

介護保険制度 (基本事項)

1

高齢者保健福祉政策の歴史

年代	高齢化率	主な政策
1960年代 高齢者福祉政策の始まり	5.7% (1960)	1963年老人福祉法制定 1960年 人口 93,419千人、高齢者 5,350千人
1970年代 老人医療費の増大	7.1% (1970)	1973年老人医療費無料化 1970年 人口103,720千人、高齢者 7,331千人
1980年代 社会的入院や寝たきり 老人の社会的問題化	9.1% (1980)	1982年老人保健法の制定 ◇老人医療費の一定額負担の導入等 1989年ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略の策定）◇施設緊急整備と在宅福祉の推進 1980年 人口117,060千人、高齢者10,653千人
1990年代 ゴールドプランの推進	12.0% (1990)	1994年新ゴールドプラン（新・高齢者保健福祉推進十か年戦略の策定）◇在宅介護の充実 1990年 人口123,611千人、高齢者14,928千人
介護保険制度の導入 準備	14.50% (1995)	1996年連立与党3党政策合意 介護保険制度創設に関する「与党合意事項」 1995年 人口125,570千人、高齢者18,261千人
2000年代 介護保険制度の創設	17.3% (2000)	2000年介護保険施行 2000年 人口126,926千人、高齢者22,005千人
2013年 介護保険制度の13年目	23.0% (2013)	2013年 人口127,247千人、高齢者31,971千人
2035年 介護保険制度の35年目	33.4% (2035)	2035年 人口112,124千人、高齢者37,407千人

介護保険制度の創設（平成12年）

- 高齢化の進展に伴い要介護者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。



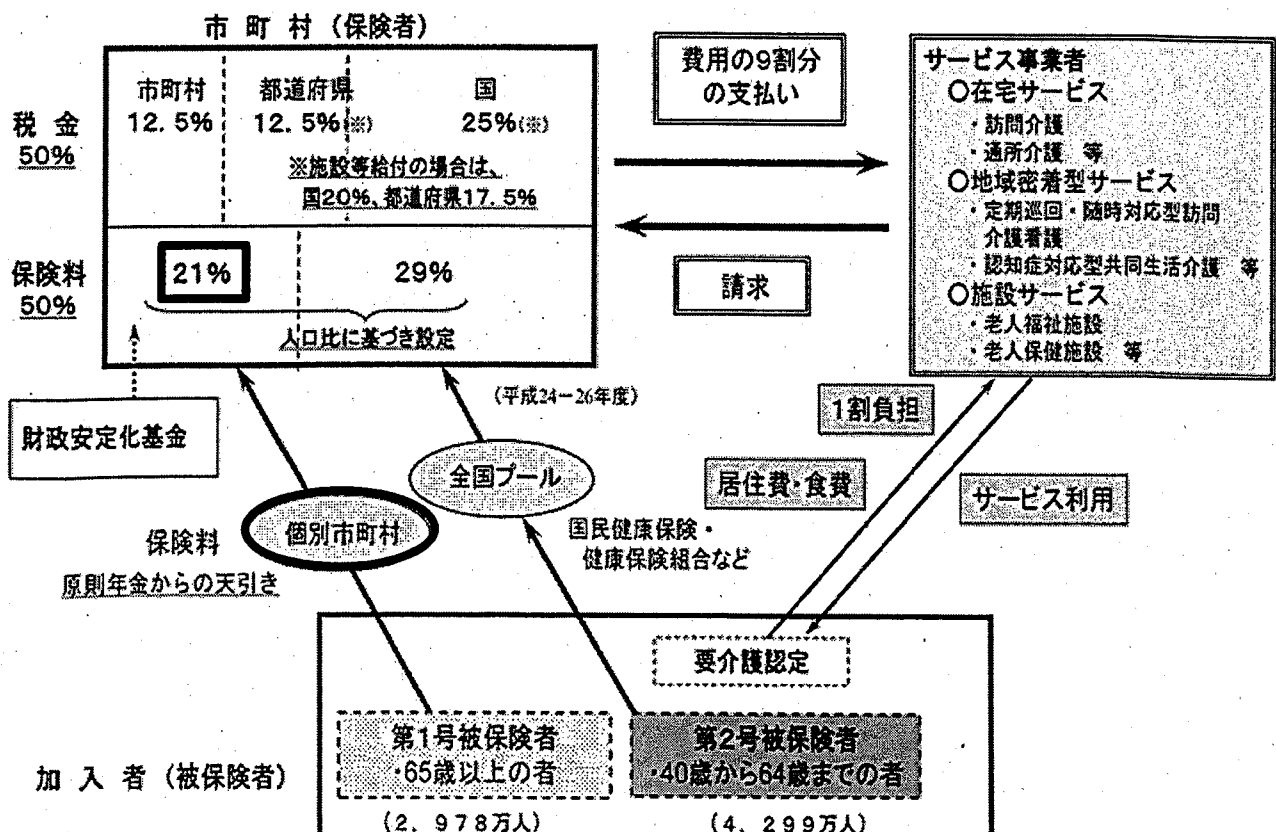
高齢者の介護を社会全体で支え合う 仕組み(介護保険制度)を創設

- 自立支援 . . . 単に「介護を要する高齢者の身の回りの世話」ということを超え、高齢者の自立を支援することを理念に。
- 利用者本位 . . . 利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- 社会保険方式 . . . 給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

(※少子高齢化が進む中で、若者世代に負担を求めることの是非)

3

介護保険制度の仕組み



※人数等は平成23年度

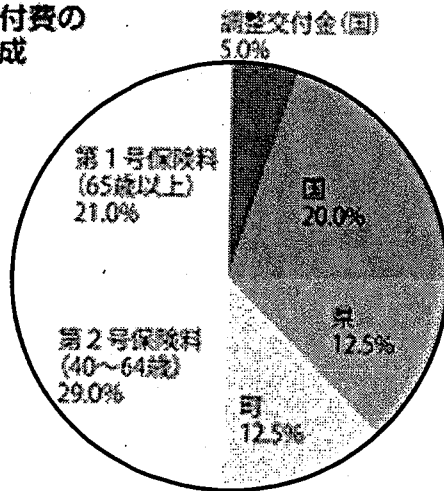
介護保険の財源構成

介護保険給付費（総費用から自己負担分を除いたもの）は、公費50%、保険料50%で成り立っている。

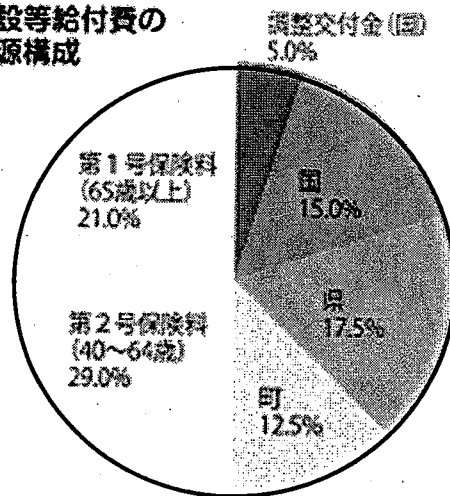
保険料部分は、65歳以上の高齢者（第1号被保険者）が21%を、40～64歳（第2号被保険者）が29%を負担する。この割合は、両者の人口割合による。今後40～64歳の人口比率が低下するため、2025年には25対25（1対1）になる見込み。

公費部分は、国25%、都道府県・市町村がそれぞれ12.5%を負担。（ただし、施設等給付について、国20.0%、都道府県17.5%、市町村12.5%）

居宅給付費の
財源構成



施設等給付費の
財源構成



5

介護保険の財政運営（財政調整交付金）

国庫負担のうちの5%部分は、「財政調整交付金」として、後期高齢者比率や地域の所得水準等を勘案して交付される。

後期高齢者比率が
低く所得水準が高い
市町村

第2号保険料 (29%)
第1号保険料 (23%)
調整交付金(3%)
国 (20%)
都道府県 (12.5%)
市町村 (12.5%)

後期高齢者比率・所
得水準が全国平均
である市町村

第2号保険料 (29%)
第1号保険料 (21%)
調整交付金(5%)
国 (20%)
都道府県 (12.5%)
市町村 (12.5%)

後期高齢者比率が
高く所得水準が低い
市町村

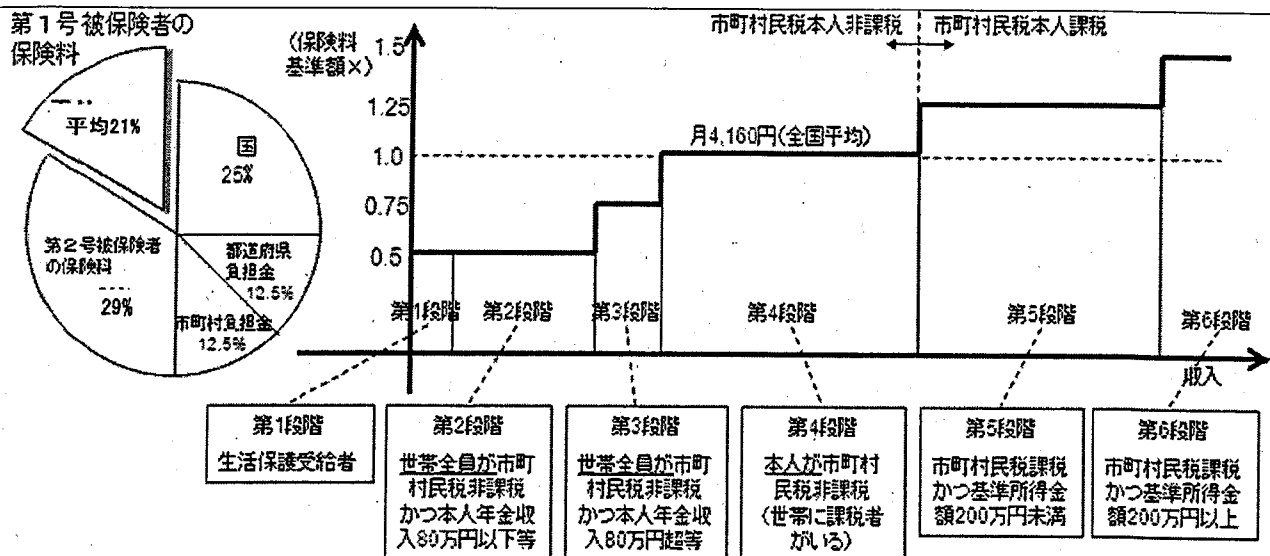
第2号保険料 (29%)
第1号保険料 (15%)
調整交付金(11%)
国 (20%)
都道府県 (12.5%)
市町村 (12.5%)

6

高齢者（第一号被保険者）の介護保険料

○第一号保険料は、低所得者等に配慮し、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。

○段階設定は、保険者の判断により、さらに細分化させることができる。



7

このほかの低所得者対策①

1 社会福祉法人における利用料減免

○市町村が定める低所得者の要件を満たした場合に、市町村が認定証を発行



○利用者がサービスを利用時に認定証を提示した場合は、社会福祉法人は減額後の利用料を利用者から受け取る（減額率：利用者負担額の1/4、生活保護受給者は全額免除。）

○軽減額から利用者負担総額の1%を差し引いた額の、2分の1を公費で負担。

本来受領すべき利用者負担総額 A	
軽減総額 B	
法人負担	Aの1%
	公費で1/2負担
全利用者（軽減対象者及び対象外者）の自己負担として事業所が受領した額	
法人が1/2負担	

公費負担の内訳
市1/4、県1/4、国1/2

8

このほかの低所得者対策②

2 特定入所者介護(予防)サービス費

市町村民税世帯非課税等の低所得者について、施設サービス費・短期入所サービスの食費・居住費(滞在費)負担には限度額が設定され、限度額を超える分は特定入所者生活介護(予防)サービス費として現物給付される。

支給額は、食費・居住費のそれぞれについて、基準費用額から所得段階や居室環境に応じた負担限度額を差し引いた額の合計額

$$\text{特定入所者介護(予防)サービス費} = (\text{食費の基準費用額} - \text{食費の負担限度額}) + (\text{居住費の基準費用額} - \text{居住費の負担限度額})$$

3 生活保護における介護保険料加算

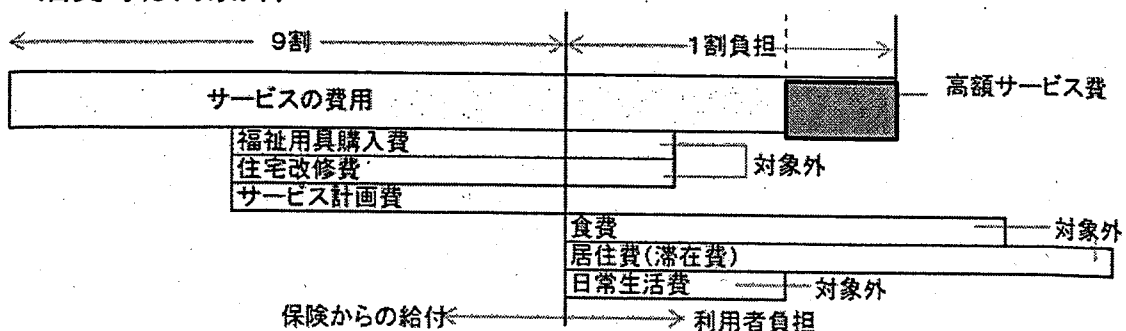
生活保護受給者に対しては、介護保険料相当分が「介護扶助」として、扶助費に加算されて支給される

9

利用者負担額軽減制度

1 高額介護(介護予防)サービス費

- 要介護者等が1ヶ月に支払った利用者負担額が、一定の上限額(通常37,200円)を超えたときは、高額介護(介護予防)サービス費として、超えた分が申請により払い戻される。
- ただし、対象となる利用者負担は、介護サービス費用の1割負担部分に限られる(福祉用具購入費・住宅改修費の1割負担、食費、居住費、日常生活費等は対象外)



2 高額医療合算介護(介護予防)サービス費

介護保険の利用者負担額と医療保険の後期高齢者医療の一部負担金等の合計額が一定額を超えたときは、高額医療合算介護(介護予防)サービス費が支給される。

10

介護保険は「保険制度」①

介護保険は、国が制度を整え、市町村を保険者とする、保険制度である。

- ⇒ 保険料収入を基本に運営される。
 - ※保険料収入と同額を、公費（国、県、市町村）が負担する。
 - ※保険料収入の確保を前提に、給付量が決まる。
 - ⇔ 実際には、給付見込量から必要な保険料額を逆算しているのが実態
 - ※公費財源の投入により、保険料を切り下げることが原則不可
 - ※地域の高齢化率や要介護認定率を勘案して「財政調整交付金」制度が備わっている。
- ⇒ 積み立てではなく、保険料収入は、当該会計年度の介護保険費用に充てられる。保険料は、原則として保険者に滞留したり、運用されることはない。

その年度に必要な費用を、その期間にその地域から賄う仕組み

- ⇒ 保険料の負担しない者には給付制限がある。（公的扶助ではない。）
これに伴い、低所得者対策が行われている。※生活保護の介護扶助等
 - ※介護保険料は原則年金から天引き。また、介護納付金（40-64歳）も、医療保険と同時徴収されるため、収納率は極めて高い。（99%を超える）

11

介護保険は「保険制度」②

- ⇒ 地域、自分たちが地域の負担水準と、介護水準を決めるという思想がある。
一方で、さまざまな主体が介護事業に参画し、適正な競争を通じて量と質が確保されることが期待されている。

⇔ 両者のバランスを、制度的にどの辺りに設定するか

※介護制度創設時 ⇒ 事業者の参画を重視し、参入にあまり歯止めを掛けなかった。

現在 ⇒ すでに事業者が多数参入した、
競争原理が適正に働かないことが明らかになった。
自由のままではサービスの種類と量のバランスがとれない

⇒ 保険者の主体性・マネジメントを重視する方向にシフト

- ⇒ また、全国の市町村・事業者が、競争を通じてさまざまな創意工夫により介護に取り組むことにより、中には優れた取組が生まれ、皆がそれを倣うことで、よりよい介護環境が普及するはず、との思想がある。

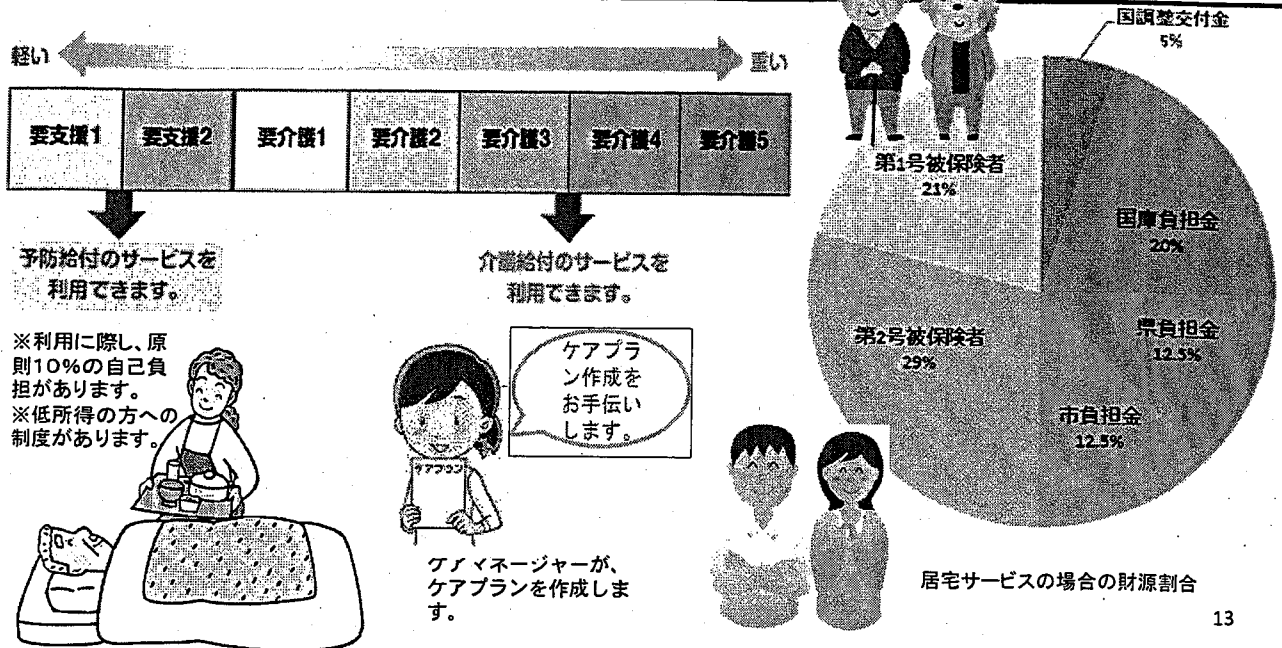
⇔ 介護保険創設13年。現実はどう評価されるのか？

12

介護保険制度の仕組み 財源・要介護認定

介護保険は、地域に住む高齢者と全国に暮らす40歳以上の方からの介護保険料と、公費（税金）を半々に財源として、運営される。地域の高齢者から集めた保険料は、要介護となった地域の高齢者の介護費用としてすべて還元される。

要介護状態になったときは、市町村に申請し、要介護認定ののちケアプランを作成し、プランに沿って介護サービス給付を受ける。



要介護認定申請から認定まで

①要介護認定の申請

申請書に被保険者証(2号被保険者は医療保険の被保険者証)を添えて市町村に申請する。

②一次判定(認定調査及び主治医意見書)

市町村は、申請のあった被保険者を面接し、心身の状況等について調査する。(更新認定・変更認定に限り、居宅介護支援事業者等への委託可)

同時に、被保険者の主治医に対し、身体・精神上の障がいの原因である疾病または負傷の状況等について意見を求める。

③二次判定(介護認定審査会)

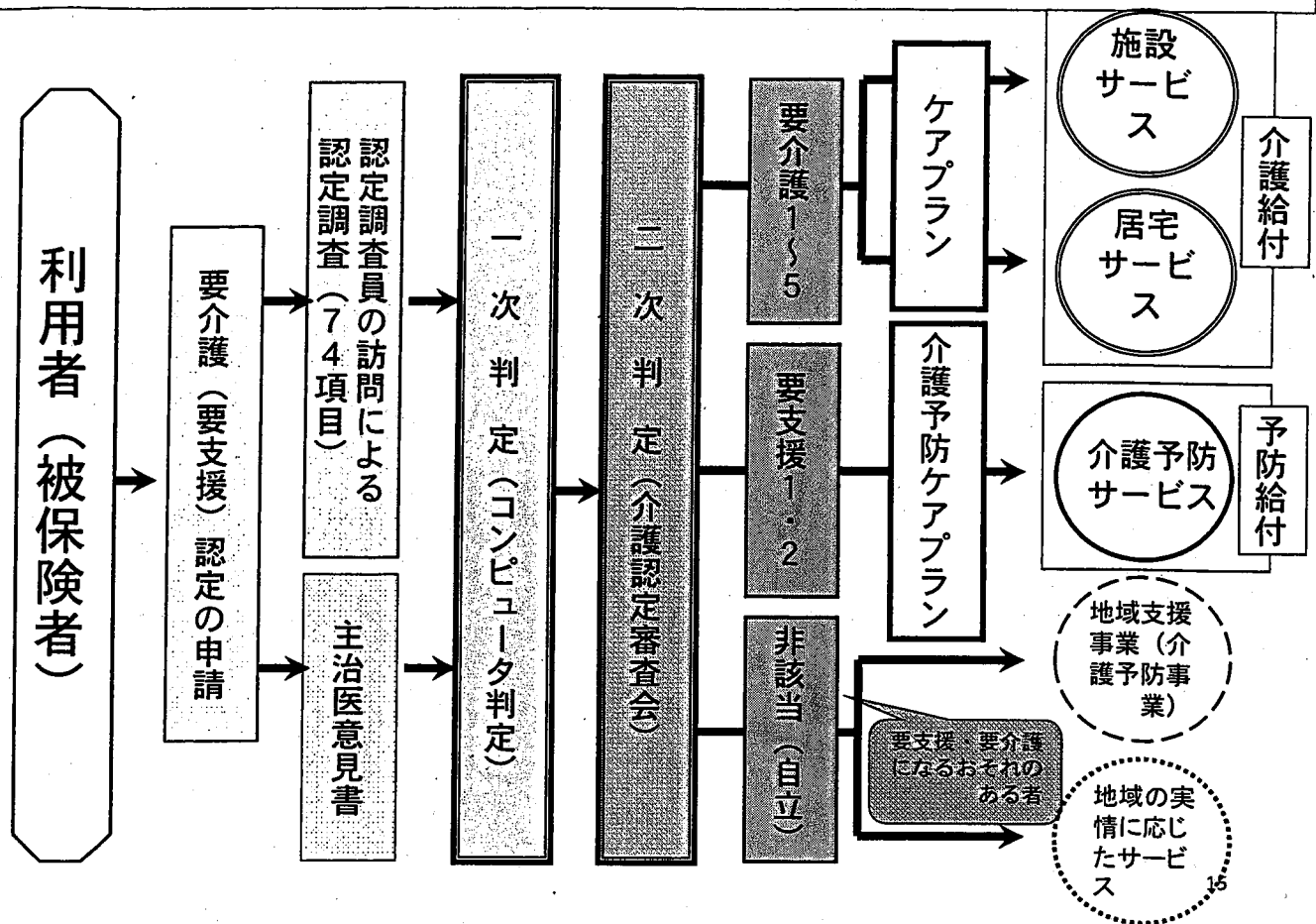
市町村は、②の結果を介護認定審査会に通知し、次の事項の審査・判定を求める。

- ・第1号被保険者: 要介護状態に該当すること、該当する要介護状態区分
- ・第2号被保険者: 要介護状態に該当すること、該当する要介護状態区分、その原因である身体上又は精神上的の障がいが特定疾病により生じたものか

④要介護認定・通知

介護認定審査会の審査・判定に基づき要介護認定を行った時は、その結果を被保険者に通知する。

要介護（要支援）認定フロー



介護保険サービスの種類

介護保険のサービスは、形態別に区分すると訪問系、通所系、入所系に分かれる。また、指定権者別に区分すると、県が指定する広域型のサービスと、市町村が指定する地域密着型サービスがある。

居宅の場合、居宅介護支援事業所のケアマネジャー等が、本人や家族の希望、心身の状態などを勘案してケアプランを作成し、事業所と連携して介護サービスを提供する。

区分	訪問系	通所系	入所系
市町村指定 (地域密着型サービス)	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護	認知症対応型通所介護	認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホーム)※分類上は居宅
	小規模多機能型居宅介護 / 複合型サービス		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
県指定	訪問介護、訪問入浴介護 訪問看護、訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導	通所介護(デイサービス) 通所リハビリテーション	介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
	短期入所生活介護、短期入所療養介護		特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム等でケアを実施)
	居宅介護支援		
	福祉用具貸与、福祉用具購入、(住宅改修)		

支給区分限度額

介護度に応じて、「支給区分限度額」として、利用できる上限額が定まっている。

要支援 1	5,003	単位
要支援 2	10,473	単位

要介護 1	16,692	単位
要介護 2	19,616	単位
要介護 3	26,931	単位
要介護 4	30,806	単位
要介護 5	36,065	単位

※ 1 単位 = 10 円（鳥取県の場合）

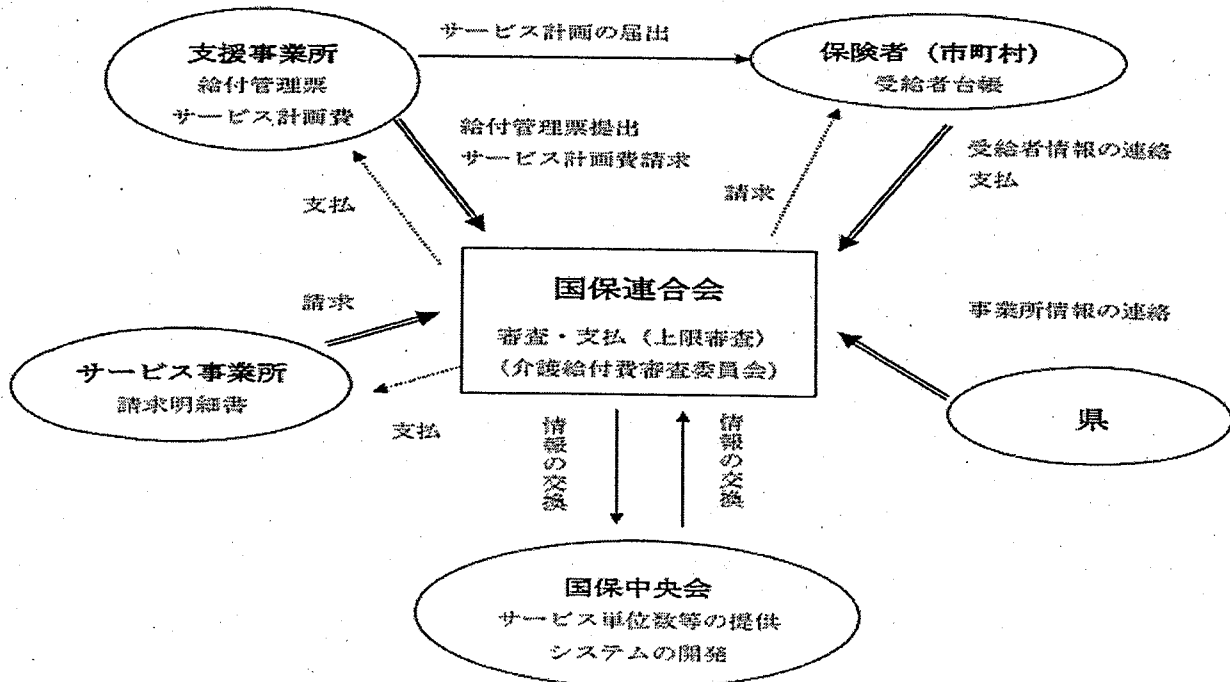
※ 消費税増税に伴い、近日中に増額変更が行われる予定。

17

介護給付費の審査・支払の流れ

①県、②保険者、③サービス事業所、④居宅介護支援事業所からの情報を県国保連に一元化し、照合させるとによって、審査・支払いが行われる。

審査・支払の流れ



18

高齢期の住まいと社会福祉施設

介護保険施設

介護老人福祉施設

要介護1以上。生活支援・介護サービスの提供が受けられる

介護老人保健施設

要介護1以上。リハビリ等が受けられる自宅と病院の中間施設的位置づけ

介護療養型医療施設

要介護1以上。長期療養が必要な場合に介護を含めたサービスが提供される

居住系施設

認知症対応型共同生活介護事業所

要介護1以上の認知症高齢者が対象。9人1単位の共同生活

有料老人ホーム

介護付／住宅型により異なるが食事、介護等のサービスが受けられる

軽費老人ホーム

収入に応じて低額な費用で基本的な生活支援サービスを受けながら自立生活

賃貸住宅

サービス付き高齢者向け住宅

見守り、生活相談サービスの提供が必須である賃貸住宅

高齢者向け優良賃貸住宅

バリアフリー化された賃貸住宅。収入により家賃助成(期限付き)

シルバーハウジング

生活支援員が配置された高齢者向けの公営住宅

自宅(持家)

- ・高齢期に適した設備、バリアフリー化などの必要性。
- ・介護が必要になった場合には、訪問介護・通所介護サービスなどを利用。
- ・単身世帯などの場合は緊急時の対応も備えが必要。

19

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

■ 常時介護が必要で居宅での生活が困難な方が入所して、日常生活上の支援や介護を行う施設

1. 入浴・排せつ・食事などの日常生活上の世話
2. リハビリなどの機能訓練
3. 健康管理
4. 療養上の世話



■ 状態が安定している人が在宅復帰できるようリハビリテーションを中心としたケアを行う施設

1. 看護
2. 医学的管理下での介護
3. 機能訓練等の必要な医療
4. 日常生活上の世話



21

介護療養型医療施設

■ 急性期の治療が終わり、長期の療養を必要とする人のための医療施設

1. 療養上の管理
2. 看護
3. 医学管理下の介護等の世話
4. 機能訓練等の必要な医療



22

- 認知症の高齢者がスタッフの介護を受けながら共同生活する住宅
- 市町村の裁量で整備する地域密着型サービス



23

有料老人ホーム

◆ 高齢者が入居し、

1. 入浴・排せつ・食事等の介護の提供
2. 食事の提供

その他日常生活上の便宜としての

3. 洗濯・掃除等の家事
4. 健康管理

を提供する施設

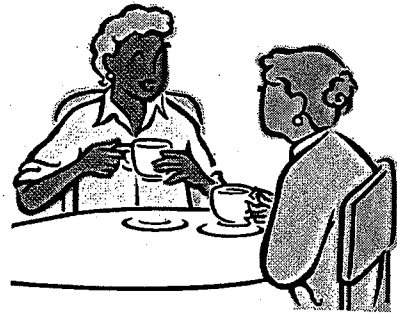


※介護保険サービス事業所ではありませんが、外部サービスとして訪問介護などを利用できます。

24

軽費老人ホーム

無料または定額な料金で入所でき、食事の提供等の日常生活上の便宜を提供する施設



※介護保険サービス事業所ではありませんが、外部サービスとして訪問介護などを利用できます。

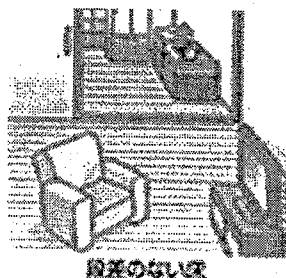
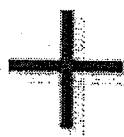
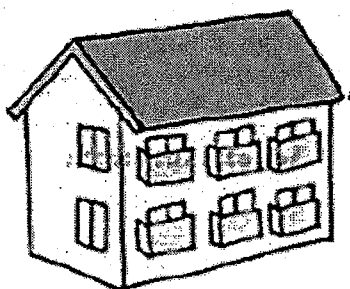
25

サービス付き高齢者向け住宅

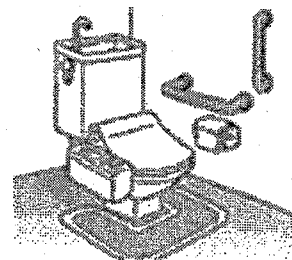
通常の
アパート、
マンションに

- 高齢者の住まいにふさわしい
ハード(バリアフリー)
- 見守り・生活相談などの
サービス
- 高齢者にやさしい契約

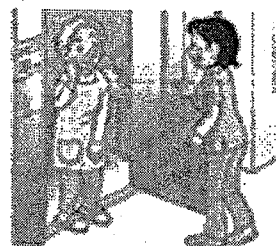
を加えたもの。



段差のない家



手すりの設置



見守り・生活相談サービス

※介護保険サービス事業所ではありませんが、外部サービスとして訪問介護などを利用できます。

26

サービス付き高齢者向け住宅（もう少し詳しく）

【登録基準の概要】※登録は鳥取県知事が行います。

- 原則として、床面積は25㎡以上。各室に台所・便所・浴室等を備えること。
- 共用部及び専用部がバリアフリー構造であること。
- 少なくとも、状況把握・生活相談サービスを提供すること。
- 権利金や礼金等の金銭を受領しない契約であること。
- 入居者の入院や心身の状況変化を理由に一方向的に契約解除等をしないこと。

【特徴など】

- 一般の賃貸住宅に近い自立的なものもあるが、鳥取県内では、浴室等が共用になった施設的なものが多い。
- 登録住宅の名称、住所、広さ、家賃、サービス内容など、誰でも閲覧が可能。
- ほとんどの住宅で食事サービスが提供されており、必要に応じて利用が可能。
- 必要な費用は、入居時の敷金、毎月の家賃及び共益費とその他利用状況に応じたサービス利用料。（鳥取県登録住宅の家賃の平均額は5.3万円程度。）
（家賃＋共益費＋必須サービス＋食費の平均額は11.6万円程度。）

27

サービス付き高齢者向け住宅の普及と課題

高齢者住まい法（H23.10施行）により、サービス付き高齢者向け住宅の普及が進んでいる。現在又は将来の日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、住み慣れた地域で、要介護になった後は「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」などの介護サービスを受け、安心して生活し続けるというもの。しかし、理念に反し、多くの課題を抱える。

サービス付き高齢者住宅

（国土交通省・厚生労働省共管）

→高齢者住まい法改正により創設

できるだけ近隣に引っ越し、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。

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、定期巡回・随時対応サービス

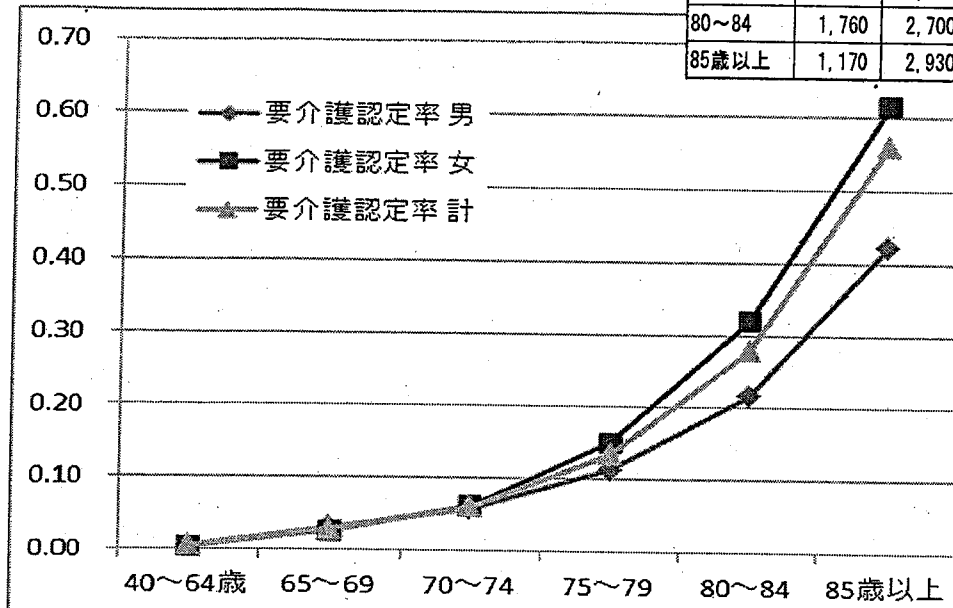
【課題】

- ①一定の資産・収入が前提となり、誰でもが入居が可能というわけではない。つまり、低所得者対策にはなっていない。
- ②遠方の住宅に入居し、全く新しい人間関係での生活となる場合も多い。住み慣れた地域で暮らすことにならない。
- ③24時間対応サービスが、サ付住内で完結し、社会に普及しない。
- ④中には介護保険の利用を前提に、安価な賃料で入居者を募る事業者も。
- ⑤関連事業所による過剰な介護サービスが行われる傾向。その提供をこばみにくかったり、自身で行わないことによる自立度の低下、介護度の悪化。
- ⑥住所地特例がなく、転入要介護者に関する負担がサ付住所在市町村に。

(参考) 年齢区分ごとの要介護(要支援)認定者割合

60歳代では、要介護(支援)状態にある方は3%未満ですが、70歳代以降急速に伸び、80～84歳で約3割、85歳以上では約半数の方が要介護(支援)状態となります。

	人口			要介護認定者数		
	男	女	計	男	女	計
40～64歳	21,600	21,830	43,430	102	81	182
65～69	3,780	4,150	7,930	115	109	224
70～74	3,280	3,780	7,060	189	233	423
75～79	2,670	3,430	6,100	301	519	819
80～84	1,760	2,700	4,460	379	862	1,241
85歳以上	1,170	2,930	4,100	495	1,805	2,300



女性の方が長命であること等も影響し、男性に比べ女性の方が、より要介護(要支援)認定率が高い。

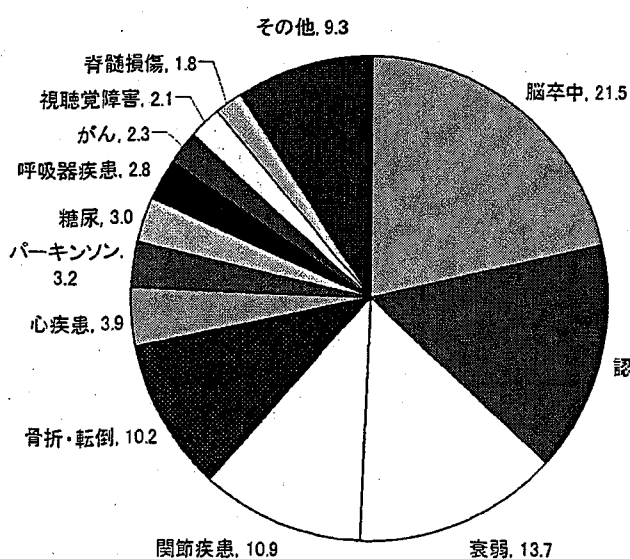
注: 介護給付費実態調査(厚生労働省)及び推計人口(総務省統計局)に基づき作成。時点: 平成23年4月29

(参考) 要介護状態となる主な原因

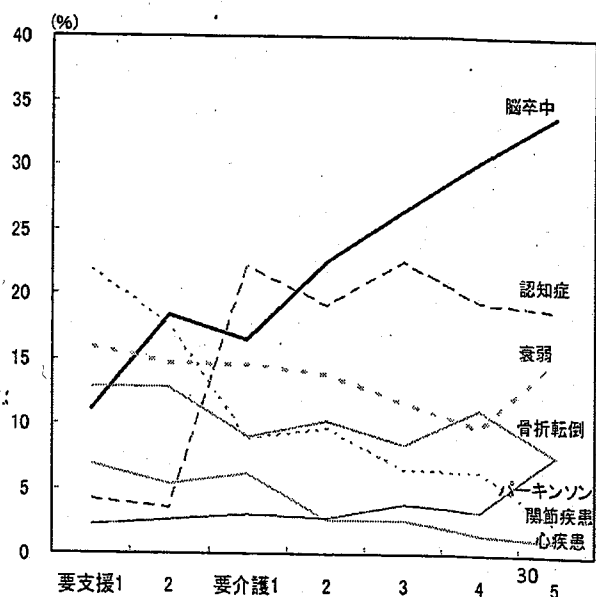
要介護となる原因はさまざまだが、「脳卒中」、「認知症」、「加齢による衰弱」で約半分を占める。また、転倒による骨折なども少なくなく、日々の生活の中での、十分な留意が必要。

要介護度が高くなる(重度になる)人の原因疾患は、「脳卒中」が圧倒的に多い。

介護が必要となった主な原因



要介護度別介護が必要となった主な原因



介護保険制度改革の方向

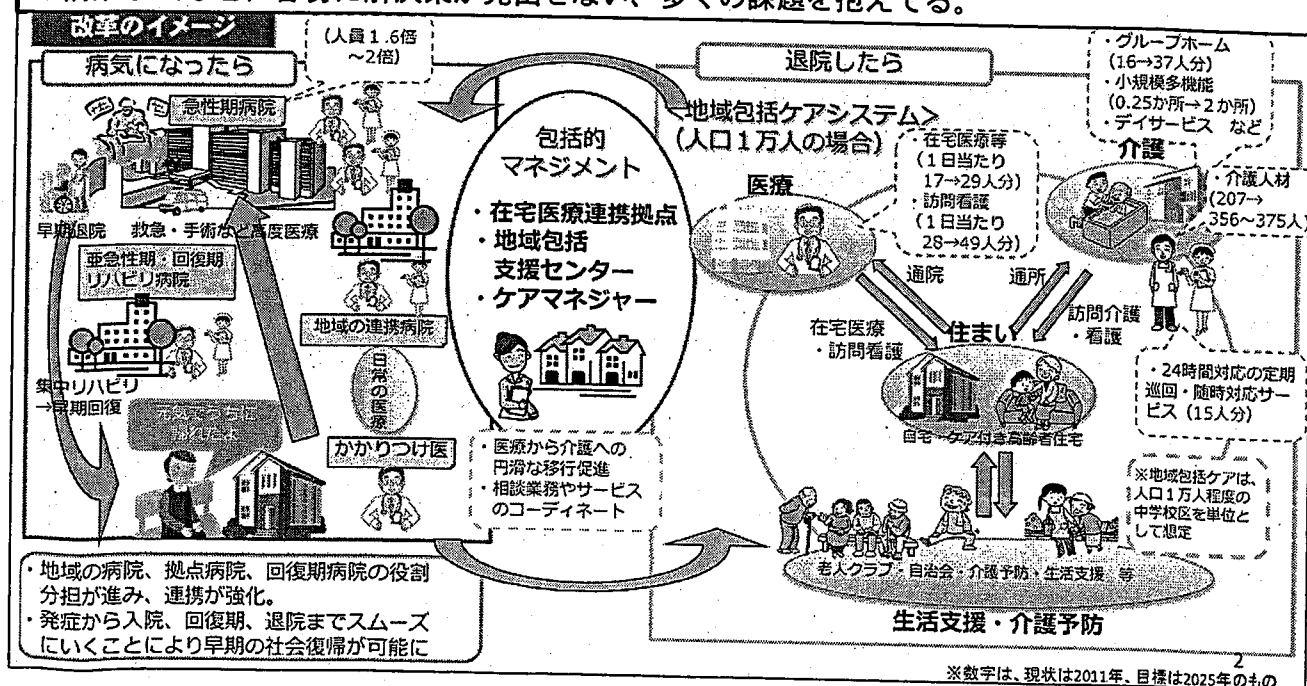
※本項資料は、厚生労働省作成資料を一部加工し、再構成して作成。

1

地域包括ケアシステムの構築

医療、介護、介護予防、生活支援及び住まいの確保を通じて、高齢者の在宅生活の支援体制を確立するとともに、病気になっても、急性期医療から回復期や入退院時において、医療と介護に携わる専門家と地域が連携することによって、高齢者の在宅生活の復帰を支えていこうというもの。

しかしながら、地域において在宅医療、介護や看護に携わる人材の確保、高齢者の互助体制の構築手法など、容易に解決策が見出せない、多くの課題を抱えてる。



主な介護保険制度改正項目

- (1) 認知症施策の推進
→ 早期発見、早期対応を地域支援事業に位置付け
- (2) 地域ケア会議の充実 → 専門職の相互連携の推進
- (3) 生活支援・介護予防の充実 → 生活支援に地域などが参画
- (4) 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
→ 要支援者に対する訪問介護、通所介護を市町村事業に
- (5) 介護予防事業の見直し
→ 一次予防、二次予防の区分を外し、一体的に対応。
日常生活の中での介護予防
- (6) 在宅サービス → 通所介護の再分類
- (7) 居宅介護支援事業所の指定権限の移譲
→ 指定権限を市町村へ移譲
- (8) 特別養護老人ホームの中重度者への重点化
→ 原則要介護3以上。幅広く例外あり。
- (9) 低所得者の一号保険料の軽減強化
低所得者の介護保険料の一部を新たに公費負担して軽減
- (10) 一定以上所得者の利用者負担の見直し
→ 高所得者は介護保険料を2割負担。ただし、高額療養費還付制度の適用がある。
- (11) 補足給付の見直し（資産等の勘案）
→ 一定以上の試算がある者に対し、補足給付を行わない。

認知症早期発見と重度化予防

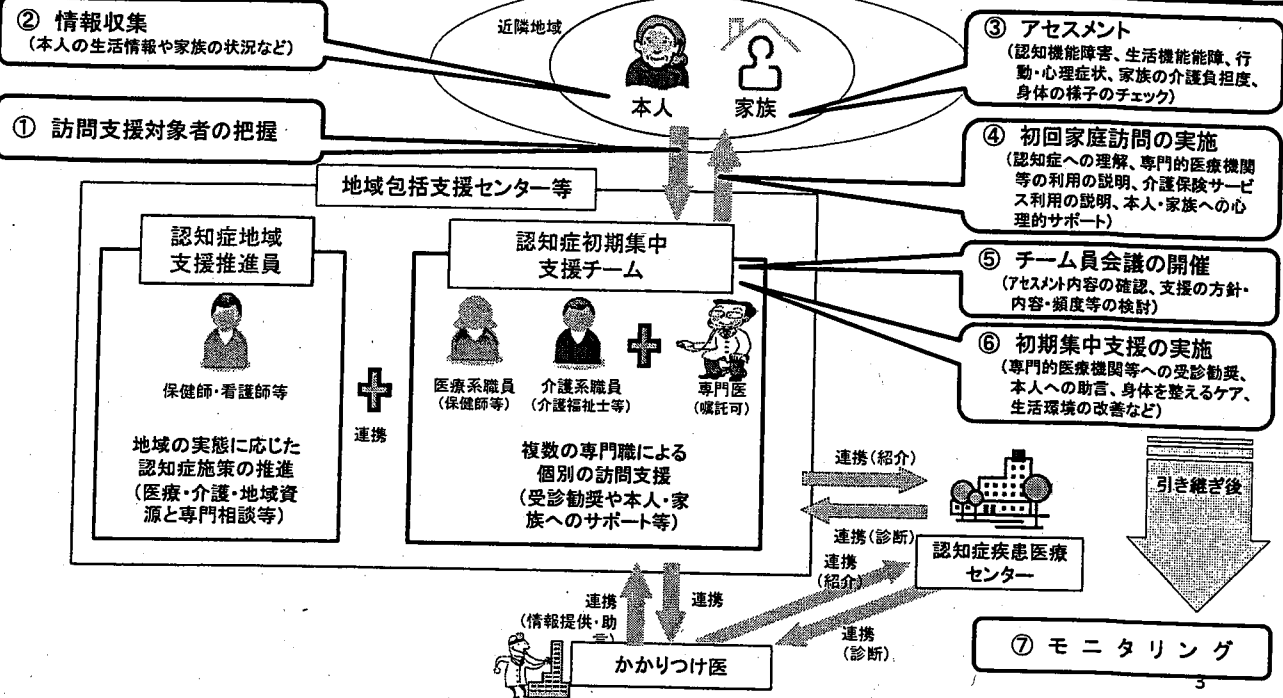
以下の体制を地域包括支援センター等に配置

○認知症初期集中支援チーム
(個別の訪問支援)

複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問し、アセスメントや家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。

○認知症地域支援推進員
(専任の連携支援・相談等)

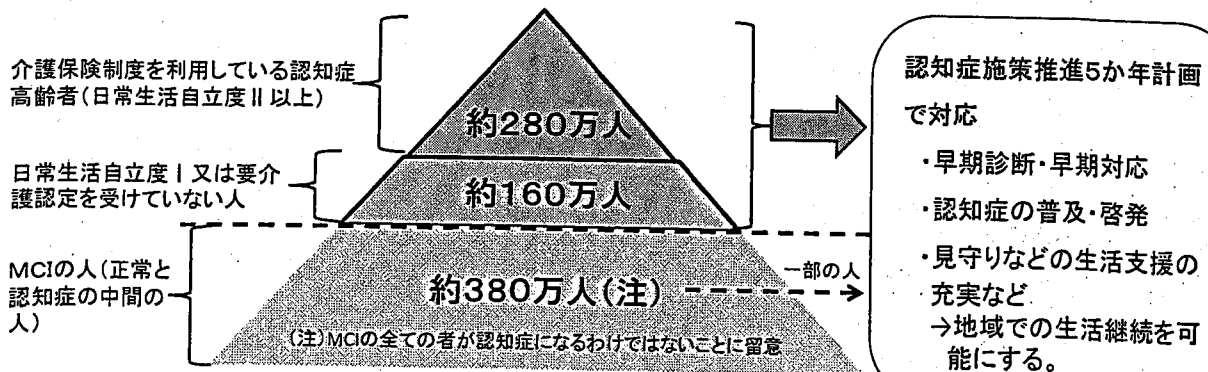
認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。



(参考) 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)。



健常者

65歳以上高齢者人口2,874万人

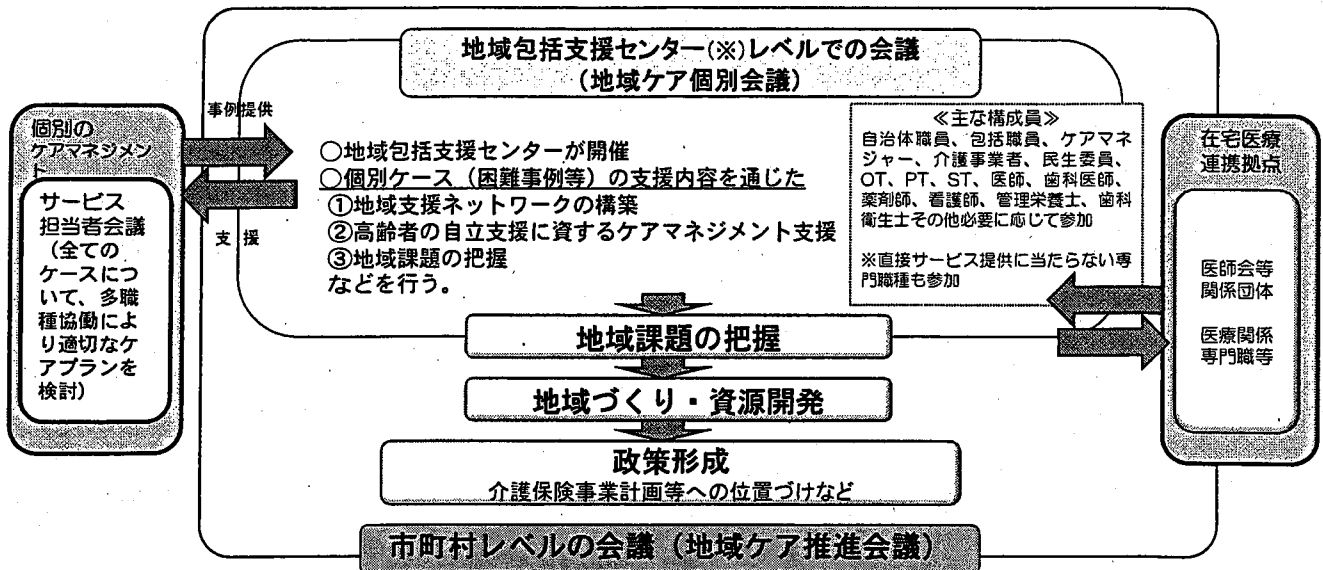
持続可能な介護保険制度を確立し、安心して生活できる地域づくり。

出典:「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H25.5報告)及び「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」(H24.8公表)を引用

地域ケア会議などを通じた地域連携の強化

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

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



5

生活支援・介護予防の充実

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

市町村が中心となって企画・立案

地域資源の開発

(例)
・ボランティアの発掘・養成・組織化

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

・生活支援・介護予防の立ち上げ支援

介護予防・生活支援の充実

多様な通いの場

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

多様な生活支援

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

研修を受けたボランティアが地区の集会所で介護予防教室を運営。

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

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

地域活性化を推進するNPOが地域に配食サービスを展開。

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

連携・協力

コーディネーター

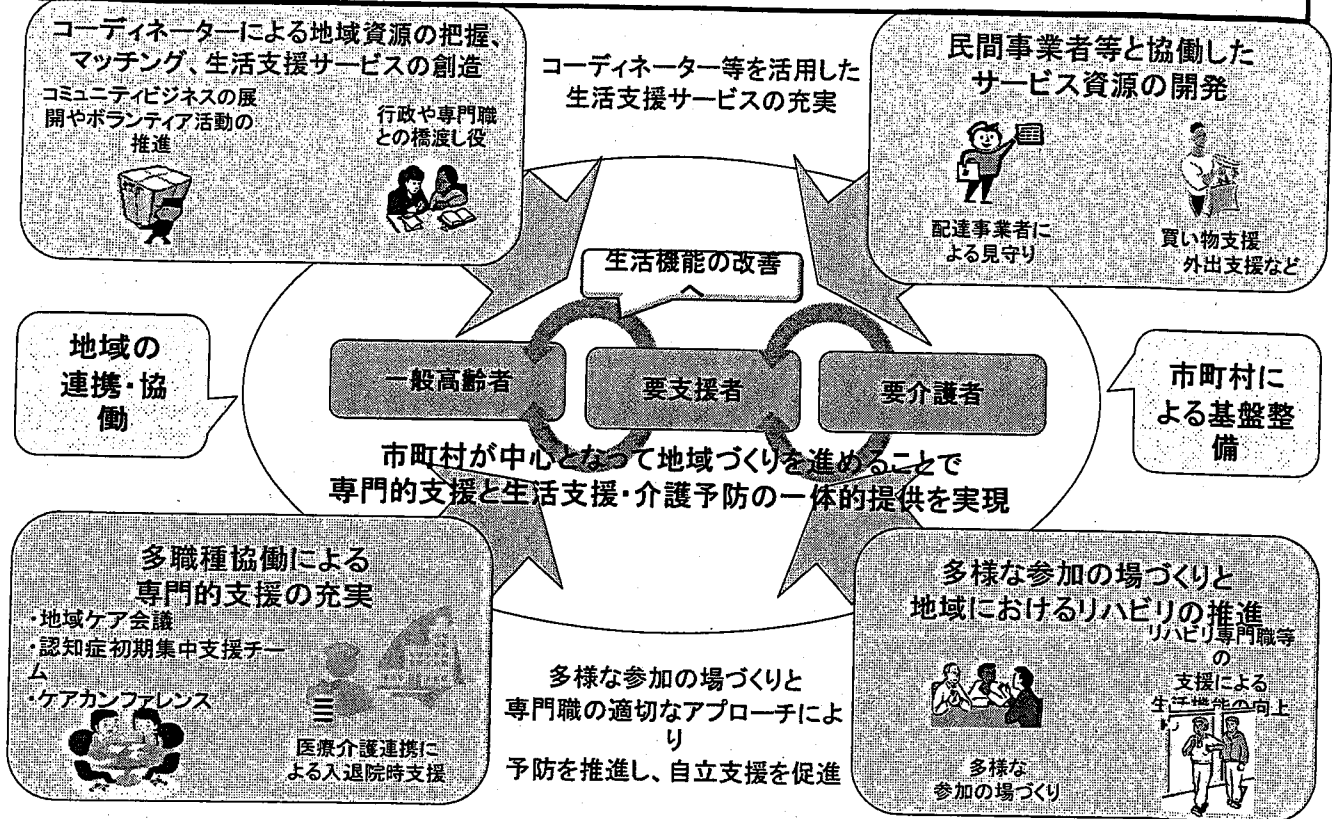
参加・活用
(担い手となる
高齢者も出)

支援を要する高齢者

6

高齢者が自立した生活を継続できる地域づくり

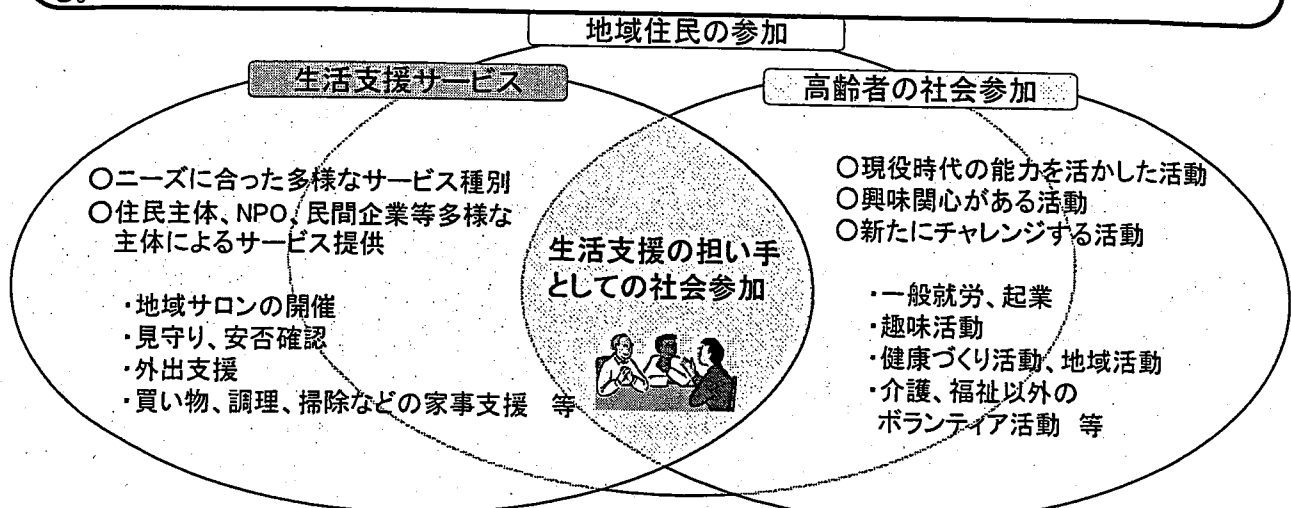
○生活支援サービスの充実、介護予防の推進に加え、多職種協働による専門的支援の充実を図ることにより、要支援者の生活機能の改善が図られるなど、高齢者の自立が促進される。



(参考)生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

○単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、見守り・配食等の生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合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。



バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化

バックアップ

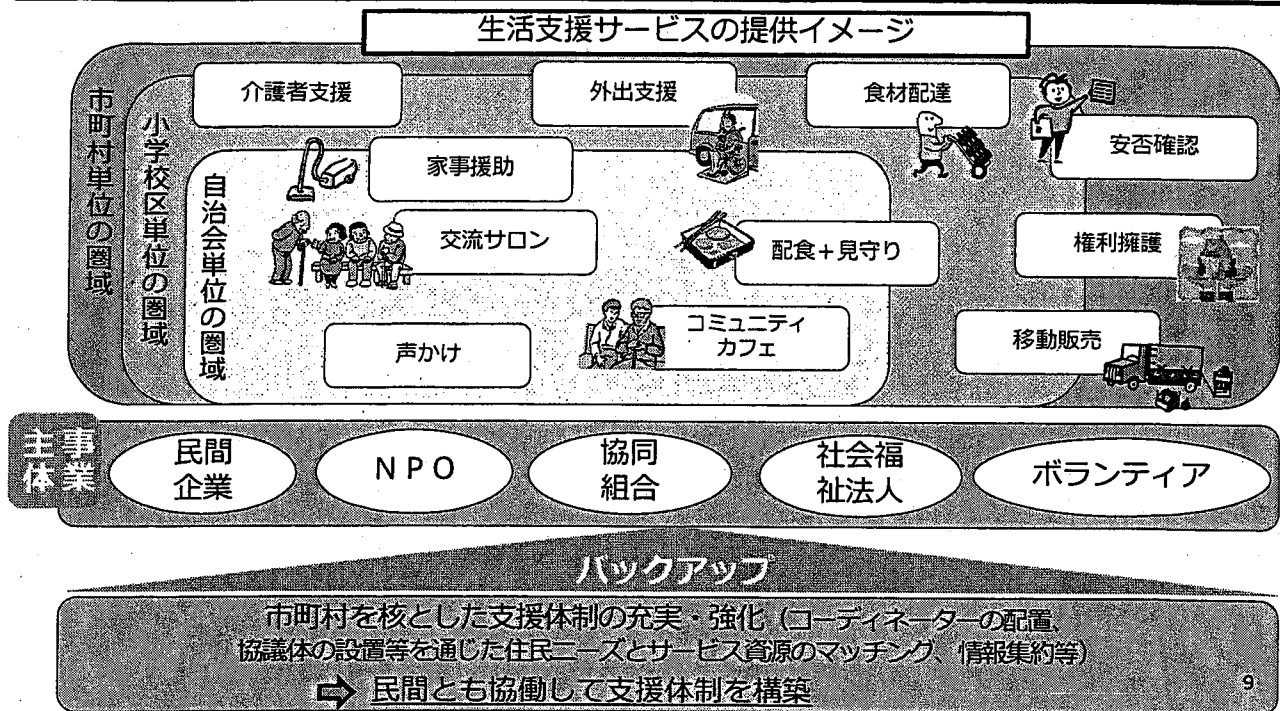
都道府県等による後方支援体制の充実

(参考)多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

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



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



新しい介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）

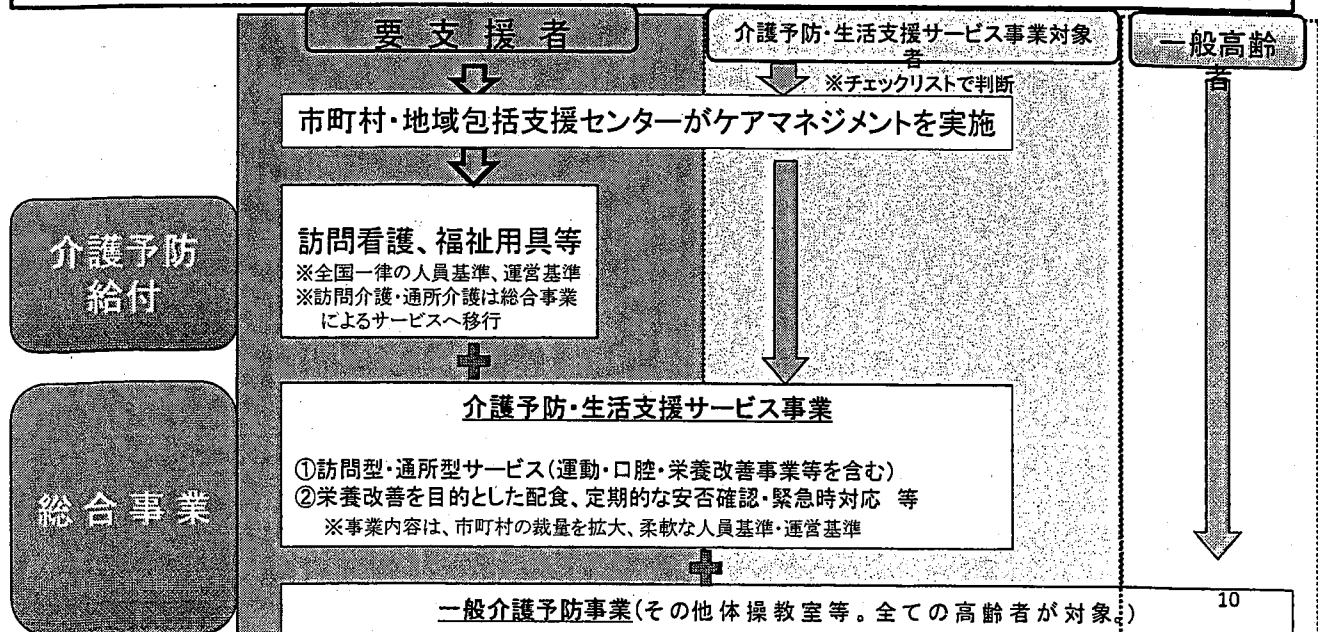
○すべての市町村が29年4月までに「総合事業」を開始

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。

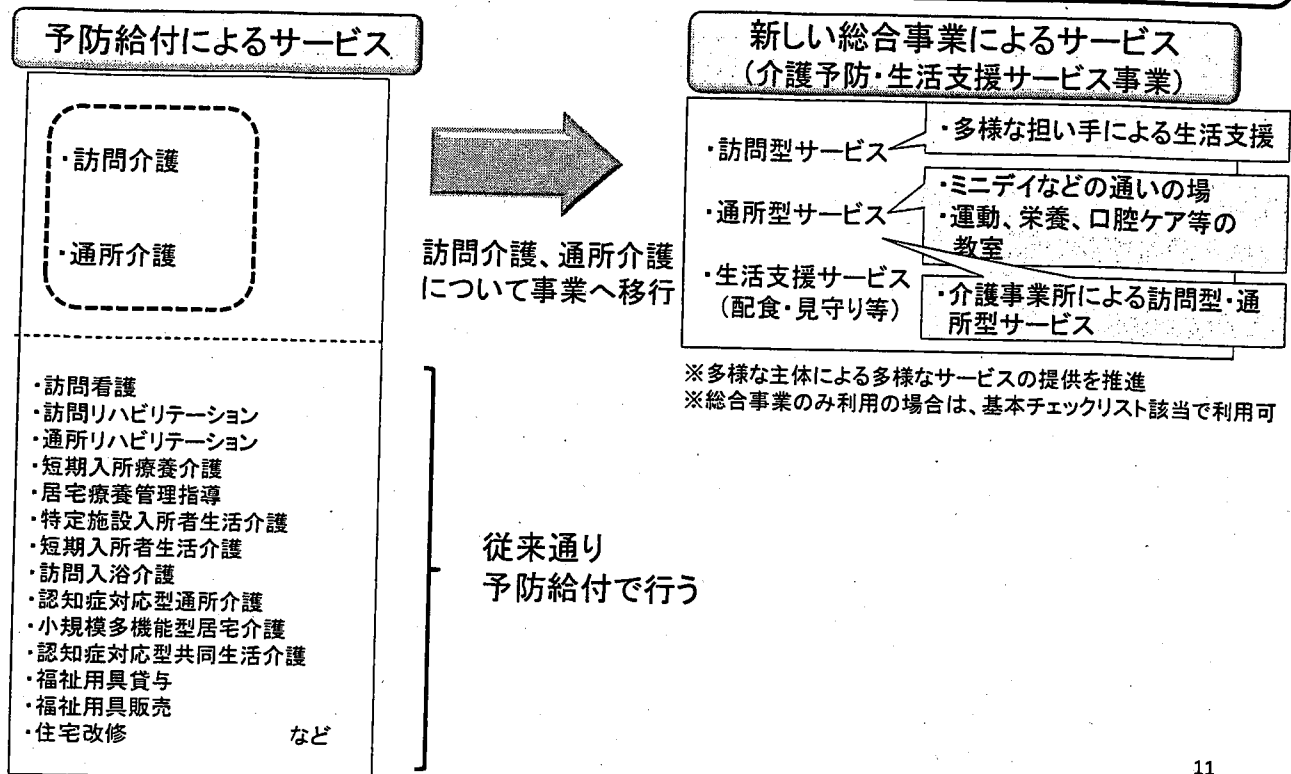
○要支援者は、ケアマネジメントを行い、総合事業によるサービス（訪問型・通所型サービス等）と、予防給付によるサービスを適切に組み合わせつつ、サービス利用。

○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

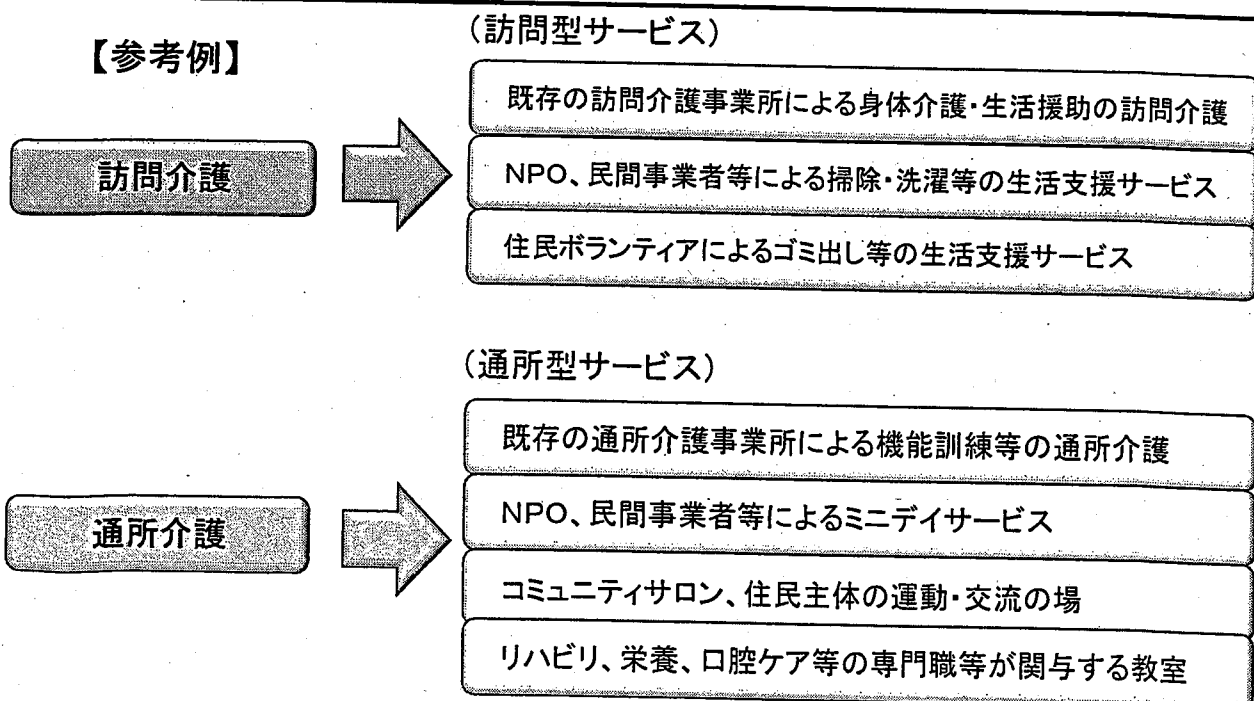


11

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】

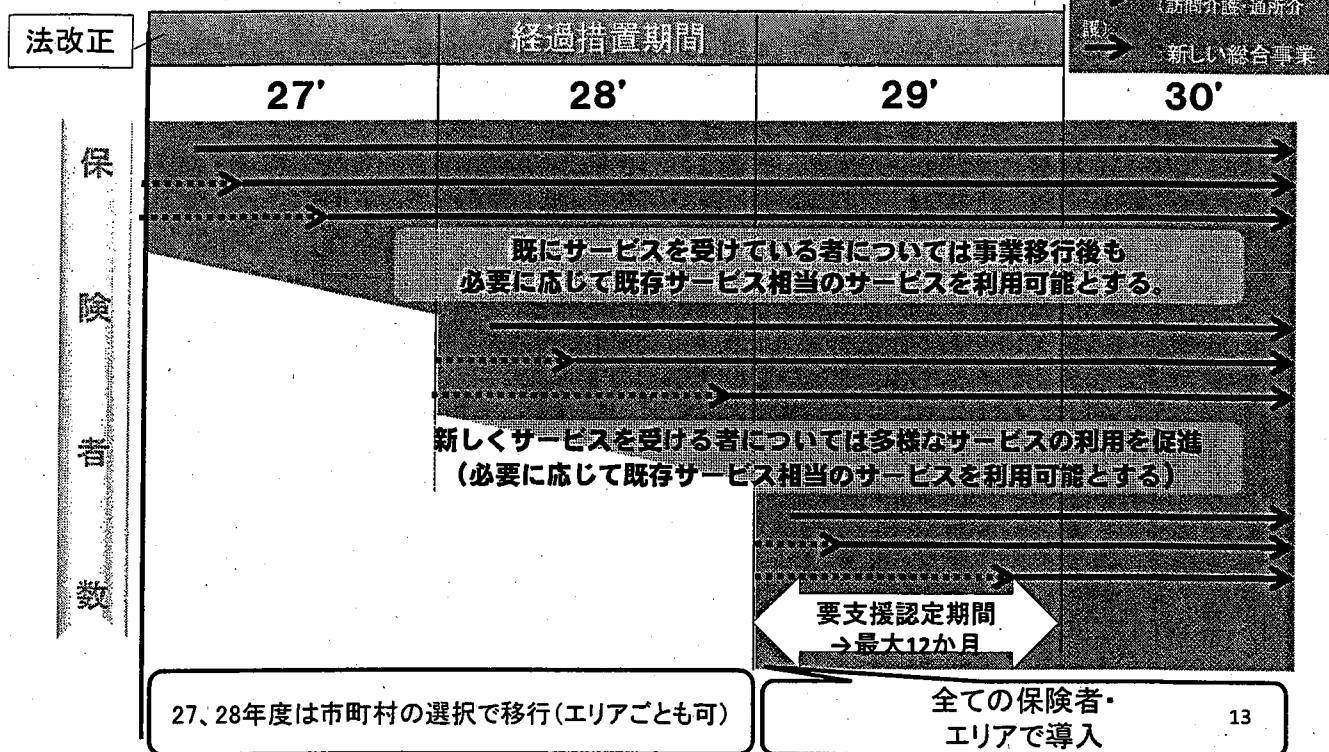


12

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)

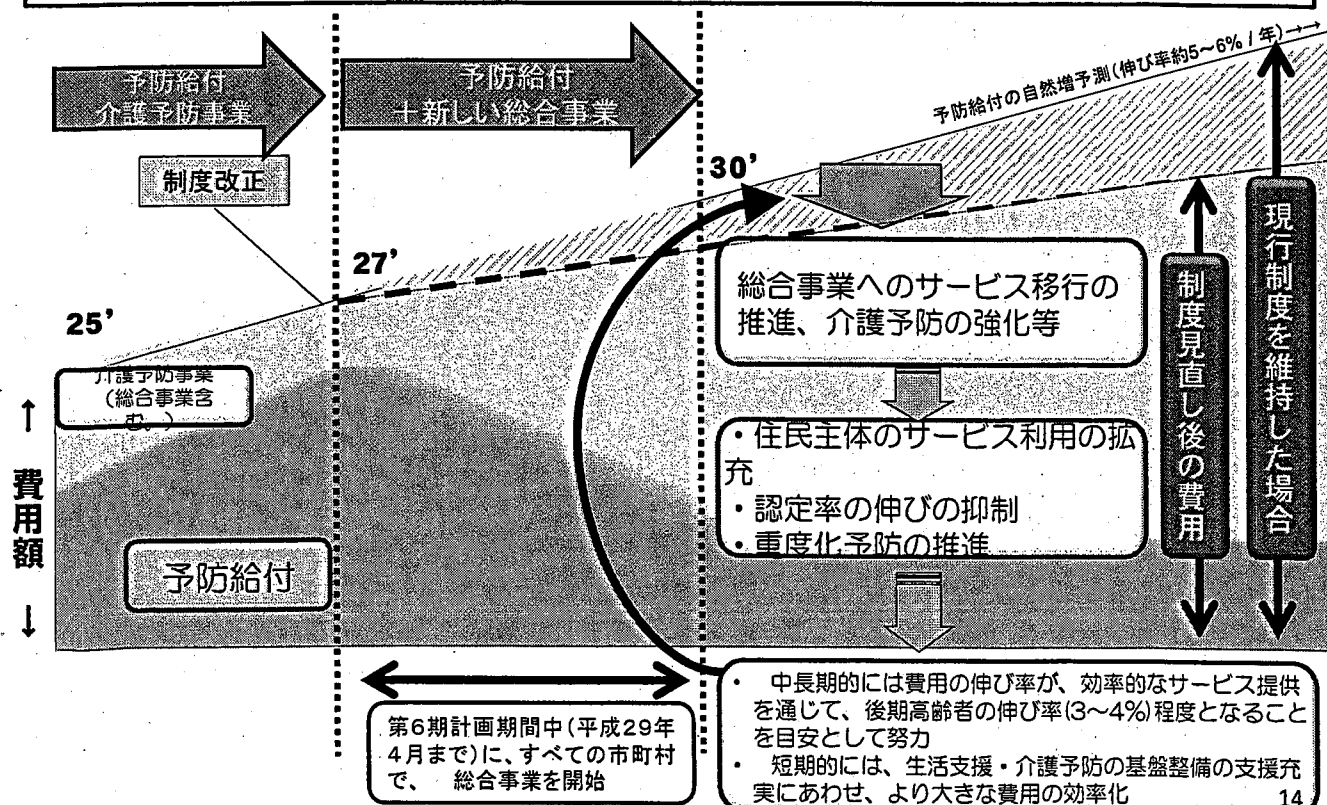
- 平成29年4月までに、全ての保険者で要支援者に対する新しい総合事業を開始。(27、28年度は市町村の選択)
- 平成29年度末をもって、予防給付のうち訪問介護と通所介護については終了。

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)



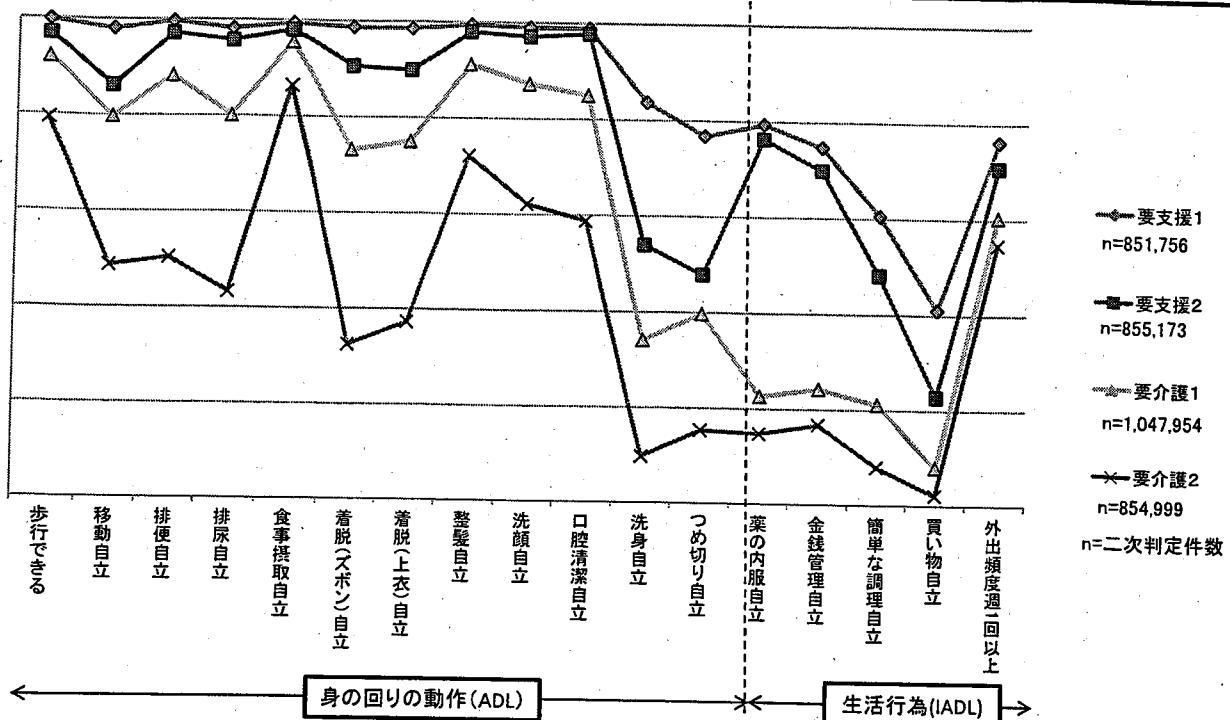
総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化(イメージ)

- 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) 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。



(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。)

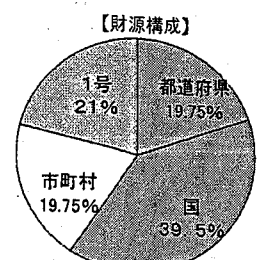
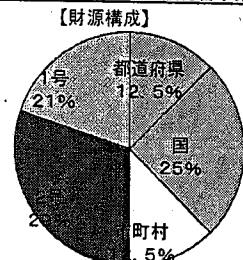
地域支援事業	3.0%以内
「介護予防事業」又は「介護予防・日常生活支援総合事業」	2.0%以内
「包括的支援事業」+「任意事業」	2.0%以内

※ 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	包括的支援事業・任意事業
介護予防・日常生活支援総合事業	

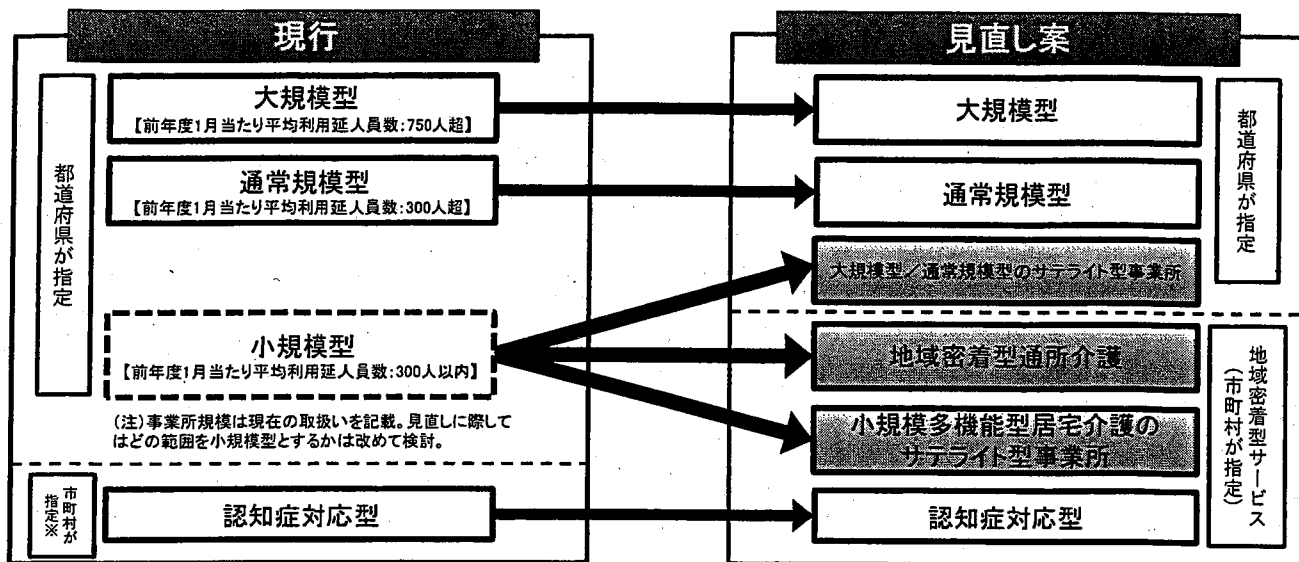


○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

○ 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)

小規模型通所介護の移行イメージ（案）

- 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。

特別養護老人ホームの中重度者への重点化

- 重度の要介護状態で、特養への入所を希望しながら、在宅での生活を余儀なくされている高齢者が数多く存在していること等を踏まえると、特養については、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化するべきであり、そのためには、特養への入所を要介護3以上に限定するべきではないか。
- 他方、軽度（要介護1及び2）の要介護者であっても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与のもと、施設ごとに設置している入所検討委員会を経て、特例的に、特養への入所を認めることとしてはどうか。
- また、制度見直しに伴い、
- ① 既入所者については、現在、軽度（要介護1及び2）の要介護状態で入所している場合のみならず、中重度の要介護状態であった者が、制度見直し後に、要介護1又は2に改善した場合であっても、引き続き、施設サービスの給付対象として継続入所を可能とする経過措置を置くこととするともに、
 - ② 制度見直し後、要介護3以上で新規に特養に入所した者が、入所後、要介護度が要介護1又は2に改善した場合についても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、引き続き、特例的に、特養への継続入所を認めることとしてはどうか。
- 一方で、特養の重点化を推進する観点から、地域包括ケアシステムの構築を目指し、在宅サービスの充実や、要介護高齢者の地域生活の基盤である住まいの確保に向けた取組を進めていくとともに、今後、軽度（要介護1及び2）の入所者に対する在宅復帰支援策について、一層の充実を図っていくべきではないか。
- また、これと併せて、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、特養の有する資源やノウハウを地域の中で有効活用し、入所者に対してのみならず、在宅で暮らす重度の要介護者等に対しても、在宅生活を継続することができるような取組を促進させ、特養を地域におけるサービスの拠点として活用する方策について、検討すべきではないか。

特養への入所が必要と考えられる要介護1・2の高齢者

- 各特養において、要介護1・2の方の入所を決定した理由としては、認知症等により地域での生活が困難であること、家族の状況等により在宅での生活を支える体制が不十分であること、等が挙げられる。
- 軽度(要介護1及び2)の要介護者であっても、認知症等により常時の介護の必要性が認められる場合や、独居等により家族等による十分なサポートが期待できず、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、特例的に、特養への入所を認めることが考えられるのではないか。

【各特養において、要介護1・2での入所を決めた理由】

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

※一部特別養護老人ホームの施設長等に対する厚労省による聞き取り

【要介護1・2であっても特養への入所が必要と考えられる要因】

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

19

低所得者の一号保険料の軽減強化

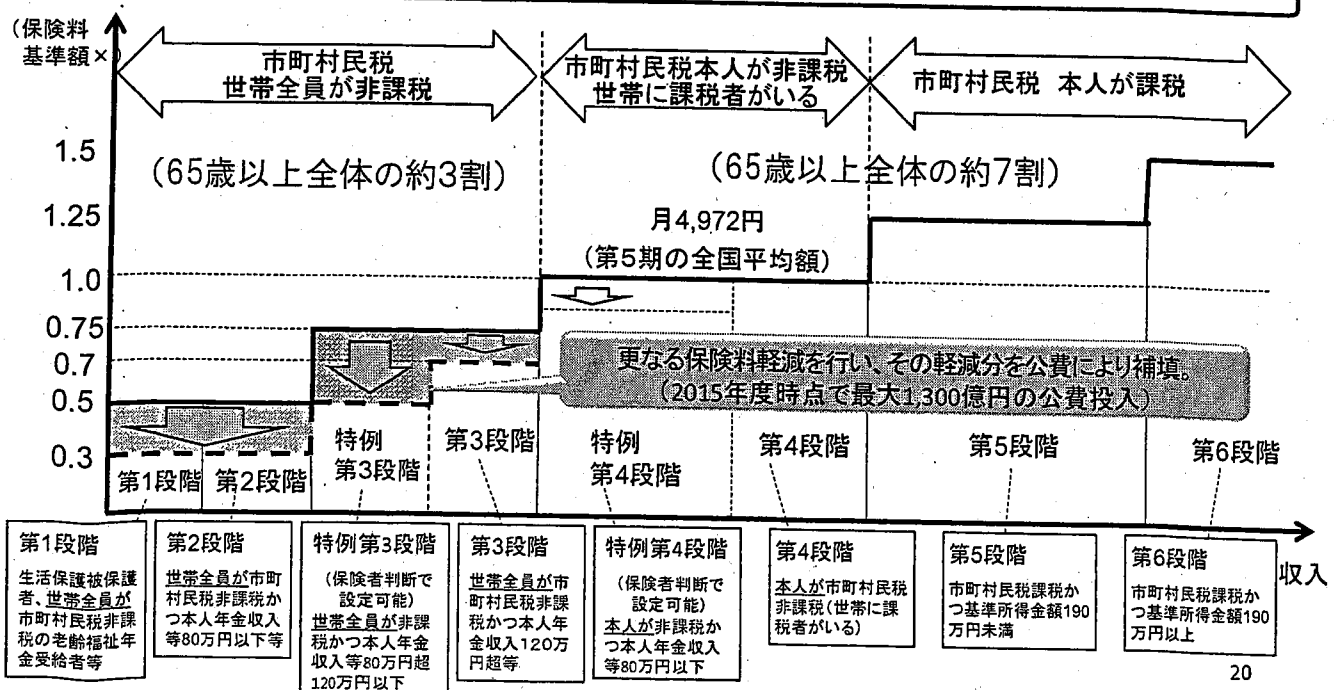
【見直し案】

- 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

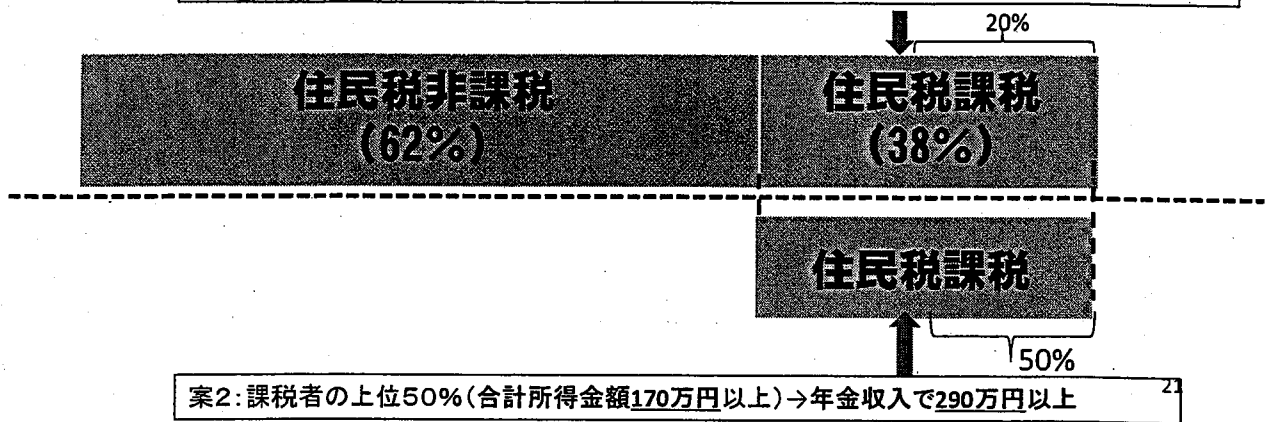


20

一定以上所得者の利用者負担の見直し

- 今後の高齢化の進展に伴い、介護費用は増大し、介護保険料も上昇していくが、制度の持続可能性を高めるためにも、保険料の上昇を可能な限り抑えていく必要がある。
- このためには、医療と異なりこれまで一律一割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある所得の高い方(一定以上所得者)には2割負担をしていただく必要があるもの。
- 一定以上所得者の基準については、サービスを一生使わない人もいたり、ケアプランを通じたサービスの選択の幅が広いといった医療との違いにも留意しつつ、設定
- 具体的な基準としては、モデル年金や平均的消費支出の水準を上回り、かつ、負担可能な水準として以下の案を審議会に提案
 案1: 被保険者全体の上位約20%に該当する合計所得金額(※)160万円以上の者→年金収入で280万円以上
 案2: 住民税課税者である被保険者の上位半分以上に該当する合計所得金額170万円以上の者→年金収入で290万円以上
 ※ 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)

案1: 被保険者全体の上位20%(合計所得金額160万円以上)→年金収入で280万円以上



(参考) 一定以上所得者を2割負担とした場合の影響

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

① 居宅サービス利用者の負担の変化

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

② 施設・居住系サービスの1月当たり平均費用額と高額介護サービス費 単位: 千円

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

… 1割負担で高額介護サービス費(37,200円)該当

… 2割負担となったときに高額介護サービス費(37,200円)該当

出典: 平成23年度介護給付費実態調査報告年報より作成

補足給付の見直し（資産等の勘案）

見直しの趣旨

- 平成17年改正において、在宅との均衡等を図る観点から給付対象外とされた食費及び居住費については、介護保険三施設及びショートステイの入居者に低所得者が多く入所している実態を考慮して、それらの入居者の申請に基づき、住民税非課税世帯の者を対象として補足給付を支給し、負担の軽減を図っている。現在は、住民税非課税世帯の者であれば、資産等の有無に関わらず給付対象となる。
- 補足給付は、このような福祉的な性格や経過的な性格を有する給付であること、在宅で暮らす者との公平を図る必要があること、補足給付により助成を受ける一方で保有する預貯金や不動産が保全されることは保険料負担者との間で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。

（注1）資産要件の判定実務は市町村の事務負担を勘案して本人の申告を前提とした簡素な仕組みとする

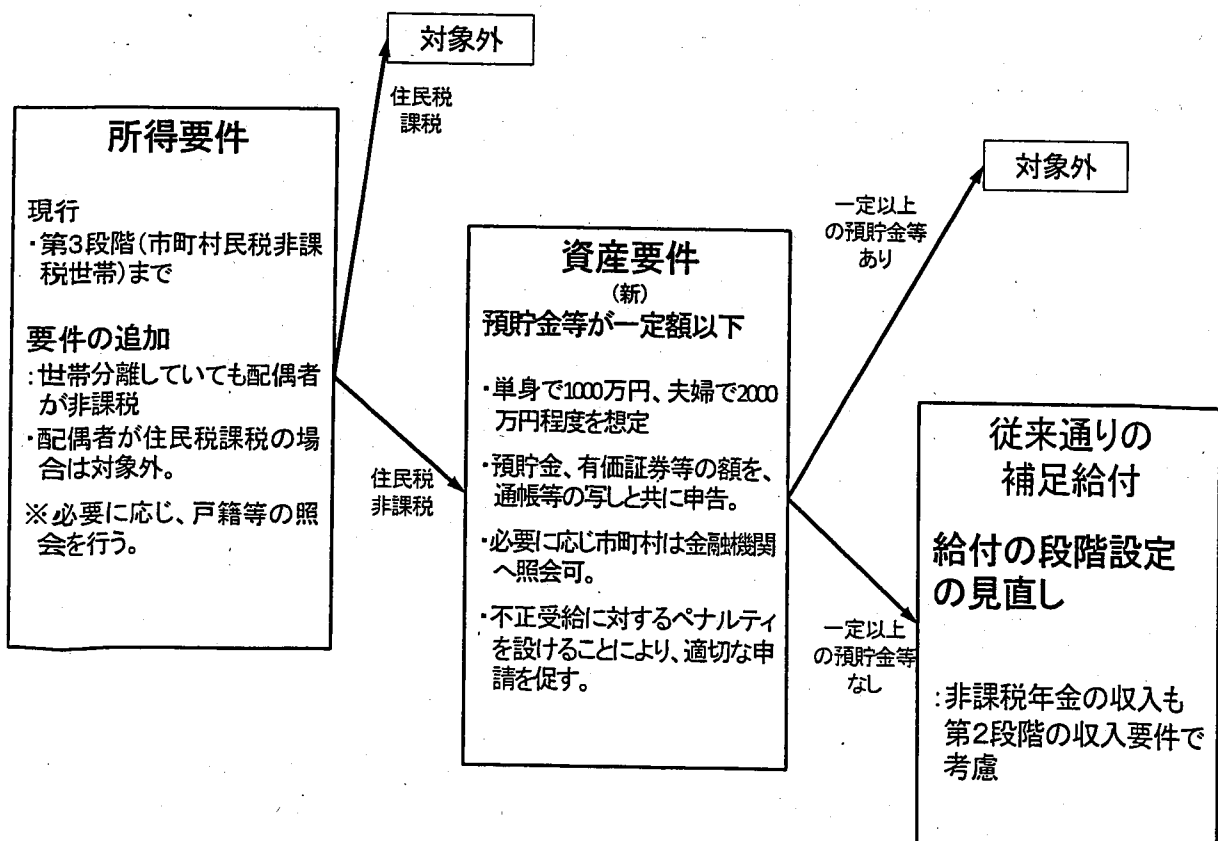
（注2）認定者数：103万人、給付費：2844億円【平成23年度】

見直し案

- ①預貯金等の勘案：一定額以上の預貯金等（単身では1000万円、夫婦世帯では2000万円程度を想定）がある場合には、所得の状況に関わらず、補足給付の対象外とする。
- ②配偶者の所得の勘案：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、補足給付の対象外とする。
- ③非課税年金収入の勘案：第2段階とされている者について、年金収入基準（80万円以下）の判定に当たり、非課税年金（遺族年金及び障害年金）も勘案する。

23

補足給付の見直しのイメージ



24

(参考) 特定入所者介護サービス費（補足給付）の概要

- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階に該当する方を対象に、段階に応じた自己負担額（負担限度額）を設定
- 食費・居住費の標準的な費用の額（基準費用額）と自己負担額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費（補足給付）として施設等に支払う。

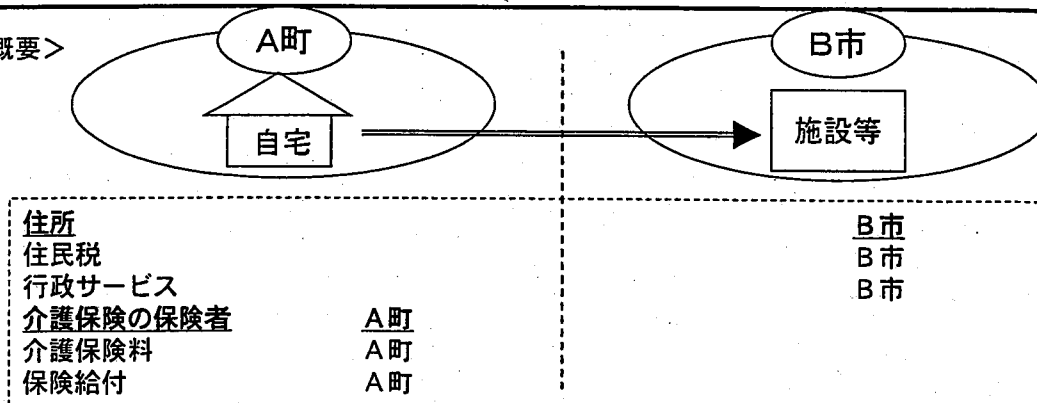
利用者負担段階	主な対象者	
	第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
	第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下
	第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、第2段階該当者以外
	第4段階	・市町村民税本人非課税であって、世帯に課税者がある者 ・市町村民税本人課税者

			基準費用額 (日額(月額))	負担限度額: 日額(月額)		
				第1段階	第2段階	第3段階
食費			1,380円 (4.2万円)	300円 (0.9万円)	390円 (1.2万円)	650円 (2.0万円)
居住費	多床室		320円 (1.0万円)	0円 (0万円)	320円 (1.0万円)	320円 (1.0万円)
	従来型 個室	特養等	1,150円 (3.5万円)	320円 (1.0万円)	420円 (1.3万円)	820円 (2.5万円)
		老健・療養等	1,640円 (5.0万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)
	ユニット型準個室		1,640円 (5.0万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)
	ユニット型個室		1,970円 (6.0万円)	820円 (2.5万円)	820円 (2.5万円)	1,310円 (4.0万円)

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及び住所都市町村の地域支援事業を使用することとし、地域支援事業の費用については市町村間で調整する仕組みを設ける。

<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。
- (3) ・軽費老人ホーム、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