

国の動向について

1 社会保障審議会における審議経過

○介護保険部会の開催状況

第 1 回	平成 15 年 5 月 27 日	介護保険部会の議事運営について
第 2 回	7 月 7 日	運営状況の検証の議論 (保険給付, サービス利用の状況)
第 3 回	7 月 28 日	運営状況の検証の議論 (市町村の保険財政, 保険料の状況)
第 4 回	9 月 12 日	運営状況の検証の議論(保険給付, 要介護認定の状況)
第 5 回	10 月 27 日	これまでの議論の整理, 今後の進め方について
第 6 回	11 月 20 日	保険者の在り方について, 給付の在り方(痴呆性高齢者ケア等)
第 7 回	12 月 22 日	給付の在り方(基本的な考え方)
第 8 回	平成 16 年 1 月 26 日	給付の在り方(個別サービスの課題, 給付体系の在り方)
第 9 回	2 月 23 日	サービスの質, 要介護認定
第 10 回	3 月 9 日	負担の在り方(保険料, 財政調整等)
第 11 回	3 月 24 日	これまでの議論の整理
第 12 回	4 月 26 日	被保険者の範囲
第 13 回	5 月 14 日	その他の論点
第 14 回	6 月 28 日	取りまとめに向けての議論
第 15 回	7 月 16 日	取りまとめに向けての議論
第 16 回	7 月 30 日	取りまとめ

○障害保健福祉施策と介護保険の関係について

- 1 障害者部会において, 障害者施策の推進のため介護保険制度の仕組みを活用することについて障害者団体からヒアリングを行った結果, 賛成・反対・保留に意見が分かれた。
- 2 介護保険の仕組みを活用することは, 現実的な選択肢の一つであるとする内容の中間報告(部会長案)が作成され, 障害者部会において了承された。
- 3 第 16 回介護保険部会においては結論を得るに至らず, 引き続き議論を重ねていくこととなった。

2 社会保障審議会・介護保険部会報告(概略)

1 制度見直しの基本的な考え方

見直しの基本的視点	(1)制度の持続可能性を高めること。= 給付の効率化・重点化 (2)明るく活力ある超高齢社会の構築 = 予防重視型システムへの転換 (3)社会保障の総合化 = 介護・年金・医療等各制度間の機能分担の明確化
基本理念(*)から見た課題 (*高齢者の自立支援)	(1)量から質へ (2)在宅ケアの推進 (3)地方分権の推進
新たな課題(*)への対応 (*高齢者人口, 高齢者独居世帯, 痴呆性高齢者の増加)	(1)介護予防の推進 (「介護」モデル 「介護+ <u>予防</u> 」モデルへ) (2)痴呆ケアの推進 (「身体ケア」 「身体ケア+ <u>痴呆ケア</u> 」モデルへ) (3)地域ケア体制の整備 (「家族同居」モデル 「家族同居+ <u>独居</u> 」モデルへ)

2 制度見直しの具体的内容

給付の効率化・重点化	(1)総合的な介護予防システムの確立 統一的な介護予防マネジメントの確立とリハビリテーションの在り方の検討 <u>「新・予防給付」の創設</u> ・軽度者のうち介護予防対象者に適する者のスクリーニングと状態像に合った予防給付プランの作成 ・筋力向上トレーニング, 転倒骨折予防, 低栄養予防, 口腔ケア, 閉じこもり予防等の導入の検討 (2)施設給付の見直し 施設給付の範囲・水準の見直し ・居住費用や食費負担に係る見直し(低所得者への配慮が必要) 施設サービスの在り方の見直し ・施設の弾力的・柔軟な利用形態や地域展開 ・個別ケアの推進, 在宅との連携強化, 重度化への対応(医療との連携強化) (3)その他のサービスの見直し 訪問介護 = 行為別・機能別再編や「家事代行」型サービスの見直し 通所サービス = 通所介護・通所リハビリテーションの一元化と機能別類型化・再編 短期入所 = 利用実態(計画的利用と緊急的利用)を踏まえた見直し 福祉用具 = 福祉用具購入に係る事業者指定制度の導入, 提供プロセスにおける専門職の関与, 支給対象の適正化 住宅改修 = 事前申請制度の導入
新たなサービス体系の確立	(1)地域密着型サービスの創設 (痴呆ケアの推進及び地域ケア体制の整備への対応) (2)居住系サービスの体系的見直し ・自宅生活が困難となった時の選択肢としての「施設」以外の多様な住まいの整備 (3)医療と介護の連携 (4)その他のサービスの見直し 小規模・多機能型サービス = 「通い」「泊まり」「訪問」「居住」等の機能の組合せによる継続的かつ包括的なサービスの提供 地域夜間対応型や地域見守り型のサービス 訪問看護 = 医療ニーズの高い要介護者の在宅療養の支援 地域における痴呆ケア支援体制

サービスの質の確保・向上	(1)ケアマネジメントの体系的見直し ・在宅と施設，医療と介護の連携評価やケアマネジャーの独立性を高める方向での報酬の見直し，ケアマネジャー 1 人当たりの標準担当件数等の基準の見直し ・研修の強化や資格の更新制の導入，不正行為に対する罰則の強化 (2)地域包括支援センター(仮称)の整備 ・地域における総合的なマネジメントを担う中核機関の設置 ・在宅介護支援センターの再編や統廃合，居宅介護支援事業所との役割分担の明確化 (3)情報開示の徹底と事後規制ルールの確立 ・全事業所を対象とした情報開示の徹底，第三者による確認の仕組みの導入等 ・事業者の指定更新制の導入や指定に当たっての欠格事由の見直し (4)専門性を重視した人材育成と資質の確保 ・資格要件の見直し，研修等の強化，雇用管理の在り方に係る検討 (5)公正・効率的な要介護認定 ・認定調査に係る委託先の適正化，介護認定審査会の在り方を見直し
負担の在り方 の見直し	(1)1号保険料の在り方 ・現行の第2段階のうち負担能力の低い層に対する負担軽減等を見直し ・徴収事務の改善(特別徴収の対象拡大や生活保護費からの直接納付の検討) (2)2号保険料の在り方 ・2号被保険者や医療保険者の代表が制度運営に関与していく方法の検討 (3) 調整交付金による財政調整の在り方
制度運営の見直し	(1)保険者機能の強化 ・市町村への事業所立入権限の付与 ・市町村への地域密着型サービスに係る事業者指定・監督権限の付与 ・都道府県に対する事業者指定における市町村への意見聴取の義務付け (2)事業計画の見直し ・サービス圏域の設定と圏域単位のサービス整備計画 ・介護サービス以外の事項も盛り込む必要性 (3)基盤整備の在り方 ・個々の施設を対象とした「点」的整備から，日常生活圏域単位の，地域の多様性を活かした「面」的整備への手法の見直し
見直しの進め方	(1)3～4年程度の実施スケジュールを設定する項目 ・総合的な介護予防システムや新たなサービス体系の確立 (2)できる限り速やかに実施すべき項目 ・施設給付・保険料負担・制度運営の見直し，サービスの質の確保・向上

3 被保険者・受給者の範囲(対象年齢の拡大)について

問題の所在	(1)介護保険制度との関わりにおける問題 ・被保険者としての負担と受給者としての給付は表裏の関係 ・老化に伴う介護ニーズへの対応という制度の基本骨格の見直しに連動するもの ・財政的な安定性におけるプラス作用 (2)障害者施策との関わりにおける問題 ・就労支援，社会参加支援等のサービス利用の方策，ケアマネジメントや要介護認定の在り方の検証
--------------	---

本 部 会 に お け る 審 議	(1)積極的な考え方 ・介護ニーズの普遍性，地域ケアの展開，介護保険財政安定化，障害者施策の推進の観点から (2)慎重な考え方 ・保険システムに馴染むのか疑問，保険料負担の増大，現行支援費制度におけるサービスの水準低下への不安，時期尚早であるという観点から (3)今後の進め方 ・現時点では一定の結論を得るに至らず，今後引き続き議論を積み重ねていくこととする。
----------------------------------	--

3 政令指定都市との連携による国への要望

本市においては，これら国の動向を注視しながら，介護保険制度の見直しにおいて，制度を運営している保険者の意見が反映されたものとなるよう，他の政令指定都市とも連携し，国への要望を行っている。

国への主な要望事項

- 介護保険法の施行後5年を目途とした制度全般に関する見直しに当たっては制度的課題への必要な対応策を検討するとともに，国民の幅広い合意の形成に努めること。
- さらに，事前に地方自治体の意見を十分尊重するための意見調整を行う場を設け，地方自治体における事業計画策定や住民への周知等の準備に必要な期間を考慮し，円滑な対応ができるよう早期の情報提供を行う等の必要な措置を講じること。
- 将来にわたって地方自治体の財政負担が過重とならないよう，十分な財政措置を講じるとともに，その財源については，国の責任において保険制度として運営するに足る必要十分な額を明確な形で確保すること。
- 軽度要介護者に対する自立支援や重度化の防止に向けた介護予防サービスの提供を積極的に行うことが重要であるため，現行サービスについて真に必要なサービスであるかを十分慎重に検討した上で，介護予防サービスの在り方を含め，より適切なサービスが提供されるよう検討すること。

〔大都市民生主管局長会議要望(平成16年7月)〕

- 被保険者の範囲の拡大についての検討に当たっては，事前に市町村の意見を十分に集約した上で，その実態を踏まえ，長期に安定的な運営ができる仕組みとすること。
- 第1号被保険者保険料について，特に第2段階に属する者には，生活の程度に相当の幅があることから，より適正な保険料賦課となるような対策を講じること。
- 利用料については，利用者及びその世帯の所得状況や制度の運営状況を踏まえ，介護サービスの利用が制限されることのないよう負担軽減の拡大を図るなど必要な措置を講じること。

〔大都市介護保険担当課長会議要望(平成16年7月)〕

社会保障審議会・介護保険部会報告 (概 要)

社会保障審議会・介護保険部会は、昨年５月以来１６回の会議を開催し、本年７月３０日に「介護保険制度見直しに関する意見」をとりまとめた。

第１ 制度見直しの基本的な考え方

- ・見直しの基本的視点
 - １．３つの論点
 - ２．見直しの基本的視点
- ・基本理念の徹底
 - １．全般的な施行状況
 - ２．基本理念から見た課題
- ・新たな課題への対応
 - １．将来展望
 - ２．新たな課題への対応

第２ 制度見直しの具体的内容

- ・給付の効率化・重点化
 - １．総合的な介護予防システムの確立
 - ２．施設給付の見直し
 - ３．その他のサービスの見直し
- ・新たなサービス体系の確立
 - １．地域密着型サービスの創設
 - ２．居住系サービスの体系的見直し
 - ３．医療と介護の関係
 - ４．その他のサービスの見直し
- ・サービスの質の確保・向上
 - １．ケアマネジメントの体系的見直し
 - ２．地域包括支援センター（仮称）の整備
 - ３．情報開示の徹底と事後規制ルール確立
 - ４．専門性を重視した人材育成と資質の確保
 - ５．公正・効率的な要介護認定
- ・負担の在り方を見直し
 - １．１号保険料の在り方
 - ２．２号保険料・納付金の在り方
 - ３．財政調整
- ・制度運営の見直し
 - １．保険者機能の強化
 - ２．事業計画の見直し
 - ３．基盤整備の在り方
- ・見直しの進め方

第３ 被保険者・受給者の範囲について

- １．これまでの経緯
- ２．問題の所在
- ３．本部会における審議状況

第1 制度見直しの基本的考え方

．見直しの基本的視点

1．3つの論点

「基本理念」を踏まえた施行状況の検証
「将来展望」に基づく新たな課題への対応
「制度創設時からの課題」についての検討

2．見直しの基本的視点

(1) 制度の「持続可能性」

介護保険制度は、国民の老後における介護の不安に応える社会システムとして定着している。制度の「持続可能性」を高める観点から、将来の急速な高齢化の進展を見据え、『**給付の効率化・重点化**』を思い切って進める必要がある。

(2) 「明るく活力ある超高齢社会」の構築

「明るく活力ある超高齢社会」を築く観点から、要介護状態の予防・改善を重視した『**予防重視型システム**』への転換を図ることが重要である。また、経済活性化や雇用創出、地域再生の面で期待される役割は大きい。

(3) 社会保障の総合化

「社会保障の総合化」の観点から、介護、年金、医療等の『**各制度間の機能分担**』を明確化し、相互の調整を進めることが求められる。これにより、制度の重複や空白を解消し、社会保障制度全体を効率的・効果的な体系へ見直していくことが必要である。

・基本理念の徹底 - 施行状況の検証 -

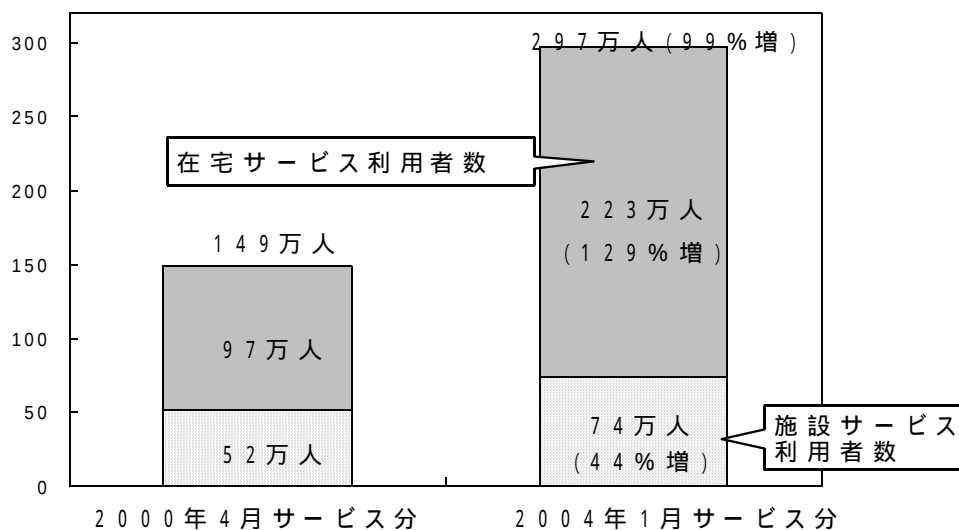
(1) サービス改革の推進 - 「量」から「質」へ -

- 制度施行後サービス利用は急速に拡大し、在宅サービスの利用者は4年間で約2倍に増大している。こうした「量的な拡大」に伴い、「サービスの質」が今日大きな課題となっている。
- このため、今後は、介護保険制度の成果を活かしつつ、良質なサービスが提供されるよう、適切な選択と競争が行われる方向を目指す必要がある。

< 具体的な課題 >

- ・利用者のための「情報開示」と「事後規制ルール」の確立
- ・ケアマネジメントの体系的見直し
- ・施設サービスの質の向上
- ・人材の資質向上

サービス利用者数の推移



指定取消等を受けた事業者数

- 2000年4月～2004年3月の累計
・ 148件 (35都道府県 142事業者 232事業所)
- 事業者の内訳の推移

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	合計
株式会社等	3	9	30	47	89
医療法人	3	3	4	7	17
特定非営利活動法人	-	3	3	7	12
社会福祉法人	-	4	5	7	16
その他(個人・企業組合等)	1	1	2	4	8
合計	7	20	44	72	142

複数年度で取消しを受けている事業者がいるため、合計において一致しない。

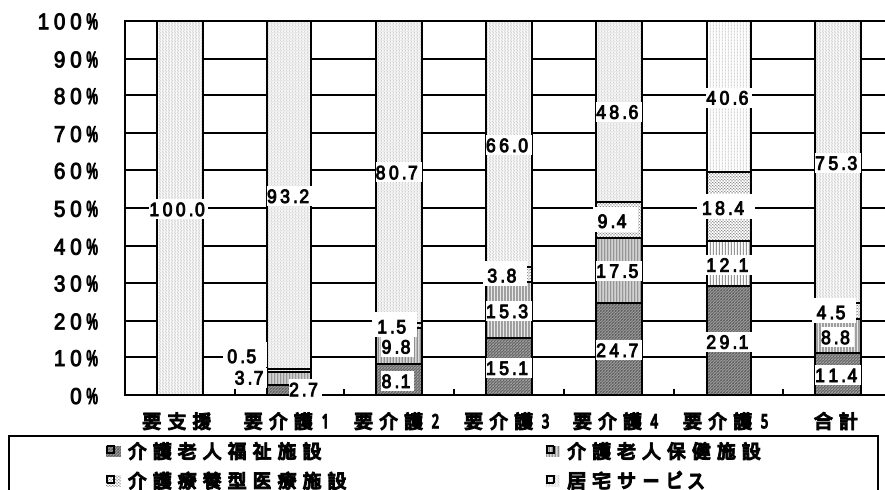
(2) 在宅ケアの推進 - 「在宅支援の強化」と「利用者負担の見直し」 -

- 制度施行後、在宅サービスの利用は増大したが、在宅ケアの基盤は未だ十分とは言えず、特に、重度になるほど在宅生活の継続が困難な状況にある。また、「施設志向」も依然として強い。
- 在宅ケアを推進する観点から、「在宅支援体制の強化」を図るとともに、施設に比べ在宅の方が実質的に「利用者負担」が重い状況などを是正する必要がある。

< 具体的な課題 >

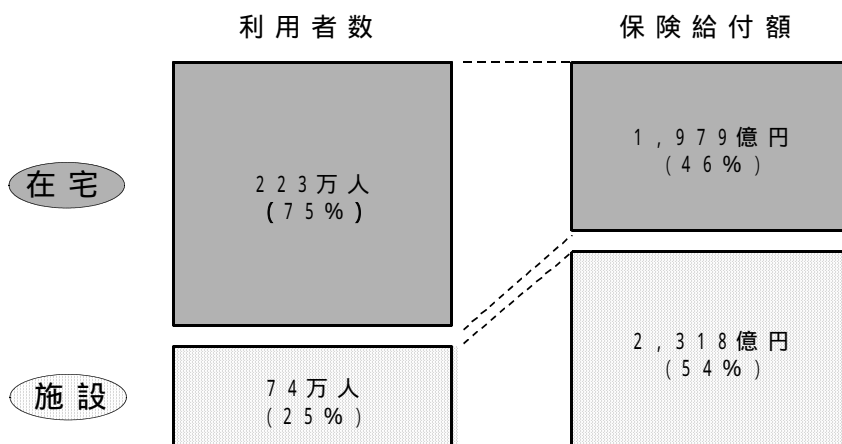
- ・ 在宅支援体制の強化（重度者への対応、介護と医療の連携等）
- ・ 在宅と施設の利用者負担の不均衡の是正
- ・ 施設入所者の対象者の重点化

要介護度別の在宅・施設サービス利用状況



(出典：介護給付費実態調査月報(2004年3月審査分))

在宅・施設の利用者数・保険給付額



(出典：介護保険事業状況報告 2004年1月サービス分)

(3) 地方分権の推進 - 市町村の保険者機能の強化 -

- 介護保険制度は、地方分権の観点から市町村を保険者として位置づけており、各市町村は制度の安定的運営に努めてきている。

今後、市町村がより主体性を発揮することができるよう、サービスに対する関与をはじめ「**保険者としての機能**」を強化する必要がある。

< 具体的な課題 >

- ・ サービスに対する市町村の関与の強化
- ・ 地域の独自性や創意工夫を活かしたサービスの導入
- ・ 保険料の設定、徴収方法の見直し
- ・ 保険者の事業支援、共同事業の推進

< 介護保険料の収納状況 >

保険料納付額 8,029億円 (収納率 98.4%)

収納率 100% の保険者 : 157 保険者

うち特別徴収 6,558億円 (特別徴収の割合 約 82%)

普通徴収 1,471億円 (収納率 : 91.9%)

< 保険料別市町村数 (月額) >

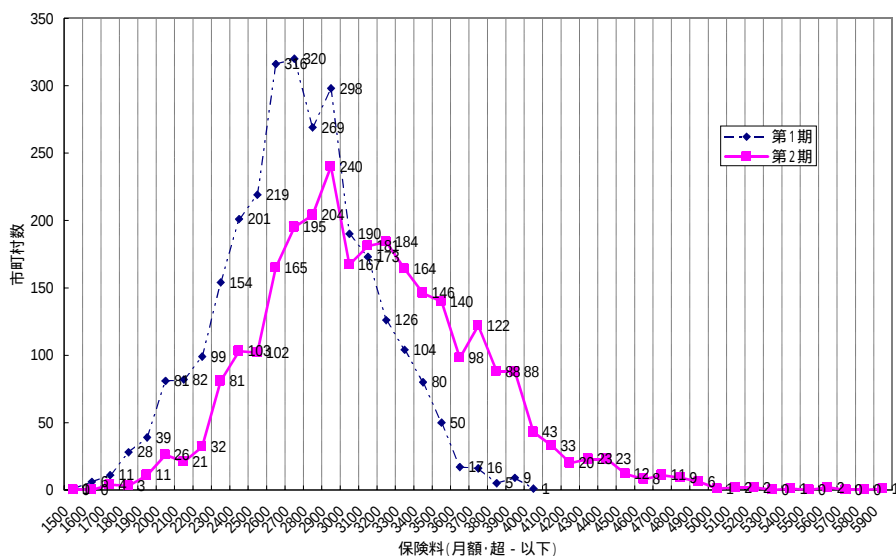
第 1 期 (2000 ~ 2002 年度)

第 2 期 (2003 ~ 2005 年度)

平均 2,911円/月

→ 平均 3,293円/月 (+ 13.1%)

保険料別市町村数(月額)



・新たな課題への対応 - 将来展望 -

＜ 将来展望 -2015年の高齢者像- ＞

(1) 高齢者人口の増加

2015年には「ベビーブーム世代」が高齢期（65歳）に到達し、その10年後（2025年）に高齢者人口はピーク（3500万人）となる。これから我が国は、高齢化の「最後の急な上り坂」の時期を迎える。

(2) 高齢者独居世帯の増加

2015年には、「高齢者の独居世帯」は約570万世帯（高齢者世帯の1/3）に増加し、高齢者夫婦のみ世帯も約610万世帯となると見込まれている。特に、高齢独居世帯の増加は都市において著しい。

(3) 痴呆性高齢者の増加

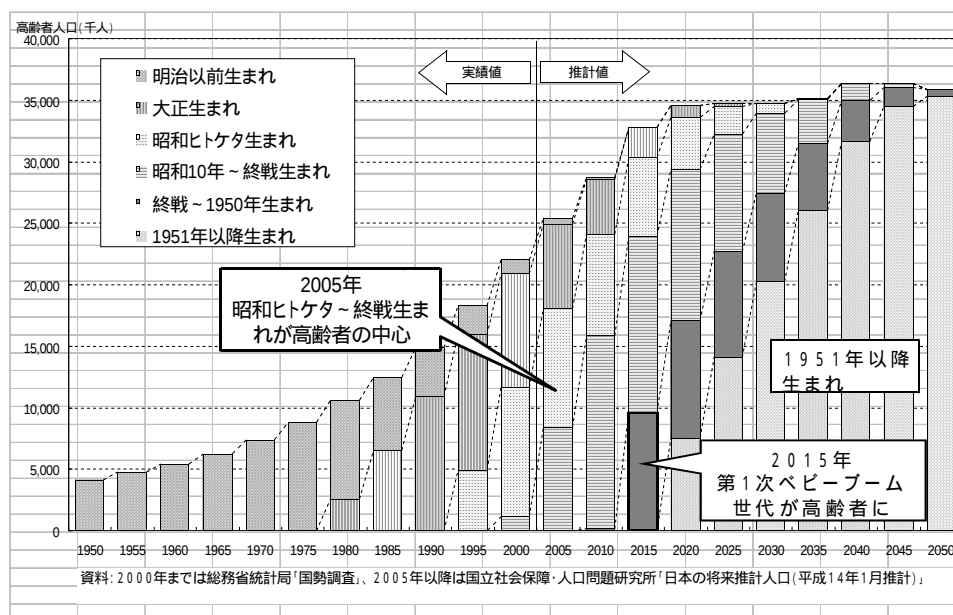
現在、約150万人である痴呆性高齢者が、2015年には約250万人に増加すると予測されている。

(1) 介護予防の推進

「介護」モデル 「介護+予防」モデル

- 高齢者人口が増大する中であって、介護保険制度の「持続可能性」を高め、「明るく活力ある超高齢社会」を築くためには、制度全体を『**予防重視型システム**』へ転換することが重要である。
- このため、要介護状態になる前の段階から、要支援、要介護1程度までの高齢者に対して、統一的な体系の下で、効果的な介護予防サービスが提供される「**総合的な介護予防システム**」を確立する必要がある。

世代別高齢者数の将来推計



（２）痴呆ケアの推進

「身体ケア」モデル 「身体ケア＋痴呆ケア」モデル

- 現行制度は、1990 年以降の「ゴールドプラン」の成果を踏まえたものであり、サービスの基本は身体障害を有する高齢者に対する「身体ケア」に置いている。今後は制度の軸足を「痴呆ケア」にも置くことが求められる。
- このため、「高齢者の尊厳の保持」を基本に、環境変化の影響を受けやすい痴呆性高齢者の特性に配慮した小規模・多機能型サービスなどの「地域密着型サービス」の創設や、早期の診断・対応から始まる「継続的な地域支援体制」の整備、虐待防止のための「権利擁護システム」の充実等が望まれる。

痴呆性高齢者の将来推計

単位：万人

将来推計	2002年	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
痴呆自立度 以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3%	6.7%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%	10.2%	10.7%	10.6%	10.4%
痴呆自立度 以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4%	3.6%	3.9%	4.1%	4.5%	5.1%	5.5%	5.8%	5.8%	5.7%

（３）地域ケア体制の整備

「家族同居」モデル 「同居＋独居」モデル

- 高齢者独居世帯や夫婦のみ世帯が、介護が必要となっても、できる限り住み慣れた地域で人生を送ることが可能となるような「地域ケア体制」を整備していくことが求められる。
- このため、「夜間・緊急時の対応」も視野に置いた「包括的・継続的なケア体制」と、地域における総合的なマネジメント体制の整備を進めるとともに、これを支える「地域基盤」を面的に整備する取組みが求められる。

高齢者の世帯形態の将来推計

単位：世帯数（万世帯）

	2000 年	2005 年	2010 年	2015 年	2020 年	2025 年
単 独	3 0 3	3 8 6	4 7 1	5 6 6	6 3 5	6 8 0
夫婦のみ	3 8 5	4 7 0	5 4 2	6 1 4	6 3 1	6 0 9

第2 制度見直しの具体的内容（主なポイント）

・給付の効率化・重点化

1．総合的な介護予防システムの確立

（1）「予防重視型システム」への転換

- 現状における問題点を踏まえ、今後、制度全体を「予防重視型システム」へ転換していくことが必要である。

（現状における主な問題点）

- ・ 介護予防に関連する制度・事業は一貫性・連続性に欠け、内容が不十分。
- ・ 要支援、要介護1が増加し全体の5割近くに達しているが、これら軽度者に対するサービスが、利用者の状態の改善につながっていないとの指摘。

（2）「総合的な介護予防システム」の確立のための制度見直し

市町村を責任主体とする「統一的な介護予防マネジメント」の確立。

市町村の老人保健事業や介護予防事業の基本的な見直し。
介護保険制度に基づく事業に位置づけることも検討。

介護保険制度における要支援、要介護1などの軽度者を対象とした「新・予防給付」の創設。

「新・予防給付」

- ・ 高齢者の状態像に合った「介護予防プラン」を策定。サービスについては、既存サービスを介護予防の視点から見直すとともに、筋力向上トレーニング（機械器具を使うものに限らない）、転倒骨折予防、低栄養改善、口腔ケア、閉じこもり予防等の新たなサービスの導入を検討。

（3）関連サービスの見直し

訪問介護

- ・ 現行区分（身体介護、生活援助）を行為別、機能別に再編する。「家事代行」型サービスについては、給付の対象、期間等について見直しを検討する（これに対して慎重に対応すべきとの意見があった。）

通所系サービス

- ・ 通所介護、通所リハビリテーションを一元化し、機能別に類型化して再編する。

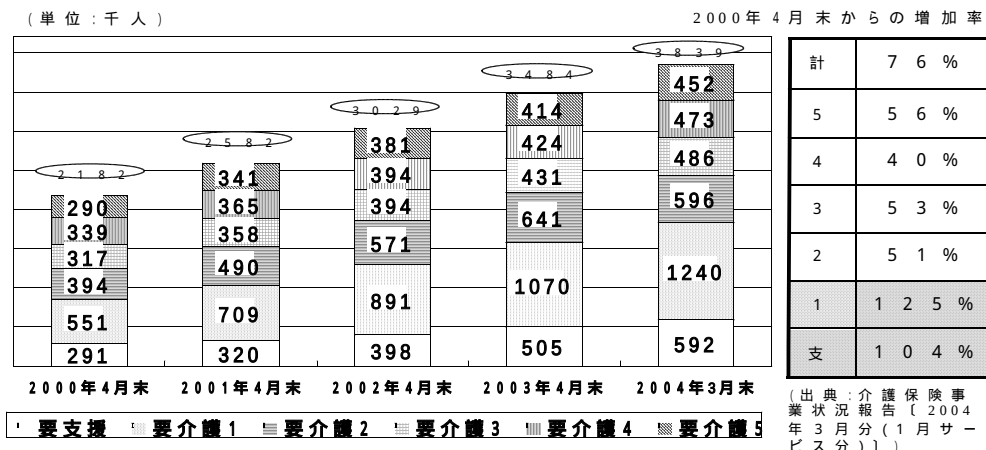
短期入所

- ・ 利用の実態（計画的利用、緊急的利用）を踏まえた見直し。

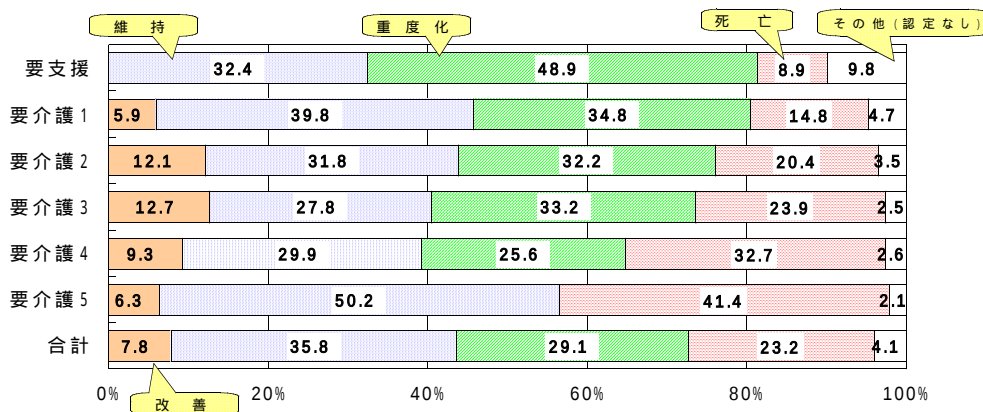
福祉用具

- ・ 情報提供、提供プロセスの見直し（専門職の関与等）、福祉用具購入について事業者指定制度を導入。また、給付率の在り方について見直しを検討する。

要介護度別の認定者数の推移

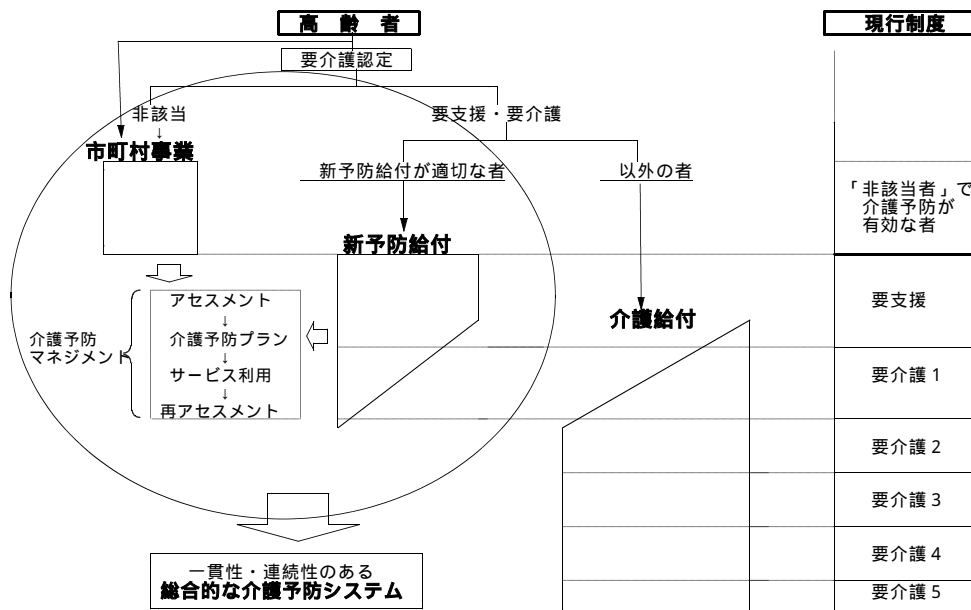


要介護者の2年間の状態変化



日医総研 川越雅弘主任研究員の調査研究。
松江広域、出雲市、瑞穂町の被保険者について、2000年10月と2002年10月を比較。

総合的な介護予防システムの確立



2. 施設給付の見直し

(1) 保険給付の範囲・水準の見直し

施設給付の「範囲・水準」の見直し

- 在宅と施設の「利用者負担の不均衡是正」や「年金給付との機能の調整」の観点から、施設給付を「介護」に要する費用に重点化し、現在給付の対象となっている「**居住費用や食費**」について給付の範囲や水準の見直しを検討する。
 - ・ この場合、低所得者に対する配慮が必要となる（年金水準との関係や社会福祉法人による減免等を勘案して検討）
 - ・ また、上記と併せ、「通所系サービス」や「短期入所」における食費等の在り方も見直しを検討する。

給付率（利用者負担割合）の見直しについて

- 給付率の引下げ（1割の利用者負担引上げ）も選択肢の一つとして排除されるべきでないが、施設より在宅の方が負担増となる可能性もあることなどから、**現時点では慎重に考えるべき**。
なお、一律ではなく、サービスの特性や市場形態等を踏まえた給付率の見直しを検討すべきとの意見も出された。

(2) 施設サービスの在り方の見直し

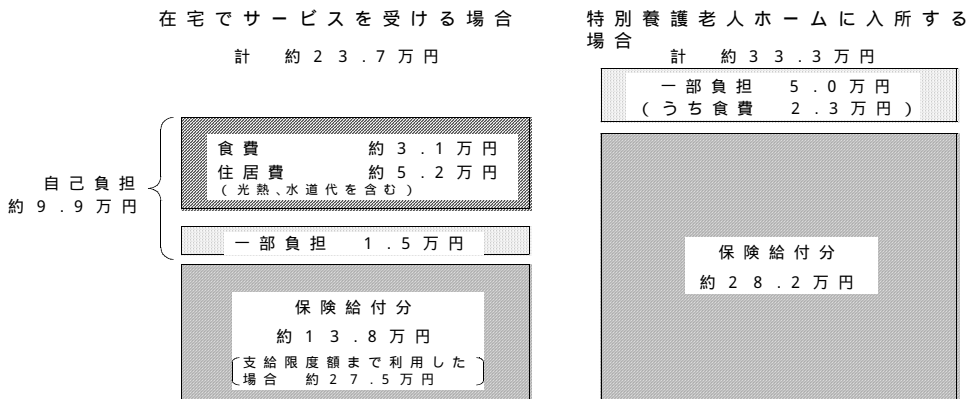
施設利用の見直し

- 施設利用についても、画一的な利用形態だけでなく、弾力的な形態を認めていくとともに、既存施設の機能を地域展開していく方向で見直すべきである。
 - （例）・あらかじめ期間（例えば、2～3ヶ月ごとに）を決めて、計画的に施設利用と在宅サービス利用を交互に行う「計画的な定期利用形態」などの導入。
 - ・ 特養の一部を地域のサテライトとして展開、老健施設の一部を在宅支援拠点として展開することなど。
- また、施設入所者の重度化の実態も踏まえ、**対象者を重度者へ重点化**していくことを検討する必要がある。

施設サービスの在り方

- 施設サービスについて、**個室・ユニットケアをはじめとする「個別ケアの推進」、「在宅との連携強化」、「重度化への対応」**（医療との連携など）を進めていく必要がある。

在宅と施設の利用者負担の比較



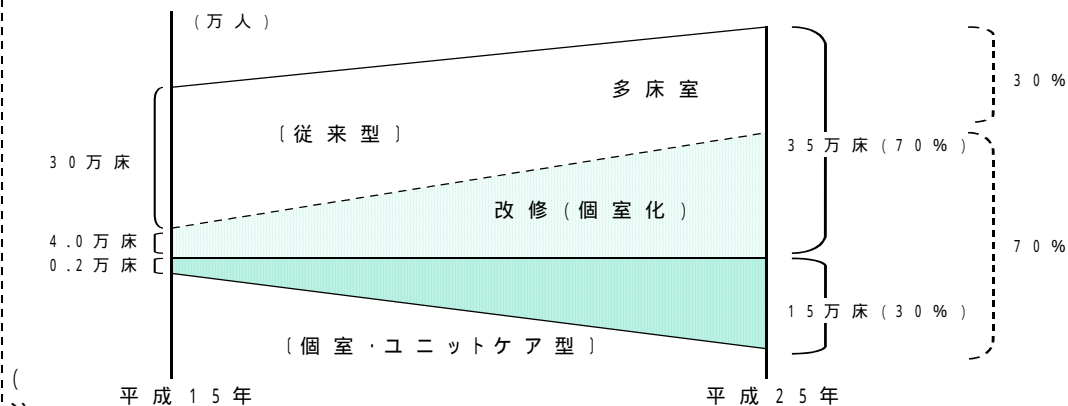
(注1) 単身の要介護4の高齢者について比較したもの。
 (注2) 「保険給付」及び「一部負担」は、2003年4月～8月サービス分の介護保険からの給付実績の平均値。
 (注3) 在宅の「食費」及び「住居費」は、「平成14年家計調査年報」の単身の高齢者(65歳以上)のデータ。「住居費」のうち地代・家賃は持家世帯を除いて推計した。
 (注4) 要介護4の在宅サービスの支給限度額は、306,000円(保険給付分275,400円、一部負担30,600円)である。

	ドイツ	イギリス	フランス	スウェーデン	アメリカ
利用者負担	食費・居住費、給付限度額を超える部分は、自己負担が原則。 低所得者については、州の社会扶助(公費)が支給される。	施設入所については、一定以上の所得・資産を有する者は全額自己負担。低所得者については、サービスに要する費用の全部又は一部を地方自治体が負担。 在宅については地方自治体により異なる。	施設における食費・居住費用は自己負担が原則。低所得者については社会扶助から支給。	施設における食費・居住費用は自己負担が原則。低所得者には家賃補助等を支給。	メディケアでは一定期間しか給付されず期間経過後は全額自己負担。 自己負担できないと認められる場合はメディケイドで対応。

今後の施設整備の方向性

- ・ 現状のペースで行くと、平成25年時点でも、個室・ユニットケア型の利用者は全体の3割にとどまる。(従来型の中の個室を含めても約4割。)
- ・ 個室・ユニットへ改修することを支援するため、改修方法のマニュアルを作成、配布。

< イメージ図 >



(注)

- 1) ユニットケア型は、H15年度の新規着工分(約15200人分)が今後H24年度まで継続すると仮定。
 (注2) 従来型は、H15年度の新規着工分(約840人分)が今後H24年度まで継続すると仮定。

．新たなサービス体系の確立

1．地域密着型サービスの創設等

(1) 地域密着型サービスの創設

- 「痴呆ケア」や「地域ケア」を推進する観点から、地域の特性に応じ、多様で柔軟な形態のサービス提供が可能なサービス体系として、新たに「**地域密着型サービス**」を創設する。

「一般的なサービス」

- ・全国的に共通する従来型のサービス

「**地域密着型サービス**」

- ・利用が主として市町村の圏域内にとどまる、**地域に密着したサービス**

(例) 小規模・多機能型サービス、地域夜間対応型サービス、地域見守り型サービス、小規模居住系サービスなど。痴呆性高齢者グループホームも位置づけることが考えられる。

- 「地域密着型サービス」については、市町村長が**事業者の指定**・**指導監督**を行うこととし、**報酬設定**についても市町村の裁量を拡大する方向で検討する必要がある。

(2) 関連サービスの整備

「小規模・多機能型」サービス

- ・身近な生活圏域で「通い」「泊まり」「訪問」「居住」などの機能を組み合わせ、継続的・包括的に提供する「小規模・多機能型」サービスの整備を進める。具体的には、既存サービスの機能拡大も含め、多様な形態を検討する。

「地域夜間対応型」や「地域見守り型」サービス

- ・今後増加する高齢独居世帯や重度者を地域で支えるため、「夜間対応型」や「見守り型」のサービスの導入を検討する。

訪問看護

- ・医療ニーズの高い要介護者に対する在宅支援の観点から、訪問・通所の複合型サービスの検討や医療保険との給付調整のあり方について検討を進める。

地域における「痴呆ケア支援体制」

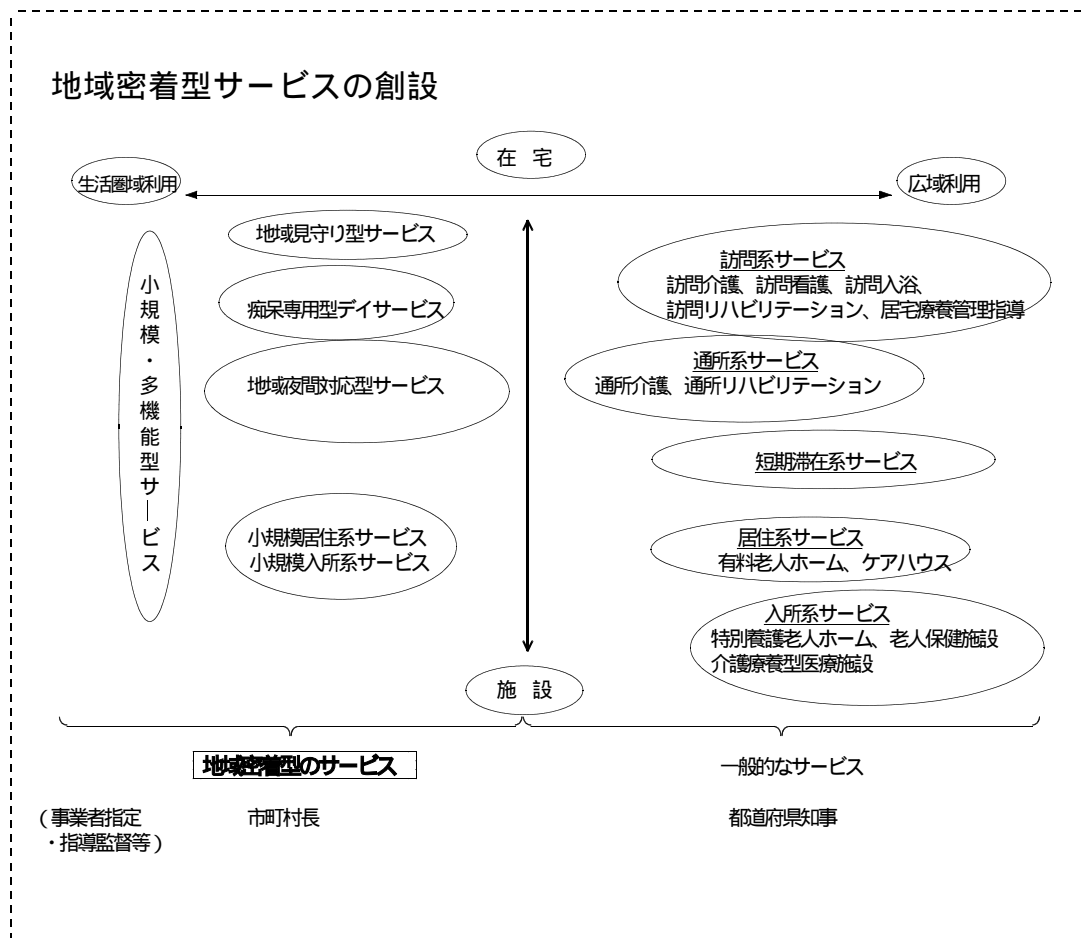
- ・痴呆性高齢者の「早期発見・診断」を推進する観点から主治医に対する研修や支援体制の整備、痴呆ケアのマネジメント支援、家族に対する相談・支援体制の充実を図る。また、虐待防止や権利擁護のための支援体制を強化する。

2. 居住系サービスの体系的見直し

- 「自宅」「施設」以外の多様な「住まい」の選択肢を確保する観点から、**介護保険制度の対象**を現行の「介護付き有料老人ホーム」や「ケアハウス」以外に拡大する（「**特定施設入所者生活介護**」の適用拡大）。また、サービス提供形態について、現行の「包括型」のほか「外部サービス利用型」も認めるなど多様化を図る。
- 上記の規制緩和と併せ、利用者保護や公正取引の観点から、契約内容等の情報開示の徹底を図るとともに、有料老人ホーム等に対する適切な規制の在り方について検討する。

3. 医療と介護の関係

- 「**医療と介護の連携**」を進める観点から、以下のような点について、医療保険との関係を含め必要な見直しを行う。
 - 地域における医療と介護を通じた包括的・継続的マネジメントの推進
 - 医療ニーズの高い重度者に対応した医療型多機能サービス
 - 介護施設やグループホームにおける医療、ターミナルケアへの対応



．サービスの質の確保・向上

１．ケアマネジメントの体系的見直し

- ケアマネジメントについては、公平・公正の確保、包括的・継続的マネジメント強化の観点から以下の点について見直しを行う。
 - 在宅と施設、医療と介護の連携の評価
 - ケアマネジャー１人当たりの標準担当件数の見直し
 - ケアマネジャーの独立性の重視
- また、ケアマネジャーについて、専門性の確立と責任・権限の明確化の観点から、研修の強化や資格の「更新制の導入」を行う。

２．「地域包括支援センター（仮称）」の整備

- 地域における総合的なマネジメントを担う中核機関として、次のような基本的な機能を持つ「地域包括支援センター（仮称）」を整備する。
 - 「総合的な相談窓口機能」
 - 「介護予防マネジメント」
 - 「包括的・継続的マネジメント」

３．「情報開示」の徹底と「事後規制ルール」の確立

- 利用者によるサービス選択を実効あるものとするため、全ての事業者を対象として「情報開示の徹底」を図ることとし、そのための開示情報の標準化と第三者による確認の仕組みを導入する。
 - また、実効ある事後規制ルールを確立する観点から、事業者の「指定更新制」の導入や、欠格事由の見直しなどを行う。

４．専門性を重視した人材育成と資質の確保

- 介護に携わる職種について「専門性の確立」を重視する観点から資格要件や研修の見直しを行う。特に痴呆ケアについて研修等の強化を図る。
 - また、介護職員について、将来的には「介護福祉士」を基本とする方向で研修等の体系的な見直しを行うとともに、施設長・管理者について研修等の強化を図る。

・負担の在り方の見直し

1. 1号保険料の在り方

- 第1号被保険者（65歳以上の者）に対する保険料については、現行方式を基本としつつ、被保険者の負担能力をきめ細かく反映したものとなるよう、「**現行の第2段階**」について、**負担能力の低い層の保険料負担を軽減する等の見直し**を行う。
- また、市町村の保険料徴収事務の効率化等の観点から、現在「**老齢年金**」のみを対象としている**保険料の特別徴収**について、「**遺族年金**」や「**障害年金**」も対象に加えることとする。

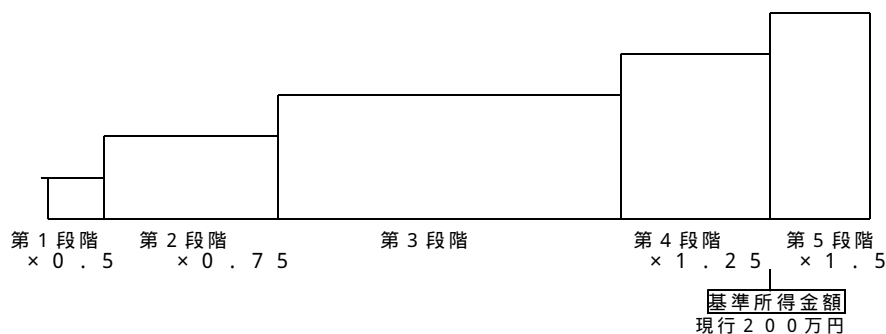
2. 2号保険料の在り方

- 第2号被保険者（40～64歳の者）に対する保険料は医療保険者が納付する仕組みとなっているが、今後第2号被保険者や医療保険者の代表が制度運営に関与していく方法を検討する必要がある。

介護保険料について

高齢者の保険料は、負担能力に応じた負担を求める観点から、原則として各市町村ごとの所得段階別の定額保険料としている。（5段階ないしは6段階）

段階	対象者	保険料	（参考） 対象者見込数 （第2期）（第1期）	
第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税かつ老齢福祉年金受給者	基準額 × 0.5	約 2%	約 2%
第2段階	市町村民税世帯非課税	基準額 × 0.75	約 34%	約 29%
第3段階	市町村民税本人非課税	基準額 × 1	約 39%	約 43%
第4段階	市町村民税本人課税（被保険者本人の合計所得金額が200万円未満）	基準額 × 1.25	約 13%	約 16%
第5段階	市町村民税本人課税（被保険者本人の合計所得金額が200万円以上）	基準額 × 1.5	約 12%	約 10%



老齢退職年金受給の高齢者は、年収266万円までは市町村民税非課税。したがって、夫婦それぞれの年金がこの額未満（計532万円）までは、市町村民税非課税となる。

第2段階～第5段階の該当者のうち、それぞれの段階の保険料を適用すると生活保護の被保護者になってしまう者については、被保護者とならないようより低い段階の保険料を適用する。

．制度運営の見直し

1．保険者機能の強化

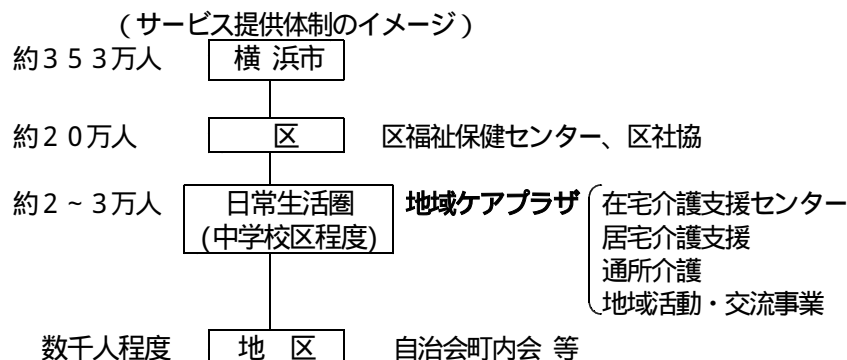
- 市町村が「**保険者としての機能**」をより発揮できるようにするため、以下の点について見直しを行う。
 - 被保険者に対する情報提供の充実
 - 給付に関する保険者のチェック機能や政策評価機能の強化
 - 市町村への「事業所の立ち入り権限」の付与
 - 保険者の共同事業の実施、事務委託の整備

2．事業計画、基盤整備の在り方

- 市町村の事業計画策定においては、利用者の「**生活圏域**」単位に整備すべきサービスを定めるとともに、介護サービス以外の施策に関する事項も盛り込む必要がある。
 - 今後の基盤整備についても、従来のような個々の施設を対象とした「点」的な整備ではなく、「生活圏域」を単位とし、**地域の多様性を活かした「面」的な整備**を中心としていく必要がある。

横浜市における地域ケアの取組み

- ・保健・福祉サービスを身近な場所で総合的に提供する施設として「地域ケアプラザ」を中学校区程度の地域ごとに1ヶ所ずつ整備する計画（18行政区ごとに1ヶ所）
- ・H16年1月現在、96ヶ所が運営。管理運営は社会福祉法人に委託。今後は、療法人等にも委託対象を拡大予定。



．見直しの進め方

- 制度見直しに当たっては、地域の基盤や実施体制の整備に一定の準備期間を要する項目と、サービスの適正化や保険財政の健全化の観点からできる限り速やかに実施すべき項目に区別して、施行スケジュールを検討する必要がある。

第3 被保険者・受給者の範囲について

1. これまでの経緯

- 介護保険制度において「被保険者・受給者の範囲」をどうするかは、当初から大きな論点の一つであった。検討時から様々な議論が行われる中で、老人保健福祉審議会・最終報告では「65歳以上の高齢者」とされた。
- その後与党内の論議を経て、最終的には「老化に伴う介護ニーズ」に応えることを目的として、「40歳以上の者」とする現行制度がとりまとめられた。それと合わせて、法附則第2条で、この問題は施行後5年の見直し検討の課題の一つとして掲げられた。

2. 問題の所在

- 今回問われているのは、「被保険者・受給者の対象年齢を引き下げるべきかどうか」という問題である。この問題は、介護保険制度のみならず、障害者施策の在り方などに大きな影響を及ぼす。

(1) 介護保険制度との関わり

「被保険者の範囲」と「受給者の範囲」は厳密には異なる問題ではあるものの、「負担」と「受益」は連動するのが基本であるので、両者は実際には「表裏の関係」にある。

対象年齢の引き下げは、「老化に伴う介護ニーズ」への対応という制度の基本骨格の見直しにつながる。現行制度では、第2号被保険者の給付は「15の特定疾病」に限られているが、40歳未満への対象年齢の拡大は、こうした「介護原因に関する制限」の見直しに連動するものである。

財政面では、対象年齢の引き下げは「制度の支え手」の拡大を意味している。なお、若年者の保険料負担の趣旨としては、現在は「世代間扶養」が中心であるが、仮に若年障害者へ適用するとするならば、「同世代間支援」の面が強くなる。

(2) 障害者施策との関わり

現行では、65歳以上の「高齢障害者」は、介護保険制度を優先して適用した上で、介護保険制度でカバーしていないニーズは障害者施策からサービスを提供する仕組みとなっている。

対象年齢の引下げは、基本的に同様な形で、64歳以下の若年障害者について介護保険制度を適用することを意味している。

仮に介護保険制度を若年障害者に適用する場合には、障害者施策との関係では、障害者の特性に対応した介護サービスの内容やケアマネジメントの在り方、介護以外の就労支援等のサービス提供の在り方などが具体的な論点になってくる。

3. 介護保険部会における審議状況

- 介護保険部会においては、積極的な考え方と慎重な考え方に分かれており、現時点では「**両論併記**」とした。

(1) 積極的な考え方

「介護ニーズの普遍性」の観点

- 介護を必要とするすべての人が、年齢や原因、障害種別等を問わず、公平に介護サービスを利用できる「普遍的な制度」への発展を目指すべき。諸外国の介護制度においても年齢や原因により区分する仕組みとはなっていない。

「地域ケアの展開」の観点

- 介護保険制度が目指す「地域ケア」の方向は障害者福祉においても共通する基本理念。地域ケアにおいては、年齢や障害種別によってサービスが分断されるべきでない。

「介護保険財政の安定化」の観点

- 制度の支え手を拡大し財政安定化の対策を講じることは制度の「持続可能性」を高めることにつながる。

「障害者施策の推進」の観点

- 障害者に対するサービスを社会連帯を理念とする介護保険制度の対象とすることにより、障害者福祉を国民がより身近な問題として受け止める契機になる。また、地域や個人によるサービス利用の格差が縮小するものと考えられる。

(2) 慎重な考え方

「保険システムに馴染むのか疑問」との観点

- 若年者が障害者となる確率は低く、障害の原因が出生時やそれより前であることも多いことから、保険システムには基本的に馴染まないのではないかと懸念されている。

「保険料負担の増大」の観点

- 若年者にとっては新たな負担が課されることになり、介護保険料や国民健康保険料の未納や滞納が増えるおそれがある。また、これまで税で賄われてきた福祉サービスを保険方式に切り替えることは、負担を安易に企業に転嫁するものである。障害者福祉サービスについて、支援費制度のように支給限度額などの仕組みがないままに介護保険制度に組み入れていくこととなれば介護保険にも大きな混乱を招くおそれがある。

「現行サービス水準の低下不安」の観点

- 現に支援費サービスを利用している障害者にとって、介護保険制度の要介護認定や支給限度額の仕組みが適用されることにより、利用できるサービス量が減るおそれがある。

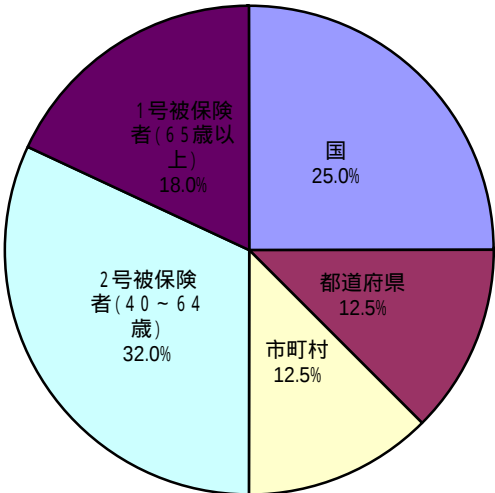
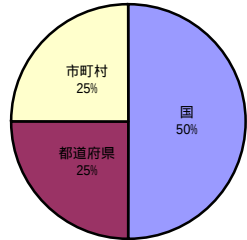
「時期尚早である」との観点

- 支援費制度の導入からまだ１年余であり、まず、制度の効率化や給付の公平化等の改善策の検討が優先されるべきである。また、ケアマネジメント体制の確立等に時間を要することから、受け皿の準備が十分でない現状では時期尚早である。

（３）今後の進め方

- 当部会では「被保険者・受給者の範囲」の問題について現時点では一定の結論を得るには至らなかった。このため、この問題については、国民的な論議をさらに深める観点から、**今後、当部会において引き続き議論を進めていくこととする。**

高齢者介護・障害者福祉各制度の比較

	介護保険制度	支援費制度	精神障害者福祉施策
費用	6兆1267億円 〔施設：3兆2412億円〕 〔在宅：2兆8855億円〕	6946億円 〔入所施設：4506億円〕 〔在宅：2440億円〕	438億円
財源	 国 25.0% 都道府県 12.5% 市町村 12.5% 1号被保険者(65歳以上) 18.0% 2号被保険者(40～64歳) 32.0%	 国 50% 市町村 25% 都道府県 25%	○ 居宅生活支援事業（60億円）  （国：50%、都道府県・市町村25%） ○ 社会復帰施設運営費（378億円）  （国・都道府県各50%）
利用人数	309万人（16年1月審査分）	32万人（15年4月分、一部重複あり）	3万人（15年4月分、施設は定員ベース）
制度比較	・ 応益負担（高額介護サービス費制度による限度額あり） ・ ケアマネジメントに基づくサービス提供 ・ 要介護認定により支給額の上限を設定	・ 応能負担 ・ ケアマネジメントは制度化されていない ・ 支給量は基本的に各市町村の裁量	・ ホームヘルプは応能負担、施設等は食費等の実費を負担 ・ ケアマネジメントは制度化されていない ・ ホームヘルプの支給量は、基本的に各市町村の裁量

費用は16年度の予算ベース。介護保険制度の施設・在宅の内訳は、16年度予算の総費用と16年1月審査分のサービス利用状況を基に推計。支援費制度の通所施設は在宅に分類。