制度の持続可能性の確保
＜参考資料＞

令和元年11月27日

厚生労働省老健局

（１）補足給付に関する給付の在り方

補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み

○　食費・居住費について、利用者負担第１～第３段階の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定
○　標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付

負担軽減の対象となる低所得者

利用者負担段階	主な対象者	
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	かつ、預貯金等が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円以下	
第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、第２段階該当者以外	
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者	

※　平成28年８月以降は、非課税年金も含む。

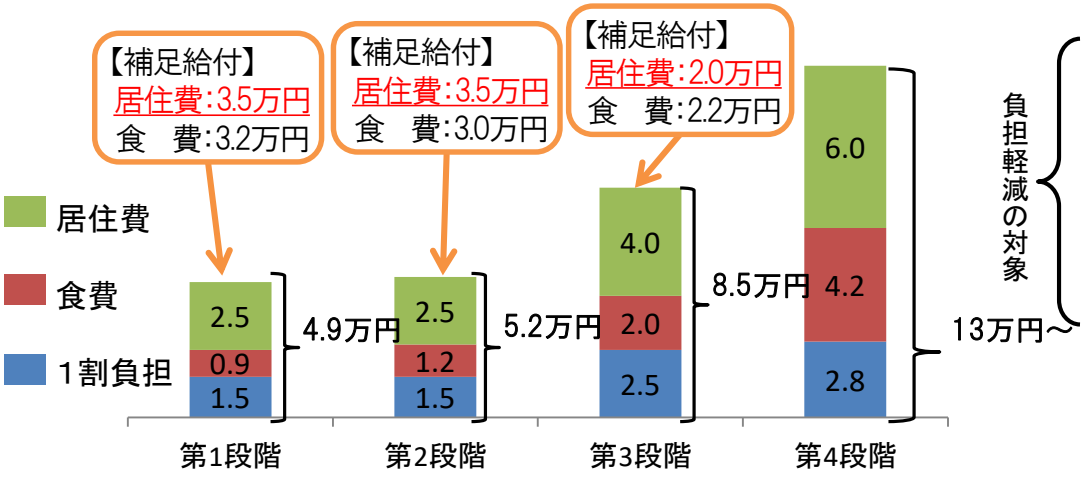
			基準費用額（日額（月額））	負担限度額　（日額（月額））		
				第１段階	第２段階	第３段階
食費			1,392円　（4.2万円）	300円　（0.9万円）	390円　（1.2万円）	650円　（2.0万円）
居住費	多床室	特養等	855円　（2.6万円）	0円　（　0万円）	370円　（1.1万円）	370円　（1.1万円）
		老健・療養等	377円　（1.1万円）	0円　（　0万円）	370円　（1.1万円）	370円　（1.1万円）
	従来型個室	特養等	1,171円　（3.6万円）	320円　（1.0万円）	420円　（1.3万円）	820円　（2.5万円）
		老健・療養等	1,668円　（5.1万円）	490円　（1.5万円）	490円　（1.5万円）	1,310円　（4.0万円）
	ユニット型個室的多床室		1,668円　（5.1万円）	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		2,006円　（6.1万円）	820円　（2.5万円）	820円　（2.5万円）	1,310円　（4.0万円）

平成26年改正における補足給付の見直し【平成27年8月施行(一部平成28年8月)】

○ 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。

○ 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは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。。

＜現在の補足給付と施設利用者負担＞ ※ ユニット型個室の例



負担軽減の対象

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、 利用者負担第2段階該当者以外
第4段階 ～	・市町村民税本人非課税・世帯課税 ・市町村民税本人課税者

(※)認定者数:121万人、給付費:3165億円[平成29年度]

＜要件の見直し＞

①預貯金等 → 一定額超の預貯金等（単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超）がある場合には、対象外。　→本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ（加算金）を設ける

②配偶者の所得 → 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

③非課税年金収入 → 補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案する

①、②:平成27年8月施行、③:平成28年8月施行

施設での生活にかかる費用等の目安

○　基準額を下回る場合には補足給付の対象となることから、年金収入が少なくても、ユニット型個室に入居して補足給付による負担軽減を受けつつ食費・居住費、利用者負担、その他の生活費、各種保険料を負担することができることを想定。
○　特養の場合には９割以上の入所者が１０年以内に退所している。
○　また、国民年金受給月額は平均5.5万円。９割の者が月額３万円以上となっている。
○　ユニット型の施設に入所した場合でも、預貯金５００万円程度があれば年金額が低い者でも補足給付を受けながら１０年居住することができる。

預貯金額　（7.6万円－３万円）×12ヶ月×10年＋500万円＝1,000万円（約500万円）
※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。

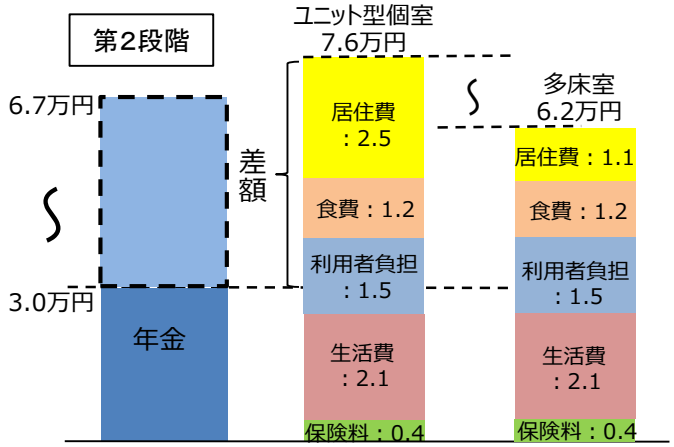
１．国民年金の受給額（月額）の状況(平成28年度末)

平均 55,373円（３万円以上95.4%）

月額（万円）	人数	割合	累積割合
～ 1	88,440	0.3%	0.3%
1 ～ 2	320,098	1.0%	1.3%
2 ～ 3	1,038,662	3.3%	4.6%
3 ～ 4	3,283,070	10.4%	14.9%
4 ～ 5	4,601,417	14.5%	29.5%
5 ～ 6	7,034,486	22.2%	51.7%
6 ～ 7	13,606,925	43.0%	94.7%
7 ～	1,683,674	5.3%	100.0%

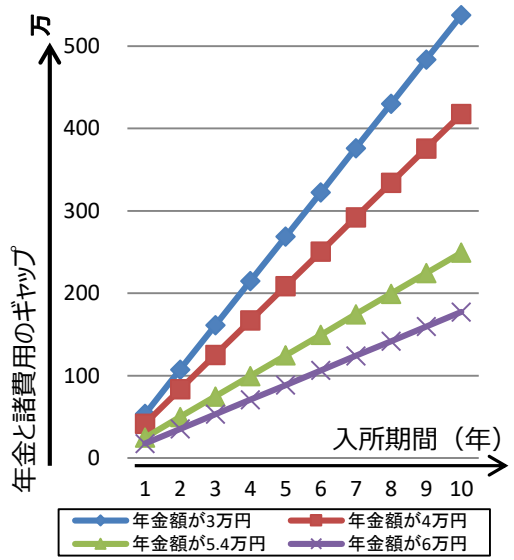
出典：平成28年度厚生年金保険・国民年金事業報告

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



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

３．「差額」を入所期間に応じて積み上げ



例：年金額月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

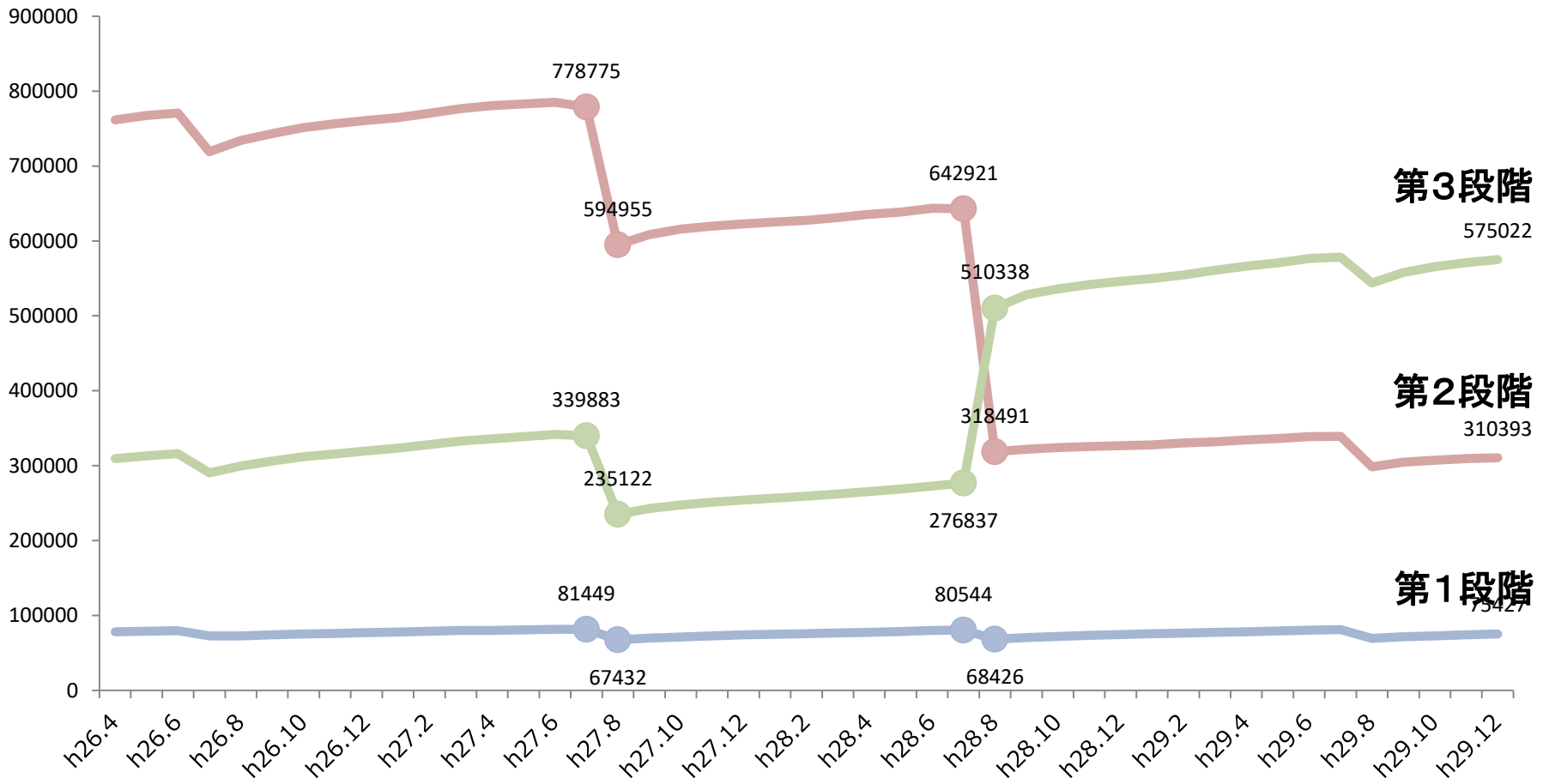
４．特養入所者の退所年数、退所割合、必要額の関係

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
現在 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%
	必要額（万円）	552	607	662	718	772	828	883	938	993	1048	1104

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

補足給付の件数（食費・総数）

○　補足給付の支給要件の厳格化（配偶者勘案・預貯金勘案）を行った平成27年８月に件数が大きく下がっている。配偶者勘案と預貯金勘案の影響度合いについては不明。
○また、さらに支給要件の厳格化（非課税年金勘案）を行った平成28年８月に第２段階の件数が大きく下がるとともに、第３段階の件数が大きく上がっている。



補足給付の額の推移

（百万円）

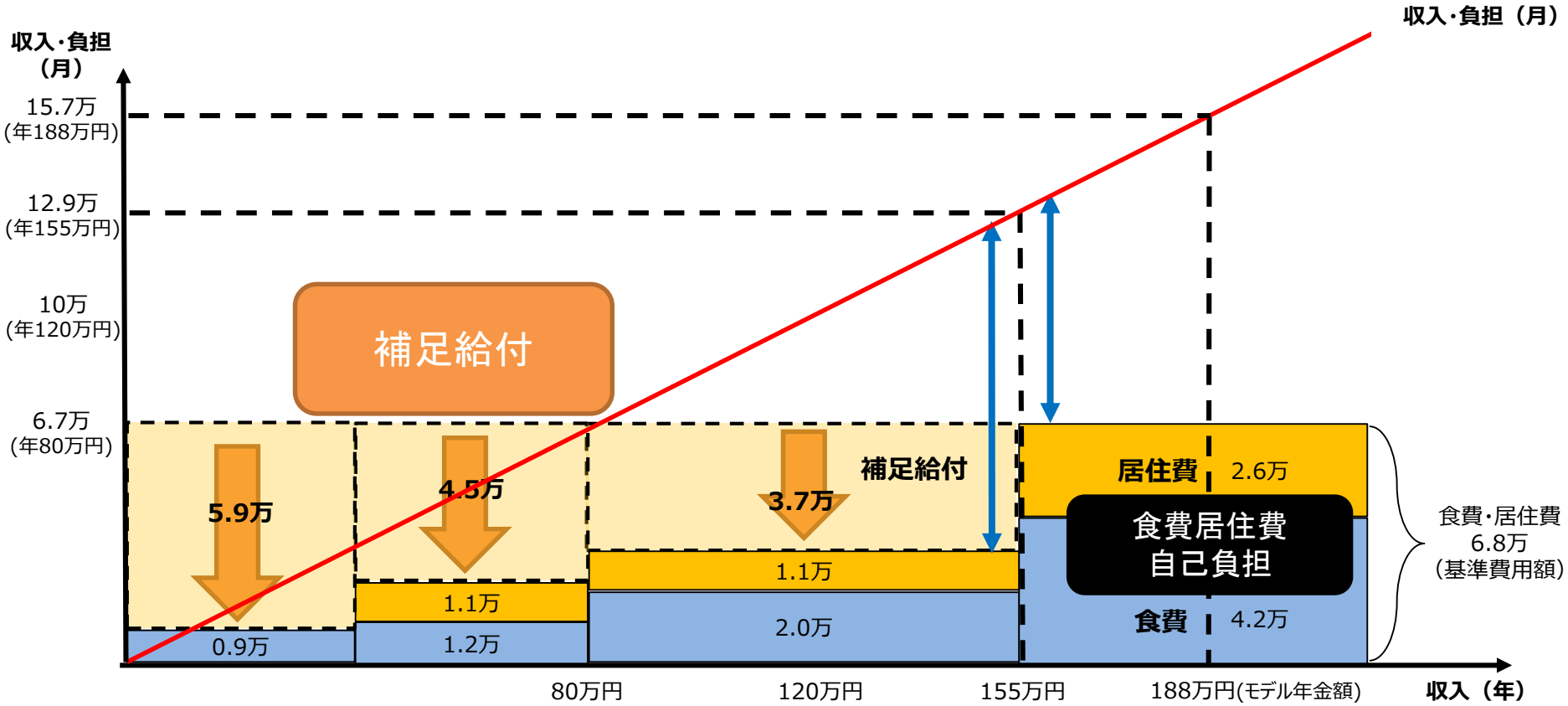
平成30年 4月サービス分	5月サービス分	6月サービス分	7月サービス分	8月サービス分	9月サービス分
25,988	27,138	26,314	27,280	26,631	26,621

10月サービス分	11月サービス分	12月サービス分	平成31年 1月サービス分	平成31年 2月サービス分	平成31年 3月サービス分
27,234	26,307	27,138	27,076	24,559	27,202

出典：介護保険事業状況報告（平成30年6月～令和元年5月月報）

施設入所者の食費・居住費（自己負担と補足給付）

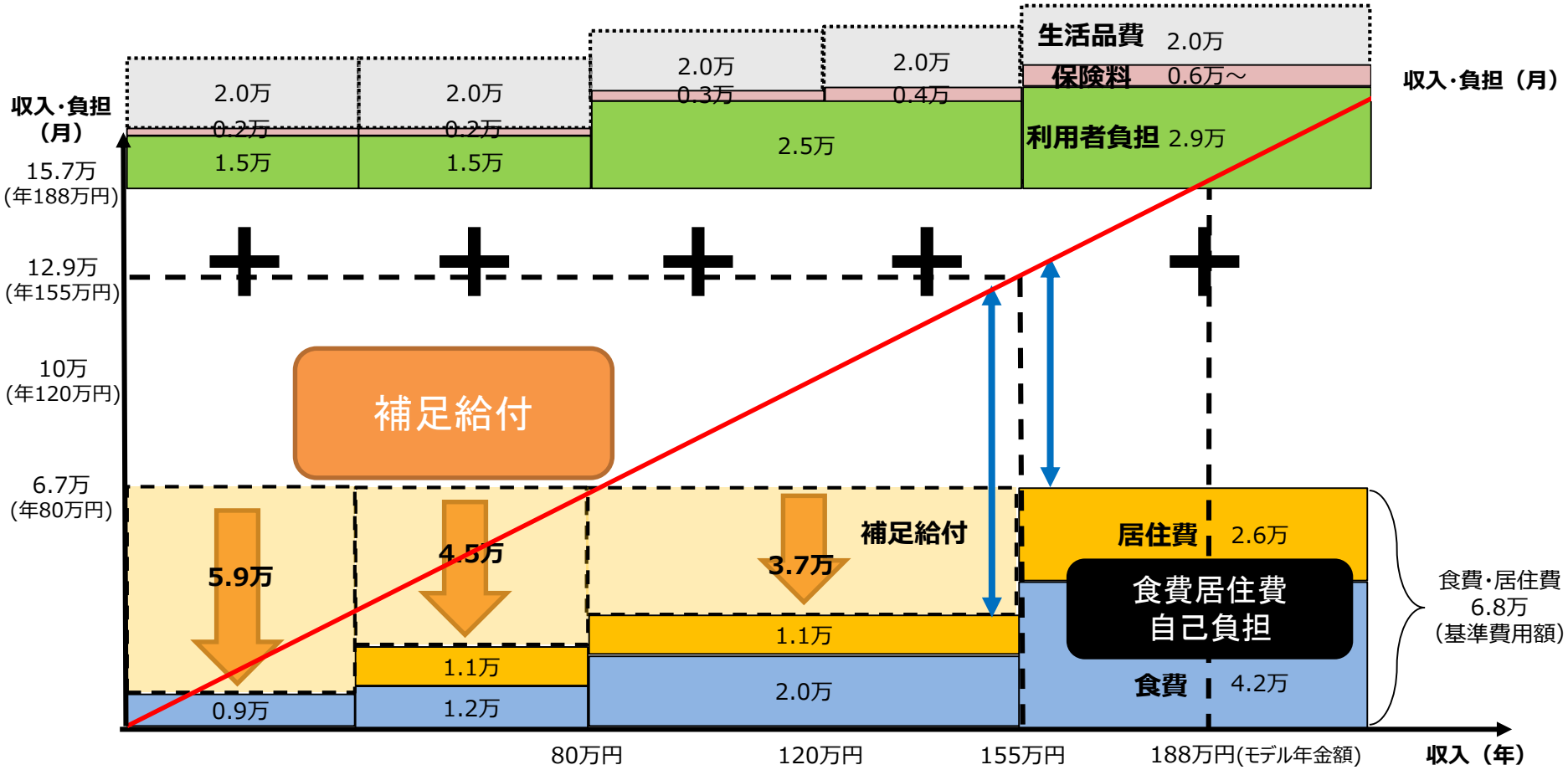
〔施設入所者の食費・居住費（自己負担と補足給付）特別養護老人ホーム・多床室の場合〕



保険料段階	第１段階	第２段階 本人年金収入等80万円超 120万円以下	第３段階 本人年金収入等 120万円超	第４段階 ・本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる）（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 生活保護被保護者 世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者	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 ・世帯に課税者がいる ・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	

施設入所者の食費・居住費（自己負担と補足給付）

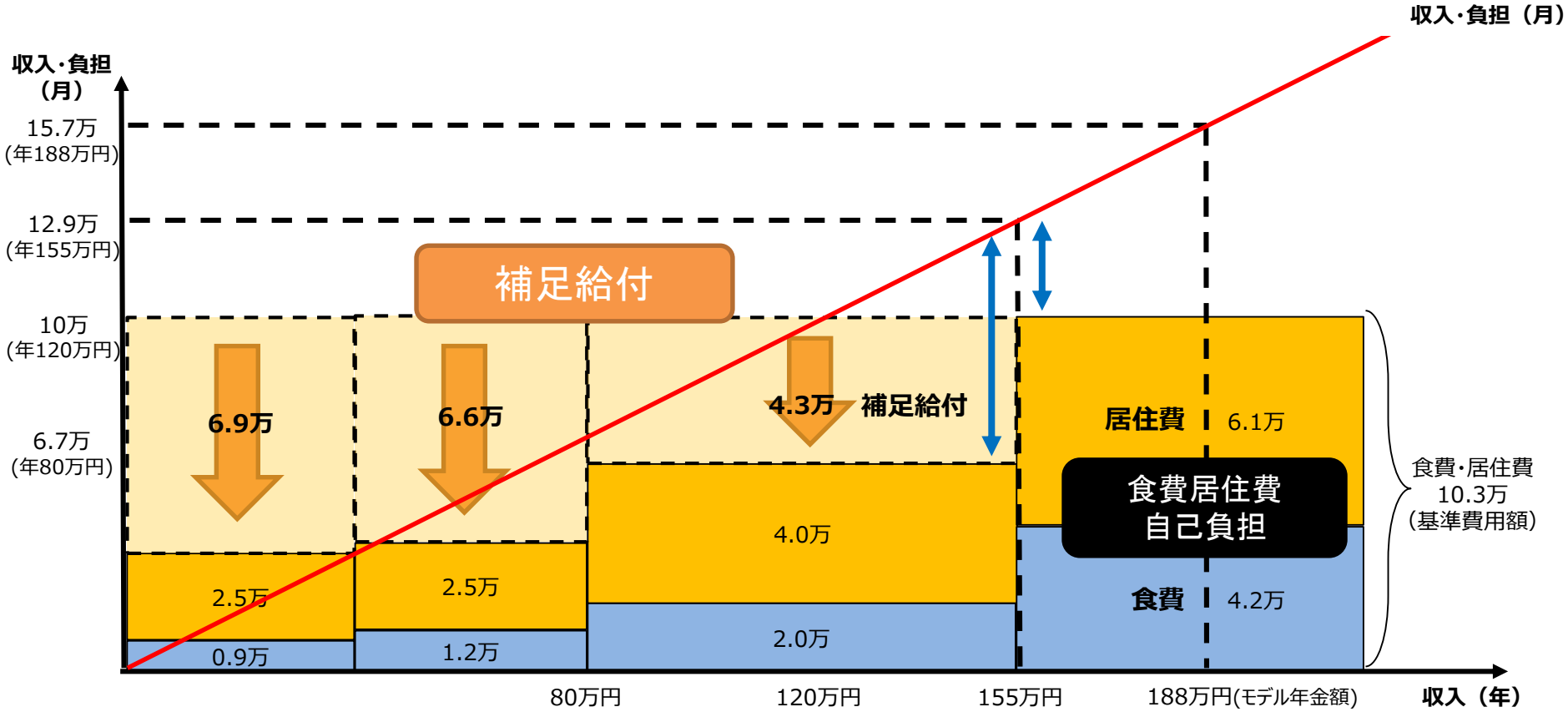
〔施設入所者の食費・居住費（自己負担と補足給付）特別養護老人ホーム・多床室の場合〕



保険料段階	第１段階	第２段階 本人年金収入等80万円超120万円以下	第３段階 本人年金収入等120万円超	第４段階 ・本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる）（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 生活保護被保護者 世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者	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 ・世帯に課税者がいる ・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	

施設入所者の食費・居住費（自己負担と補足給付）

〔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・ユニット型個室の場合〕



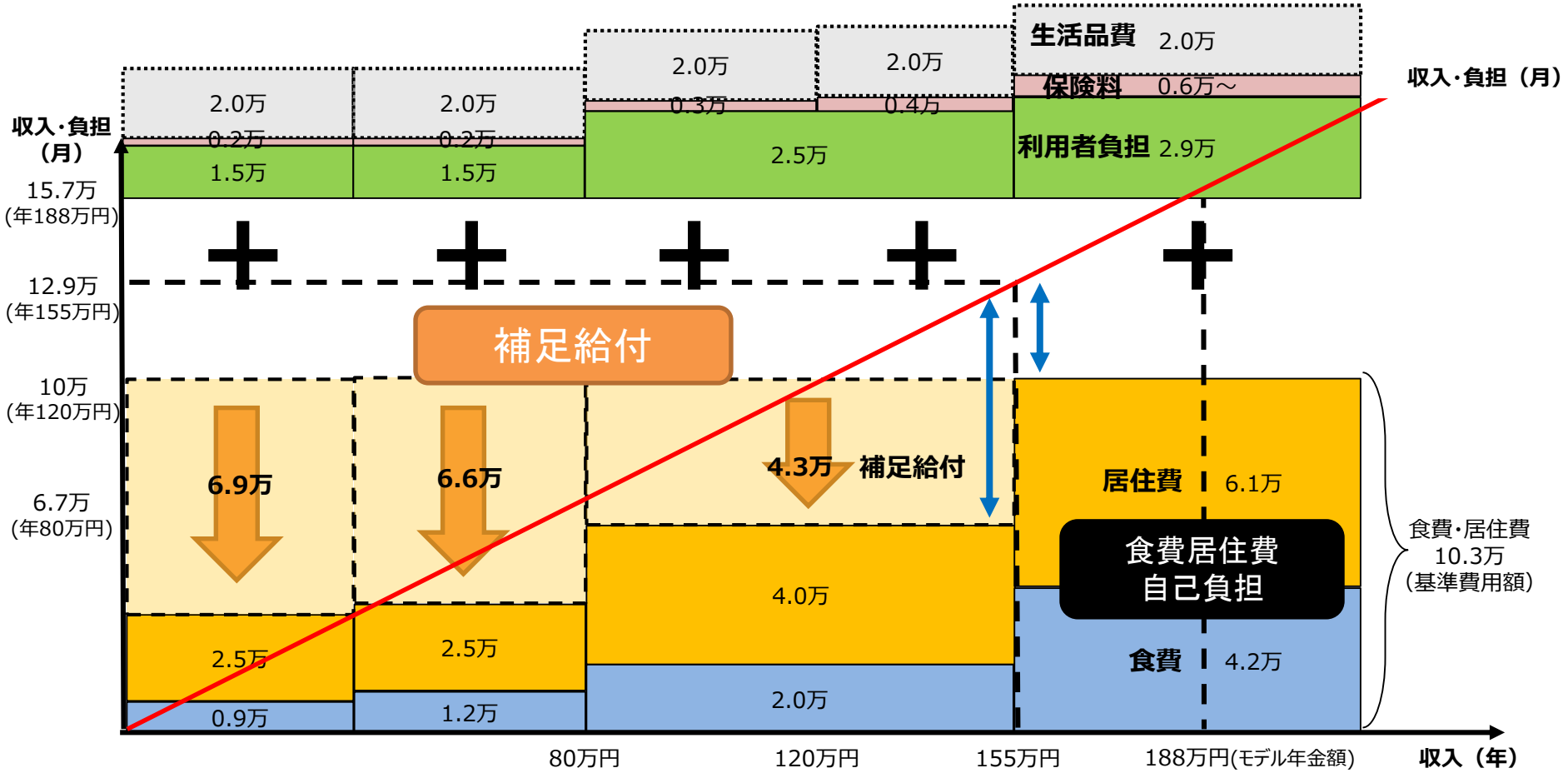
保険料段階	第１段階	第２段階 本人年金収入等80万円超120万円以下	第３段階 本人年金収入等120万円超	第４段階 ・本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる）（第４，５段階） ・本人が市町村民税課税（第６段階～）

補足給付段階	第１段階 生活保護被保護者 世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者	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 ・世帯に課税者がいる ・本人が市町村民税課税

補足給付受給者数（特養・ユニット型個室）	約0.9万人	約5.2万人	約8.0万人

施設入所者の食費・居住費（自己負担と補足給付）

〔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・ユニット型個室の場合〕



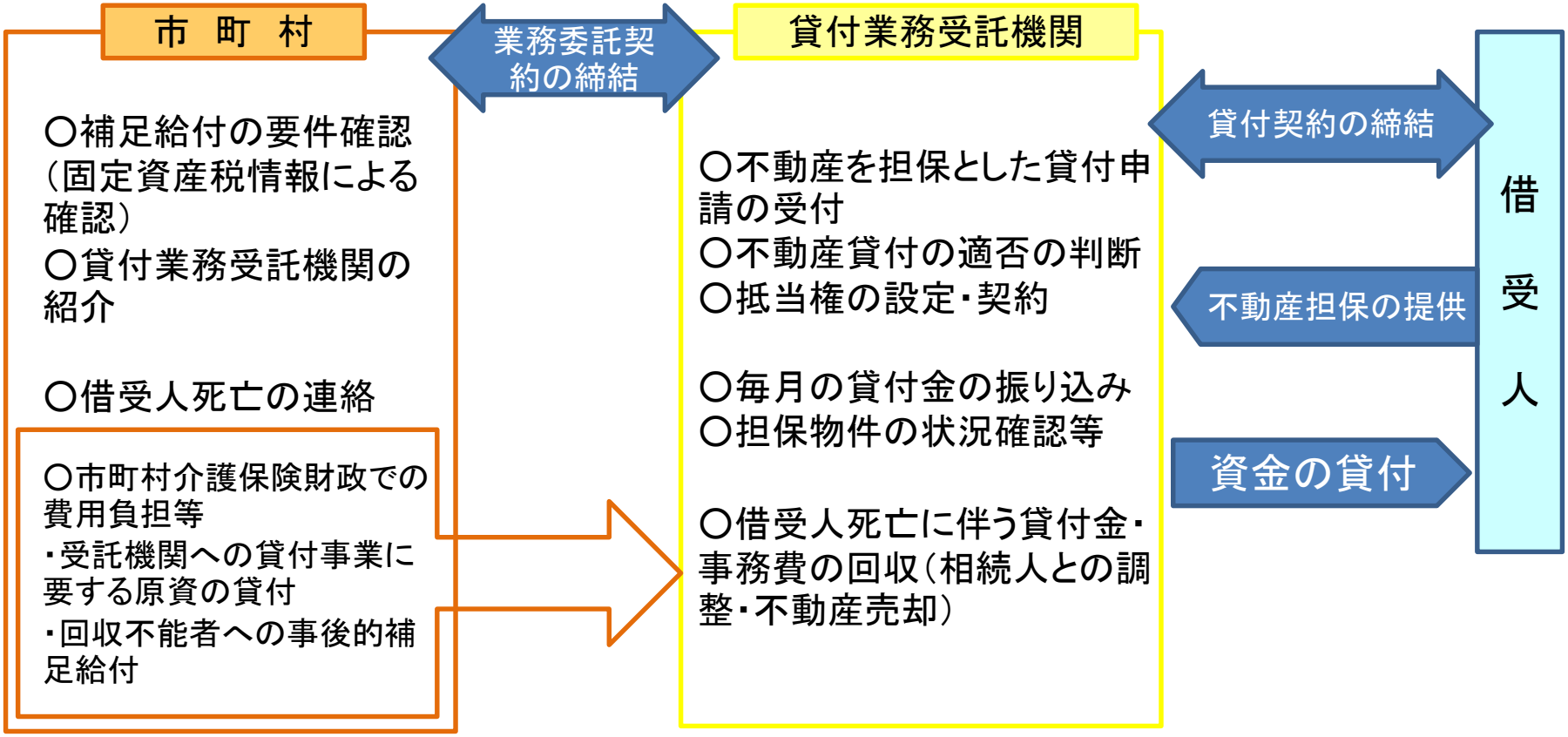
保険料段階	第１段階	第２段階 本人年金収入等80万円超120万円以下	第３段階 本人年金収入等120万円超	第４段階 ・本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる）（第４，５段階） ・本人が市町村民税課税（第６段階～）
補足給付段階	第１段階 生活保護被保護者 世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者	第２段階 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	第３段階 世帯全員が市町村民税非課税かつ 本人年金収入等80万円超	第４段階 ・世帯に課税者がいる ・本人が市町村民税課税
補足給付受給者数（特養・ユニット型個室）	約0.9万人	約5.2万人	約8.0万人	

平成25年度介護保険部会における不動産勘案に関する議論

平成25年9月25日　第49回社会保障審議会介護保険部会　資料1より

不動産を担保とした貸付制度のイメージ（案）

○実施に当たっては、市町村の事務負担を踏まえ可能な限り簡便な仕組みとし、外部への委託を可能とする方向で検討することとしてはどうか。
○不動産貸付事業は流動性を確保できる一定の価値以上の不動産が存在する市町村において一定の価値以上の不動産を対象に実施し、最終的に不動産が処分できなかった場合の事後的な補足給付などを介護保険財政で負担する方向で検討することとしてはどうか。
○具体化に向けて、制度の対象者や事務的なコストも含めた費用対効果の面や、委託先の確保にも留意して実施方法を検討するべきではないか。



不動産担保貸付の事業化について引き続き検討すべき課題

○　不動産担保貸付について関係者との調整を進めてきたところだが、現段階では事業化に向けて次のような課題が指摘されている。

○　現時点で全国的に委託先が確保できる状況にはなっておらず、事業化に向けたスキームの詳細や費用対効果について引き続き検討することが必要。

検討案	関係者（自治体・金融機関等）から指摘された課題（例）
○市町村保険者から外部への委託を可能とする。	○市町村の体制では貸付事業を直接実施することは困難であり、実施するには確実な委託先の確保が大前提となる。
○固定資産税評価額で2000万円以上の宅地を所有する者を補足給付の対象外とし、当該宅地を担保とした貸付を実施する。	○宅地の価格には地域差があり、市町村単位とした場合、取扱件数が少なくなるケースも考えられ、民間ベースでは採算の確保が期待しづらい可能性がある。 ○貸付先については、貸付業務の委託先により判断が異なることがあり、標準的な実施方法を確立する必要がある。 ○金融機関等に委託する場合にはシステム整備が必須であり、また鑑定評価や貸付金の金利、事務コストなどがかかるほか、採算を成り立たせることが必要。 ○貸付額が少額な割には借受人に利子等の負担がかかり、また大がかりな仕掛けが必要となるので、費用対効果の観点からも検証するべき。
○貸付原資を介護保険財政から貸付。また、担保割れにより回収不能となった場合には、事後的に補足給付を行い、介護保険財政により負担。	○長期にわたる貸付では、長生きリスク、不動産価値下落リスク、金利上昇リスクがあるため、担保割れのリスクやそれに伴う費用の負担をどうするか整理する必要がある。 ○借受人が亡くなったあとの相続関係の対応がトラブルになりやすいので十全な整理が必要。

不動産担保貸付事業については、その事業化に向けて、次のようなスキームの詳細や費用対効果などの課題について引き続き検討していくこととしている。

引き続き検討するべき主な課題		
1）各地域での事業化		対象となる宅地不動産は地域ごとにばらつきがあることから、そのような状況の中で各地域での事業化を図る手立てを検討する必要がある。
2）実務的課題		以下のような実務的な課題について、引き続き検討し、整理をしていく必要がある。
	①貸付の枠組み関係	貸付対象となる者の選定方法、不動産の鑑定・評価のあり方、貸付限度額の設定のあり方、相続人対策のあり方など
	②貸付開始後の管理の在り方	システム等業務処理方法、限度額割れした場合の対応、契約の変更・終了を要する場合の対応など
	③本人死亡後の対応	本人死亡後の相続人への請求のあり方、居住不動産の処分方法、限度額割れとなった場合の対処方法など
	④貸付業務に係る費用	必要な費用の調達方法、かかる経費の関係者での分担方法など
3）費用対効果の検証		全体としての費用対効果を高める方法を検討する必要がある。

平成26年度老健事業（不動産を活用した補足給付の見直し等に関する調査研究）

○　補足給付の支給における不動産の勘案について、有識者で構成される研究会での議論を行い、実効性と実現可能性を兼ね備えた不動産担保型貸付制度のあり方を検討するとともに、実現のための課題や要件を整理。

○　高齢者が保有する不動産を活用して必要なフローを自ら確保できるようにする方策を検討するための基本的方向性は以下のとおり。

①　民間機関の活用を前提とする。

②　民間企業の参入を促すために、補足給付受給者だけでなく、「施設入所者全体＋特定施設等の居住系サービス利用者」に貸付の対象を拡大する。（補足給付対象者だけでは市場規模が小さい）

③　全国エリアをカバーする実行性のある仕組みの構築を検討する。

④　対象者の年齢は高く認知症である場合も多いことを踏まえ高齢者の特性に対応した仕組みの設計、契約能力の低下をカバーするための支援や担保が必要。

不動産を活用した補足給付の見直し等に関する研究会　委員名簿

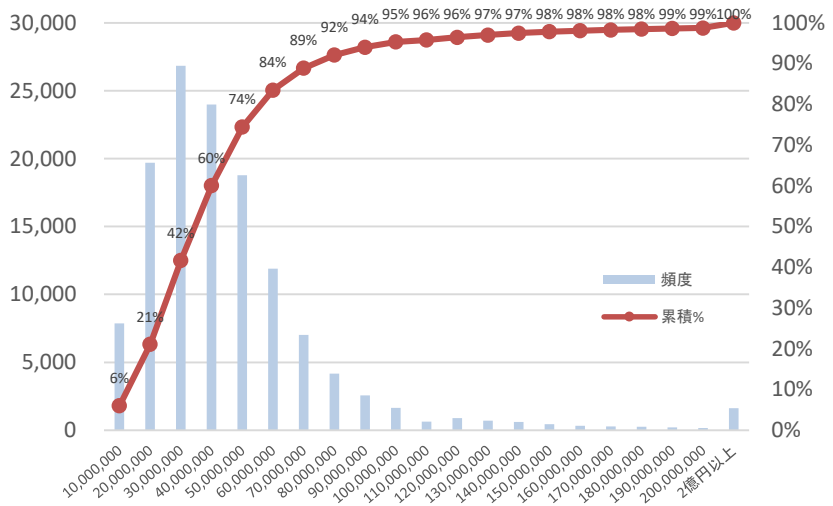
座長	駒村　康平	慶應大学　経済学部　教授
	石倉　米一	前橋市　福祉部　介護高齢課　課長
	酒井　健	独立行政法人住宅金融支援機構　業務企画部保証型・融資保険グループ長
	鈴木　裕之	（株）リクルート住まいカンパニー事業開発室事業開発部　事業開発グループ
	太矢　一彦	東洋大学　法学部　教授
	早川　仁	流山市　健康福祉部　介護支援課　課長
	廣原　英樹	横浜市　健康福祉局　高齢健康福祉部介護保険課　担当係長
	村岸　栄一	東京スター銀行　リテール企画グループグループリーダー
	山崎　福寿	日本大学　経済学部　教授

不動産取引の実態（都道府県）

○　不動産取引の実態は地域によってかなり違いがある。

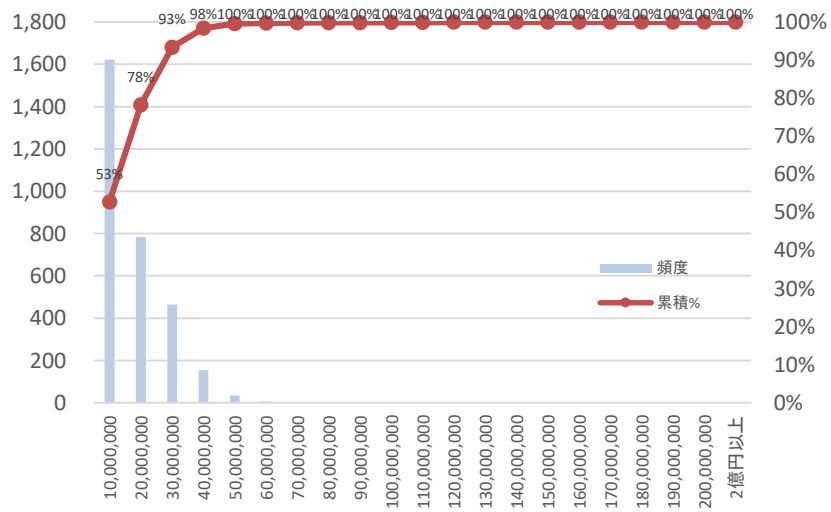
【東京都】

東京都内の不動産の価格分布の状況を見てみると、以下の図表の通り、約58%の取引は総額3,000万円以上となっている。



【秋田県】

一方、秋田県は、不動産取引のうち、総額3,000万円以上は約7%しか存在しない状況となっている。

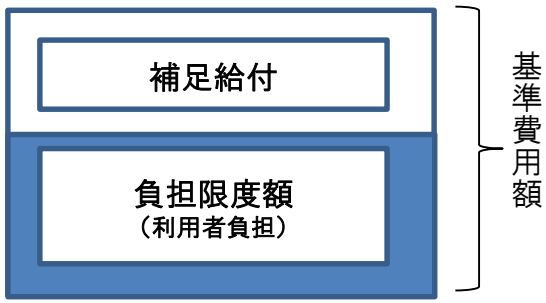


※「不動産取引価格情報」（国土交通省）より作成。
※宅地、戸建住宅、マンションの取引データを、2014年から2018年末の5年間を対象期間として抽出し、分析を行ったもの。

（２）多床室の室料負担

補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み

○　食費・居住費について、利用者負担第１～第３段階の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定
○　標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付



基準額
⇒食費･居住費の提供に必要な額
補足給付
⇒基準費用額から負担限度額を除いた額

負担軽減の対象となる者

利用者負担段階	主な対象者	
第1段階	･生活保護受給者 ･世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	かつ、預貯金等が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下
第2段階	･世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円以下	
第3段階	･世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外	
第4段階	･世帯に課税者がいる者 ･市町村民税本人課税者	

※　平成28年8月以降は、非課税年金も含む。

			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			1,392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	特養等	855円（2.6万円）	0円（　0万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）
		老健･療養等	377円（1.1万円）	0円（　0万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）
	従来型個室	特養等	1,171円（3.6万円）	320円（1.0万円）	420円（1.3万円）	820円（2.5万円）
		老健･療養等	1,668円（5.1万円）	490円（1.5万円）	490円（1.5万円）	1,310円（4.0万円）
	ユニット型個室的多床室		1,668円（5.1万円）	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		2,006円（6.1万円）	820円（2.5万円）	820円（2.5万円）	1,310円（4.0万円）

施設系サービスにおける食費・居住費の平均的な費用額の推移

			【見直し後】 基準費用額 （月額）	【現行】 基準費用額 （月額）	平成29年度 介護事業経営実態調査 (①)		平成26年度 介護事業経営実態調査		平成20年度 介護事業経営実態調査		平成17年度 介護事業経営実態調査		平成16年 介護事業経営概況調査	
					（平成28年度収支）		（平成26年3月収支）		（平成20年3月収支）		（平成17年3月収支）		（平成16年9月収支）	
食費			42,317	41,952	合計	43,644	合計	41,183	合計	40,361	合計	40,270	合計	42,229
					調理員等	26,089	調理員等	23,807	調理員等	24,193	調理員等	23,952	調理員等	25,339
					材料費等	17,555	材料費等	17,376	材料費等	16,167	材料費等	16,319	材料費等	16,891
居住費	多床室	特養	25,992	25,536	合計	43,217								
			（国庫補助金等相当額を勘案）	（国庫補助金等相当額を勘案）	減価償却費	32,748								
		老健 療養	11,461	11,248	光熱水費	10,469	光熱水費	11,215	光熱水費	10,101	光熱水費	9,863	光熱水費	9,490
					(H28家計調査)		(H25家計調査)		(H19家計調査)		(H17家計調査)		(H15家計調査)	
				（～26年度 9,728）									（H16家計調査	9,484）
	従来型個室		35,598	34,960	合計	54,427	合計	54,097	合計	53,913	合計	61,787	合計	53,931
		特養	（国庫補助金等相当額を勘案）	（国庫補助金等相当額を勘案）	減価償却費	36,524	減価償却費	31,022	減価償却費	34,955	減価償却費	43,871	減価償却費	37,688
					光熱水費	17,903	光熱水費	23,075	光熱水費	18,958	光熱水費	17,916	光熱水費	16,243
					合計	43,959	合計	47,660	合計	57,172	合計	57,343	合計	60,509
		老健	50,707	49,856	減価償却費	27,452	減価償却費	26,206	減価償却費	40,742	減価償却費	43,247	減価償却費	44,428
					光熱水費	16,507	光熱水費	21,454	光熱水費	16,430	光熱水費	14,096	光熱水費	16,081
					合計	38,620	合計	35,127	合計	60,449	合計	64,938	合計	63,936
		療養	50,707	49,856	減価償却費	27,711	減価償却費	23,767	減価償却費	47,655	減価償却費	52,251	減価償却費	50,827
					光熱水費	10,909	光熱水費	11,360	光熱水費	12,793	光熱水費	12,688	光熱水費	13,109
	ユニット型個室的多床室		50,707	49,856										
	ユニット型個室		60,982	59,888	合計	63,848	合計	64,642	合計	67,036	合計	62,477	合計	67,794
					減価償却費	45,693	減価償却費	39,988	減価償却費	49,546	減価償却費	43,839	減価償却費	49,071
					光熱水費	18,155	光熱水費	24,654	光熱水費	17,490	光熱水費	18,638	光熱水費	18,723

注1　基準費用額の月額は、一月を30.4日とし、これに日額を掛け合わせて算出している。
注2　調理委託している場合の費用は、調理員等に含めている。
注3　減価償却費、光熱水費には食事サービス部門が含まれている。
注4　家計調査の数値は、高齢者世帯1月あたり光熱水費支出額を世帯人員で除した値である。
注5　27年度に多床室の基準費用額は見直しを行った。
注6　27年8月から特養の多床室の入所者から居住費（室料相当分）の負担を求めることとした。

（参考）介護老人福祉施設の多床室の居住費について

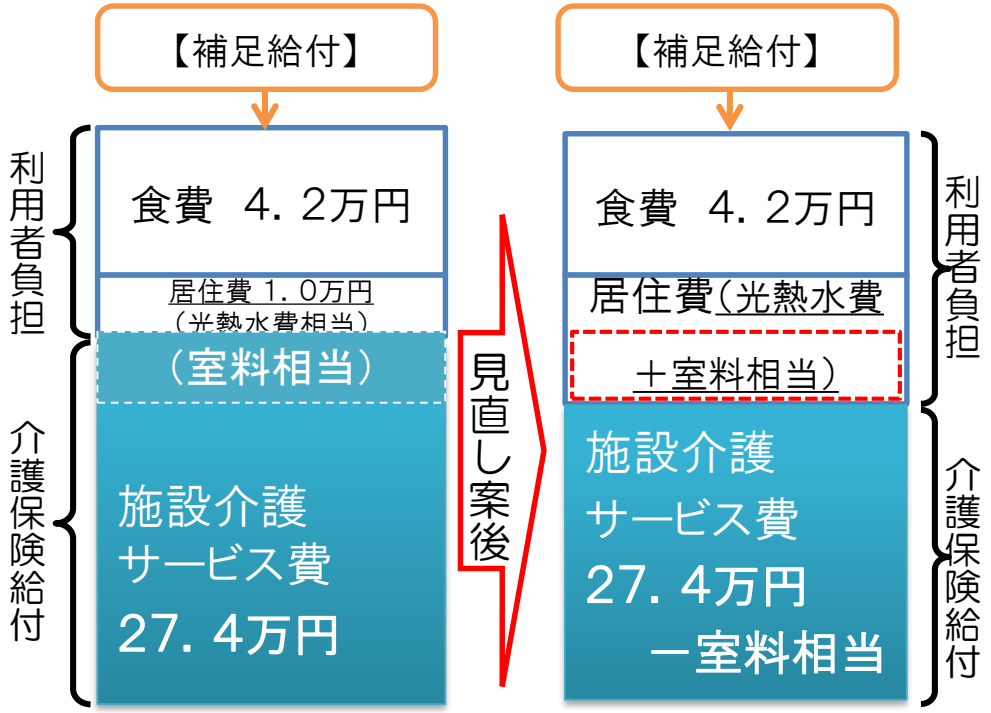
平成26年10月29日
第112回介護給付費分科会資料

論点８ 「低所得者を支え得る多床室」との指摘もあることを踏まえ、一定の所得を有する者が介護老人福祉施設の多床室に入所する場合については、居住費負担の見直しを行ってはどうか。

対応案

- 「低所得者を支え得る多床室」との指摘もある中で、死亡退所も多い等事実上の生活の場として介護老人福祉施設は選択されていることから、一定程度の所得を有する在宅で生活する方との負担の均衡を図るため、**一定の所得を有する介護老人福祉施設の多床室の入所者から居住費（室料）の負担を求めることとしてはどうか。（低所得者に配慮し、利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させない。）**
- 見直し後の多床室の基本サービス費は、人員配置基準が同じである従来型個室を参考に設定してはどうか。
- 多床室のプライバシーに配慮した居住環境改善に向けた取組を進めることとする。

※ 短期入所生活介護の利用者についても同様の取扱い。

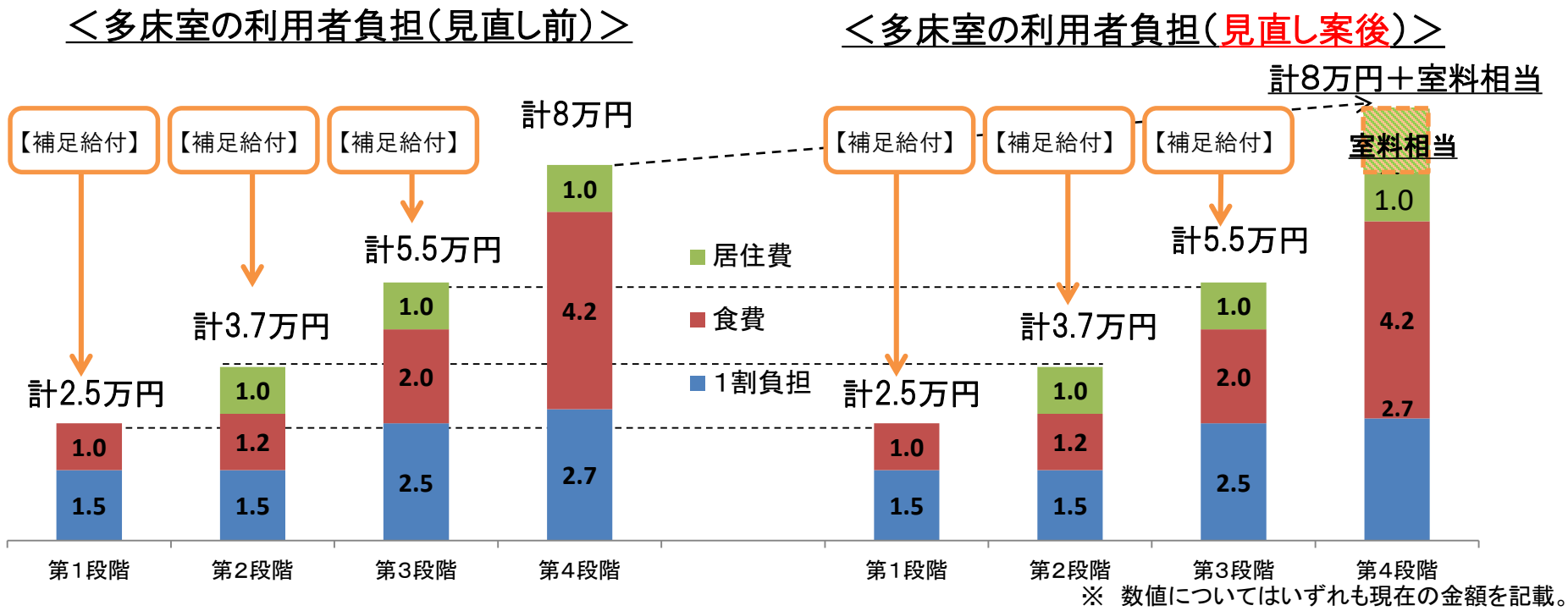


※１ 上記の介護保険給付（施設介護サービス費）については、利用者に係る１割の自己負担分を含む。 ※2 数値についてはいずれも現在の金額を記載。

（参考）介護老人福祉施設の多床室の居住費について

平成26年10月29日
第112回介護給付費分科会資料　一部修正

○　利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させないこととしてはどうか。



※　数値についてはいずれも現在の金額を記載。

○　旧国民年金老齢年金（基礎のみ）の受給権者の年金額：平均5.0万円
○　老齢基礎年金等の受給権者の年金額：平均5.5万円
〔出典〕「平成23年度厚生年金保険・国民年金事業の概況」

・第1段階：　生活保護受給者、老齢福祉年金受給者　等
・第2段階：　市町村民税世帯非課税、本人の年金収入80万円以下
・第3段階：　市町村民税世帯非課税、本人の年金収入80万円超
・第4段階：　市町村民税世帯課税（例えば、夫婦2人世帯で、本人の年金収入211万円超）

※第2及び第3段階の利用者負担額については、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度が適用されると、さらに低減される。

（３）ケアマネジメントに関する給付の在り方

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】

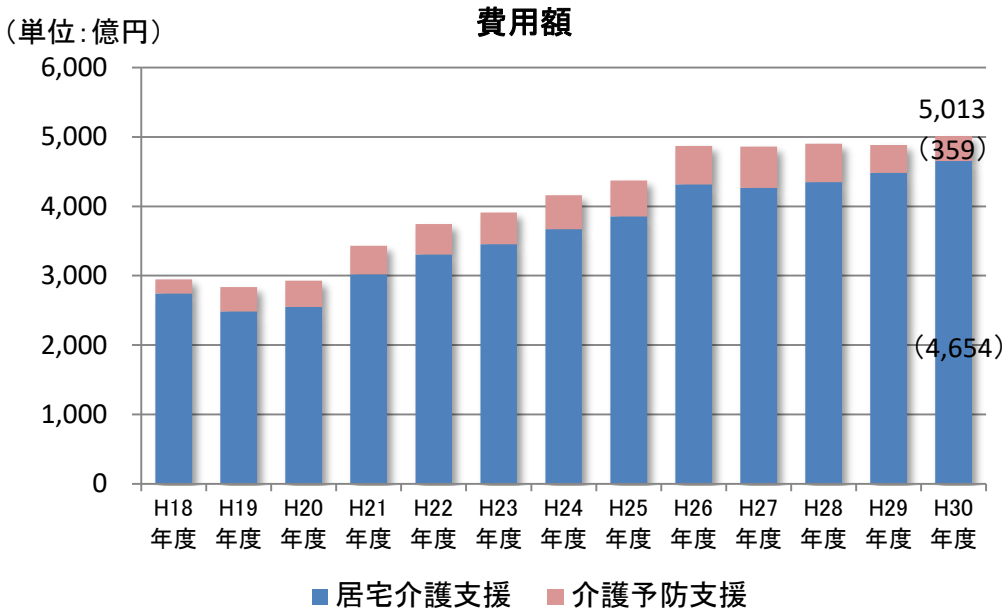
○従業者：事業所ごとに担当職員（※）を１人以上配置

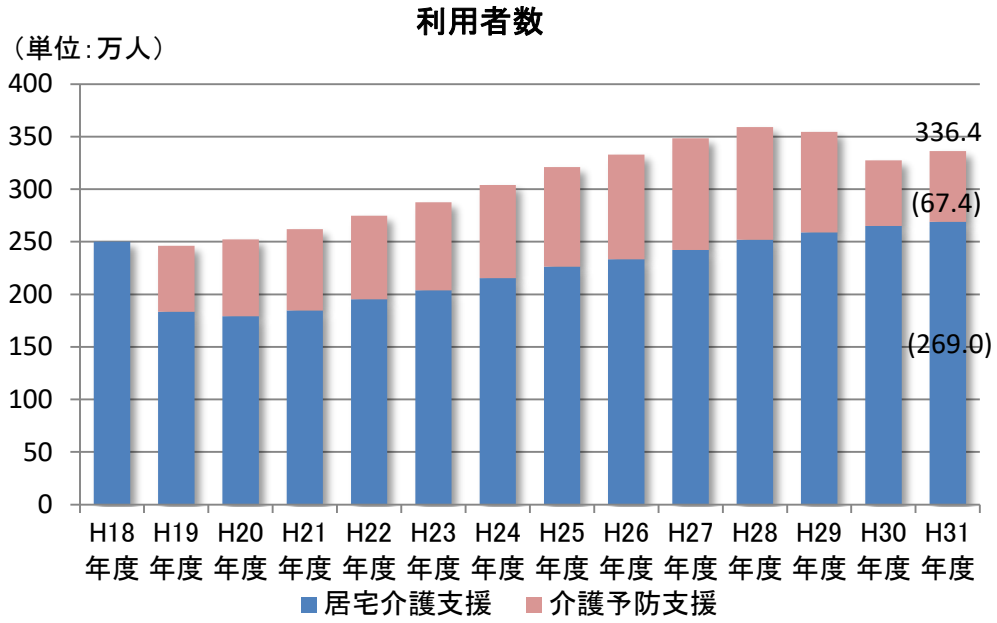
（※）①保健師、②介護支援専門員、③社会福祉士、④経験ある看護師、⑤高齢者保健福祉に関する相談業務等に３年以上従事した社会福祉主事　のいずれかの要件を満たす者であって、介護予防支援業務に関する必要な知識及び能力を有する者。

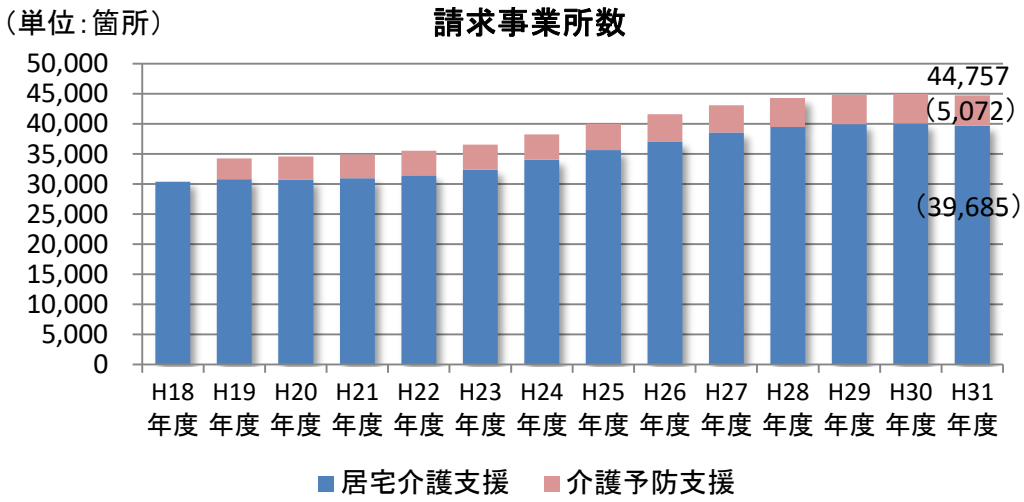
○管理者：事業所ごとに常勤専従の者を配置

居宅介護支援の事業所数・利用者数等

○居宅介護支援・介護予防支援の利用は、ここ数年は増加傾向にある。







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）

（上欄の単位：億円）

要支援		要介護					合計
1	2	1	2	3	4	5	
135	224	1,467	1,303	913	598	373	5,013
2.7%	4.5%	29.3%	26.0%	18.2%	11.9%	7.4%	100%

【出典】平成30年度介護給付費実態統計（旧：介護給付費等実態調査）

注1） 費用額の値は、5月審査（4月サービス）分から翌年の4月審査（3月サービス）分までの合計である。

注2） 利用者数、請求事業所数の値は、4月審査分である。

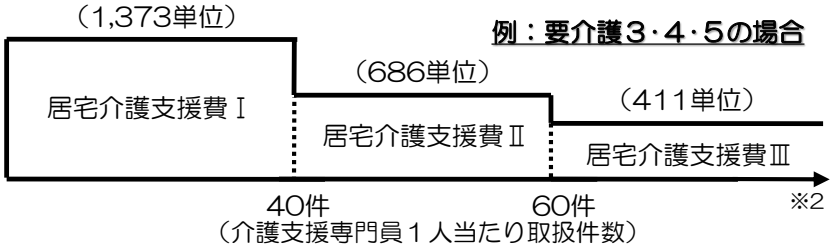
居宅介護支援･介護予防支援の報酬のイメージ（1月あたり）

居宅介護支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）

利用者の要介護度や取扱件数に応じた基本サービス費

	要介護1･2	要介護3･4･5
居宅介護支援費Ⅰ	1,057単位/月	1,373単位/月
居宅介護支援費Ⅱ	529単位/月	686単位/月
居宅介護支援費Ⅲ	317単位/月	411単位/月

【報酬体系は逓減制】※1



※1　介護支援専門員（常勤換算）1人当たり40件を超えた場合、超過部分のみに逓減制（40件以上60件未満の部分は居宅介護支援費Ⅱ、60件以上の部分は居宅介護支援費Ⅲ）を適用

※2　取扱件数には介護予防支援受託者数を２分の1とした件数を含む

＋

利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する加算･減算

- 初回利用者へのケアマネジメントに対する評価　（300単位）
- 入院時の病院等との連携
  - ・入院後３日以内：200単位
  - ・入院後７日以内：100単位
- 退院･退所時の病院等との連携
  - ・退院･退所時カンファレンスへの参加あり
    （連携１回：600単位、連携２回：750単位、連携３回：900単位）
  - ・退院･退所時カンファレンスへの参加なし
    （連携１回：450単位、連携２回：600単位）
- 利用者の状態の急変等に伴い利用者宅で行われるカンファレンスへの参加　（200単位）
- 末期がん患者に対する頻回な居宅訪問や主治医･事業者との連携に対する評価　（400単位）
- ケアマネジメント等の質の高い事業所への評価
  （Ⅰ：500単位、Ⅱ：400単位、Ⅲ：300単位、Ⅳ：125単位）
- 小規模多機能型居宅介護事業所との連携　（300単位）
- 看護小規模多機能型居宅介護事業所との連携　（300単位）

－

- サービス担当者会議や定期的な利用者の居宅訪問未実施、契約時の説明不足等　（▲50%）
- 訪問介護等において特定の事業所を位置付ける割合が80%を超える場合（▲200単位）

介護予防支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）

介護予防支援費	431単位/月

＋

- 小規模多機能型居宅介護事業所との連携　（300単位）
- 初回利用者へのケアマネジメントに対する評価　（300単位）

平成30年度介護報酬改定の概要（居宅介護支援･介護予防支援）

1）基本報酬

例）ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40未満である場合 又は 40以上である場合において、40未満の部分（居宅介護支援（Ⅰ））

要介護1･2　　1，042単位／月　⇒　1，053単位／月
要介護3～5　　1，353単位／月　⇒　1，368単位／月

参考）消費税率の引き上げに伴う改定（2019年度介護報酬改定）
要介護1･2：1，057単位／月　　要介護3～5：1，373単位／月
要支援1･2：431単位／月

2）医療と介護の連携の強化

○ 利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務付け。（★）

○ 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差を設けないこととする。

○ 退院･退所加算について、退院･退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価するとともに、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価。

○ 利用者が医療系サービスを利用を希望する場合、意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務付け。（★）

○ 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況等について、主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務付け。（★）

○ 特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所を更に評価。

3）末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

○ 主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化。

○ 利用者等の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握･記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価。（ターミナルケアマネジメント加算）

4）質の高いケアマネジメントの推進

○ 主任ケアマネジャーであることを管理者の要件化。（3年間の経過措置期間）

○ 特定事業所加算について、他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行うなど、地域のケアマネジメント機能を向上させる取組を評価。

5）公正中立なケアマネジメントの確保

○ 利用者はケアプランに位置付けるサービス提供事業所について、複数の紹介を求めることが可能であることや、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務付け（★）、これに違反した場合には報酬を減算。

○ 特定事業所集中減算について、請求事業所数の少ないサービスや医療系サービスを対象サービスから除外。

6）訪問回数の多い利用者への対応

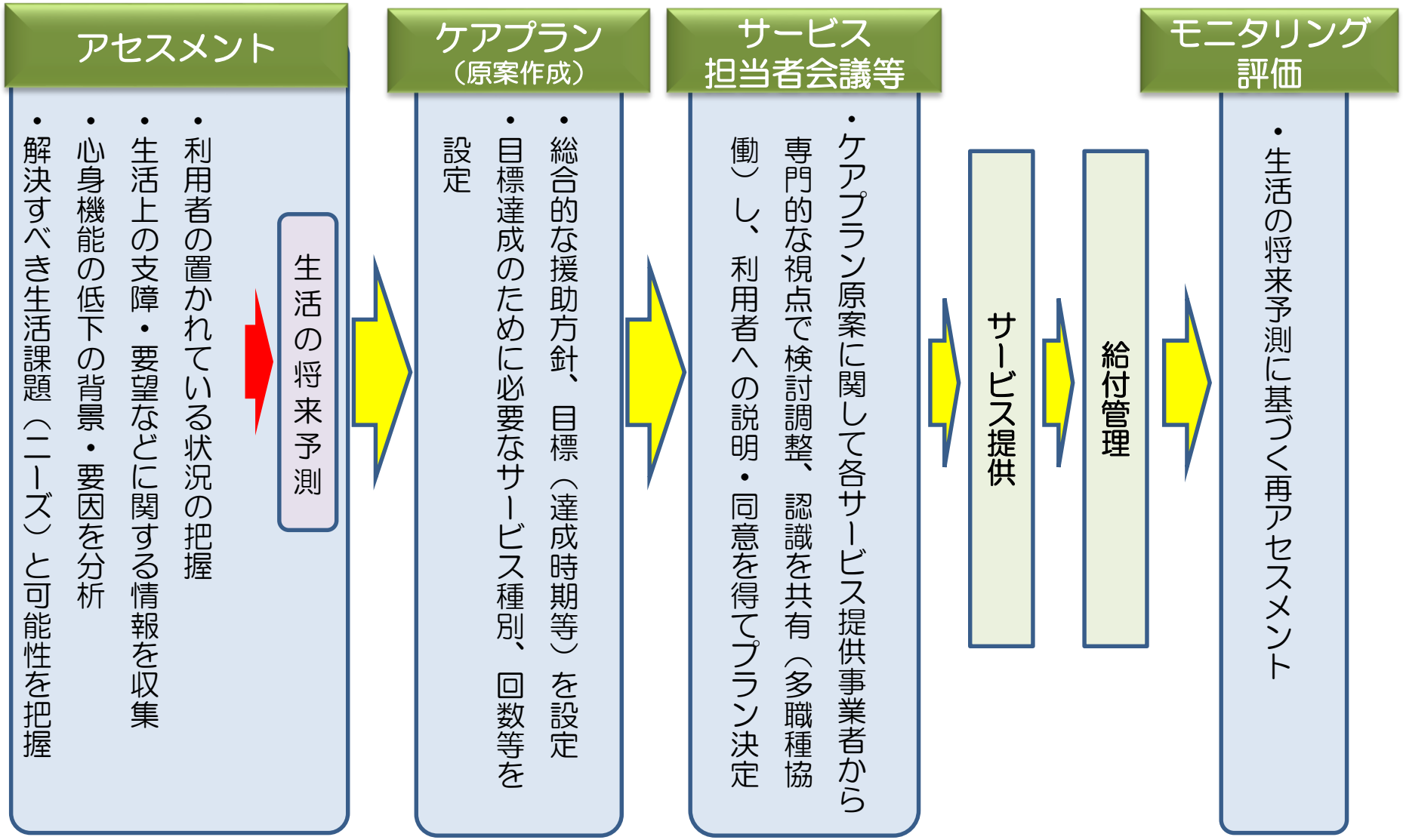
○ 統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合、市町村にケアプランを届出。

7）障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携

○ 障害福祉制度における特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確化。（★）

（※）★印は介護予防支援においても同様に改定。

ケアマネジメントの流れ



介護支援専門員の概要

1　介護支援専門員の定義

○　要介護者等からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じて適切な介護サービスを利用できるよう、市町村、サービス提供事業者、介護保険施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するとして介護支援専門員証の交付を受けた者。【法第７条第５項】

2　資格取得･研修体系

＜介護支援専門員実務研修受講試験＞

○受験要件【法第69条の２第１項、規則第113条の２】

保健･医療･福祉に関する法定資格に基づく業務（※1）又は一定の相談援助業務（※2）に従事した期間が通算して５年以上

（※1）医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士

（※2）生活相談員（介護老人福祉施設等）、支援相談員（介護老人保健施設）、相談支援専門員（障害者総合支援法）、主任相談支援員（生活困窮者自立支援法）

＜介護支援専門員実務研修＞

○受講要件【法第69条の２第１項、規則第113条の４第１項】

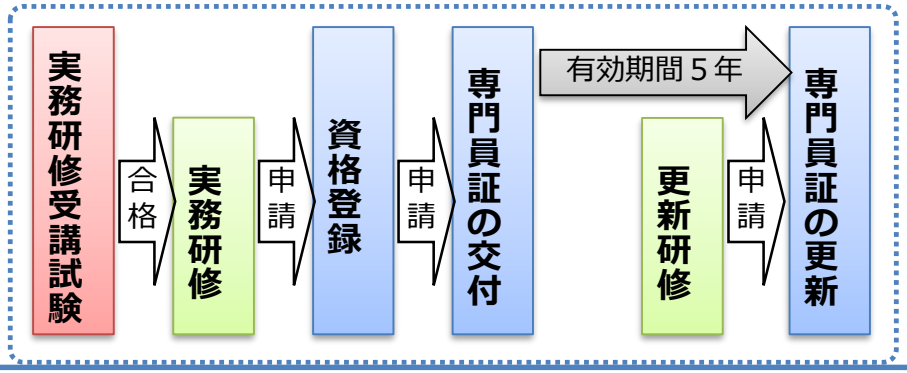
介護支援専門員実務研修受講試験に合格した者

＜介護支援専門員更新研修＞

○受講要件【法第69条の８第２項、規則第113条の18項第１項】

介護支援専門員証の有効期間の更新を受けようとする者

【資格取得･更新の流れ】



介護支援専門員の従事者数

（単位：人）

	合計	居宅介護支援	介護予防支援	居宅	地域密着型					介護保険施設		
				特定施設入居者生活介護（※1･2）	小規模多機能型居宅介護（※1）	看護小規模多機能型居宅介護	特定施設入居者生活介護	認知症対応型共同生活介護（※1･2）	介護老人福祉施設	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
従事者数（実数）	197,230	120,728	13,251	6,088	5,947	436	340	23,935	2,610	13,275	8,715	1,906
従事者数（常勤換算）	156,014	104,694	11,530	4,401	3,537	273	202	12,332	1,678	9,493	6,585	1,291

(※1) 介護予防サービスを一体的に行っている事業所の従事者を含む。また、介護予防サービスのみ行っている事業者は対象外。

(※2) 特定施設入居者生活介護及び認知症対応型共同生活介護については、計画作成担当者の従事者数。なお、計画作成担当者について、特定施設入居者生活介護では「専らその職務に従事する介護支援専門員であること」、認知症対応型共同生活介護では「1以上の者は、介護支援専門員をもって宛てなければならない」とされている。

(※3) 上表の従事者数は、各サービスごとに調査の回収割合で補正した人数で、それぞれ四捨五入によっているため、端数において合計と合致しない。

【出典】平成29年介護サービス施設･事業所調査（10月１日現在調査）

居宅サービス計画（ケアプラン）の構成

○サービス利用の根拠となる帳票

【第１表】居宅サービス計画書①

利用者･家族の「望む生活」を含め、ケアプラン全体の方向性を示す帳票

（記載項目）利用者･家族の生活に対する意向、介護認定審査会の意見、総合的な援助方針 等

【第２表】居宅サービス計画書②

第１表を実現するために、アセスメントから導き出された生活課題を解決するための手順を示す帳票

（記載項目）生活全般の解決すべき課題、長期･短期目標、援助内容（サービス内容･種別･頻度） 等

【第３表】週間サービス計画書

第２表で計画した具体的な支援の内容を週単位で示した帳票

（記載項目）サービス利用の週間タイムスケジュール

○経過記録に関する帳票

【第４表】サービス担当者会議の要点（※ サービス担当者会議の議事概要）

【第５表】居宅介護支援経過（※ モニタリングで把握した内容等の記録）

○保険事務に関する帳票

【第６表】サービス利用票

【第７表】サービス利用票（別表）

１か月単位でのサービス利用予定･実績を記入し、利用者負担額を計算する帳票

（記載項目）１か月単位の利用計画･利用実績の記録、利用者負担額 等

居宅サービス計画（第1表～第4表）

第1表

居宅サービス計画書（1）　作成年月日　年　月　日

初回 ・ 紹介 ・ 継続　認定済 ・ 申請中

利用者名　殿　生年月日　年　月　日　住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成（変更）日　年　月　日　初回居宅サービス計画作成日　年　月　日

認定日　年　月　日　認定の有効期間　年　月　日 ～ 年　月　日

要介護状態区分	要介護１ ・ 要介護２ ・ 要介護３ ・ 要介護４ ・ 要介護５
利用者及び家族の生活に対する意向	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	
生活援助中心型の算定理由	1．一人暮らし　2．家族等が障害、疾病等　3．その他（　）

第2表

居宅サービス計画書（2）　作成年月日　年　月　日

利用者名　殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

週間サービス計画表　作成年月日　年　月　日

利用者名　殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
午後	14:00								
	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス	

第4表

サービス担当者会議の要点　作成年月日　年　月　日

利用者名　殿　居宅サービス計画作成者(担当者)氏名

開催日　年　月　日　開催場所　開催時間　開催回数

会議出席者	所　属(職種)	氏　名	所　属(職種)	氏　名	所　属(職種)	氏　名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

居宅サービス計画（第5表～第7表）

第5表

居宅介護支援経過　　作成年月日　　年　　月　　日

利用者名　　殿　　居宅サービス計画作成者氏名

年月日	内　　容	年月日	内　　容

第6表

認定済・申請中　　平成　　年　　月分　サービス利用票・提供票（兼居宅サービス計画）　　居宅介護支援事業者→利用者

保険者番号		保険者名		居宅介護支援事業者事業所名 担当者名		作成年月日	平成　年　月　日
被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名		保険者確認印		届出年月日	平成　年　月　日
生年月日	明・大・昭　年　月　日	性別	男・女	要介護状態区分 / 変更後要介護状態区分 / 変更日	支1　支2　経　1　2　3　4　5 / 支1　支2　経　1　2　3　4　5 / 平成　年　月　日	区分支給限度基準額	単位／月

限度額適用機関	平成　年　月から / 平成　年　月まで	前月までの短期入所利用日数	日	

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者事業所名	月間サービス計画及び実績の記録	
			日付 / 曜日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	
			予定 / 実績	

第7表

サービス利用票別表・提供票別表　　作成年月日　　年　　月　　日

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	新旧適用分 新	新旧適用分 旧	回数	サービス単位／金額	種類支給限度基準内単位数	種類支給限度基準外超えた単位数	区分支給限度基準内単位数	区分支給限度基準外単位数	単位数単価	費用総額（保険対象分）	給付率（%）	保険給付額	利用者負担（保険対象分）	利用者負担（全額負担分）
			区分支給限度基準額（単位）				合計											

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額（単位）	合計単位数	種類支給限度基準を超えた単位数	サービス種類	種類支給限度基準額（単位）	合計単位数	種類支給限度基準を超えた単位数
訪問介護				通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ			
訪問入浴介護				福祉用具貸与			
訪問看護				短期入所生活介護			
訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ				短期入所療養介護			
通所介護				合計			

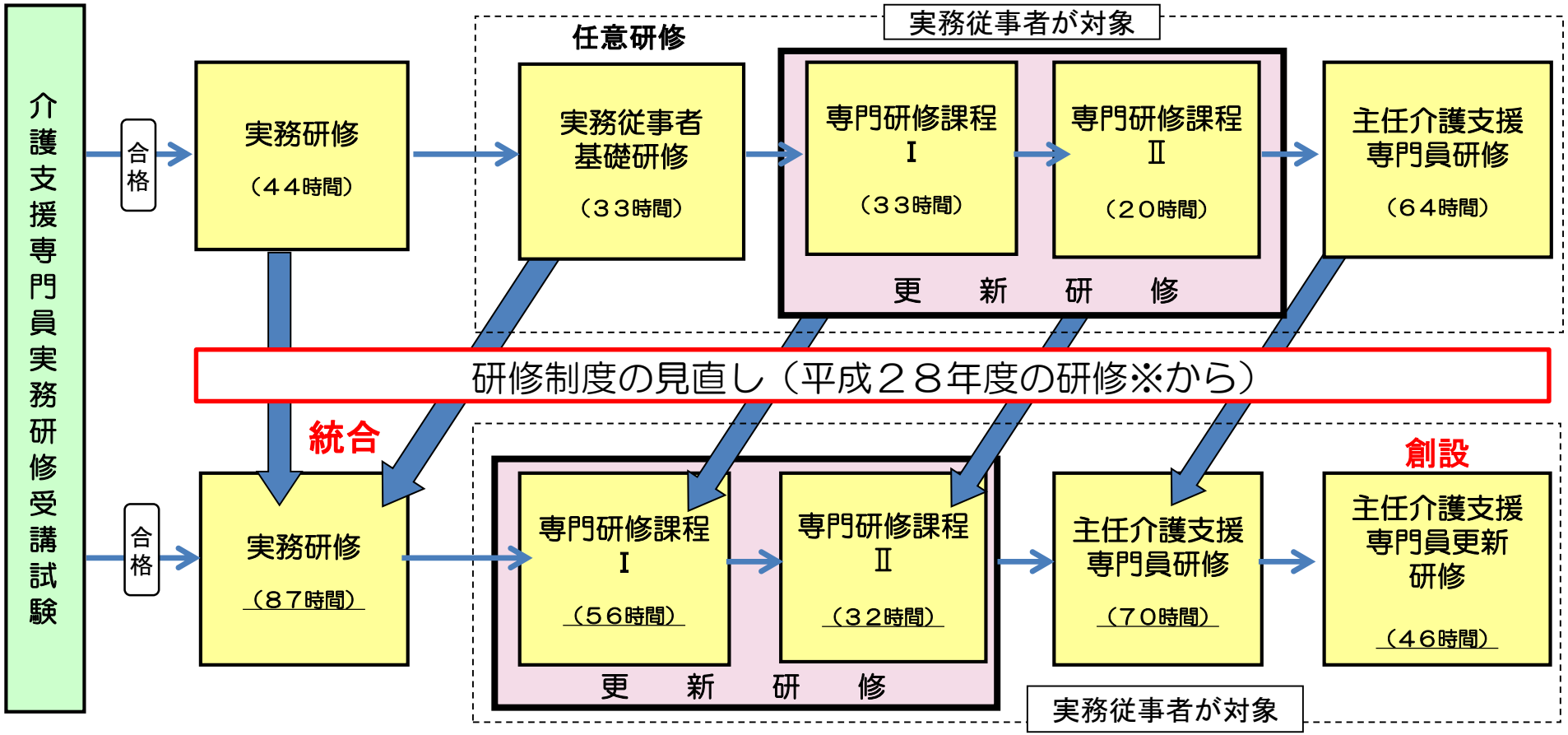
要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	要種別限度日数

介護支援専門員の研修制度の充実

※平成26年6月2日告示公布（主任更新については平成27年2月12日公布）

○　地域包括ケアシステムの中で、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら、利用者の尊厳を旨とした自立支援に資するケアマネジメントを実践できる専門職を養成。
○　入口の研修である介護支援専門員実務研修を充実するため、任意の研修となっている介護支援専門員実務従事者基礎研修を介護支援専門員実務研修に統合。
○　主任介護支援専門員に更新制を導入。
○　専門職として修得すべき知識、技術を確認するため、各研修修了時に修了評価を実施。

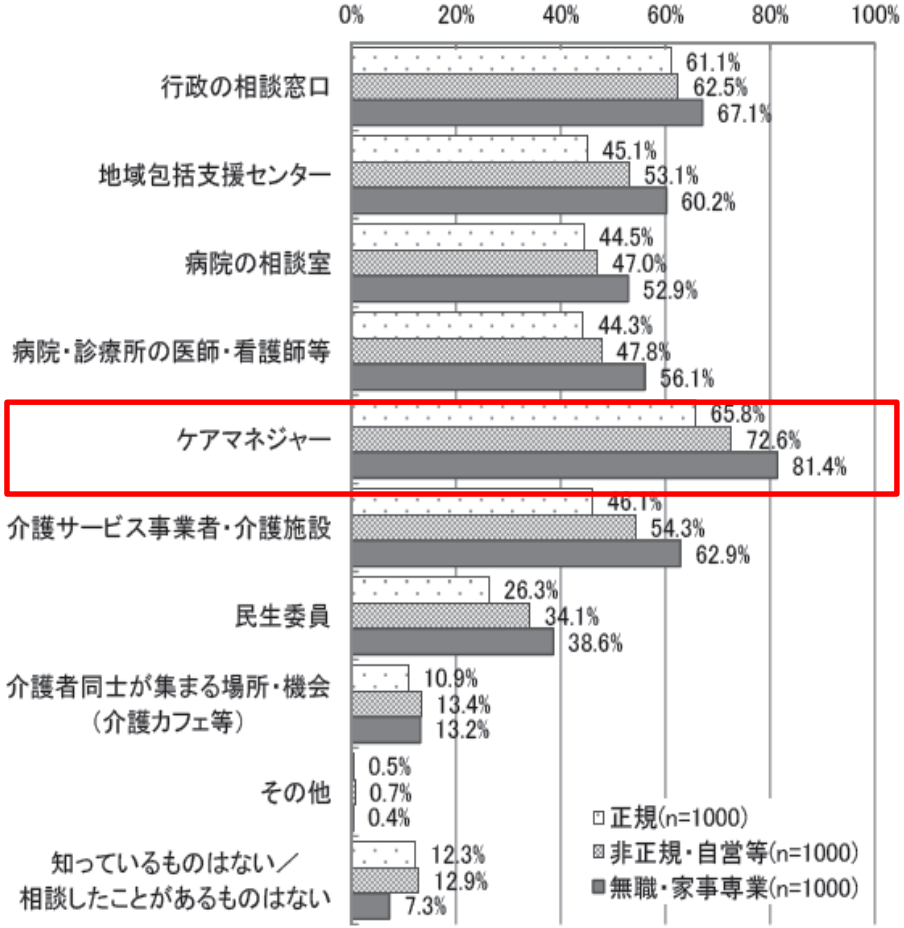


※　実務研修等は平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から、専門研修等は平成28年４月１日から施行。

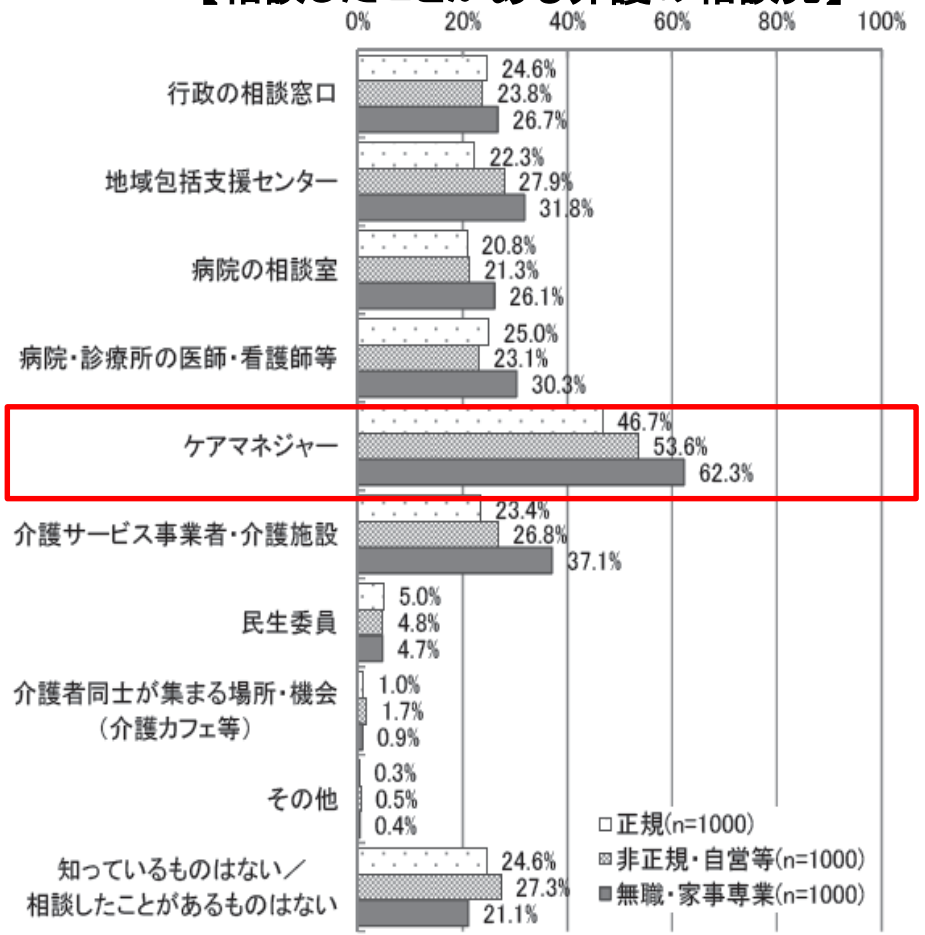
就業者等が知っている・相談したことがある介護の相談先

○　知っている介護の相談先として、「ケアマネジャー」と回答する者が最も多かった。
○　相談したことがある介護の相談先も同様に、「ケアマネジャー」と回答する者が最も多かった。

【知っている介護の相談先】



【相談したことがある介護の相談先】



※就業者（正規、非正規・自営等）、無職・家業専業（介護離職者含む）を対象としたインターネットアンケート。
（親や祖父母等の家族介護を担当している就業者・非就業者、及び家族介護を担当した経験のある就業者・非就業者）。

出典：厚生労働省「介護離職防止のための地域モデルを踏まえた支援手法の整備報告書（平成29年度調査）」

H30介護報酬改定概要
17. 居宅介護支援　①医療と介護の連携の強化（入院時情報連携加算の見直し）

概要

※ⅰは介護予防支援を含み、ⅱ及びⅲは介護予防支援を含まない

ア　入院時における医療機関との連携促進
　入院時における医療機関との連携を促進する観点から、以下の見直しを行う。
　ⅰ　居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務づける。【省令改正】
　ⅱ　入院時情報連携加算について、入院後３日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。
　ⅲ　より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。【通知改正】

単位数

【ⅱについて】

＜現行＞			＜改定後＞	
入院時情報連携加算（Ⅰ）	200単位／月	⇒	入院時情報連携加算（Ⅰ）	200単位／月
入院時情報連携加算（Ⅱ）	100単位／月	⇒	入院時情報連携加算（Ⅱ）	100単位／月

算定要件等

【ⅱについて】

＜現行＞
入院時情報連携加算（Ⅰ）
・入院後７日以内に医療機関を訪問して情報提供
入院時情報連携加算（Ⅱ）
・入院後７日以内に訪問以外の方法で情報提供

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

＜改定後＞
入院時情報連携加算（Ⅰ）
・入院後３日以内に情報提供（提供方法は問わない）
入院時情報連携加算（Ⅱ）
・入院後７日以内に情報提供（提供方法は問わない）

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

H30介護報酬改定概要
17. 居宅介護支援　①医療と介護の連携の強化（退院・退所加算の見直し）

概要

※介護予防支援は含まない

イ　退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進

　退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。

ⅰ　退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。

ⅱ　医療機関等との連携回数に応じた評価とする。

ⅲ　加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。

　また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。【通知改正】

単位数

＜現行＞

退院･退所加算

	ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ参加　無	ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ参加　有
連携１回	300単位	300単位
連携２回	600単位	600単位
連携３回	×	900単位

⇒

＜改定後＞

退院･退所加算

	ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ参加　無	ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ参加　有
連携１回	450単位	600単位
連携２回	600単位	750単位
連携３回	×	900単位

算定要件等

○　医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。

　ただし、「連携３回」を算定できるのは、そのうち１回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

※　入院又は入所期間中につき１回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

H30介護報酬改定概要
17. 居宅介護支援　①医療と介護の連携の強化（特定事業所加算の見直し）

概要

※ウは介護予防支援を含み、エは介護予防支援は含まない

ウ　平時からの医療機関との連携促進

ⅰ　利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。【省令改正】

ⅱ　訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。【省令改正】

エ　医療機関等との総合的な連携の促進

特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所を更に評価する。（平成31年度から施行）

単位数

〇エについて

＜現行＞		＜改定後＞
なし	⇒	特定事業所加算(Ⅳ)　125単位／月（新設）

算定要件等

＜エについて＞

〇特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算（新設：次頁参照）を年間５回以上算定している事業所

H30介護報酬改定概要
17．居宅介護支援　②末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

概要

※介護予防支援は含まない

ア　ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

イ　頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

単位数

〇イについて

＜現行＞		＜改定後＞
なし	⇒	ターミナルケアマネジメント加算　400単位／月（新設）

算定要件等

＜イについて＞

〇対象利用者

・末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

〇算定要件

・24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備

・利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に２日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施

・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

介護報酬改定の実施状況（入院時の連携）

【7月～9月に医療機関に入院した利用者数】

		平均（人）
平成30年度	医療機関に入院した利用者	8．0
	うち入院時に医療機関へ情報提供を行った利用者	6．6
	うち「入院時情報連携加算」を適用した利用者	5．9
	加算（Ⅰ）	5．1
	加算（Ⅱ）	0．7
平成28年度	医療機関に入院した利用者	7．7
	うち入院時に医療機関へ情報提供を行った利用者	4．2
	うち「入院時情報連携加算」を適用した利用者	3．1

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

（出典）平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）
（3）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

介護報酬改定の実施状況（退院時の連携）

【7月～9月に退院し給付管理の対象となった利用者数】

		平均（人）
平成30年度	退院した利用者	5．7
	そのうち退院時に医療機関の職員と面談を行った利用者	4．2
平成28年度	退院した利用者	6．0
	そのうち退院時に医療機関の職員と面談を行った利用者	3．1

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

【事業所において退院・退所加算を算定している件数（平均（人））】

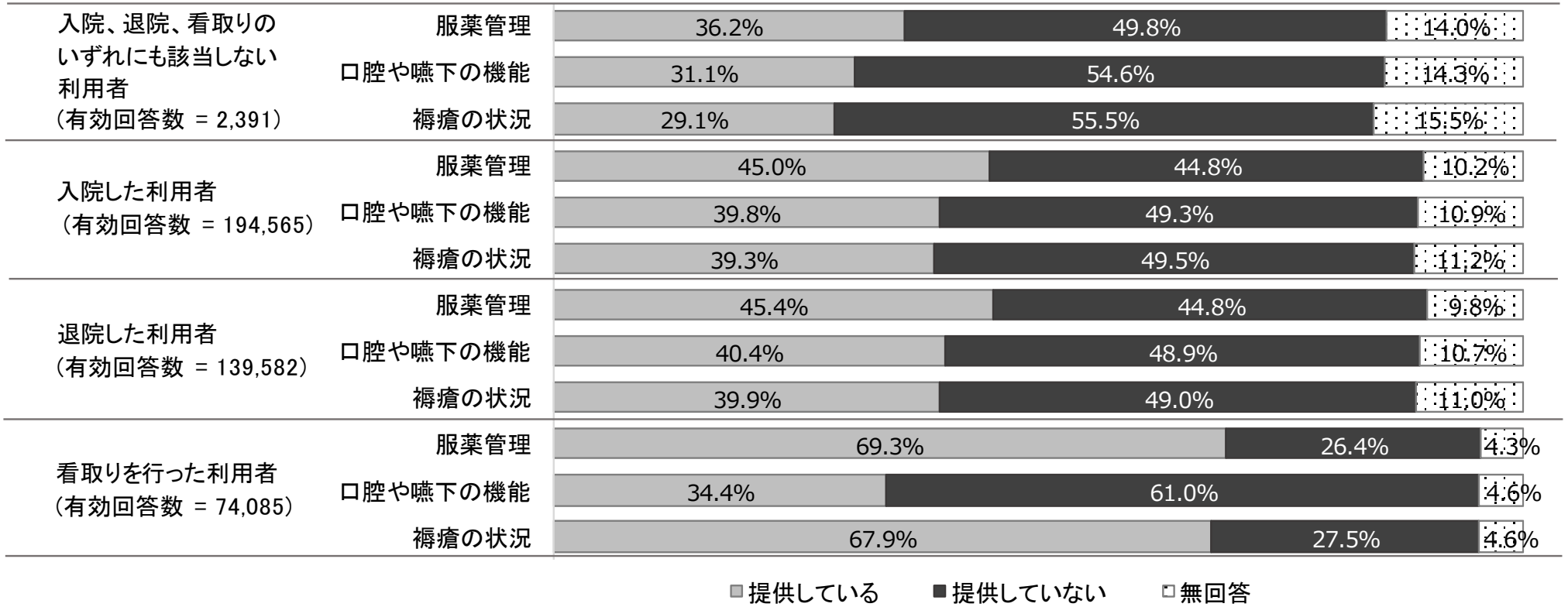
会議参加	期間	連携1回	連携2回	連携3回
なし	H29年4月～9月	1．7	0．4	
	H30年4月～9月	2．1	0．8	
あり	H29年4月～9月	1．4	0．4	0．1
	H30年4月～9月	1．9	0．8	0．1

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

（出典）平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）
（3）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

介護報酬改定の実施状況（日常的な連携）

【訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態増についての主治の医師等への情報提供】



【主治の医師等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携】

	全体	ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった	ケアプラン提出後、主治の医師等との連携がスムーズになった	ケアプランを提出したが、活用されていない／活用されていることが不明	その他	無回答
居宅介護支援事業所	3,489 100.0%	980 28.1%	657 18.8%	1,621 46.5%	184 5.3%	593 17.0%
介護予防支援事業所	3,354 100.0%	779 23.2%	426 12.7%	1,127 33.6%	445 13.3%	902 26.9%

（出典）平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）
（3）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

介護報酬改定の実施状況（末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント）

【ケアマネジメントプロセスの簡素化の状況】

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

	全体	0人	1人	2人	5人以上	平均
亡くなった利用者数	2，002	379	793	415	107	1．6
	100．0%	18．9%	39．6%	20．7%	5．3%	―
ケアマネジメントプロセスを簡素化した利用者数	2，002	1，441	239	59	17	0．3
	100．0%	72．0%	11．9%	2．9%	0．8%	―

注1）亡くなった利用者数・・・平成29年10月～平成30年9月に担当した末期がんに該当する利用者のうち、平成30年4月～9月末までの期間に亡くなった利用者数

注2）ケアマネジメントプロセスを簡素化した利用者数・・・このうち主治の医師等に助言を得ることを前提として、ケアマネジメントプロセスを簡素化した利用者数

【ターミナルケアマネジメント加算の届出の有無】

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

全体	届出済み（注）	届出ていない	無回答
1，288	341	875	72
100．0%	26．5%	67．9%	5．6%

注）平成30年9月より前に届けた場合を含む

（出典）平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）
（3）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。
※従来の包括的支援事業（地域包括支援センターの運営費）とは別枠で計上

（参考）平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。（法第115条の48）
- ○市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- ○地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- ○地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など

地域包括支援センターレベルでの会議（地域ケア個別会議）

○地域包括支援センターが開催
○個別ケース（困難事例等）の支援内容を通じた
①地域支援ネットワークの構築
②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
③地域課題の把握　　などを行う。
※幅広い視点から、直接サービス提供に当たらない専門職種も参加
※行政職員は、会議の内容を把握しておき、地域課題の集約などに活かす。

≪主な構成員≫

医療・介護の専門職種等
医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、歯科衛生士、PT、OT、ST、管理栄養士、介護福祉士、社会福祉士、ケアマネジャーなど

地域の支援者
自治会、民生委員、ボランティア、NPOなど

その他必要に応じて参加

事例提供 →
← 支援

個別のケアマネジメント

サービス担当者会議（全てのケースについて、多職種協働により適切なケアプランを検討）

地域課題の把握

地域づくり・資源開発

政策形成
介護保険事業計画等への位置づけなど

市町村レベルの会議（地域ケア推進会議）

在宅医療・介護連携を支援する相談窓口
郡市区医師会等
連携を支援する専門職等

生活支援体制整備
生活支援コーディネーター
協議体

認知症施策
認知症初期集中支援チーム
認知症地域支援推進員

解決に向けて知恵を出し合う場「地域ケア会議」

「地域ケア会議」は
専門職が知恵を持ち寄る場

■「地域ケア会議」とは、
- 市町村等が主催し、
- 医療・介護の専門職に加え、地域包括支援センターや生活支援コーディネーター等の多くの職種が一堂に会することで、
- 個々の高齢者の課題を明らかにし、効果的な支援方法を幅広く検討するための会議。

■ 個別課題の積み重ねから地域課題を発見し、市町村としての政策形成につなげていくことも期待される。

■ しかし、残念ながら、うまく機能している地域は多くない。

市町村
(主催者)

医師、歯科医師、
薬剤師、看護師、
リハビリ等の専門職

生活支援
コーディネーター

ケアマネジャー

地域包括
支援センター
（保健師、主任ケアマネ、
社福士）

地域ケア会議｜①豊明市の例

豊明市の地域ケア会議（多職種合同ケアカンファレンス）の概要

【目的】自立型ケアマネジメントの強化、多職種の視点によるケアの質の向上
【頻度】要支援・事業対象者（月1回・1.5H・４ケース）、
要介護(月１回・ 1.5H・ミニ講義+3ケース)
【参加者】市、地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護サービス事業所等、医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、保健師、看護師、歯科医、歯科衛生士、生活支援コーディネーター、司法書士、社協、民間企業等

人口　68,728人　（30.４）
高齢者人口　17,484人
高齢化率　25.4％

ポイント１｜明確かつ簡潔な論点の設定

会議における議論のポイント

①本当の課題は何ですか？

本人にとっての自立は？自立を阻害する要因は？
（現状とありたい姿のギャップから課題を特定）

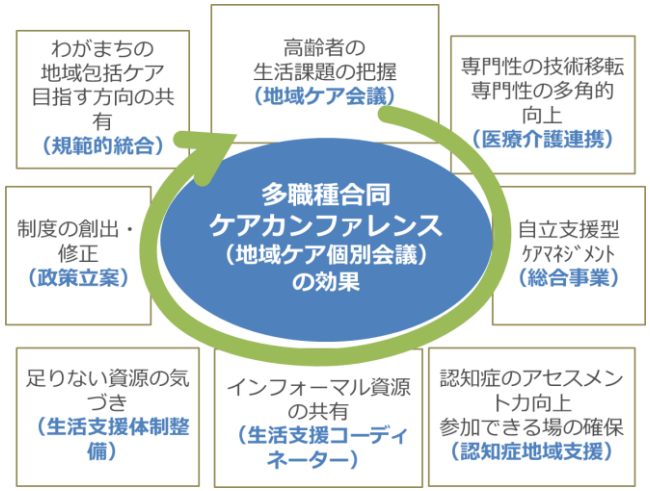
②本当に解決できますか？

サービスは現状とありたい姿のギャップを
本当に解決できるのか

※　普通の暮らしを取り戻す（自立）支援とは
①　現状分析（なぜ今の状態になったのか？）、
②　目標設定（どんな暮らしを目指すのか？）、
③　「本当の課題」の抽出（取り組むべき課題は何か？）
を検討することで、本人や家族が課題と向き合い、行動変容を起こすことに繋がる。

ポイント２｜他の事業との連動

多職種によるカンファレンスを行うことで、医療介護連携、総合事業、認知症地域支援、生活支援体制整備事業等の市町村が実施する事業が繋がる。



ケアプランにおける保険外サービスの活用について

●指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）

（基本方針）
第一条の二　指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。
２　指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
（以下略）

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）
第十三条　指定居宅介護支援の方針は、第一条の二に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。
一～三　（略）
四　介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、**介護給付等対象サービス（法第二十四条第二項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。**
（以下略）

●ケアマネジメントにおける自助（保険外サービス）の活用・促進に関する調査研究事業（平成29年度老人保健健康増進等事業）

○　生活支援領域で提供される単価制の保険外サービスを活用したことがあるケアマネジャーは全体の７割を超えるが、これ以外に多様な保険外サービスを多数取り扱ったことがある者（※）は全体の約３５%に留まる。
※生活支援領域で提供される単価制の保険外サービスサービス以外に３種類以上の領域の保険外サービスを取り扱ったことがある者として集計

H30介護報酬改定概要
17．居宅介護支援　④公正中立なケアマネジメントの確保（契約時の説明等）

概要

※一部を除き介護予防支援を含む

ア　契約時の説明等

利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額する。

なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。【通知改正】

単位数

	＜現行＞		＜改定後＞
運営基準減算	所定単位数の50／100に相当する単位数	⇒	変更なし

算定要件等

○　以下の要件を追加する。

利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、

・　複数の事業所の紹介を求めることが可能であること
・　当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること

の説明を行わなかった場合。

介護報酬改定の実施状況（公正中立なケアマネジメントの確保）

【ケアプラン作成に際して、利用者に複数事業所を紹介することや当該サービス・事業所をケアプランに位置づけた理由を説明することについての、事業所内のケアマネジャーへの周知】

注）居宅介護支援事業所の集計結果

全体	周知している	周知していない	自身以外にケアマネジャーはいない	無回答
1，288	1，055	14	153	66
100．0%	81．9%	1．1%	11．9%	5．1%

【個々のサービスの内容や利用する目的、事業所ごとの強み、弱みなどについての説明を受けましたか（入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者）】

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

	全体	十分な説明を受けた	説明を受けたが十分とはいえない	説明を受けていない	わからない・覚えていない。	無回答
平成30年度	1，628	1，320	136	12	136	24
	100．0%	81．1%	8．4%	0．7%	8．4%	1．5%
平成28年度	3，111	2，538	282	29	206	56
	100．0%	81．6%	9．1%	0．9%	6．6%	1．8%

（出典）平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）
（3）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

介護報酬改定の実施状況（公正中立なケアマネジメントの確保）

【利用するサービスについて複数の選択肢が示されましたか（入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者）】

注）居宅介護支援事業所の集計結果

	全体	複数の選択肢が示された自分で選択することができた	選択肢は提示されたが、ケアマネジャーにおるほぼ決定していた	選択肢は示されなかった	変更の経験がない・覚えていない。	無回答
平成30年度	1，628	1，298	139	24	131	36
	100．0%	79．7%	8．5%	1．5%	8．0%	2．2%
平成28年度	3，111	2，485	262	55	224	85
	100．0%	79．9%	8．4%	1．8%	7．2%	2．7%

（出典）平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）
（3）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

介護報酬改定の実施状況（公正中立なケアマネジメントの確保）

【ケアプランの内容について、十分な説明がありましたか（入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者）】

注）居宅介護支援事業所の集計結果

	全体	納得するまで説明を受けることができた	説明はあったが、十分に理解して納得できなかった	十分な説明はなかった	変更の経験がない・覚えていない	無回答
平成30年度	1，628	1，365	137	13	90	23
	100．0%	83．8%	8．4%	0．8%	5．5%	1．4%
平成28年度	3，111	2，647	230	19	146	69
	100．0%	85．1%	7．4%	0．6%	4．7%	2．2%

（出典）平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）
（3）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

H30介護報酬改定概要
17．居宅介護支援　③質の高いケアマネジメントの推進

概要

※介護予防支援は含まない

ア　管理者要件の見直し
　居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、３年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】

イ　地域における人材育成を行う事業者に対する評価
　特定事業所加算について、他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行う事業所など、地域のケアマネジメント機能を向上させる取組を評価することとする。

単位数

〇イについて

	＜現行＞		＜改定後＞
特定事業所加算（Ⅰ）	500単位／月	⇒	変更なし
特定事業所加算（Ⅱ）	400単位／月	⇒	変更なし
特定事業所加算（Ⅲ）	300単位／月	⇒	変更なし

算定要件等

＜イについて＞

〇特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）共通
- 他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施を要件に追加する。

〇特定事業所加算（Ⅱ）（Ⅲ）
- 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加を要件に追加する。（現行は（Ⅰ）のみ）

介護報酬改定の実施状況（質の高いケアマネジメント）

【管理者の主任ケアマネジャーの資格の有無】

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

	合計	管理者が主任ケアマネジャー	管理者が主任ケアマネジャーでない	無回答
平成30年度	1，288	660	563	65
	100．0%	51．2%	43．7%	5．0%
平成28年度	1，572	706	804	62
	100．0%	44．9%	51．1%	3．9%

【管理者が主任ケアマネジャーでない管理者の業務経験年数】

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

	全体	【管理者のケアマネジャーとしての業務経験年数（通算年数）】								
		1年未満	1～2年未満	2～3年未満	3～4年未満	4～5年未満	5年以上	無回答	平均（年）	標準偏差
管理者が主任ケアマネジャーでない	563	21	37	39	54	56	339	17	6．9	4．8
	100．0%	3．7%	6．6%	6．9%	9．6%	9．9%	60．2%	3．0%	―	―

（出典）平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）
（3）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

介護報酬改定の実施状況（質の高いケアマネジメント）

【管理者が主任ケアマネジャーか否かによる事業所内ミーティングの開催頻度】

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

	全体	週1回	2週に1回	月に1回	その他	行っていない	無回答
主任ケアマネジャーである	660	420	16	83	82	47	62
	100.0%	63.6%	2.4%	12.6%	12.4%	7.1%	1.8%
主任ケアマネジャーでない	563	126	30	155	109	140	3
	100.0%	22.4%	5.3%	27.5%	19.4%	24.9%	0.5%

【管理者が主任ケアマネジャーか否かによる育成・研修の取り組みの違い】

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

【事業所内事例検討会を定期的に開催している】	全体	該当	非該当	無回答
主任ケアマネジャーである	660	413	149	98
	100.0%	62.6%	22.6%	14.8%
主任ケアマネジャーでない	563	160	182	221
	100.0%	28.4%	32.3%	39.3%

（出典）平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）
（3）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

介護報酬改定の実施状況（質の高いケアマネジメント）

【定期的に相談の時間を設けている（ケアマネジャーの育成・資質向上への取り組み）】	全体	該当	非該当	無回答
主任ケアマネジャーである	660	274	290	96
	100. 0%	41. 5%	43. 9%	14. 5%
主任ケアマネジャーでない	563	156	169	238
	100. 0%	27. 7%	30. 0%	42. 3%

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

【訪問等へ同行し指導している（ケアマネジャーの育成・資質向上への取り組み）】	全体	該当	非該当	無回答
主任ケアマネジャーである	660	278	286	96
	100. 0%	42. 1%	43. 3%	14. 5%
主任ケアマネジャーでない	563	112	213	238
	100. 0%	19. 9%	37. 8%	42. 3%

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

（出典）平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）
（3）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

介護支援専門員養成研修の見直し①

～平成27年度

○介護支援専門員実務研修

	研修科目	時間
講義	介護保険制度の理念と介護支援専門員に関する講義	2
	介護支援サービス（居宅介護支援並びに施設における施設サービス計画の作成、サービスの利用援助及び施設サービス計画の実施状況の把握をいう。以下同じ。）の基本に関する講義	2
	要介護認定等の基礎に関する講義	2
	受付及び相談と契約に関する講義	1
	アセスメント、ニーズの把握の方法に関する講義	2
	居宅サービス計画等の作成に関する講義	2
	モニタリングの方法に関する講義	2
	地域包括支援センターの概要に関する講義	2
	介護予防支援に関する講義	3
	介護支援サービスを実施するために必要な技術に関する講義	3
	実習オリエンテーション	1
演習	アセスメント、ニーズの把握の方法に関する演習	4
	居宅サービス計画等の作成に関する演習	4
	アセスメント及び居宅サービス計画等の作成に関する演習	6
	介護予防支援に関する演習	4
	介護支援サービスのアセスメントを実施するために必要な技術に関する演習	3
	意見交換、講評	1
実習	介護支援サービスの基礎技術に関する実習	
合　計		44

○介護支援専門員実務従事者基礎研修（※任意研修）

	研修科目	時間
講義	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3
	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	7
演習	ケアマネジメント点検演習	14
講義	ケアマネジメント演習講評	6
演習	研修を振り返っての意見交換、ネットワーク作り	3
合　計		33

統合

統合

平成28年度～

○介護支援専門員実務研修

	研修科目	時間
講義	介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	3
	ケアマネジメントに係る法令等の理解	2
	地域包括ケアシステム及び社会資源	3
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義	3
	人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理	2
	ケアマネジメントのプロセス	2
	実習オリエンテーション	1
講義・演習	自立支援のためのケアマネジメントの基本	6
	介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）	2
	相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎	4
	利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意	2
	ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術	
	受付及び相談並びに契約	1
	アセスメント及びニーズの把握の方法	6
	居宅サービス計画等の作成	4
	サービス担当者会議の意義及び進め方	4
	モニタリング及び評価	4
	実習振り返り	3
	ケアマネジメントの展開	
	基礎理解	3
	脳血管疾患に関する事例	5
	認知症に関する事例	5
	筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例	5
	内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例	5
	看取りに関する事例	5
	アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習	5
	研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	2
実習	ケアマネジメントの基礎技術に関する実習	
合　計		87

介護支援専門員養成研修の見直し②

～平成27年度

○ 主任介護支援専門員研修

	研修科目	時間
講義	対人援助者監督指導（スーパービジョン）	6
	地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）	3
	人事・経営管理に関する講義	3
	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3
	ターミナル	3
	人事・経営管理	3
	サービス展開におけるリスクマネジメント	3
演習	対人援助者監督指導	12
	地域援助技術	3
	事例研究及び事例指導方法	18
合　計		64

※主任介護支援専門員更新研修として
新たに創設

改正

平成28年度～

○ 主任介護支援専門員研修

	研修科目	時間
講義	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントの実践における倫理的な課題に対する支援	2
	ターミナルケア	3
	人材育成及び業務管理	3
	運営管理におけるリスクマネジメント	3
講義・演習	地域援助技術	6
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現	6
	対人援助者監督指導	18
	個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開	24
合　計		70

創設

○ 主任介護支援専門員更新研修

	研修科目	時間
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向	4
講義・演習	主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践	
	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	6
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	6
	認知症に関する事例	6
	入退院時等における医療との連携に関する事例	6
	家族への支援の視点が必要な事例	6
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	6
	状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例	6
合　計		46

適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業の背景・目的

＜背景＞

○ ニッポン一億総活躍プラン（平成28年６月２日閣議決定）において、自立支援と介護の重度化防止の推進を目的として、１０年間の工程（2016年～2026年）で**「適切なケアマネジメント手法の策定」**を行うこととされた。

○ 高齢者の生活のありようの多様化をうけ、課題が重層化している今日介護支援専門員はこれまで以上に多くの情報を収集・分析するだけでなく**多職種間での連携**を進め、本人の状態や維持・改善に向けた支援が求められている。

＜課題＞

○ 制度発足後今日まで、介護支援専門員の力量によって**ケアマネジメント（インテーク～モニタリング迄）のプロセスにおけるアプローチ方法に差異**が生じているとの指摘がある。

○ 具体的な改善方策となると**「アセスメント様式の統一化」**のような部分的な視点からの思考しかない。

○ 特に多い指摘は**「ケアプランの支援内容のばらつき」と「根拠を説明できない」**こと。

＜目的＞

○ ケアマネジメントの「差異」の要因と考えられる、個々の介護支援専門員の**属人的な認識（知識）**を改め**「支援内容」**の平準化を図る。その為に「利用者の状態に対して最低限検討すべき支援内容」の認識（知識）を体系化し共有化することに**より「差異」を小さくするための手法の策定**と普及を行う。

○ 介護支援専門員に必要な知識（エビデンス等）を体系化し付与することで、サービス担当者会議等において**「根拠の明確な支援内容」**を示せる事により他職種と**支援内容の共有化**を図る。

○ ケアマネジメントプロセスをより有効なものとし、他職種との役割分担や**連携・協働の推進、モニタリング手法の明確化**、ひいてはケアマネジメントの**質の向上**、自立支援の推進を図る。

＜これまでの成果実績＞

○ 平成28年度：脳血管疾患・大腿骨頸部骨折がある方のケア

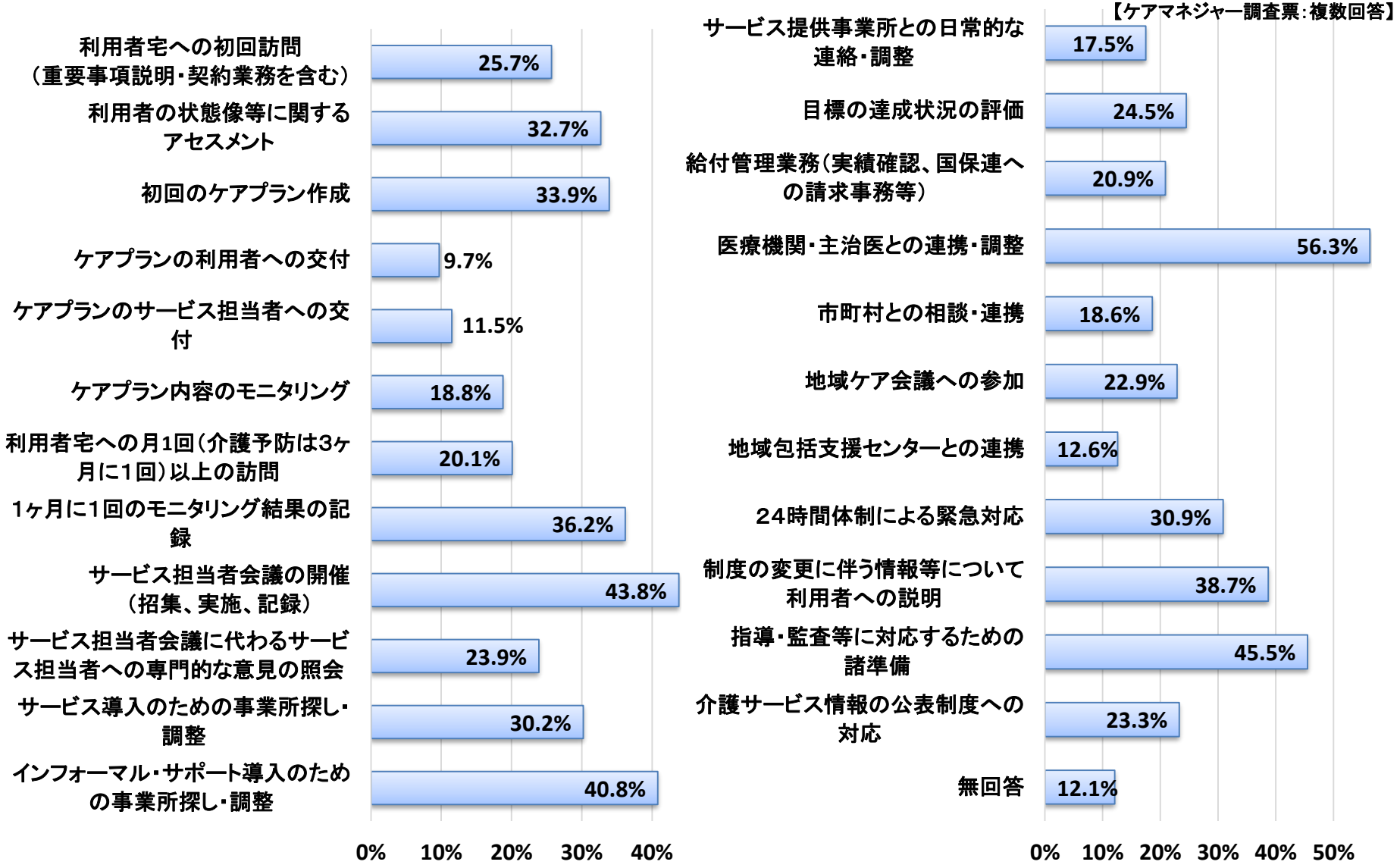
○ 平成29年度：心疾患（心不全）がある方のケア

○ 平成30年度：認知症がある方のケア

○ 令和元年度：肺炎がある方のケア（予定）

介護支援専門員の業務負担が大きい業務

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業（平成30年度調査）
【ケアマネジャー調査票：複数回答】



ケアマネジメントの利用者負担に関する議論について

●老人保健福祉審議会「高齢者介護保険制度の創設について」（平成8年4月22日）（抄）

第２部　介護サービスのあり方
２．介護給付の対象となるサービス
（７）ケアマネジメントサービスについて
○　要介護高齢者に対しては、後述するように、多様な専門家からなるケアチームが個々の高齢者ごとに必要とされる適切な介護サービスの提供に関する計画（ケアプラン）を作成し、総合的・一体的なサービスの確保を図ることが重要である。こうしたケアマネジメントサービスは、介護給付の対象とし、本人が希望に基づいて有効に利用できるようにすることが適当である。これについては、高齢者がケアマネジメントサービスを積極的に利用できるよう、利用者負担について十分配慮する必要がある。

●社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成22年11月30日）（抄）

Ⅲ　介護保険制度の見直しについて
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
（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。

○　利用者負担の導入については、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、制度の基本を揺るがしかねないこと、必要なサービス利用の抑制により、重度化につながりかねないことなど、利用者や事業者への影響を危惧する強い反対意見があった。さらに、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指摘があった。

○　一方、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、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も考慮し、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との意見があった。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、自立支援型のケアマネジメントが推進されるのではないかとの考え方もある。なお、その際には、適切なサービスの利用を阻害しないよう配慮することが必要である。

ケアマネジメントの利用者負担に係るこれまでの議論

●社会保障審議会介護保険部会
「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関するこれまでの議論の整理」（平成23年11月30日）（抄）

Ⅱ　保険給付の重点化
（ケアマネジメント）

○　事務局より、自立支援に向けてケアマネジメントの機能強化を図る観点から、ケアマネジメントについて利用者負担を導入することの是非と制度的な対応の必要性についての問題提起があった。

○　利用者負担の導入については、これにより利用者のケアプランへの関心が高まりケアマネジャーと利用者のコミュニケーションが促進される、ケアマネジャーの専門性があれば、ケアプランの自己作成が増えることはなく、専門性と質向上の必要性についての理解を深めることが必要との立場から賛成する意見があった。

○　一方で、公平で自立支援に資するケアプランになるかどうか、利用者の要望を組むだけのプランが増えるのではないかとの懸念、所得の多寡にかかわらず、公正中立なケアマネジメントを受けられることが重要であること、ケアマネジメントが介護保険利用の入り口であり、利用者の代弁機能も担っていること、まずはケアマネジャーの資質向上を図るべきで現段階では時期尚早、などの立場から反対する意見があった。しかしながら、利用者負担の導入に反対する立場からのものも含めて、ケアマネジャーの資格の在り方、質の向上について早急に検討を行うべき、利用されているサービスが自立支援に資するものとなっているかどうか、ケアマネジメントの在り方も含めて検証すべきとの意見が表明されており、ケアマネジメントの機能強化に向けての制度的な対応の必要性については認識が共有されている。これらを踏まえ、当部会においては引き続き制度的な対応に向けて検討を進める。

●社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成25年12月20日）（抄）

＜今後に向けて＞

○　当部会では、主として当面の見直し項目を中心に議論を進めてきたが、制度改正の実施状況と効果を検証しつつ、引き続き、介護保険制度の持続可能性を確保すべく、給付の重点化・効率化に向けた制度見直しを不断に検討するほか、介護納付金の総報酬割、被保険者範囲の拡大、要介護認定制度の適切な運営、ケアマネジメントの利用者負担の導入、介護保険制度における公費と保険料の関係、保険給付と給付外サービスの組み合わせの在り方などついて検討を行っていく必要がある。

ケアマネジメントの利用者負担に係るこれまでの議論

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

【ケアマネジメントに関する利用者負担】

○　現在、居宅介護支援や介護予防支援のいわゆるケアマネジメントサービスには利用者負担はない。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。

○　ケアマネジメントに関する利用者負担については、利用者負担導入に反対の立場から、以下のような意見があった。

・　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ため、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。

○　その一方で、利用者負担導入に賛成の立場から、以下のように多くの意見が出されたところであり、ケアマネジメントの在り方とあわせて、引き続き検討を行うことが適当である。

・　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るべき。
・　家族・利用者に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。
・　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。
・　利用者の意向を反映する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。
・　利用者負担を導入すれば給付費の適正化につながる。
・　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。
・　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。

（４）軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

新しい地域支援事業の全体像（平成26年改正前後）

介護保険制度

＜改正前＞

【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%

介護給付　（要介護1～５）

予防給付（要支援1～２）
- 訪問看護、福祉用具等
- 訪問介護、通所介護

地域支援事業

介護予防事業
又は介護予防・日常生活支援総合事業
- ○ 二次予防事業
- ○ 一次予防事業

（介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。）

【財源構成】
国　38.5%
都道府県　19.25%
市町村　19.25%
1号保険料　23%

包括的支援事業
- ○地域包括支援センターの運営
  - ・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業
- ○ 介護給付費適正化事業
- ○ 家族介護支援事業
- ○ その他の事業

改正前と同様 →

事業に移行 →

全市町村で実施 →

多様化

充実

＜改正後＞

介護給付（要介護1～５）

予防給付（要支援1～２）

介護予防・日常生活支援総合事業
（要支援1～２、それ以外の者）
- ○ 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
  - ・生活支援サービス（配食等）
  - ・介護予防支援事業（ケアマネジメント）
- ○ 一般介護予防事業

包括的支援事業
- ○ 地域包括支援センターの運営
  （左記に加え、**地域ケア会議の充実**）
- ○ **在宅医療・介護連携推進事業**
- ○ **認知症総合支援事業**
  （認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業　等）
- ○ **生活支援体制整備事業**
  （コーディネーターの配置、協議体の設置　等）

任意事業
- ○ 介護給付費適正化事業
- ○ 家族介護支援事業
- ○ その他の事業

地域支援事業

総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

(1)介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業)

○ 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。
①要支援認定を受けた者
②基本チェックリスト該当者(事業対象者)

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。
※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐためのもの。
※ 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

(2) 一般介護予防事業

○ 対象者は、第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者。

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

地域支援事業の概要

令和元年度予算　公費3,882億円、国費1,941億円

○　地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者の社会参加・介護予防に向けた取組、配食・見守り等の生活支援体制の整備、在宅生活を支える医療と介護の連携及び認知症の方への支援の仕組み等を一体的に推進しながら、高齢者を地域で支えていく体制を構築するため、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

※金額は積算上の公費（括弧書きは国費）

(1)介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）

1,978億円（989億円）

①　介護予防・生活支援サービス事業

ア　訪問型サービス
イ　通所型サービス
ウ　その他の生活支援サービス（配食、見守り等）
エ　介護予防ケアマネジメント

②　一般介護予防事業（旧介護予防事業を再編）

ア　介護予防把握事業
イ　介護予防普及啓発事業
ウ　地域介護予防活動支援事業
エ　一般介護予防事業評価事業
オ　地域リハビリテーション活動支援事業

(2)包括的支援事業・任意事業

1,905億円（952億円）

①　包括的支援事業

うちイ、社会保障充実分
534億円（267億円）

ア　地域包括支援センターの運営
　ⅰ）介護予防ケアマネジメント業務
　ⅱ）総合相談支援業務
　ⅲ）権利擁護業務（虐待の防止、虐待の早期発見等）
　ⅳ）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

イ　社会保障の充実
　ⅰ）認知症施策の推進
　ⅱ）在宅医療・介護連携の推進
　ⅲ）地域ケア会議の実施
　ⅳ）生活支援コーディネーターの配置

②　任意事業

・介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業　等

○地域支援事業の事業費

市町村は、政令で定める事業費の上限の範囲内で、介護保険事業計画において地域支援事業の内容、事業費を定めることとされている。

【事業費の上限】

①　介護予防・日常生活支援総合事業
　○　事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額

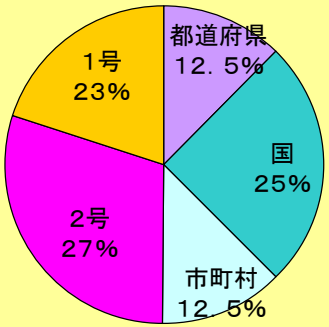
②　包括的支援事業・任意事業
　○　「26年度の介護給付費の２％」×「高齢者数の伸び率」

○地域支援事業の財源構成

（財源構成の割合は第7期以降の割合）

介護予防・日常生活支援総合事業

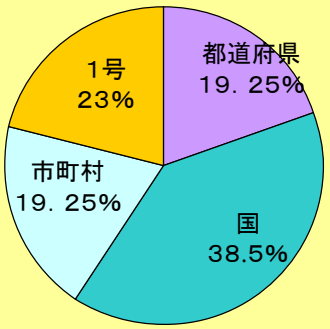
【財源構成】



○　費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

包括的支援事業・任意事業

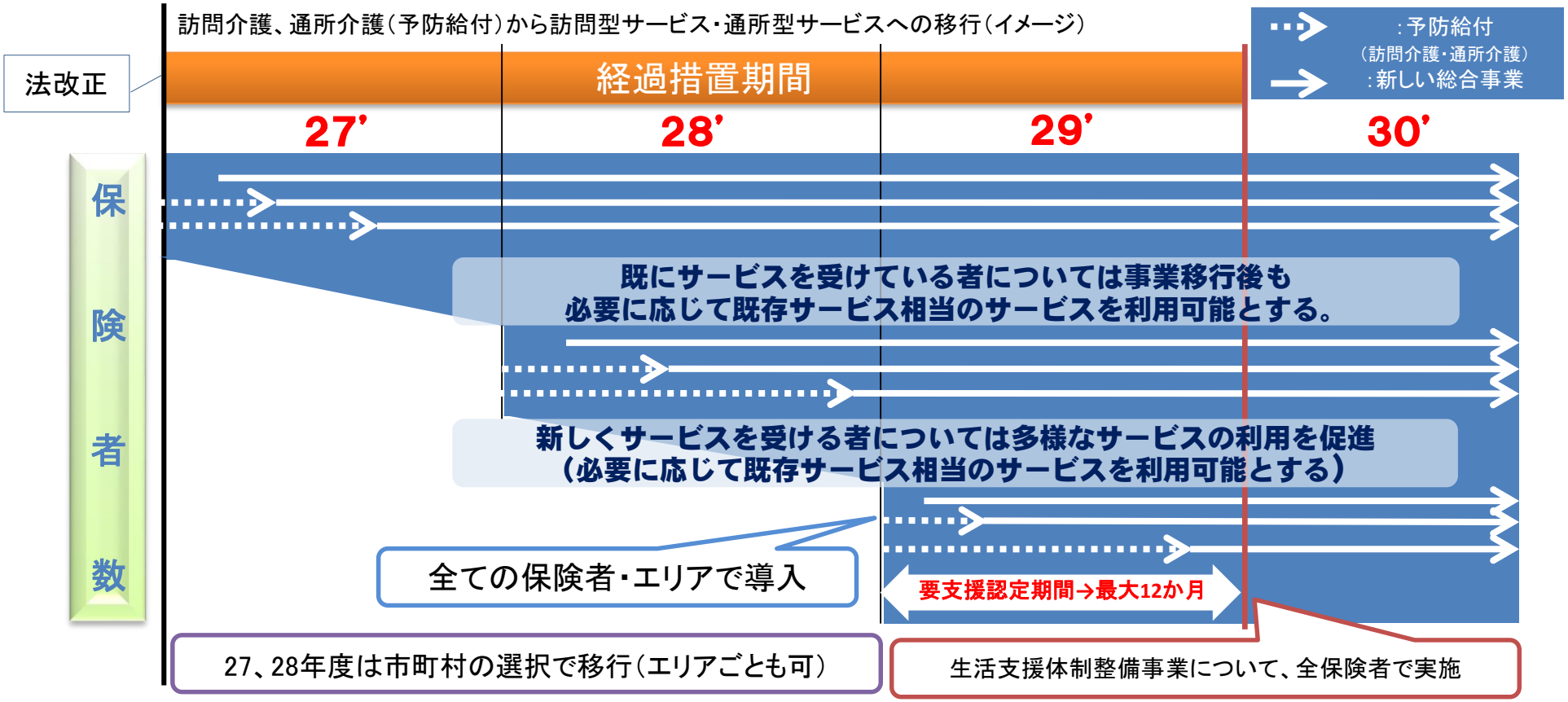
【財源構成】



○　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）

総合事業の実施に関する猶予期間

○ 市町村が条例で定める場合は、総合事業の実施を平成29年４月まで猶予可能。
○ 市町村は、できる限り早期から新しい総合事業に取り組む。一方で、受け皿の整備等のため、一定の時間をかけて、総合事業を開始することも選択肢。



年度別移行状況（平成29年８月１日調査）

	平成27年度中	平成28年度中	平成29年度中	合計
実施保険者数	287	324	967	1578（全保険者）
実施率（累積）	18.2%	38.7%	100.0%	

サービスの類型（典型的な例）

○　要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。

①訪問型サービス

※　市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○　訪問型サービスは、従前の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○　多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	従前の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）	③訪問型サービスB（住民主体による支援）	④訪問型サービスC（短期集中予防サービス）	⑤訪問型サービスD（移動支援）
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース （例） ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者　等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ケ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員（訪問介護事業者）	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）	

②通所型サービス

※　市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○　通所型サービスは、従前の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○　多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	従前の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	①　通所介護	②　通所型サービスA （緩和した基準によるサービス）	③　通所型サービスB （住民主体による支援）	④　通所型サービスC （短期集中予防サービス）
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション　等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース　等 ※3～6ケ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者（例）	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 ＋ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 （市町村）

③その他の生活支援サービス

○　その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等）からなる。

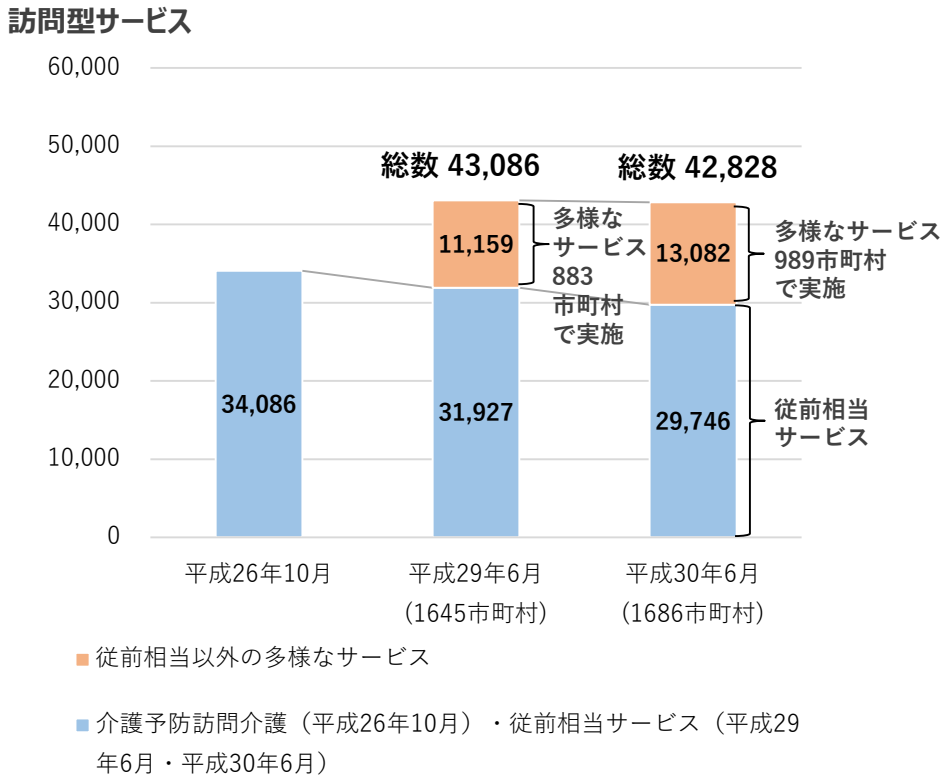
総合事業等の実施状況①

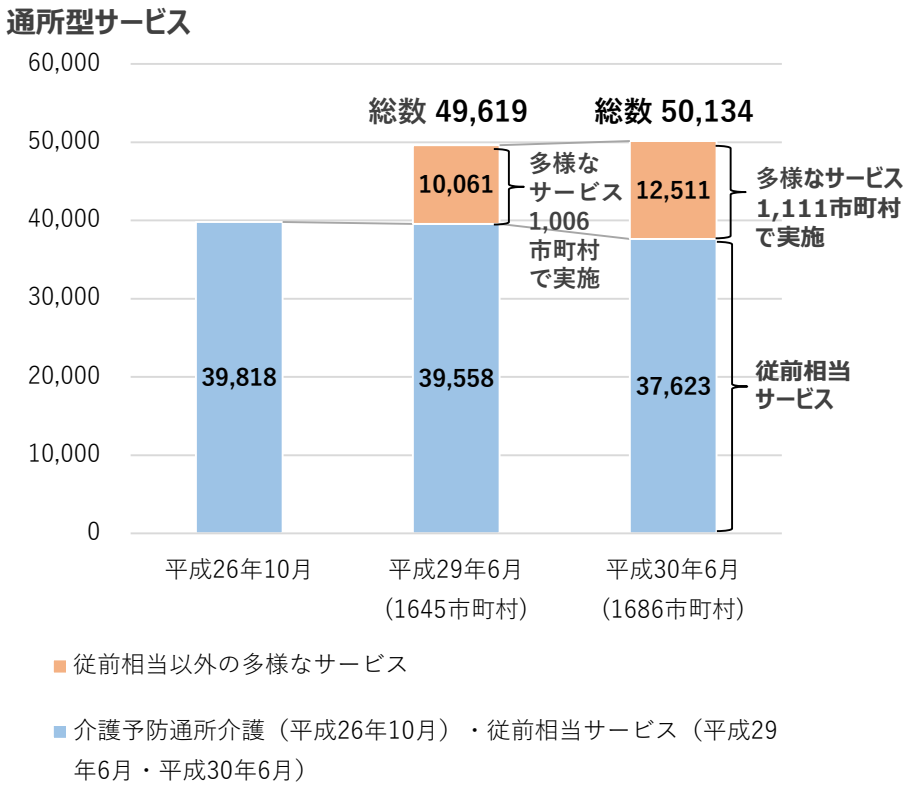
１．総合事業の提供体制等

（１）総合事業のサービス別事業所数

○　従前相当以外の多様なサービス（従来より基準を緩和したサービス、住民主体による支援等）を実施する事業所が訪問型サービスは約1.3万箇所、通所型サービスは約１.2万箇所にのぼっている。

（図1）サービス別事業所数の推移





※１　総合事業には上記の他、配食・見守り等のその他生活支援サービスを提供する事業所がある。また、総合事業に位置づけられていない通いの場等の取組みもある。
※２　平成29年6月の事業所数については、未回答であった97市町村の事業所は含まれていない。また、平成30年6月の事業所数については、未回答であった55市町村の事業所は含まれていない。
※３　事業所数については、平成26年度介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）における、平成26年10月の介護予防訪問介護・介護予防通所介護の事業所数と、平成29年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社ＮＴＴデータ経営研究所）、平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社ＮＴＴデータ経営研究所）における、平成29年6月および平成30年度6月時点の従前相当サービス・多様なサービスの事業所数の合計を比較。
※4　回答主体である市町村から見て、他の市町村に所在する事業所については調査対象外としている。

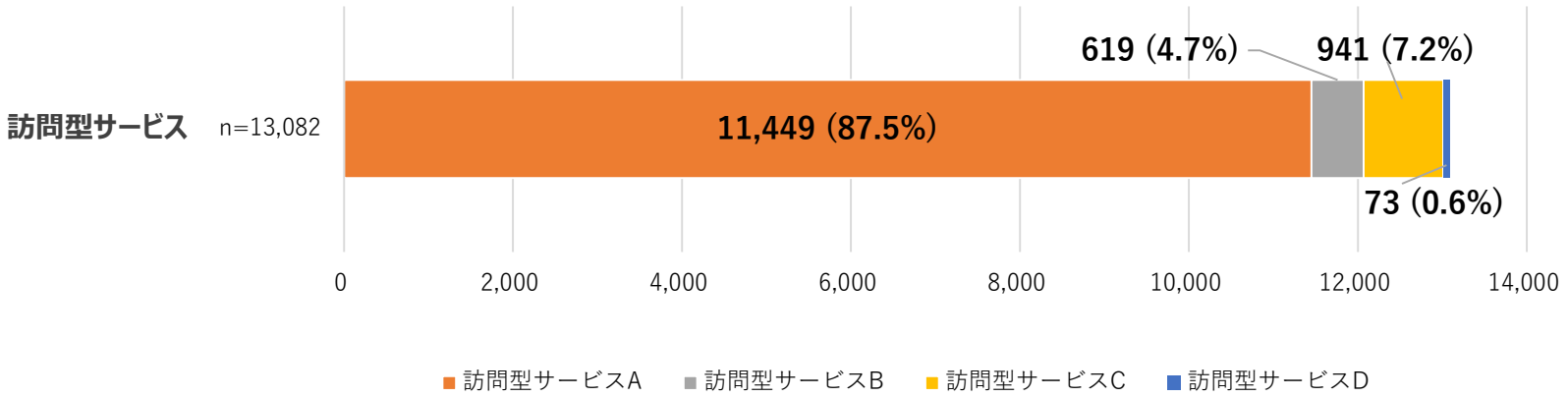
総合事業等の実施状況②

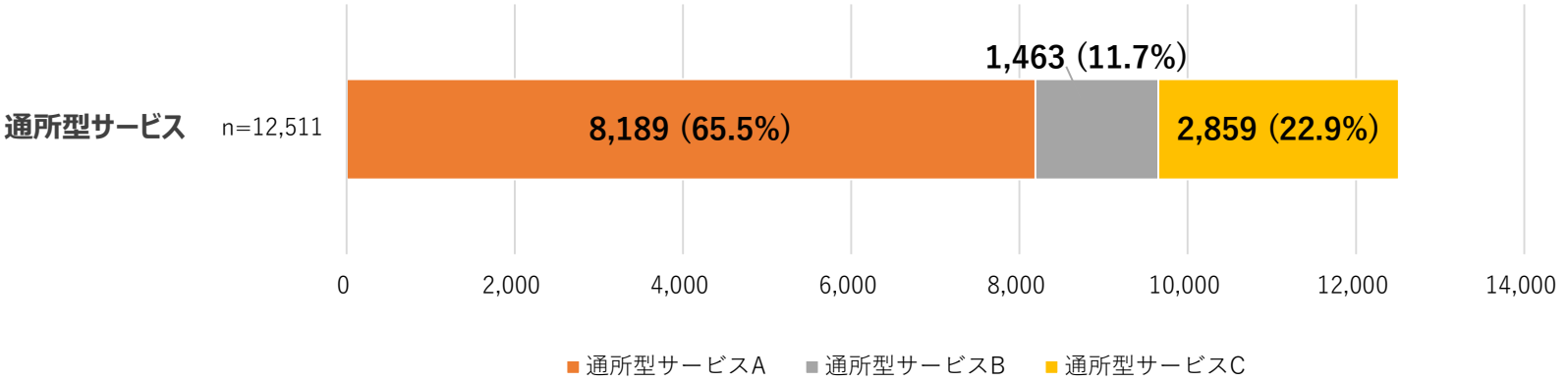
１．総合事業の提供体制等

（２）従前相当サービス以外の多様なサービス別の事業所数内訳

○ 従前相当サービス以外の多様なサービスの事業所数の内訳は、訪問型サービス、通所型サービスともに基準を緩和したサービス（サービスＡ）が最も多い。

（図2）総合事業の多様なサービスの事業所数





※ 本ページ以降、従来より基準を緩和したサービスをサービスA、住民主体による支援をサービスB、短期集中予防サービスをサービスC、移動支援をサービスDとする。

（出典）平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社ＮＴＴデータ経営研究所）

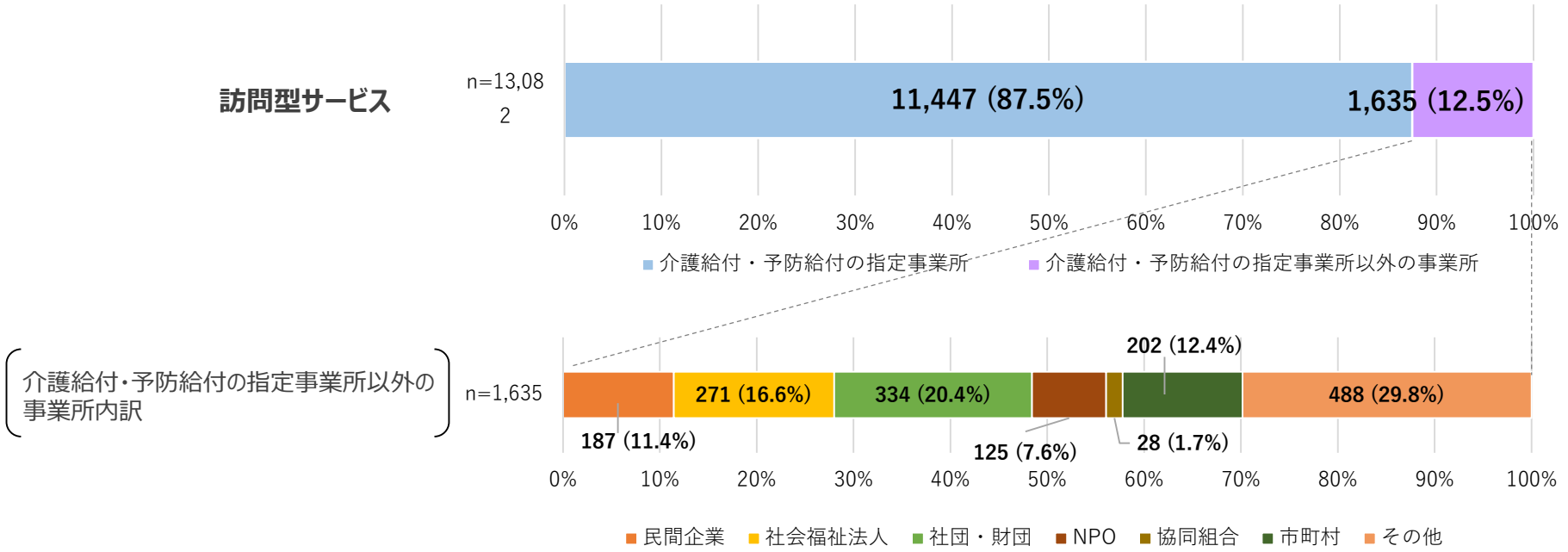
総合事業等の実施状況③

１．総合事業の提供体制等

（３）多様なサービスの実施主体別内訳

○　実施主体別内訳を見ると、訪問型サービスでは介護給付・予防給付の指定事業所が実施主体となっている事業所が約９割を占める。

（図3－１）多様なサービスの実施主体別内訳



（出典）平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」
（株式会社ＮＴＴデータ経営研究所）

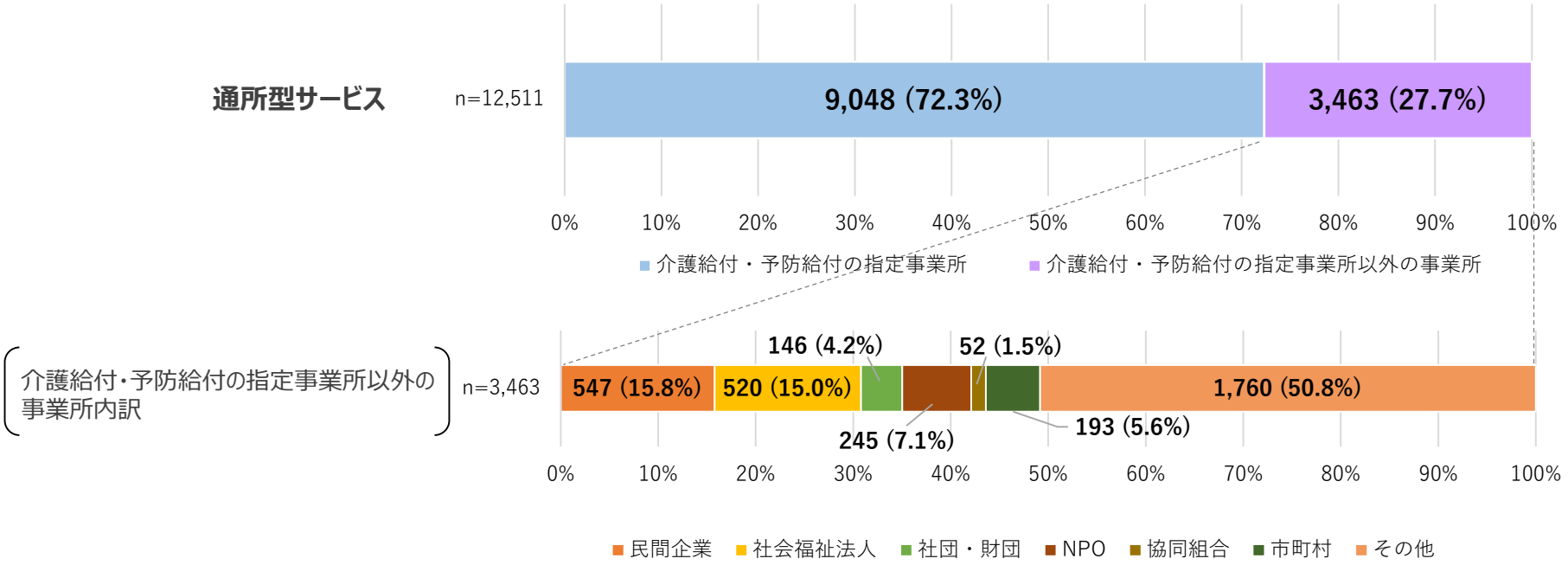
総合事業等の実施状況④

１．総合事業の提供体制等

（３）多様なサービスの実施主体別内訳（つづき）

○　実施主体別内訳を見ると、通所型サービスでは、介護給付・予防給付の指定事業所が実施主体となっている事業所が約7割を占める。

（図3－２）多様なサービスの実施主体別内訳



（出典）平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」
（株式会社ＮＴＴデータ経営研究所）

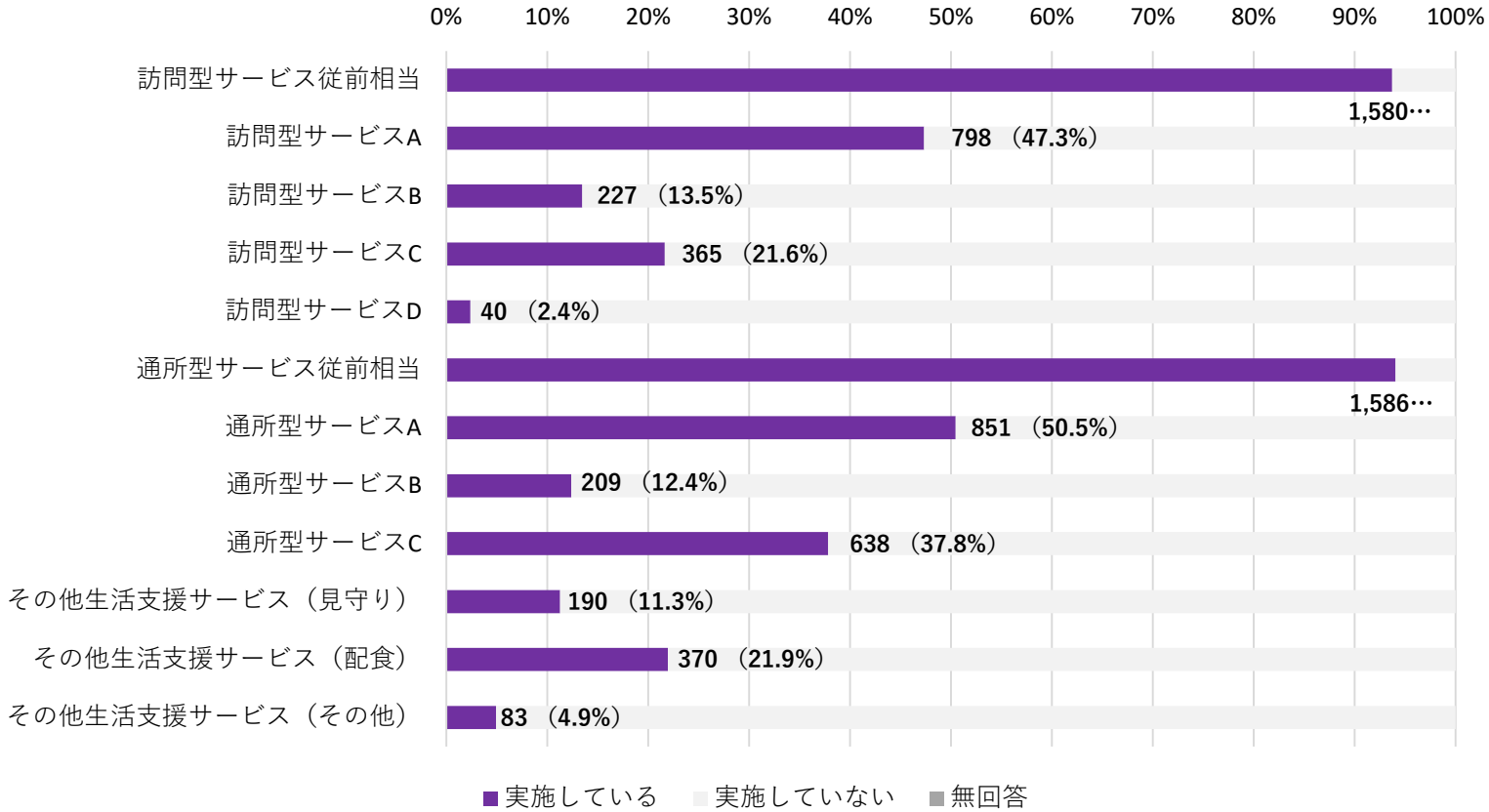
総合事業等の実施状況⑤

１．総合事業の提供体制等

（４）市町村のサービス別実施状況と今後の方針

○　市町村のサービス別実施状況を見ると、従前相当サービス（訪問型・通所型）は9割以上が実施している。一方、サービスB、サービスD、配食を除く生活支援サービスについては、実施率が2割未満である。

（図5－１）サービス別実施状況　（複数回答）（ｎ＝1,686）



（出典）平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」
（株式会社ＮＴＴデータ経営研究所）

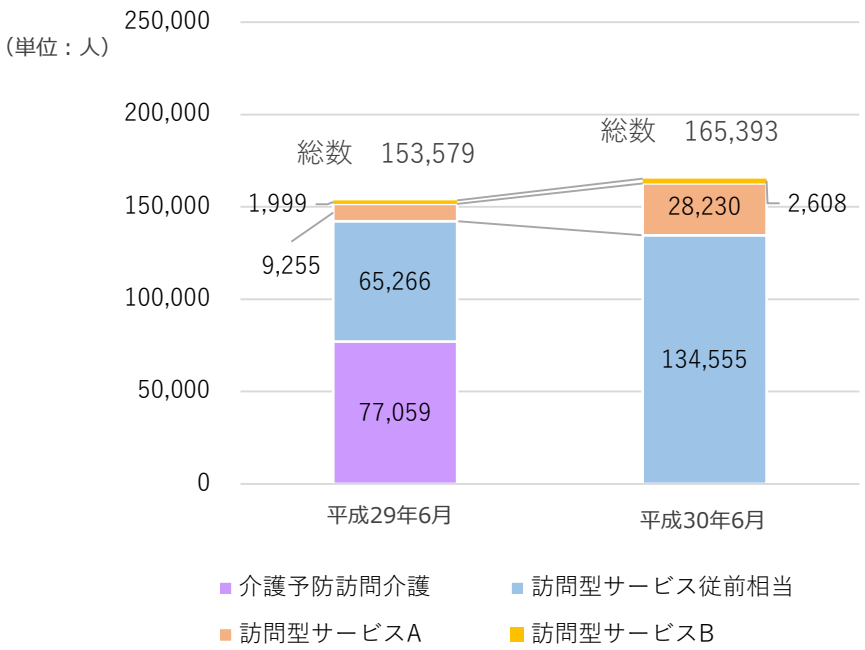
総合事業等の実施状況⑥

２．総合事業のサービスの利用状況等

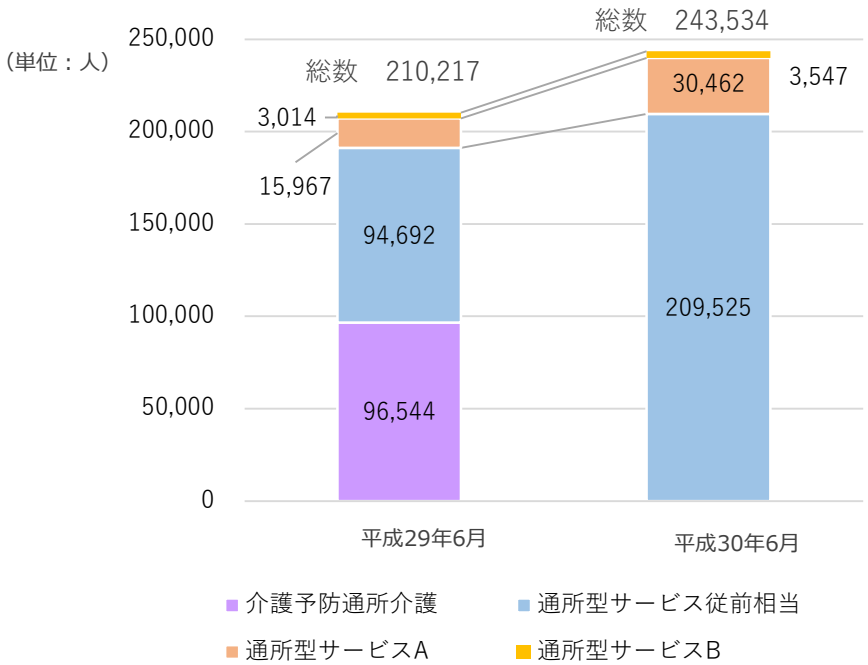
（参考１）　利用者数の推移

○　平成29年6月、平成30年6月の両時点において利用者数を把握している市町村に限定して利用者数を比較すると、訪問型サービスでは約1.2万人、通所型サービスでは約3.3万人増加している。

訪問型サービス　市町村数　688



通所型サービス　市町村数　686



※１　算出方法
平成29年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社ＮＴＴデータ経営研究所）および、
平成30年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社ＮＴＴデータ経営研究所）において
従前相当サービス、サービスA、サービスBの利用者数をすべて「把握している」と回答した市町村（訪問型：688市町村、通所型：686市町村）を対象に、以下の方法で利用人数の合計を比較している。
平成29年6月：介護保険事業状況報告（平成29年8月）における、平成29年6月の介護予防訪問介護、通所介護の利用者数＋
平成29年度調査における平成29年6月の総合事業利用者数（訪問型・通所型の従前相当サービス、サービスA、サービスB ）
平成30年6月：　平成30年度調査における平成30年6月の総合事業利用者数（訪問型・通所型の従前相当サービス、サービスA、サービスB）
※２　総合事業の実施時点で要支援認定の有効期間が残っている者については、要支援認定の有効期間が終了するまで（最長12ヶ月間）、介護予防訪問介護・介護予防通所介護を利用した。（平成30年３月末まで。）
※３　平成29年6月時点、ならびに平成30年6月時点の総合事業の各サービスについては、一部重複があり得る。（従前相当サービスとサービスAの両方を利用しているケース等。）

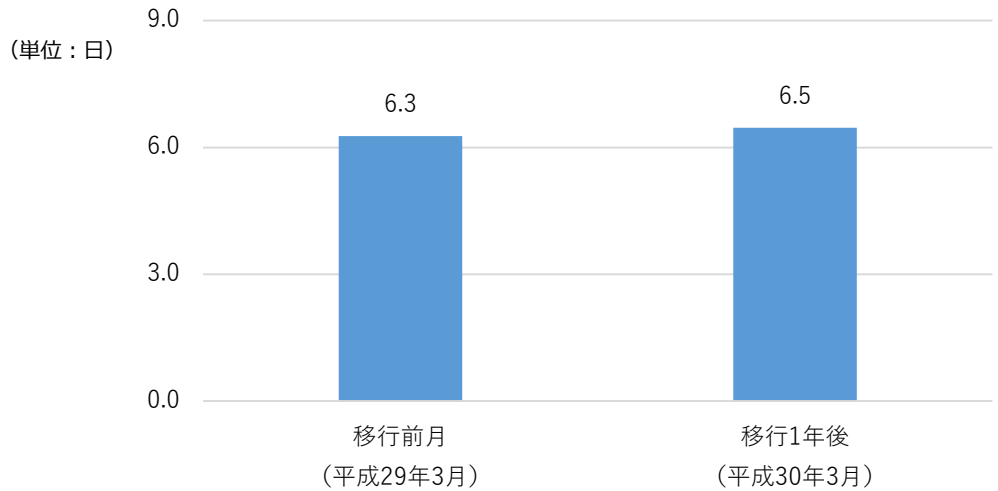
総合事業等の実施状況⑦

２．総合事業のサービスの利用状況等

（２）利用日数の推移

○　平成29年4月に総合事業へ移行した市町村について、利用者のサービス利用日数の変化を確認したところ、大きな変化はなかった。

（図8）多様なサービスの利用者の１ヶ月間における利用日数の変化



回答市町村　400市町村　（調査対象者　4,621人）

※1 平成29年4月から総合事業へ移行した市町村において、サービスの利用者に係る、平成29年3月における介護予防訪問介護・介護予防通所介護の利用日数と、平成30年3月におけるサービス利用日数（従前相当サービス、サービスA、サービスB、サービスC）を比較した。
※2 ｎ数は回答のあった400市町村から抽出した調査対象者4,621人である。調査対象者は市町村ごとに30件を上限として単純無作為抽出を行った。
※3 調査対象者は、以下の①、②の赤枠に両方該当する者である。

①サービスの利用

総合事業移行前（平成29年3月時点）	総合事業移行後（平成30年3月時点）
予防給付を利用していた	多様なサービスのみ利用している
	従前相当と多様なサービスを利用している
	従前相当サービスのみ利用している
予防給付を利用していなかった	多様なサービスのみ利用している
	従前相当と多様なサービスを利用している
	従前相当サービスのみ利用している

②要支援等区分

総合事業移行前（平成29年3月時点）	総合事業移行後（平成30年3月時点）
要支援2	要支援2
	要支援1
	チェックリスト該当
要支援1	要支援2
	要支援1
	チェックリスト該当

（出典）平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」
（株式会社ＮＴＴデータ経営研究所）

総合事業等に関する都道府県等による市町村への伴走的支援とノウハウの横展開

概要

○ 総合事業等については、多様な主体によるサービスが実施されているものの、従前相当サービスの利用が主流となっており、全国的に更なる推進に取り組む必要がある。

○ 総合事業を効果的に実施するためには、市町村への優良事例の紹介だけでなく、市町村が直面している課題を踏まえた伴走的支援と、その対応をノウハウとしてまとめ、横展開していくことが重要。

○ そこで、事業の推進や支援に関して豊富な経験を有する有識者（先行市町村、シンクタンク等）とともに、特定の市町村において伴走的支援を実施しながら、そのプロセスをノウハウとしてまとめ、全国への横展開を進める。

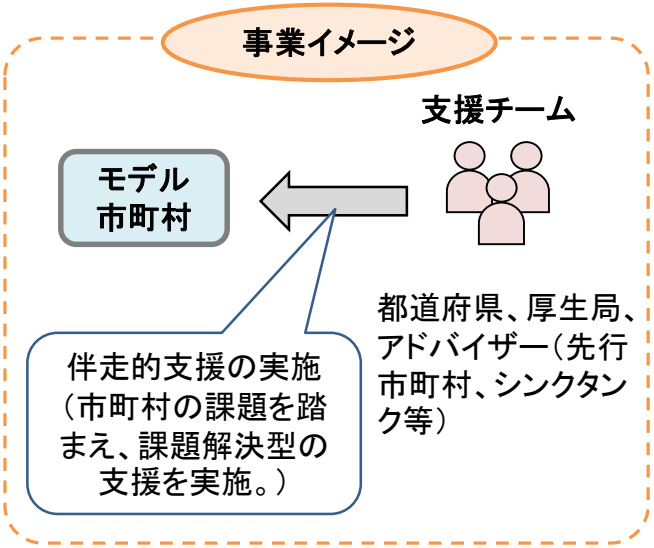
支援対象自治体

人口規模	自治体名
10万人以上	長野市（長野県）
1～10万人	佐伯市（大分県）
1万人未満	麻績村（長野県）

スケジュール

～9月　：市町村の状況把握
　　支援策の検討
10月～：伴走的支援の実施
2月～：伴走的支援の検証
3月末　：支援内容・成果のとりまとめ

事業イメージ



市町村への伴走的支援の内容と、その対応に関するノウハウをまとめ、全国へ横展開。

主なアドバイザー（委員会委員）

近藤克則（千葉大学）（○）
岩名礼介（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング）
大坂純（東北こども福祉専門学院）
斎木大（日本総合研究所）
高松隆司（奈良県生駒市）
中村一朗（山口県防府市）
服部真治（医療経済研究・社会保障福祉協会医療経済研究機構）
松本小牧（愛知県豊明市）
三政貴秀（秋田県小坂町）
高橋都子（福岡県北九州市）

※ 上記に加え、長野県庁、大分県庁、関東信越厚生局、九州厚生局が参加。また、厚生労働省老健局振興課がオブザーバーとして参加。

※ 平成30年度老人保健事業推進費等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の効果的な推進方法に関する研究事業」（株式会社NTTデータ経営研究所）において実施。

総合事業の進め方の手引き（事業推進に向けたポイント）

1　保険者の役割

保険者の役割

- 事業の意義を確認する
- 現状を把握し、将来を予測する
- わがまちの課題を設定する
- 支援体制を検討する
- 関係者と協議を重ねる

2　個別支援の検討からはじめる

個別支援の検討からはじめる

- 個別の支援策を検討する（介護予防ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ）
- 生活支援コーディネーターが活躍する
- 協議体へ相談する
- 今ある資源を活かす
- 個別支援を積み重ねる

3　困ったときの考え方・取り組み方

Q　事業の担い手がいない・養成しても実らない

➡参加者像を想定して内容や告知方法を検討する

➡“やってほしい”より住民の“やりたい”を優先する

➡研修で広がったネットワークが活動のきっかけとなる

Q　民間事業者と連携する術がわからない

➡連携を考える前に、対応すべきニーズを把握する

➡課題解決とサービス利用の両方を実現する

※　平成30年度老人保健事業推進費等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の効果的な推進方法に関する研究事業」（株式会社NTTデータ経営研究所）において実施。

（５）高額介護サービス費

○ 高額介護（介護予防）サービス費

月々の介護サービス費の自己負担額が世帯合計（個人）で上限額を超えた場合に、その超えた分が払い戻されます。

所得段階	所得区分	上限額
第１段階	①生活保護の被保護者 ②15,000円への減額により生活保護の被保護者とならない場合 ③市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	①個人15,000円 ②世帯15,000円 ③世帯24,600円 個人15,000円
第２段階	○市町村民税世帯非課税で［公的年金等収入金額＋合計所得金額］ が80万円以下である場合	世帯24,600円 個人15,000円
第３段階	○市町村民税世帯非課税 ○24,600円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	世帯24,600円
第４段階	○第１～３段階に該当しない者	世帯44,400円※１

個人の高額介護（介護予防）サービス費の支給

$$（利用者負担世帯合算額－世帯の上限額）\times \frac{個人の利用者負担合算額}{利用者負担世帯合算額}$$

高額介護サービス費の支給：保険給付の１割（または２割・３割）負担分の合計額が上限額を超えた場合、申請により超過分が払い戻される。

※１　１割負担者のみの世帯について、年間上限（446,400円）が設定される。（３年間の時限措置）

高額介護サービス費の見直し（平成29年８月～）

負担上限の引き上げ

- 世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、高額介護サービス費の「一般区分」の月額上限額を医療保険並みに引き上げる。【平成29年８月施行】
- １割負担者のみの世帯については、年間上限額を設定(37,200円×12か月：446,400円)（３年間の時限措置）

	自己負担限度額（月額）	（参考）医療保険の負担限度額（70歳以上・月額・多数回該当）（当時）
現役並み所得相当(※１)	44,400円	44,400円
一般	**37,200円** **⇒ 44,400円** **＋ 年間上限額の設定** **（１割負担者のみの世帯）**	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円	15.000円

※１　世帯内に課税所得145万円以上の被保険者がいる場合であって、世帯年収520万円以上（単身世帯の場合は383万円以上）

1割負担者に対する年間上限額の設定
１割負担者（年金収入280万円未満）のみの世帯については、過大な負担とならないよう、年間の負担総額が現行の負担最大額を超えない仕組みとする。（３年間の時限措置） **年間上限額：　446,400円　（37,200円×12）**

※平成29年改正以降、医療保険の負担限度額については、現役並み所得相当の区分を3区分とする見直しが行われている（平成30年8月～）。

【対象者数】

（単位：万人）

	在宅サービス	施設・居住系		合計
			特養	
受給者数	３６０	１３６	５６	４９６
うち負担増（対受給者数）	約１０（３%）	約８（６%）	約２（４%）	約１８（４%）

高額介護サービス費の利用件数

○　高額介護サービス費の利用件数の推移

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
年間件数（件）	10,470,782	11,792,035	12,460,991	13,320,023	14,363,242	15,561,589	16,067,697	17,319,488	18,843,136	19,348,120
月平均件数（件）	872,565	982,670	1,038,416	1,110,002	1,196,937	1,296,800	1,338,975	1,443,291	1,570,261	1,612,343
給付費（百万円）	104,699	117,530	128,819	135,224	147,836	156,282	164,979	180,980	203,720	210,136

○　高額介護サービス費利用件数の内訳（平成29年９月※～平成30年3月支出決定分）

（単位：件）

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th colspan="2">【見直し前】
平成29年4月～8月支出決定分</th><th colspan="2">【見直し後】
平成29年9月～平成30年3月支出決定分</th></tr>
<tr><th>自己負担限度額
（月額）</th><th>月平均件数
（割合）</th><th>自己負担限度額
（月額）</th><th>月平均件数
（割合）</th></tr>
<tr><td>現役並み所得相当</td><td>44,400円</td><td>52,701
（3%）</td><td>44,400円</td><td rowspan="2">233,510
（14%）</td></tr>
<tr><td>一般</td><td>37,200円</td><td>201,970
（13%）</td><td>44,400円
※１割負担者のみの
世帯年間上限額の設定</td></tr>
<tr><td rowspan="2">市町村民税世帯非課税等</td><td>24,600円</td><td rowspan="2">1,300,654
（84%）</td><td>24,600円</td><td rowspan="2">1,419,561
（86%）</td></tr>
<tr><td>年金収入80万円以下等</td><td>15,000円</td><td>15.000円</td></tr>
</table>

※平成29年８月から高額介護サービス費の「一般区分」の月額上限額を医療保険並みに引き上げる見直しを実施　　出典：介護保険事業状況報告

高額介護サービス費（年間上限）の利用件数

○ 高額介護サービス費（年間上限）件数・給付費（平成30年9月～令和元年7月支出決定分累計）

	件数（件）	給付費（百万）
高額介護サービス費 （年間上限）	49,417	1,357

※ 平成29年8月に高額介護サービス費のうち一般の区分の自己負担限度額の改定（37,200円から44,400円に変更）と合わせて、年間上限額（446,400円）を設ける経過措置を実施。年間上限の対象となるのは、実施1年後の平成30年8月以降。

○ 介護サービス利用者・高額介護サービス費件数のうち高額介護サービス費（年間上限）件数が占める割合

	令和元年7月支出決定分	高額介護サービス費（年間上限）件数が占める割合
介護サービス利用者 （人）	4,919,605	1.0%
高額介護サービス費の件数 （件）	1,655,349	3.0%

出典：介護保険事業状況報告

高額医療・高額介護合算制度の概要

● 高額医療・高額介護合算制度とは、医療保険と介護保険における１年間（毎年８月１日～翌年７月31日）の医療・介護の自己負担の合算額が高額となり、限度額を超える場合に、被保険者に、その超えた金額を支給し、自己負担を軽減する制度。（平成20年４月施行）

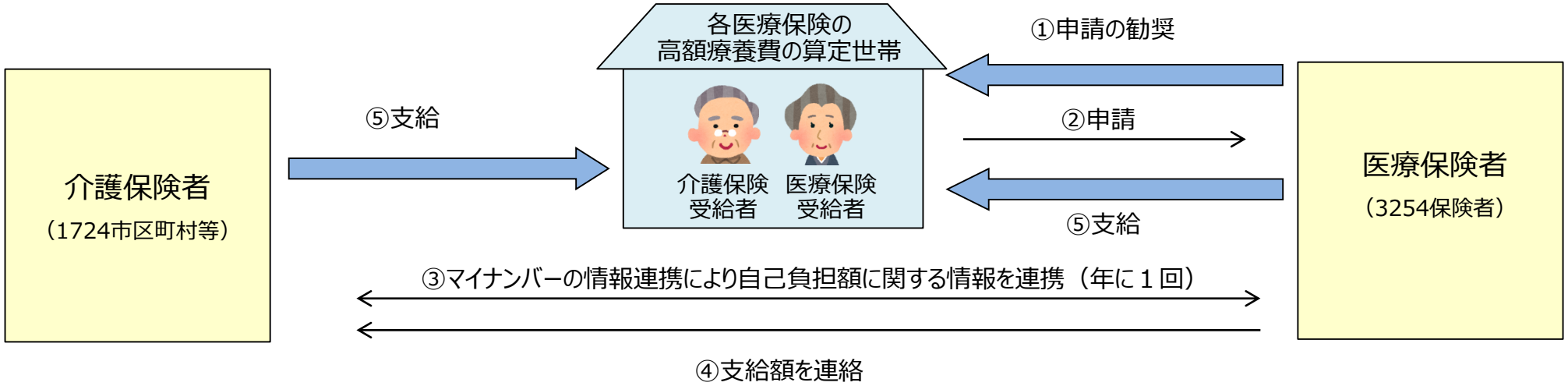
① 支給要件：医療保険上の世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担合算額が、各所得区分に設定された限度額を超えた場合に、当該合算額から限度額を超えた額を支給。

② 限度額　：被保険者の所得・年齢に応じて設定。

③ 費用負担：医療保険者・介護保険者双方が、自己負担額の比率に応じて支給額を按分して負担。

＜給付実績＞　371.7億円（平成28年度）※医療保険、介護保険のそれぞれの給付額の合計額

【制度のイメージ】



（※）①は、国保、後期高齢者医療制度において、同一市町村内で庁内連携を行い、自己負担額を把握して実施

高額医療・高額介護合算制度の負担上限額

- 高額療養費及び高額介護サービス費を適用した上で、なお残る負担について、年単位で上限を設けて適用。

負担上限額（世帯単位）

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="2">75歳以上</td><td colspan="2">70～74歳</td><td>70歳未満</td></tr>
<tr><td colspan="2">介護保険＋後期高齢者医療</td><td colspan="3">介護保険＋被用者保険または国民健康保険</td></tr>
<tr><td>年収約　1,160万円～</td><td colspan="5">２１２万円</td></tr>
<tr><td>年収約770～約1,160万円</td><td colspan="5">１４１万円</td></tr>
<tr><td>年収約370～約770万円</td><td colspan="5">６７万円</td></tr>
<tr><td>～年収約370万円</td><td colspan="4">５６万円</td><td>６０万円</td></tr>
<tr><td>市町村民税世帯非課税等</td><td colspan="4">３１万円</td><td rowspan="3">３４万円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">市町村民税世帯非課税
年金収入80万円以下等</td><td>本人のみ</td><td colspan="3">１９万円</td></tr>
<tr><td>介護利用者が複数</td><td colspan="3">３１万円</td></tr>
</table>

高額医療介護合算サービスの利用件数

○　高額医療介護合算サービス費の利用件数の推移

（単位：件）

	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
年間件数	110,046	609,199	609,531	696,044	751,098	828,656	885,665	863,691	1,051,197

○　高額医療介護合算サービス費利用件数と内訳（平成29年4月～平成30年3月）

（単位：件）

	合計	内　訳			
		第１段階	第２段階	第３段階	第４段階
年間件数	1,051,197	634,321	272,396	91,829	52,651
各段階の割合	－	60%	26%	9%	5.0%

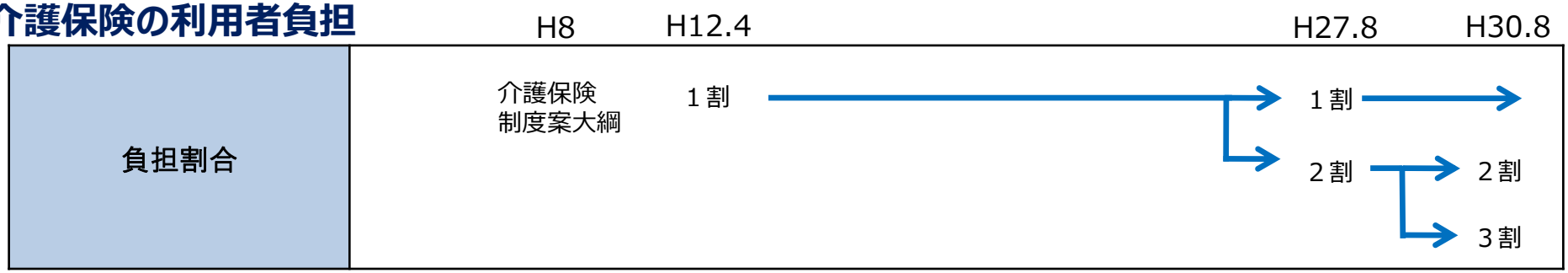
出典：介護保険事業状況報告

（６）「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準

利用者負担割合の変遷

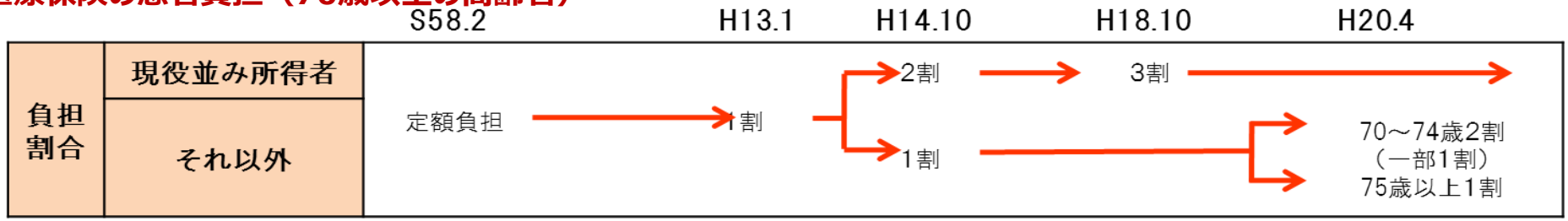
○　介護保険の利用者負担は、制度創設以来１割であったが、その後負担割合の見直しが行われている。
○　介護保険制度施行時にはまだ高齢者医療は定額負担制であり、その後定率負担が導入され、さらに負担割合の見直しが行われている。

介護保険の利用者負担

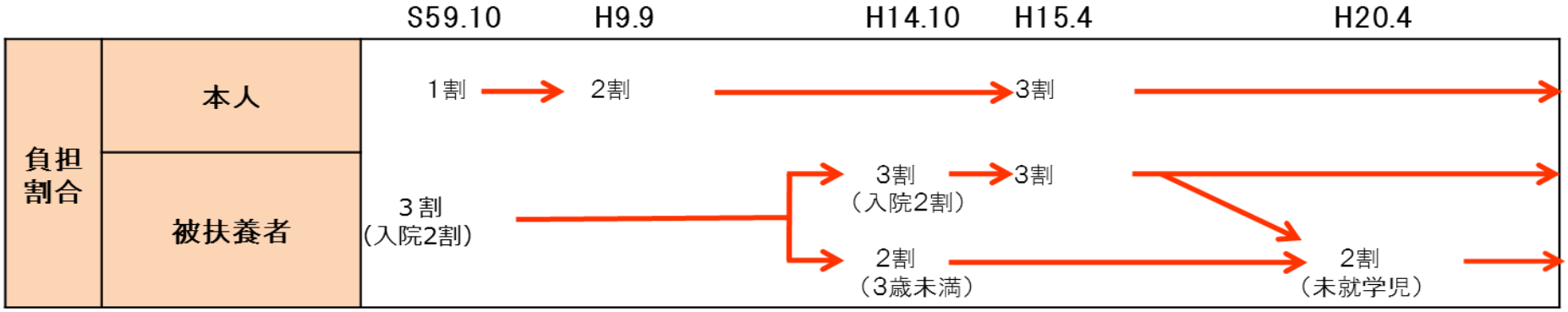


（参考）

医療保険の患者負担（70歳以上の高齢者）



医療保険の患者負担（健康保険、70歳未満）



平成26年改正における一定所得以上の利用者負担の見直し【平成27年8月施行】

負担割合の引き上げ

○ 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1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**一定以上の所得の方の自己負担割合を2割**とする。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。

○ 自己負担2割とする水準は、**合計所得金額**(※1) **160万円以上**(※2)の者(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)。

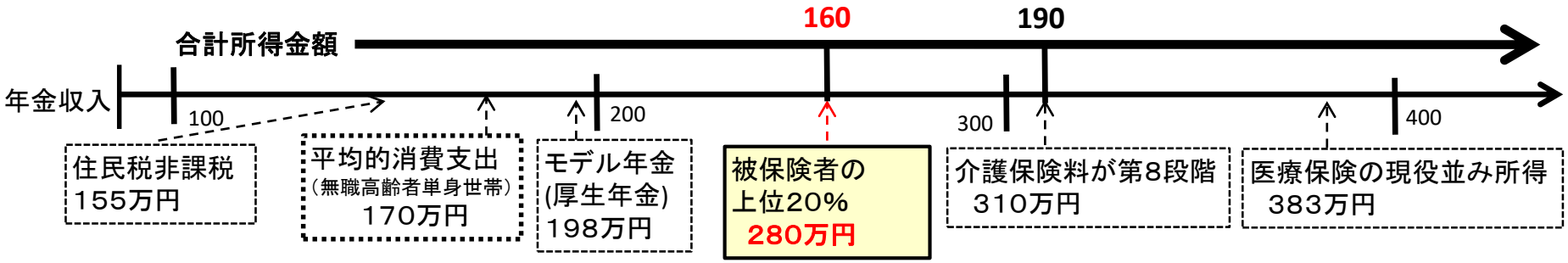
○ ただし、合計所得金額が160万円以上であっても、実質的な所得が280万円に満たないケースや2人以上世帯における負担能力が低いケースを考慮し、**「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で280万円、2人以上世帯で346万円未満**(※3)の場合は、**1割負担に戻す**。

※1 合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額

※2 被保険者の上位20%に該当する水準。ただし、利用者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度と推計。

※3 280万円+5.5万円(国民年金の平均額)×12 ≒ 346万円

自己負担2割とする水準(単身で年金収入のみの場合) ※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)



平成29年改正における一定所得以上の利用者負担割合の見直し

負担割合の引き上げ

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、２割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を ３割とする。ただし、月額４４，４００円の負担の上限あり。【平成30年８月施行】

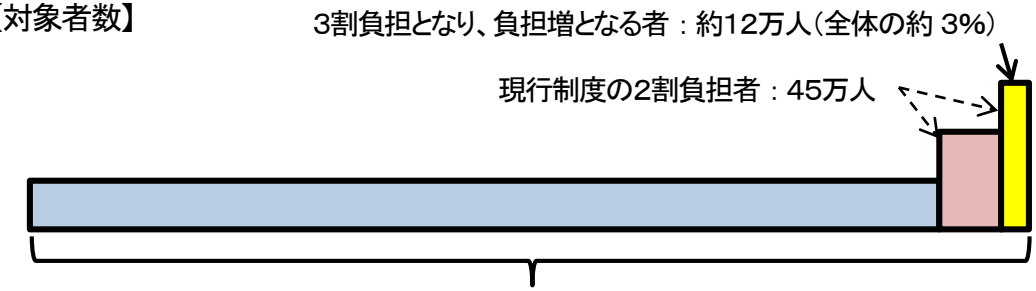
【利用者負担割合】

	負担割合
年金収入等　340万円以上（※１）	２割 ⇒ ３割
年金収入等　280万円以上（※2）	２割
年金収入等　280万円未満	１割

※1 「合計所得金額（給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額）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）」⇒単身で年金収入のみの場合344万円以上に相当

※2 「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）」⇒単身で年金収入のみの場合280万円以上に相当

【対象者数】

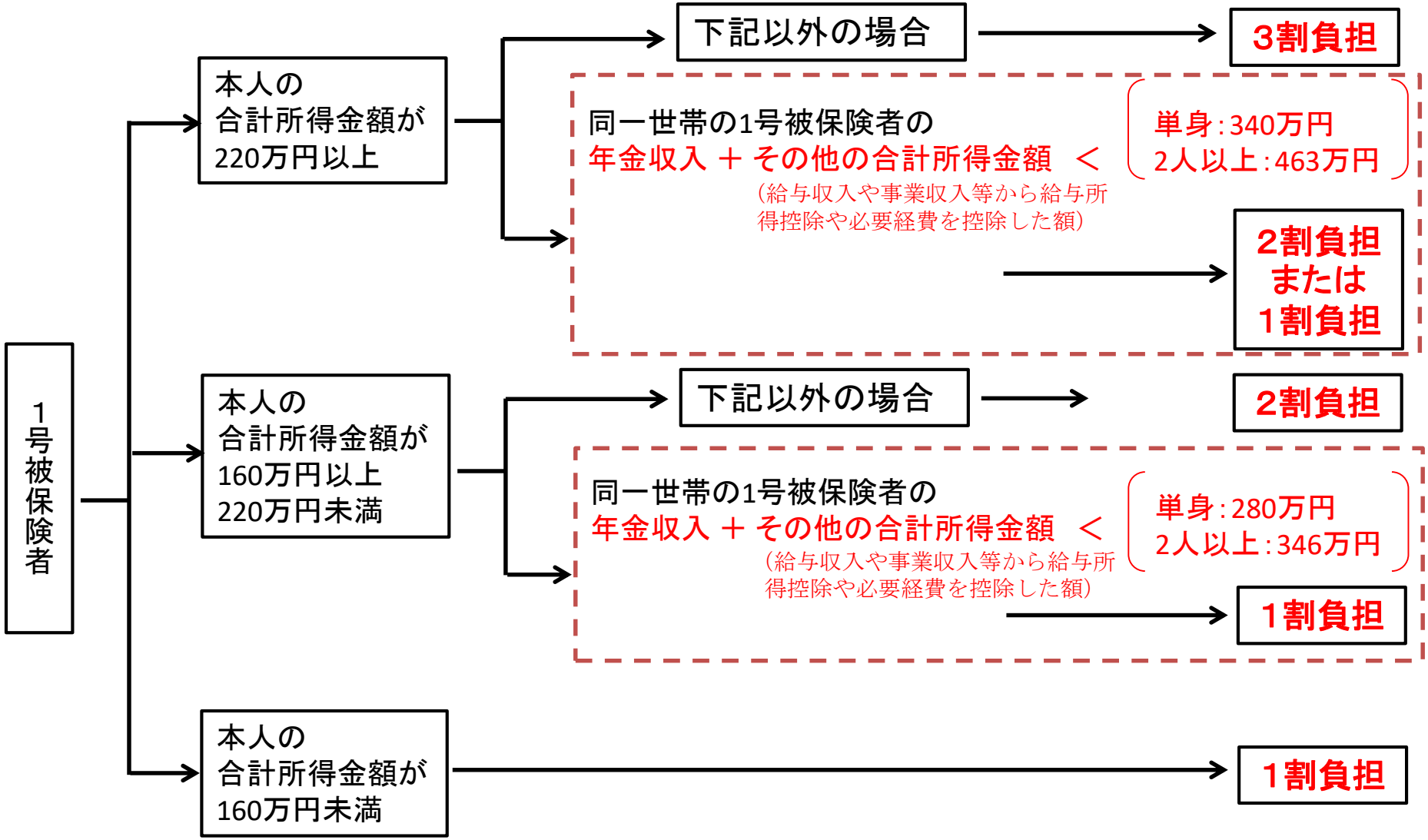


（単位:万人）

	在宅サービス	施設・居住系	特養	合計
受給者数（実績）	360	136	56	496
３割負担（推計）	約13	約4	約1	約16
うち負担増（対受給者数）	約11（3%）	約1（1%）	約0.0（0.0%）	約12（3%）
２割負担（実績）	35	10	2	45
１割負担（実績）	325	126	54	451

※介護保険事業状況報告（平成28年4月月報）
※特養入所者の一般的な費用額の2割相当分は、既に44,400円の上限に当たっているため、3割負担となっても、負担増となる方はほとんどいない。

介護保険の自己負担の判定基準



※第2号被保険者、市町村民税非課税者、生活保護受給者の場合、
上記のフローにかかわらず、1割負担。

社会保障審議会介護保険部会
(第８４回)参考資料３
(第８５回)参考資料４より差替

サービス受給者の推移・１号被保険者の所得分布

○ 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）

○ ２割・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
H31	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。

介護保険における実質的な自己負担率

○ 実質的な自己負担率の推移

平成27年8月～2割負担の一部導入

年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
実質自己負担率	約7.7%	約7.7%	約7.6%	約7.5%	約7.2%	約7.2%	約7.2%	約7.2%	約7.2%	約7.5%	約7.6%	約7.5%

平成30年8月～3割負担の一部導入

年度	30年4月分	30年5月分	30年6月分	30年7月分	30年8月分	30年9月分	30年10月分	30年11月分	30年12月分	31年1月分	31年2月分	31年3月分	30年度平均
実質自己負担率	約7.3%	約7.7%	約7.7%	約7.8%	約8.0%	約7.9%	約7.9%	約7.8%	約7.9%	約7.9%	約7.5%	約8.0%	約7.8%

実質的な自己負担率＝利用者負担額／費用額

※ 利用者負担額＝費用額－給付費額

※ 平成18年度～平成28年度の数値は、介護保険事業状況報告年報の数値による。平成30年4月分~平成31年3月分は、介護保険事業状況報告月報の数値による。

※ 費用額は、保険給付費用額（利用者負担分を含む介護報酬の総額）に特定入居者介護（介護予防）サービス費用額（補足給付額）を加えたもの。（地域支援事業等に要する費用額を含まない。）

※ 給付費額は、保険給付額に高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費及び特定入居者介護（介護予防）サービス費用額（補足給付額）を加えたもの。（地域支援事業等に要する費用額を含まない。）ただし、高額介護サービス費の支給は数ヶ月遅れている可能性がある点に留意。

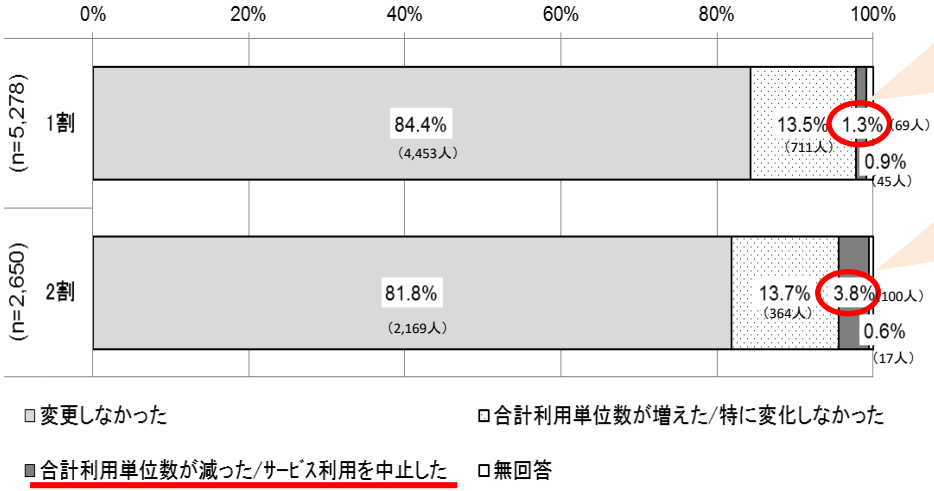
介護保険における2割負担の導入による影響に関する調査について

平成29年度
老人保健健康増進等事業

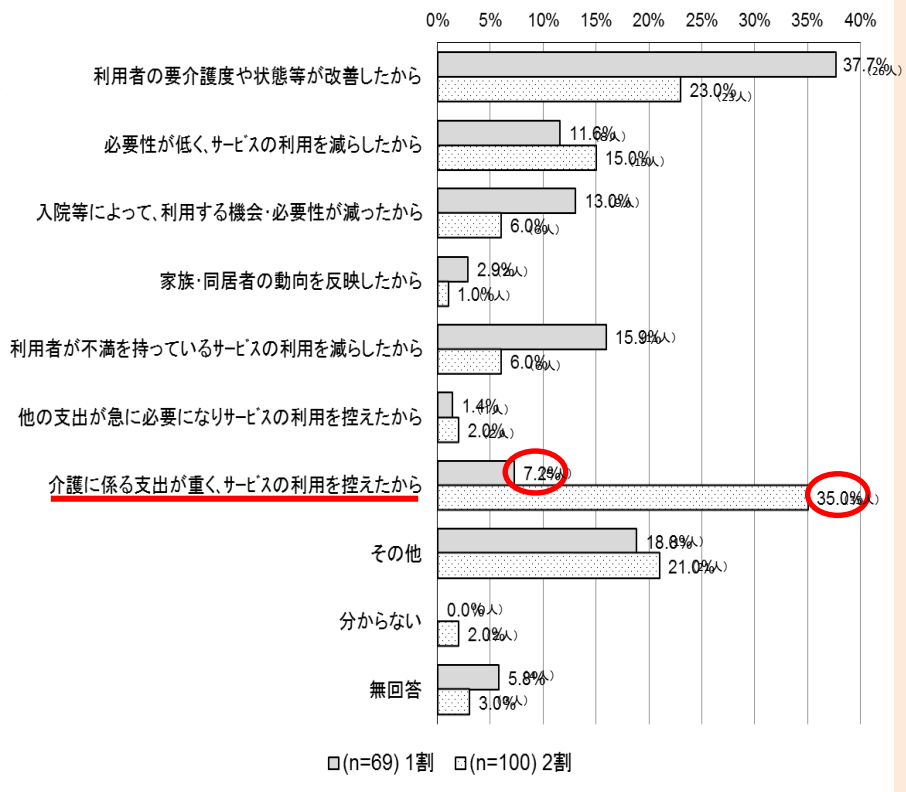
○ 2割負担の導入後5ヶ月以内における週間サービス計画表の1週間当たりの利用単位数の合計値の変化について、
- 「変更しなかった」割合は、1割負担の利用者で84.4%、2割負担の利用者で81.8%であり、1割負担の利用者の方がやや高かった。
- 「変更した結果、合計利用単位数が増えた/特に変化しなかった」割合は、1割負担の利用者で13.5%、2割負担の利用者で13.7%であった。
- 「変更した結果、合計利用単位数が減った/サービス利用を中止した」割合は、1割負担の利用者で1.3%、2割負担の利用者で3.8%であり、2割負担の利用者の方がやや高かった 。

○ 合計利用単位数が減った者のうち、「介護に係る支出が重い」ことを理由に挙げた割合は、1割負担の利用者全体の0.1%、2割負担の利用者全体の1.3%であった。

週間サービス計画表の1週間当たりの利用単位数の合計値の変化



利用単位数の合計値が減った/サービス利用を中止した理由



※ 調査の対象者は、平成27年10月1日時点で回答事業所の居宅介護支援（介護予防支援）サービスを利用しており、平成29年12月末時点も回答事業所のサービスを利用している者とした。
※ 平成27年10月1日時点の利用者負担割合別に集計を行っている。
※ 平成27年8月以降の新規利用者については集計から除いている。

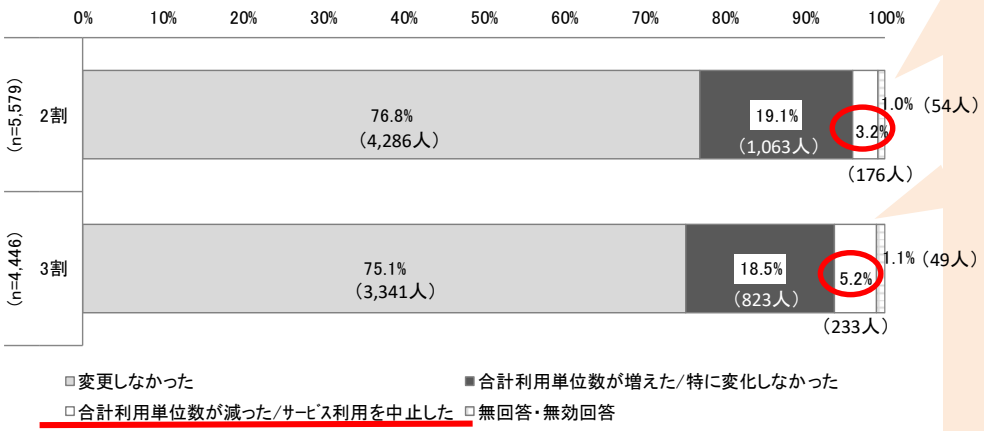
介護保険における3割負担の導入による影響に関する調査について

平成30年度
老人保健健康増進等事業

○ 3割負担の導入後5ヶ月以内における週間サービス計画表の1週間当たりの利用単位数の合計値の変化について、
- 「変更しなかった」割合は、2割負担の利用者で76.8%、3割負担の利用者で75.1%であり、2割負担の利用者の方がやや高かった。
- 「変更した結果、合計利用単位数が増えた/特に変化しなかった」割合は、2割負担の利用者で19.1%、3割負担の利用者で18.5%であった。
- 「変更した結果、合計利用単位数が減った/ｻｰﾋﾞｽ利用を中止した」割合は、2割負担の利用者で3.2%、3割負担の利用者で5.2%であり、3割負担の利用者の方がやや高かった 。

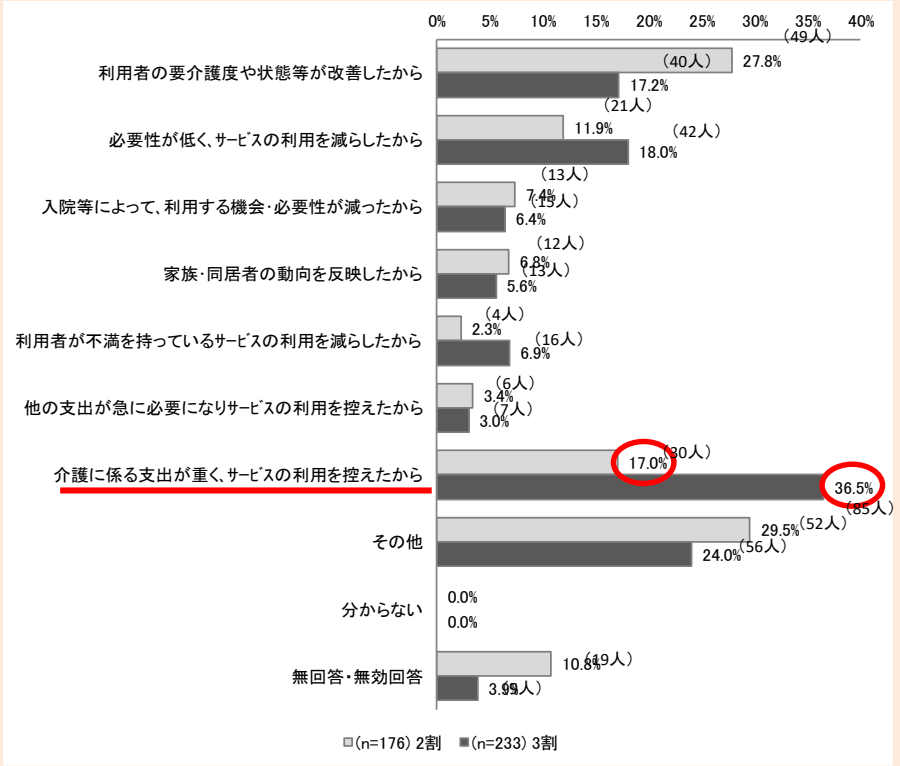
○ 合計利用単位数が減った者のうち、「介護に係る支出が重い」ことを理由に挙げた割合は、2割負担の利用者全体の0.5%、3割負担の利用者全体の1.9%であった。

週間サービス計画表の1週間当たりの利用単位数の合計値の変化



※ 対象となる利用者は、平成30年12月末時点で回答事業所の居宅介護支援（介護予防支援）サービスを利用している者とした。
※ 平成30年12月末時点の利用者負担割合別に集計を行っている。
※ 平成30年8月以降の新規利用者については集計から除いている。

利用単位数の合計値が減った/サービス利用を中止した理由



○「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）

○「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）

○「新経済・財政再生計画改革工程表2018」
（平成30年12月20日経済財政諮問会議決定）

○「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）

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論①

〇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）

Ⅰ　地域包括ケアシステムの深化・推進

１．自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

(5) 適切なケアマネジメントの推進等

【ケアマネジメントに関する利用者負担】

〇　現在、居宅介護支援や介護予防支援のいわゆるケアマネジメントサービスには利用者負担はない。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。

〇　ケアマネジメントに関する利用者負担については、利用者負担導入に反対の立場から、以下のような意見があった。

・　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ため、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。

〇　その一方で、利用者負担導入に賛成の立場から、以下のように多くの意見が出されたところであり、ケアマネジメントの在り方とあわせて、引き続き検討を行うことが適当である。

・　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るべき。

・　家族・利用者に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。

・　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。

・　利用者の意向を反映する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。

・　利用者負担を導入すれば給付費の適正化につながる。

・　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。

・　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。

〇　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。

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論②

Ⅱ　介護保険制度の持続可能性の確保

１．利用者負担のあり方

(1) 利用者負担割合・高額介護サービス費

○　介護保険制度の利用者負担割合については、制度創設以来、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年介護保険法改正において、一定以上所得のある方について負担割合を２割とされた。

○　また、高額介護サービス費の負担上限額については、平成26年介護保険法改正において、特に所得が高い、高齢者医療制度における現役並み所得に相当する所得がある方については、37,200円（世帯）から医療保険の現役並み所得者の多数回該当と同じ水準である44,400円（世帯）とされた。

○　他方、医療保険制度の患者負担については、これまで累次の改正が行われており、70歳以上の方については、平成14年10月から現役並み所得者の負担割合を２割に引き上げ、平成18年10月からこれを３割としている。また、70～74歳の方について、平成26年４月２日以降に70歳の誕生日を迎える方の患者負担は２割とされている。

　70歳以上の高齢者の高額療養費の一般区分の負担上限額についても、平成14年10月に月額37,200円（世帯）から40,200円（世帯）とされ、さらに平成18年10月からは44,400円（世帯）とされている。

○　利用者の負担については、高齢化の進展に伴い、40～64歳の第２号被保険者及び65歳以上の第１号被保険者の保険料水準の上昇が見込まれる中で、世代間・世代内の公平性を確保しつつ、介護保険制度の持続可能性を高める観点から、検討しなければならない課題であり、その際、負担能力に応じた負担となるように見直しを行うという方向については、概ね意見の一致を見た。

　利用者負担の割合については、事務局から提示のあった現役並み所得者の利用者負担割合を３割とすることについて、賛同ないしは容認する意見が多く出された。また、高額介護サービス費の負担上限額についても、事務局から提示のあった一般区分の負担上限額を医療保険の高額療養費の一般区分の負担上限額並みに引き上げることについて、賛同ないしは容認する意見が多く出された。

○　このほか利用者負担のあり方については、様々な意見が出された。まずは、利用者負担に積極的な立場から、

- 低所得者に配慮した上で原則２割負担にすべきである
- ２割負担となる者の範囲を拡大すべきである
- 自己負担の区分を細分化するべきである
- 仮に一律２割への引上げが難しい場合には、例えば１割２分負担や１割５分負担といった段階を設けることも検討すべきである。また、給付の重点化の観点から、生活援助サービスなどサービスメニューごとに負担率を設定する方法も考えられる
- 現役並み所得者の範囲について、フローだけでなくストックも踏まえて設定すべきである。また、高齢者は現役より税制上の控除が優遇されていることを踏まえ、現役並み所得の範囲を拡大すべきである
- 医療保険と介護保険の両方の負担を合算して、一定の負担額に抑える制度があることも踏まえて、検討することが適当である
- 区分支給限度額を見直すべきである
- 今回の見直しによる財政効果を明らかにした上で、保険料負担とのバランスを踏まえるべき

などの意見があった。

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論③

Ⅱ　介護保険制度の持続可能性の確保

１．利用者負担のあり方

(1) 利用者負担割合・高額介護サービス費（続き）

○　その一方で、利用者負担の見直しに消極的な立場から、
- ・　サービスの利用控えや家計への負担に配慮しつつ慎重に検討する必要がある
- ・　平成26年介護保険法改正における利用者負担の見直しで２割負担となった方には短期間での再度の利用者負担の引き上げとなってしまう。平成26年介護保険法改正の影響をよく検証することが必要である
- ・　能力に応じた負担となると３割負担にとどまらず、４割負担、５割負担となりかねない。受益に応じた負担であるべきであり、利用者負担に差をつけ過ぎるべきではない
- ・　介護サービスの利用が長期間になることや現時点で既に整合性が図られていないことなどを踏まえれば高額介護サービス費について医療保険制度と整合性を取る必要性はない
- ・　高額介護サービス費の負担上限額の引き上げは、モデル年金より収入が低い方も対象になってしまうので適当ではない
- ・　負担増となる方の人数は少ないとのことだが、個々人への影響を考えるべき

などの意見があった。

○　このほか、
- ・ 被保険者、特に利用者に負担増を納得していただくためにも、負担増を求める根拠を丁寧に説明することが必要である
- ・ 高額介護サービス費制度や、医療保険と介護保険の負担を合算して一定の負担額に抑える制度については、広く周知が必要である
- ・ 医療保険と介護保険の負担を合算して一定の負担額に抑える制度については、高額療養費制度と高額介護サービス費制度の見直しがそれぞれ検討されているところであり、これらの影響等を把握してから検討すべき
- ・ 利用者負担の見直しはやむを得ないにしても、一定の経過期間を設けるのが適当
- ・ 利用者負担のさらなる増加に対する国民の不安を払拭するために、給付の割合は70/100を維持すべきである
- ・ 預貯金など資産に着目した利用者負担の拡大を検討すべきかどうかは、引き続き議論を重ねる必要がある

との意見があった。

○　また、医療保険制度において、現役並み所得者の高額療養費の負担上限額の見直しが検討されていることに関連して、
- ・　医療保険と整合性を持った見直しをすべきである
- ・　利用者負担の見直しはやむを得ないにしても、一定の経過期間を設けるのが適当
- ・　医療と介護は異なるので、医療保険の見直しの内容をそのまま介護保険に持ち込むことは適当ではない
- ・　医療の検討結果を見てから検討すべきであるが、今回はその時間的な余裕がない
- ・ 医療、介護、年金の各制度の見直しも含めた負担の生活への影響にも留意する必要がある

などの意見があった。

○　ケアマネジメントに関する利用者負担についても様々な意見があり、ケアマネジメントの在り方とあわせて引き続き検討を行うことが適当である。（Ⅰ１．(5)の再掲）

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論④

Ⅱ　介護保険制度の持続可能性の確保

１．利用者負担のあり方

(1) 利用者負担割合・高額介護サービス費（続き）

○　要支援・要介護度に応じて、利用者負担に違いを設けることについても議論を行った。制度の持続可能性のためには重点化が必要である、給付の抑制を行わずに現役世代の負担の増加や次世代への先送りは避けるべきである、「あれば便利」程度のサービスは介護保険給付から除外すべきであるなどの理由からこれに肯定的な意見があった一方で、要介護度の程度にかかわらず必要なサービスを受けられるようにすることが大切である、状態改善への意欲を削ぐことになる、サービスの利用を控え要介護状態の重度化につながる恐れがある、「介護離職ゼロ」の政府方針に反しかねないなどの理由から、これに否定的な意見が多くあった。この他、一律に軽度者の利用者負担を引き上げるのではなく、エビデンスに基づく一定期間の利用や、一定の限度額までの利用は現行どおりの負担とするなどの柔軟な対応が必要であるとの意見や、種類支給限度基準額の見直しを行い、極端に頻回に生活援助を利用している者に負担を求めるべきとの意見もあった。また、軽度者の定義に関連して、要介護２以上は様々な状態の方が含まれるため、まずは要介護１までとすべきとの意見があった一方で、要介護度と利用者の状態、要介護度と支援の困難性は必ずしも一致しないなどの意見もあった。

(2) 補足給付

○　補足給付については、平成26年介護保険法改正において、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の確保の観点から、一定額超の預貯金等がある場合には、対象外にするなどの見直しを行った。これについては、その影響を引き続き検証するべきとの意見があった。

○　この見直しに際して、補足給付の支給に関して不動産を勘案するか否かについても、検討を行ったところであるが、様々な課題があり、引き続き検討を続けていくこととされた。

○　その後、厚生労働省において調査研究事業を行ったが、地域的な格差、民間金融機関の参入の困難性、認知症の方への対応等様々な実務上の課題が明らかになった。

○　このような状況を踏まえ、補足給付の不動産勘案に関しては、一定額以上の宅地を保有している場合に資産として活用することについて、引き続き検討を深めることとするのが適当である。

○　検討に際しては、民間金融機関が実施するリバースモーゲージ等における知見の蓄積、成年後見制度の普及等の状況も踏まえる必要があるが、リバースモーゲージについて全国的な導入は難しいとしても導入できる地域から導入すべきではないか、どのような工夫をすればリバースモーゲージを導入できるかという観点から検討を進めるべきではないか、補足給付を介護保険制度の下で実施することの是非についても考えるべきではないかなどの意見があったことにも留意することが必要である。

○　このほか、認知症対応型グループホームや小規模多機能型居宅介護などについても補足給付の対象とすることを検討するなど、低所得者への配慮措置も必要との意見があった。

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論⑤

Ⅱ　介護保険制度の持続可能性の確保

２．給付のあり方

(1) 軽度者への支援のあり方

○　要支援・要介護度に応じた支援のあり方については、介護保険制度の創設時をはじめ制度改正時などにおいて議論されてきており、予防給付の創設や介護報酬改定など給付の見直しが行われてきた。

○　平成26年介護保険法改正では、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスの提供をできるよう、介護予防訪問介護と介護予防通所介護を地域支援事業（総合事業）に移行する見直しが行われた。

○　この見直しは、平成27年４月から施行されているが、市町村は条例で定める場合、平成29年４月まで猶予可能とされており、平成28年４月までに実施した保険者は全体の１／３程度であった。
　また、平成27年４月に総合事業を開始した市町村の実施状況等を確認したところ、介護予防訪問介護と介護予防通所介護に相当するサービス以外の「多様なサービス」が出現していることが確認された一方で、介護サービス事業者や介護労働者以外の「多様な主体」による取組が十分に広まるまでに至っていない状況にあった。

○　このような状況を踏まえ、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地域支援事業（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。

○　また、介護サービスを提供する人材不足が喫緊の課題である中で、人材の専門性などに応じた人材の有効活用の観点から、訪問介護における生活援助について、要介護度に関わらず、生活援助を中心にサービス提供を行う場合の緩和された人員基準の設定等についても議論を行った。

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論⑥

Ⅱ　介護保険制度の持続可能性の確保

２．給付のあり方

(1) 軽度者への支援のあり方（続き）

○　この点については、体力的な都合等で身体介護は難しいが生活援助ならできるという介護人材も存在し、その人材の活用を図るべきとの意見や、生活援助の人員基準の緩和を行い、介護専門職と生活援助を中心に実施する人材の役割分担を図ることが重要であるとの意見、制度の持続可能性の確保という観点からの検討が必要であるとの意見があった一方で、生活援助の人員基準を緩和すれば、サービスの質の低下が懸念されることや、介護報酬の引き下げにより、介護人材の処遇が悪化し、人材確保がより困難になり、サービスの安定的な供給ができなくなる可能性があるとの意見や、地域によっては生活援助を中心にサービス提供を行う訪問介護事業者の退出につながり、サービスの利用が困難になることが懸念されるため、慎重に議論すべきとの意見もあり、平成30年度介護報酬改定の際に改めて検討を行うことが適当である。

○　要支援・要介護度に応じて、利用者負担に違いを設けることについても議論を行った。制度の持続可能性のためには重点化が必要である、給付の抑制を行わずに現役世代の負担の増加や次世代への先送りは避けるべきである、「あれば便利」程度のサービスは介護保険給付から除外すべきであるなどの理由からこれに肯定的な意見があった一方で、要介護度の程度にかかわらず必要なサービスを受けられるようにすることが大切である、状態改善への意欲を削ぐことになる、サービスの利用を控え要介護状態の重度化につながる恐れがある、「介護離職ゼロ」の政府方針に反しかねないなどの理由から、これに否定的な意見が多くあった。この他、一律に軽度者の利用者負担を引き上げるのではなく、エビデンスに基づく一定期間の利用や、一定の限度額までの利用は現行どおりの負担とするなどの柔軟な対応が必要であるとの意見や、種類支給限度基準額の見直しを行い、極端に頻回に生活援助を利用している者に負担を求めるべきとの意見もあった。また、軽度者の定義に関連して、要介護２以上は様々な状態の方が含まれるため、まずは要介護１までとすべきとの意見があった一方で、要介護度と利用者の状態、要介護度と支援の困難性は必ずしも一致しないなどの意見もあった。（Ⅱ１(1)の再掲）

○　以上の他に、介護保険で提供されるサービスは、利用者の自立支援や介護予防につながるものでなければならないことは当然であるが、その視点が弱いのではないか、自立支援につながっていることを見える化して検証するなど、データに基づく議論が必要などの意見があった。

○　このため、ケアマネジャー、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士等の多職種が集まり、個別事例を地域ケア会議で検討するなど、自立支援に資するケアマネジメント支援のために各種専門職が関与していく取り組みなどを推進していくことが適当である。

　なお、利用者本人の自立に向けた課題や意向等を関係者が共有しつつ、本人の自己決定に基づく支援を展開するためには、基本的には、本人や家族が地域ケア会議に参加し、情報共有を行うことが有効である。

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論⑦

Ⅱ　その他の課題

(2) 被保険者範囲

○　介護保険の被保険者の範囲は、制度創設当初から、65歳以上が第１号被保険者、40歳以上64歳以下の者が第２号被保険者とされている。

○　この被保険者の範囲については、制度創設時も大きな議論となり、また、制度創設後も、「制度の普遍化」（要介護となった理由や年齢の如何に関わらず介護を必要とする全ての人にサービスの給付を行い、併せて保険料を負担する層を拡大すること）を目指すべきか、「高齢者の介護保険」を維持するかを中心に議論が行われてきた。
　本部会でも過去、度々議論を行ったが、その拡大について結論を得ることなく、現在に至っている。

○　一方で、制度創設当初と現在を比較してみると、
・　介護保険制度創設以来、介護保険の保険料負担者である40歳以上人口は増加してきたが、平成33年（2021年）をピークに減少していくことが見込まれている。
・　平成52年（2040年）には、30歳以上64歳以下人口が、制度創設時の40歳以上64歳以下人口と同程度なる。
・　40歳以上人口に占める40歳以上64歳以下人口の割合は低下しており、平成47年（2035年）には50%を下回ることが見込まれる。
・　第１子を出産する年齢が高齢化しており、制度創設時は65.4歳の母親の第１子が40歳であったが、平成61年（2049年）には、65.6歳の母親の第１子が35歳となる。
・　政府において、「地域共生社会」を実現するための取組が進められており、厚生労働省においても、介護保険法、障害者総合支援法、子ども・子育て支援新制度など、各制度の成熟化が進む一方で、既存の縦割りのシステムには課題が生じているといった視点を踏まえ今後検討を行っていくこととされている。

などの変化もあり、今般の介護保険制度の見直し検討に際して、改めて被保険者範囲について議論を行った。

○　被保険者範囲の拡大については、受益と負担の関係が希薄な若年世代の納得感を得られないのではないかとの意見や、まずは給付の効率化や利用者負担のあり方を見直すことが先決であり、被保険者範囲の拡大については反対との意見、介護保険優先原則に関する改正障害者総合支援法の国会附帯決議に十分留意しながら検討すべきとの意見、障害者の介護は保険になじまないため、税財源により慎重に対応すべきとの意見があった。

○　その一方で、将来的には介護保険制度の普遍化が望ましいとの意見や、制度の持続可能性の問題もあり、今から国民的な議論を巻き起こしていくことが必要であるとの意見もあり、介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当である。

平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論⑧

Ⅱ　その他の課題

(4) 現金給付

○　介護保険制度の見直し検討に関連して、委員の求めに応じて、事務局より、ドイツの介護保険制度における介護手当（現金給付）に関する資料が提示され、議論を行った。

○　ドイツでは、現金給付が家族を介護に縛り付けるという議論はなく、実際に家族を介護している人を評価する仕組みであり、現金給付は、市民社会にふさわしい制度であるとともに総介護サービス費の抑制に寄与しているとして、現金給付に賛成する意見があった。

○　しかし、以下の通り、現金給付には消極的な意見が多く、現時点で現金給付を導入することは適当ではないと考えられる。

・　現金給付の導入は、家族介護の固定化につながり、「介護の社会化」という制度の理念や介護離職ゼロ・女性の活躍推進の方針に反しているため反対である。

・　現金給付の導入によって、現物給付が縮小すると、介護サービスの基盤が崩れ、仕事と介護の両立が阻害される恐れがある。むしろ現金給付以外の介護者を支援する仕組みが必要である。

・　現金給付の導入は新たな給付増につながることから、制度の持続可能性の確保の観点から反対である。不正受給の恐れもあり、給付の適正化を進める流れとも逆行する。

「経済財政運営と改革の基本方針2018」における記載

「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			ＫＰＩ	
			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、介護の補足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			ＫＰＩ	
			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**					
		多床室室料について、給付の在り方を検討する。	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。 ≪厚生労働省≫	→		－	－
	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**					
		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。	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。 ≪厚生労働省≫	→		－	－
	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**					
		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。	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。 ≪厚生労働省≫	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。