

全国介護保険担当部（局）長会議資料

～介護保険制度改正の検討状況等について～

平成25年11月21日

厚生労働省老健局

（注）この資料は、社会保障審議会介護保険部会における現時点の検討状況等を説明するために、同部会の資料を中心に作成したものであり、方針として定まっているものではありません。

目次

I 介護保険制度改正の検討状況について

1. 制度改正の検討の背景と検討事項	3
2. 地域支援事業の充実と介護予防給付の見直し	
(1)在宅医療・介護の連携推進	16
(2)認知症施策の推進	21
(3)地域ケア会議の充実	28
(4)生活支援・介護予防の充実	33
(5)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	43
(6)介護予防事業の見直し	71
3. 在宅サービスと施設サービスの見直し	
(1)在宅サービス	95
(2)居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲	108
(3)特別養護老人ホームの中重度者への重点化	112
4. 費用負担の公平化	
(1)低所得者の一号保険料の軽減強化	121
(2)一定以上所得者の利用者負担の見直し	125
(3)補足給付の見直し(資産等の勘案)	143
5. その他	
(1)2025年を見据えた介護保険事業計画の策定	175
(2)サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用	200
(3)保険料賦課額の減額等に係る取扱い	207
(4)介護サービス情報公表制度の見直し	208
(5)介護人材の確保	211

II 消費税引上げに伴う介護報酬改定について

III 地域包括ケアシステム構築のための市町村支援について

I 介護保険制度改革の検討状況について

1. 制度改革の検討の背景と検討事項

社会保障審議会介護保険部会における検討経緯及び今後の予定

社会保障・税一体改革大綱、改革推進法

平成23年7月 1日	「社会保障・税一体改革成案」の閣議報告
平成24年2月17日	「社会保障・税一体改革大綱」の閣議決定
8月22日	「社会保障制度改革推進法」公布

社会保障制度改革国民会議

11月30日(第1回)	意見交換 等
}	
平成25年 4月22日(第10回)	これまでの議論の整理(医療・介護分野)
}	
8月5日(第20回)	国民会議報告書とりまとめ

法制上の措置

8月21日	社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について (閣議決定)
-------	--

10月15日	「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」 (閣議決定・国会提出)
--------	---

社会保障審議会介護保険部会

平成23年

10月13日	成案を踏まえ、社会保障審議会介護保険部会での議論を開始(4回開催) 「社会保障審議会介護保険部会における議論の整理」をとりまとめ、公表(11月30日)
10月31日	
11月15日	
11月24日	

平成25年

1月21日	介護分野の最近の動向、課題、今後のスケジュール
4月25日	社会保障制度改革国民会議の議論について
5月15日	市町村での体制整備、保険者機能の関係、制度関係
6月 6日	在宅サービス、施設サービス 介護人材 認知症

8月28日	国民会議報告書、法制上の措置の骨子について、地域包括ケアシステムの構築
9月 4日	生活支援・予防給付等、認知症施策、介護人材
9月18日	在宅サービス、施設サービス
9月25日	低所得者の第1号保険料の軽減強化、一定以上所得者の利用者負担、補足給付
10月 2日	都市部の高齢化対策に関する検討会報告、住所地特例、総報酬割、情報公表制度見直し等
10月30日	予防給付の見直しと地域支援事業の充実、特養中重度者重点化
11月14日	費用負担(一定以上所得者の利用者負担、補足給付)、予防給付の見直しと地域支援事業の充実
11月27日	とりまとめに向けた議論
12月	とりまとめ(予定)

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」(平成25年10月15日閣議決定・国会提出) 抜粋

(介護保険制度)

第五条 政府は、個人の選択を尊重しつつ、介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な介護予防等への取組を奨励するものとする。

2 政府は、低所得者をはじめとする国民の介護保険の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図りつつ、地域包括ケアシステムの構築を通じ、必要な介護サービスを確保する観点から、介護保険制度について、次に掲げる事項及び介護報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第百十五条の四十五に規定する地域支援事業の見直しによる次に掲げる事項

イ 在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携の強化

ロ 多様な主体による創意工夫を生かした高齢者の自立した日常生活の支援及び高齢者の社会的活動への参加の推進等による介護予防に関する基盤整備

ハ 認知症である者に係る支援が早期から適切に提供される体制の確保その他の認知症である者に係る必要な施策

二 前号に掲げる事項と併せた地域の実情に応じた介護保険法第七条第四項に規定する要支援者への支援の見直し

三 一定以上の所得を有する者の介護保険の保険給付に係る利用者負担の見直し

四 介護保険法第五十一条の三の規定による特定入所者介護サービス費の支給の要件について資産を勘案する等の見直し

五 介護保険法第四十八条第一項第一号に規定する指定介護福祉施設サービスに係る同条の規定による施設介護サービス費の支給の対象の見直し

六 介護保険の第一号被保険者の保険料に係る低所得者の負担の軽減

3 政府は、前項の措置を平成二十七年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

4 政府は、前条第七項第二号ロに掲げる事項に係る同項の措置の検討状況等を踏まえ、被用者保険等保険者に係る介護保険法第百五十条第一項に規定する介護給付費・地域支援事業支援納付金の額を当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすることについて検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

介護保険制度改正の検討事項

- 地域包括ケアシステムの構築と介護保険制度の持続可能性の確保のため、充実と重点化・効率化を一体的に行う制度改正を検討中。
- 現在、社会保障審議会介護保険部会において、以下の項目について検討を行っているところであり、地方自治体をはじめとする関係者の理解を得つつ、次期通常国会への法案提出を目指す。

	充 実	重点化・効率化
サービス提供体制	■地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し ○在宅医療・介護の連携推進 ○認知症施策の推進 ○地域ケア会議の充実 ○生活支援・介護予防の充実	■介護サービスの効率化・重点化 ○ 介護予防給付（訪問・通所介護）の地域支援事業への移行 ○ 特別養護老人ホームの中重度者への重点化
費用負担	■保険料の負担の増大の抑制 ○ 低所得者の一号保険料の軽減強化	■所得や資産のある人の利用者負担の見直し ○ 一定以上所得者の利用者負担の見直し ○ 補足給付の見直し（資産等の勘案）

その他

- 2025年を見据えた介護保険事業計画の策定
- サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用
- 居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲、小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行 等

地域包括ケアシステムの構築について

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

地域包括ケアシステムの姿

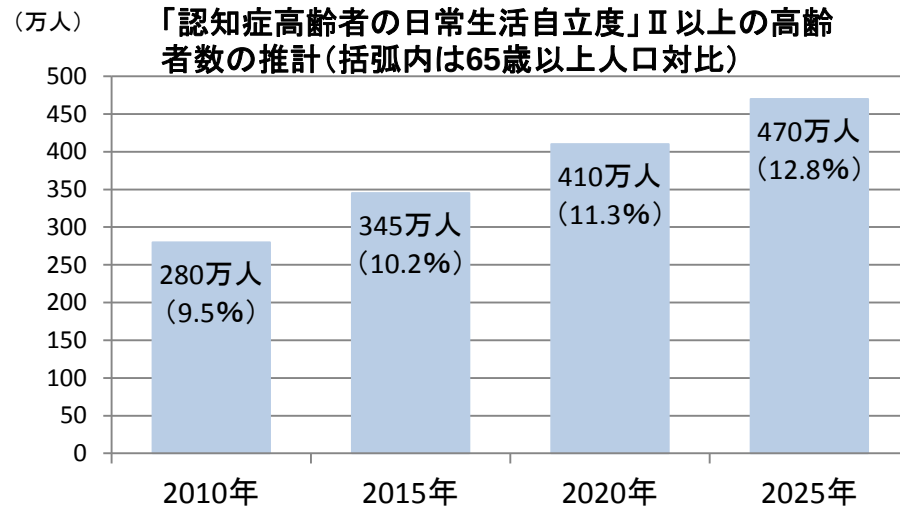


今後の介護保険をとりまく状況

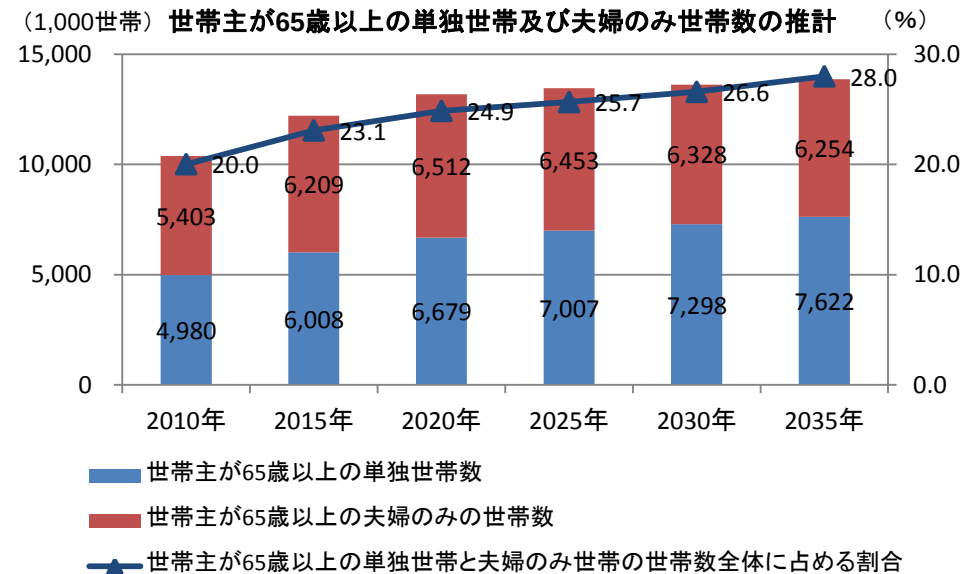
- ① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

- ② 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。



- ③ 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

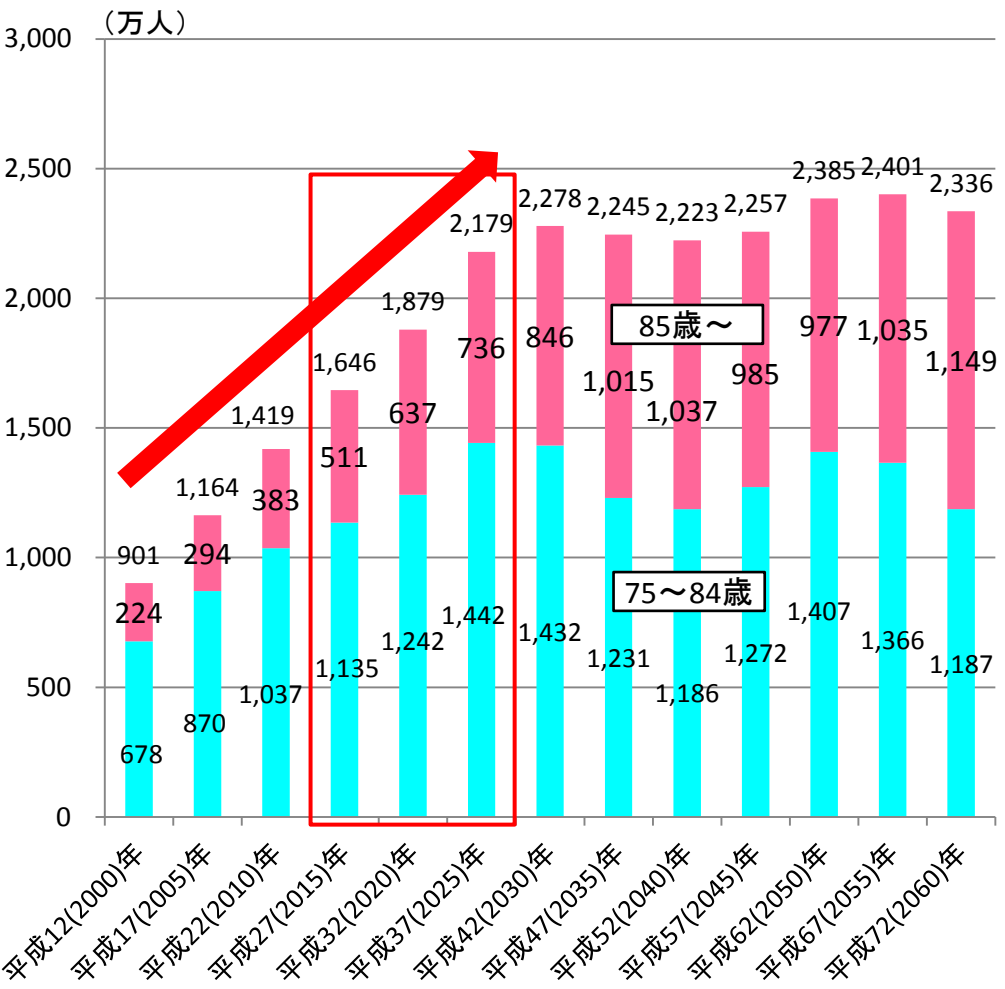


- ④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

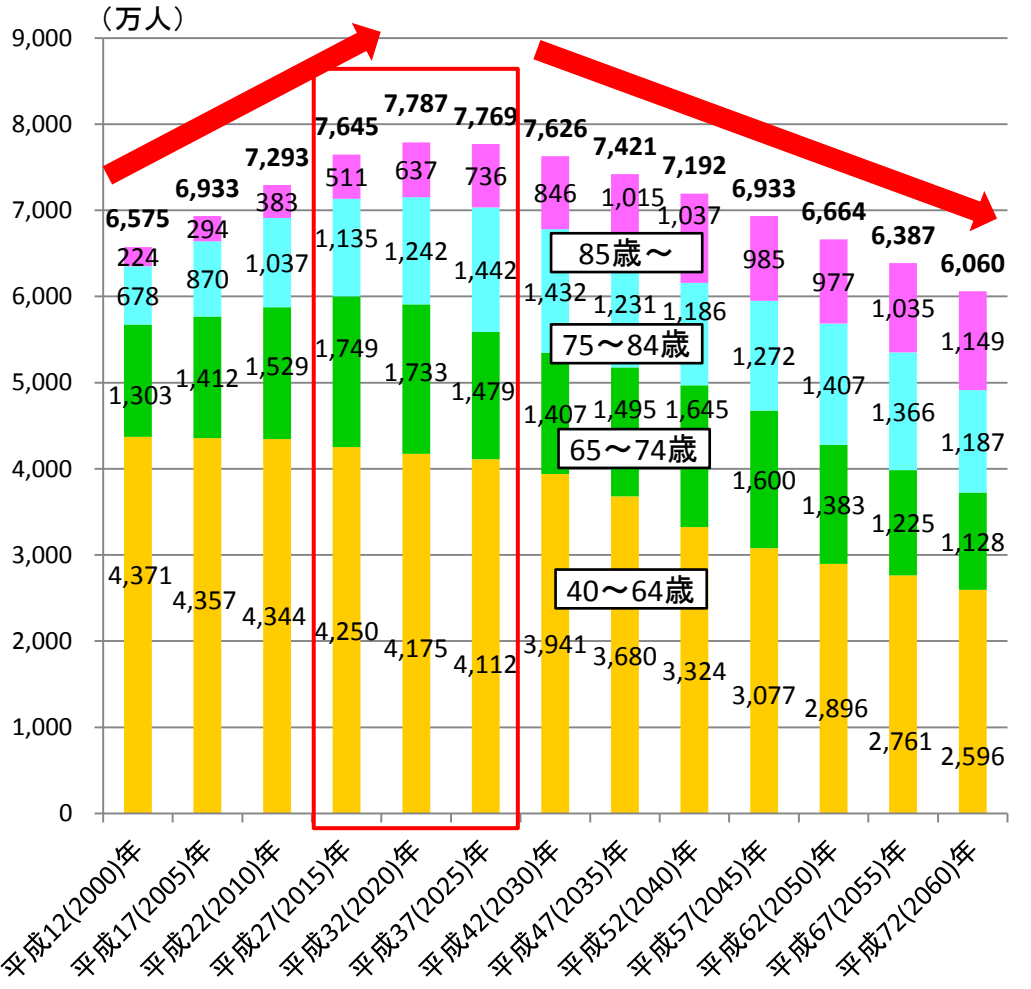
⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間で、急速に増加。
○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。

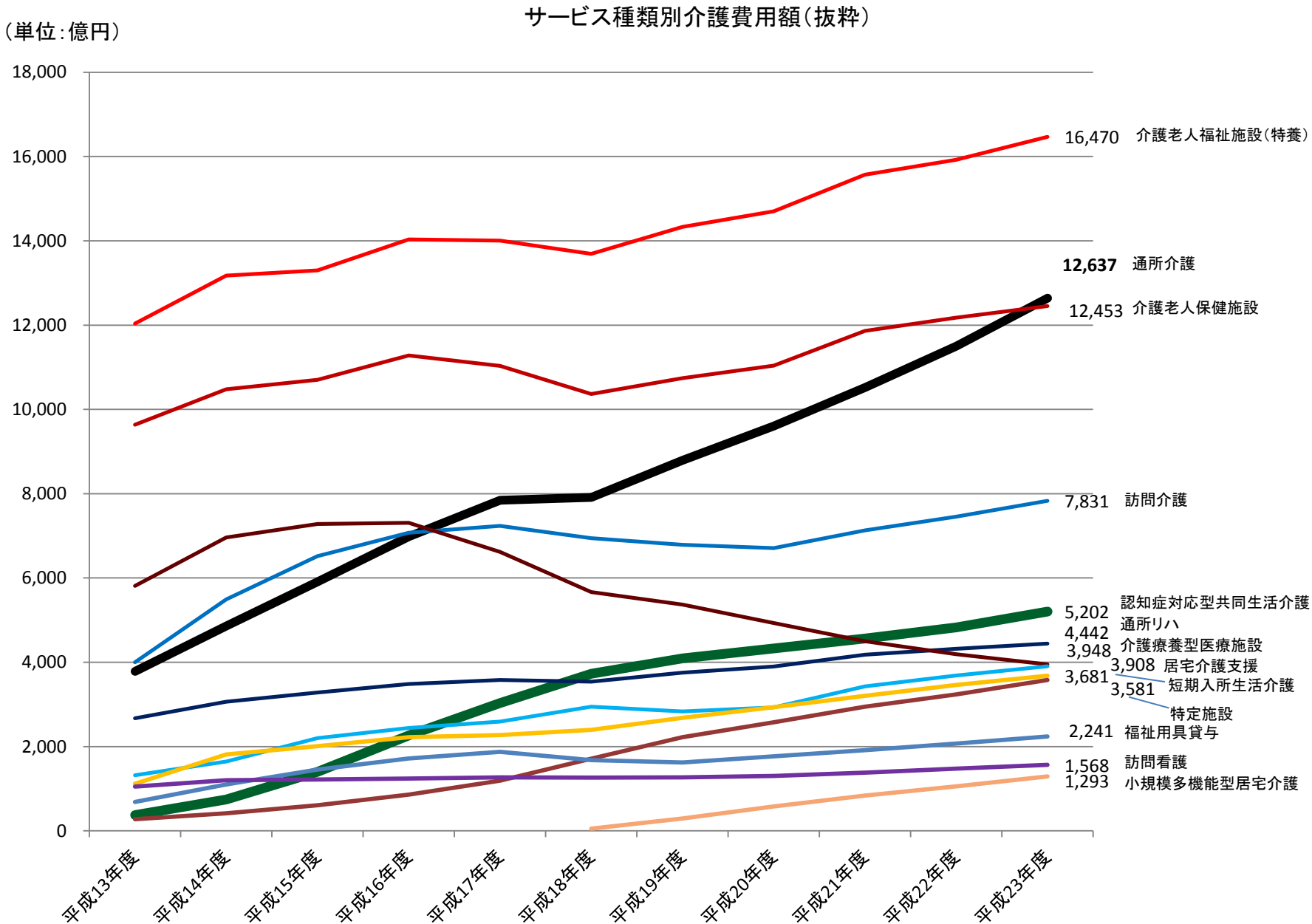


⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。



サービス種類別介護費用額の推移～通所介護の費用は急増している～



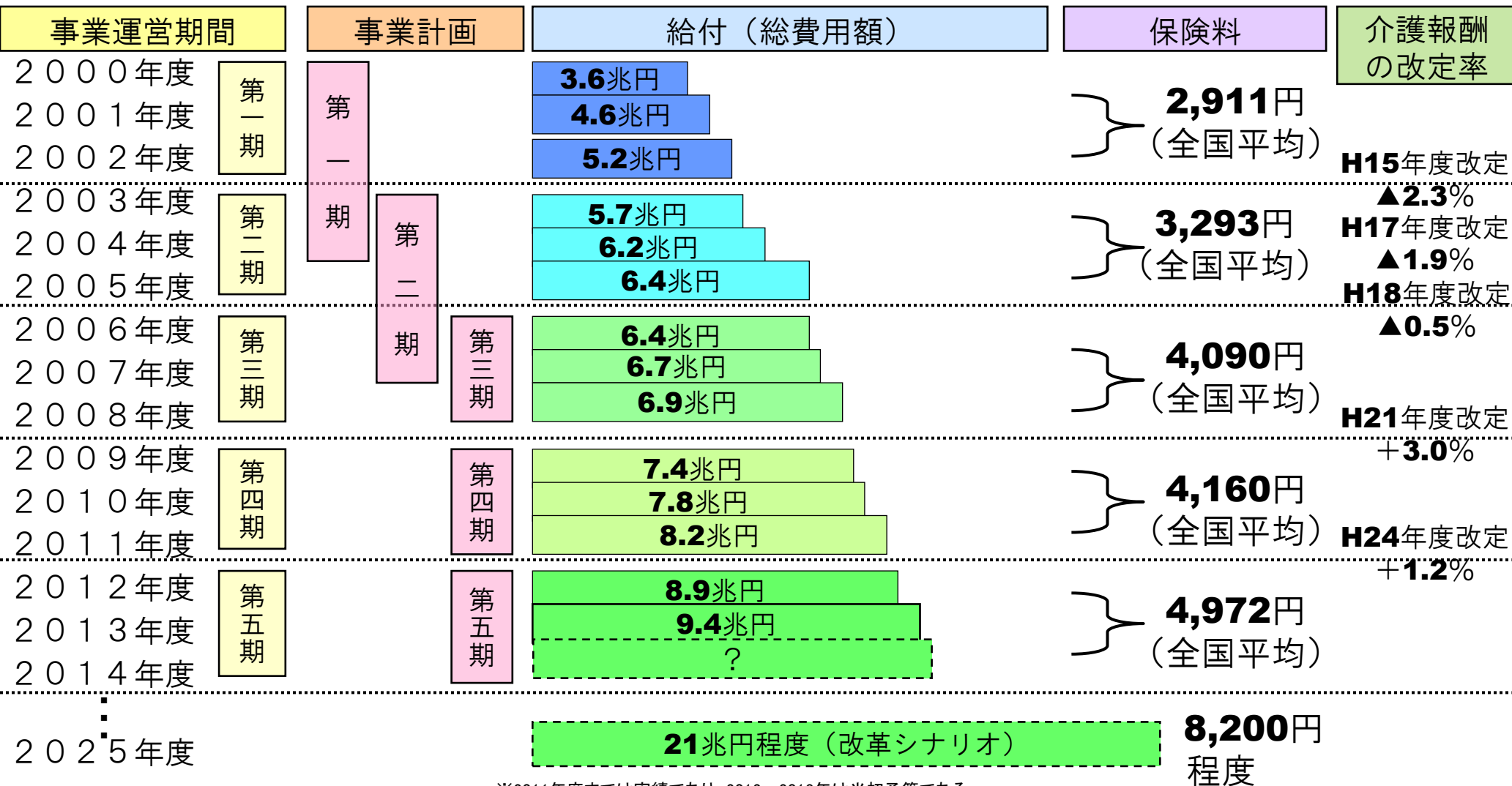
(注)

- ・特定入所者介護サービス費及び予防給付を含む。
- ・平成23年度において1000億円以上を表示
- ・介護老人福祉施設に地域密着型介護老人福祉施設は含まれていない。
- ・平成23年4月審査分においては、東日本大震災の影響により、介護給付費明細書を各都道府県国民健康保険団体連合会に提出できない介護サービス事業所等や介護給付費明細書によらない概算請求・支払いがあったものと考えられる。

(資料)介護保険給付費実態報告年報(平成12年度年報はないため、表示していない。)

介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、2025年には保険料が現在の5000円程度から8000円程度に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

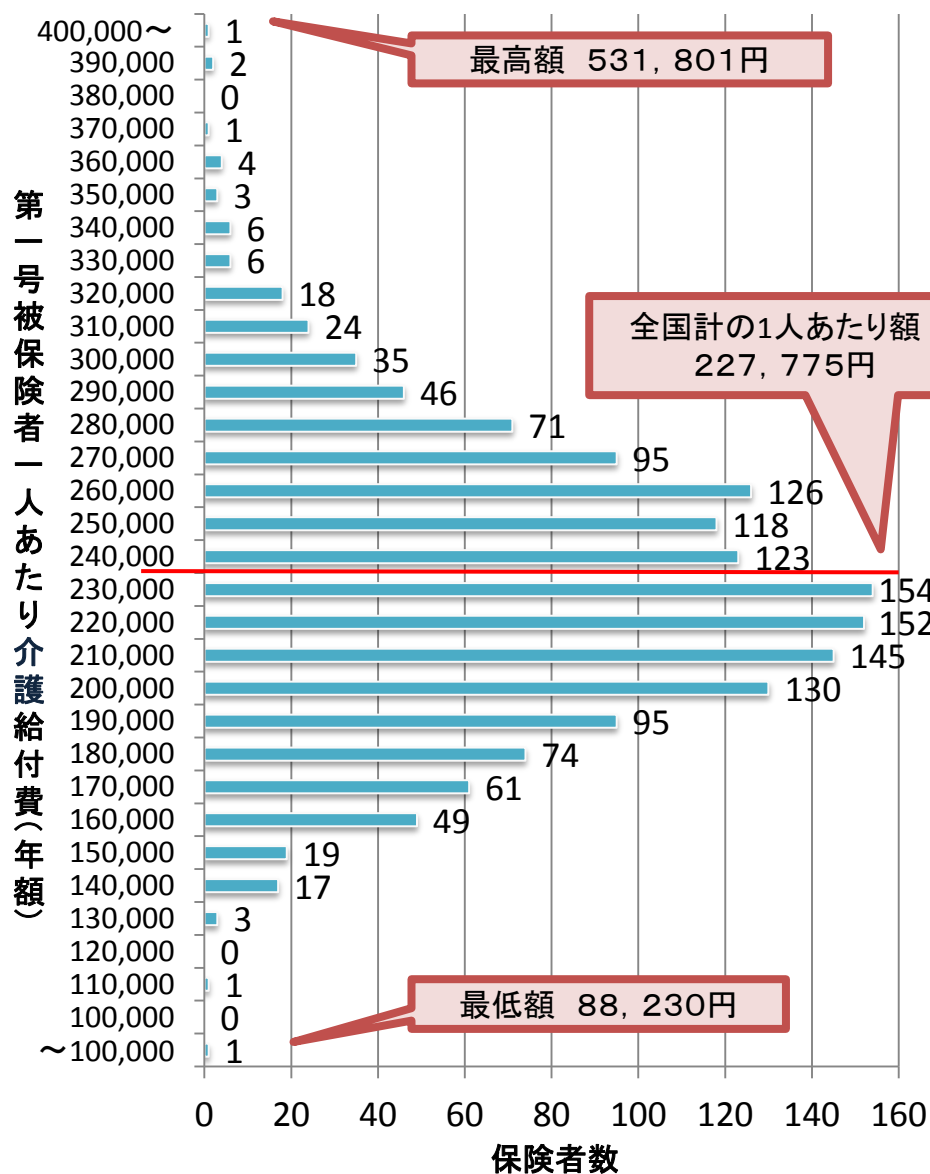


※2011年度までは実績であり、2012～2013年は当初予算である。
※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(平成24年3月)

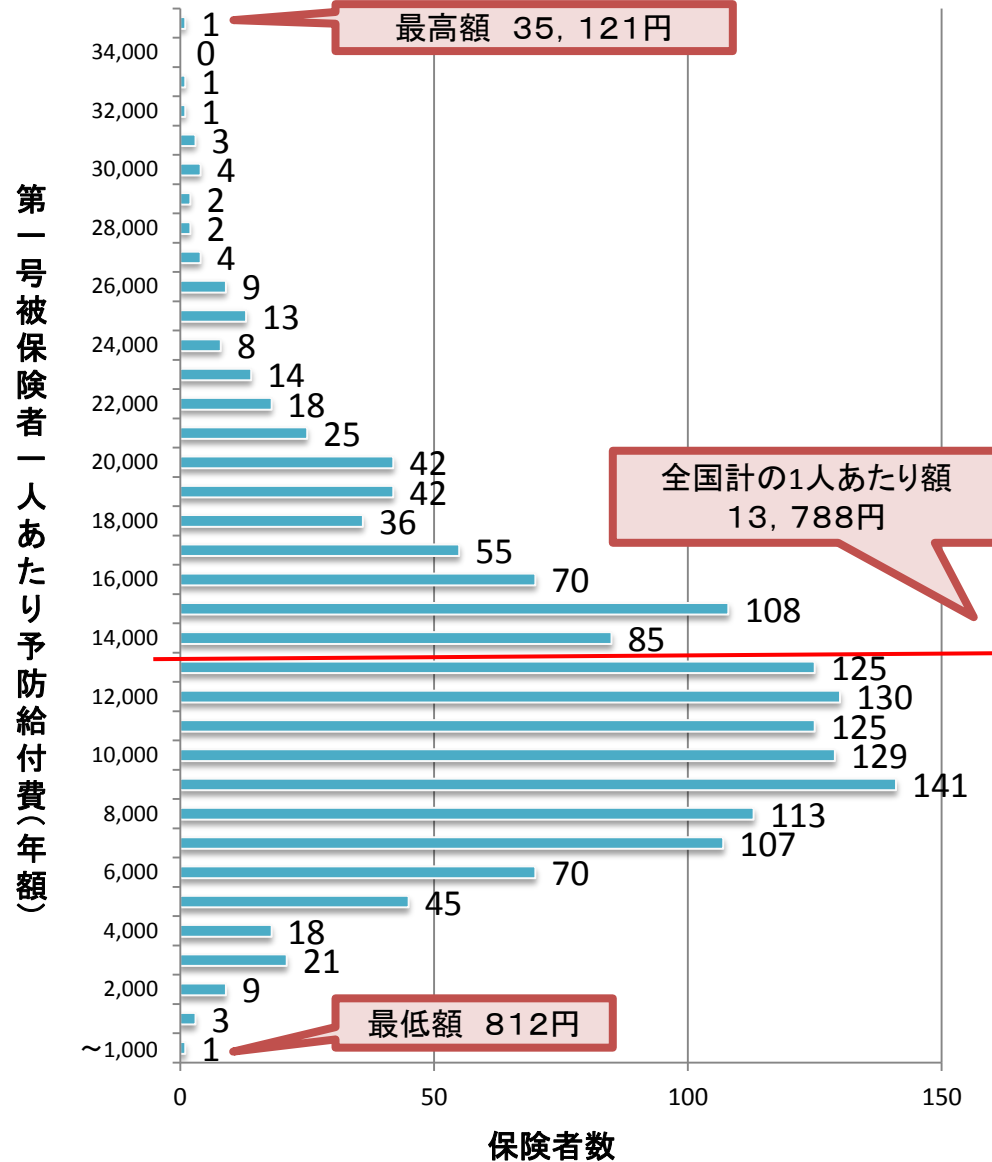
※2012年度の賃金水準に換算した値

第1号被保険者1人あたり給付費(年額)の保険者分布

【第1号被保険者1人あたり介護給付費(年額)の保険者分布】

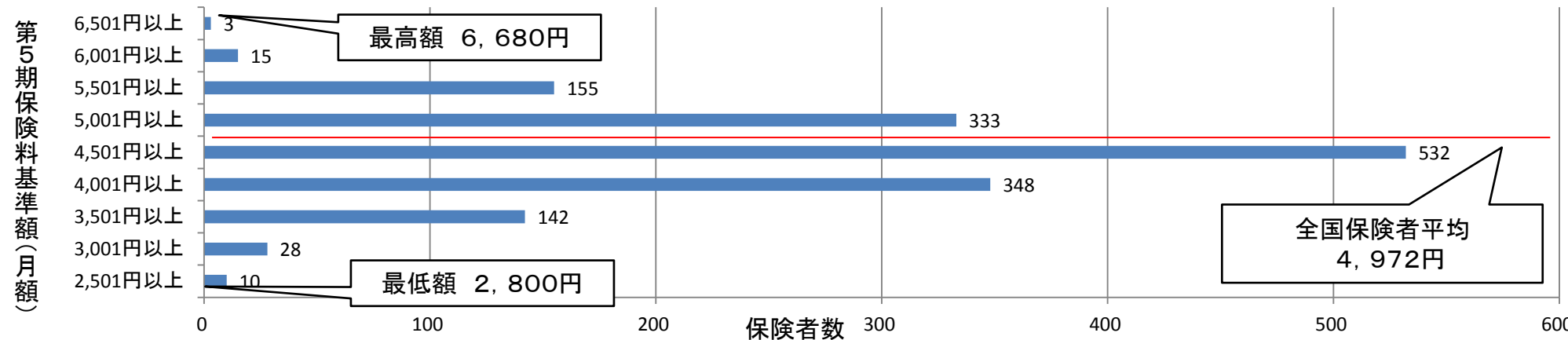


【第1号被保険者1人あたり予防給付費(年額)の保険者分布】



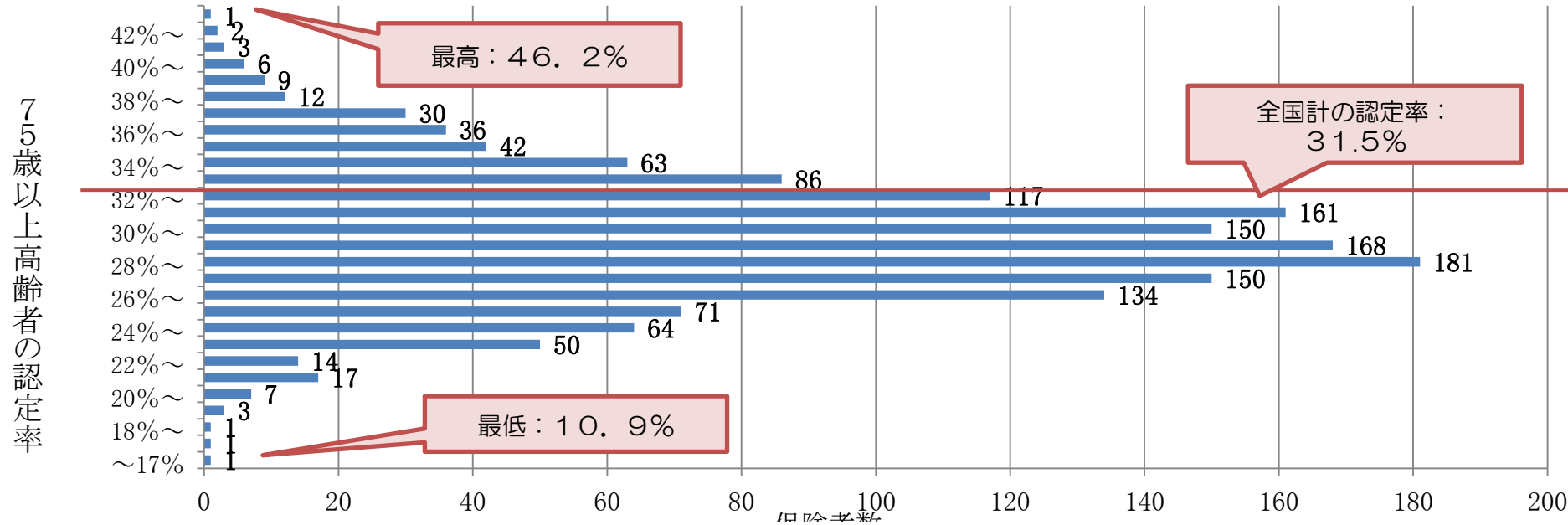
- 1) 第1号被保険者1人あたり予防[介護]給付費(年額) = 予防[介護]給付費(平成23年度累計) / 第1号被保険者数(平成23年度末現在)
- 2) 出典:「平成23年度 介護保険事業状況報告年報」

第5期保険料基準額(月額)の保険者分布



※東日本大震災の影響により、暫定的に第4期と同額の保険料基準額に据え置いた保険者等(14保険者)を除く。

75歳以上高齢者の認定率の保険者分布



1) 出所:介護保険事業状況報告(平成25年4月分)

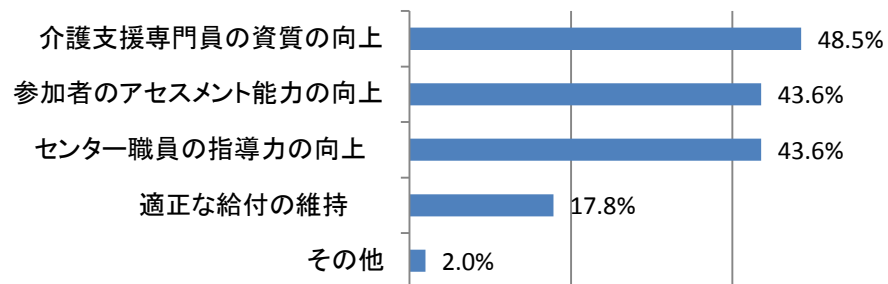
2) 75歳以上高齢者の認定率＝要介護(要支援)認定者数(75歳以上)／第1号被保険者数(75歳以上)

「地域ケア会議」への取組による成果

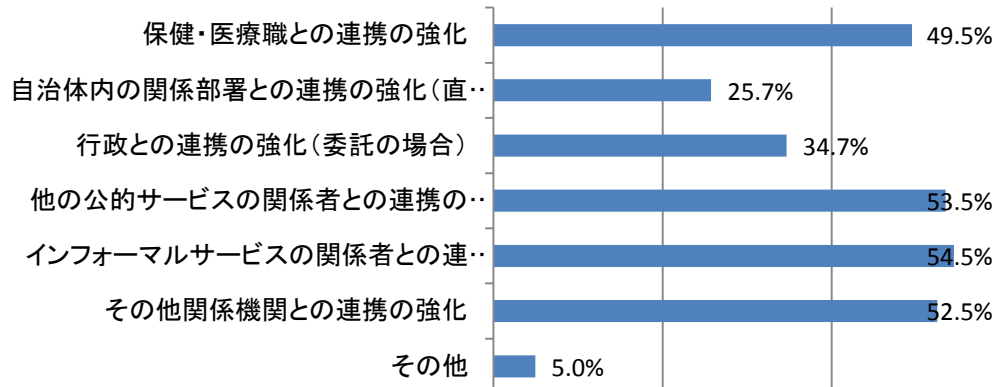
- センター長クラスを対象とした国実施の研修受講後、各センターで多職種協働による個別ケースの検討を行った結果について、6割以上の受講者が個別課題の解決につながった(65.3%)と回答した。
- また、自立支援に資するケアマネジメント支援の成果については、「介護支援専門員の資質向上につながった」(48.5%)が最も多かった。
- 地域包括支援ネットワーク構築の成果については、「保健・医療職との連携強化」(49.5%)や「インフォーマルサービス関係者との連携強化」(54.5%)につながったとの回答が多かった。
- 一方で、個別ケースの検討に取り組めていない受講者等もいることから、今後さらに地域ケア会議に関する取組の強化が必要

出典：平成24年度地域包括ケア指導者養成研修(中央研修)受講者に対する年度末アンケート(n=101)

自立支援に資するケアマネジメント支援の成果(複数回答)



地域包括支援ネットワークの構築の成果(複数回答)



その他の成果(自由記載)

- ・ケアマネジャーが1人で抱え込まずに多職種で役割分担できるようになった。
- ・事例提出者は、自立支援に向けた予後予測を見込んで評価する視点をトレーニングできた。
- ・サービス担当者会議で対応できないケースについて、セターや行政を交えて検討したことにより、今後の方向性について本人・家族と合意形成できた。
- ・地域包括支援センター職員の力量アップにつながった。
- ・信頼感を持った関係づくりができた。
- ・民生委員や町内会役員が、高齢者や家族への支援を積極的に行うようになった。
- ・認知症の人の日中の安否確認について、近隣住民の協力を得ることができた。

2. 地域支援事業の充実と介護予防給付の見直し

- (1) 在宅医療・介護の連携推進
- (2) 認知症施策の推進
- (3) 地域ケア会議の充実
- (4) 生活支援・介護予防の充実
- (5) 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
- (6) 介護予防事業の見直し

(1)在宅医療・介護の連携推進

- 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

介護予防事業

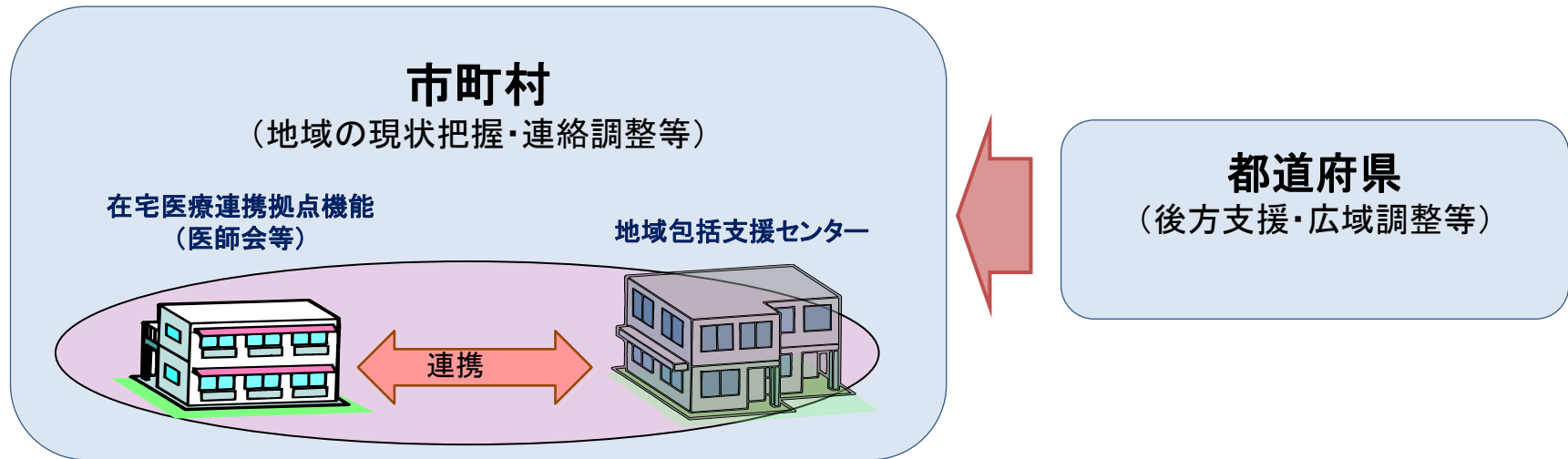
任意事業

在宅医療・介護の連携推進に係る事業を追加



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

等

(参考) 平成24年度在宅医療連携拠点事業

実施主体

実施主体	箇所数	実施主体	箇所数
自治体	14	医師会等医療関係団体	16
病院	32	訪問看護ステーション	10
うち在宅療養支援病院	14	薬局	1
診療所	29	その他(NPO法人等)	3
うち在宅療養支援診療所	28	合計	105

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

- ◆地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化
- ◆更に連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)も調査し、関係者に配布、ネット上に公表等

【効果】

- ◆照会先や協力依頼先を適切に選べるようになった。
- ◆医療機関への連絡方法や時間帯、担当者が明確になり、連携がとりやすくなった。

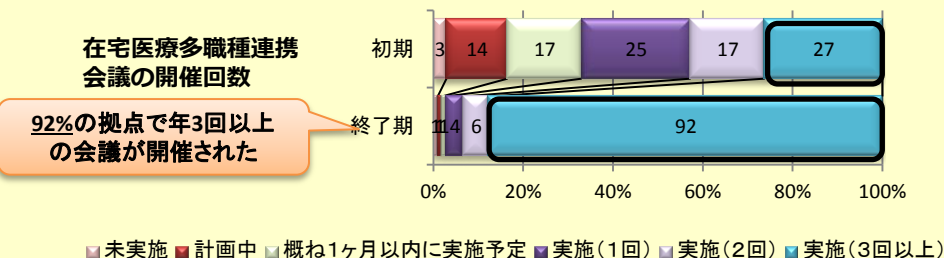


(2) 会議の開催

- ◆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

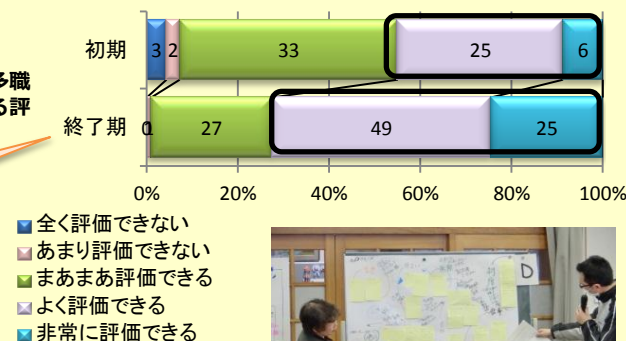
【効果】

在宅医療多職種連携会議の開催回数とその評価



実施した在宅医療多職種連携会議に対する評価

74%の拠点で会議に対する高い評価を得た



(3) 研修の実施

【効果】

- ◆グループワーク等の多職種参加型研修の実施
- ◆訪問診療同行研修の実施
- ◆医療機器に係る研修等の座学
- ◆介護職種を対象とした医療教育に関する研修等

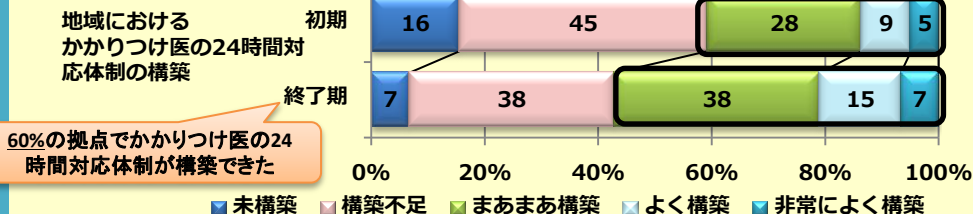
- ◆介護職、医療職間の理解が促進され、研修に参加した事業所、医療機関等による新たな連携体制が構築できた。
- ◆専門医療機関との勉強会等で各職種のスキルアップができた。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

- ◆ 緊急入院受け入れ窓口の設置
- ◆ 主治医・副主治医制のコーディネート 等

【効果】

24時間対応の在宅医療提供体制



【主治医・副主治医制】

担当医調整様式(例)



板橋区医師会

担当医調整様式(例)

日付	患者氏名	担当医	副担当医	調整者	備考
1	田中 太郎	山田 一郎	佐藤 一郎	山田 一郎	初診
2	山田 一郎	佐藤 一郎	山田 一郎	山田 一郎	再診
3	佐藤 一郎	山田 一郎	佐藤 一郎	山田 一郎	再診
4	山田 一郎	佐藤 一郎	山田 一郎	山田 一郎	再診
5	佐藤 一郎	山田 一郎	佐藤 一郎	山田 一郎	再診
6	山田 一郎	佐藤 一郎	山田 一郎	山田 一郎	再診
7	佐藤 一郎	山田 一郎	佐藤 一郎	山田 一郎	再診
8	山田 一郎	佐藤 一郎	山田 一郎	山田 一郎	再診
9	佐藤 一郎	山田 一郎	佐藤 一郎	山田 一郎	再診
10	山田 一郎	佐藤 一郎	山田 一郎	山田 一郎	再診

(板橋区医師会)

(5) 患者・家族や地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした相談窓口の設置

- ◆ 患者・家族、地域包括支援センターやケアマネからの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応

【効果】

- ◆ ケアプランに必要な医療的支援を位置づけられ、より適切なケアマネジメントが行われるようになった。
- ◆ 医療・介護ニーズが高い方について、各関連施設への連絡・調整が円滑になった。

(6) 効率的な情報共有のための取組

- ◆ 地域の在宅医療・介護関係者の連絡のための様式・方法の統一
- ◆ 地域連携クリティカルパスの作成
- ◆ ショートステイの空き情報等のネット上のリアルタイム情報の発信

【効果】

- ◆ 多職種の専門性を生かした質の高いサービスの提供ができた。
- ◆ ICTやメーリングリストを活用することにより、タイムリーな情報共有が可能となった。

(7) 地域住民への普及啓発

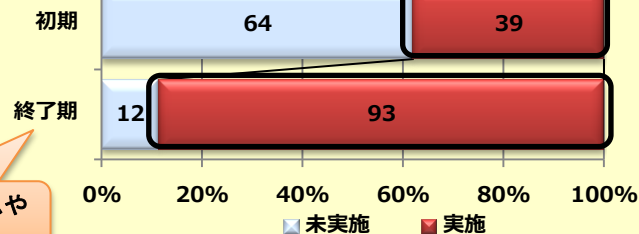
- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催
- ◆ 地域住民に対する在宅医療相談窓口の設置(市の施設への設置、病院への設置)
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、ホームページ等を活用

【効果】

フォーラム・講演会等の開催



93%の拠点でフォーラムや講演会が開催された



平成24年度在宅医療連携拠点事業

まとめ

- 平成23年度の10ヶ所、平成24年度は105ヶ所の地域において、都道府県、市町村、医師会、在宅療養支援診療所（病院）、訪問看護ステーション等が連携拠点となり、在宅医療において、医療側から介護への連携を図る取り組みを実施。
- 各拠点においては、平成23年度の在宅医療連携拠点事業で得られた知見を活かし市町村と地域医師会が連携を図りつつ取り組みが進められた。
- 拠点事業の効果としては、在宅医療提供機関間のネットワークの構築により在宅医療提供機関数が増加するとともに、重症例への対応機能の強化につながり、在宅医療の充実と在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの構築に寄与したと考えられる。
- また、顔の見える関係性が構築されたことで介護関係者側にとっては医療関係者へのアプローチが容易になり、医療者側の介護への理解も深まった。さらに研修会等で介護関係者の医療分野の知識の充実が図られる等を通じてケアマネジメントの質が向上していると考えられる。
- 地域包括ケアシステムの実現のためには、地域において面的に在宅医療・介護連携を展開していくことが不可欠であるが、その推進体制としては地域全体を見渡せ、中立的な立場で関係者間の調整を行うことができる市町村が中心となり、医療側から他職種も含めて地域全体に働きかけやすい医師会等の理解と協力を得て取り組むことが重要であることが改めて確認された。またその前提として都道府県レベルでの関係団体等への働きかけや調整など、都道府県が市町村を支援する体制を整えることも重要である。

(2)認知症施策の推進

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標とする。
- 認知症施策を推進するため、介護保険法の地域支援事業に位置づけることを検討(「認知症初期集中支援チーム」の設置、認知症地域支援推進員の設置)。

「認知症施策推進5か年計画」(平成24年9月厚生労働省公表)の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》

認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してから「事後的な対応」が主眼。



《今後目指すべきケア》

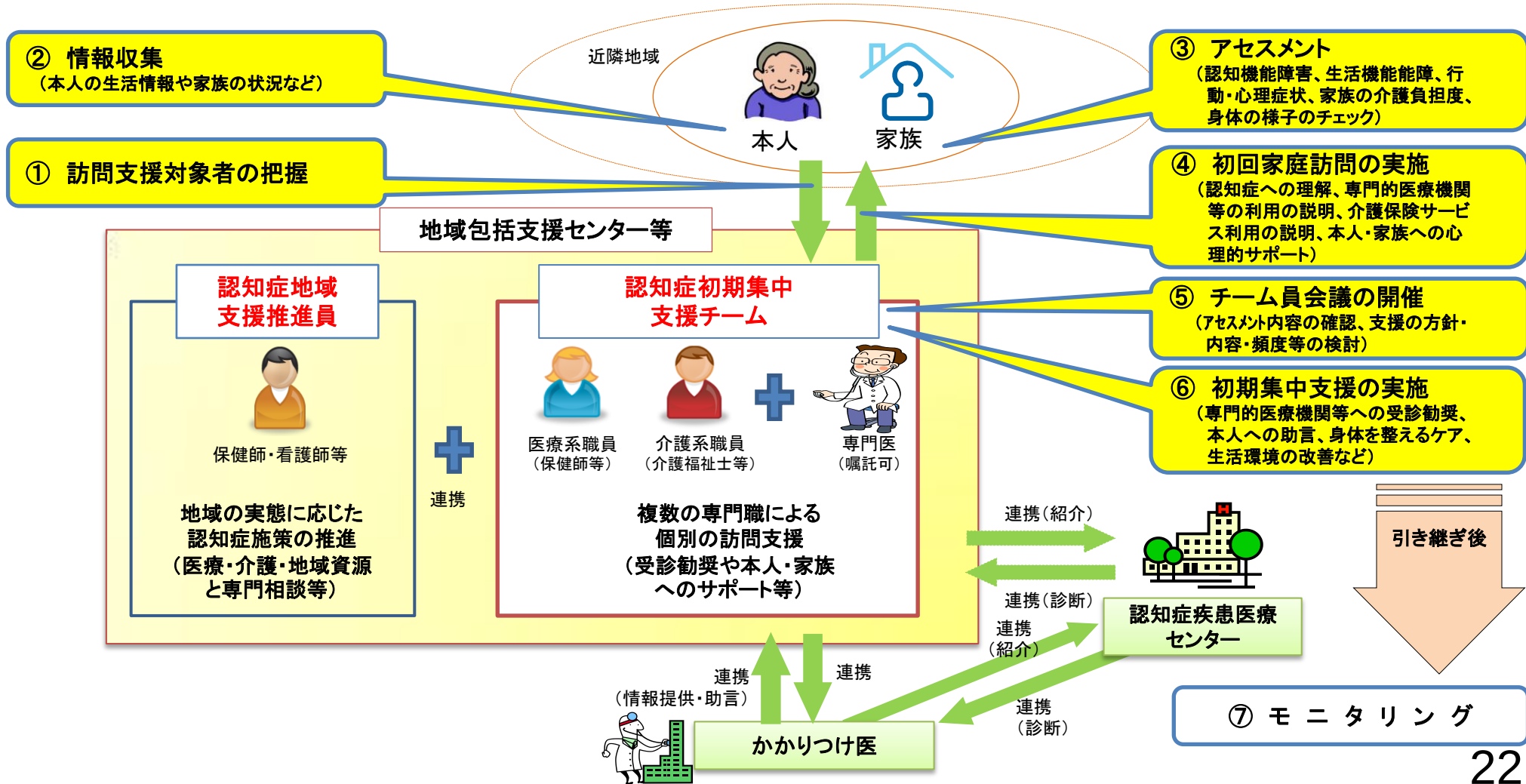
「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

事項	5か年計画での目標
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映
○ 「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人
○「地域ケア会議」の普及・定着	平成27年度以降 すべての市町村で実施
○ 認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末 700人
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人(現在340万人)

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

以下の体制を地域包括支援センター等に配置

- **認知症初期集中支援チーム** — 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問し、アセスメントや家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
- **認知症地域支援推進員** — 認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。



(参考) 認知症初期集中支援チームについて

【目的】

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

【認知症初期集中支援チームとは】

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

配置場所

地域包括支援センター等

診療所、病院
認知症疾患医療センター
市町村の本庁

認知症初期集中支援チームのメンバー



【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人とする。

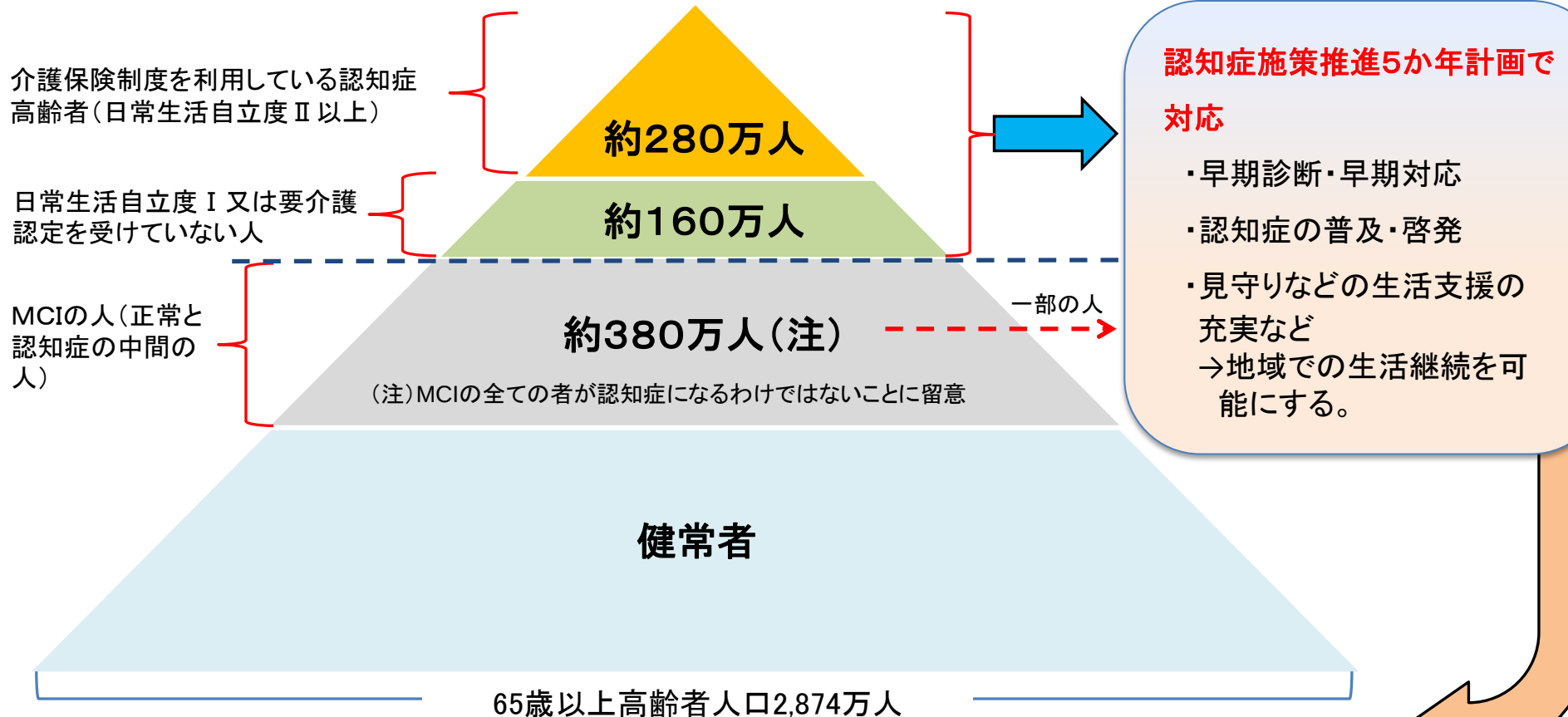
◆医療サービス、介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

- (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
- (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
- (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人（エ） 診断されたが介護サービスが中断している人

◆医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

(参考) 認知症高齢者の現状 (平成22年)

- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計(平成22年)。また、全国のMCI(正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の間)状態の者)の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計(平成22年)。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人(平成22年)。



持続可能な介護保険制度を確立し、安心して生活できる地域づくり。

（参考）「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について

1. 認知症高齢者数

- 平成22年（2010）で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ（※）以上の高齢者数は280万人であった。

〔算出方法〕

- ①平成22年1年間の要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を算出した。
②年間データでは同一人物で複数回要介護認定を受けている者がいるので、平成15年と同月である平成22年9月の要介護認定データに上記①の割合（性別・年齢階級別・要介護度別認知症高齢者割合）を乗じて算出した。

※ ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない

※ 日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志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。（次頁の参考「認知症高齢者の日常生活自立度」参照）

2. 将来推計

（単位：万人）

将来推計（年）	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年（2012）を推計すると、305万人となる。

※下段は65歳以上人口に対する比率

〔算出方法〕

- 将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所：H24.1推計。死亡中位出生中位）に、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乗じて推計した。

（参考：平成15年 高齢者介護研究会報告書）

（単位：万人）

将来推計（年）	平成14年 (2002)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	149	208	250	289	323
	6.3%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%

3. 認知症高齢者の居場所別内訳（平成22年9月末現在）

（単位：万人）

	居宅	特定施設	グループホーム	介護老人福祉施設	介護老人保健施設等	医療機関	合計
日常生活自立度Ⅱ以上	140	10	14	41	36	38	280

※端数処理の関係により合計は一致しない。
※介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれている。

（参考）

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	II a 家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
	II b 家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
	III a 日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	III b 夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢ aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

(参考) 65歳以上の要支援・要介護認定者のうち、一次判定時の認定調査結果における認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合

- 二次判定における要支援2と要介護1の判定では、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上は、要介護1と判定することとされており、理論的には要支援2で自立度Ⅱ以上は存在しない。
- 二次判定時に介護認定審査会が判断した自立度自体は記録されていない。また、二次判定における要支援2と要介護1以外の判定では、自立度の判定をすることになっていない。
- このため、参考値として、一次判定時の認定調査結果における自立度について集計したものである。

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合 (一次判定時)	8.0%	7.7%	67.7%	66.9%	78.5%	83.3%	92.4%	59.9%

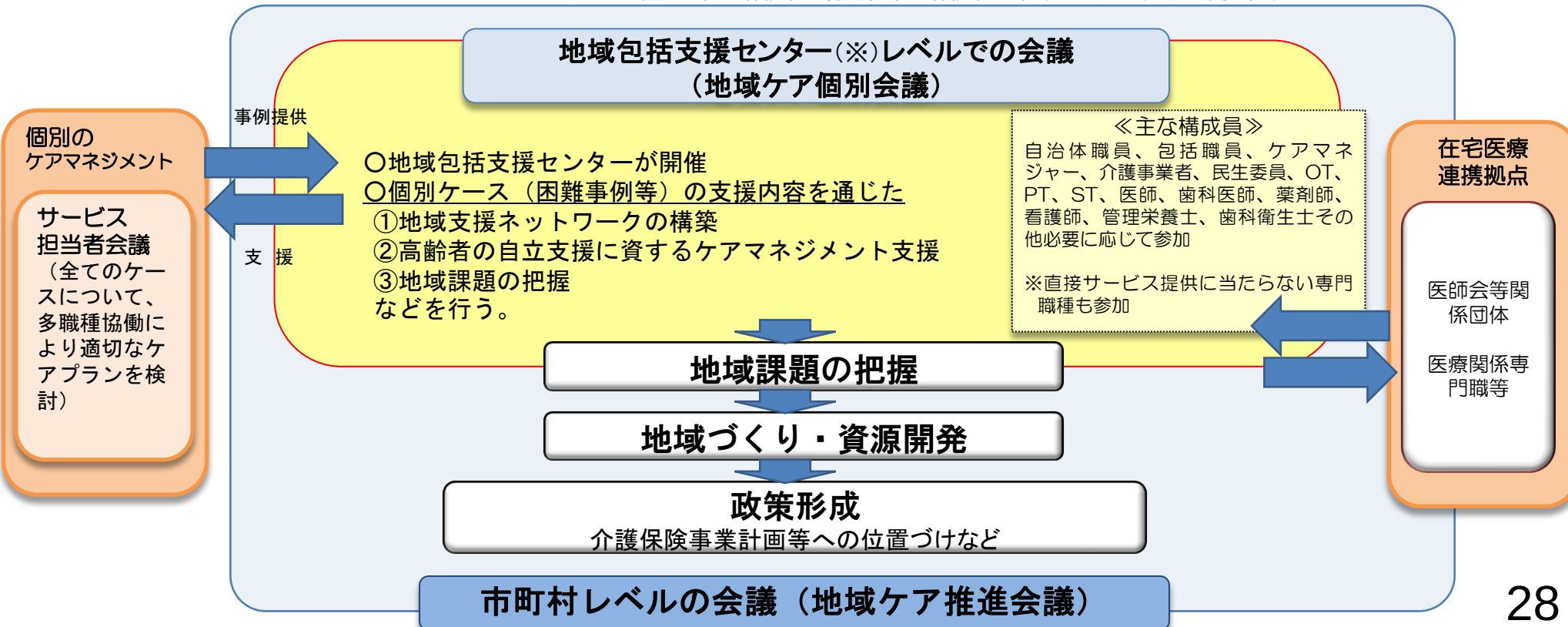
(出典)介護保険総合データベース(平成25年8月15日集計時点)

(注) 平成24年度末における要支援・要介護認定結果を平成25年8月15日時点で集計したもの。
(1,580保険者中1,417保険者から国に報告されたもの)

(3)地域ケア会議の充実

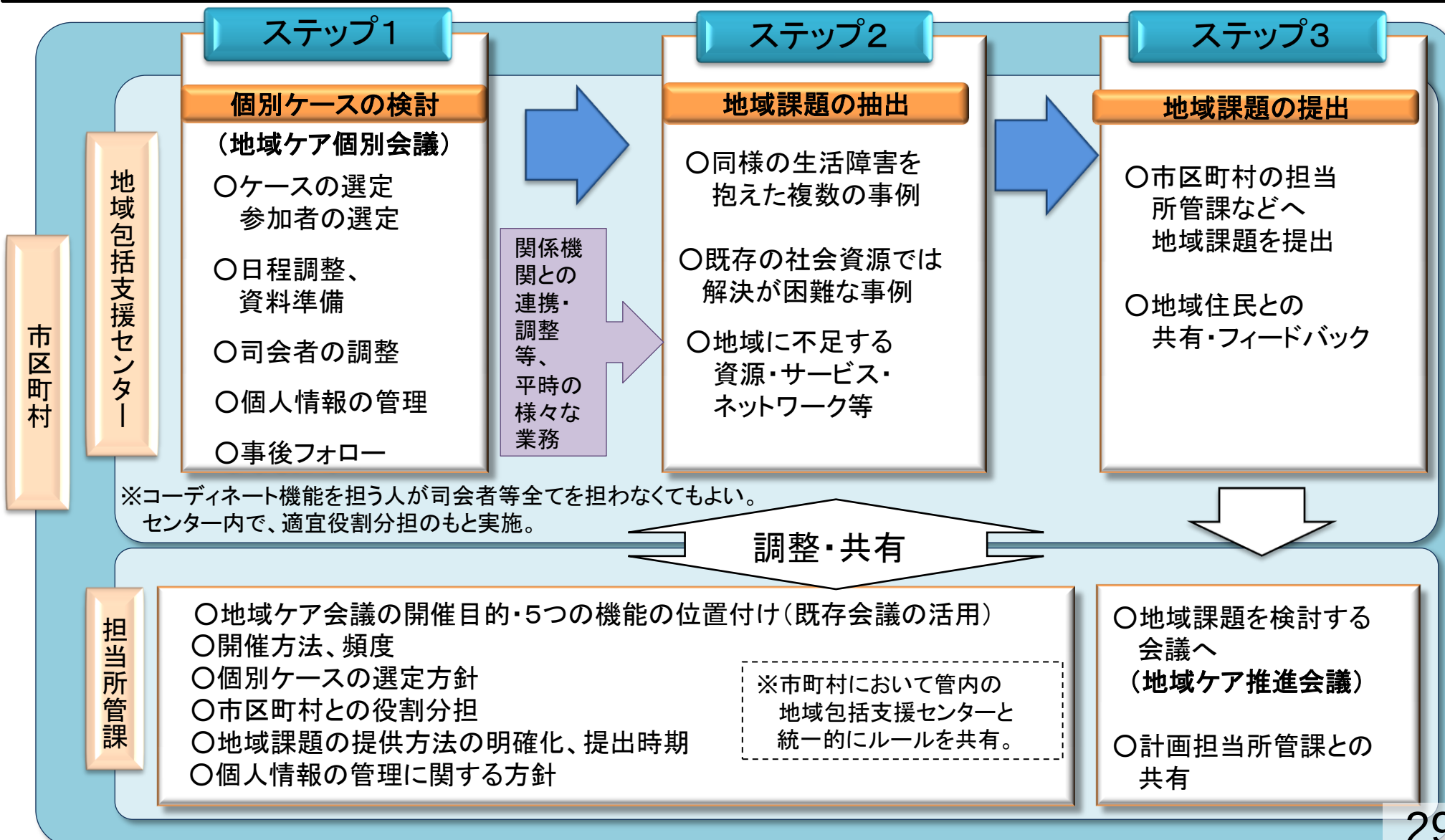
- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づけることを検討。

・地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・ブランチ・サブセンター合計7,072ヶ所)(平成24年4月末現在)
・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,202保険者)で実施(平成24年6月に調査実施)



〈 地域ケア会議を運営する上で求められるコーディネート機能 〉

- 地域包括支援センターにおいては、個別ケースの検討を始点として、地域課題の抽出、地域課題の提出までの一連の流れを円滑に進めるコーディネート機能が求められる。

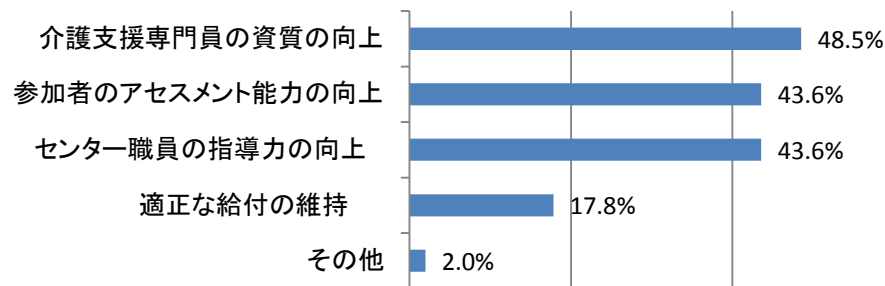


「地域ケア会議」への取組による成果

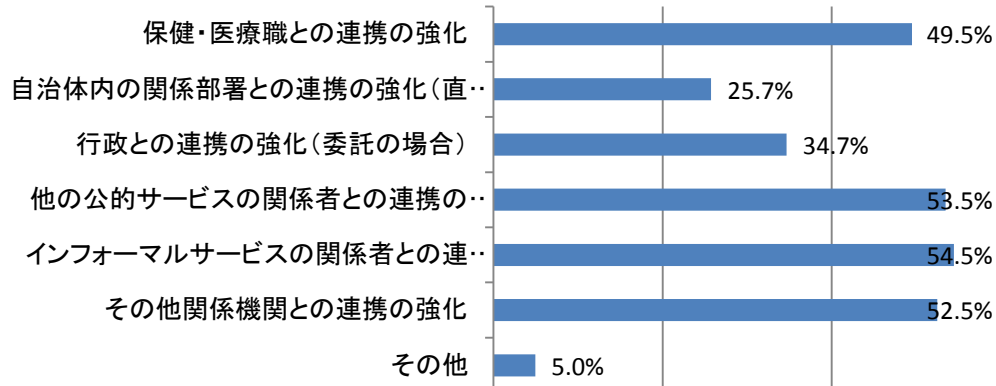
- センター長クラスを対象とした国実施の研修受講後、各センターで多職種協働による個別ケースの検討を行った結果について、6割以上の受講者が個別課題の解決につながった(65.3%)と回答した。
- また、自立支援に資するケアマネジメント支援の成果については、「介護支援専門員の資質向上につながった」(48.5%)が最も多かった。
- 地域包括支援ネットワーク構築の成果については、「保健・医療職との連携強化」(49.5%)や「インフォーマルサービス関係者との連携強化」(54.5%)につながったとの回答が多かった。
- 一方で、個別ケースの検討に取り組めていない受講者等もいることから、今後さらに地域ケア会議に関する取組の強化が必要

出典：平成24年度地域包括ケア指導者養成研修(中央研修)受講者に対する年度末アンケート(n=101)

自立支援に資するケアマネジメント支援の成果(複数回答)



地域包括支援ネットワークの構築の成果(複数回答)



その他の成果(自由記載)

- ・ケアマネジャーが1人で抱え込まずに多職種で役割分担できるようになった。
- ・事例提出者は、自立支援に向けた予後予測を見込んで評価する視点をトレーニングできた。
- ・サービス担当者会議で対応できないケースについて、セターや行政を交えて検討したことにより、今後の方向性について本人・家族と合意形成できた。
- ・地域包括支援センター職員の力量アップにつながった。
- ・信頼感を持った関係づくりができた。
- ・民生委員や町内会役員が、高齢者や家族への支援を積極的に行うようになった。
- ・認知症の人の日中の安否確認について、近隣住民の協力を得ることができた。

既存の地域ケア会議が果たす役割を整理(兵庫県朝来市の例)

会議名	内 容	参集者	個別課題 解 決	ネットワーク 構築機能	地域課題 発見機能	地域づくり・ 資源開発機 能	政策形成 機能
①向こう三軒 両隣会議	利用者支援	当事者・地 域住民・関 係機関等	◎ 対象者が 抱える課 題	◎ フォーマルと インフォーマ ルの連携	○ 困難ケース の蓄積	◎ 自助・互助 を育む	×
②ケアマネジメ ント支援会議	ケアマネジャー 支援	主任ケアマ ネジャー13 名	◎ ケアマネ ジャーが 抱える課 題	◎ 主任ケアマ ネジャーとケ アマネジャー の関係性	○ 困難ケース の蓄積	◎ 指導マニユ アル開発等	×
③在宅医療 連携会議	介護・医療の連 携に関する仕組 みづくり	医療・介護 専門職(事 業所代表 者)25名	×	◎ 介護・医療 のネットワ ーク	◎ ①②④の 会議内容 提出	◎ 連携マニユ アル作成等	×
④脳耕会	認知症支援策 の検討	関係機関代 表者15名	×	△	◎ ①②③の 会議内容 提出	◎ ドリル・ゲー ムの開発	◎ 見守り協 定・オレン ジプラン
⑤地域包括運営 協議会・介護保険 事業計画策定委 員会	地域課題の検 討	関係機関代 表者15名	×	△	◎ ①～④の 会議内容 提出	◎	◎ 介護保険 事業計画

(参考) 地域ケア会議に関する取組状況

取組状況

- 地域ケア会議への広域支援員・専門職派遣事業(都道府県事業)
(H24年度～)

<http://www.nenrin.or.jp/chiiki/manual/>

- 地域ケア会議運営マニュアルの作成
(H24年度老人保健健康増進等事業)

- 地域ケア会議活動推進等事業(H25年度～)

- ・全国会議の開催による好取組の紹介と市町村への普及啓発
- ・地域ケア会議活用マニュアル(事例集)の作成
- ・地域ケア会議コーディネーターの育成
- ・広域支援員・専門職の派遣(都道府県事業)
- ・地域ケア会議立ち上げ支援にかかる事業(市町村事業)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000023796.html>

(4)生活支援・介護予防の充実

- 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

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

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

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。

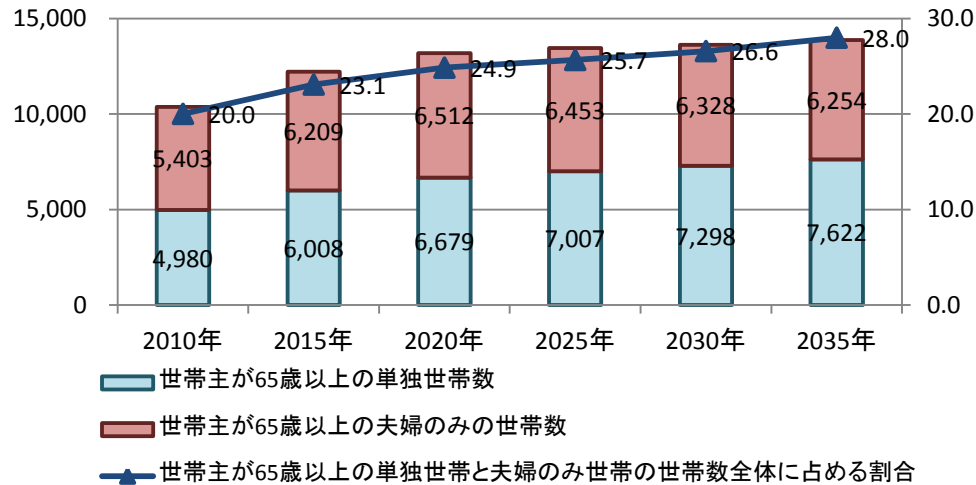
研修を受けたボランティアが高齢者と一緒に洗濯物を取り入れる等生活行為の自立を支援。

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。

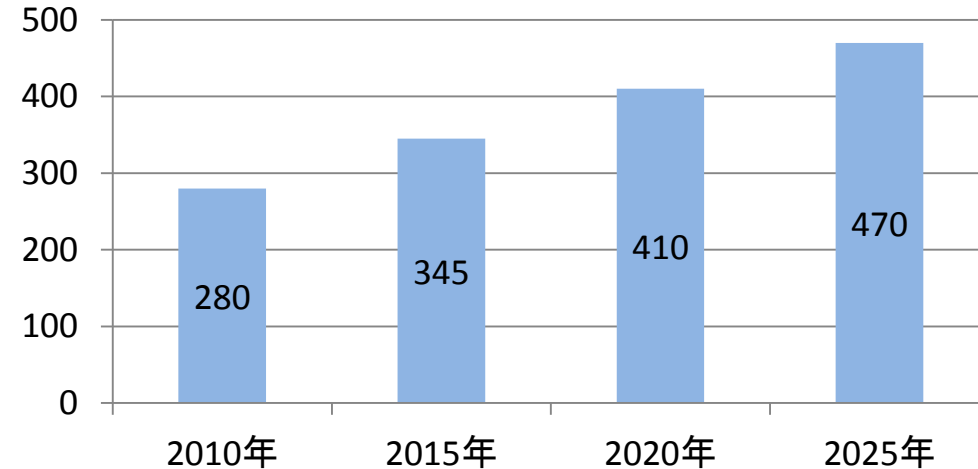
生活支援のニーズ

高齢者世帯の年次推移



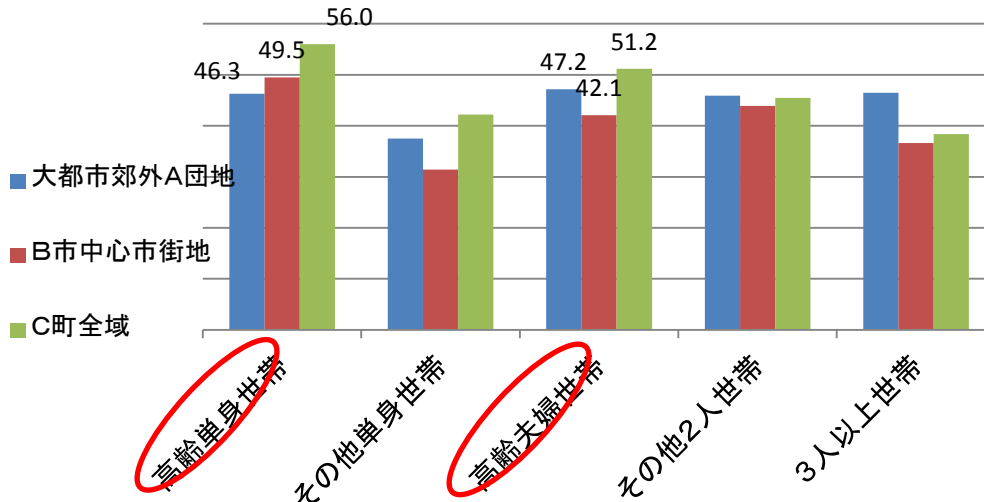
国立社会保障・人口問題研究所、
2013(平成25)年1月推計の「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」

認知症高齢者数の将来推計 (単位:万人)



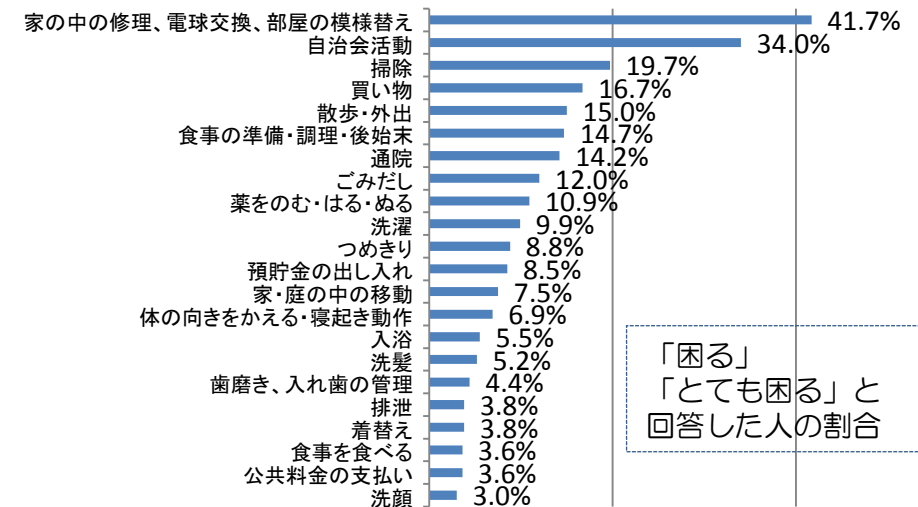
「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について,厚生労働省

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 (愛知県居住で75歳以上の1人暮らし高齢者 n=379)

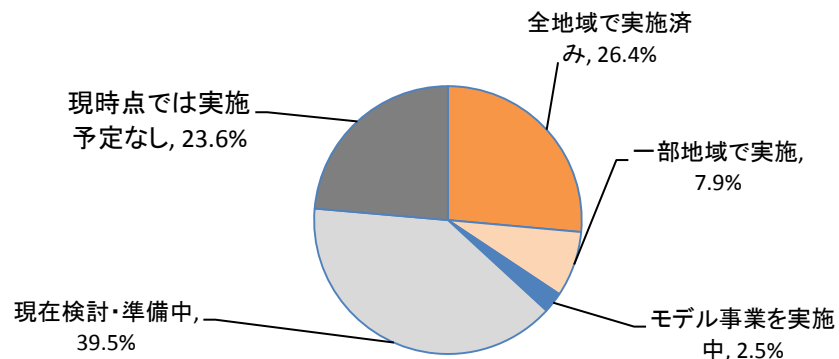


平成23年度老健事業、1人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査(みずほ総研)

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

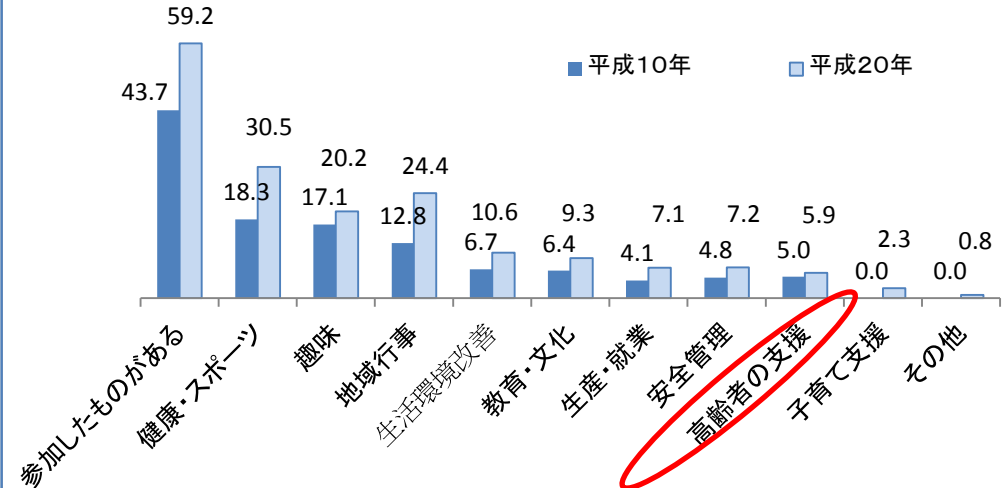
高齢者の見守りネットワークの形成状況

(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」

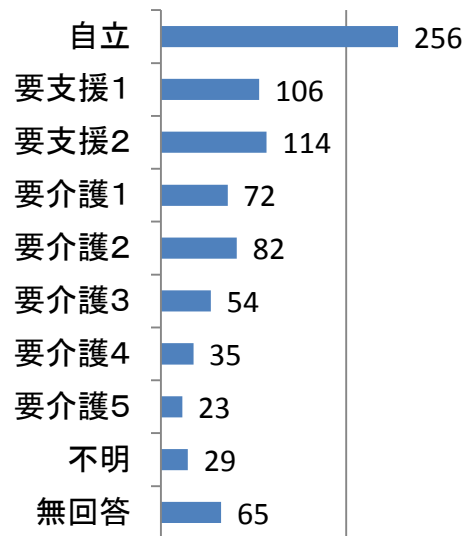
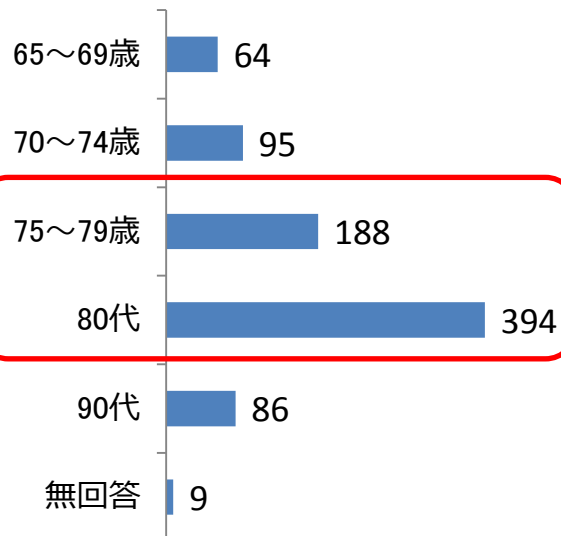
60歳以上の住民のグループ活動



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

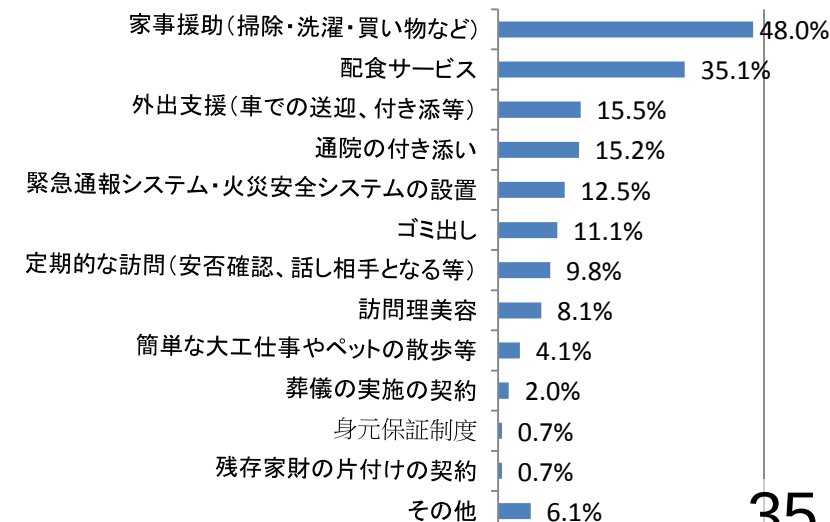
(調査対象10団体のサービスを利用する高齢者のうち有効回答数 n=836)



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」

高齢者が自立した生活を継続できる地域づくり

○生活支援サービスの充実、介護予防の推進に加え、多職種協働による専門的支援の充実を図ることにより、要支援者の生活機能の改善が図られるなど、高齢者の自立が促進される。

コーディネーターによる地域資源の把握、マッチング、生活支援サービスの創造

コミュニティビジネスの展開
やボランティア活動の推進



行政や専門職との
橋渡し役



コーディネーター等を活用した生活支援サービスの充実

民間事業者等と協働したサービス資源の開発



配達事業者による見守り



買い物支援
外出支援など

地域の連携・協働

生活機能の改善へ

一般高齢者

要支援者

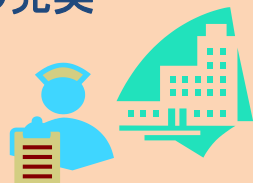
要介護者

市町村による基盤整備

市町村が中心となって地域づくりを進めることで
専門的支援と生活支援・介護予防の一体的提供を実現

多職種協働による専門的支援の充実

- ・地域ケア会議
- ・認知症初期集中支援チーム
- ・ケアカンファレンス



医療介護連携による
入退院時支援

多様な参加の場づくりと
専門職の適切なアプローチにより
予防を推進し、自立支援を促進

多様な参加の場づくりと地域におけるリハビリの推進



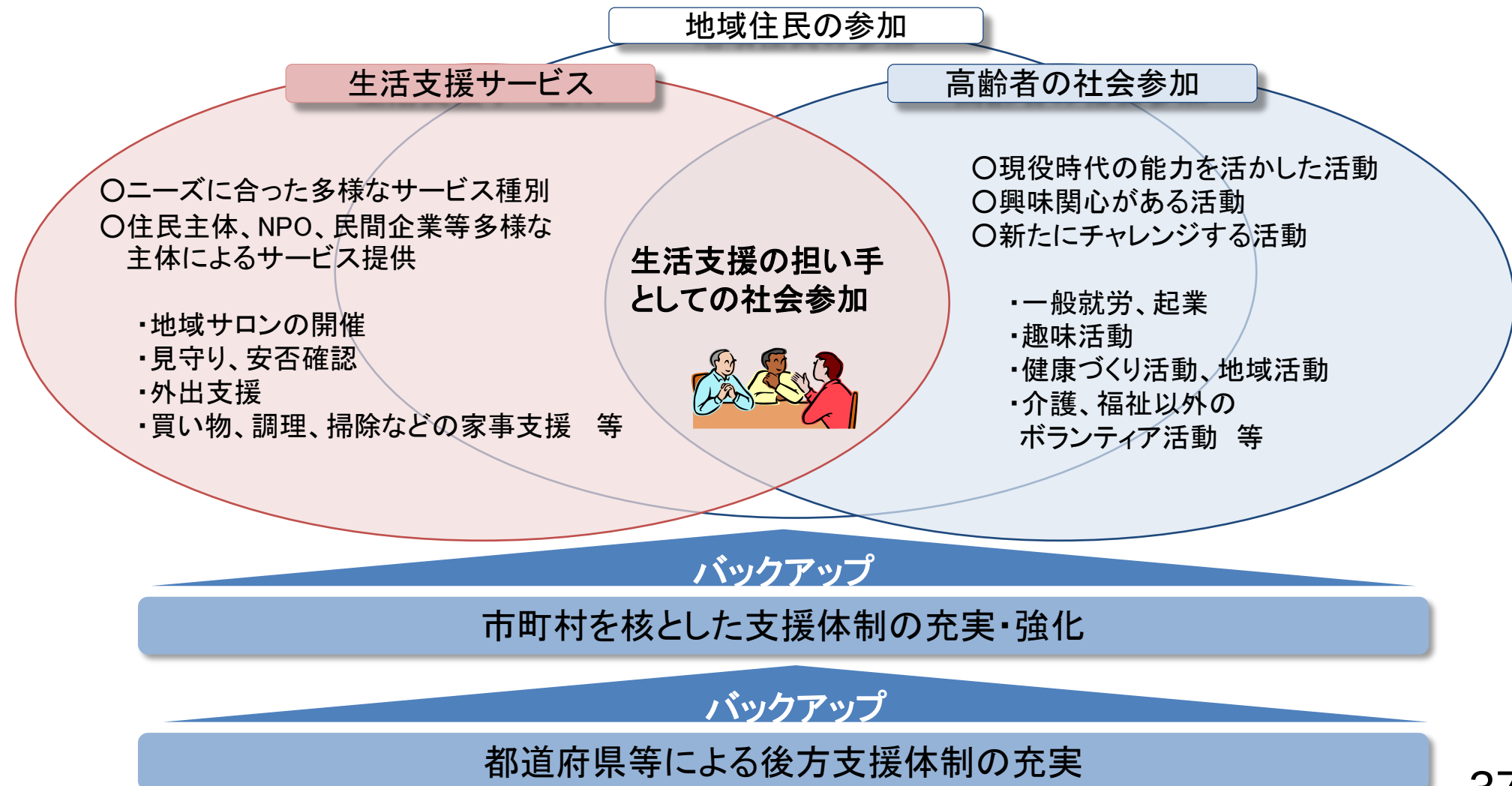
多様な
参加の場づくり

リハビリ専門職等の
支援による
生活機能の向上



(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

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

介護者支援



外出支援



食材配達



安否確認



家事援助



交流サロン

配食+見守り



権利擁護



声かけ

コミュニティ
カフェ



移動販売



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

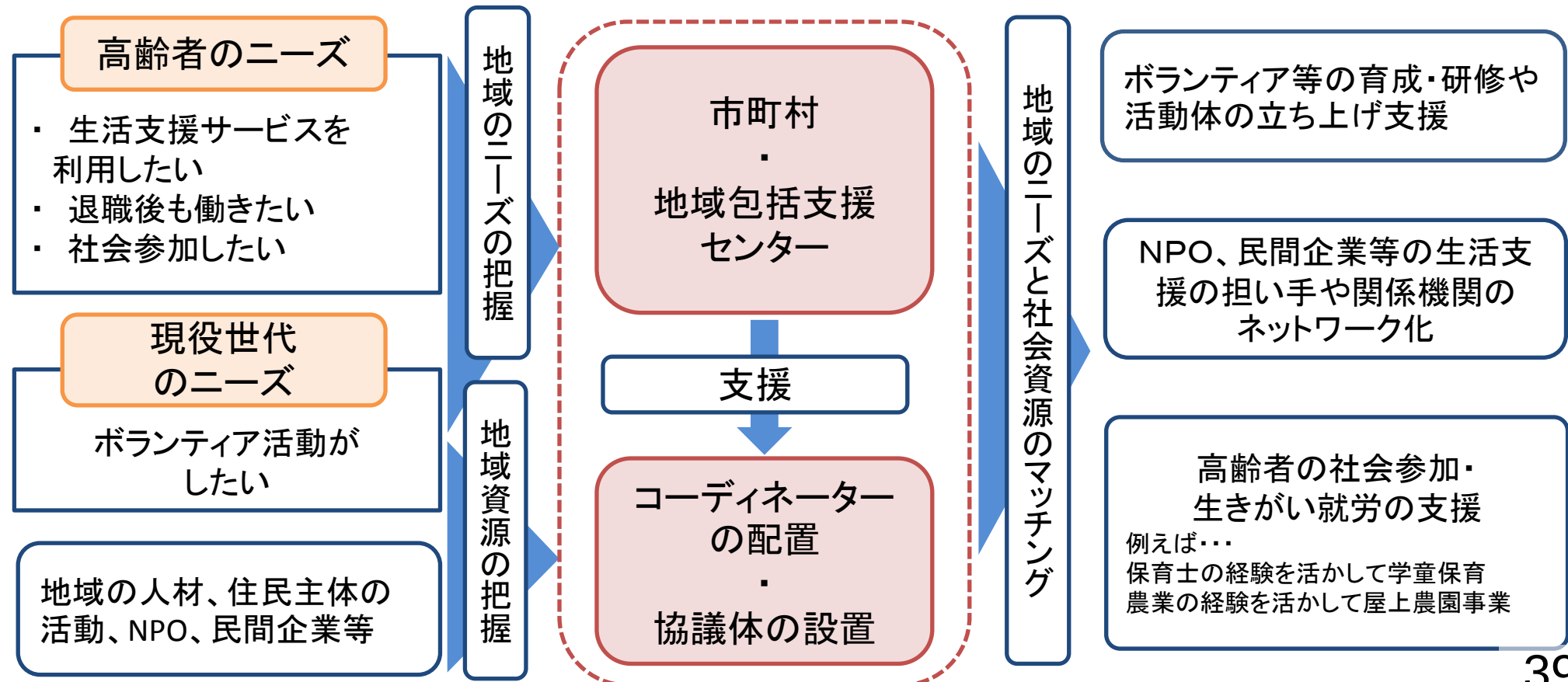
バックアップ

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

(参考)市町村を核とした生活支援サービス支援体制の充実・強化と高齢者の社会参加の推進

- 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町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。
- 生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化(コーディネーターの配置、協議体の設置等)については、市町村が行う地域支援事業の枠組みで行う。
- これらを通じ、高齢者が積極的に社会参加し、生活支援の担い手となって支援が必要な高齢者を支える社会を実現していく。これにより、高齢者は実際に介護サービスが必要となった場合に主体的に介護保険制度に関わることができる。(高齢者が中心となった地域の支え合い(互助)の仕組みの構築)

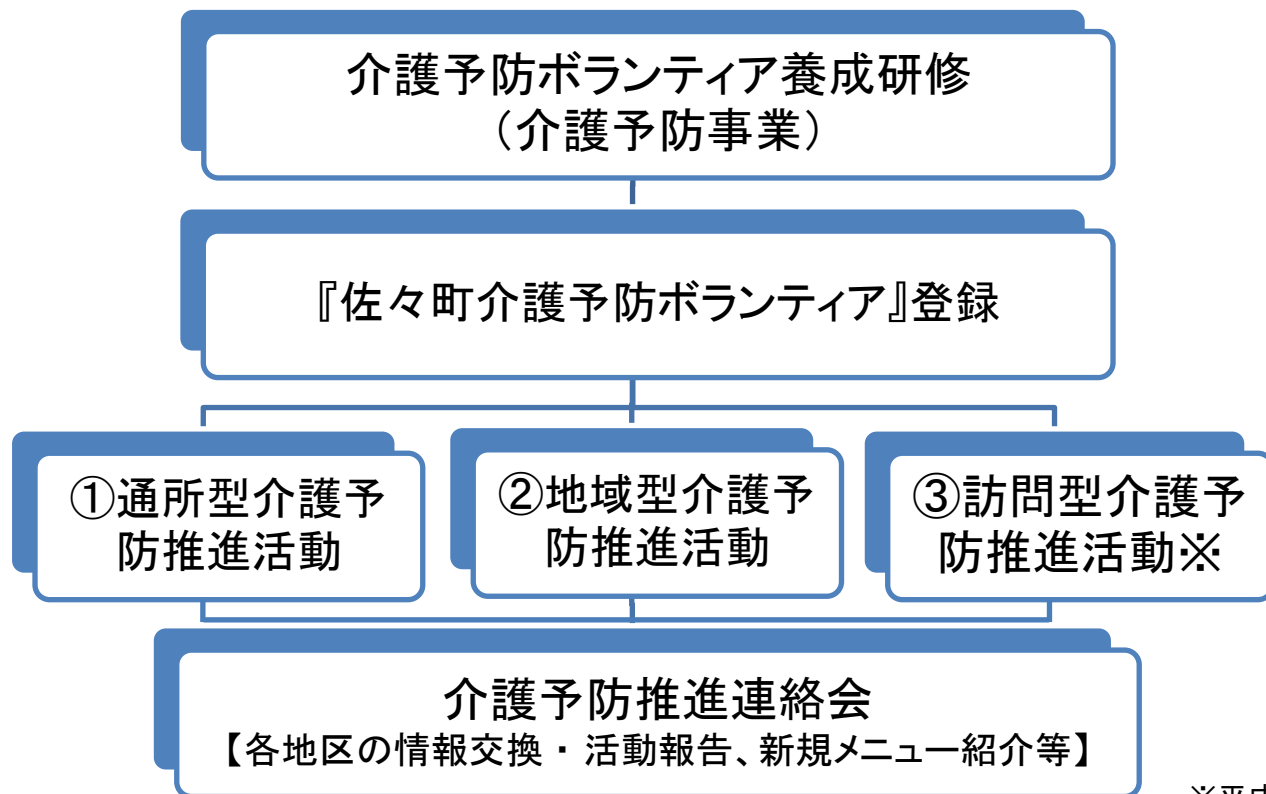


(参考)介護予防・日常生活支援総合事業の取組(長崎県佐々町)

～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

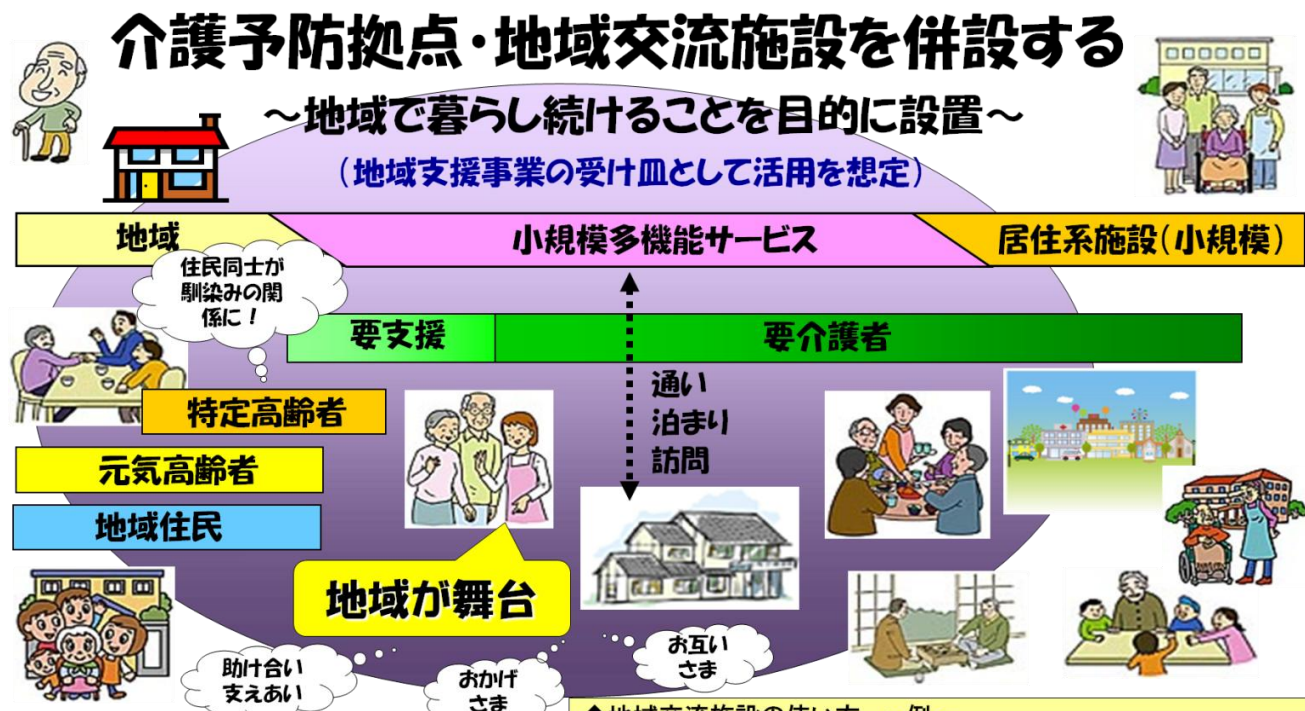


※平成24年度より

(参考)

小規模多機能型居宅介護事業所と併設した地域の交流拠点の設置(大牟田市)

- 通いを中心に、訪問や泊まりのサービスを提供する小規模多機能型居宅介護に、介護予防拠点や地域交流施設の併設を義務付け、健康づくり、閉じこもり防止、世代間交流などの介護予防事業を行うとともに、地域の集まり場、茶のみ場を提供し、ボランティアも含めた地域住民同士の交流拠点となっている。
- 平成24年3月末現在、小規模多機能型居宅介護事業を行っている24事業所に設置。



場の提供だけでは不十分!そこに人と人をつなぐコーディネーターが必要である。

小規模やGHに併設する地域交流施設には、**認知症コーディネーター**を配置し、地域まちづきを推進する。

◆地域交流施設の使い方 ～例～

開設時間: 毎週月曜日～金曜日(午前10時～午後4時)

管理体制: 職員1名を配置(※将来は地域住民による自主運営)

利用状況: 主に介護予防(健康づくり)や趣味活動に利用

囲碁クラブ、脳の健康予防教室、そよかぜ学童、陶芸教室など

ご近所の方によるお茶会

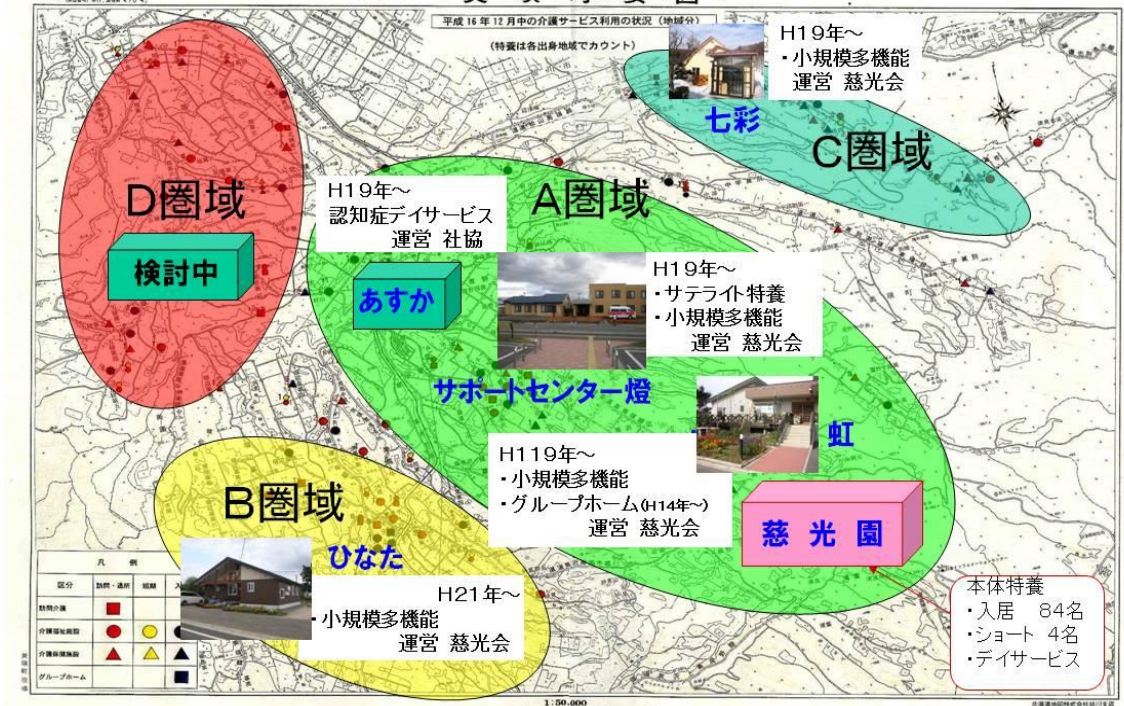


ペン習字教室

小規模多機能型居宅介護事業所を中核とした地域コミュニティの推進(北海道美瑛町)

- 小規模多機能居宅介護事業所の整備に当たっては、計画段階から住民意見を深く反映させるとともに、開設後も住民が参画する「運営推進会議」が事業所のあり方や地域との関わりを議論し、小規模多機能型居宅介護事業所を中核とし、住民との協働による地域コミュニティの推進を図っている。
 - ・小規模多機能型居宅介護事業所に併設した地域交流スペースを活用した喫茶店(サロン活動) 月1回開催、40名程度来店
 - ・小規模多機能型居宅介護事業所が仲介し、協力員による安否確認 協力員(運営推進会議メンバー)20名
 - ・ふれあい昼食会 月1回開催 30~40名程度参加
- 平成25年4月現在、4日常生活圏域で5事業所を展開中。

現在までの事業実施状況



(5)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

(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。

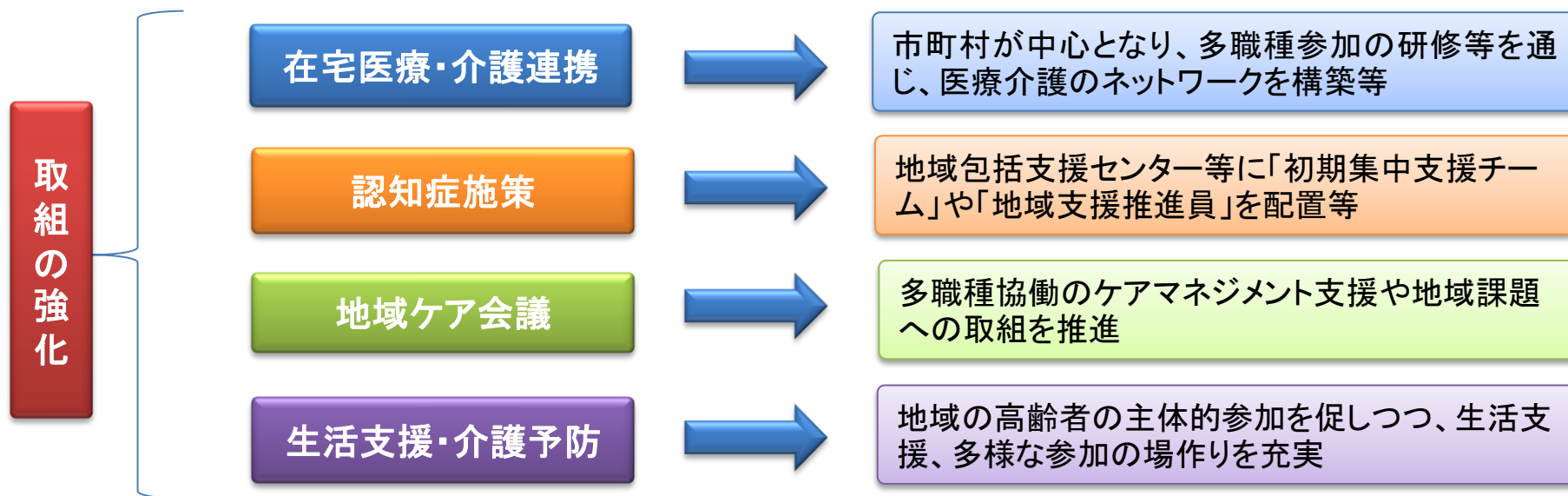
予防給付から新しい総合事業への移行



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

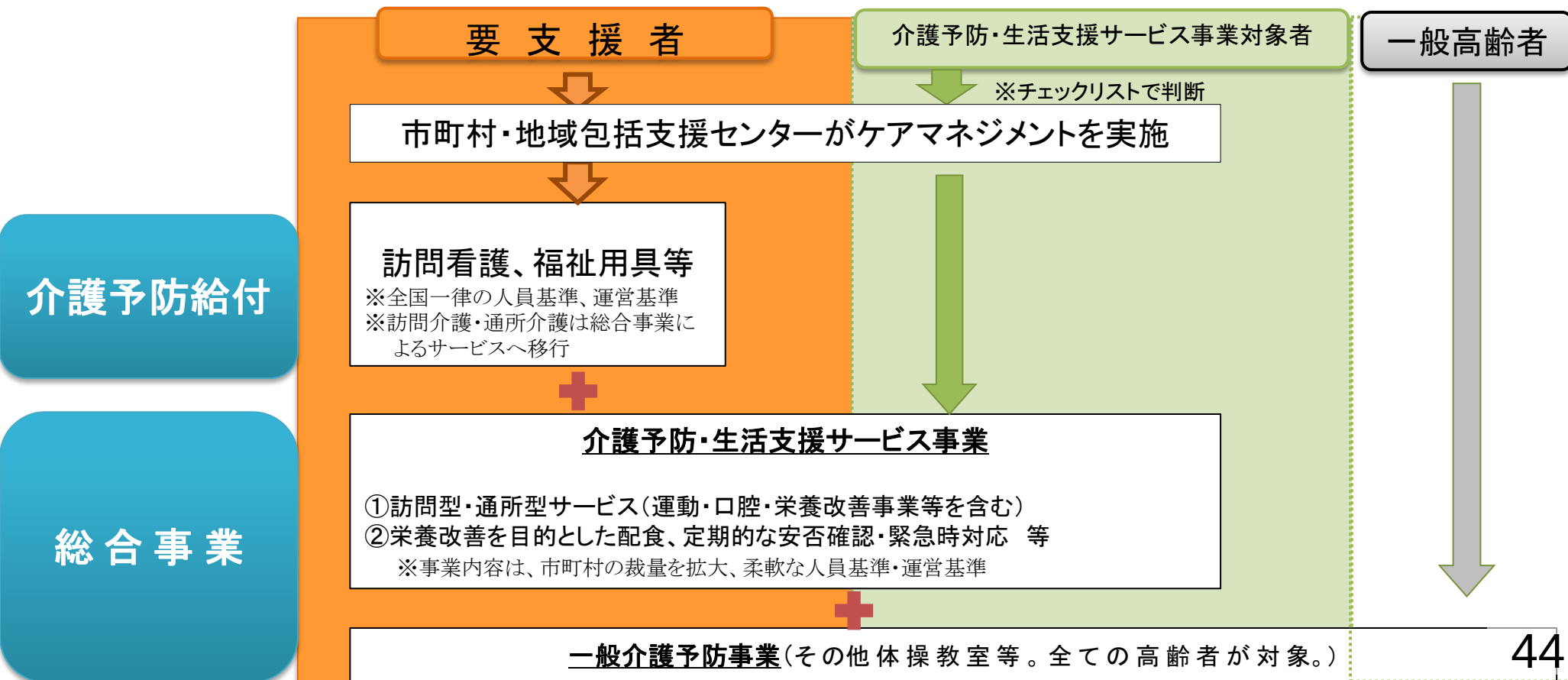
- 地域支援事業の枠組みを活用し、以下の充実を行い、市町村が中心となって総合的に地域づくりを推進。



※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
 - ・多様な担い手による生活支援
- ・通所型サービス
 - ・ミニデイなどの通いの場
 - ・運動、栄養、口腔ケア等の教室
- ・生活支援サービス(配食・見守り等)
 - ・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

- ・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

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)

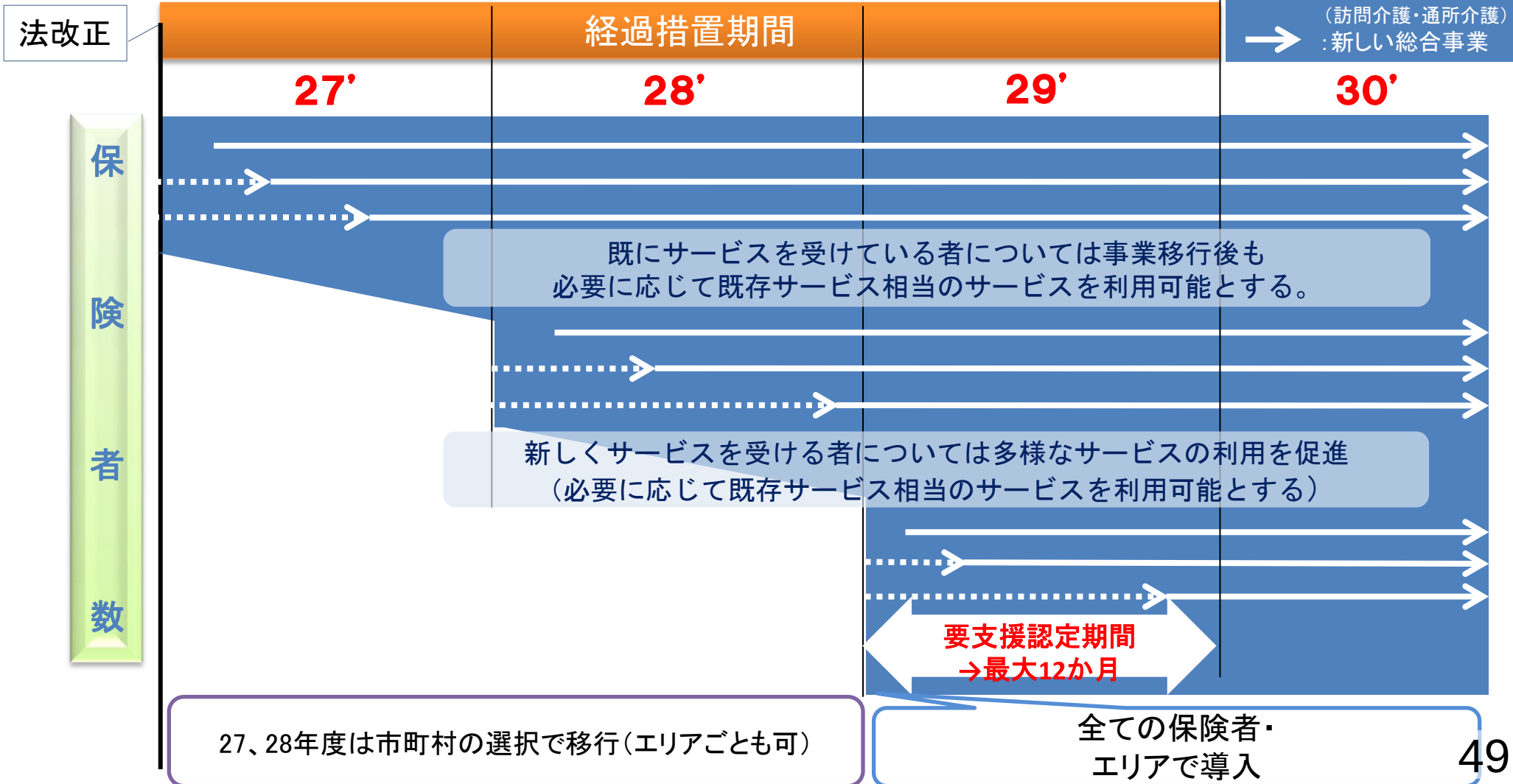
【3 新しい総合事業の一般介護予防事業の概要】

- 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）

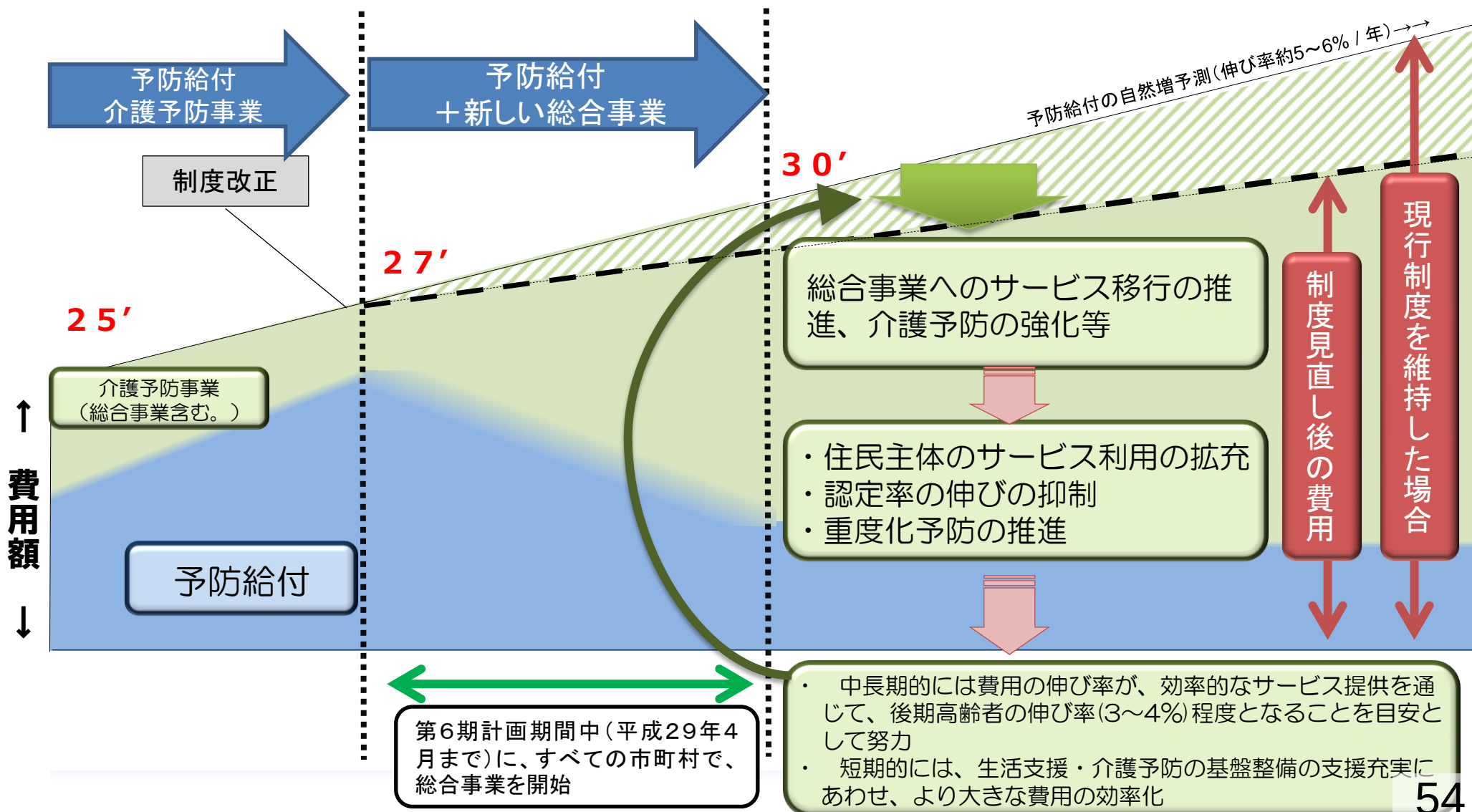
- 現在の総合事業の上限は介護保険事業計画の給付見込額の原則2%とされている。（厚生労働大臣の認定を受けたときは3%まで引上げが可能）

（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。

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
-

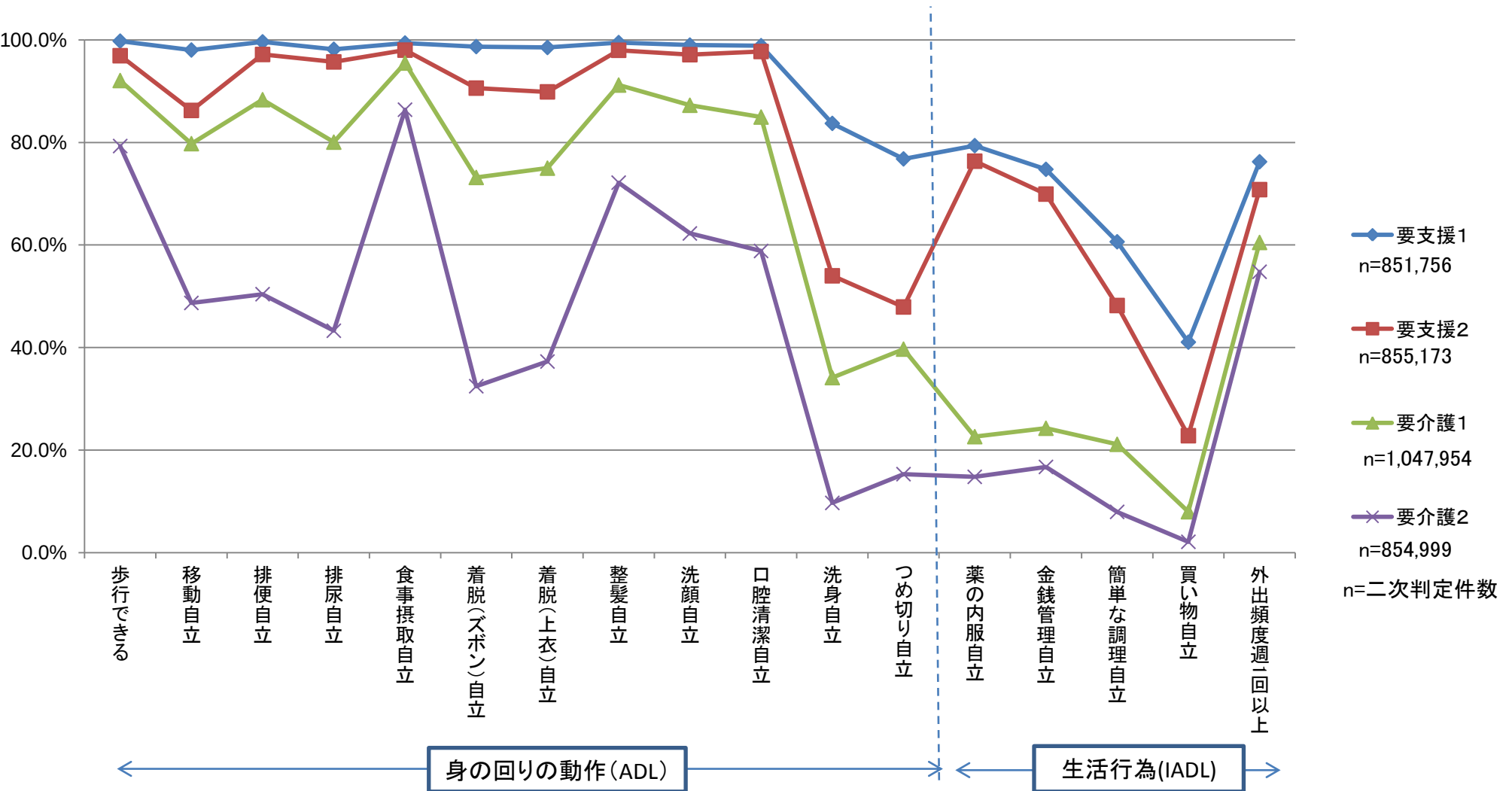
市町村の一般会計による事業

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) 要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



(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		
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JAI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(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
- 地域の人が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

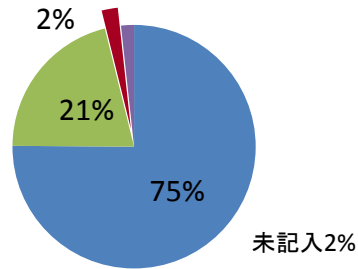
- 内容
 - ・配食＋安否確認(緊急連絡を含む)
 - ・弁当業者等が配食の際、利用者に声かけ
 - ・異常があった時の連絡義務づけ
 - ・弁当業者、ボランティア、NPO等が連携(5か所の事業者が参入)



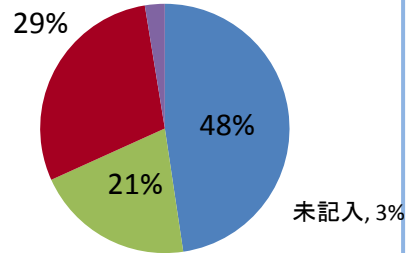
(参考) 介護予防訪問介護の利用者の特徴 (n=233)

ADL(排泄・入浴・屋内歩行・屋外歩行)

- 排泄・入浴のいずれも特に問題なし
- 排泄・入浴のいずれか一方に問題あり
- 排泄・入浴の両方に問題あり



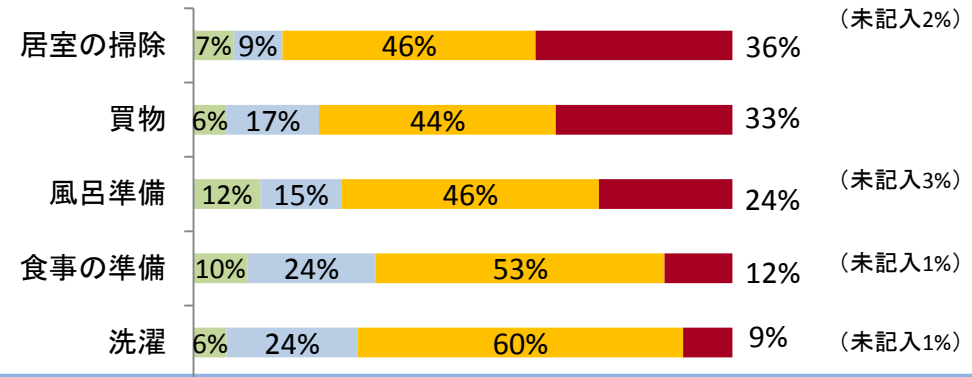
- 屋内・屋外歩行ともに段差以外はつかまらずに歩く
- 屋外・屋内の一方のみつかまって歩く
- 屋内・屋外の両方ともつかまって歩く



IADLの行為ごとの状態

(掃除・買物・風呂準備・食事準備・洗濯)

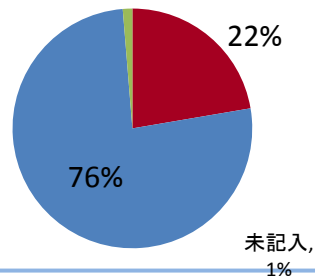
- 必要がないので行っていない
- 特に問題がない
- 動作が不自由だが何とかできる
- 自分でできない



一週間の外出 ・ 来訪者の有無

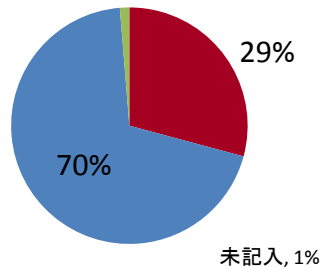
一週間の外出

- ほとんど外出しない
- 週1回以上



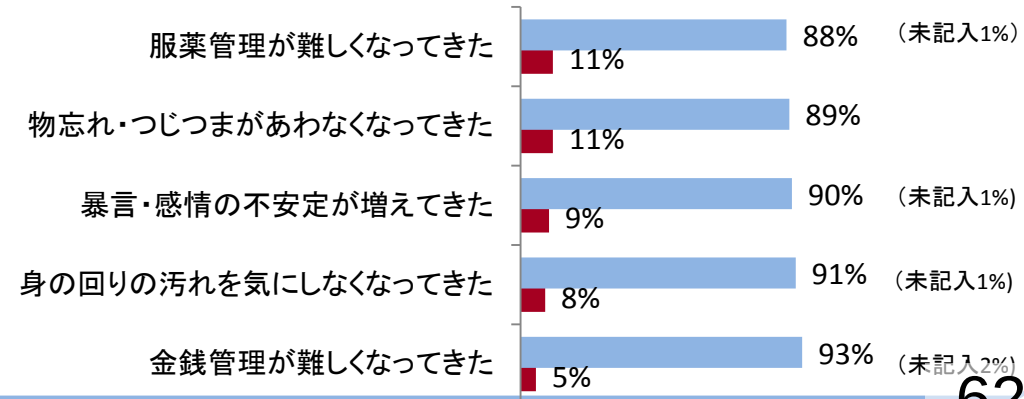
一週間の来訪者
(別居の家族・近隣等)

- ほとんど訪ねてこない
- 1回以上訪ねてくる



認知機能の状態

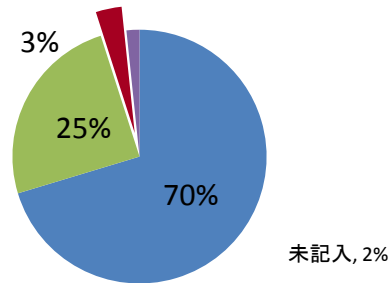
- そう思えない
- そう思える



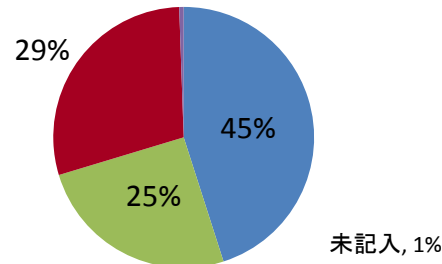
(参考) 介護予防通所介護の利用者の特徴 (n=182)

ADL(排泄・入浴・屋内歩行・屋外歩行)

- 排泄・入浴のいずれも特に問題なし
- 排泄・入浴のいずれか一方に問題あり
- 排泄・入浴の両方に問題あり



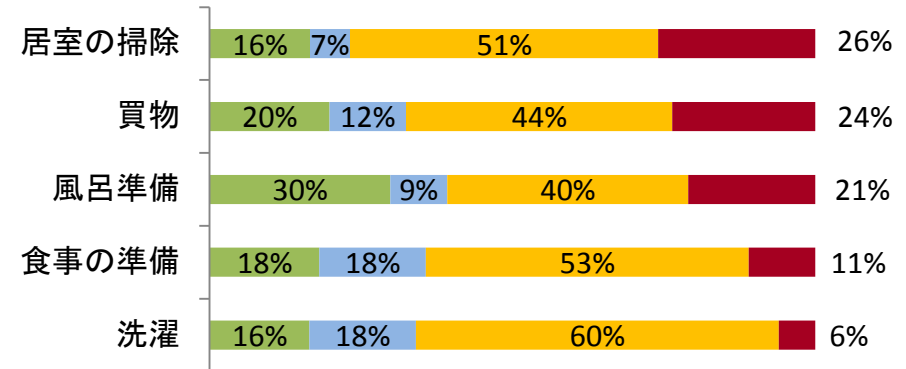
- 屋内・屋外歩行ともに段差以外はつかまらずに歩く
- 屋外・屋内の一方のみつかまって歩く
- 屋内・屋外の両方ともつかまって歩く



IADLの行為ごとの状態

(掃除・買物・風呂準備・食事準備・洗濯)

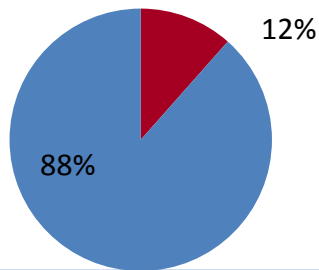
- 必要がないので行っていない
- 特に問題がない
- 動作が不自由だが何とかできる
- 自分でできない



一週間の外出・来訪者の有無

一週間の外出

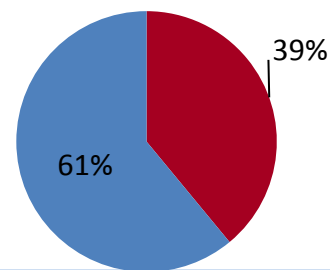
- ほとんど外出しない
- 1回以上外出する



一週間の来訪者

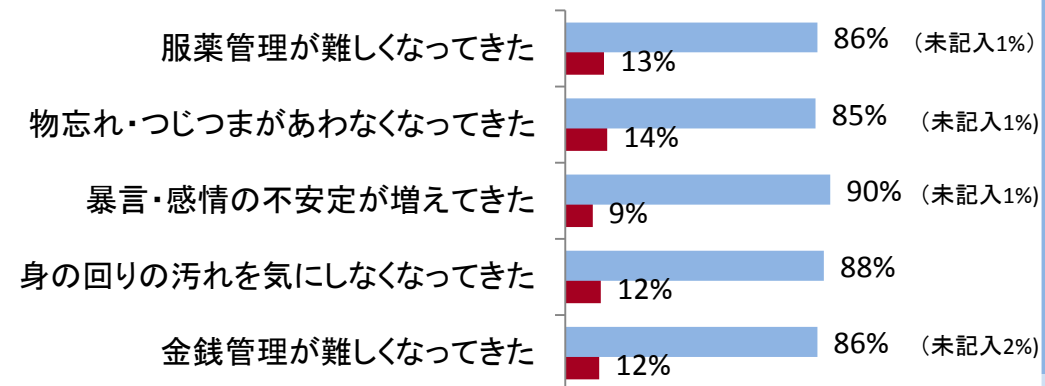
(別居の家族・近隣等)

- ほとんど訪ねてこない
- 週1回以上訪ねてくる



認知機能の状態

- そう思えない
- そう思える



(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。

地域支援事業について

現状と課題

- 地域支援事業の事業内容は以下のとおり。

事業内容の区分	財源構成	備考
① 介護予防事業 又は 介護予防・日常生活支援総合事業	1号保険料21% 2号保険料29% 国25% 都道府県12.5% 市町村12.5%	財源構成は、居宅 給付費と同じ
② 包括的支援事業	1号保険料21%、 国39.5%、都道府県19.75%、市町村19.75%	2号保険料を含まず、 その分を国、都道府 県、市町村で負担
③ 任意事業		

- 平成25年度予算：623億円（国費） ※1, 761億円（事業費）

- 地域支援事業の事業費は、市町村の介護保険事業計画に定める介護給付及び予防給付の給付見込額に対する割合を上限とすることを政令で定めている。

地域支援事業		3.0%以内
	介護予防事業 又は 介護予防・日常生活支援総合事業	2.0%以内
	包括的支援事業 ＋ 任意事業	2.0%以内

※介護予防・日常生活支援総合事業を実施する市町村のうち厚生労働大臣の認定を受けたときは、1%の上限の引き上げを可能としている。

- 平成25年度財務省予算執行調査において、任意事業については、事業のあり方について、想定される事業内容や他施策との区別の考え方等をより具体的に示すことなど、見直しが指摘されている。

論点

○ 在宅医療・介護連携及び地域ケア会議、生活支援・介護予防、地域包括支援センター、認知症施策の意見等を踏まえ、地域支援事業については、以下の事項に係る見直しが必要ではないか。

- ・ 医療、介護連携の充実
- ・ 認知症施策の充実
- ・ 生活支援の充実
- ・ 予防給付の見直し
- ・ 介護予防事業の見直し
- ・ その他（財務省予算執行調査への対応）

（検討内容）

- ・ 地域支援事業の柱立て
※現在は、介護予防事業（介護予防・日常生活支援総合事業）、包括的支援事業、任意事業
- ・ 充実分に係る財源
- ・ 上限のあり方
- ・ 任意事業の見直し 等

(参考) 地域支援事業の概要

- 要支援・要介護状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、市町村において「地域支援事業」を実施。

○地域支援事業の事業内容

(1)介護予防事業

- ア 二次予防事業（二次予防事業の対象者に対する事業）
- ・ 二次予防事業の対象者把握事業
 - ・ 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
- イ 一次予防事業（全ての第1号被保険者を対象とする事業）
- ・ 介護予防普及啓発事業
 - ・ 地域介護予防活動支援事業
 - ※ボランティア等の人材育成、地域活動組織の育成・支援 等
 - ・ 一次予防事業評価事業

※(3)を導入する市町村は、(3)の事業の中で実施

(2)包括的支援事業

- ア 介護予防ケアマネジメント業務
- イ 総合相談支援業務
- ※地域の高齢者の実態把握、生活支援サービスとの調整 等
- ウ 権利擁護業務（虐待の防止、虐待の早期発見等）
- エ 包括的・継続的マネジメント支援業務
- ※支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言、地域のケアマネジャーのネットワークづくり 等

(3)介護予防・日常生活支援総合事業(平成24年度創設)※導入は任意

- ア 要支援者及び二次予防事業対象者に係る事業
- ・ 予防サービス事業(通所型、訪問型等)
 - ・ 生活支援サービス事業(配食、見守り等)
 - ・ ケアマネジメント事業
 - ・ 二次予防事業対象者の把握事業
 - ・ 評価事業
- イ 一次予防事業

(4)任意事業

介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業、配食・見守り等

○地域支援事業の事業費

25' 623億円(国費)

市町村は、介護保険事業計画において地域支援事業の内容、事業費を定める。

※ 政令で事業費の上限を規定（市町村が介護保険事業計画に定める介護給付見込額に対する以下の割合を上限とする。）

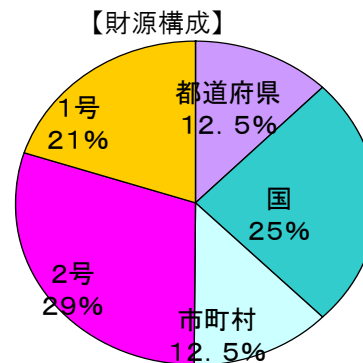
地域支援事業	3.0%以内
「介護予防事業」又は「介護予防・日常生活支援総合事業」	2.0%以内
「包括的支援事業」+「任意事業」	2.0%以内

※ 介護予防・日常生活支援総合事業を実施する市町村のうち厚生労働大臣の認定を受けたときは、上限の引上げが可能

地域支援事業	3.0%+1%以内
介護予防・日常生活支援総合事業	2.0%+1%以内
総合事業以外の事業	2.0%以内

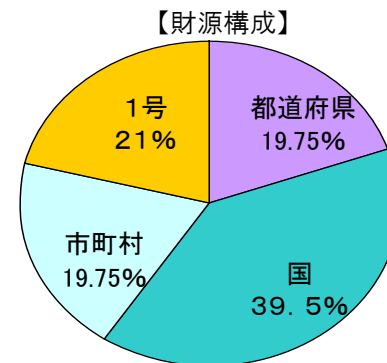
○地域支援事業の財源構成

介護予防事業
介護予防・日常生活支援総合事業



○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

包括的支援事業・任意事業



○ 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。
(国：都道府県：市町村＝2：1：1)

地域包括支援センターの機能強化へ向けた方向性

地域包括支援センターは、行政直営型、委託型にかかわらず、行政（市町村）機能の一部として地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として期待されることから、現状の課題や今後求められる役割を勘案しながら、複合的に機能強化を図ることが重要。

（ 方 向 性 ）

人員体制

業務量に応じた配置

- 高齢化の進展、それに伴う相談件数の増加等を勘案し、センターに対する人員体制を業務量に応じて適切に配置。
- さらに、今後、現在の業務に加え、地域ケア会議の推進、在宅医療・介護の連携強化、認知症施策の推進を図る中で、それぞれのセンターの役割に応じた人員体制の強化を図ることが必要。



業務内容の見直し

センター間の
役割分担・連携強化

- 在宅医療・介護の連携強化、地域ケア会議、認知症施策の推進等を図る中で、地域の中で直営等基幹となるセンターや機能強化型のセンターを位置付けるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。



行政との
役割分担・連携強化

- 委託型センターに対して、市町村が提示する委託方針について、より具体的な内容を提示することを推進。
- これにより、市町村との役割分担、それぞれのセンターが担うべき業務内容を明確化。

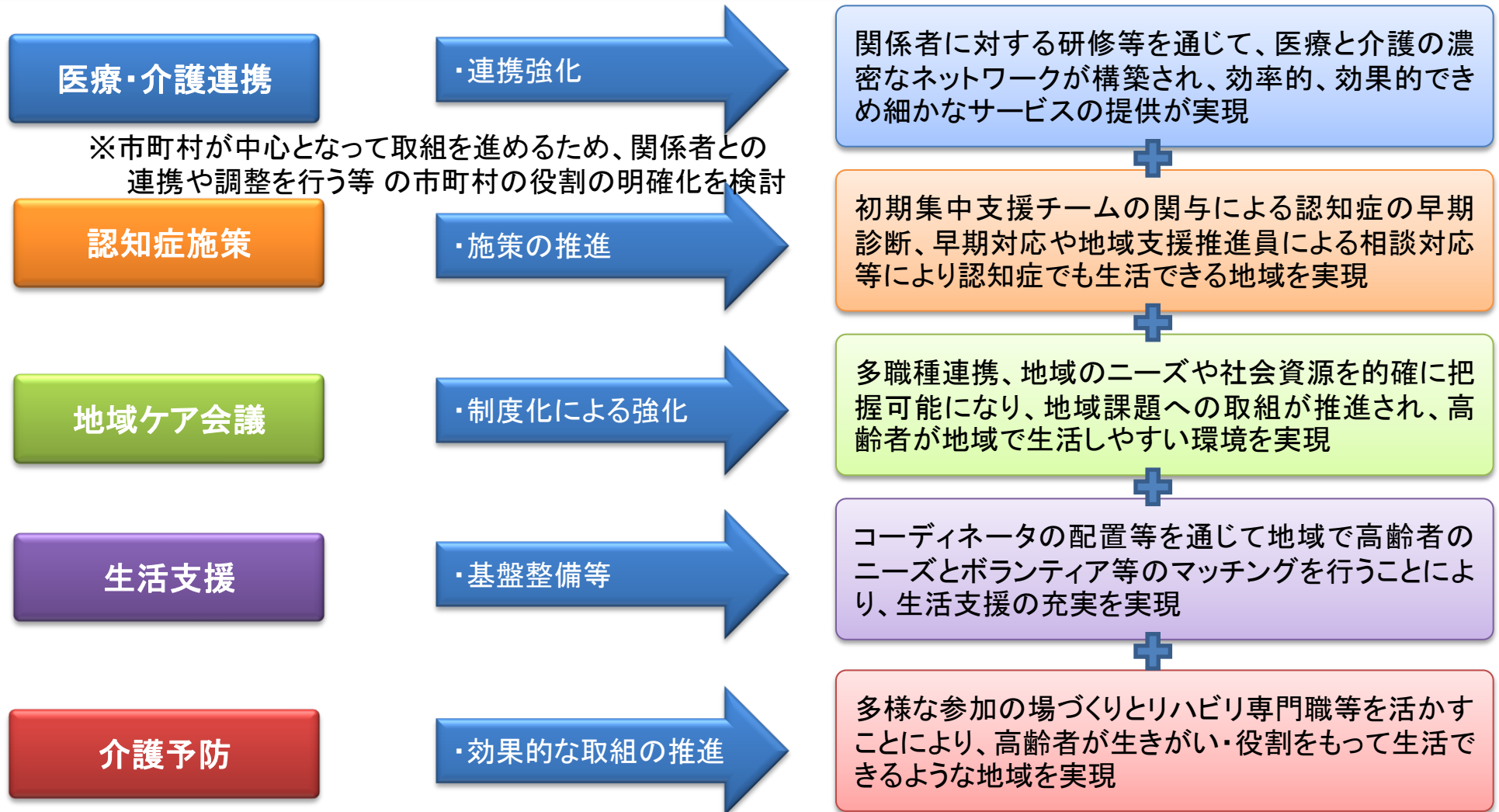


効果的な運営の継続

PDCAを充実

- センターがより充実した機能を果たしていくには、運営に対する評価が必要。（現在、約3割の市町村が評価を実施）
 - 市町村運営協議会等による評価の取組、PDCAの充実等、継続的な評価・点検の取組を強化。
- 併せて、情報公表制度を活用し、センターの取組について周知する。

医療・介護連携・認知症施策・地域ケア会議・生活支援・介護予防の充実・強化



- 地域包括ケア実現のため、上記の充実・強化の取組を地域支援事業の枠組みを活用し、市町村が推進。
- あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し。
- これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。

医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議、生活支援、介護予防の充実のスケジュール

25～26年度

27～29年度

30年度～

医療・介護連携

- 25年 地域医療再生基金を活用した事業実施
- 26年 介護保険法改正（在宅医療・介護連携拠点の機能を地域支援事業へ位置づけ）

- 27年4月 改正法施行
- 取組可能な市町村から順次実施。小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする。都道府県による支援等も実施。

- 全ての市町村で実施（小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする）

認知症施策

- 25年 初期集中支援チームのモデル事業の実施等
- 26年 介護保険法改正（地域支援事業へ位置づけ）

- 27年4月 改正法施行
- 取組可能な市町村から順次実施。小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする。

- 全ての市町村で実施（小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする）

地域ケア会議

- 26年 地域ケア会議の推進（国による好事例周知等を積極的に推進）
- 26年 介護保険法改正（法定化、守秘義務等）

- 27年4月 改正法施行
- 法定化による地域ケア会議の確実な実施

- 地域ケア会議の充実が図られる。

生活支援

- 26年 生活支援の基盤整備
- コーディネーターの研修実施
- 26年 介護保険法改正（地域支援事業へ位置づけ）

- 27年4月 改正法施行
- コーディネーターの配置等を順次推進、国による好事例の周知等も積極的に実施。

- コーディネーターの配置等が推進され、市町村で生活支援の充実が図られる。

介護予防

- 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市町村を支援

- 地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組の充実

- 効果的・効率的な介護予防の取組の充実

(6)介護予防事業の見直し

介護予防の理念

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。
- 生活機能(※)の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「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ことが重要であり、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。

※「生活機能」・・・ICFでは、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される

これまでの介護予防の問題点

- 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。
- 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないか。

これからの介護予防の考え方

- 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、生活環境の調整や、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も含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。
- 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。
- 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、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。
- このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。

新しい介護予防事業(案)

- 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

介護予防事業の概要（現在）

- 介護予防事業は介護保険法第115条の45の規定により、市町村に実施が義務付けられている。
- 要介護状態等ではない高齢者に対して、心身の機能や生活機能の低下の予防又は悪化の防止のために必要な事業として、各市町村が実施。
- 介護予防事業は介護給付見込み額の2%以内の額で実施（介護保険法施行令第37条の13）
- 平成25年度 国費：124億円 総事業費：496億円（介護保険法第122条の2）
（国1／4、都道府県1／8、市町村1／8、保険料（1号2／10、2号3／10））

一次予防事業（旧：一般高齢者施策）

【対象者】 高齢者全般

【事業内容】

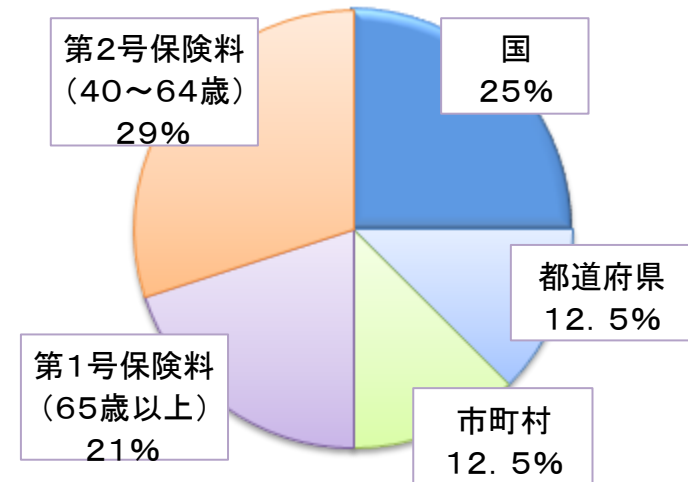
- 介護予防普及啓発事業、
講演会、介護予防教室等の開催、啓発資材等の作成、配布等
- 地域介護予防支援事業
ボランティア育成、自主グループ活動支援 等

二次予防事業（旧：特定高齢者施策）

【対象者】 要介護状態等となるおそれのある高齢者（生活機能の低下等がみられる高齢者）

【事業内容】

- 通所型介護予防事業
運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム、口腔機能の向上プログラム、複合プログラム 等
- 訪問型介護予防事業
閉じこもり、うつ、認知機能低下への対応、通所が困難な高齢者への対応 等



二次予防事業の実績の推移

二次予防事業への参加者数の目標を高齢者人口の5%を目安として取り組んできたが、平成23年度の実績は0.8%と低調である。

		高齢者人口に対する割合				
年度	高齢者人口*1 (人)	基本チェックリスト 配布者*2 (配布者数)	基本チェックリスト 回収者*3 (回収者数)	基本チェックリスト 回収率 【回収者数／ 配布者数(%)	二次予防事業 対象者*4 (対象者数)	二次予防事業 参加者*5 (参加者数)
H18	26,761,472	—	—	—	0.6% (157,518人)	0.2% (50,965人)
H19	27,487,395	—	—	—	3.3% (898,404人)	0.4% (109,356人)
H20	28,291,360	52.4% (14,827,663人)	30.7% (8,694,702人)	58.6%	3.7% (1,052,195人)	0.5% (128,253人)
H21	28,933,063	52.2% (15,098,378人)	30.1% (8,715,167人)	57.7%	3.4% (984,795人)	0.5% (143,205人)
H22	29,066,130	54.2% (15,754,629人)	29.7% (8,627,751人)	54.8%	4.2% (1,227,956人)	0.5% (155,044人)
H23	29,748,674	55.8% (16,586,054人)	34.9% (10,391,259人)	62.6%	9.4% (2,806,685人)	0.8% (225,667人)

*1 高齢者人口：各年度末の高齢者人口を計上

*2,3基本チェックリスト配布者、回収者：平成18年度、19年度については調査なし

*4 二次予防事業対象者：当該年度に新たに決定した二次予防事業の対象者と前年度より継続している二次予防事業者の総数

*5 二次予防事業参加者：通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業、および通所型・訪問型介護予防事業以外で介護予防に相当する事業に参加した者を含む

(参考) 二次予防事業対象者のスクリーニング方法

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると云われますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。

10項目
以上に
該当

運動
3項目以上
に該当

栄養
2項目に
該当

口腔
2項目以上
に該当

閉じこもり

認知機能

うつ

配布対象・配布方法

○基本チェックリストの配布

- 把握事業の全対象者に郵送等により配布・回収
- ただし、地域の実情に応じた対応が可能
- ・3年間に分けて配布
- ・日常生活圏域ニーズ調査を活用等

○他部局からの情報提供等

- 下記の方法等で把握した者に対して基本チェックリストを実施
- ・要介護認定等の担当部局との連携
- ・保健部局との連携
- ・医療機関からの情報提供
- ・地域住民からの情報提供
- ・地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携
- ・本人、家族等からの相談
- ・特定健康診査等の担当部局との連携
- ・その他市町村が適当と認める方法

二次予防事業対象者の判別方法

次の i から iv までのいずれかに該当する者を、要介護・要支援状態となるおそれの高い状態にあると認められる者として二次予防事業対象者とする

- i 1 から 20 までの項目のうち 10 項目以上該当する者
- ii 6 から 10 までの項目のうち 3 項目以上該当する者
→運動器の機能が低下
- iii 11 から 12 までの項目のうち 2 項目該当する者
→低栄養状態
- iv 13 から 15 までの項目のうち 2 項目以上該当する者
→口腔機能が低下

なお、上記に該当する者のうち、16の項目に該当する者、18から20のいずれかに該当する者、21から25までの項目のうち2項目以上に該当する者については、うつ・閉じこもり・認知機能の低下予防や支援にも考慮する必要がある

リハビリテーションの理念

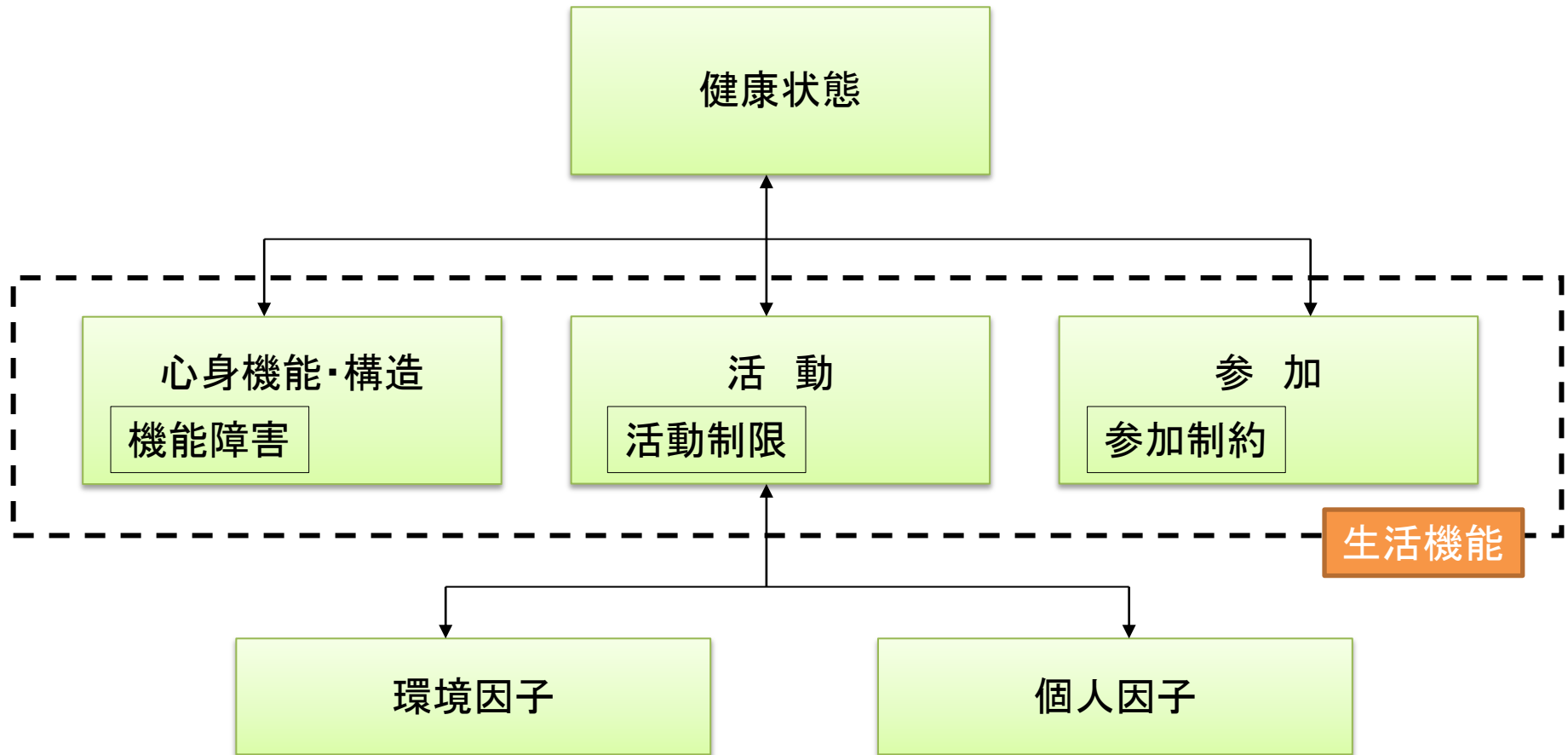
リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

高齢者のリハビリテーションに求められるもの

生活機能の向上を目的として、個々の働きかけを連動して総合的に提供するとともに、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、利用者本人が望んでいる生活を支えていくこと

注) 個々の働きかけとは・・・心身機能、日常生活活動、社会参加、物理的環境などへの働きかけ

国際生活機能分類（ICF）



人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

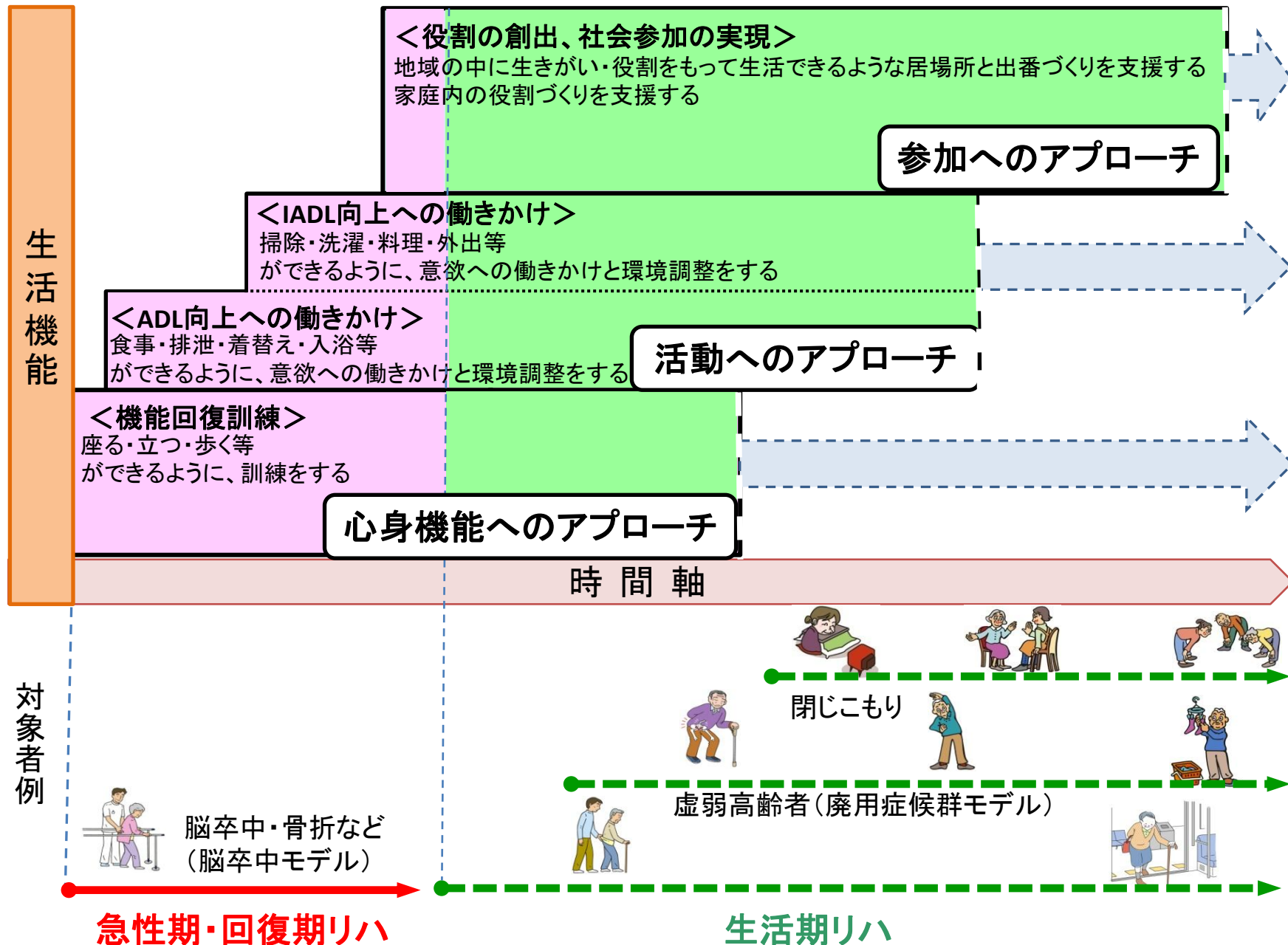
①体の働きや精神の働きである「心身機能」

②A D L・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」

③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」

の3つの構成要素からなる

高齢者リハビリテーションのイメージ



①大阪府大東市 ～住民主体の介護予防～

○住民が主体となって取り組む介護予防事業を市内全域で展開している。虚弱高齢者が元気高齢者の支えで元気を取り戻し、小学校の下校時の見守り隊に参加するなど社会活動が広がっている。
○介護予防活動を通して、見守りや助け合い等地域の互助の力が育っている。

基本情報（平成25年4月1日現在）

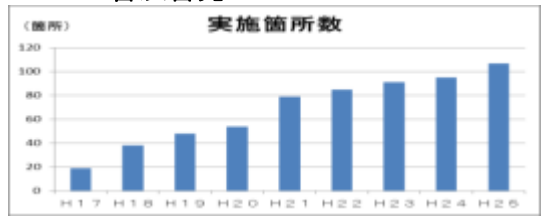
※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	力所
	委託	3	力所
総人口		123,573	人
65歳以上高齢者人口		26,697	人
		21.6	%
75歳以上高齢者人口		10,516	人
		8.5	%
第5期1号保険料		4,980	円



介護予防の取組の変遷

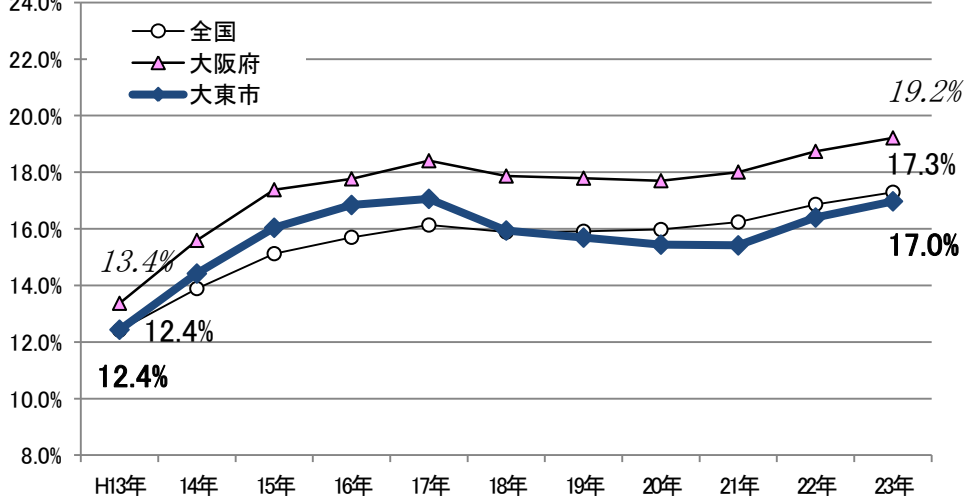
- 平成16年度に地域ケア会議で町ぐるみの介護予防の必要性を提言
- 平成17年度に虚弱者も参加できる「大東元気でまっせ体操」を開発し、一次・二次予防対象者の枠組みにとらわれず、自治会、町内会単位で住民主体での活動の場の普及に取り組む
- 老人会のイベント等で介護予防について普及啓発
- 住民主体の活動の場の育成及び世話役を養成
- 体操教室後に民生委員、校区福祉委員、世話役が集合。地域の虚弱高齢者情報を共有し、具体的な対策を検討する



65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	9.3 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	2.7 %

※要支援1～要介護5の高齢者163人が含まれる。

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 介護予防の啓発は保健師とリハ職のペアで行う
- 体操教室の立ち上げの際には体操指導と体操ビデオの提供及び世話役の育成を保健師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士が行った
- 身体障害や関節痛により体操を同じようにできない方に対しては、市のリハ職が訪問し、痛みがでない運動法を指導した
- 認知症や高次脳機能障害、精神障害などで集団活動に不具合が生じた時には地域包括支援センター職員が出向いて、認知症の方への対応方法等を世話役に指導した
- 世話役から活動の脱落者について地域包括支援センター職員に連絡が入った場合には、職員はその原因を明確にした上で個別に対応する（例：認知症の方への対応、不仲の場合には教室の変更）

②岡山県総社市 ～徒歩圏内に住民運営の体操の集い～

元気な高齢者と要支援・要介護認定を受けている高齢者が一緒に行う住民運営の体操の集いが、公民館や個人宅で、毎週1回開催されており、平成25年現在、市内全域に110会場が誕生し、徒歩圏内で参加できるようになっている。

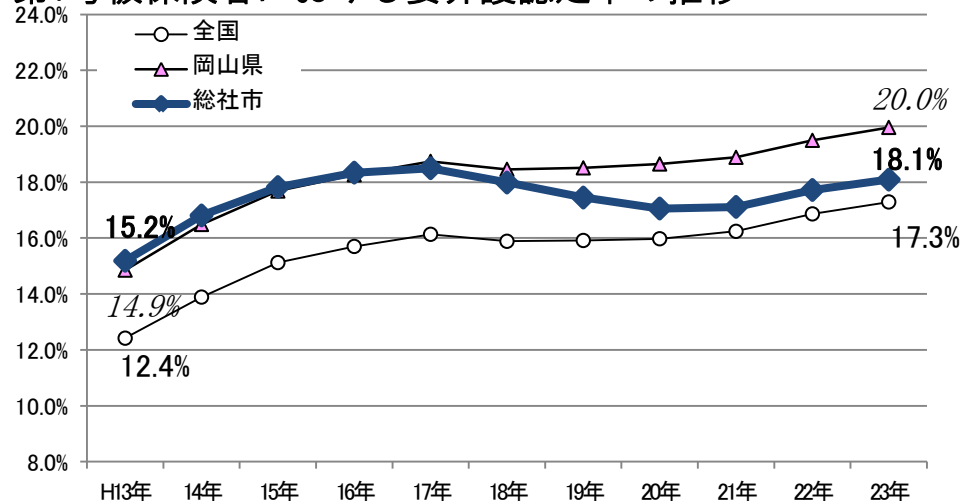
基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援 センター設置数	直営 委託	0 6	力所 力所
総人口		66,861	人
65歳以上高齢者人口		16,017	人
		24.0	%
75歳以上高齢者人口		8,226	人
		12.3	%
第5期1号保険料		4,700	円



第1号被保険者における要介護認定率の推移



介護予防の取組の変遷

- 〈平成12年〉要介護認定の非該当者の受け皿として、「健康づくりの集い」を介護予防教室として実施。（作業療法士・理学療法士・保健師主導、月1回、17会場）
- 〈平成17年〉小学校区単位で小地域ケア会議を開始。住民・社協・ケアマネ・保険者等の意見交換の場として定着。
- 〈平成20年〉地域包括支援センター（当時直営）が、小地域ケア会議に働きかけ、各地区で週1回の体操の集いが始まる。
- 〈平成24年〉ケーブルテレビ等の各種媒体で市民に広報した結果、100会場まで増える。

H24年度参加実人数	高齢者人口に占める割合
1,535人	9.6%



※要支援1～要介護4の高齢者88人が含まれる。

個人宅での体操の集い

専門職の関与の仕方

- 地域包括支援センターの3職種が事務局（H24.4より委託）、行政の保健師・理学療法士は一委員として、市内21地区で1～2ヶ月に1回開催される小地域ケア会議に参加し、一緒に地域の課題を話し合う。
- 体操の集いの立ち上げ時には、行政もしくは地域包括支援センターの専門職が体操を具体的に指導。
- 集いの全ての会場で年1回体力測定を実施。随時、利用者の変調について住民から情報が入るので、専門職がアセスメントと助言指導を行う。

③愛知県武豊町 ～住民の参加・社会活動の場としてのサロン～

町・大学・社会福祉協議会が一体となり住民ボランティアに対して支援し(サロン立ち上げ支援、ボランティア育成、運営支援)、徒歩15分圏内(500m圏内)にサロンを設置。その結果、住民が主体的に参加し社会活動をする場として機能している。

基本情報 (平成25年4月1日現在)

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援 センター設置数	直営 委託	0 1	力所 力所
総人口		41,927	人
65歳以上高齢者人口		8,711	人
		20.8	%
75歳以上高齢者人口		3,519	人
		8.4	%
第5期1号保険料		4,780	円

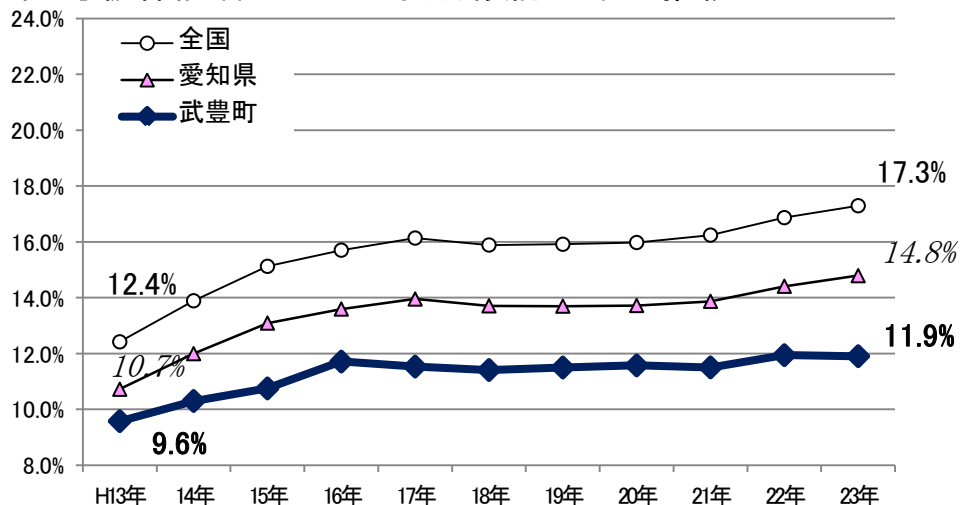


介護予防の取組の変遷

- (平成17年) 町・社会福祉協議会(社協)・大学が協働し、高齢者の参加促進・社会活動活性化を進める目的で「憩いのサロン」の事業計画を開始(H20年からの町の総合計画に、政策評価の成果指標としてサロン拠点数が盛り込まれる)
- (平成18年) ボランティア候補者・町・大学とでワークショップや視察を繰り返し行い、各サロンの運営主体となるボランティア組織を形成しつつ、サロンの方向性・運営方法・サロンで実施する内容を固める
- (平成19年) 3会場から始め、500m圏(徒歩15分で通える圏内)にサロンを設置することを目標に順次増設

65才以上高齢者に占める参加者の割合	9.8 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	1.0 %

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 地域包括支援センターは、サロン立ち上げから1年間は、ボランティア運営組織が自立して金銭管理・サロン運営が出来る様に支援
1年経過後は2～3ヶ月に1回の巡回と、各サロン会場の運営者連絡会を開催(隔月)しサポート
- 町の福祉課は、広報と新規会場の立ち上げ支援、健康課(保健師)は各サロンに順次出向き、健康講話・健康相談を実施
- 共同研究協定を結んでいる大学は町と協力して、事業効果検証や体力測定、認知症検査を実施
- 社協は、ボランティア研修や、ボランティアが加入する保険管理、求められた時にボランティアの派遣調整などを実施

④茨城県利根町 ～シルバーリハビリ体操指導士の体操普及活動～

茨城県立健康プラザの主催する講習会を終了した60歳以上の世代の住民ボランティア「シルバーリハビリ体操指導士」が、公民館等で高齢者のための体操教室を立ち上げ、自主活動として運営。町内13箇所で月2～4回、延13,390人が参加しており、地域に定着している。

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	1	力所
	委託	0	力所
総人口		17,592	人
65歳以上高齢者人口		5,272	人
		30.0	%
75歳以上高齢者人口		2,009	人
		11.4	%
第5期1号保険料		4,070	円



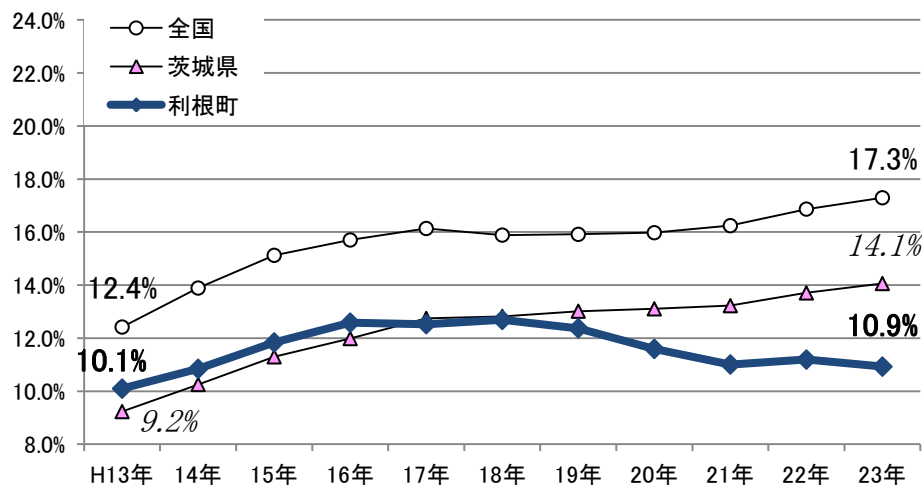
介護予防の取組の変遷

- 平成16年 利根町社会福祉協議会による定年男性のためのボランティア講座と県立健康プラザのシルバーリハビリ体操が結びつき、高齢者のための体操指導者の養成を開始。
- 平成17年 養成された「シルバーリハビリ体操指導士（以下、指導士）」が国保診療所の一室で外来受診者も交えて、地域の高齢者に体操を指導するようになった。
- 平成18年 二次予防事業のサポート役として指導士が参加
- 指導士の活動は、高齢世代が高齢世代を支え合う互助の活動として、町内に定着している。



H24年度 参加実人数	高齢者人口に 占める割合
544人	10.3%

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 保健師
指導士の体操教室を、町内に広報。必要な人に体操の参加を勧める。
- 地域包括支援センターの主任ケアマネ・社会福祉士
体操に来れなくなった人に訪問、状況把握
- 国保診療所の医師
診療所の外来受診者に体操への参加を勧め、指導士の活動を後押し

⑤長崎県佐々町 ～介護予防ボランティアを主軸にした地域づくり～

○中高年齢層を対象として介護予防ボランティアを養成し、ボランティア活動が無理なく継続できるように、連絡会を組織してバックアップしている。介護予防・日常生活支援総合事業においても、介護予防ボランティアが、生活支援や通所の場で、担い手として活躍している。

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	1	力所
	委託	0	力所
総人口		13,786	人
65歳以上高齢者人口		3,034	人
		22.0	%
75歳以上高齢者人口		1,626	人
		11.8	%
第5期1号保険料		5,590	円



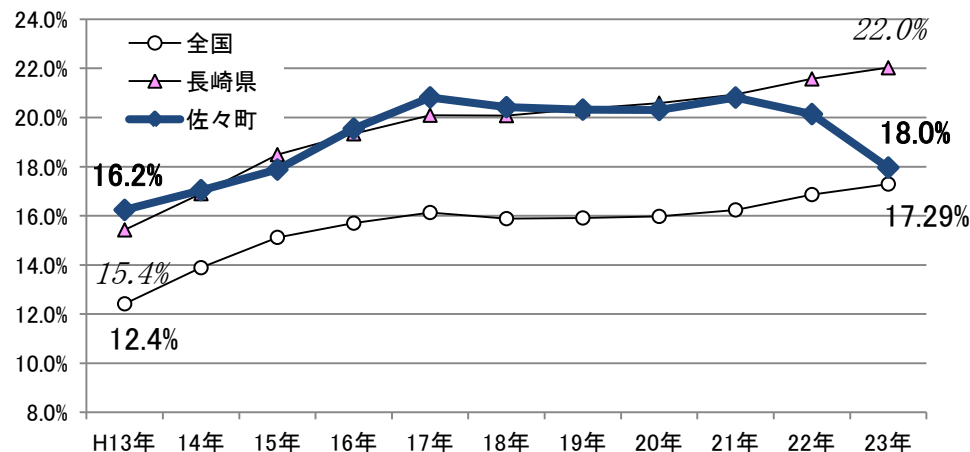
介護予防の取組の変遷

- 平成18年 地域包括支援センターが始動し、介護予防の普及啓発を行うものの、住民の主体的取組につながらず、2年が経過。町内唯一の地域サロンは、職員の関与無しには成り立たない状況だった。
- 平成20年 普及啓発のあり方を見直し、自主活動の育成に主眼を置いた「介護予防ボランティア養成講座」をスタート。修了者がそれぞれの地区で「地域型介護予防推進活動」に取り組むようになり、初年度に、8地区で集いの場が立ち上がる。
- 以後、毎年、新たなボランティアを養成し、現在、団塊世代を対象に「地域デビュー講座」として継続中。修了者による集いの場は、現在14地区で開催されている。（最終目標は、全町内会30地区）

65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合 11.6 %

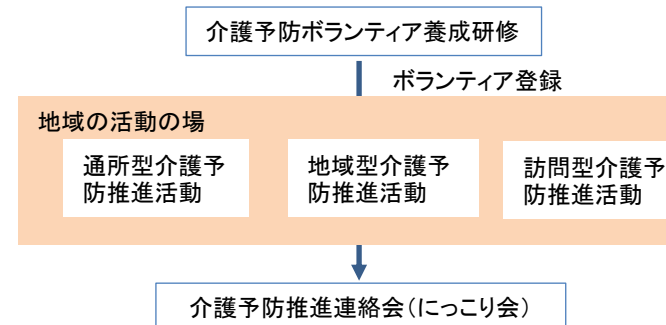
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合 6.6 %

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 「介護予防ボランティア養成講座」の企画と実施
- 月1回の定例会で、研修終了者の活動をバックアップ（にっこり会）
- 住民、関係団体と協議の機会を設け、課題やめざすべき方向などを共有



介護予防推進連絡会での実習風景

地域ケア会議でケアマネジメントのレベルアップを図っている取組例 ～奈良県生駒市～

○生駒市は、複数の地域包括支援センターが事例を持ち寄り、多職種協働でケース検討を実施。会議で方向付けられた支援内容を実際に行い、その結果を次の会議で報告し、支援の妥当性を検討。これを繰り返すことで地域包括支援センター全体で自立支援のプロセスが共有され、成功体験の蓄積がケアマネジメントのレベルアップにつながっている。

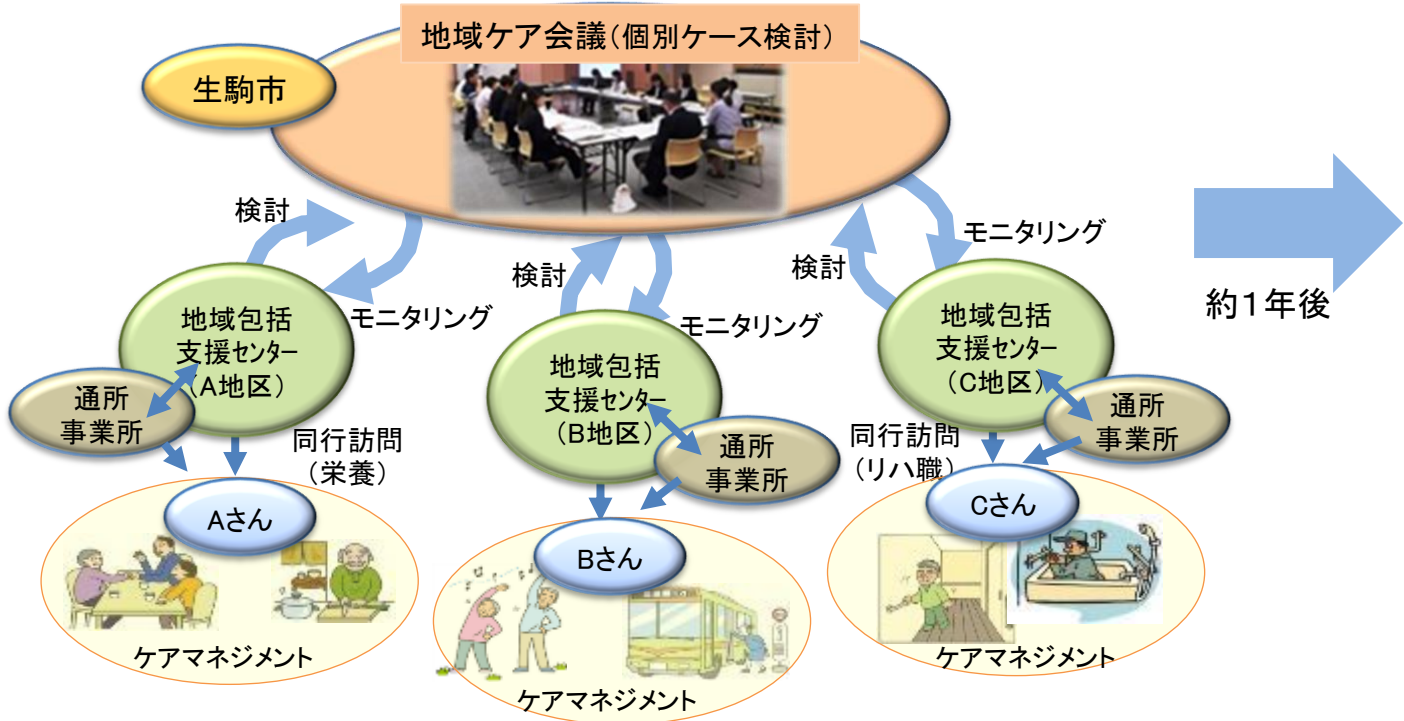
【ここがポイント！】

- ①ケース検討は、要点を押さえる。漫然と行わない。(1事例15分以内)
 - ②1事例につき、初回、中間、最終の最低3回検討。(モニタリングが重要)
 - ③疾患別等に体系化して集中議論で効率化
 - ④継続(毎月1回)
- ・ 保険者主催で毎回、25～30事例を検討。
 - ・ 検討会は180分以内に収める。(初回事例は1件15分、モニタリングは5分程度)
 - ・ 効率化を工夫(アセスメント様式の統一、初回・中間・終了の経過が一覧できる記録様式、疾患別属性別に事例の類型化等)
 - ・ 多職種で検討(通所スタッフ、リハ、栄養、歯科)



地域包括支援センター	委託 6カ所
総人口	121,031人
65歳以上高齢者人口	27,491人(22.7%)
75歳以上高齢者人口	11,496人(9.5%)
要介護認定率	15.6%
第5期1号保険料	4,570円

平成25年4月1日現在



- 地域包括支援センター
- ・ 自立支援の視点が定着
 - ・ アセスメント力が向上
 - ・ 個を視る目と地域を視る目の両方がバランスよく備わった
 - ・ 高齢者自身の自立の意識を高める関わり方が向上
 - ・ 家族の負担軽減策を具体的に立てられる
 - ・ 地域の資源や人材を活かすアイデアが豊富に

- 通所事業所
- ・ 自立支援の視点が定着
 - ・ アセスメント力が向上
 - ・ 的確な個別プログラムが立てられる
 - ・ 通所の“卒業”の意識が定着
 - ・ 通所卒業を念頭に置いて居場所と役割づくりを並行して行うようになり、“卒業”を達成できる

事例
(生駒市)

84歳 男性 高齢世帯(夫) 要支援1(2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 更新せず
83歳 女性 (妻) 要介護1(2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 要介護1

要介護認定を受けた経緯： 夫は、脊柱管狭窄症で歩行や風呂の出入りがしづらくなった。
妻は、物忘れが目立ち、生活管理全般が一人では難しくなった。



夫婦で通所(パワーアップ教室)へ



夫が上手に見守りながら妻が料理



夫は畑仕事を再開、妻は通所で記録係のボランティア

【開始時点】(2012.10)

ADL IADL (夫)腰痛で姿勢の向きを換えたり荷物を運ぶことが難しい 畑仕事を中断
(妻)金銭・服薬・物品管理が難しい 家事全般に夫の助けを借りている

【3か月後】(2013.1)

(夫)姿勢の向きを楽に換えられるようになった 買物の荷物を持って歩くことができる
(妻)手順を踏む行為(料理等)が難しくなっている

【6か月後】(2013.7)

(夫)畑仕事を再開(クワの使用が可能になる)
(妻)夫の助けを借りながら、家事を行っている。

地域
ケア
会議
による
検討

(夫)妻を一人にして出かけるのが心配
ストレスと夜間不眠あり
(妻)困惑感、イライラ感が募る
↓
①二人で通所事業へ(週2回)
互いに交流の幅を広げる
②地域包括支援センターの訪問

(夫)通所終了
畑仕事の再開準備(通所の仲間の応援で土を耕し、ウネを作る)
(妻)通所継続
お茶を配る、記録をつける等の役割を増やす
①リハ職訪問(生活場面でのアドバイス)

妻のケアマネジメント、リハ職の対応を継続



夫は、日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。

【現在】(2013.10)

(夫)妻の様子を客観的に見られるようになり、不安が緩和。
(妻)パワーアップ教室でボランティアとして参加。笑顔が増える。
夫婦ともに、通所での仲間づくりを通じて、気持ちが明るくなり、活動的になっている。

リハ職
の対応

(夫)腰痛を回避する動作、筋力アップの方法をアドバイス
(妻)通所でお茶を配るなどの役割をつくり自信回復。夫へ関わり方をアドバイス

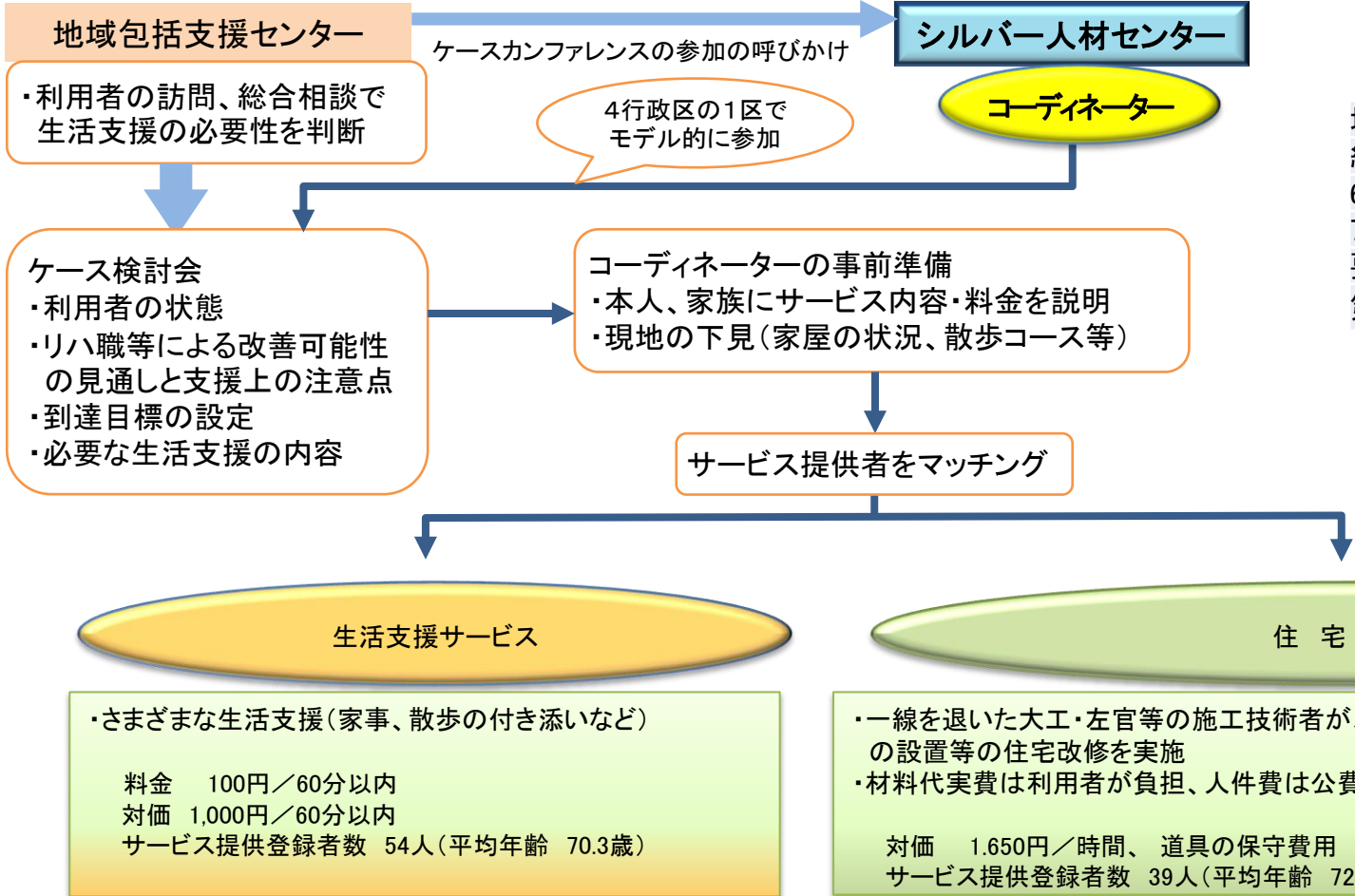
(夫)畑仕事に必要な動作、筋力アップの方法をアドバイス
(妻)自宅台所で、実際に料理をしながら夫に上手な指示の仕方をアドバイス

シルバー人材センターを活用した生活支援の取組例 ～岡山県岡山市～

○岡山市は、シルバー人材センターにコーディネーターを配置して、利用者のニーズとサービス提供者のマッチングやサービス提供内容の調整を行い、生活支援を必要とする高齢者とその担い手となる高齢者の双方が安心してサービスの利用や提供ができるように配慮している。

【ここがポイント！】

- ・シルバー人材センターのコーディネーターが、地域包括支援センターのケース検討会に参加
- ・利用者の状態と到達目標を把握した上で人材をマッチングし、利用者と提供者の双方の安心感と満足度を高めている。



地域包括支援センター	委託 6カ所
総人口	703,647人
65歳以上高齢者人口	162,809人(23.1%)
75歳以上高齢者人口	79,660人(11.3%)
要介護認定率	21.1%
第5期1号保険料	5,520円

平成25年7月31日現在

事例
(岡山市)

71歳 女性 一人暮らし 要支援2(2012/8/2~2013/8/31) ⇒ 更新せず

要介護認定を受けた経緯：変形性膝関節症で2012年7月に人工関節置換術を受け、一月後に自宅に戻る



介護予防教室(元気スマイル教室)



歩行ルートの確認



介護予防教室でお世話役のボランティア

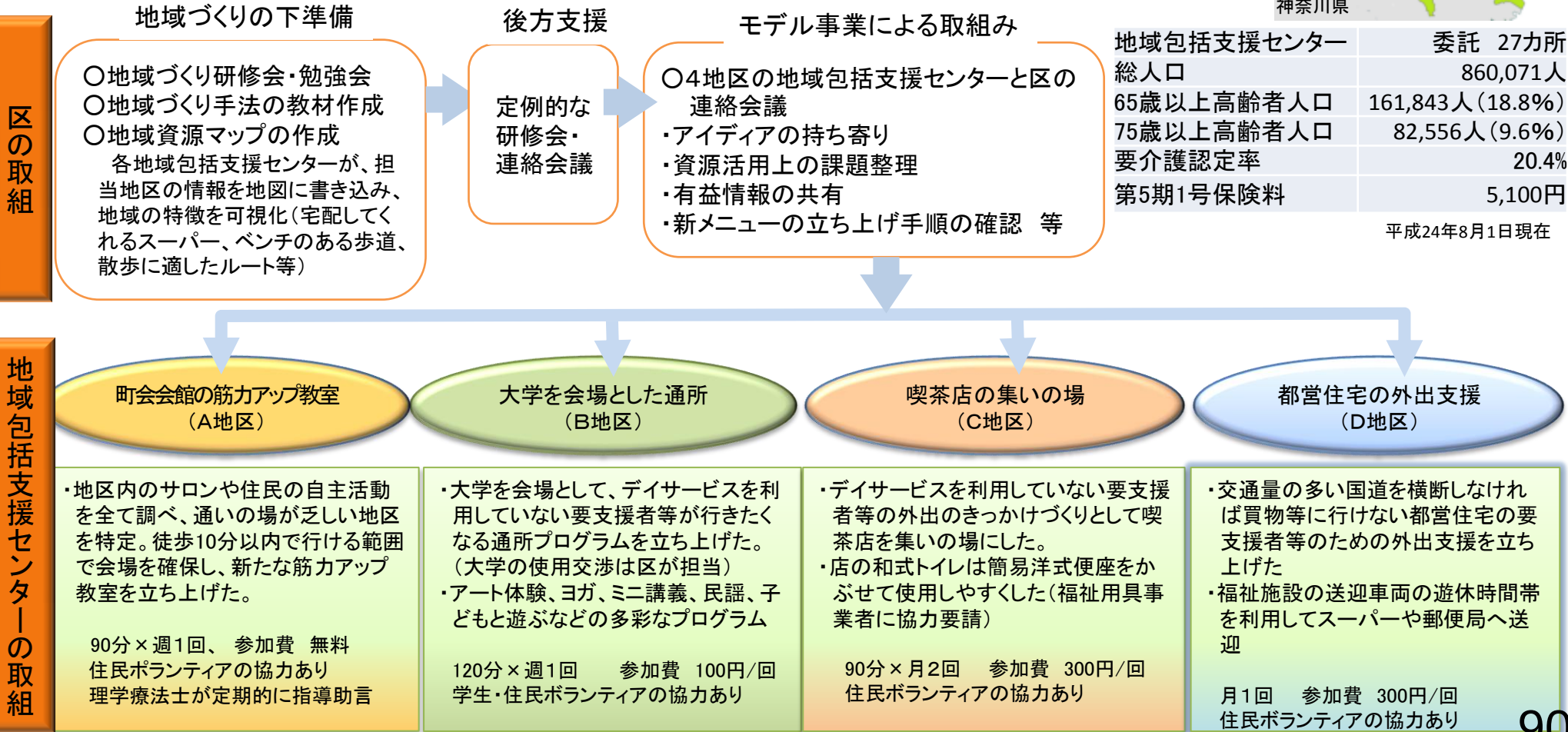
	【退院後の状況】(2012.9)	【2か月後】(2012.10)	【6か月後】(2013.2)
ADL IADL	・杖歩行。屋外を歩く自信がない。 ・タクシーで通院(唯一の外出) ・家の中の家事はできる ・買物は別居の娘が同行	・杖歩行 ・屋外歩行は依然として自信がなく、外出はタクシーを利用 ・階段昇降は手すりを使用して2足1段	・通所の送迎不要(往復、一人で歩いて参加) ・バスで外出(デパートに行く) ・荷物を持って歩くことができる
地域包括 支援センター によるケア マネジメント	・住居は、元々バリアフリー化されており問題ない ・県外から転入して間もないので知り合いがなく、心細い (この時点では、通所事業は準備中。当面、地域包括支援センターが訪問で相談援助を行った)	①リハ職の訪問アセスメント ②介護予防教室(週1回×3か月) ・運動プログラム ・仲間づくり、役割づくり ※自宅と会場は300m程度。最初は送迎で対応	ケアマネジメント、リハ職の対応は終結
リハ職の 対応	(この時点では、リハ職等の訪問、多職種のケースカンファレンスは準備中)	〈訪問アセスメント〉 ・自宅周辺の歩行ルートを確認 ・通所の帰りに、リハ職が自宅まで一緒に歩き、自信が持てるように後押し。	日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。 【現在】(2013.10) ・介護予防教室のボランティアとして活動 ・市のボランティア養成講座の受講をはじめる

地域資源を活用した多様な通いの場の取組例 ～東京都世田谷区～

○世田谷区は、地域包括支援センターとの定期的な連絡会議で現場の問題を共有し、関係機関の調整など必要な行政対応を行いながら、地域包括支援センターの地域づくりをサポート。地域包括支援センター単位で都市部の豊富な地域資源を活用して多様な通いの場の創設や外出支援を実現している。

【ここがポイント！】

- ①区の保健師が、地域包括支援センターと地域で行動を共にして地域づくりのノウハウを伝授
- ②その後、各地域包括支援センターが担当地域の自治組織や住民と会合等を通じて関係づくり



事例
(世田谷区)

77歳 女性 一人暮らし 要支援2(2012/7/26~2013/7/31) ⇒ 更新せず
要介護認定を受けた経緯： 脊柱管狭窄症で2012年7月に手術を受け、一月後に自宅に戻る



地域包括支援センターの相談



大学の通所(体操プログラム等)



喫茶店の集いでお世話役のボランティア

	【退院後の状況】(2012.8)	【3か月後】(2012.11)	【9か月後】(2013.5)
ADL IADL	・しゃがむ動作、長く歩くことが困難 ・買物の荷物を運ぶことが困難	・近所の外出ができる ・軽い荷物を持って歩くことができる	・床の正座ができる ・長く歩けるようになり、近県の旅行ができる
地域包括支援センターによるケアマネジメント	・住居は、元々バリアフリー化されており問題ない ・家事は自分で可能(買物は、スーパーの宅配を利用) ・友人の支援あり。支援関係を絶たないように配慮しながら様子を見守ることに。	①リハ職の訪問アセスメント ②大学の通所(週1回)	ケアマネジメント、リハ職の対応は終結  日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。
リハ職の対応	(この時点では、リハ職等の訪問、多職種のケースカンファレンスは準備中)	〈自宅訪問〉 ・家の内外の動線を評価 ・安全な動作、体操をアドバイス 〈ケースカンファレンス〉 ・ADL、IADLの改善可能性の見通しを提示	【現在】(2013.10) ・喫茶店の集いで、お世話役のボランティア ・趣味の茶道が復活 ・ボウリングサークルに入会

住民主体の活動による生活支援・介護予防の取り組み例 ～大分県竹田市～

○竹田市は、中高年齢層を対象に暮らしのサポーターの養成を行い、実践の場として「暮らしのサポートセンター」を立ち上げ、生活支援サービスや通いの場の運営を委託。人材養成と実践の場づくりを連動させることにより元気な高齢者が担い手として活躍できる地域づくりを実践している。

【ここがポイント！】

市長をトップに、関係機関と住民が自由に議論できる場を用意

竹田市経済活性化促進協議会
竹田市雇用創造推進プロジェクト会議
(会長:市長)
商工団体、社会福祉協議会、医療機関、地域包括支援センター等

めざすべき姿を議論
(自助互助の機運醸成へ) (毎月2回、約半年)

立ち上げ準備(市) (約1年間)
1 暮らしのサポーター養成
2 活動拠点の整備・事業委託

活動開始(住民) (半年後)

活動拠点
「暮らしのサポートセンター」
(空き店舗利用)

住民互助の活動体「りんどう」
(会員157人、平均年齢74.2歳)

活動会員(27人): 生活支援の提供者
協力会員(19人): 寄り合い場の運営
賛助会員(69人): 賛同者
利用会員(42人): 生活支援の利用者



地域包括支援センター	委託1カ所
総人口	24,547人
65歳以上高齢者人口	9,890人(40.2%)
75歳以上高齢者人口	6,285人(25.6%)
要介護認定率	22.6%
第5期保険料	5,500円

平成25年1月末現在

介護予防教室

- 市の健康運動インストラクター養成研修を修了した住民が「竹田ヘルスフィットネス」を結成
- 市の委託を受けて介護予防教室を企画実施(暮らしのサポートセンターを会場に体力測定と運動指導)
- 地区の高齢者サロンで運動指導の出前も実施

指導料 4,000円/人回
インストラクター 50~70歳代

通いの場(寄り合い処)

- 暮らしのサポートセンターで「寄り合い処」を運営
- 年代を問わず気軽に立ち寄ることのできる場(手芸・囲碁等の趣味活動、世間話など、過ごし方はさまざま)
- 木工・陶芸などの手作り品の展示販売

オープン 月~金、9:00~17:00
(コーヒー100円、定食300円)

生活支援サービス

- さまざまな生活支援(家事、草取り、植木の水やり、ペットの世話、外出支援、簡単な修理修繕など)
- 利用者とサービス提供者のいずれも会員登録を行い、会費を支払う(年会費1,000円)

料金(利用券) 30分400円、60分800円
対価 利用料金の75%
(25%は「りんどう」の活動資金に充当)

季節行事・イベント開催

- さまざまな年代が楽しめるイベントの企画と実施
- 住民の交流促進、地域おこし
- 地域への愛着を育む取組

雪っこカーニバル・歌声喫茶
ミニコンサート・カラオケ大会
チャリティーコンサート・料理教室
クリスマスイベント・しめ縄作り
かるた大会・紅白歌合戦
ヨガ・グランドゴルフ大会 など

事例
(竹田市)

76歳 女性 一人暮らし 要支援2(2012/4/16~2013/4/30) ⇒ 更新せず

要介護認定を受けた経緯：変形性股関節症で2012年1月に人工関節置換術を受け、6月に自宅に戻る



自宅周辺のウォーキングで体力づくり



暮らしのサポートセンターで食事づくり



収穫した野菜を地域の仲間と販売

	【退院後の状況】(2012.6)	【6か月後】(2012.12)	【9か月後】(2013.4)
ADL IADL	・しゃがむ、床から立ち上がる動作が困難(畑仕事、ふとんの寝起き等) ・重い物の運搬が困難(ゴミ出し、買物の荷物や畑の資材を運ぶ等)	・畑に腰をおろして草取りができるようになる ・ゴミや荷物等は小分けして台車で運ぶことができるようになる	・日常生活全般が自分でできる ・野菜づくりが再開 (窓拭きや力の必要な農作業は、「りんどう」の生活支援を利用)
医療	外来リハ(20分×週3回)	外来リハ(20分×週3回)	年内で終了予定
地域包括支援センターによるケアマネジメント	①住宅改修(手すり)・福祉用具購入(シャワーチェア) ②社協の貸し出しベッド(給付外) (この時点では、暮らしのサポートセンターの生活支援は準備中)	①温泉水中運動(週1回) ②ノルディックウォーク(自宅周辺を毎日30分) ③暮らしのサポートセンターで役割づくり(食事づくりのメンバーとして)	ケアマネジメント、リハ職の対応は終結 ↓ 日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。
リハ職の対応	(この時点では、リハ職等の多職種によるケースカンファレンス等は準備中)	〈ケースカンファレンス〉 ・外来リハの病院リハ職が、達成可能な目標設定をアドバイス	【現在】(2013.10) ・収穫した野菜を地域の直売所で販売 ・暮らしのサポートセンターで食事づくりのボランティア活動 ・地域の高齢者サロンで元気になった自分の体験を話したり、体操指導等の世話役を担っている

3. 在宅サービスと施設サービスの見直し

(1) 在宅サービス

(2) 居宅介護支援事業所の指定権限の市町村
への移譲

(3) 特別養護老人ホームの中重度者への重点化

総 論

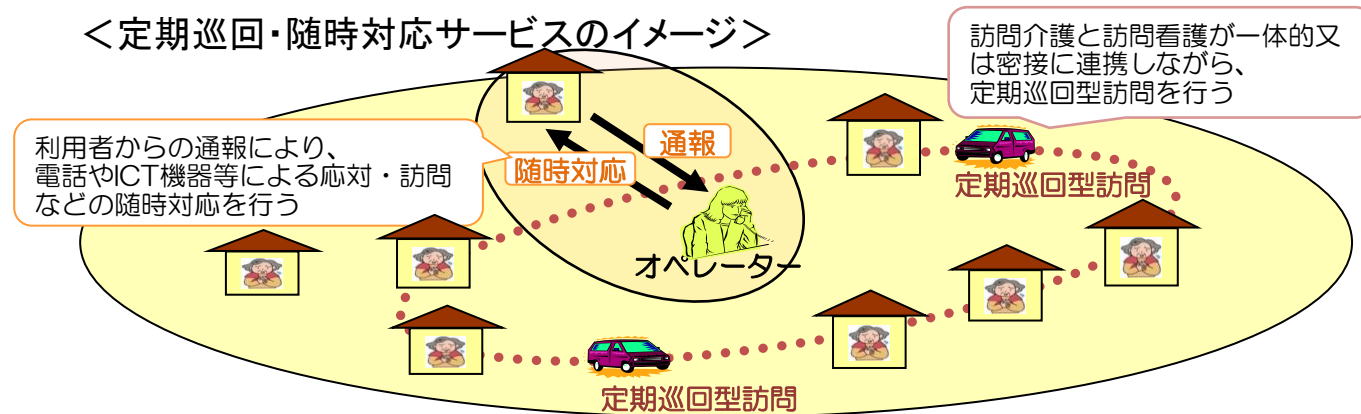
現状・課題

- 今後、在宅において、重度の要介護者、独居や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加していくことを踏まえると、通常の訪問介護や通所介護等の普及に加え、利用者の日常生活全般を支えるため、毎日必要に応じて複数回利用者と接することが可能なサービスや生活支援サービスの普及が必要である。また、これを実現するための適切なケアマネジメントの普及が必要である。
 - 在宅サービスに関して、
 - ① 個々の事業所単位だけではなく、広く事業所間で連携し事業運営できる仕組みの構築
 - ② 地域で不足している看護職員等の人材を柔軟に配置できるような連携体制の構築
 - ③ 介護事業者が地域における生活支援サービスに積極的に取り組むことができる体制の構築
- という方向で見直しを検討することにより、地域における人材の確保や包括的な支援体制の整備を進めていく必要があるのではないか。

定期巡回・随時対応サービスについて

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、**重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足**していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して**医療と介護との連携が不足**しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「**定期巡回・随時対応型訪問介護看護**」を創設(2012年4月)。

<定期巡回・随時対応サービスのイメージ>



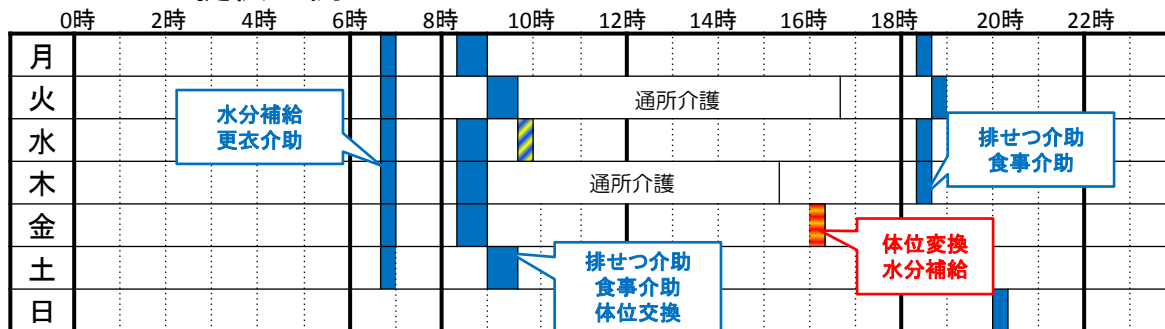
参入していない事業者は、「夜間・深夜の対応が中心」「コール対応が中心」等のイメージ

実態は、

夜間・深夜の対応は日中と比べて少なく、利用者からのコールも少ない。(イメージが実態と大きく異なっていることが多い。)

【三菱UFJリサーチ&コンサルティング調査より】

<サービス提供の例>



定期巡回

随時訪問

訪問看護

・**日中・夜間を通じて**サービスを受けることが可能

・**訪問介護と訪問看護を一体的に**受けることが可能

・定期的な訪問だけでなく、**必要なときに随時サービス**を受けることが可能

<参考>

1. 第5期介護保険事業計画での実施見込み

平成24年度	平成25年度	平成26年度
189保険者 (0.6万人/日)	283保険者 (1.2万人/日)	329保険者 (1.7万人/日)

2. 社会保障・税の一体改革での今後の利用見込み

平成27年度	平成37年度
1万人/日	15万人/日

<埼玉県の実例>

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関係性がある。利用のきっかけづくり。)

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業と埼玉県モデル事業

Aさん 要介護 4のケース

■ 生活環境

- 転倒時の怪我が原因で寝たきり状態
- 同居家族はいるが日中独居
- 認知症の初期症状有り、ベッドからの転倒も度々有り

■ サービスの提供内容

- 1日3回（日中）の定期的な訪問介護
- 服薬管理、食事の用意、パッド交換、就寝介助、安否確認

介護度の高さや利用者の状態から不安感、転倒で複数回の随時コールがあると予想

定期的な訪問により生活が安定
不安感の払拭により転倒もなし

随時コールゼロ

開始から現在の36日間

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業と埼玉県モデル事業

このサービスの利用で改善した例

Dさん(男性) 要介護4(歩行困難)

サービス導入前の状況

- 高齢者夫婦のみ世帯
- デイサービスの利用をときどき断る
- 介護拒否があり訪問介護が難しい
- 妻が要介護1（認知症の初期）
- 福祉用具を入れたいが妻が断ってしまう
- 妻が認知症の服薬ができていないため不安定
- Dさんの痙攣が起きると妻が救急車を何回も呼ぶ
- 片づけができず室内は足の踏み場もない状態

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業と埼玉県モデル事業

Bさん 要介護 2のケース

■ 生活環境

- 独居生活（近所に家族有り、家族が交代で介護）
- 食事、服薬がきちんとできていない
- 時々、転倒も有り

■ サービスの提供内容

- 1日3回（日中）の定期的な訪問介護
- 食事の用意・確認、服薬管理

食事、服薬ともに安定
転倒などもしものときの安心感を得て高い満足度

随時コールゼロ 開始から現在の7日間

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業と埼玉県モデル事業

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

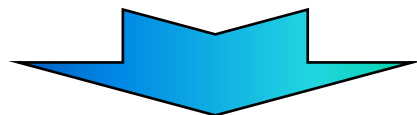
ヘルパーがやりがいを感じている

<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

小規模多機能型居宅介護について

現状・課題

- 平成25年3月現在、小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）の利用者は約7万人であるが、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、在宅生活の限界点を高めるため、今後もサービスのさらなる普及促進を図っていく必要がある。
※社会保障・税一体改革の将来推計では、平成37年度（2025年度）に40万人分のサービス確保を前提として推計。
- 平成18年度のサービス創設以降、登録された利用者に対して「通い」を中心に「訪問」や「泊まり」を提供するサービスとしての役割を担ってきたが、「訪問」の提供が少なく、「通い」に偏ったサービスとなっている。
- 訪問実績が少ない事業所がある一方で、今後在宅において、重度の要介護者、独居や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加していくことを踏まえると、「訪問」を強化する必要性が高まっている。
- また、今後は、地域包括ケアシステムを担う中核的なサービス拠点の一つとして、地域に対する役割の拡大が求められる。

論点

- 事業者の参入を促すとともに、地域住民に対する支援を柔軟に行うことが可能になるよう、小規模多機能型居宅介護事業所の役割を見直す必要があるのではないかと。
- ① これまでのように「通い」を中心としたサービス提供に加え、在宅での生活全般を支援していく観点から、「訪問」の機能を強化する方策（25名の登録定員の弾力化、人員配置の見直し等）を検討してはどうか。
- ② 小規模多機能型居宅介護事業所の役割として、登録された利用者だけでなく、地域住民に対する支援を積極的に行うことができるよう、従事者の兼務要件の緩和など運営を柔軟に行うことが可能な指定基準とすることを検討してはどうか。
- ③ 看護職員の効率的な活用の観点から、人員配置について、他事業所との連携等の方策を検討してはどうか。

- ④ 地域のサービス拠点の一つとして小規模多機能型居宅介護事業所の活用を図るため、事業所に配置されているケアマネジャーによる要介護認定申請の代行を認めることとしてはどうか。

※現在ケアマネジャーが配置されているサービスのうち、介護保険法上、介護保険施設や居宅介護支援事業者等は要介護認定の申請代行が認められているが、小規模多機能型居宅介護事業者等は認められていない。

- ⑤ 通所介護の見直しに関連し、小規模多機能型居宅介護の普及促進の観点から、小規模通所介護事業所が小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所に移行できるよう、「宿泊」や「訪問」の機能を自らは持たずに本体事業所との連携により提供する形を認めることを検討してはどうか。
- ⑥ 基準該当短期入所生活介護事業所の設置を促進するため、基準該当短期入所生活介護事業所が併設できるよう事業所等の対象を小規模多機能型居宅介護事業所にも広げるべきではないか。
- また、専用の居室が必要とされている設備基準の緩和を検討してはどうか。

社会保障制度改革国民会議 報告書(抄)

Ⅱ 医療・介護分野の改革

2. 医療・介護サービスの提供体制改革

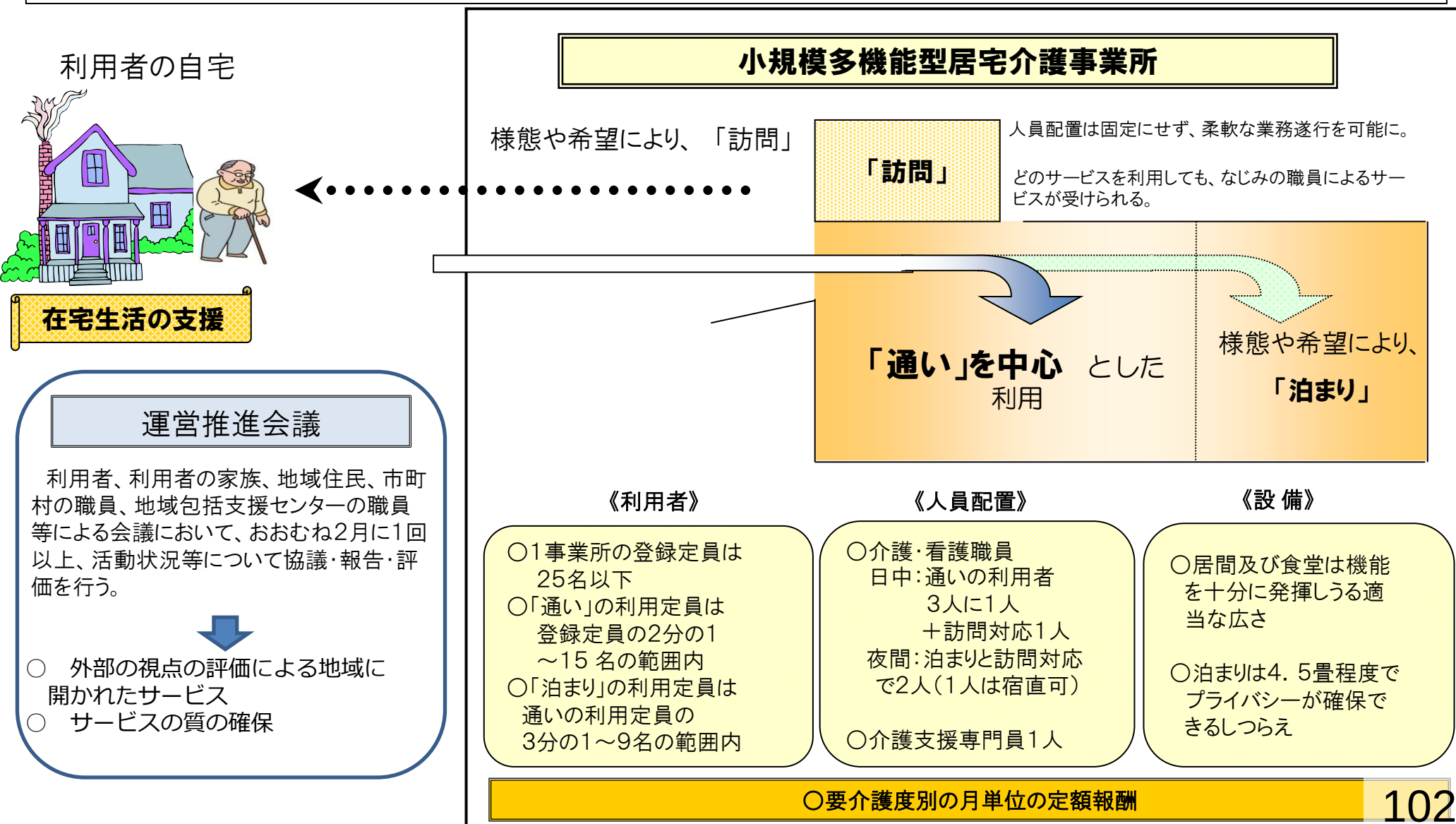
(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

こうした地域包括ケアシステムの構築に向けて、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「地域包括ケア計画」と位置づけ、各種の取組みを進めていくべきである。

具体的には、高齢者の地域での生活を支えるために、介護サービスについて、24時間の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型サービスの普及を図るほか、各地域において、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を図ることが必要である。

小規模多機能型居宅介護の概要

「**通い**」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、**随時「訪問」**や「**泊まり**」を組み合わせるサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された(平成18年4月創設)。



(参考)

小規模多機能型居宅介護事業所の人員基準

			本体事業所	サテライト型事業所
代表者			認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者	<u>本体の代表者</u>
管理者			認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した常勤・専従の者	<u>本体の管理者が兼務可能</u>
小規模多機能型居宅介護従業者	日中	通いサービス	常勤換算方法で3：1以上	常勤換算方法で3：1以上
		訪問サービス	常勤換算方法で1以上（他のサテライト型事業所の利用者に対しサービスを提供することができる。）	<u>1以上（本体事業所又は他のサテライト型事業所の利用者に対しサービスを提供することができる。）</u>
	夜間	夜勤職員	時間帯を通じて1以上（宿泊利用者がいない場合、置かないことができる。）	時間帯を通じて1以上（宿泊利用者がいない場合、置かないことができる。）
		宿直職員	時間帯を通じて1以上	<u>本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。</u>
	看護職員		小規模多機能型居宅介護従業者のうち1以上	<u>本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。</u>
介護支援専門員			介護支援専門員であって、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者 1以上	<u>小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者 1以上</u>

※ 代表者・管理者・看護職員・介護支援専門員・夜間の宿直者（緊急時の訪問対応要員）は、本体との兼務等により、サテライト型事業所に配置しないことができる。

通所介護について

現状・課題

- 平成24年度末現在、通所介護の利用者は、約160万人(平成13年度の約2.5倍)で介護サービス(介護予防含む)利用者全体(約463万人)の概ね3人に1人が利用している。
また、平成24年度の通所介護(介護予防含む)の費用額は、約1.4兆円(平成13年度の約3.7倍)で、平成24年度費用額累計約8.9兆円の15.6%を占める。
- 通所介護については、介護や機能訓練に重点を置いたもの、レスパイト中心のもの、サービス提供時間の長短、事業所の規模など、様々なサービス提供の実態がある。
- 特に小規模の事業所については、介護報酬単価が高く設定されており、実際に参入事業所数も、小規模事業所の増加が顕著な状況にある。
※ 小規模型事業所： 7, 075事業所(H18.4) → 17, 963事業所(H25.3)(+153%)
通所介護全体： 19, 341事業所(H18.4) → 35, 453事業所(H25.3)(+83%)
- 通所介護事業所が自主事業で宿泊サービスを提供する形態(いわゆる「お泊まりデイサービス」)については、泊まりの環境が十分でない等の問題点も指摘されている。

論点

- ① 通所介護は、そこで提供される事業内容の自由度が高く、様々なサービス提供の実態があるため、その機能に着目した上で、通所介護の事業内容を類型化し、それに応じて介護報酬にメリハリをつけることを検討してはどうか。
- ② 柔軟な事業展開を促進する観点から、サービス提供実態を踏まえた上で、人員基準の緩和を検討してはどうか。
- ③ 事業所数が増加している小規模の通所介護については、少人数で生活圏域に密着したサービスであることから、運営委員会等を通じた地域との連携や運営の透明性を確保するため、市町村が指定・監督する地域密着型サービスに位置づけてはどうか。
- ④ また、選択肢の一つとして、事業所の経営の安定性を図るとともに、柔軟な事業運営やサービスの質の向上の観点から、人員基準等の要件緩和をした上で、通所介護（大規模型・通常規模型）事業所のサテライト事業所に位置づけることや、小規模多機能型居宅介護の普及促進の観点から小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所に位置づけることも可能としてはどうか。
- ⑤ 地域密着型サービスに位置づける場合、市町村の事務が増大することから、移行に際しての事業所指定の事務、運営推進会議の開催頻度等、事務負担の軽減を併せて検討するべきではないか。
- ⑥ 通所介護の設備を利用して法定外の宿泊サービスを提供している場合については、泊まりの環境が十分でない等の問題点も指摘されている。
このため、利用者保護の観点から届出、事故報告の仕組みや情報の公表を行い、サービスの実態が把握され、利用者やケアマネジャーに情報が提供される仕組みとするべきではないか。

社会保障制度改革国民会議 報告書(抄)

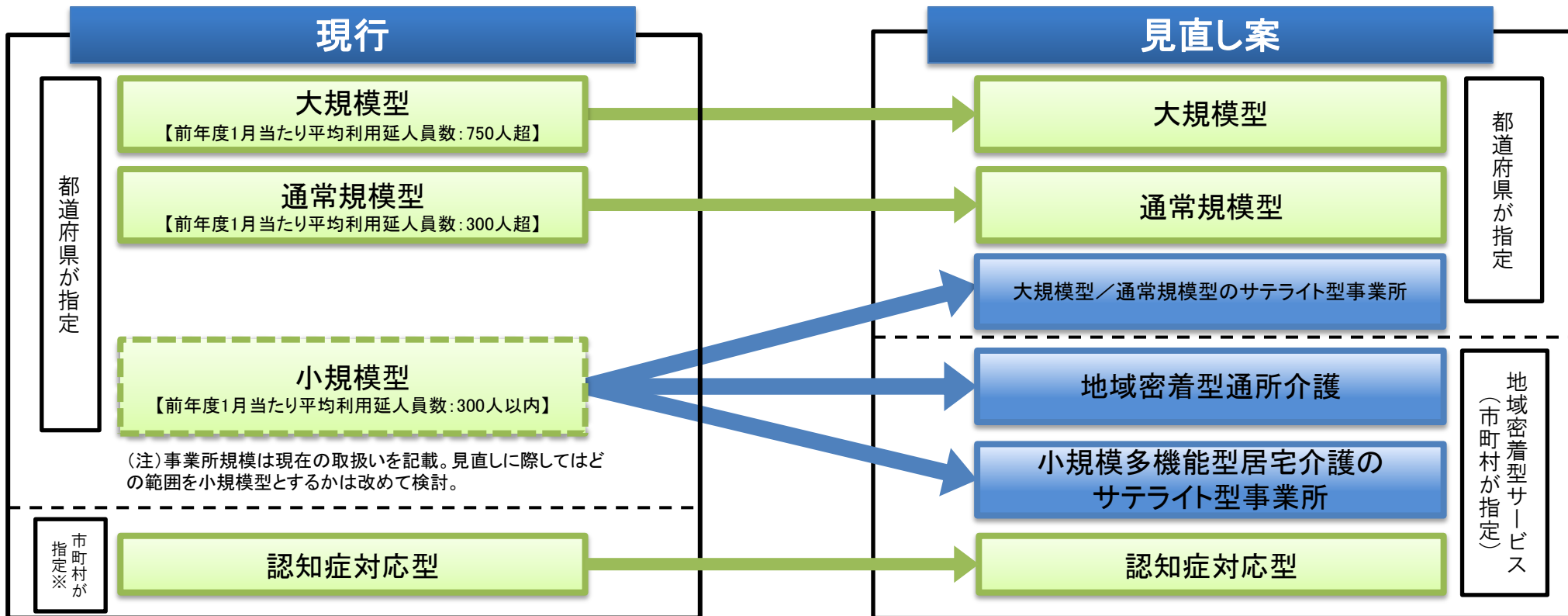
Ⅱ 医療・介護分野の改革

4. 介護保険制度改革

また、デイサービスについては、重度化予防に効果のある給付への重点化を図る必要がある。

小規模型通所介護の移行イメージ（案）

- 増加する小規模の通所介護の事業所について、①地域との連携や運営の透明性を確保するため市町村が指定・監督する地域密着型サービスへの移行、②経営の安定性の確保、サービスの質の向上のため、通所介護（大規模型・通常規模型）や小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所への移行を検討。



※地域密着型サービス

※地域密着型サービスとした場合の市町村の事務等

○事業所の指定・監督

○事業所指定、基準・報酬設定を行う際、住民、関係者からの意見聴取

○運営推進会議への参加 等

※地域密着型サービスは、市町村の判断で公募により事業者を指定できる。

住宅改修事業者の登録制度の導入

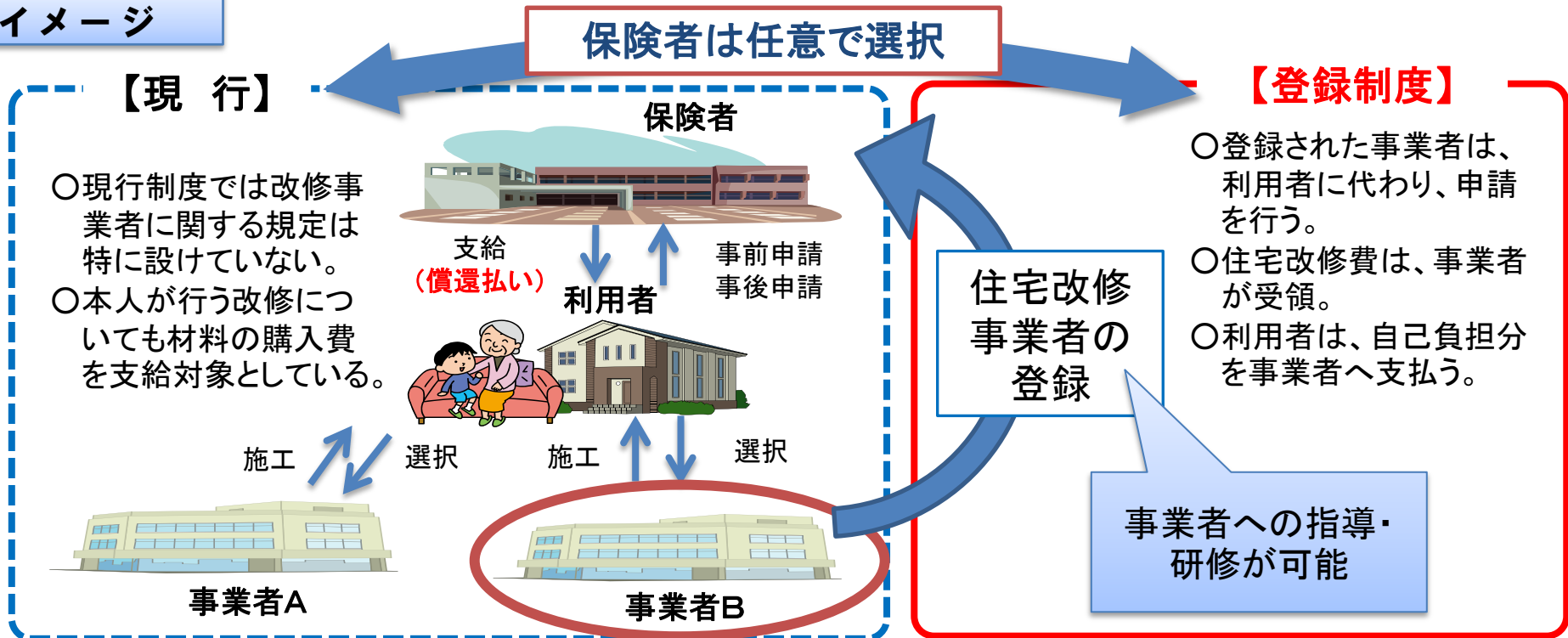
現状・課題

- 市町村は、居宅要介護（要支援）被保険者が、住宅改修を行ったときは、当該居宅要介護（要支援）被保険者に対し、居宅介護（介護予防）住宅改修費を支給することとしており、住宅改修を行う者若しくは住宅改修を行った者については、特段の規定はない。
- 多くの保険者が「事業者が指定制度ではないため、事業者に対する指導が難しい」、「事業者により技術・施工水準のバラツキが大きい」という課題をあげている。

論点

- <住宅改修の質の確保について>
- 「住宅改修を行う事業者に対する指導が難しい」、「事業者により技術・施工水準のバラツキが大きい」という実態を踏まえ、住宅改修の質を確保する観点から、市町村が、例えばあらかじめ事業者の登録を行った上で住宅改修費を支給する仕組みを導入できるよう検討してはどうか。

イメージ



※ 登録していない事業者Aについては、従来通り利用者が保険者へ請求（償還払い）。

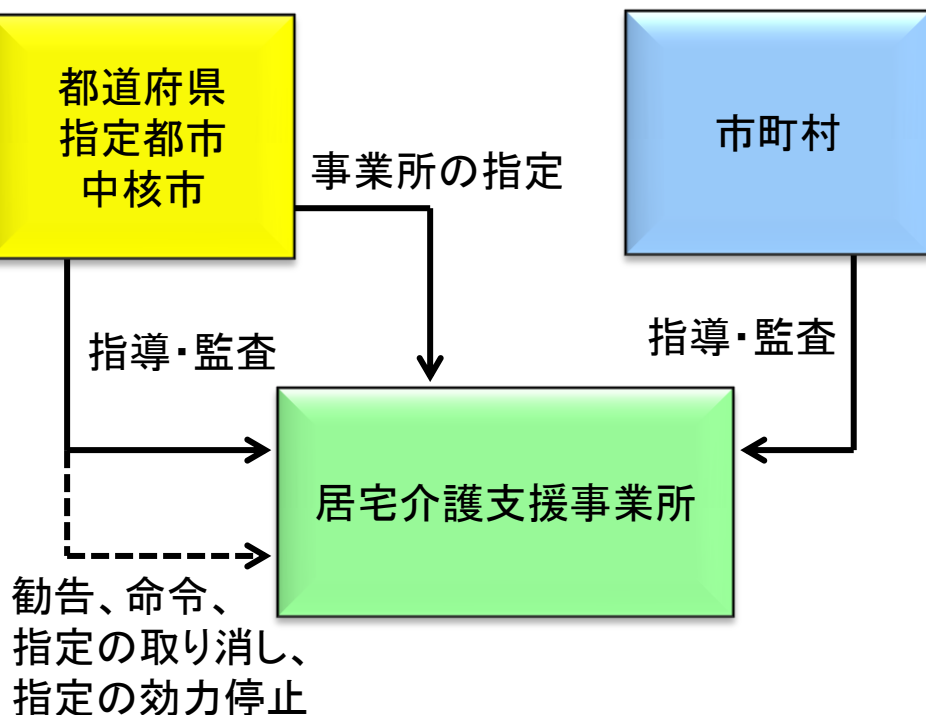
(2) 居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲

○ 現在、居宅介護支援事業者の指定は、事業所からの申請により、都道府県が行うこととなっているが、指定都市・中核市以外の市町村にも指定権限を委譲してはどうか。

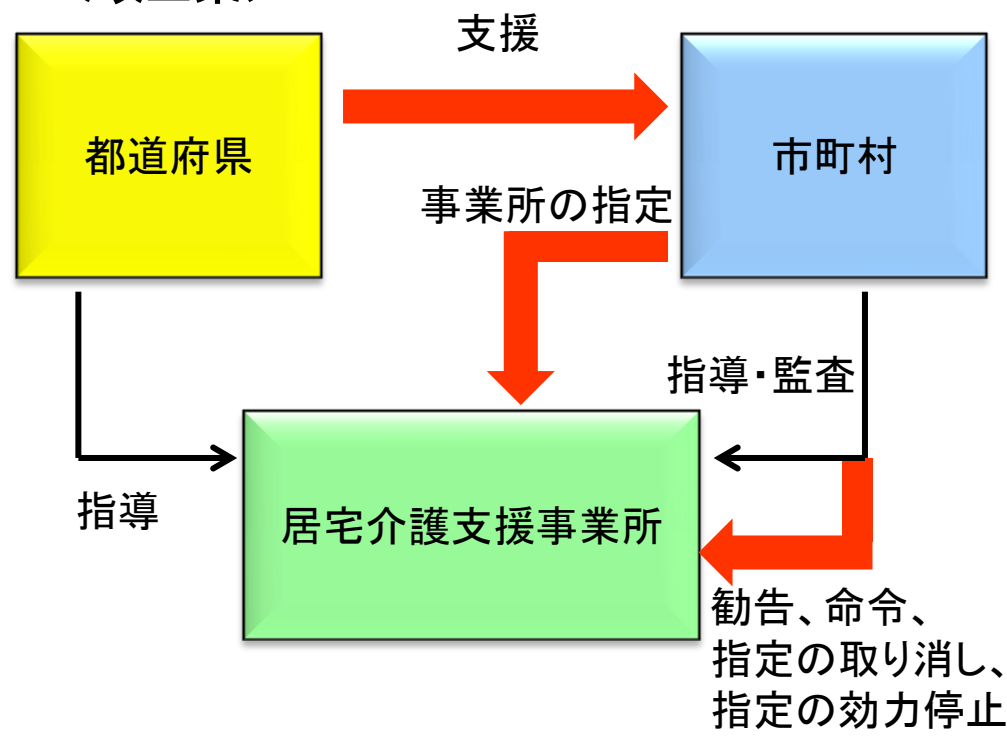
※ 大都市等の特例により、指定都市及び中核市については、居宅介護支援事業者の指定権限が委譲されている。

※ 事業者の指導・監査については、現行制度においても保険者である市町村においても実施することが可能となっている（勧告や命令といった権限は有していない）。

<現行>



<改正案>



(参考) 介護支援専門員に関する制度見直しについて①

1. ケアマネジメントの質の向上

<ケアマネジメントの質の向上に向けた取組>

- 利用者の課題(ニーズ)の適切な把握に向けた課題整理表の具体化
- ケアプランに位置付けたサービスを適切に評価する評価表の具体化

平成25年度

・課題整理表及び評価表の活用方法や事例集の提示

研修講師に対し、課題整理表及び評価表の活用方法等について研修を実施
⇒研修の場で活用

研修の場などで活用開始

平成26年度

<介護支援専門員に係る研修制度の見直し>

- 研修修了時の修了評価を導入
- 実務従事者基礎研修の必修化
- 専門研修等の研修カリキュラムの見直し等
- 研修実施のためのガイドライン策定

研修カリキュラム等の見直しを実施

告示等改正

都道府県での施行準備

新カリキュラムの施行に向けた研修講師の養成

平成27年度の研修から新カリキュラム施行

ガイドラインの策定・見直し

ガイドラインを活用した研修の実施

<主任介護支援専門員の資質向上>

- 更新制及び更新時研修の導入
- 研修カリキュラム等の見直し
- 介護支援専門員に対する現場での実務研修の実施

・更新時研修のカリキュラム策定及び既存の研修カリキュラムの見直しを実施
・現場での実務研修の実施方法の検討

省令等改正

都道府県での施行準備

新カリキュラムの施行に向けた研修講師の養成

平成27年度の研修から新カリキュラム施行

(参考) 介護支援専門員に関する制度見直しについて②

<実務研修受講試験に係る見直し>

- 原則、国家資格保有者に受験要件を限定
- 試験における解答免除の廃止

2. 保険者機能の強化等

<保険者機能の強化に向けた取組>

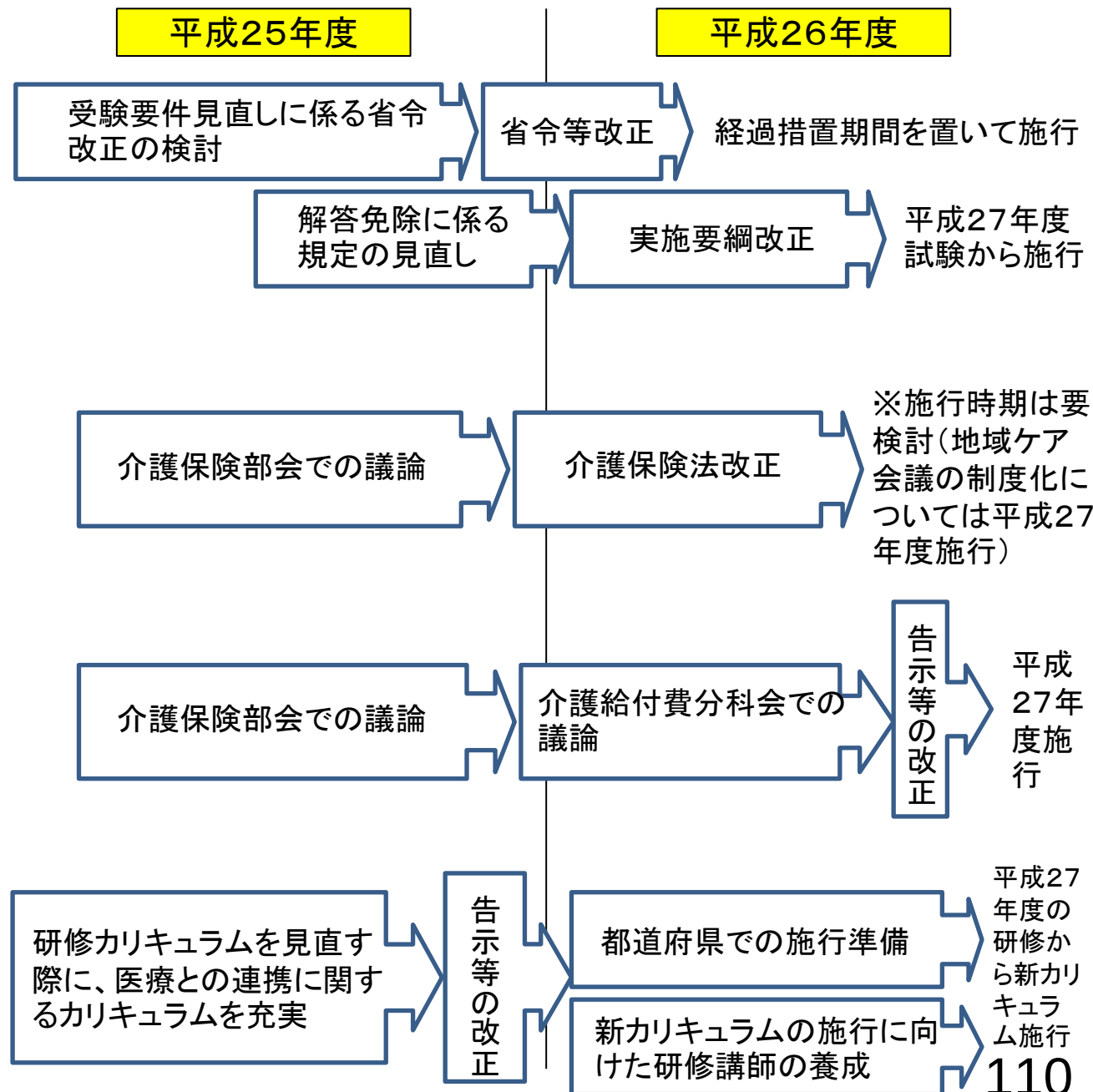
- 居宅介護支援事業者の指定権限の委譲
- 地域ケア会議の制度化

<ケアマネジメントの評価の見直し>

- 給付管理が発生しない場合のケアマネジメントの評価
- 福祉用具貸与のみのケースについてケアマネジメントの効率化

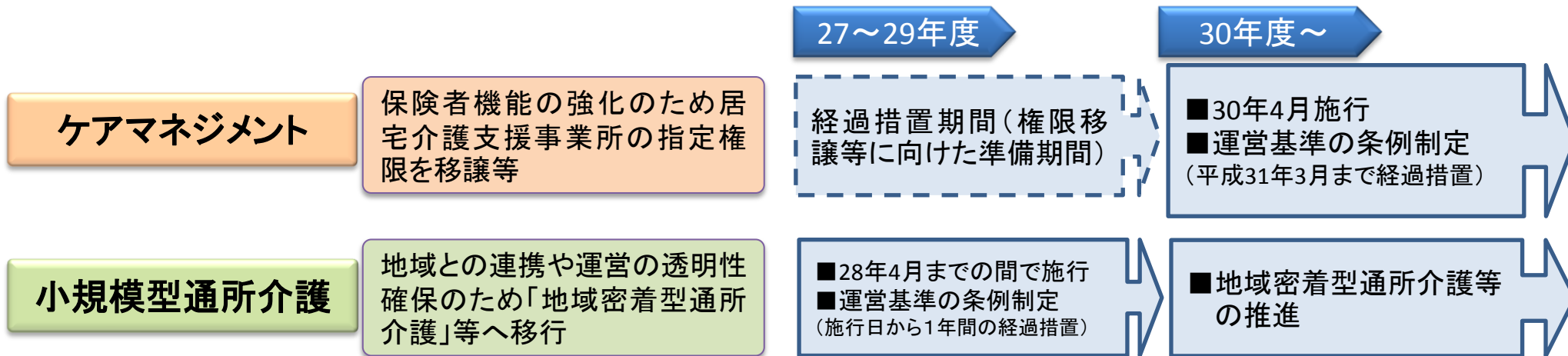
3. 医療との連携に向けた取組

- 医療との連携に関する研修カリキュラムの充実



(参考)居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模型通所介護の地域密着型サービスへの移行のスケジュール

- 居宅介護支援（ケアマネ）事業者の指定権限の市町村への移譲や小規模型通所介護の地域密着型サービスへの移行などを検討中。
- これらは十分な経過措置期間を設けるとともに、市町村の事務負担の軽減等のために必要な支援を行う。



（事務負担の軽減）

- ・ 市町村の事務負担を少しでも軽減するため、地域密着型サービス事業所の指定の際の市町村長による運営委員会の実施等関係者の意見反映のための措置の義務付けを緩和し、努力義務とするほか、以下のような措置について検討。

（例）事業所の指定事務 →書類の確認等に係る事務の委託の推進

集団指導、実地指導 →事務受託法人等の活用 の推進、都道府県との役割分担

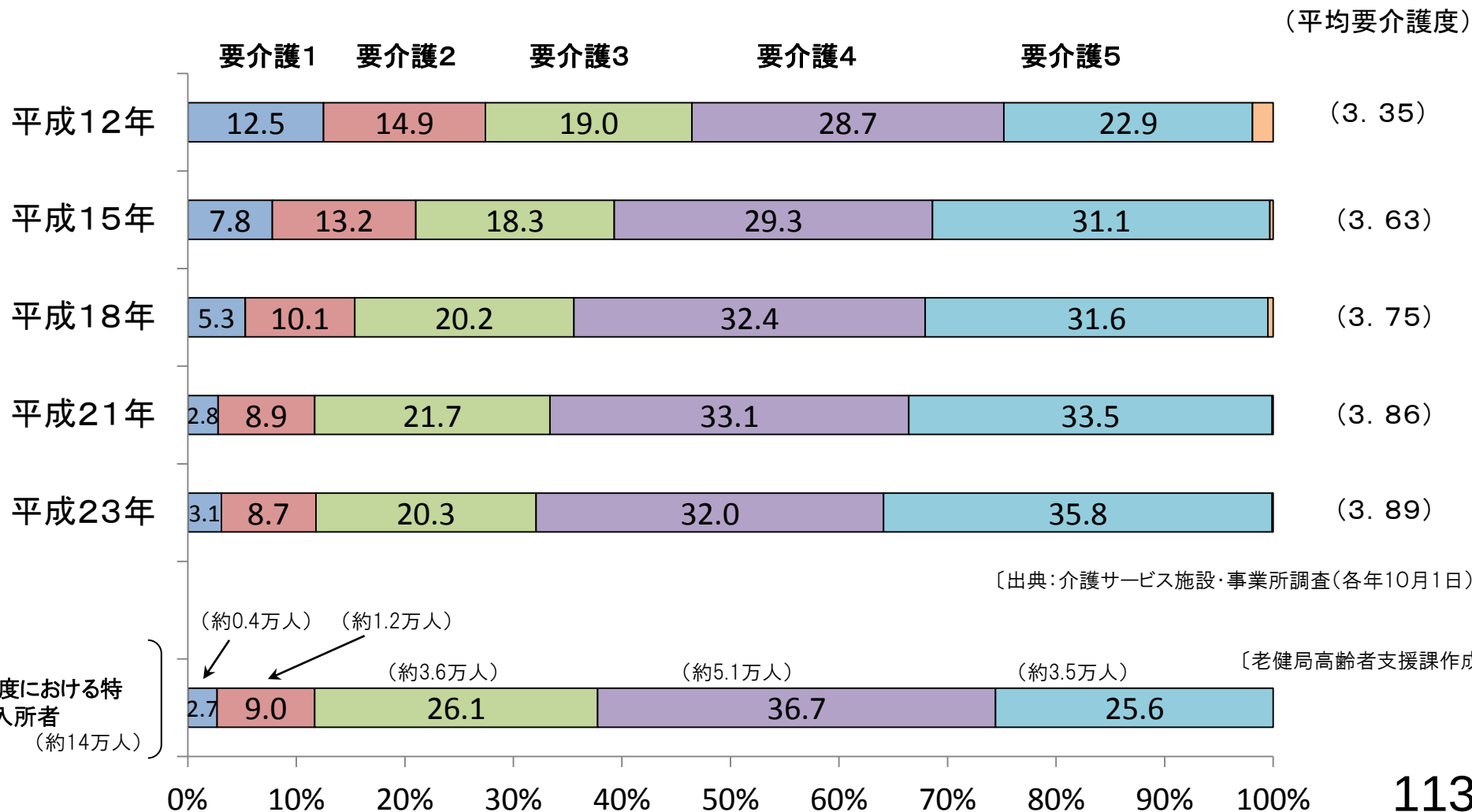
運営推進会議 →実施方法等の弾力化の推進

(3)特別養護老人ホームの中重度者への重点化

- 重度の要介護状態で、特養への入所を希望しながら、在宅での生活を余儀なくされている高齢者が数多く存在していること等を踏まえると、特養については、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化するべきであり、そのためには、特養への入所を要介護3以上に限定するべきではないか。
- 他方、軽度(要介護1及び2)の要介護者であっても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与のもと、施設ごとに設置している入所検討委員会を経て、特例的に、特養への入所を認めることとしてはどうか。
- また、制度見直しに伴い、
 - ① 既入所者については、現在、軽度(要介護1及び2)の要介護状態で入所している場合のみならず、中重度の要介護状態であった者が、制度見直し後に、要介護1又は2に改善した場合であっても、引き続き、施設サービスの給付対象として継続入所を可能とする経過措置を置くこととするともに、
 - ② 制度見直し後、要介護3以上で新規に特養に入所した者が、入所後、要介護度が要介護1又は2に改善した場合についても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、引き続き、特例的に、特養への継続入所を認めることとしてはどうか。
- 一方で、特養の重点化を推進する観点から、地域包括ケアシステムの構築を目指し、在宅サービスの充実や、要介護高齢者の地域生活の基盤である住まいの確保に向けた取組を進めていくとともに、今後、軽度(要介護1及び2)の入所者に対する在宅復帰支援策について、一層の充実を図っていくべきではないか。
- また、これと併せて、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、特養の有する資源やノウハウを地域の中で有効活用し、入所者に対してのみならず、在宅で暮らす重度の要介護者等に対しても、在宅生活を継続することができるような取組を促進させ、特養を地域におけるサービスの拠点として活用する方策について、検討すべきではないか。

要介護度別の特養入所者の割合

- 特養の入所者に占める重度の要介護者の割合は、年々上昇してきている。
- 一方、軽度の要介護者(要介護1及び2)の割合は、平成23年では11.8%となっており、一定程度の軽度者が入所している現状。



特別養護老人ホームの入所申込者の状況

○ 特別養護老人ホームの入所申込者42.1万人のうち、在宅で、かつ、要介護4及び5の特養申込者が6.7万人。

単位：万人

	要介護1～2	要介護3	要介護4～5	計
全体	13.2 (31.2%)	11.0 (26.2%)	17.9 (42.4%)	42.1 (100%)
うち在宅の方	7.7 (18.2%)	5.4 (12.9%)	6.7 (16.0%)	19.9 (47.2%)
うち在宅でない方	5.5 (13.0%)	5.6 (13.3%)	11.1 (26.4%)	22.3 (52.8%)

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。(平成21年12月集計。調査時点は都道府県によって異なる。)

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。

3～7 略

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

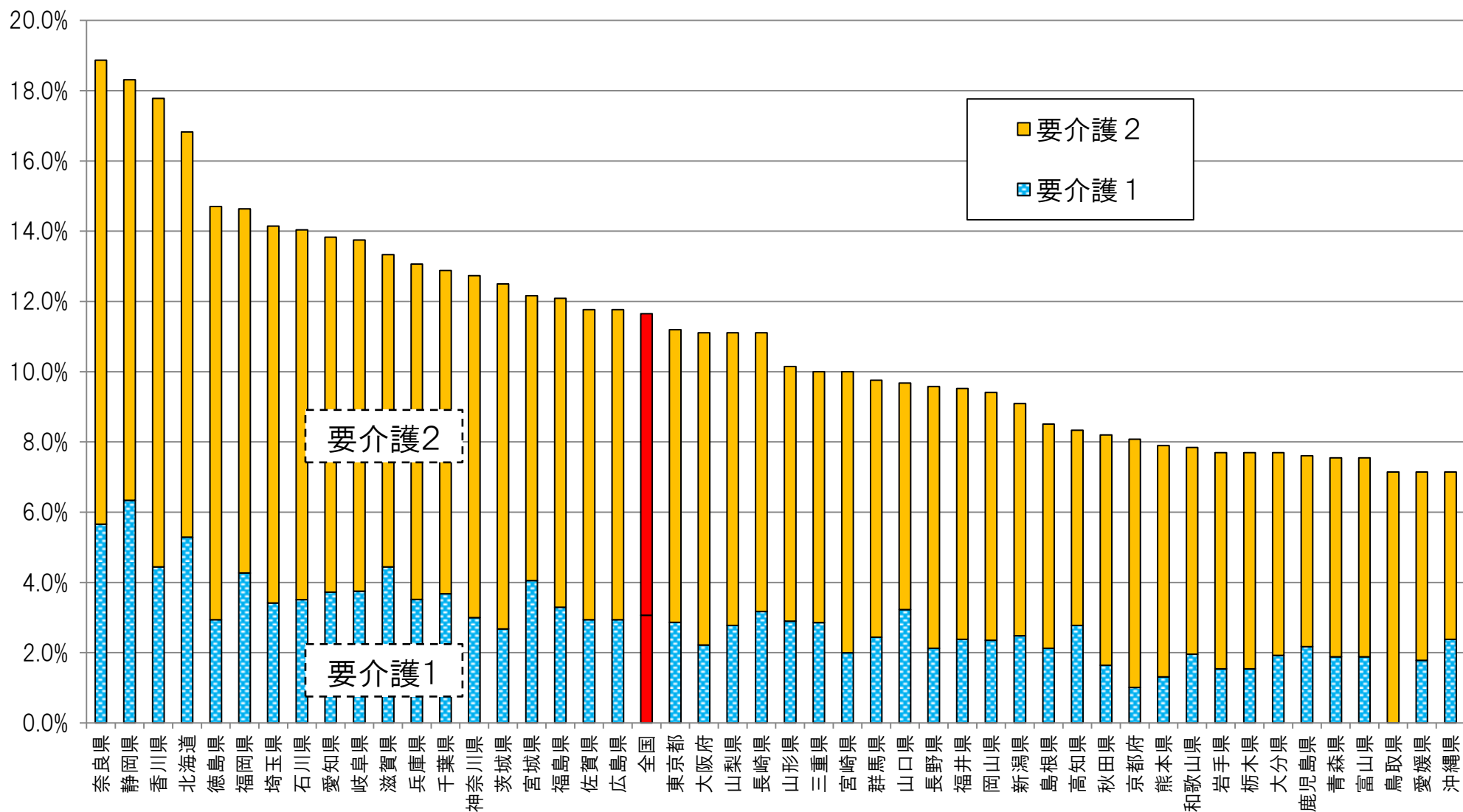
居宅サービスの利用に関する状況などが考えられること。

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。

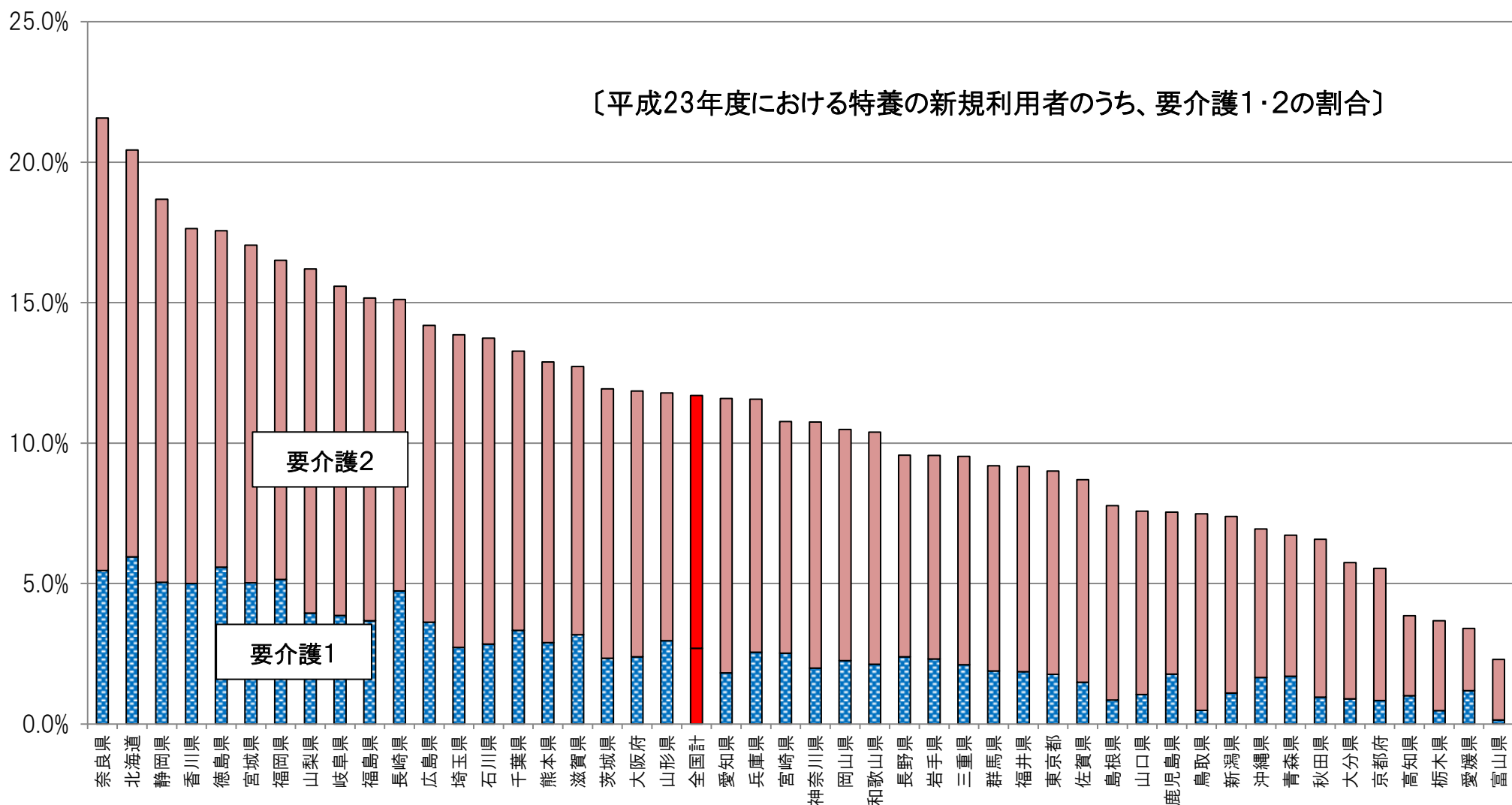
特養における要介護1・2の利用者の割合

○ 特別養護老人ホームに入所している軽度の要介護者(要介護1・2)について、都道府県別で比較すると、地域によって偏りがみられる。



特養における要介護1・2の新規入所者の割合

○ 特別養護老人ホームへの新規入所者のうち、軽度者(要介護1・2)が占める割合について、都道府県別で比較すると、地域によって偏りがみられる。



特養への入所が必要と考えられる要介護1・2の高齢者

- 各特養において、要介護1・2の方の入所を決定した理由としては、認知症等により地域での生活が困難であること、家族の状況等により在宅での生活を支える体制が不十分であること、等が挙げられる。
- 軽度(要介護1及び2)の要介護者であっても、認知症等により常時の介護の必要性が認められる場合や、独居等により家族等による十分なサポートが期待できず、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、特例的に、特養への入所を認めることが考えられるのではないかな。

【各特養において、要介護1・2での入所を決めた理由】

※一部特別養護老人ホームの施設長等
に対する厚労省による聞き取り

- ・ 認知症による頻繁な徘徊があり、また、一人で外出をすると帰宅することが困難。
- ・ 統合失調症による逸脱行動が顕著で、地域での生活が極めて困難。
- ・ 家族によるネグレクト、経済的・身体的虐待の存在。
- ・ 同居人も要介護であり、経済状況も踏まえると、十分な医療・介護サービスを受けながら在宅生活を続けることが困難。
- ・ 独居で孤独を感じ、家族・本人ともに入所を強く希望。
- ・ 介護老人保健施設に入所していた期間が長かったこと等から、自宅での地域生活に復帰することが困難。
- ・ 孤立により事故死・自死に至る可能性。
- ・ 精神障害・知的障害等により生活維持能力や生活意欲が著しく低下。
- ・ 市町村による緊急対応としての措置入所。また、その後、契約入所に転換。

【要介護1・2であっても特養への入所が必要と考えられる要因】

- 認知症高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要であること。
- 知的障害・精神障害等も伴って、地域での安定した生活を続けることが困難であること。
- 家族によるサポートが期待できず、また、現に地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないこと。
- 家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心の確保が不可欠であること。

特養入所者の要介護度が改善した場合の取扱い

○ 特養における自立支援に向けた取組等により、制度の見直し後においても、入所後、一定数が要介護1又は2に改善することが考えられるが、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、特養入所を継続できるようにするべきではないか。

- 【改善事例】
- ・ 独居中に脳疾患で倒れて入院、その後、老健への入所を経て特養に入所（要介護4）。⇒ 数年で要介護度が改善し、現在は要介護1。
 - ・ 脊柱管狭窄症等の手術の後、リハビリ入院するも、同居家族も高齢で在宅復帰が困難のため特養に入所（要介護4）。⇒ 現在は要介護2まで改善。
 - ・ 膝の痛みと生活困難な住居環境により特養に入所（要介護4）。⇒ 両膝人工骨置換術を実施後、杖歩行可能となるまで回復して、現在は要介護2。

≪ 年間継続受給者数（在宅・施設全体）の要介護度の変化別割合 ≫ （単位：千人）

		平成25年3月							
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
平成24年4月	要支援1	218.3 (68.4%)	64.4 (20.2%)	26.5 (8.3%)	6.6 (2.1%)	2.0 (0.6%)	1.1 (0.3%)	0.3 (0.1%)	319.2 (100.0%)
	要支援2	42.7 (10.6%)	274.0 (68.2%)	53.2 (13.2%)	22.9 (5.7%)	5.3 (1.3%)	3.0 (0.7%)	0.8 (0.2%)	401.8 (100.0%)
	要介護1	7.1 (1.1%)	25.4 (4.1%)	425.7 (68.1%)	116.5 (18.6%)	34.0 (5.4%)	12.8 (2.0%)	3.7 (0.6%)	625.1 (100.0%)
	要介護2	1.6 (0.2%)	9.0 (1.3%)	53.8 (8.1%)	464.0 (69.5%)	97.0 (14.5%)	32.4 (4.9%)	9.4 (1.4%)	667.2 (100.0%)
	要介護3	0.5 (0.1%)	2.0 (0.4%)	10.9 (2.1%)	44.2 (8.6%)	349.8 (68.4%)	79.4 (15.5%)	24.6 (4.8%)	511.4 (100.0%)
	要介護4	0.3 (0.1%)	1.1 (0.3%)	4.5 (1.0%)	12.8 (2.9%)	34.2 (7.8%)	316.4 (72.6%)	66.8 (15.3%)	436.0 (100.0%)
	要介護5	0.1 (0.0%)	0.1 (0.0%)	0.8 (0.2%)	2.5 (0.7%)	5.4 (1.6%)	25.7 (7.4%)	311.2 (90.0%)	345.8 (100.0%)
	総数	270.4 (8.2%)	376.0 (11.4%)	575.4 (17.4%)	669.4 (20.2%)	527.8 (16.0%)	470.8 (14.2%)	416.7 (12.6%)	3306.0 (100.0%)

※平成24年4月から平成25年3月まで継続して介護サービスを受給した要支援者・要介護者について、要介護度の変化を調査。
（例）平成24年4月に要介護3で、平成25年3月に要介護2になった者は、44.2千人であり、平成24年4月に要介護3であった者の総数の8.6%を占める

4. 費用負担の公平化

- (1) 低所得者の一号保険料の軽減強化
- (2) 一定以上所得者の利用者負担の見直し
- (3) 補足給付の見直し（資産等の勘案）

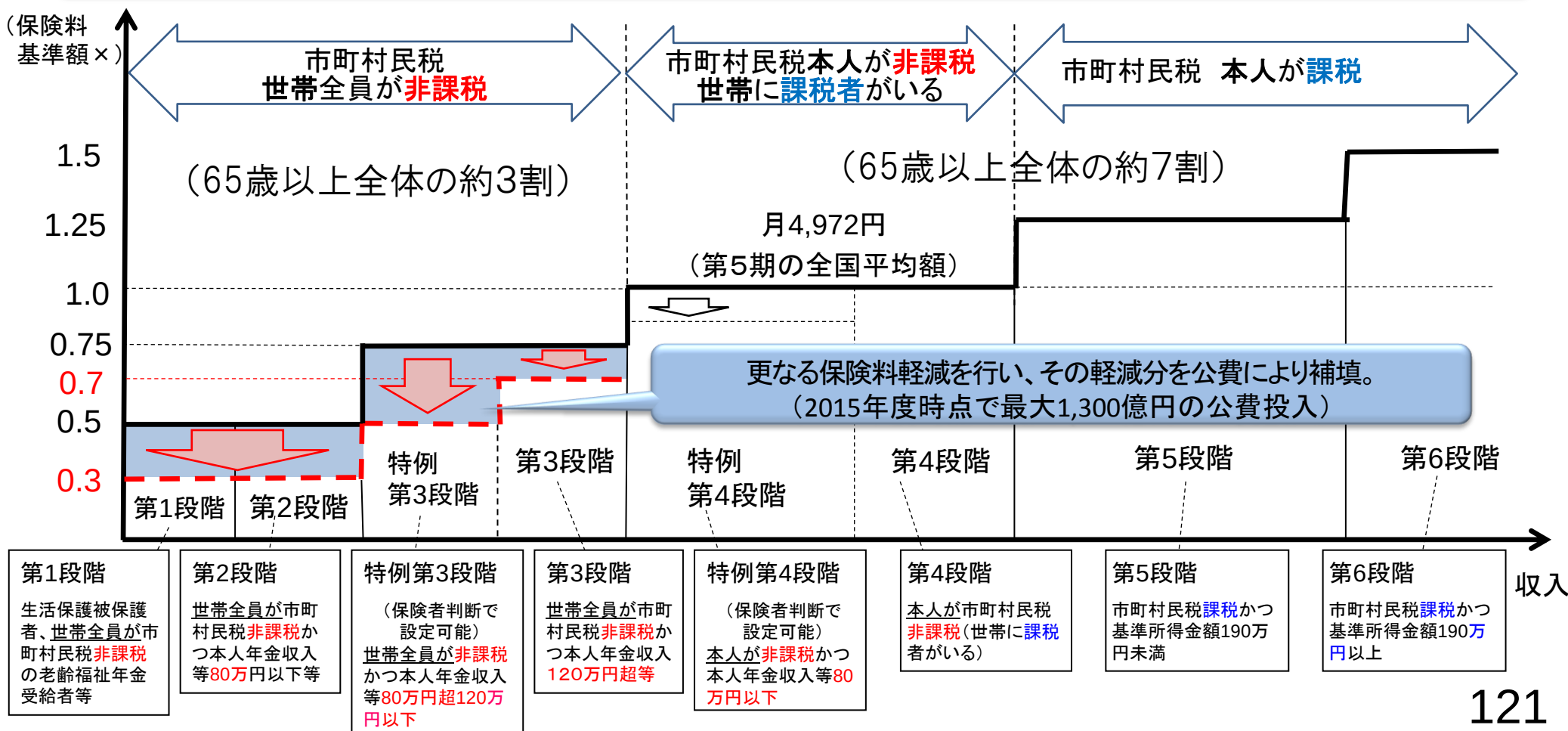
(1)低所得者の一号保険料の軽減強化

〔見直し案〕

- 給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化。
- 平成27年度(第6期介護保険事業計画)から実施。

現行 27年度～

第1・第2段階	0.5 → 0.3
特例第3段階	0.75 → 0.5
第3段階	0.75 → 0.7

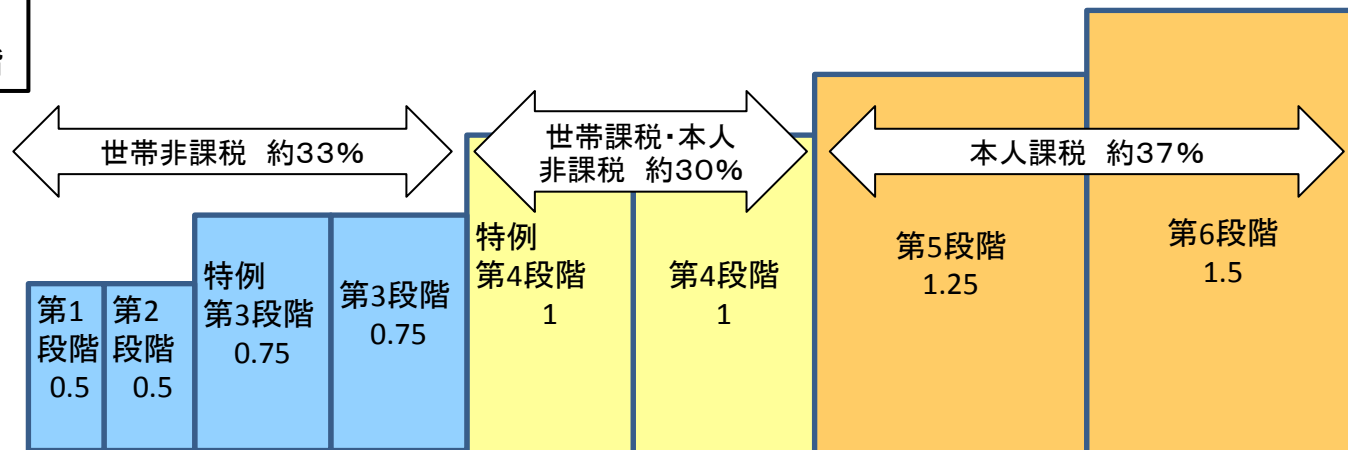


保険料の標準6段階から標準9段階への見直しの検討

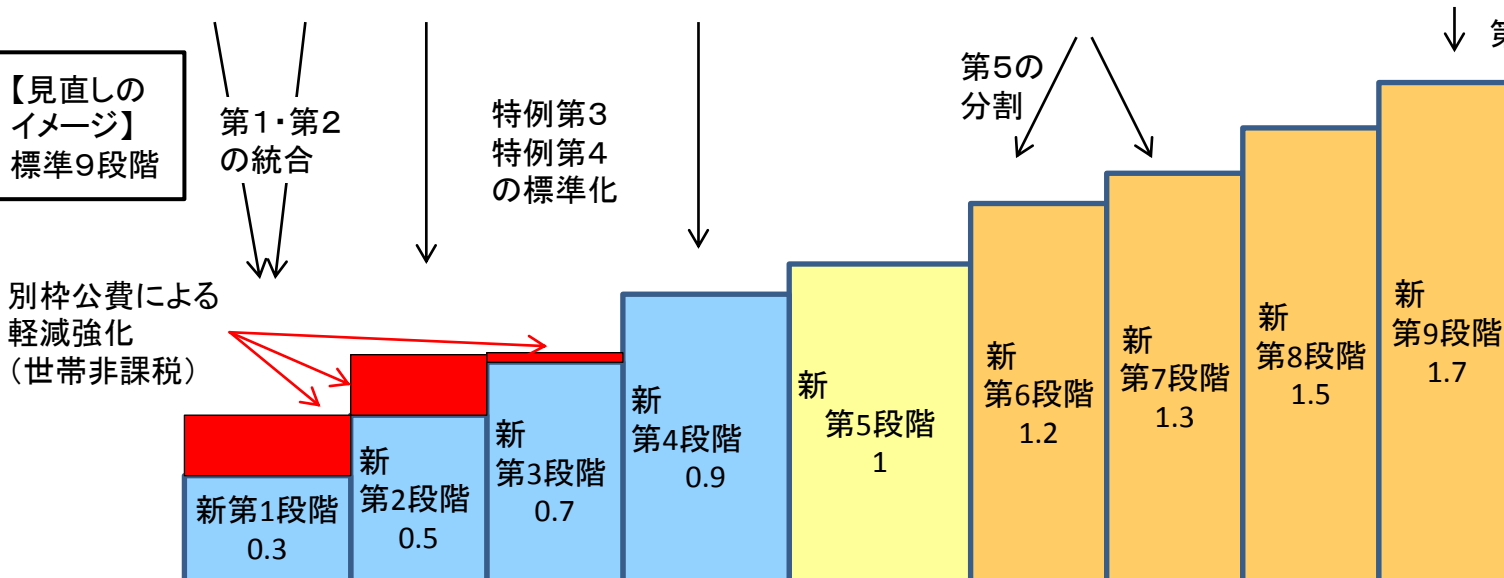
○所得水準に応じてきめ細かな保険料設定を行うため、また、多くの自治体で特例第3・特例第4段階の設置や、本人課税所得層の多段階化をしている現状を踏まえ、標準の段階設定を、現行の6段階から9段階に見直す。

○なお、現在と同様、引き続き保険者の判断による弾力化を可能とする。

【現行】
標準6段階



【見直しのイメージ】
標準9段階



- ・乗率1.7は、現在の全保険者の最上位段階の乗率の中央値
- ・新第1段階を7割軽減の0.3とすることから、最上位を7割加算の1.7とするとバランスが良い。

※新第4段階の乗率0.9は、現在の全保険者の特例第4段階の部分の乗率(特例未実施を含む)の中央値

(参考) 第1号被保険者の保険料の段階設定の状況(第5期)

(1) 保険料段階数別の保険者数

段階数	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
保険者数	275	250	237	220	230	150	115	44	30	17	5	5	2
割合	17.4%	15.8%	15.0%	13.9%	14.6%	9.5%	7.3%	2.8%	1.9%	1.1%	0.3%	0.3%	0.1%

※平成24年4月1日現在の1580保険者を対象。

※制度発足当初は5段階制を標準(最上位に1段追加して6段階も可能)であったが、平成18年4月から、第2段階を細分化して6段階制を標準とするとともに、上位段階の多段階設定を可能とした。

(2) 特例第4段階の実施状況

- ・1253保険者で設定(全体の約79%)
- ・特例第4段階(年金収入等80万円以下)は、第4期(平成21年度～)から設定可能とした。

(3) 特例第3段階の実施状況

- ・815保険者で設定(全体の約52%)
- ・特例第3段階(年金収入等120万円以下)は、新たに第5期(平成24年度～)から設定可能とした。

(4) 第4段階以下の各段階の基準額に乗じる割合別の保険者数

			0.3 未満	0.3 以上 ～	0.4 以上 ～	0.5	0.5 超 ～	0.6 以上 ～	0.7 以上 ～	0.75	0.75 以上 ～	0.8 以上 ～	0.9 以上 ～	1
第1 段階	世帯全員が非課税	生保 老福	7	18	202	標準 1351		2						
第2 段階		本人年金収入 80万円以下	1	7	139	標準 1312	35	82	4					
特例第 3段階		80万円超 120万円以下			1		8	545	256	特例 未設定 765 特例 設定 5				
第3 段階		120万円超					2	34	127	標準 1400	2	14	1	
特例第 4段階	本人非課税	80万円以下							2	6		641	604	特例 未設定 327
第4 段階		80万円超										1	3	標準 1576

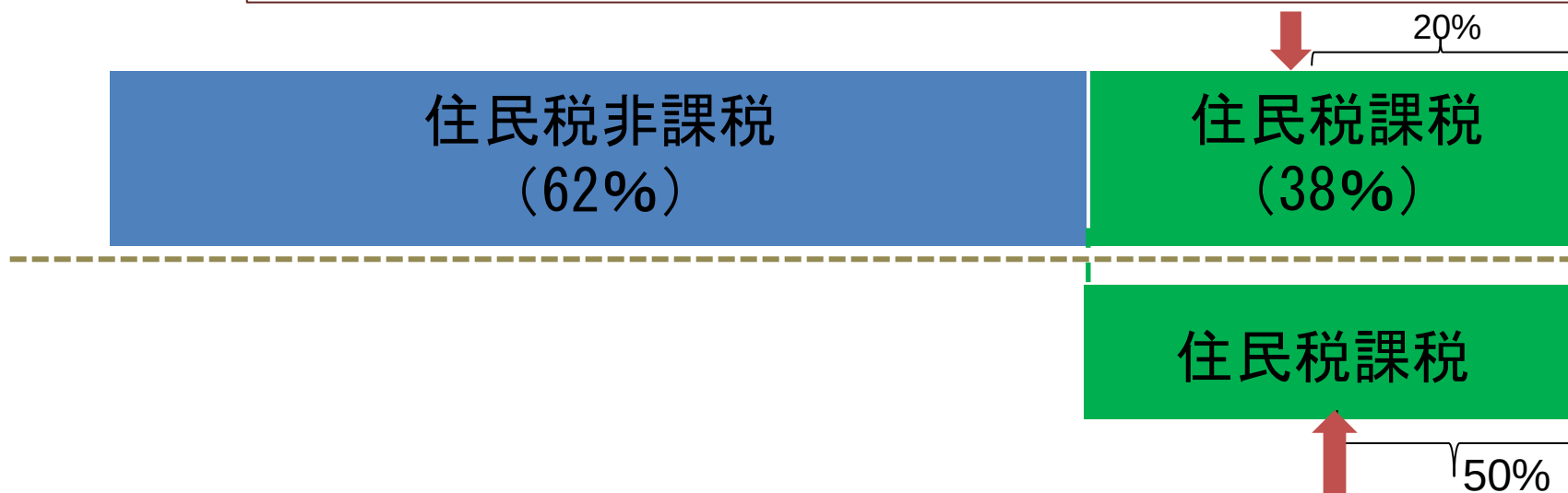
(介護保険計画課調べ(平成24年4月1日現在の全1580保険者を対象))

(注) 特例第3段階を設定しつつ割合が0.75である保険者は、第3段階の割合を0.75より高くしている保険者

(2)一定以上所得者の利用者負担の見直し

- 今後の高齢化の進展に伴い、介護費用は増大し、介護保険料も上昇していくが、制度の持続可能性を高めるためにも、保険料の上昇を可能な限り抑えていく必要がある。
- このためには、医療と異なりこれまで一律一割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある所得の高い方(一定以上所得者)には2割負担をしていただく必要があるもの。
- 一定以上所得者の基準については、サービスを一生使わない人もいることや、ケアプランを通じたサービスの選択の幅が広いといった医療との違いにも留意しつつ、設定
- 具体的な基準としては、モデル年金や平均的消費支出の水準を上回り、かつ、負担可能な水準として以下の案を審議会に提案
案1:被保険者全体の上位約20%に該当する合計所得金額(※)160万円以上の者→年金収入で280万円以上
案2:住民税課税者である被保険者の上位半分以上に該当する合計所得金額170万円以上の者→年金収入で290万円以上
※ 年金収入の場合:合計所得金額=年金収入額—公的年金等控除(基本的に120万円)

案1:被保険者全体の上位20%(合計所得金額160万円以上)→年金収入で280万円以上



案2:課税者の上位50%(合計所得金額170万円以上)→年金収入で290万円以上

(参考) 医療保険制度の介護保険制度の利用者負担の経緯

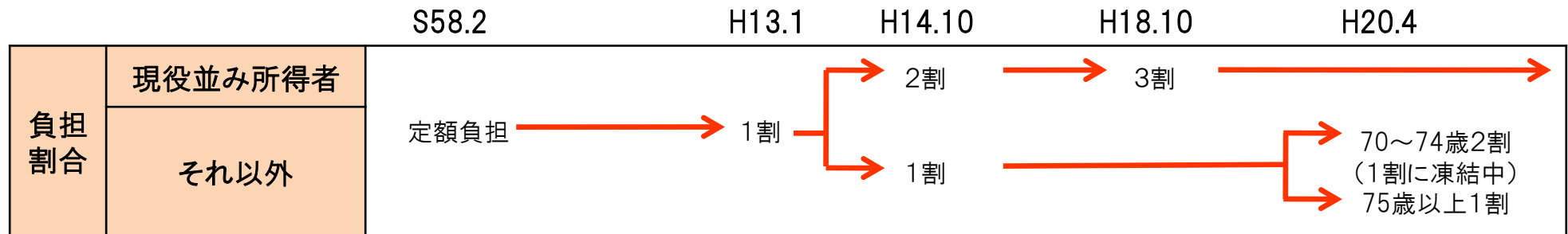
<定率負担の割合>

- 介護保険の利用者負担は、制度創設以来1割を維持している。
- 介護保険制度施行時にはまだ高齢者医療は定額負担制であり、その後定率負担が導入され、さらに負担割合の見直しが行われている。

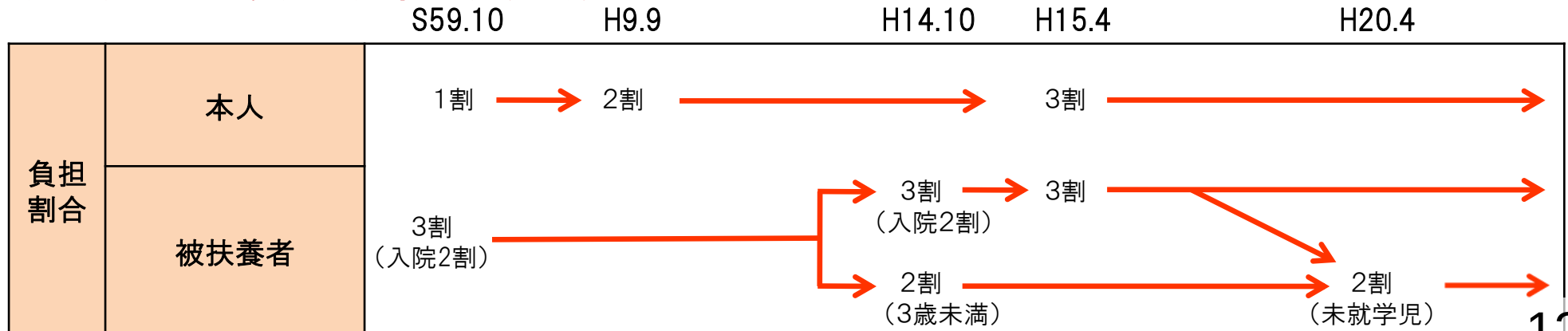
介護保険の利用者負担



医療保険の患者負担(70歳以上の高齢者)



医療保険の患者負担(健康保険、70歳未満)



(参考) <負担限度額>

- 介護保険の高額介護サービス費の負担限度額は、制度創設以来据え置かれている。
- 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の金額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いる。

介護保険

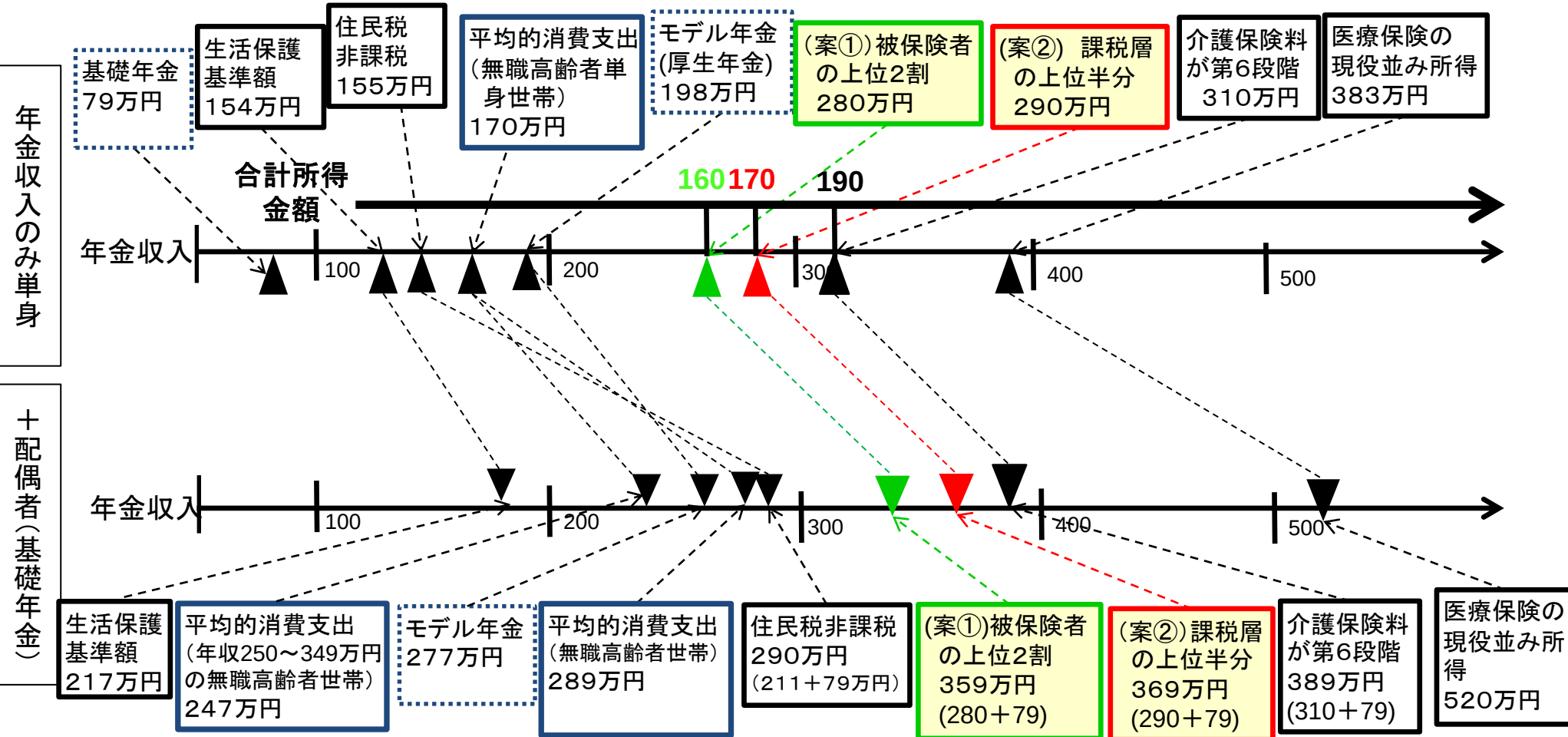
		H12.4	H17.10
負担 限度 月額	課税世帯	37,200円	→
	非課税世帯	24,600円	→ 24,600円
	年収80万円以下		→ 15,000円
	生活保護受給者	15,000円	→

医療保険(70歳以上の高齢者)

		H13.1	H14.10	H18.10	H20.4
負担 限度 月額 ※	現役並み所得者	37,200円	→ $72,300円 + (\text{医療費} - 361,500円) \times 1\% < 40,200円 >$	→ $80,100円 + (\text{医療費} - 267,000円) \times 1\% < 44,400円 >$	→
	一般		→ 40,200円	→ 44,400円	→
	低所得者Ⅱ	24,600円	→	→	→
	低所得者Ⅰ	15,000円	→	→	→

※ <>は、年4回以上利用する多数該当時の金額。

(参考) 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。

(参考) 合計所得金額について

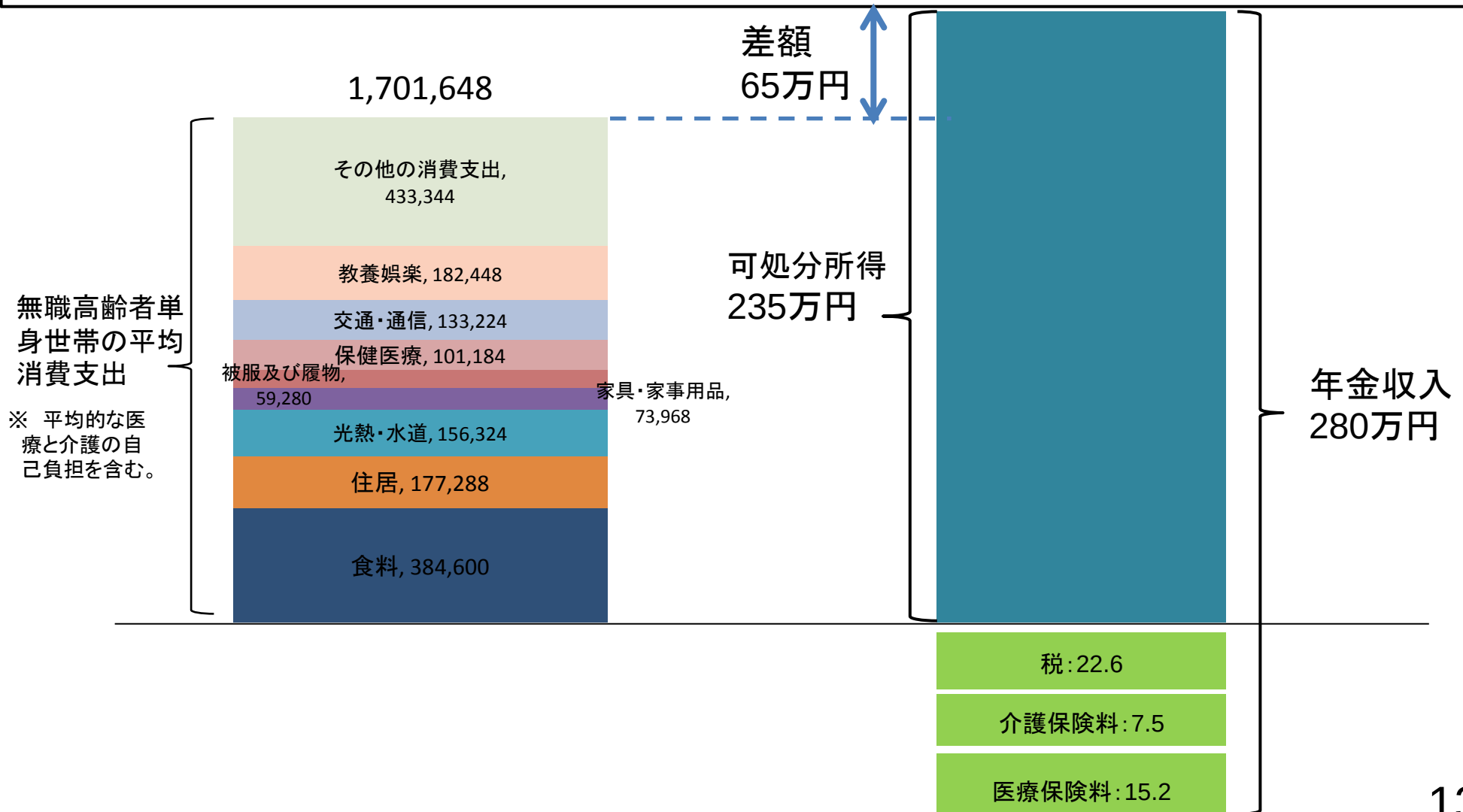
○ 現在、介護保険制度の保険料段階の設定や、住民税均等割の課税の基準には、「合計所得金額」が用いられており、これは、給与所得控除や公的年金控除をした後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額である。

計 算 項 目		適 用		
	項 目	合計所得金額	課税所得	国保の旧ただし書方式
+	収入(給与収入・事業収入・老齢年金収入等)			
－	必要経費			
	必要経費(事業所得者)	○	○	○
	給与所得控除(給与所得者)	○	○	○
	公的年金等控除(年金雑所得者)	○	○	○
	青色専従者控除・事業専従者控除	○	○	○
=	所得(収入－必要経費)			
	給与所得	○	○	○
	年金雑所得等	○	○	○
－	所得控除等			
	純損失の繰り越し控除	×	○	○
	雑損失の繰り越し控除	×	○	×
	人的控除等の所得控除	×	○	×
	基礎控除	×	33万円	33万円
+	他に合計する所得			
	土地等に係る事業所得等の金額	○	○	○
	株式等に係る譲渡所得等の金額	○	○	○
	長期譲渡所得の金額(特別控除後)	※	○	○
	短期譲渡所得の金額(特別控除後)	※	○	○
	山林所得金額	○	○	○
	退職所得金額	分離課税分除く	分離課税分除く	×

※総所得金額に含まれる総合課税分については特別控除後、分離課税分については特別控除前の金額となる。

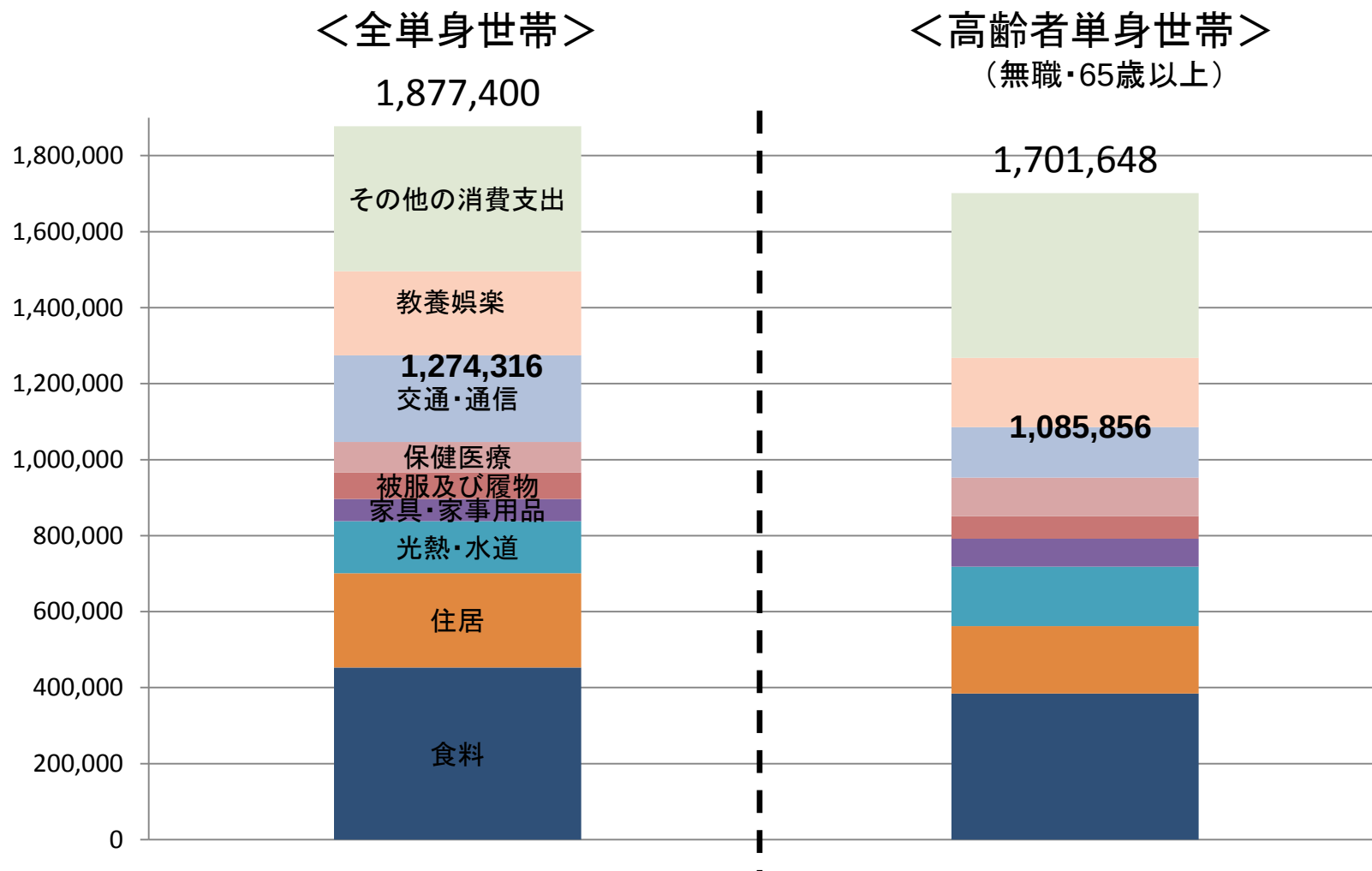
(参考)案1で無職高齢者単身世帯の場合の収支状況

- 案1に該当する者が無職高齢者単身世帯の場合について、年金が年額280万円(合計所得金額160万円＋公的年金等控除120万円)と仮定し、税や保険料を支払った後の所得と、無職高齢者単身世帯の平均的な消費支出(平均的な医療と介護の自己負担を含む。)を比較する。
- 可処分所得と消費支出の差は約65万円となり、後期高齢者医療と介護保険における自己負担の世帯単位での上限となる56万円を上回っている。



(参考) 高齢者単身世帯(無職・65歳以上)の消費支出

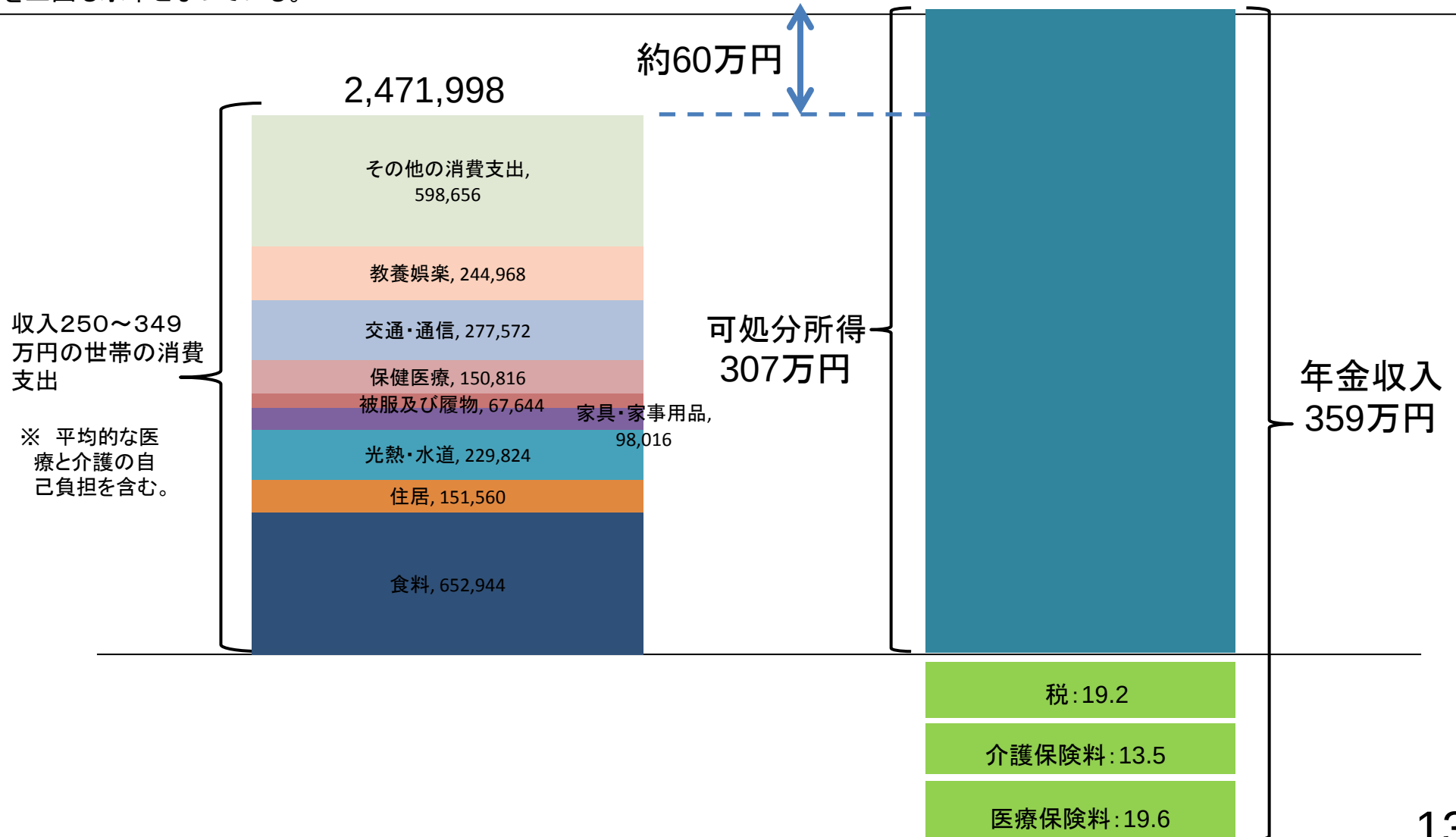
- 全単身世帯の平均的な消費支出は、年間ベースで約188万円程度。
- 高齢者単身世帯(無職・65歳以上)の平均的な消費支出は、約170万円程度。



出典:平成24年家計調査より作成

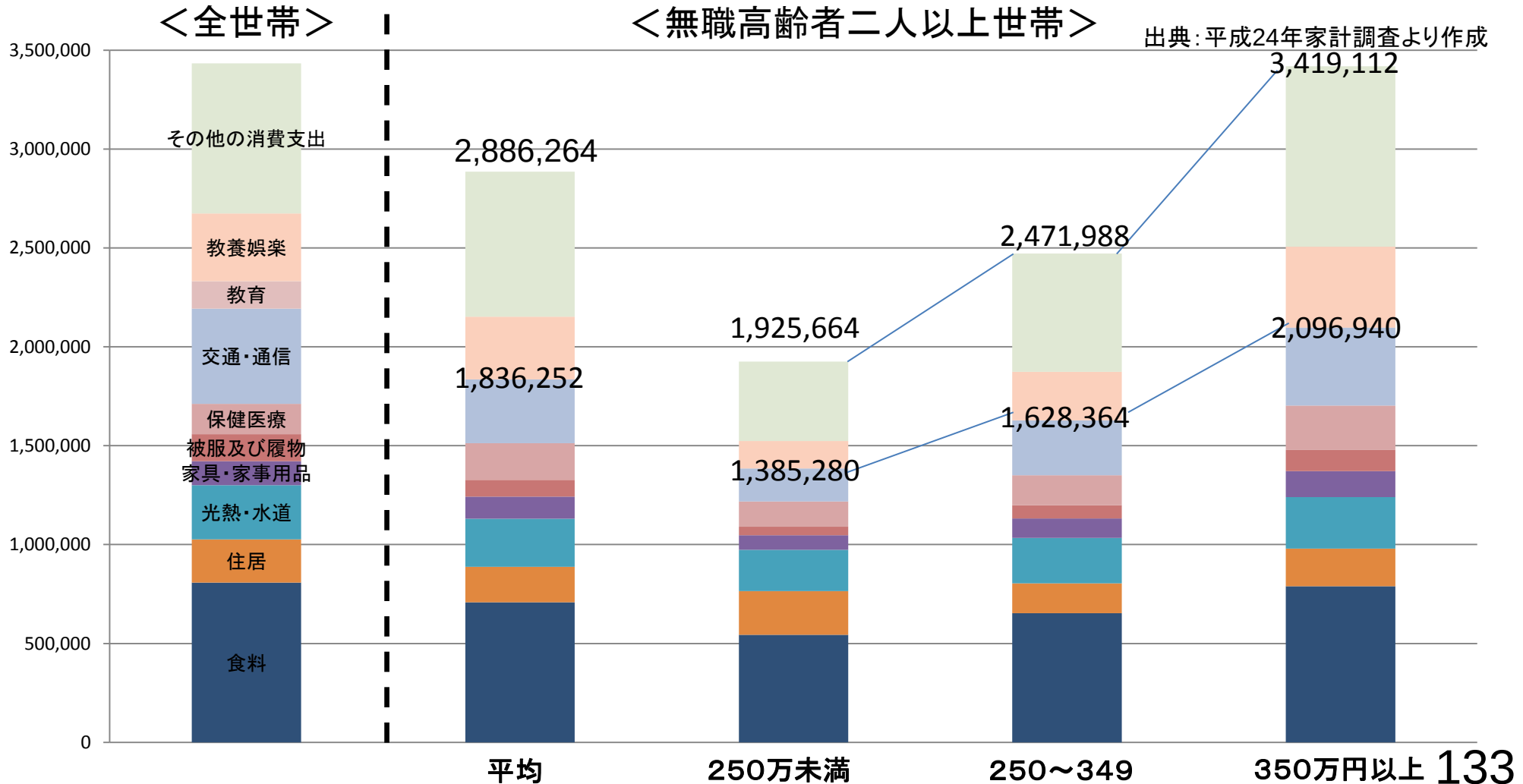
(参考) 案1で無職夫婦高齢者世帯の場合の収支状況

- 案1に該当する者が無職高齢者夫婦世帯の場合について、夫の年金が年額280万円(合計所得金額160万円+公的年金等控除120万円)、妻が国民年金(79万円)と仮定し、税や保険料を支払った後の所得と、無職高齢者世帯のうち収入が250万円~349万円の世帯の平均的な消費支出(平均的な医療と介護の自己負担を含む。)を比較する。
- 可処分所得と消費支出の差は約60万円となり、後期高齢者医療と介護保険における自己負担の世帯単位での上限となる56万円を上回る水準となっている。



(参考) 無職高齢者(二人以上)世帯の消費支出(全体・収入階級別)

- 全ての二人以上世帯(平均世帯人員3.07人)の消費支出は、年間ベースで約343万円。
- 一方で、無職高齢者二人以上世帯(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歳以上であり、世帯主が無職の世帯。平均世帯人員:2.02人)の平均的な消費支出は年間ベースで288万円程度。
- 収入が高いほど全体の消費支出が増えている(特に教養娯楽・その他の消費支出)。収入が250万円～349万円の範囲の者の平均的な消費支出は247万円程度。



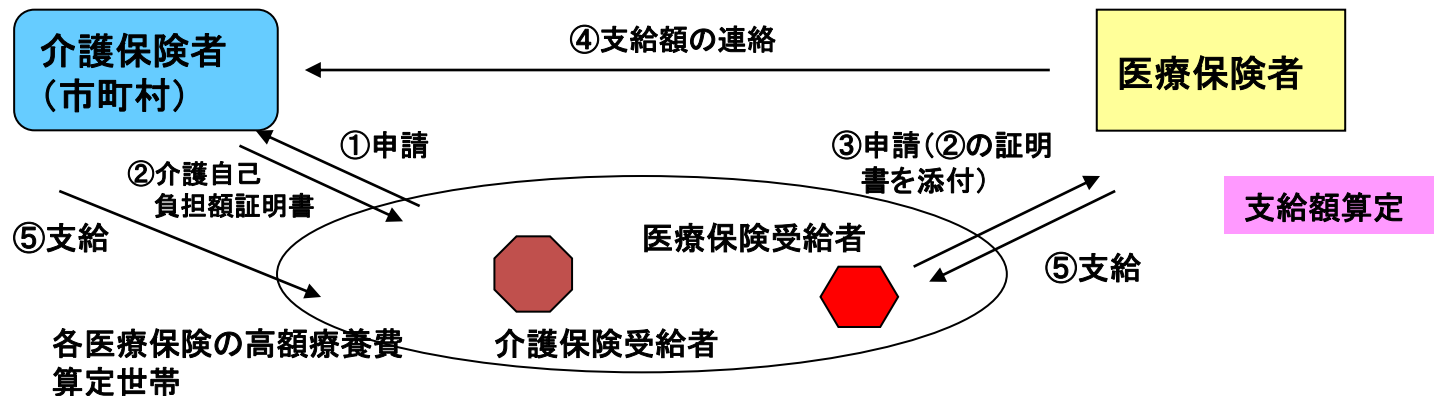
(参考) 高額医療・高額介護合算制度について

○ 1年間(毎年8月1日～翌年7月31日(※1))の医療保険と介護保険における自己負担(※2)の合算額が著しく高額になる場合に、負担を軽減する仕組み(平成20年4月～)。

(制度の基本的枠組み)

- ①対象世帯 医療保険各制度(被用者保険、国保、後期高齢者医療制度等)の世帯に介護保険の受給者が存在する場合に、被保険者からの申請に基づき、高額療養費の算定対象となる世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が、別に定める自己負担限度額を超えた場合(※3)に当該超えた額を支給する。
- ②限度額 年額56万円を基本とし、医療保険各制度や被保険者の所得・年齢区分ごとの自己負担限度額を踏まえてきめ細かく設定。(次頁)
- ③費用負担 医療保険者、介護保険者の双方が、自己負担額の比率に応じて負担し合う。

(制度のイメージ)



(※1) 国保及び後期高齢者医療制度における所得区分の変更が、8月1日から適用されることを踏まえたもの

(※2) 食費・居住費及び差額ベッド代等については、別途負担が必要となる(現行の高額療養費・高額介護サービス費等の制度と同様。)

(※3) 高額医療・高額介護制度の目的は「医療保険と介護保険の自己負担の合算額が著しく高額になる場合に負担を軽減する」という目的と、関係する保険者が複数(2以上)にわたり、それぞれ事務負担及び費用が生じることを踏まえ、(自己負担の合算額－自己負担限度額)が500円以上となる場合に限り、支給するものとする。

<自己負担限度額>

○ 年額56万円(老人医療と介護保険の自己負担を合算した額の分布状況を踏まえて設定)を基本とし、医療保険各制度や所得・年齢区分ごとの自己負担限度額を踏まえてきめ細かく設定。

		後期高齢者医療制度 ＋介護保険	被用者保険又は国保 ＋介護保険 (70歳～74歳がいる世帯(※2))	被用者保険又は国保 ＋介護保険 (70歳未満がいる世帯(※3))
現役並み所得者 (上位所得者)		67万円 (56万円の約1.20倍(※1))	67万円 (62万円の約1.09倍)	126万円 (67万円の約1.88倍)
一 般		<u>56万円</u>	62万円→56万円 (56万円の約1.10倍)(※4)	67万円 (56万円の約1.20倍)
低所得者	Ⅱ	31万円 (56万円の約0.55倍)	31万円 (62万円の約0.50倍)	34万円 (67万円の約0.51倍)
	Ⅰ	19万円 (56万円の約0.34倍)	19万円 (62万円の約0.31倍)	

(※1) $1.20 = 639,900 \div 532,800 =$ (高額療養費制度における現役並み所得者の自己負担限度額(年単位))
 $\div$ (高額療養費制度における一般の自己負担限度額(年単位))

(※2・3) 対象となる世帯に、70歳～74歳の者と70歳未満の者が混在する場合には、①まずは70歳～74歳の者に係る自己負担の合算額に、(※3)の区分の自己負担限度額が適用された後、②なお残る負担額と、70歳未満の者に係る自己負担の合算額とを合算した額に、(※4)の区分の自己負担限度額が適用される。

(※4) 70歳から74歳の患者負担の見直し(1割→2割)の凍結の趣旨を踏まえ、高額療養費の限度額の見直しについても凍結することに伴い、当該見直し後の高額療養費の限度額を基にした合算制度の限度額についても変更されている。

一定以上所得者を2割負担とした場合の影響

- 利用者負担が2割となると、在宅サービスについては、軽度者は負担が2倍となるが、要介護度が上がると高額介護サービス費に該当することで負担の伸びが抑えられる者が多くなる。
- 施設・居住系サービスについては、要介護度別の平均費用で見ると、ほとんどの入所者が高額介護サービス費に該当することとなって負担の伸びが抑えられる。

① 居宅サービス利用者の負担の変化

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平均的な利用者負担額の変化	約7,700円 →約15,400円	約10,000円 →約20,000円	約14,000円 →約28,000円	約17,000円 →約34,000円	約21,000円 →約37,200円
高額介護サービス費(37,200円)に該当する割合(※)	0.5%	8.5%	37.8%	51.4%	62.1%

※ 19,000単位以上の者の割合

② 施設・居住系サービスの1月当たり平均費用額と高額介護サービス費

単位：千円

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
特定	171.3	193	214.5	235.6	257.1
グループホーム	262	268.5	273.6	277	283.3
特養	218.3	240	258.9	279.8	298.5
老健	258.7	275	290.9	305.4	319.8
介護療養	247.8	284.7	350.7	386.5	414.3

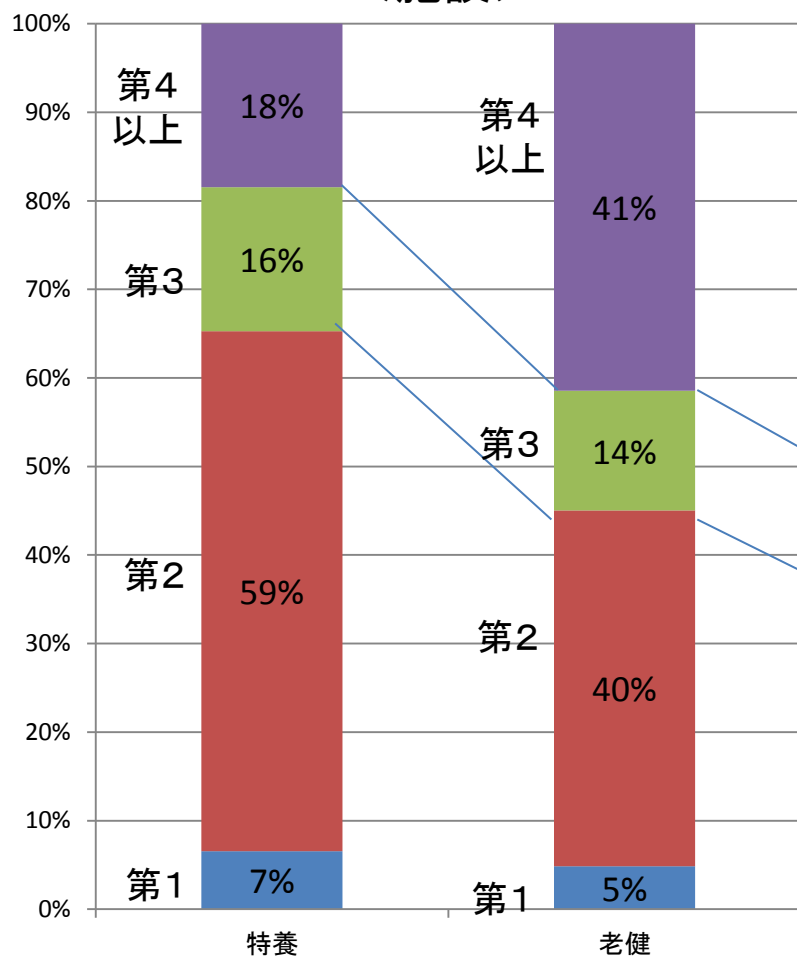
… 1割負担で高額介護サービス費(37200円)該当

… 2割負担となったときに高額介護サービス費(37200円)該当

(参考) 介護保険サービス利用者等の所得段階別割合

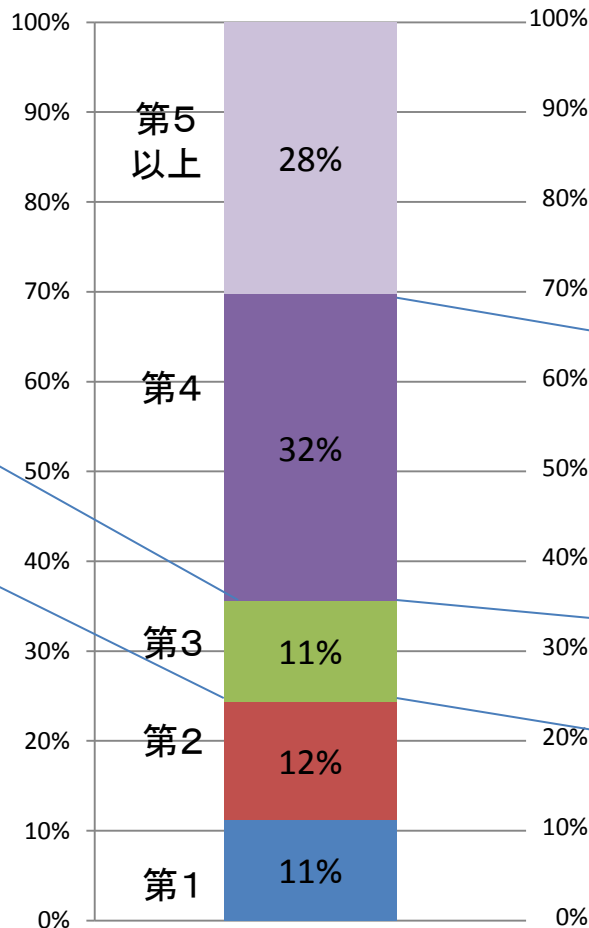
- 基準の適用を受けるのは、要介護認定を受けて実際に介護サービスを利用する者である。
- 要介護者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、仮に被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、各所得区分の構成比を勘案して粗く推計すると、実際に影響を受けるのは、在宅サービス利用者の約15% ($20\% \times 28\% \div 38\%$)、特養で約5% ($20\% \times 18\% \div 69\%$)、老健で約12% ($20\% \times 41\% \div 69\%$)と推定される。

＜施設＞



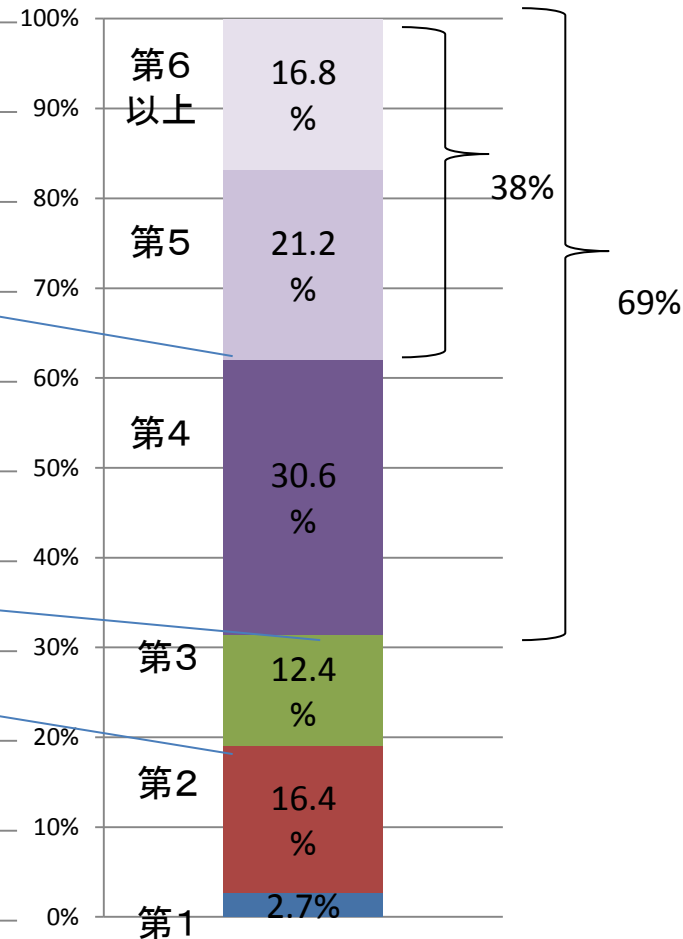
出典：平成22年介護サービス施設事業所調査

＜在宅＞



出典：平成22年国民生活基礎調査

＜保険料＝1号被保険者全体＞



出典：平成22年度介護保険事業
状況報告年報

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るべきではないか。
 - ・ 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。

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。

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くか。
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。

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者としてはどうか。

<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

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。

(3)補足給付の見直し（資産等の勘案）

見直しの趣旨

- 平成17年改正において、在宅との均衡等を図る観点から給付対象外とされた食費及び居住費については、介護保険三施設及びショートステイの入居者に低所得者が多く入所している実態を考慮して、それらの入居者の申請に基づき、住民税非課税世帯の者を対象として補足給付を支給し、負担の軽減を図っている。現在は、住民税非課税世帯の者であれば、資産等の有無に関わらず給付対象となる。
- 補足給付は、このような福祉的な性格や経過的な性格を有する給付であること、在宅で暮らす者との公平を図る必要があること、補足給付により助成を受ける一方で保有する預貯金や不動産が保全されることは保険料負担者との間で不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

(注1) 資産要件の判定実務は市町村の事務負担を勘案して本人の申告を前提とした簡素な仕組みとする(地方団体も要請)

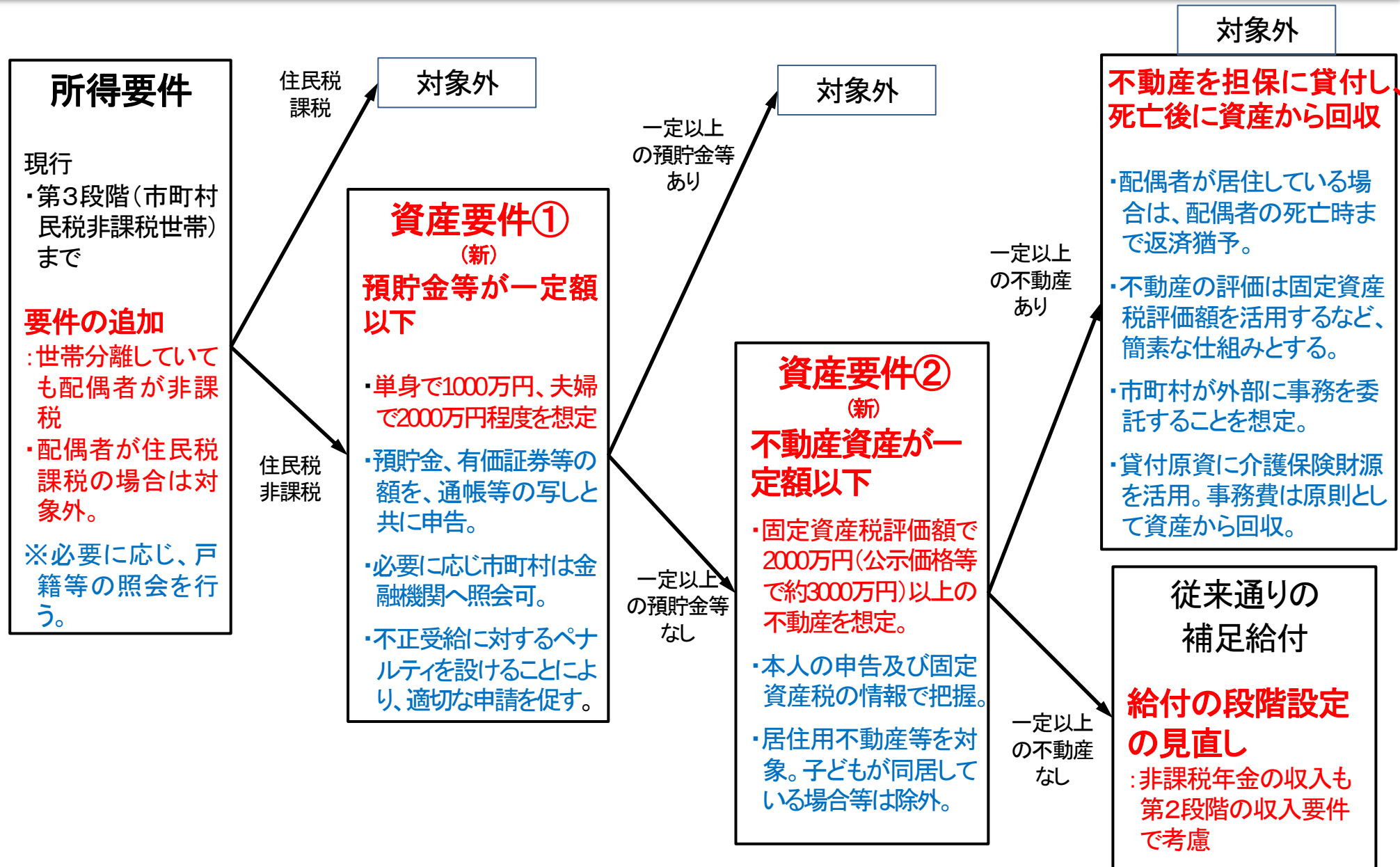
(注2) 認定者数:103万人、給付費:2844億円[平成23年度]

見直し案

- ① **預貯金等の勘案** : 一定額以上の預貯金等（単身では1000万円、夫婦世帯では2000万円程度を想定）がある場合には、所得の状況に関わらず、補足給付の対象外とする。
- ② **不動産の勘案** : 預貯金等が一定額未満であっても、一定の評価額以上（約3000万円程度（固定資産税評価額で2000万円））の居宅等の不動産を所有している場合には、補足給付の対象外とした上で、それを担保に補足給付相当額の貸付を行い、死後に回収する仕組みとする。
- ③ **配偶者の所得の勘案** : 施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外とする。
- ④ **非課税年金収入の勘案** : 第2段階とされている者について、年金収入基準（80万円以下）の判定に当たり、非課税年金（遺族年金及び障害年金）も勘案する。

※現に遺族年金等が非課税とされていること等を踏まえ、補足給付の対象からは外さない。

補足給付の見直しのイメージ



(参考) 特定入所者介護サービス費(補足給付)の概要

- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階に該当する方を対象に、段階に応じた自己負担額(負担限度額)を設定
- 食費・居住費の標準的な費用の額(基準費用額)と自己負担額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費(補足給付)として施設等に支払う。

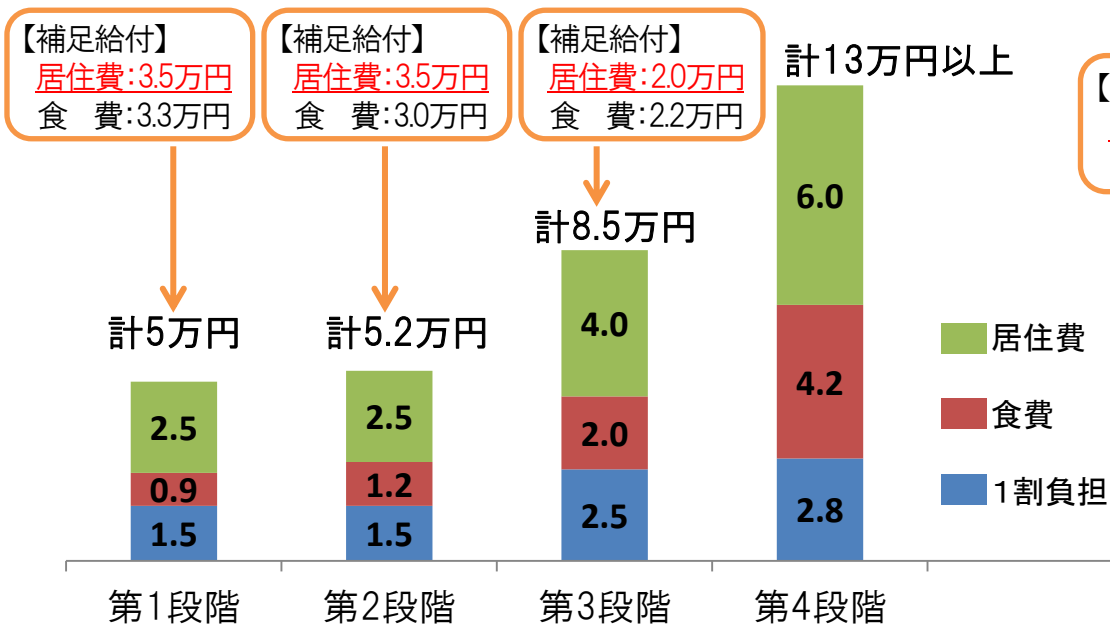


			基準費用額 (日額(月額))	負担限度額：日額(月額)		
				第1段階	第2段階	第3段階
食費			1,380円 (4.2万円)	300円 (0.9万円)	390円 (1.2万円)	650円 (2.0万円)
居住費	多床室		320円 (1.0万円)	0円 (0万円)	320円 (1.0万円)	320円 (1.0万円)
	従来型 個室	特養等	1,150円 (3.5万円)	320円 (1.0万円)	420円 (1.3万円)	820円 (2.5万円)
		老健・療養等	1,640円 (5.0万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)
	ユニット型準個室		1,640円 (5.0万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)
	ユニット型個室		1,970円 (6.0万円)	820円 (2.5万円)	820円 (2.5万円)	1,310円 (4.0万円)

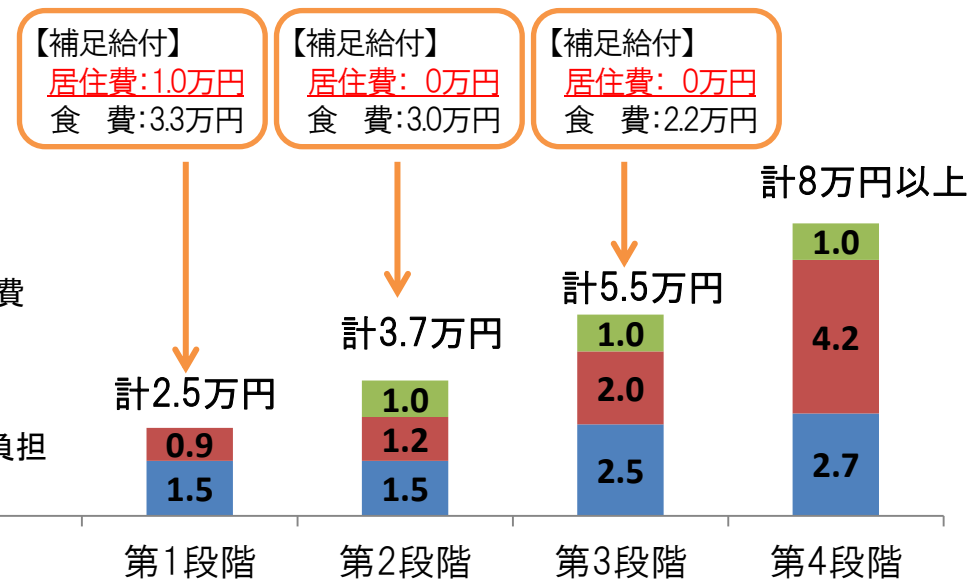
補足給付(低所得者の食費・居住費の負担軽減)の仕組み

- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定。
- 標準的な費用の額(基準費用額)と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付
- 現在は、課税所得のみを勘案しており、資産や、非課税収入があっても給付の対象となっている。

<特養ユニット型個室の利用者負担>



<特養多床室の利用者負担>



負担軽減の対象となる低所得者

	主な対象者
第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外
第4段階～	・市町村民税本人非課税であって、世帯に課税者がある者 ・市町村民税本人課税者

（参考）入所期間に応じた補足給付の受給額

（単位：万円）

		1年間 ※老健施設平均在所日数：329日	4年間 ※特養平均在所日数：1475日	10年間
ユニット型個室	第2段階 【月額6.5万円】	78	312	781
	第3段階 【月額4.2万円】	51	203	507
多床室	第2段階 【月額3万円】	36	145	361
	第3段階 【月額2.2万円】	27	107	266

(参考) 補足給付の認定者数と給付費

(1) 認定者数(平成23年度末)

<万人>

		合計	第1段階		第2段階		第3段階	
合計		103	7.3	7%	70	68%	26	25%
	介護老人福祉施設	30	1.9	6%	22	73%	6.6	22%
	介護老人保健施設	16	1.3	8%	11	69%	4.0	25%
	介護療養型医療施設	3.9	0.4	10%	2.6	67%	0.9	23%
	地域密着型老人福祉施設	0.8	0.0	0%	0.6	75%	0.2	25%
	短期入所生活介護等	52	3.7	7%	34	65%	14	27%

(2) 給付費(平成23年度)

<百万円>

食費		220,392
	介護老人福祉施設	122,449
	介護老人保健施設	63,573
	介護療養型医療施設	14,574
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	3,685
居住費(滞在費)	短期入所生活介護等	16,111
		63,973
	介護老人福祉施設	40,635
	介護老人保健施設	11,562
	介護療養型医療施設	1,080
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	3,488
	短期入所生活介護等	7,208
	合 計	284,365

(注) 認定者数は、境界層認定の関係で、食費に係る認定数と居住費に係る認定数に若干の相違があるが、万人単位の数字は同じ。

出典：平成23年度介護保険事業状況報告

3 介護保険制度について

現状・課題

- 制度発足(2000年)から12年間で、要介護(要支援)認定者数は218万人から533万人(約2.44倍)に、サービス利用者数は149万人から445万人(約3倍)に増加。この間、介護費用は3.6兆円から8.9兆円(約2.4倍)に、第1号保険料は2,911円から4,972円(約1.7倍)に増加。
- 今後の更なる高齢化の進展により、2025年度のサービス利用者数は657万人(2012年度の1.5倍)と推計され、介護費用は約20兆円まで膨らみ、第1号保険料は8,000円を超える見込み。併せて、サービス量の変化に伴い、介護職員は最大249万人(2012年度(149万人)の1.6倍)となる見込み。(厚生労働省資料)

検討の方向性

1. 安定的かつ持続可能な制度の構築

介護保険制度を安定的かつ持続可能なものとし、国民の保険料に係る負担の増大を抑制するためには、更なる国費負担の拡充、利用者負担等の適切な見直し、従事者の確保が不可欠。



- 介護保険財政の健全な運営のため、保険者の個々の実態を考慮しつつ、将来にわたって保険者の財政負担や保険料負担が過重とならないよう、国による十分かつ適切な財政措置が必要。
- 一体改革による「第1号保険料の低所得者保険料軽減強化1,300億円」を必ず確保することが必要。
- 低所得者対策については、国の責任において、確実に財源を確保し、基準の策定も含めて総合的かつ統一的な対策を講じることが必要。世代間の公平性や制度運営の安定性の観点から、所得に加え、保険者事務負担に配慮した資産の適正な評価等の総合的な対策が必要。
- 介護従事者を安定的に確保するため、労働環境の改善や介護報酬の一定割合が確実に給与に反映される仕組みの構築が必要。

（参考）配偶者間の生活保持義務について

- 家族法の通説では夫婦間においては、他の親族間の扶養とは性質を異にする「生活保持義務」があると解され、判例もこれにしたがっている。

「752条にいう夫婦間の扶助は、未成熟の子を含む夫婦一体としての共同生活に必要な衣食住の資を供与し合うことであり、相手の生活を自分の生活として保障することである。従って、親族間の扶養とは性質を異にする。親族間の扶養は、自分の生活に余裕のある場合に相手の窮乏を外部から支持することである。夫婦間の扶助は、いわゆる生活保持の義務であり、親族間の扶養は生活扶助の義務だといわれるのは、そのためである。」

我妻 榮『親族法』（有斐閣）

「民法上夫婦間には同居、扶助の義務（752条）或いは婚姻費用分担義務（760条）があり、たとえ別居しているのであっても、事実上離婚関係に至らない限り、協力・扶助の義務はなくなり、婚姻費用の分担者は、他方に対して生活保持に必用な費用は与えなければならないとされている。」

（東京地裁昭和62年3月19日判決）

民法（抄）

（同居、協力及び扶助の義務）

第752条 夫婦は同居し、互いに協力し扶助しなければならない。

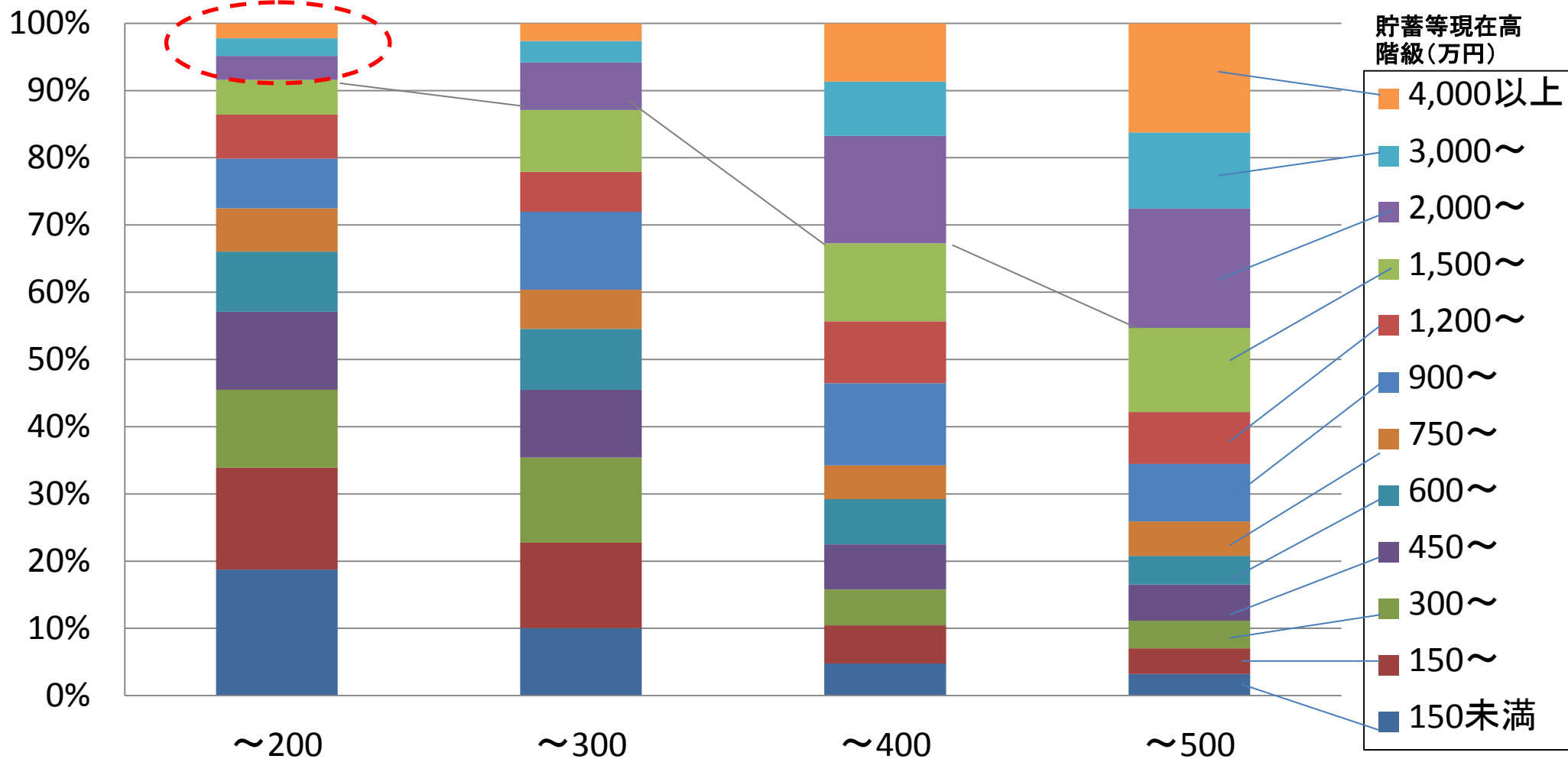
（扶養義務者）

第877条 直系血族及び兄弟姉妹は、互いに扶養をする義務がある。

（参考）高齢者世帯の貯蓄等の状況

（1）夫婦高齢者世帯の収入階級別の貯蓄等保有状況

○ 収入200万円未満の世帯で貯蓄等が2000万円以上の世帯の占める割合は約8%。



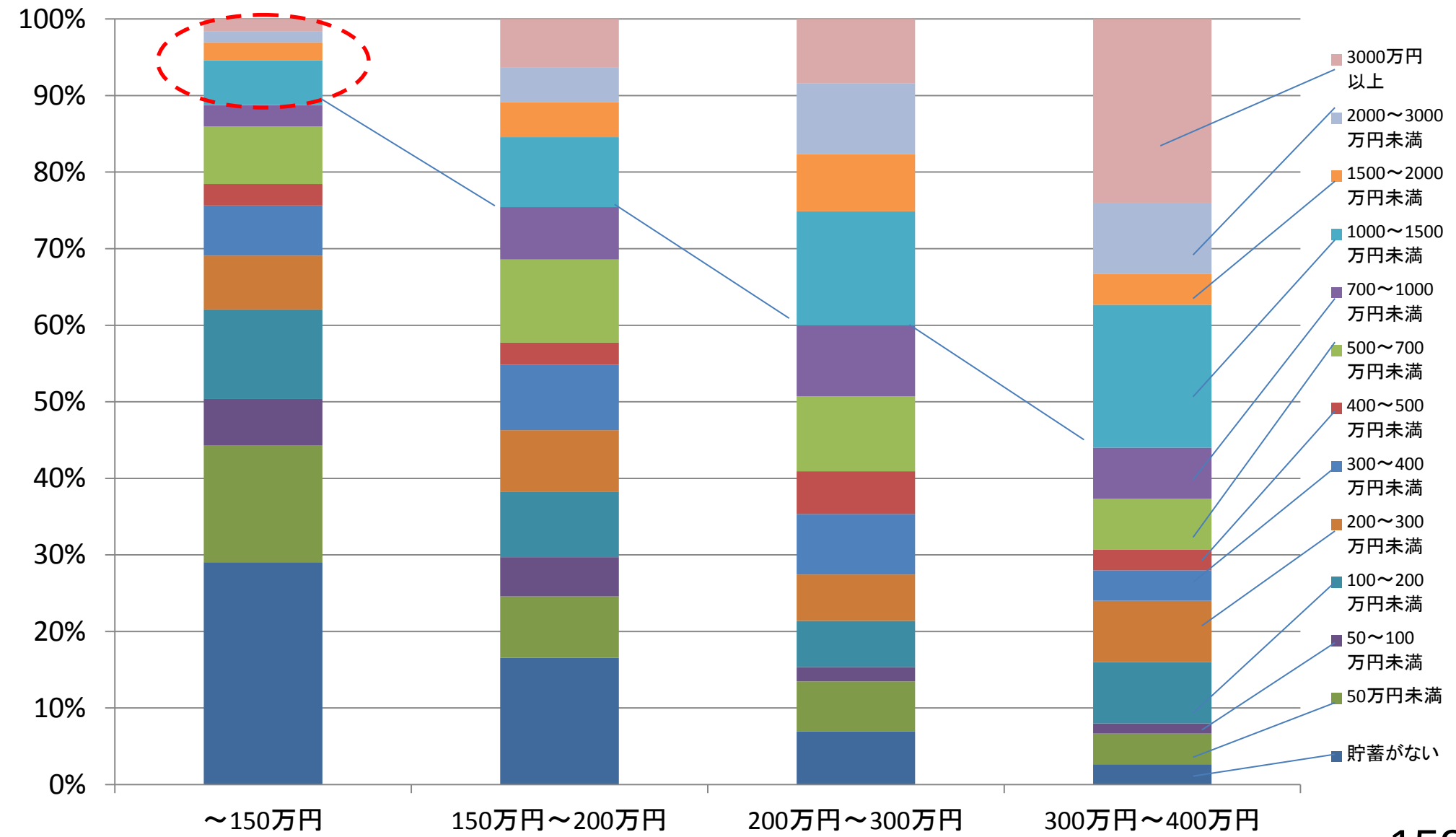
（注）「夫婦高齢者世帯」とは65歳以上の夫婦のみの世帯を指す

〔出典〕平成21年全国消費実態調査

（収入階級：万円）

(2) 高齢者単身世帯の収入階級別の貯蓄等保有状況

○ 収入150万円未満の世帯で貯蓄等が1000万円以上の世帯の占める割合は11%。



(注)「高齢者単身世帯」とは65歳以上の単身世帯を指す

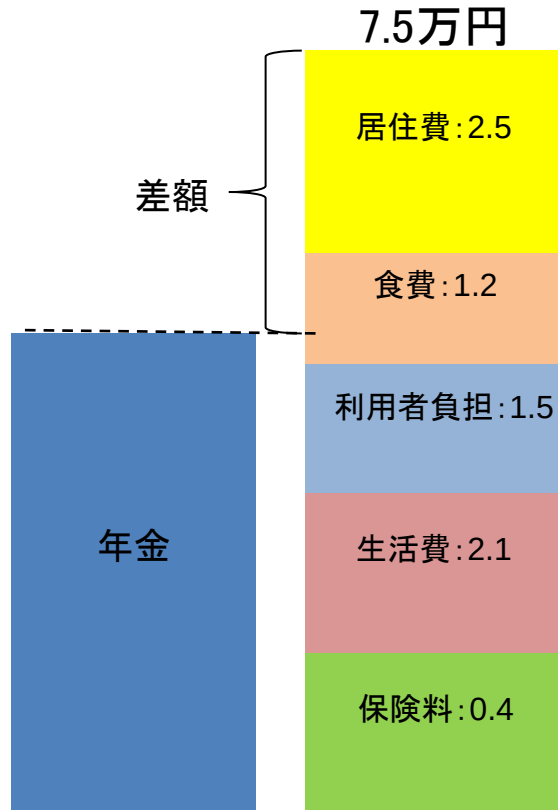
〔出典〕平成22年国民生活基礎調査を特別集計

施設での生活にかかる費用等の目安

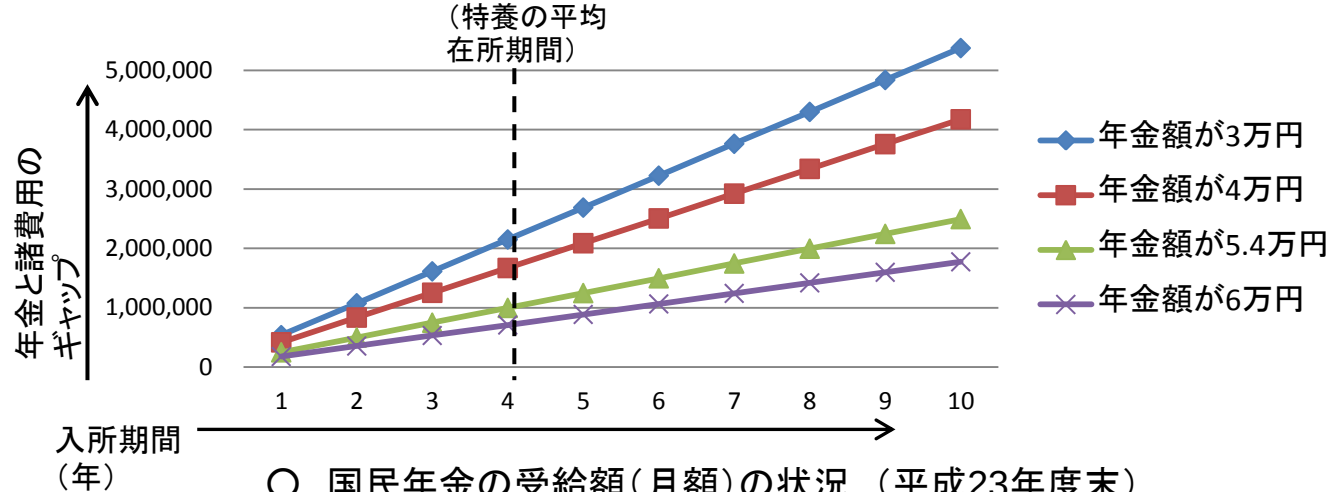
ユニット型の施設に入所した場合

- 基準額を下回る場合には補足給付の対象となることから、年金収入が少なくても、ユニット型個室に入居して補足給付による負担軽減を受けつつ食費・居住費、利用者負担、その他の生活費、各種保険料を負担することができることを想定。
- 特養の場合には9割以上の入所者が10年以内に退所している。
- また、国民年金受給月額平均5.5万円。9割の者が月額3万円以上となっている。
- ユニット型の施設に入所した場合でも、預貯金500万円程度があれば年金額が低い者でも補足給付を受けながら10年居住することができる。

- 国民年金受給者がユニット型個室に入居した場合の一月当たりの費用



- 「差額」を入所期間に応じて積み上げ。



- 国民年金の受給額(月額)の状況 (平成23年度末)

月額(万円)	人数	割合	累積割合
～ 1	116,884	0.4%	0.4%
1 ～ 2	351,978	1.3%	1.8%
2 ～ 3	1,111,636	4.2%	6.0%
3 ～ 4	3,515,140	13.3%	19.2%
4 ～ 5	3,715,496	14.0%	33.2%
5 ～ 6	5,085,167	19.2%	52.4%
6 ～ 7	11,174,592	42.2%	94.6%
7 ～	1,433,330	5.4%	100.0%

平均: 54,612円

出典: 平成23年度厚生年金
保険・国民年金事業報告

(参考) 特別養護老人ホーム等の在所期間等

- 特別養護老人ホームの平均在所期間は、約4年間。入所時点の平均年齢は85歳。
- 9割以上の入所者は10年以内に退所している。

1. 特別養護老人ホーム

<新規入所者の平均年齢等>

平均年齢	平均要介護度
85.0	3.43

出典:野村総合研究所「特別養護老人ホームにおける入所申込者に関する調査研究」平成22年3月 ※平成20年9月～平成21年8月の新規入所者

<平均在所日数等>

在所日数	日数(日)
最大値	8668
最小値	1
平均値	1474.9
中央値	1083

<在所期間の分布>

在所期間	人数	割合	累積割合
1年未満	1098	23.8%	23.8%
1年以上2年未満	661	14.4%	38.2%
2年以上3年未満	544	11.8%	50.0%
3年以上4年未満	487	10.6%	60.6%
4年以上5年未満	448	9.7%	70.3%
5年以上6年未満	353	7.7%	78.0%
6年以上7年未満	174	3.8%	81.8%
7年以上8年未満	202	4.4%	86.1%
8年以上9年未満	129	2.8%	88.9%
9年以上10年未満	101	2.2%	91.1%
10年以上11年未満	134	2.9%	94.0%
11年以上	274	6.0%	100.0%
不詳	549		

出典:介護サービス施設・事業所調査(平成22年9月)より老健局にて作成

○ 老人保健施設の平均在所日数は約329日、介護療養型医療施設の平均在所日数は412日となっている。

2. 老人保健施設

＜平均在所日数＞

329.3日

＜在所期間の分布＞

在所期間	人数	割合	累積割合
3 か 月 未 満	5363	37%	37%
3か月～6か月	2857	20%	57%
6か月～1年	2087	15%	72%
1年～2年	2087	15%	87%
2年～3年	1003	7%	94%
3年～4年	381	3%	96%
4年～5年	250	2%	98%
5年 以 上	275	2%	100%
不 詳	1456		

3. 介護療養型医療施設

＜平均在所日数＞

412日

＜在所期間の分布＞

在所期間	人数	割合	累積割合
3 か 月 未 満	1240	38%	38%
3か月～6か月	602	19%	57%
6か月～1年	419	13%	70%
1年～2年	450	14%	84%
2年～3年	189	6%	89%
3年～4年	114	4%	93%
4年～5年	68	2%	95%
5年 以 上	159	5%	100%
不 詳	169		

(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。

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>

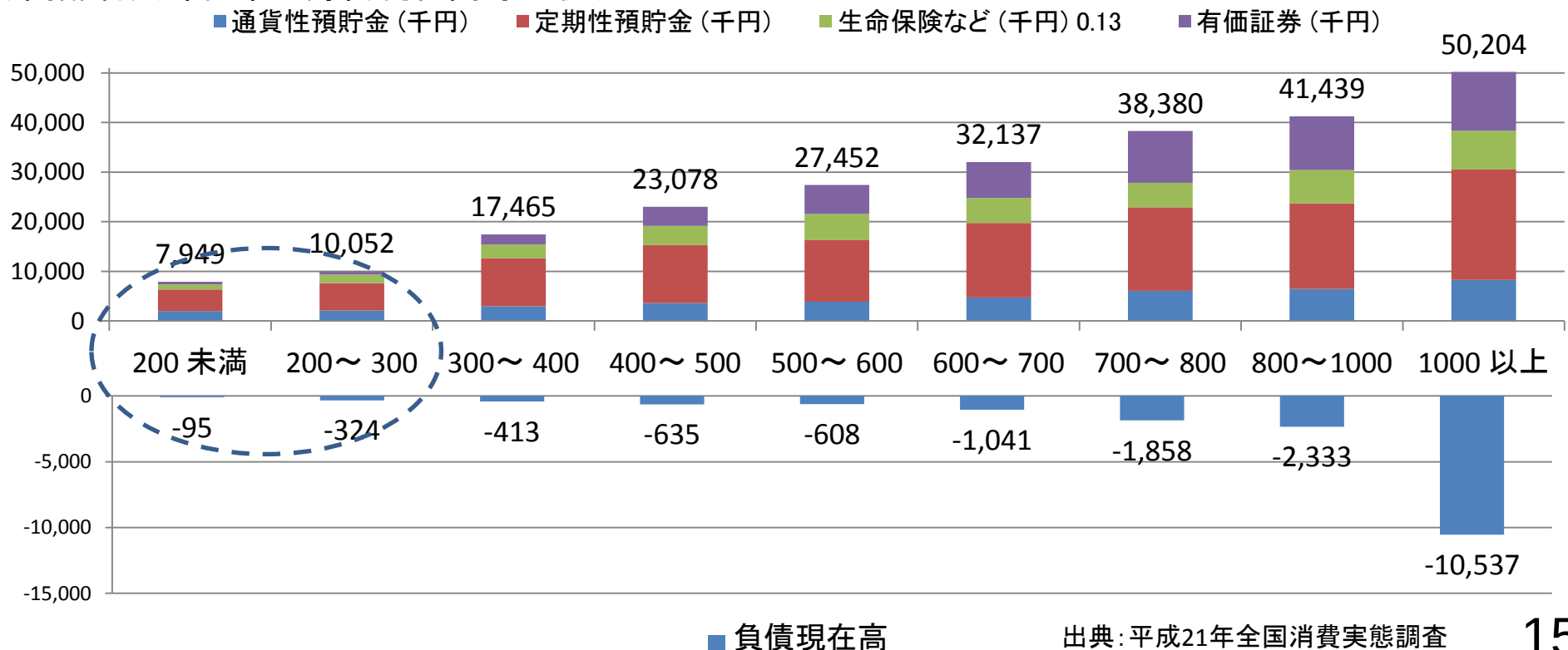
- 預貯金、有価証券その他の現金を対象とすることとしてはどうか。
- 負債がある場合には、確認書類を添えて申告の上、預貯金等の額と相殺することとしてはどうか。

<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



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。

（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）不正申告による不正受給に対する返還金等の例

雇用保険の例

- 雇用保険では、失業等給付を偽りその他の不正の行為により受給した場合に、給付の返還を求めるほかに受給額の2倍以下の納付金の納付を命ずることができる。

（返還命令等）

第10条の4 偽りその他不正の行為により失業等給付の支給を受けた者がある場合には、政府は、その者に対して、支給した失業等給付の全部又は一部を返還することを命ずることができる、また、厚生労働大臣の定める基準により、当該偽りその他不正の行為により支給を受けた失業等給付の額の二倍に相当する額以下の金額を納付することを命ずることができる。

生活保護の例

- 平成25年度の通常国会に提出された生活保護法の改正案においては、不実の申請その他の不正な手段により保護を受けた場合に、その返還を求める他にその額に100分の40を乗じた加算金の徴収を行うことができることとしている。

（費用等の徴収）

第78条 不実の申請その他不正な手段により保護を受け、又は他人をして受けさせた者があるときは、保護費を思弁した都道府県又は市町村の長は、その費用の額の全部又は一部を、その者から徴収するほか、その徴収する額に百分の四十を乗じて得た額以下の金額を徴収することができる。

※現在の介護保険法では、事業者については、不正請求に係る返還金の加算（40％）の規定がある。

（不正利得の徴収等）

第22条 偽りその他不正の行為によって保険給付を受けた者があるときは、市町村は、その者からその給付の価額の全部又は一部を徴収することができる。

- 3 市町村は、第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス事業者、第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス事業者、第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者、第五十四条の二第一項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者又は第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者（以下この項において「指定居宅サービス事業者等」という。）が、偽りその他不正の行為により第四十一条第六項、第四十二条の二第六項、第四十六条第四項、第四十八条第四項、第五十一条の三第四項、第五十三条第四項、第五十四条の二第六項、第五十八条第四項又は第六十一条の三第四項の規定による支払を受けたときは、当該指定居宅サービス事業者等から、その支払った額につき返還させるべき額を徴収するほか、その返還させるべき額に百分の四十を乗じて得た額を徴収することができる。

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、毎年の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。

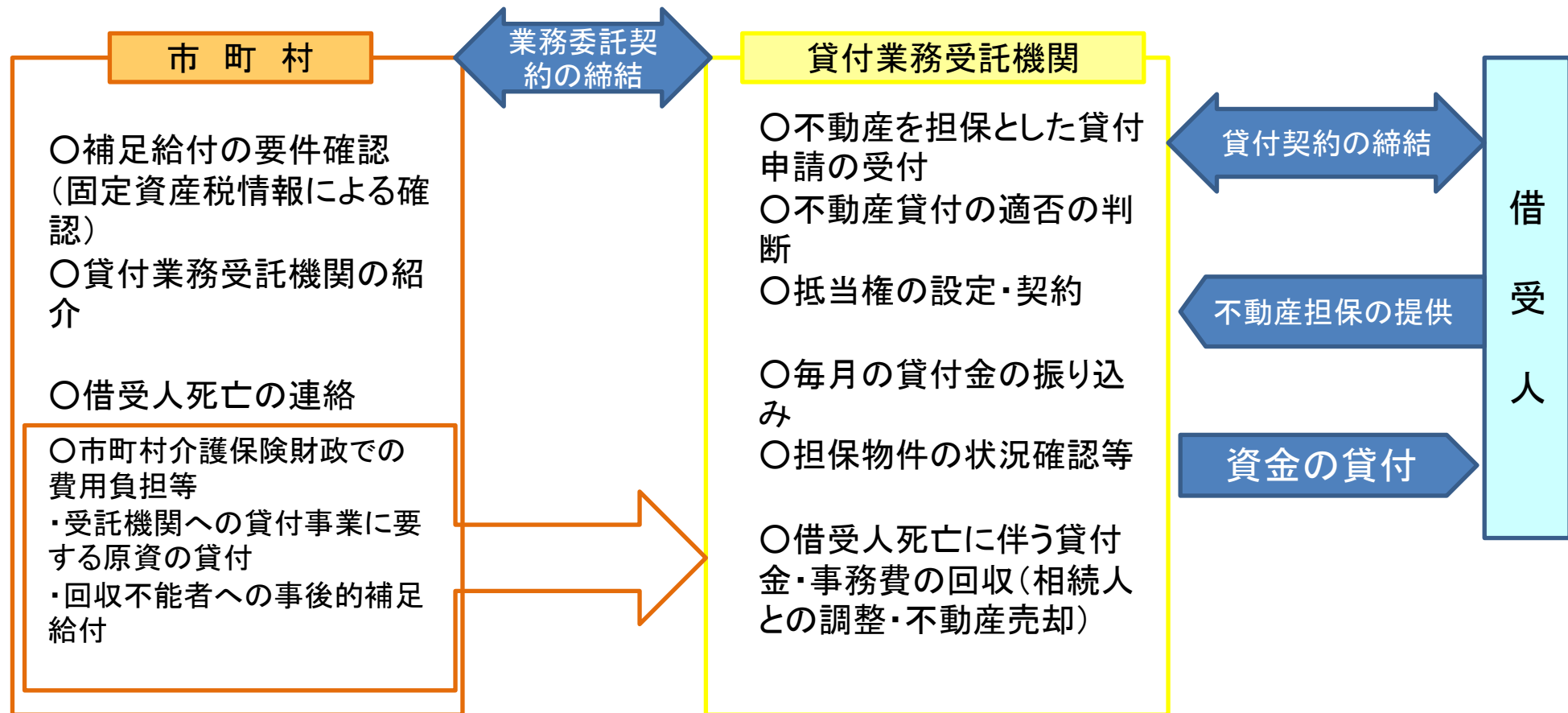
○有価証券の取り扱い



○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。

不動産を担保とした貸付制度のイメージ（案）

- 実施に当たっては、市町村の事務負担を踏まえ可能な限り簡便な仕組みとし、外部への委託を可能とする方向で検討することとしてはどうか。
- 不動産貸付事業は流動性を確保できる一定の価値以上の不動産が存在する市町村において一定の価値以上の不動産を対象に実施し、最終的に不動産が処分できなかった場合の事後的な補足給付などを介護保険財政で負担する方向で検討することとしてはどうか。
- 具体化に向けて、制度の対象者や事務的なコストも含めた費用対効果の面や、委託先の確保にも留意して実施方法を検討するべきではないか。



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。

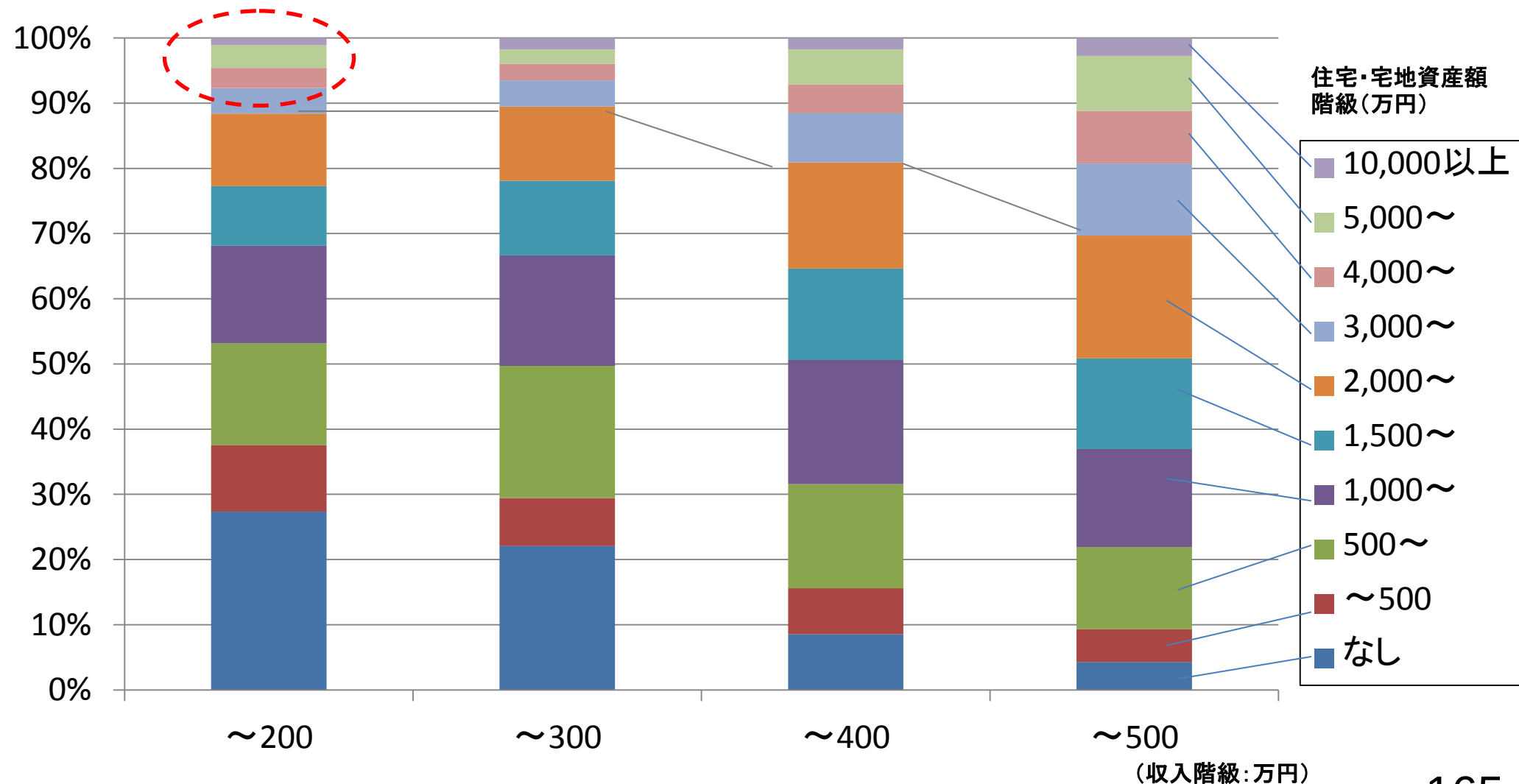
検討案	関係者(自治体・金融機関等)から指摘された課題(例)
○市町村保険者から外部への委託を可能とする。	○市町村の体制では貸付事業を直接実施することは困難であり、実施するには確実な委託先の確保が大前提となる。
○固定資産税評価額で2000万円以上の宅地を所有する者を補足給付の対象外とし、当該宅地を担保とした貸付を実施する。	○宅地の価格には地域差があり、市町村単位とした場合、取扱件数が少なくなるケースも考えられ、民間ベースでは採算の確保が期待しづらい可能性がある。 ○貸付先については、貸付業務の委託先により判断が異なることがあり、標準的な実施方法を確立する必要がある。 ○金融機関等に委託す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。

(参考) 夫婦高齢者世帯の収入階級別の住宅・宅地資産額状況

○収入200万円未満の世帯で住宅・宅地資産額が3,000万円以上の世帯の占める割合は12%



(注)「夫婦高齢者世帯」とは65歳以上の夫婦のみの世帯を指す

[出典]平成21年全国消費実態調査

対象とする不動産の範囲について

- 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。

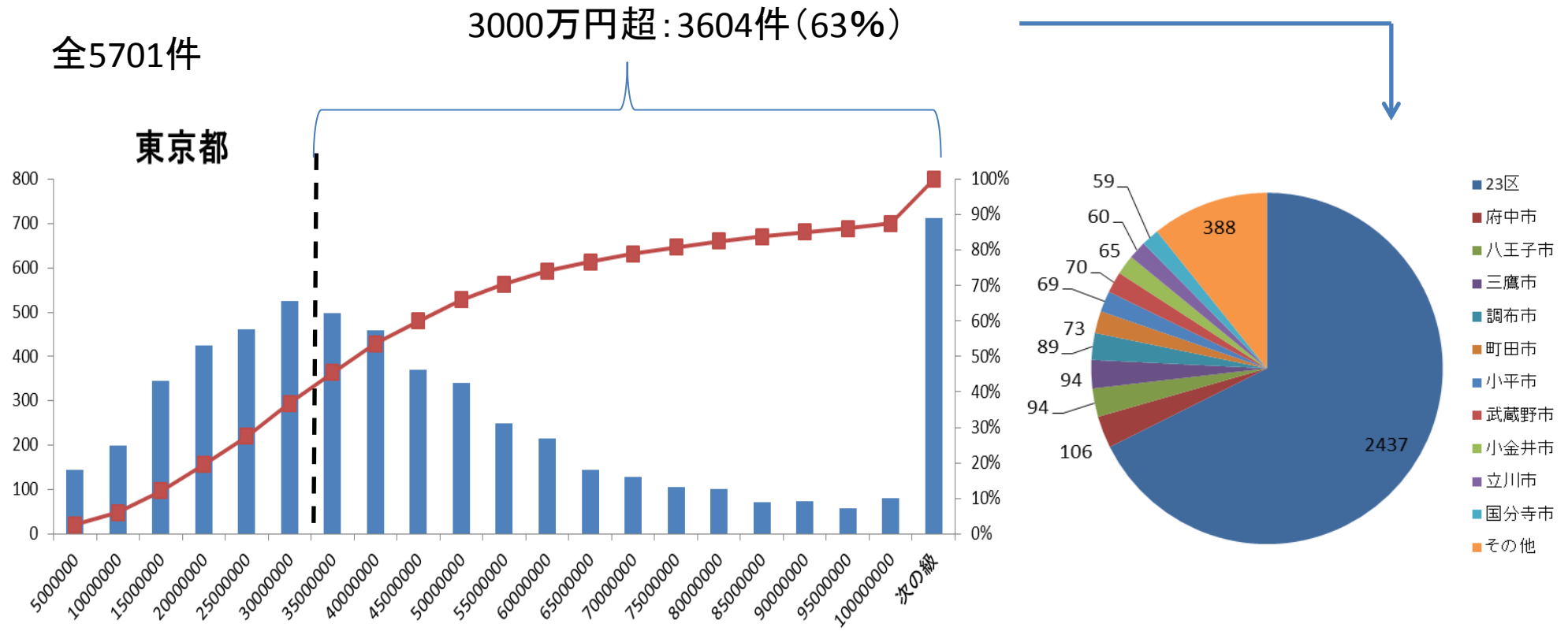
※ 不動産の取引当事者を対象としたアンケート調査の結果を基にしたデータであり、取引全体が集計されているものではない。

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。

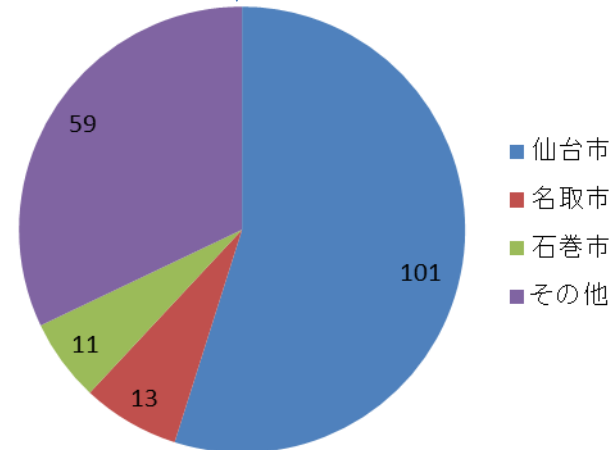
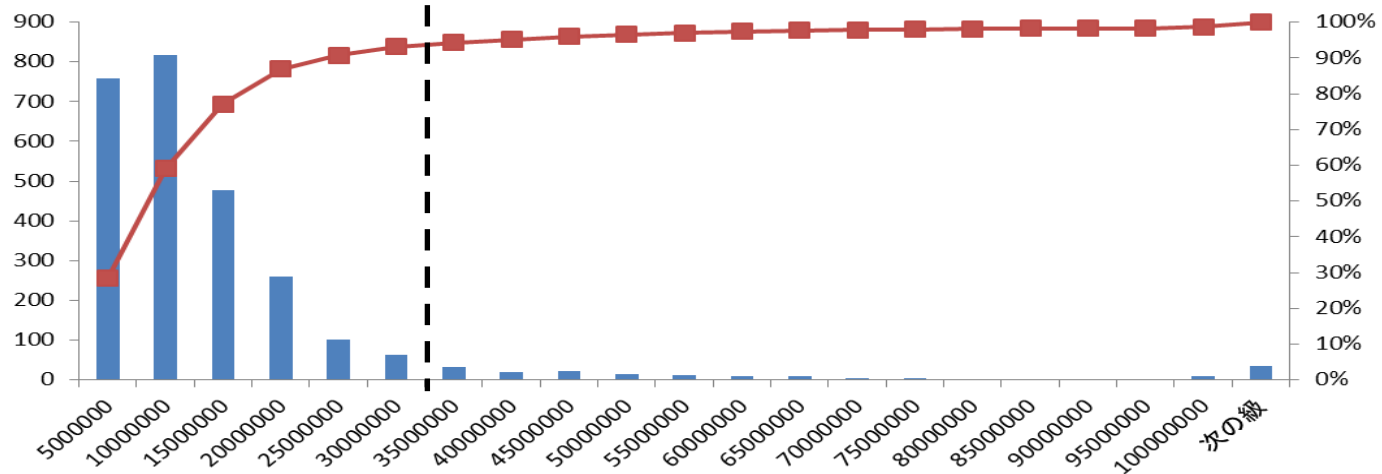


出典: 国土交通省土地総合情報システムのデータより作成

全2662件

3000万円超: 184件(7%)

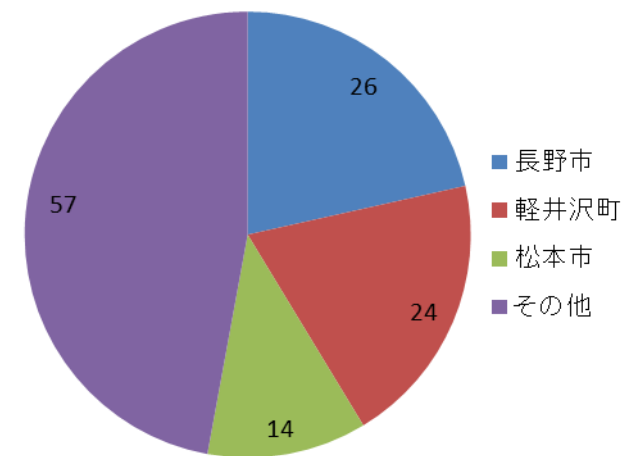
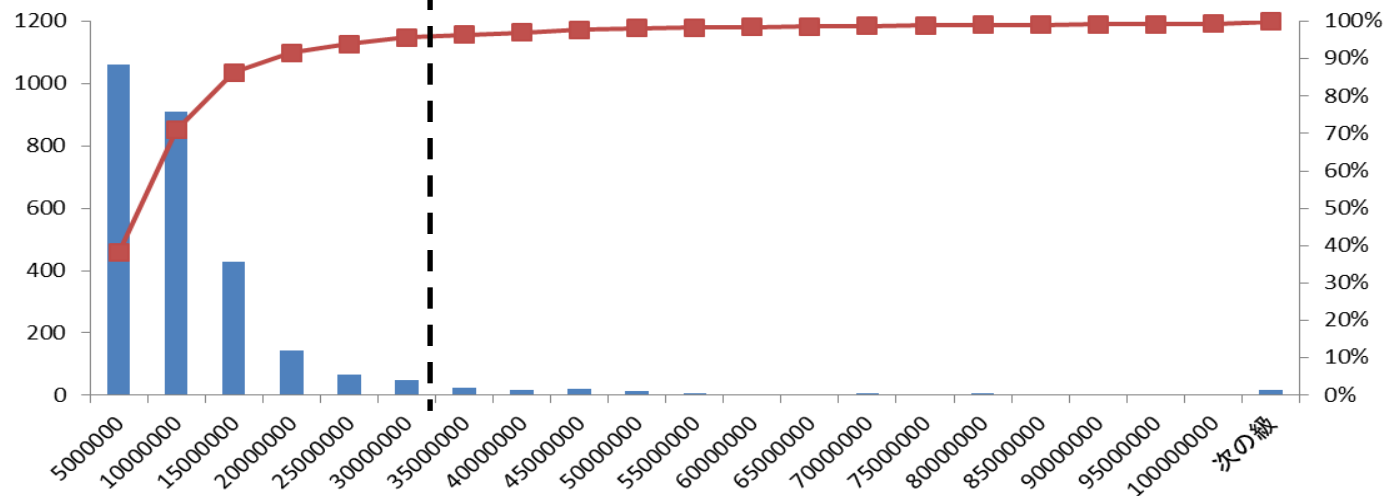
宮城県



全2778件

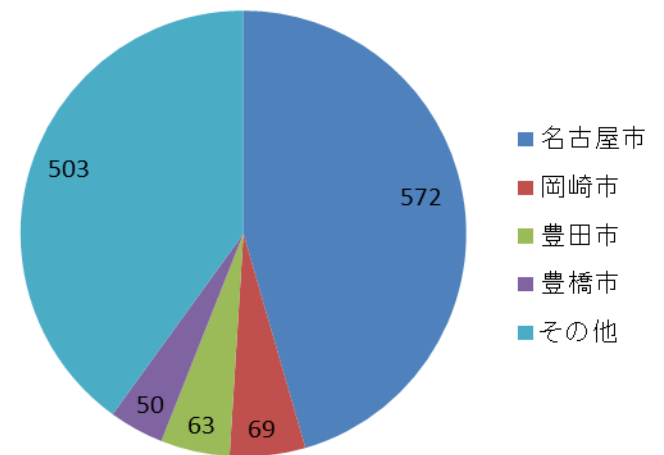
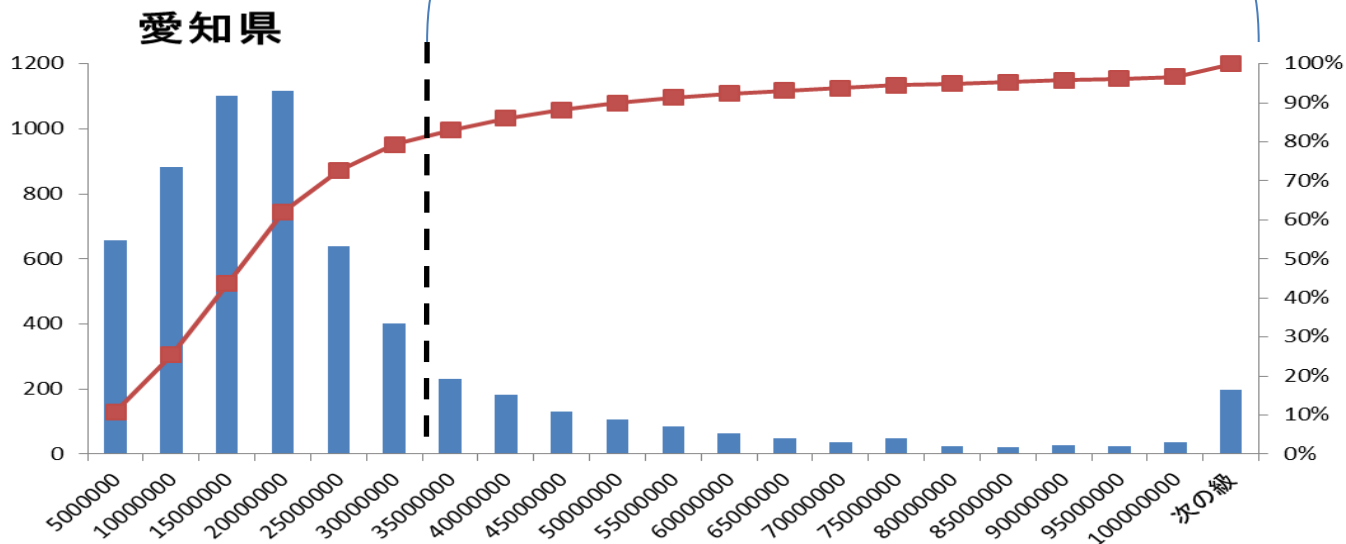
3000万円超: 121件(4%)

長野県



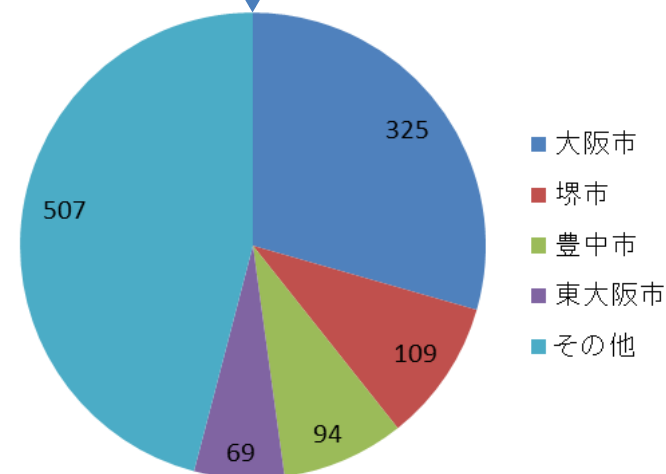
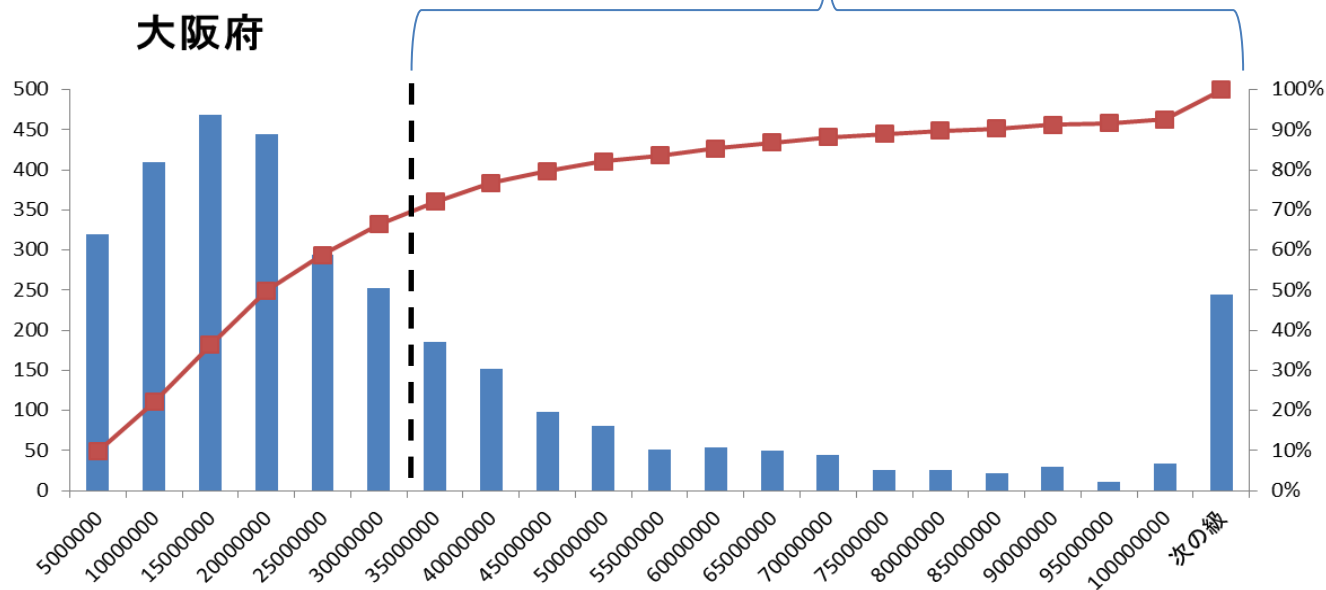
全6055件

3000万円超:1257件(21%)



全3291件

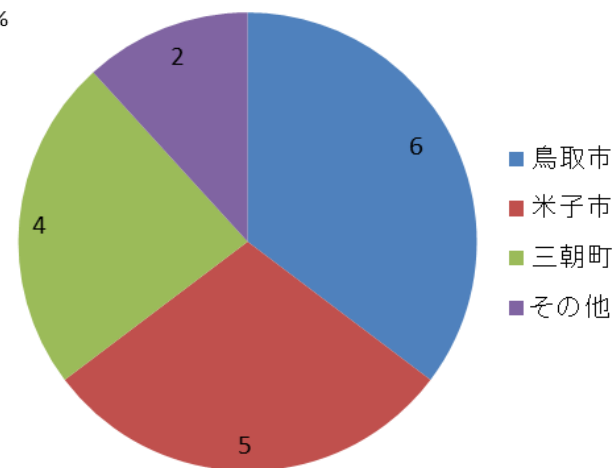
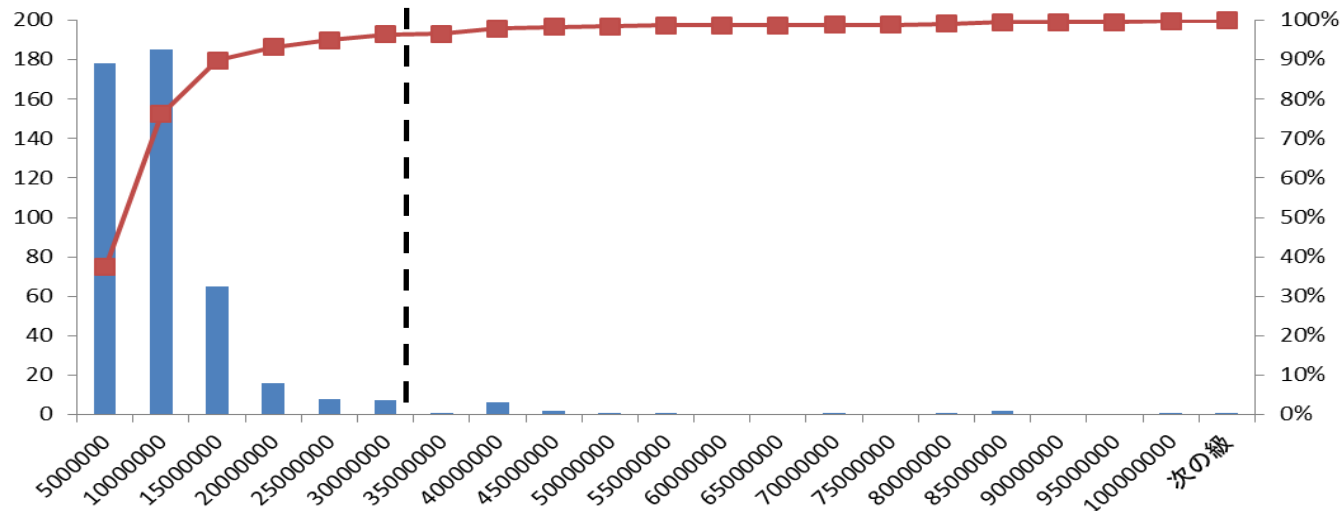
3000万円超:1104件(34%)



全476件

3000万円超: 17件(4%)

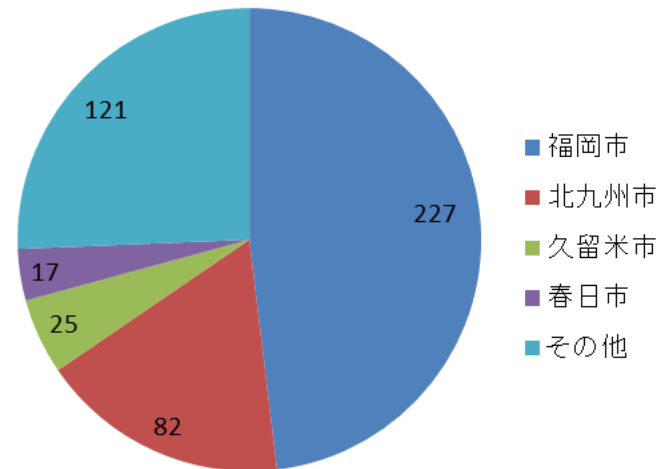
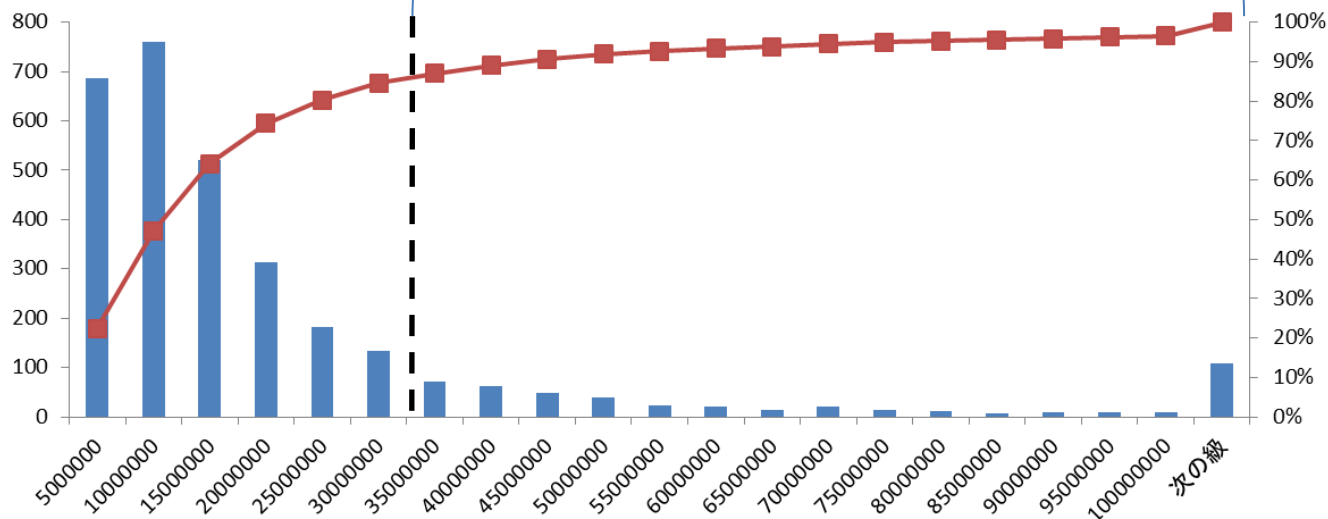
鳥取県



全3069件

3000万円超: 472件(15%)

福岡県



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て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)

5. その他

- (1) 2025年を見据えた介護保険事業計画の策定
- (2) サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用
- (3) 保険料賦課額の減額等に係る取扱い
- (4) 介護サービス情報公表制度の見直し
- (5) 介護人材の確保

(1) 2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

介護保険事業計画の位置付け

保険給付の円滑な実施のため、3年間を1期とする介護保険事業（支援）計画を策定している。

国の基本指針（法第116条、18.3.31告示314）

- 介護保険法第116条第1項に基づき、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める

※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

市町村介護保険事業計画（法第117条）

- 区域（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（区域毎）
- 各年度における必要定員総数（区域毎）
※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

都道府県介護保険事業支援計画（法第118条）

- 区域（老人福祉圏域）の設定
- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み（区域毎）
- 各年度における必要定員総数（区域毎）
※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
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる（任意）
- その他の事項

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。

基盤整備

- 都道府県知事は、介護保険施設等について、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。

(参考) 第5期介護保険事業(支援)計画の主な内容

介護保険事業計画（市町村）

- 市町村介護保険事業計画の基本的理念等
- 日常生活圏域の設定
- 介護給付等対象サービスの現状等
- 各年度（平成24～26年度）の介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量
 - 【参酌標準】平成26年度目標値の設定（任意記載事項）
 - ・入所施設利用者全体に対する要介護4、5の割合は、70%以上
- 各年度の日常生活圏域ごとの必要利用定員総数の設定
 - ・認知症グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設
- 各年度の地域支援事業に要する見込量
- 各年度の地域支援事業に要する費用の額
- 認知症被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項
- 医療との連携に関する事項
- 高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項
- 被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事項
- 介護給付等に要する費用の適正化に関する事項
- 計画の達成状況の点検・評価

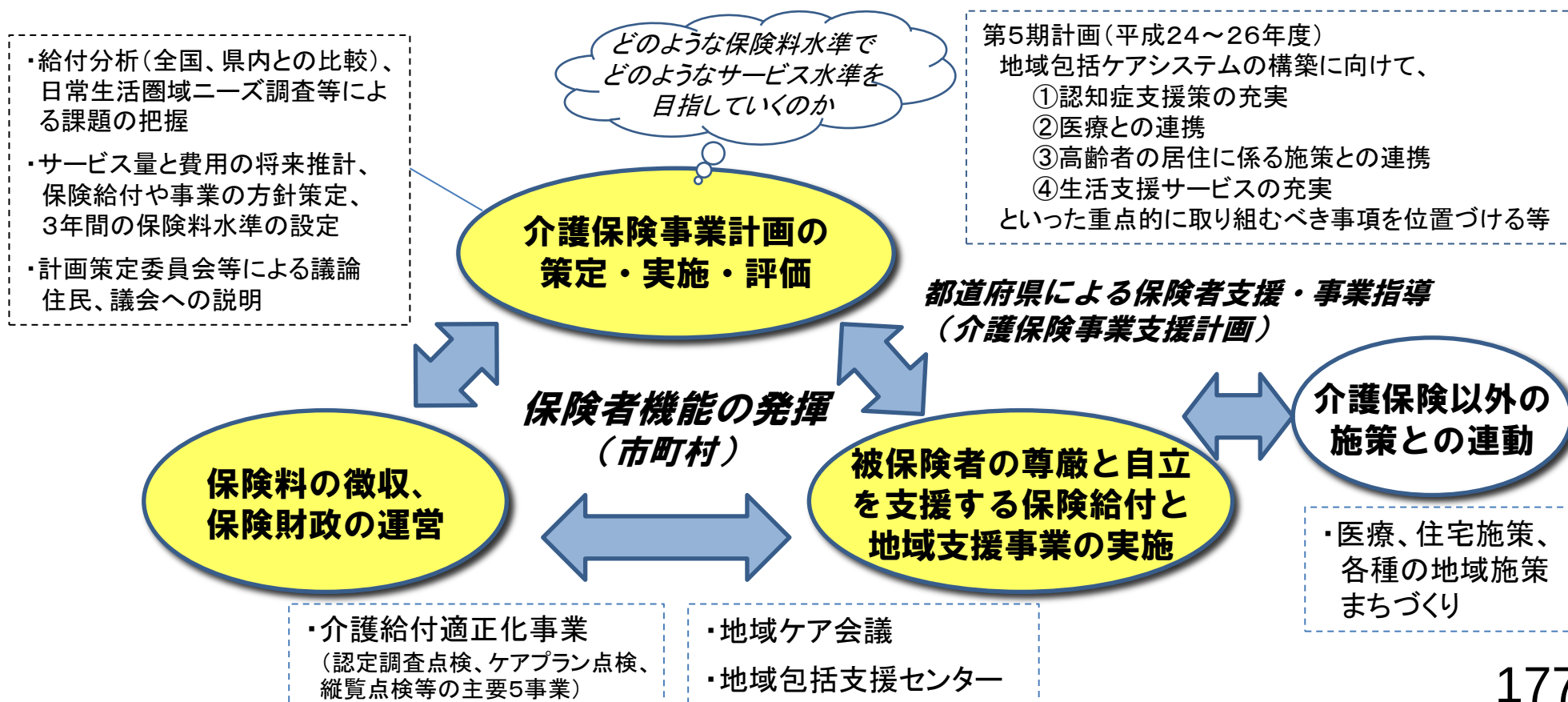
介護保険事業支援計画（都道府県）

- 都道府県介護保険事業支援計画の基本的理念等
- 老人福祉圏域の設定
- 介護給付等対象サービスの現状等
- 各年度（平成24～26年度）の介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量
 - （市町村介護保険事業計画におけるサービス見込量を積上げる）
 - 【参酌標準】平成26年度目標値の設定（任意記載事項）
 - ・3施設の個室・ユニット化割合 50%以上
 - ・特養の個室・ユニット化割合 70%以上
- 各年度の老人福祉圏域ごとの必要入所（利用）定員総数の設定
 - ・介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護専用型特定施設、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設（介護専用型以外の特定施設（混合型特定施設）についても、必要利用定員総数の設定は可）
- 施設の生活環境の改善に関する事項
- 介護給付等対象サービス及び地域支援事業に従事する者の確保又は資質の向上に関する事項
- 介護給付等に要する費用の適正化に関する事項
- 計画の達成状況の点検・評価

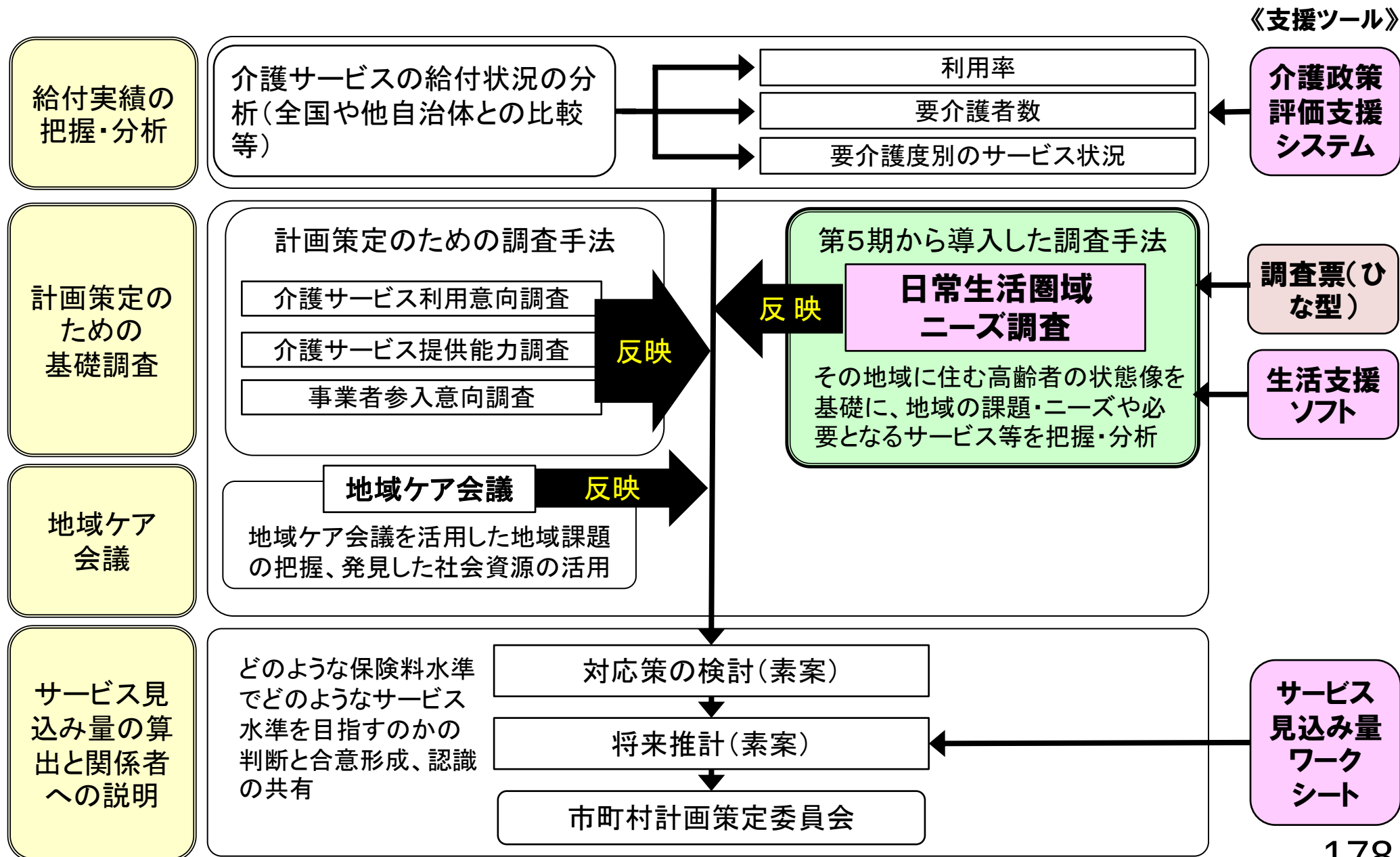
※ ●は必須記載事項（基本的記載事項）である。 ※アンダーラインは、平成24年度法律改正で追加
 ※ 保健、医療、福祉又は居住に関する事項を定める計画（医療計画、地域福祉計画、高齢者居住安定確保計画等）との調和規定がある。

(参考)介護保険事業(支援)計画と保険者機能

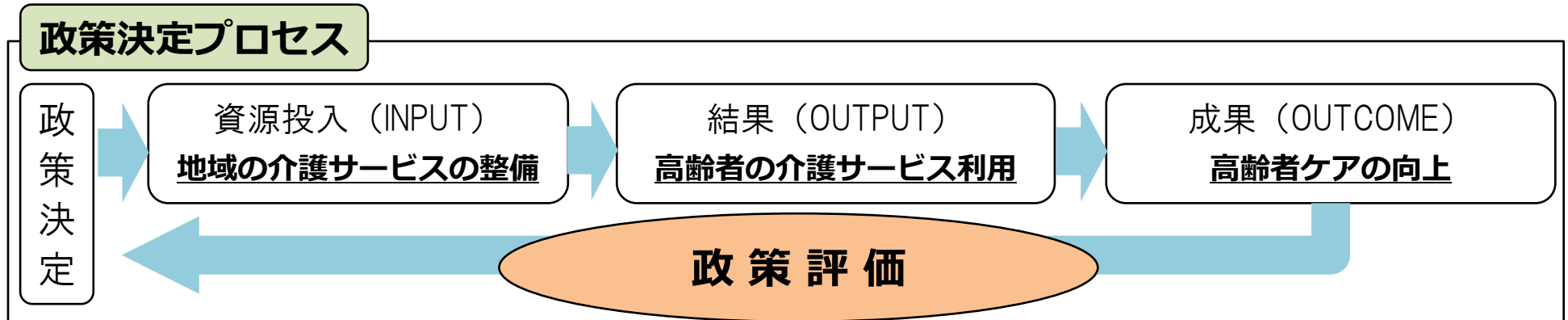
- 介護保険は、各保険者の給付する介護サービスの量や種類等が、それぞれの保険者の保険料水準に反映される制度。
- 保険者の役割は、介護保険法の目的に沿って、共同連帯の仕組みである介護保険を運営すること。
どのような保険料水準でどのようなサービス水準を目指していくのか、保険者機能の発揮が求められている。
- このため、保険者は、給付分析やニーズ調査などにより課題を把握し、住民や関係者の意見を踏まえて、3年ごとの「介護保険事業計画」を策定・実施する。



介護保険事業計画の策定プロセスと支援ツール



策定プロセスでの留意点



- 「計画」を作るには、「課題」の把握が必要。
- 「課題」は、①給付分析や②地域ケア会議、③ニーズ調査など様々な保険者としての取組を通じて見えてくる。
- 担当者間(計画、地域包括、保険給付、福祉・・・etc)の日頃の連携を確保しつつ内容を検討する。計画について住民等への説明も重要。
- 第6期計画からは、団塊の世代が後期高齢者となる2025年を視野に入れ段階的な基盤整備を進める観点で計画を作成することが必要。
- 地域の課題に対応し、より納得度の高い計画を作成することが重要。

市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）

地域の課題の把握と
社会資源の発掘

地域の関係者による
対応策の検討

対応策の
決定・実行

日常生活圏域ニーズ調査等

介護保険事業計画の策定のため
日常生活圏域ニーズ調査を実施し、
地域の実態を把握

地域ケア会議の実施

地域包括支援センター等で個
別事例の検討を通じ地域の
ニーズや社会資源を把握

※ 地域包括支援センター
では総合相談も実施。

医療・介護情報の 「見える化」 (随時)

他市町村との比較検討

量的・質的分析

- 高齢者のニーズ
- 住民・地域の課題
- 社会資源の課題
 - ・介護
 - ・医療
 - ・住まい
 - ・予防
 - ・生活支援
- 支援者の課題
 - ・専門職の数、資質
 - ・連携、ネットワーク

社会資源

- 地域資源の発掘
- 地域リーダー発掘
- 住民互助の発掘

事業化・施策化協議

介護保険事業計画の策定等

- 都道府県との連携
(医療・居住等)
- 関連計画との調整
 - ・医療計画
 - ・居住安定確保計画
 - ・市町村の関連計画 等
- 住民参画
 - ・住民会議
 - ・セミナー
 - ・パブリックコメント等
- 関連施策との調整
 - ・障害、児童、難病施策等
の調整

地域ケア会議 等

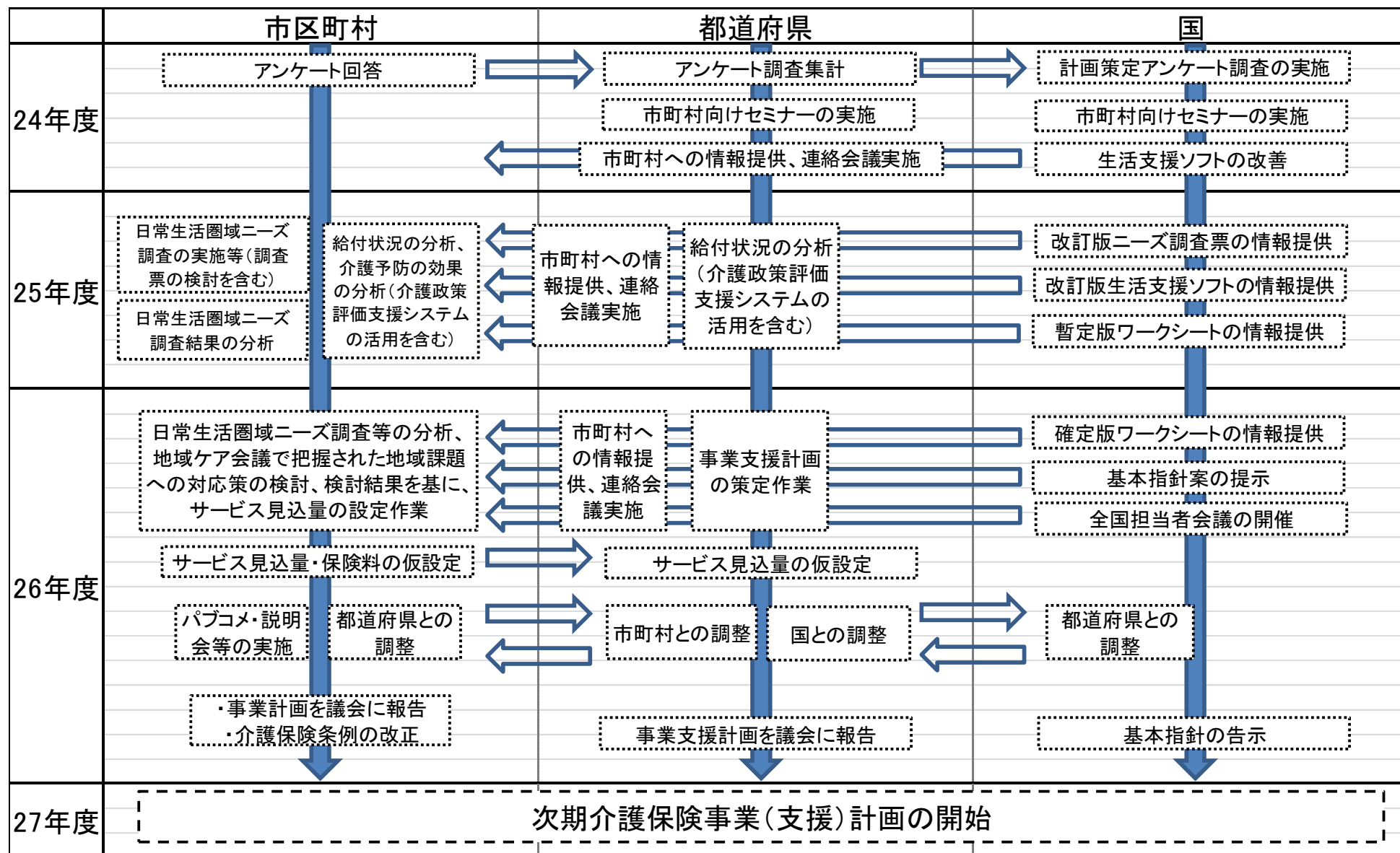
- 地域課題の共有
 - ・保健、医療、福祉、地
域の関係者等の協働に
よる個別支援の充実
 - ・地域の共通課題や好取
組の共有
- 年間事業計画への反映

具体策の検討

- 介護サービス
 - ・地域ニーズに応じた在宅
サービスや施設のバラン
スのとれた基盤整備
 - ・将来の高齢化や利用者数
見通しに基づく必要量
- 医療・介護連携
 - ・地域包括支援センターの
体制整備（在宅医療・介
護の連携）
 - ・医療関係団体等との連携
- 住まい
 - ・サービス付き高齢者向け
住宅等の整備
 - ・住宅施策と連携した居住
確保
- 生活支援／介護予防
 - ・自助（民間活力）、互助
（ボランティア）等によ
る実施
 - ・社会参加の促進による介
護予防
 - ・地域の実情に応じた事業
実施
- 人材育成[都道府県が主体]
 - ・専門職の資質向上
 - ・介護職の処遇改善

標準的な介護保険事業（支援）計画の策定のスケジュール

（注）第5期の標準的な流れを踏まえた現時点のイメージであり、今後の制度改革等の状況により変わるものである。



第6期計画のポイント（市町村）

（「地域包括ケア計画」）

- 平成27年度（2015年度）からの第6期以後の介護保険事業計画は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、「地域包括ケア計画」として、第5期で取組を開始した地域包括ケアシステム構築のための取組を承継発展させるものとする方向。
合わせて、在宅医療介護連携等の取組を本格化していく方向。

（2025年の推計）

- 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を見据えた対応を進めるために、各保険者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、2025年のサービス水準、給付費や保険料水準も推計して記載することとする方向。

（医療連携・認知症・人材確保）

- 在宅医療連携拠点の機能や認知症への早期対応など地域包括ケアシステムを構成する各要素について、当面の方策と段階的な充実のための施策をより具体的に記載することを求める方向。
また、介護サービスを担う人材確保のための記載も充実させていく方向。

（日常生活圏域ニーズ調査）

- 第5期から実施した日常生活圏域ニーズ調査については、より積極的な活用を促す。
- 国は市町村が具体的な取組を開始できるよう、好事例の把握・情報提供など、市町村への支援を行う。

第6期計画のポイント（都道府県）

（医療連携）

- 都道府県の作成する介護保険事業支援計画は、医療計画との連携の密度を高めていくべきとされており、市町村介護保険事業計画に記載される在宅医療・介護連携拠点の機能が発揮できるよう、医療計画との調和も図りながら、必要な後方支援・広域調整などの都道府県として行う取り組みを～支援計画に記載する方向で検討。

* 医療計画においては、

- ・ 医療計画の策定サイクルを介護保険事業支援計画と合わせる（H30～）
- ・ 訪問看護など市町村介護保険事業計画に盛り込まれる在宅医療サービスを確保するための取り組みの記載といったことが医療部会において議論されている。

（2025年の人材推計）

- 団塊の世代が後期高齢者となる 2025年を見据えた介護人材の確保策を進めるために、市町村介護保険事業計画で見込むサービス量を考慮して、各都道府県において必要となる計画期間中や2025年の介護人材等を推計して記載することとする方向で検討。

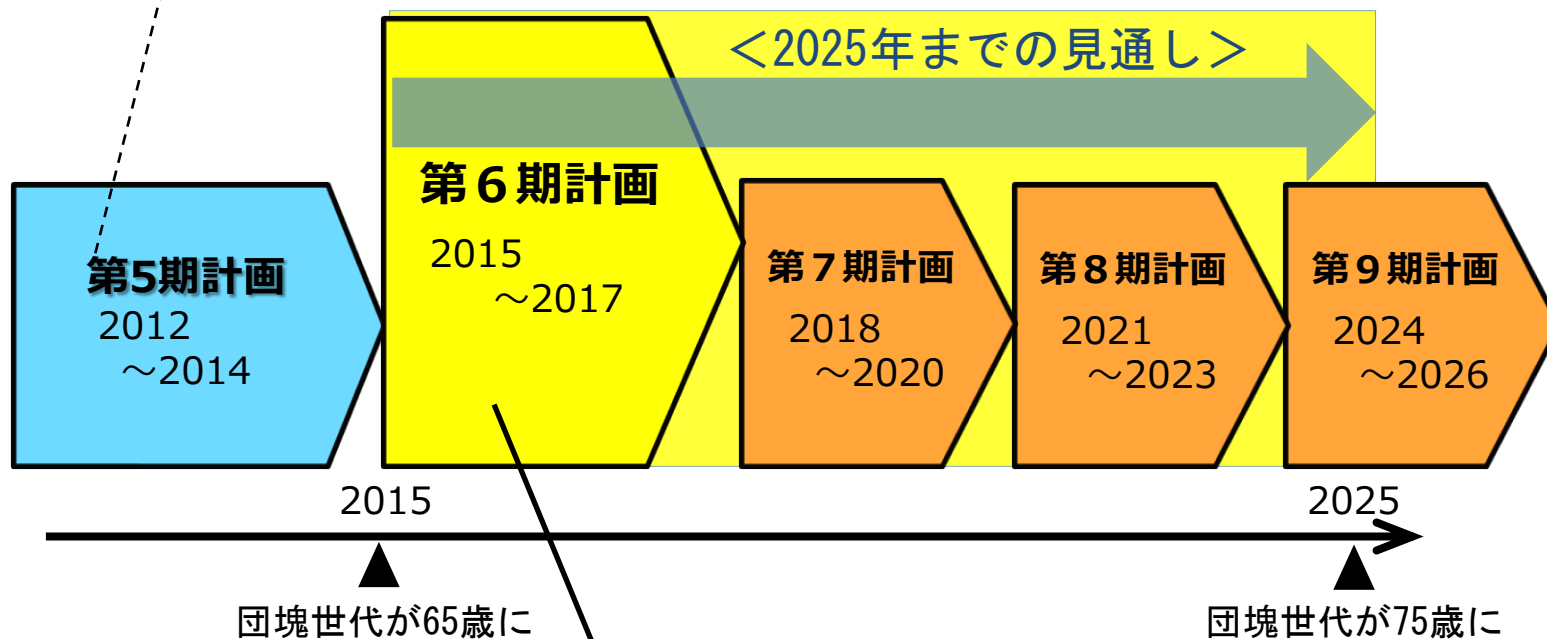
合わせて、介護人材の確保又は資質の向上に資する事業の記載において、上記推計を踏まえ、自治体において地域包括ケアの体制構築を推進するために必要となる介護人材の確保・育成のための取り組みを記載することとする方向で検討。

（広域的な調整等による支援）

- 特別養護老人ホームへの入所必要者の状況、療養病床の介護保険施設への転換予定に係る調査などを踏まえ、介護保険施設等の広域的な調整を市町村と行うこと。
- また、高齢者居住安定確保計画との調和についても配慮すること。

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

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



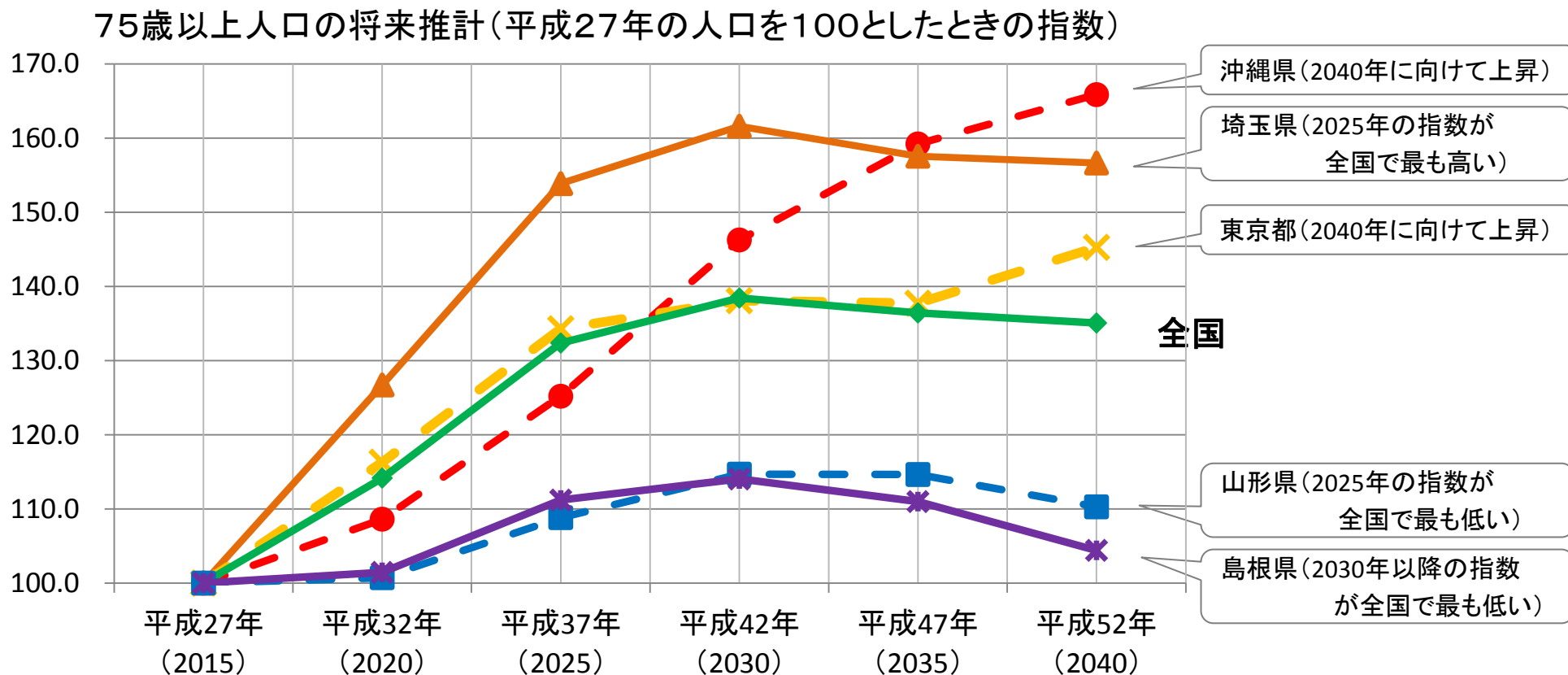
- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け「地域包括ケア計画」として、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくべきではないか。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を求めることとしてはどうか。
- また、地域包括ケアシステムを構成する各要素に関する取組について、新たに実施する事業も含め、地域の将来を見据えたより具体的な記載を求めることとしてはどうか。

(参考) 2025年までの各地域の高齢化の状況

○75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。

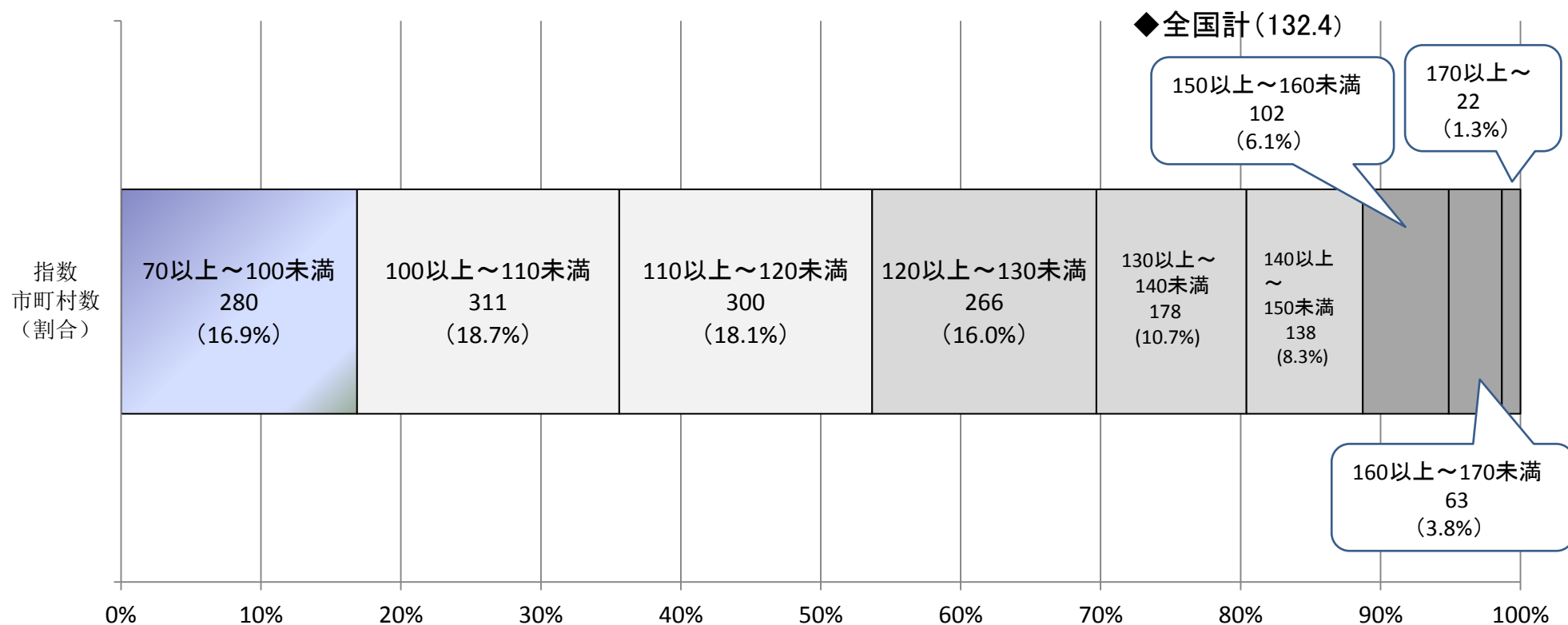
※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇

○2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。



75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある。

75歳以上人口について、平成27(2015)年を100としたときの平成37(2025)年の指数



注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

サービス見込量等のワークシートについて

サービス見込量等のワークシートとは

保険者が行う計画策定の支援の一環として、介護保険サービスの見込量やそれに基づく保険料の算定を行う計算シートで、第5期には、平成23年8月に保険者に提供（Excel 2007版）。

（WISH専用サイトに掲載して、保険者がLGWANを介してダウンロードする仕組み。

なお、広域連合などLGWANが使用できない保険者には、メールにて配布。）

第5期計画策定にあたり90%以上の保険者が利用。（第5期市町村介護保険事業計画の策定過程等に係るアンケート調査より）

○配布予定時期

以下のような視点で検討中であり、平成25年度末までに暫定版を情報提供し、平成26年度の早期に制度改正等に基づき確定版のワークシートを情報提供する予定。

○検討中の内容

- ・ Excel 2007版に加え、Excel 2003版の作成。
- ・ シートの簡素化。
- ・ 推計方法のイメージは次ページのとおり。
- ・ 高齢化が一段と進む平成37(2025)年に向けて地域包括ケアシステムの構築を見据えた将来推計の支援。
- ・ 必要となる実績情報は、現物給付実績のインポートや介護保険事業状況報告の利用を念頭においている。
- ・ 給付の現状から見た保険者の特徴の把握方法や推計に当たって勘案すべき内容等、ワークシートを活用する上でのポイントを解説したマニュアルの作成。
- ・ 別途、都道府県による介護人材の将来推計を検討しており、このワークシートとの連動も視野に開発中。

推計方法(イメージ)

給付実績の整理(24,25及び26実績見込)

○介護保険事業状況報告を活用した給付実績の整理

(注) 介護保険事業状況報告を詳細化したデータは、平成26年7月下旬以降に情報提供(保守サイトへの掲示)予定のため、それまでの間は、インポート機能を活用。

A 人口及び要介護認定者数の推計(27~29年度、32、37年度)

○ 各市町村のもつ推計人口と現状の認定状況の推移を踏まえた自然体推計。

● 自然体推計した認定者数を各保険者ごとの施策を反映して調整。

B 施設・居住系サービスの見込量の推計(27~29年度、32、37年度)

○ 居住系サービスは、推計した要介護認定者数から、現状の推移を踏まえ、利用者数を自然体推計。

● 施設・居住系サービスの利用者数(居住系サービスは自然体推計した利用者数)については、各市町村における、整備計画、介護療養病床からの転換意向等を踏まえ、利用者数等を調整。

C 在宅サービス等(施設・居住系を除くサービス)の見込量の推計(27~29年度、32、37年度)

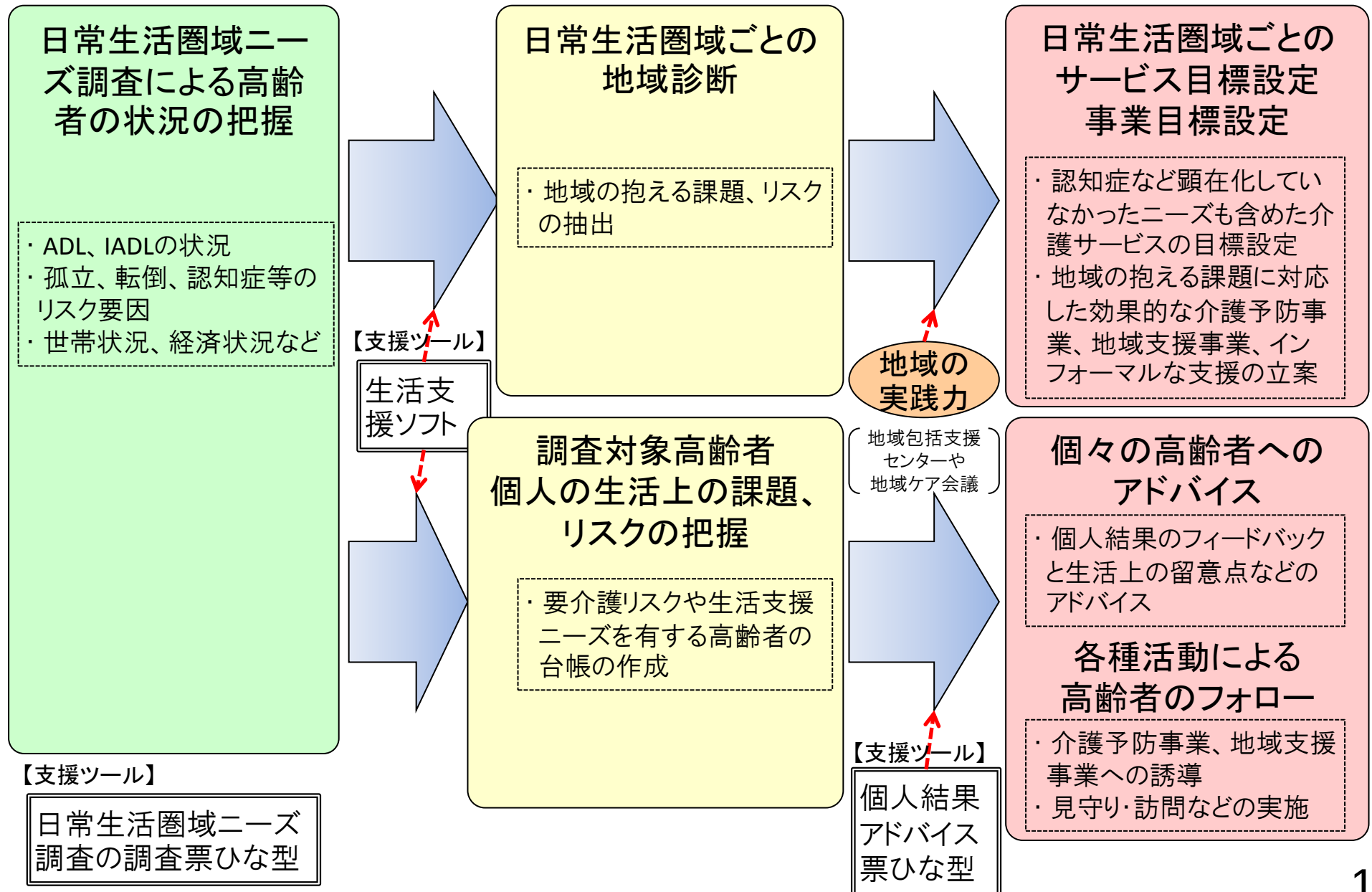
○ 他のサービスは、要介護認定者数からBの利用者数を除いた対象者数と現状の推移を踏まえ、利用者数等を自然体推計。

● 自然体推計した利用者数を各保険者ごとの施策を反映して調整。

D 推計した見込量について、報酬改定率等を調整。

E 調整結果後のサービス見込量等をもとに、保険料を推計。

日常生活圏域ニーズ調査の目的



(参考)第5期介護保険事業計画と日常生活圏域ニーズ調査

○ 地域の課題・ニーズを的確に把握するため、第5期計画(平成24～26年度)からは、計画策定に当たり、各市町村が「日常生活圏域ニーズ調査」を実施し、地域の課題・ニーズを把握することとした。

【目的】

- ・どの圏域に
 - ・どのようなニーズをもった高齢者が
 - ・どの程度生活しているのか
- を把握する。

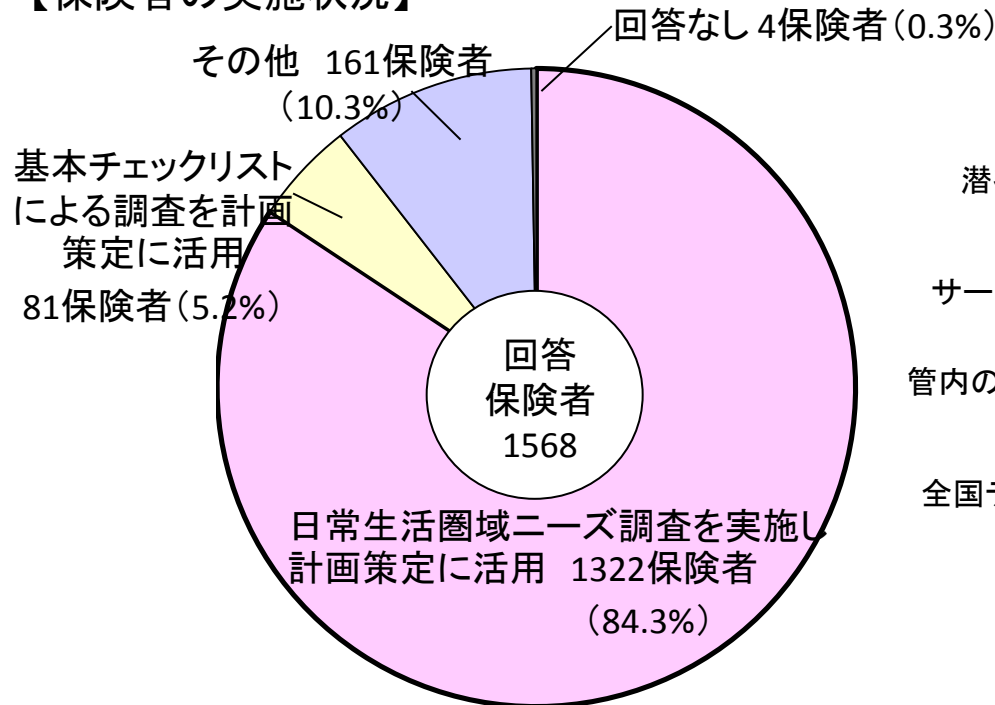
【調査項目(例)】

- 身体機能・日常生活機能 (ADL・IADL)
- 住まいの状況
- 認知症状
- 社会参加の状況
- 疾病状況

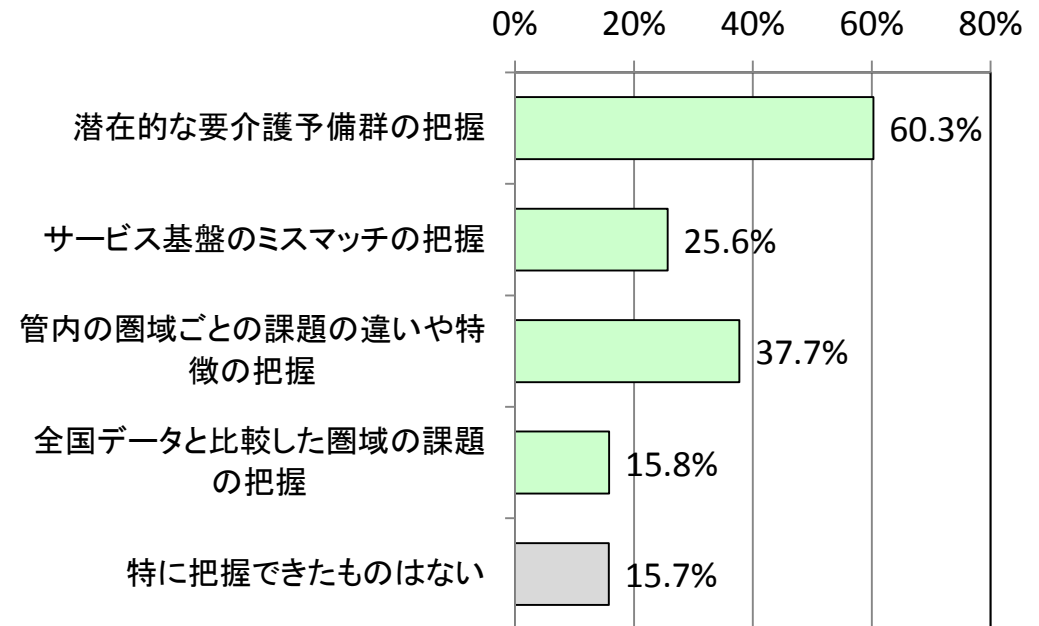
【調査方法】

- ・ 郵送＋未回収者への訪問による調査

【保険者の実施状況】



【把握できた課題】



※ 日常生活圏域ニーズ調査を実施した1322保険者に対する割合(複数回答)

(参考) 日常生活圏域ニーズ調査及び重点記載事項に係る規定

介護保険法（抄）

（市町村介護保険事業計画）

第 1 1 7 条 市町村は、基本指針に即して、3 年を 1 期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）を定めるものとする。

2 市町村介護保険事業計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 当該市町村が、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定める区域ごとの当該区域における各年度の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及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る必要利用定員総数その他の介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み

二 各年度における地域支援事業の量の見込み（略）

3 市町村介護保険事業計画においては、前項各号に掲げる事項のほか、次に掲げる事項について定めるよう努めるものとする。

一～四 （略）

五 認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項、医療との連携に関する事項、高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項その他の被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事項

4 （略）

5 市町村は、第 2 項第 1 号の規定により当該市町村が定める区域ごとにおける被保険者の心身の状況、その置かれている環境その他の事情を正確に把握した上で、これらの事情を勘案して、市町村介護保険事業計画を作成するよう努めるものとする。

(参考) ニーズ調査の活用方法の例

保険者名	取組の概要
北海道小樽市	要介護認定者数の推計に反映 二次予防事業への参加勧誘などハイリスク高齢者へのアプローチに活用
栃木県日光市	日常生活圏域の見直し、地域密着型サービスの充実に活用
埼玉県和光市	高齢者個人の状態像と地域の課題を把握するための材料として活用し、要介護認定者数やサービス見込量の推計に反映 保険者の事業運営方針決定の基礎資料とした
千葉県松戸市	要介護認定者数及びサービス見込量の推計に反映
東京都中野区	要介護認定者数の推計に反映
東京都荒川区	地域密着型サービスの充実、相談窓口体制の充実に活用 給付の現状に着目し、地域ケア会議、介護予防、医療との連携体制の強化
新潟県長岡市	日常生活圏域ごとの課題分析による介護予防事業の企画への活用
福井県南越前町	ハイリスク高齢者への個別訪問の充実、介護予防事業の充実に活用
福岡県行橋市	地域包括支援センターを再構築し、介護予防事業などの充実に活用
福岡県介護保険広域連合	要介護認定者数の推計に反映
長崎県長崎市	地域支援事業等に反映

介護保険総合データベースを活用した調査結果の分析支援

1 目的

日常生活圏域ニーズ調査の結果を介護保険総合データベースに任意で送付することにより、従来、保険者の中の圏域間でしか比較できなかった調査結果について、送付した保険者間での比較を可能とし、保険者が実施するニーズ調査の結果分析を支援することを目的とする。

2 「見える化」できる条件、調査結果の送付時期と送付先

調査対象者は、要介護認定の有無は問わず、今回、国で示した第6期の調査票例であれば、一部でも対応可能です。（※詳細は、7月29日の「第6期介護保険事業(支援)計画の策定準備等に係る担当者会議」の老人保健課資料「平成25年度の試行的「見える化」事業について」を参照してください。）

3 調査結果の送付に当たり、生活支援ソフトを利用する保険者に関する留意事項

(1) 現在、改修中の「生活支援ソフト」に介護保険総合データベース送付用のCSVファイルを出力できる機能を付加します。

これにより、送付用に出力された2種類のCSVファイル(介護保険総合データベース送信用回答ファイル及び同評価結果ファイル)について、当局老人保健課から別途配布される「予防情報送信ソフト」を必ず利用してインターネット回線を用いて送信してください。

(2) 調査結果については、「生活支援ソフト」における入力方法[※]の通り入力してください。

※ については、詳細は「生活支援ソフト」の操作マニュアルを参照してください。

4 連絡先

○ ニーズ調査、生活支援ソフトに関すること

介護保険計画課 計画係

○ 平成25年度の試行的「見える化」事業に関すること

老人保健課 認定係

地域診断のための日常生活圏域ニーズ調査結果の 保険者・地域間比較分析に係る支援について

1 提案及び実施主体

日本福祉大学 健康社会研究センター, 日本老年学的評価研究(JAGES)プロジェクト

2 背景とねらい

第5期ニーズ調査で、保険者は日常生活圏域別のニーズを把握しましたが、他の保険者との比較はできませんでした。

当センターは、厚生労働省の指定研究により、多保険者・地域間で地域診断のためのベンチマーク(数値指標による比較)・システムを開発し、2010,11年度調査データで31自治体を比較した結果、保険者・地域間で転倒歴など要介護リスクに約3倍の差があることが判明しました。

○ 国が示すニーズ調査票を変更せず、当センターが指定するフォーマットのデータをご提出いただければ主な項目の結果をフィードバックします。

(本センターが配布するソフトで個人情報情報を暗号化、
または削除後にデータをご提出ください)

○ 高齢者の状態像と住民のつながりの「見える化」で
根拠に基づく第6期介護事業計画の策定や高齢者が
健康に暮らせる街づくりを支援します。

ベンチマークと課題改善



3 ベンチマーク(数値指標による比較)分析のためのデータ提出方法

- 研究協定: データ提供に先立ち研究協定を締結します。
- 調査方法: 要介護認定を受けていない第1号被保険者全数または無作為抽出サンプル。要介護認定を受けた高齢者も対象とした場合、それを削除したデータを提出。
- サンプル数: 分析単位(例えば小学校区)すべてで、前・後期高齢者それぞれのサンプル数が50人以上必要(50人未満の地区は表示しません)。
 - ー 校区より小さな町内会レベルなどでの小区分析を希望される場合には、前・後期高齢者それぞれ50人以上必要です。回収率50%なら1区あたり200人程度の調査が必要。
- 提出方法: 2013年秋から開設されるデータ提出サイトからCSV形式で提出。
 - ー 指定されたフォーマットになっていない場合は集計できません
 - ー 保険者の独自項目は削除後に提出して下さい
- 提出情報(調査項目)
 - ー 当センターが配付するソフトで暗号化された被保険者番号または任意のID・年齢・性別
 - ー 地区情報: 自治体番号・生活圏域番号(分析単位により小学校区番号・町内会番号)などの地区情報
 - ー 国が示すニーズ調査項目(変更していないことが条件になります)
- 締切: 第1回締切: 2014年1月15日
⇒2014年4月中に中間報告書
第2回締切: 2014年4月末日
⇒2014年7月中に中間報告書をお返しします
両者を合わせた最終報告書は秋にお返しする予定です

介護政策評価支援システムとは

○概要

都道府県及び市町村が介護保険事業の分析を行うことを支援するために厚生労働省が運用しているシステムです。簡単な操作で事業の分析を行うことができるため、原則、全保険者に使用していただきたいものです。

○本システムできること

介護保険事業状況報告及び国保連データを基にした全国・都道府県・市町村の「保険給付と保険料」や「認定率のバランス」の比較表などが入手できます。(エクセルのグラフです。)

○利用料

- ・本システムの利用に料金は掛かりません。
- ・LGWANから接続できます。

(LGWANを利用していない場合は、別途、ダイヤルアップ回線を用意して接続できます。)

○利用時に入力、登録するデータ(市町村のみ)

- ・年度ごとの「介護保険料基準月額」と「調整交付金率」を入力
- ・国保連データ(給付実績、給付管理票情報)を本システムのアップロードツールを使い登録

※上記データを登録しない場合でも国が一括登録している介護保険事業状況報告(月報)に基づく比較表の入手はできます。更に、国保連データ等をアップロードすることで、より詳細な全国値との比較・分析が可能となりますので、積極的な登録をお願いします。

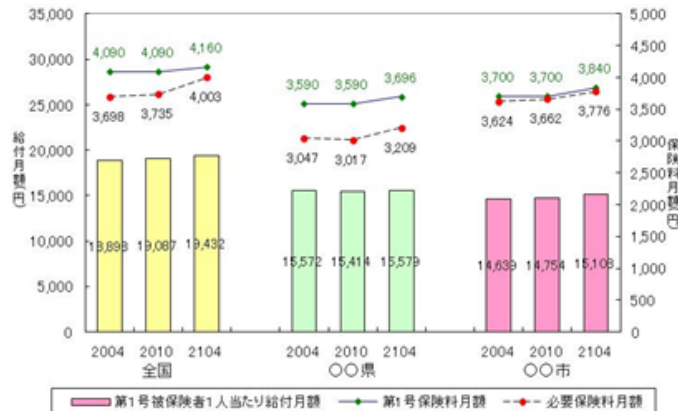
○入手できる指標

- ① 保険給付と保険料のバランス分析
- ② 認定バランスの分析
- ③ 要介護度別のサービス利用のバランス分析
- ④ サービスのトータルバランス分析 【上記、介護保険事業状況報告(月報)・市町村の入力項目より作成】
- ⑤ 要介護度別の居宅サービス利用者の給付単位数分布の分析 【上記、国保連データ(給付管理票)より作成】
- ⑥ ケアプランを考える
- ⑦ 個別サービスを考える 【上記、国保連データ(給付実績)より作成】

(参考) 分析指標の具体例

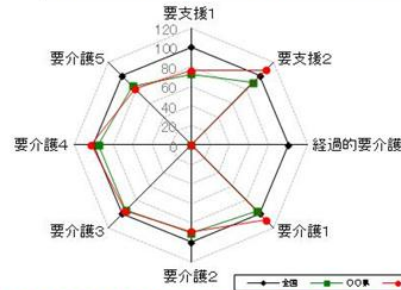
① 保険給付と保険料のバランス分析

第1号被保険者1人当たり保険給付月額・第1号保険料月額・必要保険料月額



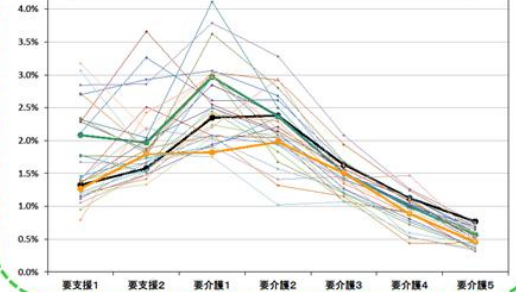
② 認定率のバランス分析

第1号被保険者の要介護度別認定率指数 (全国平均 = 10.0)



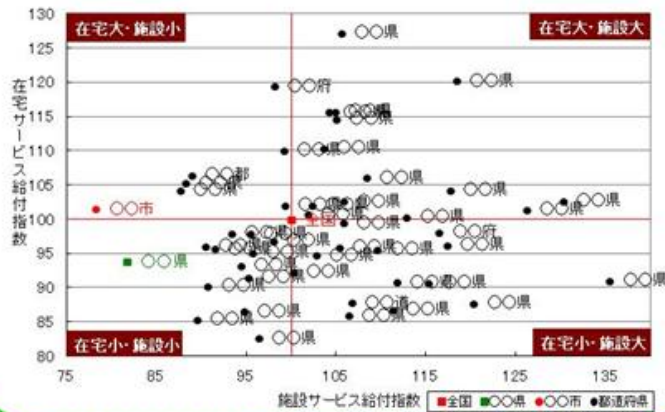
③ 要介護度別のサービス利用のバランス分析

第1号被保険者の要介護度別在宅サービス受給率 (保険者比較)



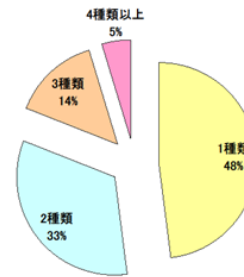
④ サービスのトータルバランス分析

第1号被保険者1人当たり在宅サービス・施設サービス給付指数



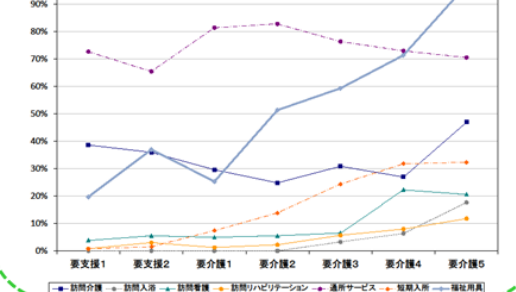
⑥ ケアプランを考える

すべてのケアプラン (要支援1~要介護5) に含まれるサービス種類別割合



⑦ 個別サービスを考える

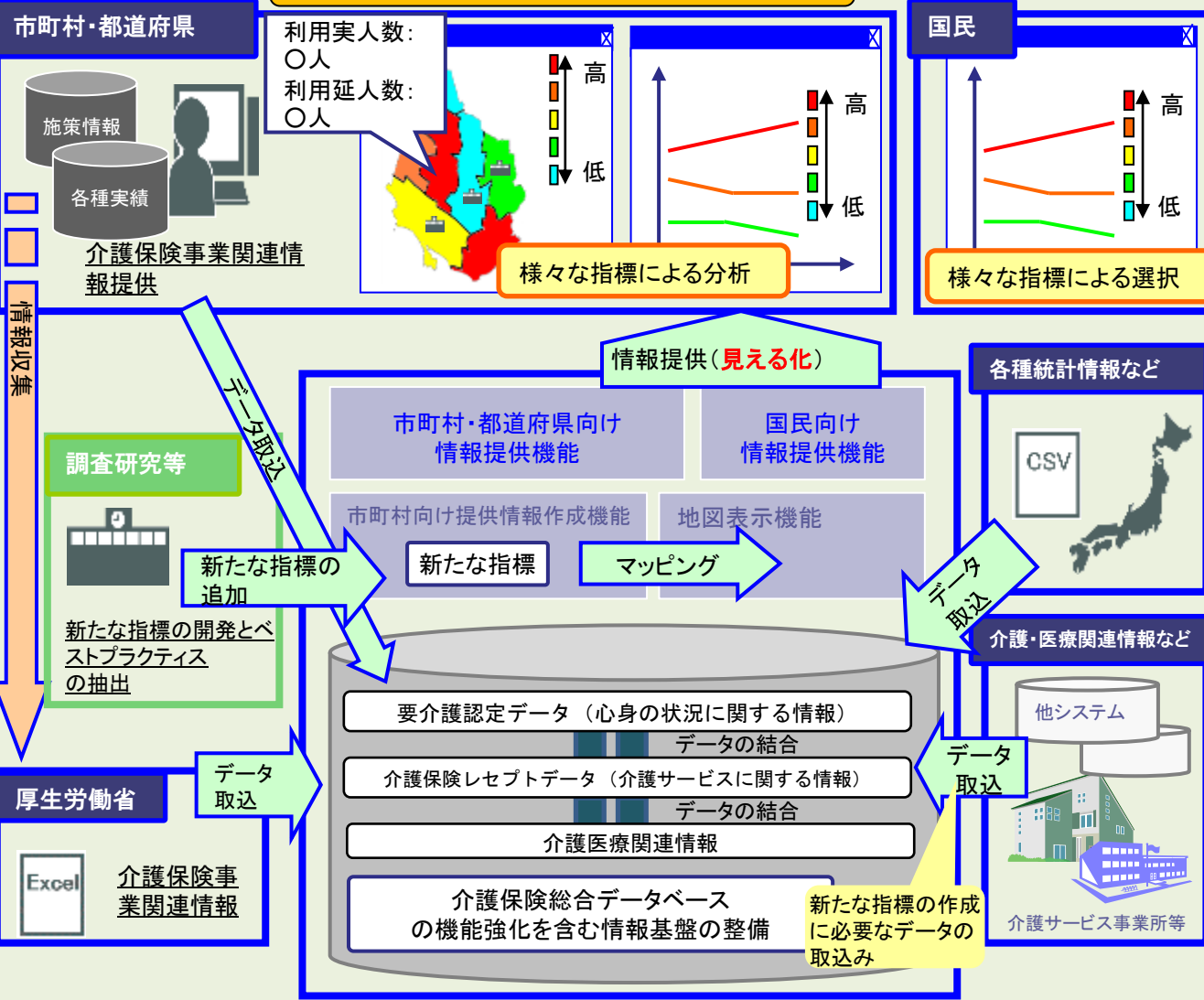
要介護度別在宅サービス種類別利用率



介護・医療関連情報の「見える化」の推進

地域包括ケアシステムの構築に向けて、国民・地方自治体にとって有益な情報を利活用しやすいように、介護・医療関連情報の「見える化」を推進

「見える化」の将来像(イメージ)



現状及び課題

- 地域の特性にあった地域包括ケアシステムを構築するためには、各地方自治体が、それぞれの特徴や課題を客観的に把握する必要がある
- 他方で、地方自治体の職員に十分に認識されていない
- また、介護サービスの質の向上に向けて具体的な評価手法の確立が求められている

課題解決策

- 国民・地方自治体に有益な情報を提供(=「見える化」)するために、介護保険総合データベースを活用し、以下のような取組を行う。
 - ①様々な情報を取り込めるように、介護保険総合データベースの機能強化を含む情報基盤の整備を行う
 - ②調査研究等を通じて、新たな指標の開発等、情報発信する内容の質の向上に取り組む
 - ③国民・地方自治体にとって、安心して、利用しやすい、情報提供手法を構築する

将来像及び効果

- 地方自治体が、それぞれの地域の特性にあった、地域包括ケアシステムを構築する
- 国民が、介護サービスの質の評価に基づいて、適切な介護サービスを選択できるように情報基盤を構築する

平成25年度の試行的「見える化」事業のスケジュール（案）

- ✓ 平成25年度「見える化」事業は、試行用のプロトタイプシステムを開発・運用し、年度内を目途に試行的に保険者向けの情報提供を開始する。

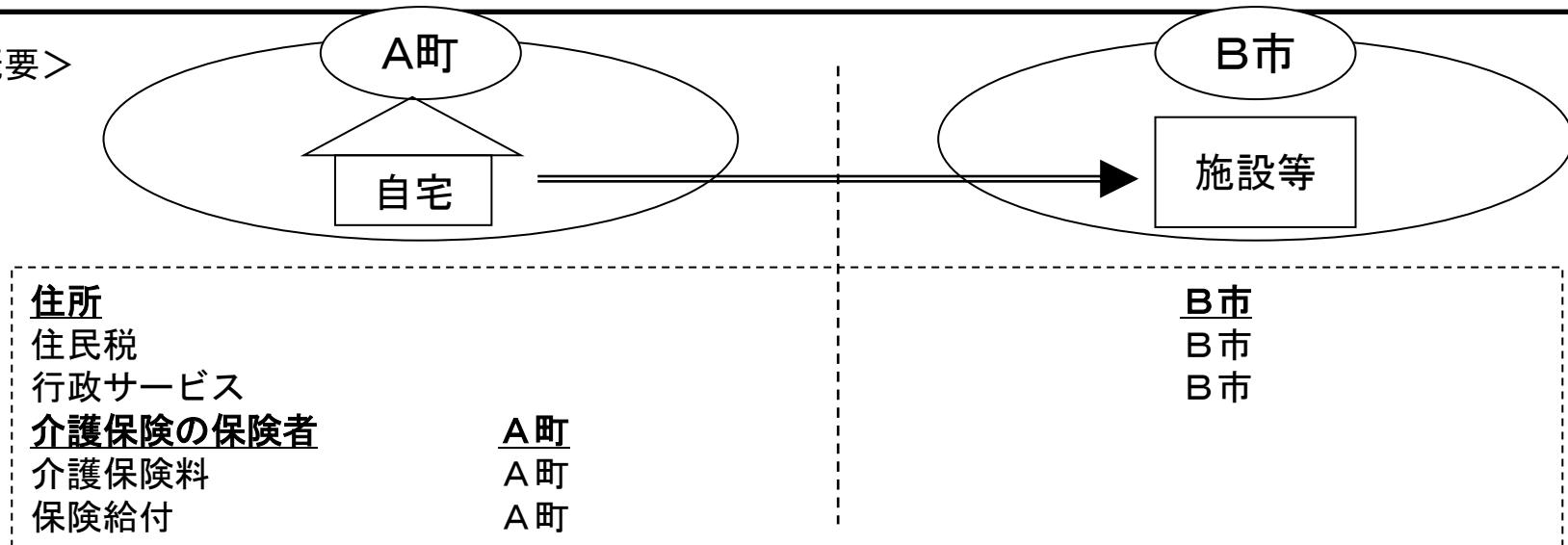
平成25年度 試行的「見える化」事業スケジュール(案)

		7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
マイルストーン		▲都道府県 担当者会議					▲ 圏域情報 登録	▲ 情報送信 開始	▲見える化 試行システム 稼働(予定)	
試行的「見える化」事業	分析手法・ 見える化方法 検討									
	試行用 プロトタイプ システム開発									
	情報提供開始									
介護保険 総合データ ベース	日常生活圏域 ニーズ調査 情報送信									

(2) サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用

- 介護保険においては、住所地の市町村が保険者となるのが原則だが、介護保険施設等の所在する市町村の財政に配慮するため、特例として、入所者は入所前の市町村の被保険者となる仕組み（住所地特例）を設けている。
- 現在、サービス付き高齢者向け住宅は有料老人ホームに該当しても特例の対象外だが、所在市町村の負担を考慮し、その他の有料老人ホームとの均衡を踏まえ、**有料老人ホームに該当する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。
- 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が、住所地特例対象者に限り、住所地市町村の指定を受けた地域密着型サービス及び住所地市町村の地域支援事業を使えることとし、地域支援事業の費用については市町村間で調整する仕組みを設ける。

<制度概要>



<現在の対象施設等>

- (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
 - ・ ※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
- (3) 養護老人ホーム

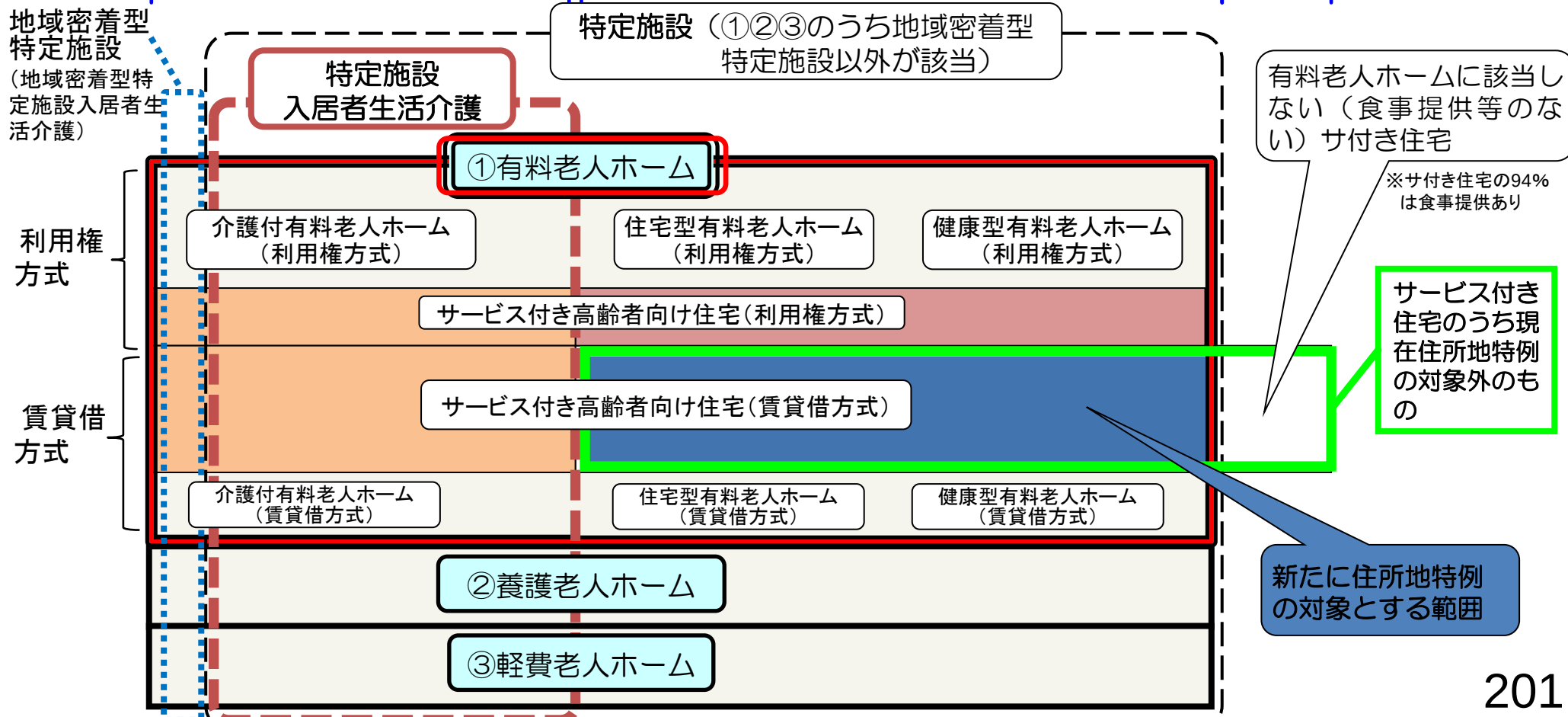
この除外規定を見直し、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅を住所地特例の対象とする

- 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みを提供



(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

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

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

サービス付き高齢者向け住宅

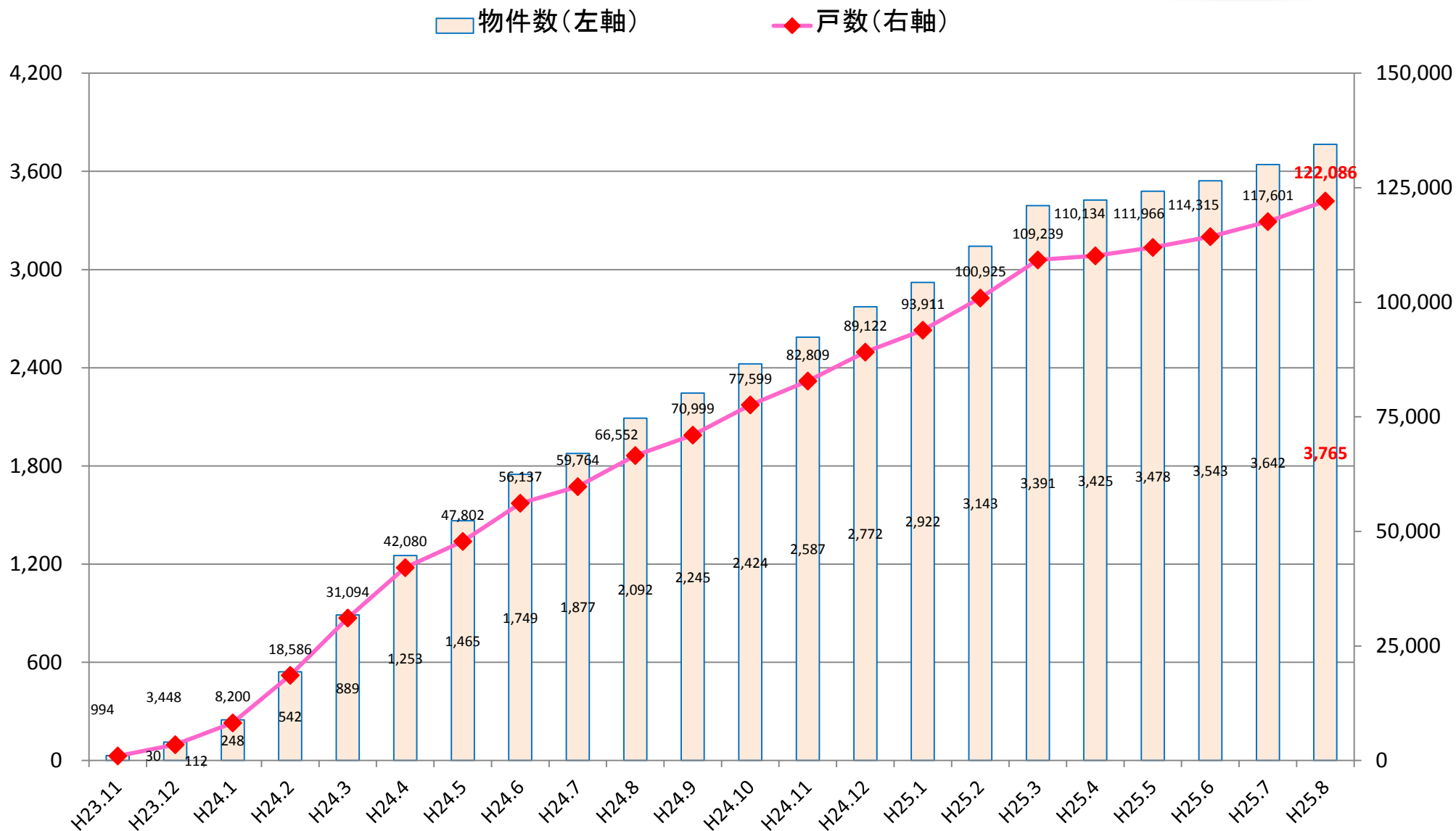
【併設施設】

診療所、訪問看護ステーション、
ヘルパーステーション、
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

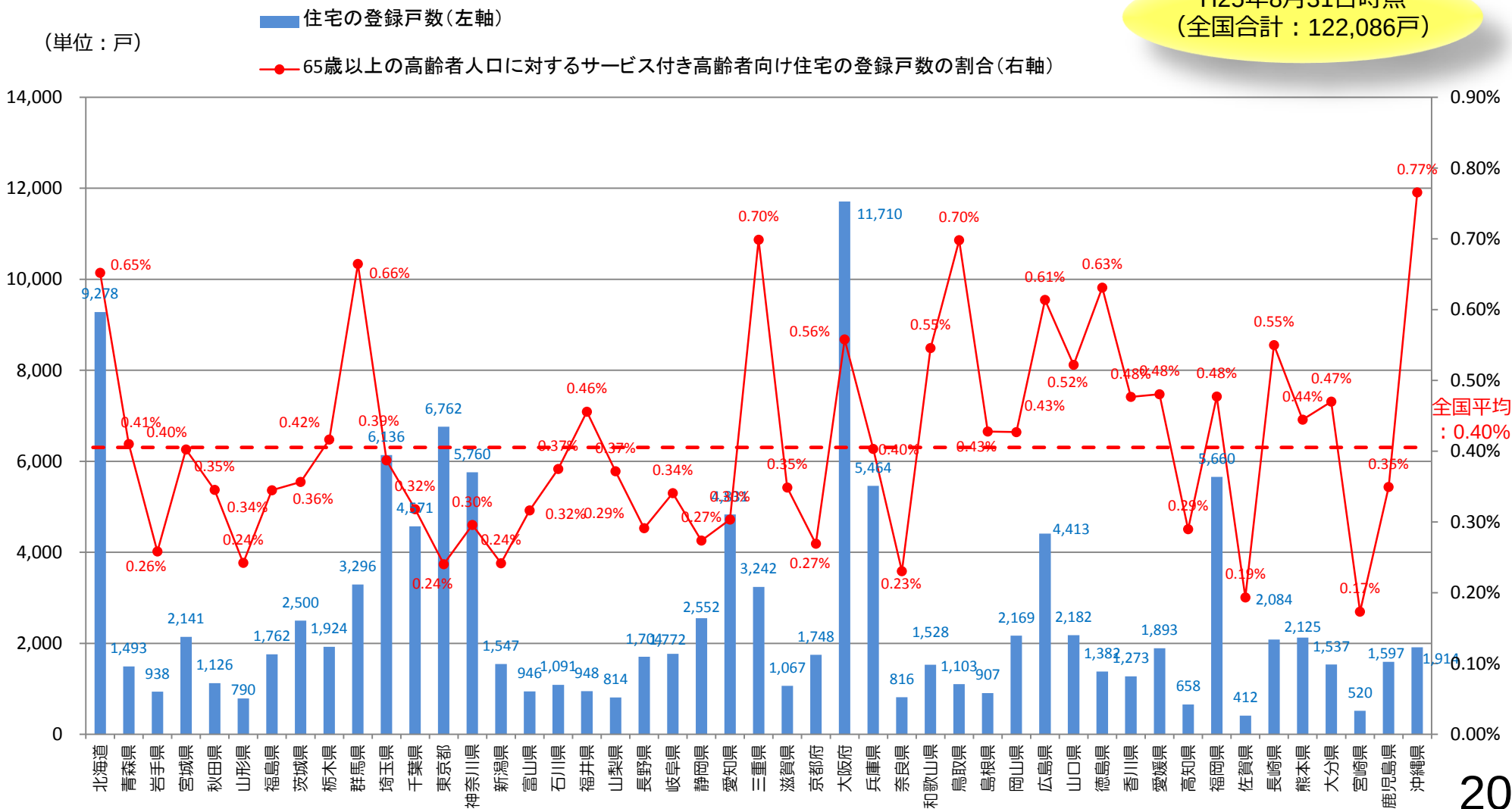
平成25年8月31日時点



(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。

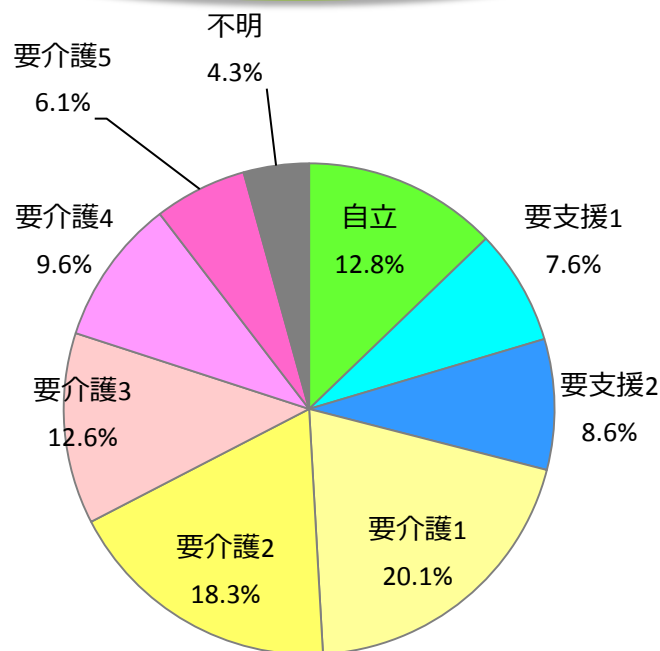
H25年8月31日時点
(全国合計：122,086戸)



(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、制度上は同じ「サービス付き高齢者向け住宅」であっても、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。

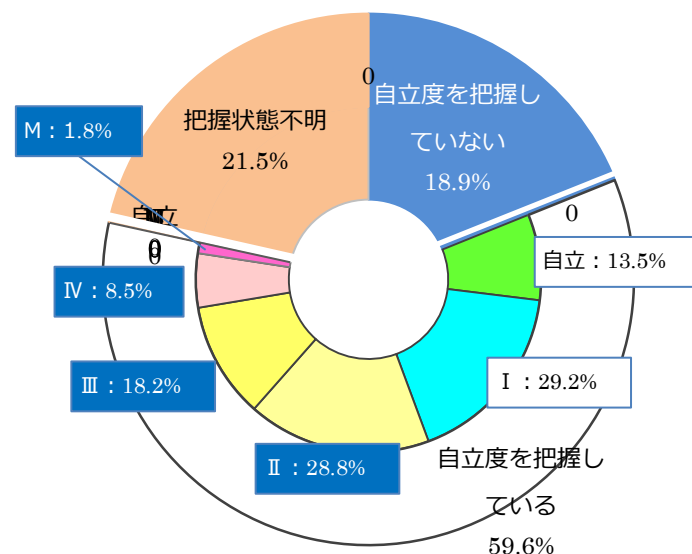
【要介護度等】（平均要介護度：1.8）



※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」

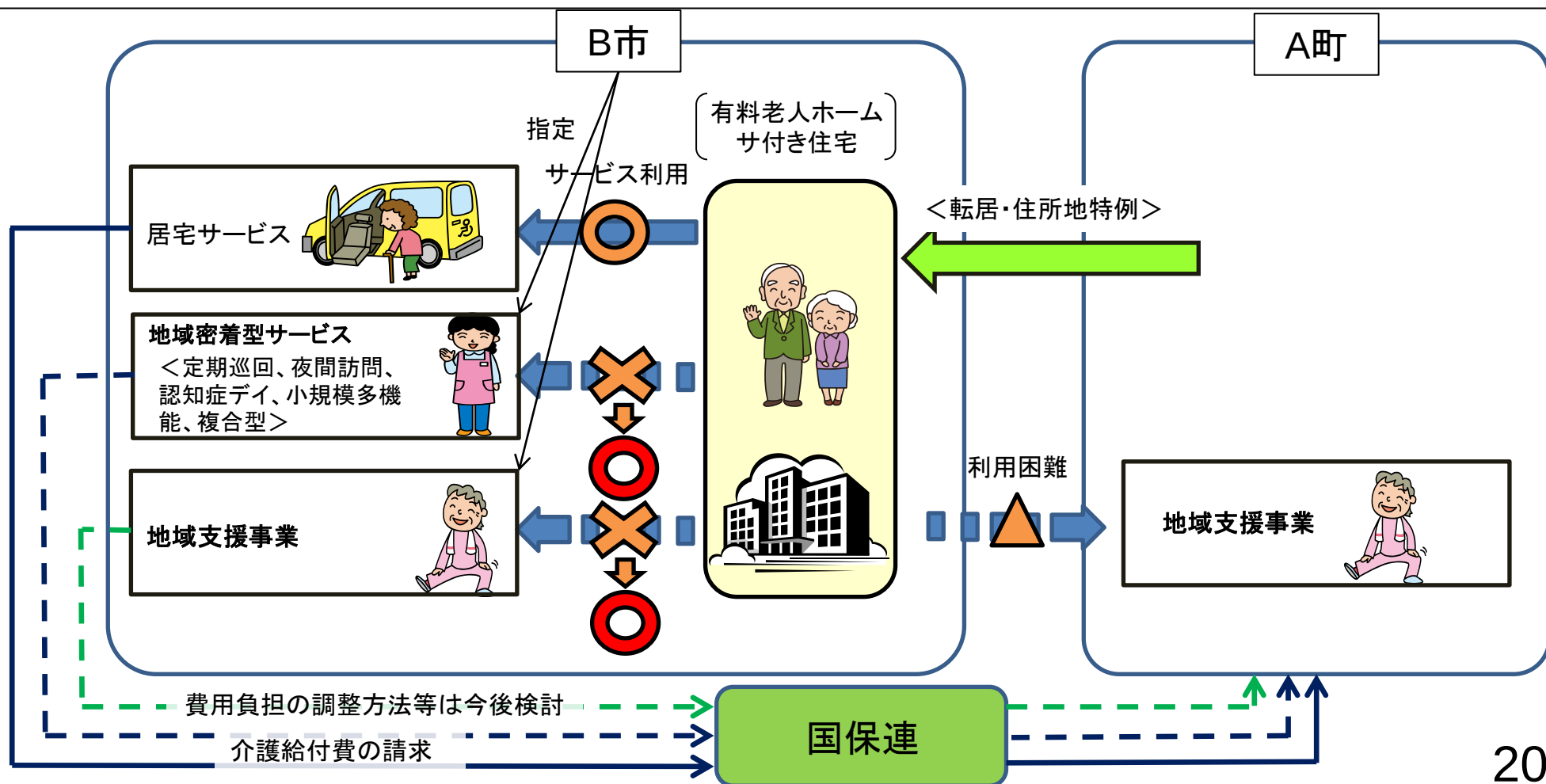


※入居者数（n=14,964）

※ 平成24年8月31日時点（厚生労働省調べ）

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（※実施の方法等は、予防給付の見直しの内容等を踏まえ検討）

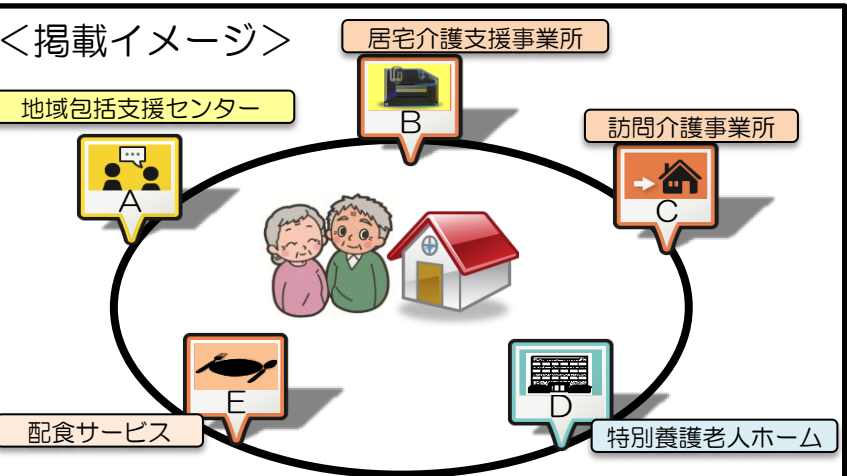
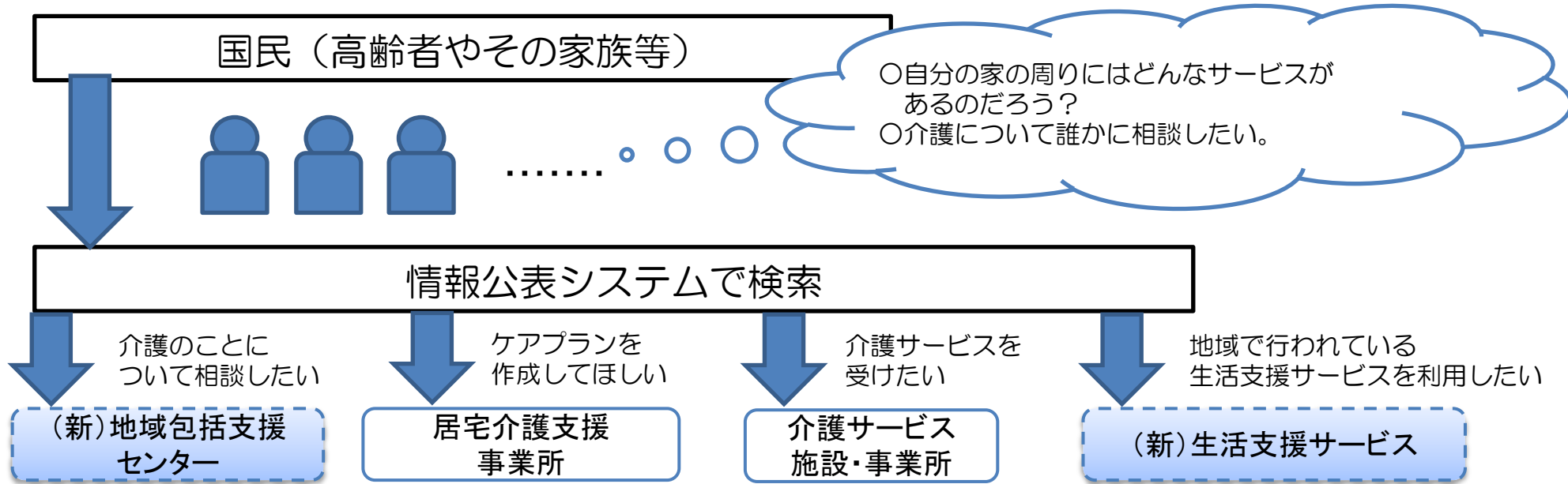


(3) 保険料賦課額の減額等に係る取扱い

- 介護保険料の賦課権に係る期間制限の扱いについて、減額賦課の期間制限については、大阪高等裁判所での介護保険料減額更正請求事件判決(平成23年(行コ)第30号)が確定したことを踏まえ、老介発0614第2号により、介護保険法第200条第1項に規定する保険料を徴収する権利の消滅時効2年を超えて、遡って保険料賦課額を減額できる旨をお示したところ。
- この点については、今般の介護保険法改正での措置を含めた対応を現在検討中。

(4)介護サービス情報公表制度の見直し

- 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

公表される内容の全体像（現行と検討の方向性）

現行

介護サービス施設・事業所

基本情報

- 事業所の名称、所在地等
- 提供サービスの内容
- 法人情報
- 従業者に関するもの
- 利用料等

運営情報

- 利用者の権利擁護の取組
- 相談・苦情等への対応
- 事業運営・管理の体制
- その他（従業者の研修の状況等）
- サービスの質の確保への取組
- 外部機関等との連携
- 安全・衛生管理等の体制

任意項目

- 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

検討の方向性

人材確保の観点から活用を促進

地域包括支援センター

生活支援サービス

新たに国民に情報発信

※ その他、法令上には規定がないが、事業所の積極的な取組を公表できるよう「事業所の特色」についても、情報公表システムにおいて、任意の公表が可能

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	■ 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。	■ 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	■ 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			■ 介護サービス事業者
公表する者	■ 市町村(都道府県が公表することも可能)	■ 市町村(都道府県が公表することも可能)	■ 都道府県 ※ 通常の報告とあわせて公表
公表義務	■ 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	■ 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	■ 努力義務

(5)介護人材の確保

(1) 介護職員の状況

介護職員の推移と見通し

○ 介護保険制度の施行後、介護職員数は増加し、10年間で倍以上となっている。また、2025年には、介護職員は更に1.5倍以上必要と推計されている。

	平成12年度 (2000年度)		平成24年度 (2012年度) <u>(推計値)</u>		平成27年度 (2015年度) <u>(推計値)</u>		平成37年度 (2025年度) <u>(推計値)</u>
介護職員	55万人		149万人		167～176万人 (164～172万人)		237～249万人 (218～229万人)

【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、「医療・介護に係る長期推計」

(注1) 平成27年度・平成37年度の数値は社会保障・税一体改革におけるサービス提供体制改革を前提とした改革シナリオによる。()内は現状をそのまま将来に当てはめた現状投影シナリオによる数値。

(注2) 2015年、2025年の推計値に幅があるのは、非常勤比率の変動を見込んでいることによるもの。

(平成23年10月1日現在)				介護保険施設			居宅サービス等		
	合計	常勤	非常勤	合計	常勤	非常勤	合計	常勤	非常勤
介護職員	139.9万人	85.1万人	54.8万人	35.4万人	29.5万人	5.9万人	104.5万人	55.6万人	48.9万人
		60.8%	39.2%		83.3%	16.7%		53.2%	46.8%

【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

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
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 	【貸付内容】 ○貸付額(上限) ・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) →生保世帯等の子どもに貸与する場合に上乗せ ○貸付利子:無利子 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	○ 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)
福祉人材センターでの取組		
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		

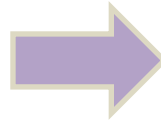


参入を促進していくための取組を強化していく方向性

- 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

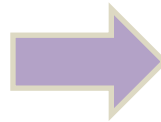
視点①：参入の促進（その2）

学校や保護者も介護業界への
就職に消極的



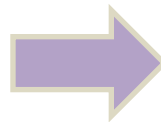
- ・ 介護職として働くことの魅力、メリットを丁寧に周知
- ・ 事業主等関係者も含めたイメージ向上の取組

介護サービスは成長産業



- ・ 福祉系学校以外の一般学生も視野に入れた参入促進
- ・ ターゲット（学生、潜在的有資格者、他産業）別の参入促進

介護従事者のすそ野を広げる

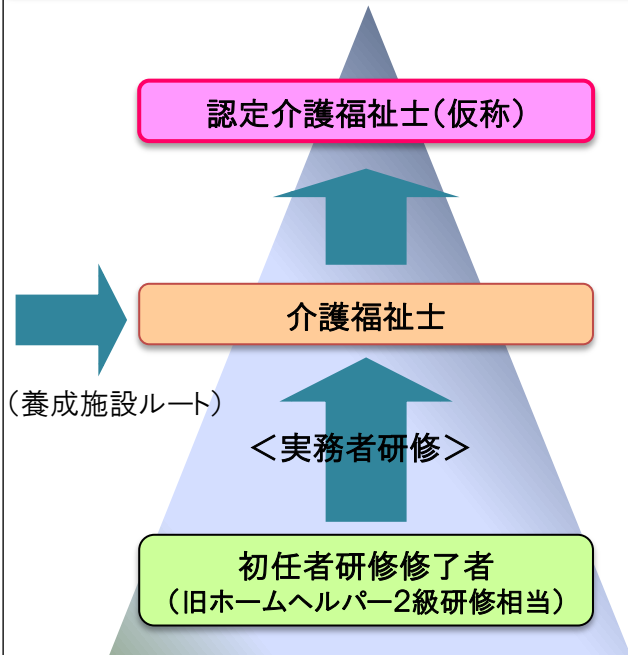


- ・ サービスの質の確保のために充実した資格制度
- ・ 生活支援の担い手や補助的な業務で幅広い人材確保

視点②：キャリアパスの確立

＜国における取組例＞

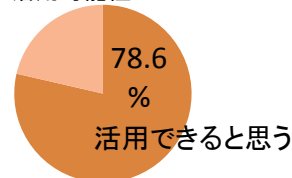
今後の介護人材のキャリアパス



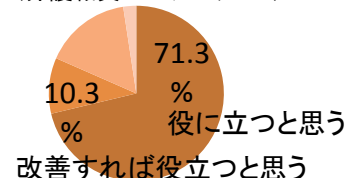
介護キャリア段位制度(内閣府)

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(静岡県の実施)
- ・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(埼玉県の実施)

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

視点④：処遇改善

- 介護職員の処遇改善について、これまで介護報酬改定等により取り組んできている。
 - ＜平成21年4月＞
 - 平成21年度介護報酬改定でのプラス3%改定
 - ＜平成21年10月～平成24年3月＞
 - 介護職員処遇改善交付金（補正予算）
 - ＜平成24年4月＞
 - 平成24年度介護報酬改定でのプラス1.2%改定
 - 介護職員処遇改善加算の創設（介護職員処遇改善交付金による処遇改善の継続）
- 介護職員の賃金水準の改善のためには、介護報酬の改定を通じた取組が中心となるが、職員のキャリアパスにあわせた賃金制度を事業所で整備するなど事業者による取り組みも非常に重要であり、そのためには施設長等の管理者が高い意識を持つことが求められる。
- また、事業者の介護職員の処遇改善に対する取組について、介護分野で働くことを希望している者にホームページなども活用して積極的に周知していくことも重要である。



処遇改善に向けた取組を強化していく方向性

- ・介護報酬の改定を通じて、介護職員の更なる処遇改善を図るとともに、事業者による取組の促進策を検討
- ・施設長や人事労務管理者などに対する研修の実施 等

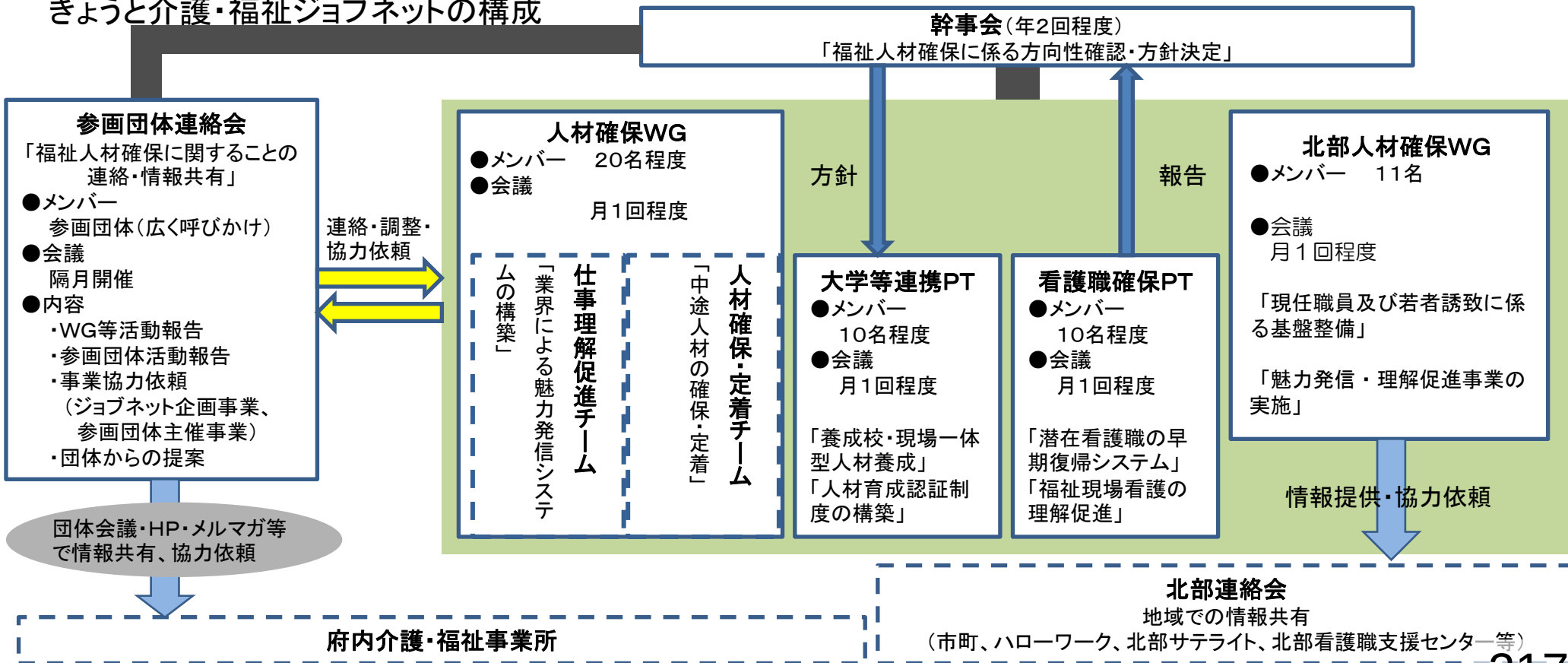
(3) 都道府県による取組

① 京都府における介護人材確保・定着に向けた取組

京都府の取組

- I 福祉人材育成認証制度の普及・推進
- II 3年間(平成24年度～平成26年度)で新たに福祉人材6,000人の確保及び定着を推進
- III 府北部地域での福祉人材確保(3年間で900人)
- 「きょうと介護・福祉ジョブネット」の構築。
 - ・介護現場の職員、関係団体、職能団体が参集し意見を交わす人材のプラットフォームにおいて、プロジェクトチームやワーキンググループを設置し、人材確保・定着に向けた事業や大学等と連携した取組を実施。

きょうと介護・福祉ジョブネットの構成



② 広島県における介護人材確保・定着に向けた取組

第5期ひろしま高齢者プラン

・質の高い人材育成・確保に向けた事業者、関係団体等の主体的な取組を促し、総合的に支援

保険者や事業者等の主体的な取組を促進するため協議会を設置

広島県福祉・介護人材確保等総合支援協議会 ※運営は広島県社協、運営経費は広島県の負担

【構成員】※以下のように行政や職能団体、事業者団体などで構成

広島県、広島労働局、広島県社会福祉協議会、広島県看護協会、広島県介護福祉士会、広島県社会福祉士会、日本介護福祉士養成施設協会、日本社会福祉教育学校連盟、日本社会福祉士養成校協会、介護労働安定センター、広島県社会福祉施設経営者協議会、広島県老人福祉施設連盟、広島県老人保健施設協議会、広島県身体障害者施設協議会、広島県知的障害者福祉協会、広島県訪問介護事業連絡協議会、広島県生活協同組合連合会、広島県教育委員会、（広島県市長会、広島県町村会：平成25年度参画予定）

【情報提供・啓発部会】

- 社会的認知の確立や中・高校生の理解促進に向けた情報提供や啓発

【人材確保・育成部会】

- 福祉介護人材の安定的確保に向けた体制の整備
- 従事者全体の知識・技術の底上げと高度な資質を有する人材の育成

【就業環境改善部会】

- 福祉・介護事業所における就業環境改善の推進

広島県におけるビジョンの共有⇒利用者・従事者にとっての「魅力ある環境づくり」

【情報提供・啓発に関する取組】

- 小学校、中学校、高等学校への介護職の実態を描写した図書（コミック）の寄贈
- 「介護の日フェスタin広島」の実施、「介護の日」ポスター募集
- 職業の選択肢としての動機付けのため、学生等への施設見学＆体験バスツアーの実施 等

【人材確保・育成に関する取組】

- マッチング機会を提供するため、合同求人説明会や合同就職相談会を開催
- 介護職の就業体験の実施
- 新人教育を充実させるための新任職員教育担当者研修の実施
- 事業所選択眼養成講座や人材確保能力向上研修の開催 等

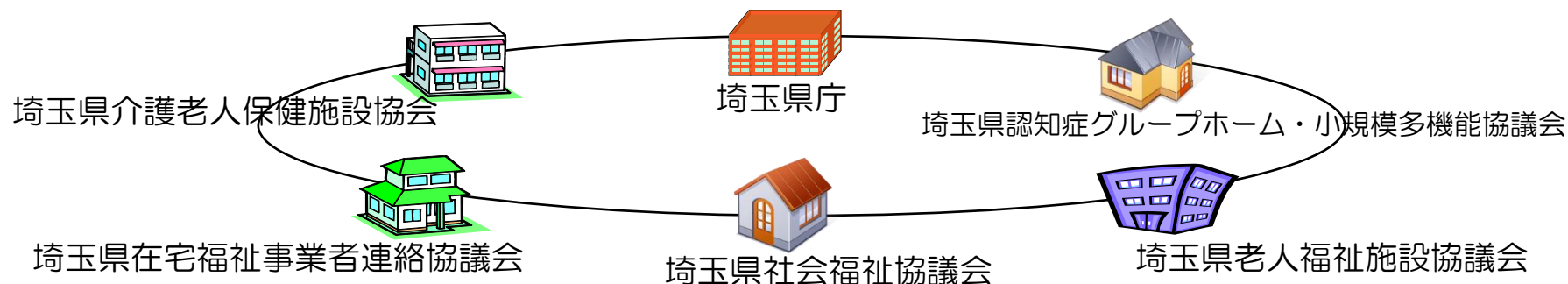
【就業環境の改善に関する取組】

- 自己点検ツールの提供による人材の確保・定着に向けた就業環境改善等の取組の促進
- 就業環境改善シンポジウムの開催による改革・発展に向けた機運醸成と意識改革の促進 等

③ 埼玉県における介護人材の確保・定着に向けた取組（平成25年度から）

介護職員しっかり応援プロジェクト

介護職員しっかり応援プロジェクトチームの設置



介護人材の確保・定着に向けた取組方針

- 介護職のイメージアップ
- 魅力ある職場づくりの促進
- 介護職員の給与アップ

介護職員合同入職式の実施

- ・新たに介護職員となった方を知事が激励
- ・知事メッセージの交付や記念講演を実施
- ・平成25年度は262事業所から約800人が参加



表彰の実施

- ・離職率が低い事業所や資格取得に積極的な事業所等を表彰
- ・優れた処遇を行った介護職員や事業所を表彰

介護職員給与改善の取組

- ・経験や資格に応じたモデル給与表を作成し事業所に給与改善の働きかけ
- ・給与水準が低い事業所に公認会計士を派遣し、個別指導を実施

魅力ある取組の情報発信

- ・県や各団体のHP等 ⇒ プロジェクトのPR、表彰対象事業所の取組紹介、介護職員からのビデオメッセージなど

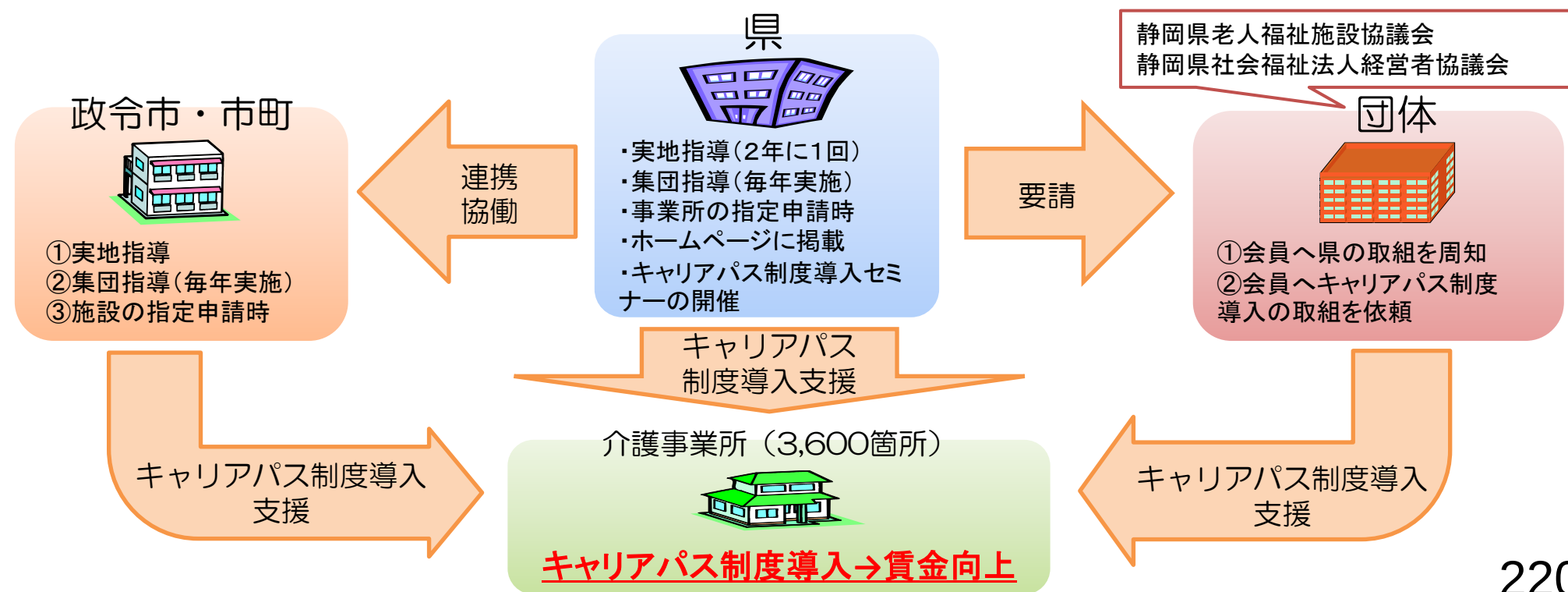
④ 静岡県における介護人材の確保・定着に向けた取組（平成25年度から）

○ 介護人材の確保対策の一環として、介護職員の賃金水準の向上を図り、介護職員が長く働きやすい環境をつくるため、各事業所にキャリアパス制度の導入を支援する取組を実施。

＜背景＞

- ・ 県内の有効求人倍率は、平成25年3月現在、全産業では0.78倍だが、介護分野は2.02倍と慢性的な人材不足の状況。
- ・ 人材不足の要因としては、賃金水準の低さがあり、賃金水準が低いのは勤続年数が短いことが原因との認識。
- ・ 処遇改善加算は、全事業所の81.7%が算定。ただし、キャリアパス要件の「要件Ⅰ」を算定している事業所は、特別養護老人ホームでは81.7%であるが、居宅系サービス事業所では57.9%と低くなっている。

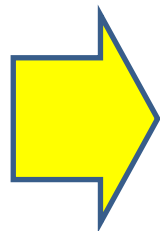
○ 具体的な取組としては、キャリアパス制度導入セミナーの開催や、実地指導等の際にキャリアパスの参考例（平成24年度作成）を提示することなどにより、キャリアパス制度導入を促す。



⑤ 高知県における介護人材の確保・定着に向けた取組

- 高知県では、少子高齢化が進む中、介護の担い手となる介護職員の不足が懸念されるという問題意識のもとで、介護人材の確保・定着に向けた取組として、積極的な広報活動を展開している。
- 具体的には、福祉・介護の仕事について、正しい認識を広めるとともに、より多くの若い世代に福祉・介護分野への就業を選択してもらえるよう、福祉・介護の仕事の魅力を伝えるため、パンフレットを作成し、県内の中学校、高校、専門学校等に配布するなどの取組を行っている。

広報 (パンフレット・TV)



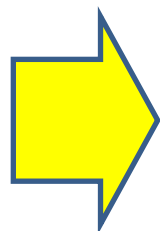
【漫画を活用したPR広報】

- くさか里樹さん(高知県出身)の漫画「ヘルプマン」のイラストを使用したパンフレットを7万部作成し、県内の中学校・高校・専門学校に配布。

【テレビを活用したPR広報】

- 毎週月曜日に3分間程度の番組枠の中で、県内で介護の仕事に従事している若者をクローズアップし、介護の仕事の魅力をPRしている。

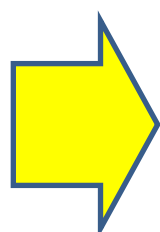
セミナーの開催



- 中山間地域の介護人材の確保に向けた取組として、中高生や保護者、福祉の仕事に興味のある一般の方を対象にセミナーを開催。
※平成25年度からの新規事業として実施

- セミナーでは、希望者に対して施設見学や介護体験などを実施

協議会の設置 (高知県福祉・介護人材確保推進協議会)

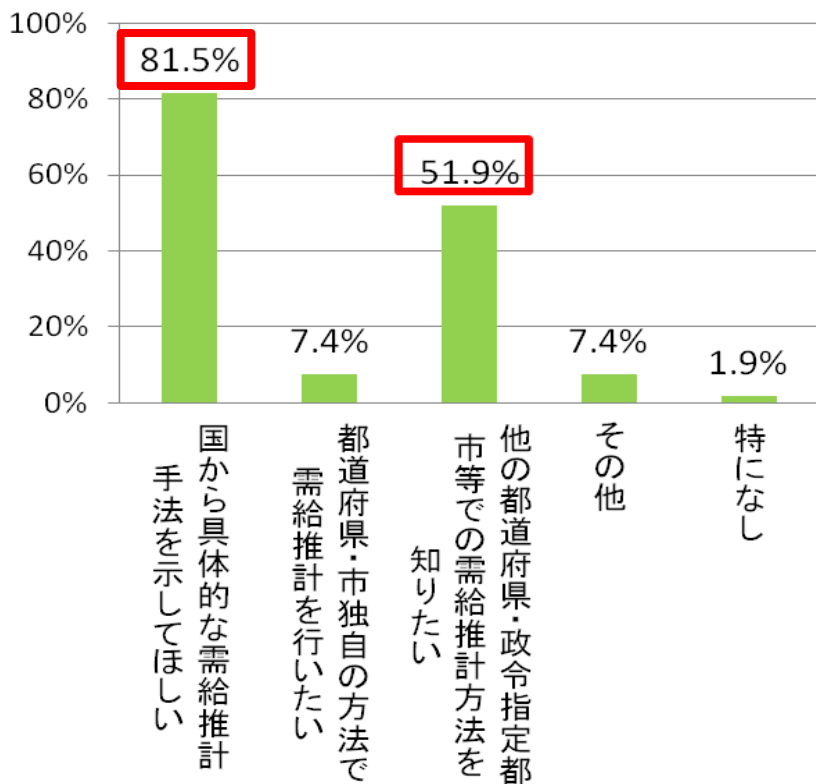


- 高知県庁(福祉部局・労働部局・教育委員会)、高知労働局、ハローワーク、介護労働安定センター、福祉人材センター、看護協会、介護福祉士会、老人福祉施設協議会ほか事業主団体、専門学校などが参加。
- 人材確保に関する取組の情報共有の場として、協議会を設置。
※年2回開催(県庁と労働局が事務局となり、各1回ずつ主催)

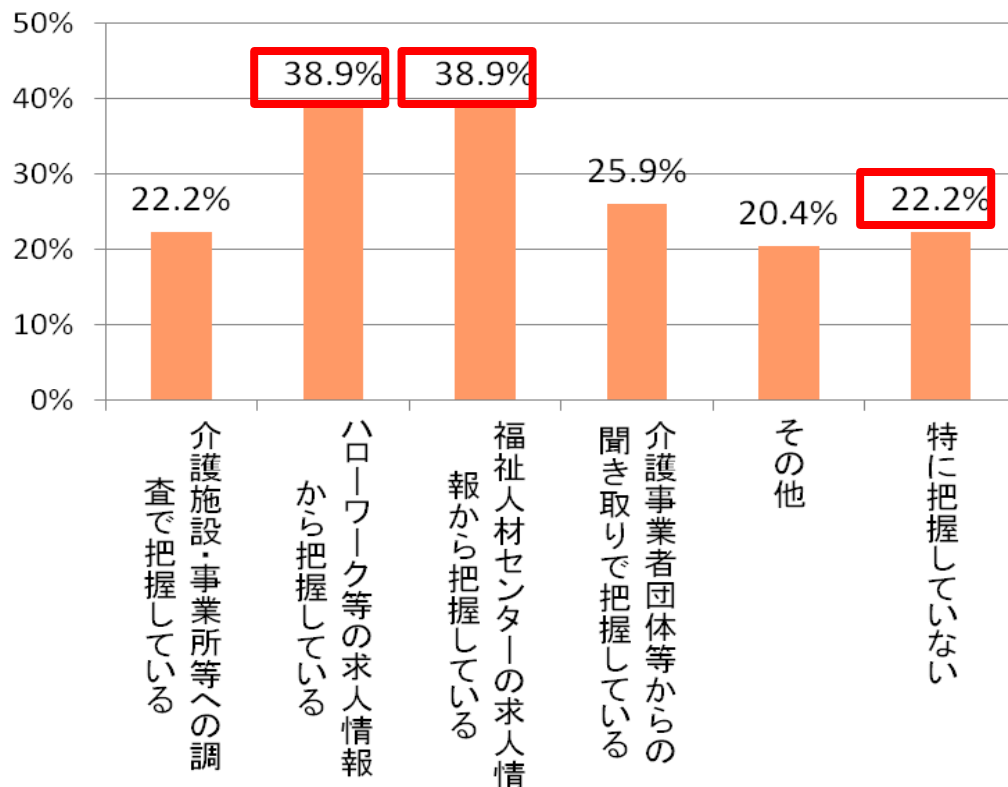
(参考) 介護人材の需給推計について

- 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)



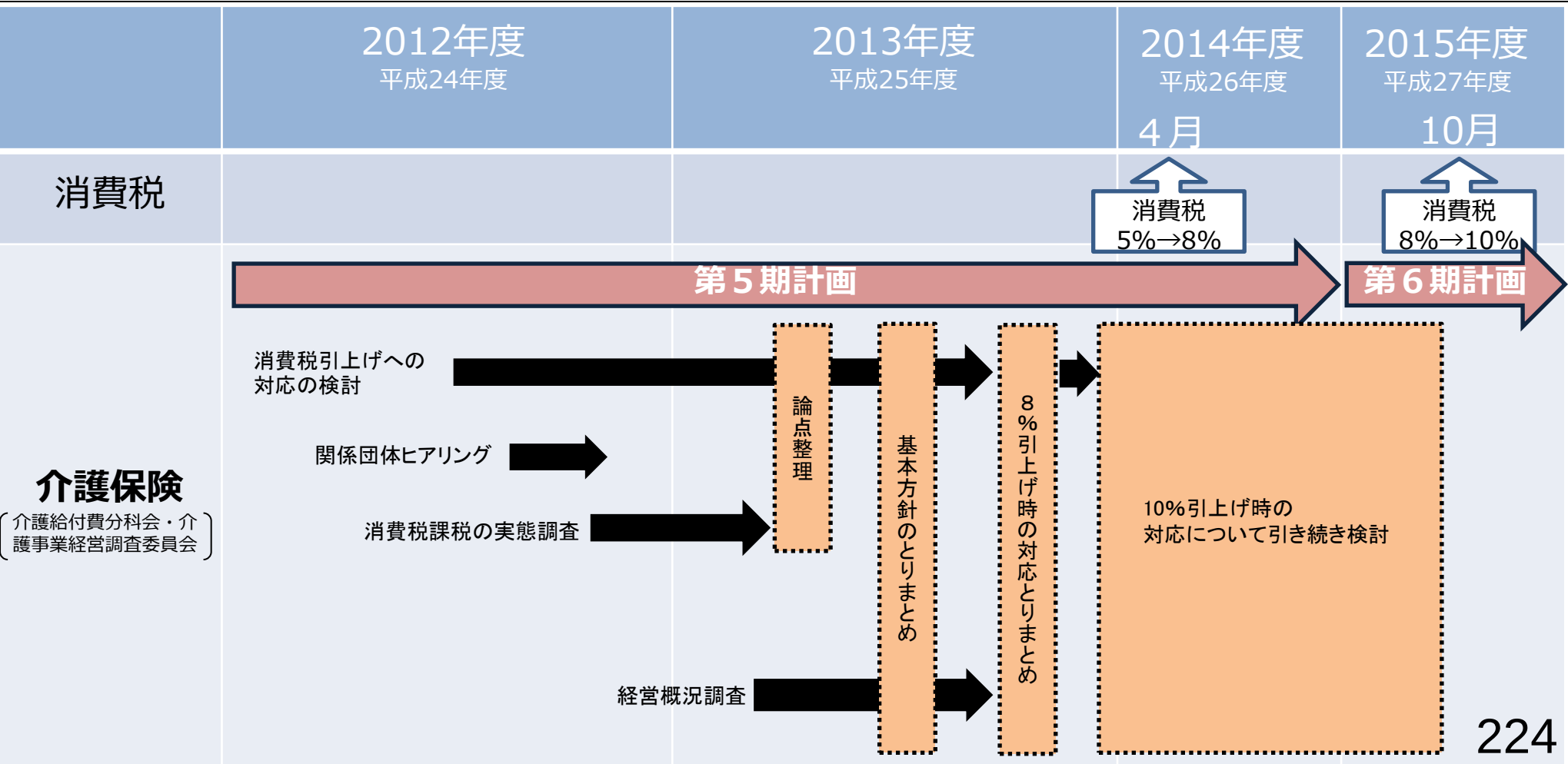
介護人材の過不足状況の把握方法(複数回答)



Ⅱ 消費税引上げに伴う介護報酬改定 について

介護保険サービスに関する消費税引上げ時の対応

- 介護保険サービスに関する消費税引上げ時の対応について、審議会における議論の方向としては以下のとおり。
- 【消費税率8%引上げ時の対応】
- ・ 介護報酬と別建ての高額投資への対応については、高額投資の実態や医療保険における議論等を踏まえ、実施しない。
- ・ 引上げに伴う影響分を補填するため、介護報酬への上乗せ対応を行う。
- ・ 基準費用額、特定入所者介護サービス費（居住費・食費関係）、区分支給限度基準額についても、給付実態等を勘案しながら、引き続き検討する。
- 【消費税率10%引上げ時の対応】
- ・ 8%引上げ時の対応を踏まえ、医療保険における議論の動向も見ながら、引き続き対応を検討する。



～介護事業経営調査委員会（7月19日開催）における議論の総括（まとめ）～

○ 介護保険サービスに関する消費税引上げ時の対応について、去る7月19日に開催された介護事業経営調査委員会における議論の結果、同委員会としての対応案は以下のとおりとされた。

1. 消費税率8%引上げ時の対応

- ・ 介護報酬とは別建ての高額投資への対応については、介護における高額投資の実態、対応に伴うメリット・デメリット、医療保険における議論の動向も踏まえ、実施しない。
- ・ 引上げに伴う影響分を補填するため、介護報酬への上乗せ対応を行う。上乗せの方法としては、基本単位数への上乗せを基本としつつ、消費税負担が相当程度見込まれる加算があれば、それらにも上乗せすることを検討する。
- ・ 基準費用額、特定入所者介護サービス費（居住費・食費関係）、区分支給限度基準額についても、給付実態等を勘案しながら、引き続き、検討する。

2. 消費税率10%引上げ時の対応

- ・ 8%引上げ時の対応を踏まえ、医療保険における議論の動向も見ながら、引き続き、対応を検討する。

Ⅲ 地域包括ケアシステム構築のための 市町村支援について

医療・介護サービス提供体制改革推進本部について

医療・介護の従事者、施設、事業等の確保及び有効活用等を図り、効率的で質の高い医療・介護サービス提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応し、各自治体が地域の実情に応じて、地域包括ケアシステム（医療、介護、住まい、予防、生活支援が身近な地域で包括的に確保される体制）の構築を推進していくことを支援するためには、部局横断的な連携が求められることから、厚生労働省に医療・介護サービス提供体制改革推進本部を設置する。

本部

本部長：大臣
本部長代理：副大臣、政務官
副本部長：事務次官、厚生労働審議官

構成員：医政局長、老健局長、保険局長、社会・援護局長
審議官（老健、医療・介護地域連携担当）、
審議官（医療保険、医政、医療・介護連携担当）
審議官（社会・援護担当）

（平成25年10月11日設置）

医療・介護連携推進プロジェクトチーム

- 高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の一体的な確保を行うため、医療計画と介護保険事業（支援）計画の連携、医療機能分化・連携や在宅医療・介護を進めるための新たな財政支援制度等について、関係部局で一体的に検討を行う。
- 主査を厚生労働審議官とし、副主査を医政局長、保険局長及び老健局長等とする。また、関係課室長を構成員とする。

地域包括ケアシステム推進プロジェクトチーム

- 地域包括ケアシステムの構築のための自治体支援その他の取組を行う。
 - ①先進事例の収集・提供
 - ②各種マニュアル、ツール等の作成・提供
 - ③見える化のシステム構築による自治体支援
 - ④都道府県単位での市町村セミナー、説明会等への講師派遣など、自治体への丁寧な説明
 - ⑤市町村をきめ細かく支援する方策の検討
- 今年度から来年度にかけて、自治体の第6期介護保険事業（支援）計画（中長期の見通しを含む）の策定作業に合わせ、自治体支援の活動を推進する。
- 主査を老健局長とし、副主査を医政局長、保険局長及び社会・援護局長等とする。また、関係課室長を構成員とする。

1. 広報の推進

- 地域包括ケアシンポジウム(全国5か所、7月29日～8月8日)
- 地域包括ケアシステムの広報ホームページ立ち上げ(8月6日)
- 地域ケア会議活用推進事業全国会議(9月20日)
- 市町村セミナーの開催(11月8日、平成26年1月17日)
- 生活支援のコーディネーターに係るシンポジウム等の開催(今年度中目途、2カ所程度)
- 定期巡回・随時対応サービスに係るシンポジウムの開催(今年度中に3カ所で実施予定)
- 小規模多機能型居宅介護に係るシンポジウム等の開催(今年度中に実施予定)

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html

2. 介護保険事業計画の策定支援

- 第6期介護保険事業(支援)計画の策定準備等に係る担当者等会議(7月29日)
- 日常生活圏域ニーズ調査の調査項目例の提供(7月29日)、生活支援ソフトの改訂版の提供(年内目途)
- 第6期介護保険事業計画策定用ワークシート、ワークシートの手引書の作成(検討中、年度末に暫定版提供予定)

3. 介護・医療関連情報の「見える化」システム構築による自治体支援

- 介護保険総合データベース、国勢調査等の公的統計調査の情報を有効に活用できる形で「見える化」システムを通じて提供。これにより、地方自治体は、全国比較や他の自治体との比較も行いつつ、それぞれの介護保険事業の現状等を視覚的にわかりやすく把握・分析し、今後の医療・介護サービスのより一層効果的な提供体制の検討が可能となる。

4. 事例集の作成・配布

- 事例集の第1版を提供(7月29日)
- 事例集の詳細版を作成・提供・ホームページでの周知
- 市町村介護予防強化推進事業(予防モデル事業)の好事例の紹介
- 定期巡回・随時対応サービスの事例集の作成(地方自治体、事業者、ケアマネジャー向け)
- 自立支援に資するケアプラン事例集の作成

http://www.mhlw.go.jp/seisaku_nitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/model.pdf

5. 各種マニュアルの作成・提供

- 認知症ケアパス策定の手引書(検討中)
- 地域ケア会議活用マニュアルの作成・提供

6. 地方自治体における人材育成への支援

- 地方自治体の介護保険担当職員に対して、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築のための研修を充実する方策を検討

7. セミナー、説明会等への講師派遣

- 市町村向けセミナー、説明会等への講師派遣
- 地方自治体からの相談、情報連絡体制の整備検討

(参考資料)

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）

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ことが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が考えられる
- 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 寛	(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)