

介護保険制度改革の方向

厚生労働省 大臣官房審議官

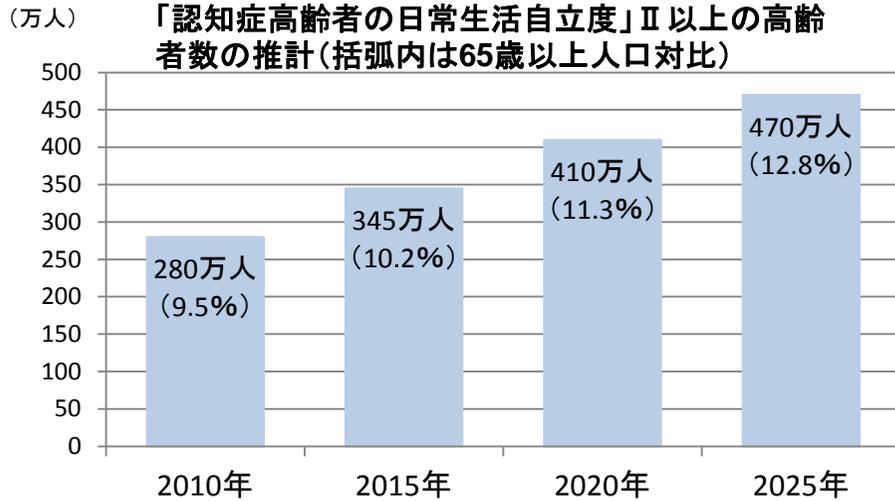
有岡 宏

今後の介護保険をとりまく状況について

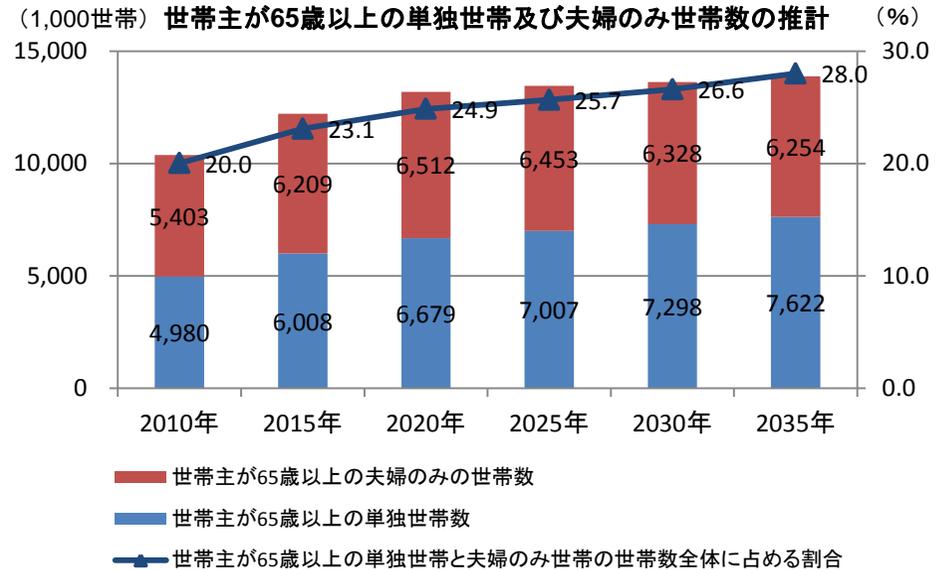
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,658万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	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%)	3,658万人(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。

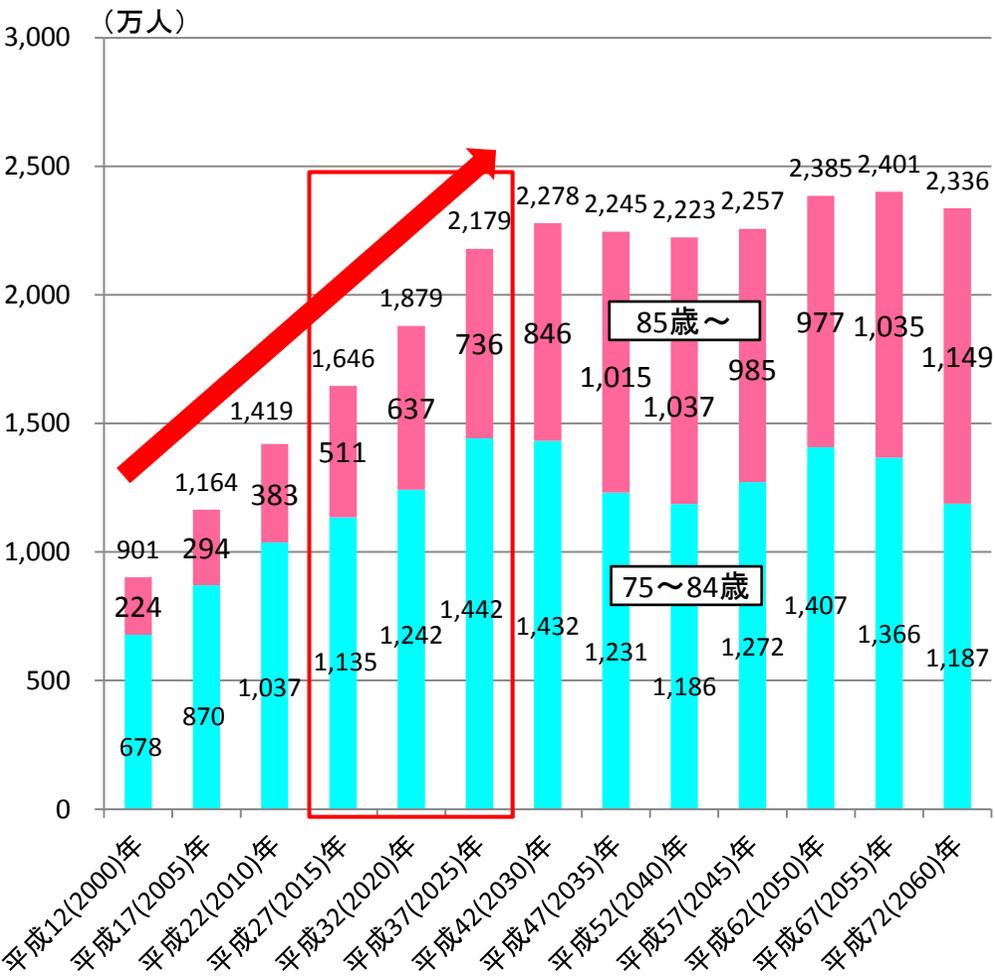


④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	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%> (1.54倍)

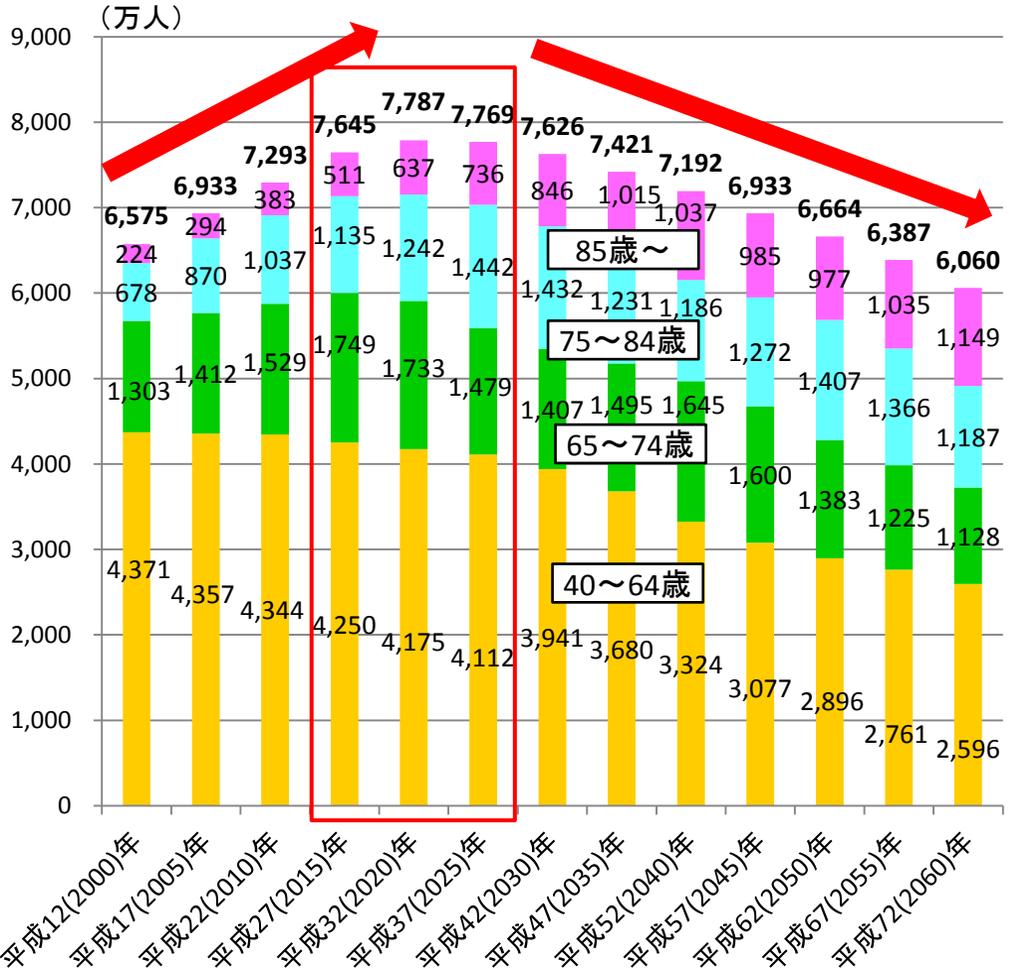
⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○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)

2025年までの各地域の高齢化の状況

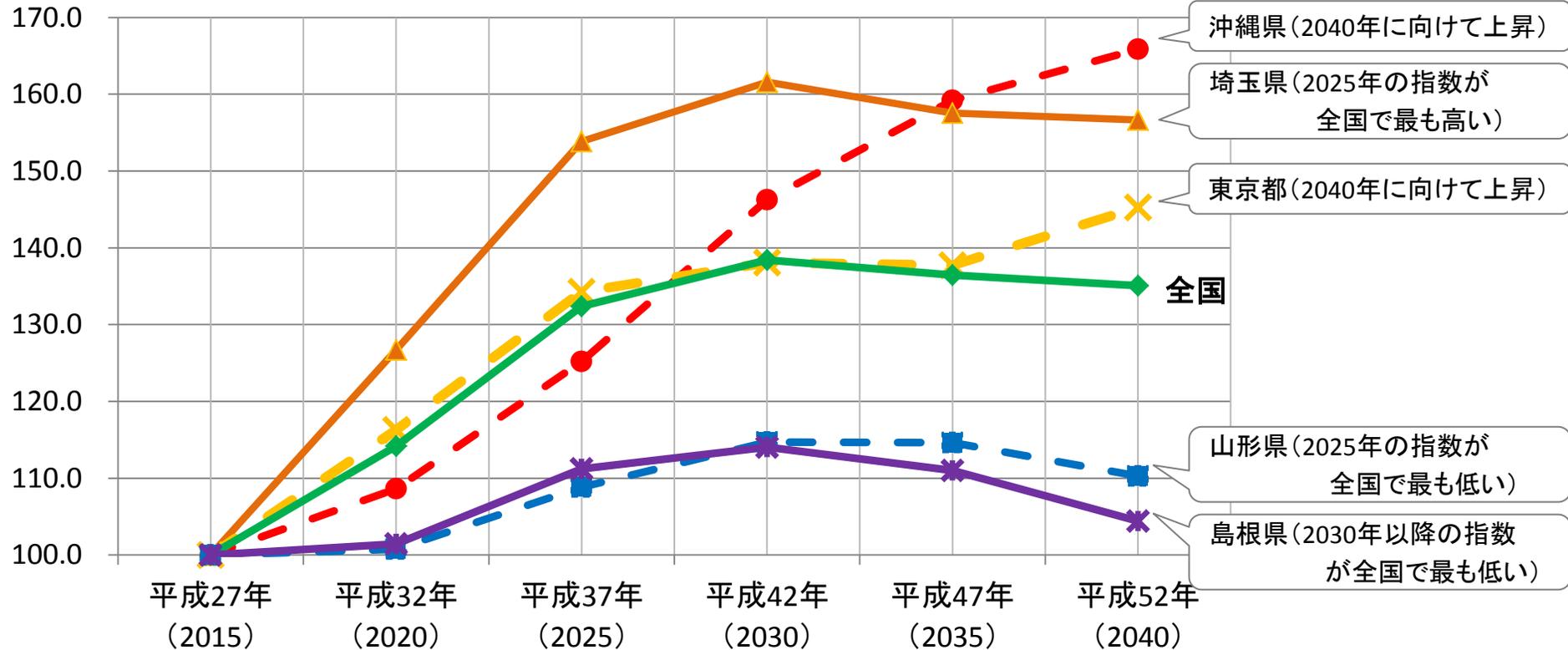
○75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。

※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年が一番高いのが34道府県、2035年が一番高いのが9県

※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇

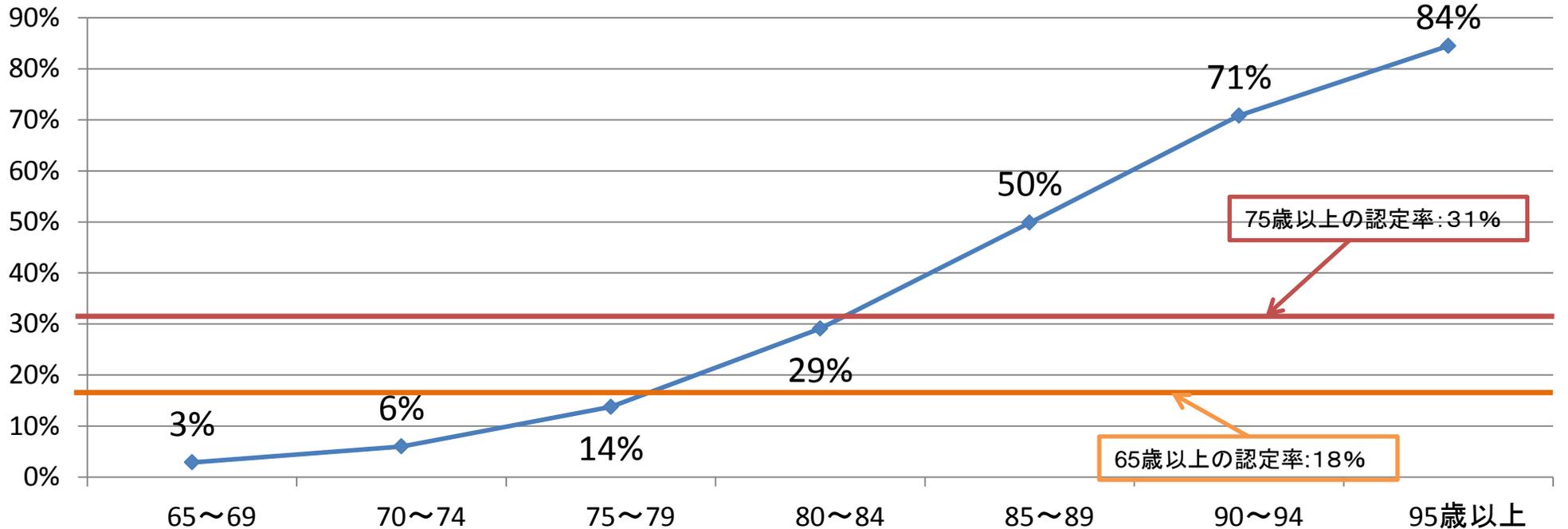
○2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

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)



(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。



【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%

介護保険制度の実施状況

○介護保険制度は、制度創設以来の12年間で、65歳以上被保険者数が約1.4倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2012年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	2,986万人	1.38倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2012年4月末	
認定者数	218万人	⇒	533万人	2.44倍

③サービス利用者の増加

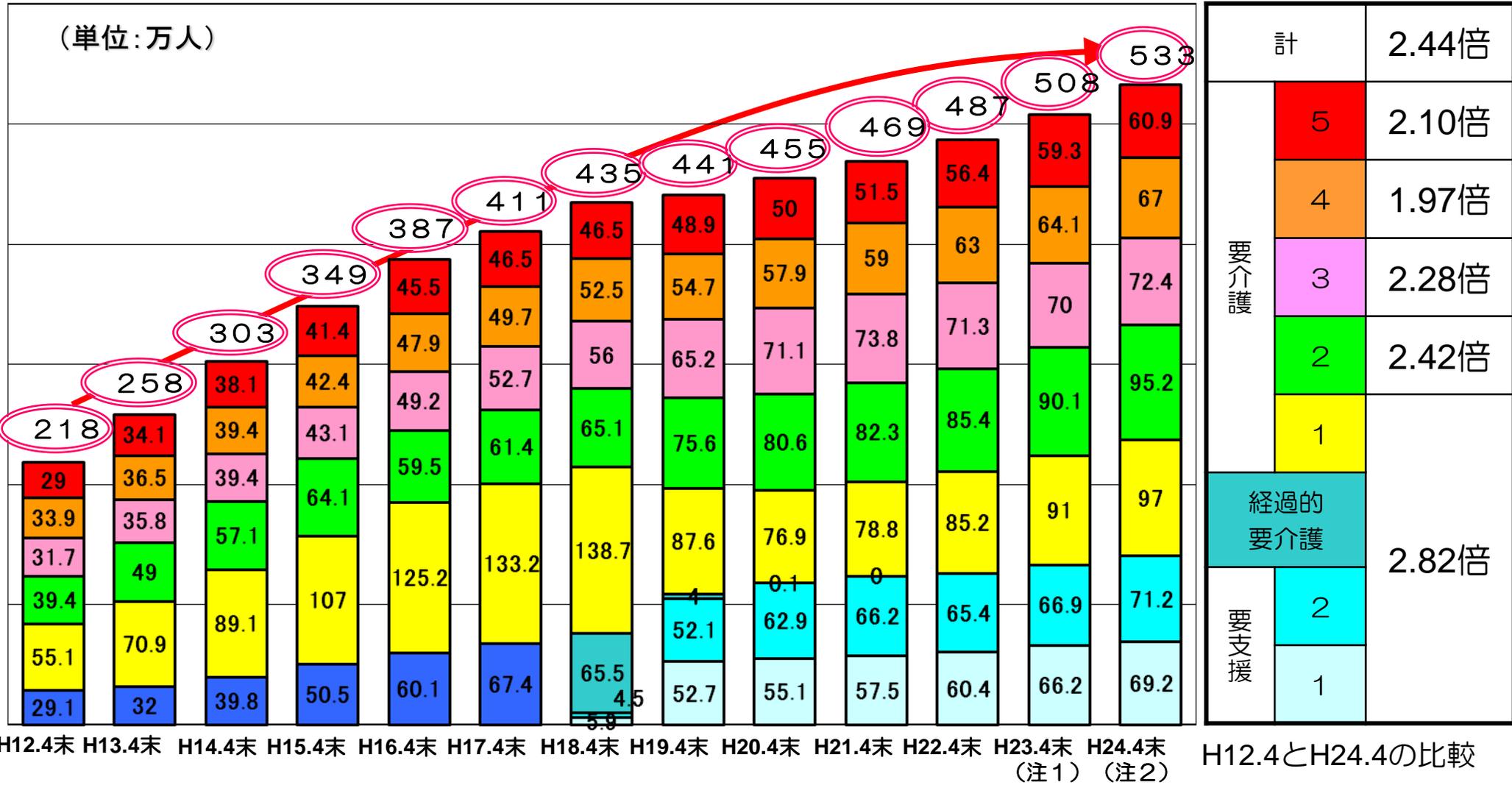
	2000年4月末		2012年4月末	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	328万人	3.38倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	86万人	1.65倍
地域密着型サービス利用者数	—		31万人	
計	149万人	⇒	445万人	2.99倍

(介護保険事業状況報告)

要介護度別認定者数の推移

要介護度別認定者数は、平成24年4月末現在533万人で、11年間で約2.4倍に

(単位:万人)



H12.4とH24.4の比較 (注1) (注2)

- 要支援
- 要支援1
- 要支援2
- 経過的
- 要介護1
- 要介護2
- 要介護3
- 要介護4
- 要介護5

(出典:介護保険事業状況報告)

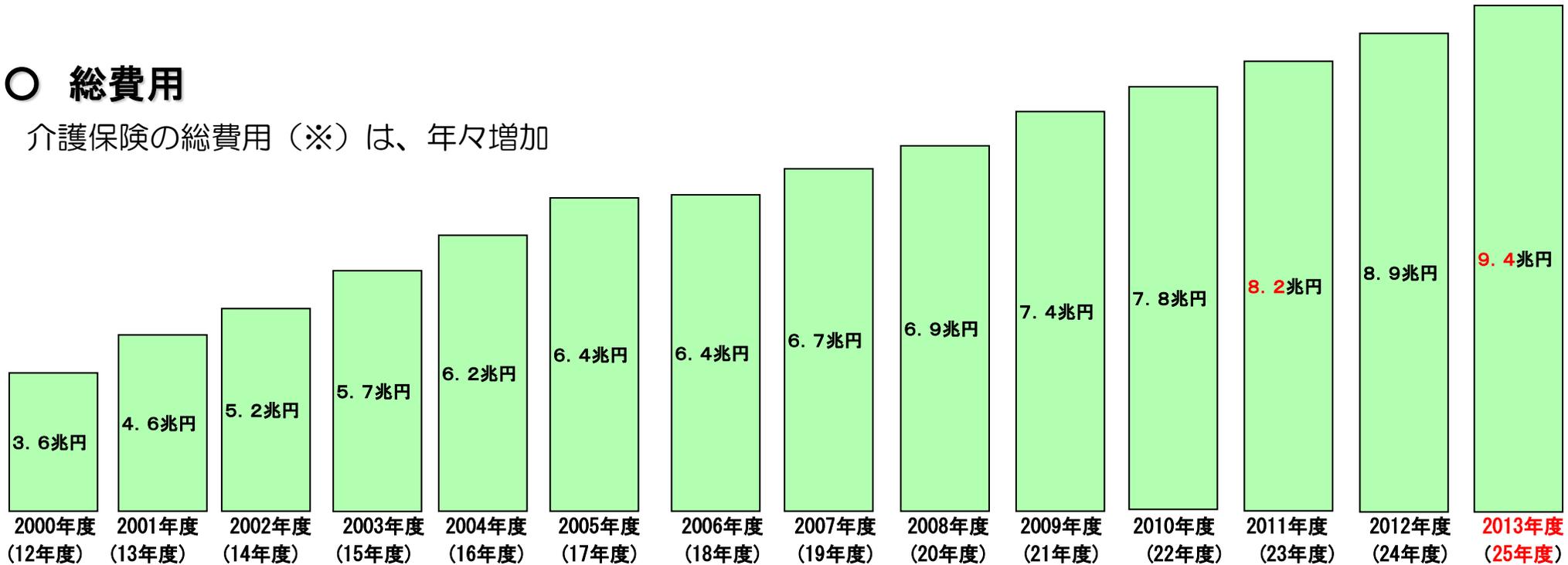
注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、櫛葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注2) 櫛葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

介護費用と保険料の推移

○ 総費用

介護保険の総費用（※）は、年々増加



(注) 2000～2011年度は実績、2012～2013年度は当初予算。

※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない(地方交付税により措置されている)。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕



社会保障各制度の保険料水準の見通し《改定後(平成24年3月)》(改革後)

制度		平成24年度 (2012)	平成27年度 (2015)	平成32年度 (2020)	平成37年度 (2025)
年金					
	国民年金	月額14,980円	月額16,380円 (平成16年度価格(注2))	月額16,900円 (平成16年度価格(注2))	月額16,900円 (平成16年度価格(注2))
	厚生年金	保険料率 16.412%(~8月) 16.766%(9月~)	保険料率 17.474%(~8月) 17.828%(9月~)	保険料率18.3%	保険料率18.3%
医療					
	国民健康保険(2012年度賃金換算)	月額7,600円	月額8,100円程度	月額8,800円程度	月額9,300円程度
	協会けんぽ	保険料率10.0%	保険料率10.8%程度	保険料率10.9%程度	保険料率11.1%程度
	組合健保	保険料率8.5%	保険料率9.2%程度	保険料率9.2%程度	保険料率9.4%程度
	後期高齢者医療(2012年度賃金換算)	月額5,400円	月額5,800円程度	月額6,200円程度	月額6,500円程度
介護					
	第1号被保険者(2012年度賃金換算)	月額5,000円	月額5,700円程度	月額6,900円程度	月額8,200円程度
	第2号被保険者 (国民健康保険、2012年度賃金換算)	月額2,300円	月額2,700円程度	月額3,300円程度	月額3,900円程度
	第2号被保険者(協会けんぽ)	保険料率1.55%	保険料率1.8%程度	保険料率2.3%程度	保険料率3.1%程度
	第2号被保険者(組合健保)	保険料率1.3%	保険料率1.5%程度	保険料率1.9%程度	保険料率2.5%程度

前提: 人口「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 経済「経済財政の中長期試算(平成24年1月)」慎重シナリオ

注1: この数値は2011年6月「社会保障に係る費用の将来推計」を元として、人口及び経済の前提の変化等による修正を加えた上で、所要保険料財源の総額などから算出したものであり、特に医療・介護については、

- ①これが実際の将来の個人の保険料(率)水準を表したものではないこと(各保険者によっても将来の保険料(率)は異なる)
- ②前提等により値が変わることなどに留意し、一定程度の幅をもって見る必要がある。

注2: 平成25年度以降の国民年金保険料は、平成16年度価格水準で示された月額であり、実際の保険料額は物価及び賃金の変動を反映して決定することとされている。

注3: 「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

(ただし、「Ⅱ 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない)

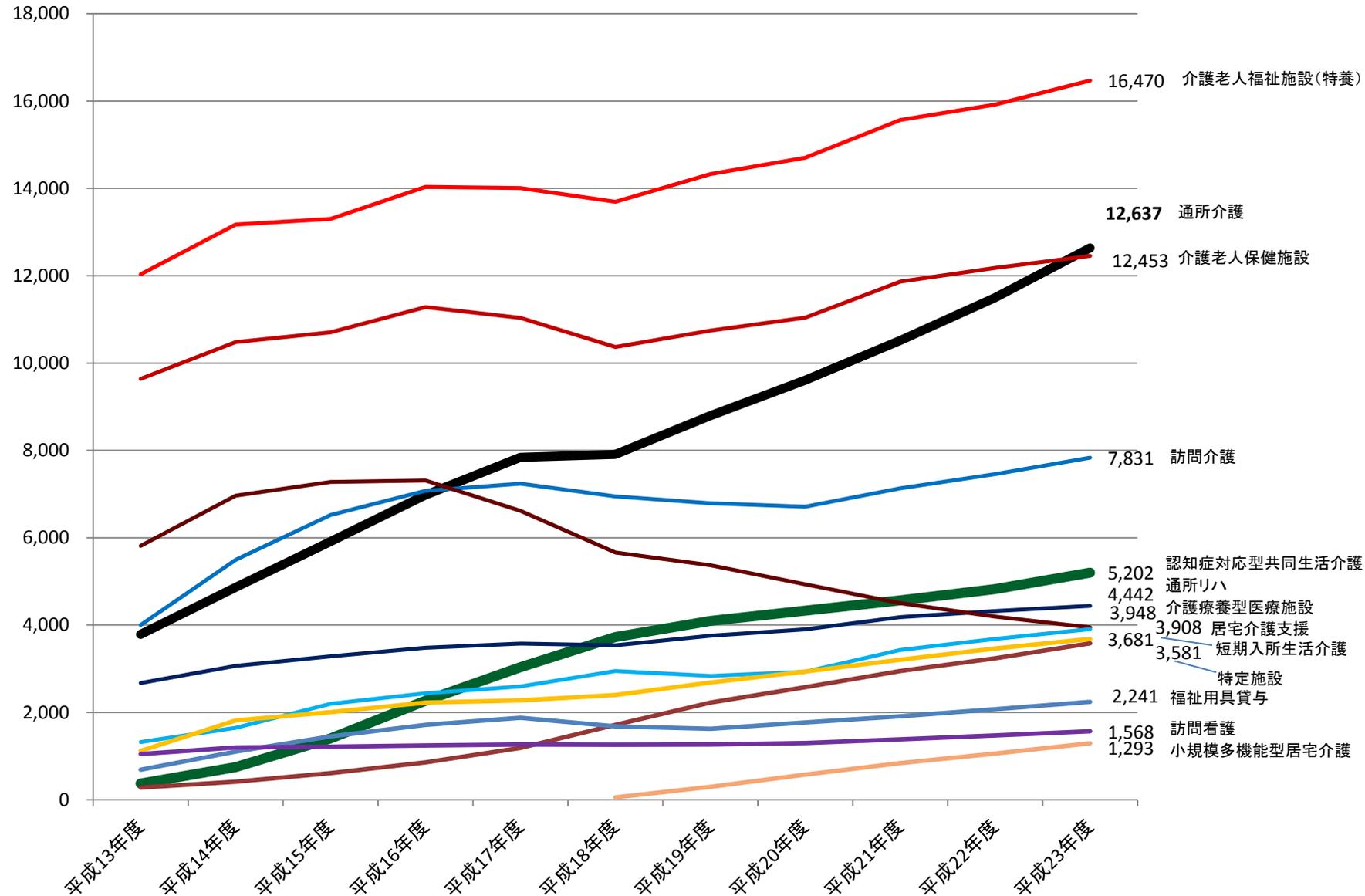
注4: 厚生年金、協会けんぽおよび組合健保の保険料率は、本人分と事業主負担分との合計である。

注5: 平成24(2012)年度の介護第1号被保険者の保険料額は第5期平均見込み値である。

通所介護の費用は急増している。

サービス種類別介護費用額(抜粋)

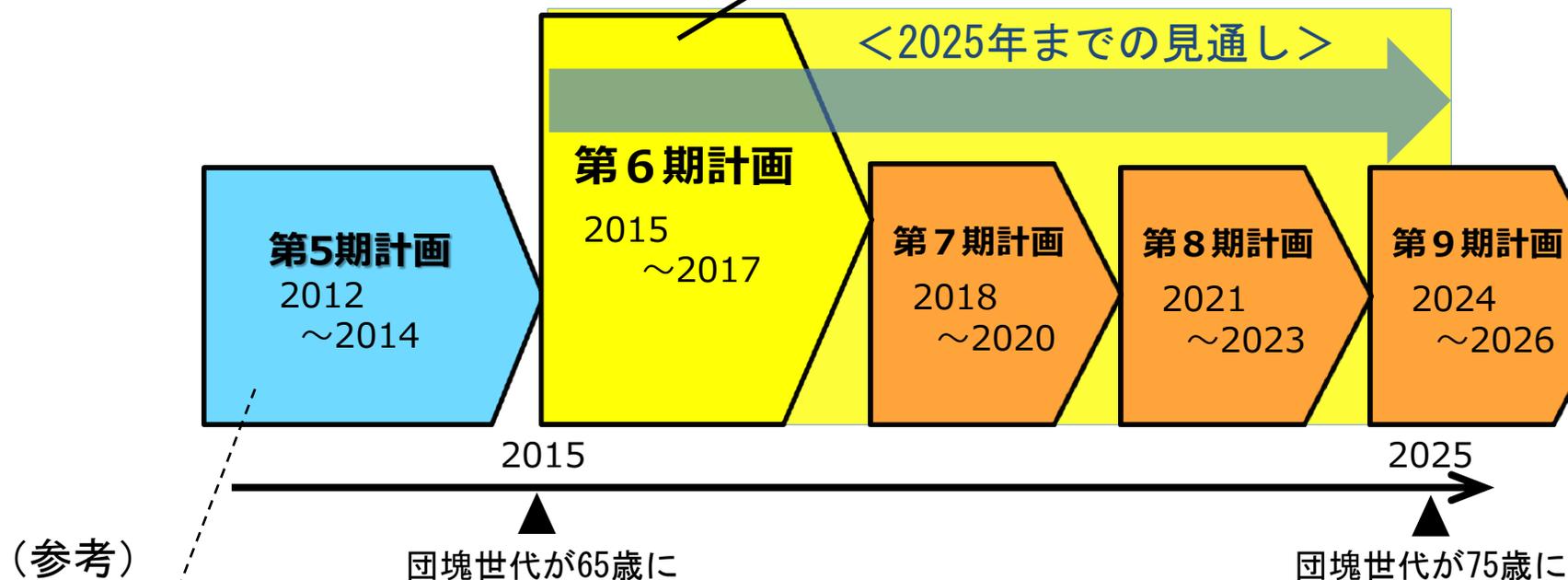
(単位:億円)



(注)
 ・特定入所者介護サービス費及び予防給付を含む。
 ・平成23年度において1000億円以上を表示
 ・介護老人福祉施設に地域密着型介護老人福祉施設は含まれていない。
 ・平成23年4月審査分においては、東日本大震災の影響により、介護給付費明細書等を各都道府県国民健康保険団体連合会に提出できない介護サービス事業所等や介護給付費明細書によらない概算請求・支払いがあったものと考えられる。
 (資料)介護保険給付費実態報告年報(平成12年度年報はないため、表示していない。)

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。



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

介護保険制度改正の検討事項

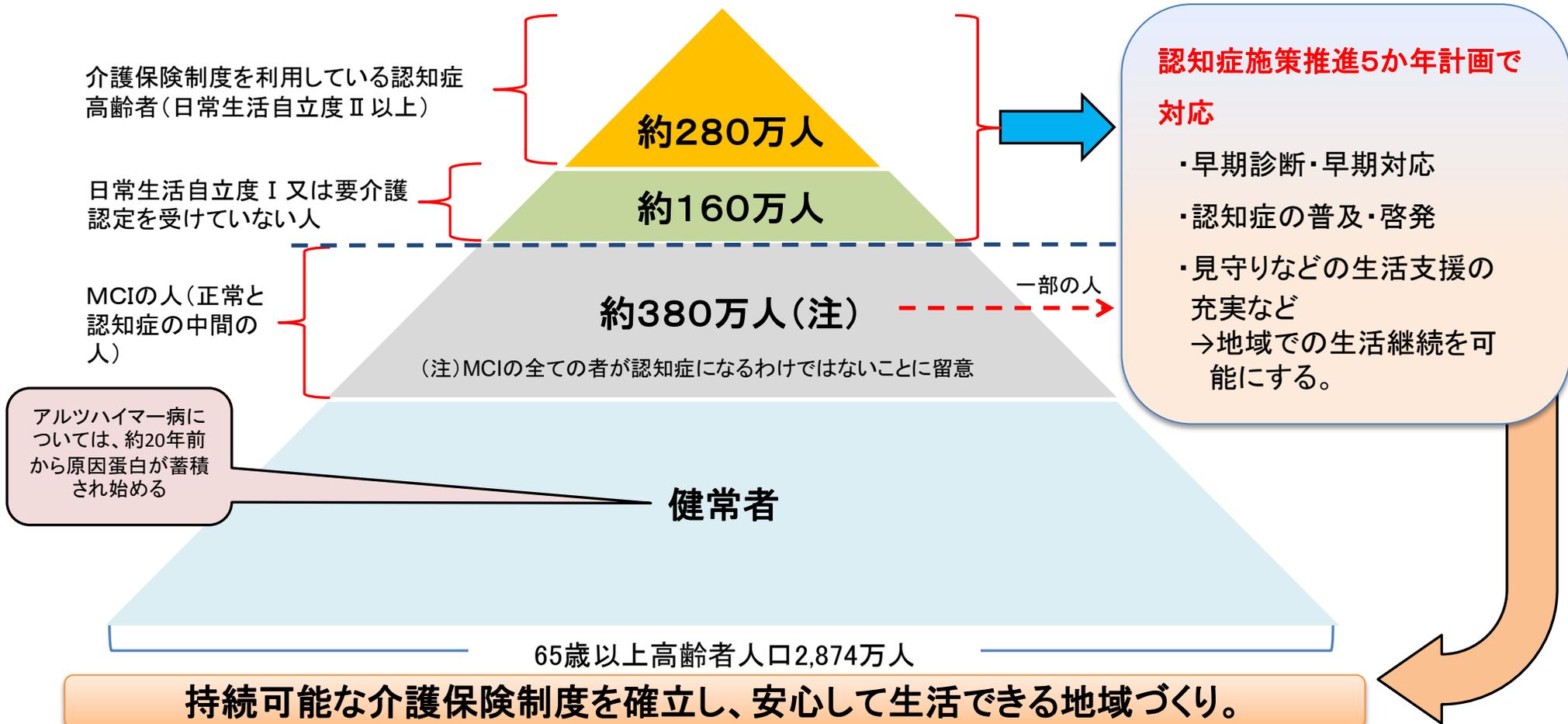
○ 地域包括ケアシステムの構築と介護保険制度の持続可能性の確保のため、充実と重点化・効率化を一体的に行う。

	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

認知症高齢者の現状（平成22年）

- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計（平成22年）。また、全国のMCI（正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の間）状態の者）の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計（平成22年）。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人（平成22年）。



今後の認知症施策の方向性

～ ケアの流れを変える ～

- 「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。



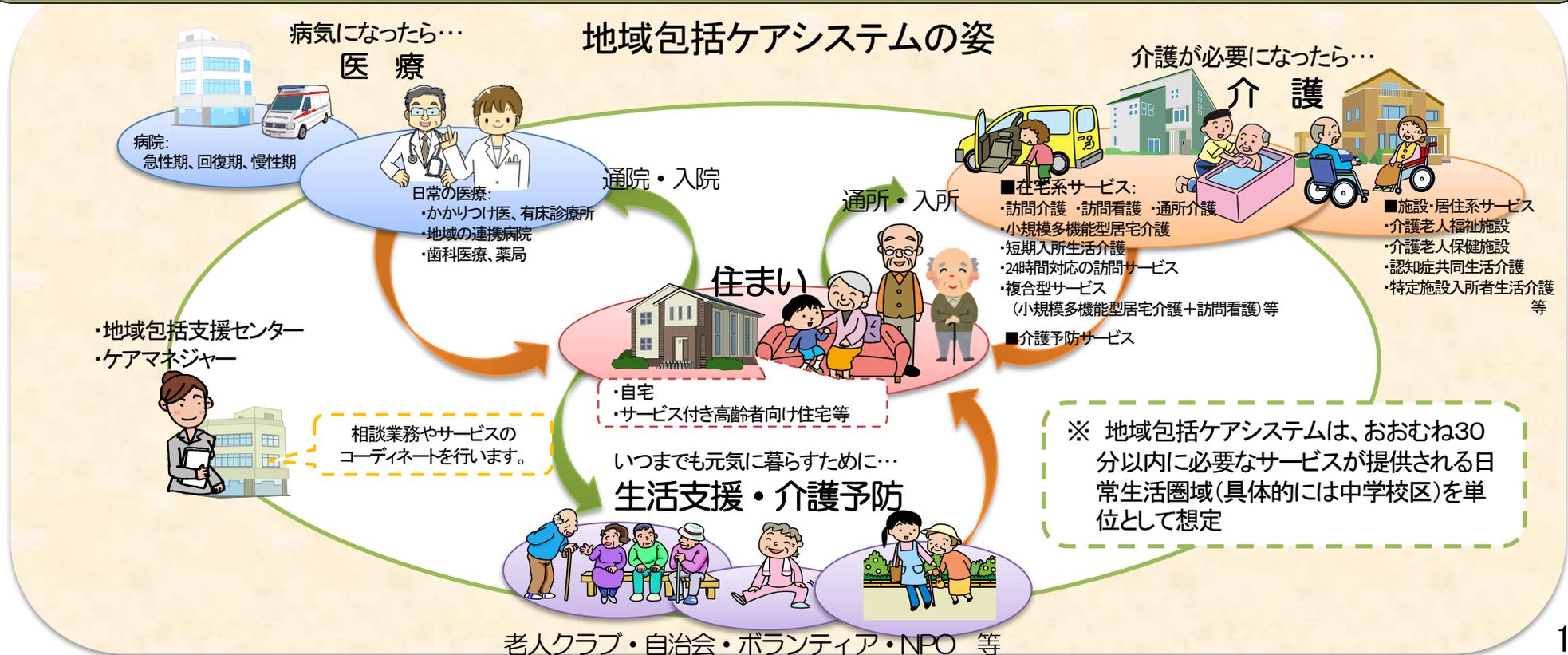
《今後目指すべきケア》

「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

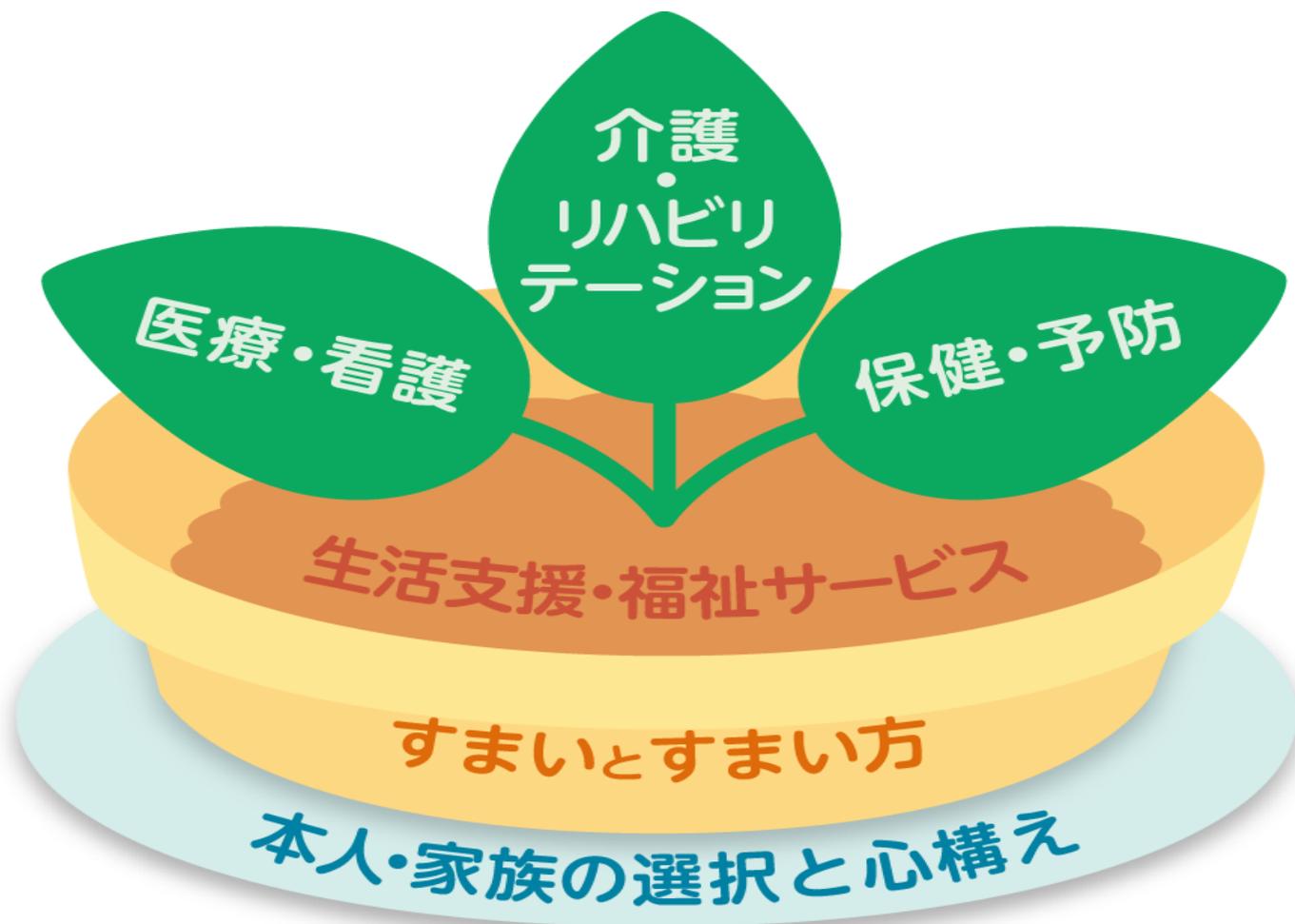
事項	5か年計画での目標
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映
○ 「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人
○ 「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

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



地域包括ケアシステム図

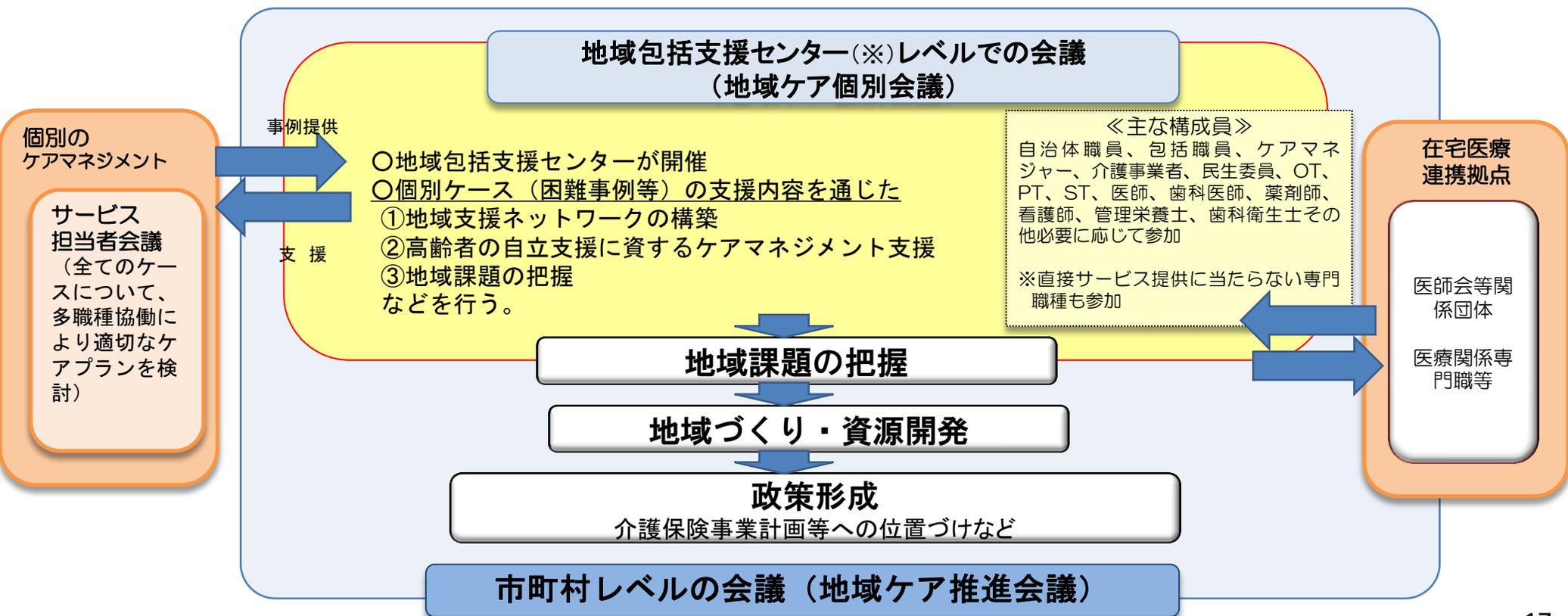


出典：平成25年3月 地域包括ケア研究会報告
「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」
田中座長の図をもとに事務局作成

地域ケア会議

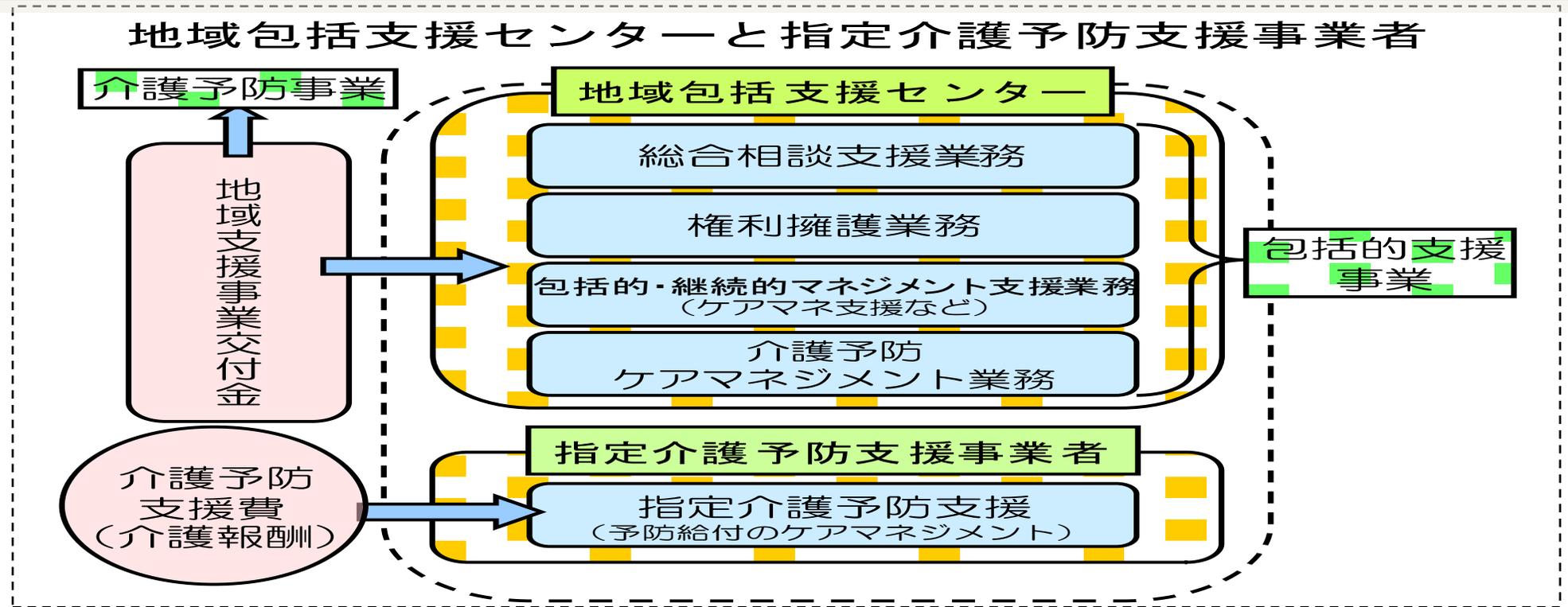
- 地域ケア会議は、
 - ・多職種の第三者による専門的視点を交えて、ケアマネジメントの質の向上を図り、
 - ・また、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域課題を発見し、
 - ・地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる、地域包括ケアシステムの実現に向けたツール。
- 個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」は、市町村内の圏域単位での地域包括支援センターが開催。一方、地域づくりや政策形成等につなげる「地域ケア推進会議」は市町村レベルで開催
- 平成24年度から本格的に推進を開始。
- 平成24年6月現在、1,202保険者で実施されているが、その主催者、会議の内容、参加者等は様々であり、個別ケースの検討を基本としている会議は多くない現状にある。

※平成24年4月末現在の地域包括支援センターの箇所数：4,328ヶ所（センター・ランチ・サブセンター合計7,072ヶ所）



地域包括支援センターの業務と財源

- 地域包括支援センターは、地域支援事業における包括的支援事業と、指定介護予防支援事業者としての顔がある。
- 運営にかかる経費は、「地域支援事業交付金」と介護予防支援業務(予防給付のケアマネジメント)に対する「介護報酬」の2つがある。



[財 源]

◎ 地域支援事業交付金

※包括的支援事業及び任意事業の上限

- ・事業費の上限は、介護給付費の2%以内
- ・財源構成 国39.5%、都道府県19.75%、市町村19.75%
第1号保険料 21.0%



◎ 介護報酬

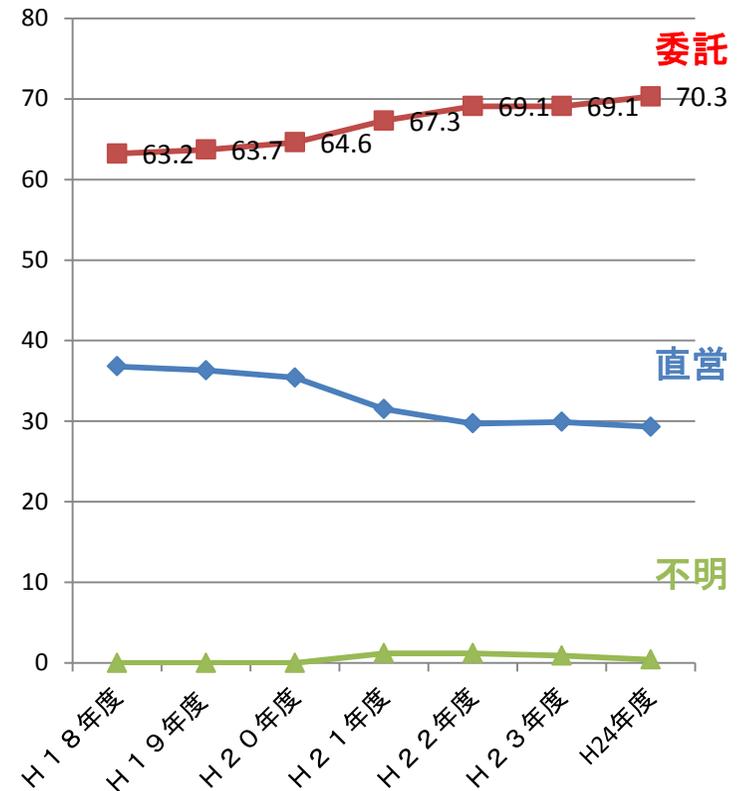
- ・予防給付のケアプラン経費
- ・4,120円×件数。
- ・初回については、さらに3,000円加算。

(参考)地域包括支援センターの設置状況

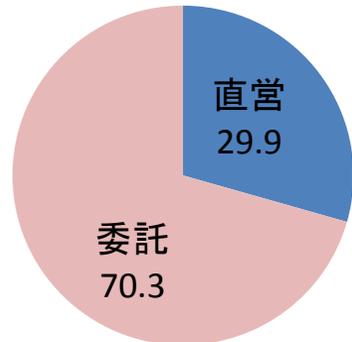
- 地域包括支援センターはすべての保険者に設置されており、全国に4,328カ所
- ブランチ・サブセンターを合わせると設置数は7,072カ所となる。
- 前年比で、センターは104カ所増え、ブランチ・サブセンターが205カ所減ったため、全体で101カ所減少
- 地域包括支援センターの設置主体は、直営が約3割、委託が約7割で、委託が増加している。

◎地域包括支援センターの設置数

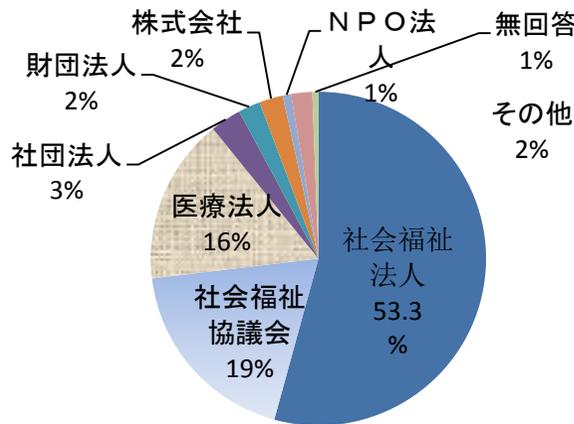
地域包括センター設置数	4,328カ所
ブランチ設置数	2,391カ所
サブセンター設置数	353カ所
センター・ブランチ・サブセンター合計	7,072カ所



◎委託割合 (%)



◎委託法人の構成割合



地域支援事業の充実：在宅医療・介護の連携推進について

- 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、全国的に取り組むことを検討。
- 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、取り組むことを検討。



(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

④24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

(参考)在宅医療の体制

退院支援

○入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

- ・病院・診療所
- ・訪問看護事業所
- ・薬局
- ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
- ・在宅医療に必要な連携を担う拠点

等

日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

病院・診療所、訪問看護事業所、薬局、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護老人保健施設
短期入所サービス提供施設
在宅医療において積極的役割を担う医療機関
在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

急変

急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保

- ・病院・診療所
- ・訪問看護事業所
- ・薬局
- ・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
- ・在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

看取り

○住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

- ・病院・診療所
- ・訪問看護事業所
- ・薬局
- ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
- ・在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

(参考) 医療・介護機能の再編 (将来像)

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

【2012(H24)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強 等

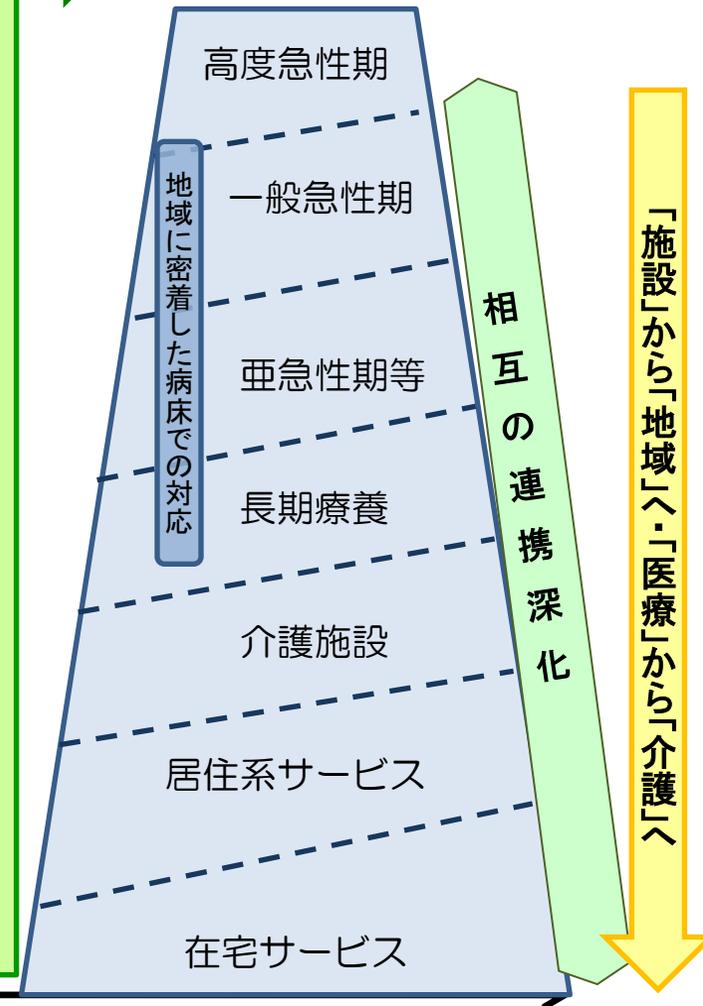
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として実施

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

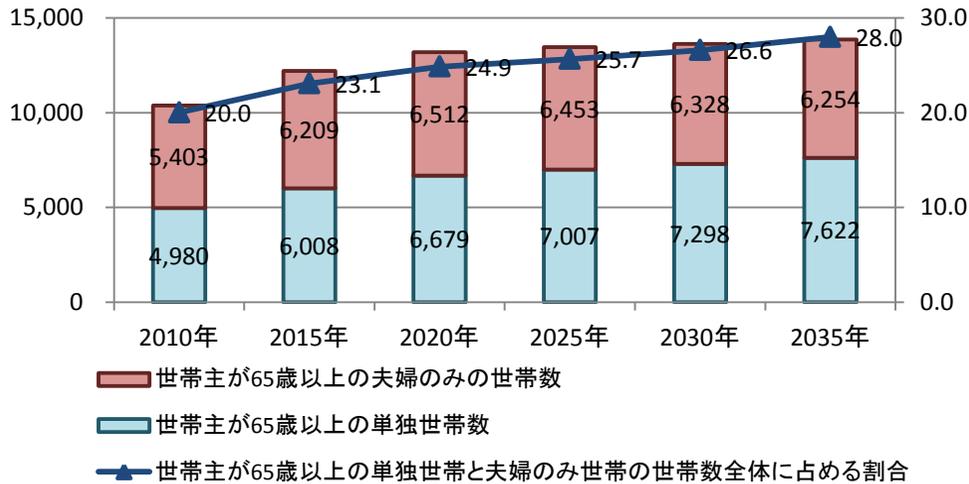
【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

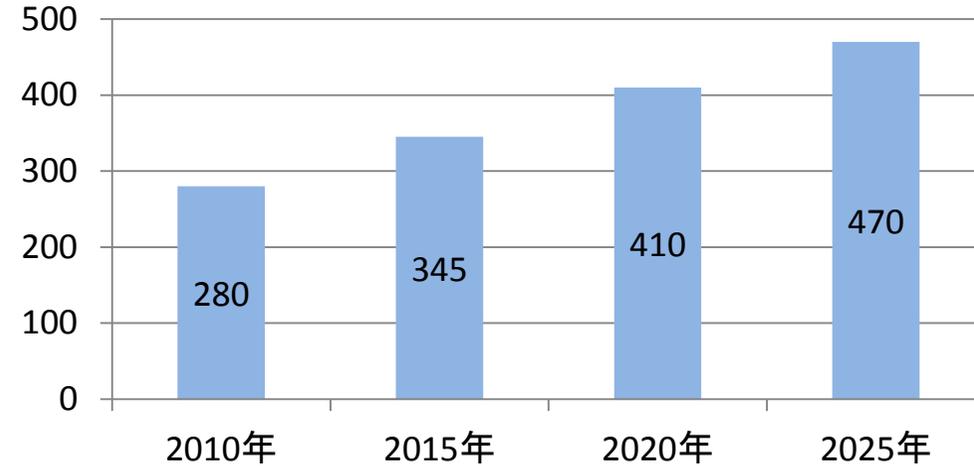
生活支援のニーズ

高齢者世帯の年次推移



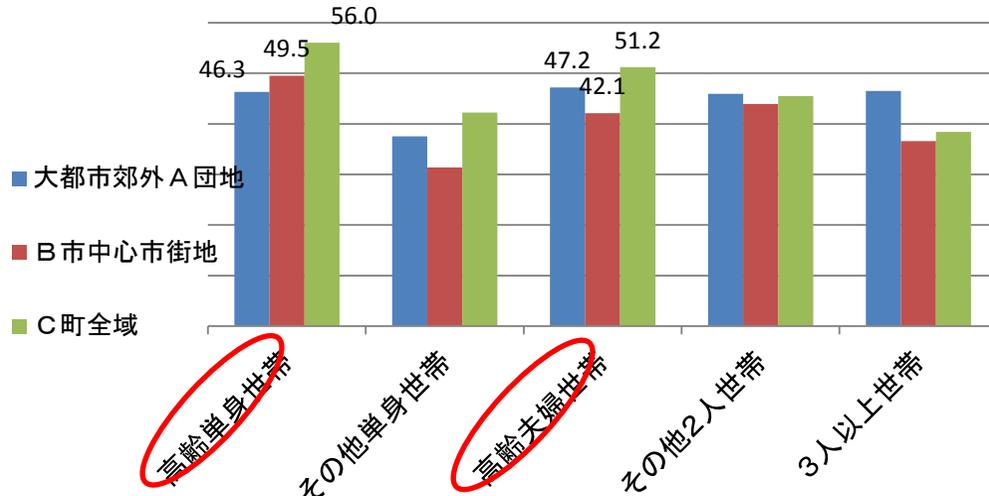
国立社会保障・人口問題研究所、
2013(平成25)年1月推計の「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」

認知症高齢者数の将来推計 (単位:万人)



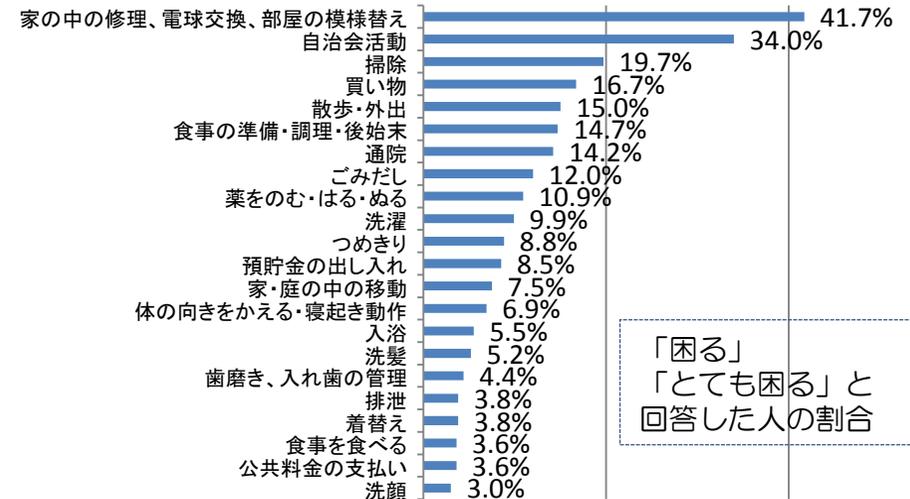
「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について,厚生労働省

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)



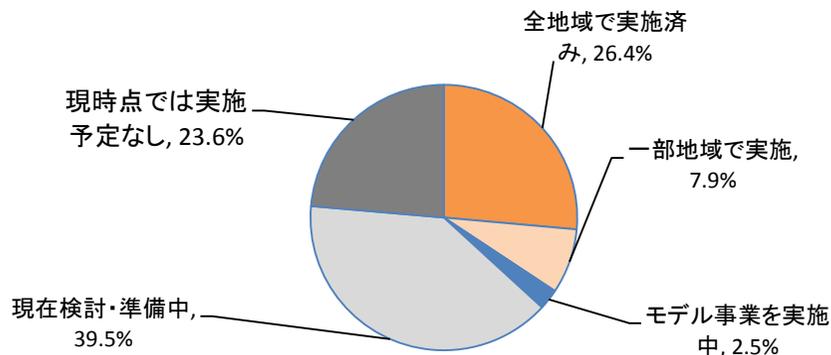
「困る」
「とても困る」と
回答した人の割合

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

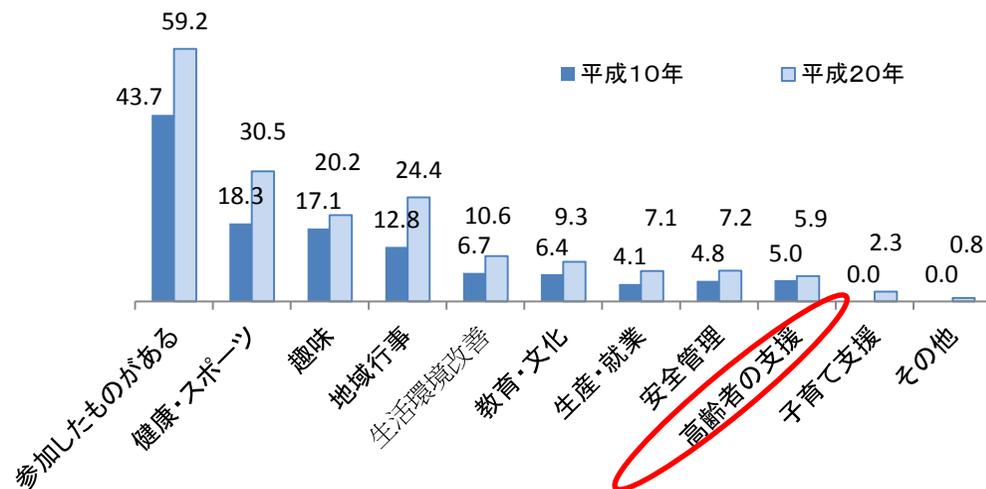
高齢者の見守りネットワークの形成状況

(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」

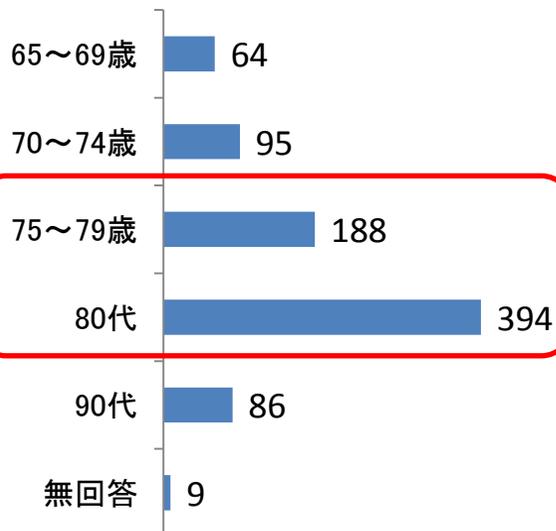
60歳以上の住民のグループ活動



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

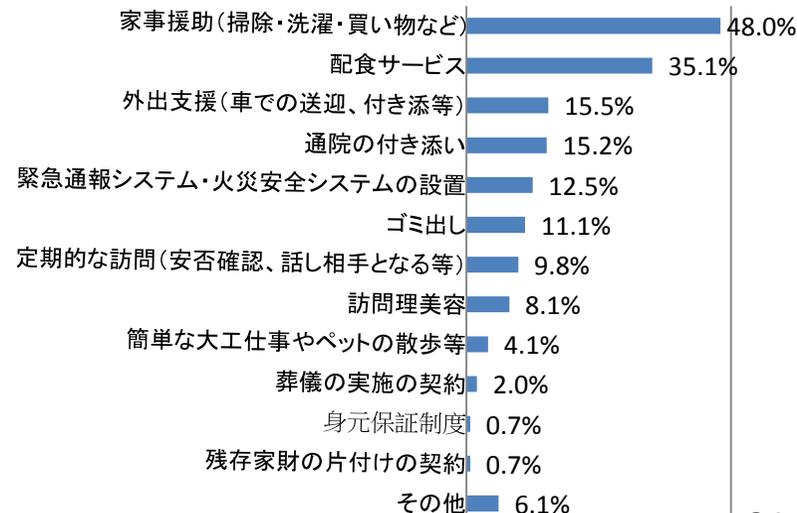
(調査対象10団体のサービスを利用する高齢者のうち有効回答数 n=836)



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

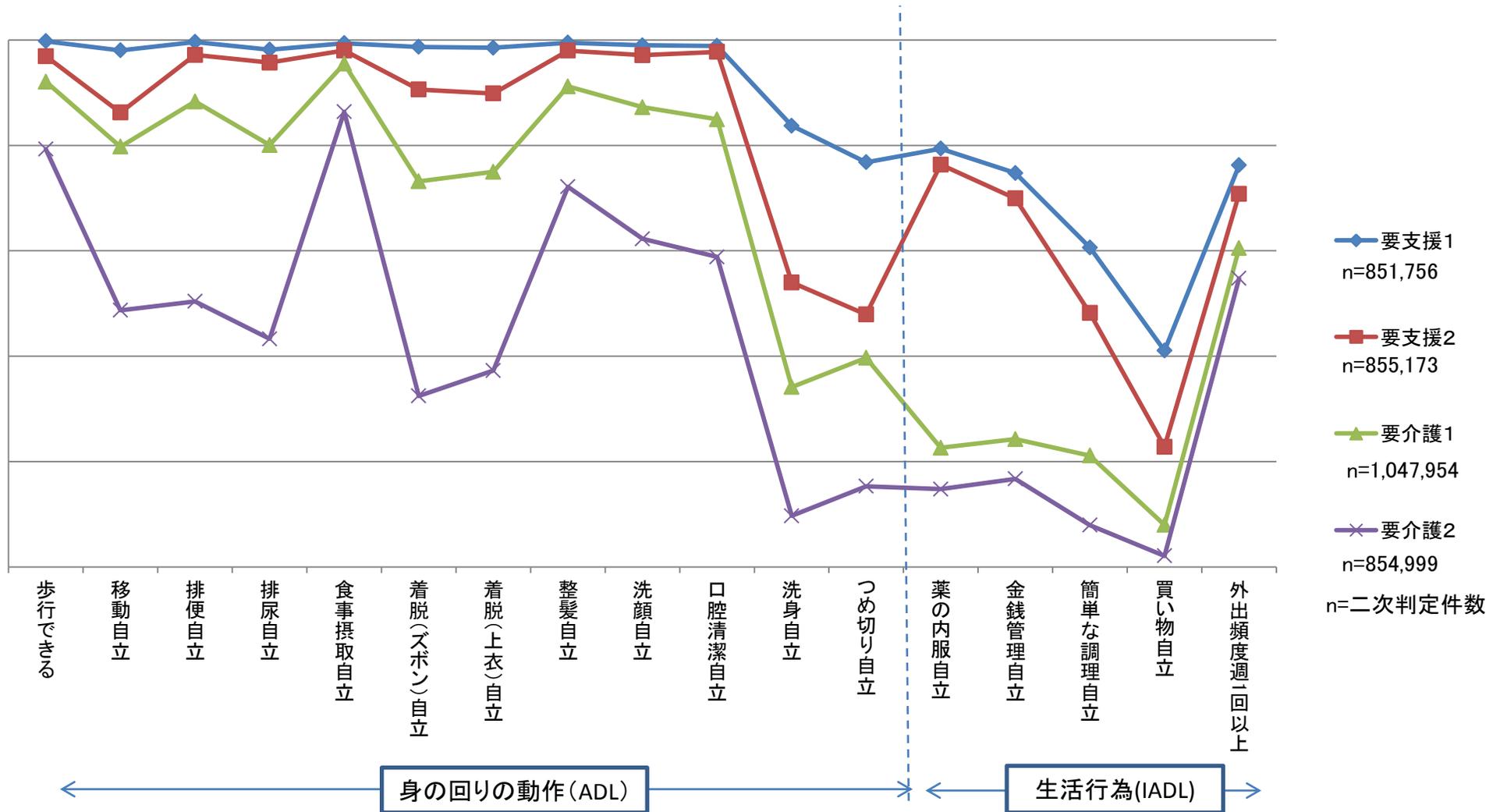
(民間・公的を問わず介護保険対象外の生活支援サービスを利用した高齢者のうち有効回答数 n=296)



平成22年度「高齢者の生活実態 東京都福祉保健基礎調査」

(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。

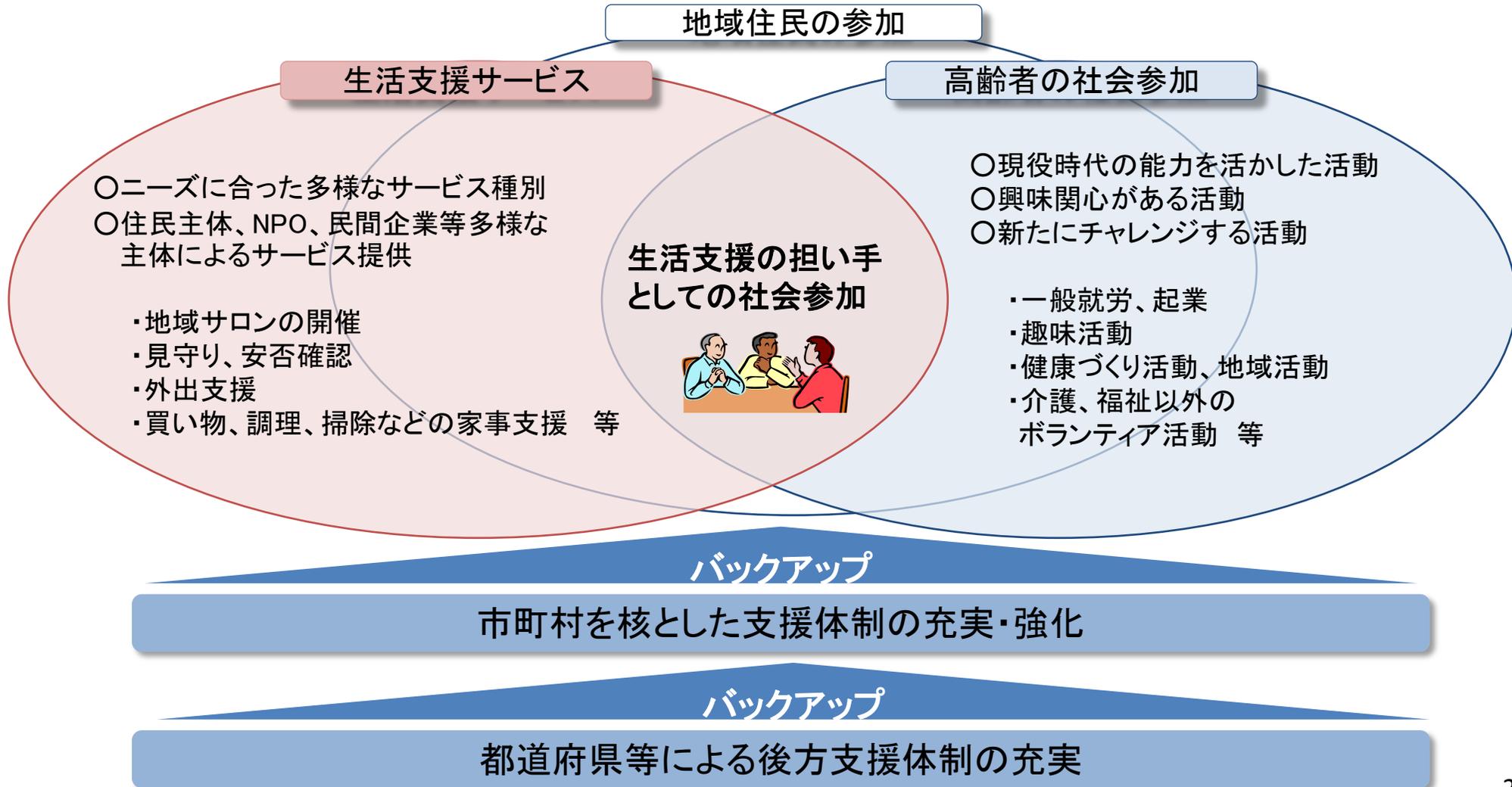


※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※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))

生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

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



多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

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

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

生活支援サービスの提供イメージ



事業主体

民間企業

NPO

協同組織

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

介護予防給付(訪問介護・通所介護)の見直しと地域支援事業の充実等

(1) 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の提供をできるように、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年度末までにすべて事業に移行。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。

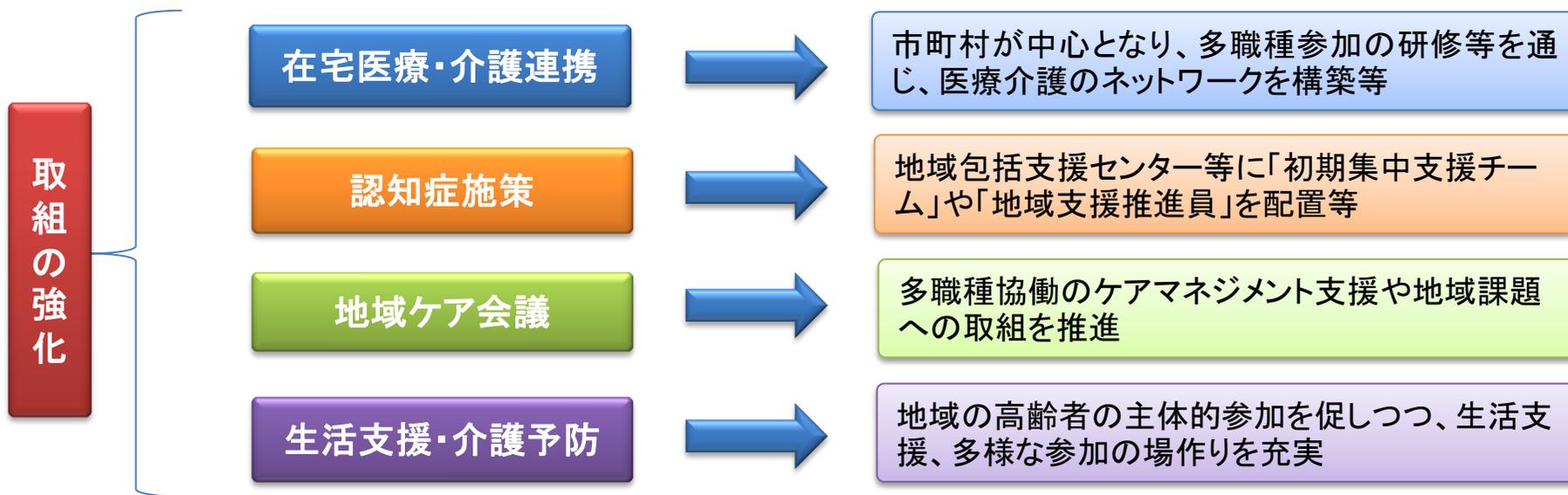
予防給付から新しい総合事業への移行



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

(2) 地域支援事業の充実

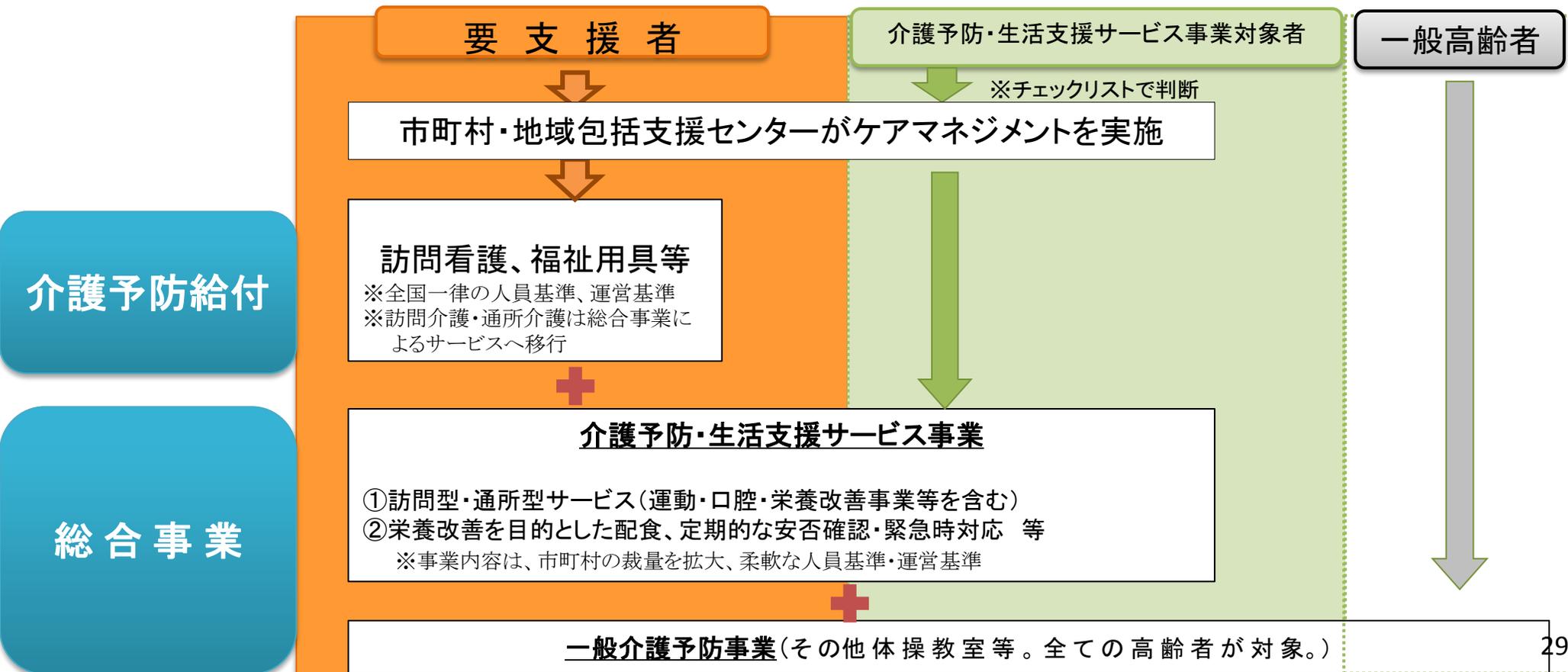
- 地域支援事業の枠組みを活用し、以下の充実を行い、市町村が中心となって総合的に地域づくりを推進。



※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

新しい介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）

- すべての市町村が29年4月までに「総合事業」を開始(総合事業は「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」から構成)。→訪問介護、通所介護は総合事業のサービスにすべて移行(29年度末)(訪問介護、通所介護以外のサービスは予防給付によるサービス利用。) ※介護予防・日常生活支援総合事業は平成24年度から開始している。
- 要支援者は、ケアマネジメントを行い、総合事業によるサービス(訪問型・通所型サービス等)と、予防給付によるサービスを適切に組み合わせつつ、サービス利用。
- 総合事業のみ利用する場合は要支援認定は不要。基本チェックリストで判断を行う。



要支援者の訪問介護、通所介護の総合事業への移行(介護予防・生活支援サービス事業)

- 多様な主体による柔軟な取り組みにより効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、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年度末まで)
- その他のサービスは、予防給付によるサービスを利用

予防給付によるサービス

- ・訪問介護
- ・通所介護



訪問介護、通所介護
について事業へ移行

新しい総合事業によるサービス (介護予防・生活支援サービス事業)

- ・訪問型サービス
 - ・多様な担い手による生活支援
- ・通所型サービス
 - ・ミニデイなどの通いの場
 - ・運動、栄養、口腔ケア等の教室
- ・生活支援サービス(配食・見守り等)
 - ・介護事業所による訪問型・通所型サービス

※多様な主体による多様なサービスの提供を推進
 ※総合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

- ・訪問看護
 - ・訪問リハビリテーション
 - ・通所リハビリテーション
 - ・短期入所療養介護
 - ・居宅療養管理指導
 - ・特定施設入所者生活介護
 - ・短期入所者生活介護
 - ・訪問入浴介護
 - ・認知症対応型通所介護
 - ・小規模多機能型居宅介護
 - ・認知症対応型共同生活介護
 - ・福祉用具貸与
 - ・福祉用具販売
 - ・住宅改修
- など

従来通り
予防給付で行う

要支援者に対する訪問介護・通所介護の多様化(イメージ)

- 全国一律のサービス内容であった訪問介護や通所介護については、事業に移行することにより、既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、多様なサービスが多様な主体により提供され、利用者が多様なサービスを選択可能となる。

【参考例】

訪問介護

(訪問型サービス)

既存の訪問介護事業所による身体介護・生活援助の訪問介護

NPO、民間事業者等による掃除・洗濯等の生活支援サービス

住民ボランティアによるゴミ出し等の生活支援サービス

通所介護

(通所型サービス)

既存の通所介護事業所による機能訓練等の通所介護

NPO、民間事業者等によるミニデイサービス

コミュニティサロン、住民主体の運動・交流の場

リハビリ、栄養、口腔ケア等の専門職等が関与する教室

新しい総合事業について(案)

【1 概要】

- 1) 要支援者と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「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。
※従来の給付から移行するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みのもと、市町村が設定する仕組みを検討。(利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組みとすることが必要)
- 7) 事業者: 市町村が事業者へ委託する方法に加え、あらかじめ事業者を認定等により特定し、当該市町村の一定のルールの下事業者が事業を実施した場合事後的に費用の支払いを行う枠組みを検討。
- 8) 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)

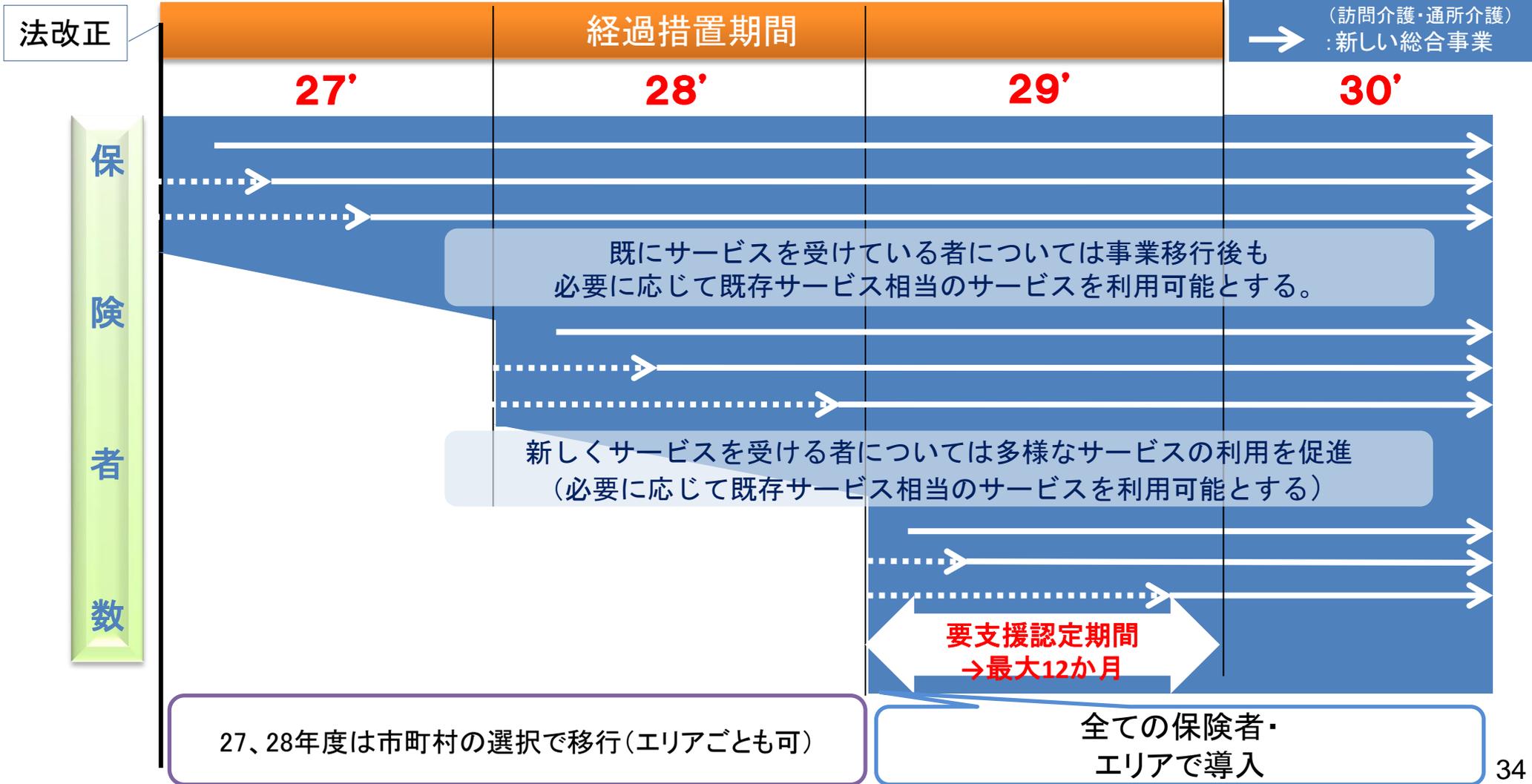
【3 新しい総合事業の一般介護予防事業の概要】

- 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。

市町村の新しい総合事業実施に向けたスケジュールについて(イメージ)

- 平成29年4月までに、全ての保険者で要支援者に対する新しい総合事業を開始。(27、28年度は市町村の選択)
- 平成29年度末をもって、予防給付のうち訪問介護と通所介護については終了。

訪問介護、通所介護(予防給付)から訪問型サービス・通所型サービスへの移行(イメージ)



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さまざま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事務を不要とするため、現在の指定事業所の枠組みを参考にしつつ事業所を認定等により特定する仕組みを設け、推進。

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

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

(例) 要支援事業を円滑に実施するための指針(ガイドライン)の策定

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

生活支援サービスのコーディネーターの配置の推進

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

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

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

【市町村による自立支援に資する地域マネジメントの強化】

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

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

総合事業の事業費の上限について

(現行制度)

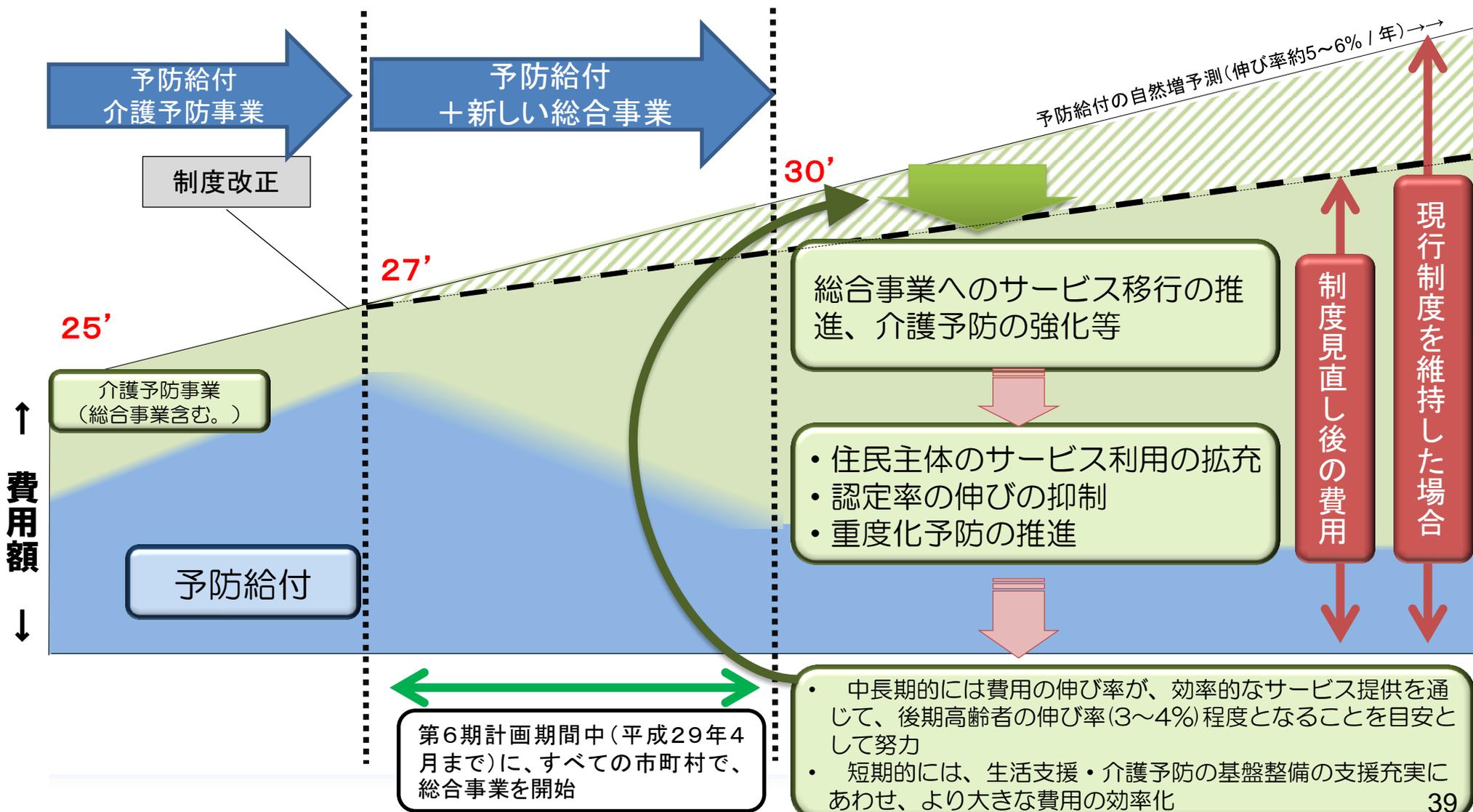
- 現在の総合事業の上限は介護保険事業計画の給付見込額の原則2%とされている。(厚生労働大臣の認定を受けたときは3%まで引上げが可能)

(見直しの考え方)

- 総合事業の上限については、現行制度も踏まえつつ、予防給付から事業に移行する分をまかなえるように設定。
- 具体的には、当該市町村の予防給付から移行する訪問介護・通所介護と予防事業(総合事業)の合計額を基本にしつつ、当該市町村の後期高齢者の伸び等を勘案して設定した額とする方向で検討。
- 仮に市町村の事業費が上限を超える場合の対応については、制度施行後の費用の状況等を見極める必要があること等を踏まえ、個別に判断する仕組みなどの必要性について検討。

総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化(イメージ)

- 総合事業への移行により住民主体の地域づくりが推進。住民主体のサービス利用が拡充し、効率的に事業実施。
- 介護予防のための事業は機能強化。支援を必要とする高齢者が認定を受けなくても地域で暮らせる社会を実現。
- 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。重度化予防をこれまで以上に推進。



(参考) 地域支援事業の概要

○ 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

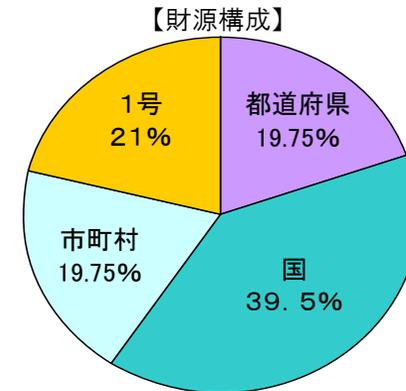
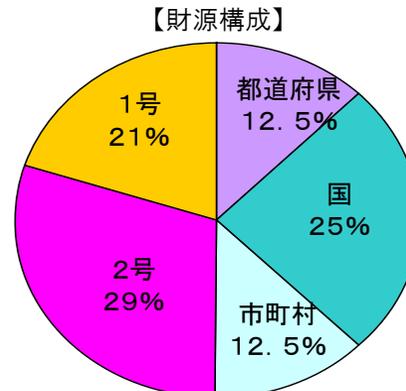
※ 介護予防・日常生活支援総合事業を実施する市町村のうち厚生労働大臣の認定を受けたときは、上限の引上げが可能

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) 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。

生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加(事例)

- 既にいくつかの事例においては、介護予防ボランティアや介護支援ボランティアなど、生活支援サービスの担い手として元気な高齢者が活躍しており、介護予防や生きがいにつながる活動となっている。

例1: 介護予防ボランティアによる介護予防と日常生活支援(長崎県佐々町)

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

例2: 小規模多機能型居宅介護事業所と併設した地域の交流拠点の設置(福岡県大牟田市)

- 通いを中心に、訪問や泊まりのサービスを提供する小規模多機能型居宅介護に、介護予防拠点や地域交流施設の併設を義務付け、健康づくり、閉じこもり防止、世代間交流などの介護予防事業を行うとともに、地域の集まり場、茶のみ場を提供し、ボランティアも含めた地域住民同士の交流拠点となっている。
- 平成24年3月末現在、小規模多機能型居宅介護事業を行っている24事業所に設置。

例3: 介護支援ボランティアポイント(東京都稲城市、神奈川県横浜市等)

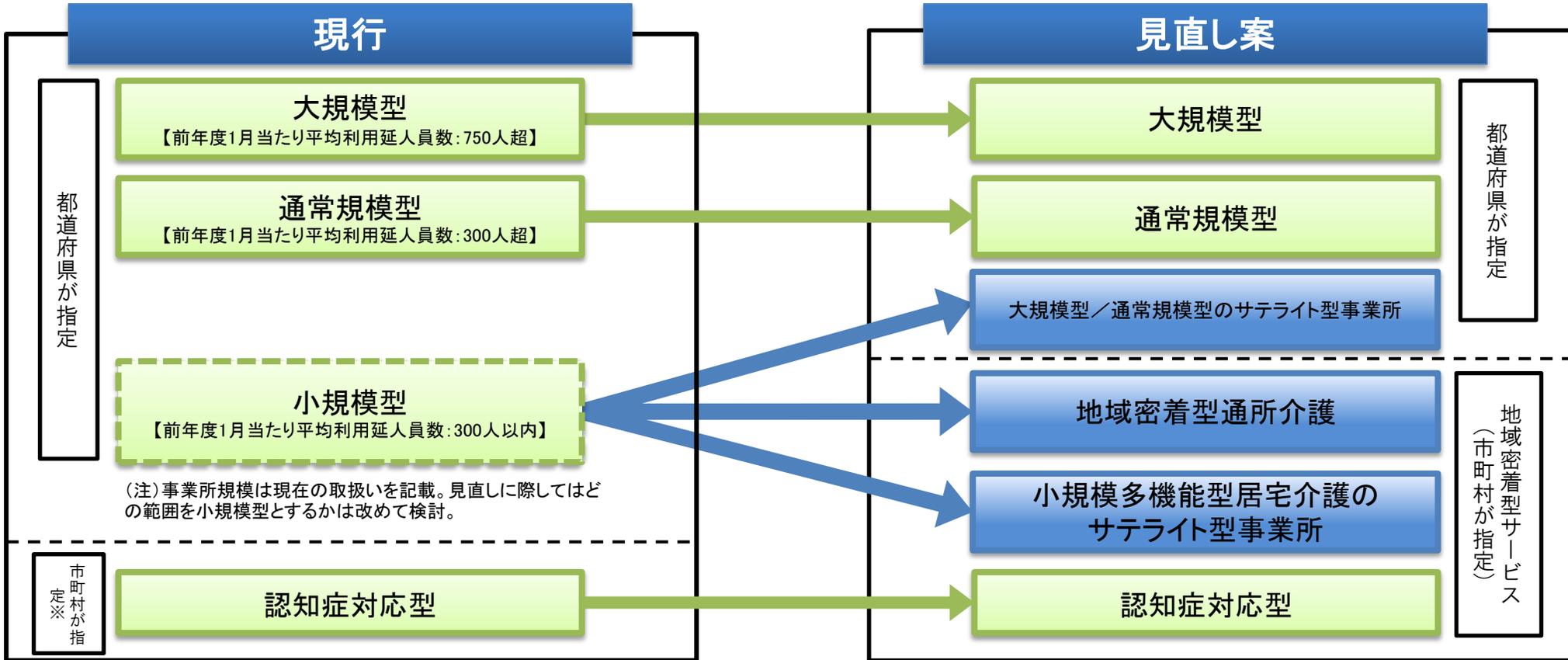
- 介護予防等を目的とした、65歳以上の高齢者が介護施設等でボランティアをした場合にポイントを付与し、たまったポイントに応じて、換金等を行うことにより、実質的に介護保険料の負担を軽減することができる制度(介護保険の地域支援事業で実施)。
- 平成24年12月現在、75の自治体で実施。
- ※ 登録者数は、横浜市では6,946人(同年11月現在)、稲城市では516人(同年10月現在)等

例4: 高齢者の生きがい就労(千葉県柏市)

- 退職した高齢者が、社会とのつながりを保ち、地域で孤立することがないように、(1)農業、(2)生活支援、(3)育児、(4)地域の食、(5)福祉の5分野で高齢者の就労の場を創生する。
- 現在、これらの分野で121名の高齢者が就労している。

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

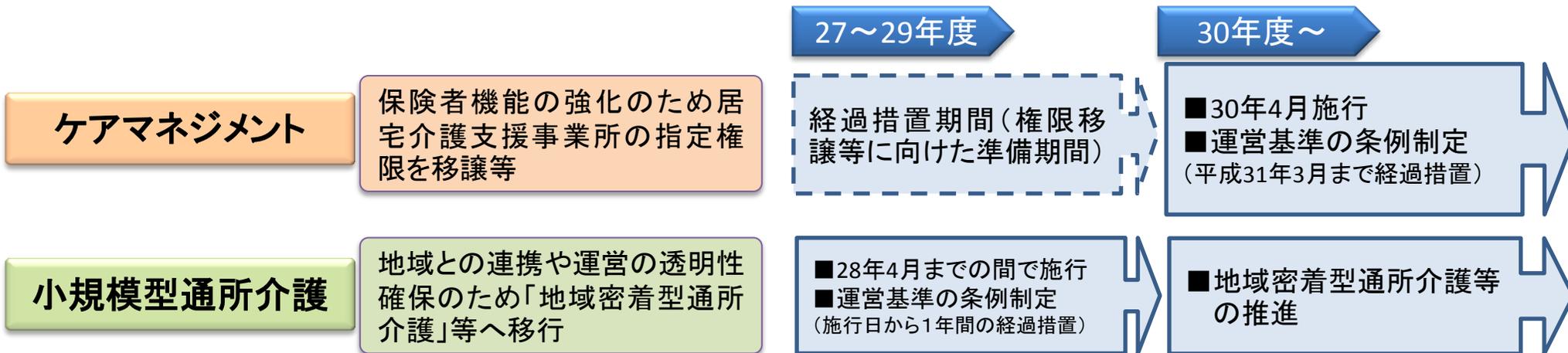
※地域密着型サービスとした場合の市町村の事務等

- 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

都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築

都市部の高齢化対策に関する検討会 報告書（概要）

1. はじめに

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

2. 都市部を取り巻く状況

都市部高齢化対策を考える前提として3点について整理

①都市部の地域特性

○ 都市部の地域特性を踏まえた対応が必要

・集住（高い人口密度）

65歳以上人口の人口密度 全国：77人/km²、東京都：1,208人/km²（17倍）、東京23区：2,850人/km²（37倍）、大阪府1,034人/km²（13倍）

・充実した生活インフラ（交通網、活発な企業活動、住宅等）

・一方で、多くの空家の存在も

東京都：75.0万戸、大阪府：62.5万戸、神奈川県：42.9万戸

・団地等で起きる一斉の高齢化

・高い地価を背景に低い施設整備率

地価の状況：東京都特別区：48万円/m²、横浜市：22万円/m²、大阪市：21万円/m²が上位3位

介護保険3施設整備率：全国平均3.12%、都市部6都府県2.59%

・更なる充実が求められる在宅サービス

・厳しい介護人材の確保（高い介護職種有効求人倍率）

全国平均1.64倍、愛知県3.00倍、東京都2.73倍

・強い職場とのつながり、弱い地域とのつながり

・高い平均所得の一方、多くの低所得者・生活困窮者も

②2025年の高齢者像

○ 戦後の変化の象徴と称される「団塊の世代」（1947～49年生まれ）が75歳以上になりきる2025年の高齢者像は、従来の高齢者像とは大きく異なる ※内閣府「団塊の世代の意識に関する調査」等より

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

③2025年における医療・介護サービス提供体制の姿

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

3. 都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築

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

1. 在宅医療・介護を徹底して追求する

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

2. 住まいの新たな展開を図る

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

3. 地域づくりの観点から介護予防を推進する

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

4. 多様なサービスを活用して生活を支える

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

4. 都市部における施設整備等

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

1. 施設の整備手法の工夫

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

2. 広域型施設の整備数の圏域間調整

- 広域型施設の整備は、老人福祉圏域ごとの整備が前提であるが、東京都の特殊事情(※)を踏まえ、東京都の介護保険事業支援計画に明記することで、圏域間で整備数の調整を可能とし、入所判定時の配慮も認める
(※) 東京都特別区で7圏域(東京都全体で13圏域)。東京都特別区は、地価も高く施設整備が厳しい一方で、交通網も発達し圏域を超えた人々の移動も容易。全国344の圏域のうち、東京都特別区の合計面積を上回る圏域210、東京都全体の合計面積を上回る圏域36
- 杉並区が検討している南伊豆町での特養設置については、かねてよりの住民同士のつながり・自治体間連携を背景にしたものであるが、東京都と静岡県介護保険事業支援計画に明記が必要。入所者本人の意思の尊重が大前提であり、家族や地域から切り離されて入所させられないことがないよう十分な配慮が必要
- 本事例と同様の取組が都道府県をまたいで、今後実施される場合においても、関係する都道府県間で入所ニーズを把握し、双方の介護保険事業支援計画に明記することが必要。かねてより住民・地域コミュニティ同士のつながりが存在し、強い連携が進んでいる自治体間であったり、帰郷を望む高齢者が具体的に見込まれる事情が存在する場合が考えられる
- 他方、地方の市町村が不特定多数の都市部からの入所を期待して特養等を整備することは、都市部の高齢者本人の意思に反して地方の施設入所を強いる形となる恐れがあることに加えて、意図しないサービスの需給ギャップを生じさせること等から慎重に検討すべき

3. 地方への早期からの住み替え

- 要介護状態になってからより、健康なうちに移住し、移住先の地で社会的関係を築きながら歳を重ねるのが望ましく、地方が都市部からの移住を期待するのであれば、この形を目指すのも一つ

5. 中長期的な視点に立った対策

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

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

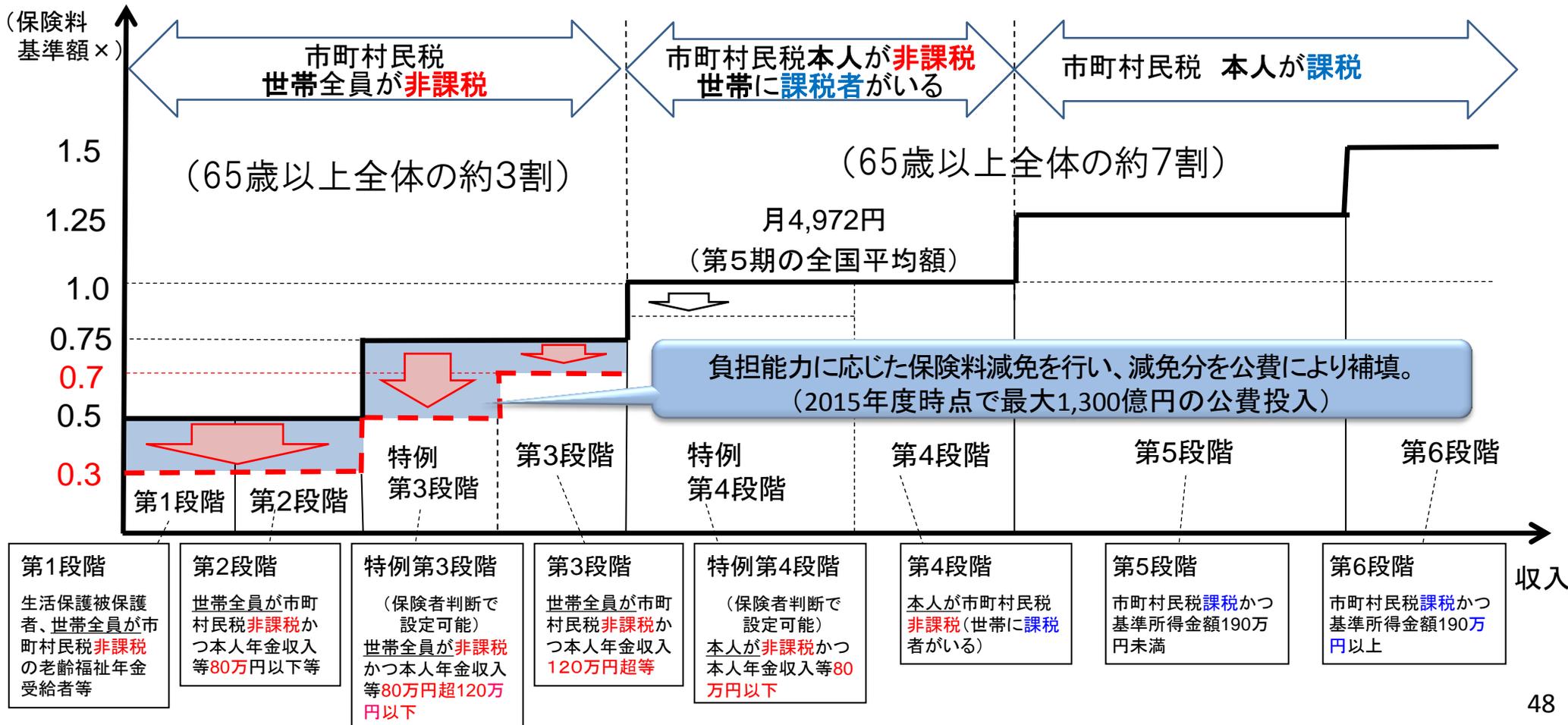
第1号保険料の低所得者軽減強化の検討イメージ

〔見直し案〕

- 給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化。
- 平成27年度(第6期介護保険事業計画)から実施。

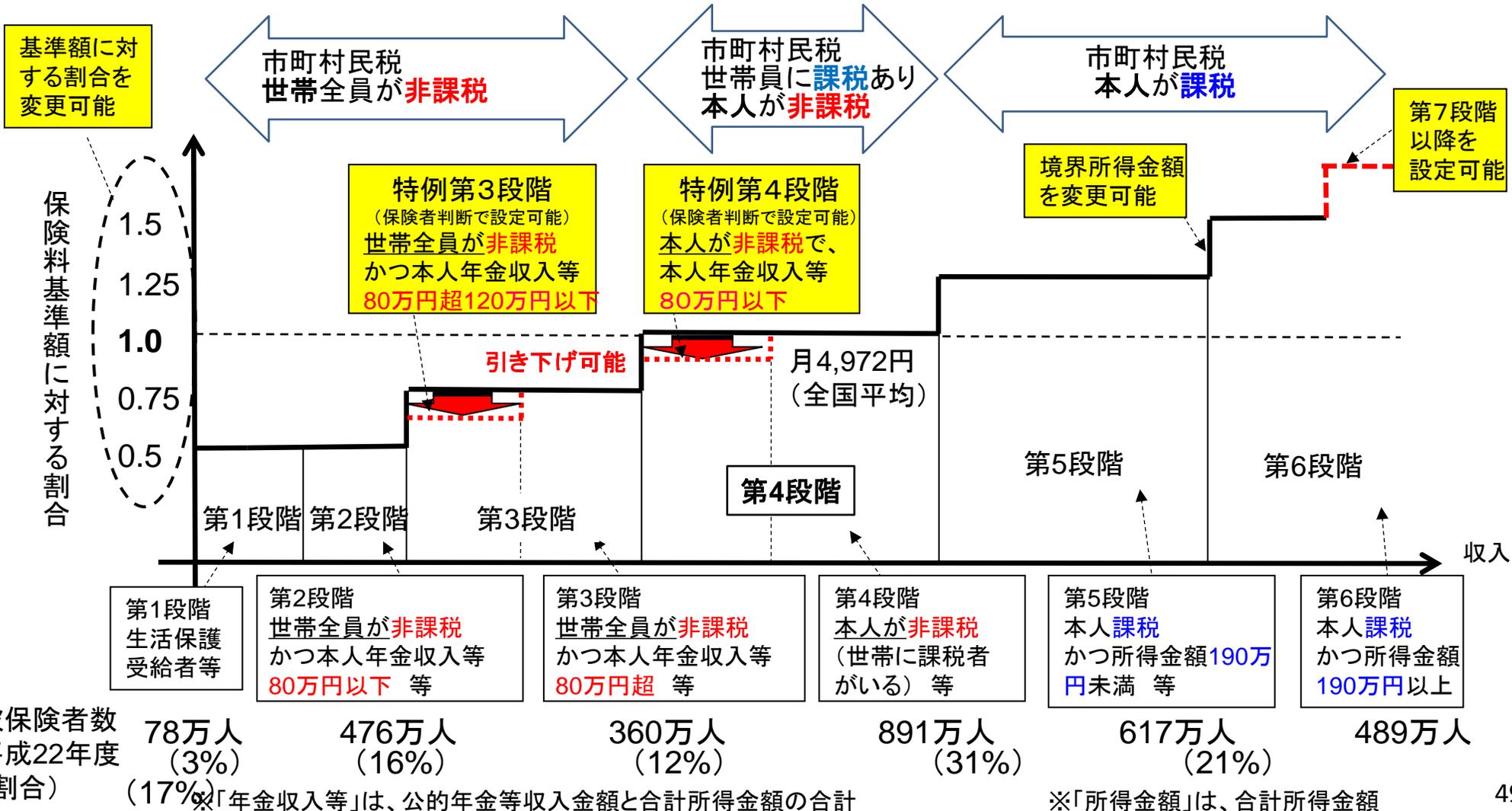
現行 27年度～

第1・第2段階	0.5	→	0.3
特例第3段階	0.75	→	0.5
第3段階	0.75	→	0.7



(参考) 現行の第1号被保険者の保険料

- 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。



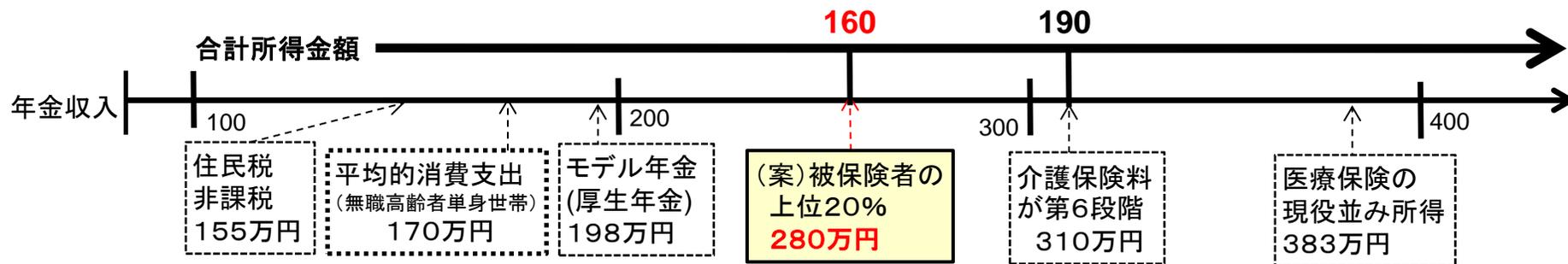
一定以上所得者の利用者負担の見直し

負担割合の引き上げ

- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、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一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする**。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- 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
案：**被保険者の上位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
- 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、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度と推計。

自己負担2割とする水準(単身で年金収入のみの場合)

※年金収入の場合：合計所得金額＝年金収入額－公的年金等控除(基本的に120万円)



負担上限の引き上げ

自己負担限度額(高額介護サービス費)のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者のみ引上げ

〈現行〉		〈見直し案〉	
	自己負担限度額(月額)		
一般	37,200円(世帯)	現役並み所得相当	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)	一般	37,200円
年金収入80万円以下等	15,000円(個人)		

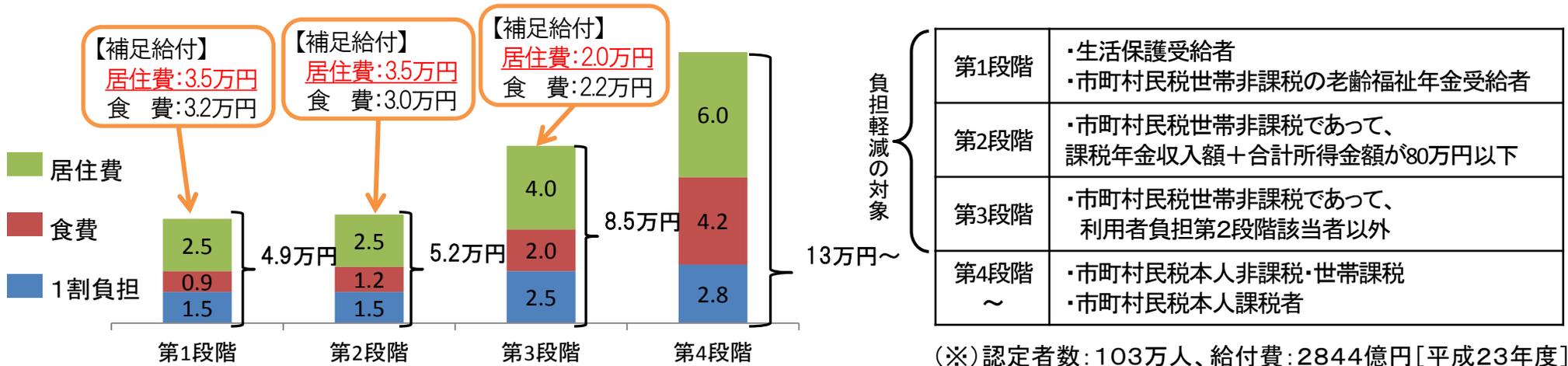
参考：医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

	自己負担限度額(現行/世帯単位)
現役並み所得者	80,100+医療費1% (多数該当: 44,400円)
一般	44,400円
市町村民税非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円

補足給付の見直し（資産等の勘案）

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金や不動産を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

<現在の補足給付と施設利用者負担> ※ ユニット型個室の例



<見直し案>

預貯金等

一定額超の預貯金等（単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超程度を想定）がある場合には、対象外。→本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ（加算金）を設ける

配偶者の所得

施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外

非課税年金収入

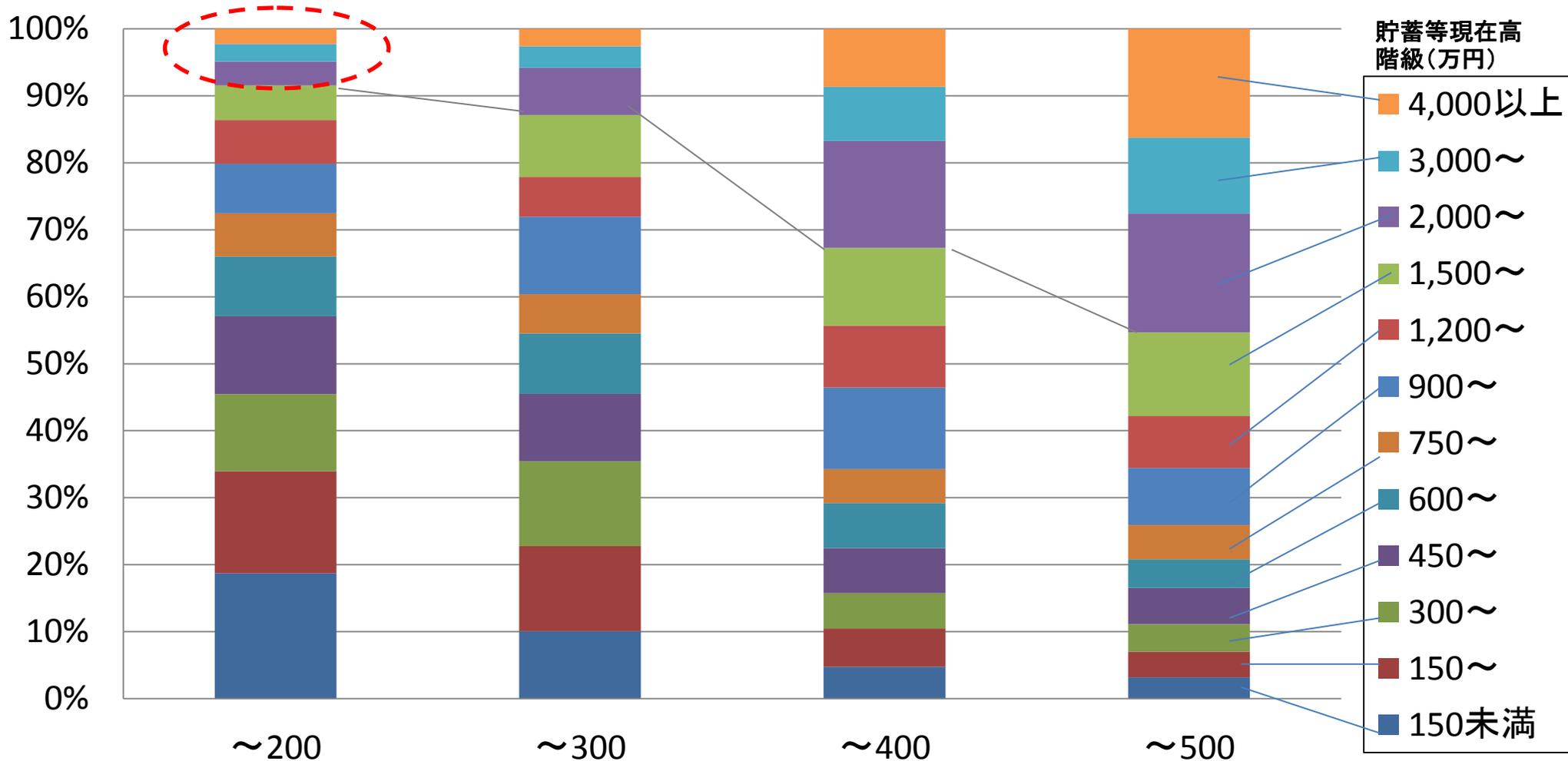
補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案する

※ 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。

(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%。



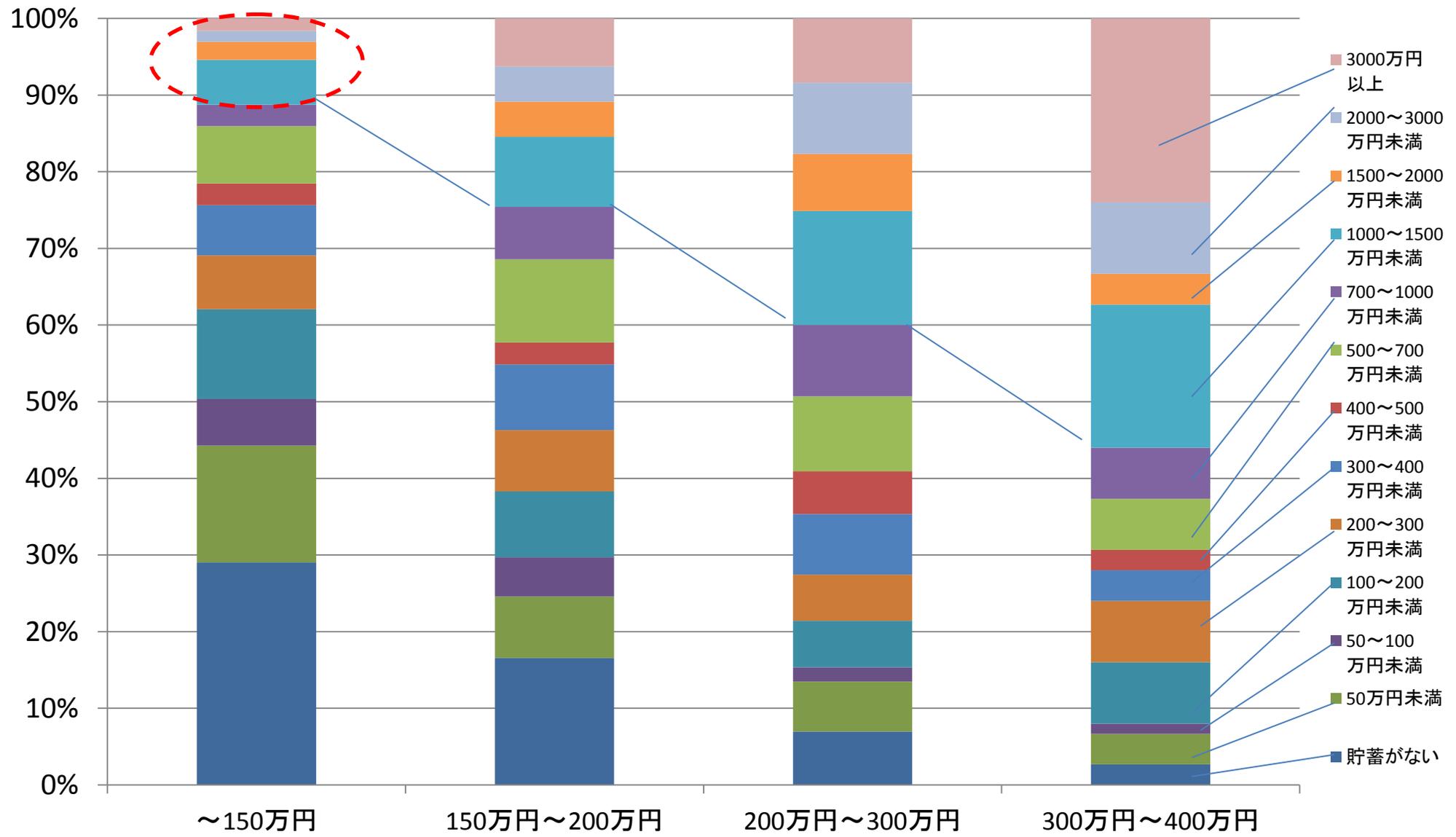
(注)「夫婦高齢者世帯」とは65歳以上の夫婦のみの世帯を指す

[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%。



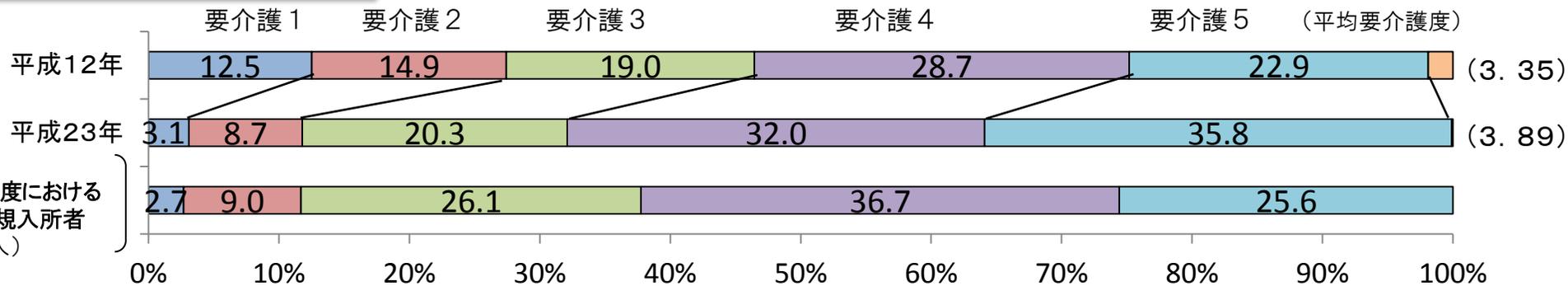
(注)「高齢者単身世帯」とは65歳以上の単身世帯を指す

[出典]平成22年国民生活基礎調査を特別集計

特別養護老人ホームの重点化

- 特養については、**原則、特養への新規入所者を要介護度3以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化を図ることとする。**
- 他方で、**軽度（要介護1・2）の要介護者であっても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、特例的に、入所を認めることとする方向。**
 - 【参考：要介護1・2であっても特養への入所が必要と考えられる要因（詳細については今後検討）】
 - 認知症高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要であること。
 - 知的障害・精神障害等も伴って、地域での安定した生活を続けることが困難であること。
 - 家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心の確保が不可欠であること。
- 特養の重点化と併せて、**地域包括ケアシステムの構築の推進が重要であり、在宅サービスの充実や、高齢者の地域生活の基盤としての「住まい」の確保に向けた取組等を進める必要。**

要介護度別の特養入所者の割合



特養の入所申込者の状況

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

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

(参考) サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

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

登録戸数：122,086戸
(平成25年8月31日現在)

1. 登録基準

(※有料老人ホームも登録可)

《ハード》

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

《サービス》

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

《契約内容》

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

2. 登録事業者の義務

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

3. 行政による指導監督

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

24時間対応の訪問看護・介護

「定期巡回随時対応サービス」の活用→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者向け住宅

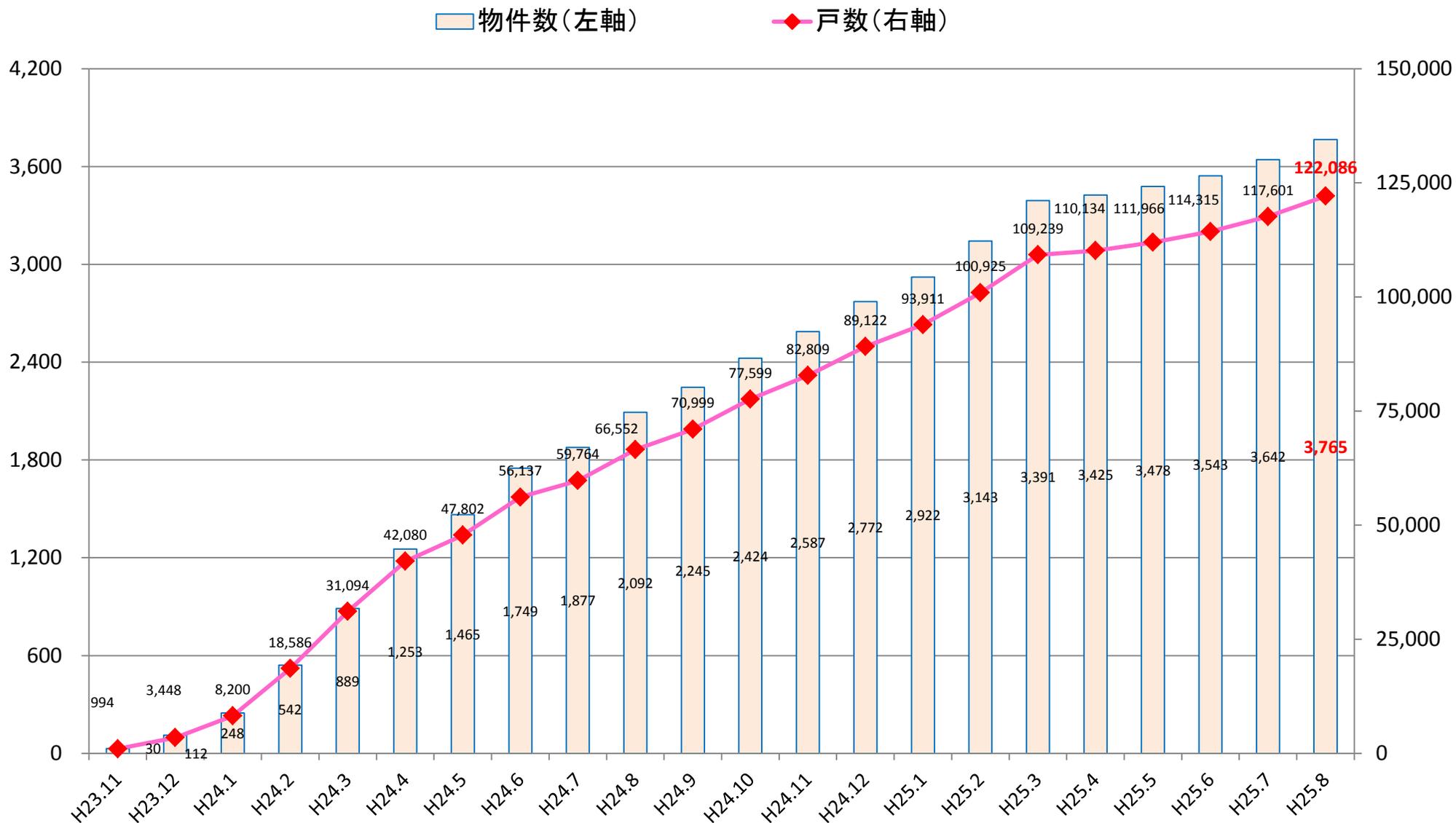
【併設施設】

診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター など

住み慣れた環境で
必要なサービスを受けながら
暮らし続ける

(参考) サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移

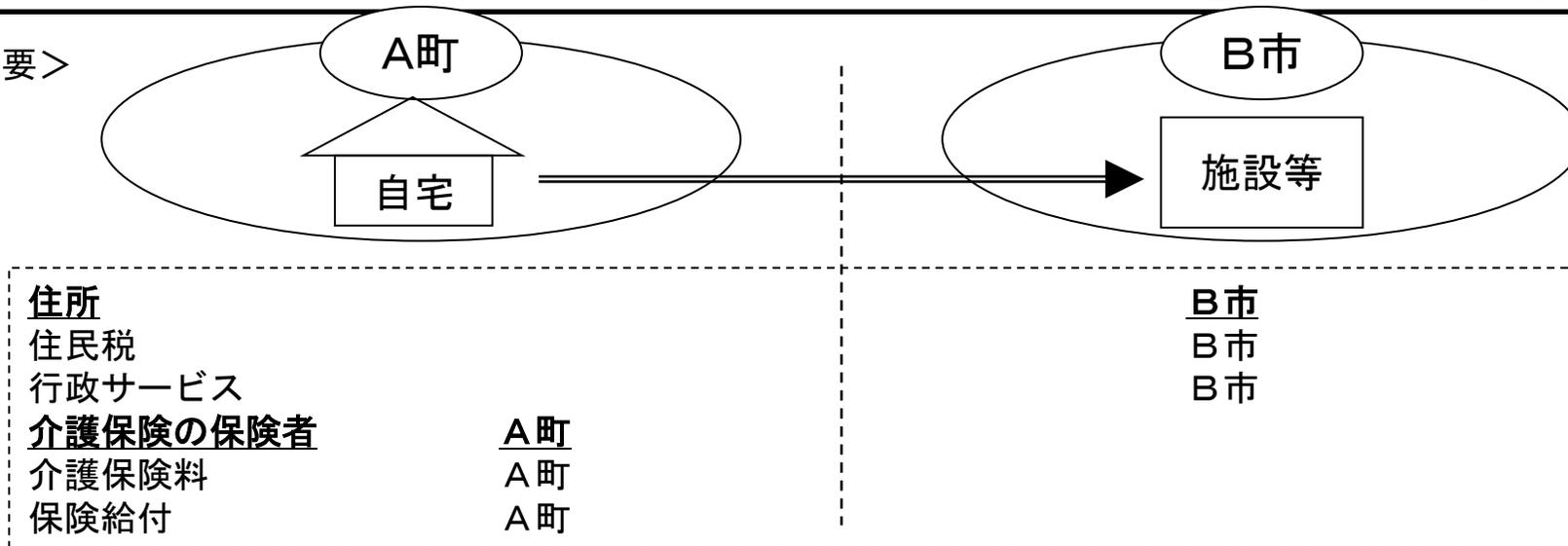
平成25年8月31日時点



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

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%

【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

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