

介護保険制度の見直しに関する意見

平成 22 年 11 月 30 日

社会保障審議会介護保険部会

目次

はじめに

I 介護保険制度の現状と課題

II 見直しの基本的考え方

III 介護保険制度の見直しについて

- 1 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備
（地域包括ケアシステムの構築）
 - （１）単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備
 - （２）要支援者・軽度の要介護者へのサービス
 - （３）地域支援事業
 - （４）住まいの整備
 - （５）施設サービス
 - （６）認知症を有する人への対応
 - （７）家族支援のあり方
 - （８）地域包括支援センターの運営の円滑化
- 2 サービスの質の確保・向上
 - （１）ケアマネジメントについて
 - （２）要介護認定について
 - （３）情報公表制度と指導監督
- 3 介護人材の確保と資質の向上
- 4 給付と負担のバランス
- 5 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割
- 6 低所得者への配慮

IV 今後に向けて

はじめに

- 本部会は、介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）附則第2条の規定等を踏まえ、介護保険制度全般に関して検討を行うため、本年5月以来13回にわたって審議を行った。

はじめに介護保険制度の施行後の10年間の経過、現在の施行状況等について議論を行い、その後、給付、負担などの論点ごとに審議を重ねてきた。

- 介護が必要になっても、①住み慣れた地域や住まいで、②自らサービスを選択し、③自らの能力を最大限発揮して、尊厳ある自立した生活をおくりたい。介護保険制度は、このような高齢者の希望を叶える制度として、2000年に創設された。

- 介護サービスを受ける高齢者の数も着実に増加し、また、平成17年に行われた改正などを経てきたところである。しかし、高齢化の急速な進展や、地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度が目指す高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくためには、さらに制度の見直し等が必要になってきた。

- 以下、これまでの当部会における審議を整理し、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画に向けて、当面必要となる法改正事項を中心に、意見書としてとりまとめる。

I 介護保険制度の現状と課題

（介護保険制度の定着）

- 介護サービスを受ける高齢者の数は、2000年の制度創設当初と比較して、149万人から2009年の384万人へと約2.6倍となった。この間、訪問介護事業所が2000年の9,833事業所から2008年は20,885事業所に、介護老人福祉施設が2000年の4,463施設から2008年には6,015施設に増加するなど介護サービスの基盤の整備も進んでいる。

- 本年2月から3月に厚生労働省が実施した「介護保険制度に関する国民の皆様からのご意見募集」に寄せられた意見によれば、60%の者が介護保険を「大いに評価している」「多少は評価している」と回答している。また、本年11月に内閣府が公表した「介護保険制度に関する世論調査」で

は、制度導入による効果として、「良くなったと思わない」者が29%だったのに対し、「良くなったと思う」者が51%であった。

介護保険制度は高齢期の暮らしを支える社会保障制度の中核として着実に機能しており、少子高齢社会の日本において必要不可欠な制度となっているといえる。

（前回の改正）

- 平成17年に行われた介護保険制度の改正においては、市町村単位でサービスの充実とコーディネートが図られるよう、地域密着型サービスと地域包括支援センターが創設された。これにより地域包括ケアシステムの確立に向け第一歩を踏み出したといえる。
- また、介護保険制度においては、高齢者自らが要介護状態とならないよう、自発的に健康の保持増進に努め、できる限り自立した生活を送れるよう高齢者を支援することを目指して、その体制を整備することを、制度創設当初より保険者に求めてきた。前回の改正においては、このような「自立支援」の視点に立って、新予防給付が創設された。

（介護保険制度の課題）

- このように、介護保険は制度が始まって10年が経過し、都市部を中心とする急速な高齢化が進展し、単身・高齢者のみの世帯の急増など地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度が目指す、高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくための課題が明らかになってきた。

（地域における介護の課題）

- 現在直面している大きな課題の1つは、地域全体で介護を支える体制がなお不十分であるということである。介護保険制度の導入により、介護の負担は確実に軽減されてきているが、特に、医療ニーズの高い者や重度の要介護者を地域で介護しようとする場合、専門的なケアや夜間を含めた頻回のケアなどが必要となることから、単身・高齢者のみ世帯では自宅での生活をあきらめざるを得ない、或いは介護する家族の負担が重くなっている状況がみられる。
- 現在、在宅生活を望む多くの要介護高齢者及びその家族が、施設への入所を選択せざるを得ないというケースの背景には、このような重度の要介護者を地域で適切に支えられないという事情があると考えられる。高齢者本人及びその家族にとって、何かあった時に対応してくれる人がいないこ

とへの不安は大きい。

- 昨今、介護を苦にした介護殺人や介護自殺といった事件など、家庭内で介護の問題を抱え込み、介護のリスクを地域で支えられていないと考えられる事例が報道されている。さらに介護者自身が高齢である「老老介護」、介護者も認知症を患っている「認認介護」や高齢者が一人で亡くなる「孤独死」等の問題も生じており、単身・高齢者のみの世帯に対する地域の支援の必要性も高まっている。
- また、市町村（保険者）が地域における介護ニーズを的確に把握できていないことに起因するサービスの需給のミスマッチも指摘されている。市町村（保険者）は地域におけるニーズを把握し、介護サービスを適切に提供しなければならない。さらに、当該地域の特性にあった見守り・配食等の生活支援サービスを提供したり、認知症の人や虐待を受けている人への体制の整備や、様々な主体により提供される介護保険制度外のサービスを含めた包括的な地域づくりが必要である。
- さらには、高齢者が要介護状態になった場合に、住居の中にバリアー（障壁）があったり、適切な在宅サービスや緊急時の見守りサービスが提供されていないといった理由から、自宅に住み続けることが困難なケースがみられる。介護や医療が必要になった時や要介護度が進んだ場合でも住み続けることができる、高齢者に配慮された住宅の整備は喫緊の課題である。

（地域包括ケアシステムの必要性）

- これらの状況を解決するため、介護保険制度のさらなる改革を進め、前回の改正でその一步を踏み出した地域包括ケアシステムの確立を目指していかなければならない。
- いくつかの調査でも明らかなように、人は年をとって介護が必要な状態になったとしても、自分が住み慣れた地域で生活が続けたいという希望を持っている。また、認知症を有する人については、急激な環境の変化はその症状に負の影響を与えるおそれがある。
- 要介護度が重くなっていったとしても、できる限り生活の場を変えることなく、高齢者が自ら選択した場所で介護サービスを受け続けることができるようにすることが求められている。
- そのため、日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活

支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される体制の整備、すなわち地域包括ケアシステムを確立していくことが急務である。

※ 「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。（「地域包括ケア研究会 報告書」より）

（介護職員の人材確保と処遇の向上）

- 制度創設以来、サービス供給が大幅に増加し、今後も着実に増大していく中で、サービスを支える質の高い介護職員の確保が大きな課題である。2007 年には 120 万人だった介護職員数は、2025 年には 210～250 万人必要となるとの見込みも示されている。しかし現状では、介護人材の不足が指摘されており、介護の現場をより魅力あるものとするための処遇の改善や人材確保策を積極的に講じていくことが必要である。
- 平成 21 年度の介護報酬改定では、介護職員の処遇を改善するため、3% のプラス改定が行われた。さらに、平成 21 年度補正予算では、介護職員一人当たり月額平均 1.5 万円の賃上げに相当する支援を行うため、介護職員処遇改善交付金が創設された。この処遇改善交付金に基づく取組は平成 23 年度末で終了するため、処遇改善の実態を検証しつつ、平成 24 年度以降も必要な財源を確保し、処遇改善の取組を継続していくことが求められている。

（給付と負担のバランス）

- 介護保険制度が直面するもう一つの大きな課題が、高齢化が急速に進展する中であっても、サービスの質の確保・向上を図りながら、給付と負担のバランスを確保していくことである。
- 団塊の世代が 65 歳以上の高齢者世代にさしかかっている現状において、平成 12 年度には 3.6 兆円であった介護費用は平成 22 年度には 7.9 兆円と 2 倍以上の水準になっており、介護費用は今後も上昇が見込まれている。
- このような介護費用の増大とともに、介護保険料も上昇を続けており、全国平均の高齢者一人当たりの月額の保険料は、第 4 期介護保険事業計画（平成 21～23 年度）で 4,160 円であるのに対し、第 5 期（平成 24～

26 年度)には月額 5,000 円を超える見込みも示されている。

さらにこのまま高齢化が進展し、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年には、介護費用は 19～23 兆円に膨張すると推計（平成 20 年社会保障国民会議推計）されており、高齢者が負担する介護保険料は名目値で現在の倍程度からそれ以上になる見込みである。

- 給付と負担の関係が明確である社会保険制度においては、サービス量が拡大することに伴い、保険料が一定程度上昇することは当然であるとも言える。サービス量の拡大に応じて保険料を引上げなければ、その分は公費負担を増やすなどしなければ、給付の拡充は困難となる。さらには、公費負担割合が増えれば、社会保険方式とする現行制度の当初の姿から大きく乖離してゆくこととなる。

また、月額 5,000 円の介護保険料は、あくまでも全国の平均額であって、市町村によって差があるところであるが、仮にその額が 5,000 円を超えることになっても、低所得者の負担を抑えつつ、高所得者の負担を引き上げることにより対応することができることに留意すべきだとする意見もある。

しかし、高齢者の所得は公的年金が中心であり、高齢者の医療保険料についても同様に上昇が見込まれることから、介護保険料の水準が過重なものとならないよう配慮するという観点も必要である。

- このような状況を踏まえると、地域包括ケアシステムの確立など介護保険制度の充実や介護職員の処遇改善に取り組む一方で、現在の保険給付の内容について、必要性、優先性や自立支援の観点から見直しを行い、限られた財源の中で効率的かつ重点的にサービスを提供する仕組みとしていくことが必要である。そうすることにより初めて、介護保険制度を将来にわたって持続可能で安定的なものとするのが可能となる。

なお、その際、現行制度の当初の姿から大きく乖離しないよう配慮する必要があるとの意見があった。

Ⅱ 見直しの基本的考え方

- 上記のような介護保険制度の現状と課題を踏まえ、第 5 期介護保険事業計画に向けた制度の見直しに当たっては、
 - ① 日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進めること、

- ② 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図ること
とで、将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築すること
を基本的考え方とすべきである。

Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備（地域包括ケアシステムの構築）

（1）単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備

（24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設）

- 現在の訪問介護は、受給者一人、一日当たりの平均訪問回数が 0.6 回（要介護 5 でも 1.1 回）、訪問一回当たりのサービス提供時間は 30 分以上が 7 割を占めている。

しかしながら、要介護度が高くなった場合、夜間・早朝の時間帯を含め、水分補給や排泄介助等の介護が複数回必要となる。このようなニーズに応えるため、前回改正においては夜間対応型訪問介護事業が創設されたが、夜間のみのサービス類型であることなどが支障となって普及が進んでおらず、現在の訪問介護サービスでは、このようなニーズに十分応えることができていない状況にある。

- また、特に、医療ニーズが高い要介護者については、医療・看護サービスと介護サービスの連携不足などの問題から、緊急時の対応を含め、安心して在宅生活を送ることが困難な状況にあるとの指摘もある。

- 単身・重度の要介護者などが、できる限り在宅生活を継続できるよう、訪問介護と訪問看護の連携の下で、適切なアセスメントとマネジメントに基づき、短時間の定期巡回型訪問と通報システムによる随時の対応等を適宜・適切に組み合わせて提供する 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスを新たに創設すべきである。

一方、要介護度 1 を含めた様々な状態の要介護者に対応できるよう、既存のサービスの連携・組合せで対応すべきではないかとの意見があった。

- この 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスにより、看護と介護の

一体的な提供が可能となることで、医療・看護ニーズの高い者や看取りといった対応も可能となることが期待される。

なお、認知症を有する人については、その症状によっては、必ずしも有効なサービスとはいえないのではないかと指摘があった。

（複合型のサービス）

- 小規模多機能型サービスは、平成 18 年度に創設されて以来、日々状態が変化する認知症を有する人に対応して、多様なサービスを柔軟に提供できるサービス類型として評価されている。
- 一方で、その整備量は全国約 2300 箇所（2009 年 3 月時点）であり、さらなる整備を推進するためには、在宅サービスをより柔軟な形態で提供できる仕組みを設けるべきとの要望もある。特に、重度になるほど看護サービスなどの医療サービスに対するニーズが高まっていることから、例えば小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせるなど複数のサービスを一体的に提供する複合型のサービスを導入していく必要がある。なお、関連して、グループホーム等への訪問看護サービスの提供のあり方や、訪問看護ステーションの規模拡大のための支援についても検討していく必要がある。特に、訪問看護ステーションについては、小規模な事業所ほど経営状況が悪く、夜間・緊急時等の対応ができない、サービスを安定的に提供できないなど、課題が多いため、規模拡大に向けた取組を推進するべきである。
- また、有床診療所や老人保健施設（以下「老健施設」という）を活用し、訪問、通所などのサービスとの組合せについて、今後推進していくべきであるとの意見があった。

（介護福祉士等によるたんの吸引などの実施）

- 特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）や居宅において、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを必要とする者については、これまで当面のやむを得ず必要な措置（実質的違法性阻却）として、介護職員が一定の行為を実施することを運用によって認めてきたところである。
今後、さらに医療ニーズが高い者が増加すると見込まれることや、より安全なケアを実施するため、たんの吸引等を介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員等が行えるよう、介護保険制度の改正と併せて法整備を行うべきである。

（リハビリテーションの推進）

- リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。
- しかしながら、訪問リハビリテーションの利用率が低い地域もあること、通所介護類似の通所リハビリテーションが提供されていることなど、十分にリハビリテーションが提供されていない状況にある。
そのため、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある。
- さらに、地域の在宅復帰支援機能を有する老健施設のさらなる活用なども含めて、訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点の整備を推進し、サービスの充実を図っていくことが求められている。

(2) 要支援者・軽度の要介護者へのサービス

- 医療ニーズの高い要介護者など重度の要介護者向けのサービスの充実を図る一方で、要支援者・軽度の要介護者に対する介護サービスについては、その状態等を踏まえた検証が必要である。
平成 18 年度より、要支援 1、2 の要支援者には予防給付が提供されているが、本人の能力をできる限り活用して自立を目指すという制度の趣旨が必ずしも徹底されていない状況も見られる。そのため、予防給付の効果を更に高めるプログラムが求められている。
また、軽度の要介護者に対するサービスについて、例えば訪問介護をみると、多くの時間が生活援助に割かれている現状が指摘されている。
- 今後さらなる高齢化の進展とともに、介護給付が大幅に増加していくことが見込まれており、重度者や医療ニーズの高い高齢者に対して給付を重点的に行い、要支援者・軽度の要介護者に対する給付の効率化と効果の向上を図ることが適当か否かを検討する必要がある。
- 要支援者・軽度の要介護者にかかる給付については、次のような二つの意見があった。
 - ・ 生活援助などは要支援者・軽度の要介護者の生活に必要なものであ

り、加齢に伴う重度化を予防する観点からも、その給付を削減することは反対である。

- ・ 介護保険制度の給付の対象外とすることや、その保険給付割合を引き下げ、利用者負担を、例えば2割に引き上げるなどの方策を考えるべきである。

- 要支援者・軽度の要介護者へのサービス提供のあり方については、保険給付の効率化・重点化の観点のみならず、重度化の防止、本人の自立を支援するという観点から、その状態にあった保険給付のあり方について、今後、さらに検討することが必要である。

(3) 地域支援事業

- 地域支援事業については、平成 17 年の改正で創設され、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業の三種類の事業がある。このうち、介護予防事業については、本年 8 月に、対象者の選定方法の効率化や事業内容の充実等を内容とする介護予防事業の見直しが行われたところであるが、昨年及び今年の行政刷新会議の事業仕分けにおける指摘も踏まえ、事業の効果の検証等に引き続き取り組むべきである。

積極的に取り組んでいる自治体においては、要介護認定率の低下などの効果が報告されており、今後、さらに介護予防事業の効果的実施を図っていくことが必要である。なお、地域支援事業における介護予防事業は、多くの参加が見込める弾力的な事業展開が求められるとの意見があった。

- また、地域支援事業については、第 2 号被保険者が活用できるサービスメニューを増やして、現行の介護予防事業と包括的支援事業及び任意事業の財源構成を一括し、保険料のあり方を見直すべきという意見があった一方、事業目的を踏まえて第 2 号保険料の縮減など財源構成を見直す必要があるのではないかと意見があった。

- 単身・高齢者のみの世帯など地域で孤立するおそれのある高齢者にとっては、介護保険サービスのみならず、配食や見守りといった生活支援サービスが必要である。これらのサービスと介護保険サービスを組み合わせれば自宅で生活を継続することが可能となる。

特に、要支援 1、2 と非該当を行き来する人については、これらのサービスを切れ目なく提供するという観点から、予防給付と生活支援サービスを一体化し、利用者の視点に立って市町村がサービスをコーディネート

ートすることが効果的なのではないかと考えられる。このため、保険者の判断により、サービスを総合化した介護予防・生活支援サービスを地域支援事業に導入し、配食サービス、在宅の高齢者への特養等の食堂での食事の提供等が効率的に実施されるような仕組みを検討する必要がある。

なお、この場合、十分な財源確保と一定のサービス水準が維持されるよう留意すべきであるとの指摘があった。

- また、後述するように、地域支援事業を活用して、市町村が地域で暮らす認知症を有する人やその家族を積極的に支援していくことができる仕組みを検討すべきである。

(4) 住まいの整備

- 緊急時の見守りがないことやバリアフリーでないために自宅で介護を受けることが困難なケースに対応するために、これまで述べたような在宅を支えるサービスの充実と併せて、住まいの確保が大きな課題となっている。我が国は諸外国と比較して、要介護者に対する施設(介護保険3施設)の割合は同程度であるが、高齢者に配慮された住宅の割合は少ない。(なお、国際比較にあたっては、平均在所日数の長さも勘案すべきである。)
- 国土交通省が本年5月17日に公表した「国土交通省成長戦略」においても、「急速に少子高齢化が進展する我が国において、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができる住まいを確保する」としている。さらに2020年度を目途に、「高齢者人口に対する高齢者向けの住まいの割合を欧米並み(3~5%)とする」とされている。
- このような住まいが足りないために、高齢者が安心して生活できる場としての全てのニーズが施設、特に特養に集中している現状があることから、国土交通省と連携しながら、高齢者向けの住宅を計画的に整備し、介護サービスや生活支援サービスと連携を図っていくことが必要である。
具体的には、高齢者住宅について、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス、訪問看護、デイサービス等の介護サービスを組み合わせた仕組みを広く普及することで、中重度の要介護者であっても、特養などの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とし、居宅介護の限界点を高めていくことが望ましい。
- 高齢者の住まいについては、老人福祉法と高齢者の居住の安定確保に

関する法律（以下「高齢者住まい法」という。）という 2 本の法律が存在している状況であるが、利用者にとって分かりやすい体系とすることが望ましい。一定の基準を満たした有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置付け、これらの住宅について、サービス内容の情報開示や入居一時金の保全強化等を図っていく必要がある。

一方、老人福祉法における有料老人ホームに対する規制については、この新たなサービス付高齢者住宅の基準等との整合性も考慮しつつ、さらに、近年発生した火災事故の教訓や高齢者虐待に対する懸念を指摘する声を踏まえ、防火対策・虐待防止等を徹底していくべきである。

- 養護老人ホーム及び軽費老人ホームについては、平成 16 年度以降に、地方分権推進の観点から、三位一体改革により運営費や施設整備費の税源移譲による一般財源化が行われたところであり、各自治体が計画的な整備を含めた事業の実施を行う必要がある。国においても各自治体に対し、適切な事業の実施を継続的に呼びかけていく必要がある。
- 特養等の介護基盤の整備をさらに一層進めるとともに、以上述べた取り組みを進めることにより、高齢期においても安心して住み続けることができる住宅が整備され、施設に入所しなくとも必要なサービスが外部（住宅の近隣又は住宅との合築）から提供される形態の選択肢を増やしていく方向を目指すべきである。

（５）施設サービス

（介護基盤の整備）

- 特養の入所申込者は 42.1 万人（平成 21 年 12 月現在、都道府県からの報告を集計したもの）となっている。そのうち要介護 4，5 で在宅にいる者は 6.7 万人である。まずは特養をはじめとする介護基盤について平成 21 年度～平成 23 年度の 3 年間で 16 万床を目標に整備を推進するとともに、高齢者の住まいの確保についても推進していくことが求められる。
- また、特養の入所申込者の 42.1 万人という調査については、その調査の意義、実態把握のあり方について議論があったところである。今後の施設の整備のあり方など、政策判断に資するよう、実際の待機者数（優先入所申込者数）及び施設における判断基準等について調査を実施する必要がある。

- 現在、特養の設置者は社会福祉法人に限られているところであるが、社会福祉法人と同等の公益性を有する社会医療法人については、特養を開設することを可能とするべきである。
- また、入所者の高齢化が進んできている。このため、老健施設については、在宅復帰支援を担っている老健施設がある一方、入所期間が長期化している老健施設もあり、十分にその機能が発揮されていない状況もある。
- そのため、次期介護報酬改定においては、終の棲家としての機能や在宅復帰支援機能などといった施設の機能に着目した評価を検討する必要がある。
- 将来的には、施設サービスについては、状態の変化によって、入所している施設を移ることのないよう、利用者の状態に応じた適切なサービスが提供される体系を目指すべきであるとの意見があった。

（介護療養病床の取扱い）

- 介護療養病床については、本年 9 月に公表された調査によれば、医療ニーズの低い者（医療区分 1）の割合が 7 割を超えており、5 年前の調査と比較しても、医療療養病床との機能分化が着実に進んでいる。さらに人工呼吸器、中心静脈栄養など、一定の危険性を伴った医療処置を必要とする者の割合は低い。
- 一方で、医療療養病床または介護療養病床から老健施設等への転換は 7000 床にとどまっており、平成 24 年 3 月末までに介護療養病床を廃止することとなっているが、再編は進んでいないのが実態である。社会的入院という課題に対し、医療と介護の機能分化をより進め、利用者に相応しいサービスを提供する観点から、現在、介護療養病床を有する施設における円滑な転換を支援しているが、現在の転換の状況を踏まえ、新規の指定は行わず、一定の期間に限って猶予することが必要である。
- なお、この点について、介護療養病床の廃止方針を撤回すべきではないかとの意見があった。
- 一方、現在ある介護療養病床については、長期的に運営を継続し、新規の介護療養病床の指定を行わず、療養型老健施設の増設や、介護施設

における医療的ケアを伴う要介護者の受入体制を強化・整備していくべきとの意見があった。

(6) 認知症を有する人への対応

(現状とこれまでの対応)

- 平成 20 年の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」において、認知症施策については、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とすることとされた。
- 認知症を早期に発見し、早期の診断と早期の対応につなげることで、認知症の中核症状の進行を抑え、行動・心理症状の予防や緩和を図っていくことができるようになっている。
- 認知症医療の分野に関しては、診療技術の向上、根本的治療薬等についての研究・開発が進められており、その一方において、認知症疾患医療センターの整備や、地域における認知症医療体制構築の中核となる認知症サポート医養成研修・かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修が進められている。また、地域における認知症ケアと医療との連携体制の強化を図るため、地域包括支援センターへの認知症連携担当者の配置が進められている。
- 地域においては、認知症に関する正しい理解と知識の普及を図り、認知症を有する人や家族を見守る認知症サポーターの養成をはじめ、認知症を有する人や家族に対する相談支援体制の充実や地域支援体制の構築のための事業が展開されている。
- さらに、平成 21 年度の介護報酬改定においては、認知症ケアの向上を図るため、専門的なケア提供体制に対する評価、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受入への評価等が行われてきたところである。
- 若年性認知症については、相談から医療・福祉・就労にかかる総合的な支援を図るため、若年性認知症相談コールセンターの設置、若年性認知症就労支援ネットワークの構築及び若年性認知症ケアのモデル事業の実施が行われているところである。
- 高齢者の権利擁護に関しては、家族や介護サービス従事者等による虐

待防止等の取組の推進、地域包括支援センターによる権利擁護事業の推進、都道府県による権利擁護相談・支援体制の構築が図られるとともに、成年後見制度の利用に関する支援の実施が行われてきたところである。

- 認知症を有する人を支援するための国の補助金事業に関しては、自治体が可能な限り裁量をもちつつ事業を実施できるようにすべきとの意見がある一方、自治体間で取組の差が大きいとの指摘がある。

（今後の対応）

- 認知症を有する人は、今後高齢化のさらなる進展に伴い、急速に増加していくことが見込まれている。住み慣れた地域で、介護、医療及び地域（行政）が緊密に連携していく重要性は一層高まっていく。
- 当事者の意見を聞きつつ、認知症を有する人についてのケアモデルの構築を図った上で、早期の発見と治療、在宅サービスの利用、施設への入所、在宅復帰、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、地域の実情に応じてケアパス（認知症の状態経過等に応じた適切なサービスの選択・提供に資する道筋）の作成を進めていくことが重要である。また、認知症のBPSDの症状に薬剤も影響を与えている面があることから、認知症を有する人に対する薬剤の管理について、関係者間における情報共有を進めることが重要である。
- 認知症に関する研修を受けたかかりつけ医、認知症サポート医を生活圏域で確保し、より一層の活用を図るとともに、認知症疾患医療センターの整備を進めることが重要である。その際、認知症サポート医について、適切に評価すべきとの意見があった。
- 具体的な認知症ケアのニーズ把握と計画的なサービスの確保を図るため、介護保険事業計画において認知症に関する事項を盛り込むことが必要である。
- また、認知症ケアに必要な知識や技能を身につけるため、認知症対応に関する研修を一層充実させ、認知症に対応できる人材を確保するための方策について検討すべきである。
- こうして整備された様々な関係機関の調整役として認知症ケアのサポートをするために、必要に応じて地域包括支援センター等に専門的な知識を有するコーディネーター（連携担当者）を配置し、認知症サポート

医等との連携を図りつつ、医療と介護の切れ目ない支援体制を構築していくことについて検討すべきである。

- 若年性認知症を有する人への支援については、まずは市町村における実態の把握を行うとともに、社会参加への意欲に応えるための対策について、介護報酬上の評価を含め、検討することが望ましいと考える。さらに、就労サービスを促進している障害者施策との連携も重要である。
- 認知症高齢者や独居高齢者の増加を踏まえると、日常生活に関わりの深い身上監護（介護サービスの利用契約の手助け等）に係る成年後見の必要性が高まることが予想されるが、平成 21 年における成年後見関係事件の申立件数は約 27,000 件にとどまっている。今後は弁護士などの専門職後見、社会福祉協議会などの法人後見、日常生活自立支援事業に加え、身上監護を中心に、研修を受けた市民後見人が高齢者を支援できるよう、総合的な権利擁護の体制整備を支援していくことが必要である。
- 上記のとおり、地域で暮らす認知症を有する人やその家族に対する支援は、これまでも多岐にわたり、取り組まれてきたところであるが、認知症を有する人が急速に増加する中で、地域での暮らしを適切に支えていく施策の重要性を考えれば、市町村が地域支援事業を活用して積極的に取組を進めることができる仕組みを検討すべきである。

（7）家族支援のあり方

- 介護保険制度の導入の目的の一つは、介護の社会化である。家族介護を当てにせず在宅介護が遂行できる支援体制を整えることが望ましいが、家族によって介護が行われる場合であっても、介護保険により提供される様々なサービス、地域における支援などを組み合わせて、家族の負担を少しでも軽減し、仕事と介護の両立ができるよう支援を行っていく必要がある。
- 現行の介護休業制度の取得率は平成 20 年度で 0.06%に過ぎない。また、本年 6 月より、育児・介護休業法の改正により、新たに介護休暇制度が創設されたばかりである。このため、これらの制度の利用促進を図っていくことが求められる。
- 家族介護者支援（レスパイト）などの観点から、緊急時に迅速に対応

できるような仕組みを含めて、ショートステイの活用を図るとともに、デイサービス利用者の緊急的・短期間の宿泊ニーズへの対応のあり方については、利用者の処遇や安全面に配慮しつつ、認知症の要介護者等を対象とした先行事例なども参考にして、慎重に検討を行うべきである。

- 地域支援事業における家族支援事業については、現在 911 市町村で実施されている。今後、モデル的な市町村の取組について、他の市町村においても情報を共有する仕組みを設けることなどにより、さらに事業を推進していくことが必要である。

(8) 地域包括支援センターの運営の円滑化

- 地域包括支援センターは、4056 箇所設置され、ランチ等を合わせると 7003 箇所が整備されているが、今後、全中学校区（1 万箇所）を目指して拠点整備を進めていくことが必要である。
- 地域包括支援センターの総合相談、包括的・継続的ケアマネジメント、虐待防止、権利擁護等の機能が最大限に発揮できるような機能強化が求められている。
- 地域包括支援センターは、介護保険サービスのみならず、インフォーマルサービスとの連携や、介護サービス担当者、医療関係者、民生委員など地域資源や人材をコーディネートする役割を担っていく必要がある。しかしながら、地域での役割が不明確であったり、介護予防事業に忙殺されているため、十分その役割を果たせていないとの指摘がある。
- このため、当該市町村(保険者)が地域包括支援センターに期待する役割が明確となるよう、委託型のセンターについては、市町村が包括的支援事業の実施に係る方針を示すこととすべきである。また、関係者間のネットワークの構築について、地域包括支援センターが責任をもって進めていくことを改めて徹底すべきである。
- このような地域包括支援センターの機能強化と併せて、要支援者に対するケアプラン作成業務については、居宅介護支援事業所に移管すべきとの意見があったが、一方、地域の実情に応じて柔軟に業務委託できるようにした上で、利用者の状態変更（要支援・要介護）に対応した連携方策を工夫することにより対応すべきであるとの意見があった。

2 サービスの質の確保・向上

(1) ケアマネジメントについて

(ケアプラン、ケアマネジャーの質の向上)

- 地域包括ケアの実現を図るためには、介護保険のサービスやそれ以外のサービスとのコーディネートや関係職種との調整が欠かせない。特に、重度者については、医療サービスを適切に組み込むことが重要となっている。さらに、利用者の意向を踏まえつつ、そのニーズを的確に反映した、より自立促進型、機能向上型のケアプランの推進が求められている。
- また、ケアマネジャーの独立性、中立性を担保する仕組みを強化していく必要がある。
- こうした状況において、まずは、ケアプランの様式変更やケアプランチェックなど可能なものから取り組んでいくこととし、さらに、より良質で効果的なケアマネジメントができるケアマネジャーの資格のあり方や研修カリキュラムの見直し、ケアプランの標準化等の課題について、別途の検討の場を設けて議論を進めることが必要である。
- なお、複雑なサービスをコーディネートする必要がある場合などは、要介護者及び要支援者が各種の介護サービスを自ら選択・調整する居宅サービス計画（セルフケアプラン）の活用支援なども検討することが必要である。

(利用者負担の導入)

- 居宅におけるケアプランの作成等のケアマネジメントについては、現在、全て介護保険給付で賄われており、利用者負担が求められていない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に10割給付のサービスと位置づけたものである。
- 利用者負担の導入については、ケアマネジャーによるケアプランの作成等のサービスは介護保険制度の根幹であり、制度の基本を揺るがしかねないこと、必要なサービス利用の抑制により、重度化につながりかねないことなど、利用者や事業者への影響を危惧する強い反対意見があった。さらに、セルフケアプランが増加すれば、市町村の事務処理負担が

増大することなどから、慎重に対応すべきであるとの指摘があった。

- 一方、制度創設から 10 年を経過し、ケアマネジメント制度がすでに普及・定着していると考えられること、小規模多機能サービスや施設サービスなどケアマネジメントが包含されているサービスでは利用者が必要な負担をしていること等も考慮し、居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスに利用者負担を導入することを検討すべきであるとの意見があった。これにより、利用者自身のケアプランの内容に対する関心を高め、自立支援型のケアマネジメントが推進されるのではないかとこの考え方もある。

なお、その際には、適切なサービスの利用を阻害しないよう配慮することが必要である。

(施設のケアマネジャーの役割)

- 施設におけるケアマネジャーについては、支援相談員等との役割分担が不明確であることから、その位置づけを明確化すべきであるとの意見があった。

(2) 要介護認定について

- 要介護認定は、介護保険制度において、客観的にサービス供給量を決定し、介護サービスの受給者の公平性を確保するために不可欠な仕組みである。利用者が必要とするサービスが提供されるよう、要介護度区分の見直しや要介護認定を廃止し、利用者に必要なサービス量については、ケアマネジャー、利用者、家族、主治医、事業者、保険者による会議において決定すべきとの意見もある。
- しかしながら、要介護認定の廃止は、
 - ・ 要介護度区分を減らすような見直しは要介護度の改善により突然支給限度額が大きく減少することとなる
 - ・ また、一次判定から二次判定に至る要介護認定のプロセスに変更がなければ、保険者の要介護認定に係る事務の簡素化にはつながらない
 - ・ 要介護認定の廃止は、介護が必要な度合いが同程度であっても、提供されるサービスに大きな差が生じるなど、ばらつきの大きい仕組みとなる
 - ・ 要介護認定を廃止すれば、給付を受けない健常な被保険者からみれば、節度なく給付を行っているかのように誤解されるおそれがあるといった問題があり、却って受給者間の不公平を生み出すおそれもある。

- 当面、要介護認定に係る市町村の事務負担が大きいとの指摘があることから、要介護、要支援をまたぐ際などの認定の有効期間の延長を求める保険者の意見などを踏まえて、事務の簡素化を速やかに実施すべきである。
- 要介護認定については、認知症の要介護度を適切に評価できているかなど、引き続き適切な仕組みとなるよう継続的に評価・検討していくべきであり、これについては、必要に応じて介護給付費分科会などにおいて十分議論されることが望ましいと考える。なお、この点について、要介護認定制度そのものについて、別途議論の場を設けるべきとの意見があった。

（区分支給限度基準額）

- 区分支給限度基準額については、その引き上げ等を求める意見があり、まず、現在、限度額を超えてサービスを利用している人の状態や利用の状況等の実態を把握、分析することが必要である。
- その上で、区分支給限度基準額を超えているケースについては、
 - ・ ケアプランの見直しにより対応が可能なのか
 - ・ 加算等の仕組みがあることによるものか
 - ・ 今後の新たなサービスの導入等による影響をどう考えるか
 などについて、次期介護報酬改定に向け検証を行い、介護給付費分科会において必要な対応を図ることが望ましい。
- なお、現行の制度では、要介護度が軽度の場合も重度の場合も、区分支給限度基準額やケアプランなどの関連で、特に訪問看護やリハビリテーションについて利用抑制が働き、本来訪問看護やリハビリテーションの必要な利用者にサービスが提供できないケースがあるとの指摘があった。

（３）情報公表制度と指導監督

- 介護保険制度は、様々な事業主体の参入を認め、利用者の適切な選択と事業者間の競争によりサービスの質を確保する仕組みである。このような仕組みの下では、各事業者が提供する介護サービスの内容・質に関して客観的で適切な情報が、サービスを選択する利用者や家族に提供されることが不可欠である。現行の情報公表制度は、このような観点から、利用者によるサービスの選択を実効あるものとするために設けられてい

る。

○ 情報公表制度については、都道府県知事又は指定調査機関による介護サービス事業者・施設に対する調査が義務付けられているが、事業者にとってこうした調査等の負担が大きいという指摘がある。このため、利用者にとって活用しやすいものとなるよう、検索機能や画面表示などを工夫するとともに、調査については、都道府県知事が必要と認める場合に、適切に実施することとするなど、事務の軽減を図り、手数料によらずに運営できる制度へと変更するべきである。その際は、費用負担を含めて、都道府県の負担等に配慮すべきとの意見があった。

○ また、公表される情報については、都道府県の判断により、事業者が任意でサービスの質や雇用等に関するデータを追加できることとし、公表される情報の充実を図っていくべきである。

○ 平成 17 年の改正により、市町村は、①介護サービス事業所に対する文書の提出の依頼、質問、照会等、②要介護認定等の認定調査（新規、更新）の 2 つの事務について、当該事務を適正に実施することができることと認められるものとして、都道府県知事が指定する法人に事務の一部を委託することが可能とされたところである。これに加え、今後、都道府県においても、公平性の確保に留意しつつ、指導監督体制を整備する観点から、指導の一部を指定法人に委託できるようにするべきである。

事業者への実地指導や監査については、制度や現場に精通した担当者があたることなどとし、不正が疑われる事業者に対しては厳しいチェック機能が求められる。一方で、一部の自治体において、必ずしも実地指導や監査が十分な効果を上げていなかったり、自治体間で指導内容に不整合があったりするとの意見があり、サービスの質の確保・向上につながるよう、その標準化や、公正性を確保するとともに、事業者を育む姿勢が必要である。

3 介護人材の確保と資質の向上

○ 2007 年には 120 万人だった介護職員数は、2025 年には 210～250 万人必要となることを考えると、介護の現場をより魅力あるものとするための処遇の改善や人材確保策を講じていく必要がある。

（処遇改善の取組について）

○ 現在実施している介護職員処遇改善交付金は平成 23 年度末で終了す

ることから、継続して処遇改善を行うためには、当該交付金を継続するか、平成 24 年度の介護報酬改定において当該交付金に相当する規模のプラス改定が必要となってくる。しかしながら、当該交付金については、

- ・ 給与等の労働条件については労使が自律的に決定していくことが適当であること
- ・ 交付金の対象者が介護職員に限定されていること
- ・ 現在の国の財政が厳しい状況にあること

などを考えれば、本来的には、介護職員の処遇改善が継続できるよう、介護報酬改定により対応する方向で検討していくべきである。

- この点に関し、処遇改善交付金を廃止し、介護報酬改定により対応する場合には、保険料の引き上げとなることから、介護職員処遇改善の趣旨の理解を進めるため、事業所の管理者を含め、その給与水準の公表制度を設けるべきであるとの意見があった。
- なお、平成 24 年度以降については、当該交付金を継続すべきであるとの意見や、すべて介護報酬改定で対応するのではなく、公費財源も活用しながら、徐々に制度内に取り込んでいくべきとの意見があった。
- また、介護労働市場をみると、
 - ・ 有効求人倍率や離職率といった指標は改善しつつある一方、
 - ・ 事業所やその経営主体によって離職率や賃金が大きく異なっていることから、処遇の改善や人材確保のための施策として、どのような対策が相応しいか、介護給付費分科会における議論も含め、さらに検討が必要である。
- 特に、介護職員の処遇改善は単に賃金水準のみならず、労働者の能力に基づく評価、働きやすい職場環境の整備などの対策を総合的に講じる必要がある。
- また、潜在的な介護福祉士等が、再度、介護現場で働いてもらえるような環境整備も重要である。

（雇用管理）

- 労働基準法違反事業者比率は、全産業平均が 68.5%であるのに対し、社会福祉は 77.5%と高い水準にあり、介護サービス事業者による雇用管理の取組を促進するという観点から、その労働法規遵守のための具体的な取組を検討する必要がある。

- 労働法規に違反して罰金刑を受けている事業者や労働保険料を滞納している事業者については介護保険法上の指定拒否を行うようにするとともに、指定事業者が労働法規に違反して罰金刑を受けた場合は指定を取り消すことができるようにすることを検討すべきである。その際、介護サービスの提供方法が夜間を通じて行われたり、利用者宅を移動して行われたりする形態であるために、労働基準法等の遵守が強く求められている事業であることや、他の制度との関係に十分留意して、介護保険法にこのような規定を設ける理由について、十分な説明が必要である。

また、介護職員等の多様な働き方に対応する労働法規等のあり方も検討する必要があるとの意見があった。

（キャリアアップの取組）

- 事業者による介護職員のキャリアアップの取組の充実・強化を推進する必要がある。まずは、本年 10 月に始めた介護職員処遇改善交付金のキャリアパス要件を定着させることが必要であるが、さらに将来において介護人材の不足が見込まれる中で、より質の高い介護人材を育成するために、ホームヘルパーの研修体系と介護福祉士の養成課程との整合性の確保を図っていくべきである。

（医療的ケア）

- 前述のとおり、今後、さらに医療ニーズが高い者が増加することや、より安全なケアを実施するため、たんの吸引等を介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員等が行えるよう、介護保険制度の改正と併せて法整備を行うべきである。

- こうした医療的ケアが実現可能となれば、たんの吸引等が必要な要介護者が在宅、特養、グループホーム等で生活を継続することが可能となり、効率的なサービス提供体制の構築にも資すると考えられる。

なお、これによって、介護職員の処遇の改善にもつなげていくことが期待されるとの意見があった。

4 給付と負担のバランス

（給付と負担の見直し）

- 現在 65 歳以上の介護保険料は一人当たり平均月 4,160 円であるが、これは保険料上昇を抑制するための特例交付金や市町村準備基金の取崩によって約 400 円程度抑制された結果であり、さらに介護職員処遇改善

交付金や 16 万床の緊急基盤整備の効果、高齢化に伴う給付費の増加を踏まえると、平成 24 年度には全国平均で 5,000 円を超えることが見込まれている。

サービスの提供に伴う必要な負担については被保険者に求めざるを得ないとしても、保険料は月 5,000 円が限界との意見もあり、次期介護保険事業計画が始まる平成 24 年度において、介護保険料の伸びをできる限り抑制するよう配慮することも必要である。

- 将来にわたって安定的に制度を運営し、また、高齢者の暮らしを支えるために必要な給付の拡充をする際には、平成 22 年 6 月 22 日に閣議決定された「財政運営戦略」に記されたペイアズユーゴー（pay as you go）原則に則って、必要な負担増に見合った財源を確保することが求められる。

※「ペイアズユーゴー原則」とは、歳出増又は歳入減を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、原則として、恒久的な財源を確保するものとする考え方。

- なお、ペイアズユーゴー原則の下では、現場ニーズに見合った給付の議論が難しい等の意見もあった。
- このように、今後も給付の充実やそれに伴う保険料の上昇が見込まれることに加えて、とりわけ、第 5 期介護保険事業計画期間に向け、介護職員の処遇改善の継続と地域包括ケアシステムの確立等のための給付の充実等を図る要請にこたえるためには、介護保険制度の中で、給付の効率化・重点化及び財源の確保を進めていくことが必要である。その際、今後とも給付の増加に対応したさらなる負担を、制度を支えるそれぞれの方をお願いせざるを得ない以上、より公平、公正な負担制度の下で、第 1 号被保険者、第 2 号被保険者それぞれが応分の負担を行っていくことが必要である。

（総報酬割）

- 現在の 40～64 歳が負担する第 2 号保険料は、その加入する医療保険の加入者数に応じて負担金が決めている。このため、総所得の高い医療保険者は低い保険者と比較して、総所得に対する介護保険料の割合が低率となっている。
- 介護保険制度において、被用者保険の第 2 号被保険者の保険料について、被用者保険間の負担の公平性を図る観点から総報酬割を導入する必要があるとの意見があった。

また、現在の介護報酬における地域係数は、都市部の賃金水準を反映していないという意見もあり、比較的所得の高い都市部の第2号被保険者に負担能力に応じた保険料負担を求めることにより、地域係数を見直し、都市部の介護従事者の賃金引き上げに充当することが必要であるとの意見があった。

一方で、総報酬割の導入については、従来の保険料負担の基本的な考え方と仕組みを大きく変更するものであり、十分な議論なく、財源捻出の手段として導入しようとすることに對して、強い反対意見があった。また、利用者負担の見直し等の必要な見直しを行うことなく、これを導入することについて慎重な対応を求める意見があった。

（財政安定化基金）

- 都道府県に設置されている財政安定化基金については、都道府県が基金の一部を拠出者に返還することが適切と判断した場合に、基金規模を縮小できるような見直しを行うよう会計検査院から平成20年に指摘されている。制度創設当初においては、介護給付費の推移を予測することが困難であったが、昨今給付費の推移が安定していることを踏まえ、本来の基金の目的に支障を来すことのないよう、必要な額を確保した上で、基金の取り崩しを行い、保険料の軽減に活用できるようにするなどの法整備を検討すべきとの意見があった。一方、財政安定化基金を保険料の軽減に活用することに対し、慎重に對應すべきとの意見があった。

（公費負担のあり方）

- 介護保険制度は、その半分を保険料により賄い、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用してきた。介護保険料収入はこの10年間で約120%上昇しており、これは住民が地域の介護サービスの拡大のために給付に相應する保険料を負担することを選択してきた結果である。
- 今回の部会の議論においては、今後の保険料の上昇を懸念して、公費負担割合を増加させるべきであるとの意見や調整交付金を国庫負担25%と別のものとして外枠化すべきとの意見があった。
- しかし、一方では、
 - ・ 公費負担割合が増えれば増えるほど、財政事情の影響を制度が受けやすくなり、住民の納得の下で、必要なサービスを整備し、またそれに見合った負担を行うという社会保険制度の利点を失うのではないか、
 - ・ 公費負担を引き上げることで一時的に保険料の上昇を抑制できても、今後要介護者のさらなる増加等によって給付が増加すれば、やはり保

険料の上昇は避けることはできないので根本的な問題の解決にならないのではないか、との意見もあった。

- 今回の改正においては、安定した財源が確保されない以上、公費負担割合を見直すことは困難であるが、今後、公費負担のあり方を議論するに当たっては、こうした社会保険方式によるメリットや被保険者の負担能力といった点を考慮して検討を行うべきである。さらに、

- ・ 単に公費負担割合を増加させるべきなのか、低所得者への負担軽減策として活用すべきなのか、さらに、保険給付の範囲を限定した上で福祉施策として公費によるサービスを拡充すべきか
- ・ より一層地方が主体的に介護保険制度を運営するために、その権限と財政負担の分担をどのように考えるのか

といった視点からも議論を行うべきである。いずれにしても、こうした議論は単に介護保険制度にとどまらず、社会保障と財政のあり方全体の中でも議論していくべき課題である。

社会保障と財政のあり方全体の検討を行う際には、社会保障制度における給付と負担のあり方を総合的に考える視点が必要であり、年金・医療等においてもさらなる負担が求められる中で、介護保険においても現役世代の社会保険料負担が過重になれば、その働く意欲・活力を削ぐ上、雇用にも悪影響を及ぼすとの意見があった。

- なお、公費負担割合の見直しに際しては、施設、居宅・地域密着型の類型による国と都道府県の負担割合を同じ扱いとすべきであるという意見があった。

（給付の見直し）

- 医療保険においては、現役並み所得の高齢者については利用者負担が3割となっている。介護保険制度においても、限られた財源の中で、高齢者の負担能力を勘案し、所得に応じた負担を求めることが適当であり、一定以上の所得がある者については利用者負担を、例えば2割に引き上げることを検討すべきである。

一方、介護保険は区分支給限度基準額が設けられているなど、医療保険とは異なる仕組みであり、負担増を求めることには慎重であるべきとの意見があった。

※ 居宅介護支援・介護予防支援（ケアプランの作成等）及び要支援者・軽度の要介護者にかかる給付の利用者負担については既述のとおり。

※ 補足給付については後述のとおり。

(被保険者範囲)

- 被保険者範囲については、今後被保険者の保険料負担が重くなる中で、被保険者年齢を引き下げ、一人当たり保険料の負担を軽減すべきではないかとの意見があった。

一方で、被保険者範囲の拡大は、若年者の理解を得ることが困難であり、慎重な検討が必要との意見もあった。

被保険者範囲のあり方については、これまでも介護保険制度の骨格を維持した上で被保険者の年齢を引き下げる方法と、介護を必要とするすべての人にサービスを給付する制度の普遍化の観点から若年障害者に対する給付も統合して行う方法について検討が行われてきたところである。

現在、障害者施策については、内閣府の「障がい者制度改革推進本部」において、議論が行われているところであり、今後は、介護保険制度の骨格を維持した上で、被保険者年齢を引き下げることにについて、十分な議論を行い結論を得るべきである。

なお、現行の第 2 号被保険者に対する給付に関し、特定疾病による条件の緩和を検討すべきとの意見があった。

5 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割

(介護保険事業計画)

- 従来、介護保険事業計画を策定する際は、主として、当該市町村における高齢者数の伸び等を考慮して将来のサービス量を見込んでいたところである。地域包括ケアの実現のためには、各地域における介護サービスやこれに付随するサービスのニーズを的確に把握し、介護保険事業計画を策定することが求められる。

- 今後、保険者(市町村)は、日常生活圏域ごとのニーズ調査に基づき、必要となるサービスごとの見込みを積み上げて、より精緻な事業計画を作成することが求められている。

- 次期介護保険事業計画を策定する際には、喫緊の課題である認知症について対策の充実を図るため、地域における的確なニーズの把握と対応、サポート体制の整備などについて、地域の実情を踏まえ記載していくこととすべきである。また、医療サービスや高齢者の住まいに関する計画と調和の取れたものとし、在宅医療の推進や高齢者に相応しい住まいの計画的な整備に関する事項等について、地域の実情に応じ記載していくことが求められている。

- また、介護保険制度は、国民の理解と納得があってはじめて成り立つものであり、介護保険制度の理念とルールについて、利用者やその家族だけでなく、広く住民に周知・定着されるよう国や自治体が積極的な取組を進めていくべきである。

(地域ニーズに応じた事業者の指定)

- 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型居宅介護は、夜間における対応が必要となることや、事業規模がある程度限られていることから、経営基盤が不安定となるおそれがある。地域に根ざして安定的にサービス提供を行うことを促進する観点から、その普及促進策を積極的に講じる必要がある。
- このため、市町村の日常生活圏域ごとのニーズ調査に基づき、当該圏域内で必要なサービス量を踏まえた事業者の指定を行う裁量を保険者に付与し、事業者にとっても安定的にサービス提供できる体制を構築すべきである。
- このような観点に立って、地域密着型サービスについては、市町村が安定的なサービスの提供を確保できるよう、サービスの質の確保など一定の条件を課した上で、申請に基づく指定に代えて、公募を通じた選考により、事業者の指定を行えるよう検討する必要がある。
- また、都道府県指定の居宅サービス等と市町村指定の地域密着型サービスが、地域でそれぞれ整備され、サービスを提供することとなるため、市町村が希望する場合には、居宅サービス等の指定に際し、都道府県が関係市町村に協議を行うこととし、都道府県は、市町村との協議内容を踏まえて、指定の是非を判断し、市町村の介護保険事業計画の策定・達成に当たり支障があると判断した場合は、指定を拒否できる仕組みを導入することを検討すべきである。
こうした制度を導入する際、事業者の指定にあたっての調整事項や事務負担の増大も見込まれることから、事業者の指定事務を含め、都道府県と市町村の権限の見直しも併せて検討していく必要があるとの意見があった。
- なお、現行の施設・居住系サービスの定員設定と指定拒否の仕組み（いわゆる「総量規制」）については、保険者が地域の高齢者のニーズを踏まえて施設・居住系サービスの基盤を一体的かつ計画的に整備するために

有効に機能している重要な制度であり、今後も現行制度の規制の内容や対象をそのまま維持する必要がある。

また、地域密着型サービスについて、市町村の境界付近にある事業所を、隣接する市町村の住民も活用できるよう、指定事務の簡素化等近隣市町村の協力・連携を図る方策を推進すべきである。

（保険者独自の介護報酬の設定）

- 平成 18 年度より、地域密着型サービスについては、介護報酬を減額する仕組みが導入されるとともに、平成 19 年 10 月から、厚生労働大臣の許可を得て報酬を増額できる仕組みが導入されたところである。市町村の独自の取組をさらに推進するため、独自報酬の設定について、一定の範囲内で厚生労働大臣の許可を得ることなく、増額報酬を認めるなど、財源負担に配慮しつつ、保険者の裁量をより拡大することを検討すべきである。

（地域主権）

- 介護保険制度については、制度創設以来「地方分権の試金石」として市町村自ら保険者となり保険制度を運営するなど地方が主体的な役割を果たしてきた。また、平成 22 年 6 月 22 日に閣議決定された地域主権戦略大綱に基づき、指定都市及び中核市に介護保険事業者の指定権限を移譲することとしている。さらに、今回の改正においても、上述のとおり地域密着型サービスに係る市町村の権限を拡大する方向で検討するよう提言している。地方分権改革推進委員会第一次勧告（平成 20 年 5 月 28 日）において指摘されたすべての介護保険サービスの事業者の指定の市への移譲については、提言を踏まえた見直しの実施状況を踏まえつつ、引き続き検討すべきである。

6 低所得者への配慮

（補足給付）

- 前回改正において、施設と在宅の間の利用者負担の不均衡是正の観点から、施設における食費・居住費は介護保険給付の対象外としたところである。上記の見直しに当たっては、補足給付が導入され、低所得者の負担が軽減されている。
- 補足給付については、低所得者に対する食費・居住費の補助は、要介護・要支援状態の発生という保険事故に対する給付ではなく、あくまで低所得者対策であるとの観点から、全額公費負担の福祉的な制度とすべきと

の意見があった。現在の国及び地方の財政状況を踏まえると、ただちに全額公費により補足給付を賄うことは困難であるが、将来的な補足給付のあり方について、社会保障と財政のあり方全体の議論と併せて、引き続き検討することが必要である。

- こうした中、今回の介護保険制度改革においては、前回改正の趣旨や低所得者対策としての補足給付の趣旨に即した見直しを行っていくべきである。

（家族の負担能力の勘案）

- 特養の入所者については、現在、入所者の約 4 分の 3 が補足給付を受給している。しかし、これらの者の中には、入所前に同居していた家族に負担能力がある場合や、入所者自身が資産を保有しているケースがある。このため、補足給付の低所得者対策としての趣旨を徹底する観点から、保険者の判断により、施設入所者について可能な範囲で家族の負担能力等を把握し、それを勘案して補足給付の支給を判断することができる仕組みとすべきである。

一方、保険者によって取扱いに違いが生じることが想定されることや、正確な資産把握が困難と考えられることから、慎重な検討が必要であるとの意見があった。

（ユニット型個室の負担軽減等）

- ユニット型個室については、低所得者の負担が大きく入所が困難であるとの指摘があることから、社会福祉法人による利用者負担軽減や補足給付の拡充により、その一部を軽減すべきである。その際、生活保護受給者もユニット型個室へ入所が可能となるよう検討すべきである。

養護老人ホームについても、個室化の推進のため、自治体の状況を踏まえて検討を行う必要がある。

- グループホームについては、補足給付の対象ではないが、地域によっては利用者負担が著しく高く、低所得者の利用を妨げていることから、地域で暮らす認知症を有する人を支援する視点に立って、何らかの利用者負担軽減措置を検討すべきではないかとの意見があった。

なお、介護保険施設と同様に介護保険給付としてグループホーム利用者に対する補足給付を行うべきとの意見もあった。

（多床室の給付範囲の見直し）

- 一方、前回の改正において、個室については、居住部分の減価償却費

相当額と光熱水費が保険給付の対象外となったが、多床室については光熱水費のみが保険給付の対象外とされた。この結果、多床室の介護報酬が、従来型個室の報酬よりも高い設定となっている。今後、利用者負担について、さらなる在宅との均衡を図るため、多床室についても、低所得者の利用に配慮しつつ、減価償却費相当額を保険給付対象外とする見直しが必要である。

- 多床室の減価償却費相当額を利用者負担とすることについては、その居住環境を考慮し、居住費については現状の光熱水費相当を維持すべきであるとの意見があった。

（高齢者の保険料負担の軽減）

- 65 歳以上の第 1 号保険料については、これまで課税対象者については、保険者の判断により、被保険者の所得状況に応じ、きめ細かな保険料段階を設定することが可能となっている。一方、住民税世帯非課税の低所得者に対する保険料については、段階設定が固定されているところである。これを地域の実情に応じ低所得者に対するきめ細やかな配慮を行う観点から、弾力的に段階設定を行うことができるよう見直しを行う必要がある。
- 今後、介護基盤の整備や介護職員の処遇改善により、保険料の急激な上昇が見込まれるところである。市町村においては、第 4 期介護保険事業計画の策定の際と同様に、準備基金の取り崩しなどの取組も講じることとなると想定されるが、これらに加え、保険料の急激な上昇に対応するため、財政安定化基金の取り崩しにより、財源の範囲内で保険料の軽減を図ることを検討すべきとの意見があった。一方、財政安定化基金の適正規模や保険料の軽減に活用することについて、慎重に検討すべきとの意見があった。

Ⅳ 今後に向けて

- 今回の介護保険制度改革においては、第 5 期に向けて、
 - ・ 訪問介護と訪問看護の連携の下で行う 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設、
 - ・ 介護保険事業計画における医療サービスや住まいに関する計画とのさらなる連携
 - ・ 利用者負担や保険料の見直し

などを盛り込んだところである。これらの施策に加え、医療と介護の連携を一層実効あるものにしていくためには、平成 24 年度施行の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けてさらにそれぞれの役割分担や関係職種の連携、サービスの調整などについて、今後さらに議論を進める必要がある。

- 公費負担割合の見直し、地域支援事業の財源構成、補足給付の公費化など介護保険制度と公費のあり方については、社会保障と財政のあり方全体の中での課題として、引き続き検討を行っていく必要がある。
- さらに、本部会では、主として当面の法改正事項を中心に議論が進められてきたことから、今後、「社会保険」「保健制度」「福祉制度」といった視点で、介護保険制度の機能・役割について議論するべきとの指摘があった。
- また、介護保険制度が創設されて 10 年が過ぎ、制度自体が複雑化され、利用者や家族にとって分かりにくいシステムとなっているとの指摘もあり、今後、制度改正を進めていく際は、できるだけ利用者や家族に分かりやすく、利用しやすい制度となるよう、配慮していくべきである。

社会保障審議会介護保険部会委員名簿

石 川 良 一	全国市長会 介護保険対策特別委員会委員長（稲城市長）
井 部 俊 子	日本看護協会副会長
○岩 村 正 彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
貝 塚 啓 明	東京大学経済学研究科特任教授
勝 田 登志子	認知症の人と家族の会副代表理事
川 合 秀 治	全国老人保健施設協会会長
河 原 四 良	UIゼンセン同盟日本介護クラフトユニオン会長
北 村 俊 幸	民間介護事業推進委員会代表委員
木 村 隆 次	日本介護支援専門員協会会長
葛 原 茂 樹	鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療福祉学科特任教授
久保田 政 一	日本経済団体連合会専務理事
小 西 砂千夫	関西学院大学大学院経済学研究科/人間福祉学部教授
木 間 昭 子	高齢社会をよくする女性の会理事
小 林 剛	全国健康保険協会理事長
齊 藤 秀 樹	全国老人クラブ連合会理事・事務局長
齊 藤 正 身	医療法人真正会理事長
櫻 井 敬 子	学習院大学法学部教授
田 中 雅 子	日本介護福祉士会名誉会長
天 神 敏 門	健康保険組合連合会常務理事
土 居 丈 朗	慶応義塾大学経済学部教授
野 呂 昭 彦	全国知事会 社会文教常任委員会委員（三重県知事）
橋 本 正 明	立教大学コミュニティ福祉学部教授
藤 原 忠 彦	全国町村会長（長野県川上村長）
榊 田 和 平	全国老人福祉施設協議会介護保険委員会委員長
三 上 裕 司	日本医師会常任理事
◎山 崎 泰 彦	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授
結 城 康 博	淑徳大学総合福祉学部准教授
吉 田 昌 哉	日本労働組合総連合会生活福祉局次長

◎部会長 ○部会長代理

（敬称略、50音順）

社会保障審議会介護保険部会の開催状況

第25回(5月31日)	介護保険制度の現状について
第26回(6月21日)	1「地域包括ケア研究会報告」について 2「介護保険制度に関する国民の皆様からのご意見募集等」について
第27回(7月26日)	今後の検討事項の整理等について
第28回(7月30日)	給付の在り方（施設、住まい）について
第29回(8月23日)	給付の在り方（在宅・地域密着）等について（1）
第30回(8月30日)	給付の在り方（在宅・地域密着）等について（2）
第31回(9月6日)	給付と負担の在り方について
第32回(9月17日)	保険者の果たすべき役割について
第33回(9月24日)	1. 介護人材の確保と処遇の改善策について 2. 情報公表制度の在り方について 3. 介護保険制度における指導監督について
第34回(10月7日)	これまでの議論の整理について
第35回(10月28日)	介護保険制度の見直しに向け、さらに議論が必要な論点について
第36回(11月19日)	1. 報告書の取りまとめについて（1） 2. その他
第37回(11月25日)	1. 報告書の取りまとめについて（2） 2. その他