

社会保障審議会介護保険部会（第54回）議事次第

平成25年12月20日（金）
10:00～12:00
於 東海大学校友会館「阿蘇・朝日」

議 題

1. 介護保険制度の見直しに関する意見（案）について

【資料】

- 資料1 介護保険制度の見直しに関する意見（案）
- 資料2 介護保険制度の見直しに関する意見 概要（案）
- 資料3 概要資料
- 資料4 参考資料

社会保障審議会 介護保険部会（第54回）	資料1
平成25年12月20日	

介護保険制度の見直しに関する意見（案）

平成25年12月 日
社会保障審議会介護保険部会

目次

はじめに

I サービス提供体制の見直し

1. 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

- (1) 在宅医療・介護連携の推進
- (2) 認知症施策の推進
- (3) 地域ケア会議の推進
- (4) 生活支援サービスの充実・強化
- (5) 介護予防の推進
- (6) 地域包括支援センターの機能強化

2. 地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し

3. 在宅サービスの見直し

- (1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- (2) 訪問介護
- (3) 訪問看護
- (4) 小規模多機能型居宅介護
- (5) 複合型サービス
- (6) 通所介護
- (7) 福祉用具
- (8) 住宅改修
- (9) ケアマネジメント・居宅介護支援

4. 施設サービス等の見直し

- (1) 特別養護老人ホーム
- (2) 介護老人保健施設・介護療養型医療施設
- (3) 高齢者向け住まい

5. 介護人材の確保

6. 介護サービス情報公表制度の見直し

II 費用負担の見直し

1. 低所得者の1号保険料の軽減強化等
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）
4. 介護納付金の総報酬割

III 2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

今後に向けて

はじめに

- 介護保険制度が施行された 2000（平成 12）年当時、約 900 万人だった 75 歳以上高齢者（後期高齢者）は、現在約 1400 万人となっており、2025（平成 37）年には 2000 万人を突破し、「後期高齢者 2000 万人社会」になっていく。都市部を中心に 75 歳以上高齢者数が急増するとともに、単身や夫婦のみの高齢者世帯が増加するなど地域社会・家族関係が大きく変容する中で、介護保険制度が目指す「高齢者の尊厳の保持」や「自立支援」をいかに実現していくかが問われている。
- 「できる限り住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送りながら老いていきたい」。これは、多くの人々に共通する願いである。多くの人々のこのような願いをかなえるためには、介護のサービス基盤を整備するだけでは不十分であり、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を目指した改正が重ねられてきた。
- まず、2005（平成 17）年の見直しでは、市町村単位でサービスの充実とコーディネートが図られるよう、地域密着型サービスや地域包括支援センターが創設されるとともに、自立支援の視点に立って、予防給付や地域支援事業が導入されるなど、地域包括ケアシステムの構築に向けて第一歩が踏み出された。
- そして、2011（平成 23）年の見直しでは、地域包括ケアシステムに係る理念規定が介護保険法に明記されるとともに、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支える仕組みとして、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスといった新サービスが導入された。また、地域支援事業において、多様なマンパワーや社会資源の活用を図りながら、要支援者と二次予防事業対象者に対して、介護予防サービスや配食・見守り等の生活支援サービスを市町村の判断で実施できる「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設された。併せて、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」が改正され、在宅生活を継続する上での土台となる住まいを必要な社会資本として整備し、居住の確保を保障する取組が進められてきた。
- このように、順次見直しが行われてきたが、「団塊の世代（1947 年から 1949 年生まれ）」がすべて 75 歳以上となる 2025 年までの残り 10 年余りで、地域包括ケアシステムの構築を実現することが求められている。そして、この間には、社会保障制度改革国民会議の提案のように、疾病構造の変化を踏まえた、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への改革が行われようとしており、地域医療・介護の一体的なサービス提供体制の見直しが求められている。

- 介護保険制度は、制度創設以来、「地方分権の試金石」として、市町村自らが保険者となり保険制度を運営するなど、地方自治体が主体的な役割を果たしてきた。市町村をはじめとする関係者の努力により、介護保険制度は国民に無くてはならないものとして定着してきたが、地域包括ケアシステムについては、高齢化の進展や地域資源に大きな地域差がある中、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あり、「地域の力」が再び問われていると言える。社会保障制度改革国民会議の報告書でも、地域包括ケアシステムの構築は「21世紀型のコミュニティの再生」と位置づけられている。
- 一方、介護サービスの増加に伴って、施行当初は全国平均 3,000 円を下回っていた 65 歳以上高齢者の介護保険料(1号保険料)は、既に 5,000 円弱となっており、今後の高齢化の進展やサービスの更なる充実・機能強化を図っていく中で、2025(平成 37)年度には 8,200 円程度となることが見込まれ、現役世代の介護保険料(2号保険料)も同様に増えていくことから、介護保険制度の持続可能性を高めていくことも強く求められている。
- このように、今回の制度の見直しは、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 2 点を基本的な考え方とするものである。
- 本部会は、2011(平成 23)年 7 月の「社会保障・税一体改革成案」を受けて同年 10 月・11 月に 4 回の審議を行い、その時点における「議論の整理」を行った。その後、2013(平成 25)年 1 月から 6 月までに 4 回の意見交換を行い、その結果を社会保障制度改革国民会議に報告した。同年 8 月には社会保障制度改革国民会議の報告書がとりまとめられるとともに、「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」が国会に提出されたことを受け、同法案第 5 条第 2 項に掲げられた検討項目を中心に、8 月以降、9 回にわたって審議を行ってきた。以下、当部会におけるこれまでの審議を整理し、介護保険制度の見直しに関する意見書としてとりまとめる。

I サービス提供体制の見直し

1. 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

- 地域支援事業は、平成 17 年の改正で創設されたものであるが、保険者である市町村が、介護給付や予防給付といった個別給付とは別に、事業という形で、要介護・要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態となった場合にも可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができ

るよう支援するためのサービスを提供するものである。市町村は、介護保険事業に係る保険給付を円滑に実施するため、介護給付と予防給付、地域支援事業を一体的に介護保険事業計画を定め、3年を一期とする運営を行っている。そして、この地域支援事業には、保険料財源も投入されているが、給付と一体的かつ密接に事業を実施することにより、効果的・効率的に介護保険事業を実施する仕組みである。

- 現在、地域支援事業は、介護予防事業や介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業で構成されているが、この地域支援事業を任意事業の見直しを含め、地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい良質で効率的な事業に重点化しつつ再構築するとともに、必要な財源を確保し、充実・強化を図っていくことが必要である。これにより、以下の(1)から(6)までに掲げる取組を市町村が主体的に取り組むことが可能となり、各市町村が地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築することができる。

(1) 在宅医療・介護連携の推進

- 75歳以上高齢者は、慢性疾患による受療が多い、疾病の罹患率が高い、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高い、認知症の発生率が高い等の特徴を有しており、医療と介護の両方を必要としていることから、医療と介護の更なる連携が必須である。また、地域包括ケアシステムの要素の一つは医療であることから、急性期医療からの早期かつ円滑な在宅への復帰を可能とする体制整備や在宅サービスの充実、在宅等での看取りの体制強化などが地域包括ケアシステムの構築の推進のために重要であり、この点においても医療・介護連携が必要である。
- 医療・介護連携については、従来から問われ続けてきた重要課題の一つであるが、「医療」と「介護」については、それぞれの制度やこれらを担う専門職が異なり、多職種間の相互理解や情報の共有ができていないことなど、必ずしも円滑に連携がなされていないという課題があった。地域包括支援センターや、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスといった新サービスを導入したこれまでの制度改正も、医療・介護連携に資するものと言える。
- 在宅医療・介護連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、様々な局面で求められる。医師との連携に困難を感じる介護支援専門員が多い現状にあるが、今後、在宅医療・介護連携を進めるためには、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリテーション専門職等の医療関係職種と介護支援専門員、介護関係職種といった多職種の連携が重要となるため、地域包括支援センターにおける医療面の対応強化への支援や、医療に関する専門的な知見を有する在宅医療に関する拠点機能の構築及びその拠点を中心

とした連携の強化が必要となる。

- これまでの医療提供体制に関する行政は、都道府県が入院に係る医療を提供する一体の医療圏としての二次医療圏や、三次医療圏を対象として考えてきたが、在宅医療・介護の連携については、介護に係る施策が市町村主体であることやモデル事業で進めてきた在宅医療連携拠点事業の取組を踏まえ、市町村が地域包括ケアシステムを構築する一つの手法として、国と都道府県の支援の下、地域の医師会等と連携しつつ、取り組むことが必要である。
- 具体的には、地域支援事業の包括的支援事業に在宅医療・介護連携の推進に係る事業を追加する。その際には、現行制度では、包括的支援事業を委託する場合は、事業の全てについて一括して委託することとされているが、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かんがみ、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ある。
- また、市町村が中心となって取組を進めるため、都道府県と市町村の役割分担、関係者との連携や調整を行う等の市町村の権限を明確にしていく必要がある。円滑な事業の実施のために平成 27 年度から施行し、市町村の準備期間を考慮して順次実施することとし、平成 30 年度には全ての市町村で実施することとするほか、小規模市町村では事業の共同実施を可能とすることが求められる。
- さらに、在宅医療・介護連携の推進に係る事業については、医療計画との調和も図りながら、介護保険事業（支援）計画に記載することが必要である。

（２）認知症施策の推進

- 認知症高齢者数については、要介護・要支援認定を受けている 65 歳以上の者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者は平成 22 年で約 280 万人、平成 37 年では約 470 万人に達すると見込まれている。これは 65 歳以上の約 1 割にあたり、要介護・要支援認定を受けている 65 歳以上の約 6 割となっている。一方、厚生労働科学研究費補助金の研究報告では、上記の認知症高齢者数を含め、平成 22 年の認知症有病者数は約 439 万人（認知症有病率推定値 15%）と推計されている。また、正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の中間）状態の者（MCI : mild cognitive impairment）の有病者数も約 380 万人（MCI 有病率推定値 13%）と推計されている。
- このように今後増加する認知症高齢者に適切に対応するためには、医療・介護・生活支援等が包括的に行われるよう体制整備を図ることが必要となるが、これまでの認知症施策は、

- ① 早期受診・対応の遅れによる認知症状の悪化
 - ② 医療機関においても認知症の人への対応が不十分
 - ③ 認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくための介護サービスが量、質の両面から不足
 - ④ 地域で認知症の人とその家族を支援する体制が不十分
 - ⑤ 医療・介護従事者が現場で連携がとれた対応ができていないケースがある
- など、様々な課題が指摘されてきた。

- これらの課題に対応し、「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」の実現を目指すため、「認知症施策推進5か年計画」が策定され、平成25年度から取組が実施されているが、増加する認知症高齢者に対応するためには、この計画を着実に推進するための制度的な裏付けが必要となる。
- 認知症施策については、早期からの適切な診断や対応、そして認知症についての正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援を地域ごとに包括的・継続的に実施する体制を作ることが重要であり、これまでも市町村ごとに取り組みられてきてはいるものの、認知症施策の推進を地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が地域包括ケアシステムの構築の一つの手法として取組を進めることが必要である。
- 認知症施策の推進についても、保健医療・福祉に係る専門的な知識及び経験が必要となることにかんがみ、(1)と同様に、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ある。なお、市町村の準備期間を考慮して順次実施することとし、平成30年度には全ての市町村で実施することとするほか、小規模市町村では事業の共同実施を可能とすることが求められる。
- 特に、認知症は早期診断・早期対応が重要であることから、初期の段階で医療と介護との連携の下に認知症の人やその家族に対して個別の訪問を行い適切な支援を行う「認知症初期集中支援チーム」や、地域の実情に応じた医療機関・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「認知症地域支援推進員」の設置に取り組むことが重要となる。また、認知症ケアに携わる多職種の協働研修、認知症カフェ等による認知症の人とその家族への支援など認知症ケアの向上を推進する事業を地域支援事業で推進することも重要である。
- このほか、認知症施策については、専門医療機関の整備、認知症施策を担う医療・介護人材の対応力向上、予防・診断・治療・ケア技術等の確立に向けた研究の推進、家族に対する支援、認知症高齢者とは異なる特徴がある若

年性認知症者への対応、認知症サポーターの普及、市民後見人の育成と支援体制の整備、認知症の普及・啓発を含む認知症にやさしいまちづくり等に積極的に取り組むことが必要である。

- なお、この点に関し、生活の場に必要な医療が提供されて看取りまでできる体制整備を求める意見があった。

(3) 地域ケア会議の推進

- 地域ケア会議は、多職種の第三者による専門的視点を交えてケアマネジメントの質の向上を図るとともに、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより地域課題を発見し、地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげるものである。
- 地域ケア会議の推進により、高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備が同時に図られることになるため、地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの実現に向けた重要なツールと位置づけられる。
- 平成 24 年度から、地域包括支援センターの設置運営通知を改正し、個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」は市町村内の圏域単位での地域包括支援センターが開催し、地域づくりや政策形成等につなげる「地域ケア推進会議」は市町村レベルで開催しているところであるが、会議の内容、参加者等は様々であり、個別ケースの検討を基本としている会議は多くない現状にある。
- このため、市町村の地域支援事業の包括的支援事業の一環として、地域ケア会議を実施することを介護保険法に位置づけるとともに、介護支援専門員の協力や守秘義務の取扱い等について制度的な枠組みを設け、一層の推進を図る必要がある。また、地域ケア会議が十分に機能するためには、市町村の人材育成、マニュアル作成、好事例の共有など、国は市町村の支援に取り組むことが必要である。
- なお、この点に関し、地域ケア会議は介護支援専門員と地域のケアマネジメントに関わる多様な専門職等が適切に意見交換するための会議であるということを明確にして推進すべき、市町村長の権限・役割を明確にし、総合調整の権限を新たに付与すべきとの意見があった。

(4) 生活支援サービスの充実・強化

- 単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加する中、高齢者が地域で生活を継続するためには、多様な生活支援ニーズがあり、多様なサービ

スを地域で整備していくことが求められる。

- 例えば、高齢者のいる世帯では、都市部・地方にかかわらず、買い物に不便を感じている世帯が約5割となっており、一人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていることは、「家の中の修理、電球交換、部屋の模様替え」「掃除」「買い物」「散歩・外出」「食事の準備・調理・後始末」「通院」「ごみ出し」などが上位にあがっている。そして、NPO等による生活支援サービスの利用者は、要介護者に限らず、要支援者、自立の人も多数含まれる。
- その一方で、高齢者支援を目的とする60歳以上の住民グループ活動は5.9%、高齢者見守りネットワークを形成している地方自治体は36.8%にとどまり、住民の互助活動によるサービスや見守り活動は十分と言えない現状にある。
- このような状況を踏まえれば、まず市町村が中心となって、NPO、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人等の生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化を図ることが必要である。具体的には、高齢者等がサービスの担い手となるよう養成し、支援を必要とする高齢者の支援の場につなげ、生活支援サービスを行う事業主体間のネットワークを構築することや、地域のニーズと地域資源のマッチングなどを行うコーディネーターの配置や協議体の設置等について、地域支援事業の包括的支援事業に位置づけて取組を進めることが必要である。
- これらを通じ、高齢者の中には事業の担い手となる者も現れ、高齢者が社会的役割を持つことにより、生きがいや介護予防にもつながることが期待される。

(5) 介護予防の推進

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものである。特に、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。
- 一方で、これまでの介護予防の手法は、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り、介護予防で得られた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や社会参加を促す取組（多様な通いの場の創

出など)が必ずしも十分ではなかったという課題がある。

- このような現状を踏まえると、これからの介護予防は、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・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、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る。このような効果的なアプローチを実践するため、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ことが適当である。
- 具体的には、今後の介護予防事業（一般介護予防事業）については、市町村の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、介護予防の理念の徹底の観点から、元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、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等、機能強化を図る必要がある。
- さらに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例を全国展開する観点から、国は都道府県と連携しながら技術的支援を行うとともに、全国・都道府県・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるよう、介護・医療関連情報の「見える化」を推進する必要がある。
- なお、上記のような地域づくりのためには、介護保険制度のみならず、高齢化に対応した地域づくりに向けた国・地方自治体の諸施策が有機的に連携することが不可欠である。

(6) 地域包括支援センターの機能強化

- 地域包括支援センターの設置数は4,328か所、サブセンター・ブランチを合わせて7,072か所となっている（平成24年4月末時点）。センターを対象とした調査では、センターの1/4は業務量が過大と認識しており、センターの約半数は地域支援ネットワークを活かした介護支援専門員への支援を行っていないと回答している。また、相談件数は、1センターあたり平成21年度1,745件が、平成24年度2,264件と1.3倍に増加している。
- 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である。

- 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することが必要である。さらに、今後、現在の業務に加え、「在宅医療・介護連携の推進」、「認知症施策の推進」、「地域ケア会議の推進」、「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」、「全ての市町村における総合事業の実施」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とそのため財源確保、職員の研修の充実を図ることが必要である。
- また、これらの新たな業務を行っていく際、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、効果的かつ効率的な運営を目指すことが必要である。これに関しては、地域ケア会議の活用推進のためにも、地域包括支援センターの機能強化、役割分担・連携を更に進める必要があるとの意見があった。
- 委託型センターに対しては、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し、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する必要がある。
- センターがより充実した機能を果たしていくには、センターの運営に対する評価が必要であるが、現在、評価を実施している市町村は約3割にとどまっており、市町村運営協議会等による評価の取組を法定化するなど、継続的な評価・点検の取組を強化することが必要である。併せて、情報公表制度を活用するなどして、センターの取組について周知を図ることが必要である。

2. 地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し

(見直しの背景・趣旨)

- 「1(4)生活支援サービスの充実・強化」でも述べたとおり、一人暮らし高齢者等の急速な増加、家族の介護力の低下、地域を支える若年層の減少などにより、生活支援ニーズの高まりが顕在化する。
- 特に、要支援者は生活支援のニーズが高く、その内容は配食、見守り等の多様な生活支援サービスが求められており、生活支援の多様なニーズに応えるためには、介護サービス事業者以外にも、NPO、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人など、多種多様な事業主体の参加による重層的なサービスが地域で提供される体制の構築が重要である。併せて、今後の地域における少子高齢化の進行やそれに伴い介護人材の確保が難しくなる状況を考えれば、高齢者は単にサービスの受け手・利用者ではなく、高齢者が積

極的に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することが求められている。

- また、「1 (5) 介護予防の推進」で述べたとおり、地域に多様な通いの場を作り、社会参加を促進していくことは、高齢者の介護予防にとって極めて重要であるが、趣味やボランティア活動等の社会参加についても、生活支援サービスと同様、地域の中で多様な主体により多様な場を確保していくことが重要である。
- このような生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加促進の必要性に応えるためには、地域支援事業の枠組みの中で介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し、サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、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を提供できるよう、地域支援事業の形式に見直すことが必要である。
- 市町村が中心となって基盤整備を進めつつ、地域支援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、NPO、民間企業、住民ボランティア等による生活支援サービスなど、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。そして、高齢者は支え手側に回ることもでき、地域の中で社会的役割を持つという点で生きがい・介護予防にもつながることとなる。
- 予防給付も地域支援事業も介護保険制度内のサービスの提供であり、財源構成も変わらないが、訪問介護・通所介護の地域支援事業の移行により、質を低下させることなく多様なサービスを効果的・効率的に提供するとともに、地域における互助の再構築と高齢者の社会参加を通じた自立支援といった好循環を生むことが可能となる。
- この中で、事業移行後も、既にサービスを受けている者については必要に応じて既存サービス相当のサービスを利用可能とし、新しくサービスを受ける者については多様なサービスの利用を促進するが、必要に応じて既存サービス相当のサービスを利用可能とすることが必要である。
- 予防給付のうち、訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、多様な形態でのサービス提供の余地が少ないことから、市町村の事務負担も考慮して、引き続き予防給付によるサービス提供を継続することが適当である。
- 新しい総合事業の施行は第6期介護保険事業計画のスタートの平成27年4

月からとし、市町村の円滑な移行期間を考慮して、平成 29 年 4 月までにはすべての市町村で実施し、平成 29 年度末にはすべて事業に移行することが適当である。

(新しい総合事業の内容)

- 新しい総合事業の事業構成は、要支援者と介護予防・生活支援サービス事業対象者（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普及啓発等を内容とする「一般介護予防事業」とすることが適当である。
- 新しい総合事業の介護予防・生活支援サービス事業については、以下のとおりとすることが適当である。
 - ・ 利用手続は要支援認定を受けて地域包括支援センターによるケアマネジメントに基づきサービスを利用することとともに、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業の利用のみの場合は、基本チェックリスト該当で利用可能とする。
 - ・ 事業費の単価については、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。
 - ・ 利用料については、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。ただし、既存サービスに相当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、一定の枠組みの下、市町村が設定する仕組みを検討する。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。
 - ・ 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する。
 - ・ 利用者個人の限度額管理を実施し、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する。
- 一般介護予防事業については、「1(5)介護予防の推進」のとおり、元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、住民運営の通いの場を拡大させていくような地域づくり等の取組を推進することが適当である。
- 市町村による事業の円滑な実施を推進するため、上記の「介護予防・生活

支援サービス事業」と「一般介護予防事業」の内容を、介護保険法に基づく指針で、ガイドラインとして示し、市町村の取組を支援する必要がある。また、ガイドラインには以下の事項等も盛り込むことが適当である。

- ・ 市町村による事業での様々な創意工夫の例や、認知機能が低下している者に対する事業など、事業で対応する際の留意点
- ・ 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して努力すること

○ なお、専門職は、今後も増加が見込まれる要介護者に対するサービス提供に従事していくことが重要であるが、もちろん要支援者に対しても、その状態を踏まえたケアマネジメントで専門職によるサービスが必要と判断された者に対してはそれにふさわしいサービスが適切な単価の下に提供されることが適当であり、この点、ガイドラインにも盛り込むことが適当である。また、このガイドラインについては、関係者の意見を聴きつつ、策定されることが適当である。

○ 市町村は介護保険事業計画の中で要支援者へ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する。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)

○ 市町村の事務負担の軽減については、毎年度委託契約を締結するといった事務を不要等とするため事業所を認定等により特定する仕組みを導入するとともに、審査・支払いに関して国民健康保険団体連合会を活用する。また、介護認定の有効期間の延長についても検討する必要がある。

(効率的な事業の実施)

○ 市町村は、

- ・ 総合事業の移行により、住民主体のサービス利用を拡充すること
- ・ 機能が強化された新しい総合事業を利用することで、支援を必要とする高齢者が要支援認定を受けなくても地域で暮らせる社会の実現を図ること
- ・ 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することにより重度化予防を推進すること

など、サービス提供を効率的に行い、中長期的には総費用額の伸びが後期高齢者数の伸び程度となることを目安に努力するとともに、短期的には生活支援・介護予防の基盤整備の支援充実に併せ、より大きな費用の効率化を図る必要がある。

○ 総合事業の実施により、既存の介護事業者を活用しつつ、住民主体のサー

ビスの拡充等を推進することで、効率的に事業実施が可能となる。総合事業の事業費の上限については、円滑な事業移行が図られ、保険料負担者の理解と納得感が得られる事業実施となるよう、費用の効率化の趣旨を踏まえ、以下のとおりとすることが適当である。

- ・ 予防給付から事業に移行する分を賄えるよう設定する。
- ・ 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の合計金額を基本にしつつ、当該市町村の後期高齢者数の伸び等を勘案して設定した額とする。
- ・ 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も検討する。

(部会での議論)

- 今回の見直しの目的・趣旨は、1(1)から(6)までに掲げたとおり、地域支援事業を充実するとともに、予防給付の見直しに市町村が中心となって取り組み、地域の多様なニーズに応えながら、地域包括ケアシステムの構築を実現することであり、以上のとおり、予防給付の見直し全般については、概ね意見の一致を見た。
- ただし、市町村の円滑な事業運営が進むように国・都道府県は市町村を支援すべき、ガイドラインにサービスの質を一定程度担保できるような内容を盛り込むべき、急激な高齢化が進む中で事業者は費用の効率化に努めるべき、上限が機能せず事業のメニュー・費用がかえって増加することのないよう実効性を確保すべきなどの留意事項を挙げる意見があった。
また、事業費は前年度実績を上回らないことを原則とすべき、現行の地域支援事業・総合事業の財源構成そのものが問題であり市町村の裁量で実施する事業に第2号被保険者の保険料を充てること自体を見直すべきなどの意見があった一方で、抑制のみに着目すべきではなく財源をしっかりと確保すべき、削減ありきの議論で、サービスの質の低下、専門職の意欲の低下、労働者の処遇の悪化、利用者の状態悪化を招かないようにすべき、財源が厳しい地方自治体の中には供給量と質の低下が進んでいくところが出てくる可能性は否定できないなどの意見があった。このほか、NPO やボランティア等については地域偏在があることからすべての市町村で受け皿の整備ができるか不安との意見、要支援の認定率は地域格差があることから要介護認定を併せて見直す必要があるとの意見があった。
要支援者にはボランティアではなく専門家が予防給付としてサービスを提供すべき、市町村の独自事業とすべき、要支援1のみを事業に移すべきなど、見直しについて異論もあった。

3. 在宅サービスの見直し

- 重度の要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が今後増加していくことを踏まえると、そのような者の在宅生活を支え、在宅の限界点を高めるためには、訪問介護、通所介護、訪問看護等の普及に加え、医療ニーズのある一人暮らしの重度の要介護高齢者等でも在宅で生活できるように平成 24 年度に創設された定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスといった新サービスや、小規模多機能型居宅介護などの更なる普及促進を図っていく必要がある。また、これらを適切に組み合わせることができるケアマネジメントが求められている。
- 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ことが適当である。
- 各サービスの現状と見直しの方向は以下のとおりである。各サービスの見直しの中には、法改正のみならず、基準の見直しや介護報酬の改定で対応すべきものがあり、引き続き、社会保障審議会介護給付費分科会で議論を行っていく必要がある。

(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- 平成 25 年 9 月末日現在、定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、166 保険者で 335 事業所が指定を受け、4,261 人が利用している。サービスの普及は徐々には進んでいるものの必ずしも十分ではなく、更にサービスを普及していくためには、市町村、事業者、介護支援専門員等が、サービスについての理解を深めていくとともに、地域のニーズを正しく把握していくことが重要である。また、看護職員の確保や訪問看護事業所との連携が参入の障壁の一つと言われている。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の普及を図るため、地方自治体や事業者、介護支援専門員、看護関係者を中心に、サービスの普及啓発を行っていくことが重要である。また、定期巡回・随時対応サービス事業所と訪問看護事業所との連携の在り方等を検討していくことが必要である。なお、介護サービスと看護サービスを一体的に提供かつ運営がなされている事業所の設

置を促進する方策を検討していくことが必要であるとの意見があった。

(2) 訪問介護

- 訪問介護のサービスの質を高めるためには、訪問介護事業所のサービス提供責任者と介護支援専門員との連携が重要であり、サービス提供責任者の積極的な取組が進むようにしていくことが重要である。
- また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の導入に併せて、平成 24 年の介護報酬改定で導入された「20 分未満の身体介護サービス」は、1 日複数回提供できるサービスの選択肢として、その要件等の在り方を検討していくことが必要である。

(3) 訪問看護

- 訪問看護は、地域包括ケアシステムの根幹を成すサービスの一つであり、特に医療ニーズのある中重度の要介護者が、住み慣れた地域での在宅生活を継続するための必須のサービスである。近年、利用者数、ステーション数ともに増加傾向にあるものの、将来のサービス需要の増大に対して、その担い手である訪問看護職員の確保が十分になされていないという課題がある。将来にわたって、安定的な看護サービスの提供体制を確保するため、その担い手である訪問看護職員の確保を推進する新たな施策の展開が必要である。
- このため、例えば、以下のような取組を含めた新たな施策を推進する必要がある。
 - ① 訪問看護ステーションにおける ICT を活用した情報共有や業務の効率化による現職訪問看護職員の定着支援等
 - ② 新卒看護師等への訪問看護に関する普及啓発
 - ③ 訪問看護ステーションのサービス向上に資する職員研修の充実（地域における困難事例の共有や解決に向けた技術支援、訪問看護職員の育成のための実地研修体制の構築支援）
 - ④ 小規模な訪問看護ステーションの規模拡大に向けた初期支援や実地研修の実施等の機能を持つ拠点としての訪問看護ステーションの整備
- 更に、これらの取組においては、都道府県が地域の実情を踏まえた訪問看護サービスの確保のための施策を策定し、その内容を介護保険事業支援計画や医療計画に盛り込んでいく必要がある。
- また、訪問看護はステーションの規模が大きくなるほど効率性が向上すること等で、看護師 1 人当たりの訪問件数、在宅における看取り件数、夜間・深夜・早朝訪問件数が多く、24 時間対応や連絡体制の介護報酬算定率が高く

なっている実情にあることから、利用者のニーズに合わせたサービスの供給量を確保できていることが想定される。このため、訪問看護ステーションの規模拡大を引き続き推進していくことが適当である。

- なお、より地域の実情を把握している市町村が、訪問看護サービスのニーズを把握し、都道府県と協力していくことが重要であり、現在は都道府県・指定都市・中核市が担っている訪問看護事業所の指定について、市町村へ権限移譲することも含めて検討すべきとの意見や、看護職員の確保が十分でないことを踏まえ、効率的にサービスを提供するため、互いの専門性を考慮しつつ、看護と介護の連携をより推進すべきとの意見があった。

(4) 小規模多機能型居宅介護

- 平成 25 年 8 月現在、小規模多機能型居宅介護の利用者は約 7.6 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、今後もサービスの更なる普及促進を図っていく必要がある。
- 小規模多機能型居宅介護は、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事例も見受けられる。
- 重度の要介護者、単身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く、さらに今後は、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ている。
- 具体的には、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。以下の点について今後検討していく必要がある。
 - ・ 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
 - ・ 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等
 - ・ 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
 - ・ 事業所に配置されている介護支援専門員による要介護認定申請の手続が進むよう周知徹底
 - ・ 基準該当短期入所生活介護事業所（指定短期入所生活介護の人員基準等の要件の一部を満たしていない事業所）が併設できる事業所等への小規模

多機能型居宅介護事業所の追加と、専用の居室が必要とされている設備基準の緩和

(5) 複合型サービス

- 複合型サービスは、医療ニーズの高い中重度の要介護者が地域での生活を継続できるための支援の充実を図る目的で平成 24 年度に創設されたものである。具体的には「通い」「泊まり」「訪問看護」「訪問介護」といった複数のサービス利用を組み合わせることによって、退院直後の在宅生活へのスムーズな移行や家族の介護負担の軽減を図るとともに、不安が強い看取り期等においても在宅生活の継続に向けた後方支援となり得るサービスである。
- サービス参入事業所からみた複合型サービス開始後の効果としては、看護職が事業所内にいることで医療ニーズの高い利用者に対しても看護が提供でき、介護職員との連携が促進されたこと等が挙げられているが、医療ニーズを有する在宅利用者を訪問看護サービスで支援する上で、「通い」や「泊まり」を組み合わせることが、必ずしも十分に活用されていないといった課題がある。また、複合型サービスへの参入理由は「従来から医療ニーズの高い利用者が増加していたため」が最も多く、参入時に困難であったことは「看護職員の新規確保」が最も多くなっている。
- 平成 25 年 10 月末日現在、複合型サービスは、78 保険者で 90 事業所が指定を受け、1,432 人が利用しているが、地方自治体において複合型サービスの制度、参入メリット等が十分に理解されていない現状もあるため、更なる普及啓発を図る必要がある。同時に、複合型サービスとして求められている医療ニーズへの対応の更なる充実に向けて、医療機関との連携の強化や、地域のニーズに合わせた登録定員の柔軟な運用等も含めた検討を行っていく必要がある。

(6) 通所介護

- 通所介護については、事業内容の自由度が高く、介護や機能訓練に重点を置いたものとレスパイト中心のものがあり、また、事業所の規模やサービス提供時間の長さも異なるなど、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。このような実態を踏まえ、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することが必要である。また、効果的・効率的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することが必要である。

- これらの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、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ることが必要である。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検討する必要がある。
- 地域密着型サービスに位置づける場合、その施行時期については、平成 28 年 4 月までの間とし、条例制定時期は施行日から 1 年間の経過措置を設けることが必要である。また、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て努力義務とするほか、移行に際しての事業所指定の事務、運営推進会議の弾力化等、事務負担の軽減を併せて検討する必要がある。
- また、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、利用者や介護支援専門員に情報が提供される仕組みとすることが適当である。
- なお、通所介護と通所リハビリは、高齢者の自立支援を目的としてサービスを提供する機能が期待されており、両サービスについて、整合性がとれた見直しに向けた検討が必要との意見があった。

（7）福祉用具

- 高齢者の自立支援を図るためには、自らの身体能力等を最大限に活用できるように生活環境の観点から支援することが必要であり、要介護者・要支援者が増加する中、福祉用具の役割は重要となっている。
- 自立支援により資する福祉用具の利用を図る観点から、福祉用具専門相談員の指定講習内容の見直しを踏まえ、福祉用具専門相談員の要件を、福祉用具に関する知識を有している国家資格保有者及び福祉用具専門相談員指定講習修了者とすることが適当である。その際、現に従事している福祉用具専門相談員については、福祉用具サービス計画に関する知識も含め、常に福祉用具貸与（販売）に関する必要な知識の修得及び能力の向上に努めなければならないとすることが適当である。また、更なる専門性向上等の観点から、福祉用具貸与事業所に配置されている福祉用具専門相談員の一部について、

より専門的知識及び経験を有する者の配置を促進していくことについて検討する必要がある。

- 複数の福祉用具を貸与する場合において、効率化・適正化の観点から、都道府県等に届け出ている福祉用具の価格（利用料）からの減額を認めることを検討する必要がある。また、利用者に適した福祉用具の選択のための情報提供の一環として、ホームページ上において福祉用具の価格情報の公開の取組を進めることが適当である。

（８）住宅改修

- 「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、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にする必要がある。なお、住宅改修の専門家の育成と活用について推進が必要であるとの意見があった。

（９）ケアマネジメント・居宅介護支援

- ケアマネジメントについては、介護保険部会等において様々な課題が指摘され、ケアマネジメントを担う介護支援専門員について、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」を開催し、平成 25 年 1 月に中間的な整理がまとめられた。
- 検討会では、自立支援に資するケアマネジメントを推進するとともに、地域包括ケアシステムを構築していく中で、多職種協働や医療との連携を推進していくため、①介護支援専門員自身の資質向上、②自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備、という視点で対応の方向性がまとめられたところであり、提言された項目ごとに具体化に向けて取り組むことが重要である。
- 具体的には、現在、居宅介護支援事業者の指定は、都道府県・指定都市・中核市が行っているが、高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営めるようにするため、地域包括ケアシステムの構築とともに、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントが必要となってくることから、地域でケアマネジメントの役割を担っている介護支援専門員の育成や支援などに市町村が積極的に関わっていくよう、保険者機能の強化という観点から、居宅介護支援事業者の指定権限を市町村に移譲することが適当である。この際、施行時期については、平成 30 年 4 月とし、条例制定時期は施行日から 1 年間の経過措置を設けるとともに、市町村の事務負担の軽減等のために、事業所の指定事務の確認事務の委託を推進するなど、必要な支援を行う必要がある。な

お、権限移譲に関しては、公平中立の観点から都道府県の適切な関与が必要であり、引き続き検討が必要との意見があった。

- また、介護支援専門員実務研修受講試験の受講要件の見直し、介護支援専門員の研修制度の見直しなど、介護支援専門員の資質向上を図り、ケアマネジメントの質を向上させるための取組を進める必要がある。さらに、介護支援専門員の資質向上に当たっては、専門職である介護支援専門員自らが取り組むとともに、主任介護支援専門員の果たす役割が大きいことから、主任介護支援専門員に更新制を導入するなど、主任介護支援専門員についても資質向上を図ることが必要である。
- 福祉用具の貸与のみを行うような簡素なケアプランについては、介護支援専門員による月々のモニタリングの在り方を見直すことを検討する必要がある。なお、この点に関し、状態変化などリスクのあるケースなどもあることから、その見直しに当たってはこの点に留意して検討していくことが必要である。

4. 施設サービス等の見直し

(1) 特別養護老人ホーム

- 特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）については、特養入所者に占める要介護3以上の割合は、年々上昇し、平成23年では約88%となっており、入所者の平均要介護度も年々上昇している。在宅で要介護4・5の特養の入所申込者は、平成21年の調査では約6.7万人となっており、重度の要介護者の入所ニーズにどのように応えていくかが大きな課題となっている。
- 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以上に限定することが適当である。
- 他方、要介護1・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下、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が適当である。
- また、制度見直しに伴い、

- ① 既入所者については、現在、要介護1・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・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とともに、
 - 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・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、継続入所を認める
- ことが適当である。

- その際、特例の要件について、入所判定の公平性を確保するため、各市町村で判断基準に大きな差異が出ないように、国は指針等で具体的な要件を示すとともに、地域での在宅サービスの提供体制の構築を阻害するような要件設定とならないよう留意すべきである。
- 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必要がある。
- 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、小規模多機能型居宅介護等の在宅サービスや生活支援サービス等の取組を促進させ、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る必要がある。
- さらに、特養の重点化に伴い、今後、特養においては、医療ニーズの高い入所者への対応とともに、施設内での「看取り」対応が課題となる。看取り体制を一層強化していくため、特に夜間・緊急時の看護体制等、「終の棲家」の役割を担うための機能や体制等の医療提供の在り方について検討する必要がある。
- 以上のとおり、特養の中重度者への重点化については、概ね意見の一致を見たが、要介護認定の結果に一部地域間格差が見られること等から特養への入所は要介護2以上に限定すべきとの意見や、要介護1・2の受給権・サービスを選ぶ権利・選択権を取り上げるべきではないといった意見も一部にあった。
- このほか、特養については、過去に作られた多床室が数多く存在しており、現在も一定数の地方自治体が本人負担への配慮など地域の実情に応じて条例で多床室の整備を認めているという実態があるが、高齢者の尊厳を保持する観点から、プライバシーの保護に配慮した多床室が必要との意見があった。

(2) 介護老人保健施設・介護療養型医療施設

- 地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、介護老人保健施設の在宅復帰支援機能・在宅療養支援機能については、引き続き、強化する必要がある。
- 例えば、在宅復帰を円滑に進めている介護老人保健施設の特徴として、退所後に必要となる訪問系サービスを施設自ら提供しているということが指摘されており、在宅復帰者の在宅療養継続を更に支援するために、より多くの介護老人保健施設が、入所時から在宅療養まで必要な支援を一体的に実施できる体制を構築する必要がある。
- 具体的には、地域包括ケアシステムの推進のため、リハビリテーション専門職や看護職員などの専門性を地域に還元することが重要であり、医療専門職が多く勤務する介護老人保健施設のノウハウ等を地域に還元する取組を積極的に行うことが求められる。
- また、介護老人保健施設を運営する医療法人等が積極的に訪問リハビリテーションを実施し、訪問看護ステーションや訪問介護事業所等も設置し運営することにより、介護老人保健施設を退所した利用者が、地域で継続してケアを受けられることを推進すること等も考えられる。
- さらに、介護老人保健施設を退所したが、短期間で元の施設に戻るケースが一定程度存在することについて、その実態を更に把握するとともに、適切なケアを効率的に提供する観点から、今後どのような対応が必要とされるかについて検討する必要がある。
- 介護療養型医療施設については、日常的な医療的ケアを要する要介護高齢者の長期療養を担っており、看取りやターミナルケアの実施も相対的に多い。また、介護老人保健施設の一部も同様の機能を有している。両施設が果たしているこれらの機能の今後の在り方について、引き続き、検討が必要である。
- なお、介護療養型医療施設の廃止方針については、医療費適正化計画をより実効あるものとすることを含め、介護老人保健施設等への転換を着実に進め、計画的に平成 29 年度末への廃止に向けた対応を取るべきとの意見があった一方で、医療ニーズを伴う要介護高齢者の増加等から廃止時期を延期すべきとの意見があった。

(3) 高齢者向け住まい

- 単身や夫婦のみの高齢者世帯が増加し、高齢者のニーズが介護も含めて多様化する中、地域包括ケアシステムの構築に向け、地域生活の最も基本的な基盤である高齢者の住まいの確保は、ますます重要となっている。
- 多様な高齢者向け住まいが整備されていく中で、その選択肢の一つである「有料老人ホーム」や「サービス付き高齢者向け住宅」については、近年、その数が大幅に増加しているが、契約やサービスの利用などに際して入居者が不利益を被ることのないよう、適正な運用を図っていく必要がある。この点、特にサービスの利用について、地方自治体は、過剰な介護サービスや質の低い生活支援サービスが提供されることのないよう、事業者に対して適切な指導・監督を行っていく必要がある。なお、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対しては、老人福祉法の規定に基づき、入居者の保護を図るための改善命令などを行うことができることについても広く周知する必要がある。
- また、入居希望者が、自らのライフスタイルや将来も含めた介護ニーズに見合った住まいとして適切に選択できるよう、入居することでどのような医療・介護サービス（外部サービスを含む）が受けられるか等についての情報提供体制の充実を図ることが必要である。
- なお、サービス付き高齢者向け住宅については、入居者に対して提供する医療・介護サービス（外部サービスを含む）等について、事業者自らが自己評価を公表する仕組みを構築すべきとの意見があった。
- 経済上の理由等で高齢者が入所する「養護老人ホーム」や「軽費老人ホーム」については、低所得高齢者や介護保険制度等では対応が難しい処遇困難な高齢者の生活を支える機能を一層発揮できるよう、居住環境の改善を図るとともに、生活支援に関する高齢者のニーズに適切に応えるため、当該施設の新たな役割や在り方について検討していく必要がある。
- さらに、低所得・低資産の高齢者が地域で安心して暮らせるよう、低廉な家賃の住まいが確保され、見守り等の生活支援サービス等が提供される環境を整備するための取組を行う必要がある。また、こうした低廉な家賃の住まいの場として、全国で増加傾向にある空家等の既存資源を有効に活用する必要がある。
- 有料老人ホームなどの特定施設は、特養等と同じく、現在、住所地特例の対象となっており、入所前の住所地の保険者が引き続き保険者となっているが、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おり、サービス付き高齢者向け住宅

の大半が住所地特例の対象外となっている。

- サービス付き高齢者向け住宅が多く立地する保険者の保険料負担を考慮し、その他の有料老人ホームとの均衡を踏まえると、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していく必要がある。
- また、従来の住所地特例では、住宅型有料老人ホームのように外部のサービス等を利用しようとする場合に、入居者が住所地の市町村の指定した地域密着型サービスや地域支援事業を事実上使えないという課題があった。サービス付き高齢者向け住宅についても同様の課題が生じる可能性があることから、地域包括ケアシステム構築の考え方に沿って、住所地特例対象者については、住所地市町村の指定を受けた地域密着型サービスや住所地市町村の地域支援事業を利用できることとし、その費用についても事務負担に配慮しつつ市町村間で調整できるようにする必要がある。なお、医療保険制度においても同様にサービス付き高齢者向け住宅について住所地特例を適用することを検討する必要があると考えられる。

5. 介護人材の確保

- 介護人材は、2025(平成 37)年度には 237~249 万人が必要と推計されており、現在の 149 万人から毎年 6.8~7.7 万人の人材を確保していく必要がある。
- そのためには、学卒就職者やハローワーク、福祉人材センターなどを通じて新たに入職してくる者を確保・増加させるとともに、離職して他産業へ流出していく者が流出せず介護分野に定着するよう取り組むことが重要である。
- 介護人材の確保に当たっては、事業者の意識改革や自主的取組を推進することが重要であるとともに、人材の新規参入の促進と定着を図る取組が必要であり、他の産業に比べて離職率が高いことや平均賃金が低いことなどの課題を踏まえ、
 - ① 介護業界のイメージアップや学童期からの介護についての教育、介護職員の専門性に対する社会的認知度のアップ等社会的評価の向上の推進、多様な人材が就労できるような裾野を広げる取組などの参入の促進
 - ② 研修の受講支援や法人の枠を超えた人事交流の推進などのステップアップを促すキャリアパスの確立
 - ③ 介護職員の負担軽減のための介護ロボットの開発促進・福祉用具の活用

や ICT を活用した情報連携の推進・業務の効率化などの職場環境の整備・改善

④ 処遇改善

の 4 つの視点から、事業者等とも連携して、国・都道府県・市町村が役割分担しつつ、それぞれが積極的に取り組むべきである。

○ 具体的には、

- ・ 国は、介護報酬改定を通じた処遇改善の取組の推進、キャリアパス制度の確立に向けた取組の推進
- ・ 都道府県は、介護保険事業支援計画を活用しつつ、人材確保に向けた様々な取組の推進
- ・ 市町村は、単身高齢者などが増加する中、必要性が高まる生活支援サービスの担い手を育成・確保するとともに研修を実施することなどを中心に取り組むことが重要である。

○ これまで、介護従事者の処遇改善に重点をおいた平成 21 年度介護報酬改定、平成 21 年 10 月からの介護職員処遇改善交付金の実施、時限措置の処遇改善交付金から安定的な効果を継続させるための介護職員処遇改善加算を新設した平成 24 年度介護報酬改定といった取組を行ってきた。引き続き、国は平成 27 年度の介護報酬改定において処遇改善に向けた検討を行うことが必要である。なお、この点に関して、介護職員処遇改善加算は継続すべきとの意見があった一方で、介護報酬の引上げは保険料負担の増大に直結するものであり、事業者の経営実態が改善していることも踏まえ、事業者の更なる自助努力を求めていくことを優先すべきとの意見があった。

○ 都道府県は、介護人材の確保に関する事項が介護保険事業支援計画の記載事項となっていること等から、特に積極的な政策展開が求められる。地域によって高齢化等人口構成の状況が異なること、介護労働市場は地域密着型であること、地域の関係者が協力して対策を講じていくことが効果的であることなども勘案すると、これまで以上に都道府県が広域的な視点から総合的な取組を推進することが期待される。

○ このためには、まず、必要となる介護人材の推計を行うことが重要であるが、現在推計を実施している都道府県は少数である。推計手法が示されていないために実施できていないところもあることから、国は、都道府県で必要となる介護人材の推計が可能となるワークシートを整備して提供するなど、都道府県の人材確保の取組を支援していく必要がある。

○ また、都道府県レベルで協議会を設置し、介護関係団体等が参画・協働して施策を推進していくなど、都道府県の先進的な取組が既にあるところであり、それらを参考にしつつ取組を進めることが重要である。

- 取組に当たって、介護保険事業支援計画の基となる国の基本指針と、「福祉人材確保指針」・「介護雇用管理改善等計画」との連携が重要であり、国においては、関係部局が連携しながら、必要な見直しを検討することが適当である。また、これらの見直しを踏まえ、都道府県は介護保険事業支援計画を策定することが必要である。
- なお、都道府県が策定する介護保険事業支援計画に関して、生活支援サービスを担う人材の必要量も記載していくことが必要であるとの意見があった。

6. 介護サービス情報公表制度の見直し

- 情報公表制度は平成 18 年度から制度化されたものであるが、介護サービスの利用者やその家族等が介護サービス事業所や施設を比較・検討して適切に選択するための情報を都道府県がインターネット等で提供する仕組みとして、現在、全国約 17 万か所の介護サービス事業所の情報が公表されている。
- 地域包括ケアシステム構築の観点から考えると、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するために有益な情報である地域包括支援センターと配食や見守り等の生活支援の情報については、現在の公表制度では情報を入手できないことから、これらの情報についても、既に全国に定着している本公表制度を活用し、介護サービスの情報と一体的に集約した上で、広く情報発信していくことが適当である。
- また、平成 23 年の改正の際、事業者による雇用管理の取組を進めることを目的とし、都道府県に対して、介護サービスの質及び介護従業者に関する情報について公表を行うよう配慮するとの規定が設けられたが、現在のところ、これらの情報を公表している都道府県は少ない。今後、介護人材の確保が重要となる中、各事業所における雇用管理の取組を推進することが重要であり、現行の従業者等に関する情報公表の仕組みについて、円滑に事業所が情報を公表できるよう見直しを行う必要がある。なお、この点に関し、従業者の処遇に関わる情報として介護プロフェッショナルキャリア段位制度の情報等について公表すべきとの意見があった。
- さらに、サービスの質の担保の観点から、通所介護の設備を利用して提供している法定外の宿泊サービスについての情報公表も行う必要がある。また、利用者や家族は介護サービスの情報を必ずしもホームページを通じて入手

するのではないことから、地域の高齢者ボランティア等を活用して、地域包括支援センター等で情報公表システムを用いて利用者や家族に分かりやすく情報提供するなどの工夫も重要である。

Ⅱ 費用負担の見直し

1. 低所得者の1号保険料の軽減強化等

- 現行の1号保険料については、所得段階別に原則として6段階設定となっており、世帯非課税である者については、基準額の0.5倍又は0.75倍を標準として軽減されている。今後の高齢化の進行に伴う保険料水準の上昇と消費税率の引上げに伴う低所得者対策強化を踏まえ、基準額に乗ずる割合を更に引き下げ、その引き下げた分について、現行の給付費の50%の公費負担に加えて、公費を投入することが必要である。
- また、現行の介護保険料の段階設定は標準で第6段階までとなっているが、特例第3・4段階の設定も含めて、現在、多くの保険者で多段階の保険料設定がなされている。保険料負担の応能性を高めるため、特例第3・4段階を標準化しつつ、第5段階以上を細分化し、標準を9段階とすることが必要である。
- 保険者ごとの第1号被保険者と第2号被保険者の比率の差は、2号保険料を全国プールすることで調整するとともに、第1号被保険者の中でも要介護リスクの高い75歳以上の比率の差は調整交付金で調整している。さらに、調整交付金では第1号被保険者の所得の状況によって生じる差も調整しているが、この所得調整を強化するため、標準6段階を用いている現行の調整方法を上述の保険料設定方法の見直しに併せて標準9段階を用いた調整方法に改めることが必要である。

2. 一定以上所得者の利用者負担の見直し

- 介護保険制度においては、制度創設以来、所得に関わらず利用者負担を1割としており、高額介護サービス費の負担限度額も据え置かれている。その一方で、高齢化に伴い介護費用が増加し、今後も増加し続けていくことが見込まれる中で、制度の持続可能性を高めることが求められている。

- 高齢者自身は第1号保険料の納付と利用者負担により保険財政を支えているが、保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、現役世代に過度な負担を求めずに、高齢者世代内において負担の公平化を図っていくためには、第1号被保険者のうち、一定以上の所得のある方について、2割の利用者負担とすることが必要である。
- 一定以上の所得の水準については、事務局から
 - ① 第1号被保険者全体の上位20%に該当する合計所得金額160万円（年金収入の場合280万円）以上
 - ② 第1号被保険者のうち課税層（約38%）の上位半分に該当する合計所得金額170万円（年金収入の場合290万円）以上の2案が示された。
- 高齢者世代内で相対的に所得の高い方に更なる負担を求めるべきであるという点については、概ね意見の一致を見た一方で、介護保険料で負担能力に応じた負担をしており、利用者負担は一律1割とすべきという意見や、利用者負担の引上げによりサービスの利用控えが起きることを懸念する意見も一部にあった。
- 一定以上所得者の水準については、事務局提案のうち第1号被保険者全体の上位20%に該当する水準という案を支持する意見があったほか、課税層全員又はモデル年金額を水準とすべきといった事務局案より対象を広げるべきとの意見がある一方、現行の介護保険料の第6段階や、医療保険制度の現役並み所得のある者とすべきといった意見など、様々な意見があった。
- 第2号被保険者で給付を受ける方については、特定疾病になった場合のみ給付を受けることや、高齢者世代より被扶養者や消費支出が多いこと等を踏まえ、第1号被保険者と同様の見直しは適当ではないとの意見が多かった。
- また、高額介護サービス費の負担限度額については、要介護状態が長く続くことを踏まえ、基本的に据え置くこととするが、2割負担となる方のうち、特に所得が高い、高齢者医療制度における現役並み所得に相当する所得がある方については、現行の37,200円から医療保険の現役並み所得者の多数該当と同じ水準である44,400円とすることが適当である。なお、この点に関し、現役並み所得者相当に限定するのではなく、2割負担となった一定以上所得者について37,200円を引き上げるべきとの意見も一部にあった。
- こうした利用者負担等の見直しに当たっては、可能な限り市町村の事務負担が繁雑にならないように配慮する必要がある。

3. 補足給付の見直し（資産等の勘案）

- 制度発足時の介護保険においては、介護保険三施設（特養、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）及びショートステイに限り、居住費・食費が給付に含まれていた。平成17年10月よりこれらのサービスの居住費・食費を給付の対象外としたが、低所得者が多く入所している実態を考慮して、住民税非課税世帯である入所者については、その申請に基づき、世帯の課税状況や本人の年金収入及び所得を勘案して、特定入所者介護サービス費（いわゆる補足給付）として、介護保険三施設及びショートステイに限り居住費・食費の補助を行っている。
- こうした経過的かつ低所得者対策としての性格を持つ補足給付であるが、預貯金等の資産を保有していたり、入所して世帯は分かれても配偶者に負担能力があるようなときに、保険料を財源とした居住費等の補助が受けられることについては、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の確保の観点から課題があるため、可能な限り是正していくことが必要である。
- 資産については、換金しやすい預貯金等とそれが容易ではない不動産を分けて整理することとし、まず、一定額以上の預貯金等がある方を補足給付の対象外としていくことについて、議論を行った。
- 預貯金等については、本人と配偶者の貯蓄等の合計額が一定額を上回る場合には、補足給付の対象外とすることで概ね意見の一致を見た。
- ただし、現在のところ預貯金等を完全に把握する仕組みがないことから、実務上は当面自己申告の仕組みにより対応せざるを得ない。この点について、新たな不公平が生まれることを懸念する意見が一部にあったが、社会保障・税番号制度が施行されても直ちに預貯金等の把握が可能となるものではなく、完璧な捕捉の仕組みを前提とするならば、当面補足給付への資産の勘案を実現することはできない。それでは、上述したように在宅で暮らす方や保険料負担者との大きな不公平を放置することとなることから、むしろ現在実施可能な手段を用いて負担の公平化を可能な限り図ることが望ましい。
- これらを踏まえ、預貯金等の勘案の具体的な実施方法については、市町村の事務負担にも十分に配慮し、本人の自己申告を基本としつつ、補足給付の申請に際し金融機関への照会について同意を得ておき、必要に応じて介護保険法の規定を活用して金融機関への照会を行うこととするとともに、不正受給の際の加算金の規定を設けるなどして適切な申告を促す仕組みとする必要がある。

- 預貯金等の基準としては、単身で 1000 万円超、夫婦世帯で 2000 万円超という基準は妥当であるが、負債がある場合や、生命保険のように保険事故が起きるまで活用できない資産については配慮を行う必要がある。
- 同じ資産であっても、直ちに活用のできない不動産については、預貯金等と異なった取扱いとする必要がある。この点については、一定額以上の宅地を保有している場合、在宅での生活を前提としているショートステイを除き補足給付の対象外とし、宅地を担保とした貸付を実施することができないか、検討を進めてきた。こうした事業を実施するためには、貸付の対象者や資産の評価の在り方、受給者が死亡した後の債権の回収方法など、事業を実施する上での課題を更に整理するとともに、市町村が不動産担保貸付の業務を委託することができる外部の受託機関を確保することが必要であり、引き続き検討を続けていくことが必要である。
- なお、社会保障・税番号制度が今後施行されることから、その施行の状況を踏まえ、同制度を通じた預貯金や不動産の資産の把握についても検討を行っていく必要があるとの意見があった。
- また、同一世帯に課税者のいる非課税者が施設入所等に伴い世帯分離をすると単身で非課税世帯となり、補足給付の対象となる点については、配偶者間には他の親族間より強い生活保持義務があることを踏まえ、世帯分離をしても配偶者の所得を勘案する仕組みとし、配偶者が住民税課税者である場合は、補足給付の対象外とすることが適当である。
- さらに、遺族年金や障害年金といった非課税年金については、課税収入としては算定されないため、補足給付の段階の判定に当たっても年金収入としては反映されず、老齢年金と同じ年金額でも給付の額を決定する上での取扱いが異なることとなっている。この点については、補足給付の段階の判定に当たって非課税年金も収入として勘案することが適当であるが、障害年金を勘案することを懸念する意見も一部にあった。また、この際、市町村の実務を支えるためには、非課税年金の情報が市町村に提供される仕組みを検討する必要がある。

4. 介護納付金の総報酬割

- 第 2 号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金については、現在、各医療保険者に加入する第 2 号被保険者の人数に応じ按分しており、負担の公平化の観点から、被用者保険について、各保険者の総報酬額に応じたものとしていくことが当部会でこれまでも議論されてきた。

- 今回の審議でも、
 - ・ 社会保険制度における負担の公平性を考えれば所得に応じた負担とするのが基本である
 - ・ 制度創設時は加入者割で始まったが、現在に至り、比較的報酬の低い協会けんぽの負担が相対的に重くなっており、被用者保険内で負担能力に応じた負担をしていく方向に改めるほうがより適切である
 - ・ 第2号被保険者は自身の親の介護で間接的に介護保険制度の恩恵を受けていることから総報酬割を導入すべき
 - ・ 総報酬割の導入には賛成だが、第2号被保険者の保険料が過度に引き上げられないようにするためにも、一定所得以上の高齢者に対する利用者負担を2割に引き上げることや補足給付の資産勘案といった対応もセットで行うべきなど、総報酬割導入に賛成する意見が多かった。

- 一方、
 - ・ 世代間扶養の意味合いを持つ2号保険料については、費用負担者の理解を得られる公平な負担方法として、制度発足時に加入者割とされたのであり、これを総報酬割に変更することは当初の理念を逸脱するのではないか
 - ・ 総報酬割導入によって協会けんぽへの国庫補助約1,200億円が削減されるが、これは国の負担を健保組合に転嫁させているのではないか
 - ・ 健保組合全体の介護保険料率（単純平均）と協会けんぽの介護保険料率を比較すると、近年その差は縮小しているという実態もある
 - ・ 健保組合は加入者の健康保持・増進のために特定健診・特定保健指導をはじめとする保健事業に積極的に取り組んでおり、健康寿命の延伸や介護予防にもつながっているため、介護保険制度においても健保組合の保険者機能は評価されるべき
 - ・ 医療保険を含めて現役世代の負担は既に限界に来ており、総報酬割による公平性の確保を図る以前に、制度全体の財政負担構造を見直し、現役世代の負担を相対的に減らしていくことが必要である
 - ・ 効率化・重点化に向けた絵姿が示されないまま野放図に介護給付費・保険料負担が膨らむことを非常に懸念しており、増加する負担をいかに抑えていくかという議論があつて然るべきなど、強い反対意見があつた。

- 介護納付金の総報酬割の導入については、後期高齢者医療制度における後期高齢者支援金の全面総報酬割の検討状況も踏まえつつ、引き続き、検討を行っていく必要がある。

Ⅲ 2025 年を見据えた介護保険事業計画の策定

- 第 5 期の介護保険事業計画から、認知症施策、医療との連携、高齢者の居住に係る施策との連携、生活支援サービスといった地域包括ケアシステムの実現に必要な要素を記載する取組が始まっている。
- 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 年に向けて、いわば「地域包括ケア計画」として位置づけ、第 5 期計画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とともに、在宅医療・介護連携の推進等の新しい地域支援事業や新しい総合事業に積極的に取り組み、市町村が主体となった地域づくり・まちづくりを本格化していく必要がある。
- そして、2025 年を見据えた対応を進めるためには、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し、中長期的な視点も含めた施策の実施に取り組むことが必要である。また、在宅医療・介護連携の推進や認知症施策など地域包括ケアシステムを構成する各要素について、当面の施策と段階的な充実のための方針をより具体的に記載することが求められる。このような中長期的な視点に立った介護保険事業計画の策定を通じ、住民・地方自治体・事業者等が、地域の状況を共有し、自らの地域の将来像を考えるきっかけになると考える。
- 介護保険事業計画の策定を支援する観点からも、国は介護・医療関連情報の「見える化」を推進する必要がある。
- 第 5 期計画では、約 8 割の保険者が日常生活圏域ニーズ調査を実施したが、調査結果を十分に活用できなかったという課題もあり、より積極的な活用を促すことが適当である。
- 2025 年の地域包括ケアシステムの確立は、医療・介護サービスの一体改革によって実現できるものであり、都道府県が策定する介護保険事業支援計画については、医療計画と一体性・整合性を確保して策定され、地域において、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確保が進められる必要がある。
- この点に関しては、医療提供体制の見直しの中で、医療計画の計画期間の見直しが検討されるとともに、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に基づき、医療機能の分化・連携の推進等のための医療機関の施設・設備の整備やこれらに伴う介護サービスの充実などに係る新たな財政支援の仕組みが検討されており、着実に実施する必要がある。

- 前述したとおり、介護人材の確保には都道府県も重要な役割を担っており、必要となる介護人材の推計を介護保険事業支援計画に記載し、積極的に取り組むことが期待される。

今後に向けて

- 第6期に向けて、
 - ・ 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・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実・強化、地域包括支援センターの機能強化）
 - ・ 地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し
 - ・ 小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行
 - ・ 住宅改修事業者の登録制度の導入
 - ・ 居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲
 - ・ 特別養護老人ホームの中重度者への重点化
 - ・ サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用
 - ・ 介護サービス情報公表制度の見直し
 - ・ 費用負担の見直し（低所得者の1号保険料の軽減強化、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）
 - ・ 2025年を見据えた介護保険事業計画の策定等の法改正項目については、様々な個別意見はあったものの、次期制度改正で速やかに実行すべきであるというのが意見の大勢であった。厚生労働省においては、当部会における意見を十分に踏まえて具体化を図り、法制的な対応を速やかに取られたい。
- また、法改正のみならず、基準の見直しや介護報酬の改定で対応すべきものがあり、引き続き、社会保障審議会介護給付費分科会で議論を行っていく必要がある。
- 当部会では、主として当面の見直し項目を中心に議論を進めてきたが、制度改正の実施状況と効果を検証しつつ、引き続き、介護保険制度の持続可能性を確保すべく、給付の重点化・効率化に向けた制度見直しを不断に検討するほか、介護納付金の総報酬割、被保険者範囲の拡大、要介護認定制度の適切な運営、ケアマネジメントの利用者負担の導入、介護保険制度における公費と保険料の関係、保険給付と給付外サービスの組み合わせの在り方などについて検討を行っていく必要がある。
- 地域包括ケアシステムの構築は、「地域づくり・まちづくり」であること

もに、住民・地方自治体・事業者等の「人づくり」でもある。地方自治体の第6期介護保険事業（支援）計画の策定作業に合わせ、どのように地域包括ケアシステムを作っていけばよいのか、厚生労働省は都道府県に対して、そして、都道府県は市町村に対して、きめ細かな支援を行っていく必要がある。

- また、円滑に制度を運営するためには、保険者の事務が繁雑にならないよう留意するとともに、保険者等のシステムを万全なものにすることが重要であることから、着実に実務の詳細設計とシステム改修を進めることが必要である。
- 併せて、国民に地域包括ケアシステムや制度改正の趣旨・内容を正しく理解してもらうため、国は、地方自治体等と連携・協力しながら、国民に対する丁寧で分かりやすい広報に計画的に取り組むことが必要である。

介護保険制度の見直しに関する意見 概要（案）

平成25年12月 日
社会保障審議会介護保険部会

今回の制度の見直しは、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2点を基本的な考え方とする。

I サービス提供体制の見直し

1. 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

地域支援事業について、地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい良質で効率的な事業に重点化しつつ再構築するとともに、必要な財源を確保し、充実・強化を図る。

（1）在宅医療・介護連携の推進

- 地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が中心となって、国と都道府県の支援の下、地域の医師会等と連携しつつ、取り組む（平成30年度には全ての市町村で実施し、小規模市町村では共同実施を可能とする）。

（2）認知症施策の推進

- 地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が「認知症初期集中支援チーム」や「認知症地域支援推進員」の設置などに取り組む（平成30年度には全ての市町村で実施し、小規模市町村では共同実施を可能とする）。

（3）地域ケア会議の推進

- 地域支援事業の包括的支援事業の一環として、地域ケア会議の実施を介護保険法に位置づけるとともに、介護支援専門員の協力や守秘義務の取扱い等について制度的な枠組みを設け、一層の推進を図る。

（4）生活支援サービスの充実・強化

- 市町村が中心となって、NPO、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人等の生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化を図ることが必要であり、高齢者等の担い手としての養成や、地域のニーズとのマッチングなどを行うコーディネーターの配置等について、地域支援事業の包括的支援事業に位置づけて取組を進める。

（5）介護予防の推進

- 居場所と出番づくりなど、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る。介護予防事業を見直し、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する。元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実する。

(6) 地域包括支援センターの機能強化

- 地域包括支援センターの役割に応じた人員体制の強化とそのための財源確保を図る。また、センター間の役割分担・連携の強化、市町村の委託型センターに対するより具体的な委託方針の提示、センターの運営に対する評価・点検の取組の強化を図る。

2. 地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し

(見直しの背景・趣旨)

- 要支援者は生活支援のニーズが高く、配食、見守り等の多様なニーズに応えるためには、介護サービス事業者以外にも、NPO、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人など、多種多様な事業主体の参加による重層的なサービスが地域で提供される体制の構築が重要である。併せて、高齢者が積極的に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することが求められている。
- また、地域に多様な通いの場を作り、社会参加を促進していくことは、高齢者の介護予防にとって極めて重要であるが、地域の中で多様な主体により多様な場を確保していくことが重要である。
- このため、地域支援事業の枠組みの中で介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し、サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、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を提供できるよう、地域支援事業の形式に見直す（市町村の円滑な移行期間を考慮して、平成 29 年 4 月までにはすべての市町村で実施し、平成 29 年度末にはすべて事業に移行する）。
- 事業移行後も、既にサービスを受けている者については必要に応じて既存サービス相当のサービスを利用可能とし、新しくサービスを受ける者については多様なサービスの利用を促進するが、必要に応じて既存サービス相当のサービスを利用可能とすることが必要である。
- 予防給付のうち、訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、多様な形態でのサービス提供の余地が少ないことから、市町村の事務負担も考慮して、引き続き予防給付によるサービス提供を継続することが適当である。

(新しい総合事業の内容)

- 新しい総合事業の事業構成は、「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普及啓発等を内容とする「一般介護予防事業」とする。
- 介護予防・生活支援サービス事業については、以下のとおりとする。
 - ・ 利用手続は要支援認定を受けて地域包括支援センターによるケアマネジメントに基づきサービスを利用する。介護予防・生活支援サービス事業の利用のみ

の場合は、基本チェックリスト該当で利用可能とする。

- ・ 事業費の単価については、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し、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。
- ・ 利用料については、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。既存サービスに相当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、一定の枠組みの下、市町村が設定する仕組みを検討する。
- ・ 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する。
- ・ 利用者個人の限度額管理を実施し、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する。

○ 市町村による事業の円滑な実施を推進するため、介護保険法に基づく指針で、事業で対応する際の留意点等をガイドラインとして示す。

○ 市町村は介護保険事業計画の中で要支援者へのサービス提供の結果を3年度毎に検証することを法定化することを検討する。

(市町村の事務負担の軽減)

○ 審査・支払いに関して国民健康保険団体連合会を活用する。また、介護認定の有効期間の延長についても検討する。

(効率的な事業の実施)

○ 市町村は、サービス提供を効率的に行い、中長期的には総費用額の伸びが後期高齢者数の伸び程度となることを目安に努力するとともに、短期的には生活支援・介護予防の基盤整備の支援充実に併せ、より大きな費用の効率化を図る。

- 総合事業の事業費の上限については、円滑な事業移行が図られ、保険料負担者の理解と納得感が得られる事業実施となるよう、費用の効率化の趣旨を踏まえ、
 - ・ 予防給付から事業に移行する分を賄えるよう設定する。
 - ・ 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の合計金額を基本にしつつ、当該市町村の後期高齢者数の伸び等を勘案して設定した額とする。
 - ・ 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も検討する。

(部会での議論)

○ 予防給付の見直し全般については、概ね意見の一致を見た。ただし、市町村支援や効率化に関する留意事項を挙げる意見、事業費・財源構成・サービスの質・労働者の処遇・地域差などに関する意見があった。見直しについて異論もあった。

3. 在宅サービスの見直し

- 在宅の限界点を高めるため、訪問介護、通所介護、訪問看護等の普及に加え、定期巡回・随時対応サービスや複合型サービス、小規模多機能型居宅介護などの更なる普及促進を図る。各サービスの見直しの中には、法改正のみならず、基準の見直しや介護報酬の改定で対応すべきものがあり、引き続き、社会保障審議会介護給付費分科会で議論を行っていく。
- 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、地域との連携や運営の透明性を確保するため、市町村の事務負担の軽減を図りながら、市町村が指定・監督する地域密着型サービスに位置づける（施行時期は平成 28 年 4 月までの間とし、条例制定時期は施行日から 1 年間の経過措置を設ける）。
- 住宅改修の質を確保する観点から、市町村が、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にする。
- 保険者機能の強化という観点から、市町村の事務負担の軽減を図りながら、居宅介護支援事業者の指定権限を市町村に移譲する（施行時期は平成 30 年 4 月とし、条例制定時期は施行日から 1 年間の経過措置を設ける）。

4. 施設サービス等の見直し

- 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べきであり、特養への入所を要介護 3 以上に限定することが適当である。他方、要介護 1・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下、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が適当であり、この点については、概ね意見の一致を見た。
- サービス付き高齢者向け住宅が多く立地する保険者の保険料負担を考慮し、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についても、住所地特例の対象とする。また、住所地特例対象者については、住所地市町村の指定を受けた地域密着型サービスや住所地市町村の地域支援事業を利用できることとし、その費用についても事務負担に配慮しつつ市町村間で調整できるようにする。

5. 介護人材の確保

- ①参入の促進、②キャリアパスの確立、③職場環境の整備・改善、④処遇改善の 4 つの視点から、事業者等とも連携して、国・都道府県・市町村が役割分担しつつ、積極的に取り組む。必要となる介護人材の推計を行うなど都道府県が総合的な取組を推進する。

6. 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と生活支援の情報を公表制度を活用し情報発信する。また、現行の従業者等に関する情報公表の仕組みについて、円滑に事業所が情報を公表できるよう見直す。

- 通所介護の設備を利用して提供している法定外の宿泊サービスについての情報公表も行う。また、地域の高齢者ボランティア等を活用して、情報公表システムを用いて利用者や家族に分かりやすく情報提供するなどの工夫も重要である。

Ⅱ 費用負担の見直し

1. 低所得者の1号保険料の軽減強化等

- 消費税率の引上げに伴う低所得者対策強化等を踏まえ、基準額に乗ずる割合を更に引き下げ、その引き下げた分について、現行の給付費の50%の公費負担に加えて、公費を投入する。
- 保険料負担の応能性を高めるため、標準9段階とするとともに、調整交付金も標準9段階を用いた調整方法に改める。

2. 一定以上所得者の利用者負担の見直し

- 高齢者世代内において負担の公平化を図っていくため、一定以上の所得のある方に2割の利用者負担を求めるべきであるという点については、概ね意見の一致を見た。一定以上所得者の水準については、第1号被保険者全体の上位20%に該当する水準という案を支持する意見があったほか、様々な意見があった。
- 高額介護サービス費の負担限度額については、2割負担となる方のうち、特に所得が高い、高齢者医療制度における現役並み所得に相当する所得がある方については、医療保険の現役並み所得者の多数該当と同じ水準である44,400円とすることが適当である。

3. 補足給付の見直し（資産等の勘案）

- 経過的かつ低所得者対策としての性格を持つ補足給付であるが、預貯金等の資産を保有していたり、入所して世帯は分かっても配偶者に負担能力があるようなときに、保険料を財源とした居住費等の補助が受けられることについては、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の確保の観点から課題があるため、可能な限り是正していくことが必要である。
- 預貯金等については、本人と配偶者の貯蓄等の合計額が一定額を上回る場合には、補足給付の対象外とすることで概ね意見の一致を見た。具体的な実施方法については、本人の自己申告を基本としつつ、補足給付の申請に際し金融機関への照会について同意を得ておき、必要に応じて介護保険法の規定を活用して金融機関への照会を行うこととするとともに、不正受給の際の加算金の規定を設けるなどして適切な申告を促す仕組みとする。
- 預貯金等の基準としては、単身で1000万円超、夫婦世帯で2000万円超という基準は妥当である。

- 不動産については、事業を実施する上での課題を更に整理するとともに、市町村が不動産担保貸付の業務を委託することができる外部の受託機関を確保することが必要であり、引き続き検討を続けていく。
- 世帯分離をしても配偶者の所得を勘案する仕組みとし、配偶者が住民税課税者である場合は、補足給付の対象外とすることが適当である。
- 補足給付の段階の判定に当たって、遺族年金や障害年金といった非課税年金も収入として勘案することが適当である。

4. 介護納付金の総報酬割

- 介護納付金の総報酬割については、導入に賛成する意見が多かったが、強い反対意見があった。後期高齢者医療制度における後期高齢者支援金の全面総報酬割の検討状況も踏まえつつ、引き続き、検討を行っていく。

Ⅲ 2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

- 第6期以後の介護保険事業計画は、第5期の取組を承継発展させるとともに、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し、中長期的な視点も含めた施策の実施に取り組むことが必要である。
- 都道府県が策定する介護保険事業支援計画については、医療計画と一体性・整合性を確保して策定され、地域において、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確保が進められる必要がある。
- 介護人材の確保には都道府県も重要な役割を担っており、必要となる介護人材の推計を介護保険事業支援計画に記載し、積極的に取り組むことが期待される。

今後に向けて

- 第6期に向けて、法改正項目については、様々な個別意見はあったものの、次期制度改正で速やかに実行すべきであるというのが意見の大勢であった。
- 制度改正の実施状況と効果を検証しつつ、引き続き、介護保険制度の持続可能性を確保すべく、給付の重点化・効率化に向けた制度見直しを不断に検討する。
- 地方自治体の第6期介護保険事業（支援）計画の策定作業に合わせ、きめ細かな支援を行っていく必要がある。また、国民に対する丁寧で分かりやすい広報に計画的に取り組むことが必要である。

社会保障審議会
介護保険部会(第54回)

資料3

平成25年12月20日

概要資料

制度改革案の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が**住み慣れた地域で生活を継続**できるようにするため、**介護、医療、生活支援、介護予防を充実**。

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

- * 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
- * 介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

- * 段階的に移行（～29年度）
- * 介護保険制度内でサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- * 見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定（既入所者は除く）

- * 要介護1・2でも一定の場合には入所可能

○ このほか、「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」等を実施

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、**保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す**。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

- ・ 給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大
 - * 保険料見直し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
 - * 軽減例：年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
 - * 軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

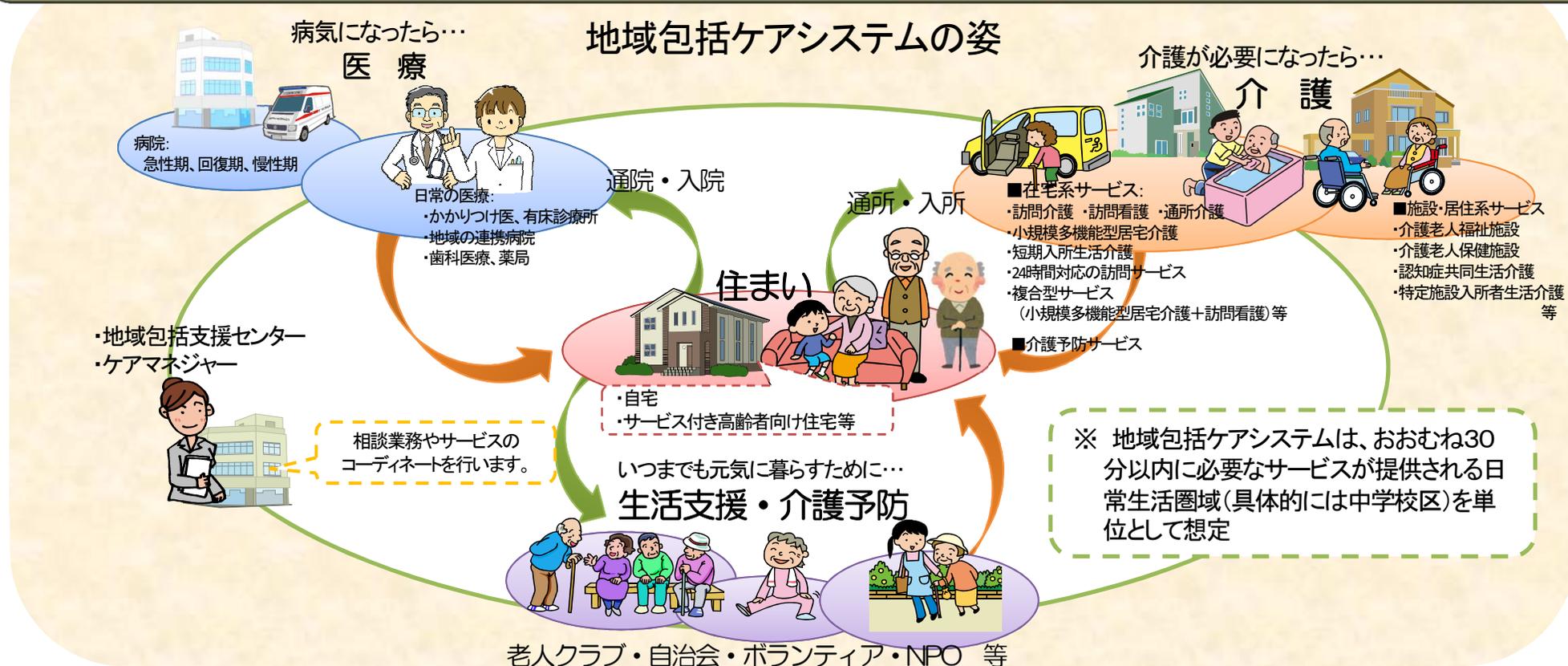
- ・ 2割負担とする所得水準を、65歳以上高齢者の所得上位20%とした場合、合計所得金額160万円（年金収入で、単身280万円以上、夫婦359万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- ・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

- ・ 預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
- ・ 世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
- ・ 給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案
 - * 不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

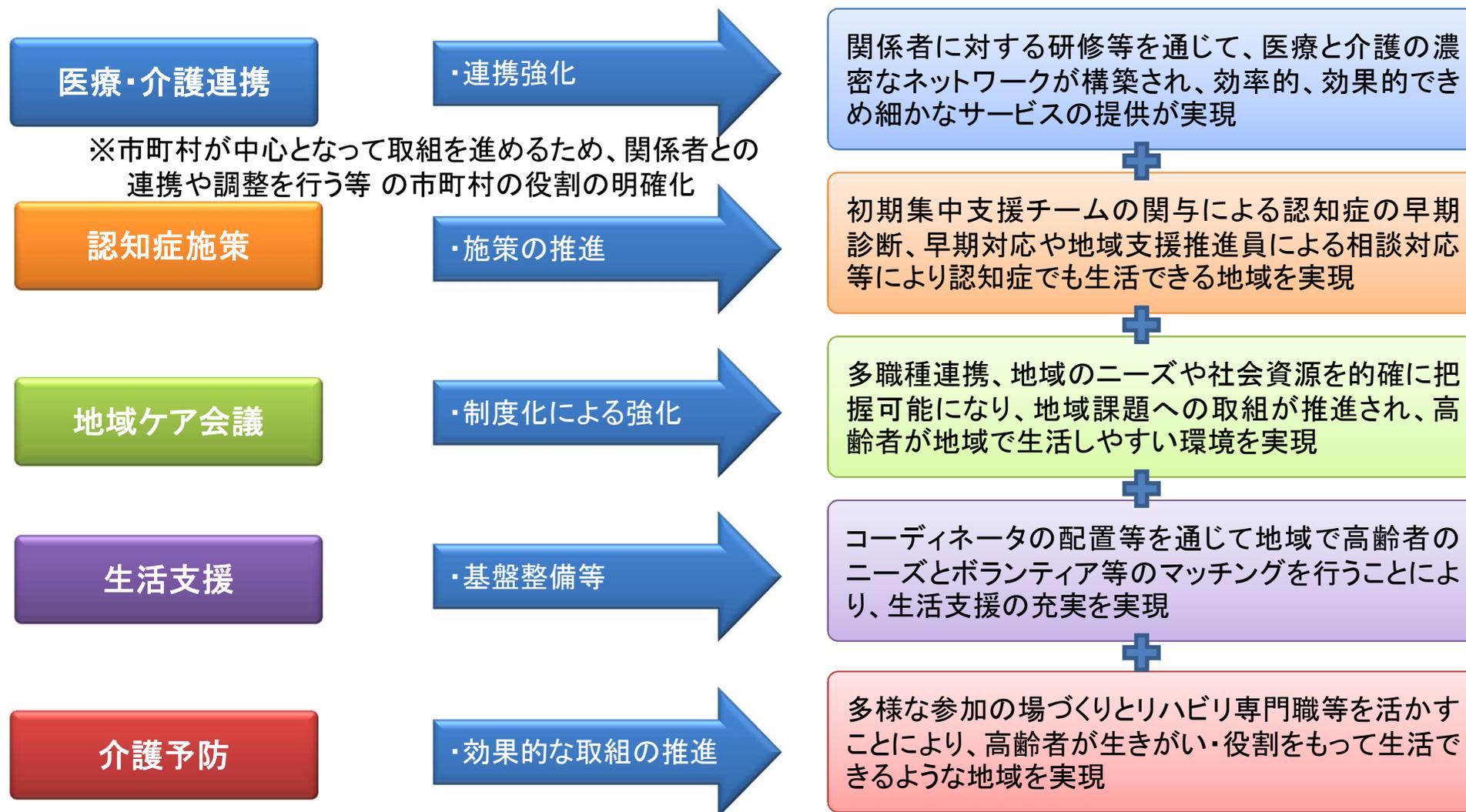
地域包括ケアシステムの構築について

- 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。**
- 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。
- 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。**
- 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。**



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

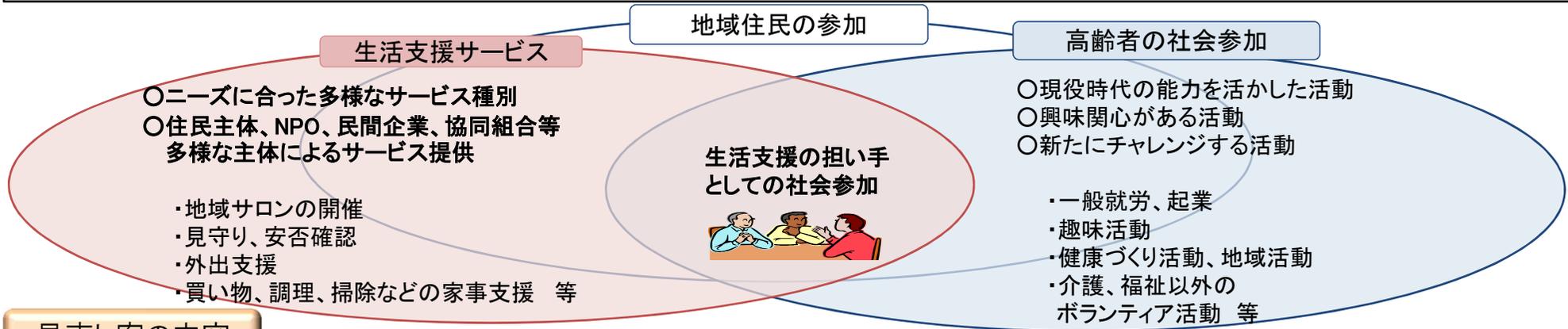
- 地域包括ケア実現のため、地域支援事業の枠組みを活用し、以下の取組を充実・強化。
- あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し。
- これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで、地域で高齢者を支える社会が実現。



生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加促進に向けた予防給付の見直し

見直しの背景・目的

- 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、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。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。



見直し案の内容

【現状】

全国一律のサービス内容、基準、単価等の予防給付(訪問介護・通所介護・訪問看護等)

【見直し後】

○予防給付のうち訪問介護・通所介護について市町村が地域の实情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業(※)へ移行(29年度末まで)。

(※)市町村が、介護保険財源を用いて取り組む事業(財源構成は給付と同じ)。

○既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。

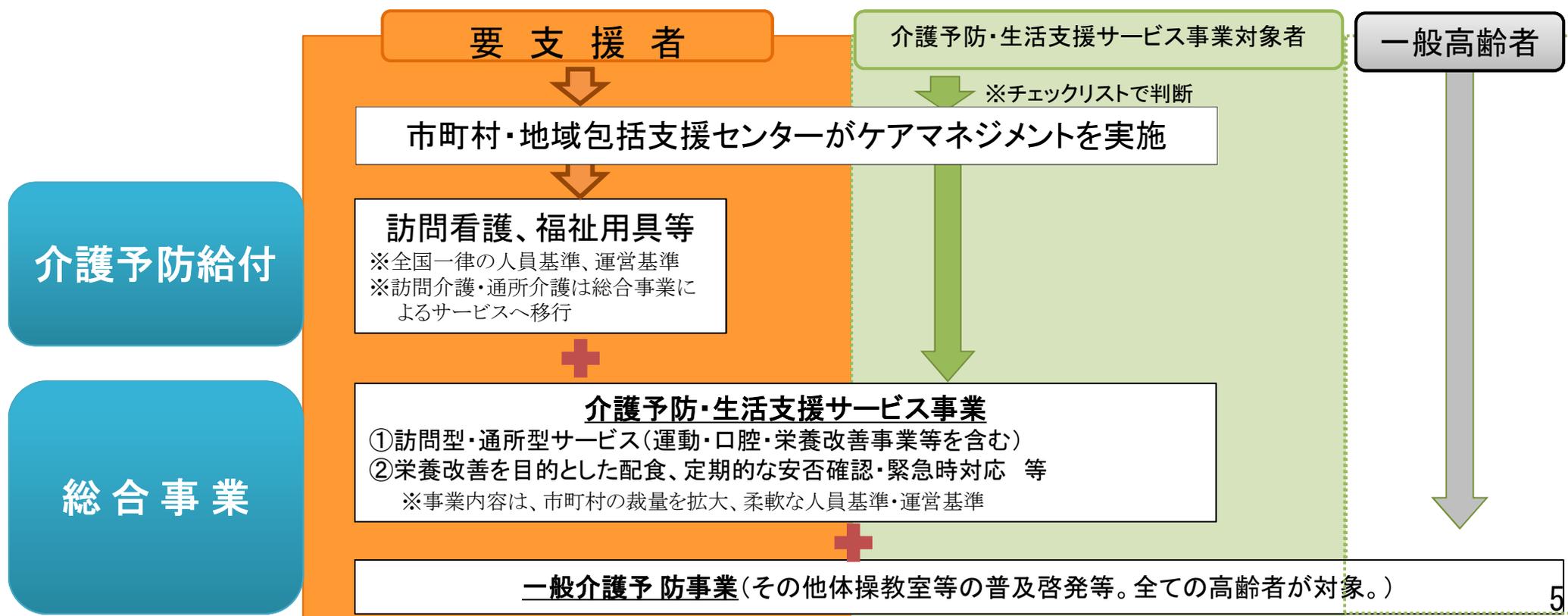
(※)住民主体のサービスの拡充等を推進することで、費用の効率化。

【見直しのイメージ】



新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

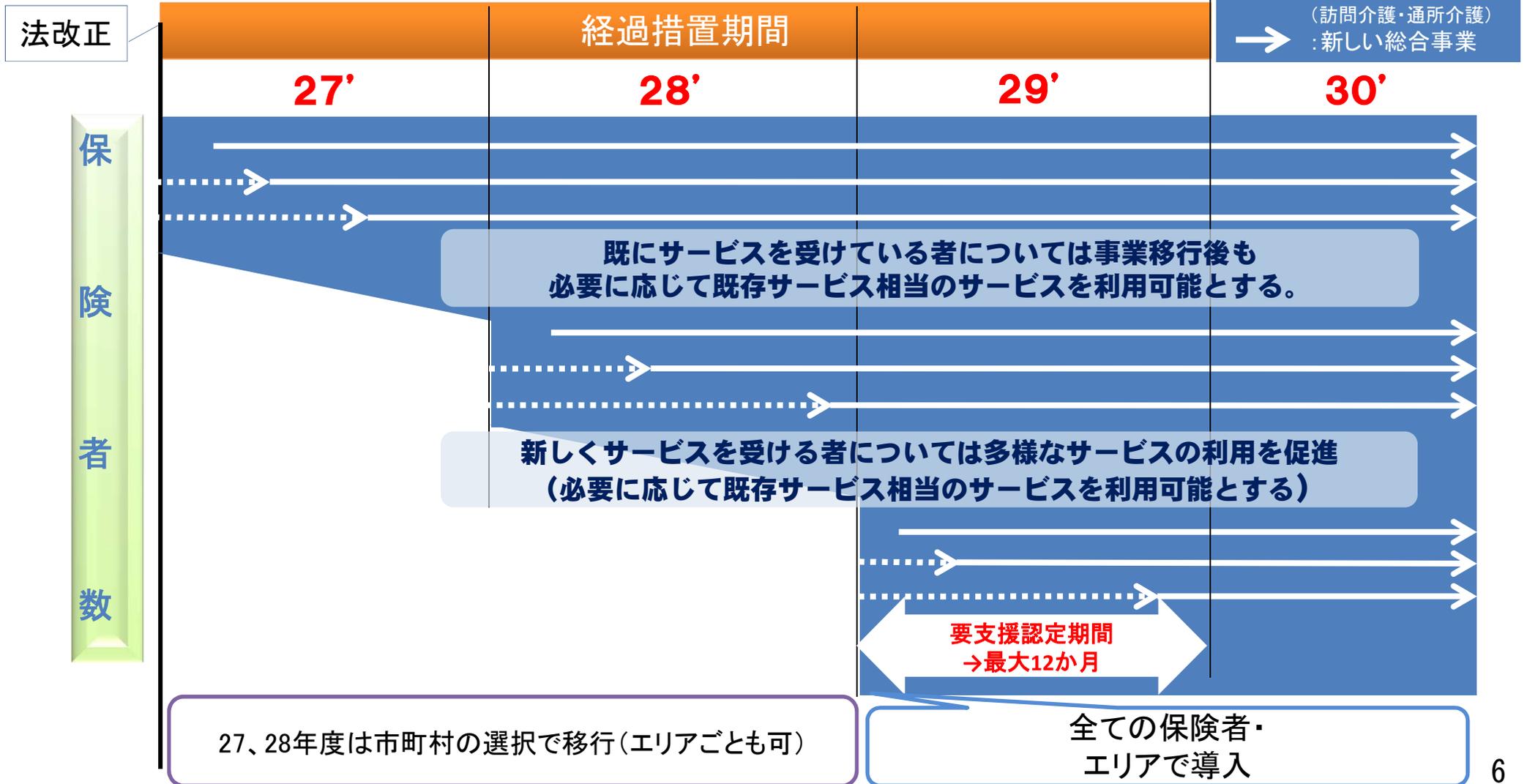
- 介護保険制度の地域支援事業の枠組みの中で、平成24年度に導入した介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し。現在、事業実施が市町村の任意となっているが（※）、総合事業について必要な見直しを行った上で、平成29年4月までに全ての市町村で実施（※）24年度27保険者が実施、25年度は44保険者が実施予定
- サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直す。（平成29年度末には全て事業に移行）。
- 総合事業の事業費の上限は、事業への移行分を賄えるように見直し。
- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き予防給付によるサービス提供を継続。
- 地域包括支援センターによるケアマネジメントに基づき、総合事業のサービスと予防給付のサービス（要支援者）を組み合わせる。
- 総合事業の実施に向け基盤整備を推進。



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）

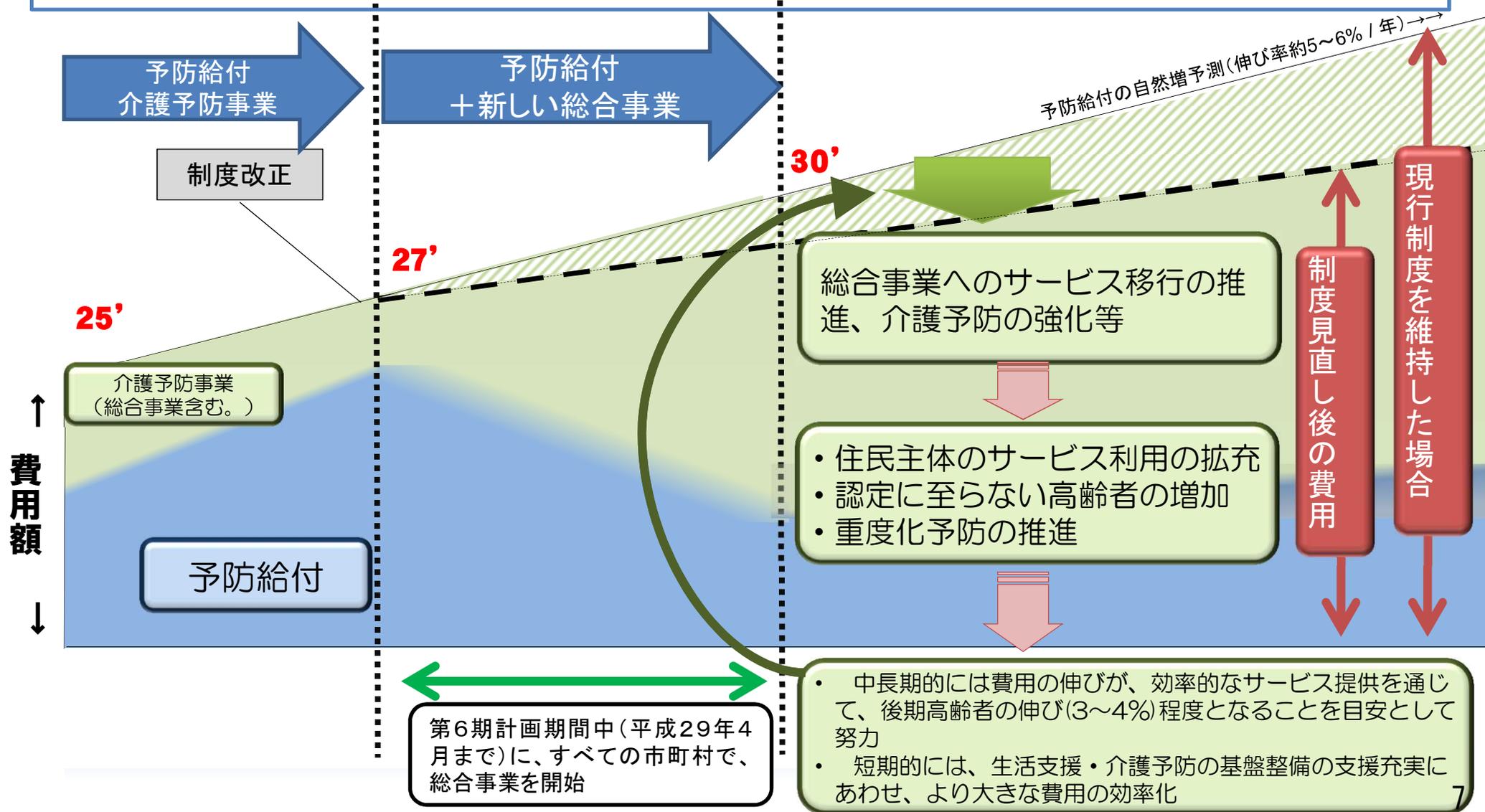
- 移行に際しては受け皿の整備に一定の時間がかかることも踏まえて、平成29年4月までに、全ての保険者で要支援者に対する新しい総合事業を開始。（27、28年度は市町村の選択）
- 平成29年度末をもって、予防給付のうち訪問介護と通所介護については終了。

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）



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を推進。住民主体のサービス利用を拡充し、効率的に事業実施。
- 機能が強化された新しい総合事業を利用することで、支援を必要とする高齢者が要支援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。



特別養護老人ホームの重点化

〔見直し案〕

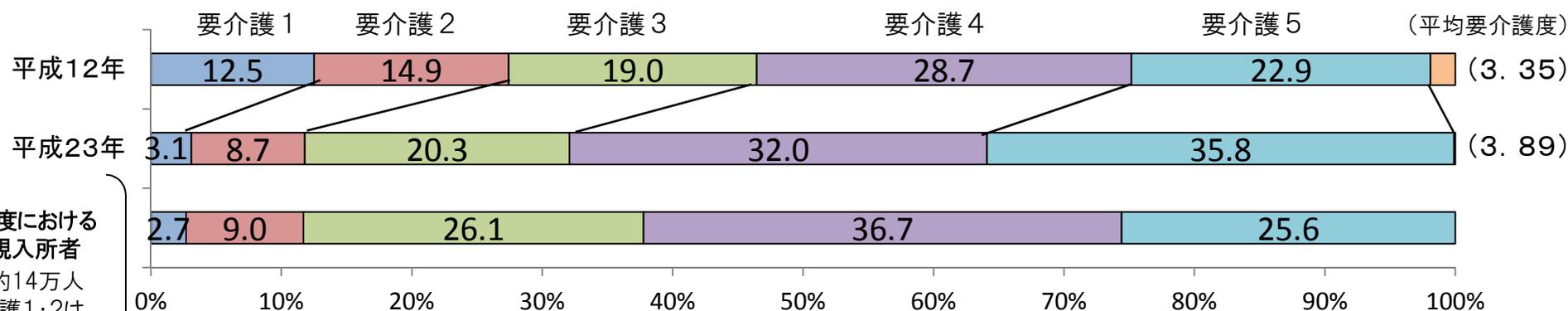
- 原則、特養への新規入所者を要介護度3以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化【既入所者は除く】
- 他方で、軽度（要介護1・2）の要介護者について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、特例的に、入所を認める

【参考：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場合（詳細については今後検討）】

- 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
- 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
- 認知症高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要

要介護度別の特養入所者の割合

≪ 施設数：7,831施設 サービス受給者数：51.1万人（平成25年8月） ≫



【参考】
平成23年度における
特養の新規入所者
※全体の約14万人
のうち要介護1・2は
約1.6万人

特養の入所申込者の状況

（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%)

※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。）

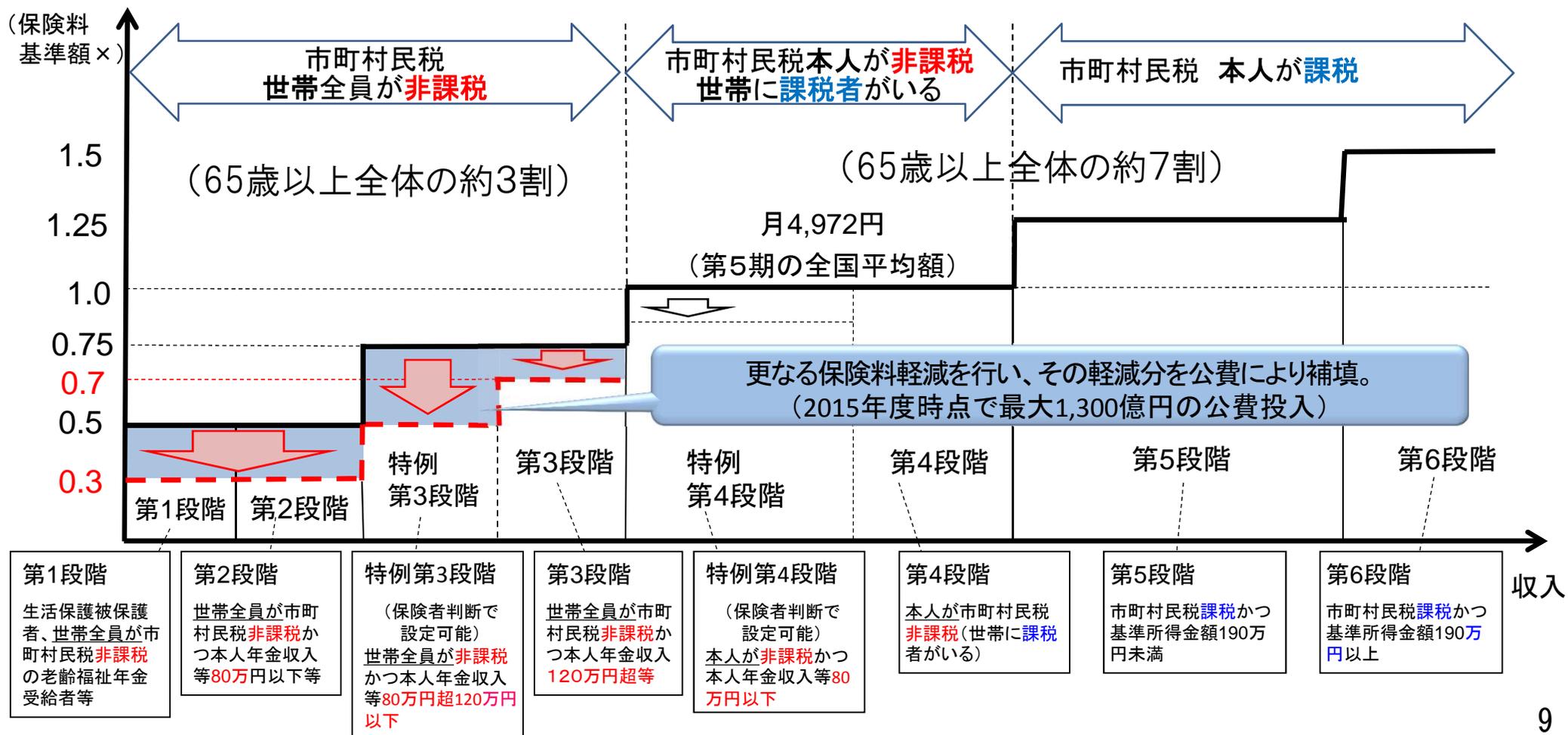
低所得者の一号保険料の軽減強化

〔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



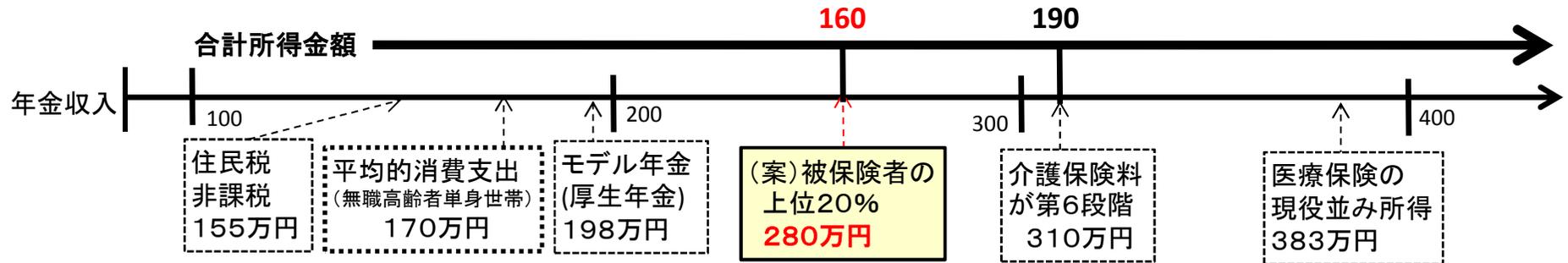
一定以上所得者の利用者負担の見直し

負担割合の引き上げ

- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1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一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- 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、審議会では以下の案を中心に議論
案：被保険者の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上の者＝年金収入280万円以上
- 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、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度と推計。

自己負担2割とする水準(単身で年金収入のみの場合)

※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)



負担上限の引き上げ

自己負担限度額(高額介護サービス費)のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者のみ引上げ

〈現行〉		〈見直し案〉	
	自己負担限度額(月額)		
一般	37,200円(世帯)	現役並み所得相当	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)	一般	37,200円
年金収入80万円以下等	15,000円(個人)		

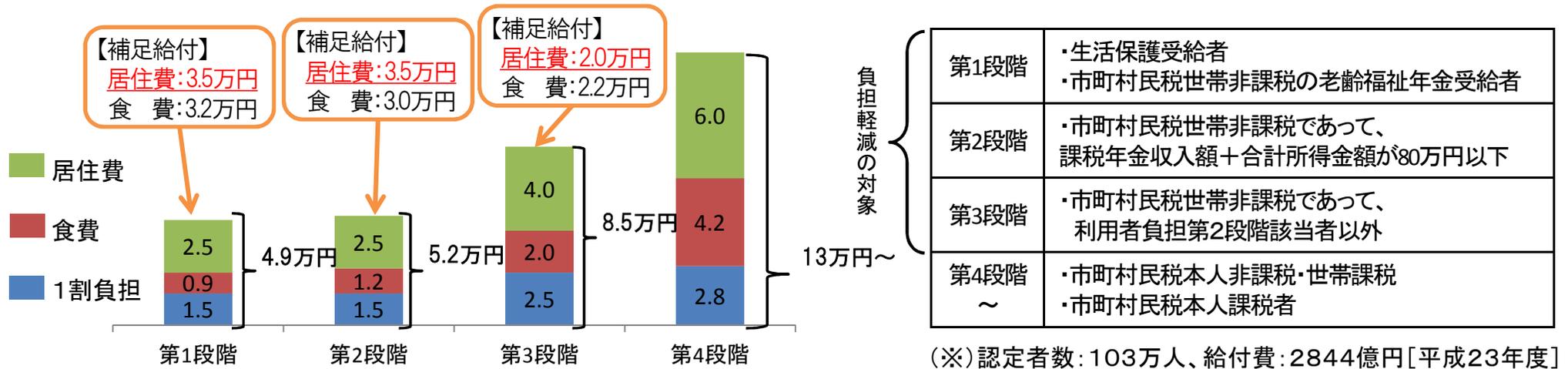
参考：医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

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

補足給付の見直し（資産等の勘案）

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金や不動産を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは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。

<現在の補足給付と施設利用者負担> ※ ユニット型個室の例



<見直し案>

預貯金等

一定額超の預貯金等（単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超程度を想定）がある場合には、対象外。→本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ（加算金）を設ける

配偶者の所得

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

非課税年金収入

補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案する

※ 不動産については、一定の評価額超の居宅等の不動産を所有している場合には対象外とし、こ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を検討したが、貸付の対象者、資産の評価等事業実施に向けた課題を更に整理し、委託先を確保できるようにすることが必要であり、引き続き検討。

参考資料

○ 介護保険制度改正の検討事項	・ ・ ・	1
Ⅰ サービス提供体制の見直し		
1. 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	・ ・ ・	1 1
2. 地域支援事業の充実に併せた予防給付の見直し	・ ・ ・	3 6
3. 在宅サービスの見直し	・ ・ ・	5 0
4. 施設サービス等の見直し	・ ・ ・	5 6
5. 介護人材の確保	・ ・ ・	6 1
6. 介護サービス情報公表制度の見直し	・ ・ ・	6 4
Ⅱ 費用負担の見直し	・ ・ ・	6 5
Ⅲ 2025年を見据えた介護保険事業計画の策定	・ ・ ・	9 0

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。

	サービス提供体制	費用負担
充実	<p>■ 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</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療・介護連携の推進 ○ 認知症施策の推進 ○ 地域ケア会議の推進 ○ 生活支援サービスの充実・強化 <p>※ 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進</p> <p>※ 介護職員の処遇改善は、介護報酬改定で検討</p>	<p>■ 保険料の負担の増大の抑制</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 低所得者の1号保険料の軽減強化
重点化・効率化	<p>■ 介護サービスの効率化・重点化</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し ○ 特別養護老人ホームの中重度者への重点化 	<p>■ 所得や資産のある人の利用者負担の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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）

※このほか、「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

「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」(平成25年10月15日国会提出、12月5日成立) 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

ニ 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。

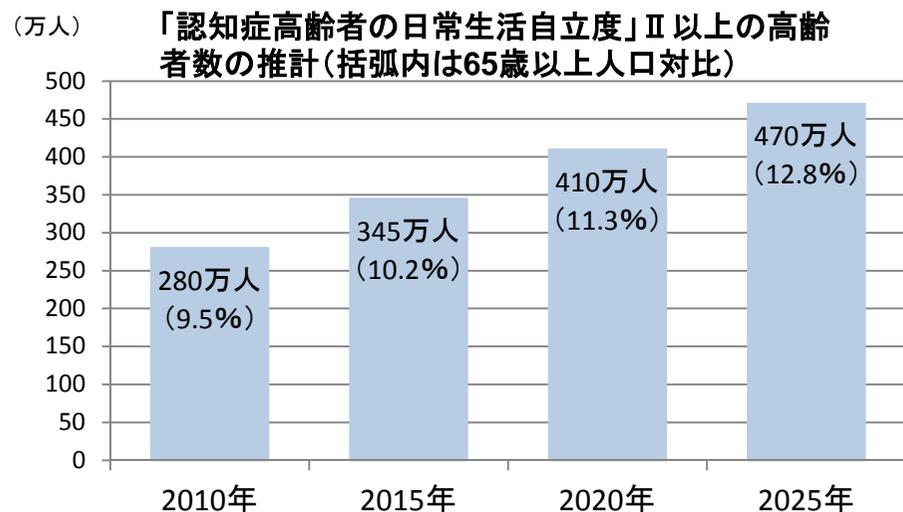
4 政府は、前条第七項第二号ロに掲げる事項に係る同項の措置の検討状況等を踏まえ、被用者保険等保険者に係る介護保険法第百五十条第一項に規定する介護給付費・地域支援事業支援納付金の額を当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすることについて検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

今後の介護保険をとりまく状況

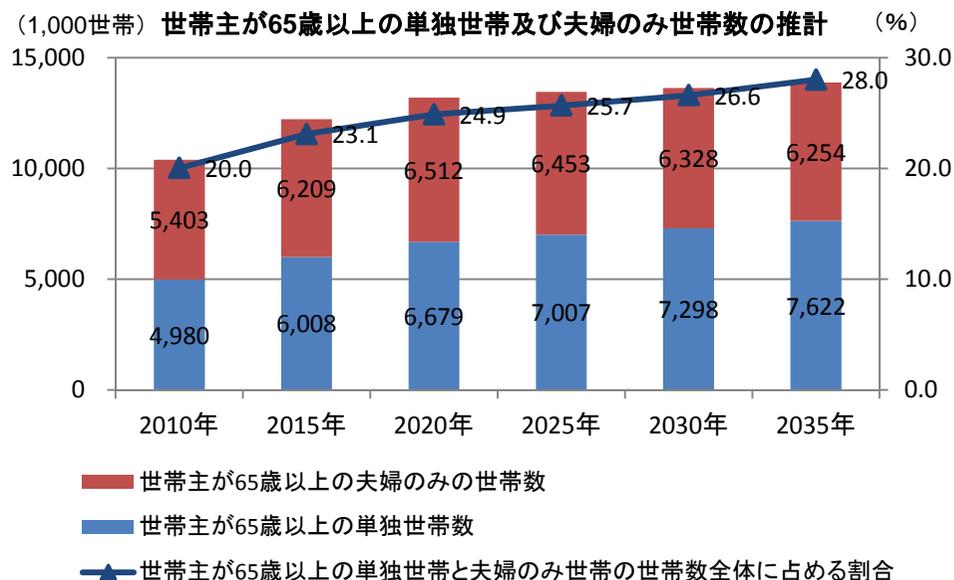
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	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

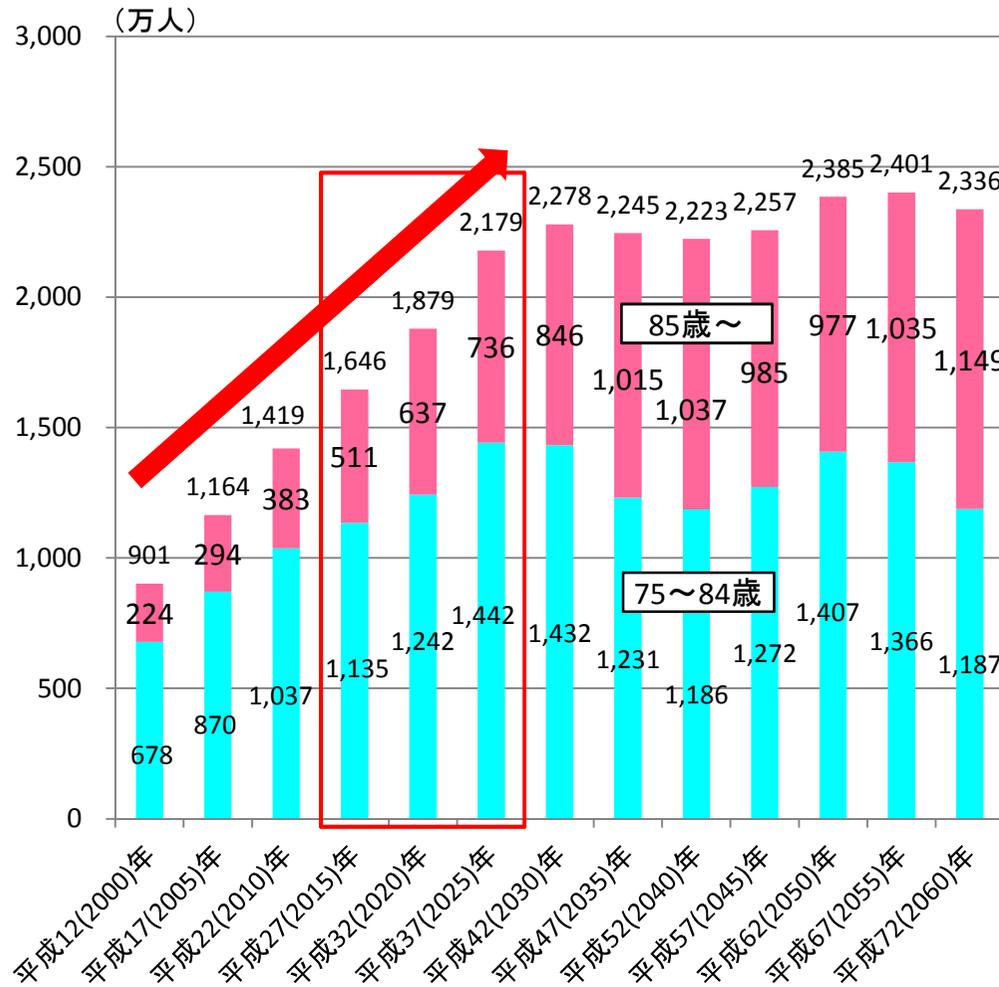


④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	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)

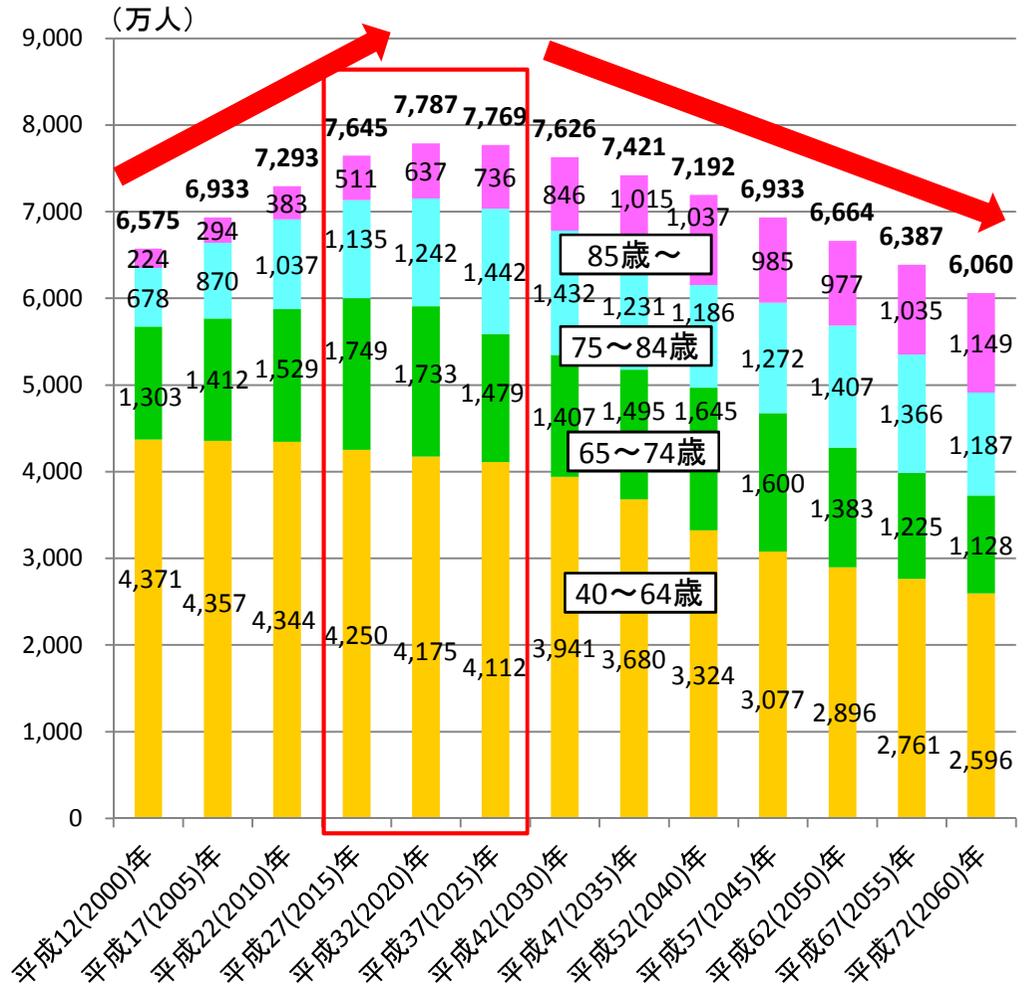
⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○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年間も、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。



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計) 出生中位(死亡中位)推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

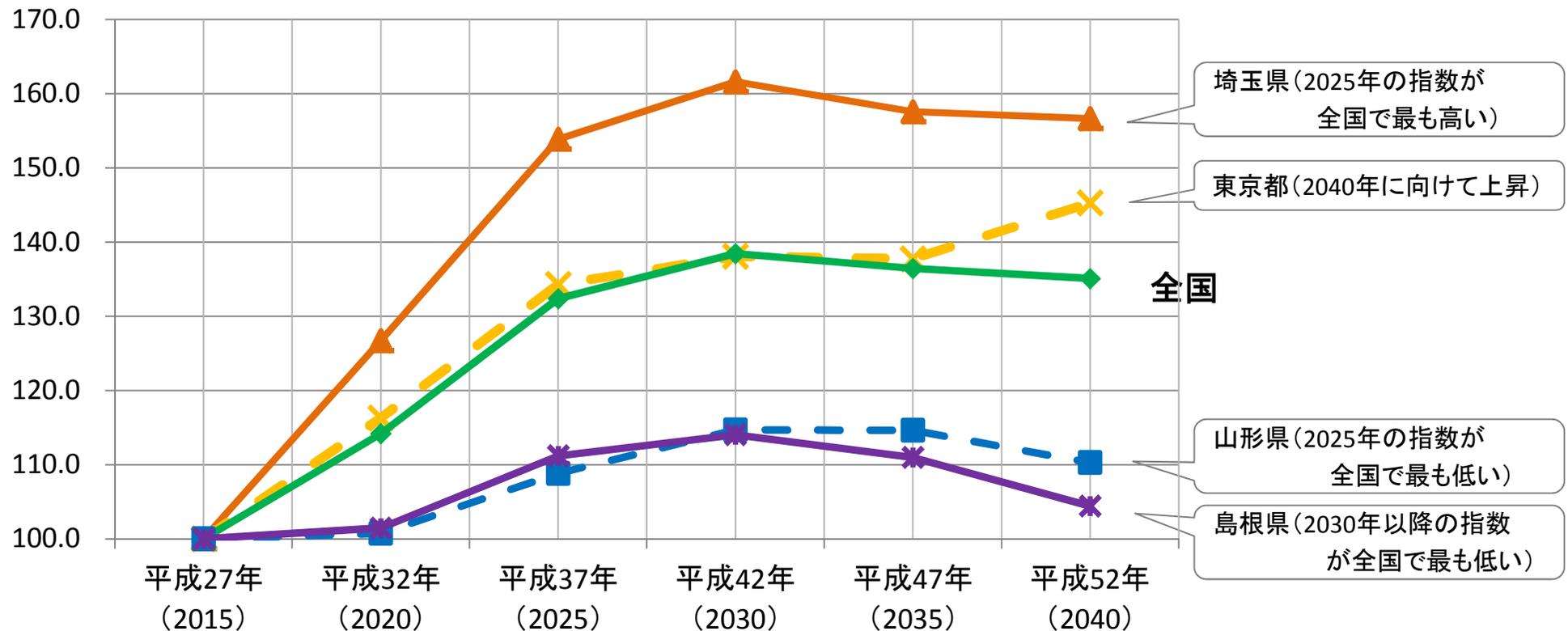
(参考) 2015年から2025年までの各地域の高齢化の状況

○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
 ※東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県では、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。

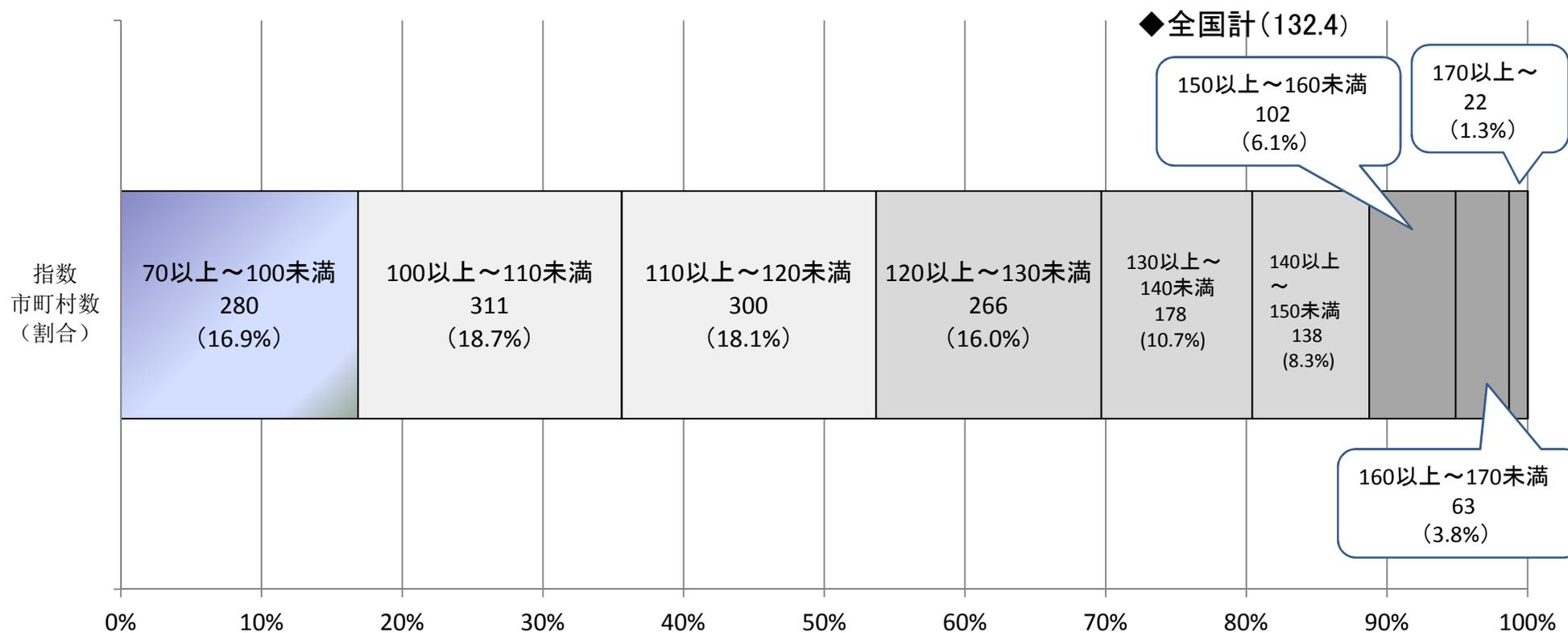
75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



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

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

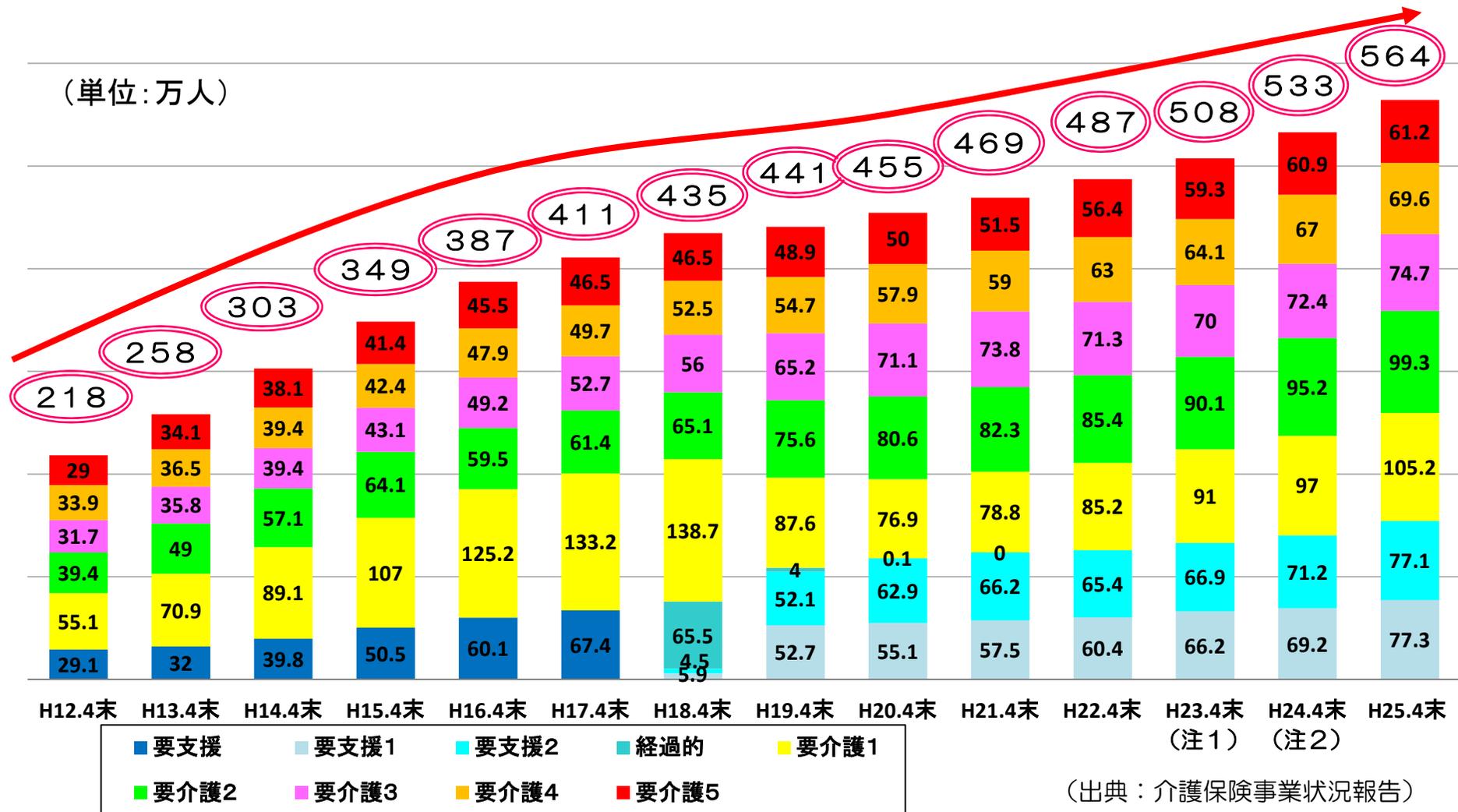


注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

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

要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成25年4月現在564万人で、この13年間で約2.59倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。

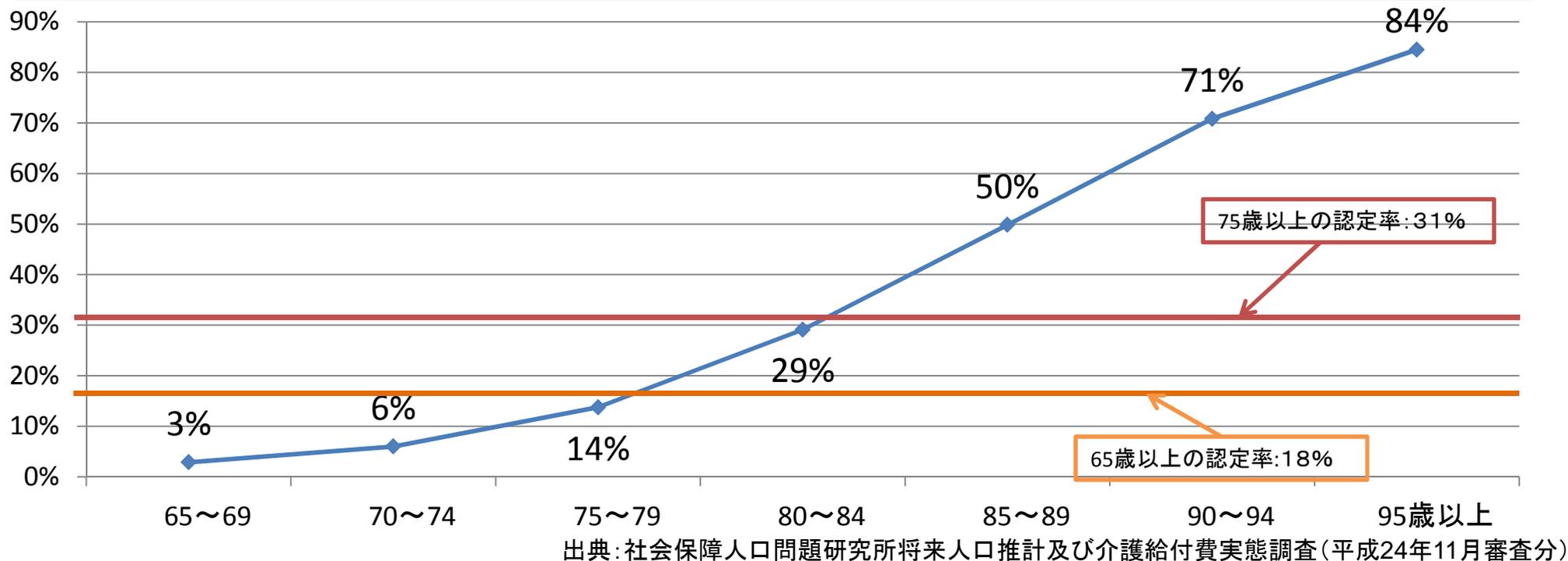


注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、榎葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注2) 榎葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

(参考) 年齢階層別の要介護認定率 (推計)

- 要介護(支援)認定率は、年齢とともに上昇し、85歳～89歳では約半数が認定を受けているが、一号被保険者全体で認定を受けている率は、約18%程度である。
- 後期高齢者医療での受診率は96.9%であるのに対し、75歳以上の要介護(支援)認定率は31%となっている。

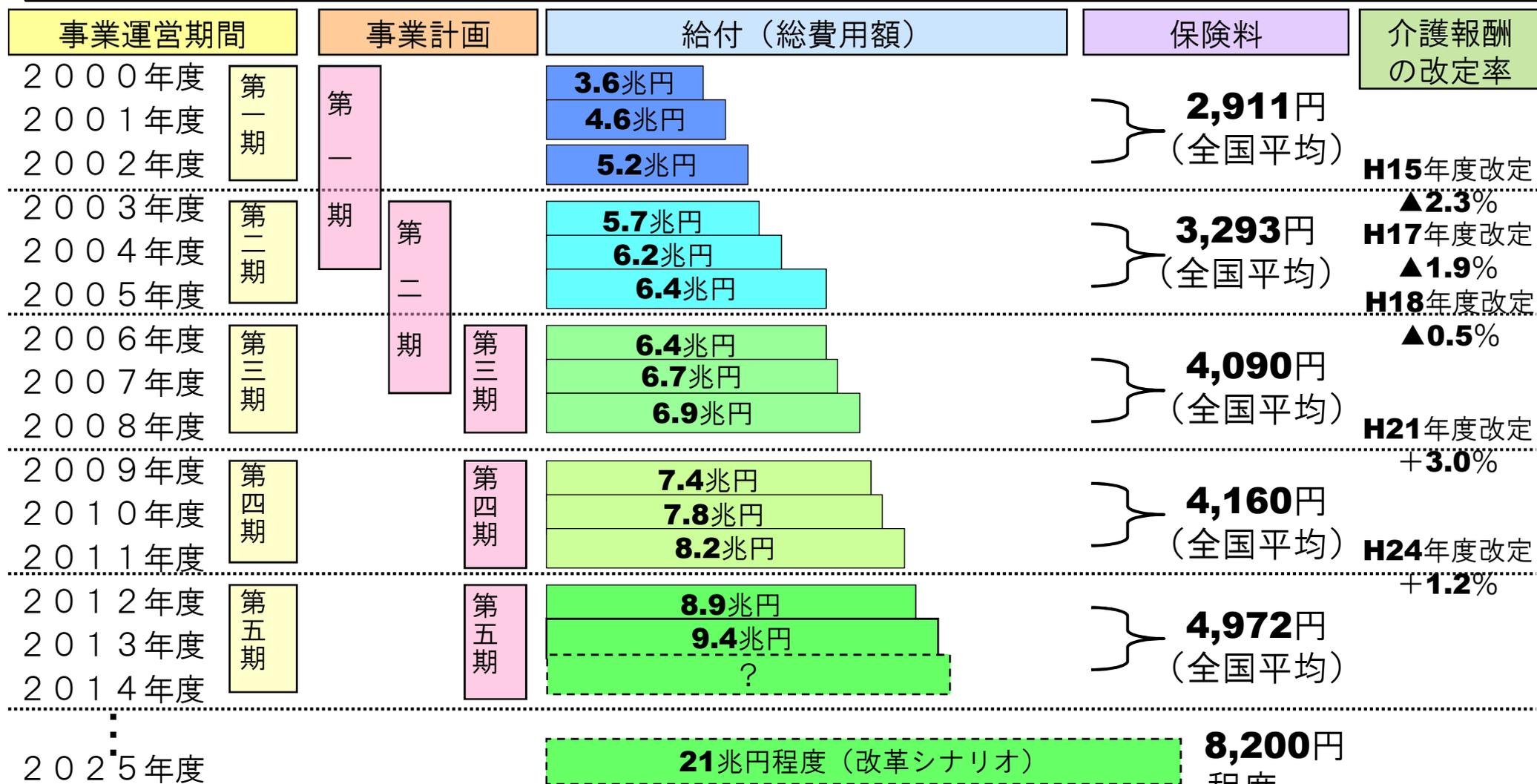


【参考】平成22年度1年度間において、入院、入院外又は歯科のいずれか1医療機関以上で診療を受けた者(合計)の割合

協会(一般)	84.8%
組合健保	85.0%
国民健康保険	84.0%
後期高齢者医療	96.9%

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8200円程度に上昇が見込まれており、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

I サービス提供体制の見直し

1. 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

- 在宅医療・介護の連携推進についてはこれまでモデル事業等を実施して一定の成果。それを踏まえ、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。
- 具体的には、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、地区医師会等と連携しつつ、取り組む。



(想定される取組(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
- ④ 24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

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(「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」が発生してからの「事後的な対応」が主眼。



《今後目指すべきケア》

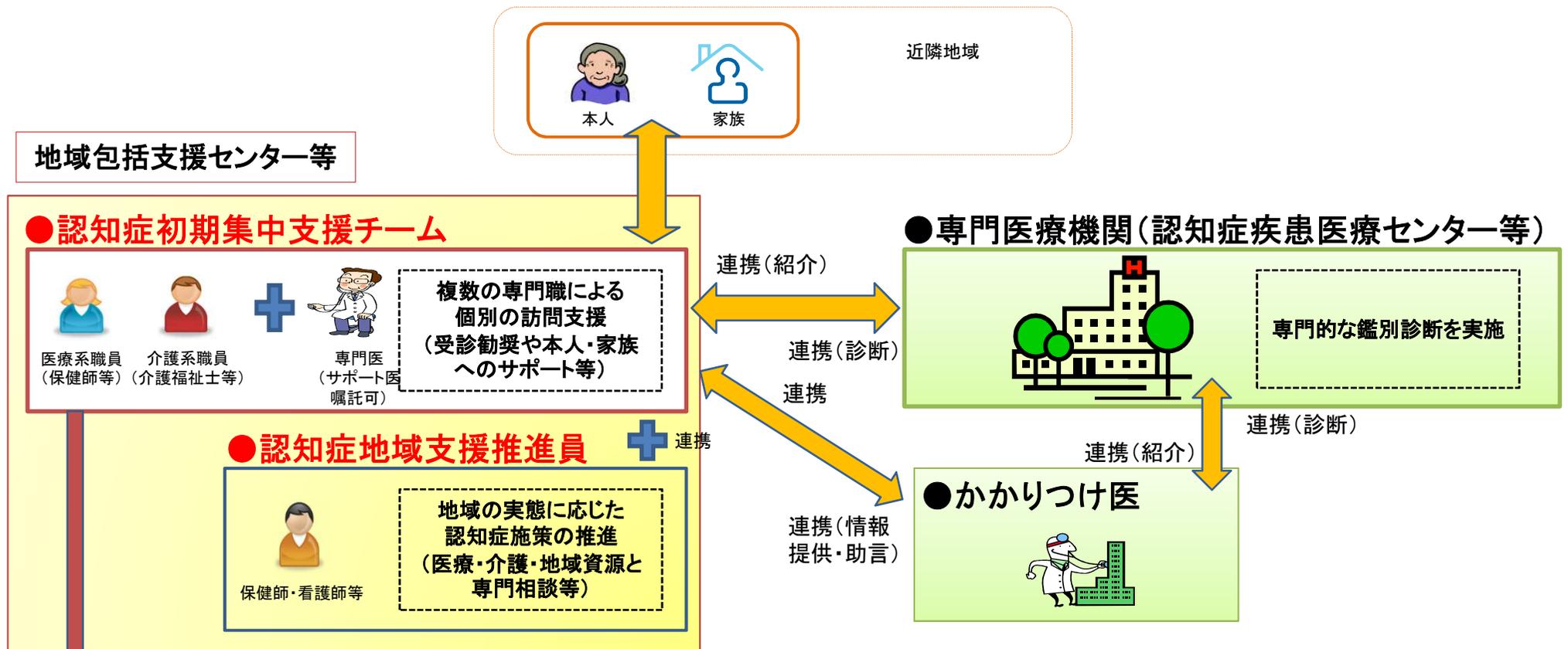
「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

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。
(個別の訪問支援)
- 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。
(専任の連携支援・相談等)



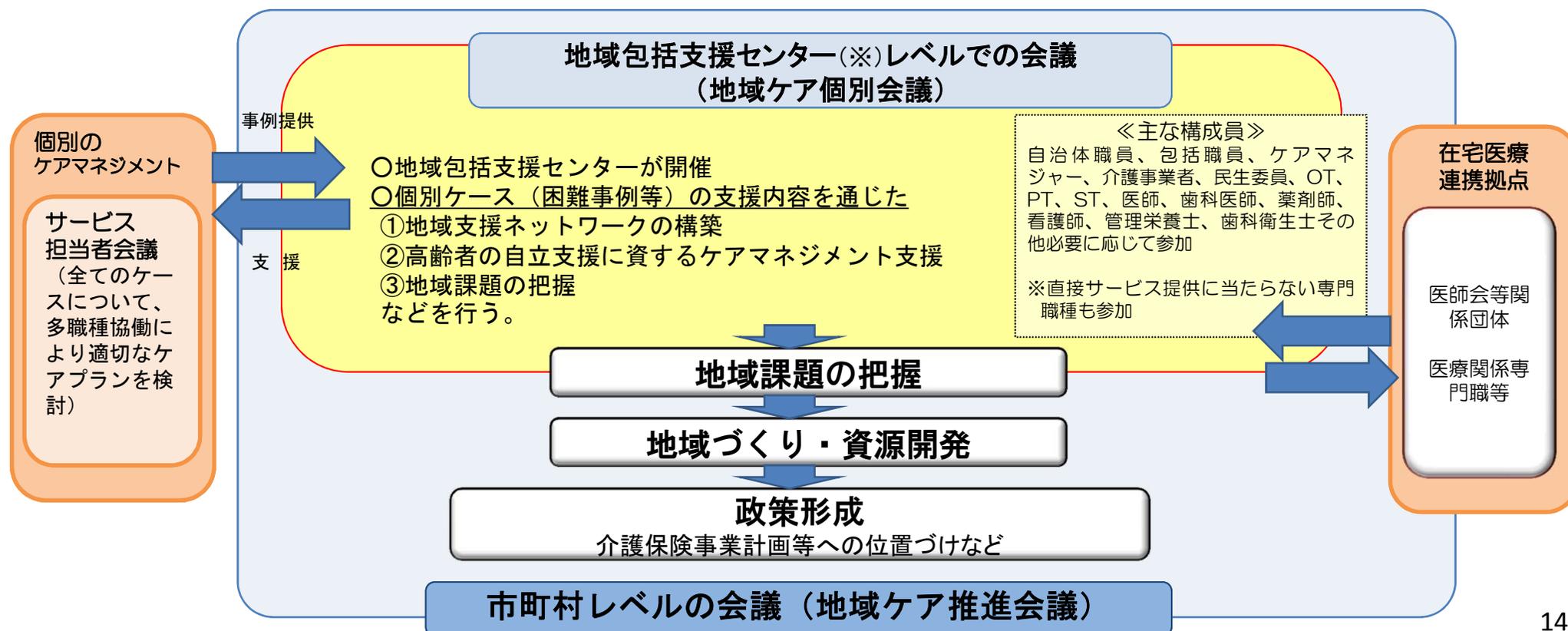
＜認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ＞

- ①訪問支援対象者の把握、②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)、③アセスメント(認知機能障害、生活機能障害、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子をチェック)、④初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)、⑤チーム員会議の開催(アセスメント内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)、⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)、⑦引き継ぎ後のモニタリング

地域ケア会議の推進

- 「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。

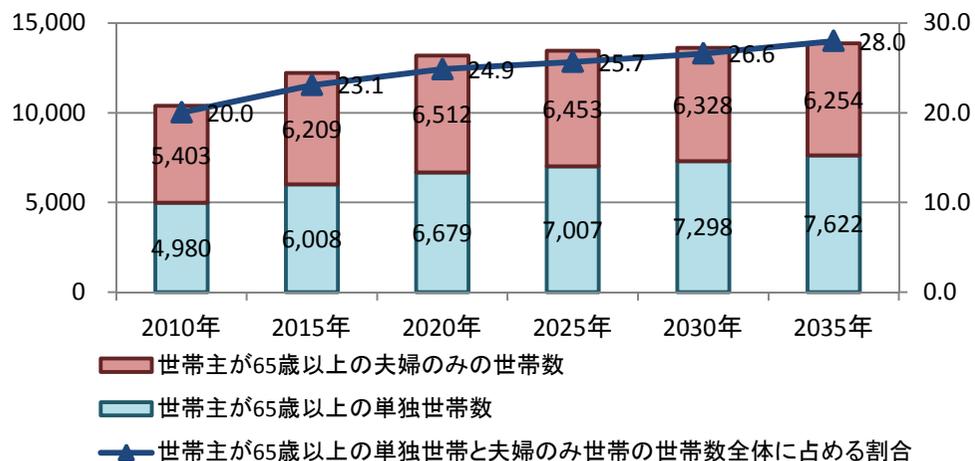
・地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・ブランチ・サブセンター合計7,072ヶ所)(平成24年4月末現在)
 ・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,202保険者)で実施(平成24年6月に調査実施)



生活支援サービスの充実

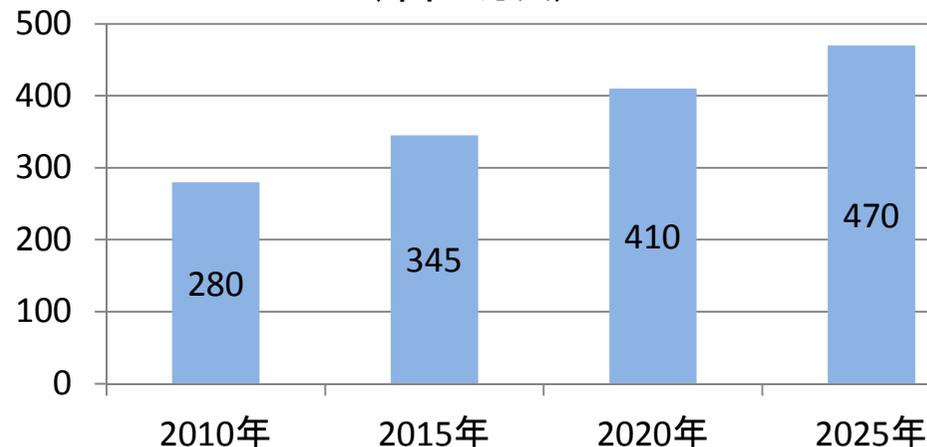
生活支援のニーズ

高齢者世帯の年次推移



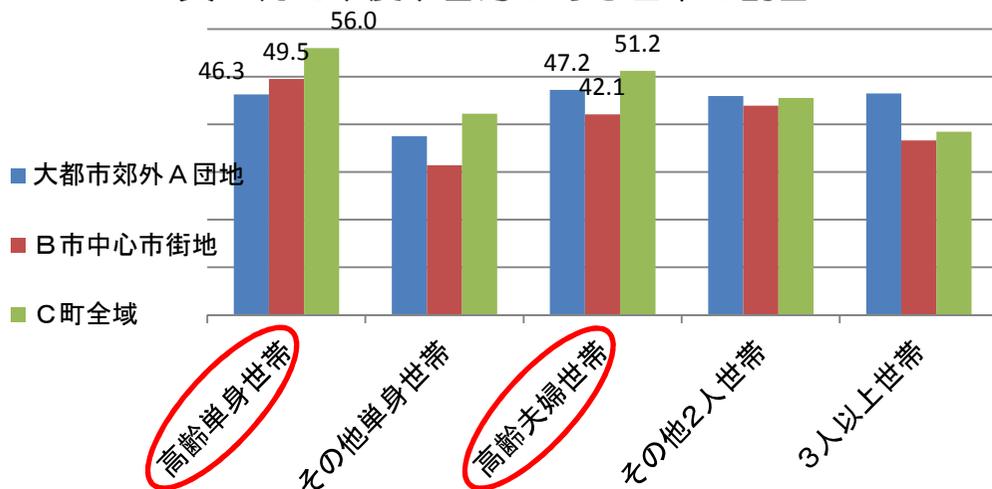
国立社会保障・人口問題研究所、
2013(平成25)年1月推計の「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」

認知症高齢者数の将来推計 (単位:万人)



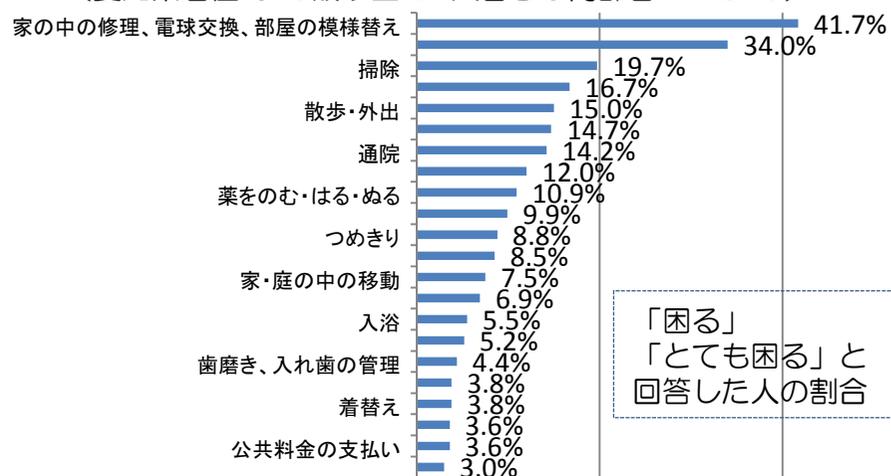
「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について、厚生労働省

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)



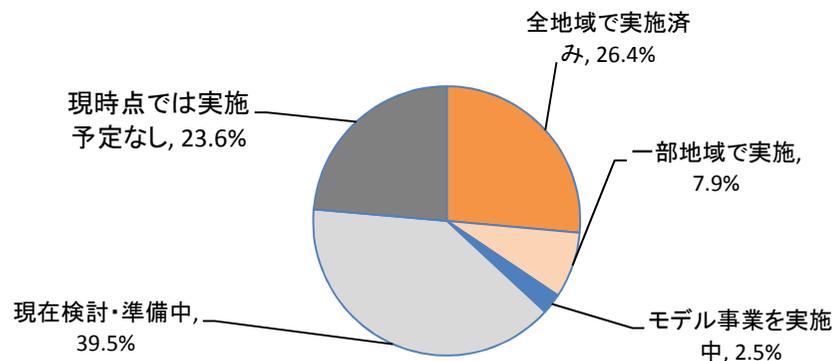
「困る」「とても困る」と回答した人の割合

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

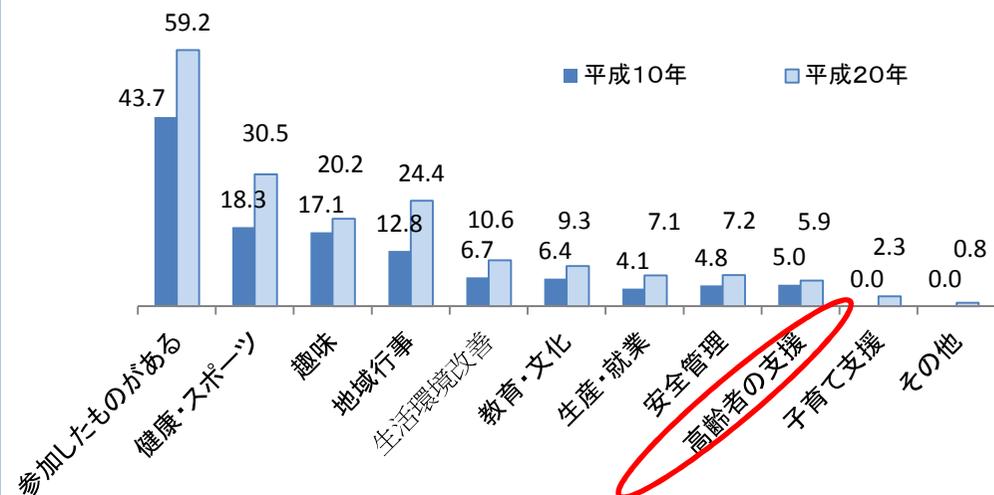
高齢者の見守りネットワークの形成状況

(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」

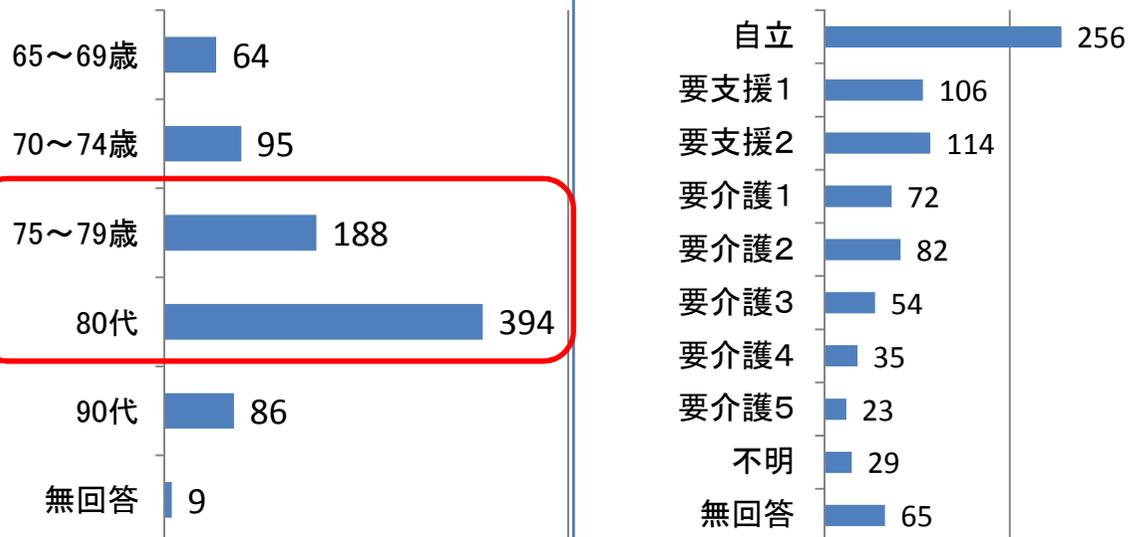
60歳以上の住民のグループ活動



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

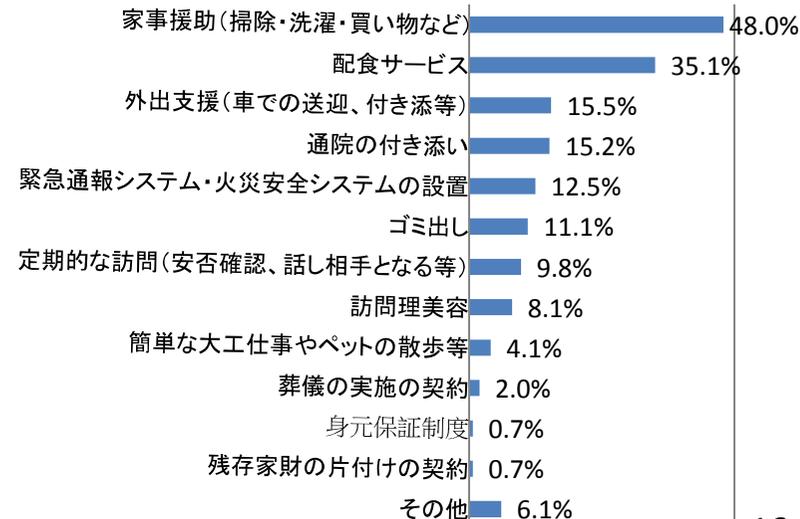
(調査対象10団体のサービスを利用する高齢者のうち有効回答数 n=836)



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」

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

NPO

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

市町村による新しい地域づくりの推進(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

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

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。

連携・協力

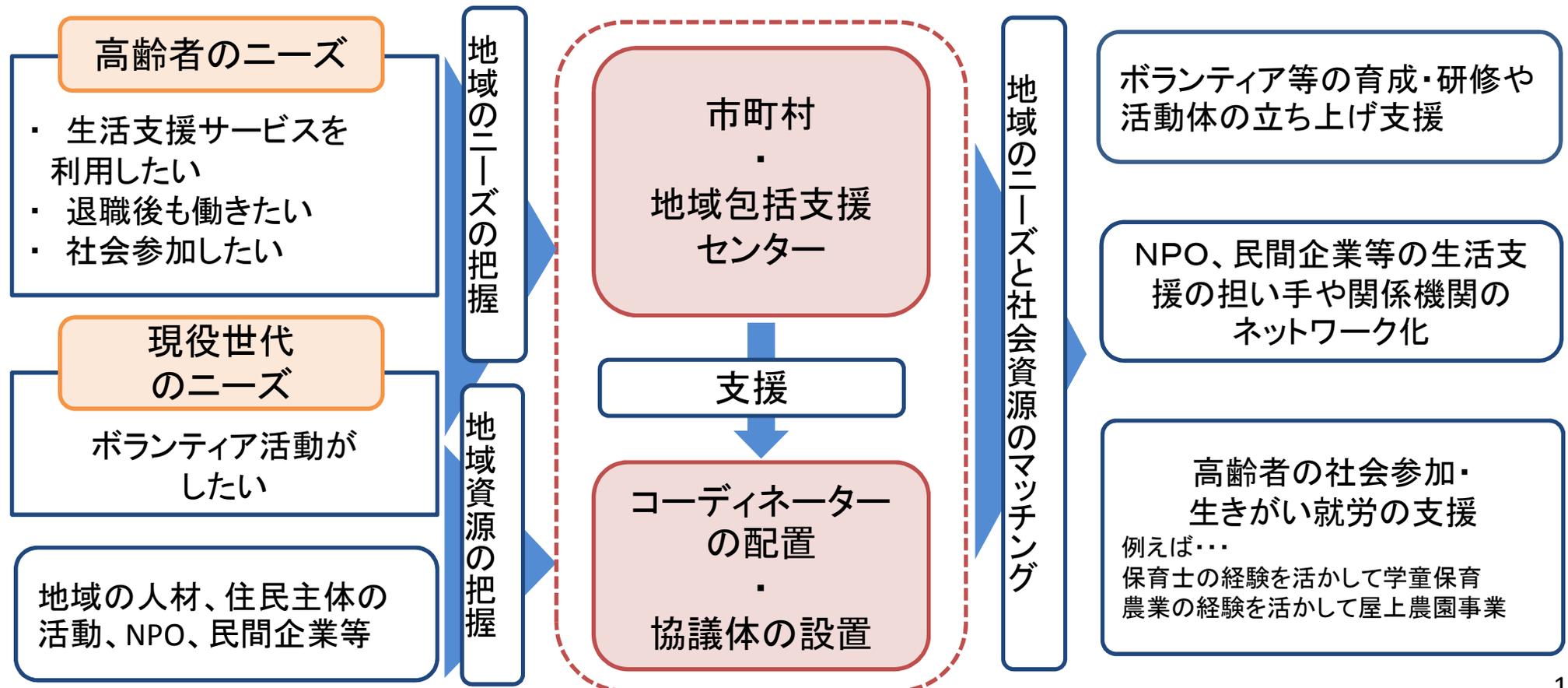
コーディネーター

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

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)



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。



介護予防の推進

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

- 機能回復訓練など的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

- 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

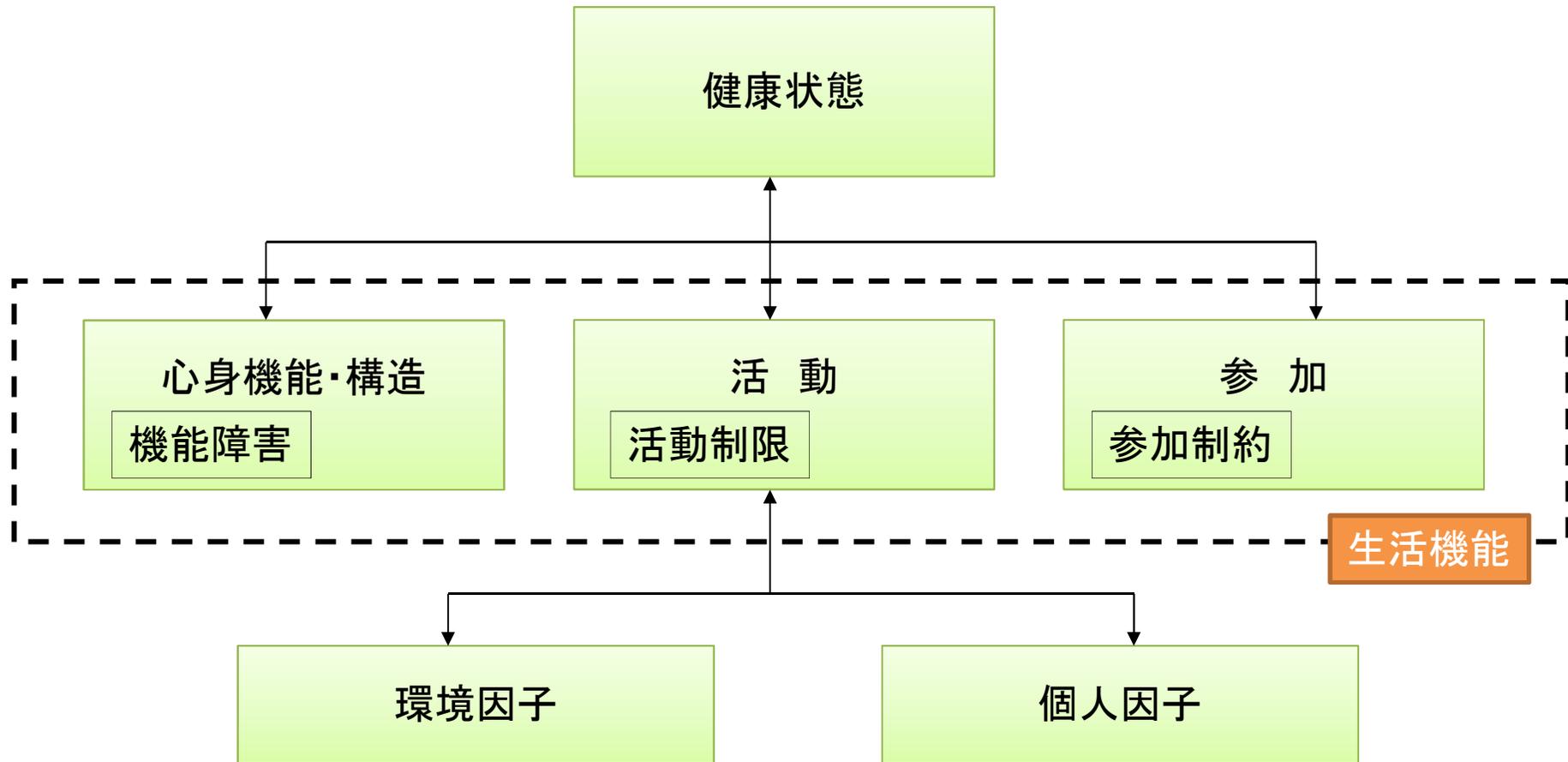
（新）地域リハビリテーション活動支援事業

- ・「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

(参考) 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、

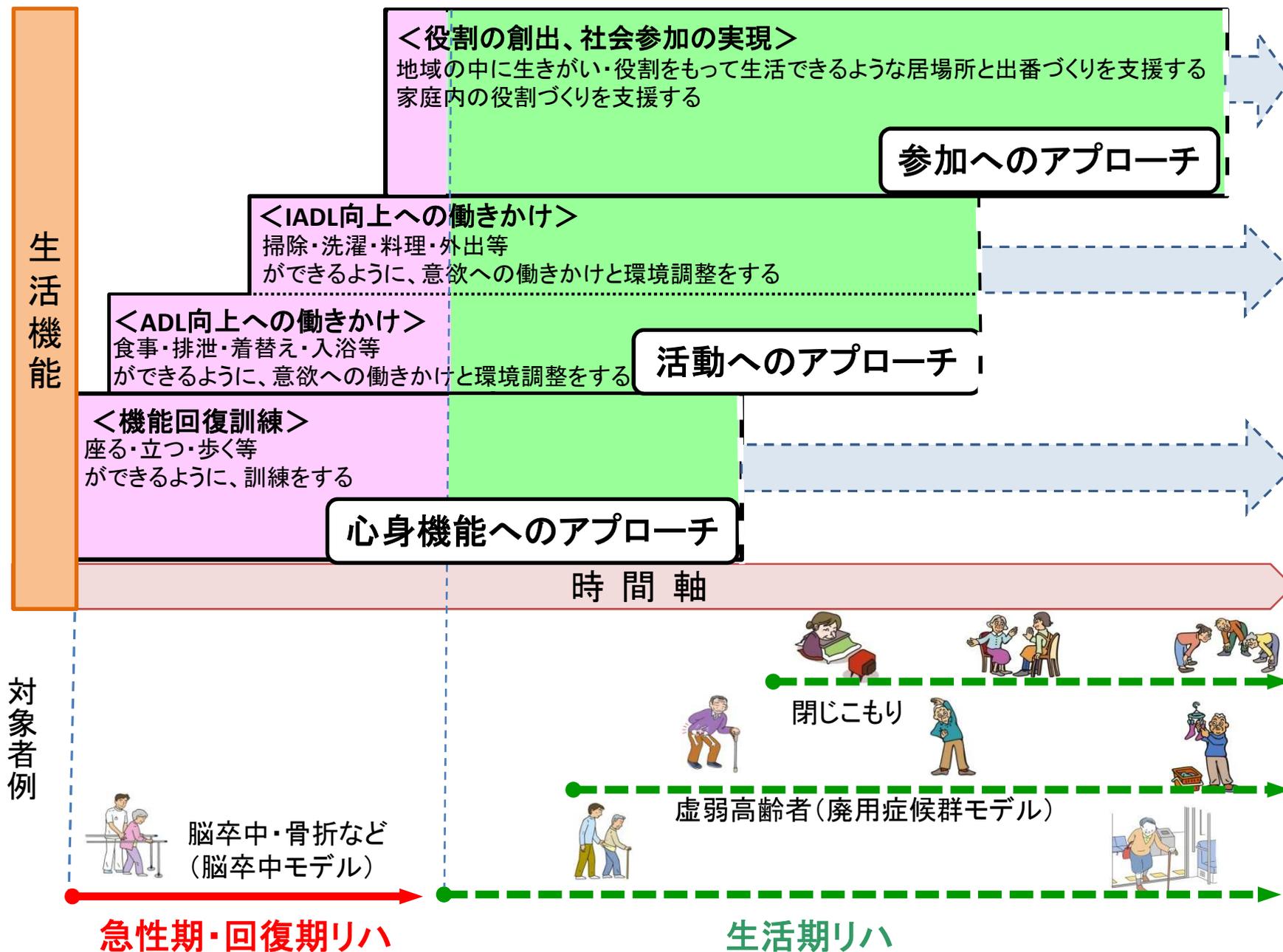
①体の働きや精神の働きである「心身機能」

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



(参考) 現行の介護予防事業の概要

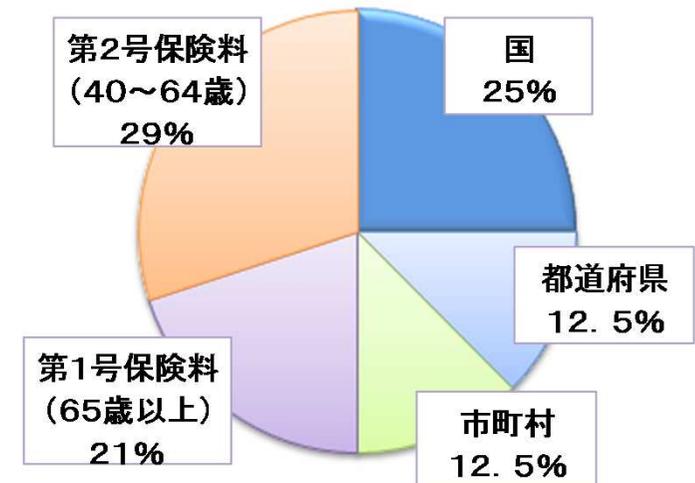
- 介護予防事業は介護保険法第115条の45の規定により、市町村に実施が義務付けられている。
- 要介護状態等ではない高齢者に対して、心身の機能や生活機能の低下の予防又は悪化の防止のために必要な事業として、各市町村が実施。
- 介護予防事業は介護給付見込み額の2%以内の額で実施（介護保険法施行令第37条の13）
- 平成25年度 国費：124億円 総事業費：496億円（介護保険法第122条の2）
(国1/4、都道府県1/8、市町村1/8、保険料(1号2/10、2号3/10))

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）

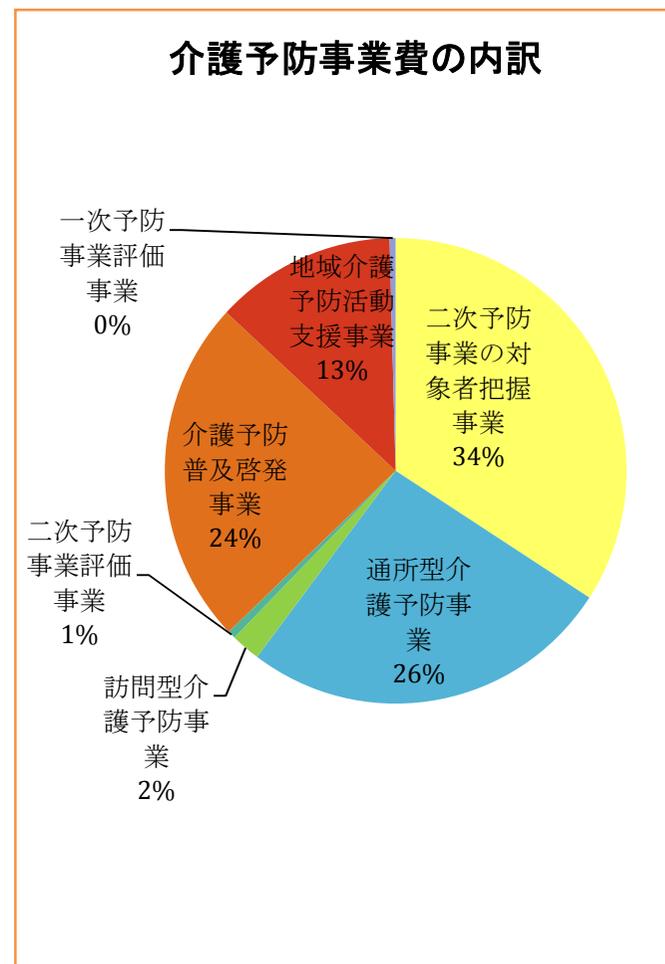
【事業内容】

- 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

(参考) 平成23年度の介護予防事業の実績

	内容	実施 保険者数	対象経費実支出額	
二次予防事業	二次予防事業の対象者把握事業	1,550	15,009,789,382円	
	通所型介護 予防事業	運動器機能向上	1,137	11,467,101,458円
		栄養改善	285	
		口腔機能向上	595	
		認知機能低下予防・支援	214	
		複合	816	
		その他	119	
	訪問型介護 予防事業	運動器機能向上	212	894,200,888円
		栄養改善	224	
		口腔機能向上	192	
		認知機能低下予防・支援	142	
		閉じこもり予防・支援	202	
		うつ予防・支援	176	
複合		149		
二次予防事業評価事業	931	249,221,350円		
一次予防事業	介護予防普 及啓発事業	パンフレット等の作成・配布	1,270	10,566,271,561円
		講演会・相談会	1,187	
		介護予防教室等	1,467	
		介護予防事業の記録等管理媒 体の配布	493	
		その他	254	
		地域介護予 防活動支援 事業	ボランティア等の人材育成	
	地域活動組織への支援・協力等	955		
	その他	216		
	一次予防事業評価事業	802	181,152,153円	
合計		1,594	43,941,270,361円	

「二次予防事業の対象者把握事業」が全体の3割強を占める



H23年度介護予防事業実施状況調査

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）

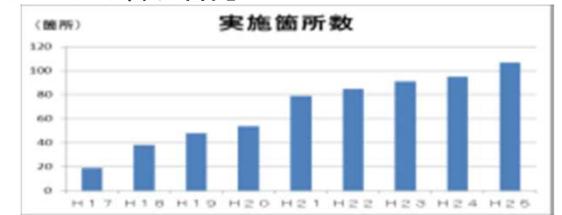
※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	カ所
	委託	3	カ所
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

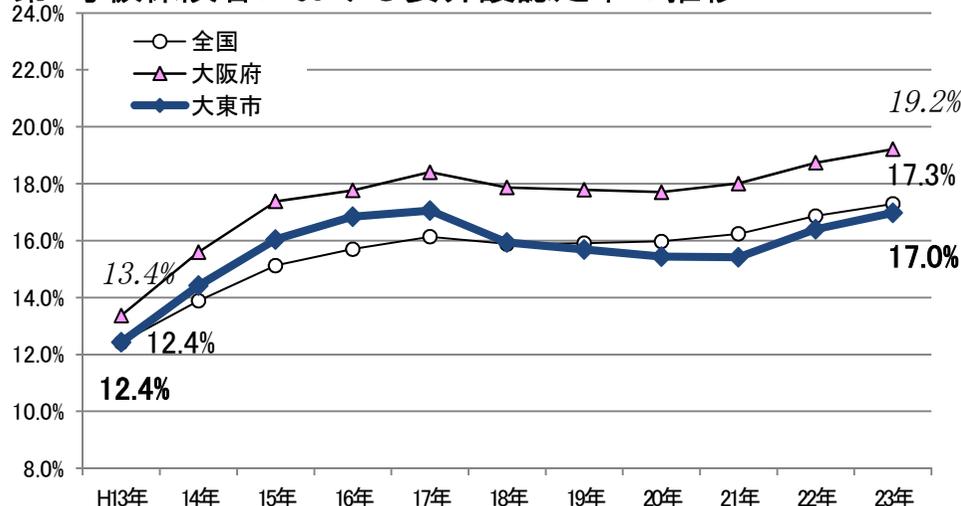


65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	9.3 %
-------------------------	-------

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。

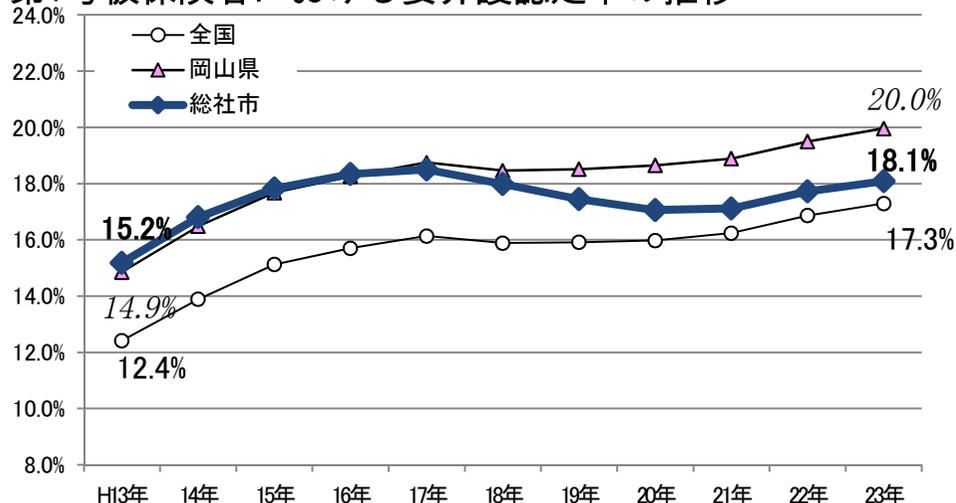
基本情報（平成25年4月1日現在）

※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	0	カ所
	委託	6	カ所
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	0	カ所
	委託	1	カ所
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

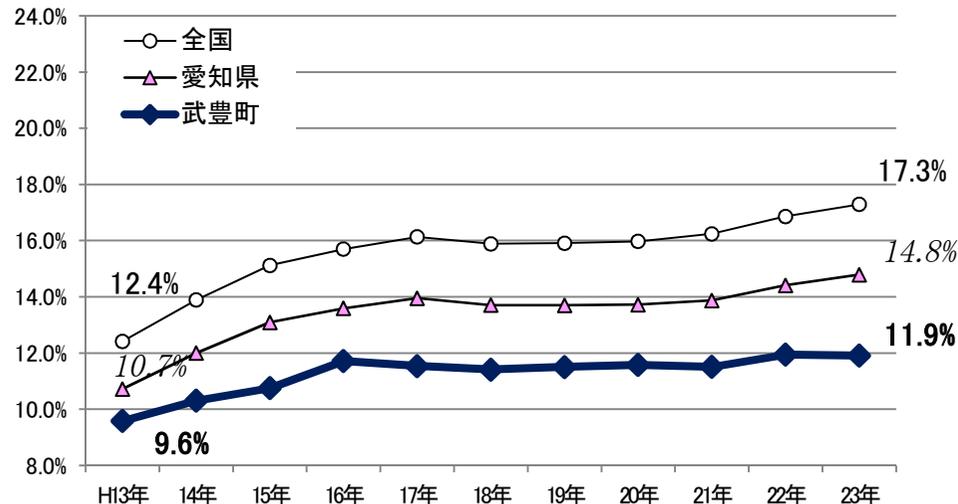


介護予防の取組の変遷

- (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	カ所
	委託	0	カ所
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



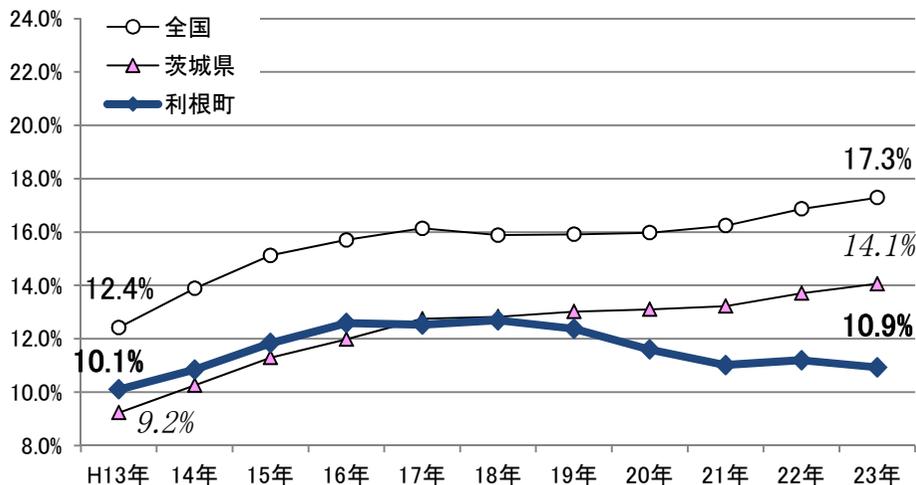
介護予防の取組の変遷

- 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	カ所
	委託	0	カ所
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

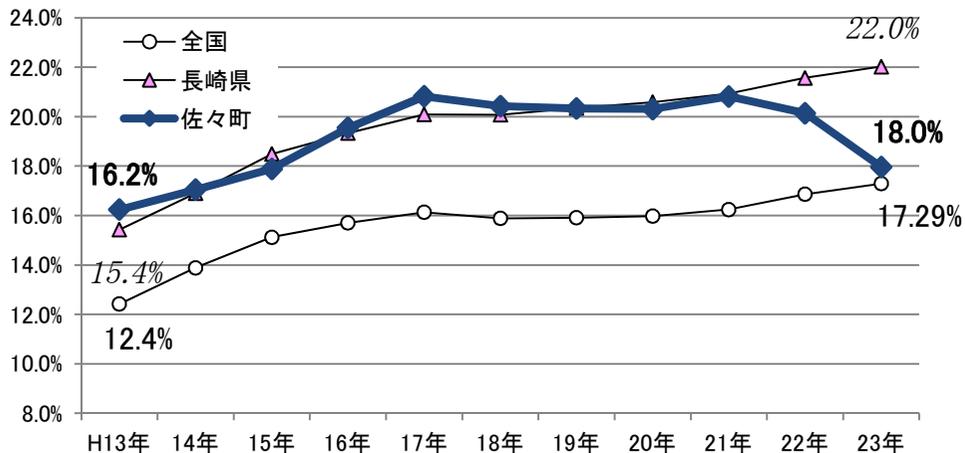


介護予防の取組の変遷

- 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）

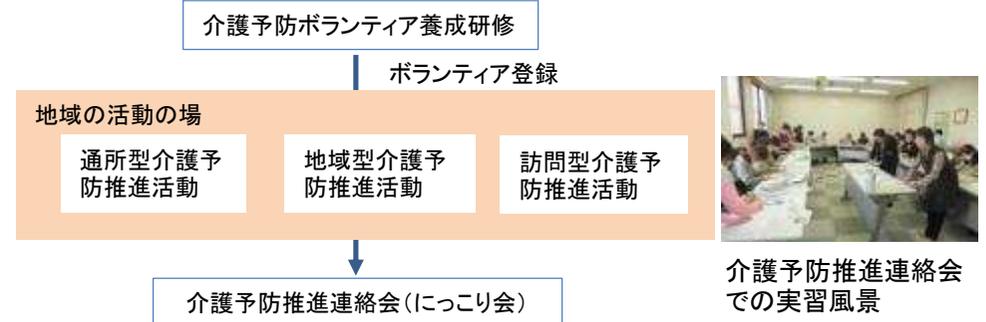
65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	11.6 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	6.6 %

第1号被保険者における要介護認定率の推移

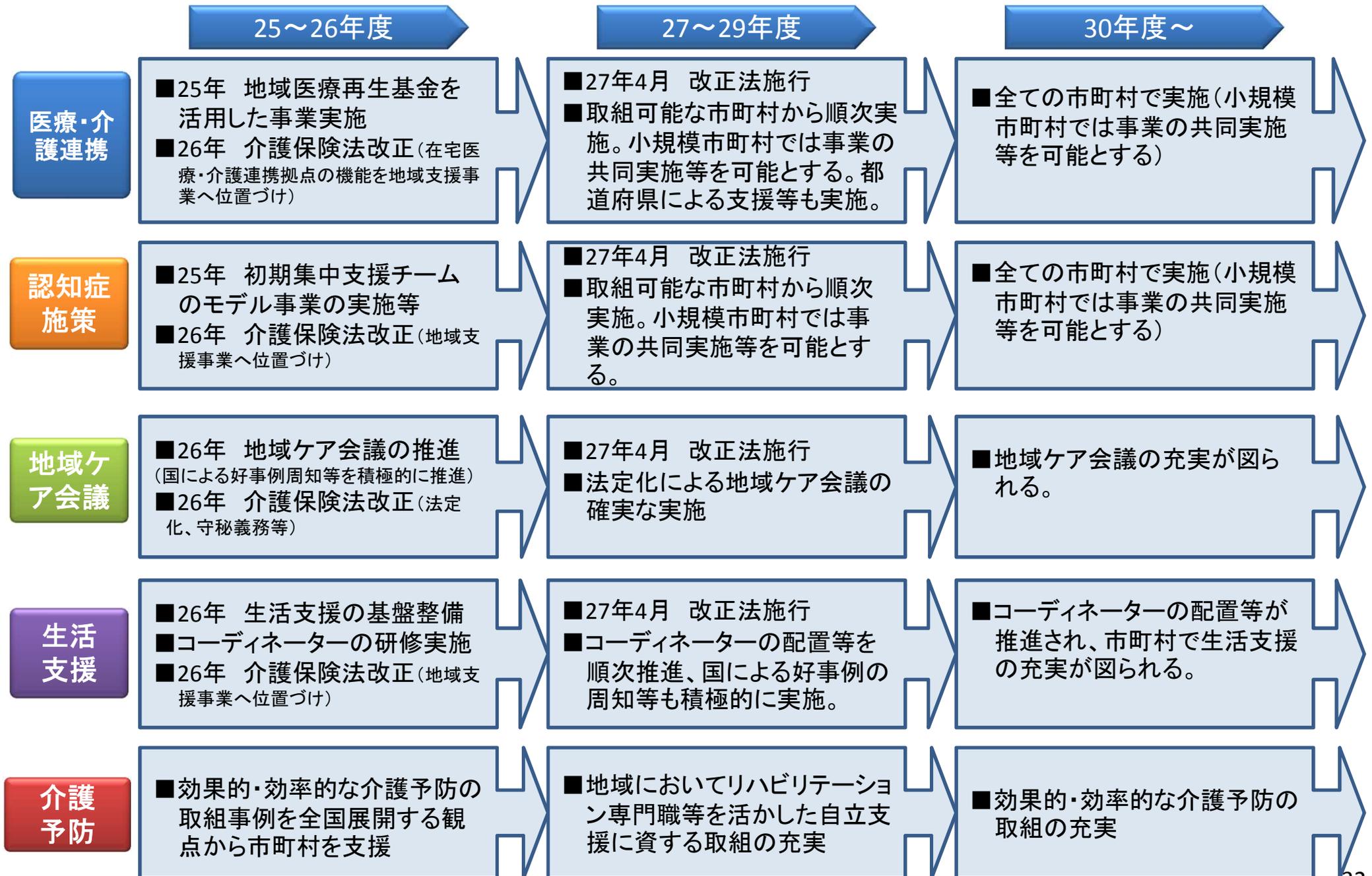


専門職の関与の仕方

- 「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



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

行政との
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。



- 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。

(参考) 地域包括支援センターの業務(現行)

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である。(介護保険法第115条の46第1項)

主な業務は、介護予防支援及び包括的支援事業(①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務)で、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施する。

総合相談支援業務

住民の各種相談を幅広く受け付けて、制度横断的な支援を実施

多面的(制度横断的)支援の展開

行政機関、保健所、医療機関、児童相談所など
必要なサービスにつなぐ

介護サービス

ボランティア

ヘルスサービス

成年後見制度

地域権利擁護

民生委員

医療サービス

虐待防止

介護相談員

権利擁護業務

- ・成年後見制度の活用促進、高齢者虐待への対応など

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

- ・「地域ケア会議」等を通じた自立支援型ケアマネジメントの支援
- ・ケアマネジャーへの日常的個別指導・相談
- ・支援困難事例等への指導・助言

主任ケア
マネジャー等

社会福祉士等

保健師等

チームアプローチ

介護予防 ケアマネジメント業務

二次予防事業対象者(旧特定高齢者)に対する介護予防ケアプランの作成など

介護予防支援

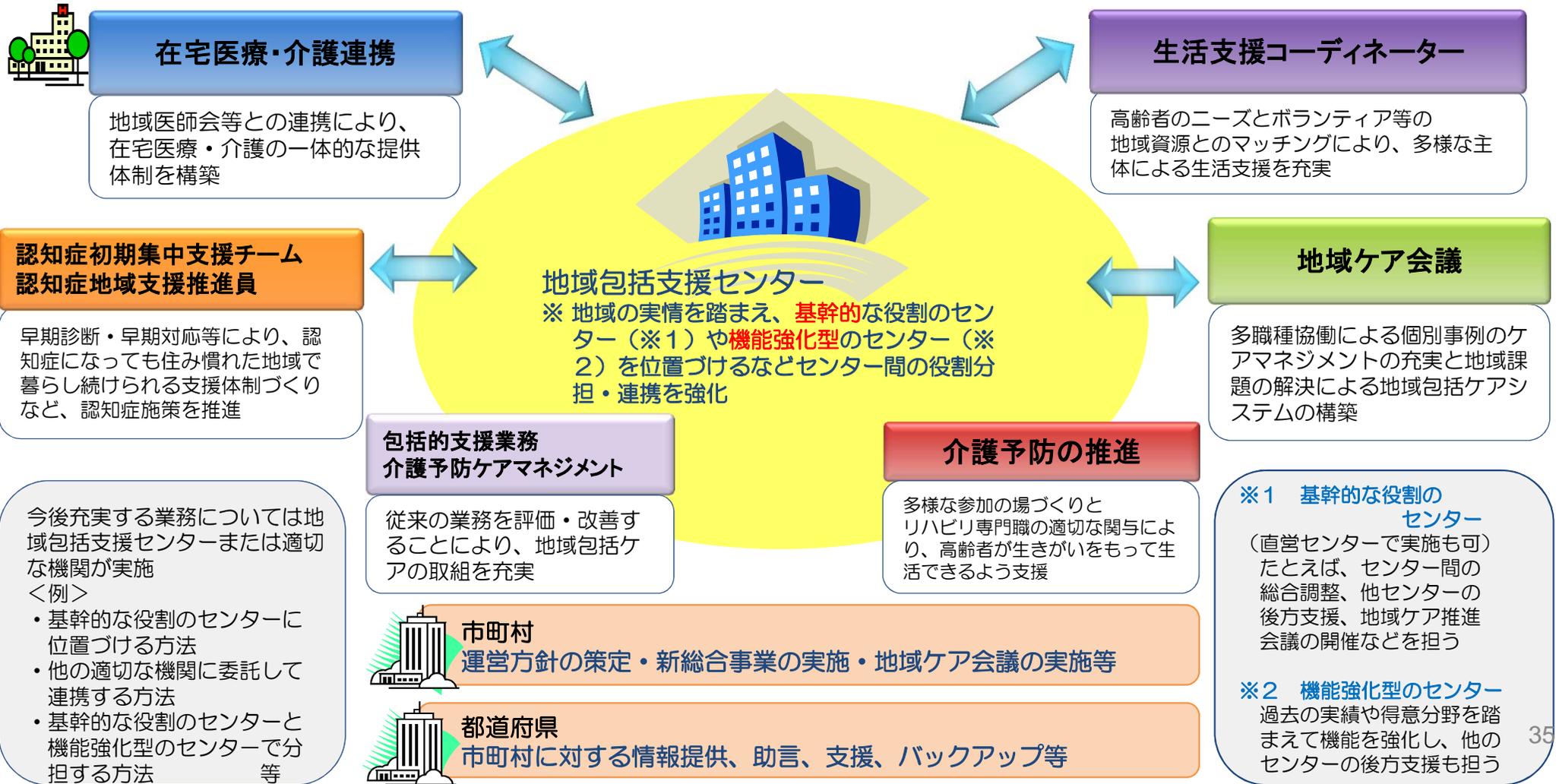
要支援者に対するケアプラン作成
※ケアマネ事業所への委託が可能

包括的支援事業(地域支援事業の一部)

介護予防支援(保険給付の対象)

地域包括支援センターの機能強化

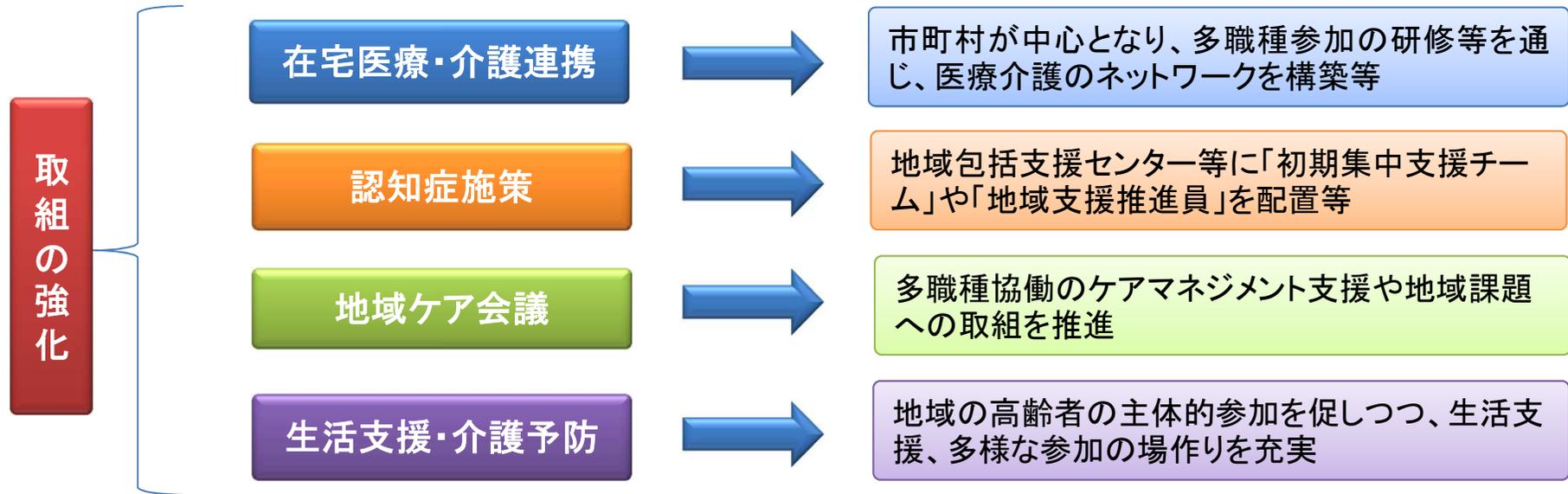
- 高齢化の進展、相談件数の増加等に伴う業務量の増加およびセンターごとの役割に応じた人員体制を強化する。
- 市町村は運営方針を明確にし、業務の委託に際しては具体的に示す。
- 直営等基幹的な役割を担うセンターや、機能強化型のセンターを位置づけるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。
- 地域包括支援センター運営協議会による評価、PDCAの充実等により、継続的な評価・点検を強化する。
- 地域包括支援センターの取組に関する情報公表を行う。



2. 地域支援事業の充実に併せた予防給付の見直し

(1) 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

(2) 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を提供できるよう、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年度末にはすべて事業に移行。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

新しい総合事業について(案)

【1 概要】

- 1) 要支援者と介護予防・生活支援サービス事業対象者(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普及啓発等を内容とする「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。
※既存サービスに相当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、一定の枠組みの下、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で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ることなく、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。

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様々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して努力することを記載。
- 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といった事務を不要等とするため、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・支払について国民健康保険団体連合会の活用
 - ・ 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・支払については国民健康保険団体連合会の活用を推進。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様々な支援策の実施

(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

※ 既存サービスに相当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、高齢者が要支援認定を受けなくて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。

(参考)

地域支援事業の概要（現行）

○ 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

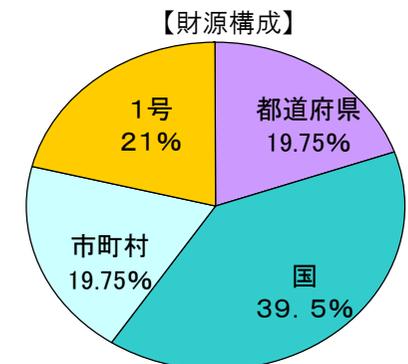
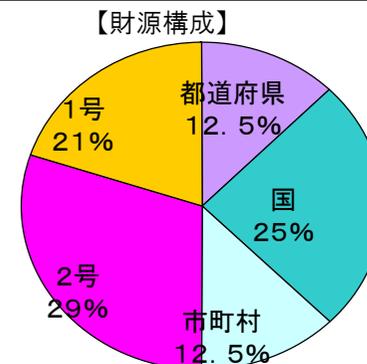
※ 介護予防・日常生活支援総合事業を実施する市町村のうち厚生労働大臣の認定を受けたときは、上限の引上げが可能

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

包括的支援事業・任意事業



○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

○ 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)

(参考) 介護予防・日常生活支援総合事業の取組(山梨県北杜市)

～地域住民の支え合いによる通いの場づくりと生活支援～

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

通所型予防サービス(ふれあい処北杜)

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

※地域支え合い体制づくり事業で整備

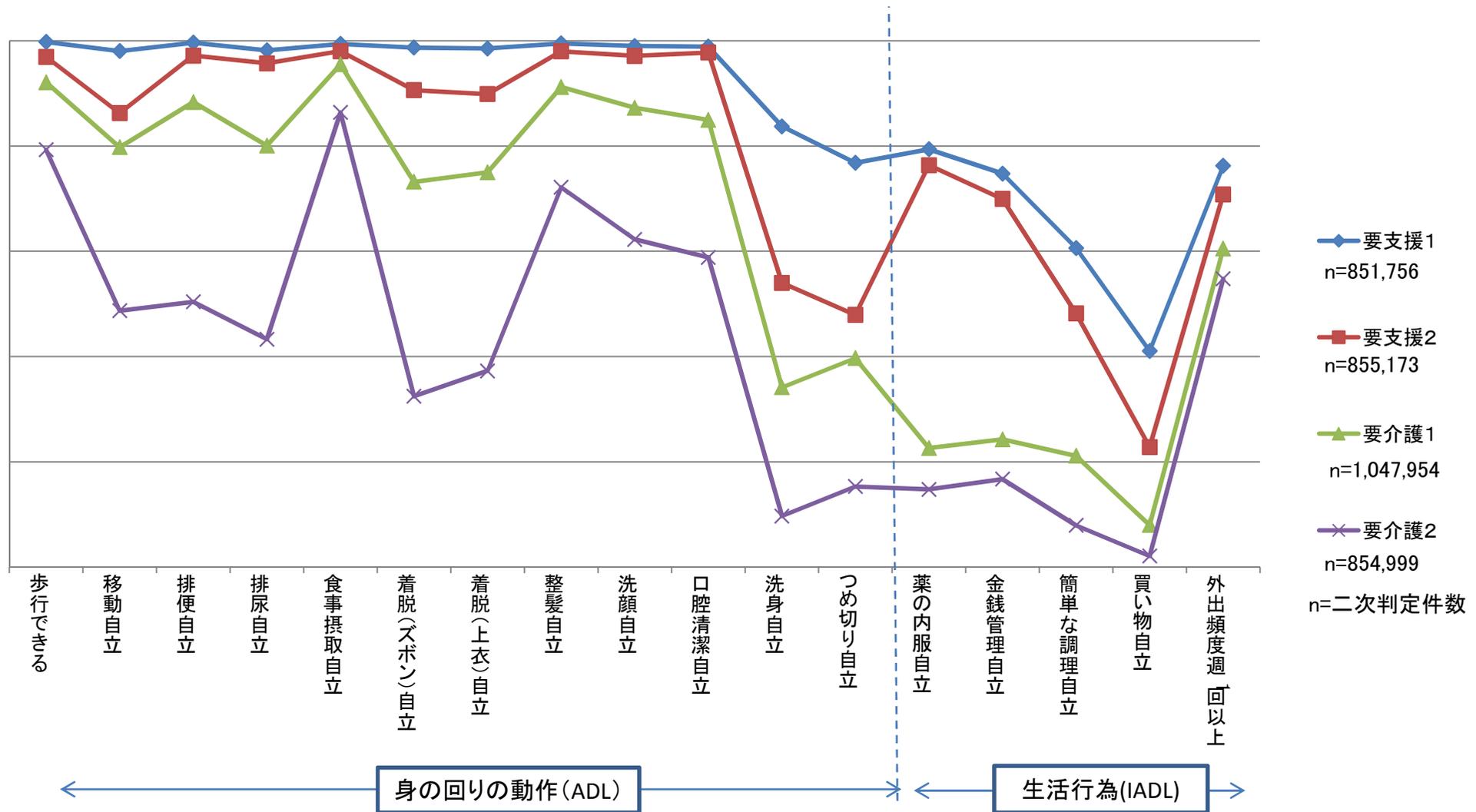
生活支援サービス

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



(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。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

(参考)平成22年度財務省予算執行調査結果

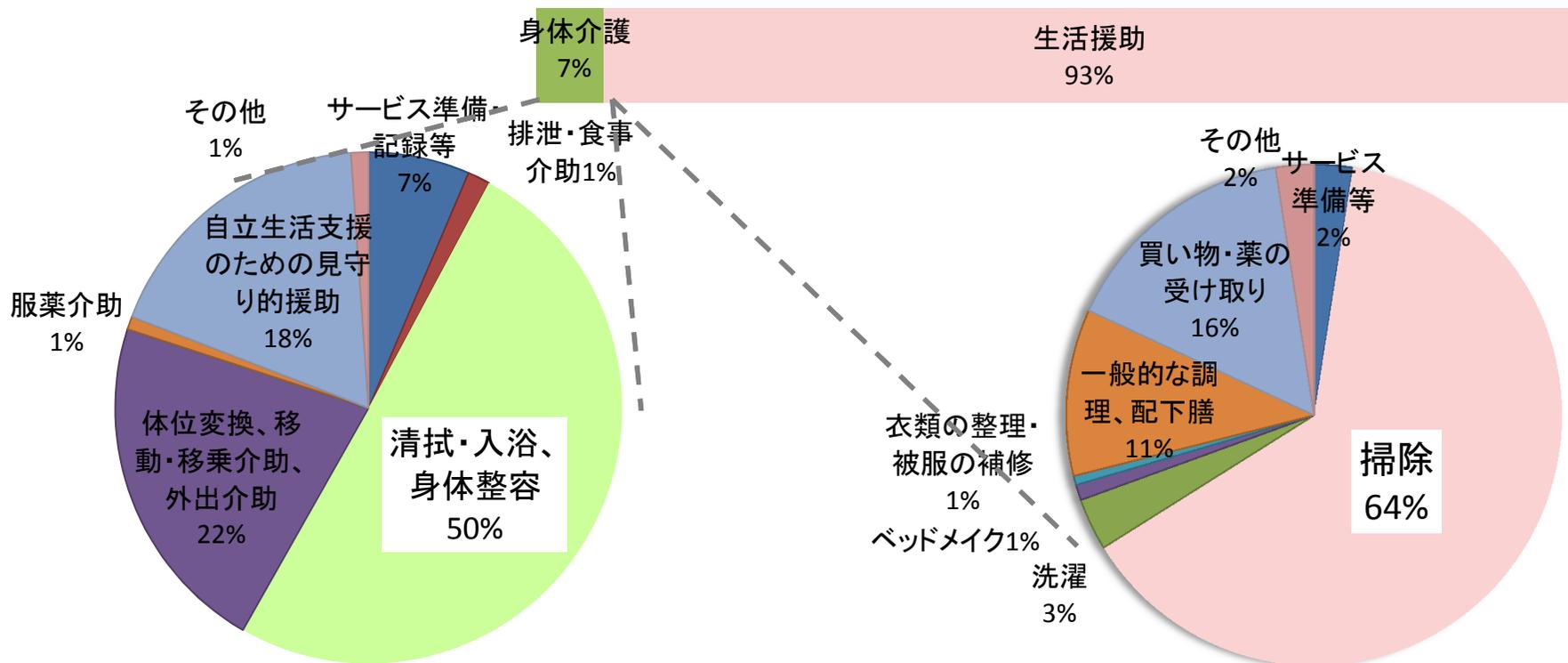
介護予防訪問介護の提供内容

- 生活援助が93%、身体介護が7%
- 生活援助は、「掃除」64% 「買い物・薬の受け取り」16% 「一般的な調理、配下膳」11%
- 身体介護は、「清拭・入浴・身体整容」が50%



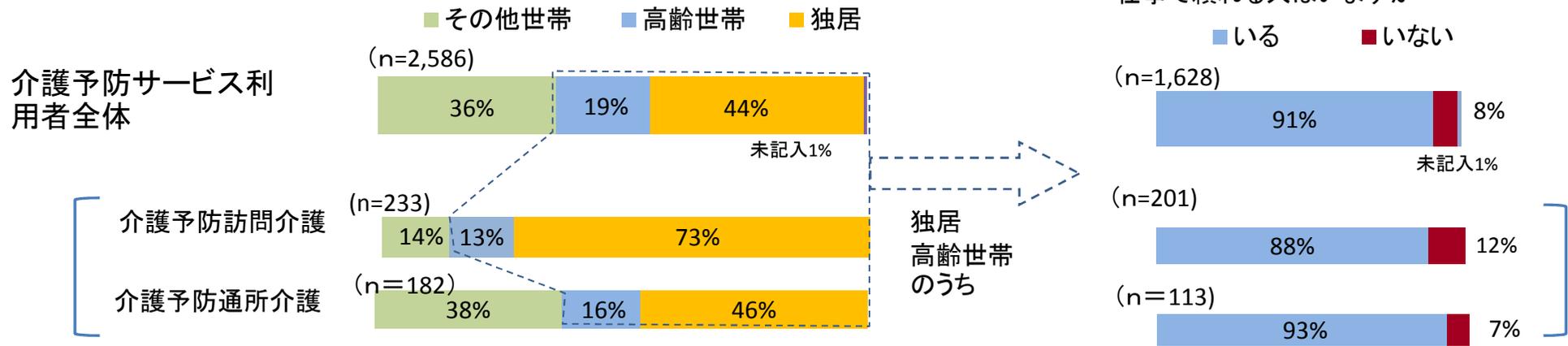
利用者の状態像に見合った提供内容になっているか、介護予防訪問介護の実態把握を実施しているところ

介護予防訪問介護利用者(445名)における利用行為内容別の割合(利用時間で算出)

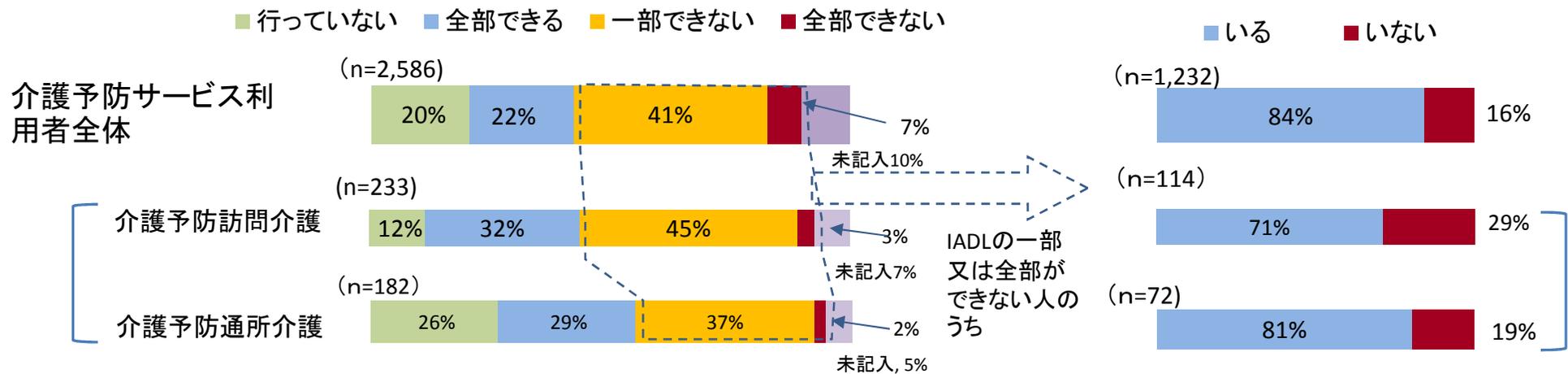


(参考) 介護予防サービスの利用者の特徴

世帯構成・頼れる人の存在



IADL(居室掃除・買物・風呂準備・食事準備・洗濯)・日常生活の支援者



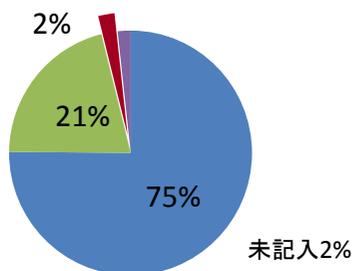
調査方法

- 全ての介護予防サービス(16種類)について、各サービスの給付実績のある保険者に所在する地域包括支援センター3,289事業所、地域密着型介護予防サービス事業所1,000事業所を無作為に抽出し、調査票を郵送配布。(予め、介護予防サービスの種類を割り当てて、当該サービスの利用者について調査)
- 回収率 55.2%
- ケアプラン作成者が、割り当てられた介護予防サービスの利用者について、聞き取り等により自記式でIADLや支援の状況等を記入

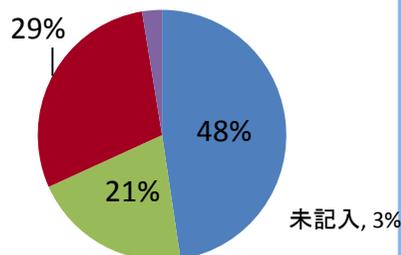
介護予防訪問介護の利用者の特徴 (n=233)

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

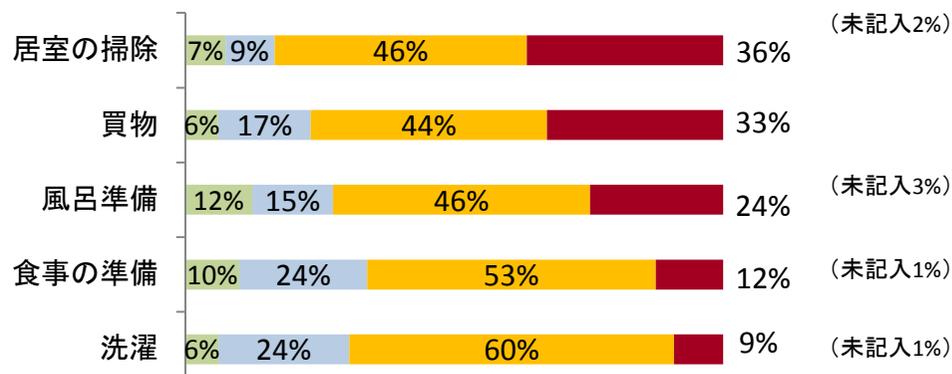


- 屋内・屋外歩行ともに段差以外はつかまらずに歩く
- 屋外・屋内の一方のみつかまって歩く
- 屋内・屋外の両方ともつかまって歩く



IADLの行為ごとの状態 (掃除・買物・風呂準備・食事準備・洗濯)

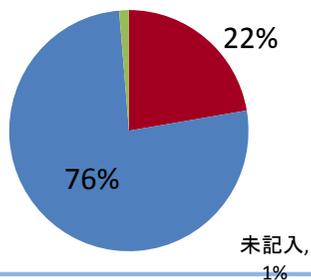
- 必要がないので行っていない
- 特に問題がない
- 動作が不自由だが何とかできる
- 自分でできない



一週間の外出・来訪者の有無

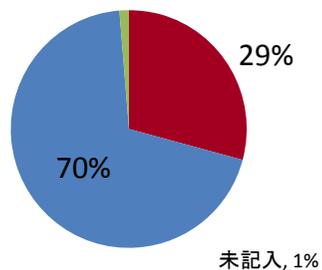
一週間の外出

- ほとんど外出しない
- 週1回以上



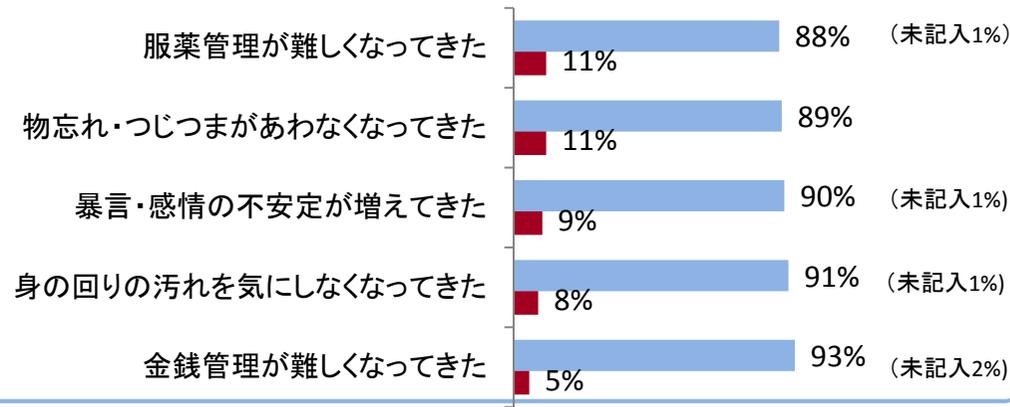
一週間の来訪者 (別居の家族・近隣等)

- 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

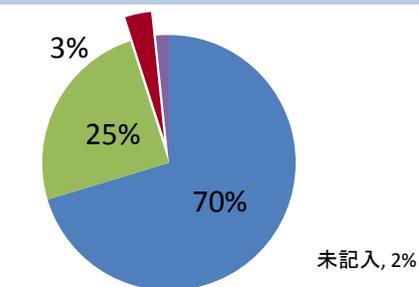
- そう思えない
- そう思える



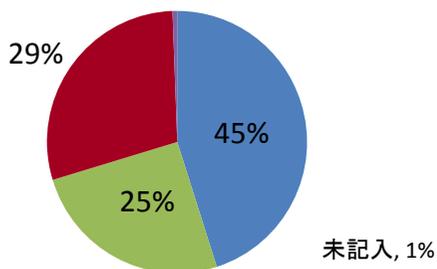
介護予防通所介護の利用者の特徴 (n=182)

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

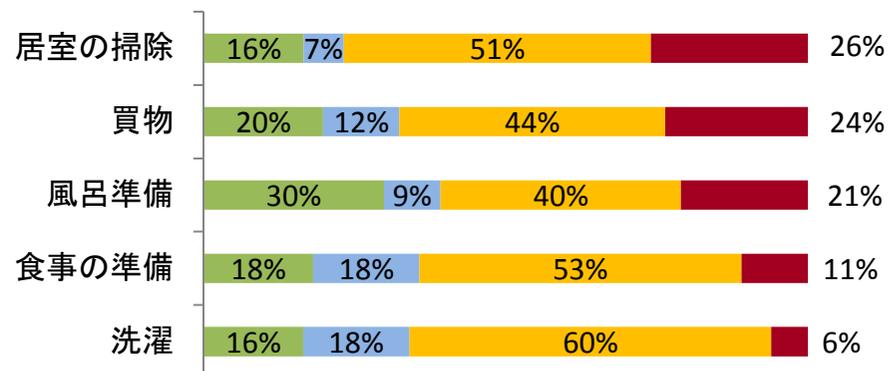


- 屋内・屋外歩行ともに段差以外はつかまらずに歩く
- 屋外・屋内の一方のみつかまって歩く
- 屋内・屋外の両方ともつかまって歩く



IADLの行為ごとの状態 (掃除・買物・風呂準備・食事準備・洗濯)

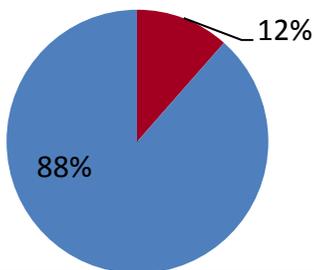
- 必要がないので行っていない
- 特に問題がない
- 動作が不自由だが何とかできる
- 自分でできない



一週間の外出・来訪者の有無

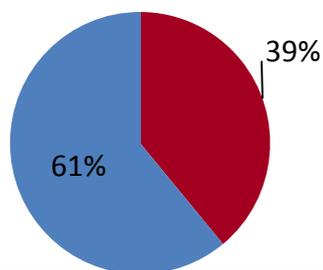
一週間の外出

- ほとんど外出しない
- 1回以上外出する



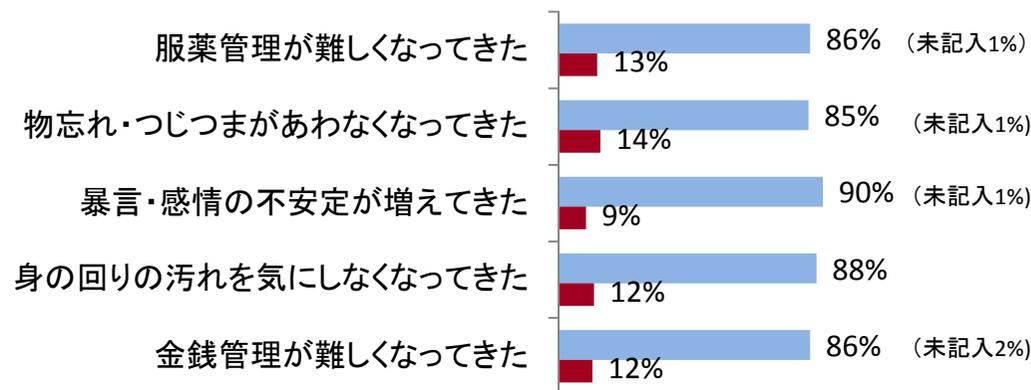
一週間の来訪者 (別居の家族・近隣等)

- 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%

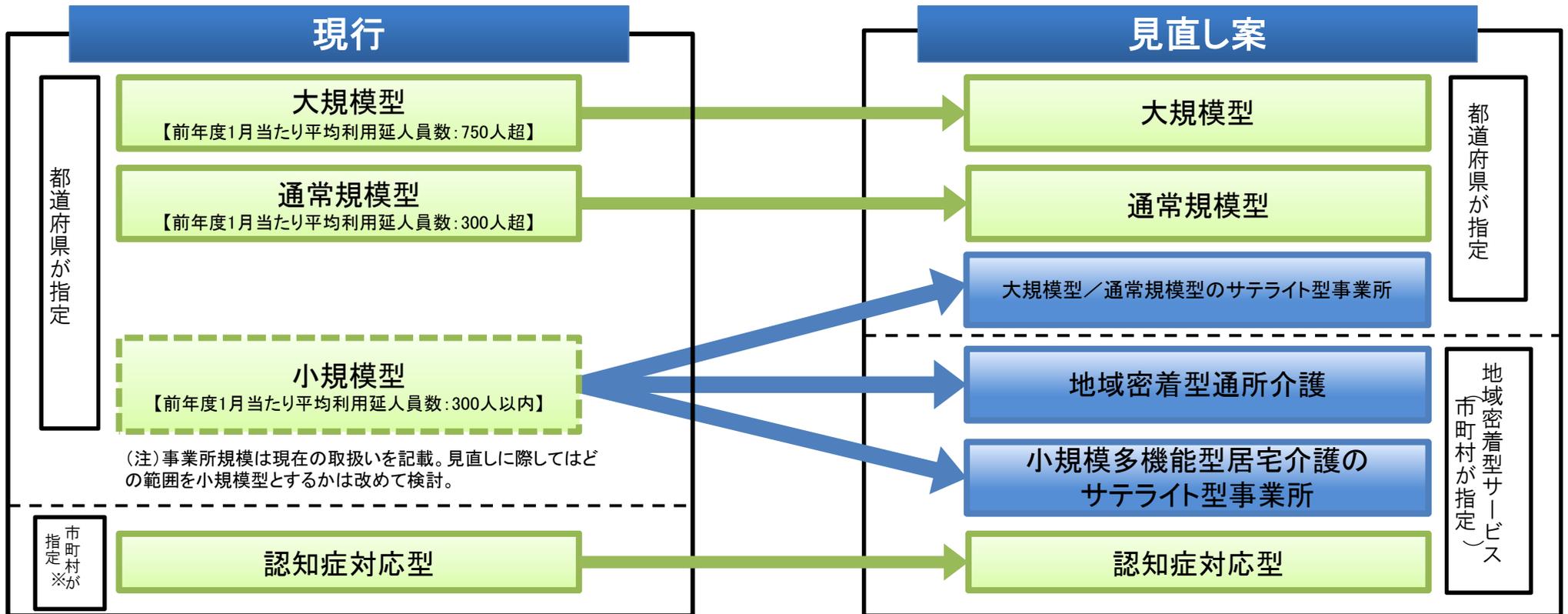
注：総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者を含む。

【出典】介護給付費実態調査

3. 在宅サービスの見直し

小規模型通所介護の移行について

- 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

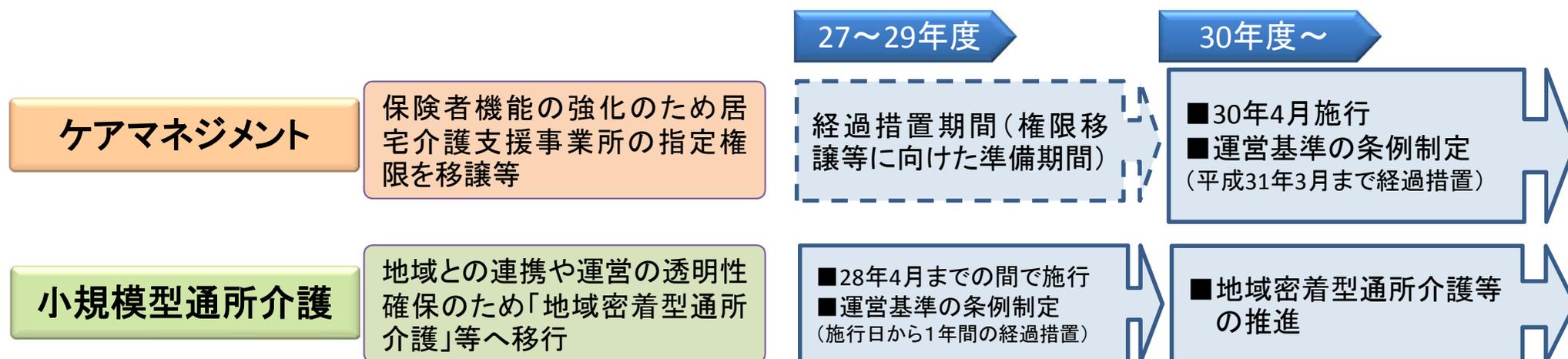
※地域密着型サービスとした場合の市町村の事務等

- 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。

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

住宅改修事業者の登録制度の導入

現状・課題

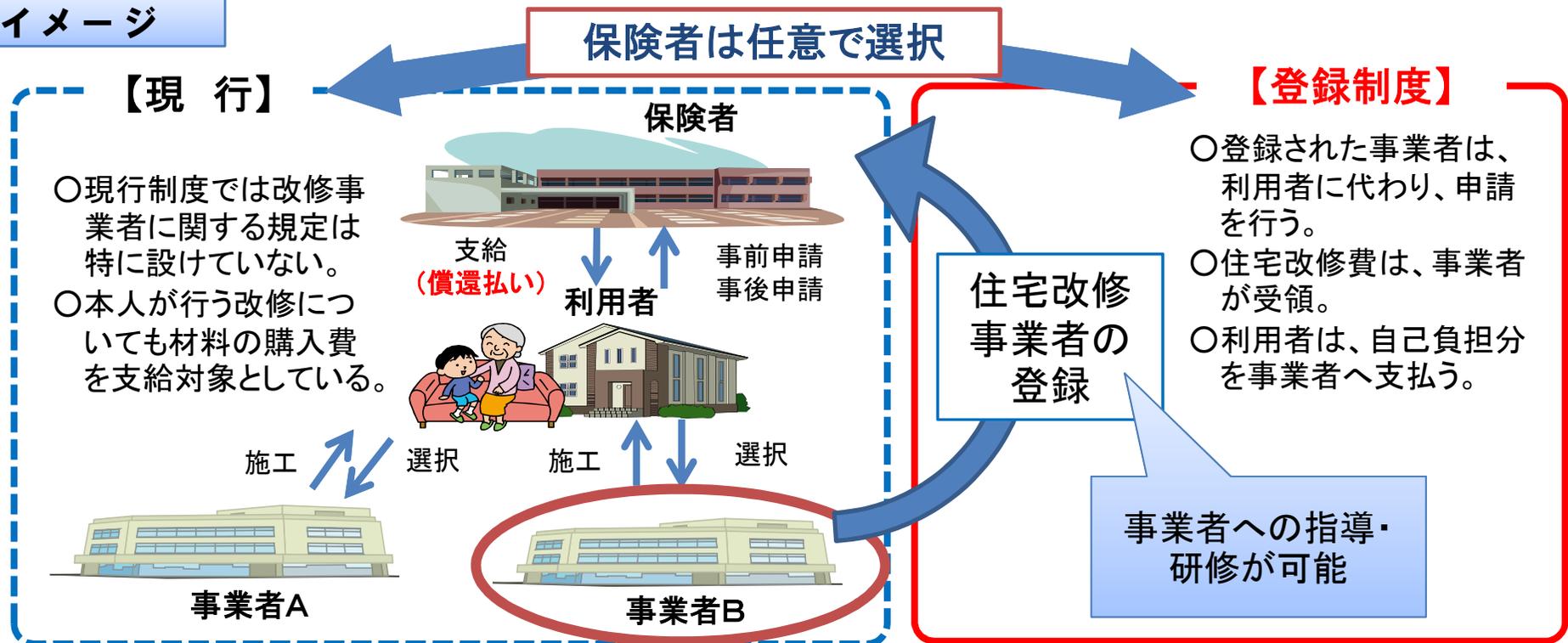
- 市町村は、居宅要介護（要支援）被保険者が、住宅改修を行ったときは、当該居宅要介護（要支援）被保険者に対し、居宅介護（介護予防）住宅改修費を支給することとしており、住宅改修を行う者若しくは住宅改修を行った者については、特段の規定はない。
- 多くの保険者が「事業者が指定制度ではないため、事業者に対する指導が難しい」、「事業者により技術・施工水準のバラツキが大きい」という課題をあげている。

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な検討してはどうか。

イメージ

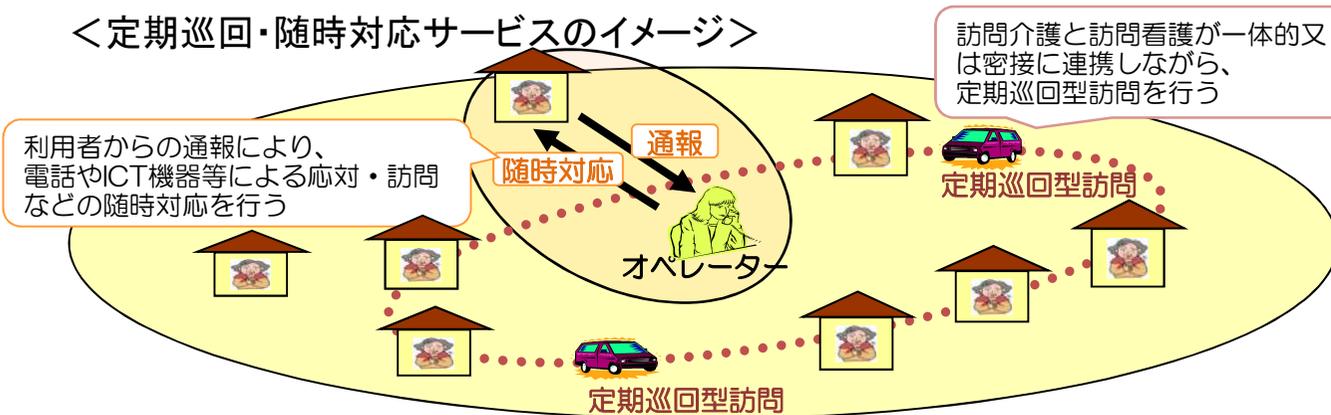


※ 登録していない事業者Aについては、従来通り利用者が保険者へ請求(償還払い)。

(参考) 定期巡回・随時対応サービスの概要

- 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>



参加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>

	0時	2時	4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時
月												
火												
水												
木												
金												
土												
日												

水分補給 更衣介助 (水)

通所介護 (木)

排せつ介助 食事介助 (日)

体位変換 水分補給 (日)

排せつ介助 食事介助 体位交換 (土)

定期巡回 (Blue bar)

随時訪問 (Orange bar)

訪問看護 (Yellow bar)

- ・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はなく、必要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

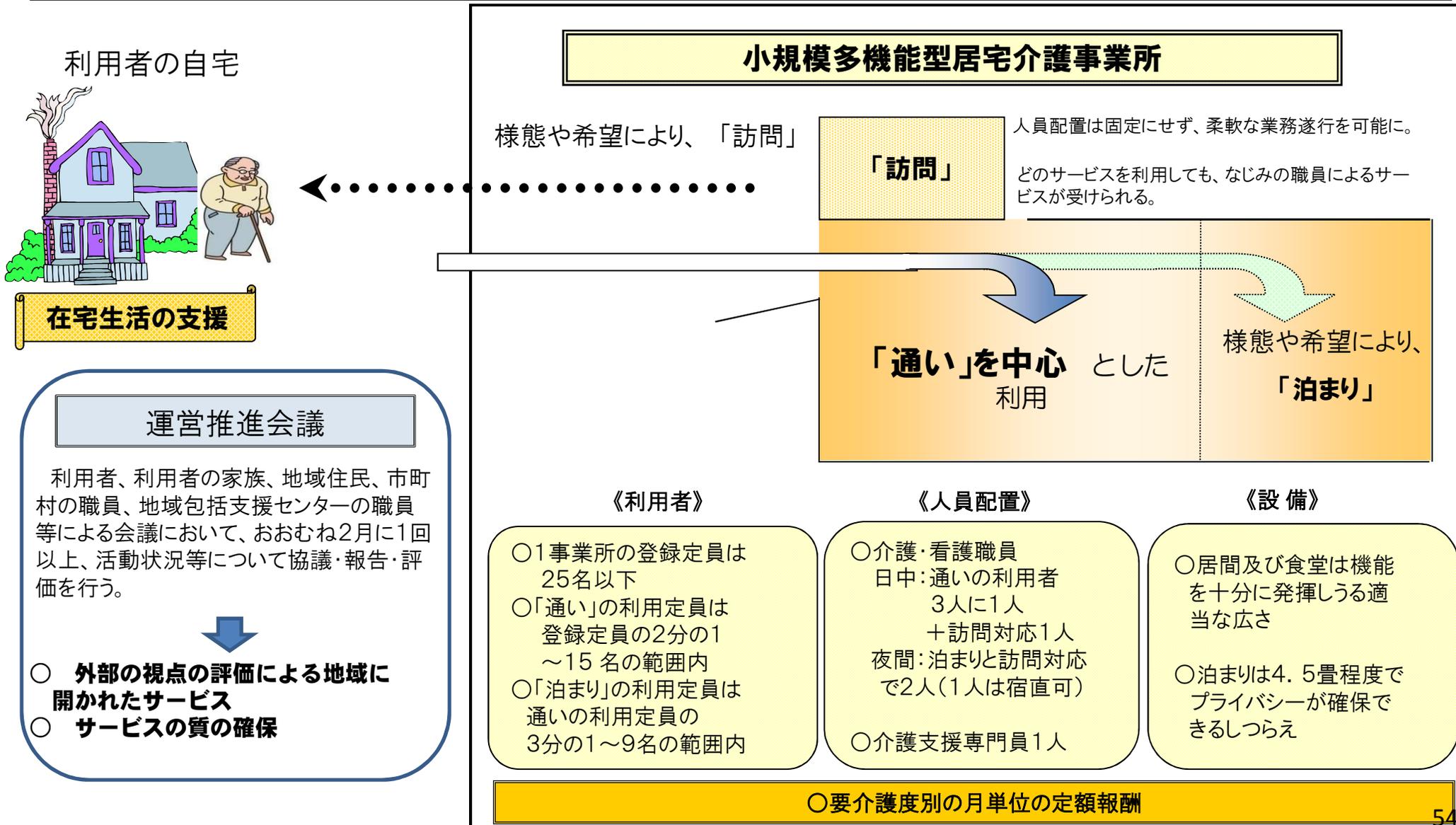
平成24年度	平成25年度	平成26年度
189保険者 (0.6万人/日)	283保険者 (1.2万人/日)	329保険者 (1.7万人/日)

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

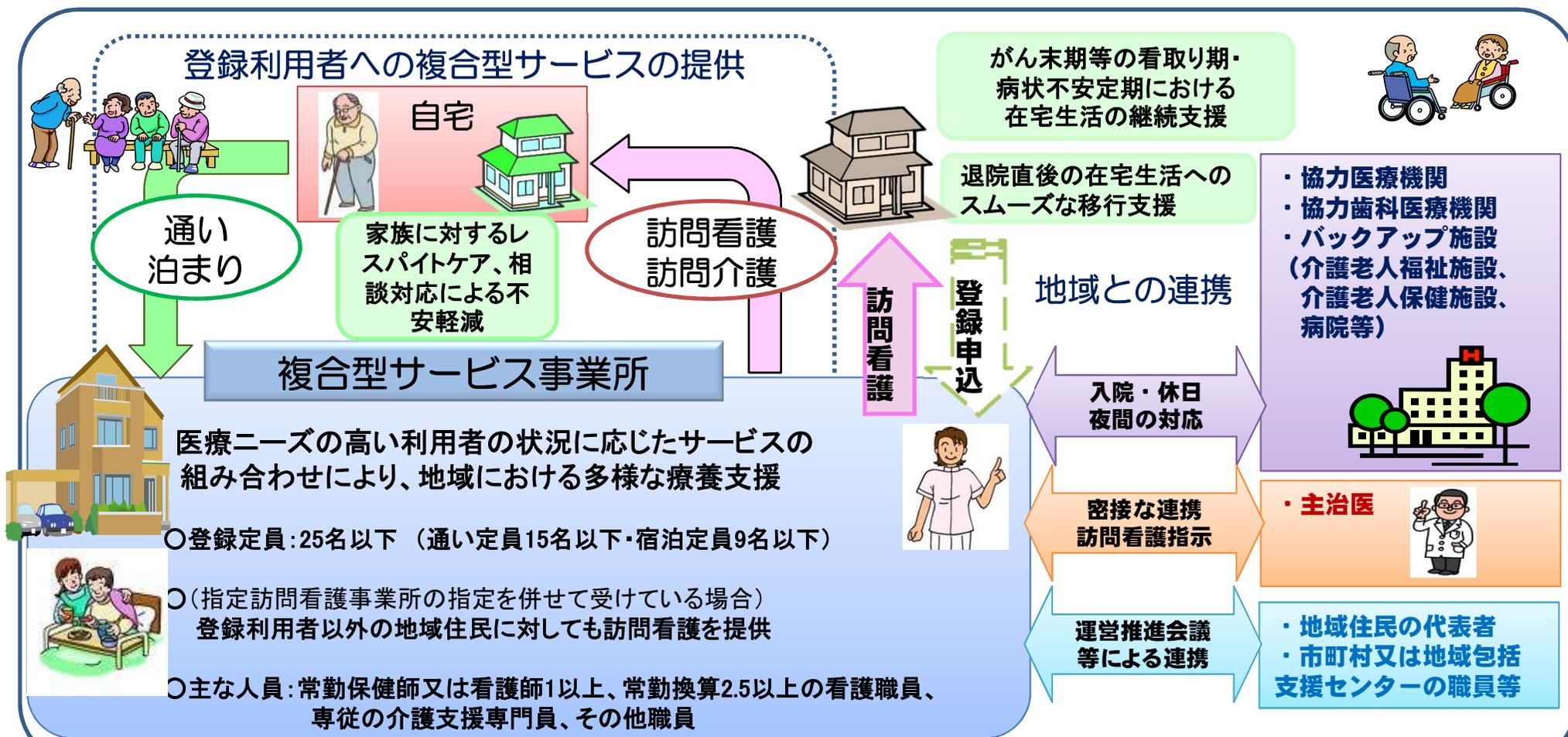
(参考) 小規模多機能型居宅介護の概要

「**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) 複合型サービスの概要

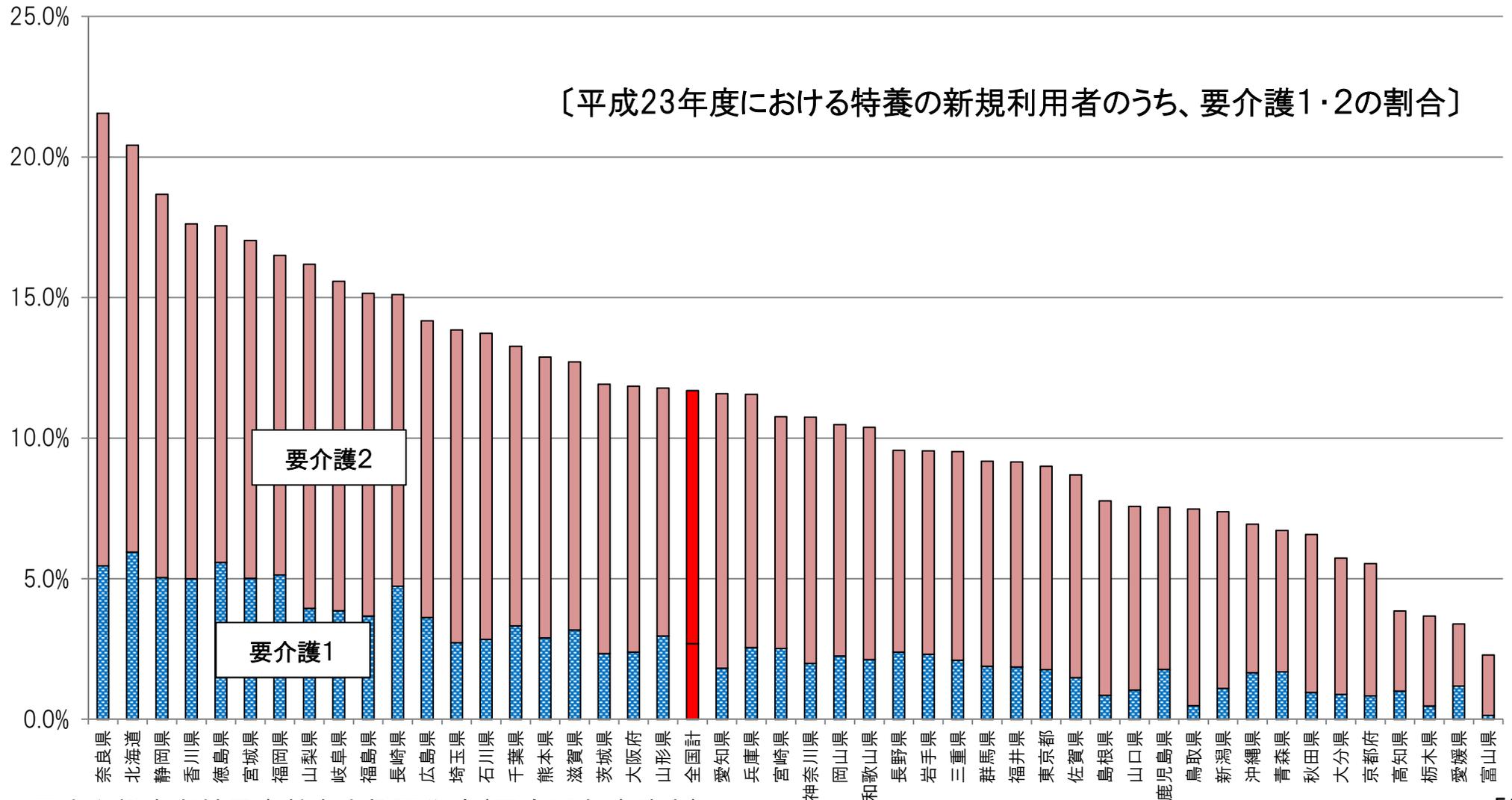
- 複合型サービスでは、主治医と事業所の密接な連携のもとで、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用することができる。
※ 医療ニーズへの対応が必要で小規模多機能型居宅介護事業所では登録に至らなかった利用者が、複合型サービス事業所では登録できる。
- 事業所のケアマネが「通い」、「泊まり」、「訪問看護」、「訪問介護」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。
- 地域の協力医療機関等との連携により、急変時・休日夜間等も対応可能な体制を構築できる。



4. 施設サービス等の見直し

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。



※厚生労働省老健局高齢者支援課作成(平成23年度時点)

特養の入所に関する指針について

- 国の基準省令や特養入所指針においては、「要介護度」、「家族の状況」、「居宅サービスの利用状況」などを勘案して、特養の入所申込者を優先入所させることとされている。
- 特養の入所指針は、各自治体において定めることとなっている。

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

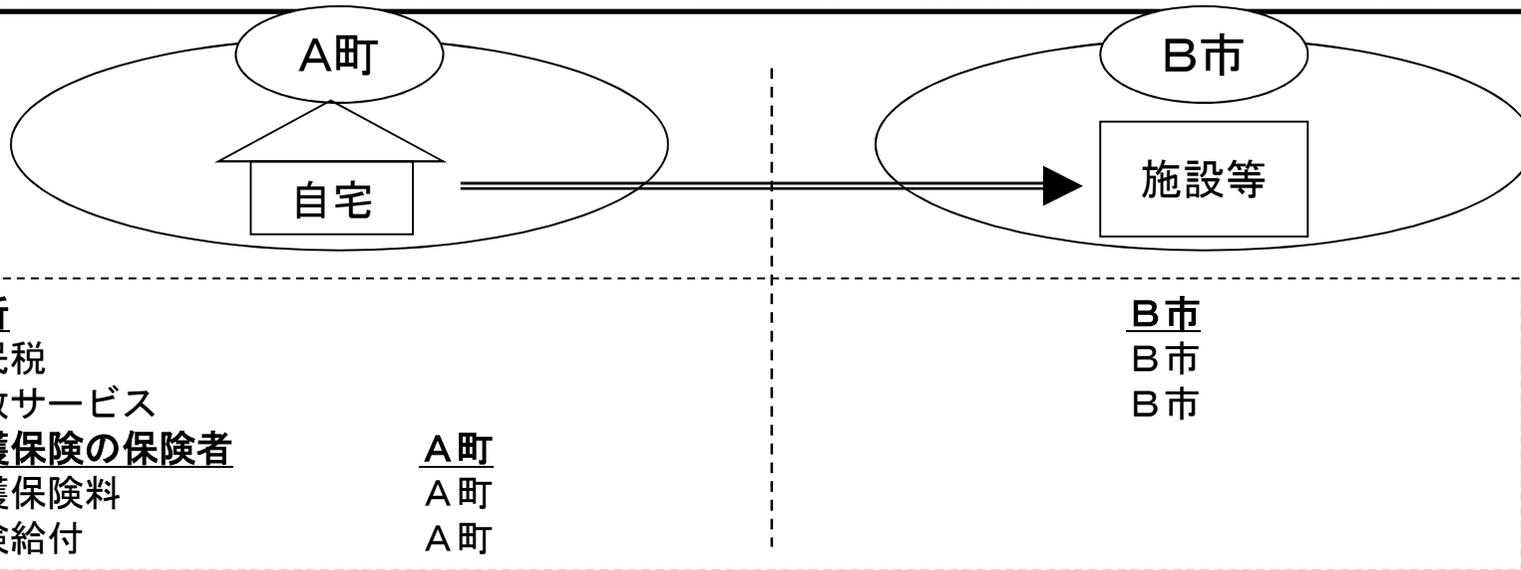
指定介護老人福祉施設の入所に関する指針について(平成14年8月7日計画課長通知)(抄)

- 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。

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を使えるようにし、住所地市町村の地域支援事業を利用できることとする（地域支援事業の費用負担の調整方法は今後検討）。

<制度概要>



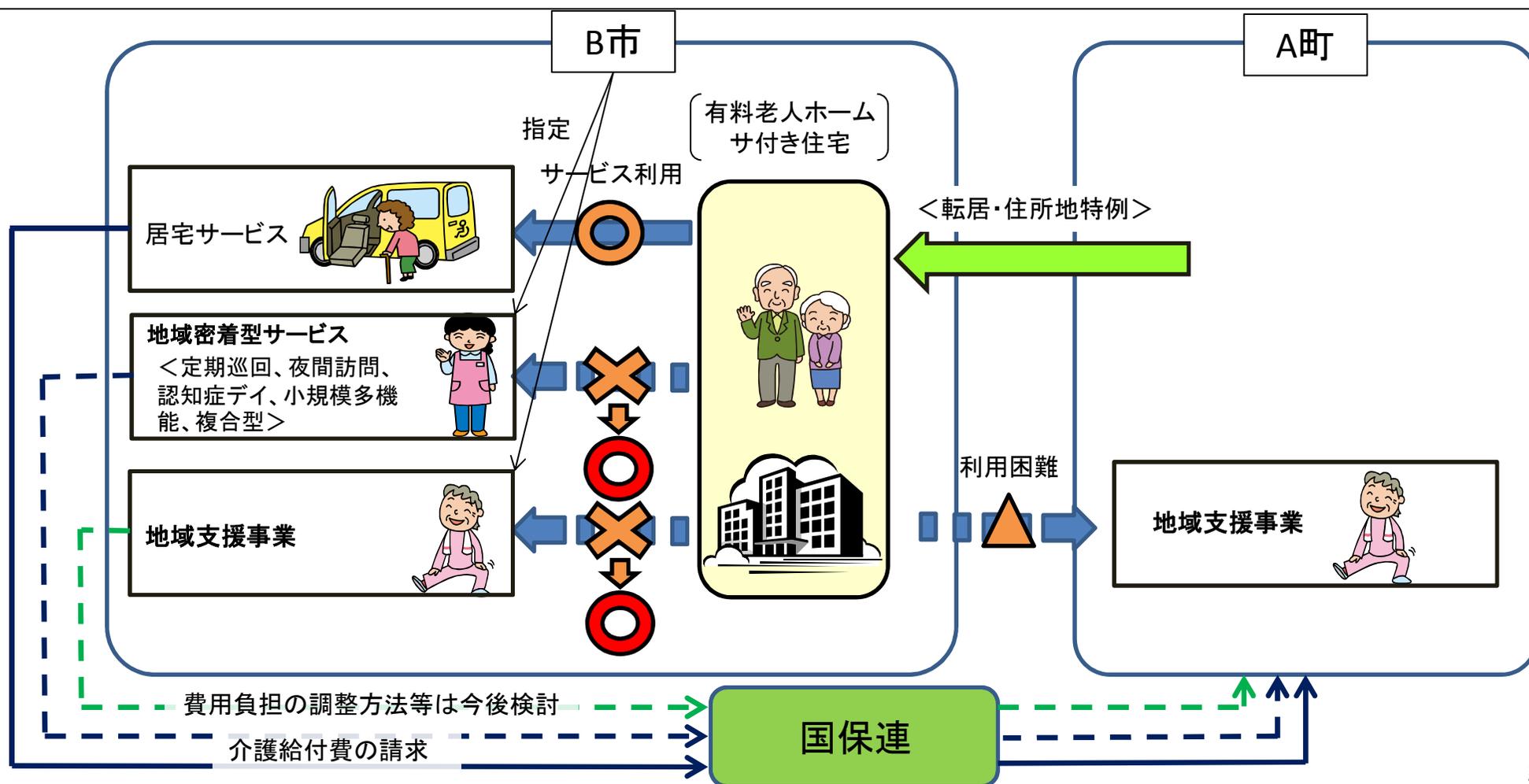
<現在の対象施設等>

- (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

地域密着型サービスと地域支援事業利用の見直し

- 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）



(参考) 介護保険3施設の概要

		特別養護老人ホーム	老人保健施設	介護療養型医療施設 (2017年度末までに廃止)	
基本的性格		要介護高齢者のための生活施設	要介護高齢者が在宅復帰を目指すリハビリテーション施設	重医療・要介護高齢者の長期療養施設	
定義		65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なものを入所させ、養護することを目的とする施設 【老人福祉法第20条の5】	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設 【旧・医療法第7条第2項第4号】	
介護保険法上の類型		介護老人福祉施設 【介護保険法第8条第26項】	介護老人保健施設 【介護保険法第8条第27項】	介護療養型医療施設 【旧・介護保険法第8条第26項】	
主な設置主体		地方公共団体 社会福祉法人	地方公共団体 医療法人	地方公共団体 医療法人	
居室面積 ・定員数	従来型	面積／人	10.65㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下
	ユニット型	面積／人	10.65㎡以上		
		定員数	原則個室		
医師の配置基準		必要数(非常勤可)	常勤1以上 100:1以上	3以上 48:1以上	
施設数 (H24.10)※		7,552 件	3,932 件	1,681 件	
定員数・病床数 (H24.10)※		498,700 人	344,300 人	75,200 人	

※介護給付費実態調査(10月審査分)による。

5. 介護人材の確保

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%

介護人材の確保

国・都道府県・市町村・事業者の主な役割

国

- ・介護報酬改定等を通じた処遇改善の取組等、4つの視点に基づき総合的に施策を推進
- ・介護保険事業(支援)計画の基本指針と連動した福祉人材確保指針や介護雇用管理改善等計画の見直し
- ・介護人材の需給推計ツールの提供など都道府県への支援

都道府県

- ・介護保険事業支援計画等に基づき、介護職員の研修など、4つの視点からの取組
- ・必要となる介護人材の需給推計の実施
- ・関係団体や関係機関などを集めた協議会の設置運営

市町村

- ・事業者の介護人材確保に向けた取組の支援
- ・生活支援の担い手を増やしていくための取組

事業者(事業者団体)

- ・選ばれる事業所となるための魅力ある職場作り等も含めた介護職員の処遇改善への取組
- ・業界自らのイメージアップへの取組
- ・業界全体としてマネジメントに関する情報の提供と意識改革
- ・複数事業所が共同で採用や研修を行うなど事業所の連携強化

取組の4つの視点

視点①: 参入の促進

介護業界のイメージアップの推進、介護職員の専門性に対する社会的認知度のアップ、情報公表や適切なマッチングなど多様な人材が就労できるような裾野を広げる取組 等

視点②: キャリアパスの確立

研修の受講支援や法人の枠を超えた人事交流の推進などのステップアップやキャリアパスの確立 等

視点③: 職場環境の整備・改善

介護職員の負担軽減のための介護ロボットの開発促進やICTを活用した情報連携の推進・業務の効率化などの職場環境の整備・改善 等

視点④: 処遇改善

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 等

(参考) 介護職員の賃金 (常勤労働者)

- 勤続年数、平均年齢等の要素の違いがあり、単純な比較はできないが、①介護分野の平均賃金の水準は産業計の平均賃金と比較して低い傾向にあり、②常勤労働者である介護職員の平均賃金は、医療福祉分野における他の職種の平均賃金と比較して低い傾向にある。
- 女性の介護職員は、産業計や福祉・介護分野全体との差が、それほど大きくはない。
- なお、介護職員は、産業計と比較すると、勤続年数が短い(半分弱)。

常勤労働者の男女比、平均年齢、勤続年数及び平均賃金

	男女計				男性			女性				
	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	
産業別	産業計	41.7	11.8	325.6	67.4%	42.5	13.2	362.3	32.6%	40.0	8.9	249.7
	医療・福祉	39.9	7.7	295.7	26.9%	39.6	8.0	376.1	73.1%	40.0	7.6	266.1
	社会保険・社会福祉・介護事業	40.6	6.9	241.4	27.9%	39.2	7.0	274.2	72.1%	41.2	6.9	228.7
	サービス業	42.8	8.0	269.6	67.4%	44.0	8.8	291.5	32.6%	40.4	6.3	224.5
職種別	医師	41.2	5.2	879.3	72.8%	42.6	5.6	931.2	27.2%	37.6	4.0	740.1
	看護師	37.3	7.1	326.9	7.3%	34.6	6.0	336.2	92.7%	37.6	7.2	326.2
	准看護師	46.3	10.3	280.0	8.2%	38.8	9.9	301.0	91.8%	47.0	10.4	278.1
	理学療法士、作業療法士	31.2	5.0	276.8	44.9%	32.0	5.0	289.9	55.1%	30.5	5.0	266.1
	保育士	35.0	7.8	214.2	5.3%	30.0	4.7	231.2	94.7%	35.3	8.0	213.3
	ケアマネジャー	46.1	7.0	260.4	22.5%	39.6	7.1	285.8	77.5%	48.0	7.0	253.0
	ホームヘルパー	44.6	5.1	208.5	19.2%	37.0	3.2	226.3	80.8%	46.4	5.5	204.2
	福祉施設介護員	38.3	5.5	218.4	33.1%	35.6	5.3	231.4	66.9%	39.7	5.6	211.9

【出典】厚生労働省「平成24年賃金構造基本統計調査」

注1) 常勤労働者とは、賃金構造基本統計調査の一般労働者(短時間労働者以外の労働者)をいう。

短時間労働者とは、1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者、又は1日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも1週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない者をいう。

注2) サービス業とは、廃棄物処理業、自動車整備業、機械等修理業、その他の事業サービス業、政治・経済・文化団体・宗教、職業紹介・労働者派遣業が含まれる。

注3) 福祉施設介護員は、児童福祉施設、身体障害者福祉施設、老人福祉施設その他の福祉施設において、介護の仕事に従事する者をいう。

注4) きまって支給する現金給与額：労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額。基本給のほか、家族手当、超過労働手当を含むが、賞与は含まない。なお手取り額ではなく、所得税、社会保険料などを控除する前の額である。

6. 介護サービス情報公表制度の見直し

- 地域包括ケアシステム構築の観点から、現在公表されている介護サービス事業所の他に、地域包括支援センターと配食や見守り等の生活支援の情報について、本公表制度を活用し、広く国民に情報発信を行う。
また、通所介護の設備を利用して提供している法定外の宿泊サービスの情報も公表。
- 今後、介護人材の確保が重要となる中、各事業所における雇用管理の取組を推進することが重要であり、現行の従業者等に関する情報公表の仕組みについて、円滑に事業所が情報を公表できるよう見直しを行う。
- インターネットを通じて情報を入手することができない方に対しても、地域包括支援センター等で情報公表システムを活用して分かりやすく情報提供するなどの工夫が必要。

新たに国民に情報発信

地域包括支援センター

生活支援サービス

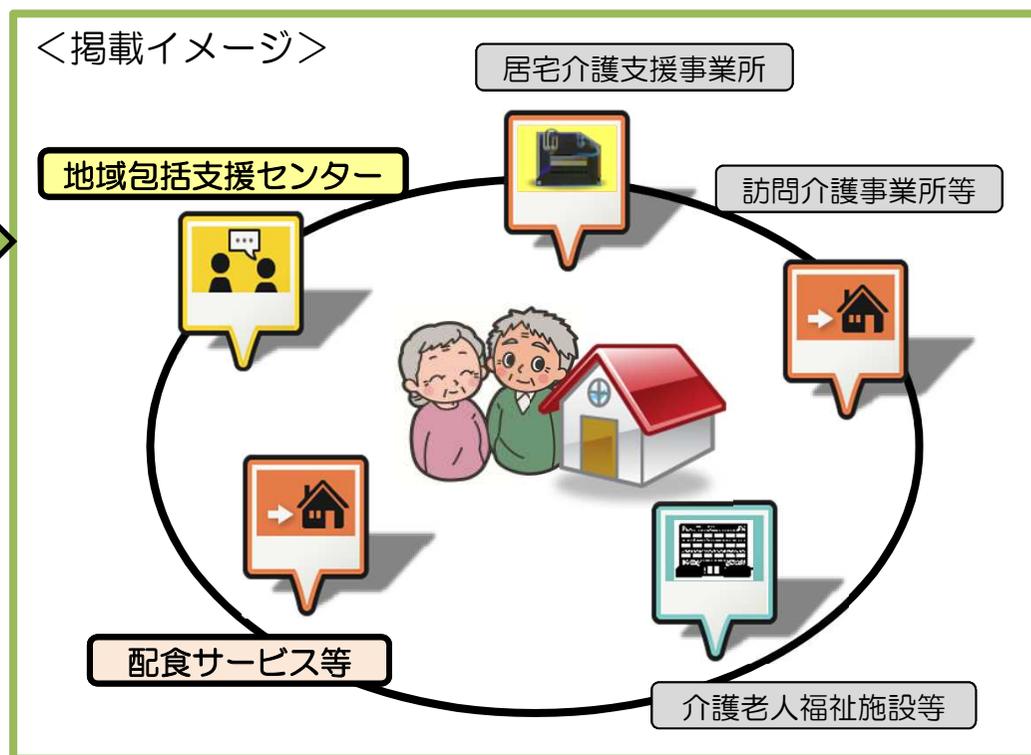
通所介護の宿泊サービス情報
※通所介護の情報に追加

人材確保の観点から活用を促進

従業者に関する情報

※キャリア段位制度の情報等も検討

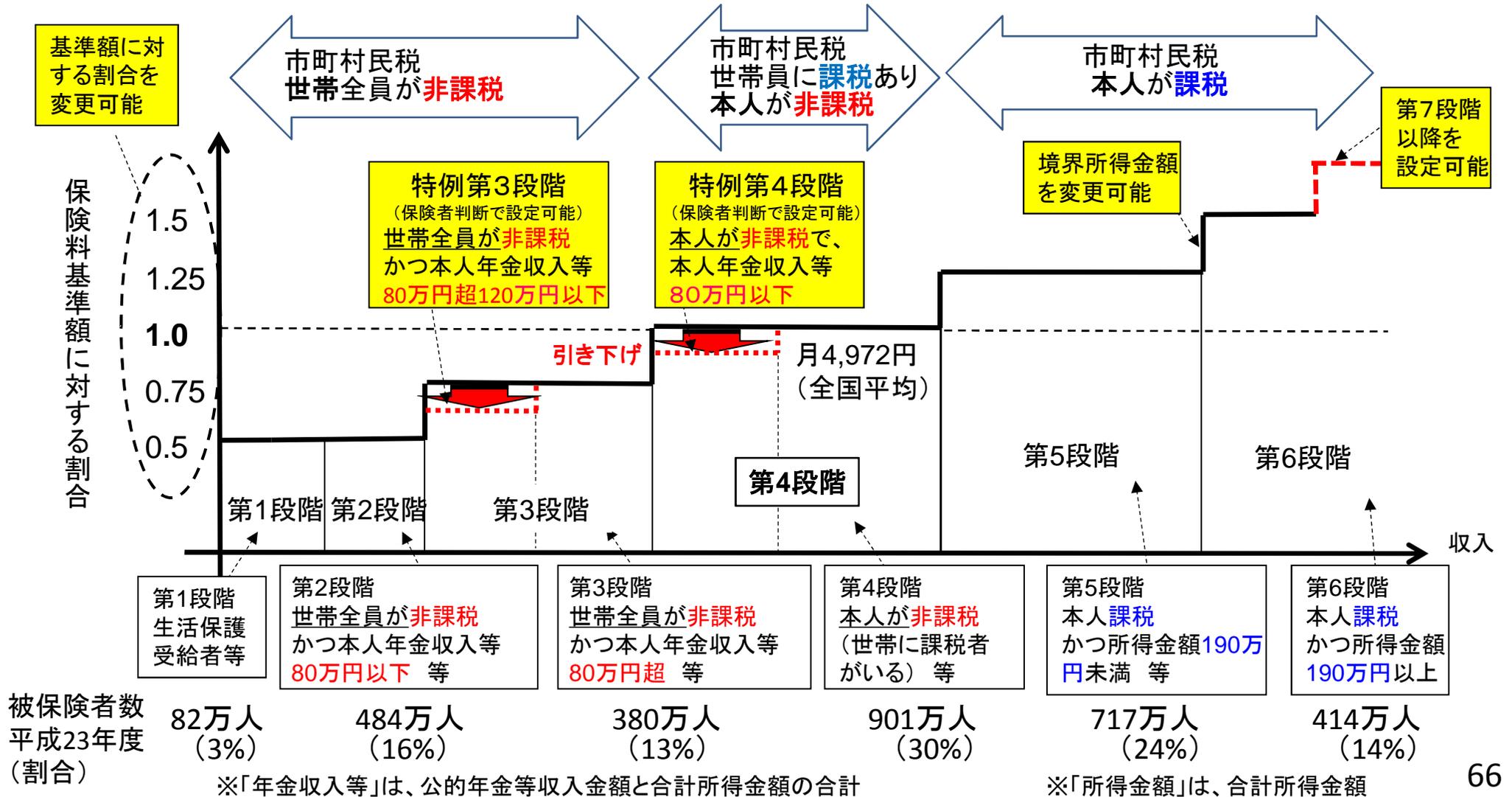
<掲載イメージ>



Ⅱ 費用負担の見直し

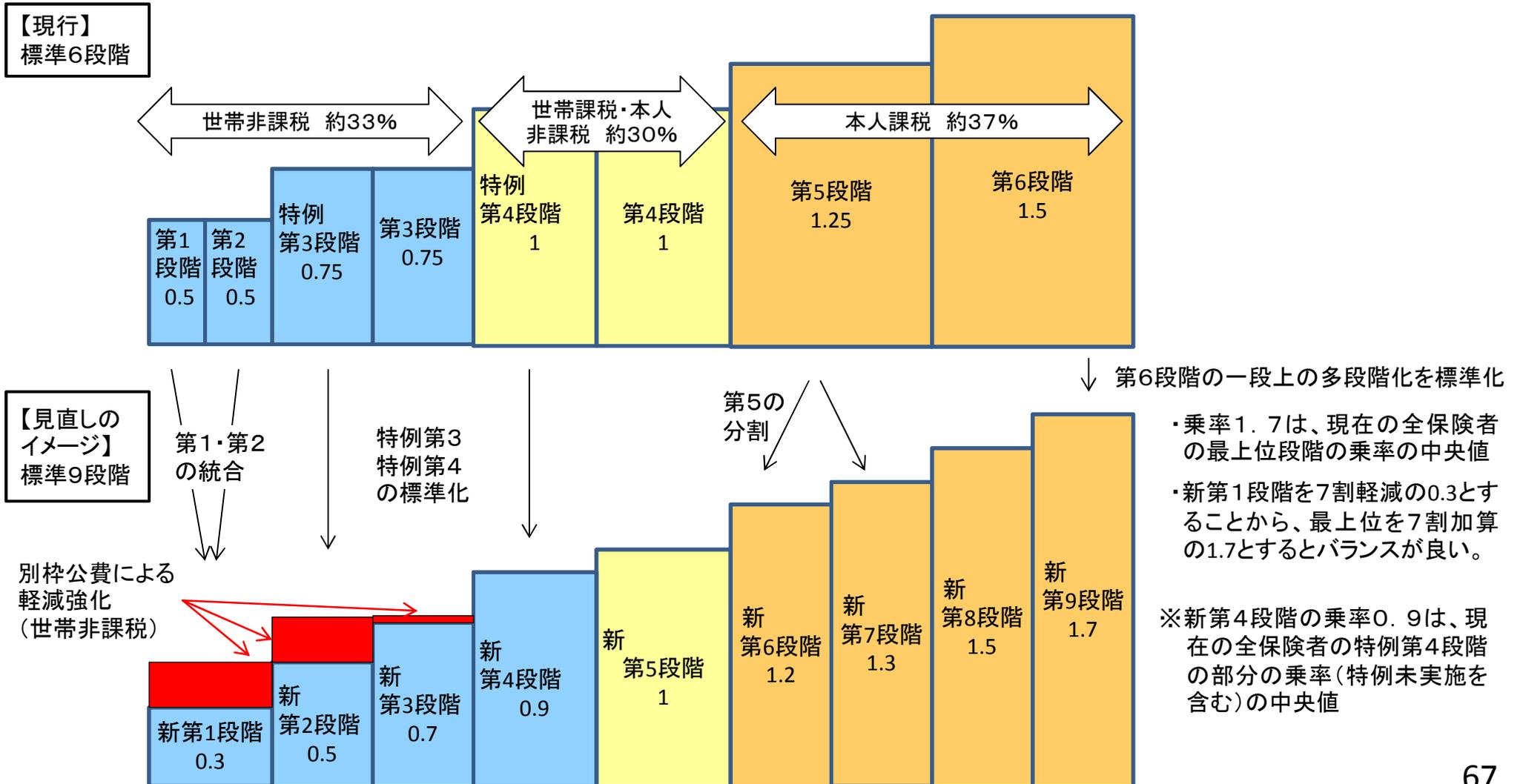
第1号被保険者の保険料（現行）

- 介護保険給付費の約21%に相当する額を第1号被保険者(65歳以上)に保険料として賦課。
- 第1号被保険者の保険料は、サービス基盤の整備の状況やサービス利用の見込みに応じて、保険者ごとに設定。
- 負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて段階別に設定されている。
- 標準は6段階。市町村の判断により、基準額に対する割合の変更や、多段階設定などを可能とする弾力化あり。



保険料の標準6段階から標準9段階への見直し

- 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。



医療保険制度の介護保険制度の利用者負担の経緯

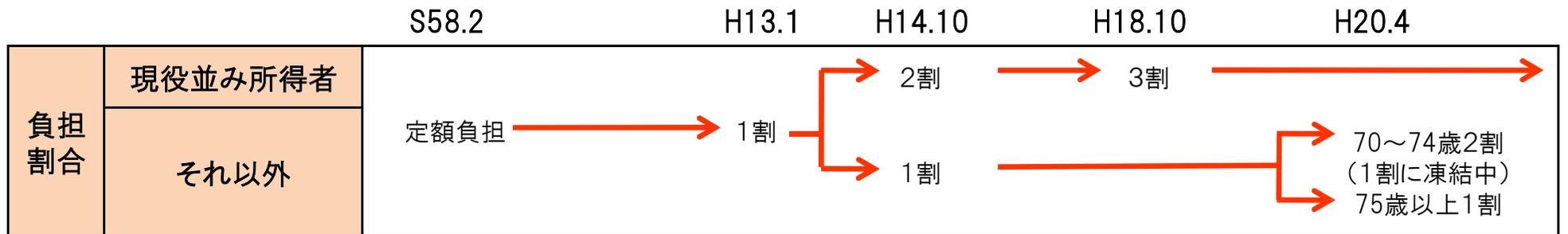
＜定率負担の割合＞

- 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。

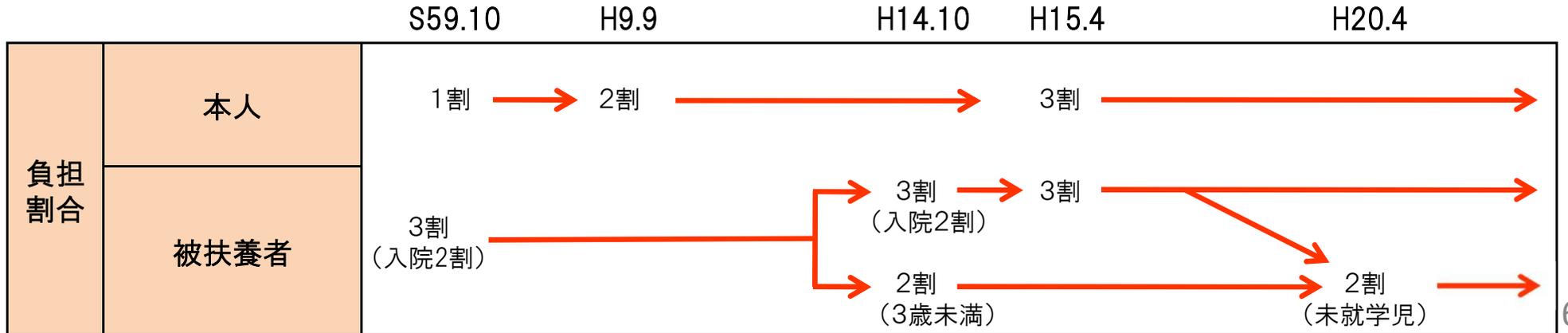
介護保険の利用者負担



医療保険の患者負担(70歳以上の高齢者)



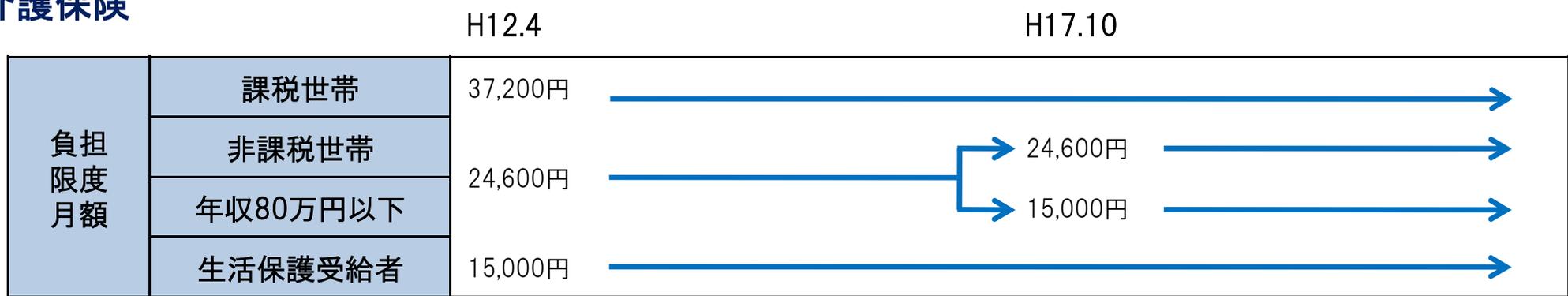
医療保険の患者負担(健康保険、70歳未満)



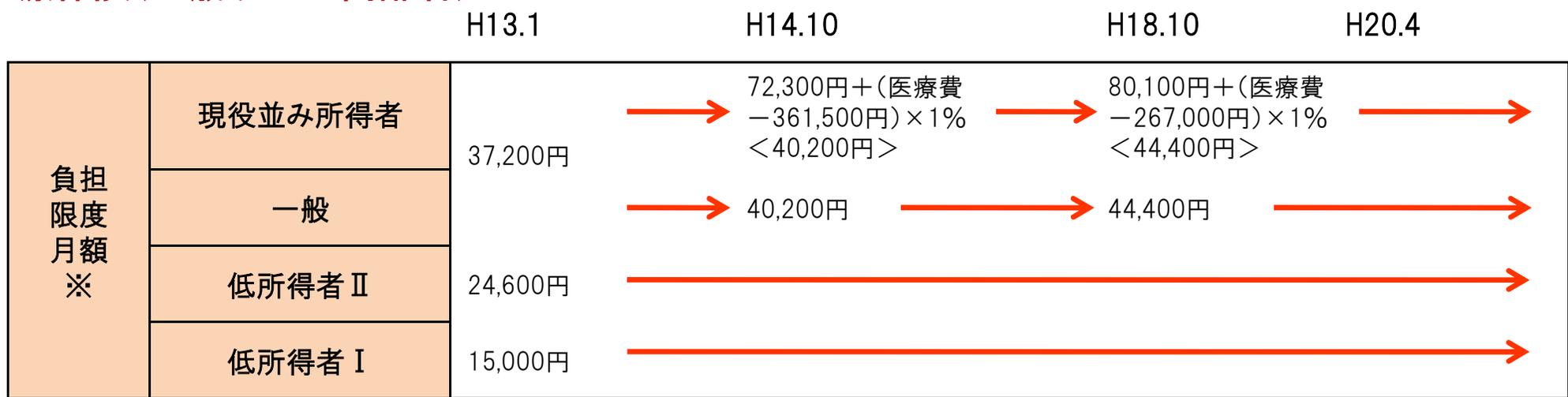
<負担限度額>

- 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



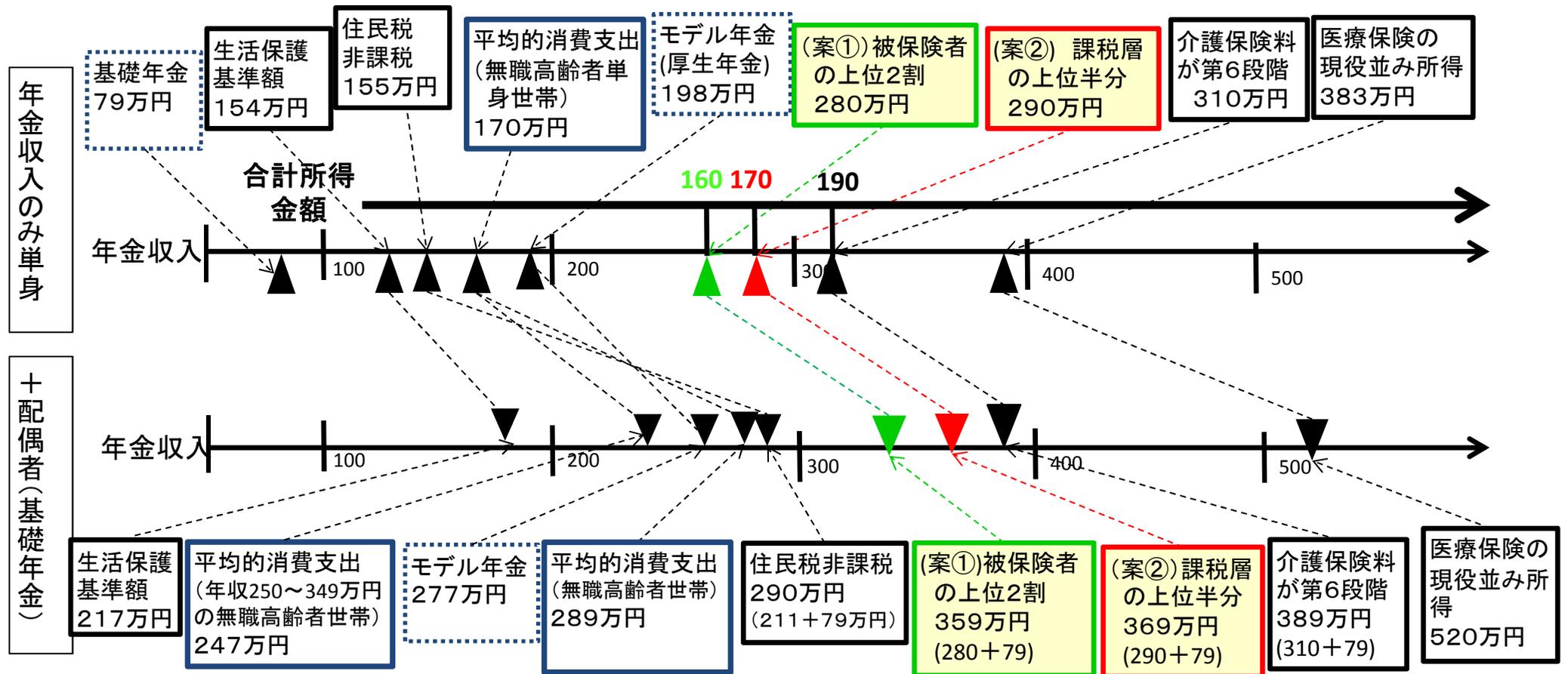
医療保険(70歳以上の高齢者)



※ <>は、年4回以上利用する多数該當時の金額。

利用者負担の見直しにおいて2割負担とする所得水準について

- これまで一律1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の自己負担割合を2割とする
- 2割とする水準については、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、審議会では以下の案を中心に議論(被保険者の上位約20%に該当する合計所得金額(※)160万円以上の者＝年金収入280万円以上)



- ※ 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。

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>

	自己負担限度額(現行) (世帯単位)	
	外来(個人ごと)	
現役並み所得者	44,400円	80,100 + 医療費1% (多数該当: 44,400円)
一般	12,000円	44,400円
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	37,200円 (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

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

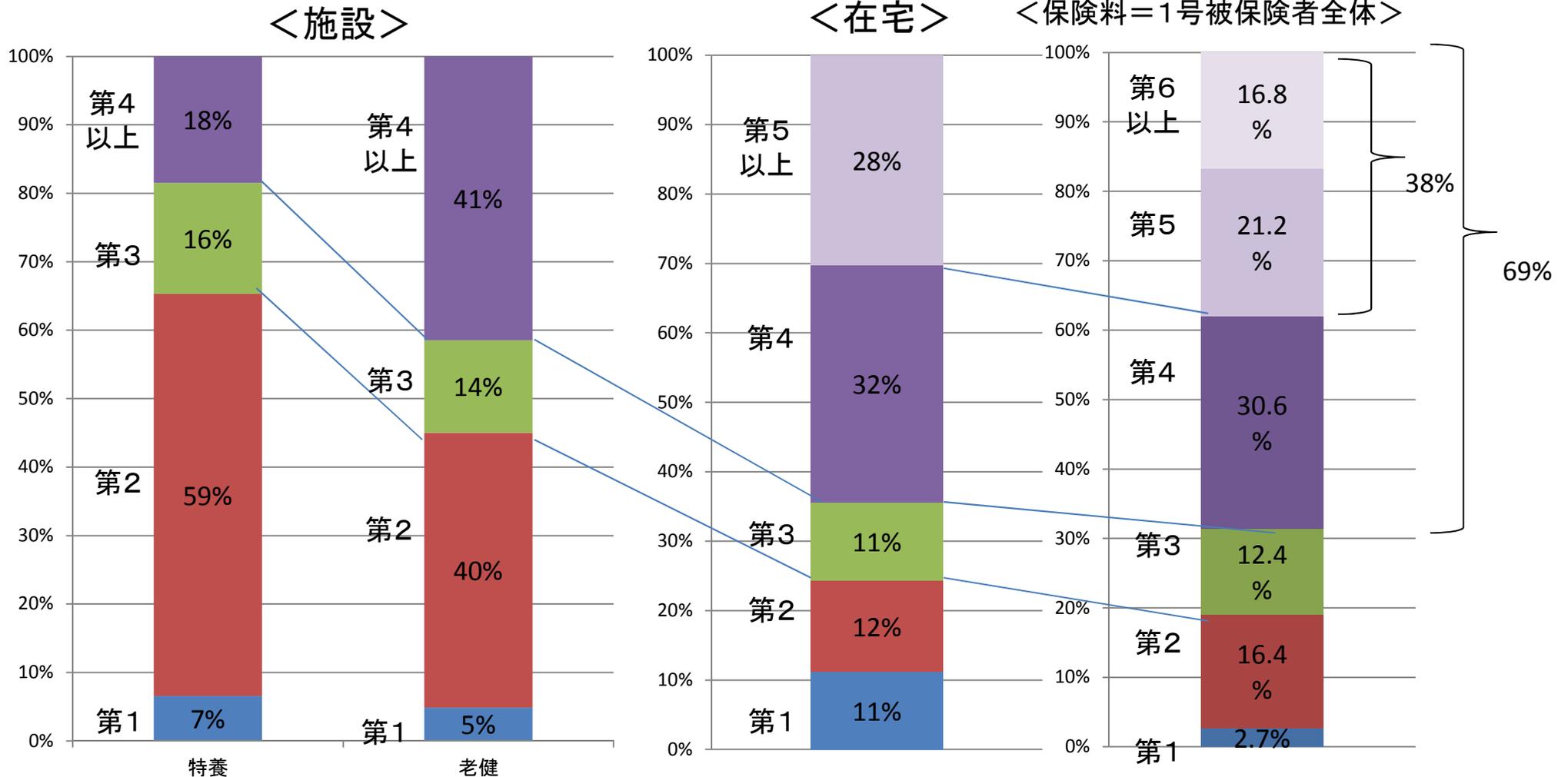
■ … 1割負担で高額介護サービス費(37200円)該当

■ … 2割負担となったときに高額介護サービス費(37200円)該当

出典：平成23年度介護給付費実態調査報告年報より作成

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% × 28% ÷ 38%)、特養で約5% (20% × 18% ÷ 69%)、老健で約12% (20% × 41% ÷ 69%)と推定される。



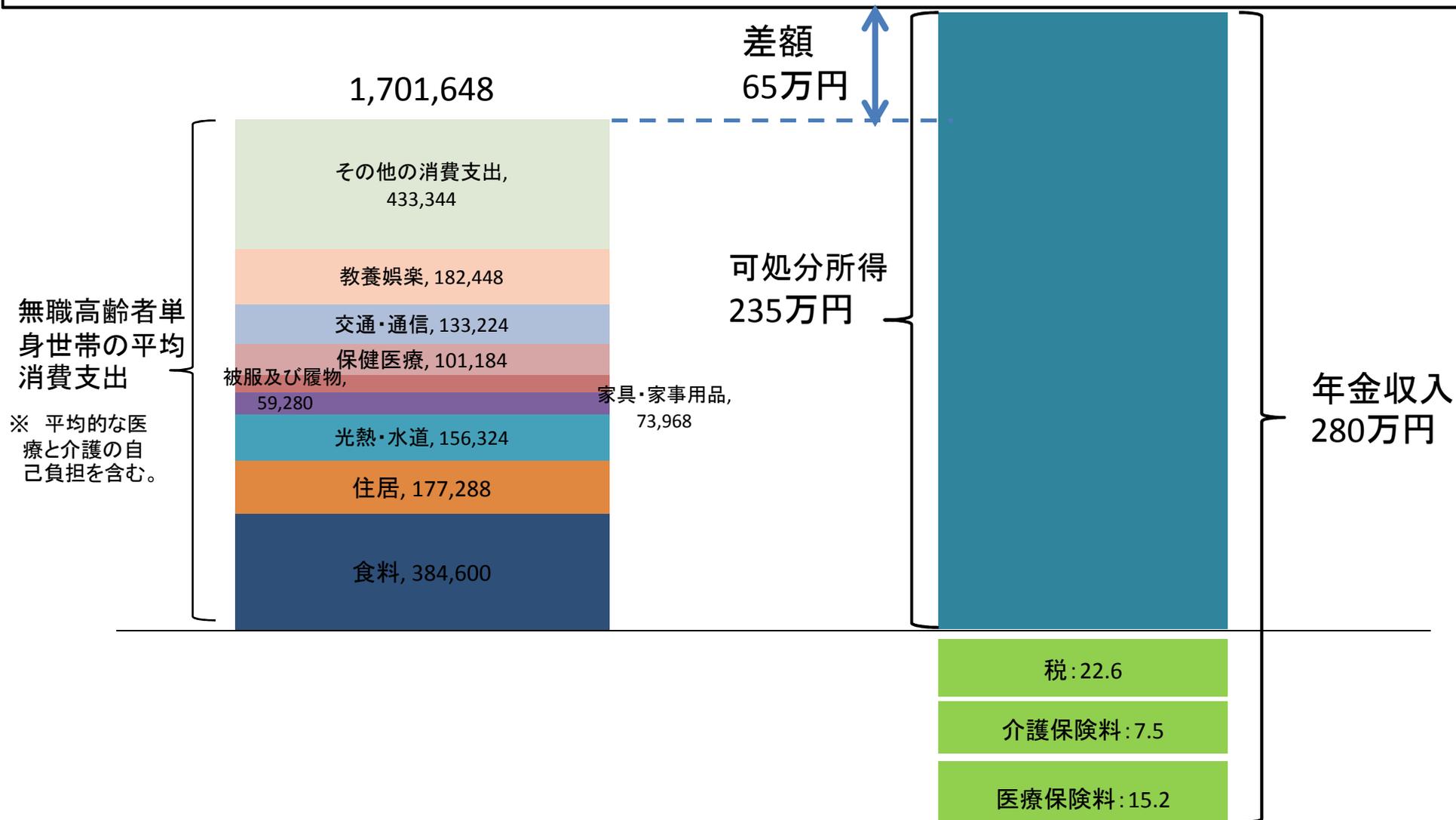
出典:平成22年介護サービス施設事業所調査

出典:平成22年国民生活基礎調査

出典:平成22年度介護保険事業
状況報告年報

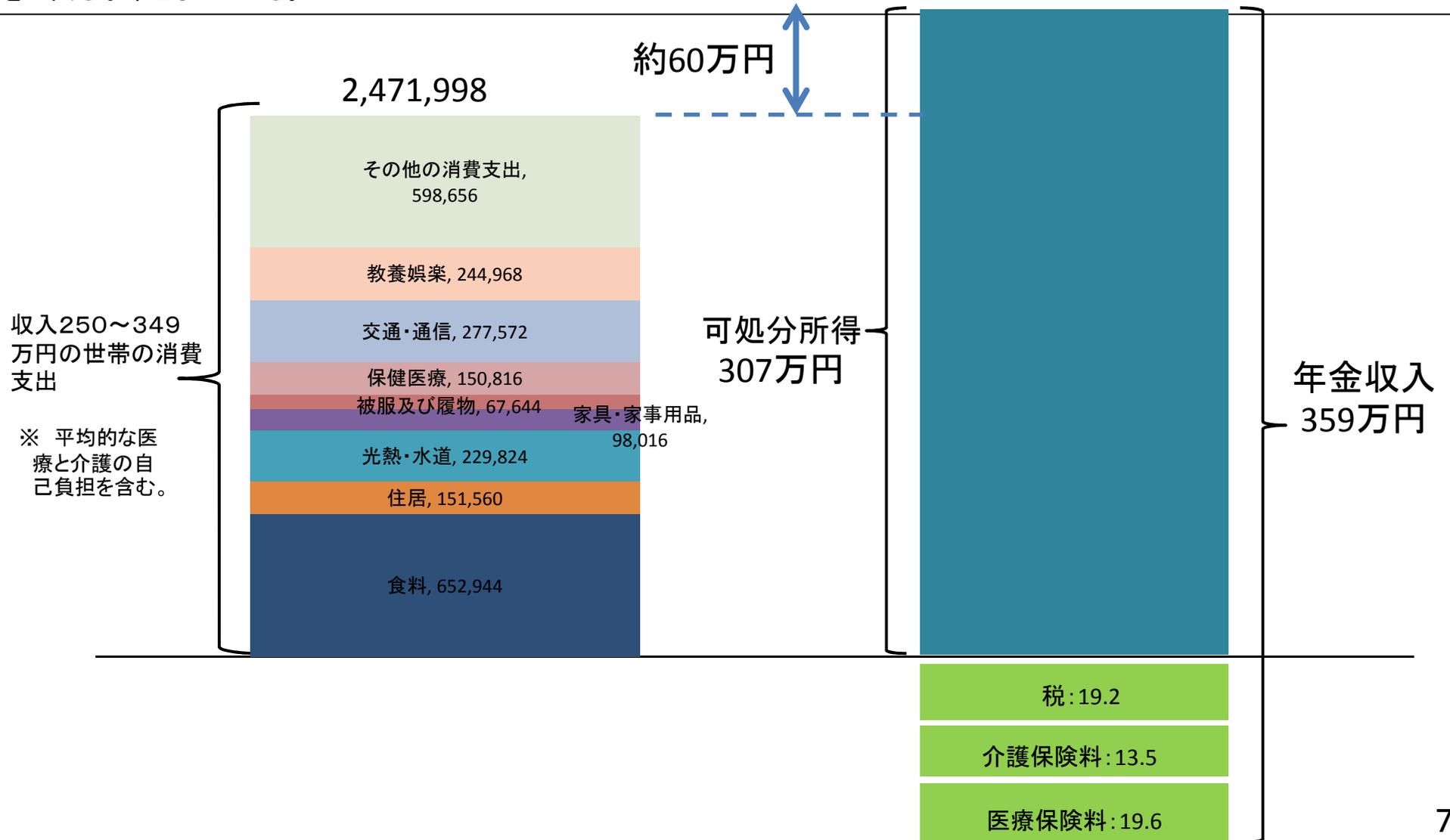
案1で無職高齢者単身世帯の場合の収支状況

- 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。



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) 医療保険制度の「現役並み所得者」について

- 70歳以上の者の患者負担(保険医療機関の窓口で支払う金額)の割合は、原則1割であるが、現役並み所得の有る者は、現役世代と同じ3割を負担

後期高齢者医療制度	世帯内に課税所得※1の額が145万円※2以上の被保険者がいる場合
国民健康保険	世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者(70～74歳に限る)がいる場合
被用者保険	被保険者が70歳以上であって、その標準報酬月額が28万円※3以上である場合

※1 収入から公的年金等控除、必要経費、基礎控除、給与所得控除等の地方税法上の控除金額(扶養控除廃止に伴う調整控除を含む。)を差し引いた後の額。

※2 現役世代の夫婦2人世帯をモデルとし、平成16年度の政管健保平均標準報酬月額を基礎として、現役世代の平均収入額を算出し(約386万円)、その金額から諸控除を差し引き、現役世代の平均的な課税所得を算出したもの。

$$283,624円(平均標準報酬月額) \times 12ヶ月 + 453,798円(賞与の平均) \div 386万円$$

$$386万円 - (基礎控除(33万円) + 給与所得控除(131万円) + 配偶者控除(33万円) + 社会保険料控除(44万円)) \div 145万円$$

※3 平成16年度の政管健保平均標準報酬月額

- ただし、上記の場合であっても、以下の要件に該当する場合は、負担割合は「1割」となる ※4

後期高齢者医療制度	世帯の被保険者全員の収入※1の合計額が520万円※2未満(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円※3未満)である場合等※5
国民健康保険	世帯の被保険者(70～74歳に限る)全員の収入の合計額が520万円未満(世帯の被保険者(70～74歳に限る)が1人の場合は、383万円未満)である場合等※5
被用者保険	被保険者及びその被扶養者(70～74歳に限る)の収入の合計額が520万円未満(被扶養者(70～74歳に限る)がいない場合は、383万円未満)である場合等※5

※1 所得税法上の収入額であり、公的年金等控除、必要経費等を差し引く前の金額。

※2 高齢者複数世帯のモデルを設定し、その世帯の課税所得が145万円となるような収入額を算出したもの。

$$145万円 + (基礎控除(33万円) + 給与所得控除(90万円) + 配偶者控除(38万円) + 社会保険料控除(14万円) + 公的年金等控除(199万円)) \div 520万円$$

※3 高齢者単身世帯のモデルを設定し、その世帯の課税所得が145万円となるような収入額を算出したもの。

$$145万円 + (基礎控除(33万円) + 給与所得控除(73万円) + 社会保険料控除(11万円) + 公的年金等控除(120万円)) \div 383万円$$

※4 負担能力の判定基準は、被保険者1人1人の課税所得を基本としている。しかし、税法上の控除の関係から、収入額が少ないにもかかわらず、課税所得が145万円以上となるケース(例:夫婦ともに無年金で、夫の給与収入のみ)があることから、課税所得だけでなく、収入による判定も行うもの。

※5 後期高齢者医療制度の被保険者と、国民健康保険又は被用者保険の被保険者(70～74歳に限る)の収入の合計額が、520万円未満である場合も、負担割合は1割

- 現役並み所得に該当している後期高齢者医療の被保険者は、約7%。
入院レセプトに占める現役並み所得者のレセプトの割合は、約5.5%。

(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。

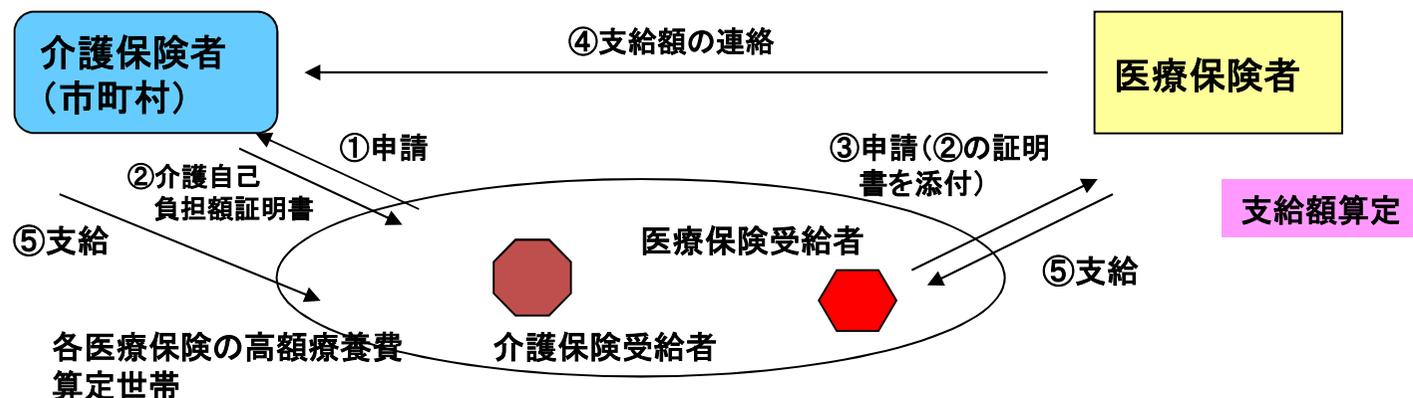
(参考) 高額医療・高額介護合算制度について

○ 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。

<高額医療・高額介護合算制度の自己負担限度額>

○ 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))

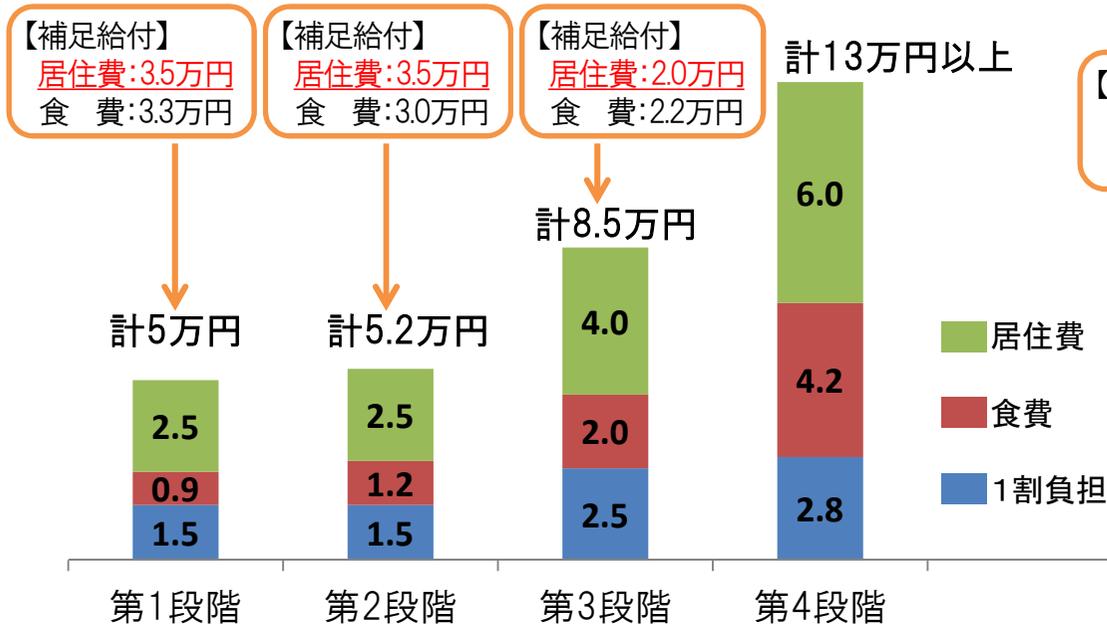
(※2・3) 対象となる世帯に、70歳～74歳の者と70歳未満の者が混在する場合には、①まずは70歳～74歳の者に係る自己負担の合算額に、(※3)の区分の自己負担限度額が適用された後、②なお残る負担額と、70歳未満の者に係る自己負担の合算額とを合算した額に、(※4)の区分の自己負担限度額が適用される。

(※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。

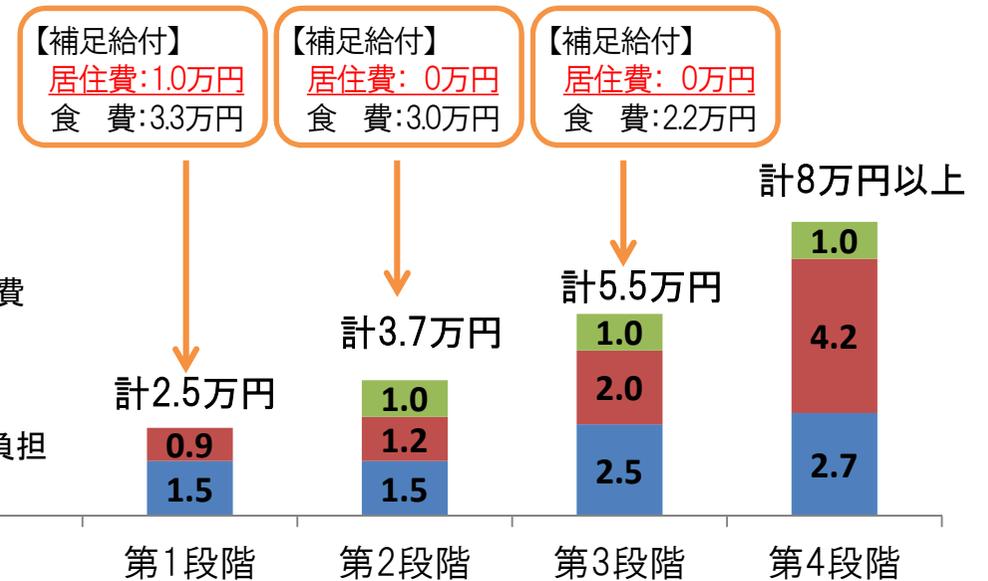
(参考) 補足給付(低所得者の食費・居住費の負担軽減)の仕組み

- 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) 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)

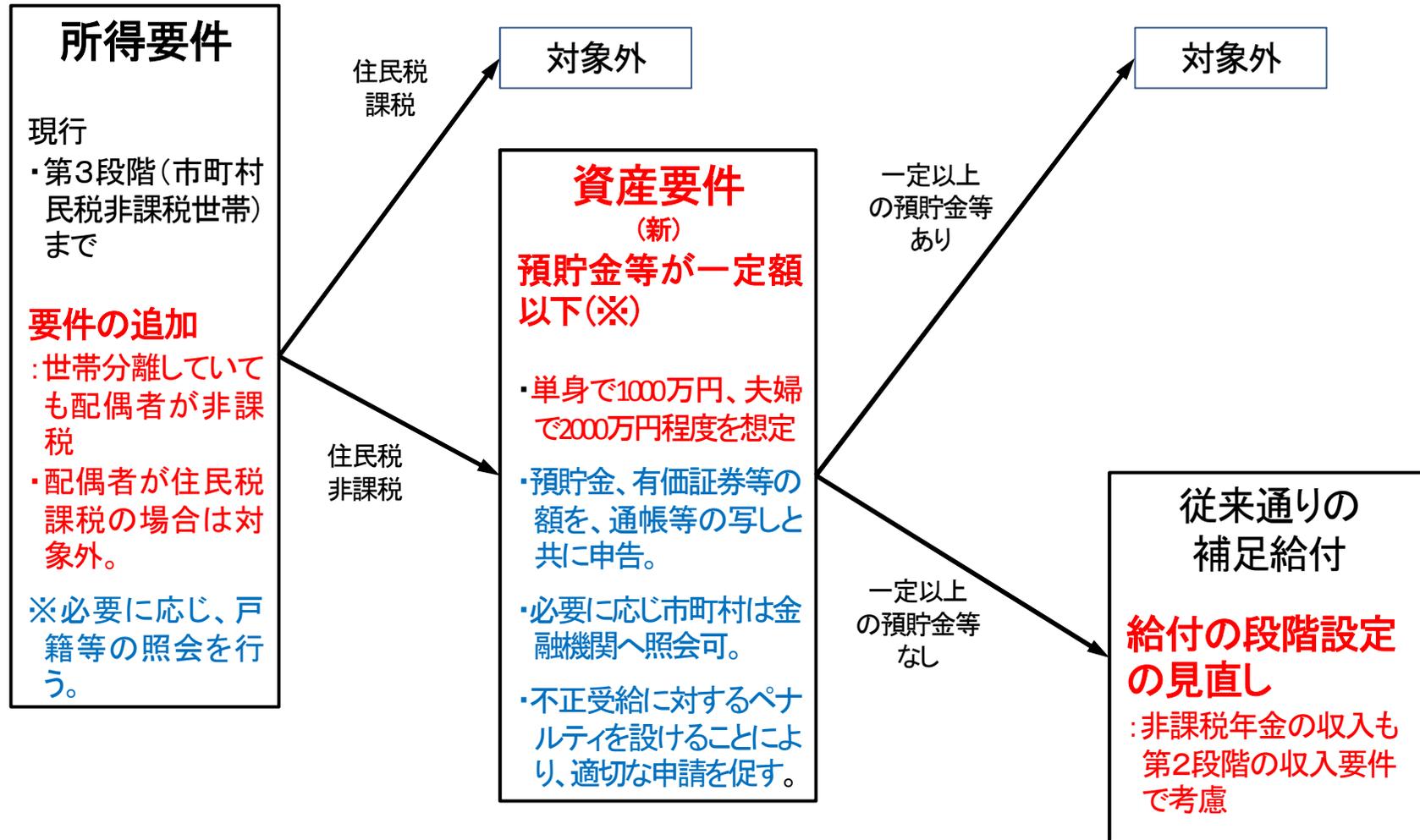
<百万円>

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
短期入所生活介護等	16,111
居住費(滞在費)	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

補足給付の見直しのイメージ



※ 不動産については、一定の評価額超の居宅等の不動産を所有している場合には対象外とし、こ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を検討したが、貸付の対象者、資産の評価等事業実施に向けた課題を更に整理し、委託先を確保できるようにすることが必要であり、引き続き検討。

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＞

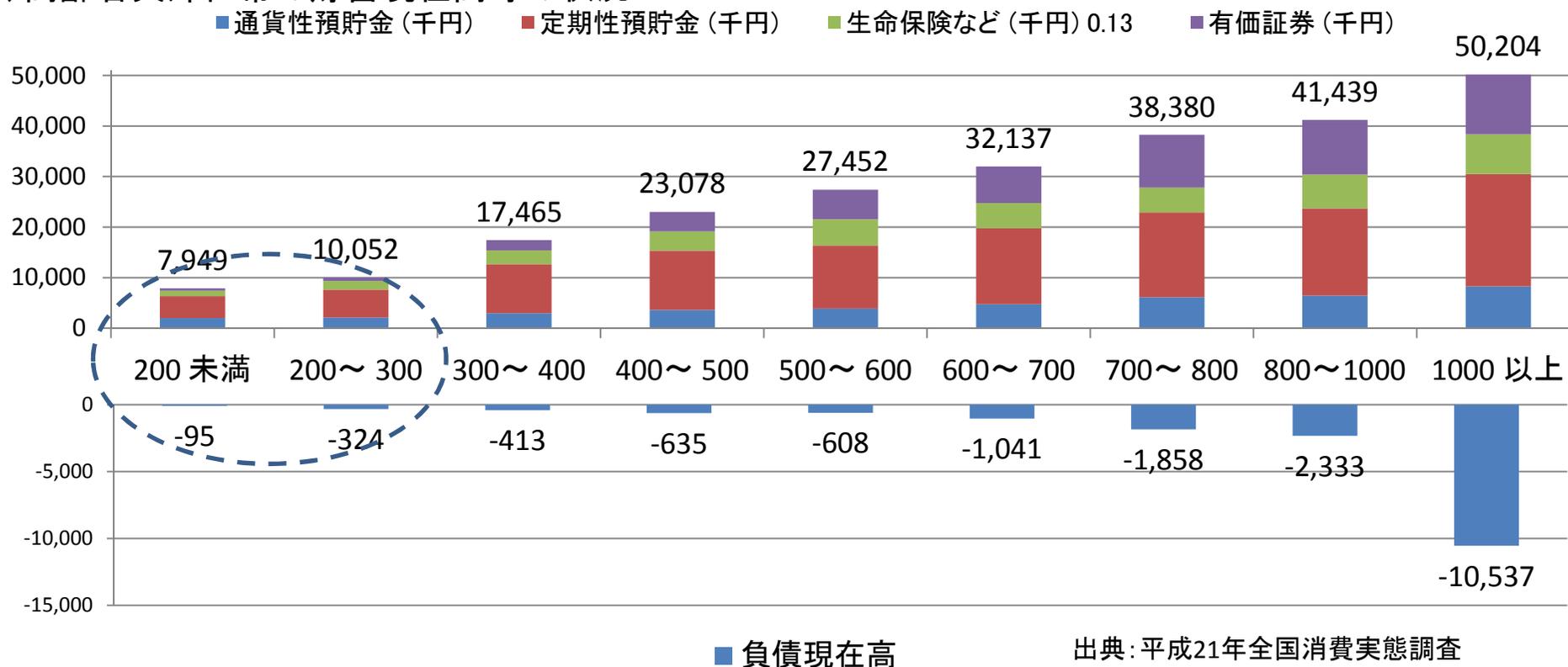
- 預貯金、有価証券その他の現金を対象とすることとしてはどうか。
- 負債がある場合には、確認書類を添えて申告の上、預貯金等の額と相殺することとしてはどうか。

＜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



出典：平成21年全国消費実態調査

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。

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られることができることとされている。生活保護法の規定も同様の規定となっている。

○金融機関への照会の位置付け。

○適正な申告を促すための動機付けともなるもの。

○金融機関への照会に対する対応の確保

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

○預貯金等の確認の頻度等

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

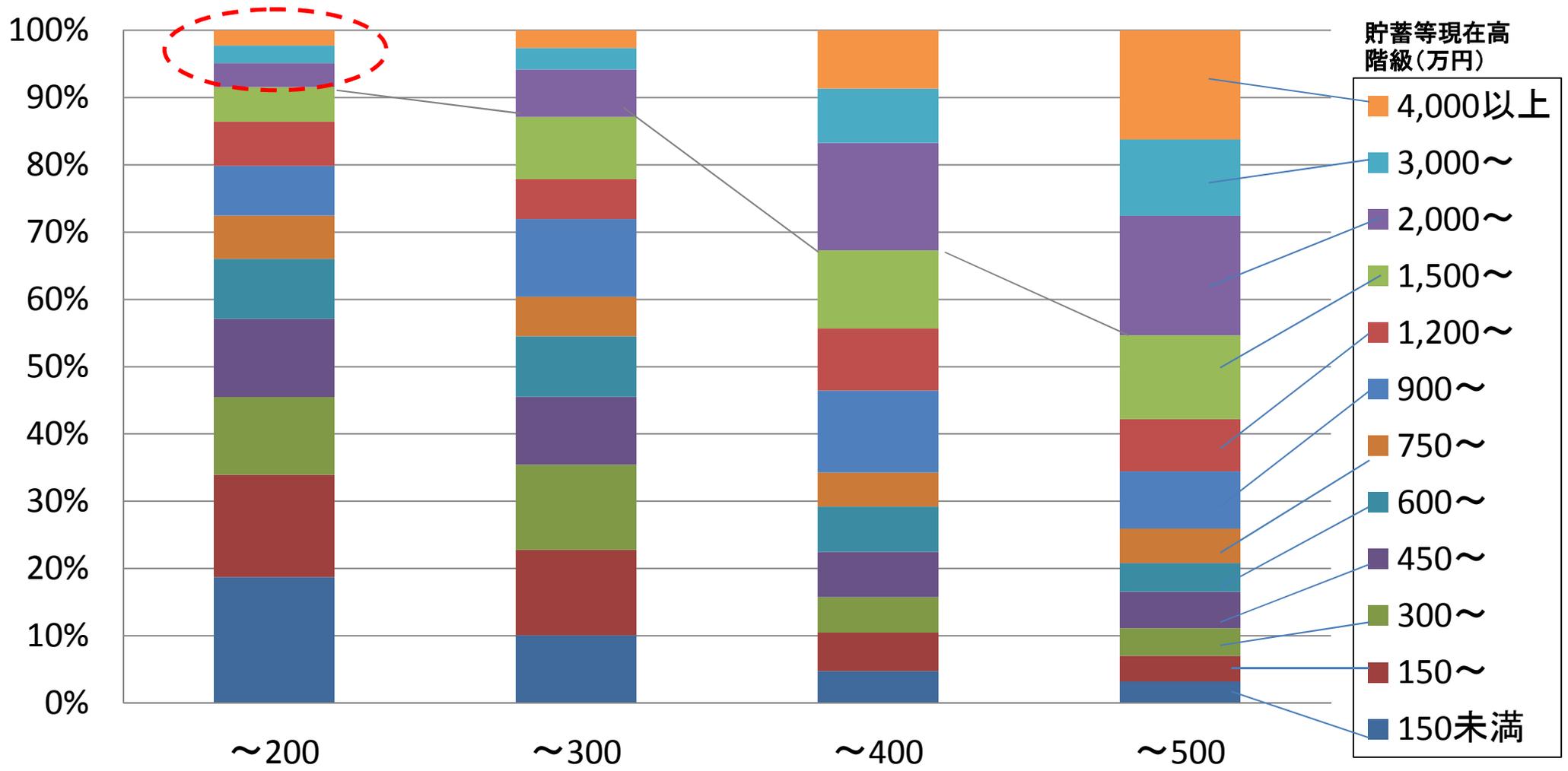
○有価証券の取り扱い

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

(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%。



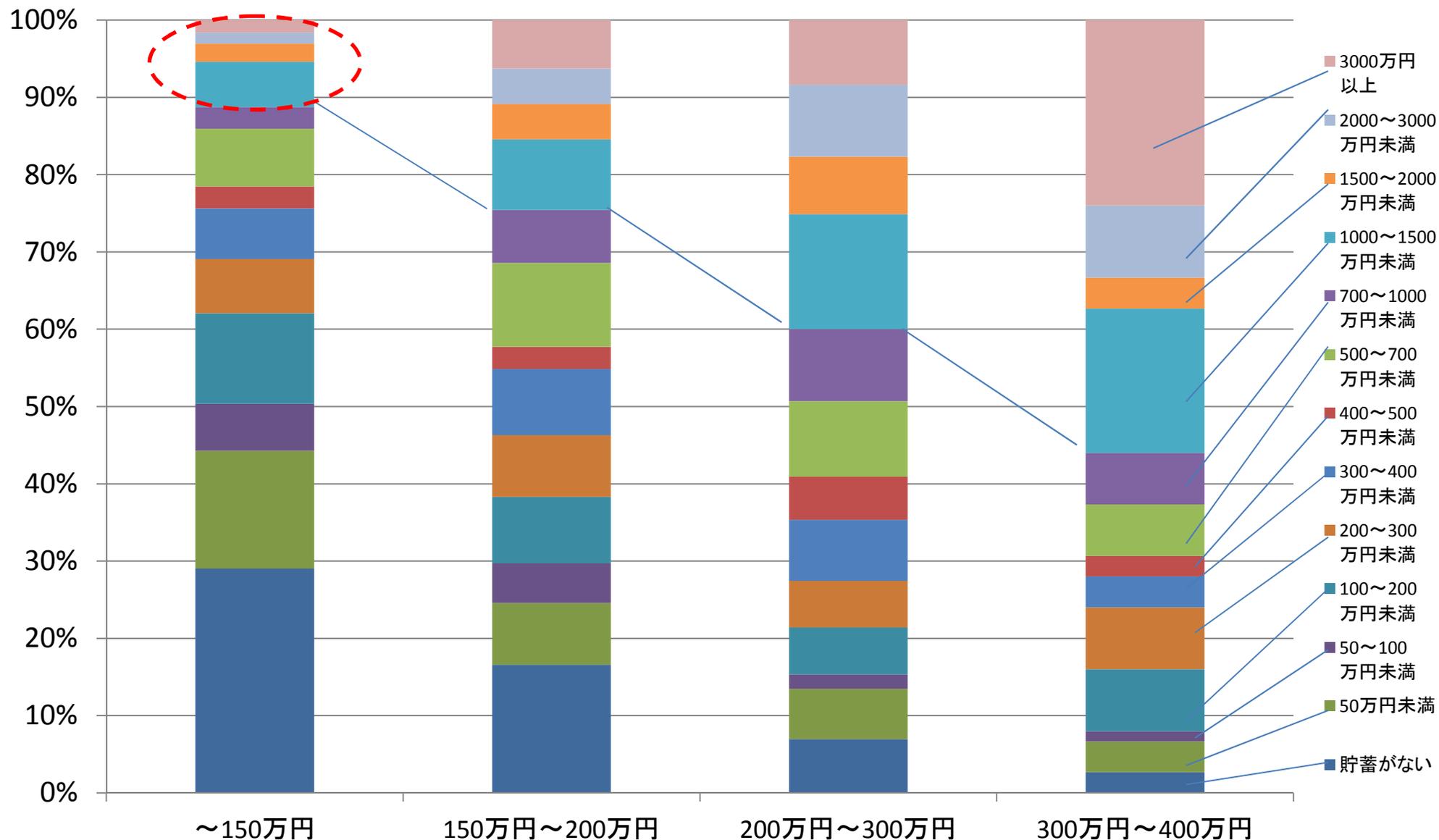
(注)「夫婦高齢者世帯」とは65歳以上の夫婦のみの世帯を指す

[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

(参考) 年金の受給状況

(1) 老齢年金受給者の公的年金の受給状況

<人>

年金額(年)	50万円 未満	50~100 万円	100~150 万円	150~200 万円	200~250 万円	250~300 万円	300~350 万円	350万円 以上	合計
老齢年金受給者 (65歳以上)	1,482	4,146	2,078	1,601	1,723	1,266	484	198	12,978
	11.4%	31.9%	16.0%	12.3%	13.3%	9.8%	3.7%	1.5%	

出典: 老齢年金受給者実態調査(平成23年 無作為抽出による調査)

(2) 遺族年金の受給状況

<千人>

年金額(年)	50万円 未満	50~100 万円	100~150 万円	150~200 万円	200万円 ~	合計
遺族年金受給者 (65歳以上)	896	888	1,217	655	106	3,762
	23.8%	23.6%	32.3%	17.4%	2.8%	

出典: 遺族年金受給者実態調査(平成22年 無作為抽出による調査)

(3) 障害年金の受給状況

<千人>

年金額(月)	~ 6万円	6~8 万円	8~10 万円	10~12 万円	12~14 万円	14~16 万円	16~18 万円	18万円 ~	合計
障害年金受給者 (65歳以上)	4	183	240	14	11	8	5	6	471
	0.8%	38.9%	51.0%	3.0%	2.3%	1.7%	1.1%	1.3%	

出典: 障害年金受給者実態調査(平成21年 無作為抽出による調査)

利用者負担等の見直しの財政影響の推計

※ 第6期(平成27年度～29年度)平均

＜利用者負担の見直し＞

＜年度・億円＞

＜円・月/人＞

	給付費	保険料	公費	1号保険料
案1(被保険者全体の上位20%) + 現役並の高額介護サービス費見直し	▲750	▲330	▲420	▲40
案2(課税者の上位50%) + 現役並の高額介護サービス費見直し	▲710	▲310	▲400	▲38

＜補足給付の見直し＞

	給付費	保険料	公費	1号保険料
補足給付の見直し(合計)	▲700	▲310	▲390	▲37
一定以上の預貯金のある者を対象外	▲360	▲160	▲200	▲19
配偶者の所得を勘案	▲200	▲90	▲110	▲11
遺族年金等非課税年金を第2段階と第3 段階の判定に勘案	▲130	▲60	▲70	▲7

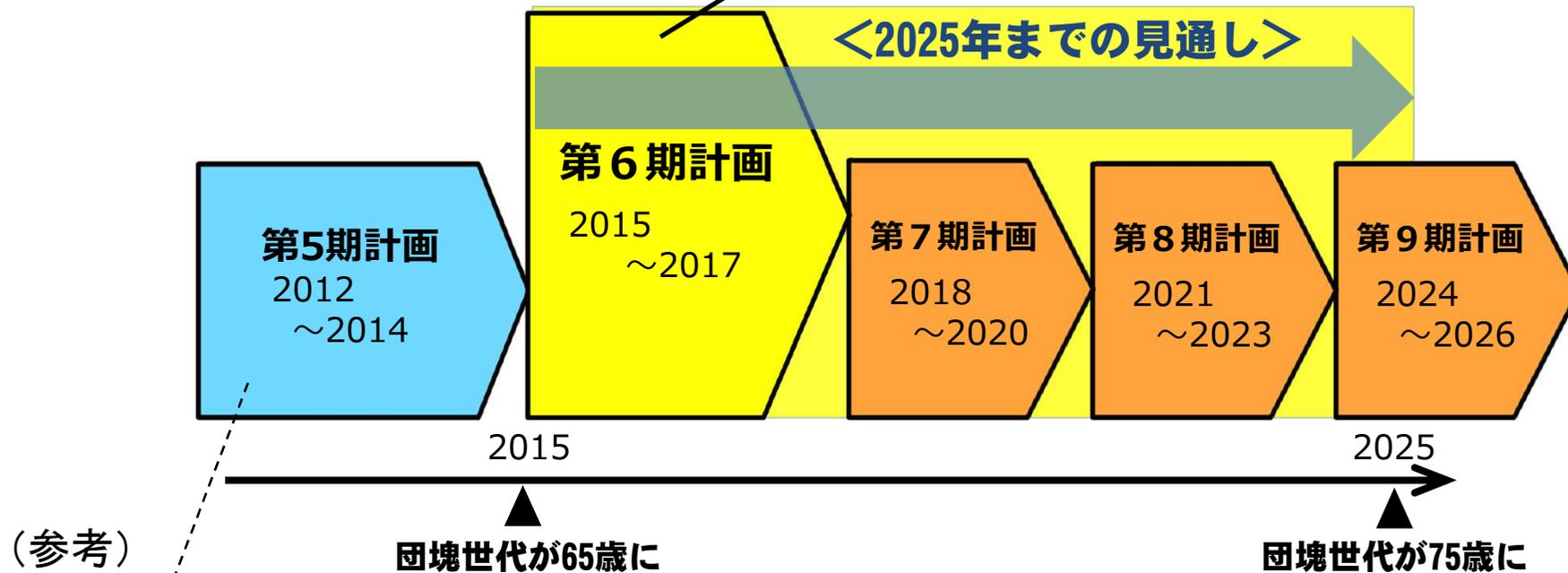
注1:平成24年の介護給付実態調査等を基に推計を行い、「平成25年度予算の後年度歳出・歳入への影響試算」における介護給付費の伸び率等を勘案して将来的な影響額を算出しており、今後の給付費の動向等により影響は変化する。

注2:「公費」の額は、2号保険料に係る介護納付金に対する国庫補助を含む。

Ⅲ 2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、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もの。
- 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図る。



(参考)

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54 社会保障審議会介護保険部会（12月20日）

公益社団法人認知症の人と家族の会 勝田 登志子

意見

65歳以上の高齢者の15%が認知症、13%が軽度認知障害とされ、全体で約900万人にのぼる認知症の人がいます。

8月28日の介護保険部会以来、公益社団法人認知症の人と家族の会は認知症の当事者団体として本人、介護家族の立場から発言してきました。また、6月2日の総会や10月12日の全国支部代表者会議で当事者の声の反映を願うアピールを採択し、介護保険部会や関係団体に提出してきました。

しかし、認知症の人たちを支え、今後ますます増えると予測される認知症を重度化させないためには、「介護保険制度の見直しに関する意見（案）」はあまりにも給付抑制が優先されています。残念ながら今回のまとめには最後まで反対せざるを得ません。

12月11日にはイギリスでは世界初のG8認知症サミットが開催され、併行してADI（国際アルツハイマー病協会）会議が開催、参加各国の大臣あての宣言文（別紙）を採択しました。アジア・太平洋会議も開催され二つの会議に「認知症の人と家族の会」も参加しました。認知症について世界的な取り組みがはじまり、なかでも、超高齢化が進行する日本の動きが注目され、日本への期待も大きなものがあります。

日本では昨年来、国家戦略として「認知症施策5ヵ年計画」（オレンジプラン）が一般財源で実施され、認知症カフェなどの取り組みが各地で成果を挙げているのは嬉しいことです。しかし、「意見（案）」では「認知症施策の推進」の多くが地域支援事業に位置づけられています。

認知症施策は義務的経費として縮小しないとの説明もありますが、地域支援事業では「事業費は前年度実績を上回らないことを原則とすべき、上限を超える場合の対応を検討するとしてもまずは上限内に納めることを基本認識とすべき・・・」とあります。

予防給付の自然増予測は毎年5~6%にも関わらず、後期高齢者の伸び率3~4%に抑制するわけですが、抑制できる費用は年間1,450億円です。一方、復興特別法人税は13年度末に前倒し廃止が決まり、税額8,000億円は一般財源から手当てされるそうです。「お金がない」のではなく、「税金の使い方」が問題なのではないでしょうか。

今回の案でもっとも懸念しているのは、「予防給付のうち訪問介護と通所介護については、地域支援事業の形式に見直す」ことです。これは、認知症ケアには「初期こそ適切なサービスが必要」であるとするオレンジプランとの整合性がありません。

市町村が実施する地域支援事業では、「多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できる」とされていますが、これまでの予防給付の質を低下させることなく効果的、効率的に提供できるという根拠はどこにあるのでしょうか。

認知症の人にとって、初期対応こそ介護サービス事業者の専門職によるケアが必要と考えます。「NPO、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人など」による「柔軟な取組」への変更は、サービス提供事業者や介護スタッフが積み上げてきた経験にもとづくケアを初期化するものです。また、地域支援事業への移行が利用控えを生じさせると、重度になってから発見するケースが増え、かえって費用がふくらむことも懸念されます。

また、地域支援事業に位置づける「介護予防・日常生活支援総合事業」では、「高齢者を事業の担い手」とすることで高齢者に生き甲斐を提供することもできると期待しています。しかし、高齢者の社会貢献活動と介護保険のサービス（給付）は別のものです。

別表に添付した「JR事故名古屋地裁判決に対する家族の会の見解」に示したように、介護を担う家族に賠償責任が生じるという判決は、全国の介護家族に大きな衝撃を与えました。

介護保険のサービスが広がるにつれて、私たちは高齢者虐待や介護心中、介護殺人といった悲劇が各地に頻発していることも知られるようになりました。予防給付の訪問介護と通所介護の地域支援事業への移行が、在宅介護の現場に何をもたらすのか大きな懸念があります。

また、「意見（案）」では、「世代内公平」という視点で一定以上の所得者は1割負担の利用料を2割に引き上げる、施設サービスの補足給付の厳格化、特別養護老人ホームの利用は要介護度3以上に限定などが盛り込まれていますが、利用者や介護家族の実態調査が不十分ななかでの提案に不安が募ります。

「認知症の人と家族の会」は34年間、「認知症があっても安心して暮らせる社会」を願い、その実現を目指してきました。

今回の「意見（案）」は「介護の社会化」を掲げて発足し、介護を必要とする本人と家族を支えてきた介護保険制度を停滞させるものと考えます。「認知症があっても住み慣れた町で安心して暮らせる」ための介護保険制度が継続されることを希望し、今回の案に反対します。

認知症の人の徘徊は防ぎきれない

家族に責任を押し付けた一審判決は取り消すべき

認知症列車事故 名古屋地裁判決に対する見解
2013年12月11日 公益社団法人 認知症の人と家族の会

1 あまりに認知症と介護の実態を知らない判決に怒り

今年8月9日に出された、認知症男性の徘徊による列車事故での家族に対する損害賠償請求事件での名古屋地裁判決には、驚きとともに怒りを覚えました。

JRの駅構内で要介護4の認知症の男性(91)が列車と衝突し死亡したことにより、JR側に発生した損害額約720万円は残された遺族が支払え、というものです。その理由は、男性が家を出たのはデイサービスから帰宅した夕方であり、そのとき男性と二人暮らしだった妻がたとえ6,7分であったとしても居眠りをしている気づかなかったことが注意義務を怠ったとされたのです。また、男性の長男は、妻を両親宅の近くに転居させて介護に当たらせていたものの、自分も近くに住まなかったこと、民間の介護施設やヘルパーを依頼しなかったことなどが、徘徊を防止する措置を講じなかったとして監督義務を怠ったとされたのです。

しかし、介護保険制度を使っても認知症の人を24時間、一瞬の隙もなく見守っていることは不可能で、それでも徘徊を防げと言われれば、柱にくくりつけるか、鍵のかかる部屋に閉じ込めるしかありません。判決はそのような認知症の人の実態をまったく理解していません。

また、介護はそれぞれの条件に応じて行っているものであり、百家族あれば百通りの介護があるのです。判決は、そのような条件や努力を無視し、まるで揚げ足取りのように責めたてています。

認知症サポーターが440万人を超え、社会で認知症の人を支えようという時代に、今回の判決は、認知症への誤解を招き介護する家族の意欲を消滅させる、時代遅れで非情なものと言わざるを得ません。

2 名古屋高裁で一審判決を取り消すべき

名古屋地裁の判決が前例になるなら、在宅で介護している家族の多くは在宅介護を放棄することになりかねません。それは「できるだけ住み慣れた地域で」という今日の流れにも反することになります。現在審理中の名古屋高裁において、一審判決が取り消されることを求めます。

3 認知症ゆえの行動により被害を受けた方に対する補償

認知症であるがゆえの固有の行動から生じた被害や損害については、家族の責任にしてはいけないというのが私たちの考えですが、しかし、その被害等は何らかの方法で賠償されるべきです。例えば介護保険制度の中にそのための仕組みを設けるなど、公的な賠償制度の検討がされるように提案します。

4 鉄道会社の対応と社会的な取り組み

鉄道事業会社において認知症の理解と事故防止のための対応が進むことを望みます。また、認知症の人が社会で広く理解され、住民同士の協力で少しでも徘徊による事故が減少するように、企業、学校、地域などで認知症サポーターのさらなる養成や啓発活動が進むことを期待します。「家族の会」もそのために今後も努力することを表明します。 以上

大臣各位

21世紀半ばには、この地球上には、11500万人の認知症の人がいることになるでしょう。認知症は短期間の間に世界中のもっとも大規模で費用のかかる健康問題の一つになっています。

12月11日ロンドンで開かれる認知症サミットは国際的なリーダーたちが地球規模で認知症に取り組むための貴重な機会です。サミットは、認知症の予防、効果的な治療方法、ケアと支援の向上についての研究における記念すべき第一歩です。

認知症にかかるコストは、現在、6040億ドルです。もし、国に例えるなら、地球上で18番目の財政規模を持った国ということになります。人々が長生きになっていくと、認知症の抱える問題はますます大きくなっていくことになり、医療保健制度を危機に陥れることになります。

認知症と取り組むためには、世界のリーダーが協力し合って、持続的な活動をすることが必要です。リーダーたちは、【・認知症研究推進のために有意義で共通のステップを誓約すること、・世界中の国々の協力による行動計画に同意すること、・優秀な科学者、臨床医、ケアの専門家たちが惹きつけられ、継続して研究できるようにするため十分な資金を投入すること】を行わなければなりません。

G8 サミットは、結論ではなく、スタートです。これまでの研究により、心臓病の人、HIV/エイズ患者、そしてがん患者の生活は変革されました。今こそ、認知症を優先課題にするときです。政府、研究組織、非営利団体、企業が協働してサミットで作った計画を実現することが必要です。私たちは、あなたがその一因となり、研究資金の投資を拡大し、世界中の認知症の人の生活を改革するような研究の協力体制を強化するように要望します。

2013年12月10日

国際アルツハイマー病協会 議長
認知症の人と家族の会 代表理事
イギリスアルツハイマー病協会 代表
アメリカアルツハイマー病協会 代表
カナダアルツハイマー病協会 代表
フランスアルツハイマー病協会 代表
ドイツアルツハイマー病協会 代表
イタリアアルツハイマー病協会 代表
ロシアアルツハイマー病協会 代表

※この要請文は、G8認知症サミットの前日に、G8各国（日本、イギリス、アメリカ、カナダ、フランス、ドイツ、イタリア、ロシア）の大臣に提出したもので、国際アルツハイマー病協会の議長、8カ国協会（日本は認知症の人と家族の会）の代表が連名で署名した。

社会保障審議会 介護保険部会（第54回）	榊田委員 提出資料
平成25年12月20日	

全国老施協発第1920号
平成25年12月20日

社会保障審議会介護保険部会
部会長 山崎泰彦様

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
会長 石川 憲

介護予防通所介護、及び同訪問介護の地域支援事業への移行に係る
円滑な推進とサービスの質量確保のためのガイドライン策定に関する意見

平成25年8月21日に閣議決定された「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」に基づき、社会保障審議会介護保険部会において、地域支援事業の見直しに併せた介護予防給付の見直しが検討されているところです。

事業の移行にあたっては、自治体の負担増加と事業の地域格差の拡大、利用者の受けられるサービスの不条理な差異が生まれることが懸念されることから、下記のとおり意見を提出します。

- 一、「介護保険制度の見直しに関する意見（素案）」（平成25年11月27日付）では、「市町村による事業の円滑な実施を推進するため、上記の「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」の内容を、介護保険法に基づく指針で、ガイドラインとして示す」との標記があります。
これについて、法令に対する位置づけを明確にし、事業の運営においては少なくとも現行水準を確保するため、関係機関及び団体に対する拘束力についてお示し願います。
- 二、同ガイドラインの策定にあたり、当該事業の当事者である自治体、主たる委託先のひとつである社会福祉法人をはじめとする介護・福祉事業者、並びに移行に伴い大きな不安を抱えている利用者の声を反映することは不可欠であります。
つきましては、同ガイドライン策定のための検討機関（WT等）を設置していただき、当事者が参画することで、一層、国民の理解を得られるものとなるようご配慮を願います。