

今後の検討事項

令和元年 8 月29日
厚生労働省老健局

今後の検討方針

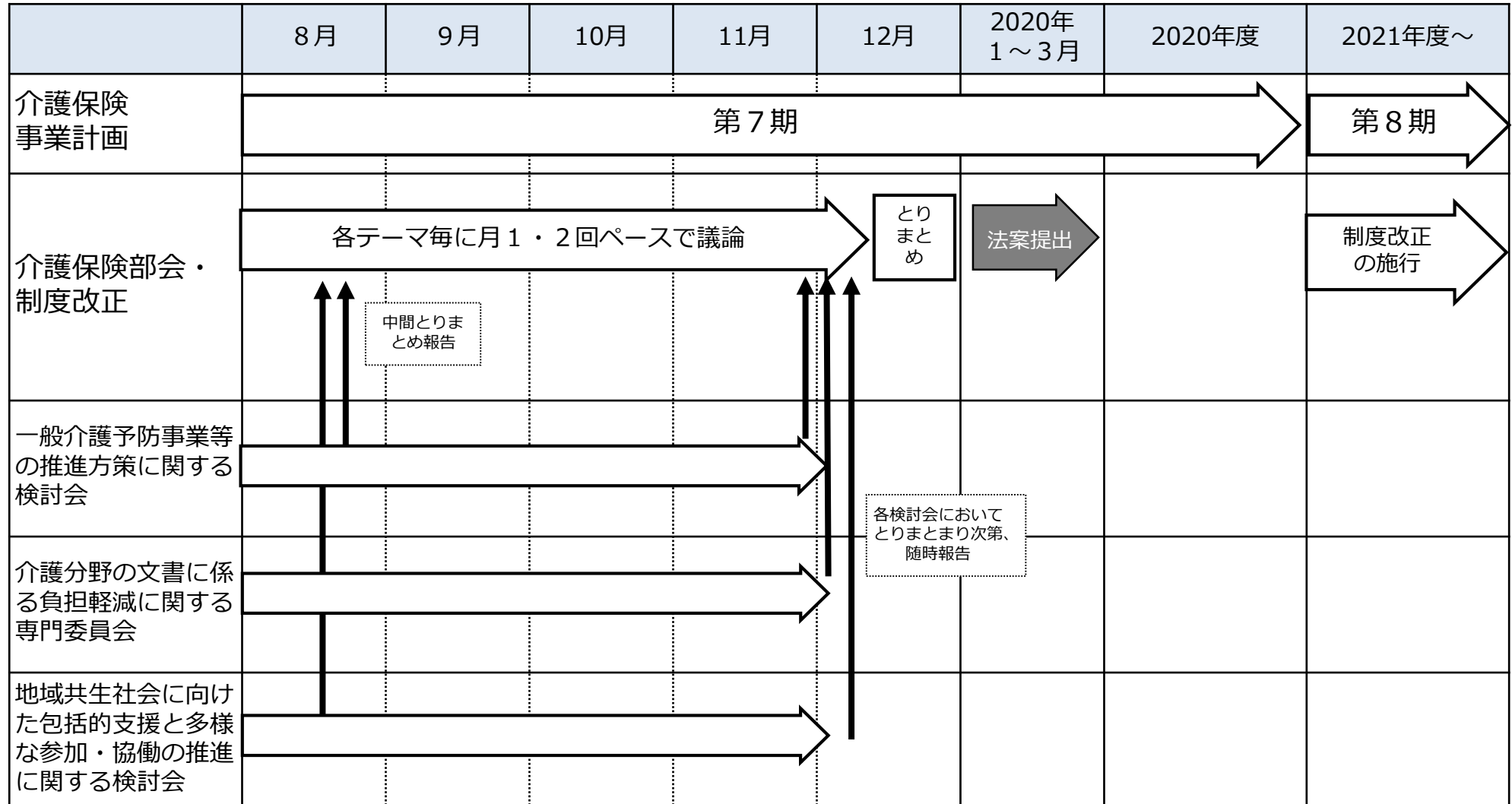
- 社会保障審議会介護保険部会においては、次期介護保険制度改正に向けて、本年2月25日の回において、以下の主な検討事項を提示した。
 - ・ 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）
 - ・ 保険者機能の強化（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）
 - ・ 地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護の提供・整備）
 - ・ 認知症「共生」・「予防」の推進
 - ・ 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新
- 以降、これまでに、各検討テーマについて、以下の通り、幅広く議論を進めてきたところ。
 - ・ 第75回（2月25日） 今後のスケジュール、主な検討事項、介護保険制度をめぐる状況 等
 - ・ 第76回（3月20日） 介護予防・健康づくりと保険者機能の強化 等
 - ・ 第77回（5月23日） 地域包括ケアシステムの推進① 等
 - ・ 第78回（6月20日） 地域包括ケアシステムの推進②、認知症施策の総合的な推進、等
 - ・ 第79回（7月26日） 介護人材の確保・介護現場の革新 等
- 今後は、年末のとりまとめに向けて、各テーマについて、これまでの議論等を踏まえながら、次のとおり更に検討を深める。

また、「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」の立ち上げについて、5月23日の回に報告があったが、その後7月19日に中間とりまとめが公表されたところ。地域共生社会の実現については、介護保険制度も密接に関わるテーマであることから、このテーマとの関係も含めて、併せて議論を深めていく。

これまでの議論と今後の検討

今後の検討スケジュール（案）

○ 今後、以下のスケジュール案に沿って、検討を進めていく。



※ 上記の他、関係する審議会等における議論についても、随時、テーマに沿って、議論・報告を行う。

※ 介護報酬改定については、今後、社会保障審議会介護給付費分科会において議論。

I 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）

II 保険者機能の強化（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）①

これまでの議論

1. 主な論点

- 地域包括支援センターについて、今後求められる役割、その役割を効果的に果たすための取組 等
- ケアマネジメントについて、介護支援専門員が役割を効果的に果たせるようにするための取組 等
- 介護予防・日常生活総合支援事業（総合事業）等について、より効果的に推進するための取組、地域支援事業の社会保障充実分の4事業のより有効な展開に向けた改善点 等
- 地域支援事業等全体について、地域のつながり機能・マネジメント機能強化等の観点からの検討事項、市町村の取組状況のばらつきへの対応 等
- 一般介護予防事業等について、今後求められる機能、専門職の関与の方策等、PDCAサイクルに沿った更なる推進方策 等
- 保険者機能強化推進交付金のインセンティブ機能強化に向けた方策（特に「通いの場」等地域づくりの推進に向けて） 等

2. 委員からの主な意見

（地域包括支援センター）

- ・ 地域包括支援センターの業務が近年非常に過大になっており、見直しが必要。
- ・ 地域包括支援センターは、今後は個別のケアよりも地域全体を見越した連携、調整等の職務に軸足を置かざるを得ないのではないか。
- ・ 地域包括支援センターの業務で、事業者任せられるものはそちらに移行させればよい。国が移行等の方策を示し、市町村が選択するという形もあるのではないか。
- ・ 地域の既存の資源を使って相談支援の仕組みを地域で事業化していくことで、地域包括支援センターの業務軽減や地域全体のケアの質の向上に貢献できるのではないか。
- ・ 業務が多いことを踏まえて、介護予防支援のケアマネジメントについて、居宅介護支援事業所への委託や移行を検討する必要がある。
- ・ 総合相談の件数を踏まえても、今の体制は十分ではなく、職員の増員とそのための財源が不可欠。
- ・ 賃金や雇用形態など職場環境の改善を行うことが機能強化にもつながるのではないか。
- ・ 地域包括支援センターについて、新たな財源を投与して整備を図るよりも、既存の社会資源を有効利用すべき。例えばセンターが委託されている場合に、センターと委託を受けている施設と一体的な運営を行うことが考えられる。
- ・ 保険者が地域包括支援センターの現状についてきちんと把握し、しっかりと連携していくことが必要。
- ・ 介護離職防止について、地域包括支援センターがしっかりと連携して家族支援に取り組む必要がある。
- ・ 介護離職ゼロの相談窓口について、居宅介護支援事業所や介護保険施設等と連携して進めることが考えられる。
- ・ 地域包括支援センターの評価指標について、センターの負担感も考慮して集約化、簡略化が必要。

I 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）

II 保険者機能の強化（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）②

これまでの議論

（ケアマネジメント）

- ・ 認知症の人が増えていく中で、介護支援専門員にはリハビリ等の医療系サービスの重要性や認知症に対する理解を一層深める必要がある。
- ・ 予後予測を踏まえたケアプランの作成が進むことが求められる。
- ・ 医療ニーズへの対応も含めケアマネジャーが資格・能力を十分に発揮できるよう環境整備や支援が重要。
- ・ 質の向上に向けて、適切な手法の策定や研修の充実等が重要。
- ・ 各分野の多職種連携を行う上で、例えば健康や医療等、相談窓口が増えていくことは有用。
- ・ 居宅介護支援事業所の管理者要件について、今後さらに居宅介護事業所の廃止、休止が進むことが予測され、ケアプラン作成に大きく影響することが懸念される。

（総合事業等）

- ・ サービス単価が低く、見直しが必要。
- ・ 補助事業・委託事業の方式では自由度がなく、事業者も参入しづらい。交付金化するなど地域の実態に応じた事業展開ができる仕組みに変えていくべきではないか。
- ・ 住民参加型サービスが少ない状況について、先進的な取組事例の紹介に加えて、取組が困難な理由や要因の検証を行うべき。
- ・ 住民参加型サービスを進める上で、柔軟な取組を運用していけるようなもう少し明確な基準がある方が自治体が動きやすいのではないか。
- ・ 訪問型サービスについて、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などより多職種の訪問にも取り組む必要があるのではないか。
- ・ 多様なサービスは医学的・科学的根拠に基づいて実施すべき。医師、看護師、栄養士、薬剤師、リハビリ専門職等の連携、業界団体との連携を密に行っていくことが必要。
- ・ 介護保険制度と総合事業を一体的に進展させていくためにも、総合事業の現状や実態を保険者単位で把握して評価していくことが必要。
- ・ 要介護1・2の方は生活援助サービスにより自立して生活ができている面があり、総合事業の多様なサービスの実施体制が十分確保されていない中で生活援助サービスの総合事業化を検討するのは時期尚早。

（地域支援事業等全体）

- ・ 保険者である市町村が地域分析をしっかりと行い事業計画に反映していくことが重要。介護保険担当部門に保健師を配置して地域分析を実施できる体制構築が必要。複数市町村における保健師の協同や都道府県による広域支援が求められる。

I 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）

II 保険者機能の強化（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）③

これまでの議論

（一般介護予防事業等）

- ・ 介護予防施策を推進する際には、年齢層や性別など集団ごとの特性に応じた対応を考える必要がある。
- ・ 介護予防において、要介護になる原因を考え、予防できることにアプローチしていくことが肝要。
- ・ 介護予防はできる限り医学的根拠、科学的根拠に基づき実施し、データをしっかりとってPDCAを回していくことが必要。市町村において科学的に意味のある取組ができるよう、国・都道府県が統計学的分析の支援を行うことが必要。
- ・ 介護関連データベースを活用したエビデンスに基づいた予防・健康づくりの事業を実施していくことが必要。効果検証・データ蓄積という一連の流れにより精度を高めていくことが重要。
- ・ エビデンスベースで評価をしながら検討すべき。データの蓄積が重要であり、各指標等はフォーマットが全国统一されたものを活用すべき。
- ・ 介護予防について、取組の結果どのような効果や改善が見られたか定量的に把握し効果的な取組につなげていくためのアウトカム指標をつくることが望ましい。
- ・ エビデンスをとって費用対効果を検証していくことが必要。
- ・ 健康寿命の延伸の主張が、介護認定を受けた人たちの人間の尊厳を傷つけることにならないよう配慮が必要。
- ・ 介護予防の取組について、主体的な参加だけでは厳しい状況もあり、通いの場に参加していない95%の方に届くにはどうしていくべきか考えなければならない。
- ・ 通いの場の数が増えていく中で、これからはその質が重要となる。開催頻度を上げていくこと、また、そこで何をするかが非常に重要であり、専門職との連携等が求められる。
- ・ 高齢者の社会参加についても多様なニーズがあり、通いの場だけではない対応を考える必要がある。
- ・ 健康ポイントや保険料の減免など、社会参加や健康づくりに向けた個人に対する働きかけ、誘因付けも検討すべきではないか。
- ・ 介護予防へ的高齢者の担い手としての参加について、介護予防、学び、収入と一石三鳥となるような環境整備が必要ではないか。
- ・ 通いの場の充実に際して、一般介護予防事業の上限額の考え方を再考するべき。
- ・ 都市部の現役世代は地域とのかかわりが少なく、退職時になってすぐに地域活動に参加しにくい状況があり、なんらかの仕掛けが必要。
- ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の仕組みづくりが重要。データを活用して必要な対象者に早めにアプローチする予防プログラムや友人が参加すれば声をかけられるような仕組みづくりなど、データベースで地域のつながりとの相乗的な運用を検討してもよいのではないか。
- ・ 高齢者の刺激や感動の場を多くつくすることで、介護認定を遅らせる効果につながっている。若い世代からの対応も重要であり、介護保険と医療保険が連携して共同で対策を講じることも必要。
- ・ 多職種の専門職が配置されている老健施設に、フレイル対策等の介護予防事業の一部を担うよう義務付けることも考えられるのではないか。
- ・ 自治体が介護保険制度外で事業を行い高齢者の健康維持を図っているケースもあり、それらについて手当していくことも必要ではないか。
- ・ 一般介護予防事業について、第2号被保険者の保険料を財源とするのはどうなのか。地域支援事業の中で当該保険料を財源とするかどうかの線引きについて再検討すべきではないか。

I 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）

II 保険者機能の強化（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）④

これまでの議論

（保険者機能強化推進交付金）

- ・ 制度の持続可能性を維持していくためには介護給付費や要介護認定率など不合理な地域差を縮減していくことも重要。保険者機能強化推進交付金の評価指標やインセンティブのあり方などについて見直しをしていく必要がある。
- ・ 保険者機能強化推進交付金の評価指標について、もう少しアウトカム・成果を反映させるとよいのではないか。
- ・ 保険者機能強化推進交付金の評価指標について、指標自体の物差しがはっきりしない部分も多いのではないか。
- ・ 保険者機能強化推進交付金について、自立支援や重度化防止の取組は本来保険者が担うべき業務の一つに過ぎず、効果検証をしっかりと行う必要がある。
- ・ 自治体の業務体制がまちまちであることも踏まえると、まずは最低限実行しなければならない内容を明確にした上で、その上位の目標となる指標を示した上でインセンティブを付けることで、全体の底上げを図っていくことが必要ではないか。
- ・ 保険者機能強化推進交付金について、取組をきちんとやっているところやよい取組、重要な取組をやっているところに多く配点されるようメリハリを付けることが必要。
- ・ 保険者機能強化推進交付金について、本来やるべきことができていない保険者からはペナルティーをとってもよいのではないか。
- ・ 保険者機能強化推進交付金の評価指標について、短期間で評価指標の仕様を変えられることは自治体にとって不安であり、中長期的な観点に立った目標が見えやすい指標の設定を行うべき。
- ・ 保険者機能強化推進交付金について、予算額を増額するとともに、毎年度の安定的な予算の確保が求められる。
- ・ 前期高齢者と後期高齢者では例えば健康寿命の改善の伸びしろも異なり、インセンティブ付与の評価にあたっては年齢等の要素をきちんと調整すべき。
- ・ 保険者機能の強化のために調整交付金を活用するのは、趣旨が異なるのではないか。

（保険者の取組）

- ・ 労働力人口の見通しからは人材確保に課題があることを踏まえれば、効果的・効率的な介護を実現するため、介護のデータ収集・活用が重要。
- ・ 介護サービスが必要な方だけではなく、保険加入者全体を見ていく視点が重要。まだ要介護にならない段階から予防に取り組み、さらに重度化を防ぐという全体像を把握することが重要。そのためには住民全体を把握できるデータが必要。
- ・ 保険者と地域包括支援センターの役割整理を行った上で、マクロ的なデータ、地域包括が吸い上げてくる地域個別のデータを把握し、対策を一緒になって考えることが重要であり、保険者がそのような力をつけていくことが必要。
- ・ 市町村ごとの予防、健康づくりの取組にばらつきが生じていることについて、都道府県のバックアップ体制が適切に機能しているかという点も含めて分析した上で対策を講じる必要がある。

（その他）

- ・ 介護保険の保険者は市町村であるが、若者を吸収しながら老いていく東京圏、支え手を失う地方圏という現象も予測される中で、保険者自体のあり方が持続可能なものなのか、議論が必要。
- ・ 介護保険料やサービスの地域差が大きくなる中で、保険者を都道府県とすることも考えるべきではないか。

I 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）

II 保険者機能の強化（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）⑤

これまでの議論と今後の検討

3. 最近の動き

- 一般介護予防事業等に今後求められる機能やPDCAサイクルに沿った更なる推進方策等の検討を集中的に実施し、介護保険部会の議論に資するため、本年5月から「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」を設置して議論を開始。8月23日に中間取りまとめを公表。
- 「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。以下「骨太方針2019」という。）において、保険者機能の強化について、「一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する。」とされている。
- また、骨太方針2019や「成長戦略実行計画」（令和元年6月21日閣議決定）等において、介護予防の促進のため保険者機能強化推進交付金の抜本的な強化を図ること等が記載されている。さらに、骨太方針2019においては、「第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策について、地方自治体関係者の意見も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、所要の措置を講ずる。」とされている。

4. 今後の検討

- 一般介護予防事業等について、「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」の検討をふまえながら、一般介護予防事業等に今後求められる機能、専門職の関与の方策等、PDCAサイクルに沿った推進方策について検討を深めるとともに、地域支援事業等の他の事業との連携方策や効果的な実施方法、在り方等について検討を進める。
- 地域包括支援センターについて、高齢化の進展への対応等の課題を踏まえた機能強化、業務や体制の在り方等について検討を深める。
- ケアマネジメントについて、高齢者の多様なニーズに対応した適切なサービス提供の観点から、介護支援専門員がその役割を効果的に果たしながら質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備の方策について検討を深める。
- 総合事業等について、効果的な推進に向けて、運営面、制度面での対応方策について検討を深める。

I 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）

II 保険者機能の強化（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）⑥

今後の検討

4. 今後の検討（続き）

- 保険者機能強化推進交付金について、評価指標の見直しやメリハリ付け等について検討を深める。また、保険者インセンティブの強化の方策について検討を進める。
- 調整交付金について、求められる機能等を踏まえながら、検討を進める。
 - ※調整交付金：保険者の責めによらない以下の要因による第1号保険料の水準格差を、給付費全体の5%に相当する国庫負担金を活用して、全国ベースで平準化するために市町村に交付されるもの。
 - ①第1号被保険者に占める、要介護リスクの高い後期高齢者の加入割合の違い
 - ②第1号被保険者の所得段階（1～9段階）別加入割合の差
- 保険者機能の強化に向けて、国・都道府県による支援のあり方について検討を進める。また、データ利活用の方策等について検討を進める。

これまでの議論

1. 主な論点

- 介護サービスの基盤整備について、高齢化の進展・度合いの地域差を踏まえた2025年を見据えた介護の受け皿整備の方策、介護離職ゼロの実現に向けての受け皿となるサービスごとの役割分担 等
- 地域の高齢者を支えるサービス整備について、高齢化の進展・度合いの地域差を踏まえた2025年を見据えたサービス整備の方策、既存施設の活用等の工夫、都市部とそれ以外におけるサービス整備のあり方 等
- 医療・介護連携について、役割分担と連携の推進、介護医療院への円滑な転換、在宅医療・介護連携推進事業の推進方策 等

2. 委員からの主な意見

（介護サービスの基盤整備）

- ・ 足元の介護離職者数を踏まえれば、現在の受け皿整備予定数では足りないのではないか。受け皿対象サービスを拡大していくことも考えられるのではないかな。
- ・ 介護離職ゼロの受け皿は単価の高い、あるいは定額のサービスであり、その整備は保険料の上昇要因となる懸念がある。
- ・ 介護離職の理由としては仕事と介護の両立が難しいということが多く、施設をつくったら即解消するというものではないのではないかな。
- ・ 家族にとっては軽度者や中重度で介護の負担が左右されるわけではなく、介護者の両立支援の観点からも、要介護3未満の者に対するサービスの受け皿整備も検討することが必要。
- ・ 受け皿整備とともに人材確保が必要であり、特に生産年齢人口が大きく減少する地方における人材確保策を強化する必要。
- ・ 介護の受け皿については、新規に整備することは人材確保の問題もある。既存の社会資源の活用や既存のサービス機能を高めること（例えば全ての老健施設が強化型になるなど）で介護の受け皿機能を高めるという考え方も今後は必要ではないかな。
- ・ 有料老人ホーム、サ高住など生活支援サービスがついている施設が増える中で、これらにおける在宅サービスの利用など介護報酬への影響を把握、分析した上で事業計画を立てていくべきではないかな。
- ・ 有料老人ホームやサ高住で自費利用の負担が大きいとの訴えも多くあり、基盤整備にあたっては利用者負担だけでなく自費利用の負担能力についても検討する必要がある。
- ・ 有料老人ホームやサ高住の整備が進む中で地域によっては需要よりも供給がオーバーしている現状もある。市町村がより精緻な事業計画をたてられるよう、在宅医療・在宅介護のニーズ把握についてデータツールを用いるなどして支援を行うべき。
- ・ 介護保険事業計画は常に連続性を持って長期の視点で策定することが重要であり、2025年のみならず2040年を見据えて検討する必要がある。
- ・ 特定施設入居者生活介護以外のサ高住等においても、看取りや医療・介護ニーズを支えている部分があり、これらを介護保険事業計画に含めていくことが必要。その際、地域の要介護者の所得水準等も勘案することが必要。
- ・ 過不足のない介護の提供体制とすることが重要であり、医療療養病床の介護医療院への転換もふまえて介護保険事業計画を検討する必要がある。
- ・ 新規の施設整備や事業所設置については、高齢者が減少する時代も見据えて、事業者の経営の持続可能性も含めて検討する必要がある。

（地域の高齢者を支えるサービス整備）

- ・ 介護保険事業計画は地域医療計画の在宅医療との兼ね合い、連動が重要となる。都道府県による市町村支援、適切な地域分析が必要。
- ・ 地域医療構想を受けて入院外で受け止める新たな30万人について、医療と介護の連携で、在宅医療、介護施設等で受け止められるよう人材確保も含めて議論が必要。
- ・ 貯蓄の低い人も含めて、誰もが施設や居住系サービスを利用できるようにすることが必要。
- ・ 地域包括ケアシステムの考え方からは、在宅限界を高めていく在宅サービスの充実も重要。
- ・ 基盤整備というと施設の整備に目が行きがちであるが、在宅を支えるサービスの環境が実情を支えきれるものになっているか、しっかりと議論が必要。
- ・ 包括報酬型の在宅サービス、複合型サービス、保険外サービスと組み合わせた仕組みを取り入れることで少ない人材での多様な対応、生産性の向上にも寄与するのではないか。
- ・ 団塊の世代が75歳以上となっていく中で、高齢者像が変わること、サービスの質、内容に対するニーズが変わっていくことも踏まえて提供体制を確保していく必要がある。
- ・ 都市部といっても、もともとそこに居住していた人と転居してきた人で違いもあり、介護のニーズを広域的・流動的に考えるという観点もあるのではないか。
- ・ 地方においては集住化して効率的に医療・介護サービスを過不足なく提供していくことが重要な課題。訪問系の職員はサービス提供よりも移動で大きく時間が消費されていることにも留意。
- ・ 新規に事業所を増やすことは人材不足の問題が付きまとう中で、既存の社会資源の利活用、それぞれのサービスの機能の柔軟な運用を検討することが必要。
- ・ 複数のサービスを組み合わせて整備を促していくと、地方の資金力の乏しい小規模法人の参入を妨げて、大規模法人の寡占化を促進するおそれがある。
- ・ 民間サービスとの連携も考えていくことが必要。
- ・ 異なる種別のサービスを合築する場合に、専門職の配置基準を緩和することは考えられないか。
- ・ 既存施設の空きスペースの活用等について、指定基準、人員、面積基準上での共用を幅広く認めることで活用が増えるのではないか。
- ・ 地域密着型サービスの整備について、地域によるばらつきもあり、保険者や地域住民への理解を促進していくことが必要。
- ・ 医療と介護を一体的に提供できる看護小規模多機能型居宅介護について、施設数が伸びてこない現状があり、計画どおりの整備が進むような手段や機能強化の方策を検討すべき。
- ・ 小規模多機能の整備について、計画どおりに進んでいないことについて分析・対応が必要。
- ・ 小規模多機能等は利用にあたってケアマネジャーを変更しなければならないことが普及の阻害要因となっている。
- ・ 利用者の状態・状況にあわせて各種サービスを組み合わせて適切に利用していく上で、ケアマネジャーの資質の向上が非常に重要。

これまでの議論

（医療・介護連携）

- ・ 介護・医療サービスの整備について、必要量は一体的に算出されているが、具体の整備は介護は介護、医療は医療の議論に終始している。介護サービスの整備は医療提供体制のあり方と一体的に議論が行われることが必要。
- ・ 医療介護連携を一層推進するためには、要介護者の日常の様子や状態の変化などを関係者が情報共有できるシステム開発等、ICTやデータの利活用を推進することが重要。
- ・ 医療介護連携の取組は市町村差が生じており、都道府県が地域分析とデータに基づいた根拠を示しながら支援していくことや市町村の人材を強化していくことが必要。
- ・ 介護医療院について、移行等支援策を充実させて、円滑な転換を進めていくべき。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業について、進捗状況は相談窓口の設置や研修の実施等にとどまっており、この事業を非常に効率的に行っているような市町村の好事例を示すことが必要。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業は、市町村にとって初めての医療政策であり、その実施にはノウハウが必要。医学的・科学的根拠のある取組、専門性の高い取組を行えるよう、関係団体や専門職との連携が必要。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業について、8項目の事業で足りるのか。医療の必要性の高い利用者に対する相談支援など、新たな事業も必要ではないか。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業について、取り組んでいるか・いないかではなく、取り組んだ結果としてどのような成果があったのかが重要。
- ・ 介護事業所がそれぞれ医療職を抱えていくことは難しく、地域の既存の医療系サービスが介護サービスの事業所に外付けで入っていける仕組みの拡大を検討すべき。
- ・ 特定施設について、要介護度の高い入居者が多いが、看護職員の配置が少なく、入居者の医療ニーズに対応するのは難しい状況がある。介護保険の訪問看護と連携した対応を検討する必要がある。
- ・ 高齢者がみずから希望する医療・ケアを選択して本人と家族が納得した上で人生の最終段階を迎えられるよう支援を行っていくことが必要であり、ACP（Advance Care Planning）について市民啓発を進める必要。

（その他）

- ・ 市民には地域包括ケアシステムについて十分な認識がない。全国的なPRや必要性の意識付け、啓発活動等を積極的に行うことが必要。
- ・ 団塊の世代が後期高齢者になる中で、これまで自治体に参加したことがないような方々が地域包括ケアの世界に入ってくることになる。別の視点での検討が必要。
- ・ 住民ニーズを調査する際には、住民が制度を含めてよく理解し、より適切な選択肢がとれるよう、事前の情報提供や議論の場など住民教育の視点も加えるべきではないか。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築はまちづくりの観点も重要であり、成功事例を踏まえるとコーディネートできる人材の確保育成が課題。

今後の検討

3. 今後の検討

- 介護サービスの基盤整備について、地域特性や高齢者向け住まい（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）の整備状況等も踏まえながら適切に進めるための方策について検討を深める。
- 地域の高齢者を支えるサービス整備について、地域特性等も踏まえながら、各サービスを適切に組み合わせて整備していくための方策について検討を深める。
- 医療・介護連携について、在宅医療・介護連携推進事業の在り方、介護医療院への円滑な転換等について検討を深める。
- 介護DB等の更なる活用や科学的介護の実現に繋がるよう、介護分野におけるデータ活用方策について検討を深める。

1. 主な論点

- 認知症施策推進大綱を推進するための方策 等

2. 委員からの主な意見

- ・ 認知症施策推進大綱に沿って具体的に認知症施策が推進されることを期待。あわせてその流れの中で介護保険制度改正の議論・検討がなされるべき。
- ・ 予防について、誤った受け止め方が生じないよう十分な配慮が必要。ともすれば本人が予防に努めなかったから認知症になってしまったという新たな偏見や誤解が生じるようでは共生社会の実現とは整合性がない。
- ・ 予防については可能な限りエビデンスを使いながら議論することが必要。
- ・ エビデンスは日進月歩で変わってきており、きちんとしたエビデンスを考慮しながら、国民、医療・介護関係者、高齢者向けのメッセージを発信していくべき。
- ・ 予防について、短期的な視点では難しく、長期的な予防、啓発、若いうちからの働きかけが重要。
- ・ 予防の民間商品やサービスについて、どのようなものが適切か質について十分検討していく必要がある。
- ・ 70歳での認知症の発症を10年間で1歳遅らせるというメッセージについては、それを補完するデータをもう少し示した方が国民は理解しやすいのではないか。
- ・ 認知症予防対策を進めるにあたっては、企業における健康経営の推進という観点からも取組を進めるべき。
- ・ 認知症予防について、通いの場に限らず、例えば農業活動やスポーツ、生涯学習などさまざまな活動を通じた取組を進めていくべき。
- ・ 早期段階での発見、適切なサービス・療養の相談窓口や医療につなぐ取組が弱いのではないか。共生・予防・早期発見として、通いの場でのスクリーニングの実施なども検討すべきではないか。
- ・ 認知症初期集中支援チームについて、専門職の確保育成、チーム全体の質の向上が必要。先進的な取組を横展開して取組を充実していく必要があり、市町村へのさらなる支援が必要。
- ・ 認知症初期集中支援チームについて、困難事例への対応が大半を占めている状況であり、ケアマネジャーやかかりつけ医の存在も前提に、その真の対象者や役割をアウトカム評価も行いながら見直すことが必要。
- ・ 認知症の早期診断のためには、認知症初期集中支援チームというよりは、かかりつけ医の早期診断・早期対応が有効。内科だけではなく、整形外科や眼科など高齢者が受診する科の医師の認知症研修の受講が求められる。
- ・ 認知症初期集中支援チームや地域包括支援センターの相談窓口などの周知を進めることが重要。
- ・ 早期発見しても医学的予後は変わらないので、そちらに労力を使うよりも、発症して進行しても共生ができるようにすることに重きを置いて取り組むべき。

これまでの議論と今後の検討

2. 委員からの主な意見（続き）

- ・ サービス提供者の資質の向上がこれまで以上に重要。出前研修など、小規模事業者において研修を受講しやすい仕組みづくりを進めるべき。
- ・ 認知症サポーターについて、座学だけではなく、例えば介護施設が地域に開かれてボランティアの機会を増やすなど、認知症の方と接点を増やしていくことが必要。
- ・ 認知症サポーターについて、キャラバンメイトの育成を進め、介護サービスを提供している事業所は必ず認知症サポーターも養成できる形をつくることで、裾野を一層広げていくことができるのではないかな。
- ・ チームオレンジについて、引退した専門職が活躍できるようなアプローチも検討すべき。
- ・ 認知症カフェに医師や専門家が参画することで、その質を高めていくことができるのではないかな。
- ・ 国民への普及啓発について、特に企業や組織において、働いている本人が認知症になった場合に組織から排除されずに可能な限り働き続けることができる環境を整備していくという視点も含めて行っていく必要がある。
- ・ 認知症については多くの方に正しく理解されていない現状があり、普及啓発の内容、方法論について一層掘り下げて対応していくことが必要。
- ・ 普及啓発、本人発信支援、介護者支援、社会参加支援については、行政や事業者、職能団体などが横断的に協同して取り組むことが重要。
- ・ 普及、共生の取組を進める上では、認知症の方とそうでない方を二分するのではなく、連続的にグラデーションのようにつながっているという考え方を持つことも必要ではないかな。
- ・ ひとり暮らしの認知症高齢者が増加する中で、成年後見制度の利用促進、体制整備が急務。中核機関の設置について、財源や委託予定先との調整が課題となっており、特定財源での対応も求められる。
- ・ 民間保険の推進について、事例収集、政策効果の分析も行った上で、国全体として方向性、指針を出すことが必要。
- ・ 研究開発、産業促進、国際展開の取組も重要。認知症を前提とした商品やサービスの開発、ユニバーサルデザイン、金融のジェロントロジーの取組も進めていくことが必要。

3. 最近の動き

- 骨太方針2019及び「成長戦略フォローアップ」（令和元年6月21日閣議決定）において、認知症施策推進大綱に基づき、総合的な認知症施策を推進する等が記載されている。また、本年6月20日、認知症基本法案（衆法第30号）が衆議院に提出された。（継続審議中）

4. 今後の検討

- 認知症施策推進大綱等をふまえた認知症施策の総合的な推進方策について、検討を深める。

V 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新 (介護人材の確保・介護現場の革新①)

これまでの議論

1. 主な論点

- 介護職員の定着促進、介護現場革新の取組を効果的に横展開していくための方策 等

2. 委員からの主な意見

- ・ 介護人材不足といっても、大都市と地方では課題が異なり、異なる処方箋が必要であることに留意。
- ・ 介護の人材確保のためには、やりがいに踏み込んでいくことが重要。長く仕事を続けている方がどうして続けてできているのかという点に着目して対策を検討すべき。
- ・ 離職が抑えられている事業所の特徴も踏まえながら対策を検討していくべき。
- ・ 介護職員不足は相対的な問題であり、要介護者を減らしたり、介護度を軽くするという視点もあるのではないかな。
- ・ 介護人材確保のためには介護従事者への更なる処遇改善を早急に行うことが必要。
- ・ 現職の介護職が継続して働き続ける対策も重要であるが、介護職の間口を広げるため、新人の育成に重点を置くことが必要。
- ・ 保護者、教職員に対して、介護職員の処遇改善があることを周知し、理解を得ることが重要。
- ・ 数十万いるといわれる潜在介護福祉士に現場に戻ってもらう取組も大変重要。
- ・ 中山間地域や離島等の町村部では単独町村での人材確保には限界があり、広域的に人材確保を行う体制の構築を検討すべき。また、そもそも民間事業者が参入できるような支援策も検討すべき。
- ・ 新たな外国人材の受入れは介護現場の人手不足解消につながるものであり、着実に推進する必要がある。
- ・ 特定技能による外国人材の受け入れに当たり、生活環境の整備のための自治体への支援策の強化を行う必要。
- ・ 新たな外国人材について、海外からの人材のマッチング支援が必要。
- ・ 人材のすそ野を広げる取組が進められる中で、介護福祉士が果たすべき役割、機能を制度上明確に位置づける必要があるのではないかな。
- ・ 人件費や離職率等の見える化や賃金制度の整備が重要。
- ・ 小規模事業者は労務管理、働きやすい職場環境整備に不得手なところも多い。ノウハウ支援が重要。
- ・ 離職理由として職場の人間関係が多いことを踏まえれば、職場環境改善のため専門職の相談員を設置することや外部の相談窓口を設置・活用することも考えられる。
- ・ 職員の評価を進めたり定着率が上がって待遇改善を行うほど事業所の収支バランスが崩れる状況がある。事業者が健全経営ができるように報酬体系の見直しを行うことが必要。

V 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新 (介護人材の確保・介護現場の革新②)

これまでの議論

2. 委員からの主な意見（続き）

- ・ 元気高齢者による介護助手は現場の介護職員にも好評、離職率も下がっているというデータもあり、今後、より多くの施設で導入されることが求められる。
- ・ 生産性向上や業務効率化に向けて、事業者や自治体任せにするのではなく厚労省がしっかり音頭をとって取組を進めるべき。
- ・ 人がやるべきこと以外は効率化を図ることが重要であり、ICT・ロボットの積極的な利用が必要。
- ・ 介護ロボット、ICT、業務改善、事務手続きの簡素化、職員配置の見直しなど、生産性向上につながる制度改正が必要。
- ・ 生産性向上のためには保険者への報告書等の標準化、ローカルルールは是正等、事務作業量の削減が必要。
- ・ ペーパーワークの徹底的な削減、ロボットICTの活用、申請書類の共通化などについて早急に実施し、介護現場における生産性向上を実現することが必要。
- ・ 介護ロボットやICTの活用は安全が確保される限りで進めていくべき。普及のためには導入費用への支援が必要。
- ・ 介護ロボット、ICTの活用について、機器同士の接続ができない状況もあると聞く。より便利に活用できるよう、機器事業者が協力する取組も必要。
- ・ ICTや介護ロボット活用の推進に対する更なる支援が必要。また、助成金等各種支援策について経営者への周知が必要。
- ・ 人手不足対応・業務効率化の観点からICT導入が進められているが、データフォーマットの不統一により紙媒体での情報共有が行われてしまっている。国が中心となってデータフォーマットの統一や共通プラットフォーム提供などを行うべき。
- ・ 業務の洗い出し・切り分けを行い役割分担を決めていく取組は重要であるが、その際、全体を把握し管理する役割を果たす専門職の存在が必要。また、利用者と人間関係を構築しながらケアを行うなど効率的ではない部分についても、重度化のスピードが抑制されているなどの部分を評価して収入などに反映させる仕組みをつくる必要がある。
- ・ 管理者について、管理業務に専念できる体制づくりや研修などによりしっかりと管理を行えるようにすることが重要。
- ・ 生産性向上の取組について、事業所への専門コンサルタントの紹介や導入費用の支援策も必要。
- ・ 経営の効率化や安定化により利用者が安心して介護を継続して受けられるようにすることが必要。人手不足を前提とすると、生産性向上が必要であり、その観点からは事業者の大規模化を進めていくことも必要。ICTやロボットの共同購入、研修や事務処理の共同化を進めることも考えられる。
- ・ 現場の介護職が実際に感じている働きがいや魅力を把握して、広く社会に発信していくことが必要。
- ・ 介護の魅力発信について、現場の生の声を発信し、効果も検証しながら、魅力ある仕事であることを理解してもらう働きかけが必要。
- ・ ICTなども活用しながら、家族が介護の現場をみて、子どものときから介護の仕事を知る機会を設けたり、地域の応援団を増やして介護現場を地域全体で応援する仕掛けづくりができないか。

V 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新 (介護人材の確保・介護現場の革新③)

今後の検討

3. 今後の検討

- 介護人材の確保・介護現場の革新について、人材確保・定着促進の方策、生産性向上の取組の推進方策、介護現場革新の取組の横展開の方策等について検討を深める。

V 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新 (給付と負担①)

これまでの議論

1. 主な論点

- 給付と負担の見直し

2. 委員からの主な意見

- ・ 介護保険の給付費が今後もさらに大きく増加していくことが明らかな中で、負担能力に応じた負担を求めることを基本に、制度の持続可能性をより高めていくよう、世代間、世代内の公平性を確保していくことが大切。
- ・ 団塊の世代が2020年に後期高齢者に到達すること等も踏まえて、給付と負担について踏み込んだ検討が必要。
- ・ 高齢化の一層の進展と現役世代の減少を前提とすれば、持続可能性の維持のため、給付と負担についてしっかりと議論が必要。
- ・ 平成29年改正に続き、前回の改正の影響も示しながら、今後もさまざまな持続可能な制度のための議論を行っていくことが必要。
- ・ 社会保険料負担は賃上げをはるかに上回るペースで増加を続けており、中小企業や現役世代の負担は限界に達している。給付と負担の見直しに関する改革項目を確実に実施する必要がある。
- ・ 現役世代である第2号被保険者について、サービスの恩恵を受ける機会が少ない中で保険料負担は年々上昇し、かつ、医療保険も含めた負担は既に限界の水準。新改革工程表の検討事項に限らず、給付と負担を大胆に見直していくことが不可欠。
- ・ 給付と負担については、負担能力に関する資料も踏まえながら、平等な負担とは何かを議論していくことが必要。
- ・ 支える側が減少している中、同じスキームでは支えきれなくなる可能性が強い。また、65歳でも働いている方が増えてきている。被保険者、特に第2号被保険者の範囲についても検討が必要。
- ・ 現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合に関して、マイナンバーの普及も踏まえながら金融資産も視野に入れていくべき。
- ・ ケアプランに対する給付と負担のあり方について、相談支援の窓口を遠ざけるべきではない。
- ・ ケアプランの自己負担導入については、セルフケアプランが増加しそれを地域包括支援センターが支援する必要性が生じる可能性があり、その影響を広く考えて検討する必要がある。
- ・ サ高住等における介護サービス利用量について適正化を図るべき。
 - ・ 給付と負担の議論だけでは限界を超えており、財源の抜本的な見直しが必要ではないか。今の財源でいくのであれば、対象者を重度者に絞るなどもせざるを得ない状況となる。
- ・ 介護納付金の総報酬割について、激変緩和のための国庫補助がなくなってしまうのは大変厳しい。

V 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新 (給付と負担②)

今後の検討

3. 今後の検討

- 介護保険制度は、その創設から19年が経ち、サービス利用者は制度創設時の3倍を超え、介護サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきている。
- 一方、高齢化に伴い、介護費用の総額も制度創設時から約3倍の11.7兆円（令和元年度予算ベース）になるとともに、第1号保険料の全国平均は6,000円弱となり、2040年度には9,000円程度に達することが見込まれる状況にある。
- こうした状況の中で、要介護状態等の軽減・悪化の防止といった制度の理念を堅持し、必要なサービスを提供していくと同時に、給付と負担のバランスを図りつつ、保険料、公費及び利用者負担の適切な組み合わせにより、制度の持続可能性を高めていくことが重要な課題となっている。
- 前回の制度改革（平成29年介護保険法改正）に向けた社会保障審議会介護保険部会における議論や、「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。以下「骨太方針2018」という。）、「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。以下「改革工程表2018」という。）及び「骨太方針2019」を踏まえ、以下の課題について検討を行う。
 - (1) 被保険者・受給者範囲
 - (2) 補足給付に関する給付の在り方
 - (3) 多床室の室料負担
 - (4) ケアマネジメントに関する給付の在り方
 - (5) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方
 - (6) 高額介護サービス費
 - (7) 「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準
 - (8) 現金給付

現状

1. 介護保険制度創設時における考え方

- 介護保険制度は、老化に伴う介護ニーズに適切に応えることを目的とし、被保険者は、65歳以上の第1号被保険者と、40歳以上64歳以下の第2号被保険者からなる。
- 老化に伴う心身の変化によって生じる要介護状態等の発現率は、第1号被保険者と第2号被保険者では差があるものの、40歳以上になれば、老化を原因とする疾病による介護ニーズの発生の可能性が高くなるとともに、自らの親も介護を要する状態になる可能性が高くなることから介護保険制度により負担が軽減される等一定の受益があるため、社会的扶養や世代間連帯の考え方に立って、被保険者とされているところ。
- また、財源構成における第1号保険料と第2号保険料の負担割合については、被保険者数に応じて按分されており、平成30～令和2年度は第1号保険料が23%、第2号保険料が27%となっている。
- 給付としては、65歳以上は原因を問わず要介護・要支援状態であれば給付対象となるのに対し、40～64歳では、老化に伴う介護ニーズという観点から、関節リウマチ等の加齢に起因する疾病（特定疾病）による場合に限定している。

2. 被保険者の範囲に関するこれまでの議論

- 制度創設以降、被保険者の範囲については、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「制度の普遍化」を目指すべしか、「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。
- 平成19年の介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議では、「高齢者の介護保険」という現行の制度を維持するが、負担面の普遍化を図り、介護保険財政の安定化等の観点から、現行の被保険者・受給者の範囲を30歳に引き下げる。」（A類型）、「負担面だけでなく給付面も併せて「介護保険制度の普遍化」を図り、要介護状態となった理由や年齢などを問わず介護保険制度によるサービスを受給できることとする。なお、収入のない児童・学生などに対する給付は、家族給付として位置付けることも考えられる。また、障害児に対するサービスについては、「教育、訓練」という側面が色濃いことなどを勘案して、当面、制度の対象外とすることも考えられる。」（B類型）の2類型に分けて議論された。

現状

2. 被保険者の範囲に関するこれまでの議論（続き）

- 平成28年の「介護保険制度の見直しに関する意見」（社会保障審議会介護保険部会。以下「介護保険部会意見」という。）では、「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。」とされた。
- なお、障害者施策との関係では、障害者総合支援法において介護保険が優先となっており、65歳以上の介護を要する者に対する支援は、障害者も含めてまず介護保険から支援が行われ、これを超えて必要な分（介護保険制度における支給限度額を超える部分や、介護保険には無いサービス）を障害者総合支援法で支援することとなる。
- ※ 平成28年障害者総合支援法の改正により、65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合に、障害者の所得の状況や障害の程度等の事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減（償還）できる仕組みを設けたところ。

現状

3. 現在の介護保険をとりまく状況

- 高齢化に伴い、介護費用の総額も制度創設時から約3倍の約11.7兆円（令和元年度予算ベース）になるとともに、保険料の全国平均は6,000円弱となっており、高齢化の更なる進展に伴い、保険料水準の上昇が見込まれる状況にある。
- 介護保険の保険料負担者である40歳以上人口は2020年代初頭から減少し、40歳以上人口に占める40歳以上64歳以下人口の割合は徐々に低下していくこととなり、2020年に53.8%、2025年に53.1%、2035年に49.7%となることが見込まれる。
- なお、第1子を出産する年齢が高齢化しており、親が65歳以上となる年齢が、相対的に低下している。例えば、第1子の平均出産年齢が1960年では25.4歳のため、2000年の時点では65.4歳の母親の第1子が40歳だったが、2017年では32.0歳のため、33年後の2050年の時点では、65歳の母親の第1子が33歳となっている。

論点

- 今後の人口構成の変化、介護保険制度創設時の考え方や、これまでの議論の経緯を踏まえ、介護保険制度における被保険者・受給者の範囲について、どのように考えるか。特に、「介護保険制度の普遍化」を目指すべきか、「高齢者の介護保険」を維持すべきか、平成28年のとりまとめで指摘された若者の納得感、関係者の合意形成といった論点に対してどのように考えるか。

現状

1. 平成17年改正、26年改正及び現状

- 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ついて、居住費・食費が給付に含まれていた。
- 平成17年改正により、在宅の方との公平性等の観点から、これらのサービスの居住費・食費を給付の対象外とした。併せてこれらの施設に低所得者が多く入所している実態を考慮して、住民税非課税世帯である入所者については、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ついて居住費・食費の負担軽減を行っている。
- 平成26年改正においては、こうした経過的かつ低所得者対策としての性格をもつ補足給付について、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、以下の見直しを行ったところ。
 - ① 一定額超の預貯金等（単身1000万円超、夫婦世帯2000万円超）がある場合には、対象外。（平成27年8月施行）
 - ② 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。（平成27年8月施行）
 - ③ 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。（平成28年8月施行）

(2) 補足給付に関する給付のあり方②

現状

2. 不動産の勘案

- 平成28年の介護保険部会意見では、「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。」とされた。
- このような中、改革工程表2018において、「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。」という内容が盛り込まれたところ。

論点

- 経過的かつ低所得者対策としての性格をもつ補足給付に対して、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平正の観点から見直す点はあるか。
- 平成28年の介護保険部会意見において引き続き検討することが必要とされた、不動産の勘案については、資産を預貯金の形でもつ方との公平性の観点や、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等を踏まえ、どのように考えるか。

(3) 多床室の室料負担

現状

- 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等における居住費については、平成17年10月より、在宅と施設の利用者負担の公平性の観点から、保険給付の対象外とし、居住環境の違いに応じ、個室は光熱水費及び室料、多床室は光熱水費を負担することとされた。
その際、低所得者については、負担軽減を図る観点から、所得段階等に応じた負担限度額を設定し、限度額を超えた分については、補足給付として特定入所者介護サービス費を支給することとした。
- また、平成27年度からは介護老人福祉施設について、死亡退所も多い等事実上の生活の場として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者との負担の均衡を図るため、一定の所得を有する入所者から、居住費（室料）の負担を求めることとした。（低所得者については、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た。）
- 平成30年度に、介護療養型医療施設の経過措置期限が令和5年度まで延長されるとともに、介護医療院が創設されたが、その居住費の取扱いについては、介護老人保健施設、介護療養型医療施設と同様とされた。なお経過措置期限を踏まえ、介護療養型医療施設から介護医療院への転換を促しているところ。
- このような中、骨太方針2018や改革工程表2018において、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室料について、給付の在り方を検討する旨の内容が盛り込まれている。

論点

- 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院等における多床室の室料負担の在り方について、在宅で暮らす方との公平性の観点や、過去の経緯（平成17年に個室は光熱水費及び室料、多床室は光熱水費を求めたこと、平成27年に介護老人福祉施設で多床室の室料負担を求めたことや介護医療院を創設したこと）、それぞれの施設の機能、介護療養型医療施設の経過措置期限等を踏まえ、どのように考えるか。

(4) ケアマネジメントに関する給付の在り方

現状

- 居宅介護支援（ケアマネジメント）は、居宅介護支援事業者が居宅の要介護者に対して、居宅サービス計画（ケアプラン）の作成やサービス事業者との連絡調整等を行うものであり、高齢者自身によるサービスの選択、サービスの総合的・効率的な提供等、重要な役割を果たしている。
居宅介護支援については、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時から10割給付のサービスと位置づけられてきた。
※ 居宅介護支援の請求事業所数、利用者数は年々増加しており、平成30年4月において約4万事業所、約265万人となっている。
- ケアマネジメントに関する給付の在り方については、これまでも議論されてきており、
 - ・ 制度創設10年となる平成22年の介護保険部会意見において、利用者負担について言及がされ、利用者負担導入に関する賛成・反対の両方の意見が付され、
 - ・ 平成23年の社会保障・税一体改革の検討の中で、介護分野の議論の整理がとりまとめられた際にも、賛成・反対の両論併記とされている。
 - ・ 平成25年の介護保険部会意見では「ケアマネジメントの利用者負担の導入（略）などについて検討を行っていく必要がある。」とされた。
 - ・ また、平成28年12月の介護保険部会意見においても引き続き両論併記とされたうえで、「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」とされた。
- このような中、骨太方針2018や改革工程表2018において、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旨の内容が盛り込まれている。

論点

- ケアマネジメントに関する給付の在り方について、これまでの議論等の経緯や、居宅介護支援（ケアマネジメント）の実施状況、自立支援・重度化防止の実現に向けた質の高いケアマネジメントの実現等の観点を踏まえ、どのように考えるか。

（５）軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

現状

- 介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）については、既存の介護サービス事業者に加えて、NPOや民間企業等の多様な主体が介護予防や日常生活支援のサービスを総合的に実施できるようにすることで、市町村が地域の実情に応じたサービス提供が行えるようにすることを目的として、平成26年の介護保険法改正で創設した事業。この改正により、要支援１・２の者の訪問介護と通所介護が総合事業へと移行された。
※ 総合事業については、平成27年4月から平成30年3月までの猶予期間において、各市町村において事業を実施している。
- 総合事業の実施状況については、
 - ・ サービス利用量について、給付から総合事業へ移行した前後で約4千人を抽出した調査では、利用者一人当たりの利用日数について移行前後において大きな変化はみられなかった。
 - ・ その一方、総合事業のサービス別事業所数の推移を見ると、制度改正前の介護予防サービスと同じ基準で提供されるサービスの割合が大きく、市町村の実施状況を見ても、住民主体のサービスなどの多様なサービスが実施されている市町村数は６～７割にとどまっている。
- このような中、骨太方針2018において、「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」ことが記載され、また、改革工程表2018においては、「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」との記載がされているところである。

論点

- 地域の実情に応じたサービス提供が行えるようにする観点や、平成26年の介護保険法改正で創設された多様なサービスの導入状況をはじめとする事業の実施状況、実施主体である市町村の意向等を踏まえ、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方を含めた総合事業の在り方について、どう考えるか。

(6) 高額介護サービス費

現状

- 介護保険制度においては、所得の段階に応じて利用者負担額に一定の上限を設け、これを超えた場合には、超えた額が高額介護サービス費として利用者に償還されることとなっており、過大な負担とならない仕組みとしている。
- 高額介護サービス費の所得段階及び上限額は、制度創設時には、生活保護受給者等について15,000円（個人）、住民税非課税世帯の者について24,600円（世帯）、これ以外の者について37,200円（世帯）と設定していたところ。
- 平成29年改正においては、一般区分の負担上限額を37,200円（世帯）から医療保険の一般区分の多数回該当と同じ水準である44,400円（世帯）とされたところ。また、長期利用者に配慮し、一割負担のみの世帯については、年間の負担額が現行の年間の最大負担額を超えることのないよう44万6,400円（37,200円×12ヶ月）の年間上限を設けた（3年間の時限措置）。
- 介護保険制度の高額介護サービス費の限度額は、制度創設時から医療保険の高額療養費制度を踏まえて設定されている。医療保険制度における高額療養費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30年8月からは、現役並み所得区分が細分化され、多数回該当の上限額が、年収約383万～約770万円が44,400円、年収約770万～約1160万円が93,000円、年収約1,160万円以上が140,100円とされているところ。

論点

- 医療保険における自己負担額の上限額を踏まえ、高額介護サービス費のあり方についてどのように考えるか。

(7)「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準

現状

- 介護保険制度においては、制度創設以来、利用者負担割合を所得にかかわらず一律 1 割としていたところであるが、平成26年の介護保険法改正において、一割負担の原則を堅持しつつ保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、現役世代に過度な負担を求めず、高齢者世代内において負担の公平化を図っていくため、「一定以上所得のある方」（第1号被保険者の上位二割相当）について負担割合を 2 割とした。（平成27年 8 月施行）
- また、平成29年の介護保険法改正において、介護保険制度の持続可能性を高めるため、世代内・世代間の負担の公平や負担能力に応じた負担を求める観点から、現役並みの所得を有する方の負担割合を 2 割から 3 割に引き上げた。（平成30年8月施行）
- 制度施行後の実績をみると、直近のデータ（令和元年 3 月サービス分）では、2 割負担に該当するのは、在宅サービス利用者のうちの5.4%、特別養護老人ホーム入所者のうちの2.5%、介護老人保健施設入所者のうちの3.7%となっている。
- 3 割負担に該当するのは、在宅サービス利用者のうちの4.4%、特別養護老人ホーム入所者のうちの1.6%、介護老人保健施設入所者のうちの2.4%となっている。また、サービス毎の受給者数をみると、平成30年 8 月の施行前後において、対前年同月比の傾向に顕著な差は見られない。
- 「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研究事業」（平成29年度厚生労働省補助事業）において、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、2 割負担の利用者で3.8%であり、このうち、「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1.3%であった。
- 「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研究事業」（平成30年度厚生労働省補助事業）において、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、3 割負担の利用者で5.2%であり、このうち、「介護に係る支出が重い」ことを理由に挙げた割合は、3割負担の利用者全体の1.9%であった。
- このような中、改革工程表2018において、「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。」旨の内容が盛り込まれている。

論点

- 制度の施行状況を踏まえ、こうした「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準についてどのように考えるか。

現状

- 我が国では、介護保険制度創設時より、現金給付を介護保険給付として制度化するか否かについて議論を行ってきた。制度創設時には、家族介護の固定化に対する懸念、サービスの普及を妨げることへの懸念、保険財政が拡大するおそれ、介護をする家族には、デイサービスやショートステイなどの在宅サービスの普及により介護の負担軽減を図ることが重要である、といった考え方により、現金給付の導入を行わないこととした。
- また、平成16年の介護保険部会意見においては、サービスの利用の拡大や国民意識の変化、財政面の懸念等から、現金給付に対する消極的な意見が強まっているとされた。
- 平成28年の介護保険部会意見では、「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。」とされた。

論点

- 介護保険創設時の議論、その後議論の経緯等を踏まえ現金給付についてどのように考えるか。