

国における介護保険制度改正の検討状況について（情報提供）

国の社会保障審議会介護保険部会等において現在検討されている介護保険制度の改正(案)のうち、**主なもの**について、情報提供させていただきます。

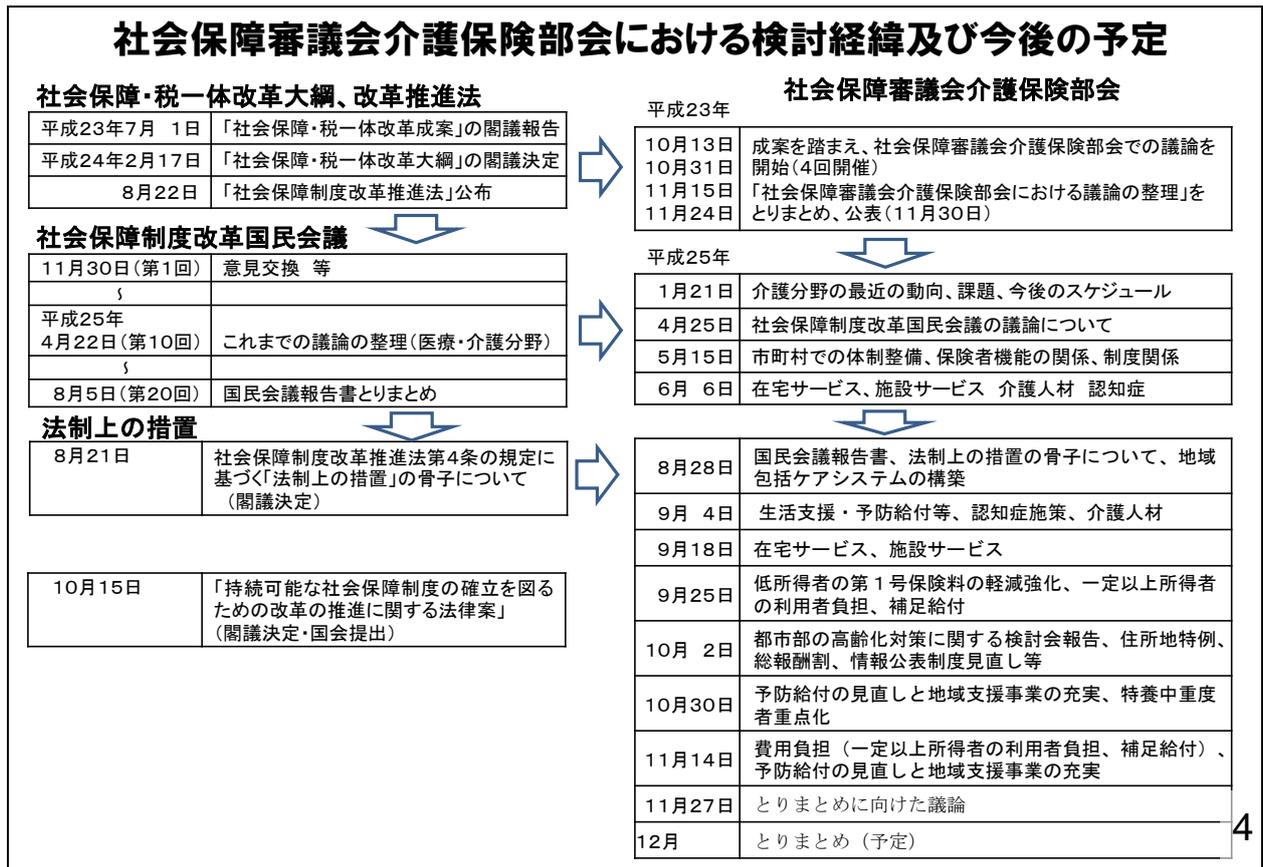
なお、以下の内容は検討中のものであり、現時点では国の方針として定まっているものではありません。

※ 次ページ以降の資料は、「全国介護保険担当部(局)長会議」(平成25年11月21日)の資料から一部を抜粋したもの

目次

1	制度改正の検討の背景と検討事項	2
2	地域支援事業の充実と介護予防給付の見直し	4
	(1) 在宅医療・介護の連携推進	4
	(2) 認知症施策の推進	4
	(3) 地域ケア会議の充実	5
	(4) 生活支援・介護予防の充実	5
	(5) 介護予防給付（訪問介護・通所介護）の見直しと地域支援事業の充実等	6
3	在宅サービスと施設サービスの見直し	9
	(1) 特別養護老人ホームの中重度者への重点化	9
4	費用負担の公平化	10
	(1) 低所得者の一号保険料の軽減強化	10
	(2) 一定以上所得者の利用者負担の見直し	11
	(3) 補足給付の見直し（資産等の勘案）	11

1 制度改正の検討の背景と検討事項



4

介護保険制度改正の検討事項

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

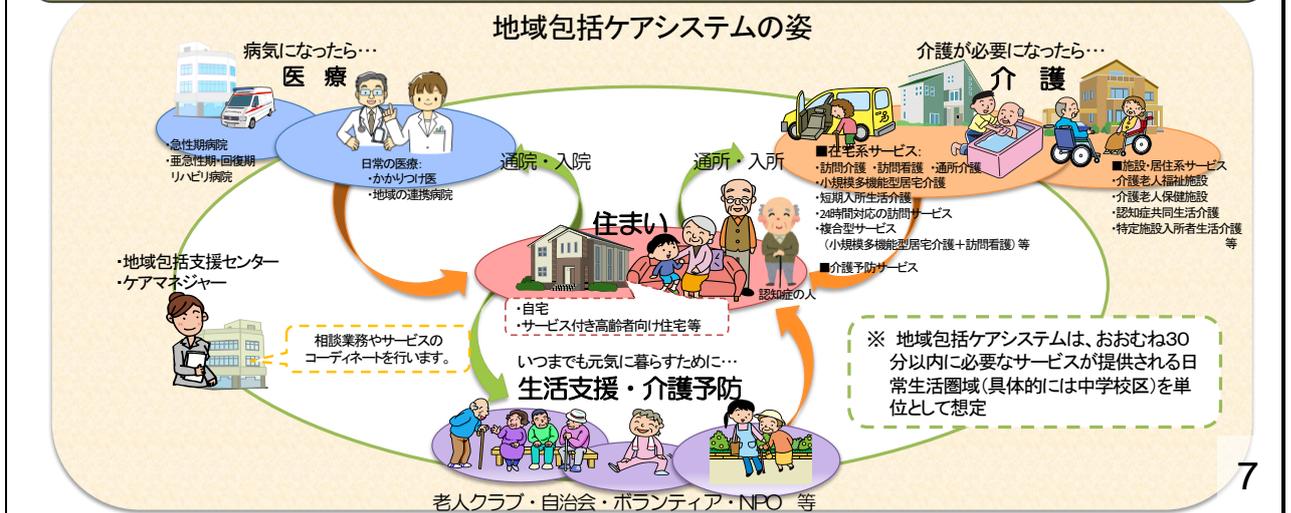
	充 実	重点化・効率化
サービス提供体制	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し ○ 在宅医療・介護の連携推進 ○ 認知症施策の推進 ○ 地域ケア会議の充実 ○ 生活支援・介護予防の充実 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 介護サービスの効率化・重点化 ○ 介護予防給付(訪問・通所介護)の地域支援事業への移行 ○ 特別養護老人ホームの中重度者への重点化
費用負担	<ul style="list-style-type: none"> ■ 保険料の負担の増大の抑制 ○ 低所得者の一号保険料の軽減強化 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 所得や資産のある人の利用者負担の見直し ○ 一定以上所得者の利用者負担の見直し ○ 補足給付の見直し(資産等の勘案)

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

6

地域包括ケアシステムの構築について

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

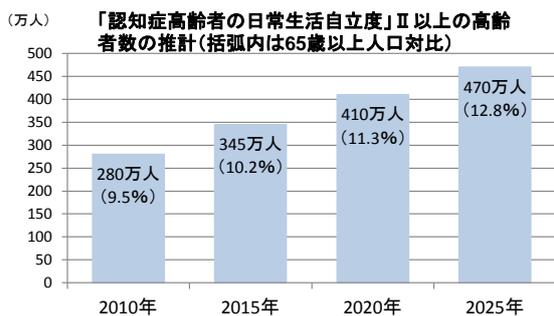


今後の介護保険をとりまく状況

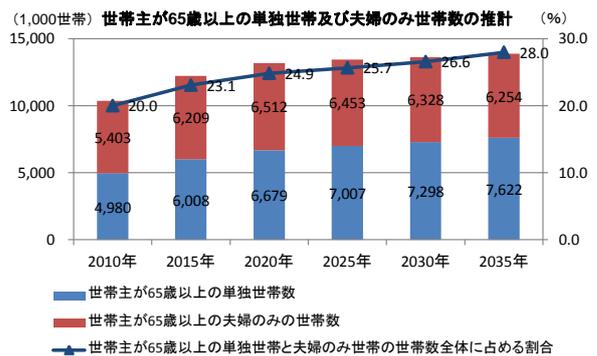
- ① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	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)

2 地域支援事業の充実と介護予防給付の見直し

(1) 在宅医療・介護の連携推進

(1)在宅医療・介護の連携推進

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

地域支援事業(現行)

包括的支援事業

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

地域包括支援センターに一括して委託

介護予防事業

任意事業

在宅医療・介護の連携推進に係る事業を追加

↓

他の事業とは別に委託可能

16

(2) 認知症施策の推進

(2)認知症施策の推進

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

「認知症施策推進5か年計画」(平成24年9月厚生労働省公表)の概要

【基本的な考え方】

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

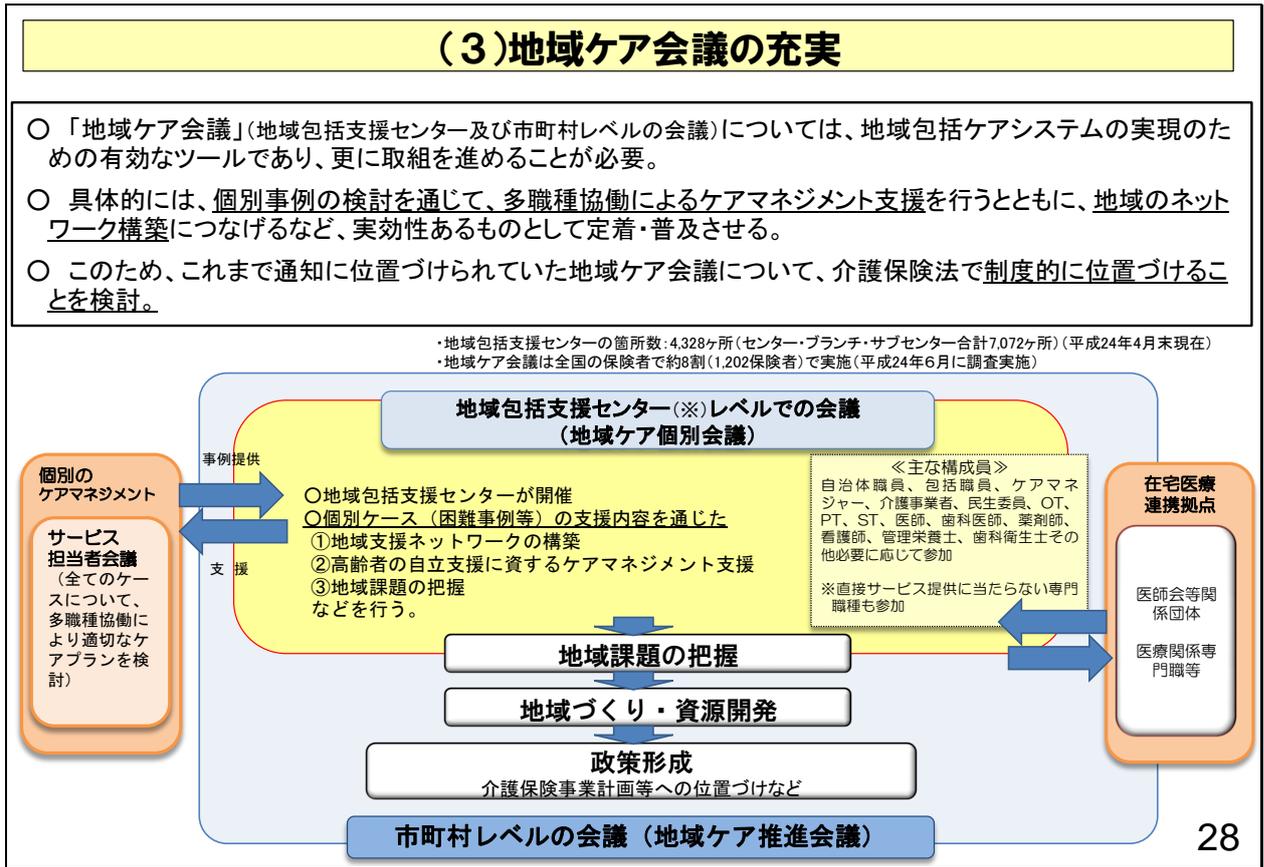
➡

《今後目指すべきケア》
「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

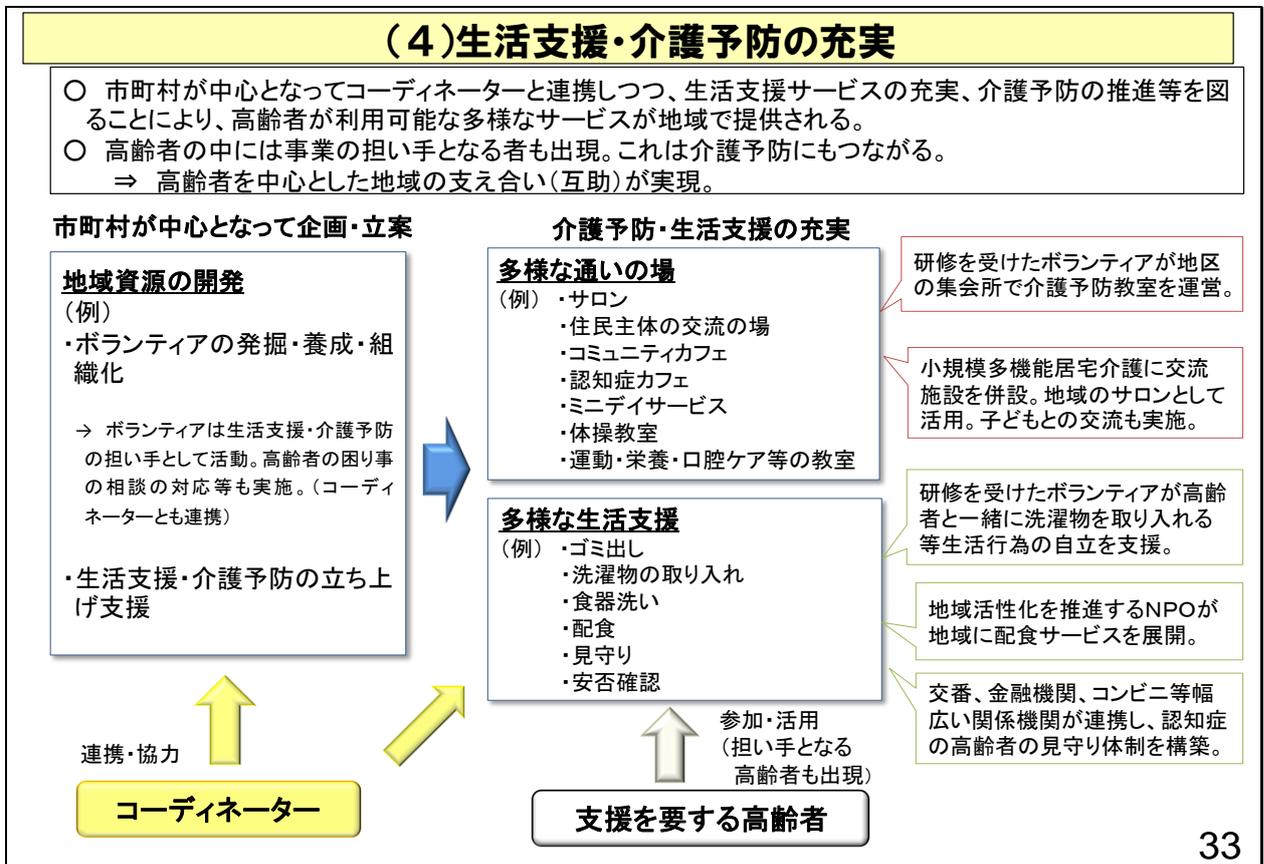
事項	5か年計画での目標
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映
○「 認知症初期集中支援チーム 」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人
○「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

21

(3) 地域ケア会議の充実



(4) 生活支援・介護予防の充実



(5) 介護予防給付（訪問介護・通所介護）の見直しと地域支援事業の充実等

(5)介護予防給付(訪問介護・通所介護)の見直しと地域支援事業の充実等

(1) 予防給付の見直し(訪問介護、通所介護)

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

予防給付から新しい総合事業への移行

➔

高齢者の多様なニーズに対応するため、市町村が地域の実情に応じ、取組を推進

(2) 地域支援事業の充実

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

取組の強化

在宅医療・介護連携	➔	市町村が中心となり、多職種参加の研修等を通じ、医療介護のネットワークを構築等
認知症施策	➔	地域包括支援センター等に「初期集中支援チーム」や「地域支援推進員」を配置等
地域ケア会議	➔	多職種協働のケアマネジメント支援や地域課題への取組を推進
生活支援・介護予防	➔	地域の高齢者の主体的参加を促しつつ、生活支援、多様な参加の場作りを充実

※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

43

新しい介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）

○すべての市町村が29年4月までに「総合事業」を開始(総合事業は「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」から構成)→訪問介護、通所介護は総合事業のサービスにすべて移行(29年度末)(訪問介護、通所介護以外のサービスは予防給付によるサービス利用。) ※介護予防・日常生活支援総合事業は平成24年度から開始している。

○要支援者は、ケアマネジメントを行い、総合事業によるサービス(訪問型・通所型サービス等)と、予防給付によるサービスを適切に組み合わせつつ、サービス利用。

○総合事業のみ利用する場合は要支援認定は不要。基本チェックリストで判断を行う。

介護予防給付

総合事業

要支援者

介護予防・生活支援サービス事業対象者

一般高齢者

市町村・地域包括支援センターがケアマネジメントを実施

※チェックリストで判断

訪問看護、福祉用具等

※全国一律の人員基準、運営基準
※訪問介護・通所介護は総合事業によるサービスへ移行

介護予防・生活支援サービス事業

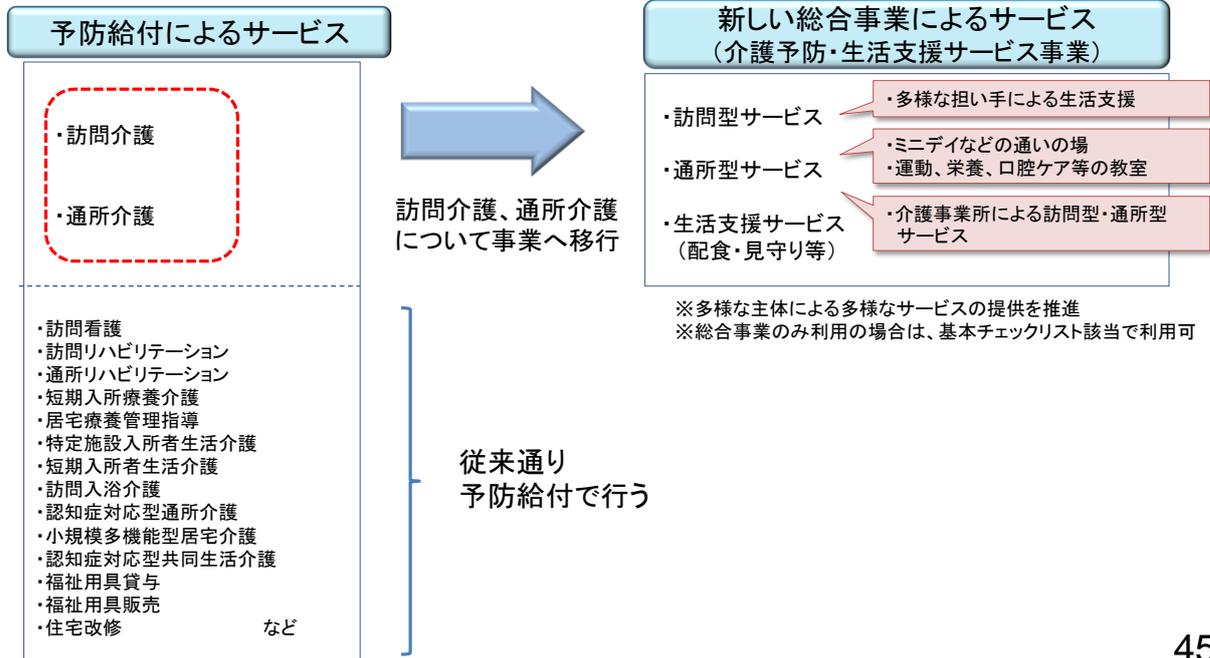
①訪問型・通所型サービス(運動・口腔・栄養改善事業等を含む)
②栄養改善を目的とした配食、定期的な安否確認・緊急時対応 等
※事業内容は、市町村の裁量を拡大、柔軟な人員基準・運営基準

一般介護予防事業(その他体操教室等。全ての高齢者が対象。)

44

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

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



45

新しい総合事業について(案)

【1 概要】

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

【2 新しい総合事業の介護予防・生活支援サービス事業の概要】

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

47

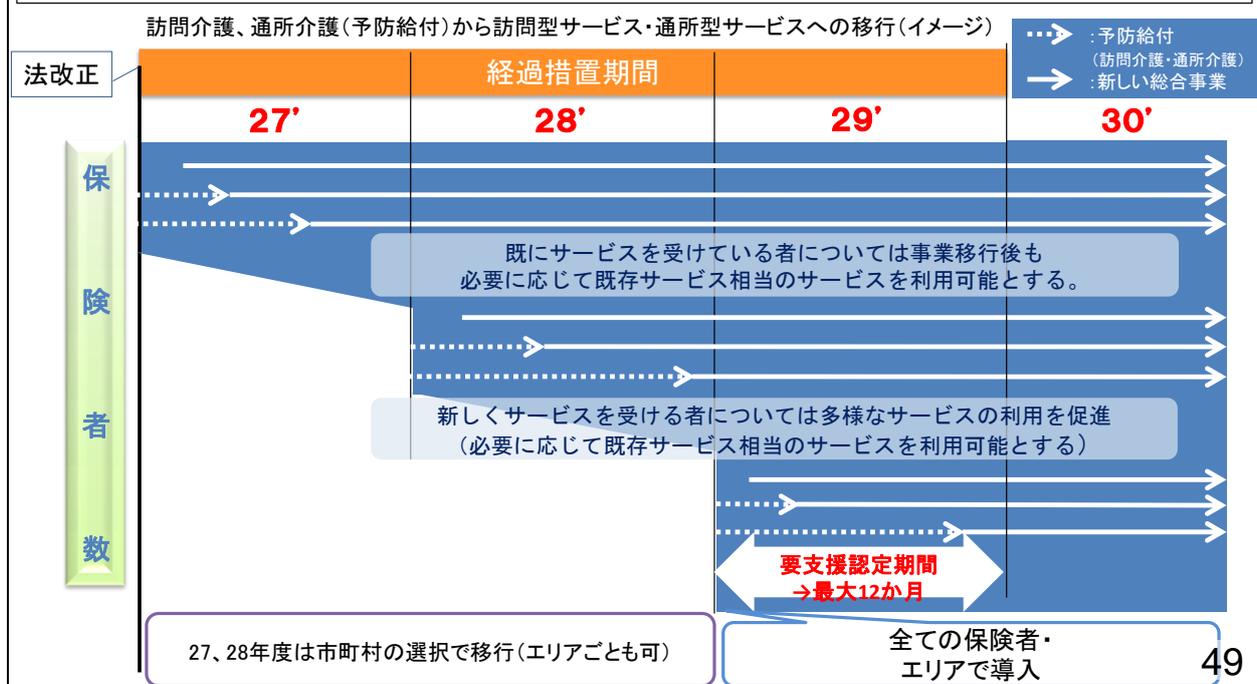
- 6) 利用料：地域で多様なサービスが提供されるため、そのサービスの内容に応じた利用料を市町村が設定する。
※従来の給付から移行するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みのもと、市町村が設定する仕組みを検討。(利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組みとすることが必要)
- 7) 事業者：市町村が事業者へ委託する方法に加え、あらかじめ事業者を認定等により特定し、当該市町村の一定のルールの下事業者が事業を実施した場合事後的に費用の支払いを行う仕組みを検討。
- 8) 限度額管理：利用者個人の限度額管理を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

【3 新しい総合事業の一般介護予防事業の概要】

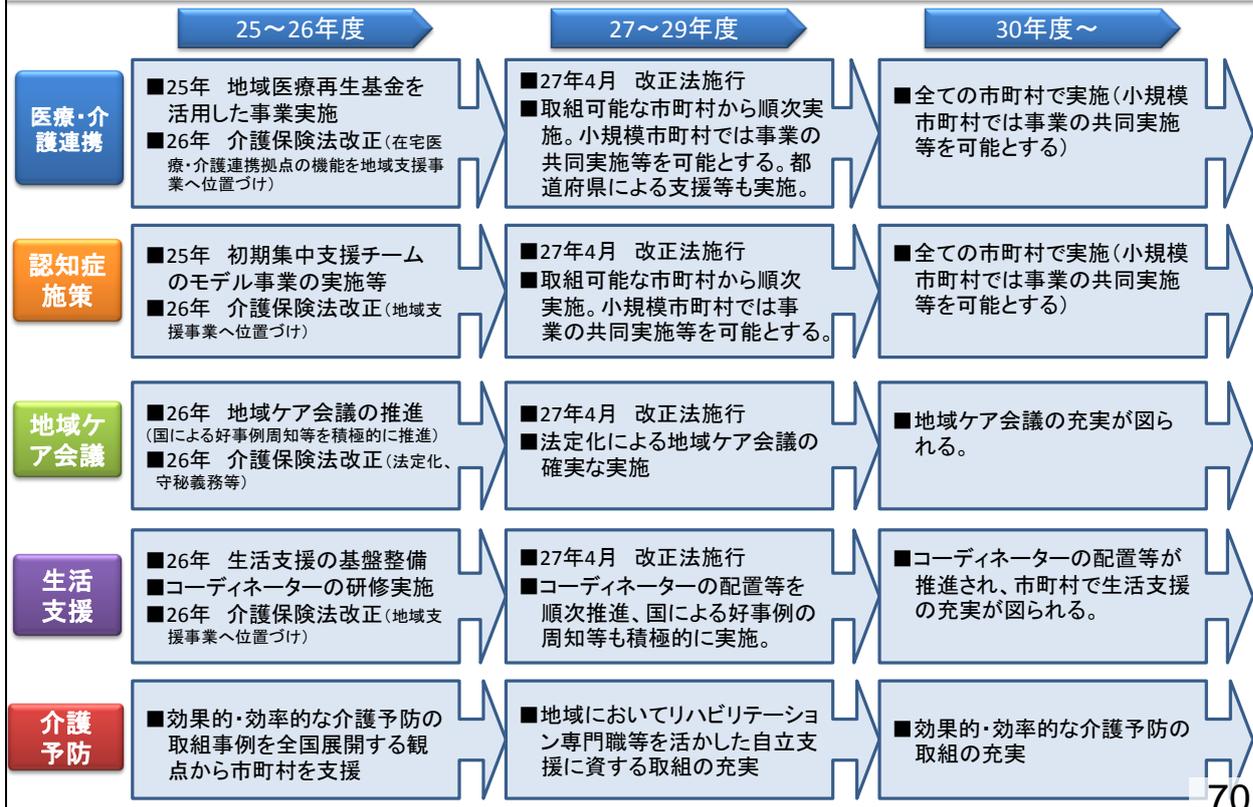
- 1) 元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。
- 2) 具体的には、「介護予防事業対象者の把握事業」「介護予防普及啓発事業」「地域介護予防活動支援事業」「介護予防事業評価事業」「地域リハビリテーション活動支援事業」から構成。
- 3) 地域リハビリテーション活動支援事業については、新しい事業であり、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスより働きかけるために、地域においてリハ職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

市町村の新しい総合事業実施に向けたスケジュールについて(イメージ)

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



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



70

3 在宅サービスと施設サービスの見直し

(1) 特別養護老人ホームの中重度者への重点化

(3) 特別養護老人ホームの中重度者への重点化

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

112

特養への入所が必要と考えられる要介護1・2の高齢者

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

【各特養において、要介護1・2での入所を決めた理由】

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

※一部特別養護老人ホームの施設長等
に対する厚労省による聞き取り

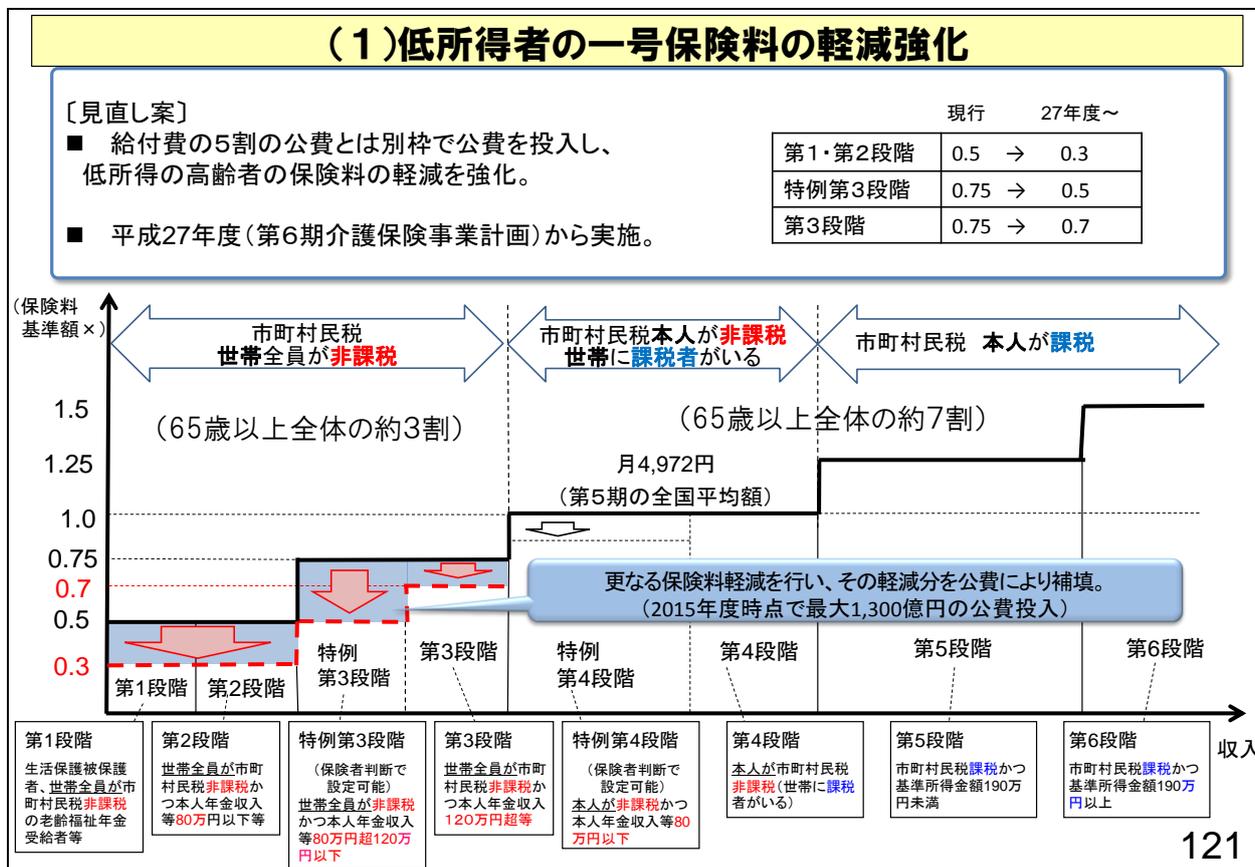
【要介護1・2であっても特養への入所が必要と考えられる要因】

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

118

4 費用負担の公平化

(1) 低所得者の一号保険料の軽減強化



121

(2) 一定以上所得者の利用者負担の見直し

(2)一定以上所得者の利用者負担の見直し

○ 今後の高齢化の進展に伴い、**介護費用は増大し、介護保険料も上昇**していくが、**制度の持続可能性を高める**ためにも、**保険料の上昇を可能な限り抑えていく**必要がある。

○ このためには、**医療と異なりこれまで一律一割に据え置いている利用者負担**について、**相対的に負担能力のある所得の高い方(一定以上所得者)には2割負担をしていただく**必要があるもの。

○ 一定以上所得者の基準については、サービスを一生使わない人もいたり、ケアプランを通じたサービスの選択の幅が広いといった**医療との違いにも留意**しつつ、設定

○ 具体的な基準としては、モデル年金や平均的消費支出の水準を上回り、かつ、負担可能な水準として以下の案を審議会に提案

案1: 被保険者全体の上位約20%に該当する**合計所得金額(※)160万円以上の者→年金収入で280万円以上**
 案2: 住民税課税者である被保険者の上位半分以上に該当する**合計所得金額170万円以上の者→年金収入で290万円以上**
 ※ 年金収入の場合: 合計所得金額=年金収入額-公的年金等控除(基本的に120万円)

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

↓ 20%

住民税非課税
(62%)

住民税課税
(38%)

住民税課税

↑ 50%

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

125

(3) 補足給付の見直し (資産等の勘案)

(3)補足給付の見直し (資産等の勘案)

見直しの趣旨

○ 平成17年改正において、在宅との均衡等を図る観点から給付対象外とされた食費及び居住費については、**介護保険三施設及びショートステイの入居者に低所得者が多く入所している実態を考慮して、それらの入居者の申請に基づき、住民税非課税世帯の者を対象として補足給付を支給し、負担の軽減を図っている**。現在は、**住民税非課税世帯の者であれば、資産等の有無に関わらず給付対象となる**。

○ 補足給付は、このような福祉的な性格や経過的な性格を有する給付であること、在宅で暮らす者との公平を図る必要があること、補足給付により助成を受ける一方で保有する預貯金や不動産が保全されることは保険料負担者との間で不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

(注1) 資産要件の判定実務は市町村の事務負担を勘案して本人の申告を前提とした簡素な仕組みとする(地方団体も要請)
 (注2) 認定者数: 103万人、給付費: 2844億円[平成23年度]

見直し案

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

143

補足給付の見直しのイメージ

