

社会保障審議会介護保険部会（第36回）議事次第

平成22年11月19日（金）

14：00～17：00

於：ホテルメトロポリタンエドモント

議 題

- 1 報告の取りまとめについて
- 2 その他

介護保険制度の見直しに関する意見（素案）

平成 2 2 年 1 1 月 〇 日

社会保障審議会介護保険部会

目次

はじめに

I 介護保険制度の現状と課題

II 見直しの基本的考え方

III 介護保険制度の見直しについて

1 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備

(地域包括ケアシステムの構築)

- (1) 単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備
- (2) 要支援者・軽度の要介護者へのサービス
- (3) 地域支援事業
- (4) 住まいの整備
- (5) 施設サービス
- (6) 認知症を有する人への対応
- (7) 家族支援のあり方
- (8) 地域包括支援センターの運営の円滑化

2 サービスの質の確保・向上

- (1) ケアマネジメントについて
- (2) 要介護認定について
- (3) 情報公表制度と指導監督

3 介護人材の確保と資質の向上

4 給付と負担のバランス

5 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割

6 低所得者への配慮

IV 今後に向けて

はじめに

- 本部会は、介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）附則第2条の規定等を踏まえ、介護保険制度全般に関して検討を行うため、本年5月以来〇回にわたって審議を行った。
はじめに介護保険制度の施行後の10年間の経過、現在の施行状況等について議論を行い、その後、給付、負担などの論点ごとに審議を重ねてきた。
- 介護が必要になっても、①住み慣れた地域や住まいで、②自らサービスを選択し、③自らの能力を最大限発揮して、尊厳ある自立した生活をおくりたい。介護保険制度は、このような高齢者の希望を叶える制度として、2000年に創設された。
- 介護サービスを受ける高齢者の数も着実に増加し、また、平成17年に行われた改正などを経て、介護保険制度は、着実に進化してきたところである。しかし、高齢化の急速な進展や、地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度が目指す高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくためには、さらに制度の見直し等が必要になってきた。
- 以下、これまでの当部会における審議を整理し、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画に向けて、当面必要となる法改正事項を中心に、意見書としてとりまとめる。

I 介護保険制度の現状と課題

（介護保険制度の定着）

- 介護サービスを受ける高齢者の数は、2000年の制度創設当初と比較して、149万人から2009年の384万人へと約2.6倍となった。この間、訪問介護事業所が2000年の9,833事業所から2008年は20,885事業所に、介護老人福祉施設が2000年の4,463施設から2008年には6,015施設に増加するなど介護サービスの基盤の整備も進んでいる。
- 本年2月から3月に厚生労働省が実施した「介護保険制度に関する国民の皆様からのご意見募集」に寄せられた意見によれば、60%の者が介護保険を「大いに評価している」「多少は評価している」と回答している。

介護保険制度は高齢期の暮らしを支える社会保障制度の中核として着実に機能しており、少子高齢社会の日本において必要不可欠な制度となっているといえる。

(前回の改正)

- 平成 17 年に行われた介護保険制度の改正においては、市町村単位でサービスの充実とコーディネートが図られるよう、地域密着型サービスと地域包括支援センターが創設された。これにより地域包括ケアシステムの確立に向け第一歩を踏み出したといえる。

- また、介護保険制度においては、高齢者自らが要介護状態とならないよう、自発的に健康の保持増進に努め、高齢者ができないことを単に介助することにとどまらず、できる限り自立した生活を送れるよう高齢者を支援することを目指して、その体制を整備することを、制度創設当初より保険者に求めてきた。前回の改正においては、このような「自立支援」の視点に立って、新予防給付が創設された。

(介護保険制度の課題)

- このように、介護保険制度は制度創設以来、着実に進化してきたところであるが、制度が始まって 10 年が経過し、都市部を中心とする急速な高齢化が進展し、単身・高齢者のみの世帯の急増など地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度が目指す、高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくための課題が明らかになってきた。

(地域における介護の課題)

- 現在直面している大きな課題の 1 つは、地域全体で介護を支える体制がなお不十分であるということである。介護保険制度の導入により、介護の負担は確実に軽減されてきているが、特に、医療ニーズの高い者や重度の要介護者を地域で介護しようとする場合、専門的なケアや夜間を含めた頻回のケアなどが必要となることから、単身・高齢者のみ世帯では自宅での生活をあきらめざるを得ない、或いは介護する家族の負担が重くなっている状況がみられる。

- 現在、在宅生活を望む多くの要介護高齢者及びその家族が、施設への入所を選択せざるを得ないというケースの背景には、このような重度の要介護者を地域で適切に支えられないという事情があると考えられる。高齢者本人及びその家族にとって、何かあった時に対応してくれる人がいないことへの不安は大きい。

- 昨今、介護を苦にした介護殺人や介護自殺といった事件など、家庭内で介護の問題を抱え込み、介護のリスクを地域で支えられていないと考えられる事例が報道されている。さらに介護者自身が高齢である「老老介護」、介護者も認知症を患っている「認認介護」や高齢者が一人で亡くなる「孤独死」等の問題も生じており、単身・高齢者のみの世帯に対する地域の支援の必要性も高まっている。
- また、市町村（保険者）が地域における介護ニーズを的確に把握できていないことに起因するサービスの需給のミスマッチも指摘されている。市町村（保険者）は地域におけるニーズを把握し、介護サービスを適切に提供しなければならない。さらに、当該地域の特性にあった見守り・配食等の生活支援サービスを提供したり、認知症の人や虐待を受けている人への体制を整備していくことが求められている。
- さらには、高齢者が要介護状態になった場合に、住居の中にバリアー（障壁）があったり、適切な在宅サービスや緊急時の見守りサービスが提供されていないといった理由から、自宅に住み続けることが困難なケースがみられる。介護や医療が必要になった時や要介護度が進んだ場合でも住み続けることができる、高齢者に配慮された住宅の整備は喫緊の課題である。

（地域包括ケアシステムの必要性）

- これらの状況を解決するため、介護保険制度のさらなる改革を進め、前回の改正でその一歩を踏み出した地域包括ケアシステムの確立を目指していかなければならない。
- いくつかの調査でも明らかのように、人は年をとって介護が必要な状態になったとしても、自分が住み慣れた地域で生活を続けたいという希望を持っている。また、認知症を有する人については、急激な環境の変化はその症状に負の影響を与えるおそれがある。
- 要介護度が重くなっていったとしても、できる限り生活の場を変えることなく、高齢者が自ら選択した場所で介護サービスを受け続けることができるようにすることが求められている。
- そのため、日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される体制の整備、すなわち地域包括ケアシステムを確立していくことが急務である。

※ 「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。（「地域包括ケア研究会報告書」より）

（介護職員の人材確保と処遇の向上）

- 制度創設以来、サービス供給が大幅に増加し、今後も着実に増大していく中で、サービスを支える質の高い介護職員の確保が大きな課題である。2007 年には 120 万人だった介護職員数は、2025 年には 210～250 万人必要となるとの見込みも示されている。しかし現状では、介護人材の不足が指摘されており、介護の現場をより魅力あるものとするための処遇の改善や人材確保策を積極的に講じていくことが必要である。
- 平成 21 年度の介護報酬改定では、介護職員の処遇を改善するため、3% のプラス改定が行われた。さらに、平成 21 年度補正予算では、介護職員一人当たり月額平均 1.5 万円の賃上げに相当する支援を行うため、介護職員処遇改善交付金が創設された。この処遇改善交付金に基づく取組は平成 23 年度末で終了するため、処遇改善の実態を検証しつつ、平成 24 年度以降も必要な財源を確保し、処遇改善の取組を継続していくことが求められている。

（給付と負担のバランス）

- 介護保険制度が直面するもう一つの大きな課題が、高齢化が急速に進展する中であっても、サービスの質の確保・向上を図りながら、給付と負担のバランスを確保していくことである。
- 団塊の世代が 65 歳以上の高齢者世代にさしかかっている現状において、平成 12 年度には 3.6 兆円であった介護費用は平成 22 年度には 7.9 兆円と 2 倍以上の水準になっており、介護費用は今後も上昇が見込まれている。
- このような介護費用の増大とともに、介護保険料も上昇を続けており、全国平均の高齢者一人当たりの月額の保険料は、第 4 期介護保険事業計画（平成 21～23 年度）4,160 円であるのに対し、第 5 期（平成 24～26 年度）には月額 5,000 円を超える見込みも示されている。
さらにこのまま高齢化が進展し、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025

年には、介護費用は 19～23 兆円に膨張すると推計（平成 20 年社会保障国民会議推計）されており、高齢者が負担する介護保険料は名目値で現在の倍程度からそれ以上になる見込みである。

- 給付と負担の関係が明確である社会保険制度においては、サービス量が拡大することに伴い、保険料が一定程度上昇することは当然であるとも言える。サービス量の拡大に応じて保険料を引上げなければ、その分は公費負担を増やすなどしなければ、給付の拡充は困難となる。さらには、公費負担割合が増えれば、社会保険方式とする現行制度の当初の姿から大きく乖離してゆくこととなる。

また、月額 5,000 円の介護保険料は、あくまでも全国の平均額であって、市町村によって差があるところであるが、仮にその額が 5,000 円を超えることになっても、低所得者の負担を抑えつつ、高所得者の負担を引き上げることにより対応することができることに留意すべきだとする意見もある。

しかし、高齢者の所得は公的年金が中心であり、高齢者の医療保険料についても同様に上昇が見込まれることから、介護保険料の水準が過重なものとならないよう配慮するという観点も必要である。

- このような状況を踏まえると、地域包括ケアシステムの確立など介護保険制度の充実や介護職員の処遇改善に取り組む一方で、現在の保険給付の内容について、必要性、優先性や自立支援の観点から見直しを行い、限られた財源の中で効率的かつ重点的にサービスを提供する仕組みとしていくことが必要である。そうすることにより初めて、介護保険制度を将来にわたって持続可能で安定的なものとするのが可能となる。

II 見直しの基本的考え方

- 上記のような介護保険制度の現状と課題を踏まえ、第 5 期介護保険事業計画に向けた制度の見直しに当たっては、
 - ① 日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進めること、
 - ② 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図ることで、将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築することを、基本的考え方とすべきである。

Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備（地域包括ケアシステムの構築）

（1）単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備

（24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設）

- 現在の訪問介護は、受給者一人、一日当たりの平均訪問回数が 0.6 回（要介護 5 でも 1.1 回）、訪問一回当たりのサービス提供時間は 30 分以上が 7 割を占めている。

しかしながら、要介護度が高くなった場合、夜間・早朝の時間帯を含め、水分補給や排泄介助等の介護が複数回必要となる。このようなニーズに 대응するため、前回改正においては夜間対応型訪問介護事業が創設されたが、夜間のみのサービス類型であることなどが支障となって普及が進んでおらず、現在の訪問介護サービスでは、このようなニーズに十分対応できていない状況にある。

- また、特に、医療ニーズが高い要介護者については、医療・看護サービスと介護サービスの連携不足などの問題から、緊急時の対応を含め、安心して在宅生活を送ることが困難な状況にあるとの指摘もある。
- 「単身・重度の要介護者」であっても、訪問介護と訪問看護の連携の下で、適切なアセスメントとマネジメントに基づき、短時間の定期巡回型訪問と通報システムによる随時の対応等を適宜・適切に組み合わせて提供する 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスを新たに創設すべきである。
- この 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスにより、看護と介護の一体的な提供が可能となることで、医療ニーズの高い者や看取りといった対応も可能となることが期待される。

（複合型のサービス）

- 小規模多機能型サービスは、平成 18 年度に創設されて以来、日々状態が変化する認知症を有する人に対応して、多様なサービスを柔軟に提供できるサービス類型として評価されている。

- 一方で、その整備量は全国約 2300 箇所（2009 年 3 月時点）であり、更なる整備を推進するためには、在宅サービスをより柔軟な形態で提供できる仕組みを設けるべきとの要望もある。特に、重度になるほど看護サービスなどの医療サービスに対するニーズが高まっていることから、例えば小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせるなど複数のサービスを一体的に提供する複合型のサービスを導入していく必要がある。なお、関連して、グループホーム等への訪問看護サービスの提供のあり方についても検討していく必要がある。

（介護福祉士等によるたんの吸引などの実施）

- 特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）や居宅において、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを必要とする者については、これまで当面のやむを得ず必要な措置（実質的違法性阻却）として、介護職員が一定の行為を実施することを運用によって認めてきたところである。
今後、さらに医療ニーズが高い者が増加すると見込まれることや、より安全なケアを実施するため、たんの吸引等を介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員等が行えるよう、介護保険制度の改正と併せて法的措置を行うべきである。

（リハビリテーションの推進）

- リハビリテーションについては、リハビリテーションによって高齢者の心身機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めてから、高齢者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他の介護サービスで支援する、という考え方に立って提供すべきである。
- しかしながら、訪問リハビリテーションの利用率が低い地域もあること、通所介護類似の通所リハビリテーションが提供されていることなど、十分にリハビリテーションが提供されていない状況にある。
- そのため、地域の在宅復帰支援機能を有する介護老人保健施設（以下「老健施設」という。）の更なる活用なども含めて、訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点の整備を推進し、サービスの充実を図っていくことが求められている。

（2）要支援者・軽度の要介護者へのサービス

- 医療ニーズの高い要介護者など重度の要介護者向けのサービスの充実

を図る一方で、要支援者・軽度の要介護者に対する介護サービスについては、その状態等を踏まえた検証が必要である。

平成 18 年度より、要支援 1、2 の要支援者には予防給付が提供されているが、本人の能力をできる限り活用して自立を目指すという制度の趣旨が必ずしも徹底されていない状況も見られる。

- この結果、介護予防の取組に前向きな市町村とそうでない市町村の差は大きく、取組が十分でない市町村においては予防給付の効果がほとんど見られないという事態も生じている。

また、軽度の要介護者に対するサービスについて、例えば訪問介護をみると、多くの時間が掃除等の生活支援サービスに割かれている現状が指摘されている。

- 今後さらなる高齢化の進展とともに、介護給付が大幅に増加していくことが見込まれており、重度者や医療ニーズの高い高齢者に対して給付を重点的に行い、要支援者・軽度の要介護者に対する給付の効率化と効果の向上を図ることを検討する必要がある。

- さらに、要支援者・軽度の要介護者にかかる給付については、介護保険制度の給付の対象外とすることや、その保険給付割合を引き下げ、利用者負担を 2 割とするなどの方策を考えるべきであるとの意見があった。

- 一方、生活支援サービスなどは要支援者・軽度の要介護者の生活に必要なものであり、その給付を削減することは適切ではないという強い意見もあった。

- 要支援者・軽度の要介護者へのサービス提供のあり方については、保険給付の効率化・重点化の観点に加えて、重度化の防止、本人の自立を支援するという観点から、その状態にあった保険給付の在り方について、今後、さらに検討する事が必要である。

(3) 地域支援事業

- 地域支援事業については、平成 17 年の改正で創設され、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業の三種類の事業がある。このうち、介護予防事業については、昨年の行政刷新会議の事業仕分けにおける指摘も踏まえ、本年 8 月に、対象者の選定方法の効率化や事業内容の充実等を内容とする介護予防事業の見直しが行われたところである。積極的に取

り組んでいる自治体においては、要介護認定率の低下などの効果が報告されており、今後、さらに介護予防事業の効果的実施を図っていくことが必要である。

- 単身・高齢者のみの世帯にとっては、介護保険サービスのみならず、配食や見守りといった生活支援サービスが必要である。これらのサービスと介護保険サービスを組み合わせれば自宅で生活を継続することが可能となる。

特に、要支援1、2と非該当を行き来する人については、これらのサービスを切れ目なく提供するという観点から、予防給付と生活支援サービスを一体化し、利用者の視点に立って市町村がサービスをコーディネートすることが効果的なのではないかと考えられる。このため、保険者の判断により、サービスを総合化した介護予防・生活支援サービスを地域支援事業に導入し、配食サービス、在宅の高齢者への特養等の食堂での食事の提供等が効率的に実施されるような仕組みを検討する必要がある。

- また、後述するように、地域支援事業を活用して、市町村が地域で暮らす認知症を有する人やその家族を積極的に支援していくことができる仕組みを検討すべきである。

(4) 住まいの整備

- 緊急時の見守りがいないことやバリアフリーでないために自宅で介護を受けることが困難なケースに対応するために、これまで述べたような在宅を支えるサービスの充実と併せて、住まいの確保が大きな課題となっている。我が国は諸外国と比較して、要介護者に対する施設(介護保険3施設)の割合は同程度であるが、高齢者に配慮された住宅の割合は少ない。(なお、国際比較にあたっては、平均在所日数の長さも勘案すべきである。)
- 国土交通省が本年5月17日に公表した「国土交通省成長戦略」においても、「急速に少子高齢化が進展する我が国において、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができる住まいを確保する」としている。さらに2020年度を目途に、「高齢者人口に対する高齢者向けの住まいの割合を欧米並み(3~5%)とする」とされている。
- このような住まいが足りないために、高齢者が安心して生活できる場としての全てのニーズが施設、特に特養に集中している現状があること

から、国土交通省と連携しながら、介護サービスや生活支援サービスと連携の取れた高齢者住宅を計画的に整備していくことが必要である。

具体的には、高齢者住宅について、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービス、訪問看護、デイサービス等の介護サービスを組み合わせた仕組みを広く普及することで、中重度の要介護者であっても、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とし、居宅介護の限界点を高めていくことが望ましい。

- 高齢者の住まいについては、老人福祉法と高齢者の居住の安定確保に関する法律（以下「高齢者住まい法」という。）という2本の法律が存在している状況であるが、利用者にとって分かりやすい体系とすることが望ましい。一定の基準を満たした有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅（以下「高専賃」という。）を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置付け、これらの住宅について、サービス内容の情報開示や入居一時金の保全強化等を図っていく必要がある。

一方、老人福祉法における有料老人ホームに対する規制については、この新たなサービス付高齢者住宅の基準等との整合性も考慮しつつ、さらに、近年発生した火災事故の教訓や高齢者虐待に対する懸念を指摘する声を踏まえ、防火対策・虐待防止等を徹底していくべきである。

- 養護老人ホーム及び軽費老人ホームについては、平成16年度以降に、地方分権推進の観点から、三位一体改革により運営費や施設整備費の税源移譲による一般財源化が行われたところであり、各自治体が計画的な整備を含めた事業の実施を行う必要がある。国においても各自治体に対し、適切な事業の実施を継続的に呼びかけていく必要がある。
- 特養等の介護基盤の整備をさらに一層進めるとともに、以上述べた取り組みを進めることにより、高齢期においても安心して住み続けることができる住宅が整備され、施設に入所しなくとも必要なサービスが外部（住宅の近隣又は住宅との合築）から提供される形態の選択肢を増やしていく方向を目指すべきである。

（5）施設サービス

（介護基盤の整備）

- 特養の入所申込者は42.1万人（平成21年12月現在、都道府県からの報告を集計したもの）となっている。そのうち要介護4、5で在宅にいる者は6.7万人である。まずは特養をはじめとする介護基盤につい

て平成 21 年度～平成 23 年度の 3 年間で 16 万床を目標に整備を推進するとともに、高齢者の住まいの確保についても推進していくことが求められる。

- また、特別養護老人ホームの入所申込者の 42.1 万人という調査については、その調査の意義、実態把握の在り方について議論があったところである。今後の施設の整備の在り方など、政策判断に資するよう、実際の待機者数（優先入所申込者数）及び施設における判断基準等について調査を実施する必要がある。
- 現在、特養の設置者は社会福祉法人に限られているところであるが、社会福祉法人と同等の公益性を有する社会医療法人については、特養を開設することを可能とするべきである。
- また、入所者の高齢化が進んできている。このため、老健施設については、在宅復帰支援を担っている老健施設がある一方、入所期間が長期化している老健施設もあり、十分にその機能が発揮されていない状況もある。
- そのため、次期介護報酬改定においては、終の棲家としての機能や在宅復帰支援機能などといった施設の機能に着目した評価を検討する必要がある。
- 将来的には、施設サービスについては、状態の変化によって、入所している施設を移ることのないよう、利用者の状態に応じた適切なサービスが提供される体系を目指すべきであるとの意見があった。

（介護療養病床の取扱い）

- 介護療養病床については、本年 9 月に公表された調査によれば、医療ニーズの低い者（医療区分 1）の割合が 7 割を超えており、老健施設と大きな差異は見られず、5 年前の調査と比較しても、医療療養病床との機能分化が着実に進んでいる。さらに人工呼吸器、中心静脈栄養など、一定の危険性を伴った医療処置を必要とする者の割合は低い。
- 一方で、医療療養病床または介護療養病床から老健施設等への転換は 7000 床にとどまっており、平成 24 年 3 月末までに介護療養病床を廃止することとなっているが、再編は進んでいないのが実態である。社会的入院という課題に対し、医療と介護の機能分化をより進め、利用者

相応しいサービスを提供する観点から、現在、介護療養病床を有する施設における円滑な転換を支援しているが、現在の転換の状況を踏まえ、一定の期間に限って猶予することが必要である。

なお、この点について、介護療養病床の廃止方針を変更すべきではないかとの意見もあった。

(6) 認知症を有する人への対応

(現状とこれまでの対応)

- 平成 20 年の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」において、認知症施策については、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とすることとされた。
- 認知症を早期に発見し、早期の診断と早期の対応につなげることで、認知症の中核症状の進行を抑え、行動・心理症状の予防や緩和を図っていくことができるようになっている。
- 認知症医療の分野に関しては、診療技術の向上、根本的治療薬等についての研究・開発が進められており、その一方において、認知症疾患医療センターの整備や、地域における認知症医療体制構築の中核となる認知症サポート医養成研修・かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修が進められている。また、地域における認知症ケアと医療との連携体制の強化を図るため、地域包括支援センターへの認知症連携担当者の配置が進められている。
- 地域においては、認知症に関する正しい理解と知識の普及を図り、認知症を有する人や家族を見守る認知症サポーターの養成をはじめ、認知症を有する人や家族に対する相談支援体制の充実や地域支援体制の構築のための事業が展開されている。
- さらに、平成 21 年度の介護報酬改定においては、認知症ケアの向上を図るため、専門的なケア提供体制に対する評価、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受入への評価等が行われてきたところである。
- 若年性認知症については、相談から医療・福祉・就労にかかる総合的な支援を図るため、若年性認知症相談コールセンターの設置、若年性認知症就労支援ネットワークの構築及び若年性認知症ケアのモデル事業の

実施が行われているところである。

- 高齢者の権利擁護に関しては、介護サービス従事者による虐待防止等の取組の推進、地域包括支援センターによる権利擁護事業の推進、都道府県による権利擁護相談・支援体制の構築が図られるとともに、成年後見制度の利用に関する支援の実施が行われてきたところである。
- 認知症を有する人を支援するための国の補助金事業に関しては、自治体が可能な限り裁量を持ちつつ事業を実施できるようにすべきとの意見がある一方、自治体間で取組の差が大きいとの指摘がある。

(今後の対応)

- 認知症を有する人は、今後高齢化の更なる進展に伴い、急速に増加していくことが見込まれている。住み慣れた地域で、介護、医療及び地域（行政）が緊密に連携していく重要性は一層高まっていく。
- 認知症を有する人についてのケアモデルの構築を図った上で、早期の発見と治療、在宅サービスの利用、施設への入所、在宅復帰、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、地域の実情に応じてケアパス（認知症の状態経過等に応じた適切なサービスの選択・提供に資する道筋）の作成を進めていくことが重要である。
- 認知症に関する研修を受けたかかりつけ医、認知症サポート医を生活圏域で確保することや認知症疾患医療センターの整備を進めることが重要である。
- 具体的な認知症ケアのニーズ把握と計画的なサービスの確保を図るため、介護保険事業計画において認知症に関する事項を任意的な事項として盛り込むことが必要である。
- また、認知症ケアに必要な知識や技能を身につけるため、認知症対応に関する研修を一層充実させ、認知症に対応できる人材を確保するための方策について検討すべきである。
- こうして整備された様々な関係機関の調整役として認知症ケアのサポートをするために、必要に応じて地域包括支援センター等に専門的な知識を有するコーディネーター（連携担当者）を配置することについて検討すべきである。

- 若年性認知症を有する人への支援については、まずは市町村における実態の把握を行うとともに、社会参加への意欲に応えるための対策について、介護報酬上の評価を含め、検討することが望ましいと考える。さらに、就労サービスを促進している障害者施策との連携も重要である。
- 認知症高齢者や独居高齢者の増加を踏まえると、日常生活に関わりの深い身上監護（介護サービスの利用契約の手助け等）に係る成年後見の必要性が高まることが予想されるが、平成 21 年における成年後見関係事件の申立件数は約 27,000 件にとどまっている。今後は弁護士などの専門職に加え、身上監護を中心に、研修を受けた市民後見人が高齢者を支援できるよう体制整備を支援していくことが必要である。
- 上記のとおり、地域で暮らす認知症を有する人やその家族に対する支援は、これまでも多岐にわたり、取り組まれてきたところであるが、認知症を有する人が急速に増加する中で、地域での暮らしを適切に支えていく施策の重要性を考えれば、市町村が地域支援事業を活用して積極的に取組を進めることができる仕組みを検討すべきである。

(7) 家族支援のあり方

- 介護保険制度の導入の目的の一つは、介護の社会化である。介護保険により提供される様々なサービス、地域における支援などを組み合わせ、家族の負担を少しでも軽減し、仕事と介護の両立ができるよう支援を行っていく必要がある。
- 現行の介護休業制度の取得率は平成 20 年度で 0.06%に過ぎない。また、本年 6 月より、育児・介護休業法の改正により、新たに介護休暇制度が創設されたばかりである。このため、これらの制度の利用促進を図っていくことが求められる。
- 家族介護者支援（レスパイト）などの観点から、デイサービス利用者の緊急的・短期間の宿泊ニーズへの対応のあり方については、利用者の処遇や安全面に配慮しつつ、認知症の要介護者等を対象とした先行事例なども参考にして、慎重に検討を行うべきである。
- 地域支援事業における家族支援事業については、現在 911 市町村で実施されている。今後、モデル的な市町村の取組について、他の市町村に

においても情報を共有する仕組みを設けることなどにより、さらに事業を推進していくことが必要である。

(8) 地域包括支援センターの運営の円滑化

- 地域包括支援センターは、介護保険サービスのみならず、インフォーマルサービスとの連携や、介護サービス担当者、医療関係者、民生委員など地域資源や人材をコーディネートする役割を担っていく必要がある。しかしながら、地域での役割が不明確であったり、介護予防事業に忙殺されているため、十分その役割を果たせていないとの指摘がある。
- このため、当該市町村(保険者)が地域包括支援センターに期待する役割が明確となるよう、委託型のセンターについては、市町村が包括的支援事業の実施に係る方針を示すこととすべきである。また、関係者間のネットワークの構築について、地域包括支援センターが責任をもって進めていくことを改めて徹底すべきである。
- このような地域包括支援センターの機能強化と合わせて、要支援者に対するケアプラン作成業務は、地域の実情に応じて柔軟に業務委託できるようにすべきである。

2 サービスの質の確保・向上

(1) ケアマネジメントについて

(ケアプラン、ケアマネジャーの質の向上)

- 地域包括ケアの実現を図るためには、介護保険のサービスやそれ以外のサービスとのコーディネートや関係職種との調整が欠かせない。特に、重度者については、医療サービスを適切に組み込むことが重要となっている。さらに、利用者の意向もさることながら、より自立促進型、機能向上型のケアプランの推進が求められている。
- また、ケアマネジャーの独立性、中立性を担保する仕組みを強化していく必要がある。
- こうした状況において、まずは、ケアプランの様式変更やケアプランチェックなど可能なものから取り組んでいくこととし、さらに、より良質で効果的なケアプラン作成のために、ケアマネジャーの資格のあり方

や研修カリキュラムの見直し、ケアプランの標準化等の課題について、別途の検討の場を設けて議論を進めることが必要である。

- なお、複雑なサービスをコーディネートする必要がある場合などは、要介護者及び要支援者が各種の介護サービスを自ら選択・調整する居宅サービス計画（セルフケアプラン）の活用支援なども検討することが必要である。

（利用者負担の導入）

- 居宅におけるケアプランの作成等のケアマネジメントについては、現在、全て介護保険給付で賄われており、利用者負担が求められていない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に10割給付のサービスと位置づけたものである。
- 制度創設から10年を経過し、ケアマネジメント制度がすでに普及・定着していると考えられること、他の在宅サービスとの均衡や、小規模多機能サービスや施設サービスなどケアマネジメントが包含されているサービスでは利用者が必要な負担をしていること等との均衡を考慮し、居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスに利用者負担を導入することを検討すべきである。これにより、利用者自身のケアプランの内容に対する関心を高め、良質な事業者を積極的に選択するよう促す効果も期待できると考えられる。
- なお、一定の利用者負担の導入については、それがかえって適切なサービスの利用を阻害するのではないかなどの懸念も指摘されていることから、このことに配慮した利用者負担とすることも考えられる。
- これに対し、ケアマネジャーによるケアプランの作成等のサービスは、介護保険制度の根幹であり、利用者負担の導入はサービス利用の抑制につながりかねないこと、セルフケアプランが増加すれば、市町村の事務処理負担が増大することなどから、慎重に対応すべきであるとの強い意見があった。

（施設のケアマネジャーの役割）

- 施設におけるケアマネジャーについては、支援相談員等との役割分担が不明確であることから、その位置づけを明確化すべきであるとの意見

があった。

(2) 要介護認定について

- 要介護認定は、介護保険制度において、客観的にサービス供給量を決定し、介護サービスの受給者の公平性を確保するために不可欠な仕組みである。要介護度区分の見直しや要介護認定を廃止し、ケアマネジャーが利用者が必要と判断するサービス量を提供すべきとの意見もあるが、
 - ・ 要介護度区分を減らすような見直しは要介護度の改善により突然支給限度額が大きく減少することとなる
 - ・ また、一次判定から二次判定に至る要介護認定のプロセスに変更がなければ、保険者の要介護認定に係る事務の簡素化にはつながらない
 - ・ 要介護認定の廃止は、介護が必要な度合いが同程度であっても、提供されるサービスに大きな差が生じるなど、ばらつきの大きい仕組みとなる
 - ・ 要介護認定を廃止すれば、給付を受けない健全な被保険者から見れば、節度なく給付を行っているかのように誤解されるおそれがあるといった問題があり、却って受給者間の不公平を生み出すおそれもある。

- ただし、要介護認定に係る市町村の事務負担が大きいとの指摘があることから、要介護、要支援をまたぐ際などの認定の有効期間の延長を求める保険者の意見などを踏まえて、事務の簡素化を速やかに実施すべきである。

- 要介護認定については、認知症の要介護度を適切に評価できているかなど、引き続き適切な仕組みとなるよう継続的に評価・検討していくべきであり、これについては、必要に応じて介護給付費分科会などにおいて十分議論されることが望ましいと考える。

(区分支給限度基準額)

- 区分支給限度基準額については、その引き上げ等を求める意見があり、まず、現在、限度額を超えてサービスを利用している人の状態や利用の状況等の実態を把握、分析することが必要である。

- その上で、支給限度基準額を超えているケースについては、
 - ・ ケアプランの見直しにより対応が可能なのか
 - ・ 加算等の仕組みがあることによるものか
 - ・ 今後の新たなサービスの導入等による影響をどう考えるか

などについて、次期介護報酬改定に向け検証を行い、介護給付費分科会において必要な対応を図ることが望ましい。

(3) 情報公表制度と指導監督

- 介護保険制度は、様々な事業主体の参入を認め、利用者の適切な選択と事業者間の競争によりサービスの質を確保する仕組みである。このような仕組みの下では、各事業者が提供する介護サービスの内容・質に関して客観的で適切な情報が、サービスを選択する利用者や家族に提供されることが不可欠である。現行の情報公表制度は、このような観点から、利用者によるサービスの選択を実効あるものとするために設けられている。
- 情報公表制度については、都道府県知事又は指定調査機関による介護サービス事業者・施設に対する調査が義務付けられているが、事業者にとってこうした調査等の負担が大きいという指摘がある。このため、利用者にとって活用しやすいものとなるよう、検索機能や画面表示などを工夫するとともに、調査については、都道府県知事が必要と認める場合に、適切に実施することとするなど、事務の軽減を図り、手数料によらずに運営できる制度へと変更するべきである。
- また、公表される情報については、都道府県の判断により、事業者が任意でサービスの質や雇用等に関するデータを追加できることとし、公表される情報の充実を図っていくべきである。
- 平成 17 年の改正により、市町村は、①介護サービス事業所に対する文書の提出の依頼、質問、照会等、②要介護認定等の認定調査（新規、更新）の 2 つの事務について、当該事務を適正に実施することができると認められるものとして、都道府県知事が指定する法人に事務の一部を委託することが可能とされたところである。これに加え、今後、都道府県においても、指導監督体制を整備する観点から、指導の一部を指定法人に委託できるようにするべきである。

3 介護人材の確保と資質の向上

- 2007 年には 120 万人だった介護職員数は、2025 年には 210～250 万人必要となることを考えると、介護の現場をより魅力あるものとするための処遇の改善や人材確保策を講じていく必要がある。

(処遇改善の取組について)

- 現在実施している介護職員処遇改善交付金は平成 23 年度末で終了することから、継続して処遇改善を行うためには、当該交付金を継続するか、平成 24 年度の介護報酬改定において当該交付金に相当する規模のプラス改定が必要となってくる。しかしながら、当該交付金については、
 - ・給与等の労働条件については労使が自律的に決定していくことが適当であること
 - ・交付金の対象者が介護職員に限定されていること
 - ・現在の国の財政が厳しい状況にあることなどを考えれば、本来的には、これを継続するのではなく、介護報酬改定により対応する方向で検討していくべきである。

- また、介護労働市場をみると、
 - ・有効求人倍率や離職率といった指標は改善しつつある一方、
 - ・事業所によって離職率や賃金が大きく異なっていることから、処遇の改善や人材確保のための施策として、どのような対策が相応しいか、さらに検討が必要である。

- 特に、介護職員の処遇改善は単に賃金水準のみならず、労働者の能力に基づく評価、働きやすい職場環境の整備などの対策を総合的に講じる必要がある。

(雇用管理)

- 労働基準法違反事業者比率は、全産業平均が 68.5%であるのに対し、社会福祉は 77.5%と高い水準にあり、介護サービス事業者による雇用管理の取組を促進するという観点から、その労働法規遵守のための具体的な取組を検討する必要がある。

- 労働法規に違反して罰金刑を受けている事業者や労働保険料を滞納している事業者については介護保険法上の指定拒否を行うようにするとともに、指定事業者が労働法規に違反して罰金刑を受けた場合は指定を取り消すことができるようにすることを検討すべきである。

(キャリアアップの取組)

- 事業者による介護職員のキャリアアップの取組の充実・強化を推進する必要がある。まずは、本年 10 月に始めた介護職員処遇改善交付金のキャリアパス要件を定着させることが必要であるが、さらに将来において介護人材の不足が見込まれる中で、より質の高い介護人材を育成する

ために、ホームヘルパーの研修体系と介護福祉士の養成課程との整合性の確保を図っていくべきである。

(医療的ケア)

- 前述のとおり、今後、さらに医療ニーズが高い者が増加することや、より安全なケアを実施するため、たんの吸引等を介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員等が行えるよう、介護保険制度の改正と併せて法的措置を行うべきである。
- こうした医療的ケアが実現可能となれば、たんの吸引等が必要な要介護者が在宅、特養、グループホーム等で生活を継続することが可能となり、効率的なサービス提供体制の構築にも資すると考えられる。あわせて、介護職員の処遇の改善にもつなげていくことが期待される。

4 給付と負担のバランス

(給付と負担の見直し)

- 現在 65 歳以上の介護保険料は一人当たり平均月 4,160 円であるが、これは保険料上昇を抑制するための特例交付金や市町村準備基金の取崩によって約 400 円程度抑制された結果であり、さらに介護職員処遇改善交付金や 16 万床の緊急基盤整備の効果、高齢化に伴う給付費の増加を踏まえると、平成 24 年度には 5,000 円を超えることが見込まれている。
保険料負担は月 5,000 円が限界との意見もあり、今回、給付の適正化や、利用者の負担の見直しに取り組むことなく、保険料が 5,000 円を超えてしまうことは、制度への信頼の上で望ましくない。
そのため、サービスの提供に伴う必要な負担については被保険者に求めざるを得ないとしても、次期介護保険事業計画が始まる平成 24 年度において、介護保険料の伸びをできる限り抑制するよう配慮することも必要である。
- 将来にわたって安定的に制度を運営し、また、高齢者の暮らしを支えるために必要な給付の拡充をする際には、平成 22 年 6 月 22 日に閣議決定された「財政運営戦略」に記されたペイアズユーゴー (pay as you go) 原則に則って、必要な負担増に見合った財源を確保することが求められる。
※「ペイアズユーゴー原則」とは、歳出増又は歳入減を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、原則として、恒久的な財源を確保するものとする考え方。

- このように、今後も給付の充実やそれに伴う保険料の上昇が見込まれることに加えて、とりわけ、第5期介護保険事業計画期間に向け、介護職員の処遇改善の継続と地域包括ケアシステムの確立等のための給付の充実等を図る要請に応えるためには、介護保険制度の中で、給付の効率化・重点化及び財源の確保を進めていくことが必要である。その際、今後とも給付の増加に対応した更なる負担を、制度を支えるそれぞれの方にお願いせざるを得ない以上、より公平、公正な負担制度の下で、第1号被保険者、第2号被保険者それぞれが応分の負担を行っていくことが必要である。

(総報酬割)

- 現在の40～64歳が負担する第2号保険料は、その加入する医療保険の加入者数に応じて負担金が決めている。このため、総所得の高い医療保険者は低い保険者と比較して、総所得に対する介護保険料の割合が低率となっている。
- 介護保険制度において、被用者保険の第2号被保険者の保険料について、被用者保険間の負担の公平性を図る観点から総報酬割を導入する必要があるとの意見があった。

また、現在の介護報酬における地域係数は、都市部の介護従事者の賃金水準を反映していないという意見もあり、比較的所得の高い都市部の第2号被保険者に負担能力に応じた保険料負担を求めることにより、地域係数を見直し、都市部の介護従事者の賃金引き上げに充当することが必要であるとの意見があった。

一方で、総報酬割の導入については、従来の保険料負担の仕組みのルールを変更するものであり、慎重な対応を求める意見があった。

(財政安定化基金)

- 都道府県に設置されている財政安定化基金については、その基金の取り崩しが可能となる見直しを行うよう会計検査院から平成20年に指摘されている。制度創設当初においては、介護給付費の推移を予測することが困難であったが、昨今給付費の推移が安定していることを踏まえ、必要な額を確保した上で、基金の取り崩しを行い、保険料の軽減に活用できるよう法的整備を検討する必要がある。

(公費負担のあり方)

- 介護保険制度は、その半分を保険料により賄い、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用してきた。介護保険料収入はこの10年間で

約120%上昇しており、これは住民が地域の介護サービスの拡大のために給付に相応する保険料を負担することを選択してきた結果である。

- 今回の部会の議論においては、今後の保険料の上昇を懸念して、公費負担割合を増加させるべきであるとの意見や調整交付金を国庫負担25%と別のものとして外枠化すべきとの意見があった。

- しかし、一方では、
 - ・ 公費負担割合が増えれば増えるほど、財政事情の影響を制度が受けやすくなり、住民の納得の下で、必要なサービスを整備し、またそれに見合った負担を行うという社会保険制度の利点を失うのではないか、
 - ・ 公費負担を引き上げることで一時的に保険料の上昇を抑制できても、今後要介護者のさらなる増加等によって給付が増加すれば、やはり保険料の上昇は避けることはできないので根本的な問題の解決にならないのではないか、との意見もあった。

- 今回の改正においては、安定した財源が確保されない以上、公費負担割合を見直すことは困難であるが、今後、公費負担のあり方を議論するに当たっては、こうした社会保険方式によるメリットや被保険者の負担能力といった点を考慮して検討を行うべきである。さらに、
 - ・ 単に公費負担割合を増加させるべきなのか、低所得者への負担軽減策として活用すべきなのか、さらに、保険給付の範囲を限定した上で福祉施策として公費によるサービスを拡充すべきか
 - ・ より一層地方が主体的に介護保険制度を運営するために、その権限と財政負担の分担をどのように考えるのかといった視点からも議論を行うべきである。いずれにしても、こうした議論は単に介護保険制度にとどまらず、社会保障と財政のあり方全体の中でも議論していくべき課題である。

(給付の見直し)

- 給付の見直しについては、すでに述べたとおり、居宅介護支援・介護予防支援（ケアプランの作成等）への利用者負担の導入を検討すべきである。
- 医療保険においては、現役並み所得の高齢者については利用者負担が

3割となっている。介護保険制度においても、限られた財源の中で、高齢者の負担能力を勘案し、所得に応じた負担を求めることが適当であり、一定以上の所得がある者については利用者負担を2割とすることを検討すべきである。

- 補足給付については後述するが、入居前に同居していた家族の負担能力等を勘案することや、多床室における居住費の見直しを検討すべきである。

(被保険者範囲)

- 被保険者範囲については、今後被保険者の保険料負担が重くなる中で、被保険者年齢を引き下げ、一人当たり保険料の負担を軽減すべきではないかとの意見があった。

一方で、被保険者範囲の拡大は、若年者の理解を得ることが困難であり、慎重な検討が必要との意見もあった。

被保険者範囲のあり方については、これまでも介護保険制度の骨格を維持した上で被保険者の年齢を引き下げる方法と若年障害者に対する給付も統合して行う方法について検討が行われてきたところである。

現在、障害者施策については、内閣府の「障がい者制度改革推進本部」において、議論が行われているところであり、今後は、介護保険制度の骨格を維持した上で、被保険者年齢を引き下げることにについて、十分な議論を行い結論を得るべきである。

5 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割

(介護保険事業計画)

- 従来、介護保険事業計画を策定する際は、主として、当該市町村における高齢者数の伸び等を考慮して将来のサービス量を見込んでいたところである。地域包括ケアの実現のためには、各地域における介護サービスやこれに付随するサービスのニーズを的確に把握し、介護保険事業計画を策定することが求められる。

- 今後、保険者(市町村)は、日常生活圏域ごとのニーズ調査に基づき、必要となるサービスごとの見込みを積み上げて、より精緻な事業計画を作成することが求められている。

- 次期介護保険事業計画を策定する際には、喫緊の課題である認知症について対策の充実を図るため、地域における的確なニーズの把握と対応、

サポート体制の整備などについて、地域の実情を踏まえ記載していくこととすべきである。また、医療サービスや高齢者の住まいに関する計画と調和の取れたものとし、在宅医療の推進や高齢者に相応しい住まいの計画的な整備に関する事項等について、地域の実情に応じ記載していくことが求められている。

(地域ニーズに応じた事業者の指定)

- 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型居宅介護は、夜間における対応が必要となることや、事業規模がある程度限られていることから、経営基盤が不安定となるおそれがある。地域に根ざして安定的にサービス提供を行うことを促進する観点から、その普及促進策を積極的に講じる必要がある。
- このため、市町村の日常生活圏域ごとのニーズ調査に基づき、当該圏域内で必要なサービス量を踏まえた事業者の指定を行う裁量を保険者に付与し、事業者にとっても安定的にサービス提供できる体制を構築すべきである。
- このような観点に立って、地域密着型サービスについては、市町村が安定的なサービスの提供を確保できるよう、サービスの質の確保など一定の条件を課した上で、申請に基づく指定に代えて、公募を通じた選考により、事業者の指定を行えるよう検討する必要がある。
- また、都道府県指定の居宅サービス等と市町村指定の地域密着型サービスが、地域でそれぞれ整備され、サービスを提供することとなるため、市町村が希望する場合には、居宅サービス等の指定に際し、都道府県が関係市町村に協議を行うこととし、都道府県は、市町村との協議内容を踏まえて、指定の是非を判断し、市町村の介護保険事業計画の策定・達成に当たり支障があると判断した場合は、指定を拒否できる仕組みを導入することを検討すべきである。
- なお、現行の施設・居住系サービスの定員設定と指定拒否の仕組み（いわゆる「総量規制」）については、保険者が地域の高齢者のニーズを踏まえて施設・居住系サービスの基盤を一体的かつ計画的に整備するために有効に機能している重要な制度であり、今後も現行制度の規制の内容や対象をそのまま維持する必要がある。

(保険者独自の介護報酬の設定)

- 平成 18 年度より、地域密着型サービスについては、介護報酬を減額する仕組みが導入されるとともに、平成 19 年 10 月から、厚生労働省の許可を得て報酬を増額できる仕組みが導入されたところである。市町村の独自の取組をさらに推進するため、独自報酬の設定について、一定の範囲内で厚生労働大臣の許可を得ることなく、増額報酬を認めるなど、財源負担に配慮しつつ、保険者の裁量をより拡大することを検討すべきである。

（地域主権）

- 介護保険制度については、制度創設以来「地方分権の試金石」として市町村自ら保険者となり保険制度を運営するなど地方が主体的な役割を果たしてきた。また、平成 22 年 6 月 22 日に閣議決定された地域主権戦略大綱に基づき、指定都市及び中核市に介護保険事業者の指定権限を移譲することとしている。さらに、今回の改正においても、上述のとおり地域密着型サービスに係る市町村の権限を拡大する方向で検討するよう提言している。地方分権改革推進委員会第一次勧告（平成 20 年 5 月 28 日）において指摘されたすべての介護保険サービスの事業者の指定の市への移譲については、提言を踏まえた見直しの実施状況を踏まえつつ、引き続き検討すべきである。

6 低所得者への配慮

（補足給付）

- 前回改正において、施設と在宅の間の利用者負担の不均衡是正の観点から、施設における食費・居住費は介護保険給付の対象外としたところである。上記の見直しに当たっては、補足給付が導入され、低所得者の負担が軽減されている。
- 補足給付については、低所得者に対する食費・居住費の補助は、要介護・要支援状態の発生という保険事故に対する給付ではなく、あくまで低所得者対策であるとの観点から、全額公費負担の福祉的な制度とすべきとの意見があった。現在の国及び地方の財政状況を踏まえると、ただちに全額公費により補足給付を賄うことは困難であるが、将来的な補足給付のあり方について、社会保障と財政のあり方全体の議論と併せて、引き続き検討することが必要である。
- こうした中、今回の介護保険制度改革においては、前回改正の趣旨や低所得者対策としての補足給付の趣旨に即した見直しを行っていくべき

である。

(家族の負担能力の勘案)

- 特養の入所者については、現在、入所者の約 4 分の 3 が補足給付を受給している。しかし、これらの者の中には、入所前に同居していた家族に負担能力がある場合や、入所者自身が資産を保有しているケースがある。このため、補足給付の低所得者対策としての趣旨を徹底する観点から、保険者の判断により、施設入所者について可能な範囲で家族の負担能力等を把握し、それを勘案して補足給付の支給を判断することができる仕組みとすべきである。

(ユニット型個室の負担軽減等)

- ユニット型個室については、低所得者の負担が大きく入所が困難であるとの指摘があることから、社会福祉法人による利用者負担軽減や補足給付の拡充により、その一部を軽減すべきである。その際、生活保護受給者もユニット型個室へ入所が可能となるよう検討すべきである。
- グループホームについては、補足給付の対象ではないが、地域によっては利用者負担が著しく高く、低所得者の利用を妨げていることから、地域で暮らす認知症を有する人を支援する視点に立って、何らかの利用者負担軽減措置を検討すべきではないかとの意見があった。
なお、介護保険施設と同様に介護保険給付としてグループホーム利用者に対する補足給付を行うべきとの意見もあった。

(多床室の給付範囲の見直し)

- 一方、前回の改正において、個室については、居住部分の減価償却費と光熱水費が保険給付の対象外となったが、多床室については光熱水費のみが保険給付の対象外とされた。この結果、多床室の介護報酬が、従来型個室の報酬よりも高い設定となっている。今後、利用者負担について、更なる在宅との均衡を図るため、多床室についても、低所得者の利用に配慮しつつ、減価償却費を保険給付対象外とする見直しが必要である。

(高齢者の保険料負担の軽減)

- 65 歳以上の第 1 号保険料については、これまで課税対象者については、保険者の判断により、被保険者の所得状況に応じ、きめ細かな保険料段階を設定することが可能となっている。一方、住民税世帯非課税の低所得者に対する保険料については、段階設定が固定されているところ

である。これを地域の実情に応じ低所得者に対するきめ細やかな配慮を行う観点から、弾力的に段階設定を行うことができるよう見直しを行う必要がある。

- 今後、介護基盤の整備や介護職員の処遇改善により、保険料の急激な上昇が見込まれるところである。市町村においては、第4期介護保険事業計画の策定の際と同様に、準備基金の取り崩しなどの取組も講じることとなると想定されるが、これらに加え、保険料の急激な上昇に対応するため、財政安定化基金の取り崩しにより、財源の範囲内で保険料の軽減を図ることを検討すべきとの意見があった。

IV 今後に向けて

- 今回の介護保険制度改革においては、第5期に向けて、地域包括ケアを推進するために、
 - ・訪問介護と訪問看護の連携の下で行う24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設、
 - ・介護保険事業計画における医療サービスや住まいに関する計画との更なる連携
 - ・利用者負担や保険料の見直しなどを盛り込んだところである。これらの施策に加え、医療と介護の連携を一層実行あるものにしていくためには、平成24年度施行の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けてさらにそれぞれの役割分担や関係職種との連携、サービスの調整などについて、今後さらに議論を進める必要がある。
- 公費負担割合の見直し、地域支援事業の財源構成、補足給付の公費化など介護保険制度と公費の在り方については、社会保障と財政の在り方全体の中での課題として、引き続き検討を行っていく必要がある。

制度見直し事項の財政影響試算

介護報酬プラス改定：500億円程度

+2%強の（1.5万円の介護職員処遇改善交付金相当）報酬改定

居宅サービスの充実

グループホーム家賃助成、認知症コーディネーター
配置などの認知症支援：80億円程度

地域巡回随時対応サービス、複合型サービスなど

ユニット型個室の居住費の軽減：40億円程度

第1～2段階5千円、第3段階1万円の補足給付上乘せ

高所得者の自己負担引き上げ：▲110億円程度

第6段階の自己負担2割、高額介護サービス費の上限維持

居宅介護支援の自己負担導入：▲90億円程度

居宅介護支援月1千円、介護予防支援月5百円の自己負担

補足給付の支給要件の厳格化：▲20億円程度

市町村が施設入所前世帯の所得などを支給要件に追加可能

多床室の室料負担の見直し：▲40億円程度

第4段階以上から3施設の多床室の室料月5千円を徴収

軽度者の自己負担の引き上げ：▲120億円程度

予防給付の自己負担2割

第2号保険料の総報酬割1/2導入：▲640億円程度

第2号保険料の総報酬割1/3導入：▲430億円程度

介護職員処遇改善交付金の継続：1,900億円程度

1.5万円の介護職員処遇改善交付金を継続

被保険者範囲の拡大：670億円程度

被保険者範囲を30歳まで拡大

公費負担割合の引き上げ：7,400億円程度

国費で公費負担割合を6割に引き上げ

調整交付金の外枠化：4,200億円程度

5%の調整交付金を外枠化して第1号保険料を軽減

補足給付の公費負担化：460億円程度

補足給付を公費負担化して現行の国と地方の負担割合で負担

地域支援事業の公費負担化：290億円程度

地域支援事業を公費負担化して現行の国と地方の負担割合で負担

地方負担への影響は、

介護報酬プラス改定：490億円程度、認知症支援：70億円程度、ユニット型個室の居住費の軽減：50億円程度、補足給付の公費負担化：910億円程度、地域支援事業の公費負担化：330億円程度、被保険者範囲の拡大：80億円程度、高所得者の自己負担引き上げ：▲100億円程度、居宅介護支援の自己負担導入：▲80億円程度、補足給付の支給要件の厳格化：▲30億円程度、多床室の室料負担の見直し：▲50億円程度、軽度者の自己負担の引き上げ：▲100億円程度。

* 影響額は、第5期平均の年額。

第1号保険料

第5期保険料水準

5,200円程度

ユニット型個室の居住費の軽減：10円程度

第1～2段階5千円、第3段階1万円の補足給付上乘せ

居宅サービスの充実

グループホーム家賃助成など：15円程度

地域巡回随時対応サービス、複合型サービスなど

介護報酬プラス改定：100円程度

+2%強の（1.5万円の介護職員処遇改善交付金相当）報酬改定

自然増

16万人分の緊急基盤整備の影響

5,000円程度

介護給付費準備基金の取り崩しや
介護従事者処遇改善臨時特例交付金による軽減効果

第4期
4,160円

保険料軽減措置

財政安定化基金の取り崩し：▲150円程度

国と都道府県の拠出分を含めて基金を取り崩して保険料軽減
(市町村分のみの場合：▲50円)

介護給付費準備基金の取り崩し：▲130円程度

第4期積立額の半額程度を取り崩して保険料軽減

高所得者の自己負担引き上げ：▲20円程度

居宅介護支援の自己負担導入：▲20円程度

補足給付の支給要件の厳格化：▲5円程度

多床室の室料負担の見直し：▲10円程度

軽度者の自己負担の引き上げ：▲20円程度

* 影響額は、第5期平均の月額。

総報酬割のイメージ（仮に1/2とした場合）

【例】第2号被保険者数が同じ3保険者で2400万円を負担する場合

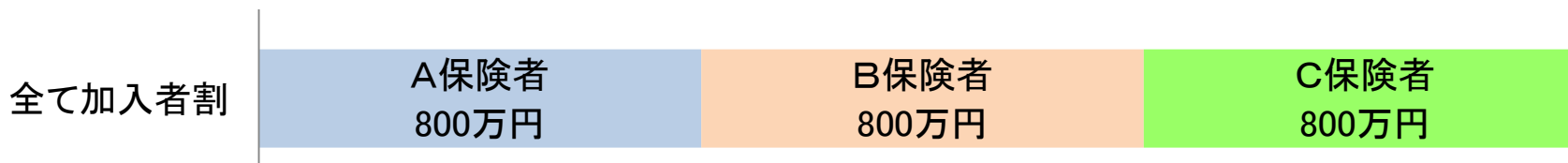
A保険者（総報酬額5億円）

B保険者（総報酬額15億円）

C保険者（総報酬額10億円）

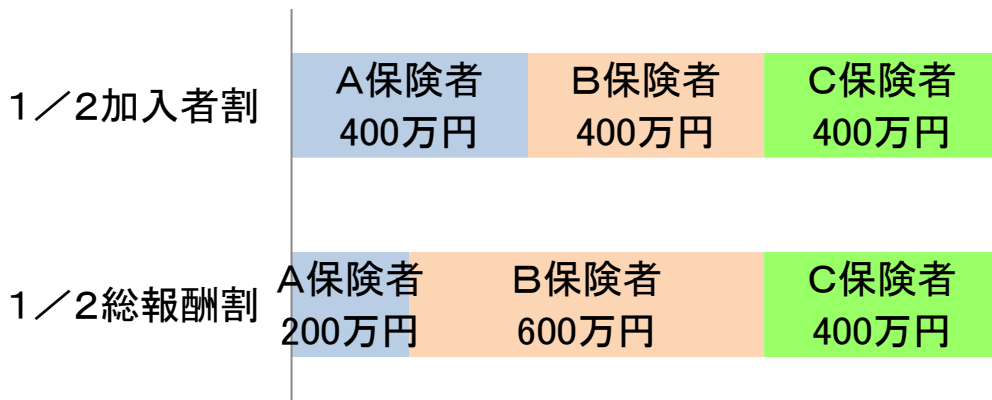
現行

○ 2400万円を加入者の人数に応じて負担（A, B, Cとも第2号被保険者数が同数なので同額を負担）。



総報酬割1/2導入

○ 2400万円のうち、1/2を人数に応じて負担、1/2を総報酬額に応じて負担（総報酬額の比はA5億円:B15億円:C10億円=1:3:2）



総報酬割1/2導入による影響

A保険者の負担率

16‰ (800万円/5億円) → 12‰ (600万円/5億円)

B保険者の負担率

5.3‰ (800万円/15億円) → 6.6‰ (1000万円/15億円)

C保険者の負担率

8‰ (800万円/10億円) → 8‰ (800万円/10億円)

健保組合における介護保険の2号被保険者たる被保険者に係る総報酬額の状況

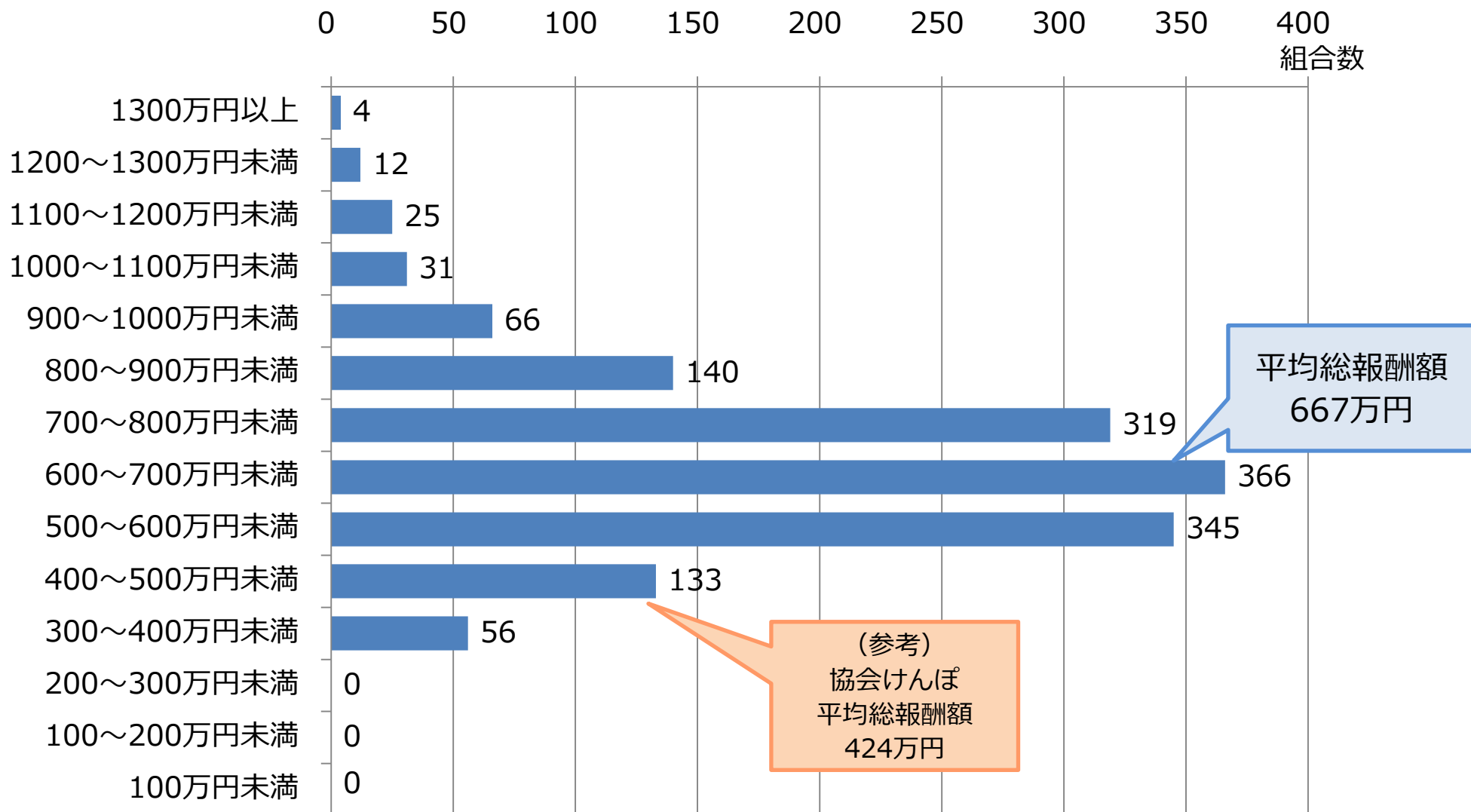
○健保組合内でも、平均総報酬額に占める一人当たり負担額の割合は様々

	介護保険の2号被保険者たる被保険者に係る平均総報酬額	第2号被保険者一人当たり負担額
上位10組合の平均	1,314万円	3,944円
全組合（1,497組合）の平均	667万円	3,944円
下位10組合の平均	320万円	3,944円

※ 平成20年度組合決算データより算出

※ 「介護保険の第2号被保険者たる被保険者に係る平均総報酬額」は、それぞれの組合の総報酬額の合計額を2号被保険者たる被保険者（特定被保険者を含む。）の合計数で除したものの。

健保組合における介護保険の2号被保険者たる被保険者に係る一人当たり平均報酬額の分布



※ 平成20年度（全1497組合）

※ 介護保険の第2号被保険者たる被保険者（特定被保険者を含む）の総報酬額を、同被保険者数で除して算出

※ 協会けんぽの平均総報酬額は平成20年健康保険被保険者実態調査より引用

総報酬割による介護保険第2号被保険者の 一人当たり負担額への影響の試算

導入なし	協会けんぽ	健保組合	共済組合	船員保険
現行制度を 継続した場合 ()内は労使折半後	4,891円 (2,445円) ※ 国庫補助分を含む額	4,891円 (2,445円)	4,891円 (2,445円)	4,891円 (2,445円)
	4,089円 (2,044円) ※ 国庫補助分を除いた額			
総報酬割を 1/3 導入した場合 ()内は労使折半後	4,044円【-45円】 (2,022円【-22円】) ※ 国庫補助分を除いた額	5,176円【+285円】 (2,588円【+143円】)	5,242円【+351円】 (2,621円【+175円】)	4,408円【-482円】 (2,204円【-241円】)
総報酬割を 1/2 導入した場合 ()内は労使折半後	4,022円【-67円】 (2,011円【-33円】) ※ 国庫補助分を除いた額	5,319円【+428円】 (2,659円【+214円】)	5,417円【+526円】 (2,709円【+263円】)	4,167円【-724円】 (2,084円【-362円】)

※ 第5期（平成24～26年度）の平均を試算したもの。【 】内は現行制度を継続した場合との比較

※ 小数点以下の四捨五入により差が一致しない場合がある

介護保険制度における訪問看護の役割強化に関する意見書

平成 22 年 11 月 19 日
社会保障審議会介護保険部会
委員 井部 俊子
(日本看護協会副会長)

1. 複合型事業所の創設による柔軟なサービス提供の推進

1) 訪問看護と小規模多機能型居宅介護の一体的なサービス提供

医療ニーズの高い人々に 24 時間の在宅療養支援を行うために、訪問看護と小規模多機能型居宅介護を一体的に提供できるような、訪問看護・訪問介護・通所・宿泊・相談の多面的な機能を備えた新たなサービス類型の創設を要望します。

住み慣れた地域での在宅療養を支える地域包括ケアシステムの構築に向け、身近な地域に、多様な在宅サービスを柔軟に利用できる選択肢を増やしていくことが重要です。

2) 訪問看護を基盤とした訪問介護との一体的なサービス提供

利用者に合わせた柔軟なサービス提供と、医療処置の必要な在宅療養者に安全なケアを提供する観点から、訪問看護・介護を一体的に提供する新たなサービス類型の創設を要望します。

訪問看護と訪問介護が別事業所から訪問する形態が多い現状では、医療依存度が高い・体重が重い等の理由で複数名訪問を要する利用者に対し、効率的かつ柔軟なサービス提供が困難です。また、互いの連携が困難なため、訪問看護と介護で類似のサービスを提供するケースもあります。

訪問看護と訪問介護を一体的に提供する仕組みをつくることにより、看護と介護の連携を強化し、安全かつ効率的なケア提供の体制を整備すべきです。

2. 訪問看護は区分支給限度基準額の枠外に

訪問看護が必要な人に適切に提供されるよう、訪問看護に係る給付については限度額の管理対象外とし、在宅療養者が 1 割負担で利用できるよう要望します。

現行の制度では、要介護度が軽度の場合も重度の場合も、区分支給限度基準額などの関連で特に訪問看護に利用抑制が働き、医療の必要な利用者に訪問看護が提供できないケースがあります。

3. 訪問看護ステーションの規模拡大に向けた支援

公的な保険給付による訪問看護サービスには、24 時間 365 日在宅療養者の安全を支える責任があります。それを訪問看護師の過重な労働負担なく果たしていくためには、訪問看護ステーションの人員規模の拡大が必要です。

ステーションの人員基準 2.5 名を 1 名に緩和するよう求める動きがありますが、現状では小規模ステーションほどサービスの安定的な提供が困難であり、人員基準の緩和は訪問看護を利用する国民の安全・安心をゆるがしかねません。

訪問看護ステーションの規模拡大に向け、多機能化・業務効率化の取り組みの推進と、新人看護師や潜在看護師の訪問看護就業を促進する制度上の支援策を要望します。

制度創設時の理念に今こそ立ち返るべき

介護保険制度改正のためのアピール

2010.11.13

公益社団法人 認知症の人と家族の会
支部代表者会議参加者一同

認知症の人と家族の会は、認知症になっても安心して暮らせる社会の実現を願って、介護保険制度の創設を歓迎し、より充実発展させるために努力をしてきました。

2012年の介護保険改正に向けても、要介護認定の廃止とそれに変わる新たな方式の採用など6項目の「提言」を発表し、制度創設の原点である利用者本位の制度に立ち返るよう求めてきました。財源についても「高福祉を応分の負担で実現する」という考え方を提唱しました。

しかし、法律改正の方向を示す議論がまとめの段階に入ったこの時期に、厚生労働省は「論点」という形で、具体的な案を示してきました。その内容は、私たちの願いとはまったく相容れないものです。

2012年の改正を前にして介護保険制度は、安心を保障するために充実発展させるのか、ただ維持するだけの貧相なものにするのかの重大な岐路に差し掛かっているとわなければなりません。この緊急の時期に当たり、私たちは以下の意思を表明し、強く改善を求めるものです。

- 1 介護の社会化、利用者本位という制度創設時の理念に、今こそ立ち返るべきである
- 2 制度の充実がないまま負担だけが増えることは絶対に容認できない
- 3 重要な論点に対して、論議し意見を聞く時間を十分に保証しない審議の進め方は速やかに改めるべきである

平成 22 年 11 月 19 日

社会保障審議会介護保険部会
部会長 山崎 泰彦 殿

介護保険制度の見直しに関する意見

社会保障審議会介護保険部会委員

木村 隆次

(一般社団法人 日本介護支援専門員協会会長)

介護保険制度をよりよい制度に見直すために、これまで介護保険部会において議論が行われてきましたが、制度の理念である利用者の自立支援をいかに堅持しつつ、制度を進化させるかよりも、ペイアズユーゴー原則にどう当てはめていくかという財源論が第一優先になっている感は否めません。ペイアズユーゴー原則を、そのまま社会保障制度に当てはめることは馴染まないとは思いますが、この原則は閣議決定されたものです。

したがって、これをクリアするための対案がないまま、これ以上議論を進めても制度の根幹を揺るがす利用者負担が導入されるのみです。

そこで、介護保険制度は社会保険方式であるという原則に立ち返り、財源捻出に関しては保険料でカバーしていくべきだと考えます。

1. 居宅介護支援費の利用者負担導入について

利用者負担導入は、たとえ定額であっても断固反対いたします。

居宅介護支援費の利用者負担導入に関する厚生労働省の試算によると、居宅介護支援費月 1,000 円、介護予防支援費月 500 円導入の場合、居宅介護支援費の国庫負担総額は約 90 億円が見込まれています。これを第 1 号保険料に置き換えると月々 20 円程度に相当します。

日本の介護保険制度には、「自立支援」の理念があり、それを行うためにケアマネジメントが導入されています。このケアマネジメントは、要介護者・要支援者の誰もが公平に受けることができるように、利用者負担は 0 割（負担なし）で、この費用は保険で全額を賄う 10 割給付の仕組みで運営されています。居宅介護支援費の利用者負担導入が、必要な介護サービス抑制につながることを防ぐため、居宅介護支援費は社会全体で支えるという意味で、第 1 号被保険者、第 2 号被保険者（総報酬割）が保険料で広く薄く負担をすることを提案いたします。

2. 介護予防支援（予防給付ケアプラン）について

地域包括支援センターの三職種が、本来の業務である総合相談・支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、介護予防ケアマネジメント業務をしっかりと行うことができるために、人員を強化することと、運営費を増額する必要があります。

三職種の負担感を軽減する策として、指定介護予防支援事業者（地域包括支援センターの二枚看板）のケアマネジメント（予防給付ケアプラン作成）は三職種の業務からはずし、指定介護予防支援事業者のケアマネジャーのみが行うことができるよう、配置基準の変更をお願いいたします。

3. 施設に勤務するケアマネジャーについて

入院患者・入所者の暮らしを支えるケアマネジメントを実践するケアマネジャーが、「入院入所・退院退所調整およびケアプラン作成担当者」として働ける環境を整えるようお願いいたします。支援相談員、生活相談員との役割の明確化が必要です。

以上

居宅介護支援費の利用者負担導入に反対

日本の介護保険制度には、「自立支援」の理念があり、それを行うためにケアマネジメントが導入されている。このケアマネジメントは、要介護者・要支援者の誰もが公平に受けることができるように、利用者負担は0割（負担なし）で、この費用は保険で全額を賄う10割給付の仕組みで運営されている。

利用者は、毎月、1000円の負担増

介護に支出できる家計費には限りがある。

ケアマネジャー契約 有

(例)

- ・ デイサービス（6時間以上8時間未満） 約 1 回
- ・ 訪問介護の生活援助（30分以上1時間未満） 約 5 回
- ・ 訪問介護の身体介護（30分以上1時間未満） 約 3 回

それぞれに相当。
必要なサービスを削らざるを得ないことも考えられる。

ケアマネジャー契約 無

- ・ 自分でケアプランを作成
- ・ 毎月、市役所・区役所で
ケアプランチェック
独居・認知症・重度者は作成
できず

市町村の業務負担激増

〔ケアプランの相談やチェック、
給付管理や請求事務を行う。〕

介護事業者（訪問介護等）
がケアプラン作成を代行する
場合は、抱え込みのリスクも
想定されるが、これに対する
規制はない。
居宅介護支援以外は、サー
ビス担当者会議開催の義務
もなく、チームアセスメント
が図りにくい。
ケアマネジメントプロセスが崩
壊する。

**必要な時、必要なサービス利用ができず、
重度化へスピードアップ**

**介護給付費増大に
つながる**

居宅介護支援費の利用者負担導入についての警鐘と反対表明

一般社団法人
日本介護支援専門員協会
会 長 木 村 隆 次

日本の介護保険制度には「自立支援」の理念があり、それを行うためにケアマネジメントが導入されています。このケアマネジメントは、要介護者・要支援者の誰もが公平に受けることができるように、利用者負担は 0 割（負担なし）で、この費用は保険で全額を賄う 10 割給付の仕組みで運営されています。

ケアマネジメントは、他の介護保険サービスとは全く別のものです。

現在検討されている介護保険法改正において、財源論により法の根幹をくつがえし、安易に利用者負担を導入することは自立支援の理念を著しく損ない、介護保険制度の魂を抜くに等しいと考えます。

ケアマネジャー（介護支援専門員）は、利用者が自立した日常生活を営めるように、市町村、多様な介護サービス事業者、施設等と公正中立に連絡調整を行っています。

しかし、利用者負担が導入された場合、必要な時に必要な介護サービス等の利用ができなくなることが考えられます。

例えば、

【居宅介護支援を利用。居宅介護支援費の合計が 12,000 円のケース】

○仮に 1 割負担とすれば、利用者負担は月 1,200 円。

○これは、毎月毎月新たに発生する負担です。

○1 ヶ月分をサービス利用回数に換算すると、

・通所介護（デイサービス）（6 時間以上 8 時間未満） 約 1 回分

・訪問介護の生活援助（30 分以上 1 時間未満） 約 5 回分

・訪問介護の身体介護（30 分以上 1 時間未満） 約 3 回分

それぞれに相当します。

※利用者自身が 1 ヶ月に負担できるお金にも限りがあるため、必要なサービスを削らざるを得ないことも考えられます。

（利用者負担額は人によって違いが出てきます。仮に 1 割負担とすれば、現行の介護報酬で要介護度別の基本単位や加算等の組合せにより、負担額は毎月 1,000 円から 2,700 円の間となり、差が生じます。）

【居宅介護支援を利用しないケース】

○自分でケアプランを作成した場合は、毎月、本人・家族らが保険者（市役所・区役所）の窓口で相談、ケアプランチェックをしてもらい、給付管理、請求事務は、保険者が行うことになっています。

○重度で寝たきりの利用者はケアプラン自体が作るができない。一人暮らしで介助が必要な利用者はケアプランを作っても毎月の手続きが面倒などの理由で、結果として必要なサービス利用ができなくなり要介護度が重度化することも考えられます。

以上のように、利用者への生活への影響は計り知れないものがありますが、現在報道で詳しく取り上げられることもありません。

国民の理解不足のまま、財源論による利用者負担導入を進めることに警鐘を鳴らし、改めて、居宅介護支援費の利用者負担導入に断固反対いたします。

審議の取りまとめにあたって

平成 22 年 11 月 19 日

社会保障審議会介護保険部会

委員 齊藤 秀樹

(全国老人クラブ連合会)

委員 木間 昭子

(高齢社会をよくする女性の会)

1 制度の根幹は恒久財源の確保まで変えるべきではない

(1) 唐突な提案、拙速な結論は国民の不安感を増幅させ、制度の信頼を欠くこととなります。利用者・高齢者の多くは、どのような制度改正が行われようとしているか知らされていません。財政の厳しいときは、財源確保の見通しができるまで、制度の根幹は変えず、必要最小限の改正にとどめるべきと考えます。

- ・利用抑制につながる高所得者、軽度者の自己負担引上げには反対です
- ・軽度者と生活援助の給付除外は、国民との約束を反故にするものです

(2) 居宅介護支援は「制度の要」です。

要介護者の自立支援策として導入されたケアマネジメンの有料化は、必要なサービスまで削る利用抑制や居宅介護支援専門員との軋轢、混乱が懸念されます。

有料化のメリット・デメリットの検証もなく、利用者、家族、高齢者の理解と納得を得るための十分な説明がないなかでの有料化は制度を歪めてしまいます。

- ・居宅介護支援費の有料化は「制度の要」が揺らぐこととなります

2 被保険者範囲の拡大など現役世代の負担増には無理がある

介護保険制度は国民全体で支えるという理念のもと、制度創設時から被保険者の範囲は医療保険制度と同様にすべきとの意見を述べてきました。

しかし、財源不足を理由に公費の肩代わり策として導入することには反対です。真に「介護の社会化」の創設の理念に立って、現役世代と真摯に向き合うべき課題であり、財源論を回避したなかでの現役世代の負担増には無理があります。

1

3 反対多数の意見に十分配慮した取りまとめを

審議の過程において多様な意見がありますが、介護保険制度は多くの国民の世論に支えられて発足したことを踏まえ、反対多数の意見、とりわけ利用者、高齢者の意見には十分耳を傾け、取りまとめることを期待します。

介護保険制度の見直しに関する意見（素案）のとりまとめについて

下記の事項については、部会の中で述べさせていただいた内容ではありますが、意見として「とりまとめ」のなかに反映させていただきたい。

1. 給付と負担のバランス

(1) 公費負担のあり方

現状、公費50%負担の内訳について (注：国負担には調整交付金5%含む)

施設等サービス	国：20%・都道府県：17.5%・市町村：12.5%
在宅・地域密着サービス	国：25%・都道府県：12.5%・市町村：12.5%

となっている。

このため、都道府県にとっては、施設等サービスの増加は在宅・地域密着サービスの増加より、介護給付においてより多くの負担を伴うことになることから、介護施設の整備を躊躇し、特養ホーム入所待機者（申込者）42.1万人を招き、「保険あってサービスなし」の状況を生み出している。

「公費負担割合の見直しに際しては、施設、在宅・地域密着の類型による国と都道府県の負担割合の5%差については是正し、同じ扱いとすべきである。」

との意見があることを付け加えていただきたい。

(2) 多床室の給付範囲の見直し

多床室の居住費について、平成16年の介護保険部会の議論等で、「居住環境との関係についても考慮する。」とのことで、多床室は居宅での環境と大きく異なり、その室料分は個室と違いその人の専用でないため徴収は難しく、光熱水費のみを介護給付より切り出し利用者負担とした経緯がある。

この際の議論を尊重し、「多床室の減価償却費を利用者負担化（保険給付対象外とする）することについては、その居住環境を考慮し居住費については現状の光熱水費相当を維持すべきである。」との意見があることを付け加えていただきたい。

2. 地域包括支援センターの運営の円滑化

要支援者に対するケアプラン作成業務（介護予防支援）

地域包括支援センターの機能強化策として、本来業務とすべき相談・支援業務に専念できる体制が必要である。そのためには、要支援者に対する「介護予防支援」等のケアプラン作成業務を地域包括支援センター業務から外すべきと考える。

「介護予防支援については、業務委託ではなく居宅介護支援事業所の業務範囲とし、利用者にとって完全なワンストップサービスとなるようにすべきである。」

との意見があることを付け加えていただきたい。

2010年11月19日

社会保障審議会介護保険部会

淑徳大学准教授
結城 康博

介護保険制度の見直しに関する意見（素案）について

このことについて本審議会において意見を申しあげたい。

1. 「制度見直し事項の財政影響試算」について

①事務局への質問

- ・本資料の1頁及び3頁「介護報酬プラス改定：500億円程度（1.5万円の介護職員処遇改善交付金相当）」「介護報酬プラス改定：100円程度」を介護報酬本体に盛り込むことが試算されているが、平成24年度においては現行の同交付金の獲得は、財務当局との折衝で極めて難しいと推測したため、本体部分に盛り込んだと理解してよいか？
- ・本資料の2頁にある国庫②において「介護職員処遇改善交付金の継続」「公費負担引き上げ：7400億円」「補足給付の公費負担化：460億円」「地域支援事業の公費負担化：290億円」といった、新もしくは継続した財政措置が、公費として投入する見通しが事務局として平成24年度は極めて難しいと判断しているという理解でよいか？

②資料における意見

- ・本資料は、公費による新たな財源確保もしくは継続が見通せないことを前提に作成されているが、このような財政規律に徹した条件下のみでは介護現場における本質的な議論は困難である。今後は、政治案件であるが、国全体の財配分議論と絡めながら介護保険制度をどうしていくかの議論がなされないと、本質的な議論は難しいと考える。

2. 財政調整に関する介護保険制度改正は（法改正）慎重に考えるべきではないか！

- ・現実的に新たな公費による財源確保が難しいのであれば、高齢者や被保険者（主に要支援・要介護者）からの負担を課して新たなサービス体系を構築するよりも、できる限り現行制度を維持しつつ財源調整に関連しない小幅な制度改正にとどめるべきではないか。このままでは「パイ」の奪い合いといった改正イメージは否定できず、かえって現場と乖離した結果となってしまう危険性がある。
- ・ただし、できる限り現行制度を維持しつつも、「自然増」及び「介護職員処遇改善交付金相当に見合うプラス改定」に伴う給付費増の財源確保は必要である。そのため、第一号被保険者の保険料上昇（基準額5000円超え）及び第二号被保険者の保険料上昇（やむなく総報酬制導入も含む）といった財源措置は究極の選択としていたしかたないと考える。

3. 介護保険制度見直しに関する意見（素案）について

以下の文章表現（項目）について加筆もしくは変更すべきと考える。

①「はじめに：3頁」4項目に追加

「○しかし、本審議会では時間的制約もあり、十分に『介護保険制度10年間の総括』といった議論がなされていないとの意見も指摘された。そのため、今後、「社会保険」「保健制度」「福祉制度」といった視点で、介護保険制度における機能・役割について議論すべきとの指摘があった。」

②「(介護保険制度の課題)：4頁」2項目に追加

「○また、介護保険制度が創設されて10年が過ぎ、年々、制度自体が複雑化され利用者や家族にとって、わかりにくいシステムとなっている。今後、課題はあるかもしれないが、できるだけシンプルな制度にしていくべきではないかとの意見があった。また、介護保険制度を利用するにあたり事務の複雑化が指摘され、その改善も課題との指摘もあった。」

③「(2) 要支援者などの軽度者へのサービス：10頁」4項目で加筆

「○一方、生活援助サービスなどは軽度者の生活に必要なものであり、その給付を削減することは適切ではないという強い意見もあった。特に、軽度者に生活援助サービスが給付されていることで、加齢に伴う重度化を防止しているという指摘があった。」

④「(3) 地域支援事業：11頁」2及び3項目に追加

「○なお、軽度者における生活援助(訪問介護サービス)を介護給付から除外する場合は、代替手段として特定財源による同程度のサービス水準を担保される仕組みが講じられることが原則との意見があった。」

「○地域支援事業における介護予防事業(旧特定高齢者事業)は、そのプロセスが簡素化されたものの、多くの参加が見込める弾力的な事業展開が求められるとの意見があった。」

⑤「(5) 施設サービス 介護療養病床の取り扱い：13頁」1項目に追加

「○介護療養病床については、平成24年4月以降も長期的にその運営を継続し、実質的には廃止路線を撤回すべきである。しかし、社会的入院を是正することは必要であり、新規に介護療養病床を増やすべきではない。その代わり療養型老人保健施設の増設や介護施設における医療的ケアを伴う要介護者の受け入れ体制を強化・整備していくべきである。」

⑥「(8) 地域包括支援センターの運営の円滑化：17頁」3項目に追加

「○一方、地域包括支援センターで担っている要支援1、2のケアマネジメント業務を、通常の居宅介護支援事業所に全て移管し、現行の包括的支援事業が実施できる体制にすべきである。それによって「要支援⇔要介護」といった利用者の状態変更によっても、その都度ケアマネジャーが交代し、契約をし直す必要がなくなるとの意見もあった。」

⑦「2. サービスの質の確保・向上 (2) 要介護認定：19頁」2項目で加筆

「○・・・これについては、必要に応じて介護給付費分科会などにおいて十分に議論されることが望ましいと考える。もしくは、要介護認定制度そのものについて議論するための、別途本格的な検討会を設け、国民的な議論にしていくべきとの意見があった。」

⑧「3. 介護人材の確保と資質の向上：21頁」3項目に追加

「○潜在介護士などといった有資格者が、再度(新規に)、介護現場で従事してもらえるような介護労働環境の整備が重要との意見があった。」

⑨「4. 給付と負担のバランス：22頁」3項目に追加

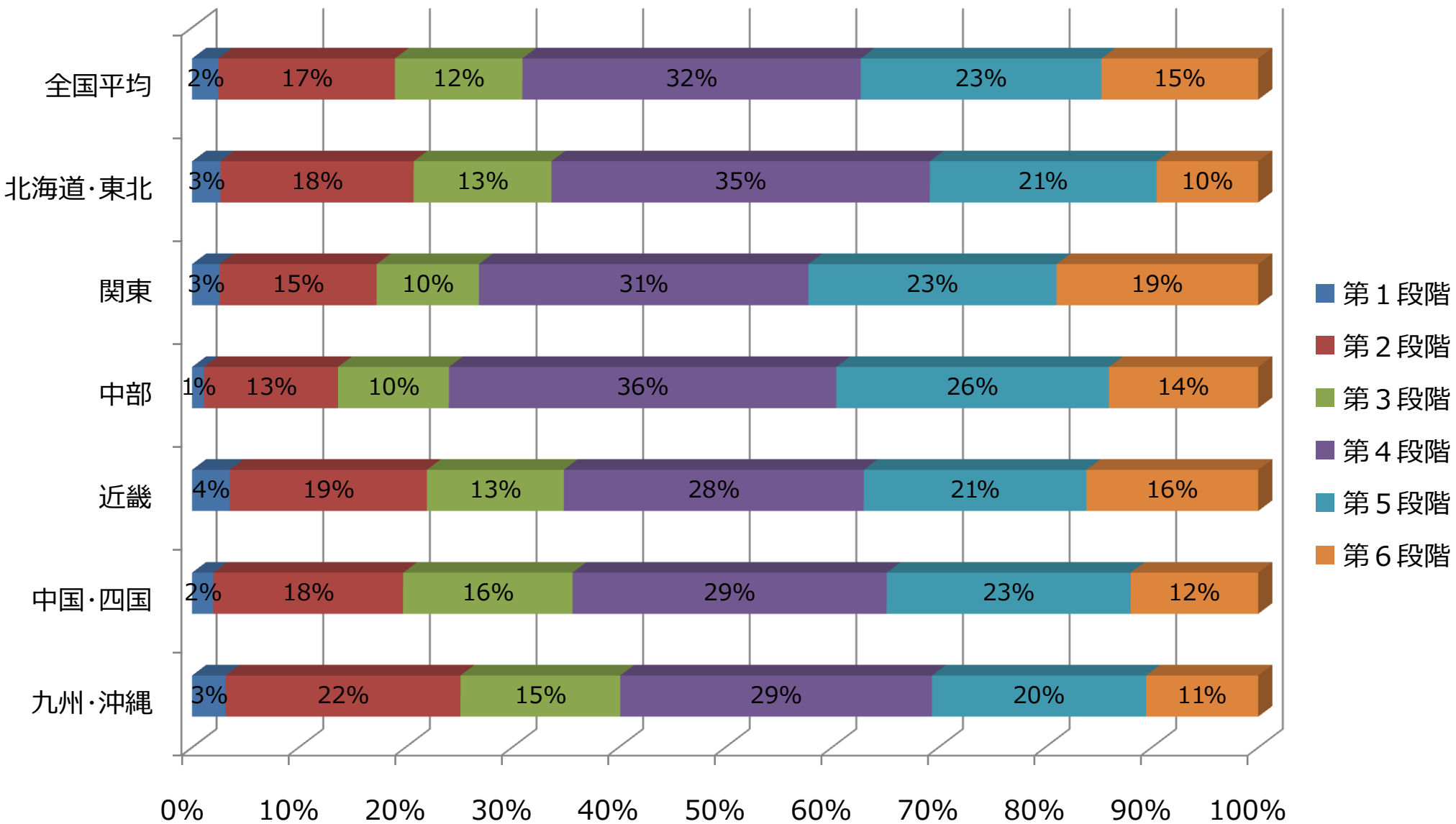
「○しかし、一方で『ペイ・アズ・ユー・ゴー原則』といった財政規律が厳格された状況下では、真の現場ニーズに見合った給付の議論が難しく、公費負担割合を増やしていくことが理想ではないかとの意見もあった。」

⑩「5. 地域包括ケア実現のための保険者の役割：25頁」4項目に追加

「○実地指導や監査といった介護事業者への対応については、現場に精通した担当者があたることとし、不正が疑われる事業者に対しては厳しいチェック機能が求められる。しかし、一方で、事務的な実地指導や監査も否定できず、現場の事業所を育む姿勢が保険者に問われているとの意見があった。」

以上

保険料6段階構成割合の地域別比較



2010年11月19日

社会保障審議会 介護保険部会
部会長 山崎 泰彦 様

吉田 昌哉
(日本労働組合総連合会企画局次長)

介護保険制度の見直しに関する意見

介護保険制度が発足して10年。高齢化が進行する中、介護を必要とする高齢者、そしてその家族にとって、介護保険制度はなくてはならない制度として定着している。

連合は、介護サービスや支援を必要とする人が必要なサービス等を安定的に受けることができるよう、介護サービスの利用者、担い手である労働者、介護保険の被保険者の立場から、本日の部会の議論にあたり、まず以下の三点について意見を述べる。

1. 軽度者へのサービスの維持を

この間部会において、財政制約を前提として給付抑制の提案が事務局より行われているが、現在介護サービスや支援を受けながら生活している人々に対する給付をカットする、あるいは利用料を引き上げるということは、その要介護者または要支援者の生活に深刻な影響を与えかねない。

2005年改定において軽度者に対するサービスの見直しが行われ、特に低所得者層で利用控えが起きている。軽度者の中には認知症の方々も多く含まれている。国の財政難を理由に、安易に軽度者に対するサービスの切り下げを論議すべきではない。

2. 介護労働者の一層の処遇改善を

介護保険制度が安定的に機能し、必要とする人が必要とするサービスや支援を受けられるためには、担い手の確保が不可欠である。担い手である介護労働者を確保するには、処遇の改善は不可欠である。仮に、処遇改善に係る措置が継続されないようなことがあれば、担い手不足から「保険あって介護なし」となりかねず、介護保険制度の存続にもかかわるものである。「介護・看護人材の確保と活用について」の総理指示（2010年9月26日）に従い、確実に「人材確保のため、介護・看護職員の処遇改善に向けて今後とも取り組むこと」が求められている。

処遇改善に係る措置を検討するにあたっては、現行の処遇改善交付金によって手

当されている水準が後退してはならない。そのため、財源が確実に介護職員の処遇改善に充てられる仕組みが必要である。

3. 納得のできる財源議論を

今般の介護保険部会における議論は、国費について「ペイ・アズ・ユー・ゴー原則」が前提とされ強い財政制約の下での議論が行われてきている。高齢化が進行し介護ニーズの高まりが必至であり、近い将来社会保障給付を賄うための税財源の確保は避けられない。その道筋がつくまでは、介護保険制度の大きな見直しは困難と受け止めざるを得ない。

そのため、介護サービスや支援を要する高齢者が必要なサービス等を受け、尊厳ある暮らしを続けられるよう、公費、保険料、自己負担、給付のあり方を含め、当面必要な財源の確保の知恵を出し合っていく必要がある。

部会では、「仮に介護納付金を総報酬割に移行すれば国費で1,100億円の財源が捻出できる」との提案がなされたが、国費の削減、国費の財源確保を目的に、被用者保険の介護納付金の算定に総報酬割を導入するという考え方では、被用者保険の被保険者および保険者は納得しがたい。

以上

2010年11月19日

社会保障審議会介護保険部会
部会長 山崎泰彦 殿

特定非営利活動法人

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

理事長 川原秀夫



地域包括ケアを実現するための小規模多機能型居宅介護についての提案

平成18年4月に地域密着型サービス・小規模多機能型居宅介護が創設され、4年半が経過し、小規模多機能型居宅介護は時間とともに発展し、進化を遂げています。制度創設当初、解釈通知（第62条）において「指定小規模多機能型居宅介護は、通いを中心として、利用者の希望や様態に応じて、随時の訪問や宿泊サービスを組み合わせてサービスを提供する」と謳われておりますが、通いを中心としたスタイルから、訪問重視型や地域生活重視型、あるいは住宅併設型等多様化してきています。

このことは、利用者主体の在宅での生活を継続するための支援のために、実践が柔軟に変化していることを表しているものであります。こうした実践を踏まえ、地域包括ケアの中心的役割を担う取り組みとして小規模多機能型居宅介護を更に発展させるために、下記提案いたします。

1. 小規模多機能型居宅介護の機能を更に高める

現在小規模多機能型居宅介護は、在宅の包括報酬となっているが、医療系サービスと福祉用具の貸与については外付けとなっている。このことについても包括報酬内に設定し、小規模多機能型居宅介護の機能を更に高める必要がある。在宅でも「施設と同じ安心」を創るためには、現在の施設や認知症グループホーム同様に報酬はワンパッケージであることが必要である。事業所が必要に応じて、そのサービスを外部との契約により提供する、または小規模多機能型居宅介護内に訪問看護機能等を内在することで、「必要な方に必要なサービスを提供する」ことが可能になる。

小規模多機能型居宅介護の機能は、通い・訪問・宿泊の機能と解されているが、それ以外の食事サービスなどの地域生活支援の機能も包括している。一部だけを外付けにするのではなく、包括の中で必要なサービスを適切に提供する仕組みにしていくことが、小規模多機能型居宅介護を更に安心できるサービスとして位置付けられるものになる。

2. ライフサポートワークによるケアマネジメント機能の充実及び整理

介護老人福祉施設や介護老人保健施設、地域密着型サービスとしては認知症対応型共同生活介護も給付管理の必要性がないサービスである。これらサービスについては一律に包括報酬であり、小規模多機能型居宅介護も在宅サービスでは唯一の包括報酬である。上記入所系サービスでは、サービス管理に重点が置かれ、在宅サービスのようにケアプランと介護計画の2つを作る必要がないため、給付管理の必要性がない。小規模多機能型居宅介護においても、上記の費用も含んだ報酬とし、必要であれば事業所の契約・連携による訪問看護や福祉用具の活用をすることで給付管理をなくし、今以上にサービス管理（ケアマネジメント機能）を徹底する。

ケアプラン作成担当者としての介護支援専門員の配置は、包括報酬の事業所には不要と考えられる。小規模多機能型居宅介護においては、ライフサポートワークを活用することで、ケアマネジメントの実践者は、現場の介護・看護職員、利用者、家族・介護者、地域住民等の「本人を支えるチーム」であることから、介護支援専門員の配置をなくし、ケアマネジメントの取りまとめ役としての計画作成担当者を強化させ、チームアプローチをさらに強化することがケアマネジメントの充実につながる。

また、小規模多機能型居宅介護の密室化の議論については、地域のセーフティネットづくりと同様に、地域評価を導入し、住民主体のシステムを導入することで、その透明性を図るものとする。

3. 柔軟な取り組みが可能になるための仕組み

事業所の規模として登録定員の最大は25人となっているが、この規模は増やすべきではない。認知症高齢者をはじめ、すべての高齢者のために利用者主体の支援を実現するためには、小規模であることが必要なことである。柔軟なケアマネジメントに基づき、臨機応変な対応が可能な範囲は、25人以下でなければ困難である。その中で、運営の厳しい事業所では、1事業所の規模を大きくするのではなく、複数の事業所が連携して、スケールメリットを働かせる仕組みが必要である。社会保障国民会議でも報告されているとおり、日常生活圏域に3か所程度の小規模多機能型居宅介護を設置することも含め、複数の事業所運営・連携により経営の安定化を図ることを目指す。そのときに運営上の連携によるメリットが働く仕組みにすべきである。

4. 小規模多機能型居宅介護の支援スタイルの変化にあわせた職員配置の実現

通いを中心とした支援では、現在規定されているとおり、通いの定員に対して3:1、訪問要員として1であり、15人の通いの定員であれば、日中帯の配置が6人ということになる。しかしながら、通い中心のスタイルから訪問も重視した多様な支援に発展を遂げている現状では、人員配置も、さまざまな状態像の利用者に応じた支援を求められる。このことには、通いに対してだけでなく、通い以外の訪問対応の利用者（在宅者）に対しても3:1の人員配置をし、在宅の安心を提供することが地域生活支援につながるものである。

5. 地域のセーフティネット

施設入所指向や在宅介護の不安は、サービスの量だけでは払しょくできない。地域包括ケア研究会で報告されている「おおむね 30 分以内（日常生活圏域）に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを 24 時間 365 日通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている」を実現するためには、具体的なサービス提供はもちろんのこと、地域包括支援センターの相談機能を生かすために、24 時間 365 日「地域の駆け込み寺」としての即時的な直接支援機能を有することが「在宅サービスの厚み」をつくることにつながる。小規模多機能型居宅介護の 24 時間 365 日の地域での生活支援の機能を活用し、総合相談機能や配食、会食、安否確認、虐待への緊急対応など生活を継続するうえでの「安心」を支援するための拠点として、小規模多機能型居宅介護を活用し地域のセーフティネットを構築することが必要である。各生活圏域に 1 ヶ所以上のセーフティネットの受け皿になる拠点を整備する必要がある。

また、小規模多機能型居宅介護に地域拠点機能を整備する際には、その運営や支援の透明性を確保する観点から、運営推進会議を核とした「地域評価」を導入し、常に住民が主体となるかわりや住民目線からの評価を導入する。