

各都道府県介護保険担当課 御中

←厚生労働省 介護制度改革本部

介護制度改革 INFORMATION

今回の内容

介護保険制度見直しの主要な論点に関する考
え方について

計41枚(本送信票除く)

vol. 9

平成16年11月12日

厚生労働省介護制度改革本部

【貴都道府県内市町村に速やかにFAX送信
いただきますようよろしくお願いいたします。】

平成16年11月12日

介護保険制度見直しの主要な論点に関する考え方について

介護保険制度の見直しに関し、各方面からご質問・ご指摘をいただくことが多い点につきまして、想定形式にて、現時点（平成16年11月）での厚生労働省の考え方をまとめましたので、ご参考までに送付いたします。

※ 各「問い」部分につきましては、これまでに寄せられたご質問やご意見などをもとに、例示的に取り上げたものであり、改革の現時点での検討状況や厚生労働省の考え方を反映したものではないことを申し添えます。

(照会先)

厚生労働省老健局総務課 宮崎・河村

Tel: 03-5253-1111

(内線3919)

(直通03-3591-0954)

主要な論点に関する考え方

1. 予防重視型システムへの転換

(問1-1) 何故、介護予防が必要なのか。実際に効果があるのか。

- ・ 今回の制度見直しで「介護予防」を取り上げている趣旨は何か。
- ・ 何故、介護予防・リハビリを推進する必要があるのか。

(問1-2) 介護予防システムは、具体的にどのような内容なのか。

- ・ 介護予防システムの全体像が不明確ではないか。
- ・ 対象者の振り分け、新予防給付の内容、介護予防マネジメントの仕組みはどうなるのか。
- ・ 筋力トレーニング等のプログラムは実際に効果があるのか。

(問1-3) サービス利用はどう変わるのか。

- ・ 必要なサービスを「一方的に切り下げる」のではないか。
- ・ 軽度者がデイやホームヘルプを使えなくなるのではないか。
- ・ いつから、サービスの切り換えが行われるのか。

2. 施設給付の見直し

(問2-1) 何故、施設給付の見直しが必要なのか。

- ・ 何故、施設入所者の居住費や食費の負担を見直すのか。
- ・ 入所者は必要性があるから施設に入らざるを得ないのであって、それにもかかわらず居住費用や食費を徴収するのは問題ではないか。

(問2-2) 居住費・食費負担は、具体的にどう変わるのか。

- ・ 居住費・食費負担によって、入所者の負担はどの程度になるのか。
- ・ 入居者が実際に払う居住費・食費負担は、一律に設定されるのか。

(問2-3) 施設入所者にとって過重な負担増となるのではないか。

- ・ 低所得者(例：基礎年金以下世帯)は負担するのは困難ではないか。

(問2-4) 食費を入所者負担とすると、食事の質が低下するおそれはないか。

- ・食事を施設入所者負担にすると、食事の質や栄養管理が低下するおそれはないか。

3. 新たなサービス体系の確立

(問3-1) 「地域密着型サービス」創設の趣旨は何か。

- ・「地域密着型サービス」を創設する趣旨は何か。
- ・具体的に、どのようなサービスを想定しているのか。
- ・市町村がサービスの指定、指導監督を行うこととなるが、公正で地域の事情を踏まえた運用が確保されるのか。

(問3-2) 痴呆性高齢者グループホームについて、どのような見直しを行うのか。

- ・痴呆性グループホームが急増しているが、これについてどのような制度見直しを行うのか。

(問3-3) 介護と医療の連携を強化すべきではないか。

- ・在宅の重度者や難病等のケースにおいて、介護と医療の連携を強化すべきではないか。
- ・施設やグループホームの医療・看護機能を強化すべきではないか。

4. サービスの質の向上

(問4-1) サービスの「質」の問題にどう取り組むのか。

- ・サービスの「質」の確保に対する基本的な考え方は何か。
- ・不正事業者が増加しているが、適切な規制を課すべきではないか。
- ・専門性を重視した人材の育成と資質確保にどう取り組むのか。

(問4-2) ケアマネジメントをめぐる問題にどう取り組むのか。

- ・ケアマネジメントについて、公平・中立の問題が指摘されているが、これにどう取り組むのか。
- ・ケアマネジャーの資質向上を図るべきではないか。

5. 保険料負担・制度運営の見直し

(問5) 保険料負担・制度運営の在り方について、どのような見直しを行うのか。

- ・第1号保険料の負担・徴収の在り方について、どのような見直しを行うのか。
- ・適切な制度運営を確保する観点から、保険者である市町村がより機能を発揮できるようにすべきではないか。

6. 基盤整備の推進

(問6) 「地域介護・福祉空間整備等交付金」の趣旨は何か。

- ・どのような趣旨から交付金を創設するのか。

7. 被保険者・受給者の範囲

(問7-1) 何故、今回の制度見直しにおいて、被保険者・受給者の範囲の問題を議論するのか。また、被保険者・受給者を見直すことは、介護保険制度の基本的性格をどう変えることになるのか。

- ・今回の制度見直しで、「被保険者・受給者範囲の拡大」を議論する必要があるのか。

(問7-2) 介護保険の見直しは、障害者施策との「統合」を意味しているのか。

- ・被保険者・受給者の範囲を見直すことにより、障害者施策は介護保険制度の中に統合されることになるのか。

1. 予防重視型システムへの転換

(問1-1) 何故、介護予防が必要なのか。

- ・ 今回の制度見直しで「介護予防」を取り上げている趣旨は何か。
- ・ 何故、介護予防・リハビリを推進する必要があるのか。

1. 今回の見直しでは、介護保険制度の基本理念である「自立支援」の観点から、できる限り高齢者が要介護状態にならないようにし、また、要介護となっても、状態が悪化しないようにするために、「介護予防の推進」を改革の柱の一つとしている。
2. 制度施行後の状況として、要支援や要介護1の軽度者が急増し、要支援・要介護者全体の5割近くに達しているが、これら軽度者に対するサービスが必ずしも利用者の状態の維持・改善につながっていないケースが見られる。
3. このため、介護予防の観点から、高齢者の要介護状態の改善や悪化防止により一層役立つものとなるよう、サービスの内容やマネジメントの在り方を見直し、制度全体を「予防重視型システム」に転換していくことを目指している。

介護保険法（抄）

（目的）

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上および福祉の増進を図ることを目的とする。

（介護保険）

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要介護状態となるおそれがある状態に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。

3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効果的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

（国民の努力及び義務）

第4条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 （略）

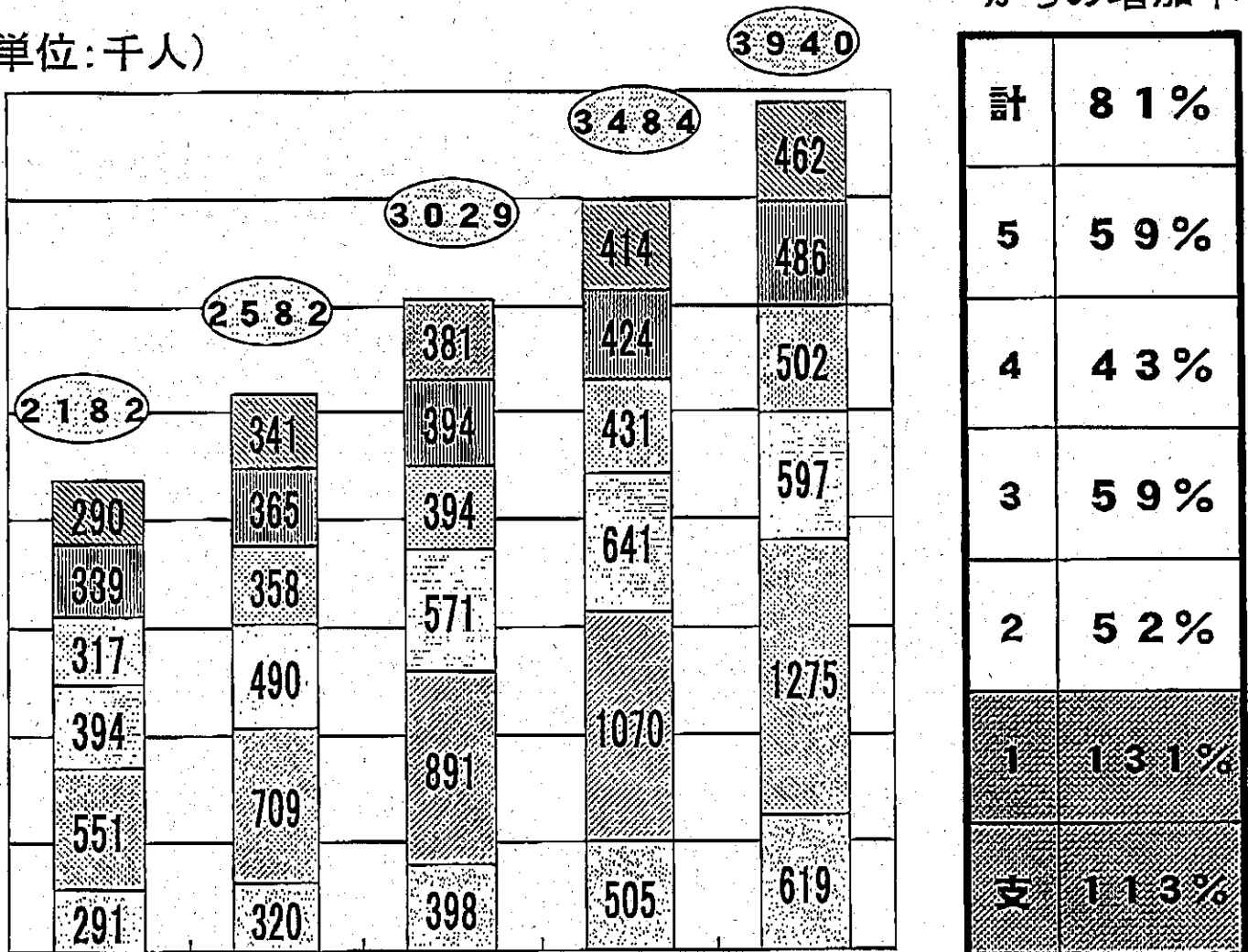
要支援・軽度の要介護者の増加

- 要介護認定を受けた人は4年3ヶ月で約176万人増加 (81%増)
- 特に、要支援・要介護1の認定を受けた者が大幅に増加 (125%増)

(要介護度別認定者数の推移)

2000年4月末からの増加率

(単位:千人)



要介護度	増加率
計	81%
5	59%
4	43%
3	59%
2	52%
1	131%
支	113%

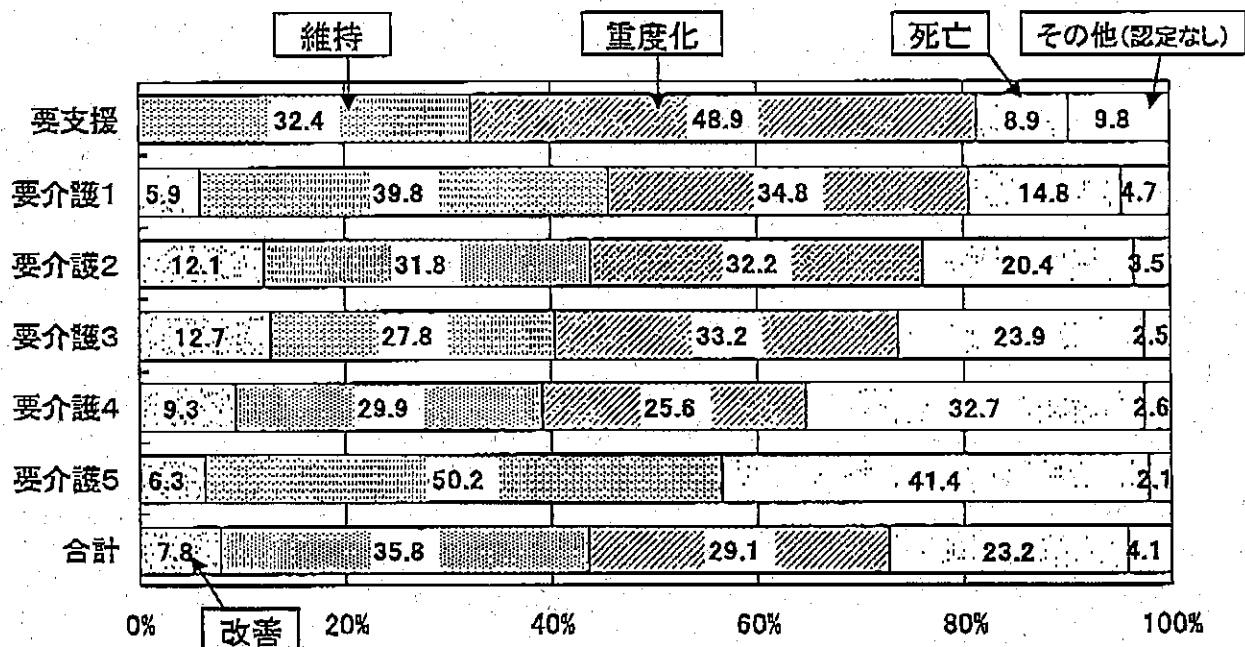
2000年4月末 2001年4月末 2002年4月末 2003年4月末 2004年6月末

□ 要支援 □ 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)

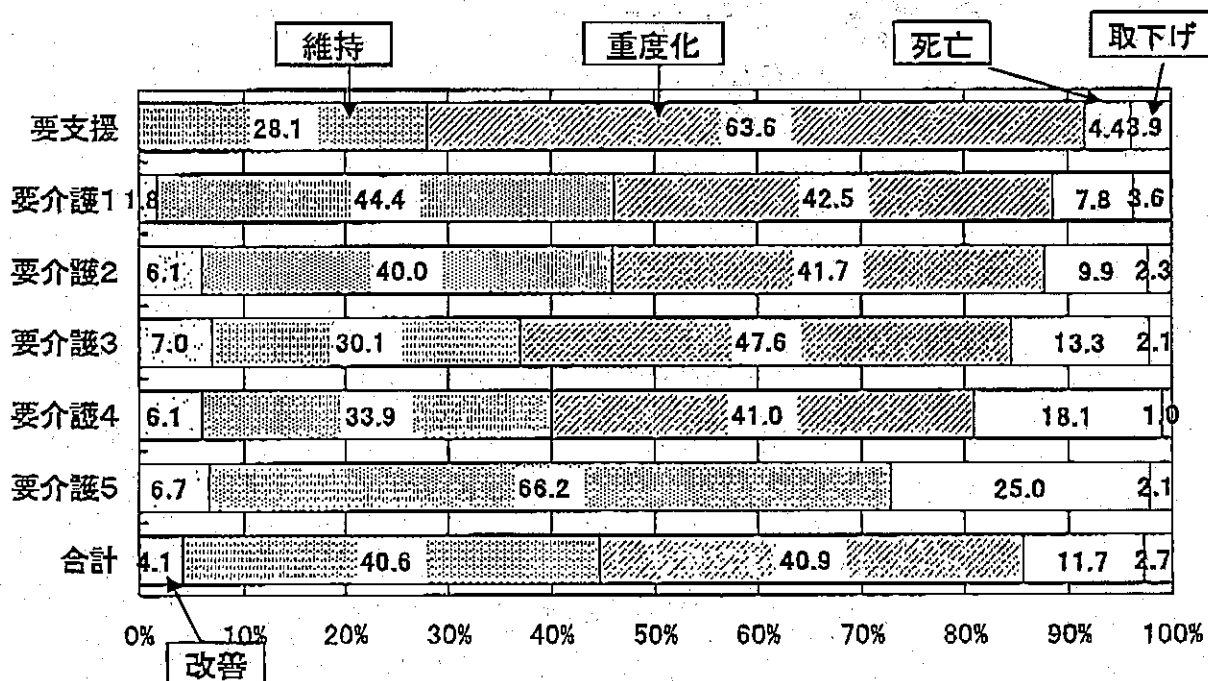
要介護度の変化（2年間）

【島根県の例】



日医総研 川越雅弘主任研究員の調査研究。
松江広域、出雲市、瑞穂町の被保険者について、2000年10月と2002年10月を比較。

【仙台市の例】



仙台市太白区保健福祉センター武田俊平氏の調査研究。
仙台市太白区の要介護等認定者について、1999年10月～2000年4月の認定状況と2年後の認定状況を比較。

(問1-2) 介護予防システムは、具体的にどのような内容なのか。

- ・介護予防システムの全体像が不明確ではないか。
- ・対象者の振り分け、新予防給付の内容、介護予防マネジメントの仕組みはどうなるのか。
- ・筋力トレーニング等のプログラムは実際に効果があるのか。

1. 新たな介護予防システムにおいては、

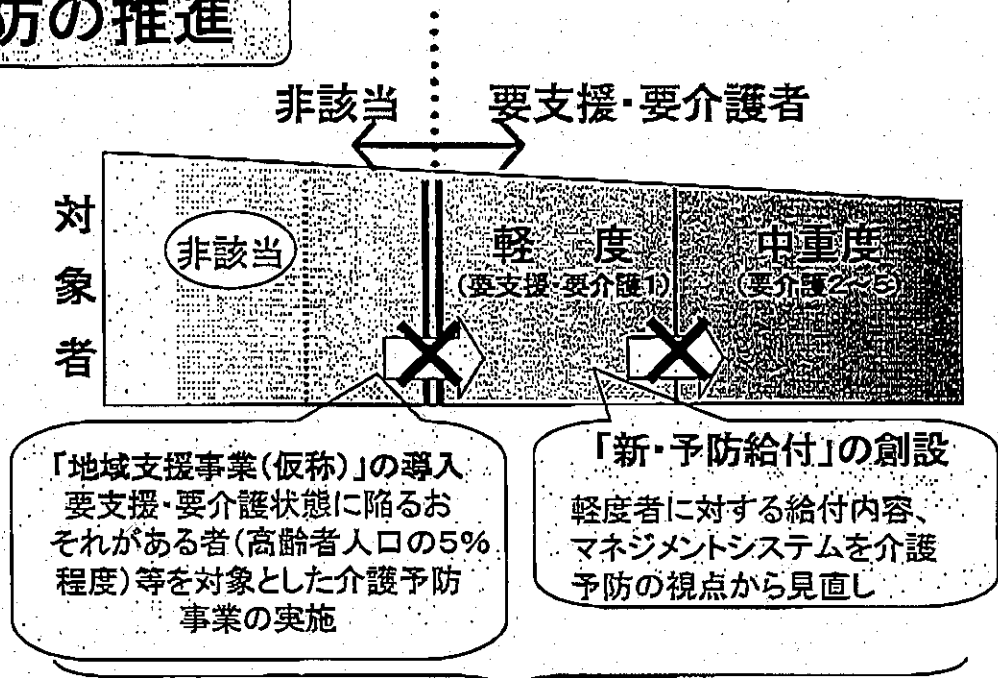
- (1) 要支援・要介護になるおそれのある段階の高齢者を対象に、介護予防のための事業（「地域支援事業（仮称）」として介護保険制度の中に位置づけ）を積極的に展開するとともに、
- (2) 要支援や要介護1等の軽度者を対象に、介護予防に効果のある「新予防給付」を創設する、そして、
- (3) これらの取り組みについて、一貫性・連続性のあるシステムとして、市町村が責任を持って実施していくことを目指している。

2. 介護予防システムでは、①要介護認定などの段階で、対象者のスクリーニング（振り分け）を行い、②対象となる高齢者は、市町村が設置する「地域包括支援センター（仮称）」において個別アセスメントと介護予防プランの作成をしてもらった上で、③高齢者自らの選択に基づき、必要な介護予防サービスを利用することとなる。

3. 具体的な対象者の振り分け、新予防給付の内容、介護予防マネジメントについては、現在専門家による委員会で検討を進めている。

新予防給付の内容については、①既存のサービスを評価・検証し、介護予防に有効なものはメニューに位置付けるとともに、②筋力向上トレーニングや低栄養予防など効果の明らかなサービスについては、市町村モデル事業の評価などを踏まえメニューに取り入れていく考え。

介護予防の推進



一貫性・連続性のある総合的な介護予防システムの確立

	I. 介護予防対策が相当程度進んだケース	II. 介護予防対策がある程度進んだケース
ア. 「新・予防給付」の創設 (ア) 軽度者の重度化の防止 (要介護2以上への移行を防止する者の割合)	10%	5%
(イ) 軽度者に対する給付費用の効率化 (従来の給付費用からの減少割合)	▲20%	▲10%
イ. 「地域支援事業」の導入 要支援・要介護状態となることを防止する者の割合	20%	10%

(注) 平成18、19年度については、両ケースとも介護予防の推進効果を低めに見込んでいる。



【介護予防の実施による要介護者等の推計(全国推計)】

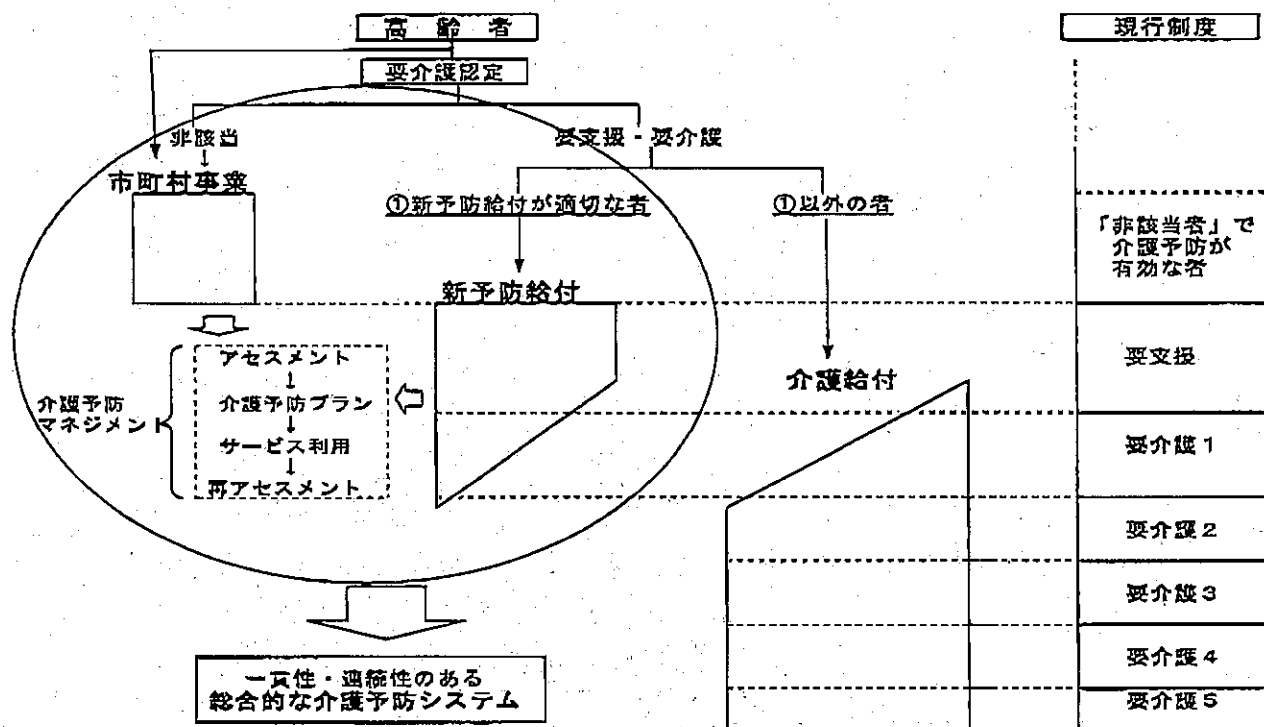
(注) 合計が合わない年度は、端数処理の関係

単位: 万人

		平成16年度	平成20年度	平成23年度	平成26年度
要介護2～5	現行	210	260	290	320
	予防効果	—	240 (▲20)	260 (▲30)	290 (▲30)
要支援 要介護1	現行	200	260	290	320
	予防効果	—	260	280 (▲10)	310 (▲10)
地域支援事業(仮称)対象者	現行	—	140	150	160
	予防効果	—	160 (+20)	180 (+30)	200 (+40)

総合的な介護予防システムの確立

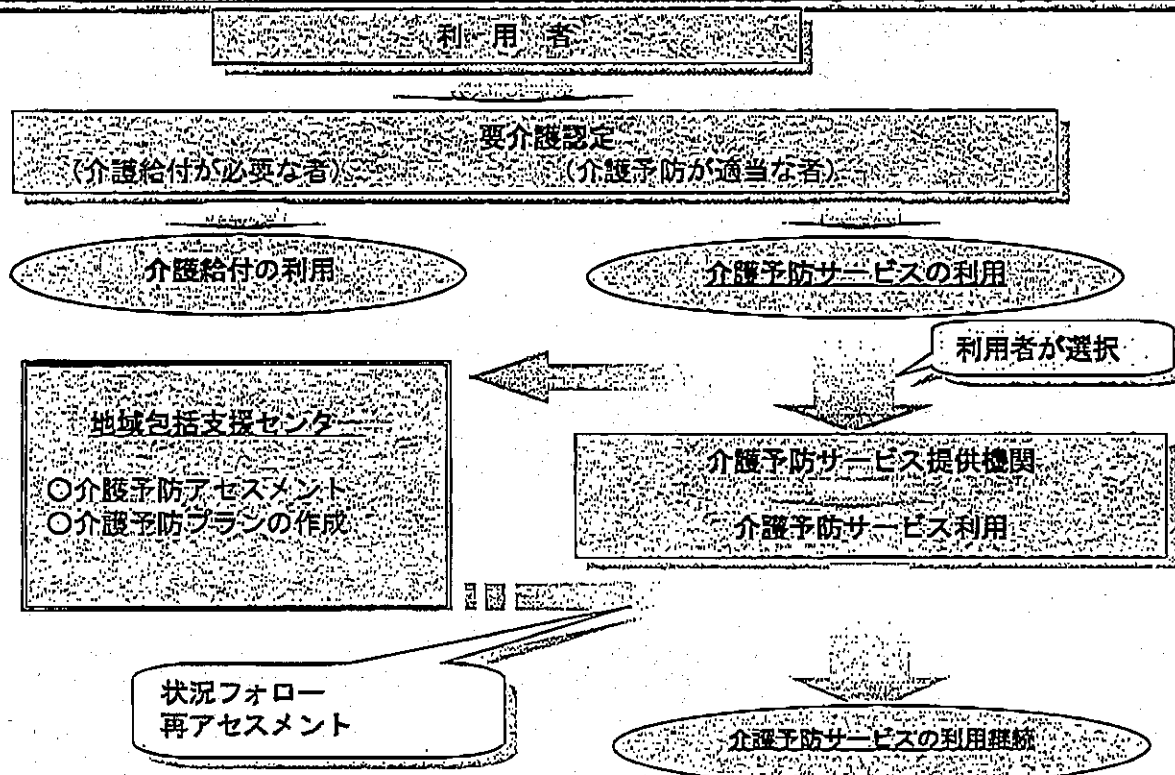
- ①市町村を責任主体とする「統合的な介護予防マネジメント」の確立
- ②市町村の老人保健事業や介護予防事業の基本的な見直し
- ③要支援・要介護1などの軽度者を対象とした「新・予防給付」の創設



介護予防サービス利用の流れ（概要）

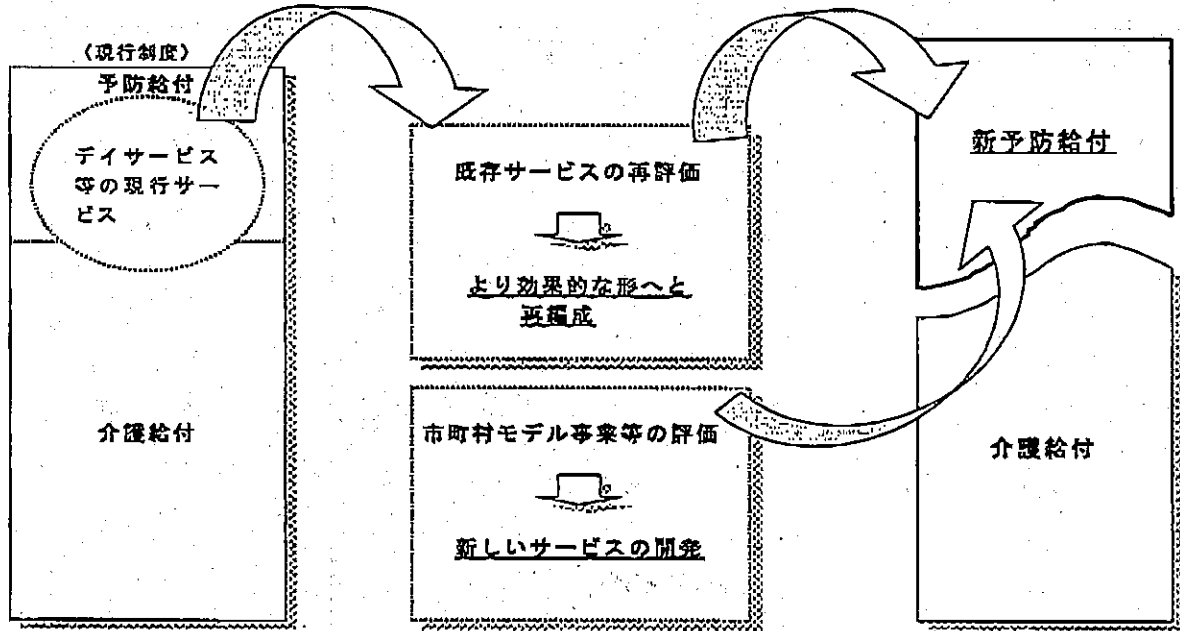
基本的な考え方

- 介護予防サービスの内容はあくまでも利用者の選択に基づき決定するものであり、いわゆる措置とは異なる。
- 介護予防サービスの利用とマネジメントの分離を行うもの。



新予防給付のイメージ (案)

- 新予防給付の対象となるサービスは、
 - ① 介護保険法に基づく既存の居宅サービスを再評価・再構築し、新たにメニュー化したサービス
 - ② 市町村モデル事業において実施されるメニュー（筋トレ、栄養改善等）のうち、介護予防効果が認められたものから構成される。
- 具体的なサービスの内容については、去る8月5日に設置された「介護予防サービス評価研究委員会」の下に設置予定の「介護予防サービス開発小委員会」における検討を経て、本年度末までに成案を得る予定。



介護予防プログラムの具体例

いつまでも元気で長生きするために	要注意高齢者の早期発見		対処法
	生活機能低下	→	筋力向上トレーニング フィットネスマシンを用いた筋力増強トレーニングを主体としたプログラム。医療関連職種と体育関連職種のスタッフが連携して、筋力だけでなく、体力の諸要素を包括的にトレーニングすることで要介護状態に陥ることを防ぐ。
	転倒危険者	→	転倒予防教室 転倒予防に必要とされる筋力・バランス・歩行能力を総合的に向上させ、転倒を予防するプログラム。
	軽度のボケ	→	地域型痴呆予防プログラム 元気な高齢者や認知機能に問題を持たない高齢者が手を取り合って痴呆を予防する。パズル・図画・旅行・料理など、高齢者の関心の高い余暇活動を通して知的面を刺激する。
	低栄養状態	→	低栄養予防教室 高齢になると食が細くなりがちなので、食と食を1対1の割合で摂取する。油脂分の摂取を促すなど、食品摂取のガイドラインを踏んで、地域保健活動を通じた普及啓発を行う。
	口腔ケア	→	歯みがき励行と義歯調整

出典：東京都老人総合研究所の例

論壇

介護予防の基本的な考え方

介護予防のエビデンス①

そこで次に、介護予防のエビデンスをまとめてみたい。

まず、「有効であるとする十分なエビデンスがあるもの」は、筋トレ、転倒・骨折予防、口腔ケアによる肺炎予防の三つで、世界的にも十分確立している。

転倒・骨折予防に関しては、日本では二つに絞られている。一つは筋トレ。もう一つは骨を丈夫にする栄養補給だ。後者については、それが十分有効であるという根拠は、世界的にもまだ出ていない。

なお、運動トレーニングはもちろん大事だが、それだけではなく、家庭環境の改善や、眼剤を減らす、あるいはそうした面での個別指導など総合的な取り組みが、転倒・骨折予防では必要である。

さらに、60歳以上の方々に、週3回半年間、エアロバイクをこぐなどの持久性訓練を中心としたトレーニングをしていただく、体力の指標である最大酸素摂取量は改善する。興味深いことに、トレーニング前の体力レベルと、トレ

東北大学大学院医学系研究科

公衆衛生学分野

教授

辻

一郎

介護予防のエビデンス②

トレーニングしたあとの改善率は、反比例の関係が成り立っている。すなわち、もともと体力のなかった人ほど運動訓練の効果は顕著に現れている。ここが非常に大事なところだ。つまり介護予防の運動トレーニングを始めるにあたり、手遅れとなるような年齢あるいは機能レベルなど、そういうものは一切ない。むしろそう思われている人こそ、介護予防の効果が最も期待される人たちである。

したがって、「有効であるとする十分なエビデンスがあるもの」に関して、実際にやってみて、もし効果があがらなかった場合、その要因としては、やり方の問題と、やるべき対象を間違えている、この二つが考えられる。もともと良かった人にトレーニングをしても、ほとんど効果はない。むしろ悪い人にとりやってトレーニングに参加していただくか。その方々にやれば必ず上がる。そうした方々は、費用の影響が非常に強いからだ。

介護予防のエビデンス③

次に、「効果は期待されるが、まだ十分なエビデンスが集積されていないもの」としては、高齢者総合機能評価（お逢着検診・寝たきり予防検診）や、閉じこもり対策、うつ高齢者の治療が挙げられる。そのうち機能評価についてみると、従来、市町村の老人保健事業で基本健康診査が行われてきたが、その受診者の過半数が実は65歳以上で、すでに結果がわかっていることを毎年やっており、非常に効率が悪い。40代、50代の方々に早期発見ができるので有益だが、65歳、特に70歳を過ぎたら、介護予防的な側面を重視したほうがいい。

具体的には、要介護リスクと関連する心身機能や栄養状態をきちんとアセスメントする。転倒リスク、運動機能、体力、身体活動量、食生活、手段的なADL、抑うつ、もの忘れ、排尿、それらを総合的に評価する。老人保健事業の見直し検討会でも検討しているが、その一つのひな形が、高知医大の長寿健診や私どもの寝たきり予防健診、あるいは都老研の「お逢着21」であり、それらを広げていきたい。

また、デイサービスは、非常によい機会だが、実は座りきりになっている部分非常に強い。NHKの「おはよう日本」でやっていたが、デイサービスに通うお年寄りの運動機能を毎月調べると、ほとんど運動機能が低下していくことがわかった。そこに注目して、デイサービスの中で筋トレが始まったことが紹介されていた。

このようにデイサービスは、これから介護予防の一つの大きな拠点になると思う。なぜかという点、筋トレの場所として十分なスペースがあり、他の事業との共同的な実施が可能だからだ。

※ 出典：介護保険情報

2004年11月号

(社会保険研究所)

介護予防のエビデンス④

また、介護予防についても少し幅広く考えると、「それ自体は介護予防を直接の目的にしているが副次的に十分な効果が期待されるもの」として、例えば、バリアフリーの環境整備、高齢者に対する公共交通料金の助成、地域活動・世代間交流がある。

例えば仙台市では、70歳以上の方に「敬老バス」を発行しており、市のバスと地下鉄は無料で利用できる。そうすると、しようゆ一本切らしても町に行く。そしていろいろな風景を見て触れ合っている。それが閉じこもりの予防に大きな貢献をしている。また、バスに乗っていると最高のバランストレーニングになる。建物を建てて機械を使つてバランストレーニングをするよりも、バスに乗っているほうが楽しい。そうした幅を広げることも必要である。

地域活動・世代間交流も重要だ。山梨県は健康寿命が非常に長い。他県にない特徴として「無尽」という習慣がある。無尽というのは、例えばPTAで1年間活動して任期が終わるときに誰かが「楽しかったわ。これで無尽をしませんか」と言つと、一つのOB

会としてずっと続く。土日や平日の夜に集まり、おしゃべりしたりお酒を飲んだりする。そうした何らかの社会的なつながりを、無尽という形でずっと続けている。

山梨県の方に伺つた話では、60代から70代を含め、中高年は1人当たり平均四つぐらい無尽に入つており、月に4、5回は、いろいろな活動をする。そうした社会活動が、高齢者の社会参加を高め、知的・精神的な刺激を高め、それによって介護予防を果たしている。そうしたことは、これから大変重要になると思う。

特に都市部では、地縁・血縁のつながりが非常に希薄なので、ソーシャル・サポートやソーシャル・ネットワークをどう作っていくかは、今後大きなテーマになると思うが、その際に、山梨県の活動から学ぶべきことは多い。

介護予防の実施による効果①

○ 介護予防サービスの提供により一定の改善効果が見込まれる

(神奈川県川崎市の例)

事業：介護予防・パワーリハビリテーション事業

利用者：要支援～要介護3 54名 (うち要支援・要介護1 32名)

性別：男性34名 女性20名

成果：要支援及び要介護1の者32名中22名が要介護度改善 (改善率68.8%)

17名は非該当に (非該当率53.1%)

要介護度に改善が見られなかったのは全て脳卒中片麻痺

開始時介護度	人数	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	改善率
要支援	9	9	0				100.0%
要介護1	23	8	5	10			56.5%
要介護2	21	4	4	11	2		90.5%
要介護3	1	0	0	1	0	0	100.0%
合計	54	21	9	22	2	0	77.8%

介護予防の実施による効果②

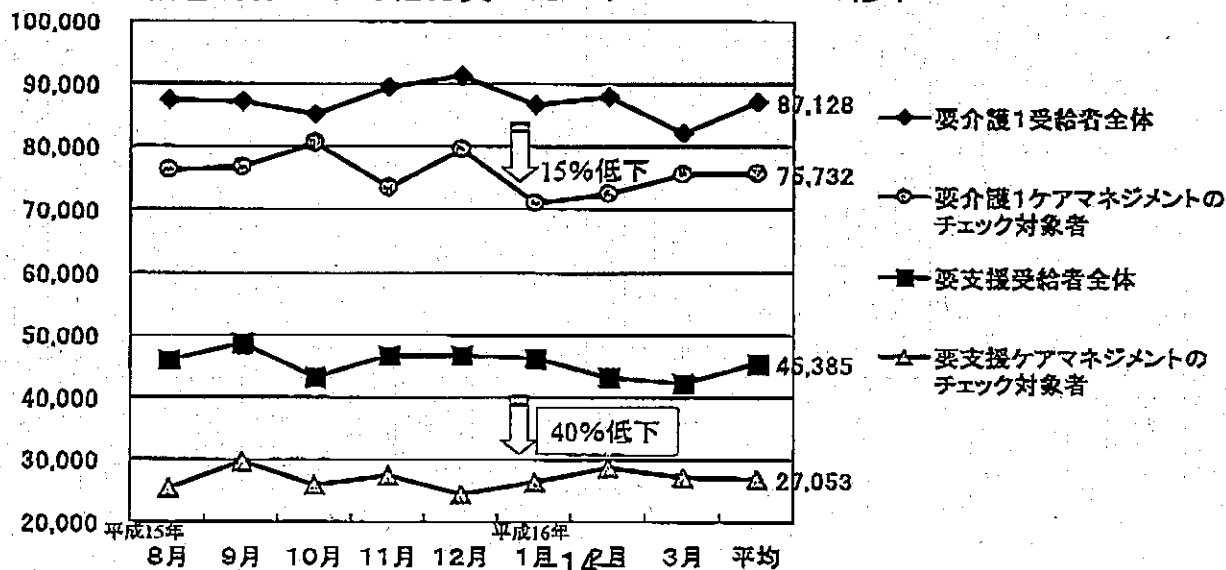
○ 介護予防の視点からのケアマネジメントの徹底により一定の費用適正化効果が見込まれる

(福岡県大川市の例)

事業：ケアマネジメントのチェック

利用者：要支援、要介護1の利用者 合計 約50名

成果：ケアマネジメントのチェックを行った利用者の平均給付費は、受給者全体の平均給付費に比べ、15～40%低下



(問1-3) サービス利用はどう変わるのか。

- ・必要なサービスを「一方的に切り下げる」のではないか。
- ・軽度者がデイやホームヘルプを使えなくなるのではないか。
- ・いつから、サービスの切り換えが行われるのか。

1. 介護予防の趣旨は、サービスの「切り下げ」ではなく、サービスの「質的な転換」を目指すもの。
したがって、『利用者本人がサービスを選択することを基本に、それを専門機関が支える』という現在の介護保険の基本ルールを変えるものではなく、「一方的、一律に」サービスを切り下げるものでない。
2. 新予防給付の具体的な内容については、現在専門家による委員会で検討を進めているが、既存のサービスについても、介護予防の観点から有効性が検証されるものについてはメニューに取り入れる考え。
例えば、デイサービスにおいて実施されているプログラムの中には介護予防の効果が期待できるものが見られる。
3. ホームヘルプサービスについては、本人の生活機能を低下させるおそれのある、単なる「家事代行」のようなサービスは見直しが必要と考えられるが、個々のケースにおける必要性の大小に関わりなく、一律にホームヘルプサービスを制限するようなことはない。
4. 新予防給付の導入は平成18年度からを予定しているが、具体的なサービス切り換えについては、市町村における介護予防サービス体制の状況等を見極めつつ適切な対応を検討していきたい。

2. 施設給付の見直し

(問2-1) 何故、施設給付の見直しが必要なのか。

- ・何故、施設入所者の居住費や食費の負担を見直すのか。
- ・入所者は必要性があるから施設に入所せざるを得ないのであって、それにもかかわらず居住費用や食費を徴収するのは問題ではないか。

1. 今回の施設給付の見直しは、

- ① 施設入所者における「介護保険と年金給付の重複の是正」及び、
- ② 在宅と施設の「利用者負担の公平性」の観点に基づくものである。

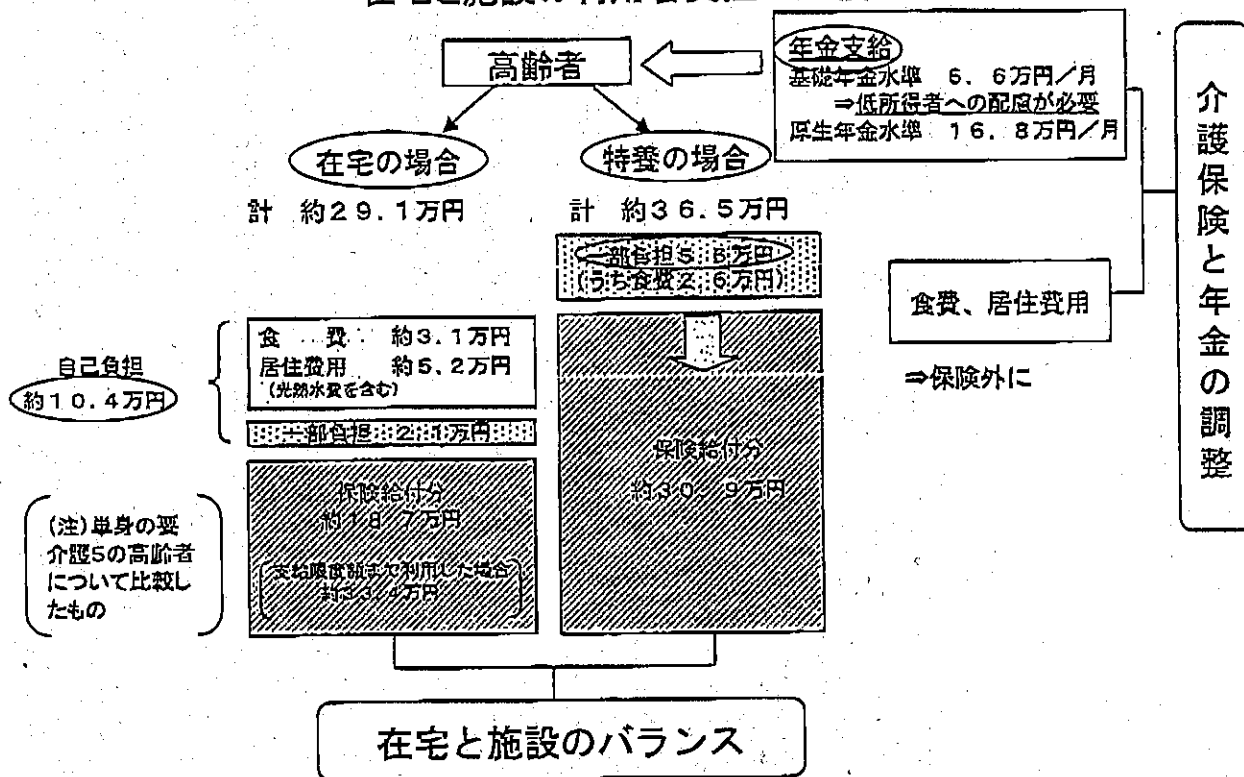
2. 見直しの内容としては、介護保険における施設給付を「介護」の部分に重点化し、居住費や食費については、在宅の場合と同様に給付対象外とし、利用者にご負担いただくようにするものである。

3. この具体的な取扱いについては、入所者の年金・所得水準などに応じたきめ細かな対応が必要と考えており、今回の見直しにより、低所得者が施設を利用することが困難となるような状況にならないような配慮を行うこととしている。

※ 世論調査においても、施設給付の範囲について在宅との負担の均衡を図るために見直すことに6割が賛成しており、また、市町村が介護保険制度見直しに当たり優先して取り組むべきと考える課題の上位にこの問題があげられている。

施設給付の見直し

在宅と施設の利用者負担の比較



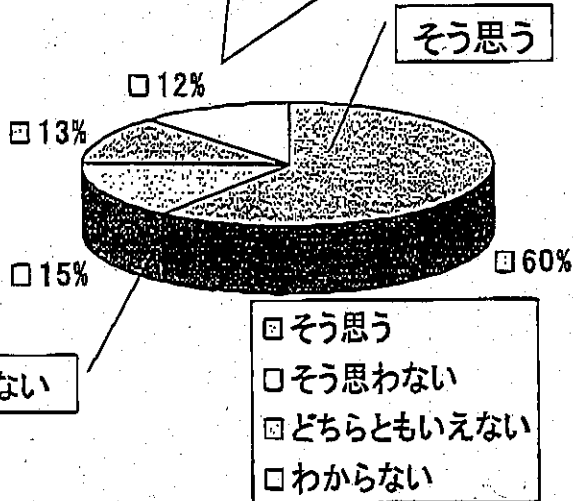
	ドイツ	イギリス	フランス	スウェーデン	アメリカ
利用者負担	食費・居住費用、給付限度額を超える部分は自己負担が原則(※)。 低所得者については州の社会扶助(公費)が支給される。	施設入所については一定以上の所得・資産を有する者は全額自己負担。 低所得者についてはサービスを要する費用の全部又は一部を地方自治体が負担。 在宅については地方自治体により異なる。	施設における食費・居住費用は自己負担が原則。 低所得者については社会扶助から支給。	施設における食費・居住費用は自己負担が原則。低所得者には家賃補助等を支給。	メディケアでは一定期間しか給付されず、期間経過後は全額自己負担。 自己負担できないと認められる場合はメディケイドで対応。

(※) 徴収額は施設により区々であるが900~1,400ユーロ(1ユーロ=130円で12万~18万円程度)

施設給付の見直しに関する意見

「在宅と施設の負担の不均衡是正のために、施設給付の範囲を見直すべき」との意見について…

介護保険制度の見直しの課題として、優先して取り組むべきものは…



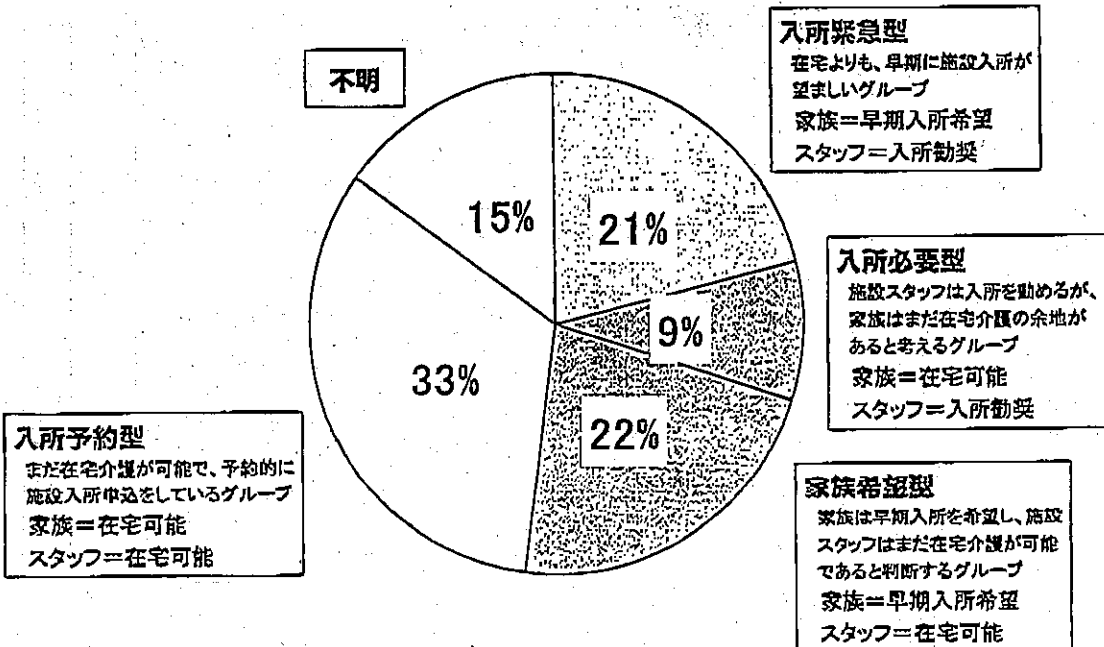
- ① 施設入所者の自己負担の見直し …38%
- ② サービス給付の適正化・効率化 …37%
- ③ 保険料区分の見直し …31%

【「高齢者介護に関する世論調査」(内閣府平成15年9月)】

【読売新聞全国自治体アンケート調査平成15年9月】

施設入所希望者の状況

○ 入所希望者(在宅)のうち、家族と施設スタッフともに入所が望ましいと考えているケースは全体の約20%のみ。家族と施設スタッフともに在宅での対応が可能と考えているケースは全体の約30%。



入所予約型
まだ在宅介護が可能で、予約的に施設入所申込をしているグループ
家族=在宅可能
スタッフ=在宅可能

(出典:健保連調査 n=402人)

(問2-2) 居住費・食費負担は、具体的にどう変わるのか。

- ・ 居住費・食費負担によって、入所者の負担はどの程度になるのか。
- ・ 入所者が実際に払う居住費・食費負担は、一律に設定されるのか。

居住費及び食費の具体的な水準は、各施設と利用者間の契約によって定められることになるが、介護施設の経営実態調査や家計調査データからみた、モデル的な負担水準としては、

① 居住費用

- ・ 個室・ユニット：6万円／月程度（減価償却費＋光熱水費）
- ・ 多床室：1万円／月程度（光熱水費）

② 食費 4. 8万円／月程度（食材料費＋調理コスト）

になるものと考えられる。

居住費用・食費の見直し

- 居住費用や食費は、原則として保険外に
 - ・ 居住費用：「個室」と「多床室」の居住環境の違いを考慮した取扱い
 - ・ 食費：食材料費と調理コスト相当

特別養護老人ホームの入所者（要介護5・甲地）における利用者負担の変化
(モデル 万円/月)

保険料段階		現 行			見直し後		
		1割負担	居住費	食費	1割負担	居住費	食費
新・第6段階～	個室	9.7～10.7	3.1	4.0～5.0	2.6	6.0	4.8
新・第5段階	多床室	5.6	3.0	—	2.9	1.0	4.8
新・第4段階							
新・第3段階	個室	7.0～8.0	2.5	3.0～4.0	2.5	5.0	2.0
新・第2段階	多床室	4.0	2.5	—	2.5	1.0	2.0
第1段階	個室	4.5～5.5	1.5	2.0～3.0	1.5	2.5	1.5
	多床室	2.5	1.5	—	1.5	1.0	1.5
	多床室				1.5	0.0	1.0

減価償却費＋光熱水費相当

光熱水費相当

食材料費＋調理コスト相当

低所得者の対応

高額介護サービス費の見直し
(月額上限の引下げ)

老人保健施設の入所者（要介護5・甲地）における利用者負担の変化
(モデル 万円/月)

保険料段階		現 行			見直し後		
		1割負担	居住費	食費	1割負担	居住費	食費
新・第6段階～							
新・第5段階	多床室	5.9	3.3	—	2.6	6.0	4.8
新・第4段階	※この他、保険外で特別な室料を徴収している場合がある。						
新・第3段階	多床室	4.0	2.5	—	3.1	1.0	4.8
新・第2段階							
第1段階	個室				2.5	5.0	2.0
	多床室				2.5	1.0	2.0
	個室				1.5	2.5	1.5
	多床室				1.5	1.0	1.5
	個室				1.5	2.5	1.0
	多床室				1.5	0.0	1.0

減価償却費＋光熱水費相当

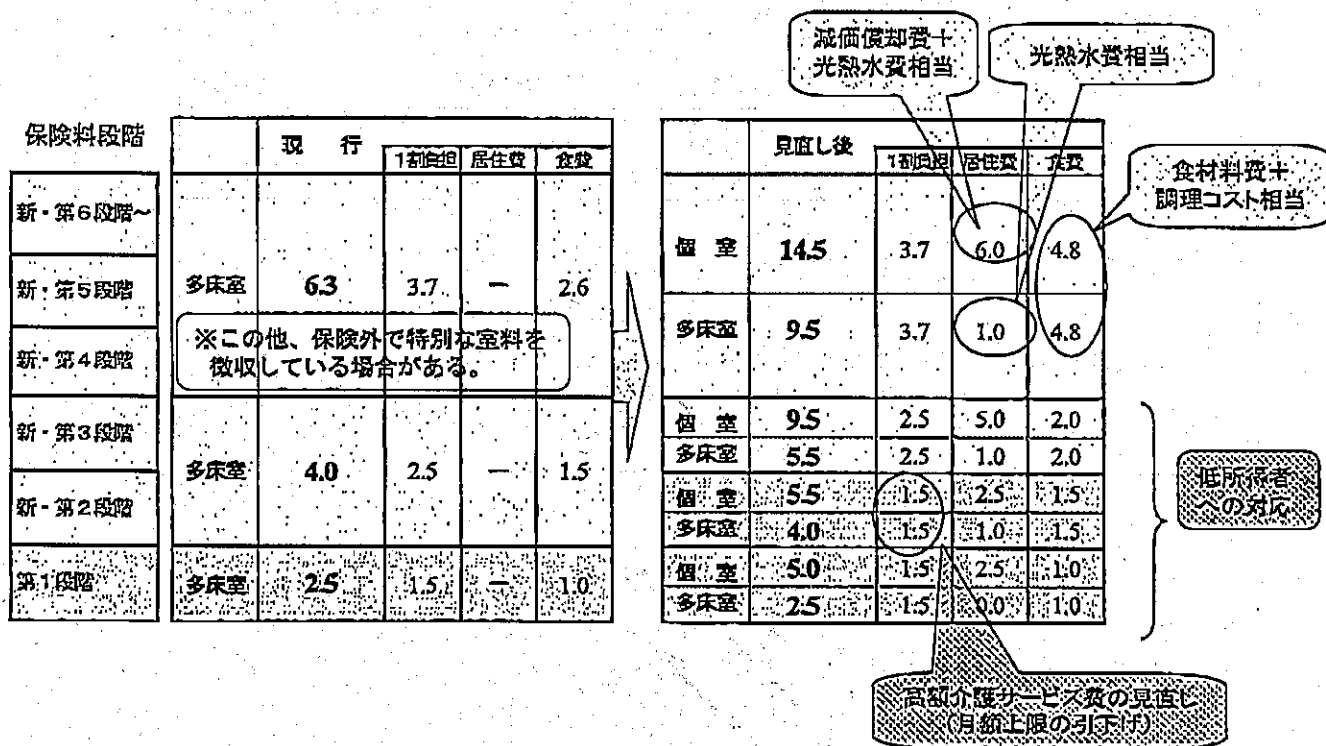
光熱水費相当

食材料費＋調理コスト相当

低所得者への対応

高額介護サービス費の見直し
(月額上限の引下げ)

介護療養型医療施設の入所者（要介護5・甲地）における利用者負担の変化
（モデル 万円/月）



保険料段階の考え方

※保険料段階の第1段階～新第3段階（現行の第1段階及び第2段階）が低所得者対策の対象範囲となる。

現行		見直し後		(参考) 対象者見込数
第1段階	生活保護受給者等	第1段階	同左	約2%
第2段階	市町村民税・世帯非課税	第2段階	○ 市町村民税・世帯非課税 ○ 高齢者本人/年金収入が80万円以下であって、年金以外に所得がない者	約34% (新第2段階は旧第2段階の約5割)
		第3段階	○ 市町村民税・世帯非課税であって、第2段階に該当しない者	
第3段階	市町村民税・本人非課税	第4段階	同左	約39%
第4段階	市町村民税・本人課税 (本人の合計所得金額が一定額(注)未満)	第5段階	同左	約13%
第5段階	市町村民税・本人課税 (本人の合計所得金額が一定額以上)	第6段階	同左	約12%

※ 見直し後の第2段階は、具体的には、公的年金等控除の最低保障額を140万円→80万円に変更し計算した、地方税法上の合計所得金額が0円以下の者が対象。

※ 保険料段階の設定は、上記の標準を参考とし、市町村が条例により独自に定めることを可能とする。

注)平成15年～17年度:200万円

(問2-3) 施設入所者にとって過重な負担増となるのではないか。

〔・低所得者(例:基礎年金以下世帯)は負担するのは困難ではないか。〕

1. 今回の居住費用、食費の見直しに当たっては、低所得者に対して過重な利用者負担とならないよう、介護保険制度において、利用者所得に対応した新たな補足的給付の創設を検討している。
2. 具体的には、保険料段階の新・第3段階(現在の「第2段階」:公的年金のみの収入であれば年収266万円以下の市町村民税非課税者からなる世帯)以下の利用者については、利用者負担を現行水準のまま維持、または引き上げ幅を抑制する考え。

例えば、収入が老齢基礎年金のみの世帯で4人部屋に入所している利用者の場合、居住費用や食費を含めた利用者負担全体の水準は、現行水準のままとなるよう、低所得者対策を講ずることとしている。

(問2-4) 食費を入所者負担とすると、食事の質が低下するおそれはないか。

〔・食費を施設入所者負担にすると、食事の質や栄養管理が低下するおそれはないか。〕

1. 今回の見直しにおいては、食費については、食材料費及び調理費相当の費用が給付対象外となるが、栄養管理については、栄養ケアマネジメントを強化し、栄養・食事サービスの質的改善を推進する観点から、引き続き保険給付の対象としていくこととしている。

2. なお、栄養・食事サービスの在り方については、

- ① 個別性を重視した栄養ケアマネジメント手法の開発と普及方策
- ② 個別性、嗜好性を重視した食事サービスの在り方
- ③ 施設及び在宅における栄養・食事管理体制の在り方（関係職種によるチームアプローチ等）

などについて、有識者や施設関係者等による調査研究を進めることとしており、今年度中を目途に一定の結論を得たいと考えている。

3. 新たなサービス体系の確立

(問3-1) 「地域密着型サービス(仮称)」の創設の趣旨は何か。

- ・「地域密着型サービス」を創設する趣旨は何か。
- ・具体的に、どのようなサービスを想定しているのか。
- ・市町村がサービスの指定、指導監督を行うこととなるが、公正で地域の事情を踏まえた制度運営が確保されるのか。

1. 今後、痴呆性高齢者や一人暮らし高齢者が増加していくことが予想されているが、こうした方々が住み慣れた地域での生活を継続していくためには、地域の特性に応じて、多様で柔軟な形態の介護サービスを提供できる仕組みを充実していく必要があり、こうした観点から、「地域密着型サービス(仮称)」の創設を検討している。
2. 具体的なサービス内容としては、
 - ①小規模(定員30人未満)介護老人福祉施設
 - ②小規模(定員30人未満)で介護専用型の特定施設
 - ③痴呆性高齢者グループホーム
 - ④痴呆専用型デイサービス
 - ⑤小規模・多機能型のサービス
 - ⑥地域における夜間訪問介護サービスなどが考えられる。
3. また、地域密着型サービスについては、市町村が事業者の指定や指導監督を行うこととなるが、公平・公正な制度運営が図られるよう、各市町村に「地域密着型サービス運営委員会(仮称)」を設置することを検討している。

地域密着型サービスの創設

在宅

生活圏域利用

広域利用

小規模・多機能型サービス

- 痴呆性高齢者見守り
- 痴呆専用デイサービス
- 夜間対応・巡回型訪問介護
- 小規模居住系サービス
小規模入所系サービス

- 訪問系サービス
訪問介護、訪問看護、訪問入浴、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導
- 通所系サービス
通所介護、通所リハビリテーション
- 短期滞在系サービス
- 居住系サービス
有料老人ホーム、ケアハウス
- 入所系サービス
特別養護老人ホーム、老人保健施設
介護療養型医療施設

施設

地域密着型のサービス

一般的なサービス

(事業者指定・指導監督等)

市町村長

都道府県知事

小規模多機能型居宅介護(仮称)のイメージ

基本的な考え方: 「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」を組み合わせてサービスを提供することで、在宅での生活継続を支援する。

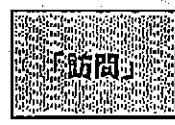
利用者の自宅

小規模多機能型居宅介護事業所

併設事業所で「居住」

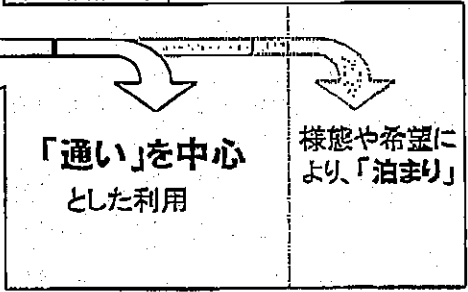


様態や希望により、「訪問」



人員配置は固定にせず、柔軟な業務遂行を可能に。

在宅生活の支援



+ (併設)

- 「居住」
- ◎エレベーター
- ◎小規模な介護専用型の特定施設
- ◎小規模介護老人福祉施設(サテライト特等)
- ◎有床診療所等

地域に開かれた透明な運営
サービス水準・職員の資質の確保

管理者等の研修
外部評価・情報開示

地域の他のケア資源や
地域包括支援センターとの連携

- 「通い」の利用者15名程度
- 1事業所の登録者は25名程度
- 「泊まり」は「通い」の利用者に限定
- 「泊まり」の利用は5名までを基本
- どのサービスを利用しても、なじみの職員によるサービスが受けられる。

- 小規模多機能型居宅介護事業所と連動的、一体的にサービス提供
- 職員の兼務を可能に。

地域夜間訪問介護(仮称)のイメージ

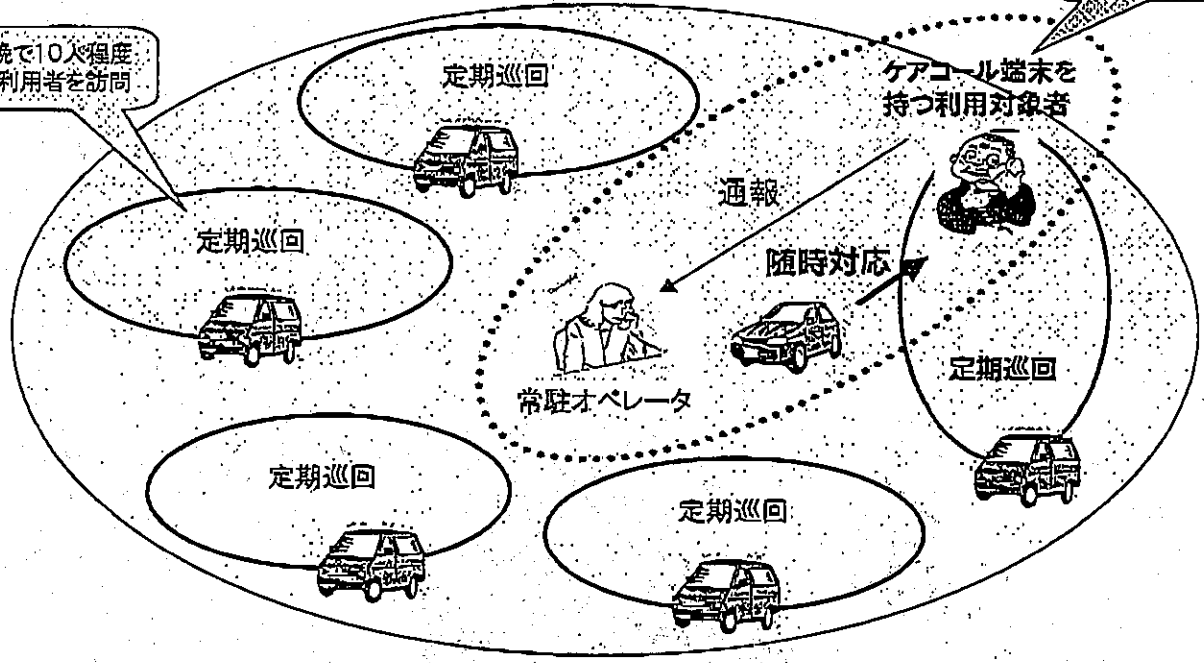
基本的な考え方: 在宅にいる場合も、夜間を含め24時間安心して生活できる体制の整備が必要
 → 定期巡回と通報による随時対応を合わせた「夜間専用訪問介護類型」を創設

利用対象者300~400人程度を想定

〔人口規模にすれば20万~30万程度〕
 まずは都市部でのサービス実施を想定

1晩で10人程度
 の利用者を訪問

利用対象者は、定期
 巡回と通報による随
 時対応を組み合わせ
 て利用



(問3-2) 痴呆性高齢者グループホームについて、どのような見直しを行うのか。

・痴呆性高齢者グループホームが急増しているが、これについてどのような制度見直しを行うのか。

1. 痴呆性高齢者グループホームについては、地域とのつながりを重視する観点から、「地域密着型サービス」の一つとして位置付け、市町村が直接指定し、指導監督が行えるよう見直しを行うこととしている。また、市町村には、定員が事業計画を超える場合には指定しない権限を付与することを検討しており、こうした制度見直しにより計画的な整備が進むものと考えられる。
2. また、グループホームにおけるサービスの質を確保するための方策としては、これまでも①管理者等の研修の義務づけ、②サービス評価や情報公開の義務づけなどを行ってきたところであり、引き続きサービスの質の向上を図っていくこととしている。

(問3-3) 介護と医療の連携を強化すべきではないか。

- ・在宅の重度者や難病等のケースにおいて、介護と医療の連携を強化すべきではないか。
- ・施設やグループホームの医療・看護機能を強化すべきではないか。

1. 難病など医療と介護のニーズを併せ持つ重度者への対応や、在宅におけるターミナルケアへの対応等においては、介護と医療の連携を強化していくことが必要である。

このため、

- ① 地域における主治医とケアマネージャーの連携など、医療と介護を通じた包括的・継続的マネジメントの推進、
- ② 医療ニーズの高い重度者に対応した医療型多機能サービスの推進、
- ③ 介護施設やグループホームにおける医療、ターミナルケアへの対応などの見直しが必要と考えられる。

2. 具体的には、平成18年度に予定されている介護報酬の見直しに向けて、今後、基準・報酬の在り方等について検討していく予定である。

4. サービスの質の向上

(問4-1) サービスの「質」の問題にどう取り組むのか。

- ・ サービスの「質」の確保に対する基本的な考え方は何か。
- ・ 不正事業者が増加しているが、適切な規制を課すべきではないか。
- ・ 専門性を重視した人材の育成と資質確保にどう取り組むのか。

1. 今後の見直しに当たっては、介護保険制度により実現されたサービスの多様性を尊重しつつ、①利用者の選択を実効あるものにするための情報開示の徹底と、②劣悪なサービスを迅速に排除する実効ある事後規制ルールの確立、③ケアマネジメントの体系的な見直し、④人材育成の在り方の見直しなどを進め、「サービスの質」に基づいた適切な選択と競争が行われる方向を目指すべきものと考えている。
2. 特に、増加している不正事業者等への適切な規制という観点からは、事業者指定への更新制の導入や、指定に当たっての欠格事由の見直しを行うことを検討している。
3. また、介護サービスを支える人材育成については、「専門性の確立」を重視する観点から、研修や資格要件の在り方について見直しを行うとともに、将来的には、介護職員については、介護福祉士を基本とする方向で研修などの体系的な見直しを行っていくことを検討している。

(問4-2) ケアマネジメントをめぐる問題にどう取り組むのか。

- ・ケアマネジメントについて、公平・中立の問題が指摘されているが、これにどう取り組むのか。
- ・ケアマネージャーの資質向上を図るべきではないか。

1. ケアマネジメントについては、

- ① 在宅と施設、医療と介護の連携の強化等「包括的・継続的マネジメントの強化」、
- ② ケアマネージャー1人当たりの標準担当件数の見直しや基準・報酬の見直し等による「独立性・中立性の確保」の観点からの体系的な見直しを行うことを検討している。

2. また、ケアマネージャーについても資質・専門性の向上の観点から、

- ① 研修の義務化・体系化
 - ② 資格の更新制等の導入
 - ③ 不正を行った場合の罰則強化
- などの見直しを検討している。

ケアマネジメントの見直しの全体像(案)

基本的な考え方: 「ケアマネジメントの徹底」

→ ①包括的・継続的マネジメント ②ケアマネジメントの公正・中立 を確立

ケアマネジメントをめぐる課題

<ケアマネジメントの現状>

- ・併設事業所が9割を占める
- ・サービス担当者会議の開催が不徹底
- ・主治医との連携が不十分 等

- ・多職種連携・継続的マネジメントが不十分
- ・特定のサービスへの偏り、多い単品プラン
- ・不適正なケアプラン、指定取消がワースト2

<現場のケアマネジャーが抱える悩み>

- ・業務多忙、力量に不安、相談相手がいない
- ・支援困難ケースを抱えてしまう
- ・生活全般の相談・苦情への対応 等

ケアマネジメントの見直しの方針

<包括的・継続的マネジメントの強化—地域包括支援センター(仮称)の創設>

- ・主治医との連携の強化
- ・在宅と施設、医療と介護の連携の強化
- ・支援困難事例への対応の強化 等

<ケアマネジャーの資質・専門性の向上>

- ・研修の義務化・体系化、主任ケアマネジャー(仮称)の創設
- ・ケアマネジャーの更新制、二重指定制の導入
- ・不正ケアマネジャーに対する罰則強化 等

<独立性・中立性の確保>

- ・担当件数の見直し
- ・ケアマネジメントプロセスに応じた報酬体系
- ・独立性の評価(マネジメントとサービスの分離)・基準/報酬の見直し 等

「包括的・継続的マネジメント」の強化 → 「地域包括ケア」の確立

基本的な考え方:

- 高齢者が住み慣れた地域で最期まで暮らせるようにするためには、主治医とケアマネジャーの連携、在宅一施設の連携など、利用者一人一人について、主治医やケアマネジャー等様々な職種が連携し、継続的にフォローアップしていく「包括的・継続的マネジメント」の確立が極めて重要。
- 主治医との連携、在宅一施設の連携などを確実に実施できるケアマネジメントの体制を整備。

■ 主治医との連携の強化

- ・ケアカンファレンスの徹底、実施状況の定期的なチェック
- ・ケアカンファレンスを実施しないケアマネジャーに対する指導強化
- ・地域レベルでの連携の強化
- ・地域包括支援センターによる支援 等

■ 施設と在宅の連携の強化

- ・退所/退院前カンファレンス
- ・施設入所者への継続的マネジメント

■ 支援困難事例への対応強化

- ・ケアカンファレンスの実施の支援
- ・主任ケアマネジャー(仮称)の養成 等

地域包括支援センター(仮称)の創設

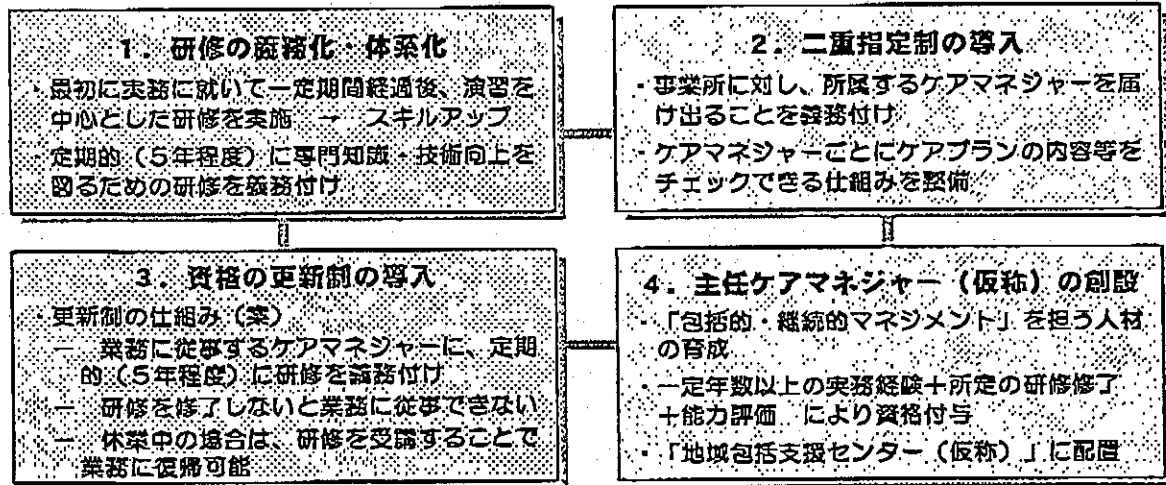
- ・ケアマネジャーの支援体制の整備
- ・多職種連携、主治医との連携の支援
- ・地域でのケアマネジャーのネットワークの構築
- ・主任ケアマネジャー(仮称)を配置

ケアカンファレンスの徹底/ケアマネジャーの支援/ネットワーク化

ケアマネジャーの資質・専門性の向上

基本的な考え方：

- 高齢者が住み慣れた地域において最期まで暮らせるよう、主治医とケアマネジャーの連携、在宅一施設の連携など、「包括的・継続的マネジメント」を確立することが極めて重要。
- ケアマネジャーについては、このための資質・専門性の向上を図っていく。



独立性・中立性の確保

基本的な考え方：

- ケアマネジメントの現状として、併設事業所の割合が9割を占め、独立性・中立性の観点から、問題。主治医との連携、サービス担当者会議の開催が十分でないといった問題。
- ケアマネジャー1人当たりの担当件数の見直し等により、主治医との連携、在宅一施設の連携など、包括的・継続的マネジメントを確実に実施できる体制を確立していくことが必要。

■ ケアマネジャー1人当たりの標準担当件数の見直し

50人 → 適切なマネジメントを確実に実施できる人数に見直し

■ 担当件数の見直しに伴う報酬の見直し、中立・公正性の確保

- ・多職種連携、ケアマネジメントプロセス（アセスメント、ケアカンファレンスの実施）に応じた報酬体系
- ・有能なケアマネジャーが評価されるめりばりのある報酬体系

■ 独立性の評価・基準/報酬の検討（マネジメントとサービスの分離）

- ・公正・中立性の徹底
- ・独立型事業所への評価

不正なケアマネジャー・事業所に対する罰則強化

- ・ケアマネジャーの地位を利用した違反行為や名義貸しなど悪質な違反行為に対する登録取消期間の延長
- ・軽度な基準違反等に対する都道府県知事による研修受講の義務付け
- ・ケアマネジャーの名義貸しの禁止（違反は登録取消）
- ・守秘義務の明確化
- ・業務の停止命令、勧告 等

※ 基準・報酬のあり方については、18年4月の報酬改定・基準見直しの中で、検討。

5. 保険料負担・制度運営の見直し

(問5) 保険料負担・制度運営の在り方について、どのような見直しを行うのか。

- ・第1号保険料の負担・徴収の在り方について、どのような見直しを行うのか。
- ・適切な制度運営を確保する観点から、保険者である市町村がより機能を発揮できるようにすべきではないか。

1. 第1号保険料の設定方法については、現行方式を基本としつつ、被保険者の負担能力をきめ細かく反映したものとなるよう、現行の「第2段階」について、負担能力の低い層の保険料負担を軽減する等の見直しを行うことを検討している。
2. また、市町村の保険料徴収事務の効率化等の観点から、現在「老齢年金」のみを対象としている保険料の特別徴収について「遺族年金」や「障害年金」も対象に加えること等を検討している。
3. さらに、適切な制度運営を確保する観点から、保険者である市町村について、①給付に関するチェック機能や政策評価機能の強化、②事業所立ち入り権限の付与、③保険者事務委託の条件整備などの見直しを行うことを検討している。

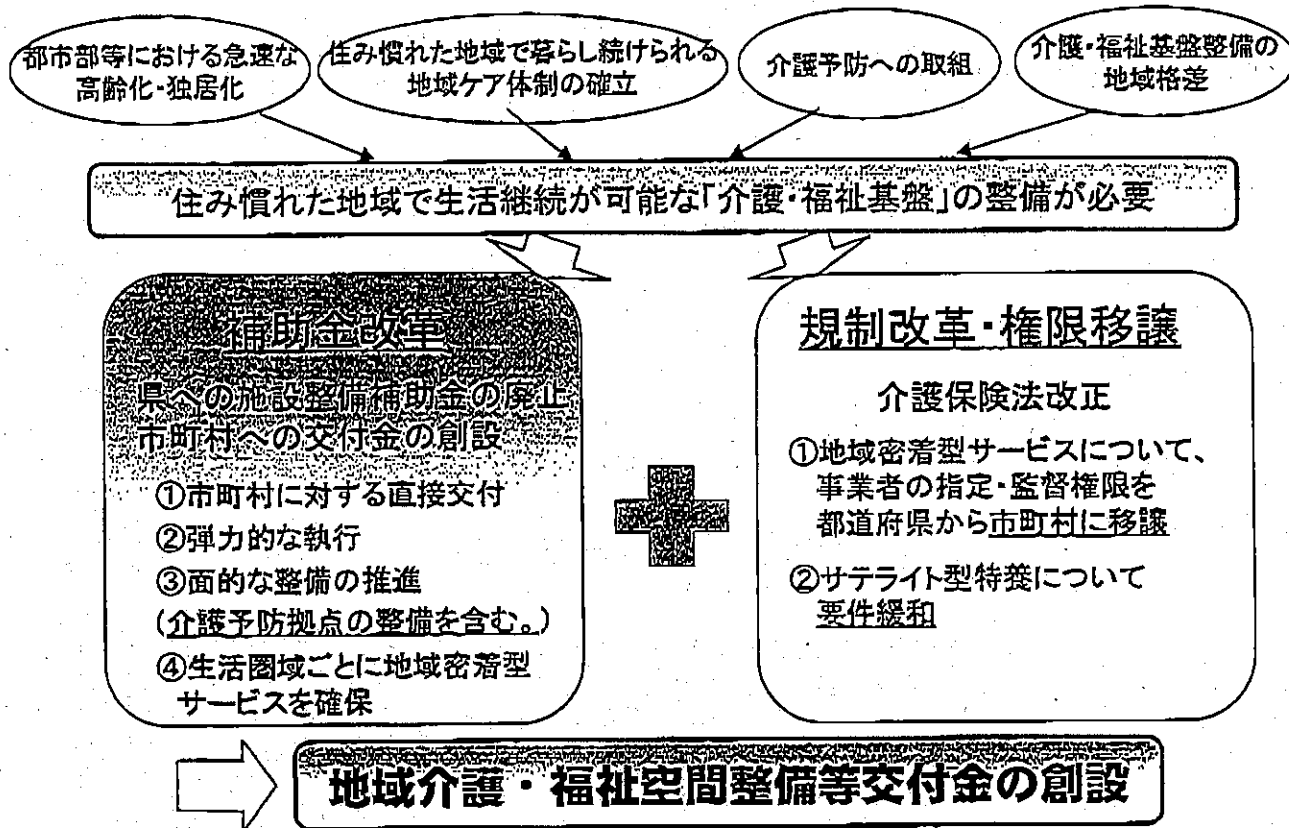
6. 基盤整備の推進

(問6)「地域介護・福祉空間整備交付金」の趣旨は何か。

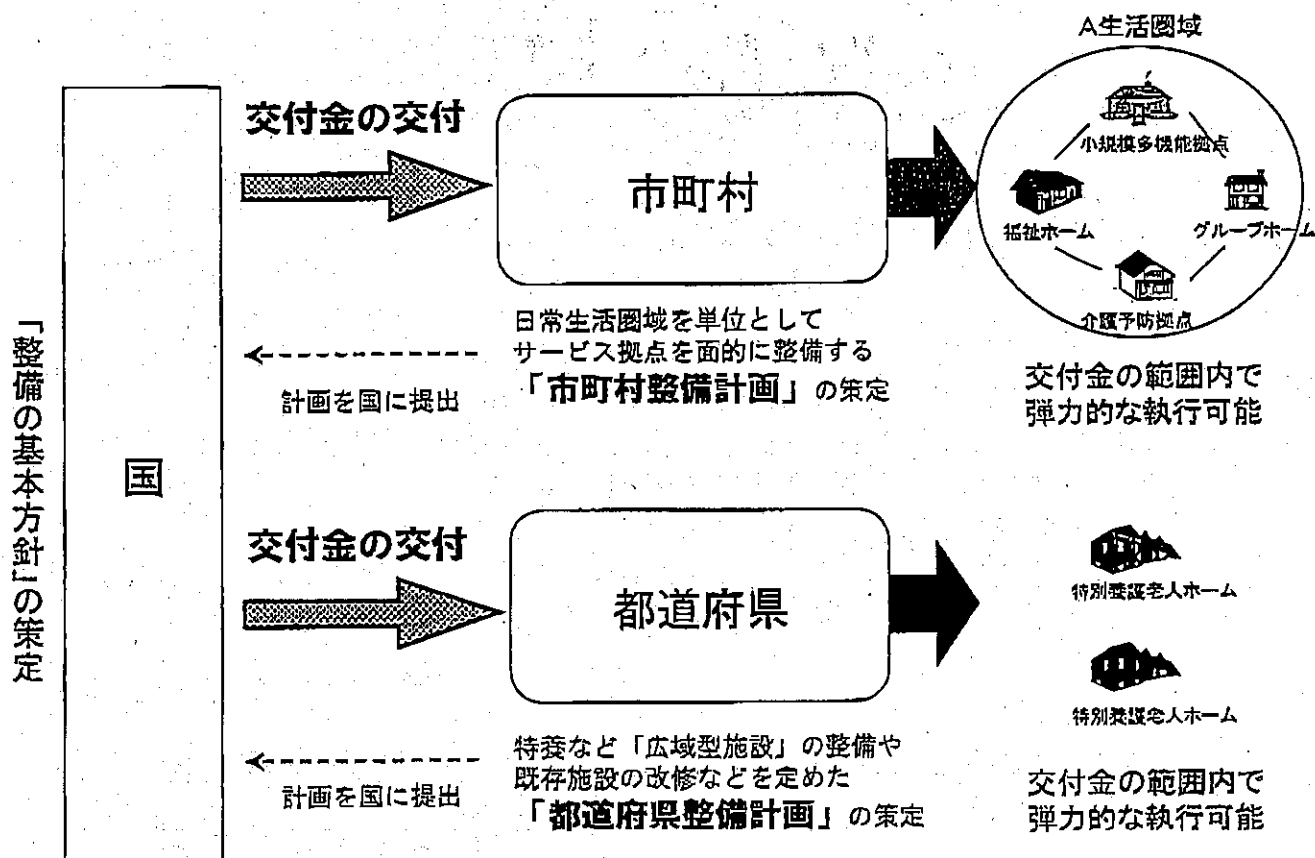
〔 ・ どのような趣旨から交付金を創設するのか。〕

1. 高齢者などが住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするためには、身近な生活圏域で介護・福祉サービスが利用できるよう、必要な介護サービス基盤を総合的、計画的に整備していく必要がある。
2. このため、従来の施設種別ごとの整備費補助金を見直し、地方自治体の創意工夫による総合的な基盤整備計画を支援することを目的とした、新たな「整備交付金」を創設することとしている。

地域再生のための新たな介護・福祉基盤の整備



地域介護・福祉空間整備等交付金の仕組み



7. 被保険者・受給者の範囲

(問7-1) 何故、今回の制度見直しにおいて、被保険者・受給者の範囲の問題を議論するのか。

また、被保険者・受給者を見直すことは、介護保険制度の基本的性格をどう変えることになるのか。

〔 今回の制度見直しで、「被保険者範囲の拡大」を議論する必要があるのか。 〕

1. 被保険者・受給者の範囲をどうするかは、介護保険制度の創設当初からの大きな論点であった。

当時においても65歳以上とする考え方や20歳以上を対象とする考え方などがあり、様々な議論を経て、「老化に伴う介護ニーズ」に応えることを目的として現行の「40歳以上」とされ、その上で法律の附則において、施行後5年を目途としてこの問題を検討する旨が規定されたものである。

したがって、今回の制度見直しにおいて、主な論点の一つとして議論が進められているところである。

2. 被保険者・受給者の範囲を見直し、対象年齢を下げるということは、「老化に伴う介護ニーズ」に対応するという現行の介護保険制度の基本的な性格・枠組みを見直し、年齢や要介護となった原因を問わず「普遍的な介護ニーズ」に対応する制度に変えることを意味していると考えられる。

介護保険法の見直し検討規定

介護保険制度については、法律の附則で、施行後5年（＝平成17年4月）を目途として制度の全般に関して検討を加え、その結果に基づき必要な見直し等を行うこととされている。

○ 介護保険法（平成9年法律第123号） 附則
（検討）

第二条 介護保険制度については、要介護者等に係る保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の状況、保険給付に要する費用の状況、国民負担の推移、社会経済の情勢等を勘案し、並びに障害者の福祉に係る施策、医療保険制度等との整合性及び市町村が行う介護保険事業の円滑な実施に配意し、被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲、保険給付の内容及び水準並びに保険料及び納付金（その納付に充てるため医療保険各法の規定により徴収する保険料（地方税法の規定により徴収する国民健康保険税を含む。）又は掛金を含む。）の負担の在り方を含め、この法律の施行後五年を目途としてその全般に関して検討が加えられ、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講ぜられるべきものとする。

被保険者・受給者の範囲

問題の所在
 ||
 「被保険者・受給者の対象年齢を
 引き下げるべきかどうか」

【現行】
 被保険者・受給者
 = 40歳以上※

介護保険制度との関わり

(仮に「40歳以上」という現行の対象
 年齢を引き下げると)

- 「老化に伴う介護ニーズ」という
 基本骨格の見直し
 →介護原因に関する制限見直し
- 制度の支え手の拡大
 →財政的な安定性

障害者施策との関わり

(現在、65歳以上の高齢障害者に
 は介護保険制度を優先適用)

- 64歳以下の若年障害者へも介護
 保険制度が優先適用
 →介護保険制度と障害者施策(支
 援費)を組み合わせた仕組み

※40～64歳は老化に伴う15疾病に限定

社会保障審議会介護保険部会における審議状況

○積極的な意見・賛成論

- ①介護ニーズの普遍性
- ②地域ケアの展開
- ③介護保険財政の安定化
- ④障害者施策の推進

○慎重な意見・反対論

- ①保険システムに馴染むのか疑問
- ②保険料負担の増大
- ③現行サービス水準の低下不安
- ④時期尚早である

(国民的議論をさらに
 深める観点から)

引き続き議論

～11月中を目途に
 意見とりまとめ予定

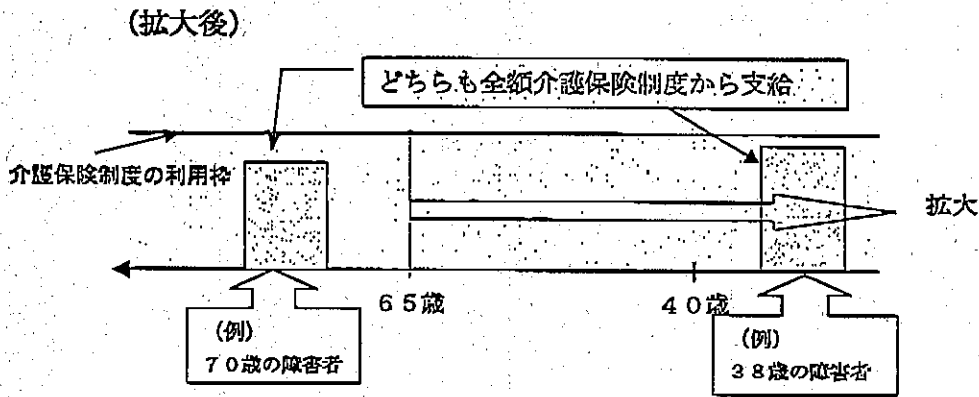
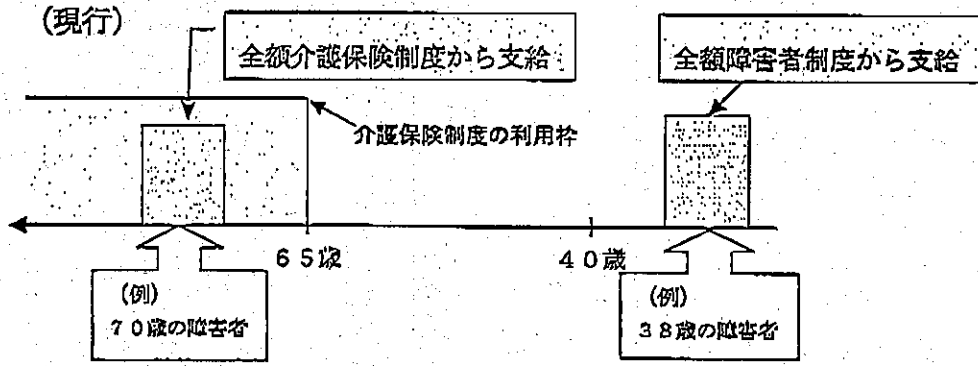
(問7-2) 介護保険の見直しは、障害者施策との「統合」を意味しているのか。

〔・被保険者・受給者の範囲を見直すことにより、障害者施策は介護保険制度の中に統合されることになるのか。〕

1. 介護保険制度と障害者施策の適用関係について、現行制度においては、両者に共通するサービスについては、一般制度である介護保険制度を優先適用し、介護保険にないサービスや介護保険の支給限度額を超えるサービスについては、障害者施策を適用するという仕組みになっており、実際にも、65歳以上の高齢障害者については、こうした「組み合わせ」の仕組みが適用されている。
2. したがって、被保険者・受給者の対象年齢を引き下げるということは、若年の障害者の介護サービスについても、こうした組み合わせの仕組みを適用するということになり、就労支援や社会参加など介護以外のニーズにも対応した障害者施策の全体を介護保険制度に「統合」するという意味ではない。

(介護保険・優先適用のイメージ)

タイプⅠ：
障害者のサービス利用量や種類が介護保険制度の枠内に収まっている場合



タイプⅡ：
障害者のサービス利用量や種類が介護保険制度の枠内に収まらない場合

