

社会保障審議会介護保険部会（第52回）議事次第

平成25年11月14日（木）

12：30 ～ 15：15

於 グランドアーク半蔵門「華」

議 題

1. 費用負担の公平化について
2. 予防給付の見直しと地域支援事業の充実について

【資料】

資料1 費用負担の公平化について

資料2 予防給付の見直しと地域支援事業の充実について

費用負担の公平化について

1. 一定以上所得者の利用者負担関係 . . .	1
2. 補足給付関係	19
3. 制度改正の財政影響の推計	37
4. その他	39

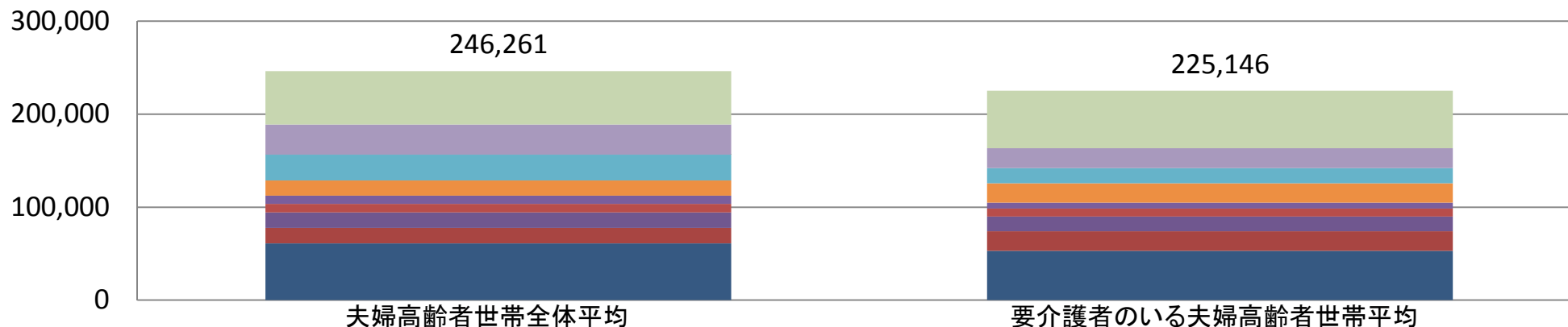
1. 一定以上所得者の利用者負担関係

(1) 関係データ ① 要介護高齢者のいる世帯の消費支出

(夫婦高齢者世帯全体と要介護高齢者のいる夫婦高齢者世帯の消費支出の比較)

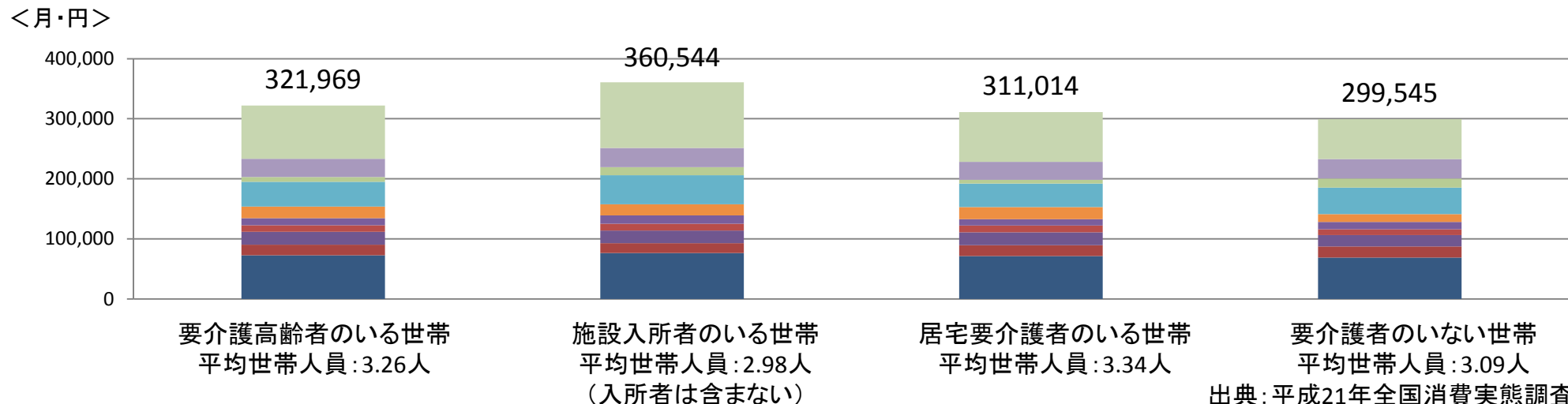
○ 第49回介護保険部会において、要介護者のいる家庭とそれ以外の家庭の消費支出についてご指摘があったが、要介護者のいる夫婦高齢者世帯の消費支出は、夫婦高齢者世帯全体の消費支出と比較して低い。

<月・円> ■ 食料 ■ 住居 ■ 光熱・水道 ■ 家具・家事用品 ■ 被服及び履物 ■ 保健医療 ■ 交通・通信 ■ 教育 ■ 教養娯楽 ■ その他の消費支出



(二人以上世帯全体と要介護高齢者のいる二人以上世帯の消費支出の比較)

○ 要介護者のいる二人以上世帯の消費支出は、要介護者のいない二人以上世帯の消費支出と比較して高いが、世帯人員が多いことに留意。



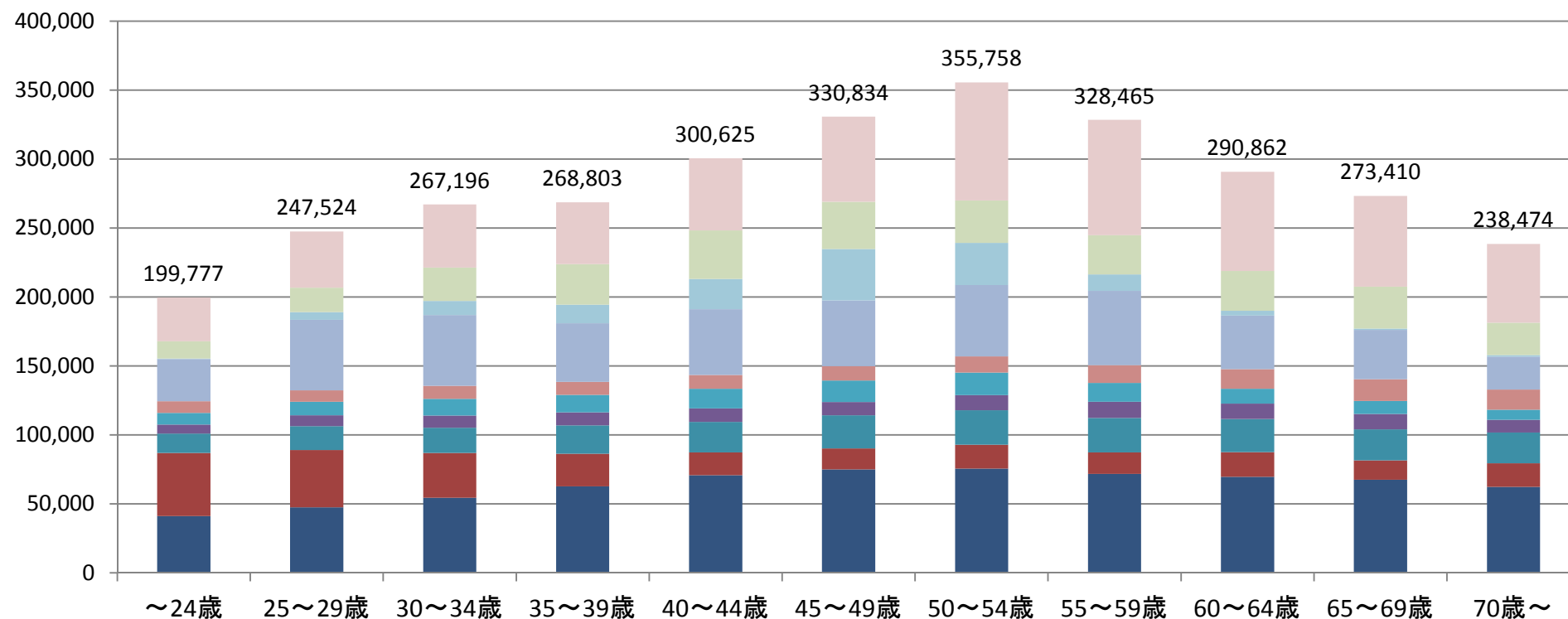
出典: 平成21年全国消費実態調査

② 世帯主の年齢階層ごとの消費支出(2人以上世帯)

- 第49回介護保険部会において現役世代と高齢者世代の消費支出の違いについてご指摘があったが、2人以上世帯の消費支出を世帯主の年齢階層毎に比較すると、40代～50代が高くなっており、教育費やその他の消費支出が多くなっている。
- 世帯主が高齢になると、保健医療費は増加するが、全体の消費支出は少なくなっている。

<月・円>

■ 食料 ■ 住居 ■ 光熱・水道 ■ 家具・家事用品 ■ 被服及び履物 ■ 保健医療 ■ 交通・通信 ■ 教育 ■ 教養娯楽 ■ その他の消費支出

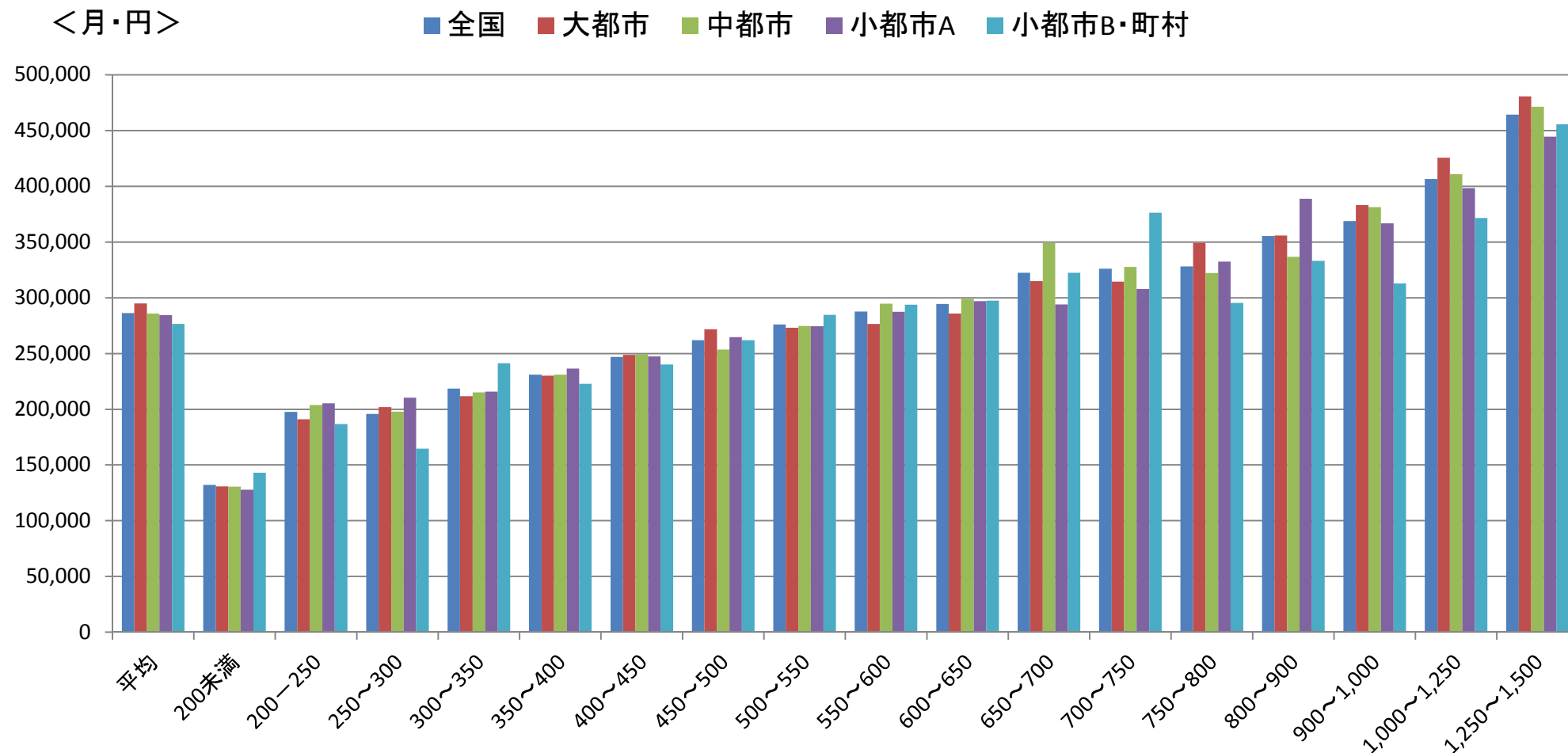


世帯人員	2.74	3.33	3.44	3.68	3.76	3.70	3.48	3.21	2.86	2.55	2.44
18歳未満	0.80	1.32	1.42	1.64	1.68	1.25	0.65	0.21	0.11	0.07	0.07
65歳以上	0.05	0.03	0.02	0.06	0.09	0.16	0.19	0.27	0.23	1.47	1.85

出典: 平成24年家計調査

③ 都市区分別の消費支出の比較(2人以上世帯)

○ 収入階級別に見ると、大都市の消費支出が他と比べて突出して高いという状況は見られない。



大都市—人口100万以上の市(札幌市, 東京都区部, 横浜市, 川崎市, 名古屋市, 京都市, 大阪市, 神戸市, 広島市, 北九州市, 福岡市)

中都市—人口15万以上100万未満の市

小都市A—人口5万以上15万未満の市

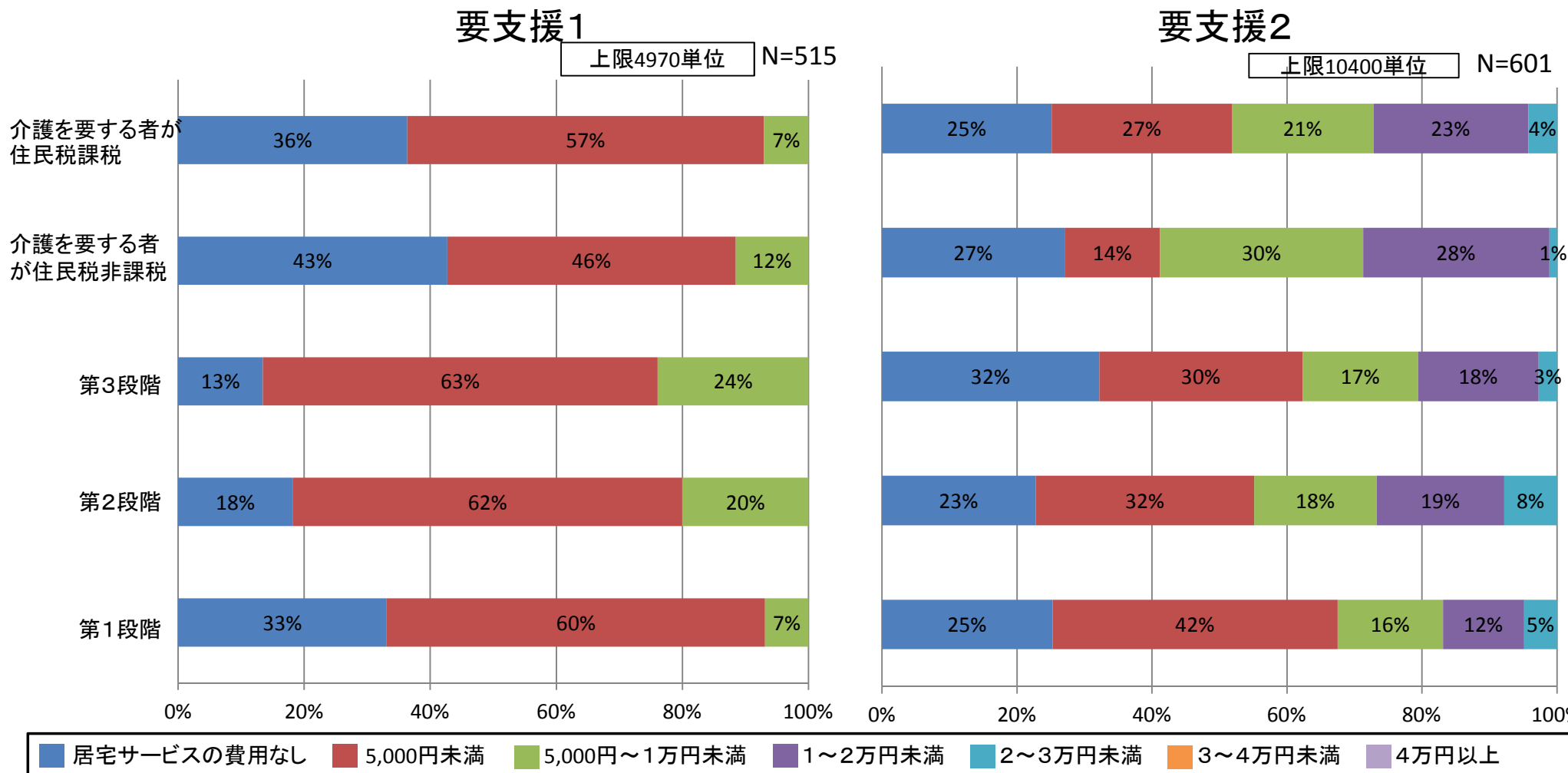
小都市B—人口5万未満の市

出典: 平成24年家計調査

④ 要介護度別・所得階級別の居宅サービスの利用状況

平成25年4月19日
社会保障制度改革国民会
議提出資料を一部加工

第49回介護保険部会において所得とサービスの利用についてご指摘があったが、在宅における介護を要する者のうち、高所得者の方が居宅介護サービスを多く利用しているかどうかについては、この調査からは全体として顕著な傾向は見られない。



(注1) 介護保険料所得段階における第1段階とは、生活保護及び老福年金受給者。第2段階とは、介護を要する者の世帯全員が住民税非課税であり、公的年金等収入金額＋合計所得金額が年80万円以下の者。第3段階とは世帯全員が住民税非課税で第2段階以外の者。

(注2) 要介護度不詳、年齢不詳、介護保険料所得段階不詳、自己負担費用額不詳及び65歳未満は除いた。

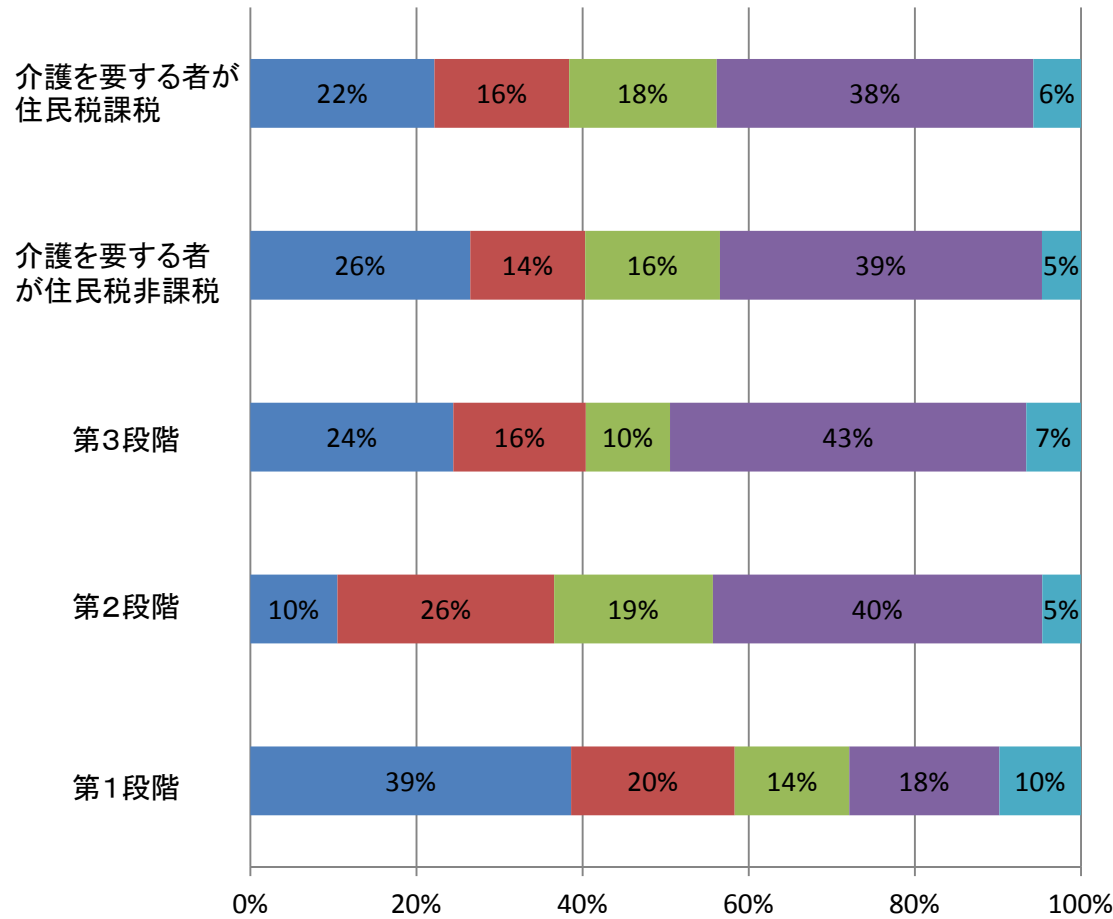
(注3) 各要介護度における最大の自己負担額階級はそれ以上の階級を含む。

(注4) 平成22年国民生活基礎調査(介護票)特別集計を老健局が分析した。

要介護1

上限16580単位

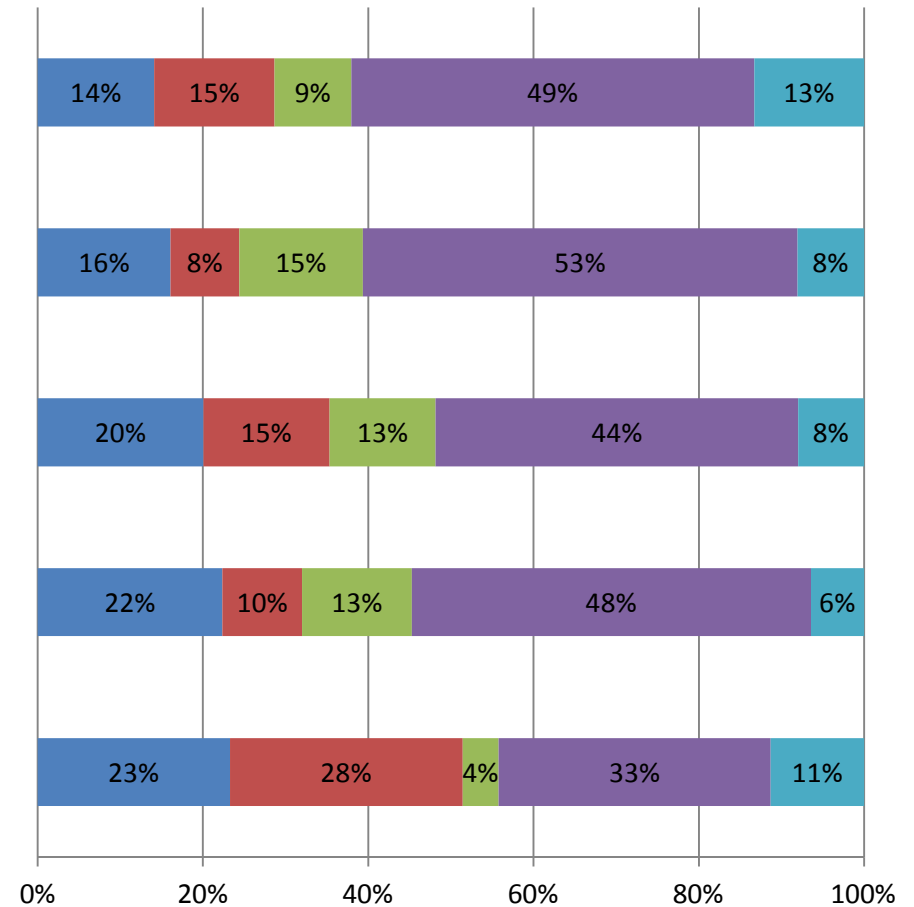
N=748



要介護2

上限19480単位

N=821



■ 居宅サービスの費用なし ■ 5,000円未満 ■ 5,000円～1万円未満 ■ 1～2万円未満 ■ 2～3万円未満 ■ 3～4万円未満 ■ 4万円以上

(注1) 介護保険料所得段階における第1段階とは、生活保護及び老福年金受給者。第2段階とは、介護を要する者の世帯全員が住民税非課税であり、公的年金等収入金額＋合計所得金額が年80万円以下の者。第3段階とは世帯全員が住民税非課税で第2段階以外の者。

(注2) 要介護度不詳、年齢不詳、介護保険料所得段階不詳、自己負担費用額不詳及び65歳未満は除いた。

(注3) 各要介護度における最大の自己負担額階級はそれ以上の階級を含む。

(注4) 平成22年国民生活基礎調査(介護票)特別集計を老健局が分析した。

要介護3

上限26750単位

N=599

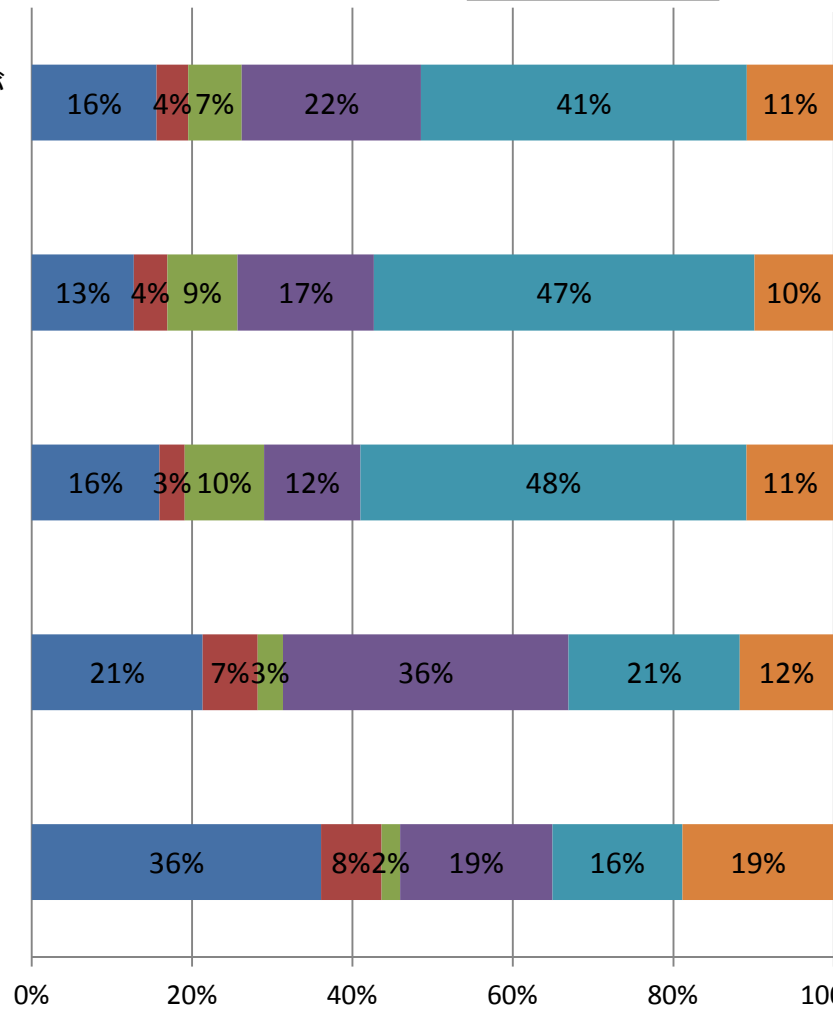
介護を要する者が
住民税課税

介護を要する者
が住民税非課税

第3段階

第2段階

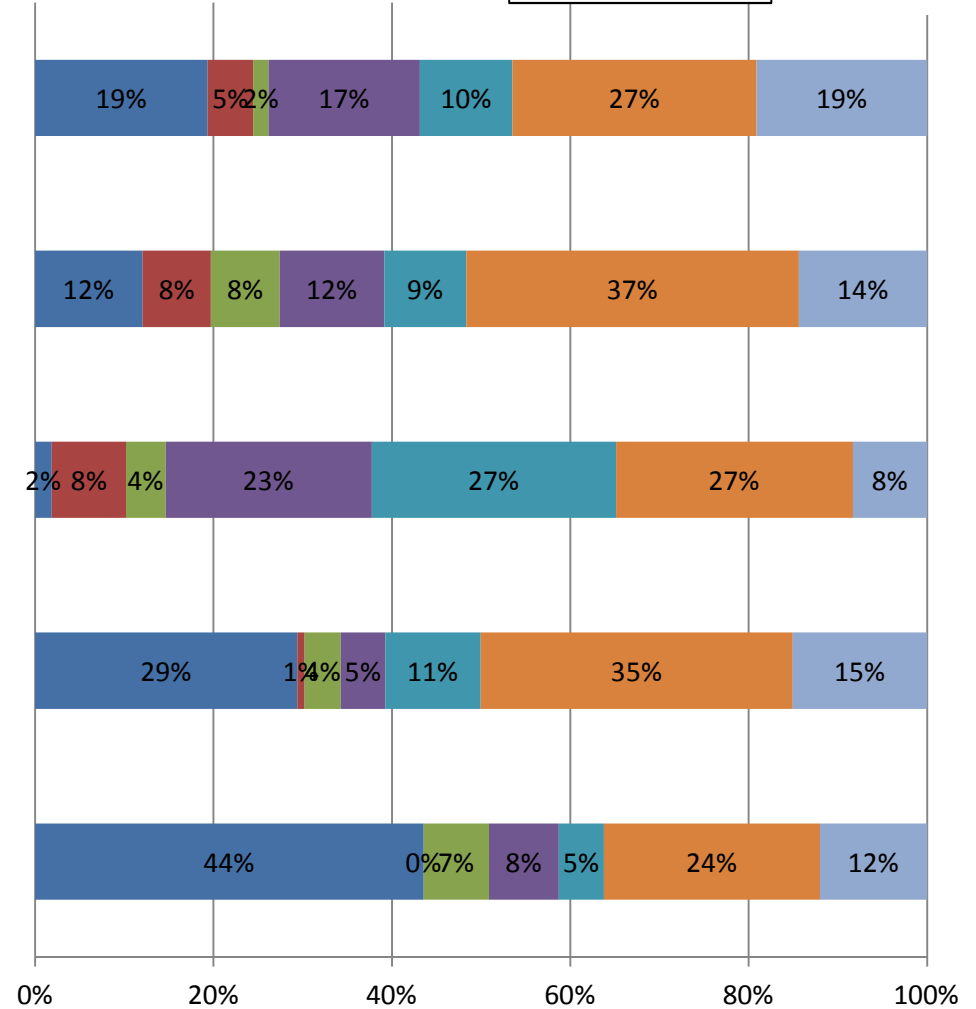
第1段階



要介護4

上限30600単位

N=386



■ 居宅サービスの費用なし ■ 5,000円未満 ■ 5,000円～1万円未満 ■ 1～2万円未満 ■ 2～3万円未満 ■ 3～4万円未満 ■ 4万円以上

(注1) 介護保険料所得段階における第1段階とは、生活保護及び老福年金受給者。第2段階とは、介護を要する者の世帯全員が住民税非課税であり、公的年金等収入金額＋合計所得金額が年80万円以下の者。第3段階とは世帯全員が住民税非課税で第2段階以外の者。

(注2) 要介護度不詳、年齢不詳、介護保険料所得段階不詳、自己負担費用額不詳及び65歳未満は除いた。

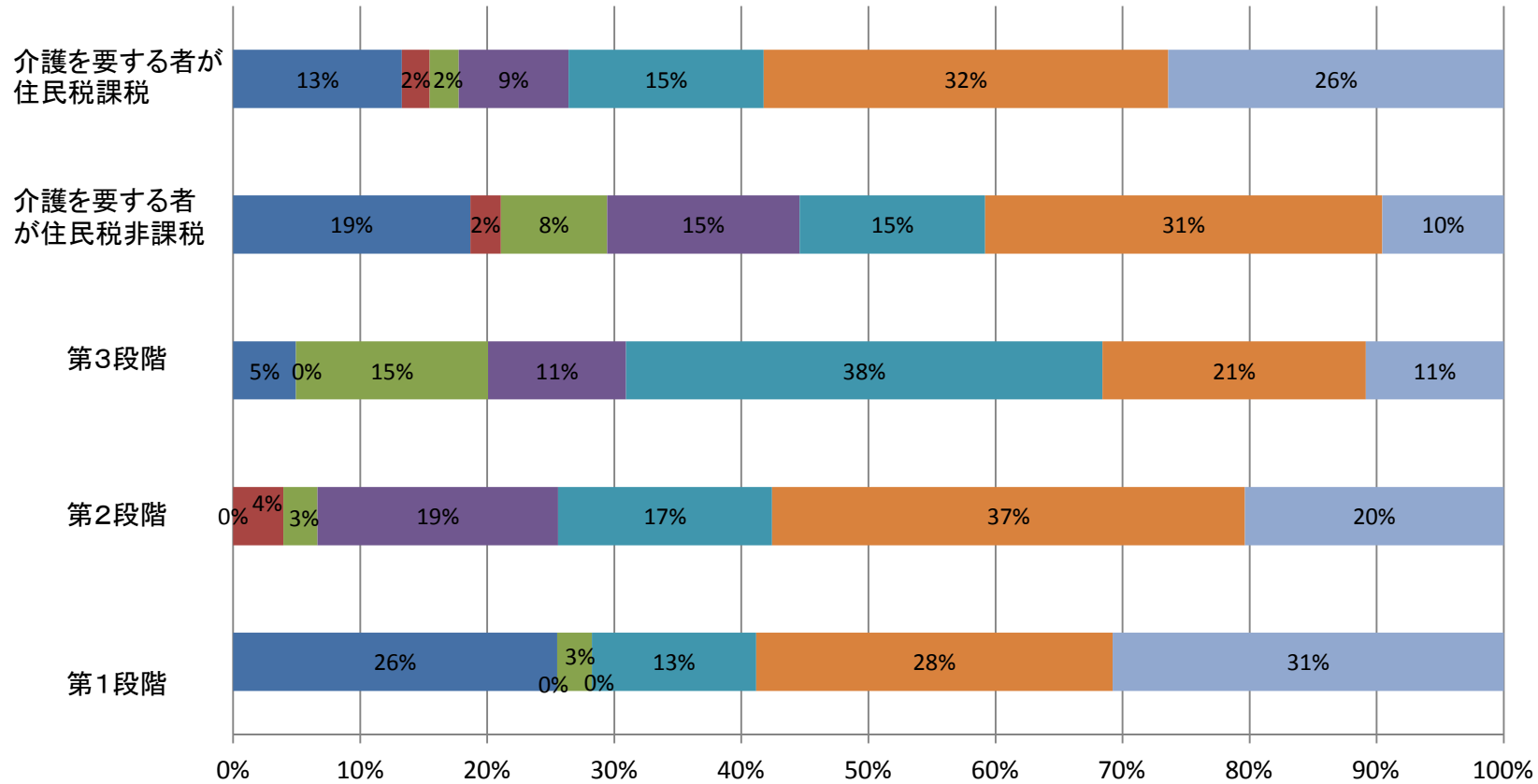
(注3) 各要介護度における最大の自己負担額階級はそれ以上の階級を含む。

(注4) 平成22年国民生活基礎調査(介護票)特別集計を老健局が分析した。

要介護5

上限35830単位

N=285



■ 居宅サービスの費用なし ■ 5,000円未満 ■ 5,000円～1万円未満 ■ 1～2万円未満 ■ 2～3万円未満 ■ 3～4万円未満 ■ 4万円以上

(注1) 介護保険料所得段階における第1段階とは、生活保護及び老福年金受給者。第2段階とは、介護を要する者の世帯全員が住民税非課税であり、公的年金等収入金額＋合計所得金額が年80万円以下の者。第3段階とは世帯全員が住民税非課税で第2段階以外の者。

(注2) 要介護度不詳、年齢不詳、介護保険料所得段階不詳、自己負担費用額不詳及び65歳未満は除いた。

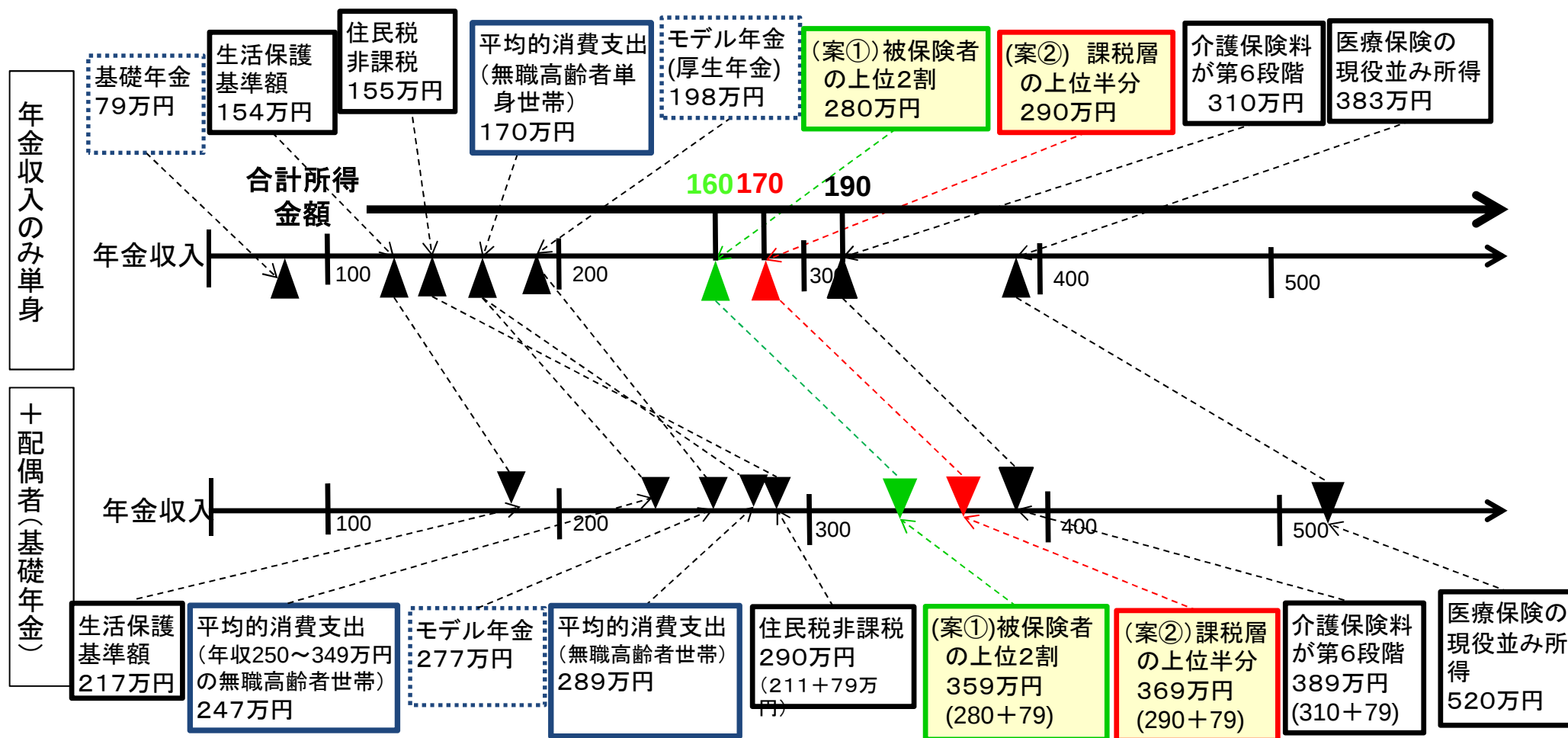
(注3) 各要介護度における最大の自己負担額階級はそれ以上の階級を含む。

(注4) 平成22年国民生活基礎調査(介護票)特別集計を老健局が分析した。

(2) 一定以上所得者の基準について

※前回提出資料に生活保護基準を追加

① 年金収入と合計所得金額



※ 夫婦世帯については、夫が厚生年金、妻が国民年金の収入のみと仮定。単身世帯は、年金収入のみと仮定。

※ モデル年金とは、厚生年金は、夫が平均的収入(平均標準報酬36.0万円)で40年間就業し、妻がその期間全て専業主婦であった世帯が年金を受け取り始める場合の給付水準であり、上記は平成25年4月～9月分の年金額によるもの。

※ 夫婦世帯で夫の介護保険料が第6段階となる場合389万円は、夫の年金収入を310万円とし、妻は基礎年金79万円とした場合の合計額。

※ 医療保険の現役並み所得は、収入基準の金額(世帯合計520万円、単身383万円)

※ 平均的消費支出は、平成24年家計調査による。単身世帯は65歳以上の無職単身世帯の消費支出。夫婦世帯は、高齢者世帯(男65歳以上、女60歳以上の者のみからなる世帯で少なくとも一人は65歳以上)のうち世帯主が無職の世帯(世帯人員の平均は2.04人)の消費支出であり、それぞれ平成24年平均の一月当たりの消費支出を12倍したもの。

※ 生活保護基準額は、一級地1の生活扶助の額と、東京都の住宅扶助の上限額を1年分足し上げた数値。

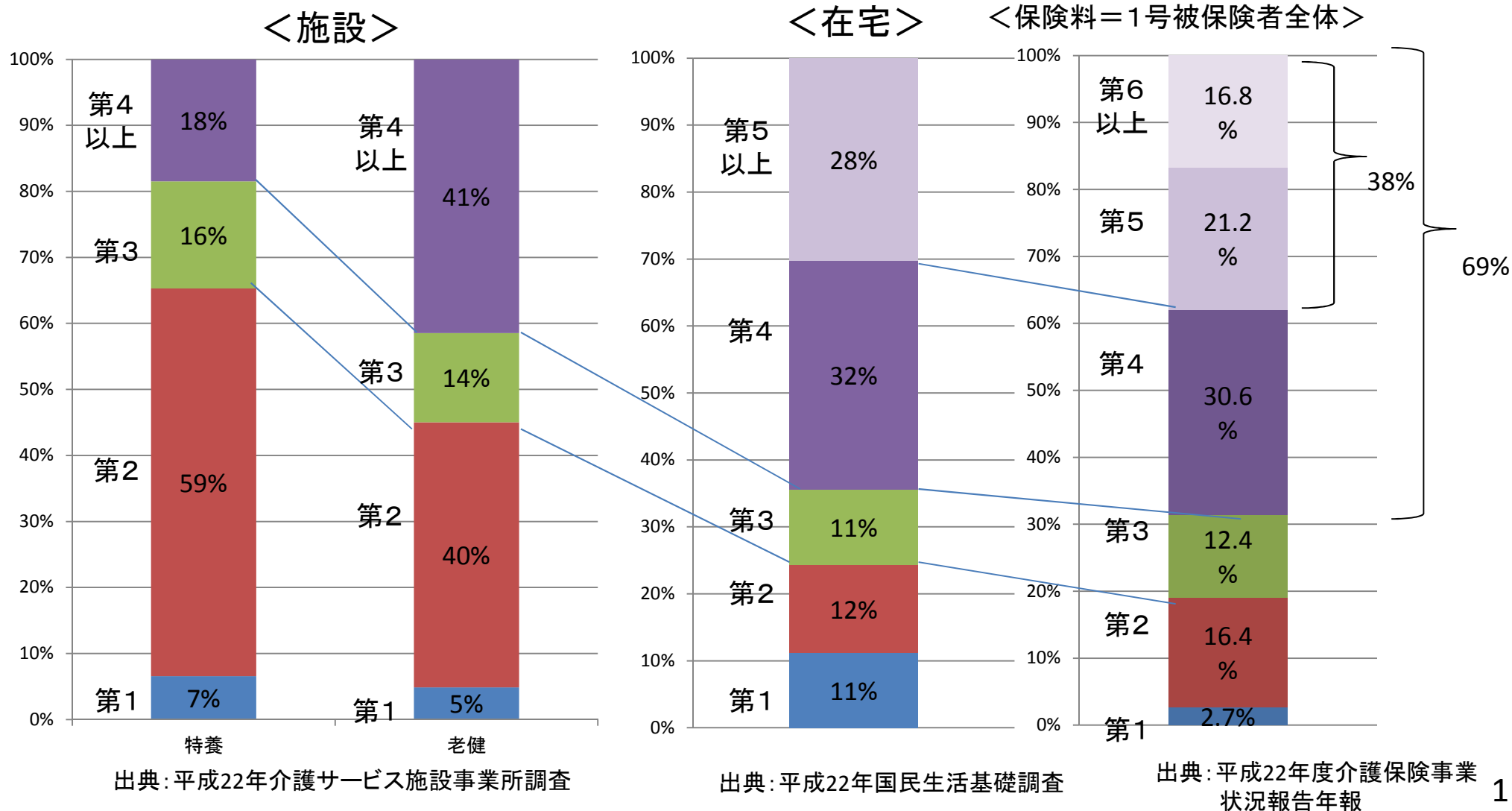
② 検討に当たっての留意点

- 一定以上所得者の基準については、次のような観点から検討する必要があるのではないか。
 - ・ 実際に応分の負担ができると考えられるかどうか。
 - ・ 世代内の公平の観点から理解が得られるかどうか。
 - ・ 今後の保険財政の負担・若い世代の負担を増やさないようにする方向につながるかどうか。
 - ・ 基準として分かりやすいかどうか。
- また、検討に当たっては、次の点についても留意すべきではないか。
 - ・ 要介護状態となったときには長期化リスクがある一方で、認定率は全体としては高くないこと。
 - ・ 高額介護サービス費・高額医療・介護合算制度により負担増の歯止めがあること。

前回の議論での各委員のご意見と考え方	
住民税課税層とすべき	○ 高額医療介護合算制度といったセーフティネットがある。
モデル年金が一つの指標になるのではないか。	○ 現役時代に平均的な収入があった者に負担をお願いする。
事務局案① 被保険者全体の上位20% 事務局案② 課税層の上位50%	○ 世代内の公平性という観点からは、被保険者全体の上位とする案①が適当か。
介護保険料第6段階以上としたらどうか。 ※ 上位15%に相当。	○ 既に保険料において設けられている区分であり、分かりやすく合理的ではないか。
医療保険制度の現役並所得がよいのではないか。	○ 医療保険制度と同じ基準とするのが国民の納得を得られやすいのではないか。

（参考）介護保険サービス利用者等の所得段階別割合

- 基準の適用を受けるのは、要介護認定を受けて実際に介護サービスを利用する者である。
- 要介護者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、仮に被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、各所得区分の構成比を勘案して粗く推計すると、実際に影響を受けるのは、在宅サービス利用者の約15%（ $20\% \times 28\% \div 38\%$ ）、特養で約5%（ $20\% \times 18\% \div 69\%$ ）、老健で約12%（ $20\% \times 41\% \div 69\%$ ）と推定される。



(3) 個人単位方式と世帯単位方式の比較

	個人単位方式	世帯単位方式
基本的 仕組み	○ 被保険者本人の所得(合計所得金額)が基準を超えるかどうかで判定する。 ○ 基準を超えた本人のみの負担割合を引き上げ、同一世帯内の他の被保険者の負担割合は引き上げない。	○ 世帯員各員の所得の状況を確認。 ○ 世帯内各員について、基準を超える者がいるかどうか判定し、超える者がいる世帯については、世帯員全員の負担割合を引き上げる。
基本的 考え方	○ 介護保険は、保険料賦課が個人単位であるなど、個人単位での判定という考え方が基本であるため、個人の負担能力のみで判定する。※税も個人単位 ○ 施設サービスの利用等に伴い世帯構成が変化することがあり、こうした変化に中立的な仕組みとする。	○ 一般的には、同一世帯は生計を一にしていると考えられ、介護費用についても世帯として負担をしていると考えられるため、世帯全体の負担能力を勘案する。
メリット	○ 判断の軸が一律のシンプルな仕組みとなる。 ○ 世帯の変化(世帯分離等)に中立的な仕組みとなる。 ○ 市町村の実務的な負担が比較的軽い。	○ 世帯全体の負担能力を勘案することができる。 ○ 同一世帯内の負担割合がそろう。
留意点	○ 同じ世帯の中でも、個人の所得の多寡により負担割合が分かれる。 ○ 世帯全体の負担能力は勘案しない。	○ 個人として所得がない者も負担が重くなる。 ○ 世帯構成の変化に影響される。 ○ 市町村の実務的な負担が比較的重い。

(4) 負担割合の判定等の事務について

定率負担の負担割合区分の判定事務	○ 毎年6月に行う保険料段階区分と同時期に、前年所得により自動的に負担割合区分をシステムにより判定。
負担割合の証明	○ 要介護認定を受けている被保険者については、負担割合が判別できるよう、負担割合（1割又は2割）を証する書面を発行する。 ※ 要介護認定を受けていない被保険者については、被保険者証への記載や証明書の発行は行わない。 ※ 医療保険と異なり、要介護認定を受けてからサービスを利用する介護保険においては、被保険者全員に負担割合を証する書類を送る必要がない。 ○ 負担割合を証する書面に有効期限を設け、毎年夏の所得の切り替えに合わせて、新たな所得に基づくものを発行する。 ※ 要介護認定者について、被保険者証に記載する方式も考えられるが、被保険者証自体の再発行が必要になる。

※ 現段階で想定しているものであり確定したものではない。

(5) 2号被保険者の取扱いについて

- 9月25日にお示した資料では、第1号被保険者の所得分布を踏まえ、1号被保険者の中で相対的に負担能力のある方を2割負担とすることを提案。
- 一方で、第2号被保険者であって給付を受ける方について、どのような取扱いとすべきか検討が必要。
- その際、①今回の見直しの趣旨は、高齢者世代内の負担の公平化を図るものであることや、②第2号被保険者の世代は、抱える家族が高齢者より多く、子どもの学費等を負担して高齢者世帯に比べて消費支出が高いこと、③また、就労している場合については離職等により収入が低下することが考えられること等について、どう考えるか。

(参考) 介護(予防)サービス利用者数

第1号被保険者:424万人 第2号被保険者:12万人

案	考え方	課題
案①:1号被保険者と同じ基準とする。	○ 年齢は違っても同じ要介護状態にある者であり、同一の取扱とする。	○①扶養家族が多く、消費支出が高い、②年金収入がない、③現役世代から見れば1号被保険者の基準は現役平均よりも低い、と見込まれることから、2号被保険者を1号被保険者と同列に整理することには無理があるのではないか。
案②:1号被保険者より高い基準とする。	○ 高齢者世帯より若年世代の方が消費支出が高いこと等を勘案し、第1号被保険者より基準を高くする。	○ 年齢が若いことで負担の基準を変えることに合理的な説明がつか。
案③:2号被保険者では2割負担としない。	○ 今回の措置は、高齢者の中で相対的に所得の高い方に負担をお願いし、世代内の公平化を図るものであることや、第2号被保険者は抱える家族が高齢者より多く、子どもの学費等を負担して消費支出が高いこと等を考慮し、2号被保険者には負担を求めない。	○ 年齢が若いことで一律一割を維持することについてどう考えるか。

(参考) 2号被保険者の認定者数等について

<認定者数等>

	1号被保険者	2号被保険者
A 認定者数	515万人	15.6万人
B 被保険者数	2978万人	4299万人
A/B	17%	0.4%

※ 2号被保険者数は平成23年度平均、それ以外は平成23年度末。

※ 出典平成23年介護保険事業計画

<サービス受給者数>

	1号被保険者	2号被保険者
居宅介護(予防)サービス	308.7万人	10.4万人
地域密着型(予防)サービス	29.1万人	0.4万人
介護老人福祉施設	44.3万人	0.5万人
介護老人保健施設	32.3万人	0.7万人
介護療養型医療施設	7.8万人	0.2万人

<受給者数一人当たり1月の給付費>

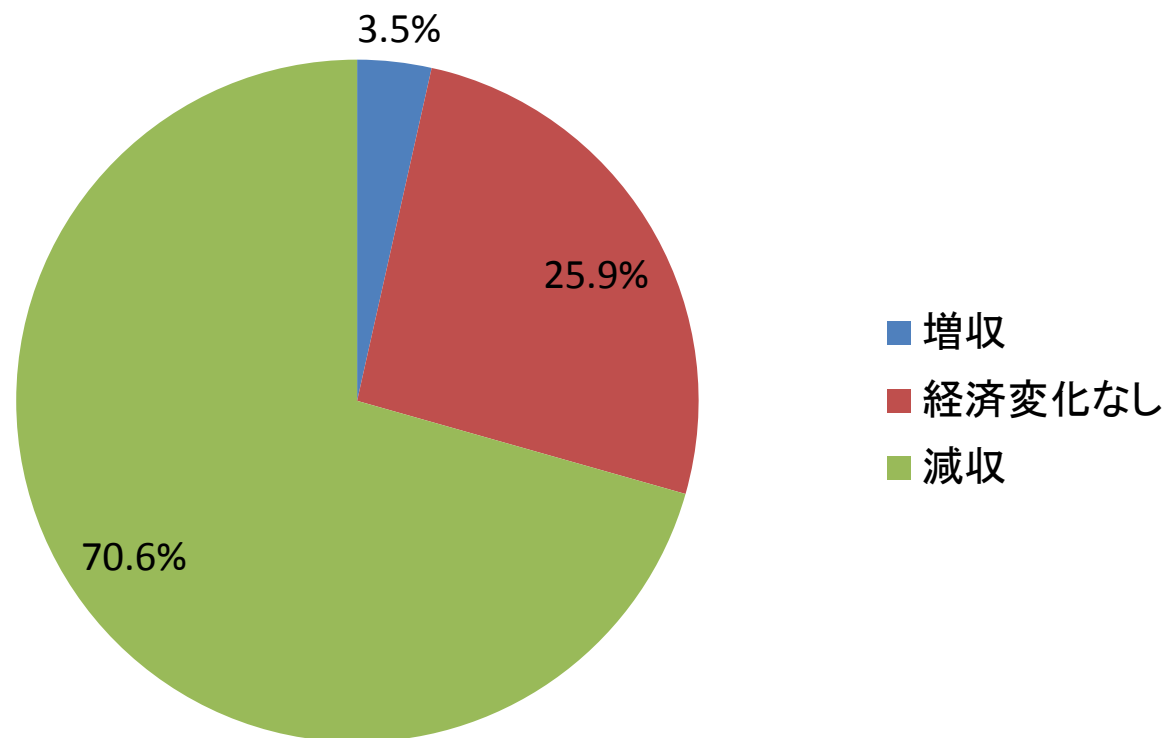
※ 平成23年度平均 出典平成23年介護保険事業計画

	1号被保険者	2号被保険者
居宅介護(予防)サービス	98,605円	104,723円
地域密着型(予防)サービス	198,680円	175,264円
介護老人福祉施設	246,619円	245,587円
介護老人保健施設	264,526円	266,406円
介護療養型医療施設	352,742円	364,950円

※ 平成23年度平均 出典平成23年介護保険事業計画

(参考) 若年認知症の患者の収入状況

＜発症後の経済状況の変化＞



N=87

出典: 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)若年性認知症の実態と対応の基礎基盤に関する研究

(6) ① 一定以上所得者の高額介護サービス費の限度額の見直し

- 介護保険制度の高額介護サービス費の限度額は、制度創設時の医療保険の高額療養費の多数該当に合わせて設定されたが、医療保険における住民税課税世帯の基準は現在37,200円から44,400円に引き上げられており、高額介護サービス費の限度額の見直しも検討課題。
- 要介護状態が長期にわたることを踏まえ、引上げの対象は、2割負担とする一定以上所得者のうち更に一部の者に限定することとし、医療保険の現役並み所得に相当する方としてはどうか。

<医療保険－70歳以上の高額療養費の限度額>

	外来(個人ごと)	自己負担限度額(現行) (世帯単位)
現役並み所得者	<u>44,400円</u>	80,100＋医療費1% (多数該当: <u>44,400円</u>)
一般	12,000円	<u>44,400円</u>
低所得Ⅱ(市町村民税非課税)	8,000円	24,600円
低所得Ⅰ(年金収入80万円以下等)		15,000円

<介護保険－高額介護サービス費の限度額>

	自己負担限度額(現行)
一般	<u>37,200円</u> (世帯)
市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)
年金収入80万円以下等	15,000円(個人)
生活保護被保護者等	15,000円(個人)等

<見直し案>

現役並み所得	44,400円
一般	37,200円

② 高額介護サービス費における現役並所得者の取扱案

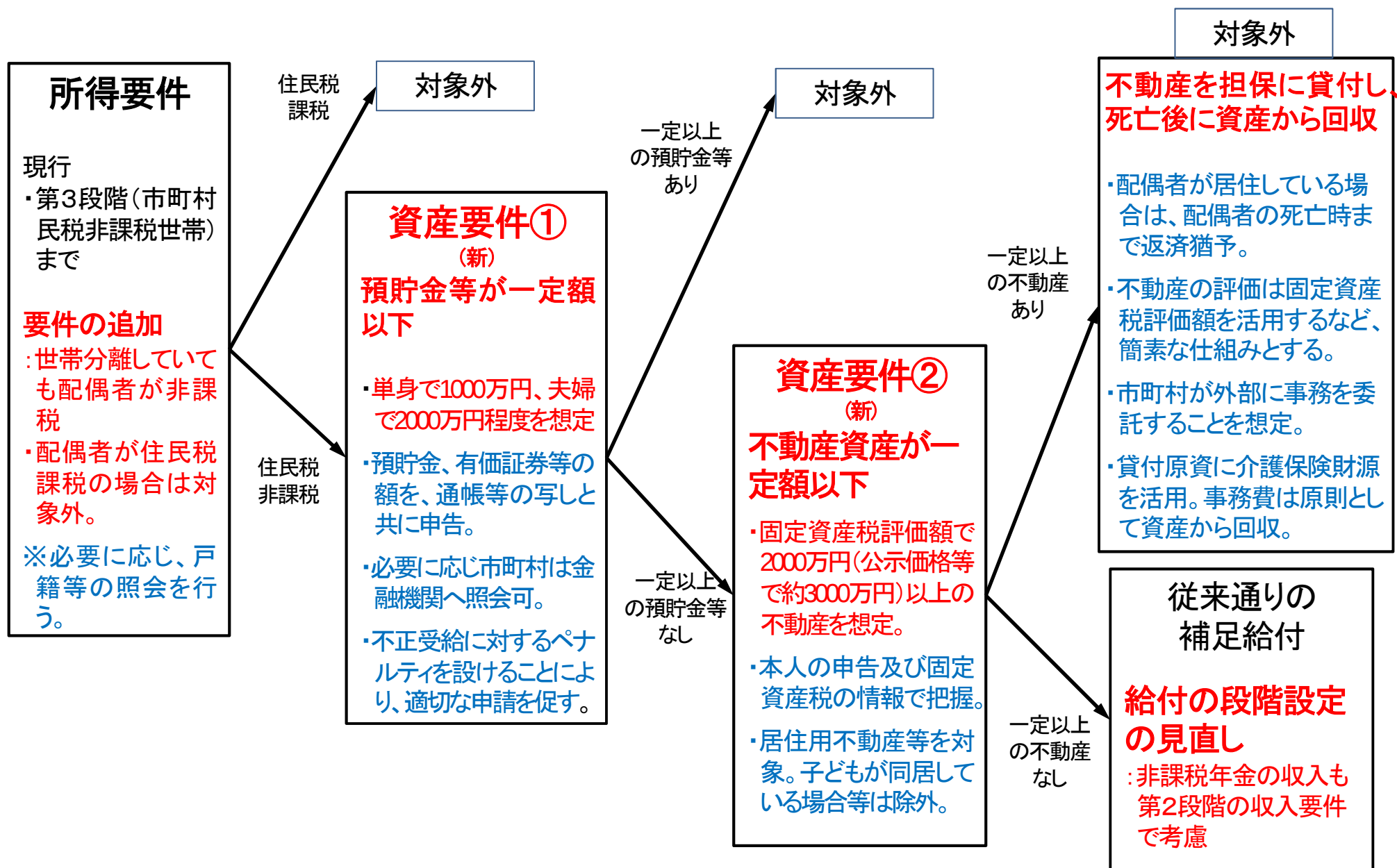
- 医療保険(後期高齢者医療、国保70歳～74歳)の現役並所得者は、世帯内の当該制度の被保険者(国保は70～74歳の被保険者)全員の所得及び収入を考慮する仕組みとなっており、介護保険でも、これと同様に、同一世帯内の被保険者の所得及び収入を考慮する仕組みとする。
 - ただし、介護保険では、第2号被保険者(40歳～64歳)も考慮すると、3世代同居世帯では、子どもが現役並み所得者であることが多く、子ども世代への負担増が大きいことから、同一世帯内の1号被保険者についてのみ勘案する。
- ※ 具体的な事務処理の方法については、今後検討。

	国保 (70～74歳)	後期高齢者医療	介護保険(案)
①所得・収入を 考慮する範囲	同一世帯内の70～74歳の 国保被保険者	同一世帯内の後期高齢者 医療の被保険者	同一世帯内の1号被保険者
②所得基準	同一世帯内の同一制度の被保険者(①の被保険者)に、課税所得145万円以上の者がいること		
③収入基準	②に該当する場合であっても、同一世帯内の同一制度の被保険者(①の被保険者)が1名の場合は収入が383万円未満、2名以上の場合は収入の合計が520万円未満の場合は、一般の負担となる		

※ 現段階で想定しているものであり確定したものではない。

2. 補足給付関係

(1) 補足給付の見直しのイメージ



(2) 預貯金等 ①対象とする「預貯金等」の範囲

＜対象とする預貯金等の種類について＞

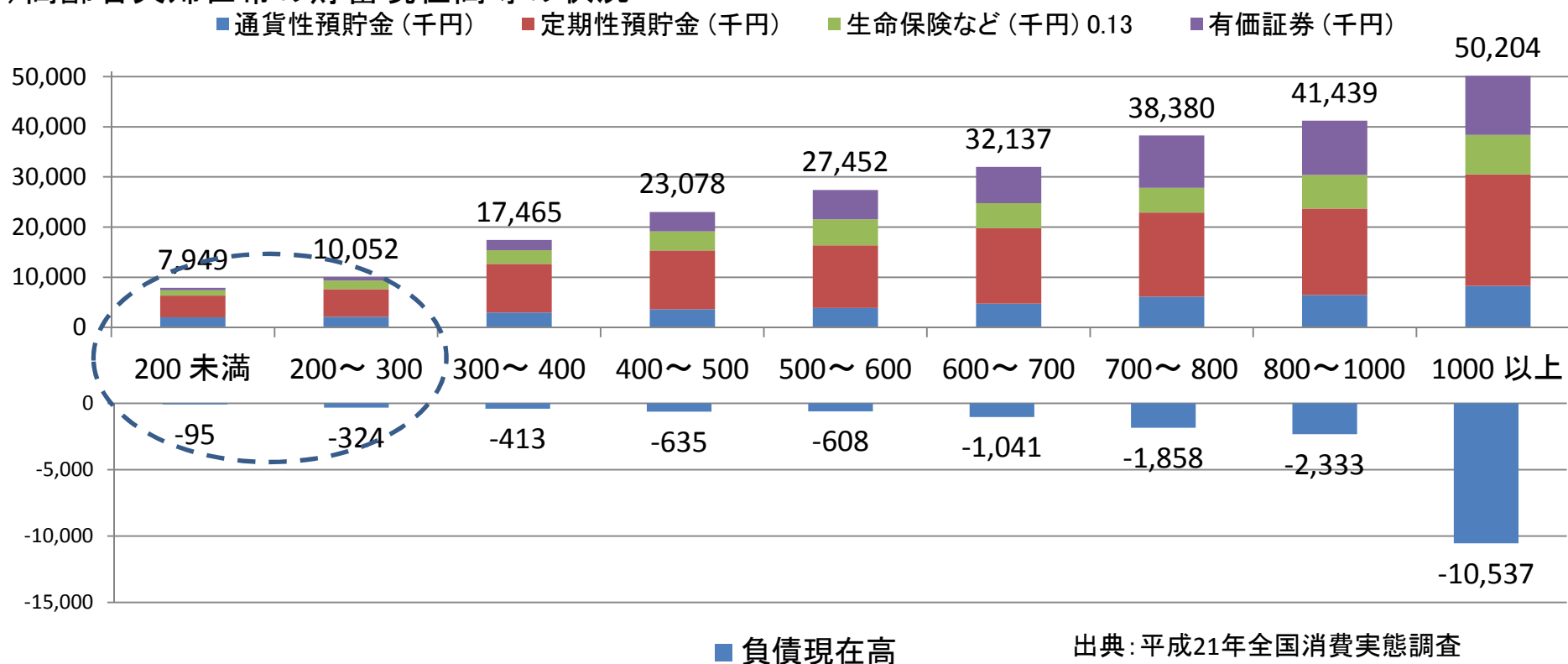
- 活用と確認が容易である預貯金、有価証券を対象とすることとしてはどうか。
- 負債がある場合には、確認書類を添えて申告の上、預貯金等の額と相殺することとしてはどうか。

＜対象外とする資産の種類について＞

- 生命保険等を保有している場合があるが、保険事故に対する保障を目的とする資産は、対象としないこととしてはどうか。

※ 低所得高齢者の金融資産の大部分は預貯金であり、負債がある者も少ないので、こうしたケースは比較的希であると考えられる。

(参考) 高齢者夫婦世帯の貯蓄現在高等の状況



出典: 平成21年全国消費実態調査

② 預貯金等の額の確認方法

＜自己申告制度とする考え方＞

- 現在、預貯金等の金融資産を網羅的に把握できる仕組みはない。
 - 番号制度が施行されても、金融機関等の口座や配当・譲渡益等の名寄せを行うことは現在のところ予定されていない。
- なお、以下のような施行後3年後の検討規定がある。

（参考）行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律

附 則

（検討等）

第6条 政府は、この法律の施行後三年を目途として、この法律の施行の状況等を勘案し、個人番号の利用及び情報提供ネットワークシステムを使用した特定個人情報の提供の範囲を拡大すること並びに特定個人情報以外の情報の提供に情報提供ネットワークシステムを活用することができるようにすることその他この法律の規定について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて、国民の理解を得つつ、所要の措置を講ずるものとする。

- このため、預貯金等の勘案については、正確に把握する仕組みを前提条件とするならば、当面実施の目途は立たないこととなる。自己申告の公平性への批判はあるが、何も行わずに格差をそのまま存置して保険料負担者の負担を増大させるよりも、現在可能な手段を用いて格差の大きい高齢者の世代内の費用負担の公平化を可能な限り図っていくべきではないか。

＜資産の確認方法・適正な申告を促す仕組みについて＞

- 補足給付を受給する者が申請書に必要な書類を添付して申請を行う。
- 補足給付の申請書上、場合によっては金融機関への調査を行うとともに不正受給には加算金がある旨を明記し、あらかじめ調査への同意を得ることとする。
- 申請に当たり本人ないし代理する家族等が預貯金等の額を自己申告するとともに、通帳の写し等を添付し、保険者において確認を行う。
- 保険者は介護保険法に既にある金融機関等への照会規定（次頁参照）を活用して、金融機関等への預貯金の調査を必要に応じて行う。
- また、他制度を参考に、受給者本人に不正受給があった場合の加算金の規定を創設し、補足給付の申請者には、こうした加算金が課されることもある旨を申請書等に記載して周知する。

※ 現段階で想定しているものであり確定したものではない。22

（参考）資産等の照会に係る根拠規定

介護保険法（平成9年法律第123号）（抄）

（資料の提供等）

第203条 市町村は、保険給付及び保険料に関して必要があると認めるときは、被保険者、第一号被保険者の配偶者若しくは第一号被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者の資産若しくは収入の状況又は被保険者に対する老齢等年金給付の支給状況につき、官公署若しくは年金保険者に対し必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係人に報告を求めることができる。

2（略）

(参考)社会福祉法人等による軽減制度における非課税年金の収入算定

社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱(抜粋)

3 実施方法

(3) 軽減の対象者は、市町村民税世帯非課税であって、以下の要件の全てを満たす者のうち、その者の収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難な者として市町村が認めた者及び生活保護受給者とする。

- ① 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が一人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。
- ② 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が一人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。
- ③ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。
- ④ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
- ⑤ 介護保険料を滞納していないこと。

※ 「年間収入」は、非課税収入や仕送りなども含む。

預貯金等勘案関係の実務上の課題と対応の方向

○金融機関に照会する法的根拠。



○介護保険法第203条により銀行等への報告を求めることができることとされている。生活保護法の規定も同様の規定となっている。

○金融機関への照会の位置付け。



○適正な申告を促すための動機付けともなるもの。

○金融機関への照会に対する対応の確保



○基本的にサンプル調査となり、金融機関に重い負担をかけるものではないと考えるが、補足給付の申請書上あらかじめ金融機関等への調査の同意を得ることとすれば、金融機関の対応を得られやすくなるのではないか。

○預貯金等の確認の頻度等



○一度預貯金を確認した場合、それを一定期間有効とし、毎年提出までは求めないなど、事務負担に配慮した仕組みとすることを検討。

○有価証券の取り扱い



○証券会社を通じて有価証券を保有している場合には、評価額について証券会社の口座残高の写しにより確認は可能。

(3) 不動産

①対象とする不動産の範囲

- 農地、林地は宅地に比べて取引件数が少なく(流動性が低い)、全般的に価格も低い状況。
- まずは、宅地を対象とすべきではないか。

<直近1年間の土地取引の件数>

		宅地	農地	林地
東京		5701	6	27
	3000万円超	3604	0	3
宮城		2662	662	165
	3000万円超	184	6	4
福岡		3069	329	165
	3000万円超	472	1	7

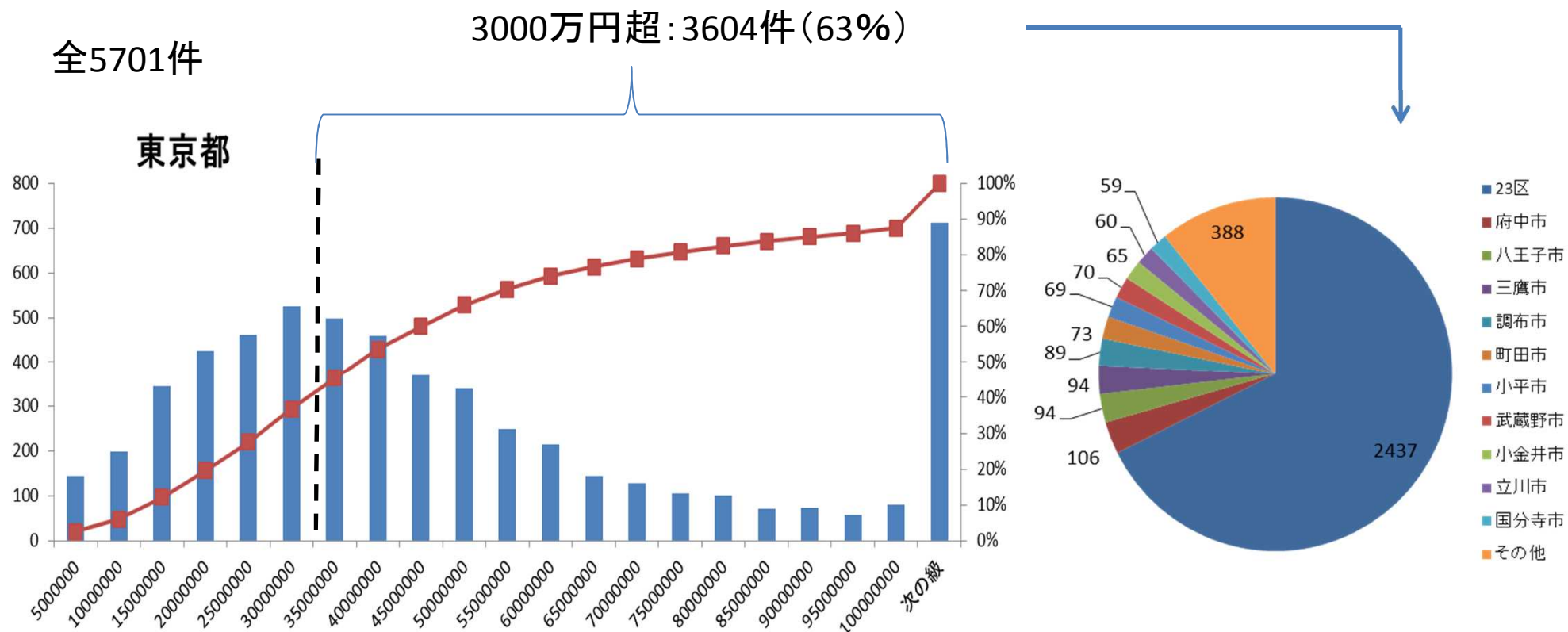
※ 平成24年度第2四半期～平成25年第1四半期のデータを集計したもの。

※ 不動産の取引当事者を対象としたアンケート調査の結果を基にしたデータであり、取引全体が集計されているものではない。

出典:国土交通省土地総合情報システムのデータより作成

(参考)各都道府県の宅地取引額の分布 直近1年間(平成24年度第2四半期～平成25年第1四半期)

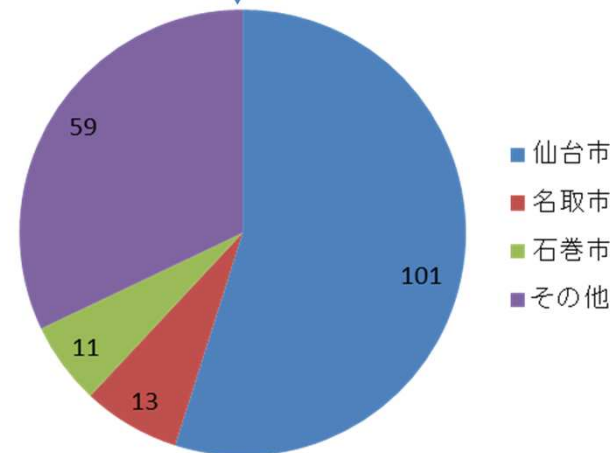
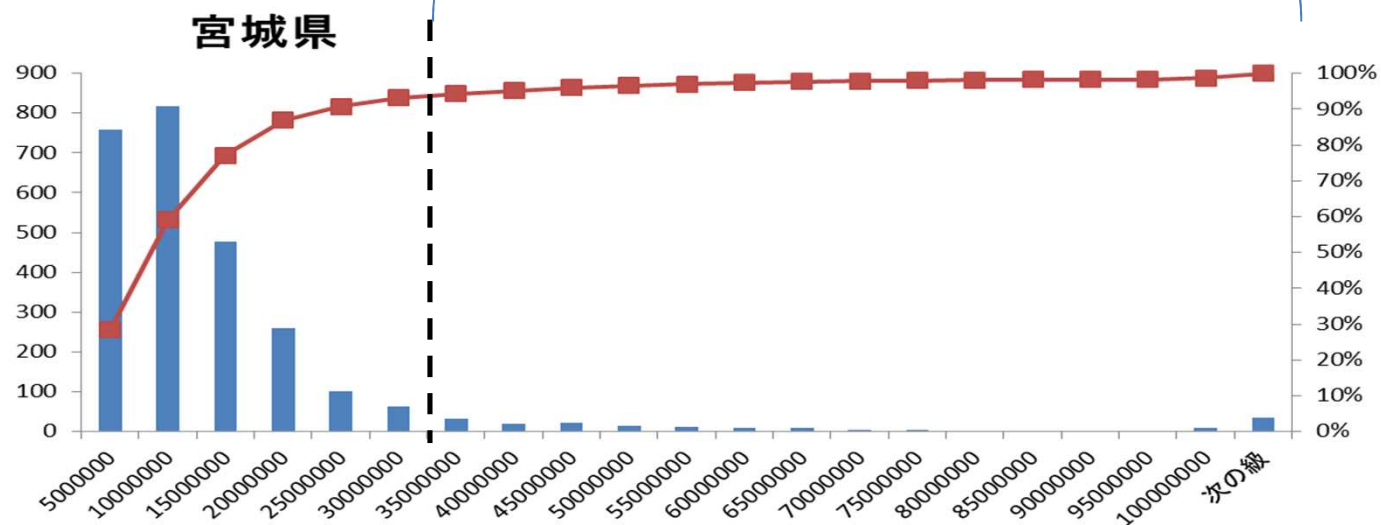
- 宅地の取引価格の分布には、各都道府県により大きな差がある。
- 取引額が3000万円を超える宅地は、都市部以外にはあまりみられない。



出典:国土交通省土地総合情報システムのデータより作成

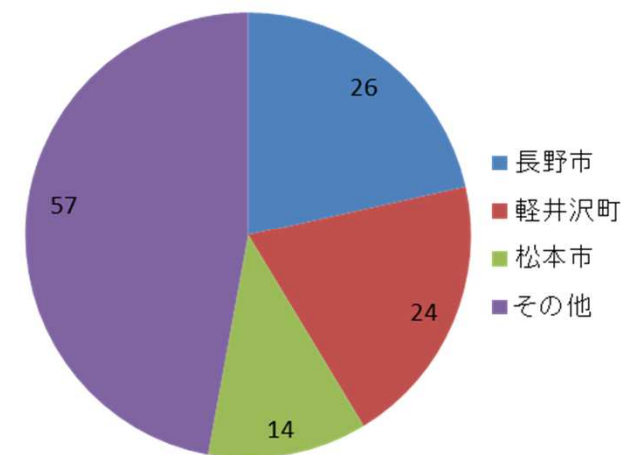
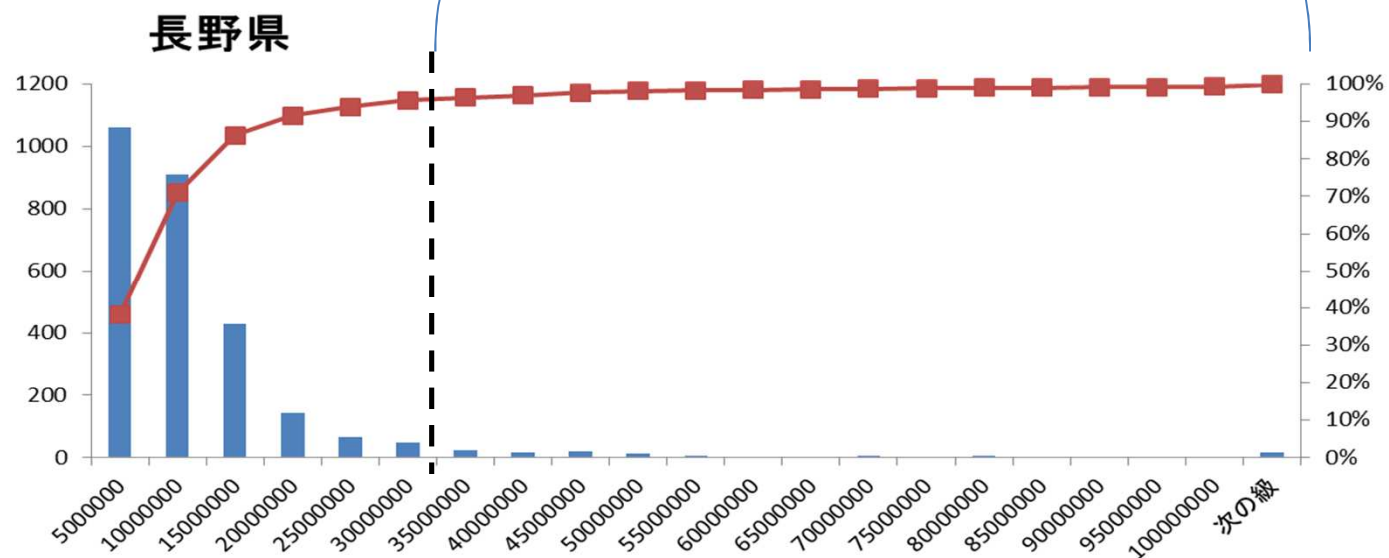
全2662件

3000万円超: 184件 (7%)



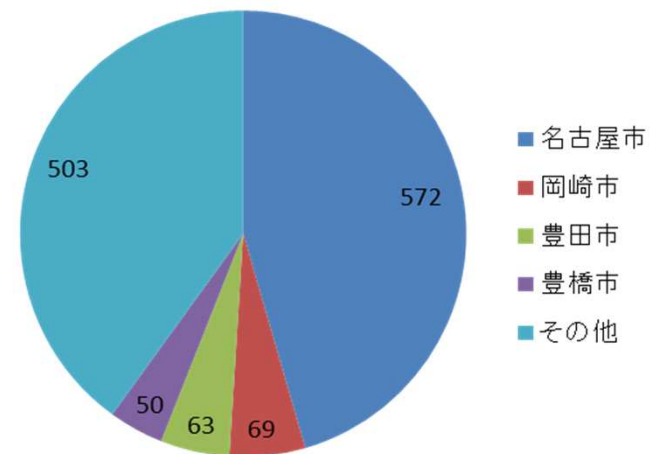
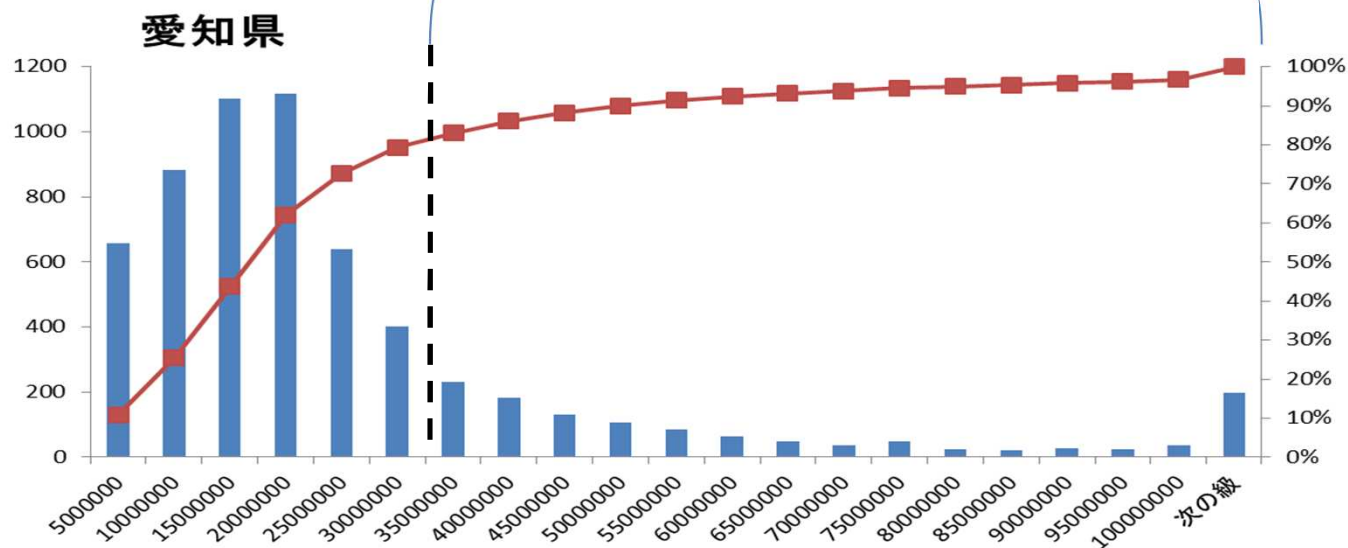
全2778件

3000万円超: 121件 (4%)



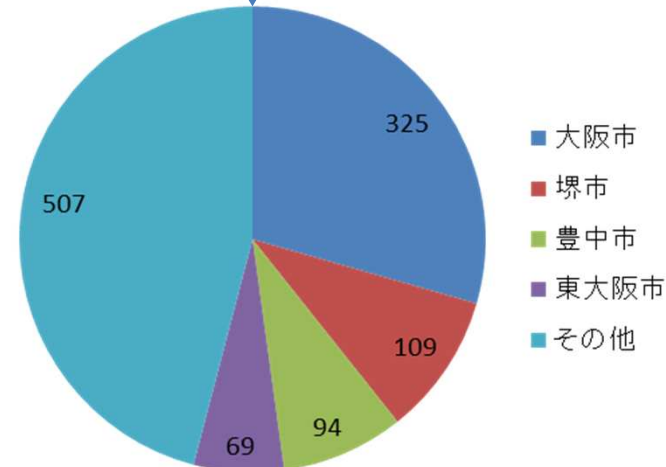
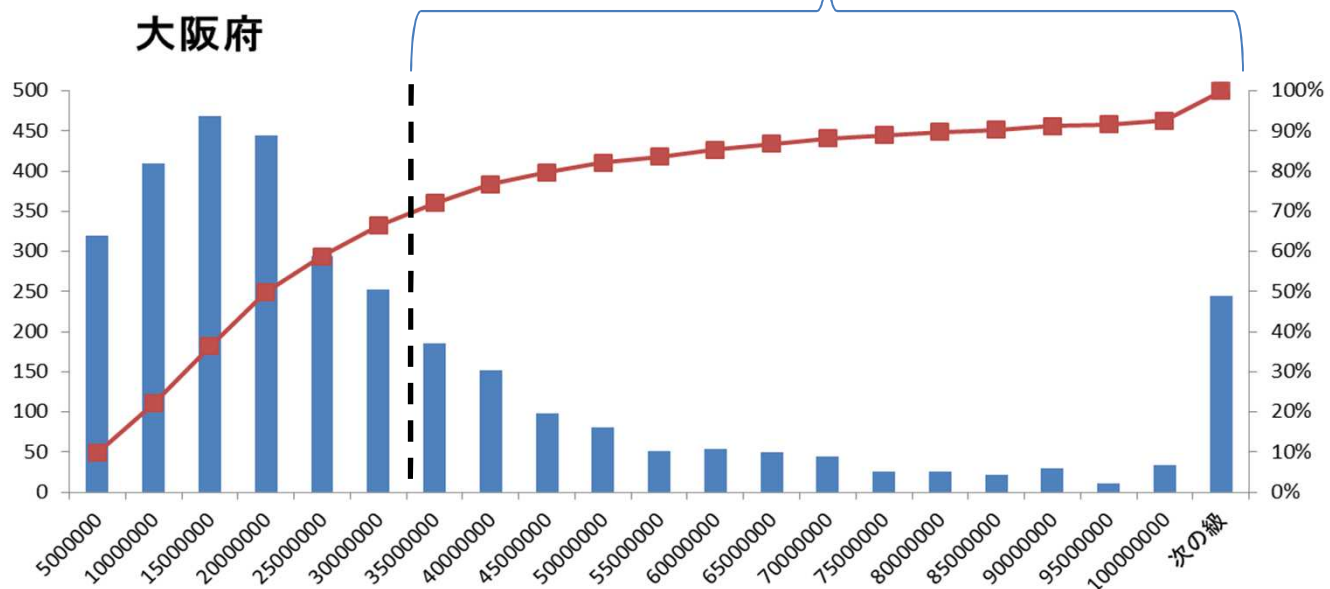
全6055件

3000万円超: 1257件 (21%)



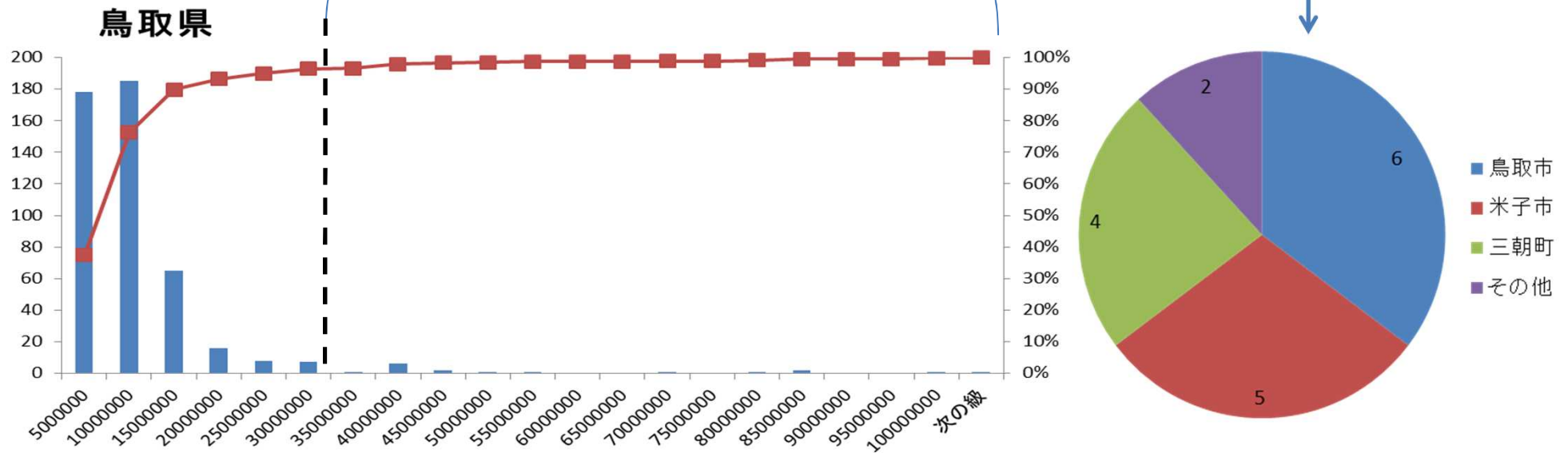
全3291件

3000万円超: 1104件 (34%)



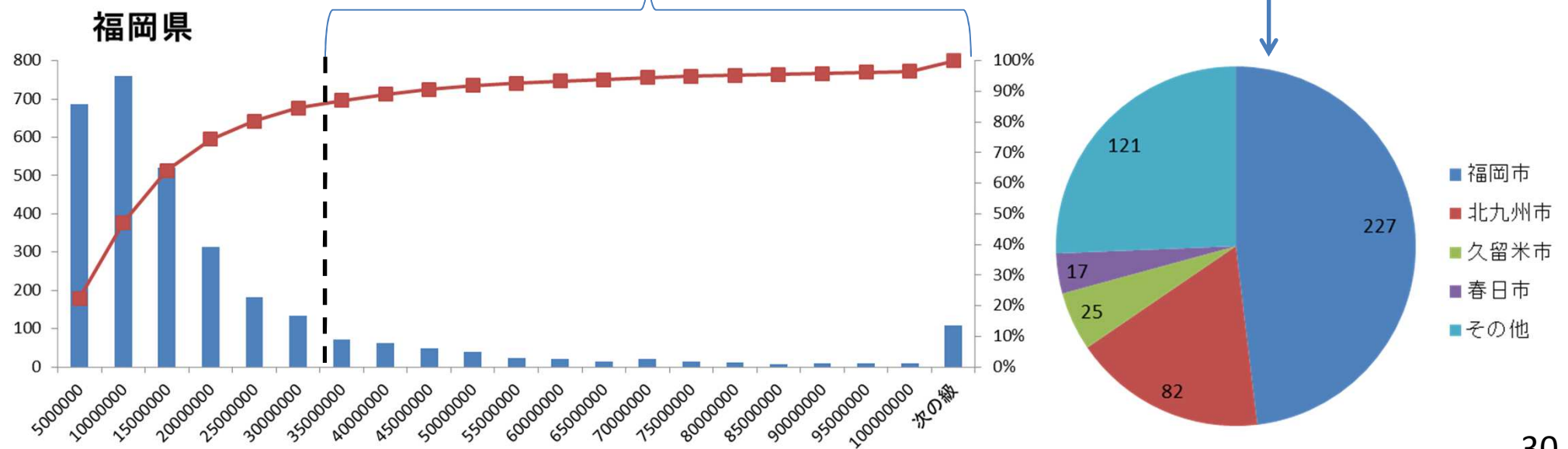
全476件

3000万円超: 17件 (4%)



全3069件

3000万円超: 472件 (15%)

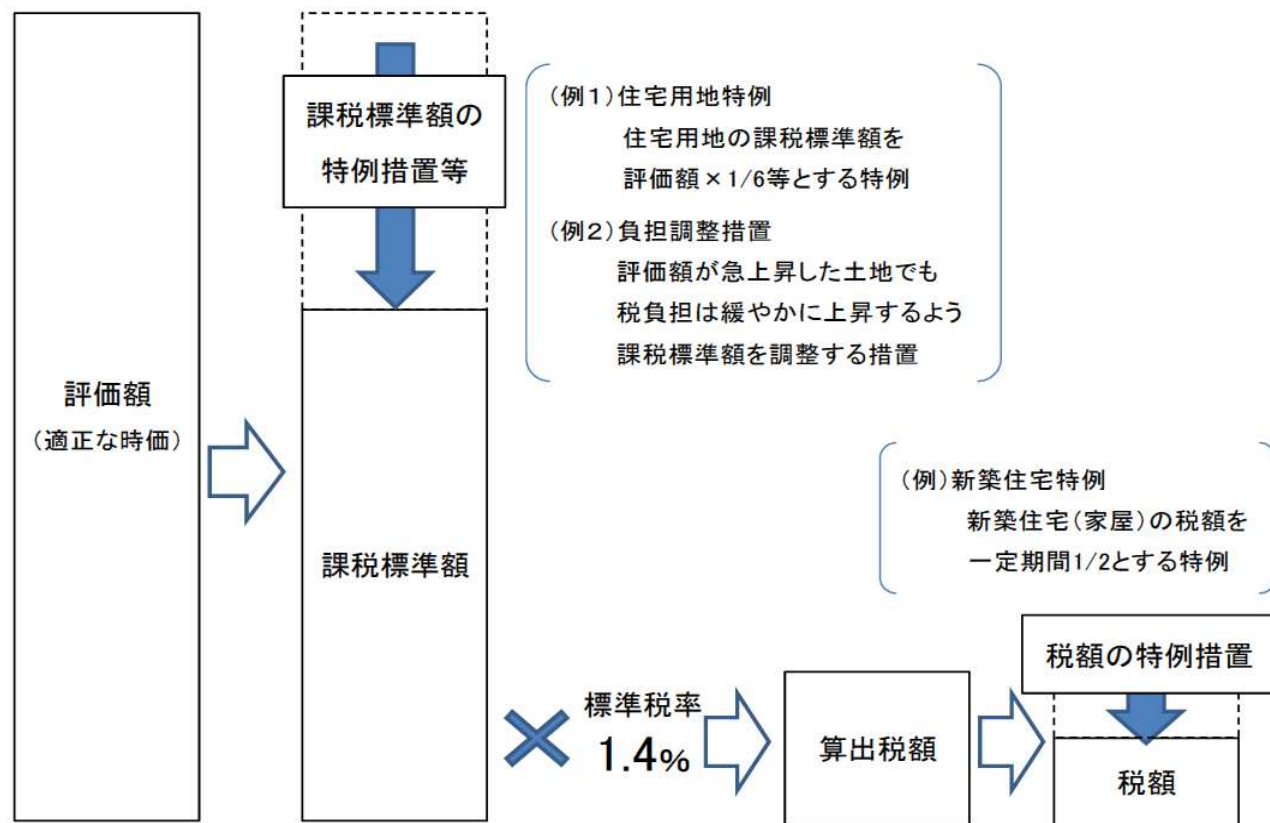


② 宅地不動産の評価

○ 宅地不動産の評価に当たっては、課税上の特例措置が反映される課税標準額ではなく、時価を反映した固定資産税評価額(※)を活用することがよいのではないかな。

※ 地価公示価格の7割程度を目途に評価されている。

＜固定資産税・都市計画税の基本的な計算方法＞



※1 特例措置が存在しない資産もある ※2 天災等特別な事情による減免等も可能

出典: 固定資産税関係資料集(一般社団法人資産評価システム研究センター)

(4) 不動産担保貸付の事業化について引き続き検討すべき課題

- 不動産担保貸付について関係者との調整を進めてきたところだが、現段階では事業化に向けて次のような課題が指摘されている。
- 現時点で全国的に委託先が確保できる状況にはなっておらず、事業化に向けたスキームの詳細や費用対効果について引き続き検討することが必要。

検討案	関係者(自治体・金融機関等)から指摘された課題(例)
○市町村保険者から外部への委託を可能とする。	○市町村の体制では貸付事業を直接実施することは困難であり、実施するには確実な委託先の確保が大前提となる。
○固定資産税評価額で2000万円以上の宅地を所有する者を補足給付の対象外とし、当該宅地を担保とした貸付を実施する。	○宅地の価格には地域差があり、市町村単位とした場合、取扱件数が少なくなるケースも考えられ、民間ベースでは採算の確保が期待しづらい可能性がある。 ○貸付先については、貸付業務の委託先により判断が異なることがあり、標準的な実施方法を確立する必要がある。 ○金融機関等に委託する場合にはシステム整備が必須であり、また鑑定評価や貸付金の金利、事務コストなどがかかるほか、採算を成り立たせることが必要。 ○貸付額が少額な割には借受人に利子等の負担がかかり、また大がかりな仕掛けが必要となるので、費用対効果の観点からも検証すべき。
○貸付原資を介護保険財政から貸付。また、担保割れにより回収不能となった場合には、事後的に補足給付を行い、介護保険財政により負担。	○長期にわたる貸付では、長生きリスク、不動産価値下落リスク、金利上昇リスクがあるため、担保割れのリスクやそれに伴う費用の負担をどうするか整理する必要がある。 ○借受人が亡くなったあとの相続関係の対応がトラブルになりやすいので十全な整理が必要。

不動産担保貸付事業については、その事業化に向けて、次のようなスキームの詳細や費用対効果などの課題について引き続き検討していくこととしている。

引き続き検討すべき主な課題	
1) 各地域での事業化	対象となる宅地不動産は地域ごとにばらつきがあることから、そのような状況の中で各地域での事業化を図る手立てを検討する必要がある。
2) 実務的課題	以下のような実務的な課題について、引き続き検討し、整理をしていく必要がある。
① 貸付の枠組み関係	貸付対象となる者の選定方法、不動産の鑑定・評価のあり方、貸付限度額の設定のあり方、相続人対策のあり方など
② 貸付開始後の管理の在り方	システム等業務処理方法、限度額割れした場合の対応、契約の変更・終了を要する場合の対応など
③ 本人死亡後の対応	本人死亡後の相続人への請求のあり方、居住不動産の処分方法、限度額割れとなった場合の対処方法など
④ 貸付業務に係る費用	必要な費用の調達方法、かかる経費の関係者での分担方法など
3) 費用対効果の検証	全体としての費用対効果を高める方法を検討する必要がある。

(5) 非課税年金の勘案について

○非課税年金である遺族年金及び障害年金を補足給付の給付額を決定するにあたり、収入として勘案する際、次のような点についてどのように考えるべきか。

＜遺族年金について＞

- ・ 現に補足給付を受給している高齢の要介護者は、施設に入所している状態は共通している。
- ・ 遺族年金を受給している要介護者は、ほぼ遺族厚生年金(受給権が発生する時期により旧法が適用される場合がある。)を受給していると考えられるが、遺族厚生年金は、老齢厚生年金の計算式と同様に、死亡した被保険者の平均標準報酬月額と被保険者期間に応じた支払額が決定されている(ただし、老齢厚生年金の額に $3/4$ を乗じること、被保険者期間が300月に満たないときは300月として計算することは老齢厚生年金と異なる。)
- ・ 65歳以上で遺族厚生年金と老齢厚生年金の受給権がある場合は、まず自身の老齢厚生年金が支給され、死亡した配偶者の老齢厚生年金の $3/4$ 等との差額がある場合にはその差額が遺族厚生年金として支払われる(平成19年4月1日時点で65歳以上の遺族厚生年金の受給権者については、死亡した配偶者の老齢厚生年金の $3/4$ 又は自身の老齢厚生年金全額等を選択する従前の仕組みが適用される。)

＜障害年金について＞

- ・ 現に補足給付を受給している高齢の要介護者は、施設に入所している状態は共通している。
- ・ 障害基礎年金と老齢基礎年金はいずれかを選択。65歳以降、障害基礎年金と老齢厚生年金は合わせて受けることができる。
- ・ 障害年金は、年齢にかかわらず、障害により稼得能力が失われることに対する所得保障を行うものであり、障害等級が2級の場合は老齢年金と同額の年金が支給される(障害等級が1級の場合は、2級の場合の1.25倍となる。)

※ 年金制度においては、1人の人が複数の年金を受けることは過剰給付になり公平性を失うとの観点から、「1人1年金」が原則になっている。

(参考) 遺族年金の概要

	遺族基礎年金	遺族厚生年金
支給要件	①短期要件または長期要件に該当すること ア)短期要件 被保険者が死亡したとき、または被保険者であったことがある60歳以上65歳未満の人で国内に住所を有する人が死亡したとき。 イ)長期要件 老齢基礎年金の受給権者または受給資格期間を満たしている人が死亡したとき。 ②保険料納付要件 短期要件の場合は、死亡日の前日において、死亡日の属する月の前々月までに被保険者期間があり、かつ被保険者期間のうち保険料納付済期間と保険料免除期間とを合算した期間が3分の2以上であること。ただし、障害基礎年金と同様の直近1年要件の特例あり。 ③遺族の範囲 死亡した人によって生計を維持されていた次の人に支給。 ①子のある妻 ②子 ※ 遺族基礎年金の支給対象を「子のある妻」から「子のある配偶者」と改正する法律が成立しました。(平成26年4月施行予定。施行日以後に母親が亡くなった父子家庭が対象) ※ 子の年齢要件 ・18歳の誕生日の属する年度の年度末を経過していない子 ・20歳未満で1級または2級の障害者	①短期要件または長期要件に該当すること ア)短期要件 ①被保険者が死亡したとき。 ②被保険者期間中に初診日のある傷病によって初診日から5年以内に死亡したとき。 ③1級または2級の障害厚生年金受給権者 イ)長期要件 老齢厚生年金の受給権者または受給資格期間を満たしている人が死亡したとき。 ②保険料納付要件 短期要件の①・②の場合は、遺族基礎年金と同様の保険料納付要件を満たすことが必要。 ③遺族の範囲 死亡した人によって生計を維持されていた、次の人に支給。 ①遺族基礎年金の対象となる遺族 ②子のない妻 ③55歳以上の夫・父母・祖父母(60歳から支給) ④孫(遺族基礎年金の支給対象となる子と同様の年齢要件あり) ※ 平成19年4月以降、夫の死亡時に30歳未満で子のない妻等に対して支給される遺族厚生年金については、5年間の有期給付となった。
年金額 (平成26年3月～平成25年10月)	778,500円 + 子の加算 ● 子の加算 第1子、第2子…各224,000円 第3子以降…各74,600円	$[(\text{平均標準報酬月額}) \times (10/1000 \sim 7.5/1000※) \times (\text{平成15年3月までの被保険者期間の月数}) + (\text{平均標準報酬額}) \times (7.692/1000 \sim 5.769/1000※) \times (\text{平成15年4月以後の被保険者期間の月数})]$ $\times 1.031 \times 0.968 \times 3/4$ ※乗率は生年月日により異なる。 (注)被保険者期間が300月(=25年)に満たないときは300月(25年)。

(参考) 障害年金の概要

	障害基礎年金	障害厚生年金
支給要件	①保険料納付要件 ア) 初診日の前日において、初診日の属する月の前々月までに被保険者期間があり、かつ被保険者期間のうち保険料納付済期間と保険料免除期間を合算した期間が3分の2以上であること。 イ) 初診日が平成38年4月1日前の場合は、初診日の属する月の前々月までの1年間に保険料の滞納がないこと(＝直近1年要件の特例)。 ②初診日において、被保険者であるかまたは被保険者であった人であって60歳以上65歳未満の国内居住者であること ③障害の状態 障害認定日(※)において、障害の程度が1級または2級に該当すること。 (ただし、障害認定日に1級または2級に該当しなかった場合でも、65歳に達する日の前日までの間に障害が重くなり、1級または2級に該当した時は、請求により障害基礎年金を受給) ●20歳前傷病による障害基礎年金 初診日において20歳未満であった人が20歳に達した日において1級・2級の障害の状態にあるとき、または、20歳に達した後に1級・2級の障害の状態となったときは、障害基礎年金が支給される。ただし、所得制限がある。	①保険料納付要件 障害基礎年金と同じ。 ②初診日において被保険者であること ③障害の状態 障害認定日において、障害の程度が1級～3級に該当すること。 ※ 障害認定日 初診日から1年6カ月経過した日。その間に治った場合は治った日。
年金額(平成25年10月～平成26年3月)	1級 778,500円 × 1.25 + 子の加算 2級 778,500円 + 子の加算 ●子の加算 第1子・第2子・・・各224,000円 第3子以降・・・各 74,600円 ※子とは ・18歳の誕生日の属する年度の年度末を経過していない子 ・20歳未満で1・2級の障害者	1級 [(平均標準報酬月額) × 7.5/1000 × (平成15年3月までの被保険者期間の月数) + (平均標準報酬額) × 5.769/1000 × (平成15年4月以後の被保険者期間の月数)] × 1.031 × 0.968 × 1.25 + 配偶者の加算(224,000円) 2級 [(平均標準報酬月額) × 7.5/1000 × (平成15年3月までの被保険者期間の月数) + (平均標準報酬額) × 5.769/1000 × (平成15年4月以後の被保険者期間の月数)] × 1.031 × 0.968 + 配偶者の加算(224,000円) 3級 [(平均標準報酬月額) × 7.5/1000 × (平成15年3月までの被保険者期間の月数) + (平均標準報酬額) × 5.769/1000 × (平成15年4月以後の被保険者期間の月数)] × 1.031 × 0.968 ※最低保障額(583,900円) (注)被保険者期間が300月(＝25年)に満たないときは300月(＝25年)

3. 制度改革の財政影響の推計

制度改正の財政影響の推計

※ 第6期(平成27年度～29年度)平均

＜利用者負担の見直し＞

＜年度・億円＞

＜円・月＞

	給付費	保険料	公費
案1(被保険者全体の上位20%) + 現役並の高額介護サービス費見直し	▲750	▲330	▲420
案2(課税者の上位50%) + 現役並の高額介護サービス費見直し	▲710	▲310	▲400

1号保険料
▲40
▲38

＜補足給付の見直し＞

	給付費	保険料	公費
補足給付の見直し(合計)	▲700	▲310	▲390
一定以上の預貯金のある者を対象外	▲360	▲160	▲200
配偶者の所得を勘案	▲200	▲90	▲110
遺族年金等非課税年金を第2段階と第3段階の判定に勘案	▲130	▲60	▲70

1号保険料
▲37
▲19
▲11
▲7

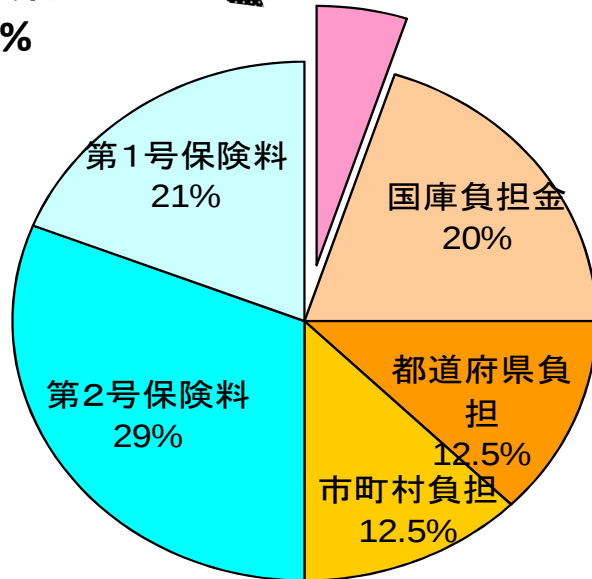
注:平成24年の介護給付実態調査等を基に推計を行い、「平成25年度予算の後年度歳出・歳入への影響試算」における介護給付費の伸び率等を勘案して将来的な影響額を算出しており、今後の給付費の動向等により影響は変化する。

4. その他

(参考) 介護保険の 調整交付金の概要

①市町村の責めによらない保険料収入不足と給付費増を調整、②国庫負担25%のうち5%部分を財源とする。

調整交付金
平均5%



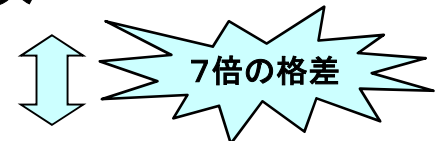
1. 後期高齢者の要介護認定率の違い

後期高齢者の人口構成割合が大きい保険者

→ 必然的に保険給付費が増大

→ 調整をしなければ、保険料負担が増大

- ・ 前期高齢者(65歳～74歳): 認定率約 4%
- ・ 後期高齢者(75歳以上) : 認定率約31%



2. 被保険者の所得水準の違い

同じ年収300万円の被保険者A

(調整をしない場合)

- ・ 他の被保険者全てが保険料6段階の高所得者
→ 被保険者Aの保険料負担は低くてすむ
- ・ 他の被保険者全てが保険料1段階の老福年金受給者
→ 被保険者Aの保険料負担は高くなる

調整交付金の財政調整の例

A町

後期高齢者(75歳以上)が多い
保険者
低所得の高齢者が多い保険者

調整交付金が5%で
あれば、7,493円

実際は
4,500円

調整交付金
を多く
(12.59%)
支給

第1号保険料

B市

後期高齢者が少ない保険者
低所得の高齢者が少ない保険者

実際は、3,780円
調整交付金5%が出
れば、2,993円

第1号保険料

調整交付
金なし

【調整交付金の役割】

- ・ 保険者の給付水準が同じであり、
- ・ 収入が同じ被保険者であれば、
保険料負担額が同一となるよう調整するもの。

(※)調整交付金の計算方法

各市町村の普通調整交付金の交付額

$$= \text{当該市町村の標準給付費額} \times \text{普通調整交付金の交付割合}(\%)$$

普通調整交付金の交付割合(%)

$$= 26\% - (21\% \times \text{後期高齢者加入割合補正係数} \times \text{所得段階別加入割合補正係数})$$

予防給付の見直しと地域支援事業の充実 について

前回からの見直しの概要

趣旨

- 予防給付の見直しについては、実施主体である市町村による円滑な事業実施が重要であり、介護保険部会等の場において、保険者から、
 - ・ 予防給付に代わる受け皿を市町村で十分に整備するには、時間をかけて行うべき
 - ・ 事業費の総額に上限を設けることについてそれを超えた場合の取扱いはどうなるのか。事業費の抑制のみに着目するのではなく、財源をしっかりと確保すべき
 - ・ 市町村に全てを任せるのではなく、市町村が効率化に向けた取組を行いやすくなるような制度設計とすべきなど、御意見をいただいている。
- このため、これまで提案してきた案について、基本的な考え方は維持しつつ、一定の見直しを行う。

見直しの概要

- 地域支援事業の枠組みの中で介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し、新しい総合事業として、すべての市町村で平成29年4月までに実施。
- 多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスの提供をできるよう、予防給付の訪問介護、通所介護は、事業にすべて移行。（平成29年度末）
- その他のサービス（訪問看護、福祉用具等）は予防給付によるサービス利用を継続。
- 総合事業の実施により、既存の介護事業者を活用しつつ、住民主体のサービスの拡充等を推進し、効率的に事業実施。
総合事業の事業費の上限について、給付から事業へ移行する分もまかなえるよう見直し。
- 総合事業実施に向けた基盤整備を推進。

介護予防給付(訪問介護・通所介護)の見直しと地域支援事業の充実等(案)

(1) 予防給付の見直し(訪問介護、通所介護)

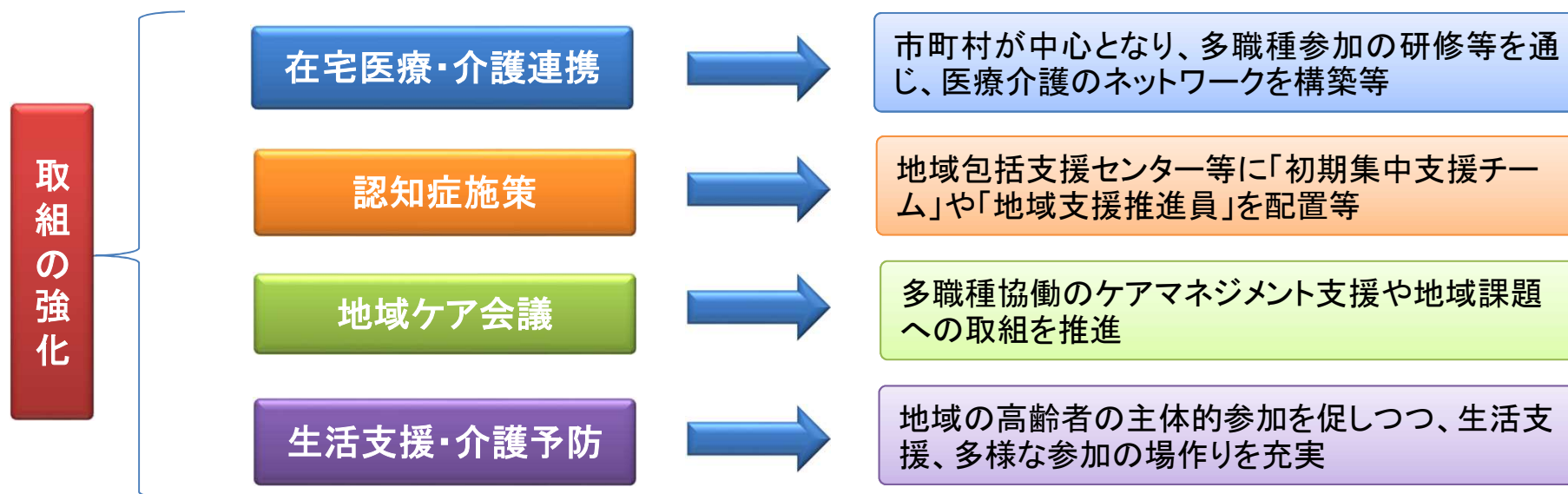
- 要支援者に対する介護予防給付(訪問介護・通所介護)については、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスの提供をできるよう、地域支援事業の形式に見直す。市町村の事務負担等も踏まえ、平成29年度末までにすべて事業に移行。訪問看護等は引き続き予防給付によるサービス提供を継続。
- 全国一律のサービスの種類・内容・運営基準・単価等によるのではなく、市町村の判断でボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の地域資源を効果的に活用できるようにしていく。
- 移行後の事業も、介護保険制度内でのサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- 地域の実情に合わせて一定程度時間をかけ、既存介護サービス事業者の活用も含め多様な主体による事業の受け皿の基盤整備を行う。

予防給付から新しい総合事業への移行

高齢者の多様なニーズに対応するため、市町村が地域の実情に応じ、取組を推進

(2) 地域支援事業の充実

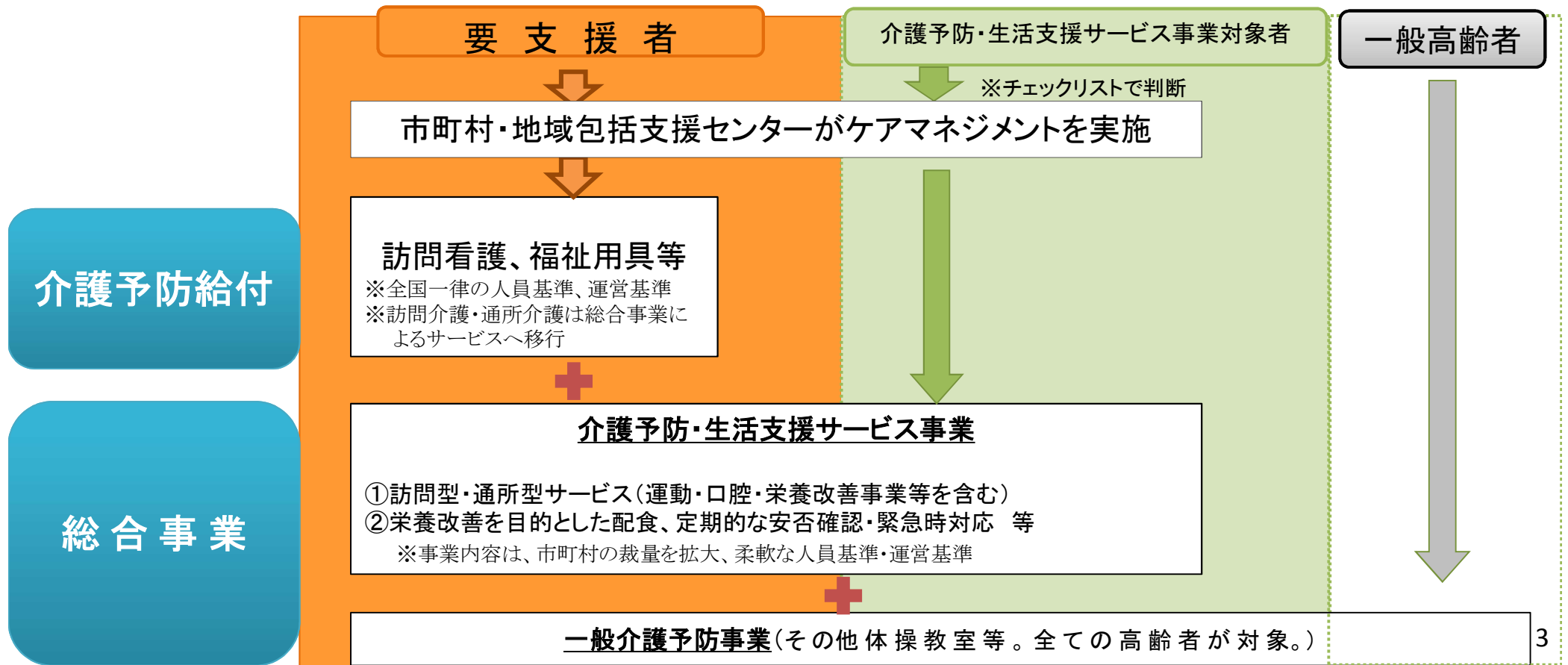
- 地域支援事業の枠組みを活用し、以下の充実を行い、市町村が中心となって総合的に地域づくりを推進。



※地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業として再構築

新しい介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）

- すべての市町村が29年4月までに「総合事業」を開始(総合事業は「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」から構成)。→訪問介護、通所介護は総合事業のサービスにすべて移行(29年度末)(訪問介護、通所介護以外のサービスは予防給付によるサービス利用。) ※介護予防・日常生活支援総合事業は平成24年度から開始している。
- 要支援者は、ケアマネジメントを行い、総合事業によるサービス(訪問型・通所型サービス等)と、予防給付によるサービスを適切に組み合わせつつ、サービス利用。
- 総合事業のみ利用する場合は要支援認定は不要。基本チェックリストで判断を行う。



要支援者の訪問介護、通所介護の総合事業への移行(介護予防・生活支援サービス事業)

○ 多様な主体による柔軟な取り組みにより効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、予防給付の訪問介護、通所介護は、事業にすべて移行(平成29年度末まで)

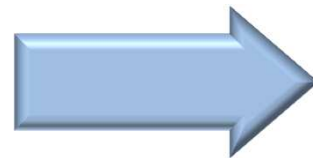
○ その他のサービスは、予防給付によるサービスを利用

予防給付によるサービス

- ・訪問介護
- ・通所介護

- ・訪問看護
- ・訪問リハビリテーション
- ・通所リハビリテーション
- ・短期入所療養介護
- ・居宅療養管理指導
- ・特定施設入所者生活介護
- ・短期入所者生活介護
- ・訪問入浴介護
- ・認知症対応型通所介護
- ・小規模多機能型居宅介護
- ・認知症対応型共同生活介護
- ・福祉用具貸与
- ・福祉用具販売
- ・住宅改修

など



訪問介護、通所介護
について事業へ移行

新しい総合事業によるサービス (介護予防・生活支援サービス事業)

- ・訪問型サービス
- ・通所型サービス
- ・生活支援サービス
(配食・見守り等)

・多様な担い手による生活支援

・ミニデイなどの通いの場
・運動、栄養、口腔ケア等の教室

・介護事業所による訪問型・通所型サービス

※多様な主体による多様なサービスの提供を推進

※総合事業のみ利用の場合は、基本チェックリスト該当で利用可

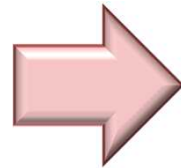
従来通り
予防給付で行う

要支援者に対する訪問介護・通所介護の多様化(イメージ)

- 全国一律のサービス内容であった訪問介護や通所介護については、事業に移行することにより、既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、多様なサービスが多様な主体により提供され、利用者が多様なサービスを選択可能となる。

【参考例】

訪問介護



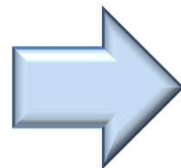
(訪問型サービス)

既存の訪問介護事業所による身体介護・生活援助の訪問介護

NPO、民間事業者等による掃除・洗濯等の生活支援サービス

住民ボランティアによるゴミ出し等の生活支援サービス

通所介護



(通所型サービス)

既存の通所介護事業所による機能訓練等の通所介護

NPO、民間事業者等によるミニデイサービス

コミュニティサロン、住民主体の運動・交流の場

リハビリ、栄養、口腔ケア等の専門職等が関与する教室

新しい介護予防事業

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
- 元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

現行の介護予防事業

一次予防事業

- ・介護予防普及啓発事業
- ・地域介護予防活動支援事業
- ・一次予防事業評価事業

二次予防事業

- ・二次予防事業対象者の把握事業
- ・通所型介護予防事業
- ・訪問型介護予防事業
- ・二次予防事業評価事業

一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直す

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

一般介護予防事業

・介護予防事業対象者の把握事業

- ・地域の実情に応じて収集した情報等（例えば、民生委員等からの情報など）の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、地域介護予防活動支援事業等で重点的に対応（基本チェックリストを活用することも可能）

・介護予防普及啓発事業

・地域介護予防活動支援事業

- ・要支援者等も参加できる住民運営の通いの場の充実

・介護予防事業評価事業

・（新）地域リハビリテーション活動支援事業

- ・「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけるために、地域においてリハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進

介護予防・生活支援サービス事業

- ・従来の二次予防事業対象者に実施していた通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業は、基本チェックリストの活用により、引き続き、対象者を限定して実施

新しい総合事業について(案)

【1 概要】

- 1) 要支援者と従来の二次予防事業対象者が利用する訪問型・通所型サービス等の「介護予防・生活支援サービス事業」とすべての高齢者が利用する体操教室等の「一般介護予防事業」からなる「介護予防・日常生活支援総合事業」を、すべての市町村が平成29年4月までに開始。
- 2) 予防給付の訪問介護、通所介護は、事業にすべて移行(平成29年度末)。
- 3) 一般介護予防事業に関し、住民運営の通いの場を充実させるとともに、リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化。あわせて、基本チェックリストだけでなく、地域の実情に応じて収集した情報等さまざまなものを活用し、把握した支援を要する者について、一般介護予防事業に結びつけ、支援を行う。

【2 新しい総合事業の介護予防・生活支援サービス事業の概要】

- 1) 事業の内容： 多様なサービス提供の実現のために、介護予防・生活支援サービス事業として、訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス(配食・見守り等)を実施。
- 2) 実施主体： 市町村 （事業者への委託、市町村が特定した事業者が事業を実施した費用の支払等）
- 3) 対象者 ： 要支援者及び介護予防・生活支援サービス事業対象者
※要支援者についてはその状態像によっては事業(訪問型サービスや通所型サービス)を利用しつつ、訪問看護などの給付でのサービスも利用可能
- 4) 利用手続き： 要支援認定を受けてケアマネジメントに基づきサービスを利用
※給付を利用せず、総合事業の生活支援・介護予防サービス事業のみ利用の場合は、基本チェックリスト該当で利用可
- 5) 事業費の単価： サービスの内容に応じた市町村による単価設定を可能とする。 訪問型・通所型サービスについては、現在の訪問介護、通所介護(予防給付)の報酬以下の単価を市町村が設定する仕組みとする。

- 6) 利用料: 地域で多様なサービスが提供されるため、そのサービスの内容に応じた利用料を市町村が設定する。
※従来の給付から移行するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みのもと、市町村が設定する仕組みを検討。(利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組みとすることが必要)
- 7) 事業者: 市町村が事業者へ委託する方法に加え、あらかじめ事業者を認定等により特定し、当該市町村の一定のルールの下事業者が事業を実施した場合事後的に費用の支払いを行う枠組みを検討。
- 8) 限度額管理: 利用者個人の限度額管理を実施。利用者が給付と事業を併用する場合には、給付と事業の総額で管理を行うことを可能とすることを検討。
- 9) ガイドライン: 介護保険法に基づき厚生労働大臣が指針を策定し、市町村による事業の円滑な実施を推進。
- 10) 財源: 1号保険料、2号保険料、国、都道府県、市町村(予防給付と同じ)

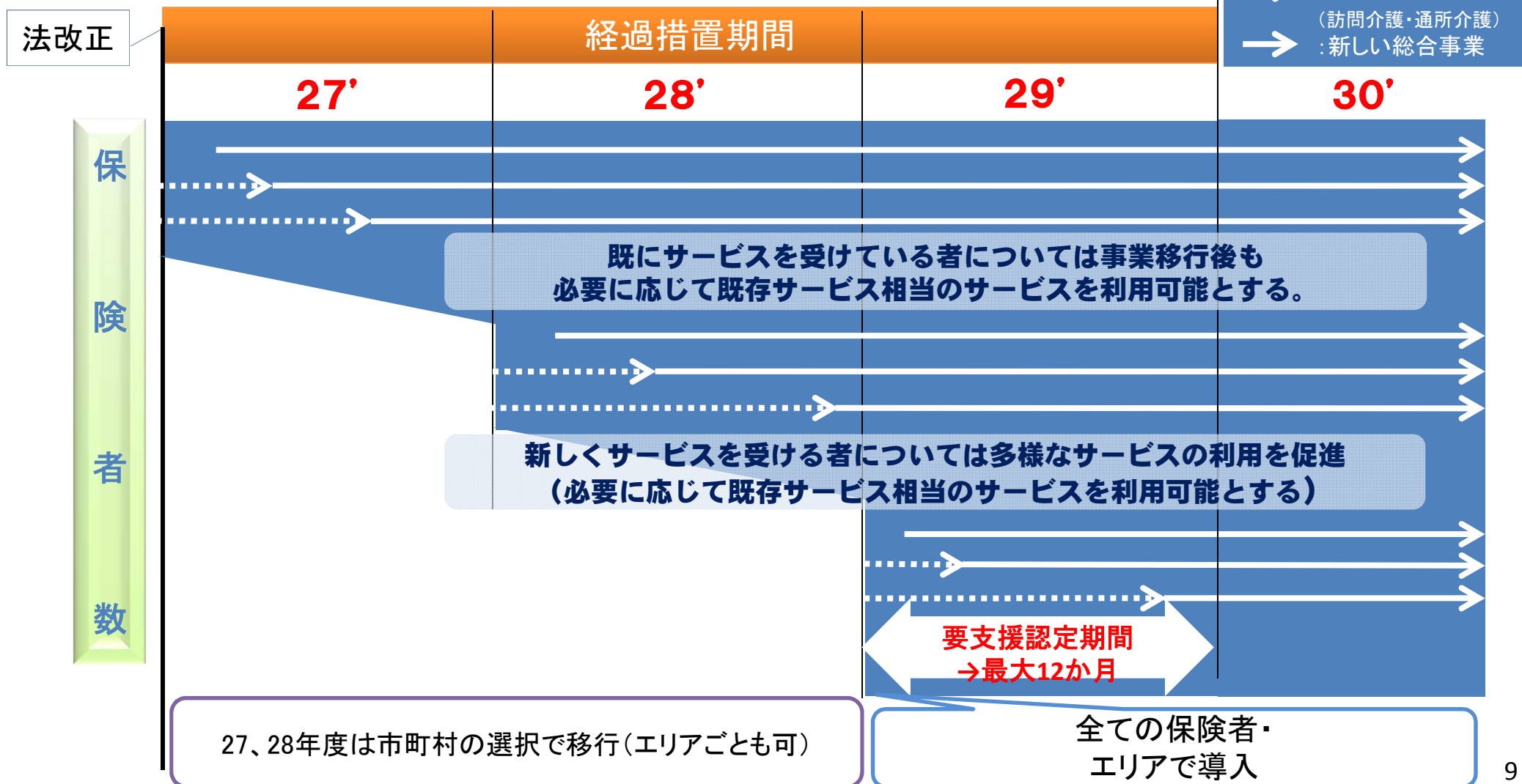
【3 新しい総合事業の一般介護予防事業の概要】

- 1) 元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。
- 2) 具体的には、「介護予防事業対象者の把握事業」「介護予防普及啓発事業」「地域介護予防活動支援事業」「介護予防事業評価事業」「地域リハビリテーション活動支援事業」から構成。
- 3) 地域リハビリテーション活動支援事業については、新しい事業であり、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスより働きかけるために、地域においてリハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進するもの。

市町村の新しい総合事業実施に向けたスケジュールについて(イメージ)

- 平成29年4月までに、全ての保険者で要支援者に対する新しい総合事業を開始。(27、28年度は市町村の選択)
- 平成29年度末をもって、予防給付のうち訪問介護と通所介護については終了。

訪問介護、通所介護(予防給付)から訪問型サービス・通所型サービスへの移行(イメージ)



国によるガイドラインの提示等

○ 市町村による事業の円滑な実施を推進するため、ガイドラインとして、介護保険法に基づく指針を策定。

○ 市町村による事業でのさまざまな創意工夫の例や事業で対応する際の留意点をガイドラインの中に記載。

（創意工夫の例）

- ・事業への移行の推進等を通じた、住民主体のサービス利用の拡充
- ・介護予防の機能強化を通じた認定率の伸びの抑制
- ・リハ職等が積極的に関与し、ケアマネジメントを機能強化し、重度化予防の推進

（事業で対応する際の留意点の例）

- ・認知機能が低下している者に対するサービスについては早期から専門職が適切に関与するとともに適切な生活支援サービスを組み合わせること
- ・明確な目標等を定めた個別サービス計画を作成し、6ヶ月等一定期間経過後、地域包括支援センターと介護サービス事業者等がサービス担当者会議などで適切に評価し、効率的な事業への移行を積極的に推進すること（「アセスメント→訪問／通所介護計画（明確な目標設定）→定期的な記録→サービス担当者会議などでの定期的な評価を通じた課題解決」のプロセスを経る。）

○ 国として法に基づくガイドラインの中で、すべての市町村が要支援者のサービス提供を効率的に行い、総費用額の伸びを低減させることを目標とすることを記載。

○ 市町村は介護保険事業計画の中で要支援者のサービス提供の在り方とその費用について明記することになるが、その結果を3年度毎に検証することを新たに介護保険法に法定化することを検討。

要支援者に対するサービス提供について、各市町村が計画期間中の取組、費用等の結果について検証し、次期計画期間につなげていく枠組みを新たに構築する。

市町村の事務負担の軽減等について

○予防給付の訪問介護・通所介護を市町村の地域支援事業に移行することにより、市町村の契約等の事務が増加することが見込まれるため、円滑に事務を遂行するために以下のような市町村に対する支援策を実施。

1 市町村による契約・審査・支払事務の負担軽減

- 都道府県との適切な役割分担のもと市町村が事業所を認定等により特定する仕組みを導入
 - ・ 市町村が毎年度委託契約を締結する事務を不要とするため、現在の指定事業所の枠組みを参考にしつつ事業所を認定等により特定する仕組みを設け、推進。
- 審査・支払について国保連の活用
 - ・ サービス提供主体である事業者等から費用の請求に係る審査・支払については国保連の活用を推進。既存サービス相当のサービス等については、あわせて簡易な限度額管理も行う。

2 市町村で地域の実情に応じた事業を展開しやすいようなさまざまな支援策の実施

(例)要支援事業を円滑に実施するための指針(ガイドライン)の策定
日常生活圏域ニーズ調査、地域ケア会議、介護・医療関連情報の「見える化」の推進
生活支援サービスのコーディネーターの配置の推進
地域包括ケア好事例集の作成

等

3 介護認定の有効期間の延長について検討

効率的な事業の実施について

効率的な事業実施に向けて中長期的に取り組むが、まず第6期計画期間中に以下のような取組みに着手し、集中的に推進。

【弾力的な事業実施】

(1) 予防給付の訪問介護・通所介護について、柔軟なサービスの内容等に応じて人員基準、運営基準、単価等について柔軟に設定できる地域支援事業に移行すれば、事業の実施主体である市町村の判断で以下のような取組を実施し、効率的に事業を実施することが可能

- ① 例えば、既存の介護事業者を活用する場合でも、柔軟な人員配置等により効率的な単価で事業を実施
- ② NPO、ボランティア等の地域資源の有効活用により効率的に事業を実施
- ③ 要支援者に対する事業に付加的なサービスやインフォーマルサービスを組み合わせた多様なサービス内容の事業を実施。
- ④ 多様なサービス内容に応じた利用者負担を設定し、事業を実施

※ 従来の給付から移行するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みのもと、市町村が設定する仕組みを検討。(利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組みとすることが必要)

* ①～④の取組を通じた効率的な実施について国としてガイドラインで市町村に対して周知。

【市町村による自立支援に資する地域マネジメントの強化】

(2) あわせて、要支援認定に至らない高齢者も地域で自立した生活を継続できるよう、生活支援の充実などを通じた地域で高齢者を支える地域づくりと、より効果的・効率的な介護予防の事業を組み合わせ、自立支援に資する地域マネジメントを推進する、市町村による取組を強化。

※ 介護予防に集中的に取り組むことや、高齢者の社会参加に積極的に取り組むことで、認定率の伸びを抑えられている市町村の例もある。

総合事業の事業費の上限について（見直しの考え方）

（現行制度）

- 現在の総合事業の上限は介護保険事業計画の給付見込額の原則2%とされている。（厚生労働大臣の認定を受けたときは3%まで引上げが可能）

（見直しの考え方）

- 総合事業の上限については、現行制度も踏まえつつ、予防給付から事業に移行する分をまかなえるように設定。
- 具体的には、当該市町村の予防給付から移行する訪問介護・通所介護と予防事業（総合事業）の合計額を基本にしつつ、当該市町村の後期高齢者の伸び等を勘案して設定した額とする方向で検討。
- 仮に市町村の事業費が上限を超える場合の対応については、制度施行後の費用の状況等を見極める必要があること等を踏まえ、個別に判断する仕組みなどの必要性について検討。

市町村による新しい地域づくりの推進(介護予防・生活支援の充実)

- 市町村が中心となってコーディネーターと連携しつつ、生活支援サービスの充実、介護予防の推進等を図ることにより、高齢者が利用可能な多様なサービスが地域で提供される。
- 高齢者の中には事業の担い手となる者も出現。これは介護予防にもつながる。
⇒ 高齢者を中心とした地域の支え合い(互助)が実現。

市町村が中心となって企画・立案

地域資源の開発

(例)

- ・ボランティアの発掘・養成・組織化

→ ボランティアは生活支援・介護予防の担い手として活動。高齢者の困り事の相談の対応等も実施。(コーディネーターとも連携)

- ・生活支援・介護予防の立ち上げ支援

連携・協力

コーディネーター

介護予防・生活支援の充実

多様な通いの場

(例)

- ・サロン
- ・住民主体の交流の場
- ・コミュニティカフェ
- ・認知症カフェ
- ・ミニデイサービス
- ・体操教室
- ・運動・栄養・口腔ケア等の教室

研修を受けたボランティアが地区の集会所で介護予防教室を運営。

小規模多機能居宅介護に交流施設を併設。地域のサロンとして活用。子どもとの交流も実施。

多様な生活支援

(例)

- ・ゴミ出し
- ・洗濯物の取り入れ
- ・食器洗い
- ・配食
- ・見守り
- ・安否確認

研修を受けたボランティアが高齢者と一緒に洗濯物を取り入れる等生活行為の自立を支援。

地域活性化を推進するNPOが地域に配食サービスを展開。

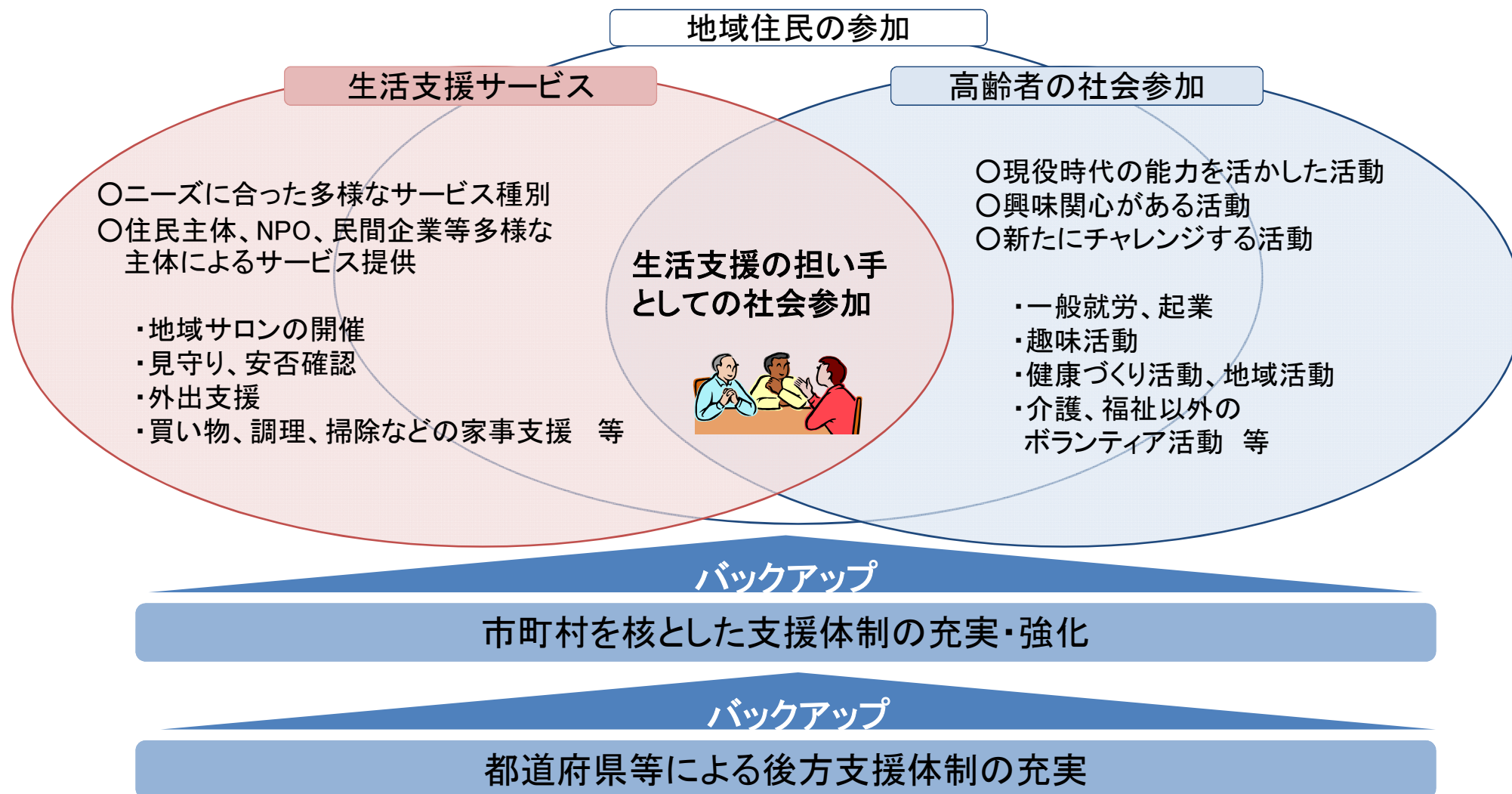
交番、金融機関、コンビニ等幅広い関係機関が連携し、認知症の高齢者の見守り体制を構築。

参加・活用
(担い手となる
高齢者も出現)

支援を要する高齢者

(参考)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、協同組合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。



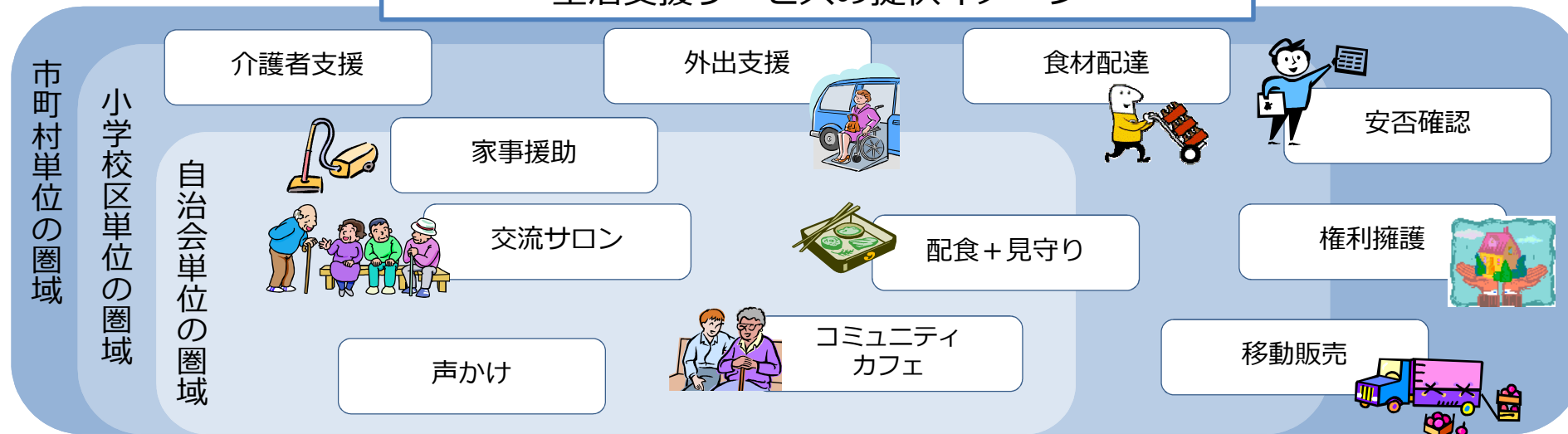
(参考) 多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

○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、社会福祉法人、協同組合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・互助の好取組を全国展開
- ・「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



事業主体

民間
企業

N P O

協同
組合

社会福祉
法人

ボランティア

バックアップ

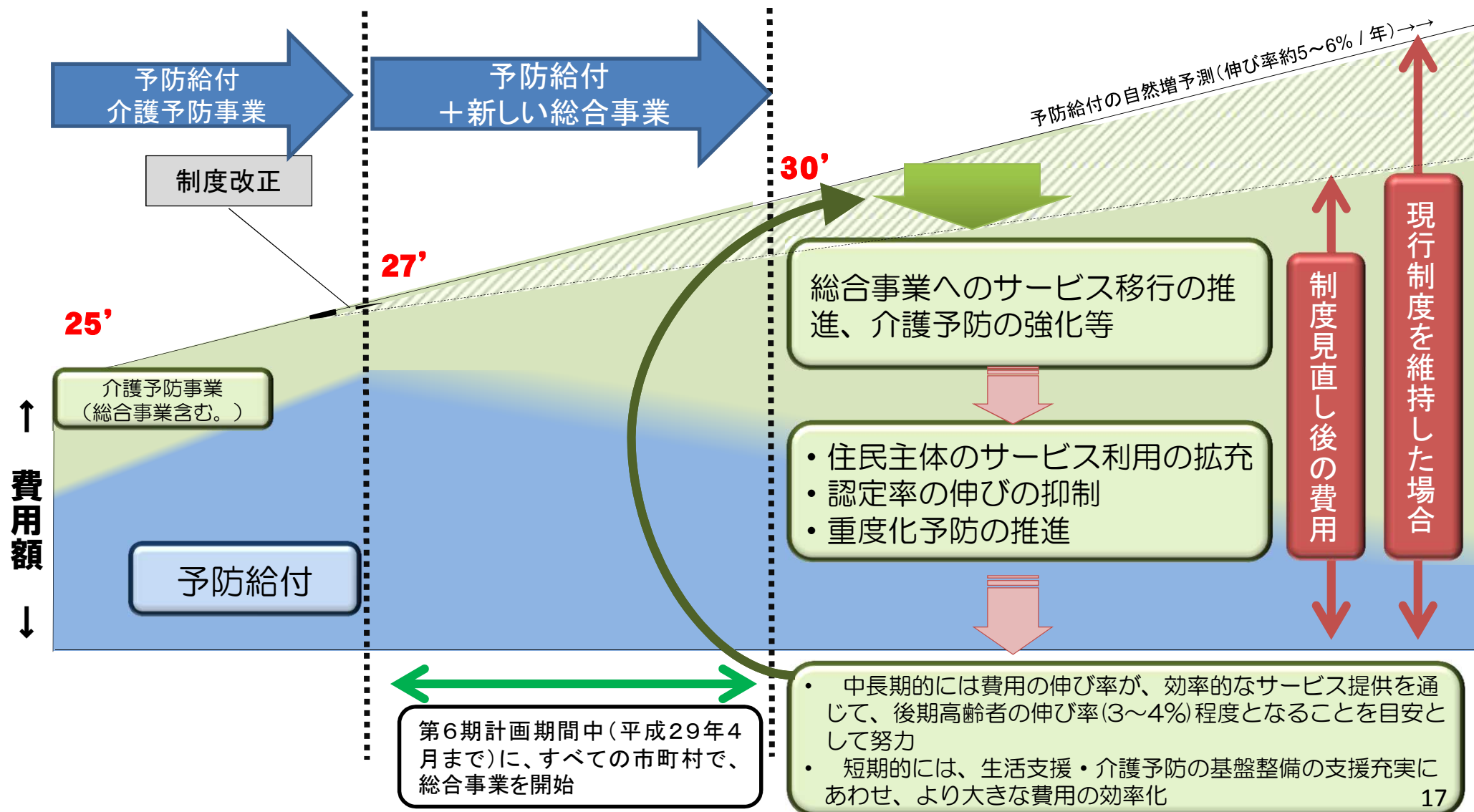
市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）



民間とも協働して支援体制を構築

総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化(イメージ)

- 総合事業への移行により住民主体の地域づくりが推進。住民主体のサービス利用が拡充し、効率的に事業実施。
- 介護予防のための事業は機能強化。支援を必要とする高齢者が認定を受けなくても地域で暮らせる社会を実現。
- リハ職等が積極的に関与しケアマネジメントを機能強化。重度化予防をこれまで以上に推進。



(参考)介護予防・生活支援サービスの充実(イメージ)

要支援者をはじめとするすべての高齢者の自立を支援するため、介護予防・生活支援サービスの充実を推進。

互助、民間サービス

総合事業

+

その他の地域支援事業

訪問型・通所型
サービス

その他の
介護予防・生活
支援サービス

一般介護予防
事業

等

例

○自治会・町内会の声かけ、
宅配業者等と連携した見守り、
販売店による移動販売等

例

- 生活援助(掃除・買い物・調理等)、身体介護、機能訓練等
- 運動・口腔機能向上、栄養改善事業等
- 栄養改善を目的とした配食、定期的な安否確認等
- 体操教室等
-

市町村の一般会計による事業

例

○外出支援、寝具類洗濯乾燥(過去一般財源化された事業)等

参考資料

(参考) 平成24年度介護予防サービス費用額

	年間累計費用額 (百万円)			構成比
		要支援1	要支援2	
総 数	468 512	149199	318578	-
介護予防居宅サービス	411 670	125859	285133	87.9%
介護予防訪問介護	108 378	41797	66369	23.1%
介護予防訪問入浴介護	197	21	175	0.04%
介護予防訪問看護	11 935	2828	9069	2.5%
介護予防訪問リハビリテーション	3 474	751	2718	0.7%
介護予防通所介護	172 355	49272	122864	36.8%
介護予防通所リハビリテーション	62 677	15255	47357	13.4%
介護予防福祉用具貸与	18 190	5134	13036	3.9%
介護予防短期入所生活介護	3 824	671	3115	0.8%
介護予防短期入所療養介護	533	73	448	0.1%
介護予防居宅療養管理指導	3 235	1314	1909	0.7%
介護予防特定施設入居者生活介護	26 871	8743	18073	5.7%
介護予防支援	48 554	21578	26946	10.4%
介護予防地域密着型サービス	8 288	1763	6499	1.8%
介護予防認知症対応型通所介護	507	175	330	0.1%
介護予防小規模多機能型居宅介護	5 304	1588	3701	1.1%
介護予防認知症対応型共同生活介護	2 477	—	2468	0.5%

注：総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者を含む。

【出典】介護給付費実態調査

(参考) 平成24年度介護予防サービス受給者数

	年間累計受給者数 (千人)			年間実受給者数 (千人)
		要支援1	要支援2	
総 数	11 707.9	5182.7	6486.2	1 342.0
介護予防居宅サービス	11 528.0	5102.1	6388.6	1 329.7
介護予防訪問介護	5 196.2	2333.9	2844.4	595.2
介護予防訪問入浴介護	5.5	0.7	4.7	1.4
介護予防訪問看護	384.7	115.8	266.8	56.3
介護予防訪問リハビリテーション	117.8	30.7	86.7	17.8
介護予防通所介護	4 828.0	2097.4	2718.6	607.7
介護予防通所リハビリテーション	1 458.3	555.1	900.2	178.7
介護予防福祉用具貸与	2 903.4	920.6	1976.1	370.3
介護予防短期入所生活介護	109.6	28	80.4	37.5
介護予防短期入所療養介護	13.1	2.8	10.1	5.7
介護予防居宅療養管理指導	308.6	124.6	182.5	48.0
介護予防特定施設入居者生活介護	275.4	142.4	131.6	33.9
介護予防支援	11 085.9	4912.7	6166.1	1 292.4
介護予防地域密着型サービス	98.6	38.1	59.7	15.2
介護予防認知症対応型通所介護	10.6	5.1	5.4	1.8
介護予防小規模多機能型居宅介護	77.5	33	43.9	11.4
介護予防認知症対応型共同生活介護	10.5	-	10.4	2.0

※ 「年間累計受給者数」は24年5月から25年4月の各審査月の介護予防サービス受給者の合計である。

「年間実受給者数」は24年4月から25年5月の各サービス提供月の介護予防サービス受給者について名寄せを行ったもの。(当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には別受給者として計上。)

【出典】介護給付費実態調査

(参考) 介護予防サービス請求事業所

	事業所数	費用額 (百万円)	1事業所あたり費用額 (千円)
介護予防訪問介護	26 763	9 139	341
介護予防訪問入浴介護	344	16	47
介護予防訪問看護	6 093	1 073	176
介護予防訪問リハビリテーション	2 248	306	136
介護予防通所介護	31 769	15 491	488
介護予防通所リハビリテーション	6 817	5 425	796
介護予防福祉用具貸与	6 068	1 687	278
介護予防短期入所生活介護	4 381	331	76
介護予防短期入所療養介護	796	46	58
介護予防居宅療養管理指導	8 213	297	36
介護予防特定施設入居者生活介護	3 354	2 315	690
介護予防支援	4 466	4 246	951
介護予防認知症対応型通所介護	578	43	74
介護予防小規模多機能型居宅介護	2 546	499	196
介護予防認知症対応型共同生活介護	744	204	274

(参考) 介護予防サービス事業所の開設主体別の割合 (平成23年10月1日現在)

	総数	地方公共 団体	社会福祉 協議会	社会福祉法人 (社会福祉 協議会以外)	医療法人	社団・財団 法人	協同組合	営利法人	特定非営利活 動法人(NPO)	その他
介護予防訪問介護	20,830	109	1,546	3,505	1,379	239	640	12,145	1,131	136
(割合)		0.5%	7.4%	16.8%	6.6%	1.1%	3.1%	58.3%	5.4%	0.7%
介護予防訪問入浴介護	1,837	10	401	328	29	14	15	1,021	17	2
(割合)		0.5%	21.8%	17.9%	1.6%	0.8%	0.8%	55.6%	0.9%	0.1%
介護予防訪問看護ステーション	5,103	174	434		2,012	676	181	1,368	80	178
(割合)		3.4%	8.5%		39.4%	13.2%	3.5%	26.8%	1.6%	3.5%
介護予防通所介護	23,481	261	1,487	7,438	1,784	129	441	10,613	1,194	134
(割合)		1.1%	6.3%	31.7%	7.6%	0.5%	1.9%	45.2%	5.1%	0.6%
介護予防通所リハビリテーション事業所	5,829	168	551		4,499	165	—	5	—	441
(割合)		2.9%	9.5%		77.2%	2.8%	—	0.1%	—	7.6%
介護予防短期入所生活介護	7,177	209	80	5,984	237	2	26	605	27	7
(割合)		2.9%	1.1%	83.4%	3.3%	0.0%	0.4%	8.4%	0.4%	0.1%
介護予防短期入所療養介護	4,561	178	521		3,530	129	—	0	—	203
(割合)		3.9%	11.4%		77.4%	2.8%	—	0.0%	—	4.5%
介護予防特定施設入居者生活介護	2,991	37	7	749	89	19	8	2,044	10	28
(割合)		1.2%	0.2%	25.0%	3.0%	0.6%	0.3%	68.3%	0.3%	0.9%
介護予防福祉用具貸与	5,169	6	58	85	75	19	122	4,738	36	30
(割合)		0.1%	1.1%	1.6%	1.5%	0.4%	2.4%	91.7%	0.7%	0.6%
特定介護予防福祉用具販売	5,326	5	19	62	54	16	114	4,993	34	29
(割合)		0.1%	0.4%	1.2%	1.0%	0.3%	2.1%	93.7%	0.6%	0.5%
介護予防認知症対応型通所介護	2,989	17	114	1,376	381	29	47	828	190	7
(割合)		0.6%	3.8%	46.0%	12.7%	1.0%	1.6%	27.7%	6.4%	0.2%
介護予防小規模多機能型居宅介護	2,099	2	37	658	314	11	30	896	144	7
(割合)		0.1%	1.8%	31.3%	15.0%	0.5%	1.4%	42.7%	6.9%	0.3%
介護予防認知症対応型共同生活介護	9,144	12	48	2,114	1,641	28	40	4,813	432	16
(割合)		0.1%	0.5%	23.1%	17.9%	0.3%	0.4%	52.6%	4.7%	0.2%
介護予防支援	3,961	1,166	491	1,469	471	159	42	130	28	5
(割合)		29.4%	12.4%	37.1%	11.9%	4.0%	1.1%	3.3%	0.7%	0.1%

(参考) 介護予防訪問介護の報酬について (現行制度の概要等)

※加算・減算は主なものを記載

指定介護予防訪問介護の介護報酬のイメージ (1月あたり)

標準的に想定される1週当たりのサービス提供頻度に基づく基本サービス費

週1回程度	1,220単位
週2回程度	2,440単位
週2回を超える程度 (要支援2のみ)	3,870単位

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算



初回時等のサービス提供責任者による対応
(200単位/月)

中山間地域等での
サービス提供
(+5%~+15%)

リハビリテーション職
との連携
(100単位/月)

介護予防訪問介護の主な加算の算定状況

○初回加算の算定状況

・介護予防訪問介護のうち初回加算を算定している割合

	H24. 4	H25. 4
初回加算の算定状況	3. 6%	3. 7%

※初回加算の提供件数÷介護予防訪問介護の提供件数から算出

・初回加算の算定件数 (単位: 千件)

	H24. 4	H25. 4
初回加算 (200単位)	15. 0	15. 9

○生活機能向上連携加算の算定状況

・介護予防訪問介護のうち生活機能向上連携加算を算定している割合

	H24. 4	H25. 4
生活機能向上連携加算の算定状況	0. 0%	0. 0%

※生活機能向上連携加算の提供件数÷介護予防訪問介護の提供件数から算出

・生活機能向上連携加算の算定件数 (単位: 千件)

	H24. 4	H25. 4
生活機能向上連携加算 (100単位)	0. 0	0. 0

※H24.4に約3,000単位、H25.4に約2,000単位の算定実績がある。

○中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の算定状況

・介護予防訪問介護のうち中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算を算定している割合

	H24. 4	H25. 4
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の算定状況	0. 072%	0. 092%

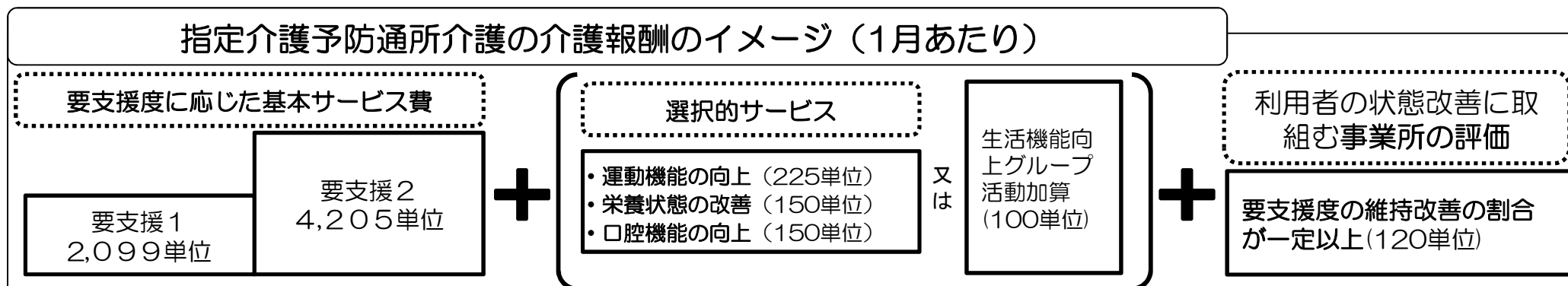
※中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の提供回数÷介護予防訪問介護の提供回数から算出

・中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の算定件数 (単位: 千回)

	H24. 4	H25. 4
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0. 3	0. 4

(参考) 介護予防訪問介護の平均利用回数 (実績)
利用者1人あたり6. 1回/月

(参考) 介護予防通所介護の報酬について(現行制度の概要等)



介護予防通所介護の主な加算の算定状況

○選択的サービス複数実施加算の算定状況

【算定割合】

	H24. 4	H25. 4
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	1. 84%	2. 05%
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	0. 03%	0. 02%

【算定件数(単位:千件)】

	H24. 4	H25. 4
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	6. 9	8. 7
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	0. 1	0. 1

(注1)選択的サービス複数実施加算Ⅰは、運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち2種類のサービスを実施した場合に算定。

(注2)選択的サービス複数実施加算Ⅱは、運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれのサービスも実施した場合に算定。

○運動機能向上加算の算定状況

【算定割合】

	H24. 4	H25. 4
運動機能向上加算	52. 0%	55. 6%

【算定件数(単位:千件)】

	H24. 4	H25. 4
運動機能向上加算	195. 3	235. 9

○口腔機能向上加算の算定状況

【算定割合】

	H24. 4	H25. 4
口腔機能向上加算	0. 7%	0. 9%

【算定件数(単位:千件)】

	H24. 4	H25. 4
口腔機能向上加算	2. 5	3. 7

○生活機能向上グループ活動加算の算定状況

【算定割合】

	H24. 4	H25. 4
生活機能向上グループ活動加算	7. 6%	4. 9%

【算定件数(単位:千件)】

	H24. 4	H25. 4
生活機能向上グループ活動加算	28. 4	20. 9

○事業所評価加算の算定状況

【算定割合】

	H24. 4	H25. 4
事業所評価加算	15. 4%	16. 8%

【算定件数(単位:千件)】

	H24. 4	H25. 4
事業所評価加算	57. 9	71. 2

※栄養改善加算の算定実績は平成25年4月に100件の算定実績がある。

(出典)介護給付費実態調査月報(平均利用回数については平成23年介護サービス施設・事業所調査(平成23年9月中の利用実績))

(参考)介護予防通所介護の平均利用回数²⁵(実績)

利用者1人あたり5. 5回/月

(参考)平成24年度 介護予防・日常生活支援総合事業

		予防サービス		生活支援サービス	取組の特徴
		訪問型	通所型		
1	浜頓別町 (北海道)	○			要支援者の支え合いマップづくりをもとに、独居高齢者への支援や急な入退院時の一時的な生活支援ニーズに対して訪問型サービスを提供
2	西和賀町 (岩手県)	○	○	○	生活支援サポーターや親類などを担い手とした見守り・安否確認、地区の公民館等を活用した通所事業を実施
3	和光市 (埼玉県)	○	○	○	ケアマネジメント支援の徹底、予防サービスと生活支援サービスの使い分けとヘルパー等の研修、栄養教室やフットケアなど多様な通いのメニューにより高齢者の生活機能向上と自立を支援
4	吉見町 (埼玉県)	○	○	○	要支援者のサービスには介護事業所を活用、二次予防対象者には運動・口腔・栄養の事業に加えて改善後の事後フォローにより悪化予防
5	松伏町 (埼玉県)			○	運動・口腔・栄養の専門職による通所型予防サービスや配食サービス等を要支援者・二次予防対象者に一体的に提供
6	品川区 (東京都)	○	○	○	事業目的を周知し、理解の得られる事業者を活用して実施、簡素化したプランを事業所と共有し、生活機能向上を目的としたホームヘルプや二次予防対象者の通所を強化
7	荒川区 (東京都)		○	○	リハ職を活用した運動・口腔・栄養の複合プログラム、男性料理教室や茶話会の開催、社会福祉協議会主催のサロン活動支援などにより、高齢者の生活の活性化と自立を支援
8	奥多摩町 (東京都)		○	○	デイサービス事業所を活用し、要支援者の運動・栄養改善等の通所型予防サービスを提供するほか、配食による生活支援を実施
9	坂井地区 広域連合 (福井県)	○	○	○	介護事業所による訪問型・通所型予防サービス、低栄養高齢者への配食サービスや管理栄養士を活用したモニタリング、民間事業事業者による見守りを実施
10	北杜市 (山梨県)		○	○	配食事業者を活用した見守りと、住民主体のサロン活動を支援して介護予防を推進うつや閉じこもりの高齢者に看護師等が訪問して、治療や社会参加への支援を実施

(参考)平成24年度 介護予防・日常生活支援総合事業

		予防サービス		生活支援サービス	取組の特徴
		訪問型	通所型		
11	鳴沢村 (山梨県)	○		○	別荘地でコミュニティから孤立して暮らす単身高齢者など、要支援・二次予防対象者の見守りや定期訪問・配食サービス等をシルバー人材センターなどを活用して実施
12	阿智村 (長野県)		○	○	シルバー人材センターや住民ボランティアを活用した通所サービスや見守りを実施、住民ボランティアによる定期的な電話かけは、安否確認だけでなく単身高齢者のコミュニケーションの機会
13	静岡市 (静岡件)	○	○	○	既存の介護事業者を多数活用し、訪問型・通所型予防サービスを実施、生活支援は民間事業者による配食サービスと安否確認をセットで実施
14	加東市 (兵庫県)	○	○		訪問型予防サービスはJAによる訪問介護事業を活用し、通所型予防サービスは地域包括支援センター専門職が中心となって実施
15	浅口市 (岡山県)	○	○	○	予防サービスは二次予防対象者を中心に地域包括支援センター職員が実施、要支援者には栄養改善のための配食サービスや民生委員による見守り、生活支援サーポーターによる家事援助を実施
16	阿武町 (山口県)		○	○	要支援者、二次予防対象者への一体的な通所型予防サービスや栄養改善と見守りを兼ねた配食サービスを提供
17	小豆島町 (香川県)		○	○	要支援者・二次予防対象者の運動教室と終了後の事後フォローによる継続的な予防サービス、シルバー人材センター等を活用した家事支援等の生活支援サービスを実施
18	行橋市 (福岡県)	○	○	○	退院直後など一時的に支援を必要とする高齢者に対して、ホームヘルプ等により重度化を予防
19	長崎市 (長崎県)	○	○	○	運動、栄養、口腔等の専門職による予防サービスの充実、介護事業所を活用した通所先の力所数の確保
20	佐々町 (長崎県)		○	○	住民の自主的な互助活動が根づいており、介護予防ボランティアの育成により、訪問による日常生活支援や地域でのサロン活動、介護予防教室等が実施されている

(参考)平成24年度 介護予防・日常生活支援総合事業

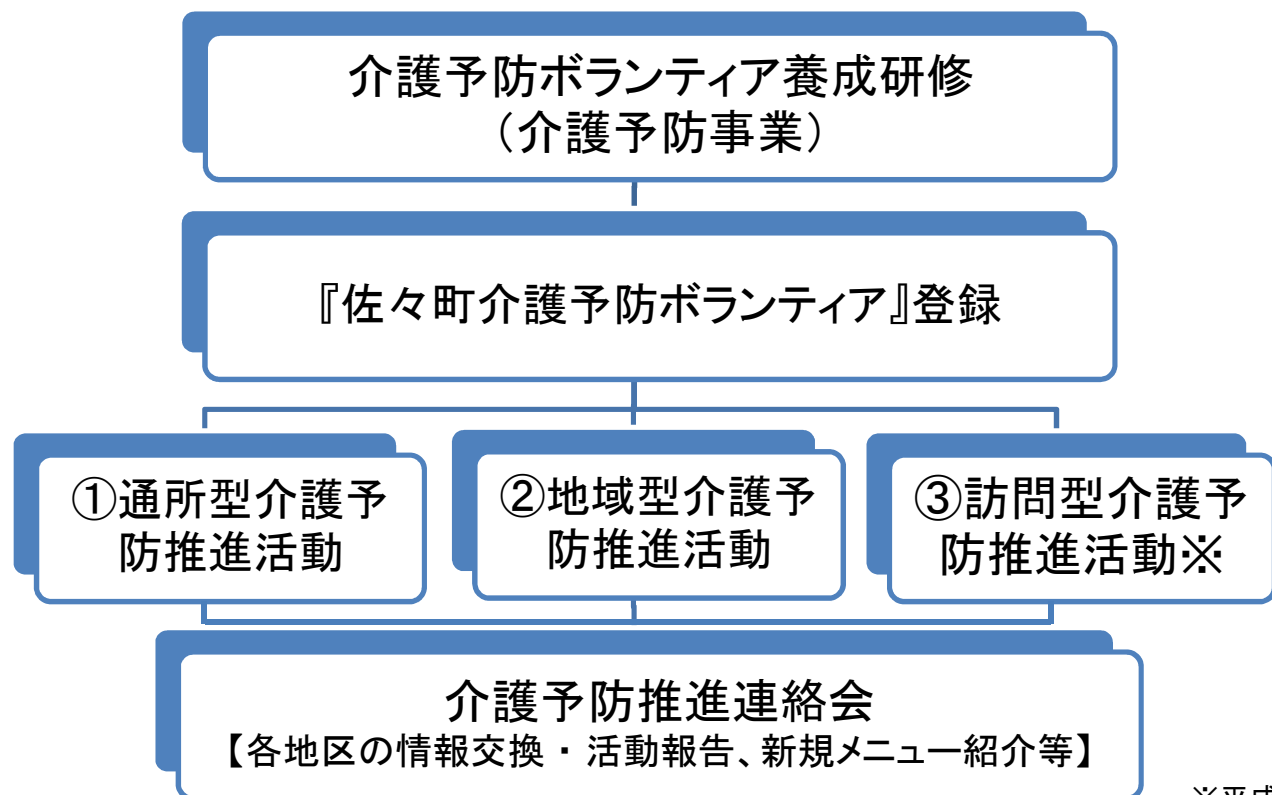
		予防サービス		生活支援サービス	取組の特徴
		訪問型	通所型		
21	人吉市 (熊本県)	○	○	○	介護事業所等を活用した訪問型・通所型予防サービスや、要支援者への自宅での運動機能訓練を実施
22	山鹿市 (熊本県)		○	○	生活支援サポーターやボランティアの養成等により、高齢者の日常生活の困りごとを支援、住民主体のサロン活動を支援、多様な通いの場を確保、介護予防活動を推進
23	小国町 (熊本県)		○	○	地元の社会資源を活用して、介護予防サービスと一次予防を一体的に提供、栄養改善を目的とした配食サービスを実施
24	あさぎり町 (熊本県)	○	○	○	JAを含む地元の介護サービス事業所の活用により、訪問型・通所型の予防サービスや配食サービスを実施、サロンは包括契約とすることで、多様な住民の参加を可能としている
25	杵築市 (大分県)	○	○		訪問型予防サービスはヘルパー、訪問型生活支援はシルバー人材センターやボランティアを活用。サービス内容を考慮した担い手や単価設定。審査支払に国保連を活用
26	肝付町 (鹿児島県)	○	○	○	予防サービス・生活支援サービスは既存事業所を活用し、介護予防推進のためには地域ボランティアを育成、小地域ごとに住民主体の介護予防活動やサロン活動を支援
27	徳之島町 (鹿児島県)	○	○	○	予防サービスには介護事業所を活用して生活機能向上を目指す。茶話会や体操などの地域活動はボランティアが支援するよう人材育成

(参考)介護予防・日常生活支援総合事業の取組(長崎県佐々町)

～介護予防ボランティアによる介護予防と日常生活支援～

- 「介護予防ボランティア養成研修」を受けた65歳以上の高齢者が、①介護予防事業でのボランティアや、②地域の集会所などでの自主的な介護予防活動、③要支援者の自宅を訪問して行う掃除・ゴミ出し等の訪問型生活支援サービスを行うことを支援。
- 平成20年度から実施し、平成24年12月現在45名が登録・活動中。
- 平成24年度からは介護保険法改正により導入した介護予防・日常生活支援総合事業で実施。

佐々町の介護予防ボランティア組織図



※平成24年度より

(参考)介護予防・日常生活支援総合事業の取組(山梨県北杜市)

～地域住民の支え合いによる通いの場づくりと生活支援～

- 地域住民が住み慣れた地域で安心して過ごすため、医療や介護、介護保険外サービスを含めた様々なサービスを日常生活の場で提供
- 利用者の視点に立った柔軟な対応、地域活力の向上に向けた取組、地域包括ケアの実現に向けた取組を目指し、住民ボランティアの協力による①通所型予防サービス、②配食・見守り・安否確認等の生活支援サービスを実施

通所型予防サービス(ふれあい処北杜)

- 運営(8か所)
NPO、社協、地区組織、JA、介護事業所
- 内容
交流、会話、趣味、事業所の特性を生かした活動(週1～2回)
- スタッフは1～2名。他はボランティア。
- ケアマネジメント
北杜市地域包括支援センターが実施
- 地域の人誰でも気軽に立ち寄れる場所

※地域支え合い体制づくり事業で整備

生活支援サービス

- 内容
 - ・配食＋安否確認(緊急連絡を含む)
 - ・弁当業者等が配食の際、利用者に声かけ
 - ・異常があった時の連絡義務づけ
 - ・弁当業者、ボランティア、NPO等が連携
(5か所の事業者が参入)



社会保障審議会 介護保険部会（第 52 回）	内田委員 提出資料
平成 25 年 11 月 14 日	

平成 25 年 11 月 14 日

社会保障審議会 介護保険部会
 部 会 長 山 崎 泰 彦 殿

社会保障審議会 介護保険部会
 委 員 内 田 千 恵 子
 （公益社団法人日本介護福祉士会副会長）

介護保険部会への意見書

私たち日本介護福祉士会は、介護現場で様々な立場から利用者に最も近い専門職として介護保険制度をより良く発展させるために尽力し、介護保険部会においても介護サービスの質の維持と向上及び介護人材の確保と処遇改善などについて提案してきました。

これからいっそう高齢化が進む中、介護を実践し介護業務を担当している介護福祉士として、サービスの質を保証し、利用者本位のサービスを提供する観点に立って、介護保険制度をより良く発展させるために提言します。

記

1 介護人材確保について

（１）基本的な考え方

「社会保障制度改革国民会議報告書（抄）」では「介護職員等の人材確保が必要であり、処遇の改善やキャリアパスの確立などを進めていく必要がある。」と提言されているなど、介護人材の確保が国民的な課題であることは明らかです。

人材確保のためには、介護分野で働く者の生活と労働が安定して、働き甲斐と誇りを持って働くことができる雇用環境の整備が必要であります。

具体的には、賃金の向上やキャリアアップの仕組みの導入などにより、介護労働条件を改善し、介護という仕事が名実とも高齢化を支える働き甲斐がある職業にすることが必要であり、介護労働がディーセント・ワーク〔価値ある労働〕となるような対策を進めるべきです。

（２）参入の促進

小中高等学校学生や保護者及び教員を対象としたセミナーの開催など、介護労働へのイメージアップ戦略を推進するとともに介護福祉士就学資金貸付事業の継続及び拡大、潜在的有資格者等の再就職支援の充実を図っていただきたい。

（３）キャリアパスの確立

キャリアパスの確立については、次の５点の積極的な取り組みを提言します。

- ① 専門的な知識・技術を研修しキャリアアップが図られるよう職員に対する生涯研修条件の整備
- ② 認定介護福祉士の制度化など、介護福祉士の資格取得後のキャリアパスの確立
- ③ 実務者研修への支援
- ④ キャリア評価システムの構築（認定介護福祉士などキャリアの評価によって賃金が上がる仕組みの導入）
- ⑤ 事業者（管理者）のマネジメント能力の向上のための対策などの推進

（４）職場環境の整備・改善

職場環境の整備・改善については、次の３点の積極的な取組みを提言します。

- ① 福祉用具（リフトなど）活用を促進するなど、腰痛防止対策を徹底すること。
- ② 「職場における腰痛予防対策指針」の積極的な普及・推進とともに、現場においては、指針で示す腰痛の予防対策を確実に実施すること。
- ③ 職員のメンタルケアのシステム化を推進すること。

（５）処遇改善

介護職員の給料が保証される仕組みについても併せて積極的な推進を要望します。具体的には、質の高い人材確保のための人件費の保証が介護報酬でまかなわれること。労働環境、給与額、人件費比率の公表を義務付け、人材確保指針に明記されている国家公務員の福祉職俸給表など活用することなどです。

（６）准介護福祉士

介護福祉士制度の円滑な実施を図るために、准介護福祉士を早急に廃止とされるよう要望します。

(7) 福祉人材確保指針

介護人材確保にかかる中期的戦略である福祉人材確保指針の必要な見直しを検討するよう要望します。

2. 施設の運営基準の是正について

高齢者介護・障害者介護の現場において、専門能力による質の確保と効率化並びに施設職員全員の負担軽減のために介護福祉士が一定数以上配置されることが必要であり、運営基準のなかに介護福祉士の配置基準を明記することを提言します。

3. 地域ケア会議について

第46回介護保険部会の議題2「地域包括ケアシステムの構築に向けて」の地域ケア会議については、すばらしい制度と評価しています。

より充実した制度にするには介護福祉士の参加は不可欠であり、地域ケア会議の構成員として参画するよう要望します。将来的には介護現場を統括する認定介護福祉士が構成員として参画することが望ましいと考えています。

4. 施設サービス等について

前回の部会で特別養護老人ホームの入所要件を要介護3以上に限定する改革案について、要介護1・2でも「やむを得ない事情」がある場合は特例的に入所を認めることを提案されました。

ただし、市町村の関与が前提となっているため、各市町村で差異が出ないよう国が指針を早急に提示していただきたい。併せて特例以外の要介護1・2の低所得者対策を具現化すべきです。

5. 生活支援サービスと介護予防給付の地域支援事業への移行について

① 完全に市町村にサービスが移管すれば地域においてサービスの格差が生まれ、介護保険の理念から外れることとなります。生活支援と介護予防の観点からそのような懸念がないような仕組みにすべきです。

② 生活援助サービスは、利用者の自立した生活を支える必要なサービスであり、今後、在宅での認知症高齢者や独居高齢者が増加することを想定すればますます重要になってくることから、地域支援事業に移行してもサービスに支障がないようにすべきです。

- ③ 2018年度完全移行時までに見直しされる事業費の上限見直しについても、当面は経過措置をもって機械的な抑制はしないよう推進すべきです。

6. 地域包括支援センター機能の拡充と人員体制の充実について

地域包括支援センターが取り組む事業は年々増加し、果たす役割は膨大なものと思料されます。

しかしながらセンターの課題は多いことに加え、市町村の評価も低く、かつ、他の公的機関に比べ認知度も低くて専門職の確保が困難な現状とことです。

地域の拠点となる地域包括支援センターの役割は重く、これらの課題を是正するシステムを構築することが必要と考えます。

具体的には、センター機能の拡充はもとより、確保が困難とされる専門職の人員・体制の充実を図るとともに生活支援サービスの充実の視点から介護福祉士の配置を要望します。

第52回社会保障審議会介護保険部会 11月14日〔意見と質問〕 勝田登志子

費用負担の公平化について

○ 意見 1. 「一定以上所得者の利用者負担関係」

「認知症の人と家族の会」では2010年6月に「介護保険制度改正への提言」の中で「介護サービス利用の自己負担割合は1割を堅持する」と提言しました。2013年10月12日に開催された全国支部代表者会議でも、この提言について確認しました。当事者団体としてはすでに介護保険料でそれぞれの収入に応じた負担を行っているので、公平化の名のもととする今回の提案に反対します。

その立場から考えると、「一定以上所得者」とは「高額所得者」ではありません。厚生労働省が示した『平成21年全国消費実態調査』では、65歳以上の高齢者は収入の9割以上を年金収入に頼っています。

総務省『平成21年家計調査年報』では、60歳以上の高齢者でひとり暮らしの場合、実収入約12万円から非消費支出（介護保険料を含む社会保険料や税金）を引いた可処分所得（月平均約11万円）、と消費支出（月平均約14万円）の収支差は約3万円の赤字です。また、高齢夫婦無職世帯の場合、実収入は約22万円、可処分所得は約19万円、消費支出は約24万円で、赤字は約4万円と報告しています。『平成21年全国消費実態調査』では、「不足分は、貯蓄などを取り崩して賄っている」と報告しています。

公益財団法人生命保険文化センターの『平成21年度生命保険に関する全国実態調査』では、過去3年間に介護経験がある人の介護費用を調査しています。世帯主が70歳以上の世帯で月額介護費用の平均は約7万円です。在宅だと約4万円、施設では特別養護老人ホームなど介護施設で約9万円、有料老人ホームで13万円、病院で11万円になります。健康寿命と平均寿命の差は9～12年にもなるため、長期間、介護と費用を必要とする人も多くなります。

このような状況のなかで、事務局案に示された「相対的に所得が高い者」に該当した場合、介護保険のサービス費用は2倍になり、さらに支出が増えます。

家族の会では2009年に示した提言の中の基本的な考え方として、「高福祉を応分の負担で」とし「高福祉高負担」か「低福祉低負担」か「中福祉中負担」か、ではなく「高福祉応分の負担」の社会保障制度であること、心にゆとりを持って安心して生活することができ「過分」でも「過小」でもない国民の負担であること、を求めています。今回の社会保障制度改革国民会議報告書に示された「応分の負担」に対応する事務局案は、利用者負担を1割から2割に引き上げる対象者の線引きがあまりにも低い金額となっています。高額介護サービス費や合算制度による負担増の歯止めは、第49回資料でも要介護1・2はほとんど該当者がなく、要介護4・5でも半数しか対象にならないとされています。被保険者の費用負担のリスクや、費用が倍増することで利用控えをし、結果として症状が悪化し費用負担が増大することを懸念します。

質問 1. 「一定以上所得者の利用者負担関係」

資料2ページに「要介護者のいる夫婦高齢者世帯の消費支出は、夫婦高齢者世帯全体の消費支出と比較して低い」という説明があります。この消費支出に「介護費用」は含まれているのでしょうか。また、なぜ要介護者のいる高齢夫婦世帯の消費支出が低いのか理由をお示してください。

質問 2 2号保険者は見直しの対象としないのは

資料 14P の第 2 号保険者の世代は抱える家族が多く、子どもの学費等の負担をして高齢者世帯と比べて消費支出が高いことから見直しの対象としないとありますが、若年性認知症の収入状況などは確かに減収となっています。対応策としては、障害年金や児童手当など別建の制度の充実こそ図られるべきと考えますが、事務方の複数の制度を勘案した考え方について再度お示しください。

○ 意見 2. 「補足給付関係」

資料 21 ページには「世帯分離した配偶者が住民税課税の場合」は補足給付の対象外として「必要に応じ、戸籍等の照会を行う」とあります。介護保険制度は 12 ページにあるように、個人単位を原則とし、「世帯全体の負担能力は勘案しない」としながらも、介護保険料や高額介護サービス費などには「世帯勘案」を実施するという矛盾があります。補足給付の対象者を厳格化するにあたっては、利用者である高齢者にも理解できるよう、「個人単位」と「世帯単位」の位置づけについて、介護保険部会でもう一度、確認する必要があると思います。

質問 3. 「補足給付関係」

資料 23 ページには「預貯金等の金融資産を網羅的に把握できる仕組みはない」とありますが、「公平化」という視点から実施後に想定される課題もあわせて検討しておく必要があると考えます。補足給付の対象外と想定される人たちからの不満や苦情として想定されるものがあればお示しください。

また、25 ページに「社会福祉法人等による軽減制度」の説明がありますが、預貯金の把握方法についてお示しください。又、年間収入には非課税収入や仕送りなども含むとありますが、これらの把握方法についてもお示し下さい。

○ 意見 3. 「予防給付の見直しと地域支援事業の充実について」

介護保険サービスは介護保険料を払う被保険者が、介護認定を受けて初めてサービス（給付）を利用する権利（受給権）を得ることができます。第 47 回部会でも申しあげましたが、要支援者の受給権を守るためにも、また 認知症の場合、初期のときこそ専門職がケアすることで重度化を防ぐことができます。再三意見を出していますが、要支援認定者の地域支援事業への移行は厚生労働省が推進している「認知症施策 5 ヶ年計画（オレンジプラン）」とも相容れないものです。要支援認定者の地域支援事業への移行案に再度、反対します。

また、「新しい総合事業」の財源について、田村憲久・厚生労働大臣は衆議院厚生労働委員会で、「現行ペースで仮に年間 5.5% の伸びであれば、2025 年度は 8,676 億円。後期高齢者の人数の伸びとほぼ同じ年間 3.5% の伸びであれば 2025 年度は 7,029 億円、つまり、1,647 億円抑制できる」と答弁しました。要支援者を地域支援事業に移すのは「多様なサービスが多様な主体により提供」するためではなく、費用抑制が目的であることも確認しておきたいと思います。

なお、高齢者虐待の発見にはケアマネジャーやホームヘルパーなど介護労働者が貢献していますが、制度が関与しない非該当高齢者の孤立死や、孤独による高齢者犯罪、消費契約トラブルなどは増加の一途です。介護保険制度が高齢期の生活を守っている側面も十分に考慮する必要があると考えます。

質問 4. 「予防給付の見直しと地域支援事業の充実について」

資料 1 P の見直しの概要では「多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスの提供ができるよう、予防給付の「訪問介護」と「通所介護」は地域支援事業に平成 29（2017）年度末まですべて移行するとあります。21 P の資料では介護予防ホームヘルプ・サービスの利用者 59.5 万人、介護予防デイサービスの利用者も 60.8 万人と、ともに要支援者に最も人気の高いサービスです。両方で年間実受給者数の 89.6%にもなります。

それ以外のサービスは従来どおり介護給付とする案ですが、サービス内容によって別の扱いをすること、また限度額管理を行うとありますが、誰がどのように管理するのでしょうか

質問 5 すべての市町村の受け皿が 29 年度末まで準備できるのか

地方自治体議員による全国 136 自治体へのアンケートでは、「多様な実施主体」について「受け皿となる団体がない」、「自治体外に委託する」、「地域支援事業は公的制度であり、ボランティアは実施主体となりえない」、「地域のサロン活動のみでは不十分」、「訪問介護や通所介護などは、ボランティアで対応できる範囲ではない」、「プライバシーの問題や事故などの対応が難しい」といった回答が寄せられていると聞いています。

私たち家族の会ではこの 34 年間、全国で毎月、介護家族や本人があつまる「つどい」の開催や電話相談などきめ細かい活動を継続してきました。また、昨年来「認知症カフェ」にも取り組んで「居場所づくり」に励んでいます。しかし、それは通所介護に代わることはできません。しっかりした公的な介護サービスの支えがあるからこそ、その上でのボランティア活動なのです。多様な実施主体や受け皿団体とありますが、現在 おこなわれている各地域の取組もあくまで補完的なものであって日常的な介護サービスの代替にはなりえないと考えます。自由な参加に依拠するボランティア活動には、公的支援の任務に携わる限界があります。

介護保険料を払う被保険者が、安心して介護サービスが受けられることこそ大切です。平成 29 年度末をもって介護予防ホームヘルプ・サービス、介護予防デイサービスを終了すると、期限を限る理由についてもお示しください。

質問 6 国によるガイドラインの提示について

資料 10 P では、国として法に基づくガイドラインとして、すべての市町村が要支援者のサービス提供を効率的に行い総費用額の伸びを低減させることを目標とすることを記載とあります。また市町村は介護保険事業計画の中で要支援者のサービス提供のあり方とその費用について明記することになり、その結果を 3 年毎に検証することを法定化するとありますが、この場合、誰が検証する主体となるのかお示しください。

また、「新しい総合事業」の対象者のうち介護給付を受けずに総合事業のみを利用する場合、要支援認定は不要で「基本チェックリスト」で判断を行うとしていますが、2 P では「移行後の事業も、介護保険制度内でのサービス提供であり、財源構成も変わらない」としています。もう一度、わかりやすい説明をしてください。

質問 7 認知症施策と地域包括支援センターの役割りについて

資料 2 P では、認知症施策として地域包括支援センターに「初期集中支援チーム」や「地域支援推進員」を配置するとありますが、地域包括支援センターの財源構成は新しい包括的支援事業・任

意事業となっています。13Pの総合事業の事業費の上限について（見直しの考え方）との関係ではどうなるのか説明をしてください。

また、現在、65歳以上の28%が認知症の人と軽度認知障害の人であり、国家戦略として「認知症施策推進5ヵ年計画（オレンジプラン）」が策定されていますが、これらの施策は全て「新しい総合事業」に含まれるのかどうか説明してください。「認知症の人と家族の会」としては、オレンジプランを実現するための財源は介護保険事業ではなく、一般財源で行うべきと考えています。認知症で要支援認定の人たちが「新しい総合事業」の対象になるのであれば、「オレンジプラン」そのものが埋没しかねないという危惧があるからです。認知症の人を含む要支援者の地域支援事業への移行と、「オレンジプラン」の実現の整合性について、事務方の考え方をお示しください。

社会保障審議会介護保険部会（第52回）

2013年11月14日（木）

社会保障審議会介護保険部会

部会長 山崎泰彦様

日本労働組合総連合会総合政策局

生活福祉局長 平川則男

介護保険制度改定に関する意見

I. 予防給付の見直しと地域支援事業の充実について

事務局案として提案されている「予防給付の見直しと地域支援事業の充実について」は、以下の点について指摘するとともに、慎重な検討を求めます。

1. 社会保険制度の原則にかかわる問題

- 新しい総合支援事業の財源構成では、公費と1号に加え、2号の保険料が財源とされています。社会保険の仕組みは、保険料の納付があり、その納付の権利として個人への給付が担保される仕組みとなっています。しかしながら、新しい総合支援事業は、あくまで市町村の裁量で決められるものであり、事業に対する被保険者の権利性は低くなります。このことから、制度設計の仕組みに問題が生じるのではないのでしょうか。
- 介護保険制度は、要介護認定によって給付の権利が生まれる仕組みとなっていますが、新しい総合支援事業によって、自治体の財源に左右される給付となったり、認定そのものが自治体の財源に左右される懸念があるため、あらためて公正な介護認定の仕組みも含めて、議論されるべきではないでしょうか。
- 介護保険制度の財源は、保険料と公費で折半しており、給付が伸びれば、公費・保険料も伸びていく仕組みとなっています。しかし、新しい総合支援事業では、財源保障の仕組みが十分ではなく、サービスの質と量の低下につながるのではないのでしょうか。

2. 自治体間格差が拡大する問題

- 新しい総合支援事業は「運営基準や人員基準、単価等について柔軟に設定できる」とされていますが、地域資源の有無でサービスに格差が生じるのではないのでしょうか。
- 給付に対する国費の投入が比例しないため、これまでの供給量を維持しようとすると、地方自治体の負担が増大していきます。また、財源が厳しい自治体は、供給量と質の低下を進めていくところも生じるのではないのでしょうか。
- 新しい総合支援事業の導入により、ボランティアやNPO法人等を活用した結果、既存の介護職員の処遇低下や、社会的地位の向上の流れが滞らないように配

慮が必要なのではないのでしょうか。

3. サービス水準が低下しかねない問題

- これまでの介護予防給付と自治体の単独事業を一体的なものとすることは、一見、連続性のある事業に見えるものの、単独事業は給付単価が低いものが多く、結果として給付水準の低下につながる可能性があるのではないのでしょうか。
- 新しい総合支援事業の導入の結果、サービス水準の切り下げとなった場合は、介護職員の処遇の低下と、事業者の撤退につながり、サービス提供体制に大きな影響を与える可能性があるのではないのでしょうか。
- 新しい総合支援事業によるサービスは、柔軟な運営基準によるとしてはいますが、事業所においては、職員の兼務の可否、資格など、介護保険給付との整合性の問題が生じるのではないのでしょうか。

II. 地域包括支援センターの機能強化について

地域包括支援センターの機能強化は、地域包括ケアシステムの構築に向けて、重要な課題です。その機能強化に向けては、財源と権限の強化が不可欠と考えます。

- 地域包括支援センターにおけるネットワークづくりは、設置自治体の責任を明確にする必要があるのではないのでしょうか。
- 設置運営は、地域支援事業交付金と予防給付のケアプラン経費で賄われていますが、職員配置や委託料などは、一般会計からの持ち出しもあります。このことから、地域包括ケアシステムの構築に関わっては、地方交付税措置などについても検討すべきではないのでしょうか。また、介護予防ケアプランの単価の改善も検討が必要ではないのでしょうか。

以上

社会保障審議会 介護保険部会（第 52 回）	本間委員 提出資料
平成 25 年 11 月 14 日	

平成 25 年 11 月 14 日

第 52 回介護保険部会議題に関するコメント

認知症介護研究・研修東京センター 本間 昭

○資料 1．費用負担の公平化について：コメントはありません。

○資料 2．予防給付の見直しと地域支援事業の充実について

現在の要介護認定では、認知症に限らず、要支援 2 と要介護 1 を行ったりきたりすることは珍しくない。特に認知症の場合を考えると、担当が事業所の CM と地域包括とを行ったりきたりすることになり、好ましくない影響があると考えられる。

このため、要介護認定方法について、今回の資料では触れられていないが、要支援 2 と要介護 1 を更新時に行ったりきたりする人たちがどのくらいになるかの確認が改めて必要ではないか。複数の合議体で認定審査が行われている地域では同様の状態でも合議体によって要介護 1 になることもあれば要支援になることもある。認定結果の平準化をより積極的に進める必要がある。

平成 25 年 11 月 14 日（木）

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. 費用負担の公平化について（資料 1）

①年金給付額の見減りを考慮

繰り返すが、2 割自己負担の対象は、医療保険制度の現役並所得層にすべきである（10 頁）。なぜならば、下表のように定期的に医療保険料や介護保険料が引き上がり、結果的に手取りの年金額が目減りしていくからである（可処分所得の減少）。

介護保険料基準額・平均額の推移及び見通し（円）

2012 年	2015 年	2020 年	2025 年
4972	5700	6900	8200

厚労省「第 5 期計画における第 1 号保険料について」2012 年 3 月 30 日から作成

医療保険制度の保険料水準の見通し額（円）

	2012 年	2015 年	2020 年	2025 年
国民健康保険料	7600	8100	8800	9300
後期高齢者医療保険料	5400	5800	6200	6500

厚労省「社会保障に係わる費用の将来推計の改定について」2012 年 3 月 30 日から作成

②特定事業所加算との関連

安易に 2 割自己負担層を拡充するならば、例えば、訪問介護事業所における「特定事業所加算」を届出る事業所が少なくなると予測される（Ⅰの場合は基本報酬 20%増）。

2. 補足給付について

資料 20 頁の補足給付の見直しは、資産要件①（預貯金等）を基本とすべきである。なお、非課税年金の勘案は、遺族年金は算定すべきだが、障害者年金は「福祉的要素」があるため除外すべきである。

3. 予防給付の見直しについて（資料 2）

今回、これまでの事務局案を改定したと認識できるが唐突感はない。しかも、給付維持と事業移行の区分けをサービス種別にする提案には反対である。特に、4 頁において訪問系と通所系のみを給付から総合事業へ移行する案は、利用者の視点を軽視した供給システム側の論理であり賛同できない。

なお、現行では要支援者は通所系と訪問系のサービスを多く利用しており（20 頁、訪問系 23.1%、通所系 36.8%）、これらは給付に残すべきである（主に要支援 2 を対象）。また、4 頁に予防給付を利用しない場合、基本チェックリストで判断するのみという案は、モラルハザードの危険性が指摘される。

むしろ、従来の事務局案を改定して一部に給付を維持するのであれば、要支援 1 と要支援 2 といった利用者像で区分けしたほうが公正・妥当である（20 頁、要支援 1 約 1500 億円、要支援 2 約 3200 億円）。

（事務局への質問）

- Q 1 2 割自己負担と訪問介護事業所の「特定事業所加算」の届出の影響についてどう考えるか？
- Q 2 資料 2-1 頁で、何故に通所系と訪問系のみを給付から事業化するのか？
- Q 3 資料 2-4 頁で、総合事業利用のみのケアマネジメントは何処が実施するのか？その財源は？
- Q 4 資料 2-8 及び 13 頁で、介護予防・生活支援サービスの利用料は（訪問系と通所系）、理論上、市町村裁量で、例えば、費用の 1 割負担→2 割負担にすることも可能なのか否か？
- Q 5 資料 2-8 頁で、限度額管理とあるが、現行では区分支給限度基準額が要介護認定度合いで決まっているが、改正後は給付のみもしくは事業のみ利用者には設定されないのか？仮に、されたとして、その基準額は市町村に裁量権があるのか否か（事業と給付の併用ケースも含めて）？

以上