

社会保障審議会介護保険部会（第50回）議事次第

平成25年10月2日（水）

17:00～20:00

於 イイノカンファレンス「Room A」

議 題

- 1 都市部の高齢化対策に関する検討会報告書について
- 2 その他の検討事項について
 - ① 住所地特例について
 - ② 介護納付金の総報酬割について
 - ③ 介護サービス情報の公表制度について
 - ④ 義務付け・枠付けの見直しについて

【資料】

- 資料1-1 「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」（都市部の高齢化対策に関する検討会報告書（概要））
- 資料1-2 「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」（都市部の高齢化対策に関する検討会報告書）
- 資料1-3 都市部の高齢化対策に関する検討会報告書参考資料
- 資料2 その他の検討事項について
- 参考資料 介護保険部会におけるこれまでの主な意見

社会保障審議会介護保険部会委員名簿

平成25年10月2日現在

| | |
|---------|----------------------------|
| 伊藤 彰久 | 日本労働組合総連合会生活福祉局長 |
| 井上 由美子 | 高齢社会をよくする女性の会理事（城西国際大学教授） |
| ○ 岩村 正彦 | 東京大学大学院法学政治学研究科教授 |
| 内田 千恵子 | 日本介護福祉士会副会長 |
| 大西 秀人 | 全国市長会介護保険対策特別委員会委員長（高松市長） |
| 岡 良廣 | 日本商工会議所社会保障専門委員会委員 |
| 勝田 登志子 | 認知症の人と家族の会副代表理事 |
| 河原 四良 | UAゼンセン日本介護クラフトユニオン顧問・政策主幹 |
| 久保田 政一 | 日本経済団体連合会専務理事 |
| 黒岩 祐治 | 全国知事会社会保障常任委員会委員（神奈川県知事） |
| 小林 剛 | 全国健康保険協会理事長 |
| 齋藤 訓子 | 日本看護協会常任理事 |
| 齊藤 秀樹 | 全国老人クラブ連合会理事・事務局長 |
| 齊藤 正身 | 医療法人真正会理事長 |
| 鷺見 よしみ | 日本介護支援専門員協会会長 |
| 高杉 敬久 | 日本医師会常任理事 |
| 土居 丈朗 | 慶応義塾大学経済学部教授 |
| 内藤 圭之 | 全国老人保健施設協会副会長 |
| 林 正義 | 東京大学大学院経済学研究科・経済学部准教授 |
| 藤原 忠彦 | 全国町村会長（長野県川上村長） |
| 布施 光彦 | 健康保険組合連合会副会長 |
| 本間 昭 | 認知症介護研究・研修東京センター長 |
| 榭田 和平 | 全国老人福祉施設協議会介護保険事業等経営委員会委員長 |
| ◎ 山崎 泰彦 | 神奈川県立保健福祉大学名誉教授 |
| 山本 敏幸 | 民間介護事業推進委員会代表委員 |
| 結城 康博 | 淑徳大学総合福祉学部教授 |

（◎は部会長、○は部会長代理）

（全26名、敬称略、50音順）

都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築 都市部の高齢化対策に関する検討会 報告書（概要）

社会保障審議会
介護保険部会（第500回）
平成25年10月2日

資料
1-1

1. はじめに

- 「75歳以上高齢者（後期高齢者）2000万人社会」へ 2000年 901万人 → 2010年 1419万人 → 2025年 2179万人
- 特に、都市部で後期高齢者が急増。2010年から2025年までの15年間に於ける後期高齢者の増加数760万人のうち、上位6都府県（東京都、神奈川県、大阪府、埼玉県、千葉県、愛知県）の増加数で373万人と、半分程度を占める
 - ・ 増加数が一番多いのは東京都：123.4万人（2010年）→ 197.7万人（2025年） 74.3万人増
 - ・ 増加率が一番高いのは埼玉県：58.9万人（2010年）→ 117.7万人（2025年） 約2倍

2. 都市部を取り巻く状況

都市部高齢化対策を考える前提として3点について整理

① 都市部の地域特性

○ 都市部の地域特性を踏まえた対応が必要

- ・ **集住（高い人口密度）**
65歳以上の人口密度 全国：77人/km²、東京都：1,208人/km²（17倍）、東京23区：2,850人/km²（37倍）、大阪府1,034人/km²（13倍）
- ・ **充実した生活インフラ（交通網、活発な企業活動、住宅等）**
一方で、多くの空家の存在も
東京都：75.0万戸、大阪府：62.5万戸、神奈川県：42.9万戸
- ・ **団地等で起きる一斉の高齢化**
- ・ **高い地価を背景に低い施設整備率**
地価の状況：東京都特別区：48万円/㎡、横浜市：22万円/㎡、大阪市：21万円/㎡が上位3位
- ・ **介護保険³施設整備率：全国平均3.12%、都市部6都府県2.59%**
介護保険3施設整備率：全国平均3.12%、都市部6都府県2.59%
- ・ **更なる充実が求められる在宅サービス**
- ・ **厳しい介護人材の確保（高い介護職種有効求人倍率）**
全国平均1.64倍、愛知県3.00倍、東京都2.73倍
- ・ **強い職場とのつながり、弱い地域とのつながり**
- ・ **高い平均所得の一方、多くの低所得者・生活困窮者も**

③ 2025年における医療・介護サービス提供体制の姿

- 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療と地域包括ケアシステムの構築へ

② 2025年の高齢者像

- 戦後の変化の象徴と称される「団塊の世代」（1947～49年生まれ）が75歳以上になりきる2025年の高齢者像は、従来の高齢者像とは大きく異なる ※内閣府「団塊の世代の意識に関する調査」等より
 - ・ 高校や大学の進学者数は「団塊の世代」の時に急増
 - ・ 1960年代から70年代初めの「団塊の世代」の卒業時期のピークとほぼ一致して、人口が都市部に向けて大規模に移動
 - ・ この時期の大量の若年労働力の増加に支えられ、日本経済は高度成長のピーク。「団塊の世代」が就職したこの時期に年功賃金・長期雇用を柱とした「日本的雇用慣行」が普及・定着
 - ・ 団塊の世代の成長とともに、数多くの流行商品、文化・社会現象が生まれ、消費と流行を牽引。多彩な生活スタイル
 - ※ 60年代はテレビ、洗濯機、冷蔵庫等の普及を経験。80年代は乗用車保有によるレジャー体験、90年代は日本の消費を牽引。90年代後半から2000年代は携帯電話やインターネットの普及により生活が大きく変容
 - ・ 主な収入源は年金。幅のある世帯年収
 - ・ 高い持家率と今住んでいる家に住み続けたいという強い意向
 - ・ 在宅医療・介護に対する高いニーズ
 - ・ 高い退職後の就労意欲と社会活動への参加の意向

3. 都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築

2025年の「高齢者像の変化」と「医療・介護サービス提供体制の姿」とを併せ考えれば、都市部はその強み（集住、多様な人材、整備された生活インフラ、活発な企業活動等）を活かした地域包括ケアシステムの構築を目指すべき

1. 在宅医療・介護を徹底して追求する

- 在宅生活の限界点を高めるため、24時間定期巡回サービス、複合型サービス、小規模多機能型居宅介護、訪問診療、訪問看護等の普及促進。認知症高齢者に対する初期段階からの対応の充実
- 都市部に多く存在する施設を運営する社会福祉法人による24時間定期巡回サービス等の在宅サービスへの取組促進
- 事業者間の提携、複数の法人間の連携など、地域全体で面的な支援を推進。地域全体としての効果的な人員配置を検討
- 市区町村が主体となった在宅医療・介護連携の推進。ICTを活用し、必要な情報を相互に共有するための環境整備
- 介護報酬改定を通じた処遇改善の取組の推進やキャリアパス制度の確立。都道府県による広域的・総合的取組の推進

2. 住まいの新たな展開を図る

- 多様な住まい・住まい方の実現。住み替え先としてのサービス付き高齢者向け住宅(サ高住)・有料老人ホームの整備促進
- サ高住・有料老人ホームについて、どのような医療・介護サービス(外部サービスを含む)が受けられるか情報提供体制を充実。入居者の利益保護の観点から、必要に応じ、地方自治体による指導・監督の実施
- 立地自治体の保険財政悪化を回避するため、住所地利例の対象にサ高住を追加。住所地利例を適用した場合にも、住所地の地域密着サービスや地域支援事業をえるようにするなど、現行制度の課題も解決
- 一斉に高齢化が進む団地等の改築・再開発の際には、医療・介護サービスの提供を組み合わせた街づくり
- 都市部でも増加する「空家」を活用し、低所得・低資産の高齢者向けの低廉な住まいの確保・生活支援の推進

3. 地域づくりの観点から介護予防を推進する

- 都市部で今後多く見込まれる退職者の就労や社会参加を推進し、介護予防事業や生活支援サービスの担い手に
- 多様な地域資源が存在する都市部の強みを活かし、多様な主体を巻き込んだ地域づくり
- 高齢期に入る前の40・50歳代から介護予防のための備えが重要。都市部にはフィットネスクラブなどの民間サービスが豊富で人々の消費意欲も高いことから、地域の健康意識を高めることが効果的

4. 多様なサービスを活用して生活を支える

- 都市部における幅広く多様な生活支援ニーズを満たすため、多様な主体から様々なサービス提供
- 都市部には様々な民間企業がサービスを提供しているため、最大限活用(市区町村がこれらのサービスも情報提供)
- コーディネーターの配置など市町村が中心となった支援体制を強化し、互助の取組を推進

4. 都市部における施設整備等

地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を進める一方、在宅での自立生活が困難な場合の施設入所ニーズへの対応も必要。都市部においては用地の確保が課題となっていることから、サテライト型特養の整備推進、整備数の圏域間調整など、施設整備について工夫すべき

1. 施設の整備手法の工夫

- 特養は土地を賃借した整備が可能。更に、サテライト型の地域密着型特養では、建物も賃借で可能
- 都市再生機構（UR）との連携、未利用公有地や小学校跡地等を活用した施設整備
- 民間事業者がマンションやオフィスビルを建設する際に、一部フロアを特養として整備し、特養部分を買取り取る手法の検討
- 都市計画、建築等の関係部局との連携の下、容積率緩和制度の活用等の検討

2. 広域型施設の整備数の圏域間調整

- 広域型施設の整備は、老人福祉圏域ごとの整備が前提であるが、東京都の特殊事情（※）を踏まえ、東京都の介護保険事業支援計画に明記することで、圏域間で整備数の調整を可能とし、入所判定時の配慮も認める

（※）東京都特別区で7圏域（東京都全体で13圏域）。東京都特別区は、地価も高く施設整備が厳しい一方で、交通網も発達し圏域を超えた人々の移動も容易。全国344の圏域のうち、東京都特別区の合計面積を上回る圏域210、東京都全体の合計面積を上回る圏域36

- 杉並区が検討している南伊豆町での特養設置については、かねてよりの住民同士のつながり・自治体間連携を背景にしたものであるが、東京都と静岡県との介護保険事業支援計画に明記が必要。入所者本人の意思の尊重が大前提であり、家族や地域から切り離されて入所させられることがないよう十分な配慮が必要
 - 本事例と同様の取組が都道府県をまたいで、今後実施される場合においても、関係する都道府県間で入所ニーズを把握し、双方の介護保険事業支援計画に明記することが必要。かねてより住民・地域コミュニティ同士のつながりが存在し、強い連携が進んでいる自治体間であったり、帰郷を望む高齢者が具体的に見込まれる場合が考えられる
 - 他方、地方の市町村が不特定多数の都市部からの入所を期待して特養等を整備することは、都市部の高齢者本人の意思に反して地方の施設入所を強いる形となる恐れがあることに加えて、意図しないサービスの需給ギャップを生じさせることから慎重に検討すべき
- ### 3. 地方への早期からの住み替え
- 要介護状態になってからより、健康なうちに移住し、移住先の地で社会的関係を築きながら歳を重ねるのが望ましく、地方が都市部からの移住を期待するのであれば、この形を目指すのも一つ

5. 中長期的な視点に立った対策

- 地域包括ケアシステムの確立に向けて、平成27年度から始まる第6期計画から、2025年までを見通した中長期的な視野に立った介護保険事業（支援）計画の策定。厚生労働省も、地方自治体の計画策定を支援

⇒ 検討会は方向性を共有。本とりまとめを受けて、具体化に向けた議論が進むことを期待

(参考) 「都市部の高齢化対策に関する検討会」について

【検討会委員】 (敬称略)

- | | |
|-----------|------------------------|
| (座長) 大森 彌 | (東京大学名誉教授) |
| 大杉 寛 | (首都大学東京教授) |
| 鎌形 太郎 | (三菱総合研究所プラチナ社会研究センター長) |
| 熊坂 義裕 | (盛岡大学栄養科学部教授、元宮古市長) |
| 高橋 紘士 | (国際医療福祉大学大学院教授) |
| 馬場園 明 | (九州大学大学院医学研究院教授) |
| 藻谷 浩介 | (日本総合研究所調査部主席研究員) |
| 山崎 敏 | (立教大学 コミュニティ福祉学部 兼任講師) |
| 中山 政昭 | (東京都福祉保健局高齢社会対策部長) |
| 岡田 輝彦 | (横浜市健康福祉局長) |
| 大塔 幸重 | (さいたま市保健福祉局長) |
| 生田 直樹 | (千葉県保健福祉局長) ※ 第3回まで |
| 岡部 史哉 | (千葉県保健福祉局次長) ※ 第4回から |
| 松雄 俊憲 | (名古屋市健康福祉局高齢福祉部長) |
| 西嶋 善親 | (大阪市福祉局長) |
| 秋山 由美子 | (東京都世田谷区副区长) |

【開催スケジュール】

- 第1回:5月20日(委員からのプレゼンテーション)
- 第2回:6月13日(委員のプレゼンテーション、有識者、地方自治体のヒアリング)
- 第3回:7月23日(有識者、サービス実施団体等のヒアリング)
- 第4回:8月27日(論点整理)
- 第5回:9月20日(報告書とりまとめ)

| | |
|-------------------------|-----------|
| 社会保障審議会 介護保険部会（第50回） | 資料 1－2 |
| 平成25年10月2日 | |

「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」

（都市部の高齢化対策に関する検討会報告書）

目次

1. はじめに
2. 都市部を取り巻く状況
 - （1）都市部の地域特性
 - （2）2025年の高齢者像
 - （3）2025年における医療・介護サービス提供体制の姿
3. 都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築
 - （1）在宅医療・介護を徹底して追求する
 - （2）住まいの新たな展開を図る
 - （3）地域づくりの観点から介護予防を推進する
 - （4）多様なサービスを活用して生活を支える
4. 都市部における施設整備等
 - （1）施設の整備手法の工夫
 - （2）広域型施設の整備数の圏域間調整
 - （3）地方への早期からの住み替え
5. 中長期的な視点に立った対策
6. おわりに

1. はじめに

(都市部で急増する 75 歳以上高齢者)

「都市部においては、日本全体を通じた高齢化をさらに大幅に上回るインパクトの急激な高齢化が起こることになる」、「高齢者介護のあり方について、先に高齢化が進み、今後の増加は比較的緩やかな地域において従来取られてきたものとは異なる発想と対応が求められる」。これは、2003 年にまとめられた「高齢者介護研究会」の報告書の一節である。

既に 10 年前に、都市部の高齢化について警鐘が鳴らされていたわけであるが、今後、都市部における高齢者の増加は、さらに勢いを増していく。また、これからは、高齢者の中でも、要介護状態や認知症の人の割合の高い 75 歳以上高齢者（後期高齢者）の急増が見込まれる。

介護保険制度が施行された 2000 年当時、後期高齢者数は約 900 万人だったが、現在は約 1400 万人となっており、2025 年には約 2200 万人となり、「後期高齢者 2000 万人社会」になっていく。

2010 年から 2025 年までの 15 年間で、75 歳以上高齢者の増加数が上位の 6 都府県（東京都、神奈川県、大阪府、埼玉県、千葉県、愛知県。以下「都市部 6 都府県」という。）をみると、75 歳以上高齢者の増加数は約 373.4 万人と、この間の全国の増加数約 759.2 万人の半分程度を占めている。また、1995 年から 2010 年までの 15 年間の増加数が約 253.7 万人であったことと比べると、約 1.5 倍のスピードで増加する。

増加数が一番多いのは東京都で、2010 年 123.4 万人から 2025 年 197.7 万人へ 74.3 万人増加する。増加率が一番高いのは埼玉県で 2010 年 58.9 万人から 2025 年 117.7 万人へ倍増する。

高齢化の問題は、「高齢化率」だけで捉えるのではなく、「高齢者の絶対数の増加」に注目すべきである。なぜなら、医療、介護等のニーズは、高齢者の絶対数に連動するからである。

(地域包括ケアシステムの構築に向けた改革の潮流)

2003 年の高齢者介護研究会報告以降、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最後まで続けることができるよう、介護・医療・住まい・生活支援・予防が一体的に提供される、「地域包括ケアシステム」の構築を目指した介護保険制度等の改革が順次行われてきた。今後、これを更に進めるとともに、社会保障制度改革国民会議からも提案されているように、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」の医療への改革が求められている。

「地域完結型」の医療へ転換し、QOL (Quality of Life) の維持・向上を目標とした場合、地域での生活を支えるためには、医療や介護のみならず、住まい、移動、食事、見守りなど、生活全般にわたる支援を併せて考える必要

があり、これは、地域の持つ生活支援機能を高めるという意味において、社会保障制度改革国民会議の言葉を借りれば、“21世紀型のコミュニティの再生”であり、介護保険制度改革が目指した地域包括ケアシステムの実現に他ならない。

本検討会は、急速に高齢化が進む都市部における高齢化対策について必要な方策を検討するため、本年5月に設置され、延べ5回にわたって議論を行ったが、このたび、報告書を取りまとめるに当たっては、このような社会保障制度改革の動向に沿ったものとなるよう留意した。

(本検討会の趣旨)

本検討会の役割は、国と都市部の地方自治体に危機意識を持ってもらうことと、2025年を見通した行動を起こすことを促すことにあると考えた。「高齢者介護研究会」の警鐘から既に10年が経ち、もはや待ったなしの状況にある。

ただし、都市部における高齢者の急増は、大きな課題ではあるが、対応が不可能な課題ではないと考える。都市部の強みを活かした取組を推進することで対応可能であり、必ずしも悲観する必要はない。高齢者の急増といった問題は、何も日本の都市部に限った問題ではなく、今後、アジアでは、2040年にかけて65歳以上高齢者数が2倍から5倍程度に増加する国もあることを考えれば、日本の都市部がこの問題に適切に対処できれば、世界の都市部における高齢化対策のモデルになると考える。

2. 都市部を取り巻く状況

都市部の高齢化対策を考えるに当たっては、まずは都市部の地域特性を踏まえることが大前提となる。都市部でも市によって、また同一市内でも圏域によって状況は異なり、一括りで議論することはできないが、都市部の地域特性について大きな傾向を把握する必要がある。

また、2025年には、いわゆる「団塊の世代」(1947(昭和22)年から1949(昭和24)年生まれ)が75歳以上になりきり、高齢者層の大きな比重を占めることとなる。もちろん、団塊の世代も一人ひとり多様であるが、2025年の高齢者像、特に介護サービスを必要とする高齢者像は、現在の高齢者像の延長線上ではないことは、十分に認識する必要がある。

さらには、2025年を目指して、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、そして、地域包括ケアシステムの構築に向けた改革が進められることとなっており、このような大きな潮流に沿った都市部高齢化対策の検討が求められている。

このような問題意識から、都市部高齢化対策を考える前提として、以下の3点について整理した。

(1) 都市部の地域特性

(集住)

まず、都市部の最大の特性は、何と言っても、多くの人、多くの高齢者が狭い範囲に「集住」していることにある。

都市部 6 都府県には、日本の総人口の約 4 割が住み、65 歳以上高齢者でも約 4 割が住んでいる。東京都でみると、日本人の約 1 割、65 歳以上高齢者も同様に約 1 割が東京都に集中して住んでいる。

65 歳以上人口の人口密度でみると、全国では 77 人/km²に対して、東京都 1,208 人/km²、大阪府 1,034 人/km²、神奈川県 753 人/km²、埼玉県 386 人/km²、愛知県 289 人/km²、千葉県 256 人/km²となっており、東京都特別区に限っては 2,850 人/km²と全国の 37 倍程度と極めて高くなっている。

(充実した生活インフラ)

狭い範囲に集住しているため、交通・物流等は発達し、企業活動が活発で、多くの「生活インフラ」が整い、地価は高くなっている。

生活インフラの一つとしては、「住まい」がある。人が多い以上、都市部には多くの住まいがある。それも密集してある。ただし、都市部の持家率は地方と比べて低く、低所得者・生活困窮者を中心に、住まいの確保が課題となっている。

また、住まいに関し、地方の問題と捉えられがちな空家についても、都市部にも近年は多くみられる状況にある。

(団地等で起きる一斉の高齢化)

都市部に流入する人々の住まいの受け皿として、集合住宅の建設や宅地開発が都市部の各地で行われたが、同一世代が一斉に入居する形態であるため、現在、局地的に一斉かつ急速に高齢化が進展している状況にある。

(更なる充実が求められる在宅サービス)

介護基盤についてみると、都市部においては、地価が高く、特に東京都特別区では施設整備が行いにくい面があり、施設整備率は低い状況にある。

このため、在宅要介護者の割合は高くなっているが、その一方で、必ずしも在宅サービスの利用環境が整っているとは言いがたい状況にある。重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えることを目的として平成 24 年度に導入された定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスは、制度を導入して間もないということもあり、整備数が少ない。

また、サービスを提供する人材の確保も大きな課題となっている。もともと

全産業の中で高い傾向にある介護関係職種の有効求人倍率については、都道府県ごとに大きな差があるが、愛知県、東京都は全国平均を大きく上回っており、総じて都市部での人材確保は難しくなっている。

（強い職場とのつながり、弱い地域とのつながり）

家族・生活関連については、三世帯同居の割合は低く、世帯人員が小さく、住民同士の支え合いも希薄で、職場とのつながり（社縁）だけの人が多い。退職後はじめて地域と接する人も多い。また、地域とのつながりの弱い都市部では、家族介護者も身体的、精神的に追い込まれ、地域から孤立しがちな状況にある。

所得水準も高く、市場からサービスを購入することで生活を成り立たせることができる者がいる一方で、親族や近隣住民による支援も受けられない低所得者・生活困窮者がいる。

（2）2025 年の高齢者像

戦後の変化の象徴と称される「団塊の世代」が、75 歳以上になりきる 2025 年の高齢者像は従来の高齢者像と大きく異なると考えられる。「団塊の世代」の特徴・現状・意識などについて、主だったものを取り上げる。

（高学歴化）

高校や大学の進学者数は「団塊の世代」の時に急増している。1960 年代後半の学生運動の中心になったのも「団塊の世代」であった。

（高度経済成長と都市化）

新規学卒の就職者数が多かったのは、中学校卒では 1960 年代、高校卒では 1960 年代後半と、「団塊の世代」の卒業時期にピークとなっている。それにほぼ一致して、1960 年代から 1970 年代初めに、人口が都市部に向けて大規模に移動した。

この時期の大量の若年労働力の増加に支えられて、日本経済は高度成長のピークに達している。「団塊の世代」が就職したこの高度成長期は、年功賃金・長期雇用を柱とした日本的雇用慣行が普及・定着した時期と言われており、その時期に就職した「団塊の世代」の男性は、「会社人間」となる人も多かった。一方で、「団塊の世代」の女性は、専業主婦の割合が高かった。

（消費文化の享受と多彩な生活スタイル）

「団塊の世代」は、小学校高学年から中学生時代を過ごした 1960 年代にはテレビ、電気洗濯機、電気冷蔵庫などの耐久消費財の急速な普及を経験し、30 歳代半ばとなった 1980 年代には乗用車保有によるレジャーを体験するなど、時代の流行、文化・社会現象を牽引してきた。また、40 歳代から 50 歳代とな

った 1990 年代は、日本全体の消費を牽引してきた。その後、長らく景気は低迷したが、1990 年代後半から 2000 年代に急速に普及した携帯電話やインターネットは、高齢者の消費生活やライフスタイルを大きく変えた。

このような消費文化を享受してきた「団塊の世代」は、例えば、30 歳代半ばに乗用車を保有したことを背景として、高齢になっても、自動車を移動手段として活用し、これが積極的な国内観光旅行にもつながっている。また、「団塊の世代」は、会社や自宅でパソコンを使う機会が多く、携帯電話の普及も進んでいるため、高齢者となっても、パソコンやインターネット、携帯電話を多用する生活スタイルを実践できる環境にある。

（幅のある世帯年収）

「団塊の世代の意識に関する調査（平成 24 年、内閣府。以降「意識調査」という。）」によれば、「団塊の世代」の世帯の主な収入源は、年金であるという人が最も多く、50%を超えている。世帯年収は、「240 万円から 300 万円未満」の層が最も多く 17.3%であり、480 万円以上も 18.8%いる一方で、年収 120 万未満（収入はないを含む）が 8.3%となっている。

（高い持家率と住まいへの意識）

意識調査によれば、「団塊の世代」は持家率が 9 割近くと高く、「現在の住まいから転居したいと考えているか」という質問に対し、今住んでいる家に住み続けたいという意向が 7 割を超えている。

（在宅医療・介護に対する高いニーズ）

意識調査で「団塊の世代」に、要介護状態になった場合に希望する生活場所を聞いてみると、「自宅」が最も多く 38.2%、次いで「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」16.1%、「病院などの医療機関」12.4%、「介護老人保健施設」8.6%の順となっている。また、治る見込みのない病気になった場合、延命治療を希望するかを聞いてみると、「望まない」が 94.8%となっている一方で、「望む」は 3.6%となっている。

なお、「団塊の世代」のみならず、高齢者全体に、在宅で「介護を頼みたい相手」を聞いてみると、2012 年度の調査では 2002 年度の調査と比べても、「ホームヘルパー」が増加している。

（定年後の高い就労意欲）

意識調査によれば、「団塊の世代」の 60 歳以降の働き方は、定年等を境に、正社員から嘱託・契約社員、パート・アルバイトの非正規社員に移行している人が多い。そして、仕事をしている理由を聞いてみると、60 歳の時の理由に比べて「健康維持」や「生きがい」という理由が増加している。

また、「働けるうちはいつまでも働きたい」という人が多く、就労意欲が高い。高齢期には就業形態、就業時間など働き方のニーズが多様化することから、

ニーズに対応した就業環境を整備するとともに、企業における就労のほか、コミュニティビジネスの起業支援等も重要となる。

（高い社会活動への参加意識）

意識調査によれば、「団塊の世代」は、地域における様々な社会活動への参加の意向を持っているものの、現状では社会活動には参加していない人が多い。今後参加したい社会活動は、「趣味、スポーツ活動」が最も高く、次が「一人暮らしなど見守りが必要な高齢者の支援をする活動」となっている。

参加していない理由を聞いてみると、「仕事が忙しく時間がないから」が最も多くなっているが、今後、退職をしたり、労働時間が短くなり時間的に余裕ができるようになったとき、地域における活動にスムーズに参加できるように環境を整備することが重要となる。

（3）2025年における医療・介護サービス提供体制の姿

急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じ、必要とされる医療の内容に変化をもたらしている。平均寿命 60 歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも 80 歳近くとなり、女性では 86 歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となる。

こうした時代の医療は、病気と共存しながら QOL の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、かつての「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、そして、医療のみならず、医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なく、つながる医療に変わることが求められている。

我が国の高齢者介護の歴史を振り返ってみると、老人医療費の無料化以降、介護サービスの基盤整備の遅れもあり、高齢者介護ニーズは、病院で受け止められてきた。高齢者にとって一番大切なことは、日常性、生活の継続性であるが、病院は、その性格上、治療が優先され、日常性、生活の視点は乏しかった。複数の慢性疾患を持ち、医療と介護の両方のニーズを持つ高齢者の特性を考えれば、高齢者の支援は、これまでの生活の継続性を重視しながら“生活の場”で行っていくことが必要であり、“治療の場”であるはずの病院での治療が終われば、“生活の場”でこれまでの生活を継続しながら暮らすことが高齢者にとって望ましいのである。

都市部には、回復期・慢性期の受け皿が少ない状況にあり、この点で、在宅医療・介護の必要性が大きくなっている。今後、病院・病床機能の分化・連携が進められる中で、急性期医療から在宅介護までの一連の流れにおいて、“川

上”に位置する医療提供体制の改革と合わせて、“川下”に位置する地域包括ケアシステムの更なる充実を進めていくことが必要となっている。

3. 都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築

「団塊の世代」は、高学歴で、就学・就職をきっかけに都市に出てきており、高度経済成長を第一線で支えた人々である。また、「団塊の世代」の成長とともに、数多くの流行商品、文化・社会現象が生まれ、消費と流行を牽引してきた人々である。多彩な生活スタイルと趣味を持ち、経済成長の中で育まれた価値観は、介護サービスを含めて、サービスの内容と質を重視し満足感を求めていくことになろう。さらに、退職後も就労意欲が高く、地域における社会活動への参加の意向を持っており、培った能力や経験を活かした生涯現役を望んでいる人々と言えよう。

もちろん、一括りで語ることはできないが、このような「団塊の世代」が75歳以上となる2025年の高齢者像は、従前の高齢者像と異なっていることは間違いない。そして、都市部にはこのような高齢者が多く住んでいる。

こうした2025年の「高齢者像の変化」と「医療・介護サービス提供体制の姿」とを併せ考えれば、これまで介護保険制度改革が目指してきたとおり、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けられる社会の構築が必要であるということは論をまたない。

特に、都市部は、高齢者は狭い地域に集住していることから、高齢者の「住まい」に、「介護」・「医療」・「生活支援」・「予防」のサービスを適切に提供し、ケア付きコミュニティを実現することで、施設同様の安心感を確保できると考える。つまり、これは、高齢者数の増加に応じた形で介護施設を整備する必要がないことを意味する。

都市部においては、以下に述べるように、集住、多様な人材、整備された生活インフラ、活発な企業活動等といった都市部の強みを最大限に活かした地域包括ケアシステムを追求すべきである。なお、地域包括ケアシステムは、サービスのネットワークを作り、様々なサービスが日常生活圏域に適切に提供できるような地域全体の体制・仕組みであり、地域における実践が求められるものである。

（1）在宅医療・介護を徹底して追求する

（在宅生活の限界点を高めるためのサービスの普及促進）

介護が必要となっても、自分の住まいで介護を受けることができれば、これ

までの生活を継続することができる。このような利点から在宅生活を望む高齢者が多いにもかかわらず、施設へ入所せざるを得ないのは、在宅では、365日・24時間の安心感を確保できないことが原因の一つとしてある。

この点、人口密度が高い都市部では、その強みを活かし、十分な在宅サービスを確保することで、一人暮らしであっても、住み慣れた地域で暮らし続けることができる環境を整備し、高齢者の自宅で介護を受けたいという願いを実現していくべきである。

具体的には、在宅生活の限界点を高めるため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス、小規模多機能型居宅介護のほか、さらには、訪問診療、訪問看護などを面的に整備するとともに、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や、生活支援サービスの充実等が必要である。

例えば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、制度化前に実施したモデル事業の実績を活かして区内全域でのサービス提供体制を確保した保険者や、ケアマネジャー連絡会での制度説明や事業者連絡会の発足等を通じ事業者等との信頼関係を構築して市内全区で事業を展開した保険者など、保険者が積極的に関与することで普及が進んでいる地域がある。また、事業の普及に向けて積極的に取組を行っている都道府県もある。

このように地方自治体が自らこれらのサービスの必要性を認識し、普及促進の取組を進めることが重要である。その際、ケアマネジャーをはじめ関係者が利用のメリットや実態を知らない等の課題が浮かび上がっており、地方自治体が事業者やケアマネジャーに対して積極的に説明を行うなど、サービスに対する正しい認識を広める必要がある。また、事業者の参入を促すため、引き続き立ち上げ時の機器購入費の補助を行っていくべきである。

加えて、特別養護老人ホームの在宅入所相互利用を実施している施設は全国でも少ないが、1ベッドを複数人でシェアすることでベッドの有効活用が可能となること等から、介護職等の育成を進めつつ普及を検討すべきである。

(施設を運営する社会福祉法人の在宅サービスへの取組)

365日・24時間介護スタッフが常駐する施設機能は、地域における有用な資源である。都市部には、介護施設を運営する社会福祉法人が多くあり、施設の経営だけでなく、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護等の地域を支える介護サービスに取り組むよう促すことで在宅サービスの充実が図られるとともに、介護職員のキャリアパスの多様化が図られ、定着の促進につながると考えられる。このため、市区町村や地域包括支援センターが中心となって、地域の社会福祉法人、ケアマネジャーなどとともに、地域の具体的なサービスの普及方策を検討すべきである。

また、地域全体で面的な支援を進めるためには、事業者間の業務提携、複数の法人間の連携などを通じて、複数のサービスがネットワーク化された主体か

ら提供されることを目指すべきである。そのためには、事業者間の業務提携、複数の法人間の連携などを容易にするための制度的な枠組みについて検討すべきである。専門職の有効活用を図る観点から、地域全体としての効果的な人員配置を考え、適正かつ柔軟な人員配置基準のあり方等についても検討すべきである。

（在宅医療の推進、在宅医療・介護連携）

都市部における高齢者の急増と医療提供体制の見直しが相まって、今後、在宅で医療・介護を必要とする人が増加する。地域包括ケアシステムの構築のためには、医療と介護の連携がますます重要であり、在宅医療・介護の提供体制の充実と医療・介護連携の推進が必要である。

具体的には、在宅医療を支える拠点として、緊急時の往診、看取りなどの役割を積極的に果たす在宅療養支援診療所の整備や機能強化を図ることが必要である。さらに、高齢化に伴う疾病構造の変化により、医療機関に求められるニーズは、今後、変化することが考えられるため、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所の整備のみならず、都市部に多く存在する既存の医療機関、特に病院の在宅医療への参画や支援を促すことを検討すべきである。

また、多くの医療機関が在宅医療に参画することを促すため、例えば、地域で中核をなす病院に対して段階的に在宅診療部門の設置を求めることや、医師臨床研修制度の到達目標において在宅医療の実施を必修項目とすることで、都市部に多数存在する臨床研修病院に対し、在宅医療への取組を促すことについても検討すべきである。

在宅医療と介護の連携は、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。特に、今後増加する退院による在宅復帰の際に円滑に適切な在宅サービスにつなげることや、再入院をできる限り防ぎ在宅生活を継続するため、在宅医療・介護の連携強化が求められている。さらに、重度な高齢者に対しては在宅での看取りも視野に入れつつ、連携することが必要である。その中で、地域包括支援センターや介護支援専門員が果たす役割は大きいですが、医師との連携に困難を感じる介護支援専門員が多いといった現状にあり、医療側からも取組の強化が求められている。

この点、これまでの医療行政は、医療計画の策定等、都道府県が実施してきたが、在宅医療と介護の連携という観点からは、今後は、都道府県との連携のもと、市区町村が主体となって取り組むことが重要である。

さらに、在宅医療・介護及び生活支援サービスを担う様々な主体が連携して高齢者の地域での生活を支えられるよう、ICTを活用し必要な情報を相互に共有していけるよう環境整備を進めるべきである。

（訪問看護の推進）

今後、都市部では訪問看護従事者の需要が増大し、従事者の確保が困難とな

ることが予想されることから、地域の実情を踏まえつつ、従事者確保策に取り組むべきである。

具体的には、病院・診療所数の多い都市部においては、病院・診療所で訪問看護を実施することや、訪問看護ステーションの併設を促進することが考えられる。また、病院に勤務する看護職員が病棟看護と訪問看護を人事異動のローテーションを通じて勤務することで、訪問看護に従事するよう誘導することも考えられる。

また、訪問看護の提供主体の多様性を図り、効果的・効率的にサービスを供給することに加え、老人保健施設から退所した人の後方支援等を推進する観点から、看護師を配置する老人保健施設を運営する医療法人等による訪問看護ステーションの併設促進を検討すべきである。

(介護人材確保)

高齢者数の急増とともに支え手となる年齢層の減少が進み、他産業との競争も激しい都市部においては、介護職員の人材確保が地方に比べて難しくなることが想定される。

しかしながら、離職率については、事業所のばらつきが大きく、30%を超える事業所がある一方、5%程度のところもあり、まずは、事業者の意識改革や自主的取組を推進することが重要となる。例えば、介護職員の職業能力を共通のものさしで評価するキャリア段位制度はOJTのツールともなりうるものであり、その活用を図っていくことも考えられる。その上で、国・都道府県等が役割分担しつつ、それぞれが積極的に人材確保に取り組むことが必要である。

国は、介護報酬改定を通じた処遇改善の取組の推進やキャリアパス制度の確立に向けた取組が必要である。

都道府県については、地域によって人口構成や雇用情勢等の状況が異なることから、今後必要となる介護職員の数を推計した上で広域的・総合的な取組を進めていくことが必要である。具体的には、介護に関係する団体が幅広く参画する協議会を都道府県が中心となって立ち上げ、小学生・中学生・高校生の頃から介護分野に関心を持ってもらうよう、積極的な働きかけや、潜在的有資格者などの介護人材の掘り起こし等に取り組むことが考えられる。

(2) 住まいの新たな展開を図る

(多様な住まい・住まい方の実現)

都市部に住んでいる「団塊の世代」の多くは、高度経済成長期を背景にして都市部へと集まり、その後、右肩上がりの経済の中で豊かさを実現してきた世代であり、都市部におけるライフスタイルを自ら構築し、それを享受してきた人々である。そして、「団塊の世代」が生んだ多様な価値観が共存し、多くの

人々の生活の拠点となった都市部において、今後、介護が必要となる 75 歳以上高齢者にとっては、「住まい」「住まい方」のあり方が非常に重要になってくる。すなわち、都市部で生活する「団塊の世代」の多様な価値観に対応するような多様な「住まい」「住まい方」が、これまで以上に求められることとなるのである。

もちろん、「団塊の世代」のみならず、誰しも、これまでの人生を積み重ねてきた自宅での生活の継続を望むであろう。そのため、持ち家に住む場合には、介護が必要になった際に備えて、自宅でする限り在宅生活を継続できるよう、住宅改修に対する介護保険給付の活用等に加えて、高齢者自身も介護環境の整備に努めていくことが重要であり、例えば、居室間の壁を取り払うなどの改修が自費により可能であれば、自宅の介護環境を改善し、より機動的に介護サービスを受けることができることとなる。こうした「自助」による工夫は、特に、価値観が多様化する高齢者の「住まい方」を考える上で、特に重要な視点である。

しかしながら、その自宅の現状や環境によっては、大規模な改修が必要であったり、医療・介護サービスを十分に受けることが立地上難しい場合も想定し得るのであり、その際は、適切な住み替えという選択が重要となってくる。そこで注目すべきなのが、有料老人ホームや平成 23 年に創設されたサービス付き高齢者向け住宅の存在である。これらは、住宅としての居住環境を確保しつつ、必要に応じて医療や介護につなぐ「住まい」としての役割を果たし、住み替えの選択肢として、多様な価値観を持つ都市部に住む高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができる環境の整備に大いに寄与することが期待されていると言える。

(入居者のニーズに応じた住まい)

高齢者による多様な住まい・住まい方を実現する上で重要となってくるのは、高齢者自身のニーズの多様性であり、事実、入居する高齢者の多様なニーズに応じたサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームの整備が順調に進められてきている。

具体的に、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームについては、入居者の負担の面において、所得の高い層向けのものから、比較的所得の低い層向けのものまで、多様なものが存在しており、設備や入居者に提供されるサービスの内容も様々である。また、それぞれの住まいの多様性を反映し、住まいの規模や設備に応じて決定される「家賃」や、介護保険サービス以外の状況把握・生活相談などの「サービス費」については、広い価格帯に分散している。

さらに、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームに入居する動機について、「介護が必要になったため」や、「一人暮らしが不安になったため」という理由が多くなっている現状があるものの、「早目の住み替え」という観点から選択肢の一つとしてライフスタイルの自由度を高めていることも事実

であり、こうしたサービス付き高齢者向け住宅等の多様性について周知していくことが必要である。

（医療・介護サービスとの連携）

サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームについては、実態として居宅サービス事業所が併設されているものも多いが、制度的には、医療・介護サービスの提供が義務づけられているものではない。このため、入居する高齢者が、自身のニーズや期待に沿った住まいを、適切に選択することができるよう、どのような医療・介護サービス（外部サービスを含む）を具体的に受けることができるのかについて、情報提供体制の充実を図ることが必要である。そして、この点、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームの基本的な性格について、これまで以上に高齢者の理解を得るための努力をしていくことも国・地方自治体には求められる。

また、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームの入居者の利益を保護する観点から、事業者が入居者の望む医療・介護サービスの利用を制限すべきではないとされていることから、そのような事案が生じた場合には、地方自治体において、必要に応じて事業者に対する指導・監督を行うこと等により、適切なサービス提供体制が確保されるように努めるべきである。

さらに、将来も含め、入居する高齢者の医療・介護ニーズに適切に対応したサービスが地域から提供されるようにするため、地方自治体の住宅部局と福祉部局は、これまで以上に連携することが求められている。例えば、UR など今後一斉に高齢化が進む大規模団地やニュータウンの改築・再開発の際には、医療・介護サービスの提供を組み合わせることが必要である。

また、人口の減少と高齢者の増加を背景に今後の街づくりを進めるに当たっては、医療や介護の拠点が、どのような考え方で、どこに配置されているのが望ましいかを検討するなど、都市部局と福祉部局の連携も必要である。

なお、「介護サービス」の見込み量を定める介護保険事業計画の策定主体が市区町村となっている一方で、「住まい」の供給目標を定める高齢者居住安定確保計画の策定主体は都道府県となっている。この点、両計画の有機的な連携が求められるところであるが、少数ではあるものの、任意とされている高齢者居住安定確保計画の策定を行っている市区町村が存在することを踏まえ、こうした市区町村による取組を促進するとともに、市区町村がその中で把握したニーズを都道府県の高齢者居住安定確保計画に適切に反映させることが望ましい。

（サービス付き高齢者向け住宅の住所地特例）

高齢者向けの多様な「住まい」の供給を一層促進していく上で課題となっているのが、高齢者の移動による介護保険の財政の負担の在り方についてである。特に、サービス付き高齢者向け住宅においては、現状において、要支援・要介

護の認定を受けている入居者が多い。

現在、有料老人ホームは、特定施設入居者生活介護の指定を受けている事業所か否かにかかわらず、住所地特例の対象となっている一方で、サービス付き高齢者向け住宅については、有料老人ホームに該当している場合であっても住所地特例の適用除外となっている。しかしながら、サービス付き高齢者向け住宅のうち有料老人ホームに該当するものはその94%を占め、入居者の介護ニーズもその他の有料老人ホームと似通った状況になってきていることから、立地自治体の保険財政の悪化を危惧する声があがっており、何らかの負担の調整を行う必要性が生じている。

具体的な方法としては、①サービス付き高齢者向け住宅を住所地特例の対象に組み入れる方法と、②保険者間の財政調整を行う仕組みを新たに作る方法が想定される。

住所地特例は、住所地の地方自治体が保険者とならないため、被保険者は要介護認定等の各種の手続きを従前の住所地にしなければならず、また、住所地のサービス水準に関わらず、従前の住所地の保険料を負担することになる。さらに、この制度はいわば地域包括ケアの例外となり、これまでの仕組みでは、地域住民である住所地特例の被保険者が地域密着型サービスや地域支援事業を利用できないなどの課題がある。

一方、保険者間の財政調整を行う場合には、保険者と保険給付の実質的な負担者が一致しなくなり、給付と負担の一致という社会保険の基本的な枠組みの例外的な取扱いとなり、どのような単価や考え方に基づき財政調整を行うのかという点や、医療保険制度と統合的な対応が図られるのかといった課題がある。

この点、制度創設時には介護保険3施設を対象としていた住所地特例の対象を平成18年度には有料老人ホーム全体にまで拡大した経緯を踏まえると、有料老人ホームのうちサービス付き高齢者向け住宅に該当するものに住所地特例を適用することが考えられる。この際、地域包括ケアの考え方に従い、住所地特例を適用した場合にも住所地の地域密着型サービスや地域支援事業をえるようにするなど課題を解決していく必要がある。

なお、医療保険の住所地特例については、介護保険の対応も踏まえ検討するとともに、入居後に75歳を迎えた場合に国民健康保険の住所地特例が後期高齢者医療に引き継がれないという問題も指摘されており、併せて検討が必要である。

(既存インフラの有効活用)

「住まい」の新たな展開を図り、高齢者の自宅での生活を継続させるという目的を達成する上で、見落としとしてはならないのは、都市部における多くの既存インフラの存在である。

都市部においては、新たな住宅の整備が進む一方で、空家が増加しており、

これらを有効利用しない手はない。また、少子化の影響で、廃校となる学校等も有効活用できる可能性がある。

現在、都市部では、東京都 75.0 万戸、大阪府 62.5 万戸、神奈川県 42.9 万戸、千葉県 35.6 万戸、愛知県 34.4 万戸、埼玉県 32.3 万戸と相当数の空家がある。この空家を活用し、NPO 法人や社会福祉法人等が、連帯保証や転貸といった住まいを確保するための支援と、見守り等の生活支援などを合わせて実施することで、空家の所有者が安心して賃貸できるようになり、低所得・低資産の高齢者向けの低廉な家賃の住まいが確保されることにつながるものと考えられる。この際、グループリビングのような共同生活も併せて推進することで、入居者同士の互助による見守りや生活支援も期待できる。

また、低所得・低資産高齢者向けの住まいとしては、養護老人ホームや軽費老人ホームがある。これらは、元来、暮らしと住まいに困難を抱える高齢者の受入先としての機能を担ってきたが、地域に増大する生活困窮や処遇困難を抱える高齢者のニーズに十分に答えきれていないとの指摘がある。今後、養護老人ホーム、軽費老人ホームの果たすべき役割について、社会福祉法人としての特性を踏まえた上で、再構築すべきである。

なお、空家などの既存施設を改修・改築して介護サービスの拠点として活用しようとする、バリアフリー条例等の地方自治体が独自に定めている規制が厳しすぎるとする指摘があるところ、既存施設の有効活用の観点から、規模や利用状況を踏まえて柔軟な対応を行うなど、各地方自治体において、関係部局間の連携を一層強化して取り組むべきである。

（多世代共生の住まい方）

高齢者にとっての「住まい方」の多様性を考える上では、高齢者以外の若い世代や地域コミュニティをも巻き込みつつ、「住まい」が形成されていくことが望ましい。

例えば、サービス付き高齢者向け住宅は、住戸ごとの登録が可能であることから、一棟の共同住宅の中に高齢者や若者、子育て世代など、多世代が共生する取組を進めていくことが可能である。特に、都市部においては、多くの大学等の教育機関が立地し、学生が多い状況にあるため、これらの学生を巻き込んだ取組を進めることで、世代間交流の実現によるコミュニティの活性化が期待できる。例えば、高齢者と若者が同一建物に居住することにより、見守り等に協力する若者の家賃を減額することや、一定期間継続してボランティア活動を行った学生には単位の付与や奨学金の免除などを行うこと等が考えられる。

また、かつて郊外に住まいを購入した高齢者にとっては、これまでの社会的なつながりを維持しながら、将来も含めた適切な医療・介護ニーズを享受できるようにするため、便利な駅前など街の中心部に住み替えを行う「街中居住」やグループリビングなども選択肢の一つである。その際、郊外にある高齢者の

従前の住まいについては、高齢者から現役世代に賃貸を行い、現役世代の郊外での豊かな生活につなげるといった、様々な可能性にもつながるものと考えられる。

(3) 地域づくりの観点から介護予防を推進する

(ポピュレーションアプローチの重要性)

長寿を全うすることは私たちの願いである。介護が必要な状態を遅らせること、たとえ介護が必要となっても最後まで自分らしく生きることができる社会を実現することは、長寿国としての使命である。

今後、ますます高齢化が進んでいく中で、高齢者一人ひとりが、社会生活を営むための機能を高齢になっても可能な限り維持していくためには、高齢者自身が社会参加、社会貢献、就労、生きがいづくり、健康づくりなどの活動に取り組むことが必要であり、このことが結果として介護予防につながる。

介護予防は、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。

そのためには、高齢者本人へのアプローチだけではなく、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、すなわち「ポピュレーションアプローチ」こそが重要となる。

(都市部における介護予防の推進)

全国各地においては、生活機能の低下した高齢者であっても参加することのできる体操を活用して、元気な高齢者も一緒に参加することのできる住民運営の活動の場を数多く展開し、“地域の絆”を高め、結果として、地域全体の要介護認定率の伸びを抑制している取組がある。

これに対して、これはコミュニティ・互助機能が残る地方であるからこそ可能な取組なのではないかという指摘もあろう。

もちろん、そのような側面は地方の強みの一つとして考えられるが、一方で、都市部では、今後、多くの退職者が見込まれるという強みがある。「団塊の世代」を中心とした、これからの退職者は、社会参加意識も高く、健康で知力・体力的にも衰えていない元気な高齢者である。

このような退職者の就労や社会参加を推進することや、地域の課題を解決するためのコミュニティビジネスを起業することを支援することを通じて、介護予防事業や生活支援サービスの担い手になってもらうとともに、こうした社会的役割を持つことで、その人自身の生きがいや介護予防にもつながると考えら

れる。

また、多様な地域資源が存在する都市部の強みを活かして、地域包括支援センター等が主軸となって、多様な主体を巻き込んだ地域づくりも、都市部ならではの介護予防であり、既に都市部の地方自治体でも取組が進んでいる。例えば、退職した高齢者が社会とのつながりを保ち、地域で孤立しないよう、就労の場を創る取組や、介護予防を目的に高齢者が介護施設等でボランティアをした場合にポイントを付与する取組などがある。

さらには、高齢者になってから介護予防に取り組むのではなく、高齢期に入る前の40歳代・50歳代からの備えが重要となるが、この点、都市部には、フィットネスクラブなどの民間サービスが豊富にあり、人々の消費意欲も高いことから、青壮年期層を含めて地域の健康意識を高めることが効果的と言える。

なお、介護予防については、その効果の実証的な研究やデータ整備が不十分であるとの指摘がある。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、厚生労働省は、都道府県と連携しながら市区町村への技術的支援を行うとともに、データの提供・公表を行っていくべきである。

(4) 多様なサービスを活用して生活を支える

(多様な生活支援サービスのニーズへの対応)

都市部でも、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で、高齢者が地域で生活を継続するためには、高齢者の多様なニーズに対応し、地域の実情に応じた、見守り、配食、孤立防止等の生活支援が必要となっている。

都市部における幅広く多様な生活支援ニーズを満たすためには、様々なサービスを充実させる必要があり、ボランティア、NPO、協同組合、社会福祉法人、民間企業等の多様な主体がサービスを提供することが必要である。

そして、多種多様な生活支援サービスを生み出し、充実させていくためには、これらの生活支援サービス全体のマネジメントについて、市区町村が主体的に取り組むことが必要である。

特に、都市部には、一定の所得と資産を有した「団塊の世代」も多くいる。都市部では様々な民間企業がサービスを提供しているといった特徴もあることから、こうした民間企業のカも最大限活用するため、これらが参加する協議体を市区町村が中心となって形成して、情報提供等を行っていくことが求められる。

また、市場からのサービス購入を補完できるような「互助」の取組を推進し

ていくことが必要である。「都市部では近隣の関係が希薄で互助は難しい」との指摘もあるが、果たしてそうであろうか。高齢者は狭い地域に集住していることから、やり方によっては互助の関係も生まれ、互いの見守りも行いやすいと考える。地域での成功事例をみれば、適切なコーディネーターの配置と、市区町村のマネジメント力こそが求められているのである。

このため、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区町村が支援することについて、制度的な位置づけを図ることが必要である。また、生活支援サービスについては、福祉部局を超えた対応が必要であり、縦割りを廃して、例えば、関連部署が幅広く参画するプロジェクトチームを設置して対応する等の工夫が求められる。

さらに、生活支援サービスを充実するためには、介護サービス事業者にも積極的に取り組んでもらうことを期待したい。生活支援サービスの事業に取り組むことは、介護サービス事業者にとっては介護サービス事業以外からも収入を得られて、経営が安定化するビジネスチャンスであると考えている。

4. 都市部における施設整備等

都市部に生きる高齢者の多様な「住まい方」を実現し、それを支える医療・介護サービスが「住まい」に届くようにすることで、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続していくことのできる社会を目指していくべきであることは、繰り返し述べてきたとおりである。

しかしながら、要介護高齢者の様態、家庭環境、地域コミュニティとの関係などは高齢者によって様々であることから、在宅での自立生活が困難な場合の施設への入所ニーズにも適切に対応していく必要がある。

この点、都市部においては、用地の確保が課題となっており、大規模な施設を建設することが困難であることや、多くの人々が密集していること等を踏まえると、まずは、以下の（１）のように、地域密着型の施設の整備等を促進するとともに、多様な整備手法の活用を積極的に図るべきである。そして、それでもなお、住民の施設への入所ニーズを充足することが困難であるような場合には、利用者のニーズを的確に把握した上で、（２）で挙げるような圏域間調整等の工夫について検討していくことが考えられる。

（１）施設の整備手法の工夫

（地域密着型施設の整備等の促進）

重度の要介護度となったとしても、住み慣れた地域で最後まで生活することを実現するという観点から、地域に根ざした小規模の特別養護老人ホームの整

備を弾力的に進めるとともに、小規模多機能型居宅介護や在宅サービスを併設する等の工夫も行うことで、地域包括ケアの担い手となるような複合型の施設整備を行うことが望ましい。

具体的には、特別養護老人ホームの整備を進めるに当たっては、土地を賃借して運営事業者が建物を設置することが可能となっているが、サテライト型の地域密着型特別養護老人ホームを整備する際には、資産要件が緩和され、運営事業者が建物を賃借して実施することも可能となっていることを踏まえ、特に土地の確保が困難な都市部においては、これらの手法を積極的に活用していくことが有効である。

また、都市部に存在する既存ストックの有効活用は、今後の特別養護老人ホーム等の施設整備を考える上でも重要であり、都市再生機構（UR）との連携や、未利用公有地や小学校の跡地等を活用した特別養護老人ホーム等の整備が考えられる。

（多様な整備手法の活用等）

都市部の限られた用地を有効活用するとの観点から、例えば、ディベロッパ一等の民間事業者が高層のマンションやオフィスビルを建設する際に、一部フロアを特別養護老人ホームとして整備し、社会福祉法人が当該部分を買収するといった手法が有効であると考えられるが、こうした手法が一般的に普及しているとは言い難い。

施設整備に課題を抱える都市部の地方自治体は、まずは、こうした手法を普及・促進させるための方策について、十分に検討を進め、あらかじめ方針を明らかにするべきである。また、このような整備手法を活用し、開発事業者がマンション等の建設に当たって施設整備を組み込む場合には、福祉部局と建築部局が情報の共有化を図ることが一層重要となってくることについて認識する必要もある。

さらに、今後、既存施設の建て替えが必要になってくる時期を迎えることにも留意が必要で、こうした建て替えがスムーズに進むよう、地方自治体において、都市計画、建築等の関係部局との連携の下、容積率緩和制度の活用などを検討していく必要がある。また、例えば、建て替え中の施設の利用者を一時的に受け入れることができるような施設を整備すること等についても検討が必要である。

なお、一般的に、特別養護老人ホームの整備には、選定から建設、開所まで少なくとも3年間の期間が必要であるが、特に多様な施設整備の手法を実践する上では、地方自治体と事業者の想定する期間の長さの相違が障害となり得るため、介護保険事業（支援）計画の策定において、必要に応じて長期スパンでの整備見込み量を示していくことも検討していくべきである。

このような現行の整備手法を最大限活用するほか、都市部における施設整備

を進めるために必要な制度的対応等があるかどうか検討していくべきである。

(2) 広域型施設の整備数の圏域間調整

(整備数の圏域間調整)

都道府県は、介護保険事業支援計画の策定に当たり、広域型施設の整備を調整する単位として、二次医療圏と一致した老人福祉圏域を設定することとなっている。そして、各市区町村の要介護者数の見込み等から求められる施設入所のニーズを圏域ごとに積み上げた上で、広域型施設の必要定員数と新たに整備する整備数を圏域ごとに設定し、具体的な施設整備を行うこととなっている。

老人福祉圏域内において、市区町村による的確なニーズの把握と都道府県による調整が円滑に行われることで、要介護高齢者が日常生活圏域を超えることはあるものの、住み慣れた地域に近接する地域で施設の入所等が可能となる仕組みとなっている。

この老人福祉圏域の設定状況をみると、東京都特別区では7圏域（東京都全体では13圏域）が設定されており、他の都市部6都府県の政令指定都市（横浜市・さいたま市・千葉市・名古屋市・大阪市）が1つの市で1つの圏域となっていることと比べると状況が異なっている。

東京都特別区においては、他の都市部に比べても極めて狭い面積の中に高い人口密度で密集しており、地価も高く、施設整備のための用地を確保することが非常に厳しい状況にある一方で、交通網も発達し、老人福祉圏域を超えた移動も容易となっている。全国に344ある圏域（2次医療圏ベース、平成25年）をみると、東京都特別区の合計面積（621.83km²）を上回る圏域が210あり、東京都全体の合計面積（2187.50km²）を上回る圏域も36ある。

こうした東京都の置かれた特殊事情を踏まえると、施設入所のニーズを、まずは老人福祉圏域内での調整によって受け止めるのが現行制度の仕組みではあるものの、それが困難である場合には、広域型施設の整備を老人福祉圏域内で完結させることを前提としていることの例外として、東京都内の老人福祉圏域間で整備数の調整をする方策が考えられる。

そして、老人福祉圏域間で整備数の調整を行う場合は、東京都の介護保険事業支援計画において、調整する整備数を明記するとともに、老人福祉圏域をまたいで要介護高齢者を受け入れる際には、特別養護老人ホームの入所判定に当たって、運用上、入所しやすくなるような形をとることを認めるべきである。

なお、この点、津地方裁判所は、「指定介護老人福祉施設は、正当な理由なく、指定介護福祉施設サービスの提供を拒んではならない」との省令の規定を根拠に、特別養護老人ホームの利用を特定の市区町村の住民に限定させることは介護保険法に反しているとの判決を下している（平成14年7月4日）。しかしながら、介護保険事業支援計画で明記しつつ、老人福祉圏域をまたぐ形で整

備数の調整が行われた上で、入所の際に一定程度配慮されるような運営を行うことについては、当該判決の事案のように、個別の施設が特定の地域の住民のみに入所を限定し、それ以外の住民を排除する場合とは異なり、許容されるものと考えられる。

あわせて、交通網が発達していることや狭い面積に人口が密集しているといった東京都の置かれた特殊事情を考えた場合、二次医療圏との一致を求めている老人福祉圏域の設定の方法そのものについても、検討すべきである。

以上の点に関して、他の都市部6都府県の政令指定都市（横浜市・さいたま市・千葉市・名古屋市・大阪市）は、市内、すなわち、老人福祉圏域内での施設整備が困難という状況には無いとのことであり、特に東京都において対応が求められる問題だと考えられる。

（地域コミュニティや自治体間のつながりが強い場合の事例）

東京都杉並区では、地域包括ケアの推進の観点から、在宅医療の推進、高齢者の社会参加の取組、生活サービスの充実などの取組を進めるとともに、区内での特別養護老人ホーム、認知症グループホーム、有料老人ホーム等の整備を図ってきたが、ここ数年で緊急性の高い特別養護老人ホーム入所者が増加するとともに、今後、75歳以上高齢者の増加が見込まれる中、選択肢の一つとして、静岡県南伊豆町に保有する施設の跡地を利用した保養地型特別養護老人ホームの設置を検討している。

これについては、杉並区の小学校の臨海学校や区民の保養所が南伊豆町にあり、かねてより住民同士のつながりが深く、両自治体で災害時に備えた協力協定を締結するなど、自治体間連携が進んでいることを背景に進められているものであるが、東京都と静岡県の介護保険事業支援計画において、杉並区から南伊豆町の特別養護老人ホームに入所するニーズを明記した上で調整が図られることが必要となる。

今後、特別養護老人ホームの設置に向けて、東京都・杉並区・静岡県・南伊豆町間で、より具体的な調整を進めていく中で、東日本大震災の教訓を踏まえて地震・津波等の災害への対応に万全を期すとともに、静岡県における当該地域の医療提供体制との整合性などについても検討する必要がある。

もちろん、本事例については、入居者本人の意思の尊重が大前提であり、重度の要介護状態となったら、本人の意思にかかわらず、家族や地域から切り離されて地方の施設に入所させられるといったことにはならないよう十分な配慮が求められる。

本事例と同様の取組が、都道府県をまたいで、今後実施される場合においても、まずは、関係する都道府県間において、相手自治体から自身の自治体の施設に入所するニーズを相互に把握した上で、双方の介護保険事業支援計画で明記する形で調整することが最低限必要である。さらに、要介護高齢者のこれま

での人生を顧みた際に、相手自治体の施設への入所が、本人自身の真の意向であると解釈することが合理的であると言えるだけの背景についても必要となると考えられる。この点、例えば、かねてより住民・地域コミュニティ同士のつながりが存在し、強い連携が進んでいる自治体間であったり、都道府県をまたぎ、帰郷を望む高齢者が具体的に見込まれるといった事情が存在する場合は考えられる。

他方で、地方の市町村が不特定多数の都市部からの入所を期待して特別養護老人ホーム等を整備しようとすることについては、都市部の高齢者本人の意思に反して地方の施設入所を強いる形となってしまう恐れがあることに加えて、地域包括ケアシステムの構築を進めているそれぞれの地域において把握される医療・介護サービスの需給に意図しないギャップを生じさせることにもつながりかねないことから、慎重に検討すべきである。

(3) 地方への早期からの住み替え

地域包括ケアの観点からは、要介護状態になってから移り住むよりは、健康なうちに移住し、移住先の地で社会的関係を築きながら歳を重ねていき、仮に要介護状態となった場合はその地で介護サービス等を利用していく姿がより望ましい。

地方圏への移住や、地域おこしを促進するための取組を総務省が進めており、例えば、都市圏から地方部に移住し、住民の生活支援や地域おこしの支援等の地域協力活動に従事する者を「地域おこし協力隊員」とし、こうした者に対する地方自治体の支援等に対して財政措置が行われているが、都市部には、就学期・就職期に移動してきた「団塊の世代」が多いことを考えれば、Uターン・Iターンで高齢期を地方で過ごしたいというニーズがあると思われる。

この点に関し、米国には、健康なうちに移住し、健康状態の推移に応じて、同一敷地内で移動の心配なしに暮らし続けられる地域を作っていくとする取組があるが、様々な世代が共存する地域づくりは一考に値する。地方が都市部からの移住を期待するのであれば、特別養護老人ホームのみを整備し、入所を求めていくのではなく、自立型の住まいを用意し、医療・介護サービスを届けるといった形を目指すのも一つではないかと考える。

5. 中長期的な視点に立った対策

(中長期的な視点に立った介護保険事業計画の策定)

今後、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組と、具体的な施設整備は、地方自治体の介護保険事業（支援）計画に位置づけられて、進められることとなる。このうち、地域包括ケアシステムの構築は、一朝一夕で実現できるものではなく、短期と中長期に分けて改革の実現を図っていく必要がある。

このため、まずは、2015（平成27）年度からの第6期以降の介護保険事業計画を、2025年の地域包括ケアシステムの構築を視野に入れた「地域包括ケア計画」の始まりとも言うべき、実のあるものにしていくことが必要である。

その際、2025年を見据えた対応を進めるためには、各地方自治体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、高齢者数、サービス量、給付と保険料水準等の見通しを2025年まで推計し、これを見据えた具体的な対応策を検討する必要がある。

そして、このような中長期的な視点に立った介護保険事業（支援）計画の策定を通じ、行政と地域住民が、地域の高齢化の状況を共有化し、自らの地域の将来像を考えるきっかけにすべきであるとする。

なお、都市部でも、市区町村や圏域単位ごとに状況は大きく異なり、一括りで議論すべきではないことは言うまでもない。ケアの基本単位である日常生活圏域で、社会資源も異なることから、その状況を客観的なデータに基づいて分析し、対応することが求められる。このため、厚生労働省は、地方自治体が情報を活用できるよう、介護・医療関連情報の「見える化」のシステム整備を進めるなど、地方自治体の計画策定を支援することが必要である。

（好事例の共有等）

本検討会では、地域・企業・団体の取組のヒアリングを行った。各地域には多くの好事例があり、このような取組を各地方自治体が自らの地域の状況に落とし込みながら応用していくことが、第一歩として取り組みやすい。しかしながら、好事例の蓄積と共有が図られていない状況にあることから、厚生労働省においては、単なる事例の紹介にとどまらず、プロセスやノウハウを含めた好事例集を作成し、地方自治体等に広く提供すべきである。

また、東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県の一都三県は、地理的な近接性のみならず、住民の職・住環境が密接しており、共通した課題もあることから、首都圏という範囲で継続的に連携・協議していくことが重要である。

6. おわりに

都市部の高齢化問題は、詰まるところ、日本の高齢化問題の縮図である。5回の検討会の開催で日本の高齢化問題全般を議論しきることはできないが、都市部の高齢化問題を乗り切る“糸口”は、これまで進めてきた地域包括ケアシステムの構築、すなわち、都市部においては集住といったその強みを活かした地域包括ケアシステムの構築にあるという方向性は共有化できたものと考えられる。

本とりまとめに盛り込まれたもののうち、「定期巡回・随時対応型訪問介護

看護、複合型サービス、小規模多機能型居宅介護、訪問看護といった各サービスの普及」「市区町村が主体となった在宅医療・介護連携」「サービス付き高齢者向け住宅の住所地特例」「空家を活用した低所得者向け住まいの確保・生活支援の推進」「生活支援・介護予防の基盤整備」「施設の整備手法の工夫や整備数の圏域間調整」「中長期的視点に立った介護保険事業（支援）計画の策定」は、法改正、基準等の運用面の見直し、予算の手当といった対応が必要である。

今後、この取りまとめを受けて、社会保障審議会介護保険部会や介護給付費分科会等で具体化に向けた議論が進むことを期待したい。地域包括ケアシステムの構築に“特効薬”はない。この取りまとめの中でも指摘した様々な課題を一つ一つ着実に克服するとともに、施策・地域資源を総動員して取り組んでいくことが求められている。

【都市部の高齢化対策に関する検討会 委員名簿】

| | | |
|------|--------|------------------------|
| (座長) | 大森 彌 | (東京大学名誉教授) |
| | 大杉 覚 | (首都大学東京教授) |
| | 鎌形 太郎 | (三菱総合研究所プラチナ社会研究センター長) |
| | 熊坂 義裕 | (盛岡大学栄養科学部教授、元宮古市長) |
| | 高橋 紘士 | (国際医療福祉大学大学院教授) |
| | 馬場園 明 | (九州大学大学院医学研究院教授) |
| | 藻谷 浩介 | (日本総合研究所調査部主席研究員) |
| | 山崎 敏 | (立教大学 コミュニティ福祉学部 兼任講師) |
| | 中山 政昭 | (東京都福祉保健局高齢社会対策部長) |
| | 岡田 輝彦 | (横浜市健康福祉局長) |
| | 大塔 幸重 | (さいたま市保健福祉局長) |
| | 生田 直樹 | (千葉市保健福祉局局长) ※ 第3回まで |
| | 岡部 史哉 | (千葉市保健福祉局次長) ※ 第4回から |
| | 松雄 俊憲 | (名古屋市健康福祉局高齢福祉部長) |
| | 西嶋 善親 | (大阪市福祉局長) |
| | 秋山 由美子 | (東京都世田谷区副区長) |

【開催スケジュール】

- 第1回：5月20日
委員からのプレゼンテーション
- 第2回：6月13日
委員のプレゼンテーション、有識者、地方自治体のヒアリング
- 第3回：7月23日
有識者、サービス実施団体等のヒアリング
- 第4回：8月27日
論点整理
- 第5回：9月20日
報告書とりまとめ

| | |
|-------------------------|-----|
| 社会保障審議会 介護保険部会(第50回) | 資料2 |
| 平成25年10月2日 | |

その他の検討事項について

1. 住所地特例について…………… 1
2. 介護納付金の総報酬割について…………… 14
3. 介護サービス情報の公表制度について…………… 29
4. 義務付け・枠付けの見直しについて…………… 44

1. 住所地特例について

現状・課題

- 介護保険制度においては、施設所在地の市町村に財政負担が偏ることを是正するため、被保険者が施設に転居する前の保険者が引き続き保険者となる特例制度（住所地特例制度）が設けられている。
- 制度創設時の対象は、介護保険三施設（特養、老健、介護療養）であったが、累次の改正により対象範囲が拡大され（4頁参照）、平成18年度の三位一体改革の法改正により、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム全体まで対象を拡大している。
- 一方で、平成24年の改正においては、サービス付き高齢者向け住宅の創設に伴い、有料老人ホームであつても、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない賃貸型のサービス付き高齢者住宅は住所地特例の対象外とされた。
- この点について、市町村からは、給付費の増加が懸念されることから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よう、要望がされている。

論点

- 高齢者向けの住まいの確保していくため、サービス付き高齢者向け住宅の整備を進めていくことが必要であり、このために市町村の懸念を解決していくべきではないか。
- サービス付き高齢者向け住宅が多く立地する保険者の負担を考慮し、その他の有料老人ホームとの均衡を踏まえると、サービス付き高齢者向け住宅に該当する有料老人ホームについても、住所地特例の対象としていく必要があるのではないか。
- 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。これについて、地域包括ケアの考え方に従い、住所地特例対象者に限っては、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するとともに、住所地市町村の地域支援事業の対象とし、その費用を市町村間調整することとしてはどうか。（12頁参照）

(サービスタ付き高齢者向け住宅の住所地特例)

高齢者向けの多様な「住まい」の供給を一層促進していく上で課題となっているのが、高齢者の移動による介護保険の財政の負担の在り方についてである。特に、サービスタ付き高齢者向け住宅においては、現状において、要支援・要介護の認定を受けている入居者が多い。

現在、有料老人ホームは、特定施設入居者生活介護の指定を受けている事業所か否かにかかわらず、住所地特例の対象となっている一方で、サービスタ付き高齢者向け住宅については、有料老人ホームに該当している場合であつても住所地特例の適用除外となっている。しかしながら、サービスタ付き高齢者向け住宅のうち有料老人ホームに該当するものはその94%を占め、入居者の介護ニーズもその他の有料老人ホームと似通った状況になってきていることから、立地自治体の保険財政の悪化を危惧する声があがっており、何らかの負担の調整を行う必要性が生じている。

具体的な方法としては、①サービスタ付き高齢者向け住宅を住所地特例の対象に組み入れる方法と、②保険者間の財政調整を行う仕組みを新たに作る方法が想定される。

住所地特例は、住所地の地方自治体が保険者とならないため、被保険者は要介護認定等の各種の手続きを従前の住所地にしなければならず、また、住所地のサービスタ水準に関わらず、従前の住所地の保険料を負担することになる。さらに、この制度はいわば地域包括ケアの例外となり、これまでの仕組みでは、地域住民である住所地特例の被保険者が地域密着型サービスタや地域支援事業を利用できないなどの課題がある。

一方、保険者間の財政調整を行う場合には、保険者と保険給付の実質的な負担者が一致しなくなり、給付と負担の一致という社会保険の基本的な枠組みの例外的な取扱いとなり、どのような単価や考え方に基つき財政調整を行うのかという点や、医療保険制度と整合的な対応が図られるのかといった課題がある。

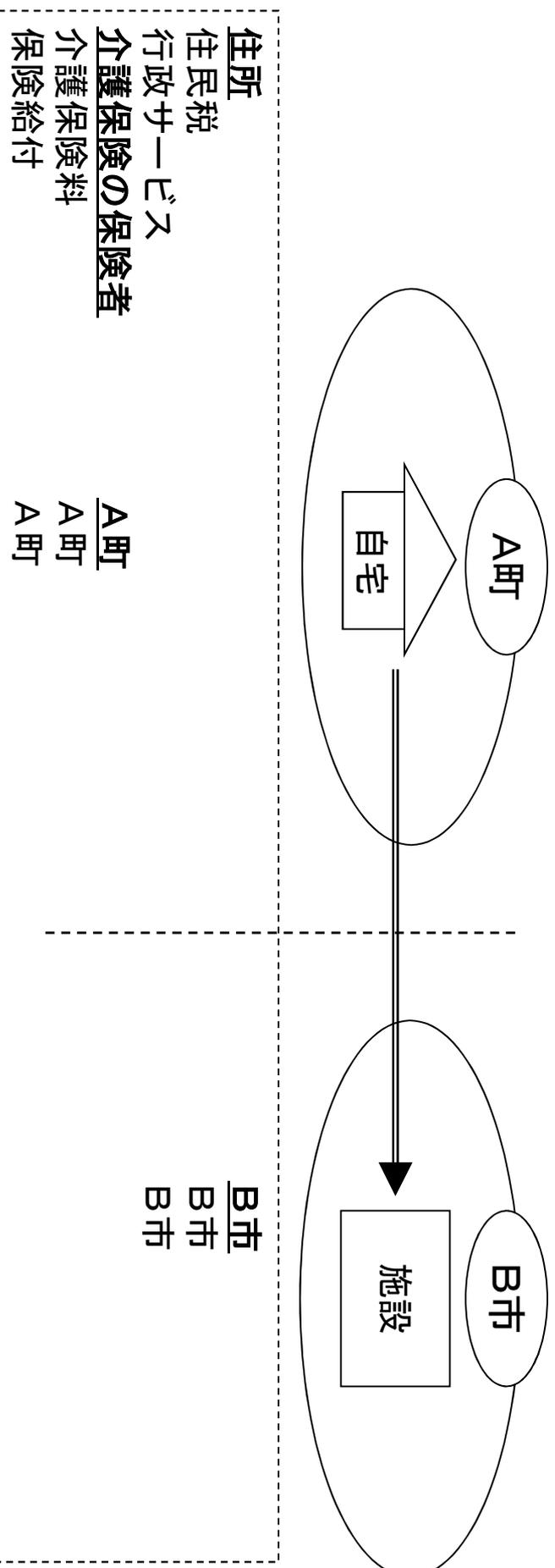
この点、制度創設時には介護保険3施設を対象としていた住所地特例の対象を平成18年度には有料老人ホーム全体にまで拡大した経緯を踏まえると、有料老人ホームのうちサービスタ付き高齢者向け住宅に該当するものに住所地特例を適用することが考えられる。この際、地域包括ケアの考え方に従い、住所地特例を適用した場合にも住所地の地域密着型サービスタや地域支援事業を使えるようにするなど課題を解決していく必要がある。

なお、医療保険の住所地特例については、介護保険の対応も踏まえ検討するとともに、入居後に75歳を迎えた場合に国民健康保険の住所地特例が後期高齢者医療に引き継がれないという問題も指摘されており、併せて検討が必要である。

住所地特例制度について

- 介護保険制度においては、各人はその住所地の市町村の被保険者となり、それぞれの地域のサービス水準に見合った当該市町村の保険料を負担するのが原則である。
- しかしながら、介護保険施設については、施設の所在する市町村の財政への配慮等の観点から、特例として、入所者は入所前の市町村の被保険者となり、入所前に住所のあった市町村が保険給付を行う仕組みを設けている。（住所地特例・介護保険法第13条）

＜例＞A町の自宅に住んでいた高齢者がB市の介護保険施設に入所する場合



→ B市の住民であるが、介護保険に関してのみA町の被保険者となる。
(A町が定める保険料を支払い、保険給付もA町から受ける)

○ 住所地特例対象施設について

(参考) 施設等の総利用者数・戸数

住所地特例対象被保険者数：11.2万人（平成23年度末）

- (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
 - ※ただし、有料老人ホームであって、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない賃貸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

| | |
|---------------|------------|
| 特別養護老人ホーム | 48万人(利用者) |
| 老人保健施設 | 35万人(利用者) |
| 介護療養型医療施設 | 7.2万人(利用者) |
| 有料老人ホーム | 31.6万人(定員) |
| サービス付き高齢者向け住宅 | 12.2万戸(戸数) |
| 軽費老人ホーム | 8.1万人(定員) |
| 養護老人ホーム | 6.5万人(定員) |

○ 対象範囲の見直しの経緯

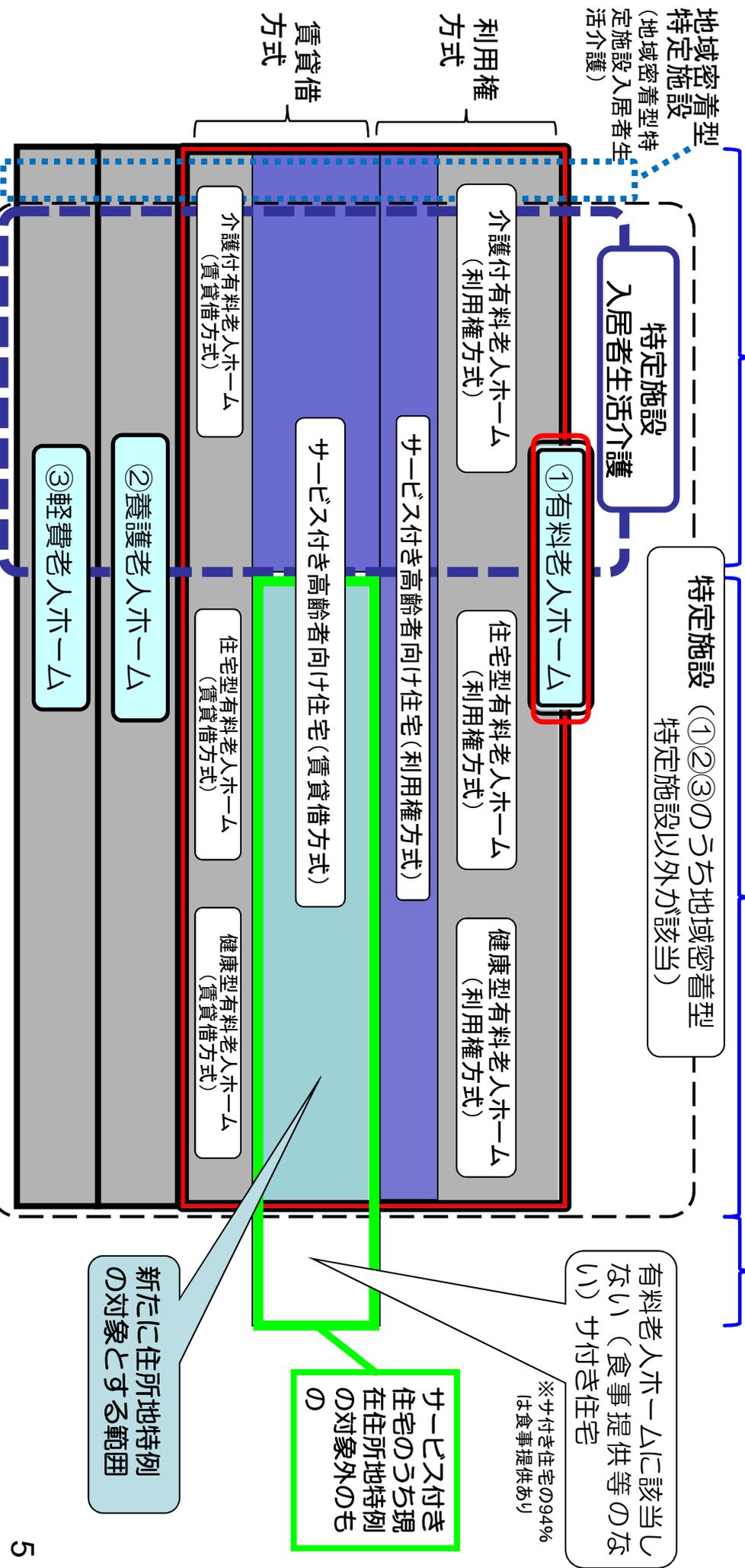
| 対象施設 | |
|--|--|
| 制度創設時 | ・介護保険施設(特養、老健、介護療養病床)のみ。 |
| H17年改正後 (平成17年6月29日公布) (平成18年4月1日施行) | (介護保険施設以外に次のものを追加) ・介護専用型特定施設のうち入所定員30人以上であるもの ・ <u>養護老人ホーム</u> |
| H18年改正(三位一体改革)後 (平成18年3月31日公布) (平成18年4月1日施行) | (特定施設部分の対象拡大) ・ <u>特定施設(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、適合高専賃)</u> |
| H23年改正後 (平成23年6月22日公布) (平成24年4月1日施行) | (特定施設部分の改正) ・特定施設(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方式のサービス付き高齢者向け住宅を除く。)、養護老人ホーム、軽費老人ホーム) |

サービス付き高齢者住宅への住所地特例の適用(案)

○有料老人ホームなどの特定施設は、住所地特例の対象となるが、例外として、サービス付き高齢者向け住宅のうち「賃貸借方式のもの」でかつ「特定施設入居者生活介護を提供していないもの」は、特定施設に該当しても、住所地特例の対象外となっている。(※サ付き住宅のうち特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設は5%に留まっており、また、全体の88%は賃貸借契約のため、その太宗が住所地特例の対象外となっている。)

○その他の有料老人ホームとの均衡を踏まえると、サービス付き高齢者向け住宅のうち、有料老人ホームに該当するものについては、住所地特例を適用することとしてはどうか。

介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を提供
 介護、食事の提供、洗濯、掃除等の家事、健康管理の少なくともいずれかを提供
 安否確認、生活相談サービスの提供



有料老人ホームに該当しない(食事提供等のない)サ付き住宅

※サ付き住宅の94%は食事提供あり

サービス付き住宅のうち現在住所地特例の対象外のもの

新たに住所地特例の対象とする範囲

(参考) サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

高齢者の居住の安定確保に関する法律 (改正法：公布 H23.4.28 / 施行H23.10.20)

1. 登録基準

(※有料老人ホームも登録可)

登録戸数：122,086戸
(平成25年8月31日現在)

《ハード》

- ・床面積は原則25㎡以上
- ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
- ・バリアフリー (廊下幅、段差解消、手すり設置)

《サービス》

- ・サービスを提供すること (少なくとも**安否確認・生活相談サービス**を提供)
- [サービスの例：食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]

《契約内容》

- ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
- ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
- ・前払金に関して入居者保護が図られていること (初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け)

2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

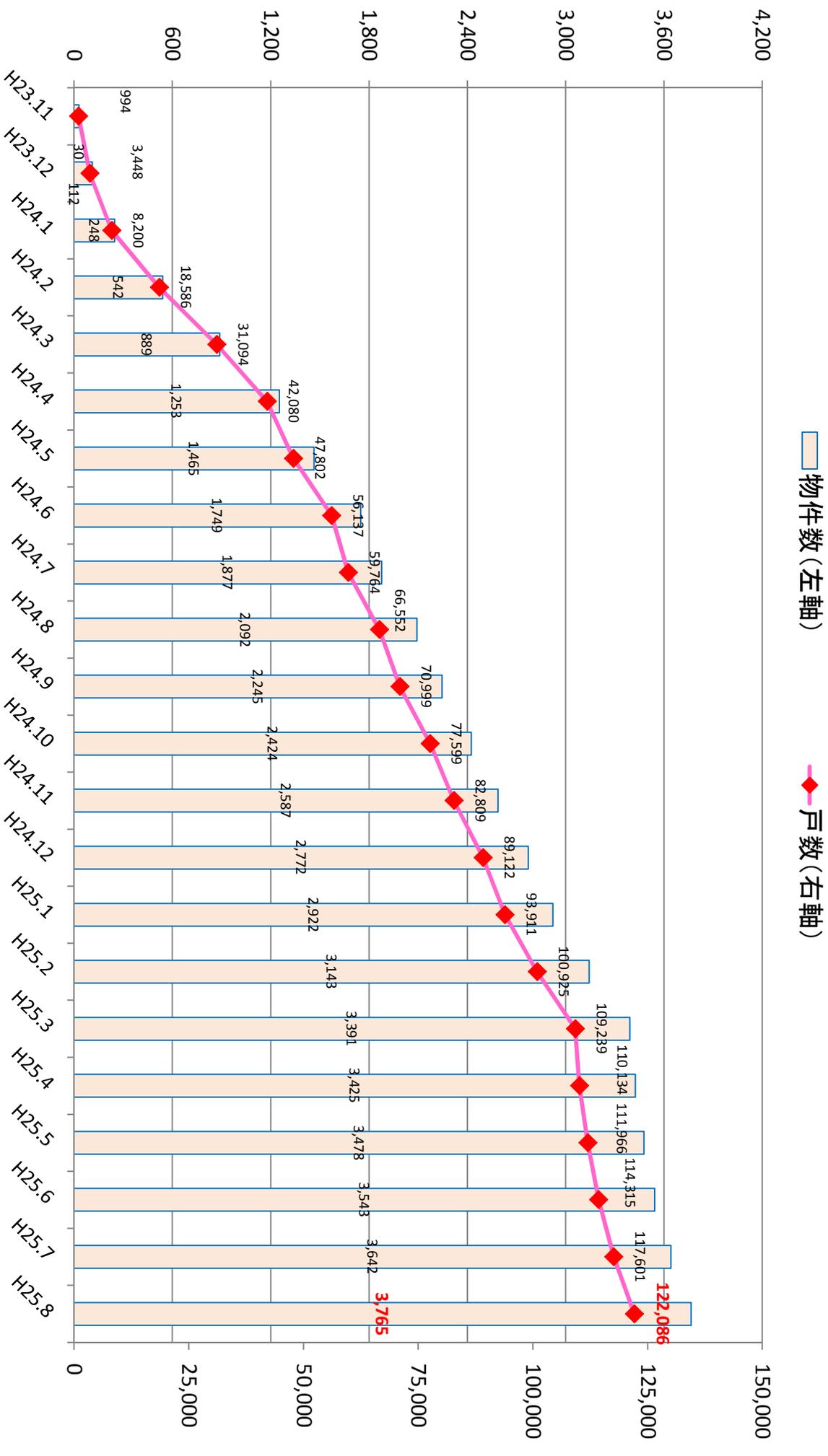
3. 行政による指導監督

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し



(参考) サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移

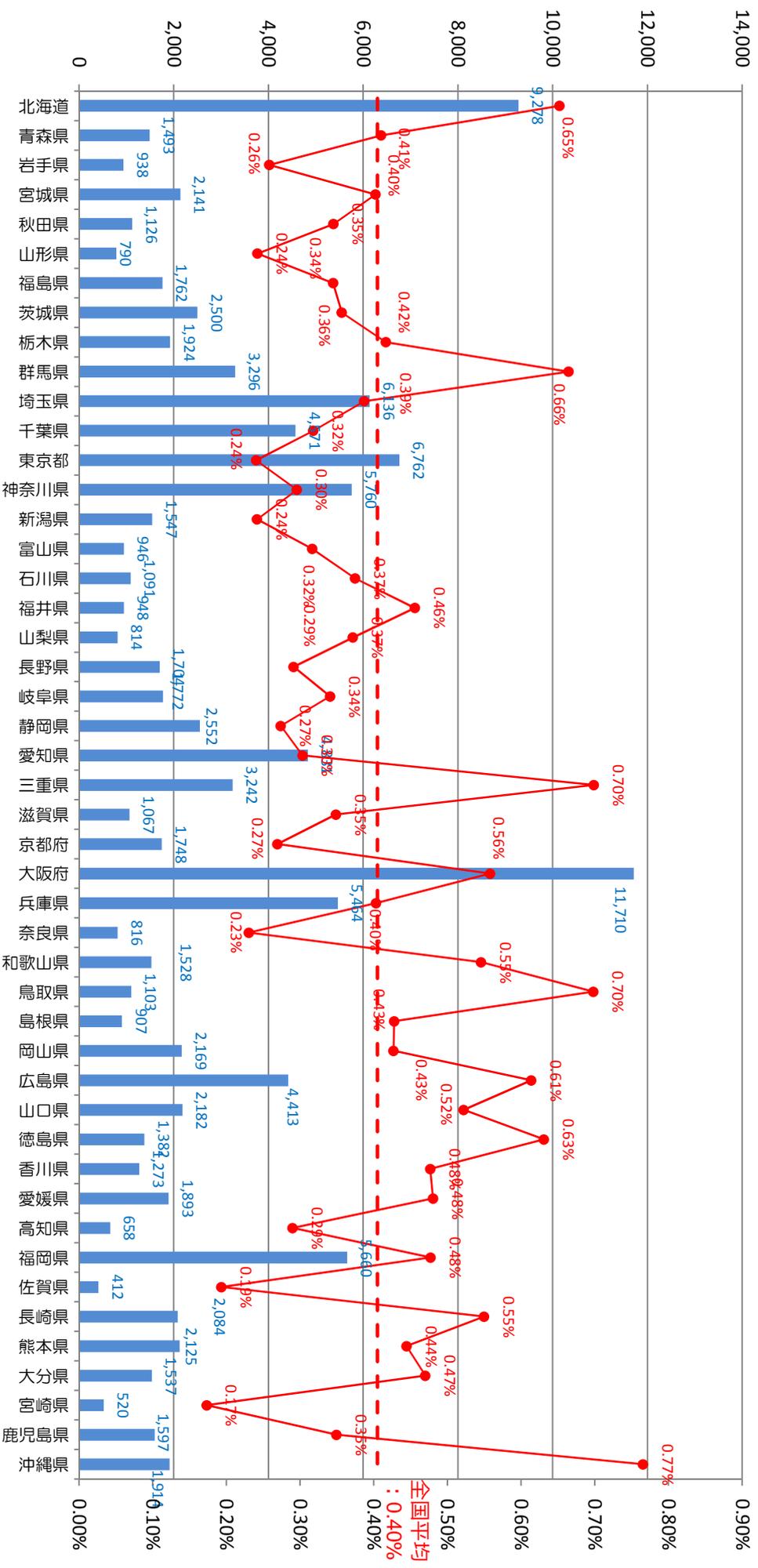
平成25年8月31日時点



(参考) サービス付き高齢者向け住宅の登録状況 (都道府県別)

- 登録戸数が多いのは三大都市圏。それ以外の地域では、北海道・広島県・福岡県において突出している。
- 65歳以上の高齢者人口に対する住宅の供給割合は、東北地方・首都圏において全国平均を下回る傾向が見られる。

(単位：戸)

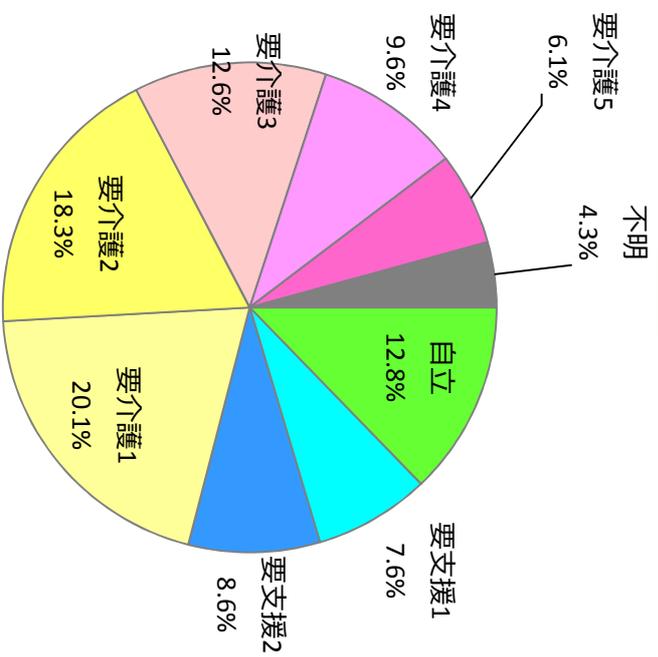


H25年8月31日時点
(全国合計：122,086戸)

(参考) サービス付き高齢者向け住宅の入居者(平成24年8月)

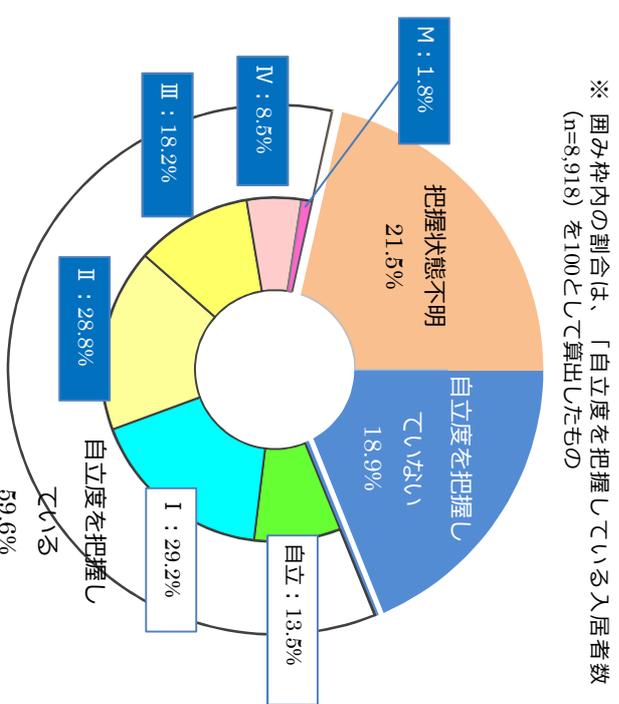
- 入居者の要介護度等の範囲は『自立』も含めて幅広いが、比較的、『要支援』『要介護1・2』の入居者が多く、全体としての**平均要介護度は1.8**となっている。
- 一方で、開設からの期間が比較的短い住宅も多し中、『要介護4・5』の入居者も相当数認められることから、制度上は同じ「サービス付き高齢者向け住宅」であっても、**個別の住宅によって機能が多様化**しているものと考えられる。
- 認知症高齢者の日常生活自立度については、**『自立』『I』で約4割**を占めている。ただし、アンケート上、入居者の日常生活自立度を把握していない事業者等が約4割ある。

【要介護度等】(平均要介護度:1.8)



※入居者数(n=16,467)

【日常生活自立度】



※ 囲み枠内の割合は、「自立度を把握している入居者数(n=8,918)」を100として算出したもの

※入居者数(n=14,964)

※平成24年8月31日時点(厚生労働省調べ)

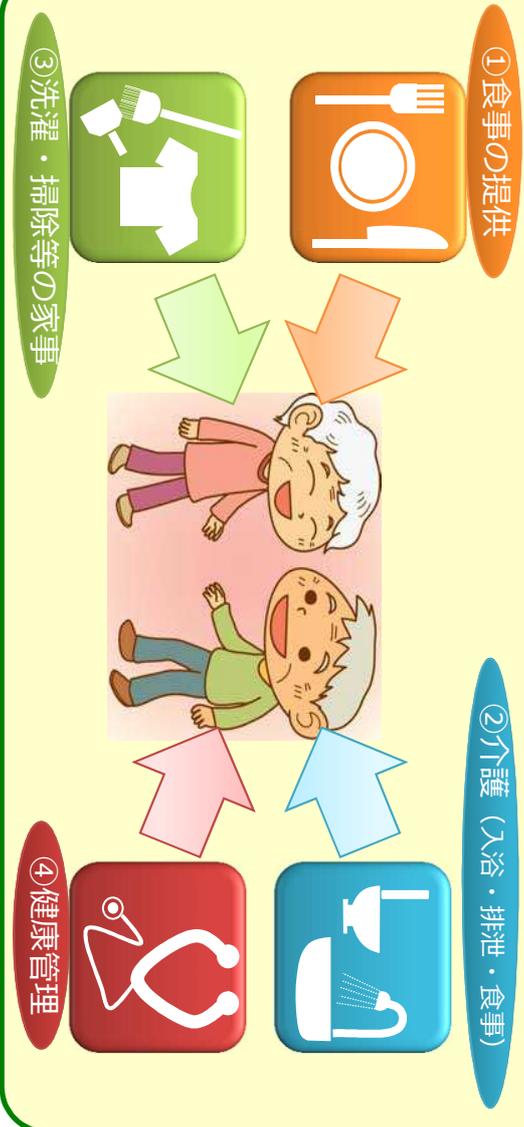
(参考) 有料老人ホームの概要

1. 制度の目的

- 老人福祉法第29条第1項の規定に基づき、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置として設けられている制度。
- 設置に当たっては都道府県知事等への届出が必要。なお、設置主体は問わない（株式会社、社会福祉法人等）。

2. 有料老人ホームの定義

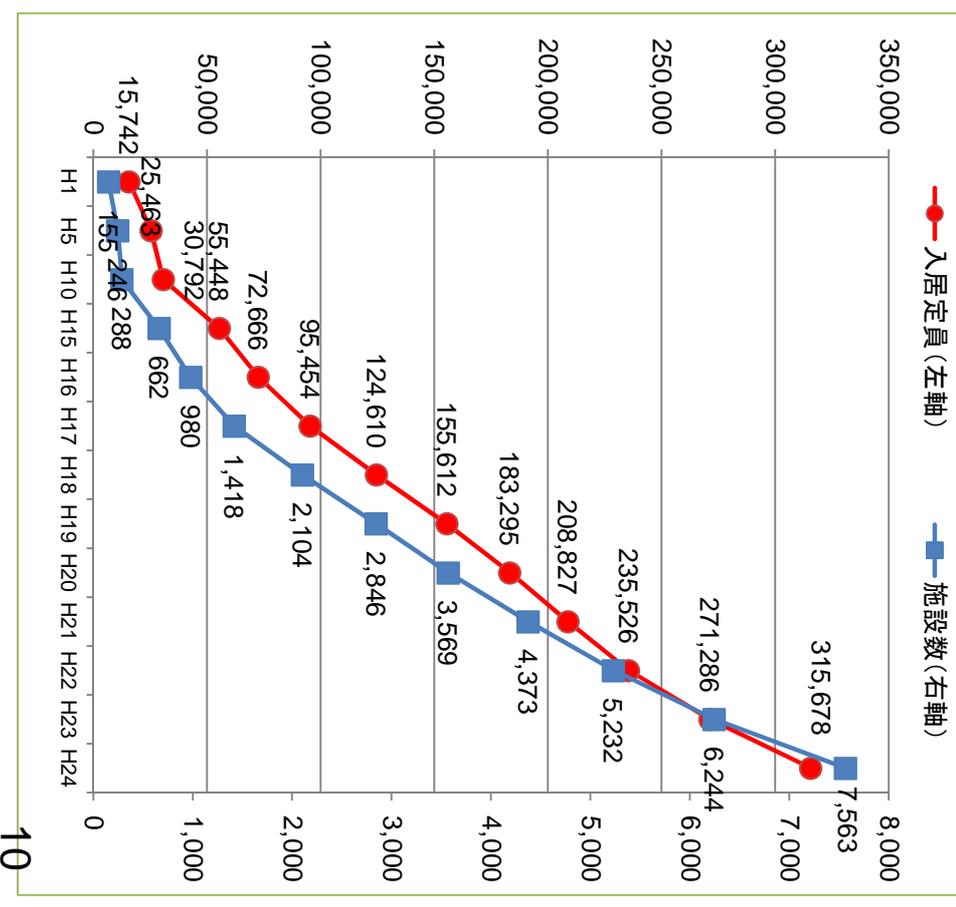
- 老人を入居させ、以下の①～④のサービスのうち、いずれかのサービス（複数も可）を提供している施設。



3. 提供する介護保険サービス

- 介護保険制度における「特定施設入居者生活介護」として、介護保険の給付対象に位置付けられている。ただし、設置の際の届出とは別に、一定の基準を満たした上で、都道府県知事の指定を受けなければならない。

有料老人ホーム数の推移

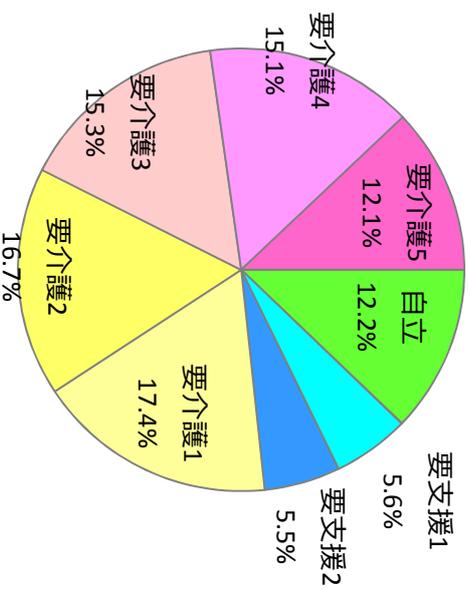


※ 法令上の基準はないが、自治体の指導指針の標準モデルである「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」では居室面積等の基準を定めている(例：個室で1人あたり13㎡以上等)

(参考)有料老人ホームの入居者(平成24年7月)

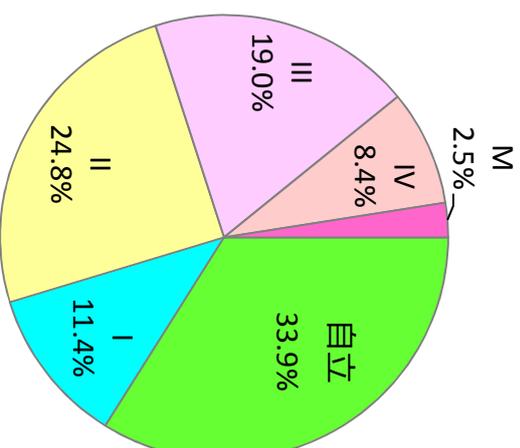
- 入居者の要介護度等の範囲は『自立』も含めて幅広いが、『要介護1』から『要介護5』まで、いずれの階層もほぼ同じ割合であり、全体としての平均要介護度は2.2となっている。
- 認知症高齢者の日常生活自立度については、『自立Ⅰ』で約45%を占めている。ただし、アンケート上、入居者の日常生活自立度を把握していない事業者や無回答が約4割ある。
- 入居者の年齢については、80代が最も多く、平均年齢は84.0歳である。

【要介護度等】
(平均要介護度:2.2)



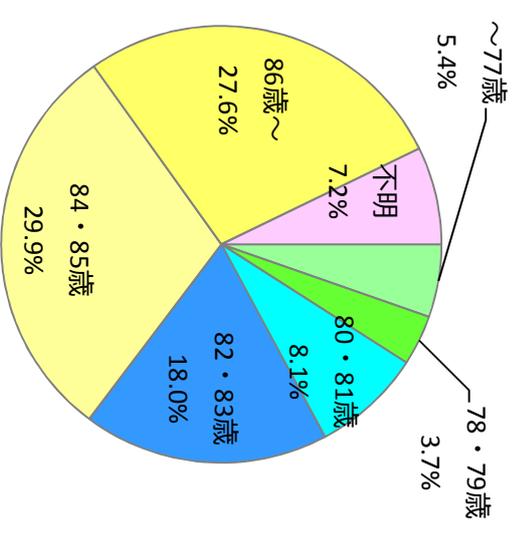
※入居者数(n=175,494)
※経過的要介護(0.1%)は要介護2と合算

【日常生活自立度】



※入居者数(n=54,767)
※なお、入居者の日常生活自立度は把握していないというホームが12%、無回答のホームが24%(ホーム数n=1,858)

【年齢】
(平均年齢:84.0歳)

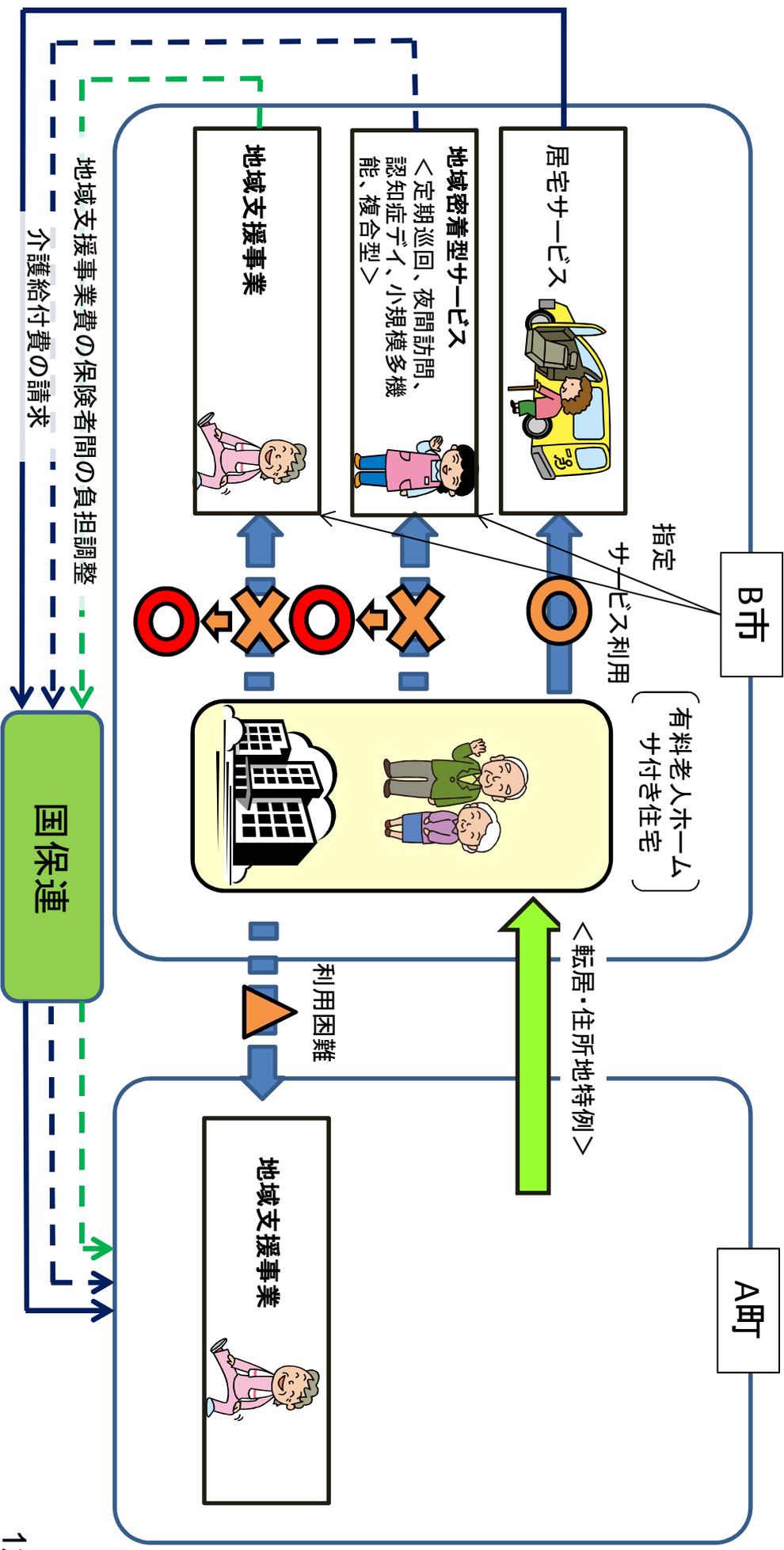


※ホーム件数(n=4,788)

※平成24年7月1日時点(厚生労働省調べ)

地域密着型サービスと地域支援事業利用の見直し（案）

- 住所地利例の対象者は、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つた。
 - 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、住所地利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枠組み（※）を設ける。
- ※ 費用負担について、保険者間で国保連を通じ調整。調整に係る単価は全国で被保険者の状態に応じて設定することを検討。

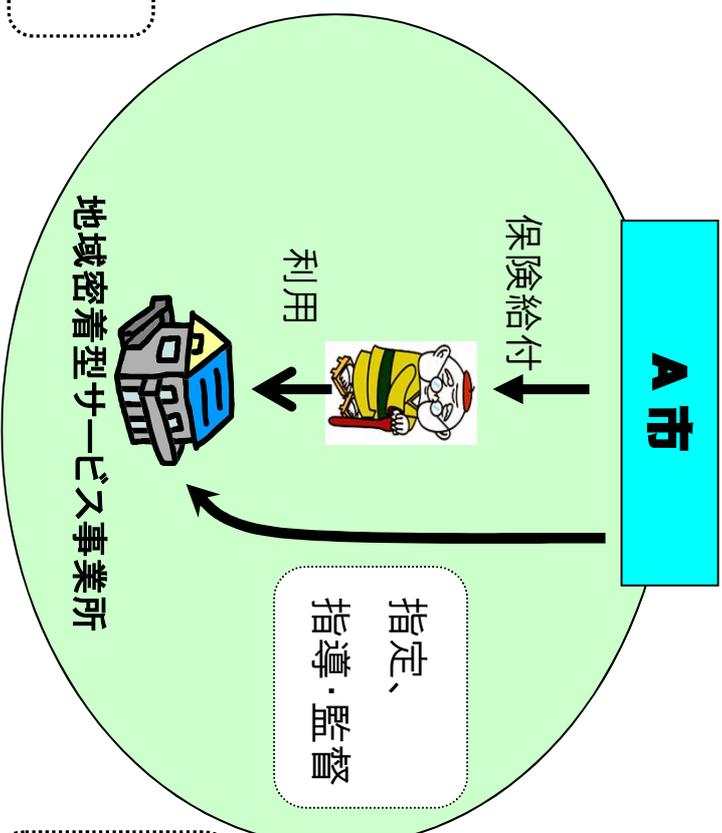


(参考) 地域密着型サービスの概要

平成17年介護保険制度改革により、要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるため、身近な市町村で提供されることが適当なサービス類型（**地域密着型サービス**）を創設した。

1: A市の住民のみが利用可能

- 市町村が指定権限を持つ
- その市町村の住民のみがサービス利用可能(A市の同意を得た上で他の市町村が指定すれば、他の市町村の住民が利用することも可能)



2: 地域単位で適正なサービス基盤整備

市町村(それをさらに細かく分けた圏域)単位で必要整備量を定めることで、地域のニーズに応じたバランスの取れた整備を促進

4: 公平・公正透明な仕組み

指定(拒否)、指定基準、報酬設定には、地域住民、高齢者、経営者、保健・医療・福祉関係者等が関与

3: 地域の実情に応じた指定基準、介護報酬の設定

【地域密着型サービスの種類】

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 地域密着型特定施設入居者生活介護

- 認知症対応型通所介護(認知症デイ)
- 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 複合型サービス

2. 介護納付金の総報酬割について

現状・課題

- 介護保険財政は、保険料と公費で50%ずつ分担する仕組みであり、保険料については1号被保険者と2号被保険者の間で人口比率により按分するという考えにより、介護給付費全体の29%に相当する額を2号被保険者全体で負担することとしている。
- その負担は、介護給付費・地域支援事業納付金（以下「介護納付金」という。）として各医療保険者に賦課されており、その額は、各医療保険者に加わっている第2号被保険者の人数に応じて按分している。各医療保険者は、各医療保険制度のルールに従って医療保険料と共に被保険者から介護保険料を徴収し、納付金として納付している。
- 介護保険制度における第2号被保険者の負担は、本人の要介護状態のリスクに備えるとともに、世代間扶養的な性格を有している。
- 高齢化に伴い介護給付費が伸びる中で、2号被保険者一人当たりの負担も高まっている。
- 主として中小企業の被用者が加入する協会けんぽと健保組合・共済組合の負担能力（総報酬額）の差は拡大している。

論点

- 介護保険制度創設後、被用者保険の保険者間の財政力の格差は広がっており、年々介護費用が増加し、今後さらに負担が大きくなることが見込まれる中で、2号被保険者の中でも負担の応能性を可能な限り高めていく必要があるのではないか。
- こうした点を踏まえ、介護保険制度の持続可能性を高めていくために、国民全体で高齢者の介護を支えるという制度の基本的な性格を維持しつつ、可能な範囲で2号被保険者の負担の応能化を図っていくことを検討すべきではないか。
- なお、受益の有無と応能負担とするかどうかは直接関連するものではないが、2号被保険者も親の介護において介護保険サービスを利用する可能性があり、また制度の発展に伴う介護サービスの普及により子どもである2号被保険者世代も負担の軽減が図られ、直接サービスを利用しない2号被保険者にも一定の受益があると言えるのではないか。
- 具体的には、被用者保険に係る介護納付金について、保険者の総報酬額に応じたものとする（総報酬割の導入）を、現在暫定的にその1/3について総報酬割を実施している後期高齢者医療制度における検討を踏まえつつ検討していくべきではないか。

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

4 介護保険制度改革

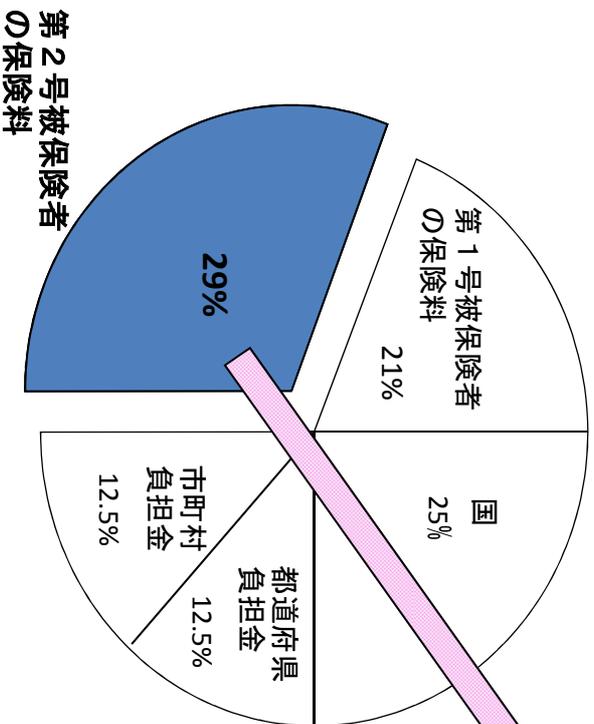
第2号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金については、現在、第2号被保険者の人数に応じたものになっており、負担の公平化の観点から、被用者保険について、被保険者の総報酬額に応じたものとしていくべきであるが、後期高齢者支援金の全面総報酬割の状況も踏まえつつ検討すべきである。

介護納付金の総報酬割

- 40～64歳が負担する保険料については、その加入する医療保険の加入者数である第2号被保険者の人数に応じて負担する介護納付金の額が決められる仕組みとなっている。
- 介護納付金の総報酬割は、これを、被用者保険(協会けんぽ、健保組合、共済組合)間では報酬額に比例した負担にする仕組み。

【介護納付金の仕組み】

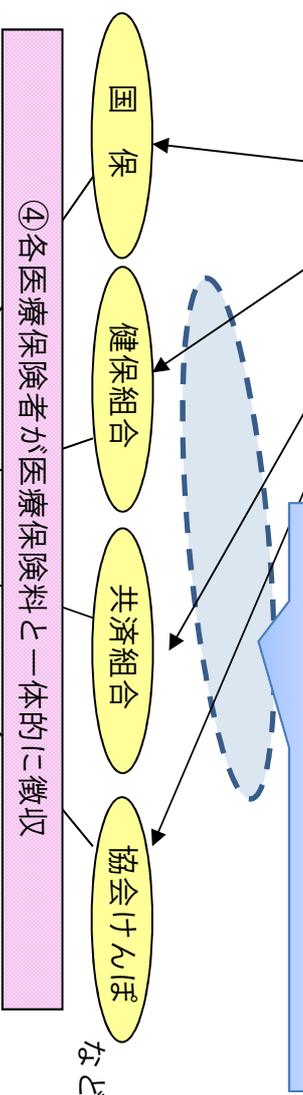
① 第2号被保険者（40～64歳）は給付費の29%を負担



② 第2号被保険者一人あたりの保険料額を計算
 $(\text{介護給付費の29\%} \div \text{第2号被保険者数} = \text{第2号被保険者1人あたり保険料額})$

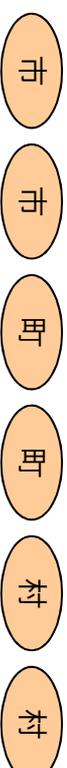
③ 被保険者数に応じて負担

被用者保険間では報酬額に比例して負担する仕組みに改める = **総報酬割**



⑤ 社会保険診療報酬支払基金に納付

⑥ 各市町村に交付（各市町村の介護給付費の29%分）



(参考) 協会けんぽと健保組合における介護保険料率の比較

| | 平成25年度介護保険料率 |
|-------|--------------|
| 協会けんぽ | 1.55% |
| 健保組合 | 1.354% |

※健保組合については、予算早期集計において報告のあった組合（1393組合）ベースの速報値

介護納付金の総報酬割導入を巡る意見

| | 積極論から | 消極論から |
|-----------------------------|---|--|
| <p>2号保険料での 応能負担の必要性</p> | <ul style="list-style-type: none"> 制度創設当初は加入者割が適当であったが、その後の被用者保険の保険者間の財政力差の拡大や今後の介護保険料負担の増大を踏まえれば、2号被保険者の中でも負担の応能性を可能な限り高めていく必要がある。 | <ul style="list-style-type: none"> 今後高齢化の進展で介護給付が増加し、保険料負担も上がっていく中での総報酬割の導入は、財源確保の辻褃合わせのためではないか。 |
| <p>加入者割と応能割</p> | <ul style="list-style-type: none"> 共済・健保組合と協会けんぽの間には保険料率の格差があり、社会連帯の考え方から負担能力に依りて公平に負担するべきである。 | <ul style="list-style-type: none"> 現行法では加入者割となっていることを踏まえるべきである。 |
| <p>2号被保険者の受益</p> | <ul style="list-style-type: none"> 2号被保険者も親の介護において介護保険サービスを利用する可能性があり、また制度の発展に伴う介護サービスの普及により子どもでもある2号被保険者世代も負担の軽減が図られ、間接的に保険給付の恩恵を受けている。 | <ul style="list-style-type: none"> 第2号被保険者は要介護認定による被保険利益をほとんど受けない中で保険料を負担するのだから、頭割りで一人ひとりが公平に負担するべきである。 |
| <p>被保険者間の 所得格差の拡大</p> | <ul style="list-style-type: none"> 若年者の負担に関する問題は若年者間の負担調整によって、国庫負担にできるだけ依存しない形を目指すべきである。 | <ul style="list-style-type: none"> 所得格差が拡大するということであれば総報酬の導入ではなく、協会けんぽへの国庫補助の引上げで対応するべきである。 |
| <p>優先順位</p> | <ul style="list-style-type: none"> 将来の負担の増大を踏まえれば、給付の重点化など費用の伸びの抑制も図りつつ、負担の公平も考えるべきである。 | <ul style="list-style-type: none"> 給付の重点化など費用の伸びの抑制を優先するべきである。 |

「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関するこれまでの議論の整理」 (社会保障審議会介護保険部会 平成23年11月30日)

(介護納付金の総報酬割導入)

○ 事務局からは、現在の40～64歳が負担する第2号保険料は、その加入する医療保険の加入者数に応じて負担する介護納付金の額が決められているため、2号被保険者1人当たりの報酬額の高い医療保険者は低い保険者と比較して、報酬額に対する介護保険料の割合が低率となっているとの説明とともに、今後高齢化の進行に伴って増加する介護費用を公平に負担する観点から、応能負担の要素を強化し、介護納付金の負担を加入者の報酬に応じたもの（総報酬割の導入）とすることが必要ではないかとの問題提起があった。

○ これに対し、負担能力に差のある共済・健保組合と協会けんぽの間の負担の公平化を図り、制度の持続可能性を確保すべきであること、介護給付との結びつきが薄い2号被保険者に多額の保険料を課することへの疑問が呈されているが、家族の介護負担の軽減という恩恵は受けているので、やはり負担の応能性を高める観点から導入すべきであること、予防効果のある給付に重点を置いていくことや所得の高い高齢者の利用者負担の引上げと併せて負担に理解を得られないかということ、若年世代間の負担の公平化は、国庫負担にできるだけ依存しない形を目指し、2号被保険者の間でその負担をよりよく分かち合う仕組みとすべきであること、
介護報酬の地域区分の見直しと併せて相対的に所得の高い都市部の2号被保険者に負担能力に応じた負担を求めることは合理的と考えられること
など、負担の応能性を高めることが公平性を高めるとの立場や処遇改善の財源確保により介護サービスの円滑な提供を確保すべきとの立場から賛成する意見が多く見られた。

○ 一方、制度発足時に社会的扶養の側面も有する現役世代についての費用負担のあり方を加入者割とした考え方を尊重すべきであること、総報酬割はこの考え方を根本から変えるものであり、給付と負担のあり方について十分な議論が必要であること、
総報酬割の導入は応能性の強化というものの、介護職員の処遇改善の財源確保の辻褄合わせに他ならず、その前に給付の重点化、費用の伸びの抑制に注力すべきであること、
経済全体で賃金水準が低下している中で、拡大を続ける介護分野に対する処遇改善の原資を総報酬割の導入で得られる財源を転用して賄えば、他の産業から追加的な負担を求めることになること、
第2号被保険者は介護給付を受けることが極めて希であるにもかかわらず、総報酬割で重い負担を強いられるものが発生することに事業主や被保険者の理解は得られないこと
など、社会保障負担の増加する現役世代の保険料負担とこれに伴う雇用への影響に配慮すべきとの立場から、強い反対意見があった。

(参考) 二号被保険者の保険料負担の考え方

【平成9年2月28日 衆・厚生委員会】

○児玉委員

この法律は、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、」云々というふうに出していますね。65歳とわざわざ無理やり線を引くのはなぜですか。

○江利川政府委員

この第一条の書き方は、一号被保険者と二号被保険者に共通する給付事由は何かということを書いてあるわけでございます。二号被保険者につきましては、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態」になるのが給付事由になっている、そして、65歳以上の人は、そういう原因を問わずすべてになっていることでございます。今回の法律におきましては、65歳以上の人は、介護は高齢者の加齢に伴って實際上多く発生しているわけでございますので、そういう状況のものをまず対象として、そういうものに対するサービスを考え、そして、同じような状態が年若くして起こったような場合にはそれを対象にすることで、二号被保険者はそういうものになっているわけでございます。なお、二号被保険者の保険料負担は、本人の要介護リスクに備えるということだけではなくて、その人たちの親の世代の方も要介護状態になるだろうという意味で、世代間扶養的な意味合いも含めた負担をお願いしているということになっております。

＜参考：介護保険制度創設時の介護納付金の考え方＞

○ 医療保険者による共同事業としての性格を持つ老人保健事業、被用者OBの医療費を被用者保険の保険者が負担する退職者医療制度に対して、介護保険については、介護保険2号被保険者が自らの保険料を負担しており、これらの制度と性格を異にしている。このため、これらの制度の保険者の負担が「拠出金」とされている一方で、介護保険制度においては、他制度に対する「納付」という意味で「納付金」という名称とされている。

○ 拠出金の算出に当たっては、老人保健制度においては各保険者の老人医療費の水準、退職者医療制度においては各保険者の財政力といったように、保険者毎の指標が用いられていた。一方、介護納付金については、全国一律の負担とし、被保険者一人当たりの基準額に当該保険者における2号被保険者数を乗じて算出している。

○ 後期高齢者医療制度における後期高齢者支援金については、介護納付金と類似した算出方法を採っている。

※ 現在、暫定的にその1/3を被用者保険の保険者についてその総報酬に応じたものとする措置が講じられている(P28参照)

【老健拠出金】

$$\text{各保険者の拠出金額} = \text{当該保険者の老人医療費} \times \frac{\text{老人加入率の全国平均}}{\text{当該保険者の老人加入率}} \times (1 - \text{公費負担割合})$$

【療養給付費等拠出金(退職者医療)】

$$\text{各保険者の拠出金額} = \text{当該保険者の標準報酬総額} \times \frac{\text{各市町村における拠出対象額(※)の合計額}}{\text{被用者保険全保険者の標準報酬総額}}$$

※ 拠出対象額＝被用者OBの医療費－被用者OBの国保保険料・自己負担＋被用者OBに係る老健拠出金額

【介護納付金】

$$\text{各保険者の納付金額} = \frac{\text{すべての市町村の医療保険納付対象額} + \text{介護予防事業等医療保険納付対象額} \times \text{各保険者の第2号被保険者の総数}}{\text{各保険者の第2号被保険者の総数}} \times \text{当該保険者の第2号被保険者数}$$

※ 保険給付費と介護予防事業等に要する費用に2号保険料の負担率(29%)を乗じたもの

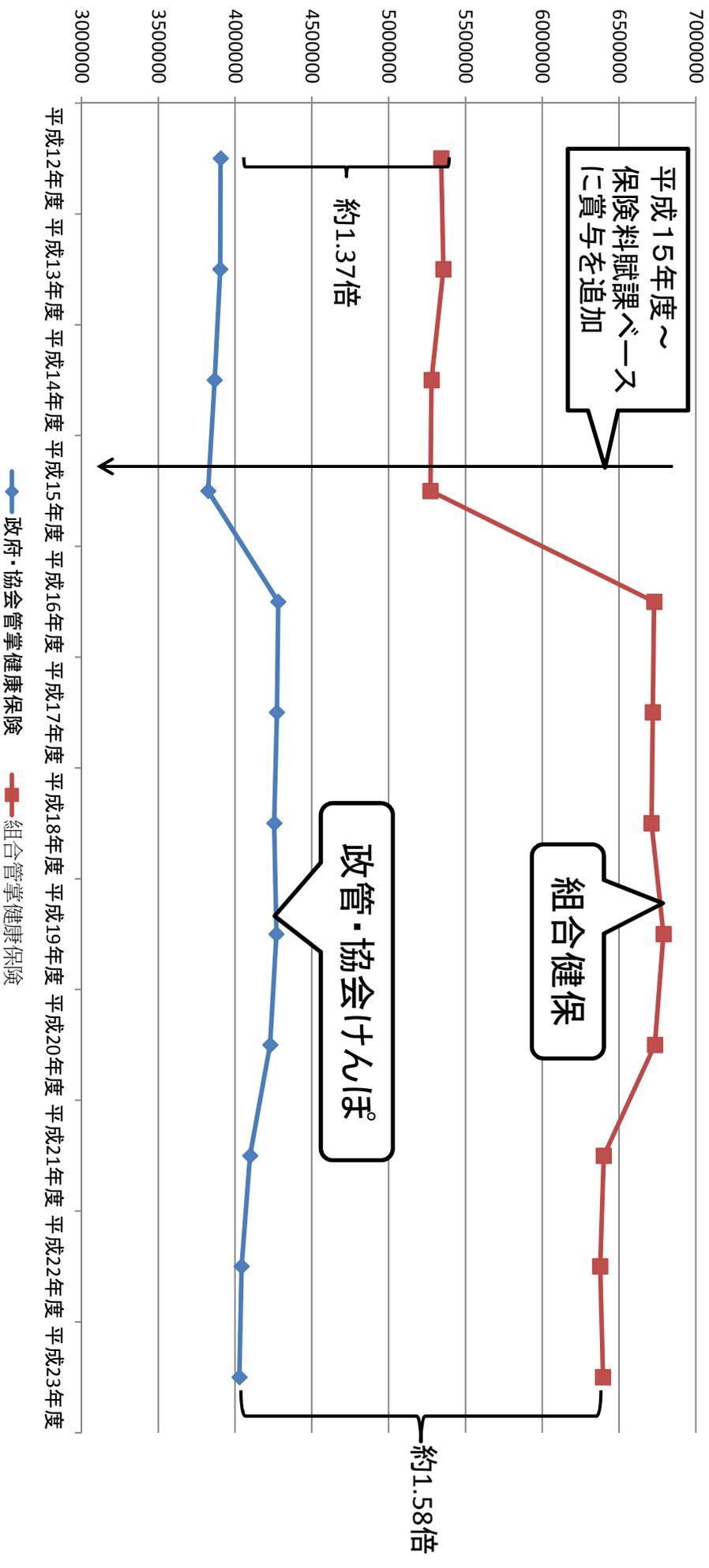
【後期高齢者支援金】

$$\text{各保険者の支援金額} = \frac{\text{すべての広域連合の} \text{ 保険納付対象額の総額} \times \text{ 当該保険者の加入者数}}{\text{すべての保険者の加入者数}}$$

※ 保険納付対象額：後期高齢者の医療給付費×(1－公費負担割合－後期高齢者の負担率)

(参考) 協会けんぽと組合健保の平均年間報酬額の推移

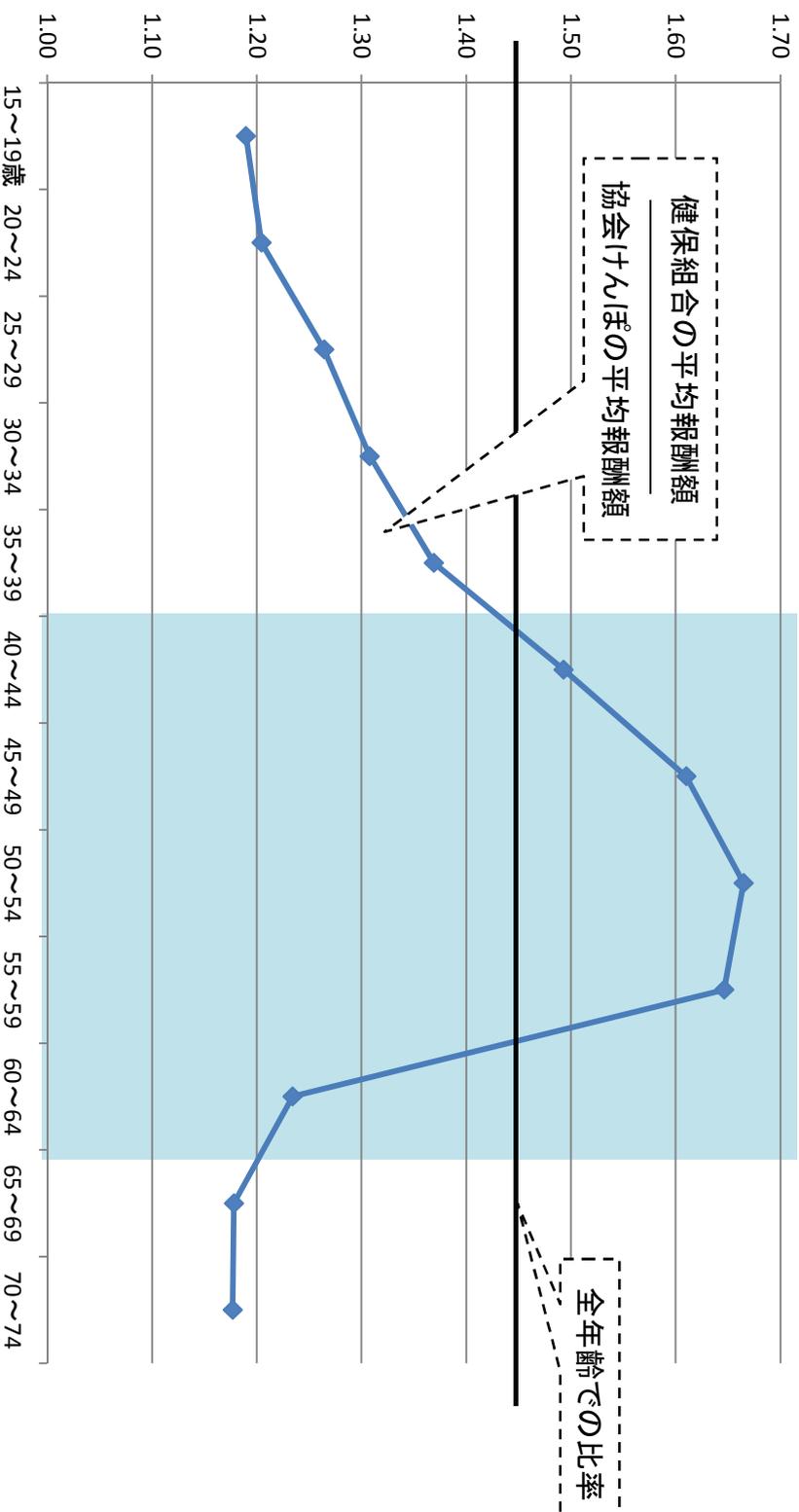
平成15年度から、保険料賦課ベースに賞与が追加されたことから、協会けんぽと組合健保の平均年間報酬額の差が大きくなっている。



(注1) それぞれ介護保険第2号被保険者のみの平均値である。(注2) 月額額は年度の平均値を用いている。(注3) 賞与は被保険者一人当たりの年間賞与額である。

(参考) 協会けんぽと組合健保の年齢別平均報酬の比率

協会けんぽと健保組合の年齢別平均報酬総額を比較すると、介護保険第2号被保険者に該当する年齢層(40～64歳)で特に差が大きくなっている。



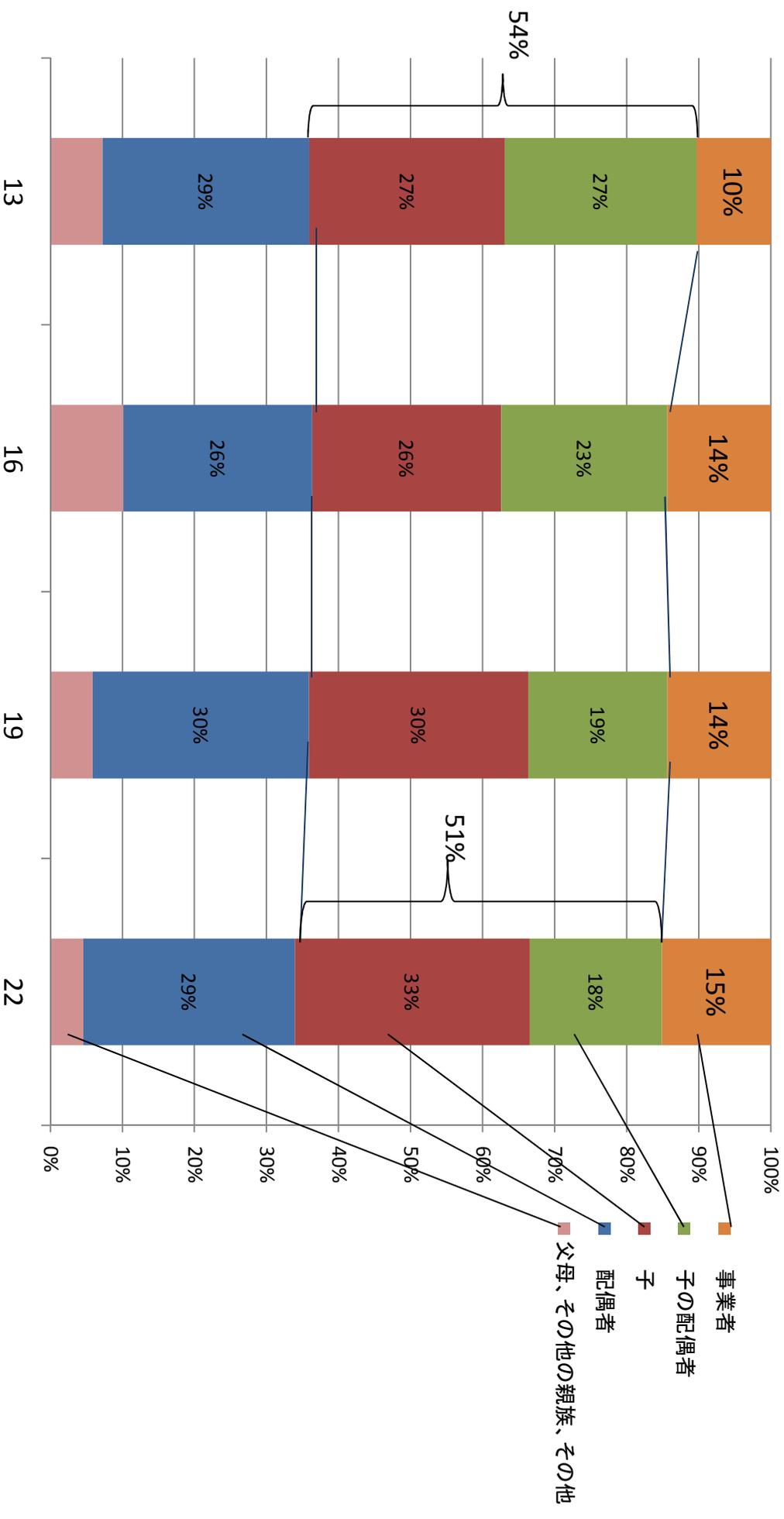
(注) 健康保険被保険者実態調査(平成23年)より作成

(参考)1号保険料と2号保険料の推移

| | | 第1号保険料(65歳～) の1人当たり月額 (基準額の全国平均) | 第2号保険料(40歳～64歳)の 1人当たり月額 (事業主負担分、公費分を含む) |
|-----|--------|--|--|
| 第1期 | 平成12年度 | 2,911円 | 2,075円 |
| | 平成13年度 | | 2,647円 |
| | 平成14年度 | | 3,008円 |
| 第2期 | 平成15年度 | 3,293円 | 3,196円 |
| | 平成16年度 | | 3,474円 |
| | 平成17年度 | | 3,618円 |
| 第3期 | 平成18年度 | 4,090円 | 3,595円 |
| | 平成19年度 | | 3,777円 |
| | 平成20年度 | | 3,944円 |
| 第4期 | 平成21年度 | 4,160円 | 4,093円 |
| | 平成22年度 | | 4,289円 |
| | 平成23年度 | | 4,463円 |
| 第5期 | 平成24年度 | 4,972円 | 4,697円(概算) |
| | 平成25年度 | | 4,966円(概算) |
| | 平成26年度 | | |

(参考) 介護を要する者と主な介護者の続柄の変化

介護保険制度創設以来、主な介護者として「事業者」が増加してきており、特に「子の配偶者」の割合が低下することにより、子ども世代が主な介護者となる割合は低下している。



出典：国民生活基礎調査(平成13、16、19、22年)から作成

(参考)介護納付金に総報酬割を導入した場合の負担の変化 (現行制度における第2号被保険者一人当たりで見えた負担額と報酬額の比較)

○ 健保組合・協会けんぽ・共済組合の比較

| 現行 | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------------|
| 健保組合 (全組合(1,443組合)平均) | 第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (A) | 第2号被保険者一人当たり報酬額 (月額) (B) | (A)×12 / (B) |
| 協会けんぽ ()は国庫補助がない場合の負担額 | 3,731円 (4,463円) | 303万円 | 1.48% (1.77%) |
| 共済組合 (全組合(85組合)平均) | 4,463円 | 553万円 | 0.97% |

○ 健保組合内でも、組合によって負担能力は様々

| 現行 | | | |
|--------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| 上位10組合 平均 | 第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (A) | 第2号被保険者一人当たり報酬額 (月額) (B) | (A)×12 / (B) |
| 下位10組合 平均 | 4,463円 | 261万円 | 2.05% |

| 総報酬割とした場合 | |
|--------------------|--|
| 報酬額に対する負担割合 (C) | 第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (B)×(C)/12 |
| 1.37% | 5,058円 【+595円】 |
| | 3,459円 【-272円】 |
| | 6,313円 【+1,850円】 |

| 総報酬割とした場合 | |
|--------------------|--|
| 報酬額に対する負担割合 (C) | 第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (B)×(C)/12 |
| 1.37% | 9,567円 【+5,104円】 |
| | 2,980円 【-1,483円】 |

※ 平成23年度決算見込み数値データによる試算。

※ 被扶養者の報酬を「0」とみなして第2号被保険者の一人当たりの報酬額を算定している。

※ 健保組合については、特定被保険者(第2号被保険者に該当しない被保険者)であって、第2号被保険者である被扶養者がある者を除外して試算している。

○総報酬割を導入した場合の各保険者の負担額変化

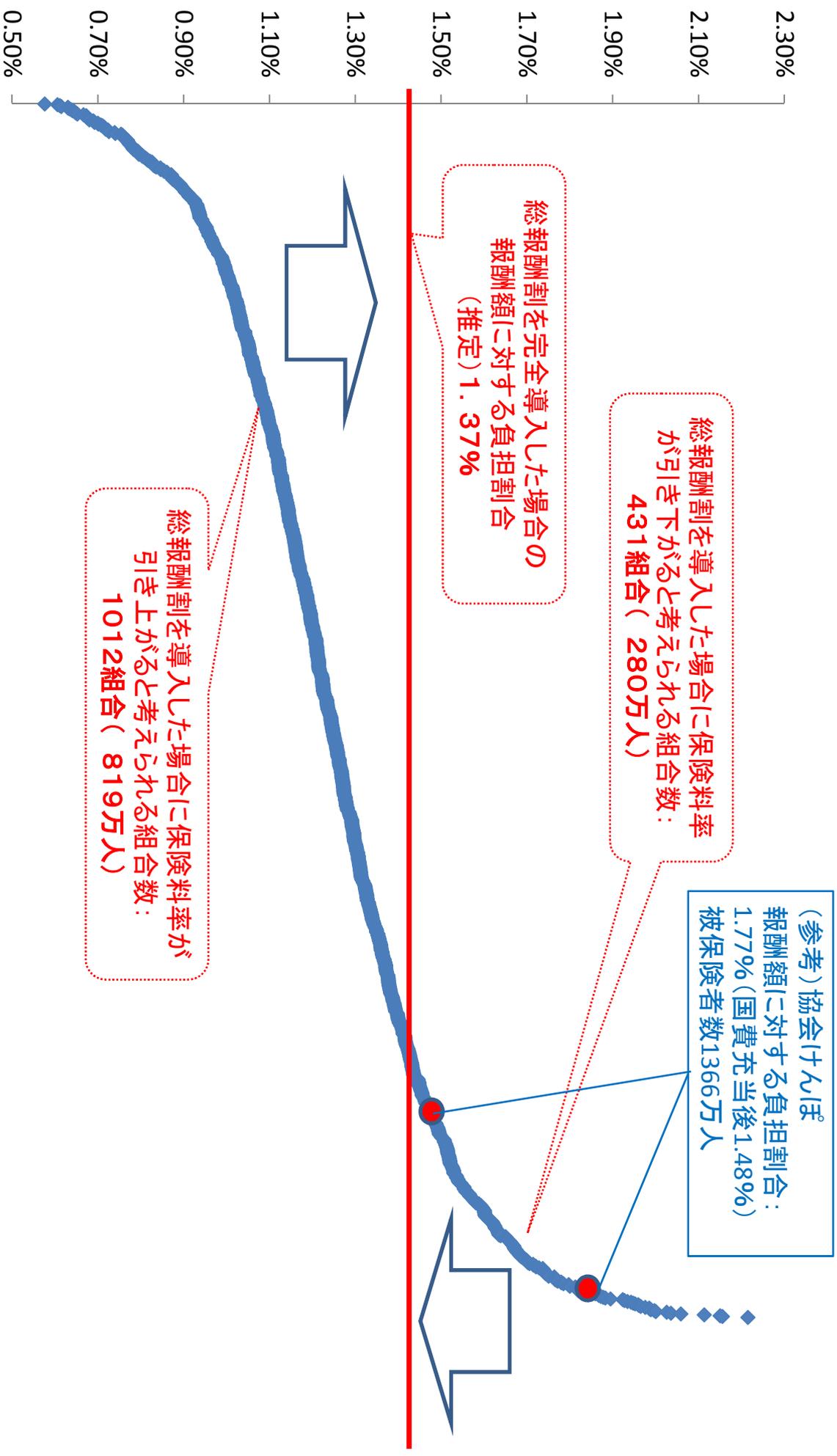
| | | 協会けんぽ | (国費充当後) | 健保組合 | 共済 |
|-----------------|-----------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 現行 (加入者割) | 納付額 | 7,316億円 | 6,116億円 | 5,885億円 | 1,928億円 |
| | 報酬額に対する 負担割合 | 1.77% | 1.48% | 1.21% | 0.97% |
| 総報酬割 (1／3導入) | 納付額 | 6,775億円 (-541億円) | 5,975億円 (-141億円) | 6,152億円 (+267億円) | 2,197億円 (+269億円) |
| | | 報酬額に対する 負担割合 | 1.64% (-0.13%) | 1.44% (-0.04%) | 1.27% (+0.06%) |
| | 納付額 | 5,694億円 | | 6,685億円 (+800億円) | 2,735億円 (+807億円) |
| | | 報酬額に対する 負担割合 | 1.37% | | 1.37% (+0.16%) |
| 総報酬割 (全面導入) | | | | | |

○総報酬割を導入した場合に負担増・減となる保険者数

| | 健保組合 | 共済 |
|-----|--------|------|
| 負担増 | 1012組合 | 84組合 |
| 負担減 | 431組合 | 1組合 |

- ※ 平成23年度決算見込み数値データによる試算。
- ※ 被扶養者の報酬を「0」とみなして第2号被保険者の一人当たりの報酬額を算定している。
- ※ 健保組合については、特定被保険者(第2号被保険者に該当しない被保険者であって、第2号被保険者である被扶養者がある者)を除いて試算している。

(参考)健保組合の介護保険料率(介護納付金総額 / 総報酬額)の分布



※ 平成23年度決算見込み額の各健康保険組合の納付金総額を総報酬額で除して推計したものであり、実際の保険料率ではない。

健康保険法等の一部を改正する法律の概要（平成25年5月24日成立）

- 協会けんぽに対する平成22年度から平成24年度までの財政支援措置（①国庫補助割合、②後期高齢者支援金の負担方法）を2年間延長する等の措置を講ずる。

1. 法律の概要

I 協会けんぽへの財政支援措置

- ① 協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16.4%への引き上げ措置を2年間延長する。
- ② 後期高齢者支援金の負担方法について、被用者保険者が負担する後期高齢者支援金の3分の1を、各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置を2年間延長する。
- ③ 協会けんぽの準備金について、平成26年度まで取り崩すことができることとする。

→ 以上の措置により、現行の協会けんぽの保険料率10.0%が平成26年度まで維持できる見通し。

II その他

- ① 健康保険の被保険者又は被扶養者の業務上の負傷等について、労災の給付対象とならない場合は、原則として、健康保険の給付対象とする。
- ② 保険給付に関する厚生労働大臣の事業主への立入調査等に係る事務を協会けんぽに委任する。

2. 施行期日

公布の日（平成25年5月31日）

※ ただし、II①に関する改正については、平成25年10月1日。

3. 介護サービス情報の公表制度について

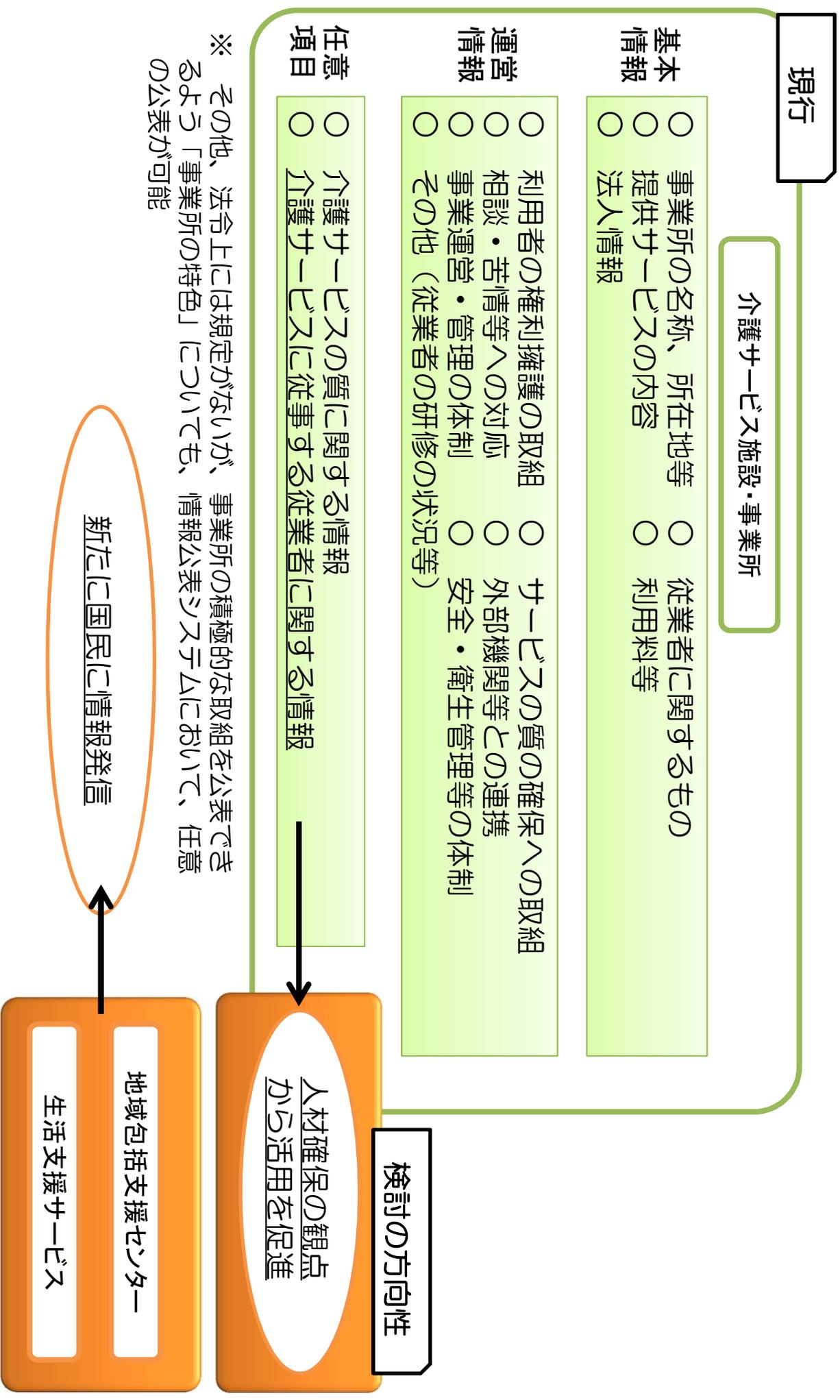
現状・課題

- 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、平成18年度から制度化。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。
- 前回の法改正で①事業所への調査方法の見直し、②公表内容の追加を行った。
 - ①調査方法…毎年1回の調査義務から、都道府県が必要と認める場合に変更
 - ②公表内容…都道府県の任意で公表できる情報として、サービスの質や介護従業者に関する情報を追加※その他、利用者の視点に立った新システムの開発を実施(平成24年10月より稼働)
- 他方、現在、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するためには有益な情報と考えられる、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、この公表制度では情報を入力できない。
 - ※ 地域包括支援センターの情報については、情報公表システム上では、各都道府県の任意でセンター名、住所等の一覧を掲載できる機能があるが、あまり利用されていない。
- 平成24年度の改正介護保険法の施行により、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の公表について、配慮義務規定が設けられたが、現在のところ、この規定を活用している自治体はごくわずか。

論点

- 地域包括ケアシステム構築の観点から、
 - ①地域での高齢者の相談や介護サービス等利用の起点となる地域包括支援センター
 - ②高齢者の在宅生活を支える生活支援サービスに関する情報について、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は、国民にとって有益ではないか。(31ページ参照)
- その際、公表すべき情報の内容、公表主体、公表方法、関係者間の役割分担について、具体的検討が必要。
- 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すべきではないか。
- 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検討してはどうか。

公表される内容の全体像（現行と検討の方向性）



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

介護サービス情報公表制度の見直しの方向性

- 地域包括支援センター・生活支援サービスの公表が新たに加わることで、自宅を中心に、地域で自立した暮らしをするための介護サービス以外の地域資源が一体的に把握できる。

国民（高齢者やその家族等）



○自分の家の周りにはどんなサービスがあるのだろうか？
○介護について誰かに相談したい。

情報公表システムで検索

介護のことに
ついて相談したい

(新) 地域包括支援
センター

ケアプランを
作成してほしい

居宅介護支援
事業所

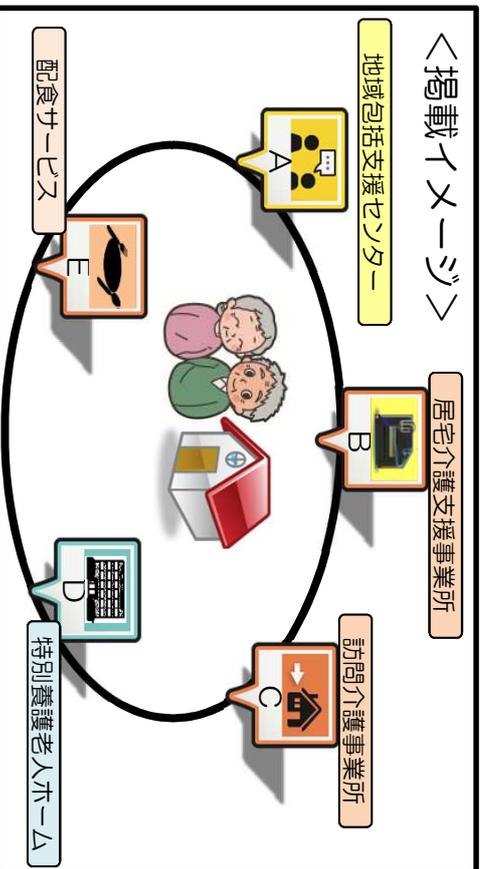
介護サービスを
受けたい

介護サービス
施設・事業所

地域で行われている
生活支援サービスを利用したい

(新) 生活支援サービス

<掲載イメージ>



| 名称 | 連絡先 | 自宅からの距離 |
|--------------|-----|---------|
| A 地域包括支援センター | 〇〇 | 0.2Km |
| B 居宅介護支援事業所 | △△ | 0.4Km |
| C 訪問介護事業所 | ×× | 0.6Km |
| D 特別養護老人ホーム | — | 0.7Km |
| E 見守り・配食 | □□ | 1.0Km |

新たな公表事項について(案)

| | 地域包括支援センターの公表 | 生活支援サービスの公表 | 介護従業者に関する情報の公表 |
|--------|--|--|--|
| 概要 | <p>地域包括支援センターが入力した情報を、市町村が公表する仕組みとしてはどうか。</p> | <p>把握している生活支援サービスの情報を市町村が公表する仕組みとしてはどうか。</p> | <p>全国統一の公表内容について介護サービス事業者に報告の努力義務をかけるかはどうか。</p> |
| 公表する項目 | <p>■ 相談する地域住民が最低限必要と考えられる情報 (例) センター名、運営主体、住所、業務内容 等</p> <p>※ 業務内容については、地域包括支援センターが機能しているかどうかかわかる項目について、今後検討を行う予定。</p> | <p>■ 市町村が把握している情報 (例) 事業所名、運営主体、住所、サービス分類、サービス提供地域 等</p> | <p>■ 介護サービスに従事する従業者に関する情報 (例) 離職率、賃金表、定昇制度 等</p> |
| 報告する者 | <p>市町村(都道府県)が公表すること</p> | | |
| 公表する者 | <p>■ 市町村(都道府県)が公表すること(も可能)</p> | <p>■ 市町村(都道府県)が公表すること(も可能)</p> | <p>■ 都道府県 ※ 通常の報告とあわせて公表</p> |
| 公表義務 | <p>■ 設置時及び年1回(公表内容に変更がない場合は不要)</p> <p>※ 定期的な内容更新時以外にも、内容の変更が必要な場合には随時変更が可能</p> | <p>■ 努力義務(随時の更新)</p> <p>※ 新しい地域資源を把握できた段階で更新</p> | <p>■ 努力義務</p> |

(参考) 介護サービス情報の公表制度の現状把握及び 今後の利活用方策に関する検討会について

○ 検討会の目的

介護サービス情報の公表制度（以下、「情報公表制度」という。）の現状と課題を把握するとともに、2025年を目途とした地域包括ケアシステム構築へ向けた取組の推進に向けて、今後の情報公表制度の利活用方策について検討を行うことを目的とする。

○ 検討内容

- (1) 情報公表制度の現状と課題について
- (2) 公表される内容のあり方について
 - 地域包括ケアシステム構築へ向けた本制度の位置づけについて
 - 従業者等に関する情報の公表について
 - 公表項目のあり方について
- (3) 情報公表システムの利活用について
- (4) 認知度向上へ向けた方策について
- (5) とりまとめ

○ 検討会の構成

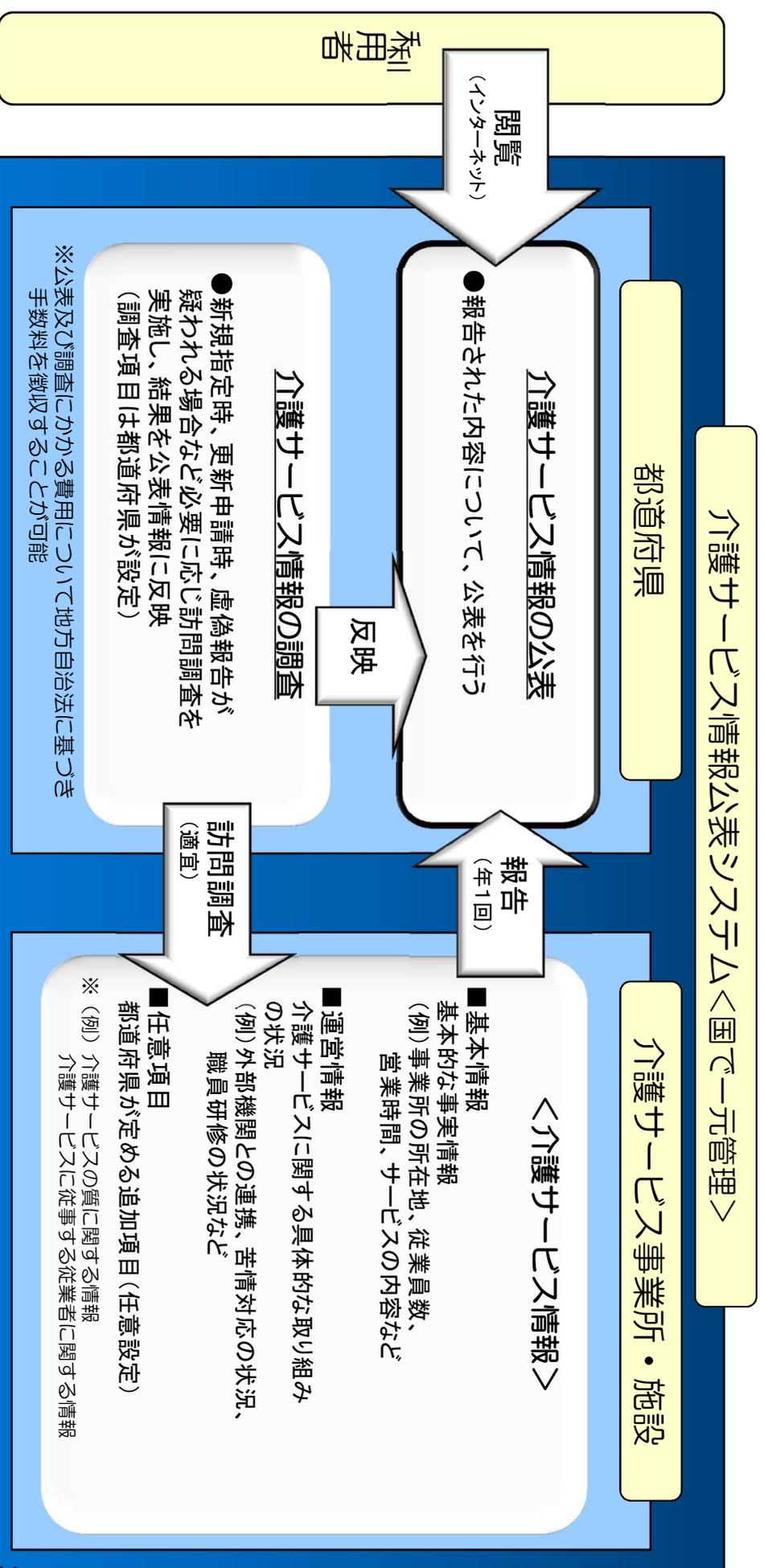
| 委員氏名 | 所属 | 委員氏名 | 所属 |
|---------|---|-------|--|
| 稲葉 雅之 | 一般社団法人日本在宅介護協会 専務理事 | 瀬戸 恒彦 | 公益社団法人かながわ福祉サービス振興会 専務理事 |
| 小川 博司 | 広島県 健康福祉局介護保険課長 | 高杉 敬久 | 公益社団法人日本医師会 常任理事 |
| 小泉 立志 | 公益社団法人老人福祉施設協議会 介護保険事業等経営委員会 特別養護老人ホーム部会 部会長 | 筒井 孝子 | 国立保健医療科学院 統括研究官 |
| 木間 昭子 | 高齢社会をよくする女性の会 理事 | 馬袋 秀男 | 一般社団法人全国介護事業者協議会 理事長 |
| 小山 秀夫 ◎ | 兵庫県立大学大学院 教授 | 平川 博之 | 公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長 |
| 齊藤 秀樹 | 公益社団法人全国老人クラブ連合会 理事・事務局長 | 水越 洋二 | 全国地域包括・在宅介護支援センター協議会 横浜市不老町地域ケアプラザ 所長 |
| 神 美智子 | 東京都 福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長 | 山村 和宏 | ひょうご介護サービス情報活用制度専門調査機関 (株)創造と協働のまちづくり研究所 代表 |
| 助川 未枝保 | 一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事 | | |

(※ ◎は委員長、敬称略、50音順)

(合計15名)

(参考) 介護サービス情報の公表制度の仕組み (全体像)

【概要】
 ○利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して適切に選ぶための情報を都道府県が提供するもの
【ポイント】
 ○介護サービス事業所は、年一回、直近の介護サービス情報を都道府県に報告
 ○都道府県は、事業所から報告された内容についてインターネットで公表。また、報告内容について調査が必要と認める場合、事業所・施設に対して訪問調査を実施



(参考) 情報公表制度の見直し(平成24年度から実施)

法改正により...

① 調査方法の見直し

→ 事業所への調査義務を改め、都道府県知事が必要と認める場合に実施するよう任意化

② 公表内容の追加

→ 都道府県知事が介護サービスの質や介護従業者に関する情報を公表できる仕組み

※ その他、利用者の視点に立った新システムを開発(平成24年10月より稼働)。

<見直しの背景>

情報公表制度については、都道府県知事又は指定調査機関による介護サービス事業者・施設に対する調査が義務付けられているが、事業者にとってこうした調査等の負担が大きいという指摘がある。このため、利用者にとって活用しやすいものとなるよう、検索機能や画面表示などを工夫するとともに、調査については、都道府県知事が必要と認める場合に、適切に実施することとするなど、事務の軽減を図り、手数料によらずに運営できる制度へと変更するべきである。その際は、費用負担を含めて、都道府県の負担等に配慮すべきとの意見があった。

また、公表される情報については、都道府県の判断により、事業者が任意でサービスの質や雇用等に関するデータを追加できることとし、公表される情報の充実を図っていくべきである。

(介護保険部会報告書「介護保険制度の見直しに関する意見(抄)」(平成22年11月30日))

(参考) 介護サービス情報公表システム月次アクセス数

1. ひと月あたりの平均アクセス数

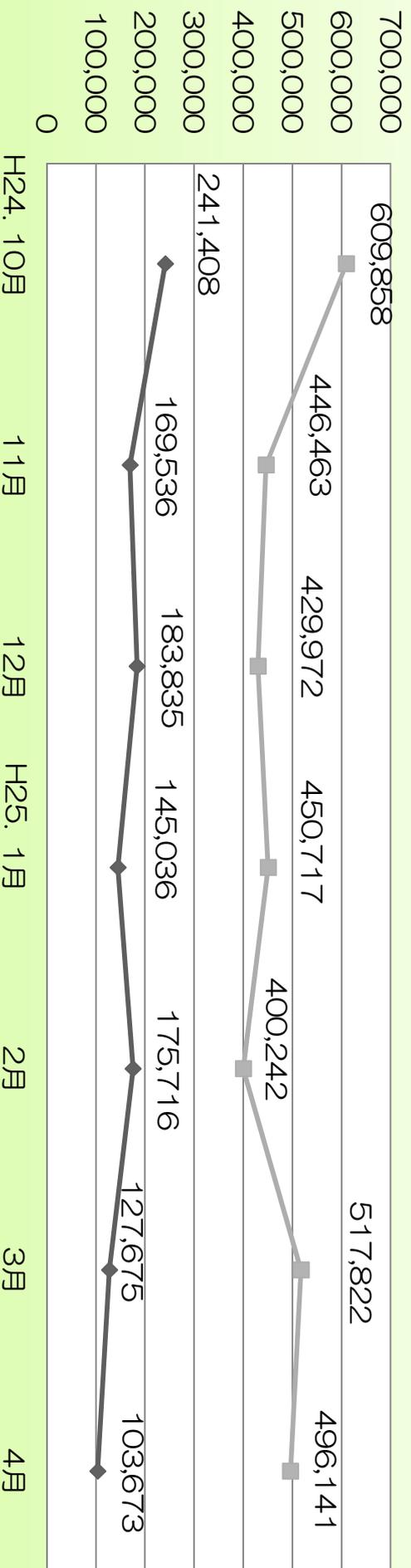
(平成24年11月～平成25年4月までの平均)

| | 全国TOP | 都道府県TOP (全国の合計) | 事業所情報検索 結果一覧 | 事業所情報比較 | 事業所の概要 |
|-------|---------|--------------------|-----------------|---------|-----------|
| 新システム | 150,912 | 456,893 | 1,923,652 | 6,341 | 1,141,598 |
| 旧システム | | 257,926 | | | |

※旧システムは平成22年度の一月あたり平均

2. 月次アクセス数の推移

介護サービス情報公表システム 月次アクセス数の推移



(参考) 介護従業者等に関する情報の公表の取組

＜関係条文＞（平成24年度より創設）

○介護保険法第115条の44

都道府県知事は、介護サービスを利用し、又は利用しようとする要介護者等が適切かつ円滑に当該介護サービスを利用する機会の確保に資するため、介護サービスの質及び介護サービスに従事する従業者に関する情報（介護サービス情報に該当するものを除く。）であつて厚生労働省令で定めるものの提供を希望する介護サービス事業者から提供を受けた当該情報について、公表を行うよう配慮するものとする。

○介護保険法施行規則第140条の62の2

法第115条の44の厚生労働省令で定める情報は、介護サービスの質及び介護サービスに従事する従業者に関する情報（介護サービス情報に該当するものを除く。）として都道府県知事が定めるものとする。

＜取組の実績＞（平成25年6月現在）

| | 介護サービスの質に関する情報 | 介護サービスに従事する従業者に関する情報 |
|---------|---|---|
| 実施都道府県数 | 5 | 2 |
| 公表内容 | <ul style="list-style-type: none"> ○喀痰吸引登録状況 ○要介護度の改善状況 ○褥瘡の発生状況・改善状況 ○外部評価の有無 ○褥瘡や転倒発生の防止対策 等 | <ul style="list-style-type: none"> ○介護サービスに従事する従業者に関する情報（自由記載） ○離職率 ○勤務時間（シフト体制等） ○賃金体系 ○有給休暇の取得状況 ○研修の取組 等 |

※介護サービスの質もしくは介護サービスに従事する従業者に関する情報について実際に公表している事業所数は約1,700程度（公表事業所の約1%）

(参考) 介護サービスの質及び介護サービスに従事する 従業者に関する情報の公表例

法第115条の44に基づき、都道府県知事が定める介護サービスの質及び介護サービスに従事する従業者に関する情報を公表するためのページ。

<公表例>

| 事業所の概要 | 事業所の特色 | 事業所の詳細 | 運営状況 | その他 |
|---|---|--|---|-----|
| <p>※このページは事業所の情報をよりわかりやすく提供するために、都道府県ごとに設けている項目です。</p> | | | | |
| <p>介護サービスの質について、自由にご記入ください。(例) 要介護の改善状況、褥瘡や転倒発生の防止対策、第三者評価に関すること等</p> | <p>介護サービスの質について、自由にご記入ください。(例) 離職率、勤務時間(シフト体制等)、賃金体系、有給休暇の取得状況、研修の取り組みについて等</p> | <p>広域行政組合活動の一環として、2年間に渡って、介護相談員活動の受け入れを行いました。その活動の中で、特に指摘事項も無く、相談員さんから「自分が高齢になって、介護が必要な状態になったら、よろこばう屋の介護サービスを利用したい」との評価を頂きました。</p> | <p>①短時間労働者については、家庭の事情を考慮しながら、希望している日を優先的に休日として、取得できるよう配慮している ②各資格取得や各研修会への参加と社内研修を行うことから、職員のスキルUPを目指している ③処遇改善加算を活用する等、職員の賃金の向上に努めている</p> | |

印刷する | しおりをつける

(参考) 地域包括支援センター情報の公表例

(現在は都道府県が任意で公表できる仕組み) ※法令上の規定はなし

現在、17の都道府県で地域包括支援センター情報が公表されている。以下は東京都の掲載例であるが、東京都の場合は、情報公表システムから東京都HPにリンクが貼られている。東京都のHPでは、都内の全ての地域包括支援センターの一覧が見られる。公表内容は任意。

| 練馬区 | | | | | | |
|------------|---------------------------------|----------|----------------------------|------|-----|--|
| 種別 | 名称 | 郵便番号 | 所在地 | 電話番号 | FAX | 所管地域 |
| 地域包括支援センター | 練馬区練馬高齢者相談センター (地域包括支援センター) | 176-8501 | 練馬区豊玉北6-12-1 練馬区役所西庁舎2階 | | | 旭丘、小竹町、羽沢、豊玉上、栄町、桜台、豊玉北、豊玉中、豊玉南、練馬、中村北、中村、中村南、向山、貫井 |
| 地域包括支援センター | 練馬区光が丘高齢者相談センター (地域包括支援センター) | 179-0072 | 練馬区光が丘2-9-6 光が丘区民センター2階 | | | 錦、北町、平和台、氷川谷、早宮、光が丘、田柄、春日町、高松、旭町、土支田 |
| 地域包括支援センター | 練馬区石神井高齢者相談センター (地域包括支援センター) | 177-8509 | 練馬区石神井町3-30-26 石神井庁舎4階 | | | 谷原、高野台、三原台、富士見台、南田中、下石神井、石神井町、石神井台、上石神井、上石神井南町、関町東、関町北、関町南、立野町 |

(参考)生活支援に関する情報公表の取組例①(長野県)

○長野県の取組

県内の地域ごとに、家事援助、食事、外出支援、買い物支援などのサービスが検索できる。

生活支援サービスマップ

○検索項目一覧

- 家事援助(買い物支援を除く) 簡単な介護 入浴 食事(配食、会食、給食)
- 自家用有償旅客運送による移送サービス 外出援助(買い物支援を除く) 買い物支援
- ショートステイ・宿泊 相談・助言・話し相手 訪問活動(安否確認、肩がけなど)
- 保育・教育・一時預かり 財産管理・保会
- ふたあい・いきいきサロン活動(密力含む) その他事業

全選択
リセット

| | | | | | | | |
|-----|------|-----|------|------|------|------|--------|
| 大町市 | 白星村 | 小谷村 | 小川村 | 信濃町 | 飯綱町 | 飯山市 | 栄村 |
| | 松川村 | 池田町 | 生坂村 | 長野市 | 中野市 | 木雪平村 | 野沢温山ノ内 |
| 山形村 | 安曇野市 | 麻績村 | 千曲市 | 坂城町 | 須坂市 | 小布施町 | 高山村 |
| 朝日村 | 松本市 | 筑北村 | 岡谷市 | 青木村 | 上田市 | 美濃市 | 小諸市 |
| 木曽村 | | 原野町 | 下諏訪町 | 筑訪市 | 長和町 | 立科町 | 野井沢町 |
| 壬滝村 | 木曽町 | 上松町 | 埴原市 | 箕輪町 | 茅野市 | 佐久穂町 | 小海町 |
| | 南木曾町 | 大森村 | 宮田村 | 南箕輪村 | 伊那市 | 原村 | 富士見町 |
| | 飯島町 | 中川村 | 松川町 | 高森町 | 野々根市 | 大鹿村 | 北相木村 |
| 平谷村 | 阿智村 | 下條村 | 泰章村 | 飯田市 | 豊丘村 | 高木村 | 川上村 |
| 根羽村 | 売木村 | 阿南町 | 天龍村 | | | | |

(公表内容例)

運営主体 生活協同組合
 実施しているサービス
 家事援助(買い物支援を除く) 簡単な介護 食事(配食、会食、給食) 外出援助(買い物支援を除く) 買い物支援 相談・助言・話し相手 訪問活動(安否確認、声かけなど) ふれあい・いきいきサロン活動(協力含む) その他事業

サービス内容

| | |
|-------------------|------------|
| サービス名称 | 助け合い活動 |
| 事業開始年度 | 昭和46 |
| 対象エリア | 複数市町村 |
| 会員制の有無 | 会員制を採用している |
| コーディネーター配置の有無 | 配置している(8人) |
| 利用者(受け手)の登録者数 | 102人 |
| サービス支援者(担い手)の登録者数 | 150人 |

| | |
|--------------|----------|
| 事業サービスの種類 | 利用料 |
| ※ 30分から ☆月～金 | 700円/1時間 |

(参考)生活支援に関する情報公表の取組例②(神奈川県)

○神奈川県の取組

県内の地域ごとに、住宅改修、福祉タクシー、配食サービスなどのサービスが検索できる。



神奈川県内の生活支援サービス総合情報サイト
生活支援情報サービスかながわ

ホーム | サイトマップ | ログイン
文字サイズ

トップページ

サービス説明

事業所検索

市町村提供のサービス

訪問者数 00014847人

新生活情報

- [「高齢者サービス」2013/09/12更新](#)
- [「高齢者サービス」2013/09/12更新](#)
- [「高齢者サービス」2013/08/26更新](#)
- [「配食サービス」2013/08/23更新](#)

④ 有料老人ホーム

「住宅型有料老人ホーム」および「サービス付き高齢者向け住宅」をご紹介。

[事業所をさがす](#) [サービスの説明](#)

④ 福祉タクシー

便利な交通手段として、高齢者や障がい者の方への対応、子育て支援など多様なサービスを提供。

[事業所をさがす](#) [サービスの説明](#)

④ 配食サービス

食べやすいおかゆやゼリー食、健康に配慮した減塩食など。高齢者の安否確認など多様なサービスも提供。

[事業所をさがす](#) [サービスの説明](#)

④ 訪問理美容

ご高齢の方や外出困難な方を対象に、ご自宅や各施設へ理容師が出張。

[事業所をさがす](#) [サービスの説明](#)

このサイトに
ついて

よくある
ご質問

運営サイト一覧

介護情報サービス
かながわ

神奈川県指定情報
公表センター

障害福祉情報サービス
かながわ

障害者グループホーム等
サポートセンター

子育て支援情報サービス
かながわ

かながわ子育て
応援バスポート

(公表内容例)

配食サービス



神奈川県内の生活支援サービス総合情報サイト
生活支援情報サービスかながわ

トップページ

サービス説明

事業所検索

市町村提供のサービス

ホーム | サイトマップ | ログイン
 文字サイズ

更新日 2012-09-27 10:50:49

横浜市より委託を受けている高齢者向け食事サービスの他、一般家庭向けの「食材メニュー」「冷凍、冷蔵調理済メニュー」などの商品構成から成り立っております。その他、日用品等 食品以外にも豊富に取り揃えており、お客様の好みや生活スタイルに合わせてサービスのご提供をさせて頂いております。また糖尿病や腎臓病向けの治療食分野でもタイヘイはバイオニアとして高品質な商品を提供し、皆様のご信頼を頂いております。

所在地 〒242-0022 神奈川県大和市柳橋5-5-5
電話番号 [Redacted]
フアックス [Redacted]
営業時間 9:00～
定休日 土・日・祝祭日
配達エリア [Redacted]
お問い合わせはこちら
[ホームページ](#)



サービス内容

| メニュー内容 | カロリー調整食、日替わり弁当、介護食、日用品等 | 当日注文配達 | なし |
|--------|-----------------------------|--------|----|
| 配達手数料 | 無料 | 試食サービス | なし |
| 容器の回収 | なし | | |
| 付加サービス | 安否確認(横浜市様配食サービス) 容器回収電話御座あり | | |

運営者の概要

写真・動画



弁当2
 カロリー調整食(昼食・夕食)



弁当3
 カロリー調整食(朝食・昼食・夕食)

4. 義務付け・枠付けの見直しについて

経緯・概要

- 地方公共団体に対する義務付け・枠付け等については、地方分権改革推進委員会の勧告対象となる約4千条項について順次見直しを実施しているところ。介護保険法においてもサービスや地域包括支援センターの基準等についての条例委任や指定都市・中核市への居宅サービス・施設サービスの指定等について権限移譲等を行ってきた。

| (参考) | 主な改正事項(介護保険法関係) |
|---|---|
| ・第1次見直し「地方分権改革推進計画」(平成21年12月閣議決定)、第1次一括法(平成23年4月成立) | ・居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス等の人員、設備及び運営に関する基準を条例委任。 |
| ・第2次見直し「地域主権戦略大綱」(平成22年6月閣議決定)、第2次一括法(平成23年8月成立)(介護保険法関係は、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成23年6月成立)) | ・居宅サービス及び施設サービスの指定や条例制定等を指定都市・中核市に権限移譲。 ・居宅サービス等の指定要件である法人格の有無を条例委任。 |
| ・第3次見直し「義務付け・枠付けの更なる見直しについて」(平成23年11月閣議決定)、第3次一括法(平成25年6月成立) | ・居宅介護支援、地域包括支援センター等の人員及び運営の基準等を条例委任。 |

- 地方からの提案を受け、平成25年3月に「義務付け・枠付けの第4次見直しについて」(平成25年3月12日閣議決定)において57項目の見直しを決定。介護保険法関係は以下のとおり。
 - ・市町村が要介護認定の調査を委託する際の公示義務の廃止
 - ・市町村長が地域密着型サービス事業所を指定する際の関係者の意見反映の措置の努力義務化

義務付け・枠付けの第4次見直しについて(抄)

- (5) 介護保険法(平9法123)
 - ・市町村が行う要介護認定の調査に関する事務の委託に係る公示義務(24条の2第5項)については、廃止する。
 - ・市町村長が行う地域密着型サービス事業所の指定に関し、関係者の意見反映のために講ずべき措置(78条の2第7項)については、努力義務化する。

介護保険部会におけるこれまでの主な意見・未定稿

※ 第 46 回から第 49 回までの主だったご意見を事務局において整理したもの。ご質問や介護保険制度改正以外についてのご意見を除いている。また、事務局から説明した内容、回答等も除いている。

地域包括ケアシステムについて

- 2025 年に向けて地域包括ケアシステムを構築していく方向性については賛成。早急に前倒しで制度改正等を行っていかねばならないという必要性は分かるが、現実的なタイムスケジュールをより早く明確にしてほしい。
- 市町村の役割・責任が重くなってくる。スキルアップ、人員拡充が必要となってくる。また、市町村の取組のばらつきを防ぐためにも、都道府県が積極的に関与することが必要。
- 都道府県は市町村の支援をしてきているが、都道府県の役割をもっと明確にしてほしい。
- 地域包括ケアシステムのコンセプトには賛同できるが、それを具体的に実行していく場合に、日本全国を見る限り、なかなか難しい現状がある。どこの地域でも実現可能な水準を見据えながら、当システムの構築を目指すべき。
- ほとんどの人は「地域包括ケアシステム」を知らない。もっと国民に知ってもらうような計画的な取組が必要。

介護保険事業計画について

- 当面の施策に加えて段階的に地域包括ケアシステムの構築を進める施策についても盛り込むべき。特に将来展望を示す上で、給付、保険料推計も併せて盛り込むべき。
- 第 6 期からの介護保険事業計画を、地域包括ケア計画と位置付けることは賛成。人材確保の記載も充実させていくことも賛成。
- 介護労働安定センターでプラットフォームの取組が始まっており、人材確保について都道府県の支援計画の方にも当然あってしかるべき。また、国の役割も検討が必要。
- 一部を除いて市町村の現場力の低下は否めない。前例踏襲的な慣習を改め、各自治体オリジナルの計画策定に期待したい。
- 市町村の事業計画に、利用者や家族の介護保険を利用するに当たって守るべきルールの啓発も追加すべき。啓発活動は市町村の責務において実施すべき。利用者のルール・マナーが悪いことにより労働意欲の減退や辞職につながることもある。

- 介護保険事業計画では利用者が参加しているが、医療計画にはほとんど利用者が参加していない。認知症の人が増える中、計画策定の段階から利用者の視点も生かせるようにすべき。在宅利用者の実態を把握する全国調査がされていない。

在宅医療・介護連携について

- 在宅医療連携事業や地域での在宅医療の展開は、医師会として責任を持って進めたい。
- 基本的に医療政策は県で、介護施策は市町村という今の位置づけの中で、医療・介護連携ということで、市町村が総合調整をすることは良い。都道府県と市町村との役割分担、市町村長の権限を明確にしてほしい。
- 2015年の時点で全ての市町村で実施するのは無理であり、ある程度任意事業のようなものとして走り出させて、2018年に本格的に事業化・必須事業化するという形も考えておくべき。タイムスケジュールを出して、現場で準備を進めていく方策を考えてほしい。
- 在宅医療・介護連携事業は、包括的支援事業となると2号保険料が入らないが、若年者にも効果が及ぶと考えられるので、財源について一考してほしい。
- 在宅医療・介護連携事業は、従来の包括的支援事業と同様に、2号保険料を財源としない方向で考えるべき。
- 医療介護連携には、優秀なケアマネジャーの活用が必要。

地域ケア会議について

- 地域ケア会議は素晴らしい制度であり、進めるべき。ある自治体では、要介護認定率が下がり、保険料が抑制できた。会議の議長をする人の力量により左右されるので、自治体の人材の育成が非常に大切。
- 地域ケア会議は大事であり、困難事例に対して多職種が連携してアプローチしていく考え方は、非常に優れた取組の姿勢。地域ケア会議が良く理解されて機能するためには時間を要する。研修や情報提供など、自治体へのサポートが必要。
- 地域ケア会議では、市町村が当事者となって調整役になるため、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してほしい。
- 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専門職等が適切な意見交換ができる場であってほしい。地域ケア会議そのものの標準化・平準化、質の担保に対して十分配慮願いたい。
- 地域ケア会議は、利用者不在、家族不在に陥りやすい。利用者や家族の視点をどのように入れていくか。
- 地域ケア会議は、扱う課題によって利用者が参加すればよいので、個々のケアプランを議論する場には必ずしも利用者の出席は必要ないのではないか。

ケアマネジメントについて

(ケアマネジャーの質の向上)

- 主任ケアマネジャーは、研修を受ければなれるという仕組みで、実力がどうなのかということがあるため、更新研修は是非とも必要。また、単に研修を受けただけでなく、評価が必要であり、この点はケアマネジャーも同様。
- 主任ケアマネジャーが所属する事業所で何をすべきか明確にすべき。今後はより一層困難な事例が地域に流れてくるので、研修のシステムやカリキュラムの改正のみならず、工夫が必要。
- 実践力のあるケアマネジャーの育成に力を入れていくことが必要。特に自立支援型のケアマネジメントが言われるが、単に自立ということで、利用者が求めるサービスが制限されないように注意していくことが必要。また、保険者機能を強化する上で、ローカルルールの問題への対処が必要。ケアマネ事業所と保険者の建設的な議論が妨げられないよう、都道府県又は国の適切な関与が必要。

(市町村への指定権限の移譲)

- 指定権限を市町村に下ろすことは、権限移譲、地方分権等の観点から賛同する。事務作業等について実務家等の間で検証して、スムーズな権限移譲を図ってほしい。
- 指定権限を市町村に下ろすことは基本的に是とするが、一律的にというのはやめてほしい。それぞれの状況を踏まえ、都道府県と協議をしながらということやってほしい。
- 市町村への権限移譲はおおむね賛同するが、自治体側にケアマネジメントを熟知している職員が少ないため、それらの人材を確保・育成することが絶対条件と考える。

生活支援サービスの充実と、介護予防給付の地域支援事業への移行について

- 市町村が主体的に地域の実情に合った形で、しかも個々の高齢者のきめ細やかな配慮のもとに、こういう地域支援事業を実施していくという方向性については、総論的に賛成。ただし、ソフトランディングできるような経過的な措置が必要。今、予防給付でサービスを受けている人たちが、急にサービスが受けられないことにならないように、既存のサービス等の事業所等から基本的に継続的にサービスが受けられるような仕組みが必要。あるいは、同じサービスを受ける場合でもある程度弾力的な運用ができるような形にして、サービスの効率化やより成果が出るようなサービスの組み合わせができやすいような形にしてほしい。
- 既存のサービス事業を締め出すわけではなく、これを活用しつつ、段階的に移行していくという視点は、大いに賛同できる。とりわけ、例えば、デイサービス事業を1つとっても、実際にやっている事業者は、どの人が要介護で、どの人が要支援か、あまりよ

くわからずにワーカーはやっている。これらは、本来の予防給付とは違うのではないかという疑問を従前から持っていたわけで、特に要支援者に対しては、生活機能のリハビリテーションを中心にしたプログラムの提供なども必要。

- 市町村格差という話が出ているが、都道府県も当然後方支援を行うが、例えば地域支援事業の中に、いくつかの市町村が共同事業として取り組めるようなものができるという規定もあっていい。あるいは都道府県と連携して、都道府県が市町村から逆委託する方法もあるので、地域支援事業の中で都道府県事業として、例えば広域行政が担う普及・啓発や人材の育成の分野については、都道府県が出ていってもいい。
- 予防給付を地域支援事業に移していくことについては、賛同。ただし、移行したが費用や効果も従来と変わらないということでは全く意味はない。市町村で知恵を出し、ボランティアやNPOの地域の資源を活用することにより、費用を抑え、効果を高める仕組みを作り上げることが重要。市町村のばらつきを防ぐためにも、都道府県の支援もお願いしたい。また、地域支援事業の上限設定をどうするかということは、極めて重要。
- 市町村は力量に差があるため、市町村間での差が生じるのではないかという懸念は、あえて当面は多少考慮せざるをえないが、むしろ市町村の能力を高めるためにも、勇気を持って市町村に委ねて、その能力を育てていくということを地域として取り組んでいくことが重要。そのためにも新しい地域支援事業という枠組みはなじむものではないかと考える。
- 介護を受ける方々は、その地域に暮らしているわけで、その地域でまさに民主主義の力で市町村の運営にも声を挙げて、意見を聞き入れる枠組みが民主主義国家にはある。市町村に移行したからといって、直ちに切り捨てられるというものでは決してない。
- ボランティアやNPO法人の活用が挙げられているが、市町村によってはそのような団体がうまく育っていないところがあり、その受け皿づくりについて国の指導や何らかの支援措置をお願いしたい。
- これまでの国の画一的な制度から、市町村独自のきめ細かものになるが、市町村の要望をしっかりと受けとめて、納得・合意の上でスタートするということでなければならない。
- 生活支援体制の充実・強化についてコーディネーターの配置や協議体の設置等があるが、平成27年度の第6期計画から全市町村で実施が義務づけられると、人材の確保等、大変な問題があり、実際に全市町村で実施が可能なのか。市町村で体制整備されるまで、十分な実施期間や猶予期間があればいい。
- 民間事業者自身の参入が容易となるよう、参入主体の規制・障害となるものはなるべく取り除くような措置を検討してほしい。
- 地域住民がボランティアや地域支援事業に似たような形で、自主的にいろいろな活動を地域で行ってきており、そのような活動を育み、主体性を奪わないような形での地域支援事業への移行という配慮が必要。介護保険法の中で、介護保険事業を行うものは法人だという事業者指定の原則があるが、この規定との関係も十分調整をお願いしたい。

- 地域支援事業に移行することで、予防サービスと生活サービスが混在するが、サービスの内容は明らかに違う。予防サービスは、食事のバランスへの気遣いや体調の変化、認知症の初期症状の方の対応など、専門職の知識と技能が絶対必要であり、真に自立支援のためのサービス提供は、介護の専門職が携わるべき。生活支援サービスを支援するコーディネーターは、専門職とすべき。
- 地域支援事業への移行に当たっては、一定時間をかけて行う必要があり、介護に従事する労働者の急激な雇用変化が起こることに十分留意して移行すべき。
- 要支援・軽度の要介護者へのサービスは介護保険制度のサービスを主張してきたが、住民活動をしている人々からは、NPOを含む公的な資金的・管理的な援助の必要性を表明する人が多数だった。今後、地域包括ケアシステムに関する事業を展開するにしても、あくまでも公が責任を持ち、見守りや話し相手などのボランティアな活動と公的な資金に基づく住民参加型事業との区別を明確に行うべき。地域の独自性、知恵を生かした事業が期待されるが、地域格差を生じさせないためにも一定の基準が必要。
- 段階的な運用で、まずは利用者、現場の混乱を回避できるように強く求めたい。また、要支援1と要支援2の状態像というのは、かなりの違いが見受けられることから、十分な注意が必要。また、ケアマネジメントの継続性が問われることにならないようお願いしたい。
- 要支援1, 2を介護保険からの切り離すものではなかったということで安心したが、いくつか不安なところもある。利用者のアセスメントやケアプランの作成を現在の地域包括支援センターで行えるのか、多様な事業主体というのは良いが、運営や人員に基準がないため、実施内容はどう担保するのかなどが心配。
- 予防給付と生活支援の部分を一体的に提供すると、原則地域包括支援センターが作成することとなっている介護予防プランがかなり複雑になってくる。ケアマネ事業者への委任が行いやすくなる取組も必要ではないか。
- 介護給付と予防給付の境界となる要介護認定制度そのもののあり方について、利用者の状況が適切かつ的確に反映され、要介護認定を行う人や要介護認定を行う地域によってばらつきが出ないように、現行の要介護認定のやり方が正しいのかどうか、内容はいいのかどうか、検証していただきたい。
- 市町村が全て決めてしまうことにならないよう、利用者の自由な選択という権利が冒されないことを十分念頭に置いて運営していただきたい。地域支援事業に移行していくに当たって、区分支給限度額に悪影響を及ぼすことのないように、十分調整をお願いしたい。
- 新しい地域支援事業を展開するに当たって、それを裏づけする財源が必要であり、少なくともこれまで予防給付で確保されていた、23年度ベースで言うと6,000億円弱程度の予算規模というのは、確実に最低限確保された上で、それぞれ市町村がその地域の実情に応じて事業を展開することが必要。
- 地域支援事業の上限額は、現行通り、給付費を尺度とし、8%強とすべき。

- 地域の機能強化という視点からは、地域支援事業の上限額は見直すべき。
- 地域支援事業の上限額は緩いと保険料・公費の増加につながる。介護の質を低下させないことを条件に、地域支援事業の上限額をしっかりと設けることが重要。
- 給付立てから事業立てに変更することについては、より柔軟なサービスの提供だけではなくて、ある程度の予防給付の抑制とか事業支出の削減などの財源効果をも期待したい。
- もともとの予防給付という部分は、3カ月ないし6カ月間、トレーニング等を行って改善等が見られたら、そこで一旦卒業するというスキームが最初考えられていたと思う。ところが、利用者は一度サービスを受け始めると、予防給付をずっと受けられているという実態がある。この卒業の部分を入れる前提で考えているのであれば、その部分を最初から説明して、利用者の方に納得していただかないと、市町村が悪者になってしまうし、今のまま、サービスを受け続けること前提で市町村事業に移るのは、極端に言うと市町村の事務経費だけが膨らんでしまって、何の効果もない。
- 天文学的に増えていく介護給付費、それに伴う保険料の高騰があり、予防給付の効率化は重要。ただし、市町村で体制整備がされるまで十分な猶予期間が必要。また、人員基準や運営基準、また単価設定など全国一律から、ボランティアやNPO等を活用することにより、地域の実情に応じた取組が可能になり、その結果として、事業費も下がるのではないかという狙いもあるだろうが、結果として事業費が下がらなかった場合について、保険者として非常に強い懸念を持っている。
- 集いの場や見守りといった高齢化社会に向けた街づくりそのもの、社会基盤に関わるものまで、なぜ2号の保険料を投入するのかについて整理が必要。
- 地域支援事業は、市町村の裁量で内容が決められる仕組みであり、まさに市町村の事業である以上、2号被保険者の保険料を財源として充てるべきではない。また、地域支援事業への移行に当たっては、必要性の高い介護サービスに重点化していく観点から、介護予防、生活支援でも効果が認められないものは、保険給付の対象から外していくことも視野に検討すべき。
- 事務局の案では、利用者の極端なサービス抑制にはつながらないが、地域格差が生じる懸念がある。また、シャドーコストやインシヤルコストがかかる。そのため、要支援1のみをまず地域支援事業に移行し、要支援2については現行通り介護給付で存続すべき。事務局通りの案で行うなら、市町村のシステム経費等への補助、制度移行に際して早急な通知を提示すること、また、十分な経過措置を設けることが必要。
- 生活支援の充実については、異論はない。インフォーマルなサービスの基盤を作っていくことは、重要であるが、インフォーマルなサービスが全国的に普及し、その活動状況を確認する中で、それを今のフォーマルなサービスを担うだけの担い手としてよいのかを検討すべき。
- 2006年4月の予防給付の導入の総括が、今回の議論の中で十分されているとは思えない。多様なニーズに対応できていないのかと言えば、好事例がたくさん提供されていて、介護予防事業の形で色々な地域で活動されているという紹介もあるので、どれだけ対応できていないのかが十分理解できていないところがある。

- 地域のサロン等の形に置き換わる中で、訪問や通所のサービス利用者が地域で減っていくことによって、本当に担い手であるサービス事業者がその地域で継続的に提供してくれるのかという不安もある。地域の資源の差にも、大きな心配がある。
- 要支援を介護給付から地域支援事業に移行することについては、強い不安と懸念がある。市町村が地域の実情に合わせて、効果的・効率的に事業を行うことで、多様なサービスが受けられて充実するという考え方には賛同できない。人員基準や運営基準がなく、事業内容は市町村の裁量であるため、本当に認知症の高齢者の大変な状態、初期段階の状態に対応できるのか。認知症は、初期の段階においてこそ、しっかりした専門職がケアする介護保険でやるべき。

介護予防事業の見直しについて

- 1次予防事業と2次予防事業を区別しない案は、おおむね賛同できる。
- 廃用症候群の原因を取り除くために、多職種、特にリハ職の適切な関与と目標設定が大事であり、さらには行き場をつくることの重要性については、賛同する。1次予防と2次予防事業と分けないという考え方も賛同する。今回、予防のモデル事業の中で、多職種、特にリハ職の介入が好結果につながっているというデータが示されているが、今後にとって大変明るい材料。
- 1次予防事業と2次予防事業の境なくやっている市町村もあり、境をなくすことには賛成。一方で、今までハイリスク高齢者に対して、運動、口腔、栄養など課題別のアプローチをしてきた部分については、効果も出ているので、事業実施後の評価も加えて、エビデンスとして蓄積する必要がある。
- 1次予防事業、2次予防事業の区別をなくすという方向性でよい。特に、介護予防事業は重要だが、誰をターゲットにするかということは、これからさらにもっと精査していく必要があり、まず第1弾として、今の枠組みから変えることは非常に重要な第一歩になる。

高齢者のリハビリテーションについて

- リハビリテーションの専門職は限られ、偏在しているところもあることから、地域包括支援センター等に、サポートしていくシステムを都道府県単位ぐらいで考えていくことが必要。
- 訪問系リハ職の供給不足が顕著であり、何らかの措置が必要。

地域包括支援センターについて

- 在宅医療・介護連携など、地域包括ケアシステムの構築のためには、地域包括支援センターの果たす役割は大きく、機能強化が必要。
- 全ての地域包括支援センターを同じにするのではなく、基幹型には人を集めるといった視点も必要。
- 自治体内に複数の地域包括支援センターがある場合、可能な限り1か所は自治体直営とし、基幹型の機能を果たすべき。また、地域包括支援センターの従事職員で、在宅介護や在宅医療で働いた経験年数が浅く、圏内の介護従事者よりも力量が十分とは言えない者も少なくない。そのため、従事職員に対する何らかの措置を講じるべき。
- 認知症地域支援推進員やコーディネーターの配置などを全ての地域包括支援センターに備えるのではなくて、基幹型とか地域型というような、機能を分けて考えていった方がいい。
- 行政と地域包括支援センターの役割をもう少しはっきりとしていくことが、当面大事な視点。

認知症施策について

- 今までとは違い、予防的な視点が含まれていることや今までより個人に対する視点があることは評価できる。今回進められようとしている認知症初期集中支援チームという試みは非常に評価できる。認知症地域支援推進員も地域包括支援センターの強化につながり、センターの負担をより減らすこともできる。
- 特に早期診断・早期対応が重要であり、認知症初期集中支援チームを中心に認知症の専門医療機関の整備を積極的に行い、早期診断を行い、切れ目のない支援を図るべき。
- 認知症施策については、内容的には賛同するが、認知症初期集中支援チームや認知症支援推進員の配置の人材養成と、財源確保が課題。
- 認知症初期集中支援チームの設置などモデル事業を継続事業として制度化することについては、介護保険制度の財源でどこまで賄うべきものなのか、慎重に議論すべき。
- 認知症初期集中支援チームでサービスにつながった後も、多職種の訪問事業を実現できるような方向性をとっていただきたい。
- 認知症の方々が地域で見守られながら生活していくのには、インフォーマルな資源なしでは難しい。きめ細かい対応が必要で、現場にいる専門職の方々がもう一回り大きな仕事の仕方をしていって、重なり合うような場面をたくさん作っていかないと、この地域包括ケアシステムにはすき間が出てきてしまう。
- 認知症の施策については、方向性については非常に重要だが、支え手の知識・技術の向上は不可欠。特に研修体制については、十分な予算を確保した上で、あまねく認知症に関わる人たちの技術が向上できるようにお願いしたい。
- 認知症の実践者研修について充実が必要。

介護人材の確保について

- 介護サービスは成長産業だということをアピールして、介護人材の確保を国の政策として推進してほしい。
- 介護福祉士の資格を持っている方の3割、4割が介護関連の仕事についていない。待遇改善と教育の充実が必要。
- 資料について、視点や方向性が分かりやすく論点整理されており、それぞれの立場の方が目標や戦略を描ける。介護人材が介護職員に限定されている点は気になる。取組の促進策の中に賃金表の整備を入れていただきたい。都道府県を取組事例が出ているが、見える化の促進や、使用前・使用後のデータ化もお願いしたい。
- 看護職員やリハビリなども含め、福祉領域で働く人材をどうやって確保していくのかということについて、需給の実態を把握しながら施策を立てていく仕組みを作っていくことが必要。特に、訪問看護に関しては、人材不足は猶予がないような状況。
- 人材確保は重要な課題だが、介護福祉士等が必ずしも介護福祉分野で仕事をしないこと自体を過度に憂う必要はない。能力を持っているので、しかるべき時期にはまた介護福祉分野で仕事をしてもらうことで、幅広く介護人材が確保されていくことになる。
- 介護職員の待遇改善は引き続き重要ではあるが、介護報酬が公的に決められている以上、自由に値段は決められない。一つの打開策として、自由に値段が付けられる保険外のサービスを混ぜることで待遇改善につなげるのも一つの道。
- 供給側、需要側、それぞれ両者の働きたい、又は賃金を払いたいという情報を何らかの形で集めて、両者をにらみながら適切に介護報酬を決めていくという道も、実験的な手法だが、一つの方法。
- 介護人材の確保は介護職員の処遇改善が大きなポイントになるが、介護事業者の経営実態が改善していることも踏まえ、介護事業者のさらなる自助努力を求めていくことを優先すべき。
- 情報公表制度において、職員の保有資格、「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」の取得状況、常勤・非常勤の別、経験年数、勤続年数、賃金に関する情報などの公表を検討すべき。
- 処遇改善を介護報酬で対応するのでは、十分に従業員に回っていかない。産業別最低賃金を積極的に活用するなど、正当な賃金水準確保のための環境整備に積極的に取り組んでほしい。
- 介護の現場に一般の方が入りやすい環境づくりが必要。PT、OT、STあるいは管理栄養士などのリハビリテーションの専門職の確保がこれから更に求められていくのであれば、何らかの制度的な措置を今後検討していくことが必要。
- 介護能力をどうやって評価するのか、そして、それをどうやって高めていくのかが課題。
- 准介護福祉士については、介護福祉士の資格制度を複雑にするだけであり、このまま廃止の方向でご尽力いただきたい。

在宅サービスについて

(総論)

- チームケアにおけるサービスが円滑に提供され、かつ、質の低下を招かない限り、人員基準等の規制緩和を進めていくことは賛成。規制はサービスの質の向上等を十分検証した後に必要最小限に行い、事業者の自主性をもっと尊重すべき。
- 看護師不足という実態を踏まえ、各サービス類型が連携して効率的に事業サービスを提供するという方向性は支持したい。
- 人員基準の緩和が出てきているが、人材確保はとにかく手を抜かないでやってもらうというのが大前提。

(通所介護)

- 小規模の通所介護について、地域密着型サービスとして市町村の指定にするという方向については、賛成。ただし、市町村の事務の負担が増えることから、例えば運営協議会での承認をある程度形式化するなど、配慮が必要。
- 地域密着型サービスにどの程度移行させるかによって市町村に与える事務負担が大きくなるが、移行に当たって市町村が円滑に事業を担えるよう配慮すべき。
- 小規模の通所介護について、一部を除き市町村の現場力低下は否めないため、段階的に権限を移譲していくという意味で十分な経過措置を設けるべき。
- 地域密着型への分類については民間介護事業者としては賛成。これにより、一層地域との交流や、きめ細かいサービスが提供できる。
- サービスの提供の仕方は非常に多様化されているが、評価・効果を共有するためにも、個別支援計画の充実とケアマネジャーへの提出を必須にしていきたい。
- 通所介護の事業内容を類型化してメリハリをつけていくという方向性は支持したい。
- デイサービスについては、レスパイト、高齢者の社会参加、機能訓練という3つの機能があり、機能訓練に特化したものを評価する方向性というのはデイサービスが元々持っていた機能からすれば疑念を感じる。
- 通所介護のレスパイト中心というのは一体どんなサービスが提供されるのか心配であり、サービス内容についてきちんと検討すべき。
- 今まで通所介護と通所リハビリの違いは何度も議論されてきたが、同じテーブルの上で整合性を考えた議論をする必要がある。

(お泊まりデイサービス)

- 「お泊りデイサービス」の中には質の悪いサービスがあるため、法定外部分といえども保険給付と併用する場合、「宿泊」部分については全国一律の規定を設けるべき。

- お泊まりデイサービスについては、十分な職員体制の確保、防火体制の整備、利用者の尊厳が保持された環境を確保するというような観点での基準というものを設けるべき。
- お泊まりデイサービスは、需要が非常に高いが、利用者の安全面や環境、処遇面において基準というものを設けるべき。
- お泊まりデイサービスについて、何らかの基準を設けるべき。介護保険外のサービスとはいえ、併設されたサービスであり、例えば届け出をすることで、都道府県としても指導がしやすくなる。
- お泊まりデイサービスについて、大変劣悪な環境の中で泊まりが実施されている場合もあるため、きちんとした規定等で管理すべき。

(定期巡回・随時対応サービス)

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスが普及しないのが、啓発の努力不足だけなのか、もう少し深掘りする必要がある。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスも複合型サービスも看護職員の確保がネックになっており、定着確保、復職支援を行うべき。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの普及が進んでいないのは、採算性等の問題が大きいのだろうが、より一層、経営情報等をタイムリーに提供していただきたい。
- 訪問介護における身体介護の 20 分未満についても、生活を支える意味では大事であり、引き続き推進していくべき。

(小規模多機能型居宅介護)

- 基準該当短期入所生活介護事業所を併設できる事業者等の対象について、小規模多機能型居宅介護事業者に拡大することは非常に歓迎する。ただし、性格の異なるものが 1 つの建物におさまるものであり、短期入所生活介護の基準に引っ張られることがないように留意しつつ、基準関係の見直しをしてもらいたい。

(複合型サービス)

- 複合型サービスにも空き家の活用を進めていくべき。登録定員の上限、宿泊サービスの定員の規定などの緩和の検討については、賛成。
- 24 時間 365 日、看護師を常時配置しなくてはならない点がネックになっており、配置基準の緩和で普及が進むのではないか。

(訪問看護)

- 機能強化型あるいは拠点型、名称は色々あると思うが、そういったステーションの創設を検討すべき。訪問看護の人材確保は大きな課題。病院から訪問看護あるいは介護保険エリアに出向するという考えも一つある。

- 都道府県が地域の実情を踏まえた訪問看護サービス確保のための施策を策定し、介護保険事業支援計画に盛り込むことは是非進めるべき。訪問看護の事業所の指定を市町村に移譲するということをあわせて検討すべき。
- 訪問看護師を中心に介護分野の看護師不足は深刻であるため、医療と介護における公正な看護師配置施策を考えないと、根本的な問題解決にはいたらない。

(福祉用具)

- 保険給付として福祉用具貸与のみしか利用していないケースは、ケアマネジャー有資格者の福祉用具専門相談員に業務を移譲することも検討すべき。
- 福祉用具について減額の届出という点について非常に歓迎すべきだが、行き過ぎた減額等がないような配慮も必要。
- 公定価格化を検討すべき。
- 福祉用具貸与のみのケースについて、ターミナルのケアのように医療の訪問看護を活用しつつ福祉用具貸与を利用するケースもあるので、ケアマネジャーによるモニタリングのあり方を見直すに当たっては、そのような点も踏まえた慎重な議論をすべき。

(住宅改修)

- 住宅改修の登録制については賛同。
- 改修事業者の登録制を進めるべき。福祉住環境コーディネーターといった住宅改修の専門家の育成や活用について、制度的な枠組みを整えていくべき。
- 住宅改修については、相談機能が重要であり、退院・退所時の相談体制に重点を置いて体制整備を図ってほしい。

(介護ロボット)

- 介護ロボットの活用について、一定の報酬上での評価をお願いしたい。それが、介護ロボットの普及推進の起爆剤になる。
- 介護ロボットについて、将来的な保険適用やその範囲を検討するのであれば、利用者本人の自立につながり得るものかどうかなど、保険給付の低減につながる経済的側面を含めたアプローチが必要。

(その他)

- 介護保険サービスは「準市場(疑似的市場)」であり、「純市場(完全市場)」ではない。そのため「供給が過度な需要を生む」といった無駄な保険給付が生じることは不適切。ゆえに「混合介護」を否定するつもりはないが、不適切なビジネス体系に陥る危険性も否定できないため、詳細を分析しながら場合によっては何らかの規制を考えるべき。

施設サービス等について

(特別養護老人ホーム)

- 介護保険を今後とも持続可能な制度としていくためには、限られた財源の中で選択と集中は避けられず、特別養護老人ホームへの入所は重度者に重点化をして、軽度者については在宅という流れを進めて、全体的に効率化を図るべき。特別養護老人ホームについては3以上の要介護者を対象とすることに賛成。
- 要介護3以上に重点化することは賛成。県内で入所指針をいくら厳格化しても、他県の施設で要介護1、2の方が入って、住所地特例を受けては、平等という意味でもおかしいので、法律による厳格化をお願いしたい。
- 一定の中重度の在宅生活の困難な人への施設という位置づけについては、一定の理解はできるが、どこを境界にすべきかについては、さらに専門的な検討をしていただきたい。
- 特別養護老人ホームの待機者が多い中で、対象者を中重度に絞り込む方向性は理解できるが、現に入っている方々への対応については十分に配慮すべき。
- 要介護2以下の軽度者の中には、住宅事情等によって在宅介護が困難な方もおり、その受け皿については、重点化とセットで考えるべき。
- 入所申込要件を中重度に特化していく議論は、要介護認定の結果に一部地域間格差が見られることから、変更するならば要介護2からとすべき。
- 入所判定基準に基づいて、年々要介護度も高くなり、重度化しているのが実態であるが、特別養護老人ホームは老人福祉法に基づく施設で、地域の事情によってセーフティネットとしての役割を果たすべく、相応の判断があって、軽度の要介護者1、2の方の入所も行われている。今後も特別養護老人ホームが有する福祉機能を確保するため、入所判定は事業者の主体性に任せるべき。
- 要介護1・2の方の中には、認知症でBPSD等が非常に活発で、どうしても在宅で生活できないというケースもあり、要介護3以上に入所制限することで、こういった方が特別養護老人ホームを利用できなくなることは問題。要介護認定の問題かもしれないが、要介護度ではなく、必要性で見るべき。
- 実態として入所判定基準に基づいて大部分は重度な方が入所するが、一部どうしてもやむを得ない事情がある場合は要介護1、2の方の入所があってしかるべき。入所判定基準を見直す等、運用を厳格化することによる対応も可能であり、入所判定は施設に任せるべき。もし法的に要介護3以上に入所制限する場合であっても、実態に応じた裁量的な施策をとるべき。
- 施設サービスの提供と住まいの確保とは別問題であり、特別養護老人ホーム入所をあえて要介護3以上に限定して被保険者の選択の権利を狭め、国民の不安と不信を拡大することには反対。
- 特別養護老人ホームの入所者は高齢化・重点化が進んでおり、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」対応が課題であり、医療提供体制の再構築が必要。看取り体制を一層強化していくため、特に夜間・緊急時の看護体制や外部の医療サービスの導入等、「終の棲家」の役割を担うための医療ニーズに対応した特別養護

老人ホームの医療、看護のあり方、運営体制、報酬体系等について検討が必要。

- 低所得者層で施設入所がどうしても必要な方の場合、特別養護老人ホームしか選択肢がないケースが非常に多い。その中でユニット型一辺倒になると、行き場のない方が出てくる。そういう意味で、プライバシーに配慮した多床室がこれから必要。
- 原則、新設する特別養護老人ホームの居室は個室としながらも、状況に応じて一部プライバシーに配慮しながら多床室も増やすべき。
- 個室ユニットにしていくというのは、基本的にはいいかもしれないが、個室のメリット、デメリットもあれば、多床室のメリット、デメリットもあるわけで、がちがちに個室ユニットしかないというような考え方で特別養護老人ホームを整備していくことはいかなものか。
- 多床室問題について、現在 75%が多床室であり、プライバシーの確保についても調査が進められているということで、その結果を期待したい。
- 特別養護老人ホームの運営主体についても見直すべき。

(高齢者向け住まい)

- 養護老人ホーム、軽費老人ホームは、要介護 1・2 を含めた低所得高齢者の生活の場として必要な場合がある。養護老人ホームは措置控え等があり、ベッドが空いている状況。特別養護老人ホームと養護老人ホーム、軽費老人ホームというのは一体的に検討すべき問題。
- 措置控え・老朽化・多床室といった問題から養護老人ホーム、軽費老人ホームといった社会資源が有効に活用されないのはきわめて問題。今後増加が見込まれる低所得者、処遇困難者への対応として、養護老人ホーム、軽費老人ホームのセーフティネット機能を再評価し、これに対する支援策を再考する必要。
- サービス付き高齢者向け住宅を増やしていくことに反対はしないが、重度の方が安心して暮らしていくには、「生活支援員」の責務に、現行の規定よりも介護的業務の要素をさらに加えるべき。なお、サービス付き高齢者向け住宅ではないが、看板上「高齢者住宅」といったビジネスモデルが一部に見られ、サービスの質や不適正な介護保険給付が懸念される。また、住宅型有料老人ホームの一部に、モラル的に問題があるサービス体系が見られる。
- サービス付き高齢者向け住宅については、自己評価を公開して、それと違ったら異論が出るというような仕組みが必要。
- サービス付き高齢者向け住宅については、一体どんなサービスなのかというのがよく分からない。利用する側にとっては誤解も生まれやすい。
- 高齢者ハウスの構想を進めるに当たっては、利用者の安全に十分配慮し、いわゆる貧困ビジネス化させない歯止め策となる基準が必要であり、また、NPOを含めた多様な事業主体の参入が想定される中で、養護老人ホーム、軽費老人ホームのノウハウや専門性をこの構想にも十分活かすように努力すべき。
- 空き家の活用の際、耐震性とか安全性の度外視というのは絶対あってはならない。

(介護老人保健施設・介護療養型医療施設)

- 老健施設における医療をきちっと提供できる構造を、無駄のない社会資源として使ってほしい。老健施設の在宅復帰について、在宅復帰率の計算上、全ての退所者が分母になり、医療機関への転院が分母に含まれているが、医療機関へのトリアージを行って転院事例が増えると在宅復帰率が低下するというジレンマが生じており、検討すべき。
- 介護療養型医療施設の廃止方針について、方針をころころ変えるようなことはしないで、計画的に29年度末の廃止に向けた対応をとるべき。
- 医療的ニーズを伴う要介護高齢者が増えており、それらの受皿不足を考慮して介護型療養病床の廃止時期を延期すべき。
- 介護療養病床の将来について一定の方向づけをされても地域特性があって動けないところが少なからず存在する。しかしながら、看取りや医療・介護度の高い患者への対応など十分に機能を発揮している施設もあり、介護療養病床をこのまま廃止に持っていったら大きな不安が生じるだろう。

(その他)

- 施設のケアマネジメントについては、事業者の理念や整備の基盤によってマネジメント機能が高められたり、浸透の仕方が違ってくるので、まず、移行をスムーズな形にするためにも、ケアプランと個別支援計画の関係を整理して介護、看護、リハビリ等の計画が効果的かつ総合的に提供されることが必須。

利用者負担について

(総論)

- 団塊の世代全てが後期高齢者となる2025年には、介護保険のサービス利用者は約657万人、総費用額は約21兆円にまで膨らみ、保険料は平均8,200円程度になると見込まれている中で、制度の持続可能性を高め、国民の信頼を確保できる制度設計が必要。世代間・世代内での公平を図るための改革として、一定以上所得者の利用者負担引き上げについては賛成。
- 費用負担の公平化の議論の前に横たわるものとして、介護保険の1号保険料の引き上げを避けていくということがあった上で、応分の負担ができる人に2割負担をお願いするということがあるのではないか。
- 協会けんぽの適用事業所約160万のうち4分の3が、従業員9人以下の中小零細であり、これ以上の保険料引き上げは避けなければならない。一定以上の所得を有する高齢者には応分の負担をお願いせざるを得ない。
- 費用負担については、高齢者の関心は非常に高い。若い世代の負担を増やしたくないとか、保険財政を心配している、また、世代内の負担の公平化ということについては、理解をしている方々が多くいるという印象。

- 社会保険である介護保険については、保険料の差をつけて、給付は一定というのが基本と考えてきたが、高額介護サービス費という仕組みがあることを考えて、同一世代内の公平性の確保という考え方には一定の理解ができる。
- 要介護状態に陥るのは本人に帰責できない事由による場合も多く、そういった人に対して更に利用者負担を引き上げることは、公平性にそぐわない。そう考えると、利用者負担ではなく保険料で応能負担を強化する方向も考えられるのではないか。
- 現行の1割負担でも、経済的事情によりサービスの利用を控えている場合がある。利用者負担の引き上げを行うと、より一層、本来必要なサービスの利用を控える結果となり、そのために介護者の負担が増えることや、重度化が進むといったことも危惧される。

(一定以上所得の基準)

- 一定以上所得の基準は、医療保険制度の現役並み所得の基準（年収383万円（単身の場合）・520万円（複数の被保険者がいる場合））と異なってもよいと考えられ、事務局が提案した一定以上所得の基準は概ね妥当。
- 事務局が提案した一定以上所得の基準の案①（被保険者全体の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上相当。年金収入の場合、年収280万円以上）・案②（住民税課税者である被保険者のうち所得額が上位概ね半分以上に該当する合計所得金額170万円以上相当。年金収入の場合、年収290万円以上）を比べた場合、世代内の公平という観点から、被保険者全体に占める比率を用いている案①を採用すべき。
- 事務局が提案した一定以上所得の基準は低すぎるのではないか。後期高齢者医療制度の現役並み所得者は被保険者の約7%、入院レセプトに占める割合は約5.5%であり、それと比較して対象が広い。
- 介護保険制度の創設以来はじめて利用者負担の引き上げを導入するからには、慎重な検討が必要。このため、一定以上所得の基準は、まずは医療保険制度の現役並み所得の基準とあわせ、2割負担を定着させたいうえで、その状況を検証・分析しながら対象層を拡大できるかどうかを議論すべき。
- 一定以上所得の基準は、医療保険制度の現役並み所得の基準とあわせれば、高齢者をはじめとする国民の納得を得られやすいのではないか。
- 医療保険制度現役並み所得の基準と異なる基準とした場合、高齢者の認識と乖離するのではないか。
- 医療保険制度の現役並み所得の基準と異なる基準とする理由として、介護サービスは医療サービスと比べて費用の額が予測可能であるとの説明がされているが、介護の場合、利用者は長期化リスクの不安を抱えており、高齢者の受け止め方とは齟齬があるのではないか。
- 医療保険制度の現役並み所得の基準は、実際の現役世代の収入より相当高くなっており、これを現役並みとは言えない。このような基準を介護保険制度に導入すべきではない。
- 一定以上所得の基準は、保険料第6段階（合計所得金額190万円以上）からとすれば、わかりやすく、合理的ではないか。

- 高額医療合算介護サービス費というセーフティネットも整備されている中で、住民税本人課税者については一律に利用者負担引き上げをお願いすべきであり、一定以上所得の基準は、保険料第5段階（住民税本人課税者）からとしたらどうか。そうすれば対象者の判定事務も容易。
- 一度に住民税本人課税者まで広げられないということであれば、その道筋の途中として、事務局提案の案①が適当ではないか。
- 高額医療・高額介護合算制度がセーフティネットとしてある以上、本来であれば少なくとも課税層については、一律的な利用者負担の引き上げが検討されてしかるべき。法案上のたてつけはあくまでも過渡的な措置と位置づけ、将来的には一律引き上げを改めて検討することを前提に議論すべき。
- 一定以上所得の基準を保険料第5段階で区切った場合、生活保護との関連も整理しないと不公平感が生じてくるのではないか。
- 一定以上所得の基準を検討するにあたって、現役時代に平均的な収入があった方に負担をお願いするという方向も考えられ、モデル年金が線引きの一つの指標として参考になるのではないか。
- 事務局の示した平均的消費支出のモデルでは、あまり余裕がないのではないか。
- 平均的消費支出のモデルについては、今後の年金のマクロ経済スライドの影響や、消費増税、医療保険料・介護保険料の増加により、可処分所得は目減りしていくことを踏まえて検討する必要がある。
- 全国消費実態調査によれば、要介護認定を受けている者がいる世帯の方が、いない世帯よりも支出が多くなっており、そういった実態も踏まえて検討する必要がある。

（高額介護サービス費）

- 高額介護サービス費の利用者負担の上限見直しについては、事務局案で概ね理解を得られるのではないか。
- 2割負担とした場合、高額介護サービス費の上限に該当する人も多く、必ずしも負担が2倍になるわけではないとの説明だが、高額介護サービス費の上限見直しも検討すべき。

（その他）

- 利用者負担は1割から急に2割とするのではなく、1.5割の層を設けることも考えられるのではないか。
- 利用者の家計にとって医療・介護は不可分であり、両者の負担をセットで考えていく必要がある。
- 保険外サービスを利用する者は案①・案②に該当する層に多いと考えられ、保険外サービスの成長や消費マインドへの影響を踏まえて検討が必要。
- 新たに所得判定を行う必要が生じることにより市町村の事務が繁雑になるため、市町

村と実務面の協議を十分に行ってほしい。

- 利用者負担をお願いする以上、介護保険の理念である重度化予防・状態の維持改善に資するサービスを介護報酬で評価し、サービスの質を確保することで、国民の理解を求めていくべき。
- 消費税の8%、10%への引き上げ時に、消費税をどのように介護の充実に充てるのかについて、具体的なプランを積極的に発信して、負担増の理解を求めていくべき。
- 利用者自身がケアプランの内容に問題意識を持ってもらうため、ケアプランの作成にも自己負担を導入することを検討すべき。

補足給付について

(総論)

- 制度の持続可能性を高め、世代間・世代内の公平を図る観点から、補足給付の支給要件について、単にフローの所得だけでは把握できない負担能力を加味するために、資産を勘案することには賛成。
- 金融資産等を多く有しているにもかかわらず、住民税の課税所得が少ないことを理由に負担軽減の恩恵を受けているという現状は改善すべき
- 補足給付はこれまでも在宅で生活していた方にとっては不公平感のあるものであったため、提案の方向性は理解するが、資産の有無を自己申告制とした場合、新たな不公平が生まれてしまうことが懸念される。
- 正直者が馬鹿を見るというようなことがないようにすべき。
- いきなり完璧な資産勘案を導入することは困難であるが、第一歩として、事務局の提案内容を導入すべき。これにより新たな不公平が生まれることを懸念するよりも、現に生じている不公平を解消すべき。
- 資産勘案については、実務的に対応可能かという点が一番の課題であり、現実的な方策を詰める必要がある。

(預貯金等の勘案)

- 事務局が提案した預貯金等の基準(1,000万円(夫婦で2,000万円))は妥当。
- 預貯金等の基準は1,000万円(夫婦で2,000万円)と提案されているが、すぐに換金できない生命保険が含まれている場合や、負債を有している場合もあり、こういった事情にきめ細かく対応する必要があるのではないか。
- 負債を勘案するかどうかは精査する必要があるが、勘案するとしても、それを逆手にとって自らの経済力を過小に見せるようなことは起こらないようにする必要がある。
- 仮に金融資産は把握できるとしても、タンス預金は勘案するのかといった問題はどうしても生じるため、ある程度の割り切りは必要になってくる。
- 預貯金等は自己申告制とし、ペナルティーを強化するというが、果たして実効性がある

るかどうか疑問。

- 不正防止の徹底を図るべき。
- 預貯金等を自己申告とした場合、金融機関調査も可能にするとのことだが、生活保護分野でさえ金融機関は非協力的であった。ましてや介護保険の分野で、市町村が金融機関に対して個人の金融資産を確認できるのか。よほどの制度的裏付けが必要となるのではないか。
- 申請前日に子どもに財産を贈与するといった対応を防ぐためにも、預貯金等の残高は、補足給付を申請する1年前の時点を基準として把握してはどうか。
- 預貯金等の申告については、本人が高齢で自ら申告できない場合があるが、子どもから経済的虐待を受けているケースも存在するため、配慮が必要ではないか。
- 預貯金等の基準の境界に位置する人にとっては負担感・不公平感が大きいのではないか。
- 自分の葬祭費用を用意している高齢者が多いが、こうした意識を尊重すべきではないか。

(不動産の勘案)

- 不動産についても、不動産担保貸付制度を浸透させ、きちんと勘案すべき。今後さらに保険料が上がっていく中で、不動産をたくさん持っている人に補足給付をするということでは、保険料負担者の理解を得られない。
- 不動産は換金性が低いため、慎重に検討する必要があるが、貸付制度の活用は十分想定できるものであり、前向きに検討すべき。
- 不動産の勘案は保険者の事務手続に多大なコストがかかるため、反対。勘案するのは預貯金等のみとすべき。
- 固定資産税評価額で2,000万円以上が基準になるとすれば、対象として想定されるのは、ほぼ大都市ではないか。それぞれの市町村において具体的にどの程度事務負担が増えるのか、実証的な検証を行ってほしい。
- 農山村では売却不可能な不動産が多く存在しており、担保権設定が非常に困難なケースや、設定できたとしても少額となるケースが想定される。そのような中で果たして実務的に対応可能かどうか、詳細な検討が必要。
- 固定資産税評価額は変動していくもの。また、担保権を設定したら、長期に渡る不動産管理が必要。こういったことを踏まえ、費用対効果や事務の委託先を検討する必要がある。
- 固定資産税評価額については、評価替えにより相当程度上昇するケースがあるが、そのような場合に課税標準は軽減する措置があるため、課税標準を用いればよいのではないか。また、固定資産税評価額で見ようとすると、都市部の方が山間地域よりも高く、都市部で負担感が大きくなるが、課税標準で見れば大きな差は生じない。
- 勘案する不動産について、基本的には宅地で良いが、マンションの場合、底地は区分所有となり、1人当たりの持ち分を按分したら小さくなってしまいうので、その場合は土

地・建物を一体として勘案する方がよいのではないか。

- 貸付の委託先として、生活福祉資金の貸し付けを行っている社会福祉協議会は考えられないのか。
- 貸付制度については、判断能力の低下している高齢者が利用することを踏まえると、外部委託できちんとした対応ができるのかどうか不安。
- 子どもが同居している場合には不動産を勘案しないとされているが、仮に現在同居していなくとも、様々な事情により子どもが同居せざるを得ない状況になることもあり得るため、様々な個別対応が必要となってくるのではないか。
- 子どもが同居している場合には不動産を勘案しないという考え方はわかるが、調査を受ける一時点のみ偽装するようなことは起きてはならず、実務上難しい課題。
- 農地については、異なった利用をしている場合があり、特に都市部は宅地と見なすことが必要ではないか。
- 農地は対象とせず宅地のみとすべき。

(非課税年金の勘案)

- 遺族年金、障害年金といった非課税年金についても、所得として勘案することが必要。
- 遺族年金の勘案には賛成だが、障害年金の勘案には反対。
- 障害年金を他の非課税収入と同じように捉えて良いかどうかは、慎重に検討する必要がある。

(その他)

- 補足給付は本来の給付外の福祉的給付であり、その性格は低所得者対策。このため本来、その財源は介護保険ではなく、全額公費である福祉財源で賄うべき。

1号保険料の低所得者軽減について

(低所得者軽減)

- 今後ますます1号保険料が上昇していく中で、負担できない事態となれば徴収率が下がってしまう。徴収率を保ったうえである程度の負担をしていただくためには、低所得者への軽減策をきちんと講じていく必要がある。
- 軽減の方法として、別枠での新たな公費投入を確実に導入してほしい。そのための財源として、1,300億円程度を確実に充当してほしい。
- 消費増税分の財源は、低所得者の保険料軽減よりも、むしろ保険料の地域間格差是正のために投入すべきではないか。
- 低所得者軽減策に公費を充てるとなると、実質公費負担は50%以上を超えるため、公

費負担割合が50%以上となると理解する。

- あくまで保険料でとるべき部分を軽減するものであるという目的を明確にするため、今回の措置を公費負担割合の拡大として位置付けるべきではない。

(多段階化)

- 既に保険者で多段階の保険料設定をして細分化して対応されているので、これになってさらに弾力化する方向については賛同。
- 保険料の多段階化は、従来から各市町村において独自に取り組んできており、これにならった方向性として賛成。今回標準9段階化を導入することで、市町村間の対応のばらつきがある程度収斂することも見込まれる。
- 多段階化により、高所得者の保険料負担が増えることも考えられる。介護とは無縁な高齢者に対する地域の事業なども具体的なプランとして打ち出さなければ、負担増となる1号被保険者の反発につながるのではないかと。

(その他)

- 高齢者と現役世代の負担のバランスを考える意味でも、2号保険料の軽減にも目を向けた施策を検討してほしい。

その他

- 制度改正にあわせて、電算システムの変更などの大きな事務コストが出てくることから、国による財源措置をお願いしたい。
- 介護・医療関連情報の見える化は重要であり、進めていただきたい。
- 介護認定審査会の経費などの事務的な経費をどう抑えていくかという視点も必要。
- 費用負担の公平化については、制度改正の効果に係る将来推計を出してほしい。
- 調整交付金について、5%交付されていない保険者では、差分を1号保険料で負担しているが、全て1号被保険者にしわ寄せが来るのはいかがなものか。調整交付金は別枠化してもらいたい。
- 調整交付金の役割は保険者間の1号保険料の格差を平準化するものであって、配分に地域差が生じるのは制度上当然。同じ所得であれば同じ保険料水準となる制度が望ましいので、他の市町村の保険料水準との差が見える化できるとよい。
- 利用者に対する説明を求められるのは現場のケアマネジャーなので、現場に対する説明や周知を保険者が責任を持って行うことが必須。
- 補足給付の見直しについては相当煩雑な手続が必要となるため、施設入所の際に利用者からケアマネに説明を求められても、対応は困難。きちんとした説明・手続ができないために利用者が不利益を被ることがないようにしなければならないが、不安がある。

- 後期高齢者医療制度施行時のような混乱を招かぬよう、広報活動を展開し、国民にわかりやすく説明を行っていくべき。
- 大きな制度改正があるときには、現場の事業者・生活相談員・ケアマネジャー・サービス提供責任者といった人たちが利用者に対して納得のいく説明ができるよう、研修などを行ってほしい。
- 介護離職を防ぐ視点も入れながら検討を進めてほしい。介護離職が進んでいる中、単なる啓発をするだけでなく、もっとわかりやすく介護保険制度を浸透させていく必要がある。