを介護保険制度の中で示していく必要がある。

＜具体的要求内容＞
（１）介護の担い手不足を踏まえ、複数事業者によるサービス提供や職員配置など、効率的なサービス提供の在り方を検討し、地域の状況に応じた規制緩和を可能とするなど、柔軟な対応を図ること。
　加えて、煩雑化した運営基準や加算、手続などについて、可能な限り見直しを行い、負担軽減を図ること。具体的には、加算はできる限り基本報酬に統合するか、月ごとに変動する要件の見直しや緩和を図ること。
（２）小規模な事業者の経営改善や協働化等を迅速に進めるため、現行の補助金制度ではなく、介護報酬等による誘導を図るなど、事業者が明確なメリットを感じられる仕組みを検討すること。

参　　考

【東京における高齢者人口（年齢５歳階級別）の推移】

○　東京都における高齢者人口（年齢５歳階級別）の推移

（単位：万人）

	2015年	2020年	⇒推計 2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年	2065年
65～69歳	87	70	67	81	94	104	92	85	77	81	87
70～74歳	73	80	64	62	75	88	97	86	79	72	76
75～79歳	60	65	72	58	56	67	79	86	76	69	62
80～84歳	46	50	55	61	49	48	57	66	72	62	56
85歳以上	41	55	64	71	79	74	70	74	81	87	80
合計	306	319	322	333	353	380	395	398	385	371	362

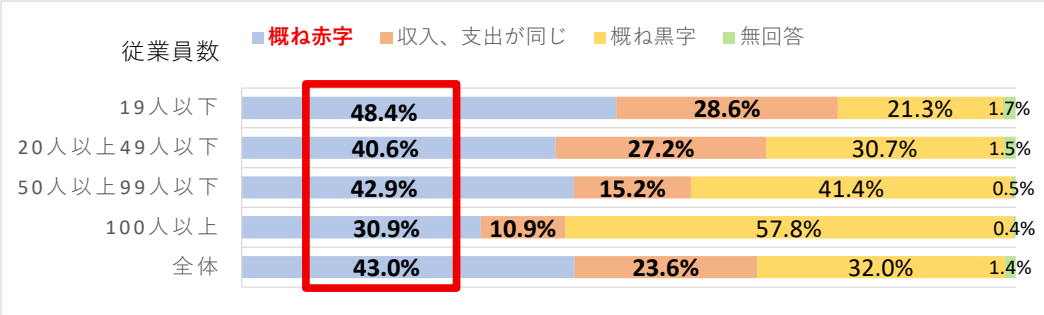
資料：2050東京戦略 附属資料 東京の将来人口

【訪問介護 特定事業所加算Ⅰ 算定要件】

	【算 定 要 件】
体制要件	（1）職員ごとの研修計画に基づく研修の実施
	（2）サービス提供時の留意事項の伝達等を目的とした会議の定期的開催
	（3）サービス提供責任者から訪問介護員への利用者情報等の確実な伝達、サービス終了後のサービス提供責任者への報告
	（4）健康診断等の定期的な実施
	（5）緊急時等における対応方法の明示
人材要件	（6）訪問介護員等のうち、介護福祉士の占める割合が100分の30以上、又は介護福祉士、実務者研修修了者等の占める割合が100分の50以上
	（7）全てのサービス提供責任者が３年以上の実務経験を有する介護福祉士、又は５年以上の実務経験を有する実務者研修修了者等
業務管理等要件	（8）利用者のうち、要介護４・５、認知症日常生活自立度Ⅲ以上、たんの吸引等を必要とする者の占める割合が100分の20 以上 ※（8）の要件に代えて、看取り期の利用者への対応実績や、かつ病院・診療所・訪問看護ステーションの看護師との連携等の要件を満たすことでも算定可能

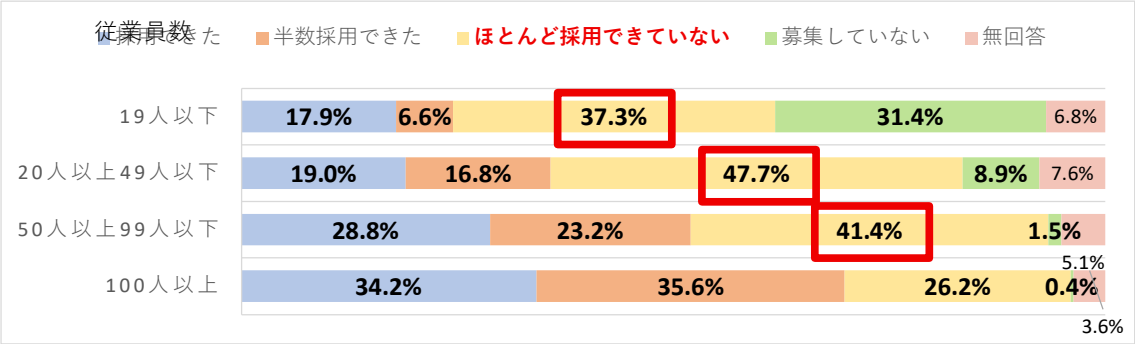
※ 加算の届出にあたり、上記の算定要件を満たすことが確認できる書類の添付が必要

【介護事業者の従業員規模と収支状況】



資料：介護保険制度における人事給与制度の在り方検討調査 事業者調査結果（速報版）
（令和７年 11 月 東京都福祉局高齢者施策推進部）

【介護事業者の従業員規模と採用状況】



資料：介護保険制度における人事給与制度の在り方検討調査 事業者調査結果（速報版）
（令和７年 11 月 東京都福祉局高齢者施策推進部）

（５）介護事業者が介護人材の確保・育成・定着を図り、事業運営を安定的に行うことができる介護報酬とすること。

＜現状・課題＞

人材不足が深刻な介護現場において、質の高い人材の確保・育成・定着に向けては、介護職員等の処遇改善とともに、資格・技能等に対する評価や、職責に応じたキャリアパスや昇給の仕組み等の構築が必要である。

一方、経済活動の活発化により、様々な業種で、最低賃金の上昇と相まって賃上げの動きが加速しており、公定価格で運営する介護現場においては、こうした賃上げの波に乗れず、介護人材が他の業種に流出するおそれが現実的なものになってきている。

国は、平成 24 年度に介護職員の処遇改善を目的とした介護職員処遇改善加算を創設し、令和元年 10 月には経験・技能のある介護職員に重点化した更なる処遇改善を目的とした「介護職員等特定処遇改善加算」が、令和４年 10 月には基本給等の引上げによる処遇改善を目的とした「介護職員等ベースアップ等支援加算」が設けられた。

令和６年度の介護報酬改定においては、これらの各加算の要件及び加算率を組み合わせた４段階の介護職員等処遇改善加算に一本化され、加算の取得にかかる事業者の事務負担は軽減されることとなった。

また、新たに創設された介護職員等処遇改善加算に直ちに移行できない事業者が、現行の加算率を維持できる激変緩和措置は令和７年３月までで終了した。

しかしながら、新加算を取得するために必ず必要となる職位・職責等に応じた任用要件・賃金体系の整備等に当たっては、各事業所において十分な検討期間が必要である上、賃金規程の改訂等の煩雑な事務作業が生じることから、誓約書により、令和７年度中に取得要件を整備することを誓約した場合には、年度当初から要件を満たしていたものと取り扱う措置が講じられた。

令和８年度介護報酬改定については、介護保険事業計画の期間中の喫緊の課題に対応する重要な措置であるが、その内容は、主に介護職員等処遇改善加算の充実に重点が置かれており、加算区分の細分化や取得要件の追加による、事業者の事務負担増や新たな経費発生が懸念されるほか、新たな加算要件を満たすために必要な経費については、介護職員等処遇改善加算を充当できず、事業者の経営圧迫につながる恐れがある。また、加算は恒久的なものでないため、事業者が長期的な視点でキャリアパスや賃金体系を構築することが困難である。

＜具体的要求内容＞

（１）令和９年度介護報酬改定において、すでに９割超の事業者が取得している介護職員の処遇改善加算については、介護事業者が長期的な視点で介護人材の確保・定着を図れるよう、介護報酬の基本部分に組み込むなど恒久的なものとすること。

（２）誓約書の提出により加算要件を満たしたものとする取扱いについては、新加算への移行状況を踏まえて終了時期を再検討するなど、事業者の安定的な

サービス提供に影響のないよう適切に実施すること。

（３）令和９年度以降の処遇改善加算について、基本報酬に組み込まれない場合であっても、令和６年度介護報酬改定等の影響を精緻に検証し、事業者に過度の負担が生じないよう加算要件の簡素化や申請に係る事業者の負担軽減を実施すること。また、保険者等の意見も聞いた上で検討を行うとともに、事業者や都道府県、区市町村が十分な準備ができるよう、具体的な内容等について速やかに情報提供すること。

（６）介護支援専門員の安定的な確保を図るため、処遇を改善するとともに、直接には介護給付に結び付かないマネジメント等の評価のための方策を講じるほか、介護支援専門員研修を見直すこと。

＜現状・課題＞

国はこれまで、資格更新制の導入や研修の強化、主任介護支援専門員制度の創設、試験の受験要件の見直しなどにより、介護支援専門員の資質や専門性の向上を図ってきた。

また、直近では、これまで介護支援専門員が対象とならなかった処遇改善加算を、令和８年度の介護報酬改定において対象とすることや、介護支援専門員を取り巻く諸課題に対応するための補助事業創設及び更新研修の受講を紐付けた資格更新制の廃止を打ち出すなど、処遇改善や負担軽減による人材の確保・定着を推進してきている。

その一方で、令和８年度の診療報酬改定では、算定要件に基づく入退院時の支援を介護支援専門員等と連携して実施した場合に、医療機関側が加算できる介護支援等連携指導料について高次の評価区分が新設されたが、介護支援専門員が退院時の支援に関わっても、退院できずに結果として介護サービスの利用に結び付かなかった場合や、インフォーマルサービス単独で介護サービスの利用に結び付かない場合など、給付実績に結び付かないケアマネジメントについては、令和８年度の介護報酬改定においても介護報酬の評価の対象とされていない。

さらに、介護支援専門員の資格取得や更新のために必要な研修については、介護保険法（平成９年法律第 123 号）において、「都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより行う研修を受けなければならない」とされており、その科目、時間数、実施方法（講義又は演習）等は、国が定める基準にて全国一律で定められている。都はこれまで、研修の全面オンライン化や動画配信形式の活用などにより、受講者負担の軽減に配慮しているが、時間数は短縮できないため、今なお受講負担が大きい一方、国が定める研修カリキュラムにおいて、研修内容の概略は定められているものの、受講対象者が異なる研修ごとの修得すべき事項については、具体的な定めがないことから、研修や科目間で内容を差別化することが困難であり、資格更新時の研修受講者や都が設置する研修向上委員会からは、同じ内容の繰り返しについて見直しが必要との声が上がっている。

その上、令和６年度の介護報酬改定において、特定事業所加算の評価が充実されたことに伴い、ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する事例検討会、研修等に参加していることが要件に追加されたことは、多様化・複雑化する課題に対応するための取組を促す効果が期待できる一方、研修受講に係る負担が更に増大することが見込まれる。

加えて、令和８年６月 25 日に公布された介護保険法の一部改正において、介護サービス事業者は、介護支援専門員の氏名などを当該介護支援専門員の登録地の都道府県知事に報告することとされているが、事業所に従事する介護支援専門員の登録地は事業所所在地の都道府県とは限らないことから、報告先が多岐にわたり、事業者にとって負担が増大することとなる。

このように、介護支援専門員が現行は充分処遇改善が進んでいない中で業務や研修受講の負担が大きくなっており、都内の保険者や事業所からは、こうした状況から介護支援専門員の魅力が相対的に減少していることに加え、職員の高齢化による離職などの要因により、介護支援専門員が不足しているとの声が上がっている。

事実、近年の介護支援専門員証の交付者数は過去 10 年間の平均以下にとどまっており、都内で実務に従事する介護支援専門員数は、横ばいで推移している。今後、介護サービス需要の拡大が見込まれる中、将来的に介護支援専門員の不足が懸念される。

また、居宅介護支援事業所１事業所当たりの利用者数が増加傾向にある中、都が実施した調査において、「人材不足であり新規利用をセーブしている」と回答した居宅介護支援事業所の割合が 41.9％となっており、介護サービスの提供に支障が生じている。

このように、介護支援専門員の不足による介護サービスへの影響が既に生じていることから、介護支援専門員の確保は、直ちに対策を取るべき喫緊の課題である。

なお、国は、令和５年度から居宅介護支援事業所・居宅サービス事業所の事務負担軽減を目的として「ケアプランデータ連携システム」の運用を開始しており、令和６年度からはケアプランデータ連携システムの活用促進モデル地域づくり事業により利用促進を図っているところであるが、国の補助が不十分であるため、令和８年５月 31 日時点の都道府県ごとのシステム利用申請状況は全国平均 45.1％（都 47.6％）と低い普及率となっている。

＜具体的要求内容＞

（１）介護支援専門員の安定的な確保に向けて、その業務の専門性に見合った給与となるよう、更なる処遇の改善を図ること。

（２）退院を予定している利用者に対して実施する退院後支援など、直接には介護給付に結び付かない医療・介護・生活にまたがる諸課題を解決するためのマネジメント等を介護報酬の対象とするなど、適切に評価するための方策を講じること。

（３）介護支援専門員研修について、質の担保と負担軽減が両立した研修制度となるよう見直しを図ること。

（４）社会保障審議会介護保険部会で取りまとめられた「介護保険制度の見直しに関する意見」を踏まえ、介護支援専門員がケアマネジメント業務に注力するための負担軽減等の環境整備や、人材確保・定着支援の取組など、介護支援専門員を取り巻く諸課題の解消に向け、必要な制度の見直しや支援の充実を図ること。

（５）事業者に新たな義務を課すにあたっては、都道府県及び事業者が十分な検討と準備を行うことができるよう、関係者の意見を聴いた上で、制度の内容や運用の考え方、今後のスケジュール等について速やかに情報提供を行うこと。また、事業者から各都道府県知事への報告が円滑に行われるよう、全国一律の様式・仕組みにより報告できる制度を構築するとともに、各都道府県における事務処理負担の軽減を図る観点から、「介護事業者・介護支援専門員管理システム(ケアマネシステム)」等との情報連携を可能とするなどの方策を講じること。

（６）「ケアプランデータ連携システム」の普及を強力に推進していくため、ケアプランデータ連携システムの活用促進モデル地域づくり事業について、都道府県が実態に見合った補助が行えるよう、必要な予算を確保すること。

参　　考

【全国の介護支援専門員と介護職員の平均給与比較（常勤で月給の者）】

区分	介護支援専門員	介護職員	差額
平成 24 年度	334,260 円	275,700 円	58,560 円
平成 25 年度	333,380 円	276,940 円	56,440 円
平成 26 年度	331,140 円	272,100 円	59,040 円
平成 27 年度	341,060 円	284,410 円	56,650 円
平成 28 年度	342,440 円	289,780 円	52,660 円
平成 29 年度	345,820 円	293,450 円	52,370 円
平成 30 年度	350,320 円	300,970 円	49,350 円
令和元年度	347,460 円	300,120 円	47,340 円
令和 2 年度	357,850 円	315,850 円	42,000 円
令和 3 年度	353,560 円	316,610 円	36,950 円
令和 4 年度	361,770 円	317,540 円	44,230 円
令和 5 年度	363,760 円	324,240 円	39,520 円
令和 6 年度	375,410 円	338,200 円	37,210 円

（注）介護従事者の平均給与額は以下により算出

月給の者：基本給（月額）＋手当＋一時金（４～９月支給金額の１／６）

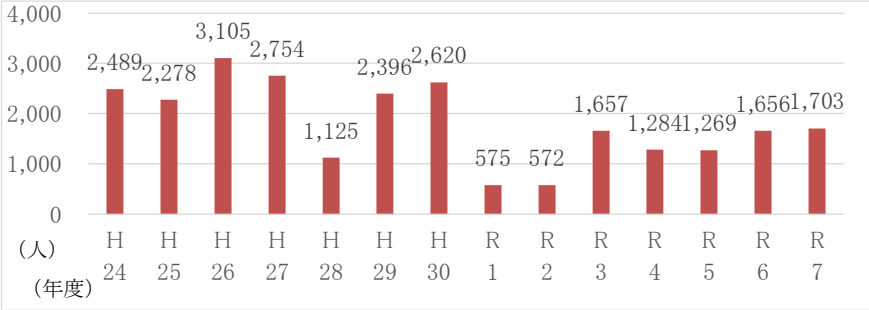
資料：介護従事者処遇状況等調査（厚生労働省）

【都内で勤務する介護支援専門員数】

年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度	令和５年度	令和６年度
延人数	15,318 人	14,747 人	14,435 人	14,797 人	15,506 人	14,950 人

資料：介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）

【都における介護支援専門員証交付者数の推移】

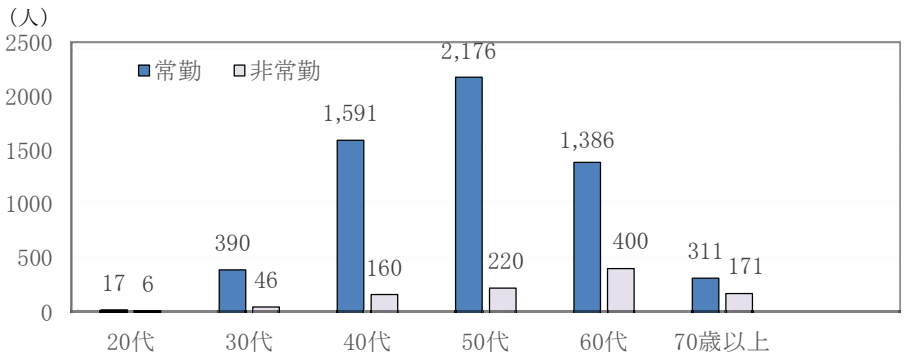


【居宅介護支援事業所１事業所当たり利用者数（全国）】

年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度
１事業所当たり利用者数	85.7 人	88.3 人	93.2 人	95.0 人

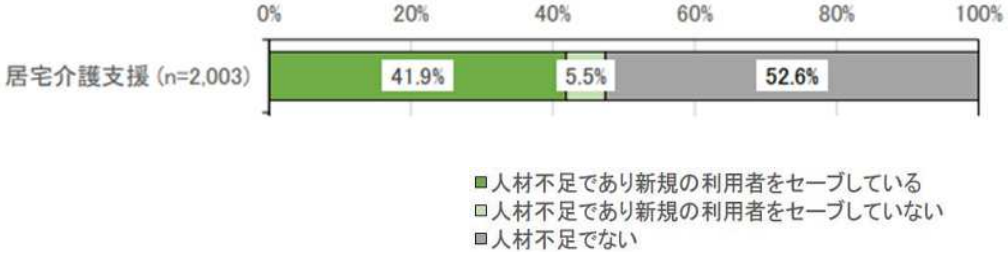
資料：居宅介護支援および介護予防支援における令和３年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業等

【都内で勤務する介護支援専門員の年齢構成】



資料：令和４年度在宅サービス事業者等運営状況調査（東京都福祉保健局高齢社会対策部）

【人材不足の状況とサービス提供への影響】



資料：令和４年度在宅サービス事業者等運営状況調査（東京都福祉保健局高齢社会対策部）

（７）良質な介護サービスの提供等に資する介護報酬とすること。

＜現状・課題＞

現行の介護報酬においては、例えば看護職員の常勤配置が必要な施設で一時的に常勤職員が欠けることになった場合、常勤換算での必要数を満たしていても、翌月の報酬が一律に３割減算されるなど、施設の安定的な運営に著しい影響を及ぼすものとなっている。

訪問介護の質の高いサービスを提供する事業所を評価する「特定事業所加算」について、区分支給限度基準額を超過する利用者が出るとの理由から、積極的に加算を取得できない実態がある。訪問介護以外のサービスにおける類似の加算である「サービス提供体制強化加算」については、区分支給限度基準額の対象外となっている。

なお、「特定事業所加算」のⅠ又はⅡの取得は、「介護職員等処遇改善加算」の最上位区分の取得要件にもなっている。

また、福祉用具貸与の報酬について、平成 30 年 10 月から貸与価格に「全国平均貸与価格＋１標準偏差（１ＳＤ）」とする上限価格が設けられている。同一商品における不合理な価格差の是正や利用者負担の軽減等に一定の効果を上げているが、一方で、現行制度の運用により、実勢コストや地域特性が価格に十分反映されにくいとの声がある。事業者は、上限価格内で貸与する必要があるが、介護報酬改定による上限価格は、過去の貸与実績を基に算定されるため、近年の急激な人件費や物価の上昇を貸与価格に反映させることが難しい仕組みとなっている。

また、貸与価格に上限価格が設けられて以降も、福祉用具貸与は地域区分の対象外となっており、地域ごとの人件費の地域差が反映されていない。

加えて、退院後に在宅療養へ移行する高齢者が増える中、福祉用具貸与や住宅改修は迅速な提供が求められる重要なサービスであるが、退院カンファレンスへの参加や家屋評価、回復状況に応じた調整など、福祉用具事業者の労力は介護報酬で評価されていない。貸与価格が「全国平均貸与価格＋１標準偏差（１ＳＤ）」を上限に設定されている現行制度では、人件費や物価上昇などのコスト増を反映できず、調整やアセスメント不足によるサービスの質低下が懸念される。

さらに、福祉用具貸与の報酬について、離島等に所在する事業所は、運搬に要する経費として、貸与費の 100 分の 100 を上限に、特別地域加算を算定できる。しかし、本土から離島への運搬費が高騰している現状では、加算の上限を大幅に超えるケースが生じており、事業所の負担となっている。加えて、貸与期間が半月に満たない場合、貸与費本体が最大で半月分しか算定できないため、これに連動して特別地域加算も減額される仕組みとなっている。これら運搬に要する経費は、現状に適した額を加算として算定することが必要である。

このような状況は、離島においては、事業所の健全な運営に著しい影響を及ぼすものとなっており、利用者への安定的なサービス提供に支障が生じないよう見直しをする必要がある。

＜具体的要求内容＞

（１）職員配置が基準を下回った場合の介護報酬減算については、一律に３割減算とすることなく、常勤換算や期間の長短などを考慮した段階的な設定とし、施設の安定的な運営に配慮した制度とすること。

（２）訪問介護の特定事業所加算については、事業所の体制整備や加算の取得を促進するため、区分支給限度額には含まない仕組みとすること。

（３）福祉用具貸与については、現行制度の「価格の適正化・透明化」という基本的な枠組みを維持した上で、地域区分の対象とするなど地域特性を踏まえた上限設定の在り方、物価・人件費上昇を踏まえた価格算定の確保、価格に反映されにくいサービスの質を確保する観点からの介護報酬上の評価の検討を行うこと。

（４）福祉用具貸与における特別地域加算について、特別地域への福祉用具の輸送における費用の実態等を調査し、用具の種目に応じた加算上限の拡大や、貸与開始月の福祉用具貸与費が半月分の場合でも、１月分の貸与費を特別地域加算の基準とするなどの見直しを図ること。

（８）介護保険施設の居住費・食費の基準費用額について、東京の地価等を反映したものとするとともに、現下の物価高騰の影響についても、適切に反映できる仕組みとすること。

＜現状・課題＞

介護保険施設の居住費・食費の基準費用額の設定は全国一律となっており、地価や物件費・人件費の高い大都市東京の実態に即していないため、特定入所者介護サービス費の支給対象者（補足給付対象者）については、基準費用額を超える費用が施設の負担となっている。

加えて、食材料費や光熱費の値上げなど、物価高騰により施設運営は更なる影響を受けている。令和６年度介護報酬改定では、令和６年８月から、光熱費高騰分として、居住費の基準費用額が１日当たり 60 円引き上げられたものの、補足給付対象者の居住費にかかる物価高騰分を十分に反映したものとなっていない。

また、食費の基準費用額については、本年８月に１日当たり 100 円の引き上げが実施されたものの、今後の更なる物価上昇を見据え、施設からは、食材の安定的な調達や栄養マネジメントへの懸念の声が上がっている。こうした状況を踏まえ、各自治体においては、物価高騰対応重点支援地方創生臨時交付金を活用するなどして独自に支援しているが、当該交付金は臨時的なものとされており、物価高騰に対する制度的な対応が必要である。

＜具体的要求内容＞

介護保険施設の健全な運営を確保するため、介護保険施設の居住費・食費について、低所得者の負担増とならないよう配慮した上で、基準費用額を東京の地価等を反映したものとするとともに、現下の物価高騰の影響についても、適切に反映できる仕組みとすること。

（９）介護保険施設において医療的ケアを必要とする要介護者の受入れが進むよう、介護報酬で適切に評価すること。

＜現状・課題＞

都内では、要介護認定率が急激に上昇する 85 歳以上高齢者人口が、令和 17 年にピークになると予測されており、今後、経管栄養や在宅酸素療法等の医療的ケアを必要とする要介護高齢者の増加が見込まれる。

国は、令和６年度介護報酬改定において、協力医療機関との連携体制の構築により、介護保険施設における急変時の対応など医療ニーズへの対応強化を図ったところであるが、施設内での日常的な医療的ケアの提供に必要な人員や医薬品等を確保することができる十分な報酬とはなっていない。

こうしたことから、都は独自に、介護保険施設における医療的ケア対応を促進するため、看護師の増配置等の体制構築やケアにかかる医薬品・材料等の確保に対する支援を開始した。

＜具体的要求内容＞

介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）において、医療的ケアを必要とする利用者の受入れが促進されるよう、必要な人員や医薬品等の確保について介護報酬で適切に評価すること。

２　認知症施策の総合的な推進

（提案要求先　厚生労働省）
（都所管局　福祉局）

認知症施策を総合的に推進するため、国において診療報酬や認知症行方不明者に係る取組等を検討し対応すること。また、地域の実情に応じた取組が可能となるよう、必要な措置を講じること。

＜現状・課題＞

都における認知症のある高齢者は、令和 22 年には約 62 万人になると見込まれており、認知症になっても尊厳を保ちながら、住み慣れた地域で安心して生活できるよう、認知症施策を総合的に推進することが重要である。

国は認知症施策推進計画において、「認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望をもって自分らしく暮らし続けることができる」という「新しい認知症観」を示している。認知症のある人が元気で心豊かに自分らしく過ごすには、一人一人の希望に応じて地域や社会で活躍できるとともに、他者と交流できる環境が整えられていることが必要である。そのため、都は令和６年度から、認知症のある人の希望に応じ、関係機関と連携しながら地域の実情に合わせた社会参加の機会創出に取り組む区市町村を支援しており、令和６年度末時点で 51 自治体が、機会創出に取り組んでいる。国は、令和７年度補正予算で、区市町村が認知症のある人の居場所を整備する際の初度設備等への補助を実施したが、居場所の運営を支援するものではなかった。

都道府県は、国で策定する認知症施策推進基本計画を基本としつつ、実情に即した都道府県計画を策定するよう努めることとされており、都は、令和７年３月に、東京都認知症施策推進計画を策定した。国は令和６年 12 月に策定した基本計画において重点目標及びＫＰＩを設け、令和７年度老人保健健康増進等事業において認知症施策推進基本計画に基づく認知症施策の推進のあり方に関する調査研究事業を実施しているが、未だに具体的な目標値や調査方法、評価の在り方の検討の時期を示していないため、都道府県の計画策定等に影響が出ている。都は、令和８年度に計画の中間見直しを実施する予定であり、その際、国が今後示す目標値等を踏まえる必要がある。

国は、令和６年度に「認知症チームケア推進加算」を創設した際、「日本版ＢＰＳＤケアプログラム」（以下「ケアプログラム」という。）を加算の対象と明示せず、令和７年４月になってケアプログラムが加算の要件である旨通知した。しかし、ケアプログラムで既に効果が実証されている在宅サービスは引き続き加算の対象にしておらず、加算の単価についても効果に見合ったものになっていない。また、同じ加算の対象であるにも関わらず、「認知症チームケア推進研修」の取扱いの変更等を行う際にケアプログラムについての検討がされていない。

国は、令和６年度から認知症介護実践リーダー研修の研修対象者の要件を緩和し、認知症介護実践者研修を修了していない者も対象に加えたが、知識や理解を深める措置等を講じていないため、受講生間の理解度の差が拡大する一方となっている。また、令和８年３月に、一部研修について標準カリキュラムの改訂を行ったが、経過措置の期間が短く、都道府県のカリキュラム改訂作業に混乱が生じている。

若年性認知症のある人は、発症前に仕事に就いていても退職や転職を余儀なくされるケースが多く、都では令和元年度から企業向け研修会を実施しているが、知識や制度に関する企業等への普及啓発が十分に進んでいるとは言い難い。労働者やその家族への相談支援や、労働者、主治医、企業・産業医のコミュニケーションのサポートを行う両立支援コーディネーターと、都道府県の若年性認知症支援コーディネーターとの連携も重要である。国は基本計画において「若年性認知症支援コーディネーター等と企業の産業医や両立支援コーディネーター等による連携した対応を行うことなどを推進する」としているが、両立支援コーディネーター等との連携推進が不十分である。

全国の認知症行方不明者は、警察庁の令和６年統計によれば、年間で１万８千人を超え、東京都内においても毎年およそ千人を超える人が行方不明となっている。認知症行方不明者は、高齢化に伴い今後も増加することが見込まれるが、早期発見のためには、広域的な取組が重要である。東京都では、平成 27 年６月より、行方不明の高齢者等に関する詳細な情報を都内区市町村や近隣県、警視庁と共有できる独自のサイトを運用しているが、国においては広域的な取組を進める動きが見られない。

また、認知症のある人の入院は、そうでない人の入院と比べて長期化しやすいことに加え、手厚い人員配置が必要になることが多い。しかし、一般病床に比べて精神病床は入院基本料が低く設定されていることや入院期間の長期化により診療報酬が逓減するなど、業務負担に見合った診療報酬となっておらず、そのために入院の受入れがなかなか進まない場合があるという課題がある。

認知症抗体医薬の実用化等を踏まえて地域の医療提供体制の充実を図るには、認知症サポート医の活動の活性化が急務であり、地域包括支援センター等が医師に医療相談や訪問支援等を依頼する場合、柔軟かつ機動的な対応が求められる。こうしたニーズを踏まえ、都は令和６年度、地域包括支援センター等と連携して活動できる認知症サポート医を「とうきょうオレンジドクター」に認定する制度を創設し、令和７年度までに 204 名を認定した。同年度からは、とうきょうオレンジドクターに医療相談等を依頼する際の費用に係る区市町村補助を独自に開始したが、都道府県のこうした取組は国の財政支援の対象とされていない。

認知症抗体医薬については、初回投与を行う医療機関に加え、６か月以降の投与を行う医療機関の確保も求められる。しかし、小規模の診療所等が投与を開始するには、院内の人員体制の見直しや、投与のキャンセルが発生した場合に薬剤の返品等が困難なこと等、負担が大きいことから、６か月以降の投与を行う医療機関の数は不足している。

また、認知症抗体医薬は、精神科医療機関で算定可能な「持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料」の対象となっていない等、診療報酬が治療の実態に見合っ

たものになっていない。
認知症疾患医療センターについては、専門医療の提供、地域連携の推進、人材育成など多くの機能を担っているため、関係機関が多く存在していることに加え、人件費や物件費等が高いといった都市部の特性に合わせた配慮が必要であるが、国庫補助額は不十分である。
また、認知症抗体医薬の投与を行うセンターを対象とする加算が令和６年度から新設されたが、投与を行わないセンターでも同様に相談対応等が求められるため、全センターへの財源措置が必要である。
あわせて、今後ますます増加する認知症の鑑別診断等を円滑に行っていくためには、認知症疾患医療センターと同等の機能を持つ医療機関も認知症の鑑別診断等に積極的に取り組んでいくことが必要であるが、認知症専門診断管理料の対象となっていない。
地域支援事業の中の認知症総合支援事業では、認知症初期集中支援チーム員は「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、必要な知識・技能を修得するものとされている。しかし、受講申込者数が受講定員を超過しており、受講者数を都道府県で調整する必要が生じるなど、チーム員の研修機会が十分にあるとは言えない。

＜具体的要求内容＞
（１）「新しい認知症観」を広く浸透させる取組を進めること。その上で、認知症のある人の社会参加を推進する取組を自治体が円滑に実施できるよう支援すること。
（２）基本計画におけるＫＰＩの目標値について、早期に都道府県に示すこと。また、具体的な調査方法やＫＰＩに基づく認知症施策の評価の在り方について、具体的な検討時期を示すとともに、調査方法については、都道府県でも実施可能なものとなるよう配慮すること。
（３）ＢＰＳＤの背景にあるニーズを読み解き、客観的データに基づくチームケアが提供できる「日本版ＢＰＳＤケアプログラム」は、ＢＰＳＤの軽減効果が科学的に実証されており、その効果に見合う加算とするとともに、在宅サービスも加算の対象とすること。
　また、国が進める認知症施策において、「認知症チームケア推進研修」の取扱いの変更等を行う際には、ケアプログラムについても検討を行うこと。
（４）認知症介護研修については、質の確保に配慮するとともに、地域の実情に応じて効果的に実施できるよう配慮すること。
（５）若年性認知症のある人の就労に関して、企業等の理解促進に向けた取組を進めること。また、両立支援コーディネーターが都道府県の若年性認知症支援コーディネーターと円滑に連携できるよう、取組を一層推進すること。
（６）認知症行方不明者の早期発見のため、全国の行方不明者個人の情報を自治体間や警察等の関係機関と共有するためのサイトを開設・運用するなど、国自ら広域的な取組を進めること。
（７）認知症サポート医制度の実効性を担保するとともに、認知症サポート医の活動を促進し、地域における医療提供体制の充実が図られるよう、財源を措

置すること。
（８）医療機関において認知症のある人の入院が受け入れられるよう、現行の診療報酬体系における長期入院への対応や十分に評価されない人員配置など、医療機関側の業務負担に見合った診療報酬となるよう改善を行うこと。
（９）身近な地域で希望する人が認知症抗体医薬の治療を受けられる体制が確保されるよう、医療現場の実態を踏まえた運用へ見直すとともに、認知症抗体医薬治療における診療報酬について、負担に見合ったものとなるよう改善を図ること。
(10) 認知症疾患医療センター運営事業に対する補助金について、事業内容や地域特性に見合った十分なものとすること。
(11) 認知症専門診断管理料は、認知症疾患医療センターと同等の機能を持つ医療機関も対象とするとともに、業務の実態に即した報酬水準とすること。
(12) 認知症初期集中支援チーム員研修は、受講希望者が確実に研修を受けられるよう、受講定員の拡大など研修の充実を図ること。