

参考資料

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

介護保険制度改正の検討事項

○ 地域包括ケアシステムの構築と介護保険制度の持続可能性の確保のため、充実と重点化・効率化を一体的に行う。

	サービス提供体制	費用負担
充実	<p>■ 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療・介護連携の推進 ○ 認知症施策の推進 ○ 地域ケア会議の推進 ○ 生活支援サービスの充実・強化 <p>※ 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進</p> <p>※ 介護職員の処遇改善は、介護報酬改定で検討</p>	<p>■ 保険料の負担の増大の抑制</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 低所得者の1号保険料の軽減強化
重点化・効率化	<p>■ 介護サービスの効率化・重点化</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し ○ 特別養護老人ホームの中重度者への重点化 	<p>■ 所得や資産のある人の利用者負担の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 一定以上所得者の利用者負担の見直し ○ 補足給付の見直し（資産等の勘案）

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

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(平成25年10月15日国会提出、12月5日成立) 抜粋

(介護保険制度)

第五条 政府は、個人の選択を尊重しつつ、介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な介護予防等への取組を奨励するものとする。

2 政府は、低所得者をはじめとする国民の介護保険の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図りつつ、地域包括ケアシステムの構築を通じ、必要な介護サービスを確保する観点から、介護保険制度について、次に掲げる事項及び介護報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第百十五条の四十五に規定する地域支援事業の見直しによる次に掲げる事項

イ 在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携の強化

ロ 多様な主体による創意工夫を生かした高齢者の自立した日常生活の支援及び高齢者の社会的活動への参加の推進等による介護予防に関する基盤整備

ハ 認知症である者に係る支援が早期から適切に提供される体制の確保その他の認知症である者に係る必要な施策

二 前号に掲げる事項と併せた地域の実情に応じた介護保険法第七条第四項に規定する要支援者への支援の見直し

三 一定以上の所得を有する者の介護保険の保険給付に係る利用者負担の見直し

四 介護保険法第五十一条の三の規定による特定入所者介護サービス費の支給の要件について資産を勘案する等の見直し

五 介護保険法第四十八条第一項第一号に規定する指定介護福祉施設サービスに係る同条の規定による施設介護サービス費の支給の対象の見直し

六 介護保険の第一号被保険者の保険料に係る低所得者の負担の軽減

3 政府は、前項の措置を平成二十七年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

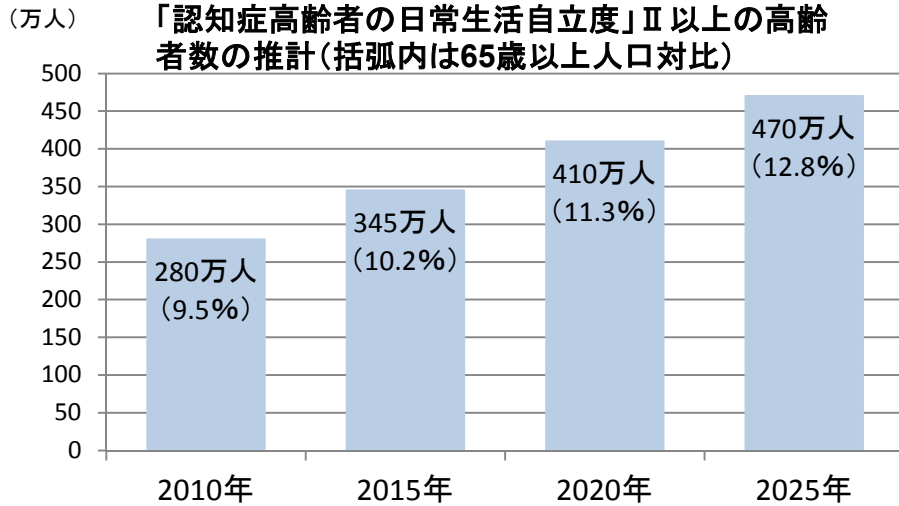
4 政府は、前条第七項第二号ロに掲げる事項に係る同項の措置の検討状況等を踏まえ、被用者保険等保険者に係る介護保険法第百五十条第一項に規定する介護給付費・地域支援事業支援納付金の額を当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすることについて検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

今後の介護保険をとりまく状況

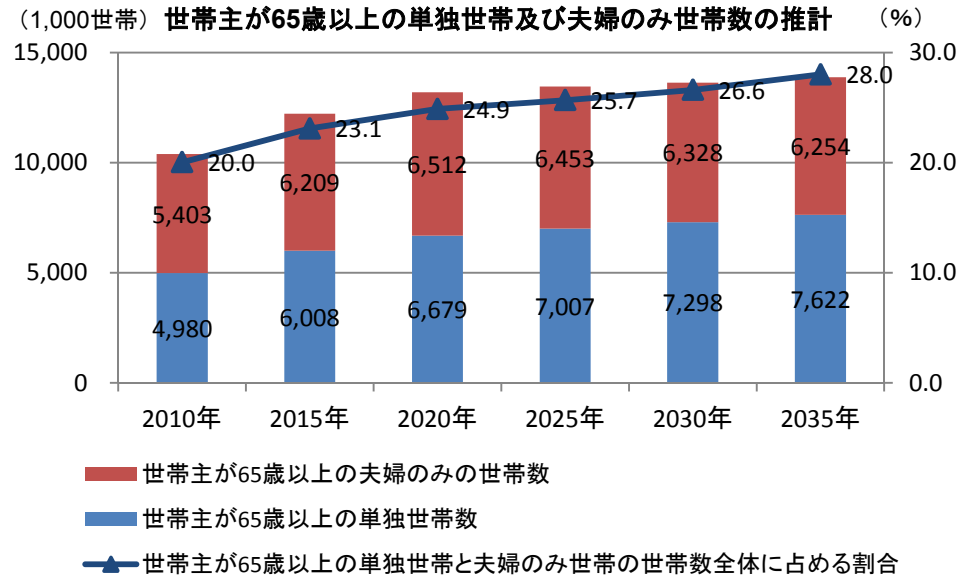
- ① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

- ② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



- ③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく

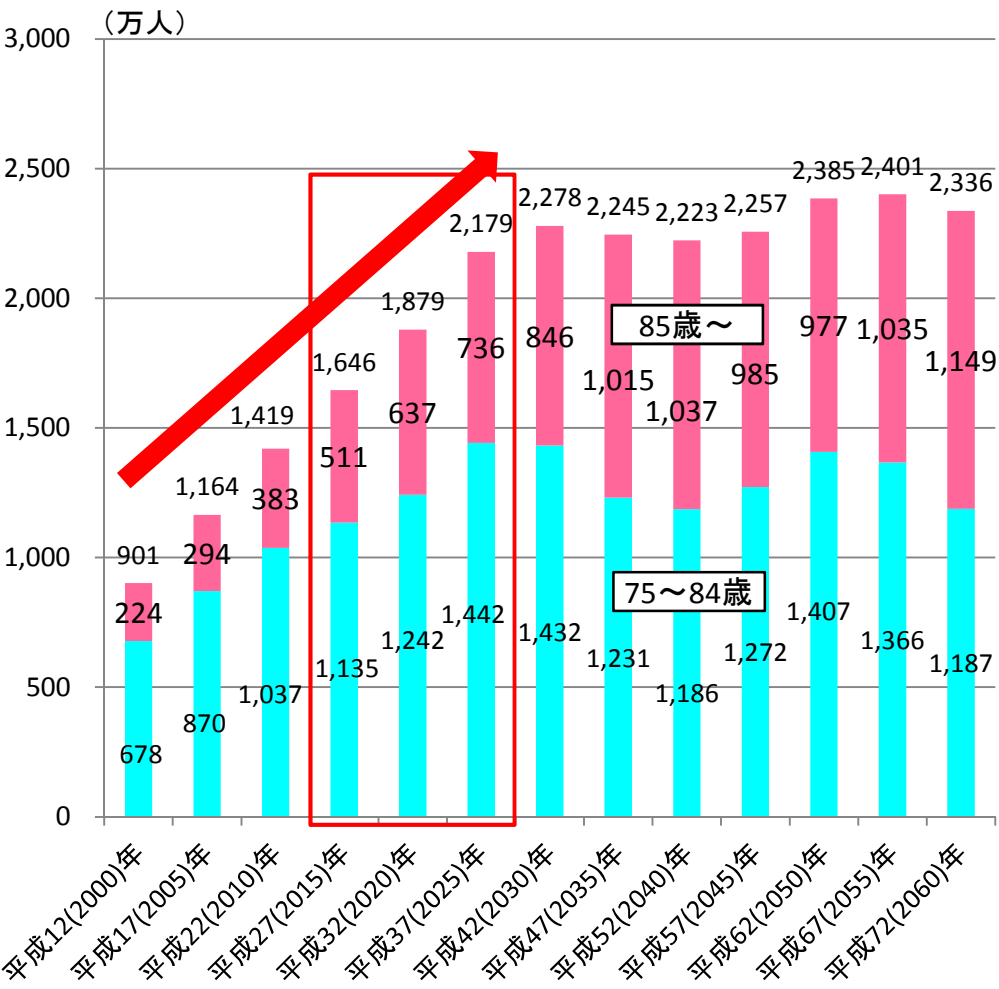


- ④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	~	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

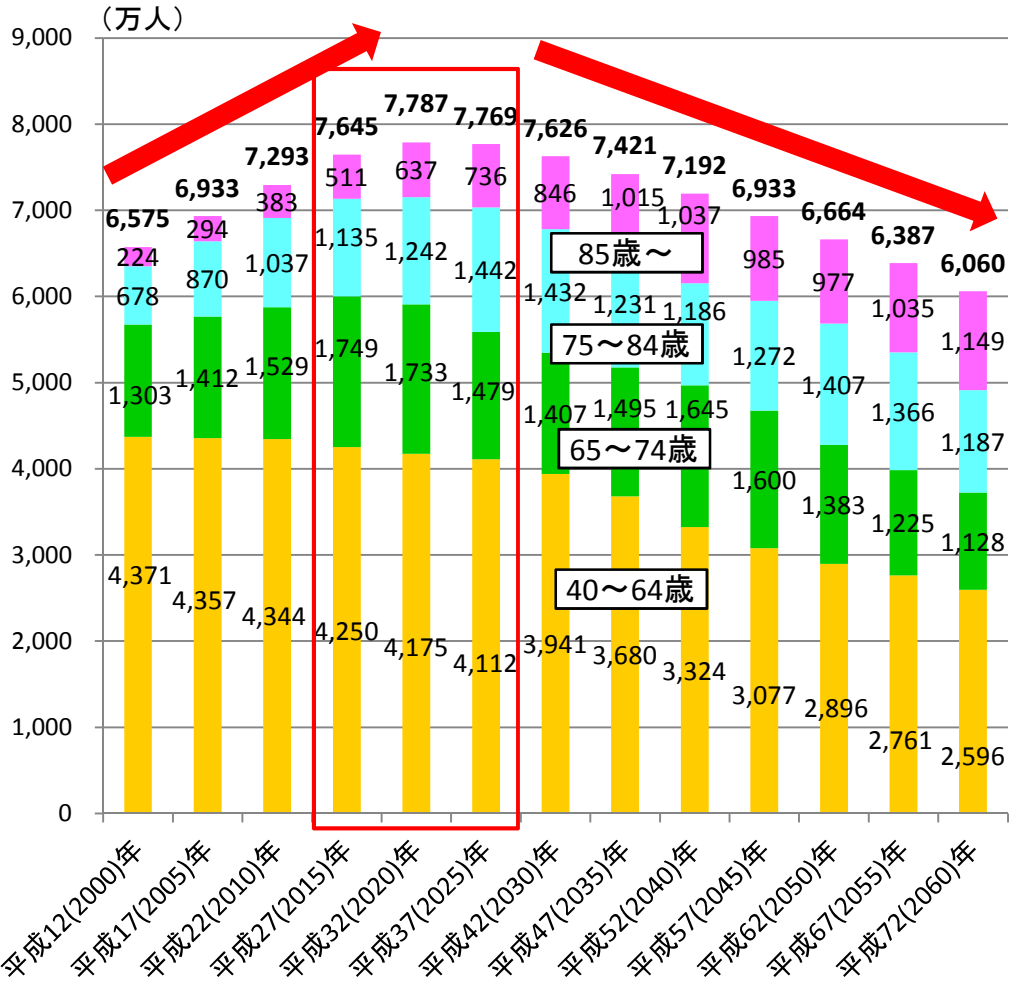
⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。
 ○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。



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

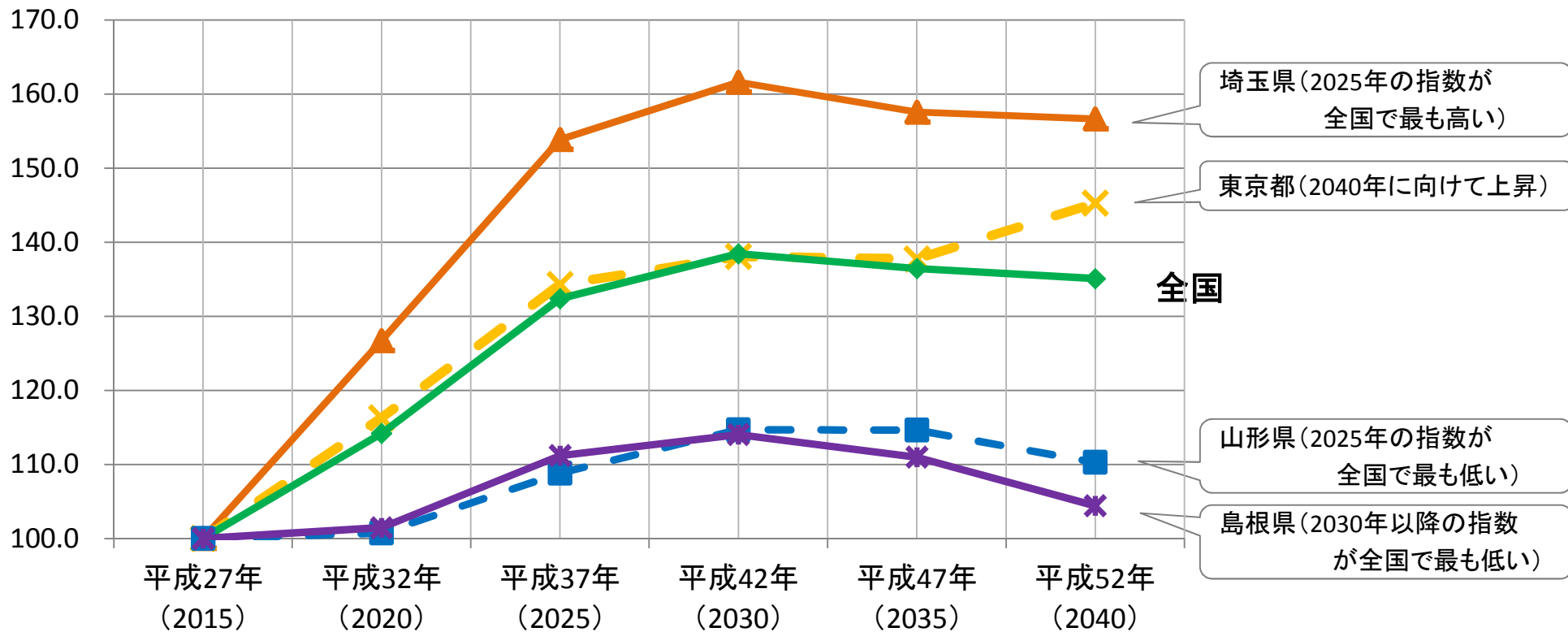
(参考) 2015年から2025年までの各地域の高齢化の状況

○75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。

※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
※東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県では、2040年に向けてさらに上昇

○2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

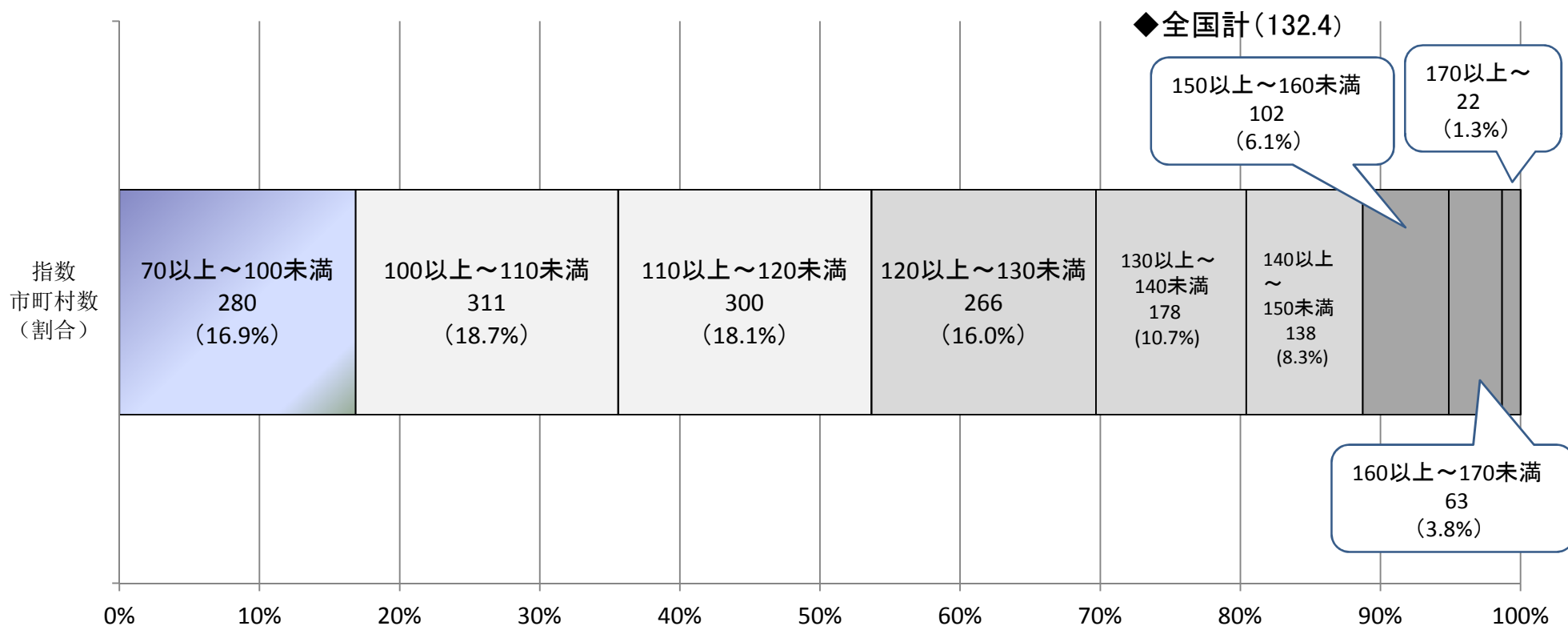
75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある。

75歳以上人口について、平成27(2015)年を100としたときの平成37(2025)年の指数

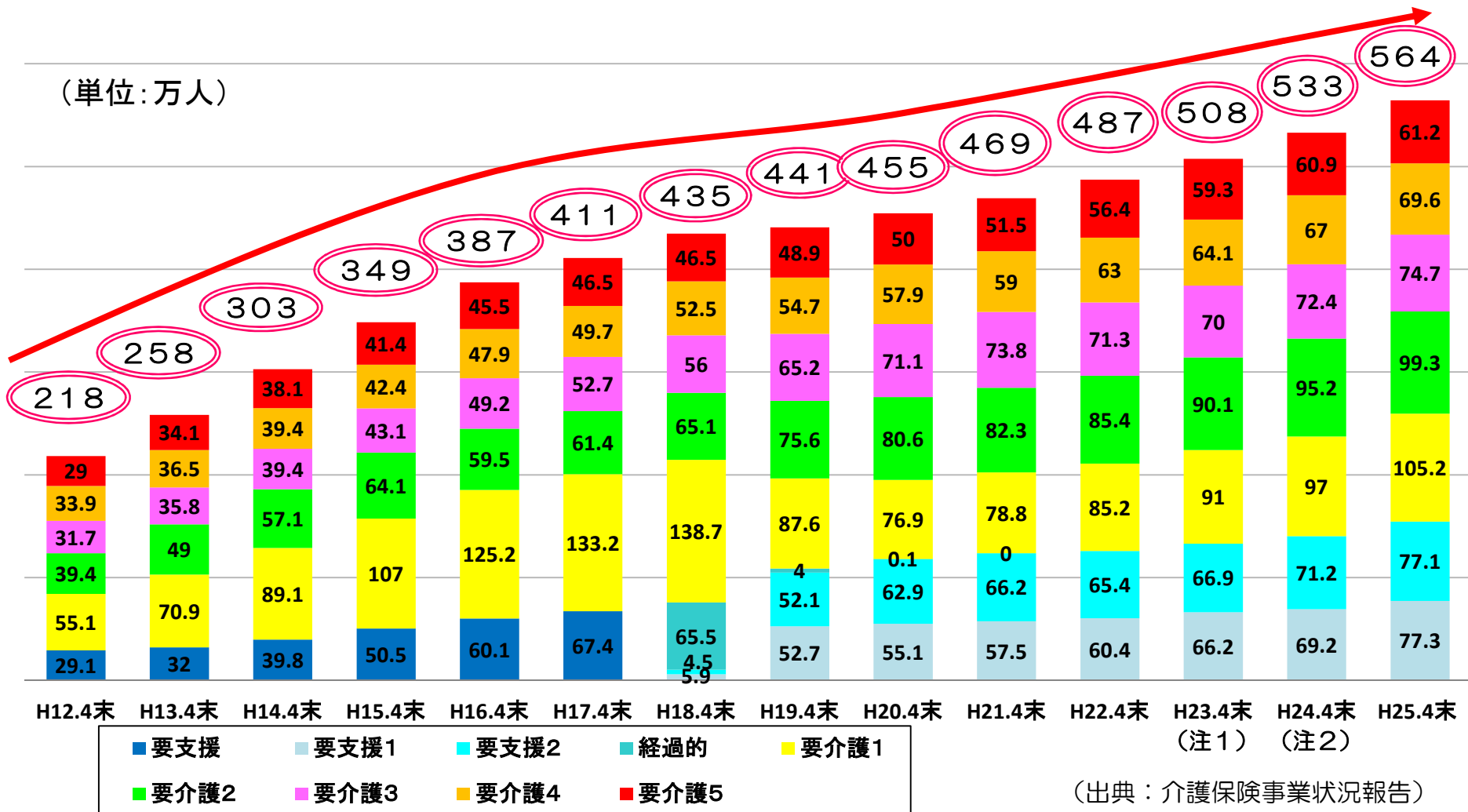


注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

要介護度別認定者数の推移

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

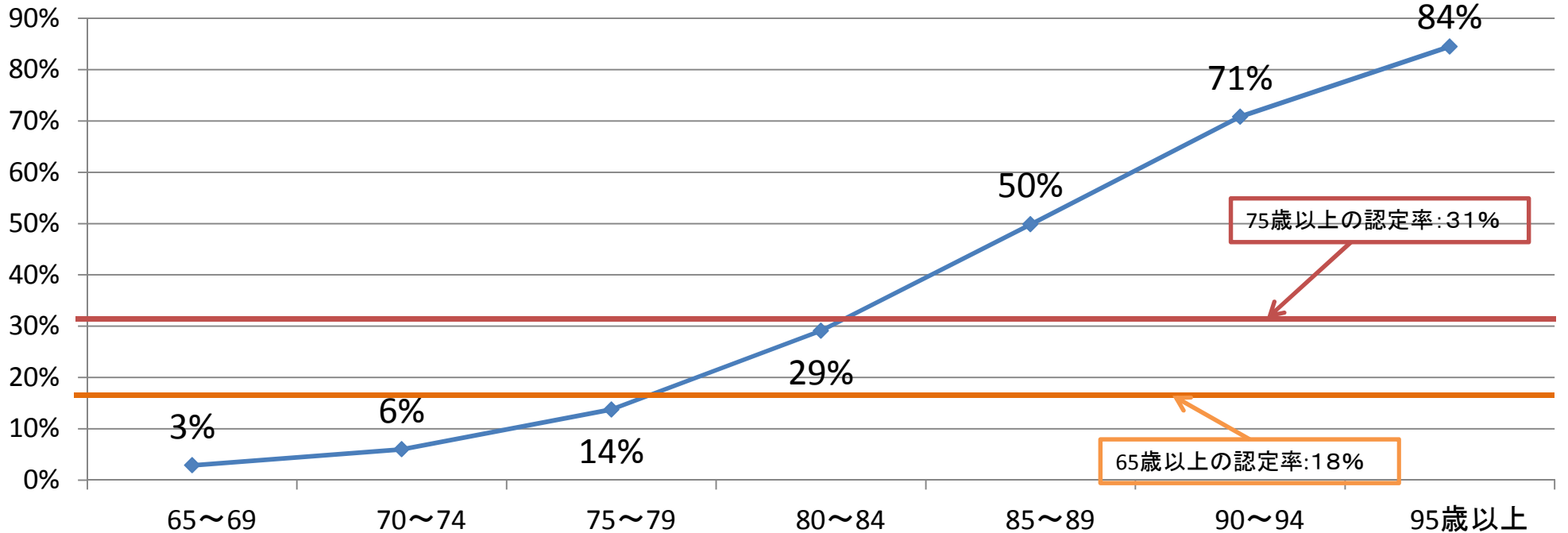


注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注2) 楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

(参考) 年齢階層別の要介護認定率 (推計)

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



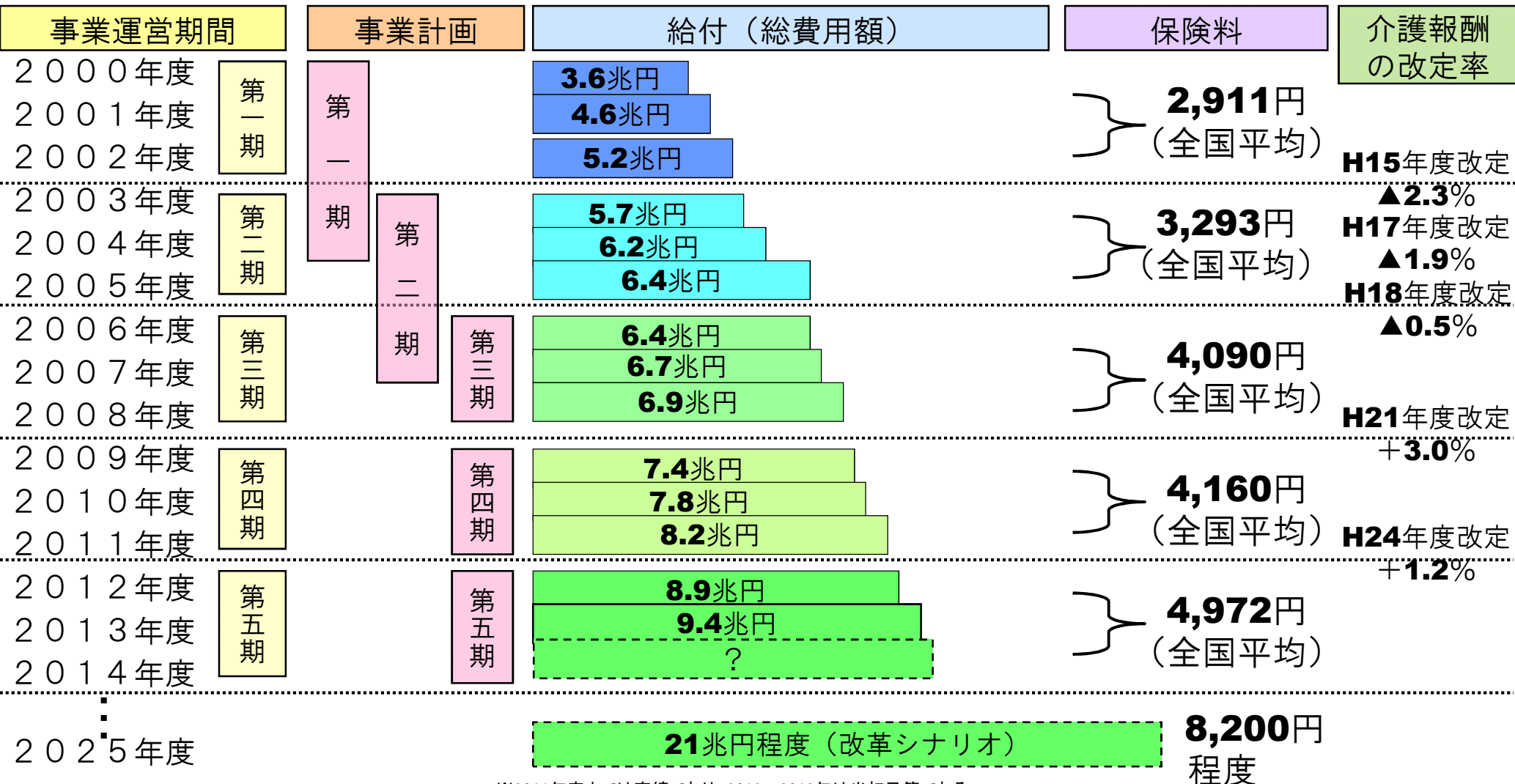
出典: 社会保障人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査(平成24年11月審査分)

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

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

介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、2025年には保険料が現在の5000円程度から8200円程度に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。



※2011年度までは実績であり、2012～2013年は当初予算である。
 ※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(平成24年3月)

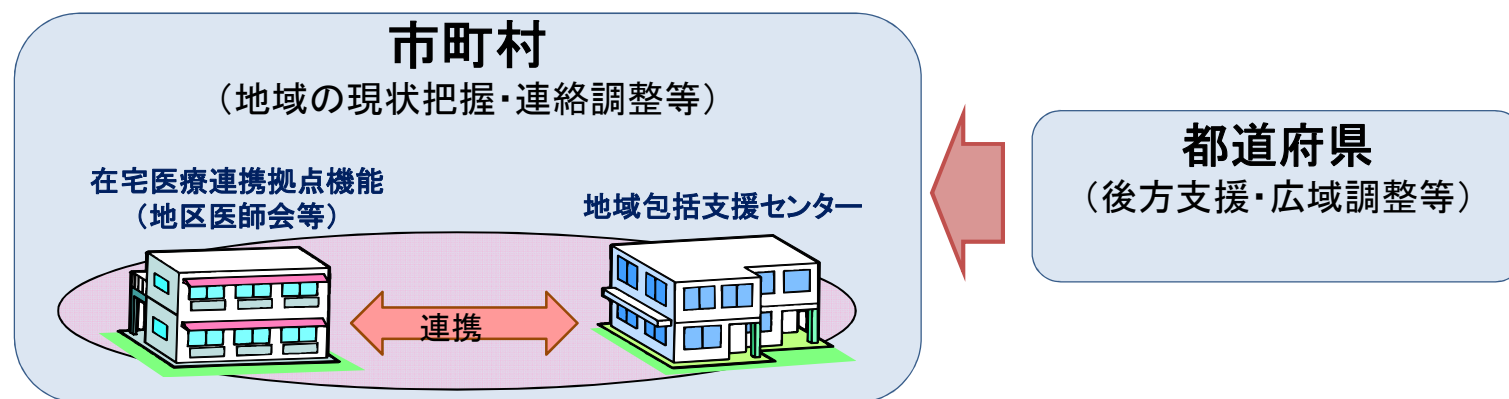
※2012年度の賃金水準に換算した値

I サービス提供体制の見直し

1. 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し

在宅医療・介護の連携推進

- 在宅医療・介護の連携推進についてはこれまでモデル事業等を実施して一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で恒久的な制度として位置づけ、全国的に取り組む。
- 具体的には、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ、取り組む。



(想定される取組(例))

- ① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用 ……地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布
- ② 在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介
……関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討
- ③ 在宅医療・介護連携に関する研修の実施 ……グループワーク等の多職種参加型の研修の実施
- ④ 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築 ……主治医・副主治医制等のコーディネート
- ⑤ 地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業者等への支援
……介護支援専門員からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応 等

認知症施策の推進

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

「認知症施策推進5か年計画」(平成24年9月厚生労働省公表)の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》

認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼。



《今後目指すべきケア》

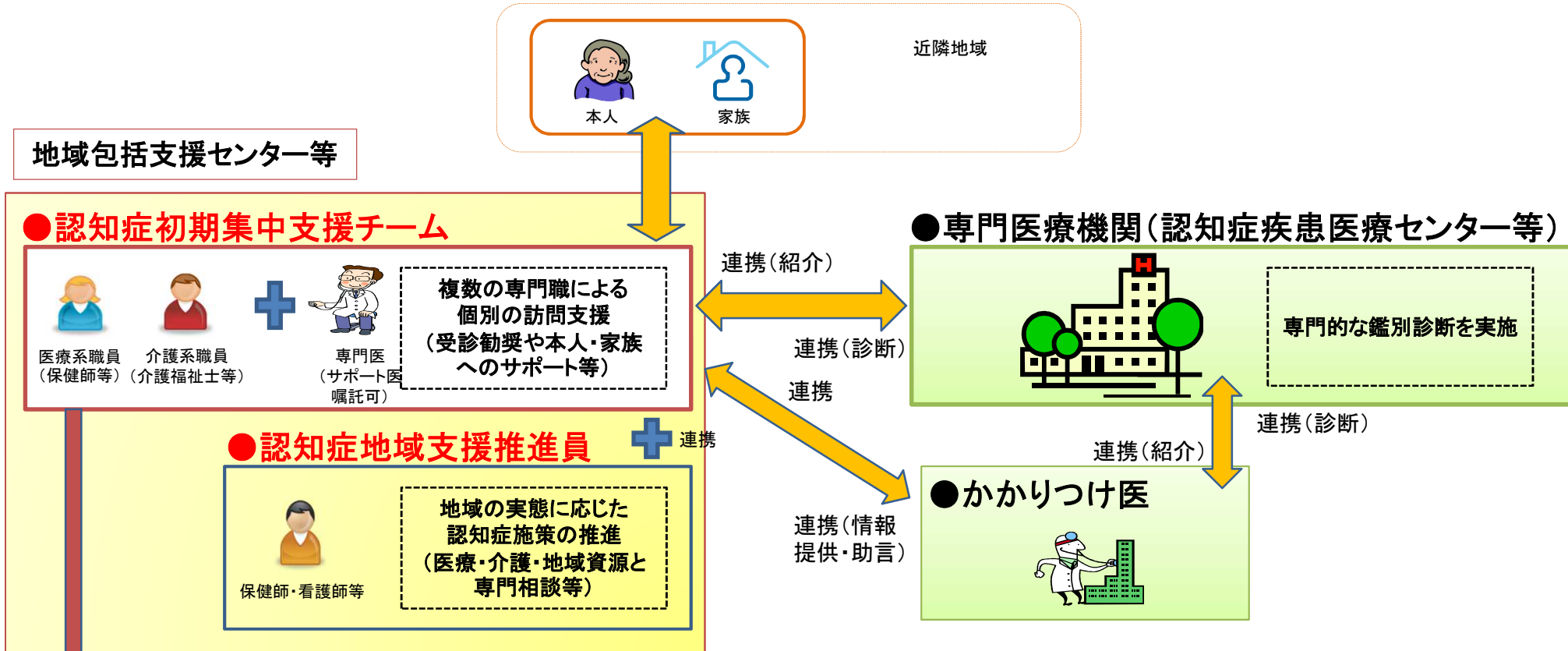
「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

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

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

以下の体制を地域包括支援センター等に配置

- **認知症初期集中支援チーム** — 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問し、アセスメントや家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
(個別の訪問支援)
- **認知症地域支援推進員** — 認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。
(専任の連携支援・相談等)



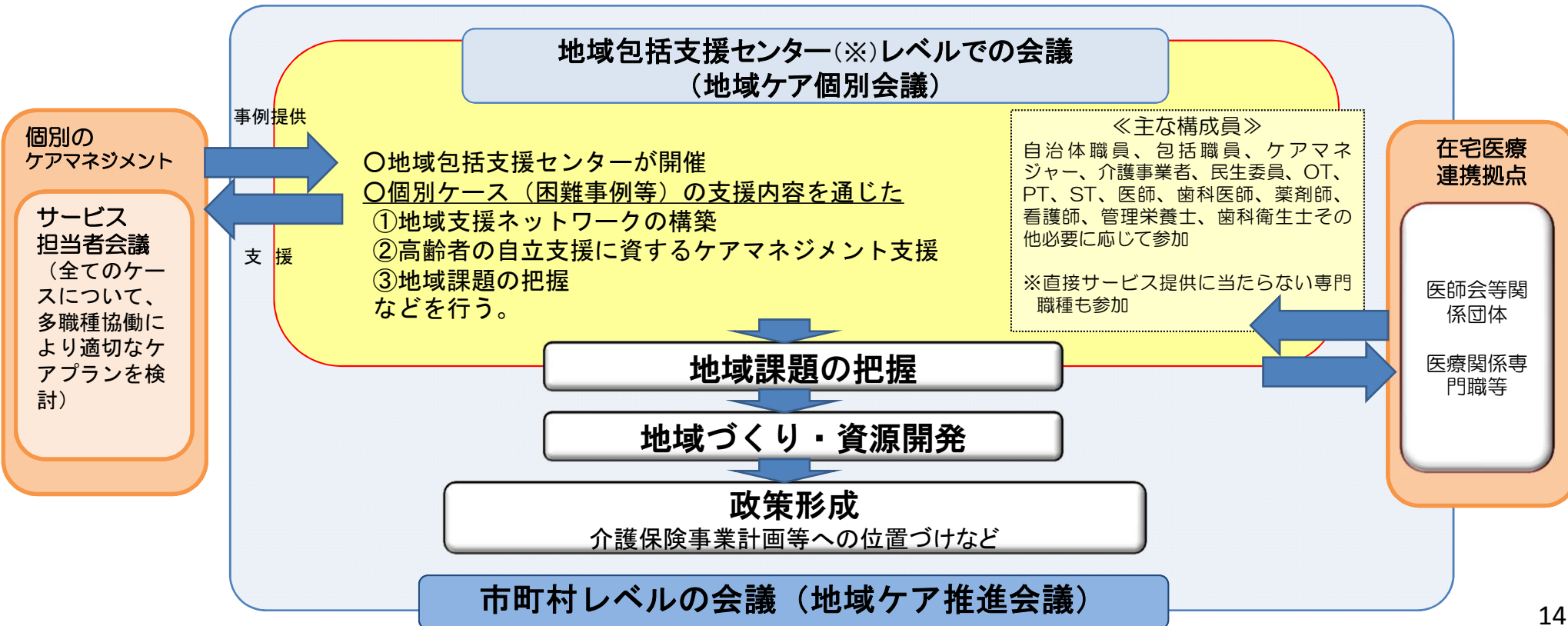
《認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ》

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

地域ケア会議の推進

- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取り組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。

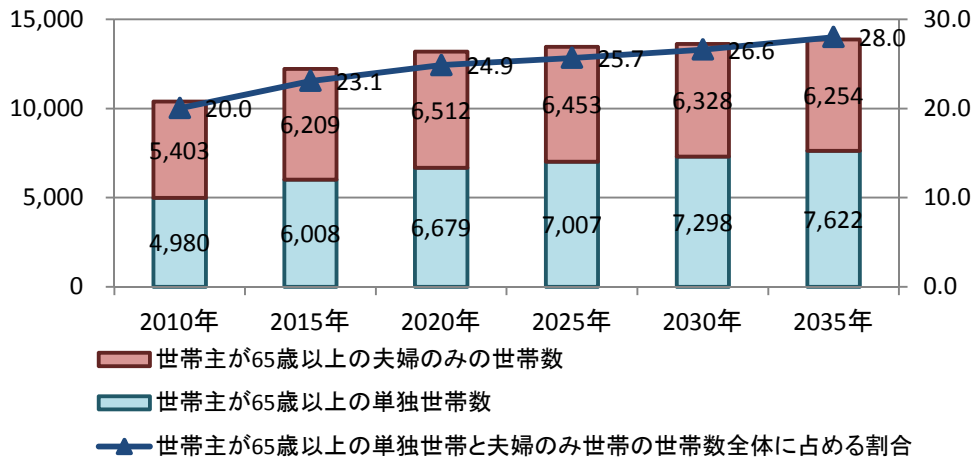
・地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・ブランチ・サブセンター合計7,072ヶ所)(平成24年4月末現在)
 ・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,202保険者)で実施(平成24年6月に調査実施)



生活支援サービスの充実

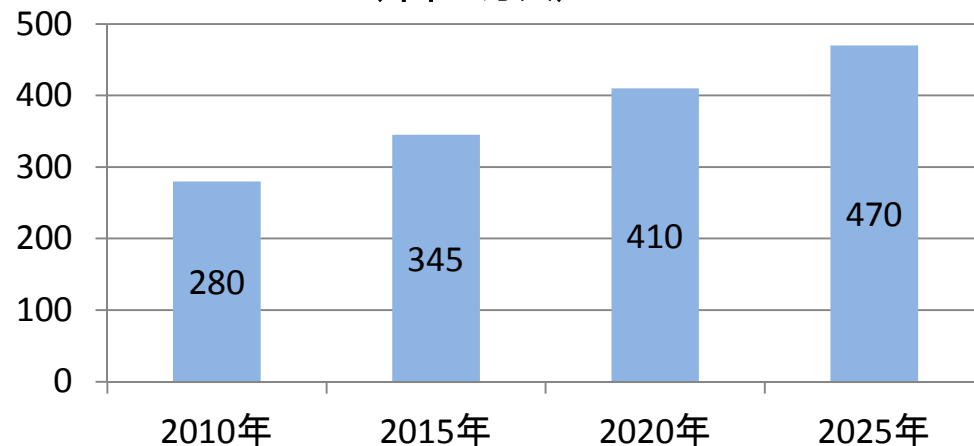
生活支援のニーズ

高齢者世帯の年次推移



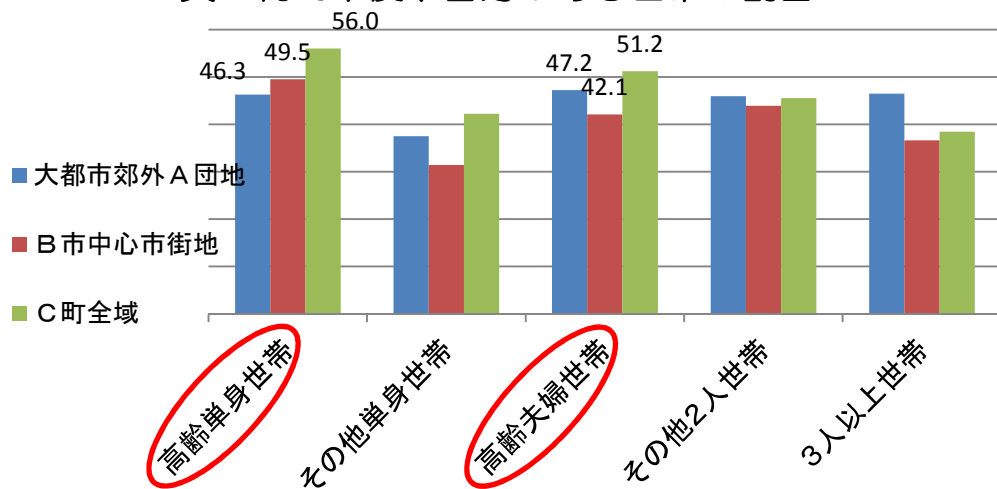
国立社会保障・人口問題研究所、
2013(平成25)年1月推計の「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」

認知症高齢者数の将来推計 (単位:万人)



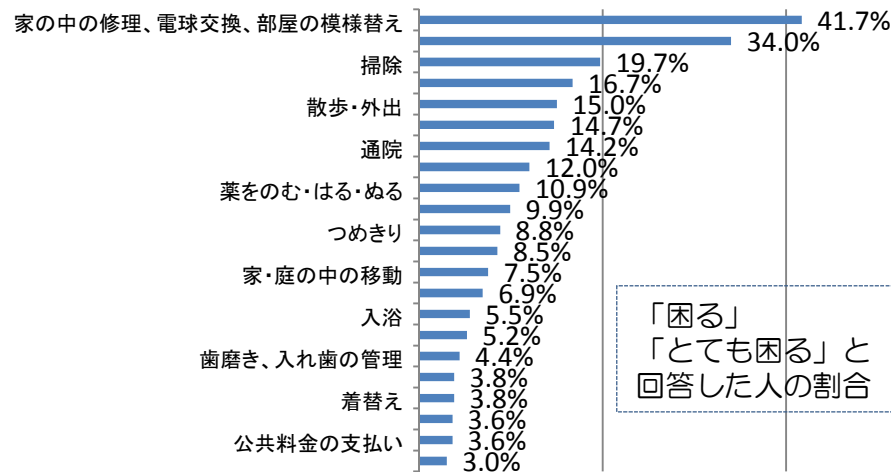
「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について,厚生労働省

買い物で不便や苦勞がある世帯の割合



平成23年、農林水産政策研究所、食料品アクセス問題の現状と対応方向

1人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていること (愛知県居住で75歳以上の1人暮らし高齢者 n=379)



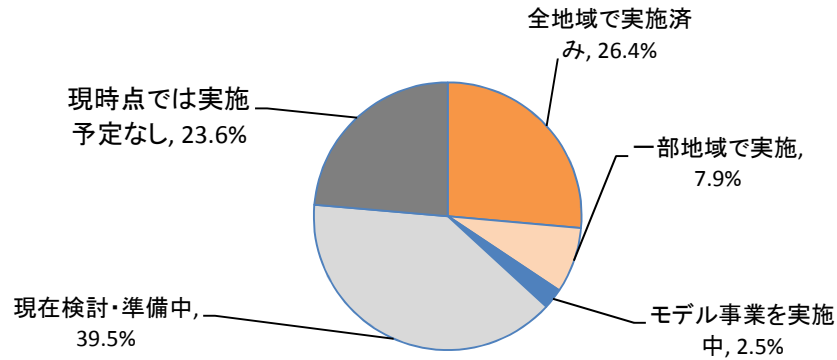
「困る」
「とても困る」と
回答した人の割合

平成23年度老健事業、1人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査(みずほ総研)

地域住民の互助活動およびNPO等による生活支援サービス

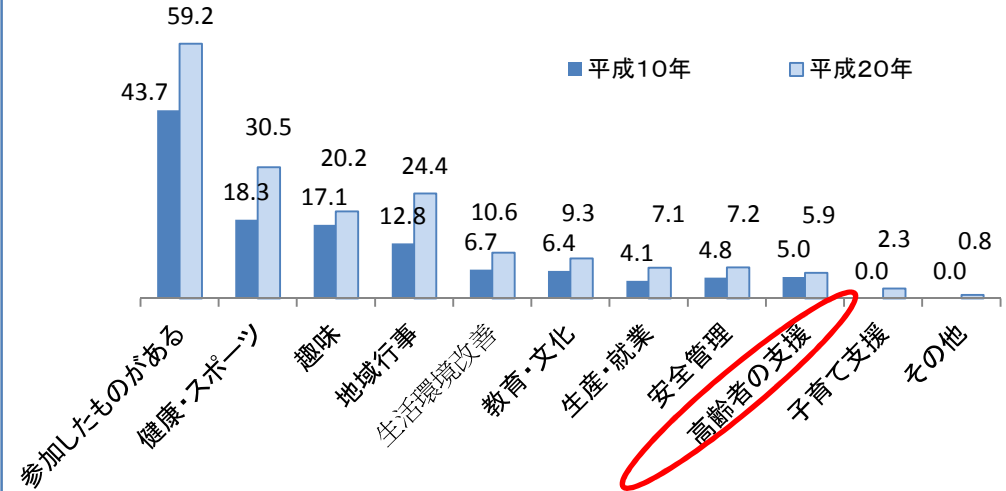
高齢者の見守りネットワークの形成状況

(全国1,750自治体のうち有効回答数 n=982)



平成22年内閣府 経済社会総合研究所「セルフ・ネグレクト状態にある高齢者に関する調査_幸福度の視点から」

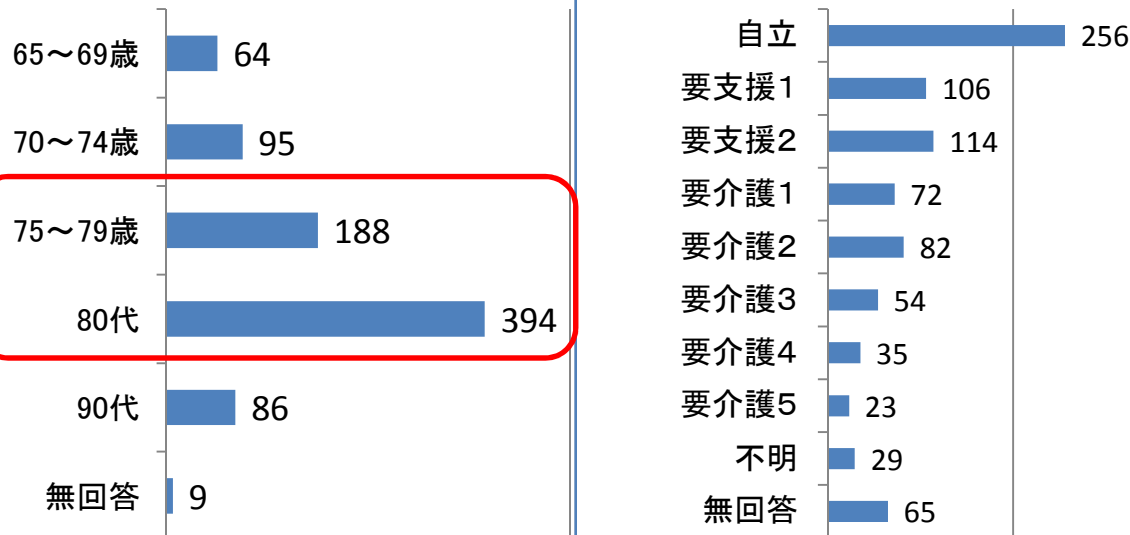
60歳以上の住民のグループ活動



平成24年度版 高齢社会白書、内閣府

NPO等による生活支援サービスの利用状況

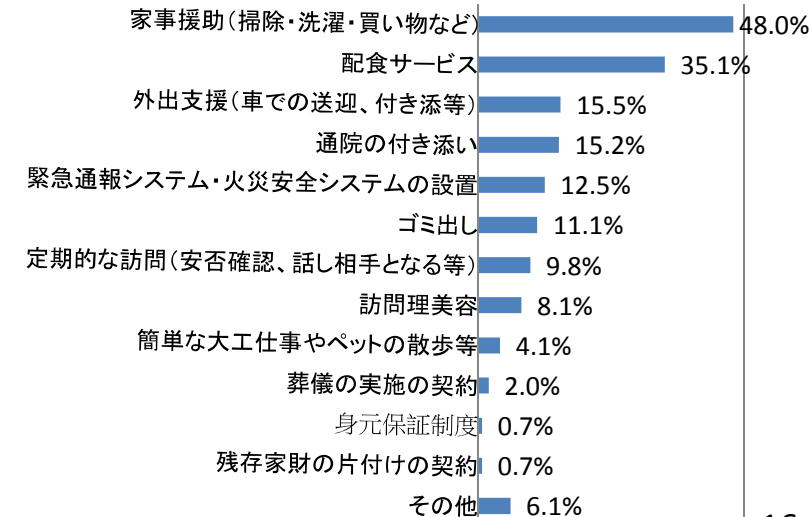
(調査対象10団体のサービスを利用する高齢者のうち有効回答数 n=836)



平成22年「神戸市の非営利組織による介護保険制度外サービス実態調査」

高齢者の利用サービス

(民間・公的を問わず介護保険対象外の生活支援サービスを利用した高齢者のうち有効回答数 n=296)



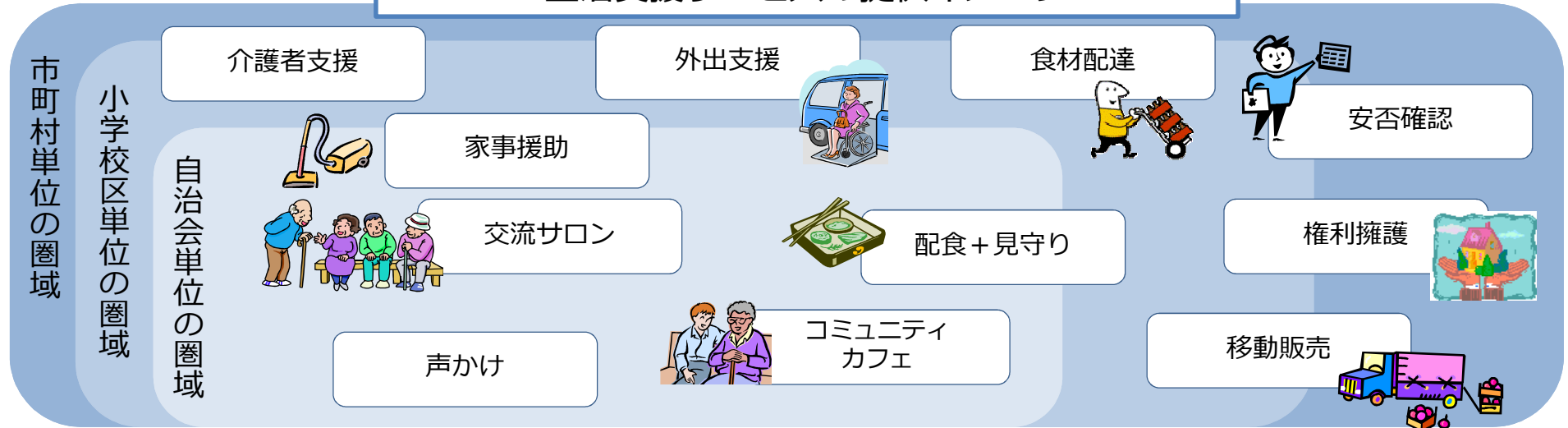
平成22年度「高齢者の生活実態 東京都福祉保健基礎調査」

多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

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

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

生活支援サービスの提供イメージ



事業主体

民間企業

NPO

協同組合

社会福祉法人

ボランティア

バックアップ

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

➡ 民間とも協働して支援体制を構築

市町村による新しい地域づくりの推進(生活支援・介護予防の充実)

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

市町村が中心となって企画・立案

地域資源の開発

(例)

- ・ボランティアの発掘・養成・組織化

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

- ・生活支援・介護予防の立ち上げ支援

介護予防・生活支援の充実

多様な通いの場

(例) ・サロン

- ・住民主体の交流の場
- ・コミュニティカフェ
- ・認知症カフェ
- ・ミニデイサービス
- ・体操教室
- ・運動・栄養・口腔ケア等の教室

多様な生活支援

(例) ・ゴミ出し

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

研修を受けたボランティアが地区の集会所で介護予防教室を運営。

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

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

地域活性化を推進するNPOが地域に配食サービスを展開。

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

連携・協力

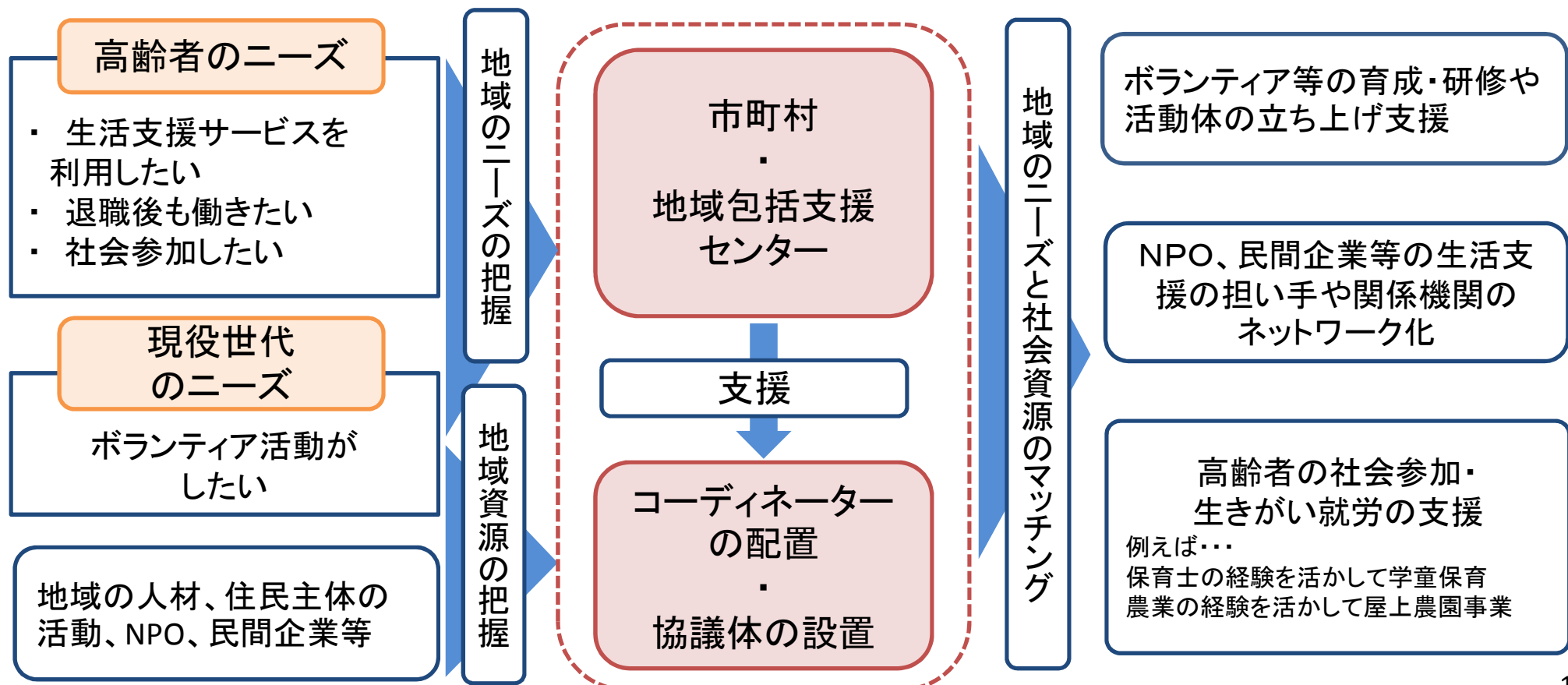
コーディネーター

参加・活用
(担い手となる
高齢者も出現)

支援を要する高齢者

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

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



高齢者が自立した生活を継続できる地域づくり

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

コーディネーターによる地域資源の把握、マッチング、生活支援サービスの創造

コミュニティビジネスの展開
やボランティア活動の推進



行政や専門職との
橋渡し役



コーディネーター等を活用した生活支援サービスの充実

民間事業者等と協働したサービス資源の開発



配達事業者による見守り



買い物支援
外出支援など

生活機能の改善へ

一般高齢者

要支援者

要介護者

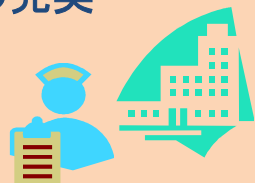
市町村が中心となって地域づくりを進めることで
専門的支援と生活支援・介護予防の一体的提供を実現

地域の
連携・協働

市町村に
よる基盤整備

多職種協働による専門的支援の充実

- ・地域ケア会議
- ・認知症初期集中支援チーム
- ・ケアカンファレンス



医療介護連携による
入退院時支援



多様な参加の場づくりと
専門職の適切なアプローチにより
予防を推進し、自立支援を促進

多様な参加の場づくりと 地域におけるリハビリの推進



多様な
参加の場づくり

リハビリ専門職等の
支援による
生活機能の向上



介護予防の推進

介護予防の理念

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

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

これまでの介護予防の問題点

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

これからの介護予防の考え方

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

新しい介護予防事業

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
- 元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

現行の介護予防事業

一次予防事業

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

二次予防事業

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

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

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

一般介護予防事業

・介護予防事業対象者の把握事業

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

・介護予防普及啓発事業

・地域介護予防活動支援事業

- ・要支援者等も参加できる住民運営の通いの場の充実

・介護予防事業評価事業

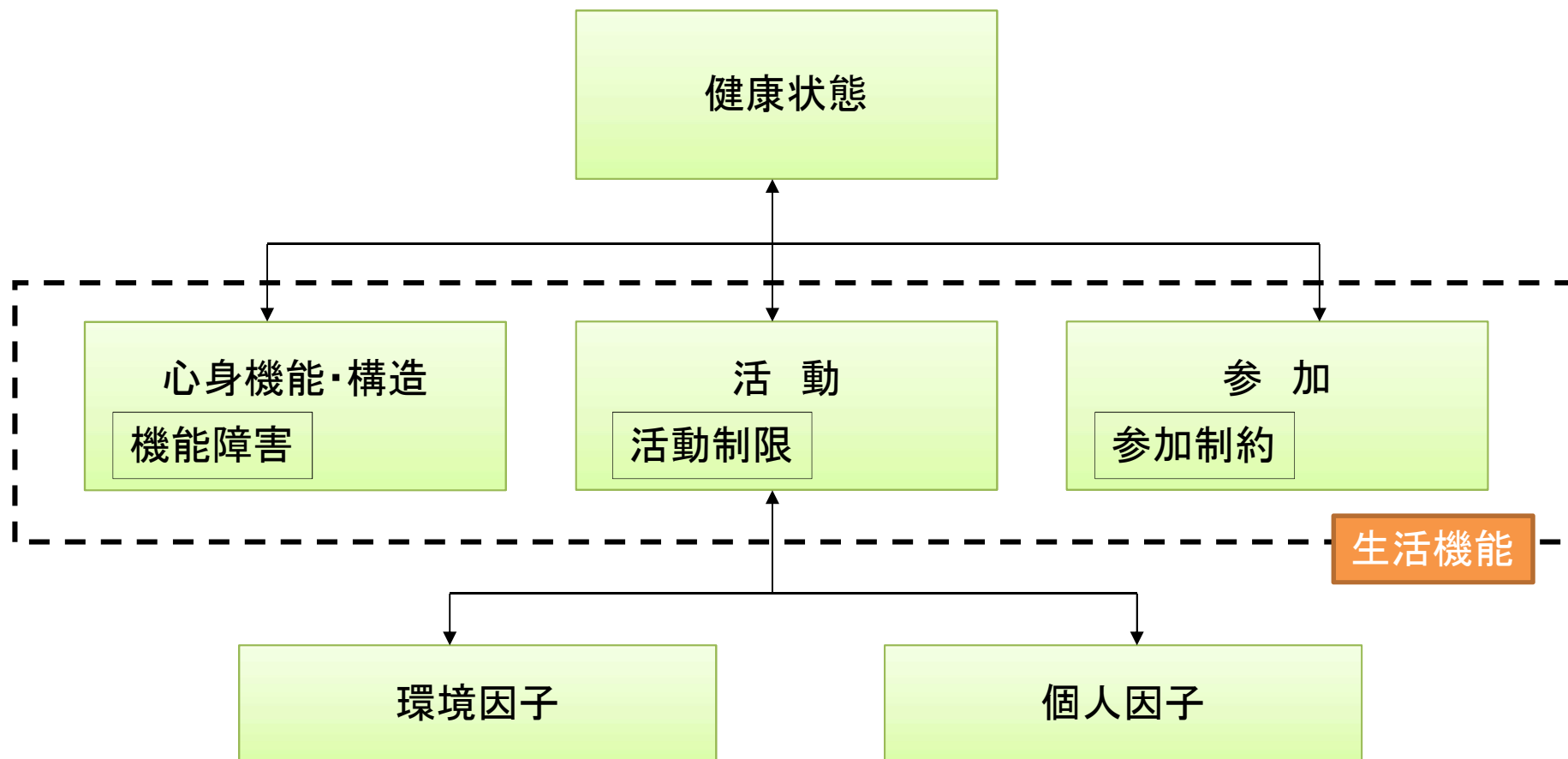
・（新）地域リハビリテーション活動支援事業

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

介護予防・生活支援サービス事業

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

(参考) 国際生活機能分類 (ICF)



人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

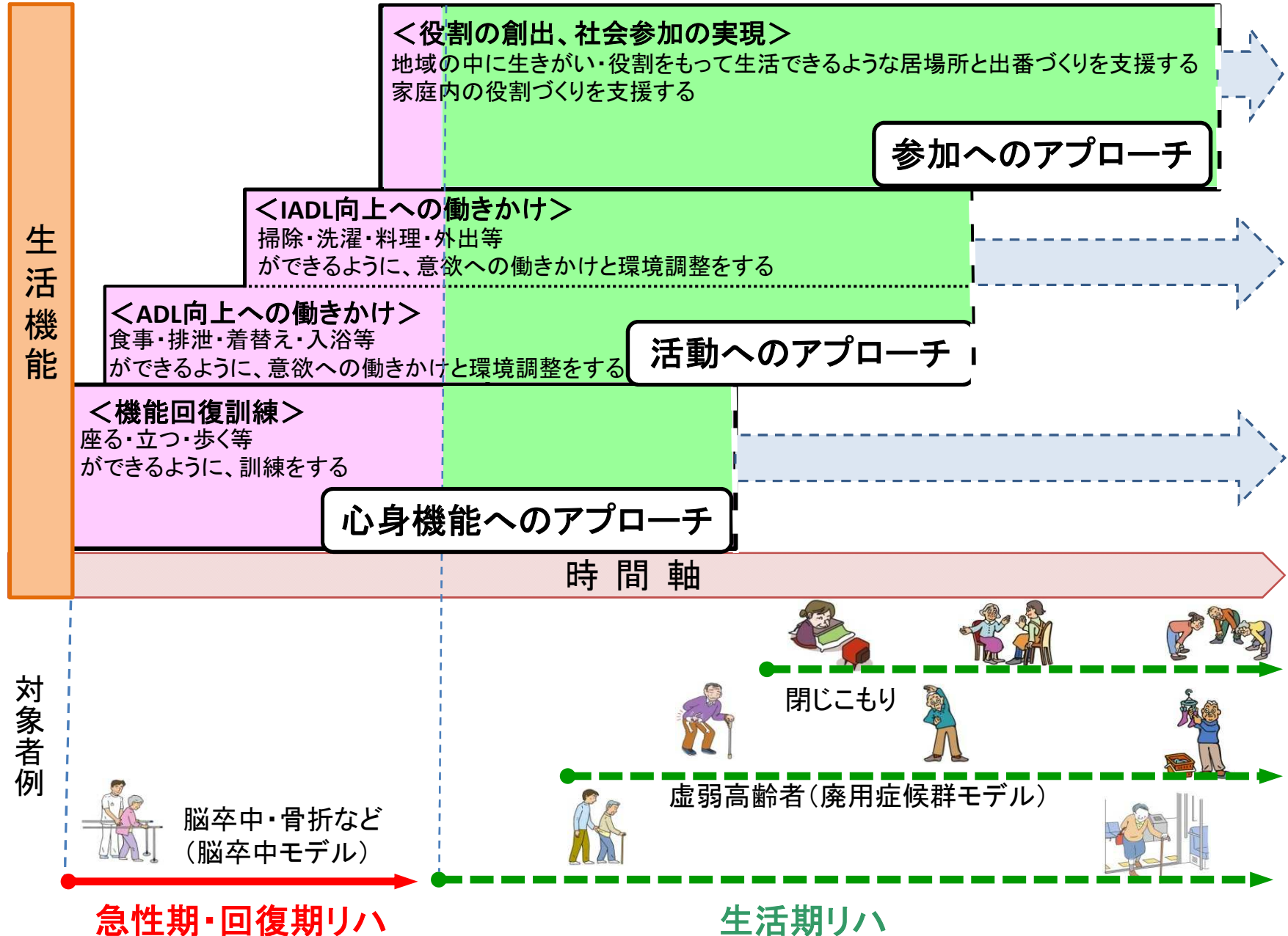
①体の働きや精神の働きである「心身機能」

②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」

③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」

の3つの構成要素からなる

高齢者リハビリテーションのイメージ



(参考) 現行の介護予防事業の概要

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

一次予防事業(旧:一般高齢者施策)

【対象者】 高齢者全般

【事業内容】

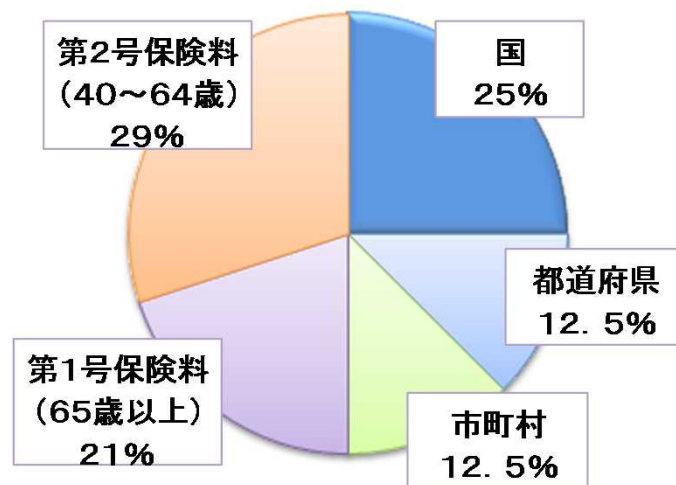
- 介護予防普及啓発事業、
講演会、介護予防教室等の開催、啓発資材等の作成、配布等
- 地域介護予防支援事業
ボランティア育成、自主グループ活動支援 等

二次予防事業(旧:特定高齢者施策)

【対象者】 要介護状態等となるおそれのある高齢者（生活機能の低下等がみられる高齢者）

【事業内容】

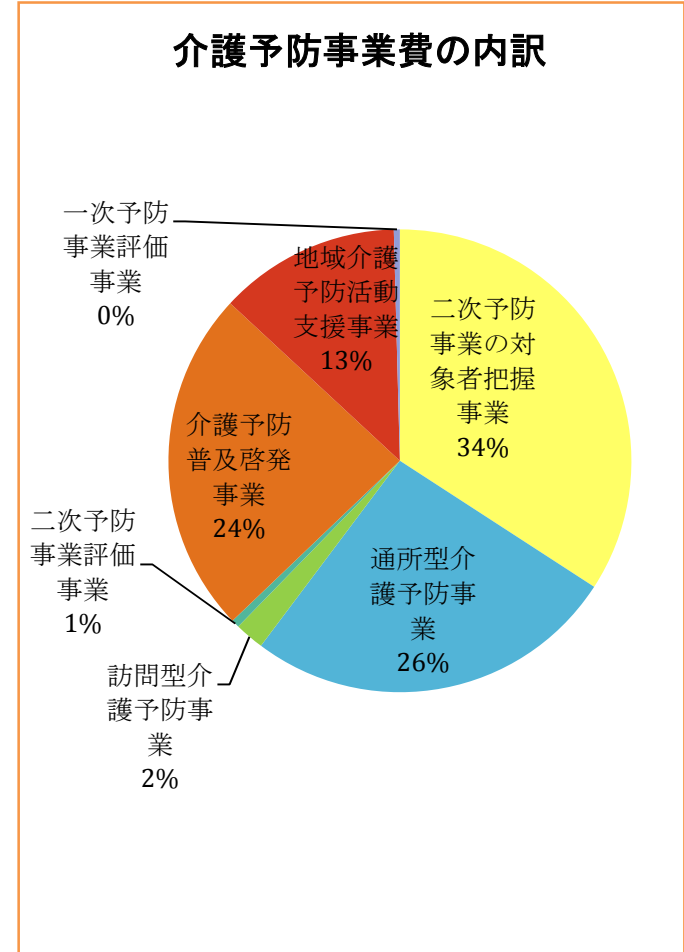
- 通所型介護予防事業
運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム、口腔機能の向上プログラム、複合プログラム 等
- 訪問型介護予防事業
閉じこもり、うつ、認知機能低下への対応、通所が困難な高齢者への対応 等



(参考) 平成23年度の介護予防事業の実績

	内容		実施 保険者数	対象経費実支出額
二次予防事業	二次予防事業の対象者把握事業		1,550	15,009,789,382円
	通所型介護 予防事業	運動器機能向上	1,137	11,467,101,458円
		栄養改善	285	
		口腔機能向上	595	
		認知機能低下予防・支援	214	
		複合	816	
		その他	119	
	訪問型介護 予防事業	運動器機能向上	212	894,200,888円
		栄養改善	224	
		口腔機能向上	192	
		認知機能低下予防・支援	142	
		閉じこもり予防・支援	202	
		うつ予防・支援	176	
		複合	149	
二次予防事業評価事業		931	249,221,350円	
一次予防事業	介護予防普 及啓発事業	パンフレット等の作成・配布	1,270	10,566,271,561円
		講演会・相談会	1,187	
		介護予防教室等	1,467	
		介護予防事業の記録等管理媒 体の配布	493	
		その他	254	
	地域介護予 防活動支援 事業	ボランティア等の人材育成	872	5,573,533,569円
		地域活動組織への支援・協力等	955	
		その他	216	
	一次予防事業評価事業		802	181,152,153円
合計			1,594	43,941,270,361円

「二次予防事業の対象者把握事業」が全体の3割強を占める



H23年度介護予防事業実施状況調査

①大阪府大東市 ～住民主体の介護予防～

○住民が主体となって取り組む介護予防事業を市内全域で展開している。虚弱高齢者が元気高齢者の支えで元気を取り戻し、小学校の下校時の見守り隊に参加するなど社会活動が広がっている。

○介護予防活動を通して、見守りや助け合い等地域の互助の力が育っている。

基本情報（平成25年4月1日現在）

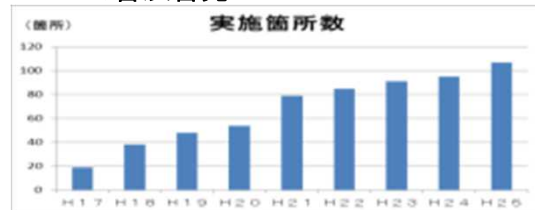
※人口は平成24年3月31日

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



介護予防の取組の変遷

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

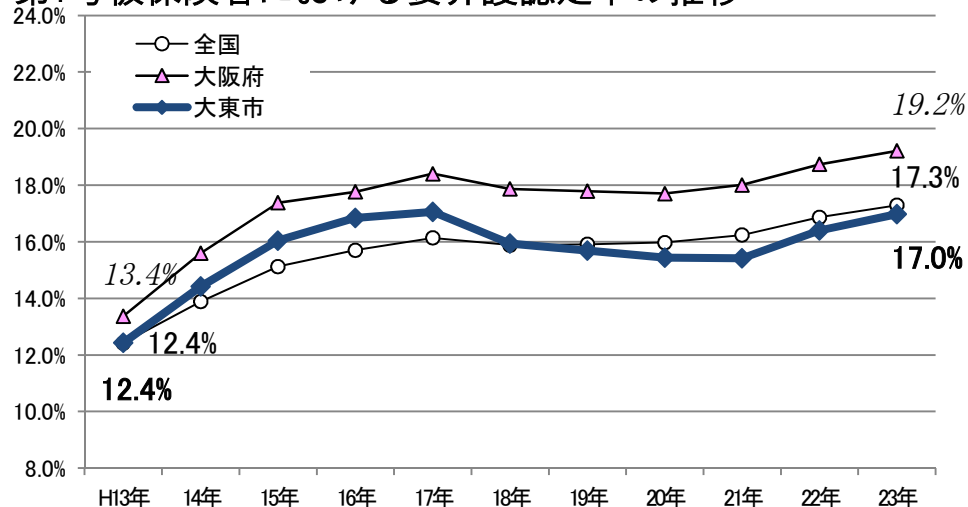


65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	9.3 %
-------------------------	-------

65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	2.7 %
-------------------------------	-------

※要支援1～要介護5の高齢者163人が含まれる。

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

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

②岡山県総社市 ～徒歩圏内に住民運営の体操の集い～

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

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

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



介護予防の取組の変遷

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

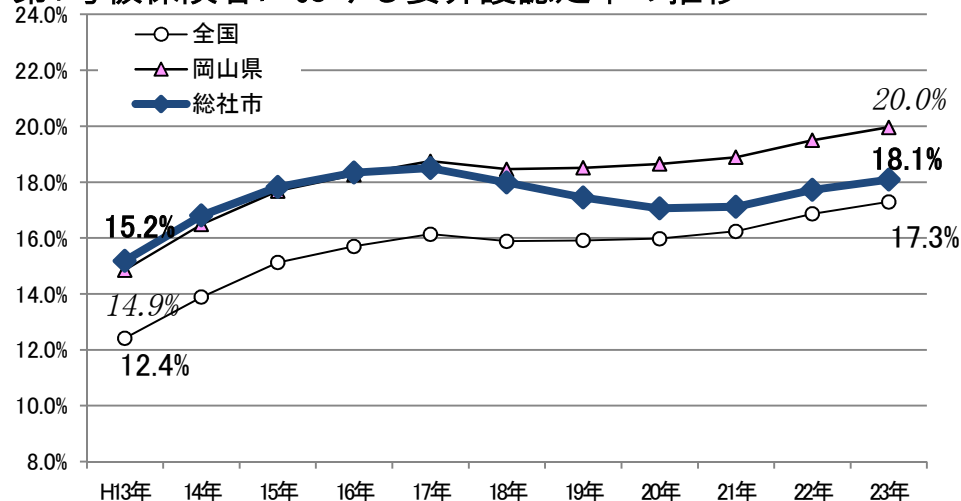


H24年度参加実人数	高齢者人口に占める割合
1,535人	9.6%

※要支援1～要介護4の高齢者88人が含まれる。

個人宅での体操の集い

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、行政もしくは地域包括支援センターの専門職が体操を具体的に指導。
- 集いの全ての会場で年1回体力測定を実施。随時、利用者の変調について住民から情報が入るので、専門職がアセスメントと助言指導を行う。

③愛知県武豊町 ～住民の参加・社会活動の場としてのサロン～

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

基本情報 (平成25年4月1日現在)

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	カ所
	委託	1	カ所
総人口		41,927	人
65歳以上高齢者人口		8,711	人
		20.8	%
75歳以上高齢者人口		3519	人
		8.4	%
第5期1号保険料		4,780	円



介護予防の取組の変遷

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

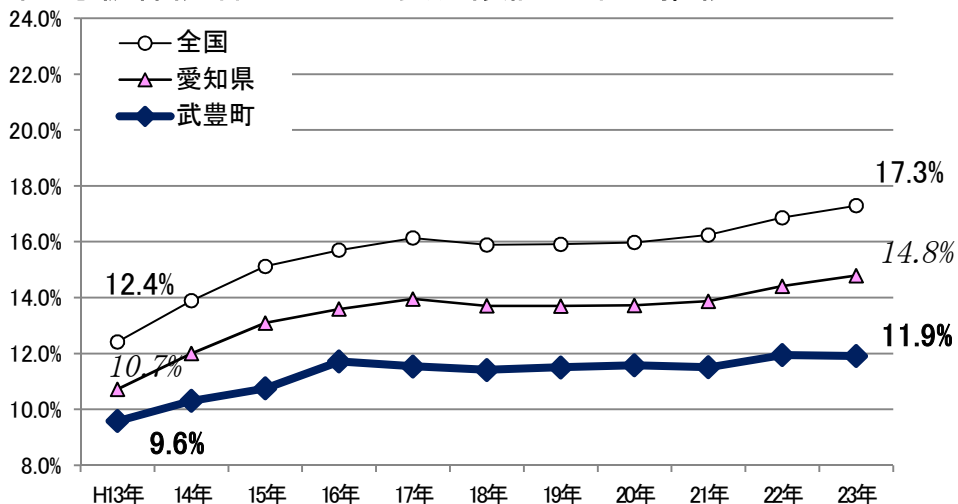
65才以上高齢者に占める参加者の割合

9.8 %

65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合

1.0 %

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

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

④茨城県利根町 ～シルバーリハビリ体操指導士の体操普及活動～

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

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

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



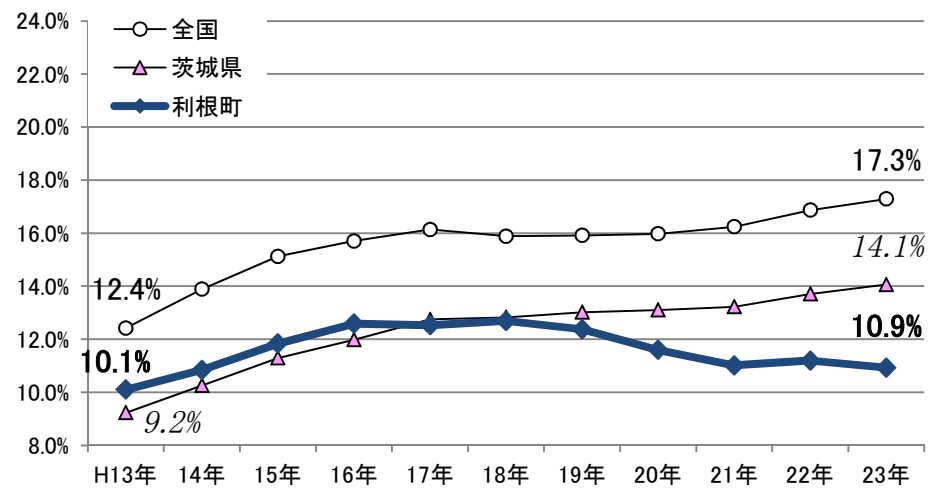
介護予防の取組の変遷

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



H24年度参加実人数	高齢者人口に占める割合
544人	10.3%

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

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

⑤長崎県佐々町 ～介護予防ボランティアを主軸にした地域づくり～

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

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	1	カ所
	委託	0	カ所
総人口		13,786	人
65歳以上高齢者人口		3,034	人
		22.0	%
75歳以上高齢者人口		1,626	人
		11.8	%
第5期1号保険料		5,590	円



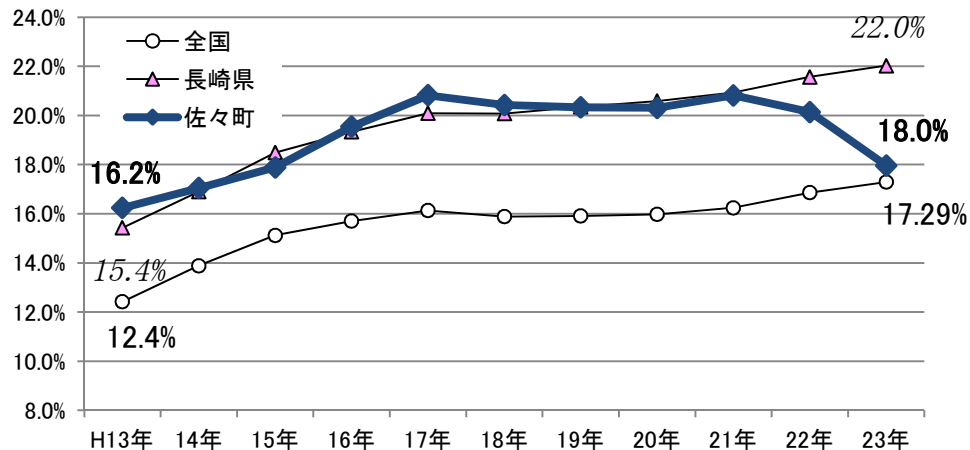
介護予防の取組の変遷

- 平成18年 地域包括支援センターが始動し、介護予防の普及啓発を行うものの、住民の主体的取組につながらず、2年が経過。町内唯一の地域サロンは、職員の関与無しには成り立たない状況だった。
- 平成20年 普及啓発のあり方を見直し、自主活動の育成に主眼を置いた「介護予防ボランティア養成講座」をスタート。修了者がそれぞれの地区で「地域型介護予防推進活動」に取り組むようになり、初年度に、8地区で集いの場が立ち上がる。
- 以後、毎年、新たなボランティアを養成し、現在、団塊世代を対象に「地域デビュー講座」として継続中。修了者による集いの場は、現在14地区で開催されている。（最終目標は、全町内会30地区）

65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	11.6 %
-------------------------	--------

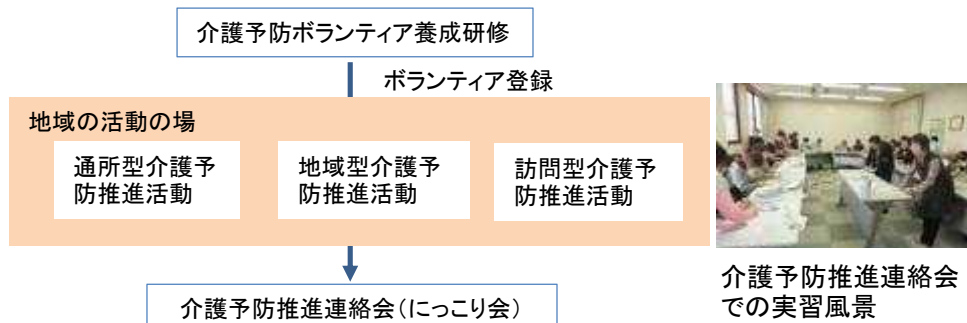
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	6.6 %
-------------------------------	-------

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

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



医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議、生活支援・介護予防の充実・強化

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に推進）
- 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
- コーディ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
- コーディ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。

- コーディ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

地域包括支援センターの機能強化へ向けた方向性

地域包括支援センターは、行政直営型、委託型にかかわらず、行政(市町村)機能の一部として地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として期待されることから、現状の課題や今後求められる役割を勘案しながら、複合的に機能強化を図ることが重要。

(方 向 性)

人員体制

業務量に応じた配置

- 高齢化の進展、それに伴う相談件数の増加等を勘案し、センターに対する**人員体制を業務量に応じて適切に配置**。
- さらに、今後、現在の業務に加え、地域ケア会議の推進、在宅医療・介護の連携強化、認知症施策の推進を図る中で、**それぞれのセンターの役割に応じた人員体制の強化**を図ることが必要。



業務内容の見直し

センター間の
役割分担・連携強化

- 在宅医療・介護の連携強化、地域ケア会議、認知症施策の推進等を図る中で、**地域の中で直営等基幹となるセンターや機能強化型のセンターを位置付けるなど、センター間の役割分担・連携を強化**し、効率的かつ効果的な運営を目指す。



行政との
役割分担・連携強化

- 委託型センターに対して、市町村が提示する**委託方針**について、**より具体的な内容を提示することを推進**。
- これにより、市町村との役割分担、それぞれのセンターが担うべき業務内容を明確化。



効果的な運営の継続

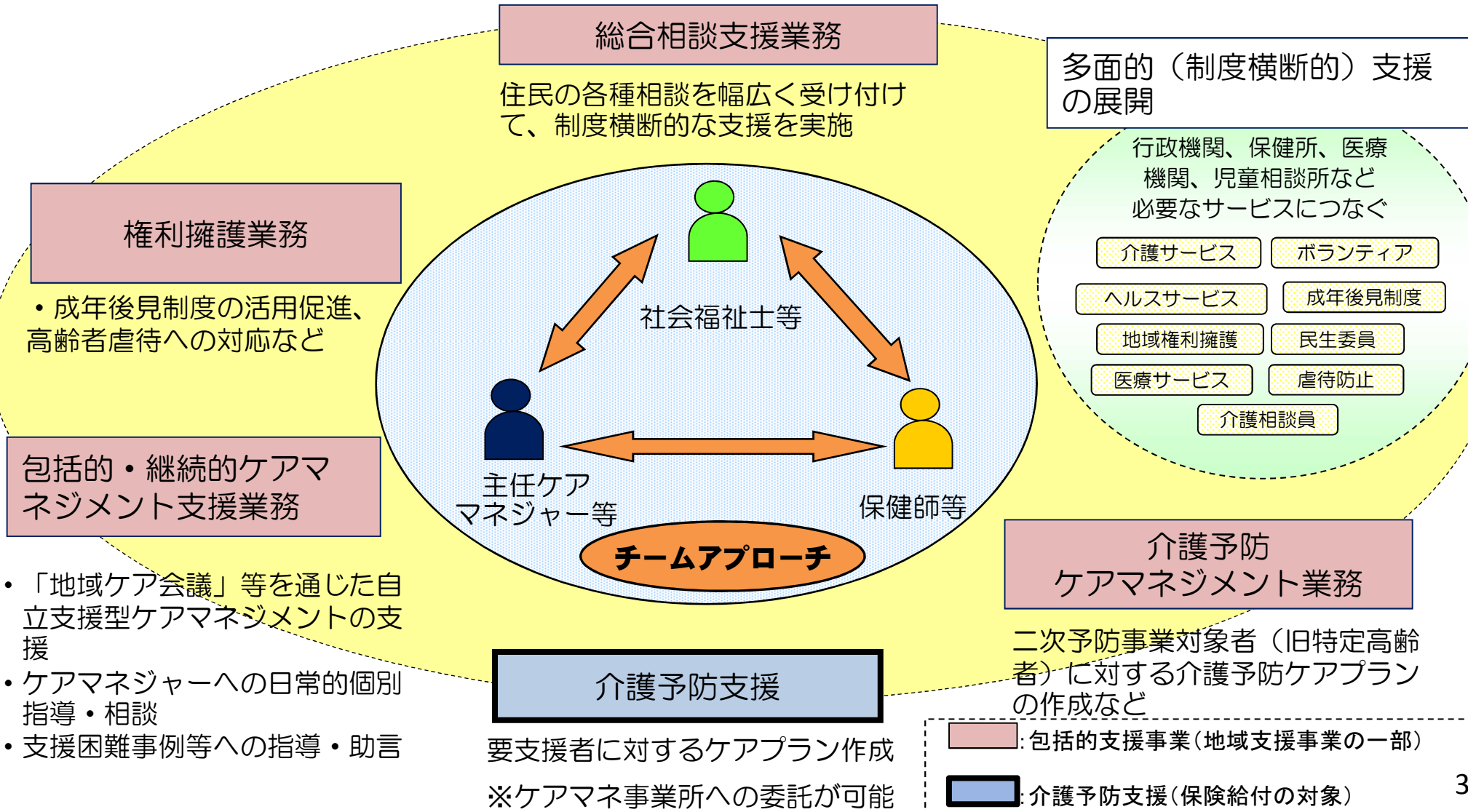
PDCAを充実

- センターがより充実した機能を果たしていくには、運営に対する評価が必要。(現在、約3割の市町村が評価を実施)
- **市町村運営協議会等による評価の取組、PDCAの充実等、継続的な評価・点検の取組を強化**。
併せて、情報公表制度を活用し、センターの取組について周知する。

(参考) 地域包括支援センターの業務(現行)

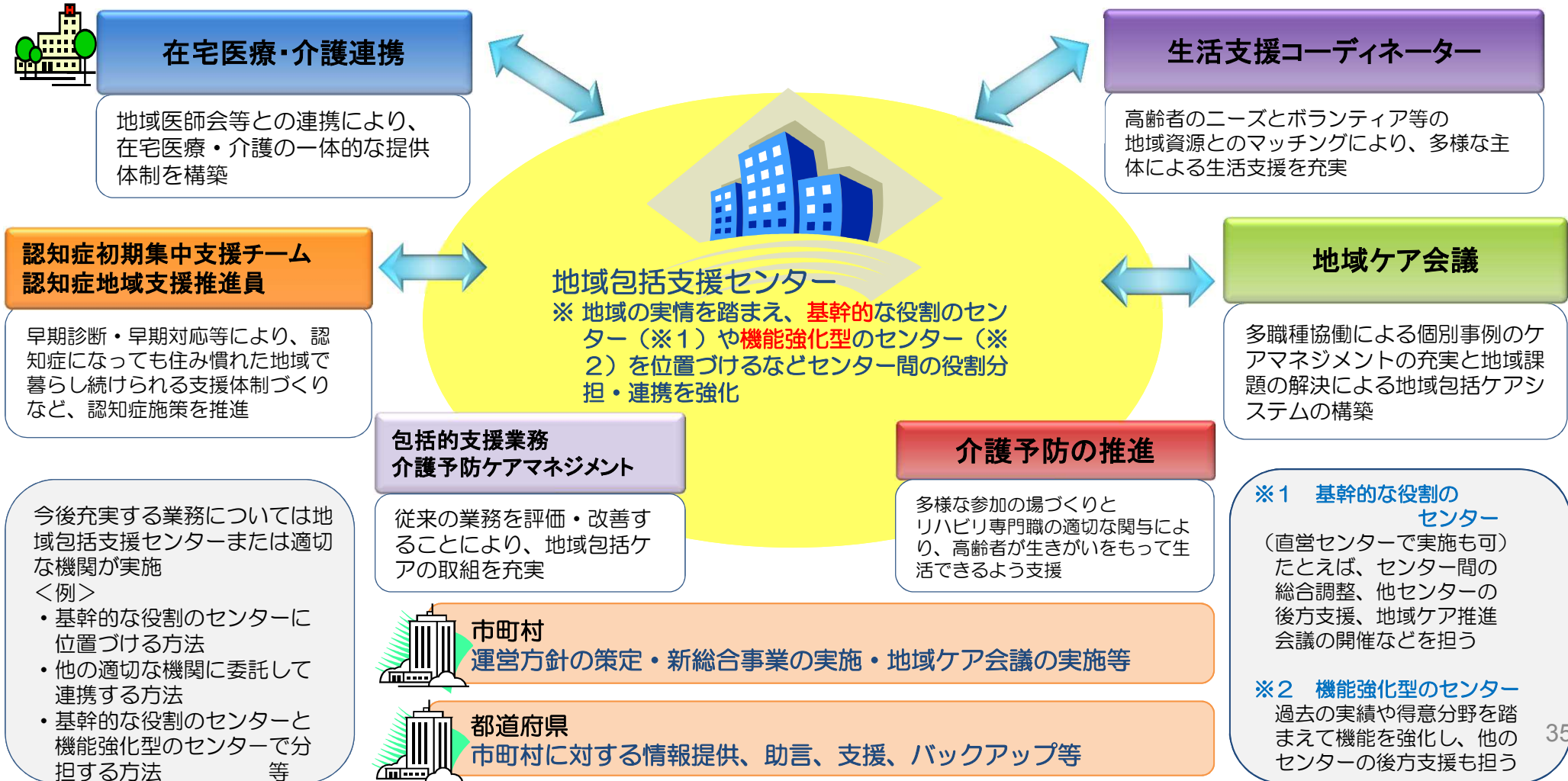
地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である。(介護保険法第115条の46第1項)

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



地域包括支援センターの機能強化

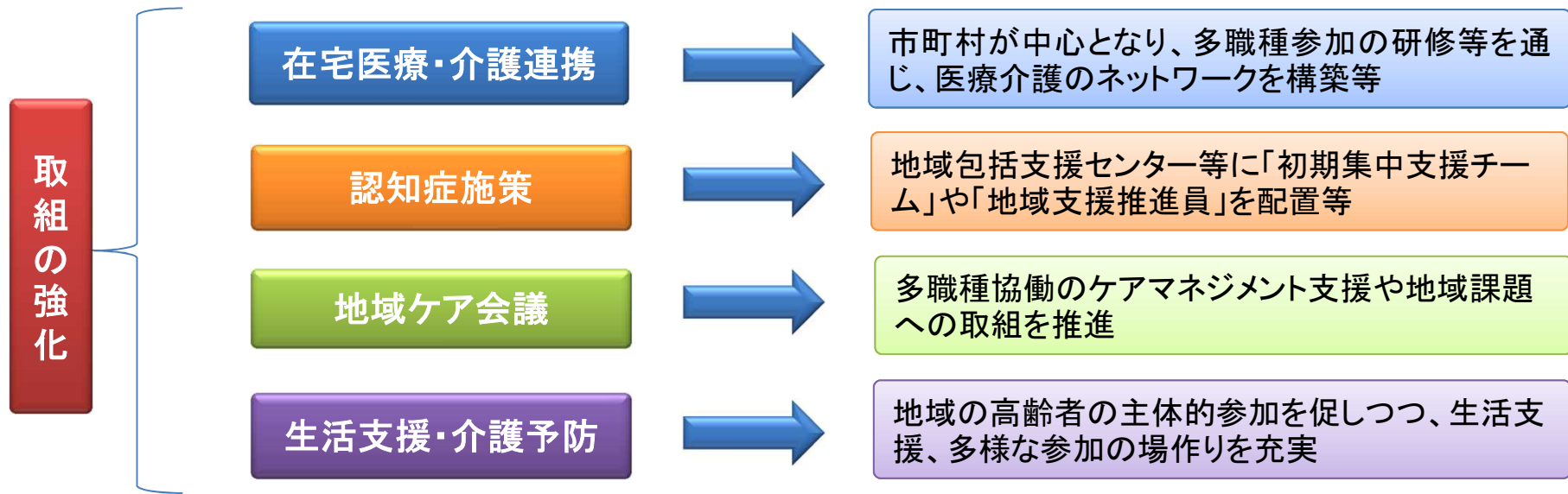
- 高齢化の進展、相談件数の増加等に伴う業務量の増加およびセンターごとの役割に応じた人員体制を強化する。
- 市町村は運営方針を明確にし、業務の委託に際しては具体的に示す。
- 直営等基幹的な役割を担うセンターや、機能強化型のセンターを位置づけるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。
- 地域包括支援センター運営協議会による評価、PDCAの充実等により、継続的な評価・点検を強化する。
- 地域包括支援センターの取組に関する情報公表を行う。



2. 地域支援事業の充実に併せた予防給付の見直し

(1) 地域支援事業の充実

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



※地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業として再構築

(2) 予防給付の見直し(訪問介護、通所介護)

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

予防給付から新しい総合事業への移行

高齢者の多様なニーズに対応するため、市町村が地域の実情に応じ、取組を推進

新しい総合事業について(案)

【1 概要】

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

【2 新しい総合事業の介護予防・生活支援サービス事業の概要】

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

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

【3 新しい総合事業の一般介護予防事業の概要】

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

国によるガイドラインの提示等

- 市町村による事業の円滑な実施を推進するため、ガイドラインとして、介護保険法に基づく指針を策定。
- 市町村による事業での様々な創意工夫の例や事業で対応する際の留意点をガイドラインの中に記載。
(創意工夫の例)
 - ・事業への移行の推進等を通じた、住民主体のサービス利用の拡充
 - ・介護予防の機能強化を通じた認定率の伸びの抑制
 - ・リハ職等が積極的に関与し、ケアマネジメントを機能強化し、重度化予防の推進(事業で対応する際の留意点の例)
 - ・認知機能が低下している者に対するサービスについては早期から専門職が適切に関与するとともに適切な生活支援サービスを組み合わせること
 - ・明確な目標等を定めた個別サービス計画を作成し、6ヶ月等一定期間経過後、地域包括支援センターと介護サービス事業者等がサービス担当者会議などで適切に評価し、効率的な事業への移行を積極的に推進すること（「アセスメント→訪問／通所介護計画(明確な目標設定)→定期的な記録→サービス担当者会議などでの定期的な評価を通じた課題解決」のプロセスを経る。）
- 国として法に基づくガイドラインの中で、すべての市町村が要支援者のサービス提供を効率的に行い、総費用額の伸びを低減させることを目標として努力することを記載。
- 市町村は介護保険事業計画の中で要支援者のサービス提供の在り方とその費用について明記することになるが、その結果を3年度毎に検証することを新たに介護保険法に法定化することを検討。
要支援者に対するサービス提供について、各市町村が計画期間中の取組、費用等の結果について検証し、次期計画期間につなげていく枠組みを新たに構築する。

市町村の事務負担の軽減等について

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

1 市町村による契約・審査・支払事務の負担軽減

- 都道府県との適切な役割分担のもと市町村が事業所を認定等により特定する仕組みを導入
 - ・ 市町村が毎年度委託契約を締結するといった事務を不要等とするため、現在の指定事業所の枠組みを参考にしつつ事業所を認定等により特定する仕組みを設け、推進。
- 審査・支払について国民健康保険団体連合会の活用
 - ・ サービス提供主体である事業者等から費用の請求に係る審査・支払については国民健康保険団体連合会の活用を推進。既存サービス相当のサービス等については、あわせて簡易な限度額管理も行う。

2 市町村で地域の実情に応じた事業を展開しやすいような様々な支援策の実施

(例) 要支援事業を円滑に実施するための指針(ガイドライン)の策定

日常生活圏域ニーズ調査、地域ケア会議、介護・医療関連情報の「見える化」の推進

生活支援サービスのコーディネーターの配置の推進

地域包括ケア好事例集の作成

等

3 介護認定の有効期間の延長について検討

効率的な事業の実施について

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

【弾力的な事業実施】

(1) 予防給付の訪問介護・通所介護について、柔軟なサービスの内容等に応じて人員基準、運営基準、単価等について柔軟に設定できる地域支援事業に移行すれば、事業の実施主体である市町村の判断で以下のような取組を実施し、効率的に事業を実施することが可能

① 例えば、既存の介護事業者を活用する場合でも、柔軟な人員配置等により効率的な単価で事業を実施

② NPO、ボランティア等の地域資源の有効活用により効率的に事業を実施

③ 要支援者に対する事業に付加的なサービスやインフォーマルサービスを組み合わせた多様なサービス内容の事業を実施。

④ 多様なサービス内容に応じた利用者負担を設定し、事業を実施

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

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

【市町村による自立支援に資する地域マネジメントの強化】

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

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

○ 要支援・要介護状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、市町村において「地域支援事業」を実施。

○地域支援事業の事業内容

(1)介護予防事業

- ア 二次予防事業（二次予防事業の対象者に対する事業）
 - ・ 二次予防事業の対象者把握事業
 - ・ 通所型介護予防事業
 - ・ 訪問型介護予防事業
 - ・ 二次予防事業評価事業
- イ 一次予防事業（全ての第1号被保険者を対象とする事業）
 - ・ 介護予防普及啓発事業
 - ・ 地域介護予防活動支援事業
 - ※ボランティア等の人材育成、地域活動組織の育成・支援 等
 - ・ 一次予防事業評価事業

※(3)を導入する市町村は、(3)の事業の中で実施

(2)包括的支援事業

- ア 介護予防ケアマネジメント業務
- イ 総合相談支援業務
 - ※地域の高齢者の実態把握、生活支援サービスとの調整 等
- ウ 権利擁護業務（虐待の防止、虐待の早期発見等）
- エ 包括的・継続的マネジメント支援業務
 - ※支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言、地域のケアマネジャーのネットワークづくり 等

(3)介護予防・日常生活支援総合事業(平成24年度創設)※導入は任意

- ア 要支援者及び二次予防事業対象者に係る事業
 - ・ 予防サービス事業(通所型、訪問型等)
 - ・ 生活支援サービス事業(配食、見守り等)
 - ・ ケアマネジメント事業
 - ・ 二次予防事業対象者の把握事業
 - ・ 評価事業
- イ 一次予防事業

(4)任意事業

介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業、配食・見守り等

○地域支援事業の事業費

25' 623億円(国費)

市町村は、介護保険事業計画において地域支援事業の内容、事業費を定める。

※ 政令で事業費の上限を規定（市町村が介護保険事業計画に定める介護給付見込額に対する以下の割合を上限とする。）

地域支援事業	3.0%以内
「介護予防事業」又は「介護予防・日常生活支援総合事業」	2.0%以内
「包括的支援事業」+「任意事業」	2.0%以内

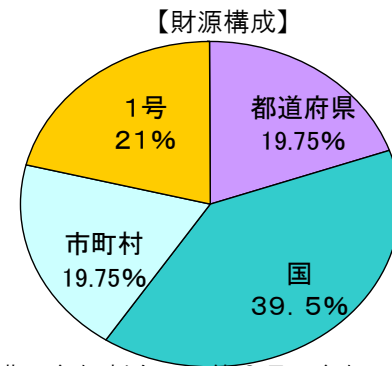
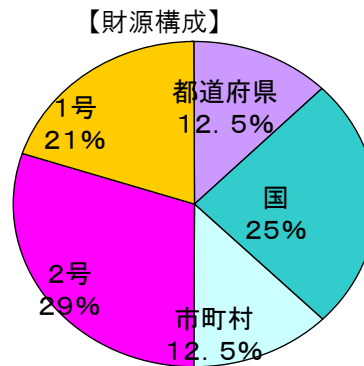
※ 介護予防・日常生活支援総合事業を実施する市町村のうち厚生労働大臣の認定を受けたときは、上限の引上げが可能

地域支援事業	3.0%+1%以内
介護予防・日常生活支援総合事業	2.0%+1%以内
総合事業以外の事業	2.0%以内

○地域支援事業の財源構成

介護予防事業
介護予防・日常生活支援総合事業

包括的支援事業・任意事業



○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

○ 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。
(国：都道府県：市町村=2：1：1)

(参考) 介護予防・日常生活支援総合事業の取組(山梨県北杜市)

～地域住民の支え合いによる通いの場づくりと生活支援～

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

通所型予防サービス(ふれあい処北杜)

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

※地域支え合い体制づくり事業で整備

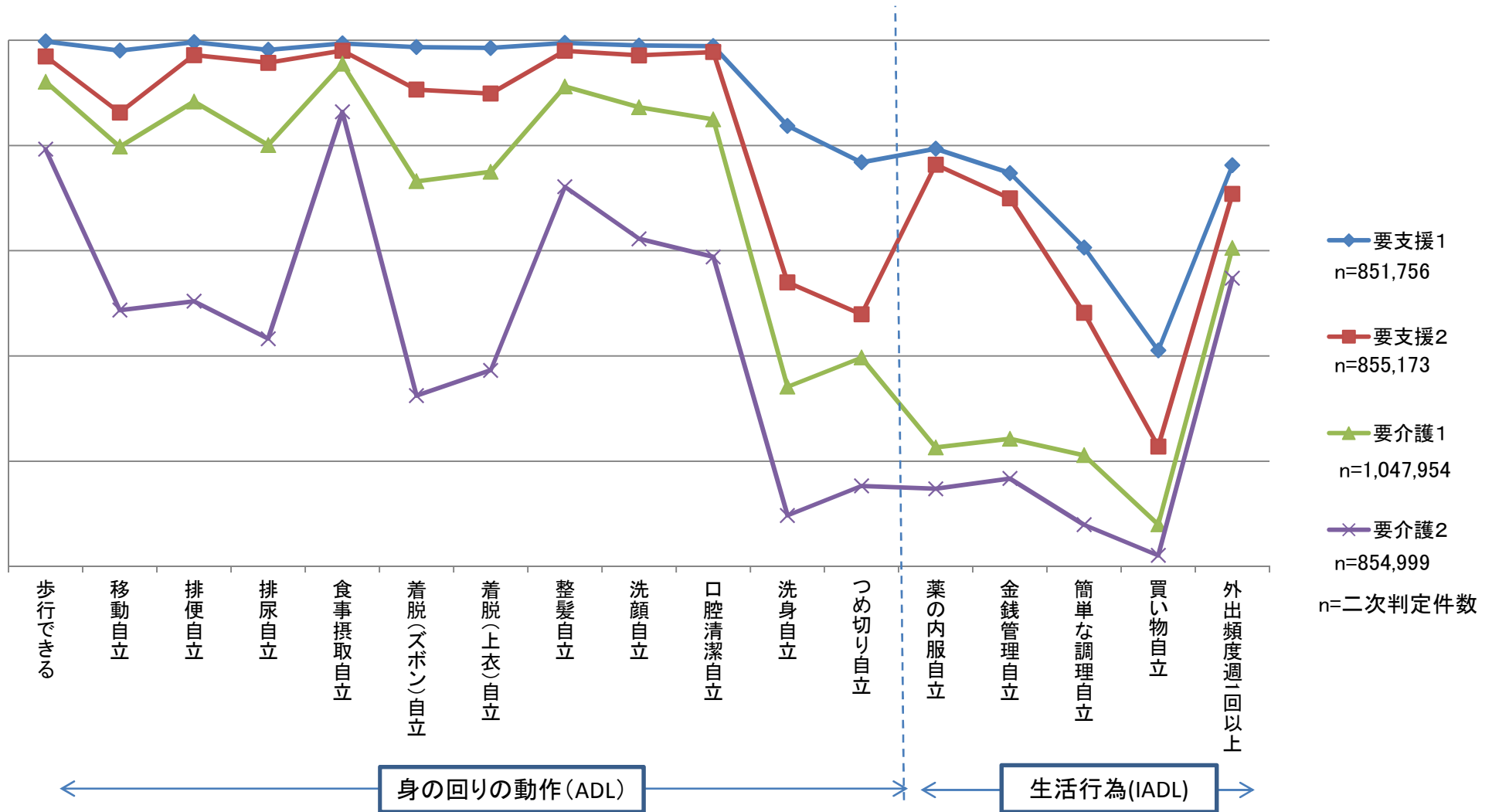
生活支援サービス

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



(参考) 要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



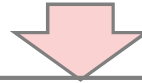
※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

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

(参考)平成22年度財務省予算執行調査結果

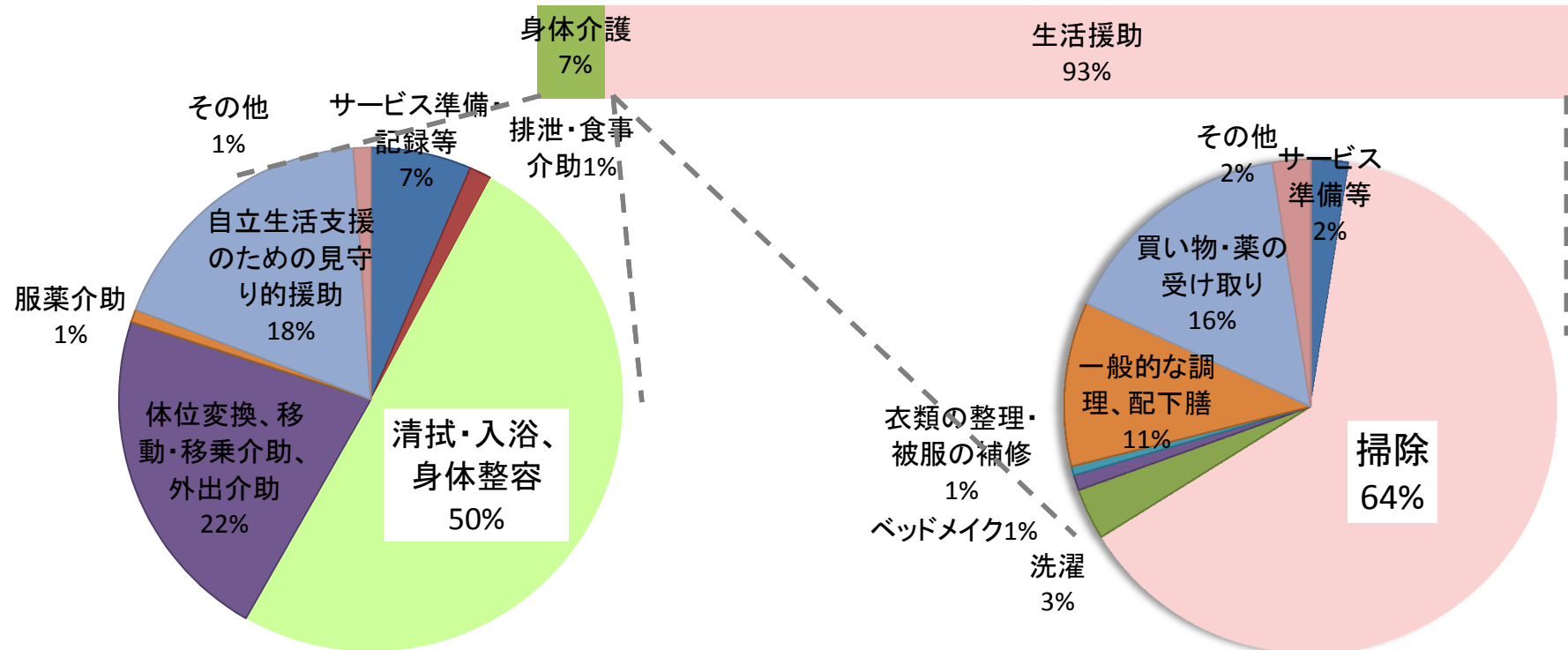
介護予防訪問介護の提供内容

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



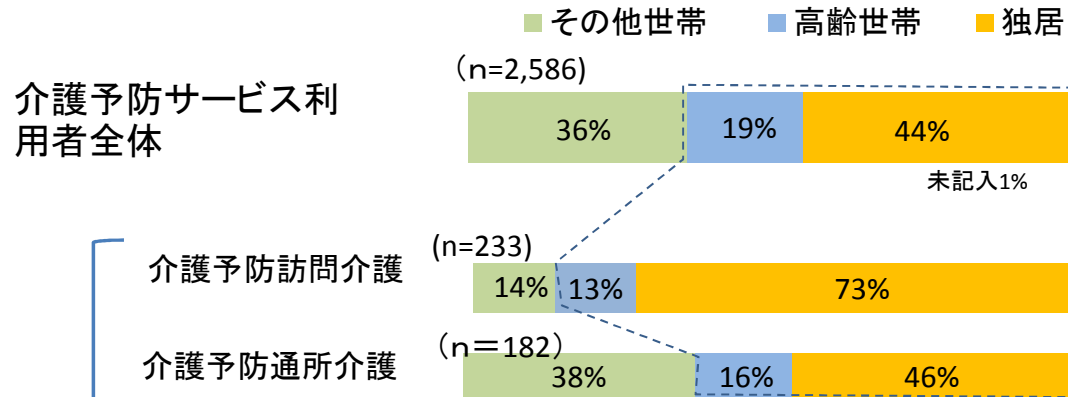
利用者の状態像に見合った提供内容になっているか、介護予防訪問介護の実態把握を実施しているところ

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

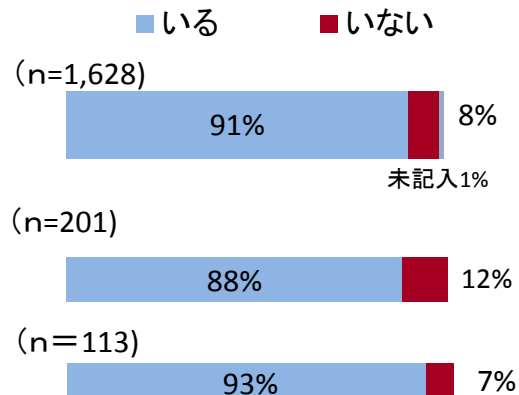


(参考) 介護予防サービスの利用者の特徴

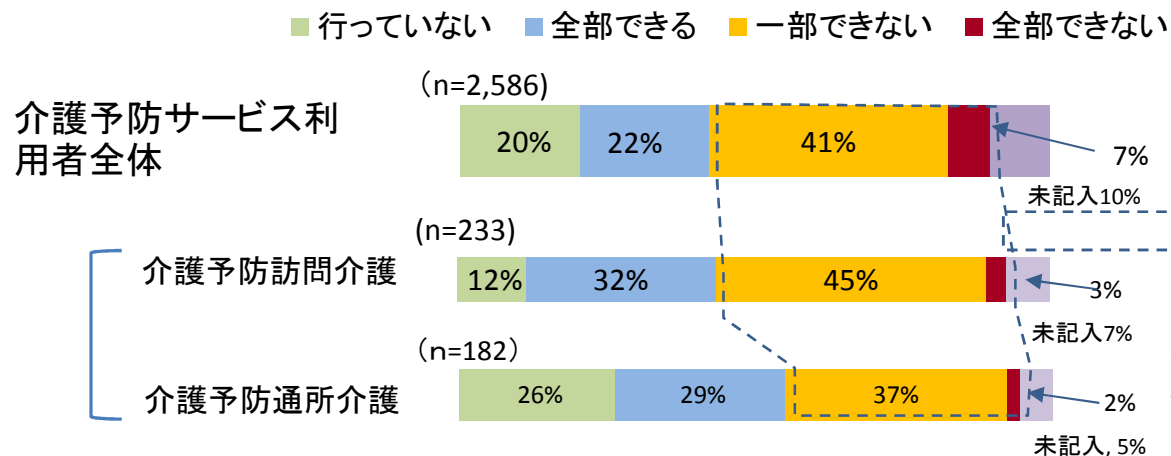
世帯構成・頼れる人の存在



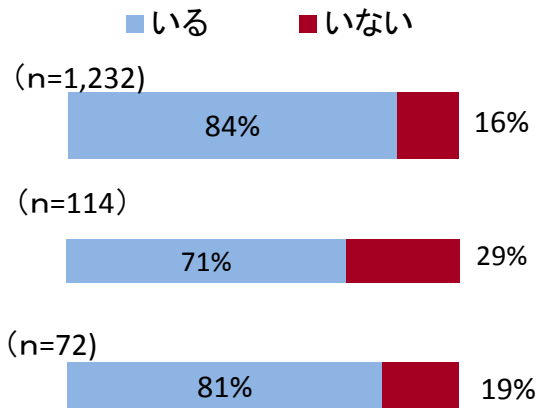
病気のときや一人でできない家の周りの仕事で頼れる人はいますか



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



日常生活の支援者はいますか



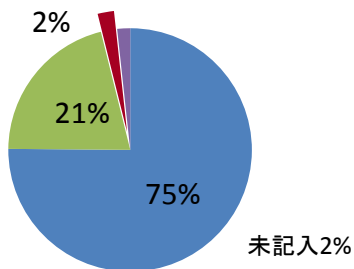
調査方法

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

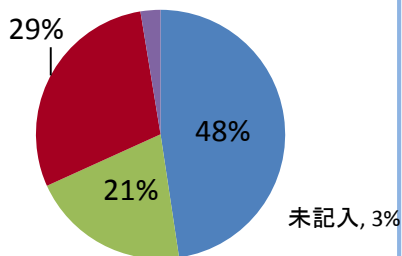
介護予防訪問介護の利用者の特徴 (n=233)

ADL(排泄・入浴・屋内歩行・屋外歩行)

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

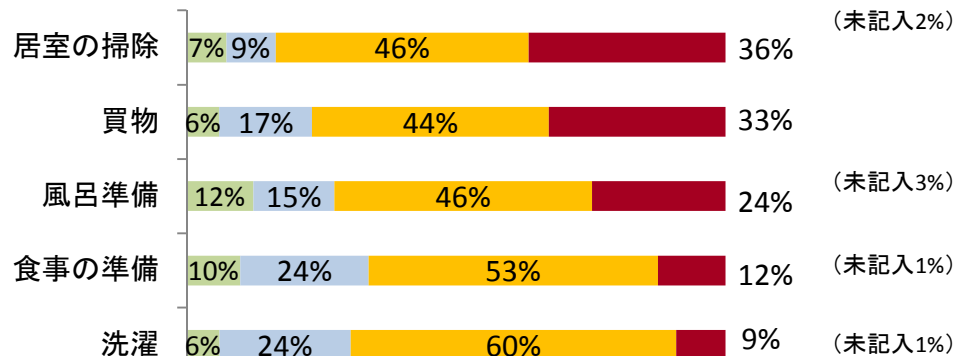


- 屋内・屋外歩行ともに段差以外はつかまらずに歩く
- 屋外・屋内の一方のみつかまって歩く
- 屋内・屋外の両方ともつかまって歩く



IADLの行為ごとの状態 (掃除・買物・風呂準備・食事準備・洗濯)

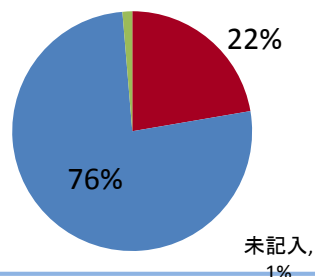
- 必要がないので行っていない
- 特に問題がない
- 動作が不自由だが何とかできる
- 自分でできない



一週間の外出 ・ 来訪者の有無

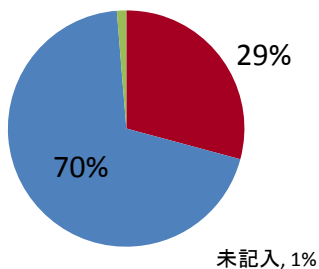
一週間の外出

- ほとんど外出しない
- 週1回以上



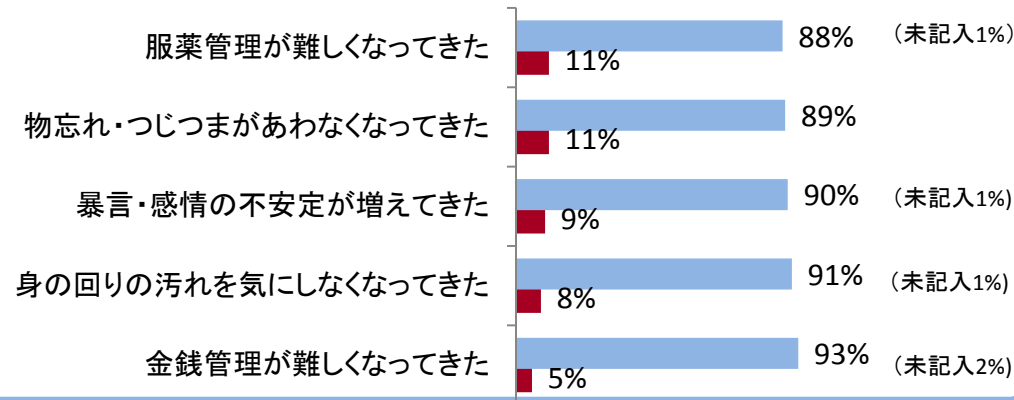
一週間の来訪者 (別居の家族・近隣等)

- ほとんど訪ねてこない
- 1回以上訪ねてくる



認知機能の状態

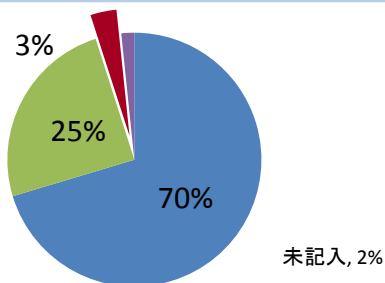
- そう思えない
- そう思える



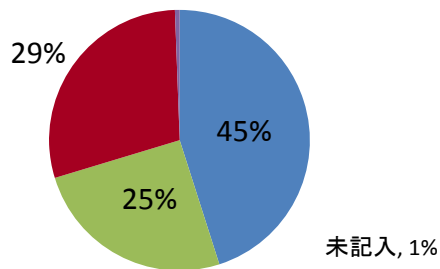
介護予防通所介護の利用者の特徴 (n=182)

ADL(排泄・入浴・屋内歩行・屋外歩行)

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

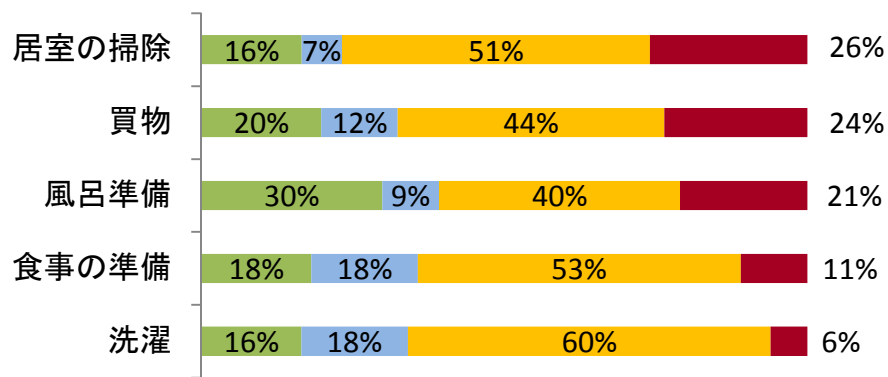


- 屋内・屋外歩行ともに段差以外はつかまらずに歩く
- 屋外・屋内の一方のみつかまって歩く
- 屋内・屋外の両方ともつかまって歩く



IADLの行為ごとの状態 (掃除・買物・風呂準備・食事準備・洗濯)

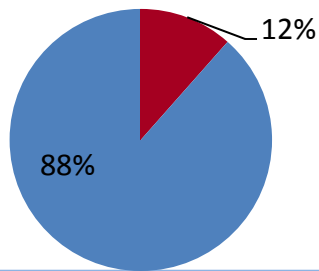
- 必要がないので行っていない
- 特に問題がない
- 動作が不自由だが何とかできる
- 自分でできない



一週間の外出 ・ 来訪者の有無

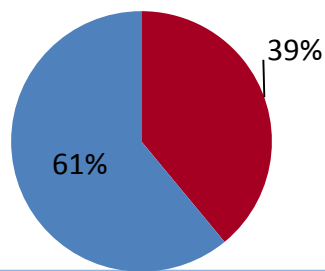
一週間の外出

- ほとんど外出しない
- 1回以上外出する



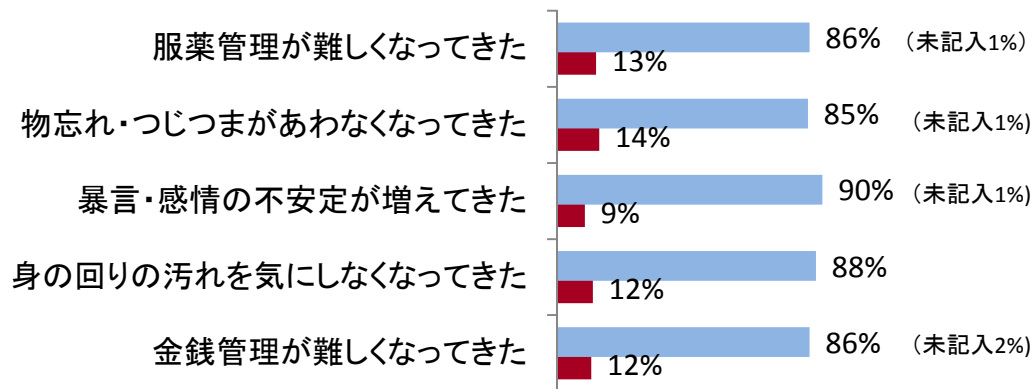
一週間の来訪者 (別居の家族・近隣等)

- ほとんど訪ねてこない
- 週1回以上訪ねてくる



認知機能の状態

- そう思えない
- そう思える



(参考) 平成24年度介護予防サービス費用額

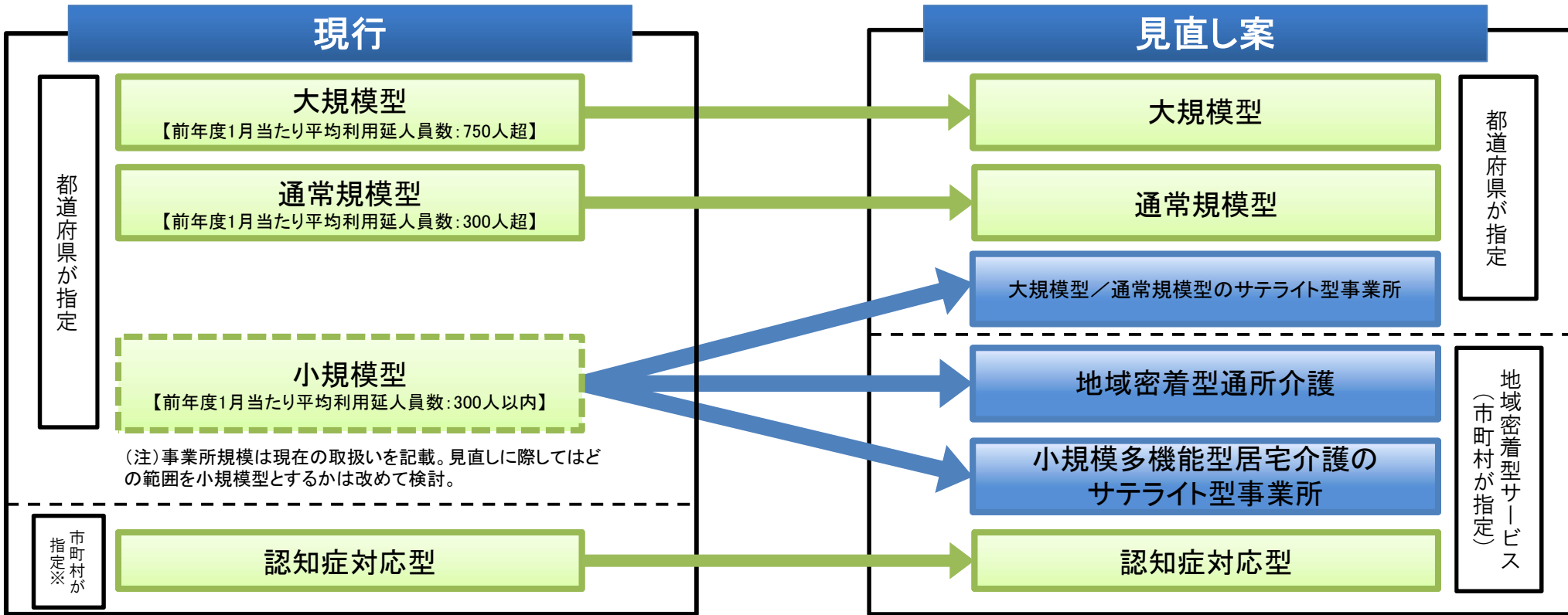
	年間累計費用額 (百万円)			構成比
		要支援1	要支援2	
総数	468 512	149199	318578	-
介護予防居宅サービス	411 670	125859	285133	87.9%
介護予防訪問介護	108 378	41797	66369	23.1%
介護予防訪問入浴介護	197	21	175	0.04%
介護予防訪問看護	11 935	2828	9069	2.5%
介護予防訪問リハビリテーション	3 474	751	2718	0.7%
介護予防通所介護	172 355	49272	122864	36.8%
介護予防通所リハビリテーション	62 677	15255	47357	13.4%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

注：総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者を含む。

3. 在宅サービスの見直し

小規模型通所介護の移行について

○ 増加する小規模の通所介護の事業所について、①地域との連携や運営の透明性を確保するため市町村が指定・監督する地域密着型サービスへの移行、②経営の安定性の確保、サービスの質の向上のため、通所介護(大規模型・通常規模型)や小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所への移行を検討。



※地域密着型サービス

※地域密着型サービスとした場合の市町村の事務等

○事業所の指定・監督

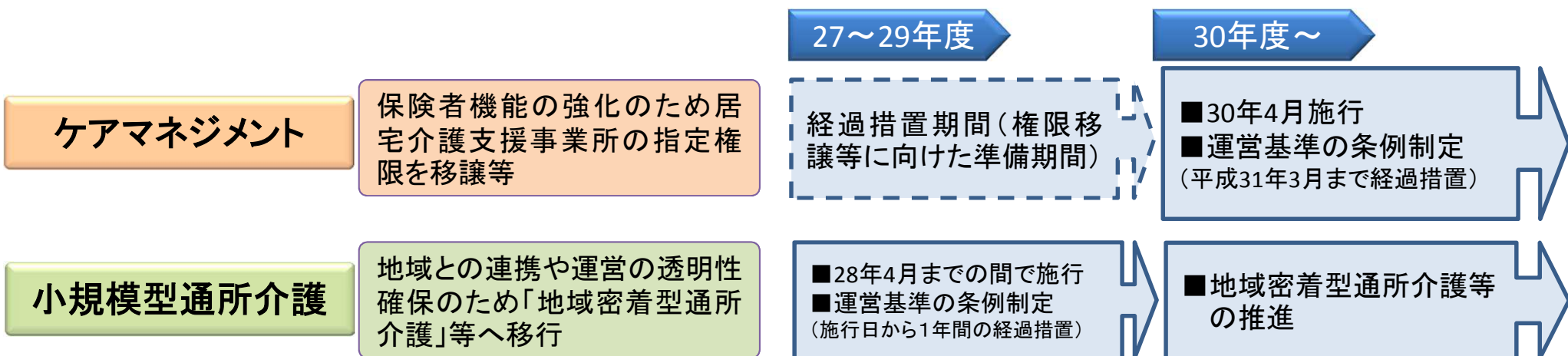
○事業所指定、基準・報酬設定を行う際、住民、関係者からの意見聴取

○運営推進会議への参加 等

※地域密着型サービスは、市町村の判断で公募により事業者を指定できる。

居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模型通所介護の地域密着型サービスへの移行のスケジュール

- 居宅介護支援（ケアマネ）事業者の指定権限の市町村への移譲や小規模型通所介護の地域密着型サービスへの移行などを検討中。
- これらは十分な経過措置期間を設けるとともに、市町村の事務負担の軽減等のために必要な支援を行う。



（事務負担の軽減）

- ・ 市町村の事務負担を少しでも軽減するため、地域密着型サービス事業所の指定の際の市町村長による運営委員会の実施等関係者の意見反映のための措置の義務付けを緩和し、努力義務とするほか、以下のような措置について検討。

（例）事業所の指定事務 →書類の確認等に係る事務の委託の推進

集団指導、実地指導 →事務受託法人等の活用の推進、都道府県との役割分担

運営推進会議 →実施方法等の弾力化の推進

住宅改修事業者の登録制度の導入

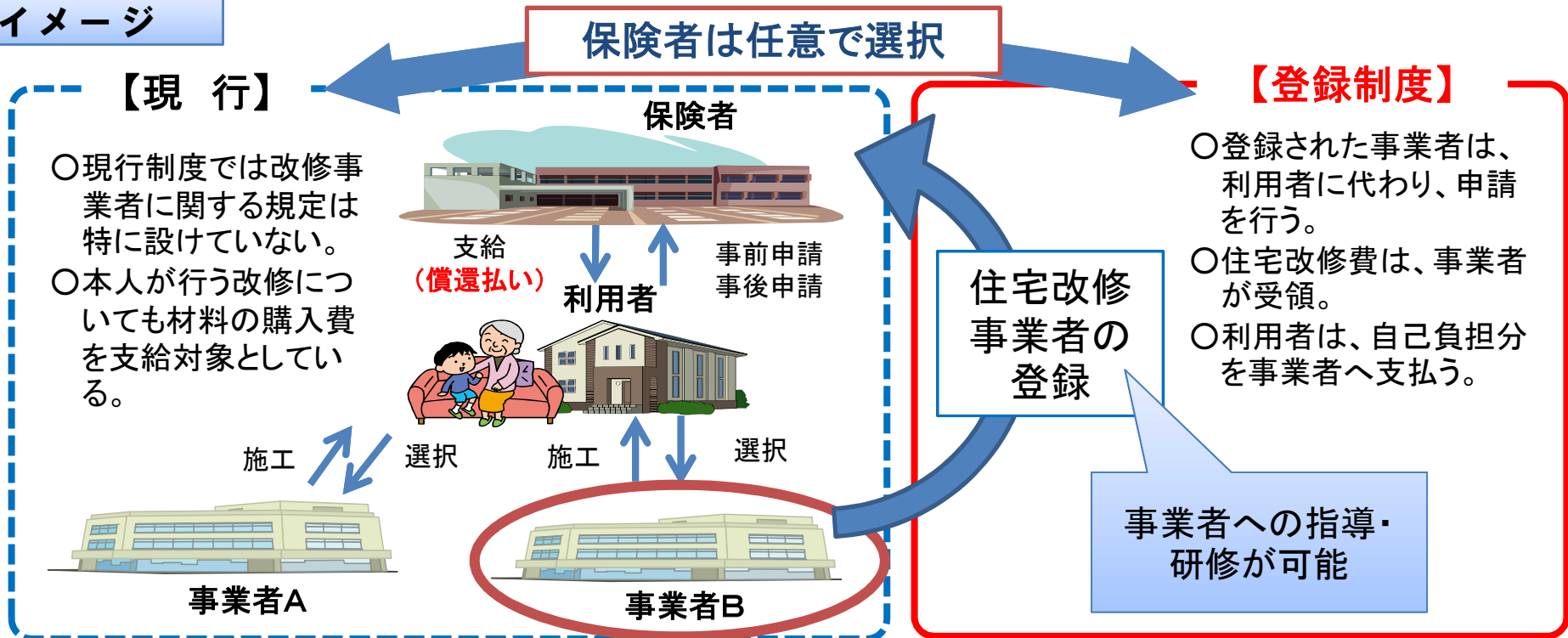
現状・課題

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

論点

- <住宅改修の質の確保について>
- 「住宅改修を行う事業者に対する指導が難しい」、「事業者により技術・施工水準のバラツキが大きい」という実態を踏まえ、住宅改修の質を確保する観点から、市町村が、例えばあらかじめ事業者の登録を行った上で住宅改修費を支給する仕組みを導入できるよう検討してはどうか。

イメージ

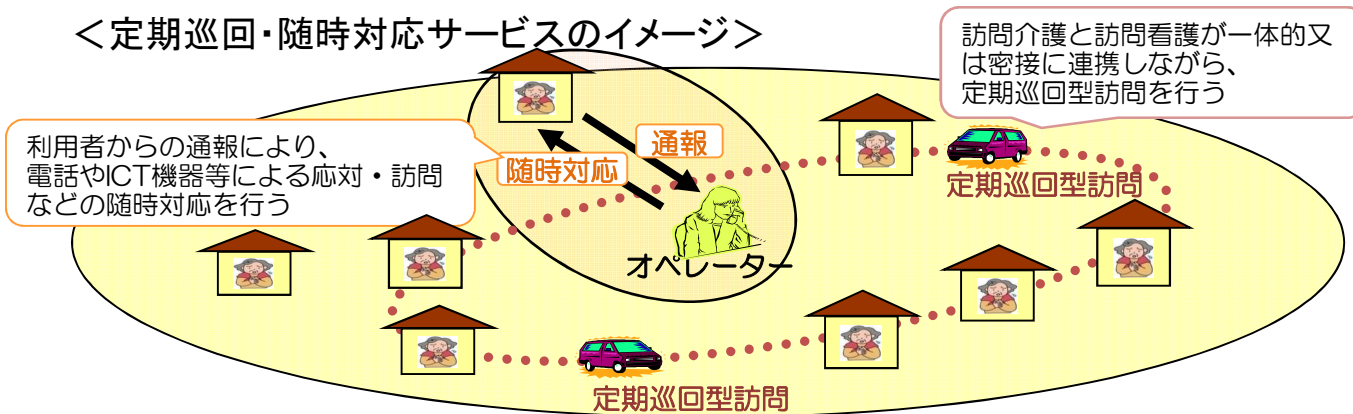


※ 登録していない事業者Aについては、従来通り利用者が保険者へ請求(償還払い)。

(参考) 定期巡回・随時対応サービスの概要

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、**重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足**していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して**医療と介護との連携が不足**しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「**定期巡回・随時対応型訪問介護看護**」を創設(2012年4月)。

<定期巡回・随時対応サービスのイメージ>



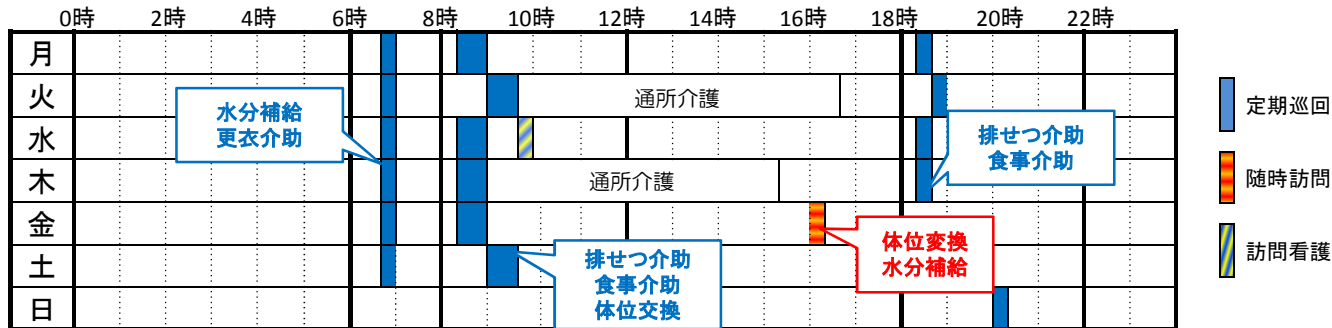
参入していない事業者は、「夜間・深夜の対応が中心」「コール対応が中心」等のイメージ

実態は、

夜間・深夜の対応は日中と比べて少なく、利用者からのコールも少ない。(イメージが実態と大きく異なっていることが多い。)

【三菱UFJリサーチ&コンサルティング調査より】

<サービス提供の例>



- ・ **日中・夜間を通じて** サービスを受けることが可能
- ・ **訪問介護と訪問看護を一体的に** 受けることが可能
- ・ 定期的な訪問だけでなく、**必要なときに随時サービス**を受けることが可能

<参考>

1. 第5期介護保険事業計画での実施見込み

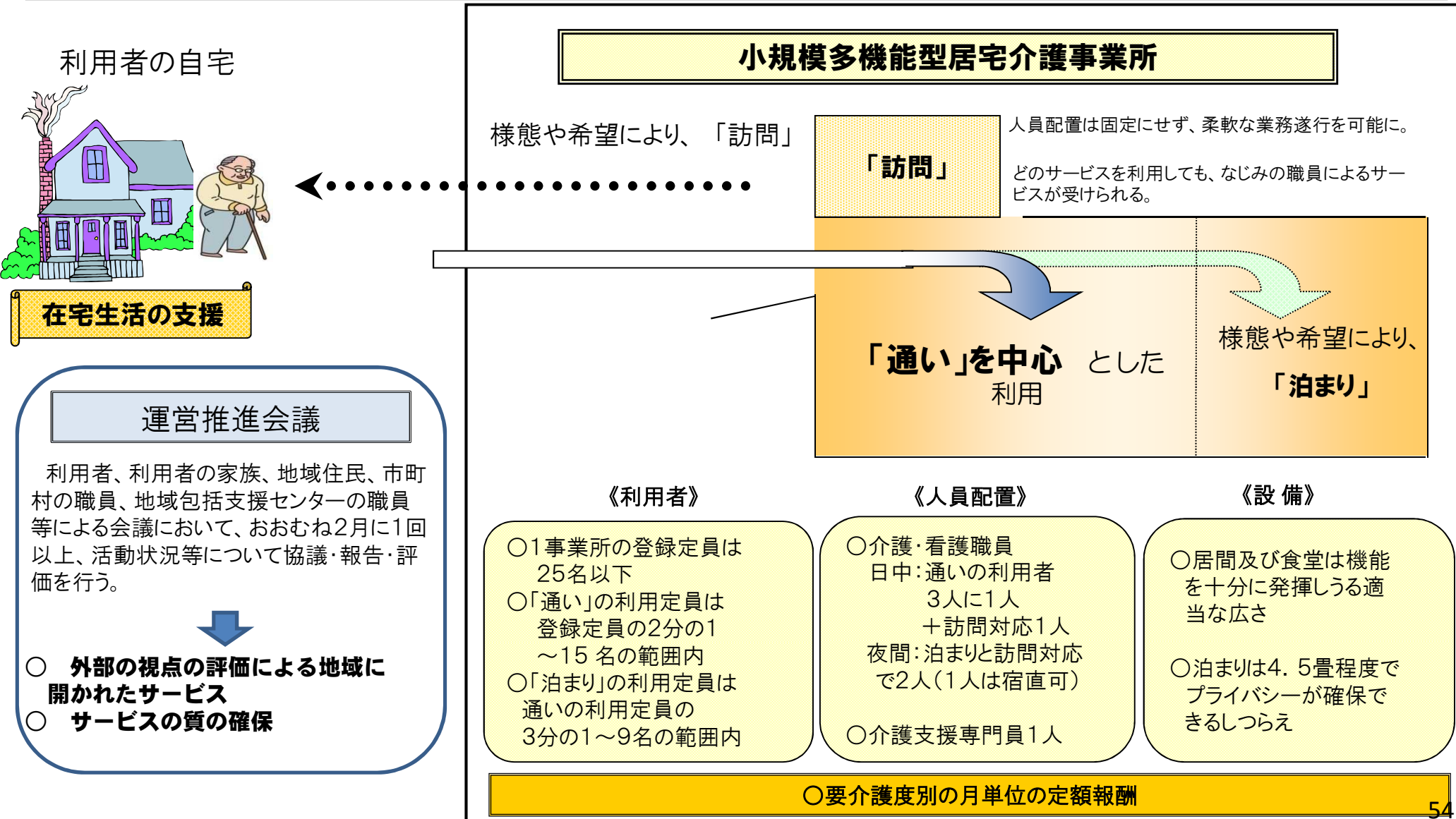
平成24年度	平成25年度	平成26年度
189保険者 (0.6万人/日)	283保険者 (1.2万人/日)	329保険者 (1.7万人/日)

2. 社会保障・税の一体改革での今後の利用見込み

平成27年度	平成37年度
1万人/日	15万人/日

(参考) 小規模多機能型居宅介護の概要

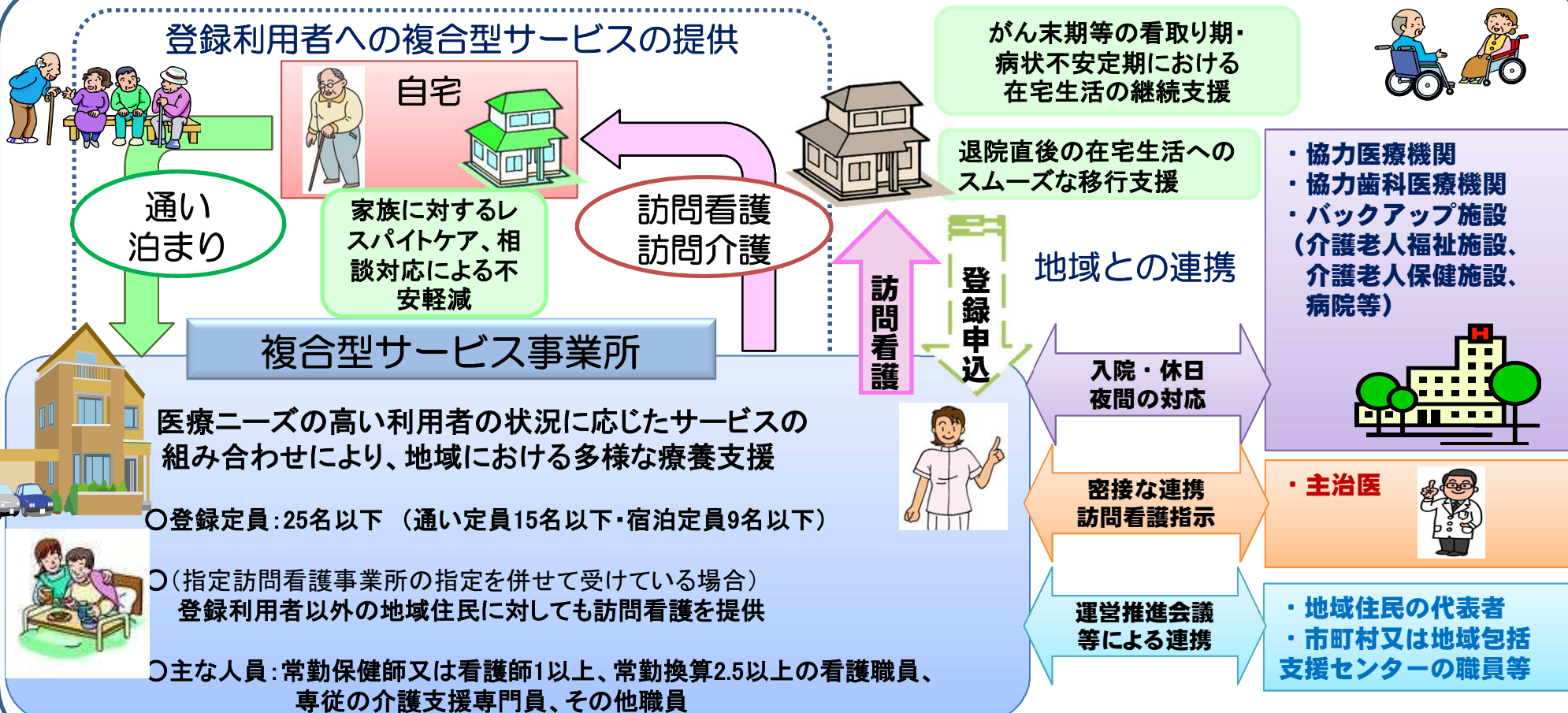
「**通い**」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、**随時「訪問」**や「**泊まり**」を組み合わせるサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された(平成18年4月創設)。



(参考) 複合型サービスの概要

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

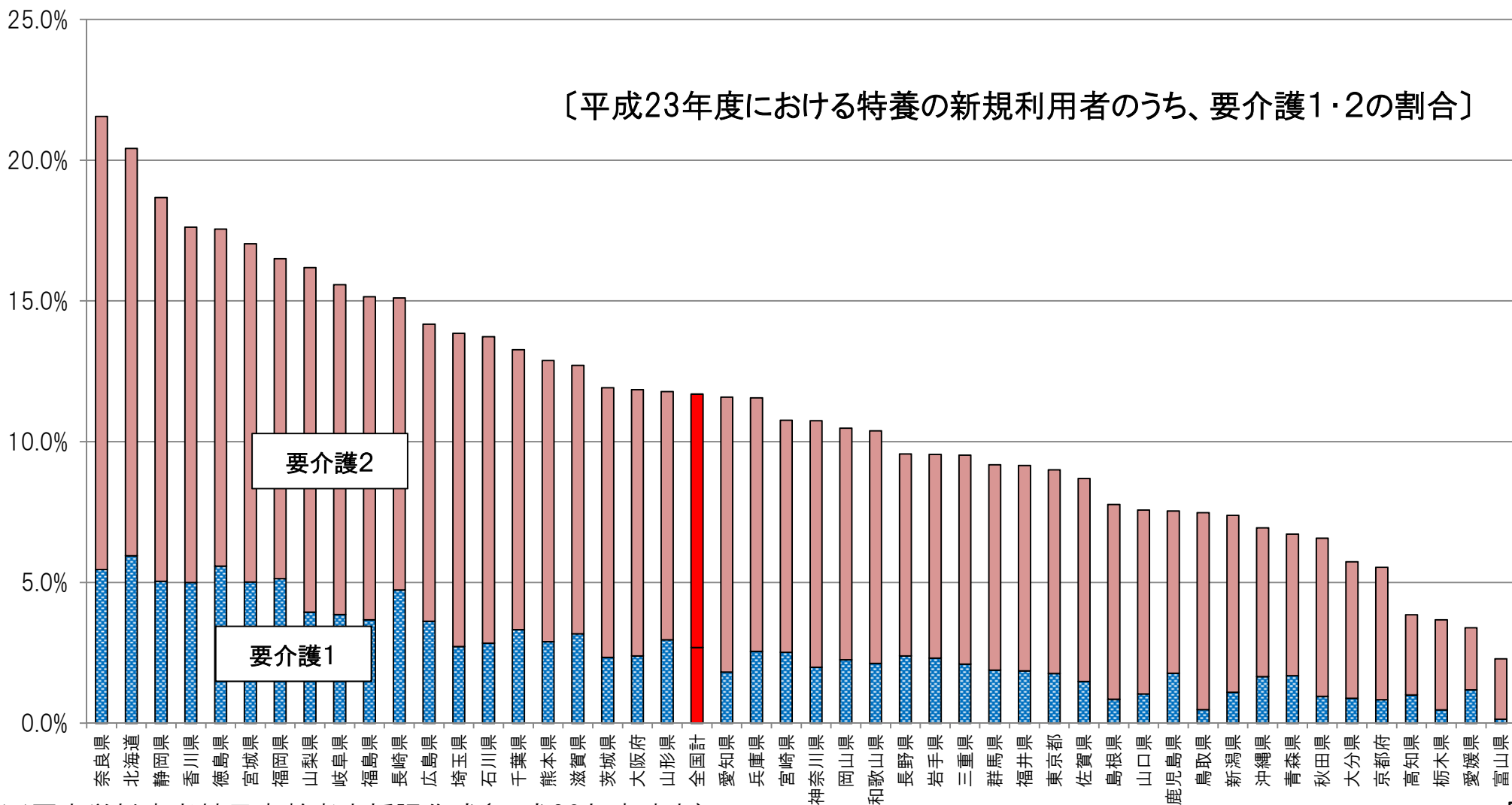
登録利用者への複合型サービスの提供



4. 施設サービス等の見直し

特養における要介護1・2の新規入所者の割合

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



※厚生労働省老健局高齢者支援課作成(平成23年度時点)

特養の入所に関する指針について

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

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

第七条 略

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

3～7 略

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

1 指針の作成について

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

2 入所の必要性の高さを判断する基準について

(1)基準省令に挙げられている勘案事項について

「介護の必要の程度」については、要介護度を勘案することが考えられること。

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

(2)その他の勘案事項について

居宅サービスの利用に関する状況などが考えられること。

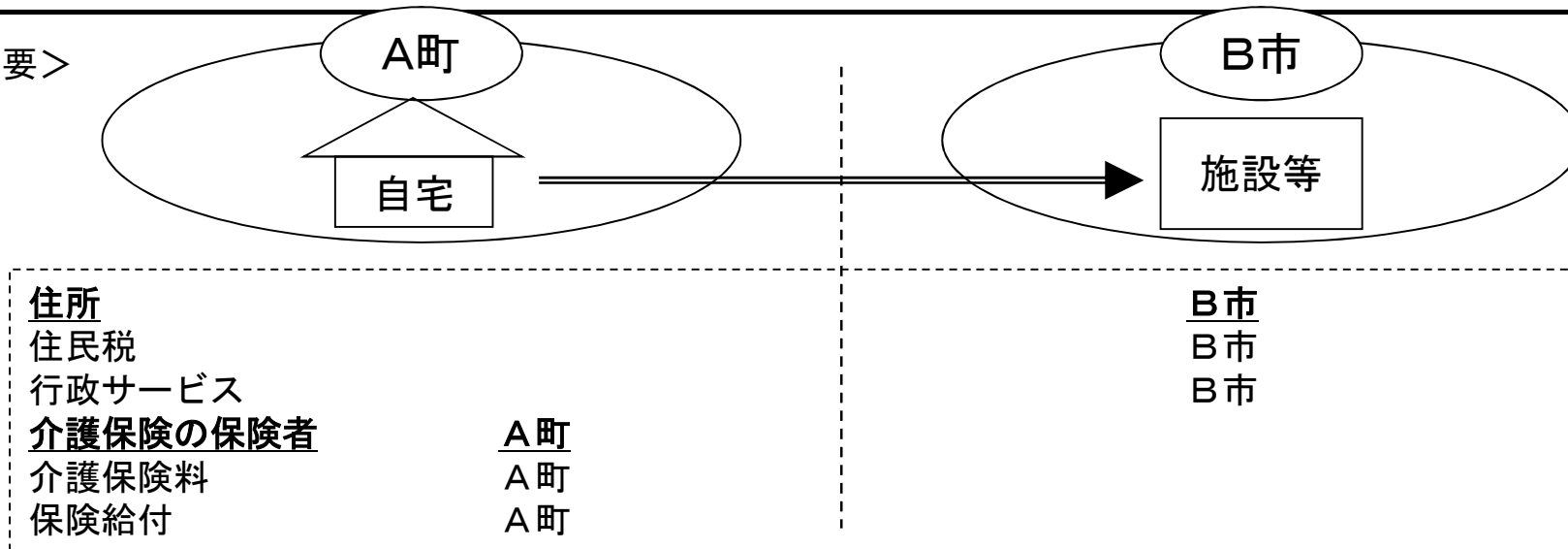
5 その他

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

サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用

- 介護保険においては、住所地の市町村が保険者となるのが原則だが、介護保険施設等の所在する市町村の財政に配慮するため、特例として、入所者は入所前の市町村の被保険者となる仕組み（住所地特例）を設けている。
- 現在、サービス付き高齢者向け住宅は有料老人ホームに該当しても特例の対象外だが、所在市町村の負担を考慮し、その他の有料老人ホームとの均衡を踏まえ、**有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅についても、住所地特例の対象とする。**
- 従来の住所地特例では、対象者が住所地の市町村の指定した地域密着型サービス及び地域支援事業を使えないという課題があるが、住所地特例対象者に限り、住所地市町村の指定を受けた地域密着型サービスを使えるようにし、住所地市町村の地域支援事業を利用できることとする（地域支援事業の費用負担の調整方法は今後検討）。

<制度概要>



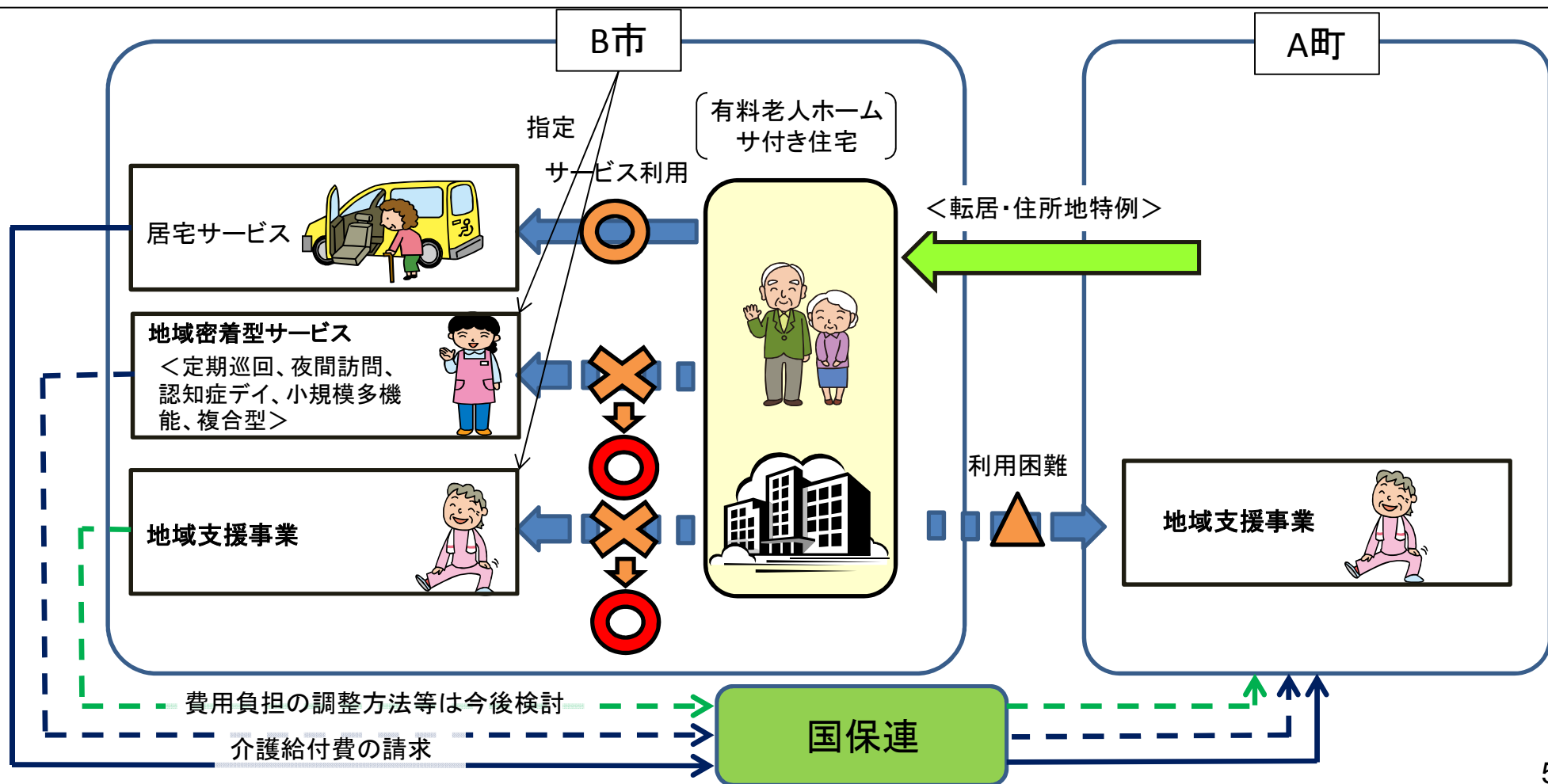
<現在の対象施設等>

- (1) 介護保険3施設
- (2) 特定施設（地域密着型特定施設を除く。）
 - ・ 有料老人ホーム
 - ・ ※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない賃貸借方式のサービス付き高齢者向け住宅は対象外。
 - ・ 軽費老人ホーム
- (3) 養護老人ホーム

この除外規定を見直し、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅を住所地特例の対象とする

地域密着型サービスと地域支援事業利用の見直し

- 住所地特例の対象者は、保険者が転居前の市町村であることから、これまで転居後の市町村が提供する地域密着サービスや地域支援事業を利用することができなかった。
- しかし、地域包括ケアの考え方からすれば、現在住んでいる市町村において各種サービスの提供を保障することが望ましいことから、住所地特例の対象者について、
 - ① 住所地の市町村の指定を受けた地域密着型サービスを使えるようにする。
 - ② 住所地の市町村が実施する地域支援事業を利用できるようにする（※実施の方法等は、予防給付の見直しの内容等を踏まえ検討）



(参考) 介護保険3施設の概要

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

5. 介護人材の確保

介護職員の推移と見通し

○ 介護保険制度の施行後、介護職員数は増加し、10年間で倍以上となっている。また、2025年には、介護職員は更に1.5倍以上必要と推計されている。

	平成12年度 (2000年度)	平成24年度 (2012年度) <u>(推計値)</u>	平成27年度 (2015年度) <u>(推計値)</u>	平成37年度 (2025年度) <u>(推計値)</u>
介護職員	55万人	149万人	167~176万人 (164~172万人)	237~249万人 (218~229万人)

【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、「医療・介護に係る長期推計」

(注1) 平成27年度・平成37年度の数値は社会保障・税一体改革におけるサービス提供体制改革を前提とした改革シナリオによる。()内は現状をそのまま将来に当てはめた現状投影シナリオによる数値。

(注2) 2015年、2025年の推計値に幅があるのは、非常勤比率の変動を見込んでいることによるもの。

	(平成23年10月1日現在)			介護保険施設			居宅サービス等		
	合計	常勤	非常勤	合計	常勤	非常勤	合計	常勤	非常勤
介護職員	139.9万人	85.1万人	54.8万人	35.4万人	29.5万人	5.9万人	104.5万人	55.6万人	48.9万人
		60.8%	39.2%		83.3%	16.7%		53.2%	46.8%

介護人材の確保

国・都道府県・市町村・事業者の主な役割

国

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

都道府県

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

市町村

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

事業者(事業者団体)

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

取組の4つの視点

視点①: 参入の促進

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

視点②: キャリアパスの確立

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

視点③: 職場環境の整備・改善

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

視点④: 処遇改善

介護報酬の改定を通じて、介護職員の更なる処遇改善を図るとともに、事業者による取組の促進策を検討 等

(参考) 介護職員の賃金 (常勤労働者)

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

常勤労働者の男女比、平均年齢、勤続年数及び平均賃金

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

【出典】厚生労働省「平成24年賃金構造基本統計調査」

- 注1) 常勤労働者とは、賃金構造基本統計調査の一般労働者(短時間労働者以外の労働者)をいう。
短時間労働者とは、1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者、又は1日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも1週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない者をいう。
- 注2) サービス業とは、廃棄物処理業、自動車整備業、機械等修理業、その他の事業サービス業、政治・経済・文化団体・宗教、職業紹介・労働者派遣業が含まれる。
- 注3) 福祉施設介護員は、児童福祉施設、身体障害者福祉施設、老人福祉施設その他の福祉施設において、介護の仕事に従事する者をいう。
- 注4) きまって支給する現金給与額：労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額。基本給のほか、家族手当、超過労働手当を含むが、賞与は含まない。なお手取り額ではなく、所得税、社会保険料などを控除する前の額である。

6. 介護サービス情報公表制度の見直し

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

新たに国民に情報発信

地域包括支援センター

生活支援サービス

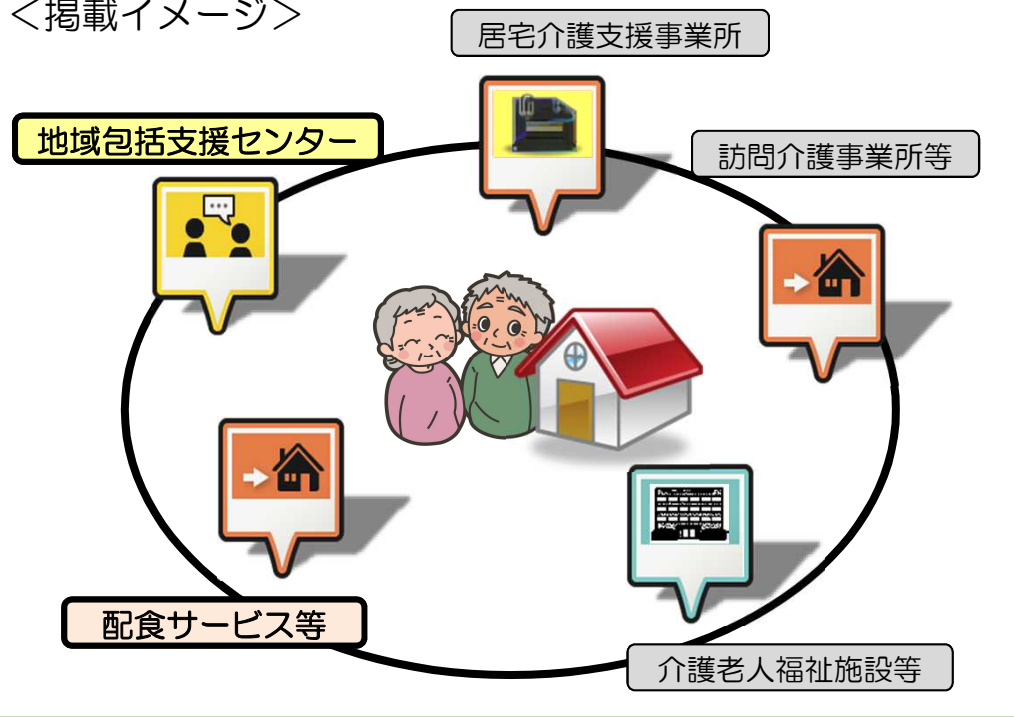
通所介護の宿泊サービス情報
※通所介護の情報に追加

人材確保の観点から活用を促進

従業者に関する情報

※キャリア段位制度の情報等も検討

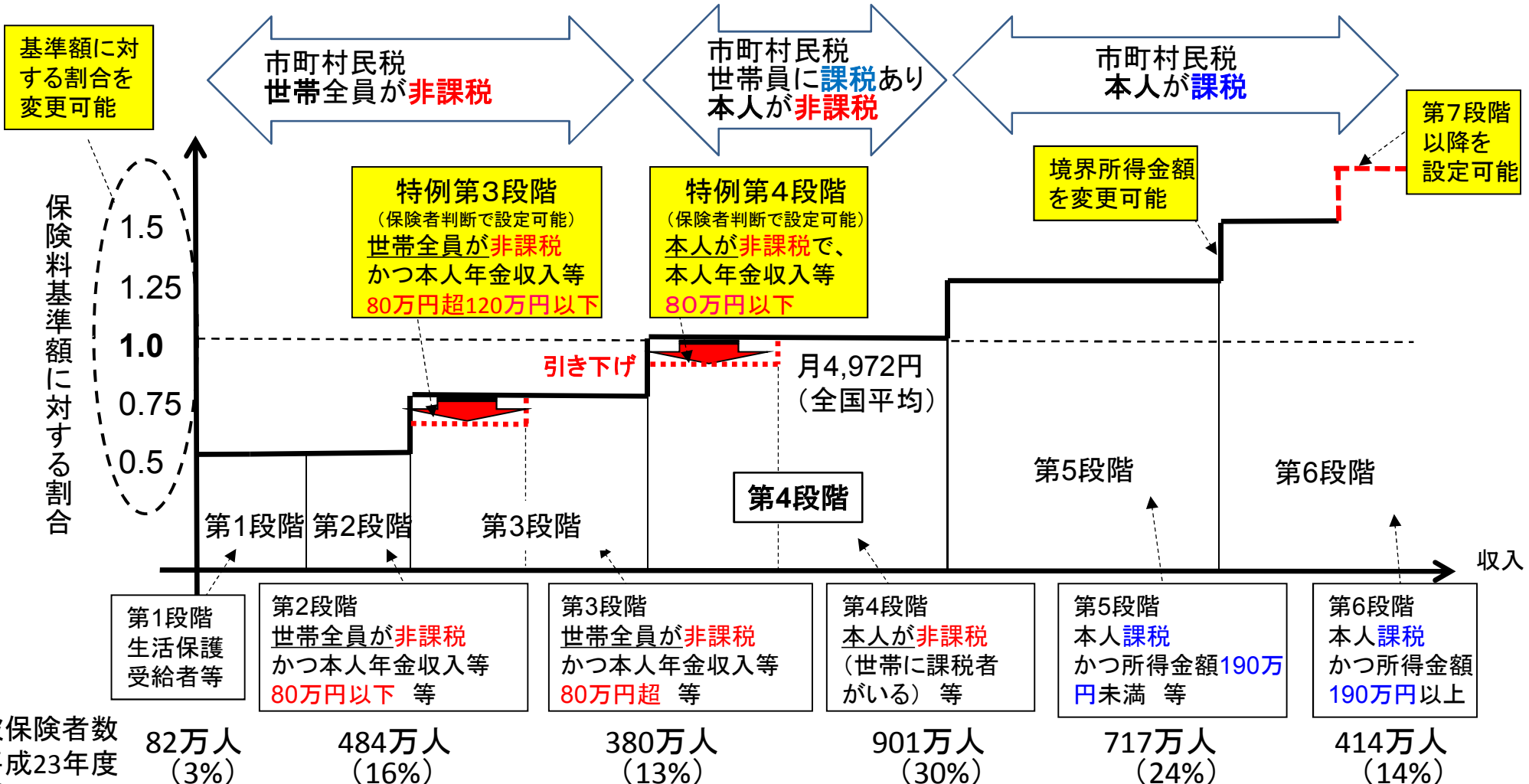
<掲載イメージ>



Ⅱ 費用負担の見直し

第1号被保険者の保険料（現行）

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



※「年金収入等」は、公的年金等収入金額と合計所得金額の合計

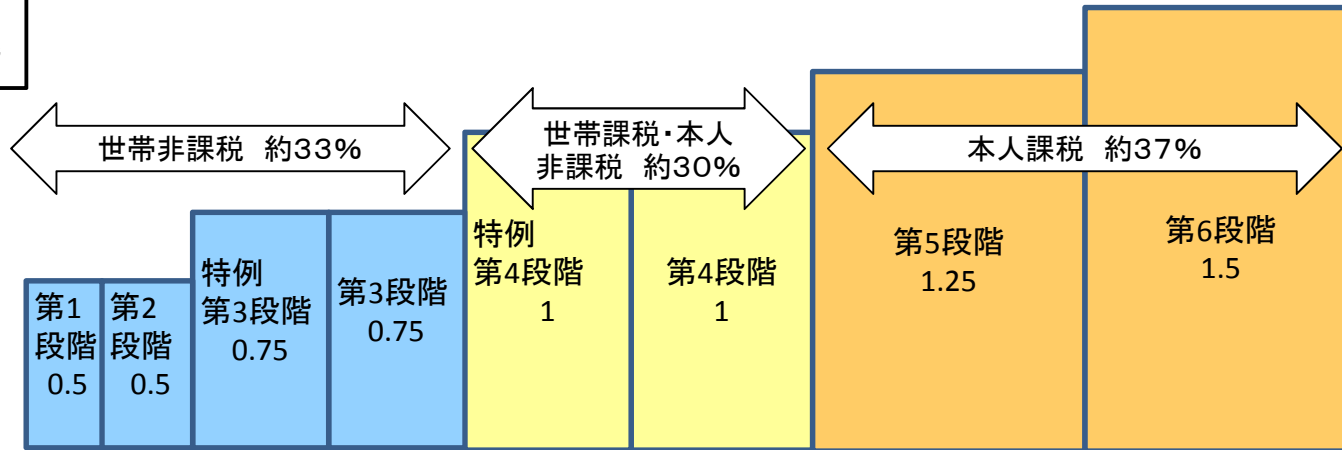
※「所得金額」は、合計所得金額

保険料の標準6段階から標準9段階への見直し

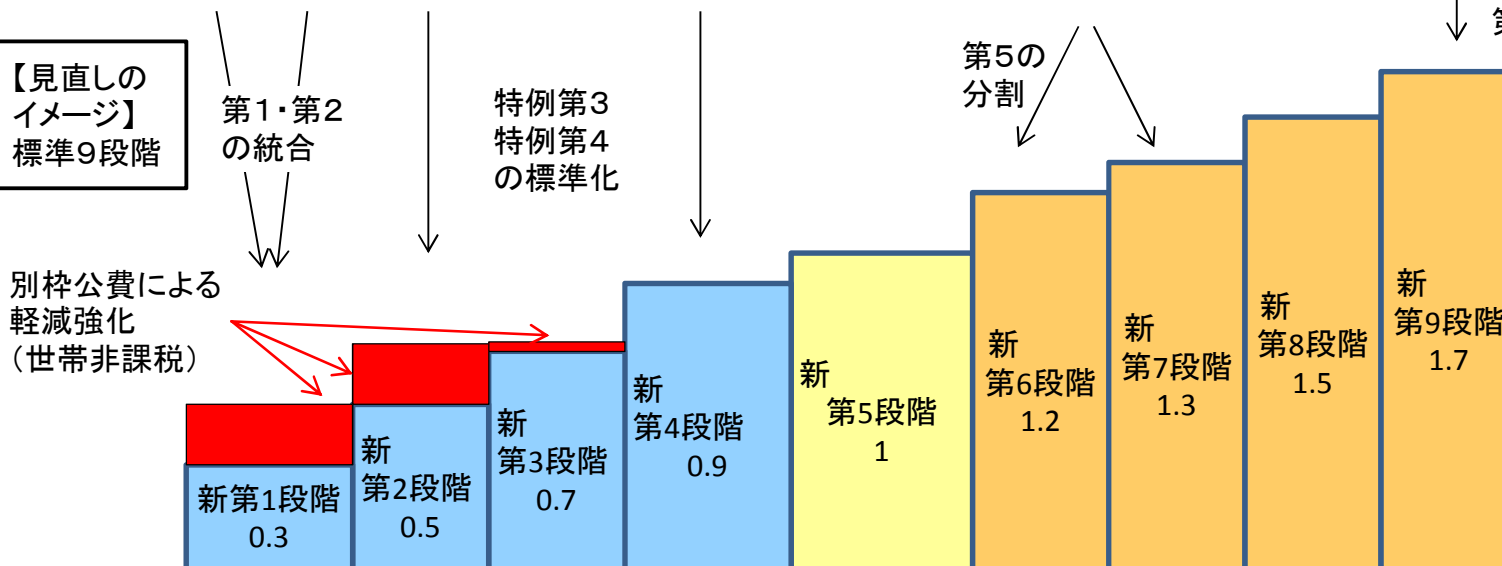
○所得水準に応じてきめ細かな保険料設定を行うため、また、多くの自治体で特例第3・特例第4段階の設置や、本人課税所得層の多段階化をしている現状を踏まえ、標準の段階設定を、現行の6段階から9段階に見直す。

○なお、現在と同様、引き続き保険者の判断による弾力化を可能とする。

【現行】
標準6段階



【見直しのイメージ】
標準9段階



- ・乗率1.7は、現在の全保険者の最上位段階の乗率の中央値
- ・新第1段階を7割軽減の0.3とすることから、最上位を7割加算の1.7とするとバランスが良い。

※新第4段階の乗率0.9は、現在の全保険者の特例第4段階の部分の乗率(特例未実施を含む)の中央値

医療保険制度の介護保険制度の利用者負担の経緯

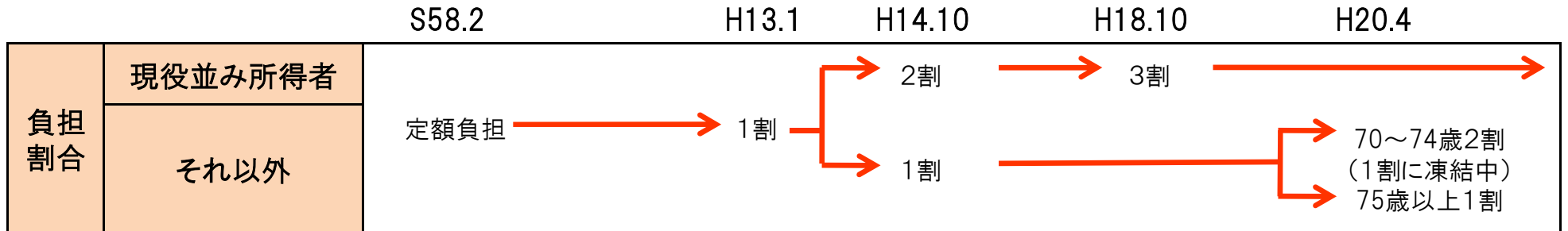
＜定率負担の割合＞

- 介護保険の利用者負担は、制度創設以来1割を維持している。
- 介護保険制度施行時にはまだ高齢者医療は定額負担制であり、その後定率負担が導入され、さらに負担割合の見直しが行われている。

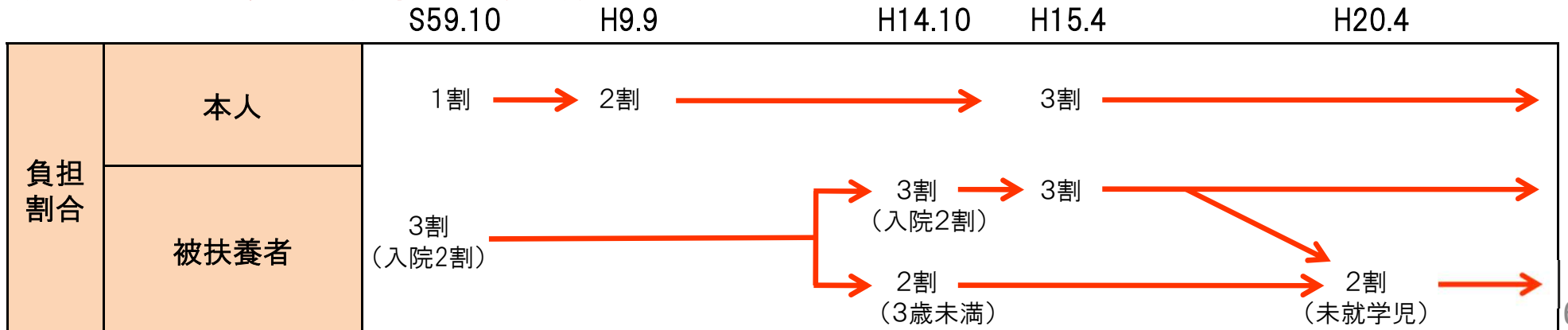
介護保険の利用者負担



医療保険の患者負担(70歳以上の高齢者)



医療保険の患者負担(健康保険、70歳未満)



<負担限度額>

- 介護保険の高額介護サービス費の負担限度額は、制度創設以来据え置かれている。
- 介護保険制度の高額介護サービス費の限度額は、制度創設時の医療保険の高額療養費の多数該当の金額に合わせて設定されたが、医療保険における住民税課税世帯の基準は現在37,200円から44,400円に引き上げられている。

介護保険

		H12.4	H17.10
負担 限度 月額	課税世帯	37,200円	→
	非課税世帯	24,600円	→ 24,600円
	年収80万円以下		→ 15,000円
	生活保護受給者	15,000円	→

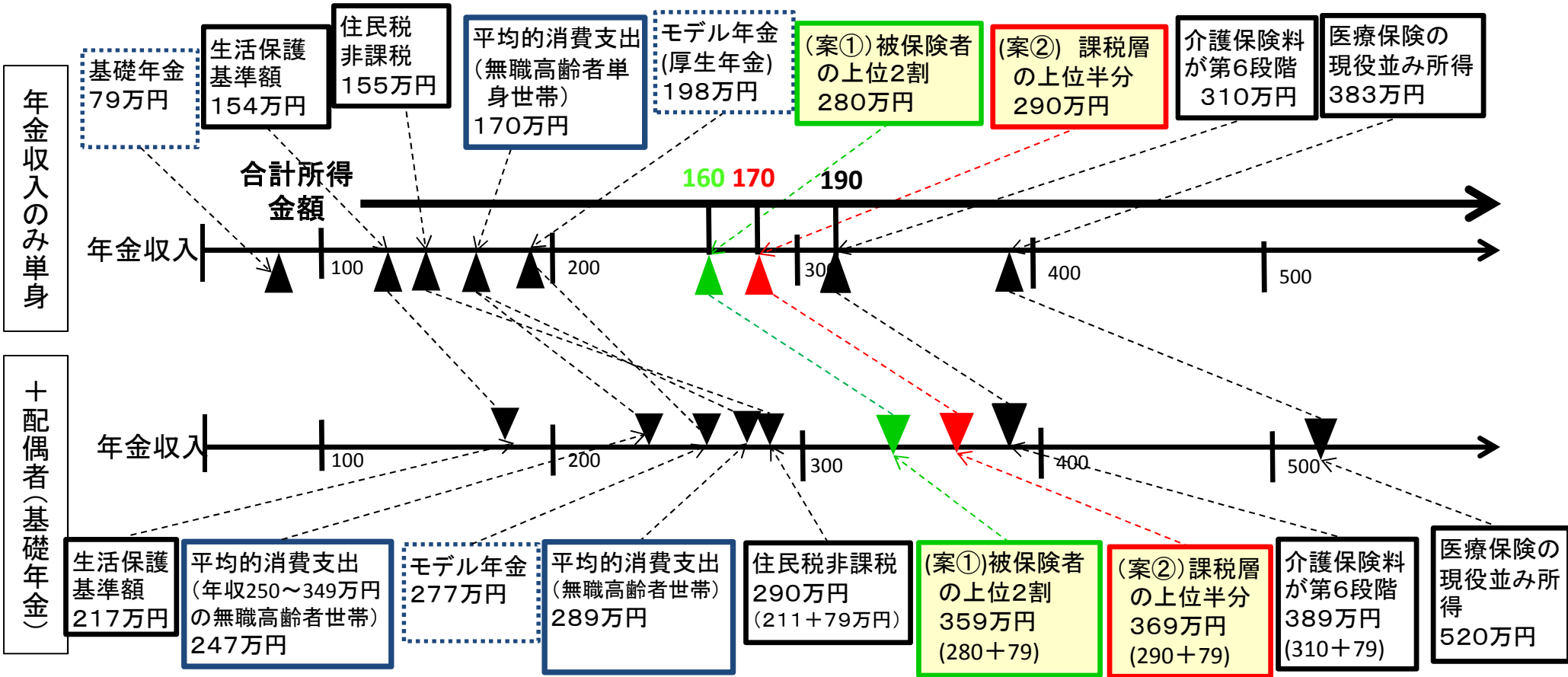
医療保険(70歳以上の高齢者)

		H13.1	H14.10	H18.10	H20.4
負担 限度 月額 ※	現役並み所得者	37,200円	→ $72,300円 + (\text{医療費} - 361,500円) \times 1\% < 40,200円 >$	→ $80,100円 + (\text{医療費} - 267,000円) \times 1\% < 44,400円 >$	→
	一般		→ 40,200円	→ 44,400円	→
	低所得者Ⅱ	24,600円	→		
	低所得者Ⅰ	15,000円	→		

※ <>は、年4回以上利用する多数該當時の金額。

利用者負担の見直しにおいて2割負担とする所得水準について

- これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある所得の高い方の自己負担割合を2割とする
- 2割とする水準については、モデル年金や平均的消費支出の水準を上回り、かつ負担可能な水準として、審議会では以下の案を中心に議論(被保険者の上位約20%に該当する合計所得金額(※)160万円以上の者＝年金収入280万円以上)



※ 夫婦世帯については、夫が厚生年金、妻が国民年金の収入のみと仮定。単身世帯は、年金収入のみと仮定。
 ※ モデル年金とは、厚生年金は、夫が平均的収入(平均標準報酬36.0万円)で40年間就業し、妻がその期間全て専業主婦であった世帯が年金を受け取り始める場合の給付水準であり、上記は平成25年4月~9月分の年金額によるもの。
 ※ 夫婦世帯で夫の介護保険料が第6段階となる場合389万円は、夫の年金収入を310万円とし、妻は基礎年金79万円とした場合の合計額。
 ※ 医療保険の現役並み所得は、収入基準の金額(世帯合計520万円、単身383万円)
 ※ 平均的消費支出は、平成24年家計調査による。単身世帯は65歳以上の無職単身世帯の消費支出。夫婦世帯は、高齢者世帯(男65歳以上、女60歳以上の者のみ)からなる世帯で少なくとも一人は65歳以上)のうち世帯主が無職の世帯(世帯人員の平均は2.04人)の消費支出であり、それぞれ平成24年平均の一月当たりの消費支出を12倍したもの。
 ※ 生活保護基準額は、一級地1の生活扶助の額と、東京都の住宅扶助の上限額を1年分足し上げた数値。

一定以上所得者の高額介護サービス費の限度額の見直し

- 介護保険制度の高額介護サービス費の限度額は、制度創設時の医療保険の高額療養費の多数該当に合わせて設定されたが、医療保険における住民税課税世帯の基準は現在37,200円から44,400円に引き上げられており、高額介護サービス費の限度額の見直しも検討課題。
- 要介護状態が長期にわたることを踏まえ、引上げの対象は、2割負担とする一定以上所得者のうち更に一部の者に限定することとし、医療保険の現役並み所得に相当する者としてはどうか。

<医療保険－70歳以上の高額療養費の限度額>

	外来(個人ごと)	自己負担限度額(現行) (世帯単位)
	現役並み所得者	44,400円
一般	12,000円	44,400円
低所得Ⅱ(市町村民税非課税)	8,000円	24,600円
低所得Ⅰ(年金収入80万円以下等)		15,000円

<介護保険－高額介護サービス費の限度額>

	自己負担限度額(現行)
一般	37,200円 (世帯)
市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)
年金収入80万円以下等	15,000円(個人)
生活保護被保護者等	15,000円(個人)等

<見直し案>

現役並み所得	44,400円
一般	37,200円

一定以上所得者を2割負担とした場合の影響

- 利用者負担が2割となると、在宅サービスについては、軽度者は負担が2倍となるが、要介護度が上がると高額介護サービス費に該当することで負担の伸びが抑えられる者が多くなる。
- 施設・居住系サービスについては、要介護度別の平均費用で見ると、ほとんどの入所者が高額介護サービス費に該当することとなって負担の伸びが抑えられる。

① 居宅サービス利用者の負担の変化

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平均的な利用者負担額の変化	約7,700円 →約15,400円	約10,000円 →約20,000円	約14,000円 →約28,000円	約17,000円 →約34,000円	約21,000円 →約37,200円
高額介護サービス費(37,200円)に該当する割合(※)	0.5%	8.5%	37.8%	51.4%	62.1%

※ 19,000単位以上の者の割合

② 施設・居住系サービスの1月当たり平均費用額と高額介護サービス費

単位：千円

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
特定	171.3	193	214.5	235.6	257.1
グループホーム	262	268.5	273.6	277	283.3
特養	218.3	240	258.9	279.8	298.5
老健	258.7	275	290.9	305.4	319.8
介護療養	247.8	284.7	350.7	386.5	414.3

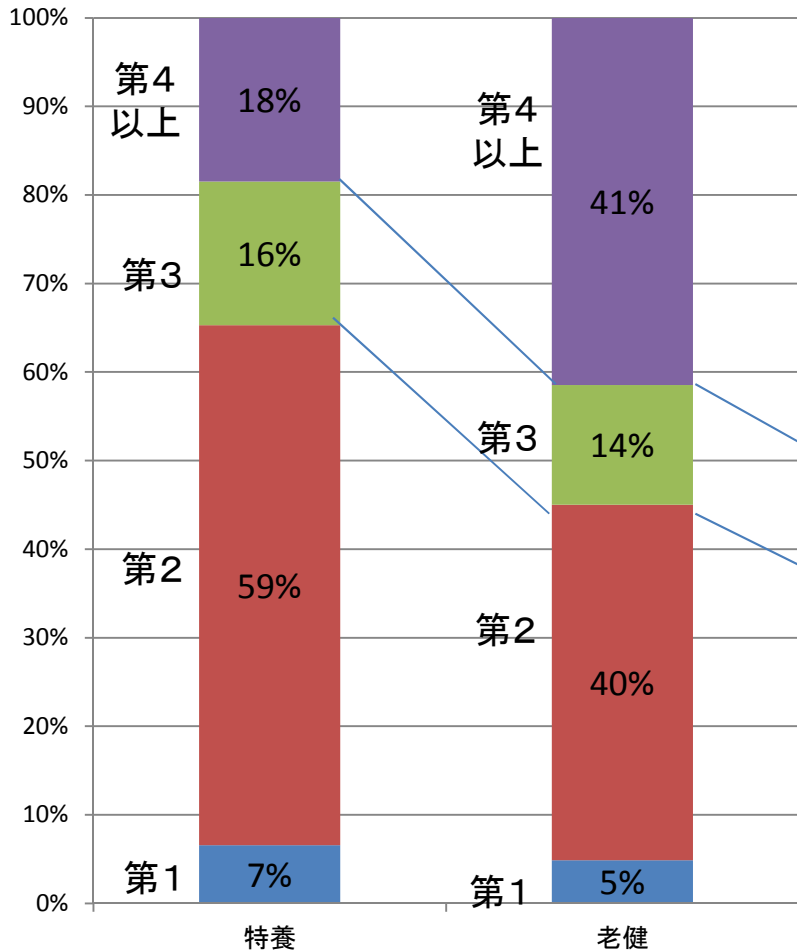
● 1割負担で高額介護サービス費(37200円)該当

● 2割負担となったときに高額介護サービス費(37200円)該当

介護保険サービス利用者等の所得段階別割合

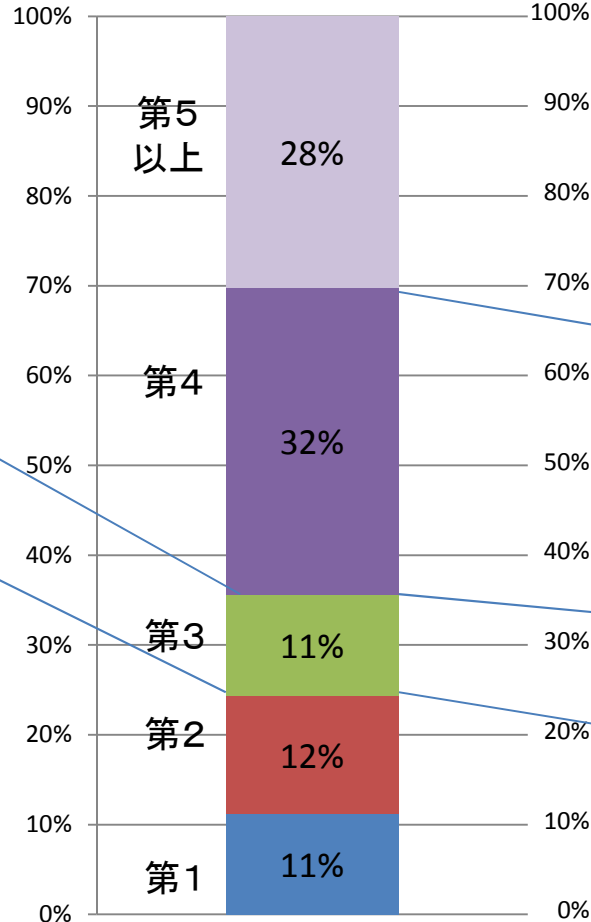
- 基準の適用を受けるのは、要介護認定を受けて実際に介護サービスを利用する者である。
- 要介護者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、仮に被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、各所得区分の構成比を勘案して粗く推計すると、実際に影響を受けるのは、在宅サービス利用者の約15% (20% × 28% ÷ 38%)、特養で約5% (20% × 18% ÷ 69%)、老健で約12% (20% × 41% ÷ 69%)と推定される。

＜施設＞



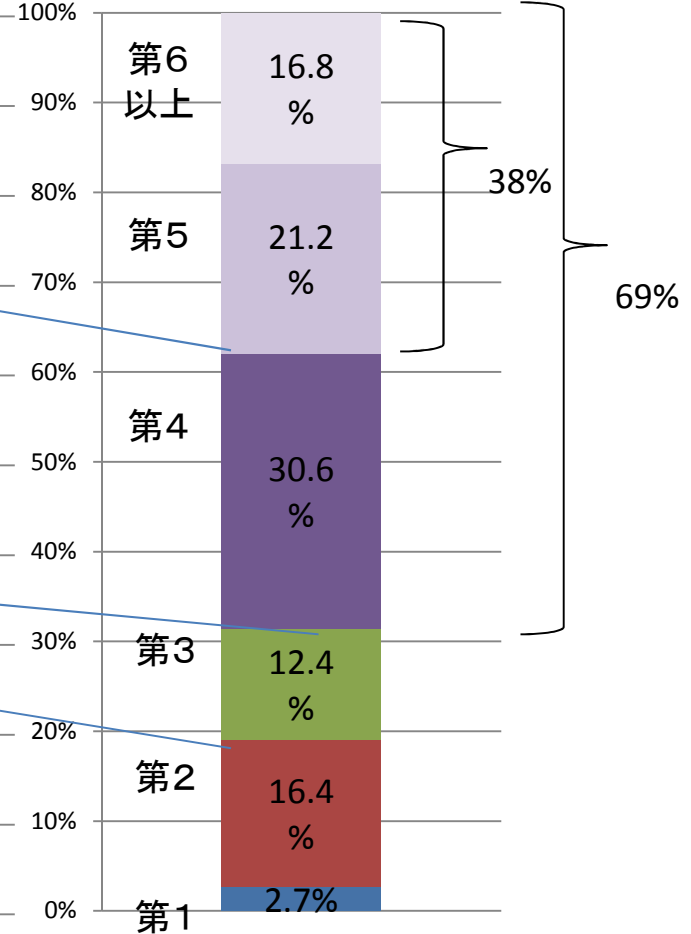
出典：平成22年介護サービス施設事業所調査

＜在宅＞



出典：平成22年国民生活基礎調査

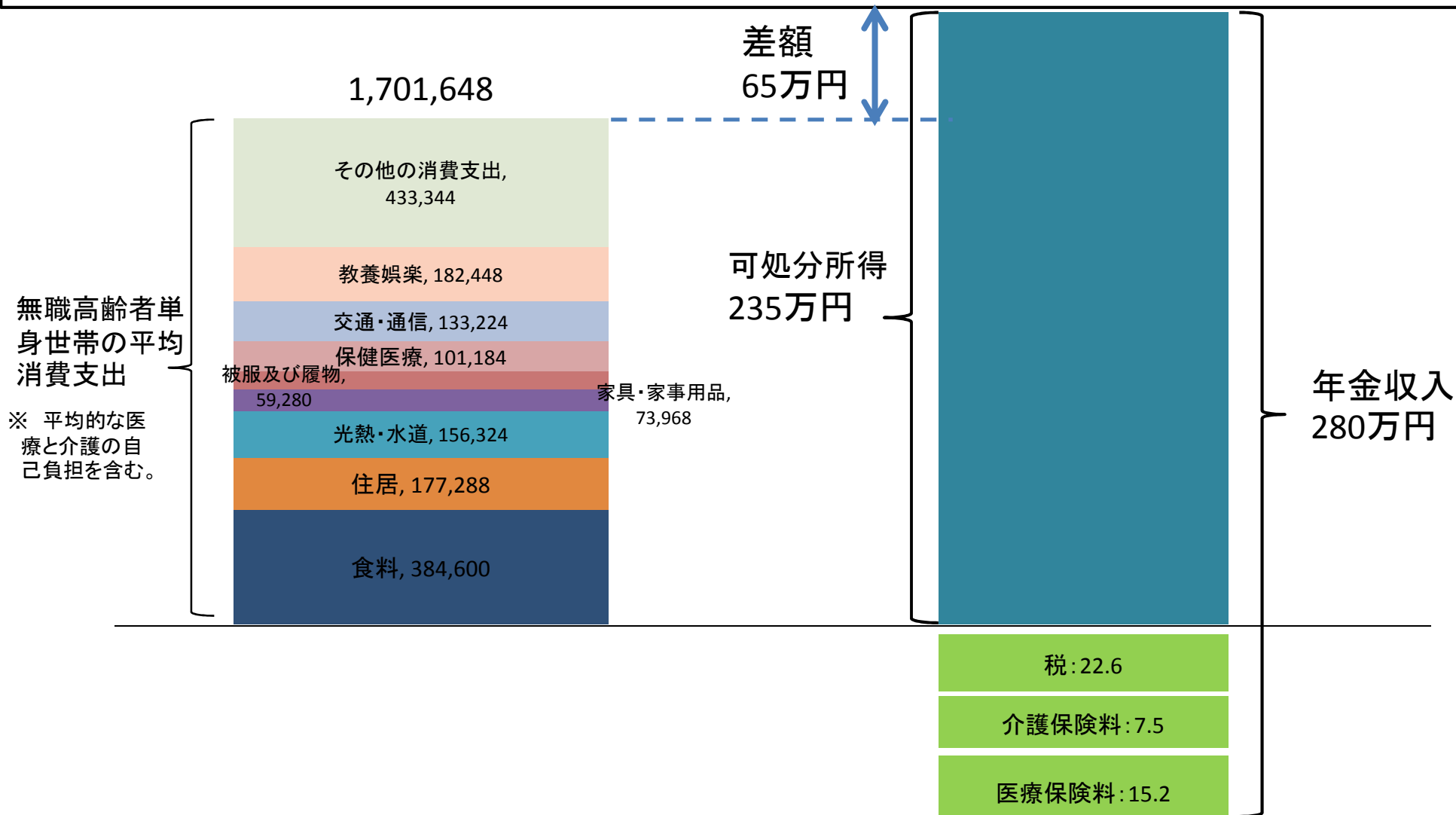
＜保険料＝1号被保険者全体＞



出典：平成22年度介護保険事業状況報告年報

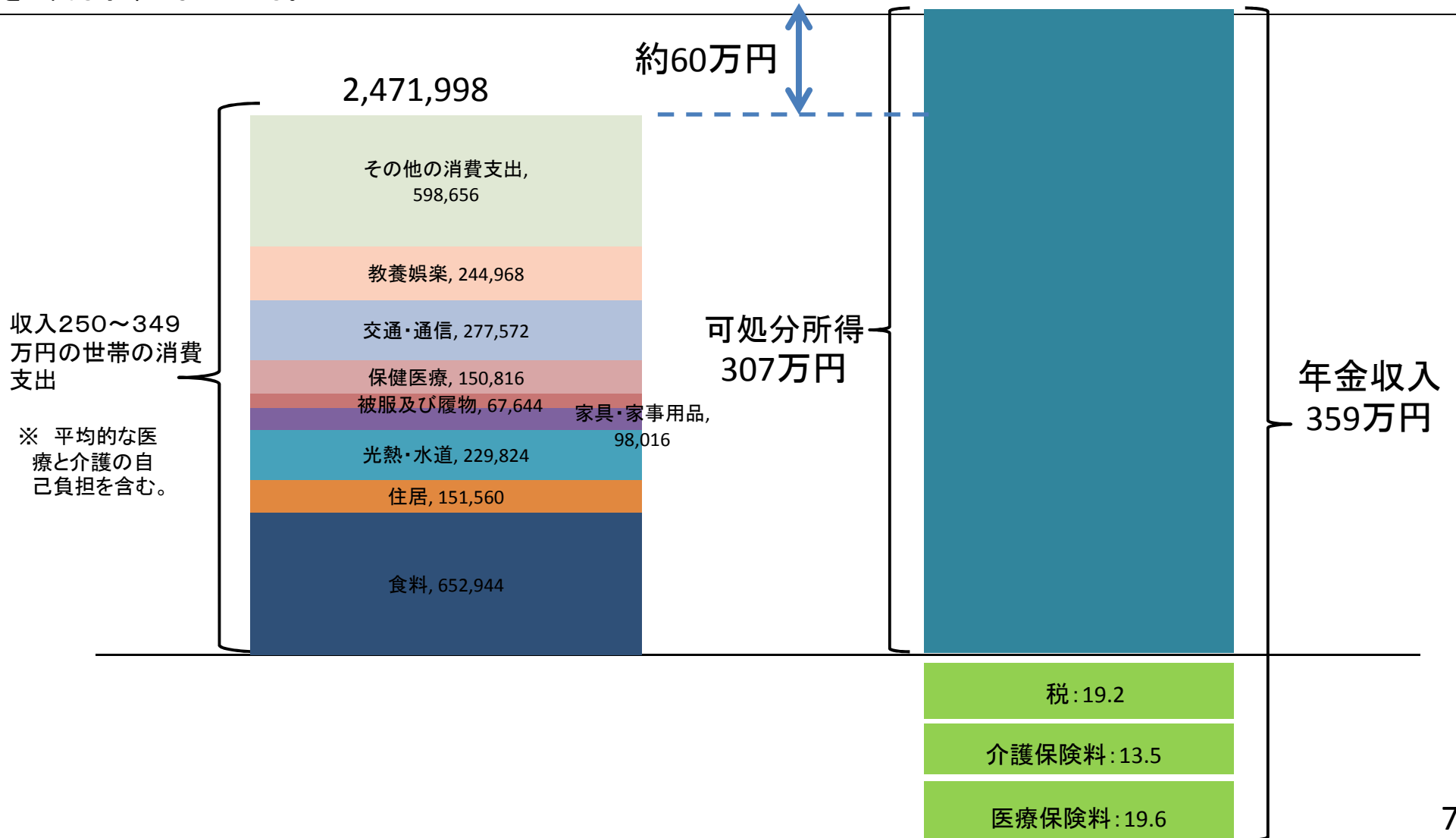
案1で無職高齢者単身世帯の場合の収支状況

- 案1に該当する者が無職高齢者単身世帯の場合について、年金が年額280万円(合計所得金額160万円+公的年金等控除120万円)と仮定し、税や保険料を支払った後の所得と、無職高齢者単身世帯の平均的な消費支出(平均的な医療と介護の自己負担を含む。)を比較する。
- 可処分所得と消費支出の差は約65万円となり、後期高齢者医療と介護保険における自己負担の世帯単位での上限となる56万円を上回っている。



案1で無職夫婦高齢者世帯の場合の収支状況

- 案1に該当する者が無職高齢者夫婦世帯の場合について、夫の年金が年額280万円(合計所得金額160万円+公的年金等控除120万円)、妻が国民年金(79万円)と仮定し、税や保険料を支払った後の所得と、無職高齢者世帯のうち収入が250万円~349万円の世帯の平均的な消費支出(平均的な医療と介護の自己負担を含む。)を比較する。
- 可処分所得と消費支出の差は約60万円となり、後期高齢者医療と介護保険における自己負担の世帯単位での上限となる56万円を上回る水準となっている。



(参考) 医療保険制度の「現役並み所得者」について

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

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

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

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

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

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

※3 平成16年度の政管健保平均標準報酬月額

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(参考) 合計所得金額について

○ 現在、介護保険制度の保険料段階の設定や、住民税均等割の課税の基準には、「合計所得金額」が用いられており、これは、給与所得控除や公的年金控除をした後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額である。

計 算 項 目		適 用		
	項 目	合計所得金額	課税所得	国保の旧ただし書方式
+	収入(給与収入・事業収入・老齢年金収入等)			
-	必要経費			
	必要経費(事業所得者)	○	○	○
	給与所得控除(給与所得者)	○	○	○
	公的年金等控除(年金雑所得者)	○	○	○
	青色専従者控除・事業専従者控除	○	○	○
=	所得(収入－必要経費)			
	給与所得	○	○	○
	年金雑所得等	○	○	○
-	所得控除等			
	純損失の繰り越し控除	×	○	○
	雑損失の繰り越し控除	×	○	×
	人的控除等の所得控除	×	○	×
	基礎控除	×	33万円	33万円
+	他に合計する所得			
	土地等に係る事業所得等の金額	○	○	○
	株式等に係る譲渡所得等の金額	○	○	○
	長期譲渡所得の金額(特別控除後)	※	○	○
	短期譲渡所得の金額(特別控除後)	※	○	○
	山林所得金額	○	○	○
	退職所得金額	分離課税分除く	分離課税分除く	×

※総所得金額に含まれる総合課税分については特別控除後、分離課税分については特別控除前の金額となる。

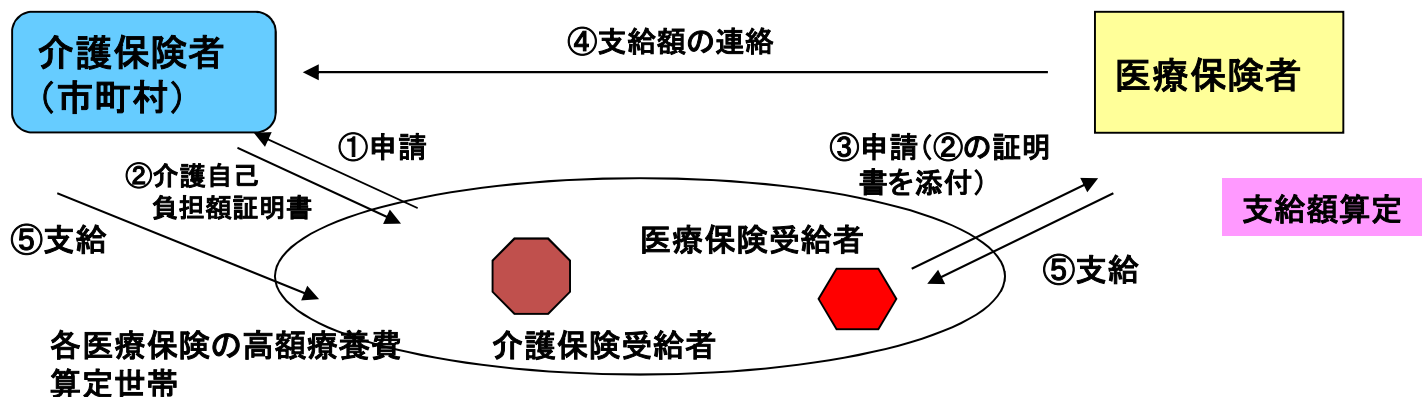
(参考) 高額医療・高額介護合算制度について

○ 1年間(毎年8月1日～翌年7月31日(※1))の医療保険と介護保険における自己負担(※2)の合算額が著しく高額になる場合に、負担を軽減する仕組み(平成20年4月～)。

(制度の基本的枠組み)

- ①対象世帯 医療保険各制度(被用者保険、国保、後期高齢者医療制度等)の世帯に介護保険の受給者が存在する場合に、被保険者からの申請に基づき、高額療養費の算定対象となる世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が、別に定める自己負担限度額を超えた場合(※3)に当該超えた額を支給する。
- ②限度額 年額56万円を基本とし、医療保険各制度や被保険者の所得・年齢区分ごとの自己負担限度額を踏まえてきめ細かく設定。(次頁)
- ③費用負担 医療保険者、介護保険者の双方が、自己負担額の比率に応じて負担し合う。

(制度のイメージ)



(※1) 国保及び後期高齢者医療制度における所得区分の変更が、8月1日から適用されることを踏まえたもの

(※2) 食費・居住費及び差額ベッド代等については、別途負担が必要となる(現行の高額療養費・高額介護サービス費等の制度と同様。)

(※3) 高額医療・高額介護制度の目的は「医療保険と介護保険の自己負担の合算額が著しく高額になる場合に負担を軽減する」という目的と、関係する保険者が複数(2以上)にわたり、それぞれ事務負担及び費用が生じることを踏まえ、(自己負担の合算額－自己負担限度額)が500円以上となる場合に限り、支給するものとする。

<高額医療・高額介護合算制度の自己負担限度額>

○ 年額56万円(老人医療と介護保険の自己負担を合算した額の分布状況を踏まえて設定)を基本とし、医療保険各制度や所得・年齢区分ごとの自己負担限度額を踏まえてきめ細かく設定。

		後期高齢者医療制度 + 介護保険	被用者保険又は国保 + 介護保険 (70歳～74歳がいる世帯(※2))	被用者保険又は国保 + 介護保険 (70歳未満がいる世帯(※3))
現役並み所得者 (上位所得者)		67万円 (56万円の約1.20倍(※1))	67万円 (62万円の約1.09倍)	126万円 (67万円の約1.88倍)
一般		56万円	62万円→56万円 (56万円の約1.10倍)(※4)	67万円 (56万円の約1.20倍)
低所得者	II	31万円 (56万円の約0.55倍)	31万円 (62万円の約0.50倍)	34万円 (67万円の約0.51倍)
	I	19万円 (56万円の約0.34倍)	19万円 (62万円の約0.31倍)	

(※1) $1.20 = 639,900 \div 532,800 =$ (高額療養費制度における現役並み所得者の自己負担限度額(年単位))
 \div (高額療養費制度における一般の自己負担限度額(年単位))

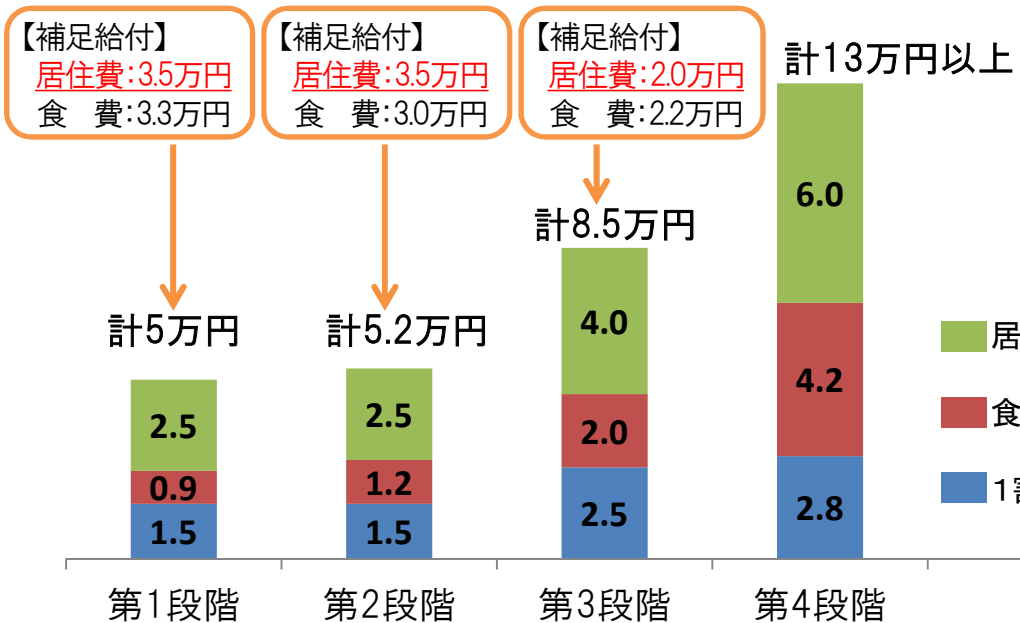
(※2・3) 対象となる世帯に、70歳～74歳の者と70歳未満の者が混在する場合には、①まずは70歳～74歳の者に係る自己負担の合算額に、(※3)の区分の自己負担限度額が適用された後、②なお残る負担額と、70歳未満の者に係る自己負担の合算額とを合算した額に、(※4)の区分の自己負担限度額が適用される。

(※4) 70歳から74歳の患者負担の見直し(1割→2割)の凍結の趣旨を踏まえ、高額療養費の限度額の見直しについても凍結することに伴い、当該見直し後の高額療養費の限度額を基にした合算制度の限度額についても変更されている。

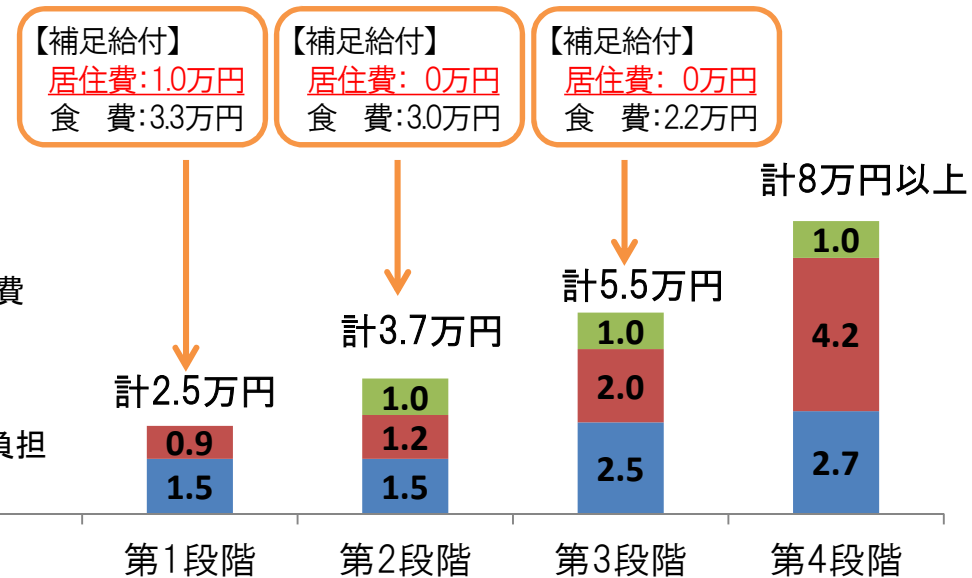
(参考) 補足給付(低所得者の食費・居住費の負担軽減)の仕組み

- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定。
- 標準的な費用の額(基準費用額)と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付
- 現在は、課税所得のみを勘案しており、資産や、非課税収入があっても給付の対象となっている。

<特養ユニット型個室の利用者負担>



<特養多床室の利用者負担>



負担軽減の対象となる低所得者

	主な対象者
第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額+合計所得金額が80万円以下
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外
第4段階～	・市町村民税本人非課税であって、世帯に課税者がある者 ・市町村民税本人課税者

(参考) 補足給付の認定者数と給付費

(1) 認定者数(平成23年度末)

<万人>

		合計	第1段階		第2段階		第3段階	
合計		103	7.3	7%	70	68%	26	25%
	介護老人福祉施設	30	1.9	6%	22	73%	6.6	22%
	介護老人保健施設	16	1.3	8%	11	69%	4.0	25%
	介護療養型医療施設	3.9	0.4	10%	2.6	67%	0.9	23%
	地域密着型老人福祉施設	0.8	0.0	0%	0.6	75%	0.2	25%
	短期入所生活介護等	52	3.7	7%	34	65%	14	27%

(2) 給付費(平成23年度)

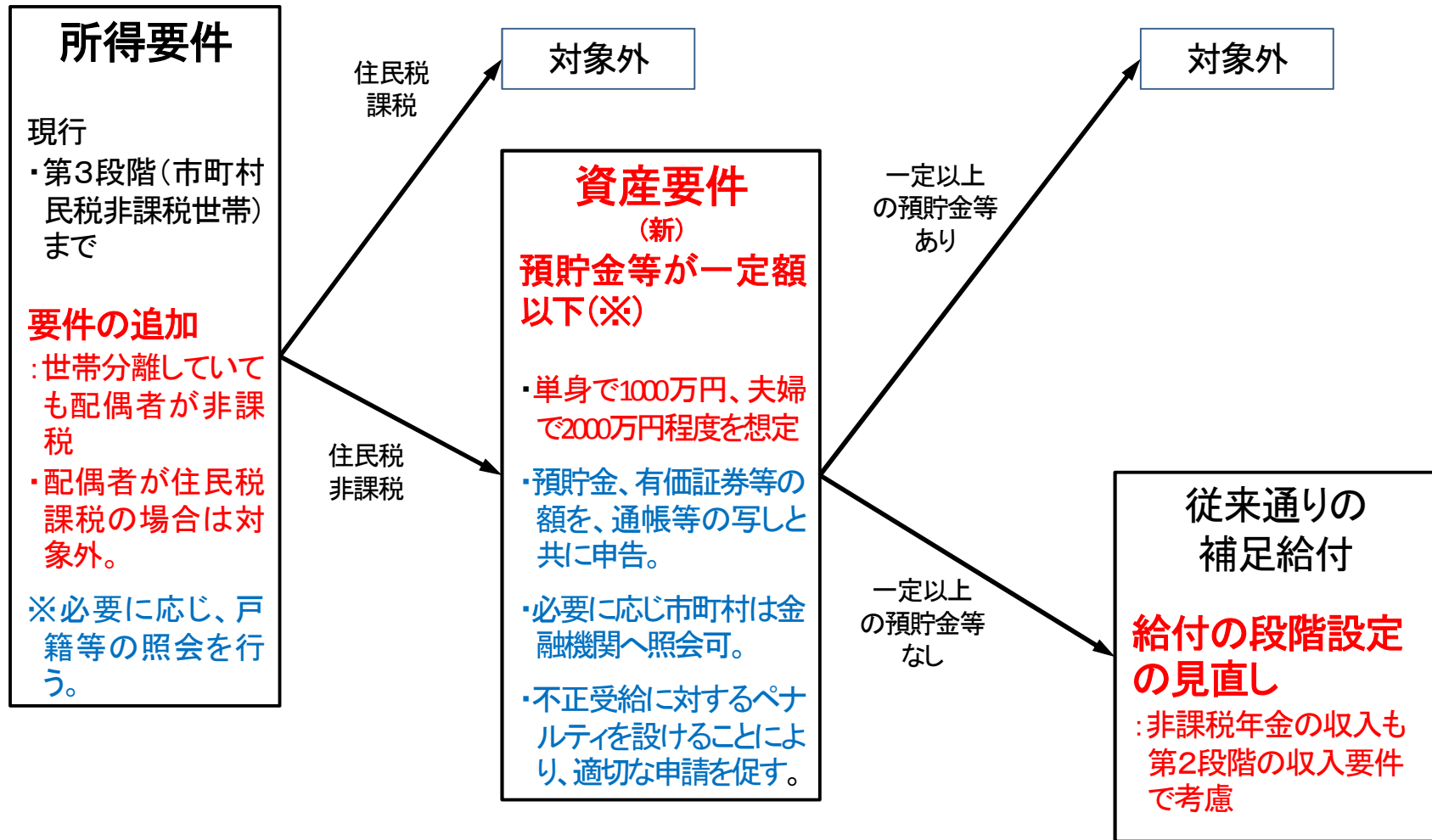
<百万円>

食費		220,392
	介護老人福祉施設	122,449
	介護老人保健施設	63,573
	介護療養型医療施設	14,574
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	3,685
	短期入所生活介護等	16,111
居住費(滞在費)		63,973
	介護老人福祉施設	40,635
	介護老人保健施設	11,562
	介護療養型医療施設	1,080
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	3,488
	短期入所生活介護等	7,208
合計		284,365

(注) 認定者数は、境界層認定の関係で、食費に係る認定数と居住費に係る認定数に若干の相違があるが、万人単位の数字は同じ。

出典：平成23年度介護保険事業状況報告

補足給付の見直しのイメージ



※ 不動産については、一定の評価額超の居宅等の不動産を所有している場合には対象外とし、これを担保に補足給付相当額の貸付を行い、死後に回収する仕組みを検討したが、貸付の対象者、資産の評価等事業実施に向けた課題を更に整理し、委託先を確保できるようにすることが必要であり、引き続き検討。

対象とする「預貯金等」の範囲

<対象とする預貯金等の種類について>

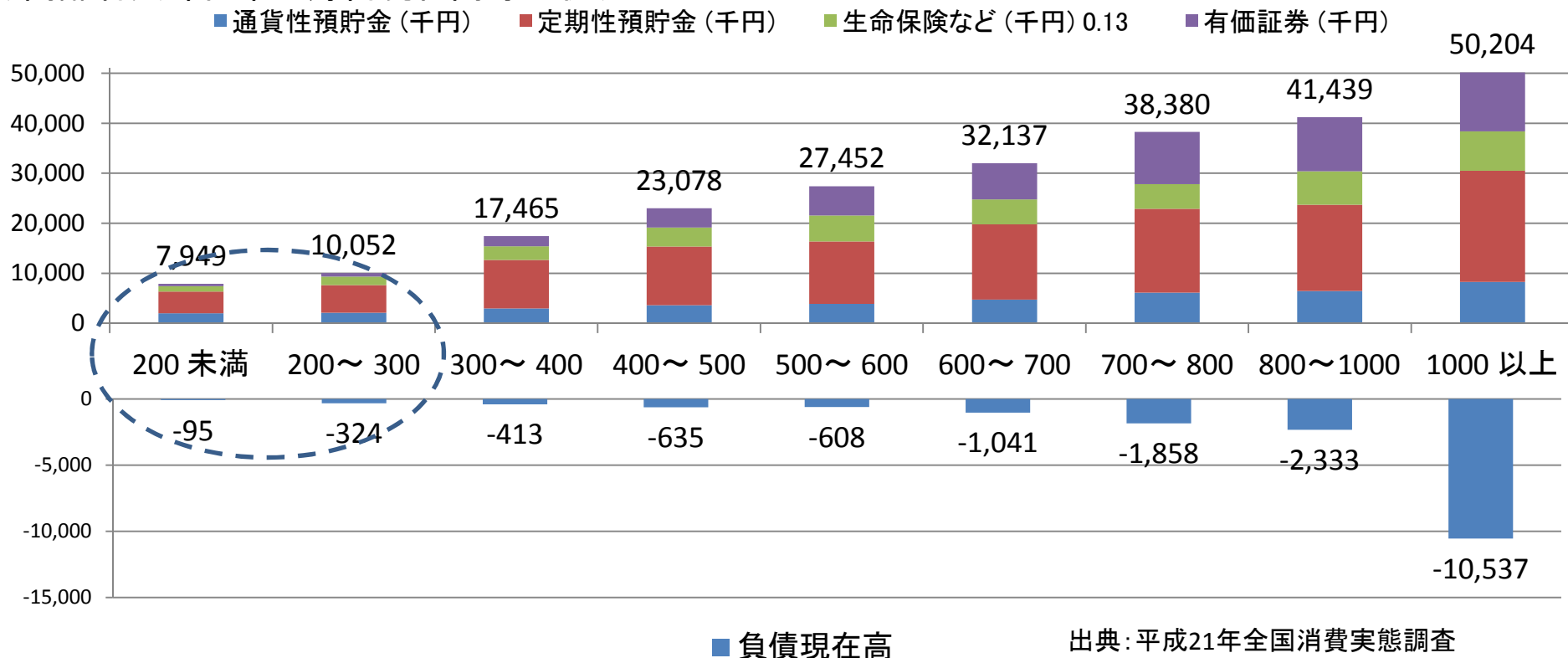
- 預貯金、有価証券その他の現金を対象とすることとしてはどうか。
- 負債がある場合には、確認書類を添えて申告の上、預貯金等の額と相殺することとしてはどうか。

<対象外とする資産の種類について>

- 生命保険等を保有している場合があるが、保険事故に対する保障を目的とする資産は、対象としないこととしてはどうか。

※ 低所得高齢者の金融資産の大部分は預貯金であり、負債がある者も少ないので、こうしたケースは比較的希であると考えられる。

(参考) 高齢者夫婦世帯の貯蓄現在高等の状況



預貯金等の額の確認方法

<自己申告制度とする考え方>

- 現在、預貯金等の金融資産を網羅的に把握できる仕組みはない。
- 番号制度が施行されても、金融機関等の口座や配当・譲渡益等の名寄せを行うことは現在のところ予定されていない。
なお、以下のような施行後3年後の検討規定がある。

(参考) 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律

附 則

(検討等)

第6条 政府は、この法律の施行後三年を目途として、この法律の施行の状況等を勘案し、個人番号の利用及び情報提供ネットワークシステムを使用した特定個人情報の提供の範囲を拡大すること並びに特定個人情報以外の情報の提供に情報提供ネットワークシステムを活用することができるようにすることその他この法律の規定について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて、国民の理解を得つつ、所要の措置を講ずるものとする。

- このため、預貯金等の勘案については、正確に把握する仕組みを前提条件とするならば、当面実施の目途は立たないこととなる。自己申告の公平性への批判はあるが、何も行わずに格差をそのまま存置して保険料負担者の負担を増大させるよりも、現在可能な手段を用いて格差の大きい高齢者の世代内の費用負担の公平化を可能な限り図っていくべきではないか。

<資産の確認方法・適正な申告を促す仕組みについて>

- 補足給付を受給する者が申請書に必要な書類を添付して申請を行う。
- 補足給付の申請書上、場合によっては金融機関への調査を行うとともに不正受給には加算金がある旨を明記し、あらかじめ調査への同意を得ることとする。
- 申請に当たり本人ないし代理する家族等が預貯金等の額を自己申告するとともに、通帳の写し等を添付し、保険者において確認を行う。
- 保険者は介護保険法に既にある金融機関等への照会規定(次頁参照)を活用して、金融機関等への預貯金の調査を必要に応じて行う。
- また、他制度を参考に、受給者本人に不正受給があった場合の加算金の規定を創設し、補足給付の申請者には、こうした加算金が課されることもある旨を申請書等に記載して周知する。

預貯金等勘案関係の実務上の課題と対応の方向

○金融機関に照会する法的根拠。

○介護保険法第203条により銀行等への報告を求めることができることとされている。生活保護法の規定も同様の規定となっている。

○金融機関への照会の位置付け。

○適正な申告を促すための動機付けともなるもの。

○金融機関への照会に対する対応の確保

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

○預貯金等の確認の頻度等

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

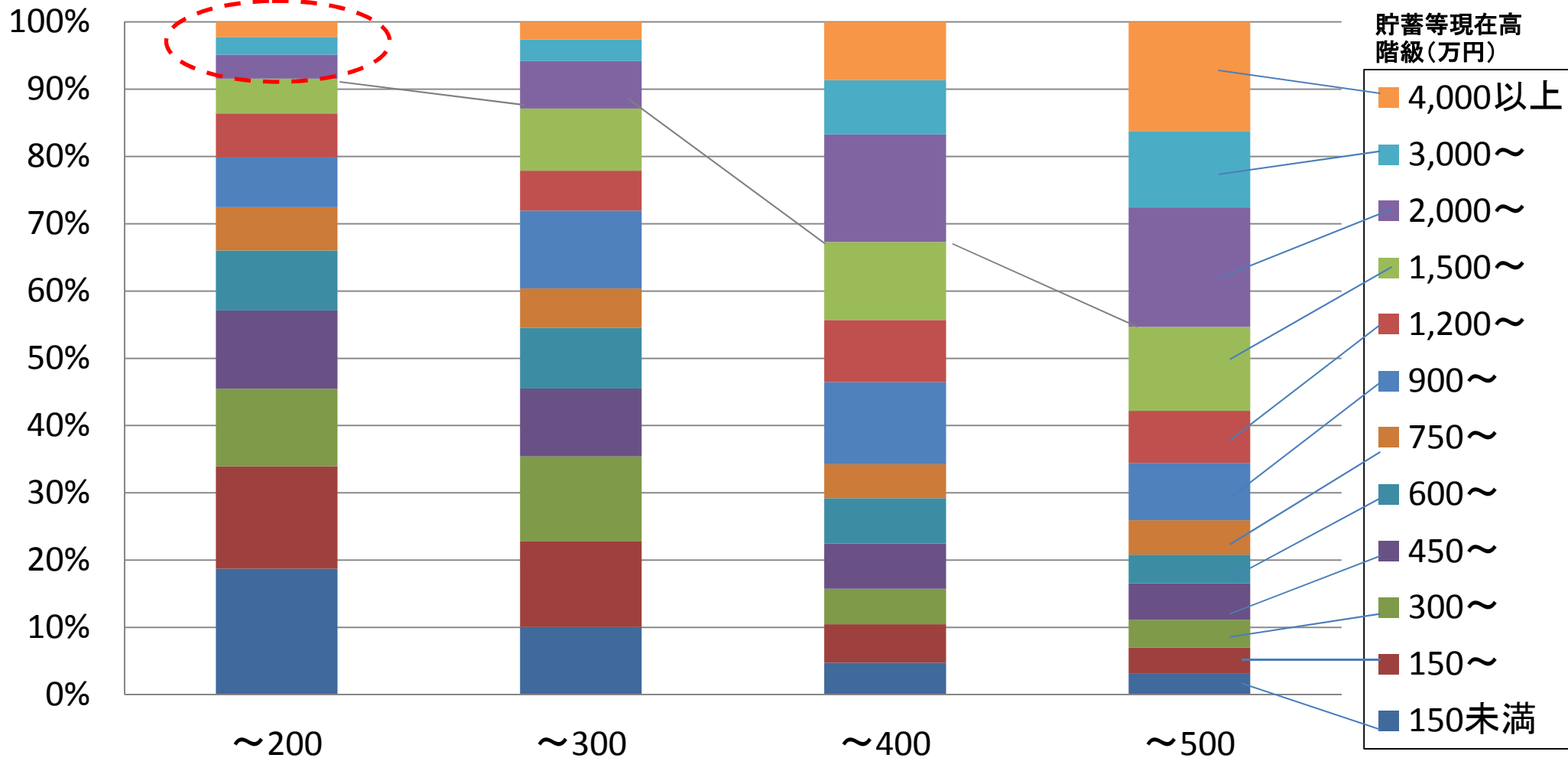
○有価証券の取り扱い

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

(参考) 高齢者世帯の貯蓄等の状況

(1) 夫婦高齢者世帯の収入階級別の貯蓄等保有状況

○ 収入200万円未満の世帯で貯蓄等が2000万円以上の世帯の占める割合は約8%。



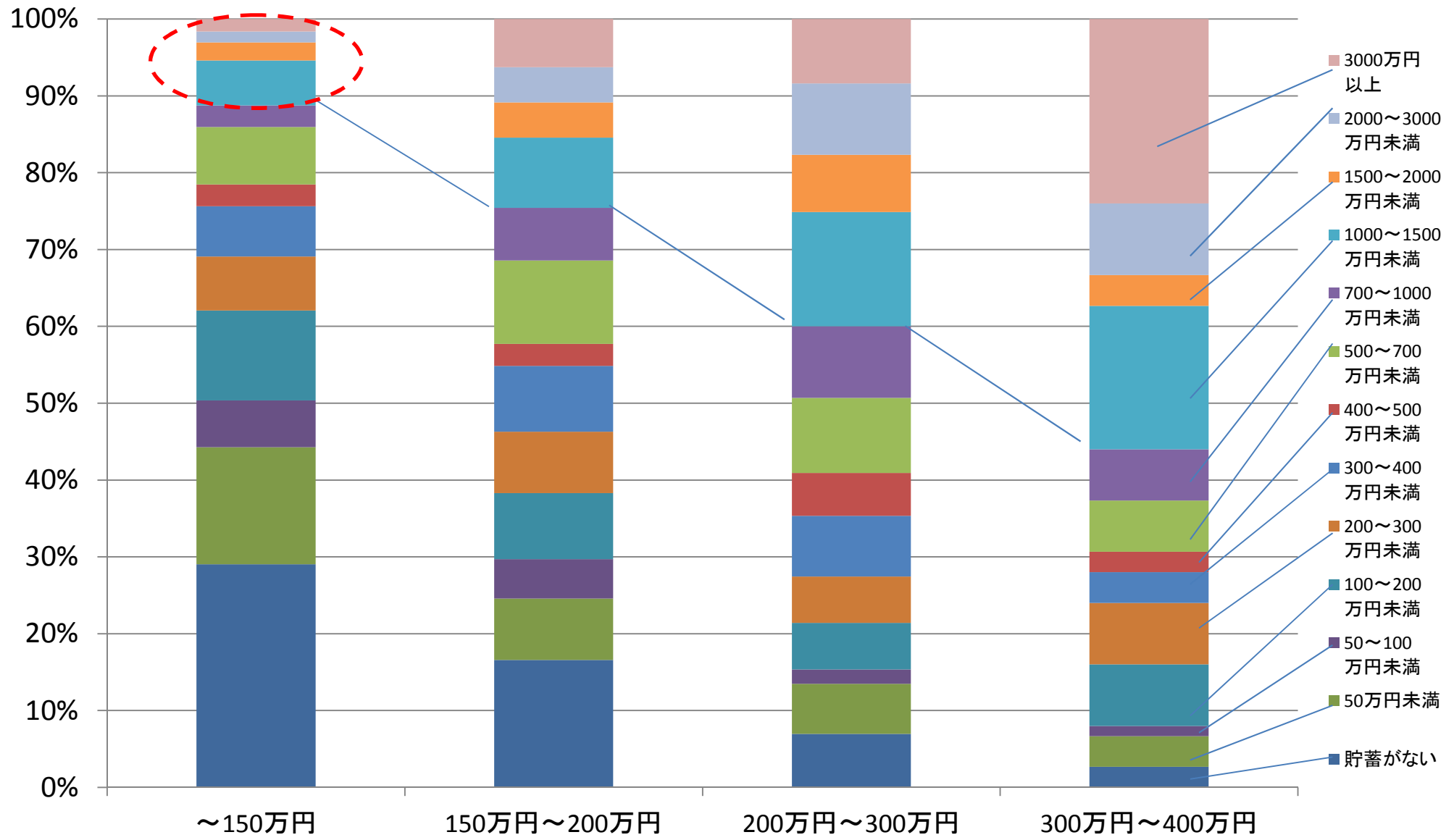
(注)「夫婦高齢者世帯」とは65歳以上の夫婦のみの世帯を指す

[出典]平成21年全国消費実態調査

(収入階級:万円)

(2) 高齢者単身世帯の収入階級別の貯蓄等保有状況

○ 収入150万円未満の世帯で貯蓄等が1000万円以上の世帯の占める割合は11%。



(注)「高齢者単身世帯」とは65歳以上の単身世帯を指す

[出典]平成22年国民生活基礎調査を特別集計

(参考) 年金の受給状況

(1) 老齢年金受給者の公的年金の受給状況

<人>

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

出典: 老齢年金受給者実態調査(平成23年 無作為抽出による調査)

(2) 遺族年金の受給状況

<千人>

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

出典: 遺族年金受給者実態調査(平成22年 無作為抽出による調査)

(3) 障害年金の受給状況

<千人>

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

出典: 障害年金受給者実態調査(平成21年 無作為抽出による調査)

利用者負担等の見直しの財政影響の推計

※ 第6期(平成27年度～29年度)平均

<利用者負担の見直し>

	<年度・億円>			<円・月/人>
	給付費	保険料	公費	1号保険料
案1(被保険者全体の上位20%) + 現役並の高額介護サービス費見直し	▲750	▲330	▲420	▲40
案2(課税者の上位50%) + 現役並の高額介護サービス費見直し	▲710	▲310	▲400	▲38

<補足給付の見直し>

	<年度・億円>			<円・月/人>
	給付費	保険料	公費	1号保険料
補足給付の見直し(合計)	▲700	▲310	▲390	▲37
一定以上の預貯金のある者を対象外	▲360	▲160	▲200	▲19
配偶者の所得を勘案	▲200	▲90	▲110	▲11
遺族年金等非課税年金を第2段階と第3 段階の判定に勘案	▲130	▲60	▲70	▲7

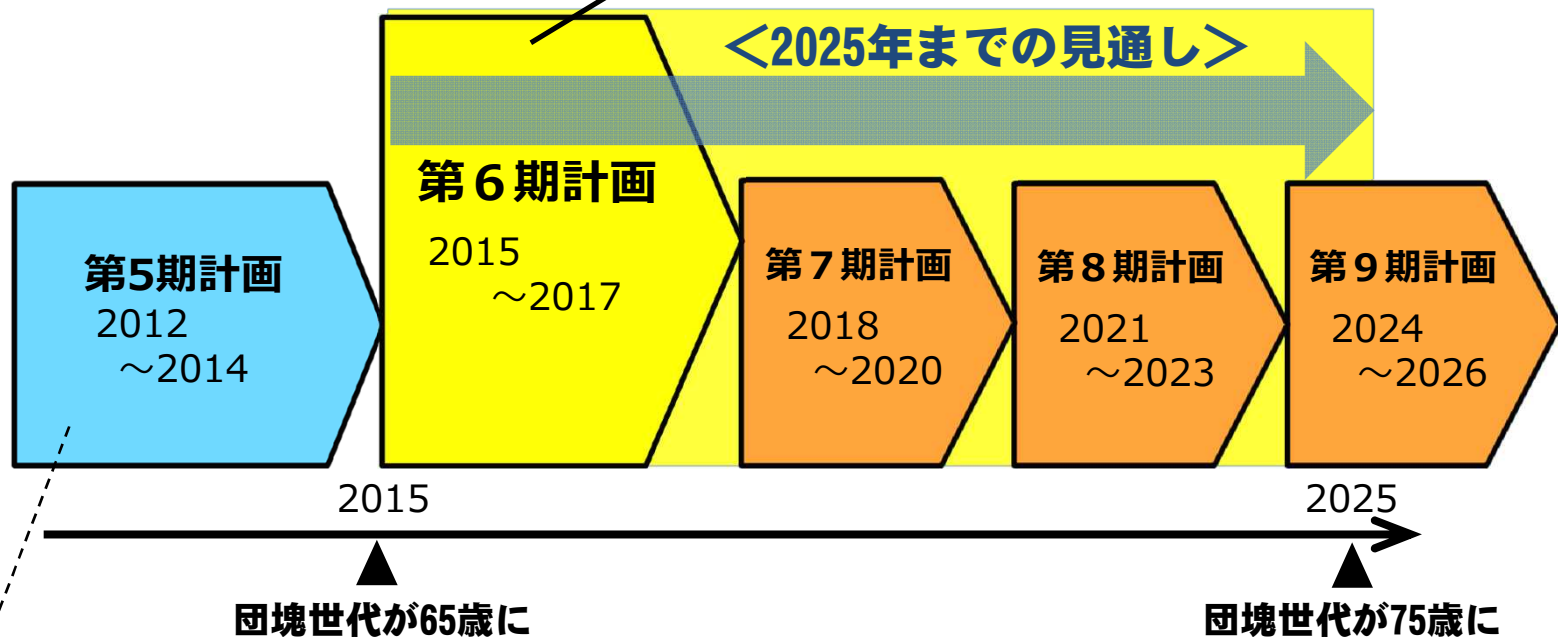
注1:平成24年の介護給付実態調査等を基に推計を行い、「平成25年度予算の後年度歳出・歳入への影響試算」における介護給付費の伸び率等を勘案して将来的な影響額を算出しており、今後の給付費の動向等により影響は変化する。

注2:「公費」の額は、2号保険料に係る介護納付金に対する国庫補助を含む。

Ⅲ 2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくもの。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。



(参考)

団塊世代が65歳に

団塊世代が75歳に

第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート