

昨年介護保険部会で議論した 給付に関する制度見直しの論点

昨年介護保険部会で議論した 給付に関する制度見直しの論点

- 要支援者の利用者負担
- ケアマネジメントに係る利用者負担
- 一定以上所得者の利用者負担
- 多床室の給付範囲
- 補足給付における資産等の勘案

要支援者の利用者負担に関する 去年の介護保険部会での議論

介護保険部会意見書(抜粋)

Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

1 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備（地域包括ケアシステムの構築）

（２）要支援者・軽度の要介護者へのサービス

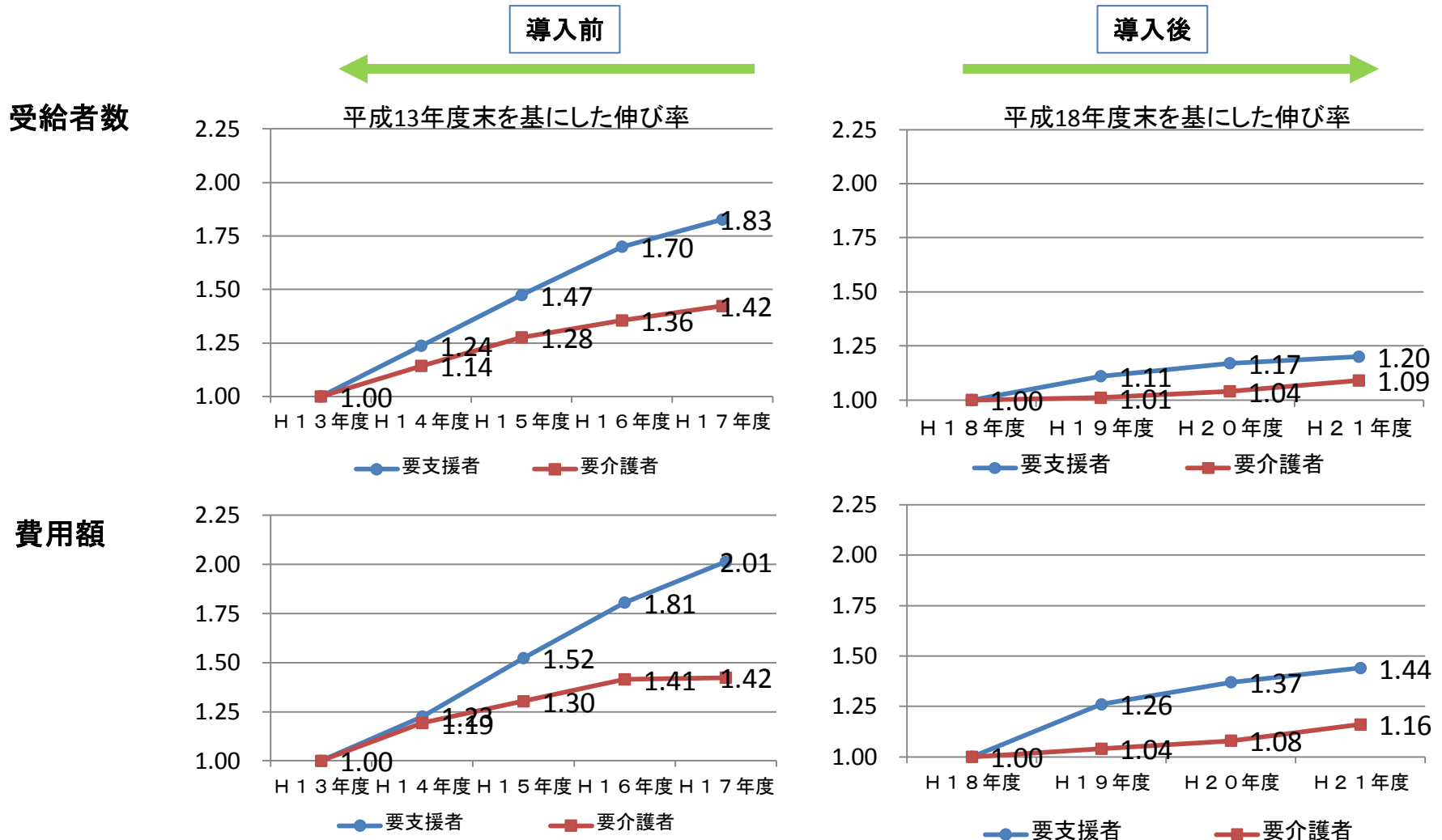
- 今後さらなる高齢化の進展とともに、介護給付が大幅に増加していくことが見込まれており、重度者や医療ニーズの高い高齢者に対して給付を重点的に行い、要支援者・軽度の要介護者に対する給付の効率化と効果の向上を図ることが適当か否かを検討する必要がある。
- 要支援者・軽度の要介護者にかかる給付については、次のような二つの意見があった。
 - ・ 生活援助などは要支援者・軽度の要介護者の生活に必要なものであり、加齢に伴う重度化を予防する観点からも、その給付を削減することは反対である。
 - ・ 介護保険制度の給付の対象外とすることや、その保険給付割合を引き下げ、利用者負担を、例えば２割に引き上げるなどの方策を考えるべきである。
- 要支援者・軽度の要介護者へのサービス提供のあり方については、保険給付の効率化・重点化の観点のみならず、重度化の防止、本人の自立を支援するという観点から、その状態にあった保険給付のあり方について、今後、さらに検討することが必要である。

主な意見

- 限られた財源の中で持続的な介護給付を行っていく上で、選択と集中の考え方は不可欠。中度・重度の要介護者が増えていく中で、そういう方々への身体介護や生活援助に重点化を図ることが必要なのではないかな。
- 要支援者等の軽度者に関しては、一般高齢者施策を充実させることで対応ができるのではないかな。
- これらのサービス抑制が実施されると、一部の軽度者が重度化する可能性も予測されるため、かえって重度者を増やす可能性が懸念される。
- 日本の介護保険制度は、軽度者からでも利用できるように制度設計されたことが多くの国民の理解を得、支持を受けている。利用者からの不満の声が一番大きかったのは、生活援助を中心とした給付抑制策。
- 認知症は早期発見をして軽度の時にしっかりケアをすれば重度化しない。軽度の時こそしっかりしたサービスを提供することで費用対効果も大きい。

平成18年度の予防給付導入前後の要支援・要介護別の 受給者数及び費用額の伸び

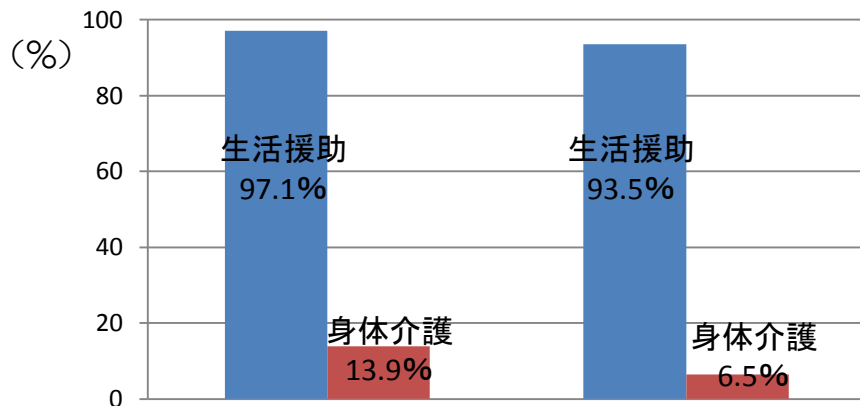
要支援・要介護別の受給者数と費用額の伸びは、平成18年度の予防給付導入後、要支援及び要介護のいずれも、ゆるやかな伸びとなっているが、要支援向け給付の伸びが要介護向けより大きい状況は変わらず。



予防給付のサービスの提供実態について（訪問介護）

- 利用者別、提供時間別のいずれにおいても、生活援助が9割以上を占める。
- サービス内容では、「掃除」・「調理・配下膳」の利用頻度が高い（平均所要時間は35分～45分程度（サービス準備4.4分を合算））。

行為区分別利用者数（※1） 行為区分別提供時間数（※1）



1回あたりのサービス利用時間の分布（※2）

N=755

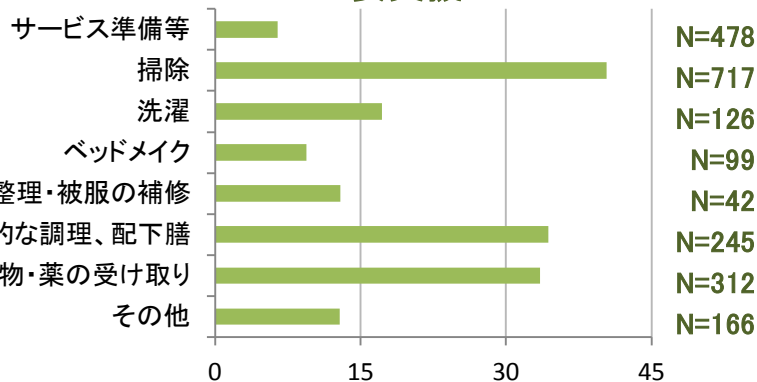
30分以上～1時間未満	14.3%
1時間～1時間30分	62.1%
1時間30分～2時間	20.9%
2時間以上	2.3%

（参考）制度導入時の生活援助サービス利用状況（※3）

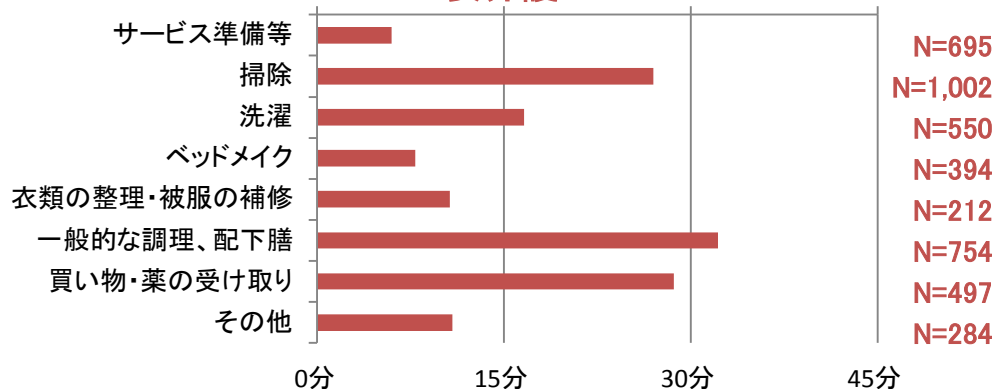
	要支援
30分以上～1時間未満	39.2%
1時間～1時間30分	24.8%
1時間30分～2時間	32.1%
2時間以上	4.2%

生活援助の行為ごとの平均サービス提供時間（※2）

要支援



要介護



資料： ※1：平成22年度財務省予算執行調査を老健局で再集計 ※3：介護給付費実態調査 平成17年4月審査分

※2：株式会社EBP「訪問サービスにおける提供体制に関する調査研究事業」（平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）

平成22年度財務省予算執行調査結果

調査内容

身体介護を中心とした予防ケアプランを使用している利用者と生活援助を中心とした予防ケアプランを使用している利用者の、1年前から現在までの要支援度を比較。

各利用者について、サービス行為内容別のサービス提供時間数と、当該サービスの目的(位置づけ)を先に調べた要支援度等の改善状況と対照し、分析する。

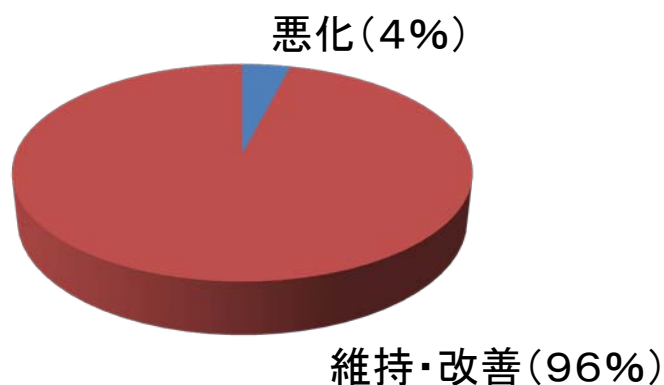
(対象調査件数 537件)

調査結果及びその分析

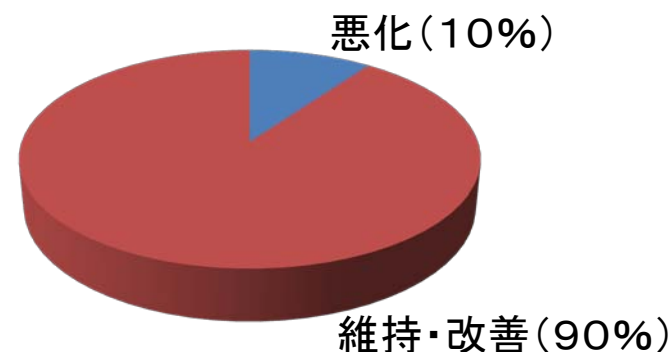
○主として身体介護をおこなっているもの=28件、生活援助をおこなっているもの=509件

○1年前と現在の要支援度を比較したところ、下記のとおり

身体介護



生活援助



介護予防訪問介護で提供しているサービスの大半は、「掃除」「買い物」「調理」であった。

(194件中120件「掃除」29件「買い物」19件「調理」)

予防給付のサービス内容と介護予防効果

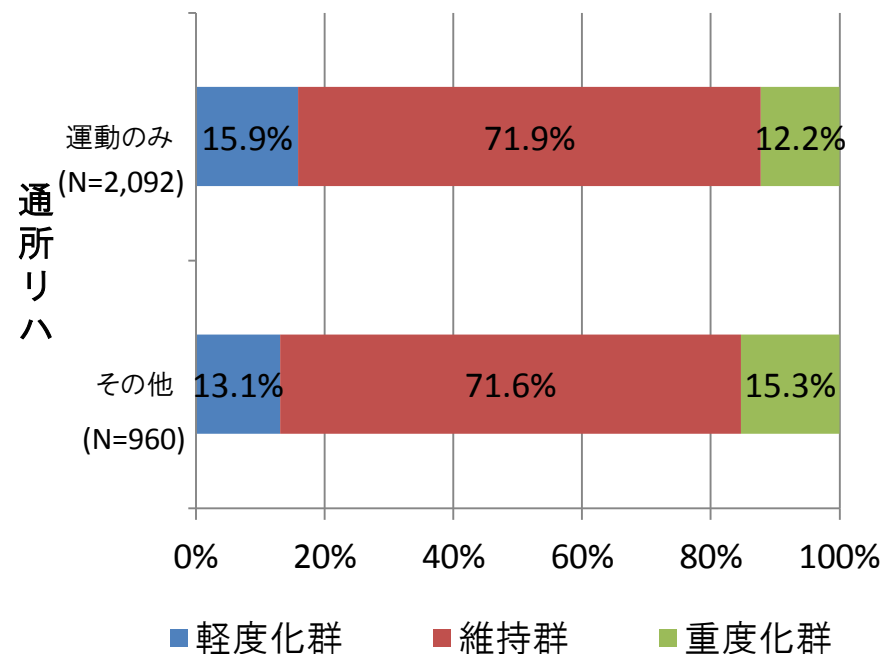
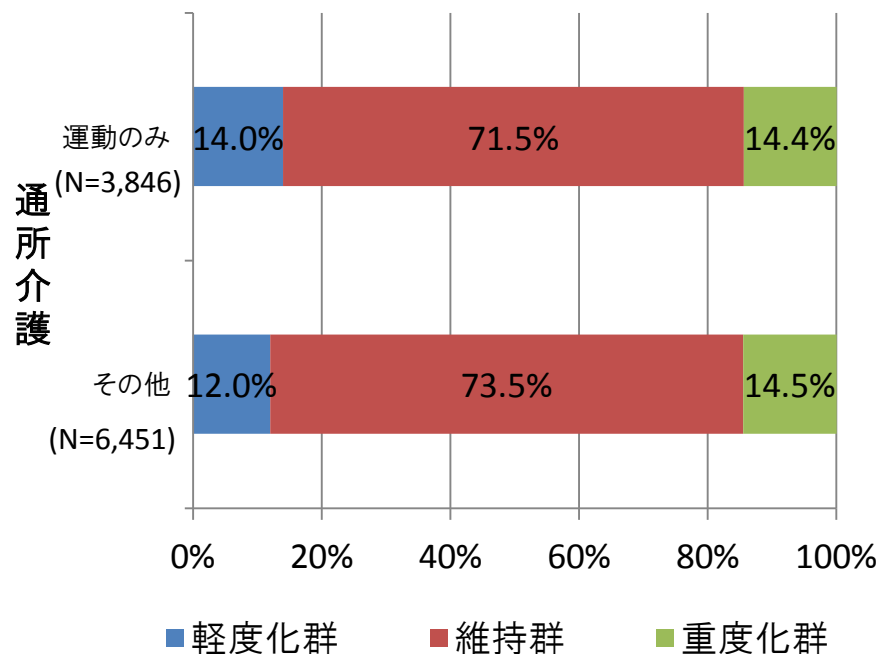
予防給付のサービス利用状況(利用しているサービス種類)別のアウトカムについて分析

※分析対象: 2006年4月～2009年3月の認定支援ネットワーク及び介護給付費実態調査の個表データを利用
(新規認定者N=263,845人、継続認定者189,967人)

選択的サービスの利用による介護予防効果

- 通所介護では、運動器機能向上のサービスを受けている利用者の軽度化群・維持群の割合が、その他の通所介護の利用者の割合と比較して有意な水準で高い。
- 通所リハビリについても同様。

新規認定者の6-7ヶ月後の障害高齢者の日常生活自立度の変化



論 点

- 社会保障・税一体改革においては、重度化予防・介護予防として要介護認定者数を2025年に現行ベースより3%程度減少させることが課題となっている。

この実現に向けた制度的な対応として、

- ・ 予防給付について、利用者負担割合を引き上げることについてどう考えるか。
- ・ 予防給付の内容や方法について検討が必要ではないか。

ケアマネジメントに係る利用者負担に関する 昨年の介護保険部会での議論

介護保険部会意見書(抜粋)

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)

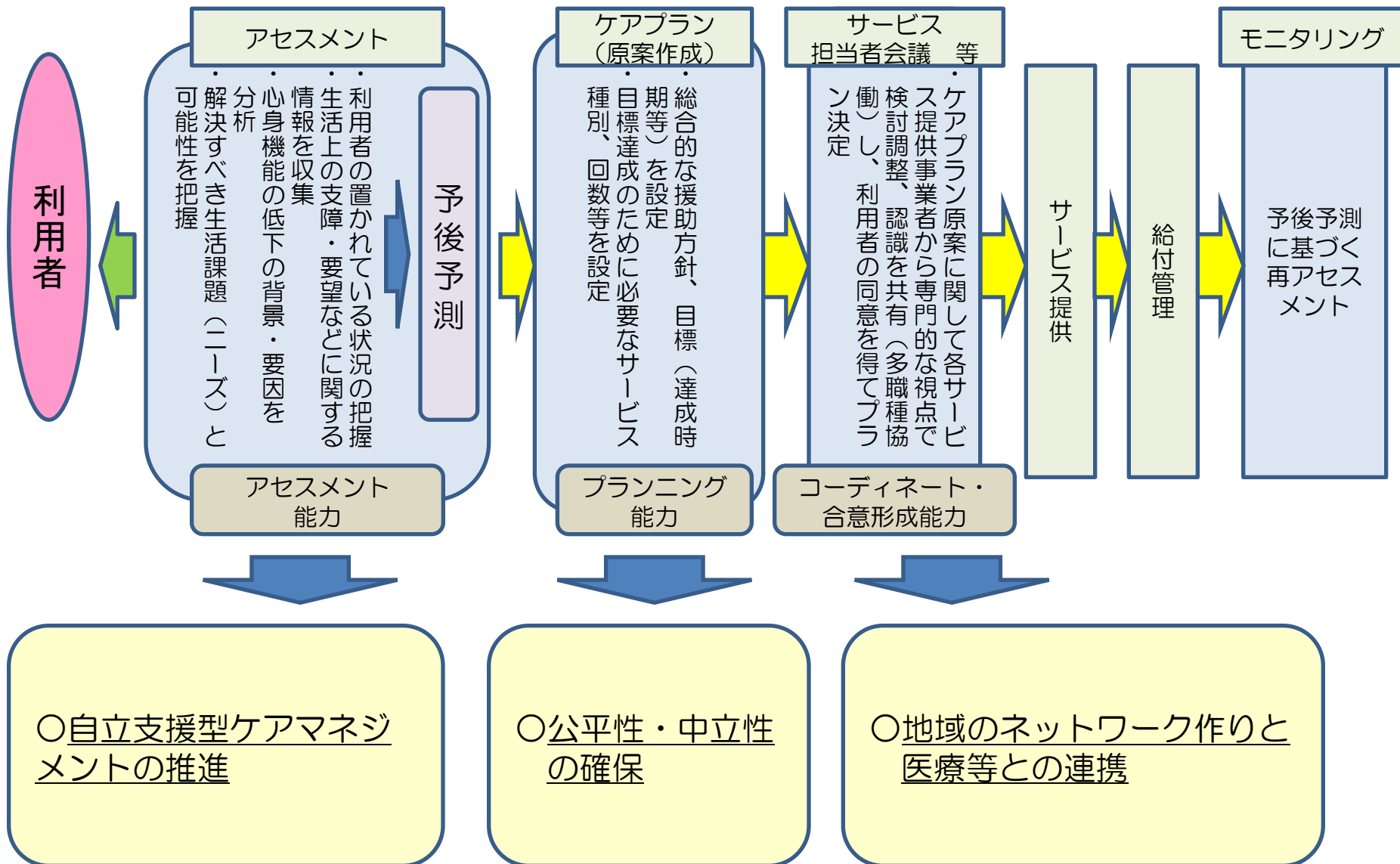
- 居宅におけるケアプランの作成等のケアマネジメントについては、現在、全て介護保険給付で賄われており、利用者負担が求められていない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に10割給付のサービスと位置づけたものである。
- 利用者負担の導入については、ケアマネジャーによるケアプランの作成等のサービスは介護保険制度の根幹であり、制度の基本を揺るがしかねないこと、必要なサービス利用の抑制により、重度化につながりかねないことなど、利用者や事業者への影響を危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考えるもある。

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。

主な意見

- ケアプラン作成の負担金導入に関しては、応益の負担からいうとやむを得ない面もある。
- ケアマネジメントは介護保険の入口。ここに利用抑制がかからないようにすべき。
- 自己負担が導入された場合、ケアマネジャーが利用されず、適切なサービス利用ができなくなる、あるいはセルフケアプラン又はサービス事業者によるケアプラン代行業務が多くなって、自立支援を抜きにした生活を楽しむサービス利用に流れ、いたずらに介護費用が増大する。
また、「負担しているのだから自分の言うとおりのケアプランをつくれ」という話が多くなってくる。
- セルフケアプランについて、保険者がチェックし給付管理を行う体制ができるかどうか懸念。
- 低所得者ほど専門職によるケアマネジメントが必要。自己負担を導入するとその機会が奪われる。

ケアマネジメントの流れと課題



ケアマネジメントに関する指摘

(「地域包括ケア研究会報告書」(平成22年3月)【抜粋】)

1. 地域包括ケアを巡る現状と課題

(1) 2025年の超高齢社会を見据えた課題認識

③サービスの在り方

(介護支援専門員によるケアマネジメント)

現状では、アセスメントやケアカンファレンスが十分に行われておらず、介護支援専門員によるケアマネジメントが十分に効果を発揮していないのではないかと指摘がある。利用者や家族の意向を尊重するだけでなく、自立支援に向けた目標指向型のケアプランを作成できるようにすべきではないか。

(地域包括支援センターの機能)

地域包括支援センターは、総合相談業務や包括的・継続的ケアマネジメント業務等を通じて、地域包括ケアを支えるサービスのコーディネートを行う機関として設立されたが、必ずしも、その機能を十分に果たせていないのではないかと指摘がある。すなわち、地域のネットワーク構築、介護支援専門員への支援が十分に行えていないところが多いのではないかと、介護予防関係事業に忙殺されて総合相談業務や包括的・継続的ケアマネジメントに十分取り組めていないのではないかと等の課題が指摘されている。地域包括支援センターの制度導入からまだ4年目に入った段階であり、これらの課題を解決して、地域包括支援センターの機能を一層強化することが必要である。

具体的には、地域包括支援センター運営のなかでは、地域包括支援センター運営協議会等による地域住民や地域団体との連携機能があるが、この場を活用して地域における互助によるサービス創造の検討・提言が必要だとの指摘がある。また、個別ケースを支援する包括的・継続的ケアマネジメント等を効果的に実施するために、医療や介護等の多制度・多職種連携を高める地域ケア会議等の機能強化が必要との指摘もある。

ケアマネジメントに関する指摘

(「地域包括ケア研究会報告書」(平成22年3月)【抜粋】)

3. 地域包括ケアシステムの構築に向けた当面の改革の方向（提言）

（１）地域包括ケアシステムに関する検討部会における提言

②地域包括ケアを支えるサービスの在り方

i) 在宅サービスの抜本的充実～日常生活圏域に24時間の安心を確保

（地域包括ケアを実現するためのケアマネジメント）

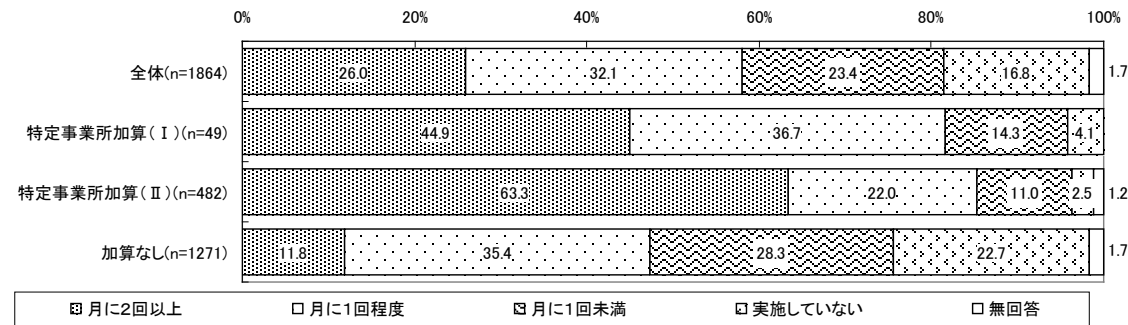
- 地域包括ケアを支えるサービスを論じるには、介護・医療・生活支援・住まいの確保等に係る他制度・多職種の連携を基本に効果的なサービス投入を図るための包括的なケアマネジメントが行われることが前提となる。
- まず、「適切なケア」がどのようなものであるのかといった「ケアの標準化」に関する合意形成を専門職が中心となって進めることが重要である。その際、従来の「保護型介護」から脱却し、「自立支援型介護」「予防型介護」という視点に立って、「ケアの標準化」を図ることが必要である。また、多様な制度を活用しながら、在宅介護の可能性を最大限に追求することも必要であり、その視点は要支援者から重度要介護者の全般に対して適用するべきである。
- その上で、介護支援専門員は利用者や家族の意向を尊重するだけでなく自立支援に向けた目標指向型ケアプランを作成し、利用者や家族の合意を形成していく能力が求められる。そのための研修の見直しや講師養成の在り方を検討することが必要である。
- また、現場レベルにおいても、地域包括支援センターの職員を中心とした専門職が、自立支援に資するケアプランとなっているかどうかの評価を行うなどの具体的な取組みを進める。
- なお、上記取組みとあわせて、自立支援型のケアマネジメントが推進されるよう、居宅介護支援に利用者負担を導入することも検討すべきではないか。

事業所内でのケアプラン検討会などの開催頻度 (事業所内勉強会・ケアプラン検討会)

【事業所内勉強会の開催頻度】

- 月に2回以上開催している事業所は全体の26.0%、月に1回程度開催している事業所は32.1%、月に1回未満開催している事業所は23.4%、実施していない事業所は16.8%であった。
- 特定事業所加算取得事業所では、未取得事業所に比べて開催頻度が多かった。

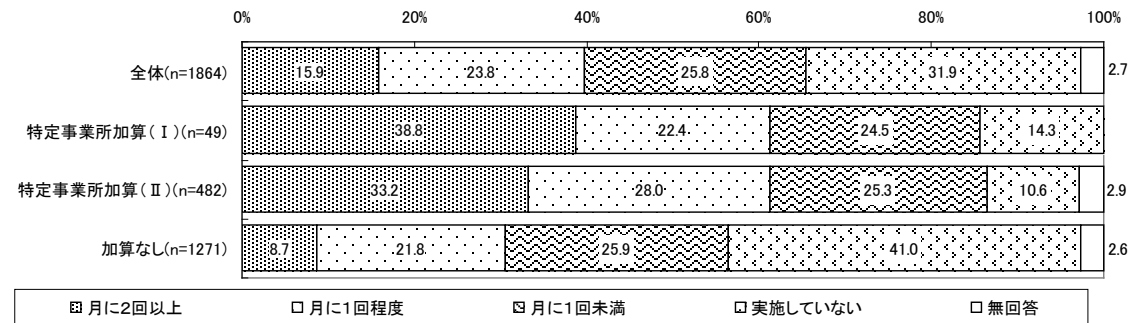
図表 特定事業所加算取得状況別 事業所内での介護サービス等に関する一般的な勉強会などの開催頻度



【事業所内ケアプラン検討会の開催頻度】

- 月に2回以上開催している事業所は15.9%、月に1回程度開催している事業所は23.8%、月に1回未満開催している事業所は25.8%、実施していない事業所は31.9%であった。
- 特定事業所加算取得事業所は、未取得事業所に比べてなどの開催頻度が多かった。

図表 特定事業所加算取得状況別 事業所内での介護サービス等に関するケアプラン検討会などの開催頻度



ケアマネジメントを实践する上での課題(業務経験年数別)

- 「アセスメントに必要な情報が集まらない」、「提供可能サービス量が少ない」といった課題が多く挙げられた。
- 業務経験年数の短い介護支援専門員ほど、「アセスメントに必要な情報が集まらない」ことを課題として挙げる傾向。

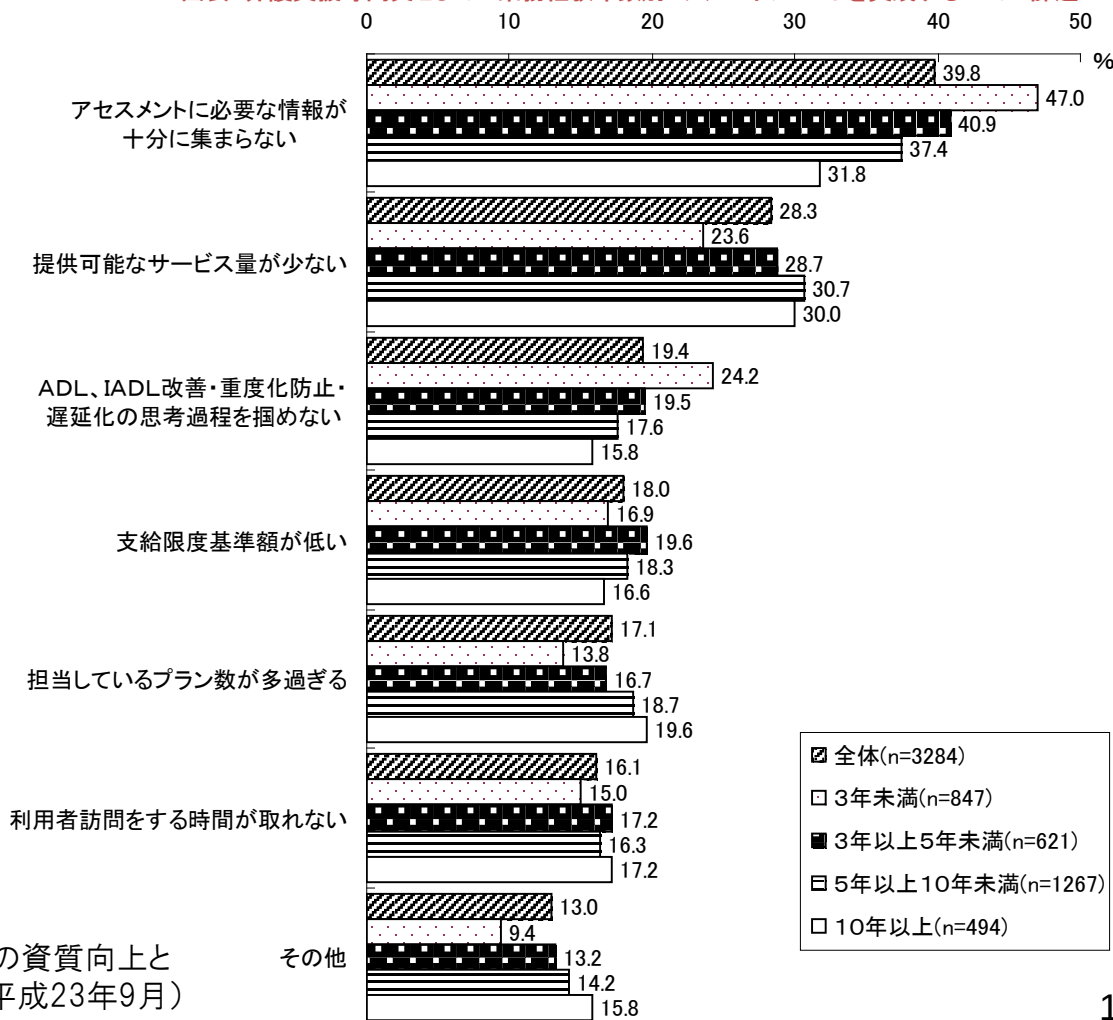
- ケアマネジメントを实践する上での課題として全体平均で多く挙げられた課題は、

- ・アセスメントに必要な情報が十分に集まらない(39.8%)
 - ・提供可能なサービス量が少ない(28.3%)
 - ・ADL、IADL改善・重度化防止・遅延化の思考過程を掴めない(19.4%)
- といったものであった。

- 業務経験年数別では、業務経験年数の短い介護支援専門員ほど、「アセスメントに必要な情報が集まらない」を課題として挙げた。

[出典]株式会社日本総合研究所「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査(中間報告)」(平成23年9月)

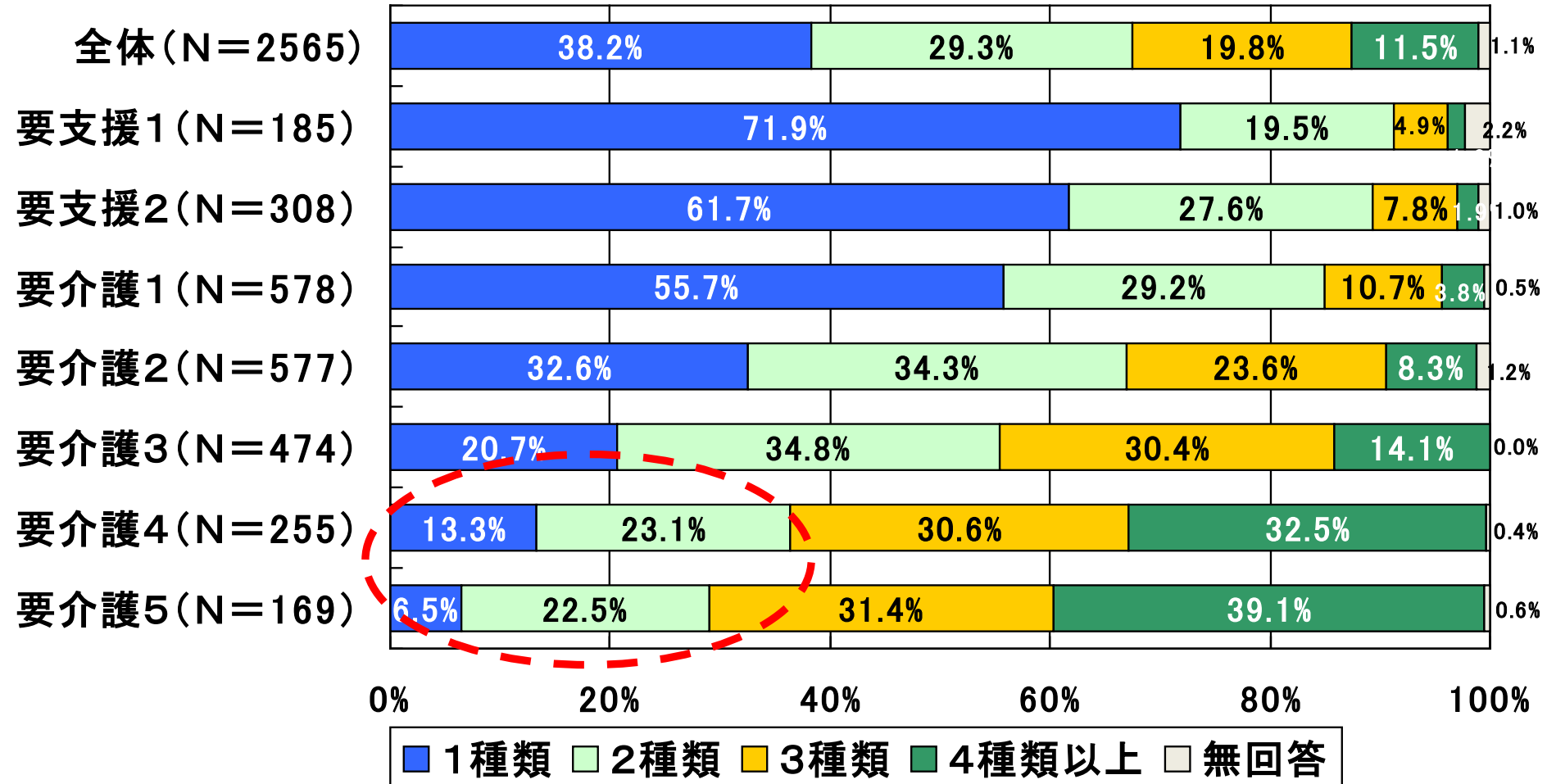
図表 介護支援専門員としての業務経験年数別 ケアマネジメントを实践する上での課題



ケアプランに位置付けられたサービス種類数(要介護度別)

○ ケアプランの6割強、重度でも3～4割で、ケアプランに組み込まれたサービス種類が2種類以下となっている。

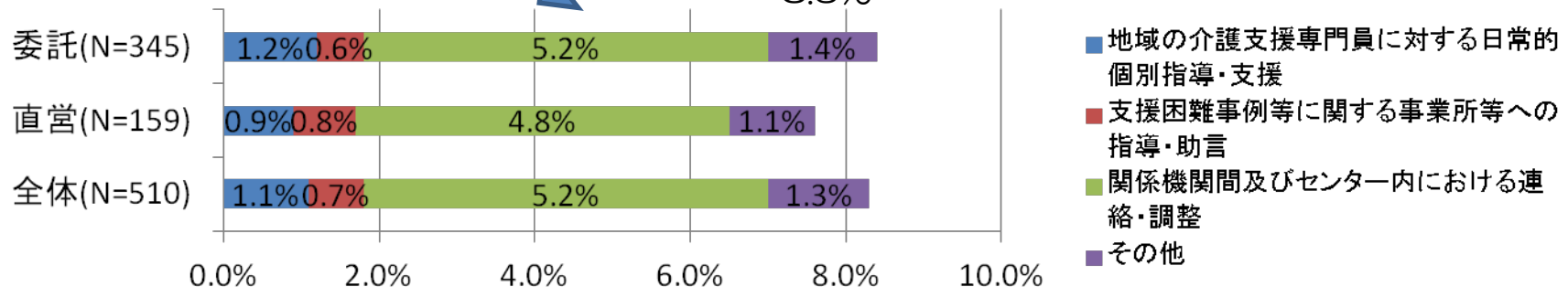
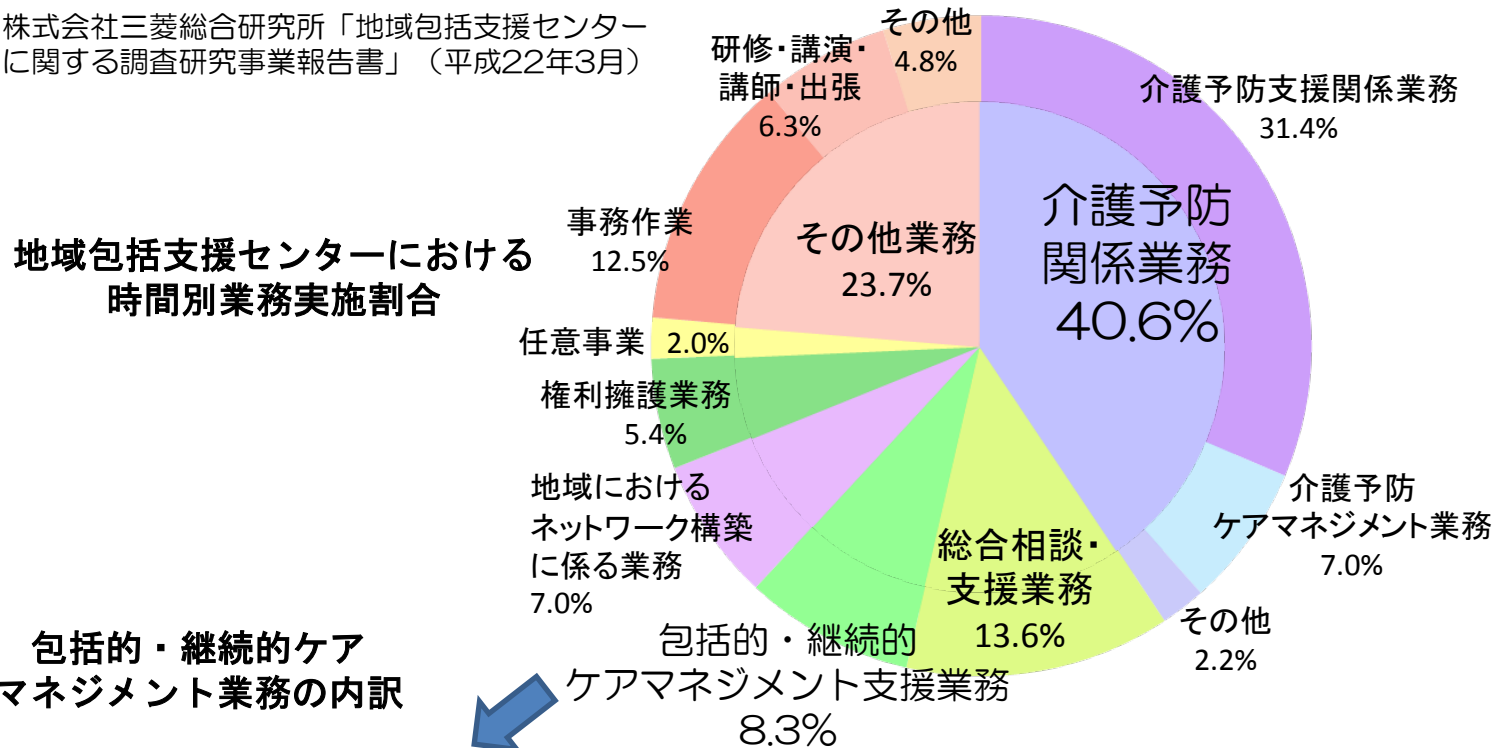
要介護度別にみた利用者のケアプランに位置付けられたサービス種類数



地域包括支援センターの業務の実施状況

○ 地域包括支援センターにおいては、約4割の時間を介護予防関係業務(介護予防ケアマネジメント業務・介護予防支援関係業務等)の実施に充てており、個別のケアマネジメントへの支援業務の比重は必ずしも高くない。

資料出所：株式会社三菱総合研究所「地域包括支援センター運営コストに関する調査研究事業報告書」（平成22年3月）



論 点

- 社会保障・税一体改革においては、自立支援に向けてケアマネジメントの機能強化を図ることとされているが、
 - ・ この観点に立って、ケアマネジメントへの利用者負担の導入はどう評価されるか。
 - ・ 昨年の議論において利用者負担の導入についての懸念として挙げられた、サービス利用抑制による重度化などの影響について、ケアマネジメントの専門性の観点からどう評価されるか。
 - ・ ケアマネジメントの機能強化に向けて制度的な対応の必要性についてどう考えるか。

一定以上所得者の利用者負担に関する 昨年の介護保険部会での議論

介護保険部会意見書(抜粋)

Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

4 給付と負担のバランス

(給付の見直し)

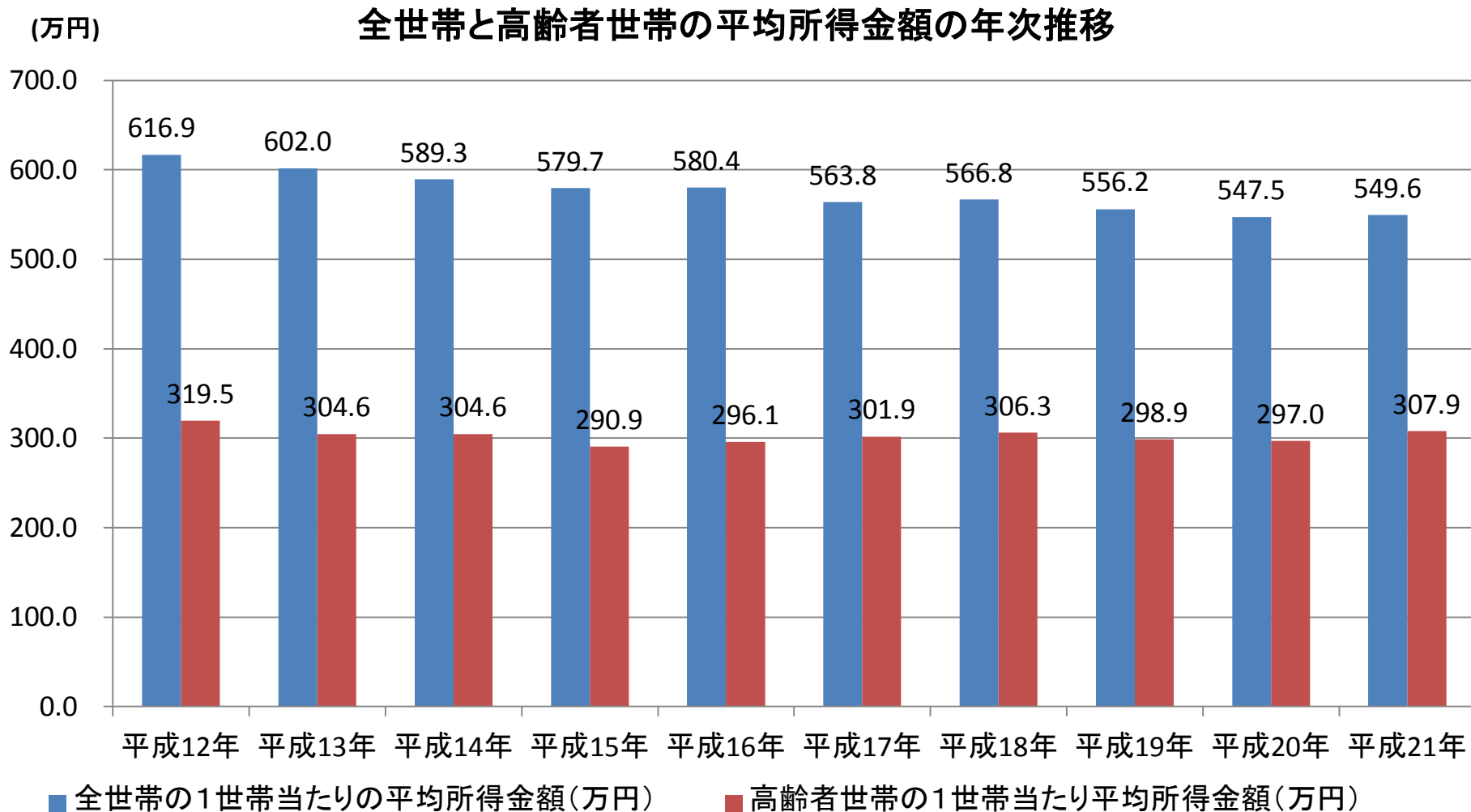
- 医療保険においては、現役並み所得の高齢者については利用者負担が3割となっている。介護保険制度においても、限られた財源の中で、高齢者の負担能力を勘案し、所得に応じた負担を求めることが適当であり、一定以上の所得がある者については利用者負担を、例えば2割に引き上げること検討すべきである。一方、介護保険は区分支給限度基準額が設けられているなど、医療保険とは異なる仕組みであり、負担増を求めることには慎重であるべきとの意見があった。

主な意見

- 現役世代だけ負担させることでは納得は得られないので、何らかの形で考えざるを得ないのではないか。
- 負担の公平の観点からは、応能負担は保険料すべき。利用者負担は本来応益負担。
- 高所得者に新たな負担を求めるとしても、介護は医療と違って先が見えず、ケースによっては何年もサービスを利用しなければならず、引き上げは好ましくない。
- 高額介護サービス費が支給されると言っても、世帯で1人だけサービスを利用した場合、1割の自己負担が上限額を超えることはほぼない。
- 所得税率の5段階（5%～33%）の中で、年収320万円は下から2番目であり、中所得程度以上の方々から利用料2割を負担しろと言っているようなもの。

高齢者世帯の所得①

○ 全世帯の平均所得金額の低下傾向に比べ、高齢者世帯の平均所得金額は300万円前後を維持している。

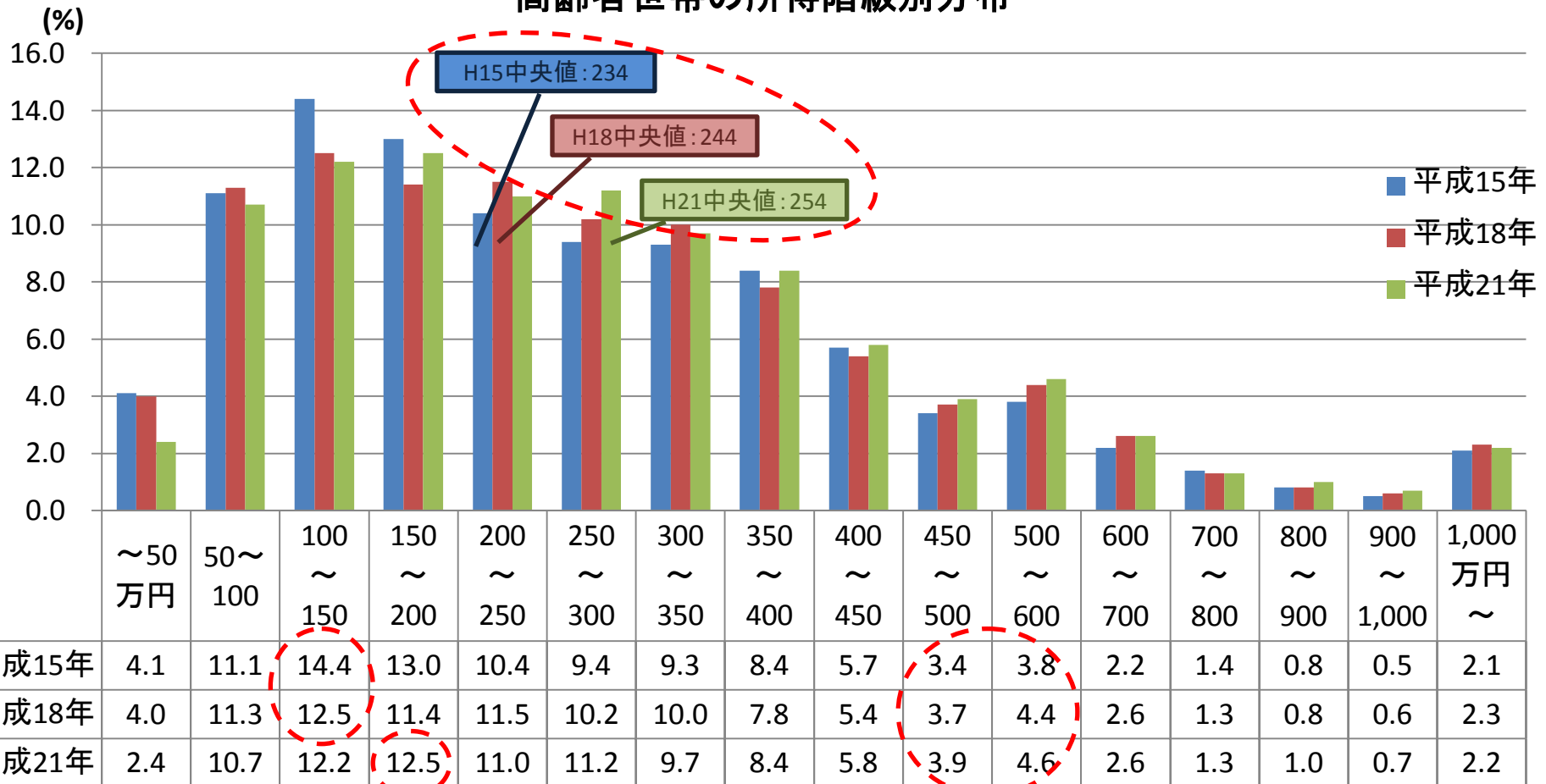


[出典]平成22年国民生活基礎調査

高齢者世帯の所得②

- 最も多い所得階級は、平成15年、18年には「100万円以上150万円未満」であったが、平成21年には「150万円以上200万円未満」となっている。
- 「450万円以上500万円未満」、「500万円以上600万円未満」の所得階級が過去6年で増加。
- 所得金額の中央値も増加。

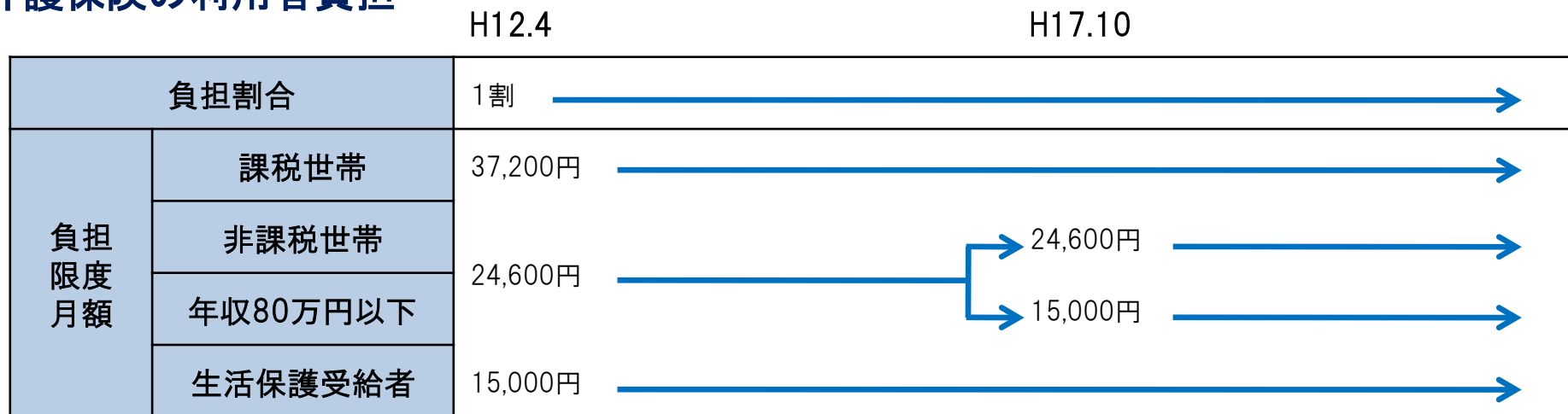
高齢者世帯の所得階級別分布



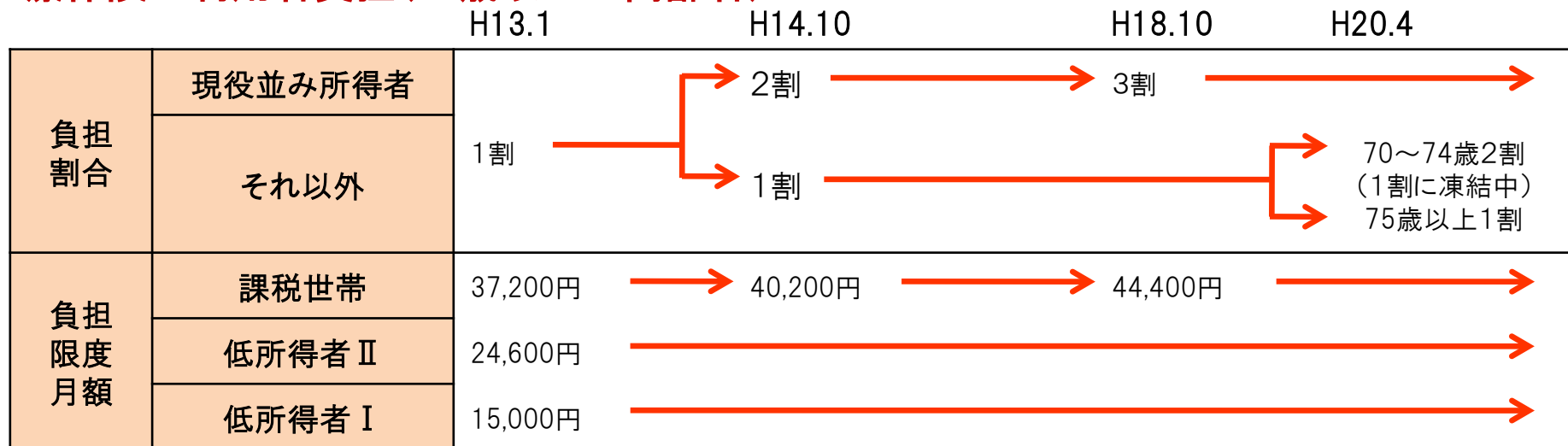
介護保険と医療保険の利用者負担の推移

○ 介護保険の利用者負担は、制度制定以来1割を維持している。

介護保険の利用者負担



医療保険の利用者負担(70歳以上の高齢者)



※ 医療保険の負担限度月額は、年4回以上利用する多数該当時の金額。

「高所得者」の水準について

- **介護保険における保険料第6段階の第1号被保険者**
→ 年収320万円(合計所得金額200万円)
【第1号被保険者の14.6%】
- **医療保険における単身世帯の現役並所得者**
→ 年収383万円(合計所得金額249.75万円)^(注)
【第1号被保険者の9.8%】
(注)世帯に被保険者が複数いる場合は、年収520万円で現役並所得者

論 点

- 「世代内(特に高齢世代内)での公平の確保、所得再分配機能の強化を図る」(「社会保障・税一体改革成案」)観点から、一定以上の所得がある者については、利用者負担割合を引き上げることが必要ではないか。
- 利用者負担割合を引き上げる場合、対象となる「一定以上の所得がある者」の範囲についてどう考えるか。

多床室の給付範囲に関する昨年の介護保険部会での議論

介護保険部会意見書(抜粋)

Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

6 低所得者への配慮

(多床室の給付範囲の見直し)

- 一方、前回の改正において、個室については、居住部分の減価償却費相当額と光熱水費が保険給付の対象外となったが、多床室については光熱水費のみが保険給付の対象外とされた。この結果、多床室の介護報酬が、従来型個室の報酬よりも高い設定となっている。今後、利用者負担について、さらなる在宅との均衡を図るため、多床室についても、低所得者の利用に配慮しつつ、減価償却費相当額を保険給付対象外とする見直しが必要である。
- 多床室の減価償却費相当額を利用者負担とすることについては、その居住環境を考慮し、居住費については現状の光熱水費相当を維持すべきであるとの意見があった。

主な意見

- 多床室への室料負担については、在宅とのバランスを考慮すれば利用者の理解も得られるのではないか。
- 部屋料というのは、ユニットでも個室でも多床室でも同じ原則で扱うべき。そうでないと、払っている人の納得は得られないのではないか。
- 多床室においては住環境の室の面から限界があり、新たに必要な室料を利用者に求めることは、たとえ一定の所得層であっても避けるべき。
- 多床室の減価償却部分を利用者負担に変えるとすれば、現実的には第4段階の方が対象となると考えられるが、もともと平成16年に居住費の問題を議論されたときに、居住環境から考えて、多床室では在宅の方と比べてあまりにも居住環境が室料をいただくほどに至らないということで、光熱水費相当が切り出された。そのときの議論を尊重して、多床室からの居住費というのは光熱水費にとどめるべきではないか。
- 多床室の室料負担は、事実上、低所得者や選択の余地を持たない利用者を締め出すという効果を持ってしまう。介護保険3施設とも利用者は実質的に高所得者と呼べる層ではない。仮に減価償却費が給付外となった場合、ユニット型個室に入れないう低所得者が多床室にも入所できなくなるおそれがある。

ユニット型施設の施設数・定員数の年次推移

○ ユニット型施設については、介護老人福祉施設においては定員の21.2%、老人保健施設においては定員の4.2%と低い割合となっている。

各年10月1日

		介護老人福祉施設			介護老人保健施設		
		全施設	ユニット型	割合(%)	全施設	ユニット型	割合(%)
平成15年	施設数	5,084	75	1.5	3,013	143	4.7
	定員数	346,069	4,480	1.3	269,524	—	—
平成16年	施設数	5,291	373	7.0	3,131	233	7.4
	定員数	363,747	17,799	4.9	282,513	—	—
平成17年	施設数	5,535	771	13.9	3,278	238	7.3
	定員数	383,326	39,467	10.3	297,769	—	—
平成18年	施設数	5,716	1,116	19.5	3,391	204	6.0
	定員数	399,352	59,278	14.8	309,346	9,167	3.0
平成19年	施設数	5,892	1,439	24.4	3,435	250	7.3
	定員数	412,807	78,135	18.9	313,894	11,487	3.7
平成20年	施設数	6,015	1,630	27.1	3,500	286	8.2
	定員数	422,703	89,571	21.2	319,052	13,423	4.2

※ユニット型施設数には、一部ユニット型での実施施設も含む。

特別養護老人ホームの類型別 介護保険給付と利用者負担の概念整理



ユニット型施設



従来型個室



多床室

居住費の水準

- 居住費の具体的水準については、介護保険施設における減価償却費及び光熱水費の水準を踏まえつつ、居室の居住環境の差異を考慮して基準費用額を設定している。

介護保険施設に係る居住費の水準(基準費用額)

居室		基準費用額(日額【月額】)
多床室		320円 【1.0万円】
従来型 個室	介護老人福祉施設	1,150円 【3.5万円】
	介護老人保健施設 介護療養型医療施設	1,640円 【5.0万円】
ユニット型準個室		1,640円 【5.0万円】
ユニット型個室		1,970円 【6.0万円】

介護保険施設に係る一人一月当たりの減価償却費

施設	ユニットケアの 個室	従来型個室	多床室
介護老人福祉施設	45,352円	34,624円	27,896円
介護老人保健施設	44,576円	38,800円	35,107円
介護療養型医療施設	—	42,035円	35,550円

居室部分の割合:30%
 ・定員100名の従来型施設の
 標準的総面積:3,413㎡
 ・うち、居室面積:1,065㎡
 (10.65㎡X100床)

※「介護保険施設の居住費・食費に関する実態把握調査」(平成23年3月)

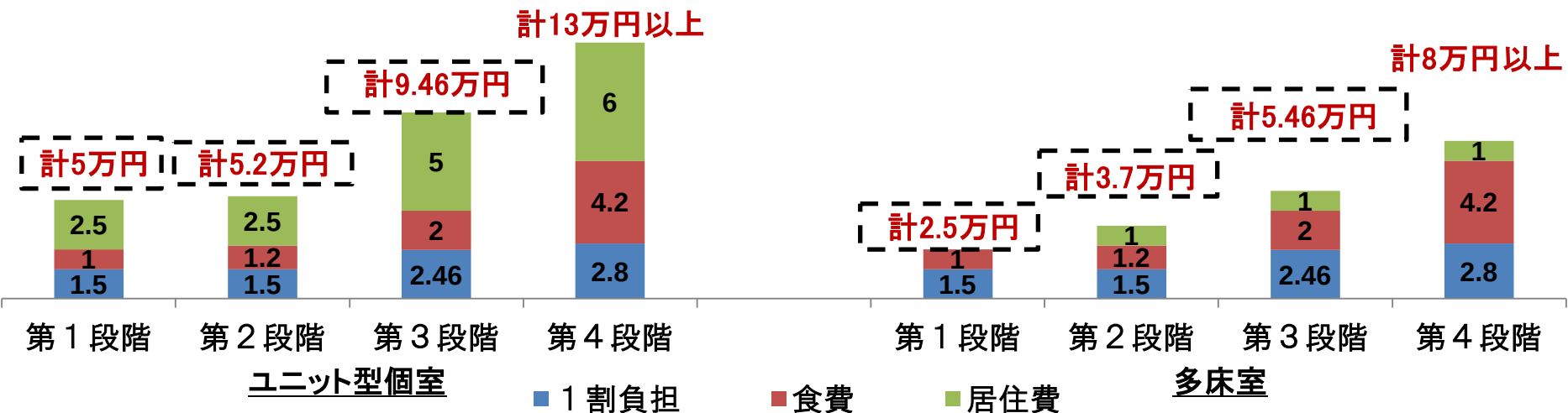
介護保険施設における負担額

○ 基準費用額の負担が困難な低所得者には補足給付が支給されているが、それを考慮しても特にユニット型個室の所得第3段階の方の負担が重くなっている。

介護保険施設に係る補足給付(居住費)の額

居室		第1段階(日額【月額】)	第2段階(日額【月額】)	第3段階(日額【月額】)
多床室		320円 【1.0万円】	0円 【 0万円】	0円 【 0万円】
従来型 個室	介護老人福祉施設	830円 【2.5万円】	730円 【2.2万円】	330円 【1.0万円】
	介護老人保健施設	1,150円 【3.5万円】	1,150円 【3.5万円】	330円 【1.0万円】
	介護療養型医療施設			
ユニット型準個室		1,150円 【3.5万円】	1,150円 【3.5万円】	330円 【1.0万円】
ユニット型個室		1,150円 【3.5万円】	1,150円 【3.5万円】	330円 【1.0万円】

ユニット型個室及び多床室の負担額



※ 1割負担は、第1～3段階は高額介護サービス費の負担限度額、第4段階は特養の平均的な利用者負担額。
 ※ 食費、居住費は、第1～3段階は特定入所者介護サービス費(補足給付)の負担限度額、第4段階は特定入所者介護サービス費(補足給付)の基準費用額。
 ※ 実際に施設を利用される際は、上記以外に介護保険料や医療保険料、医療費、日常生活費などが必要となる。

論 点

- 社会保障・税一体改革においては、居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常生活の中で入所者一人ひとりの意思と人格を尊重したケアを行い、要介護高齢者の尊厳の保持と自立支援を図る施設のユニット化を進めることとしているが、
 - ・ 室料相当について全額負担する個室ユニットと介護報酬で手当てされている多床室との不均衡を是正し、施設のユニット化を進める観点から、多床室の入所者にも一定の室料負担を求めることが必要ではないか。
 - ・ これと併せて、低所得者のユニット型個室への円滑な入所が確保できるよう、負担軽減についての検討が必要ではないか。
 - ・ 多床室入所者から一定の室料負担を求める場合、低所得の入所者の負担について配慮する必要があると考えられるが、どのような措置が適当と考えるか。

補足給付における資産等の勘案に関する 昨年の介護保険部会での議論

介護保険部会意見書(抜粋)

Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

6 低所得者への配慮

(家族の負担能力の勘案)

○ 特養の入所者については、現在、入所者の約4分の3が補足給付を受給している。しかし、これらの者の中には、入所前に同居していた家族に負担能力がある場合や、入所者自身が資産を保有しているケースがある。このため、補足給付の低所得者対策としての趣旨を徹底する観点から、保険者の判断により、施設入所者について可能な範囲で家族の負担能力等を把握し、それを勘案して補足給付の支給を判断することができる仕組みとすべきである。

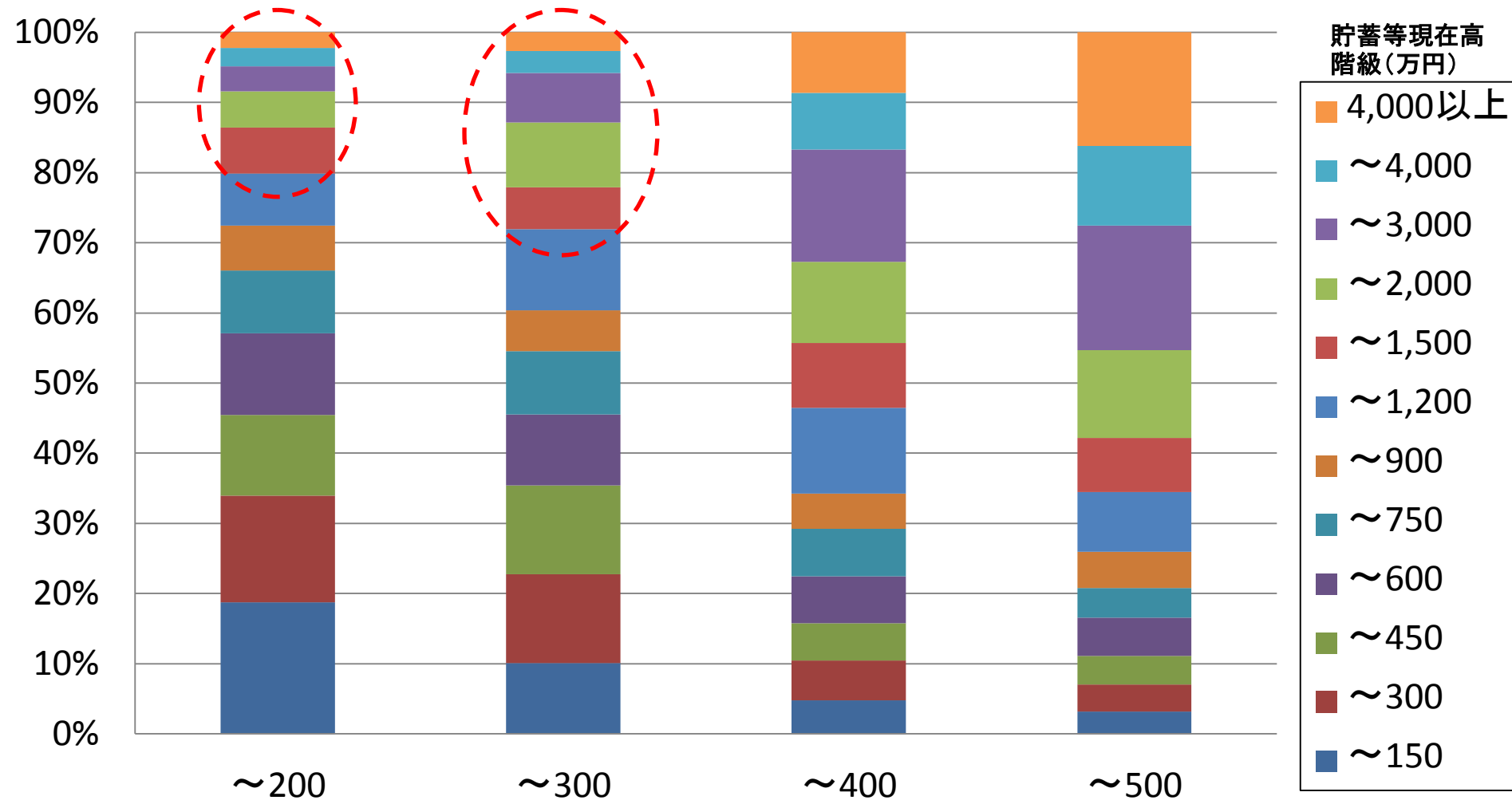
一方、保険者によって取扱いに違いが生じることが想定されることや、正確な資産把握が困難と考えられることから、慎重な検討が必要であるとの意見があった。

主な意見

- 現行の補足給付は、ある程度所得のフローについて考慮しているが、資産も含めて考慮していくという議論は、公平性を確保する観点から必要。
- 補足給付は、介護保険からは外して別の枠組みでやることとし、その上で、預貯金なり資産なりも考慮した上で受給対象者を決めるようにやる方がいい。
- 特養入所に当たって世帯分離をしなければ家族の負担が重くなる。補足給付は、あくまで本人の所得に着目して行われるべき。
- 現実的には、資産状況の正確な把握が困難であるということ、世帯認定や資産の把握の事務作業が増大することなど、課題も多い。保険者の意見も十分に踏まえた慎重な検討が必要。
- 例えば老人保健施設は中間施設であり、在宅に帰ることが想定されているのだから、資産を処分しなければ入所できないような状況にならないようにすべき。資産要件を課すのは適当ではない。

夫婦高齢者世帯の収入階級別貯蓄等保有状況

○ 収入200万円未満の世帯で貯蓄等が1,200万円以上の世帯の占める割合は20%、収入200万円以上300万円未満の世帯では28%。

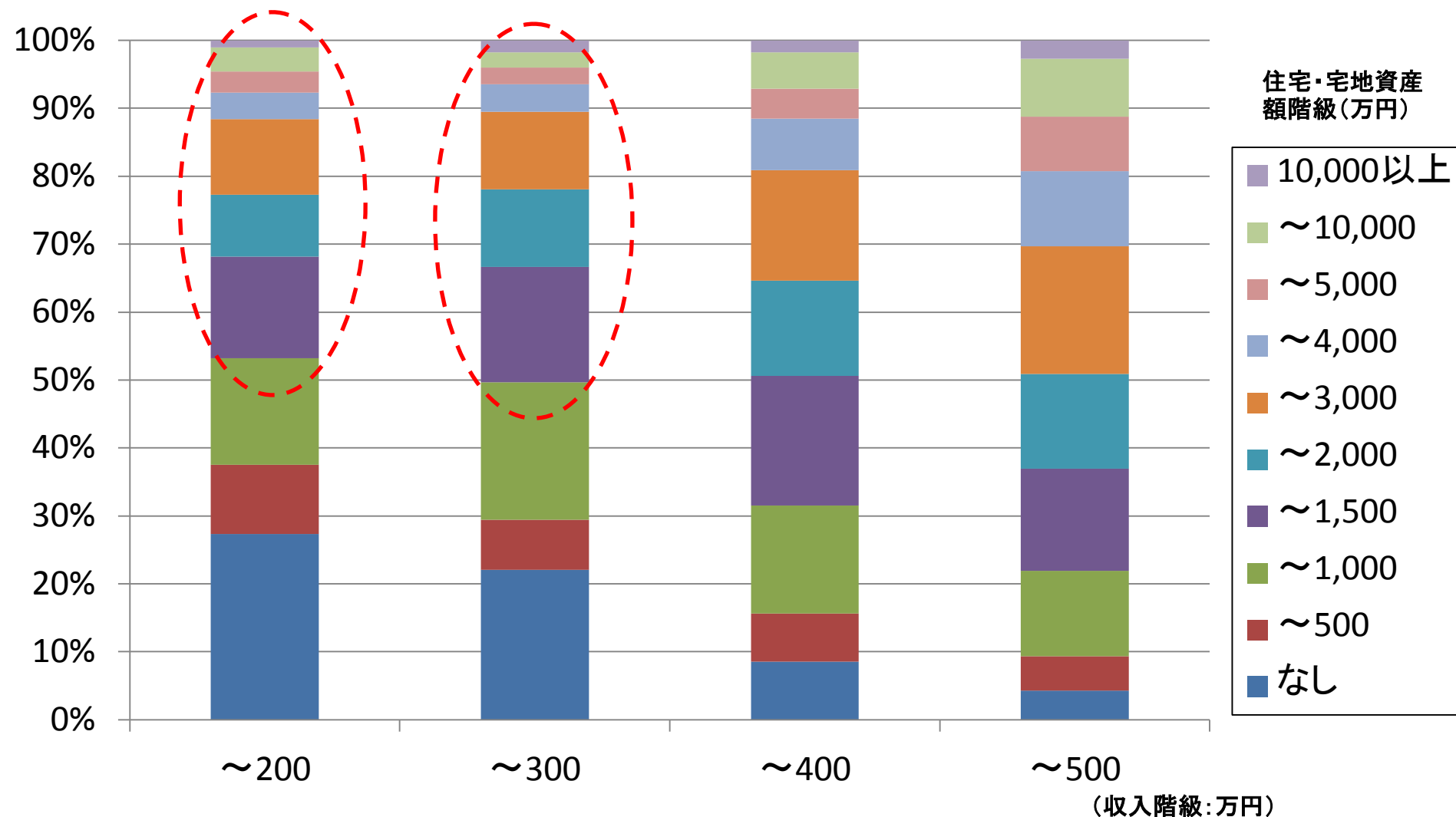


(収入階級:万円)

(注)「夫婦高齢者世帯」とは65歳以上の夫婦のみの世帯を指す [出典]平成21年全国消費実態調査

夫婦高齢者世帯の収入階級別住宅・宅地資産額状況

○ 収入200万円未満の世帯で住宅・宅地資産額が1,000万円以上の世帯の占める割合は47%、収入200万円以上300万円未満の世帯では50%。



(注)「夫婦高齢者世帯」とは65歳以上の夫婦のみの世帯を指す [出典]平成21年全国消費実態調査

補足給付における資産の勘案

○ 市町村民税課税層における食費・居住費の特例減額措置では、資産を勘案して給付を実施している。

市町村民税課税層における食費・居住費の特例減額措置

本人または世帯員が市町村民税を課税されている第4段階の高齢夫婦世帯で、一方が施設に入所し、食費・居住費を負担した結果、残された配偶者の在宅での生計が困難になるような場合に、第3段階とみなして特例的に補足給付を支給。

この特例の対象は、①～⑥の要件すべてを満たす者。対象期間は、③の要件に該当しなくなるまでの間で、食費もしくは居住費又はその両方について、利用者負担第3段階の負担限度額が適用される。

減額は、利用者の申請にもとづき、市町村が確認の上行われる。

特例減額措置の要件(すべてを満たす)	備考
①その属する世帯の構成員の数が2以上	高齢夫婦世帯を念頭に置いているが、当該世帯に限られない(年齢要件は定めない)
②介護保険施設(及び地域密着型介護老人福祉施設)に入所・入院し、利用者負担第4段階の食事・居住費を負担	施設入所に当たり世帯分離し、第3段階以下になる場合は適用されない ショートステイについては適用されない
③世帯の年間収入から施設の利用者負担(1割負担、食費、居住費)の見込額を除いた額が80万円以下 ●世帯:施設入所に当たり世帯分離した場合でも、世帯の年間収入は従前の世帯構成員の収入で計算 ●収入:公的年金等の収入金額+合計所得金額(雑所得を計算する上では、公的年金等に係る雑所得を算入しない) ●施設の利用者負担:特例減額措置の申請の際に入所する施設の1割負担、食費、居住費の見込額を計算	○所得証明書の提出または収入について申告 ○源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写しその他収入を証する書類、施設の契約書の写しを添付
④世帯の現金、預貯金等の額が450万円以下 (預貯金等には有価証券、債権等も含まれる)	○現金、預貯金の申告・通帳の写しを添付 ○有価証券等について申告
⑤世帯がその居住用の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用しうる資産を有していない	○世帯がその他利用しうる資産を有していないことを申告
⑥介護保険料を滞納していない	

資産を考慮した制度の一例

要保護世帯向け不動産担保型生活資金の概要

1 趣旨

【ストックのフロー化】

- 居住用不動産の現金化を容易にし、所有する住居に住み続けながらその活用を促す施策として創設。

【生活保護における居住用不動産の活用の徹底】

- 居住用不動産を有する高齢者世帯について、当該貸付金の利用を生活保護に優先させるとともに、利用している間は生活保護の適用を行わない。

2 実施主体

都道府県社会福祉協議会

3 貸付対象

原則として65歳以上の高齢者世帯で評価額500万円以上の居住用不動産資産を有し、本貸付金を利用しなければ保護の受給を要する世帯であると福祉事務所が認めた者

4 対象となる不動産

- ・ 評価額500万円以上の不動産(集合住宅含む)
- ・ 他の債権の担保になっていないこと

5 貸付条件

貸付限度額: 評価額の7割(集合住宅は5割)

貸付月額: 生活扶助基準額の1.5倍以内(福祉事務所の証明による)

貸付利子: 年利3%又は長期プライムレート(H23.4.1現在: 1.60%)のいずれか低い利率

償還時期: 借受人死亡時(配偶者が契約を承継する場合は、その配偶者死亡時)

連帯保証人: 不要

6 手続き

福祉事務所において、生活保護受給の要否及び貸付対象世帯該当性を判断し、該当する場合は、福祉事務所において、申請者に貸付の利用を指導するとともに、貸付対象世帯である旨の通知書及び必要事項を調査書等としてまとめたものを社協へ送付

7 その他

貸付原資負担割合: 国3/4、

都道府県又は指定都市1/4

貸付事務費負担割合: 国1/2、都道府県1/2

(不動産鑑定費用、登記に係る費用は保護の実施機関が負担)

“Medicaid Estate Recovery”について

(アメリカのメディケイドにおける受給者の遺産からの費用徴収)

- 1965年のメディケイドの創設当初から、一定の条件の下、州が死亡したメディケイドの受給者の遺産から費用を徴収することが認められていた。
- 1993年の連邦法 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1993) により、この費用の徴収が州の義務となり、メディケイドの施設サービス、在宅サービス、介護サービスに伴う医療の提供を受けていた受給者が死亡した場合、その遺産から州が費用を徴収することとなった。
- 費用の徴収の対象とする資産は各州法で定められるが、少なくとも受給者が遺言により子孫に残す遺産は費用の徴収対象とされ、それ以外の資産も徴収の対象とすることができる。
- 費用の徴収が不効率(資産が少ない等)の場合は、費用の徴収を免除することができる。
- 費用の徴収額は、受給者が55歳以降に受けた給付の総額を超えない。
- 遺族に遺族自身の資産から費用負担を求めることは禁じられているが、受給者が住んでいた住居はこの限りでない。
- 配偶者が生存している場合や、21歳未満や障害を持つ子どもがいる場合、兄弟や子どもが遺産である住居に居住している一定の場合については、費用の徴収をすることができない。

○ 「世代内(特に高齢世代内)での公平の確保、所得再分配機能の強化を図る」(「社会保障・税一体改革成案」)観点から、

- 在宅や居住系サービス利用の場合は自己負担となる居住費について、施設入所の場合には補足給付により助成を受ける一方、その結果保有する居住用資産や預貯金が保全されることについて、見直しが必要ではないか。
- 昨年の議論においては、正確な資産把握の困難さや保険者の事務負担の増加等への懸念が示されているが、上記の観点に立って、具体的に運営可能な仕組みの検討に着手すべきではないか。

その他の項目

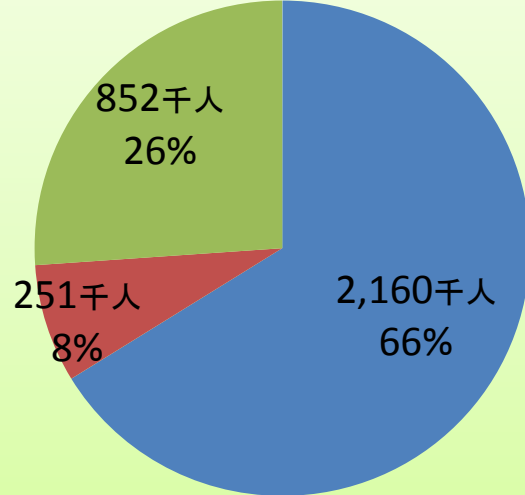
- 「介護施設の重点化」の観点からの検討

サービス類型ごとの利用者数／給付費内訳等

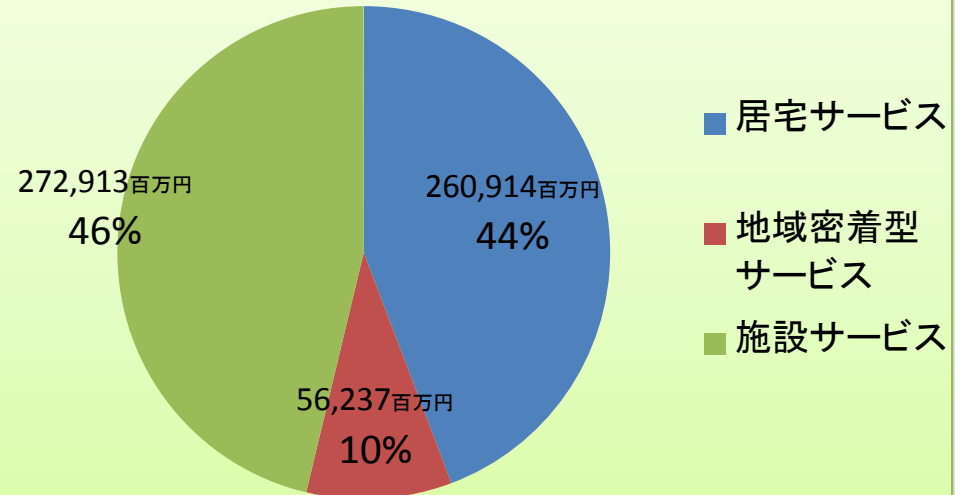
サービス利用者のうち、居宅・地域密着サービスは74%、施設サービスは26%であるが、給付費においては、居宅・地域密着サービスは54%、施設サービスは46%となっている。

利用者・給付費内訳

○利用者内訳

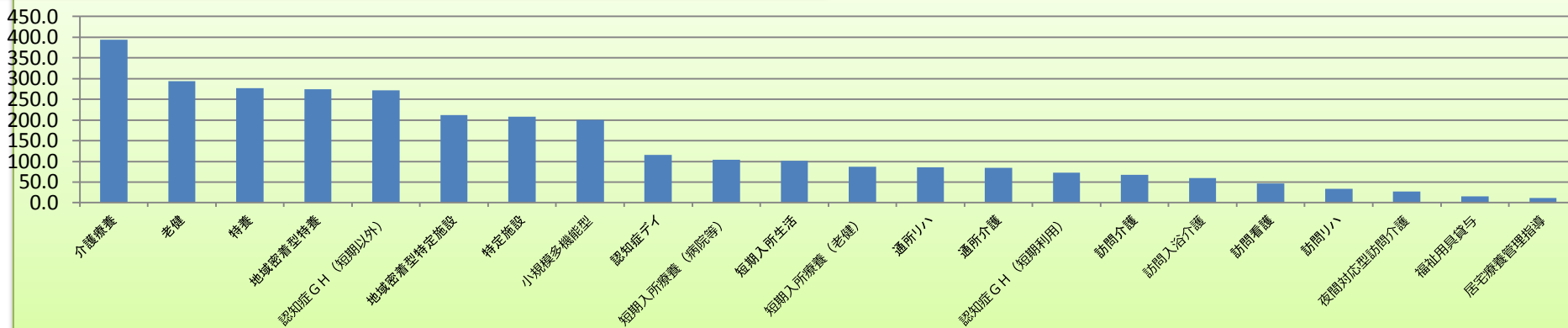


○給付費内訳(補足給付含む)



サービスごとの1人当たり給付費(補足給付含む)

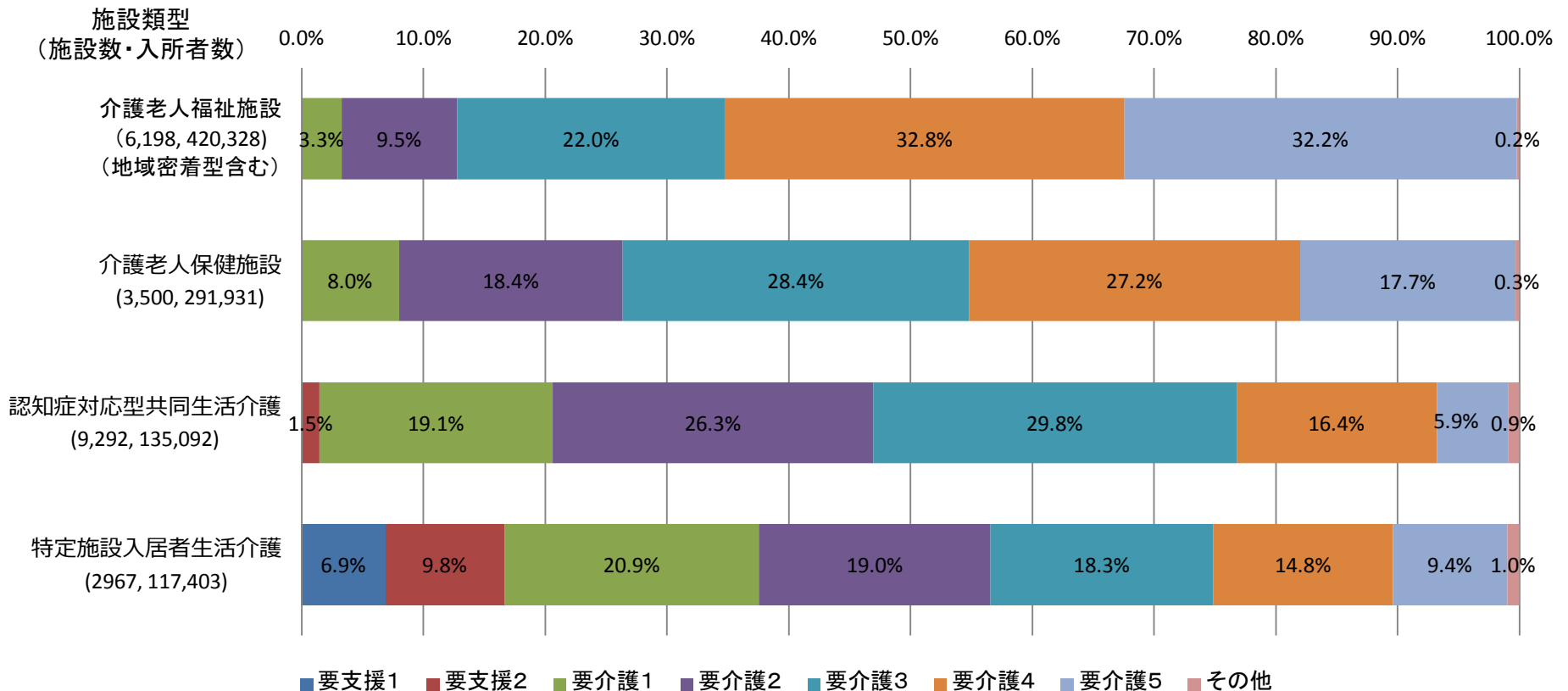
(単位: 千円/人)



要介護度別利用者の構成割合

介護老人福祉施設(特養)で要介護2以下の利用者の割合は13%、介護老人保健施設で要介護2以下の利用者の割合は26%。

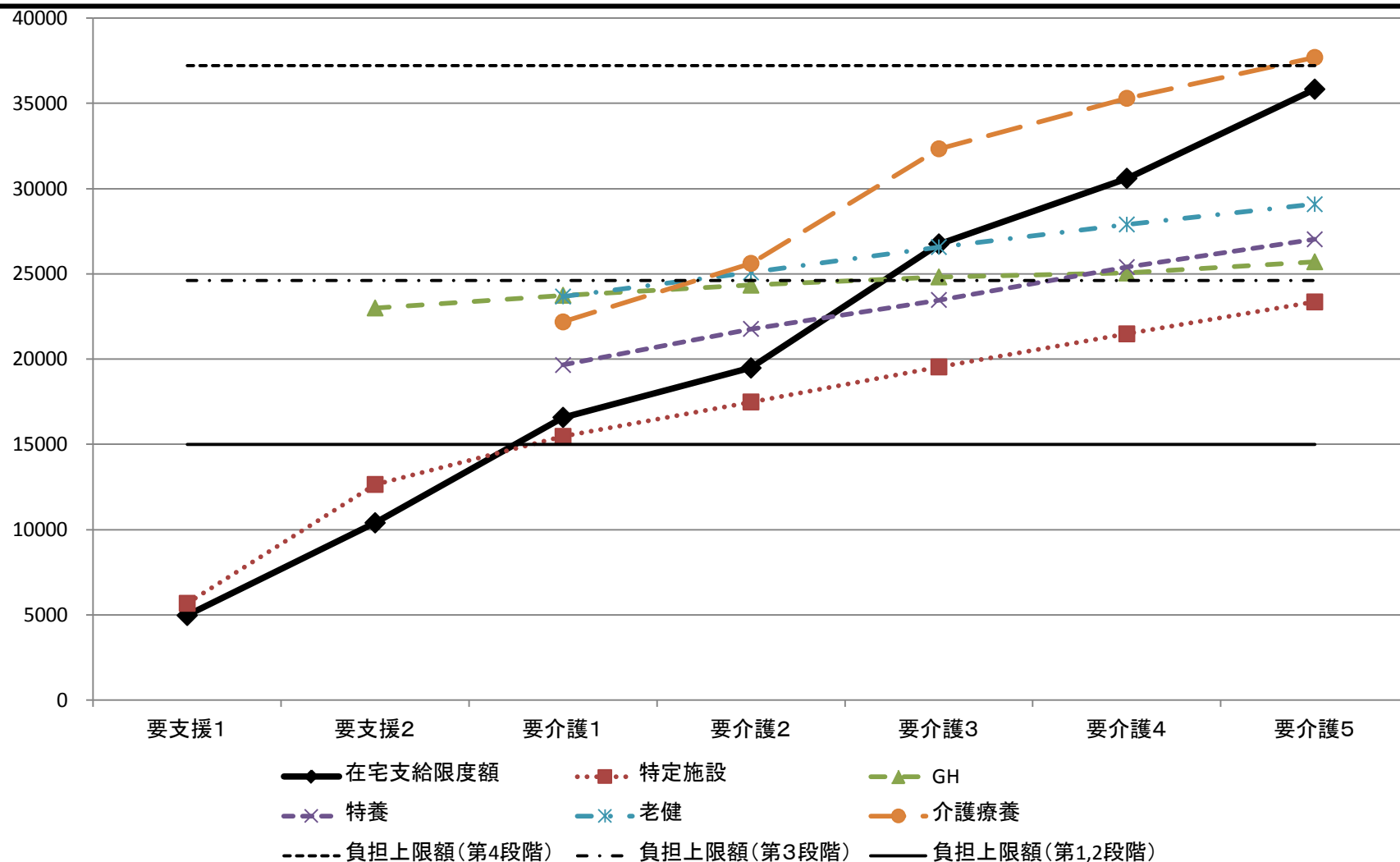
平成20年10月1日



(注) 特別養護老人ホームについては地域密着型介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護については地域密着型特定施設入居者生活介護もそれぞれ含む。

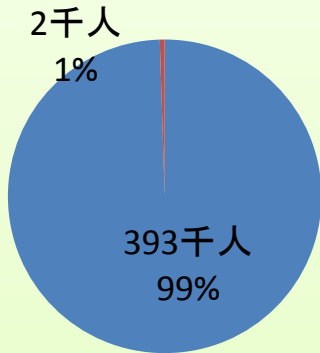
在宅の支給限度額と居住系・施設サービスの平均給付額の比較

○ 要介護1、2については、多くの居住系・施設系サービスの平均給付額が在宅の支給限度額を上回っている。

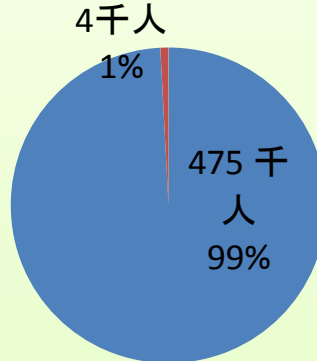


要介護度別サービス類型ごとの利用者数

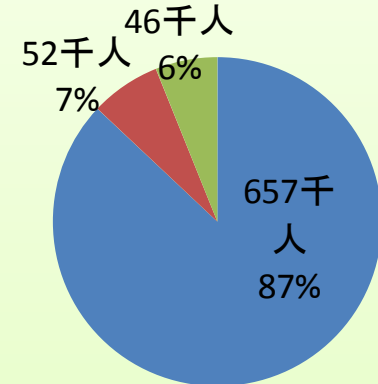
要支援1



要支援2

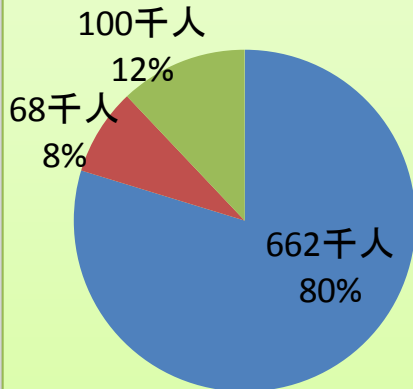


要介護1

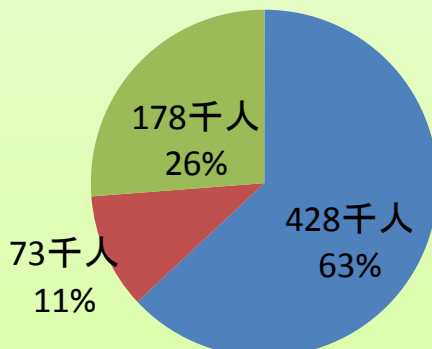


■ 介護予防居宅サービス ■ 介護予防地域密着型サービス

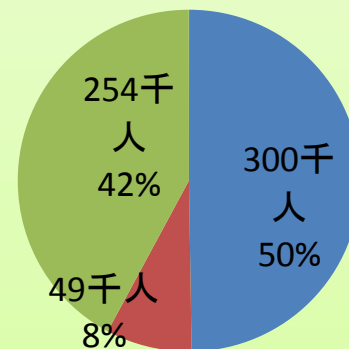
要介護2



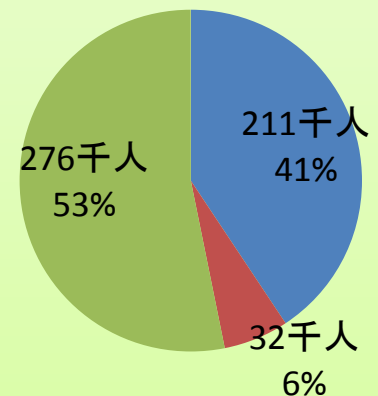
要介護3



要介護4



要介護5



■ 居宅サービス ■ 地域密着型サービス ■ 施設サービス

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成23年3月審査分)