

社会保障審議会介護保険部会（第50回）議事次第

平成25年10月2日（水）

17:00～20:00

於 イイノカンファレンス「Room A」

議 題

- 1 都市部の高齢化対策に関する検討会報告書について
- 2 その他の検討事項について
 - ① 住所地特例について
 - ② 介護納付金の総報酬割について
 - ③ 介護サービス情報の公表制度について
 - ④ 義務付け・枠付けの見直しについて

【資料】

- 資料1-1 「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」（都市部の高齢化対策に関する検討会報告書（概要））
- 資料1-2 「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」（都市部の高齢化対策に関する検討会報告書）
- 資料1-3 都市部の高齢化対策に関する検討会報告書参考資料
- 資料2 その他の検討事項について
- 参考資料 介護保険部会におけるこれまでの主な意見

都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築 都市部の高齢化対策に関する検討会 報告書（概要）

社会保障審議会
介護保険部会（第50回）

資料
1-1

平成25年10月2日

1. はじめに

- 「75歳以上高齢者（後期高齢者）2000万人社会」へ 2000年 901万人 → 2010年 1419万人 → 2025年 2179万人
- 特に、都市部で後期高齢者が急増。2010年から2025年までの15年間における後期高齢者の増加数760万人のうち、上位6都府県（東京都、神奈川県、大阪府、埼玉県、千葉県、愛知県）の増加数で373万人と、半分程度を占める
 - ・ 増加数が一番多いのは東京都：123.4万人（2010年）→ 197.7万人（2025年） 74.3万人増
 - ・ 増加率が一番高いのは埼玉県：58.9万人（2010年）→ 117.7万人（2025年） 約2倍

2. 都市部を取り巻く状況

都市部高齢化対策を考える前提として3点について整理

①都市部の地域特性

○ 都市部の地域特性を踏まえた対応が必要

・集住（高い人口密度）

65歳以上人口の人口密度 全国：77人/km²、東京都：1,208人/km²（17倍）、東京23区：2,850人/km²（37倍）、大阪府1,034人/km²（13倍）

・充実した生活インフラ（交通網、活発な企業活動、住宅等）

・一方で、多くの空家の存在も

東京都：75.0万戸、大阪府：62.5万戸、神奈川県：42.9万戸

・団地等で起きる一斉の高齢化

・高い地価を背景に低い施設整備率

地価の状況：東京都特別区：48万円/m²、横浜市：22万円/m²、
大阪市：21万円/m²が上位3位

介護保険3施設整備率：全国平均3.12%、都市部6都府県2.59%

・更なる充実が求められる在宅サービス

・厳しい介護人材の確保（高い介護職種有効求人倍率）

全国平均1.64倍、愛知県3.00倍、東京都2.73倍

・強い職場とのつながり、弱い地域とのつながり

・高い平均所得の一方、多くの低所得者・生活困窮者も

②2025年の高齢者像

- 戦後の変化の象徴と称される「団塊の世代」（1947～49年生まれ）が75歳以上になりきる2025年の高齢者像は、従来の高齢者像とは大きく異なる ※内閣府「団塊の世代の意識に関する調査」等より

- ・ 高校や大学の進学者数は「団塊の世代」の時に急増
- ・ 1960年代から70年代初めの「団塊の世代」の卒業時期のピークとほぼ一致して、人口が都市部に向けて大規模に移動
- ・ この時期の大量の若年労働力の増加に支えられ、日本経済は高度成長のピーク。「団塊の世代」が就職したこの時期に年功賃金・長期雇用を柱とした「日本的雇用慣行」が普及・定着
- ・ 団塊の世代の成長とともに、数多くの流行商品、文化・社会現象が生まれ、消費と流行を牽引。多彩な生活スタイル
 - ※ 60年代はテレビ、洗濯機、冷蔵庫等の普及を経験。80年代は乗用車保有によるレジャー体験、90年代は日本の消費を牽引。90年代後半から2000年代は携帯電話やインターネットの普及により生活が大きく変容
- ・ 主な収入源は年金。幅のある世帯年収
- ・ 高い持家率と今住んでいる家に住み続けたいという強い意向
- ・ 在宅医療・介護に対する高いニーズ
- ・ 高い退職後の就労意欲と社会活動への参加の意向

③2025年における医療・介護サービス提供体制の姿

- 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療と地域包括ケアシステムの構築へ

3. 都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築

2025年の「高齢者像の変化」と「医療・介護サービス提供体制の姿」とを併せ考えれば、都市部はその強み(集住、多様な人材、整備された生活インフラ、活発な企業活動等)を活かした地域包括ケアシステムの構築を目指すべき

1. 在宅医療・介護を徹底して追求する

- 在宅生活の限界点を高めるため、24時間定期巡回サービス、複合型サービス、小規模多機能型居宅介護、訪問診療、訪問看護等の普及促進。認知症高齢者に対する初期段階からの対応の充実
- 都市部に多く存在する施設を運営する社会福祉法人による24時間定期巡回サービス等の在宅サービスへの取組促進
- 事業者間の提携、複数の法人間の連携など、地域全体で面的な支援を推進。地域全体としての効果的な人員配置を検討
- 市区町村が主体となった在宅医療・介護連携の推進。ICTを活用し、必要な情報を相互に共有するための環境整備
- 介護報酬改定を通じた処遇改善の取組の推進やキャリアパス制度の確立。都道府県による広域的・総合的取組の推進

2. 住まいの新たな展開を図る

- 多様な住まい・住まい方の実現。住み替え先としてのサービス付き高齢者向け住宅(サ高住)・有料老人ホームの整備促進
- サ高住・有料老人ホームについて、どのような医療・介護サービス(外部サービスを含む)が受けることができるか情報提供体制を充実。入居者の利益保護の観点から、必要に応じ、地方自治体による指導・監督の実施
- 立地自治体の保険財政悪化を回避するため、住所地特例の対象にサ高住を追加。住所地特例を適用した場合にも、住所地の地域密着サービスや地域支援事業を使えるようにするなど、現行制度の課題も解決
- 一斉に高齢化が進む団地等の改築・再開発の際には、医療・介護サービスの提供を組み合わせた街づくり
- 都市部でも増加する「空家」を活用し、低所得・低資産の高齢者向けの低廉な住まいの確保・生活支援の推進

3. 地域づくりの観点から介護予防を推進する

- 都市部で今後多く見込まれる退職者の就労や社会参加を推進し、介護予防事業や生活支援サービスの担い手に
- 多様な地域資源が存在する都市部の強みを活かし、多様な主体を巻き込んだ地域づくり
- 高齢期に入る前の40・50歳代から介護予防のための備えが重要。都市部にはフィットネスクラブなどの民間サービスが豊富で人々の消費意欲も高いことから、地域の健康意識を高めることが効果的

4. 多様なサービスを活用して生活を支える

- 都市部における幅広く多様な生活支援ニーズを満たすため、多様な主体から様々なサービス提供
- 都市部には様々な民間企業がサービスを提供しているため、最大限活用(市区町村がこれらのサービスも情報提供)
- コーディネーターの配置など市町村が中心となった支援体制を強化し、互助の取組を推進

4. 都市部における施設整備等

地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を進める一方、在宅での自立生活が困難な場合の施設入所ニーズへの対応も必要。都市部においては用地の確保が課題となっていることから、サテライト型特養の整備推進、整備数の圏域間調整など、施設整備について工夫すべき

1. 施設の整備手法の工夫

- 特養は土地を賃借した整備が可能。更に、サテライト型の地域密着型特養では、建物も賃借で可能
- 都市再生機構(UR)との連携、未利用公有地や小学校跡地等を活用した施設整備
- 民間事業者がマンションやオフィスビルを建設する際に、一部フロアを特養として整備し、特養部分を買取る手法の検討
- 都市計画、建築等の関係部局との連携の下、容積率緩和制度の活用等の検討

2. 広域型施設の整備数の圏域間調整

- 広域型施設の整備は、老人福祉圏域ごとの整備が前提であるが、東京都の特殊事情(※)を踏まえ、東京都の介護保険事業支援計画に明記することで、圏域間で整備数の調整を可能とし、入所判定時の配慮も認める
(※) 東京都特別区で7圏域(東京都全体で13圏域)。東京都特別区は、地価も高く施設整備が厳しい一方で、交通網も発達し圏域を超えた人々の移動も容易。全国344の圏域のうち、東京都特別区の合計面積を上回る圏域210、東京都全体の合計面積を上回る圏域36
- 杉並区が検討している南伊豆町での特養設置については、かねてよりの住民同士のつながり・自治体間連携を背景にしたものであるが、東京都と静岡県介護保険事業支援計画に明記が必要。入所者本人の意思の尊重が大前提であり、家族や地域から切り離されて入所させられないよう十分な配慮が必要
- 本事例と同様の取組が都道府県をまたいで、今後実施される場合においても、関係する都道府県間で入所ニーズを把握し、双方の介護保険事業支援計画に明記することが必要。かねてより住民・地域コミュニティ同士のつながりが存在し、強い連携が進んでいる自治体間であったり、帰郷を望む高齢者が具体的に見込まれる事情が存在する場合は考えられる
- 他方、地方の市町村が不特定多数の都市部からの入所を期待して特養等を整備することは、都市部の高齢者本人の意思に反して地方の施設入所を強いる形となる恐れがあることに加えて、意図しないサービスの需給ギャップを生じさせること等から慎重に検討すべき

3. 地方への早期からの住み替え

- 要介護状態になってからより、健康なうちに移住し、移住先の地で社会的関係を築きながら歳を重ねるのが望ましく、地方が都市部からの移住を期待するのであれば、この形を目指すのも一つ

5. 中長期的な視点に立った対策

- 地域包括ケアシステムの確立に向けて、平成27年度から始まる第6期計画から、2025年までを見通した中長期的な視野に立った介護保険事業(支援)計画の策定。厚生労働省も、地方自治体の計画策定を支援

⇒ 検討会は方向性を共有。本とりまとめを受けて、具体化に向けた議論が進むことを期待

(参考) 「都市部の高齢化対策に関する検討会」について

【検討会委員】(敬称略)

(座長)	大森 彌	(東京大学名誉教授)
	大杉 覚	(首都大学東京教授)
	鎌形 太郎	(三菱総合研究所プラチナ社会研究センター長)
	熊坂 義裕	(盛岡大学栄養科学部教授、元宮古市長)
	高橋 紘士	(国際医療福祉大学大学院教授)
	馬場園 明	(九州大学大学院医学研究院教授)
	藻谷 浩介	(日本総合研究所調査部主席研究員)
	山崎 敏	(立教大学 コミュニティ福祉学部 兼任講師)
	中山 政昭	(東京都福祉保健局高齢社会対策部長)
	岡田 輝彦	(横浜市健康福祉局長)
	大塔 幸重	(さいたま市保健福祉局長)
	生田 直樹	(千葉市保健福祉局局長) ※ 第3回まで
	岡部 史哉	(千葉市保健福祉局次長) ※ 第4回から
	松雄 俊憲	(名古屋市健康福祉局高齢福祉部長)
	西嶋 善親	(大阪市福祉局長)
	秋山 由美子	(東京都世田谷区副区長)

【開催スケジュール】

- 第1回:5月20日(委員からのプレゼンテーション)
- 第2回:6月13日(委員のプレゼンテーション、有識者、地方自治体のヒアリング)
- 第3回:7月23日(有識者、サービス実施団体等のヒアリング)
- 第4回:8月27日(論点整理)
- 第5回:9月20日(報告書とりまとめ)

社会保障審議会 介護保険部会（第50回）	資料 1－2
平成25年10月2日	

「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」

（都市部の高齢化対策に関する検討会報告書）

目次

1. はじめに
2. 都市部を取り巻く状況
 - （1）都市部の地域特性
 - （2）2025年の高齢者像
 - （3）2025年における医療・介護サービス提供体制の姿
3. 都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築
 - （1）在宅医療・介護を徹底して追求する
 - （2）住まいの新たな展開を図る
 - （3）地域づくりの観点から介護予防を推進する
 - （4）多様なサービスを活用して生活を支える
4. 都市部における施設整備等
 - （1）施設の整備手法の工夫
 - （2）広域型施設の整備数の圏域間調整
 - （3）地方への早期からの住み替え
5. 中長期的な視点に立った対策
6. おわりに

1. はじめに

(都市部で急増する 75 歳以上高齢者)

「都市部においては、日本全体を通じた高齢化をさらに大幅に上回るインパクトの急激な高齢化が起こることになる」、「高齢者介護のあり方について、先に高齢化が進み、今後の増加は比較的緩やかな地域において従来取られてきたものとは異なる発想と対応が求められる」。これは、2003 年にまとめられた「高齢者介護研究会」の報告書の一節である。

既に 10 年前に、都市部の高齢化について警鐘が鳴らされていたわけであるが、今後、都市部における高齢者の増加は、さらに勢いを増していく。また、これからは、高齢者の中でも、要介護状態や認知症の人の割合の高い 75 歳以上高齢者（後期高齢者）の急増が見込まれる。

介護保険制度が施行された 2000 年当時、後期高齢者数は約 900 万人だったが、現在は約 1400 万人となっており、2025 年には約 2200 万人となり、「後期高齢者 2000 万人社会」になっていく。

2010 年から 2025 年までの 15 年間で、75 歳以上高齢者の増加数が上位の 6 都府県（東京都、神奈川県、大阪府、埼玉県、千葉県、愛知県。以下「都市部 6 都府県」という。）をみると、75 歳以上高齢者の増加数は約 373.4 万人と、この間の全国の増加数約 759.2 万人の半分程度を占めている。また、1995 年から 2010 年までの 15 年間の増加数が約 253.7 万人であったことと比べると、約 1.5 倍のスピードで増加する。

増加数が一番多いのは東京都で、2010 年 123.4 万人から 2025 年 197.7 万人へ 74.3 万人増加する。増加率が一番高いのは埼玉県で 2010 年 58.9 万人から 2025 年 117.7 万人へ倍増する。

高齢化の問題は、「高齢化率」だけで捉えるのではなく、「高齢者の絶対数の増加」に注目すべきである。なぜなら、医療、介護等のニーズは、高齢者の絶対数に連動するからである。

(地域包括ケアシステムの構築に向けた改革の潮流)

2003 年の高齢者介護研究会報告以降、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最後まで続けることができるよう、介護・医療・住まい・生活支援・予防が一体的に提供される、「地域包括ケアシステム」の構築を目指した介護保険制度等の改革が順次行われてきた。今後、これを更に進めるとともに、社会保障制度改革国民会議からも提案されているように、疾病構造の変化を踏まえた、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への改革が求められている。

「地域完結型」の医療へ転換し、QOL (Quality of Life) の維持・向上を目標とした場合、地域での生活を支えるためには、医療や介護のみならず、住まい、移動、食事、見守りなど、生活全般にわたる支援を併せて考える必要

があり、これは、地域の持つ生活支援機能を高めるという意味において、社会保障制度改革国民会議の言葉を借りれば、“21世紀型のコミュニティの再生”であり、介護保険制度改革が目指した地域包括ケアシステムの実現に他ならない。

本検討会は、急速に高齢化が進む都市部における高齢化対策について必要な方策を検討するため、本年5月に設置され、延べ5回にわたって議論を行ったが、このたび、報告書を取りまとめるに当たっては、このような社会保障制度改革の動向に沿ったものとなるよう留意した。

(本検討会の趣旨)

本検討会の役割は、国と都市部の地方自治体に危機意識を持ってもらうことと、2025年を見通した行動を起こすことを促すことにあると考えた。「高齢者介護研究会」の警鐘から既に10年が経ち、もはや待ったなしの状況にある。

ただし、都市部における高齢者の急増は、大きな課題ではあるが、対応が不可能な課題ではないと考える。都市部の強みを活かした取組を推進することで対応可能であり、必ずしも悲観する必要はない。高齢者の急増といった問題は、何も日本の都市部に限った問題ではなく、今後、アジアでは、2040年にかけて65歳以上高齢者数が2倍から5倍程度に増加する国もあることを考えれば、日本の都市部がこの問題に適切に対処できれば、世界の都市部における高齢化対策のモデルになると考える。

2. 都市部を取り巻く状況

都市部の高齢化対策を考えるに当たっては、まずは都市部の地域特性を踏まえることが大前提となる。都市部でも市によって、また同一市内でも圏域によって状況は異なり、一括りで議論することはできないが、都市部の地域特性について大きな傾向を把握する必要がある。

また、2025年には、いわゆる「団塊の世代」(1947(昭和22)年から1949(昭和24)年生まれ)が75歳以上になりきり、高齢者層の大きな比重を占めることとなる。もちろん、団塊の世代も一人ひとり多様であるが、2025年の高齢者像、特に介護サービスを必要とする高齢者像は、現在の高齢者像の延長線上ではないことは、十分に認識する必要がある。

さらには、2025年を目指して、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、そして、地域包括ケアシステムの構築に向けた改革が進められることとなっており、このような大きな潮流に沿った都市部高齢化対策の検討が求められている。

このような問題意識から、都市部高齢化対策を考える前提として、以下の3点について整理した。

(1) 都市部の地域特性

(集住)

まず、都市部の最大の特性は、何と云っても、多くの人、多くの高齢者が狭い範囲に「集住」していることにある。

都市部 6 都府県には、日本の総人口の約 4 割が住み、65 歳以上高齢者でも約 4 割が住んでいる。東京都でみると、日本人の約 1 割、65 歳以上高齢者も同様に約 1 割が東京都に集中して住んでいる。

65 歳以上人口の人口密度でみると、全国では 77 人/km²に対して、東京都 1,208 人/km²、大阪府 1,034 人/km²、神奈川県 753 人/km²、埼玉県 386 人/km²、愛知県 289 人/km²、千葉県 256 人/km²となっており、東京都特別区に限っては 2,850 人/km²と全国の 37 倍程度と極めて高くなっている。

(充実した生活インフラ)

狭い範囲に集住しているため、交通・物流等は発達し、企業活動が活発で、多くの「生活インフラ」が整い、地価は高くなっている。

生活インフラの一つとしては、「住まい」がある。人が多い以上、都市部には多くの住まいがある。それも密集してある。ただし、都市部の持家率は地方と比べて低く、低所得者・生活困窮者を中心に、住まいの確保が課題となっている。

また、住まいに関し、地方の問題と捉えられがちな空家についても、都市部にも近年は多くみられる状況にある。

(団地等で起きる一斉の高齢化)

都市部に流入する人々の住まいの受け皿として、集合住宅の建設や宅地開発が都市部の各地で行われたが、同一世代が一斉に入居する形態であるため、現在、局地的に一斉かつ急速に高齢化が進展している状況にある。

(更なる充実が求められる在宅サービス)

介護基盤についてみると、都市部においては、地価が高く、特に東京都特別区では施設整備が行いにくい面があり、施設整備率は低い状況にある。

このため、在宅要介護者の割合は高くなっているが、その一方で、必ずしも在宅サービスの利用環境が整っているとは言いがたい状況にある。重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えることを目的として平成 24 年度に導入された定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスは、制度を導入して間もないということもあり、整備数が少ない。

また、サービスを提供する人材の確保も大きな課題となっている。もともと

全産業の中で高い傾向にある介護関係職種の有効求人倍率については、都道府県ごとに大きな差があるが、愛知県、東京都は全国平均を大きく上回っており、総じて都市部での人材確保は難しくなっている。

（強い職場とのつながり、弱い地域とのつながり）

家族・生活関連については、三世同居の割合は低く、世帯人員が小さく、住民同士の支え合いも希薄で、職場とのつながり（社縁）だけの人が多い。退職後はじめて地域と接する人も多い。また、地域とのつながりの弱い都市部では、家族介護者も身体的、精神的に追い込まれ、地域から孤立しがちな状況にある。

所得水準も高く、市場からサービスを購入することで生活を成り立たせることができる者がいる一方で、親族や近隣住民による支援も受けられない低所得者・生活困窮者がいる。

（2）2025年の高齢者像

戦後の変化の象徴と称される「団塊の世代」が、75歳以上になりきる2025年の高齢者像は従来の高齢者像と大きく異なると考えられる。「団塊の世代」の特徴・現状・意識などについて、主だったものを取り上げる。

（高学歴化）

高校や大学の進学者数は「団塊の世代」の時に急増している。1960年代後半の学生運動の中心になったのも「団塊の世代」であった。

（高度経済成長と都市化）

新規学卒の就職者数が多かったのは、中学校卒では1960年代、高校卒では1960年代後半と、「団塊の世代」の卒業時期にピークとなっている。それにほぼ一致して、1960年代から1970年代初めに、人口が都市部に向けて大規模に移動した。

この時期の大量の若年労働力の増加に支えられて、日本経済は高度成長のピークに達している。「団塊の世代」が就職したこの高度成長期は、年功賃金・長期雇用を柱とした日本的雇用慣行が普及・定着した時期と言われており、その時期に就職した「団塊の世代」の男性は、「会社人間」となる人も多かった。一方で、「団塊の世代」の女性は、専業主婦の割合が高かった。

（消費文化の享受と多彩な生活スタイル）

「団塊の世代」は、小学校高学年から中学生時代を過ごした1960年代にはテレビ、電気洗濯機、電気冷蔵庫などの耐久消費財の急速な普及を経験し、30歳代半ばとなった1980年代には乗用車保有によるレジャーを体験するなど、時代の流行、文化・社会現象を牽引してきた。また、40歳代から50歳代とな

った 1990 年代は、日本全体の消費を牽引してきた。その後、長らく景気は低迷したが、1990 年代後半から 2000 年代に急速に普及した携帯電話やインターネットは、高齢者の消費生活やライフスタイルを大きく変えた。

このような消費文化を享受してきた「団塊の世代」は、例えば、30 歳代半ばに乗用車を保有したことを背景として、高齢になっても、自動車を移動手段として活用し、これが積極的な国内観光旅行にもつながっている。また、「団塊の世代」は、会社や自宅でパソコンを使う機会が多く、携帯電話の普及も進んでいるため、高齢者となっても、パソコンやインターネット、携帯電話を多用する生活スタイルを実践できる環境にある。

（幅のある世帯年収）

「団塊の世代の意識に関する調査（平成 24 年、内閣府。以降「意識調査」という。）」によれば、「団塊の世代」の世帯の主な収入源は、年金であるという人が最も多く、50%を超えている。世帯年収は、「240 万円から 300 万円未満」の層が最も多く 17.3%であり、480 万円以上も 18.8%いる一方で、年収 120 万未満（収入はないを含む）が 8.3%となっている。

（高い持家率と住まいへの意識）

意識調査によれば、「団塊の世代」は持家率が 9 割近くと高く、「現在の住まいから転居したいと考えているか」という質問に対し、今住んでいる家に住み続けたいという意向が 7 割を超えている。

（在宅医療・介護に対する高いニーズ）

意識調査で「団塊の世代」に、要介護状態になった場合に希望する生活場所を聞いてみると、「自宅」が最も多く 38.2%、次いで「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」16.1%、「病院などの医療機関」12.4%、「介護老人保健施設」8.6%の順となっている。また、治る見込みのない病気になった場合、延命治療を希望するかを聞いてみると、「望まない」が 94.8%となっている一方で、「望む」は 3.6%となっている。

なお、「団塊の世代」のみならず、高齢者全体に、在宅で「介護を頼みたい相手」を聞いてみると、2012 年度の調査では 2002 年度の調査と比べても、「ホームヘルパー」が増加している。

（定年後の高い就労意欲）

意識調査によれば、「団塊の世代」の 60 歳以降の働き方は、定年等を境に、正社員から嘱託・契約社員、パート・アルバイトの非正規社員に移行している人が多い。そして、仕事をしている理由を聞いてみると、60 歳の時の理由に比べて「健康維持」や「生きがい」という理由が増加している。

また、「働けるうちはいつまでも働きたい」という人が多く、就労意欲が高い。高齢期には就業形態、就業時間など働き方のニーズが多様化することから、

ニーズに対応した就業環境を整備するとともに、企業における就労のほか、コミュニティビジネスの起業支援等も重要となる。

（高い社会活動への参加意識）

意識調査によれば、「団塊の世代」は、地域における様々な社会活動への参加の意向を持っているものの、現状では社会活動には参加していない人が多い。今後参加したい社会活動は、「趣味、スポーツ活動」が最も高く、次が「一人暮らしなど見守りが必要な高齢者の支援をする活動」となっている。

参加していない理由を聞いてみると、「仕事が忙しく時間がないから」が最も多くなっているが、今後、退職をしたり、労働時間が短くなり時間的に余裕ができるようになったとき、地域における活動にスムーズに参加できるように環境を整備することが重要となる。

（3）2025年における医療・介護サービス提供体制の姿

急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じ、必要とされる医療の内容に変化をもたらしている。平均寿命 60 歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも 80 歳近くとなり、女性では 86 歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ老齢期の患者が中心となる。

こうした時代の医療は、病気と共存しながら QOL の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、かつての「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、そして、医療のみならず、医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なく、つながる医療に変わることが求められている。

我が国の高齢者介護の歴史を振り返ってみると、老人医療費の無料化以降、介護サービスの基盤整備の遅れもあり、高齢者介護ニーズは、病院で受け止められてきた。高齢者にとって一番大切なことは、日常性、生活の継続性であるが、病院は、その性格上、治療が優先され、日常性、生活の視点は乏しかった。複数の慢性疾患を持ち、医療と介護の両方のニーズを持つ高齢者の特性を考えれば、高齢者の支援は、これまでの生活の継続性を重視しながら“生活の場”で行っていくことが必要であり、“治療の場”であるはずの病院での治療が終われば、“生活の場”でこれまでの生活を継続しながら暮らすことが高齢者にとって望ましいのである。

都市部には、回復期・慢性期の受け皿が少ない状況にあり、この点で、在宅医療・介護の必要性が大きくなっている。今後、病院・病床機能の分化・連携が進められる中で、急性期医療から在宅介護までの一連の流れにおいて、“川

上”に位置する医療提供体制の改革と合わせて、“川下”に位置する地域包括ケアシステムの更なる充実を進めていくことが必要となっている。

3. 都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築

「団塊の世代」は、高学歴で、就学・就職をきっかけに都市に出てきており、高度経済成長を第一線で支えた人々である。また、「団塊の世代」の成長とともに、数多くの流行商品、文化・社会現象が生まれ、消費と流行を牽引してきた人々である。多彩な生活スタイルと趣味を持ち、経済成長の中で育まれた価値観は、介護サービスを含めて、サービスの内容と質を重視し満足感を求めていくことになろう。さらに、退職後も就労意欲が高く、地域における社会活動への参加の意向を持っており、培った能力や経験を活かした生涯現役を望んでいる人々と言えよう。

もちろん、一括りで語ることはできないが、このような「団塊の世代」が75歳以上となる2025年の高齢者像は、従前の高齢者像と異なっていることは間違いない。そして、都市部にはこのような高齢者が多く住んでいる。

こうした2025年の「高齢者像の変化」と「医療・介護サービス提供体制の姿」とを併せ考えれば、これまで介護保険制度改革が目指してきたとおり、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けられる社会の構築が必要であるということは論をまたない。

特に、都市部は、高齢者は狭い地域に集住していることから、高齢者の「住まい」に、「介護」・「医療」・「生活支援」・「予防」のサービスを適切に提供し、ケア付きコミュニティを実現することで、施設同様の安心感を確保できると考える。つまり、これは、高齢者数の増加に応じた形で介護施設を整備する必要がないことを意味する。

都市部においては、以下に述べるように、集住、多様な人材、整備された生活インフラ、活発な企業活動等といった都市部の強みを最大限に活かした地域包括ケアシステムを追求すべきである。なお、地域包括ケアシステムは、サービスのネットワークを作り、様々なサービスが日常生活圏域に適切に提供できるような地域全体の体制・仕組みであり、地域における実践が求められるものである。

(1) 在宅医療・介護を徹底して追求する

(在宅生活の限界点を高めるためのサービスの普及促進)

介護が必要となっても、自分の住まいで介護を受けることができれば、これ

までの生活を継続することができる。このような利点から在宅生活を望む高齢者が多いにもかかわらず、施設へ入所せざるを得ないのは、在宅では、365日・24時間の安心感を確保できないことが原因の一つとしてある。

この点、人口密度が高い都市部では、その強みを活かし、十分な在宅サービスを確保することで、一人暮らしであっても、住み慣れた地域で暮らし続けることができる環境を整備し、高齢者の自宅で介護を受けたいという願いを実現していくべきである。

具体的には、在宅生活の限界点を高めるため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス、小規模多機能型居宅介護のほか、さらには、訪問診療、訪問看護などを面的に整備するとともに、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や、生活支援サービスの充実等が必要である。

例えば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、制度化前に実施したモデル事業の実績を活かして区内全域でのサービス提供体制を確保した保険者や、ケアマネジャー連絡会での制度説明や事業者連絡会の発足等を通じ事業者等との信頼関係を構築して市内全区で事業を展開した保険者など、保険者が積極的に関与することで普及が進んでいる地域がある。また、事業の普及に向けて積極的に取組を行っている都道府県もある。

このように地方自治体が自らこれらのサービスの必要性を認識し、普及促進の取組を進めることが重要である。その際、ケアマネジャーをはじめ関係者が利用のメリットや実態を知らない等の課題が浮かび上がっており、地方自治体が事業者やケアマネジャーに対して積極的に説明を行うなど、サービスに対する正しい認識を広める必要がある。また、事業者の参入を促すため、引き続き立ち上げ時の機器購入費の補助を行っていくべきである。

加えて、特別養護老人ホームの在宅入所相互利用を実施している施設は全国でも少ないが、1ベッドを複数人でシェアすることでベッドの有効活用が可能となること等から、介護職等の育成を進めつつ普及を検討すべきである。

(施設を運営する社会福祉法人の在宅サービスへの取組)

365日・24時間介護スタッフが常駐する施設機能は、地域における有用な資源である。都市部には、介護施設を運営する社会福祉法人が多くあり、施設の経営だけでなく、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護等の地域を支える介護サービスに取り組むよう促すことで在宅サービスの充実が図られるとともに、介護職員のキャリアパスの多様化が図られ、定着の促進につながると考えられる。このため、市区町村や地域包括支援センターが中心となって、地域の社会福祉法人、ケアマネジャーなどとともに、地域の具体的なサービスの普及方策を検討すべきである。

また、地域全体で面的な支援を進めるためには、事業者間の業務提携、複数の法人間の連携などを通じて、複数のサービスがネットワーク化された主体か

ら提供されることを目指すべきである。そのためには、事業者間の業務提携、複数の法人間の連携などを容易にするための制度的な枠組みについて検討すべきである。専門職の有効活用を図る観点から、地域全体としての効果的な人員配置を考え、適正かつ柔軟な人員配置基準のあり方等についても検討すべきである。

（在宅医療の推進、在宅医療・介護連携）

都市部における高齢者の急増と医療提供体制の見直しが相まって、今後、在宅で医療・介護を必要とする人が増加する。地域包括ケアシステムの構築のためには、医療と介護の連携がますます重要であり、在宅医療・介護の提供体制の充実と医療・介護連携の推進が必要である。

具体的には、在宅医療を支える拠点として、緊急時の往診、看取りなどの役割を積極的に果たす在宅療養支援診療所の整備や機能強化を図ることが必要である。さらに、高齢化に伴う疾病構造の変化により、医療機関に求められるニーズは、今後、変化することが考えられるため、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所の整備のみならず、都市部に多く存在する既存の医療機関、特に病院の在宅医療への参画や支援を促すことを検討すべきである。

また、多くの医療機関が在宅医療に参画することを促すため、例えば、地域で中核をなす病院に対して段階的に在宅診療部門の設置を求めることや、医師臨床研修制度の到達目標において在宅医療の実施を必修項目とすることで、都市部に多数存在する臨床研修病院に対し、在宅医療への取組を促すことについても検討すべきである。

在宅医療と介護の連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、様々な局面で求められる。特に、今後増加する退院による在宅復帰の際に円滑に適切な在宅サービスにつなげることや、再入院をできる限り防ぎ在宅生活を継続するため、在宅医療・介護の連携強化が求められている。さらに、重度な高齢者に対しては在宅での看取りも視野に入れつつ、連携することが必要である。その中で、地域包括支援センターや介護支援専門員が果たす役割は大きいですが、医師との連携に困難を感じる介護支援専門員が多いといった現状にあり、医療側からも取組の強化が求められている。

この点、これまでの医療行政は、医療計画の策定等、都道府県が実施してきたが、在宅医療と介護の連携という観点からは、今後は、都道府県との連携のもと、市区町村が主体となって取り組むことが重要である。

さらに、在宅医療・介護及び生活支援サービスを担う様々な主体が連携して高齢者の地域での生活を支えられるよう、ICTを活用し必要な情報を相互に共有していけるよう環境整備を進めるべきである。

（訪問看護の推進）

今後、都市部では訪問看護従事者の需要が増大し、従事者の確保が困難とな

ることが予想されることから、地域の実情を踏まえつつ、従事者確保策に取り組むべきである。

具体的には、病院・診療所数の多い都市部においては、病院・診療所で訪問看護を実施することや、訪問看護ステーションの併設を促進することが考えられる。また、病院に勤務する看護職員が病棟看護と訪問看護を人事異動のローテーションを通じて勤務することで、訪問看護に従事するよう誘導することも考えられる。

また、訪問看護の提供主体の多様性を図り、効果的・効率的にサービスを供給することに加え、老人保健施設から退所した人の後方支援等を推進する観点から、看護師を配置する老人保健施設を運営する医療法人等による訪問看護ステーションの併設促進を検討すべきである。

(介護人材確保)

高齢者数の急増とともに支え手となる年齢層の減少が進み、他産業との競争も激しい都市部においては、介護職員の人材確保が地方に比べて難しくなることが想定される。

しかしながら、離職率については、事業所のばらつきが大きく、30%を超える事業所がある一方、5%程度のところもあり、まずは、事業者の意識改革や自主的取組を推進することが重要となる。例えば、介護職員の職業能力を共通のものさしで評価するキャリア段位制度はOJTのツールともなりうるものであり、その活用を図っていくことも考えられる。その上で、国・都道府県等が役割分担しつつ、それぞれが積極的に人材確保に取り組むことが必要である。

国は、介護報酬改定を通じた処遇改善の取組の推進やキャリアパス制度の確立に向けた取組が必要である。

都道府県については、地域によって人口構成や雇用情勢等の状況が異なることから、今後必要となる介護職員の数を推計した上で広域的・総合的な取組を進めていくことが必要である。具体的には、介護に関係する団体が幅広く参画する協議会を都道府県が中心となって立ち上げ、小学生・中学生・高校生の頃から介護分野に関心を持ってもらうよう、積極的な働きかけや、潜在的有資格者などの介護人材の掘り起こし等に取り組むことが考えられる。

(2) 住まいの新たな展開を図る

(多様な住まい・住まい方の実現)

都市部に住んでいる「団塊の世代」の多くは、高度経済成長期を背景にして都市部へと集まり、その後、右肩上がりの経済の中で豊かさを実現してきた世代であり、都市部におけるライフスタイルを自ら構築し、それを享受してきた人々である。そして、「団塊の世代」が生んだ多様な価値観が共存し、多くの

人々の生活の拠点となった都市部において、今後、介護が必要となる 75 歳以上高齢者にとっては、「住まい」「住まい方」のあり方が非常に重要になってくる。すなわち、都市部で生活する「団塊の世代」の多様な価値観に対応するような多様な「住まい」「住まい方」が、これまで以上に求められることとなるのである。

もちろん、「団塊の世代」のみならず、誰しも、これまでの人生を積み重ねてきた自宅での生活の継続を望むであろう。そのため、持ち家に住む場合には、介護が必要になった際に備えて、自宅でする限り在宅生活を継続できるよう、住宅改修に対する介護保険給付の活用等に加えて、高齢者自身も介護環境の整備に努めていくことが重要であり、例えば、居室間の壁を取り払うなどの改修が自費により可能であれば、自宅の介護環境を改善し、より機動的に介護サービスを受けることができることとなる。こうした「自助」による工夫は、特に、価値観が多様化する高齢者の「住まい方」を考える上で、特に重要な視点である。

しかしながら、その自宅の現状や環境によっては、大規模な改修が必要であったり、医療・介護サービスを十分に受けることが立地上難しい場合も想定し得るのであり、その際は、適切な住み替えという選択が重要となってくる。そこで注目すべきなのが、有料老人ホームや平成 23 年に創設されたサービス付き高齢者向け住宅の存在である。これらは、住宅としての居住環境を確保しつつ、必要に応じて医療や介護につなぐ「住まい」としての役割を果たし、住み替えの選択肢として、多様な価値観を持つ都市部に住む高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができる環境の整備に大いに寄与することが期待されていると言える。

(入居者のニーズに応じた住まい)

高齢者による多様な住まい・住まい方を実現する上で重要となってくるのは、高齢者自身のニーズの多様性であり、事実、入居する高齢者の多様なニーズに応じたサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームの整備が順調に進められてきている。

具体的に、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームについては、入居者の負担の面において、所得の高い層向けのものから、比較的所得の低い層向けのものまで、多様なものが存在しており、設備や入居者に提供されるサービスの内容も様々である。また、それぞれの住まいの多様性を反映し、住まいの規模や設備に応じて決定される「家賃」や、介護保険サービス以外の状況把握・生活相談などの「サービス費」については、広い価格帯に分散している。

さらに、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームに入居する動機について、「介護が必要になったため」や、「一人暮らしが不安になったため」という理由が多くなっている現状があるものの、「早目の住み替え」という観点から選択肢の一つとしてライフスタイルの自由度を高めていることも事実

であり、こうしたサービス付き高齢者向け住宅等の多様性について周知していくことが必要である。

（医療・介護サービスとの連携）

サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームについては、実態として居宅サービス事業所が併設されているものも多いが、制度的には、医療・介護サービスの提供が義務づけられているものではない。このため、入居する高齢者が、自身のニーズや期待に沿った住まいを、適切に選択することができるよう、どのような医療・介護サービス（外部サービスを含む）を具体的に受けることができるのかについて、情報提供体制の充実を図ることが必要である。そして、この点、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームの基本的な性格について、これまで以上に高齢者の理解を得るための努力をしていくことも国・地方自治体には求められる。

また、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームの入居者の利益を保護する観点から、事業者が入居者の望む医療・介護サービスの利用を制限すべきではないとされていることから、そのような事案が生じた場合には、地方自治体において、必要に応じて事業者に対する指導・監督を行うこと等により、適切なサービス提供体制が確保されるように努めるべきである。

さらに、将来も含め、入居する高齢者の医療・介護ニーズに適切に対応したサービスが地域から提供されるようにするため、地方自治体の住宅部局と福祉部局は、これまで以上に連携することが求められている。例えば、URなど今後一斉に高齢化が進む大規模団地やニュータウンの改築・再開発の際には、医療・介護サービスの提供を組み合わせることが必要である。

また、人口の減少と高齢者の増加を背景に今後の街づくりを進めるに当たっては、医療や介護の拠点が、どのような考え方で、どこに配置されているのが望ましいかを検討するなど、都市部局と福祉部局の連携も必要である。

なお、「介護サービス」の見込み量を定める介護保険事業計画の策定主体が市区町村となっている一方で、「住まい」の供給目標を定める高齢者居住安定確保計画の策定主体は都道府県となっている。この点、両計画の有機的な連携が求められるところであるが、少数ではあるものの、任意とされている高齢者居住安定確保計画の策定を行っている市区町村が存在することを踏まえ、こうした市区町村による取組を促進するとともに、市区町村がその中で把握したニーズを都道府県の高齢者居住安定確保計画に適切に反映させることが望ましい。

（サービス付き高齢者向け住宅の住所地特例）

高齢者向けの多様な「住まい」の供給を一層促進していく上で課題となっているのが、高齢者の移動による介護保険の財政の負担の在り方についてである。特に、サービス付き高齢者向け住宅においては、現状において、要支援・要介

護の認定を受けている入居者が多い。

現在、有料老人ホームは、特定施設入居者生活介護の指定を受けている事業所か否かにかかわらず、住所地特例の対象となっている一方で、サービス付き高齢者向け住宅については、有料老人ホームに該当している場合であっても住所地特例の適用除外となっている。しかしながら、サービス付き高齢者向け住宅のうち有料老人ホームに該当するものはその94%を占め、入居者の介護ニーズもその他の有料老人ホームと似通った状況になってきていることから、立地自治体の保険財政の悪化を危惧する声があがっており、何らかの負担の調整を行う必要性が生じている。

具体的な方法としては、①サービス付き高齢者向け住宅を住所地特例の対象に組み入れる方法と、②保険者間の財政調整を行う仕組みを新たに作る方法が想定される。

住所地特例は、住所地の地方自治体が保険者とならないため、被保険者は要介護認定等の各種の手続きを従前の住所地にしなければならず、また、住所地のサービス水準に関わらず、従前の住所地の保険料を負担することになる。さらに、この制度はいわば地域包括ケアの例外となり、これまでの仕組みでは、地域住民である住所地特例の被保険者が地域密着型サービスや地域支援事業を利用できないなどの課題がある。

一方、保険者間の財政調整を行う場合には、保険者と保険給付の実質的な負担者が一致しなくなり、給付と負担の一致という社会保険の基本的な枠組みの例外的な取扱いとなり、どのような単価や考え方に基づき財政調整を行うのかという点や、医療保険制度と整合的な対応が図られるのかといった課題がある。

この点、制度創設時には介護保険3施設を対象としていた住所地特例の対象を平成18年度には有料老人ホーム全体にまで拡大した経緯を踏まえると、有料老人ホームのうちサービス付き高齢者向け住宅に該当するものに住所地特例を適用することが考えられる。この際、地域包括ケアの考え方に従い、住所地特例を適用した場合にも住所地の地域密着型サービスや地域支援事業をえるようにするなど課題を解決していく必要がある。

なお、医療保険の住所地特例については、介護保険の対応も踏まえ検討するとともに、入居後に75歳を迎えた場合に国民健康保険の住所地特例が後期高齢者医療に引き継がれないという問題も指摘されており、併せて検討が必要である。

(既存インフラの有効活用)

「住まい」の新たな展開を図り、高齢者の自宅での生活を継続させるという目的を達成する上で、見落としとしてはならないのは、都市部における多くの既存インフラの存在である。

都市部においては、新たな住宅の整備が進む一方で、空家が増加しており、

これらを有効利用しない手はない。また、少子化の影響で、廃校となる学校等も有効活用できる可能性がある。

現在、都市部では、東京都 75.0 万戸、大阪府 62.5 万戸、神奈川県 42.9 万戸、千葉県 35.6 万戸、愛知県 34.4 万戸、埼玉県 32.3 万戸と相当数の空家がある。この空家を活用し、NPO 法人や社会福祉法人等が、連帯保証や転貸といった住まいを確保するための支援と、見守り等の生活支援などを合わせて実施することで、空家の所有者が安心して賃貸できるようになり、低所得・低資産の高齢者向けの低廉な家賃の住まいが確保されることにつながるものと考えられる。この際、グループリビングのような共同生活も併せて推進することで、入居者同士の互助による見守りや生活支援も期待できる。

また、低所得・低資産高齢者向けの住まいとしては、養護老人ホームや軽費老人ホームがある。これらは、元来、暮らしと住まいに困難を抱える高齢者の受入先としての機能を担ってきたが、地域に増大する生活困窮や処遇困難を抱える高齢者のニーズに十分に答えきれていないとの指摘がある。今後、養護老人ホーム、軽費老人ホームの果たすべき役割について、社会福祉法人としての特性を踏まえた上で、再構築すべきである。

なお、空家などの既存施設を改修・改築して介護サービスの拠点として活用しようとする、バリアフリー条例等の地方自治体が独自に定めている規制が厳しすぎるとする指摘があるところ、既存施設の有効活用の観点から、規模や利用状況を踏まえて柔軟な対応を行うなど、各地方自治体において、関係部局間の連携を一層強化して取り組むべきである。

（多世代共生の住まい方）

高齢者にとっての「住まい方」の多様性を考える上では、高齢者以外の若い世代や地域コミュニティをも巻き込みつつ、「住まい」が形成されていくことが望ましい。

例えば、サービス付き高齢者向け住宅は、住戸ごとの登録が可能であることから、一棟の共同住宅の中に高齢者や若者、子育て世代など、多世代が共生する取組を進めていくことが可能である。特に、都市部においては、多くの大学等の教育機関が立地し、学生が多い状況にあるため、これらの学生を巻き込んだ取組を進めることで、世代間交流の実現によるコミュニティの活性化が期待できる。例えば、高齢者と若者が同一建物に居住することにより、見守り等に協力する若者の家賃を減額することや、一定期間継続してボランティア活動を行った学生には単位の付与や奨学金の免除などを行うこと等が考えられる。

また、かつて郊外に住まいを購入した高齢者にとっては、これまでの社会的なつながりを維持しながら、将来も含めた適切な医療・介護ニーズを享受できるようにするため、便利な駅前など街の中心部に住み替えを行う「街中居住」やグループリビングなども選択肢の一つである。その際、郊外にある高齢者の

従前の住まいについては、高齢者から現役世代に賃貸を行い、現役世代の郊外での豊かな生活につなげるといった、様々な可能性にもつながるものと考えられる。

(3) 地域づくりの観点から介護予防を推進する

(ポピュレーションアプローチの重要性)

長寿を全うすることは私たちの願いである。介護が必要な状態を遅らせること、たとえ介護が必要となっても最後まで自分らしく生きることができる社会を実現することは、長寿国としての使命である。

今後、ますます高齢化が進んでいく中で、高齢者一人ひとりが、社会生活を営むための機能を高齢になっても可能な限り維持していくためには、高齢者自身が社会参加、社会貢献、就労、生きがいづくり、健康づくりなどの活動に取り組むことが必要であり、このことが結果として介護予防につながる。

介護予防は、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。

そのためには、高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチ、すなわち「ポピュレーションアプローチ」こそが重要となる。

(都市部における介護予防の推進)

全国各地においては、生活機能の低下した高齢者であっても参加することのできる体操を活用して、元気な高齢者も一緒に参加することのできる住民運営の活動の場を数多く展開し、“地域の絆”を高め、結果として、地域全体の要介護認定率の伸びを抑制している取組がある。

これに対して、これはコミュニティ・互助機能が残る地方であるからこそ可能な取組なのではないかという指摘もあろう。

もちろん、そのような側面は地方の強みの一つとして考えられるが、一方で、都市部では、今後、多くの退職者が見込まれるという強みがある。「団塊の世代」を中心とした、これからの退職者は、社会参加意識も高く、健康で知力・体力的にも衰えていない元気な高齢者である。

このような退職者の就労や社会参加を推進することや、地域の課題を解決するためのコミュニティビジネスを起業することを支援することを通じて、介護予防事業や生活支援サービスの担い手になってもらうとともに、こうした社会的役割を持つことで、その人自身の生きがいや介護予防にもつながると考えら

れる。

また、多様な地域資源が存在する都市部の強みを活かして、地域包括支援センター等が主軸となって、多様な主体を巻き込んだ地域づくりも、都市部ならではの介護予防であり、既に都市部の地方自治体でも取組が進んでいる。例えば、退職した高齢者が社会とのつながりを保ち、地域で孤立しないよう、就労の場を創る取組や、介護予防を目的に高齢者が介護施設等でボランティアをした場合にポイントを付与する取組などがある。

さらには、高齢者になってから介護予防に取り組むのではなく、高齢期に入る前の40歳代・50歳代からの備えが重要となるが、この点、都市部には、フィットネスクラブなどの民間サービスが豊富にあり、人々の消費意欲も高いことから、青壮年期層を含めて地域の健康意識を高めることが効果的と言える。

なお、介護予防については、その効果の実証的な研究やデータ整備が不十分であるとの指摘がある。地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例を全国展開する観点から、厚生労働省は、都道府県と連携しながら市区町村への技術的支援を行うとともに、データの提供・公表を行っていくべきである。

(4) 多様なサービスを活用して生活を支える

(多様な生活支援サービスのニーズへの対応)

都市部でも、単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中で、高齢者が地域で生活を継続するためには、高齢者の多様なニーズに対応し、地域の実情に応じた、見守り、配食、孤立防止等の生活支援が必要となっている。

都市部における幅広く多様な生活支援ニーズを満たすためには、様々なサービスを充実させる必要があり、ボランティア、NPO、協同組合、社会福祉法人、民間企業等の多様な主体がサービスを提供することが必要である。

そして、多種多様な生活支援サービスを生み出し、充実させていくためには、これらの生活支援サービス全体のマネジメントについて、市区町村が主体的に取り組むことが必要である。

特に、都市部には、一定の所得と資産を有した「団塊の世代」も多くいる。都市部では様々な民間企業がサービスを提供しているといった特徴もあることから、こうした民間企業のカも最大限活用するため、これらが参加する協議体を市区町村が中心となって形成して、情報提供等を行っていくことが求められる。

また、市場からのサービス購入を補完できるような「互助」の取組を推進し

ていくことが必要である。「都市部では近隣の関係が希薄で互助は難しい」との指摘もあるが、果たしてそうであろうか。高齢者は狭い地域に集住していることから、やり方によっては互助の関係も生まれ、互いの見守りも行いやすいと考える。地域での成功事例をみれば、適切なコーディネーターの配置と、市区町村のマネジメント力こそが求められているのである。

このため、多様な生活支援サービスが利用できるような地域づくりを市区町村が支援することについて、制度的な位置づけを図ることが必要である。また、生活支援サービスについては、福祉部局を超えた対応が必要であり、縦割りを廃して、例えば、関連部署が幅広く参画するプロジェクトチームを設置して対応する等の工夫が求められる。

さらに、生活支援サービスを充実するためには、介護サービス事業者にも積極的に取り組んでもらうことを期待したい。生活支援サービスの事業に取り組むことは、介護サービス事業者にとっては介護サービス事業以外からも収入を得られて、経営が安定化するビジネスチャンスであると考えている。

4. 都市部における施設整備等

都市部に生きる高齢者の多様な「住まい方」を実現し、それを支える医療・介護サービスが「住まい」に届くようにすることで、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続していくことのできる社会を目指していくべきであることは、繰り返し述べてきたとおりである。

しかしながら、要介護高齢者の様態、家庭環境、地域コミュニティとの関係などは高齢者によって様々であることから、在宅での自立生活が困難な場合の施設への入所ニーズにも適切に対応していく必要がある。

この点、都市部においては、用地の確保が課題となっており、大規模な施設を建設することが困難であることや、多くの人々が密集していること等を踏まえると、まずは、以下の（１）のように、地域密着型の施設の整備等を促進するとともに、多様な整備手法の活用を積極的に図るべきである。そして、それでもなお、住民の施設への入所ニーズを充足することが困難であるような場合には、利用者のニーズを的確に把握した上で、（２）で挙げるような圏域間調整等の工夫について検討していくことが考えられる。

（１）施設の整備手法の工夫

（地域密着型施設の整備等の促進）

重度の要介護度となったとしても、住み慣れた地域で最後まで生活することを実現するという観点から、地域に根ざした小規模の特別養護老人ホームの整

備を弾力的に進めるとともに、小規模多機能型居宅介護や在宅サービスを併設する等の工夫も行うことで、地域包括ケアの担い手となるような複合型の施設整備を行うことが望ましい。

具体的には、特別養護老人ホームの整備を進めるに当たっては、土地を賃借して運営事業者が建物を設置することが可能となっているが、サテライト型の地域密着型特別養護老人ホームを整備する際には、資産要件が緩和され、運営事業者が建物を賃借して実施することも可能となっていることを踏まえ、特に土地の確保が困難な都市部においては、これらの手法を積極的に活用していくことが有効である。

また、都市部に存在する既存ストックの有効活用は、今後の特別養護老人ホーム等の施設整備を考える上でも重要であり、都市再生機構（UR）との連携や、未利用公有地や小学校の跡地等を活用した特別養護老人ホーム等の整備が考えられる。

（多様な整備手法の活用等）

都市部の限られた用地を有効活用するとの観点から、例えば、ディベロッパ一等の民間事業者が高層のマンションやオフィスビルを建設する際に、一部フロアを特別養護老人ホームとして整備し、社会福祉法人が当該部分を買収するといった手法が有効であると考えられるが、こうした手法が一般的に普及しているとは言い難い。

施設整備に課題を抱える都市部の地方自治体は、まずは、こうした手法を普及・促進させるための方策について、十分に検討を進め、あらかじめ方針を明らかにするべきである。また、このような整備手法を活用し、開発事業者がマンション等の建設に当たって施設整備を組み込む場合には、福祉部局と建築部局が情報の共有化を図ることが一層重要となってくることについて認識する必要もある。

さらに、今後、既存施設の建て替えが必要になってくる時期を迎えることにも留意が必要で、こうした建て替えがスムーズに進むよう、地方自治体において、都市計画、建築等の関係部局との連携の下、容積率緩和制度の活用などを検討していく必要がある。また、例えば、建て替え中の施設の利用者を一時的に受け入れることができるような施設を整備すること等についても検討が必要である。

なお、一般的に、特別養護老人ホームの整備には、選定から建設、開所まで少なくとも3年間の期間が必要であるが、特に多様な施設整備の手法を実践する上では、地方自治体と事業者の想定する期間の長さの相違が障害となり得るため、介護保険事業（支援）計画の策定において、必要に応じて長期スパンでの整備見込み量を示していくことも検討していくべきである。

このような現行の整備手法を最大限活用するほか、都市部における施設整備

を進めるために必要な制度的対応等があるかどうか検討していくべきである。

(2) 広域型施設の整備数の圏域間調整

(整備数の圏域間調整)

都道府県は、介護保険事業支援計画の策定に当たり、広域型施設の整備を調整する単位として、二次医療圏と一致した老人福祉圏域を設定することとなっている。そして、各市区町村の要介護者数の見込み等から求められる施設入所のニーズを圏域ごとに積み上げた上で、広域型施設の必要定員数と新たに整備する整備数を圏域ごとに設定し、具体的な施設整備を行うこととなっている。

老人福祉圏域内において、市区町村による的確なニーズの把握と都道府県による調整が円滑に行われることで、要介護高齢者が日常生活圏域を超えることはあるものの、住み慣れた地域に近接する地域で施設の入所等が可能となる仕組みとなっている。

この老人福祉圏域の設定状況をみると、東京都特別区では7圏域（東京都全体では13圏域）が設定されており、他の都市部6都府県の政令指定都市（横浜市・さいたま市・千葉市・名古屋市・大阪市）が1つの市で1つの圏域となっていることと比べると状況が異なっている。

東京都特別区においては、他の都市部に比べても極めて狭い面積の中に高い人口密度で密集しており、地価も高く、施設整備のための用地を確保することが非常に厳しい状況にある一方で、交通網も発達し、老人福祉圏域を超えた移動も容易となっている。全国に344ある圏域（2次医療圏ベース、平成25年）をみると、東京都特別区の合計面積（621.83km²）を上回る圏域が210あり、東京都全体の合計面積（2187.50km²）を上回る圏域も36ある。

こうした東京都の置かれた特殊事情を踏まえると、施設入所のニーズを、まずは老人福祉圏域内での調整によって受け止めるのが現行制度の仕組みではあるものの、それが困難である場合には、広域型施設の整備を老人福祉圏域内で完結させることを前提としていることの例外として、東京都内の老人福祉圏域間で整備数の調整をする方策が考えられる。

そして、老人福祉圏域間で整備数の調整を行う場合は、東京都の介護保険事業支援計画において、調整する整備数を明記するとともに、老人福祉圏域をまたいで要介護高齢者を受け入れる際には、特別養護老人ホームの入所判定に当たって、運用上、入所しやすくなるような形をとることを認めるべきである。

なお、この点、津地方裁判所は、「指定介護老人福祉施設は、正当な理由なく、指定介護福祉施設サービスの提供を拒んではならない」との省令の規定を根拠に、特別養護老人ホームの利用を特定の市区町村の住民に限定させることは介護保険法に反しているとの判決を下している（平成14年7月4日）。しかしながら、介護保険事業支援計画で明記しつつ、老人福祉圏域をまたぐ形で整

備数の調整が行われた上で、入所の際に一定程度配慮されるような運営を行うことについては、当該判決の事案のように、個別の施設が特定の地域の住民のみに入所を限定し、それ以外の住民を排除する場合とは異なり、許容されるものと考えられる。

あわせて、交通網が発達していることや狭い面積に人口が密集しているといった東京都の置かれた特殊事情を考えた場合、二次医療圏との一致を求めている老人福祉圏域の設定の方法そのものについても、検討すべきである。

以上の点に関して、他の都市部6都府県の政令指定都市（横浜市・さいたま市・千葉市・名古屋市・大阪市）は、市内、すなわち、老人福祉圏域内での施設整備が困難という状況には無いとのことであり、特に東京都において対応が求められる問題だと考えられる。

（地域コミュニティや自治体間のつながりが強い場合の事例）

東京都杉並区では、地域包括ケアの推進の観点から、在宅医療の推進、高齢者の社会参加の取組、生活サービスの充実などの取組を進めるとともに、区内での特別養護老人ホーム、認知症グループホーム、有料老人ホーム等の整備を図ってきたが、ここ数年で緊急性の高い特別養護老人ホーム入所者が増加するとともに、今後、75歳以上高齢者の増加が見込まれる中、選択肢の一つとして、静岡県南伊豆町に保有する施設の跡地を利用した保養地型特別養護老人ホームの設置を検討している。

これについては、杉並区の小学校の臨海学校や区民の保養所が南伊豆町にあり、かねてより住民同士のつながりが深く、両自治体で災害時に備えた協力協定を締結するなど、自治体間連携が進んでいることを背景に進められているものであるが、東京都と静岡県の介護保険事業支援計画において、杉並区から南伊豆町の特別養護老人ホームに入所するニーズを明記した上で調整が図られることが必要となる。

今後、特別養護老人ホームの設置に向けて、東京都・杉並区・静岡県・南伊豆町間で、より具体的な調整を進めていく中で、東日本大震災の教訓を踏まえて地震・津波等の災害への対応に万全を期すとともに、静岡県における当該地域の医療提供体制との整合性などについても検討する必要がある。

もちろん、本事例については、入居者本人の意思の尊重が大前提であり、重度の要介護状態となったら、本人の意思にかかわらず、家族や地域から切り離されて地方の施設に入所させられるといったことにはならないよう十分な配慮が求められる。

本事例と同様の取組が、都道府県をまたいで、今後実施される場合においても、まずは、関係する都道府県間において、相手自治体から自身の自治体の施設に入所するニーズを相互に把握した上で、双方の介護保険事業支援計画で明記する形で調整することが最低限必要である。さらに、要介護高齢者のこれま

での人生を顧みた際に、相手自治体の施設への入所が、本人自身の真の意向であると解釈することが合理的であると言えるだけの背景についても必要となると考えられる。この点、例えば、かねてより住民・地域コミュニティ同士のつながりが存在し、強い連携が進んでいる自治体間であったり、都道府県をまたぎ、帰郷を望む高齢者が具体的に見込まれるといった事情が存在する場合は考えられる。

他方で、地方の市町村が不特定多数の都市部からの入所を期待して特別養護老人ホーム等を整備しようとする事については、都市部の高齢者本人の意思に反して地方の施設入所を強いる形となってしまう恐れがあることに加えて、地域包括ケアシステムの構築を進めているそれぞれの地域において把握される医療・介護サービスの需給に意図しないギャップを生じさせることにもつながりかねないことから、慎重に検討すべきである。

(3) 地方への早期からの住み替え

地域包括ケアの観点からは、要介護状態になってから移り住むよりは、健康なうちに移住し、移住先の地で社会的関係を築きながら歳を重ねていき、仮に要介護状態となった場合はその地で介護サービス等を利用していく姿がより望ましい。

地方圏への移住や、地域おこしを促進するための取組を総務省が進めており、例えば、都市圏から地方部に移住し、住民の生活支援や地域おこしの支援等の地域協力活動に従事する者を「地域おこし協力隊員」とし、こうした者に対する地方自治体の支援等に対して財政措置が行われているが、都市部には、就学期・就職期に移動してきた「団塊の世代」が多いことを考えれば、Uターン・Iターンで高齢期を地方で過ごしたいというニーズがあると思われる。

この点に関し、米国には、健康なうちに移住し、健康状態の推移に応じて、同一敷地内で移動の心配なしに暮らし続けられる地域を作っていくとする取組があるが、様々な世代が共存する地域づくりは一考に値する。地方が都市部からの移住を期待するのであれば、特別養護老人ホームのみを整備し、入所を求めていくのではなく、自立型の住まいを用意し、医療・介護サービスを届けるといった形を目指すのも一つではないかと考える。

5. 中長期的な視点に立った対策

(中長期的な視点に立った介護保険事業計画の策定)

今後、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組と、具体的な施設整備は、地方自治体の介護保険事業（支援）計画に位置づけられて、進められることとなる。このうち、地域包括ケアシステムの構築は、一朝一夕で実現できるものではなく、短期と中長期に分けて改革の実現を図っていく必要がある。

このため、まずは、2015（平成27）年度からの第6期以降の介護保険事業計画を、2025年の地域包括ケアシステムの構築を視野に入れた「地域包括ケア計画」の始まりとも言うべき、実のあるものにしていくことが必要である。

その際、2025年を見据えた対応を進めるためには、各地方自治体が計画期間中の給付費を推計して保険料を設定するだけでなく、高齢者数、サービス量、給付と保険料水準等の見通しを2025年まで推計し、これを見据えた具体的な対応策を検討する必要がある。

そして、このような中長期的な視点に立った介護保険事業（支援）計画の策定を通じ、行政と地域住民が、地域の高齢化の状況を共有化し、自らの地域の将来像を考えるきっかけにすべきであるとする。

なお、都市部でも、市区町村や圏域単位ごとに状況は大きく異なり、一括りで議論すべきではないことは言うまでもない。ケアの基本単位である日常生活圏域で、社会資源も異なることから、その状況を客観的なデータに基づいて分析し、対応することが求められる。このため、厚生労働省は、地方自治体が情報を活用できるよう、介護・医療関連情報の「見える化」のシステム整備を進めるなど、地方自治体の計画策定を支援することが必要である。

（好事例の共有等）

本検討会では、地域・企業・団体の取組のヒアリングを行った。各地域には多くの好事例があり、このような取組を各地方自治体が自らの地域の状況に落とし込みながら応用していくことが、第一歩として取り組みやすい。しかしながら、好事例の蓄積と共有が図られていない状況にあることから、厚生労働省においては、単なる事例の紹介にとどまらず、プロセスやノウハウを含めた好事例集を作成し、地方自治体等に広く提供すべきである。

また、東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県の一都三県は、地理的な近接性のみならず、住民の職・住環境が密接しており、共通した課題もあることから、首都圏という範囲で継続的に連携・協議していくことが重要である。

6. おわりに

都市部の高齢化問題は、詰まるところ、日本の高齢化問題の縮図である。5回の検討会の開催で日本の高齢化問題全般を議論しきることはできないが、都市部の高齢化問題を乗り切る“糸口”は、これまで進めてきた地域包括ケアシステムの構築、すなわち、都市部においては集住といったその強みを活かした地域包括ケアシステムの構築にあるという方向性は共有化できたものと考えられる。

本とりまとめに盛り込まれたもののうち、「定期巡回・随時対応型訪問介護

看護、複合型サービス、小規模多機能型居宅介護、訪問看護といった各サービスの普及」「市区町村が主体となった在宅医療・介護連携」「サービス付き高齢者向け住宅の住所地特例」「空家を活用した低所得者向け住まいの確保・生活支援の推進」「生活支援・介護予防の基盤整備」「施設の整備手法の工夫や整備数の圏域間調整」「中長期的視点に立った介護保険事業（支援）計画の策定」は、法改正、基準等の運用面の見直し、予算の手当といった対応が必要である。

今後、この取りまとめを受けて、社会保障審議会介護保険部会や介護給付費分科会等で具体化に向けた議論が進むことを期待したい。地域包括ケアシステムの構築に“特効薬”はない。この取りまとめの中でも指摘した様々な課題を一つ一つ着実に克服するとともに、施策・地域資源を総動員して取り組んでいくことが求められている。

【都市部の高齢化対策に関する検討会 委員名簿】

(座長)	大森 彌	(東京大学名誉教授)
	大杉 覚	(首都大学東京教授)
	鎌形 太郎	(三菱総合研究所プラチナ社会研究センター長)
	熊坂 義裕	(盛岡大学栄養科学部教授、元宮古市長)
	高橋 紘士	(国際医療福祉大学大学院教授)
	馬場園 明	(九州大学大学院医学研究院教授)
	藻谷 浩介	(日本総合研究所調査部主席研究員)
	山崎 敏	(立教大学 コミュニティ福祉学部 兼任講師)
	中山 政昭	(東京都福祉保健局高齢社会対策部長)
	岡田 輝彦	(横浜市健康福祉局長)
	大塔 幸重	(さいたま市保健福祉局長)
	生田 直樹	(千葉市保健福祉局局長) ※ 第3回まで
	岡部 史哉	(千葉市保健福祉局次長) ※ 第4回から
	松雄 俊憲	(名古屋市健康福祉局高齢福祉部長)
	西嶋 善親	(大阪市福祉局長)
	秋山 由美子	(東京都世田谷区副区長)

【開催スケジュール】

- 第1回：5月20日
委員からのプレゼンテーション
- 第2回：6月13日
委員のプレゼンテーション、有識者、地方自治体のヒアリング
- 第3回：7月23日
有識者、サービス実施団体等のヒアリング
- 第4回：8月27日
論点整理
- 第5回：9月20日
報告書とりまとめ

社会保障審議会 介護保険部会(第50回)	資料 1-3
平成25年10月2日	

都市部の高齢化対策に関する検討会報告書

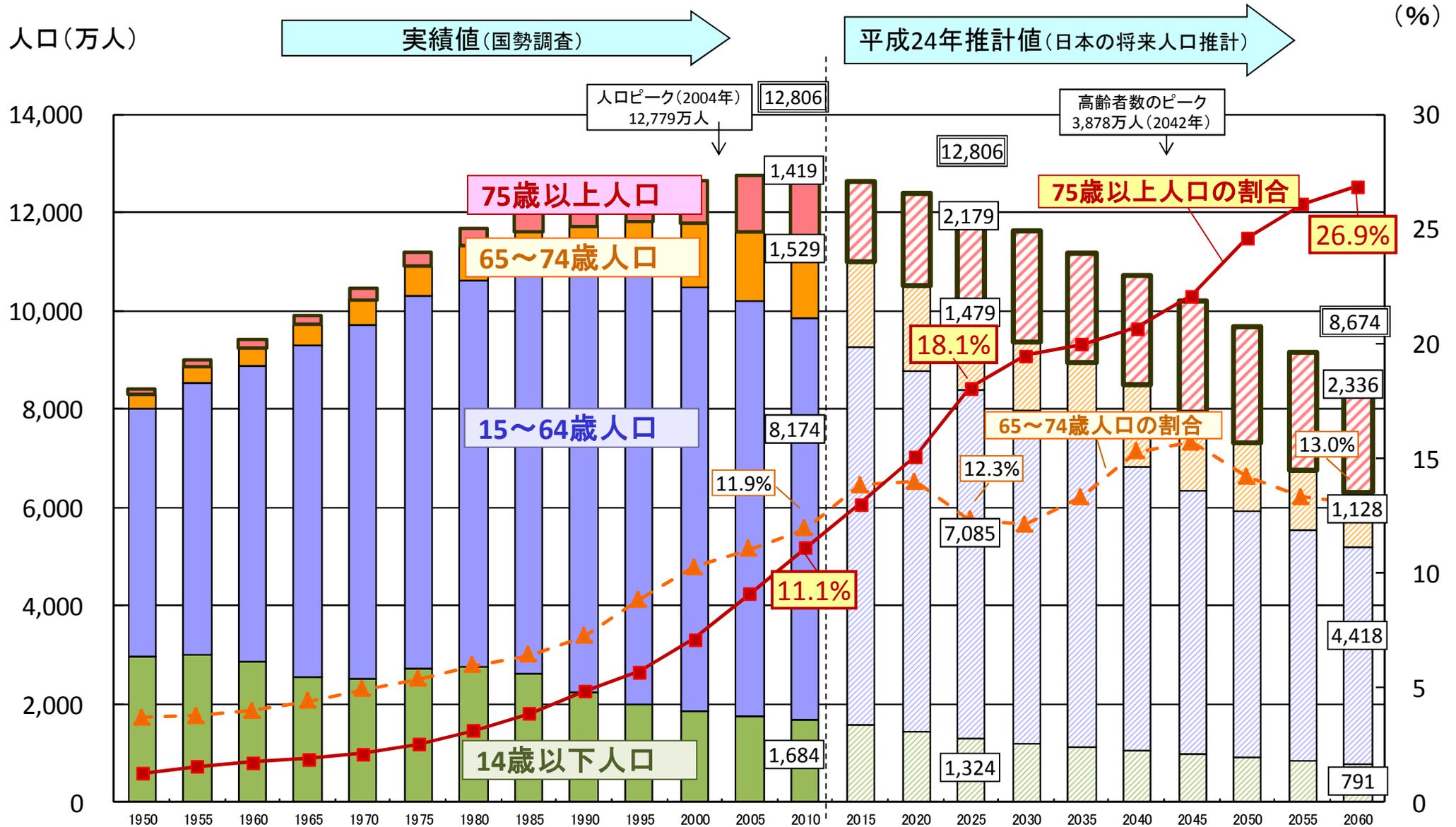
参考資料

目次

1. 人口	・・・P.1
2. 都市部の地域特性	・・・P.20
3. 「団塊の世代」の現状と意識	・・・P.42
4. 在宅医療・介護	・・・P.48
5. 住まい	・・・P.69
6. 生活支援・予防	・・・P.94
7. 施設整備	・・・P.106
8. 中長期的視点に立った取組	・・・P.134

1. 人口

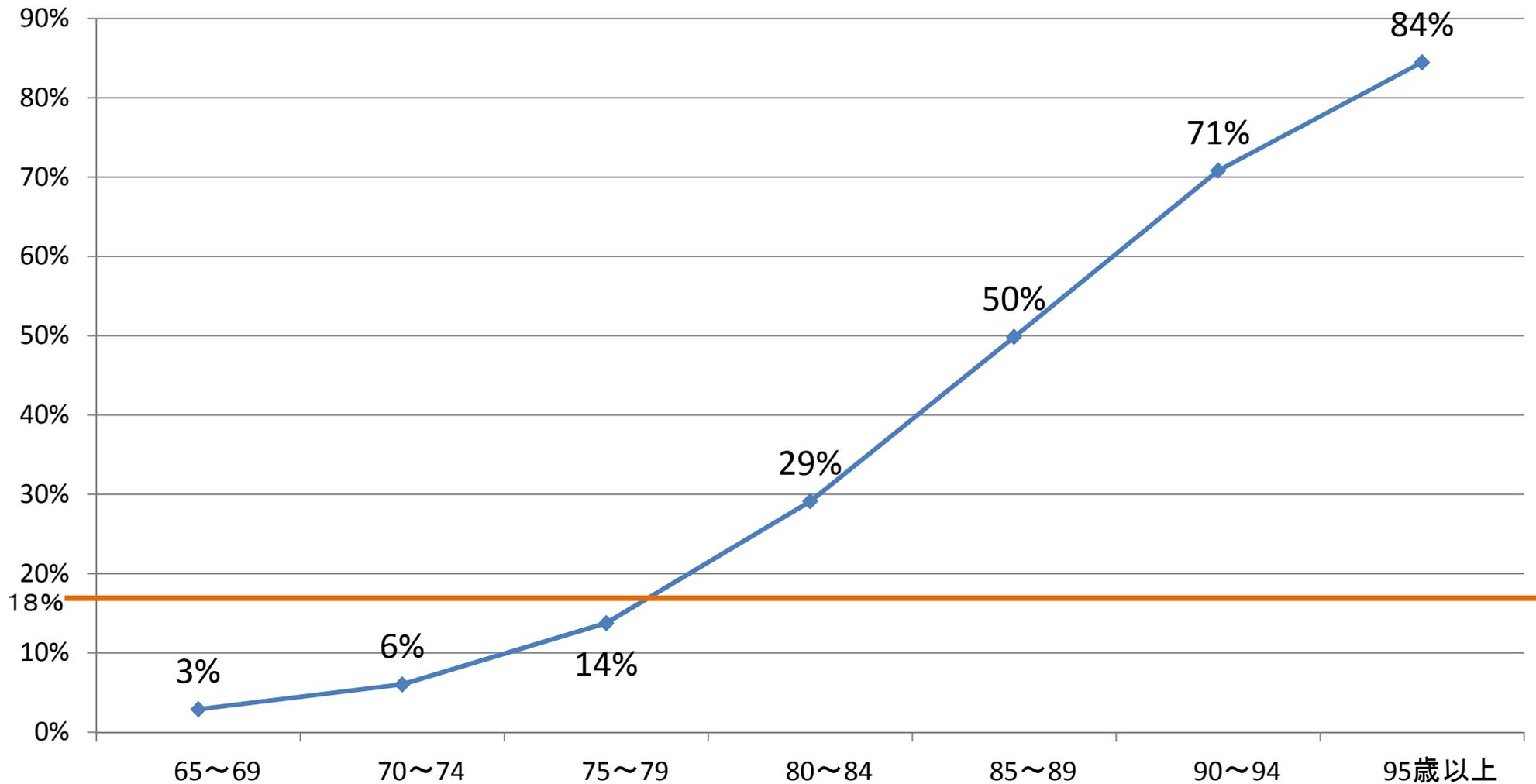
75歳以上の高齢者数の急速な増加



(資料)総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計
2010年の値は総務省統計局「平成22年国勢調査による基準人口」(国籍・年齢「不詳人口」を按分補正した人口)による。

年齢階層別の要介護（要支援）認定率（推計）

- 要介護（支援）認定率は、年齢とともに上昇し、85歳～89歳では約半数が認定を受けている。
- 一方で、一号被保険者全体で認定を受けている率は、約18%程度である。



出典：社会保障人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査（平成24年11月審査分）

都道府県別の高齢者(75歳以上)人口の推移

	2010年時点の 高齢者人口(万人)	2025年時点の 高齢者人口(万人)	増加数 (万人)	増加率	順位
東京都	123.4	197.7	74.3	+60%	1
神奈川県	79.4	148.5	69.2	+87%	2
大阪府	84.3	152.8	68.5	+81%	3
埼玉県	58.9	117.7	58.8	+100%	4
千葉県	56.3	108.2	52.0	+92%	5
愛知県	66.0	116.6	50.6	+77%	6
佐賀県	11.4	14.3	2.9	+26%	43
高知県	12.2	14.9	2.7	+22%	44
山形県	18.1	20.7	2.6	+14%	45
鳥取県	8.6	10.5	1.9	+22%	46
島根県	11.9	13.7	1.8	+15%	47
全国	1,419.4	2,178.6	759.2	+53%	

【資料】2010年高齢者人口:「平成22年国勢調査」(総務省統計局)

2025年高齢者人口:「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

都道府県別の高齢者(65歳以上)人口の推移

	2010年時点の 高齢者人口(万人)	2025年時点の 高齢者人口(万人)	増加数 (万人)	増加率	順位
東京都	267.9	332.2	64.3	+24%	1
神奈川県	183.0	244.8	61.8	+34%	2
埼玉県	147.0	198.2	51.2	+35%	3
大阪府	198.5	245.7	47.2	+24%	4
千葉県	133.9	179.8	45.8	+34%	5
愛知県	150.6	194.3	43.7	+29%	6
秋田県	32.1	35.3	3.2	+10%	43
和歌山県	27.4	30.3	2.9	+10%	44
鳥取県	15.5	17.9	2.4	+15%	45
高知県	22.0	24.2	2.1	+10%	46
島根県	20.9	22.6	1.8	+8%	47
全国	2,948.4	3,657.3	709.0	+24%	

【資料】2010年高齢者人口:「平成22年国勢調査」(総務省統計局)
2025年高齢者人口:「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

都道府県別生産年齢人口(15～64歳) ／高齢者(75歳以上)人口比率の推移

	2010年時点の 比率①	2025年時点の 比率②	変化率 ②/①	順位
埼玉県	8.1	3.6	45%	1
千葉県	7.2	3.3	45%	2
大阪府	6.8	3.3	49%	3
神奈川県	7.6	3.8	49%	4
奈良県	5.7	2.9	51%	5
(愛知県)	7.3	3.9	53%	(8)
(東京都)	7.3	4.3	59%	(21)
佐賀県	4.6	3.0	66%	43
熊本県	4.3	2.8	66%	44
山形県	3.9	2.6	68%	45
島根県	3.5	2.4	68%	46
鹿児島県	4.0	2.8	69%	47
全国	5.8	3.3	56%	

【資料】2010年高齢者人口：「平成22年国勢調査」(総務省統計局)

2025年高齢者人口：「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

都道府県別生産年齢人口(15～64歳) ／高齢者(65歳以上)人口比率の推移

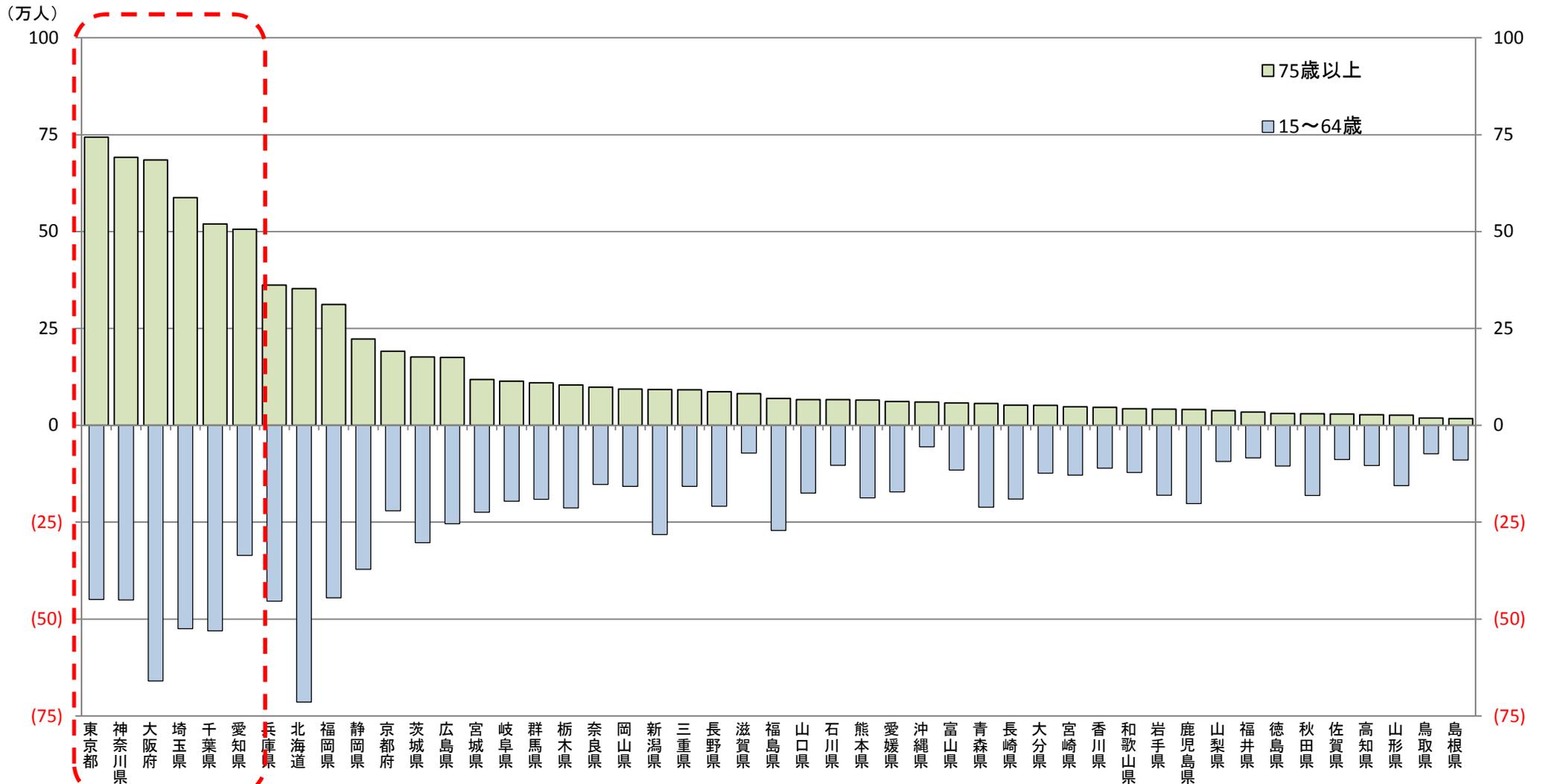
	2010年時点の 比率①	2025年時点の 比率②	変化率 ②/①	順位
北海道	2.6	1.6	63%	1
青森県	2.4	1.5	64%	2
栃木県	2.9	1.9	64%	3
沖縄県	3.7	2.4	64%	4
福島県	2.4	1.6	65%	5
(大阪府)	2.9	2.1	71%	(39)
(愛知県)	3.2	2.3	72%	(41)
島根県	2.0	1.4	72%	43
三重県	2.6	1.9	74%	44
長野県	2.3	1.7	74%	45
岡山県	2.4	1.8	75%	46
東京都	3.4	2.6	77%	47
全国	2.8	1.9	70%	

【資料】2010年高齢者人口:「平成22年国勢調査」(総務省統計局)

2025年高齢者人口:「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

都道府県別 高齢者人口及び現役世代人口の増減(2010年～2025年)

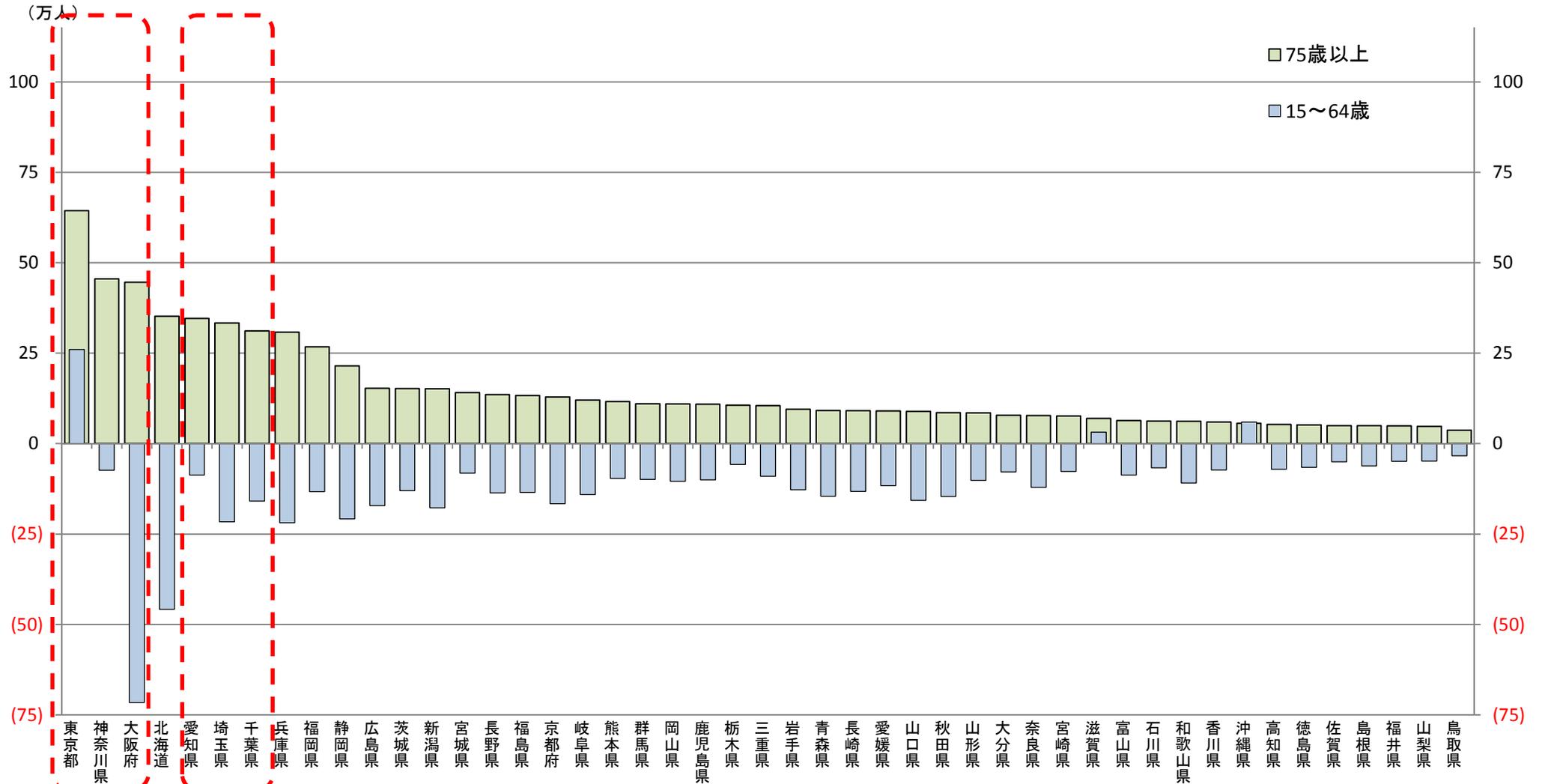
- 2010年から2025年の都市部6都府県(埼玉、千葉、東京、神奈川、愛知、大阪)の75歳以上高齢者人口の増加数は、約373.4万人。
- 同期間の都市部6都府県の15歳から64歳人口は、約295.1万人の減少。



資料:「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所) ※都市部6都府県…埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、愛知県、大阪府。

都道府県別 高齢者人口及び現役世代人口の増減(1995年～2010年)

- 1995年から2010年の都市部6都府県(埼玉、千葉、東京、神奈川、愛知、大阪)の75歳以上高齢者人口の増加数は、約253.7万人。
- 同期間の都市部6都府県の15歳から64歳人口は、約99万人の減少。



資料:「国勢調査」(総務省)

※都市部6都府県・・・埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、愛知県、大阪府。

高齢者の世帯形態の推移と将来推計(75歳以上)

- 今後、単身や夫婦のみの高齢者世帯が増加することが予想されている。

(万世帯)

	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
一般世帯	4,906	5,184	5,290	5,305	5,244	5,123
世帯主が75歳以上の世帯	554	731	882	1,023	1,187	1,221
単独世帯 (比率)	197 35.5%	269 36.8%	326 37.0%	382 37.3%	447 37.7%	473 38.7%
夫婦のみ世帯 (比率)	171 30.8%	225 30.8%	275 31.2%	321 31.4%	370 31.2%	373 30.5%

(注) 単独世帯・夫婦のみ世帯に付記してある比率は、「世帯主が75歳以上の世帯」に占める割合

(出典) 日本の世帯数の将来推計(全国推計) 2013年1月推計 [国立社会保障・人口問題研究所]

※2010年国勢調査に調整を加えて行った推計値。

高齢者の世帯形態の推移と将来推計(65歳以上)

- 今後、単身や夫婦のみの高齢者世帯が増加することが予想されている。

(万世帯)

	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
一般世帯	4,906	5,184	5,290	5,305	5,244	5,123
世帯主が65歳以上の世帯	1,355	1,620	1,889	2,006	2,015	2,011
単独世帯 (比率)	387 28.5%	498 30.7%	601 31.8%	668 33.3%	701 34.8%	730 36.3%
夫婦のみ世帯 (比率)	465 34.3%	540 33.3%	621 32.9%	651 32.5%	645 32.0%	633 31.5%

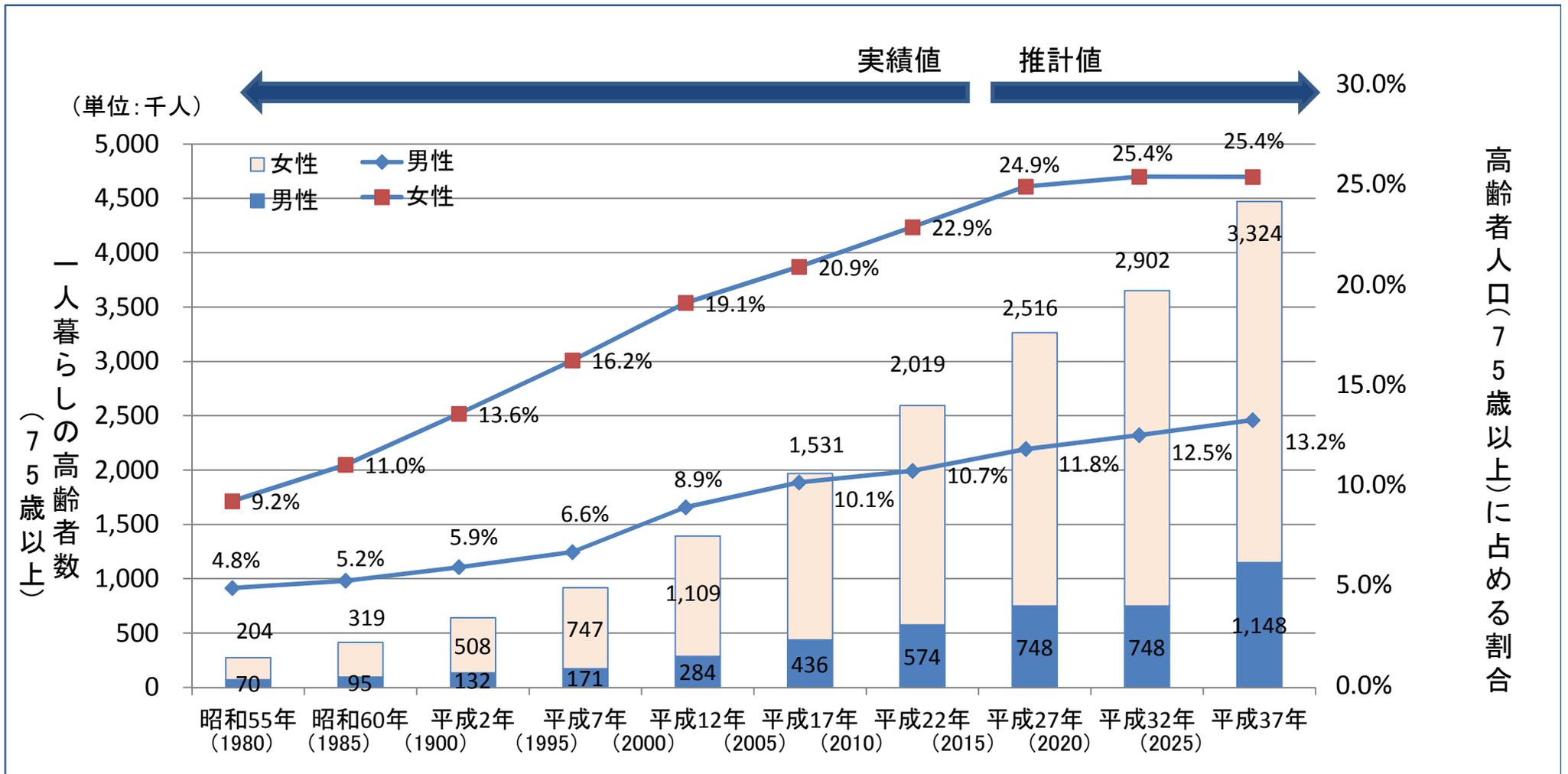
(注) 単独世帯・夫婦のみ世帯に付記してある比率は、「世帯主が65歳以上の世帯」に占める割合

(出典) 日本の世帯数の将来推計(全国推計) 2013年1月推計 [国立社会保障・人口問題研究所]

※2010年国勢調査に調整を加えて行った推計値。

一人暮らし高齢者数の推移と将来推計(75歳以上)

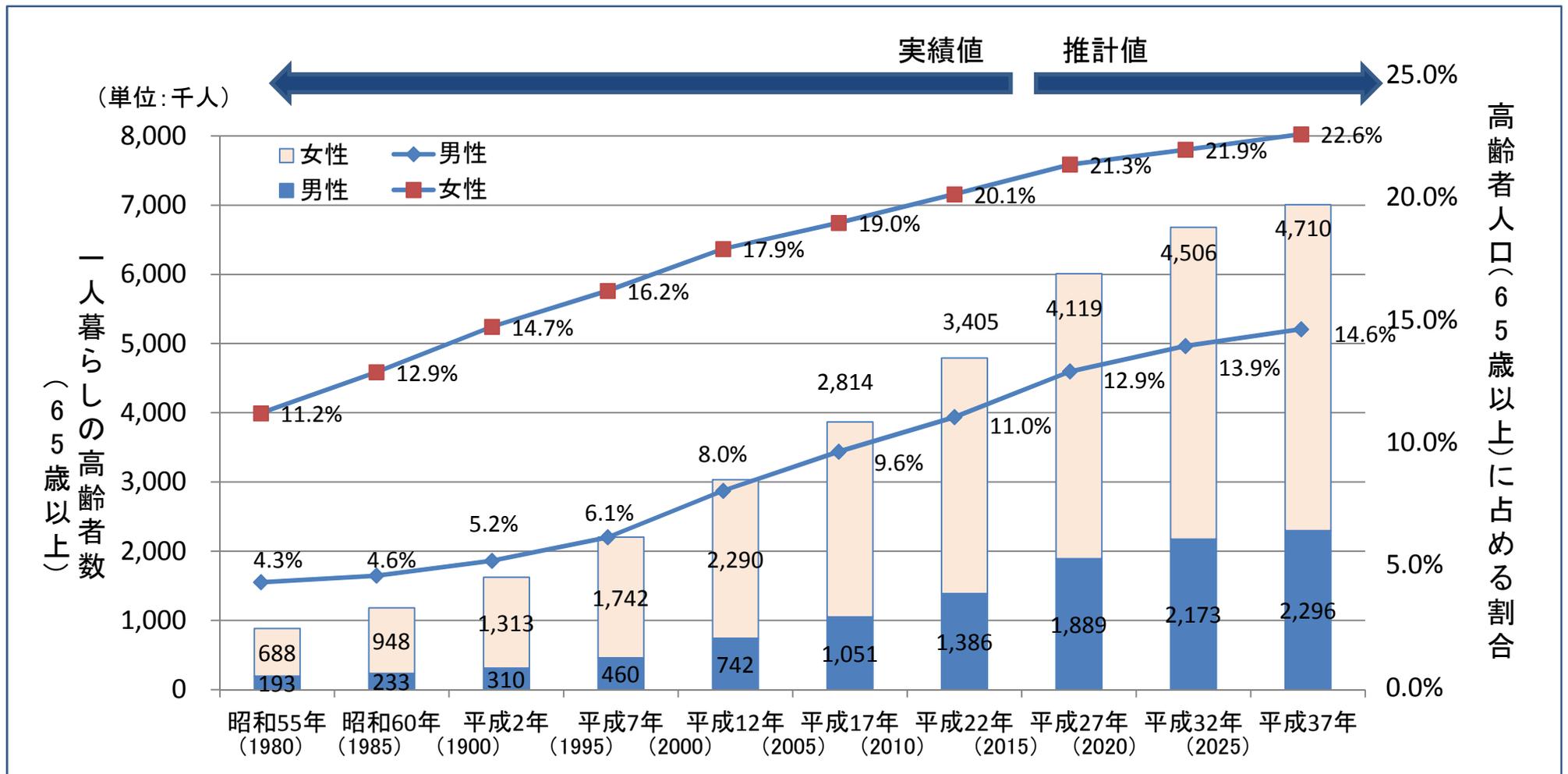
- 「一人暮らし高齢者数」は、男性・女性ともに増え続けている。
- 「一人暮らし高齢者数」の増加は、高齢者人口の増加率を上回っている。



出典：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(2013年1月)」、
「日本の将来推計人口(平成24年1月)」

一人暮らし高齢者数の推移と将来推計(65歳以上)

- 「一人暮らし高齢者数」は、男性・女性ともに増え続けている。
- 「一人暮らし高齢者数」の増加は、高齢者人口の増加率を上回っている。



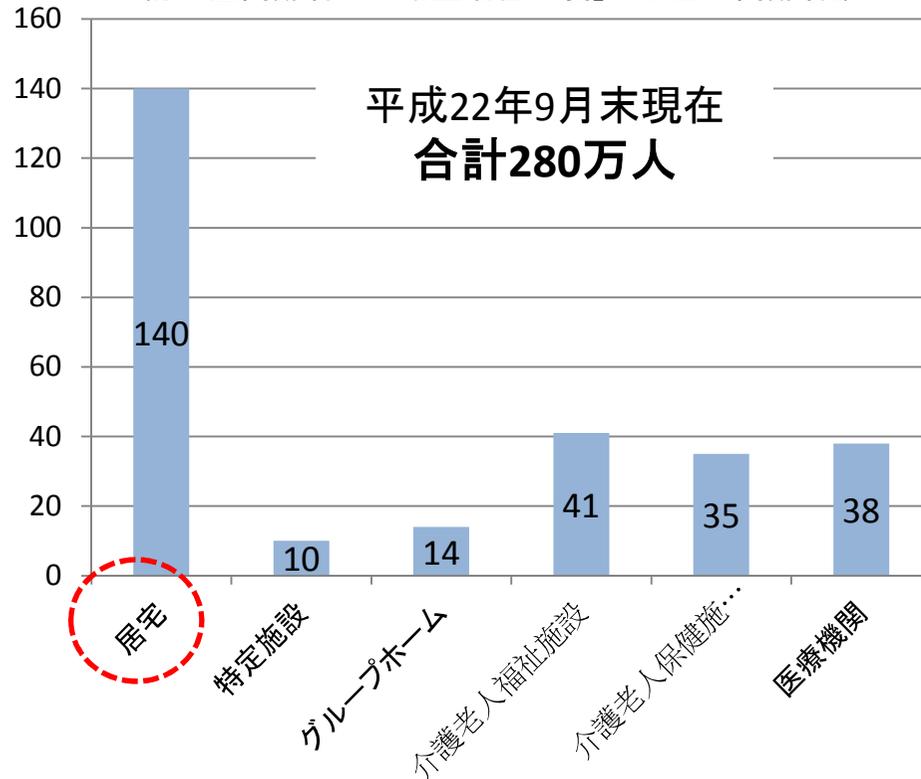
出典：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(2013年1月)」、
「日本の将来推計人口(平成24年1月)」

認知症高齢者の状況と将来推計

- 要介護認定データによる認知症高齢者数は、平成22年9月末で280万人であった。
- 2020年には、認知症高齢者が400万人を超えるると推計されている。

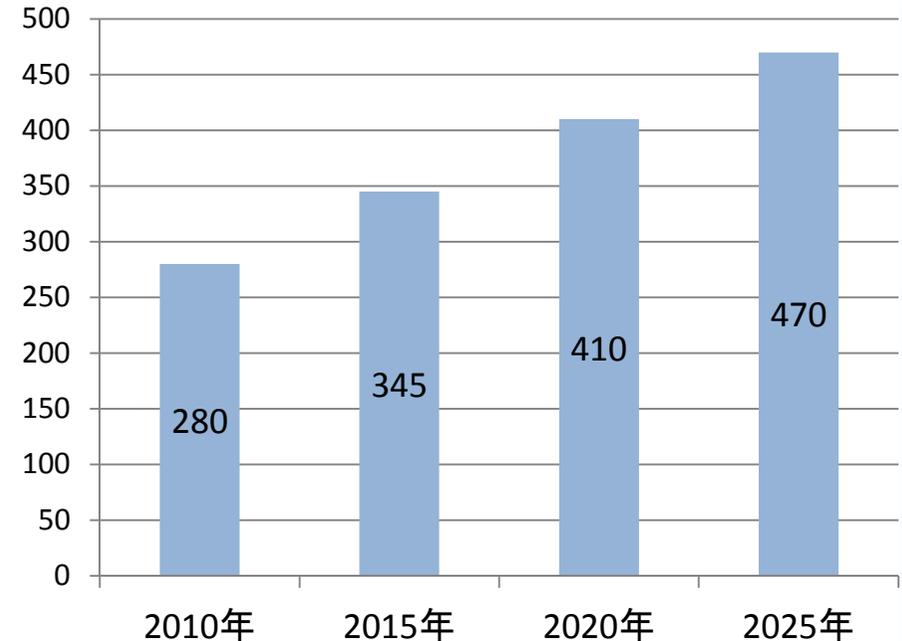
認知症高齢者の居場所別内訳 (単位:万人)

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数



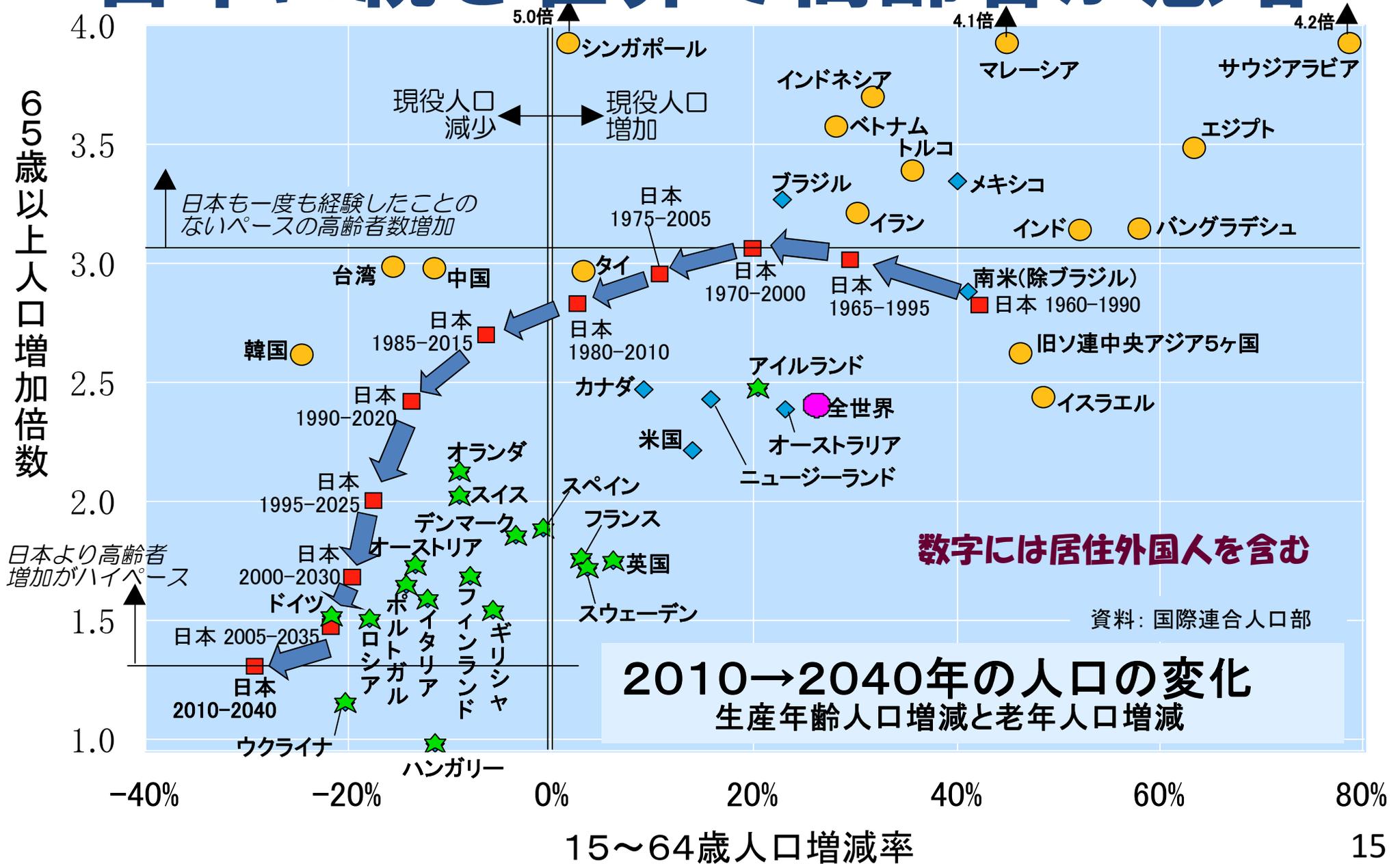
認知症高齢者数の将来推計 (単位:万人)

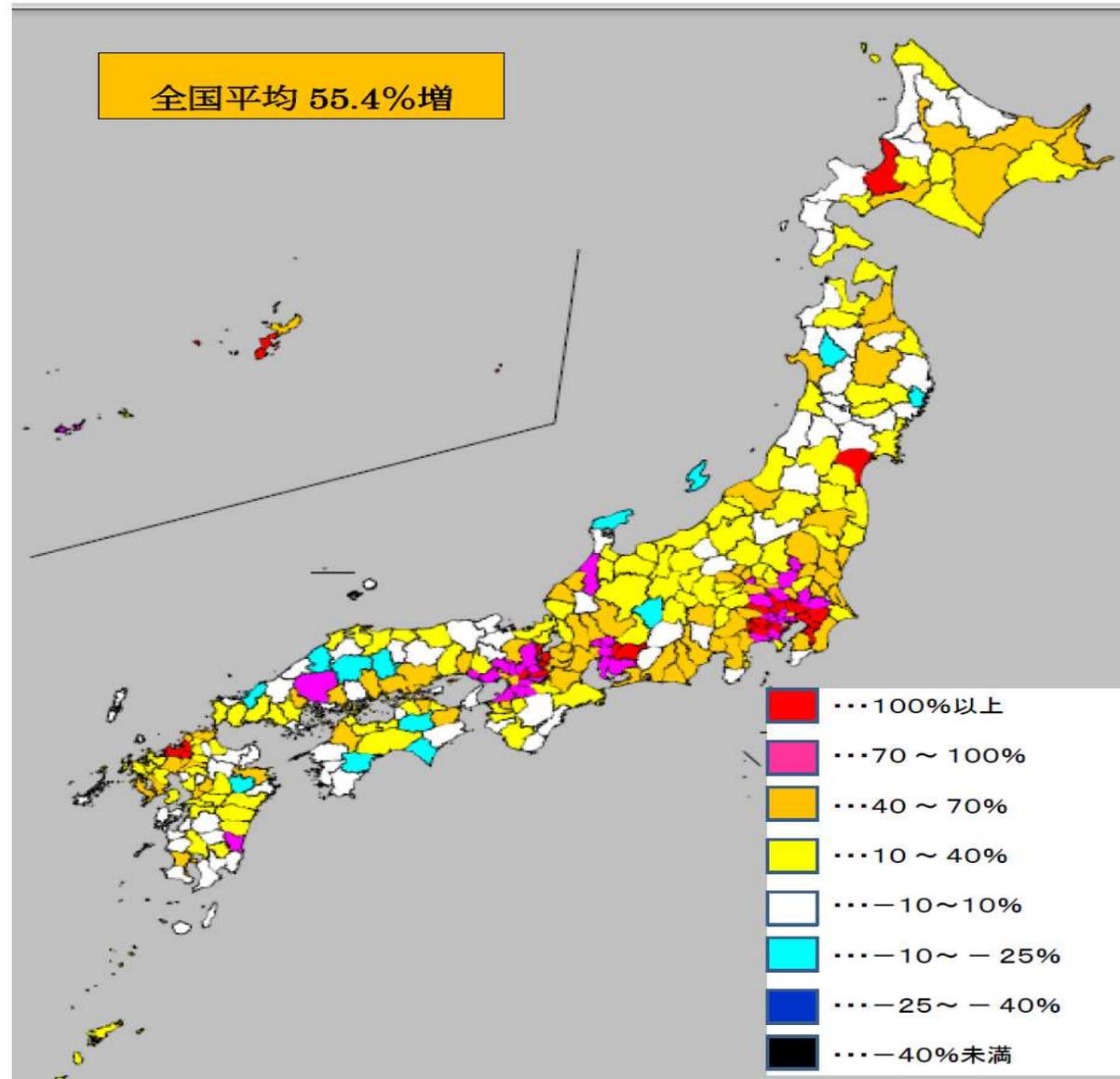
「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数



日常生活自立度Ⅱ:日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態

日本に続き世界で高齢者が急増





75歳以上人口は、10年から25年にかけて急増し、その後微増から微減傾向に転じる。2010年から40年の間に我が国の75歳以上人口は**55.4%増加**し、全国的に、黄色またはオレンジ色の地域が広がる。人口の変動が少ない白色の地域が、北海道・東北・山陰等に広がる一方、100%を超える増加である赤色の地域が、東京の周辺部に広がるなど、**75歳以上人口の増加率の地域差は大きい**。

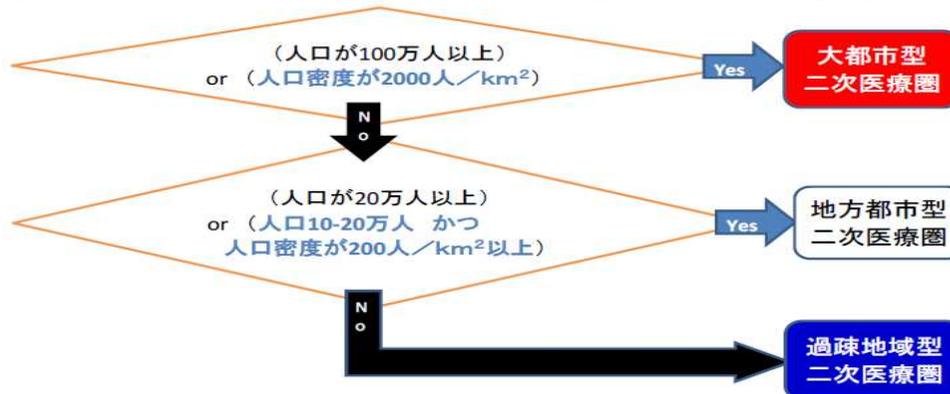


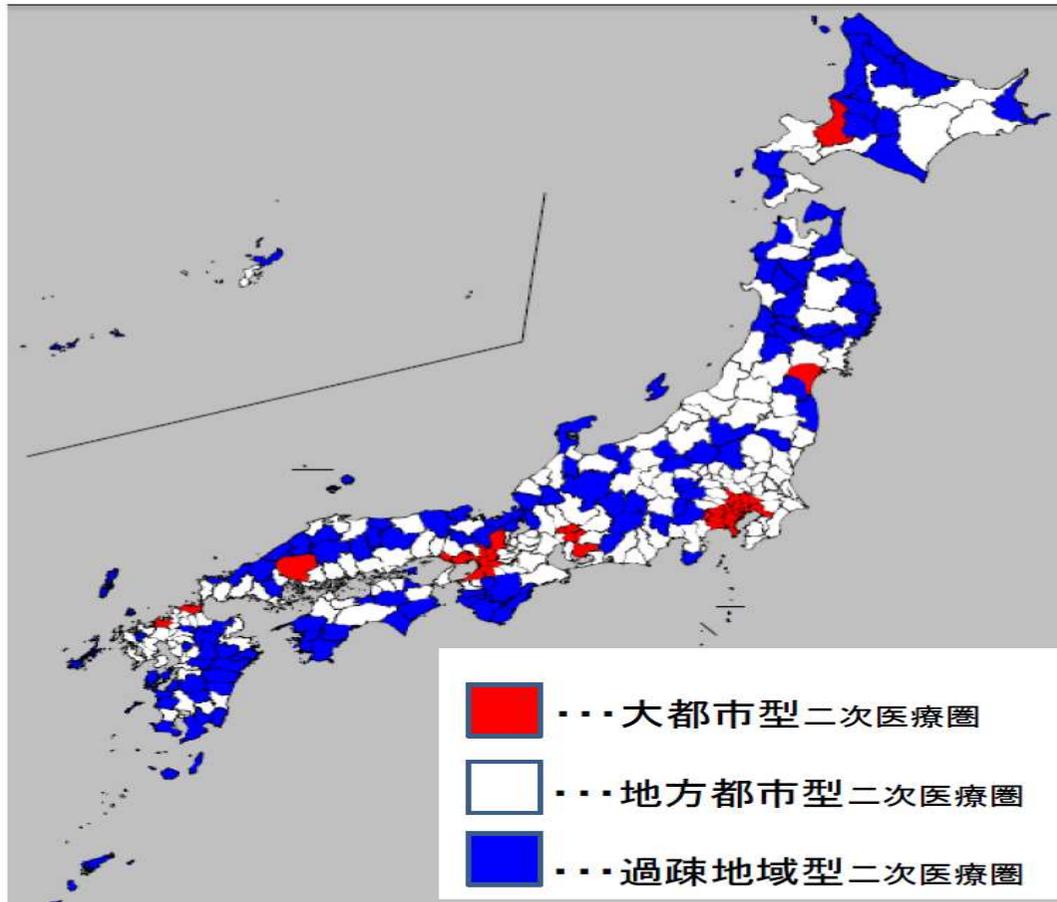
2010年から40年にかけての75歳以上人口の伸びが特に激しい、東京周辺の様子を示す。千葉県西部、埼玉県東部・中央部、神奈川県北部は、2010年から40年にかけて、75歳以上人口が100%以上増加する。

◎ 地域により人口変動のパターンが大きく異なる

I-③大都市、地方都市、過疎地域に分ける

343個ある二次医療圏を、(人口が100万人以上)または(人口密度が2000人/km²)の条件を満たす二次医療圏を**大都市型**二次医療圏に、(人口が20万人以上)または(人口10-20万人かつ人口密度が200人/km²以上)の条件を満たす二次医療圏を**地方都市型**二次医療圏に、その他を**過疎地域型**二次医療圏に分けると、以下の地図に示すように日本を三つのグループに分けることができる。





このルールに従うと、以下の表に示すように、53個の大都市型、163個の地方都市型、127個の過疎地域型の二次医療圏に分かれる。

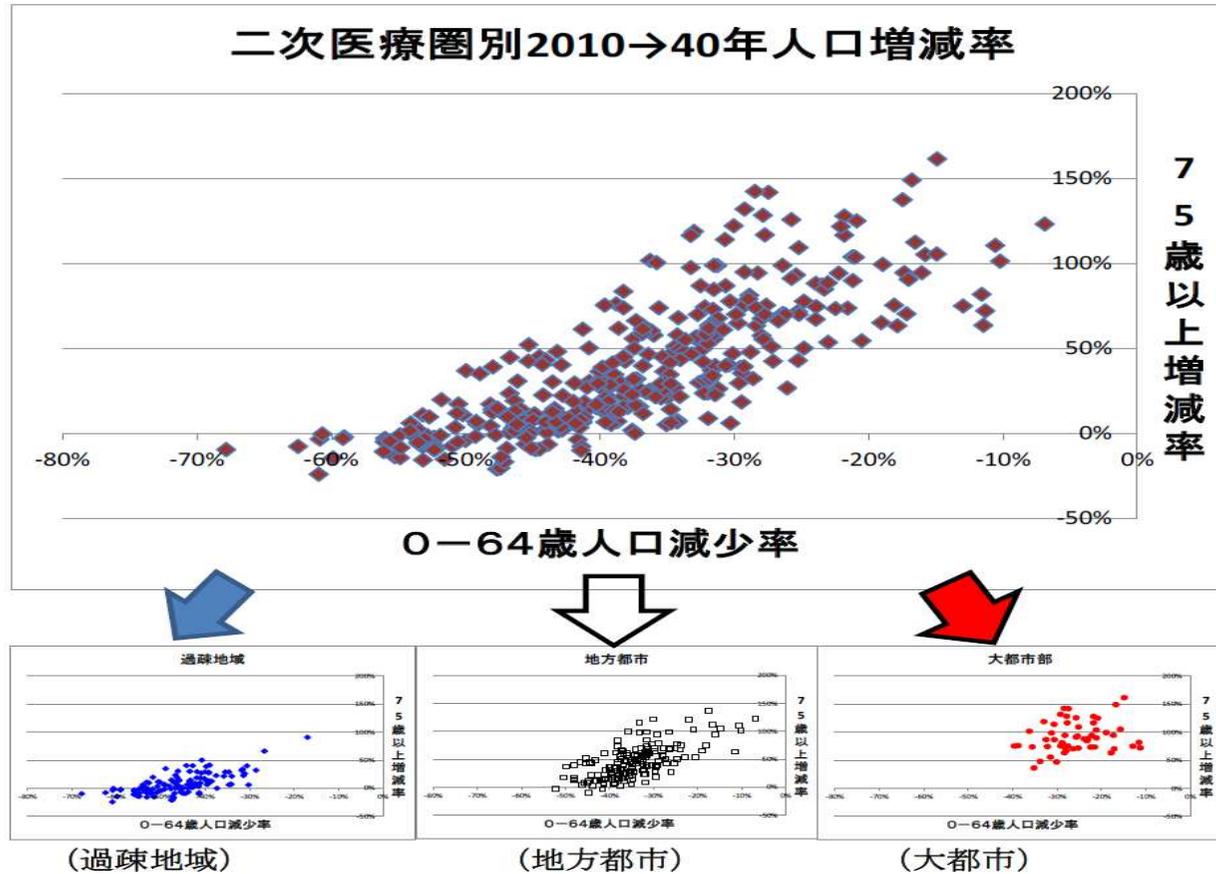
大都市型には、我が国の5%の面積を占めるが、そこに全人口の44%が住み、平均の人口密度が2942人/km²である。地方都市型は、我が国の面積の50%を占め、人口の46%が住んでおり、平均人口密度が約315人である。過疎地域型は、我が国の面積の45%を占めるが、人口のわずか9%としか住まず、人口密度が73人/km²である。

	地域数	面積		人口		人口密度
		(km ²)	(%)	(万人)	(%)	(人/km ²)
全国	343	372903	100%	12806	100%	343.4
大都市型	53	19.362	5%	5696	44%	2942.1
地方都市型	163	187.534	50%	5903	46%	314.8
過疎地域型	127	166.008	45%	1206	9%	72.6

(大都市型、地方都市型、過疎地域型の面積、人口、人口密度)

以下のグラフは、横軸が2010年から40年にかけての0-64歳の人口減少率、縦軸が2010年から40年にかけての75歳以上人口の増減率を、各プロットは、二次医療圏の状況を表す。

下の3つのグラフは、人口規模と人口密度をもとに分けた「過疎地域」、「地方都市」、「大都市」別に、同様のグラフを描いたものである。



大都市型の二次医療圏は、0-64歳の人口減少が少ないかわりに、75歳以上の人口は大幅に増える。逆に、過疎地型の二次医療圏では、75歳以上の人口はほとんど増えないが、0-64歳の人口が大幅に減少する。

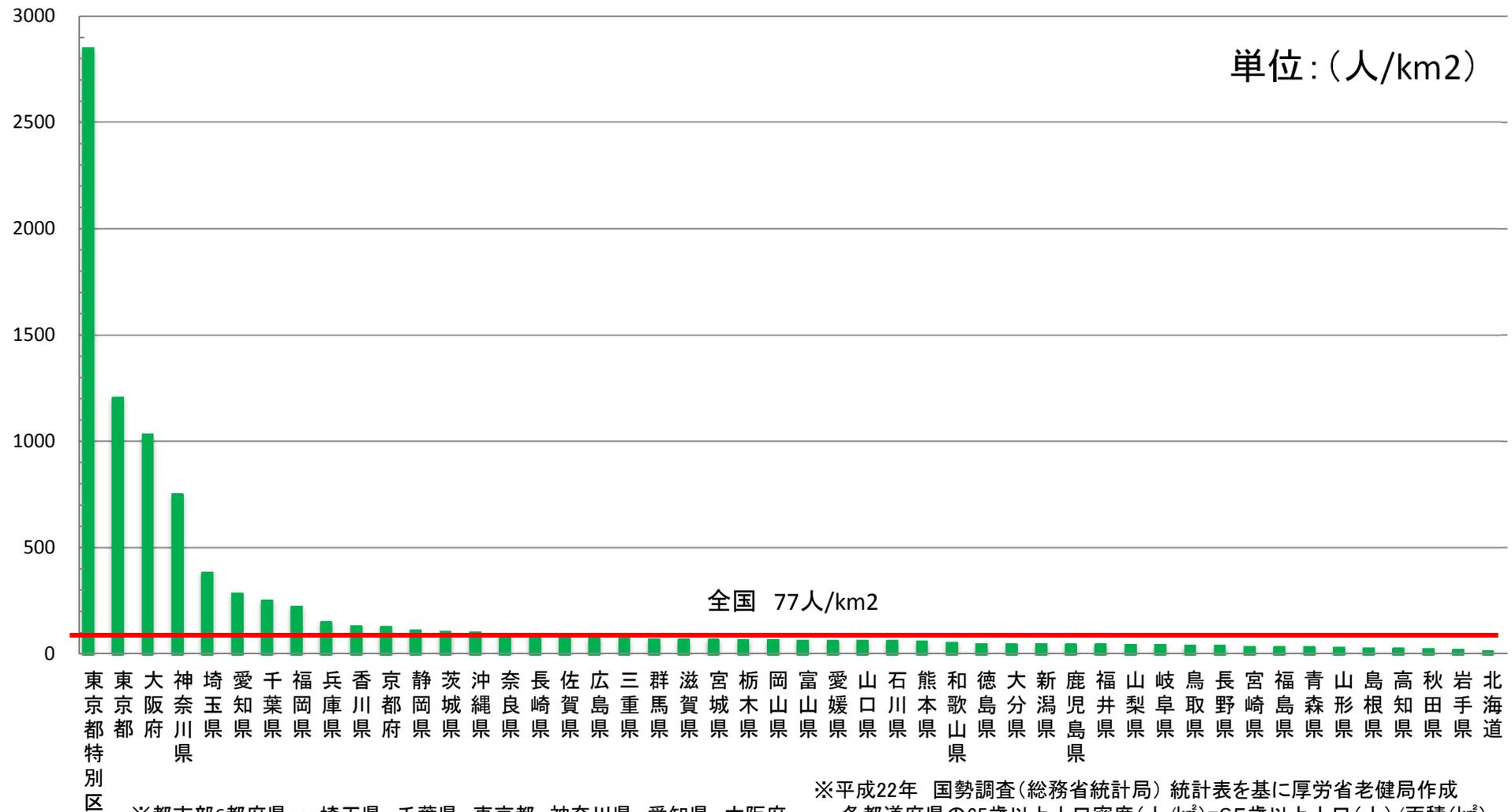
◎人口動態は、地域により大きく異なるが、大都市、地方都市、過疎地域と分けることにより、今後の人口動態の動向をある程度把握できるようになる。

◎我が国の全体の人口の今後の推移を解説した「高齢化社会にまつわる3つの勘違い」

2. 都市部の地域特性

都道府県別 65歳以上の人口密度

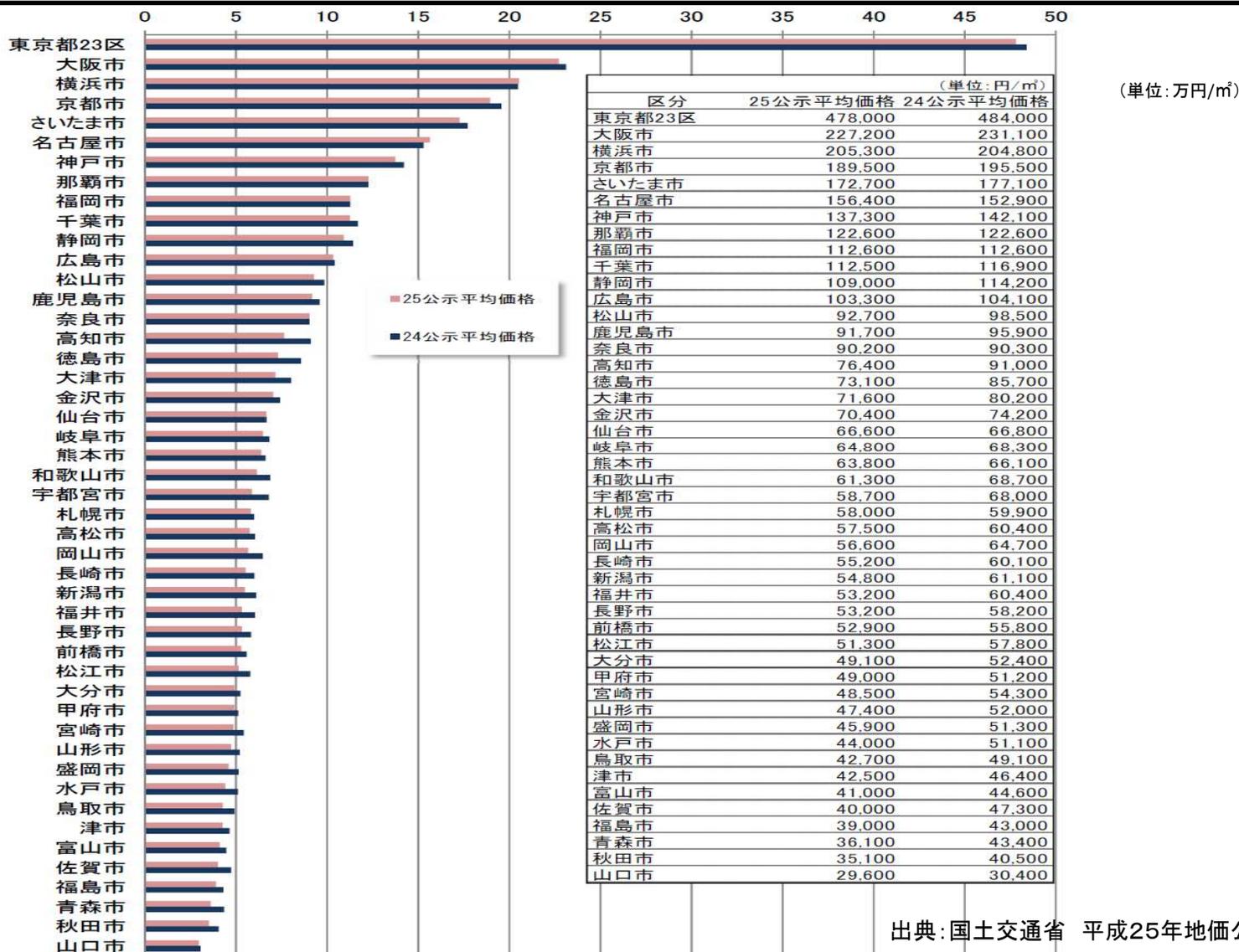
○ 65歳以上人口の人口密度は、全国77人/km²に対して、東京都1,208人/km²、大阪府1,034人/km²、神奈川県753人/km²、埼玉県386人/km²、愛知県289人/km²、千葉県256人/km²となっている。東京都特別区に限っては2,850人/km²であり全国の37倍程度と極めて高くなっている。



※平成22年 国勢調査(総務省統計局) 統計表を基に厚労省老健局作成
 ※都市部6都府県・・・埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、愛知県、大阪府。 各都道府県の65歳以上人口密度(人/km²)=65歳以上人口(人)/面積(km²)

都道府県庁所在地の住宅地平均価格

○ 都市部は地価が高い。平成25年地価公示における都道府県庁所在地の住宅地平均価格は、東京都特別区約47万8千円/㎡、横浜市約22万7千円/㎡、大阪市約20万5千円/㎡が全国の上位3位を占めており、さいたま市約17万3千円/㎡、名古屋市約15万6千円/㎡、千葉市約11万3千円/㎡となっている。



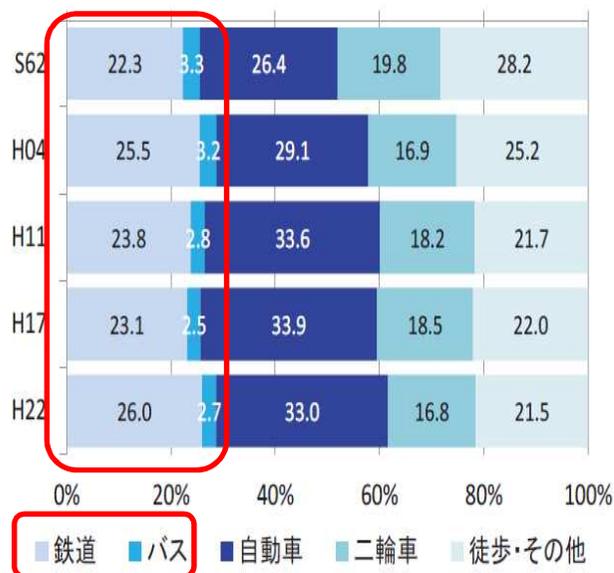
出典:国土交通省 平成25年地価公示

都市部における交通インフラの充実①

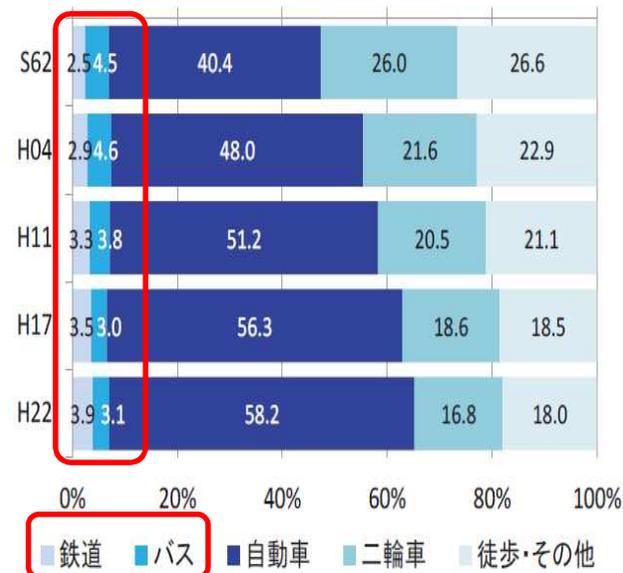
○ 三大都市圏においては鉄道やバスが発達しており、公共交通インフラが充実している。

＜代表交通手段分担率(%)＞

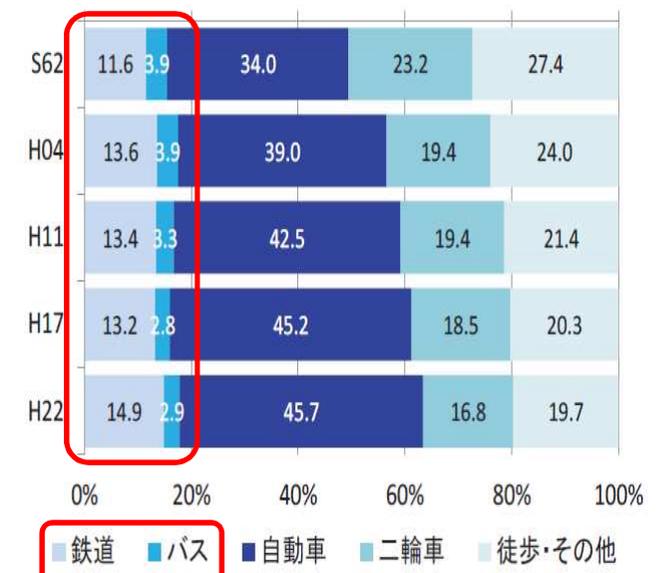
＜三大都市圏＞ 平日



＜地方都市圏＞ 平日



＜全国＞ 平日



※三大都市圏(調査対象都市)・・・千葉市、東京区部、横浜市、川崎市、名古屋市、京都市、大阪市、神戸市、所沢市、松戸市、堺市、奈良市、岐阜市、春日井市、宇治市

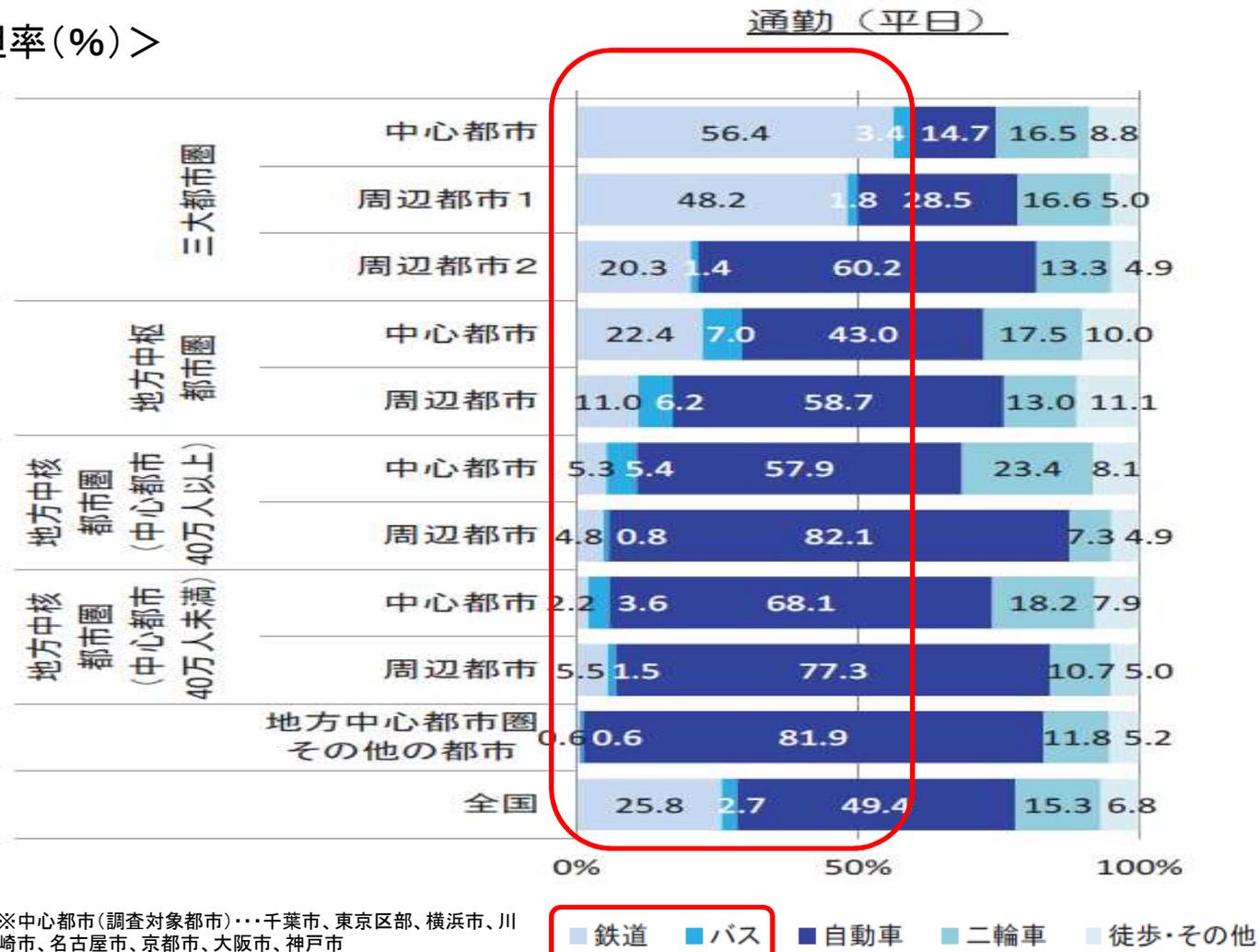
※地方都市圏(調査対象都市)・・・札幌市、仙台市、広島市、北九州市、福岡市、塩竈市、呉市、宇都宮市、金沢市、静岡市、熊本市、鹿児島市、弘前市、盛岡市、郡山市、松江市、徳島市、高知市、山梨市、海南市、安来市、南国市、湯沢市、上越市、今吉市、人吉市

出典:国土交通省「都市における人の動き-平成22年全国都市交通特性調査集計結果から-」

都市部における交通インフラの充実②

○ 三大都市圏の中でも、中心都市になるほど鉄道とバスの代表交通手段分担率が高く、公共交通インフラが整備されている。

<代表交通手段分担率(%)>

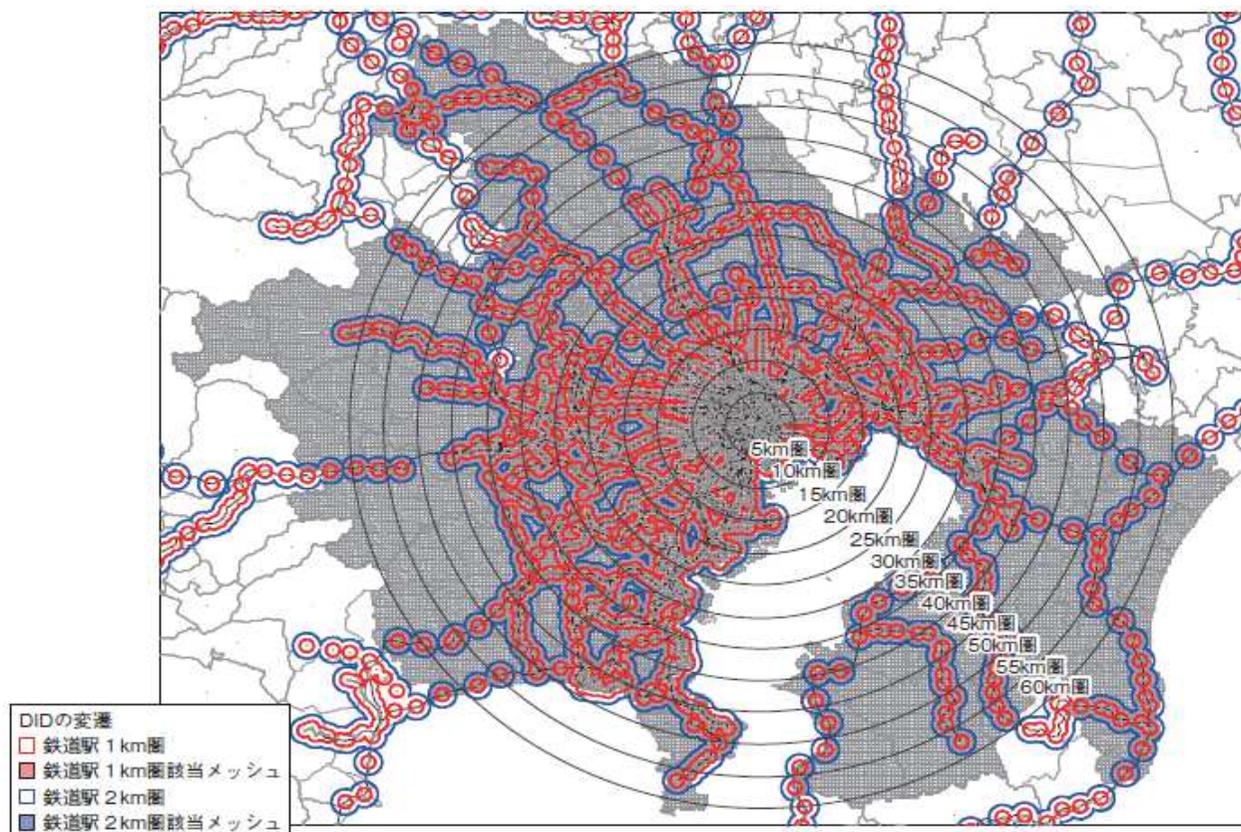


※中心都市(調査対象都市)・・・千葉市、東京区部、横浜市、川崎市、名古屋市、京都市、大阪市、神戸市

出典:国土交通省「都市における人の動き-平成22年全国都市交通特性調査集計結果から-」

首都圏における鉄道網の状況

- 首都圏においては鉄道網が発達しており、地方部に比べ駅がきめ細かく整備されている。



注1：図中のグレー網掛けは、東京の都市雇用圏を示す。

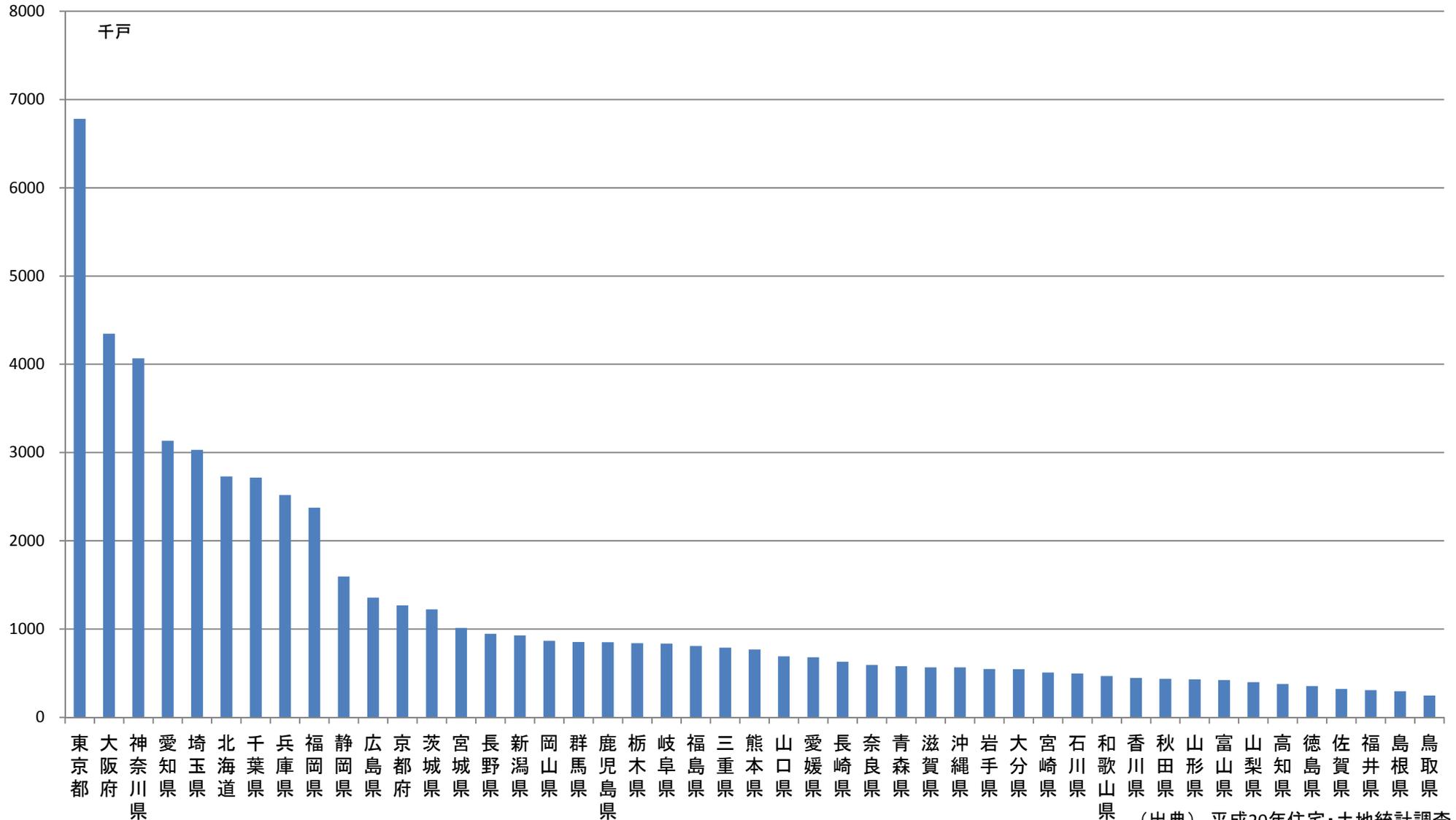
注2：「鉄道駅 1km圏該当メッシュ」とは、メッシュの中心点が鉄道駅 1km圏内にあるものを示し、「鉄道駅 2km圏該当メッシュ」とは、同じくメッシュの中心点が鉄道駅 2km圏内にあるものを示す。

資料：金本良嗣・徳岡一幸：「日本の都市圏設定基準」, 応用地域学研究No.7, PP1-15, 平成14年、「国勢調査」(総務省)をもとに国土交通省都市局作成。

出典：平成24年度 首都圏整備に関する年次報告(国土交通省)

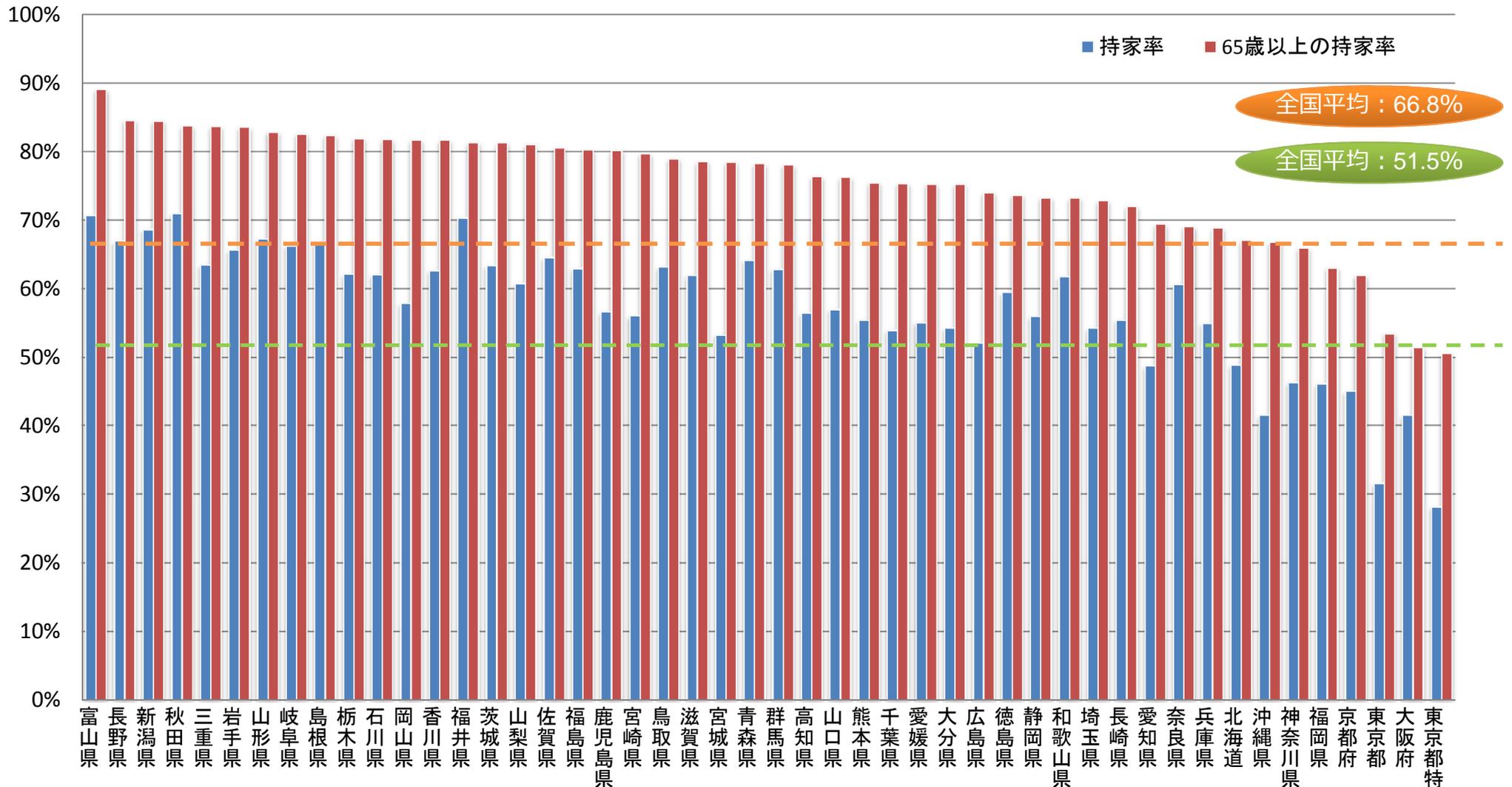
都道府県別 総住宅数(平成20年)

○ 総住宅数は、全国で5,759万戸に対し、東京都が全国で最も多く678万戸、大阪府435万戸、神奈川県407万戸、愛知県313万戸、埼玉県303万戸、千葉県272万戸となっている。



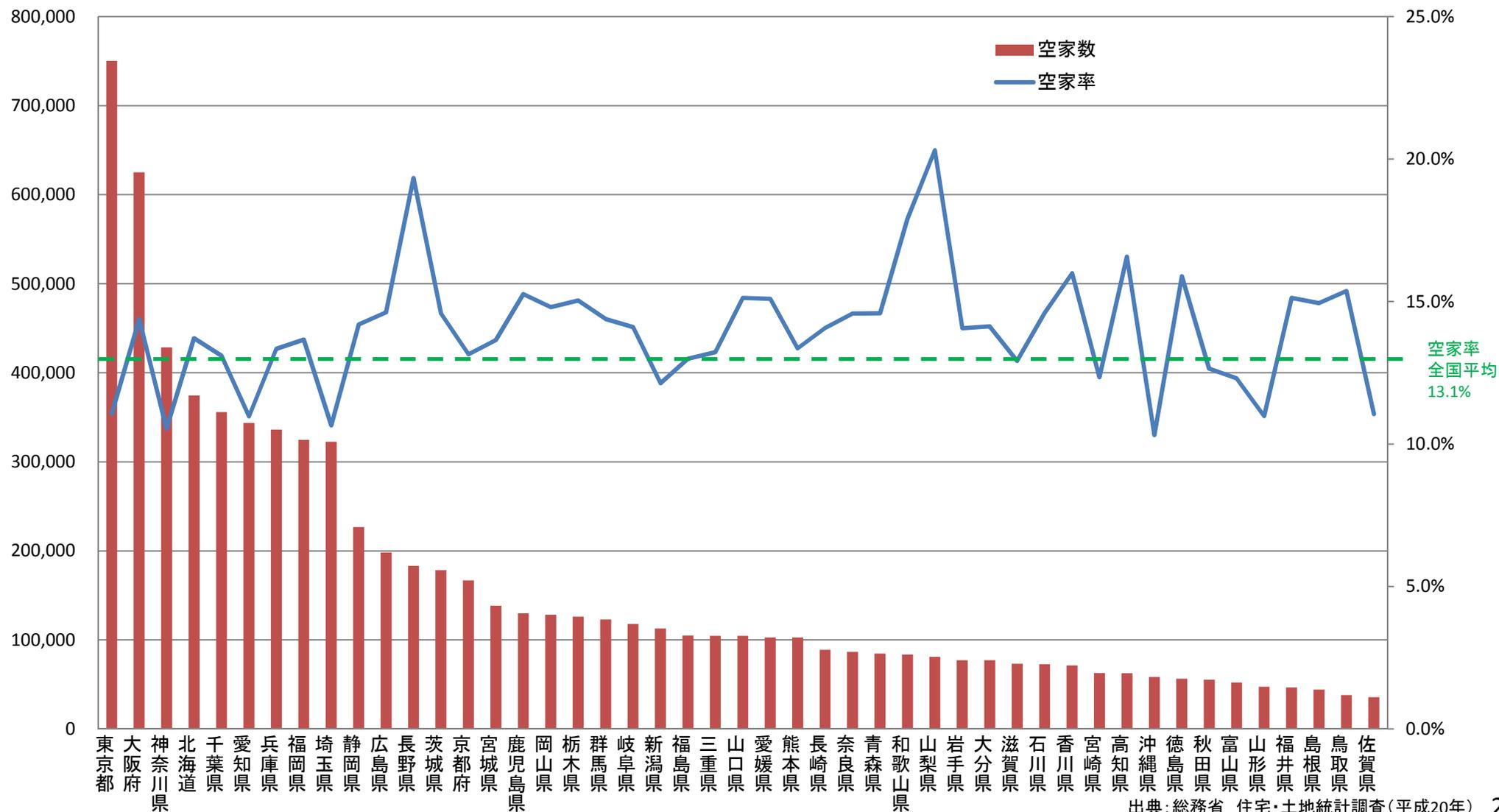
都道府県別・持家率の状況（平成20年）

○ 持家率は、全国平均51.5%に対し、埼玉県54.3%、千葉県54.0%と全国平均を上回っている一方で、愛知県48.8%、神奈川県46.4%、大阪府41.5%と全国平均を下回っており、特に東京都は31.6%（東京都特別区に限ってみれば28.2%）と大きく全国平均を下回っている。

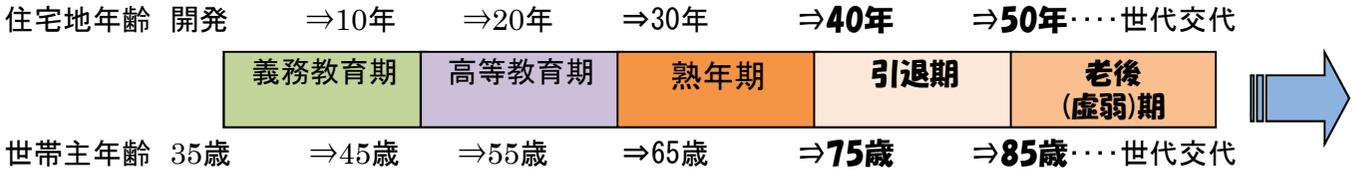


都道府県別 空家の状況(平成20年度)

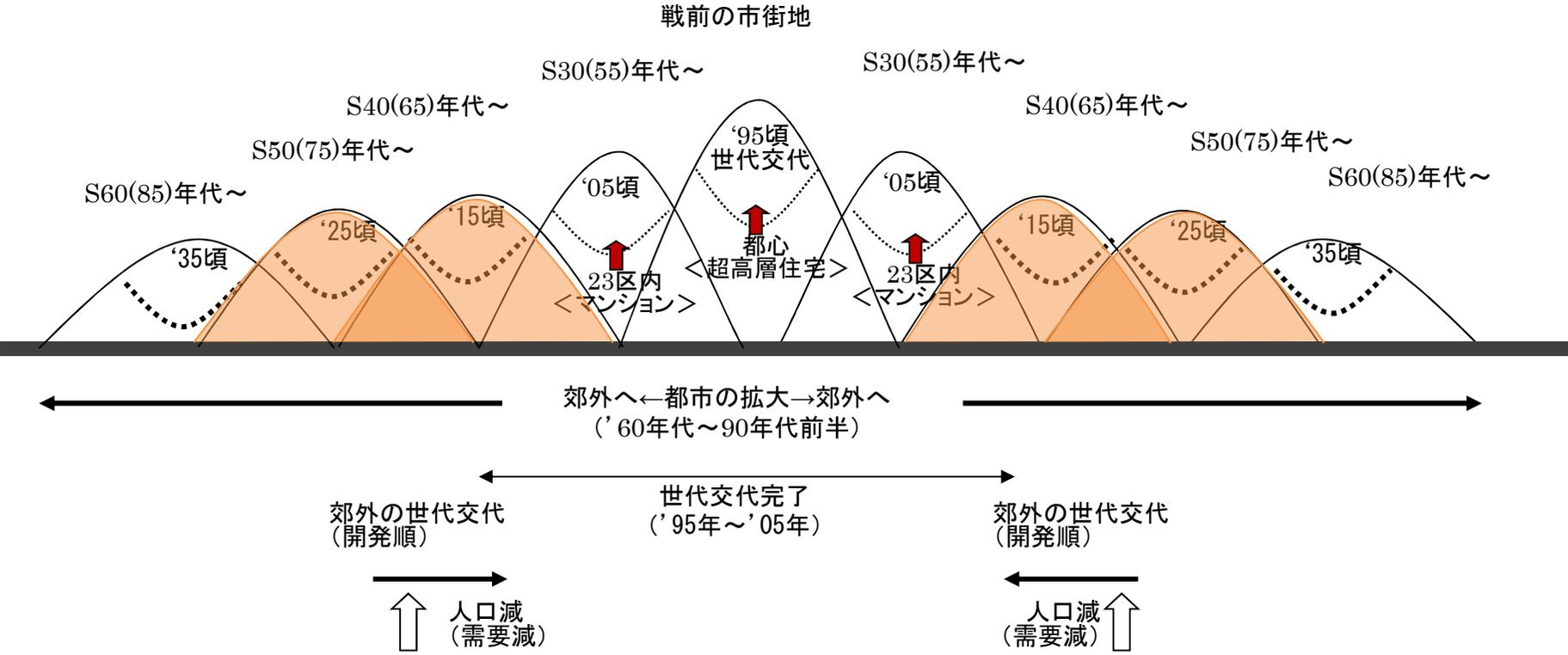
- 住宅総数に対する空家率は、平成20年度現在で全国平均13.1%となっているが、大阪府 14.4%、千葉県13.1%と全国平均を上回り、東京都11.1%、愛知県11.0%、埼玉県10.7%、神奈川県10.5%という状況になっている。
- 空家数で見ると、東京都75.0万戸、大阪府62.5万戸、神奈川県42.9万戸、千葉県35.6万戸、愛知県34.4万戸、埼玉県32.3万戸と相当数の空家が存在する。



住宅地のライフサイクル

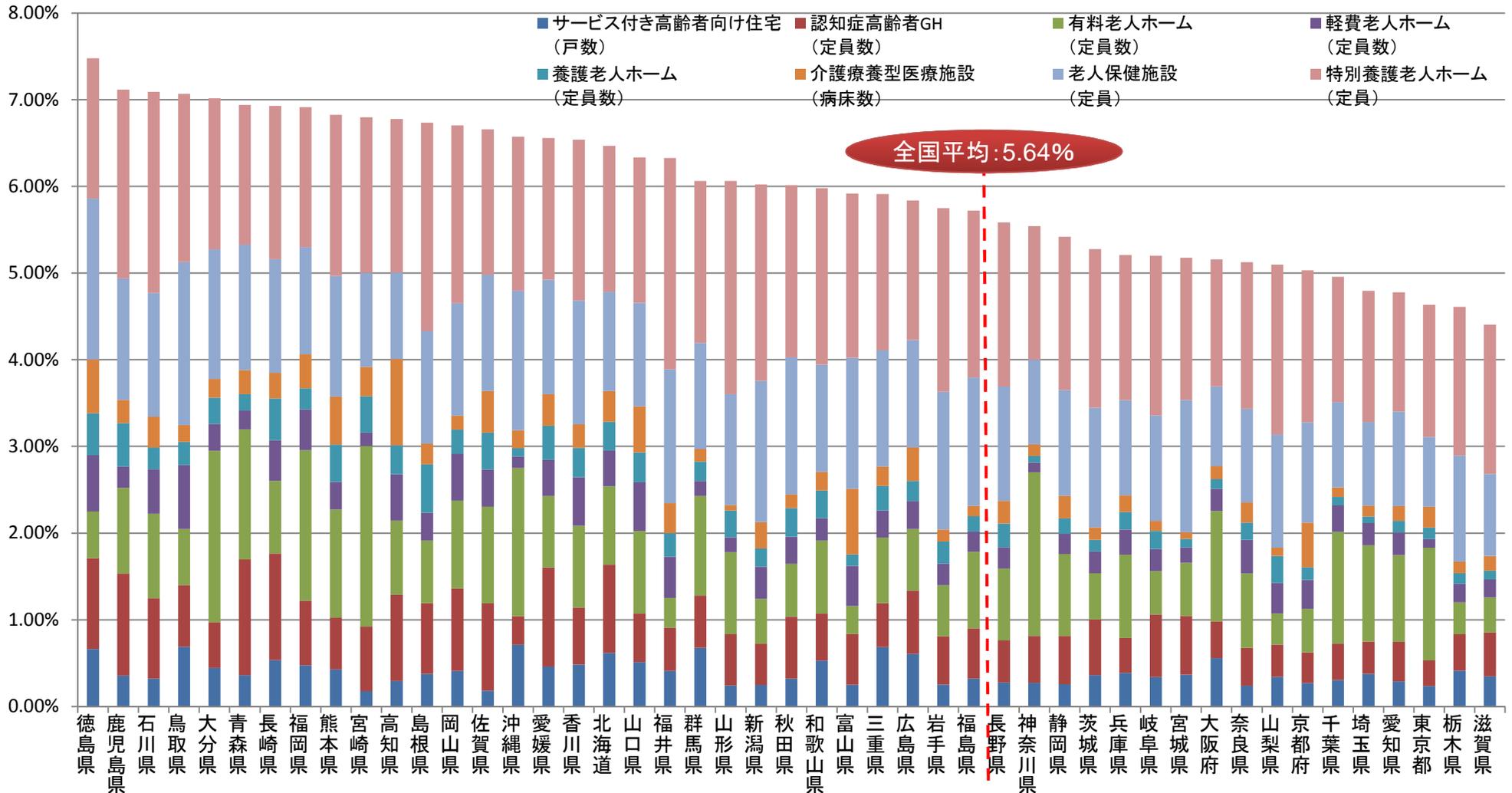


現時点での「高齢者」の居住地：S40～50年代開発住宅地



都道府県別 65歳以上の高齢者向け施設・住まいの整備状況

- 介護保険施設(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養病床)の整備状況は、65歳以上の高齢者人口に対する整備率が都市部6都府県平均で2.59%となっており、全国平均3.12%を下回っている状況にある。
- 介護保険施設に、サービス付き高齢者向け住宅、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホームを加えた整備状況は、65歳以上の高齢者人口に対する整備率が都市部6都府県平均で5.19%と、全国平均5.92%を下回っている状況にある。要介護2から5の高齢者数に対する施設・居住系サービスの利用者数の割合は、東京都、大阪府、神奈川県で低くなっている。



・特養・老健・介護療養型
 ・養護・軽費老人ホーム
 ・有料老人ホーム 24.7.1

25.5審査分
 23.10.1
 介護給付費実態調査
 社会福祉施設等調査
 老健局高齢者支援課調べ

・認知症高齢者グループホーム
 ・サービス付き高齢者向け住宅

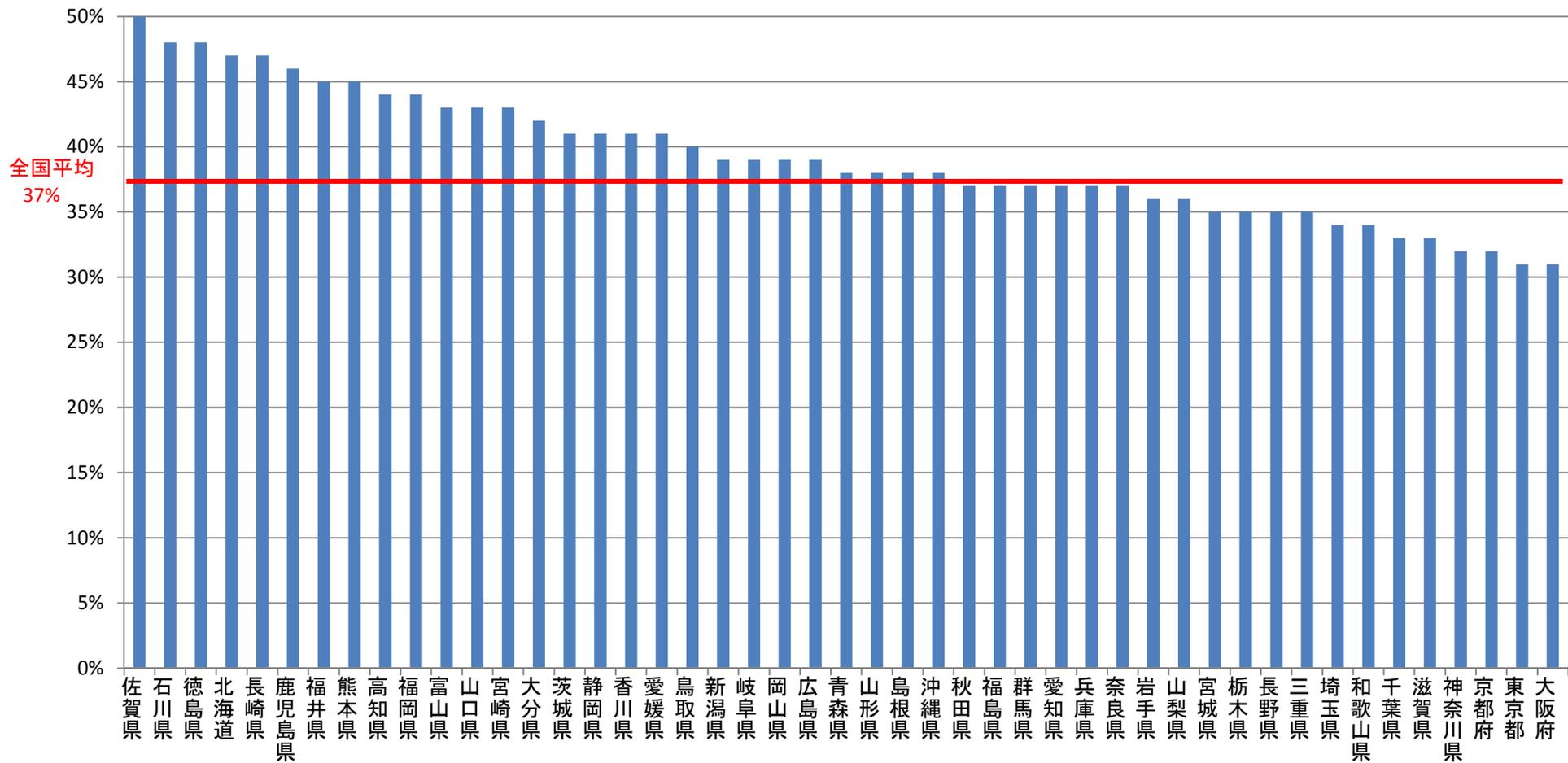
25.5審査分
 25.6.30

介護給付費実態調査
 サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム

要介護2から5の高齢者数に対する施設・居住系サービスの利用者数の割合

○ 要介護2から5の高齢者の中で、施設・居住系サービス(※)利用者の割合は東京、大阪、神奈川、京都など大都市部において低い。

※ 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症高齢者グループホーム、介護専用型特定施設、介護療養型医療施設



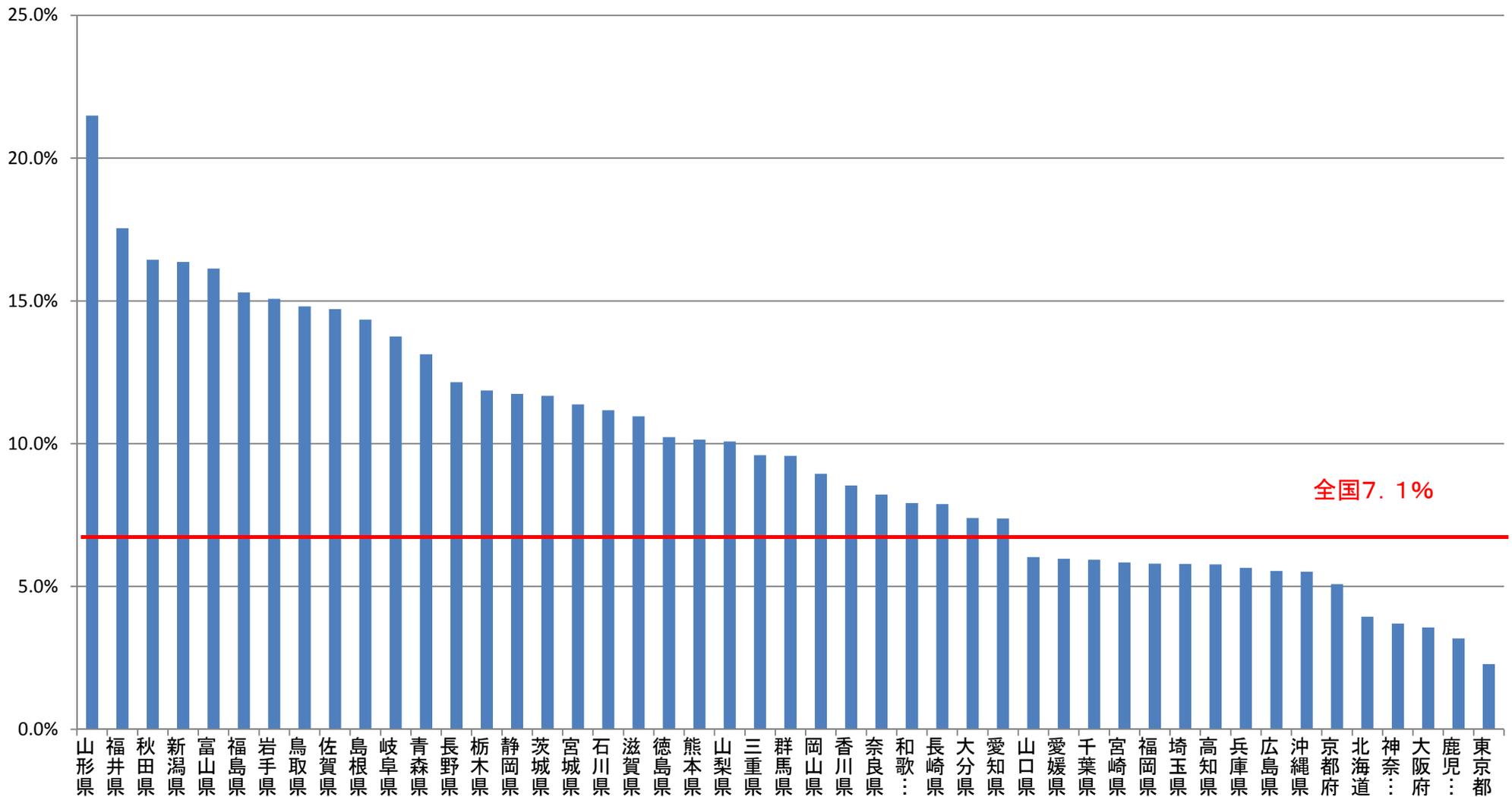
出典:第3期(平成18~20年度)市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画における介護給付等サービス量の見込みと実績の比較について

(注)介護専用型特定施設とは・・・特定施設のうち、入居者が原則として、要介護者と配偶者に限られている施設。

平成21年3月時点

都道府県別 3世代世帯の割合

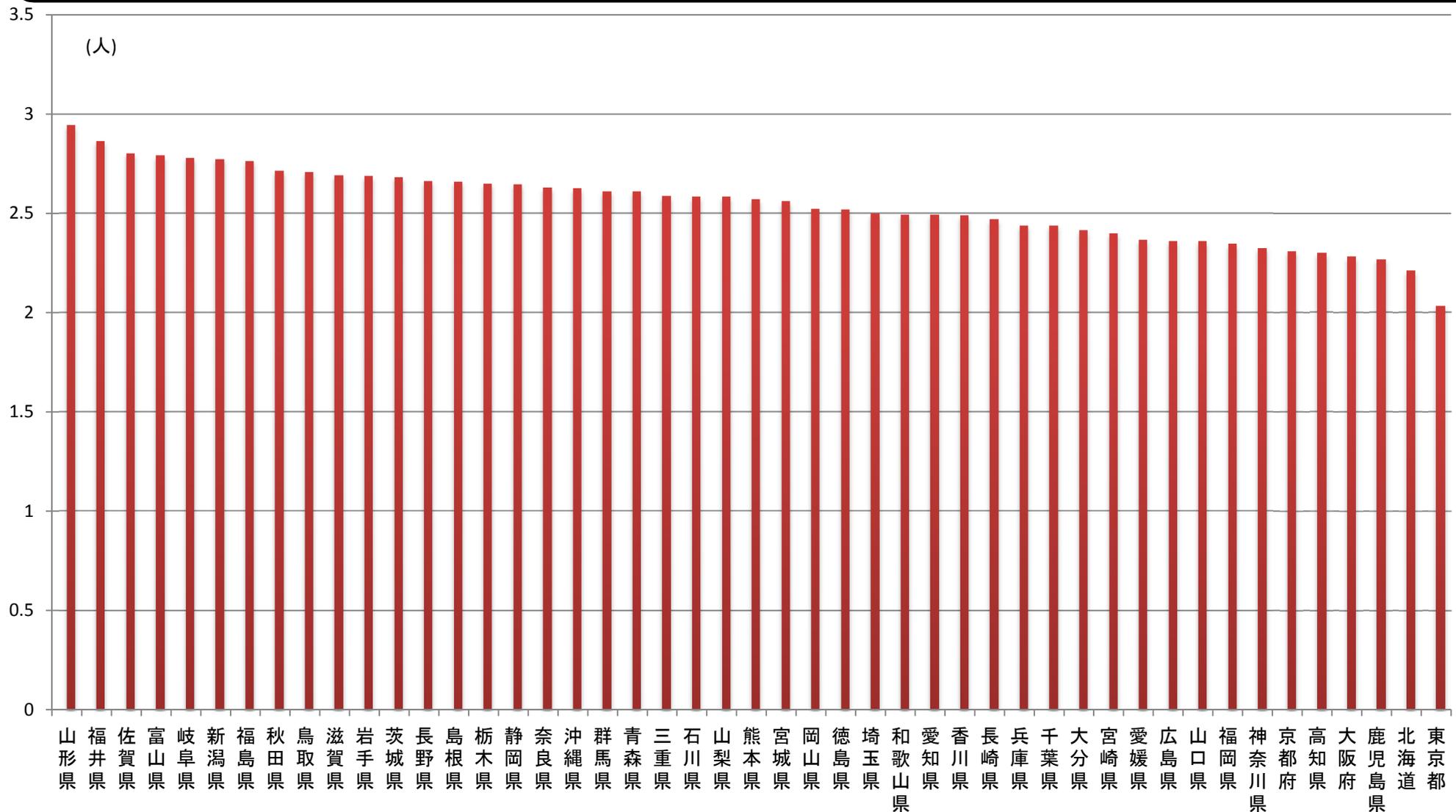
○ 3世代世帯の割合については、全国平均の7.1%に対し、愛知県7.4%と全国平均を上回っている一方で、千葉県5.9%、埼玉県5.8%、神奈川県3.7%、大阪府3.6%と全国平均を下回っており、特に東京都は2.3%（全国最小）と大きく全国平均を下回っている。



※「平成22年国勢調査（総務省統計局）都道府県・市区町村別主要統計表（平成22年）」を基に老健局作成
 3世代世帯の割合 (%) = 3世代世帯数 / 一般世帯数 × 100

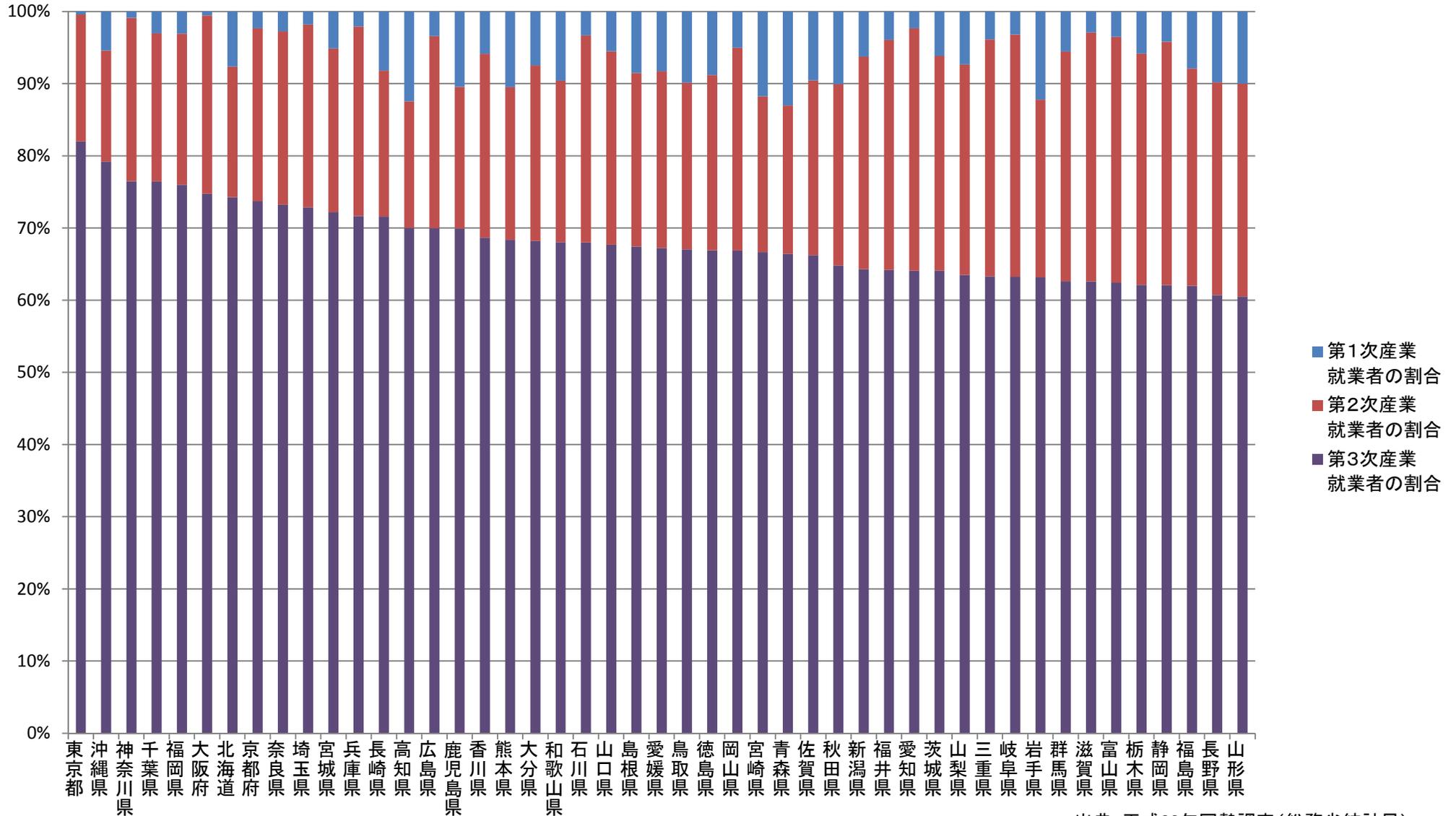
都道府県別一般世帯の1世帯当たり世帯人員(平成22年)

○ 一般世帯の1世帯当たりの世帯人員は、全国平均の2.42人に対し、埼玉県2.50人、愛知県2.49人、千葉県2.44人と全国平均を上回っている一方で、神奈川県2.33人、大阪府2.28人と全国平均を下回っており、特に東京都は2.03人(全国最小)と大きく全国平均を下回っている。



都道府県別 産業別就業者の割合

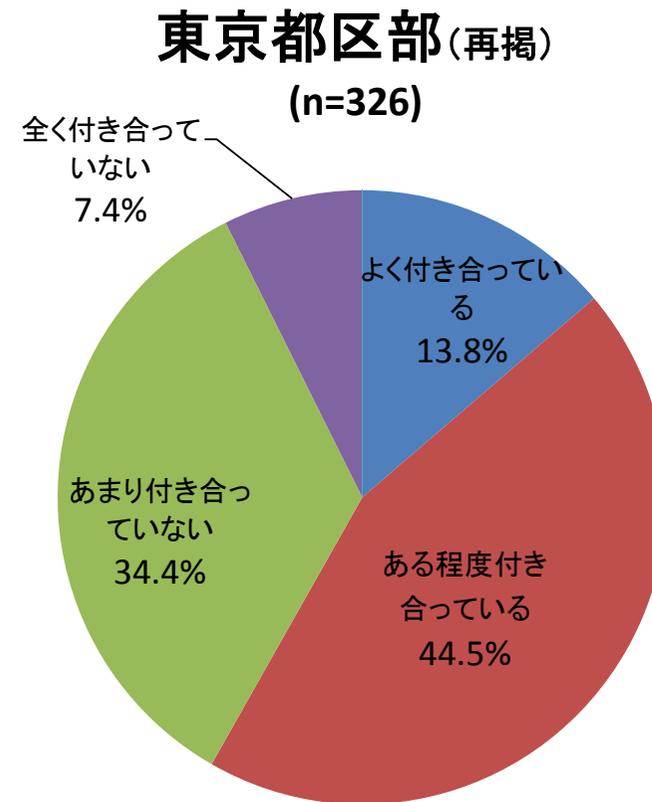
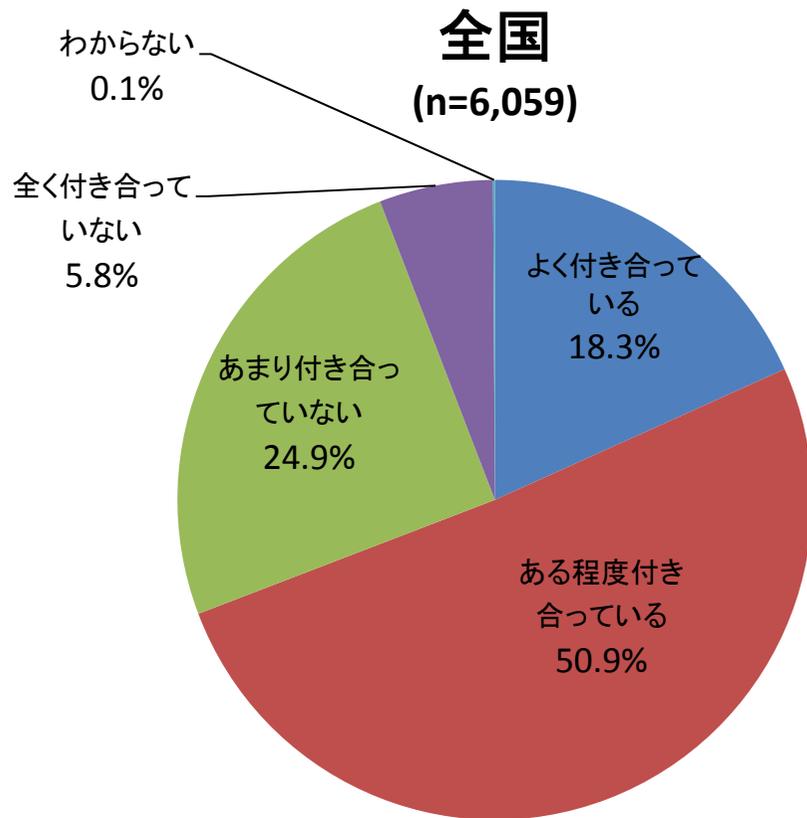
○ 第三次産業就業者の割合については、全国平均の63.4%に対し、東京都82.0%、神奈川県76.5%、千葉県76.4%、大阪府74.7%、埼玉県72.9%、愛知県64.1%と全国平均より高い傾向にある。



出典：平成22年国勢調査(総務省統計局)

地域でのつきあいの程度

- 地域でのつきあいの程度は、全国では「よく付き合っている」「ある程度付き合っている」を合わせた割合が約7割であるのに対し、東京都区部では6割に満たない。
- 「あまり付き合っていない」「全く付き合っていない」を合わせた割合は全国で約3割であるのに対し、東京都区部では4割を超えている。



※東京都区部…東京都23区

出典:内閣府 平成23年度 社会意識に関する世論調査

都市部における買い物困難者の問題

- 生鮮食料品販売店舗まで500m以上で自動車を持たない65歳高齢者人口は380万人、そのうち、三大都市圏に居住するのは160万人と推計。

生鮮食料品販売店舗までの距離が500m以上の人口・世帯数推計(平成22年人口)

単位:万人、%

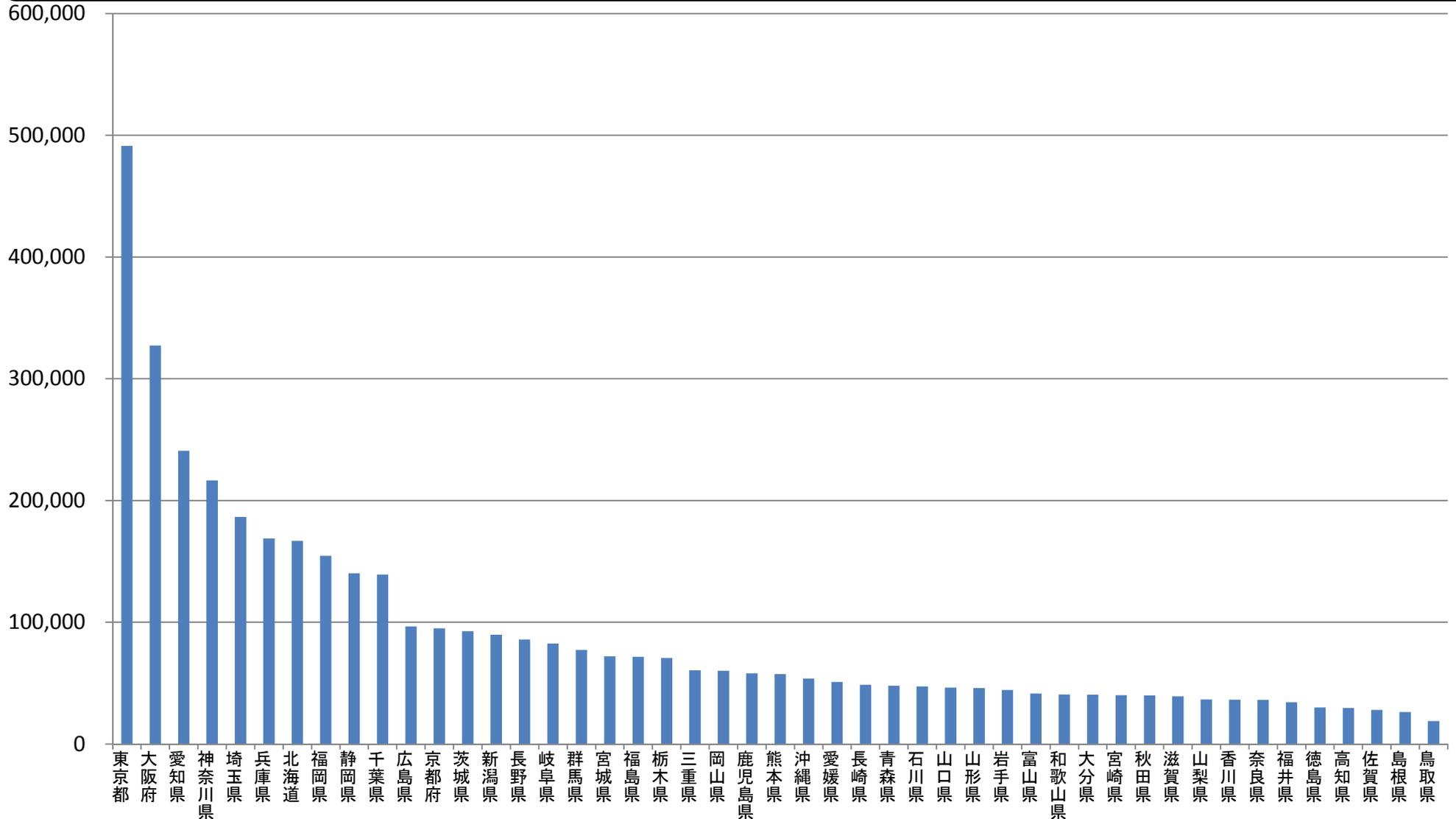
	地域区分	人口	対総人口割合	対平成17年変化率	65歳以上	対65歳以上人口割合	対平成17年変化率	世帯数	対一般世帯割合	対平成17年変化率
三大都市圏	1,700	26.6	1.4	380	27.7	20.4	640	23.3	6.9	
東京圏	740	20.9	2.9	160	21.9	24.6	280	18.0	8.5	
名古屋圏	520	46.0	1.1	110	46.5	17.6	190	42.7	6.1	
大阪圏	480	25.9	-0.4	110	27.0	17.6	180	22.8	5.1	
地方圏	2,900	46.1	-2.3	750	48.9	8.0	1,000	42.3	2.6	
うち自動車を持たない人口・世帯数	全国	850	6.7	-0.1	380	13.1	14.2	320	6.1	4.9
	三大都市圏	400	6.1	2.5	160	11.8	22.8	150	5.5	7.8
	東京圏	200	5.5	4.3	76	10.5	26.5	77	4.9	9.5
	名古屋圏	73	6.4	1.4	29	11.8	18.6	27	6.1	6.3
	大阪圏	130	7.0	0.5	58	14.0	20.2	49	6.4	5.9
	地方圏	450	7.3	-2.4	220	14.3	8.6	170	6.8	2.4

資料:農林水産政策研究所

- 注 1) 「平成19年商業統計メッシュデータ」及び「平成22年国勢調査地域メッシュ統計」をもとに推計したものである。
- 2) 「生鮮食料品販売店舗」は、生鮮食品小売業(食肉小売業、鮮魚小売業、果実・野菜小売業)及び百貨店、総合スーパー、食料品スーパー。
- 3) 東京圏は、東京、埼玉、千葉、神奈川、名古屋圏は、愛知、岐阜、三重、大阪圏は、大阪、京都、兵庫、奈良である。
- 4) 自動車を持たない人口・世帯数は、1)によるメッシュ別推計値に、「平成15年住宅・土地統計調査」をもとに市町村別に推計した自動車を持たない世帯割合を乗じて積み上げたものである。65歳以上については、自動車を持たない世帯割合に、「小売店舗等に関する世論調査(平成17年5月)」から、65歳以上の買い物に自動車を利用する割合の全平均割合に対する比率を推計して乗じている。
- 5) ラウンドのため、合計が一致しない場合がある。

都道府県別 企業数(平成22年度)

○ 全国約420万企業のうち、東京都約49万企業、大阪府約33万企業、愛知県約24万企業、神奈川県約22万企業、埼玉県約19万企業、千葉県約14万企業となっており、都市部6都府県で全国の4割程度を占めている。

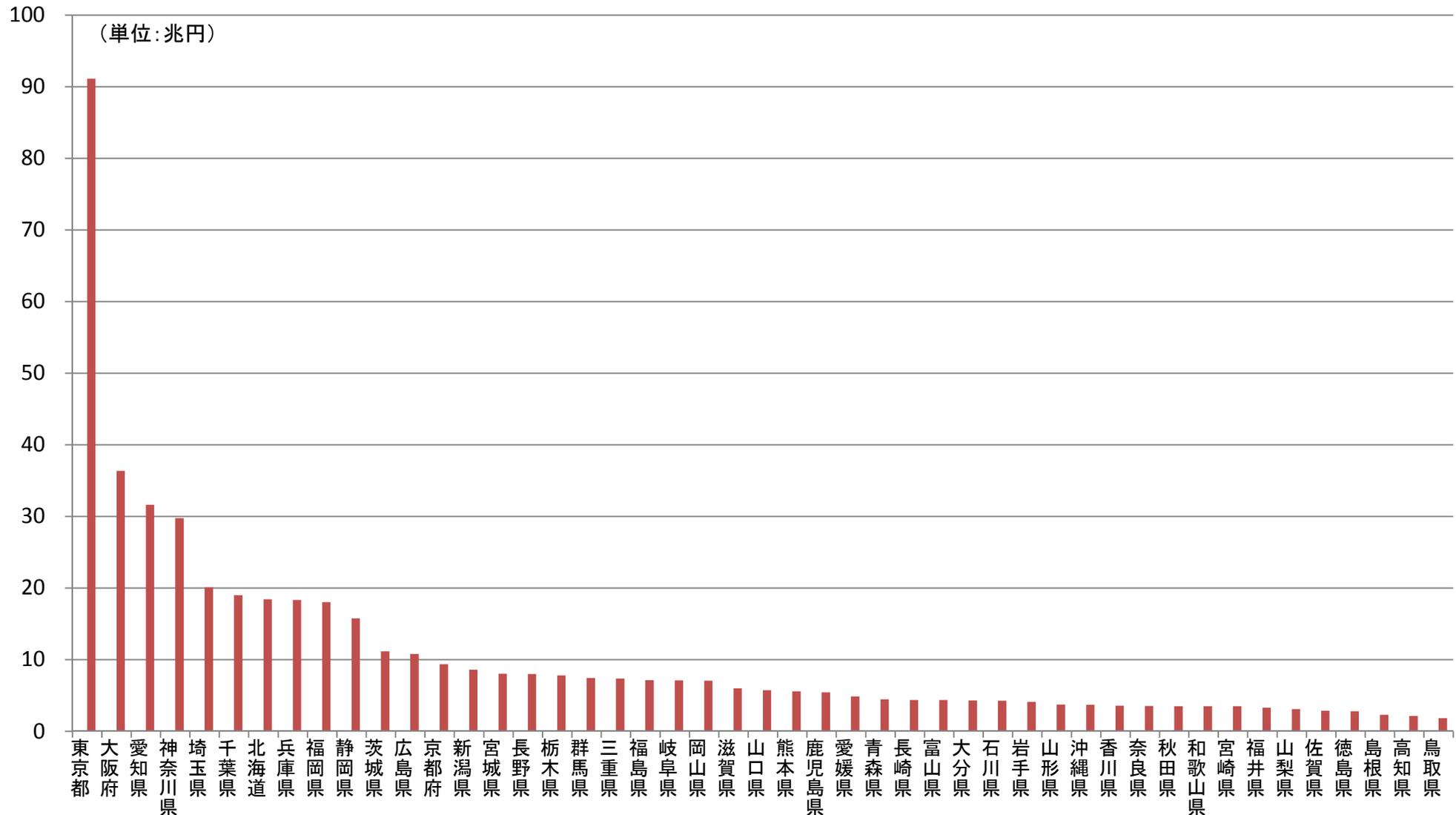


※中小企業白書(2011年版)より老健局作成

企業数=会社数+個人事業所(単独事業所及び本所・本社・本店)

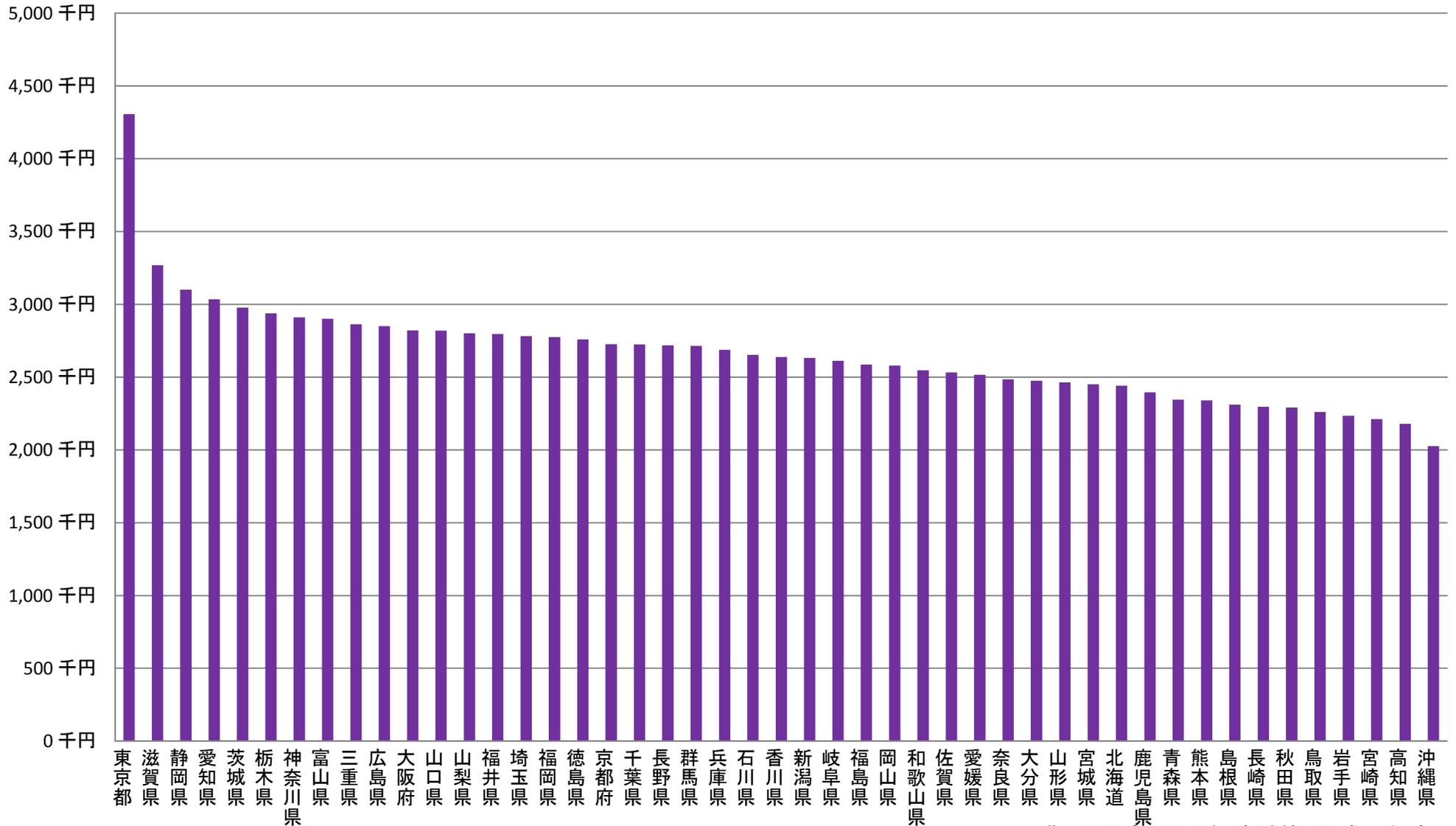
都道府県別 県内総生産(平成22年度)

○ 県内総生産については、都市部6都府県が上位6都道府県を占めており、大阪府約36兆円、愛知県約31兆円、神奈川県約30兆円、埼玉県約20兆円、千葉県約19兆円となっており、特に東京都では約91兆円と最も大きくなっている。



都道府県別 1人当たり所得の状況(平成22年度)

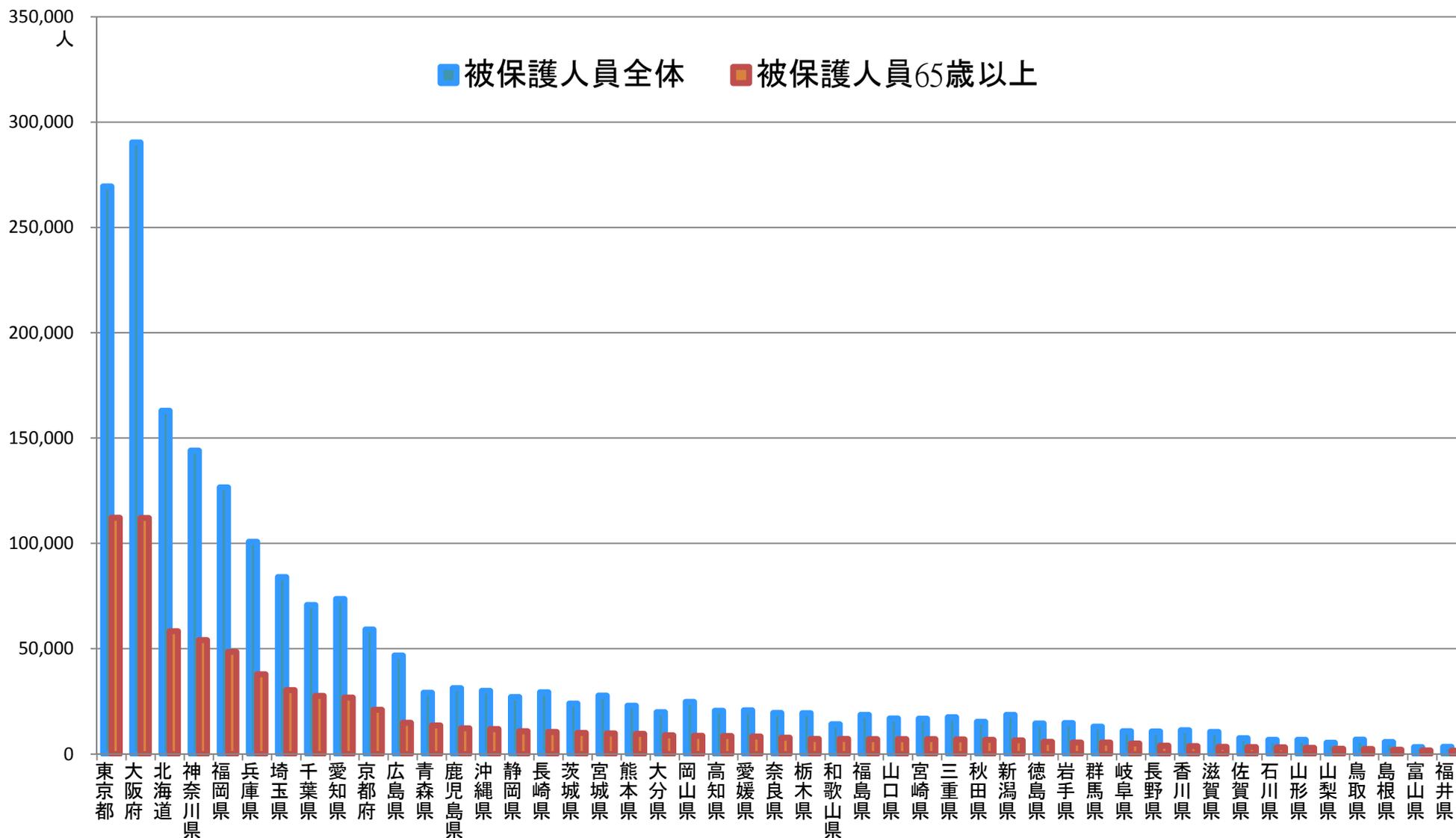
○ 1人当たりの所得の状況については、全国平均の287万7千円に対し、大阪府282万1千円、埼玉県278万2千円、千葉県272万5千円と全国平均を下回っている一方、愛知県303万5千円、神奈川県291万円と全国平均を上回っており、特に東京都は430万6千円と大きく全国平均を上回っている。



出典: 内閣府 県民経済計算(平成22年度)

都道府県別・生活保護受給者の状況（平成23年）

○ 65歳以上の被保護人員は、都市部6都府県合計で約36万3千人と、全国の78万3千人の半分程度を占めている。



※ 出典：被保護者全国一斉調査（平成23年7月31日現在）41

3. 「団塊の世代」の現状と意識

「団塊の世代」の収入状況

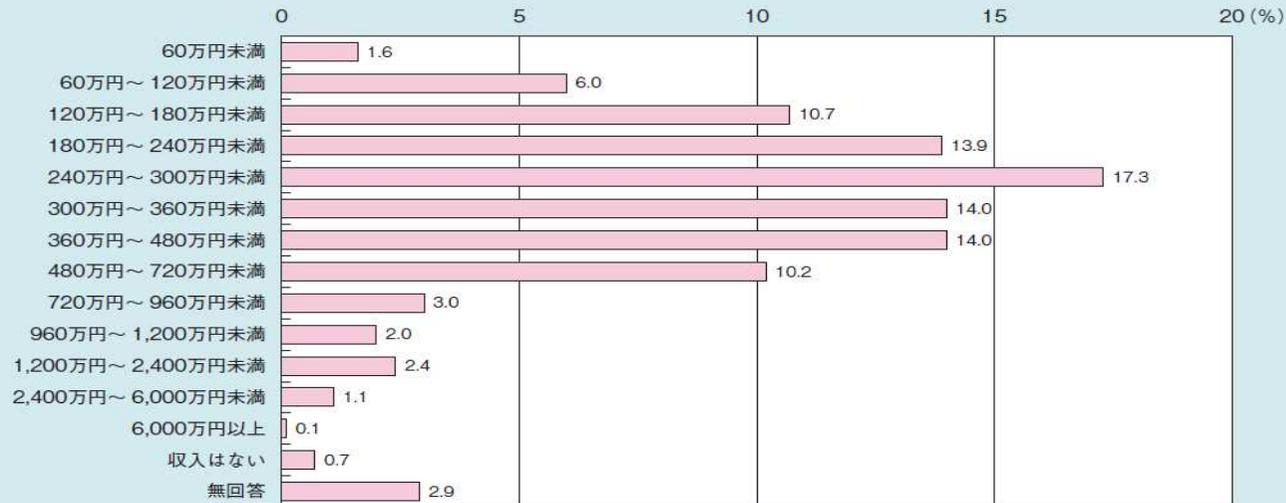
- 「団塊の世代」の世帯の主な収入源は、年金であるという人が最も多く、50%を超えている。
- 世帯年収は、「240万円から300万円未満」の層が最も多く17.3%であり、480万円以上も18.8%いる一方で、年収120万円未満(収入はないを含む)が8.3%となっている。

団塊の世代の世帯の主な収入源



資料：内閣府「団塊の世代の意識に関する調査」(平成24年)
対象は、昭和22年から昭和24年に生まれた男女

団塊の世代の世帯収入

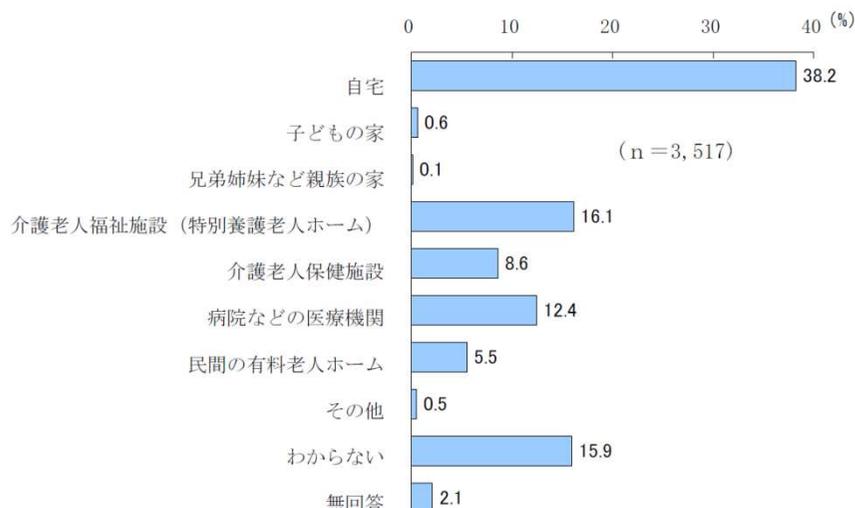


資料：内閣府「団塊の世代の意識に関する調査」(平成24年)
対象は、昭和22年から昭和24年に生まれた男女

「団塊の世代」の介護に対する意識

- 「団塊の世代」に、要介護状態になった場合に希望する生活場所を聞いてみると、「自宅」が最も多く38.2%、次いで「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」16.1%、「病院などの医療機関」12.4%、「介護老人保健施設」8.6%の順となっている。
- また、「団塊の世代」に、治る見込みのない病気になった場合、延命治療を希望するかを聞いてみると、「望まない」が94.8%となっている一方で、「望む」は3.6%となっている。
- 「団塊の世代」のみならず、高齢者全体に、在宅で「介護を頼みたい相手」を聞いてみると、2012年度の調査では、2002年度の調査と比べても、「ホームヘルパー」が増加している。

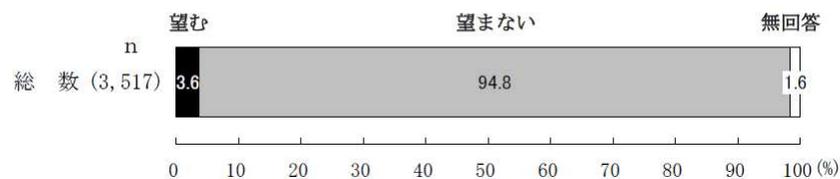
○要介護時に希望する生活場所



出典：内閣府「団塊の世代の意識に関する調査」(平成24年)

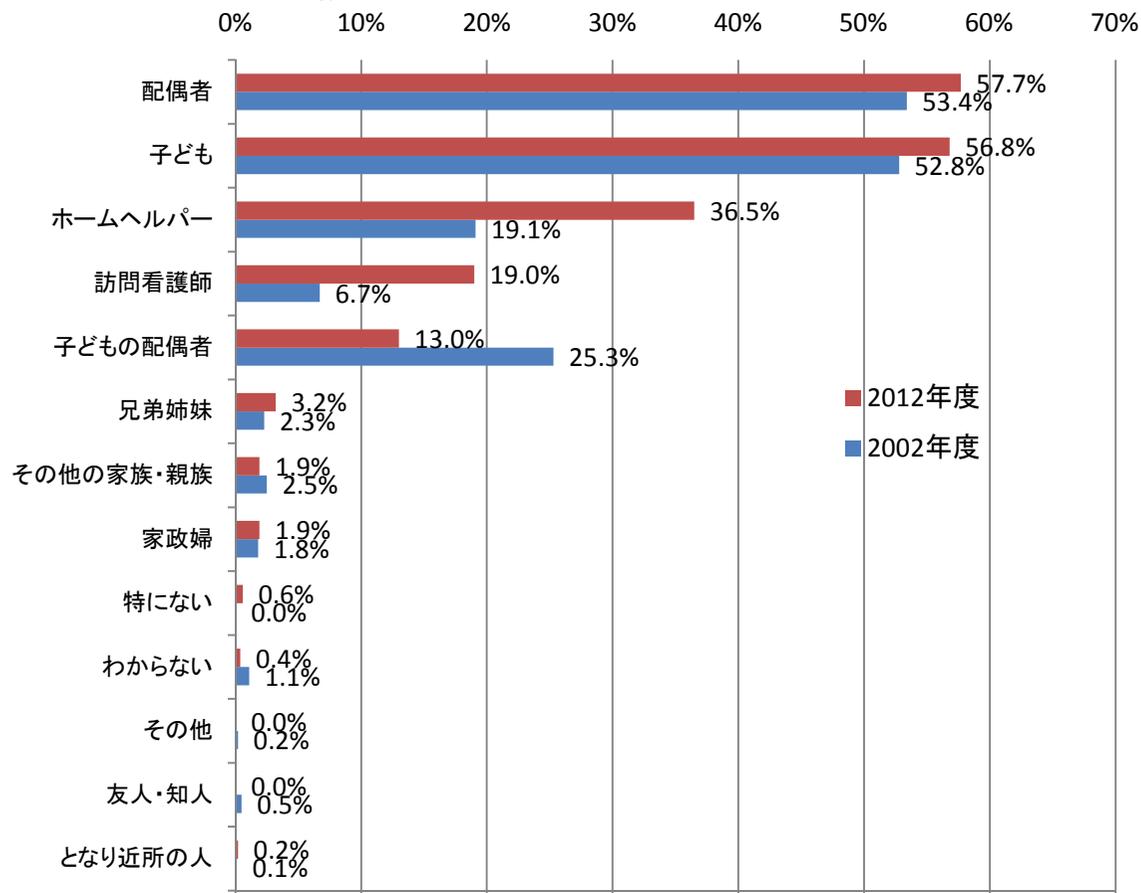
○延命の希望の有無

「万一、あなたが治る見込みのない病気になった場合、延命治療を望みますか。」



出典：内閣府「団塊の世代の意識に関する調査」(平成24年)

○介護を頼みたい相手 (調査対象：65歳以上高齢者)

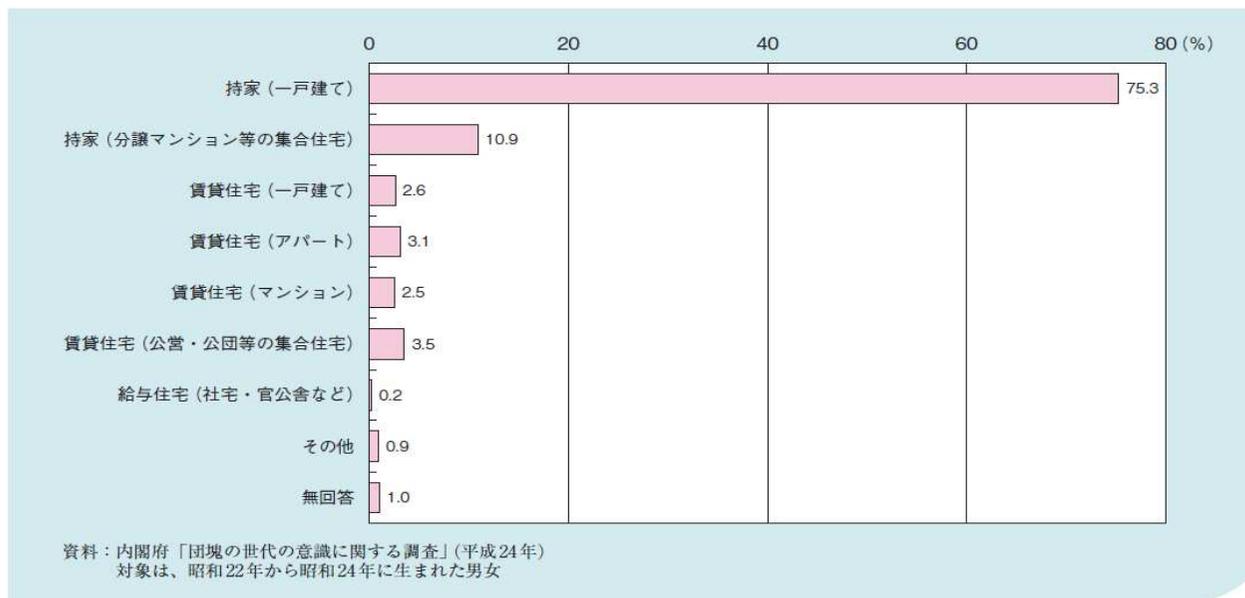


※内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(2002年度、2012年度)を基に老健局作成

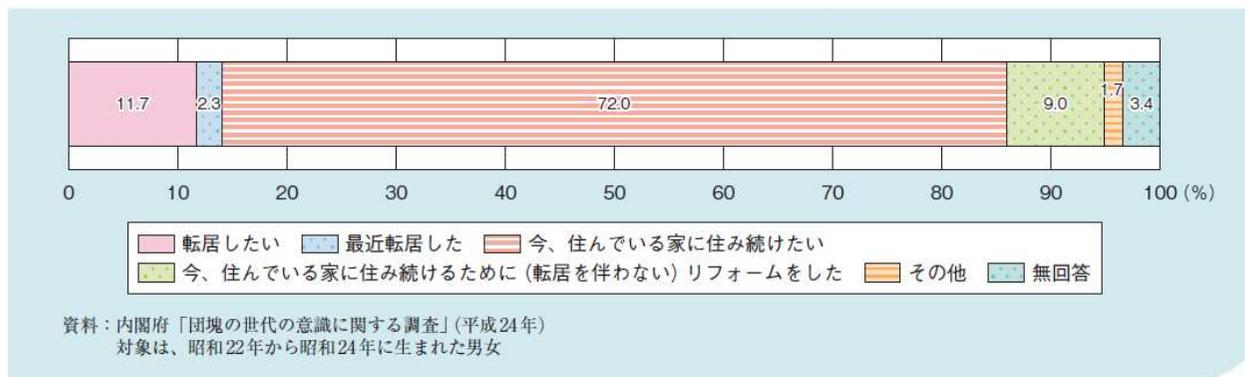
「団塊の世代」の住まいに関する意識

○ 「団塊の世代」は持家率が9割近くと高く、「現在の住まいから転居したいと考えているか」という質問に対し、今住んでいる家に住み続けたいという意向が7割を超えている。

団塊の世代の住居形態



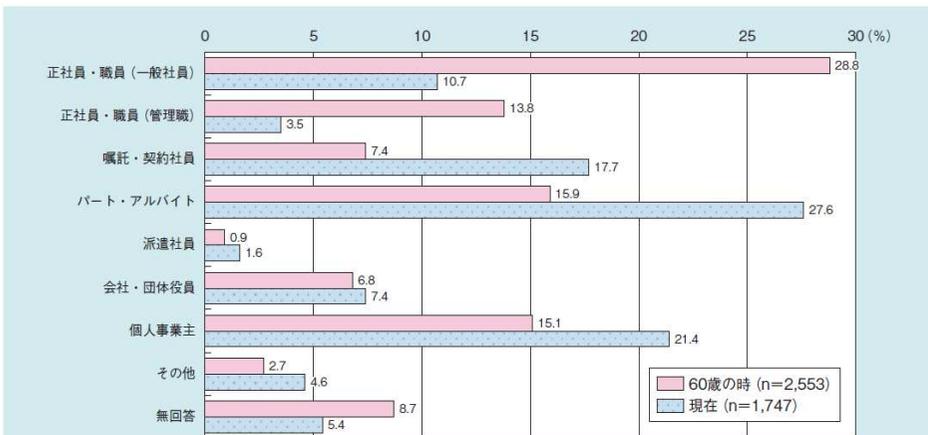
団塊の世代の住まいの意向



「団塊の世代」の定年後の就労意識

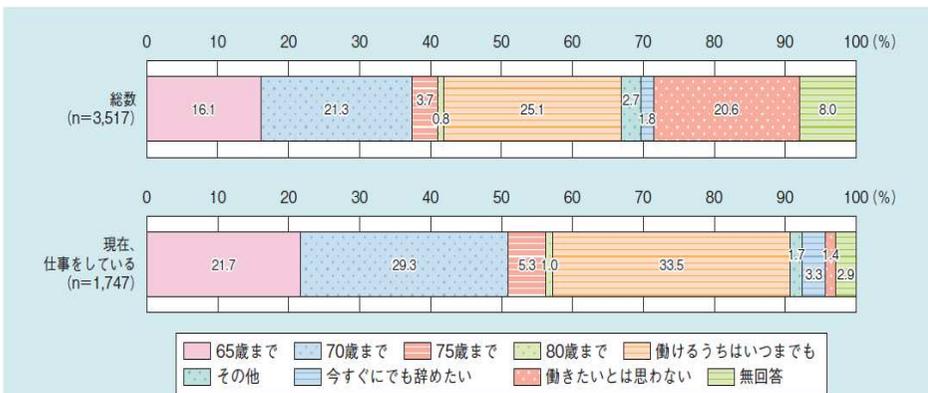
- 「団塊の世代」の60歳以降の働き方は、定年等を境に、正社員から嘱託・契約社員、パート・アルバイトの非正規社員に移行している人が多い。そして、仕事をしている理由を聞いてみると、60歳の時の理由に比べて、「健康維持」や「生きがい」という理由が増加している。
- また、「働けるうちはいつまでも働きたい」という人が多く、就労意欲が高い。

団塊の世代の就業形態の変化



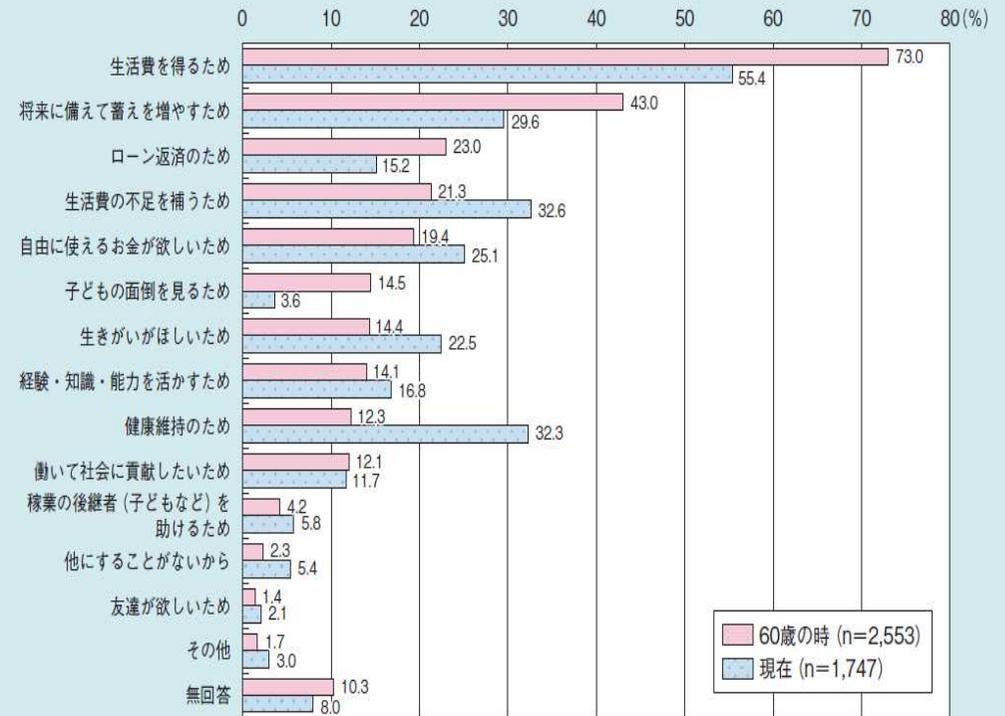
資料：内閣府「団塊の世代の意識に関する調査」(平成24年)
対象は、昭和22年から昭和24年に生まれた男女のうち、60歳の時および（または）現在、仕事をしていると答えた人

団塊の世代の就労希望年齢



資料：内閣府「団塊の世代の意識に関する調査」(平成24年)
対象は、昭和22年から昭和24年に生まれた男女
(注) 総数には、性別不明者（無回答者）を含む

団塊の世代の就労目的の変化 (複数回答)

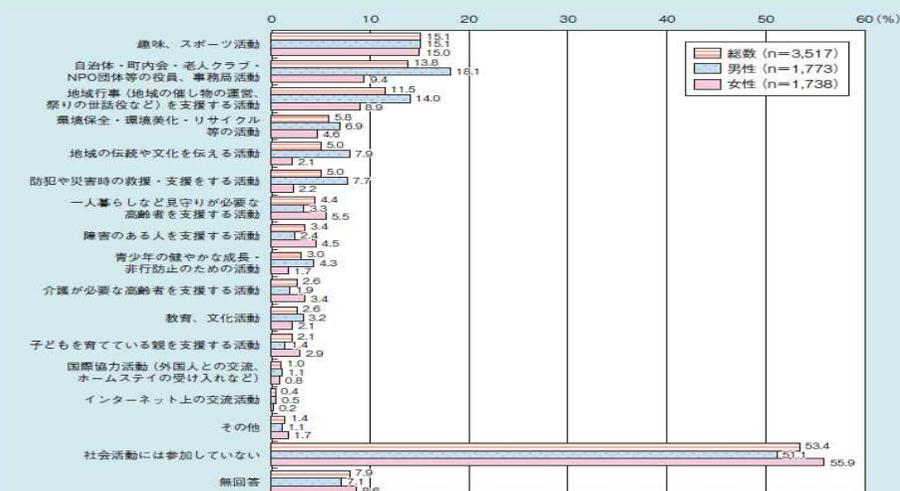


資料：内閣府「団塊の世代の意識に関する調査」(平成24年)
対象は、昭和22年から昭和24年に生まれた男女のうち、60歳のときおよび（または）現在、仕事をしていると答えた人

「団塊の世代」の社会活動への参加意識

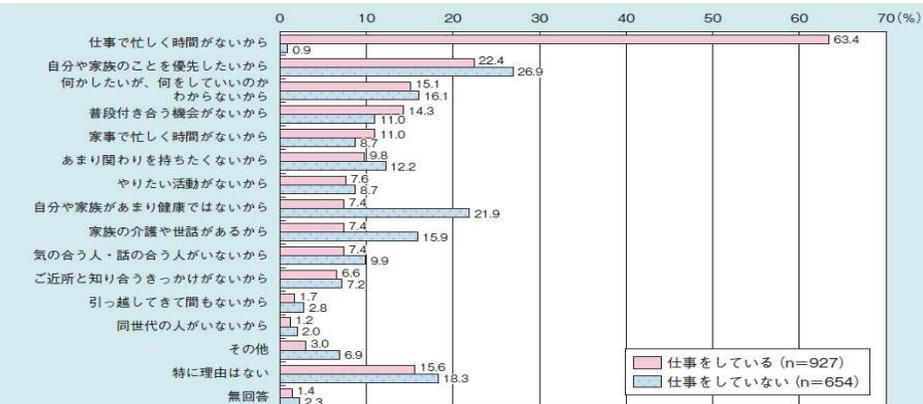
- 「団塊の世代」は、地域における様々な社会活動への参加の意向を持っているものの、現状では参加していない人が多い。今後参加したい社会活動は、「趣味、スポーツ活動」が最も高く、次が「一人暮らしなど見守りが必要な高齢者の支援をする活動」となっている。
- 参加していない理由を聞いてみると、「仕事が忙しく時間がないから」が最も多くなっている。

団塊の世代の社会活動の参加状況（複数回答）



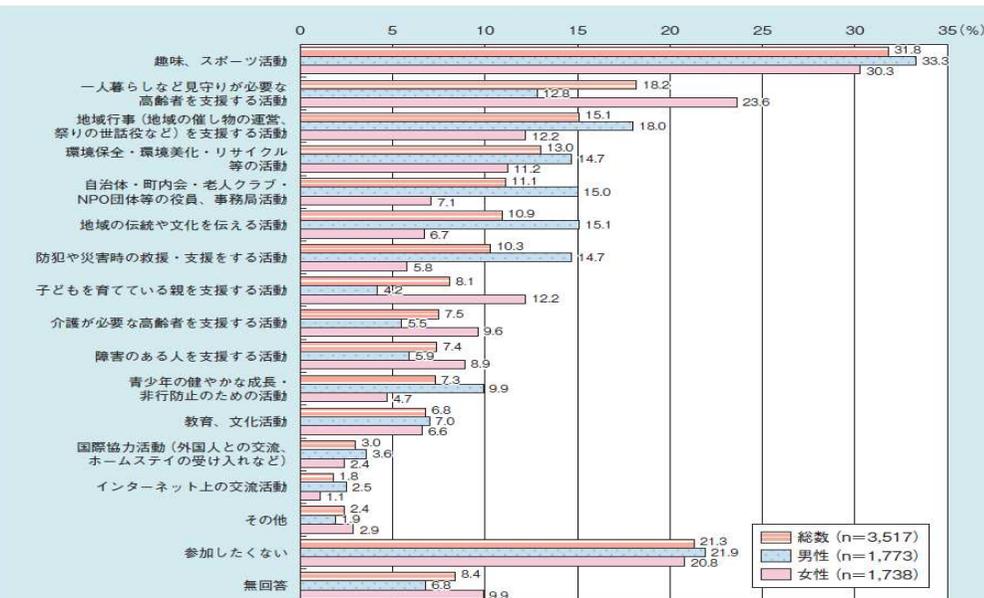
資料：内閣府「団塊の世代の意識に関する調査」（平成24年）
対象は、昭和22年から昭和24年に生まれた男女
（注）総数には、性別不明者（無回答者）を含む

団塊の世代の社会活動の不参加理由（現在の就業状況別／複数回答）



資料：内閣府「団塊の世代の意識に関する調査」（平成24年）
対象は、昭和22年から昭和24年に生まれた男女のうち、「社会活動には参加していない」と答えた人

団塊の世代の今後参加したい社会活動（複数回答）



資料：内閣府「団塊の世代の意識に関する調査」（平成24年）
対象は、昭和22年から昭和24年に生まれた男女
（注）総数には、性別不明者（無回答者）を含む

4. 在宅医療・介護

定期巡回・随時対応サービスの事業実施自治体（154保険者）の状況

定期巡回・随時対応サービスの事業所数(平成25年6月末)

※老健局振興課調べ

都道府県名	保険者名	事業所数	都道府県名	保険者名	事業所数	都道府県名	保険者名	事業所数	都道府県名	保険者名	事業所数
北海道	札幌市	17	東京都	中央区	2	山梨県	甲府市	1	兵庫県	神戸市	5
	函館市	4		港区	3		岐阜県	岐阜市		4	たつの市
	小樽市	1		新宿区	2	大垣市	1	尼崎市		1	
	帯広市	1		墨田区	2	もとす広域連合	1	明石市		1	
	夕張市	1		江東区	3	静岡県	静岡市	5	奈良県	奈良市	2
盛岡市	1	品川区		1	浜松市		3	大和郡山市		1	
岩手県	北上市	1		世田谷区	2		伊東市	1	和歌山県	和歌山市	1
山形県	奥州市	1		中野区	1	富士宮市	1	鳥取県	米子市	5	
	山形市	1		杉並区	4	名古屋市	7		鳥取市	1	
福島県	鶴岡市	1		豊島区	3	名古屋古屋市	1	岡山県	境港市	1	
	福島市	4		練馬区	4	岡崎市	1		岡山市	4	
茨城県	伊達市	1		足立区	5	稲沢市	1	広島県	広島市	3	
	会津若松市	1		江戸川区	2	清須市	(1)		福山市	4	
群馬県	土浦市	1		目黒区	5	豊橋市	1		尾道市	(1)	
	鹿嶋市	1		荒川区	1	西尾市	2		三原市	1	
埼玉県	前橋市	1		武蔵野市	1	高浜市	1	三次市	1		
	さいたま市	(1)		稲城市	1	鈴鹿亀山地区広域連合	1	山口県	下関市	1	
	和光市	3		小金井市	1	津市	1	香川県	坂出市	2	
	朝霞市	(2)		調布市	1	栗東市	1	愛媛県	新居浜市	2	
	志木市	1		八王子市	1	草津市	(1)	福岡県	北九州市	1	
	久喜市	1		立川市	2	守山市	2		福岡市	1	
	宮代町	(1)	三鷹市	1	京都市	2	久留米市		3		
	白岡市	(1)	川崎市	7	福知山市	1	小郡市		1		
	幸手市	(1)	横浜市	18	向日市	1	福岡県介護保険広域連合	1			
	杉戸町	(1)	小田原市	1	長岡京市	1	佐賀県	唐津市	1		
	上尾市	1	平塚市	1	大阪市	4	長崎県	長崎市	2		
	大里広域市町村圏組合	1	伊勢原市	1(1)	堺市	2		壱岐市	1		
	春日部市	1	鎌倉市	1	東大阪市	2	大村市	1			
	千葉県	千葉市	2	秦野市	(1)	藤井寺市	1	熊本県	熊本市	3	
船橋市		4	新潟県	新潟市	1	山鹿市	1				
君津市		1	上越市	4	八尾市	1	人吉市	1			
柏市		2	長岡市	2	富田林市	(1)	大分県	中津市	1		
習志野市		(1)	富山県	富山市	2	松原市		(1)	豊後大野市	1	
佐倉市		1	石川県	金沢市	1	河内長野市	(1)	鹿児島県	鹿児島市	9	
富津市		(1)	加賀市	1	岸和田市	2	指宿市		1		
市川市	1	津幡町	1	交野市	(1)	鹿屋市	1				
東京都	流山市	1	福井県	福井市	3	くすのき広域連合	1	沖縄県	うるま市	1	
	千代田区	2	坂井地区広域連合	2	茨木市	2	吹田市		吹田市	1	
板橋区	1	鯖江市	1	大東市	(1)						

注1) 他の市町村(保険者)に所在する事業所を指定している場合は()としている。

注2) ※は公募指定を行っている保険者。

定期巡回・随時対応サービスにおける自治体の取組事例①

<埼玉県の事例>

地域性の異なる2地域でモデル的に事業を実施

→県内全市町村でのサービス実施を目指す。

【検討会の開催】・・・全10回



- ・モデル市、指定予定事業所、県で構成
- ・スケジュール、課題整理、地域性の分析、事業展開の手法、広報計画・広報資料の内容等を検討

【検討会から見えてきた課題】



○正確なサービスの実態を伝えることの重要性

- ・イメージが先行し、正確なサービス実態が知られていない。

○地域包括支援センター職員やケアマネジャーへ実例を伝えることの重要性

- ・導入例が少なく、ケアマネジャーをはじめ関係者が利用のメリットや実態を知らない。

【課題解決のために行った取組】

★説明会・意見交換会の集中的な実施・・・全28回

- ・地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、メディカルソーシャルワーカー、自治会役員、民生委員等を対象
- ・改善事例などに沿った説明や意見交換
- ・深い意見交換とするため、極力少人数で実施

【行政の役割】・・・利用者、ケアマネジャー、事業者をつなぐ。

○キーパーソンへサービスを周知(説明会や意見交換会の実施)

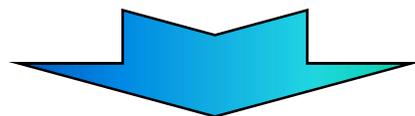
- ・ケアマネジャー、地域包括支援センター職員(実際にサービス利用の提案を行う。)
- ・メディカルソーシャルワーカー(介護サービス利用前から利用者との関係性がある。利用のきっかけづくり。)

定期巡回・随時対応サービスにおける自治体の取組事例②

<横浜市の事例>

市による積極的な関与 → **18区全区での実施を目指す。**

- ①ケアマネジャー連絡会で制度説明 → ケアマネ側の受け入れ態勢を後押し
- ②市内の利用者データの提示 → 利用者確保の懸念の解消
- ③全事業者を直接訪問 → 市の熱意を示す
- ④事業者連絡会を発足 → 事業者の横の連携の強化や研鑽の場の提供
- ⑤メディアの活用 → 積極的な事業のPR
- ⑥事例発表会の開催 → 職員のスキルアップ、利用者へのPR



- ・ **市と事業者との信頼関係の構築**
- ・ **整備計画の目標達成**

サービス導入後の改善状況

随時訪問: 1回／1日 随時コール: 60回／62日間

- 1日3回の訪問でヘルパーに慣れてきた→介護が可能に
→室内の片付けも少しずつ可能に
- デイサービスの送り出し→確実にデイサービスへ通所
- 特殊ベッドと褥瘡予防マットの使用→痛みの緩和
- 緊急通報装置の設置、複数回訪問、随時対応→安心感
→救急車を呼ばなくなった
- 台所掃除でヘルパーの調理が可能に→栄養面の改善

信頼・安心を提供

ヘルパーがやりがいを感じている

○複合型サービスの指定状況について(平成25年6月末日)

※老健局老人保健課調べ

都道府県名	市町村名	事業所数		都道府県名	市町村名	事業所数	
北海道	札幌市	7		新潟県	新潟市	2	
	北見市	1		福井県	坂井地区広域連合	2	※
	函館市	1		山梨県	甲府市	1	※
青森県	南部町	1		静岡県	静岡市	1	※
秋田県	大曲仙北広域市町村圏組合	1		愛知県	名古屋市	3	
山形県	山形市	2		大阪府	大阪市	1	
	米沢市	1			茨木市	2	※(2のうち1)
福島県	会津若松市	2		兵庫県	伊丹市	1	※
	白河市	1			神戸市	1	
	石川町	(1)		和歌山県	和歌山市	1	
	浅川町	(1)		鳥取県	米子市	1	※
	棚倉町	(1)		島根県	浜田地区広域行政組合	1	※
	田村市	1		岡山県	笠岡市	(1)	
	浪江町	(1)		広島県	福山市	4	
	葛尾村	(1)			尾道市	(2)	
茨城県	水戸市	1		徳島県	徳島市	1	
福島県	南相馬市	(1)		香川県	高松市	1	※
栃木県	佐野市	(1)		愛媛県	今治市	1	
群馬県	館林市	1		福岡県	北九州市	1	※
	板倉町	(1)			久留米市	4	※(4のうち3)
	大泉町	(1)			行橋市	1	※
	邑楽町	(1)			福岡県介護保険広域組合	1	
東京都	杉並区	(1)		佐賀県	佐賀中部広域連合	1	※
埼玉県	三郷市	1	※		唐津市	1	※
千葉県	千葉市	2	※	長崎県	佐世保市	1	
	足立区	2	※		長崎市	1	※
東京都	墨田区	1			大村市	1	
	青梅市	1	※	熊本県	熊本市	1	※
神奈川県	横浜市	4		宮崎県	延岡市	1	
	藤沢市	1	※	鹿児島県	鹿児島市	1	※
	川崎市	1		沖縄県	宮古島市	1	※
				合計	62保険者	73事業所	

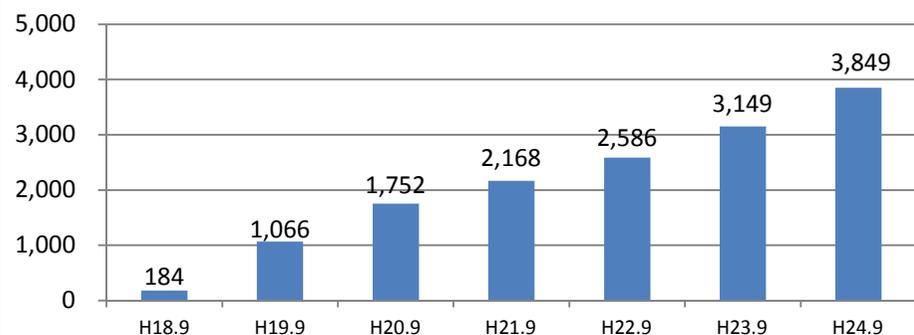
注1)他の市町村(保険者)に所在する事業所を指定している場合は()とし、所在地を太字にしている。

注2)※は公募指定を行っている保険者。

小規模多機能型居宅介護の動向について（事業所数）

- 小規模多機能型居宅介護の事業所数は、毎年約20%の伸び率で増加しており、平成24年9月現在約4,000か所となっている。一方、サテライト型事業所は18か所と設置が少ない。
- 小規模多機能型居宅介護の事業所数は、自治体により設置状況に偏りがある。65歳以上人口10万人当たりの事業所数を比較すると、鳥取県と福井県が約23箇所であるのに対し、宮城県と東京都では約2箇所となっているなど、都道府県ごとの格差が大きい。

事業所数の推移



サテライト型事業所数の推移

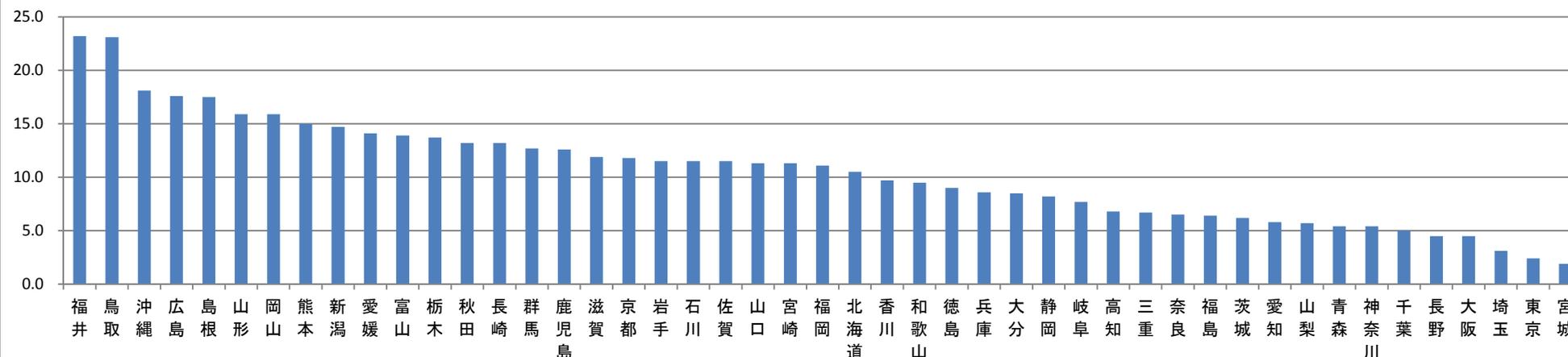
4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
5	5	6	6	10	14	14	15	18	18

サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅の併設状況

	平成22年度	平成23年度	平成24年度
同一敷地内に併設	10.8%	12.5%	14.6%

※老人保健健康増進等事業(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会実施)より

65歳以上人口10万人当たりの都道府県別小規模多機能型居宅介護事業所数(平成23年10月現在)

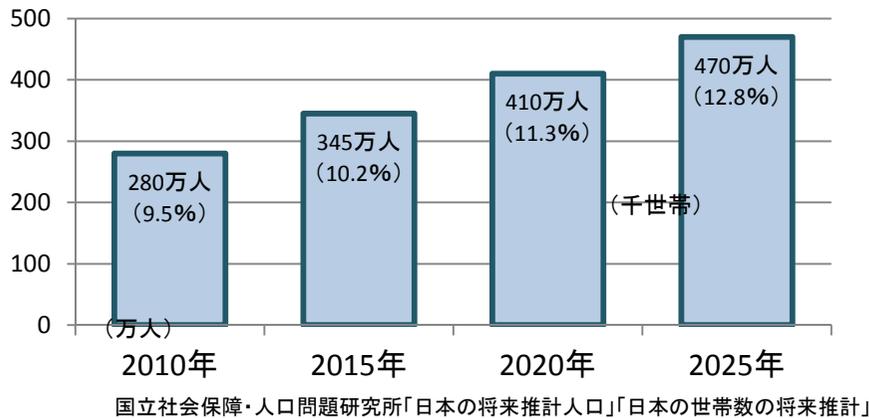


(資料出所)厚生労働省「介護給付費実態調査」、「介護サービス施設・事業所調査」

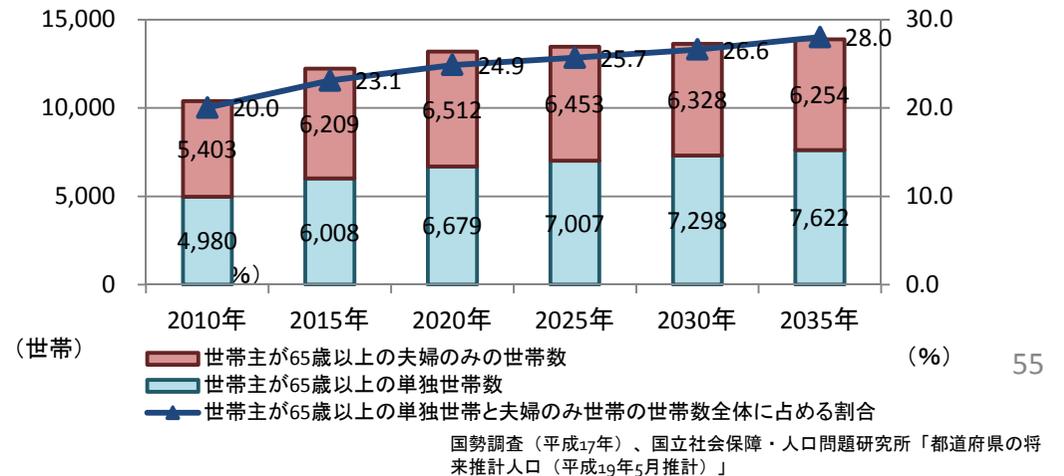
在宅医療・介護の推進 ～課題～

- 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく(図1)。
- 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく(図2)。
- 在宅医療・介護を推進するには、地域における医療・介護の関係機関の連携が重要であるが、現状では、訪問診療を提供している医療機関の数も十分とは言えず(図3)、また、連携も十分には取れていない(図4)。

(図1)「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の数と65歳以上高齢者に占める割合



(図2)世帯数

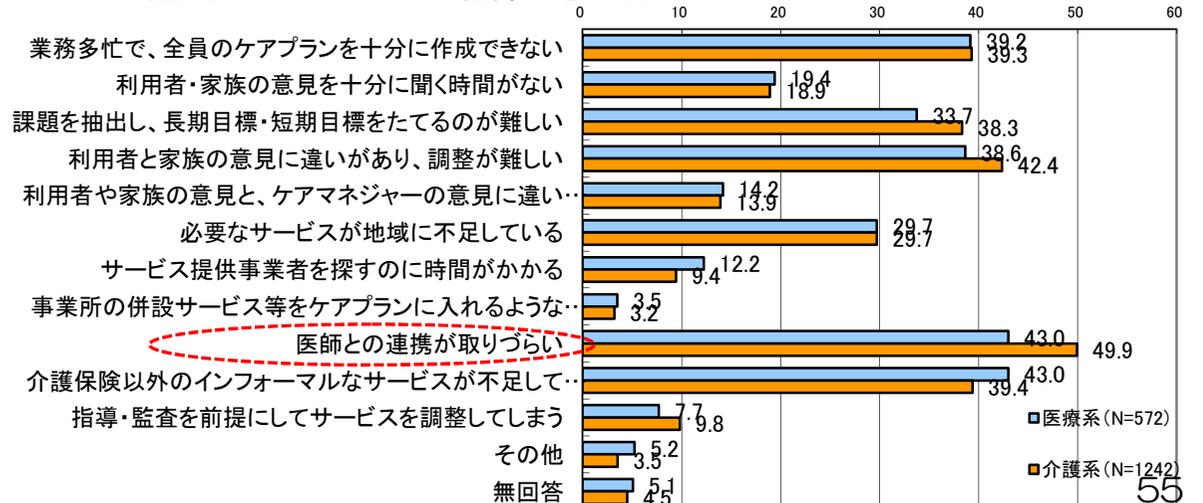


(図3)訪問診療を実施している医療機関

箇所	箇所数	対全数の割合(%)
病院	2,407	28.0
診療所	19,950	20.0
訪問看護ステーション	5,815	—

病院、診療所:厚生労働省「医療施設調査(静態)」(平成23年)
訪問看護ステーション:介護給付費実態調査(平成23年)

(図4)ケアマネジャーが困難に感じる点



「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書」(平成21年度老人保健健康増進等事業)

在宅医療・介護の連携推進の制度的な位置づけ(イメージ)

- 在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）の成果を踏まえ、在宅医療・介護の連携推進について、介護保険法の中で恒久的な制度として位置づけ、全国的に取り組むこととしてはどうか。
- 具体的には、医療に係る専門的な知識及び経験を活用した地域における医療と介護の連携の推進について介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、取り組むこととしてはどうか。
- その際、現行制度では包括的支援事業を委託する場合、事業の全てにつき一括して行うことと規定されているが、医療に係る専門的な知識及び経験が必要である業務の趣旨に鑑み、在宅医療・介護の連携推進に係る事業については、これらを適切に実施できる事業体に、他の事業とは別に委託できる仕組みが必要ではないか。

地域支援事業(現行)

包括的支援事業

- ・介護予防ケアマネジメント業務
- ・総合相談支援業務
- ・権利擁護業務
- ・包括的・継続的マネジメント支援業務

地域包括支援センターに一括して委託

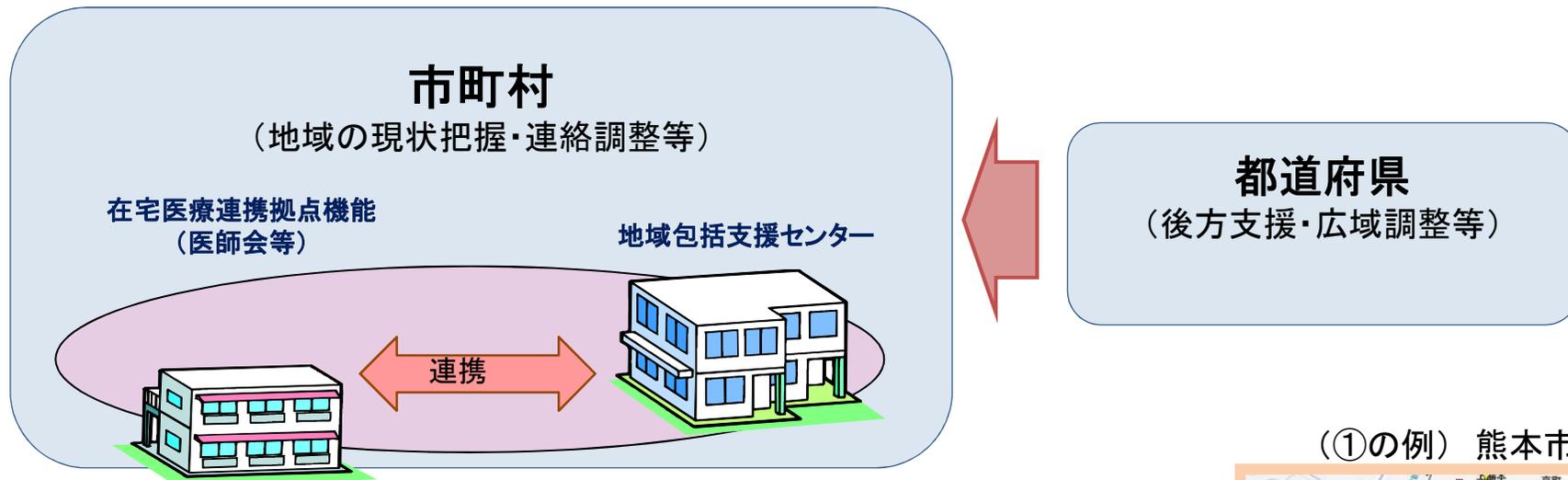
在宅医療・介護の連携推進に係る事業を追加

介護予防事業

任意事業

他の事業とは別に委託可能

在宅医療・介護の連携推進について(イメージ)



(参考) 想定される取組の例

①地域の医療・福祉資源の把握及び活用

- ・地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布

②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介

- ・関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討

③在宅医療・介護連携に関する研修の実施

- ・グループワーク等の多職種参加型の研修の実施

④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

- ・主治医・副主治医制等のコーディネート

⑤地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業者等への支援

- ・介護支援専門員からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応

(①の例) 熊本市



(③の例) 松戸市



等

市町村が主体性を持った在宅医療推進の体制

在宅医療を推進するためには、行政(市町村)が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合いを進めることが必要。

→ システムの構築を推進するために、以下の5つの会議を設置。

(1) 医療WG

医師会を中心にWGを構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論

(2) 連携WG

医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等によるWGを構成し、多職種による連携について議論を行う。

(3) 試行WG

主治医・副主治医制度や多職種連携について、具体的ケースに基づく、試行と検証を行う。

(4) 10病院会議

柏市内の病院による会議を構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論。

(5) 顔の見える関係会議

柏市の全在宅サービス関係者が一堂に会し、連携を強化するための会議。



(参考) 主治医・副主治医制のイメージ

○ 共同で地域全体を支える体制の構築

→ 1つの診療所が数多くの患者を支えるだけでなく、多くの診療所が少しずつ支える事で多くの患者を支えるシステムを構築。

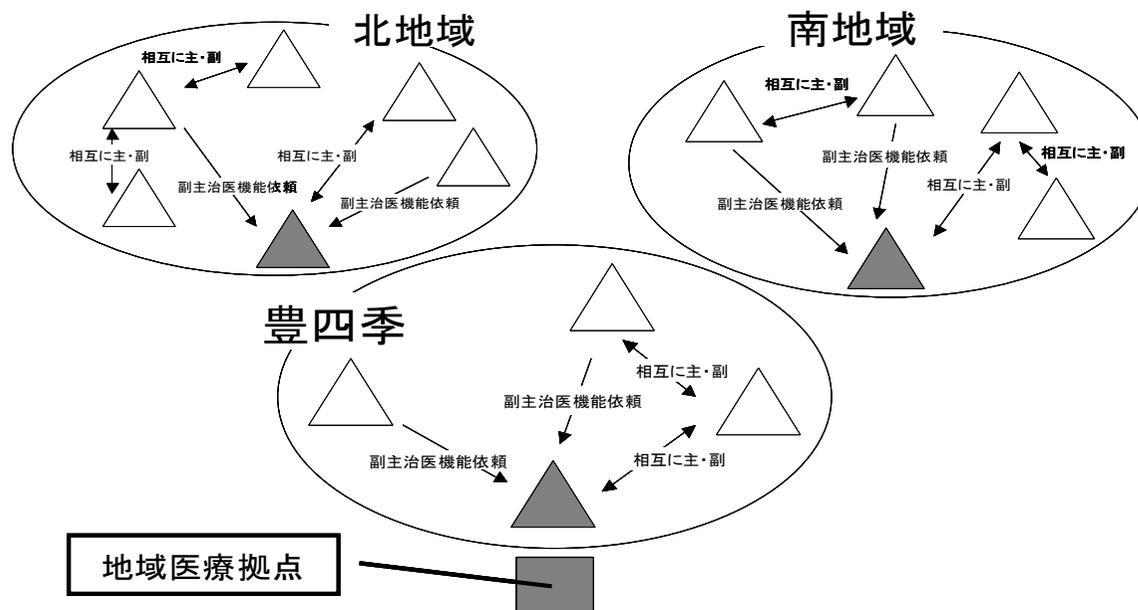
○ 主治医・副主治医の仕組みの構築

→ 主治医(患者を主に訪問診療する医師)と副主治医(主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師)とが相互に協力して患者に訪問診療を提供。

※ 市が窓口を担い、医師会を中心とした多職種による委員会が主治医・副主治医・多職種を推薦。

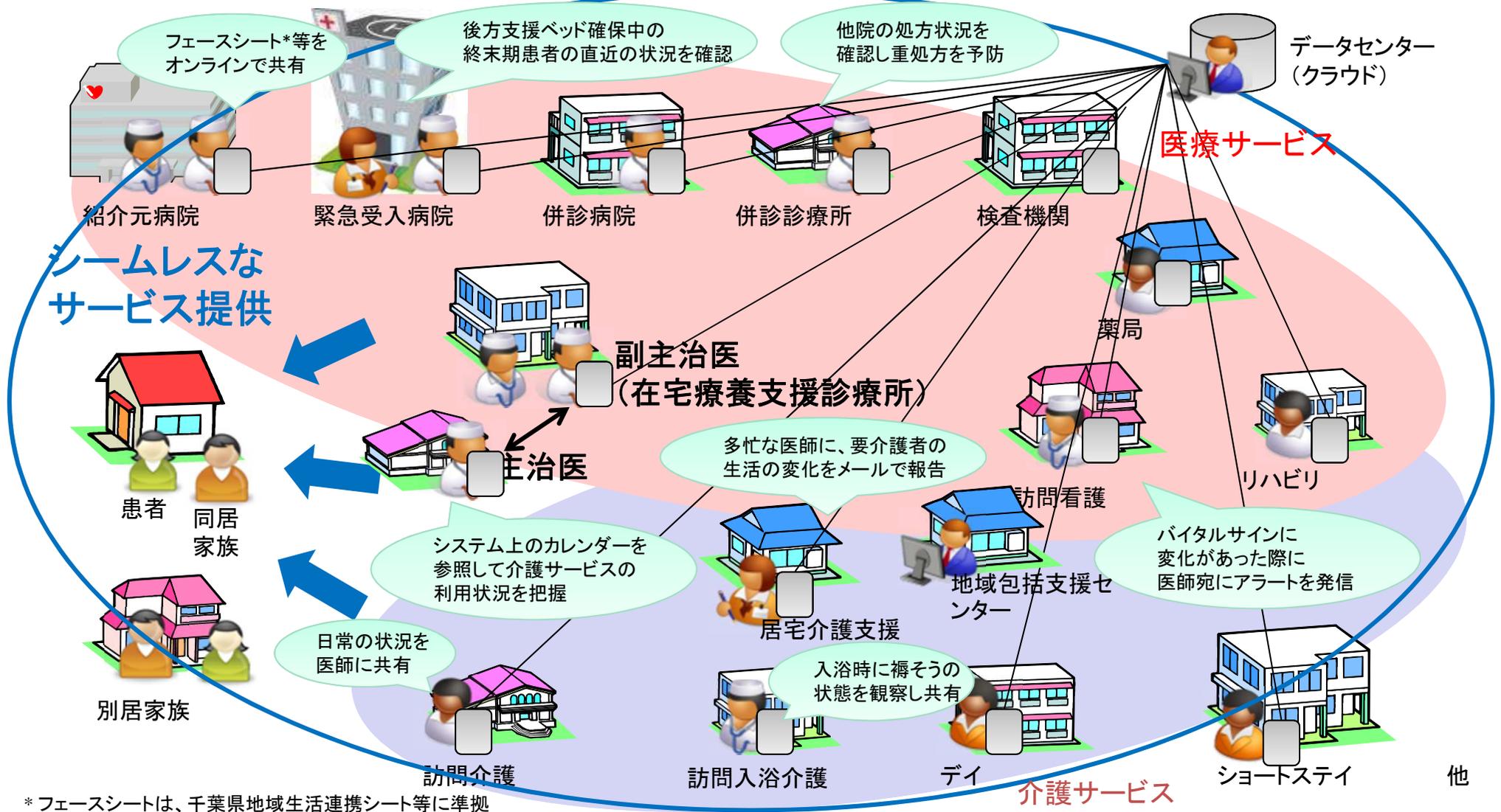
< 柏市全域でのイメージ >

△ : 主治医(可能な場合は副主治医) ▲ : 副主治医機能集中診療所 ■ : コーディネート等拠点事務局



※ システム全体を管理・運営する運営委員会を設置

千葉県柏市における情報共有システムの概要

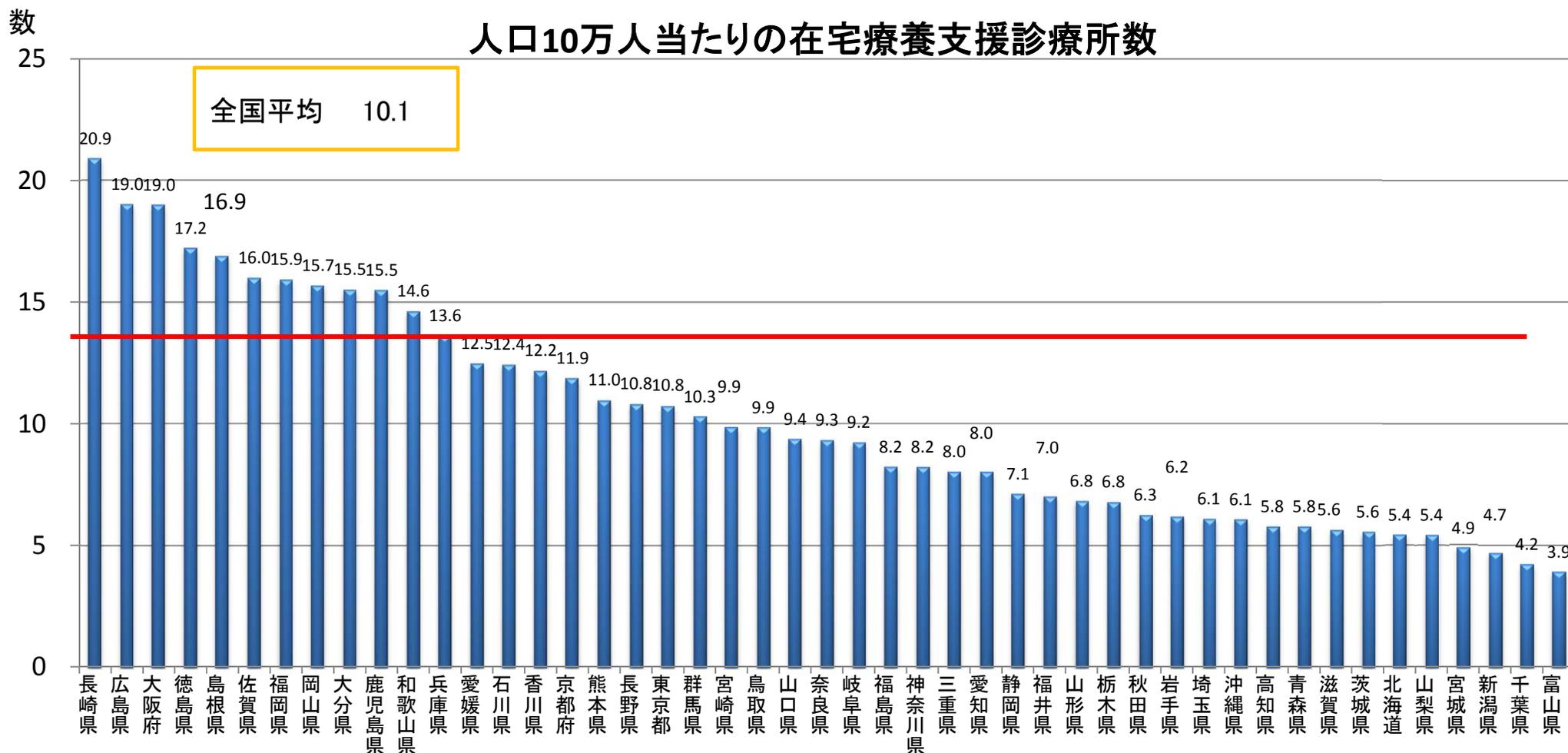


機関やサービス種別を越えた情報共有のシステムを構築し、在宅医療・ケアに関わる多職種チーム形成を容易にする

人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援診療所数

○ 在宅療養支援診療所については、人口10万人当たりで見ると、平成23年7月現在、全国平均10.1カ所に対して、大阪府19カ所、東京都10.8カ所と全国平均を上回っているものの、神奈川県8.2カ所、愛知県8.0カ所、埼玉県6.1カ所、千葉県4.2カ所と全国平均を下回っている。

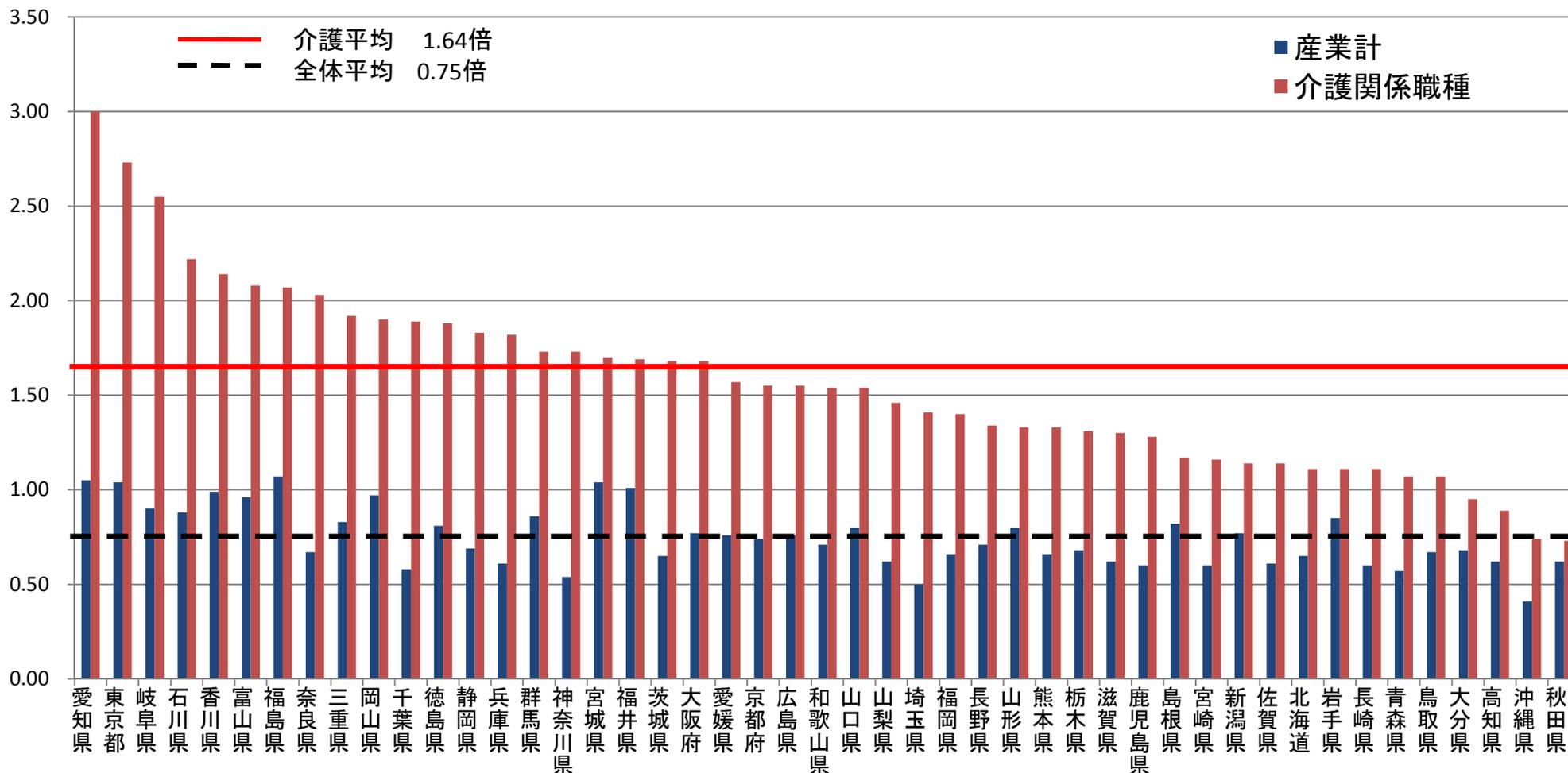
人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数



都道府県別有効求人倍率(平成25年6月)

- 介護関係職種の有効求人倍率は、地域ごとに、大きな差異がある。
- 基本的には、産業計の場合と同様、介護関係職種の有効求人倍率も、地方よりも都市部の方が高くなっている。

都道府県別有効求人倍率(平成25年6月)



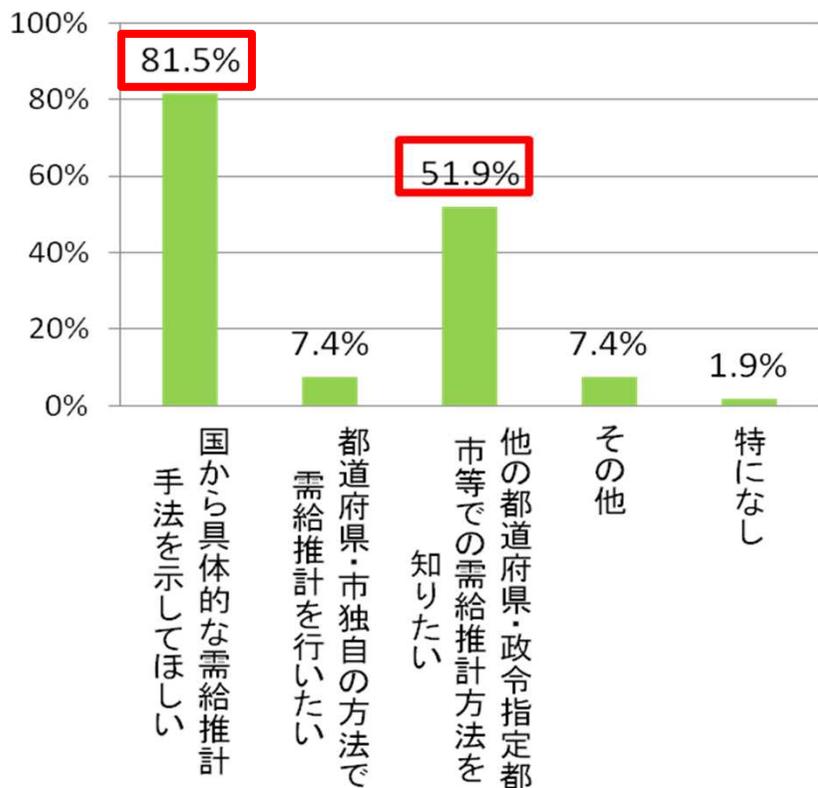
【出典】厚生労働省「職業安定業務統計」

(注) 介護関連職種は、ホームヘルパー、介護支援専門員、介護福祉士等のこと。

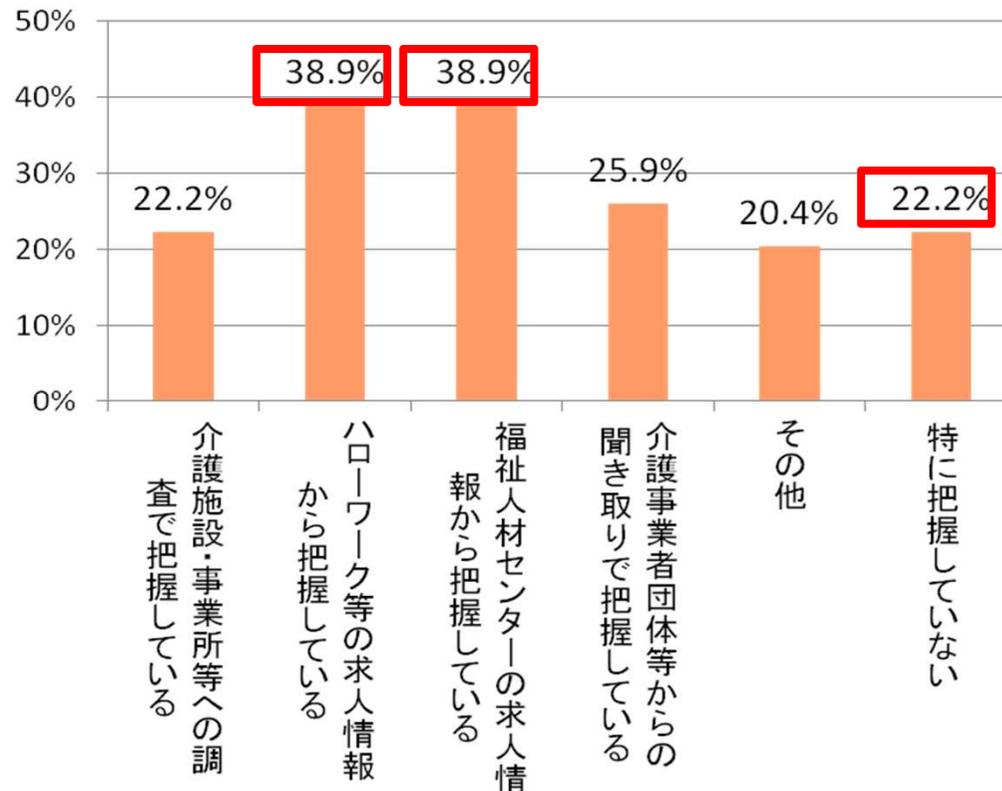
介護人材の需給推計について

- 都道府県・指定都市において、介護人材の需給推計を行う場合の方法については、「国から具体的な需給推計手法を示してほしい」が最も多く、次に「他の都道府県・政令指定都市等で需給推計方法を知りたい」となっている。
- また、介護人材の過不足状況の把握方法としては、「ハローワーク等の求人情報から」、「福祉人材センターの求人情報から」把握しているのが多く、「特に把握していない」都道府県・指定都市も約2割ある。

介護人材の需給推計を行う場合の方法(複数回答)



介護人材の過不足状況の把握方法(複数回答)



視点①：参入の促進（その1）

ハローワークでの取組	介護福祉士等修学資金貸付事業	イメージアップへの取組
<p>ハローワークに「福祉人材コーナー」を設置、介護職員として介護分野で働こうとする者について、マッチングを実施</p> 	<p>【貸付内容】</p> <p>○貸付額(上限)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学費 5万円(月額) ・入学準備金 20万円 ・就職準備金 20万円 ・生活費 4万2千円(月額) <p>→生保世帯等の子どもに貸与する場合に上乘せ</p> <p>○貸付利子:無利子</p> <p>5年間継続して福祉・介護分野の事業所で就労した場合に、返済を全額免除</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護職員合同入職式を開催し、介護職員に対し知事が激励(埼玉県における取組) ○ 小学校・中学校・高校へ介護職の実態を描写した図書を寄贈(広島県における取組) ○ 介護に関する漫画のイラストを活用したパンフレットの中学校、高校等への配布や、ローカル放送を活用したテレビによる広報(高知県における取組)
<p>福祉人材センターでの取組</p> <p>都道府県福祉人材センターにおいて、福祉の仕事の紹介あっせん・マッチング、合同面接会、職場体験、セミナー、中高生へのイメージアップなどを実施</p>		

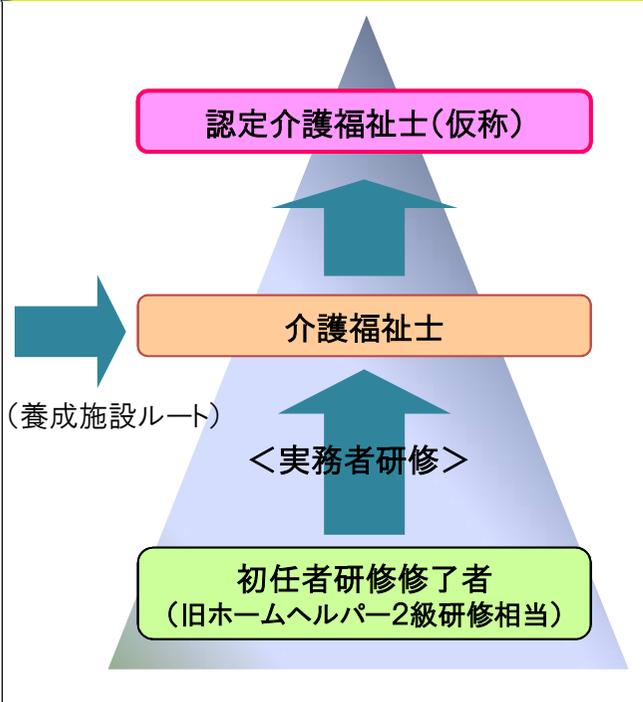
 **参入を促進していくための取組を強化していく方向性**

- ①学校、学生、保護者等に対する介護職の魅力の広報、入職を促進するためのイメージアップを図る取組の推進
- ②地域の生活支援(高齢者の見守り・配食等)の担い手を増やすなどすそ野を広げる
- ③介護分野で働こうとしている方が、事前に事業所の状況を知ることができるよう、情報公表制度を活用した介護職員の労働条件などの公表を推奨
- ④ハローワークや都道府県福祉人材センターでの介護分野への就職支援の取組
- ⑤潜在的有資格者等の再就業を促進するための研修等実施

視点②：キャリアパスの確立

<国における取組例>

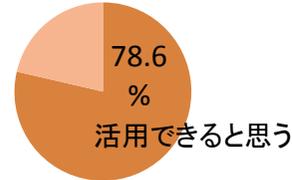
今後の介護人材のキャリアパス



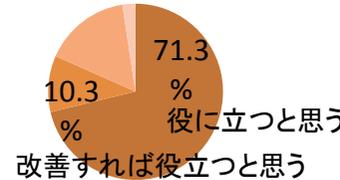
介護キャリア段位制度(内閣府)

レベル	レベルの特徴
プロレベル	7 分野を代表するトッププロフェッショナル
	6 ・プロレベルのスキル
	5 ・高度な専門性、オリジナリティ
4	チーム内でリーダーシップ
3	指示がなくとも、一人前の仕事ができる
2	指示のもと、ある程度の仕事ができる
1	職業準備教育を受けた段階

人事評価や処遇決定への活用可能性



能力開発やスキル向上に役立つか(介護職員へのアンケート)



<事業者における取組例>

(期待される取組の例)

- ・介護職員の技術を向上させる取組
- ・職位に応じた賃金体系の整備
- ・経験年数等に応じた業務内容の高度化等魅力ある職場づくり
- ・介護職員に他分野など様々な経験の機会を付与
- ・新人職員に対し先輩職員を教育係とするなど社内教育の充実等

<県における取組例>

- ・セミナー等の開催を通じ事業所に対するキャリアパス制度導入を支援(静岡県の取組)
- ・経験や資格に応じたモデル給与表を提示し、事業所での処遇改善を促進(埼玉県の取組)

キャリアパスの確立を実現していくための取組を強化していく方向性

- ①専門的な知識を習得しキャリアアップが図られるよう職員に対する研修の受講支援
- ②事業運営規模の拡大や経営の高度化を促進することによる法人の枠を超えた人事交流や研修等の実施の推進
- ③改正後の介護福祉士制度の円滑な施行等(実務者研修の導入、養成施設卒業者に対する国家試験義務付け、準介護福祉士の廃止・介護福祉士への統一化)
- ④認定介護福祉士の具体化に向けた取組など、介護福祉士の資格取得後のキャリアパスの確立
- ⑤介護キャリア段位制度などを活用した事業者によるOJT研修の促進
- ⑥事業者(管理者)の人材マネジメント能力の強化のための取組の推進
- ⑦常勤職員を増加していく上で有効な在宅サービスの普及 等

視点③：職場環境の整備・改善

介護ロボットの開発支援

<今後の開発等の重点分野の例>

○移乗介助①

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



○移乗介助②

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



中小企業労働環境向上助成金

重点分野等の中小企業が、雇用管理責任者を選任し、雇用管理改善につながる例えば以下の事項について、就業規則・労働協約を変更することにより制度を新たに導入、又は介護福祉機器の導入を行った場合に、助成金を支給する。

○評価・処遇制度

評価・処遇制度、昇進・昇格基準等を導入し実施 ⇒ 40万円助成

○介護福祉機器（介護事業所のみ）

介護福祉機器等を導入 ⇒ 導入費用の1/2助成（上限300万円）

介護サービス情報の公表制度

○介護サービス情報

<基本情報>

- | | |
|--------------------|--------|
| 1 事業所の名称、所在地等 | 4 利用料等 |
| 2 従業者に関する情報 | 5 法人情報 |
| 3 提供サービスの内容 | |

<運営情報>

- | | |
|----------------|------------------|
| 1 利用者の権利擁護の取組 | 5 適切な事業運営・管理の体制 |
| 2 サービスの質の確保の取組 | 6 安全・衛生管理等の体制 |
| 3 相談・苦情等への対応 | 7 その他（従業者研修の状況等） |
| 4 外部機関等との連携 | |

○介護従事者に関する情報の具体的な公表内容例

<職種・勤務形態別の採用・退職者数>

採用・ 離職者数	介護職員		介護支援専門員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度の採用者数	4	1	2	1
前年度の退職者数	3	0	1	0



職場環境の整備・改善のための取組を強化していく方向性

- ①介護職員の負担軽減（介護職員の腰痛予防等）を図るために介護ロボットの開発促進
- ②介護福祉機器の導入など職場環境の整備を図るために助成金の活用
- ③介護分野で働こうとしている方が、事前に事業所の状況を知ることができるよう、情報公表制度を活用した介護職員の労働条件などの公表（再掲）
- ④ICTを活用した情報連携の推進・業務の効率化 等

介護人材の確保に向けた国・都道府県・市町村の主な役割（現行）

【国】

- 介護報酬改定を通じた処遇改善の取組の推進
- 介護分野におけるキャリアパス制度の確立に向けた取組の実施
- 介護職員の負担軽減のための介護ロボットの開発促進や介護福祉機器の導入支援などの職場環境の整備に向けた取組
- ハローワーク等における職業紹介を通じた介護分野でのマッチング機能の強化
- 介護人材の需給推計のツールの提供等都道府県による人材確保の取組を促進するための支援

【都道府県】

- 介護保険事業支援計画に必要な介護人材の確保に向けた取組を位置付け
- 介護職員のスキルアップ等のための研修等の実施
- 学生等今後介護分野に就職する可能性がある層を主なターゲットとしたイメージアップのためのセミナー等の開催
- 情報交換・意見交換等を円滑に行うための関係団体・関係機関などを集めた協議会の設置・運営
- 研修等を通じた都道府県内の介護職員のネットワーク化の推進

【市町村】

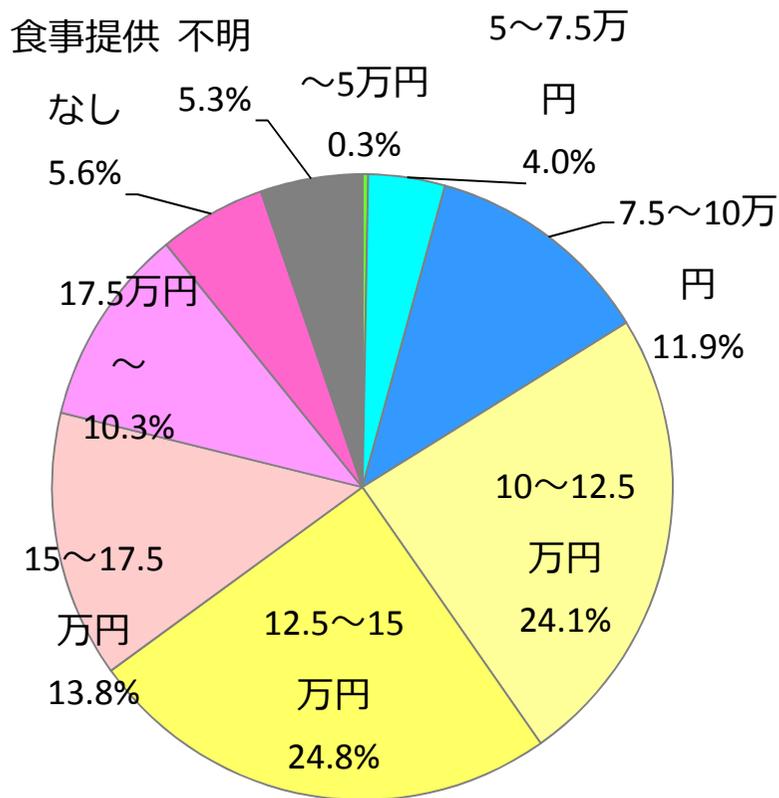
- 都道府県と連携し、事業者による介護人材確保に向けた取組を支援

5. 住まい

サービス付き高齢者向け住宅の現状

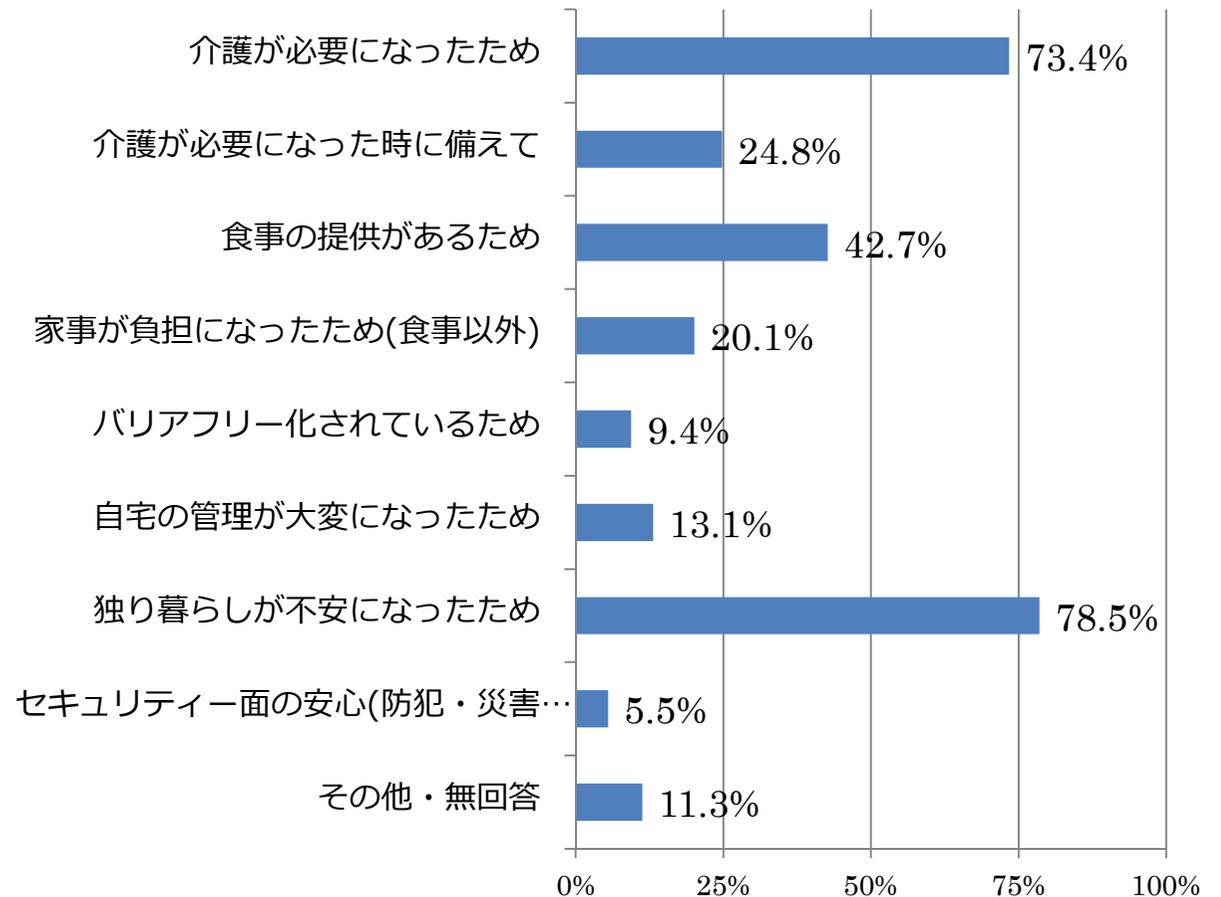
- 家賃・サービス費（状況把握・生活相談）・食費などの総額は、広い価格帯に分散している。
- 入居動機は、「介護が必要になった」「独り暮らしが不安になった」など、実際の必要に迫られたケースが多く、早期の住み替えというニーズ（介護が必要になったときへの備え）は少ない。

支払額（最低金額）



※n=2,065

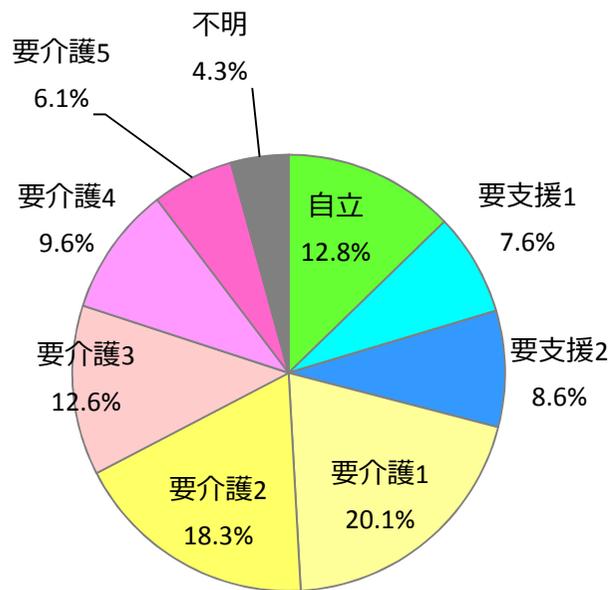
入居動機



サービス付き高齢者向け住宅の入居者(平成24年8月)

- 入居者の要介護度等の範囲は『自立』も含めて幅広いが、比較的、『要支援』『要介護1・2』の入居者が多く、全体としての平均要介護度は1.8となっている。
- 一方で、開設からの期間が比較的短い住宅も多い中、『要介護4・5』の入居者も相当数認められることから、個別の住宅によって機能が多様化しているものと考えられる。
- 認知症高齢者の日常生活自立度については、『自立』『I』で約4割を占めている。ただし、アンケート上、入居者の日常生活自立度を把握していない事業者等が約4割ある。
- 入居者の年齢については、80代が最も多く、平均年齢は82.6歳である。

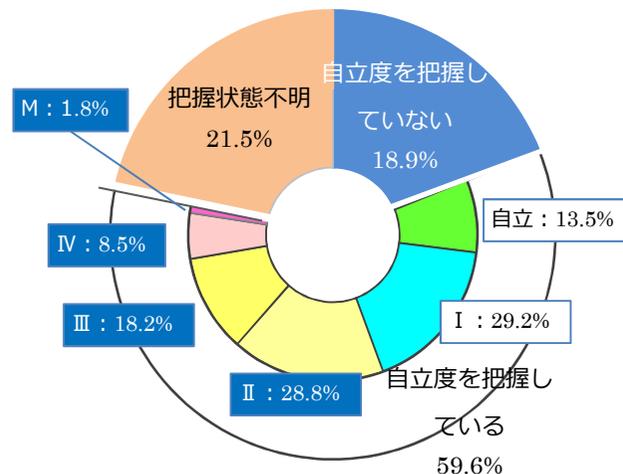
【要介護度等】(平均要介護度:1.8)



※入居者数(n=16,467)

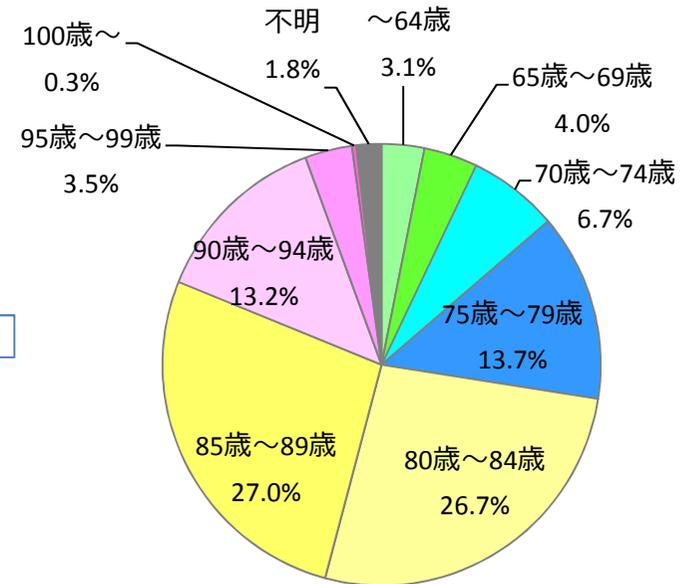
【日常生活自立度】

※ 囲み枠内の割合は、「自立度を把握している入居者数 (n=8,918) を100として算出したもの



※入居者数(n=14,964)

【年齢】(平均年齢:82.6歳)

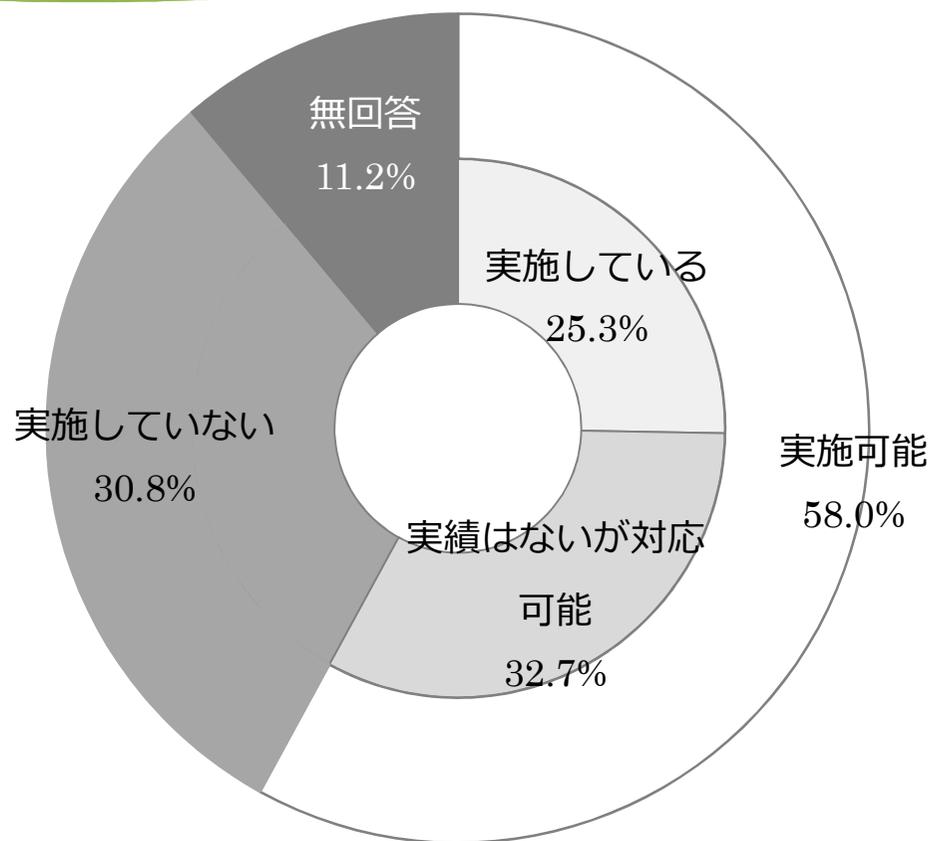


※入居者数(n=16,010)

サービス付き高齢者向け住宅における看取りの状況

- 看取りについては、『実施している』と『実績はないが対応可能』としているものが合わせて58.0%を占めている。
- 看取りの実施体制が、住宅スタッフによるものか、外付けの介護保険サービスによるものかなど、さらなる詳細な調査や見当が必要。

看取りの対応状況

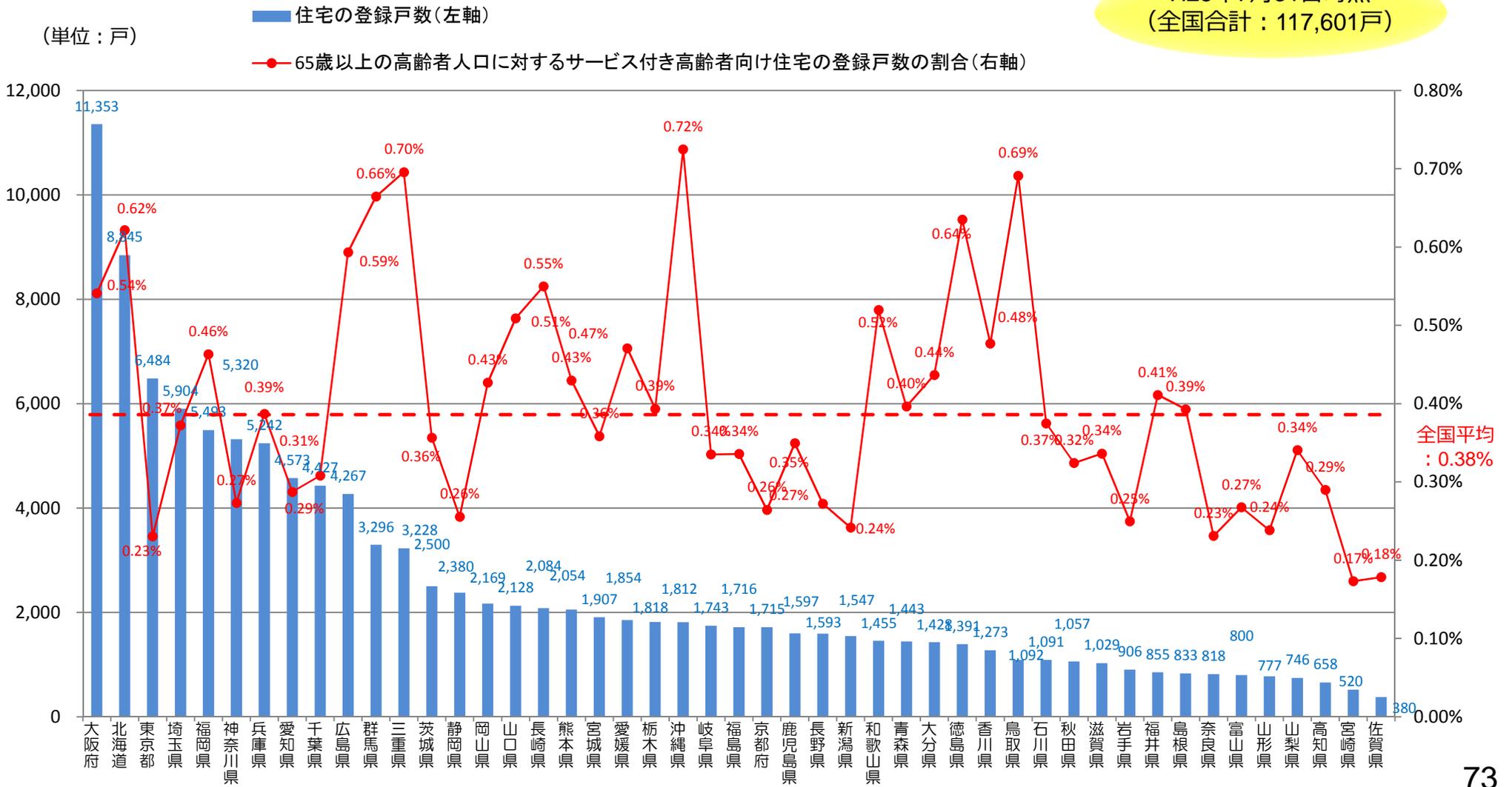


※n=2,065

サービス付き高齢者向け住宅の登録状況（都道府県別）

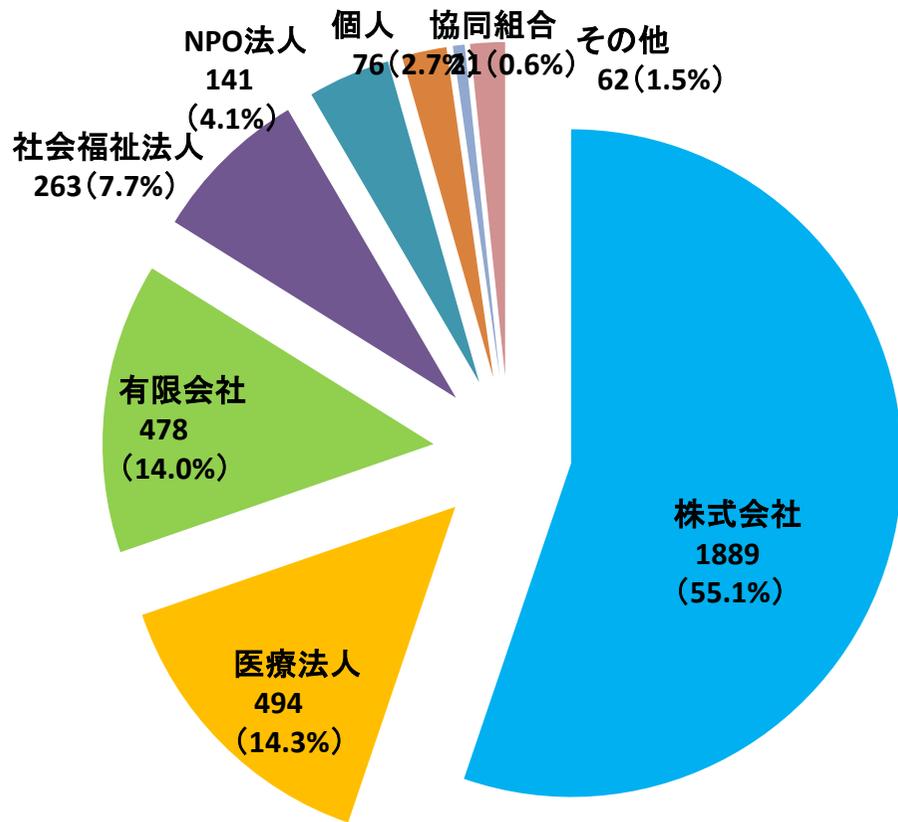
- 登録戸数が多いのは三大都市圏。それ以外の地域では、北海道・広島県・福岡県において突出している。
- 65歳以上の高齢者人口に対する住宅の供給割合は、東北地方・首都圏において全国平均を下回る傾向が見られる。

H25年7月31日時点
(全国合計：117,601戸)

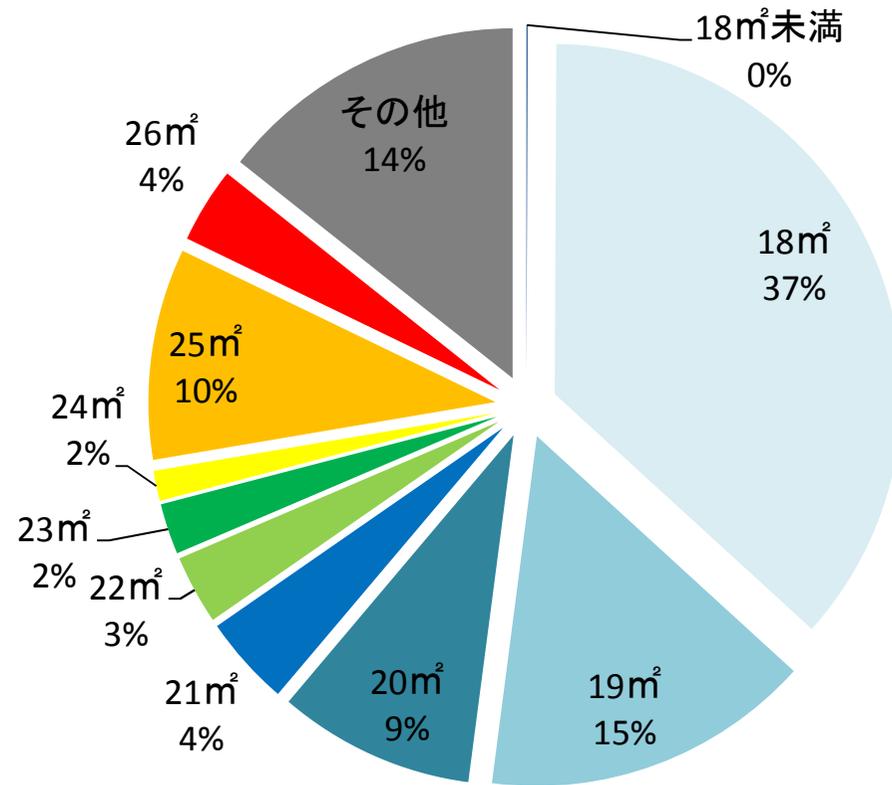


法人種別・面積

・法人種別では、株式会社(55%)、医療法人(14%)、有限会社(14%)で約83%である。
 ・面積別では18㎡以上20㎡未満で全体の52%を占め、次に25㎡以上30㎡未満が17%を占める。



左図 法人種別の登録数の割合(N=3531)
6月30日現在(7月1日取得)



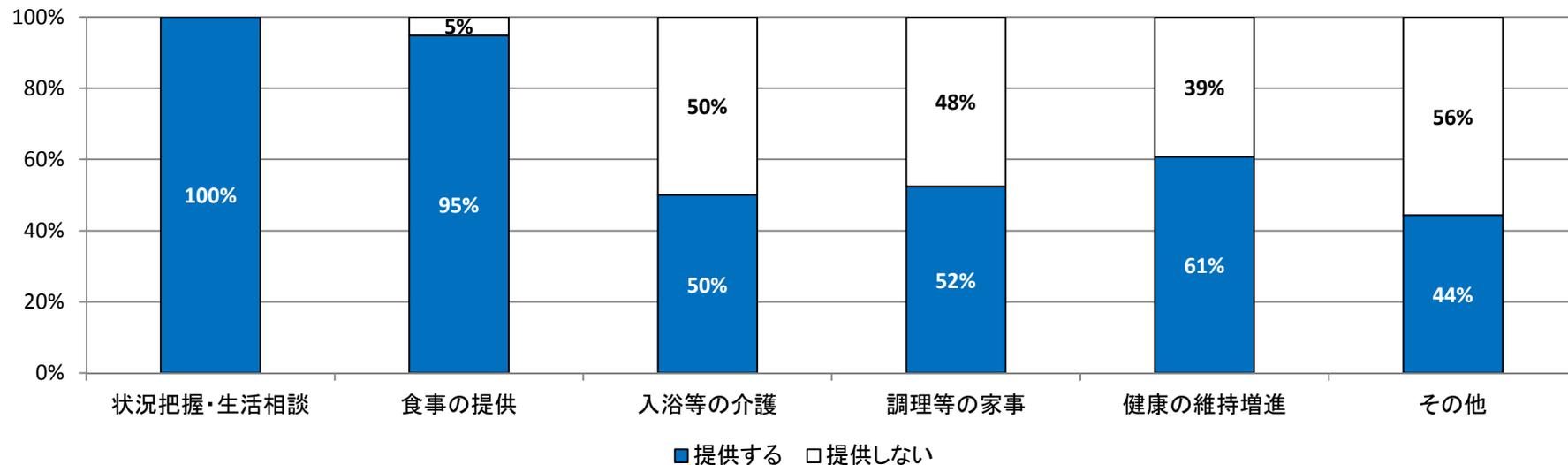
右図 面積別の住戸数の割合(N= 113899)
6月30日現在(7月1日取得)

サービス付き高齢者住宅において提供されるサービス

- 95%の物件において食事の提供がされている
- 入浴等の介護、調理などの家事は概ね半数の物件において提供されている
- 「その他」のサービスとして見回り、送迎、買物代行、散歩・レクリエーション・娯楽の介添え等のサービスを提供している物件が44%程度ある

表1 サービス別提供・未提供の状況(登録数N=3531)

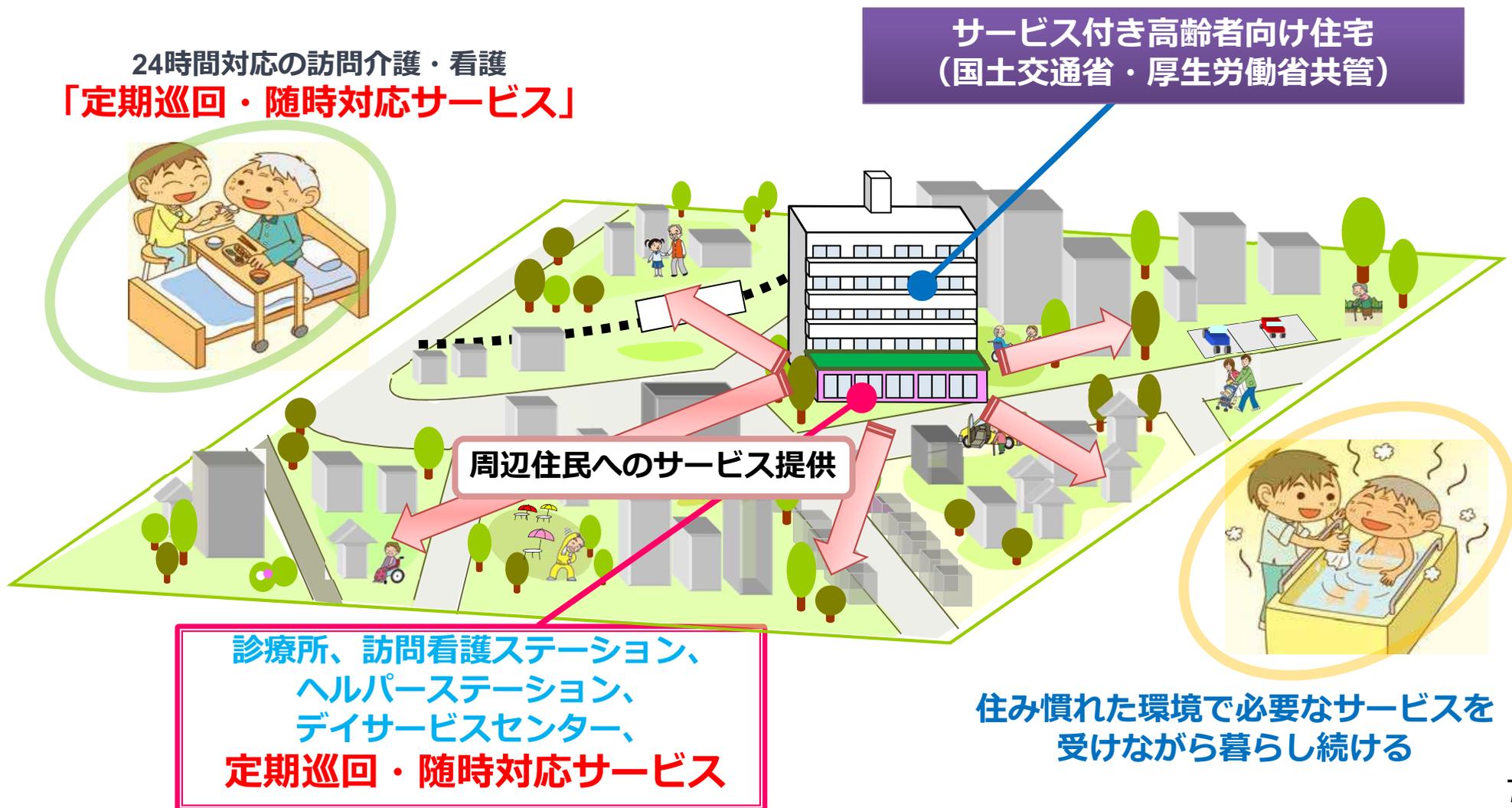
	提供する		提供しない	
	登録数	割合	登録数	割合
状況把握・生活相談	3531	100%	-	-
食事の提供	3349	95%	182	5%
入浴等の介護	1768	50%	1763	50%
調理等の家事	1848	52%	1683	48%
健康の維持増進	2144	61%	1387	39%
その他	1565	44%	1966	56%



上図 サービス別提供・未提供の割合 (登録数N=3531)6月30日現在(7月1日取得)

サービス付き高齢者向け住宅と在宅介護の組み合わせ

○日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、特別養護老人ホーム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するよう、「サービス付き高齢者向け住宅」に、「定期巡回・随時対応サービス」などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。



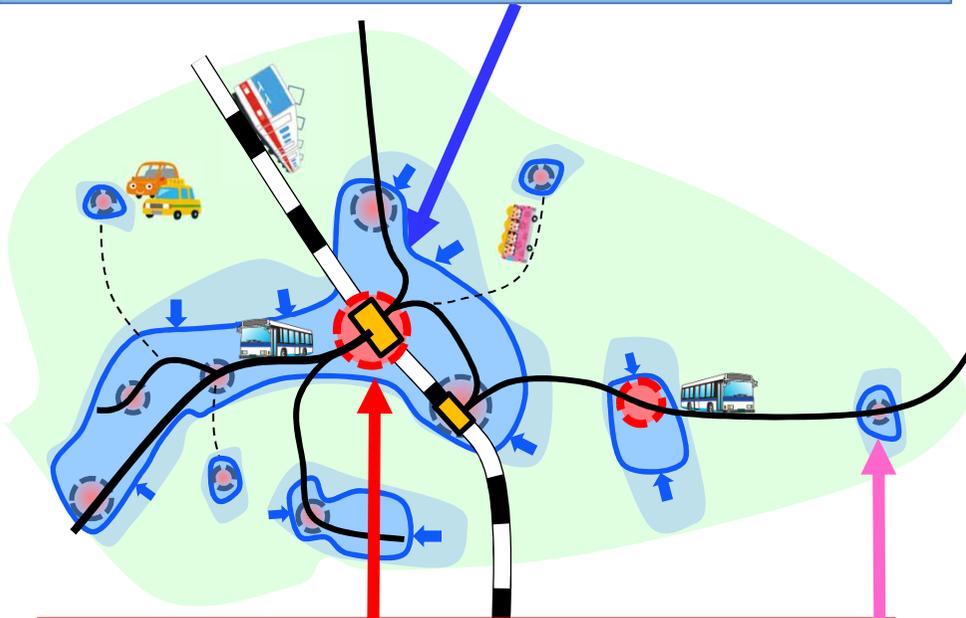
都市再構築戦略検討委員会 中間とりまとめ(概要)

○集約型の都市構造の実現に向けて、集住・都市機能の集約立地に向けた戦略を構築

- ・ 国は、都市の現状、今後の見通しや課題を明確にし、今後の都市のあり方を示すことが必要
- ・ 地域は、必要な都市機能を明確にしたビジョンを民間の意見も吸い上げながら作成する必要

一定のエリア(中心部+既存集落)への集住を推進

(全ての人を集住させることを目指す訳ではない)



地域の核となるエリアに都市機能
(総合病院、商業施設、訪問看護・介護等)の
集約立地を推進

○集住の推進に向けた戦略

- ・ 集住エリア内への住宅立地、住み替えを促す仕組みの構築(土地利用計画制度と税制・金融等の誘導策)
- ・ 郊外部における新たな市街地整備に関する事業の抑制

○都市機能の集約立地に向けた戦略

- ・ 核となるエリアへの都市機能の立地を促す制度(空き地の集約化・空きビルの活用等)の創設
- ・ 民間事業者による都市機能の整備に対する税財政・金融支援
- ・ 公的不動産(学校・公民館・公有地等)の有効活用の促進
- ・ 活用されない建築物の除却、空き地の緑地活用等の支援

国土交通省 都市再構築戦略検討委員会 中間とりまとめ(平成25年7月)(抄)

ii 郊外部等における高齢者の増加への対応

3. 実現のための戦略

(3) 効率的な医療福祉サービスを提供しやすい都市構造に向けた戦略

○効率的な医療福祉サービスを提供しやすい都市構造に向けて、以下のような戦略を構築すべきである。

〈地方自治体に対するまちづくりの姿の提示〉

・地域包括ケアを支えるサービス拠点づくりに対しては、どのような施設がどのような考え方でどこに配置されるのが望ましいか、都市行政と医療福祉行政とが協力し、国として地方自治体が参考とできるようなまちづくりの姿の提示を行い、高齢者の規模や増加の仕方、医療福祉サービスの供給能力、公共交通やインフラの整備状況等を踏まえたサービス拠点の配置に係る基準(ガイドライン)を作成すべきである。

〈誘導策等〉

・サービス拠点の適切な配置に向け、空き家等の有効利用や大都市郊外部に多い団地内の敷地の有効活用にも考慮しつつ、医療・福祉機能等の適切な立地を促す仕組みを構築すべきである。

豊四季台地域における地域包括ケアシステムのイメージ

サービス付き高齢者向け住宅と在宅医療を含めた24時間の真の地域包括ケアシステムを平成26年初旬に豊四季台団地で具体的に構築
 → 直近の国の政策を具現化するモデルを実現する

■ 将来の豊四季台地域のイメージ



在宅で医療、看護、介護サービスが受ける体制が整い、いつまでも在宅で安心して生活できる

■ 建替を進めている豊四季台団地内の土地利用計画



- サービス付き高齢者向け住宅
- 24時間対応の在宅医療・看護・介護サービス

- 子育て支援センター
- 地域医療拠点
- コミュニティ食堂
- 植物栽培ユニット

地域の中に多様な活躍の場があり、いつまでも元気で活躍できる

地域包括ケアのモデル拠点の整備

サ高住に様々な医療・介護サービスを組み合わせたモデル拠点を豊四季台団地に整備（URによる公募）。【平成26年初旬完成】

◆イメージ図

サービス付き高齢者向け住宅



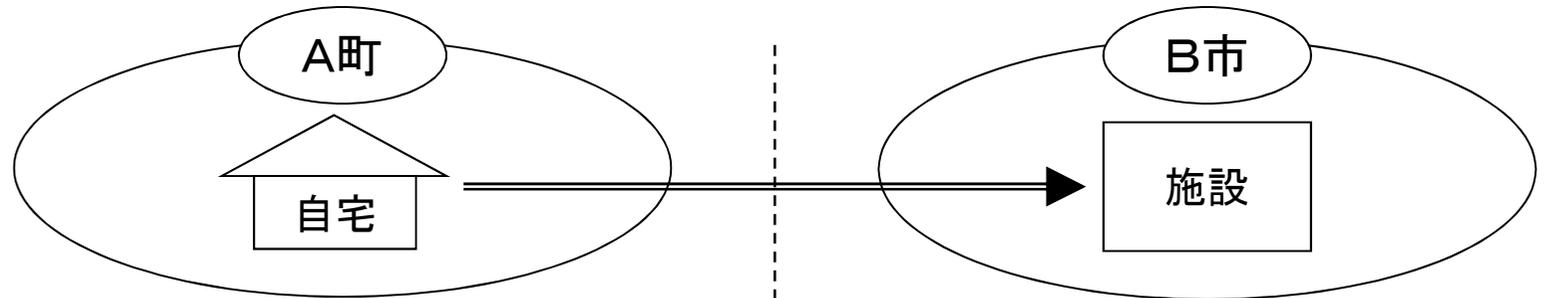
※本図は、実施設計前のイメージであり、完成後の建物とは異なる場合があります。

提供：株式会社学研ココファン

住所地特例制度について

- 介護保険制度においては、各人はその住所地の市町村の被保険者となり、それぞれの地域のサービス水準に見合った当該市町村の保険料を負担するのが原則である。
- しかしながら、介護保険施設については、施設の所在する市町村の財政への配慮等の観点から、特例として、入所者は入所前の市町村の被保険者となり、入所前に住所のあった市町村が保険給付を行う仕組みを設けている。
(住所地特例・介護保険法第13条)

<例> A町の自宅に住んでいた高齢者がB市の介護保険施設に入所する場合



住所		B市
住民税		B市
行政サービス		B市
介護保険の被保険者	A町	
介護保険料	A町	
保険給付	A町	

→ B市の住民であるが、介護保険に関してのみA町の被保険者となる。
(A町が定める保険料を支払い、保険給付もA町から受ける)

○ 住所地特例対象施設について

- (1) 介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）
- (2) 特定施設（地域密着型特定施設を除く。）
 - ・ 有料老人ホーム
 - ※ただし、有料老人ホームであって、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない賃貸借方式のサービス付き高齢者向け住宅は対象外。
 - ・ 軽費老人ホーム
 - ・ 養護老人ホーム

○ 対象範囲の見直しの経緯

	対象施設
制度創設時	・介護保険施設(特養、老健、介護療養病床)のみ。
H17年改正後 (平成17年6月29日公布) (平成18年4月1日施行)	(介護保険施設以外に次のものを追加) ・ <u>介護専用型特定施設のうち入所定員30人以上であるもの</u> ・ <u>養護老人ホーム</u>
H18年改正(三位一体改革)後 (平成18年3月31日公布) (平成18年4月1日施行)	(特定施設部分の対象拡大) ・ <u>特定施設(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、適合高専賃)</u>
H23年改正後 (平成23年6月22日公布) (平成24年4月1日施行)	(特定施設部分の改正) ・特定施設(<u>有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護の指定を受けていない賃貸方式のサービス付き高齢者向け住宅を除く。)</u> 、養護老人ホーム、軽費老人ホーム)

○「特定施設」のうち住所地特例の対象外の施設

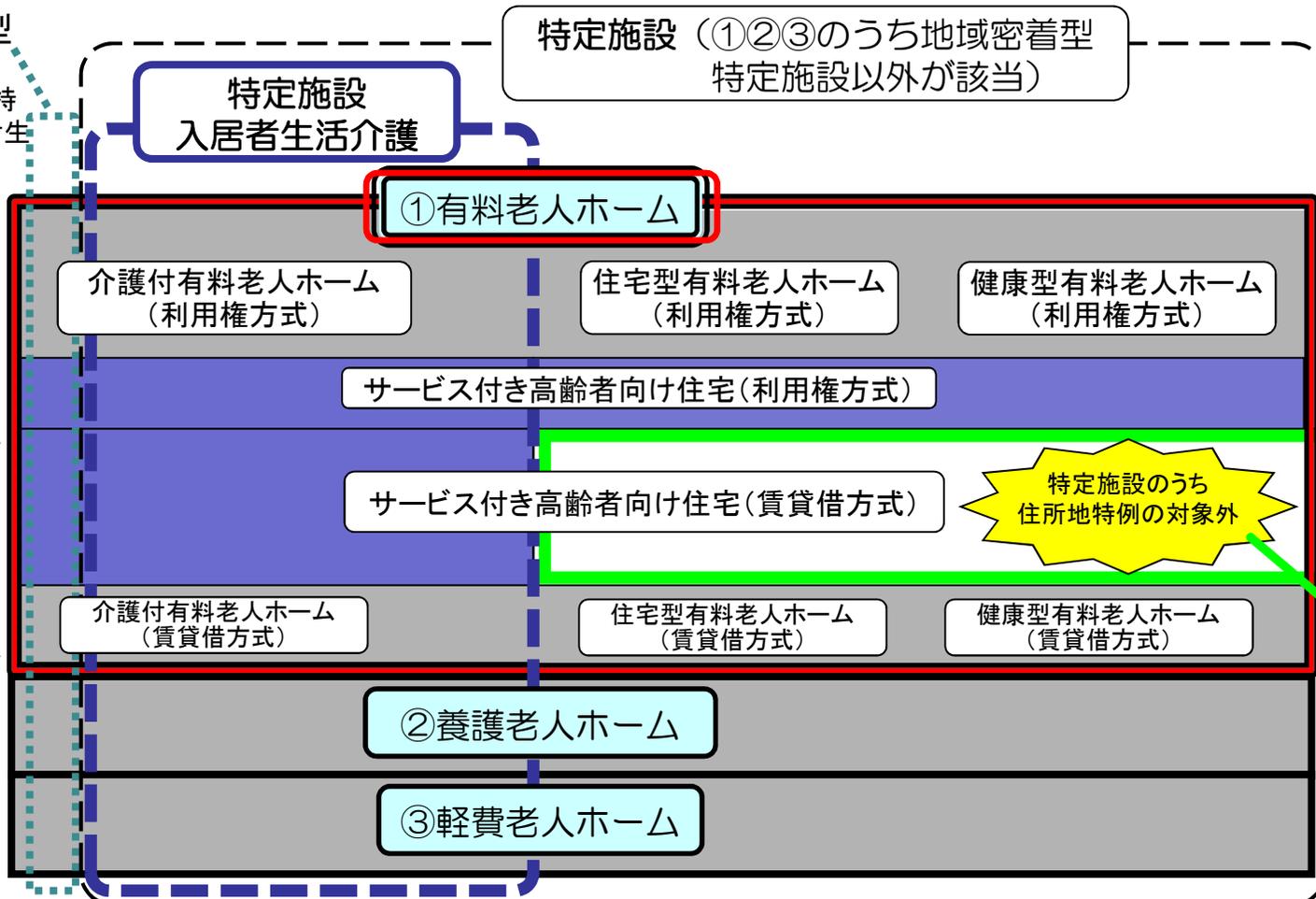
○有料老人ホームなどの特定施設は住所地特例の対象となるが、例外として、サービス付き高齢者向け住宅のうち「賃貸借方式のもの」でかつ「特定施設入居者生活介護を提供していないもの」は、特定施設に該当しても、住所地特例の対象外となっている。（※サ付き住宅のうち特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設は5%に留まっており、また、全体の89%は賃貸借契約のため、その太宗が住所地特例の対象外となっている。）

介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を提供

介護、食事の提供、洗濯、掃除等の家事、健康管理の少なくともいずれかを提供

安否確認、生活相談サービスのみを提供

地域密着型特定施設
(地域密着型特定施設入居者生活介護)



有料老人ホームに該当しない(食事提供等のない)サ付き住宅

※サ付き住宅の94%は食事提供あり

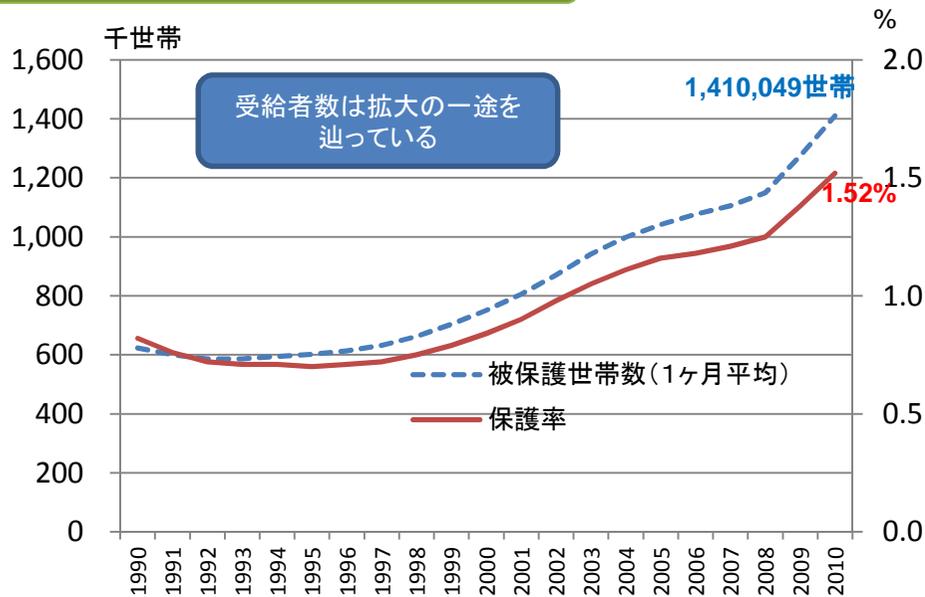
一定条件に該当して登録
↓
サービス付き高齢者向け住宅

サービス付き住宅のうち住所地特例の対象外のもの

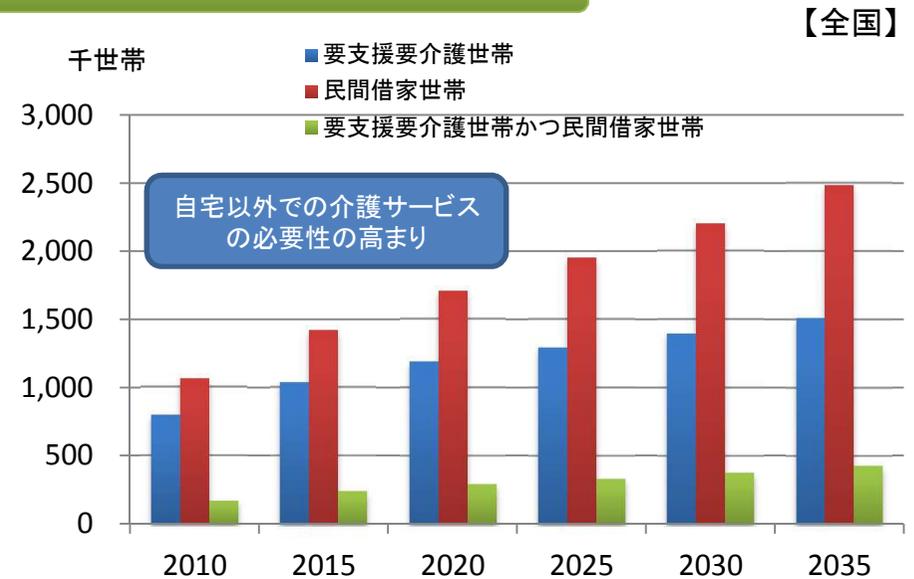
低所得高齢者の住まいについて

背景: 人口構成の変化

① 生活保護受給者の年次推移(実績)



② 単身者・借家住まいの増加(推計)



今後の課題

- 高齢者の「居住」の場は、数量的に限界があるため、今後も適切な供給を図るための施策が必要。
- 医療・介護の必要性が高い者から施設で受け入れられる場合、軽度のサポートのみを必要とする高齢者に対するセーフティネットが機能しなくなるおそれ。

今後の政府方針

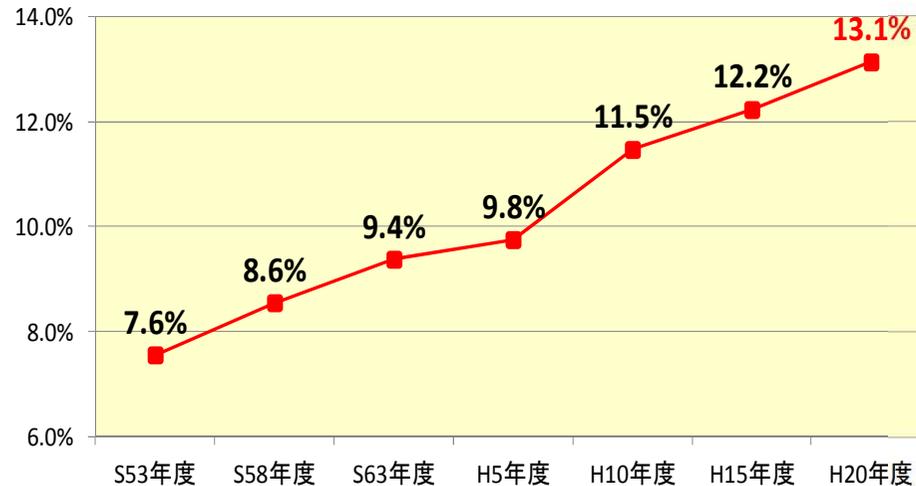
【日本再興戦略 -JAPAN is BACK- (平成25年6月14日閣議決定)】

- 中低所得層の高齢者が地域において安心して暮らせるようにするため、空家や学校跡地などの有効活用による新たな住まいの確保を図る。

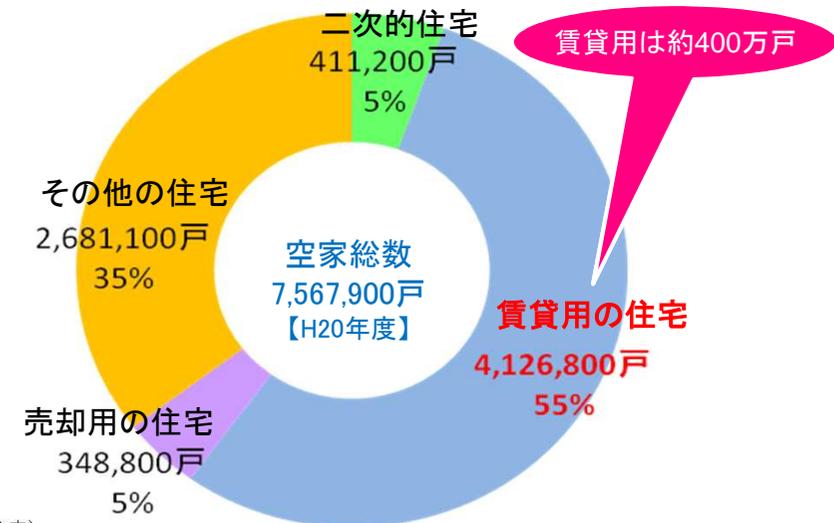
既存空家を活用した居住支援

空家の実態

【空家率の推移】



【空家の種類別内訳】



※二次的住宅:別荘及びその他(たまに宿泊する人がいる住宅)
賃貸用又は売却用の住宅:新築・中古を問わず、賃貸又は売却のために空き家になっている住宅
その他の住宅:上記の他に人が住んでいない住宅で、例えば、転勤・入院などのため居住世帯が長期にわたって不在の住宅や建て替えるなどのために取り壊すことになっている住宅など
(出典)住宅・土地統計調査(総務省)

空家（学校などの空き建築物を含む）の活用により、低廉な家賃の住まいを前提とした居住支援を実現

居住支援のスキーム

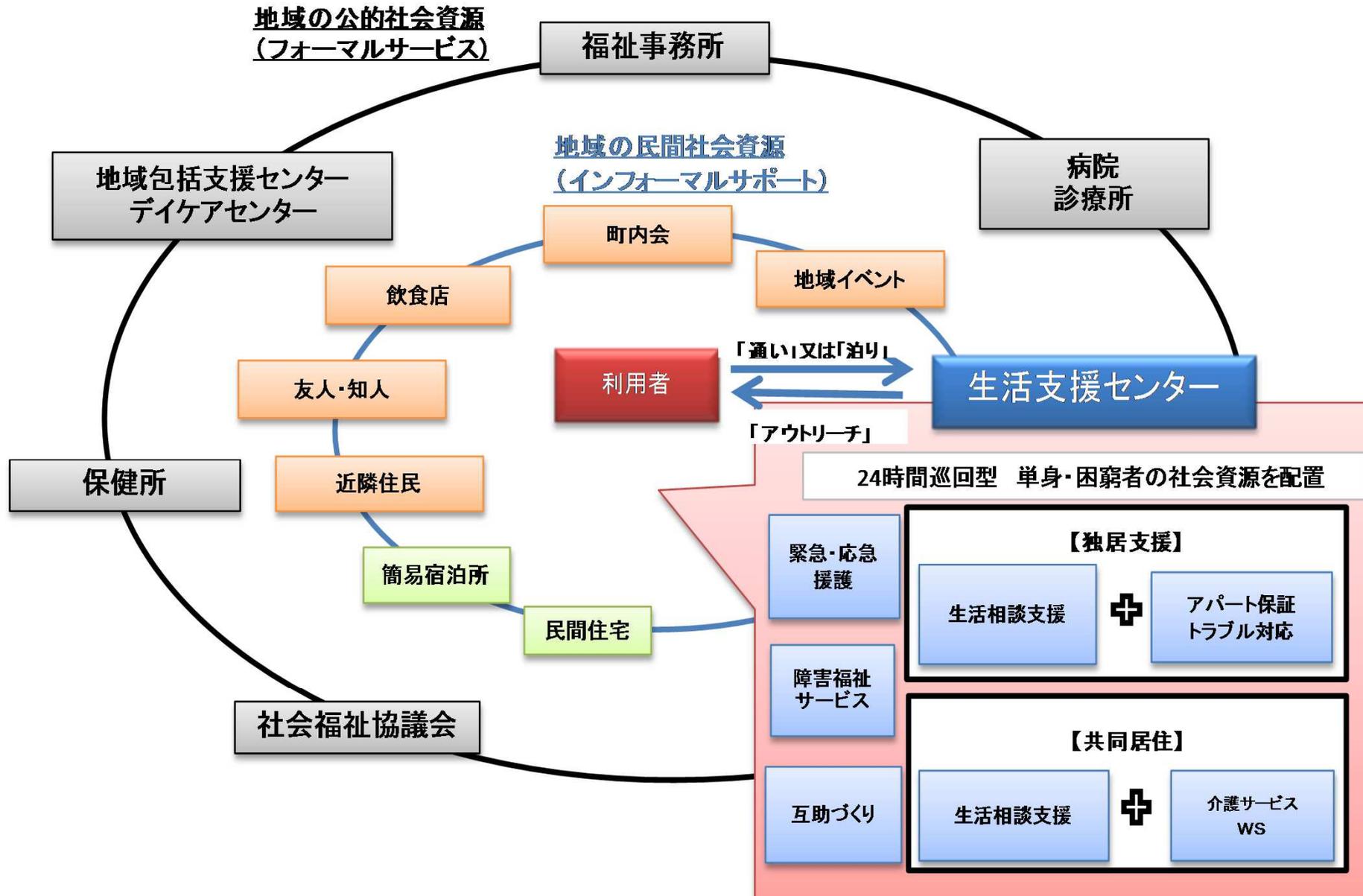
・ 入居可能な空家（改修したものを含む）については、**マッチングによる入居支援から入居後の生活支援までを一体的に実施**

+

・ 設備の更新やバリアフリー化が必要な空家については、**改修等による住まいの確保支援を実施**

ふるさとの会の取り組みについて

～生活困窮(高齢)者に対する居住と居場所(就労、社会参加含む)の確保を支援～



～生活支援を地域に埋め込む～ **生活支援事業【ふるさと版】**

- (1) 支援拠点** 居場所と相談窓口
- (2) 居住支援** 既存ストックの活用
- (3) 生活支援** 巡回型相談・訪問
生活の互助づくり(→就労の場づくり)
地域包括ケアシステムとの連携
- (4) アウトリーチ** 孤立した生活困難者の発見
- (5) コミュニティ** 居場所と地域づくりの互助

目的は「**互助**」づくり

～誰でも気軽に立ち寄れる どんな相談もできる～

まちカフェふるさと OPEN!

木のぬくもりに囲まれたカフェで、
おいしいコーヒーを飲みに来ませんか？



コーヒーサービス無料!

どなたでもお気軽にお立ち寄りください。

(独)福祉医療機構より補助金を受けて運営しています)



営業時間：11:00～15:00

営業日：月・火・木・金(祝日は除く)

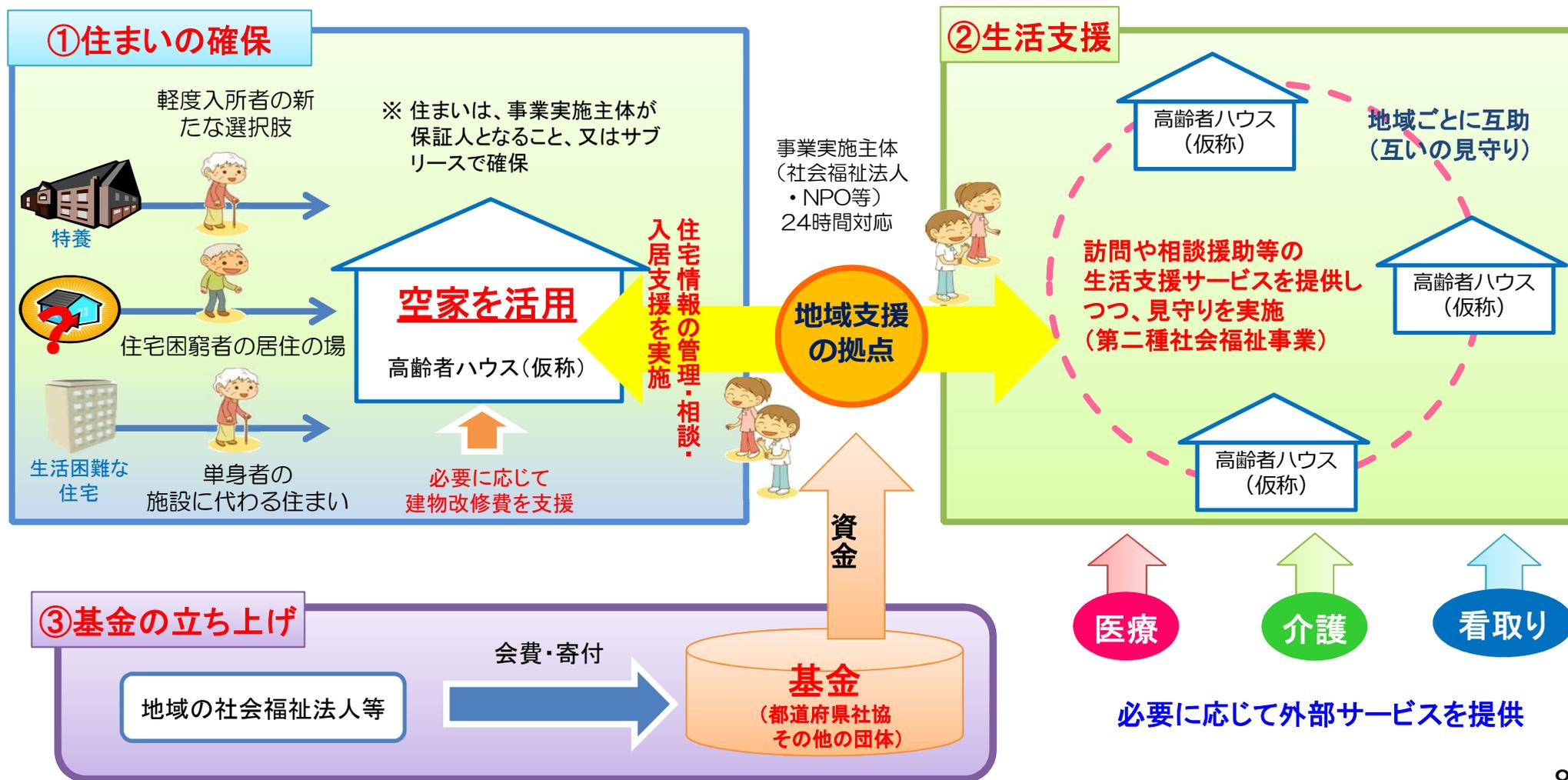
住所：新宿区大久保1-10-22平田ビル1F

(JR山手線・新大久保駅、都営大江戸線・東新宿駅から徒歩10分)

TEL：03-6205-5528 FAX：03-6205-5529

E-Mail：info-machicafe@hurusatonokai.jp

- 自立した生活を送ることが困難な低所得・低資産高齢者を対象に、社会福祉法人やNPO等が、
 - ①既存の空家等を活用した低廉な家賃の住まいの確保を支援するとともに、
 - ②日常的な相談等(生活支援)や見守りにより、高齢者が住み慣れた地域において継続的に安心して暮らせるような体制を整備することについて、国としても支援する。
- また、③これらの事業を実施するための基金の造成に係る立ち上げ支援も併せて行う。



廃校となった小学校の校舎を活用した取組の例

ヘルスケアタウンにしおおい / 東京都品川区

2009年3月開設

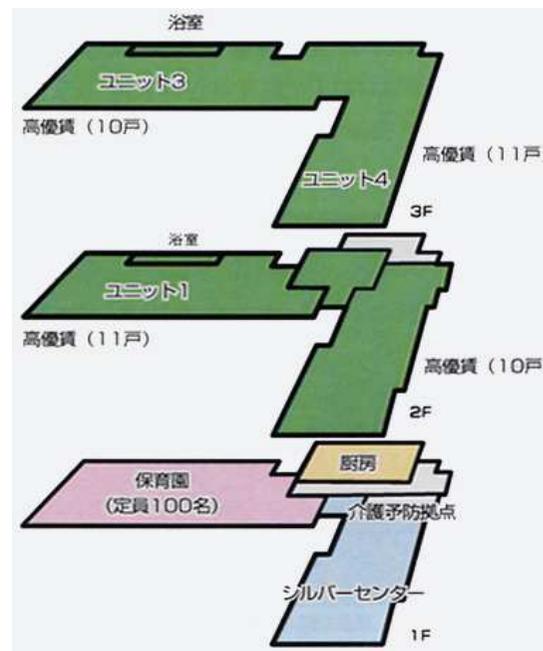
小中一貫校の整備により移転した小学校の校舎を福祉・交流施設に改修。公募で選ばれた社会福祉法人がサービス付き高齢者向け住宅、高齢者向け活動拠点、認可保育園を運営。

◆ケアホーム西大井こうほうえん(サービス付き高齢者向け住宅)

戸数	42戸(定員48名)	
住戸面積	20.68~37.89㎡	
入居時費用	敷金	
月額費用	家賃	80,000~100,000円 ※所得に応じて、高優賃制度に基づく家賃補助と品川区独自の家賃助成あり
	共益費	30,000円
	基本サービス費	30,000円(1人あたり)
	食費	51,000円(1日3食・30日)



建物外観(改修後)



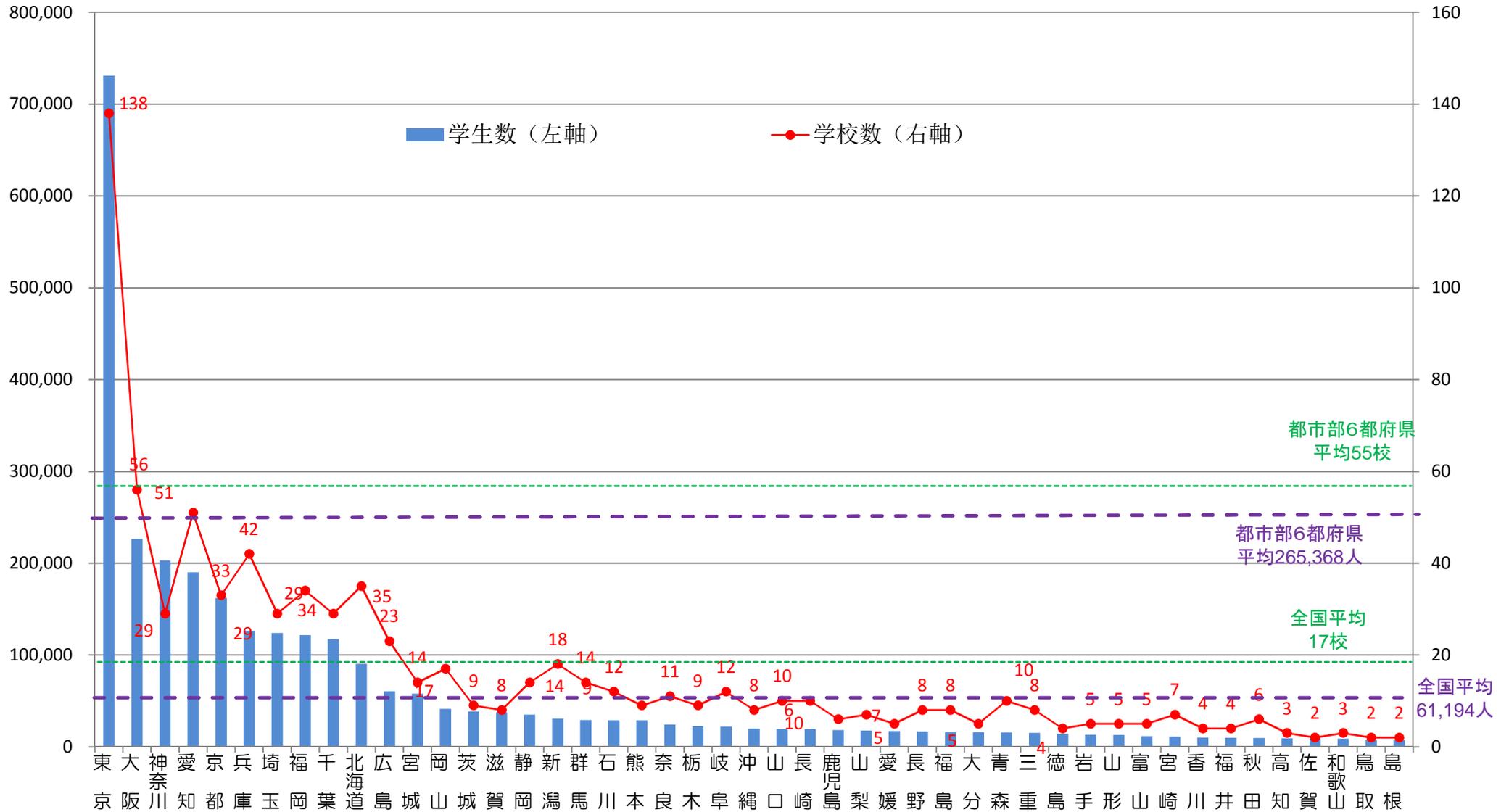
サービス付き住宅
車いす対応キッチン



サービス付き住宅 2人用住戸

都道府県別 大学の数と学生数(平成24年度)

○ 都市部においては、多くの大学等の教育機関が立地し、全国的にも学生が多い状況にある。



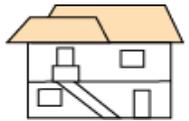
※都市部6都府県…埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、愛知県、大阪府。

出典:文部科学省 学校基本調査(平成24年度)

一世代が直面する課題

■ 居住の継続意向 (60才以上世帯の約60%→虚弱後50%)

子世帯と同居

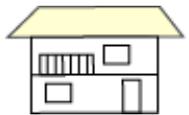


- 同居家族による相続可能性は高い
- 今後の住み続け意向も高い



このような世帯はわずか (5%)

子世帯と別居



- 直系血族による相続可能性が低い
- 高齢期を迎える不安

地域サービスを利用して住み続けたい	5割
安心できる住宅や施設に住み替えたい	2割
わからない	2割



地域に住み続けるための
地域サービスが必要

■ 住み替え意向 (60才以上世帯の約10%→虚弱後20%)

ニーズ

50~60歳前後 ▶ 沿線の便利な所を希望



70歳前後 ▶ 子供の居住地近くを希望



住み替え先が必要

沿線駅周辺マンション
+ 近くにシニア関連施設

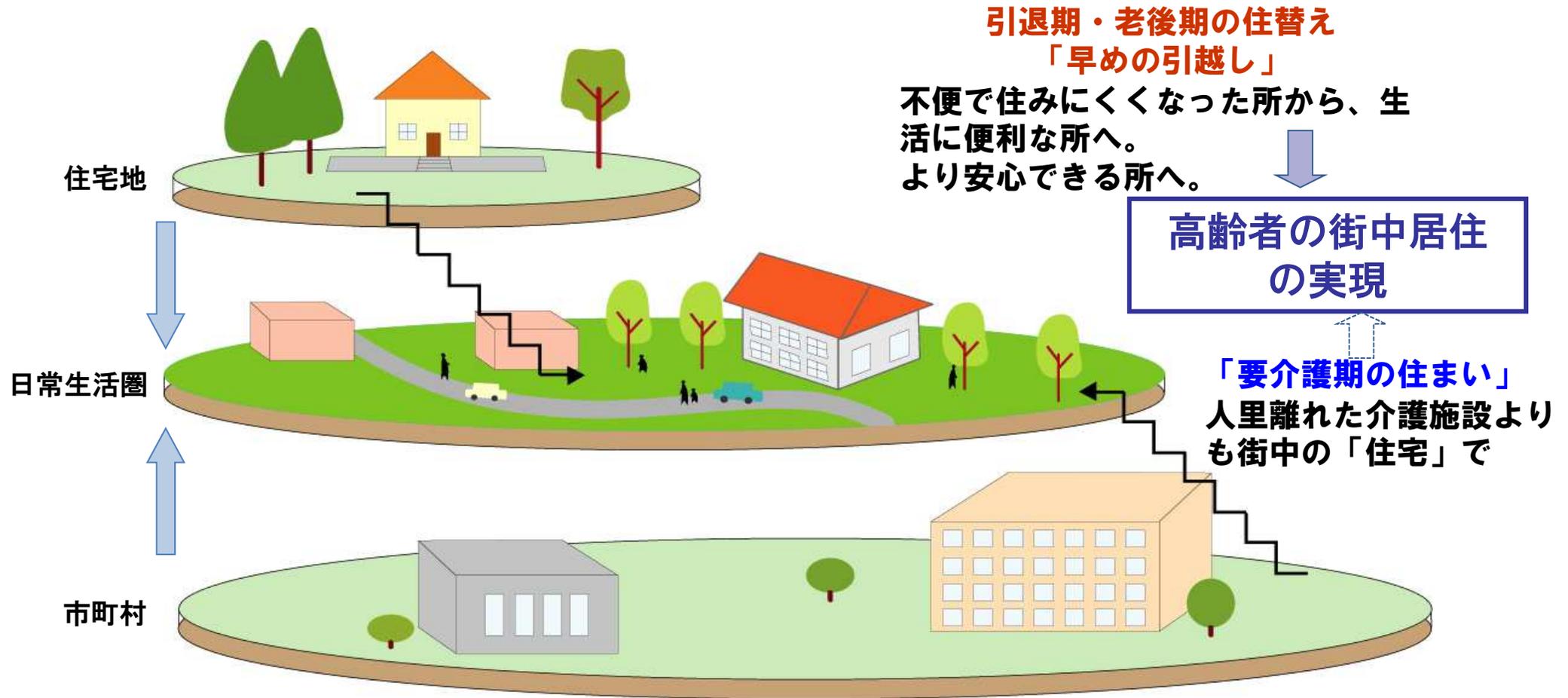


子供居住地の近くの
シニア関連施設



地域資源の再編による高齢者の街中居住の実現

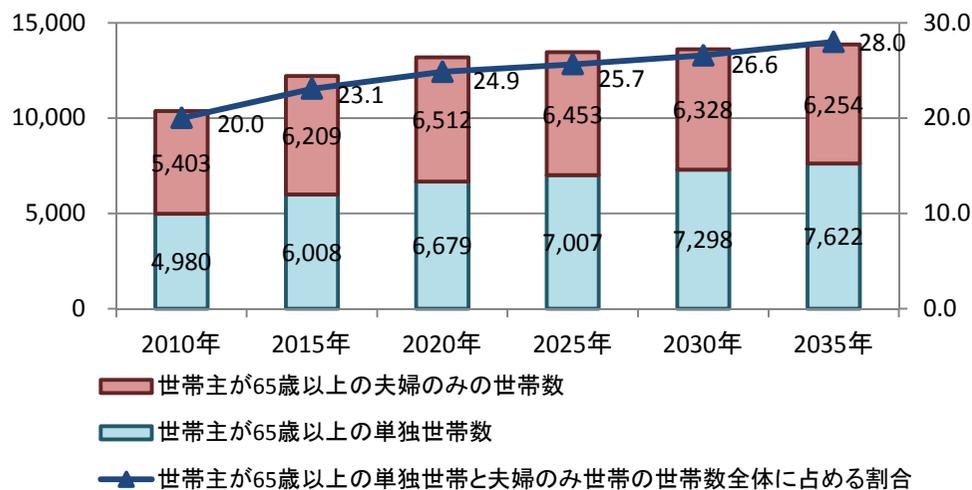
Aging in Place & Community in Care



6. 生活支援・予防

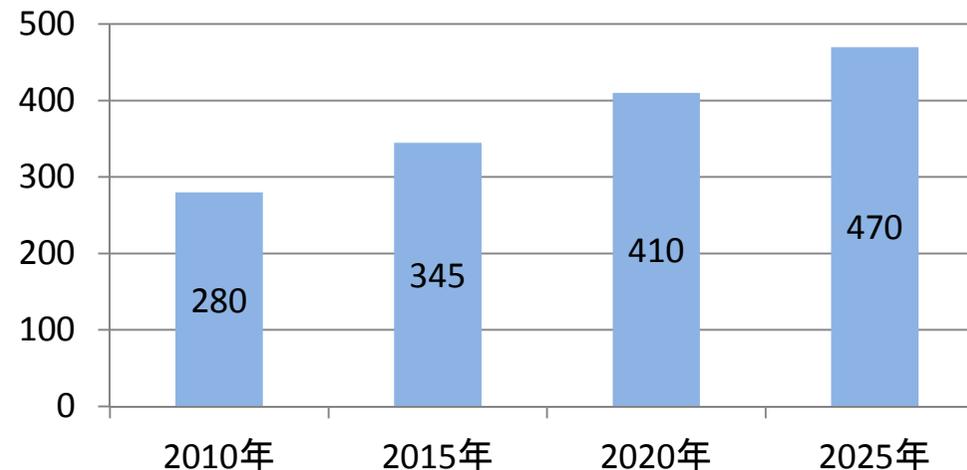
生活支援のニーズ

高齢者世帯の年次推移



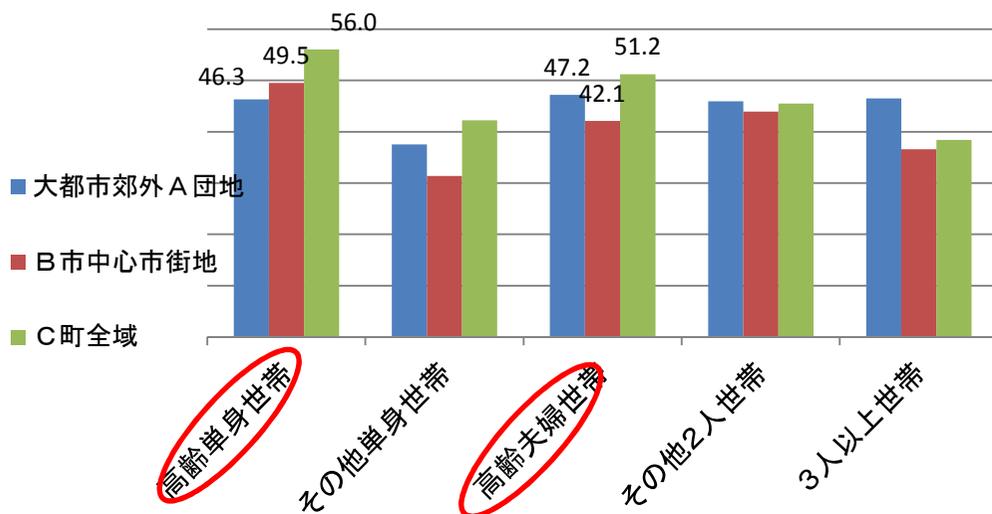
国勢調査（平成17年）、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成19年5月推計）」

認知症高齢者数の将来推計 (単位:万人)



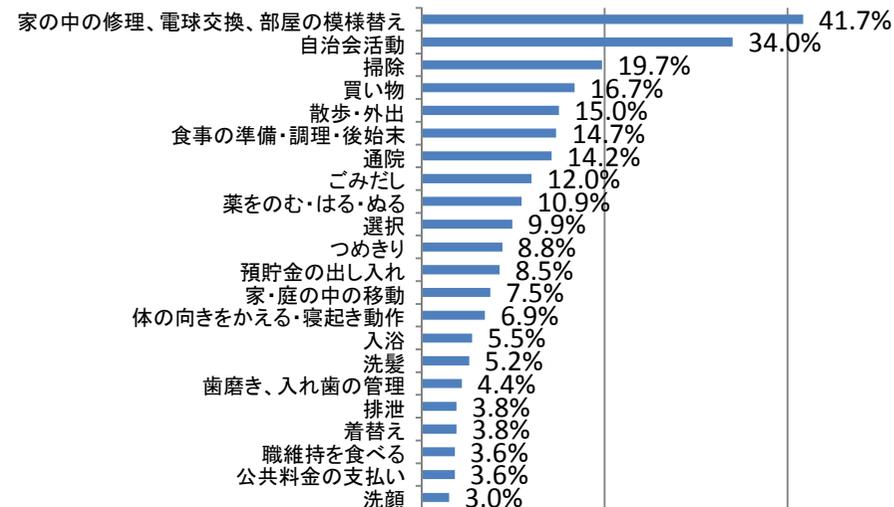
出典:「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」,平成24年9月公表の数値をグラフ化

買い物で不便や苦勞がある世帯の割合



平成23年、農林水産政策研究所、食料品アクセス問題の現状と対応方向

1人暮らし・高齢者世帯が生活行動の中で困っていること

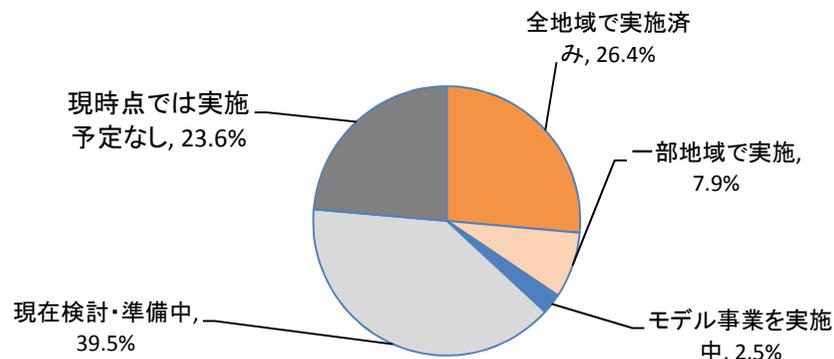


平成23年度老健事業、1人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査（みずほ総研）

地域住民の互助活動およびNPO等による生活支援サービス

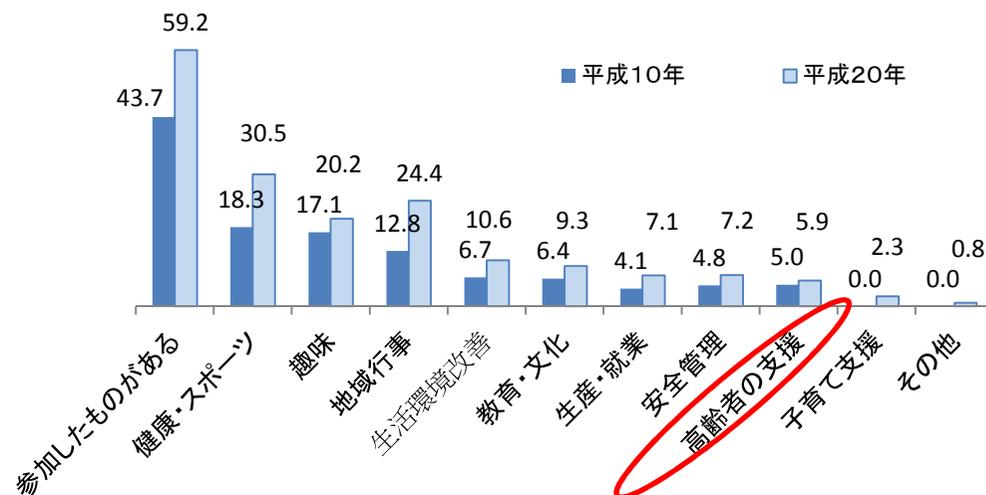
高齢者の見守りネットワークの形成状況

(全国1,750自治体のうち有効回答数 n=982)



平成22年内閣府 経済社会総合研究所「セルフ・ネグレクト状態にある高齢者に関する調査_幸福度の視点から」

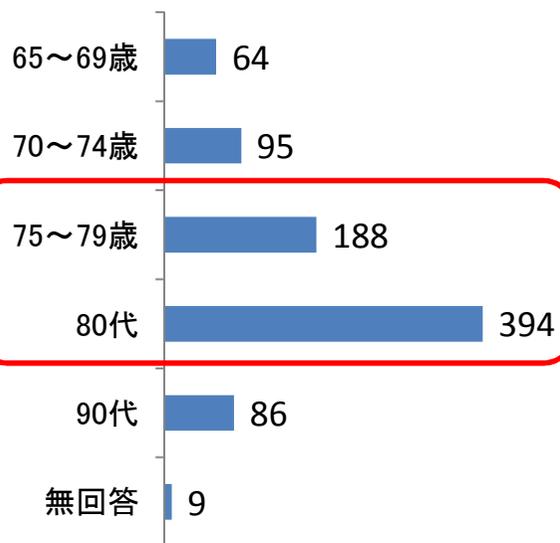
60歳以上の住民のグループ活動



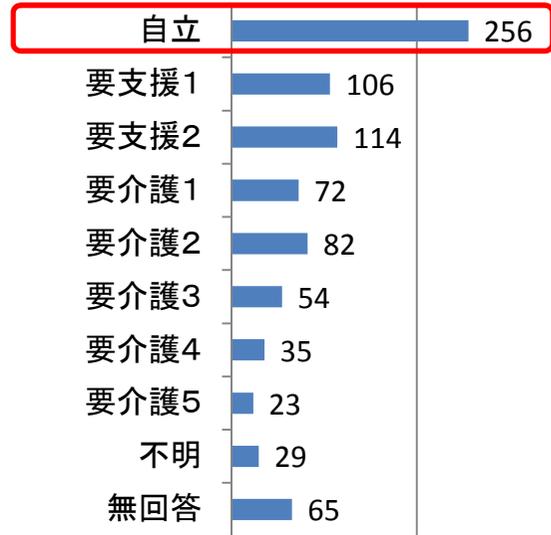
平成24年度版 高齢社会白書、内閣府

NPO等による生活支援サービスの利用状況

(調査対象10団体のサービスを利用する高齢者のうち有効回答数 n=836)

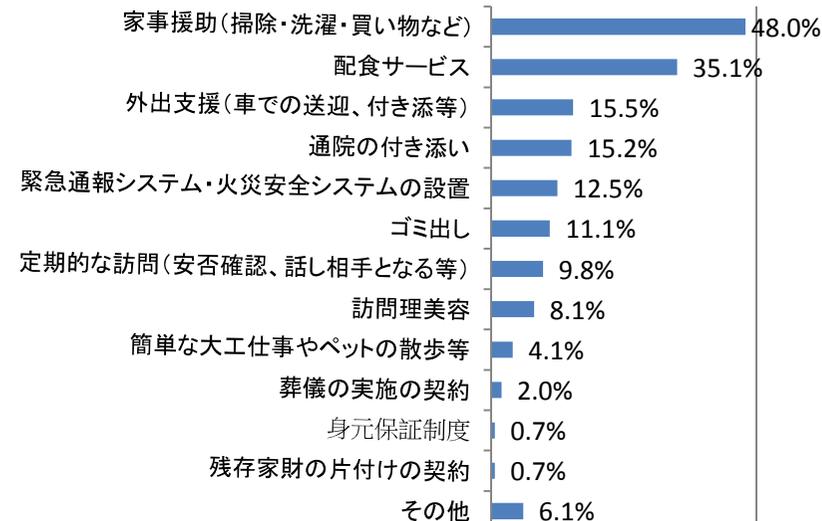


平成22年「神戸市の非営利組織による介護保険制度外サービス実態調査」



高齢者の利用サービス

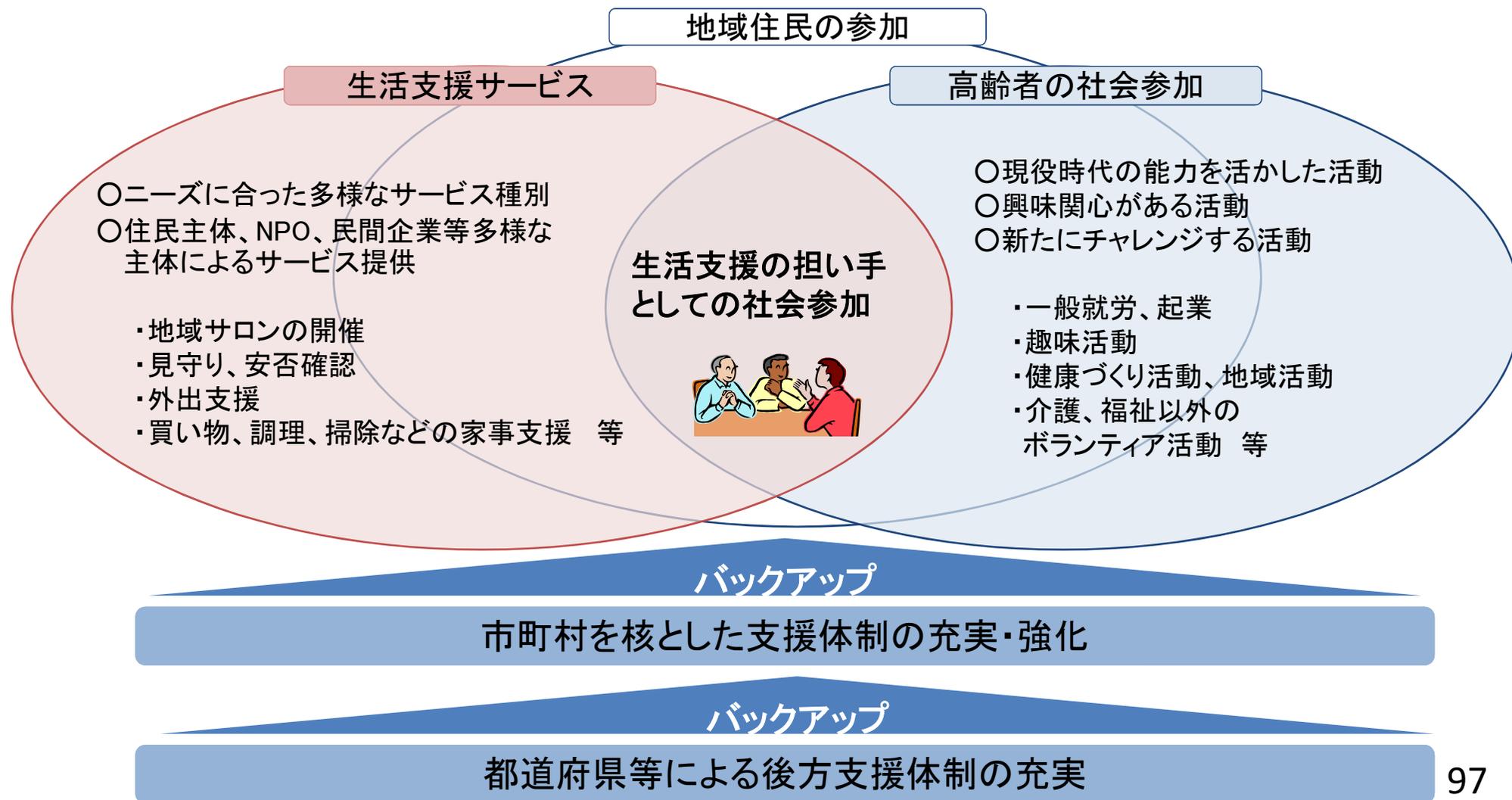
(民間・公的を問わず介護保険対象外の生活支援サービスを利用した高齢者のうち有効回答数 n=296)



平成22年度「高齢者の生活実態 東京都福祉保健基礎調査」

生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、見守り・配食等の生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。
- 高齢者の社会参加をより一層推進することを通じて、元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍することも期待される。このように、高齢者が社会的役割をもつことにより、生きがいや介護予防にもつながる。



高齢者による自助・互助の取組により介護予防を促進する

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を支援



- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助を横展開
- ・「生涯現役コーディネーター（仮称）」の配置や協議体の設置などに対する支援

生活支援サービスの提供イメージ

市町村単位の圏域

小学校区単位の圏域

自治会単位の圏域



事業主体

民間企業

NPO

ボランティア

ボランティア同士の支え合い（地域活動を行うことで、必要な時に自分も地域活動による支援を受ける）の実現

社会参加は介護予防にもつながる

バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）

➡ 民間とも協働して支援体制を構築

都市部(柏市)の急速な高齢化の問題。地域に活躍場所を求めるリタイア層に対して地域はどのような準備を行うべきか？

2012年
団塊世代が65歳に到達

地域に活躍場所を求める
高齢者(リタイア層)



地域の現状

高齢者のニーズを満たす
居場所・活躍場所は少ない

- 老人会、サークル・ボランティア活動、サロン等
…利用は一部の高齢者
- 友人と集まり余暇を過ごす、あるいは家に閉じこもる
…地域社会の貢献にはつながらない



まだまだ元気！
今度は地域で
活躍したい

サークルやサロ
ン飛び込むには
敷居が高い

何をしたら
いいのやら？

**高齢者を(自然に)外に引き出す工夫、
地域の担い手として活躍できる環境整備が必要**



高齢者、特に都市部リタイア層にとって最も抵抗の少ない社会参加のかたち

- 現役時代から慣れ親しんだ生活スタイル
- 帰属意識、社会的役割が明確に与えられる

一方で・・・

リタイア層のライフスタイルに応じた働き方が必要

- 無理なく、出来る範囲で働く・・・就労時間、場所、内容の調整
 - 地域貢献、趣味を活かす、人との関わりを求める
- ・・・生計労働から「生きがい労働」へ



これらが両立する就労は、個人の心身の健康維持に寄与するとともに地域社会の課題解決にもつながると予測

生計維持のための就労(生計就労)

セカンドライフ就労

交流・趣味・場の創造・その他

具体的な事業

柏市 提供資料

※H25.7月末時点
(現在の生きがい就労者数:180名)

事業統括組織



すずの会の取組

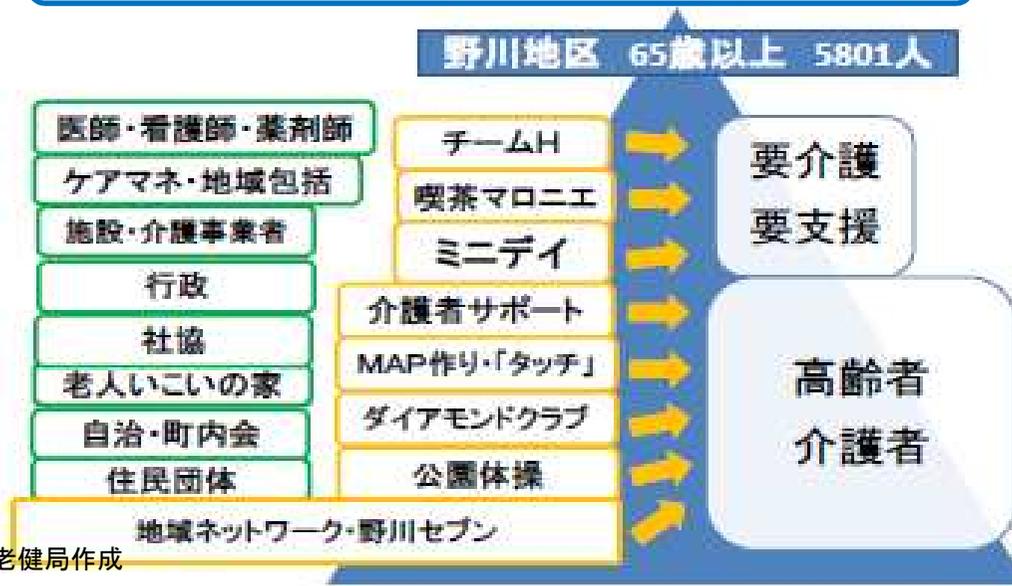
設立経緯

設立 平成7年9月
設立メンバー 小学校のPTA仲間5名
 ・ PTA仲間の一言「介護経験を地域で活かそう」
 ・ 「ちょっと困った時、気軽に鈴を鳴らしてください」
 ・ 制度の手の届かない問題の解決策を活動に
 ・ 自分たちの老後も考えたグループ作り
 ・ 当事者の困りごとを生活者の視点で解決する
 ・ 身近なつづやきを実践に生かす
 ・ 身の丈に合った実践の積み重ね
 平成25年4月現在 **活動メンバー65名**

活動内容

集いの場
 ミニデイ(月2回開催 延べ参加者 年約1900名)
 ご近所サークル「ダイヤモンドクラブ」(32か所)
地域ネットワーク「野川セブン」(26団体)
介護者サポート(スポットヘルプ・介護相談・コーディネート)
情報提供(介護情報誌『タッチ』発行)
公園体操(6か所 延べ参加者 年約6000名)
特養内地域開放型「喫茶マロニエ」(毎月1回)
地域マップ(年15回)

活動の広がり:トータルに支える



※第3回検討会 すずの会 提出資料を基に老健局作成

杉並区 安心おたっしゅ訪問事業

①高齢者訪問事業 1万人へ訪問

※第2回検討会 杉並区 提出資料を基に老健局作成

- 平成22年8月、113歳（当時都内最高齢者）が住所地に不在であることが判明。
- 100歳以上高齢者への安否確認訪問を緊急に実施。
- 平成23年度からは、安否確認に加え、何らかの困難を抱えている可能性の高い方へ、区から積極的に訪問を行い、潜在的なニーズを把握して支援につなげるとともに、日常的に相談できる関係づくりを目指して訪問を実施。（安心おたっしゅ訪問事業の開始）

優先度	対象者要件	訪問者	23年度 対象者数	24年度 対象者数
1	要介護認定なし。 2年以上医療受診なし。	地域包括職員 区職員	742人	705人
2-A	要介護認定あり。 ケアプランなし。	地域包括職員 区職員	1,922人	2,088人
2-B	要介護認定、ケアプランあり。 介護保険サービスの受給なし。	地域包括職員 区職員	202人	824人
3	要介護認定なし。 2年以内の医療受診ありの単身者。	民生委員 区職員	8,919人	6,798人
			計 11,785人	計 10,415人

②介護サービス等につないだ状況

- 平成24年度（平成23年度）は10,415人（11,785人）を訪問し、9,519人（10,133人）と面会を行った。そのうち、延べ618人（875人）が介護サービス等の利用につながった。

	介護サービス	介護予防サービス	緊急通報システム※1	配食サービス※2	地域のたすけあいネットワーク	その他※3	計（延べ数）
平成23年度	557人	24人	31人	14人	13人	236人	875人
平成24年度	332人	60人	29人	13人	13人	171人	618人

※1 一人暮らしの高齢者等が急病になった際に迅速に対応できるよう、高齢者宅に通報機や赤外線センサー等を取り付けるもの
 ※2 区が委託した事業所が高齢者宅を訪問し、弁当を手渡しすることで高齢者の安否を確認し、健康状態等を継続的に見守るもの
 ※3 寝具洗たく乾燥サービス（区独自事業）の利用、医療機関への連絡等

（区独自事業）
（区独自事業）

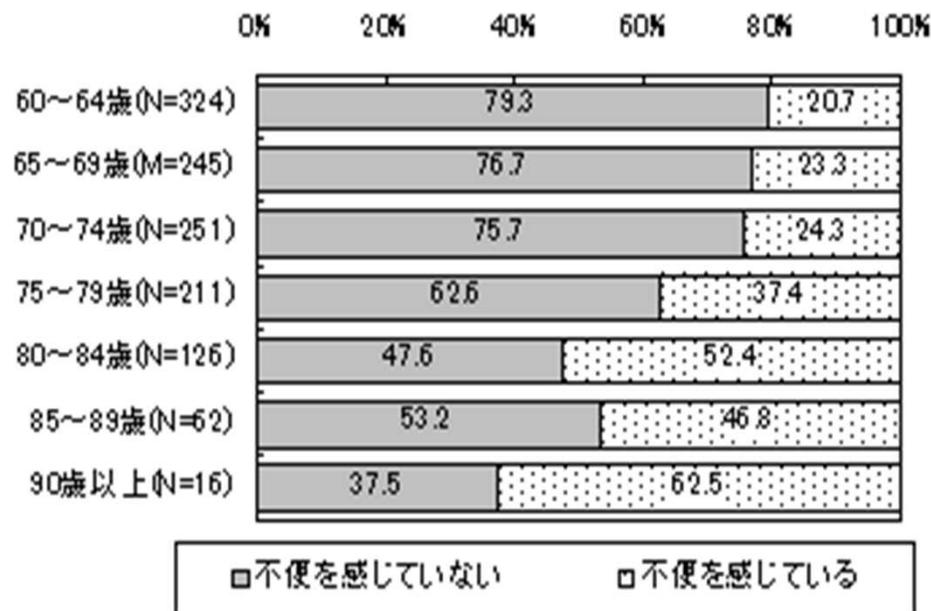
練馬区独自事業 買い物支援事業

◆買い物支援事業の位置づけ

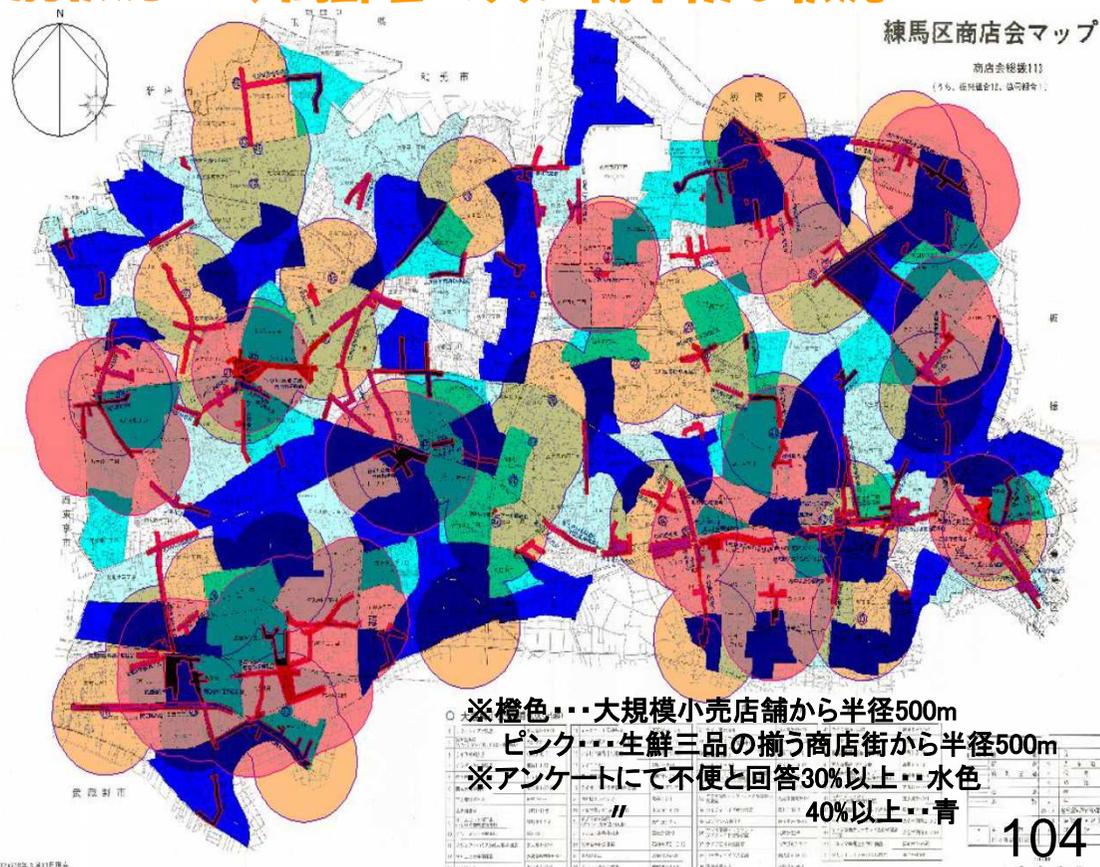
- ・ 練馬区商工業振興計画(平成23～26年度)の計画事業
- ・ 高齢者や子育て中の人などを対象に、商品を自宅に届けるなど買物の利便性を高める商店街の事業を支援する。
- ・ 23年度 … 調査
24,25年度 … 試行
26年度 … 実施

◆買い物に不便を感じている高齢者の年齢別状況

・年代が上がるにつれ割合も上がり、特に75歳以上になると比率が高い。



◆高齢者の買い物不便な状況

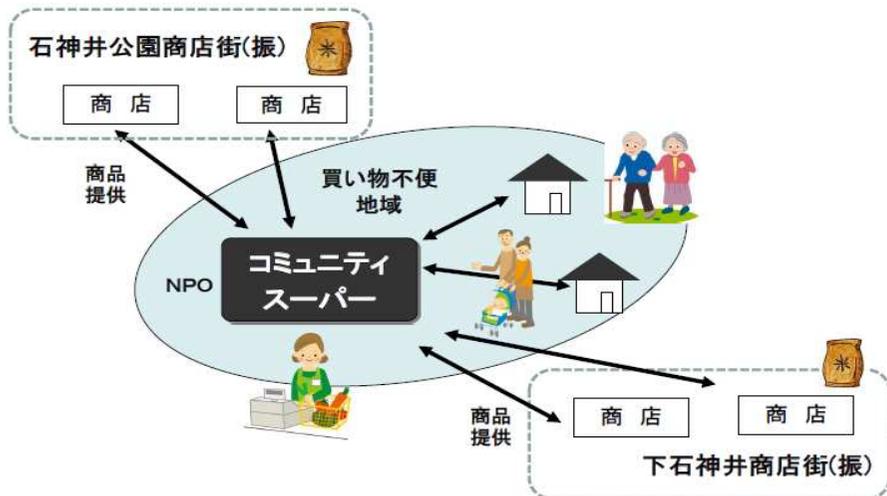


※第3回検討会 練馬区 提出資料を基に老健局作成

練馬区独自事業 買い物支援事業

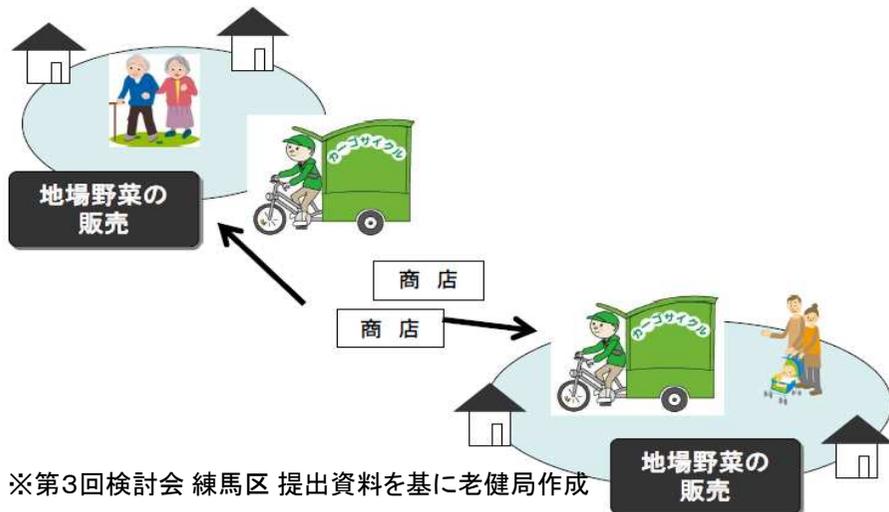
買い物代行サービスとは？

買い物が不便な地域にコミュニティショップをつくり、商店街の商品を、家の近くで買えるようにするサービス



移動販売サービスとは？

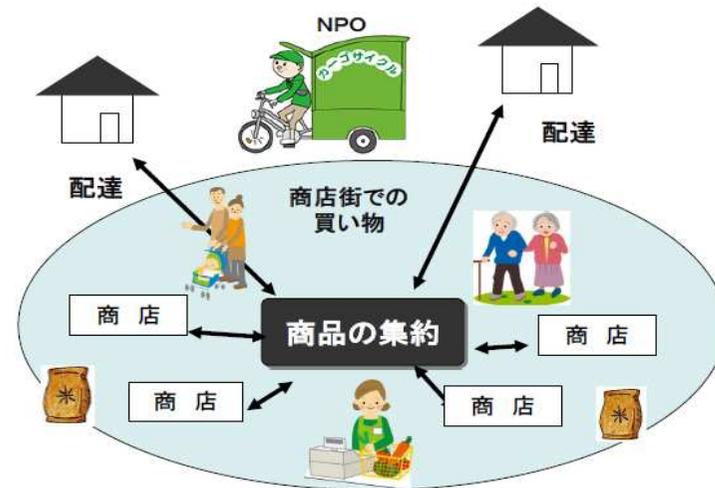
商店街までの距離が遠い商店空白地域にて、地場野菜や商店街商品を販売するサービス



※第3回検討会 練馬区 提出資料を基に老健局作成

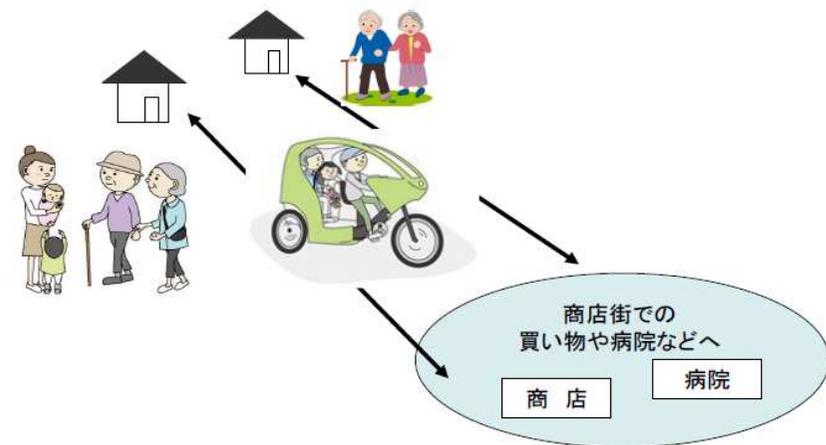
手ぶらで帰宅サービスとは？

商店街で買い物した荷物を、その日のうちに自宅までお届けするサービス



送迎サービスとは？

商店街まで歩いてくるのが大変な方、重い荷物を持って帰るのが大変な方などを対象に、商店街と自宅間を送迎するサービス



7. 施設整備

(社福)新生会の取組:高層タワー内の医療・福祉等生活支援施設

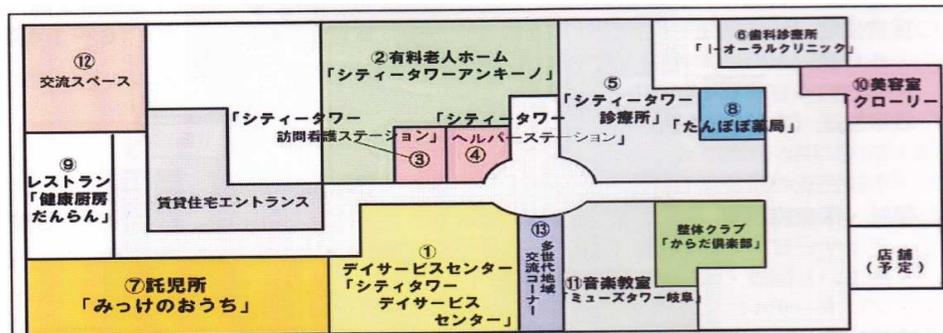
1. 建物概要 JR岐阜駅前再開発事業(平成10年10月竣工)

- 地階: 駐車場・260台
- 1~2階: 商業施設
- 3階: 医療・福祉等生活支援施設
- 4階: 地方放送局本社
- 5階: 分譲エントランス
- 6階~14階: 高齢者優良賃貸住宅
- 15階~42階: 分譲住宅
- 43階: スカイラウンジ、展望台



2. 3階のコンセプト

- 新しい文化の創造
- 成長し続ける街、成長し続ける人、街が人を育て、人が街を育てる
- 専門職の連携による人生の連続支援(子育てから人生の終焉までの支援)



※第3回検討会 新生会 提出資料を基に老健局作成



未利用国有地を活用した特別養護老人ホームの整備

社会福祉法人による特別養護老人ホームの整備／千葉市美浜区

平成26年度中に開設予定

千葉市では、公務員宿舎跡地(4,000.02㎡)を活用して、特別養護老人ホーム等を整備するため、公募により社会福祉法人を選定しました。

①整備する施設

特別養護老人ホーム	80床(ユニット型)
老人短期入所施設	20床(ユニット型)
デイサービス	

②選定経過

平成24年	10月17日	公募申込受付
平成24年	11月9日	公募説明会
平成24年	11月12日	計画書受付開始
平成24年	12月17日	計画書受付締切
平成25年	1月29、31日	千葉市社会福祉法人設立等審査委員会 高齢等部会による審査、整備事業者の選定



介護保険事業(支援)計画における必要定員総数の設定等

- 市町村は介護保険事業計画において、市町村毎の介護サービスの量の見込み・地域密着型の施設等の必要定員総数を設定。
- 市町村毎の介護サービスの量の見込みを踏まえ、都道府県は介護保険事業支援計画において、広域型施設や地域密着型サービス以外の在宅サービスについては老人福祉圏域内の調整を行いつつ、老人福祉圏域毎の介護サービスの量の見込み・施設の必要定員総数を設定。

市町村介護保険事業計画(法第117条)

- 日常生活圏域の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み
- 各年度における地域密着型の施設等(※)の必要定員総数(日常生活圏域毎)
※認知症対応型共同生活介護、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
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- その他の事項(医療や居住施策との連携、認知症施策、生活支援等)

保険料の設定等

- 保険料の設定
- 市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

都道府県介護保険事業支援計画(法第118条)

- 老人福祉圏域(基本的に二次医療圏と合致)の設定
- 市町村の介護保険事業計画を踏まえた介護サービス量の見込み(老人福祉圏域毎)
- 各年度における介護保険施設等(※)の必要定員総数(老人福祉圏域毎)
※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型の施設等
〔広域型施設(介護保険施設、介護専用型特定施設)や地域密着型以外の在宅サービスについては、市町村毎のサービス量の見込みを踏まえ老人福祉圏域内の調整を行う。〕
- その他の事項(介護人材の確保等)

基盤整備

- 都道府県知事は、広域型施設について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

東京都における老人福祉圏域

	東京都	特別区計	全国
面積(km ²)	2,187.50	621.83	377,950.10
65歳以上人口(人)	2,642,231	1,771,978	29,245,685
65歳以上人口密度(人/km ²)	1,207.9	2,849.6	77.4

※平成22年 国勢調査(総務省統計局) 統計表を基に作成



島しょ圏域

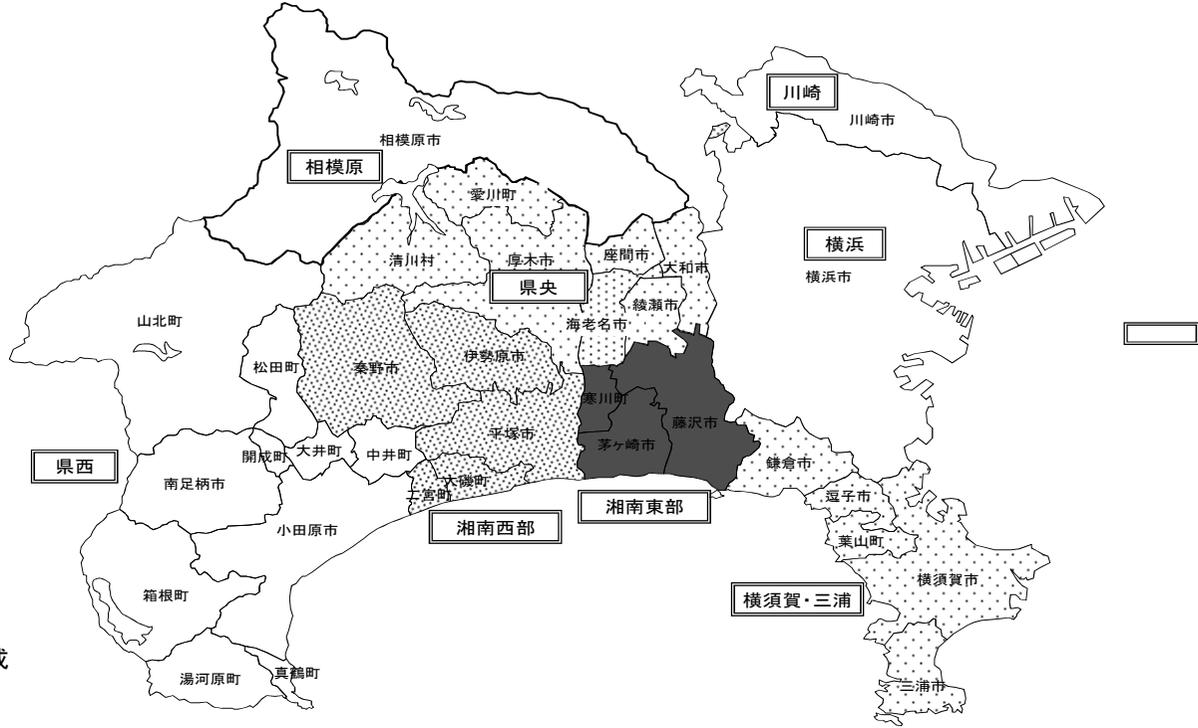


圏域名	構成区市町村	圏域名	構成区市町村
区中央部	千代田区 中央区 港区 文京区 台東区	西多摩	青梅市 福生市 羽村市 あきる野市 瑞穂町 日の出町 檜原村 奥多摩町
区南部	品川区 大田区	南多摩	八王子市 町田市 日野市 多摩市 稲城市
区西南部	目黒区 世田谷区 渋谷区	北多摩西部	立川市 昭島市 国分寺市 国立市 東大和市 武蔵村山市
区西部	新宿区 中野区 杉並区	北多摩南部	武蔵野市 三鷹市 府中市 調布市 小金井市 狛江市
区西北部	豊島区 北区 板橋区 練馬区	北多摩北部	小平市 東村山市 清瀬市 東久留米市 西東京市
区東北部	荒川区 足立区 葛飾区	島しょ	大島町 利島村 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
区東部	墨田区 江東区 江戸川区		

神奈川県における老人福祉圏域

	神奈川県	横浜市	全国
面積(km ²)	2,415.86	437.38	377,950.10
65歳以上人口(人)	1,819,503	736,216	29,245,685
65歳以上人口密度(人/km ²)	753.1	1,683.2	77.4

※平成22年 国勢調査(総務省統計局) 統計表を基に作成

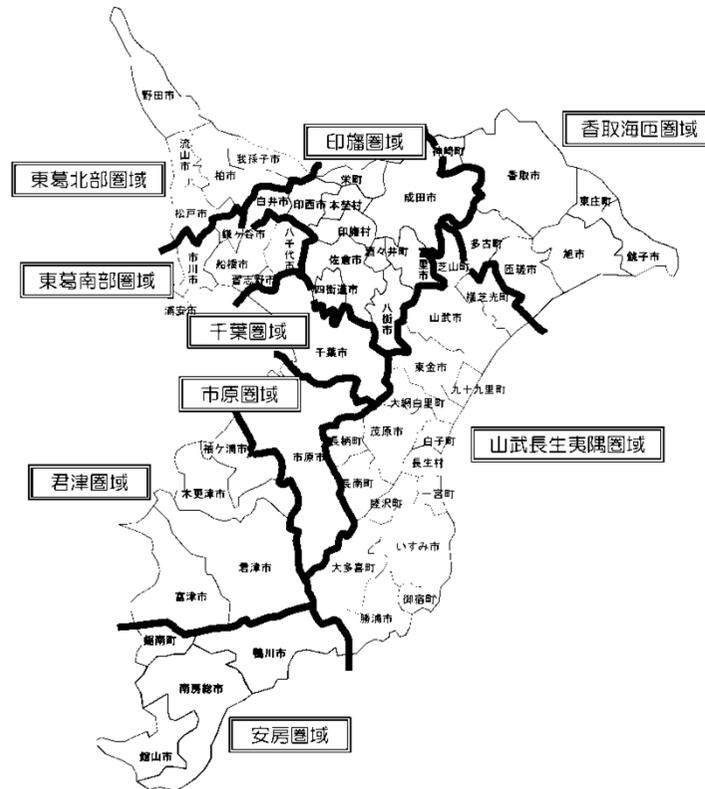


圏域名	構成区市町村	圏域名	構成区市町村
横浜	横浜市	湘南西部	平塚市 秦野市 伊勢原市 大磯町 二宮町
川崎	川崎市	県西	南足柄市 中井町 大井町 松田町 山北町
横須賀・三浦	横須賀市 鎌倉市 逗子市 三浦市 葉山町	開成町	小田原市 箱根町 真鶴町 湯河原町
県央	厚木市 大和市 海老名市 座間市 綾瀬市 愛川町 清川村	県北	相模原市 城山町 津久井町 相模湖町 藤野町
湘南東部	藤沢市 茅ヶ崎市 寒川町		

千葉県における老人福祉圏域

	千葉県	千葉市	全国
面積(km ²)	5,156.70	272.08	377,950.10
65歳以上人口(人)	1,320,120	198,850	29,245,685
65歳以上人口密度(人/km ²)	256.0	730.9	77.4

※平成22年 国勢調査(総務省統計局) 統計表を基に作成

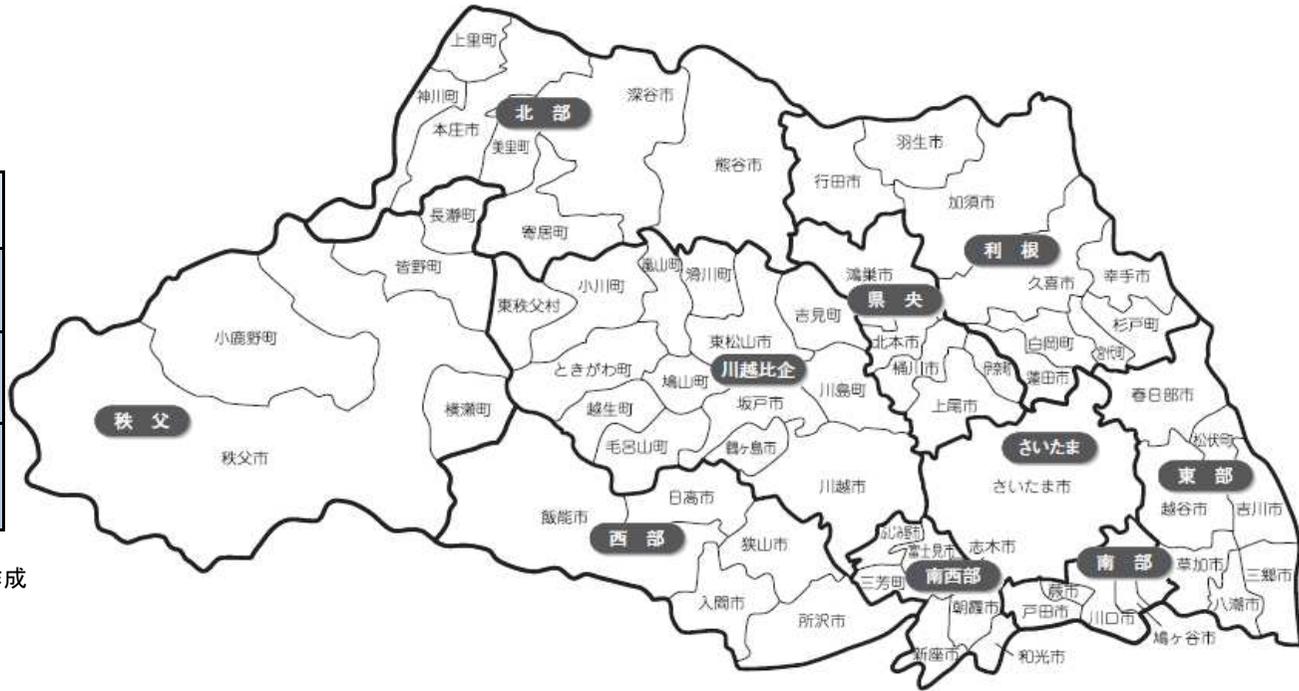


圏域名	構成区市町村	圏域名	構成区市町村
千葉	千葉市	山武長生夷隅	東金市、山武市、大網白里町、九十九里町、芝山町、横芝光町、茂原市、一宮町、睦沢町、長生村、白子町、長柄町、長南町、勝浦市、いすみ市、大多喜町
東葛南部	市川市、浦安市、習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、船橋市	安房	館山市、鴨川市、南房総市、鋸南町
東葛北部	野田市、松戸市、流山市、我孫子市、柏市	君津	木更津市、君津市、富津市、袖ヶ浦市
印旛	成田市、佐倉市、四街道市、八街市、印西市、白井市、富里市、酒々井町、印旛村、本埜村、栄町	市原	市原市
香取海匝	香取市、神崎町、多古町、東庄町、銚子市、旭市、匝瑳市		

埼玉県における老人福祉圏域

	埼玉県	さいたま市	全国
面積(km ²)	3,798.13	217.49	377,950.10
65歳以上人口(人)	1,464,860	233,564	29,245,685
65歳以上人口密度(人/km ²)	385.7	1,073.9	77.4

※平成22年 国勢調査(総務省統計局) 統計表を基に作成

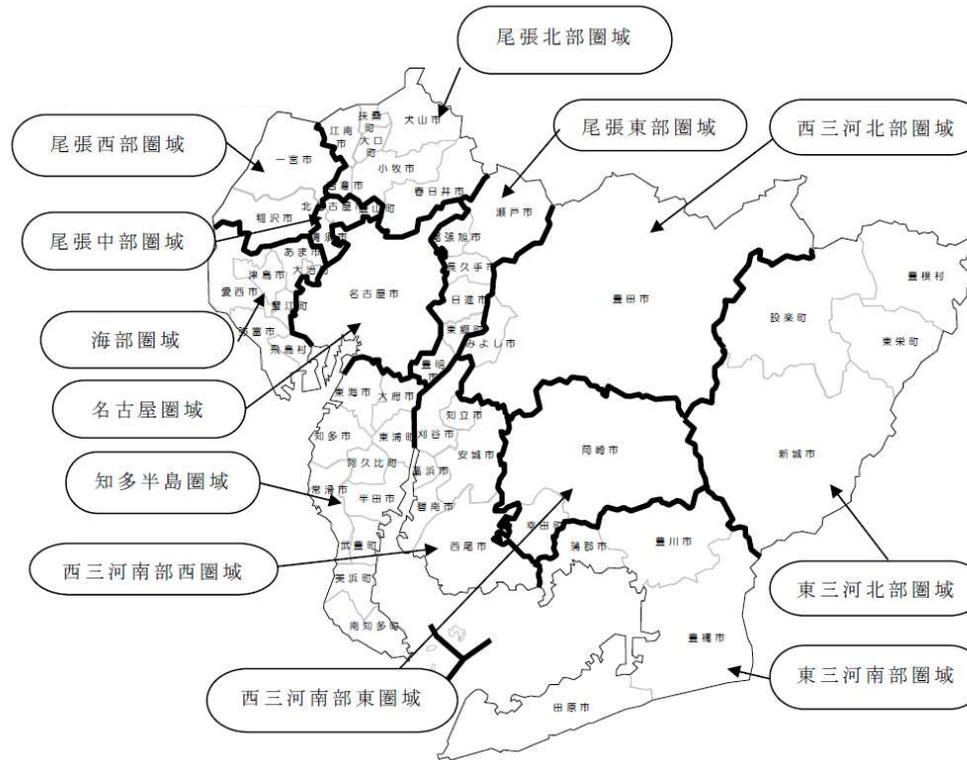


圏域名	構成区市町村	圏域名	構成区市町村
南部	川口市、蕨市、戸田市、鳩ヶ谷市	川越比企	川越市・東松山市・坂戸市・鶴ヶ島市・毛呂山町・越生町・滑川町・嵐山町・小川町・川島町・吉見町・ときがわ町・鳩山町・東秩父村
南西部	朝霞市・志木市・和光市・新座市・富士見市・ふじみ野市・三芳町	西部	所沢市・飯能市・狭山市、入間市、日高市
東部	春日部市、草加市、越谷市、八潮市、三郷市、吉川市、松伏町	利根	行田市、羽生市、久喜市、蓮田市、幸手市、宮代町、白岡町、杉戸町
さいたま	さいたま市	北部	熊谷市・本庄市・深谷市・美里町・神川町・上里町・寄居町
県央	鴻巣市、上尾市、桶川市、北本市、伊奈町	秩父	秩父市・横瀬町・皆野町・長瀬町・小鹿野町

愛知県における老人福祉圏域

	愛知県	名古屋市	全国
面積(km ²)	5,165.04	326.43	377,950.10
65歳以上人口(人)	1,492,085	471,879	29,245,685
65歳以上人口密度(人/km ²)	288.9	1445.6	77.4

※平成22年 国勢調査(総務省統計局) 統計表を基に作成

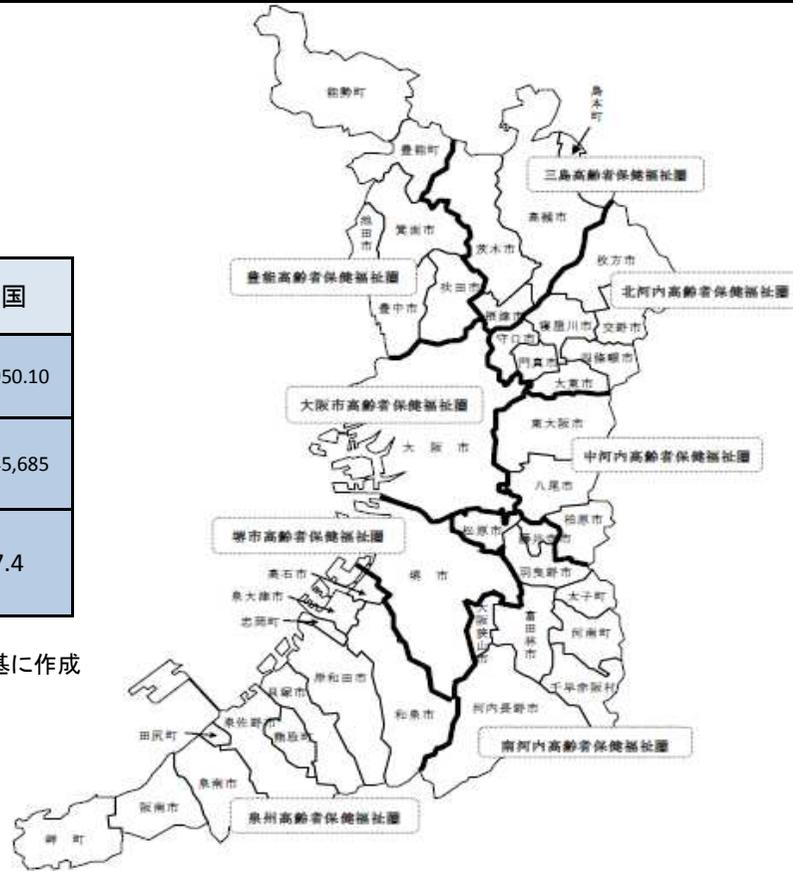


圏域名	構成区市町村	圏域名	構成区市町村
名古屋	名古屋市	知多半島	半田市、常滑市、東海市、大府市、知多市、阿久比町、東浦町、南知多町、美浜町、武豊町
海部	津島市、愛西市、弥富市、あま市、大治町、蟹江町、飛島村	西三河北部	豊田市、みよし市
尾張中部	清須市、北名古屋市、豊山町	西三河南部東	岡崎市、幸田町
尾張東部	瀬戸市、尾張旭市、豊明市、日進市、長久手市、東郷町	西三河南部西	碧南市、刈谷市、安城市、西尾市、知立市、高浜市
尾張西部	一宮市、稲沢市	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
尾張北部	春日井市、犬山市、江南市、小牧市、岩倉市、大口町、扶桑町	東三河南部	豊橋市、豊川市、蒲郡市、田原市

大阪府における老人福祉圏域

	大阪府	大阪市	全国
面積(km ²)	1,898.47	222.47	377,950.10
65歳以上人口(人)	1,962,748	598,835	29,245,685
65歳以上人口密度(人/km ²)	1,033.9	2,691.8	77.4

※平成22年 国勢調査(総務省統計局) 統計表を基に作成



圏域名	構成区市町村	圏域名	構成区市町村
大阪	大阪市	中河	八尾市、柏原市、東大阪市
豊能	豊中市、池田市、吹田市、箕面市、豊能町、能勢町	南河	富田林市、河内長野市、松原市、羽曳野市、藤井寺市、大阪狭山市、太子町、河南町、千早赤阪村
三島	高槻市、茨木市、摂津市、島本町	堺市	堺市
北河	守口市、枚方市、寝屋川市、大東市、門真市、四條畷市、交野市	泉州	岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、和泉市、高石市、泉南市、阪南市、忠岡町、熊取町、田尻町、岬町

東京都全体の面積を上回る二次医療圏(36圏域)

都道府県	二次医療圏	面積(単位:km ²)
北海道	十勝	10,827.63
北海道	釧路	5,997.40
北海道	北網	5,542.35
北海道	遠紋	5,148.27
北海道	日高	4,811.97
北海道	宗谷	4,625.13
北海道	後志	4,305.83
北海道	上川中部	4,238.12
北海道	上川北部	4,197.40
岐阜県	飛騨	4,177.59
岩手県	盛岡	3,641.90
北海道	根室	3,540.38
北海道	札幌	3,539.86
北海道	留萌	3,445.78
福島県	会津	3,079.05
高知県	中央	3,008.77
岩手県	岩手中部	2,762.27
岩手県	宮古	2,672.44

都道府県	二次医療圏	面積(単位:km ²)
北海道	南渡島	2,669.67
新潟県	魚沼	2,648.95
山形県	村山	2,619.14
北海道	南空知	2,563.15
広島県	広島	2,502
山形県	置賜	2,495.52
北海道	北渡島檜山	2,473.63
岐阜県	中濃	2,454.87
福島県	県中	2,406.29
山形県	庄内	2,405.18
奈良県	南和	2,346.90
北海道	東胆振	2,341.84
福島県	南会津	2,341.64
宮城県	大崎・栗原	2,328.90
新潟県	下越	2,319.70
三重県	南勢志摩	2,279
栃木県	県北	2,229.52
新潟県	新潟	2,223.57

東京都全体の面積:2,187.50km²

(平成22年 国勢調査(総務省統計局))

※平成25年9月医政局資料を基に作成

特養の入所に関する指針について

- 特養における入所指針について、勘案すべき事項として厚労省が明示しているのは、「要介護度」、「家族の状況」、「居宅サービスの利用状況」のみ。
- 特養の入所指針は原則として自治体において定めることとされており、自治体独自の取組がある場合は、その取組を尊重することとしている。また、基準省令上、入所の判断は施設において行うことになっている。

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第39号)(抄)

第七条 略

- 2 指定介護老人福祉施設は、入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、指定介護福祉施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならない。

指定介護老人福祉施設の入所に関する指針について(平成14年8月7日計画課長通知)(抄)

1 指針の作成について

- (1)指針は、その円滑な運用を図る観点から、関係自治体と関係団体が協議し、共同で作成することが適当であること。

2 入所の必要性の高さを判断する基準について

- (1)基準省令に挙げられている勘案事項について

「介護の必要の程度」については、要介護度を勘案することが考えられること。また、「家族の状況」については、単身世帯か否か、同居家族が高齢又は病弱か否かなどを勘案することが考えられること。

- (2)その他の勘案事項について

居宅サービスの利用に関する状況などが考えられること。

5 その他

管内の市町村・関係団体において指針の作成について独自の取組みがある場合には、これを尊重する必要があること。

【参考】 静岡県の特養入所指針

評価項目	点数(160点満点)	評価項目	点数(160点満点)
①要介護度	10～50	④特別な状況	0～20
②家族の状況	0～70	⑤介護者による虐待・介護放棄等、要介護者の生命・身体に危険が生じている場合	170
③居住地	0～20		

I 今後の方向性

○地域包括ケアの更なる推進

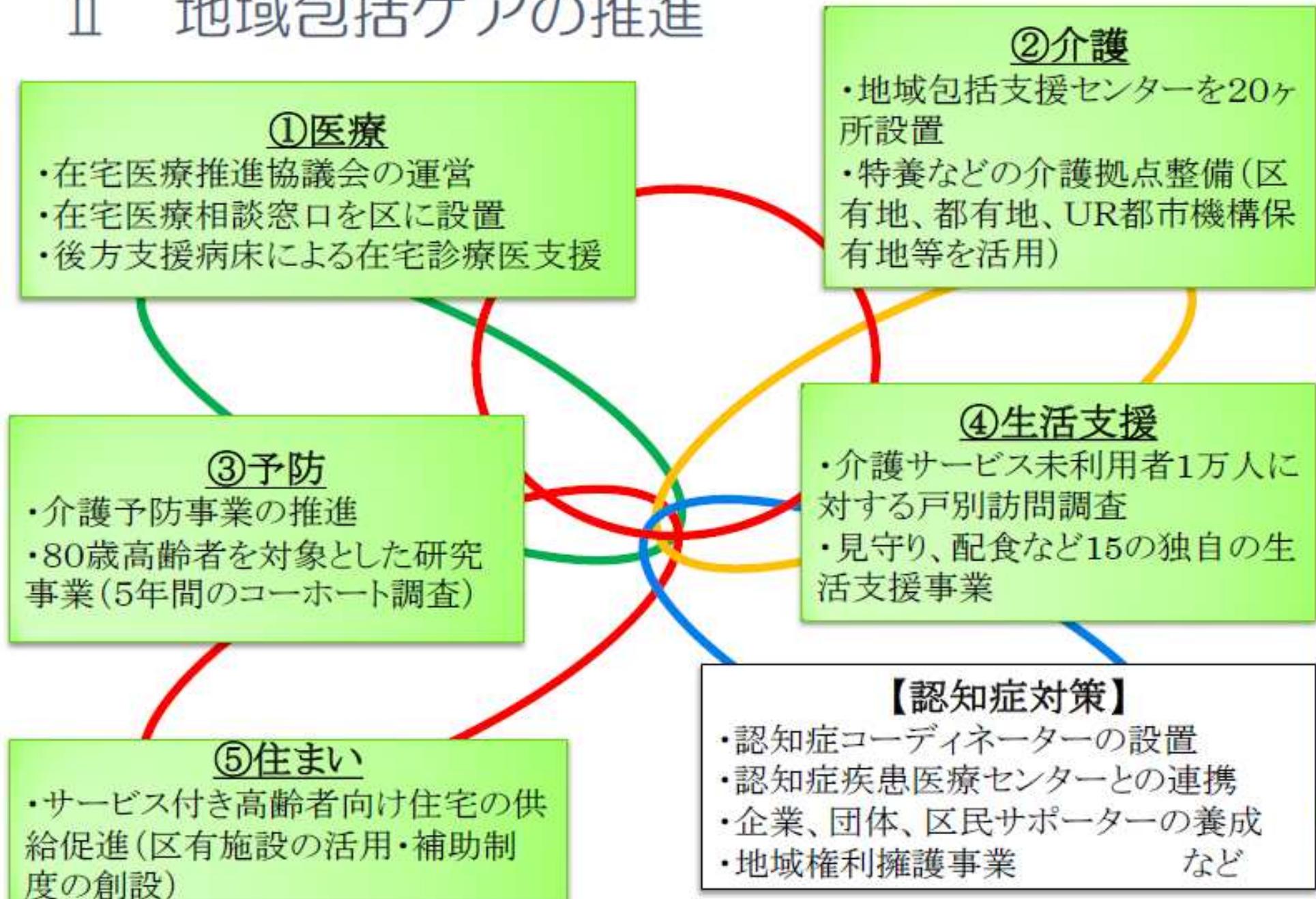
- 地域包括ケアモデル検討
 - －実態調査等の活用
- 認知症対策
- 見守り体制の充実

○総合的な高齢者の住まいの整備

- 区内における施設・住まいの整備
 - －要介護度・所得の状況に対応
- 保養地型特養
 - －選択の幅を広げる新たな取組み



Ⅱ 地域包括ケアの推進



健康学園跡地を活用した「保養地型特養」

健康学園等を通じた古くからの交流のある南伊豆町

温暖な気候、豊かな自然、温泉、地元の野菜や鮮魚・・・

弓ヶ浜クラブ等を利用した入居者・家族の観光・保養も・・・

⇒ 保養地型特養の構想へ

1 基本スキーム

- 定員60～80名程度
- 杉並区民と地元の入所待機者を優先入所
- 施設を整備運営する法人を公募
- 杉並区は用地を整備運営法人に貸付

2 期待される効果

- 町との友好関係の維持
- 区の特養待機者ニーズへの対応
～多様なライフスタイルの
選択肢の一つとしても～
- 雇用等を通じた経済効果や介護ニーズへの対応などといった地域貢献

杉並区民はどう受け止めているか

静岡県南伊豆町に特別養護老人ホームが開所した場合、入所を希望しますか。
最も近いものの1つに○をつけてください。

(優先度A・Bランクの申込者にアンケートを実施、回答率53.4%、平成23年3月)

	全体	優先度A	優先度B	未回答 (優先度不明)
すぐに入所できるのであれば、入所を希望する	120 (15.4%)	54 (13.6%)	59 (18.7%)	7 (10.1%)
終身入所は希望しないが、1～2年程度であれば、入所を検討する	17 (2.2%)	9 (2.3%)	6 (1.9%)	2 (2.9%)
今後、本人の状態や介護者の状況などが変わった場合には、入所を検討する	258 (33.0%)	122 (30.7%)	119 (37.8%)	17 (24.6%)
入所を希望しない	376 (48.1%)	210 (52.9%)	127 (40.3%)	39 (56.5%)
未回答	10 (1.3%)	2 (0.5%)	4 (1.3%)	4 (5.8%) 121

静岡県・南伊豆町との検討状況

～3者にプラスとなる先進的な取組みとして～

- 「保養地型特養」の構想を南伊豆町、静岡県に提示
- 現行の介護保険制度のもと、想定されていない取組みであるが、先進的な取組みとして、3者での検討・協議を開始



○ 協議・検討中の論点

1 入所後のルールづくり

入所者の医療保険や生活保護制度の負担の整理

2 施設整備の負担

ニーズに即した施設整備と補助手法の整理

3 友好関係の継続

長年培われてきた区と町の友好関係の継続

4 地域の振興に繋がるしくみづくり

雇用や食材購入などの経済効果の検証

5 入所基準の整理

6 県、町、区のメリットの整理

7 居室定員



○地方での都市部高齢者の受け入れ時の課題と対応策の検討 ～ 杉並区-南伊豆町の検討状況を通じた課題と対応 ～

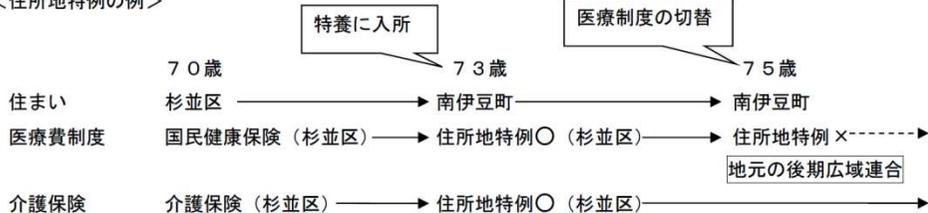
主な課題・調整

現行の介護保険制度等では想定されていないため、他自治体からの入所を想定した特別養護老人ホームの計画は、整備が困難。

後期高齢者医療制度における保険者

- 入所者が75歳に達した場合、施設所在地の広域連合が保険者となる。
- 65～74歳の入所者が障害認定を受けた場合、施設所在地の広域連合が保険者となる。

<住所地特例の例>



生活保護の実施責任 入所してからの保護の実施責任は地元圏域が実施機関となり地元負担の発生 入所者の処遇 入所者の入退所に係る相談支援体制、救急搬送や地元医療機関への影響、単身者等の遺体の引取りや埋葬への対応など	入所後のルールづくり
介護保険事業（支援）計画 県の介護保険事業支援計画における整備数と、町や区の介護保険事業計画のサービス量の調整及び静岡県賀茂圏域調整	計画の整理
入所指針・基準の整理 地元市町村と同等の優先入所が可能となる合理的な仕組みの整理	入所基準の整理
永続的な事業展開への担保 区からの入所が永続的に担保され地元の介護保険料負担増への不安を解消する事業展開の検討 町と区との交流、町民と区民の市民レベルでの交流・親交の活性化の検討	友好関係の継続
公募条件の整理 応募法人の資格条件、人材確保や地域活性化の視点を踏まえた提案などの公募条件や選定方法の検討 地元の振興に繋がる仕組みづくり 雇用、地元食材の活用などに関する検討	地域の振興
施設整備の負担 地元市町村と区の高齢者が利用する施設としての入所目安と施設整備補助金のあり方の整理（入所目安との整合性） 居室定員 居室のあり方（個室・多床室）や併設居宅サービス事業（ショートステイ・デイサービス等）の需要の調整 津波を想定した安全な建物の検討 入所者の安全を確保するため専門的調査研究を加えた施設整備の検討	施設整備
3者のメリット整理 区民、町民、県民へ説明できるよう整理	メリット整理

対応

住所地特例の制度間の継続が必要

現行制度のなかで地元負担が発生しない方法が導き出せない。今後、特別養護老人ホームに限らず、有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅など、都市部から地方部へ施設入所や住み替えが進む場合、同様の問題としておこる。
(高齢者の医療の確保に関する法律第50条・55条などの法改正が必要)

法改正(国)

住所地特例とは・・・

特別養護老人ホーム等の社会福祉施設等へ入所したことにより、その施設所在地の市区町村に住所が移動した場合、その施設所在地の市区町村が保険者となり、医療費など各保険財政を著しく圧迫するなど、負担の不均衡を是正するために設けられている。

※実現させるには国による支援が必要

現行制度の中で地元負担が発生しない仕組みなど実現可能な方法を探し出し、利用者の不安を解消するために、静岡県・南伊豆町・杉並区の協議のなかで対応についてルールを定め協定等による協力し合える仕組みを検討

協定等による合意(県・町・区)

杉並区・南伊豆町の自治体間連携による特別養護老人ホームの整備

津地方裁判所の判例(平成14年7月4日判決)

事実関係

- A町が、B市にある特別養護老人ホームに対し、入所用ベッドのうち20床を20年間にわたりA町の住民が優先的に使用できるようにするために、補助金交付決定をした。
- さらに、当該特別養護老人ホームと、「入所用ベッド20床について、入所の必要性が高い入所希望住民を優先的に受け入れることができる状態で確保しなければならない。」とする覚書を締結した上で、補助金の支出を行った。

判決の内容

- 法令上、「指定介護老人福祉施設は、正当な理由なく、指定介護福祉施設サービスの提供を拒んではならない。」と規定され、特別養護老人ホームの利用は、特定の市町村の住民に限定されてはならず、広域的に利用されるべきことが定められている。
- この規定の趣旨からすれば、A町の住民が優先的に入所ベッド20床を20年間にわたり利用できるようにすることは、介護保険法上許容されず、本件補助決定及び覚書は介護保険法に反し違法である。

【指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準】

(平成11年3月31日厚生省令第39号)

第4条の2 指定介護老人福祉施設は、正当な理由なく指定介護福祉施設サービスの提供を拒んではならない。

「定住自立圏構想」の推進

総務省 作成資料 ※は老健局作成

※「定住自立圏構想」とは、都市部の高齢化対策のための施策ではないが、地方圏における定住に資する、ひとつの施策である。

基本的考え方～集約とネットワーク化～

中心市と周辺市町村が相互に役割分担し、連携・協力することにより、**圏域全体として必要な生活機能を確保する「定住自立圏構想」を推進し、地方圏における定住の受け皿を形成する。**

定住自立圏形成へ向けた手続き～国への申請や国の承認が必要ない分権的な仕組み～



定住自立圏に取り組む市町村に対する支援

特別交付税

- ・ 包括的財政措置（中心市4,000万円程度、周辺市町村1,000万円）
- ・ 外部人材の活用（3年間、700万円上限）、地域医療（措置率8割、800万円上限）に対する財政措置 等

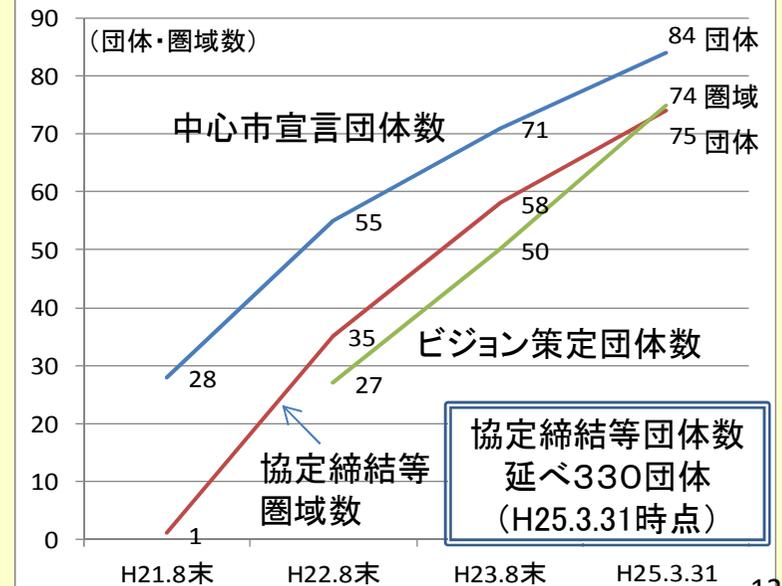
地域活性化事業債

圏域全体で必要不可欠なインフラ整備に対し、地域活性化事業債を充当（充当率：90%、交付税算入率：30%）

定住自立圏等推進調査事業

圏域全体の活性化を目指した分野横断的な取組を重点的に支援し、先進事例を構築（H25予算案：140百万円）

定住自立圏構想の取組状況



定住自立圏構想の推進に向けた総務省の財政措置の概要

地域住民の生活実態やニーズに対応し圏域ごとにその生活に必要な機能を確保して、地域住民の生命と暮らしを守る取組を支援するため、定住自立圏共生ビジョンを策定した中心市及びその周辺市町村の取組に対して財政措置を講じる。

1. 中心市及び周辺市町村の取組に関する包括的財政措置（特別交付税）

- ・ 中心市については、1市当たり年間4,000万円程度を基本として、人口、面積等を勘案して上限額を算定
- ・ 周辺市町村については、1市町村当たり年間1,000万円を上限

2. 地域活性化事業債の充当

- ・ 圏域全体で必要不可欠なインフラ整備に対し、地域活性化事業債を充当。
(充当率：90%、交付税算入率：30%)

3. 外部人材の活用に対する財政措置（特別交付税）

- (1) 圏域外における専門性を有する人材の活用
上限700万円、最大3年間の措置
- (2) 若手企業人地域交流プログラム
若手企業人の受入に要する経費に対して
1人あたり上限350万円を措置

4. 民間主体の取組の支援に対する財政措置

- (1) 民間への融資等を行うファンド形成に関する財政措置
ファンド形成に一般単独事業債を充当(90%)、
償還利子の50%に特別交付税
- (2) ふるさと融資の融資限度及び融資比率の引き上げ
(例：融資比率20%→25%)

5. 個別の施策分野における財政措置

- (1) 病診連携等による地域医療の確保に対する財政措置
病診連携等の事業に要する市町村の負担金に対する
特別交付税措置(措置率0.8、上限800万円)
- (2) へき地における遠隔医療に対する特別交付税措置の拡充
措置率0.6→0.8

6. 定住自立圏の形成に対応した辺地度点数の算定要素の追加

- ・ 辺地度点数の積算に当たって中心市までの距離を算定可能

※このほか、定住自立圏構想推進のための関係各省による事業の優先採択もある。

外部人材を活用するための四つのツール

① 地域おこし協力隊

○地方自治体が、3大都市圏をはじめとする都市圏から都市住民を受け入れ、「地域おこし協力隊」として委嘱。

○隊員が、住民票を異動させ、概ね1年以上3年程度地域で生活し、地域協力活動に従事。

※ 3年を超える場合は特別交付税措置はされないが、活動を続けることは可能。

○地域おこし協力隊員 **207**団体(3府県204市町村) **617**人
※平成24年度特別交付税ベース

財源手当

- ・上記の取組(隊員の募集等に要する経費、隊員の活動等に要する経費)が特別交付税の算定対象
- ・隊員1人あたり400万円(報償費等200万円)を上限
- ・募集に係る経費として、1自治体あたり200万円を上限

② 集落支援員

○地方自治体が、地域の実情に詳しい人材で、集落対策の推進に関して、ノウハウ・知見を有した人材を「集落支援員」として委嘱。

○集落支援員が、集落への「目配り」として、集落の状況把握、集落点検の実施、住民と住民、住民と市町村の間での話し合いの促進等を実施。

○平成24年度 専任の「集落支援員」の設置数 **694**人

自治会長などとの兼務の集落支援員の設置数 **3,505**人

※平成24年度特別交付税ベース

財源手当

- ・上記の取組(集落支援員の活動、集落点検及び話し合いの実施に要する経費)が特別交付税の算定対象
- ・支援員1人あたり350万円を上限(他の業務との兼任の場合、1人あたり40万円を上限)

③ 復興支援員

○被災自治体(※)が、被災地内外の人材を被災地のコミュニティの再構築のために、「復興支援員」として委嘱(期間は概ね1年以上最長5年以下)。

○復興支援員は、被災地に居住して、被災者の見守りやケア、地域おこし活動の支援等の「復興に伴う地域協力活動」を実施。

○復興支援員 **7**団体(2県・5市町) **78**人

※平成24年度特別交付税ベース

(※)東日本財団法に定める「特定被災地方公共団体」又は、「特定被災区域」を区域とする市町村(9県・222市町村)

財源手当

- ・上記の取組(復興支援員設置に要する経費)が特別交付税の算定対象
- ・支援員1人につき、報酬等(地域の実情に応じて地方公共団体が定める額)※+活動費(必要額)を措置
- ※ 参考:地域おこし協力隊の報酬等 200万円を上限に特別交付税措置

④ 外部専門家(アドバイザー)

○市町村が、地域活性化の活動実績があり、一定の知見を有する外部専門家(※地域人材ネット登録者)を年度内に延べ10日以上活用。

※平成25年5月29日現在 **271**名・組織 登録

※地域人材ネット登録者については、総務省ホームページに掲載

財源手当

- ・上記の取組(地域独自の魅力や価値を向上させる取組に要する経費(旅費、謝金(報償費))を特別交付税の算定対象とする(当面、連続した任意の3年間を対象とする)
- ・専門家活用区分、財政力指数に応じて一定額を上限(財政力指数が全国平均以下の市町村が民間専門家を活用する場合初年度560万円を上限)

移住・交流推進機構(JOIN)の概要

1 構成 (平成25年4月1日現在)

会長：島田晴雄(千葉商科大学学長) ほか理事：13名

会員：法人会員：32社 (特別法人会員：9社・団体、一般法人会員：23社)

自治体会員：43道府県、1042市町村

2 事業内容

- ・企業会員と自治体会員のマッチングを行う交流会(東京・地方)の開催
- ・移住・交流や地域活性化につながる新ビジネス創造・交流事業(企業・自治体向け)
- ・ポータルサイトによる地域おこし協力隊や体験ツアーなど
移住・交流希望者向け情報発信
- ・空き家バンクによる移住・交流希望者向け物件情報の収集・提供
- ・移住・交流フェア、イベントへの出展
- ・先進自治体の成功事例やノウハウの提供

1 法人

(1)特別法人会員【9社・団体】

(株)ALMACREATIONS	(株)ぐるなび	(株)ジェイティーピー
(株)日本総合研究所	一般財団法人地域活性化センター	全国賃貸管理ビジネス協会
日本アジアグループ(株)	日本生命保険相互会社	富士通(株)

(2)一般法人会員【23社・団体】

(株)インテリジェンス	(株)NKB	(株)NTTデータ
(株)オレンジ・アンド・パートナーズ	(株)価値総合研究所	(株)カンバーランド・ジャパン
(株)ぎょうせい	(株)共同通信社	(株)ジェーシーピー
(株)時事通信社	(株)千修	(株)DGコミュニケーションズ
(株)日本経済広告社	(株)日本旅行	(株)LINK
近畿日本ツーリスト(株)	全日本空輸(株)	相互都市開発(株)
大日本印刷(株)	東京急行電鉄(株)	トヨタ自動車(株)
日本電気(株)	吉本興業(株)	

JOIN交流会の開催

法人会員と自治体会員間の情報交換の場を提供し、移住・交流の推進を目指した自治体における新たな施策や、新たなビジネス商品、サービスの創出を支援する目的から、各地で交流会を開催



東京交流会での嘉田滋賀県知事によるプレゼンの様子(平成22年11月19日)



東京交流会での佐竹秋田県知事によるプレゼンの様子(平成24年1月18日)



平成23年4月21日に開催した東京交流会でのプレゼンの様子

【企業・自治体マッチングによる取組例】

- 滋賀県×滋賀県長浜市×(株)LINK
「廃校を活用した音楽サマースクール」
- (株)JTB×クラブニッポン(株)×NPO日本ビジネス作家協会×千葉県3市
「南房総ミステリーウォーキング」実施
- (株)富士通×JOIN自治体会員
富士通総研ボランティアホリデーポータルサイトと連携した募集

JOINソリューション・ナビ

JOIN会員のみが閲覧できる専用ホームページ内において、会員間の移住・交流に関する事業マッチングを目的としたサイト。法人会員がもつ移住・交流に関するソリューションやノウハウを自治体会員に広く知ってもらい、かつ、産業振興や農山村振興などのカテゴリー検索を付与することで、自治体会員の事業立案時に必要な「相談・企画・見積り」などを法人会員に依頼しやすくするツール。

地域おこし協力隊の情報発信

ポータルサイトを運営することにより、「地域おこし協力隊」の活動を総合的に支援

【サイト機能】

- 地域おこし協力隊の概要
- 地域おこし活動の検索
→自治体が募集している地域おこし活動が地域別・カテゴリー別に検索できます
- 地域おこし協力隊の活動事例や体験記の紹介
- 地域おこし協力隊員ブログの紹介
→全国の自治体で活躍している地域おこし協力隊員の近況が分かります



高齢者コミュニティ「CCRC」の3つの住まい

CCRCでは入居者の健康レベルに応じ、3つのレベルの住まいが用意されています。(大規模なコミュニティであれば同じ敷地内にある)

自立型住まい(IL)



健常・自立

自立型住まいは、生活住居スペースで、共同住宅形式が主流である。ここでは、食事サービス、様々な娯楽文化サービスと、病気、寝たきりにならない為の保健・医療サービスが提供されている。

支援型住まい(AL)



介護度:小・中

支援型住まいは、入居者が生活支援、介護支援が必要になったとき、健康型住まいから移り住む施設で、提供される。衣服の着替え、投薬、入浴介助、その他生活に必要なサービスが提供されている。

介護型住まい(NH)



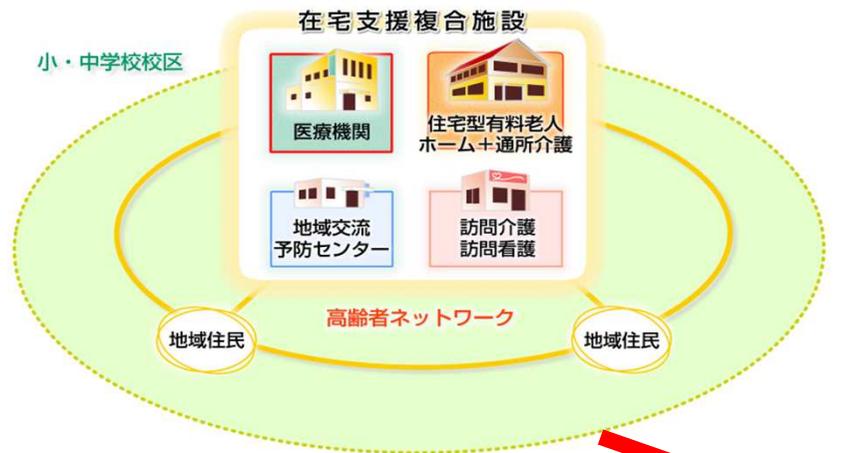
介護度:大

介護型住まいは、常時介護が必要な入居者のためのものである。24時間体制を必要とする短期、および長期の看護、医療サービスを提供する施設である。

ネットワーク型 日本版CCRC

【第2ステップ】

在宅支援複合施設を中心に地域住民が地域交流センターを自由に訪問できるようにし、高齢者のネットワークをつくる



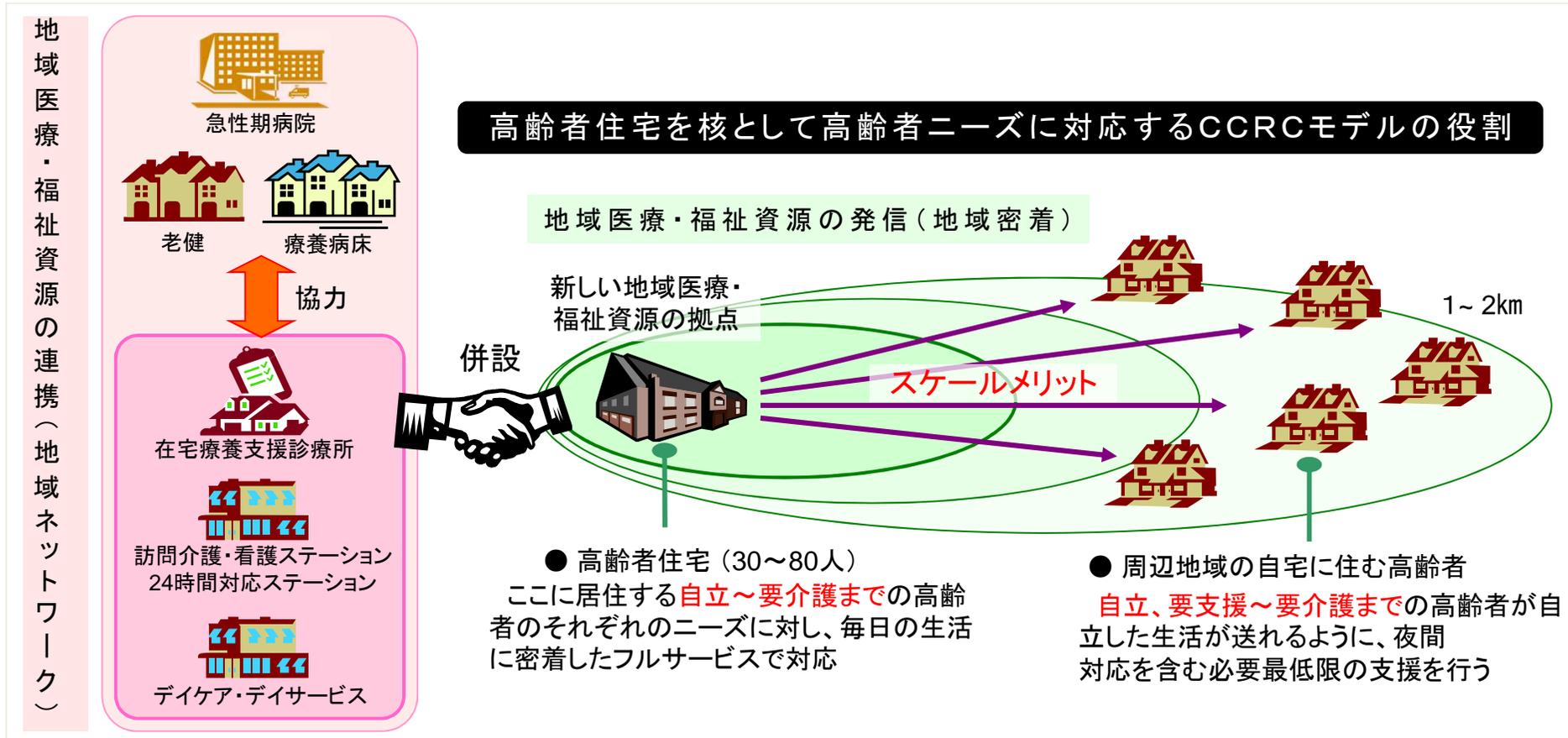
【第3ステップ】

高齢者のニーズに合わせた3種類の住宅を作っていく、それらを軸に24時間巡回型訪問サービスを機能させていく



【第1ステップ】
高齢者住宅を核とした医療・介護サービスの複合拠点～在宅支援複合施設をつくる

地域密着・連携型CCRCのイメージ



米国CCRCと従来のわが国の制度との比較

- 健康状態の推移に応じて、同一敷地内で移動の心配なしに暮らし続けられる高齢者施設
- 第一世代の余暇型の懸念払拭



米国リタイアメントコミュニティと「プラチナ・コミュニティ」

より高次の欲求も充足されるよう進化

親和

親和(知的刺激)・承認

承認・自己実現

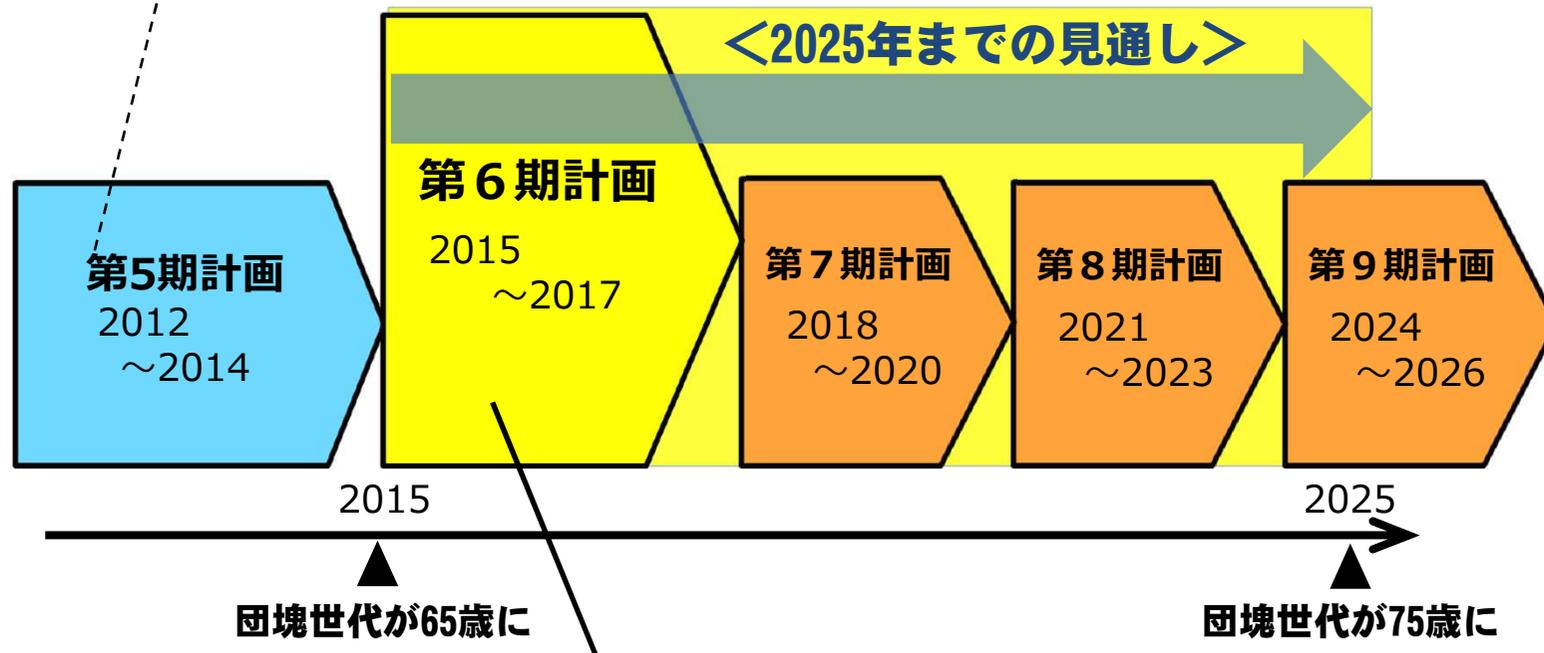
	米国リタイアメントコミュニティ		プラチナ・コミュニティ
	第一世代:遊	第二世代:学	第三世代:活
特徴	温暖なリゾートでゴルフ三昧のハッピーリタイアメント(RC) ※要介護になると移住が必要 ※認知症多発(知的刺激が欠如) ※多世代交流の欠如	・要介護になっても同じ敷地で継続的に居住(CCRC) ・大学連携による知的刺激、多世代交流	・(大学連携型)CCRC ・学んだ成果や経験・知識・知見を活かし大学や自治体などで社会の担い手として活躍(働く、教える、若者サポート)
例	サンシティ(アリゾナ州) 	ラッセルビレッジ(マサチューセッツ州) サンシティ横浜(横浜市) ※大学とは連携していない 	・立教セカンドステージ大学(立教大学) ・チャレンジコミュニティ大学(港区、明治学院大学) ※これらはCCRCではない 
	サンシティ	ラッセルカレッジ	立教セカンドステージ大学

※資料:三菱総合研究所

8. 中長期的視点に立った取組

2025年を見据えた第6期介護保険事業計画の位置づけ

第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる 地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート



- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け「地域包括ケア計画」として、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくべきではないか。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を求めることとしてはどうか。
- また、地域包括ケアシステムを構成する各要素に関する取組について、新たに実施する事業も含め、地域の将来を見据えたより具体的な記載を求めることとしてはどうか。

社会保障審議会 介護保険部会(第50回)	資料2
平成25年10月2日	

その他の検討事項について

1. 住所地特例について.....	1
2. 介護納付金の総報酬割について.....	14
3. 介護サービス情報の公表制度について.....	29
4. 義務付け・枠付けの見直しについて.....	44

1. 住所地特例について

現状・課題

- 介護保険制度においては、施設所在地の市町村に財政負担が偏ることを是正するため、被保険者が施設に転居する前の保険者が引き続き保険者となる特例制度（住所地特例制度）が設けられている。
- 制度創設時の対象は、介護保険三施設（特養、老健、介護療養）であったが、累次の改正により対象範囲が拡大され（4頁参照）、平成18年度の三位一体改革の法改正により、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム全体まで対象を拡大している。
- 一方で、平成24年の改正においては、サービス付き高齢者向け住宅の創設に伴い、有料老人ホームであっても、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない賃貸型のサービス付き高齢者住宅は住所地特例の対象外とされた。
- この点について、市町村からは、給付費の増加が懸念されることからサービス付き高齢者向け住宅についても住所地特例の対象とするよう、要望がされている。

論点

- 高齢者向けの住まいの確保していくため、サービス付き高齢者向け住宅の整備を進めていくことが必要であり、このために市町村の懸念を解決していくべきではないか。
- サービス付き高齢者向け住宅が多く立地する保険者の負担を考慮し、その他の有料老人ホームとの均衡を踏まえると、サービス付き高齢者向け住宅に該当する有料老人ホームについても、住所地特例の対象としていく必要があるのではないか。
- 従来の住所地特例では、対象者が住所地の市町村の指定した地域密着型サービス及び地域支援事業を使えないという課題がある。これについて、地域包括ケアの考え方に従い、住所地特例対象者に限っては、住所地市町村の指定を受けた地域密着型サービスを使えるようにするとともに、住所地市町村の地域支援事業の対象とし、その費用を市町村間調整することとしてはどうか。（12頁参照）

「都市部の強みを生かした地域包括ケアシステムの構築」(平成25年9月20日
都市部の高齢化対策に関する検討会報告書)(抄)

(サービス付き高齢者向け住宅の住所地特例)

高齢者向けの多様な「住まい」の供給を一層促進していく上で課題となっているのが、高齢者の移動による介護保険の財政の負担の在り方についてである。特に、サービス付き高齢者向け住宅においては、現状において、要支援・要介護の認定を受けている入居者が多い。

現在、有料老人ホームは、特定施設入居者生活介護の指定を受けている事業所か否かにかかわらず、住所地特例の対象となっている一方で、サービス付き高齢者向け住宅については、有料老人ホームに該当している場合であっても住所地特例の適用除外となっている。しかしながら、サービス付き高齢者向け住宅のうち有料老人ホームに該当するものはその94%を占め、入居者の介護ニーズもその他の有料老人ホームと似通った状況になってきていることから、立地自治体の保険財政の悪化を危惧する声があがっており、何らかの負担の調整を行う必要性が生じている。

具体的な方法としては、①サービス付き高齢者向け住宅を住所地特例の対象に組み入れる方法と、②保険者間の財政調整を行う仕組みを新たに作る方法が想定される。

住所地特例は、住所地の地方自治体が保険者とならないため、被保険者は要介護認定等の各種の手続きを従前の住所地にしなければならず、また、住所地のサービス水準に関わらず、従前の住所地の保険料を負担することになる。さらに、この制度はいわば地域包括ケアの例外となり、これまでの仕組みでは、地域住民である住所地特例の被保険者が地域密着型サービスや地域支援事業を利用できないなどの課題がある。

一方、保険者間の財政調整を行う場合には、保険者と保険給付の実質的な負担者が一致しなくなり、給付と負担の一致という社会保険の基本的な枠組みの例外的な取扱いとなり、どのような単価や考え方に基づき財政調整を行うのかという点や、医療保険制度と整合的な対応が図られるのかといった課題がある。

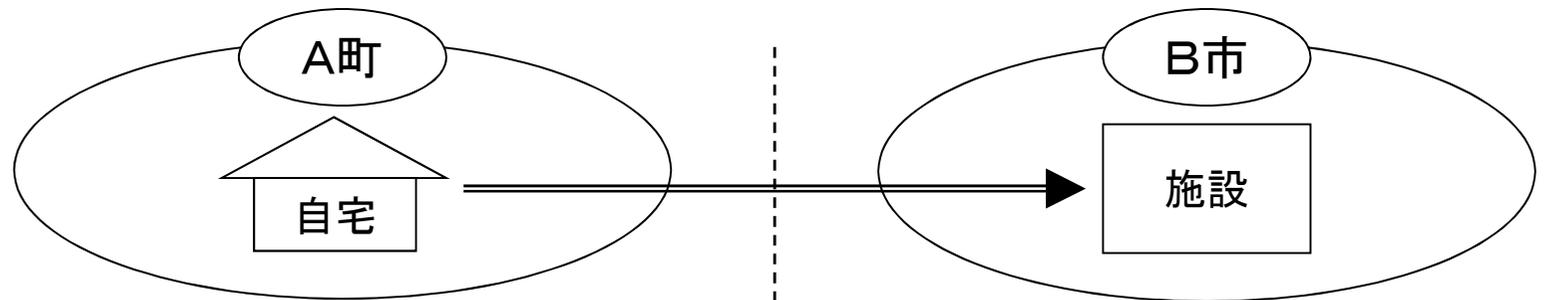
この点、制度創設時には介護保険3施設を対象としていた住所地特例の対象を平成18年度には有料老人ホーム全体にまで拡大した経緯を踏まえると、有料老人ホームのうちサービス付き高齢者向け住宅に該当するものに住所地特例を適用することが考えられる。この際、地域包括ケアの考え方に従い、住所地特例を適用した場合にも住所地の地域密着型サービスや地域支援事業を使えるようにするなど課題を解決していく必要がある。

なお、医療保険の住所地特例については、介護保険の対応も踏まえ検討するとともに、入居後に75歳を迎えた場合に国民健康保険の住所地特例が後期高齢者医療に引き継がれないという問題も指摘されており、併せて検討が必要である。

住所地特例制度について

- 介護保険制度においては、各人はその住所地の市町村の被保険者となり、それぞれの地域のサービス水準に見合った当該市町村の保険料を負担するのが原則である。
- しかしながら、介護保険施設については、施設の所在する市町村の財政への配慮等の観点から、特例として、入所者は入所前の市町村の被保険者となり、入所前に住所のあった市町村が保険給付を行う仕組みを設けている。（住所地特例・介護保険法第13条）

＜例＞ A町の自宅に住んでいた高齢者がB市の介護保険施設に入所する場合



住所		B市
住民税		B市
行政サービス		B市
介護保険の被保険者	A町	
介護保険料	A町	
保険給付	A町	

→ B市の住民であるが、介護保険に関してのみA町の被保険者となる。
(A町が定める保険料を支払い、保険給付もA町から受ける)

○ 住所地特例対象施設について

(参考) 施設等の総利用者数・戸数

住所地特例対象被保険者数：11.2万人（平成23年度末）

- (1) 介護保険3施設
- (2) 特定施設（地域密着型特定施設を除く。）
 - ・有料老人ホーム
 - ※ただし、有料老人ホームであって、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない賃貸方式のサービス付き高齢者向け住宅は対象外。
 - ・軽費老人ホーム
- (3) 養護老人ホーム

特別養護老人ホーム	48万人(利用者)
老人保健施設	35万人(利用者)
介護療養型医療施設	7.2万人(利用者)
有料老人ホーム	31.6万人(定員)
サービス付き高齢者向け住宅	12.2万戸(戸数)
軽費老人ホーム	8.1万人(定員)
養護老人ホーム	6.5万人(定員)

○ 対象範囲の見直しの経緯

	対象施設
制度創設時	・介護保険施設(特養、老健、介護療養病床)のみ。
H17年改正後 (平成17年6月29日公布) (平成18年4月1日施行)	(介護保険施設以外に次のものを追加) ・ 介護専用型特定施設のうち入所定員30人以上であるもの ・ 養護老人ホーム
H18年改正(三位一体改革)後 (平成18年3月31日公布) (平成18年4月1日施行)	(特定施設部分の対象拡大) ・ 特定施設(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、適合高専賃)
H23年改正後 (平成23年6月22日公布) (平成24年4月1日施行)	(特定施設部分の改正) ・特定施設(有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護の指定を受けていない賃貸方式のサービス付き高齢者向け住宅を除く。) 、養護老人ホーム、軽費老人ホーム)

サービス付き高齢者住宅への住所地特例の適用(案)

- 有料老人ホームなどの特定施設は、住所地特例の対象となるが、例外として、サービス付き高齢者向け住宅のうち「賃貸借方式のもの」でかつ「特定施設入居者生活介護を提供していないもの」は、特定施設に該当しても、住所地特例の対象外となっている。(※サ付き住宅のうち特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設は5%に留まっており、また、全体の88%は賃貸借契約のため、その太宗が住所地特例の対象外となっている。)
- その他の有料老人ホームとの均衡を踏まえると、サービス付き高齢者向け住宅のうち、有料老人ホームに該当するものについては、住所地特例を適用することとしてはどうか。

介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を提供

介護、食事の提供、洗濯、掃除等の家事、健康管理の少なくともいずれかを提供

安否確認、生活相談サービスののみを提供

地域密着型特定施設
(地域密着型特定施設入居者生活介護)

特定施設 (①②③のうち地域密着型特定施設以外が該当)

特定施設入居者生活介護

①有料老人ホーム

有料老人ホームに該当しない(食事提供等のない)サ付き住宅

※サ付き住宅の94%は食事提供あり

利用権方式

介護付有料老人ホーム(利用権方式)

住宅型有料老人ホーム(利用権方式)

健康型有料老人ホーム(利用権方式)

サービス付き高齢者向け住宅(利用権方式)

賃貸借方式

介護付有料老人ホーム(賃貸借方式)

住宅型有料老人ホーム(賃貸借方式)

健康型有料老人ホーム(賃貸借方式)

サービス付き高齢者向け住宅(賃貸借方式)

②養護老人ホーム

③軽費老人ホーム

サービス付き住宅のうち現在住所地特例の対象外のもの

新たに住所地特例の対象とする範囲

(参考) サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

高齢者の居住の安定確保に関する法律（改正法：公布 H23.4.28／施行H23.10.20）

1. 登録基準

（※有料老人ホームも登録可）

登録戸数：122,086戸
（平成25年8月31日現在）

《ハード》

- ・床面積は原則25㎡以上
- ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
- ・バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）

《サービス》

- ・サービスを提供すること（少なくとも**安否確認・生活相談サービス**を提供）
[サービスの例：食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]

《契約内容》

- ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
- ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
- ・前払金に関して入居者保護が図られていること
（初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け）

2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

3. 行政による指導監督

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し

24時間対応の訪問看護・介護

「定期巡回随時対応サービス」の活用→介護保険法改正により創設

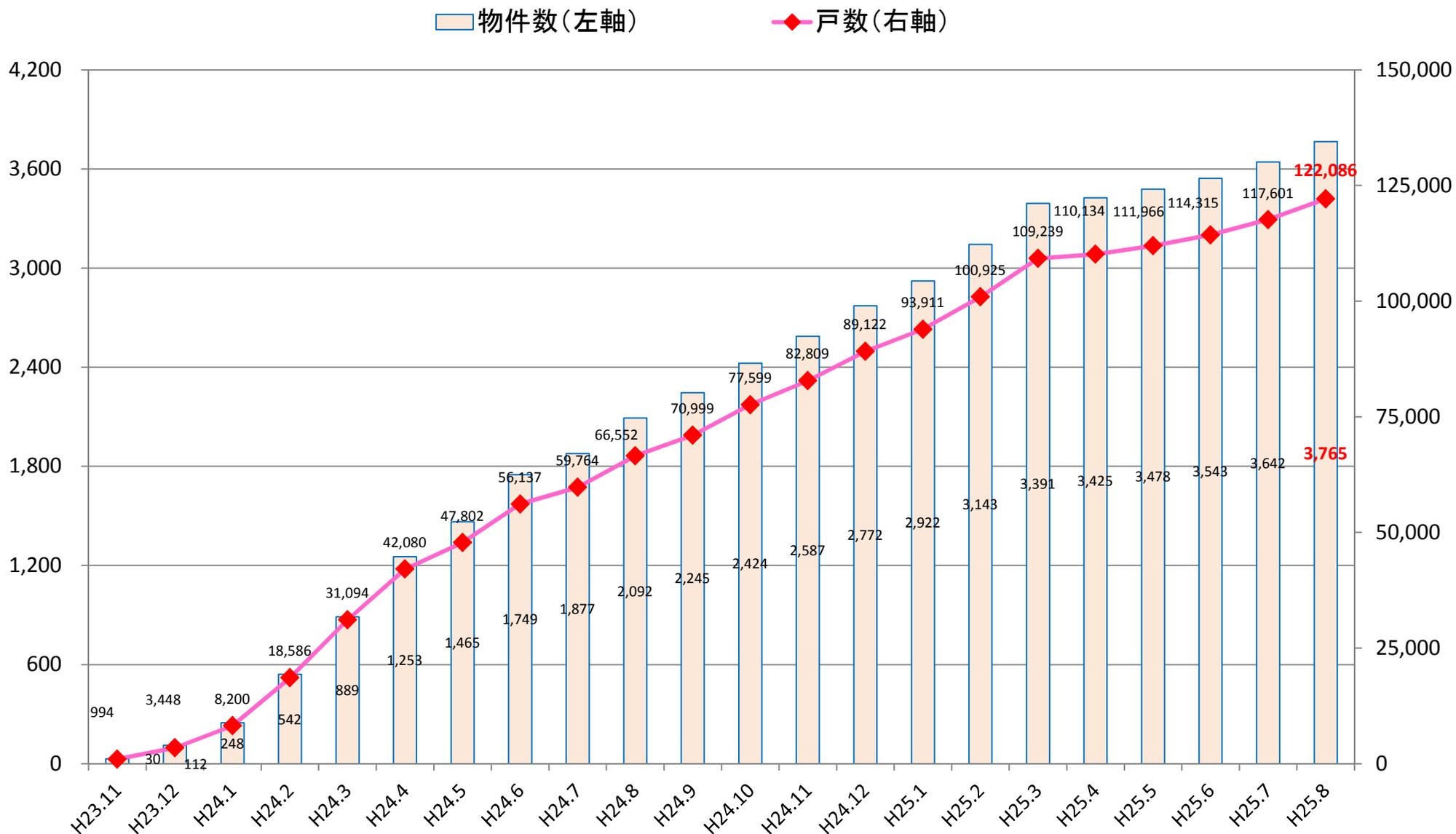
サービス付き高齢者向け住宅

【併設施設】
診療所、訪問看護ステーション、ヘルプステーション、デイサービスセンター など

住み慣れた環境で
必要なサービスを受けながら
暮らし続ける

(参考) サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移

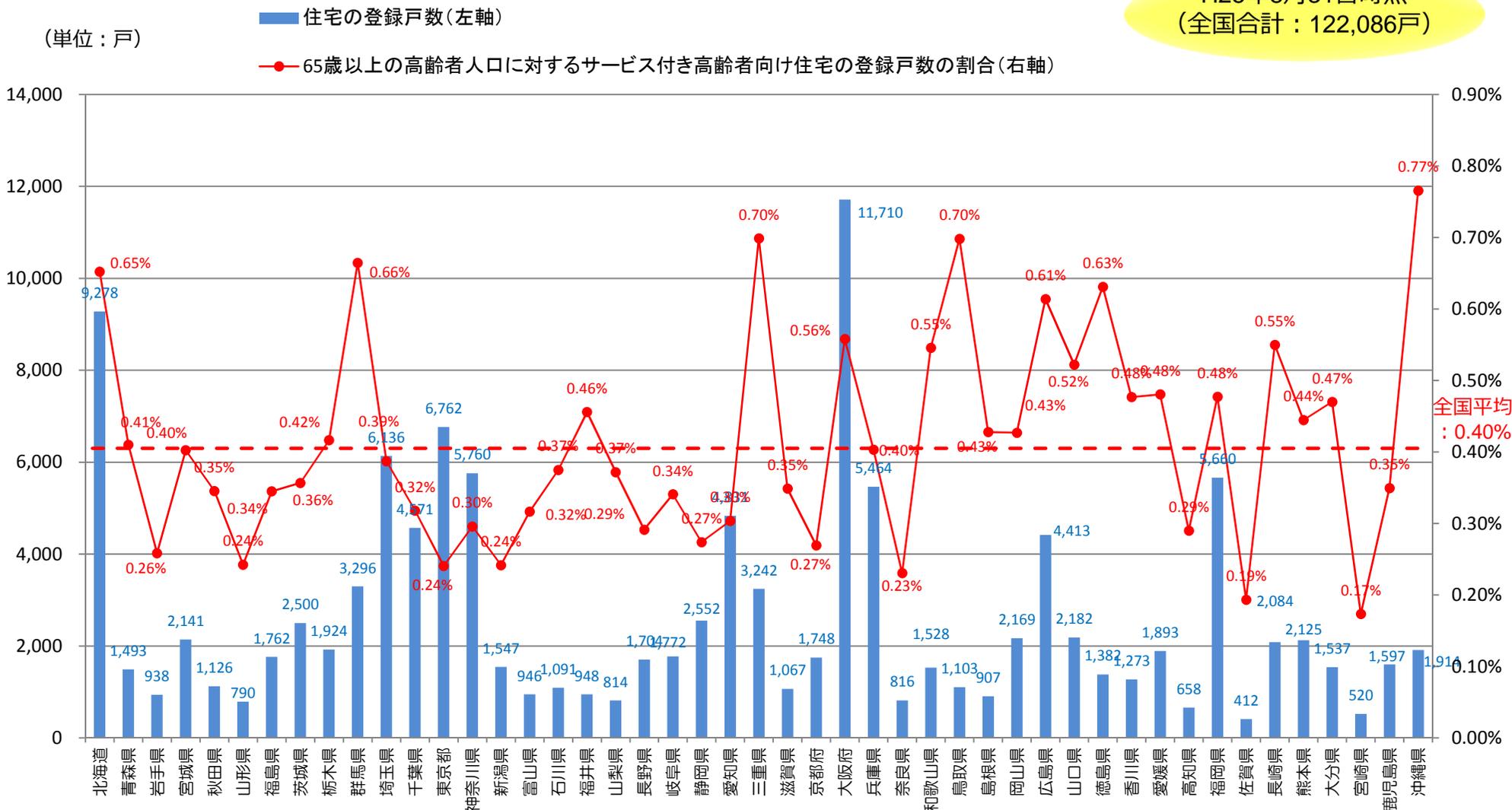
平成25年8月31日時点



(参考) サービス付き高齢者向け住宅の登録状況 (都道府県別)

- 登録戸数が多いのは三大都市圏。それ以外の地域では、北海道・広島県・福岡県において突出している。
- 65歳以上の高齢者人口に対する住宅の供給割合は、東北地方・首都圏において全国平均を下回る傾向が見られる。

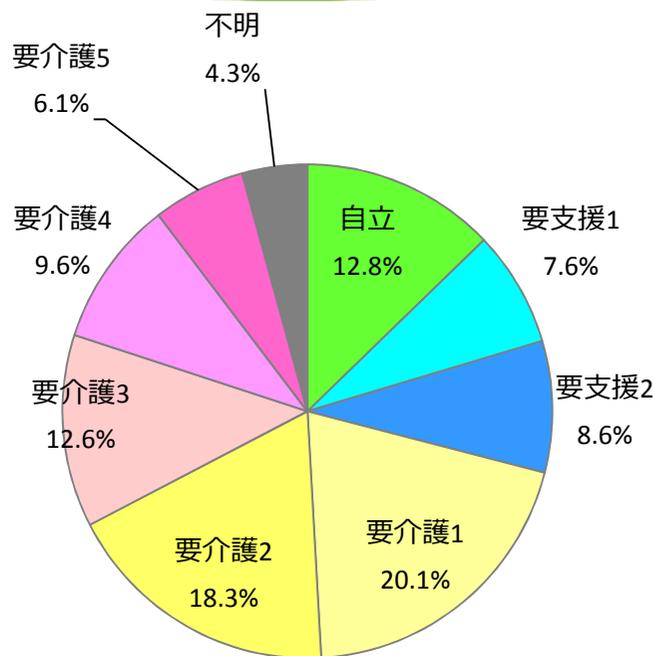
H25年8月31日時点
(全国合計：122,086戸)



(参考) サービス付き高齢者向け住宅の入居者(平成24年8月)

- 入居者の要介護度等の範囲は『自立』も含めて幅広いが、比較的、『要支援』『要介護1・2』の入居者が多く、全体としての平均要介護度は1.8となっている。
- 一方で、開設からの期間が比較的短い住宅も多い中、『要介護4・5』の入居者も相当数認められることから、個別の住宅によって機能が多様化しているものと考えられる。
- 認知症高齢者の日常生活自立度については、『自立』『I』で約4割を占めている。ただし、アンケート上、入居者の日常生活自立度を把握していない事業者等が約4割ある。

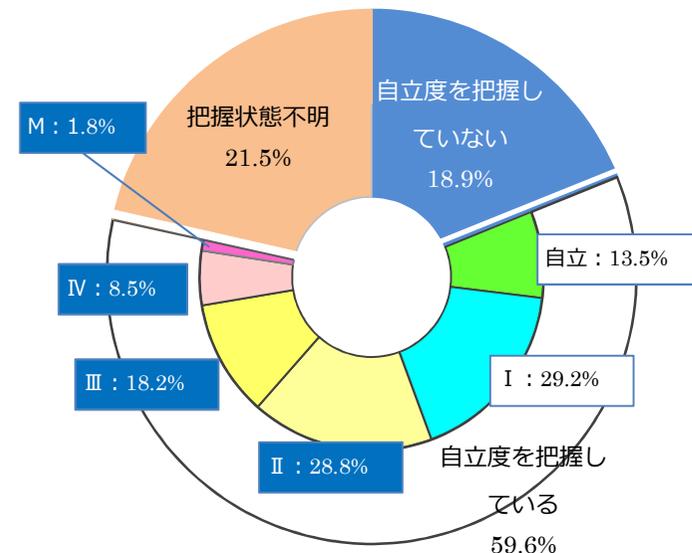
【要介護度等】(平均要介護度:1.8)



※入居者数(n=16,467)

【日常生活自立度】

※ 囲み枠内の割合は、「自立度を把握している入居者数(n=8,918)を100として算出したもの」



※入居者数(n=14,964)

※ 平成24年8月31日時点(厚生労働省調べ)

(参考) 有料老人ホームの概要

1. 制度の目的

- 老人福祉法第29条第1項の規定に基づき、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置として設けられている制度。
- 設置に当たっては都道府県知事等への届出が必要。なお、設置主体は問わない（株式会社、社会福祉法人等）。

2. 有料老人ホームの定義

- 老人を入居させ、以下の①～④のサービスのうち、いずれかのサービス（複数も可）を提供している施設。

① 食事の提供



② 介護（入浴・排泄・食事）



③ 洗濯・掃除等の家事



④ 健康管理

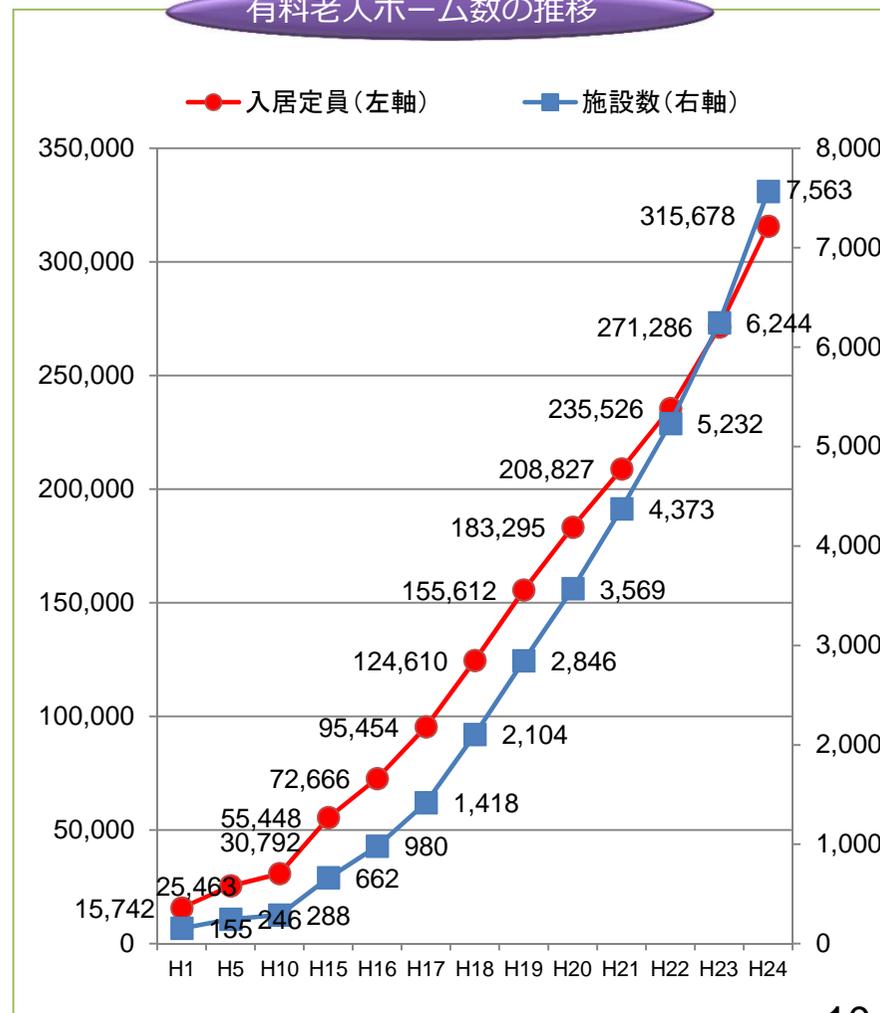


3. 提供する介護保険サービス

- 介護保険制度における「特定施設入居者生活介護」として、介護保険の給付対象に位置付けられている。ただし、設置の際の届出とは別に、一定の基準を満たした上で、都道府県知事の指定を受けなければならない。

※ 法令上の基準はないが、自治体の指導指針の標準モデルである「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」では居室面積等の基準を定めている(例：個室で1人あたり13㎡以上等)

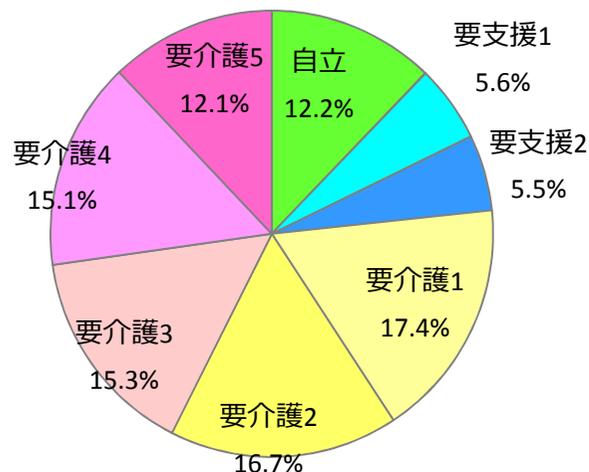
有料老人ホーム数の推移



(参考) 有料老人ホームの入居者(平成24年7月)

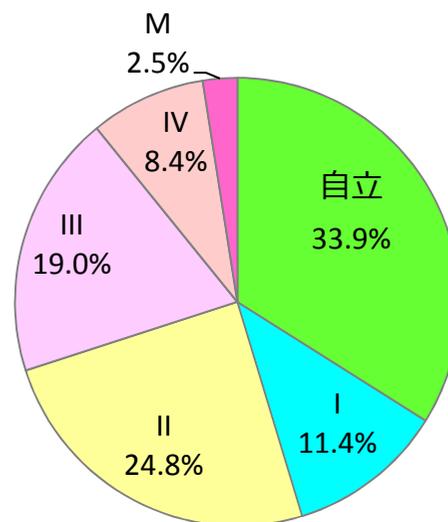
- 入居者の要介護度等の範囲は『自立』も含めて幅広いが、『要介護1』から『要介護5』まで、いずれの階層もほぼ同じ割合であり、全体としての平均要介護度は2.2となっている。
- 認知症高齢者の日常生活自立度については、『自立』『I』で約45%を占めている。ただし、アンケート上、入居者の日常生活自立度を把握していない事業者や無回答が約4割ある。
- 入居者の年齢については、80代が最も多く、平均年齢は84.0歳である。

【要介護度等】
(平均要介護度:2.2)



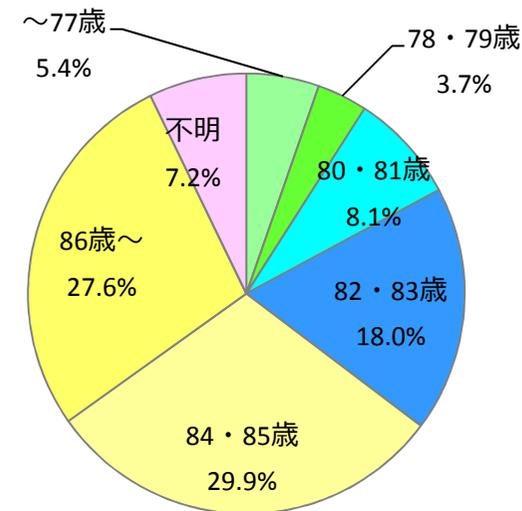
※入居者数(n=175,494)
※経過的要介護(0.1%)は要介護2と合算

【日常生活自立度】



※入居者数(n=54,767)
※なお、入居者の日常生活自立度は把握していないというホームが12%、無回答のホームが24%(ホーム数n=1,858)

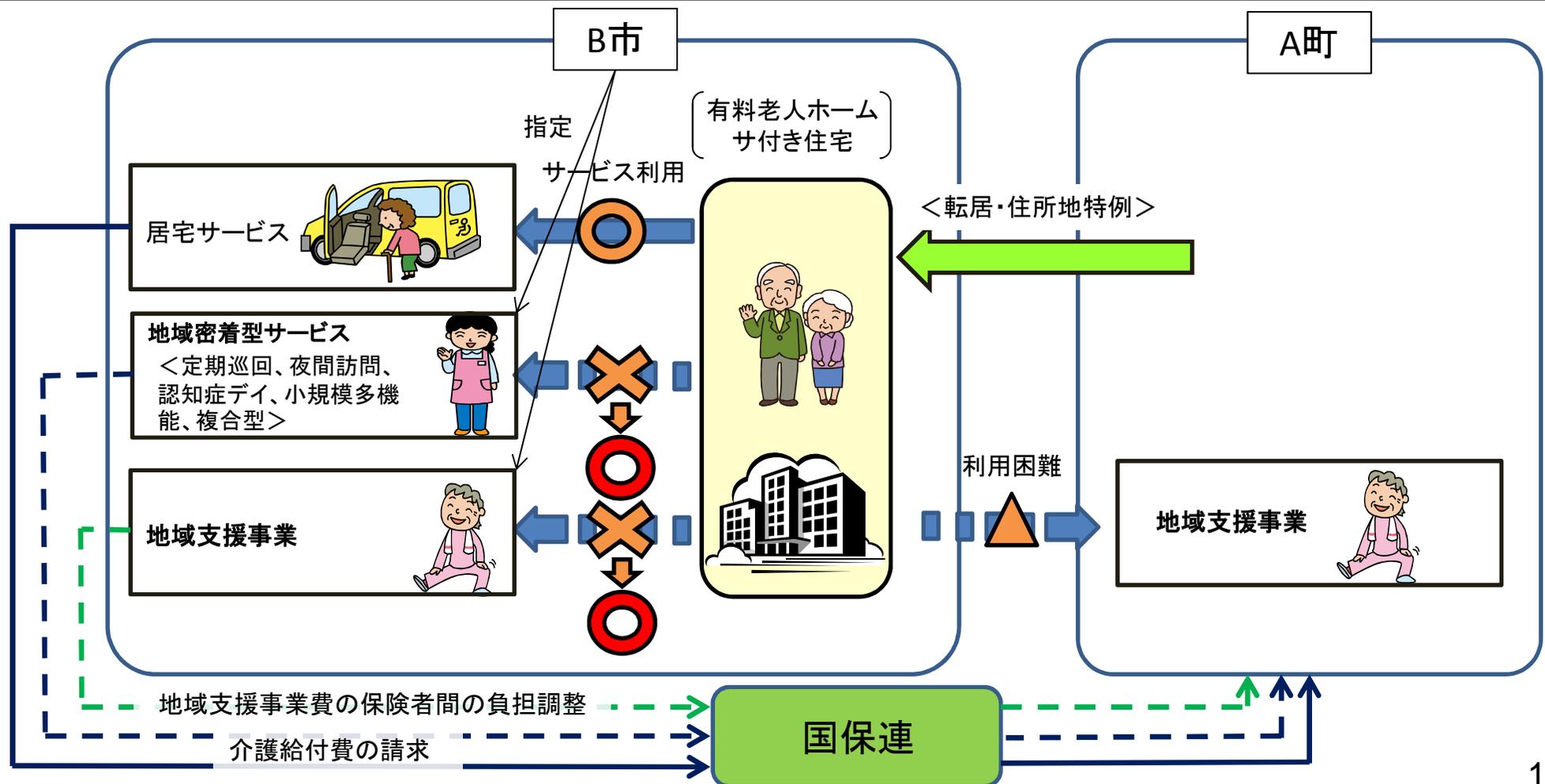
【年齢】
(平均年齢:84.0歳)



※ホーム件数(n=4,788)

地域密着型サービスと地域支援事業利用の見直し（案）

- 住所地特例の対象者は、保険者が転居前の市町村であることから、これまで転居後の市町村が提供する地域密着サービスや地域支援事業を利用することができなかった。
 - しかし、地域包括ケアの考え方からすれば、現在住んでいる市町村において各種サービスの提供を保障することが望ましいことから、住所地特例の対象者について、
 - ① 住所地の市町村の指定を受けた地域密着型サービスを使えるようにする。
 - ② 住所地の市町村が実施する地域支援事業を利用できるようにする枠組み(※)を設ける。
- ※ 費用負担について、保険者間で国保連を通じ調整。調整に係る単価は全国で被保険者の状態に応じて設定することを検討。



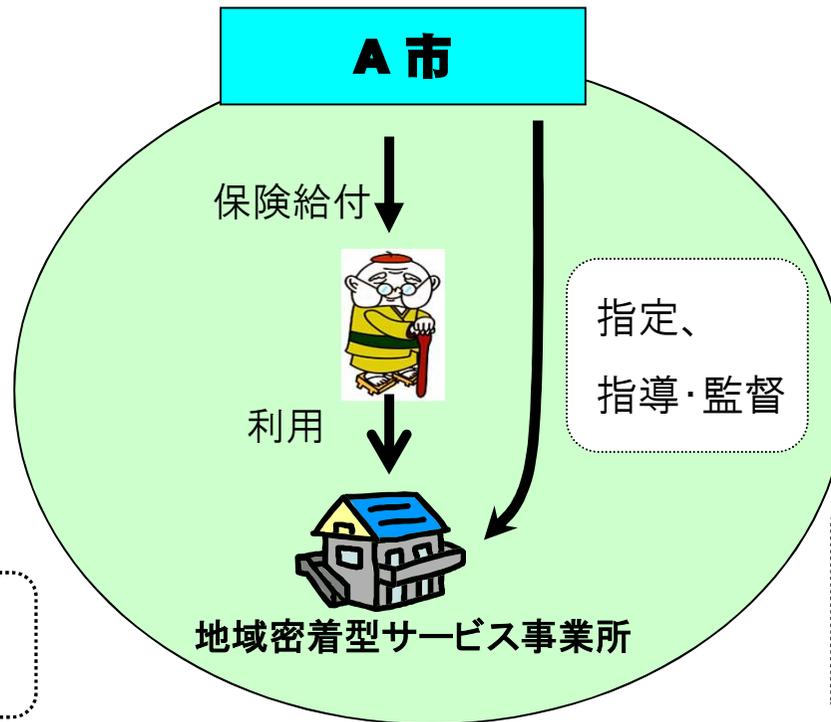
(参考) 地域密着型サービスの概要

平成17年介護保険制度改革により、要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるため、身近な市町村で提供されることが適当なサービス類型(=地域密着型サービス)を創設した。

1: A市の住民のみが利用可能

- 市町村が指定権限を持つ
- その市町村の住民のみがサービス利用可能(A市の同意を得た上で他の市町村が指定すれば、他の市町村の住民が利用することも可能)

3: 地域の実情に応じた指定基準、介護報酬の設定



2: 地域単位で適正なサービス基盤整備

市町村(それをさらに細かく分けた圏域)単位で必要整備量を定めることで、地域のニーズに応じたバランスの取れた整備を促進

4: 公平・公正透明な仕組み

指定(拒否)、指定基準、報酬設定には、地域住民、高齢者、経営者、保健・医療・福祉関係者等が関与

【地域密着型サービスの種類】

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 認知症対応型通所介護(認知症デイ)
- 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
- 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

2. 介護納付金の総報酬割について

現状・課題

- 介護保険財政は、保険料と公費で50%ずつ分担する仕組みであり、保険料については1号被保険者と2号被保険者の間で人口比率により按分するという考えにより、介護給付費全体の29%に相当する額を2号被保険者全体で負担することとしている。
- その負担は、介護給付費・地域支援事業納付金（以下「介護納付金」という。）として各医療保険者に賦課されており、その額は、各医療保険者に加入している第2号被保険者の人数に応じて按分している。各医療保険者は、各医療保険制度のルールに従って医療保険料と共に被保険者から介護保険料を徴収し、納付金として納付している。
- 介護保険制度における第2号被保険者の負担は、本人の要介護状態のリスクに備えるとともに、世代間扶養的な性格を有している。
- 高齢化に伴い介護給付費が伸びる中で、2号被保険者一人当たりの負担も高まっている。
- 主として中小企業の被用者が加入する協会けんぽと健保組合・共済組合の負担能力（総報酬額）の差は拡大している。

論点

- 介護保険制度創設後、被用者保険の保険者間の財政力の格差は広がっており、年々介護費用が増加し、今後さらに負担が大きくなることを見込まれる中で、2号被保険者の中でも負担の応能性を可能な限り高めていく必要があるのではないか。
- こうした点を踏まえ、介護保険制度の持続可能性を高めていくために、国民全体で高齢者の介護を支えるという制度の基本的な性格を維持しつつ、可能な範囲で2号被保険者の負担の応能化を図っていくことを検討すべきではないか。
- なお、受益の有無と応能負担とするかどうかは直接関連するものではないが、2号被保険者も親の介護において介護保険サービスを利用する可能性があり、また制度の発展に伴う介護サービスの普及により子どもである2号被保険者世代も負担の軽減が図られ、直接サービスを利用しない2号被保険者にも一定の受益があると言えるのではないか。
- 具体的には、被用者保険に係る介護納付金について、保険者の総報酬額に応じたものとする（総報酬割の導入）を、現在暫定的にその1/3について総報酬割を実施している後期高齢者医療制度における検討を踏まえつつ検討していくべきではないか。

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

4 介護保険制度改革

第2号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金については、現在、第2号被保険者の人数に応じたものになっており、負担の公平化の観点から、被用者保険について、被保険者の総報酬額に応じたものとしていくべきであるが、後期高齢者支援金の全面総報酬割の状況も踏まえつつ検討すべきである。

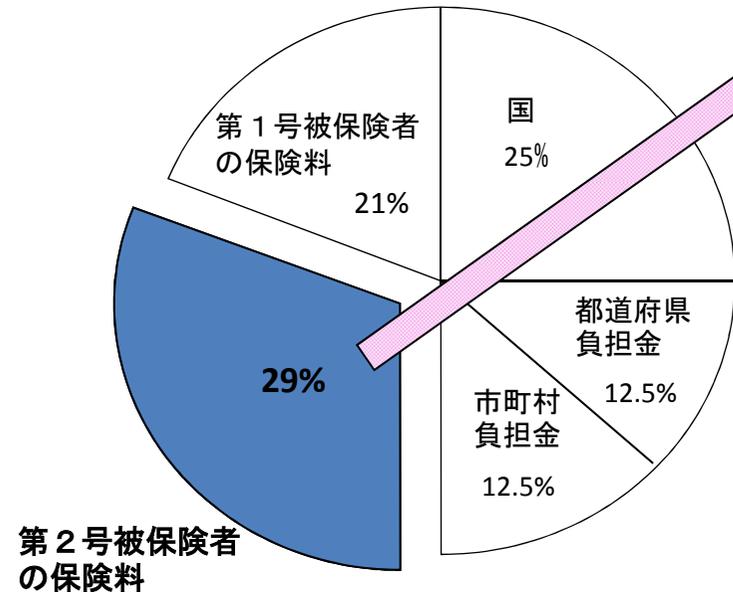
介護納付金の総報酬割

- 40～64歳が負担する保険料については、その加入する医療保険の加入者数である第2号被保険者の人数に応じて負担する介護納付金の額が決められる仕組みとなっている。
- 介護納付金の総報酬割は、これを、被用者保険(協会けんぽ、健保組合、共済組合)間では報酬額に比例した負担にする仕組み。

[介護納付金の仕組み]

①第2号被保険者(40～64歳)は給付費の29%を負担

②第2号被保険者一人あたりの保険料額を計算
(介護給付費の29% ÷ 第2号被保険者数 = 第2号被保険者1人あたり保険料額)



③被保険者数に応じて負担

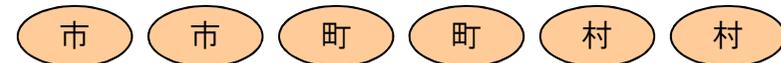
被用者保険間では報酬額に比例して負担する仕組みに改める = **総報酬割**



④各医療保険者が医療保険料と一体的に徴収

⑤社会保険診療報酬支払基金に納付

⑥各市町村に交付(各市町村の介護給付費の29%分)



(参考) 協会けんぽと健保組合における介護保険料率の比較

	平成25年度介護保険料率
協会けんぽ	1.55%
健保組合	1.354%

※健保組合については、予算早期集計において報告のあった組合(1393組合)ベースの速報値

介護納付金の総報酬割導入を巡る意見

	積極論から	消極論から
2号保険料での 応能負担の必要性	<ul style="list-style-type: none"> 制度創設当初は加入者割が適当であったが、その後の被用者保険の保険者間の財政力の格差の拡大や今後の介護保険料負担の増大を踏まえれば、2号被保険者の中でも負担の応能性を可能な限り高めていく必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 今後高齢化の進展で介護給付が増加し、保険料負担も上がっていく中での総報酬割の導入は、財源確保の辻褄合わせのためではないか。
加入者割と応能割	<ul style="list-style-type: none"> 共済・健保組合と協会けんぽの間には保険料率の格差があり、社会連帯の考え方から負担能力に応じて公平に負担するべきである。 	<ul style="list-style-type: none"> 現行法では加入者割となっていることを踏まえるべきである。
2号被保険者の受益	<ul style="list-style-type: none"> 2号被保険者も親の介護において介護保険サービスを利用する可能性があり、また制度の発展に伴う介護サービスの普及により子どもである2号被保険者世代も負担の軽減が図られ、間接的に保険給付の恩恵を受けている。 	<ul style="list-style-type: none"> 第2号被保険者は要介護認定による被保険利益をほとんど受けない中で保険料を負担するのだから、頭割りで一人ひとりが公平に負担するべきである。
被保険者間の 所得格差の拡大	<ul style="list-style-type: none"> 若年者の負担に関する問題は若年者の間の負担調整によって、国庫負担にできるだけ依存しない形を目指すべきである。 	<ul style="list-style-type: none"> 所得格差が拡大するというのであれば総報酬の導入ではなく、協会けんぽへの国庫補助の引上げで対応するべきである。
優先順位	<ul style="list-style-type: none"> 将来の負担の増大を踏まえれば、給付の重点化など費用の伸びの抑制も図りつつ、負担の公平も考えるべきである。 	<ul style="list-style-type: none"> 給付の重点化など費用の伸びの抑制を優先するべきである。

「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関するこれまでの議論の整理」 (社会保障審議会介護保険部会 平成23年11月30日)

(介護納付金の総報酬割導入)

- 事務局からは、
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する介護納付金の額が決められているため、2号被保険者1人当たりの報酬額の高い医療保険者は低い保険者と比較して、報酬額に対する介護保険料の割合が低率となっているとの説明とともに、今後高齢化の進行に伴って増加する介護費用を公平に負担する観点から、応能負担の要素を強化し、介護納付金の負担を加入者の報酬に応じたもの（総報酬割の導入）とすることが必要ではないかとの問題提起があった。
- これに対し、
負担能力に差のある共済・健保組合と協会けんぽの間の負担の公平化を図り、制度の持続可能性を確保すべきであること、介護給付との結びつきが薄い2号被保険者に多額の保険料を課することへの疑問が呈されているが、家族の介護負担の軽減という恩恵は受けているので、やはり負担の応能性を高める観点から導入すべきであること、
予防効果のある給付に重点を置いていくことや所得の高い高齢者の利用者負担の引上げと併せて負担に理解を得られないかということ、若年代間の負担の公平化は、国庫負担にできるだけ依存しない形を目指し、2号被保険者の間でその負担をよりよく分かち合う仕組みとすべきであること、
介護報酬の地域区分の見直しと併せて相対的に所得の高い都市部の2号被保険者に負担能力に応じた負担を求めることは合理的と考えられること
など、負担の応能性を高めることが公平性を高めるとの立場や処遇改善の財源確保により介護サービスの円滑な提供を確保すべきとの立場から賛成する意見が多く見られた。
- 一方、
制度発足時に社会的扶養の側面も有する現役世代についての費用負担のあり方を加入者割とした考え方を尊重すべきであること、総報酬割はこの考え方を根本から変えるものであり、給付と負担のあり方について十分な議論が必要であること、
総報酬割の導入は応能性の強化というものの、介護職員の処遇改善の財源確保の辻褄合わせに他ならず、その前に給付の重点化、費用の伸びの抑制に注力すべきであること、
経済全体で賃金水準が低下している中で、拡大を続ける介護分野に対する処遇改善の原資を総報酬割の導入で得られる財源を転用して賄えば、他の産業から追加的な負担を求めることになること、
第2号被保険者は介護給付を受けることが極めて希であるにもかかわらず、総報酬割で重い負担を強いられるものが発生することに事業主や被保険者の理解は得られないこと
など、社会保障負担の増加する現役世代の保険料負担とこれに伴う雇用への影響に配慮すべきとの立場から、強い反対意見があった。

(参考) 二号被保険者の保険料負担の考え方

【平成9年2月28日 衆・厚生委員会】

○児玉委員

この法律は、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、」云々というふうに出していますね。65歳とわざわざ無理やり線を引くのはなぜですか。

○江利川政府委員

この第一条の書き方は、一号被保険者と二号被保険者に共通する給付事由は何かということを書いてあるわけでございます。二号被保険者につきましては、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態」になるのが給付事由になっている、そして、65歳以上の人は、そういう原因を問わずすべてなっているということでございます。今回の法律におきましては、65歳以上の人は、介護は高齢者の加齢に伴って實際上多く発生しているわけでございますので、そういう状況のものをまず対象として、そういうものに対するサービスを考え、そして、同じような状態が年若くして起こったような場合にはそれを対象にするということで、二号被保険者はそういうものになっているわけでございます。なお、二号被保険者の保険料負担は、本人の要介護リスクに備えるということだけではなくて、その人たちの親の世代の方も要介護状態になるだろうという意味で、世代間扶養的な意味合いも含めた負担をお願いしているということになっております。

<参考:介護保険制度創設時の介護納付金の考え方>

- 医療保険者による共同事業としての性格を持つ老人保健事業、被用者OBの医療費を被用者保険の保険者が負担する退職者医療制度に対して、介護保険については、介護保険2号被保険者が自らの保険料を負担しており、これらの制度と性格を異にしている。このため、これらの制度の保険者の負担が「拠出金」とされている一方で、介護保険制度においては、他制度に対する「納付」という意味で「納付金」という名称とされている。
- 拠出金の算出に当たっては、老人保健制度においては各保険者の老人医療費の水準、退職者医療制度においては各保険者の財政力といったように、保険者毎の指標が用いられていた。一方、介護納付金については、全国一律の負担とし、被保険者一人当たりの基準額に当該保険者における2号被保険者数を乗じて算出している。
- 後期高齢者医療制度における後期高齢者支援金については、介護納付金と類似した算出方法を採用している。
 ※ 現在、暫定的にその1/3を被用者保険の保険者についてその総報酬に応じたものとする措置が講じられている(P28参照)

【老健拠出金】

$$\text{各保険者の拠出金額} = \text{当該保険者の老人医療費} \times \frac{\text{老人加入率の全国平均}}{\text{当該保険者の老人加入率}} \times (1 - \text{公費負担割合})$$

【療養給付費等拠出金(退職者医療)】

$$\text{各保険者の拠出金額} = \text{当該保険者の標準報酬総額} \times \frac{\text{各市町村における拠出対象額(※)の合計額}}{\text{被用者保険全保険者の標準報酬総額}}$$

※ 拠出対象額＝被用者OBの医療費－被用者OBの国保保険料・自己負担＋被用者OBに係る老健拠出金額

【介護納付金】

$$\text{各保険者の納付金額} = \frac{\text{すべての市町村の医療保険納付対象額} + \text{介護予防事業等医療保険納付対象額} \times \text{当該保険者の第2号被保険者数}}{\text{各保険者の第2号被保険者の総数}}$$

※ 保険給付費と介護予防事業等に要する費用に2号保険料の負担率(29%)を乗じたもの

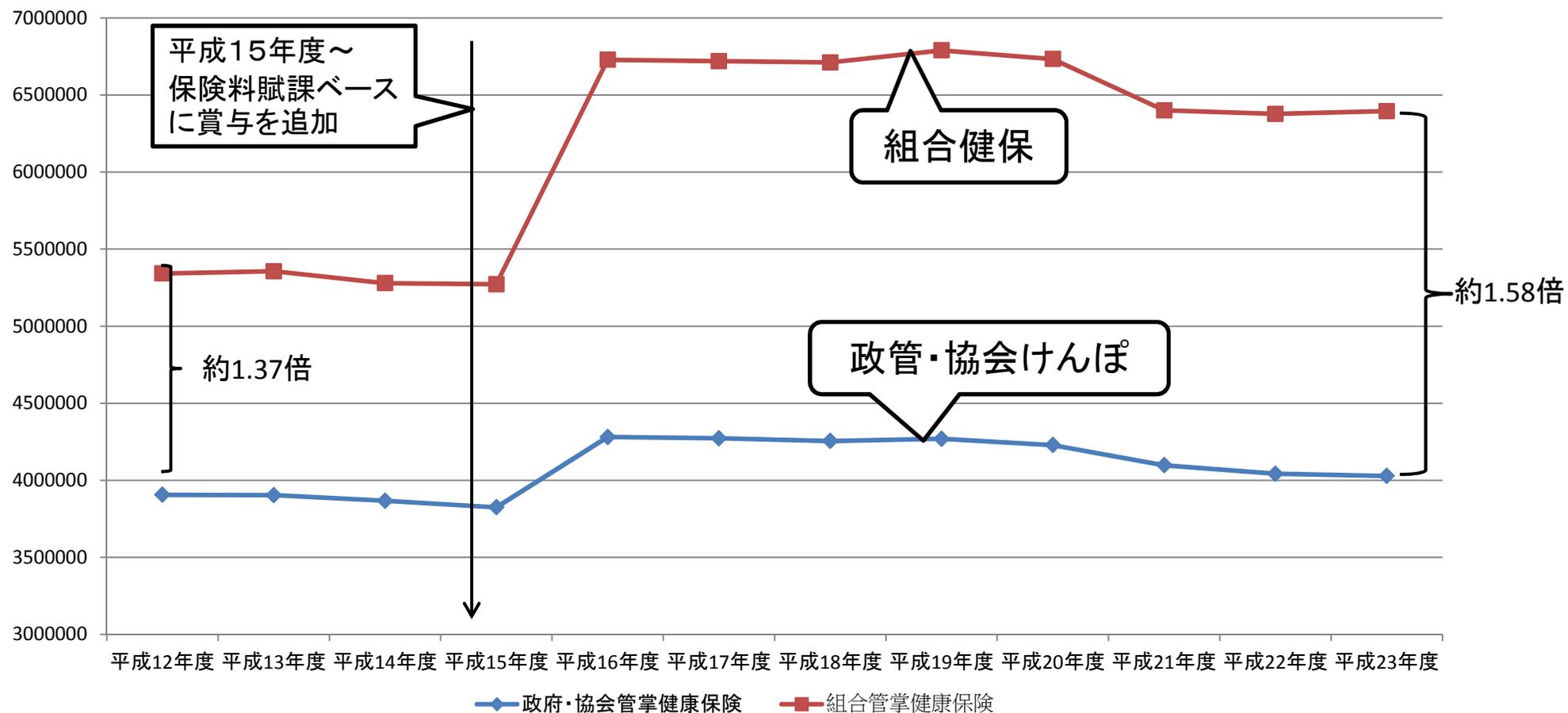
【後期高齢者支援金】

$$\text{各保険者の支援金額} = \frac{\text{すべての広域連合の保険納付対象額の総額} \times \text{当該保険者の加入者数}}{\text{すべての保険者の加入者数}}$$

※ 保険納付対象額:後期高齢者の医療給付費×(1－公費負担割合－後期高齢者の負担率)

(参考) 協会けんぽと組合健保の平均年間報酬額の推移

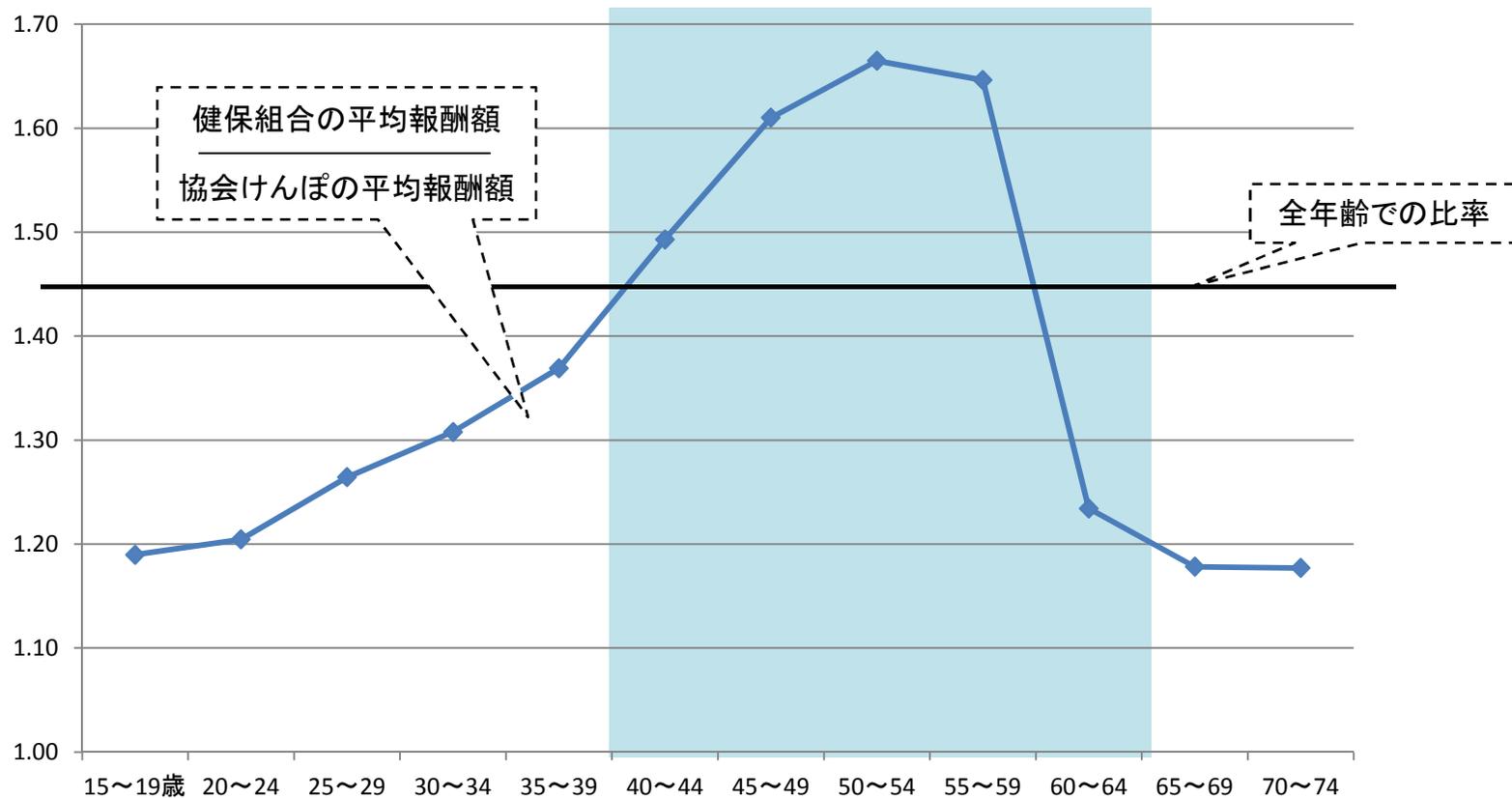
平成15年度から、保険料賦課ベースに賞与が追加されたことから、協会けんぽと組合健保の平均年間報酬額の差が大きくなっている。



(注1)それぞれ介護保険第2号被保険者のみの平均値である。(注2)月額は年度の平均値を用いている。(注3)賞与は被保険者一人当たりの年間賞与額である。

(参考) 協会けんぽと組合健保の年齢別平均報酬の比率

協会けんぽと健保組合の年齢別平均報酬総額を比較すると、介護保険第2号被保険者に該当する年齢層(40~64歳)で特に差が大きくなっている。



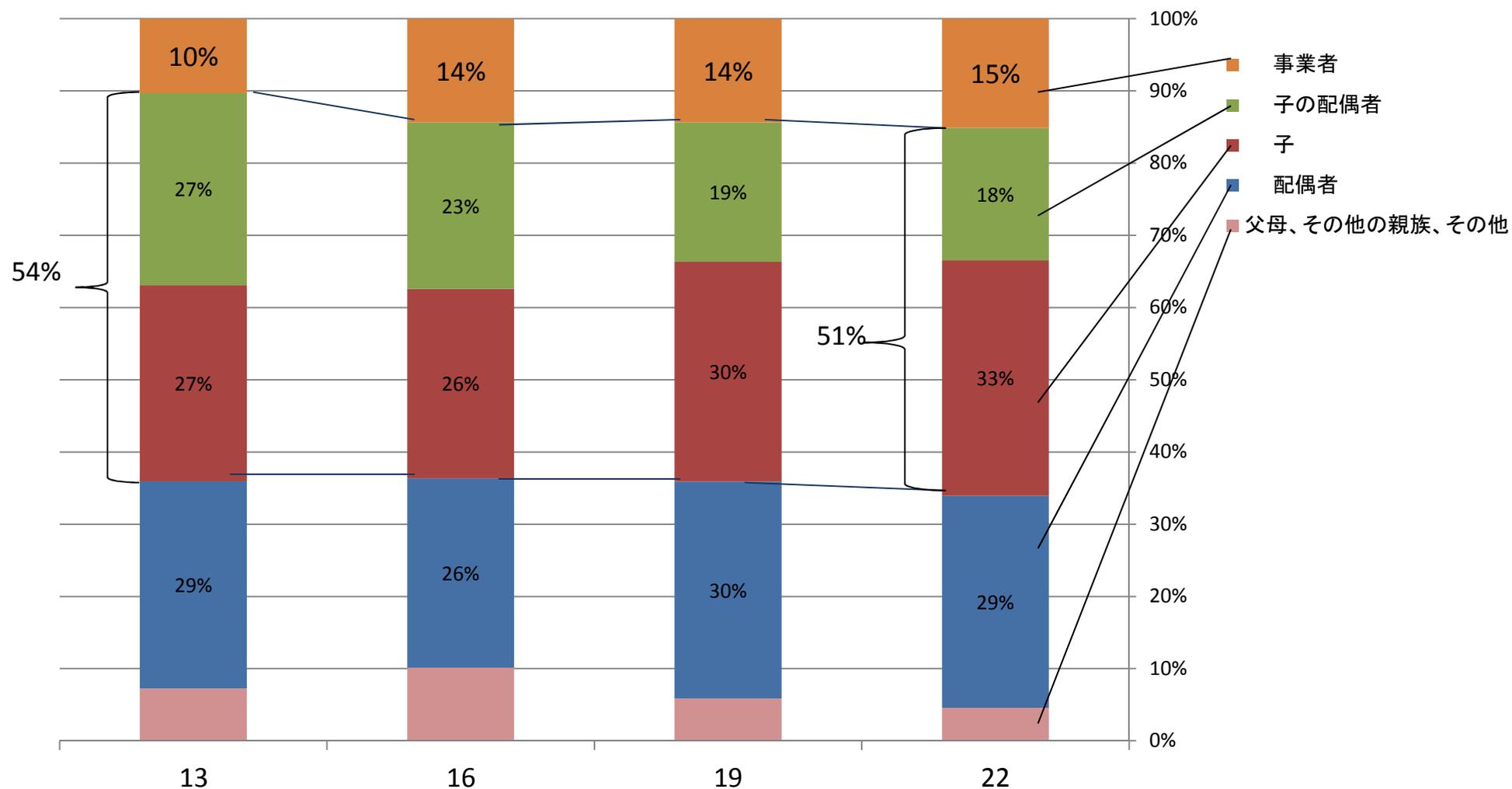
(注) 健康保険被保険者実態調査(平成23年)より作成

(参考)1号保険料と2号保険料の推移

		第1号保険料(65歳～) の1人当たり月額 (基準額の全国平均)	第2号保険料(40歳～64歳)の 1人当たり月額 (事業主負担分、公費分を含む)
第1期	平成12年度	2,911円	2,075円
	平成13年度		2,647円
	平成14年度		3,008円
第2期	平成15年度	3,293円	3,196円
	平成16年度		3,474円
	平成17年度		3,618円
第3期	平成18年度	4,090円	3,595円
	平成19年度		3,777円
	平成20年度		3,944円
第4期	平成21年度	4,160円	4,093円
	平成22年度		4,289円
	平成23年度		4,463円
第5期	平成24年度	4,972円	4,697円(概算)
	平成25年度		4,966円(概算)
	平成26年度		

(参考) 介護を要する者と主な介護者の続柄の変化

介護保険制度創設以来、主な介護者として「事業者」が増加してきており、特に「子の配偶者」の割合が低下することにより、子ども世代が主な介護者となる割合は低下している。



出典：国民生活基礎調査(平成13、16、19、22年)から作成

(参考)介護納付金に総報酬割を導入した場合の負担の変化

(現行制度における第2号被保険者一人当たりで見た負担額と報酬額の比較)

○ 健保組合・協会けんぽ・共済組合の比較

	現行			総報酬割とした場合	
	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (A)	第2号被保険者一人当たり報酬額 (年額) (B)	(A)x12/(B)	報酬額に対する負担割合 (C)	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (B)x(C)/12
健保組合 (全組合(1,443組合)平均)	4,463円	443万円	1.21%	1.37%	5,058円 【+595円】
協会けんぽ ()は国庫補助がない場合の負担額	3,731円 (4,463円)	303万円	1.48% (1.77%)		3,459円 【-272円】
共済組合 (全組合(85組合)平均)	4,463円	553万円	0.97%		6,313円 【+1,850円】

○ 健保組合内でも、組合によって負担能力は様々

	現行			総報酬割とした場合	
	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (A)	第2号被保険者一人当たり報酬額 (年額) (B)	(A)x12/(B)	報酬額に対する負担割合 (C)	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (B)x(C)/12
上位10組合 平均	4,463円	838万円	0.64%	1.37%	9,567円 【+5,104円】
下位10組合 平均		261万円	2.05%		2,980円 【-1,483円】

※ 平成23年度決算見込み数値データによる試算。

※ 被扶養者の報酬を「0」とみなして第2号被保険者の一人当たりの報酬額を算定している。

※ 健保組合については、特定被保険者(第2号被保険者に該当しない被保険者であって、第2号被保険者である被扶養者がある者)を除外して試算している。

○総報酬割を導入した場合の各保険者の負担額変化

		協会けんぽ	(国費充当後)	健保組合	共済
現行 (加入者割)	納付額	7,316億円	6,116億円	5,885億円	1,928億円
	報酬額に対する 負担割合	1.77%	1.48%	1.21%	0.97%
総報酬割 (1/3導入)	納付額	6,775億円 (-541億円)	5,975億円 (-141億円)	6,152億円 (+267億円)	2,197億円 (+269億円)
	報酬額に対する 負担割合	1.64% (-0.13%)	1.44% (-0.04%)	1.27% (+0.06%)	1.10% (+0.13%)
総報酬割 (全面導入)	納付額	5,694億円		6,685億円 (+800億円)	2,735億円 (+807億円)
		(-1,622億円)	(-422億円)		
	報酬額に対する 負担割合	1.37%		1.37% (+0.16%)	1.37% (+0.40%)
		(-0.40%)	(-0.11%)		

○総報酬割を導入した場合に負担増・減となる保険者数

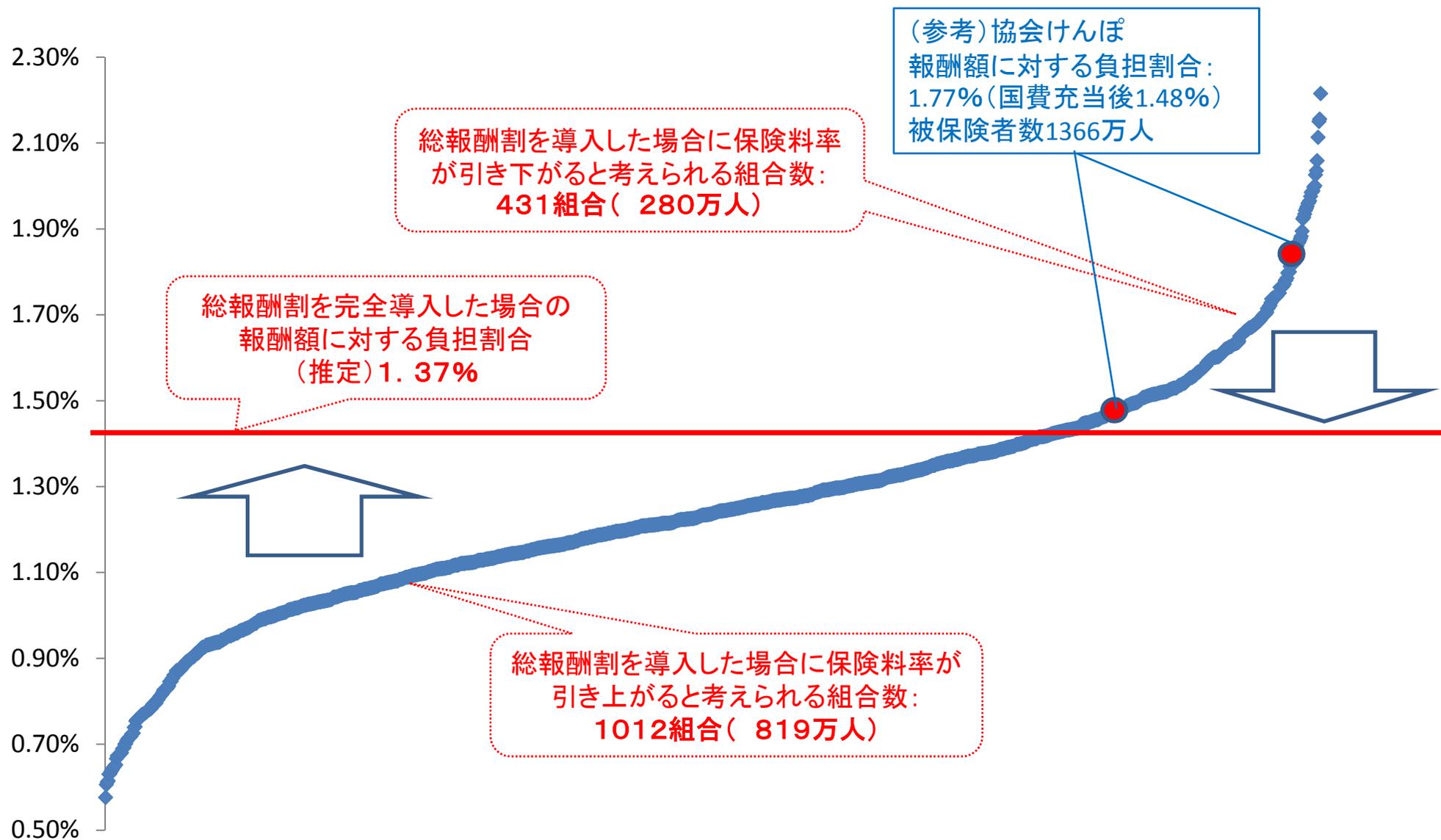
	健保組合	共済
負担増	1012組合	84組合
負担減	431組合	1組合

※ 平成23年度決算見込み数値データによる試算。

※ 被扶養者の報酬を「0」とみなして第2号被保険者の一人当たりの報酬額を算定している。

※ 健保組合については、特定被保険者(第2号被保険者に該当しない被保険者であって、第2号被保険者である被扶養者がある者)を除外して試算している。

(参考)健保組合の介護保険料率(介護納付金総額/総報酬額)の分布



※ 平成23年度決算見込み額の各健康保険組合の納付金総額を総報酬額で除して推計したものであり、実際の保険料率ではない。

健康保険法等の一部を改正する法律の概要（平成25年5月24日成立）

協会けんぽに対する平成22年度から平成24年度までの財政支援措置（①国庫補助割合、②後期高齢者支援金の負担方法）を2年間延長する等の措置を講ずる。

1. 法律の概要

I 協会けんぽへの財政支援措置

- ① 協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16.4%への引き上げ措置を2年間延長する。
- ② 後期高齢者支援金の負担方法について、被用者保険者が負担する後期高齢者支援金の3分の1を、各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置を2年間延長する。
- ③ 協会けんぽの準備金について、平成26年度まで取り崩すことができることとする。

→ 以上の措置により、現行の協会けんぽの保険料率10.0%が平成26年度まで維持できる見通し。

II その他

- ① 健康保険の被保険者又は被扶養者の業務上の負傷等について、労災の給付対象とならない場合は、原則として、健康保険の給付対象とする。
- ② 保険給付に関する厚生労働大臣の事業主への立入調査等に係る事務を協会けんぽに委任する。

2. 施行期日

公布の日（平成25年5月31日）

※ ただし、II①に関する改正については、平成25年10月1日。

3. 介護サービス情報の公表制度について

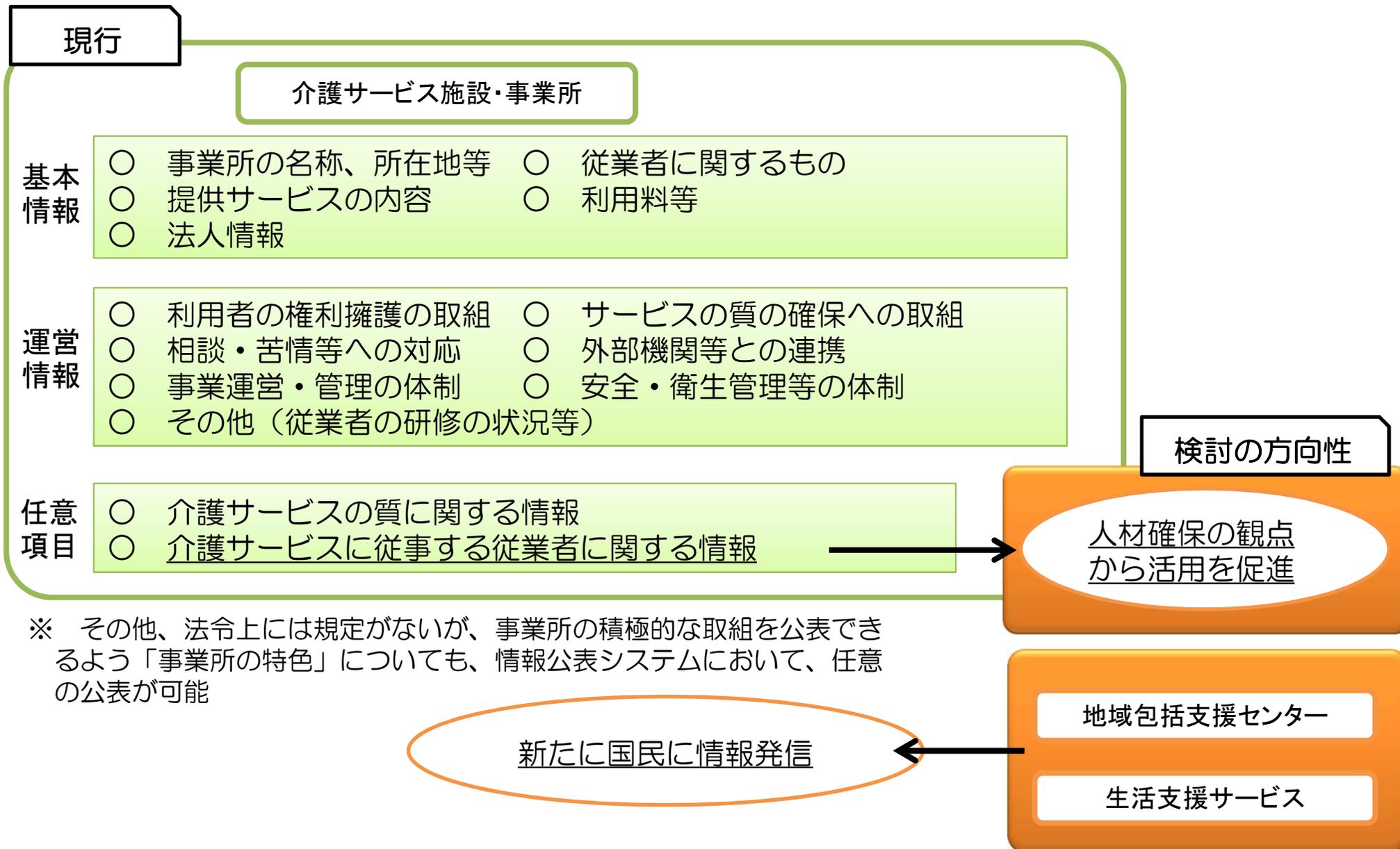
現状・課題

- 介護サービスの利用者やその家族等が介護サービス事業所や施設を比較・検討して適切に選択するための情報を、都道府県がインターネット等で提供する仕組みとして、平成18年度から制度化。全国約17万か所の介護サービス事業所の情報が公表されている。
- 前回の法改正で①事業所への調査方法の見直し、②公表内容の追加を行った。
 - ①調査方法・・毎年1回の調査義務から、都道府県が必要と認める場合に変更
 - ②公表内容・・都道府県の任意で公表できる情報として、サービスの質や介護従業者に関する情報を追加※その他、利用者の視点に立った新システムの開発を実施(平成24年10月より稼働)
- 他方、現在、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するために有益な情報と考えられる、地域包括支援センターと配食や見守り等の生活支援の情報について、この公表制度では情報を入手できない。
 - ※ 地域包括支援センターの情報については、情報公表システム上では、各都道府県の任意でセンター名、住所等の一覧を掲載できる機能があるが、あまり利用されていない。
- 平成24年度の改正介護保険法の施行により、事業者による雇用管理の取組を進めることを目的とし、都道府県に対して、介護サービスの質及び介護従業者に関する情報の公表について、配慮義務規定が設けられたが、現在のところ、この規定を活用している自治体はごくわずか。

論点

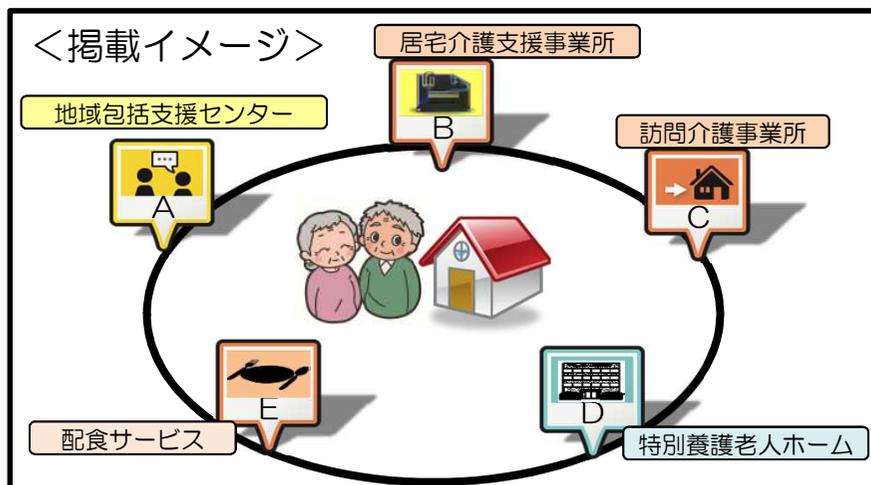
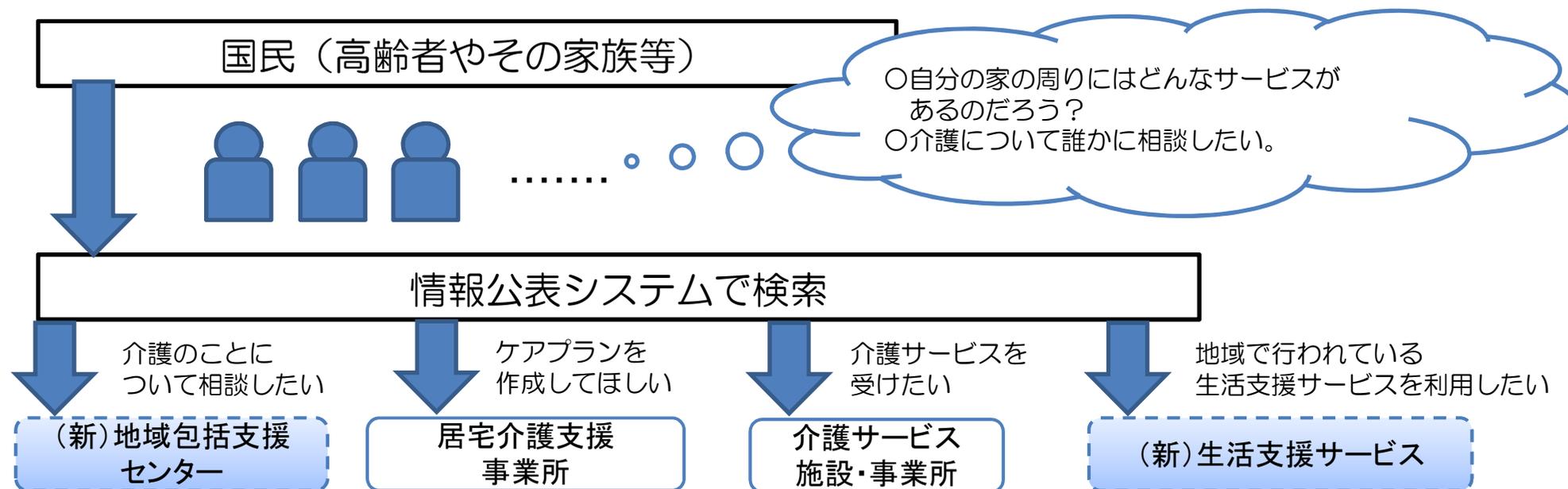
- 地域包括ケアシステム構築の観点から、
 - ①地域での高齢者の相談や介護サービス等利用の起点となる地域包括支援センター
 - ②高齢者の在宅生活を支える生活支援サービスに関する情報について、既に全国に定着している本公表制度を活用し、介護サービスの情報と一体的に集約した上で、広く情報発信していくことは、国民にとって有益ではないか。(31ページ参照)
- その際、公表すべき情報の内容、公表主体、公表方法、関係者間の役割分担について、具体的検討が必要。
- 今後、介護人材の確保が重要となる中、各事業所における雇用管理の取組を推進することが重要であり、現行の従業者等に関する情報公表の仕組みについて、円滑に事業所が情報を公表できるよう見直しをすべきではないか。
- 通所介護の設備を利用して提供している法定外の宿泊サービスについての情報公表も検討してはどうか。

公表される内容の全体像（現行と検討の方向性）



介護サービス情報公表制度の見直しの方向性

- 地域包括支援センター・生活支援サービスの公表が新たに加わることで、自宅を中心に、地域で自立した暮らしをするための介護サービス以外の地域資源が一体的に把握できる。



名称	連絡先	自宅からの距離
A 地域包括支援センター	〇〇	0.2Km
B 居宅介護支援事業所	△△	0.4Km
C 訪問介護事業所	××	0.6Km
D 特別養護老人ホーム	--	0.7Km
E 見守り・配食	□□	1.0Km

新たな公表事項について(案)

	地域包括支援センターの公表	生活支援サービスの公表	介護従業者に関する情報の公表
概要	地域包括支援センターが入力した情報を、市町村が公表する仕組みとしてはどうか。	把握している生活支援サービスの情報を市町村が公表する仕組みとしてはどうか。	全国統一の公表内容について介護サービス事業者に報告の努力義務をかけてはどうか。
公表する項目	<ul style="list-style-type: none"> ■ 相談する地域住民が最低限必要と考えられる情報 (例)センター名、運営主体、住所、業務内容 等 ※ 業務内容については、地域包括支援センターが機能しているかどうか分かる項目について、今後検討を行う予定。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 市町村が把握している情報 (例)事業所名、運営主体、住所、サービス分類、サービス提供地域 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 介護サービスに従事する従業者に関する情報 (例)離職率、賃金表、定昇制度 等
報告する者	/	/	<ul style="list-style-type: none"> ■ 介護サービス事業者
公表する者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 市町村(都道府県が公表することも可能) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 市町村(都道府県が公表することも可能) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 都道府県 ※ 通常の報告とあわせて公表
公表義務	<ul style="list-style-type: none"> ■ 設置時及び年1回(公表内容に変更がない場合は不要) ※ 定期的な内容更新時以外にも、内容の変更が必要な場合には随時変更が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 努力義務(随時の更新) ※ 新しい地域資源を把握できた段階で更新 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 努力義務

(参考)介護サービス情報の公表制度の現状把握及び今後の利活用方策に関する検討会について

○ 検討会の目的

介護サービス情報の公表制度（以下、「情報公表制度」という。）の現状と課題を把握するとともに、2025年を目途とした地域包括ケアシステム構築へ向けた取組の推進に向けて、今後の情報公表制度の利活用方策について検討を行うことを目的とする。

○ 検討内容

- (1) 情報公表制度の現状と課題について
- (2) 公表される内容のあり方について
 - 地域包括ケアシステム構築へ向けた本制度の位置づけについて
 - 従業者等に関する情報の公表について
 - 公表項目のあり方について
- (3) 情報公表システムの利活用について
- (4) 認知度向上へ向けた方策について
- (5) とりまとめ

○ 検討会の構成

委員氏名	所属	委員氏名	所属
稲葉 雅之	一般社団法人日本在宅介護協会 専務理事	瀬戸 恒彦	公益社団法人かながわ福祉サービス振興会 専務理事
小川 博司	広島県 健康福祉局介護保険課長	高杉 敬久	公益社団法人日本医師会 常任理事
小泉 立志	公益社団法人老人福祉施設協議会 介護保険事業等経営委員会 特別養護老人ホーム部会 部会長	筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
木間 昭子	高齢社会をよくする女性の会 理事	馬袋 秀男	一般社団法人全国介護事業者協議会 理事長
小山 秀夫 ◎	兵庫県立大学大学院 教授	平川 博之	公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長
齊藤 秀樹	公益社団法人全国老人クラブ連合会 理事・事務局長	水越 洋二	全国地域包括・在宅介護支援センター協議会 横浜市不老町地域ケアプラザ 所長
榊 美智子	東京都 福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長	山村 和宏	ひょうご介護サービス情報活用制度専門調査機関 (株)創造と協働のまちづくり研究所 代表
助川 未枝保	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事	(※ ◎は委員長、敬称略、50音順) (合計15名)	

(参考)介護サービス情報の公表制度の仕組み(全体像)

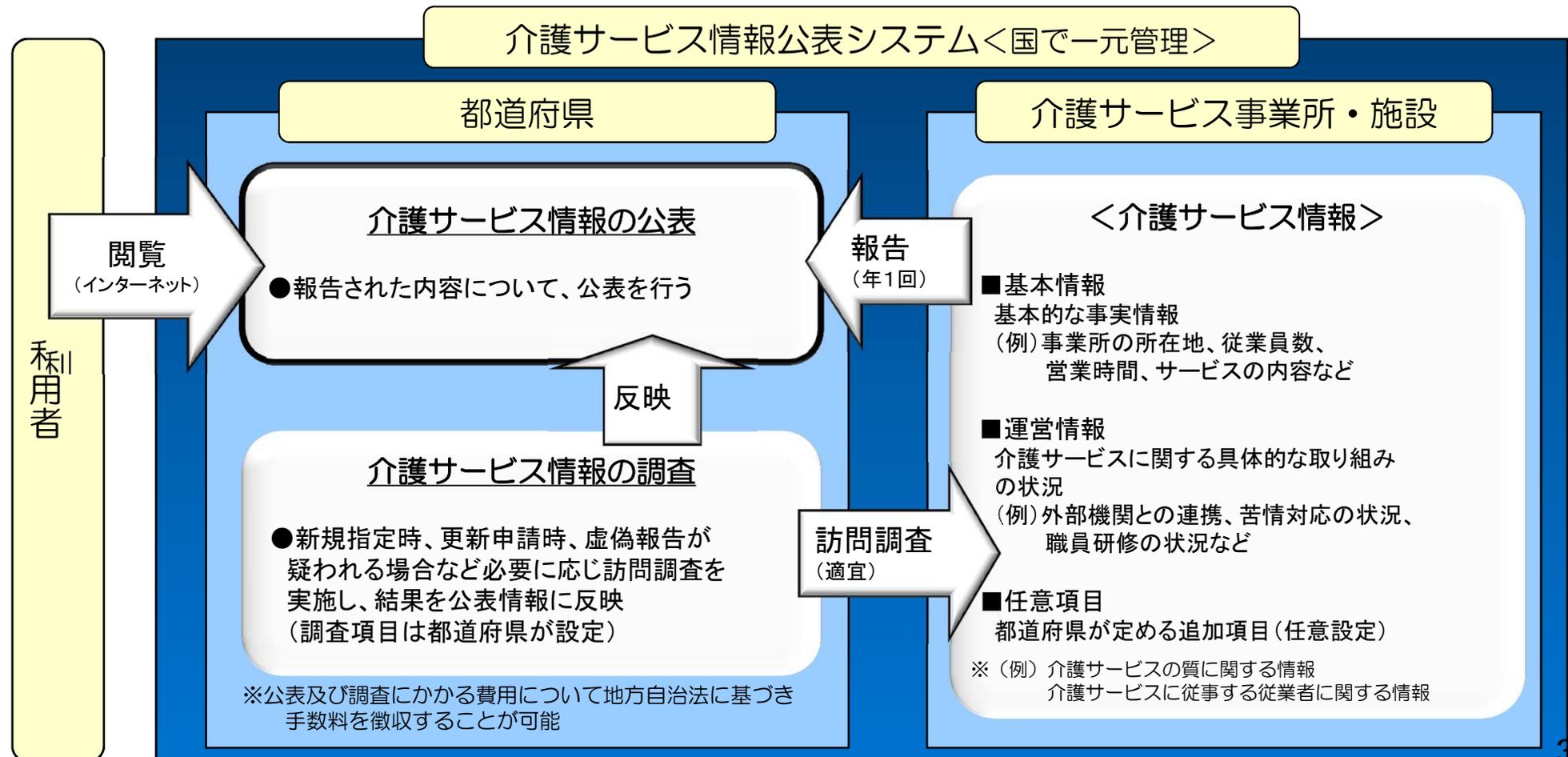
【概要】

○利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して適切に選ぶための情報を都道府県が提供するもの

【ポイント】

○介護サービス事業所は、年一回、直近の介護サービス情報を都道府県に報告

○都道府県は、事業所から報告された内容についてインターネットで公表。また、報告内容について調査が必要と認める場合、事業所・施設に対して訪問調査を実施



(参考)情報公表制度の見直し(平成24年度から実施)

法改正により...

①調査方法の見直し

→ 事業所への調査義務を改め、都道府県知事が必要と認める場合に実施するよう任意化

②公表内容の追加

→ 都道府県知事が介護サービスの質や介護従業者に関する情報を公表できる仕組み

※ その他、利用者の視点に立った新システムを開発(平成24年10月より稼働)。

<見直しの背景>

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。

(介護保険部会報告書「介護保険制度の見直しに関する意見(抄)」(平成22年11月30日))

(参考) 介護サービス情報公表システム月次アクセス数

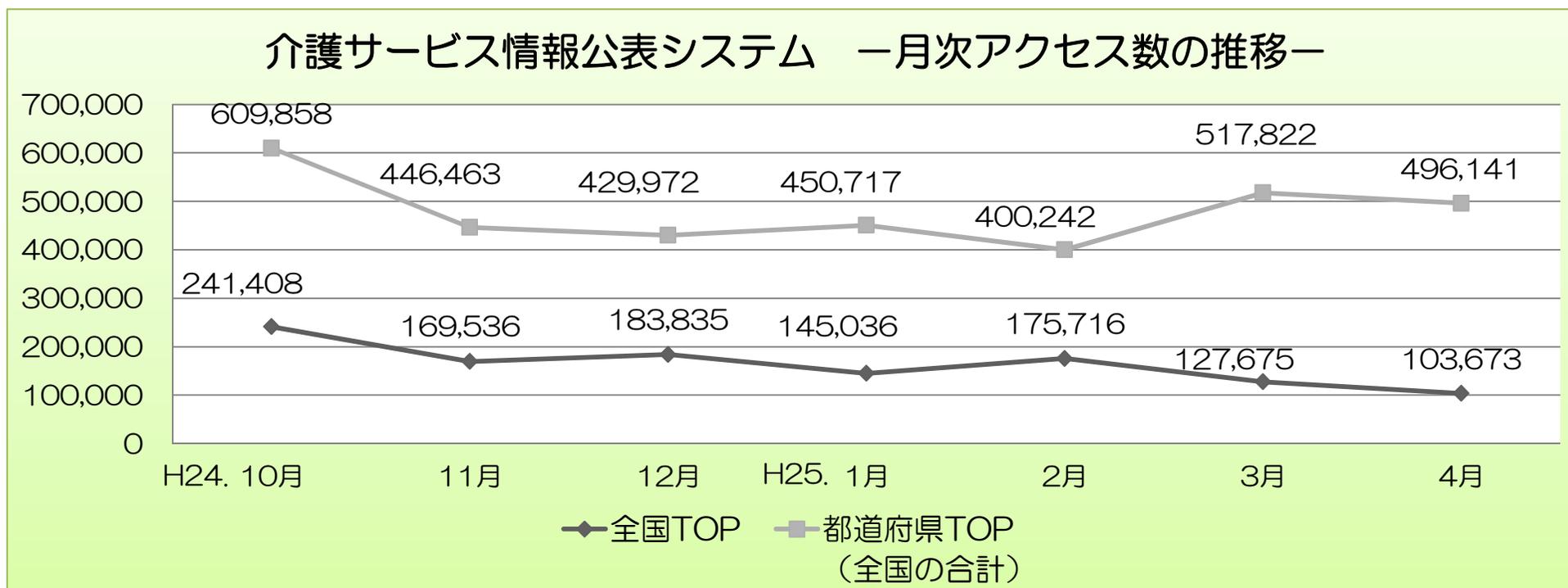
1. ひと月あたり平均アクセス数

(平成24年11月～平成25年4月までの平均)

	全国TOP	都道府県TOP (全国の合計)	事業所情報検索 結果一覧	事業所情報比較	事業所の概要
新システム	150,912	456,893	1,923,652	6,341	1,141,598
旧システム		257,926			

※旧システムは平成22年度の一月あたり平均

2. 月次アクセス数の推移



(参考)介護従業者等に関する情報の公表の取組

<関係条文> (平成24年度より創設)

○介護保険法第115条の44

都道府県知事は、介護サービスを利用し、又は利用しようとする要介護者等が適切かつ円滑に当該介護サービスを利用する機会の確保に資するため、介護サービスの質及び介護サービスに従事する従業者に関する情報（介護サービス情報に該当するものを除く。）であって厚生労働省令で定めるものの提供を希望する介護サービス事業者から提供を受けた当該情報について、公表を行うよう配慮するものとする。

○介護保険法施行規則第140条の62の2

法第115条の44の厚生労働省令で定める情報は、介護サービスの質及び介護サービスに従事する従業者に関する情報（介護サービス情報に該当するものを除く。）として都道府県知事が定めるものとする。

<取組の実績> (平成25年6月現在)

	介護サービスの質に関する情報	介護サービスに従事する従業者に関する情報
実施都道府県数	5	2
公表内容	<ul style="list-style-type: none"> ○喀痰吸引登録状況 ○要介護度の改善状況 ○褥瘡の発生状況・改善状況 ○外部評価の有無 ○褥瘡や転倒発生の防止対策 等 	<ul style="list-style-type: none"> ○介護サービスに従事する従業者に関する情報（自由記載） ○離職率 ○勤務時間（シフト体制等） ○賃金体系 ○有給休暇の取得状況 ○研修の取組 等

※介護サービスの質もしくは介護サービスに従事する従業者に関する情報について実際に公表している事業所数は約1,700程度（公表事業所の約1%）

(参考) 介護サービスの質及び介護サービスに従事する従業者に関する情報の公表例

法第115条の44に基づき、都道府県知事が定める介護サービスの質及び介護サービスに従事する従業者に関する情報を公表するためのページ。

<公表例>

事業所の概要	事業所の特色	事業所の詳細	運営状況	その他
印刷する しおりをつける				
※このページは事業所の情報をよりわかりやすく提供するために、都道府県ごとに設けている項目です。				
介護サービスの質について、自由にご記入ください。(例) 要介護の改善状況、褥瘡や転倒発生の防止対策、第三者評価に関すること等	広域行政組合活動の一環として、2年間に渡って、介護相談員活動の受け入れを行いました。その活動の中で、特に指摘事項も無く、相談員さんから「自分が高齢になって、介護が必要な状態になったら、よろこぼう屋の介護サービスを利用したい」との評価を頂きました。			
介護サービスに従事する従業者に関する情報について、自由にご記入ください。(例) 離職率、勤務時間(シフト体制等)、賃金体系、有給休暇の取得状況、研修の取り組みについて等	①短時間労働者については、家庭の事情を考慮しながら、希望している日を優先的に休日として、取得できるよう配慮している ②各資格取得や各研修会への参加と社内研修を行いながら、職員のスキルUPを目指している ③処遇改善加算を活用する等、職員の賃金の向上に努めている			

(参考)地域包括支援センター情報の公表例

(現在は都道府県が任意で公表できる仕組み)※法令上の規定はなし

現在、17の都道府県で地域包括支援センター情報が公表されている。
 以下は東京都の掲載例であるが、東京都の場合は、情報公表システムから東京都HPにリンクが貼られている。東京都のHPでは、都内の全ての地域包括支援センターの一覧が見られる。公表内容は任意。

練馬区						
種別	名称	郵便番号	所在地	電話番号	FAX	所管地域
地域包括支援センター	練馬区練馬高齢者相談センター (地域包括支援センター)	176-8501	練馬区豊玉北6-12-1 練馬区役所西庁舎2階			旭丘、小竹町、羽沢、豊玉上、栄町、桜台、豊玉北、豊玉中、豊玉南、練馬、中村北、中村、中村南、向山、貫井
地域包括支援センター	練馬区光が丘高齢者相談センター (地域包括支援センター)	179-0072	練馬区光が丘2-9-6 光が丘区民センター2階			錦、北町、平和台、氷川台、早宮、光が丘、田柄、春日町、高松、旭町、土支田
地域包括支援センター	練馬区石神井高齢者相談センター (地域包括支援センター)	177-8509	練馬区石神井町3-30-26 石神井庁舎4階			谷原、高野台、三原台、富士見台、南田中、下石神井、石神井町、石神井台、上石神井、上石神井南町、関町東、関町北、関町南、立野町

(公表内容例)

運営主体 生活協同組合

実施しているサービス

家事援助(買い物支援を除く) 簡単な介護 食事(配食、会食、給食) 外出援助(買い物支援を除く) 買い物支援 相談・助言・話し相手 訪問活動(安否確認、声かけなど) ふれあい・いきいきサロン活動(協力含む) その他事業

サービス内容

サービス名称	助け合い活動
事業開始年度	昭和46
対象エリア	複数市町村
会員制の有無	会員制を採用している
コーディネーター配置の有無	配置している(8人)
利用者(受け手)の登録者数	102人
サービス支援者(担い手)の登録者数	150人
事業サービスの種類	利用料
※30分から ☆月～金	700円/1時間

(参考)生活支援に関する情報公表の取組例②(神奈川県)

○神奈川県の取組

県内の地域ごとに、住宅改修、福祉タクシー、配食サービスなどのサービスが検索できる。

The screenshot shows the homepage of the Kanagawa Prefecture Life Support Information Service. At the top, there is a navigation bar with links for Home, Site Map, and Login, along with a text size selector. Below this is a main menu with four tabs: Top Page, Service Explanation, Business Search, and City/Town/Village Provided Services. The page features a 'New Information' section with a list of updates, a 'New Registrations' box for service providers, and several service categories with icons and descriptions. On the right side, there are links to 'About this site', 'Frequently asked questions', and a list of related sites.

神奈川県内の生活支援サービス総合情報サイト
生活支援情報サービスかながわ

ホーム | サイトマップ | ログイン
文字サイズ 大 中 小

トップページ サービス説明 事業所検索 市町村提供のサービス
訪問者数 00014847人

新着情報

- [高齢者サービス] 2013/09/12更新
- [高齢者サービス] 2013/09/12更新
- [高齢者サービス] 2013/08/26更新
- [配食サービス] 2013/08/23更新

生活支援サービス提供事業者
新規登録はこちら

このサイトについて
よくあるご質問

運営サイト一覧

- 介護情報サービス かながわ
- 神奈川県指定情報公表センター
- 障害福祉情報サービス かながわ
- 障害者グループホーム等 サポートセンター
- 子育て支援情報サービス かながわ
- かながわ子育て 応援ハスポート

④ 有料老人ホーム
「住宅型有料老人ホーム」および「サービス付き高齢者向け住宅」をご紹介します。
事業所をさがす サービスの説明

④ 住宅改修
暮らしの安全をサポートする手すりの設置、トイレ、浴室、キッチンの改修から大規模なリフォームまで。
事業所をさがす サービスの説明

④ 福祉タクシー
便利な交通手段として、高齢者や障がい者の方への対応、子育て支援など多様なサービスを提供。
事業所をさがす サービスの説明

④ 配食サービス
食べやすい刻み食やゼリー食、健康に配慮した減塩食など。高齢者の安否確認など多様なサービスも提供。
事業所をさがす サービスの説明

④ 訪問理美容
ご高齢の方や外出困難な方を対象に、ご自宅や各施設へ理容師が出張。
事業所をさがす サービスの説明

(公表内容例)

配食サービス



神奈川県内の生活支援サービス総合情報サイト
生活支援情報サービスかながわ

ホーム | サイトマップ | ログイン
 文字サイズ

- トップページ
- サービス説明
- 事業所検索
- 市町村提供のサービス

更新日 2012-09-27 10:50:49

横浜市より委託を受けている高齢者向け食事サービスの他、一般家庭向けの「食材メニュー」「冷凍、冷蔵調理済メニュー」などの商品構成から成り立っております。その他、日用品等 食品以外にも豊富に取り揃えており、お客様の好みや生活スタイルに合わせてサービスのご提供をさせて頂いております。また糖尿病や腎臓病向けの治療食分野でもタイハイはバイオニアとして高品質な商品を提供し、皆様のご信頼を頂いております。

所在地 〒242-0022
 神奈川県大和市柳橋5-5-5

電話番号 [Redacted]

ファックス [Redacted]

営業時間 9:00~

定休日 土・日・祝祭日

配達エリア

[お問い合わせはこちら](#)

[ホームページ](#)



サービス内容

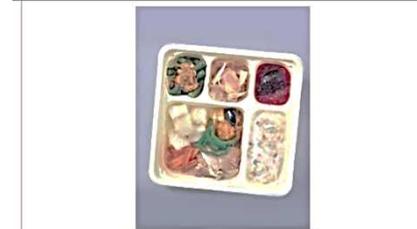
メニュー内容	カロリー調整食、日替わり弁当、介護食、日用品等		
配達手数料	無料	当日注文配達	なし
容器の回収	なし	試食サービス	なし
付加サービス	安否確認（横浜市様配食サービス） 容器回収鶴亀御膳あり		

運営者の概要

写真・動画



弁当2
 タンパク調整食（昼食・夕食）



弁当3
 カロリー調整食（朝食・昼食・夕食）

4. 義務付け・枠付けの見直しについて

経緯・概要

- 地方公共団体に対する義務付け・枠付け等については、地方分権改革推進委員会の勧告対象となる約4千条項について順次見直しを実施しているところ。介護保険法においてもサービスや地域包括支援センターの基準等についての条例委任や指定都市・中核市への居宅サービス・施設サービスの指定等について権限移譲等を行ってきた。

(参考)	主な改正事項(介護保険法関係)
・第1次見直し-「地方分権改革推進計画」(平成21年12月閣議決定)、第1次一括法(平成23年4月成立)	・居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス等の人員、設備及び運営に関する基準を条例委任。
・第2次見直し-「地域主権戦略大綱」(平成22年6月閣議決定)、第2次一括法(平成23年8月成立)(介護保険法関係は、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成23年6月成立))	・居宅サービス及び施設サービスの指定や条例制定等を指定都市・中核市に権限移譲。 ・居宅サービス等の指定要件である法人格の有無を条例委任。
・第3次見直し-「義務付け・枠付けの更なる見直しについて」(平成23年11月閣議決定)、第3次一括法(平成25年6月成立)	・居宅介護支援、地域包括支援センター等の人員及び運営の基準等を条例委任。

- 地方からの提案を受け、平成25年3月に「義務付け・枠付けの第4次見直しについて」(平成25年3月12日閣議決定)において57項目の見直しを決定。介護保険法関係は以下のとおり。
 - ・市町村が要介護認定の調査を委託する際の公示義務の廃止
 - ・市町村長が地域密着型サービス事業所を指定する際の関係者の意見反映の措置の努力義務化

義務付け・枠付けの第4次見直しについて(抄)

(5) 介護保険法(平9法123)

- ・市町村が行う要介護認定の調査に関する事務の委託に係る公示義務(24条の2第5項)については、廃止する。
- ・市町村長が行う地域密着型サービス事業所の指定に関し、関係者の意見反映のために講ずべき措置(78条の2第7項)については、努力義務化する。

介護保険部会におけるこれまでの主な意見・未定稿

※ 第 46 回から第 49 回までの主だったご意見を事務局において整理したもの。ご質問や介護保険制度改正以外についてのご意見を除いている。また、事務局から説明した内容、回答等も除いている。

地域包括ケアシステムについて

- 2025 年に向けて地域包括ケアシステムを構築していく方向性については賛成。早急に前倒しで制度改正等を行っていかねばならないという必要性は分かるが、現実的なタイムスケジュールをより早く明確にしてほしい。
- 市町村の役割・責任が重くなっていく。スキルアップ、人員拡充が必要となってくる。また、市町村の取組のばらつきを防ぐためにも、都道府県が積極的に関与することが必要。
- 都道府県は市町村の支援をしてきているが、都道府県の役割をもっと明確にしてほしい。
- 地域包括ケアシステムのコンセプトには賛同できるが、それを具体的に実行していく場合に、日本全国を見る限り、なかなか難しい現状がある。どこの地域でも実現可能な水準を見据えながら、当システムの構築を目指すべき。
- ほとんどの人は「地域包括ケアシステム」を知らない。もっと国民に知ってもらうような計画的な取組が必要。

介護保険事業計画について

- 当面の施策に加えて段階的に地域包括ケアシステムの構築を進める施策についても盛り込むべき。特に将来展望を示す上で、給付、保険料推計も併せて盛り込むべき。
- 第 6 期からの介護保険事業計画を、地域包括ケア計画と位置付けることは賛成。人材確保の記載も充実させていくことも賛成。
- 介護労働安定センターでプラットフォームの取組が始まっており、人材確保について都道府県の支援計画の方にも当然あってしかるべき。また、国の役割も検討が必要。
- 一部を除いて市町村の現場力の低下は否めない。前例踏襲的な慣習を改め、各自治体オリジナルの計画策定に期待したい。
- 市町村の事業計画に、利用者や家族の介護保険を利用するに当たって守るべきルールの啓発も追加すべき。啓発活動は市町村の責務において実施すべき。利用者のルール・マナーが悪いことにより労働意欲の減退や辞職につながることもある。

- 介護保険事業計画では利用者が参加しているが、医療計画にはほとんど利用者が参加していない。認知症の人が増える中、計画策定の段階から利用者の視点も生かせるようにすべき。在宅利用者の実態を把握する全国調査がされていない。

在宅医療・介護連携について

- 在宅医療連携事業や地域での在宅医療の展開は、医師会として責任を持って進めたい。
- 基本的に医療政策は県で、介護施策は市町村という今の位置づけの中で、医療・介護連携ということで、市町村が総合調整をすることは良い。都道府県と市町村との役割分担、市町村長の権限を明確にしてほしい。
- 2015年の時点で全ての市町村で実施するのは無理であり、ある程度任意事業のようなものとして走り出させて、2018年に本格的に事業化・必須事業化するという形も考えておくべき。タイムスケジュールを出して、現場で準備を進めていく方策を考えてほしい。
- 在宅医療・介護連携事業は、包括的支援事業となると2号保険料が入らないが、若年者にも効果が及ぶと考えられるので、財源について一考してほしい。
- 在宅医療・介護連携事業は、従来の包括的支援事業と同様に、2号保険料を財源としない方向で考えるべき。
- 医療介護連携には、優秀なケアマネジャーの活用が必要。

地域ケア会議について

- 地域ケア会議は素晴らしい制度であり、進めるべき。ある自治体では、要介護認定率が下がり、保険料が抑制できた。会議の議長をする人の力量により左右されるので、自治体の人材の育成が非常に大切。
- 地域ケア会議は大事であり、困難事例に対して多職種が連携してアプローチしていく考え方は、非常に優れた取組の姿勢。地域ケア会議が良く理解されて機能するためには時間を要する。研修や情報提供など、自治体へのサポートが必要。
- 地域ケア会議では、市町村が当事者となって調整役になるため、市町村長の権限・役割を明確にし、総合調整の権限を新たに付与してほしい。
- 地域ケア会議は、介護支援専門員と地域のケアマネジメントに関わる専門職等が適切な意見交換ができる場であってほしい。地域ケア会議そのものの標準化・平準化、質の担保に対して十分配慮願いたい。
- 地域ケア会議は、利用者不在、家族不在に陥りやすい。利用者や家族の視点をどのように入れていくか。
- 地域ケア会議は、扱う課題によって利用者が参加すればよいので、個々のケアプランを議論する場には必ずしも利用者の出席は必要ないのではないか。

ケアマネジメントについて

(ケアマネジャーの質の向上)

- 主任ケアマネジャーは、研修を受ければなれるという仕組みで、実力がどうなのかということがあるため、更新研修は是非とも必要。また、単に研修を受けただけでなく、評価が必要であり、この点はケアマネジャーも同様。
- 主任ケアマネジャーが所属する事業所で何をすべきか明確にすべき。今後はより一層困難な事例が地域に流れてくるので、研修のシステムやカリキュラムの改正のみならず、工夫が必要。
- 実践力のあるケアマネジャーの育成に力を入れていくことが必要。特に自立支援型のケアマネジメントが言われるが、単に自立ということで、利用者が求めるサービスが制限されないように注意していくことが必要。また、保険者機能を強化する上で、ローカルルールの問題への対処が必要。ケアマネ事業所と保険者の建設的な議論が妨げられないよう、都道府県又は国の適切な関与が必要。

(市町村への指定権限の移譲)

- 指定権限を市町村に下ろすことは、権限移譲、地方分権等の観点から賛同する。事務作業等について実務家等の間で検証して、スムーズな権限移譲を図ってほしい。
- 指定権限を市町村に下ろすことは基本的に是とするが、一律的にというのはやめてほしい。それぞれの状況を踏まえ、都道府県と協議をしながらということやってほしい。
- 市町村への権限移譲はおおむね賛同するが、自治体側にケアマネジメントを熟知している職員が少ないため、それらの人材を確保・育成することが絶対条件と考える。

生活支援サービスの充実と、介護予防給付の地域支援事業への移行について

- 市町村が主体的に地域の実情に合った形で、しかも個々の高齢者のきめ細やかな配慮のもとに、こういう地域支援事業を実施していくという方向性については、総論的に賛成。ただし、ソフトランディングできるような経過的な措置が必要。今、予防給付でサービスを受けている人たちが、急にサービスが受けられないことにならないように、既存のサービス等の事業所等から基本的に継続的にサービスが受けられるような仕組みが必要。あるいは、同じサービスを受ける場合でもある程度弾力的な運用ができるような形にして、サービスの効率化やより成果が出るようなサービスの組み合わせができやすいような形にしてほしい。
- 既存のサービス事業を締め出すわけではなく、これを活用しつつ、段階的に移行していくという視点は、大いに賛同できる。とりわけ、例えば、デイサービス事業を1つとっても、実際にやっている事業者は、どの人が要介護で、どの人が要支援か、あまりよ

くわからずにワーカーはやっている。これらは、本来の予防給付とは違うのではないかという疑問を従前から持っていたわけで、特に要支援者に対しては、生活機能のリハビリテーションを中心にしたプログラムの提供なども必要。

- 市町村格差という話が出ているが、都道府県も当然後方支援を行うが、例えば地域支援事業の中に、いくつかの市町村が共同事業として取り組めるようなものができるという規定もあっていい。あるいは都道府県と連携して、都道府県が市町村から逆委託する方法もあるので、地域支援事業の中で都道府県事業として、例えば広域行政が担う普及・啓発や人材の育成の分野については、都道府県が出ていってもいい。
- 予防給付を地域支援事業に移していくことについては、賛同。ただし、移行したが費用や効果も従来と変わらないということでは全く意味はない。市町村で知恵を出し、ボランティアやNPOの地域の資源を活用することにより、費用を抑え、効果を高める仕組みを作り上げることが重要。市町村のばらつきを防ぐためにも、都道府県の支援もお願いしたい。また、地域支援事業の上限設定をどうするかということは、極めて重要。
- 市町村は力量に差があるため、市町村間での差が生じるのではないかという懸念は、あえて当面は多少考慮せざるをえないが、むしろ市町村の能力を高めるためにも、勇気を持って市町村に委ねて、その能力を育てていくということを地域として取り組んでいくことが重要。そのためにも新しい地域支援事業という枠組みはなじむものではないかと考える。
- 介護を受ける方々は、その地域に暮らしているわけで、その地域でまさに民主主義の力で市町村の運営にも声を挙げて、意見を聞き入れる枠組みが民主主義国家にはある。市町村に移行したからといって、直ちに切り捨てられるというものでは決してない。
- ボランティアやNPO法人の活用が挙げられているが、市町村によってはそのような団体がうまく育っていないところがあり、その受け皿づくりについて国の指導や何らかの支援措置をお願いしたい。
- これまでの国の画一的な制度から、市町村独自のきめ細かものになるが、市町村の要望をしっかりと受けとめて、納得・合意の上でスタートするということでなければならない。
- 生活支援体制の充実・強化についてコーディネーターの配置や協議体の設置等があるが、平成27年度の第6期計画から全市町村で実施が義務づけられると、人材の確保等、大変な問題があり、実際に全市町村で実施が可能なのか。市町村で体制整備されるまで、十分な実施期間や猶予期間があればいい。
- 民間事業者自身の参入が容易となるよう、参入主体の規制・障害となるものはなるべく取り除くような措置を検討してほしい。
- 地域住民がボランティアや地域支援事業に似たような形で、自主的にいろいろな活動を地域で行ってきており、そのような活動を育み、主体性を奪わないような形での地域支援事業への移行という配慮が必要。介護保険法の中で、介護保険事業を行うものは法人だという事業者指定の原則があるが、この規定との関係も十分調整をお願いしたい。

- 地域支援事業に移行することで、予防サービスと生活サービスが混在するが、サービスの内容は明らかに違う。予防サービスは、食事のバランスへの気遣いや体調の変化、認知症の初期症状の方の対応など、専門職の知識と技能が絶対必要であり、真に自立支援のためのサービス提供は、介護の専門職が携わるべき。生活支援サービスを支援するコーディネーターは、専門職とすべき。
- 地域支援事業への移行に当たっては、一定時間をかけて行う必要があり、介護に従事する労働者の急激な雇用変化が起こることに十分留意して移行すべき。
- 要支援・軽度の要介護者へのサービスは介護保険制度のサービスを主張してきたが、住民活動をしている人々からは、NPOを含む公的な資金的・管理的な援助の必要性を表明する人が多数だった。今後、地域包括ケアシステムに関する事業を展開するにしても、あくまでも公が責任を持ち、見守りや話し相手などのボランティアな活動と公的な資金に基づく住民参加型事業との区別を明確に行うべき。地域の独自性、知恵を生かした事業が期待されるが、地域格差を生じさせないためにも一定の基準が必要。
- 段階的な運用で、まずは利用者、現場の混乱を回避できるように強く求めたい。また、要支援1と要支援2の状態像というのは、かなりの違いが見受けられることから、十分な注意が必要。また、ケアマネジメントの継続性が問われることにならないようお願いしたい。
- 要支援1, 2を介護保険からの切り離すものではなかったということで安心したが、いくつか不安なところもある。利用者のアセスメントやケアプランの作成を現在の地域包括支援センターで行えるのか、多様な事業主体というのは良いが、運営や人員に基準がないため、実施内容はどうか担保するのかなどが心配。
- 予防給付と生活支援の部分を一体的に提供すると、原則地域包括支援センターが作成することとなっている介護予防プランがかなり複雑になってくる。ケアマネ事業者への委任が行いやすくなる取組も必要ではないか。
- 介護給付と予防給付の境界となる要介護認定制度そのもののあり方について、利用者の状況が適切かつ的確に反映され、要介護認定を行う人や要介護認定を行う地域によってばらつきが出ないように、現行の要介護認定のやり方が正しいのかどうか、内容はいいのかどうか、検証していただきたい。
- 市町村が全て決めてしまうことにならないよう、利用者の自由な選択という権利が冒されないことを十分念頭に置いて運営していただきたい。地域支援事業に移行していくに当たって、区分支給限度額に悪影響を及ぼすことのないように、十分調整をお願いしたい。
- 新しい地域支援事業を展開するに当たって、それを裏づけする財源が必要であり、少なくともこれまで予防給付で確保されていた、23年度ベースで言うと6,000億円弱程度の予算規模というのは、確実に最低限確保された上で、それぞれ市町村がその地域の実情に応じて事業を展開することが必要。
- 地域支援事業の上限額は、現行通り、給付費を尺度とし、8%強とすべき。

- 地域の機能強化という視点からは、地域支援事業の上限額は見直すべき。
- 地域支援事業の上限額は緩いと保険料・公費の増加につながる。介護の質を低下させないことを条件に、地域支援事業の上限額をしっかりと設けることが重要。
- 給付立てから事業立てに変更することについては、より柔軟なサービスの提供だけではなくて、ある程度の予防給付の抑制とか事業支出の削減などの財源効果をも期待したい。
- もともとの予防給付という部分は、3カ月ないし6カ月間、トレーニング等を行って改善等が見られたら、そこで一旦卒業するというスキームが最初考えられていたと思う。ところが、利用者は一度サービスを受け始めると、予防給付をずっと受けられているという実態がある。この卒業の部分を入れる前提で考えているのであれば、その部分を最初から説明して、利用者の方に納得していただかないと、市町村が悪者になってしまうし、今のまま、サービスを受け続けること前提で市町村事業に移るのは、極端に言うと市町村の事務経費だけが膨らんでしまって、何の効果もない。
- 天文学的に増えていく介護給付費、それに伴う保険料の高騰があり、予防給付の効率化は重要。ただし、市町村で体制整備がされるまで十分な猶予期間が必要。また、人員基準や運営基準、また単価設定など全国一律から、ボランティアやNPO等を活用することにより、地域の実情に応じた取組が可能になり、その結果として、事業費も下がるのではないかという狙いもあるだろうが、結果として事業費が下がらなかった場合について、保険者として非常に強い懸念を持っている。
- 集いの場や見守りといった高齢化社会に向けた街づくりそのもの、社会基盤に関わるものまで、なぜ2号の保険料を投入するのかについて整理が必要。
- 地域支援事業は、市町村の裁量で内容が決められる仕組みであり、まさに市町村の事業である以上、2号被保険者の保険料を財源として充てるべきではない。また、地域支援事業への移行に当たっては、必要性の高い介護サービスに重点化していく観点から、介護予防、生活支援でも効果が認められないものは、保険給付の対象から外していくことも視野に検討すべき。
- 事務局の案では、利用者の極端なサービス抑制にはつながらないが、地域格差が生じる懸念がある。また、シャドーコストやインシヤルコストがかかる。そのため、要支援1のみをまず地域支援事業に移行し、要支援2については現行通り介護給付で存続すべき。事務局通りの案で行うなら、市町村のシステム経費等への補助、制度移行に際して早急な通知を提示すること、また、十分な経過措置を設けることが必要。
- 生活支援の充実については、異論はない。インフォーマルなサービスの基盤を作っていくことは、重要であるが、インフォーマルなサービスが全国的に普及し、その活動状況を確認する中で、それを今のフォーマルなサービスを担うだけの担い手としてよいのかを検討すべき。
- 2006年4月の予防給付の導入の総括が、今回の議論の中で十分されているとは思えない。多様なニーズに対応できていないのかと言えば、好事例がたくさん提供されていて、介護予防事業の形で色々な地域で活動されているという紹介もあるので、どれだけ対応できていないのかが十分理解できていないところがある。

- 地域のサロン等の形に置き換わる中で、訪問や通所のサービス利用者が地域で減っていくことによって、本当に担い手であるサービス事業者がその地域で継続的に提供してくれるのかという不安もある。地域の資源の差にも、大きな心配がある。
- 要支援を介護給付から地域支援事業に移行することについては、強い不安と懸念がある。市町村が地域の実情に合わせて、効果的・効率的に事業を行うことで、多様なサービスが受けられて充実するという考え方には賛同できない。人員基準や運営基準がなく、事業内容は市町村の裁量であるため、本当に認知症の高齢者の大変な状態、初期段階の状態に対応できるのか。認知症は、初期の段階においてこそ、しっかりした専門職がケアする介護保険でやるべき。

介護予防事業の見直しについて

- 1次予防事業と2次予防事業を区別しない案は、おおむね賛同できる。
- 廃用症候群の原因を取り除くために、多職種、特にリハ職の適切な関与と目標設定が大事であり、さらには行き場をつくることの重要性については、賛同する。1次予防と2次予防事業と分けないという考え方も賛同する。今回、予防のモデル事業の中で、多職種、特にリハ職の介入が好結果につながっているというデータが示されているが、今後にとって大変明るい材料。
- 1次予防事業と2次予防事業の境なくやっている市町村もあり、境をなくすことには賛成。一方で、今までハイリスク高齢者に対して、運動、口腔、栄養など課題別のアプローチをしてきた部分については、効果も出ているので、事業実施後の評価も加えて、エビデンスとして蓄積する必要がある。
- 1次予防事業、2次予防事業の区別をなくすという方向性でよい。特に、介護予防事業は重要だが、誰をターゲットにするかということは、これからさらにもっと精査していく必要があり、まず第1弾として、今の枠組みから変えることは非常に重要な第一歩になる。

高齢者のリハビリテーションについて

- リハビリテーションの専門職は限られ、偏在しているところもあることから、地域包括支援センター等に、サポートしていくシステムを都道府県単位ぐらいで考えていくことが必要。
- 訪問系リハ職の供給不足が顕著であり、何らかの措置が必要。

地域包括支援センターについて

- 在宅医療・介護連携など、地域包括ケアシステムの構築のためには、地域包括支援センターの果たす役割は大きく、機能強化が必要。
- 全ての地域包括支援センターを同じにするのではなく、基幹型には人を集めるといった視点も必要。
- 自治体内に複数の地域包括支援センターがある場合、可能な限り1か所は自治体直営とし、基幹型の機能を果たすべき。また、地域包括支援センターの従事職員で、在宅介護や在宅医療で働いた経験年数が浅く、圏内の介護従事者よりも力量が十分とは言えない者も少なくない。そのため、従事職員に対する何らかの措置を講じるべき。
- 認知症地域支援推進員やコーディネーターの配置などを全ての地域包括支援センターに備えるのではなくて、基幹型とか地域型というような、機能を分けて考えていった方がいい。
- 行政と地域包括支援センターの役割をもう少しはっきりとしていくことが、当面大事な視点。

認知症施策について

- 今までとは違い、予防的な視点が含まれていることや今までより個人に対する視点があることは評価できる。今回進められようとしている認知症初期集中支援チームという試みは非常に評価できる。認知症地域支援推進員も地域包括支援センターの強化につながり、センターの負担をより減らすこともできる。
- 特に早期診断・早期対応が重要であり、認知症初期集中支援チームを中心に認知症の専門医療機関の整備を積極的に行い、早期診断を行い、切れ目のない支援を図るべき。
- 認知症施策については、内容的には賛同するが、認知症初期集中支援チームや認知症支援推進員の配置の人材養成と、財源確保が課題。
- 認知症初期集中支援チームの設置などモデル事業を継続事業として制度化することについては、介護保険制度の財源でどこまで賄うべきものなのか、慎重に議論すべき。
- 認知症初期集中支援チームでサービスにつながった後も、多職種の訪問事業を実現できるような方向性をとっていただきたい。
- 認知症の方々が地域で見守られながら生活していくのには、インフォーマルな資源なしでは難しい。きめ細かい対応が必要で、現場にいる専門職の方々がもう一回り大きな仕事の仕方をしていって、重なり合うような場面をたくさん作っていかないと、この地域包括ケアシステムにはすき間が出てきてしまう。
- 認知症の施策については、方向性については非常に重要だが、支え手の知識・技術の向上は不可欠。特に研修体制については、十分な予算を確保した上で、あまねく認知症に関わる人たちの技術が向上できるようにお願いしたい。
- 認知症の実践者研修について充実が必要。

介護人材の確保について

- 介護サービスは成長産業だということをアピールして、介護人材の確保を国の政策として推進してほしい。
- 介護福祉士の資格を持っている方の3割、4割が介護関連の仕事についていない。待遇改善と教育の充実が必要。
- 資料について、視点や方向性が分かりやすく論点整理されており、それぞれの立場の方が目標や戦略を描ける。介護人材が介護職員に限定されている点は気になる。取組の促進策の中に賃金表の整備を入れていただきたい。都道府県を取組事例が出ているが、見える化の促進や、使用前・使用後のデータ化もお願いしたい。
- 看護職員やリハビリなども含め、福祉領域で働く人材をどうやって確保していくのかということについて、需給の実態を把握しながら施策を立てていく仕組みを作っていくことが必要。特に、訪問看護に関しては、人材不足は猶予がないような状況。
- 人材確保は重要な課題だが、介護福祉士等が必ずしも介護福祉分野で仕事をしないこと自体を過度に憂う必要はない。能力を持っているので、しかるべき時期にはまた介護福祉分野で仕事をしてもらうことで、幅広く介護人材が確保されていくことになる。
- 介護職員の待遇改善は引き続き重要ではあるが、介護報酬が公的に決められている以上、自由に値段は決められない。一つの打開策として、自由に値段が付けられる保険外のサービスを混ぜることで待遇改善につなげるのも一つの道。
- 供給側、需要側、それぞれ両者の働きたい、又は賃金を払いたいという情報を何らかの形で集めて、両者をにらみながら適切に介護報酬を決めていくという道も、実験的な手法だが、一つの方法。
- 介護人材の確保は介護職員の処遇改善が大きなポイントになるが、介護事業者の経営実態が改善していることも踏まえ、介護事業者のさらなる自助努力を求めていくことを優先すべき。
- 情報公表制度において、職員の保有資格、「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」の取得状況、常勤・非常勤の別、経験年数、勤続年数、賃金に関する情報などの公表を検討すべき。
- 処遇改善を介護報酬で対応するのでは、十分に従業員に回っていかない。産業別最低賃金を積極的に活用するなど、正当な賃金水準確保のための環境整備に積極的に取り組んでほしい。
- 介護の現場に一般の方が入りやすい環境づくりが必要。PT、OT、STあるいは管理栄養士などのリハビリテーションの専門職の確保がこれから更に求められていくのであれば、何らかの制度的な措置を今後検討していくことが必要。
- 介護能力をどうやって評価するのか、そして、それをどうやって高めていくのかが課題。
- 准介護福祉士については、介護福祉士の資格制度を複雑にするだけであり、このまま廃止の方向でご尽力いただきたい。

在宅サービスについて

(総論)

- チームケアにおけるサービスが円滑に提供され、かつ、質の低下を招かない限り、人員基準等の規制緩和を進めていくことは賛成。規制はサービスの質の向上等を十分検証した後に必要最小限に行い、事業者の自主性をもっと尊重すべき。
- 看護師不足という実態を踏まえ、各サービス類型が連携して効率的に事業サービスを提供するという方向性は支持したい。
- 人員基準の緩和が出てきているが、人材確保はとにかく手を抜かないでやってもらうというのが大前提。

(通所介護)

- 小規模の通所介護について、地域密着型サービスとして市町村の指定にするという方向については、賛成。ただし、市町村の事務の負担が増えることから、例えば運営協議会での承認をある程度形式化するなど、配慮が必要。
- 地域密着型サービスにどの程度移行させるかによって市町村に与える事務負担が大きくなるが、移行に当たって市町村が円滑に事業を担えるよう配慮すべき。
- 小規模の通所介護について、一部を除き市町村の現場力低下は否めないため、段階的に権限を移譲していくという意味で十分な経過措置を設けるべき。
- 地域密着型への分類については民間介護事業者としては賛成。これにより、一層地域との交流や、きめ細かいサービスが提供できる。
- サービスの提供の仕方は非常に多様化されているが、評価・効果を共有するためにも、個別支援計画の充実とケアマネジャーへの提出を必須にしていきたい。
- 通所介護の事業内容を類型化してメリハリをつけていくという方向性は支持したい。
- デイサービスについては、レスパイト、高齢者の社会参加、機能訓練という3つの機能があり、機能訓練に特化したものを評価する方向性というのはデイサービスが元々持っていた機能からすれば疑念を感じる。
- 通所介護のレスパイト中心というのは一体どんなサービスが提供されるのか心配であり、サービス内容についてきちんと検討すべき。
- 今まで通所介護と通所リハビリの違いは何度も議論されてきたが、同じテーブルの上で整合性を考えた議論をする必要がある。

(お泊まりデイサービス)

- 「お泊りデイサービス」の中には質の悪いサービスがあるため、法定外部分といえども保険給付と併用する場合、「宿泊」部分については全国一律の規定を設けるべき。

- お泊まりデイサービスについては、十分な職員体制の確保、防火体制の整備、利用者の尊厳が保持された環境を確保するというような観点での基準というものを設けるべき。
- お泊まりデイサービスは、需要が非常に高いが、利用者の安全面や環境、処遇面において基準というものを設けるべき。
- お泊まりデイサービスについて、何らかの基準を設けるべき。介護保険外のサービスとはいえ、併設されたサービスであり、例えば届け出をすることで、都道府県としても指導がしやすくなる。
- お泊まりデイサービスについて、大変劣悪な環境の中で泊まりが実施されている場合もあるため、きちんとした規定等で管理すべき。

(定期巡回・随時対応サービス)

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスが普及しないのが、啓発の努力不足だけなのか、もう少し深掘りする必要がある。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスも複合型サービスも看護職員の確保がネックになっており、定着確保、復職支援を行うべき。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの普及が進んでいないのは、採算性等の問題が大きいのだろうが、より一層、経営情報等をタイムリーに提供していただきたい。
- 訪問介護における身体介護の 20 分未満についても、生活を支える意味では大事であり、引き続き推進していくべき。

(小規模多機能型居宅介護)

- 基準該当短期入所生活介護事業所を併設できる事業者等の対象について、小規模多機能型居宅介護事業者に拡大することは非常に歓迎する。ただし、性格の異なるものが1つの建物におさまるものであり、短期入所生活介護の基準に引っ張られることがないように留意しつつ、基準関係の見直しをしてもらいたい。

(複合型サービス)

- 複合型サービスにも空き家の活用を進めていくべき。登録定員の上限、宿泊サービスの定員の規定などの緩和の検討については、賛成。
- 24 時間 365 日、看護師を常時配置しなくてはならない点がネックになっており、配置基準の緩和で普及が進むのではないか。

(訪問看護)

- 機能強化型あるいは拠点型、名称は色々あると思うが、そういったステーションの創設を検討すべき。訪問看護の人材確保は大きな課題。病院から訪問看護あるいは介護保険エリアに出向するという考えも一つある。

- 都道府県が地域の実情を踏まえた訪問看護サービス確保のための施策を策定し、介護保険事業支援計画に盛り込むことは是非進めるべき。訪問看護の事業所の指定を市町村に移譲するということをあわせて検討すべき。
- 訪問看護師を中心に介護分野の看護師不足は深刻であるため、医療と介護における公正な看護師配置施策を考えないと、根本的な問題解決にはいたらない。

(福祉用具)

- 保険給付として福祉用具貸与のみしか利用していないケースは、ケアマネジャー有資格者の福祉用具専門相談員に業務を移譲することも検討すべき。
- 福祉用具について減額の届出という点について非常に歓迎すべきだが、行き過ぎた減額等がないような配慮も必要。
- 公定価格化を検討すべき。
- 福祉用具貸与のみのケースについて、ターミナルのケアのように医療の訪問看護を活用しつつ福祉用具貸与を利用するケースもあるので、ケアマネジャーによるモニタリングのあり方を見直すに当たっては、そのような点も踏まえた慎重な議論をすべき。

(住宅改修)

- 住宅改修の登録制については賛同。
- 改修事業者の登録制を進めるべき。福祉住環境コーディネーターといった住宅改修の専門家の育成や活用について、制度的な枠組みを整えていくべき。
- 住宅改修については、相談機能が重要であり、退院・退所時の相談体制に重点を置いて体制整備を図ってほしい。

(介護ロボット)

- 介護ロボットの活用について、一定の報酬上での評価をお願いしたい。それが、介護ロボットの普及推進の起爆剤になる。
- 介護ロボットについて、将来的な保険適用やその範囲を検討するのであれば、利用者本人の自立につながり得るものかどうかなど、保険給付の低減につながる経済的側面を含めたアプローチが必要。

(その他)

- 介護保険サービスは「準市場(疑似的市場)」であり、「純市場(完全市場)」ではない。そのため「供給が過度な需要を生む」といった無駄な保険給付が生じることは不適切。ゆえに「混合介護」を否定するつもりはないが、不適切なビジネス体系に陥る危険性も否定できないため、詳細を分析しながら場合によっては何らかの規制を考えるべき。

施設サービス等について

(特別養護老人ホーム)

- 介護保険を今後とも持続可能な制度としていくためには、限られた財源の中で選択と集中は避けられず、特別養護老人ホームへの入所は重度者に重点化をして、軽度者については在宅という流れを進めて、全体的に効率化を図るべき。特別養護老人ホームについては3以上の要介護者を対象とすることに賛成。
- 要介護3以上に重点化することは賛成。県内で入所指針をいくら厳格化しても、他県の施設で要介護1、2の方が入って、住所地特例を受けては、平等という意味でもおかしいので、法律による厳格化をお願いしたい。
- 一定の中重度の在宅生活の困難な人への施設という位置づけについては、一定の理解はできるが、どこを境界にすべきかについては、さらに専門的な検討をしていただきたい。
- 特別養護老人ホームの待機者が多い中で、対象者を中重度に絞り込む方向性は理解できるが、現に入っている方々への対応については十分に配慮すべき。
- 要介護2以下の軽度者の中には、住宅事情等によって在宅介護が困難な方もおり、その受け皿については、重点化とセットで考えるべき。
- 入所申込要件を中重度に特化していく議論は、要介護認定の結果に一部地域間格差が見られることから、変更するならば要介護2からとすべき。
- 入所判定基準に基づいて、年々要介護度も高くなり、重度化しているのが実態であるが、特別養護老人ホームは老人福祉法に基づく施設で、地域の事情によってセーフティネットとしての役割を果たすべく、相応の判断があって、軽度の要介護者1、2の方の入所も行われている。今後も特別養護老人ホームが有する福祉機能を確保するため、入所判定は事業者の主体性に任せるべき。
- 要介護1・2の方の中には、認知症でBPSD等が非常に活発で、どうしても在宅で生活できないというケースもあり、要介護3以上に入所制限することで、こういった方が特別養護老人ホームを利用できなくなることは問題。要介護認定の問題かもしれないが、要介護度ではなく、必要性で見るべき。
- 実態として入所判定基準に基づいて大部分は重度な方が入所するが、一部どうしてもやむを得ない事情がある場合は要介護1、2の方の入所があってしかるべき。入所判定基準を見直す等、運用を厳格化することによる対応も可能であり、入所判定は施設に任せるべき。もし法的に要介護3以上に入所制限する場合であっても、実態に応じた裁量的な施策をとるべき。
- 施設サービスの提供と住まいの確保とは別問題であり、特別養護老人ホーム入所をあえて要介護3以上に限定して被保険者の選択の権利を狭め、国民の不安と不信を拡大することには反対。
- 特別養護老人ホームの入所者は高齢化・重点化が進んでおり、医療ニーズの高い入所者への対応とともに、施設内での「看取り」対応が課題であり、医療提供体制の再構築が必要。看取り体制を一層強化していくため、特に夜間・緊急時の看護体制や外部の医療サービスの導入等、「終の棲家」の役割を担うための医療ニーズに対応した特別養護

老人ホームの医療、看護のあり方、運営体制、報酬体系等について検討が必要。

- 低所得者層で施設入所がどうしても必要な方の場合、特別養護老人ホームしか選択肢がないケースが非常に多い。その中でユニット型一辺倒になると、行き場のない方が出てくる。そういう意味で、プライバシーに配慮した多床室がこれから必要。
- 原則、新設する特別養護老人ホームの居室は個室としながらも、状況に応じて一部プライバシーに配慮しながら多床室も増やすべき。
- 個室ユニットにしていくというのは、基本的にはいいかもしれないが、個室のメリット、デメリットもあれば、多床室のメリット、デメリットもあるわけで、がちがちに個室ユニットしかないというような考え方で特別養護老人ホームを整備していくことはいかなものか。
- 多床室問題について、現在 75%が多床室であり、プライバシーの確保についても調査が進められているということで、その結果を期待したい。
- 特別養護老人ホームの運営主体についても見直すべき。

(高齢者向け住まい)

- 養護老人ホーム、軽費老人ホームは、要介護 1・2 を含めた低所得高齢者の生活の場として必要な場合がある。養護老人ホームは措置控え等があり、ベッドが空いている状況。特別養護老人ホームと養護老人ホーム、軽費老人ホームというのは一体的に検討すべき問題。
- 措置控え・老朽化・多床室といった問題から養護老人ホーム、軽費老人ホームといった社会資源が有効に活用されないのはきわめて問題。今後増加が見込まれる低所得者、処遇困難者への対応として、養護老人ホーム、軽費老人ホームのセーフティネット機能を再評価し、これに対する支援策を再考する必要。
- サービス付き高齢者向け住宅を増やしていくことに反対はしないが、重度の方が安心して暮らしていくには、「生活支援員」の責務に、現行の規定よりも介護的業務の要素をさらに加えるべき。なお、サービス付き高齢者向け住宅ではないが、看板上「高齢者住宅」といったビジネスモデルが一部に見られ、サービスの質や不適正な介護保険給付が懸念される。また、住宅型有料老人ホームの一部に、モラル的に問題があるサービス体系が見られる。
- サービス付き高齢者向け住宅については、自己評価を公開して、それと違ったら異論が出るというような仕組みが必要。
- サービス付き高齢者向け住宅については、一体どんなサービスなのかというのがよく分からない。利用する側にとっては誤解も生まれやすい。
- 高齢者ハウスの構想を進めるに当たっては、利用者の安全に十分配慮し、いわゆる貧困ビジネス化させない歯止め策となる基準が必要であり、また、NPOを含めた多様な事業主体の参入が想定される中で、養護老人ホーム、軽費老人ホームのノウハウや専門性をこの構想にも十分活かすように努力すべき。
- 空き家の活用の際、耐震性とか安全性の度外視というのは絶対あってはならない。

(介護老人保健施設・介護療養型医療施設)

- 老健施設における医療をきちっと提供できる構造を、無駄のない社会資源として使ってほしい。老健施設の在宅復帰について、在宅復帰率の計算上、全ての退所者が分母になり、医療機関への転院が分母に含まれているが、医療機関へのトリアージを行って転院事例が増えると在宅復帰率が低下するというジレンマが生じており、検討すべき。
- 介護療養型医療施設の廃止方針について、方針をころころ変えるようなことはしないで、計画的に29年度末の廃止に向けた対応をとるべき。
- 医療的ニーズを伴う要介護高齢者が増えており、それらの受皿不足を考慮して介護型療養病床の廃止時期を延期すべき。
- 介護療養病床の将来について一定の方向づけをされても地域特性があって動けないところが少なからず存在する。しかしながら、看取りや医療・介護度の高い患者への対応など十分に機能を発揮している施設もあり、介護療養病床をこのまま廃止に持っていったら大きな不安が生じるだろう。

(その他)

- 施設のケアマネジメントについては、事業者の理念や整備の基盤によってマネジメント機能が高められたり、浸透の仕方が違ってくるので、まず、移行をスムーズな形にするためにも、ケアプランと個別支援計画の関係を整理して介護、看護、リハビリ等の計画が効果的かつ総合的に提供されることが必須。

利用者負担について

(総論)

- 団塊の世代全てが後期高齢者となる2025年には、介護保険のサービス利用者は約657万人、総費用額は約21兆円にまで膨らみ、保険料は平均8,200円程度になると見込まれている中で、制度の持続可能性を高め、国民の信頼を確保できる制度設計が必要。世代間・世代内での公平を図るための改革として、一定以上所得者の利用者負担引き上げについては賛成。
- 費用負担の公平化の議論の前に横たわるものとして、介護保険の1号保険料の引き上げを避けていくということがあった上で、応分の負担ができる人に2割負担をお願いするということがあるのではないか。
- 協会けんぽの適用事業所約160万のうち4分の3が、従業員9人以下の中小零細であり、これ以上の保険料引き上げは避けなければならない。一定以上の所得を有する高齢者には応分の負担をお願いせざるを得ない。
- 費用負担については、高齢者の関心は非常に高い。若い世代の負担を増やしたくないとか、保険財政を心配している、また、世代内の負担の公平化ということについては、理解をしている方々が多くいるという印象。

- 社会保険である介護保険については、保険料の差をつけて、給付は一定というのが基本と考えてきたが、高額介護サービス費という仕組みがあることを考えて、同一世代内の公平性の確保という考え方には一定の理解ができる。
- 要介護状態に陥るのは本人に帰責できない事由による場合も多く、そういった人に対して更に利用者負担を引き上げることは、公平性にそぐわない。そう考えると、利用者負担ではなく保険料で応能負担を強化する方向も考えられるのではないか。
- 現行の1割負担でも、経済的事情によりサービスの利用を控えている場合がある。利用者負担の引き上げを行うと、より一層、本来必要なサービスの利用を控える結果となり、そのために介護者の負担が増えることや、重度化が進むといったことも危惧される。

(一定以上所得の基準)

- 一定以上所得の基準は、医療保険制度の現役並み所得の基準（年収383万円（単身の場合）・520万円（複数の被保険者がいる場合））と異なってもよいと考えられ、事務局が提案した一定以上所得の基準は概ね妥当。
- 事務局が提案した一定以上所得の基準の案①（被保険者全体の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上相当。年金収入の場合、年収280万円以上）・案②（住民税課税者である被保険者のうち所得額が上位概ね半分以上に該当する合計所得金額170万円以上相当。年金収入の場合、年収290万円以上）を比べた場合、世代内の公平という観点から、被保険者全体に占める比率を用いている案①を採用すべき。
- 事務局が提案した一定以上所得の基準は低すぎるのではないか。後期高齢者医療制度の現役並み所得者は被保険者の約7%、入院レセプトに占める割合は約5.5%であり、それと比較して対象が広い。
- 介護保険制度の創設以来はじめて利用者負担の引き上げを導入するからには、慎重な検討が必要。このため、一定以上所得の基準は、まずは医療保険制度の現役並み所得の基準とあわせ、2割負担を定着させたいうえで、その状況を検証・分析しながら対象層を拡大できるかどうかを議論すべき。
- 一定以上所得の基準は、医療保険制度の現役並み所得の基準とあわせれば、高齢者をはじめとする国民の納得を得られやすいのではないか。
- 医療保険制度現役並み所得の基準と異なる基準とした場合、高齢者の認識と乖離するのではないか。
- 医療保険制度の現役並み所得の基準と異なる基準とする理由として、介護サービスは医療サービスと比べて費用の額が予測可能であるとの説明がされているが、介護の場合、利用者は長期化リスクの不安を抱えており、高齢者の受け止め方とは齟齬があるのではないか。
- 医療保険制度の現役並み所得の基準は、実際の現役世代の収入より相当高くなっており、これを現役並みとは言えない。このような基準を介護保険制度に導入すべきではない。
- 一定以上所得の基準は、保険料第6段階（合計所得金額190万円以上）からとすれば、わかりやすく、合理的ではないか。

- 高額医療合算介護サービス費というセーフティネットも整備されている中で、住民税本人課税者については一律に利用者負担引き上げをお願いすべきであり、一定以上所得の基準は、保険料第5段階（住民税本人課税者）からとしたらどうか。そうすれば対象者の判定事務も容易。
- 一度に住民税本人課税者まで広げられないということであれば、その道筋の途中として、事務局提案の案①が適当ではないか。
- 高額医療・高額介護合算制度がセーフティネットとしてある以上、本来であれば少なくとも課税層については、一律的な利用者負担の引き上げが検討されてしかるべき。法案上のたてつけはあくまでも過渡的な措置と位置づけ、将来的には一律引き上げを改めて検討することを前提に議論すべき。
- 一定以上所得の基準を保険料第5段階で区切った場合、生活保護との関連も整理しないと不公平感が生じてくるのではないか。
- 一定以上所得の基準を検討するにあたって、現役時代に平均的な収入があった方に負担をお願いするという方向も考えられ、モデル年金が線引きの一つの指標として参考になるのではないか。
- 事務局の示した平均的消費支出のモデルでは、あまり余裕がないのではないか。
- 平均的消費支出のモデルについては、今後の年金のマクロ経済スライドの影響や、消費増税、医療保険料・介護保険料の増加により、可処分所得は目減りしていくことを踏まえて検討する必要がある。
- 全国消費実態調査によれば、要介護認定を受けている者がいる世帯の方が、いない世帯よりも支出が多くなっており、そういった実態も踏まえて検討する必要がある。

（高額介護サービス費）

- 高額介護サービス費の利用者負担の上限見直しについては、事務局案で概ね理解を得られるのではないか。
- 2割負担とした場合、高額介護サービス費の上限に該当する人も多く、必ずしも負担が2倍になるわけではないとの説明だが、高額介護サービス費の上限見直しも検討すべき。

（その他）

- 利用者負担は1割から急に2割とするのではなく、1.5割の層を設けることも考えられるのではないか。
- 利用者の家計にとって医療・介護は不可分であり、両者の負担をセットで考えていく必要がある。
- 保険外サービスを利用する者は案①・案②に該当する層に多いと考えられ、保険外サービスの成長や消費マインドへの影響を踏まえて検討が必要。
- 新たに所得判定を行う必要が生じることにより市町村の事務が繁雑になるため、市町

村と実務面の協議を十分に行ってほしい。

- 利用者負担をお願いする以上、介護保険の理念である重度化予防・状態の維持改善に資するサービスを介護報酬で評価し、サービスの質を確保することで、国民の理解を求めていくべき。
- 消費税の8%、10%への引き上げ時に、消費税をどのように介護の充実に充てるのかについて、具体的なプランを積極的に発信して、負担増の理解を求めていくべき。
- 利用者自身がケアプランの内容に問題意識を持ってもらうため、ケアプランの作成にも自己負担を導入することを検討すべき。

補足給付について

(総論)

- 制度の持続可能性を高め、世代間・世代内の公平を図る観点から、補足給付の支給要件について、単にフローの所得だけでは把握できない負担能力を加味するために、資産を勘案することには賛成。
- 金融資産等を多く有しているにもかかわらず、住民税の課税所得が少ないことを理由に負担軽減の恩恵を受けているという現状は改善すべき
- 補足給付はこれまでも在宅で生活していた方にとっては不公平感のあるものであったため、提案の方向性は理解するが、資産の有無を自己申告制とした場合、新たな不公平が生まれてしまうことが懸念される。
- 正直者が馬鹿を見るというようなことがないようにすべき。
- いきなり完璧な資産勘案を導入することは困難であるが、第一歩として、事務局の提案内容を導入すべき。これにより新たな不公平が生まれることを懸念するよりも、現に生じている不公平を解消すべき。
- 資産勘案については、実務的に対応可能かという点が一番の課題であり、現実的な方策を詰める必要がある。

(預貯金等の勘案)

- 事務局が提案した預貯金等の基準(1,000万円(夫婦で2,000万円))は妥当。
- 預貯金等の基準は1,000万円(夫婦で2,000万円)と提案されているが、すぐに換金できない生命保険が含まれている場合や、負債を有している場合もあり、こういった事情にきめ細かく対応する必要があるのではないか。
- 負債を勘案するかどうかは精査する必要があるが、勘案するとしても、それを逆手にとって自らの経済力を過小に見せるようなことは起こらないようにする必要がある。
- 仮に金融資産は把握できるとしても、タンス預金は勘案するのかといった問題はどうしても生じるため、ある程度の割り切りは必要になってくる。
- 預貯金等は自己申告制とし、ペナルティーを強化するというが、果たして実効性がある

るかどうか疑問。

- 不正防止の徹底を図るべき。
- 預貯金等を自己申告とした場合、金融機関調査も可能にすることだが、生活保護分野でさえ金融機関は非協力的であった。ましてや介護保険の分野で、市町村が金融機関に対して個人の金融資産を確認できるのか。よほどの制度的裏付けが必要となるのではないか。
- 申請前日に子どもに財産を贈与するといった対応を防ぐためにも、預貯金等の残高は、補足給付を申請する1年前の時点を基準として把握してはどうか。
- 預貯金等の申告については、本人が高齢で自ら申告できない場合があるが、子どもから経済的虐待を受けているケースも存在するため、配慮が必要ではないか。
- 預貯金等の基準の境界に位置する人にとっては負担感・不公平感が大きいのではないか。
- 自分の葬祭費用を用意している高齢者が多いが、こうした意識を尊重すべきではないか。

(不動産の勘案)

- 不動産についても、不動産担保貸付制度を浸透させ、きちんと勘案すべき。今後さらに保険料が上がっていく中で、不動産をたくさん持っている人に補足給付をするということでは、保険料負担者の理解を得られない。
- 不動産は換金性が低いため、慎重に検討する必要があるが、貸付制度の活用は十分想定できるものであり、前向きに検討すべき。
- 不動産の勘案は保険者の事務手続に多大なコストがかかるため、反対。勘案するのは預貯金等のみとすべき。
- 固定資産税評価額で2,000万円以上が基準になるとすれば、対象として想定されるのは、ほぼ大都市ではないか。それぞれの市町村において具体的にどの程度事務負担が増えるのか、実証的な検証を行ってほしい。
- 農山村では売却不可能な不動産が多く存在しており、担保権設定が非常に困難なケースや、設定できたとしても少額となるケースが想定される。そのような中で果たして実務的に対応可能かどうか、詳細な検討が必要。
- 固定資産税評価額は変動していくもの。また、担保権を設定したら、長期に渡る不動産管理が必要。こういったことを踏まえ、費用対効果や事務の委託先を検討する必要がある。
- 固定資産税評価額については、評価替えにより相当程度上昇するケースがあるが、そのような場合に課税標準は軽減する措置があるため、課税標準を用いればよいのではないか。また、固定資産税評価額で見ようとすると、都市部の方が山間地域よりも高く、都市部で負担感が大きくなるが、課税標準で見れば大きな差は生じない。
- 勘案する不動産について、基本的には宅地で良いが、マンションの場合、底地は区分所有となり、1人当たりの持ち分を按分したら小さくなってしまいうので、その場合は土

地・建物を一体として勘案する方がよいのではないか。

- 貸付の委託先として、生活福祉資金の貸し付けを行っている社会福祉協議会は考えられないのか。
- 貸付制度については、判断能力の低下している高齢者が利用することを踏まえると、外部委託できちんとした対応ができるのかどうか不安。
- 子どもが同居している場合には不動産を勘案しないとされているが、仮に現在同居していなくとも、様々な事情により子どもが同居せざるを得ない状況になることもあり得るため、様々な個別対応が必要となってくるのではないか。
- 子どもが同居している場合には不動産を勘案しないという考え方はわかるが、調査を受ける一時点のみ偽装するようなことは起きてはならず、実務上難しい課題。
- 農地については、異なった利用をしている場合があり、特に都市部は宅地と見なすことが必要ではないか。
- 農地は対象とせず宅地のみとすべき。

(非課税年金の勘案)

- 遺族年金、障害年金といった非課税年金についても、所得として勘案することが必要。
- 遺族年金の勘案には賛成だが、障害年金の勘案には反対。
- 障害年金を他の非課税収入と同じように捉えて良いかどうかは、慎重に検討する必要がある。

(その他)

- 補足給付は本来の給付外の福祉的給付であり、その性格は低所得者対策。このため本来、その財源は介護保険ではなく、全額公費である福祉財源で賄うべき。

1号保険料の低所得者軽減について

(低所得者軽減)

- 今後ますます1号保険料が上昇していく中で、負担できない事態となれば徴収率が下がってしまう。徴収率を保ったうえである程度の負担をしていただくためには、低所得者への軽減策をきちんと講じていく必要がある。
- 軽減の方法として、別枠での新たな公費投入を確実に導入してほしい。そのための財源として、1,300億円程度を確実に充当してほしい。
- 消費増税分の財源は、低所得者の保険料軽減よりも、むしろ保険料の地域間格差是正のために投入すべきではないか。
- 低所得者軽減策に公費を充てるとなると、実質公費負担は50%以上を超えるため、公

費負担割合が50%以上となると理解する。

- あくまで保険料でとるべき部分を軽減するものであるという目的を明確にするため、今回の措置を公費負担割合の拡大として位置付けるべきではない。

(多段階化)

- 既に保険者で多段階の保険料設定をして細分化して対応されているので、これにならってさらに弾力化する方向については賛同。
- 保険料の多段階化は、従来から各市町村において独自に取り組んできており、これにならった方向性として賛成。今回標準9段階化を導入することで、市町村間の対応のばらつきがある程度収斂することも見込まれる。
- 多段階化により、高所得者の保険料負担が増えることも考えられる。介護とは無縁な高齢者に対する地域の事業なども具体的なプランとして打ち出さなければ、負担増となる1号被保険者の反発につながるのではないかと懸念される。

(その他)

- 高齢者と現役世代の負担のバランスを考える意味でも、2号保険料の軽減にも目を向けた施策を検討してほしい。

その他

- 制度改正にあわせて、電算システムの変更などの大きな事務コストが出てくることから、国による財源措置をお願いしたい。
- 介護・医療関連情報の見える化は重要であり、進めていただきたい。
- 介護認定審査会の経費などの事務的な経費をどう抑えていくかという視点も必要。
- 費用負担の公平化については、制度改正の効果に係る将来推計を出してほしい。
- 調整交付金について、5%交付されていない保険者では、差分を1号保険料で負担しているが、全て1号被保険者にしわ寄せが来るのはいかがなものか。調整交付金は別枠化してもらいたい。
- 調整交付金の役割は保険者間の1号保険料の格差を平準化するものであって、配分に地域差が生じるのは制度上当然。同じ所得であれば同じ保険料水準となる制度が望ましいので、他の市町村の保険料水準との差が見える化できるとよい。
- 利用者に対する説明を求められるのは現場のケアマネジャーなので、現場に対する説明や周知を保険者が責任を持って行うことが必須。
- 補足給付の見直しについては相当煩雑な手続が必要となるため、施設入所の際に利用者からケアマネに説明を求められても、対応は困難。きちんとした説明・手続ができないために利用者が不利益を被ることがないようにしなければならないが、不安がある。

- 後期高齢者医療制度施行時のような混乱を招かぬよう、広報活動を展開し、国民にわかりやすく説明を行っていくべき。
- 大きな制度改正があるときには、現場の事業者・生活相談員・ケアマネジャー・サービス提供責任者といった人たちが利用者に対して納得のいく説明ができるよう、研修などを行ってほしい。
- 介護離職を防ぐ視点も入れながら検討を進めてほしい。介護離職が進んでいる中、単なる啓発をするだけでなく、もっとわかりやすく介護保険制度を浸透させていく必要がある。

社会保障審議会 介護保険部会（第50回）	井上委員 提出資料
平成25年10月2日	

平成25年10月2日

社会保障審議会介護保険部会

高齢社会をよくする女性の会（城西国際大学教授）

井上由美子

下記、今回の審議にあたっての私見です。

1. 都市部の高齢化対策に関する検討報告書について

都市部の高齢者や高齢者を取り巻く状況や予測についての的確に述べられており、今後の方策に示唆を与えていることを評価いたします。とりわけ、21頁「地方の市町村が不特定多数の都市部からの入所を期待して特別養護老人ホームを整備しようとすることについては、都市部の高齢者本人の意思に反して地方の施設入所を強いる恐れがあることに加えて、～中略～慎重に検討すべきである」という一文については、同ページ（3）地方への早期からの住み替えの内容と関連することでもあり評価します。また、同項で「様々な世代が同居する地域づくりは一考に値する」とありますが、むしろ今後の地域包括ケアシステムを充実させるための重要なファクターだと考えます。したがって、「地域包括ケアシステムの構築」にあたっては介護保険事業計画だけで推進するのではなく、厚労省がイニシアティブをとって自治体のさまざまな分野が垣根を取り払い、一体となって「まちづくり」に取り組む必要があると思います。

2. その他の事項について

- ① 住所地特例について…サービス付き高齢者向け住宅の住所地特例は、サ高住を増やすためにも推進していただきたい。ただし、利用についてはあくまでも本人の意思の確認が前提です。また、直接的な課題ではありませんが、医療費はどうするのかといった調整も必要となるでしょう。さらに、終の住処とできるのか否か、サービスの質は担保されているのか（9頁に「個別の住宅によって機能が多様化している」との指摘あり）といった、明確な種類や棲み分けが必要と思われます。そのためにも利用者が判断できるわかりやすい情報公表（サ高住も情報公表に位置づけることが必要）が求められます。
- ② 有料老人ホームについての質問：11頁の有料老人ホームの入居者の要介護度について、「『自立』から『要介護5』まで、いずれの階層もほぼ同じ割合」とありますが、これは介護型有料老人ホームだけなのか、住居型を含んでの割合なのでしょう。
- ③ 介護サービス情報の公表制度について…アクセス数を高めるための努力が必要と思われます。そのためには、サービスの質の判断ができるような内容が必須ですが、介護従事者の定着度（勤続年数など）や、事業責任者や管理者の資格も明記すべきでは。また、それぞれの都道府県の自主性に応じた内容であってもいいのではないかと考えます。

社会保障審議会 介護保険部会（第50回）	勝田委員 提出資料
平成25年10月2日	

第50回社会保障審議会介護保険部会（2013年10月2日）

公益社団法人 認知症の人と家族の会 勝田登志子

〔意見と質問〕

1. 住所地特例

〔意見〕 住所地特例は「施設の所在する市町村への財政への配慮等」が理由で設けられ、高齢者の移住が多い保険者の負担軽減は当然と思えますが、当初、介護保険3施設だったものが有料老人ホームなどに拡大され、高齢者の市区町村移動が増加していると思えます。地域包括ケアシステムは「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」と説明されていますが、サービス付き高齢者向け住宅にも住所地特例を認めることは、認知症の人にとって環境の変化は大きいものがあり「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」という目標と矛盾することを懸念します。

〔質問1〕 サービス付き高齢者向け住宅の「サービス」は介護保険制度の給付、地域支援事業ではありませんが、介護保険制度において「サービス付き高齢者向け住宅」はどのような位置付けになるのか確認をする意味で、改めて説明をお願いします。

〔質問2〕 第48回部会資料では、「施設サービスについて」にサービス付き高齢者向け住宅が入っていました。また、「高齢者の住まい」としてサービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホームが入っています。制度上の「施設」は特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養病床の3施設と考えてきましたが、部会で議論するにあたって、「施設」、「在宅」、「住まい」について整理する必要があるのではないのでしょうか。

〔質問3〕 住所地特例は介護保険3施設サービスと、有料老人ホームやケアハウス、養護老人ホームなどが提供する特定施設入居者生活介護が対象です。「論点」ではサービス付き高齢者向け住宅に「住所地市町村の指定を受けた地域密着型サービス、地域支援事業」の住所地特例を認めてはどうかとあります。特定施設の指定を受けていない95%のサービス付き高齢者向け住宅では、自宅と同じように訪問介護や通所介護など在宅サービスを利用するものと思えますが、平均要介護度1.8の入居者への在宅サービスの扱いについて説明をお願いします。

2.介護納付金の総報酬割

【意見】第2号被保険者のほとんどは親世代のために介護保険料を払っています。親世代は要支援認定、要介護1・2レベルの場合、介護保険サービスに支えられながらひとり暮らしや高齢夫婦生活を続け、働く第2号被保険者の「遠距離介護」が可能となっています。「子ども世代が主な介護者となる割合は低下している」（24ページ）という資料がありますが、介護休業制度もほとんど利用されない実状のなか、年間15万人の働く世代が介護を理由に離職・転職を余儀なくされています。第47回部会では、要支援認定者を給付からはずし地域支援事業に移行する、第48回では特別養護老人ホームの利用を要介護3以上に限定する、第49回部会では補足給付の厳格化などが「論点」とされ、本人、家族にとって厳しい提案が行なわれています。総報酬割の導入は過去の部会でも繰り返し両論が出されていますが、介護納付金を総報酬割に移行することによる利益と負担について明確な整理が必要と考えます。

【質問4】資料26ページに「総報酬割を導入した場合の各保険者の負担額変化」の納付額ですが、現行の合計額2兆1,245億円で、1/3導入で2兆1,089億円、全面導入で1兆5114億円とあるのは、総報酬割の導入により納付額が6.131億円減るといふことなのでしょう。

3.介護サービス情報の公表制度

【意見】介護保険制度は本人の自己決定・自己選択にもとづくサービス利用を掲げてスタートしました。現状、課題にあるように「介護サービス情報の公表制度」はインターネット等で提供する仕組みであり、介護サービス利用者は平均80歳代です。家族介護者も70歳代です。何よりも介護サービスを適切に選択するための情報とありますが、実際は選択の余地は殆どないのが現状です。介護サービス利用者が500万人を超える中で介護平均利用サービス情報公表システムの月次アクセス数は多くありません。今後見直しとして地域包括支援センターや生活支援の情報公表をしていますが、独居や認知症の高齢者にとっては使えないシステムです。介護サービス提供者の自己評価を通して介護の質の向上も期待できますが、人材不足の現状では現場にはゆとりがありません。もっと身近に相談できる体制を整えることこそ大切と考えます。

【質問5】情報公表制度にかかっている経費はいくらなのか、この経費はどこから支出されているのか

社会保障審議会 介護保険部会（第50回）	内藤委員 提出資料
平成25年10月2日	

平成25年10月2日

第50回社会保障審議会 介護保険部会

公益社団法人全国老人保健施設協会
副会長 内藤 圭之

介護保険部会への意見書

～地域包括ケアの確立のために～

1. 地域包括ケアにおける老人保健施設の使命と役割

社会保障制度における保健・医療・介護・福祉の分野において、老人保健施設は、在宅復帰・在宅生活支援を使命として、リハビリテーションの提供、適切な医療の提供、認知症への対応を行い、地域包括ケアで求められる役割の充実に取り組んでおります。

2. 地域におけるケアマネジメントについて

施設ケア、通所リハビリテーションの質の向上、ケア情報の「見える化」による情報共有のツールとして「R4 システム」の開発を行い、利用会員数も増加してきております。このソフトを有効に使うために、一般社団法人日本介護支援専門員協会と在宅版の「R4 システム」の開発を目指し、勉強会を始めたところです。

地域ケア会議において、居宅ケアマネジャーと、医療現場の経験がある看護職やリハビリテーション職とが協働して、地域のケアマネジメントの一層の充実に図ることが重要です。老人保健施設の看護職、リハビリテーション職を積極的に活用し、「R4 システム」などのツールを使いながら、より透明性の高いケアマネジメントが行われるよう検討することをお願いいたします。

3. 介護と医療の連携について

老人保健施設は、中間施設として、医療と介護の複合型サービス提供^{注(1)}が可能な位置に存在しています。この老人保健施設の医療機能が適切に評価され、その医療機能が充実することにより、医療にかかる費用の効率化が図られることが期待されます。

老人保健施設の医療はほぼ包括化されていますが、前回の介護報酬改定において、所定疾患施設療養費が算定可能となり、医療機関への転院の減少や看取り件数の増加^{注(2)}といった効果が認められています。老人保健施設の医療機能については、この所定疾患施設療養費の更なる拡大や評価方法の調整によって、医療提供の適正化・効率化とともに、適切な医療サービスが提供されるよう検討することをお願いいたします。

なお、老人保健施設にふさわしい医師の教育・研修事業に取り組みとして、一般社団法人老年医学会が主催し、公益社団法人全国老人保健施設協会が共催する老人保健施設の管理医師研修制度を創設いたしました。

4. 在宅復帰機能と医療機関との調整機能について

老人保健施設においては、地域の医療機関との連携を図り、利用者を「支える医療」をも担っていく必要があります。在宅復帰を目的とした入所者が、基礎疾患の増悪や新たな合併症を起こした場合は、適切な医療を受けるための地域の医療機関との調整(トリアージ:利用目的の変更を含む)が必要となります。このような医療と介護の連携の強化に資する仕組みの構築を検討することをお願いします。

また、在宅復帰率の算入要件についても、利用者の個別的な状態変化である新たな発症に基づく医療機関への入院事例の除外について検討することをお願いいたします。

5. 在宅生活支援のための複合型サービス機能について

老人保健施設を運営する医療法人にあっては、訪問看護ステーション等の併設によって在宅生活支援に取り組むことが大きな課題です^{注(3)}。老人保健施設からの訪問サービスとして訪問リハビリテーションは算定可能ですが、利用者の多様なニーズに応え、在宅生活支援機能の強化を図る観点から、多職種による訪問事業によって、在宅生活を支えることが必要です。老人保健施設からの退所者については、その適切なマネジメントに基づき、老人保健施設単体からも訪問看護・介護等が可能となるよう検討することをお願いいたします。

そして、これらの訪問事業に対する指示書は、居宅介護支援事業所との連携のもとに老人保健施設の医師が指示できるものにする必要があります。

6. リハビリテーション機能について

超高齢少子社会にあって、高齢者の健康寿命の増進、社会参加、高齢者の就労支援という観点から、地域におけるリハビリテーション機能の充実が必須となります。ICF^{注(4)}に基づいてソフトとして開発した「R4 システム」を運用しながら、地域リハビリテーションの充実を図ることが重要です。

施設入所や通所リハビリテーションにおいて、老人保健施設の医師の指示に基づいて、(認知症)短期集中リハビリテーション等が算定可能となっています。これらの短期集中リハビリテーション等の充実と普及を図るために、この算定要件の緩和を検討することをお願いいたします。

7. 介護従事者の確保・育成について

2025年には約100万人近くの介護従事者の需要が明らかにされていますが、事業所単位の努力や介護報酬での対応は限界にきています。

介護従事者の人材確保について、人材養成・育成という人材の供給見込みを明らかにしたうえで、雇用・労働施策と連携した財源確保策を講じるようお願いいたします。

引き続き教育・研修体制やキャリアパスの導入、離職対策に努めてまいりますが、介護現場では、その従事者の確保が非常に厳しい実態となってきました。介護人材面から介護保険サービスの提供、制度の持続可能性が損なわれないよう特段の配慮をお願いいたします。

8. 老人保健施設の経営安定化について

いわゆる内部留保金に関する調査^{注(5)}で示されたように、社会福祉法人立の老人保健施設の実在内部留保金は1億6千7百万円であるのに対し、医療法人立の老人保健施設の実在内部留保金は、わずかに1千4百万円にすぎません。その報告書でも指摘されているように、開設主体が課税法人と非課税法人との格差が大きく、医療法人立の老人保健施設の経営基盤は極めて脆弱であります。

介護給付費分科会においては、収支差率に基づく議論がなされていますが、課税法人と非課税法人とを区分した損益に基づく議論がされることをお願いいたします。

所得段階別の利用者において、所得段階第3段階までの利用者^{注(6)}は、特別養護老人ホームが82%であり、老人保健施設の利用者においてもほぼ60%に達しております。老人保健施設も大きな福祉的機能を果たしています。税制上の配慮についても検討していただくことが必要です。

注(1)第48回介護保険部会 資料1 38ページから48ページ

注(2)第48回介護保険部会 資料2 11ページと53ページ

注(3)都市部の高齢化対策に関する検討会報告書 10ページ

注(4)第47回介護保険部会 資料1 42ページ

注(5)介護老人福祉施設等の運営及び財政状況に関する調査研究事業報告書 139ページと163ページ

注(6)第49回介護保険部会 資料1 19ページ

社会保障審議会 介護保険部会（第50回）	結城委員 提出資料
平成25年10月2日	

平成25年10月2日（水）

社会保障審議会介護保険部会

結城 康博
(淑徳大学教授)

今回の審議にあたって、以下のように私見及び質問を述べさせていただきたい。

(私見)

1. 都市部の高齢化対策について

都市部の高齢化対策は、低所得者層の介護支援が大きな課題と考える。そのため、例えば、新設特養の居室に関しては、生活保護受給者などの低所得者層を考え、一部、プライバシーに配慮しながら多床室の増設を実施すべきである。なお、状況によって都府県外での特養施設の設置はいたしかたないと考える。

また、低所得者層を対象とした「貧困ビジネス」「法的なグレービジネス（モラル的に疑問）」といった介護サービスの検証・分析も重要と考える。

2. その他の事項について

① 住所地特例について

サービス付高齢者住宅を住所地特例の対象としていく案。そして、住所地特例対象者において、地域密着型サービス及び地域支援事業を利用できるようにしていく事務局の案に、概ね賛同できる。ただし、繰り返すが「供給が過度な需要を生む」といった弊害を考慮して対応していくべきである。

② 介護納付金の総報酬割について

現在暫定的に後期高齢者医療制度に導入されている1/3総報酬割を見据えながら、これらを介護納付金制度にも導入すべきである。

なお、40歳～65歳未満の現役世代が親の介護に直面していることを考慮すると、これらの層も間接的に恩恵を受けていることから、2号被保険者全体で負担するほうが公正だと考える。

③ 介護サービス情報の公表制度について

資料の論点に挙げられている法定外の宿泊サービスについての情報公表は、積極的に検討すべきと考える。例えば、「夜間職員の有資格者の有無」「一泊の料金体系」「防火対策」「就寝時の環境整備」など。

(質問)

Q1：特養のユニット型個室に入所している生活保護受給者は、全国的にどの程度なのか？

Q2：原則、サ高住の住所地特例対象者は、介護保険制度は旧住所地の被保険者となるが、市町村による高齢者福祉サービスは、新住所地（サ高住の住所）の事業を活用するという理解でよいのか？

以上