

社会保障審議会介護給付費分科会(第14回)議事次第

平成14年10月18日(金)

10時から12時まで

於：東条インペリアルパレス

曙の間(5F)

議 題

制度等に関連する内容について

連絡先
厚生労働省 老健局 介護保険課 (内線2164, 2260, 2262) 計画課 (内線3971) TEL 03-5253-1111 (代表)

「介護サービス量等の見込み（6月値）」について

- 第2期介護保険事業計画期間（平成15～19年度）における介護サービス量等について、本年6月の時点で各市町村（2,816保険者）が見込んでいる数値を集計したものの概要は、別紙のとおりである。

- 本年6月以降も、各都道府県において広域的観点から施設サービスに係る圏域調整等の作業が行われており、介護サービス量等については、それらも踏まえた上で、各都道府県・市町村において引き続き精査が行われることとなっている。（次回は10月値の集計を予定。）

1. 介護サービス量等の見込み（6月値集計）

- (1) 65歳以上人口の見込み
- (2) 要介護認定者数の見込み
- (3) 介護サービス量の見込み

2. 第1号被保険者の保険料についての6月値集計結果

- (1) 加重平均保険料基準額（月額）
- (2) 保険料基準額の分布状況

1. 介護サービス量等の見込み

(1) 65歳以上人口の見込み

	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度
65歳以上人口	23,999千人 (18.8%)	24,620千人 (19.3%)	25,274千人 (19.8%)	25,928千人 (20.3%)	26,577千人 (20.8%)

[注] () 内の数値は高齢化率。65歳以上人口を総人口（国立社会保障・人口問題研究所推計）で除したものの。
 ※ 第1期事業運営期間における65歳以上人口は22,303千人である。第2期事業運営期間では、10%増の24,632千人となっている。

(2) 要介護認定者数の見込み

	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度
要支援	424千人	450千人	476千人	499千人	523千人
要介護1	953千人	1,004千人	1,055千人	1,103千人	1,150千人
要介護2	615千人	648千人	679千人	710千人	741千人
要介護3	430千人	452千人	473千人	494千人	516千人
要介護4	434千人	455千人	477千人	498千人	519千人
要介護5	424千人	445千人	466千人	487千人	507千人
計	3,279千人 (13.7%)	3,453千人 (14.0%)	3,627千人 (14.3%)	3,791千人 (14.6%)	3,956千人 (14.9%)

[注] () 内の数値は認定率であり、要支援・要介護認定者数を65歳以上人口で除したものの。
 なお、要支援・介護認定者には第2号被保険者が含まれている。
 ※ 平成13年度末の要介護認定者数は2,980千人である。第2期事業運営期間では16%増の3,453千人である。

(3) 介護サービス量の見込み

	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度
訪問介護	142,194千回	155,040千回	168,681千回	182,580千回	198,033千回
訪問入浴介護	4,776千回	5,190千回	5,631千回	6,077千回	6,565千回
訪問看護	16,227千回	17,459千回	18,779千回	20,145千回	21,607千回
訪問リハビリテーション	1,228千回	1,344千回	1,470千回	1,602千回	1,748千回
通所介護	61,707千回	67,021千回	72,655千回	78,400千回	84,459千回
通所リハビリテーション	37,754千回	40,501千回	43,388千回	46,322千回	49,392千回
居宅療養管理指導	403千人	435千人	473千人	511千人	554千人
短期入所サービス	20,681千日	22,539千日	24,580千日	26,618千日	28,784千日
痴呆対応型共同生活介護	34千人	40千人	44千人	48千人	51千人
特定施設入所者生活介護	21千人	24千人	26千人	29千人	31千人
介護老人福祉施設	359千人	383千人	405千人	424千人	441千人
介護老人保健施設	276千人	291千人	304千人	316千人	325千人
介護療養型医療施設	140千人	146千人	152千人	157千人	163千人

※ 第1期事業運営期間と第2期事業運営期間で比較すると次の通り。

①居宅サービス 32%増 ②施設サービス 10%増 ③居宅・施設サービス計 18%増

2. 第1号被保険者の保険料についての6月値集計結果

(以下は、6月調査時点での数値であり、今後の事業計画の精査等によって、相当程度変動する可能性がある。)

(1) 加重平均保険料基準額(月額)

現行 2,911円	→	保険料Ⅰ 3,263円 保険料Ⅱ 3,268円 (+12.3%) 保険料Ⅲ 3,241円 (+11.3%)
--------------	---	---

- ・ 保険料Ⅰは、平成15年度から17年度までの法定給付から算定される額
- ・ 保険料Ⅱは、保険料Ⅰに市町村特別給付等に要する費用を加味して算定される額
- ・ 保険料Ⅲは、保険料Ⅱに平成12年度から14年度までの財政状況による影響(準備基金からの繰入れ又は財政安定化基金への償還)を加味して算定される額

(2) 保険料基準額の分布状況

区 分	現行保険料	次期保険料Ⅱ	次期保険料Ⅲ
	市町村数	市町村数	市町村数
1,000円超 ~ 1,500円以下	0 (0.0%)	2 (0.1%)	6 (0.2%)
1,500円超 ~ 2,000円以下	85 (2.9%)	37 (1.3%)	56 (2.0%)
2,000円超 ~ 2,500円以下	617 (21.3%)	343 (12.2%)	376 (13.4%)
2,500円超 ~ 3,000円以下	1,422 (49.1%)	910 (32.3%)	919 (32.6%)
3,000円超 ~ 3,500円以下	673 (23.2%)	904 (32.1%)	802 (28.5%)
3,500円超 ~ 4,000円以下	97 (3.4%)	454 (16.1%)	416 (14.8%)
4,000円超 ~ 4,500円以下	1 (0.0%)	111 (3.9%)	134 (4.8%)
4,500円超 ~ 5,000円以下	0 (0.0%)	42 (1.5%)	51 (1.8%)
5,000円超 ~ 5,500円以下	0 (0.0%)	7 (0.2%)	27 (1.0%)
5,500円超 ~ 6,000円以下	0 (0.0%)	3 (0.1%)	23 (0.8%)
6,000円超 ~	0 (0.0%)	3 (0.1%)	6 (0.2%)
合計	2,895	2,816	2,816

※分布状況は、広域化の進展等により、今後変わりうるものである。

平成15年度予算概算要求 介護給付に対する国の負担等の概要

1. 介護給付費負担金 (14') 9,040億円 → (15') 9,812億円

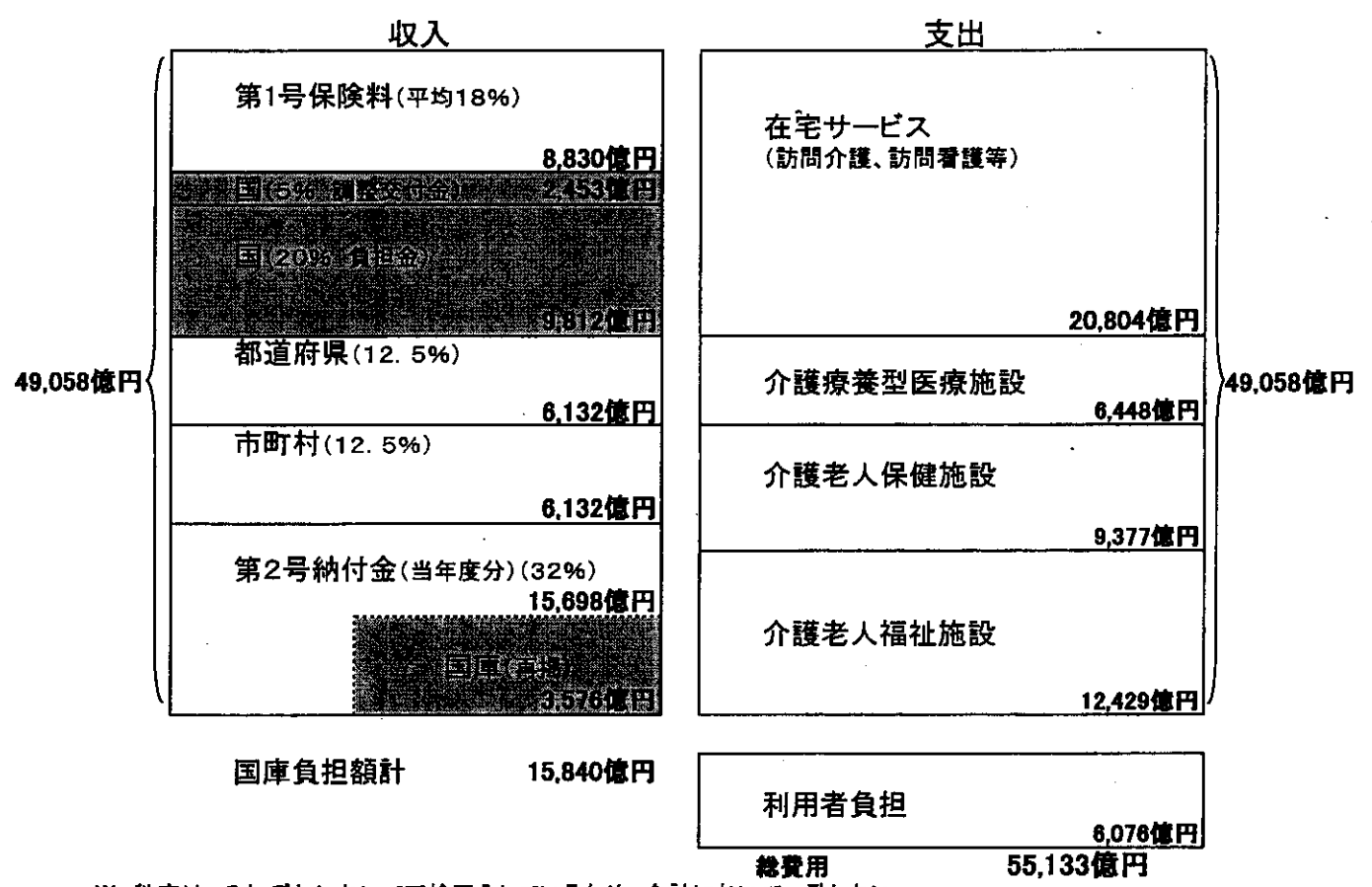
(内 容) 介護給付及び予防給付に要する費用の20%を負担。

2. 調整交付金 (14') 2,260億円 → (15') 2,453億円

(内 容) 介護給付及び予防給付に要する費用総額の5%を負担。

介護保険制度費用負担構造(平成15年度予算概算要求)

費用総額	利用者負担	=	給付費
55,133億円	6,076億円		49,058億円



※ 数字は、それぞれにおいて四捨五入しているため、合計において一致しない。
 ※ 第1号保険料は、平成15年度の給付費に充てられる額を計上。
 ※ 第2号納付金はこの他に精算分として△296億円(国庫負担(再掲)△31億円)がある。

制度等に関する審議会での議論

意見の内容	委員名／第()回 分科会での発言
1. 在宅の重視	
・ 在宅中心は介護保険導入時のコンセンサスかつ世界の流れであり、住み慣れた家、地域にいたいという高齢者の希望を尊重しようということである。	井形 (9)
・ 介護保険の議論は、とてもいい議論をしてきたが、やはり生活という視点が希薄であった。	樋口 (2)
・ 介護保険は、高齢者の生活者としての自立を支援するシステムであり、その原点を絶対に忘れないようにしてほしい。利用者に分かりやすいことが大事。	樋口 (4)
・ 介護の目的は自立支援だが、現在の在宅介護は自立支援につながっていない。	村上 (5)
・ 身体障害を重度化させないようにする介護予防の発想を在宅ケアの中に入れ込むことも必要。	山口 (4)
・ 3か月後、6か月後の在宅復帰を目指してケアプランを作らなくてはいけない。	井形 (3)
・ きちんとした退所・退院計画をつくるようにすべき。	京極 (5)
・ 施設から在宅への転換について、介護給付の在り方と基盤整備の在り方の両面から捉えていく必要がある。	京極 (2)
・ 「在宅」の間口を広げ、グループホームのようなケア機能をもった居住施設を増やしていくことが重要。在宅へのインセンティブが働く仕組みを検討すべき。	山口 (1)
・ 完全な自宅と入所施設との間にあるサービスについて、ケアハウスの今後も含めて議論すべき。	京極 (2)
・ 在宅の間口を広げる機能を持つ施設あるいは高齢者住宅を広げていく対応も考えていく必要がある。	樋口 (2)
・ 施設の待機者が減らないのは、在宅と施設の給付の格差が一つの要因であり、待機者を減らすためには、施設給付も在宅の支給限度額の範囲内にして、要介護度が軽い人には差額を少し負担していただくなどの工夫が必要。	喜多 (3)

- ・ 在宅復帰の阻害要因として家庭の事情が指摘されているが、在宅サービスと施設サービスの給付のバランスが適切かどうかといった視点も必要。 矢野 (5)
- ・ 在宅サービスへのインセンティブがなかなか湧かないのは、家族の負担感や不公平感が是正されていないからである。 山崎 (10)
- ・ 施設と居宅の負担のアンバランスの問題を是正し施設へ流れるインセンティブを避け、また、財源の捻出という観点からも、ホテルコストについては、個室でなくても、その一部の徴収を適当な時期に考慮すべきではないか。 橋本 (3)
- ・ 個室化あつてのホテルコストの導入であるので、4人部屋でホテルコストをとるとは言わないでいただきたい。 樋口 (3)

2. サービスの質

(1) サービスの質の向上全般

- ・ 保険財政の観点だけでなく、利用者に質の良いサービスをどのように提供するかの視点が欠けてはいけなない。 青柳 (10)
- ・ 在宅サービスがなぜ進まないかという、質が悪いから。いろいろな人が自宅で暮らし続けられるよう、質の確保について議論が必要。 橋本 (2)
- ・ 寝たきりの方を寝たきりのまま介護をするか、あるいは自立に向けてその人の身体レベル等をきちんと勘案しながら介護をするか、サービスの水準によって利用者の方々の快適度は全く異なる。 田中 (雅) (2)
- ・ 訪問介護という福祉サービスと訪問看護・訪問リハという医療サービスの連携をとることによって、効率的にサービスを提供できるのではないか。 山口 (4)

(2) ケアマネジメント

- ・ ケアマネジャーは介護保険の大変重要なポジションにあることは明らかであり、もう少し大きな裁量権を与えるべき。 山本 (3)
- ・ ケアマネジャーの独立性、中立性、公平性が必要である。ケアマネジャーは利用者本位の介護保険をつくる柱であり、大変重要。 村上 (3)
- ・ ケアマネジャーは介護保険の要であり、質の評価やケアマネジメントリーダーの養成研修、専門性・中立性の確保、サービス種類が1種類のケアプランの点検、担当ケース数の適正化、ケアマネジャーがサービス内容にきちんと意見が言える仕組みなどが必要。 見坊 (3)
- ・ 在宅介護支援センターの機能と役割がはっきりしないと、ケアマネジメントリーダーを養成しても機能しない。 木村 (3)
- ・ 住宅改修の理由書は、ケアマネジャーが専門家等の意見を聞いて記載することを原則化すべき。 中村 (6)

(3) 在宅サービス

- ・ 在宅サービスにおける自立支援には、見守り機能が非常に重要。 村上 (5)

- ・ 訪問介護事業所のサービス提供責任者については、計画を作る者ということで大切な役割を担っている。 村上 (2)
- ・ 要介護者の60%以上が歯科的問題を抱えているという報告があるので、現在は2~3%程度であるヘルパーやケアマネジャーによる口腔チェックを必ず行っていただくようお願いしたい。 新井 (9)
- ・ 3級ヘルパーと2級ヘルパーの差は、1日数時間の実習時間の差であるから、3級ヘルパーが実践を重ねて、その経験時間を基に進級できるようなシステムをつくるべき 堀江 (9)

(このほか、「1. 在宅の重視」の項を参照。)

(4) 施設サービス

① 施設職員の資質

- ・ 施設の介護職員は任用資格がなく、非常勤化が進んでいるが、「家の嫁」から「社会の嫁」へ介護労働が移るだけではよくないので、ある程度食べていけるような収入で専門性をもって働けるようにしていただきたい。 樋口(12)
- ・ 施設サービスの介護従事者には在宅サービスのようにホームヘルパー養成研修修了者という義務づけがない。専門的な知識・技術を有する介護福祉士等の配置を考える必要がある。資格職を採用すると費用は高くなるが、自立を目指した介護の質を担保するには専門職が必要。 田中(雅)
(10)

② 人員配置に応じた評価のあり方

- ・ 人員配置基準ごとに差をつけて報酬を支払うという考え方は基本的に問題がある。 下村(10)
- ・ 施設の介護報酬について現行の体系では、診療報酬と同様、構造や人員配置基準に偏った形で設定されているが、今後、各施設の入院・入所者の要介護度のバランスがとれてケースミックスの形になれば、一人一人の要介護者に対する給付、つまりハコではなくパジャマに報酬をつける形を考えていかなければならない。 青柳(12)

③ 個室・ユニットケア

- ・ 全室個室・ユニットケア型施設について、特養についての方向性は理解するが、療養型や老健施設についてはどう考えるのか。 下村(10)
- ・ 全室個室・ユニットケア型特養については、将来的にそのような施設整備を行うことに異論はないが、現段階で保険制度内での低所得者の負担軽減措置は時期尚早である。 堀江(10)

④ 情報開示

- ・ 自治体、施設、施設団体等が全体として取り組み、施設の運営や入所判定のあり方と施設の特徴を公開して、それによって利用者が 見坊(13)

自らのニーズに合った選択ができるようにしていただきたい。

(5) 痴呆対策

- ・ 痴呆介護そのものがきちんと確立していない。 笹森 (2)
- ・ 新しく痴呆の方の介護に関わる方にとって、どこに相談していいかわからないという悩みは非常に大きい。 笹森 (4)
- ・ グループホームの位置づけについて、在宅なのか施設なのか見直しを検討してはどうか。 山口・青柳・山崎 (6)、
下村 (1 1)
- ・ グループホームは、在宅か施設かに分類することは難しいので、第3のカテゴリーと割り切ってはどうか。 田中 (滋) (6)

3. 介護と医療の役割分担

- ・ 療養病床は医療であって介護ではないから、介護保険からは外すべき。 山本 (4)
- ・ 医療の必要度、医療内容・種類による医療保険と介護保険の区分の基準は一応存在しており、今の考え方を基本に関係を整理していくべき。 下村 (4)
- ・ 利用者は医療と介護を完全に切り離すことはできない。片方のサービスの人もいるが、両方のサービスを必要とする人に安全で安心してサービスができる制度は維持しないとイケない。 木下 (1 1)
- ・ お年寄りの状態像によって、療養する場が決まるのが理想。 山口 (2)
- ・ 医療と介護の整合性や機能分担について、もう少し明確化してほしい。 中村 (5)
- ・ 利用者負担に係る医療保険と介護保険の整合性を考えていただきたい。 青柳 (1 2)

4. 効率化・適正化

- ・ 経営実態上こういう問題があるから介護報酬を上げなければいけない、という単純な議論は大変問題である。本当に合理的な単価設定なのか検証させていただきたい。 堀江 (1)
- ・ 報酬の分析の仕方については、保険理論的な側面も必要。単に要介護者が望むから給付の対象にすべきというのは、理論にそぐわない場合もある。 田中 (滋) (2)
- ・ サービスの質・量も必要であるが、財政の健全性の前提を常に忘れてはいけない。 矢野 (3)
- ・ 保険料を無視して報酬だけ議論するのはおかしいと考えている。 喜多 (6)
- ・ コスト意識が議論の中に入らない。 喜多 (1 1)
- ・ 必要不可欠のものまで切り下げるべきではないが、具体的な単価の設定に当たっては、コスト意識を十分持って妥当な報酬案が出てくる 喜多 (1 3)

<p>ことを期待している。</p> <ul style="list-style-type: none"> 手厚い人員配置は保険財政負担や保険料負担の増大につながるため、慎重に対応すべき。 	矢野 (4)
<ul style="list-style-type: none"> 財政は保険制度の目的ではなく、あくまで制約条件である。 	田中 (滋) (9)
<ul style="list-style-type: none"> 高報酬の設定により介護保険で全てのサービスをカバーするのは無理であり、老人福祉法の措置制度や、上乘せ・横出しサービス、介護保険対象外の周辺サービスの組み合わせがある程度ないと、本当に実態に即したものにならない。 	見坊 (6)
<ul style="list-style-type: none"> 諸外国を見ても在宅系サービスで重要なのは、移送と配食であり、当面の間は介護保険の給付対象にしないということになっているが、何らかの形で議論が必要ではないか。 	山崎 (2)
<h3>5. 保険料、利用者負担等</h3>	
<ul style="list-style-type: none"> 世帯と個人が混ざり、所得の種類によって段階が変わる、第1段階～第3段階という区分自体が適正かどうか考えなければいけない。 	喜多 (3)
<ul style="list-style-type: none"> 保険料等の財源のゆがみをそのままにして費用のみを見直すのはいかなるものか。調整交付金が5%以下であるか以上であるかによって、同じ1号被保険者でも保険料の負担割合が17%以上と以下になっており、不公正である。 	喜多 (9)
<ul style="list-style-type: none"> 所得の問題については、以前から大きな問題であって、今までの整理は不公平であり、再整理が必要。 	村上 (3)
<ul style="list-style-type: none"> 低所得者対策や都道府県と市町村の関係などが議論されていない。 	村上 (1 2)
<ul style="list-style-type: none"> 施設サービスと同様に、グループホームにも住所地特例を設けるかどうか、議論してほしい。 	中村 (6) 堀江 (6)
<ul style="list-style-type: none"> 新型特養では施設整備の法人負担が多くなり資金調達が大変難しくなるので、社会福祉法人の規制改革だけではなく、新しい社会福祉法人像を国として議論していただきたい。 	中村 (3)