

## 2. 施設給付の見直し

### (1) 保険給付の範囲・水準の見直し

#### ① 施設給付の「範囲・水準」の見直し

- 在宅と施設の「利用者負担の不均衡是正」や「年金給付との機能の調整」の観点から、施設給付を「介護」に要する費用に重点化し、現在給付の対象となっている「**居住費用や食費**」について給付の範囲や水準の見直しを検討する。

- ・ この場合、低所得者に対する配慮が必要となる（年金水準との関係や社会福祉法人による減免等を勘案して検討）。
- ・ また、上記と併せ、「通所系サービス」や「短期入所」における食費等の在り方も見直しを検討する。

#### ② 給付率（利用者負担割合）の見直しについて

- 給付率の引下げ（1割の利用者負担引上げ）も選択肢の一つとして排除されるべきでないが、施設より在宅の方が負担増となる可能性もあることなどから、**現時点では慎重に考えるべき**。  
なお、一律ではなく、サービスの特性や市場形態等を踏まえた給付率の見直しを検討すべきとの意見も出された。

### (2) 施設サービスの在り方の見直し

#### ① 施設利用の見直し

- 施設利用についても、画一的な利用形態だけでなく、弾力的な形態を認めていくとともに、既存施設の機能を地域展開していく方向で見直すべきである。

(例)・あらかじめ期間（例えば、2～3ヶ月ごとに）を決めて、計画的に施設利用と在宅サービス利用を交互に行う「計画的な定期利用形態」などの導入。

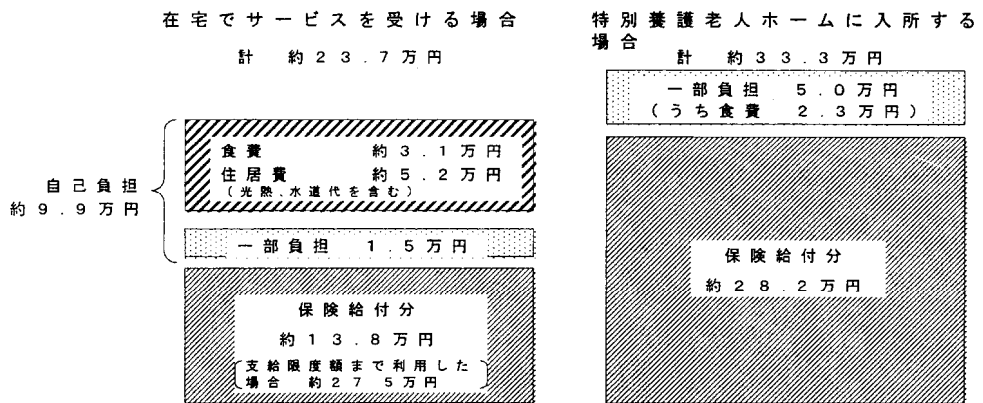
- ・ 特養の一部を地域のサテライトとして展開、老健施設の一部を在宅支援拠点として展開することなど。

- また、施設入所者の重度化の実態も踏まえ、**対象者を重度者へ重点化**していくことを検討する必要がある。

#### ② 施設サービスの在り方

- 施設サービスについて、**個室・ユニットケアをはじめとする「個別ケアの推進」、「在宅との連携強化」、「重度化への対応**（医療との連携など）を進めていく必要がある。

## 〈在宅と施設の利用者負担の比較〉



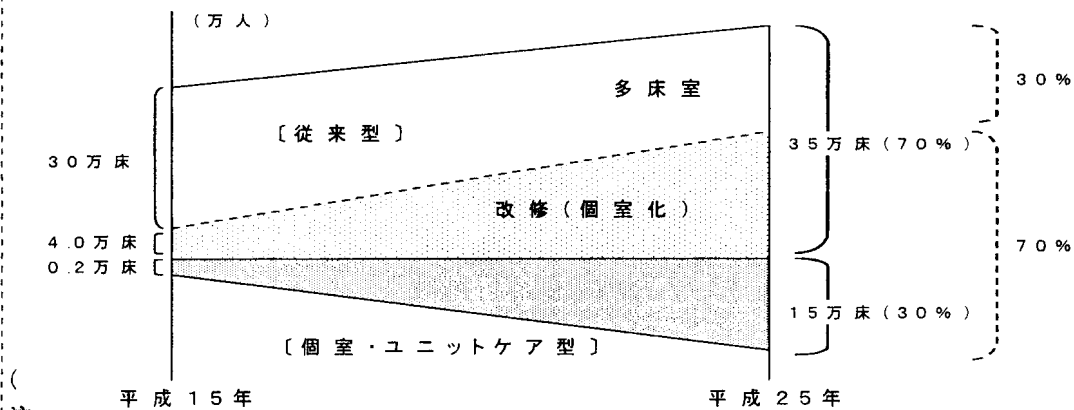
(注1)単身の要介護4の高齢者について比較したもの。  
 (注2)「保険給付」及び「一部負担」は、2003年4月～8月サービス分の介護保険からの給付実績の平均値。  
 (注3)在宅の「食費」及び「住居費」は、「平成14年家計調査年報」の単身の高齢者(65歳以上)のデータ。「住居費」のうち地代・家賃は持家世帯を除いて推計した。  
 (注4)要介護4の在宅サービスの支給限度額は、306,000円(保険給付分275,400円、一部負担30,600円)である。

	ドイツ	イギリス	フランス	スウェーデン	アメリカ
利用者負担	食費・居住費、給付限度額を超える部分は、自己負担が原則。  低所得者については、州の社会扶助(公費)が支給される。	施設入所については、一定以上の所得・資産を有する者は全額自己負担。低所得者については、サービスに要する費用の全部又は一部を地方自治体が負担。  在宅については地方自治体により異なる。	施設における食費・居住費用は自己負担が原則。低所得者については社会扶助から支給。	施設における食費・居住費用は自己負担が原則。低所得者には家賃補助等を支給。	メディケアでは一定期間しか給付されず期間経過後は全額自己負担。  自己負担できないと認められる場合はメディケイドで対応。

## 〈今後の施設整備の方向性〉

- ・ 現状のペースで行くと、平成25年時点でも、個室・ユニットケア型の利用者は全体の3割にとどまる。(従来型の中の個室を含めても約4割。)
- ・ 個室・ユニットへ改修することを支援するため、改修方法のマニュアルを作成、配布。

### 〈イメージ図〉



(注

1)ユニットケア型は、H15年度の新規着工分(約15200人分)が今後H24年度まで継続すると仮定。

(注2)従来型は、H15年度の新規着工分(約840人分)が今後H24年度まで継続すると仮定。

## Ⅱ. 新たなサービス体系の確立

### 1. 地域密着型サービスの創設等

#### (1) 地域密着型サービスの創設

- 「痴呆ケア」や「地域ケア」を推進する観点から、地域の特性に応じ、多様で柔軟な形態のサービス提供が可能なサービス体系として、新たに「**地域密着型サービス**」を創設する。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 「一般的なサービス」<ul style="list-style-type: none"><li>・全国的に共通する従来型のサービス</li></ul></li><li>② 「地域密着型サービス」<ul style="list-style-type: none"><li>・利用が主として市町村の圏域内にとどまる、地域に密着したサービス</li><li>(例) 小規模・多機能型サービス、地域夜間対応型サービス、地域見守り型サービス、小規模居住系サービスなど。痴呆性高齢者グループホームも位置づけることが考えられる。</li></ul></li></ul> |
|---|

- 「地域密着型サービス」については、市町村長が**事業者の指定・指導監督**を行うこととし、**報酬設定**についても市町村の裁量を拡大する方向で検討する必要がある。

#### (2) 関連サービスの整備

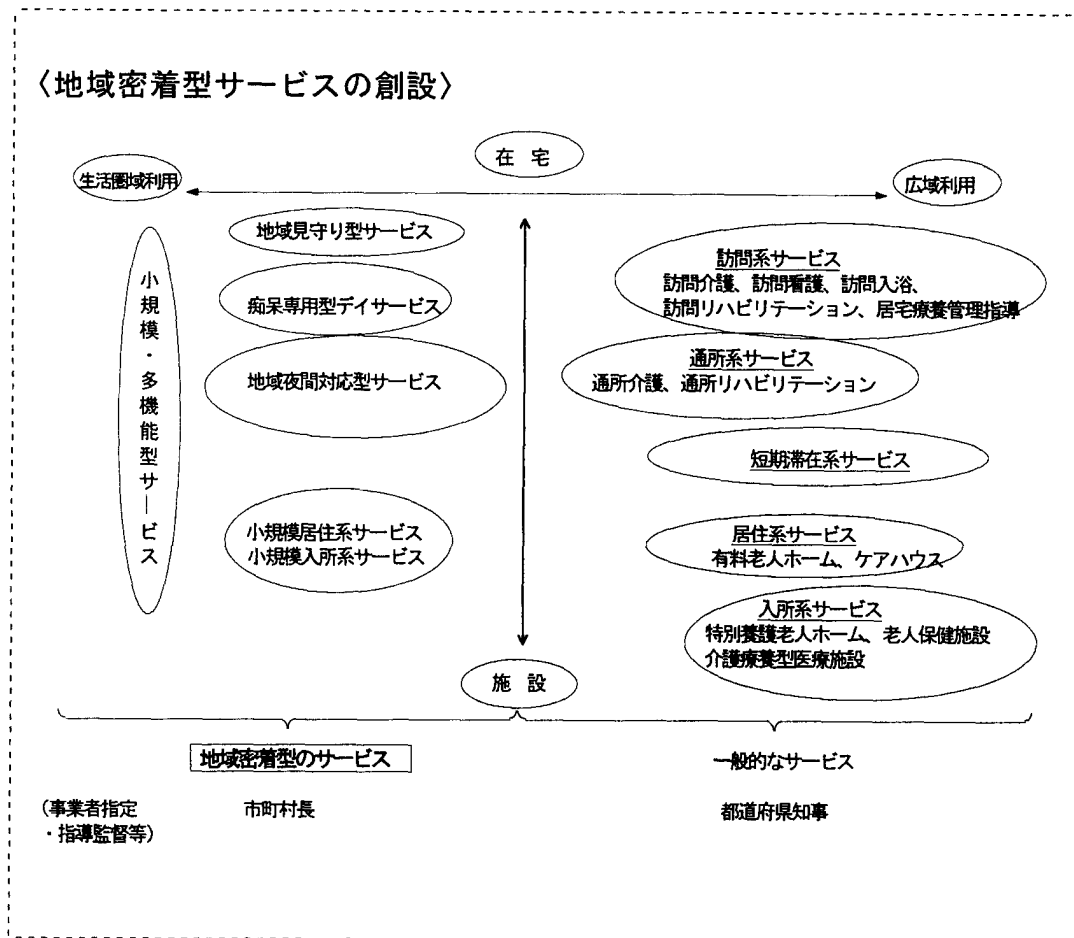
- ① 「小規模・多機能型」サービス
  - ・身近な生活圏域で「通い」「泊まり」「訪問」「居住」などの機能を組み合わせ、継続的・包括的に提供する「小規模・多機能型」サービスの整備を進める。具体的には、既存サービスの機能拡大も含め、多様な形態を検討する。
- ② 「地域夜間対応型」や「地域見守り型」サービス
  - ・今後増加する高齢独居世帯や重度者を地域で支えるため、「夜間対応型」や「見守り型」のサービスの導入を検討する。
- ③ 訪問看護
  - ・医療ニーズの高い要介護者に対する在宅支援の観点から、訪問・通所の複合型サービスの検討や医療保険との給付調整のあり方について検討を進める。
- ④ 地域における「痴呆ケア支援体制」
  - ・痴呆性高齢者の「早期発見・診断」を推進する観点から主治医に対する研修や支援体制の整備、痴呆ケアのマネジメント支援、家族に対する相談・支援体制の充実を図る。また、虐待防止や権利擁護のための支援体制を強化する。

## 2. 居住系サービスの体系的見直し

- 「自宅」「施設」以外の多様な「住まい」の選択肢を確保する観点から、**介護保険制度の対象**を現行の「介護付き有料老人ホーム」や「ケアハウス」以外に**拡大する**（「特定施設入所者生活介護」の適用拡大）。また、サービス提供形態について、現行の「包括型」のほか「外部サービス利用型」も認めるなど多様化を図る。
- 上記の規制緩和と併せ、利用者保護や公正取引の観点から、契約内容等の情報開示の徹底を図るとともに、有料老人ホーム等に対する適切な規制の在り方について検討する。

## 3. 医療と介護の関係

- 「**医療と介護の連携**」を進める観点から、以下のような点について、医療保険との関係を含め必要な見直しを行う。
  - ① 地域における医療と介護を通じた包括的・継続的マネジメントの推進
  - ② 医療ニーズの高い重度者に対応した医療型多機能サービス
  - ③ 介護施設やグループホームにおける医療、ターミナルケアへの対応



### Ⅲ. サービスの質の確保・向上

#### 1. ケアマネジメントの体系的見直し

- ケアマネジメントについては、公平・公正の確保、包括的・継続的マネジメント強化の観点から以下の点について見直しを行う。
  - ① 在宅と施設、医療と介護の連携の評価
  - ② ケアマネジャー1人当たりの標準担当件数の見直し
  - ③ ケアマネジャーの独立性の重視また、ケアマネジャーについて、専門性の確立と責任・権限の明確化の観点から、研修の強化や資格の「更新制の導入」を行う。

#### 2. 「地域包括支援センター（仮称）」の整備

- 地域における総合的なマネジメントを担う中核機関として、次のような基本的な機能を持つ「地域包括支援センター（仮称）」を整備する。
  - ① 「総合的な相談窓口機能」
  - ② 「介護予防マネジメント」
  - ③ 「包括的・継続的マネジメント」

#### 3. 「情報開示」の徹底と「事後規制ルール」の確立

- 利用者によるサービス選択を実効あるものとするため、全ての事業者を対象として「情報開示の徹底」を図ることとし、そのための開示情報の標準化と第三者による確認の仕組みを導入する。  
また、実効ある事後規制ルールを確立する観点から、事業者の「指定更新制」の導入や、欠格事由の見直しなどを行う。

#### 4. 専門性を重視した人材育成と資質の確保

- 介護に携わる職種について「専門性の確立」を重視する観点から資格要件や研修の見直しを行う。特に痴呆ケアについて研修等の強化を図る。  
また、介護職員について、将来的には「介護福祉士」を基本とする方向で研修等の体系的な見直しを行うとともに、施設長・管理者について研修等の強化を図る。

## IV. 負担の在り方の見直し

### 1. 1号保険料の在り方

- 第1号被保険者（65歳以上の者）に対する保険料については、現行方式を基本としつつ、被保険者の負担能力をきめ細かく反映したものとなるよう、「**現行の第2段階**」について、**負担能力の低い層の保険料負担を軽減する**等の見直しを行う。
- また、市町村の保険料徴収事務の効率化等の観点から、現在「**老齢年金**」のみを対象としている**保険料の特別徴収**について、「**遺族年金**」や「**障害年金**」も対象に加えることとする。

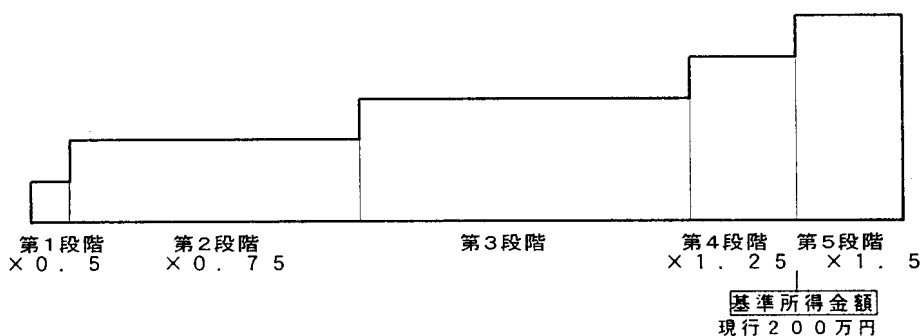
### 2. 2号保険料の在り方

- 第2号被保険者（40～64歳の者）に対する保険料は医療保険者が納付する仕組みとなっているが、今後第2号被保険者や医療保険者の代表が制度運営に関与していく方法を検討する必要がある。

#### 〈介護保険料について〉

高齢者の保険料は、負担能力に応じた負担を求める観点から、原則として各市町村ごとの所得段階別の定額保険料としている。（5段階ないしは6段階）

段階	対象者	保険料	(参考) 対象者見込数	
			(第2期)	(第1期)
第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税かつ老齢福祉年金受給者	基準額 × 0.5	約 2%	約 2%
第2段階	市町村民税世帯非課税	基準額 × 0.75	約 34%	約 29%
第3段階	市町村民税本人非課税	基準額 × 1	約 39%	約 43%
第4段階	市町村民税本人課税（被保険者本人の合計所得金額が200万円未満）	基準額 × 1.25	約 13%	約 16%
第5段階	市町村民税本人課税（被保険者本人の合計所得金額が200万円以上）	基準額 × 1.5	約 12%	約 10%



- ※ 老齢退職年金受給の高齢者は、年収266万円までは市町村民税非課税。したがって、夫婦それぞれの年金がこの額未満（計532万円）までは、市町村民税非課税となる。
- ※ 第2段階～第5段階の該当者のうち、それぞれの段階の保険料を適用すると生活保護の被保護者になってしまう者については、被保護者とならないようより低い段階の保険料を適用する。

## V. 制度運営の見直し

### 1. 保険者機能の強化

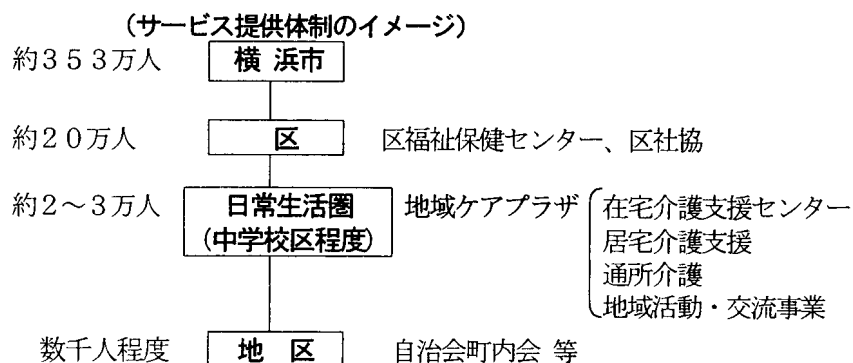
- 市町村が「**保険者としての機能**」をより発揮できるようにするため、以下の点について見直しを行う。
  - ① 被保険者に対する情報提供の充実
  - ② 給付に関する保険者のチェック機能や政策評価機能の強化
  - ③ 市町村への「事業所の立ち入り権限」の付与
  - ④ 保険者の共同事業の実施、事務委託の整備

### 2. 事業計画、基盤整備の在り方

- 市町村の事業計画策定においては、①利用者の「**生活圏域**」単位に整備すべきサービスを定めるとともに、②介護サービス以外の施策に関する事項も盛り込む必要がある。  
今後の基盤整備についても、従来のような個々の施設を対象とした「**点**」的な整備ではなく、「**生活圏域**」を単位とし、**地域の多様性を活かした「面」的な整備**を中心としていく必要がある。

#### 〈横浜市における地域ケアの取組み〉

- ・保健・福祉サービスを身近な場所で総合的に提供する施設として「地域ケアプラザ」を中学校区程度の地域ごとに1ヶ所ずつ整備する計画（18行政区ごとに1ヶ所）。
- ・H16年1月現在、96ヶ所が運営。管理運営は社会福祉法人に委託。今後は、医療法人等にも委託対象を拡大予定。



## VI. 見直しの進め方

- 制度見直しに当たっては、①地域の基盤や実施体制の整備に一定の準備期間を要する項目と、②サービスの適正化や保険財政の健全化の観点からできる限り速やかに実施すべき項目に区別して、施行スケジュールを検討する必要がある。

### 第3 被保険者・受給者の範囲について

#### 1. これまでの経緯

- 介護保険制度において「被保険者・受給者の範囲」をどうするかは、当初から大きな論点の一つであった。検討時から様々な議論が行われる中で、老人保健福祉審議会・最終報告では「65歳以上の高齢者」とされた。
- その後与党内の論議を経て、最終的には「老化に伴う介護ニーズ」に応えることを目的として、「40歳以上の者」とする現行制度がとりまとめられた。それと合わせて、法附則第2条で、この問題は施行後5年の見直し検討の課題の一つとして掲げられた。

#### 2. 問題の所在

- 今回問われているのは、「被保険者・受給者の対象年齢を引き下げるべきかどうか」という問題である。この問題は、介護保険制度のみならず、障害者施策の在り方などに大きな影響を及ぼす。

##### (1) 介護保険制度との関わり

- ① 「被保険者の範囲」と「受給者の範囲」は厳密には異なる問題ではあるものの、「負担」と「受益」は連動するのが基本であるので、両者は実際には「表裏の関係」にある。
- ② 対象年齢の引き下げは、「老化に伴う介護ニーズ」への対応という制度の基本骨格の見直しにつながる。現行制度では、第2号被保険者の給付は「15の特定疾病」に限られているが、40歳未満への対象年齢の拡大は、こうした「介護原因に関する制限」の見直しに連動するものである。
- ③ 財政面では、対象年齢の引き下げは「制度の支え手」の拡大を意味している。なお、若年者の保険料負担の趣旨としては、現在は「世代間扶養」が中心であるが、仮に若年障害者へ適用するとするならば、「同世代間支援」の面が強くなる。

##### (2) 障害者施策との関わり

- ① 現行では、65歳以上の「高齢障害者」は、介護保険制度を優先して適用した上で、介護保険制度でカバーしていないニーズは障害者施策からサービスを提供する仕組みとなっている。  
対象年齢の引下げは、基本的に同様な形で、64歳以下の若年障害者について介護保険制度を適用することを意味している。
- ② 仮に介護保険制度を若年障害者に適用する場合には、障害者施策との関係では、障害者の特性に対応した介護サービスの内容やケアマネジメントの在り方、介護以外の就労支援等のサービス提供の在り方などが具体的な論点になってくる。



### 3. 介護保険部会における審議状況

- 介護保険部会においては、積極的な考え方と慎重な考え方に分かれています。現時点では「両論併記」とした。

#### (1) 積極的な考え方

- ①「介護ニーズの普遍性」の観点
  - 介護を必要とするすべての人が、年齢や原因、障害種別等を問わず、公平に介護サービスを利用できる「普遍的な制度」への発展を目指すべき。諸外国の介護制度においても年齢や原因により区分する仕組みとはなっていない。
- ②「地域ケアの展開」の観点
  - 介護保険制度が目指す「地域ケア」の方向は障害者福祉においても共通する基本理念。地域ケアにおいては、年齢や障害種別によってサービスが分断されるべきでない。
- ③「介護保険財政の安定化」の観点
  - 制度の支え手を拡大し財政安定化の対策を講じることは制度の「持続可能性」を高めることにつながる。
- ④「障害者施策の推進」の観点
  - 障害者に対するサービスを社会連帯を理念とする介護保険制度の対象とすることにより、障害者福祉を国民がより身近な問題として受け止める契機になる。また、地域や個人によるサービス利用の格差が縮小するものと考えられる。

#### (2) 慎重な考え方

- ①「保険システムに馴染むのか疑問」との観点
  - 若年者が障害者となる確率は低く、障害の原因が出生時やそれより前であることも多いことから、保険システムには基本的に馴染まないのではないか。
- ②「保険料負担の増大」の観点
  - 若年者にとっては新たな負担が課されることになり、介護保険料や国民健康保険料の未納や滞納が増えるおそれがある。また、これまで税で賄われてきた福祉サービスを保険方式に切り替えることは、負担を安易に企業に転嫁するものである。障害者福祉サービスについて、支援費制度のように支給限度額などの仕組みがないままに介護保険制度に組み入れていくこととなれば介護保険にも大きな混乱を招くおそれがある。
- ③「現行サービス水準の低下不安」の観点
  - 現に支援費サービスを利用している障害者にとって、介護保険制度の要介護認定や支給限度額の仕組みが適用されることにより、利用できるサービス量が減るおそれがある。

④「時期尚早である」との観点

- 支援費制度の導入からまだ1年余であり、まず、制度の効率化や給付の公平化等の改善策の検討が優先されるべきである。また、ケアマネジメント体制の確立等に時間を要することから、受け皿の準備が十分でない現状では時期尚早である。

**(3) 今後の進め方**

- 当部会では「被保険者・受給者の範囲」の問題について現時点では一定の結論を得るには至らなかった。このため、この問題については、国民的な論議をさらに深める観点から、**今後、当部会において引き続き議論を進めていくこととする。**

## 高齢者介護・障害者福祉各制度の比較

	介護保険制度	支援費制度	精神障害者福祉施策
費用	6兆1267億円 〔施設：3兆2412億円 在宅：2兆8855億円〕	6946億円 〔入所施設：4506億円 在宅：2440億円〕	438億円
財源	<p style="text-align: center;">1号被保険者(65歳以上) 18.0% 2号被保険者(40~64歳) 32.0% 国 25.0% 市町村 12.5%</p>	<p style="text-align: center;">市町村 25% 都道府県 25% 国 50%</p>	<p>○居宅生活支援事業（60億円）</p> <p style="text-align: center;">●</p> <p>（国：50%、都道府県・市町村25%）</p> <p>○社会復帰施設運営費（378億円）</p> <p style="text-align: center;">●</p> <p>（国・都道府県各50%）</p>
利用人数	309万人（16年1月審査分）	32万人（15年4月分、一部重複あり）	3万人（15年4月分、施設は定員ベース）
制度比較	<ul style="list-style-type: none"> <li>・応益負担（高額介護サービス費制度による限度額あり）</li> <li>・ケアマネジメントに基づくサービス提供</li> <li>・要介護認定により支給額の上限を設定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・応能負担</li> <li>・ケアマネジメントは制度化されていない</li> <li>・支給量は基本的に各市町村の裁量</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームヘルプは応能負担、施設等は食費等の実費を負担</li> <li>・ケアマネジメントは制度化されていない</li> <li>・ホームヘルプの支給量は、基本的に各市町村の裁量</li> </ul>

※ 費用は16年度の予算ベース。介護保険制度の施設・在宅の内訳は、16年度予算の総費用と16年1月審査分のサービス利用状況を基に推計。支援費制度の通所施設は在宅に分類。