

論点ごとの議論の状況 （参考資料）

令和元年11月27日
厚生労働省老健局

総論

これまでの18年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来18年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.6倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.2倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2018年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,492万人	1.6倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2018年4月末	
認定者数	218万人	⇒	644万人	3.0倍

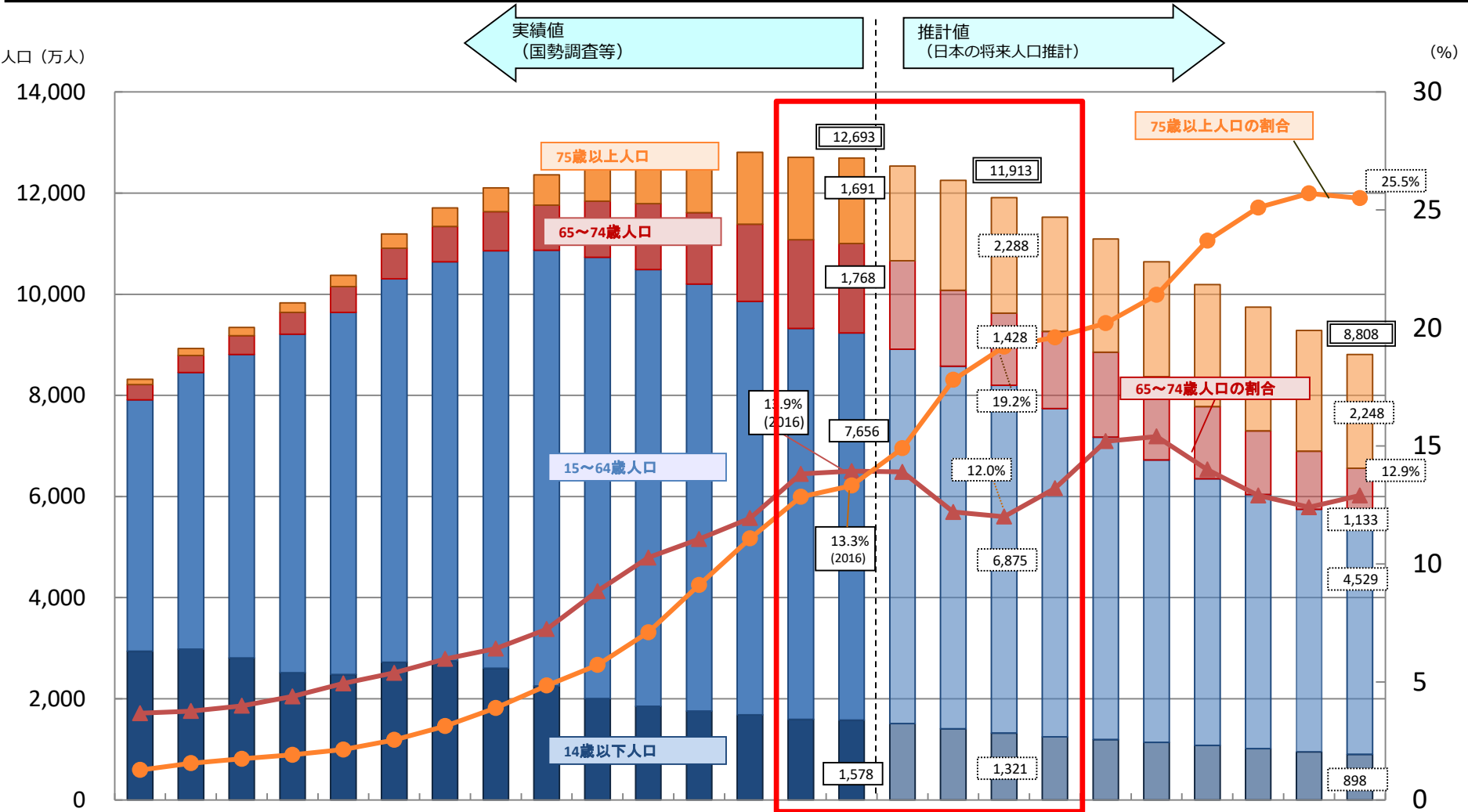
③サービス利用者の増加

	2000年4月		2018年4月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	366万人	3.8倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	93万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		84万人	
計	149万人	⇒	474万人※	3.2倍

※ 居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、並びに、介護保険施設、（出典：介護保険事業状況報告）地域密着型介護老人福祉施設、特定入所者生活介護（地域密着型含む）、及び認知症対応型共同生活介護の合計。

総人口の推移

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。



1950 1955 1960 1965 1970 1975 1980 1985 1990 1995 2000 2005 2010 2015 2016 2020 2025 2030 2035 2040 2045 2050 2055 2060 2065

資料：2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）中位推計」

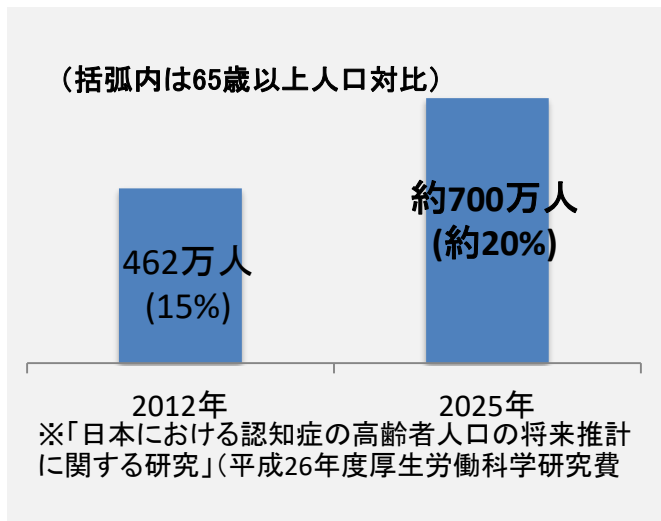
今後の介護保険をとりまく状況(1)

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,677万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,935万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

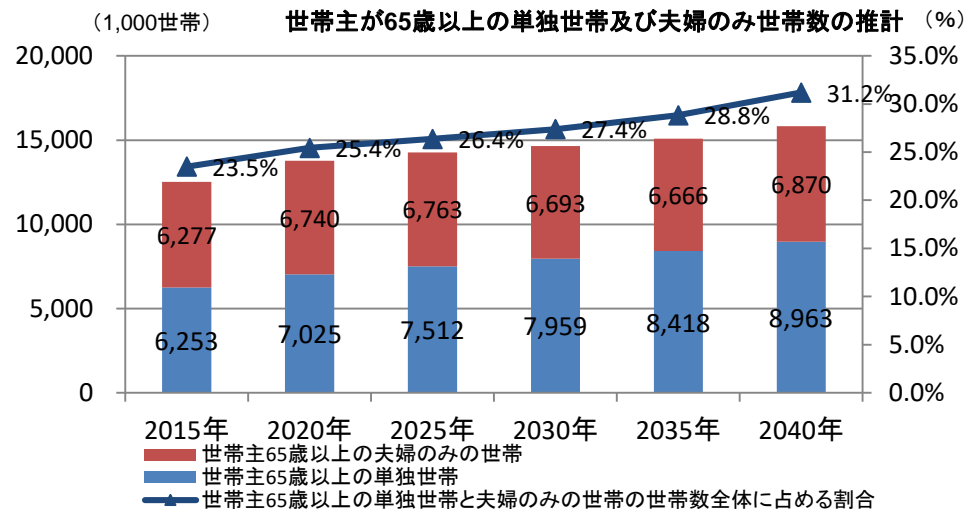
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,387万人(26.6%)	3,619万人(28.9%)	3,677万人(30.0%)	3,704万人(38.0%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,632万人(12.8%)	1,872万人(14.9%)	2,180万人(17.8%)	2,446万人(25.1%)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)(平成29(2017)年4月推計)」より作成

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(平成30(2018)年1月推計)」より作成

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

※都道府県名欄の()内の数字は倍率の順位

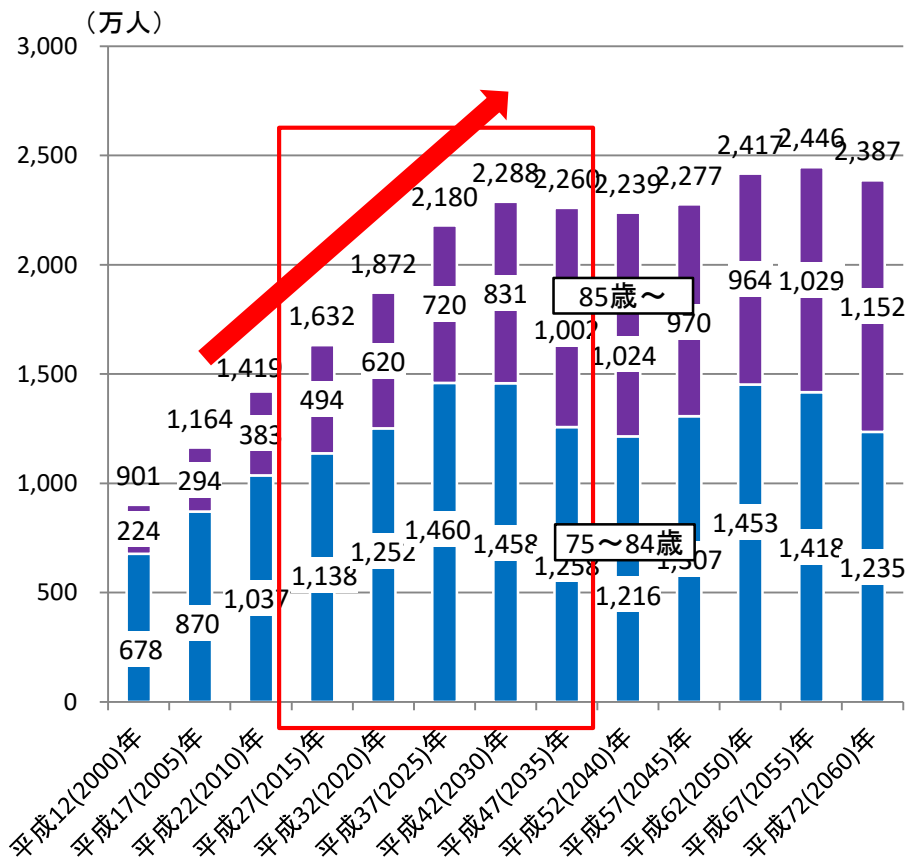
	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	~	東京都(17)	~	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	77.3万人 <10.6%>	70.7万人 <11.4%>	99.3万人 <10.9%>	80.8万人 <10.8%>	105.0万人 <11.9%>		146.9万人 <10.9%>		26.5万人 <16.1%>	18.9万人 <18.4%>	19.0万人 <16.9%>	1632.2万人 <12.8%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	120.9万人 <16.8%> (1.56倍)	107.2万人 <17.5%> (1.52倍)	146.7万人 <16.2%> (1.48倍)	116.9万人 <15.7%> (1.45倍)	150.7万人 <17.7%> (1.44倍)		194.6万人 <14.1%> (1.33倍)		29.5万人 <19.5%> (1.11倍)	20.9万人 <23.6%> (1.11倍)	21.0万人 <20.6%> (1.10倍)	2180.0万人 <17.8%> (1.34倍)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」より作成

今後の介護保険をとりまく状況(2)

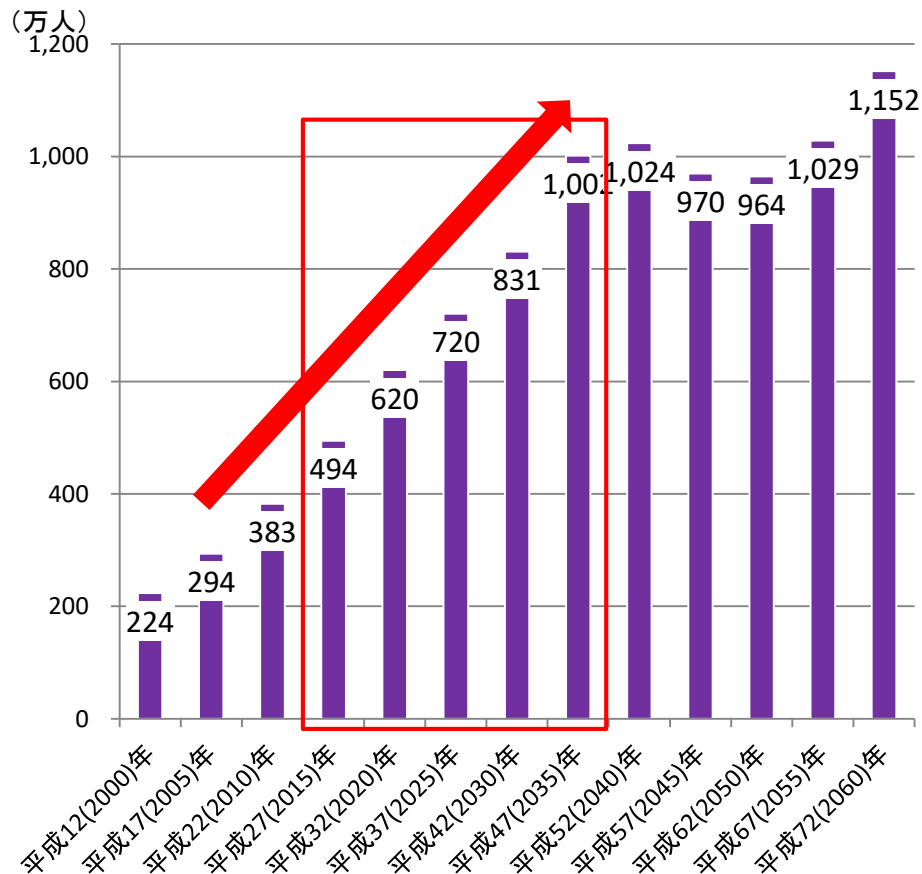
75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。



85歳以上の人口の推移

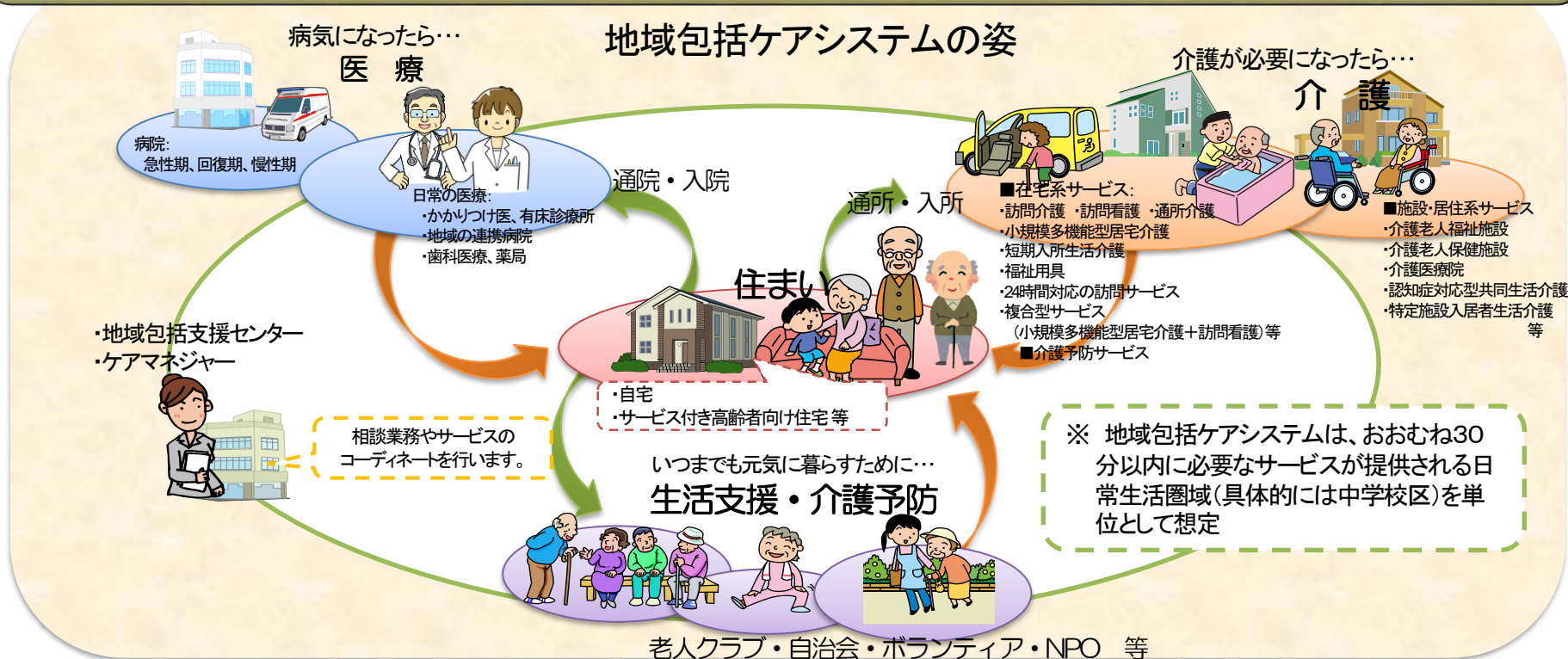
○85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

地域包括ケアシステムの構築について

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



1. 介護予防・健康づくりの推進 （健康寿命の延伸）

介護保険の保険給付等

・保険給付

・介護給付

・予防給付

・市町村特別給付

(条例で定めて行うことができる市町村の独自給付、財源は1号保険料)

介護給付	予防給付	
居宅介護サービス費	介護予防サービス費	介護保険のサービス費の支給は、代理受領方式で現物給付化されている
地域密着型介護サービス費	地域密着型介護予防サービス費	
施設介護サービス費	—	
居宅介護サービス計画費(ケアマネ)	介護予防サービス計画費(ケアマネ)	
特定入所者介護サービス費(補足給付)	特定入所者介護予防サービス費(補足給付)	
居宅介護福祉用具購入費	介護予防福祉用具購入費	左の給付は、償還払いが原則 (一部の自治体で、福祉用具購入費、住宅改修費、施設の高額介護(予防)サービス費は、受領委任方式が行われている。)
居宅介護住宅改修費	介護予防住宅改修費	
高額介護サービス費	高額介護予防サービス費	
高額医療合算介護サービス費	高額医療合算介護予防サービス費	

・地域支援事業

・介護予防・日常生活支援総合事業
 ・包括的支援事業
 ・任意事業

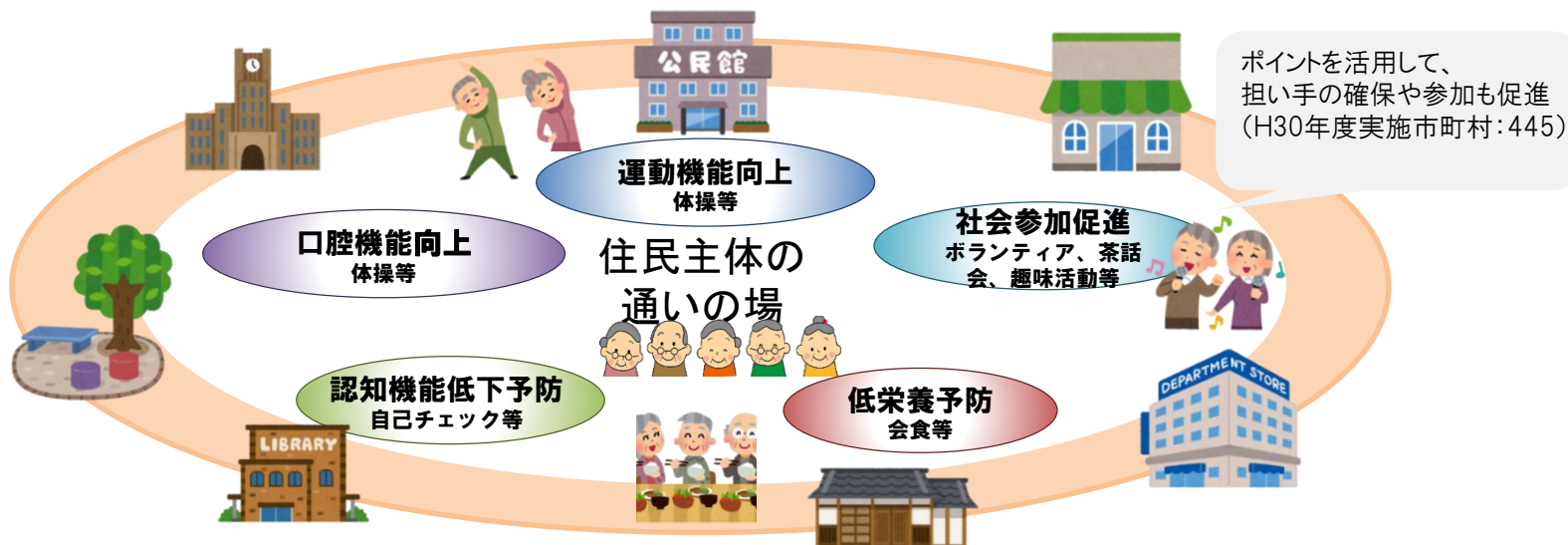
・介護予防・生活支援サービス事業
 (訪問型サービス、通所型サービス、介護予防支援事業等)
 ・一般介護予防事業

・保健福祉事業

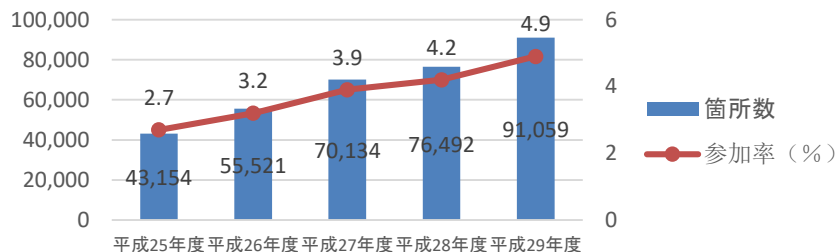
(条例で定めて行うことができる市町村の独自事業、財源は1号保険料)

住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）

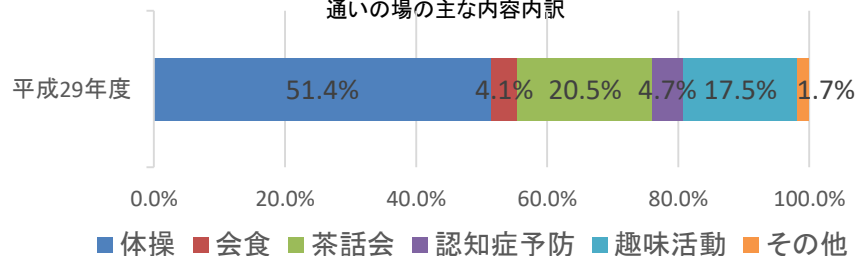
- 住民主体の通いの場の取組について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進
- 通いの場の数や参加率は増加・上昇傾向にあり、取組内容としては体操、茶話会、趣味活動の順が多い。



(箇所数(箇所)) 通いの場の数と参加率の推移 (参加率(%))



通いの場の主な内容内訳



(参考) 事業の位置づけ: 介護予防・日常生活支援総合事業

○ 介護予防・生活支援サービス事業

○ 一般介護予防事業

・ 地域介護予防活動支援事業

・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

【財源構成】

国: 25%、都道府県: 12.5%、市町村12.5%

1号保険料: 23%、2号保険料: 27%

(※) 介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与 445市町村

うち、高齢者等による介護予防に資するボランティア活動に対するポイントの付与 378市町村

(介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(平成29年度実施分)に関する調査)

居宅介護支援・介護予防支援の概要・基準

1 居宅介護支援

<定義> 【法第8条第24項】

- 居宅の要介護者が居宅サービス等の適切な利用ができるように、
 - ① 要介護者の心身の状況、置かれている環境、要介護者や家族の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成
 - ② 居宅サービス計画に基づくサービス提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整
 - ③ 介護保険施設等への入所が必要な場合における紹介 等を行うこと。

<人員基準> 【居宅介護支援 運営基準第2条・第3条】

- 従業者：事業所ごとに常勤の介護支援専門員を1人以上配置（利用者35人：介護支援専門員1人を基準）
- 管理者：事業所ごとに常勤専従の主任介護支援専門員（※）を配置
（※）令和3年3月までは、常勤専従の介護支援専門員の配置も可能とする経過措置あり。

2 介護予防支援

<定義> 【法第8の2条第16項】

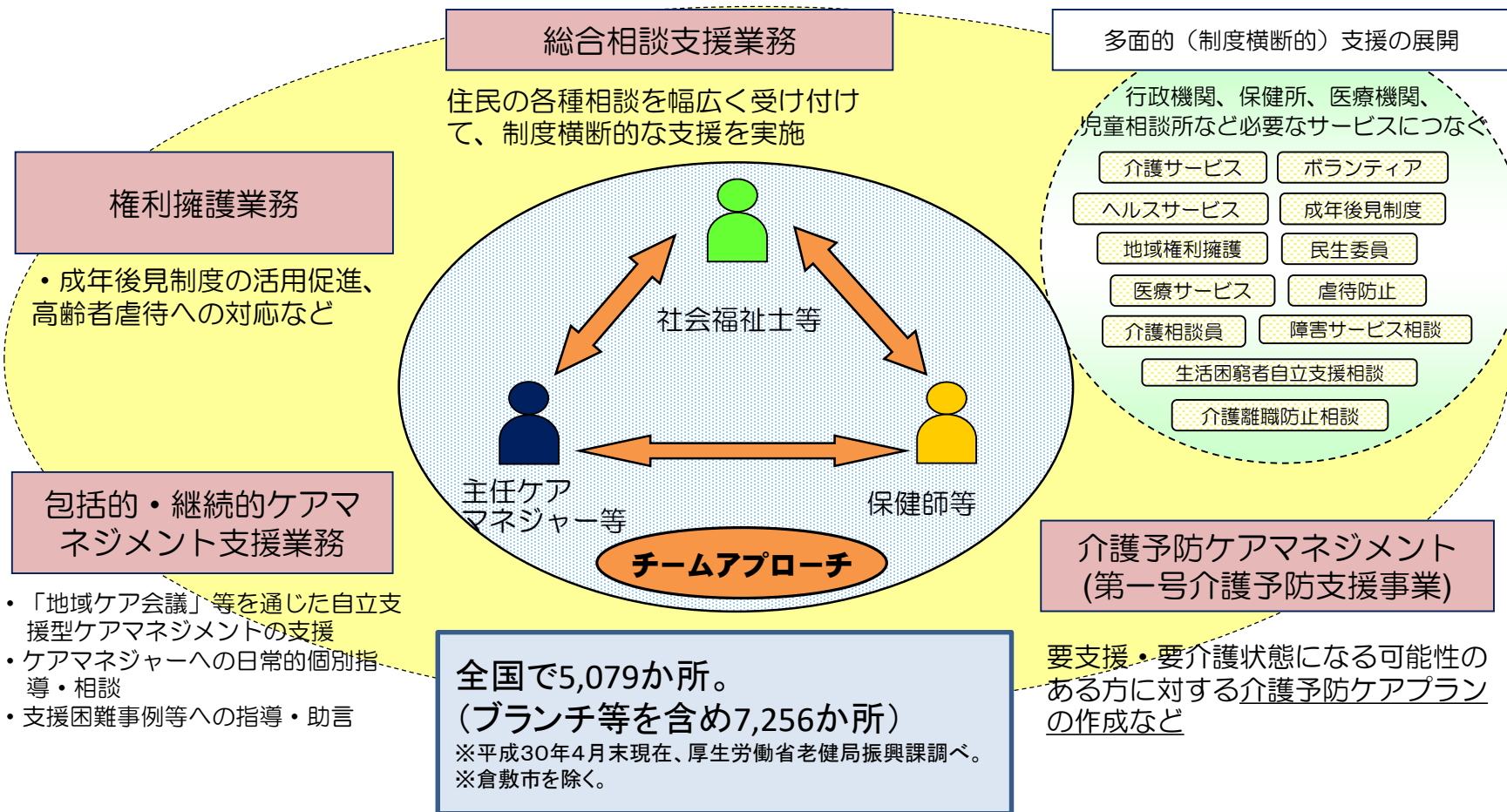
- 居宅の要支援者が介護予防サービス等の適切な利用ができるように、市町村が設置する地域包括支援センターが、
 - ① 要支援者の心身の状況、置かれている環境、要介護者や家族の希望等を勘案し、介護予防サービス計画を作成
 - ② 介護予防サービス計画に基づくサービス提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整 等を行うこと。

<人員基準> 【介護予防支援 運営基準第2条・第3条】

- 従業者：事業所ごとに担当職員（※）を1人以上配置
（※）①保健師、②介護支援専門員、③社会福祉士、④経験ある看護師、⑤高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事 のいずれかの要件を満たす者であって、介護予防支援業務に関する必要な知識及び能力を有する者。
- 管理者：事業所ごとに常勤専従の者を配置

地域包括支援センターについて

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設。（介護保険法第115条の46第1項）



2. 保険者機能の強化

(地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化)

【平成29年介護保険法改正】保険者機能強化推進交付金(介護保険における自治体への財政的インセンティブ)

令和元年度予算額 200億円

趣旨

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための新たな交付金を創設

概要

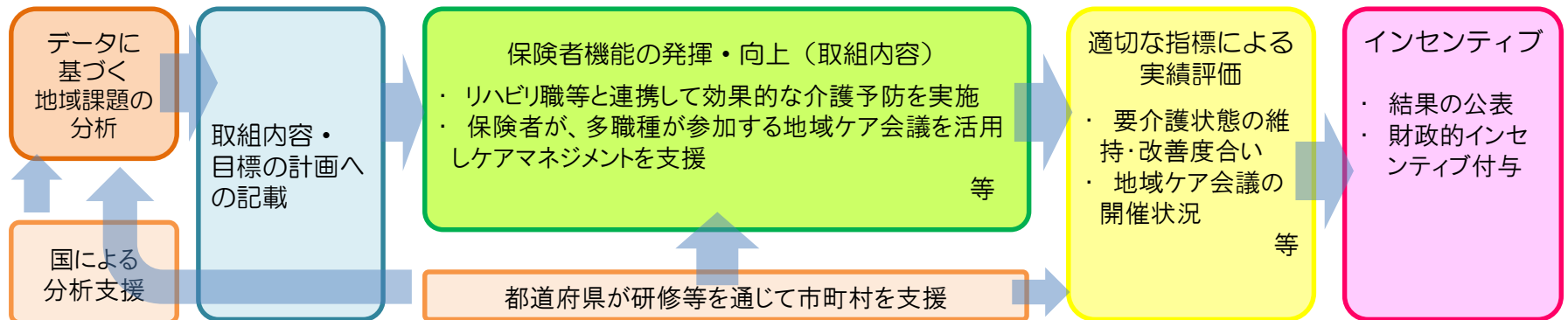
<市町村分(200億円のうち190億円程度)>

- 1 交付対象 市町村(特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。)
- 2 交付方法 評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて分配
- 3 活用方法 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当
なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者におかれては、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要取組を進めていくことが重要

<都道府県分(200億円のうち10億円程度)>

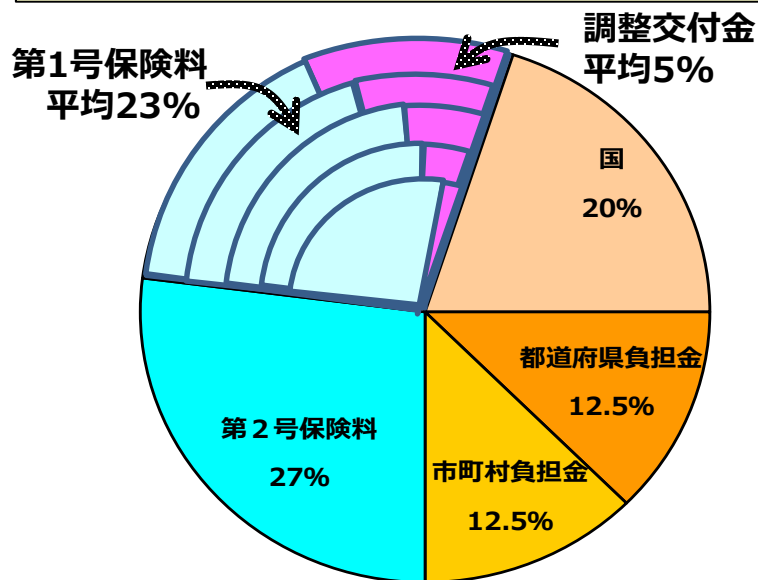
- 1 交付対象 都道府県
- 2 交付方法 評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて分配
- 3 活用方法 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業(市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等)の事業費に充当

<参考>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



調整交付金について

「後期高齢者比率が高いことによる給付増」と、「被保険者の所得水準が低いことによる収入減」を、国庫負担金25%のうち5%分を用いて財政調整。市町村間の財政力の差を解消。



1. 後期高齢者加入割合の違い

- ・前期高齢者（65歳～74歳）：認定率 約4.3%
- ・後期高齢者（75歳～84歳）：認定率 約19.4%
- ・後期高齢者（85歳～）：認定率 約59.6% ※平成30年時点

後期高齢者の構成割合が大きい市町村

→ 保険給付費が増大 → 調整しなければ、保険料が高くなる

2. 被保険者の所得水準の違い

所得の高い高齢者が相対的に多い市町村

→ 調整しなければ、同じ所得でも、保険料は低くてすむ

所得の低い高齢者が相対的に多い市町村

→ 調整しなければ、同じ所得でも、保険料は高くなる

調整交付金の財政調整の例

A町

後期高齢者(75歳以上)が多い被保険者
低所得の高齢者が多い被保険者

調整交付金が5%であれば、11,200円

実際は6,200円

調整交付金を多く(14.5%)支給



B市

後期高齢者が少ない被保険者
低所得の高齢者が少ない被保険者

実際は、4,950円
調整交付金5%であれば、4,050円



調整交付金なし

【調整交付金の役割】

- ・ 保険者の給付水準が同じであり、
- ・ 収入が同じ被保険者であれば、**保険料負担額が同一**となるよう調整するもの。

(※) 調整交付金の計算方法

各市町村の普通調整交付金の交付額
= 当該市町村の標準給付費額 × 普通調整交付金の交付割合 (%)

普通調整交付金の交付割合 (%)
= 2.8% - (2.3% × 後期高齢者加入割合補正係数 × 所得段階別加入割合補正係数)

介護関連データベースの構成



介護保険総合データベース（介護DB）

- 市町村から要介護認定情報(2009年度～)、介護保険レセプト情報(2012年度～)を収集。
- 2018年度より介護保険法に基づきデータ提供義務化。
- 2018年度に「要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関するガイドライン」を発出し、データの第三者提供を開始。
- 地域包括ケア「見える化」システムにも活用

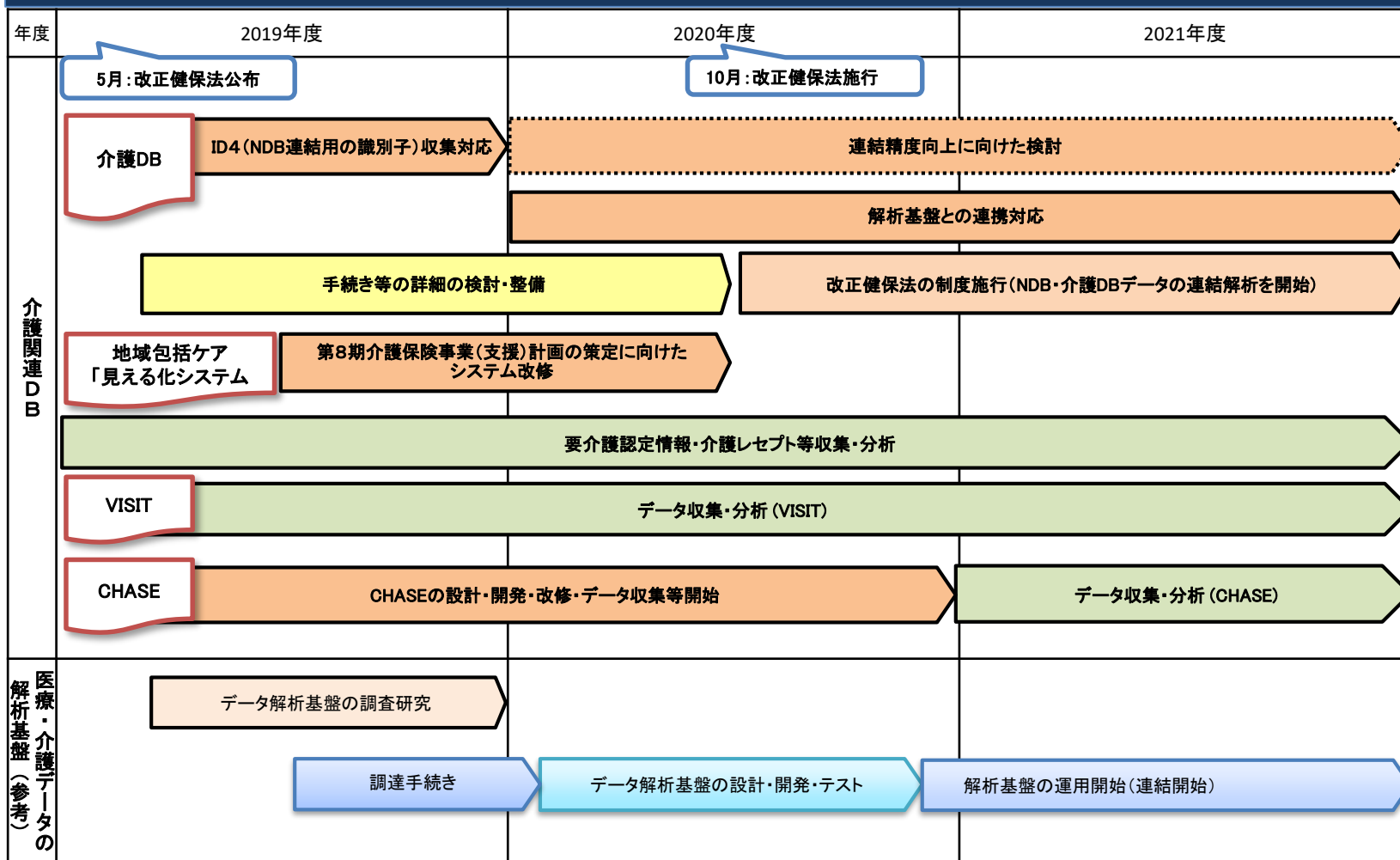
通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業のデータ

- 通称“VISIT” (monitoring & eValuation for rehabIilitation ServIces for long-Term care)
- 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集(2017年度～)。
- 2018年度介護報酬改定で、データ提出を評価するリハビリマネジメント加算(IV)を新設。
- 2019年3月末時点で577事業所が参加。
- 利用者単位のフィードバックに加えて、2019年3月より事業所単位でのフィードバックを開始。

上記を補完する高齢者の状態・ケアの内容等のデータ

- 通称“CHASE” (CAre, HEalth STatus & EEnts)
- 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において具体的な内容を検討し、2018年3月の中間報告で、データベースに用いる初期項目(265項目)を選定。
- 2019年7月に報告書を取りまとめ。
- 2019年度中にデータベースの開発を行い、2020年度から運用を開始する予定。

介護データ等に関する工程表（イメージ）



※ 検討状況により変更の可能性がある

保健医療等情報の連結推進に向けた被保険者番号活用の仕組みについて

現状・課題

- 公的データベース等の保健医療等情報の名寄せや連結解析等の精度向上を図ることが重要

政府における検討状況

- 成長戦略フォローアップ（2019年6月21日閣議決定）において令和3年度からの運用開始を目指すこととされている
 - Ⅱ. 全世代型社会保障への改革 5. 次世代ヘルスケア
 - ・ また、医療等分野における識別子(ID)については、オンライン資格確認システムを基盤として、個人単位化される被保険者番号を活用した医療等分野の情報の連結の仕組みの検討を進め、必要な法的手当を行い、令和3年度からの運用開始を目指す。
- 有識者による検討会（医療等情報の連結推進に向けた被保険者番号活用の仕組みに関する検討会）を本年7月に立ち上げ、2021年度からの運用開始を目指し、具体的なスキームや、活用主体、管理・運営主体等を具体化するため、本年10月2日に報告書を取りまとめ

想定している仕組み

- **オンライン資格確認の基盤を活用し、個人単位化される被保険者番号及びその履歴を活用する。**
- **被保険者番号履歴の活用主体（被保険者番号の履歴を照会するデータベースの保有主体）**
 - ① データの収集根拠、利用目的等が法律（下位法令含む）で明確にされていること
 - ② 保有するデータの性質に応じて講ずべき安全管理措置等が個別に検討され、確保されているものであること
 - ③ データの第三者提供が行われる場合は、提供スキームが法律に規定され、提供先に係る照合禁止規定など必要な措置が設けられていること **が必要**
- ・ これらの要件を満たすデータベース（NDB、介護保険総合データベース、DPCデータベース等）で、履歴照会・回答システムを活用するかどうかは、各データベースごとに検討し、関係法令の整備を含め、必要な措置が行われる必要がある
- ※ このシステムの利用に当たっては、その便益を受ける主体が費用（ランニングコスト）負担することを原則とする
- **被保険者番号履歴の照会を受け、回答を行う主体**
 - ・ オンライン資格確認の運営主体となることが想定されている社会保険診療報酬支払基金等が、当該仕組みの管理・運営を適切に行うことが妥当

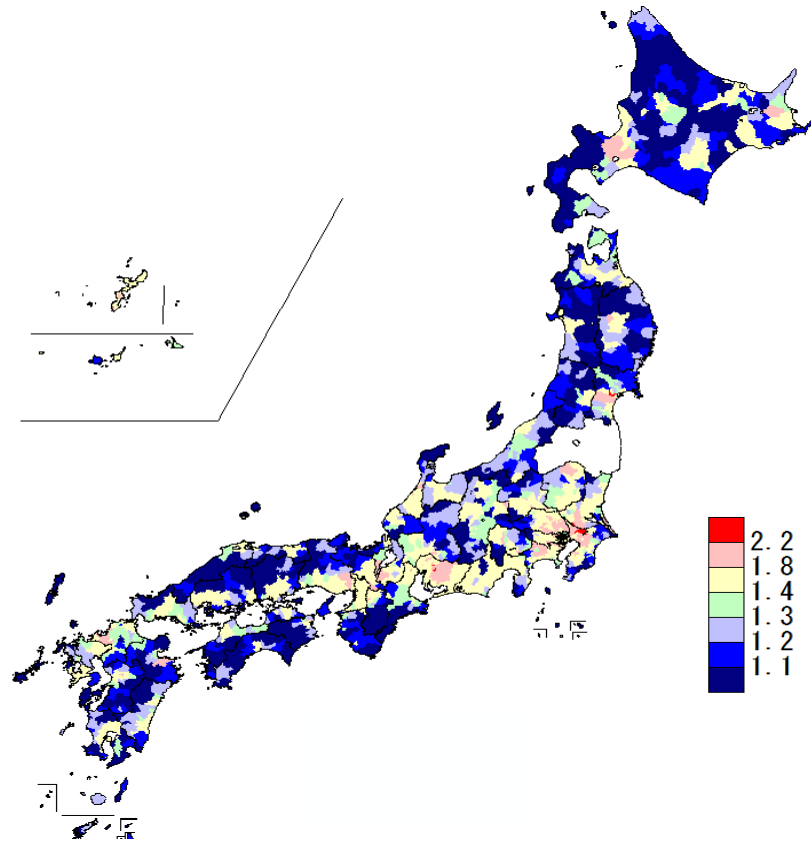
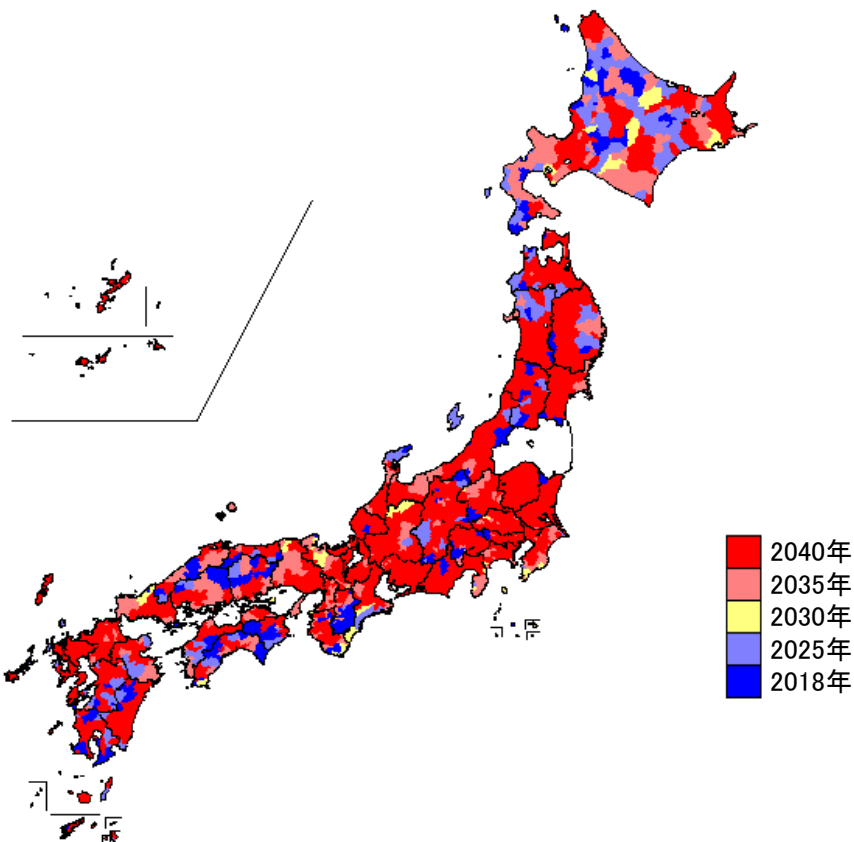
3. 地域包括ケアシステムの推進 **(多様なニーズに対応した介護の提供・整備)**

保険者別の介護サービス利用者数の見込み

- 各保険者(福島県内の保険者を除く)における、2040年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者が多い。
- また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2018年の利用者数との比(増加率)をみると、ほとんど増加しない保険者がある一方、2倍超となる保険者も存在する。

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年】

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年の利用者数の増加率】



※ 2018年度介護保険事業状況報告(厚生労働省)、2017年度介護給付費等実態調査(厚生労働省)から、保険者別の年齢階級別・サービス類型別・要介護度別利用率を算出し、当該利用率に推計人口(日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)を乗じて、2025年以降5年毎に2040年までの保険者別の推計利用者数を作成(推計人口が算出されていない福島県内の保険者を除く)。

介護保険事業(支援)計画について

- 保険給付の円滑な実施のため、3年間で1期とする介護保険事業(支援)計画を策定している。

国の基本指針(法第116条)、平成30年厚生労働省告示第57号

- 介護保険法第116条第1項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の推進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める
※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

市町村介護保険事業計画(法第117条)

- 区域(日常生活圏域)の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標
- その他の事項

保険料の設定等

- 保険料の設定
- 市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

都道府県介護保険事業支援計画(法第118条)

- 区域(老人福祉圏域)の設定
- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)
※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる(任意)
- 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標
- その他の事項

基盤整備

- 都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

第7期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

平成29(2017)年度
実績値 ※1

平成32(2020)年度
推計値 ※2

平成37(2025)年度
推計値 ※2

○ 介護サービス量

	平成29(2017)年度 実績値 ※1	平成32(2020)年度 推計値 ※2	増減率	平成37(2025)年度 推計値 ※2	増減率
在宅介護	343 万人	378 万人	(10%増)	427 万人	(24%増)
うちホームヘルプ	110 万人	122 万人	(11%増)	138 万人	(26%増)
うちデイサービス	218 万人	244 万人	(12%増)	280 万人	(28%増)
うちショートステイ	39 万人	43 万人	(9%増)	48 万人	(23%増)
うち訪問看護	48 万人	59 万人	(22%増)	71 万人	(47%増)
うち小規模多機能	10 万人	14 万人	(32%増)	16 万人	(55%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	1.9 万人	3.5 万人	(84%増)	4.6 万人	(144%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	0.8 万人	2.1 万人	(172%増)	2.9 万人	(264%増)
居住系サービス	43 万人	50 万人	(17%増)	57 万人	(34%増)
特定施設入居者生活介護	23 万人	28 万人	(21%増)	32 万人	(41%増)
認知症高齢者グループホーム	20 万人	22 万人	(13%増)	25 万人	(26%増)
介護施設	94 万人	103 万人	(9%増)	115 万人	(22%増)
特養	59 万人	65 万人	(11%増)	73 万人	(25%増)
老健	36 万人	38 万人	(6%増)	41 万人	(17%増)
介護医療院	-	1.5 万人		6.4 万人	
(参考)					
介護療養型医療施設	5.0 万人	4.0 万人		-	

※1) 2017年度の数値は介護保険事業状況報告(平成29年12月月報)による数値で、平成29年10月サービス分の受給者数(1月当たりの利用者数)。

在宅介護の総数は、便宜上、同報の居宅介護支援・介護予防支援、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスの受給者数の合計値。

在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護(予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は、119万人)、訪問リハ(予防給付を含む。)、夜間対応型訪問介護の合計値。デイサービスは通所介護(予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は229万人)、通所リハ(予防給付を含む。)、認知症対応型通所介護(予防給付を含む。)、地域密着型通所介護の合計値。ショートステイは、短期入所生活介護(予防給付を含む。)、短期入所療養介護(予防給付を含む。)の合計値。居住系サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを含む。

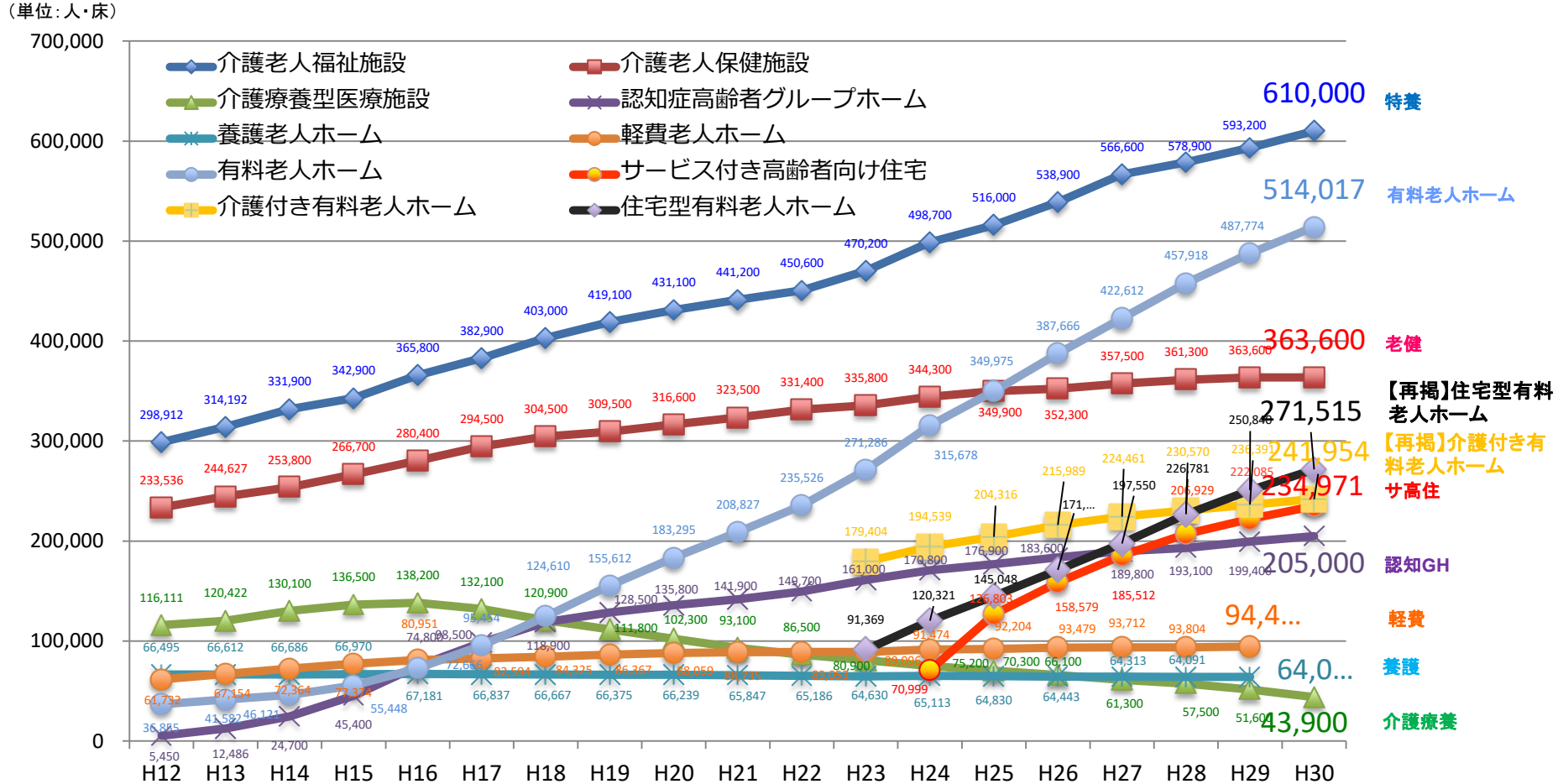
※2) 平成32(2020)年度及び平成37(2025)年度の数値は、全国の保険者が作成した第7期介護保険事業計画における推計値を集計したもの。

なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

※介護離職ゼロに向けた基盤整備の対象サービス

： 特養、老健、ケアハウス、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、認知症GH、サービス付き高齢者向け住宅

高齢者向け住まい・施設の利用者数



※1: 介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査(10月審査分)【H14~H29】」及び「介護給付費等実態統計(10月審査分)【H30~】」による。

※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。

※3: 認知症高齢者グループホームは、H12~H16は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。(短期利用を除く)

※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24~H29は基本票の数値。(利用者数ではなく定員数)

※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果による。(利用者数ではなく定員数)

※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(9/30時点)」による。(利用者数ではなく登録戸数)

療養病床等の概要

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの。
- **医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。**
- **要介護高齢者の長期療養・生活施設である新たな介護保険施設「介護医療院」を創設。(平成30年4月施行)**

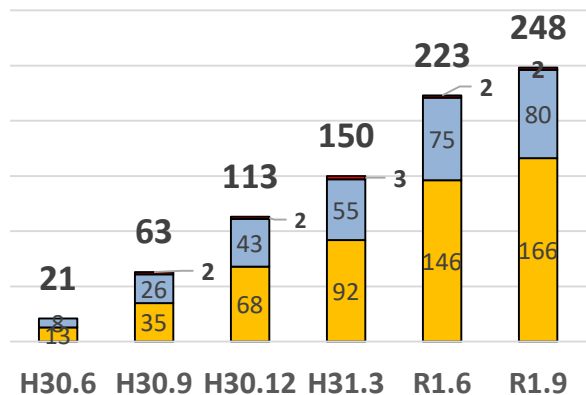
	医療療養病床		介護療養病床	介護医療院		介護老人 保健施設	特別養護老人 ホーム	
	療養1・2 (20対1)	経過措置 (25対1)		I型	II型			
概要	病院・診療所の病床のうち、 主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの ※療養1・2は医療区分2・3の患者がそれぞれ8割・5割以上		病院・診療所の病床のうち、 長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等 を提供するもの	要介護者の 長期療養・生活施設		要介護者にリハビリ等を提供し、 在宅復帰を目指す施設	要介護者のための 生活施設	
病床数	約15.9万床 ※1	約5.8万床 ※1	約 3.6万床 ※2	約1.1万療養床 ※3	約4.5千療養床 ※3	約37.2万床 ※4 (うち介護療養型: 約0.9万床 ※3)	約54.2万床 ※4	
設置根拠	医療法(医療提供施設)							
	医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) 介護保険法(介護療養型医療施設)	介護保険法(介護医療院)		介護保険法 (介護老人保健施設)	老人福祉法 (老人福祉施設)	
施設基準	医師	48対1(3名以上)		48対1 (3名以上。宿直を行う医師を置かない場合は1名以上)	100対1	100対1 (1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数	
	看護職員	※5 4対1 (5年度末まで、6対1で可)	2対1 (3対1)	6対1	6対1	6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員	4対1 (5年度末まで、6対1で可)		6対1～4対1 療養機能強化型は5対1～4対1	5対1～4対1	6対1～4対1		
面積	6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡以上 ※6		8.0㎡ ※7	10.65㎡ (原則個室)	
設置期限	—		令和5年度末	(平成30年4月施行)		—	—	

※1 保険局医療課調べ(平成29年7月1日) ※2 病院報告(令和元年5月分概数) ※3 介護医療院開設移行等支援事業調査(令和元年9月末時点) ※4 介護サービス施設・事業所調査(平成29年10月1日)
 ※5 医療療養病床にあっては看護補助者。 ※6 大規模改修まで6.4㎡以上で可。 ※7 介護療養型は大規模改修まで6.4㎡以上で可。

介護医療院等（開設状況）について

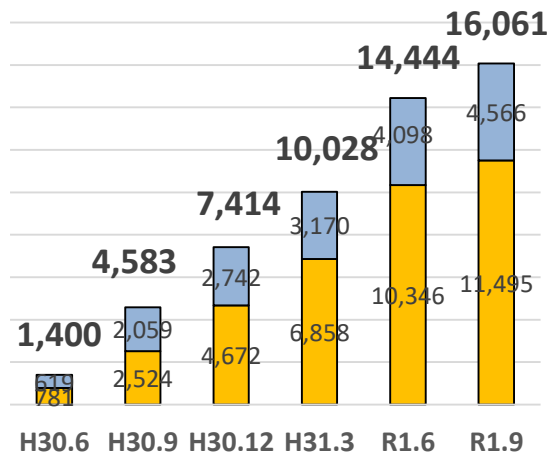
○令和元年9月末時点での介護医療院開設数は、248施設・16,061療養床であった。

施設数の推移



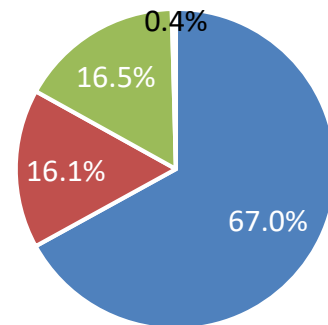
- I型II型混合の施設
- II型みの施設
- I型みの施設

療養床数の推移



- I型療養床
- II型療養床

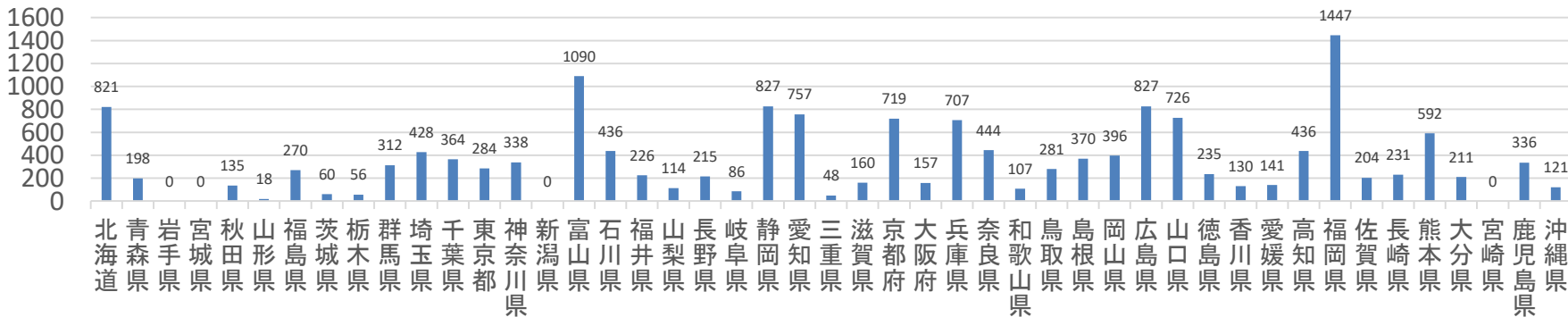
転換元の病床割合
(令和元年9月末時点)



- 介護療養病床
- 介護療養型老人保健施設
- 医療療養病床
- その他

(床)

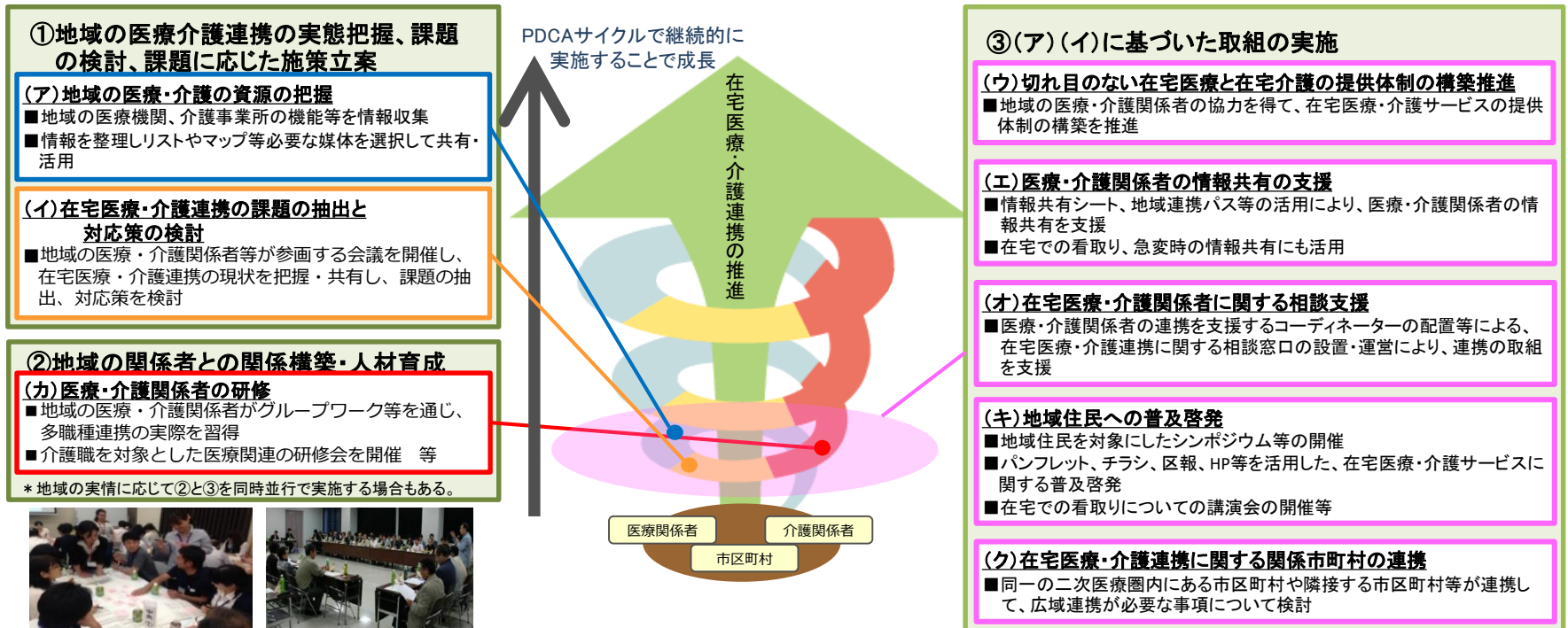
令和元年9月末時点での都道府県別の療養床数



在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。

事業項目と事業の進め方のイメージ



* 図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

4. 認知症施策の総合的な推進

【参考】 認知症の人の将来推計について

- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合：19%。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合：20.6%。
- ※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。
- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

65歳以上の要支援・要介護認定者のうち、一次判定時の認定調査結果における認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上、Ⅱ以上及びⅢ以上の者の割合

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上の者の割合 (一次判定時)	45.2%	56.8%	92.1%	89.0%	93.1%	94.5%	97.1%	81.4%
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合 (一次判定時)	8.8%	8.8%	72.9%	69.5%	80.6%	84.4%	92.1%	59.6%
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者の割合 (一次判定時)	0.1%	0.1%	3.2%	18.0%	46.2%	57.0%	78.6%	25.5%

※ 上記の「認知症高齢者の日常生活自立度」は、まずは、認定調査員が訪問調査時に記録するものであるが、要支援・要介護度の審査の際には、認定調査票や主治医意見書を勘案し、修正の必要性の有無を含め、介護認定審査会において総合的に判断される。

(参考)認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

これまでの主な取組

- ① 平成12年に**介護保険法を施行**。認知症ケアに多大な貢献。
 - ・認知症に特化したサービスとして、認知症グループホームを法定。
 - ・介護保険の要介護（要支援）認定者数は、制度開始当初218万人→2018年4月末644万人と3倍に増加。
 - ・要介護となった原因の第1位は認知症。
- ② 平成16年に「**痴呆**」→「**認知症**」へ用語を変更。
- ③ 平成17年に「**認知症サポーター（※）**」の養成開始。
※90分程度の講習を受けて、市民の認知症への理解を深める。
- ④ 平成26年に**認知症サミット日本後継イベントの開催**。
※総理から新たな戦略の策定について指示。
- ⑤ 平成27年に関係12省庁で**新オレンジプランを策定**。（平成29年7月改定）
- ⑥ 平成29年に**介護保険法の改正**。
※新オレンジプランの基本的な考え方として、介護保険法上、以下の記載が新たに盛り込まれた。
 - ・認知症に関する知識の普及・啓発
 - ・心身の特性に応じたリハビリテーション、介護者支援等の施策の総合的な推進
 - ・認知症の人及びその家族の意向の尊重 等
- ⑦ 平成30年12月に**認知症施策推進関係閣僚会議が設置**。
- ⑧ 令和元年6月に**認知症施策推進大綱が関係閣僚会議にて決定**。

認知症施策の総合的な推進について

- 平成27年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定し、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることが出来る社会の実現に向けた取組みを進めてきた。
- 平成30年12月には、認知症に係る諸問題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的に対策を推進することを目的として「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、本年6月18日に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。

認知症施策推進大綱(概要)(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定)

【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」※1と「予防」※2を車の両輪として施策を推進

※1 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味

※2 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味



コンセプト

- **認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、多くの人にとって身近なものとなっている。**
- 生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、**住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。**
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、**予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。**また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

具体的な施策の5つの柱

- ① **普及啓発・本人発信支援**
 - ・企業・職域での認知症サポーター養成の推進
 - ・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開 等
- ② **予防**
 - ・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
 - ・エビデンスの収集・普及 等
- ③ **医療・ケア・介護サービス・介護者への支援**
 - ・早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
 - ・家族教室や家族同士のピア活動等の推進 等
- ④ **認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援**
 - ・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
 - ・企業認証・表彰の仕組みの検討
 - ・社会参加活動等の推進 等
- ⑤ **研究開発・産業促進・国際展開**
 - ・薬剤治験に即応できるコホートの構築 等

認知症の人や家族の視点を重視

対象期間：2025（令和7）年まで

< 認知症施策推進大綱（抜粋） >

1 普及啓発・本人発信支援 基本的な考え方

- 地域や職域で認知症の人や家族を手助けする認知症サポーターの養成を進めるとともに、生活環境の中で認知症の人と関わる機会が多いことが想定される小売業・金融機関・公共交通機関等の従業員等向けの養成講座の開催の機会の拡大や、学校教育等における認知症の人などを含む高齢者への理解の推進、地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する総合相談窓口である地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターの周知の強化に取り組む。
- 地域で暮らす認知症の人本人とともに普及啓発を進め、認知症の人本人が自らの言葉で語り、認知症になっても希望を持って前を向いて暮らすことができている姿等を積極的に発信していく。
- 地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する総合相談窓口である地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターを含めた認知症に関する相談体制を地域ごとに整備し、ホームページ等を活用した窓口へのアクセス手段についても総合的に整備する。また、その際に「認知症ケアパス」を積極的に活用し、認知症に関する基礎的な情報とともに、具体的な相談先や受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする。

< 認知症施策推進大綱（抜粋） >

2 予防

基本的な考え方

- 認知症予防には、認知症の発症遅延や発症リスク低減（一次予防）、早期発見・早期対応（二次予防）、重症化予防、機能維持、行動・心理症状（以下「BPSD」という。）の予防・対応（三次予防）があり、本大綱における「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味である。
- 地域において高齢者が身近に通える場を拡充するとともに、認知症の人のみならず一般住民や高齢者全般を対象に整備されている社会参加活動・学習等の活動の場も活用し、認知症予防に資する可能性のある活動を推進する。
- エビデンスの収集・分析を進め、認知症予防のための活動の進め方に関する手引きを作成する。自治体における認知症の予防に資すると考えられる活動事例を収集し横展開を図る。
- 認知症予防に資すると考えられる民間の商品やサービスに関して、評価・認証の仕組みを検討する。

< 認知症施策推進大綱（抜粋） >

3 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援 基本的な考え方

- 一人暮らしの認知症高齢者においては、介護者や身元保証人の不在のために医療・ケアの提供が困難になること、消費者被害や孤独死の危険性など含めて多くの課題が指摘されていることから、その実態を把握し、課題を整理し対応を検討するとともに、先進的な取組について事例を収集し横展開を図る。
- 認知機能低下のある人（軽度認知障害（MCI）含む。以下同じ。）や、認知症の人に対して、早期発見・早期対応が行えるよう、かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の更なる質の向上を図るとともに、これらの間の連携を強化する。
- BPSDの対応ガイドラインを作成し周知するなどにより、BPSDの予防や適切な対応を推進する。
- 認知症の人及びその介護者となった家族等が集う認知症カフェ、家族教室や家族同士のピア活動等の取組を推進し、家族等の負担軽減を図る。

< 認知症施策推進大綱（抜粋） >

4 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援 基本的な考え方

- 移動、消費、金融手続き、公共施設など、生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進する。
- 認知症サポーターの量的な拡大を図ることに加え、今後は養成するだけでなく、できる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み（「チームオレンジ」）を地域ごとに構築する。
- 認知症に関する取組を実施している企業等に対する認証や表彰制度の創設を検討するとともに、認知症バリアフリーな商品・サービスの開発を促す。
- 交通安全、地域支援の強化、成年後見制度の利用促進、消費者被害防止、虐待防止等の施策を推進する。
- 若年性認知症支援コーディネーターの充実等により、若年性認知症の人への支援や相談に的確に応じるようにするとともに、企業やハローワーク等と連携した就労継続の支援を行う。
- 介護保険法に基づく地域支援事業等の活用等により、認知症の人の社会参加活動を促進する。

< 認知症施策推進大綱（抜粋） >

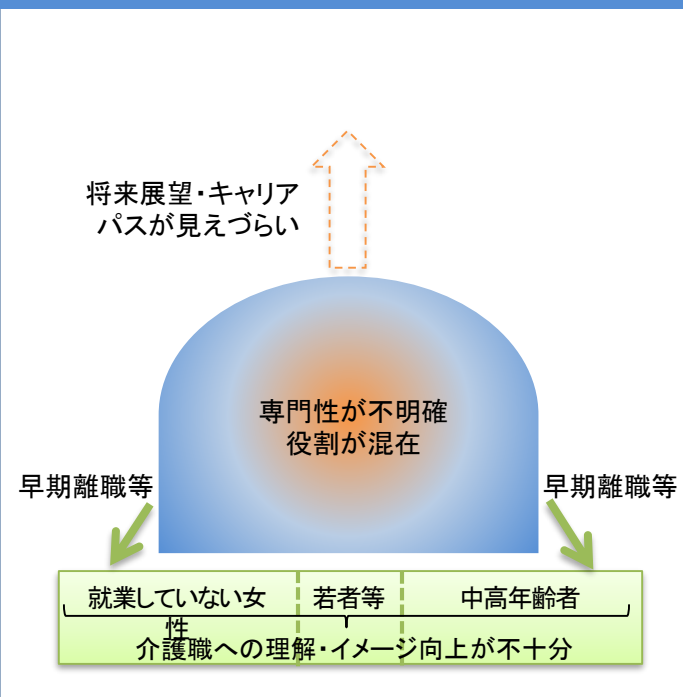
5 研究開発・産業促進・国際展開 基本的な考え方

- 認知症発症や進行の仕組みの解明、予防法、診断法、治療法、リハビリテーション、介護モデル等の研究開発など、様々な病態やステージを対象に研究開発を進める。
- 認知症の予防法やケアに関する技術・サービス・機器等の検証、評価指標の確立を図る。
- 認知症の人等の研究・治験への登録の仕組みの構築等を進める。これらの成果を、認知症の早期発見・早期対応や診断法の確立、根本的治療薬や予防法の開発につなげていく。
- 安定的に研究を継続する仕組みを構築する。
- 研究開発の成果の産業化を進めるとともに、「アジア健康構想」の枠組みも活用して介護サービス等の国際展開を推進する。

5. 持続可能な制度の構築・介護現場の革新 （介護人材の確保・介護現場の革新）

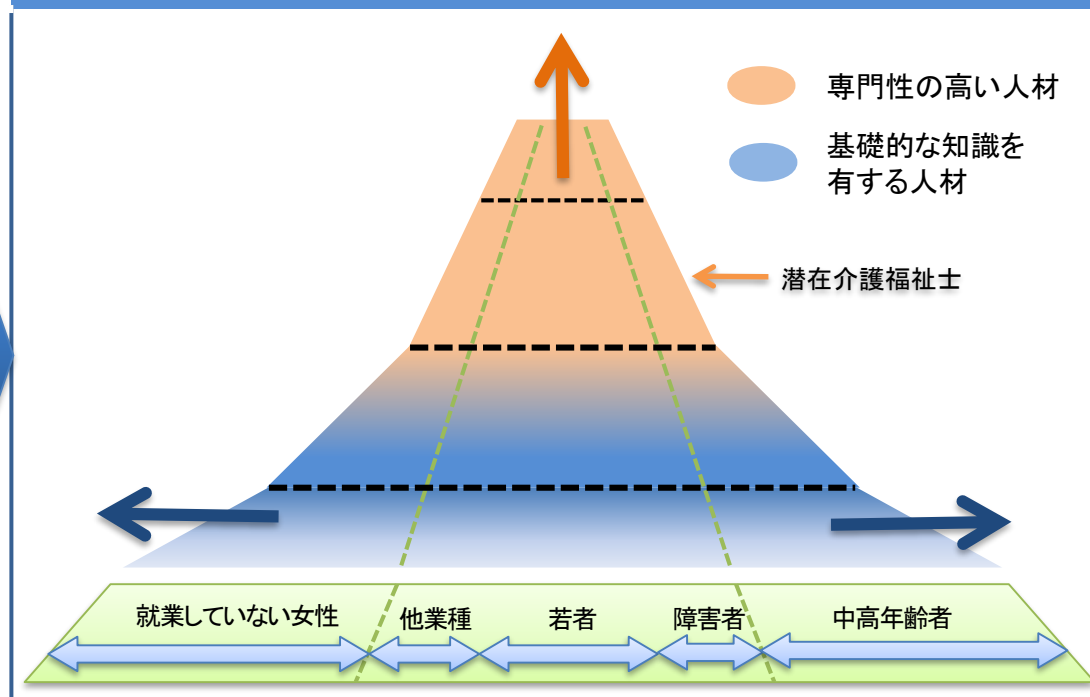
介護人材確保の目指す姿 ~「まんじゅう型」から「富士山型」へ~

現状



転換

目指すべき姿



参入促進

1. すそ野を広げる

人材のすそ野の拡大を進め、多様な人材の参入促進を図る

労働環境・
処遇の改善

2. 道を作る

本人の能力や役割分担に応じたキャリアパスを構築する

3. 長く歩み続ける

いったん介護の仕事についての者の定着促進を図る

資質の向上

4. 山を高くする

専門性の明確化・高度化で、継続的な質の向上を促す

5. 標高を定める

限られた人材を有効活用するため、機能分化を進める

国・地域の基盤整備

総合的な介護人材確保対策(主な取組)

これまでの主な対策

さらに講じる主な対策

介護職員の 処遇改善

(実績)月額平均5.7万円の改善

- 月額平均1.4万円の改善(29年度～)
- 月額平均1.3万円の改善(27年度～)
- 月額平均0.6万円の改善(24年度～)
- 月額平均2.4万円の改善(21年度～)

- ◎ リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準を目指し、経験・技能のある介護職員に重点化しつつ、更なる処遇改善を2019年10月より実施

多様な人材 の確保・育成

- 介護福祉士修学資金貸付、再就職準備金貸付による支援
- 中高年齢者等の介護未経験者に対する入門的研修の実施から、研修受講後のマッチングまでを一体的に支援

- ◎ 入門的研修受講者等への更なるステップアップ支援(介護の周辺業務等の体験支援)

離職防止 定着促進 生産性向上

- 介護ロボット・ICTの活用推進
- 介護施設・事業所内の保育施設の設置・運営の支援
- キャリアアップのための研修受講負担軽減や代替職員の確保支援

- ◎ 介護職機能分化・多職種チームケア等の推進
- ◎ 介護ロボット・ICT活用推進の加速化
- ◎ 生産性向上ガイドラインの策定・普及
- ◎ 認証評価制度ガイドラインの策定・普及

介護職 の魅力向上

- 学生やその保護者、進路指導担当者等への介護の仕事の理解促進
- 介護を知るための体験型イベントの開催

- ◎ 若者、子育て層、アクティブシニア層に対する介護職の魅力などの発信

外国人材の受 入れ環境整備

- 介護福祉士を目指す留学生等の支援(介護福祉士修学資金の貸付推進、日常生活面での相談支援等)

- ◎ 「特定技能」等外国人介護人材の受入環境整備(介護技能向上のための集合研修、介護の日本語学習支援、介護業務等の相談支援・巡回訪問の実施等)

介護現場革新会議 基本方針【概要】

「介護現場革新会議」委員

公益社団法人全国老人福祉施設協議会 会長	石川 憲	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 副会長	木村 哲之
公益社団法人全国老人保健施設協会 会長	東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長	本間 達也
公益社団法人日本医師会 会長	横倉 義武	公益社団法人日本医師会 常任理事	江澤 和彦
公益社団法人日本認知症グループホーム協会 会長	河崎 茂子	公益社団法人日本認知症グループホーム協会 副会長	佐々木 薫
一般社団法人日本慢性期医療協会 会長	武久 洋三	一般社団法人日本慢性期医療協会 副会長	池端 幸彦

(令和元年6月時点)

介護サービス利用者とのための「介護現場革新会議の基本方針」

厚生労働省と関係団体が一体となって以下の内容に取り組む。2019年度については、都道府県(又は政令市)と関係団体が協力して、全国数カ所でもパイロット事業を実施(特に赤字太字部分)。

※赤字部分は、優先的な取組事項

人手不足の時代に対応した マネジメントモデルの構築

業務の洗い出し

ベットメイキング、食事の配膳、清掃等

利用者のケア

周辺業務

介護専門職が担うべき業務に重点化

元気高齢者の活躍

- 介護専門職が利用者のケアに特化できる環境を整備する観点から、①介護現場における業務を洗い出した上で、②業務の切り分けと役割分担等により、業務整理。
- 周辺業務を地域の元気高齢者等に担ってもらうことにより、介護職員の専門性と介護の質向上につなげる。

ロボット・センサー、ICTの活用

業務課題

機器をマッチング

施設における課題を洗い出した後、その解決のためにロボット・センサー、ICTを用いることで、介護職員の身体的・精神的負担を軽減し、介護の質を維持しながら、効率的な業務運営を実現する。(特に見守りセンサー・ケア記録等)

守り

介護業界のイメージ改善と 人材確保・定着促進

介護人材の定着支援

- 結婚や出産、子育てをしながら働ける環境整備
- 定年退職まで働ける賃金体系、キャリアラダーの確立
- 成功体験の共有、発表の実施

攻め

新規介護人材の確保

- 中学生、高校生等の進路選択に際して、介護職の魅力を正しく認識し就業してもらえるよう、進路指導の教員等への働きかけを強化
- 定年退職警察官や退職自衛官の介護現場への就業促進

これらの前提として、以下の考え方が基盤となる。

- 介護は、介護者と利用者の関係を基本として、人と人で行われるものであり、介護人材の充実が欠かせない。
- 介護施設においてはチームケアが必須となっていることから、良好な人間関係の構築は極めて重要である。管理職や新人職員に対してはメンター職員が普段から話を聞く等の意思疎通と、丁寧な心のケアが求められる。

介護現場革新会議「パイロット事業」各自治体の取組

	宮城県	福島県	神奈川県	三重県	熊本県	横浜市	北九州市	
	協同組合の活用	介護オープンラボ	AIの活用	介護助手の活用	介護の魅力発信	外国人人材への支援	ロボット・ICTの活用	
業務改善	業務仕分け	◇課題の検証 特養1	◇若手経営者による業務仕分け 特養10	◇業務の洗い出しと切り分け	◇タイムスタディ 特養1、老健2	◇業務分析 ◇業務や課題の見える化 特養1、老健1	◇業務の標準化・平準化・簡素化 特養1	◇業務整理 特養1
	介護助手	◇介護助手導入 老健7	◇高齢者による介護補助・見守り		◇介護助手の効果的な導入方法の検討	◇介護助手の活用 特養1、老健1		◇高齢者・有償ボランティア等の活用 特養1
	ロボットICT	◇協同組合によるICT等の活用 特養1	◇業務仕分け結果を踏まえた効率化 特養3 ◇ロボット・ICT・モバイル端末等の活用	◇ロボット・ICTの活用 特養3、老健1、グループホーム1、特定1、訪問介護1 ◇介護現場の実態に合わせた介護記録ソフトの共同開発 特養2、老健2	◇インカムの活用 特養1、老健2	◇ロボット・ICTの活用 特養1、老健1	◇ICTの活用 特養1 ◇音声入力による介護記録の作成支援	◇ロボット・ICTの活用 ◇介護記録・見守りセンサー等におけるプラットフォームの活用 特養1 ◇ロボット等を活用した働き方等の好事例を作成 特養4
	その他			◇取組成果の横展開を目的としたセミナー		◇好事例横展開		◇効率的な勤務シフトの検討 特養1
魅力発信	◇介護の魅力・イメージアップ	◇介護オープンラボ(産学官連携)	◇かながわ感動大賞	◇プロモーションビデオ等による介護現場の魅力発信 ◇教職員のイメージ改善	◇介護職の言葉・写真による魅力発信 ◇福祉系高校と連携した学校現場への働きかけ	◇外国語版「介護の仕事PRビデオ」作成	◇先進的介護ワークショップ	
人材確保・育成	◇協同組合による介護職のキャリアパスの構築		◇AIを活用したケアプラン点検 ◇アプリを活用した研修の効率化		◇退職自衛官に対する福祉分野への再就職働きかけ	◇e-ラーニングによる介護の知識・技能・日本語等習得支援	◇介護ロボットマスター育成講習	
その他	◇協同組合による物品調達合理化		◇大学と連携「音楽活動のマニュアル化」					

介護分野における文書量半減の取組

～2017年度

2018年度

2019年度

… 2020年代初頭

1. 指定申請関連文書

- 削減項目の検討
- ・削減可能項目の洗い出し
- ・自治体へのアンケート

- 省令改正（10月施行）**
- ・一部の提出項目を削除
- 様式例の変更・周知
- 更なる効率化検討

2. 報酬請求関連文書

- (H30老健事業)
- 自治体・事業者へのアンケート等による実態把握
- 文書の削減方策についての提言

3. 指導監査関連文書

- (H29老健事業)
- 自治体が実地指導にて求める文書の実態把握
- 文書量削減の方向性の提言

- (H30老健事業)
- 自治体へのヒアリングをふまえた項目の標準化、様式整備
- モニタリング調査の実施

- 社会保障審議会介護保険部会の下に「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」を設置**

- ・自治体ごとに様式や添付書類の差異がある等の課題について検討
- ・更なる文書の共通化・簡素化の方策について検討
(12月を目途に、中間取りまとめを行う)

- 結果を踏まえ、必要に応じて通知発出その他の必要な対応を行う。

- 通知発出（5月29日付）**
- ・実地指導の標準化・効率化等の運用指針

必要に応じ更なる見直し

「行政が求める帳票等の文書量の半減」を実現

〔国・自治体が求める帳票等〕

〔事業所が独自に作成する文書〕

- 事業所における実態把握等
- ・訪問、通所介護事業所、ケアマネ事業所等における文書の種類、負担感等を調査
- ・訪問、通所事業所を対象に、ICT導入前後の書類作成時間等の効果を検証

- 生産性向上ガイドラインの作成**
- ・作成文書の見直し、ICT化等の業務改善の取組を後押し

- 介護現場革新会議**
- ・関係団体と議論し基本方針を策定

- ガイドラインの改定・横展開
- ・モデル事業で新たな取組事例創出、アウトカム評価を行い、ガイドラインを改訂
- ・webを活用したデジタルツールの作成
- ・生産性向上協議会の開催

- 自治体・関係団体と協力し、**パイロット事業**を実施

- 地域医療介護総合確保基金を活用した事業所への**ICT導入支援**（介護ソフト及びタブレット端末等の費用の一部を助成）

更なる普及展開

今後検討すべき主な論点（案）

○ 以下の全体整理に基づき、各論点に関する検討を進めることとしてはどうか。

（並行して検討することが有益な項目は柔軟に取り扱う。）
 簡素化・標準化の検討が、ICT化の推進にも繋がる。

	指定申請	報酬請求	指導監査
簡素化	<ul style="list-style-type: none"> ● 提出時のルールによる手間の簡素化 ・押印、原本証明、提出方法（持参・郵送等） ● 様式、添付書類そのものの簡素化 ・勤務表の様式、人員配置に関する添付書類 ・その他、指定申請と報酬請求で重複する文書 	<ul style="list-style-type: none"> ● 処遇改善加算/ 特定処遇改善加算 	<ul style="list-style-type: none"> ● 重複して提出する文書 ・事前資料と当日資料等 ● 提出済み文書の再提出 ・指定申請・変更届等
	<ul style="list-style-type: none"> ● 平面図、設備、備品等 		
	<ul style="list-style-type: none"> ● 変更届の時期の取扱い ● 更新申請時に求める文書の簡素化 ● 併設事業所や複数指定を受ける事業所に関する簡素化 ・複数種類の文書作成（例：介護サービスと予防サービス） ・複数窓口への申請（例：介護サービスと総合事業） ・手続時期にずれがあることへの対応 ● 介護医療院への移行にかかる文書の簡素化 		<ul style="list-style-type: none"> ● 指導監査の時期の取扱い
標準化	<ul style="list-style-type: none"> ● H30省令改正・様式例改訂の周知徹底による標準化（※） ● 様式例の整備（総合事業、加算の添付書類等） ● ガイドライン、ハンドブック等、効果的な周知の方法 		<ul style="list-style-type: none"> ● 標準化・効率化指針の周知徹底による標準化
ICT等の活用	<ul style="list-style-type: none"> ● 申請様式のHPにおけるダウンロード ● 手続の一部の電子化 ・メール添付による提出可否 ● データの共有化・文書保管の電子化 ● ウェブ入力、電子申請 		<ul style="list-style-type: none"> ● ペーパーレス化 ・画面上での文書確認

<凡例>

比較的短期の取組

短期～中期の取組

中期～長期の取組（※※）

<<取組を徹底するための方策>>

- 各取組の周知徹底（特に小規模事業者）
- 国・都道府県から市区町村への支援
- 電子申請等が導入された場合の小規模事業者支援（入力支援、代替策の用意等）他

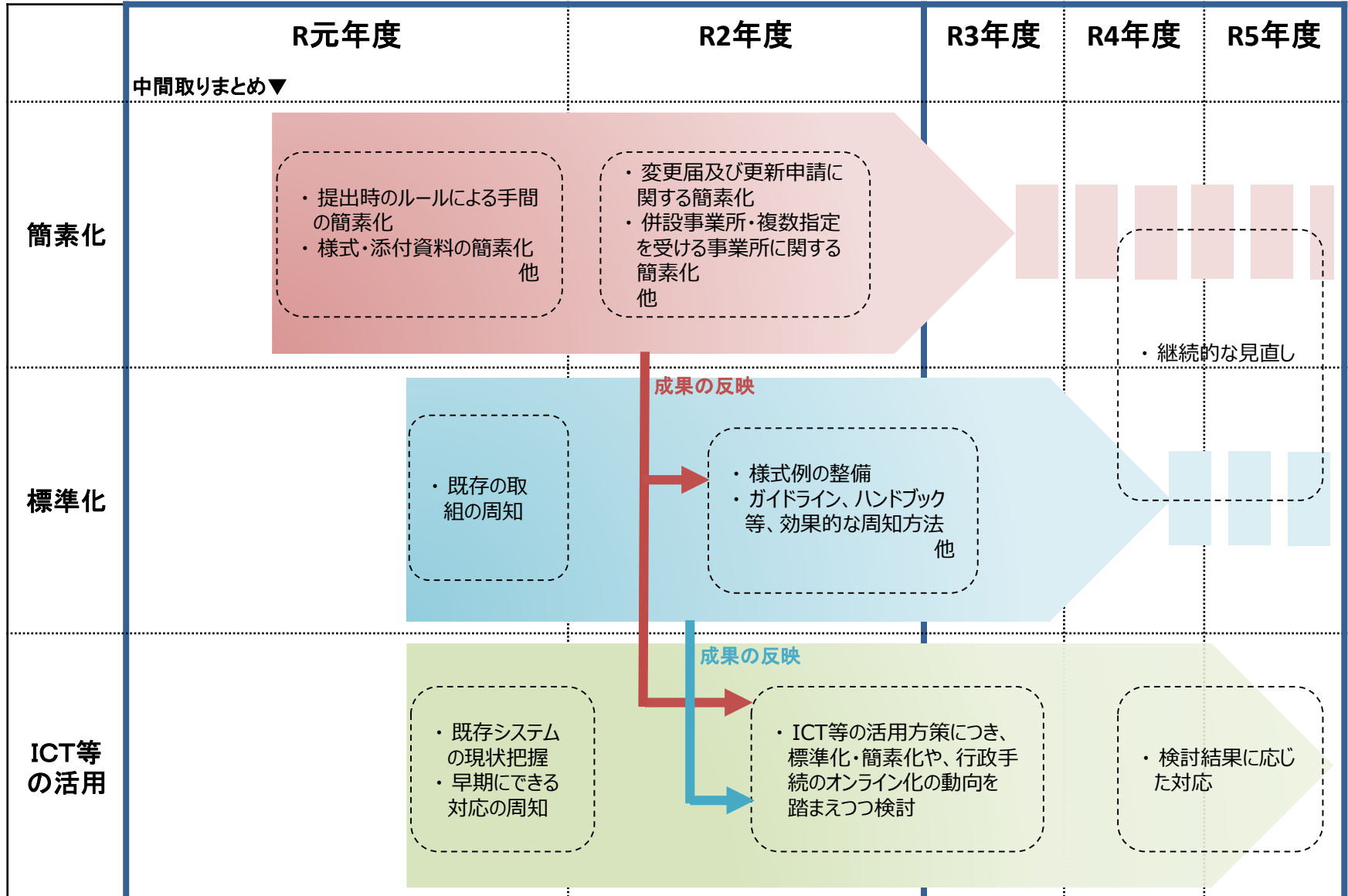
（※）介護保険法施行規則の改正（H30年10月施行）の内容を踏まえた、老人福祉法施行規則上の規定の整理も含む。

（※※）「中～長期の取組」と整理したものであっても、既存のインフラを活用して実施できるもの等、前倒しで実現出来るものがあれば、順次取り組んでいく。

検討の進め方（イメージ）

第7期介護保険事業計画

第8期介護保険事業計画

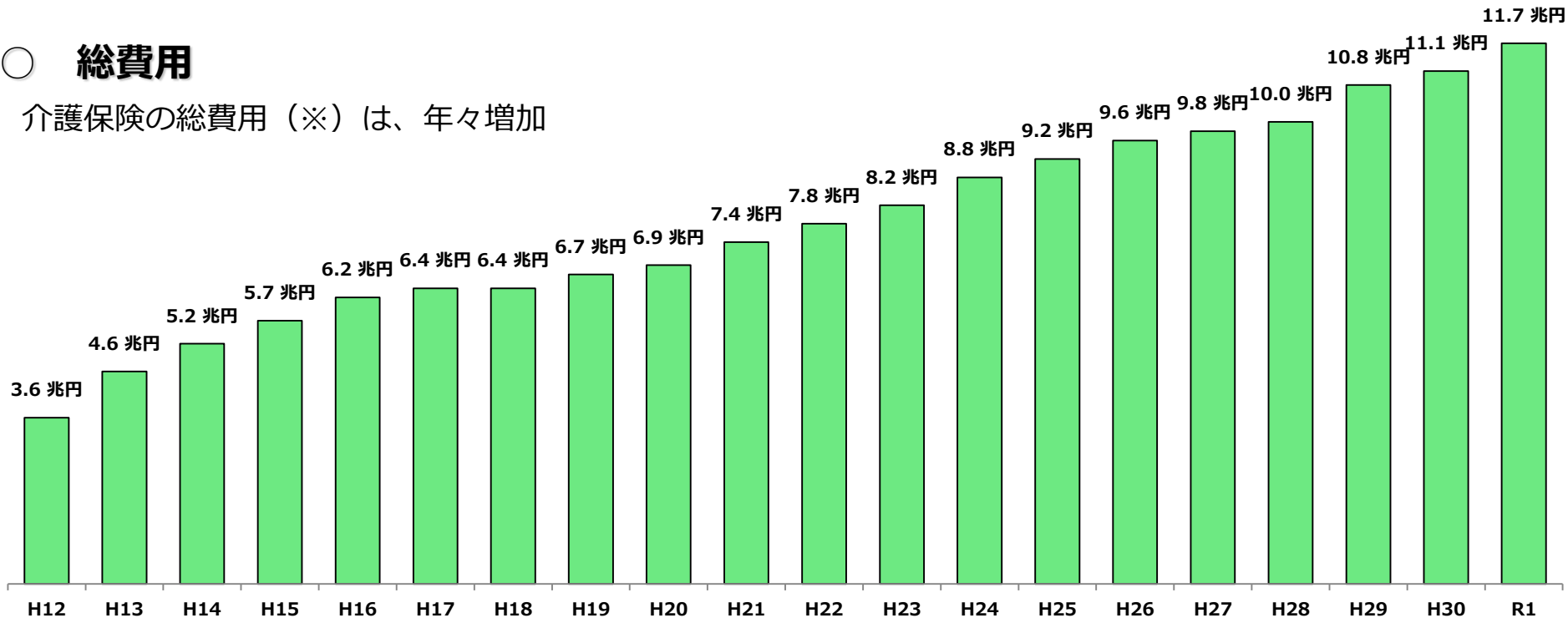


5. 持続可能な制度の構築・介護現場の革新 (給付と負担)

介護費用と保険料の推移

○ 総費用

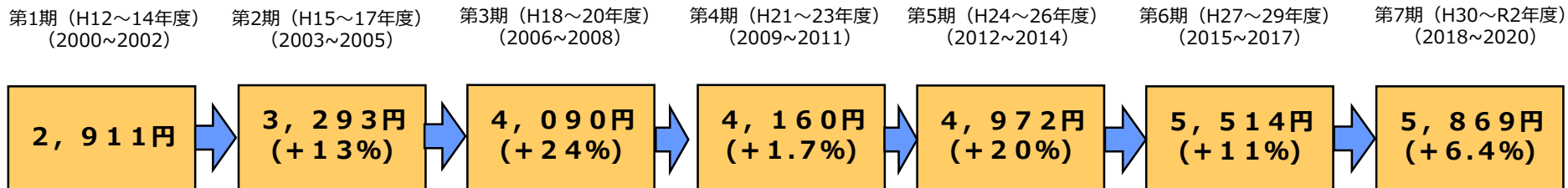
介護保険の総費用（※）は、年々増加



(注) 平成12~28年度は実績、平成29~令和元年度は当初予算である。

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

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕



介護保険の保険給付等

・保険給付

・介護給付

・予防給付

・市町村特別給付

(条例で定めて行うことができる市町村の独自給付、財源は1号保険料)

・地域支援事業

- ・介護予防・日常生活支援総合事業
- ・包括的支援事業
- ・任意事業

・保健福祉事業

(条例で定めて行うことができる市町村の独自事業、財源は1号保険料)

介護給付	予防給付	
居宅介護サービス費	介護予防サービス費	介護保険のサービス費の支給は、代理受領方式で現物給付化されている
地域密着型介護サービス費	地域密着型介護予防サービス費	
施設介護サービス費	—	
居宅介護サービス計画費(ケアマネ)	介護予防サービス計画費(ケアマネ)	
特定入所者介護サービス費(補足給付)	特定入所者介護予防サービス費(補足給付)	
居宅介護福祉用具購入費	介護予防福祉用具購入費	左の給付は、償還払いが原則 (一部の自治体で、福祉用具購入費、住宅改修費、施設の高額介護(予防)サービス費は、受領委任方式が行われている。)
居宅介護住宅改修費	介護予防住宅改修費	
高額介護サービス費	高額介護予防サービス費	
高額医療合算介護サービス費	高額医療合算介護予防サービス費	

総費用等における提供サービスの内訳(平成29年度)金額

		費用額 (百万円)	利用者数 (千人)	事業所数
居宅	訪問介護	898,495	1 457.8	33,284
	訪問入浴介護	53,155	125.5	1,872
	訪問看護	238,248	662.3	11,164
	訪問リハビリテーション	39,818	142.3	4,138
	通所介護	1,223,202	1 579.1	23,599
	通所リハビリテーション	424,116	617.8	7,740
	福祉用具貸与	291,721	2 335.6	7,193
	短期入所生活介護	416,275	735.3	10,530
	短期入所療養介護	56,331	150.0	3,735
	居宅療養管理指導	99,088	970.2	36,246
	特定施設入居者生活介護	501,173	267.4	5,088
	計	4,241,624	3 850.7	144,589
居宅介護支援		448,165	3 532.0	40,065
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	38,848	31.2	868
	夜間対応型訪問介護	3,621	12.9	179
	地域密着型通所介護	398,596	589.1	19,709
	認知症対応型通所介護	86,551	83.6	3,541
	小規模多機能型居宅介護	239,929	137.8	5,363
	認知症対応型共同生活介護	660,949	251.1	13,499
	地域密着型特定施設入居者生活介護	18,631	9.8	324
	地域密着型介護老人福祉施設サービス	189,763	70.4	2,231
	複合型サービス	24,901	13.1	434
	計	1,661,788	1 150.9	46,148
施設	介護老人福祉施設	1,764,250	672.6	7,885
	介護老人保健施設	1,282,219	559.1	4,289
	介護療養型医療施設	235,340	84.1	1,078
	計	3,281,809	1 266.2	13,252
合計		9,633,384	5 095.8	244,054

【出典】厚生労働省「平成29年度介護給付費等実態調査」

※事業者数は延べ数である。

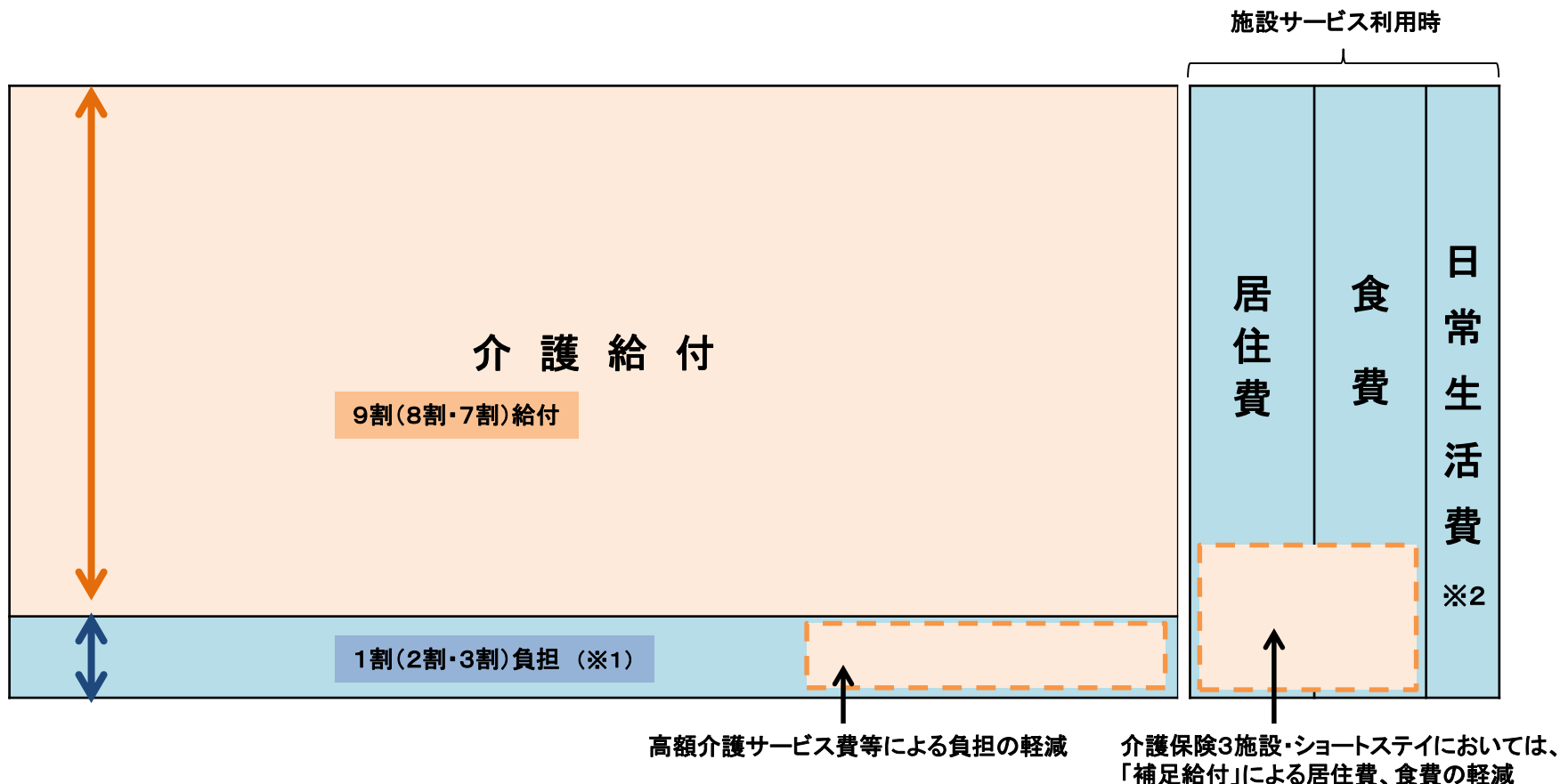
(注1) 介護予防サービスを含まない。特定入所者介護サービス(補足給付)、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用(福祉用具購入費、住宅改修費など)は含まない。

(注2) 介護費は、平成29年度(平成29年5月～平成30年4月審査分(平成29年4月～平成30年3月サービス提供分))、請求事業所数は、平成30年4月審査分である。

(注3) 利用者数は、平成29年4月から平成30年3月の1年間において一度でも介護サービスを受給したことのある者の数であり、同一人が2回以上受給した場合は1人として計上している。ただし、当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には、別受給者として計上している。

介護保険給付における利用者負担

※青色の部分が自己負担



※1 居宅介護支援は全額が保険給付される。

「合計所得金額160万円」以上、かつ、「年金収入＋その他合計所得金額280万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上)」の場合は、2割負担となる。
平成30年8月から、「合計所得金額220万円以上」かつ「年金収入＋その他合計所得金額340万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」の場合は、3割負担となる予定。

※2 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。
(例:理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用など)

補足給付に関する給付の在り方

論点

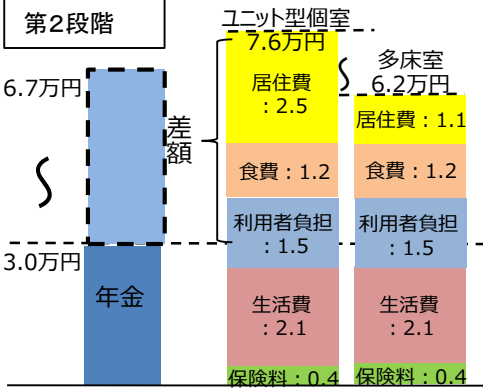
- 平成17年改正により、介護保険三施設（特養、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）及び短期入所生活・療養介護（ショートステイ）の居住費・食費を給付の対象外とした（※）。併せてこれらの施設に低所得者が多く入所している実態を考慮して、住民税非課税世帯である入所者については、特定入所者介護サービス費（いわゆる補足給付）として、居住費・食費の負担軽減を行っている。また、在宅サービスであるショートステイについても、サービス形態が施設入所に類似していることに鑑み、併せて同様の負担軽減を行っている。
- （※）通所介護及び通所リハビリテーションの食費についても、給付の対象外とした。
- 平成26年改正において、在宅サービス利用者や保険料を負担する方との公平性の観点から、一定額超の預貯金等（単身1000万円超、夫婦世帯2000万円超）がある場合には、対象外とするなどの見直しを行ったところ。
- （※）この見直しにより、補足給付の対象から外れた場合であっても、預貯金等が1,000万円以下となった場合、改めて申請すれば対象となることができる。
- 経過的かつ低所得者対策としての性格をもつ補足給付に対して、在宅サービス利用者や保険料を負担する方との公平性の観点から見直す点はあるか。

【預貯金勘案の考え方】

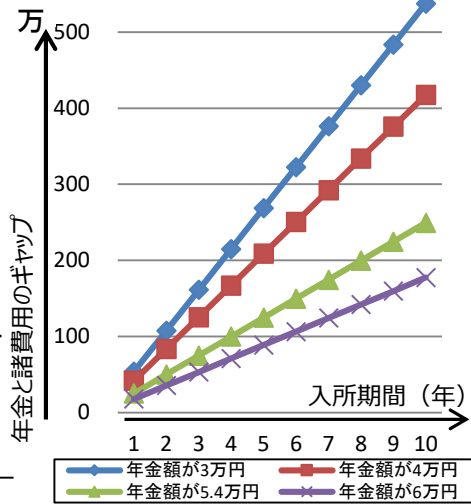
1. 国民年金の受給額（月額）の状況

平均 55,373円（3万円以上95.4%）
 出典：平成28年度厚生年金保険・国民年金事業報告

2. 国民年金受給者がユニット型個室・多床室に入居した場合の一月当たりの費用



3. 「差額」を入所期間に応じて積み上げ



例：年金月額3万円として10年間入所すると500万円程度

出典：介護サービス施設・事業所調査（平成22年）より老健局にて作成

4. 特養入所者の退所年数、退所割合

退所までの年数	10年未満	11年未満	12年未満	13年未満	14年未満	15年未満	16年未満	17年未満	18年未満	19年未満	20年未満
H28 退所割合	94.6%	96.0%	97.1%	97.7%	98.2%	98.6%	98.9%	99.2%	99.4%	99.5%	99.6%

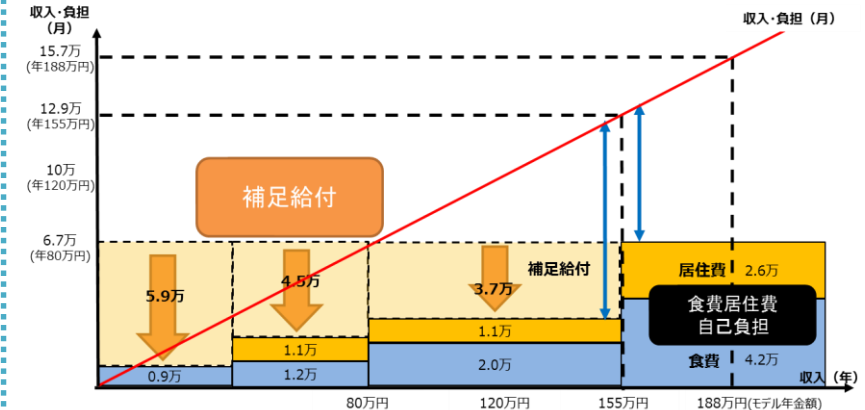
約500万円

出典：介護サービス施設・事業所調査（平成28年）より老健局にて作成

預貯金基準 $(7.6万円 - 3万円) \times 12ヶ月 \times 10年 + 500万円 = 1,000万円$

【食費・居住費等と年金収入等の関係】

【施設入所者の食費・居住費（自己負担と補足給付）特別養護老人ホーム・多床室の場合】



保険料段階	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
本人年金収入等	80万円以下	80万円超120万円以下	120万円超	本人年金収入等80万円超 ・本人が市町村民税課税 ・世帯に障害者がいる（第4、5段階） ・本人が市町村民税課税（第6段階）
補足給付段階	第1段階 生活保護受給者 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	第2段階 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	第3段階 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円超	第4段階 ・世帯に障害者がいる ・本人が市町村民税課税

補足給付受給者数（特養・多床室）	約1.2万人	約6.5万人	約10.0万人
------------------	--------	--------	---------

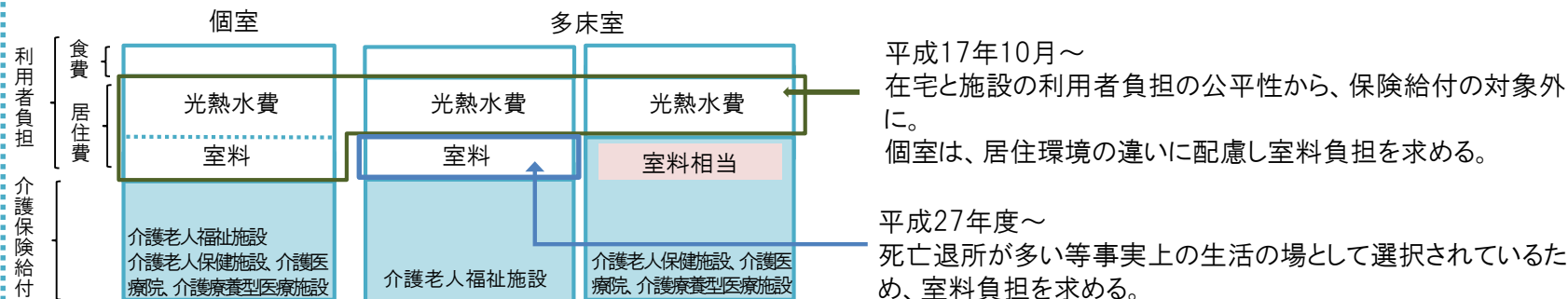
※月単位で示したものの、ショートステイサービス（1日）については、この1日当たりの額となる
 ※その他、生活費、介護保険料（軽減措置適用後）、利用者負担で補足給付利用段階別に、一月あたり第1段階3.7万円、第2段階3.7万円、第3段階4.8万円～4.9万円が必要となる。

多床室の室料負担

論点

- 介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の多床室の室料負担の在り方について、
 - ・ 在宅でサービスを受ける者との負担の公平性
 - ・ 介護老人福祉施設の多床室については、死亡退所が多い等事実上の生活の場として選択されていることを踏まえ室料負担を求めることとした一方、介護老人保健施設等は、医療を提供するという他の機能も有するといった施設機能の違い
 - ・ 介護療養型医療施設の経過措置期限を令和5年度末とし、介護医療院への転換を促していることとの整合等を踏まえ、どのように考えるか。

居住費負担に関する経緯



介護保険施設の概要

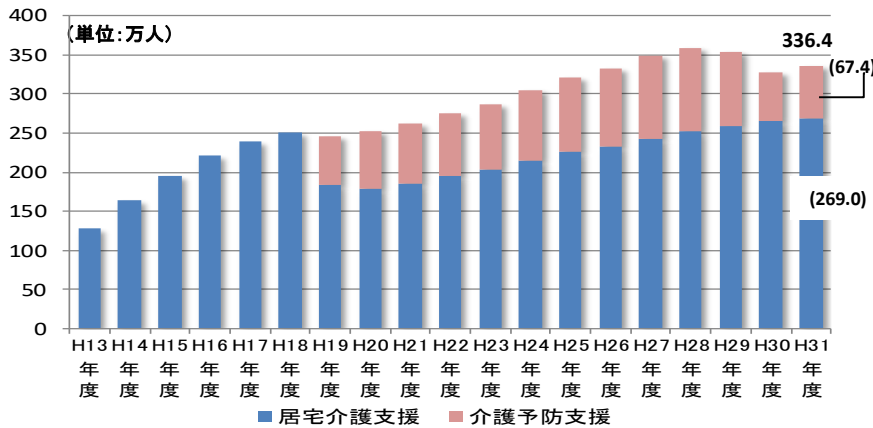
	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設(令和5年度末まで)
概要	生活施設	リハビリ等を提供し、在宅復帰を旨指し在宅療養支援を行う施設	要介護者の長期療養・生活施設	長期療養を必要とする者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供する施設
設置根拠	老人福祉法(老人福祉施設)	介護保険法(介護老人保健施設)	介護保険法(介護医療院)	介護保険法(介護療養型医療施設) 医療法(病院・診療所)
面積(1人当たり)	10.65㎡以上	8.0㎡以上 <small>介護療養型は大規模改修まで6.4㎡以上で可</small>	8.0㎡以上 <small>大規模改修まで6.4㎡以上で可</small>	6.4㎡以上

ケアマネジメントに関する給付の在り方

論点

- 居宅介護支援（ケアマネジメント）について、要介護者等が積極的にサービスを利用できるよう、制度創設時から10割給付のサービスと位置付けられているが、その給付の在り方について、介護保険部会等におけるこれまでの議論も踏まえつつ、
 - ・ 医療との連携やインフォーマルサービス等の活用など、ケアマネジメントが担う役割の変化や、
 - ・ ケアマネジャーの処遇改善や事務負担の軽減等により、その力を十分に発揮できる環境を整備し、自立支援・重度化防止の実現に向けた質の高いケアマネジメントを実現していく観点、
 - ・ ケアマネジメントと他のサービスとの均衡や相違点、給付の見直しが利用者やケアマネジメントに与える影響を踏まえ、どのように考えるか。

◆ 居宅介護支援等の利用者数



◆ 居宅介護支援の介護報酬イメージ(1月あたり)

【基本サービス費】		+	【代表的な加算】	
要支援	431単位		初回利用者	300単位
要介護1・2	1,057単位		入院時の病院等との連携	(入院後3日以内) 200単位
要介護3・4・5	1,373単位		(入院後7日以内) 100単位	

※ 介護支援専門員（常勤換算）1人当たり40件を超えた場合、超過部分のみに減減制を適用（60件を超えた場合、その超過部分は更に減減を行う。）

◆ 居宅介護支援・介護予防支援の介護サービス費用額(平成30年度: 億円)

支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	合計
135	224	1,467	1,303	913	598	373	5,013

◆ 前回の制度改正時の議論(参考)

- 賛成の立場

- ケアマネジャーの専門性を評価する意味で利用者負担を求めべき。家族・利用者へ専門的な業務であるケアマネジメントに対するコスト意識を持ってもらうために、一定の負担は必要。
 - 利用者の意向を反映すべきとの圧力については、ケアマネジャーの専門性を高めることや、ケアマネジメントの標準化などにより対応すべき。各種サービスには定率の利用者負担があるので、給付費の増加には直結しない。
 - 施設給付ではケアマネジメントサービスは包含されていることとの均衡を図るべき。
 - 低所得者への対応は、高額介護サービス費で対処すべき問題。利用者負担を導入すれば給付費の適正化につながる。利用者負担の問題は何度も議論されており、どこかの時点で踏み切って解決しなければならない問題である。
 - ※ また、仮に利用者負担が導入された場合は併せてセルフケアプランを廃止することも必要との意見や、利用者負担が導入されたとしてもセルフケアプランは作成に手間がかかるため増えないとの意見があった。

- 反対の立場

- あらゆる利用者が公平にケアマネジメントを活用し、自立した日常生活の実現に資する支援が受けられるよう、現行制度を堅持すべき。
 - ケアマネジメントは浸透したかもしれないが、介護保険制度を初めて利用する人にとっては、ケアマネジャーのサポートがないとサービスの利用につながりにくい。ケアマネジメントが重要であることに変わりはない。利用者負担を導入すればサービスの利用抑制につながる危険性がある。
 - ケアマネジメントは過剰サービスを抑制する役割を担っているが、利用者負担を導入すると、利用者の意向を反映すべきとの圧力が高まり、給付費の増加につながる。
 - 利用する側が受ける不利益について十分に議論をすることが重要。気兼ねなく相談できることを確保すべき。拙速な導入は危険である。

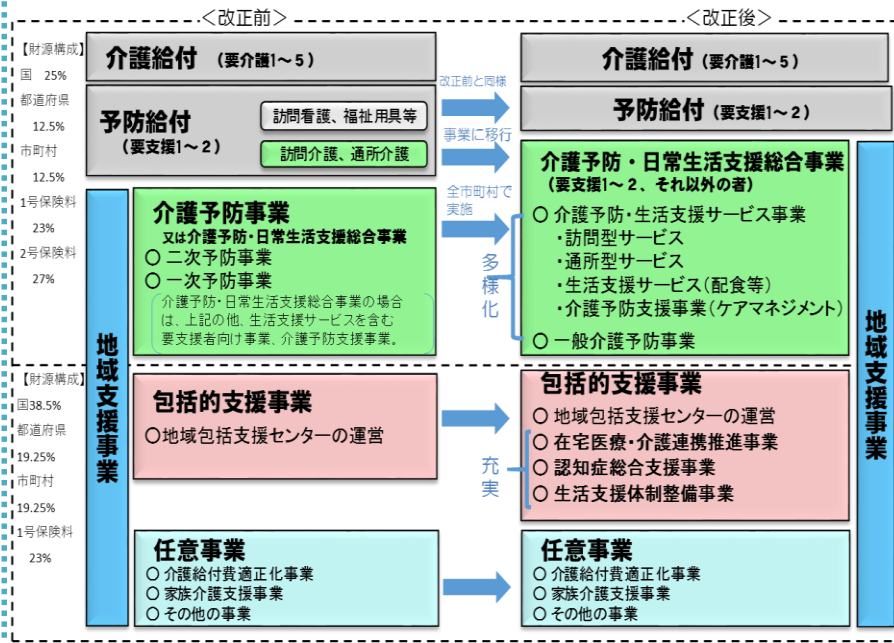
平成28年12月9日介護保険部会資料より抜粋

軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

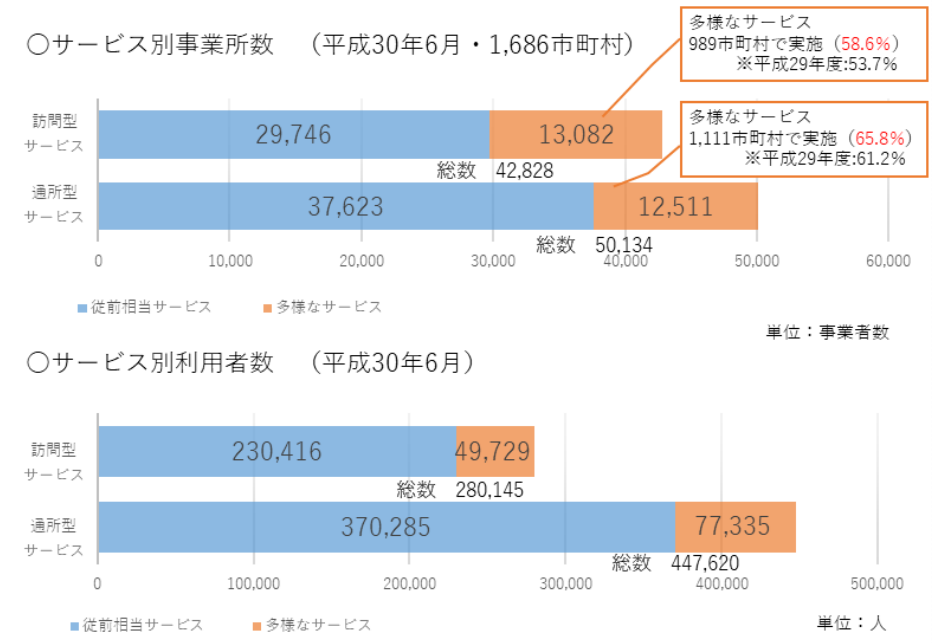
論点

- 軽度者に対する給付の在り方について、
 - ・ 要支援者よりも介護の必要性の高い要介護者について、その状態を踏まえた適切なサービス提供を確保する観点や、
 - ・ 総合事業の実施状況や、介護保険の運営主体である市町村の意向、
 - ・ 今後の高齢化の進展や現役世代の減少を踏まえたサービス提供の必要性の観点等、幅広い観点から、どのように考えるか。

【平成26年改正前後の総合事業の概要】



【総合事業のサービス別（訪問・通所）の実施状況】



【介護保険制度の見直しに関する意見 (平成28年12月9日 社会保障審議会介護保険部会) (抜粋)】

- 軽度者に対する訪問介護における生活援助やその他の給付の総合事業への移行に関しては、まずは介護予防訪問介護と介護予防通所介護の総合事業への移行や、「多様な主体」による「多様なサービス」の展開を着実に進め、事業の把握・検証を行った上で、その状況を踏まえて検討を行うことが適当である。
- この点に関しては、検証は遅滞なく行う必要があるとの意見や、2025年を見据えながら、検証を待つのではなく、その他の給付を含めた速やかな地域支援事業への移行や利用者負担の見直しなど何らかの対応をすべきとの意見があった一方で、多様な主体による多様なサービスの展開が順調に進んでおらず第6期介護保険事業計画期間中に検証を行うのは早過ぎるとの意見や、市町村における総合事業が充実するよう国や都道府県がサポートすべきとの意見、介護予防訪問介護等の地域支援事業への移行は大きな改革であり、多くの市町村が対応に苦慮しているため、検証できる状況にないとの意見があった。

高額介護サービス費

論点

- 介護保険制度においては、所得の段階に応じて利用者負担額に一定の上限を設け、これを超えた場合には、超えた額が高額介護サービス費として利用者に償還されることとなっており、過大な負担とならない仕組みとしている。
- 平成29年改正においては、一般区分の負担上限額を37,200円(世帯)から44,400円(世帯)に見直されたところ。また、長期利用者に配慮し、一割負担のみの世帯については、年間の負担額が現行の年間の最大負担額を超えることのないよう44万6,400円(37,200円×12ヶ月)の年間上限を設けた(3年間の時限措置)。
- 高額介護サービス費の現役並み所得相当の者は、平成29年の一般の基準見直し以前では、月平均52,701件、全高額介護サービス費利用件数に占める割合は約3%であった。経過措置の年間上限について、2019年4月時点で約5万件申請されており、全高額介護サービス費利用件数に占める割合は約3%。
- 介護保険制度の高額介護サービス費の限度額は、制度創設時から医療保険の高額療養費制度を踏まえて設定されている。医療保険制度における高額療養費は、平成30年8月から現役並み所得区分が細分化されているところ。
- 医療保険における自己負担額の上限額を踏まえ、高額介護サービス費のあり方についてどのように考えるか。
- 年間上限の利用者数の実績を踏まえ、年間上限の時限措置についてどのように考えるか。

【医療保険制度とのバランス】

介護保険の自己負担限度額 (月額)	
現役並み所得相当 (年収約383万円以上)	44,400円
一般	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円
年金80万円以下等	15,000円

医療保険の負担限度額 (H30.8~) (70歳以上・月額・多数回該当)	
①年収約1,160万円以上	140,100円
②年収約770万～約1160万円	93,000円
③年収約383万～約770万円	44,400円
一般	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円
年金80万円以下等	15,000円

※ 介護サービス利用者のうち、現役並み所得相当の高額介護サービス費を受ける者の占める割合は約1%

※ 医療保険制度における70歳以上の加入者のうち、現役並み所得相当が占める割合は約7.7%、このうち、

- ① 年収約1,160万円の占める割合は約17%
- ② 年収約770万～約1,160万円の占める割合は約14%
- ③ 年収383万～約770万円の占める割合は約69%

出典：介護保険事業状況報告(平成29年度 年報)

出典：各事業年報等を基に、保険局調査課において作成
(※一定の仮定を置いた粗い推計(平成29年度加入者ベース))

「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準

論点

- 介護保険制度においては、制度創設以来、利用者負担割合を所得にかかわらず一律1割としていたところであるが、平成26年の介護保険法改正において、一割負担の原則を堅持しつつ保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、現役世代に過度な負担を求めず、高齢者世代内において負担の公平化を図っていくため、「一定以上所得のある方」(第1号被保険者の上位二割相当)について負担割合を2割とした。(平成27年8月施行)
- また、平成29年の介護保険法改正において、介護保険制度の持続可能性を高めるため、世代内・世代間の負担の公平や負担能力に応じた負担を求める観点から、「現役並みの所得」を有する方の負担割合を2割から3割に引き上げた。(平成30年8月施行)
- 制度の施行状況を踏まえ、こうした「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準について、どのように考えるか。

【2割負担・3割負担の水準及び1号被保険者の所得分布】

モデル年金(厚生年金)
 年金収入等188万円

【2割負担】被保険者の上位20%
 合計所得金額：160万円
 年金収入等(1人世帯)：280万円

【3割負担】現役並み所得
 合計所得金額：220万円
 年金収入等(1人世帯)：340万円

年金収入+その他の 合計所得金額	180~ 190万	190~ 200万	200~ 210万	210~ 220万	220~ 230万	230~ 240万	240~ 250万	250~ 260万	260~ 270万	270~ 280万	280~ 290万	290~ 300万	300~ 310万	310~ 320万	320~ 330万	330~ 340万	340~ 350万	350~ 360万	360~ 370万	370万 ~
合計所得金額 (○円以上~○円未満)	60~ 70万	70~ 80万	80~ 90万	90~ 100万	100~ 110万	110~ 120万	120~ 130万	130~ 140万	140~ 150万	150~ 160万	160~ 170万	170~ 180万	180~ 190万	190~ 200万	200~ 210万	210~ 220万	220~ 230万	230~ 240万	240~ 250万	250万 ~
H31 被保険者数(千人)	386	433	503	608	669	642	667	680	627	602	527	476	422	385	327	309	270	254	216	3,384
割合の累計値 (上位○%)	35.3 %	34.2 %	33.0 %	31.5 %	29.8 %	27.9 %	26.1 %	24.2 %	22.2 %	20.4 %	18.7 %	17.2 %	15.9 %	14.7 %	13.6 %	12.6 %	11.8 %	11.0 %	10.3 %	9.6%

※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(120万円程度)

所得分布は平成31年4月1日現在(※介護保険計画課調べ。)

※年金収入+その他の合計所得金額は、給与所得等の額により変動しうる。

【サービス種別ごとの受給者に占める2割・3割負担対象者数の割合】

	平成30年3月サービス分		平成31年3月サービス分	
	2割負担対象者		2割負担対象者	3割負担対象者
全体	8.9%		4.9%	3.7%
在宅サービス受給者	10.1%		5.4%	4.4%
特養入所者	4.2%		2.5%	1.6%
老健入所者	6.1%		3.7%	2.4%
療養入所者	6.8%		3.7%	2.8%

出典：介護保険事業状況報告(平成30年5月、令和元年5月月報)

「経済財政運営と改革の基本方針2018」(平成30年6月15日閣議決定)(抜粋)

第3章 「経済・財政一体改革」の推進

4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

(1) 社会保障

(負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、自助と共助の役割分担の再構築)

(略)

高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。

(略)

介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。

「新経済・財政再生計画改革工程表2018」における記載①

○「新経済・財政再生計画改革工程表2018」（平成30年12月20日）（抜粋）

2-4 給付と負担の見直し

高齢化や現役世代の急減という人口構造の変化の中でも、国民皆保険を持続可能な制度としていくため、勤労世代の高齢者医療への負担状況にも配慮しつつ、必要な保険給付をできるだけ効率的に提供しながら、自助、共助、公助の範囲についても見直しを図る。

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	52 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	高齢者医療制度について、マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。 在宅と施設の公平性の確保の観点等から、介護の補給付の在り方について、その対象者の資産の実態調査等を行い、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる（再掲）。 <<厚生労働省>>	骨太2020	----->	—	—
	57 介護のケアプラン作成に関する給付の在り方について検討 介護のケアプラン作成について、給付の在り方を検討する。	介護のケアプラン作成に関する給付と負担の在り方について、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 <<厚生労働省>>	----->		—	—

「新経済・財政再生計画改革工程表2018」における記載②

○ 「新経済・財政再生計画改革工程表2018」（平成30年12月20日）（抜粋）

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	58 介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討	<p>介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院等の多床室の室料負担等、施設サービスの報酬等の在り方について、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。</p> <p>＜厚生労働省＞</p>	→		-	-
	多床室室料について、給付の在り方を検討する。					
	59 介護の軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方について検討		<p>軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付について、地域支援事業への移行を含めた方策について、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。</p> <p>＜厚生労働省＞</p>	→		-
介護の軽度者への生活援助サービス等について、給付の在り方を検討する。						
60 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討	<p>年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。</p> <p>＜厚生労働省＞</p>	→	→	→	-	-
年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。		骨太2020	-	-	-	-

「経済財政運営と改革の基本方針2019」における記載

「経済財政運営と改革の基本方針2019」(令和元年6月21日閣議決定)(抜粋)

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 経済・財政一体改革の推進等

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(基本的な考え方)

新経済・財政再生計画に基づき、基盤強化期間内から改革を順次実行に移し、団塊の世代が75歳以上に入り始める2022年までに社会保障制度の基盤強化を進め、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めにつなげる。このため、給付と負担の見直しも含めた改革工程表について、進捗を十分に検証しながら、改革を着実に推進する。

年金及び介護については、必要な法改正も視野に、2019年末までに結論を得る。医療等のその他の分野についても、基盤強化期間内から改革を順次実行に移せるよう、2020年度の「経済財政運営と改革の基本方針」(以下「骨太方針2020」という。)において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

なお、人生100年時代を迎え、少子高齢社会の中で、生き方、働き方の多様化に対応できる持続可能な社会保障制度へと改革していく必要がある。議論を進めるに当たっては、いわゆる「支える側」と「支えられる側」のリバランスという観点や、個人の自由で多様な選択を支え、特定の生き方や働き方が不利にならない「選択を支える社会保障」という考え方も含め、年齢等にとらわれない視点から検討を進めるとともに、自助・共助・公助の役割分担の在り方、負担能力や世代間・世代内のバランスを考慮した給付と負担の在り方等の観点を踏まえて行う。

あわせて、現役世代が減少していく中で高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据え、下記の予防・重症化予防・健康づくりの推進や医療・福祉サービス改革による生産性の向上に向けた取組について、具体的な目標とそれにつながる各施策のKPIを掲げ推進する。

また、国と地方が方向性を共有し、適切な役割分担の下で地域の実情を踏まえつつ具体的な取組を進める。

第2章1.(2)に掲げる取組及びこれらの取組を通じて、幅広い世代の視点を踏まえつつ、人生100年時代に対応した全世代型の社会保障制度を構築し、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持、そして次世代への継承を目指す。

(略)

(給付と負担の見直しに向けて)

社会保障の給付と負担の在り方の検討に当たっては、社会保障分野における上記の「基本的な考え方」を踏まえつつ、骨太方針2018及び改革工程表の内容に沿って、総合的な検討を進め、骨太方針2020において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。