

## 第2 制度見直しの具体的内容（主なポイント）

### I. 給付の効率化・重点化

#### 1. 総合的な介護予防システムの確立

##### (1) 「予防重視型システム」への転換

- 現状における問題点を踏まえ、今後、制度全体を「予防重視型システム」へ転換していくことが必要である。

（現状における主な問題点）

- ・ 介護予防に関連する制度・事業は一貫性・連続性に欠け、内容が不十分。
- ・ 要支援、要介護1が増加し全体の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、利用者の状態の改善につながっていないとの指摘。

##### (2) 「総合的な介護予防システム」の確立のための制度見直し

###### ① 市町村を責任主体とする「統一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。

※ 介護保険制度に基づく事業に位置づけることも検討。

###### ③ 介護保険制度における要支援、要介護1などの軽度者を対象とした「新・予防給付」の創設。

※ 「新・予防給付」

- ・ 高齢者の状態像に合った「介護予防プラン」を策定。サービスについては、既存サービスを介護予防の視点から見直すとともに、筋力向上トレーニング（機械器具を使うものに限らない）、転倒骨折予防、低栄養改善、口腔ケア、閉じこもり予防等の新たなサービスの導入を検討。

##### (3) 関連サービスの見直し

###### ① 訪問介護

- ・ 現行区分（身体介護、生活援助）を行為別、機能別に再編する。「家事代行」型サービスについては、給付の対象、期間等について見直しを検討する（これに対して慎重に対応すべきとの意見があった。）。

###### ② 通所系サービス

- ・ 通所介護、通所リハビリテーションを一元化し、機能別に類型化して再編する。

###### ③ 短期入所

- ・ 利用の実態（計画的利用、緊急的利用）を踏まえた見直し。

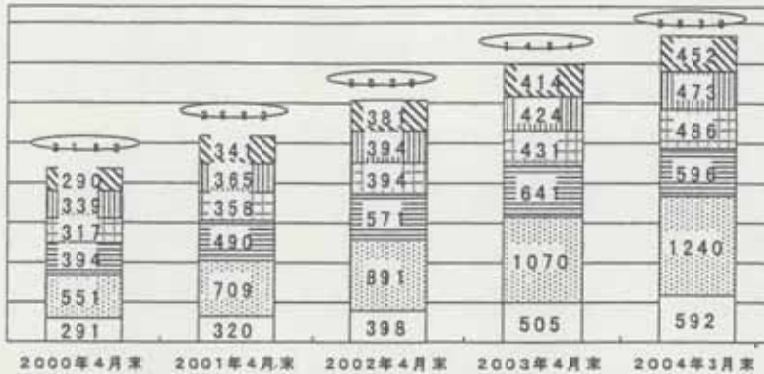
###### ④ 福祉用具

- ・ 情報提供、提供プロセスの見直し（専門職の関与等）、福祉用具購入について事業者指定制度を導入。また、給付率の在り方について見直しを検討する。

### 〈要介護度別の認定者数の推移〉

(単位:千人)

2000年4月末からの増加率

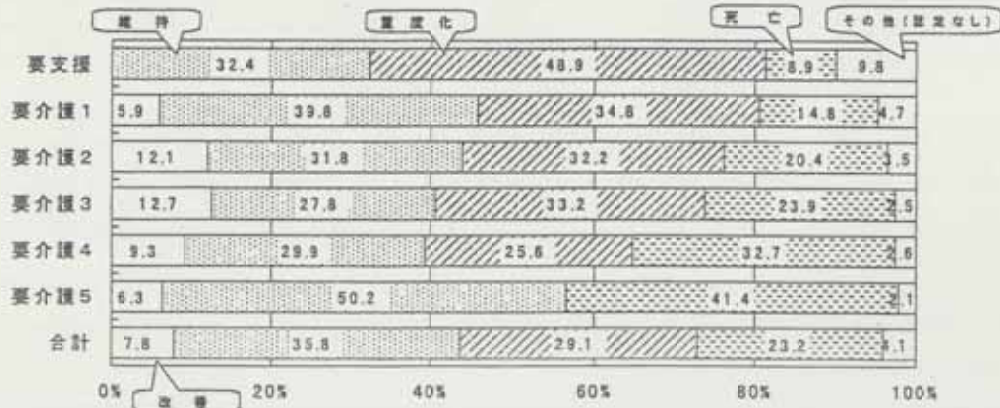


計	76%
5	56%
4	40%
3	53%
2	51%
1	125%
支	104%

● 要支援 ○ 要介護1 □ 要介護2 △ 要介護3 ▽ 要介護4 ◇ 要介護5

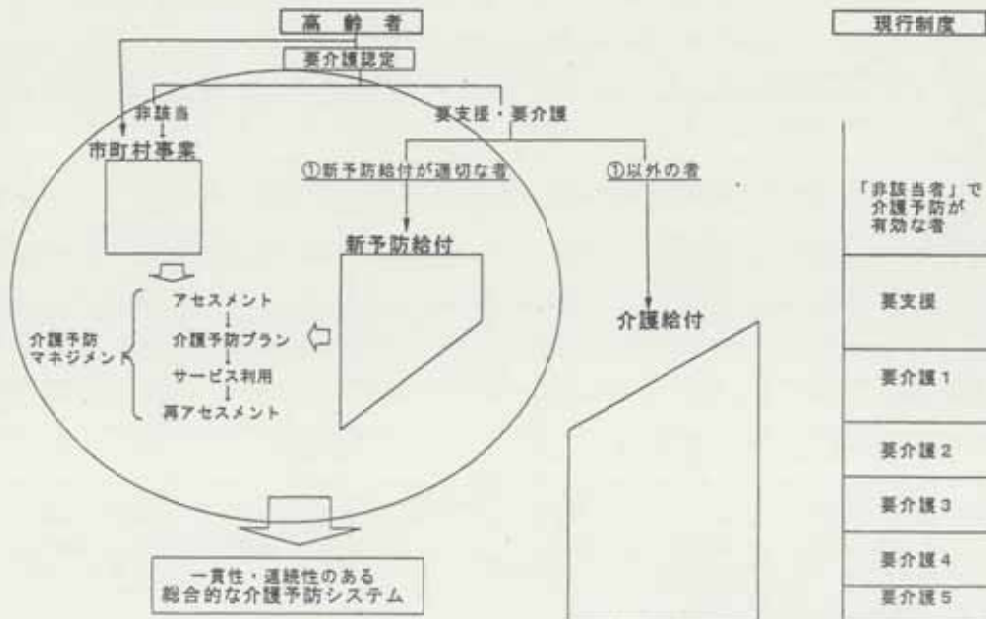
(出典:介護保険事業状況報告(2004年3月分(1月サービス分)))

### 〈要介護者の2年間の状態変化〉



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

### 〈総合的な介護予防システムの確立〉



## 2. 施設給付の見直し

### (1) 保険給付の範囲・水準の見直し

#### ① 施設給付の「範囲・水準」の見直し

- 在宅と施設の「利用者負担の不均衡是正」や「年金給付との機能の調整」の観点から、施設給付を「介護」に要する費用に重点化し、現在給付の対象となっている「居住費用や食費」について給付の範囲や水準の見直しを検討する。

- ・ この場合、低所得者に対する配慮が必要となる（年金水準との関係や社会福祉法人による減免等を勘案して検討）。
- ・ また、上記と併せ、「通所系サービス」や「短期入所」における食費等の在り方も見直しを検討する。

#### ② 給付率（利用者負担割合）の見直しについて

- 給付率の引下げ（1割の利用者負担引上げ）も選択肢の一つとして排除されるべきでないが、施設より在宅の方が負担増となる可能性もあることなどから、現時点では慎重に考えるべき。  
なお、一律ではなく、サービスの特性や市場形態等を踏まえた給付率の見直しを検討すべきとの意見も出された。

### (2) 施設サービスの在り方の見直し

#### ① 施設利用の見直し

- 施設利用についても、画一的な利用形態だけでなく、弾力的な形態を認めていくとともに、既存施設の機能を地域展開していく方向で見直すべきである。

(例)・あらかじめ期間（例えば、2～3ヶ月ごとに）を決めて、計画的に施設利用と在宅サービス利用を交互に行う「計画的な定期利用形態」などの導入。

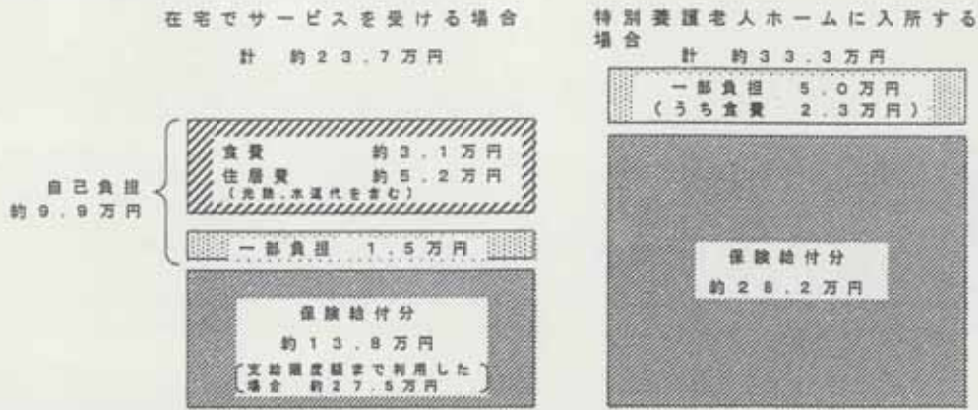
- ・ 特養の一部を地域のサテライトとして展開、老健施設の一部を在宅支援拠点として展開することなど。

- また、施設入所者の重度化の実態も踏まえ、対象者を重度者へ重点化していくことを検討する必要がある。

#### ② 施設サービスの在り方

- 施設サービスについて、個室・ユニットケアをはじめとする「個別ケアの推進」、「在宅との連携強化」、「重度化への対応」（医療との連携など）を進めていく必要がある。

### 〈在宅と施設の利用者負担の比較〉



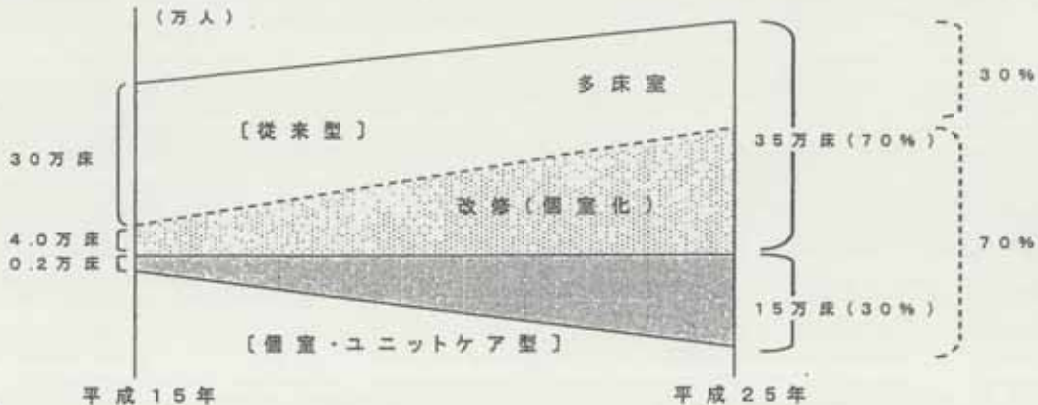
〔注1〕自身の要介護4の高齢者について比較したもの。  
 〔注2〕「保険給付」及び「一部負担」は、2003年4月～6月サービス分の介護保険からの給付実績の平均値。  
 〔注3〕在宅の「食費」及び「住居費」は、「平成14年要介護者年報」の単身の高齢者(65歳以上)のデータ。「住居費」のうち地代・家賃は押家世帯を除いて推計した。  
 〔注4〕要介護4の在宅サービスの支給限度額は、204,000円(保険給付分275,400円、一部負担20,600円)である。

	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、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、サービスに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。

### 〈今後の施設整備の方向性〉

- ・ 現状のペースで行くと、平成25年時点でも、個室・ユニットケア型の利用者は全体の3割にとどまる。(従来型の中の個室を含めても約4割。)
- ・ 個室・ユニットへ改修することを支援するため、改修方法のマニュアルを作成、配布。

#### 〈イメージ図〉



(注

1) ユニットケア型は、H15年度の新規着工分(約15200人分)が今後H24年度まで継続すると仮定。

(注2) 従来型は、H15年度の新規着工分(約840人分)が今後H24年度まで継続すると仮定。