

介護保険制度の見直しに関する意見

平成 2 5 年 1 2 月 2 0 日
社会保障審議会介護保険部会

目次

はじめに

I サービス提供体制の見直し

1. 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し

- (1) 在宅医療・介護連携の推進
- (2) 認知症施策の推進
- (3) 地域ケア会議の推進
- (4) 生活支援サービスの充実・強化
- (5) 介護予防の推進
- (6) 地域包括支援センターの機能強化

2. 地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し

3. 在宅サービスの見直し

- (1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- (2) 訪問介護
- (3) 訪問看護
- (4) 小規模多機能型居宅介護
- (5) 複合型サービス
- (6) 通所介護
- (7) 福祉用具
- (8) 住宅改修
- (9) ケアマネジメント・居宅介護支援

4. 施設サービス等の見直し

- (1) 特別養護老人ホーム
- (2) 介護老人保健施設・介護療養型医療施設
- (3) 高齢者向け住まい

5. 介護人材の確保

6. 介護サービス情報公表制度の見直し

II 費用負担の見直し

- 1. 低所得者の1号保険料の軽減強化等
- 2. 一定以上所得者の利用者負担の見直し
- 3. 補足給付の見直し（資産等の勘案）
- 4. 介護納付金の総報酬割

III 2025 年を見据えた介護保険事業計画の策定

今後に向けて

はじめに

- 介護保険制度が施行された 2000（平成 12）年当時、約 900 万人だった 75 歳以上高齢者（後期高齢者）は、現在約 1400 万人となっており、2025（平成 37）年には 2000 万人を突破し、「後期高齢者 2000 万人社会」になっていく。都市部を中心に 75 歳以上高齢者数が急増するとともに、単身や夫婦のみ的高齢者世帯が増加するなど地域社会・家族関係が大きく変容する中で、介護保険制度が目指す「高齢者の尊厳の保持」や「自立支援」をいかに実現していくかが問われている。
- 「できる限り住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送りながら老いていきたい」。これは、多くの人々に共通する願いである。多くの人々のこのような願いをかなえるためには、介護のサービス基盤を整備するだけでは不十分であり、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を目指した改正が重ねられてきた。
- まず、2005（平成 17）年の見直しでは、市町村単位でサービスの充実とコーディネートが図られるよう、地域密着型サービスや地域包括支援センターが創設されるとともに、自立支援の視点に立って、予防給付や地域支援事業が導入されるなど、地域包括ケアシステムの構築に向けて第一歩が踏み出された。
- そして、2011（平成 23）年の見直しでは、地域包括ケアシステムに係る理念規定が介護保険法に明記されるとともに、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支える仕組みとして、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスといった新サービスが導入された。また、地域支援事業において、多様なマンパワーや社会資源の活用を図りながら、要支援者と二次予防事業対象者に対して、介護予防サービスや配食・見守り等の生活支援サービスを市町村の判断で実施できる「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設された。併せて、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」が改正され、在宅生活を継続する上での土台となる住まいを必要な社会資本として整備し、居住の確保を保障する取組が進められてきた。
- このように、順次見直しが行われてきたが、「団塊の世代（1947 年から 1949 年生まれ）」がすべて 75 歳以上となる 2025 年までの残り 10 年余りで、地域包括ケアシステムの構築を実現することが求められている。そして、この間には、社会保障制度改革国民会議の提案のように、疾病構造の変化を踏まえた、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への改革が行われようとしており、地域医療・介護の一体的なサービス提供体制の見直しが求められている。

- 介護保険制度は、制度創設以来、「地方分権の試金石」として、市町村自らが保険者となり保険制度を運営するなど、地方自治体が主体的な役割を果たしてきた。市町村をはじめとする関係者の努力により、介護保険制度は国民に無くてはならないものとして定着してきたが、地域包括ケアシステムについては、高齢化の進展や地域資源に大きな地域差がある中、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であり、「地域の力」が再び問われていると言える。社会保障制度改革国民会議の報告書でも、地域包括ケアシステムの構築は「21 世紀型のコミュニティの再生」と位置づけられている。
- 一方、介護サービスの増加に伴って、施行当初は全国平均 3,000 円を下回っていた 65 歳以上高齢者の介護保険料(1 号保険料)は、既に 5,000 円弱となっており、今後の高齢化の進展やサービスの更なる充実・機能強化を図っていく中で、2025(平成 37)年度には 8,200 円程度となることが見込まれ、現役世代の介護保険料(2 号保険料)も同様に増えていくことから、介護保険制度の持続可能性を高めていくことも強く求められている。
- このように、今回の制度の見直しは、地域包括ケアシステムの構築と介護保険制度の持続可能性の確保の 2 点を基本的な考え方とするものである。
- 本部会は、2011(平成 23)年 7 月の「社会保障・税一体改革成案」を受けて同年 10 月・11 月に 4 回の審議を行い、その時点における「議論の整理」を行った。その後、2013(平成 25)年 1 月から 6 月までに 4 回の意見交換を行い、その結果を社会保障制度改革国民会議に報告した。同年 8 月には社会保障制度改革国民会議の報告書がとりまとめられるとともに、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」が国会に提出されたことを受け、同法案第 5 条第 2 項に掲げられた検討項目を中心に、8 月以降、9 回にわたって審議を行ってきた。以下、当部会におけるこれまでの審議を整理し、介護保険制度の見直しに関する意見書としてとりまとめる。

I サービス提供体制の見直し

1. 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し

- 地域支援事業は、平成 17 年の改正で創設されたものであるが、保険者である市町村が、介護給付や予防給付といった個別給付とは別に、事業という形で、要介護・要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態となった場合にも可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができ

るよう支援するためのサービスを提供するものである。市町村は、介護保険事業に係る保険給付を円滑に実施するため、介護給付と予防給付、地域支援事業を一体的に介護保険事業計画を定め、3年を一期とする運営を行っている。そして、この地域支援事業には、保険料財源も投入されているが、給付と一体的かつ密接に事業を実施することにより、効果的・効率的に介護保険事業を実施する仕組みである。

- 現在、地域支援事業は、介護予防事業や介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業で構成されているが、この地域支援事業を任意事業の見直しを含め、地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい良質で効率的な事業に重点化しつつ再構築するとともに、必要な財源を確保し、充実・強化を図っていくことが必要である。これにより、以下の(1)から(6)までに掲げる取組を市町村が主体的に取り組むことが可能となり、各市町村が地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築することができる。

(1) 在宅医療・介護連携の推進

- 75歳以上高齢者は、慢性疾患による受療が多い、疾病の罹患率が高い、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高い、認知症の発生率が高い等の特徴を有しており、医療と介護の両方を必要としていることから、医療と介護の更なる連携が必須である。また、地域包括ケアシステムの要素の一つは医療であることから、急性期医療からの早期かつ円滑な在宅への復帰を可能とする体制整備や在宅サービスの充実、在宅等での看取りの体制強化などが地域包括ケアシステムの構築の推進のために重要であり、この点においても医療・介護連携が必要である。
- 医療・介護連携については、従来から問われ続けてきた重要課題の一つであるが、「医療」と「介護」については、それぞれの制度やこれらを担う専門職が異なり、多職種間の相互理解や情報の共有ができていないことなど、必ずしも円滑に連携がなされていないという課題があった。地域包括支援センターや、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスといった新サービスを導入したこれまでの制度改正も、医療・介護連携に資するものと言える。
- 在宅医療・介護連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、様々な局面で求められる。医師との連携に困難を感じる介護支援専門員が多い現状にあるが、今後、在宅医療・介護連携を進めるためには、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリテーション専門職等の医療関係職種と介護支援専門員、介護関係職種といった多職種の連携が重要となるため、地域包括支援センターにおける医療面の対応強化への支援や、医療に関する専門的な知見を有する在宅医療に関する拠点機能の構築及びその拠点を中心

とした連携の強化が必要となる。

- これまでの医療提供体制に関する行政は、都道府県が入院に係る医療を提供する一体の医療圏としての二次医療圏や、三次医療圏を対象として考えてきたが、在宅医療・介護の連携については、介護に係る施策が市町村主体であることやモデル事業で進めてきた在宅医療連携拠点事業の取組を踏まえ、市町村が地域包括ケアシステムを構築する一つの手法として、国と都道府県の支援の下、地域の医師会等と連携しつつ、取り組むことが必要である。
- 具体的には、地域支援事業の包括的支援事業に在宅医療・介護連携の推進に係る事業を追加する。その際には、現行制度では、包括的支援事業を委託する場合は、事業の全てについて一括して委託することとされているが、医療に係る専門的な知識及び経験が必要である業務の趣旨にかんがみ、これらを適切に実施できる事業体に、他の事業とは別に委託できる仕組みが必要である。
- また、市町村が中心となって取組を進めるため、都道府県と市町村の役割分担、関係者との連携や調整を行う等の市町村の権限を明確にしていく必要がある。円滑な事業の実施のために平成 27 年度から施行し、市町村の準備期間を考慮して順次実施することとし、平成 30 年度には全ての市町村で実施することとするほか、小規模市町村では事業の共同実施を可能とすることが求められる。
- さらに、在宅医療・介護連携の推進に係る事業については、医療計画との調和も図りながら、介護保険事業（支援）計画に記載することが必要である。

（２）認知症施策の推進

- 認知症高齢者数については、要介護・要支援認定を受けている 65 歳以上の者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者は平成 22 年で約 280 万人、平成 37 年では約 470 万人に達すると見込まれている。これは 65 歳以上の約 1 割にあたり、要介護・要支援認定を受けている 65 歳以上の約 6 割となっている。一方、厚生労働科学研究費補助金の研究報告では、上記の認知症高齢者数を含め、平成 22 年の認知症有病者数は約 439 万人（認知症有病率推定値 15%）と推計されている。また、正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の中間）状態の者（MCI : mild cognitive impairment）の有病者数も約 380 万人（MCI 有病率推定値 13%）と推計されている。
- このように今後増加する認知症高齢者に適切に対応するためには、医療・介護・生活支援等が包括的に行われるよう体制整備を図ることが必要となるが、これまでの認知症施策は、

- ① 早期受診・対応の遅れによる認知症状の悪化
 - ② 医療機関においても認知症の人への対応が不十分
 - ③ 認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくための介護サービスが量、質の両面から不足
 - ④ 地域で認知症の人とその家族を支援する体制が不十分
 - ⑤ 医療・介護従事者が現場で連携がとれた対応ができていないケースがある
- など、様々な課題が指摘されてきた。

- これらの課題に対応し、「認知症になっても本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暮らし続けることができる社会」の実現を目指すため、「認知症施策推進5か年計画」が策定され、平成25年度から取組が実施されているが、増加する認知症高齢者に対応するためには、この計画を着実に推進するための制度的な裏付けが必要となる。
- 認知症施策については、早期からの適切な診断や対応、そして認知症についての正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援を地域ごとに包括的・継続的に実施する体制を作ることが重要であり、これまでも市町村ごとに取り組まれてきてはいるものの、認知症施策の推進を地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が地域包括ケアシステムの構築の一つの手法として取組を進めることが必要である。
- 認知症施策の推進についても、保健医療・福祉に係る専門的な知識及び経験が必要となることにかんがみ、(1)と同様に、これらを適切に実施できる事業体に、他の事業とは別に委託できる仕組みが必要である。なお、市町村の準備期間を考慮して順次実施することとし、平成30年度には全ての市町村で実施することとするほか、小規模市町村では事業の共同実施を可能とすることが求められる。
- 特に、認知症は早期診断・早期対応が重要であることから、初期の段階で医療と介護との連携の下に認知症の人やその家族に対して個別の訪問を行い適切な支援を行う「認知症初期集中支援チーム」や、地域の実情に応じた医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う「認知症地域支援推進員」の設置に取り組むことが重要となる。また、認知症ケアに携わる多職種の協働研修、認知症カフェ等による認知症の人とその家族への支援など認知症ケアの向上を推進する事業を地域支援事業で推進することも重要である。
- このほか、認知症施策については、専門医療機関の整備、認知症施策を担う医療・介護人材の対応力向上、予防・診断・治療・ケア技術等の確立に向けた研究の推進、家族に対する支援、認知症高齢者とは異なる特徴がある若

年性認知症者への対応、認知症サポーターの普及、市民後見人の育成と支援体制の整備、認知症の普及・啓発を含む認知症にやさしいまちづくり等に積極的に取り組むことが必要である。

- なお、この点に関し、生活の場に必要な医療が提供されて看取りまでできる体制整備を求める意見があった。

（３）地域ケア会議の推進

- 地域ケア会議は、多職種の第三者による専門的視点を交えてケアマネジメントの質の向上を図るとともに、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより地域課題を発見し、地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげるものである。
- 地域ケア会議の推進により、高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備が同時に図られることになるため、地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの実現に向けた重要なツールと位置づけられる。
- 平成 24 年度から、地域包括支援センターの設置運営通知を改正し、個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」は市町村内の圏域単位での地域包括支援センターが開催し、地域づくりや政策形成等につなげる「地域ケア推進会議」は市町村レベルで開催しているところであるが、会議の内容、参加者等は様々であり、個別ケースの検討を基本としている会議は多くない現状にある。
- このため、市町村の地域支援事業の包括的支援事業の一環として、地域ケア会議を実施することを介護保険法に位置づけるとともに、介護支援専門員の協力や守秘義務の取扱い等について制度的な枠組みを設け、一層の推進を図る必要がある。また、地域ケア会議が十分に機能するためには、市町村の人材育成、マニュアル作成、好事例の共有など、国は市町村の支援に取り組むことが必要である。
- なお、この点に関し、地域ケア会議は介護支援専門員と地域のケアマネジメントに関わる多様な専門職等が適切に意見交換するための会議であるということを明確にして推進すべき、市町村長の権限・役割を明確にし、総合調整の権限を新たに付与すべきとの意見があった。

（４）生活支援サービスの充実・強化

- 単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加する中、高齢者が地域で生活を継続するためには、多様な生活支援ニーズがあり、多様なサービ

スを地域で整備していくことが求められる。

- 例えば、高齢者のいる世帯では、都市部・地方にかかわらず、買い物に不便を感じている世帯が約5割となっており、一人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていることは、「家の中の修理、電球交換、部屋の模様替え」「掃除」「買い物」「散歩・外出」「食事の準備・調理・後始末」「通院」「ごみ出し」などが上位にあがっている。そして、NPO等による生活支援サービスの利用者は、要介護者に限らず、要支援者、自立の人も多数含まれる。
- その一方で、高齢者支援を目的とする60歳以上の住民グループ活動は5.9%、高齢者見守りネットワークを形成している地方自治体は36.8%にとどまり、住民の互助活動によるサービスや見守り活動は十分と言えない現状にある。
- このような状況を踏まえれば、まず市町村が中心となって、NPO、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人等の生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化を図ることが必要である。具体的には、高齢者等がサービスの担い手となるよう養成し、支援を必要とする高齢者の支援の場につなげ、生活支援サービスを行う事業主体間のネットワークを構築することや、地域のニーズと地域資源のマッチングなどを行うコーディネーターの配置や協議体の設置等について、地域支援事業の包括的支援事業に位置づけて取組を進めることが必要である。
- これらを通じ、高齢者の中には事業の担い手となる者も現れ、高齢者が社会的役割を持つことにより、生きがいや介護予防にもつながることが期待される。

（５）介護予防の推進

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものである。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。
- 一方で、これまでの介護予防の手法は、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであり、介護予防で得られた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や社会参加を促す取組（多様な通いの場の創

出など）が必ずしも十分ではなかったという課題がある。

- このような現状を踏まえると、これからの介護予防は、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要である。このような効果的なアプローチを実践するため、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指すことが適当である。
- 具体的には、今後の介護予防事業（一般介護予防事業）については、市町村の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、介護予防の理念の徹底の観点から、元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する等、機能強化を図る必要がある。
- さらに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例を全国展開する観点から、国は都道府県と連携しながら技術的支援を行うとともに、全国・都道府県・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるよう、介護・医療関連情報の「見える化」を推進する必要がある。
- なお、上記のような地域づくりのためには、介護保険制度のみならず、高齢化に対応した地域づくりに向けた国・地方自治体の諸施策が有機的に連携することが不可欠である。

（６）地域包括支援センターの機能強化

- 地域包括支援センターの設置数は4,328か所、サブセンター・ブランチを合わせて7,072か所となっている（平成24年4月末時点）。センターを対象とした調査では、センターの1/4は業務量が過大と認識しており、センターの約半数は地域支援ネットワークを活かした介護支援専門員への支援を行っていないと回答している。また、相談件数は、1センターあたり平成21年度1,745件が、平成24年度2,264件と1.3倍に増加している。
- 地域包括支援センターは、行政直営型・委託型にかかわらず、行政（市町村）機能の一部として地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として期待されることから、現状の課題や今後求められる役割を勘案しながら、複合的に機能強化を図ることが重要である。

- 高齢化の進展、それに伴う相談件数の増加等を勘案し、センターに対する人員体制を業務量に応じて適切に配置することが必要である。さらに、今後、現在の業務に加え、「在宅医療・介護連携の推進」、「認知症施策の推進」、「地域ケア会議の推進」、「生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化」、「全ての市町村における総合事業の実施」を図る中で、それぞれのセンターの役割に応じた人員体制の強化とそのための財源確保、職員の研修の充実を図ることが必要である。
- また、これらの新たな業務を行っていく際、地域の中で直営等基幹となるセンターや機能強化型のセンターを位置付けるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効果的かつ効率的な運営を目指すことが必要である。これに関しては、地域ケア会議の活用の推進のためにも、地域包括支援センターの機能強化、役割分担・連携を更に進める必要があるとの意見があった。
- 委託型センターに対しては、市町村が提示する委託方針について、より具体的な内容を提示することを推進し、これにより、市町村との役割分担、それぞれのセンターが担うべき業務内容を明確化する必要がある。
- センターがより充実した機能を果たしていくには、センターの運営に対する評価が必要であるが、現在、評価を実施している市町村は約3割にとどまっており、市町村運営協議会等による評価の取組を法定化するなど、継続的な評価・点検の取組を強化することが必要である。併せて、情報公表制度を活用するなどして、センターの取組について周知を図ることが必要である。

2. 地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し

(見直しの背景・趣旨)

- 「1(4)生活支援サービスの充実・強化」でも述べたとおり、一人暮らし高齢者等の急速な増加、家族の介護力の低下、地域を支える若年層の減少などにより、生活支援ニーズの高まりが顕在化する。
- 特に、要支援者は生活支援のニーズが高く、その内容は配食、見守り等の多様な生活支援サービスが求められており、生活支援の多様なニーズに応えるためには、介護サービス事業者以外にも、NPO、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人など、多種多様な事業主体の参加による重層的なサービスが地域で提供される体制の構築が重要である。併せて、今後の地域における少子高齢化の進行やそれに伴い介護人材の確保が難しくなる状況を考えれば、高齢者は単にサービスの受け手・利用者ではなく、高齢者が積

極的に生活支援の担い手となって、支援が必要な高齢者を支える社会を実現することが求められている。

- また、「1（5）介護予防の推進」で述べたとおり、地域に多様な通いの場を作り、社会参加を促進していくことは、高齢者の介護予防にとって極めて重要であるが、趣味やボランティア活動等の社会参加についても、生活支援サービスと同様、地域の中で多様な主体により多様な場を確保していくことが重要である。
- このような生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加促進の必要性に応えるためには、地域支援事業の枠組みの中で介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し、サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、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を提供できるよう、地域支援事業の形式に見直すことが必要である。
- 市町村が中心となって基盤整備を進めつつ、地域支援事業に移行することにより、既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、住民ボランティア等による生活支援サービスなど、多様なサービスが多様な主体により提供され、利用者が多様なサービスを選択可能となる。そして、高齢者は支え手側に回ることもでき、地域の中で社会的役割を持つという点で生きがい・介護予防にもつながることとなる。
- 予防給付も地域支援事業も介護保険制度内のサービスの提供であり、財源構成も変わらないが、訪問介護・通所介護の地域支援事業の移行により、質を低下させることなく多様なサービスを効果的・効率的に提供するとともに、地域における互助の再構築と高齢者の社会参加を通じた自立支援といった好循環を生むことが可能となる。
- この中で、事業移行後も、既にサービスを受けている者については必要に応じて既存サービス相当のサービスを利用可能とし、新しくサービスを受ける者については多様なサービスの利用を促進するが、必要に応じて既存サービス相当のサービスを利用可能とすることが必要である。
- 予防給付のうち、訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、多様な形態でのサービス提供の余地が少ないことから、市町村の事務負担も考慮して、引き続き予防給付によるサービス提供を継続することが適当である。
- 新しい総合事業の施行は第6期介護保険事業計画のスタートの平成27年4

月からとし、市町村の円滑な移行期間を考慮して、平成 29 年 4 月までにはすべての市町村で実施し、平成 29 年度末にはすべて事業に移行することが適当である。

(新しい総合事業の内容)

- 新しい総合事業の事業構成は、要支援者と介護予防・生活支援サービス事業対象者（従来の二次予防事業対象者）が利用する訪問型・通所型サービス等の「介護予防・生活支援サービス事業」と、すべての高齢者が利用する体操教室等の普及啓発等を内容とする「一般介護予防事業」とすることが適当である。
- 新しい総合事業の介護予防・生活支援サービス事業については、以下のとおりとすることが適当である。
 - ・ 利用手続は要支援認定を受けて地域包括支援センターによるケアマネジメントに基づきサービスを利用することとともに、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業の利用のみの場合は、基本チェックリスト該当で利用可能とする。
 - ・ 事業費の単価については、サービスの内容に応じた市町村による単価設定を可能とする。訪問型・通所型サービスについては、現在の訪問介護、通所介護（予防給付）の報酬以下の単価を市町村が設定する仕組みとする。
 - ・ 利用料については、地域で多様なサービスが提供されるため、そのサービスの内容に応じた利用料を市町村が設定する。ただし、既存サービスに相当するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みの下、市町村が設定する仕組みを検討する。利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組みとする。
 - ・ 市町村が事業者へ委託する方法に加え、あらかじめ事業者を認定等により特定し、当該市町村の一定のルールの下、事業者が事業を実施した場合、事後的に費用の支払いを行う枠組みを検討する。
 - ・ 利用者個人の限度額管理を実施し、利用者が給付と事業を併用する場合には、給付と事業の総額で管理を行うことを可能とすることを検討する。
- 一般介護予防事業については、「1 (5) 介護予防の推進」のとおり、元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、住民運営の通いの場を拡大させていくような地域づくり等の取組を推進することが適当である。
- 市町村による事業の円滑な実施を推進するため、上記の「介護予防・生活

支援サービス事業」と「一般介護予防事業」の内容を、介護保険法に基づく指針で、ガイドラインとして示し、市町村の取組を支援する必要がある。また、ガイドラインには以下の事項等も盛り込むことが適当である。

- ・ 市町村による事業での様々な創意工夫の例や、認知機能が低下している者に対する事業など、事業で対応する際の留意点
- ・ すべての市町村が要支援者のサービス提供を効率的に行い、総費用額の伸びを低減させることを目標として努力すること

○ なお、専門職は、今後も増加が見込まれる要介護者に対するサービス提供に従事していくことが重要であるが、もちろん要支援者に対しても、その状態を踏まえたケアマネジメントで専門職によるサービスが必要と判断された者に対してはそれにふさわしいサービスが適切な単価の下に提供されることが適当であり、この点、ガイドラインにも盛り込むことが適当である。また、このガイドラインについては、関係者の意見を聴きつつ、策定されることが適当である。

○ 市町村は介護保険事業計画の中で要支援者へのサービス提供の在り方とその費用について明記することになるが、その結果を3年度毎に検証することを新たに介護保険法に法定化することを検討する。要支援者に対するサービス提供について、各市町村が計画期間中の取組、費用等の結果について検証し、次期計画期間につなげていく枠組みを新たに構築する。

（市町村の事務負担の軽減）

○ 市町村の事務負担の軽減については、毎年度委託契約を締結するといった事務を不要等とするため事業所を認定等により特定する仕組みを導入するとともに、審査・支払いに関して国民健康保険団体連合会を活用する。また、介護認定の有効期間の延長についても検討する必要がある。

（効率的な事業の実施）

○ 市町村は、

- ・ 総合事業の移行により、住民主体のサービス利用を拡充すること
- ・ 機能が強化された新しい総合事業を利用することで、支援を必要とする高齢者が要支援認定を受けなくても地域で暮らせる社会の実現を図ること
- ・ リハ職等が積極的に関与しケアマネジメントを機能強化することにより重度化予防を推進すること

など、サービス提供を効率的に行い、中長期的には総費用額の伸びが後期高齢者数の伸び程度となることを目安に努力するとともに、短期的には生活支援・介護予防の基盤整備の支援充実に併せ、より大きな費用の効率化を図る必要がある。

○ 総合事業の実施により、既存の介護事業者を活用しつつ、住民主体のサー

ビスの拡充等を推進することで、効率的に事業実施が可能となる。総合事業の事業費の上限については、円滑な事業移行が図られ、保険料負担者の理解と納得感が得られる事業実施となるよう、費用の効率化の趣旨を踏まえ、以下のとおりとすることが適当である。

- ・ 予防給付から事業に移行する分を賄えるよう設定する。
- ・ 当該市町村の予防給付から移行する訪問介護、通所介護と予防事業の合計金額を基本にしつつ、当該市町村の後期高齢者数の伸び等を勘案して設定した額とする。
- ・ 仮に市町村の事業費が上限を超える場合の対応については、制度施行後の費用の状況等を見極める必要があること等を踏まえ、個別に判断する仕組みなどの必要性についても検討する。

(部会での議論)

- 今回の見直しの目的・趣旨は、1(1)から(6)までに掲げたとおり、地域支援事業を充実するとともに、予防給付の見直しに市町村が中心となって取り組み、地域の多様なニーズに応えながら、地域包括ケアシステムの構築を実現することにあり、以上のとおり、予防給付の見直し全般については、概ね意見の一致を見た。
- ただし、市町村の円滑な事業運営が進むように国・都道府県は市町村を支援すべき、ガイドラインにサービスの質を一定程度担保できるような内容を盛り込むべき、急激な高齢化が進む中で事業者は費用の効率化に努めるべき、上限が機能せず事業のメニュー・費用がかえって増加することのないよう実効性を確保すべきなどの留意事項を挙げる意見があった。
また、事業費は前年度実績を上回らないことを原則とすべき、現行の地域支援事業・総合事業の財源構成そのものが問題であり市町村の裁量で実施する事業に第2号被保険者の保険料を充てること自体を見直すべきなどの意見があった一方で、抑制のみに着目すべきではなく財源をしっかりと確保すべき、削減ありきの議論で、サービスの質の低下、専門職の意欲の低下、労働者の処遇の悪化、利用者の状態悪化を招かないようにすべき、財源が厳しい地方自治体の中には供給量と質の低下が進んでいくところが出てくる可能性は否定できないなどの意見があった。このほか、NPO やボランティア等については地域偏在があることからすべての市町村で受け皿の整備ができるか不安との意見、要支援の認定率は地域格差があることから要介護認定を併せて見直す必要があるとの意見があった。
要支援者にはボランティアではなく専門家が予防給付としてサービスを提供すべき、市町村の独自事業とすべき、要支援1のみを事業に移すべきなど、見直しについて異論もあった。

3. 在宅サービスの見直し

- 重度の要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が今後増加していくことを踏まえると、そのような者の在宅生活を支え、在宅の限界点を高めるためには、訪問介護、通所介護、訪問看護等の普及に加え、医療ニーズのある一人暮らしの重度の要介護高齢者等でも在宅で生活できるように平成 24 年度に創設された定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスといった新サービスや、小規模多機能型居宅介護などの更なる普及促進を図っていく必要がある。また、これらを適切に組み合わせることができるケアマネジメントが求められている。
- 在宅サービスに関して、
 - ① 個々の事業所単位だけではなく、広く事業所間で連携し事業運営できる仕組みの構築
 - ② 地域で不足している看護職員等の人材を柔軟に配置できるような連携体制の構築
 - ③ 介護事業者が地域における生活支援サービスに積極的に取り組むことができる体制の構築という方向で見直しを検討することにより、地域における人材の確保や包括的な支援体制の整備を進めていくことが適当である。
- 各サービスの現状と見直しの方向は以下のとおりである。各サービスの見直しの中には、法改正のみならず、基準の見直しや介護報酬の改定で対応すべきものがあり、引き続き、社会保障審議会介護給付費分科会で議論を行っていく必要がある。

(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- 平成 25 年 9 月末日現在、定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、166 保険者で 335 事業所が指定を受け、4,261 人が利用している。サービスの普及は徐々には進んでいるものの必ずしも十分ではなく、更にサービスを普及していくためには、市町村、事業者、介護支援専門員等が、サービスについての理解を深めていくとともに、地域のニーズを正しく把握していくことが重要である。また、看護職員の確保や訪問看護事業所との連携が参入の障壁の一つと言われている。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の普及を図るため、地方自治体や事業者、介護支援専門員、看護関係者を中心に、サービスの普及啓発を行っていくことが重要である。また、定期巡回・随時対応サービス事業所と訪問看護事業所との連携の在り方等を検討していくことが必要である。なお、介護サービスと看護サービスを一体的に提供かつ運営がなされている事業所の設

置を促進する方策を検討していくことが必要であるとの意見があった。

（２）訪問介護

- 訪問介護のサービスの質を高めるためには、訪問介護事業所のサービス提供責任者と介護支援専門員との連携が重要であり、重要な役割を担うサービス提供責任者の積極的な取組が進むようにしていくことが重要である。
- また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の導入に併せて、平成 24 年の介護報酬改定で導入された「20 分未満の身体介護サービス」は、1 日複数回提供できるサービスの選択肢として、その要件等の在り方を検討していくことが必要である。

（３）訪問看護

- 訪問看護は、地域包括ケアシステムの根幹を成すサービスの一つであり、特に医療ニーズのある中重度の要介護者が、住み慣れた地域での在宅生活を継続するための必須のサービスである。近年、利用者数、ステーション数ともに増加傾向にあるものの、将来のサービス需要の増大に対して、その担い手である訪問看護職員の確保が十分になされていないという課題がある。将来にわたって、安定的な看護サービスの提供体制を確保するため、その担い手である訪問看護職員の確保を推進する新たな施策の展開が必要である。
- このため、例えば、以下のような取組を含めた新たな施策を推進する必要がある。
 - ① 訪問看護ステーションにおける ICT を活用した情報共有や業務の効率化による現職訪問看護職員の定着支援等
 - ② 新卒看護師等への訪問看護に関する普及啓発
 - ③ 訪問看護ステーションのサービス向上に資する職員研修の充実（地域における困難事例の共有や解決に向けた技術支援、訪問看護職員の育成のための実地研修体制の構築支援）
 - ④ 小規模な訪問看護ステーションの規模拡大に向けた初期支援や実地研修の実施等の機能を持つ拠点としての訪問看護ステーションの整備
- 更に、これらの取組においては、都道府県が地域の実情を踏まえた訪問看護サービスの確保のための施策を策定し、その内容を介護保険事業支援計画や医療計画に盛り込んでいく必要がある。
- また、訪問看護はステーションの規模が大きくなるほど効率性が向上すること等で、看護師 1 人当たりの訪問件数、在宅における看取り件数、夜間・深夜・早朝訪問件数が多く、24 時間対応や連絡体制の介護報酬算定率が高く

なっている実情にあることから、利用者のニーズに合わせたサービスの供給量を確保できていることが想定される。このため、訪問看護ステーションの規模拡大を引き続き推進していくことが適当である。

- なお、より地域の実情を把握している市町村が、訪問看護サービスのニーズを把握し、都道府県と協力していくことが重要であり、現在は都道府県・指定都市・中核市が担っている訪問看護事業所の指定について、市町村へ権限移譲することも含めて検討すべきとの意見や、看護職員の確保が十分でないことを踏まえ、効率的にサービスを提供するため、互いの専門性を考慮しつつ、看護と介護の連携をより推進すべきとの意見があった。

（４）小規模多機能型居宅介護

- 平成 25 年 8 月現在、小規模多機能型居宅介護の利用者は約 7.6 万人であるが、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、在宅生活の限界点を高めるため、今後もサービスの更なる普及促進を図っていく必要がある。
- 小規模多機能型居宅介護は、平成 18 年度のサービス創設以降、登録された利用者に対して「通い」を中心に「訪問」や「泊まり」を提供するサービスとしての役割を担ってきたが、「訪問」の提供が少なく、「通い」に偏ったサービスとなっている事例も見受けられる。
- 重度の要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加していくことを踏まえると、「訪問」を強化する必要性が高く、さらに今後は、地域包括ケアシステムを担う中核的なサービス拠点の一つとして、地域に対する役割の拡大が求められている。
- 具体的には、事業者の参入を促すとともに、地域住民に対する支援を柔軟に行うことが可能になるよう、小規模多機能型居宅介護事業所の役割を見直す必要があり、以下の点について今後検討していく必要がある。
 - ・ これまでのように「通い」を中心としたサービス提供に加え、在宅での生活全般を支援していく観点から、「訪問」の機能を強化する方策
 - ・ 登録された利用者だけでなく、地域住民に対する支援を積極的に行うことができるよう、従事者の兼務要件の緩和等
 - ・ 看護職員の効率的な活用の観点から、人員配置について、他事業所との連携等の方策
 - ・ 事業所に配置されている介護支援専門員による要介護認定申請の手続が進むよう周知徹底
 - ・ 基準該当短期入所生活介護事業所（指定短期入所生活介護の人員基準等の要件の一部を満たしていない事業所）が併設できる事業所等への小規模

多機能型居宅介護事業所の追加と、専用の居室が必要とされている設備基準の緩和

（５）複合型サービス

- 複合型サービスは、医療ニーズの高い中重度の要介護者が地域での生活を継続できるための支援の充実を図る目的で平成 24 年度に創設されたものである。具体的には「通い」「泊まり」「訪問看護」「訪問介護」といった複数のサービス利用を組み合わせることによって、退院直後の在宅生活へのスムーズな移行や家族の介護負担の軽減を図るとともに、不安が強い看取り期等においても在宅生活の継続に向けた後方支援となり得るサービスである。
- サービス参入事業所からみた複合型サービス開始後の効果としては、看護職が事業所内にいることで医療ニーズの高い利用者に対しても看護が提供でき、介護職員との連携が促進されたこと等が挙げられているが、医療ニーズを有する在宅利用者を訪問看護サービスで支援する上で、「通い」や「泊まり」を組み合わせることが、必ずしも十分に活用されていないといった課題がある。また、複合型サービスへの参入理由は「従来から医療ニーズの高い利用者が増加していたため」が最も多く、参入時に困難であったことは「看護職員の新規確保」が最も多くなっている。
- 平成 25 年 10 月末日現在、複合型サービスは、78 保険者で 90 事業所が指定を受け、1,432 人が利用しているが、地方自治体において複合型サービスの制度、参入メリット等が十分に理解されていない現状もあるため、更なる普及啓発を図る必要がある。同時に、複合型サービスとして求められている医療ニーズへの対応の更なる充実に向けて、医療機関との連携の強化や、地域のニーズに合わせた登録定員の柔軟な運用等も含めた検討を行っていく必要がある。

（６）通所介護

- 通所介護については、事業内容の自由度が高く、介護や機能訓練に重点を置いたものとレスパイト中心のものがあり、また、事業所の規模やサービス提供時間の長さも異なるなど、様々なサービス提供の実態がある。特に小規模の事業所については、介護報酬単価が高く設定されており、実際に参入事業所数も、小規模事業所の増加が顕著な状況にある。このような実態を踏まえ、その機能に着目した上で、通所介護の事業内容を類型化し、それに応じて介護報酬にメリハリをつけることを検討することが必要である。また、効果的・効率的な事業展開を促進する観点から、サービス提供実態を踏まえた上で、人員基準の緩和を検討することが必要である。

- これらの小規模の通所介護については、少人数で生活圏域に密着したサービスであることから、地域との連携や運営の透明性を確保するため、市町村が指定・監督する地域密着型サービスに位置づけることが必要である。また、選択肢の一つとして、事業所の経営の安定性を図るとともに、柔軟な事業運営やサービスの質の向上の観点から、人員基準等の要件緩和をした上で、通所介護（大規模型・通常規模型）事業所のサテライト事業所に位置づけることや、小規模多機能型居宅介護の普及促進の観点から小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所に位置づけることも検討する必要がある。
- 地域密着型サービスに位置づける場合、その施行時期については、平成 28 年 4 月までの間とし、条例制定時期は施行日から 1 年間の経過措置を設けることが必要である。また、市町村の事務負担を少しでも軽減するため、地域密着型サービス事業所の指定の際の市町村長による運営委員会の実施等関係者の意見反映のための措置の義務付けを緩和して努力義務とするほか、移行に際しての事業所指定の事務、運営推進会議の弾力化等、事務負担の軽減を併せて検討する必要がある。
- また、通所介護の設備を利用して法定外の宿泊サービスを提供している場合については、泊まりの環境が十分でない等の問題点も指摘されている。このため、利用者保護の観点から届出、事故報告の仕組みや情報の公表を行い、サービスの実態が把握され、利用者や介護支援専門員に情報が提供される仕組みとすることが適当である。
- なお、通所介護と通所リハビリは、高齢者の自立支援を目的としてサービスを提供する機能が期待されており、両サービスについて、整合性がとれた見直しに向けた検討が必要との意見があった。

（７）福祉用具

- 高齢者の自立支援を図るためには、自らの身体能力等を最大限に活用できるように生活環境の観点から支援することが必要であり、要介護者・要支援者が増加する中、福祉用具の役割は重要となっている。
- 自立支援により資する福祉用具の利用を図る観点から、福祉用具専門相談員の指定講習内容の見直しを踏まえ、福祉用具専門相談員の要件を、福祉用具に関する知識を有している国家資格保有者及び福祉用具専門相談員指定講習修了者とするのが適当である。その際、現に従事している福祉用具専門相談員については、福祉用具サービス計画に関する知識も含め、常に福祉用具貸与（販売）に関する必要な知識の修得及び能力の向上に努めなければならないとすることが適当である。また、更なる専門性向上等の観点から、福祉用具貸与事業所に配置されている福祉用具専門相談員の一部について、

より専門的知識及び経験を有する者の配置を促進していくことについて検討する必要がある。

- 複数の福祉用具を貸与する場合において、効率化・適正化の観点から、都道府県等に届け出ている福祉用具の価格（利用料）からの減額を認めることを検討する必要がある。また、利用者に適した福祉用具の選択のための情報提供の一環として、ホームページ上において福祉用具の価格情報の公開の取組を進めることが適当である。

（８）住宅改修

- 「住宅改修を行う事業者に対する指導が難しい」、「事業者により技術・施工水準のバラツキが大きい」という実態を踏まえ、住宅改修の質を確保する観点から、市町村が、あらかじめ事業者の登録を行った上で住宅改修費を支給する仕組みを導入できるようにする必要がある。なお、住宅改修の専門家の育成と活用について推進が必要であるとの意見があった。

（９）ケアマネジメント・居宅介護支援

- ケアマネジメントについては、介護保険部会等において様々な課題が指摘され、ケアマネジメントを担う介護支援専門員について、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」を開催し、平成 25 年 1 月に中間的な整理がまとめられた。
- 検討会では、自立支援に資するケアマネジメントを推進するとともに、地域包括ケアシステムを構築していく中で、多職種協働や医療との連携を推進していくため、①介護支援専門員自身の資質向上、②自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備、という視点で対応の方向性がまとめられたところであり、提言された項目ごとに具体化に向けて取り組むことが重要である。
- 具体的には、現在、居宅介護支援事業者の指定は、都道府県・指定都市・中核市が行っているが、高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営めるようにするため、地域包括ケアシステムの構築とともに、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントが必要となってくることから、地域でケアマネジメントの役割を担っている介護支援専門員の育成や支援などに市町村が積極的に関わっていくよう、保険者機能の強化という観点から、居宅介護支援事業者の指定権限を市町村に移譲することが適当である。この際、施行時期については、平成 30 年 4 月とし、条例制定時期は施行日から 1 年間の経過措置を設けるとともに、市町村の事務負担の軽減等のために、事業所の指定事務の確認事務の委託を推進するなど、必要な支援を行う必要がある。な

お、権限移譲に関しては、公平中立の観点から都道府県の適切な関与が必要であり、引き続き検討が必要との意見があった。

- また、介護支援専門員実務研修受講試験の受講要件の見直し、介護支援専門員の研修制度の見直しなど、介護支援専門員の資質向上を図り、ケアマネジメントの質を向上させるための取組を進める必要がある。さらに、介護支援専門員の資質向上に当たっては、専門職である介護支援専門員自らが取り組むとともに、主任介護支援専門員の果たす役割が大きいことから、主任介護支援専門員に更新制を導入するなど、主任介護支援専門員についても資質向上を図ることが必要である。
- 福祉用具の貸与のみを行うような簡素なケアプランについては、介護支援専門員による月々のモニタリングの在り方を見直すことを検討する必要がある。なお、この点に関し、状態変化などリスクのあるケースなどもあることから、その見直しに当たってはこの点に留意して検討していくことが必要である。

4. 施設サービス等の見直し

(1) 特別養護老人ホーム

- 特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）については、特養入所者に占める要介護3以上の割合は、年々上昇し、平成23年では約88%となっており、入所者の平均要介護度も年々上昇している。在宅で要介護4・5の特養の入所申込者は、平成21年の調査では約6.7万人となっており、重度の要介護者の入所ニーズにどのように応えていくかが大きな課題となっている。
- 重度の要介護状態で、特養への入所を希望しながら、在宅での生活を余儀なくされている高齢者が数多く存在していること等を踏まえると、特養については、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化すべきであり、そのためには、特養への入所を要介護3以上に限定することが適当である。
- 他方、要介護1・2の要介護者であっても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、施設ごとに設置している入所検討委員会を経て、特例的に、特養への入所を認めることが適当である。
- また、制度見直しに伴い、

- ① 既入所者については、現在、要介護 1・2 の要介護状態で入所している場合のみならず、中重度の要介護状態であった者が、制度見直し後に、要介護 1・2 に改善した場合であっても、引き続き、施設サービスの給付対象として継続入所を可能とする経過措置を置くとともに、
- ② 制度見直し後、要介護 3 以上で新規に特養に入所した者が、入所後、要介護度が要介護 1・2 に改善した場合についても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、引き続き、特例的に、継続入所を認める

ことが適当である。

- その際、特例の要件について、入所判定の公平性を確保するため、各市町村で判断基準に大きな差異が出ないように、国は指針等で具体的な要件を示すとともに、地域での在宅サービスの提供体制の構築を阻害するような要件設定とならないよう留意すべきである。
- 一方で、特養の重点化を推進する観点から、地域包括ケアシステムの構築を目指し、在宅サービスの充実や、要介護高齢者の地域生活の基盤である住まいの確保に向けた取組を進めていく必要がある。
- 併せて、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、特養の有する資源やノウハウを地域の中で有効活用し、入所者に対してのみならず、在宅で暮らす重度の要介護者等に対しても、小規模多機能型居宅介護等の在宅サービスや生活支援サービス等の取組を促進させ、特養を地域におけるサービスの拠点として活用する方策について検討する必要がある。
- さらに、特養の重点化に伴い、今後、特養においては、医療ニーズの高い入所者への対応とともに、施設内での「看取り」対応が課題となる。看取り体制を一層強化していくため、特に夜間・緊急時の看護体制等、「終の棲家」の役割を担うための機能や体制等の医療提供の在り方について検討する必要がある。
- 以上のとおり、特養の中重度者への重点化については、概ね意見の一致を見たが、要介護認定の結果に一部地域間格差が見られること等から特養への入所は要介護 2 以上に限定すべきとの意見や、要介護 1・2 の受給権・サービスを選ぶ権利・選択権を取り上げるべきではないといった意見も一部にあった。
- このほか、特養については、過去に作られた多床室が数多く存在しており、現在も一定数の地方自治体が本人負担への配慮など地域の実情に応じて条例で多床室の整備を認めているという実態があるが、高齢者の尊厳を保持する観点から、プライバシーの保護に配慮した多床室が必要との意見があった。

(2) 介護老人保健施設・介護療養型医療施設

- 地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、介護老人保健施設の在宅復帰支援機能・在宅療養支援機能については、引き続き、強化する必要がある。
- 例えば、在宅復帰を円滑に進めている介護老人保健施設の特徴として、退所後に必要となる訪問系サービスを施設自ら提供しているということが指摘されており、在宅復帰者の在宅療養継続を更に支援するために、より多くの介護老人保健施設が、入所時から在宅療養まで必要な支援を一体的に実施できる体制を構築する必要がある。
- 具体的には、地域包括ケアシステムの推進のため、リハビリテーション専門職や看護職員などの専門性を地域に還元することが重要であり、医療専門職が多く勤務する介護老人保健施設のノウハウ等を地域に還元する取組を積極的に行うことが求められる。
- また、介護老人保健施設を運営する医療法人等が積極的に訪問リハビリテーションを実施し、訪問看護ステーションや訪問介護事業所等も設置し運営することにより、介護老人保健施設を退所した利用者が、地域で継続してケアを受けられることを推進すること等も考えられる。
- さらに、介護老人保健施設を退所したが、短期間で元の施設に戻るケースが一定程度存在することについて、その実態を更に把握するとともに、適切なケアを効率的に提供する観点から、今後どのような対応が必要とされるかについて検討する必要がある。
- 介護療養型医療施設については、日常的な医療的ケアを要する要介護高齢者の長期療養を担っており、看取りやターミナルケアの実施も相対的に多い。また、介護老人保健施設の一部も同様の機能を有している。両施設が果たしているこれらの機能の今後の在り方について、引き続き、検討が必要である。
- なお、介護療養型医療施設の廃止方針については、医療費適正化計画をより実効あるものとするを含め、介護老人保健施設等への転換を着実に進め、計画的に平成 29 年度末への廃止に向けた対応を取るべきとの意見があった一方で、医療ニーズを伴う要介護高齢者の増加等から廃止時期を延期すべきとの意見があった。

(3) 高齢者向け住まい

- 単身や夫婦のみの高齢者世帯が増加し、高齢者のニーズが介護も含めて多様化する中、地域包括ケアシステムの構築に向け、地域生活の最も基本的な基盤である高齢者の住まいの確保は、ますます重要となっている。
- 多様な高齢者向け住まいが整備されていく中で、その選択肢の一つである「有料老人ホーム」や「サービス付き高齢者向け住宅」については、近年、その数が大幅に増加しているが、契約やサービスの利用などに際して入居者が不利益を被ることのないよう、適正な運用を図っていく必要がある。この点、特にサービスの利用について、地方自治体は、過剰な介護サービスや質の低い生活支援サービスが提供されることのないよう、事業者に対して適切な指導・監督を行っていく必要がある。なお、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅に対しては、老人福祉法の規定に基づき、入居者の保護を図るための改善命令などを行うことができることについても広く周知する必要がある。
- また、入居希望者が、自らのライフスタイルや将来も含めた介護ニーズに見合った住まいとして適切に選択できるよう、入居することでどのような医療・介護サービス（外部サービスを含む）が受けられるか等についての情報提供体制の充実を図ることが必要である。
- なお、サービス付き高齢者向け住宅については、入居者に対して提供する医療・介護サービス（外部サービスを含む）等について、事業者自らが自己評価を公表する仕組みを構築すべきとの意見があった。
- 経済上の理由等で高齢者が入所する「養護老人ホーム」や「軽費老人ホーム」については、低所得高齢者や介護保険制度等では対応が難しい処遇困難な高齢者の生活を支える機能を一層発揮できるよう、居住環境の改善を図るとともに、生活支援に関する高齢者のニーズに適切に応えるため、当該施設の新たな役割や在り方について検討していく必要がある。
- さらに、低所得・低資産の高齢者が地域で安心して暮らせるよう、低廉な家賃の住まいが確保され、見守り等の生活支援サービス等が提供される環境を整備するための取組を行う必要がある。また、こうした低廉な家賃の住まいの場として、全国で増加傾向にある空家等の既存資源を有効に活用する必要がある。
- 有料老人ホームなどの特定施設は、特養等と同じく、現在、住所地特例の対象となっており、入所前の住所地の保険者が引き続き保険者となっているが、例外として、サービス付き高齢者向け住宅のうち「賃貸借方式のもの」でかつ「特定施設入居者生活介護を提供していないもの」は、特定施設に該当しても、住所地特例の対象外となっており、サービス付き高齢者向け住宅

の大半が住所地特例の対象外となっている。

- サービス付き高齢者向け住宅が多く立地する保険者の保険料負担を考慮し、その他の有料老人ホームとの均衡を踏まえると、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅についても、住所地特例の対象としていく必要がある。
- また、従来の住所地特例では、住宅型有料老人ホームのように外部のサービス等を利用しようとする場合に、入居者が住所地の市町村の指定した地域密着型サービスや地域支援事業を事実上使えないという課題があった。サービス付き高齢者向け住宅についても同様の課題が生じる可能性があることから、地域包括ケアシステム構築の考え方に沿って、住所地特例対象者については、住所地市町村の指定を受けた地域密着型サービスや住所地市町村の地域支援事業を利用できることとし、その費用についても事務負担に配慮しつつ市町村間で調整できるようにする必要がある。なお、医療保険制度においても同様にサービス付き高齢者向け住宅について住所地特例を適用することを検討する必要があると考えられる。

5. 介護人材の確保

- 介護人材は、2025(平成 37)年度には 237~249 万人が必要と推計されており、現在の 149 万人から毎年 6.8~7.7 万人の人材を確保していく必要がある。
- そのためには、学卒就職者やハローワーク、福祉人材センターなどを通じて新たに入職してくる者を確保・増加させるとともに、離職して他産業へ流出していく者が流出せず介護分野に定着するよう取り組むことが重要である。
- 介護人材の確保に当たっては、事業者の意識改革や自主的取組を推進することが重要であるとともに、人材の新規参入の促進と定着を図る取組が必要であり、他の産業に比べて離職率が高いことや平均賃金が低いことなどの課題を踏まえ、
 - ① 介護業界のイメージアップや学童期からの介護についての教育、介護職員の専門性に対する社会的認知度のアップ等社会的評価の向上の推進、多様な人材が就労できるような裾野を広げる取組などの参入の促進
 - ② 研修の受講支援や法人の枠を超えた人事交流の推進などのステップアップを促すキャリアパスの確立
 - ③ 介護職員の負担軽減のための介護ロボットの開発促進・福祉用具の活用

や ICT を活用した情報連携の推進・業務の効率化などの職場環境の整備・改善

④ 処遇改善

の 4 つの視点から、事業者等とも連携して、国・都道府県・市町村が役割分担しつつ、それぞれが積極的に取り組むべきである。

○ 具体的には、

- ・ 国は、介護報酬改定を通じた処遇改善の取組の推進、キャリアパス制度の確立に向けた取組の推進
- ・ 都道府県は、介護保険事業支援計画を活用しつつ、人材確保に向けた様々な取組の推進
- ・ 市町村は、単身高齢者などが増加する中、必要性が高まる生活支援サービスの担い手を育成・確保するとともに研修を実施することなどを中心に取り組むことが重要である。

○ これまで、介護従事者の処遇改善に重点をおいた平成 21 年度介護報酬改定、平成 21 年 10 月からの介護職員処遇改善交付金の実施、時限措置の処遇改善交付金から安定的な効果を継続させるための介護職員処遇改善加算を新設した平成 24 年度介護報酬改定といった取組を行ってきた。引き続き、国は平成 27 年度の介護報酬改定において処遇改善に向けた検討を行うことが必要である。なお、この点に関して、介護職員処遇改善加算は継続すべきとの意見があった一方で、介護報酬の引上げは保険料負担の増大に直結するものであり、事業者の経営実態が改善していることも踏まえ、事業者の更なる自助努力を求めていくことを優先すべきとの意見があった。

○ 都道府県は、介護人材の確保に関する事項が介護保険事業支援計画の記載事項となっていること等から、特に積極的な政策展開が求められる。地域によって高齢化等人口構成の状況が異なること、介護労働市場は地域密着型であること、地域の関係者が協力して対策を講じていくことが効果的であることなども勘案すると、これまで以上に都道府県が広域的な視点から総合的な取組を推進することが期待される。

○ このためには、まず、必要となる介護人材の推計を行うことが重要であるが、現在推計を実施している都道府県は少数である。推計手法が示されていないために実施できていないところもあることから、国は、都道府県で必要となる介護人材の推計が可能となるワークシートを整備して提供するなど、都道府県の人材確保の取組を支援していく必要がある。

○ また、都道府県レベルで協議会を設置し、介護関係団体等が参画・協働して施策を推進していくなど、都道府県の先進的な取組が既にあるところであり、それらを参考にしつつ取組を進めることが重要である。

- 取組に当たって、介護保険事業支援計画の基となる国の基本指針と、「福祉人材確保指針」・「介護雇用管理改善等計画」との連携が重要であり、国においては、関係部局が連携しながら、必要な見直しを検討することが適当である。また、これらの見直しを踏まえ、都道府県は介護保険事業支援計画を策定することが必要である。
- なお、都道府県が策定する介護保険事業支援計画に関して、生活支援サービスを担う人材の必要量も記載していくことが必要であるとの意見があった。

6. 介護サービス情報公表制度の見直し

- 情報公表制度は平成 18 年度から制度化されたものであるが、介護サービスの利用者やその家族等が介護サービス事業所や施設を比較・検討して適切に選択するための情報を都道府県がインターネット等で提供する仕組みとして、現在、全国約 17 万か所の介護サービス事業所の情報が公表されている。
- 地域包括ケアシステム構築の観点から考えると、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するために有益な情報である地域包括支援センターと配食や見守り等の生活支援の情報については、現在の公表制度では情報を入手できないことから、これらの情報についても、既に全国に定着している本公表制度を活用し、介護サービスの情報と一体的に集約した上で、広く情報発信していくことが適当である。
- また、平成 23 年の改正の際、事業者による雇用管理の取組を進めることを目的とし、都道府県に対して、介護サービスの質及び介護従業者に関する情報について公表を行うよう配慮するとの規定が設けられたが、現在のところ、これらの情報を公表している都道府県は少ない。今後、介護人材の確保が重要となる中、各事業所における雇用管理の取組を推進することが重要であり、現行の従業者等に関する情報公表の仕組みについて、円滑に事業所が情報を公表できるよう見直しを行う必要がある。なお、この点に関し、従業者の処遇に関わる情報として介護プロフェッショナルキャリア段位制度の情報等について公表すべきとの意見があった。
- さらに、サービスの質の担保の観点から、通所介護の設備を利用して提供している法定外の宿泊サービスについての情報公表も行う必要がある。また、利用者や家族は介護サービスの情報を必ずしもホームページを通じて入手

するのではないことから、地域の高齢者ボランティア等を活用して、地域包括支援センター等で情報公表システムを用いて利用者や家族に分かりやすく情報提供するなどの工夫も重要である。

Ⅱ 費用負担の見直し

1. 低所得者の1号保険料の軽減強化等

- 現行の1号保険料については、所得段階別に原則として6段階設定となっており、世帯非課税である者については、基準額の0.5倍又は0.75倍を標準として軽減されている。今後の高齢化の進行に伴う保険料水準の上昇と消費税率の引上げに伴う低所得者対策強化を踏まえ、基準額に乗ずる割合を更に引き下げ、その引き下げた分について、現行の給付費の50%の公費負担に加えて、公費を投入することが必要である。
- また、現行の介護保険料の段階設定は標準で第6段階までとなっているが、特例第3・4段階の設定も含めて、現在、多くの保険者で多段階の保険料設定がなされている。保険料負担の応能性を高めるため、特例第3・4段階を標準化しつつ、第5段階以上を細分化し、標準を9段階とすることが必要である。
- 保険者ごとの第1号被保険者と第2号被保険者の比率の差は、2号保険料を全国プールすることで調整するとともに、第1号被保険者の中でも要介護リスクの高い75歳以上の比率の差は調整交付金で調整している。さらに、調整交付金では第1号被保険者の所得の状況によって生じる差も調整しているが、この所得調整を強化するため、標準6段階を用いている現行の調整方法を上述の保険料設定方法の見直しに併せて標準9段階を用いた調整方法に改めることが必要である。

2. 一定以上所得者の利用者負担の見直し

- 介護保険制度においては、制度創設以来、所得に関わらず利用者負担を1割としており、高額介護サービス費の負担限度額も据え置かれている。その一方で、高齢化に伴い介護費用が増加し、今後も増加し続けていくことが見込まれる中で、制度の持続可能性を高めることが求められている。

- 高齢者自身は第1号保険料の納付と利用者負担により保険財政を支えているが、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に、高齢者世代内において負担の公平化を図っていくためには、第1号被保険者のうち、一定以上の所得のある方について、2割の利用者負担とすることが必要である。
- 一定以上の所得の水準については、事務局から
 - ① 第1号被保険者全体の上位20%に該当する合計所得金額160万円（年金収入の場合280万円）以上
 - ② 第1号被保険者のうち課税層（約38%）の上位半分に該当する合計所得金額170万円（年金収入の場合290万円）以上の2案が示された。
- 高齢者世代内で相対的に所得の高い方に更なる負担を求めるべきであるという点については、概ね意見の一致を見た一方で、介護保険料で負担能力に応じた負担をしており、利用者負担は一律1割とすべきという意見や、利用者負担の引上げによりサービスの利用控えが起きることを懸念する意見も一部にあった。
- 一定以上所得者の水準については、事務局提案のうち第1号被保険者全体の上位20%に該当する水準という案を支持する意見があったほか、課税層全員又はモデル年金額を水準とすべきといった事務局案より対象を広げるべきとの意見がある一方、現行の介護保険料の第6段階や、医療保険制度の現役並み所得のある者とすべきといった意見など、様々な意見があった。
- 第2号被保険者で給付を受ける方については、特定疾病になった場合のみ給付を受けることや、高齢者世代より被扶養者や消費支出が多いこと等を踏まえ、第1号被保険者と同様の見直しは適当ではないとの意見が多かった。
- また、高額介護サービス費の負担限度額については、要介護状態が長く続くことを踏まえ、基本的に据え置くこととするが、2割負担となる方のうち、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、現行の37,200円から医療保険の現役並み所得者の多数該当と同じ水準である44,400円とすることが適当である。なお、この点に関し、現役並み所得者相当に限定するのではなく、2割負担となった一定以上所得者について37,200円を引き上げるべきとの意見も一部にあった。
- こうした利用者負担等の見直しに当たっては、可能な限り市町村の事務負担が繁雑にならないように配慮する必要がある。

3. 補足給付の見直し（資産等の勘案）

- 制度発足時の介護保険においては、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）及びショートステイに限り、居住費・食費が給付に含まれていた。平成17年10月よりこれらのサービスの居住費・食費を給付の対象外としたが、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、その申請に基づき、世帯の課税状況や本人の年金収入及び所得を勘案して、特定入所者介護サービス費（いわゆる補足給付）として、介護保険三施設及びショートステイに限り居住費・食費の補助を行っている。
- こうした経過的かつ低所得者対策としての性格を持つ補足給付であるが、預貯金等の資産を保有していたり、入所して世帯は分かれても配偶者に負担能力があるようなときに、保険料を財源とした居住費等の補助が受けられることについては、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課題があるため、可能な限り是正していくことが必要である。
- 資産については、換金しやすい預貯金等とそれが容易ではない不動産を分けて整理することとし、まず、一定額以上の預貯金等がある方を補足給付の対象外としていくことについて、議論を行った。
- 預貯金等については、本人と配偶者の貯蓄等の合計額が一定額を上回る場合には、補足給付の対象外とすることで概ね意見の一致を見た。
- ただし、現在のところ預貯金等を完全に把握する仕組みがないことから、実務上は当面自己申告の仕組みにより対応せざるを得ない。この点について、新たな不公平が生まれることを懸念する意見が一部にあったが、社会保障・税番号制度が施行されても直ちに預貯金等の把握が可能となるものではなく、完璧な捕捉の仕組みを前提とするならば、当面補足給付への資産の勘案を実現することはできない。それでは、上述したように在宅で暮らす方や保険料負担者との大きな不公平を放置することとなることから、むしろ現在実施可能な手段を用いて負担の公平化を可能な限り図ることが望ましい。
- これらを踏まえ、預貯金等の勘案の具体的な実施方法については、市町村の事務負担にも十分に配慮し、本人の自己申告を基本としつつ、補足給付の申請に際し金融機関への照会について同意を得ておき、必要に応じて介護保険法の規定を活用して金融機関への照会を行うこととするとともに、不正受給の際の加算金の規定を設けるなどして適切な申告を促す仕組みとする必要がある。

- 預貯金等の基準としては、単身で 1000 万円超、夫婦世帯で 2000 万円超という基準は妥当であるが、負債がある場合や、生命保険のように保険事故が起きるまで活用できない資産については配慮を行う必要がある。
- 同じ資産であっても、直ちに活用のできない不動産については、預貯金等と異なった取扱いとする必要がある。この点については、一定額以上の宅地を保有している場合、在宅での生活を前提としているショートステイを除き補足給付の対象外とし、宅地を担保とした貸付を実施することができないか、検討を進めてきた。こうした事業を実施するためには、貸付の対象者や資産の評価の在り方、受給者が死亡した後の債権の回収方法など、事業を実施する上での課題を更に整理するとともに、市町村が不動産担保貸付の業務を委託することができる外部の受託機関を確保することが必要であり、引き続き検討を続けていくことが必要である。
- なお、社会保障・税番号制度が今後施行されることから、その施行の状況を踏まえ、同制度を通じた預貯金や不動産の資産の把握についても検討を行っていく必要があるとの意見があった。
- また、同一世帯に課税者のいる非課税者が施設入所等に伴い世帯分離をすると単身で非課税世帯となり、補足給付の対象となる点については、配偶者間には他の親族間より強い生活保持義務があることを踏まえ、世帯分離をしても配偶者の所得を勘案する仕組みとし、配偶者が住民税課税者である場合は、補足給付の対象外とすることが適当である。
- さらに、遺族年金や障害年金といった非課税年金については、課税収入としては算定されないため、補足給付の段階の判定に当たっても年金収入としては反映されず、老齢年金と同じ年金額でも給付の額を決定する上での取扱いが異なることとなっている。この点については、補足給付の段階の判定に当たって非課税年金も収入として勘案することが適当であるが、障害年金を勘案することを懸念する意見も一部にあった。また、この際、市町村の実務を支えるためには、非課税年金の情報が市町村に提供される仕組みを検討する必要がある。

4. 介護納付金の総報酬割

- 第 2 号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金については、現在、各医療保険者に加入する第 2 号被保険者の人数に応じ按分しており、負担の公平化の観点から、被用者保険について、各保険者の総報酬額に応じたものとしていくことが当部会でこれまでも議論されてきた。

- 今回の審議でも、
 - ・ 社会保険制度における負担の公平性を考えれば所得に応じた負担とするのが基本である
 - ・ 制度創設時は加入者割で始まったが、現在に至り、比較的報酬の低い協会けんぽの負担が相対的に重くなっており、被用者保険内で負担能力に応じた負担をしていく方向に改めるほうがより適切である
 - ・ 第2号被保険者は自身の親の介護で間接的に介護保険制度の恩恵を受けていることから総報酬割を導入すべき
 - ・ 総報酬割の導入には賛成だが、第2号被保険者の保険料が過度に引き上げられないようにするためにも、一定所得以上の高齢者に対する利用者負担を2割に引き上げることや補足給付の資産勘案といった対応もセットで行うべき

など、総報酬割導入に賛成する意見が多かった。

- 一方、
 - ・ 世代間扶養の意味合いを持つ2号保険料については、費用負担者の理解を得られる公平な負担方法として、制度発足時に加入者割とされたのであり、これを総報酬割に変更することは当初の理念を逸脱するのではないか
 - ・ 総報酬割導入によって協会けんぽへの国庫補助約1,200億円が削減されるが、これは国の負担を健保組合に転嫁させているのではないか
 - ・ 健保組合全体の介護保険料率（単純平均）と協会けんぽの介護保険料率を比較すると、近年その差は縮小しているという実態もある
 - ・ 健保組合は加入者の健康保持・増進のために特定健診・特定保健指導をはじめとする保健事業に積極的に取り組んでおり、健康寿命の延伸や介護予防にもつながっているため、介護保険制度においても健保組合の保険者機能は評価されるべき
 - ・ 医療保険を含めて現役世代の負担は既に限界に来ており、総報酬割による公平性の確保を図る以前に、制度全体の財政負担構造を見直し、現役世代の負担を相対的に減らしていくことが必要である
 - ・ 効率化・重点化に向けた絵姿が示されないまま野放図に介護給付費・保険料負担が膨らむことを非常に懸念しており、増加する負担をいかに抑えていくかという議論があって然るべき

など、強い反対意見があった。

- 介護納付金の総報酬割の導入については、後期高齢者医療制度における後期高齢者支援金の全面総報酬割の検討状況も踏まえつつ、引き続き、検討を行っていく必要がある。

Ⅲ 2025 年を見据えた介護保険事業計画の策定

- 第 5 期の介護保険事業計画から、認知症施策、医療との連携、高齢者の居住に係る施策との連携、生活支援サービスといった地域包括ケアシステムの実現に必要な要素を記載する取組が始まっている。
- 第 6 期以後の介護保険事業計画は、「団塊の世代」が 75 歳以上となる 2025 年に向けて、いわば「地域包括ケア計画」として位置づけ、第 5 期計画で取組を開始した地域包括ケアシステム構築のための取組を承継発展させるとともに、在宅医療・介護連携の推進等の新しい地域支援事業や新しい総合事業に積極的に取り組み、市町村が主体となった地域づくり・まちづくりを本格化していく必要がある。
- そして、2025 年を見据えた対応を進めるためには、各保険者が計画期間中の給付費を推計して保険料を設定するだけでなく、2025 年のサービス水準、給付費や保険料水準も推計して記載し、中長期的な視点も含めた施策の実施に取り組むことが必要である。また、在宅医療・介護連携の推進や認知症施策など地域包括ケアシステムを構成する各要素について、当面の施策と段階的な充実のための方針をより具体的に記載することが求められる。このような中長期的な視点に立った介護保険事業計画の策定を通じ、住民・地方自治体・事業者等が、地域の状況を共有し、自らの地域の将来像を考えるきっかけになると考える。
- 介護保険事業計画の策定を支援する観点からも、国は介護・医療関連情報の「見える化」を推進する必要がある。
- 第 5 期計画では、約 8 割の保険者が日常生活圏域ニーズ調査を実施したが、調査結果を十分に活用できなかったという課題もあり、より積極的な活用を促すことが適当である。
- 2025 年の地域包括ケアシステムの確立は、医療・介護サービスの一体改革によって実現できるものであり、都道府県が策定する介護保険事業支援計画については、医療計画と一体性・整合性を確保して策定され、地域において、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の確保が進められる必要がある。
- この点に関しては、医療提供体制の見直しの中で、医療計画の計画期間の見直しが検討されるとともに、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づき、医療機能の分化・連携の推進等のための医療機関の施設・設備の整備やこれらに伴う介護サービスの充実などに係る新たな財政支援の仕組みが検討されており、着実に実施する必要がある。

- 前述したとおり、介護人材の確保には都道府県も重要な役割を担っており、必要となる介護人材の推計を介護保険事業支援計画に記載し、積極的に取り組むことが期待される。

今後に向けて

- 第6期に向けて、
 - ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し（在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実・強化、地域包括支援センターの機能強化）
 - ・ 地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し
 - ・ 小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行
 - ・ 住宅改修事業者の登録制度の導入
 - ・ 居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲
 - ・ 特別養護老人ホームの中重度者への重点化
 - ・ サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用
 - ・ 介護サービス情報公表制度の見直し
 - ・ 費用負担の見直し（低所得者の1号保険料の軽減強化、一定以上所得者の利用者負担の見直し、補足給付の見直し）
 - ・ 2025年を見据えた介護保険事業計画の策定等の法改正項目については、様々な個別意見はあったものの、次期制度改正で速やかに実行すべきであるというのが意見の大勢であった。厚生労働省においては、当部会における意見を十分に踏まえて具体化を図り、法制的な対応を速やかに取られたい。
- また、法改正のみならず、基準の見直しや介護報酬の改定で対応すべきものがあり、引き続き、社会保障審議会介護給付費分科会で議論を行っていく必要がある。
- 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について検討を行っていく必要がある。
- 地域包括ケアシステムの構築は、「地域づくり・まちづくり」であるとは

もに、住民・地方自治体・事業者等の「人づくり」でもある。地方自治体の第6期介護保険事業（支援）計画の策定作業に合わせ、どのように地域包括ケアシステムを作っていけばよいのか、厚生労働省は都道府県に対して、そして、都道府県は市町村に対して、きめ細かな支援を行っていく必要がある。

- また、円滑に制度を運営するためには、保険者の事務が繁雑にならないよう留意するとともに、保険者等のシステムを万全なものにすることが重要であることから、着実に実務の詳細設計とシステム改修を進めることが必要である。
- 併せて、国民に地域包括ケアシステムや制度改正の趣旨・内容を正しく理解してもらうため、国は、地方自治体等と連携・協力しながら、国民に対する丁寧で分かりやすい広報に計画的に取り組むことが必要である。

社会保障審議会介護保険部会委員名簿

平成 25 年 12 月 20 日現在

井 上 由美子	高齢社会をよくする女性の会理事（城西国際大学教授）
○ 岩 村 正 彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
内 田 千恵子	日本介護福祉士会副会長
大 西 秀 人	全国市長会介護保険対策特別委員会委員長（高松市長）
岡 良 廣	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
勝 田 登志子	認知症の人と家族の会副代表理事
河 原 四 良	ＵＡゼンセン日本介護クラフトユニオン顧問・政策主幹
久保田 政 一	日本経済団体連合会専務理事
黒 岩 祐 治	全国知事会社会保障常任委員会委員（神奈川県知事）
小 林 剛	全国健康保険協会理事長
齋 藤 訓 子	日本看護協会常任理事
齊 藤 秀 樹	全国老人クラブ連合会理事・事務局長
齊 藤 正 身	医療法人真正会理事長
鷲 見 よしみ	日本介護支援専門員協会会長
高 杉 敬 久	日本医師会常任理事
土 居 文 朗	慶応義塾大学経済学部教授
内 藤 圭 之	全国老人保健施設協会副会長
林 正 義	東京大学大学院経済学研究科・経済学部准教授
平 川 則 男	日本労働組合総連合会生活福祉局長
藤 原 忠 彦	全国町村会長（長野県川上村長）
布 施 光 彦	健康保険組合連合会副会長
本 間 昭	認知症介護研究・研修東京センター長
榊 田 和 平	全国老人福祉施設協議会介護保険事業等経営委員会委員長
◎ 山 崎 泰 彦	神奈川県立保健福祉大学名誉教授
山 本 敏 幸	民間介護事業推進委員会代表委員
結 城 康 博	淑徳大学総合福祉学部教授

（◎は部会長、○は部会長代理）

（全 26 名、敬称略、50 音順）