

介護保険制度の見直しに関する意見

平成28年12月9日

社会保障審議会介護保険部会

目次

はじめに	1
I 地域包括ケアシステムの深化・推進	2
1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進	2
(1) 保険者等による地域分析と対応	2
(2) 地域支援事業の推進	6
(3) 介護予防の推進	10
(4) 認知症施策の推進	12
(5) 適切なケアマネジメントの推進等	14
(6) ニーズに応じたサービス内容の見直し	17
2. 医療・介護の連携の推進等	20
3. 地域包括ケアシステムの深化・推進のための基盤整備等	22
(1) 地域共生社会の実現の推進	22
(2) 介護人材の確保(生産性向上・業務効率化等)	24
(3) サービス供給への保険者の関与	25
(4) 安心して暮らすための環境の整備(有料老人ホームの入居者保護の充実等) ...	27
II 介護保険制度の持続可能性の確保	28
1. 利用者負担のあり方	28
(1) 利用者負担割合・高額介護サービス費	28
(2) 補足給付	31
2. 給付のあり方	32
(1) 軽度者への支援のあり方	32
(2) 福祉用具・住宅改修	34
3. 費用負担(総報酬割・調整交付金)	36
(1) 総報酬割	36
(2) 調整交付金	38
III その他の課題	38
(1) 保険者の業務簡素化(要介護認定)	38
(2) 被保険者範囲	39
(3) 介護保険適用除外施設における住所地特例の見直しについて	40
(4) 現金給付	41
おわりに	42

はじめに

- 介護保険制度は、その創設から 16 年が経ち、サービス利用者は制度創設時の3倍を超え、500 万人に達しており、介護サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきている。
- その一方で、高齢化に伴い、介護費用の総額も制度創設時から約3倍の約 10 兆円になるとともに、65 歳以上の人を支払う保険料の全国平均も、制度創設時は 3,000 円を下回っていたものの、現在は 5,000 円を超え、2025 年度には 8,000 円を超えることが見込まれている。また、40 歳以上 64 歳以下の人の負担する保険料についても大幅に増加しており、今後も介護費用の拡大に伴い増加することが見込まれる。
- さらに、2025 年にはいわゆる団塊世代すべてが 75 歳以上となるほか、2040 年にはいわゆる団塊ジュニア世代が 65 歳以上になるなど、人口の高齢化は、今後さらに進展することが見込まれている。具体的には、2015 年時点で 65 歳以上人口 3,395 万人、75 歳以上人口 1,646 万人だったものが、2042 年には 65 歳以上人口が 3,878 万人となりピークを迎え、2055 年には 75 歳以上人口が 2,401 万人となり、全人口の 25%を超える見込みである。
- また、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など、各地域の状況は異なる。その一方で、年齢構成を補正した上でも、要介護認定率や一人当たり介護費用、施設サービスと居宅サービスの割合等について、地域差が存在している状況にある。
- 介護職員を継続的に確保していくことも必要である。介護職員については、介護保険制度創設時の約 55 万人から、2014 年度には約 177 万人と、3倍以上に増加しているが、2020 年代当初における介護人材の需給ギャップを解消するため、約 25 万人の人材を追加的に確保するための対策を進めている。
一方で、介護職員の有効求人倍率の伸びは全産業平均に比べ大きくなっている状況もあることから、一層の人材確保対策に取り組むことが求められている。
- また、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」（平成 27 年6月 30 日閣議決定）や、「経済・財政再生アクション・プログラム」（平成 27 年 12 月 24 日経済財政諮問会議）、「経済財政運営と改革の基本方針 2016」（平成 28 年6月2日閣議決定）等でも、経済・財政の再生や社会保障制度の持続可能性の確保の観点から、介護保険制度の見直しについて、様々な指摘がなされている。

- このように介護保険制度を取り巻く状況が大きく変化している中で、団塊世代が 75 歳以上となる 2025 年や、団塊ジュニア世代が 65 歳以上となり、高齢者数がピークを迎える 2040 年も見据えつつ、引き続き、高齢者がその有する能力に応じ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や、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減・悪化の防止といった制度の理念を堅持し、質が高く必要なサービスを提供していくと同時に、財源と人材とをより重点的・効率的に活用する仕組みを構築することにより、制度の持続可能性を確保していくことが重要である。持続性を確保するためには、給付費の伸びの抑制を図るとともに、利用者負担の在り方、保険料負担の在り方について、世代内・世代間の公平等を踏まえた必要な見直しに取り組むことが必要である。さらに、国及び都道府県が一体となって支えつつ、介護保険の保険者である市町村の保険者機能を強化していくことが必要である。

- 介護保険制度については、これまでの制度改正等においても、「地域包括ケアシステムの推進」と「介護保険制度の持続可能性の確保」に取り組んできたが、今後もこの2点をより深化・推進していく観点から、必要な見直しを進めていくことが適当である。

- このような認識の下、本部会では、本年2月以降 16 回にわたって審議を重ねてきた。以下、本部会におけるこれまでの審議を整理し、介護保険部会の見直しに関する意見書としてとりまとめる。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

(1) 保険者等による地域分析と対応

【総論】

- 介護保険は、高齢者の自立支援や介護予防をその理念としているが、今後、高齢化が進展していく中においても、この理念を堅持し、地域包括ケアシステムをより深化・推進していくことが必要である。

- 特に、いわゆる団塊世代が 75 歳以上となる 2025 年、さらにはいわゆる団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる 2040 年に向けて、大都市やその周辺都市、地方都市、中山間地域等、地域によって高齢化の状況及びそれに伴う介護需要も異なってくることが想定され、地域実情に合わせた地域包括ケアシステムを深化・推進していくことが重要である。

○ また、現在、要介護認定率や一人当たり介護費用、施設サービスと居宅サービスの割合などについては、地域差が存在している状況にある。

介護保険制度には、全国一律の基準による要介護認定など保険者間の差を抑制し適正化を図る仕組みがある一方で、高齢化の状況、地理的条件、独居等の家族構成など地域差を必然的に生じさせる要素もあり、それぞれの保険者が国及び都道府県の協力のもと、地域差の存在について多角的な分析を行い、その結果を踏まえて、縮小されるべき地域差については、これを縮小するよう適切に対応していくことが求められる。

○ このような状況を踏まえ、今後は、以下の①から④の取り組みを繰り返し行うこと、すなわち、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組である「地域マネジメント」を推進し、保険者機能を強化していくことが適当である。

① 各保険者において、それぞれの地域の実態把握・課題分析を行う。

② 実態把握・課題分析を踏まえ、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成する。

③ この計画に基づき、地域の介護資源の発掘や基盤整備、多職種連携の推進、効率的なサービス提供も含め、自立支援や介護予防に向けた様々な取り組みを推進する。

④ これら様々な取り組みの実績を評価した上で、計画について必要な見直しを行う。

○ その際、市町村自身が保険者機能を果たすためには、新たに生じる事務負担に十分配慮し、行政サービスの質の低下を招かないようにする必要がある。人員やノウハウの課題もあることから、保険者による極端な格差が生じないように国や都道府県が市町村を具体的にかつ積極的に支援していくことが適当である。都道府県が行う具体的な支援について、地域によって状況が異なることに留意した上で、その内容や法的根拠を明確にする必要がある。

例えば、国においては地域の実情や特性を踏まえ、地域の自主性を尊重しながら各種ガイドラインを作成するほか、都道府県職員に対する研修を実施することなどが考えられ、都道府県においては市町村職員に対する研修を実施するほか、医療職の派遣に関する団体調整を行うことなどが考えられる。

この点に関して、地方財政に占める介護保険事業歳出のボリュームが増大していることも意識しつつ、各市町村において、保険者機能を強化するという強い認識を持ち、介護保険に係る行政分野への人材投入等を行うべきであるとの意見があった。

【データに基づく地域課題の分析等】

○ 市町村や都道府県の介護保険事業(支援)計画の作成、実施及び評価、並びに国民の

介護保険事業の運営に関する実情の把握に資するため、保険者による地域の実態把握・課題分析のための基盤を整備することが適当である。その際、評価指標にかかるものを含めデータの整備について、市町村及び都道府県に過度な事務負担が生じないよう、国において、全国の市町村及び都道府県が活用できるシステムを構築するなど環境を整備していくことが重要である。

○ 具体的には、

- ・ 市町村による国に対する介護給付費や要介護認定等に関するデータの提出を義務づけるとともに、
- ・ 国は、市町村から提供されるデータを集計・分析し、地域包括ケア「見える化」システムを通じて、各都道府県・市町村の地域分析に資するようなデータ(地域差に関するデータを含む。)を提供する
- ・ また国は、「見える化」を広く国民に周知させるための広報などを進めることとするのが適当である。

○ なお、地域包括ケア「見える化」システムにおいて活用されている、介護保険総合データベースのデータについては、データベースをより有効活用するために、データの利用目的が公益性の高い場合には、第三者提供を可能とすることが適当である。

この場合、個人情報保護は当然に重要であり、この点も含め、データを提供する対象、データ利用に係る手続き等については、別途、検討の場を設けて検討することとするのが適当である。

○ また、医療と介護のデータを合わせた分析・利活用も重要な課題であるが、これについては、「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」の取りまとめを踏まえつつ、検討していくこととするのが適当である。

この点に関連して、医療と介護のデータベースはそれぞれ匿名化され容易には名寄せができないため、それらを連結して分析するためには技術的な検討を実施していくことが必要との意見があった。

【地域マネジメントに係る取り組み内容・目標の計画への記載】

○ 市町村や都道府県が介護保険事業(支援)計画を策定する際には、上記により国から提供されたデータを利用して地域課題を分析するよう努めることとするのが適当である。

また、都道府県は、市町村が行う地域課題の分析を支援するよう努めることとするほか、こうした分析が円滑にできるよう、国はガイドラインを策定するなどの支援を実施することが適当である。

○ 市町村は、介護保険事業計画に、地域の実情に応じて、高齢者の自立支援と介護予防に向けた具体的な取組内容やその目標を記載することとするのが適当である。

○ 一方、都道府県については、介護保険法において「介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない」とされているところ、高齢者の自立支援と介護予防に向けて、都道府県が実施に努めるべき具体的な保険者支援について、法律上明確化することが適当である。

さらに、都道府県は、介護保険事業支援計画に、市町村が行う高齢者の自立支援と介護予防に向けた取組に係る支援の具体的な内容やその目標を記載することとするのが適当である。

【自立支援や介護予防に向けた様々な取り組みの推進】

○ 市町村は、介護保険事業計画に従い、高齢者の自立支援と介護予防に向けた具体的な取り組みを進めることとなる。

○ 具体的な取り組みとしては、住民や事業者など地域全体への自立支援・介護予防に関する啓発普及、介護予防の通いの場の充実、リハビリテーション専門職等との連携や口腔機能向上や低栄養防止に係る活動の推進、地域ケア会議の多職種連携による取り組みの推進、地域包括支援センターの強化など、地域の実態や状況に応じた様々な取り組みが考えられる。

【適切な指標による実績評価】

○ 各市町村において様々な取り組みを進めていくこととなるが、地域マネジメントによる地域包括ケアシステムの深化が着実に進むよう、取組のアウトカム指標やアウトプット指標（プロセス指標）を国が設定し、PDCAの一環として、市町村や都道府県が自己評価するとともに、国に報告する仕組みを設けることが適当である。

○ アウトカム指標については、要介護認定率の抑制等、適正なサービス利用の阻害につながるものとする必要があり、例えば、要介護状態等の維持・改善の度合い、健康な高齢者の増加などの保険者の取組の成果を反映する指標が考えられる。

また、アウトプット指標については、例えば、地域包括ケア「見える化」システムの活用状況も含む地域分析の実施状況、地域ケア会議の実施状況、生活支援コーディネーターの活動状況、地域包括支援センターにおけるケアマネジメント支援等の実施状況、介護予防・自立支援の取組の状況等を指標とする方向が考えられる。

評価指標については、市町村毎に人材やノウハウ、地域資源などの状況は大きく異なるため、それぞれの地域での取り組みが適切に評価できるようなきめの細かいものとする必要があるとあり、市町村や都道府県の意見を十分に聞いた上で設定することが適当である。

【インセンティブの付与】

○ 都道府県や市町村に対する取組を推進するため、上記の評価については各市町村、都道府県毎に、住民も含めて公開することとし、成果を他の地域と比較することによりPDCAサイクルに活用することとするのが適当である。

○ さらに、財政面においても、市町村や都道府県に対するインセンティブを設けることも検討すべきである。

その具体的な内容については、市町村及び都道府県の取組は多様であり、追加財源を確保した上で実施すべきとの意見がある一方、ディスインセンティブも組み合わせた上で財政中立で実施すべきとの意見もあった。また、自治体毎に人材やノウハウ、地域資源などに大きな差異がある中で、自治体間の格差が広がらないように留意すべきとの意見などもあり、これらの意見に留意しながら、丁寧な検討を行うことが適当である。なお、保険者の取り組みは保険者機能そのものであるとともに、適正化自体が保険者のインセンティブとなることや都道府県の支援と各市町村におけるアウトカムとの関係が明確とは言い難いことから、インセンティブを設けるべきではないとの意見もあった。

(2) 地域支援事業の推進

【地域支援事業の評価】

○ 地域支援事業は、被保険者が要介護状態等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、可能な限り、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するものであり、①介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」と言う。）、②包括的支援事業、③任意事業から構成されている。

○ この地域支援事業に関しては、地域包括支援センターの活動や、総合事業について評価を行う仕組みはあるものの、地域支援事業全体として評価を行う仕組みはなく、それぞれの事業が効果的に実施されるためには、定期的に取り組みの評価を行い、評価に基づく取組の改善が行われる必要がある。

○ このため、地域支援事業における地域ケア会議の実施状況、生活支援コーディネーターの活動状況、地域包括支援センターにおけるケアマネジメント支援等の実施状況について、

評価指標として国が定め、市町村は評価指標に基づく評価を行うこととするほか、評価が効果的な事業実施に結びつくよう、市町村が介護保険事業計画に地域支援事業の事業方針や目標を定めることとするのが適当である。

- また、市町村が地域支援事業等を通じた介護予防等の取組を適切に進めることができるよう、都道府県が市町村の課題に応じ積極的に支援を実施することを目的として、国において、都道府県職員に対する研修を実施することが適当である。

【介護予防・生活支援サービス事業、生活支援体制整備事業の実施状況の把握・検証】

- 介護予防・生活支援サービス事業（総合事業の一つであり、要支援認定を受けた被保険者等に対して、訪問型サービスや通所型サービス、その他生活支援サービス等を提供する事業）については、平成 26 年介護保険法改正により創設されたが、その実施は市町村が条例で定める場合、平成 29 年4月まで猶予可能とされている。

また、生活支援体制整備事業（包括的支援事業の一つであり、地域におけるサービスや担い手の開発等に取り組む生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等を行う事業）についても平成 26 年介護保険法改正により創設されたが、その実施は市町村が条例で定める場合、平成 30 年4月まで猶予可能とされている。

- 平成 27 年4月に総合事業を開始した 78 市町村の状況をみると、介護予防訪問介護と介護予防通所介護に相当するサービス以外の「多様なサービス」が出現していることが確認された一方で、介護サービス事業者や介護労働者以外の「多様な主体」による取組が十分に広まるまでに至っていないことが分かった。

- このような状況を踏まえ、総合事業の取組が地域に定着し、地域づくりに対する住民意識が醸成されることによる、取組の発展的成長を促進するため、生活支援体制整備事業の早期実施を促すとともに、引き続き、随時、市町村に対し必要な支援を行いつつ、利用者の状況を含む介護予防・生活支援サービス事業及び生活支援体制整備事業の実施状況や、介護専門職への影響について把握・検証を進め、その結果を踏まえ、政策の評価を行うことが適当である。

なお、この実施状況の把握・検証については、遅滞なく行う必要があるとの意見がある一方で、第6期介護保険事業計画期間中に検証を行うのは早過ぎるとの意見があった。

- また、介護予防ケアマネジメント（総合事業のみを利用する者に対するケアマネジメント）について、今後、実施状況の把握・検証を行いつつ、介護予防支援（予防給付のサービスを利用する者に対するケアマネジメント）との間で円滑な実施が図られるよう、事務手続き

等の改善を検討することとするのが適当である。

【地域包括支援センターの強化】

- 地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメントや包括的支援事業等の実施を通じて、地域住民の心身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。

- 高齢者の自立支援・介護予防を推進するためには、地域においてケアマネジメントが適切に機能する必要がある。地域包括支援センターの業務のひとつとしてケアマネジメント支援が位置づけられている。

実際の支援の中心は介護支援専門員（ケアマネジャー）への直接的支援となっているが、地域における適切なケアマネジメント環境を整備するためには、住民やサービス事業所を対象とした取組も必要である。

また、ケアマネジメント支援の強化に当たっては、地域ケア会議について、更なる取組の促進が必要である。

- このため、地域包括支援センターが行うケアマネジメント支援について、ケアマネジャー個人への支援から、地域の住民やサービス事業所等を含めた『地域全体をターゲットとする支援』へ拡大するとともに、国においてケアマネジメント支援の全体像の整理を行い、業務のプロセスや取組事項等を具体化・明確化することが適当である。

また、地域ケア会議の推進のため、地域ケア会議の業務を具体化・明確化することが適当である。

- 次に、介護離職を防止する観点からは、地域包括支援センターの取組として、働きながら介護に取り組む家族や、今後の仕事と介護の両立不安や悩みを持つ就業者に対する相談支援の充実強化が、より一層求められる。

- このため、地域包括支援センターの土日祝日の開所や、電話等による相談体制の拡充、地域に出向いた相談会の実施など、相談支援の強化を図ることが適当である。また、これに併せて、国においてこれらの取組の円滑な実施を促すための環境整備も進めることが適当である。

- 地域包括ケアシステムを構築するためには、在宅医療と介護の連携も必要となり、その推進のためには、例えば、退院時の調整など、地域包括支援センターも積極的に役割を果たしていくことが求められる。

- このため、地域包括支援センターの業務として、例えば、ケアマネジャーが決まっていな
い患者に対するケアマネジャーの選定の支援や、予防給付等の利用が見込まれる患者に
対する退院に向けたサービスの調整等を位置づけることが適当である。なお、土日祝日の
開所等を行う場合、対応する人員の確保は難しいとの意見があった。

- このように地域包括支援センターの取組強化が求められる中、地域包括支援センター職
員の質の向上が課題となってくる。現在、地域包括支援センターには、主任介護支援専門
員、保健師、社会福祉士の3職種を配置することとしているが、このうち、保健師、社会福
祉士については「準ずる者」が一定数配置されている現状となっている。

- このため、この「準ずる者」について、職種ごとの特性を踏まえ、将来的に解消すること
を目指すことが適当である。その際、保健師については、人材確保が困難となっている実態
を踏まえ、「準ずる者」の規定を残しつつ、高齢者の公衆衛生業務に関する業務経験を追
加する等の対応をとることが適当である。
また、ケアマネジメント支援等の政策課題について、円滑な実施が図られるよう、地域包
括支援センター職員に対する研修を実施することが適当である。

- また、地域包括支援センターの業務負担が過大になっているとの指摘があり、特に介護
予防支援業務等は地域包括支援センターの業務から外すべきとの意見が複数ある一方
で、市町村が責任主体とされサービス事業者とは独立した位置づけである地域包括支援
センターでの保健師等複数の専門職によるチームアプローチの重要性に鑑み、介護予防
支援業務等は地域包括支援センターで行うべきとの意見があった。

- 地域包括支援センターにおける課題は、介護予防支援や総合相談支援など、それぞ
れの地域包括支援センターで異なることから、市町村がそれぞれの課題を踏まえた必要な
体制を整備するほか、引き続きそのための財源を確保するとともに、業務の整理を検討す
ることが必要である。
このため、後述するように、地域包括支援センターの体制に関する評価の実施を通じて、
市町村に対し適切な人員体制の確保を促すこととするほか、前述したように、国において
介護予防ケアマネジメントの実施状況の把握・検証を行いつつ、介護予防支援との間で円
滑な実施が図られるよう、事務手続き等の改善を検討することが適当である。

- 地域包括支援センターの活動を適切に評価していくためには、確立された評価指標によ
り定期的に評価を行うことが必要であるが、現在、地域包括支援センターの評価は、努力

義務として市町村がそれぞれの方法で実施している。

- このため、国において評価指標を定めるとともに、評価を行うことを市町村及び地域包括支援センターの義務とすることが適当である。また、市町村に対し地域包括支援センターの体制に関する評価の実施を通じて、適切な人員体制の確保を促し、またその結果を公表することが適当である。

(3) 介護予防の推進

【介護予防の事業評価と改善】

- 介護予防は、高齢者等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する取組であり、単に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、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、これによって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の向上を目指すことが重要である。

- この介護予防については、平成26年介護保険法改正においては、以下の考え方に基づき、関連の事業の再編が行われた。

- ① 機能回復訓練など的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取組が重要である。
- ② 高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態にいたっておらず、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながっていく。できる限り多くの高齢者が、地域で支援を必要とする高齢者の支え手となっていくことで、より良い地域づくりにつながる。
- ③ 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が増え、通いの場が普及拡大していくような地域づくりを推進する。
- ④ 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(例えば、住民主体の通いの場の立ち上げや充実、地域ケア個別会議への関与等)を推進する。

- 介護予防の取組については、現在も一定の指標を用いて評価を行い、事業の改善に活用しているが、今後も、平成26年介護保険法改正の考え方に従い、より効果的に事業を推進するため、現在の評価指標に加えて、介護予防・自立支援に特化し、その現状を反映するような指標を検討することとするのが適当である。

指標の検討に際しては、現在ある指標を踏まえながら、プロセス指標だけではなく、アウ

トカム指標を組み合わせながら実施することが必要である。

- なお、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はあくまでも目標であり、利用者に対して過度な強制とならないよう、十分に留意することが適当である。

【自立支援・介護予防を推進するための都道府県等の支援】

- 効果的な介護予防の取組には、リハビリテーション専門職等が地域ケア会議や住民主体の通いの場等へ関与し、高齢者の自立や社会参加を促進することが有用であるが、これらの専門職等が不足している現状にあった。
- そのため、介護予防・日常生活支援総合事業において、市町村が地域ケア会議等にリハビリテーション専門職等を派遣するための事業（地域リハビリテーション活動支援事業）を新設し、これらの専門職の関与を促進することとしたが、市町村においてリハビリテーション専門職等を確保することは難しい状況にある。
- このような状況を踏まえ、市町村が地域支援事業を行うにあたり、都道府県からの情報提供や、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等関係団体、医療機関等の関係者から、地域リハビリテーション推進の枠組等を活用した人的支援等の自立支援・介護予防の推進に必要な協力を得やすくするための制度的な手当てを行うことが適当である。

【介護予防の推進のための住民へのインセンティブ】

- これまでの地域づくりの推進等の取組によって、通いの場の数は徐々に増加しているが、一方で介護予防に意欲をもって主体的に取り組む住民を増加させることも必要である。
- このような観点から、既に、介護予防に関する取組への参加回数に応じて、市町村がポイントを付与し、一定のポイント数に応じて特典を得られるようにしている事例もある。
このため、このような取り組みが、既存事業で実施できる旨を明確化することが適当である。
このようなインセンティブ付けの仕組みについては、
 - ・ 個人だけではなくグループに対しても評価し、社会参加の動機付けを促すようなインセンティブ付けをしていくことが必要ではないか
 - ・ 特に個人へのインセンティブについては、過度な内容にならないように留意することが必要ではないか
 - ・ 要支援・要介護の審査判定を受けた者が、状態を改善させて非該当となった場合を対

象とすべきではないか

- ・ 要介護・要支援認定非該当の方のみを対象とするのか
- ・ 介護予防等の活動を行ったことだけでなく、その活動の結果、重度化がいかに防がれたかを評価するのが適当ではないか
- ・ インセンティブ付けを検討する場合、その費用対効果が適切に測れるように検討する必要があるのではないかなど、付与方法や対象者の範囲、評価方法に関する意見があった。

(4) 認知症施策の推進

【総論】

- 認知症施策については、平成 27 年 1 月に策定された認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)で示されている7つの柱(普及・啓発、介護者支援、本人視点の重視など)に沿って推進していくことが必要であるが、現行の介護保険法では、この考え方が明確化されていない。
- このため、新オレンジプランの基本的な考え方を介護保険制度においても明確にすることが適当である。

【認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、社会参加や生きがいづくり】

- 認知症の人への支援については、認知症の早期診断・早期対応を軸として、認知症の人がその時の容態に応じて、もっともふさわしい場所で適切なサービスを受けられる、循環型の仕組みを構築していくことが重要であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護職員等の認知症の人への対応力向上のための人材育成の推進や多職種連携等の医療・介護等の連携をさらに推進していくとともに、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の設置やその役割の整理・強化を進めていくことが必要である。
- このため、この循環型の仕組みを構築していく観点を介護保険事業(支援)計画等に盛り込む等、各地域で計画的に取り組むこととするのが適当である。
- その際、特に医療との連携の観点から、都道府県が市町村に対して必要な支援を行えるようにすることが適当である。また、認知症初期集中支援チームについては、必ずしも初期でない認知症の人への支援やいわゆる困難事例への対応等も必要とされていることから、より効果的にチームを機能させるような取り組みを進めていくことが適当である。
- 一方、認知症に関する相談支援については、単に必要なサービスに繋げるというだけで

なく、認知症の人同士が繋がることや、集まって意見交換したりするための場づくり等を通じて、認知症の人の社会参加や生きがい作りを支援していくことも重要である。

- このため、認知症地域支援推進員の役割の整理を含め、認知症の人の社会参加や生きがいづくりの効果的な展開方法を確立するとともに、その普及・定着を推進していくことが適当である。

【認知症の人の介護者への支援】

- 家族をはじめとする認知症の人の介護者への支援については、新オレンジプランに沿って様々な取り組みが進められているが、認知症の人の介護者の生活上の課題は多様であることもあり、必ずしも十分な支援に繋がっていないのではないかと指摘もある。
- このため、認知症の人の介護者への支援について、認知症初期集中支援チーム、認知症カフェ、ボランティアが認知症の人の居宅を訪問して一緒に過ごす取組（「認とも」）、家族向けの認知症介護教室等に加え、認知症の人の家族もまた認知症と向き合う当事者であるとの視点を踏まえつつ、精神的側面への支援を含めたより重層的な介護者への支援の在り方等について検討を進めていくことが適当である。

【認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進】

- 認知症高齢者等の増加が見込まれる中、認知症高齢者等がその判断能力に応じて、必要な介護や生活支援サービスを受けながら日常生活を過ごすことができるようにすることが重要である。
- このため、成年後見制度利用促進法の検討状況も踏まえつつ、関係機関が連携しながら市民後見人の育成やその活動の支援、法人後見の活用等により、後見等の実施前から継続的に支援が提供される体制の整備等を進めていくことが適当である。なお、市民後見人への支援については、取組状況を踏まえつつ、実態に即した体制の整備をすることが重要である。
- また、認知症の人の行方不明等、改めて認知症の人やその家族を地域で見守り、コミュニティーで支える体制づくりに注目が集まっている。
- このため、認知症に向き合うことをきっかけに地域の繋がりを再生していくという観点も踏まえつつ、仮に行方不明になったとしても早期に発見できるよう、地域における見守り体制や広域での取組づくりを、引き続き推進していくことが適当である。

【若年性認知症施策の強化と認知症の人やその家族の視点の重視】

- 若年性認知症の人については、医療や介護、障害福祉サービスだけでなく、就労、居場所づくりや社会参加支援等を含めた支援を行うことが重要であり、企業に雇用継続されるための事業主に対する若年性認知症に関する就労上の配慮等を含む必要な知識等の普及・啓発や相談支援、居場所づくりや社会参加支援等を含めた支援ネットワークの構築等を推進していくことが重要である。
- このため、若年性認知症支援コーディネーターと地域障害者職業センターや認知症地域支援推進員などの関係機関との連携を推進していくことが適当である。
- また、認知症の初期の段階では、まだ介護が必要な状態にはなく、むしろ本人が求める今後の生活に係る様々なサポートが十分に受けられていないという指摘もあり、初期段階の認知症の人のニーズの把握や、これに対応できるような資源の整備と併せて、認知症の人の声を施策の企画・立案や評価に反映させる仕組みづくりも求められる。
- このため、認知症の人が集い、自らの体験や希望、必要としていることを主体的に語り合うミーティングの開催など、認知症の人を支える側の視点ではなく、本人の視点に立った施策を推進することができるようにするための取組を検討することが適当である。

(5) 適切なケアマネジメントの推進等

【適切なケアマネジメントの推進】

- ケアマネジャーの資質の向上も含め、適切なケアマネジメントを推進していくためには、市町村や地域包括支援センターによる支援の充実が重要であるが、この点については、上記1.(2)で記載した通りである。
- また、ケアマネジャーの資質向上を図る観点からは、適切なケアマネジメント手法の策定も重要である。国においてもこの取り組みに着手しているところであるが、今後、ケアマネジメント手法の標準化に向けた取組を順次進めていくことが適当であり、本部会ではアセスメントやプロセスの手法の標準化を推進すべきとの意見があった。
- さらに、人材育成については、個々の居宅介護支援事業所における取組の推進も重要である。しかし、管理者の中には人材育成やケアマネジャーの業務の実施状況の把握に課題を抱え、また、ケアマネジャーが1人のみの事業所については、他の事業所に比べて相談できる相手がないなど悩みを抱えている割合が多いといった実態が見られる。

- 一方で、ケアマネジメントの公正・中立を確保するための取組の一つとして、特定事業所集中減算があるが、この減算については、平成 28 年 3 月に会計検査院から、必ずしも合理的で有効な施策であるとは考えられないことなどの指摘を受けているところであり、また、本部会でもその実効性が乏しく、見直しをすべきとの意見があった。
- また、今後、重度者や医療の必要性が高い利用者が増えていくと考えられることから、医療ニーズを踏まえた適切なアセスメントや、ケアマネジメントを行う際の医療との連携が重要となる。例えば、医療機関へ入院した人が退院後に円滑に在宅生活に移行するためには、入退院時にケアマネジャーが関与し、医療機関と連携を図ることが重要であるが、その取組が必ずしも十分ではないとの指摘もある。
- これらの状況を踏まえ、適切なケアマネジメントを推進するため、居宅介護支援事業所における管理者の役割の明確化、特定事業所集中減算の見直しも含めた公正中立なケアマネジメントの確保、入退院時における医療・介護連携の強化等の観点から、居宅介護支援事業所の運営基準等の見直しを平成 30 年度介護報酬改定の際にあわせて検討することとするのが適当である。

【ケアマネジャーに対する指導権限の移譲】

- 居宅介護支援事業所の指定権限は、現在都道府県が有しているが、平成 30 年度には市町村へ移譲されることとなっている。一方で、ケアマネジャーに対する指導権限は、市町村ではなく都道府県が有している。
- この点について、平成 27 年の地方分権改革に関する一部の指定都市からの提案において、居宅介護支援事業所に対する指導権限とケアマネジャーに対する指導権限を一体的に行使できるようにすることが適切であるとの意見が示されている。
- しかしながら、市町村の有する人材やノウハウには差があるなど、各市町村のおかれている状況は様々であり、全市町村へ一律に移譲することは困難であることから、ケアマネジャーに対する指導権限の移譲については、地方公共団体の意見を踏まえ、指定都市のみに限定して一律移譲することとし、指定都市においては、業務体制の確保等、移譲に向けた準備を進めることが適当である。

【ケアマネジメントに関する利用者負担】

- 現在、居宅介護支援や介護予防支援のいわゆるケアマネジメントサービスには利用者

負担はない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に 10 割給付のサービスと位置づけたものである。

- ケアマネジメントに関する利用者負担については、利用者負担導入に反対の立場から、以下のような意見があった。
 - ・ あらゆる利用者が公平にケアマネジメントを活用し、自立した日常生活の実現に資する支援が受けられるよう、現行制度を堅持すべき。
 - ・ ケアマネジメントは浸透したかもしれないが、介護保険制度を初めて利用する人にとっては、ケアマネジャーのサポートがないとサービスの利用につながりにくいため、ケアマネジメントが重要であることに変わりはない。利用者負担を導入すればサービスの利用抑制につながる危険性がある。
 - ・ ケアマネジメントは過剰サービスを抑制する役割を担っているが、利用者負担を導入すると、利用者の意向を反映すべきとの圧力が高まり、給付費の増加につながる。
 - ・ 利用する側が受ける不利益について十分に議論をすることが重要。気兼ねなく相談できることを確保すべき。拙速な導入は危険である。

- その一方で、利用者負担導入に賛成の立場から、以下のように多くの意見が出されたところであり、ケアマネジメントの在り方とあわせて、引き続き検討を行うことが適当である。
 - ・ ケアマネジャーの専門性を評価する意味で利用者負担を求めるべき。
 - ・ 家族・利用者に専門的な業務であるケアマネジメントに対するコスト意識を持ってもらうために、一定の負担は必要。
 - ・ 低所得者への対応は、高額介護サービス費で対処すべき問題。
 - ・ 利用者の意向を反映すべきとの圧力については、ケアマネジャーの専門性を高めることや、ケアマネジメントの標準化などにより対応すべき。
 - ・ 各種サービスには定率の利用者負担があるので、給付費の増加には直結しない。
 - ・ 利用者負担を導入すれば給付費の適正化につながる。
 - ・ 施設給付ではケアマネジメントサービスは含まれていることとの均衡を図るべき。
 - ・ 利用者負担の問題は何度も議論されており、どこかの時点で踏み切って解決しなければならぬ問題である。

- また、仮に利用者負担が導入された場合は併せてセルフケアプランを廃止することも必要との意見や、利用者負担が導入されたとしてもセルフケアプランは作成に手間がかかるため増えないとの意見があった。

(6) ニーズに応じたサービス内容の見直し

【総論】

- 高齢者の自立支援や介護予防を推進していくためには、保険者等の取組はもとより、高齢者に提供される各種サービスも、この観点から提供されることが適当である。
- 各種サービスに関する介護報酬や指定基準の具体的な見直しについては、社会保障審議会介護給付費分科会で議論されるものであり、本部会で議論することはしないが、高齢者の自立支援や介護予防の推進の観点から、各種サービスのあり方としてどのようなことが求められるのかという観点から検討を行った。

【自立支援・重度化予防を推進する観点からのリハビリテーション機能の強化】

- 高齢者の自立支援や重症化予防の推進の観点からは、リハビリテーションが果たす役割は大きなものがあり、心身の機能が低下したことによって万一介護を必要とするような状態になった場合には、できる限り早い段階から適切なリハビリテーションを提供する必要がある(リハビリテーション前置主義)。
- 調査研究によれば、通所リハビリテーションと通所介護を比較した場合、通所リハビリテーションの方が、リハビリテーション専門職が多く配置され、日常生活自立度や要介護度に改善がみられ、その差はリハビリテーション専門職の配置の差とも考えられる。一方で、サービスの利用時間等については類似していた。
- また、リハビリテーション専門職と介護職が連携して訪問系のサービスの提供を行うことについて、事業所やヘルパー、ケアマネジャー、利用者等から良好な評価が得られていたとの調査研究もある。
- これらの状況を踏まえ、リハビリテーションについては、以下の観点からの見直しを平成30年度介護報酬改定にあわせて検討することとするのが適当である。
 - ・ 通所リハビリテーションと通所介護の役割分担と機能強化、特に通所リハビリテーションについて、リハビリテーション専門職の配置促進や短時間のサービス提供の充実
 - ・ 通所・訪問リハビリテーションを含めた、退院後の早期のリハビリテーションの介入の促進
 - ・ 職種間や介護事業所間の連携の強化
- これに関して、短時間のリハビリテーションが本来あるべき姿であることから、例えば時

間区分を通所介護と通所リハビリテーションで分けるなど、特徴づけてはどうか、との意見があった。

- また、介護報酬改定の議論において、アウトカム評価を導入する方向で検討すべきとの意見があった。

【中重度者の在宅生活を支えるサービス機能の強化】

- 要介護者等の在宅の高齢者が安心して生活するためには、要介護度が高い人にも対応可能なサービスが提供できる体制の整備が必要である。しかし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護等の単身・重度の要介護者等に対応し得るサービスの普及が十分に進んでいないのが現状である。
- 現場からの声として、定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、日中についても、オペレーターと随時対応訪問介護員の兼務を可能にして欲しいとの要望が多いとの調査結果がある。
- 小規模多機能型居宅介護については、居宅のケアマネジャーが小規模多機能型居宅介護のケアマネジャーを兼務できるようにして欲しいとの要望がある。
この要望に関しては、ケアマネジャーの兼務が認められていないことが、小規模多機能型居宅介護の普及促進の阻害要因となっているのではないかと支持する意見があった一方で、小規模多機能型居宅介護は、ケアマネジメントを内包化することにより、迅速かつ柔軟なサービスが提供できており、見直しには反対であるとの意見があった。
- これらの状況やサービスの利用実態などを踏まえ、小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの地域密着型サービスについては、
 - ・ サービス提供量を増やす観点
 - ・ 機能強化・効率化を図る観点から人員要件や利用定員等の見直しを平成30年度介護報酬改定にあわせて検討することとするのが適当である。

なお、地域密着型サービスの担い手を安定的に確保する観点から、適切な報酬水準を確保できるような介護報酬とすべきとの意見や、これらのサービスについては、公募指定をした後の保険者による支援の有無によって事業の進捗に大きな差が生じているため、保険者による継続的な支援が大切との意見もあった。

- さらに、退院の許可が出たにも関わらず、自宅で療養できない75歳以上の入院患者の約4割が、自宅療養を可能にする条件として、「入浴や食事などの介護が受けられるサービス」をあげているとの調査結果がある。
- これに対応するためには、利用者の生活を支えるために必要となる配食などのサービスが介護サービスと一体となって提供されやすくなるよう、国において、事業者の取組事例の周知等を行うことが適当である。

【特別養護老人ホーム】

- 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)については、入所者の重度化が進展しており、死亡退所も多いが、昨年4月より、新規入所者は原則要介護3以上の方となっていることもあり、この傾向はさらに進んでいくことが想定される。
- このため、施設内での医療ニーズや看取りに、より一層対応できるような仕組みについて、平成30年度介護報酬改定にあわせて検討することとするのが適当である。

なお、この点に関して、配置医師の積極的な関わり方と報酬の在り方や、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等による医療系サービスが外から入る仕組みも含めた検討が必要との意見があった。

一方、指揮系統の混乱や過剰な医療提供を回避するため、外部からの医療提供を認めるべきではないとの意見があった。
- また、特別養護老人ホームは「終の棲家」であり、在所期間も長期間となっている。このため、その運営に当たっては、入所者のプライバシーに配慮した上で、一人ひとりのニーズに即し、その有する能力及び心身の状況に応じたケアを実現する方策を検討することが適当である。

この点に関して、特養のユニット型個室又は多床室については、ニーズに応じて整備すべきとの意見があった。また、在宅復帰に対する支援を検討すべきとの意見もあった。

さらに、地域資源を無駄なく効率的に運営していく観点、地域医療介護総合確保推進法の国会附帯決議に基づき、軽度の要介護者に対しては、個々の事情を勘案し、必要に応じて特別養護老人ホームへの入所が認められるよう、適切に対応するよう徹底すべきという観点などから、要介護1・2の方の入居の取扱いについて検討すべきとの意見もあった。

2. 医療・介護の連携の推進等

【総論】

- 医療や介護が必要な状態になってもできるだけ住み慣れた地域で生活が継続できるようにするためには、サービスを利用する国民の視点に立って、急性期の医療から在宅医療（在宅歯科医療を含む。以下同じ。）及び介護までの一連のサービスを切れ目なく提供することが求められ、入退院時や在宅療養など特に医療と介護の連携が必要な場面においても、スムーズな連携が行われることが重要である。
- また、医療と介護の連携が必要な場面では、要支援・要介護認定者及び家族などの介護者に対して納得できるよう、丁寧な情報提供と説明が行なわれるよう配慮することが必要である。
- そのためには、市町村単位での関係者や関係団体等による医療・介護連携体制の構築と、実際の医療・介護サービスを提供する場面における連携の充実を図る必要がある。

【市町村単位での関係者や関係団体等による医療・介護連携体制の構築】

- 関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、平成 30 年 4 月までに、全ての市町村で在宅医療・介護連携推進事業を実施することとされている。
- しかし、これまで医療行政に関する取組は、主に都道府県が担ってきたことから、事業のノウハウや地域の関係団体との連携が乏しい市町村があることや、本来の目的がみえないまま、取組の一部分だけを切り取り実施している自治体も少なくないなどの指摘がある。また、同様の理由から、都道府県による市町村支援、具体的には、当該市町村に関する在宅医療や介護資源のデータ等の提供、事業に関する研修・情報提供、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等関係団体との調整や広域的な医療介護連携に関する協議などの支援を求める声がある。
- 都道府県による市町村支援に関しては、「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」（平成 27 年 3 月厚生労働省告示第 70 号）において、都道府県が策定する介護保険事業支援計画に盛り込むことが求められているが、同じ都道府県が策定する医療計画では在宅医療・介護連携推進事業に対する市町村支援は位置づけられていない。
- このような状況を踏まえ、在宅医療・介護連携推進事業に関しては、

- ・ 地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案に至る方法について、国が具体化し、市町村にその実施を求める
- ・ 市町村では取組が困難な医療介護に関するデータの収集分析、在宅医療にかかる体制整備、広域的な入退院時の連携等、都道府県が実施すべき市町村支援の取組について、国が明確化し、地域の医療に精通した医師会等との連携や保健所の活用により市町村支援の充実を図る
- ・ 平成 30 年度に都道府県が策定する介護保険事業支援計画に、在宅医療・介護連携推進事業に対する医療部局との連携を含め、より実効的な市町村支援を盛り込むなど、都道府県の介護部局及び医療部局の双方が市町村支援に取り組むこととするとともに、住宅部局をはじめとした関係部局との連携を進めていくことが重要である
- ・ 在宅医療・介護連携の推進に有効と考えられる市町村や都道府県の取り組みを国が収集し、これを広く全国の市町村や都道府県に示すことを通じて、これら有効な取り組みを全国的に広げていく

ことが適当である。

【医療サービスと介護サービスの連携の推進】

- 医療サービスと介護サービスの連携は、入退院時における入院医療機関と介護サービス事業所との連携のほか、生活の場における在宅療養を支える医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護職員等の多職種間の連携や、介護保険施設と医療機関の連携など、様々な連携がある。
- 入退院時の連携について言えば、入院医療機関（退院調整を担う看護師や社会福祉士等）の職員とケアマネジャーの情報共有により、医療サービスと介護サービスが切れ目なく提供されることが重要である。しかし、入退院時に相互の連絡や情報共有が不十分な場合、退院直前での急な連絡でサービス調整に困難をきたすなど、シームレスなサービス提供ができていないとの指摘がある。
- このような状況を踏まえ、入退院時における入院医療機関と介護サービス事業所との連携を含め、平成 30 年度の介護報酬と診療報酬の同時改定の際には、医療と介護の連携の更なる充実に向けた検討をすることが適当である。

【療養病床の見直し】

- 療養病床の見直しについては、社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会の審議結果に基づき、対応することとするのが適当である。

3. 地域包括ケアシステムの深化・推進のための基盤整備等

(1) 地域共生社会の実現の推進

【総論】

- 我が国の公的な福祉サービスは、高齢者・障害者・子どもといった対象者ごとに、典型的と考えられるニーズに対して専門的なサービスを提供することで、福祉施策の充実・発展に寄与してきた。
- しかし、福祉ニーズが多様化・複雑化してきており、複合的な課題を有する場合や分野横断的な対応が必要な場合の相談・支援が課題となっているほか、高齢化の中で人口減少が進行し、地域の実情に応じた体制整備や人材確保も課題となっている。
- 本年7月には、厚生労働省に、大臣を本部長とする「『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」が設置され、「地域共生社会」の実現を今後の福祉改革を貫く基本コンセプトに位置づけ、検討が進められている。

【公的な福祉サービスの「丸ごと」への転換】

- 高齢者、障害者等の福祉サービスについて見ると、デイサービスなど相互に相当するサービスがある。
利用者の利便や、サービスの提供に当たる人材の確保などの課題を踏まえると、同一の事業所で介護保険と障害福祉の両方のサービスを一体的に提供できるようにすることが考えられるが、現行制度上、障害福祉サービス事業所としての指定を受けているというだけでは、介護保険サービスを提供できる仕組みとはなっていない。
- また、介護保険優先原則の下では、障害者が高齢になり介護保険の被保険者となった場合、その障害者がそれまで利用してきた障害福祉サービス事業所が、介護保険サービス事業所としての指定を併せて受けていなければ、その障害者は、それまでとは別の介護保険サービス事業所を利用しなければならない場合がある。
- さらに、これまで障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合や、障害福祉サービスと介護保険サービスを併給する場合等において、相談支援専門員とケアマネジャーが利用者の状態やサービスの活用状況等について情報共有を図るなど、緊密な連携を行うことが必要である。
- これらの点については、社会保障審議会障害者部会報告書「障害者総合支援法施行3年後の見直しについて」(平成 27 年 12 月 14 日)においても、

- ・ 障害福祉サービス事業所が介護保険サービス事業所になりやすくする等の見直しを行うべきである
- ・ 相談支援専門員とケアマネジャーの連携を推進するため、両者の連携が相談支援事業及び居宅介護支援事業が行うべき業務に含まれる旨を明確にするべきであるとの指摘がなされている。

○ このような状況を踏まえ、サービスの質を確保しつつ、介護保険サービスの一類型として新たに共生型サービスを位置付け、障害福祉サービス事業所が介護保険事業所の指定を受けやすくするための見直しを行うことが適当である。

その際、具体的な指定基準等の在り方については、平成 30 年度介護報酬改定にあわせて検討することとするほか、事業所の指定手続についても、可能な限り簡素化を図ることが適当である。

なお、共生型サービスについては、高齢者、障害者等に十分な情報提供と説明が必要である。

○ また、相談支援専門員とケアマネジャーが、支援に必要な情報を共有できるよう両者の連携を進めていくことが適当であり、具体的な居宅介護支援事業所の運営基準の在り方については、平成 30 年度介護報酬改定にあわせて検討することとするのが適当である。

【相談支援体制の整備等】

○ 介護保険制度においては、地域包括支援センターにおいて、総合相談支援業務として各種相談・支援を行っているほか、生活支援コーディネーターの配置等により、関係者間のネットワーク構築や、サービスの担い手や地域に不足するサービスの開発等に取り組んでいる。

○ 地域共生社会の実現に向け、これらの相談支援等の実施に際しては、要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等、全ての人々を対象とする地域共生社会の理念を踏まえるものとするを明確化することが適当である。

○ また、厚生労働省に設置された「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部の議論等を踏まえ、地域共生社会の実現に向け、どのような対応が可能か、職員の体制や対応能力、財源のあり方を含め、引き続き検討を行うことが適当である。

なお、障害者や児童等にも対象を拡大した相談支援の業務等に対し、介護保険から財源を拠出することについては反対との意見があった。

(2) 介護人材の確保(生産性向上・業務効率化等)

- 介護人材については、「ニッポン一億総活躍プラン」(平成 28 年6月2日閣議決定)を踏まえ、介護の仕事の魅力を向上し、介護人材の処遇改善、多様な人材の確保・育成、生産性の向上を通じた労働負担の軽減を柱として、2020 年代初頭までに約 25 万人の介護人材の確保に総合的に取り組んでいくこととされている。

- 介護職員については近年全産業平均に比べ有効求人倍率が急速に高まっている中、介護業界の魅力を高め、今後の介護職員の安定的な確保・定着を図るため、まずは競合する他産業等との賃金差を解消するという観点を踏まえて平成 29 年度介護報酬改定を実施するなど、介護職員に対する更なる処遇改善に引き続き取り組む。また、修学資金貸付制度や再就職準備金貸付制度の活用などの多様な人材の確保・育成策のほか、介護現場におけるロボット技術の活用により、介護の業務負担の軽減を図る取組や、介護記録の作成・保管等のICT化を通じて事務を効率化することで、介護職員が直接処遇に係る業務に多くの時間をかけることができるようにする取組も有効であると考えられる。併せて、介護事業者の自助努力や介護福祉士とそれ以外の者との業務の役割分担の明確化の促進も有効である。なお、今後技能実習制度に介護職種が追加される場合は、日本人労働者の処遇の確保や介護サービスの質の担保のためにも、日本人と同等の処遇を確保すべきである。

- このため、介護ロボットやICT化に関する実証事業の成果を十分に踏まえた上で、ロボット・ICT・センサーを活用している事業所に対する、介護報酬や人員・設備基準の見直し等を平成 30 年度介護報酬改定の際に検討することが適当である。その際、人員・設備基準の見直しは慎重を期すべきという意見や、ロボット・ICTの導入支援が必要との意見、ロボット・ICTの操作や活用、安全性に関する研修機会の確保が必要との意見にも留意する必要がある。

- また、行政が求める帳票等の文書量の半減などに取り組んでいくことなどにより、職場の魅力づくりを推進していくことも必要である。

- このため、法令上事業者に提出が求められる書類や自治体が求める書類の実態を把握した上で、業務効率化等の観点から法令上提出が必要な書類等の見直しや、ICTを活用した書類の簡素化を進めるべきである。

- さらに、介護人材の専門性や能力の向上の観点から、介護福祉士の役割・機能を一層明確化した上で、標準的な介護業務の手順等を策定するなど、介護を行う際に参考となる

ものが必要であるとの指摘がある。また、介護人材の育成については、各施設・事業所が各々の方法で取り組んでいる状況であるが、地域において事業所同士が協力しながら介護技術の標準化を目指している事例も見られ、本部会では事業所における人材育成の好事例の横展開をしていくことが必要との意見があった。

- このため、各施設・事業所における介護人材の育成に際しては、介護業務の手順等を明確にすることにより介護職員の不安を解消するとともに、人材育成につなげていくほか、国においても、各施設・事業所における人材育成の取組が推進されるよう必要な支援を行うことが適当である。なお、人材育成の好事例の横展開にあたっては、例えば人材育成に関する教材の作成を支援すること等、国や都道府県が適切に関与することが必要であるとの意見があった。

(3) サービス供給への保険者の関与

【総論】

- 介護保険制度は、制度創設以来、在宅ケアを推進してきた結果、在宅サービスの供給量(事業所数)は拡大しているが、一方で、訪問介護・通所介護等の供給量が多いと判断している市町村もある。
- 地域マネジメントを推進していく観点からは、在宅サービスの事業者指定について、市町村の関与を強化していくことが求められる。
- このため、サービスの新規参入が不当に抑制され、健全な競争環境が阻害されることのないよう留意することを前提に、また、サービス事業者の質や経営への予見可能性の担保、高齢者への必要なサービスを確保するという観点も踏まえ、以下に記載する取り組みを進めていくことが適当である。
- また、在宅サービスの事業者指定への市町村の関与を、より公正かつ実効的なものにするためには、市町村が地域のニーズを正確に把握できるようにすることが重要であり、上記1.(1)に記載したように、都道府県は、市町村が行う地域課題の分析を支援するよう努めることとするほか、国は、ガイドラインを策定するなどの支援を実施することが適当である。

【市町村協議制の実効性の確保・対象サービスの拡大】

- 都道府県が行う居宅サービス事業者の指定に関し、現行制度で市町村が関与する仕組みとして、「市町村協議制」がある。

- 具体的には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や(看護)小規模多機能型居宅介護を推進していく観点から、一定の条件を満たす場合には、市町村は都道府県の行う訪問介護・通所介護の指定について、都道府県に協議を求めることができ、都道府県は、市町村との協議結果を踏まえて、訪問介護・通所介護の指定を拒否し、又は指定に当たり条件を付すことができることとされている。
- しかしながら、協議を実施した保険者は3保険者(平成26年度)で、うち実際に都道府県が指定をしないこととしたのは1保険者(通所介護の指定拒否)のみであり、現行の市町村協議制の実効性を高めていくことが課題である。
- また、短期入所生活介護(ショートステイ)については、小規模多機能型居宅介護等の泊まりサービスと機能が類似するが、現行では市町村協議制の対象とはなっていない。
- このため、市町村の地域分析により介護保険事業計画に定めるサービスの見込量が精緻化されることを踏まえ、都道府県及び市町村がより市町村協議制を活用できるようにするため、国において技術的な支援(ガイドラインの発出等)を行うことが適当である。
- また、小規模多機能型居宅介護等の普及の更なる推進の観点から、市町村協議制の対象サービスの範囲を拡大し、短期入所生活介護(ショートステイ)も対象とすることが適当である。

【市町村による地域密着型サービスの事業者指定に関する見直し等】

- 通所介護の費用は急増しており、特に小規模の通所介護事業所(地域密着型通所介護)については、実際に参入事業所数の増加が顕著な状況にある。
- この地域密着型通所介護については、市町村自身が指定権者となることから、市町村協議制の対象とはならず、小規模多機能型居宅介護等の見込量の確保の観点から地域密着型通所介護の指定を拒否できる仕組みも設けられていない。
- 一方で、通所介護の事業所数が多いことや、小規模多機能型居宅介護等の普及を更に進める必要があることを踏まえれば、競合サービスとなり得る地域密着型通所介護の指定について、市町村が実効性のある地域マネジメントを実施する観点から何らかの対応を考えることが必要である。

- このため、地域密着型通所介護について、小規模多機能型居宅介護等の普及のために必要があり、一定の条件を満たす場合には、市町村が地域密着型通所介護サービス事業所の指定をしないことができる仕組みを導入することが適当である。
- また、地域密着型通所介護も含め、地域密着型サービス事業者の指定を行う際、市町村は、事業の適正な運営を確保するために必要と認める条件を付すことができることとされており、このことを市町村に再度周知することが適当である。

【都道府県による居宅サービス事業者の指定への市町村の関与の仕組みの創設】

- 現行制度では、都道府県が行う居宅サービスの事業者の指定に、市町村が関与する仕組みは、市町村協議制による協議のみである。
- 都道府県指定の居宅サービスと市町村指定の地域密着型サービスが、地域でそれぞれ整備され、サービス提供体制を構築することとなるため、地域マネジメントを推進する観点から、市町村が都道府県が行う居宅サービス事業者の指定に何らかの形で関与する仕組みを設けることが課題となる。
- このため、都道府県が行う居宅サービス事業者の指定について、介護保険事業計画との調整を図る見地から、市町村が一定程度関与できるよう、市町村が都道府県に対して意見をすることができるようにするとともに、都道府県が指定を行うに当たって条件を付すことができることとするのが適当である。

(4) 安心して暮らすための環境の整備(有料老人ホームの入居者保護の充実等)

- 高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるようにするためには、適切な住まいが確保されることが必要であり、有料老人ホームもその選択肢の1つである。この有料老人ホームについては、老人福祉法上、都道府県等に対する届出が義務づけられているが、未届の有料老人ホームの増加が課題となっているほか、事業の適正運営の確保や入居者保護の充実が求められている。
- また、有料老人ホームが提供するサービスの多くは、事業者と入居者の契約によるところが大きいことから、その施設のサービス内容等について、できる限り多くの情報が開示されることが重要である。
- このような状況を踏まえ、有料老人ホームについては、前払金の保全措置の対象拡大や、事業倒産のおそれがあるなど入居者の居住の安定を図るために必要な場合における

都道府県等による他の住まいへの円滑な入居支援の措置、現在都道府県等に作成・公表を求めている有料老人ホームの情報一覧表の公表の充実を図る方策を含め、事業者の法令順守や入居者保護の強化のための施策の充実を図ることが適当である。

Ⅱ 介護保険制度の持続可能性の確保

- 介護保険制度は、その創設から 16 年が経ち、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきているが、費用総額は制度創設時から約3倍の約 10 兆円になるとともに、保険料の全国平均は現在 5,000 円を超え、2025 年度には 8,000 円を超えることが見込まれている。また、40 歳以上 64 歳以下の人の負担する保険料についても大幅に増加しており、今後も介護費用の拡大に伴い増加することが見込まれる。
- こうした状況の中で、高齢者に対する自立支援や要介護状態等の軽減・悪化の防止といった制度の理念を堅持し、必要なサービスを提供していくと同時に、給付と負担のバランスを図りつつ、保険料、公費及び利用者負担の適切な組み合わせにより、制度の持続可能性を高めていくことが重要な課題となっている。
- このような認識の下、利用者負担のあり方や給付のあり方、費用負担のあり方について検討を行った。

1. 利用者負担のあり方

(1) 利用者負担割合・高額介護サービス費

- 介護保険制度の利用者負担割合については、制度創設以来、所得にかかわらず一律 1 割としていたところであるが、平成 26 年介護保険法改正において、一定以上所得のある方について負担割合を 2 割とされた。
- また、高額介護サービス費の負担上限額については、平成 26 年介護保険法改正において、特に所得が高い、高齢者医療制度における現役並み所得に相当する所得がある方については、37,200 円(世帯)から医療保険の現役並み所得者の多数回該当と同じ水準である 44,400 円(世帯)とされた。
- 他方、医療保険制度の患者負担については、これまで累次の改正が行われており、70 歳以上の方については、平成 14 年 10 月から現役並み所得者の負担割合を 2 割に引き上げ、平成 18 年 10 月からこれを 3 割としている。また、70～74 歳の方について、平成 26

年4月2日以降に70歳の誕生日を迎える方の患者負担は2割とされている。

70歳以上の高齢者の高額療養費の一般区分の負担上限額についても、平成14年10月に月額37,200円(世帯)から40,200円(世帯)とされ、さらに平成18年10月からは44,400円(世帯)とされている。

- 利用者の負担については、高齢化の進展に伴い、40～64歳の第2号被保険者及び65歳以上の第1号被保険者の保険料水準の上昇が見込まれる中で、世代間・世代内の公平性を確保しつつ、介護保険制度の持続可能性を高める観点から、検討しなければならない課題であり、その際、負担能力に応じた負担となるように見直しを行うという方向については、概ね意見の一致を見た。

利用者負担の割合については、事務局から提示のあった現役並み所得者の利用者負担割合を3割とすることについて、賛同ないしは容認する意見が多く出された。また、高額介護サービス費の負担上限額についても、事務局から提示のあった一般区分の負担上限額を医療保険の高額療養費の一般区分の負担上限額並みに引き上げることについて、賛同ないしは容認する意見が多く出された。

- このほか利用者負担のあり方については、様々な意見が出された。まずは、利用者負担に積極的な立場から、
 - ・ 低所得者に配慮した上で原則2割負担にすべきである
 - ・ 2割負担となる者の範囲を拡大すべきである
 - ・ 自己負担の区分を細分化すべきである
 - ・ 仮に一律2割への引上げが難しい場合には、例えば1割2分負担や1割5分負担といった段階を設けることも検討すべきである。また、給付の重点化の観点から、生活援助サービスなどサービスメニューごとに負担率を設定する方法も考えられる
 - ・ 現役並み所得者の範囲について、フローだけでなくストックも踏まえて設定すべきである。また、高齢者は現役より税制上の控除が優遇されていることを踏まえ、現役並み所得の範囲を拡大すべきである
 - ・ 医療保険と介護保険の両方の負担を合算して、一定の負担額に抑える制度があることも踏まえて、検討することが適当である
 - ・ 区分支給限度額を見直すべきである
 - ・ 今回の見直しによる財政効果を明らかにした上で、保険料負担とのバランスを踏まえるべきなどの意見があった。

- その一方で、利用者負担の見直しに消極的な立場から、

- ・ サービスの利用控えや家計への負担に配慮しつつ慎重に検討する必要がある
- ・ 平成 26 年介護保険法改正における利用者負担の見直しで2割負担となった方には短期間での再度の利用者負担の引き上げとなってしまう。平成 26 年介護保険法改正の影響をよく検証することが必要である
- ・ 能力に応じた負担となると3割負担にとどまらず、4割負担、5割負担となりかねない。受益に応じた負担であるべきであり、利用者負担に差をつけ過ぎるべきではない
- ・ 介護サービスの利用が長期間になることや現時点で既に整合性が図られていないことなどを踏まえれば高額介護サービス費について医療保険制度と整合性を取る必要性はない
- ・ 高額介護サービス費の負担上限額の引き上げは、モデル年金より収入が低い方も対象になってしまうので適当ではない
- ・ 負担増となる方の人数は少ないとのことだが、個々人への影響を考えるべきなどの意見があった。

○ このほか、

- ・ 被保険者、特に利用者に負担増を納得していただくためにも、負担増を求める根拠を丁寧に説明することが必要である
- ・ 高額介護サービス費制度や、医療保険と介護保険の負担を合算して一定の負担額に抑える制度については、広く周知が必要である
- ・ 医療保険と介護保険の負担を合算して一定の負担額に抑える制度については、高額療養費制度と高額介護サービス費制度の見直しがそれぞれ検討されているところであり、これらの影響等を把握してから検討すべき
- ・ 利用者負担の見直しはやむを得ないにしても、一定の経過期間を設けるのが適当
- ・ 利用者負担のさらなる増加に対する国民の不安を払拭するために、給付の割合は70/100を維持すべきである
- ・ 預貯金など資産に着目した利用者負担の拡大を検討すべきかどうかは、引き続き議論を重ねる必要がある

との意見があった。

○ また、医療保険制度において、現役並み所得者の高額療養費の負担上限額の見直しが検討されていることに関連して、

- ・ 医療保険と整合性を持った見直しをすべきである
- ・ 利用者負担の見直しはやむを得ないにしても、一定の経過期間を設けるのが適当
- ・ 医療と介護は異なるので、医療保険の見直しの内容をそのまま介護保険に持ち込むことは適当ではない

- ・ 医療の検討結果を見てから検討すべきであるが、今回はその時間的な余裕がない
- ・ 医療、介護、年金の各制度の見直しも含めた負担の生活への影響にも留意する必要がある

などの意見があった。

○ ケアマネジメントに関する利用者負担についても様々な意見があり、ケアマネジメントの在り方とあわせて引き続き検討を行うことが適当である。(I 1. (5)の再掲)

○ 要支援・要介護度に応じて、利用者負担に違いを設けることについても議論を行った。制度の持続可能性のためには重点化が必要である、給付の抑制を行わずに現役世代の負担の増加や次世代への先送りは避けるべきである、「あれば便利」程度のサービスは介護保険給付から除外すべきであるなどの理由からこれに肯定的な意見があった一方で、要介護度の程度にかかわらず必要なサービスを受けられるようにすることが大切である、状態改善への意欲を削ぐことになる、サービスの利用を控え要介護状態の重度化につながる恐れがある、「介護離職ゼロ」の政府方針に反しかねないなどの理由から、これに否定的な意見が多くあった。この他、一律に軽度者の利用者負担を引き上げるのではなく、エビデンスに基づく一定期間の利用や、一定の限度額までの利用は現行どおりの負担とするなどの柔軟な対応が必要であるとの意見や、種類支給限度基準額の見直しを行い、極端に頻回に生活援助を利用している者に負担を求めるべきとの意見もあった。また、軽度者の定義に関連して、要介護2以上は様々な状態の方が含まれるため、まずは要介護1までとすべきとの意見があった一方で、要介護度と利用者の状態、要介護度と支援の困難性は必ずしも一致しないなどの意見もあった。

(2) 補足給付

○ 補足給付については、平成26年介護保険法改正において、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の確保の観点から、一定額超の預貯金等がある場合には、対象外にするなどの見直しを行った。これについては、その影響を引き続き検証するべきとの意見があった。

○ この見直しに際して、補足給付の支給に関して不動産を勘案するか否かについても、検討を行ったところであるが、様々な課題があり、引き続き検討を続けていくこととされた。

○ その後、厚生労働省において調査研究事業を行ったが、地域的な格差、民間金融機関の参入の困難性、認知症の方への対応等様々な実務上の課題が明らかになった。

- このような状況を踏まえ、補足給付の不動産勘案に関しては、一定額以上の宅地を保有している場合に資産として活用することについて、引き続き検討を深めることとするのが適当である。
- 検討に際しては、民間金融機関が実施するリバースモーゲージ等における知見の蓄積、成年後見制度の普及等の状況も踏まえる必要があるが、リバースモーゲージについて全国的な導入は難しいとしても導入できる地域から導入すべきではないか、どのような工夫をすればリバースモーゲージを導入できるかという観点から検討を進めるべきではないか、補足給付を介護保険制度の下で実施することの是非についても考えるべきではないかなどの意見があったことにも留意することが必要である。
- このほか、認知症対応型グループホームや小規模多機能型居宅介護などについても補足給付の対象とすることを検討するなど、低所得者への配慮措置も必要との意見があった。

2. 給付のあり方

(1) 軽度者への支援のあり方

- 要支援・要介護度に応じた支援のあり方については、介護保険制度の創設時をはじめ制度改正時などにおいて議論されてきており、予防給付の創設や介護報酬改定など給付の見直しが行われてきた。
- 平成 26 年介護保険法改正では、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、介護予防訪問介護と介護予防通所介護を地域支援事業（総合事業）に移行する見直しが行われた。
- この見直しは、平成 27 年 4 月から施行されているが、市町村は条例で定める場合、平成 29 年 4 月まで猶予可能とされており、平成 28 年 4 月までに実施した保険者は全体の 1/3 程度であった。

また、平成 27 年 4 月に総合事業を開始した市町村の実施状況等を確認したところ、介護予防訪問介護と介護予防通所介護に相当するサービス以外の「多様なサービス」が出現していることが確認された一方で、介護サービス事業者や介護労働者以外の「多様な主体」による取組が十分に広まるまでに至っていない状況にあった。

- このような状況を踏まえ、軽度者に対する訪問介護における生活援助やその他の給付の地域支援事業(総合事業)への移行に関しては、まずは介護予防訪問介護と介護予防通所介護の総合事業への移行や、「多様な主体」による「多様なサービス」の展開を着実に進め、事業の把握・検証を行った上で、その状況を踏まえて検討を行うことが適当である。
- この点に関しては、検証は遅滞なく行う必要があるとの意見や、2025 年を見据えながら、検証を待つのではなく、その他の給付を含めた速やかな地域支援事業への移行や利用者負担の見直しなど何らかの対応をすべきとの意見があった一方で、多様な主体による多様なサービスの展開が順調に進んでおらず第6期介護保険事業計画期間中に検証を行うのは早過ぎるとの意見や、市町村における総合事業が充実するよう国や都道府県がサポートすべきとの意見、介護予防訪問介護等の地域支援事業への移行は大きな改革であり、多くの市町村が対応に苦慮しているため、検証できる状況にないとの意見があった。
- また、介護サービスを提供する人材不足が喫緊の課題である中で、人材の専門性などに応じた人材の有効活用の観点から、訪問介護における生活援助について、要介護度に関わらず、生活援助を中心にサービス提供を行う場合の緩和された人員基準の設定等についても議論を行った。
- この点については、体力的な都合等で身体介護は難しいが生活援助ならできるという介護人材も存在し、その人材の活用を図るべきとの意見や、生活援助の人員基準の緩和を行い、介護専門職と生活援助を中心に実施する人材の役割分担を図ることが重要であるとの意見、制度の持続可能性の確保という観点からの検討が必要であるとの意見があった一方で、生活援助の人員基準を緩和すれば、サービスの質の低下が懸念されることや、介護報酬の引き下げにより、介護人材の処遇が悪化し、人材確保がより困難になり、サービスの安定的な供給ができなくなる可能性があるとの意見や、地域によっては生活援助を中心にサービス提供を行う訪問介護事業者の退出につながり、サービスの利用が困難になることが懸念されるため、慎重に議論すべきとの意見もあり、平成 30 年度介護報酬改定の際に改めて検討を行うことが適当である。
- 要支援・要介護度に応じて、利用者負担に違いを設けることについても議論を行った。制度の持続可能性のためには重点化が必要である、給付の抑制を行わずに現役世代の負担の増加や次世代への先送りは避けるべきである、「あれば便利」程度のサービスは介護保険給付から除外すべきであるなどの理由からこれに肯定的な意見があった一方で、要介護度の程度にかかわらず必要なサービスを受けられるようにすることが大切である、状

態改善への意欲を削ぐことになる、サービスの利用を控え要介護状態の重度化につながる恐れがある、「介護離職ゼロ」の政府方針に反しかねないなどの理由から、これに否定的な意見が多くあった。この他、一律に軽度者の利用者負担を引き上げるのではなく、エビデンスに基づく一定期間の利用や、一定の限度額までの利用は現行どおりの負担とするなどの柔軟な対応が必要であるとの意見や、種類支給限度基準額の見直しを行い、極端に頻回に生活援助を利用している者に負担を求めるべきとの意見もあった。また、軽度者の定義に関連して、要介護2以上は様々な状態の方が含まれるため、まずは要介護1までとすべきとの意見があった一方で、要介護度と利用者の状態、要介護度と支援の困難性は必ずしも一致しないなどの意見もあった。(Ⅱ1(1)の再掲)

○ 以上の他に、介護保険で提供されるサービスは、利用者の自立支援や介護予防につながるものでなければならないことは当然であるが、その視点が弱いのではないか、自立支援につながっていることを見える化して検証するなど、データに基づく議論が必要などの意見があった。

○ このため、ケアマネジャー、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士等の多職種が集まり、個別事例を地域ケア会議で検討するなど、自立支援に資するケアマネジメント支援のために各種専門職が関与していく取り組みなどを推進していくことが適当である。

なお、利用者本人の自立に向けた課題や意向等を関係者が共有しつつ、本人の自己決定に基づく支援を展開するためには、基本的には、本人や家族が地域ケア会議に参加し、情報共有を行うことが有効である。

(2) 福祉用具・住宅改修

【福祉用具】

○ 福祉用具は、利用者が可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は改善を図り、状態の悪化の防止に資するとともに、介護者の負担の軽減を図る役割を担っている。

○ この福祉用具については、価格の設定に当たっては、通常、商品価格のほか、計画書の作成や保守点検などの諸経費が含まれているが、価格の設定が事業者の裁量によることから、同一商品であっても、平均的な価格と比べて非常に高価な価格請求が行われているケースが存在するなどの問題がある。

○ このような状況を踏まえ、国が商品ごとに、当該商品の貸与価格の全国的な状況を把握

し、ホームページにおいて当該商品の全国平均貸与価格を公表する仕組みを作ることが適当である。

- また、利用者が、自立支援や状態の悪化の防止に資する適切な福祉用具を選択できるよう、福祉用具専門相談員が、貸与しようとする商品の特徴や貸与価格に加え、当該商品の全国平均貸与価格等を利用者に説明することや、機能や価格帯の異なる複数の商品を提示することを義務づけることが適当である。併せて、利用者に交付しなければならない福祉用具貸与計画書をケアマネジャーにも交付することとするのが適当である。
- さらに、福祉用具貸与は保険料や公費を原資としていることを踏まえ、適切な貸与価格を確保するため、貸与価格については、自由価格を基本としつつも、一定の歯止めを設けることが適当である。
具体的には、貸与価格に一定の上限を設けることが適当である。その際、離島などの住民が利用する場合などについては、現行と同様に、交通費の加算を認めることとするのが適当である。
- また、これらの前提として、貸与事業者に対し、介護給付費請求書の適切な記載方法の徹底を図ることが適当である。
- このほか、価格の透明化と利用者の選択を推進する観点から、福祉用具の貸与価格について、本体価格と搬送費や保守点検費用を分けて提示すべきとの意見があった一方で、事務コストとの兼ね合いもあり、その必要性を疑問視する意見があった。
また、福祉用具については、利用者の負担増や公定価格の設定等をすべきとの意見や将来的に給付の対象について議論すべきという意見もあったが、現行制度の維持を求める意見があった。
さらに、福祉用具の利用に際しては、リハビリテーション専門職の関与が重要との意見があった。

【住宅改修】

- 住宅改修は、段差の解消や手すりの設置などを通じて、高齢者の自立を支援する役割を担っているが、価格の設定は住宅改修を行う事業者の裁量によるほか、事業者により技術・施工水準のバラツキが大きいなどの課題がある。
- このような状況を踏まえ、住宅改修の内容や価格を、保険者が適切に把握・確認できるようにするとともに、利用者の適切な選択に資するため、以下の取り組みを進めるのが適

当である。

- ・ 事前申請時に利用者が保険者に提出する見積書類の様式(改修内容、材料費、施工費等の内訳が明確に把握できるもの)を、国が示す。
- ・ 複数の住宅改修事業者から見積りを取るよう、ケアマネジャーが利用者に対し説明する。

○ また、建築の専門職や理学療法士・作業療法士・福祉住環境コーディネーター・その他住宅改修に関する知見を備えた者が適切に関与している事例や、住宅改修事業者への研修会を行っている事例等、保険者の取組の好事例を、国が広く紹介することを通じて、これらの取り組みを全国的に広げていくことが適当である。

○ このほか、住宅改修事業者の登録制度の導入を求める意見があった一方で、市町村の判断に委ねるべきとの意見があった。また、複数事業者からの見積りについて一律に義務を課すことは事務負担が過大であるとの意見があった。利用者負担については、所得や資産に応じた限度額設定や利用者の負担増を求める意見があった一方で、現行制度維持を求める意見があった。

3. 費用負担(総報酬割・調整交付金)

(1) 総報酬割

○ 第2号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金については、現在、各医療保険者に加入する第2号被保険者数に応じて負担する仕組みとなっている。

当部会ではこれまでも、被用者保険の保険者が負担する介護納付金について、各保険者の総報酬額に応じたものとしていくこと(総報酬割の導入)が議論されてきた。

○ 今般の審議においても、事務局より、

① 制度創設時から状況は変化し、「負担能力に応じて応分の負担を求める」という考えが現在の社会保障制度の基本的な路線となっているほか、介護離職を防止することの重要性が高まっていること

② 社会保障・税一体改革の議論でも、総報酬割導入の検討が求められていること

③ 高齢化の進展に伴い、第2号被保険者一人当たりの負担が増加していく中で、主として中小企業の従業員が加入する協会けんぽと健保組合・共済組合の総報酬額の差、特に、第2号被保険者に該当する年齢層(40～64歳)で差が大きくなっていること

などが示された上で、総報酬割の導入について、議論を行った。

○ 今回の審議でも、

- ・ 現役世代にとって受益を伴わない負担増である
- ・ 全国健康保険協会の国庫負担を健康保険組合に付け替えているのではないか
- ・ 順番として給付の重点化、効率化が先であるべきところ、その点への踏み込みが不十分である。
- ・ 賃上げの努力をしている中で、タイミングが悪いのではないか。40代、50代は子育てや親の介護が必要な世代であり、負担を強めるべきではないのではないか。
- ・ 平成 29 年度から後期高齢者支援金の全面総報酬割が導入されるほか、介護職員の処遇改善のための介護報酬の引き上げや、短時間労働者の適用拡大の満年度化、年金保険料の引き上げ、子ども子育て支援施策に係る拠出金の引き上げなど、様々な負担増が重なっているため、これ以上の負担増は避けるべきではないか。
- ・ 持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律の国会附帯決議に基づき、後期高齢者支援金の総報酬割の影響を検証することが必要なのではないか。
- ・ 企業間に差異があることは事実だが、看過できないほどの差異なのか。
- ・ 応益負担には合理性があり、現行の加入者割にも合理性がある。介護納付金は、国保も被用者保険も全国共通ルールとして制度創設時に加入者割が選択されたのであり、総報酬割を導入するのであれば、被用者保険にだけ求めるのではなく、国民健康保険の保険者を含めて、第 2 号被保険者全体の負担のあり方も併せて検討すべきではないか
- ・ 総報酬割は受益可能性とかけ離れた負担増で、社会保険料の役割からは逸脱するのではないか。計算に必要な率の設定にあたっては、税と同様に公正な手続きを踏んで議論すべき

など、総報酬割導入に強く反対する意見が相当数あった。

○ その一方で、

- ・ 平均総報酬額には大きな違いがあるにもかかわらず、同額の負担をする仕組みは不合理ではないか。所得の少ない現役世代の負担軽減のためにも総報酬制を導入すべきではないか。
- ・ 能力に応じた負担は、利用者負担だけでなく保険料にも当てはまるのではないか。
- ・ 負担減になる方が多いことにも目を向けるべきではないか
- ・ 介護納付金は逆進性を有しており、負担能力に応じたものに変えてくべきではないか
- ・ 協会けんぽへの国庫補助は、報酬の高い健保組合や共済組合の保険料を抑えることとなっていたのではないか

- ・ 介護納付金の総額は予算ベースで決まるのであって、賃金が上昇したから必ずしもそれと比例して介護納付金が増えるということではない
- ・ 効率化は当然必要だが、それにより介護納付金の問題が解決するものではない
- ・ 後期高齢者支援金の総報酬割と同様に、段階的に導入することが適当ではないかなど、多くの委員から総報酬割導入に賛同する意見が出された。

○ また、総報酬割に関連して、仮に導入するのであれば段階的な導入が必要との意見や、総報酬割の導入により捻出される財源については、一部を負担増となる健康保険組合への支援や保険者による介護予防の取組の充実、「介護離職ゼロ」の政府方針に基づく介護人材確保に向けた更なる処遇改善や介護保険サービスの確保・維持など、介護保険の分野で活用すべきとの意見があった。また、健保組合への支援は、後期高齢者支援金のとくと同等の負担軽減策など、負担増に対する相応の配慮が必要との意見があった。

(2) 調整交付金

○ 現行の調整交付金は、「第1号被保険者に占める後期高齢者の加入割合の違い」及び「第1号被保険者の所得段階(1～9段階)別加入割合の差」といった、保険者の責めによらない要因により生じる第1号保険料の水準格差を全国ベースで平準化するために交付されるものである。

○ 今後、2025年にかけて全国的に75歳以上人口が急増し、第1号被保険者に占める後期高齢者の割合も全国的に高くなると予測されており、後期高齢者加入割合のばらつきは縮小傾向となることが見込まれる。これに伴い、調整交付金の調整機能が縮小することが予想される。

○ このような状況や、年齢階級ごとの要介護認定率、執行事務における対応を踏まえ、調整交付金における年齢区分について、現行の①65～74歳、②75歳以上の2区分から、①65～74歳、②75～84歳、③85歳以上の3区分に細分化することにより、調整機能を強化することが適当である。

その際、現行の調整交付金の交付割合からの激変緩和も併せて講じることが適当である。

Ⅲ その他の課題

(1) 保険者の業務簡素化(要介護認定)

○ 要介護(要支援)の認定者数は、平成27年4月現在608万人であり、この15年間で約

2.8 倍に増加しており、保険者の事務量も増加傾向にある。

- これまで事務負担軽減の観点から、要介護認定に係る有効期間の延長を段階的に実施してきたが、新規・区分変更申請における有効期間上限経過時点の要介護度が不変である者の割合との均衡に鑑み、更新認定有効期間の上限を 36 か月に延長することを可能とすることが適当である。
- 有効期間の延長にあたっては、適切な要介護認定の担保や、軽度化する場合も含め、有効期間中に状態が変化した場合の適切な再認定の実施が必要であるとの意見があった。
- 認定調査等の内容が長期に渡り状態が変化していない者については、要介護度もまた不変である蓋然性が高いことが想定されることから、介護認定審査会委員等の事務負担の軽減を図るため、二次判定の手続きを簡素化することが適当である。
その際、状態が安定しているかどうかを確認する際の具体的な要件については、要介護認定の実態研究の結論等を踏まえ設定することが適当である。
- また、主治医意見書の電子化や内容の簡素化が業務簡素化に有効ではないか、との意見もあった。
- なお、有効期間の延長、手続きの簡素化などについては、被保険者の誤解を招かぬよう、十分な説明を行い、理解を得ることが必要である。

(2) 被保険者範囲

- 介護保険の被保険者の範囲は、制度創設当初から、65 歳以上が第1号被保険者、40 歳以上 64 歳以下の者が第2号被保険者とされている。
- この被保険者の範囲については、制度創設時も大きな議論となり、また、制度創設後も、「制度の普遍化」(要介護となった理由や年齢の如何に関わらず介護を必要とする全ての人にサービスの給付を行い、併せて保険料を負担する層を拡大すること)を目指すべきか、「高齢者の介護保険」を維持するかを中心に議論が行われてきた。
本部会でも過去、度々議論を行ったが、その拡大について結論を得ることなく、現在に至っている。
- 一方で、制度創設当初と現在を比較してみると、
 - ・ 介護保険制度創設以来、介護保険の保険料負担者である 40 歳以上人口は増加して

きたが、平成 33 年(2021 年)をピークに減少していくことが見込まれている。

- ・ 平成 52 年(2040 年)には、30 歳以上 64 歳以下人口が、制度創設時の 40 歳以上 64 歳以下人口と同程度なる。
- ・ 40 歳以上人口に占める 40 歳以上 64 歳以下人口の割合は低下しており、平成 47 年(2035 年)には 50%を下回ることが見込まれる。
- ・ 第1子を出産する年齢が高齢化しており、制度創設時は 65.4 歳の母親の第1子が 40 歳であったが、平成 61 年(2049 年)には、65.6 歳の母親の第1子が 35 歳となる。
- ・ 政府において、「地域共生社会」を実現するための取組が進められており、厚生労働省においても、介護保険法、障害者総合支援法、子ども・子育て支援新制度など、各制度の成熟化が進む一方で、既存の縦割りのシステムには課題が生じているといった視点を踏まえ今後検討を行っていくこととされている。

などの変化もあり、今般の介護保険制度の見直し検討に際して、改めて被保険者範囲について議論を行った。

- 被保険者範囲の拡大については、受益と負担の関係が希薄な若年世代の納得感を得られないのではないかと意見や、まずは給付の効率化や利用者負担のあり方を見直すことが先決であり、被保険者範囲の拡大については反対との意見、介護保険優先原則に関する改正障害者総合支援法の国会附帯決議に十分留意しながら検討すべきとの意見、障害者の介護は保険になじまないため、税財源により慎重に対応すべきとの意見があった。
- その一方で、将来的には介護保険制度の普遍化が望ましいとの意見や、制度の持続可能性の問題もあり、今から国民的な議論を巻き起こしていくことが必要であるとの意見もあり、介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当である。

(3) 介護保険適用除外施設における住所地特例の見直しについて

- 介護保険制度では、地域保険の考え方から、住民票のある市町村が保険者となるのが原則である。
- しかし、介護保険施設等の所在する市町村の給付費の負担が過度に重くなるため、被保険者が入所により介護保険施設等の所在する市町村に住所を変更した場合は、変更前の市町村が引き続き保険者となる仕組み(住所地特例)が設けられている。
- また、障害者支援施設や救護施設等(介護保険適用除外施設)に入所・入院している者については、当該施設で介護保険施設と同等若しくはそれ以上の水準の介護サービスが

提供されていること等の理由から、介護保険の被保険者としなないこととされている。

- 障害福祉制度や生活保護制度においては、障害者支援施設や救護施設に入所することにより居住地を変更した場合、変更前の自治体はその入所に係る費用を負担する仕組みがある。
- 現行の制度では、介護保険適用除外施設を退所して、介護保険施設等に入所する場合、その者は、住所地特例の仕組みにより、介護保険適用除外施設の所在市町村の被保険者となる。このため、障害者支援施設や救護施設の場合には従来費用負担をしていた自治体に代えて、介護保険適用除外施設の所在市町村が介護給付費を負担することになる。
- この点に関して、介護保険適用除外施設から退所して、介護保険施設等に入所した場合について、介護保険適用除外施設の所在市町村の給付費が過度に重くならないよう、保険者の定め方を見直すことが適当である。
- その際、地域保険の原則に対する特例を拡大することとなるため、全ての介護保険適用除外施設を対象とするのではなく、既に介護保険適用除外施設入所前の自治体が、当該介護保険適用除外施設の入所に係る費用等を負担する制度の対象となっていること、介護保険適用除外施設からの退所者のうち介護保険施設等に移る者の割合が高い又は今後そうなることが予想されること、自治体や介護保険適用除外施設から具体的な見直しの要望が出ていることに着目して、特例の見直しの対象とする必要性が高い施設類型に限定することが適当である。

(4) 現金給付

- 介護保険制度の見直し検討に関連して、委員の求めに応じて、事務局より、ドイツの介護保険制度における介護手当(現金給付)に関する資料が提示され、議論を行った。
- ドイツでは、現金給付が家族を介護に縛り付けるという議論はなく、実際に家族を介護している人を評価する仕組みであり、現金給付は、市民社会にふさわしい制度であるとともに総介護サービス費の抑制に寄与しているとして、現金給付に賛成する意見があった。
- しかし、以下の通り、現金給付には消極的な意見が多く、現時点で現金給付を導入することは適当ではないと考えられる。
 - ・ 現金給付の導入は、家族介護の固定化につながり、「介護の社会化」という制度の理

念や介護離職ゼロ・女性の活躍推進の方針に反しているため反対である。

- ・ 現金給付の導入によって、現物給付が縮小すると、介護サービスの基盤が崩れ、仕事と介護の両立が阻害される恐れがある。むしろ現金給付以外の介護者を支援する仕組みが必要である。
- ・ 現金給付の導入は新たな給付増につながることから、制度の持続可能性の確保の観点から反対である。不正受給の恐れもあり、給付の適正化を進める流れとも逆行する。

おわりに

- 以上が、介護保険制度の見直しに関する本部会の意見である。
- 厚生労働省においては、この意見書の内容を十分に踏まえて見直し内容の具体化を図り、法改正が必要な事項については、関連法案を国会に提出するほか、運営基準や平成30年度介護報酬改定で対応すべき事項については、社会保障審議会介護給付費分科会での議論に付すなど、制度見直しのために必要な対応を速やかに講じられることを求めている。
- 制度見直しを円滑に実施するためには、都道府県や市町村、事業者等が見直し内容を理解し、しっかりと準備していただくことが重要である。

制度改正に際しては、厚生労働省において、都道府県や市町村に過度の事務負担が生じないように配慮するとともに、関係者に対して積極的な支援を行うほか、必要な情報をできる限り早期に提供することを求めている。
- 介護保険制度は、高齢者がその有する能力に応じ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や、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減・悪化の防止を理念とするものである。

今回の見直しは、この介護保険制度の理念を堅持し、制度の持続可能性を確保するとともに、地域包括ケアシステムの強化・推進を図ることにより、制度をより良いものとするために行うものである。

このような基本的な考え方も含め、厚生労働省はもちろんのこと、都道府県や市町村、関係団体等においては、制度改正の内容はもちろんのこと、このような基本的な考え方についても積極的かつ丁寧に周知することを求めている。