

社会保障審議会介護保険部会（第51回）議事次第

平成25年10月30日（水）

14：00 ～ 17：00

於 KKRホテル東京「瑞宝の間」

議 題

- 1 予防給付の見直しと地域支援事業の充実について
 - （1）予防給付の見直し
 - （2）地域支援事業の充実
 - （3）介護予防の見直し
 - （4）新しい総合事業の事務負担の軽減及び費用
- 2 特別養護老人ホームの重点化について
- 3 その他
 - （1）地域包括支援センターの機能強化へ向けた方向性
 - （2）居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模型通所介護の地域密着型サービスへの移行のスケジュール

【資料】

資料1 予防給付の見直しと地域支援事業の充実について

資料2 特別養護老人ホームの重点化について

資料3 その他

参考資料1 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案

参考資料2 社会保障・税一体改革による社会保障の充実・安定化について（案）

参考資料3 医療・介護サービス提供体制改革推進本部について

参考資料4 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30日現在

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
平 川 則 男	日本労働組合総連合会生活福祉局長
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
榊 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）

予防給付の見直しと地域支援事業の充実について

(1) 予防給付の見直し	…… 1
(2) 地域支援事業の充実	…… 10
(3) 介護予防の見直し	…… 17
(4) 新しい総合事業の事務負担の軽減及び費用	…… 29

(1) 予防給付の見直し

介護予防給付の地域支援事業への移行(案)

- 要支援者に対する介護予防給付については、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスの提供をできるよう、地域支援事業の形式に見直すことを検討。
- 全国一律のサービスの種類・内容・運営基準・単価等によるのではなく、市町村の判断でボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の地域資源を効果的に活用できるようにしていく。
- 移行後の事業も、介護保険制度内でのサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- 事業への移行にあたっては、既存介護サービス事業者の活用も含め多様な主体による事業の受け皿を地域に整備するため、地域の実情に合わせて、一定程度時間をかけて行う。

介護保険制度

* これ以外に高額介護サービス費等が含まれる。

介護給付(要介護者)

約7兆1000億円(平成23年度)*

予防給付(要支援者)

約4100億円(平成23年度)*

地域支援事業

約1570億円(平成23年度)

個別給付

- ◆ 法定のサービス類型(特養・訪問介護・通所介護等)
- ◆ 全国一律の人員基準・運営基準

個別給付

- ◆ 法定のサービス類型(訪問介護・通所介護等)
- ◆ 全国一律の人員基準・運営基準

介護予防事業

・総合事業

- ◆ 事業内容については市町村の裁量
- ◆ 全国一律の人員基準・運営基準なし

包括的支援事業

・任意事業

- ◆ 地域包括支援センターの運営等

(見直し前)

財源構成 (国)25%:(都道府県/市町村)12.5%:(1号保険料)21%:(2号保険料)29%

財源構成 (国)39.5%:(都道府県/市町村)19.75%:(1号保険料)21%

事業化

新しい地域支援事業

個別給付

- ◆ 法定のサービス類型(特養・訪問介護・通所介護等)
- ◆ 全国一律の人員基準・運営基準

新しい総合事業(要支援事業・新しい介護予防事業)

- ◆ 事業内容については 市町村の裁量を拡大
- ◆ 柔軟な人員基準・運営基準

新しい包括的支援事業

・任意事業

- ◆ 地域包括支援センターの運営等

(見直し後)

※地域支援事業は地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業として再構築

予防給付から移行する要支援者に対する事業(案)

〈要支援者に対する事業のイメージ〉

- 1 実施主体： 市町村 （事業者への委託、市町村が特定した事業者が事業を実施した費用の支払等）
- 2 対象者： 要支援者について、現行の予防給付を段階的（27～29年度）に廃止し、新総合事業の中で実施
※ 既にサービスを利用している者については事業移行後も必要に応じて既存サービス相当のサービスを利用可能とする。
- 3 利用手続き： 要支援認定を受けてケアマネジメントに基づきサービスを利用
- 4 事業の内容： 現行の予防給付、予防事業を移行し、予防サービス、生活支援サービスを一体的、効率的に実施
予防給付のすべてのメニューを事業に移行。

〔各個別サービスについて〕（詳細は6ページ参照）

- ①訪問型・通所型サービス（現行の訪問介護、通所介護から移行等）
人員基準等を緩和し、地域で多様なサービスの提供を推進。訪問型・通所型サービスについて市町村が何らかの事業を実施する義務。
- ②①以外のサービス：
国が一定程度の基準を提示。それぞれのサービスについて市町村は必要に応じて事業を実施する義務。

- 5 事業費の単価： 訪問型・通所型サービス（上記①）については、サービスの内容に応じた市町村による単価設定を可能とする。これらも含め上限単価等全国的なルールのもと市町村が設定する仕組みを検討。

- 6 利用料： 地域で多様なサービスが提供されるため、そのサービスの内容に応じた利用料を市町村が設定する。

※ 従来の給付から移行するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みのもと、市町村が設定する仕組みを検討。（利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組みとすることが必要）

- 7 事業者：市町村が事業者へ委託する方法に加え、あらかじめ事業者を認定等により特定し、当該市町村の一定のルールの下事業者が事業を実施した場合事後的に費用の支払いを行う枠組みを検討。

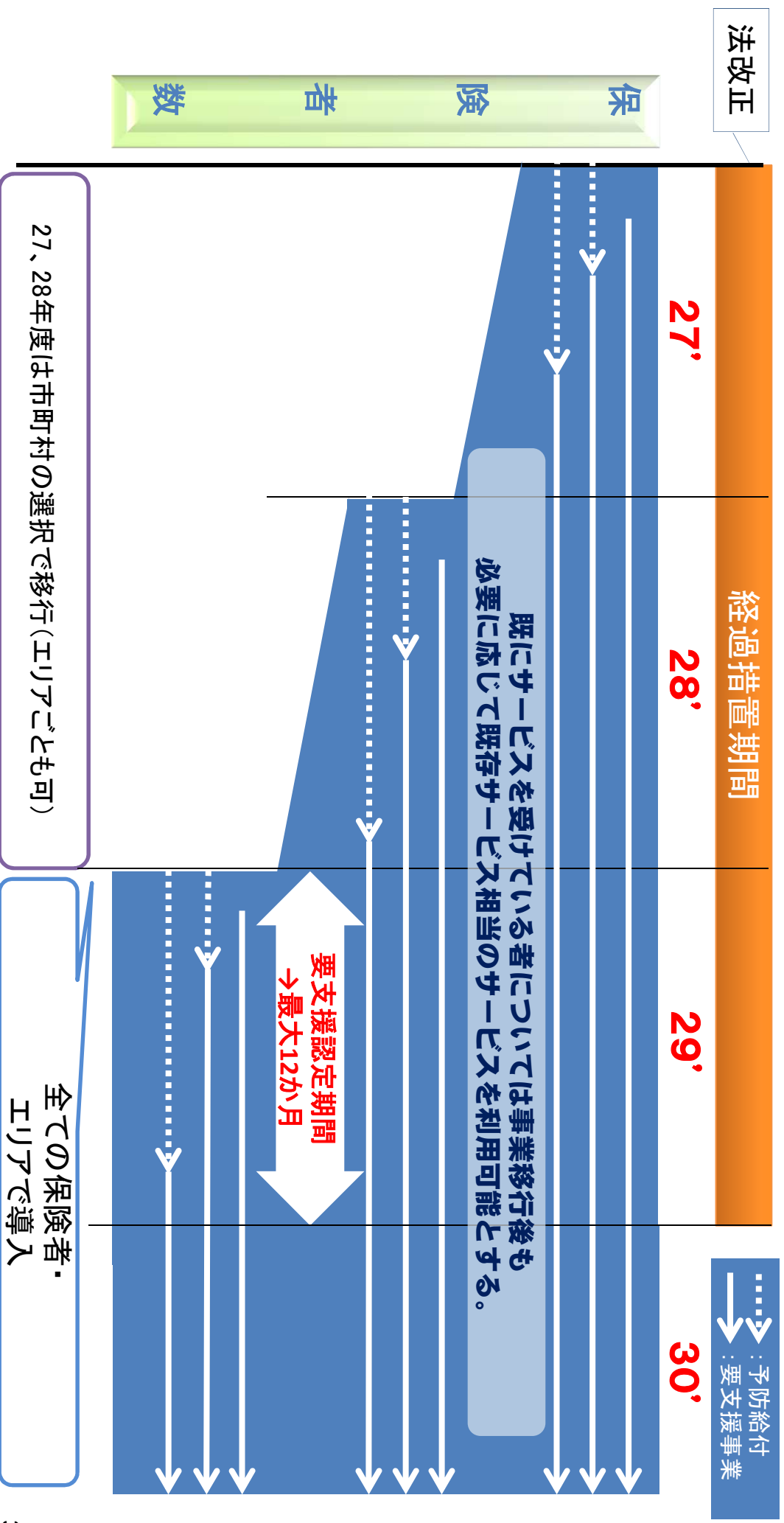
- 8 ガイドライン：介護保険法に基づき厚生労働大臣が指針を策定し、市町村による事業の円滑な実施を推進。

- 9 財源： 1号保険料、2号保険料、国、都道府県、市町村（予防給付と同じ）

※事務負担の軽減及び費用については29～31ページを参照

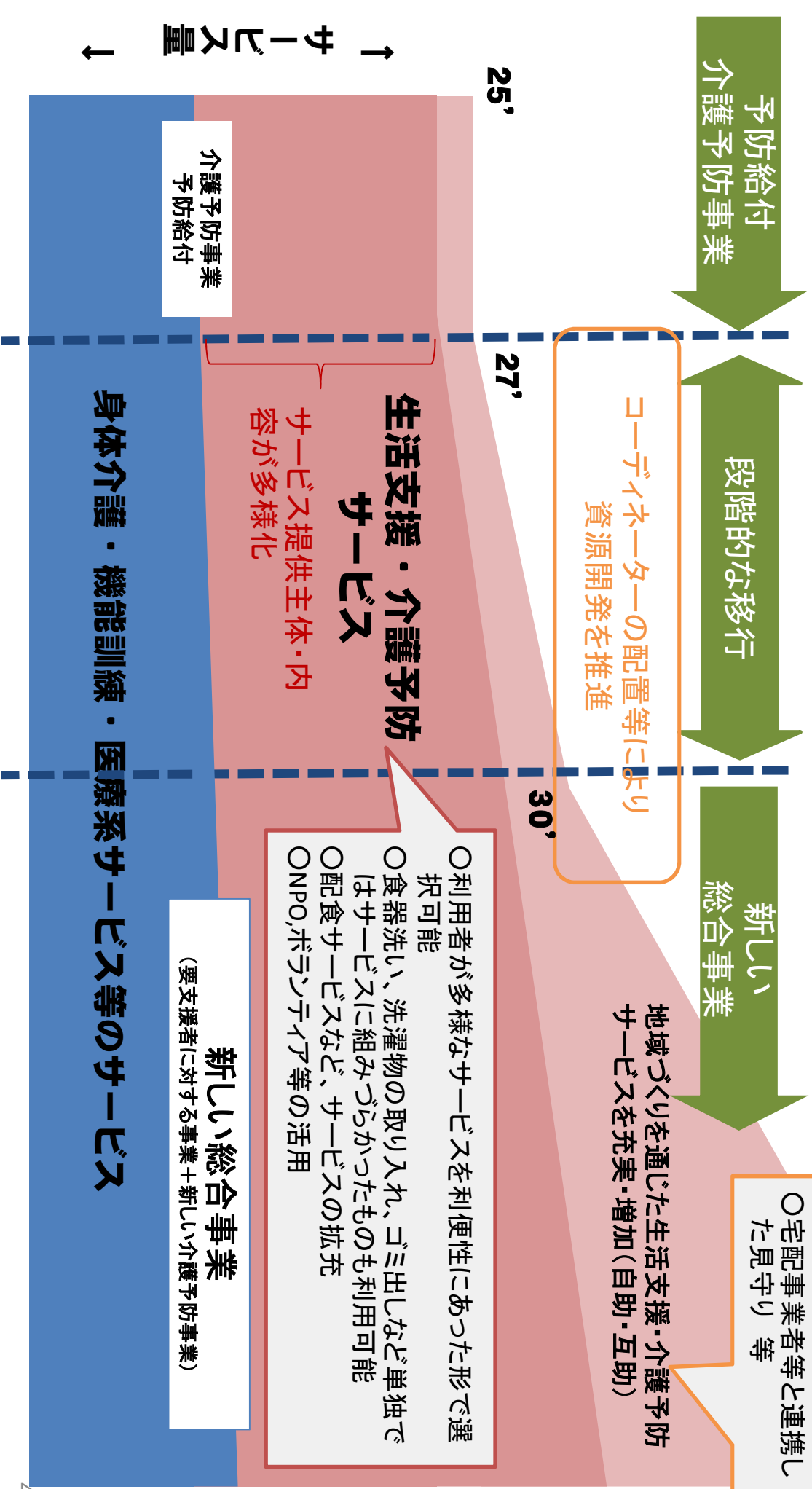
予防給付から地域支援事業への移行スケジュールについて(イメージ)

- 平成29年4月までに、全ての保険者で要支援者に対する地域支援事業を開始。(27、28年度は市町村の選択)
- 平成29年度末をもって、全国で予防給付が終了。



予防給付から地域支援事業への移行による生活支援・介護予防サービスの充実(イメージ)

- 要支援者の支援については、予防給付から地域支援事業へ段階的に移行。
- 互助の取組や民間サービスの基盤整備を行い、高齢者の生活支援サービスを充実。



要支援者に対するサービスの多様化のイメージ

○ 全国一律のサービス内容であった訪問介護や通所介護については、事業に移行することにより、多様なサービスが多様な主体により提供され、サービス量が増加。利用者が多様なサービスを選択可能となる。

【参考例】

訪問介護



既存の訪問介護事業所による身体介護等の訪問介護
NPO、民間事業者等による掃除・洗濯等の生活支援サービス
住民ボランティアによるゴミ出し等の生活支援サービス

通所介護



既存の通所介護事業所による機能訓練等の通所介護
NPO、民間事業者等によるミニデイサービス
コミュニティサロン、住民主体の運動・交流の場
リハビリ、栄養、口腔ケア等の専門職等が関与する教室

要支援者の生活支援・介護予防サービスの全体イメージ

現行のサービス（予防給付）

- ・訪問介護
- ・通所介護

人員基準等を緩和し、既存サービスに加え、多様なサービスの提供を推進。市町村は事業を実施する義務。

見直し後のサービス（事業に移行）

- ・訪問型サービス
- ・通所型サービス

・多様な担い手による生活支援

・ミニデイなどの通いの場

・運動、栄養、口腔ケア等の教室

配食サービス、見守り・安否確認、地域サロンなども地域の実情に応じて拡がり

- ・訪問看護
- ・訪問リハビリテーション
- ・通所リハビリテーション
- ・短期入所療養介護
- ・居宅療養管理指導

- ・訪問看護
- ・訪問リハビリテーション
- ・通所リハビリテーション
- ・短期入所療養介護
- ・居宅療養管理指導

- ・特定施設入所者生活介護
- ・短期入所者生活介護
- ・訪問入浴介護
- ・認知症対応型通所介護
- ・小規模多機能型居宅介護
- ・認知症対応型共同生活介護
- ・福祉用具貸与

- ・特定施設入所者生活介護
- ・短期入所者生活介護
- ・訪問入浴介護
- ・認知症対応型通所介護
- ・小規模多機能型居宅介護
- ・認知症対応型共同生活介護
- ・福祉用具貸与

- ・福祉用具販売
- ・住宅改修

など

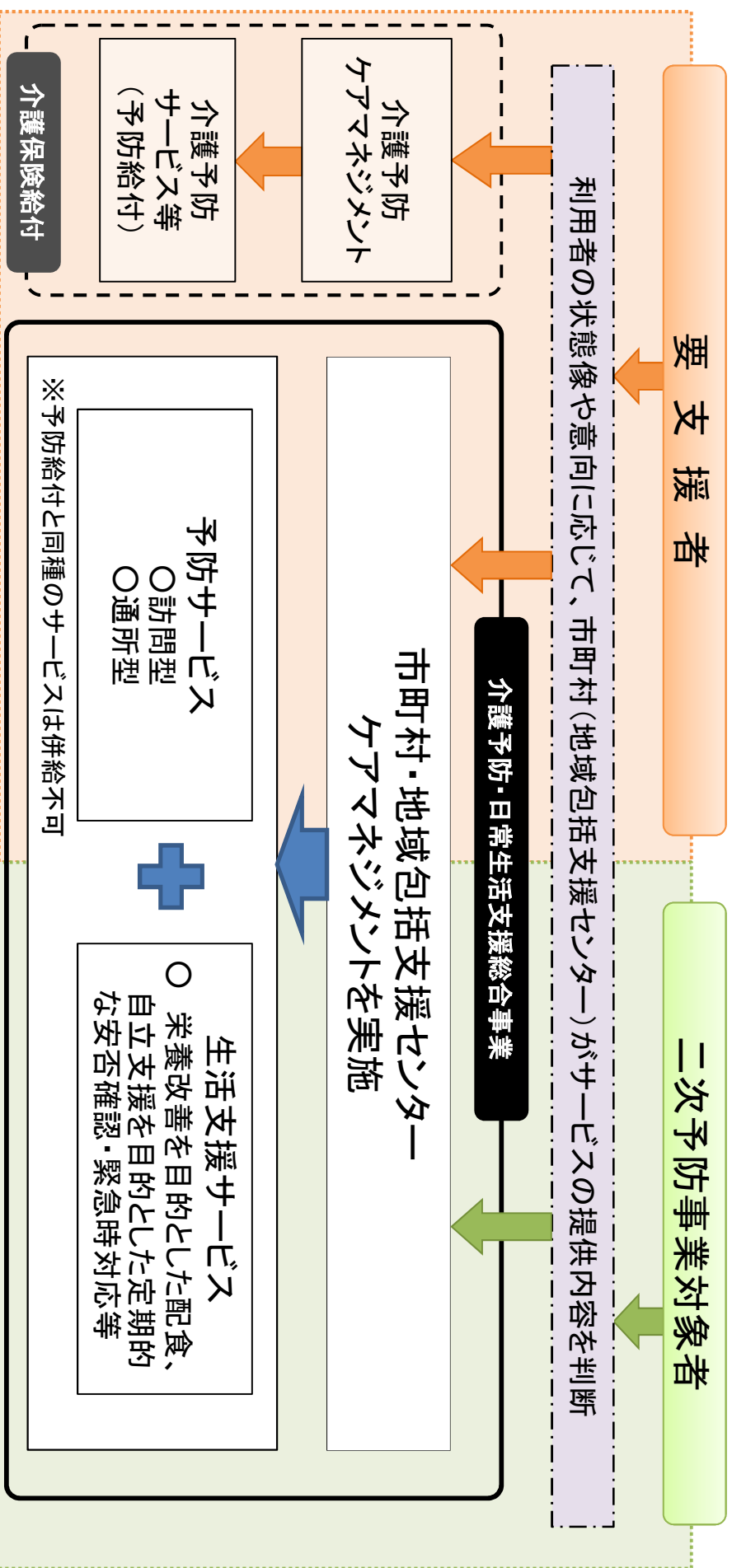
・専門職によるアセスメント・モニタリング、ケアマネジメント支援が地域の実情に応じて実施される。

- ・ケアマネジメント

- ・ケアマネジメント

(参考) 介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)

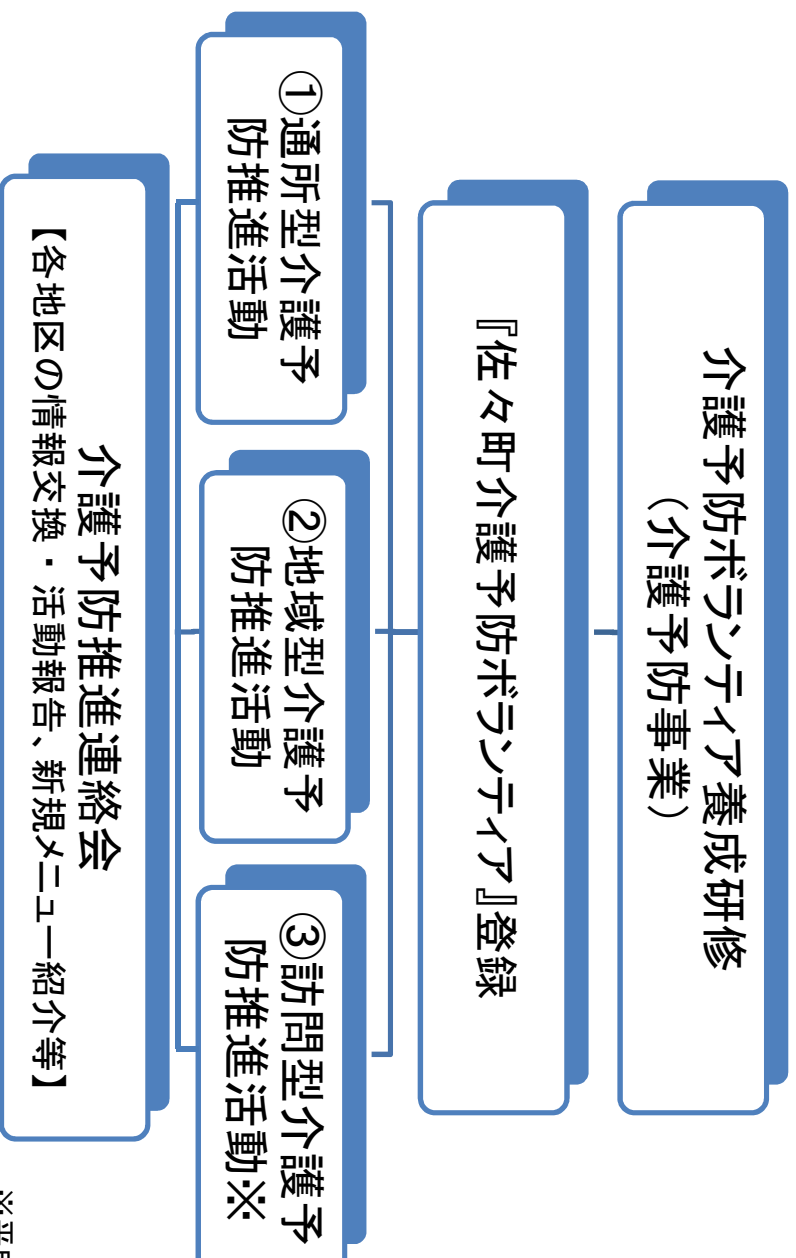
- 市町村の選択により、地域支援事業において要支援者・2次予防事業対象者(要介護状態等となるおそれのある高齢者)向けの介護予防・日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる事業を創設(平成24年4月～)
- 同事業の導入により、多様なメンバーや社会資源の活用等が図られ、地域の創意工夫を活かした取組の推進が期待される。
(例)
 - ・ 要支援と自立を行き来するような高齢者には、総合的で切れ目のないサービスを提供
 - ・ 虚弱・ひきこもりなど介護保険利用につながらない高齢者には、円滑にサービスを導入
 - ・ 自立や社会参加意欲の高い人には、社会参加や活動の場を提供
- 平成24年度では、27保険者(市町村等)が実施。(第五期介護保険事業計画期間では約132の保険者が実施予定)



(参考) 介護予防・日常生活支援総合事業の取組(長崎県佐々町) ～介護予防ボランティアによる介護予防と日常生活支援～

- 「介護予防ボランティア養成研修」を受けた65歳以上の高齢者が、①介護予防事業でのボランティアや、②地域の集会所などでの自主的な介護予防活動、③要支援者の自宅を訪問して行う掃除・ゴミ出し等の訪問型生活支援サービスを行うことを支援。
- 平成20年度から実施し、平成24年12月現在45名が登録・活動中。
- 平成24年度からは介護保険法改正により導入した介護予防・日常生活支援総合事業で実施。

佐々町の介護予防ボランティア組織図



※平成24年度より

(参考) 介護予防・日常生活支援総合事業の取組(山梨県北杜市) ～地域住民の支え合いによる通いの場づくりと生活支援～

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

通所型予防サービス(ふれあい処北杜)

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

※地域支え合い体制づくり事業で整備

生活支援サービス

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



(2) 地域支援事業の充実

市町村による新しい地域づくりの推進(生活支援・介護予防の充実)

- 市町村が中心となってコーデイネーターと連携しつつ、生活支援サービスの充実、介護予防の推進等を図ることにより、高齢者が利用可能な多様なサービスが地域で提供される。
- 高齢者の中には事業の担い手となる者も出現。これは介護予防にもつながる。
⇒ 高齢者を中心とした地域の支え合い(互助)が実現。

市町村が中心となって企画・立案

地域資源の開発

(例)

- ・ボランティアの発掘・養成・組織化

→ ボランティアは生活支援・介護予防の担い手として活動。高齢者の困り事の相談の対応等も実施。(コーデイネーターとも連携)

- ・生活支援・介護予防の立ち上げ支援

生活支援・介護予防の充実

多様な通いの場

(例)

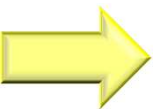
- ・サロン
- ・住民主体の交流の場
- ・コミュニケーションカフェ
- ・認知症カフェ
- ・ミニデイサービス
- ・体操教室
- ・運動・栄養・口腔ケア等の教室

多様な生活支援

(例)

- ・ゴミ出し
- ・洗濯物の取り入れ
- ・食器洗い
- ・配食
- ・見守り
- ・安否確認

連携・協力



コーデイネーター



参加・活用
(担い手となる
高齢者も出現)

支援を要する高齢者

研修を受けたボランティアが地区の集会所で介護予防教室を運営。

小規模多機能居宅介護に交流施設を併設。地域のサロンとして活用。子どもとの交流も実施。

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

地域活性化を推進するNPOが地域に配食サービスを展開。

交番、金融機関、コンビニ等幅広い関係機関が連携し、認知症の高齢者の見守り体制を構築。

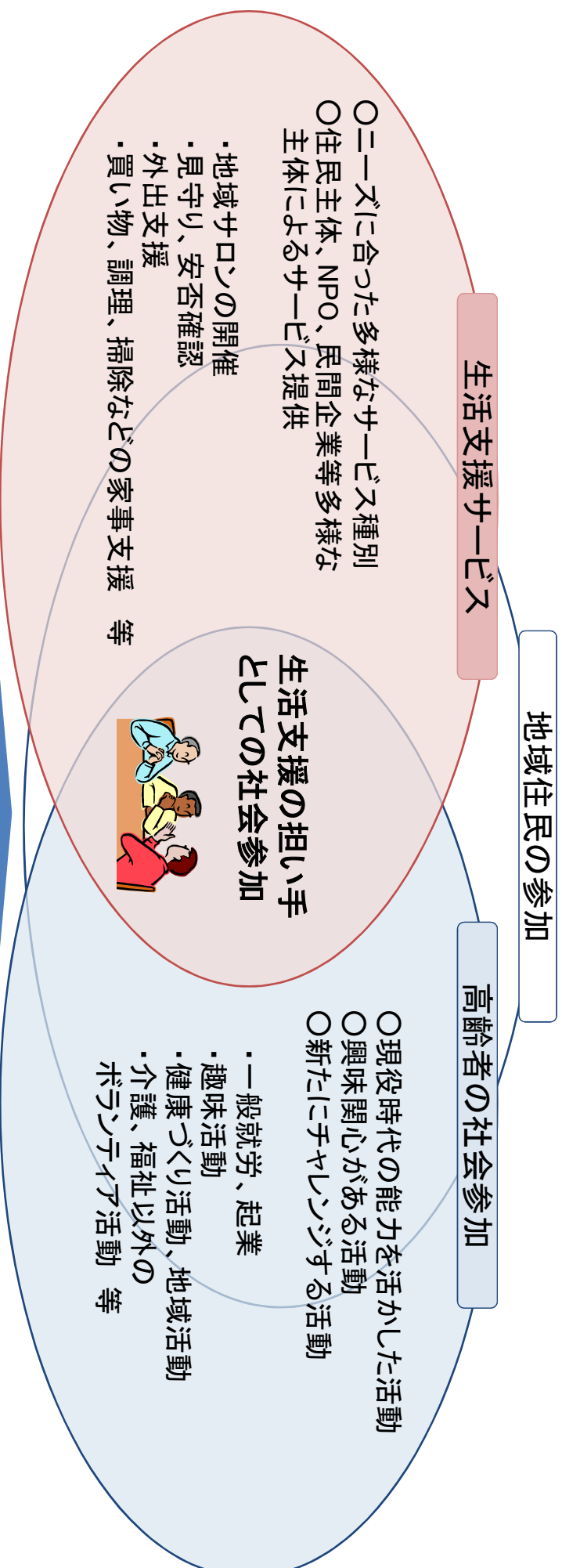
高齢者が自立した生活を継続できる地域づくり

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



(参考)生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、見守り・配食等の生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。
- 高齢者の社会参加をより一層推進することを通じて、元気が高齢者が生活支援の担い手として活躍することも期待される。このように、高齢者が社会的役割をもつことにより、生きがいや介護予防にもつながる。



バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化

バックアップ

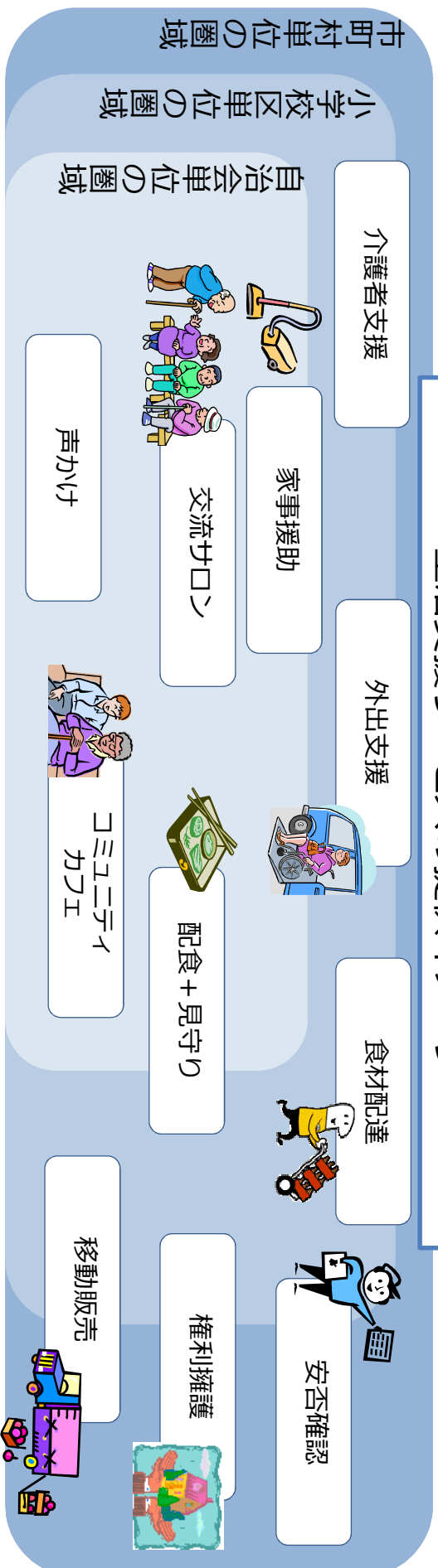
都道府県等による後方支援体制の充実

(参考) 多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生涯現役コーディネーター（仮称）」の配置や協議体の設置などに対する支援

生活支援サービスの提供イメージ



事業主体

民間企業

NPO

協同組合

社会福祉法人

ボランティア

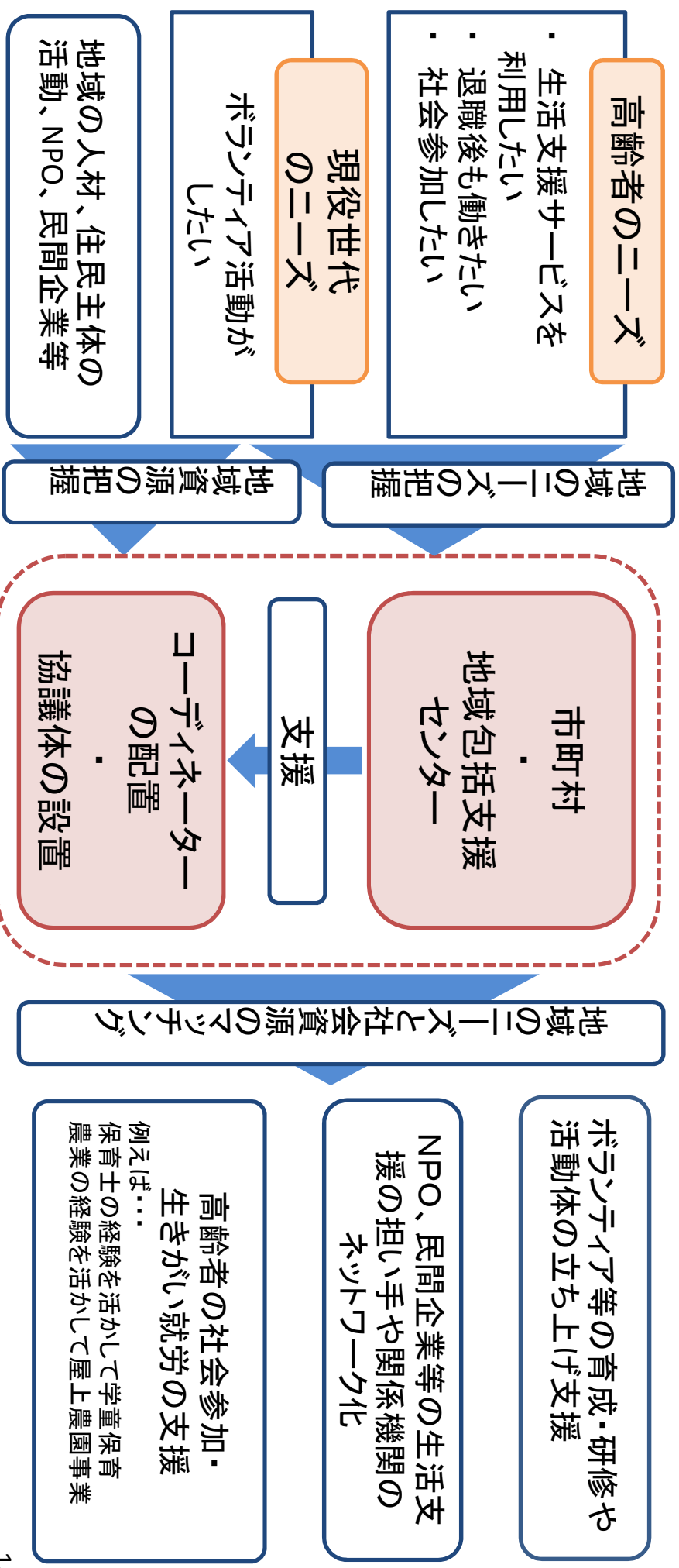
バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）

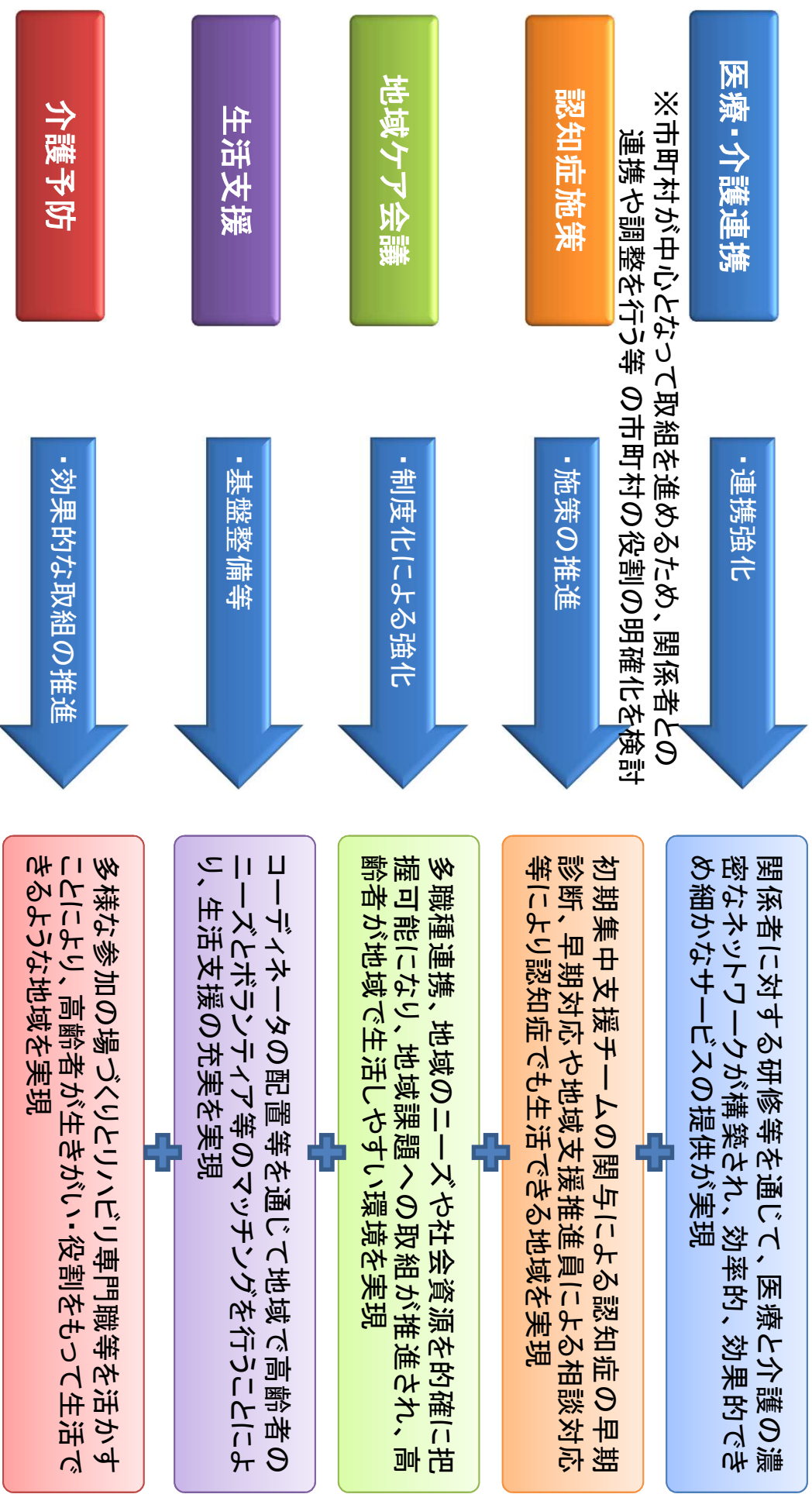
民間とも協働して支援体制を構築

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

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



医療・介護連携・認知症施策・地域ケア会議・生活支援・介護予防の充実・強化



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

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

25～26年度

27～29年度

30年度～

医療・介護連携

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

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

- 全ての市町村で実施（小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする）

認知症施策

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

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

- 全ての市町村で実施（小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする）

地域ケア会議

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

- 27年4月 改正法施行
- 法定化による地域ケア会議の確実な実施

- 地域ケア会議の充実が図られる。

生活支援

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

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

- コーデイネーターの配置等が推進され、市町村で生活支援の充実が図られる。

介護予防

- 効果的・効率的な介護予防の取組事例を全国展開する観点から市町村を支援

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

- 効果的・効率的な介護予防の取組の充実

(3) 介護予防の見直し

これからの介護予防について

介護予防の理念

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。
- 生活機能(※)の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。

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

これまでの介護予防の問題点

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

これからの介護予防の考え方

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持つて生活できる地域の実現を目指す。
- 高齢者を生活支援サービスの担い手であることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。
- 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。

これからの介護予防の具体的アプローチについて

リハ職等を活かした介護予防の機能強化

- リハ職等が、ケアカンファレンス等に参加することにより、疾病の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。
- リハ職等が、通所と訪問の双方に一貫して集中的に関わることで、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切なアセスメントに基づくADL訓練やIADL訓練を提供することにより、「活動」を高めることができる。
- リハ職等が、住民運営の通いの場において、参加者の状態に応じて、安全な動き方等、適切な助言を行うことにより、生活機能の低下の程度にかかわらず、様々な状態の高齢者の参加が可能となる。

住民運営の通いの場の充実

- 市町村が住民に対し強い動機付けを行い、住民主体の活動的な通いの場を創出する。
- 住民主体の体操教室などの通いの場は、高齢者自身が一定の知識を取得した上で指導役を担うことにより役割や生きがいを認識するとともに、幅広い年齢や状態の高齢者が参加することにより、高齢者同士の助け合いや学びの場として魅力的な場になる。また、参加している高齢者も指導者として通いの場の運営に参加するという動機づけにもつながっていく。
- 市町村の積極的な広報により、生活機能の改善効果が住民に理解され、更に、実際に生活機能の改善した参加者の声が口コミ等により拡がることで、住民主体の通いの場が新たに展開されるようになる。
- このような好循環が生まれると、住民主体の活動的な通いの場が持続的に拡大していく。

高齢者の社会参加を通じた介護予防の推進

- 定年後の社会参加を支援する等を通じて、シニア世代に担い手になってもらうことにより、社会的役割や自己実現を果たすことが、介護予防にもつながる。

新しい介護予防事業のイメージ

○元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
○リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

現行の介護予防事業

一次予防事業

- ・介護予防普及啓発事業
- ・地域介護予防活動支援事業
- ・一次予防事業評価事業

二次予防事業

- ・二次予防事業対象者の把握事業
- ・通所型介護予防事業
- ・訪問型介護予防事業
- ・二次予防事業評価事業

一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直す

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

見直し後の介護予防事業

・介護予防事業対象者の把握事業

・地域の実情に応じて収集した情報等（例えば、民生委員等からの情報など）の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、地域介護予防活動支援事業等で重点的に対応（基本チェックリストを活用することも可能）

・要支援者等も参加できる住民運営の通いの場の充実

・介護予防普及啓発事業

・地域介護予防活動支援事業

・介護予防事業評価事業

・従来の二次予防事業対象者に実施していた通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業は、基本チェックリストの活用により、引き続き、対象者を限定して実施

・通所型介護予防事業

・訪問型介護予防事業

・「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけられるために、地域においてリハ職等を活かした自立支援に資する取組みを推進

・（新）地域リハビリテーション活動支援事業

リハビリテーションの理念

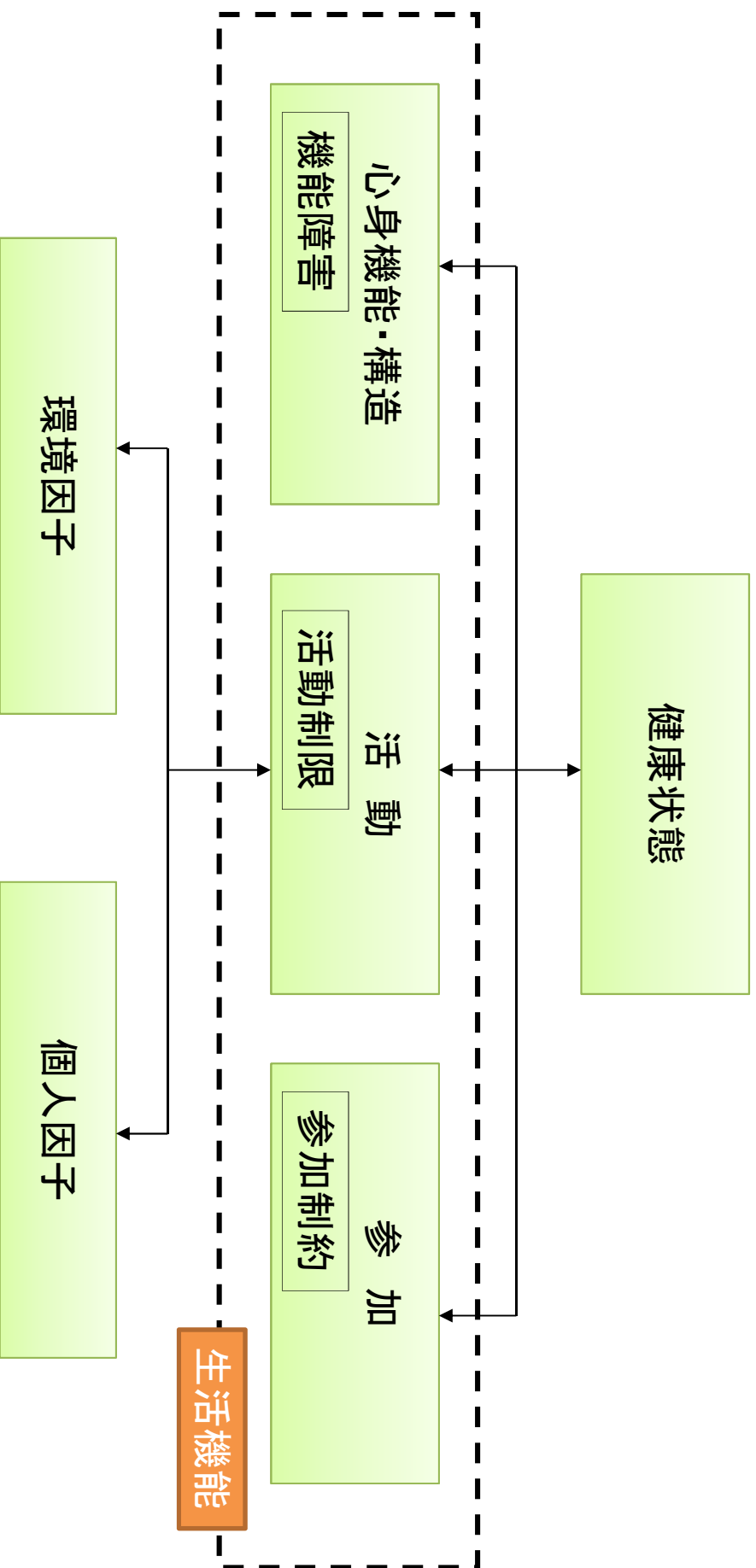
リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

高齢者のリハビリテーションに求められるもの

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

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

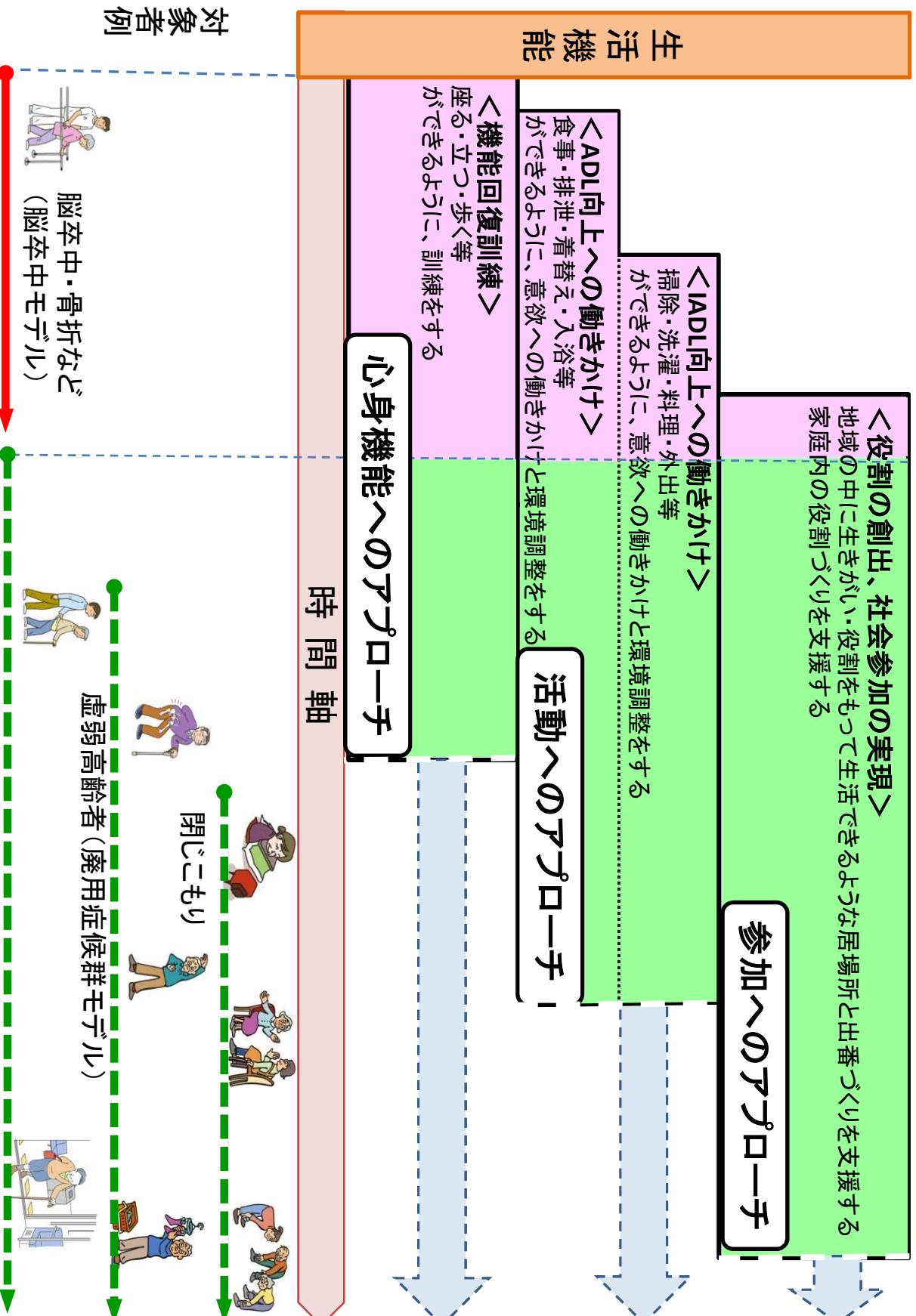
国際生活機能分類（ICF）



人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

- ①体の働きや精神の働きである「心身機能」
 - ②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」
 - ③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」
- の3つの構成要素からなる

高齢者リハビリテーションのイメージ



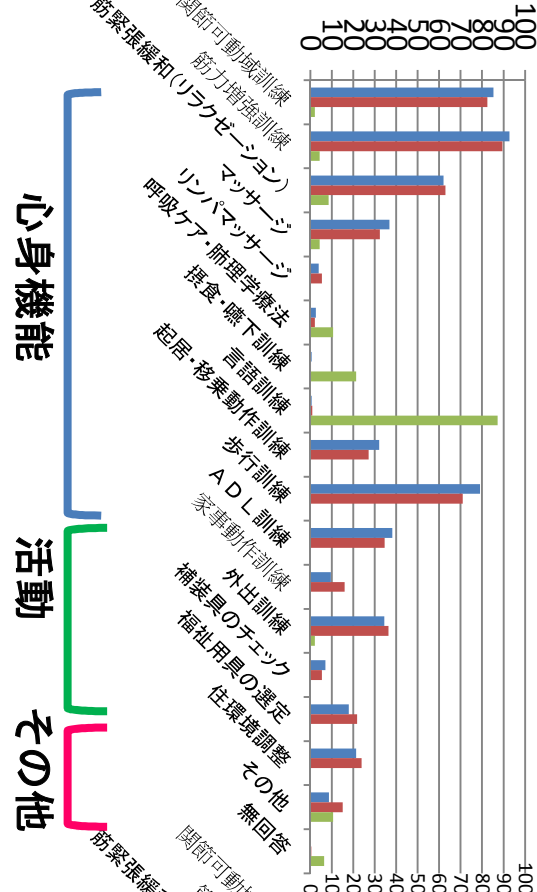
(参考) 介護予防訪問・通所リハビリテーションの利用状況

○要支援者に対するサービス提供内容は、機能回復訓練に偏っている。
○月間利用者総数に占める終了者の割合は、5%未満である。

<サービス提供内容>

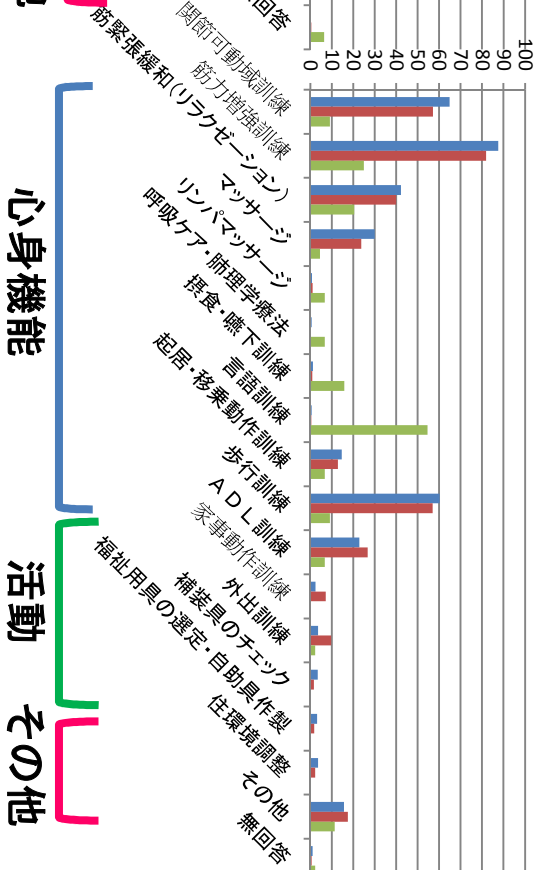
介護予防訪問リハビリテーション

n=1380



介護予防通所リハビリテーション

n=1346



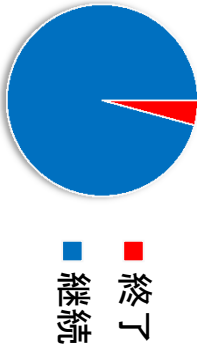
■ 言語聴覚士
■ 作業療法士
■ 理学療法士

対象：要支援1・2
訪問リハ1000、通所
リハ1000事業所を無
作為抽出し、調査
(回答)
訪問リハ
380事業所(1380人)
通所リハ
301事業所(1346人)
(回収率34.0%)

<月間の終了状況>

介護予防訪問リハビリテーション

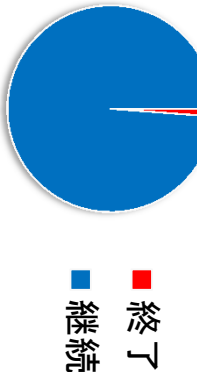
終了者の割合 **4.2%**



(終了者: 120人、月間利用者数: 2843人)

介護予防通所リハビリテーション

終了者の割合 **1.2%**



(終了者: 92人、月間利用者数: 7636人)

【介護予防の取組】

①大阪府大東市 ～住民主体の介護予防～

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

基本情報（平成25年4月1日現在）

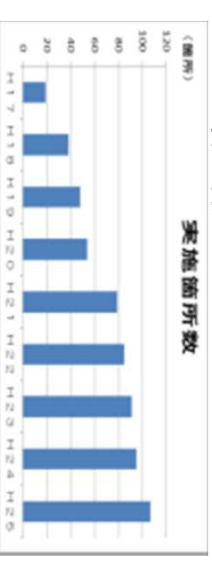
※人口は平成24年3月31日

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



介護予防の取組の変遷

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



65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合

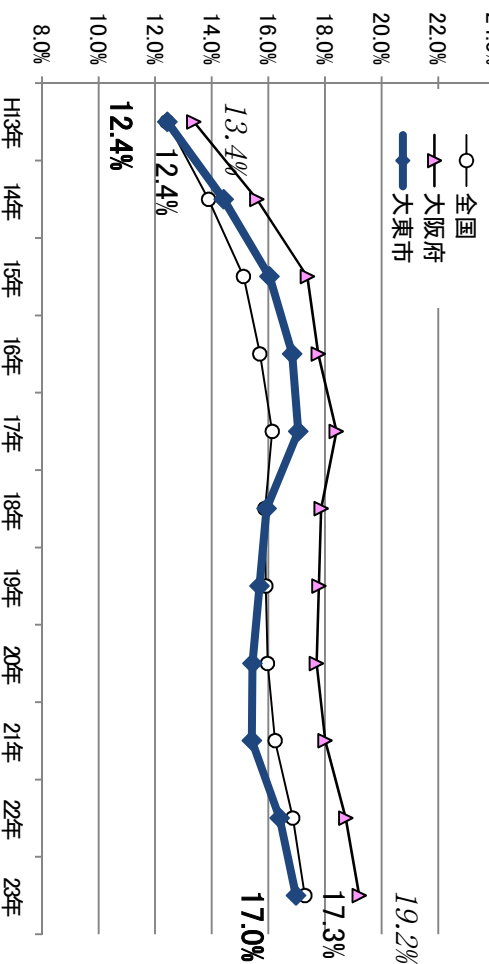
9.3 %

65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合

2.7 %

※要支援1～要介護5の高齢者163人が含まれる。

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

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

②岡山県総社市 ～徒歩圏内に住民運営の体操の集い～

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

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

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



介護予防の取組の変遷

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

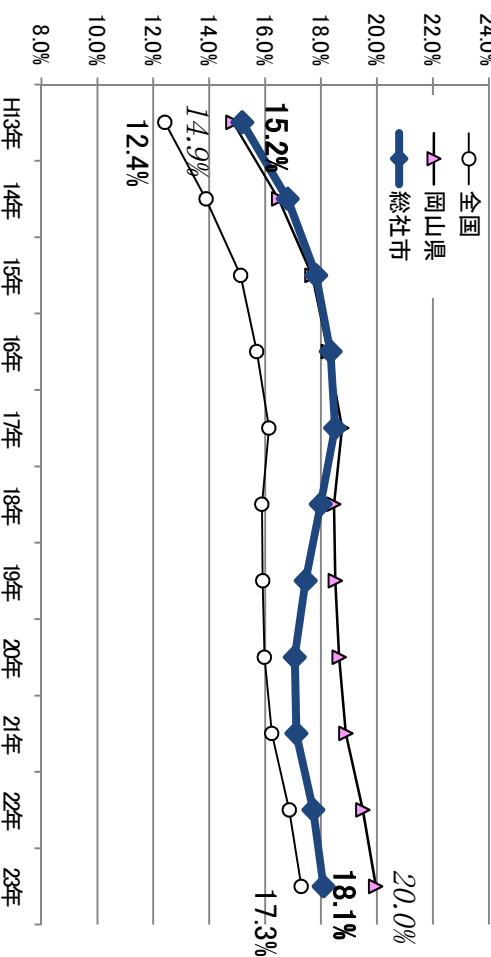
H24年度参加実人数	高齢者人口に占める割合
1,535人	9.6%

※要支援1～要介護4の高齢者88人が含まれる。

個人宅での体操の集い



第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

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

③愛知県武豊町 ～住民の参加・社会活動の場としてのサロン～

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

基本情報 (平成25年4月1日現在)

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援 センター設置数	直営		カ所
	委託		カ所
総人口		41,927	人
65歳以上高齢者人口		8,711 20.8	人 %
75歳以上高齢者人口		3519 8.4	人 %
第5期1号保険料		4,780	円



介護予防の取組の変遷

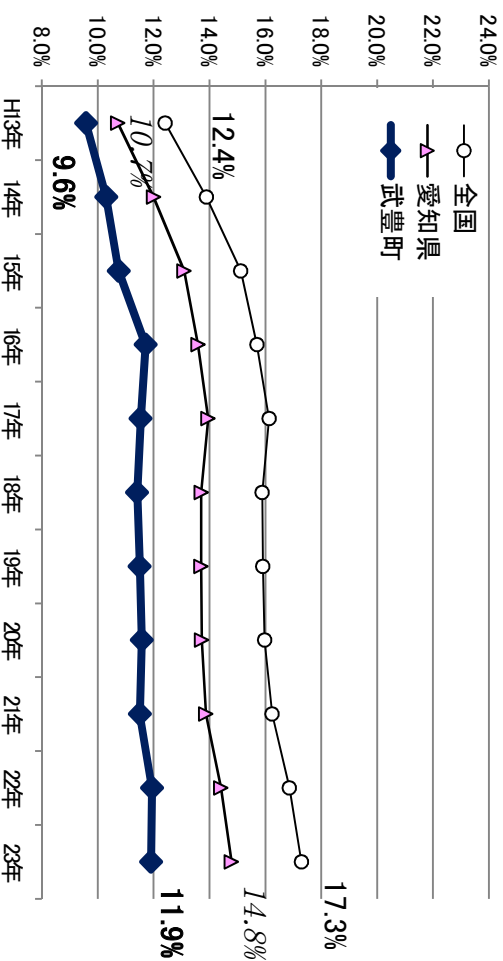
- (平成17年) 町・社会福祉協議会(社協)・大学が協働し、高齢者の参加促進・社会活動活性化を進める目的で「憩いのサロン」の事業計画を開始(H20年からの町の総合計画に、政策評価の成果指標としてサロン拠点数が盛り込まれる)
- (平成18年) ボランティア候補者・町・大学とでワークショップや視察を繰り返し行い、各サロンの運営主体となるボランティア組織を形成しつつ、サロンの方向性・運営方法・サロンで実施する内容を固める
- (平成19年) 3会場から始め、500m圏(徒歩15分で通える圏内)にサロンを設置することを目標に順次増設

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

専門職の関与の仕方

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

第1号被保険者における要介護認定率の推移



④茨城県利根町 ～シルバーハビリ体操指導士の体操普及活動～

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

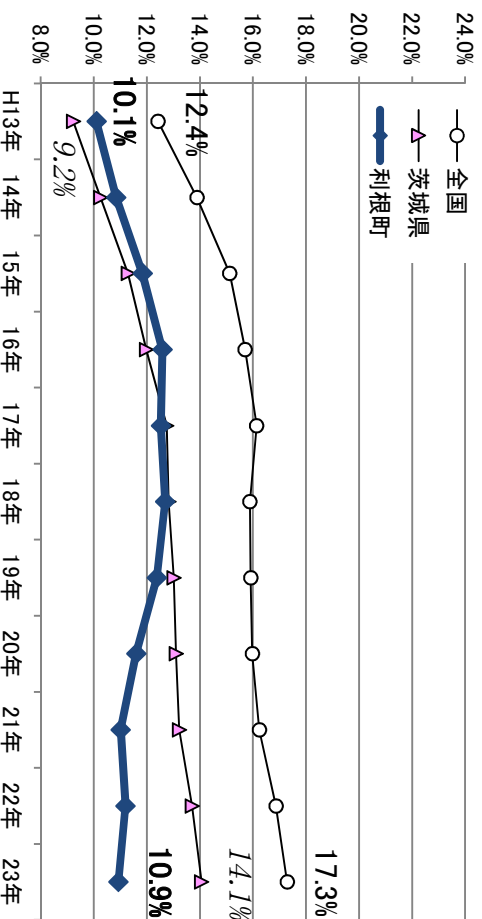
基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

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



第1号被保険者における要介護認定率の推移



介護予防の取組の変遷

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

H24年度 参加実人数	高齢者人口に 占める割合
544人	10.3%



専門職の関与の仕方

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

⑤長崎県佐々町 ～介護予防ボランティアにした地域づくり～

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

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

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



介護予防の取組の変遷

○平成18年 地域包括支援センターが始動し、介護予防の普及啓発を行うものの、住民の主体的取組につながらず、2年が経過。町内唯一の地域サロンは、職員の関与無しには成り立たない状況だった。

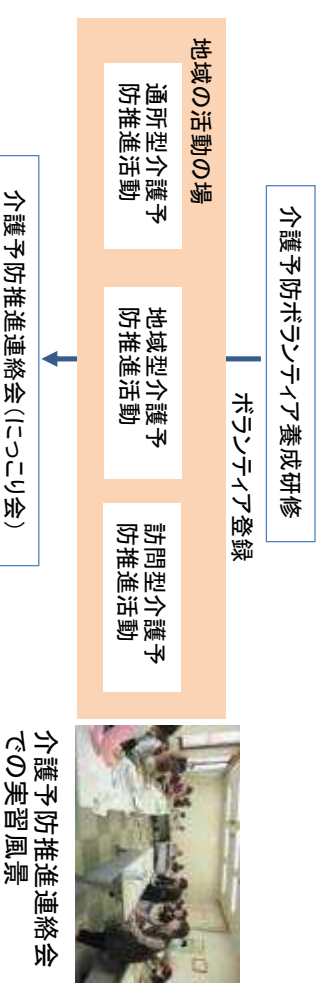
○平成20年 普及啓発のあり方を見直し、自主活動の育成に主眼を置いた「介護予防ボランティア養成講座」をスタート。修了者がそれぞれの地区で「地域型介護予防推進活動」に取り組みようになり、初年度に、8地区で集いの場が立ち上がる。

○以後、毎年、新たなボランティアを養成し、現在、団塊世代を対象に「地域デビュー講座」として継続中。修了者による集いの場は、現在14地区で開催されている。（最終目標は、全町内会30地区）

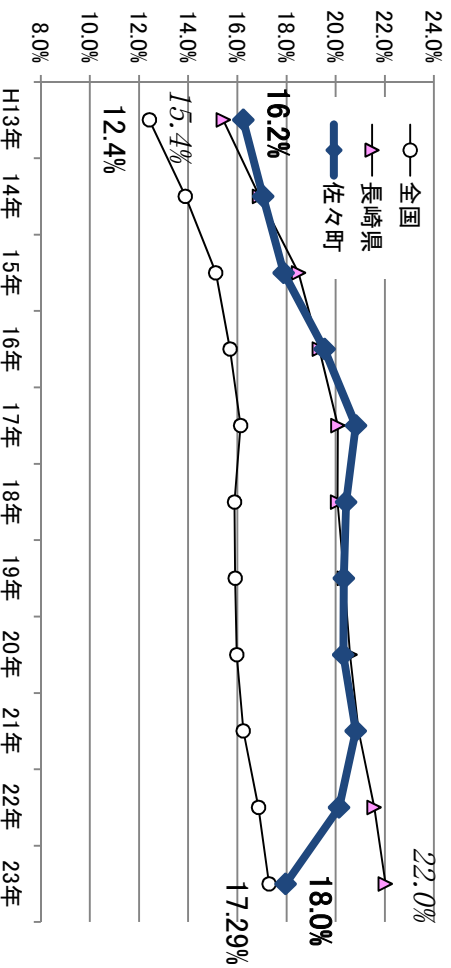
65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	11.6 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	6.6 %

専門職の関与の仕方

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



第1号被保険者における要介護認定率の推移



市町村の事務負担の軽減等について

○予防給付を市町村の地域支援事業に移行することにより、市町村の契約等の事務が増加することが見込まれるため、円滑に事務を遂行するために以下のような市町村に対する支援策を実施。

1 市町村による契約・審査・支払事務の負担軽減

- 都道府県との適切な役割分担のもと市町村が事業所を認定等により特定する仕組みを導入
- ・ 市町村が毎年度委託契約を締結する事務を不要とするため、現在の指定事業所の枠組みを参考にしつつ事業所を認定等により特定する仕組みを設け、推進。

○ 審査・支払について国保連の活用

- ・ サービス提供主体である事業者等から費用の請求に係る審査・支払については国保連の活用を推進。既存サービス相当のサービス等については、あわせて簡易な限度額管理も行う。

2 市町村で地域の実情に応じた事業を展開しやすいようなさまざまな支援策の実施

(例) 要支援事業を円滑に実施するための指針(ガイドライン)の策定
日常生活圏域ニーズ調査、地域ケア会議、介護・医療関連情報の「見える化」の推進
生活支援サービスのコーディネート者の配置の推進
地域包括ケア好事例集の作成
等

3 介護認定の有効期間の延長について検討

効率的な事業の実施について

効率的な事業実施に向けて中長期的に取り組むが、まず第6期計画期間中に以下のような取り組みに着手し、集中的に推進。

【弾力的な事業実施】

- (1) 予防給付について、柔軟なサービスの内容等に応じて人員基準、運営基準、単価等について柔軟に設定できる地域支援事業に移行すれば、事業の実施主体である市町村の判断で以下のような取組を実施し、効率的に事業を実施することが可能
- ① 例えば、既存の介護事業者を活用する場合でも、柔軟な人員配置等により効率的な単価で事業を実施
 - ② NPO、ボランティア等の地域資源の有効活用により効率的に事業を実施
 - ③ 要支援者に対する事業に付加的なサービスやインフォーマルサービスを組み合わせた多様なサービス内容の事業を実施。

④ 多様なサービス内容に応じた利用者負担を設定し、事業を実施

※ 従来の給付から移行するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みのもと、市町村が設定する仕組みを検討。(利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組みとすることが必要)

* ①～④の取組を通じた効率的な実施について国としてガイドラインで市町村に対して周知。

【市町村による自立支援に資する地域マネジメントの強化】

- (2) あわせて、要支援認定に至らない高齢者も地域で自立した生活を継続できるよう、生活支援の充実などを通じた地域で高齢者を支える地域づくりと、より効果的・効率的な介護予防の事業を組み合わせ、自立支援に資する地域マネジメントを推進する、市町村による取組を強化。

※ 介護予防に集中的に取り組むことや、高齢者の社会参加に積極的に取り組むことで、認定率の伸びを抑えられている市町村の例もある。

事業費の上限の設定の見直しについて(イメージ)

- すべての市町村で予防給付の事業への移行に際し、前頁のような効率的な事業実施に努めることで、事業の総費用額の伸びを低減させる。
- 市町村毎の地域支援事業の費用の上限は、現在、当該市町村の介護給付見込額の3%以内などとされているが、予防給付の地域支援事業への移行に伴い、市町村による効率的な事業実施が推進されるように見直すことを検討。

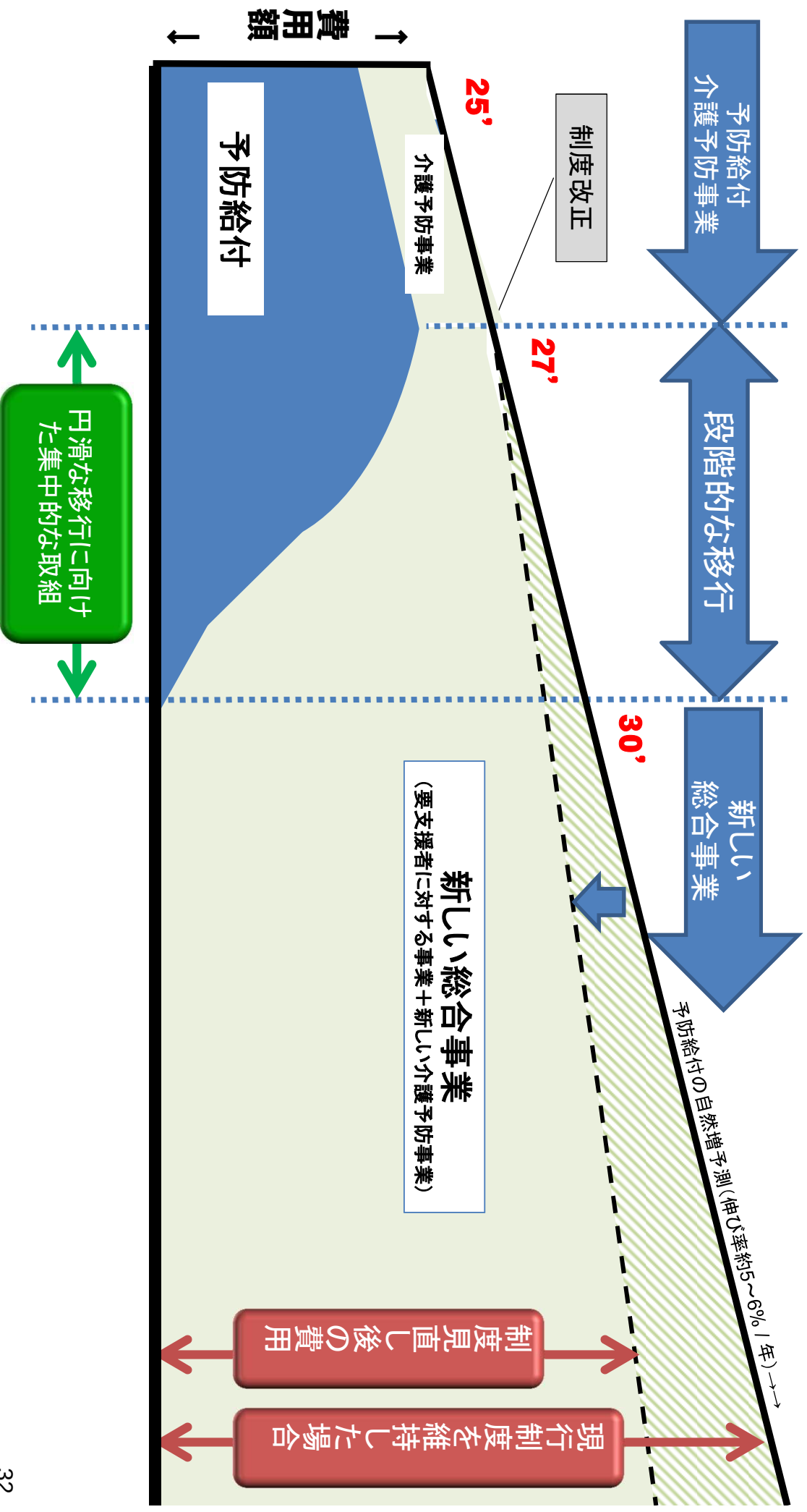
(見直しのイメージ)

- ・ 予防給付の給付額は高齢者の伸び以上に伸びているが、事業に移行し、効率的な事業実施に努めることで、「要支援者に対する事業と新しい介護予防事業」の費用について、給付見込額の伸び(約5～6%程度)から認定率が高まる後期高齢者の人数の伸び(約3～4%)程度に効率化されることを推進。
- ・ 特に、予防給付から要支援事業に移行する過程である第6期については、介護予防・生活支援の基盤整備に重点的に取り組むことにあわせて、集中的に費用の効率化の効果が図られ、伸び率もより低減されることを推進。
- ・ 地域支援事業の上限については、現在事業全体で設定しているが、「要支援者に対する事業と新しい介護予防事業」「包括的支援事業」などと事業の種類ごとに分ける。
- ・ 「要支援者に対する事業と新しい介護予防事業」の上限は、予防給付からの移行分をまかなえるよう引き上げる。

予防給付から地域支援事業への移行による費用の効率化(イメージ)

○要支援者の支援については、予防給付から地域支援事業へ段階的に移行。

○全国一律の基準・規制を緩和することにより、効率的な実施体制を実現し保険料・公費を抑制



介護予防給付の地域支援事業への移行についてのこれまでの主な意見

(総論)

- 総論的に賛成だが、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が、急に受けられないことになるように、既存の事業所等から基本的に継続的に受けられるような仕組みが必要。
- 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いものになるが、市町村の要望をしっかりと受け止めて、納得・合意の上でスタートすることではない。
- 人材の確保等、大変な問題があり、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。
- 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くべき。

(地域での受け皿や担い手)

- 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。
- 移行したが費用や効果も従来と変わらないの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し、費用を抑え、効果を高めることが重要。
- 真に自立支援のためのサービス提供や認知症の初期段階での対応は、介護の専門職が携わるべき。
- 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。

(市町村間での差)

- 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。
- 市町村間での差が生じるという懸念は、当面は多少考慮せざるをえないが、市町村の能力を高めるためにも、市町村に委ねて、その能力を育んでいくことが重要。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ない。

(費用)

- 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。
- 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、集いの場や見守りなどに、2号保険料を使う理由について整理が必要。

參考資料

(参考) 平成24年度介護予防サービス費用額

	年間累計費用額 (百万円)			構成比
		要支援1	要支援2	
総数	468 512	149199	318578	-
介護予防居宅サービス	411 670	125859	285133	87.9%
介護予防訪問介護	108 378	41797	66369	23.1%
介護予防訪問入浴介護	197	21	175	0.04%
介護予防訪問看護	11 935	2828	9069	2.5%
介護予防訪問リハビリテーション	3 474	751	2718	0.7%
介護予防通所介護	172 355	49272	122864	36.8%
介護予防通所リハビリテーション	62 677	15255	47357	13.4%
介護予防福祉用具貸与	18 190	5134	13036	3.9%
介護予防短期入所生活介護	3 824	671	3115	0.8%
介護予防短期入所療養介護	533	73	448	0.1%
介護予防居宅療養管理指導	3 235	1314	1909	0.7%
介護予防特定施設入居者生活介護	26 871	8743	18073	5.7%
介護予防支援	48 554	21578	26946	10.4%
介護予防地域密着型サービス	8 288	1763	6499	1.8%
介護予防認知症対応型通所介護	507	175	330	0.1%
介護予防小規模多機能型居宅介護	5 304	1588	3701	1.1%
介護予防認知症対応型共同生活介護	2 477	—	2468	0.5%

注：総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者を含む。

【出典】介護給付費実態調査

(参考) 平成24年度介護予防サービス受給者数

	年間累計受給者数 (千人)			年間実受給者数 (千人)
		要支援1	要支援2	
総 数	11 707.9	5182.7	6486.2	1 342.0
介護予防居宅サービス	11 528.0	5102.1	6388.6	1 329.7
介護予防訪問介護	5 196.2	2333.9	2844.4	595.2
介護予防訪問入浴介護	5.5	0.7	4.7	1.4
介護予防訪問看護	384.7	115.8	266.8	56.3
介護予防訪問リハビリテーション	117.8	30.7	86.7	17.8
介護予防通所介護	4 828.0	2097.4	2718.6	607.7
介護予防通所リハビリテーション	1 458.3	555.1	900.2	178.7
介護予防福祉用具貸与	2 903.4	920.6	1976.1	370.3
介護予防短期入所生活介護	109.6	28	80.4	37.5
介護予防短期入所療養介護	13.1	2.8	10.1	5.7
介護予防居宅療養管理指導	308.6	124.6	182.5	48.0
介護予防特定施設入居者生活介護	275.4	142.4	131.6	33.9
介護予防支援	11 085.9	4912.7	6166.1	1 292.4
介護予防地域密着型サービス	98.6	38.1	59.7	15.2
介護予防認知症対応型通所介護	10.6	5.1	5.4	1.8
介護予防小規模多機能型居宅介護	77.5	33	43.9	11.4
介護予防認知症対応型共同生活介護	10.5-		10.4	2.0

※ 「年間累計受給者数」は24年5月から25年4月の各審査月の介護予防サービス受給者の合計である。
「年間実受給者数」は24年5月から25年4月の各審査月の介護予防サービス受給者について名寄せを行ったもの。(当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には別受給者として計上。)

【出典】介護給付費実態調査

(参考) 介護予防サービス請求事業所

	事業所数	費用額 (百万円)	1事業所あたり費用額 (千円)
介護予防訪問介護	26 763	9 139	341
介護予防訪問入浴介護	344	16	47
介護予防訪問看護	6 093	1 073	176
介護予防訪問リハビリテーション	2 248	306	136
介護予防通所介護	31 769	15 491	488
介護予防通所リハビリテーション	6 817	5 425	796
介護予防福祉用具貸与	6 068	1 687	278
介護予防短期入所生活介護	4 381	331	76
介護予防短期入所療養介護	796	46	58
介護予防居宅療養管理指導	8 213	297	36
介護予防特定施設入居者生活介護	3 354	2 315	690
介護予防支援	4 466	4 246	951
介護予防認知症対応型通所介護	578	43	74
介護予防小規模多機能型居宅介護	2 546	499	196
介護予防認知症対応型共同生活介護	744	204	274

(参考) 介護予防サービス事業所の開設主体別の割合 (平成23年10月1日現在)

	総数	地方公共 団体	社会福祉 協議会	社会福祉法人 (社会福祉 協議会以外)	医療法人	社団・財団 法人	協同組合	営利法人	特定非営利活 動法人(NPO)	その他
介護予防訪問介護 (割合)	20,830	109 0.5%	1,546 7.4%	3,505 16.8%	1,379 6.6%	239 1.1%	640 3.1%	12,145 58.3%	1,131 5.4%	136 0.7%
介護予防訪問入浴介護 (割合)	1,837	10 0.5%	401 21.8%	328 17.9%	29 1.6%	14 0.8%	15 0.8%	1,021 55.6%	17 0.9%	2 0.1%
介護予防訪問看護ステーション (割合)	5,103	174 3.4%	434 8.5%	2,012 39.4%	676 13.2%	181 3.5%	1,368 26.8%	80 1.6%	178 3.5%	
介護予防通所介護 (割合)	23,481	261 1.1%	1,487 6.3%	7,438 31.7%	1,784 7.6%	129 0.5%	441 1.9%	10,613 45.2%	1,194 5.1%	134 0.6%
介護予防通所リハビリテーション事 業所 (割合)	5,829	168 2.9%	551 9.5%	4,499 77.2%	165 2.8%	—	5 0.1%	—	441 7.6%	
介護予防短期入所生活介護 (割合)	7,177	209 2.9%	80 1.1%	5,984 83.4%	237 3.3%	2 0.0%	26 0.4%	605 8.4%	27 0.4%	7 0.1%
介護予防短期入所療養介護 (割合)	4,561	178 3.9%	521 11.4%	3,530 77.4%	129 2.8%	—	0 0.0%	—	203 4.5%	
介護予防特定施設入居者生活 介護 (割合)	2,991	37 1.2%	7 0.2%	749 25.0%	89 3.0%	19 0.6%	8 0.3%	2,044 68.3%	10 0.3%	28 0.9%
介護予防福祉用具貸与 (割合)	5,169	6 0.1%	58 1.1%	85 1.6%	75 1.5%	19 0.4%	122 2.4%	4,738 91.7%	36 0.7%	30 0.6%
特定介護予防福祉用具販売 (割合)	5,326	5 0.1%	19 0.4%	62 1.2%	54 1.0%	16 0.3%	114 2.1%	4,993 93.7%	34 0.6%	29 0.5%
介護予防認知症対応型通所介 護 (割合)	2,989	17 0.6%	114 3.8%	1,376 46.0%	381 12.7%	29 1.0%	47 1.6%	828 27.7%	190 6.4%	7 0.2%
介護予防小規模多機能型 居宅介護 (割合)	2,099	2 0.1%	37 1.8%	658 31.3%	314 15.0%	11 0.5%	30 1.4%	896 42.7%	144 6.9%	7 0.3%
介護予防認知症対応型 共同生活介護 (割合)	9,144	12 0.1%	48 0.5%	2,114 23.1%	1,641 17.9%	28 0.3%	40 0.4%	4,813 52.6%	432 4.7%	16 0.2%
介護予防支援 (割合)	3,961	1,166 29.4%	491 12.4%	1,469 37.1%	471 11.9%	159 4.0%	42 1.1%	130 3.3%	28 0.7%	5 0.1%

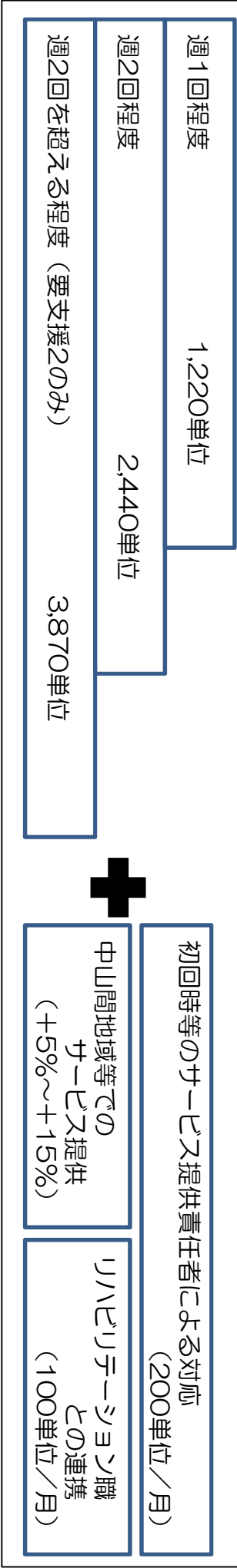
(参考) 介護予防訪問介護の報酬について (現行制度の概要等)

※加算・減算は主なものを記載

指定介護予防訪問介護の介護報酬のイメージ (1月あたり)

標準的に想定される1週当たりのサービス提供頻度に基づく基本サービス費

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に
対する加算・減算



介護予防訪問介護の主な加算の算定状況

○初回加算の算定状況

・介護予防訪問介護のうち初回加算を算定している割合

	H24. 4	H25. 4
初回加算 の算定状況	3. 6%	3. 7%

※初回加算の提供件数÷介護予防訪問介護の提供件数から算出

○生活機能向上連携加算の算定状況

・介護予防訪問介護のうち生活機能向上連携加算を算定している割合

	H24. 4	H25. 4
生活機能向上連携加算 の算定状況	0. 0%	0. 0%

※生活機能向上連携加算の提供件数÷介護予防訪問介護の提供件数から算出

○中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の算定状況

・介護予防訪問介護のうち中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算を算定している割合

	H24. 4	H25. 4
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の算定状況	0. 072%	0. 092%

※中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の提供回数÷介護予防訪問介護の提供回数から算出

・初回加算の算定件数(単位:千件)

	H24. 4	H25. 4
初回加算 (200単位)	15. 0	15. 9

・生活機能向上連携加算の算定件数(単位:千件)

	H24. 4	H25. 4
生活機能向上連携加算 (100単位)	0. 0	0. 0

※H24.4に約3,000単位、H25.4に約2,000単位の算定実績がある。

・中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の算定件数(単位:千回)

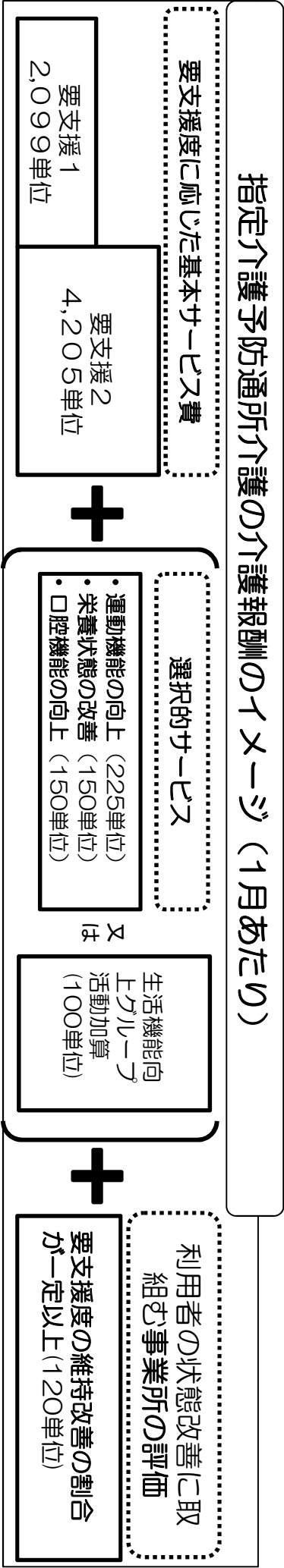
	H24. 4	H25. 4
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0. 3	0. 4

(参考) 介護予防訪問介護の平均利用回数 (実績)

(出典) 介護給付費実態調査月報 (平均利用回数)については平成23年介護サービス施設・事業所調査 (平成23年9月中の利用実績)

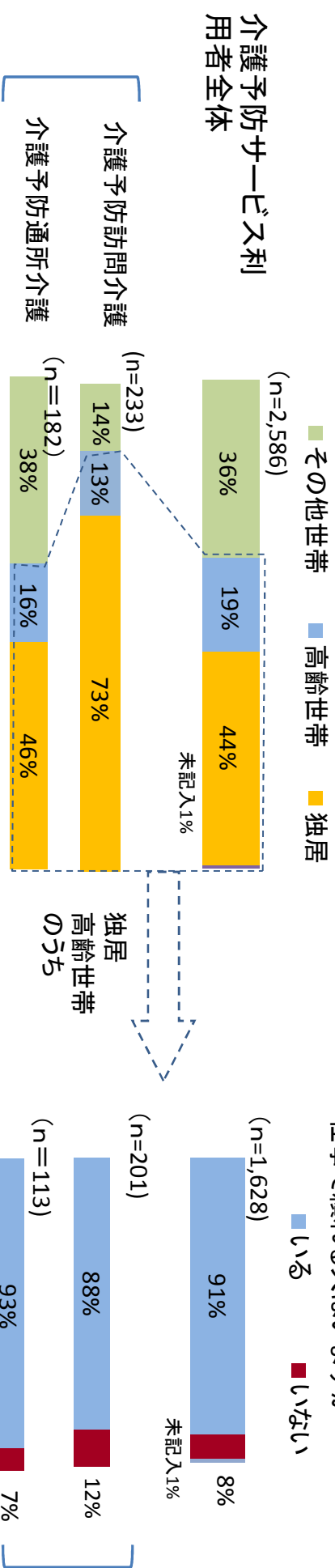
利用者 1人あたり6. 1回/月

(参考) 介護予防通所介護の報酬について (現行制度の概要等)

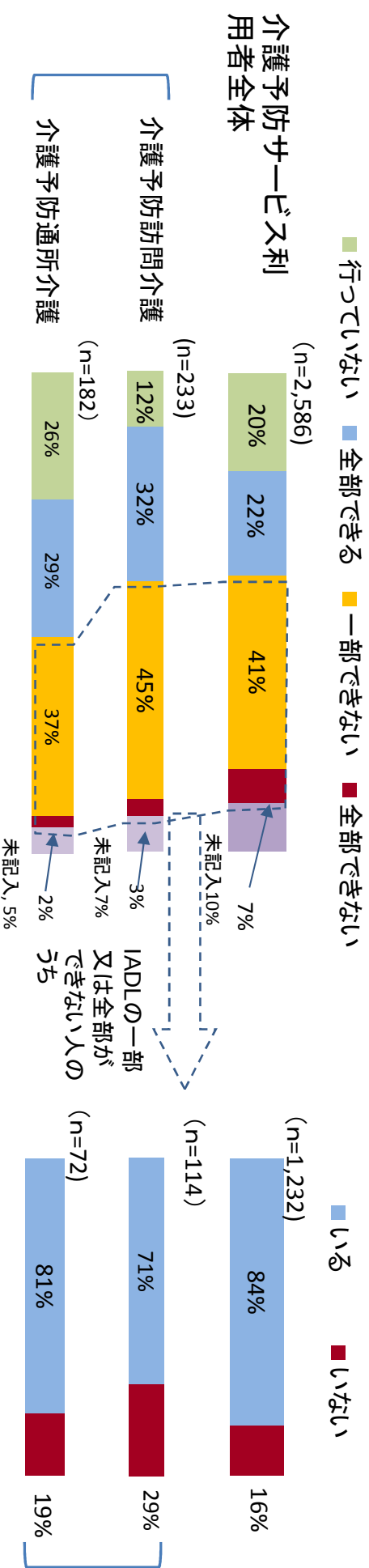


介護予防サービスの利用者の特徴

世帯構成・頼れる人の存在



IADL(居室掃除・買物・風呂準備・食事準備・洗濯)・日常生活の支援者



調査方法

○全ての介護予防サービス（16種類）について、各サービスの給付実績のある保険者に所在する地域包括支援センター3,289事業所、地域密着型介護予防サービス事業所1,000事業所を無作為に抽出し、調査票を郵送配布。（予め、介護予防サービスの種類を割り当てて、当該サービスの利用者について調査）

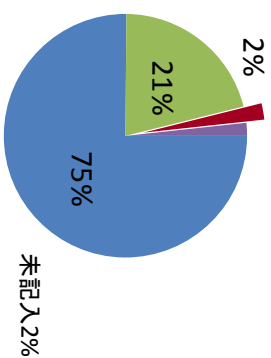
○回収率 55.29%

○ケアプラン作成者が、割り当てられた介護予防サービスの利用者について、聞き取り等により自記式でIADLや支援の状況等を記入

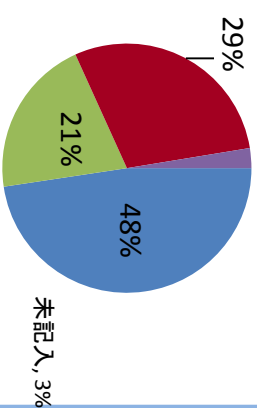
（参考）介護予防訪問介護の利用者の特徴 (n=233)

ADL（排泄・入浴・屋内歩行・屋外歩行）

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



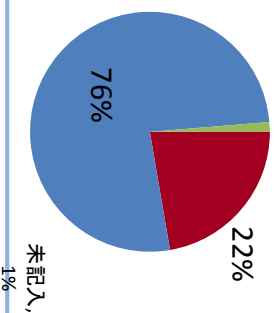
- 屋内・屋外歩行ともに段差以外はつかまらずに歩く
- 屋外・屋内の一方のみつかまらずに歩く
- 屋内・屋外の両方ともつかまらずに歩く



一週間の外出・来訪者の有無

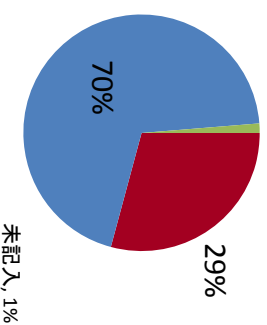
一週間の外出

- ほとんど外出しない
- 週1回以上



一週間の来訪者 (別居の家族・近隣等)

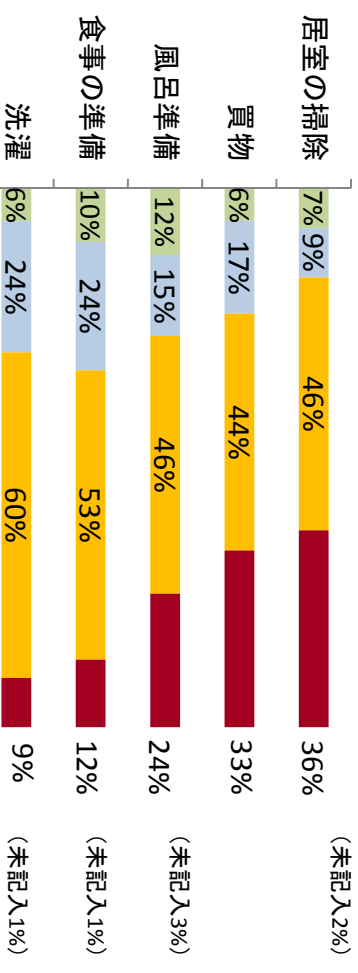
- ほとんど訪ねてこない
- 1回以上訪ねてくる



IADLの行為ごとの状態

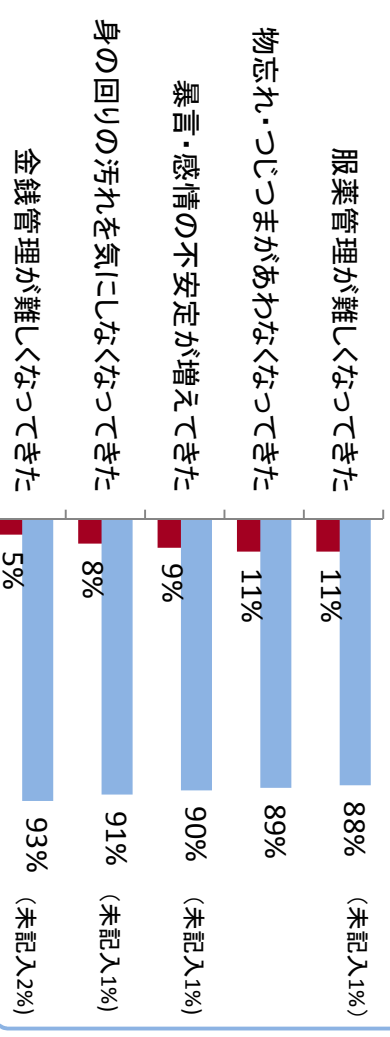
(掃除・買物・風呂準備・食事準備・洗濯)

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



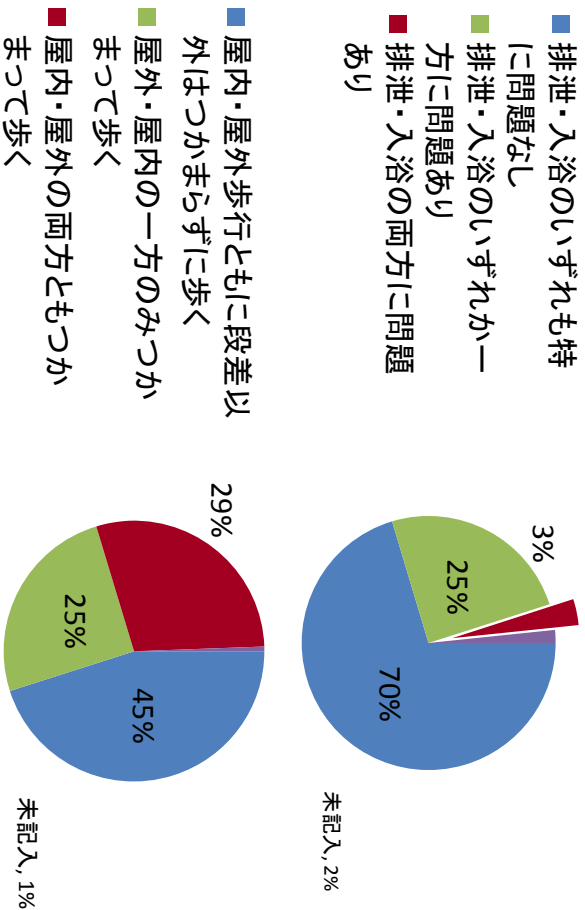
認知機能の状態

- そう思えない
- そう思える

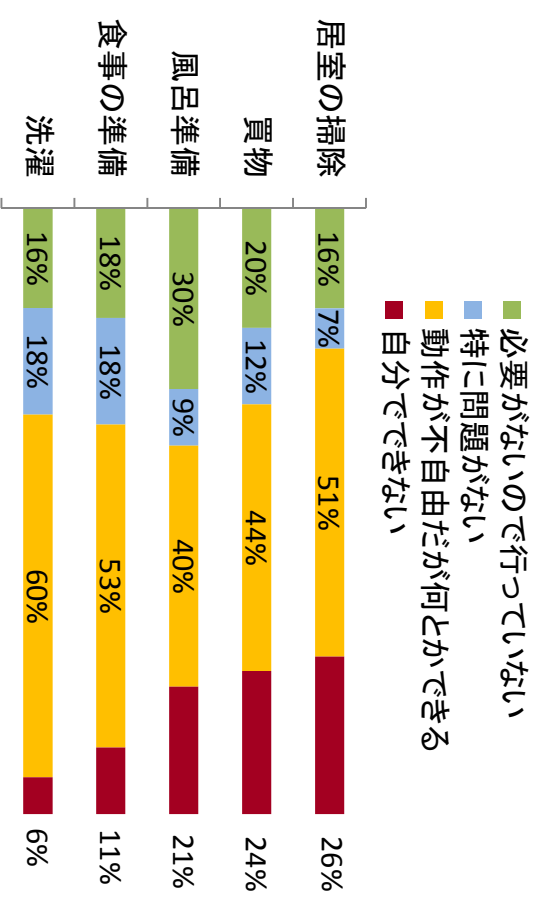


（参考）介護予防通所介護の利用者の特徴 (n=182)

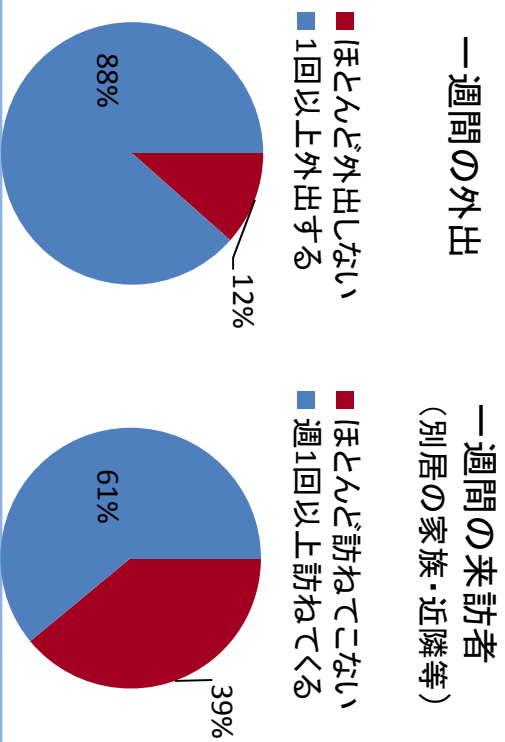
ADL（排泄・入浴・屋内歩行・屋外歩行）



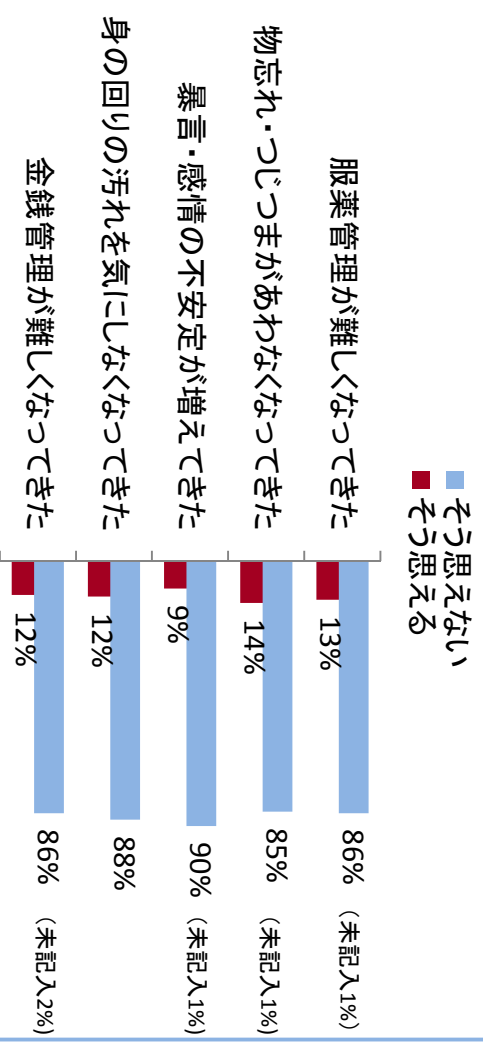
IADLの行égことゐ状態 （掃除・買物・風呂準備・食事準備・洗濯）



一週間の外出 ・ 来訪者の有無



認知機能の状态



(参考) 市町村介護予防強化推進事業（予防モデル事業）の概要

事業の目的

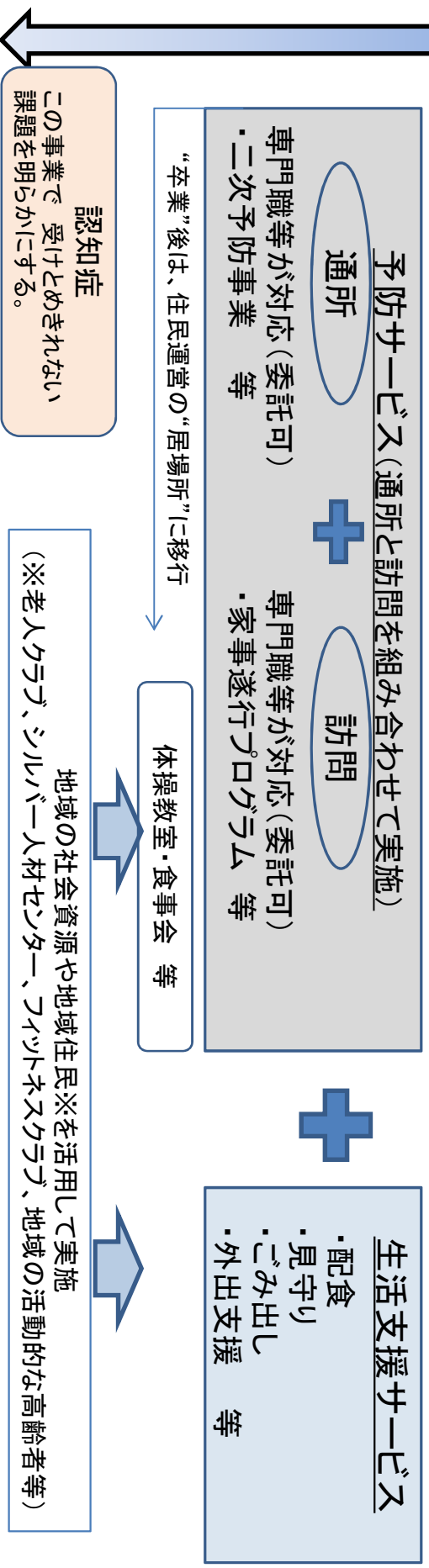
※平成24-25年度の予算事業として実施

要支援者等に必要な予防サービス及び生活支援サービスを明らかにするために、一次予防事業対象者から要介護2までの者であつて、ADLが自立又は見守りレベルかつ日常生活行為の支援の必要可能性のある者に対するサービスニーズの把握、必要なサービス（予防サービス及び生活支援サービス）の実施、効果の計測及び課題の整理。

1年目（平成24年度） モデル市区町村（13市区町村）において、以下の流れにより事業を実施。

Step1 事前評価（IADLの自己評価及び保健師等による評価）

Step2 予防サービス及び生活支援サービスの実施



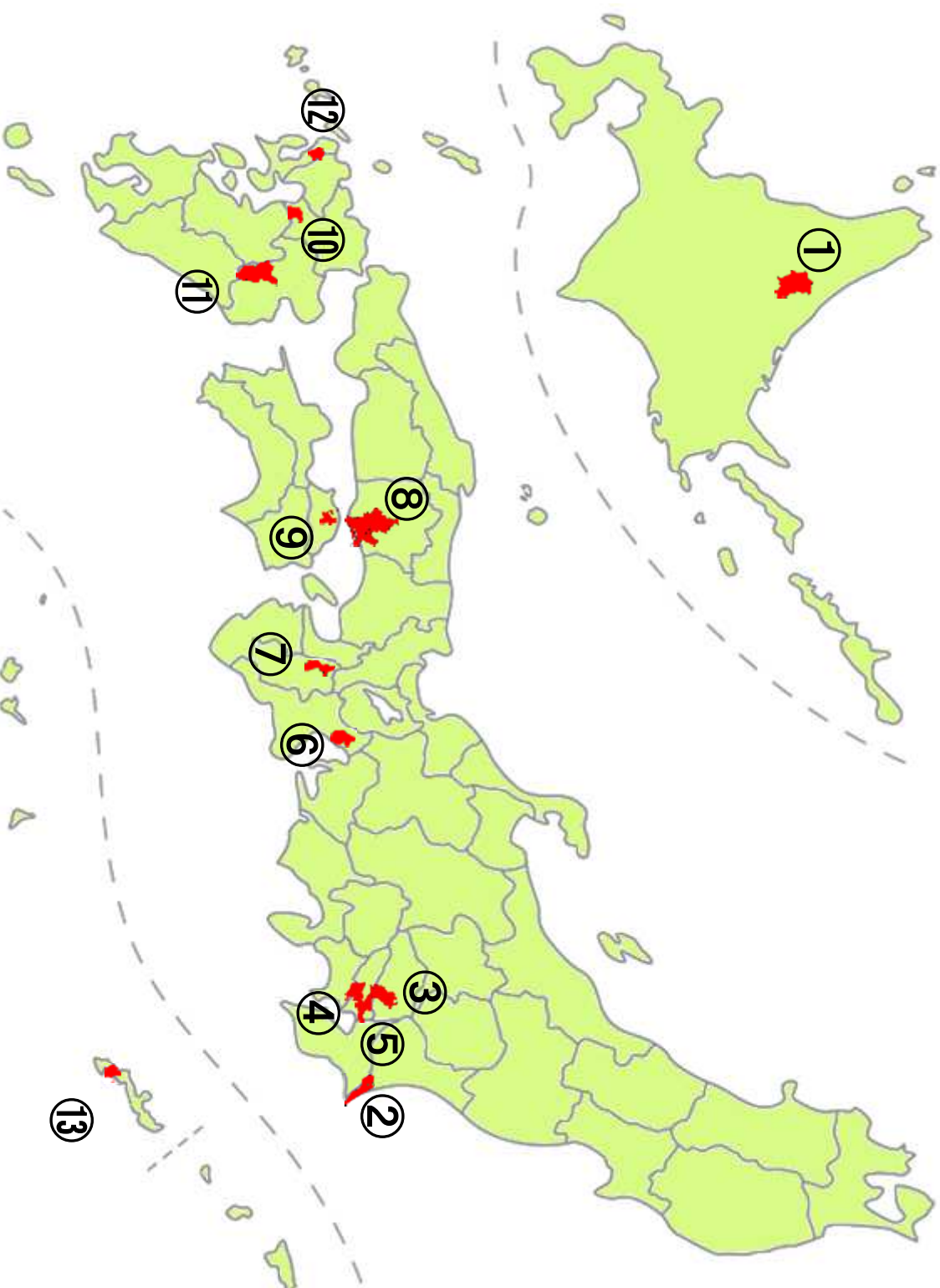
Step3 事後評価（IADLの自己評価及び保健師等による評価）

2年目（平成25年度）

引き続き予防モデル事業を実施。

- ・モデル市町村において実施された事業の内容・結果を厚生労働省に報告。
- ・厚生労働省において、予防サービス及び生活支援サービスの類型化及び好事例の紹介。

(参考) 予防モデル事業実施市区町村



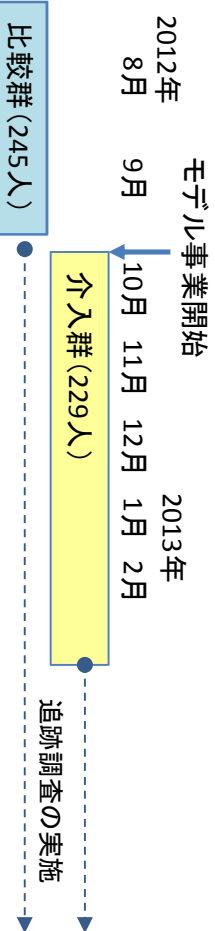
①	北海道下川町 (しもかわちょう)
②	茨城県神栖市 (かみすし)
③	埼玉県和光市 (わこうし)
④	東京都世田谷区 (せたがやく)
⑤	東京都荒川区 (あらかわく)
⑥	三重県いなべ市 (いなべし)
⑦	奈良県生駒市 (いこまし)
⑧	岡山県岡山市 (おかやまし)
⑨	香川県坂出市 (さかいでし)
⑩	福岡県大牟田市 (おおむたし)
⑪	大分県竹田市 (たけたし)
⑫	長崎県佐々町 (さざちょう)
⑬	沖縄県北中城村 (きたなかぐすくそん)

(参考) 予防モデル事業における利用者の変化

モデル事業の利用者(要支援1～要介護2)は、家事や散歩の他、地域の集いなどに参加する人の割合が高くなっており、生活や行動に広がりが見られるようになっている。

調査方法

モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、保険給付の利用者245人(比較群)とモデル事業の利用者229人(介入群)に対し、サービス開始時、3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月の4時点におけるIADL、社会参加等の評価を実施。



新規認定者の全数に事業の説明を行い、同意の得られた者全てに調査を実施
3ヶ月後評価を実施できたのは、比較群212人、介入群196人であった。
6ヶ月後評価を実施できたのは、比較群192人、介入群162人であった。

活動 : 体操や散歩・ウオーキングをする人の割合が、介入群の方でより高くなっていた。

体操

散歩・ウオーキング



家事 : 介入群では、自分で料理やごみ出しをする人の割合が高くなっていた。

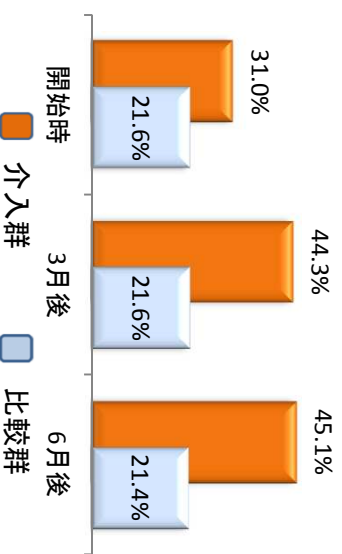
料理

ごみ出し

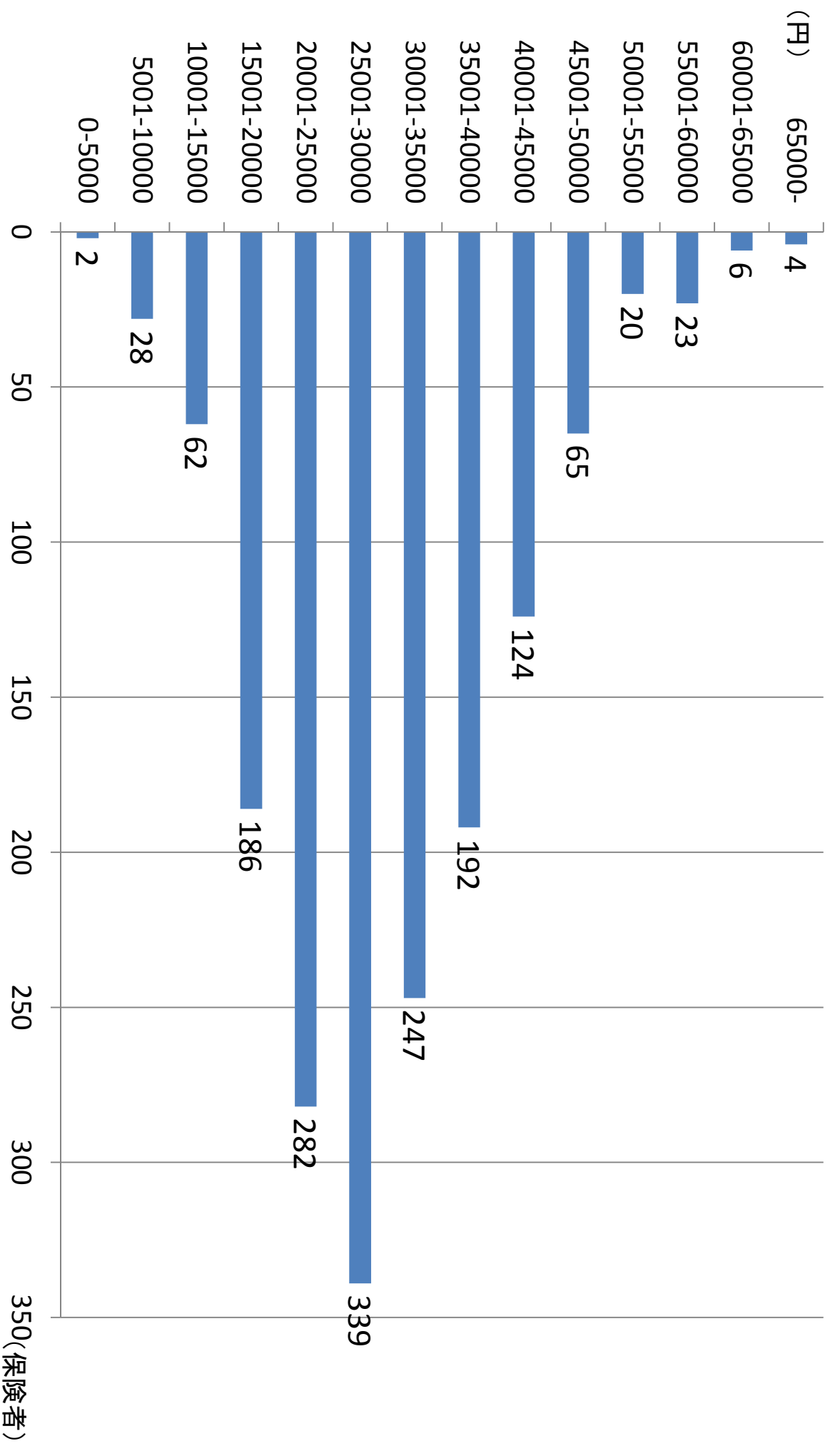


参加 : 介入群では、地域の集いや趣味活動に参加する人の割合が高くなっていた。

地域の集いや趣味活動への参加



(参考) 後期高齢者1人あたりの予防費用額・介護予防事業費



※予防費用額は平成23年度介護保険状況報告調査の数値。介護予防事業費は平成23年度実績報告の事業費。

※全国平均額は3.4万円。中央値は2.9万円。

社会保険審議会 介護保険部会（第51回）		資料2
平成25年10月30日		

特別養護老人ホームの重点化について

特別養護老人ホームの重点化について

○ 重度の要介護状態で、特養への入所を希望しながら、在宅での生活を余儀なくされている高齢者が数多く存在していること等を踏まえると、特養については、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化するべきであり、そのためには、特養への入所を要介護3以上に限定するべきではないか。

○ 他方、軽度（要介護1及び2）の要介護者であっても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与のもと、施設ごとに設置している入所検討委員会を経て、特例的に、特養への入所を認めることとはどうか。

○ また、制度見直しに伴い、

① 既入所者については、現在、軽度（要介護1及び2）の要介護状態で入所している場合のみならず、中重度の要介護状態であった者が、制度見直し後に、要介護1又は2に改善した場合であっても、引き続き、施設サービスの給付対象として継続入所を可能とする経過措置を置くこととともに、

② 制度見直し後、要介護3以上で新規に特養に入所した者が、入所後、要介護度が要介護1又は2に改善した場合についても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、引き続き、特例的に、特養への継続入所を認めることとはどうか。

○ 一方で、特養の重点化を推進する観点から、地域包括ケアシステムの構築を目指し、在宅サービスの充実や、要介護高齢者の地域生活の基盤である住まいの確保に向けた取組を進めていくとともに、今後、軽度（要介護1及び2）の入所者に対する在宅復帰支援策について、一層の充実を図っていくべきではないか。

○ また、これと併せて、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、特養の有する資源やノウハウを地域の中で有効活用し、入所者に対してのみならず、在宅で暮らす重度の要介護者等に対しても、在宅生活を継続することができるよう取組を促進させ、特養を地域におけるサービスの拠点として活用する方策について、検討すべきではないか。

特別養護老人ホームの重点化についての主な意見

○ 「特別養護老人ホームの重点化」については、9月18日の介護保険部会において、限られた財源の中で効率化を図るべき等の理由で賛成とする意見があった一方で、反対とする意見もあった。

○ また、特別養護老人ホームの重点化については賛成としつつも、現在の入所者への配慮を求めるべき、という意見や、やむを得ない事情がある場合については軽度者の入所があつてしかるべき、といった意見もあった。

➤ 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、相応の判断があつて、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。

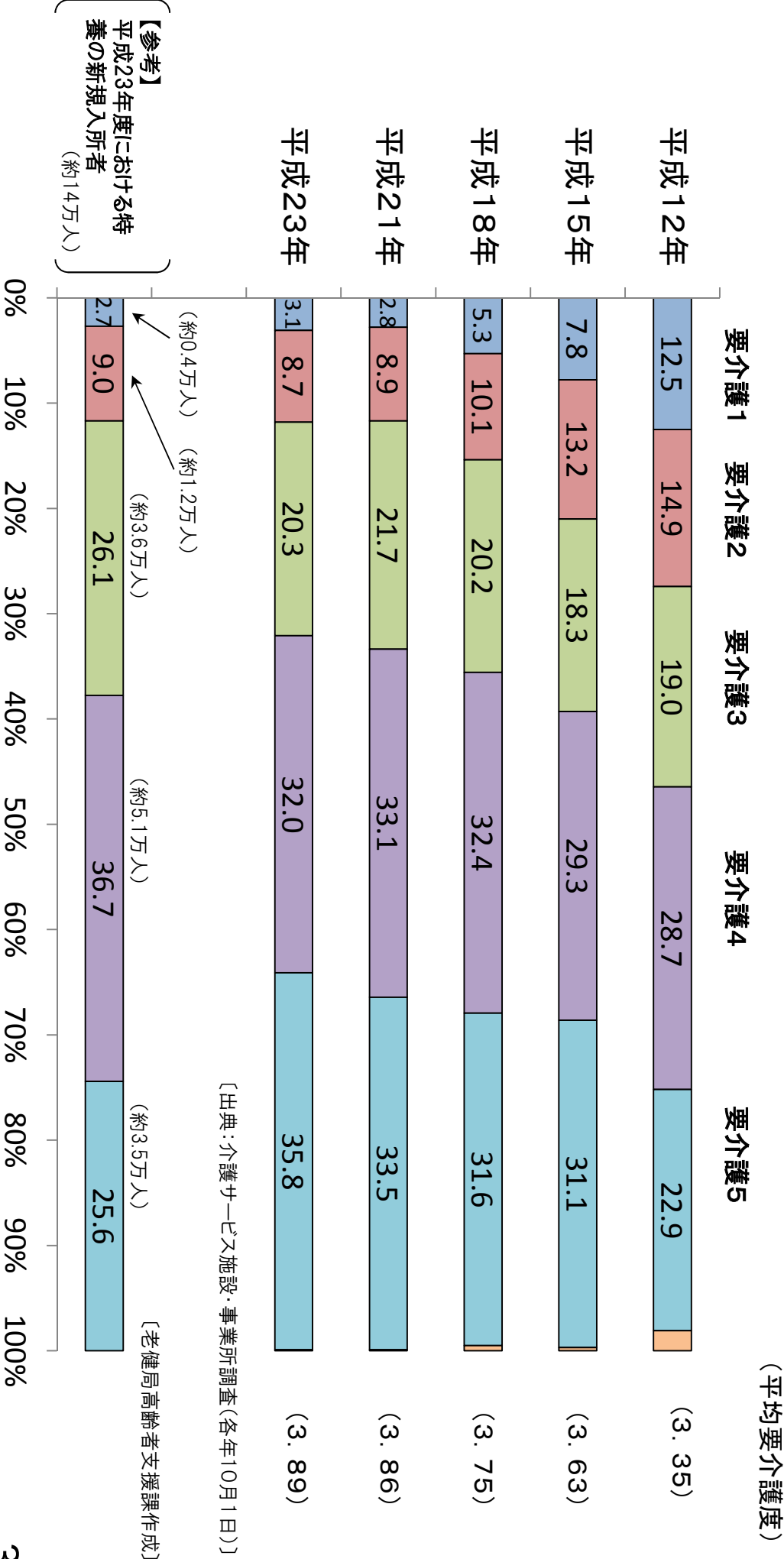
➤ 要介護1・2の方の中には、認知症でBPSD等が非常に活発で、どうしても在宅で生活できないというケースもあり、要介護3以上に入所制限することで、こういった方が特別養護老人ホームを利用できなくなることは問題。要介護認定の問題かもしれないが、要介護度ではなく、必要性で見るべき。

➤ 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の方の入所があつてしかるべき。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。

要介護度別の特養入所者の割合

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



特別養護老人ホームの入所申込者の状況

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

単位：万人

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

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

特養の入所に関する指針について

○ 特養における入所指針について、勘案すべき事項として厚労省が明示しているのは、「要介護度」、「家族の状況」、「居宅サービスの利用状況」のみ。

○ 特養の入所指針は原則として自治体において定めることとされており、自治体独自の取組がある場合は、その取組を尊重することとしている。また、基準省令上、入所の判断は施設において行うことになっている。

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第39号）（抄）

第七条 略

- 2 指定介護老人福祉施設は、入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、指定介護福祉施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならない。
- 3 ～7 略

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

1 指針の作成について

（1）指針は、その円滑な運用を図る観点から、関係自治体と関係団体が協議し、共同で作成することが適当であること。

2 入所の必要性の高さを判断する基準について

（1）基準省令に挙げられている勘案事項について

「介護の必要の程度」については、要介護度を勘案することが考えられること。

また、「家族の状況」については、単身世帯か否か、同居家族が高齢又は病弱か否かなどを勘案することが考えられること。

（2）その他の勘案事項について

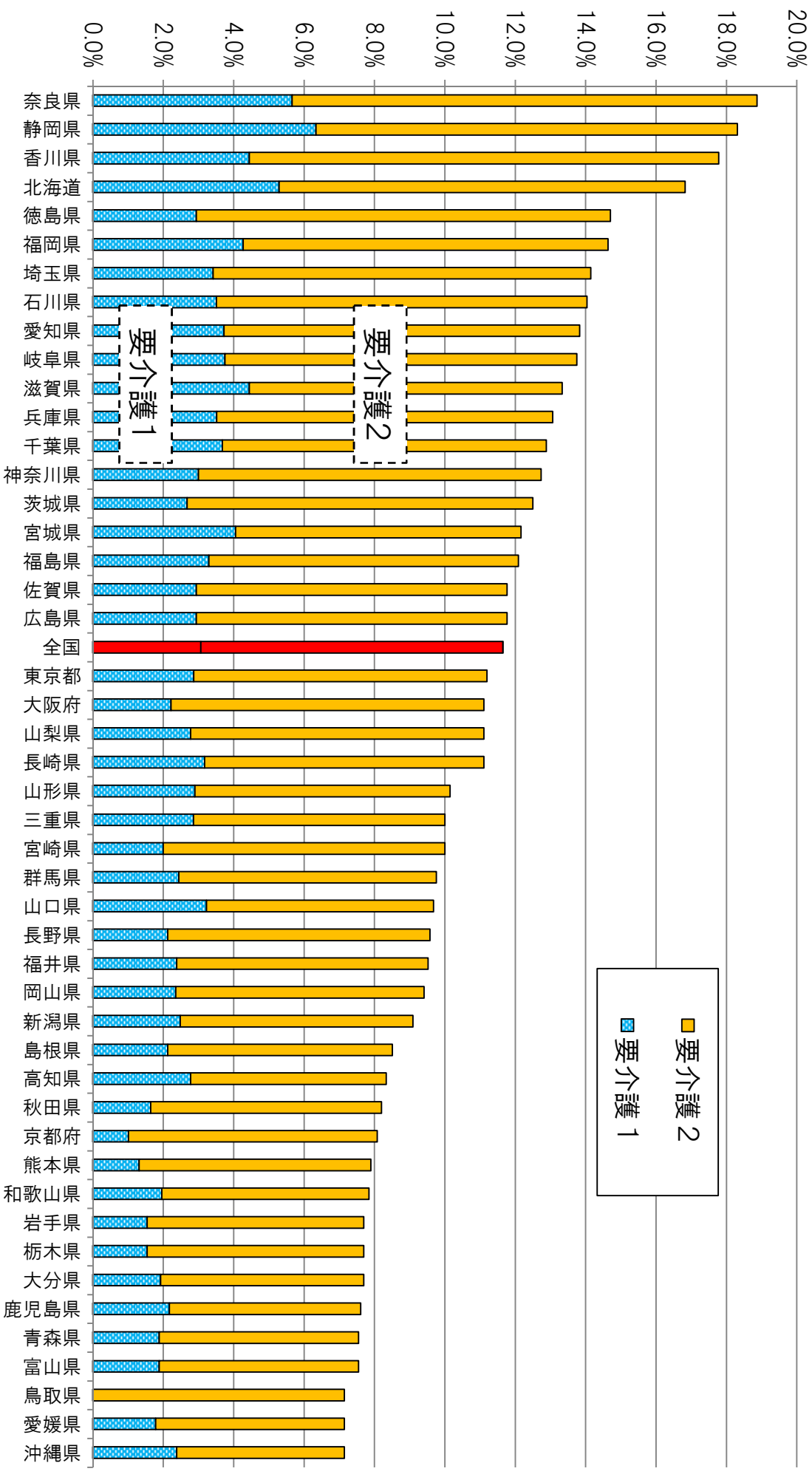
居宅サービスの利用に関する状況などが考えられること。

5 その他

管内の市町村・関係団体において指針の作成について独自の取組みがある場合には、これを尊重する必要があること。

特養における要介護1・2の利用者の割合

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

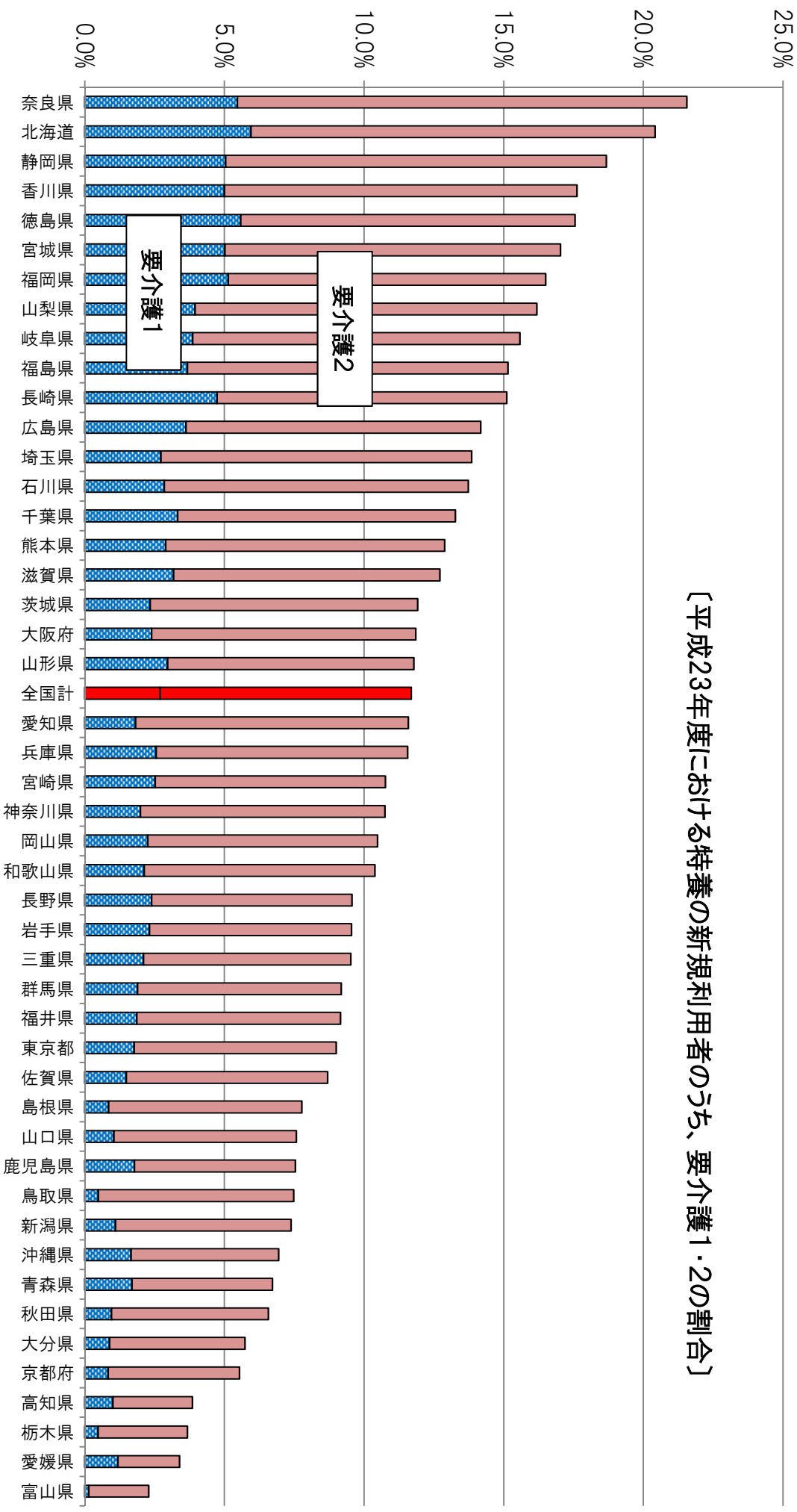


※介護給付費実態調査(平成24年4月審査分)

特養における要介護1・2の新規入所者の割合

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

〔平成23年度における特養の新規利用者のうち、要介護1・2の割合〕



※厚生労働省老健局高齢者支援課作成(平成23年度時点)

特養への入所が必要と考えられる要介護1・2の高齢者

○ 各特養において、要介護1・2の方の入所を決定した理由としては、認知症等により地域での生活が困難であること、家族の状況等により在宅での生活を支える体制が不十分であること、等が挙げられる。

○ 軽度（要介護1及び2）の要介護者であっても、認知症等により常時の介護の必要性が認められる場合や、独居等により家族等による十分なサポートが期待できず、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、特例的に、特養への入所を認めることが考えられるのではない。

【各特養において、要介護1・2での入所を決めた理由】

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

※一部特別養護老人ホームの施設長等
に対する厚労省による聞き取り

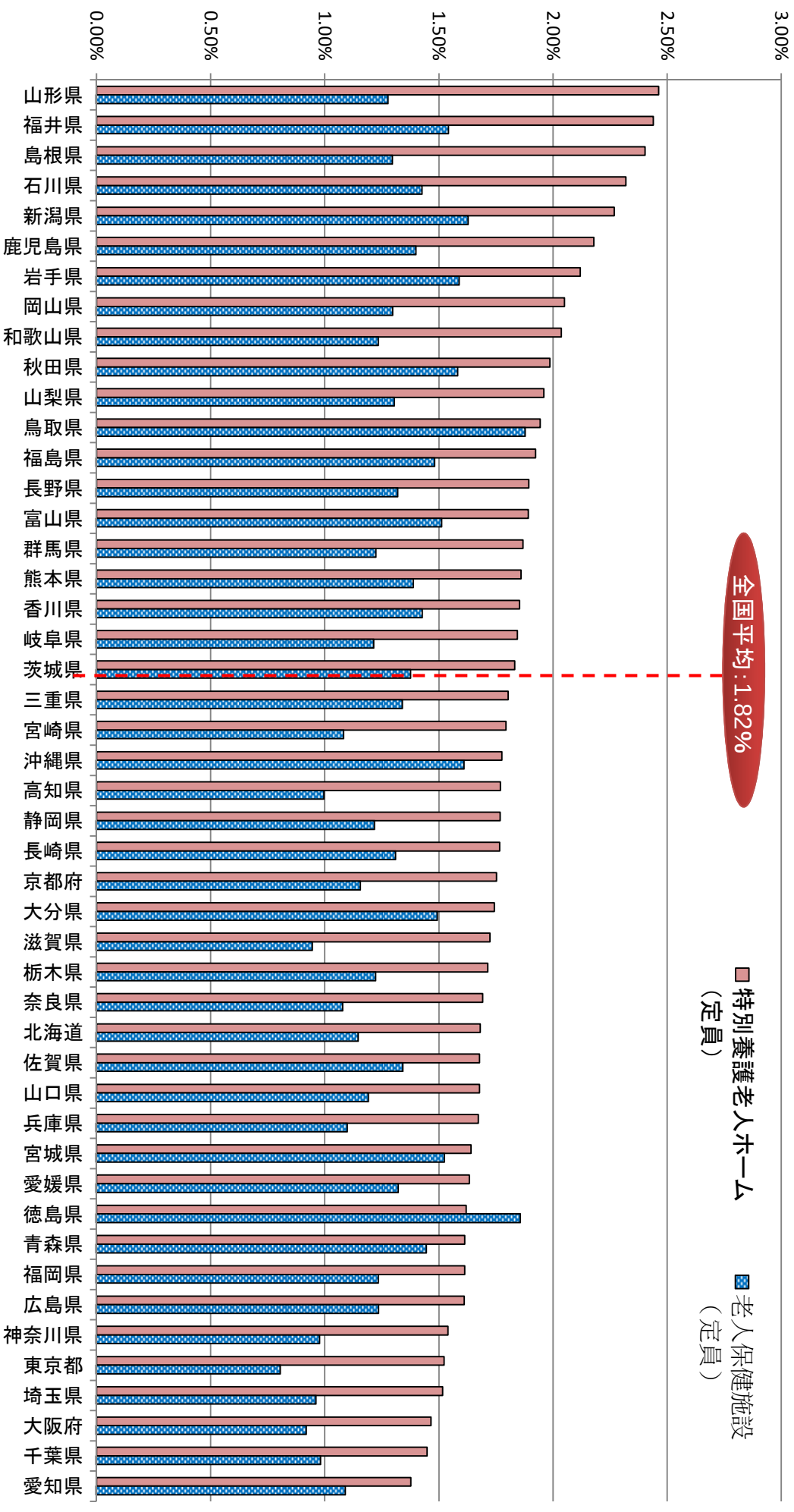
【要介護1・2であっても特養への入所が必要と考えられる要因】

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

介護保険施設（特養・老健）の都道府県別定員数の割合

○ 特別養護老人ホーム、老人保健施設について、1号被保険者に対する定員数の割合は、都道府県による違いが大きい。

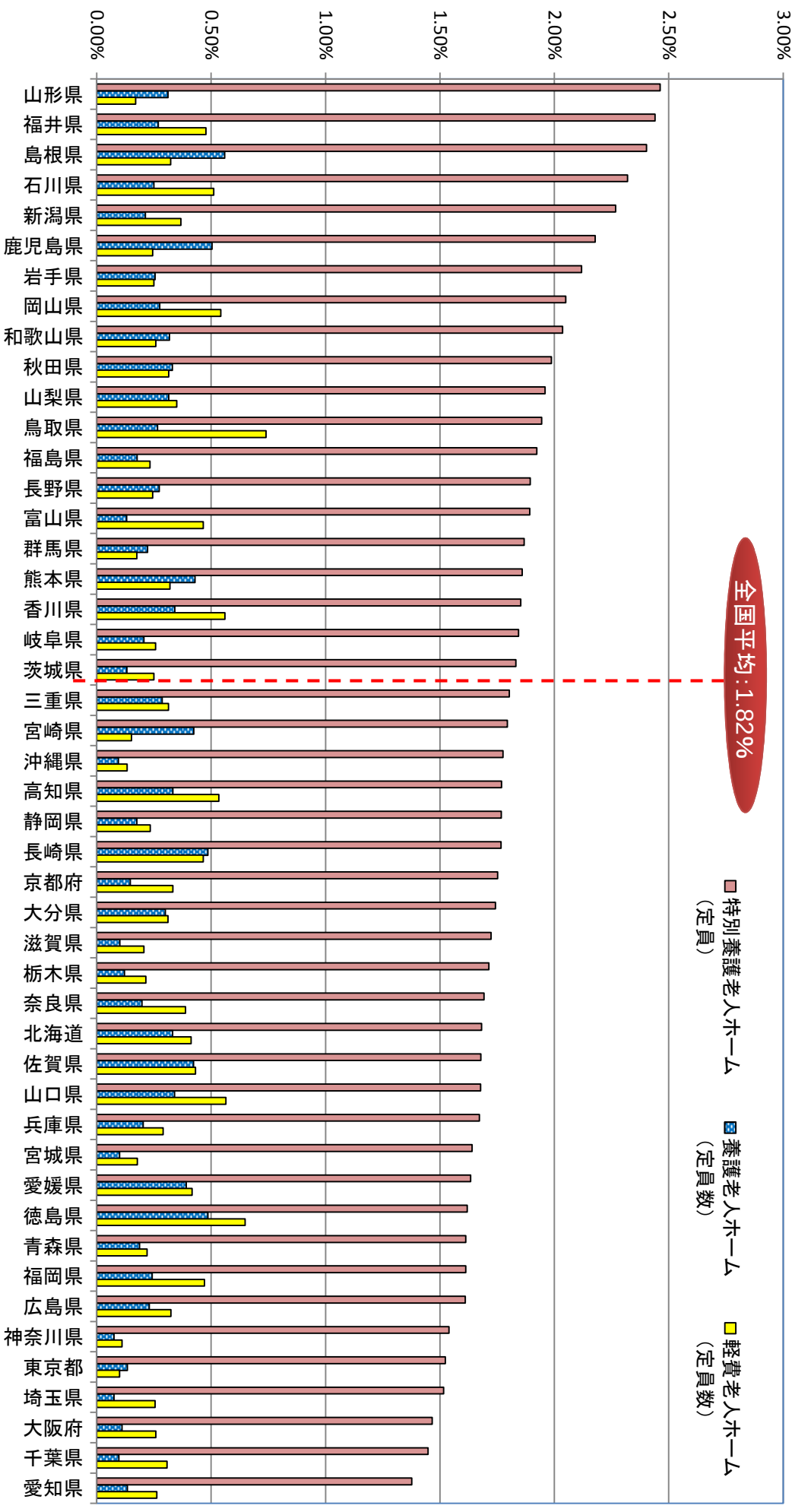
（1号被保険者に対する定員数の割合）



養護・軽費老人ホームの都道府県別定員数の割合

○ 養護老人ホーム・軽費老人ホームについて、1号被保険者に対する定員数の割合は、都道府県による違いが大きい。

(1号被保険者に対する定員数の割合)



※特別養護老人ホームについては、介護給付費実態調査(25年5月審査分)
養護・軽費老人ホームについては、社会福祉施設等調査(23年10月)より

特養入所者の要介護度が改善した場合の取扱い

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

【改善事例】

※一部特別養護老人ホームの施設長等に対する厚労省による聞き取り

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

《年間継続受給者数（在宅・施設全体）の要介護度の変化別割合》

（単位：千人）

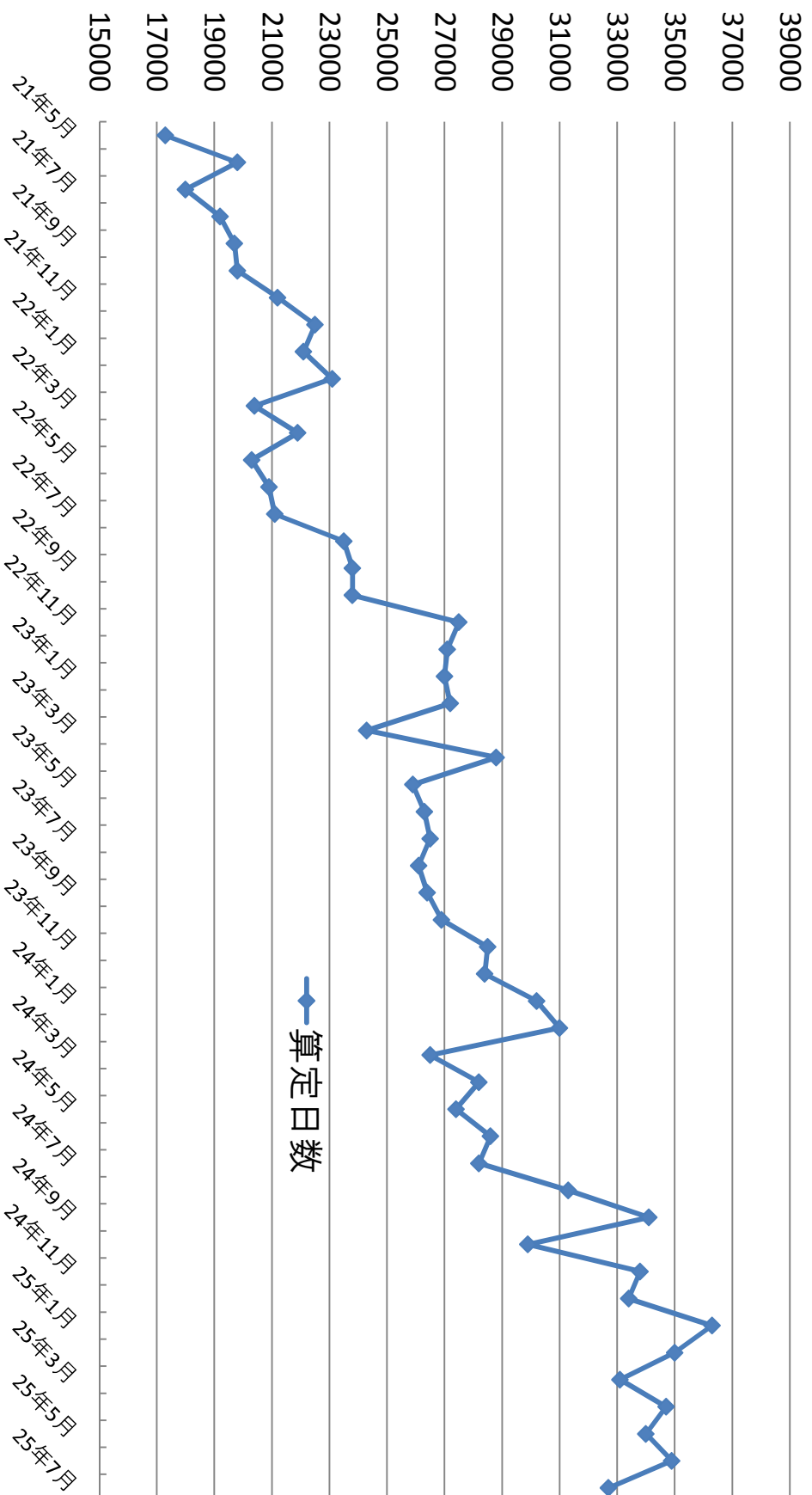
平成25年3月									
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数	
平成24年4月	218.3 (68.4%)	64.4 (20.2%)	26.5 (8.3%)	6.6 (2.1%)	2.0 (0.6%)	1.1 (0.3%)	0.3 (0.1%)	319.2 (100.0%)	
	要支援1								
	42.7 (10.6%)	274.0 (68.2%)	53.2 (13.2%)	22.9 (5.7%)	5.3 (1.3%)	3.0 (0.7%)	0.8 (0.2%)	401.8 (100.0%)	
	要支援2								
	7.1 (1.1%)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

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

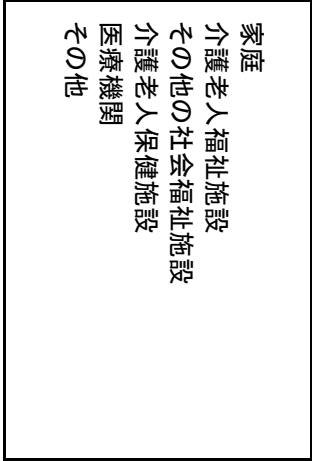
特養における看取り対応（看取り加算の算定状況）

○ 入所者の重度化に伴い、特養（介護老人福祉施設）における看取り介護加算の算定日数については、看取り介護加算の創設以降、増加する傾向にある。

1月当たり
の算定日数

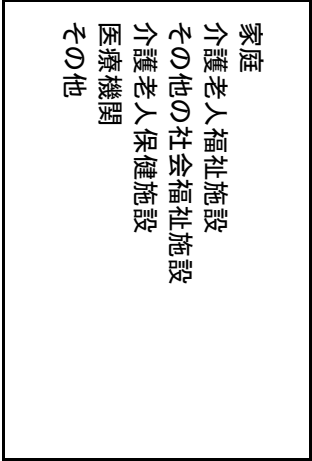
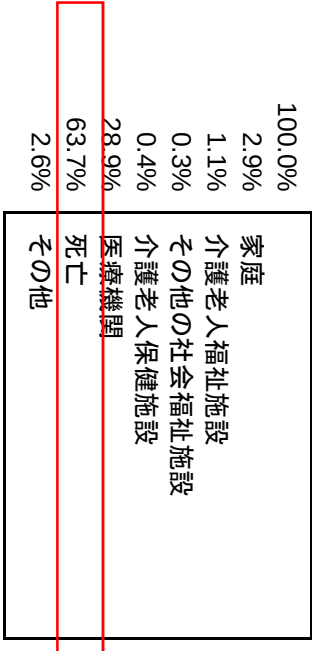


介護施設における入所者・退所者の状況



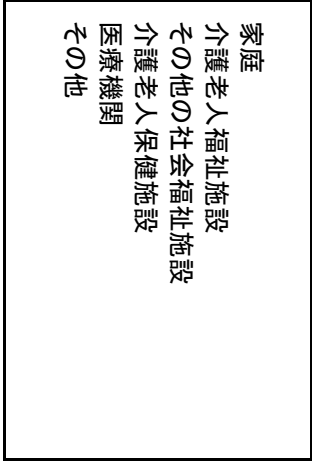
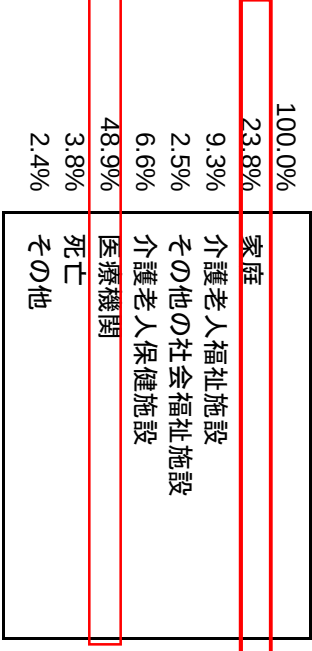
(退所者数:5,155人)

平均在所日数:1474.9日(1,465.1日)



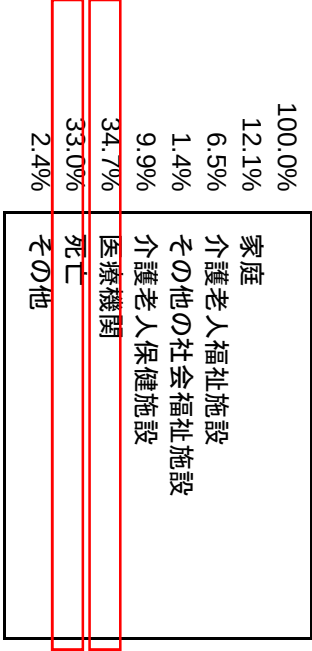
(退所者:15,759人)

平均在所日数 329.2日(277.6日)



(退所者:3,411人)

平均在所日数 412日(427.2日)



特養における在宅復帰支援策（現行の介護報酬）

○ 現在、特養入所者の在宅復帰を促進するため、在宅復帰支援加算や退所時等相談援助加算、在宅・入所相互利用加算などを設けているが、その利用については一部にとどまっている状況。

在宅復帰支援機能加算

《算定要件》 1日につき10単位

- 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなった者（入所期間が1月間を超えていた者に限る。）の占める割合が2割を超えていること。
- 退所者の退所した日から30日以内に居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
- 入所者の家族との連絡調整を行っていること。
- 入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。

在宅復帰支援機能加算の算定状況

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
算定日数	—	0.2	0.6	0.8	1.2

※ 介護給付費実態調査(平成25年7月審査分)
(地域密着型介護老人福祉施設分を含む。)

退所時等相談援助加算

- 退所前訪問相談援助加算： 退所前、退所後の居宅を訪問し相談援助を行った場合等に加算(460単位)
- 退所後訪問相談援助加算： 退所後、30日以内に居宅を訪問し相談援助を行った場合等に加算(460単位)
- 退所時相談援助加算： 退所時、相談援助を行い、市町村等に情報提供を行った場合等に加算(400単位)
- 退所前連携加算： 退所前、居宅介護支援事業者に必要な情報提供を行った場合等に加算(500単位)

在宅・入所相互利用加算

《算定要件》 1日につき30単位

- 在宅生活を継続する観点から、複数人があらかじめ在宅期間及び入所期間(入所期間については3月を限度とする。)を定めて、当該施設の同一の個室を計画的に利用している者
- 要介護3から要介護5までの者
- 在宅での生活期間中の介護支援専門員と施設の介護支援専門員との間で情報の交換を十分に行い、双方合意の上、介護に関する目標及び方針を定め、入所者又はその家族等に対して当該目標及び方針の内容を説明し、同意を得ていること。

在宅・入所相互利用加算の算定状況 (単位:千日)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
算定日数	—	—	0.4	0.4	0.1

特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）の併設事業所について

- 特養のうち、8割近くが短期入所生活介護（ショートステイ）を実施しており、通所介護、居宅介護支援の事業所を併設する特養も全体の約半数を占めている。
- 特養については、訪問介護等の在宅サービスを実施する事業所の併設等により、地域社会への展開を積極的に図っていくことで、特養の有する資源やノウハウを有効活用し、地域における介護サービスの拠点としての機能を更に発揮させていくための方策について検討すべきではないか。

① 介護老人福祉施設サービスの総件数

サービス種類名	事業所数
介護老人福祉施設サービス	6,750

② ①を行う介護老人福祉施設の併設事業所で他のサービスを実施している事業所の件数

サービス種類名	事業所数	割合
訪問介護	1,510	22.4 %
訪問看護	292	4.3 %
通所介護	3,627	53.7 %
短期入所生活介護	5,670	84.0 %
認知症対応型共同生活介護	331	4.9 %
居宅介護支援	3,222	47.7 %
認知症対応型通所介護	617	9.1 %
小規模多機能型居宅介護	25	0.4 %
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	14	0.2 %
介護予防支援（地域包括支援センター）	462	6.8 %

※厚生労働省老健局高齢者支援課作成(H25.10)
※事業所の所在地住所が完全に一致する場合について、併設事業所として集計
※1つの事業所が複数のサービスを実施している場合は、それぞれについて集計
(例) A老人福祉施設が通所介護と短期入所生活介護を実施している場合、通所介護・短期入所生活介護ともに「1」として算定

(参考1) 在宅・入所相互利用（ベッドシェアリング）の実際取組内容

《特別養護老人ホーム「きたざわ苑」での取組事例》

(出典)「特別養護老人ホームにおける在宅復帰支援等の実態に関する調査研究」(平成24年度、医療経済研究機構)

取組内容

- 空床利用ではなく、専用のベッドを複数人が3ヶ月を限度とする入所期間ごとにシェアする長期的な計画を立て、自宅生活を基軸にしながら施設と自宅を行き来してもらい、地域住民に繰り返し利用できるといふ安心感を提供。
- 具体的には、以下①～③を繰り返し、自立性を高めることで在宅生活の継続を支援。
 - ① 入所前には、生活相談員、機能訓練指導員、看護師、介護職員が連携し、在宅訪問を行う等して、自宅の環境に合わせた施設ケアプランを組み立てる。
 - ② 入所期間中は、当該プランに基づき、歩行・排泄を中心とする自立支援ケアを実践し、在宅の介護負担を軽減。
 - ③ 退所前には、在宅サービス事業者と家族を集めて情報共有。在宅でのケアプランは、施設ケアマネが関わって作成し、施設利用中のケアとの継続性を確保。

利用のきつかけ

- 長期入所の申込み者の面接の際などに、家族が在宅継続か施設入所かで迷っている場合、一つの選択肢として提示。
- 利用者・家族・在宅のケアマネに、長期間施設に入る訳ではないことを明示的に説明。

取組の成果

	ベッド数	実利用者	延べ利用者数
平成19年度	4	6	9
平成20年度	4	8	19
平成21年度	6	17	24
平成22年度	7	18	32
平成23年度	9	21	36
平成24年度	7	13	25

「在宅・入所相互利用制度」の活用は、なぜ必要なのか？

【ご利用の対象となる方】

- ・ 皆田管内に住民票があり、要介護3～5の認定を受けている方
 - ・ 在宅での生活を継続したいとの希望がありながら、「認知症」や「お身体の機能の低下」などの理由で在宅介護が困難となっている方
 - ・ 「在宅・入所相互利用」による1～3ヶ月の入所を定期的に継続利用し、在宅生活を継続したいと希望されている方
- (ご利用終了後は、在宅へ戻る事が前提となります)

(※きたざわ苑パンフレットより抜粋)

(参考2) アセスメント入所の実際の取組内容

《特別養護老人ホーム「サンビレッジ新生苑」での取組事例》

(出典)「特別養護老人ホームにおける在宅復帰支援等の実態に関する調査研究」(平成24年度、医療経済研究機構)

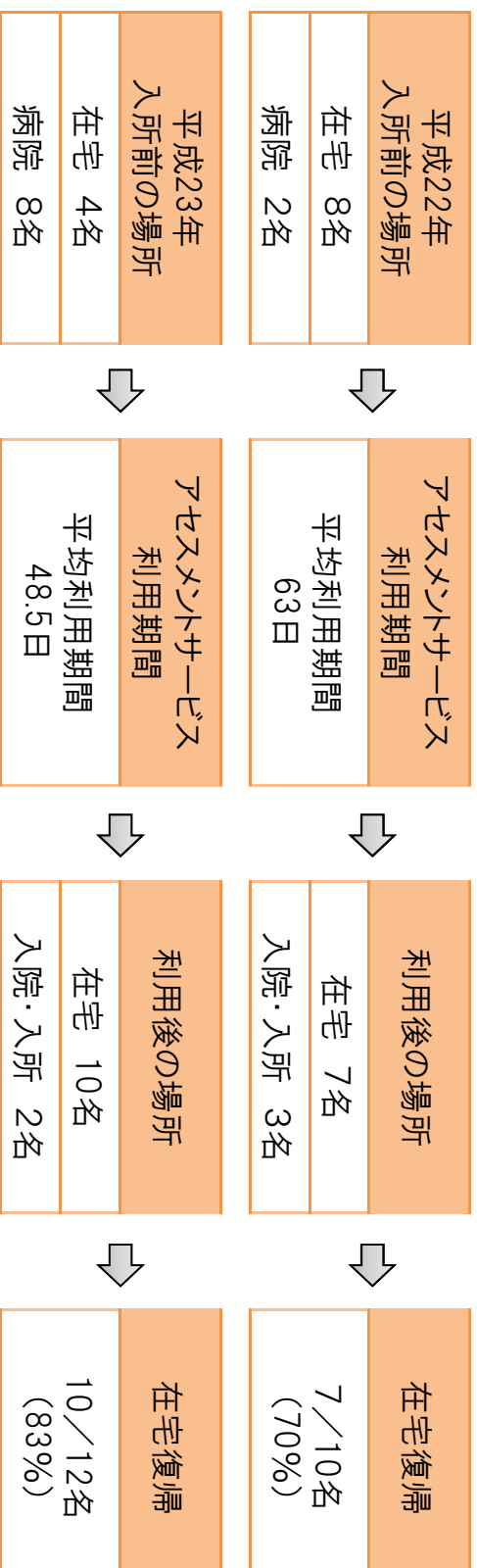
取組内容

- 「在宅生活の中で介護に困難が生じた」「要介護状態となって自宅に退院することになった」など、比較的急激に状態が悪化・混乱している要介護者に対して、適切なアセスメントやリハビリテーションを行うことで状態を改善し、在宅生活の継続を支援。平成25年2月現在、特養139床中、2床を専用ベッドとして活用している。(これとは別に、3床でベッドシェアリングを実施)
- 具体的には、以下①～③を必要に応じて繰り返し提供し、状態が改善した人を在宅で支える仕組み作りに努めている。
 - ① アセスメント入所を希望する利用者ごとに、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士を含むチームを編成。
 - ② チームで行うカンファレンスに基づき、専門的なメンバーで、適切なアセスメントやリハビリテーションを提供する。
 - ③ 入所の長期化により、受け入れへの家族の抵抗感が増大することを防ぐため、利用期間の目安を約1ヵ月～1ヵ月半に設定。

利用のきっかけ

- このサービスを知っているケアマネからの紹介や、入所相談の際に打診。
- 認知症や身体疾患によって決めるのではなく、家族の在宅継続希望が強い場合に勧める。

取組の効果



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 50 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と。

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と言われるが、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、どれだけ対応が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。都道府県が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。

- 介護分野に興味を持ってもらうには、子供のころからの教育が重要である。是非進めていただきたい。
- 都道府県中心の協議体について、団体関係者が集まるのは有益だが、介護労働安定センターが事務局として実施している介護労働懇談会とは別に立ち上げるのであれば、やり方は考えないといけない。

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の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もらいたい。

（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がなものか。
- 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え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うので、その場合は土地・建物を一体として勘案の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るべきではないか。
- 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。

(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。

住所地特例について

- 住所地特例の適用拡大は賛成。
- サービス付き高齢者向け住宅に住所地特例を適用し、また併せて住所地特例対象者が地域密着型サービスや地域支援事業を利用できるようにする方向性については賛成。
- 住所地特例対象者に対する地域密着型サービスや地域支援事業が、地元のサービスを阻害しないという前提であれば、理解できる。
- サービス付き高齢者向け住宅の整備を増やすためにも、住所地特例を適用すべきであるが、その利用については、あくまで本人の意思を尊重すべきである。
- サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例適用について、基本的な方向性は理解するが、多様な住まいの実現によって、地域全体のケアマネジメントが今後ますます重要となる。例えば、地域ケア会議の充実のためにケア情報の見える化を進めるなど、環境整備が必要。また、365日・24時間体制で介護スタッフが常駐する施設機能を、地域に

において有用な資源として活用してほしい。

- 住所地特例は必要なことだと思うが、地域密着型サービスの位置付けを踏まえれば、運営推進会議など第三者の関与強化が必要ではないか。
- 住所地特例は、施設等の所在する市町村の介護保険財政に配慮する観点からは必要な制度であると思うが、地域包括ケアシステムでは住み慣れた地域で暮らし続けられることが大切であり、認知症の方は環境の変化により症状を悪化させるため、住所地特例は地域包括ケアシステムの考え方と矛盾することが懸念される。
- サービス付き高齢者向け住宅への入居に際しては、環境の変化によるダメージを受けてしまうケースや、契約内容と実際の費用に差があること、外出制限があること等のトラブルも発生しており、転居の際には十分検討する必要がある。
- サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例適用は諸刃の剣であり、供給が過度な需要を生むという要素がある。何らかの対策や規制を設けないと、無駄な保険給付が増えてしまうのではないか。
- 保険者間での費用負担調整があまり複雑化しないよう配慮する必要があり、簡便な方法を考えるべき。
- 住所地特例を適用した場合、医療費の調整も必要である。
- 介護保険適用外である救護施設や障害施設について住所地特例の対象に入れられないか。

介護納付金の総報酬割について

- 制度創設時は加入者割で始まったが、現在に至り、比較的報酬の低い協会けんぽの負担が相対的に重くなっているため、被用者保険内で負担能力に応じた負担をしていく方向に改めるほうが、より適切。
- 医療保険については、後期高齢者支援金の全面総報酬割を直ちに導入すべき。一方、介護納付金については、介護保険制度の成り立ちなども含めて、制度全体の議論の中で検討すべき問題であるが、社会保険制度における負担の公平性を考えれば、所得に応じた負担とするのが基本。
- 総報酬割を視野に入れることは賛成。被用者保険の保険料には格差があり、是正を図っていくべき。
- 2号被保険者は、自身の親の介護で間接的に介護保険制度の恩恵を受けていることから、総報酬割の導入に賛成。
- 介護納付金の総報酬割導入の積極論の考え方を支持する。
- 総報酬割の選択肢があってよいと思う。
- 総報酬割の導入には賛成だが、2号被保険者の保険料が過度に引き上がらないようにするためにも、一定所得以上の高齢者に対する利用者負担を2割に引き上げることや補足給付の資産勘案といった対応もセットで行うべきである。

- 予防給付の見直し、特別養護老人ホームの中重度者への重点化、補足給付の見直しなど、本人や家族にとって厳しい見直しが提案されている中で、総報酬割についても利益と負担を明確に整理する必要があるのではないか。
- 総報酬割の導入については、介護保険には第2号保険者の介護離職を阻止する役割もあるので、そのことを一般にわかりやすく説明する必要がある。
- 介護保険制度制定当時の国会審議では、親の世代が介護サービスを受給することを考え、2号被保険者の保険料は世代間扶養の意味合いを持つ負担であると説明されている。その上で、費用負担者の理解を得られる公平な負担方法として加入者割が選択されたのであり、これを総報酬割に変更することは、元来の介護保険法の理念を逸脱するのではないか。
- 総報酬割導入によって協会けんぽへの国庫補助約1,200億円が削減されるが、その分健保組合等の負担増となるものであり、反対。削減される国庫財源を介護従事者の処遇改善など他の施策に転用する議論もあったが、これは国の責任を健保組合に転嫁させているのではないか。
- 健保組合と協会けんぽの報酬の差は大きくなっているが、介護保険料率で見れば、毎年その差は縮小している。健保組合は加入者の健康保持・増進のために特定健診・特定保健指導をはじめとする保健事業に積極的に取り組んでおり、健康寿命の延伸や介護予防にもつながっている。介護保険制度においても、健保組合の保険者機能は評価されるべき。
- 現役世代全体の負担軽減を前提としない総報酬割は反対。医療保険では、被用者保険の保険料収入に占める高齢者医療への拠出が5割近い状態になっており、現役世代の負担は既に限界にきている。このような中で介護納付金のあり方を考えるに当たっては、総報酬割による公平性の確保を図る以前に、制度全体の財政負担構造を見直し、現役世代の負担を相対的に減らしていくことが必要。その方法として、国費のさらなる投入や、給付費全体に占める第2号被保険者の保険料負担割合の算定に当たって、第1号・第2号被保険者の人口比だけでなく、受給者比率も勘案した新たな計算方式を取り入れることなどが考えられる。
- 総報酬割は反対。今回の制度改正に向けた議論の中で、給付の効率化・重点化に向けた取組は不十分であり、そういった効率化・重点化に向けた絵姿が示されないまま野放図に介護給付費・保険料負担が膨らむことを非常に懸念。増加する負担をいかに抑えていくかという議論があって然るべき。
- 総報酬割の導入は、雇用や賃金上昇の抑制につながる点で、日本経済全体に対してもブレーキをかけることになるのではないか。
- 総報酬割については、賛否の意見がほぼ出尽くした感がある。
- 現時点では、後期高齢者医療制度における総報酬割の検討状況を踏まえつつ検討していくべき。2016年10月には社会保険の適用拡大が行われるため、こういったものも含めて今後検討していくべき。

情報公表制度について

- 今回の見直しについては、事業者あるいは事業所の質の評価の改善につながると捉えており、強く支持する。
- 情報公表についてはアクセス数が多いとは言えず、1人暮らしや認知症高齢者にとっては使うことが難しい。もっと身近に相談できるような体制を整えることが大切。
- 今回の見直しについては、地域包括支援センターや生活支援サービスを含めた地域資源を総合的に把握できるようになり、在宅サービスの活用の工夫や、高齢者の不安の軽減にもつながるため、賛同できる。
- 労働集約型産業である介護サービスの分野において、従業者の処遇に関する情報は、提供されるサービスの内容に直接つながる重要な情報であり、利用者のサービスの選択に不可欠。例えば、介護キャリア段位制度に関する情報などを公表してはどうか。
- 宿泊型デイサービスについては、法定外のサービスになるため、質の担保の観点から情報を公表していくことは重要。
- 宿泊型デイサービスについては、サービスの質という問題があり、それがクリアされてから載せるべきで、よく分からないままやっているというような情報では困る。
- サービス付き高齢者向け住宅についても、情報公表制度に位置付けて、利用者が選択するための情報を公表していくことが必要ではないか。
- 情報が増えるのは良いが、一方で、必要な情報に行き着くまでに時間がかかる。地域包括支援センターに地域住民への支援を行うボランティアを配置し、情報公表制度の情報をわかりやすく伝えるなどの仕組みが有効ではないか。
- 公表されている内容から、サービスの質を利用者に見えるようにするための工夫が重要。
- 公表される内容について、利用者の視点から、リハビリなど専門用語を丁寧に説明していかないといけない。
- 情報公表システムの改良については、アクセス数の増加という点で評価できるが、まだ利活用が進んでいないという意見も多く、今後も活用方法を考えていく必要がある。
- 公表する情報を新たに加えていく際は、財源措置をお願いしたい。国の運営するシステムでは足りない部分を都道府県で補完している点に配慮したシステムの拡充を今後も行っていただきたい。
- 公表事項については、単に義務化もしくは努力義務化するだけではなく、外部からチェックするなど、出し方についても何らかの担保をする必要があるのではないか。

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。
- 介護保険制度創設時に、社会保険方式である以上、2号被保険者からも保険料を徴収するからには当然給付もあって然るべきという理屈で特定疾病等が導入された。介護納付金の総報酬割で2号被保険者の負担のあり方について議論するのであれば、2号被保険者の給付面も併せて議論すべきではないか。
- 介護納付金の総報酬割と併せて、2号被保険者の範囲の拡大の可能性についても検討が必要ではないか。範囲が拡大すれば2号被保険者の負担を薄くすることが可能であり、全ての世代間の公平な負担という観点から検討する必要があるのではないか。
- 都市部の高齢化対策は、低所得者層の介護支援が大きな課題である。新設する特別養護老人ホームの居室に関しては、生活保護受給者などの低所得者層を考え、一部プライバシーに配慮した多床室の増設を実施すべき。
- 大都市部で民間事業者が施設を展開する場合、地価が高いことから、10年や15年では資金が回収できないため、事業化が難しい。そのため、土地や家屋の流動性を高めるよう、例えば、特別養護老人ホームについて公設民営、指定管理者による運営を積極的に導入してほしい。
- 都市部の施設整備については、地価が高いことから、都府県外での特別養護老人ホーム

ムの整備もやむを得ない。

- 都市部の高齢化対策に関する検討会報告書について、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ということについて慎重に検討すべきであるとしたことは、地方への早期からの住み替えの内容と関連することでもあり評価すべき。また、様々な世代が同居する地域づくりは今後の地域包括ケアシステムを充実させるための重要なファクターである。
- 都市部における高齢化対策に関する検討会報告書については、利用者や提供者の視点がない。杉並区と南伊豆町の取組を正当化するだけで、静岡県南伊豆町における緊急時や救急時における対応が入っていない。
- 都市部における施設整備については、いくら自治体間の関係性が深い場合であっても遠隔地に特別養護老人ホームを建設することは、利用者への影響が心配である。距離が遠いことで家族の面会等が実際十分にあるかどうかを考えれば、できるだけ区内に建設することが一番良いのではないか。
- 杉並区が検討している南伊豆での特別養護老人ホームの設置については、懸念を持っている。仮にやるとすれば、きちんとした枠組みを作って、とりわけ本人の尊厳と意思の尊重を前提とした上で行うべき。
- 杉並区が検討している南伊豆での特別養護老人ホームの設置については、入所者本人の意思が大前提ということは確実に担保すべき。認知症または認知症状が若干でもあるような者については、意思確認したとして入所させることはあってはならない。また、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ついても、姉妹都市提携のような形で形式的なもので判断することは適当ではない。今回とりまとめられた都市部における高齢化対策に関する検討会報告書の内容に沿った形で運用されることを期待する
- 都市部における広域型施設の整備数の圏域間調整については、関係する都道府県間で双方の介護保険事業支援計画で施設の調整を済ませた上で行わなければいけない。そうでなければ、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を整備することにより後々の禍根を残すことになる。