

介護分野の最近の動向

(目次)

1. 昨年度からの経緯	__ 1
2. 平成24年度の介護保険法改正と介護報酬改定	__ 3
3. 認知症施策の推進	__12
4. 社会保障・税一体改革(介護関係)	__16
5. 高齢社会対策大綱	__24

1. 昨年度からの経緯

昨年度からの経緯

平成23年7月1日	「社会保障・税一体改革成案」の閣議報告
平成23年10月13日	成案を踏まえ、社会保障審議会介護保険部会での議論を開始（4回開催）
平成23年11月30日	「社会保障審議会介護保険部会における議論の整理」をとりまとめ、公表。
平成24年2月17日	「社会保障・税一体改革大綱」の閣議決定
平成24年3月30日	「成案」策定時の試算の改定に併せ、保険料水準の見込みを公表
平成24年4月1日	改正介護保険法の施行、介護報酬改定
平成24年6月18日	「今後の認知症施策の方向性について」（厚生労働省プロジェクトチーム報告）
平成24年6月26日	「社会保障制度改革推進法案」等関連法案が衆で可決
平成24年8月10日	「社会保障制度改革推進法案」等関連法案が参で可決
平成24年8月22日	「社会保障制度改革推進法」等公布
平成24年9月5日	「認知症施策推進5か年計画」公表
平成24年9月7日	「高齢社会対策大綱」閣議決定
平成24年11月30日	第1回社会保障制度改革国民会議
平成24年12月7日	第2回社会保障制度改革国民会議

2. 平成24年度の介護保険法改正と 介護報酬改定

介護の将来像(地域包括ケアシステム)

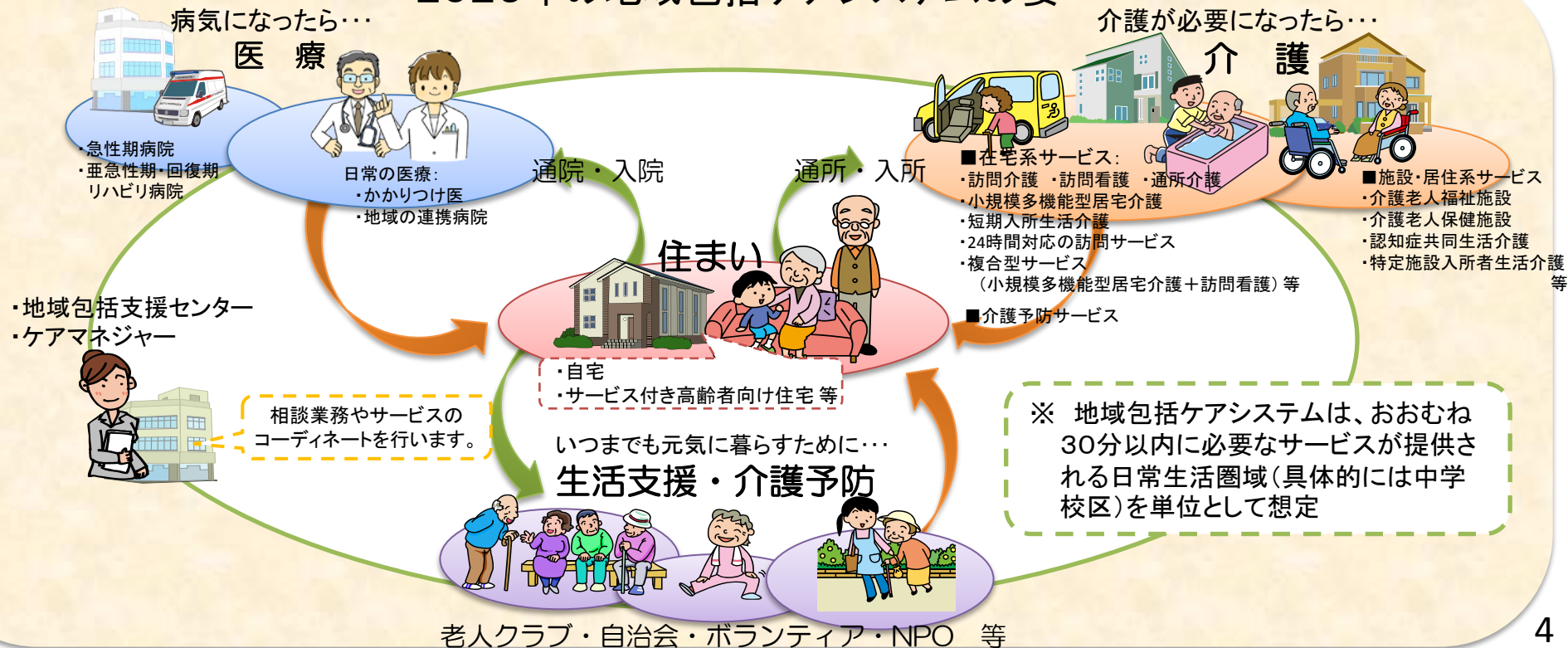
- 住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになる。

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

- ①医療との連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防の推進
- ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

2025年の地域包括ケアシステムの姿



社会保障・税一体改革の介護分野の対応状況(平成24年度制度改正にて措置)

大綱の記述

措置事項

<在宅でのサービスや生活支援サービスを充実>

○ 介護保険で受けられる新サービスを創設【平成24年4月～】

① 24時間、必要ときに訪問介護・訪問看護をセットで提供

② 通い、泊まり、訪問を組み合わせたサービス(小規模多機能型居宅サービス)に、さらに訪問看護も組み合わせたサービスを提供

○ 介護が必要な高齢者を介護する家族を支援するため、緊急にショートステイが必要になった高齢者のためにベッドを空けている事業所に対する加算や、長時間のデイサービスに対する加算を創設【平成24年4月～】

○ 市町村が、要介護状態になるおそれがある高齢者等に、介護予防と日常生活の支援(栄養改善を目的とした配食など)をセットで提供する事業を実施【平成24年4月～】

○ 訪問リハビリを提供するときに、訪問介護の責任者も一緒に利用者宅に訪問して、共同で訪問介護の計画を作成する場合に加算するなど、高齢者の自立に向けたサービスを充実【平成24年4月～】

○ 病院から円滑に在宅生活に移行することができるよう、ケアマネジャーが、退院時に病院と情報共有を行った場合の加算の見直しや、病院又は診療所の医師等とともに利用者宅を訪問した場合の加算の創設【平成24年4月～】

→ 今後も、医療と介護の連携方策について検討を進める

<高齢者の住まいを確保>

○ 見守りや生活相談などのサービスを提供する高齢者向けの住宅の登録制度を創設し、必要なサービスを受けられる質の高い高齢者向けの住宅を提供【平成23年10月～】

<認知症の人を支援>

○ 今後認知症高齢者が急増することが予想されることから、平成25年度からの5年間に行う施策をまとめた認知症施策推進5か年計画を作成【平成24年度から調査研究などを実施】

<地域での多職種での支援体制>

○ 介護や医療などの様々な職種の人たちが集まって、解決困難な課題を抱えている高齢者が自立するために必要な支援を話し合う「地域ケア会議」の普及のため、会議の運営を支援する人や医師などの専門職の派遣を支援する事業を開始【平成24年4月～】



介護が必要な高齢者も、住み慣れた地域での暮らしを続けることができる
地域包括ケアシステムを構築

平成24年度介護報酬改定のポイントについて

地域包括ケアの推進

1. 在宅サービスの充実と施設の重点化
中重度の要介護者が住み慣れた地域で在宅生活を継続できるようなサービスの適切な評価及び施設サービスの重点化。

- ・日中・夜間を通じた定期巡回・随時対応サービスの創設(新サービス)
- ・複合型サービス(小規模多機能+訪問看護)の創設(新サービス)
- ・緊急時の受入の評価(ショートステイ)
- ・認知症行動・心理症状への対応強化等(介護保険3施設)
- ・個室ユニット化の推進(特養、ショートステイ等)
- ・重度化への対応(特養、老健、グループホーム等) 等

2. 自立支援型サービスの強化と重点化
介護予防・重度化予防の観点から、リハビリテーション、機能訓練など自立支援型サービスの適切な評価及び重点化。

- ・訪問介護と訪問リハとの連携の推進
- ・短時間型通所リハにおける個別リハの充実(通所リハ)
- ・在宅復帰支援機能の強化(老健)
- ・機能訓練の充実(デイサービス)
- ・生活機能向上に資するサービスの重点化(予防給付) 等

3. 医療と介護の連携・機能分担
診療報酬との同時改定の機会に、医療と介護の連携・機能分担を推進。

- ・入院・退院時の情報共有や連携強化(ケアマネジメント、訪問看護等)
- ・看取りの対応の強化(グループホーム等)
- ・肺炎等への対応の強化(老健)
- ・地域連携パスの評価(老健) 等

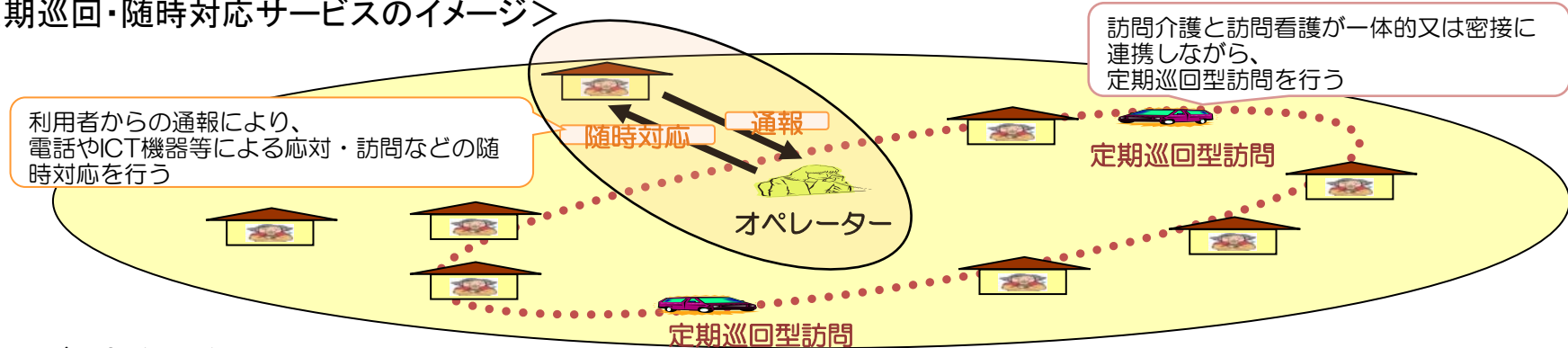
4. 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ・介護職員処遇改善加算の創設
- ・人件費の地域差の適切な反映
- ・サービス提供責任者の質の向上 等

24時間対応の定期巡回・随時対応サービスについて

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、**重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足**していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して**医療と介護との連携が不足**しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「**定期巡回・随時対応型訪問介護看護**」を創設(平成24年4月)。
- 平成24年11月末現在では、75保険者(市町村等)が実施、125事業所が指定、1060人がサービスを利用。

＜定期巡回・随時対応サービスのイメージ＞



＜サービス提供の例＞

	0時	2時	4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時
月												
火												
水												
木												
金												
土												
日												

■ 定期巡回
■ 随時訪問
■ 訪問看護

- ・ **日中・夜間を通じて**サービスを受けることが可能
- ・ **訪問介護と訪問看護を一体的に**受けることが可能
- ・ 定期的な訪問だけではなく、**必要**なときに**随時サービス**を受けることが可能

＜参考＞

1. 第5期介護保険事業計画での実施見込み

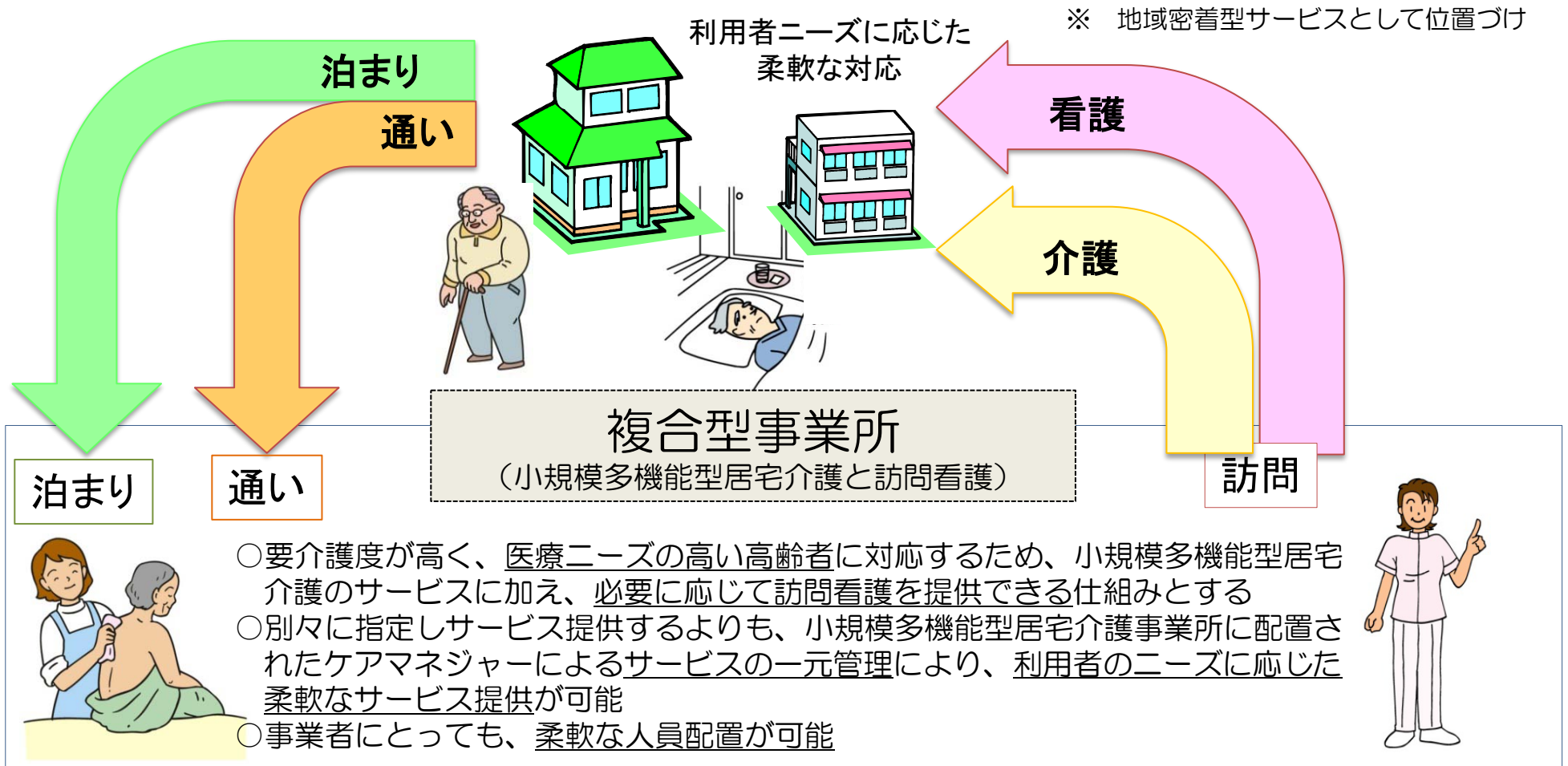
平成24年度	平成25年度	平成26年度
189保険者 (0.6万人／日)	283保険者 (1.2万人／日)	329保険者 (1.7万人／日)

2. 社会保障と税の一体改革での今後の利用見込み

平成27年度	平成37年度
1万人／日	15万人／日

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要(イメージ図)

- 今般、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複数のサービスを組み合わせた複合型事業所を創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る。
- 平成24年11月末現在では、22保険者(市町村等)が実施、21事業所が指定、414人がサービスを利用。



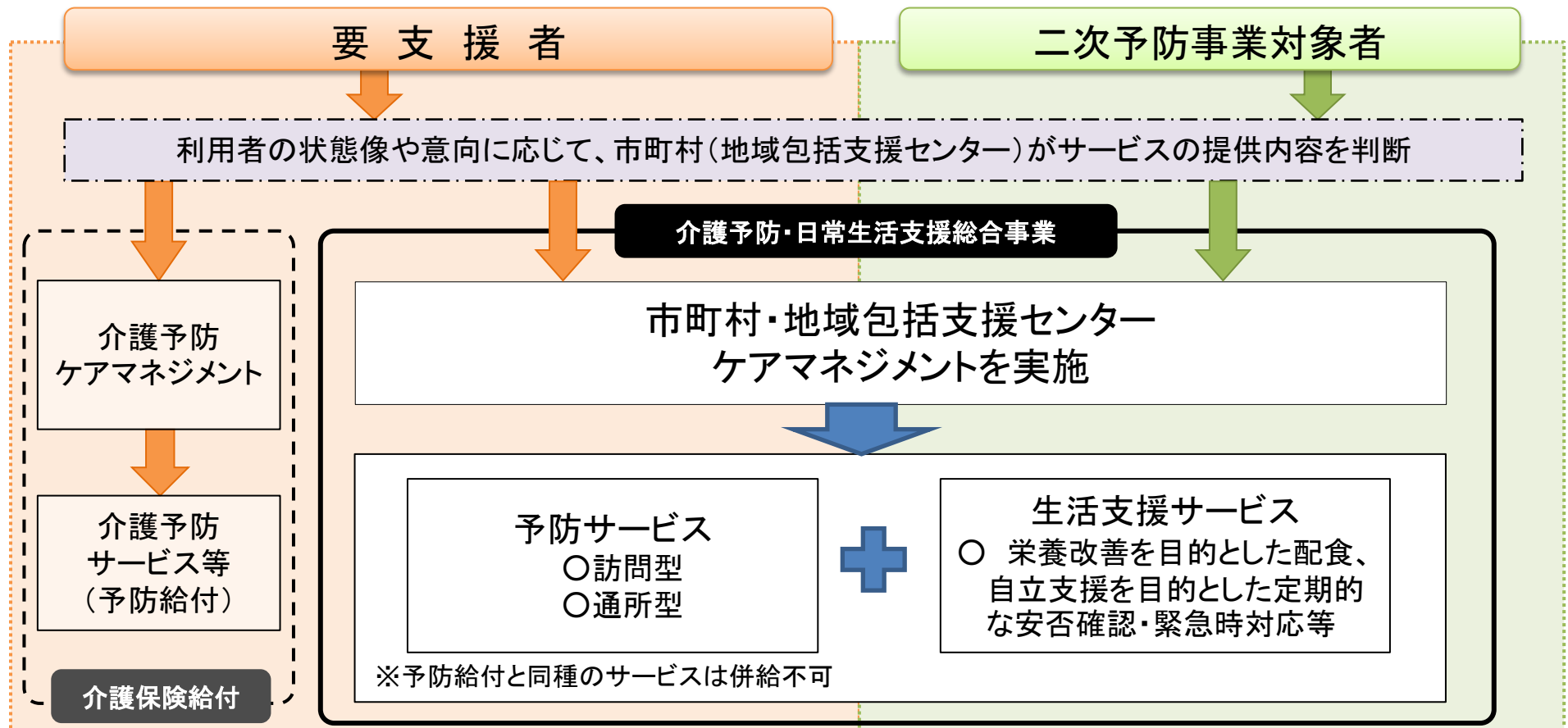
<参考> 第5期介護保険事業計画での実施見込み

出典：第74回社会保障審議会介護給付費分科会(平成23年5月13日) 資料2

平成24年度	平成25年度	平成26年度
109保険者 (0. 2万人／日)	185保険者 (0. 5万人／日)	233保険者 (0. 8万人／日)

介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)

- 市町村の選択により、地域支援事業において要支援者・2次予防事業対象者(要介護状態等となるおそれのある高齢者)向けの介護予防・日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる事業を創設(平成24年4月～)
- 同事業の導入により、多様なマンパワーや社会資源の活用等が図られ、地域の創意工夫を活かした取組の推進が期待される。
(例)
 - ・ 要支援と自立を行き来するような高齢者には、総合的で切れ目のないサービスを提供
 - ・ 虚弱・ひきこもりなど介護保険利用につながらない高齢者には、円滑にサービスを導入
 - ・ 自立や社会参加意欲の高い人には、社会参加や活動の場を提供
- 平成24年度では、27保険者(市町村等)が実施。



サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

高齢者の居住の安定確保に関する法律(改正法:公布 H23.4.28/施行H23.10.20)

登録戸数: 82,809戸
(平成24年11月30日現在)

1. 登録基準 (※有料老人ホームも登録可)

《ハード》
・床面積は原則25㎡以上
・構造・設備が一定の基準を満たすこと
・バリアフリー(廊下幅、段差解消、手すり設置)

《サービス》
・サービスを提供すること (少なくとも**安否確認**・**生活相談サービス**を提供)



- ・ 定期的に入居者の安否を確認
- ・ 緊急時には病院への連絡など



- ・ 日常生活を送る上での相談
- ・ 心身の状況に応じた、医療・介護サービスを受けるための支援

[サービスの例: 食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]

《契約内容》
・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
・前払金に関して入居者保護が図られていること (初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け)

2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

3. 行政による指導監督

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し

24時間対応の訪問看護・介護
「定期巡回随時対応サービス」の活用
→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者向け住宅

【併設施設】

診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター など

住み慣れた環境で
必要なサービスを受けながら
暮らし続ける

「地域ケア会議」について

○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り、
 - ・ また、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域課題を把握し、
 - ・ 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、
- 地域包括ケアシステムの実現に向けたツール。

○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。

一方、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。

○平成24年度から本格的に推進を開始。

○平成24年6月現在、1,202保険者で実施されているが、その主催者、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。

※地域包括支援センターの箇所数：4,224ヶ所（センター・ブランチ・サブセンター合計7,173ヶ所）

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）

事例提供

支援

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。

《主な構成員》

自治体職員、包括職員、ケアマネジャー、介護事業者、民生委員、OT、PT、ST、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士その他必要に応じて参加

※直接サービス提供に当たらない専門職種も参加

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）

3. 認知症施策の推進

厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」の概要

(平成24年6月18日公表)

今後目指すべき基本目標－ケアの流れを変える－

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「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。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。

1 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解できるよう、標準的な認知症ケアパスの作成と普及を推進する。

2 早期診断・早期対応

「認知症初期集中支援チーム」の設置

かかりつけ医の認知症対応力の向上

「身近型認知症疾患医療センター」の整備

3 地域での生活を支える医療サービスの構築

「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定

一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保

精神科病院に入院が必要な状態像の明確化

精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援

一般病院・介護保険施設等での認知症対応力の向上

4 地域での生活を支える介護サービスの構築

認知症にふさわしい介護サービスの整備

認知症行動・心理症状が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応

「グループホーム」の活用の推進

5 地域での日常生活・家族の支援の強化

「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施

「認知症地域支援推進員」の設置

家族に対する支援

市民後見人の育成と活動支援

6 若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成、配布するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する

7 認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」を策定し、これらを踏まえ医療・介護サービスを担う人材を育成する

「認知症施策推進5か年計画」(平成25年度から29年度までの計画)

＜抜粋版＞

(平成24年9月5日公表)

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)の作成・普及
 - ・平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画(市町村)に反映

2. 早期診断・早期対応

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)
平成24年度末見込 35,000人 → 平成29年度末 50,000人
- 認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)
平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,000人
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ・平成25年度 全国10か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成26年度 全国20か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成27年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討
- 早期診断等を担う医療機関の数
 - ・平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。
- 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着
 - ・平成27年度以降 すべての市町村で実施

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 - ・平成25年度以降 医師向けの研修等で活用
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
 - ・平成24年度～ 調査・研究を実施
- 「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成
 - ・平成25～26年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画に反映

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

認知症高齢者数の居場所別内訳		平成24年度		平成29年度
認知症高齢者数		305万人		373万人
在宅介護（小規模多機能型居宅介護等を含む）		149万人		186万人
居住系サービス（認知症対応型共同生活介護等）		28万人		44万人
介護施設（介護老人福祉施設等）		89万人		105万人
医療機関		38万人		38万人

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- 認知症地域支援推進員の人数
平成24年度末見込 175人 → 平成29年度末 700人
- 認知症サポーターの人数（累計）
平成24年度末見込 350万人 → 平成29年度末 600万人
- 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数
将来的に、すべての市町村(約1,700)での体制整備
- 認知症の人やその家族等に対する支援
・平成25年度以降 「認知症カフェ」（認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場）の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進

6. 若年性認知症施策の強化

- 若年性認知症支援のハンドブックの作成
・平成24年度～ ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付
- 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数
平成24年度見込 17都道府県 → 平成29年度 47都道府県

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

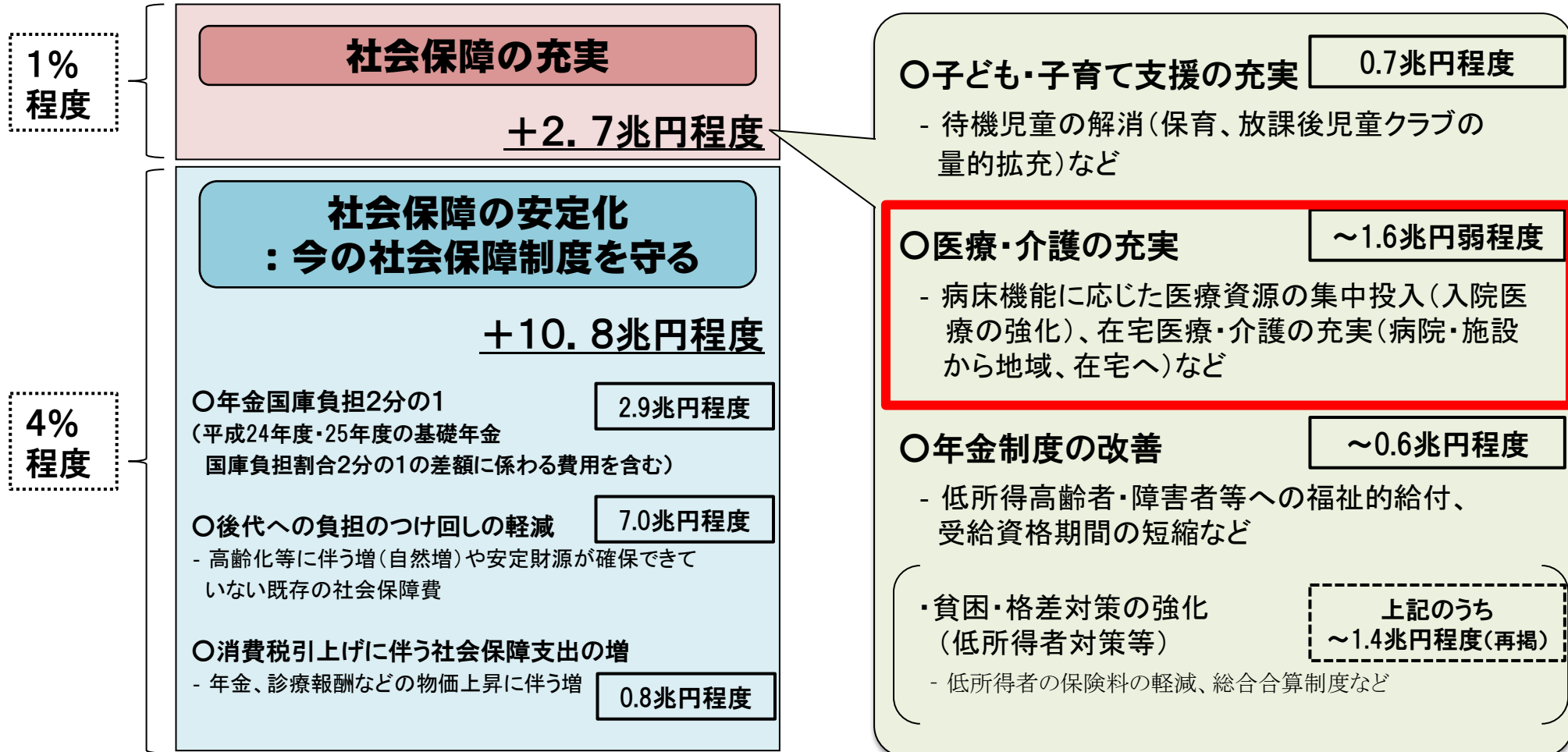
- 「認知症ライフサポートモデル」（認知症ケアモデル）の策定
・平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用
- 認知症介護実践リーダー研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 2.6万人 → 平成29年度末 4万人
- 認知症介護指導者養成研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 1,600人 → 平成29年度末 2,200人
- 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数（累計）
新規 → 平成29年度末 87,000人

4. 社会保障・税一体改革(介護関係)

消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保

- 消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
- 消費税収の使い途は、国分については現在高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)となっているが、
今後は、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
- 消費税の使途の明確化(消費税収の社会保障財源化)
- 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない

(注) 現行分の地方消費税を除く。また、現行の基本的枠組みを変更しないことを前提とする。



社会保障の充実と重点化・効率化

※下線部分が介護関係

■ 社会保障の機能強化を行うため、充実と併せて重点化や効率化も検討

主な改革検討項目

2015年度の所要額（公費）合計 = 2.7兆円程度（～3.8兆円程度－～1.2兆円程度）

A 充実	B 重点化・効率化
【子ども・子育て】 ○ 子ども・子育て支援の充実 ・（例）0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等（待機児童の解消）	～3.8兆円程度 0.7兆円程度
【医療・介護】 ○ 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～ ・病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等（8,800億円程度） ・在宅介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築（2,800億円程度） ・上記の重点化に伴うマンパワー増強（2,500億円程度） ○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策 a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化 ・短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 ・市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化（低所得者保険料軽減の拡充等（～2,200億円程度）） b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化 ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化（～1,300億円程度） d その他（総合合算制度～0.4兆円程度）	～1.4兆円程度 平均在院日数の減少等（▲4,400億円程度） 外来受診の適正化（▲1,300億円程度） 介護予防・重度化予防・介護施設の重点化（在宅への移行）（▲1,800億円程度） 公費への影響は完全実施の場合は▲1,600億円 改正法では、公費への影響は縮小（▲200億円程度） 介護納付金の総報酬割導入（完全実施すれば▲1,500億円） 軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化 ▲～0.7兆円程度 ▲～0.5兆円程度 ・制度の持続可能性の観点から高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討するとともに、まずは年間での負担上限等の導入を目指す ・高齢者医療制度改革（※）
【年金】 ＜新しい年金制度の創設（※）＞ ○ 所得比例年金（社会保険方式） ○ 最低保障年金（税財源） ＜現行制度の改善＞ ○ 最低保障機能の強化 ・低所得高齢者・障害者等への福祉的給付（5,600億円程度） ・受給資格期間の短縮（300億円程度） ○ 遺族年金の父子家庭への拡大（100億円程度） ● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 ● 産休期間中の保険料負担免除 ● 被用者年金の一元化 ● 第3号被保険者制度の見直しの検討 ● 在職老齢年金の見直しの検討 （●は公費への影響なし）	～1兆円程度 0.6兆円程度 ○ 物価スライド特例分の解消 ・平成25年度から平成27年度の3年間で解消し、平成25年度は10月から実施 ○ 高所得者の年金給付の見直しの検討 ○ マクロ経済スライドの検討 ・単に毎年▲0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年最大0.1兆円程度の公費縮小 ● 標準報酬上限の引上げの検討 ◆ 支給開始年齢引上げの検討（中長期的な課題） ・基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小

（※）3党の「確認書」では、今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。

社会保障・税一体改革において掲げられた介護分野の取組

※数字は2015年度の公費

- 社会保障・税一体改革では、介護分野では、在宅介護の充実や1号保険料の低所得者保険料軽減強化が充実内容として示されている一方、予防給付の内容・方法の見直しや、介護施設の重点化、介護給付金の総報酬導入、利用者負担のあり方が重点化・効率化事項として掲げられており、具体的に検討する必要がある。

○介護サービス提供体制

充実	重点化・効率化
・在宅サービス・居住系サービスの強化 ・医療と介護の連携の強化 ・施設のユニット化 (2,800億円程度)	・軽度者に対する給付の重点化(予防給付の内容・方法の見直し) ・介護施設の重点化(在宅への移行) ・自立支援型のケアマネジメントの提供に向けた制度的対応 (▲1,800億円程度)
・マンパワー増強 (2,500億円程度)	

○能力に応じた費用負担の公平化

充実	重点化・効率化
・1号保険料の低所得者保険料軽減強化 (～1,300億円)	・介護納付金の総報酬導入 ・利用者負担のあり方 (完全実施で▲1,500億円)

社会保障・税一体改革大綱(抄)(介護関係①)

平成24年2月17日 閣議決定

第1部 社会保障改革

第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

2. 医療・介護等①

(2)地域包括ケアシステムの構築

- できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム(医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援)の構築に取り組む。

<今後のサービス提供の方向性>

i 在宅サービス・居住系サービスの強化

- ・切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる。
- ・サービス付き高齢者住宅を充実させる。

ii 介護予防・重度化予防

- ・要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進する。
- ・生活期のリハビリテーションの充実を図る。 ・ケアマネジメントの機能強化を図る。

iii 医療と介護の連携の強化

- ・在宅要介護者に対する医療サービスを確保する。 ・他制度、多職種のチームケアを推進する。
- ・小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供する。
- ・退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスを提供する。

iv 認知症対応の推進

- ・認知症に対応するケアモデルの構築や地域密着型サービスの強化を図る。 ・市民後見人の育成など権利擁護の推進を図る。

☆ 改正介護保険法の施行、介護報酬及び診療報酬改定、補助金等の予算措置等により、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

(3)その他

- 診療報酬・介護報酬改定、補助金等予算措置等により、以下についても、取組を推進する。
 - ・ 外来受診の適正化等(生活習慣病予防等) ・ ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減
 - ・ 介護予防・重度化予防 ・ 介護施設の重点化(在宅への移行)
 - ・ 施設のユニット化 ・ マンパワー増強

社会保障・税一体改革大綱(抄)(介護関係②)

平成24年2月17日 閣議決定

3. 医療・介護等②

(保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策)

- 働き方にかかわらず保障の提供、長期高額医療を受ける患者の負担軽減、所得格差を踏まえた財政基盤の強化・保険者機能の強化、世代間・世代内の負担の公平化、といった観点から、医療保険・介護保険制度のセーフティネット機能を強化する。

(6)介護1号保険料の低所得者保険料軽減強化

- 今後の高齢化の進行に伴う保険料水準の上昇や消費税引上げに伴う低所得者対策強化の観点を踏まえ、公費を投入することにより、65歳以上の加入者の保険料(1号保険料)の低所得者軽減を強化する。

☆ 具体的内容について検討する。税制抜本改革とともに、平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

(7)介護納付金の総報酬割導入等

- 今後の急速な高齢化の進行に伴って増加する介護費用を公平に負担する観点から、介護納付金の負担を医療保険者の総報酬に応じた按分方法とすること(総報酬割の導入)を検討する。

また、現役世代に負担を求める場合には、負担の公平性などの観点到立ち、一定以上の所得者の利用者負担の在り方など給付の重点化についても検討する。

(注)現行は、介護納付金は各医療保険の40～64歳の加入者数に応じて按分されている。

☆ 平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

(8)その他介護保険の対応

- 軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化の観点から、平成24年度介護報酬改定において対応する。
- 第6期の介護保険事業計画(平成27年度～平成29年度)の施行も念頭に、介護保険制度の給付の重点化・効率化とともに、予防給付の内容・方法の見直し、自立支援型のケアマネジメントの実現に向けた制度的対応を検討する。

社会保障制度改革推進法(抄)

平成24年8月22日公布

(基本的な考え方)

第2条 社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする。

- 一 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと。
- 二 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。
- 三 年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすること。
- 四 国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとする。

(改革の実施及び目標時期)

第4条 政府は、次章に定める基本方針に基づき、社会保障制度改革を行うものとし、このために必要な法制上の措置については、この法律の施行後一年以内に、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえて講ずるものとする。

(介護保険制度)

第7条 政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス(以下「介護サービス」という。)の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする。

社会保障制度改革国民会議

1 設置根拠

- 社会保障制度改革推進法に基づき設置。
- 法律に基づく設置期限は平成25年8月21日。
- それまでに、国民会議の審議結果等を踏まえて、必要な法制上の措置を講じることになっている。

2 委員

- 委員として以下の有識者15名を任命（法律上は20名以内）。

(会長) 清家 篤	慶應義塾長	神野 直彦	東京大学名誉教授
(会長代理) 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授	永井 良三	自治医科大学学長
伊藤 元重	東京大学大学院経済学研究科教授	西沢 和彦	日本総合研究所調査部上席主任研究員
大島 伸一	国立長寿医療研究センター総長	増田 寛也	野村総合研究所顧問
大日向雅美	恵泉女学園大学大学院平和学研究科教授	宮武 剛	目白大学大学院生涯福祉研究科客員教授
権丈 善一	慶應義塾大学商学部教授	宮本 太郎	北海道大学大学院法学研究科教授
駒村 康平	慶應義塾大学経済学部教授	山崎 泰彦	神奈川県立保健福祉大学名誉教授
榊原 智子	読売新聞東京本社編集局社会保障部次長		

※国民会議の事務局は、内閣官房社会保障改革担当室が担当している。

3 開催経過

【第1回】平成24年11月30日

＜議題＞ 会長選任等諸手続、各委員からのあいさつ、意見交換 等

【第2回】平成24年12月7日

＜議題＞ 医療、介護、年金、少子化対策の各分野について、厚生労働省の関係審議会部会長を務める委員から現状と課題を説明、意見交換

5. 高齡社会対策大綱

「高齢社会対策大綱」の概要

(平成24年9月7日閣議決定)

1. 大綱策定の目的

平均寿命の延伸や、戦後生まれの人口規模の大きな世代が65歳となり始めたこと等により、世界のどの国もこれまで経験したことのない超高齢社会を迎えていること等を踏まえ、高齢社会対策基本法第6条の規定に基づき、政府が推進すべき基本的かつ総合的な高齢社会対策の指針として、この大綱を定める。

2. 基本的考え方

- ①「高齢者」の捉え方の意識改革
- ②老後の安心を確保するための社会保障制度の確立
- ③高齢者の意欲と能力の活用
- ④地域力の強化と安定的な地域社会の実現
- ⑤安全・安心な生活環境の実現
- ⑥若年期からの「人生90年時代」への備えと世代循環の実現

3. 分野別の基本的施策

上記の基本的考え方を踏まえ、6つの分野別の基本的施策に関する中期にわたる指針を定め、これに沿って施策の展開を図る。

- ①就業・年金等分野：(1)全員参加型社会の実現のための高齢者の雇用・就業対策の推進、(2)勤労者の生涯を通じた能力の発揮、(3)公的年金制度の安定的運営、(4)自助努力による高齢期の所得確保への支援
- ②健康・介護・医療等分野：(1)健康づくりの総合的推進、(2)介護保険制度の着実な実施、(3)介護サービスの充実、(4)高齢者医療制度の改革、(5)住民等を中心とした地域の支え合いの仕組み作りの促進
- ③社会参加・学習等分野：(1)社会参加活動の促進、(2)学習活動の促進
- ④生活環境等分野：(1)豊かで安定した住生活の確保、(2)ユニバーサルデザインに配慮したまちづくりの総合的推進、(3)交通安全の確保と犯罪、災害等からの保護、(4)快適で活力に満ちた生活環境の形成
- ⑤高齢社会に対応した市場の活性化と調査研究推進：(1)高齢者向け市場の開拓と活性化、(2)超高齢社会に対応するための調査研究等の推進と基盤整備
- ⑥全世代が参画する超高齢社会に対応した基盤構築：(1)全員参加型社会の推進

4. 推進体制等

(数値目標の設定)

一本大綱を実効性のあるものとするため、各分野において「数値目標」を設定し、施策の着実な推進を図る。

一数値目標設定項目：

- ①就業・年金等分野
60～64歳就業率、年次有給休暇取得率 等
- ②健康・介護・医療等分野
介護サービス利用者数、介護職員数 等
- ③社会参加・学習等分野
「新しい公共」への参加割合の拡大 等
- ④生活環境等分野
高齢者人口に対する高齢者向け住宅の割合 等
- ⑤高齢社会に対応した市場の活性化と調査研究推進
健康関連サービス産業と雇用の創出
- ⑥全世代が参画する超高齢社会に対応した基盤構築
25歳～44歳の女性就業率、若者フリーターの数 等

(大綱の見直し)

一経済社会情勢の変化等を踏まえておおむね5年を目途に必要なと認めるときに、見直しを行う。