

社会保障審議会介護保険部会（第25回）議事次第

平成22年5月31日（月）

16:00～19:00

於：全社協・灘尾ホール

議 題

介護保険制度の現状について

社会保障審議会 介護保険部会(第25回)	資料1
平成22年5月31日	

介護保険制度の現状について

介護拠点等の緊急整備

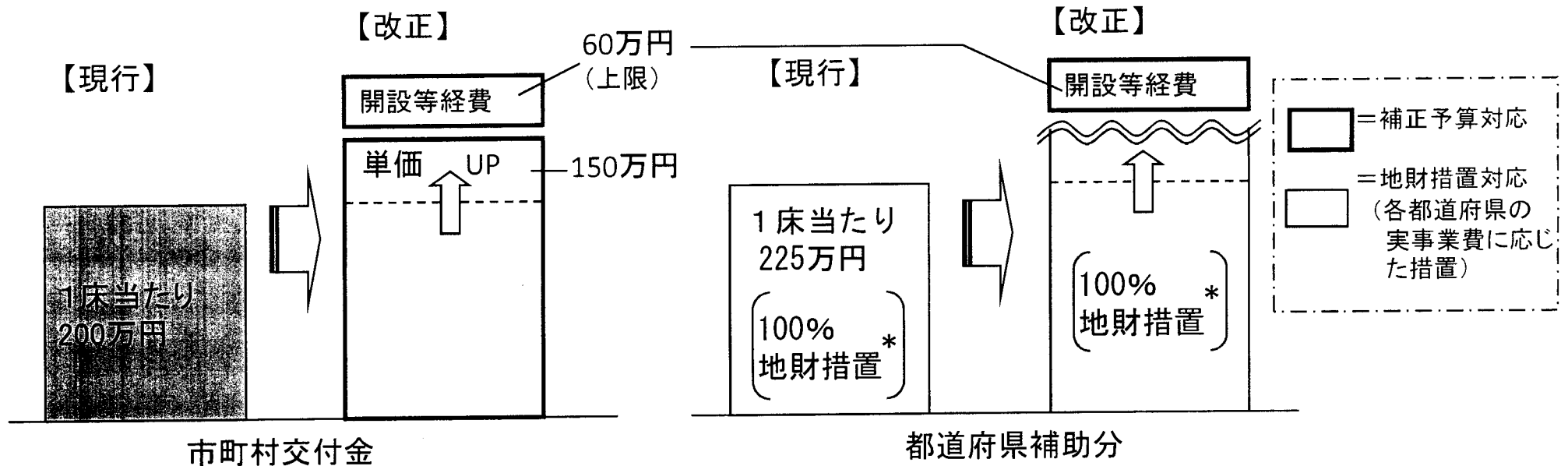
3年間で12万人分整備に4万人分を前倒し、合計16万人分整備

(1) 目的

小規模特別養護老人ホーム(定員29人以下)やグループホームなどの整備に係る市町村交付金の拡充、定員30人以上の施設の整備に係る都道府県補助金に対する地方財政措置の拡充により、地域の介護ニーズに対応する。

(2) 助成のスキーム(特別養護老人ホームの場合)

*:「特別の地方債」の起債対象となり、その元利償還金が100%普通交付税で手当てされる。



(3) 事業規模

合計約3,011億円(3年分)

介護職員処遇改善交付金

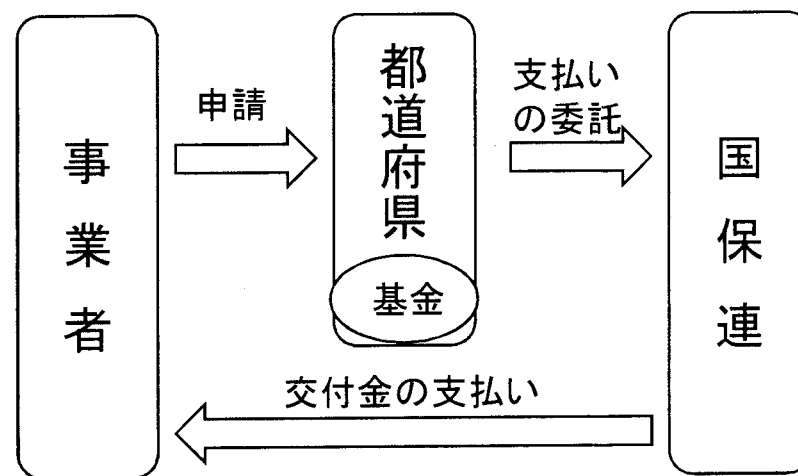
○介護職員(常勤換算)1人当たり月額平均1.5万円の賃金引上げに相当する額を介護職員の処遇改善に取り組む事業者へ交付

○21年10月サービス分から実施し、24年3月までの2.5年分を予算計上
(21年度第1次補正予算 事業規模:約3,975億円)

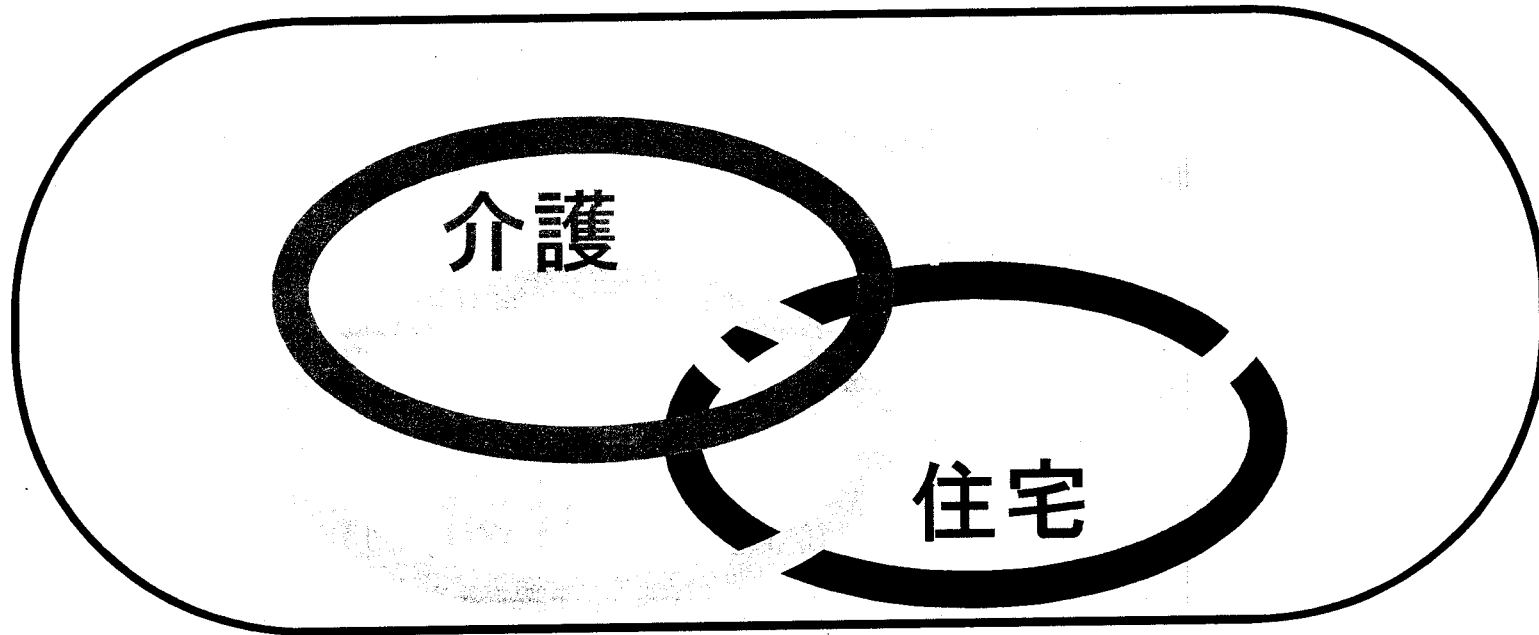
① 都道府県が基金を設置して実施する。
(支払いは国保連に委託)

② 財源 : 国費10/10

執行のイメージ



地域包括ケアシステム



【地域包括ケアの四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4つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～④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

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
・24時間対応の在宅サービスの強化

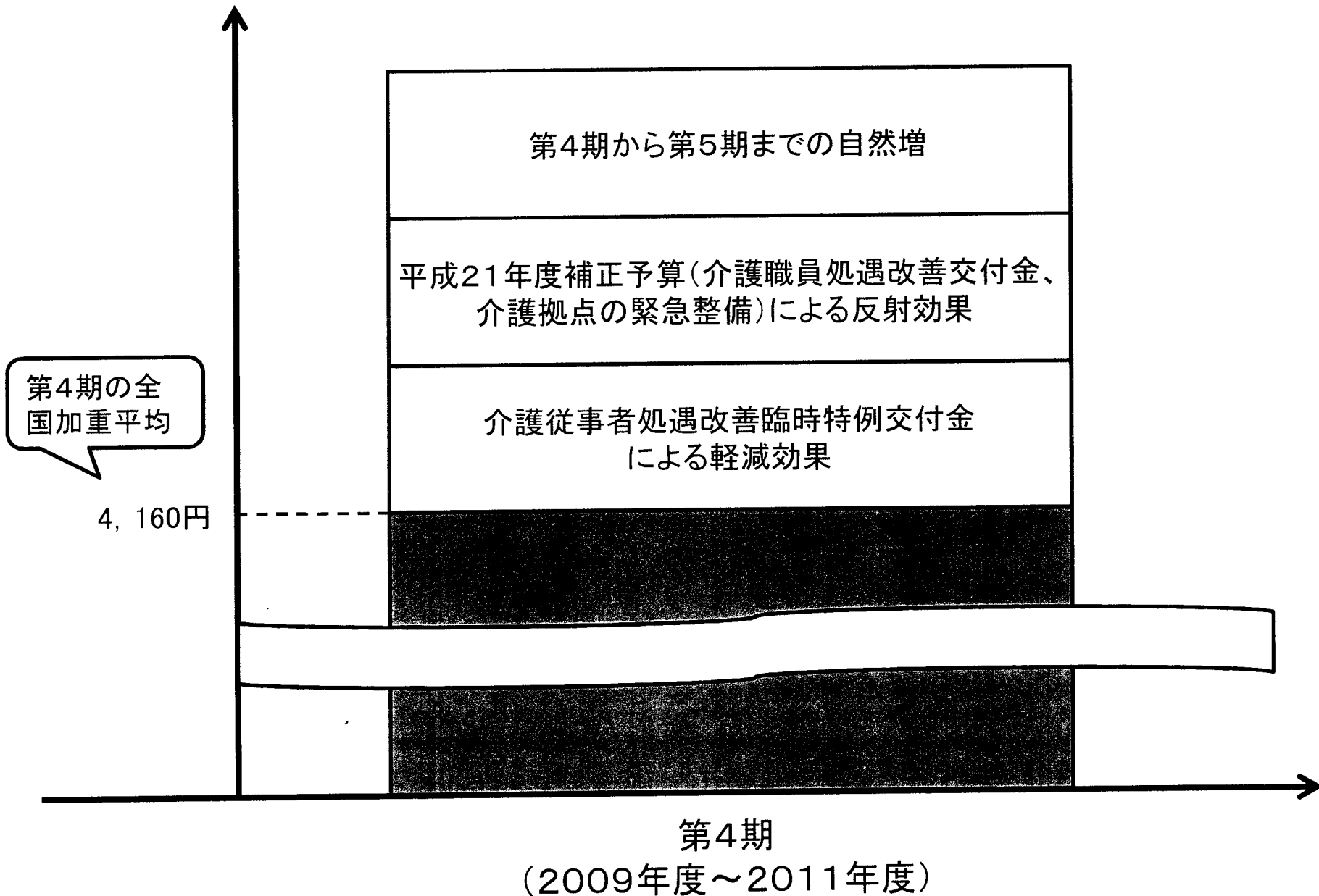
③見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

④高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住宅の整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備
・持ち家のバリアフリー化の推進

今後の介護保険料について



議論の基本的な論点

○ サービス体系のあり方（地域包括ケアの実現）

- ・ 地域の中での介護サービスの提供（在宅支援の強化、施設の多機能化）
- ・ 医療と介護の連携体制の強化（在宅療養の強化、訪問看護の体制確保）
- ・ 高齢者の住まいにおける介護サービスの充実、施設の居住環境の向上
- ・ 介護職員の資質の向上
- ・ 認知症を有する者に対するサービス確保

○ 持続可能な制度の構築

- ・ 保険料上昇に対する財政的な措置
- ・ 介護職員処遇改善交付金（約3,975億円）
- ・ 介護拠点の緊急整備（約3,011億円）
 - 第4期は平成21年度～平成23年度、
次期介護報酬改定は平成24年度

介護保険制度の現状について

(参考資料)

高齢者保健福祉政策の流れ

年 代	高齢化率	主 な 政 策
1960年代 <u>高齢者福祉政策の始まり</u>	5.7% (1960)	1963年 老人福祉法制定 ◇特別養護老人ホーム創設 ◇老人家庭奉仕員（ホームヘルパー）法制化
1970年代 <u>老人医療費の増大</u>	7.1% (1970)	1973年 老人医療費無料化
1980年代 <u>社会的入院や寝たきり 老人の社会的問題化</u>	9.1% (1980)	1982年 老人保健法の制定 ◇老人医療費の一定額負担の導入等 1989年 ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）の策定 ◇施設緊急整備と在宅福祉の推進
1990年代 <u>ゴールドプランの推進</u>	12.0% (1990)	1994年 新ゴールドプラン（新・高齢者保健福祉推進十か年戦略）策定 ◇在宅介護の充実 高齢者介護・自立支援システム研究会報告（厚生省）
<u>介護保険制度の導入準備</u>	14.5% (1995)	1996年 連立与党3党政策合意 介護保険制度創設に関する「与党合意事項」 1997年 介護保険法成立
2000年代 <u>介護保険制度の実施</u>	17.3% (2000)	2000年 介護保険施行 2005年 介護保険法の一部改正

平成17年介護保険制度改革の基本的な視点と主な内容

○明るく活力ある超高齢社会の構築

○制度の持続可能性

○社会保障の総合化

- ・軽度者の大幅な増加
- ・軽度者に対するサービスが状態の改善につなげていない

- ・在宅と施設の利用者負担の公平性

- ・独居高齢者や認知症高齢者の増加
- ・在宅支援の強化
- ・医療と介護との連携

- ・利用者によるサービスの選択を通じた質の向上

- ・低所得者への配慮
- ・市町村の事務負担の軽減

予防重視型システムへの転換

施設給付の見直し
※

新たなサービス体系の確立

サービスの質の確保・向上

負担の在り方
・制度運営の見直し

- 新予防給付の創設
- 地域支援事業の創設

- 居住費用・食費の見直し
- 低所得者に対する配慮

- 地域密着型サービスの創設
- 地域包括支援センターの創設
- 居住系サービスの充実

- 介護サービス情報の公表
- ケアマネジメントの見直し

- 第1号保険料の見直し
- 保険者機能の強化

※平成17年10月施行。他の改正については平成18年4月施行。

介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律（平成20年5月28日法律第42号）の概要

介護サービス事業者の不正事案の再発を防止し、介護事業運営の適正化を図るため、法令遵守等の業務管理体制整備の義務付け、事業者の本部等に対する立入検査権の創設、不正事業者による処分逃れ対策など、所要の改正を行う。

(業務中の管理体制) → (監査指導時) → (監査中の事業廃止等) → (指定・更新時) → (廃止時のサービス確保)

事業者の法令遵守が不十分

事業者の本部への検査権限がない

不正事業者による処分逃れ

「一律」連座制の問題

事業廃止時のサービス確保対策が不十分

- 不正行為への組織的な関与が確認できない

- 監査中の廃止届により処分ができない
- 同一法人グループへの譲渡に制限がない

- 組織的な不正行為の有無に関わらず一律連座
- 一自治体の指定取消が、他の自治体の指定権限を過度に制限

業務管理の体制整備

本部への立入検査等

処分逃れ対策

指定・更新の欠格事由の見直し

サービス確保対策の充実

- 新たに事業者単位の規制として法令遵守の義務の履行が確保されるよう、**業務管理体制の整備を義務付け等**

- 不正行為への組織的な関与が疑われる場合は、国、都道府県、市町村の**事業者の本部への立入検査権**を創設

- 事業所の**廃止届を事後届出制から事前届出制**へ。また、立入検査中に廃止届を出した場合を指定・更新の欠格事由に追加等

- いわゆる連座制の仕組みは維持し、**不正行為への組織的な関与の有無を確認し、自治体が指定・更新の可否を判断**

- 事業廃止時のサービス確保に係る**事業者の義務を明確化**

- 事業者の規模に応じた義務とする

- 業務管理体制に問題がある場合は、国、都道府県、市町村による**事業者に対する是正勧告・命令権**を創設

- 指定取消を受けた事業者が**密接な関係にある者に事業移行**する場合について、指定・更新の欠格事由に追加

- 広域的な事業者の場合は、国、都道府県、市町村が**十分な情報共有と緊密な連携の下に対応**

- 事業者がサービス確保の義務を果たしていない場合を、勧告・命令の事由に追加

- 行政が必要に応じて事業者の実施する措置に対する支援を行う**

施行期日：平成21年5月1日

介護保険制度の実施状況

① 65歳以上被保険者数の推移

・65歳以上の被保険者数は、9年で約673万人（32%）増加。

	2000年4月末	2003年4月末	2009年4月末
被保険者数	2,165万人	2,398万人	2,838万人

② 要介護（要支援）認定者数の推移

・要介護認定を受けている者は、9年で約251万人（115%）増加。

	2000年4月末	2003年4月末	2009年4月末
認定者数	218万人	348万人	469万人

③ 要介護（要支援）認定の申請件数

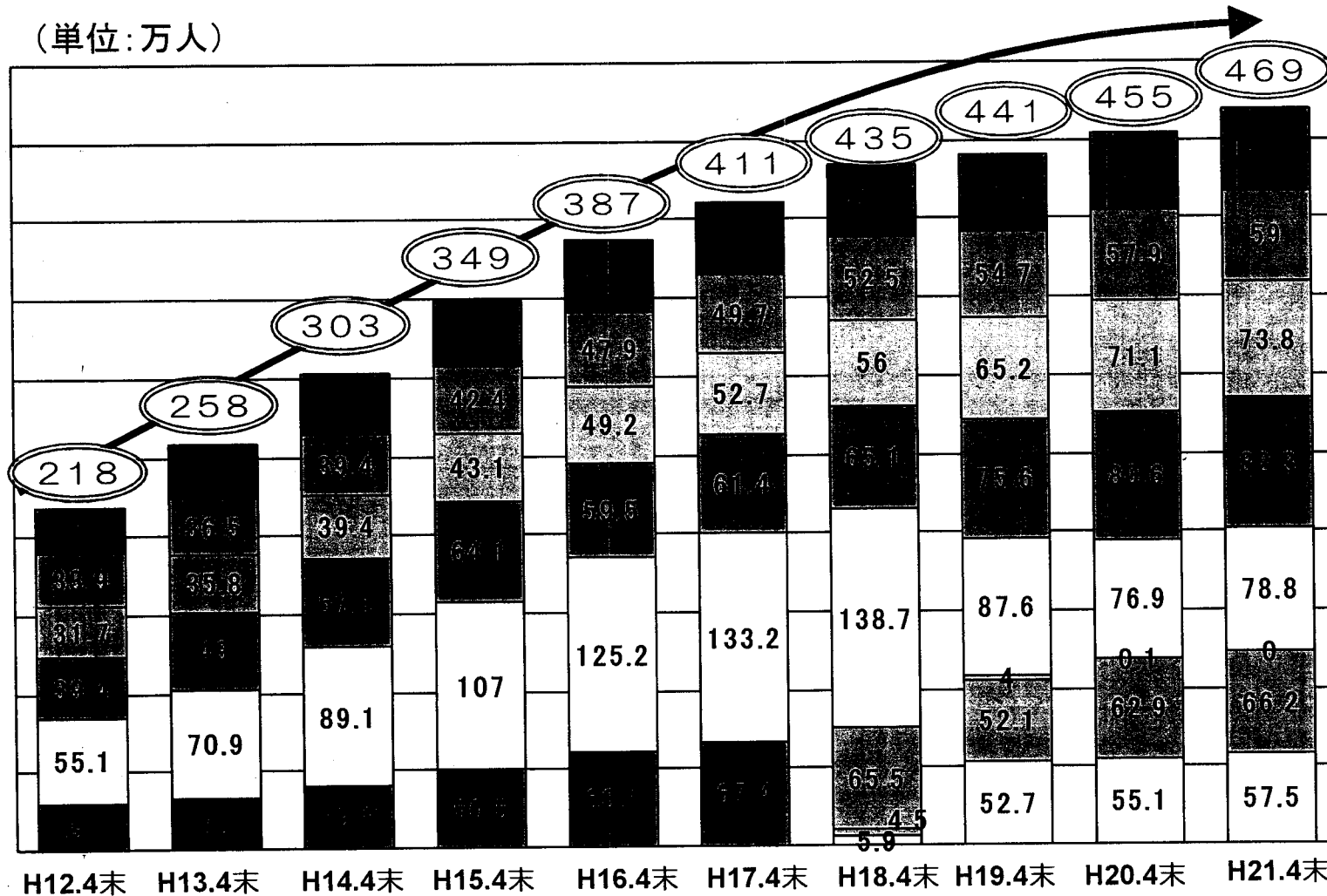
・要介護認定の申請件数は、9年で約231万件（86%）増加。

注：2004年から要介護更新認定の有効期間を最大2年としたため、2008年の一年間の申請件数は2003年より少なくなっている。

	2000年度	2003年度	2008年度
申請件数	269万件	547万件	500万件

要介護度別認定者数の推移

(単位:万人)

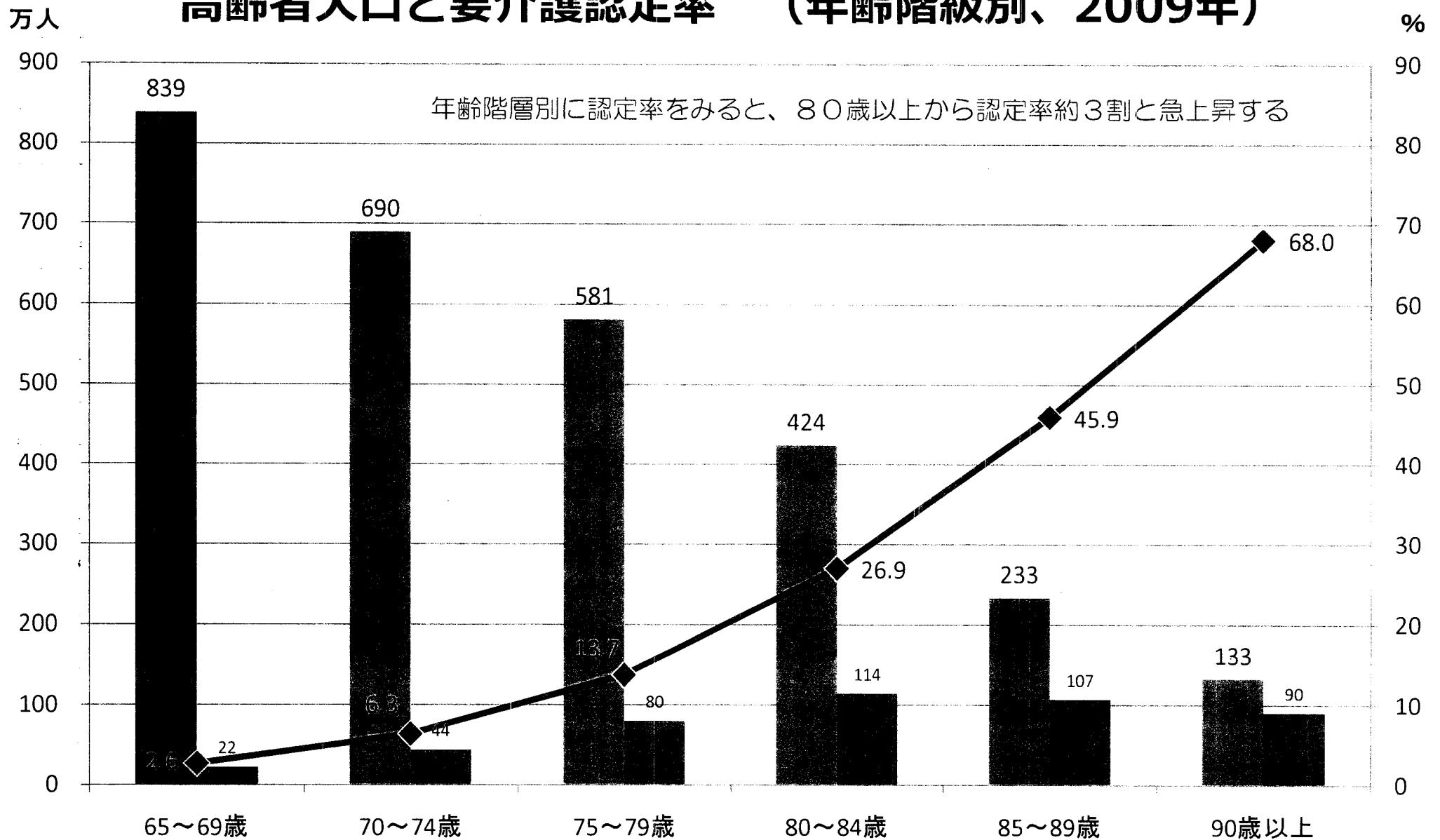


計		115%
要介護	要介護5	78%
	要介護4	74%
	要介護3	133%
	要介護2	109%
	要介護1	
経過的要介護	140%	
要支援	要支援2	
	要支援1	

H12.4とH21.4の比較

■ 要支援 (□ 要支援1 ■ 要支援2 ■ 経過的要介護) □ 要介護1 ■ 要介護2
 ■ 要介護3 ■ 要介護4 ■ 要介護5

高齢者人口と要介護認定率 (年齢階級別、2009年)

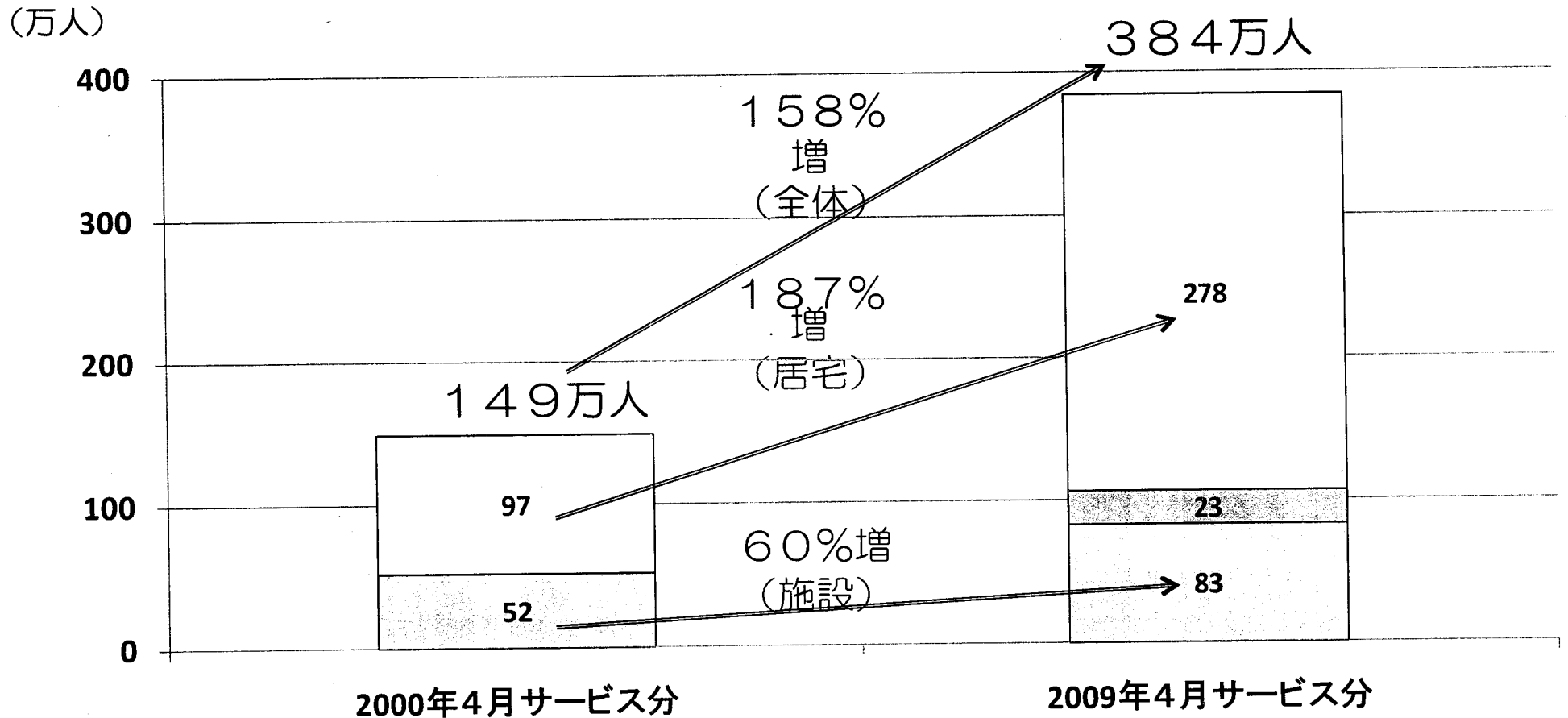


【出典】介護給付費実態調査

■ 人口 ■ 認定者数 ◆ 認定率 (右軸)

サービス受給者数の推移

- サービス受給者数は、9年で約235万人（158%）増加。
- 特に、居宅サービスの伸びが大きい。（9年で187%増）



□ 居宅サービス（2008年2月サービス分は、介護予防サービスを含む）
 ■ 施設サービス
 ▨ 地域密着型サービス（地域密着型介護予防サービスを含む）

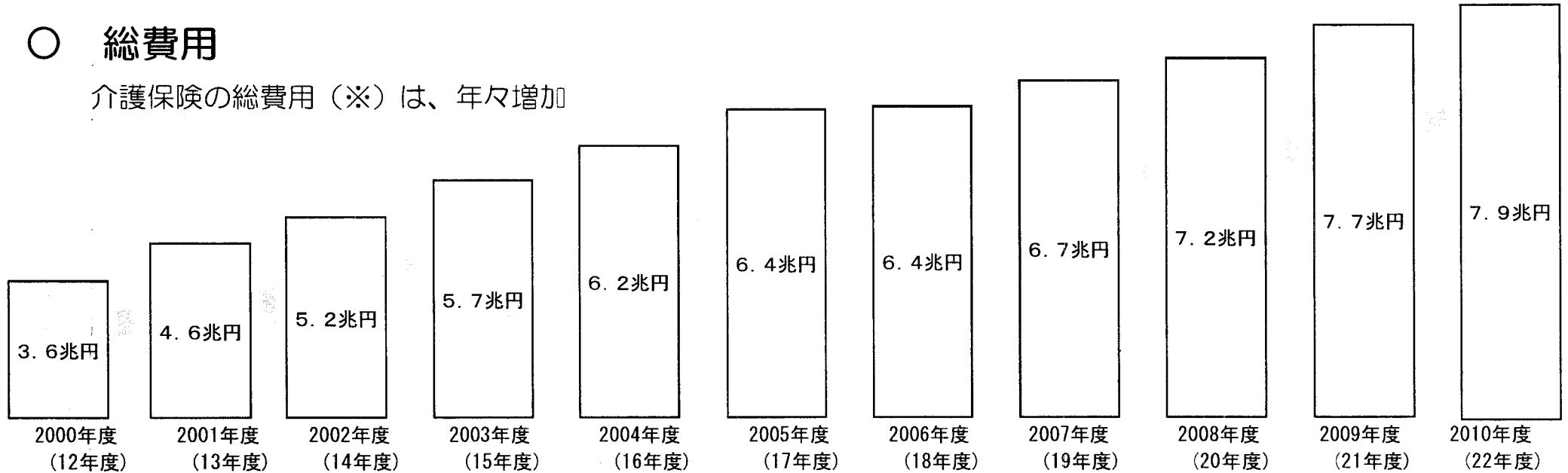
出典：介護保険事業状況報告

※介護予防サービス、地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスは、2005年の介護保険制度改正に伴って創設された。
 ※各サービス受給者の合計とサービス受給者数は端数調整のため一致しない。

介護費用・保険料の動向

○ 総費用

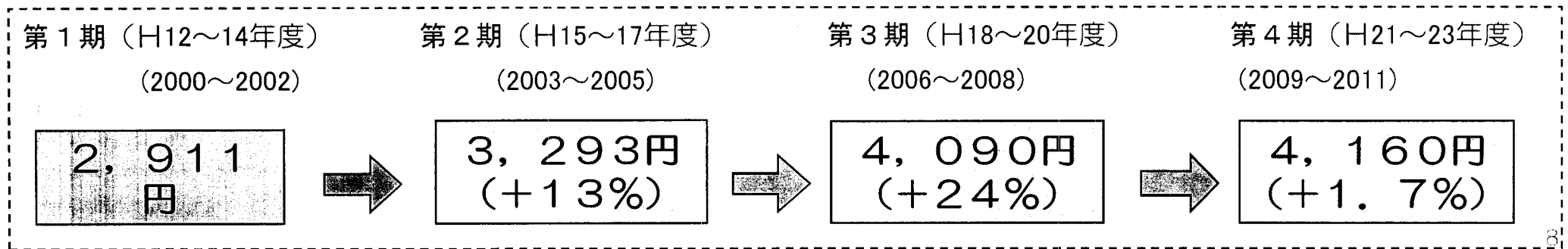
介護保険の総費用（※）は、年々増加



（注）2000～2007年度は実績、2008年度は補正後予算、2009年度（介護報酬改定+3.0%）、2010年度は当初予算。

※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕

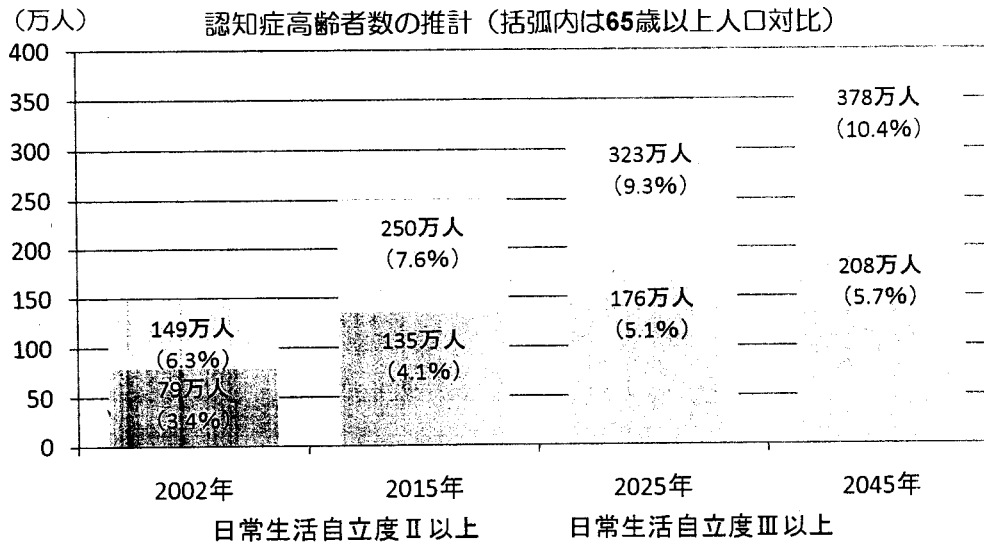


今後の介護保険を取り巻く状況について

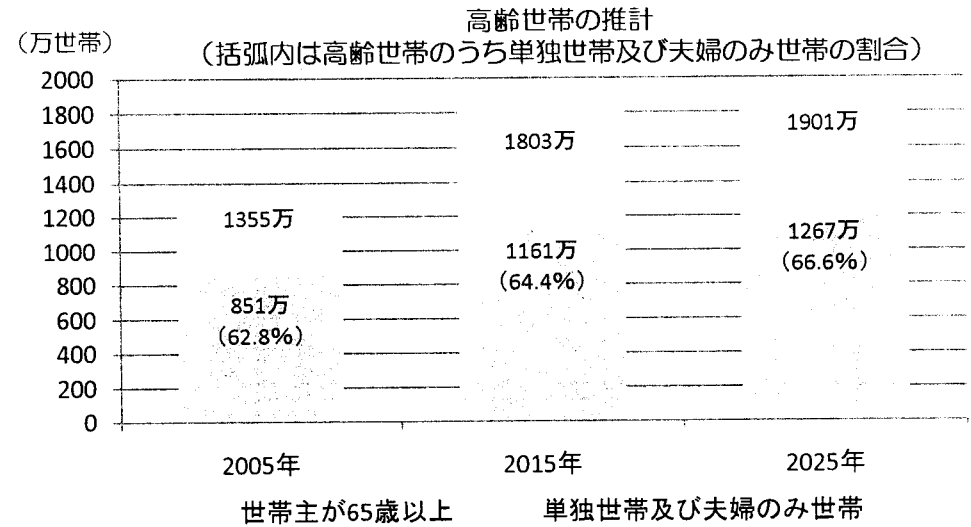
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10.4%	13.1%	18.2%	26.5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



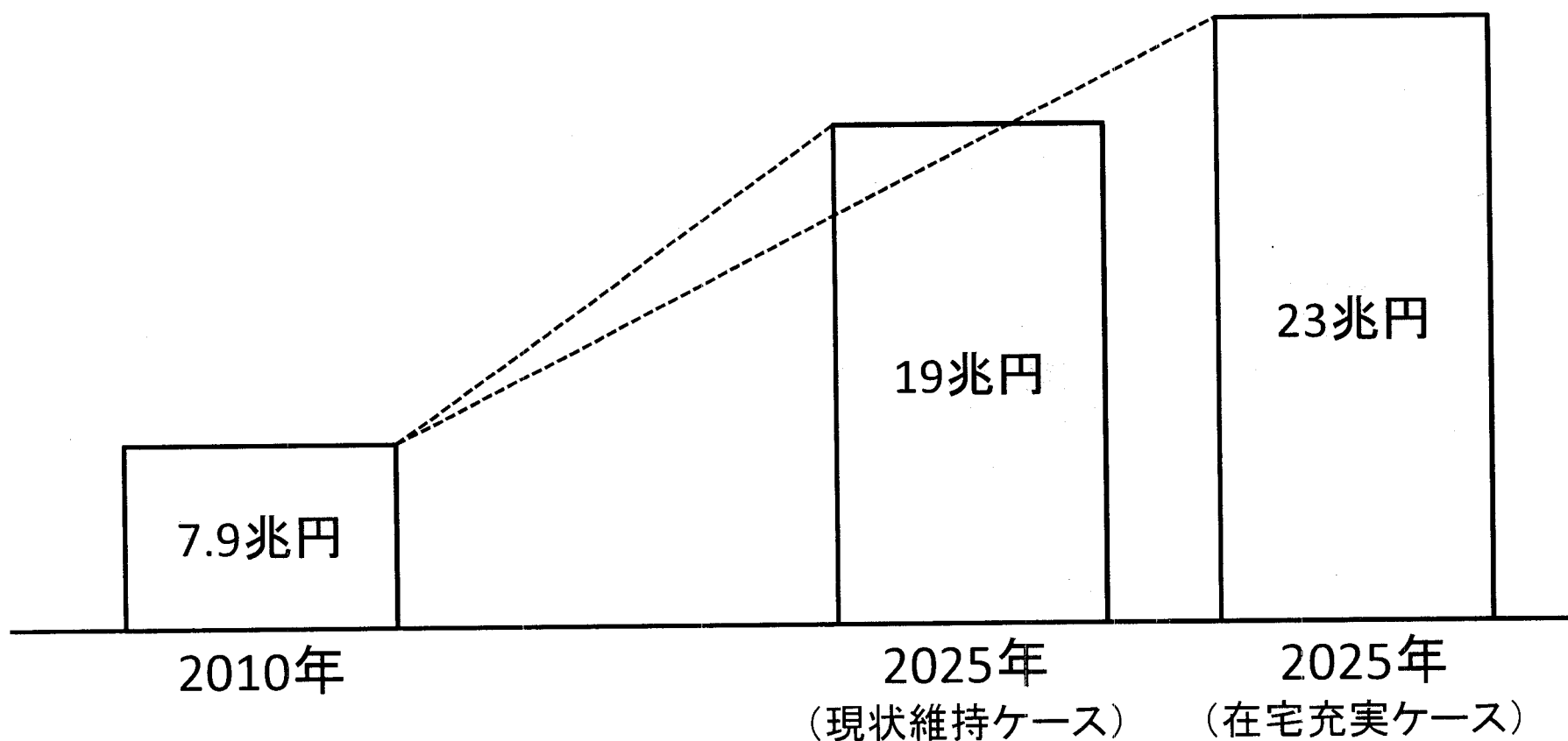
③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

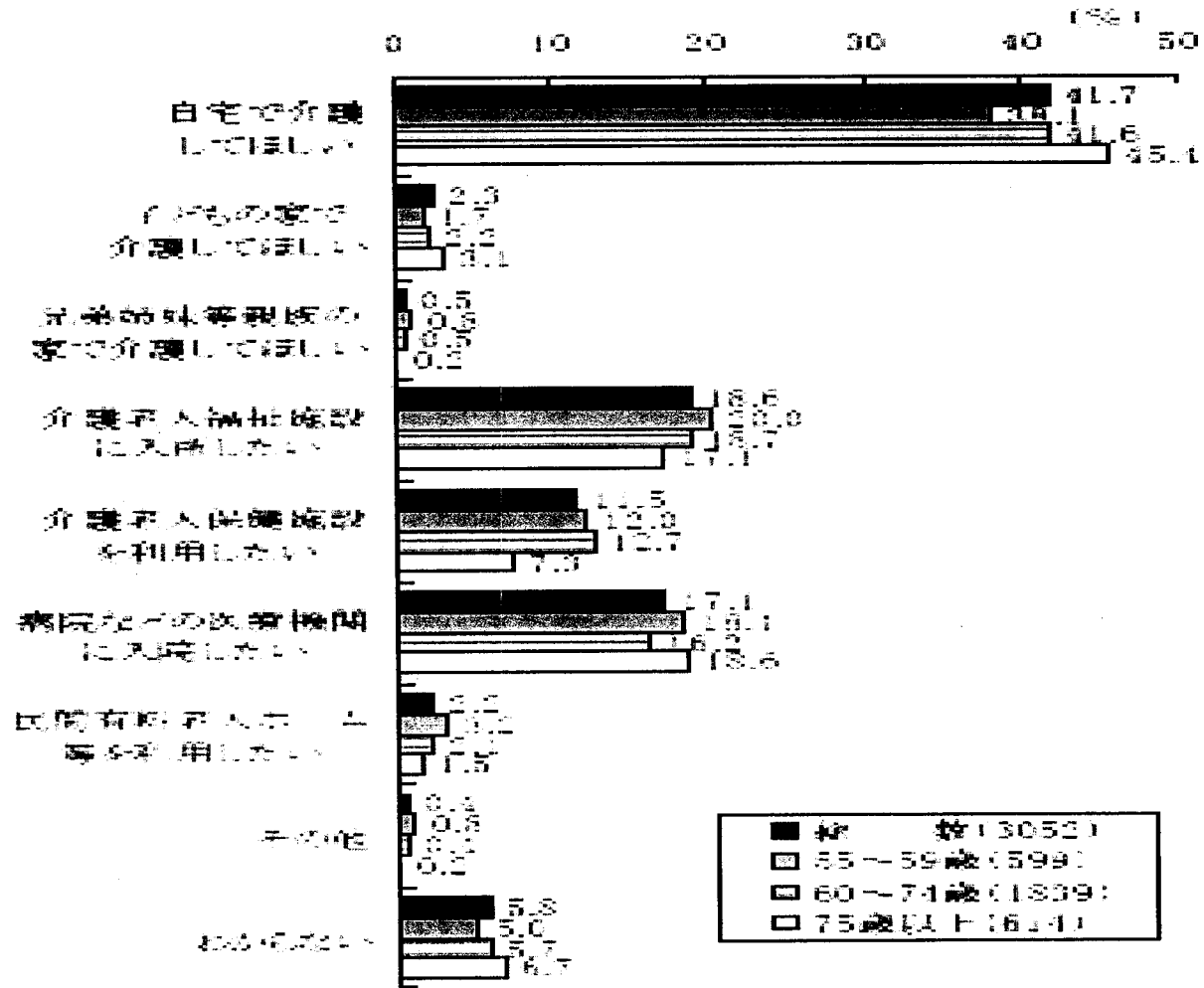
現在7.9兆円の費用が2025年には約20兆円に



※ 医療の給付は34兆円(2007年)から66~70兆円(2025年)になる。

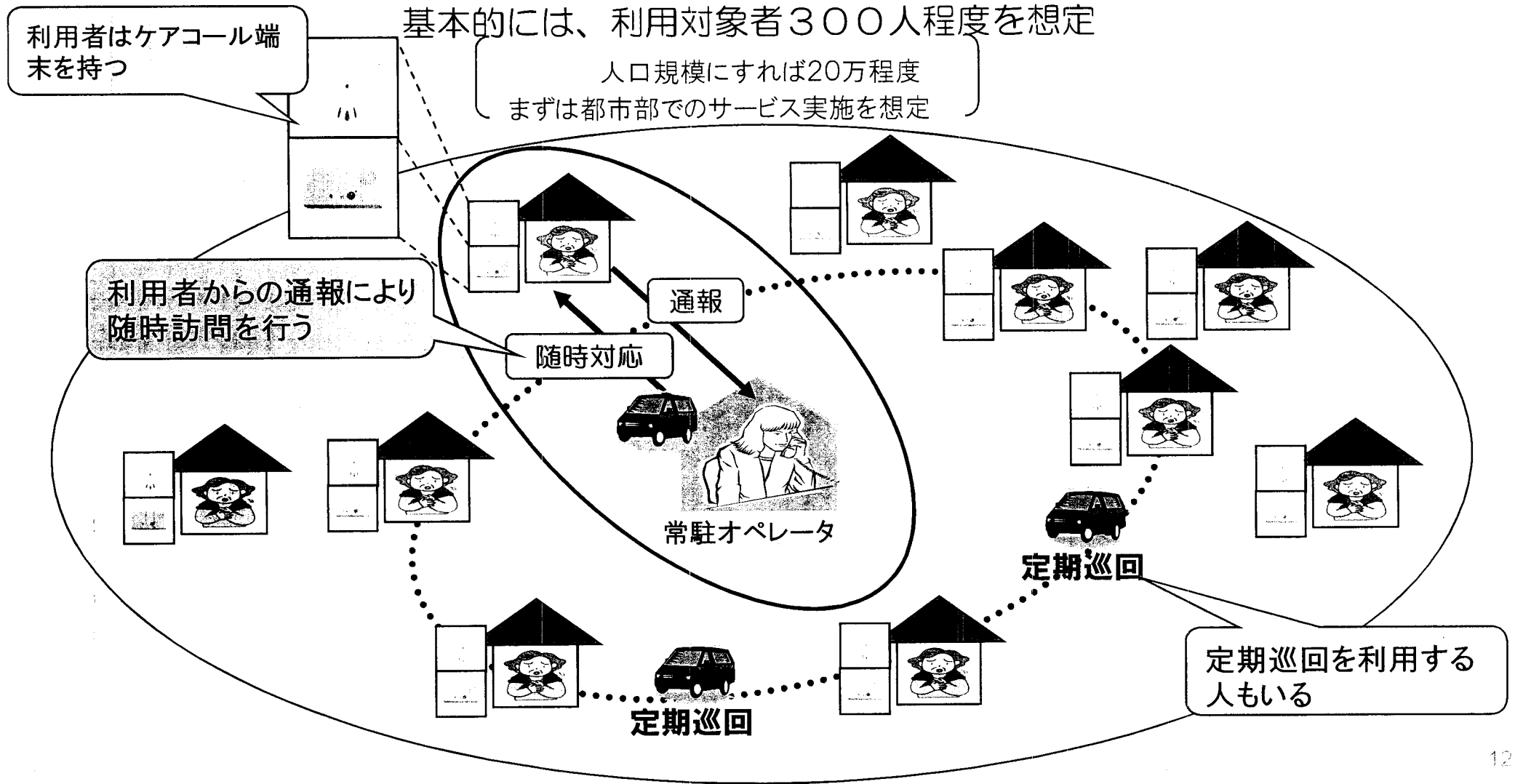
(社会保障国民会議推計)

要介護状態になっても、可能な限り住みなれた地域や自宅で生活し続け、
人生の最期のときまで自分らしく生きることを望んでいる



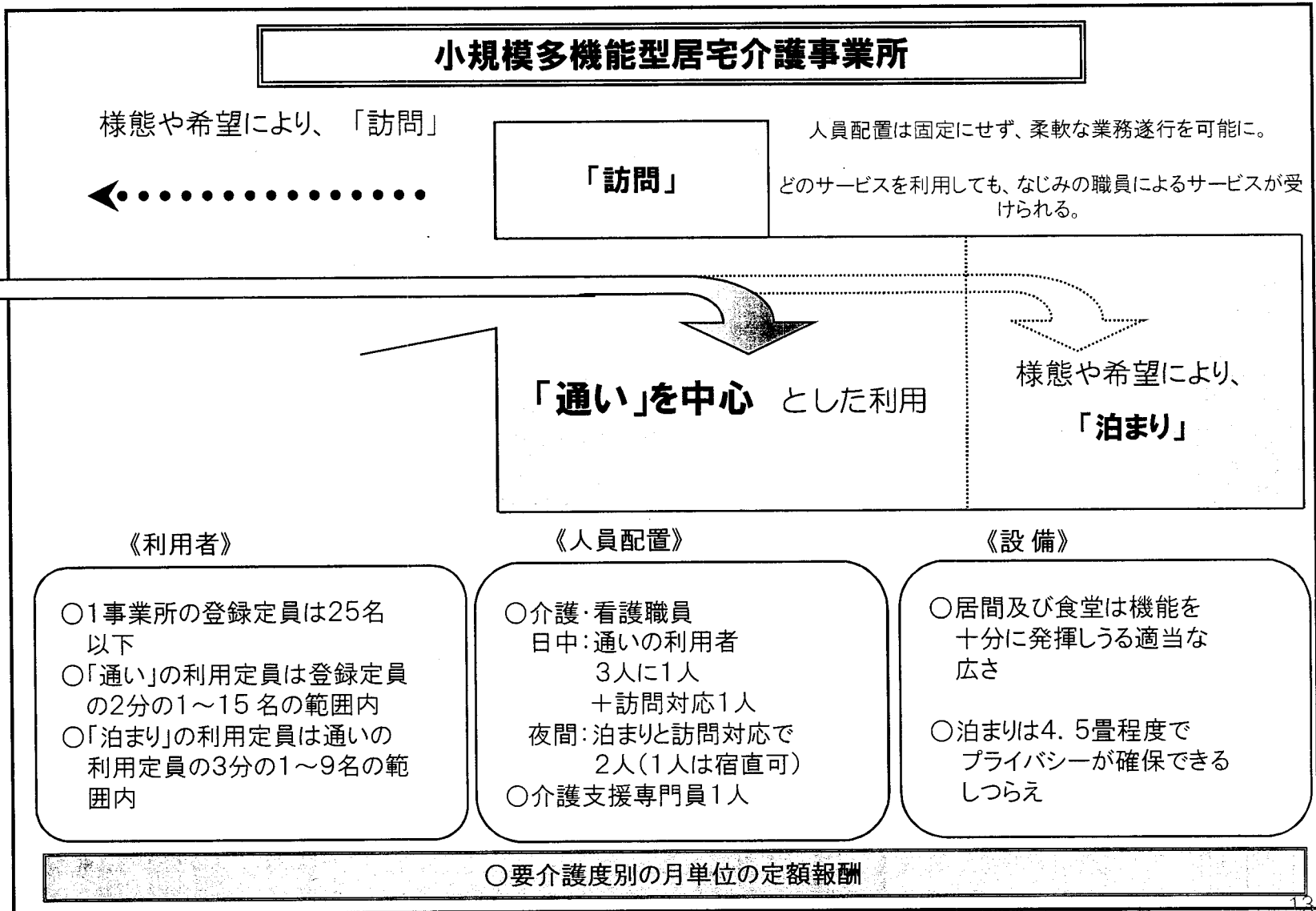
夜間対応型訪問介護のイメージ

基本的な考え方：在宅にいる場合も、夜間を含め24時間安心して生活できる体制の整備が必要
→ 定期巡回と通報による随時対応を合わせた「夜間対応型訪問介護」を創設

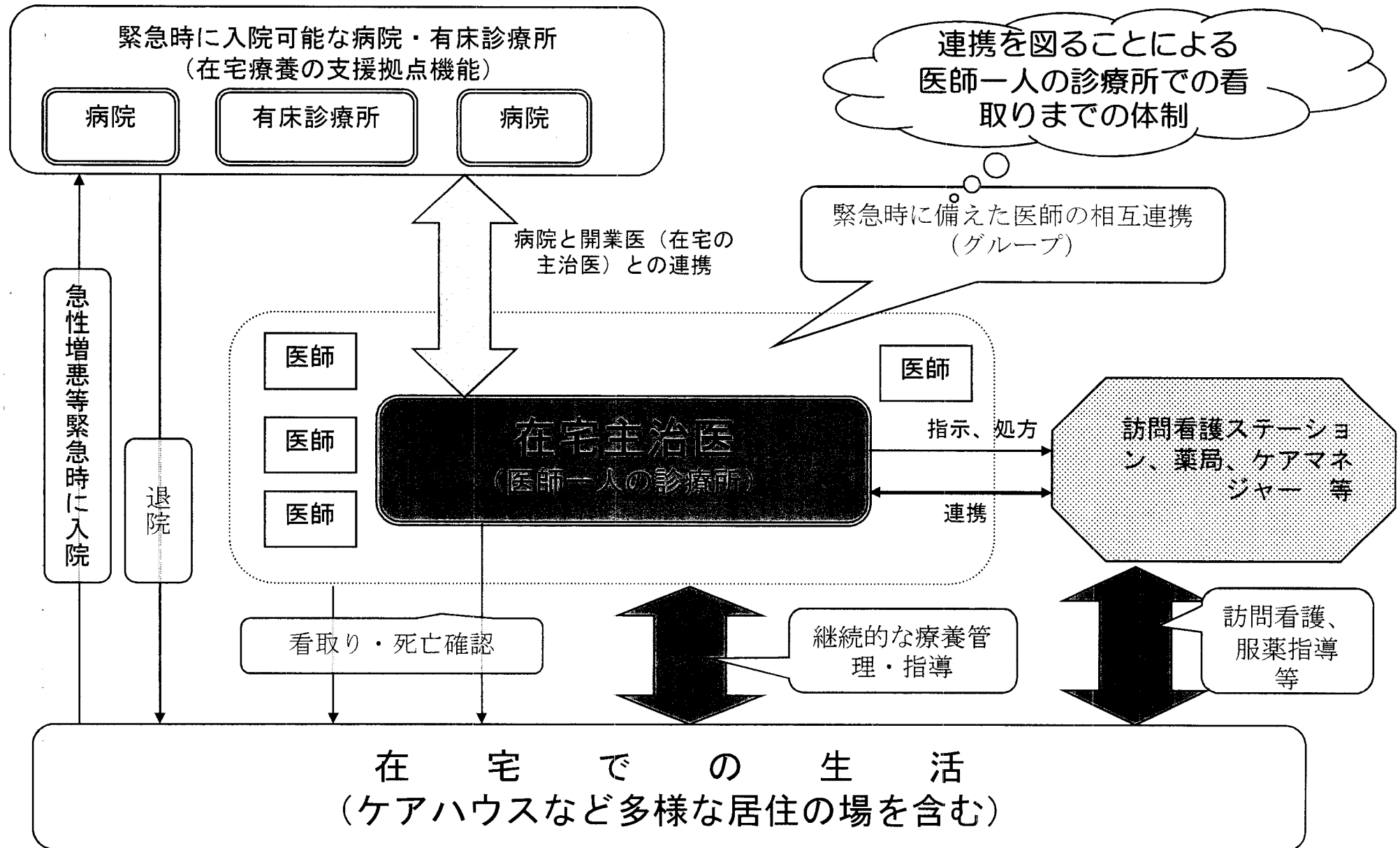


小規模多機能型居宅介護の概要（平成18年4月から開始）

基本的な考え方:「**通い**」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、**随時「訪問」**や「**泊まり**」を組み合わせてサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援する。



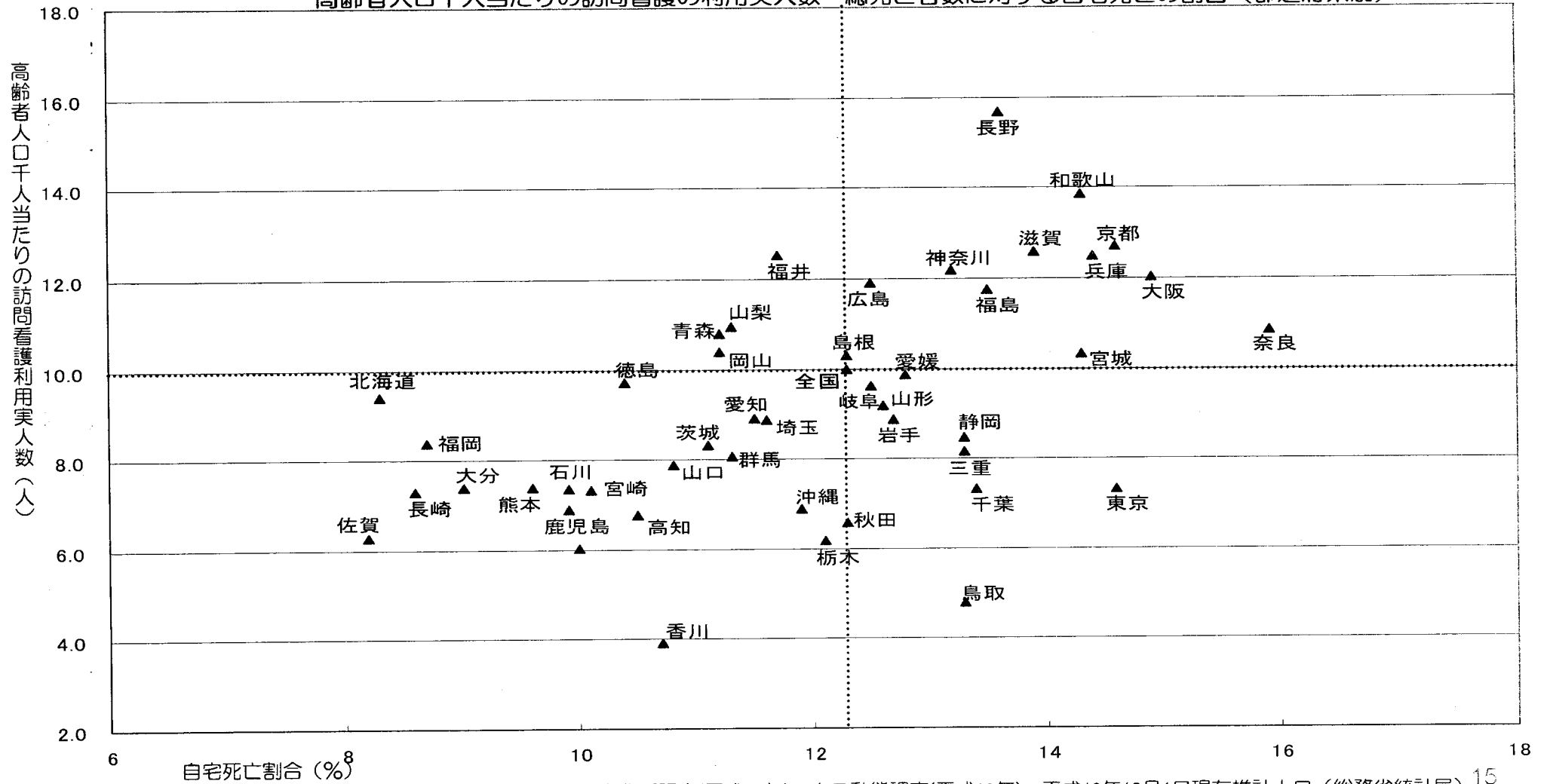
在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



訪問看護の利用人数と自宅死亡の割合

- 都道府県別にみた高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数には約4倍の開きがある（最多は長野県、最小は香川県）。
- 高齢者の訪問看護利用が高い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向にある。

高齢者人口千人当たりの訪問看護の利用実人数・総死亡者数に対する自宅死亡の割合（都道府県別）

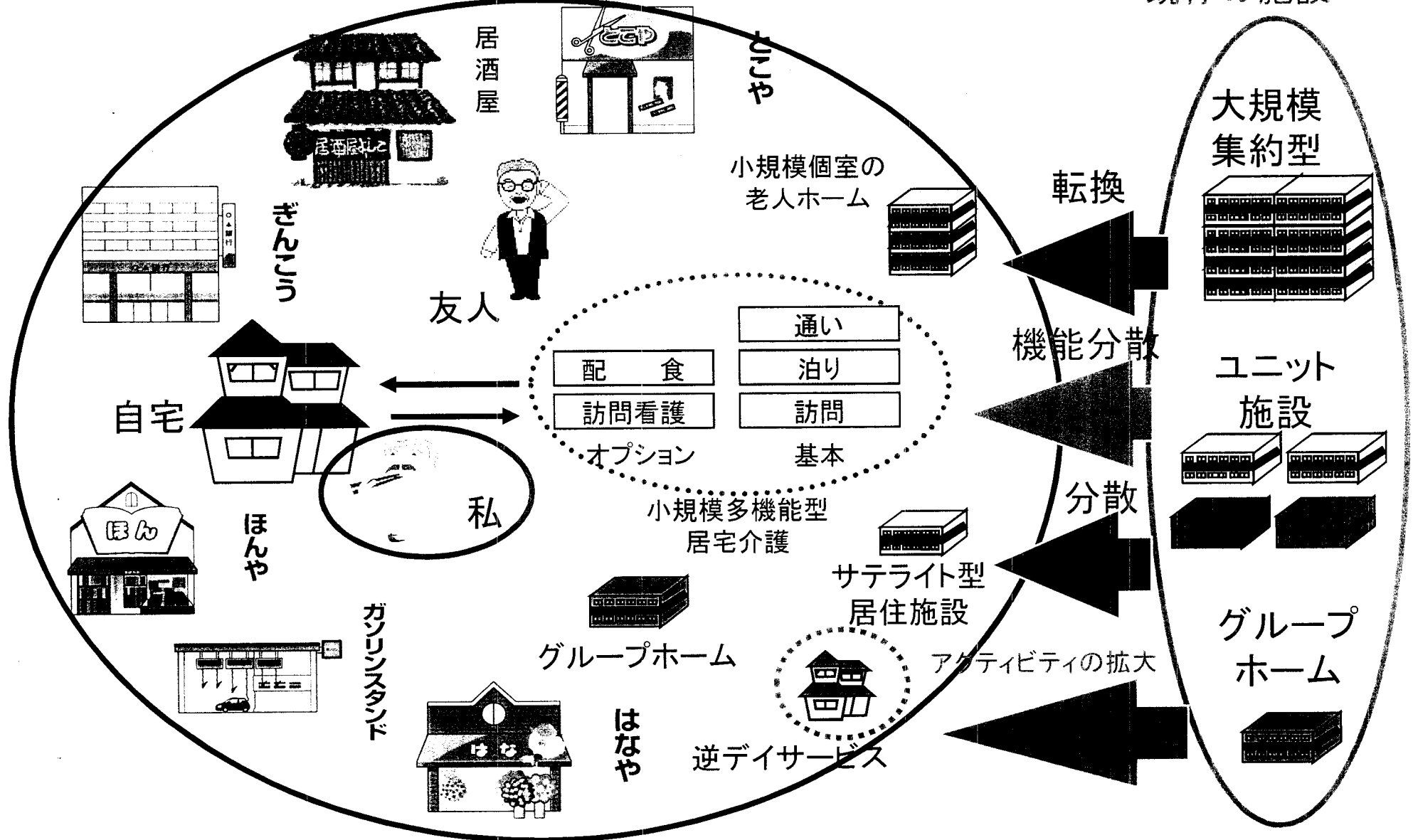


【出典】介護サービス施設・事業所調査(平成19年)、人口動態調査(平成19年)、平成19年10月1日現在推計人口(総務省統計局) 15

多機能サービスを提供する地域の拠点整備例（長岡市こぶし園）（1）

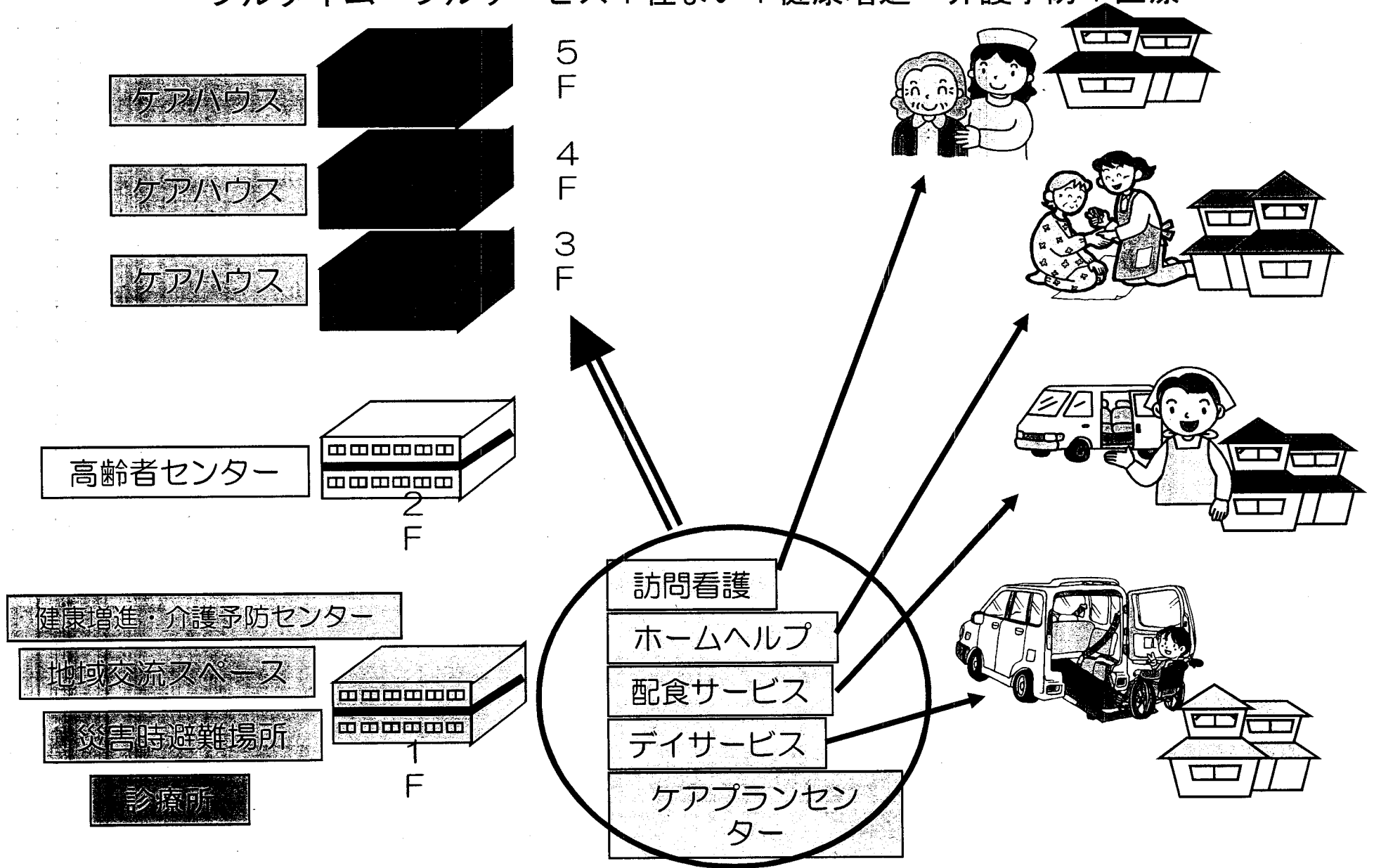
私の築いてきた人生は地域内にある
他者との関係の中で生きている

地域の外にある
既存の施設

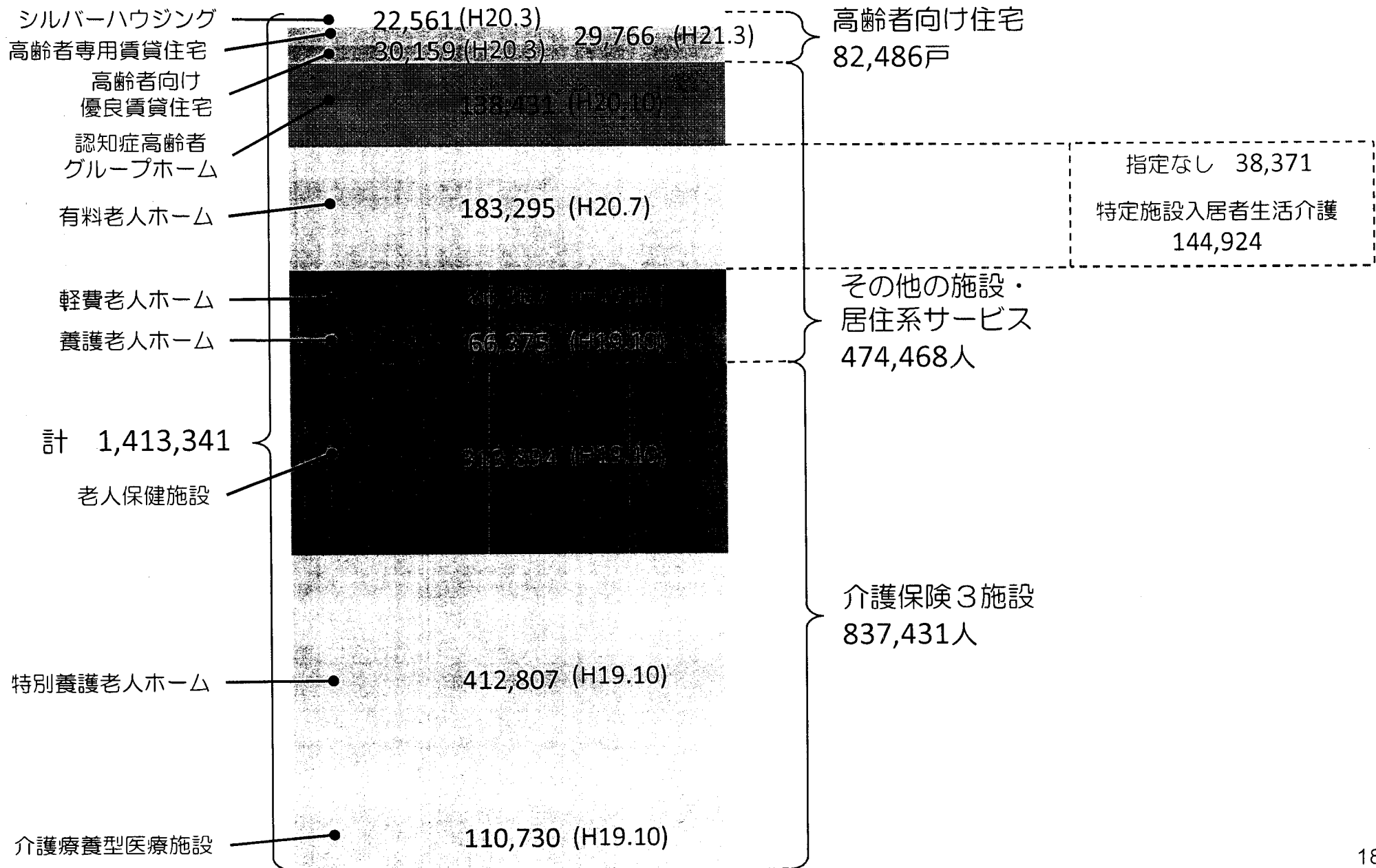


多機能サービスを提供する地域の拠点整備例（長岡市こぶし園）（2）

フルタイム・フルサービス＋住まい＋健康増進・介護予防＋医療



高齢者向けの住宅と施設のストックの現状



介護保険施設等の概要

	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) (注1)	老人保健施設	介護療養型 医療施設	認知症高齢者 グループホーム	特定施設 (有料老人ホーム、 ケアハウス等) (注1)
基本的性格	要介護高齢者のための生活施設	要介護高齢者が在宅復帰を目指すリハビリテーション施設	重医療・要介護高齢者の長期療養施設	認知症高齢者のための共同生活住居	要介護高齢者も含めた高齢者のための生活施設
施設数	6,015	3,500	2,252	9,292	2,617
定員数	422,703	319,052	99,309	132,069 (注2)	97,645 (注2)

(注1) 介護老人福祉施設及び特定施設の施設数及び定員数(利用者数)は、地域密着型施設を除いた数字である。

(注2) 認知症高齢者グループホーム及び特定施設については定員数ではなく利用者数を記載している。

(資料出所) 施設数、定員数(利用者数)については、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成20年10月1日時点)。

介護保険施設等の主な基準等

	介護療養型 医療施設	老人保健施設	特別養護 老人ホーム	認知症高齢者 グループホーム	特定施設
平均要介護度	4.31	3.27	3.81	2.60	2.65
平均在所日数	427.2日	277.6日	1,465.1日	(データなし)	(データなし)
1人当たり居室面積	6.4㎡以上	8㎡以上	10.65㎡以上	7.43㎡以上	適当な広さ
1部屋の定員数	4人以下	4人以下	4人以下	原則個室	原則個室
主な 職員 配置 基準	医師	3以上 48:1以上	常勤1以上 100:1以上	必要数 (非常勤可)	
	看護職員	6:1以上	看護・介護 3:1以上 (看護2/7)	看護・介護 3:1以上 入所者100人の 場合、看護3人	看護・介護 3:1以上 利用者100人の 場合、看護3人
	介護職員	6:1以上			
	理学療養士(PT) 作業療法士(OT)	PT及びOTが 適当数	PT又はOTが 100:1以上		
	機能訓練指導員			1以上	1以上
	生活(支援)相談員		100:1以上	常勤1以上 100:1以上	100:1以上 (うち1名常勤)
	介護支援専門員 (計画作成担当者)	常勤1以上 100:1以上	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	1以上

- 1 平均要介護度は、厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成20年2月審査分)から算出
- 2 平均在所日数については、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成19年9月中の退所者等について)
- 3 特定施設は、外部サービス利用型特定施設を除く。

特別養護老人ホームの入所申込者の状況

単位:万人

	要介護1～3	要介護4～5	計
全体	24.3 (57.6%)	17.9 (42.4%)	42.1 (100%)
うち在宅の方	13.1 (31.2%)	6.7 (16.0%)	19.9 (47.2%)
うち在宅でない方	11.1 (26.4%)	11.1 (26.4%)	22.3 (52.8%)

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。(平成21年12月集計。調査時点は都道府県によって異なる。)

介護拠点等の緊急整備

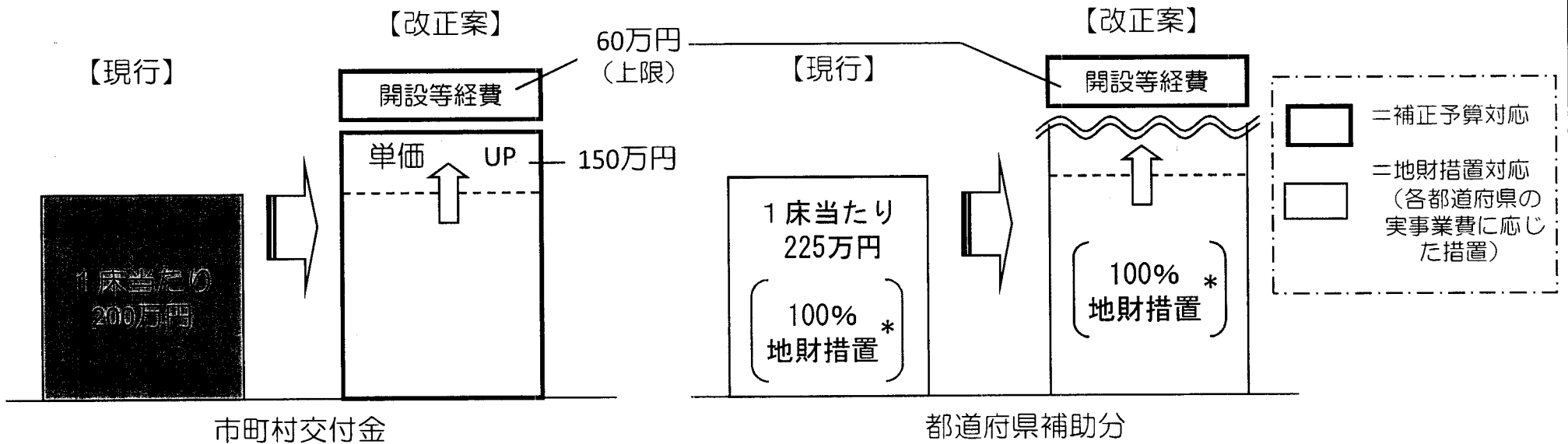
3年間で12万人分整備に4万人分を前倒し、合計16万人分整備

(1) 目的

小規模特別養護老人ホーム(定員29人以下)やグループホームなどの整備に係る市町村交付金の拡充、定員30人以上の施設の整備に係る都道府県補助金に対する地方財政措置の拡充により、地域の介護ニーズに対応する。

(2) 助成のスキーム(特別養護老人ホームの場合)

*:「特別の地方債」の起債対象となり、その元利償還金が100%普通交付税で手当てされる。



(3) 事業規模

合計約3,011億円(3年分)

高齢者の居住の場

○高齢者の8割以上は持家世帯

65歳以上の持家率は85.7%

○高齢者の9割以上は在宅

第1号被保険者2,751万人のうち2,646万人(96%)が在宅

○要介護の高齢者も約8割が在宅

要介護認定者453万人のうち348万人(77%)が在宅介護

	持家	非持家
29歳以下	12.5%	87.5%
30歳代	43.1%	56.9%
40歳代	70.2%	29.8%
50歳代	80.3%	19.7%
60歳代	84.7%	15.3%
70歳以上	86.0%	14.0%
(別掲)65歳以上	85.7%	14.3%

出典：「平成19年 家計調査」(総務省統計局)

第1号被保険者数 2,751万人

要支援・要介護
認定者以外の者
2,298万人(84%)

要支援・要介護認定者
453万人(16%)

施設等
105万人
(4%)

①第1号被保険者数、要支援・要介護認定者数については、平成19年度介護保険事業状況報告より、平成19年度末の数値。
②施設等入所者数については、平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概況より、介護保険3施設の在所者数及び認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護の利用者数の合計。

各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の状況

○ 我が国における、65歳以上人口に占める高齢者住宅等の定員数の割合は、
欧米諸国と比較して少ない。

○ 各国の高齢者の居住状況（定員の比率）（全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）

介護保険3施設等 ※2 (3.5%)	※1 (0.9%)	4.4%		日本 (2005)

ナースィングホーム、 グループホーム等 (4.2%)	サービスハウス等 (2.3%)	6.5%	※制度上の区分は明確ではなく、 類型間の差異は小さい。	スウェーデン (2005) ※3

プライエム等 (2.5%)	プライエボーリ・エルダボーリ等 (8.1%)	10.7%		デンマーク (2006) ※4

ケアホーム (3.7%)	シェルタードハウジング (8.0%)	11.7%		英国 (2001) ※5

ナースィング・ホーム (4.0%)	アシスト リビング等 (2.2%)	6.2%		米国 (2000) ※6

※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年) ※2 介護保険3施設及びグループホーム

※3 Sweden Socialstyrelsen (スウェーデン社会省) 聞き取り調査時の配布資料 (2006)

※4 Denmark Socialministeriet (デンマーク社会省) 聞き取り調査時の

※5 Elderly Accommodation Counsel (2004) 「the older population」

※6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005) 24

高齢者の居住の安定確保に関する法律の一部を改正する法律

改正の概要

基本方針の拡充

- ・国土交通大臣単独での策定から、国土交通大臣と厚生労働大臣が共同で策定
- ・老人ホーム、高齢者居宅生活支援体制等を追加

高齢者居住安定確保計画の策定

- ・高齢者向け賃貸住宅及び老人ホームの供給の目標等を記載した計画を都道府県が策定

高齢者生活支援施設と一体となった高齢者向け優良賃貸住宅の供給の促進

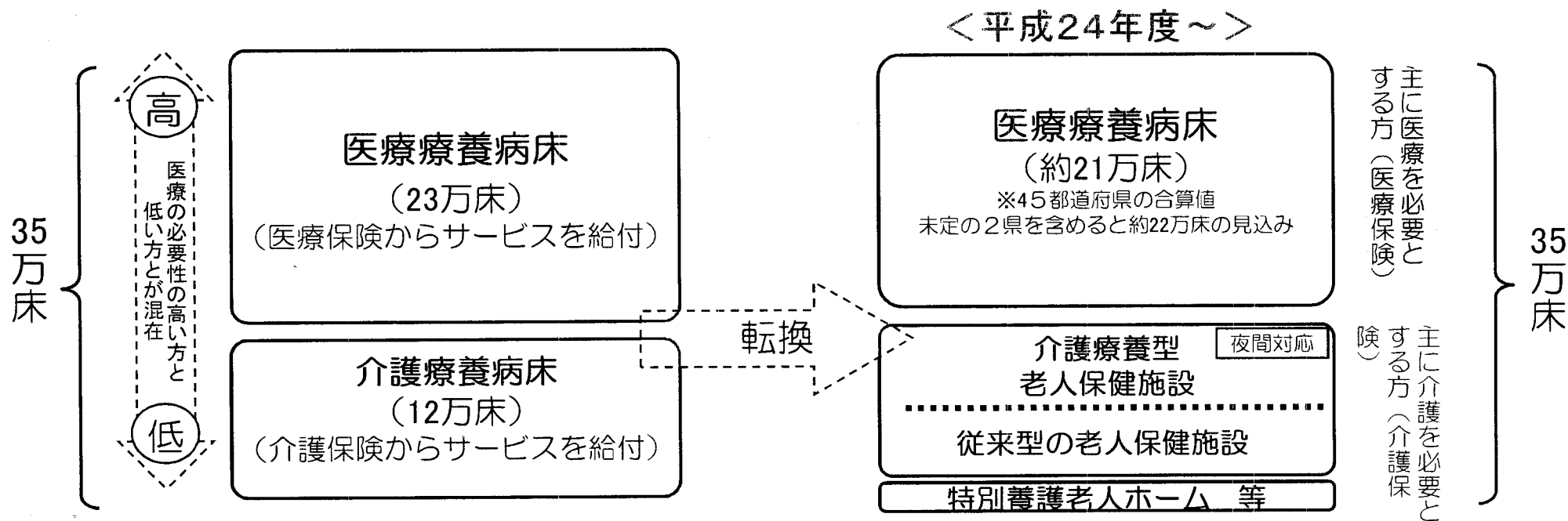
- ・整備・管理の弾力化
- ・高齢者生活支援施設への補助制度の創設
- ・税制優遇措置の拡充

高齢者円滑入居賃貸住宅の制度改善

- ・登録基準の設定
- ・指導監督の強化

療養病床の再編成について

- 平成24年3月31日までに、療養病床を再編成し、医療の必要度に応じた機能分担を推進することにより、利用者の実態に即したサービスの提供を図る。
⇒主に医療が必要な方には医療サービス、主に介護が必要な方には介護サービスを
- 現在の療養病床(医療療養病床、介護療養病床)に入院している患者を退院させず(ベッド数を削減せず)、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換するもの。
⇒医療・介護トータルを受け皿数は確保
- なお、介護施設等への転換は、医療機関の経営判断による。



(注1)病床数は平成18年10月現在の数値。

(注2)医療療養病床からは回復期リハ病床(約2万床)を除く。

医療療養病床・介護保険施設について

	医療療養 病床	介護療養 病床	介護療養型 老人保健 施設	(従来型の) 老人保健 施設
ベッド数	約26万床	約9万床	約2635床※ ³ (H20.5創設)	約31万床
1人当たり 床面積	6.4㎡以上	6.4㎡以上	8.0㎡以上 (大規模改修までは6.4㎡以上)	8.0㎡以上
平均的な1人当たり 費用額※ ¹ (H21改定後)	約49万円	約41.6万円	約37.2万円※ ²	約31.9万円
人員配置 (100床当たり)	医師 3人 看護職員 20人 介護職員 20人	医師 3人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員 10人 介護職員 24人

施設の種類の種類

病院

施設

財源

医療保険

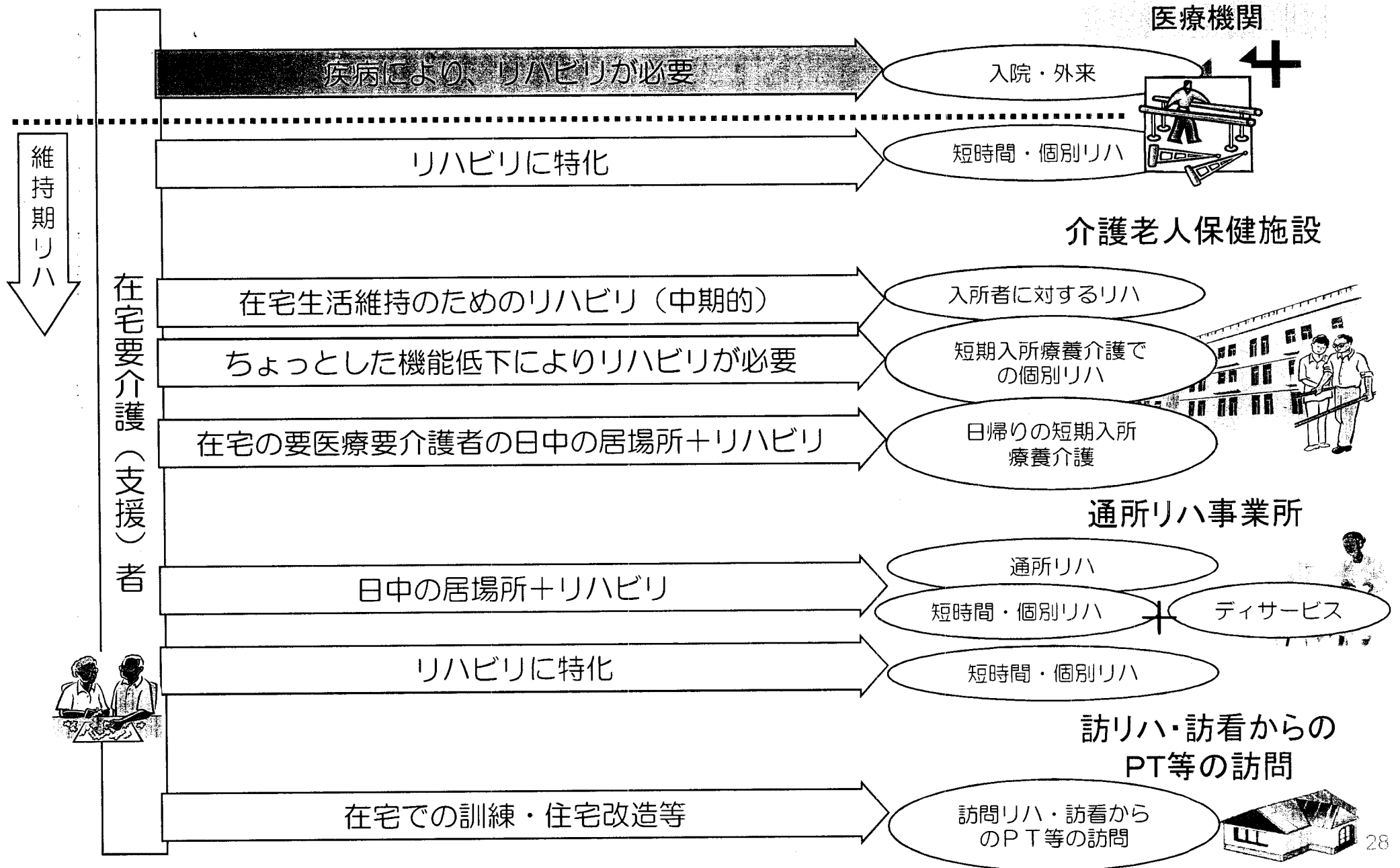
介護保険

※1 多床室 甲地 の基本施設サービス費について、1月を30.4日と仮定し1月当たりの報酬額を算出。

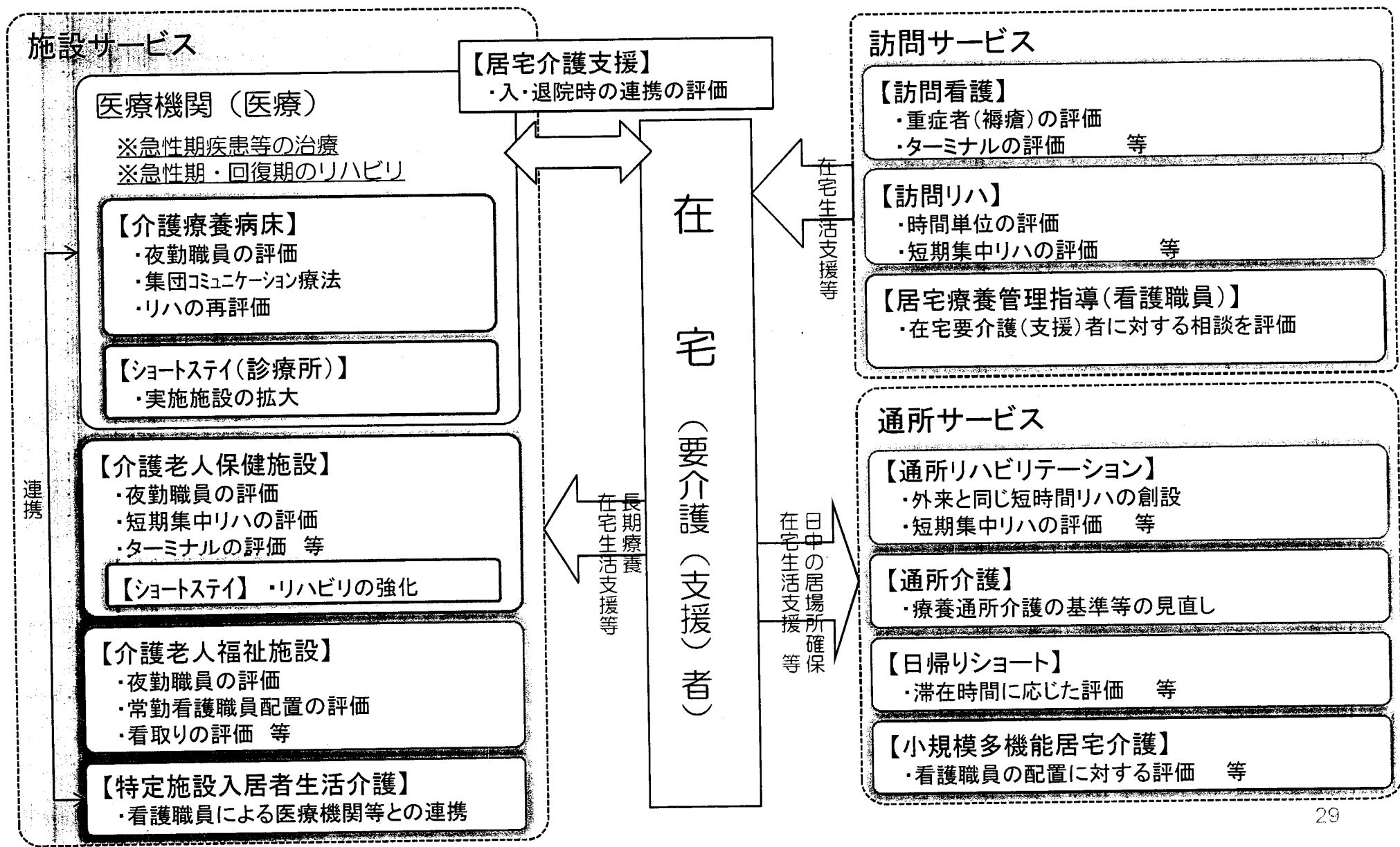
※2 介護職員を4：1で配置したときの加算を含む。

※3 平成22年1月現在 各都道府県より厚生労働省老人保健課へ報告された病床数に基づく。

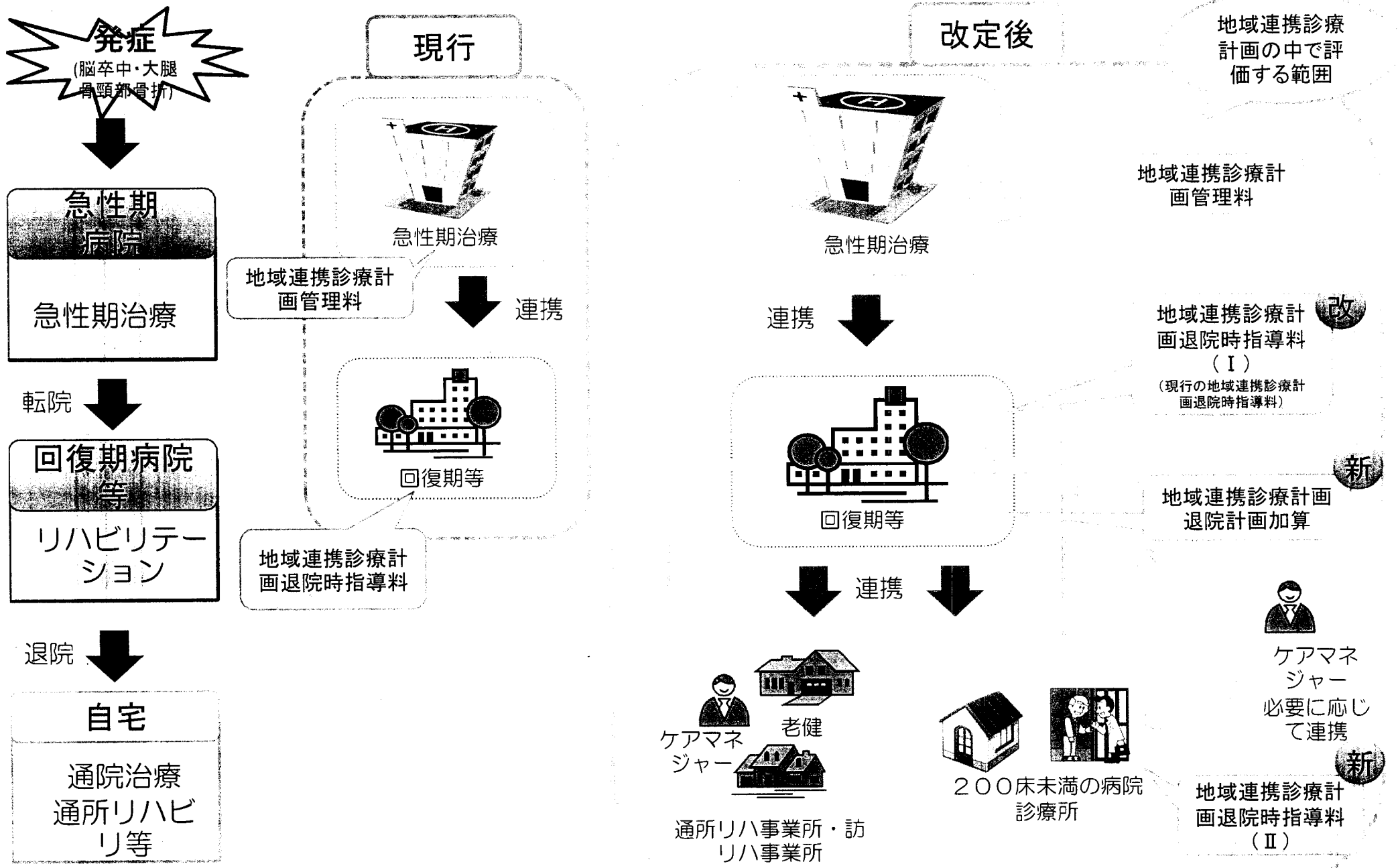
介護保険によるリハビリテーションについて



平成21年度介護報酬改定における主な医療・介護の連携に関する改定内容



大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



急性期病院における退院後の介護サービス等を見越した取り組みの評価

取り組みの一例

高齢者の特性に応じた入院早期の総合的評価

以前から担当していたケアマネジャー又は患者が選択した
ケアマネジャーに来院要請

当該ケアマネジャーから

- ・ 地域の介護サービス事業所に係る情報
- ・ 従来から患者が利用していたサービス等に係る情報の提供を受けた上で、退院後に必要な具体的サービス内容等について共同して指導。(必要に応じ、要介護度の新規・更新認定の申請も並行して進める)

要介護認定結果の通知 (区分変更等が必要な場合)

退院後の介護サービス等との連携

退院・転院時に入院元医療職種とケアマネジャーが共同し、退院後に必要な介護サービス等を確認

合同カンファレンスによる
在宅復帰

退院・転院時に入院元医師又は看護職員、受入先医師又は看護師及び居宅ケアマネジャー等が合同カンファレンスを実施

ケアマネジャーが退院時点で最も適切なケアプランを立案

→ 退院

(速やかに介護サービスの利用を開始)



転院



退院

退院



改

総合評価加算

(旧:後期高齢者総合評価加算)

- ・対象年齢を介護保険サービスの対象年齢に拡大
- ・総合的な機能評価と、それを踏まえた介護サービスの情報提供を評価

新

介護支援
連携指導料

- ・地域のケアマネジャーとの連携を評価

退院時共同指導料

- ・在宅に入院中の医療機関の医師と訪問診療等を行う医師が連携することを評価
- ・在宅医療・介護を担う多職種が一堂に会して指導した場合に加算

改

急性期病棟等
退院調整加算

(旧:後期高齢者退院調整加算)

- ・対象年齢を介護保険サービスの対象年齢に拡大

新

介護支援
連携指導料

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」概要

今後の認知症施策は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的な施策として、①実態の把握、②研究開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症施策を積極的に推進する。

(具体的内容)

1 実態の把握

- 認知症の有病率に関する調査の実施
- 認知症の医療・介護サービスの利用に関する実態調査の実施

等

2 研究・開発の促進

- アルツハイマー病の促進因子・予防因子の解明
- アルツハイマー病の早期診断技術の向上
- アルツハイマー病の根本的治療薬の実用化

等

3 早期診断の推進と適切な医療の提供

- 認知症診療ガイドラインの開発・普及のための支援
- 認知症疾患医療センターを中核とした認知症医療の体制強化
- 認知症診療に係る研修の充実

等

4 適切なケアの普及及び本人・家族支援

- 認知症ケアの標準化・高度化の推進
- 認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備
- 都道府県・指定都市にコールセンターを設置
- 認知症を知り地域をつくる10か年構想の推進
- 認知症サポーターの増員
- 小・中学校における認知症教育の推進

等

5 若年性認知症施策

- 若年性認知症相談コールセンターの設置
- 認知症連携担当者によるオーダーメイドの支援体制の形成
- 若年性認知症就労支援ネットワークの構築
- 若年性認知症ケアのモデル事業の実施
- 国民に対する広報啓発
- 若年性認知症対応の介護サービスの評価

等

認知症サポーター100万人キャラバンの実施状況

(認知症サポーターとは)

- 認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族を支援する人

《キャラバンメイト養成研修》

- 実施主体：都道府県、市町村、全国的な職域団体等
- 目的：地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバンメイト」を養成
- 内容：認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム、協力機関の探し方等をグループワークで学ぶ。
- メイト数：43,329人（平成21年12月31日現在）

《認知症サポーター養成講座》

- 実施主体：都道府県、市町村、職域団体等
- 対象者：
 - 〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等
 - 〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット
コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等
 - 〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等
- サポーター数：1,426,266人
（平成21年12月31日現在）

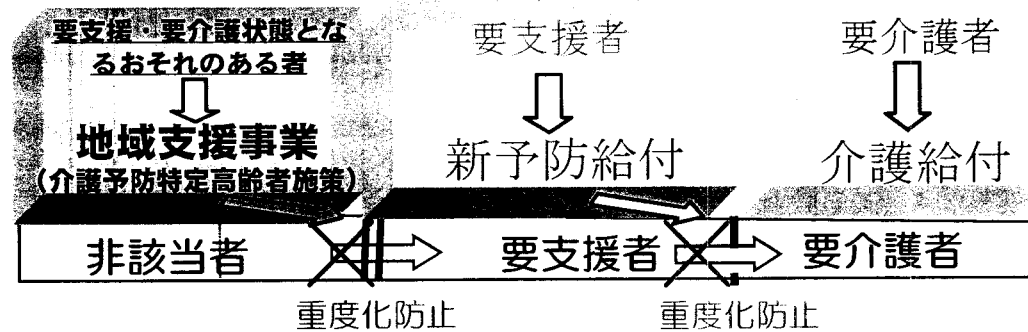


※ メイト・サポーター合計

1,469,595人（平成21年12月31日現在）

地域支援事業の内容

- 要支援・要介護状態となる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村において「地域支援事業」を実施。



地域支援事業の事業内容

(1) 介護予防事業

- ア 介護予防特定高齢者施策
介護予防事業の対象となる特定高齢者に対する事業
- ・ 特定高齢者把握事業
 - ・ 通所型介護予防事業
 - ・ 訪問型介護予防事業
 - ・ 介護予防特定高齢者施策評価事業
- イ 介護予防一般高齢者施策
各市町村における全ての第1号被保険者を対象とする事業
- ・ 介護予防普及啓発事業
 - ・ 地域介護予防活動支援事業 (ボランティア等の人材育成、活動組織の育成・支援等)
 - ・ 介護予防一般高齢者施策評価事業

(2) 包括的支援事業

- ア 介護予防ケアマネジメント業務
- イ 総合相談支援業務 (地域の高齢者の実態把握、介護以外の生活支援サービスとの調整等)
- ウ 権利擁護業務 (虐待の防止、虐待の早期発見等)
- エ 包括的・継続的マネジメント支援業務 (支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言等)

(3) 任意事業

介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

地域支援事業の事業費

市町村は、介護保険事業計画に定める地域支援事業の内容、事業費を定める (政令で介護給付費に上限 (介護給付費に対する割合) を規定)。

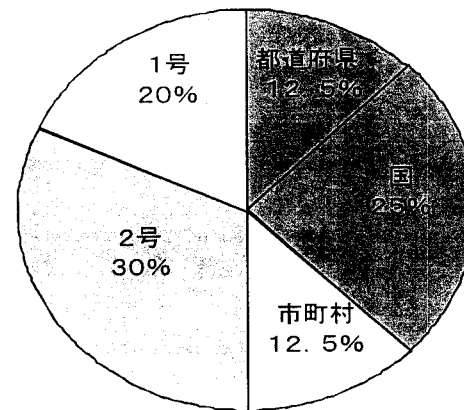
	平成18年度	平成19年度	平成20年度
地域支援事業	2.0%以内	2.3%以内	3.0%以内
介護予防事業	1.5%以内	1.5%以内	2.0%以内
包括的支援事業 + 任意事業	1.5%以内	1.5%以内	2.0%以内

地域支援事業の財源構成

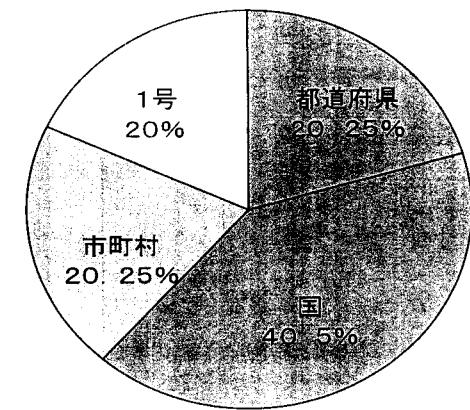
介護予防事業

包括的支援事業・任意事業

【財源構成】



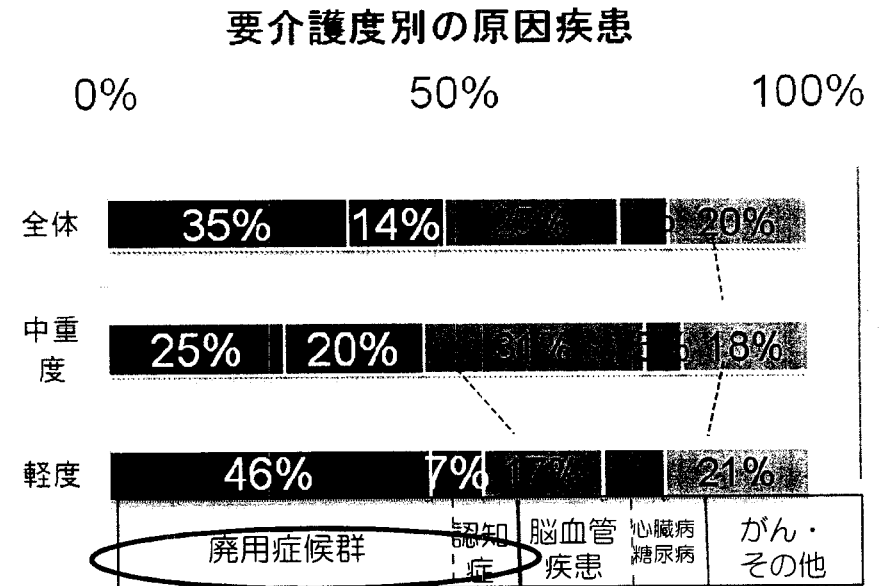
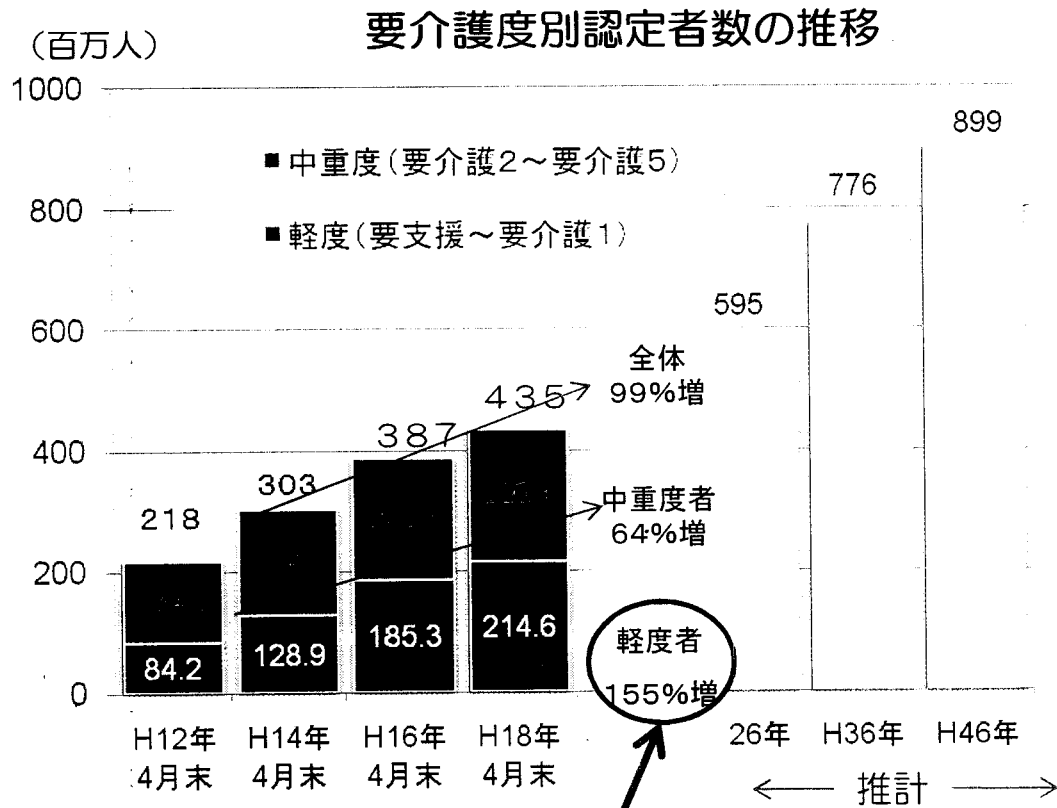
【財源構成】



- 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。
- 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。(公費負担割合は、居宅給付費と同様に、国：都道府県：市町村=2：1：1)

介護予防事業導入の経緯

- 軽度の認定者（要支援・要介護1）の大幅な増加。
- 介護保険制度における廃用症候群※対策の重要性の高まり。



- 廃用症候群が軽度者の46%を占めている
- 特に廃用症候群は加齢による機能低下で、高齢者に多い。定期的な運動などによる予防の取組が必要。

(※：不活発な生活を原因として生じる全身の心身機能低下。筋力低下、骨がもろくなる、関節が固くなる、知的活動低下などの症状)

主治医意見書に記載された要介護状態の原因と考えられる疾患

在宅	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1位	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞
2位	関節症	関節症	脳梗塞	高血圧性疾患	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆
3位	骨の密度及び構造の障害	脳梗塞	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆	高血圧性疾患	高血圧性疾患

施設	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1位	高血圧性疾患	脳梗塞	脳梗塞	血管性及び詳細不明の痴呆	脳梗塞	脳梗塞
2位	脳梗塞	高血圧性疾患	血管性及び詳細不明の痴呆	脳梗塞	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆
3位	骨の密度及び構造の障害	血管性及び詳細不明の痴呆	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患

介護予防事業

- 介護予防事業とは、介護保険法第115条の44の規定に基づき、要介護状態等ではない、高齢者に対して、予防又は要介護状態の軽減若しくは悪化の防止のために必要な事業として、市町村が実施。
- 事業は、要介護状態等となるおそれのある高齢者とその他に分類してサービスを提供している。
- 平成22年度予算額 176億円(国費ベース。国1/4、都道府県1/8、市町村1/8、保険料(1号2/10、2号3/10))

高齢者施策

【対象者】

高齢者全般

【事業内容】

- 介護予防普及啓発事業
 - ・講演会等開催
 - ・パンフレット作成 等
- 地域介護予防支援事業
 - ・ボランティア育成
 - ・自主グループ活動支援 等

特定高齢者施策

【対象者※】

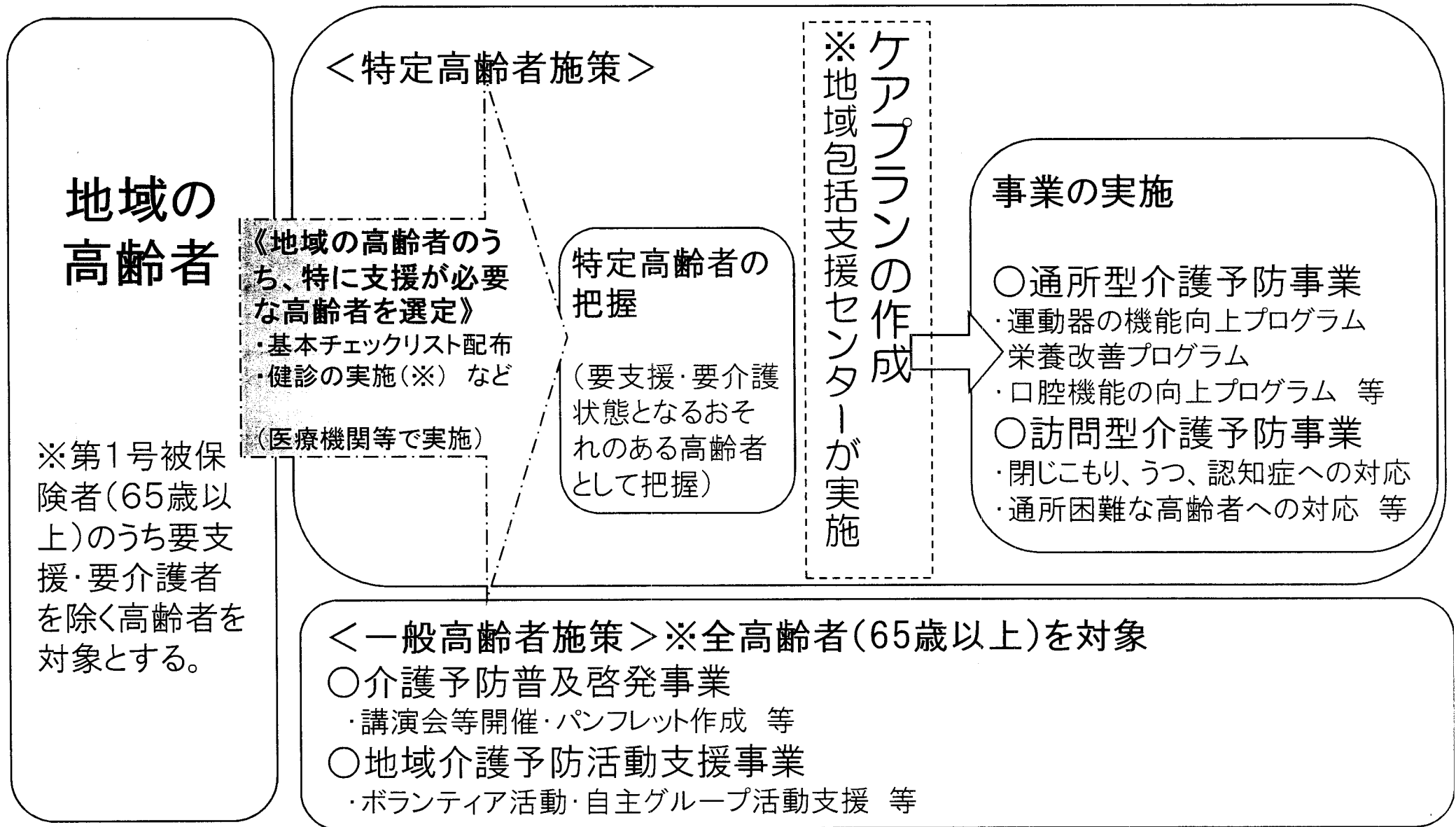
要支援・要介護状態となるおそれのある高齢者

【事業内容】

- 通所型介護予防事業
 - ・運動器の機能向上プログラム
 - ・栄養改善プログラム
 - ・口腔機能の向上プログラム 等
- 訪問型介護予防事業
 - ・閉じこもり、うつ、認知症への対応
 - ・通所が困難な高齢者への対応 等

※ 医師の診断を経て決定しており、高齢者医療確保法による特定健康診査等の場を活用することが多い。

介護予防事業のスキーム



※ 基本チェックリストは運動、栄養、口腔等の項目からなる。
特定健診に係る項目のほか、理学的検査、血液化学検査等を実施。

介護予防事業の効果

○ 制度開始から4年経過し、事業の有効性を示す検証結果が報告されはじめています。(論文及び学会発表等)

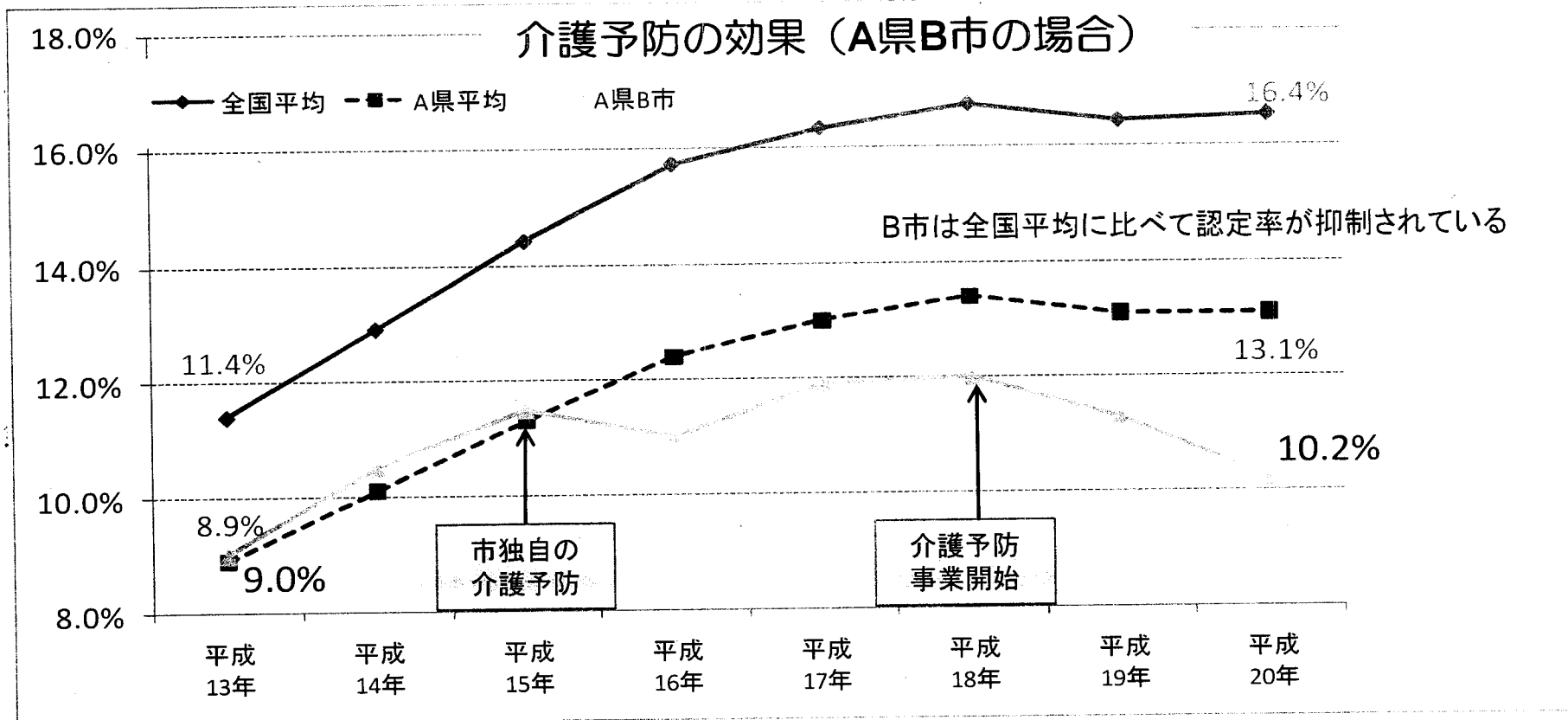
特定高齢者施策

- ・ 参加者では、身体機能及びQOL等が向上
- ・ 通所サービス利用と閉じこもり改善に関連あり

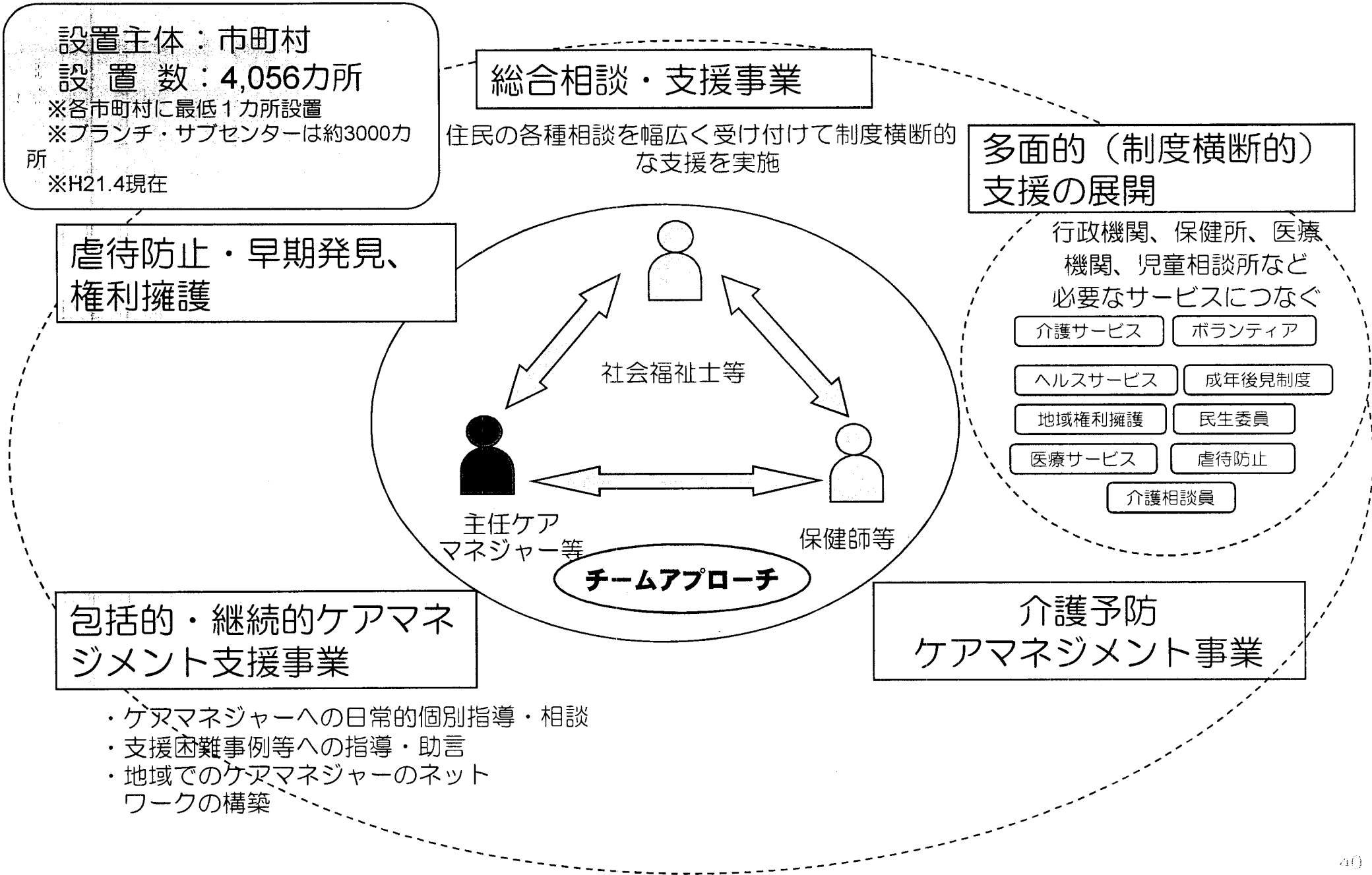
一般高齢者施策

- ・ 教室参加で心理面・身体面に改善効果
- ・ 自主グループ参加で孤立感緩和
- ・ ボランティア活用で転倒率、閉じこもり率低下

高齢者の身体機能改善、孤立予防、生きがいある生活づくりに貢献



地域包括支援センターのイメージ



○ 介護保険事業（支援）計画について

国の基本指針(18.3.31告示314)

- 介護保険法第116条第1項に基づき、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定めている
- 市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

基本指針の見直し

- 平成21年度を始期とする第4期事業計画に向けて、20年度に一部改正

市町村介護保険事業計画(法第117条)

- 日常生活圏域の設定
- 介護サービス量の見込み
 - ・ 地域密着型（介護予防）サービス（市町村及び圏域毎）
 - ・ その他介護給付等対象サービス（介護給付・予防給付）
- 認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の必要利用定員総数（市町村及び圏域毎）

保険料の設定等

- 保険料の設定
- 市町村長には、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護につき、日常生活圏域ごとの必要利用定員総数を超える場合の指定拒否権限あり

都道府県介護保険事業支援計画(法第118条)

- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み（圏域毎）
- 介護保険施設については、各年度・各圏域の入所定員数の見込量
- ※ その他、介護専用型特定施設の必要利用定員総数等を定める。（なお介護専用型以外の特定施設（混合型特定施設）に係る必要利用定員総数の設定も可）

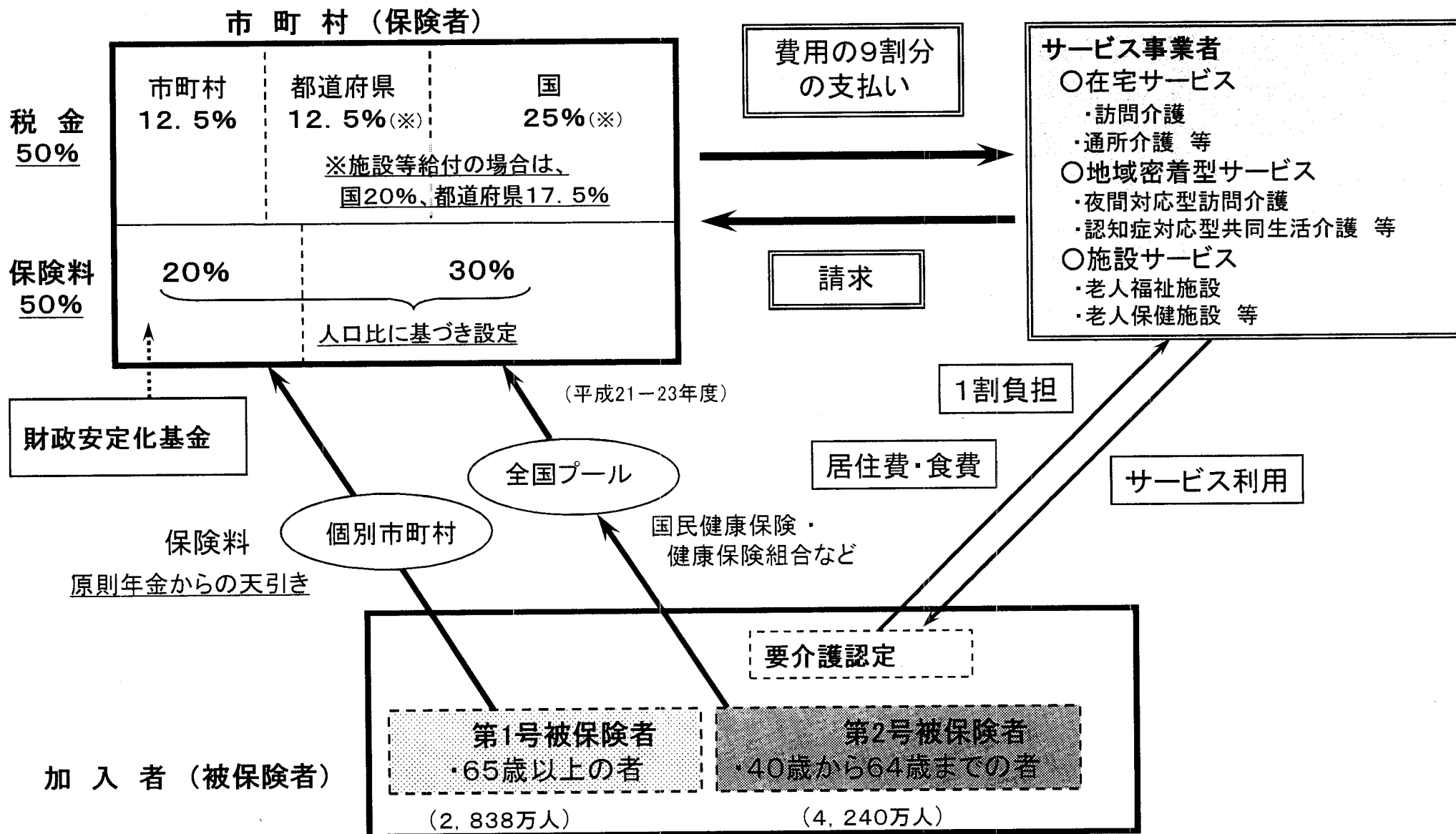
計画に沿った基盤整備

- 都道府県知事には、介護保険施設につき、圏域ごとの入所定員数を超える場合の認可拒否権限あり
- 介護専用型特定施設について、必要利用定員総数を超える場合、指定拒否権限あり。（混合型特定施設の場合も同様）

※ 第4期介護保険事業計画の期間は平成21～23年度の3年間

（第1期：平成12～16年度 5年間 第2期：平成15～19年度 5年間 第3期：平成18～20年度）

介護保険制度の仕組み

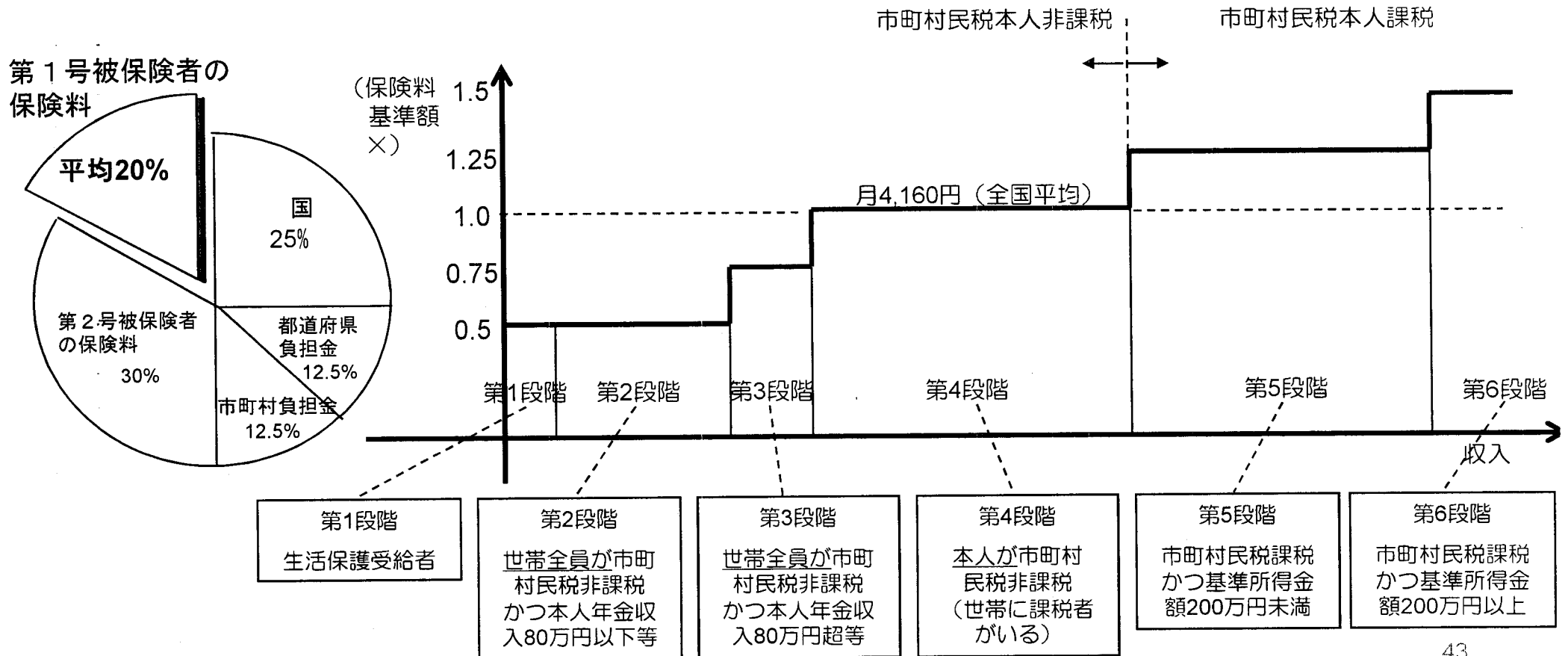


(注) 第1号被保険者の数は、「介護保険事業状況報告(暫定)(平成21年4月末現在)」による。

第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成20年度内の月平均値である。⁴²

高齢者の保険料（第1号保険料）について

- 介護保険の給付費の50%を、65歳以上の高齢者と40歳～64歳の者の人口比で按分し、市町村（保険者）は、その約20%を高齢者に個人単位で課した介護保険料により賄う。
- この介護保険料は、低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて段階別に設定されている。（標準は6段階）



利用者負担について

- 介護サービス費の9割分は保険給付され、要介護者は、原則として残りの費用の1割分のほか、施設サービスを利用した場合の食費及び居住費を負担する。
- 低所得者については、利用者負担の一定額を超える部分は、高額介護サービス費や補足給付などにより、保険給付され、負担軽減がなされている。

高額介護サービス費

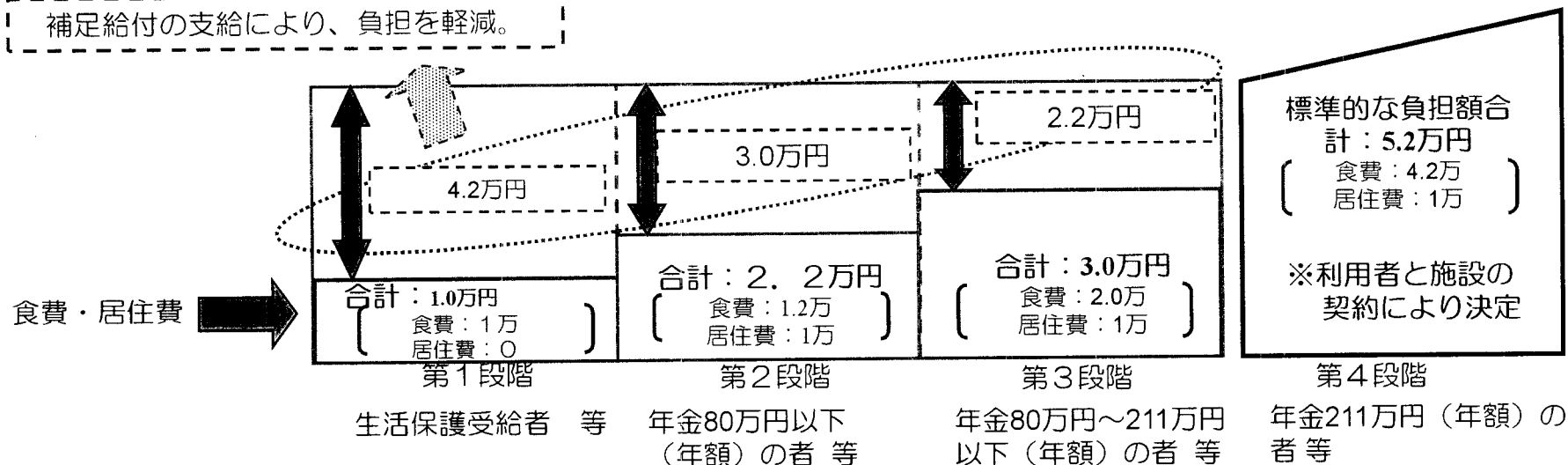
月々の介護サービス費の1割の負担額が世帯合計（個人）で下の表の上限額を超えた場合に、超えた分が払い戻され

所得区分	世帯の上限額(/月)
(1) 下記(2)または(3)に該当しない場合	37,200円
(2) 市町村民税世帯非課税 等	24,600円
市町村民税世帯非課税で年金収入が80万円以下である場合 等	個人15,000円
(3) 生活保護の被保護者 等	個人15,000円

補足給付

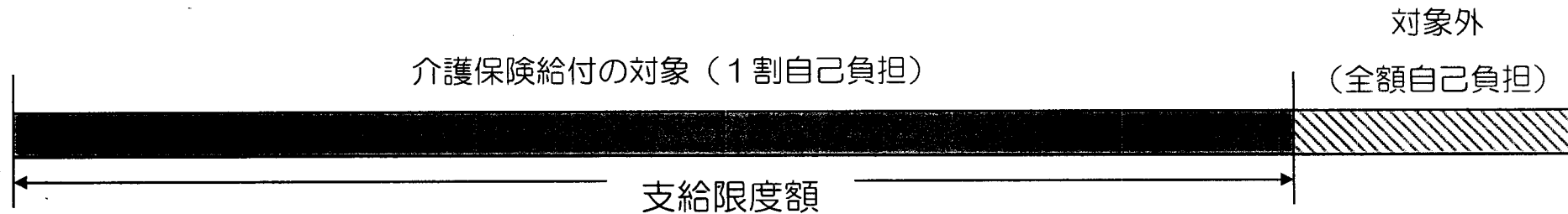
月々の食費・居住費の負担額が一定額を超えた場合に、超えた分が払い戻される。（下の例は、要介護5の人が特別養護老人ホームの多床室に入所した場合の例）

補足給付の支給により、負担を軽減。



区分支給限度基準額について

- 在宅サービスについて、利用者の状況に応じた適正なサービスを提供する観点から、必要な居宅介護サービスのモデルを用いて、要介護度毎に区分支給限度基準額を設定。
→ 支給限度額を超えるサービスを受けた場合、超える分の費用は全額利用者負担



- 要介護度別の支給限度額と平均的な利用率

	支給限度額	受給者1人当たり費用額	支給限度額に占める割合
要支援1	4,970(単位)	2,337(単位)	47.0%
要支援2	10,400(単位)	4,142(単位)	39.8%
要介護1	16,580(単位)	6,648(単位)	40.1%
要介護2	19,480(単位)	9,059(単位)	46.5%
要介護3	26,750(単位)	13,255(単位)	49.5%
要介護4	30,600(単位)	16,527(単位)	54.0%
要介護5	35,830(単位)	20,084(単位)	56.1%

介護職員の推移と見通し

- 介護保険制度の施行後、介護職員(訪問介護員)数は増加し、7年で倍以上となっている。また、社会保障国民会議の推計によると、2025年には、介護職員は更に倍程度必要と推計されている。
- また、介護保険施設は常勤職員、居宅サービス事業所は非常勤職員の割合が比較的高い。

	平成12年度 (2000年度)	平成19年度 (2007年度)	平成23年度 (2011年度) (推計値)	平成37年度 (2025年度) (推計値)
介護職員	54.9万人	124.2万人	149.7万人	211.7~255.2万人
うち訪問 介護員等	7.7万人	38.0万人	49.3万人	69.7~84.0万人

【出典】社会保障国民会議「医療・介護費用のシミュレーション」、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

(注1) 2011年度の職員数は、2006年10月時点の職員数(介護サービス施設・事業所調査)をもとに、現在、各自治体において策定を進めている第4期介護保険事業計画に基づく介護給付費の暫定集計値(2008年10月時点)を用いて、職員数の伸びが給付費の伸びと同率であると仮定して推計したものである。

(注2) 2025年度の介護職員については、社会保障国民会議の将来推計をもとに、現在の「訪問介護事業所」勤務職員と「その他の事業所」勤務職員の比率で按分したものである。

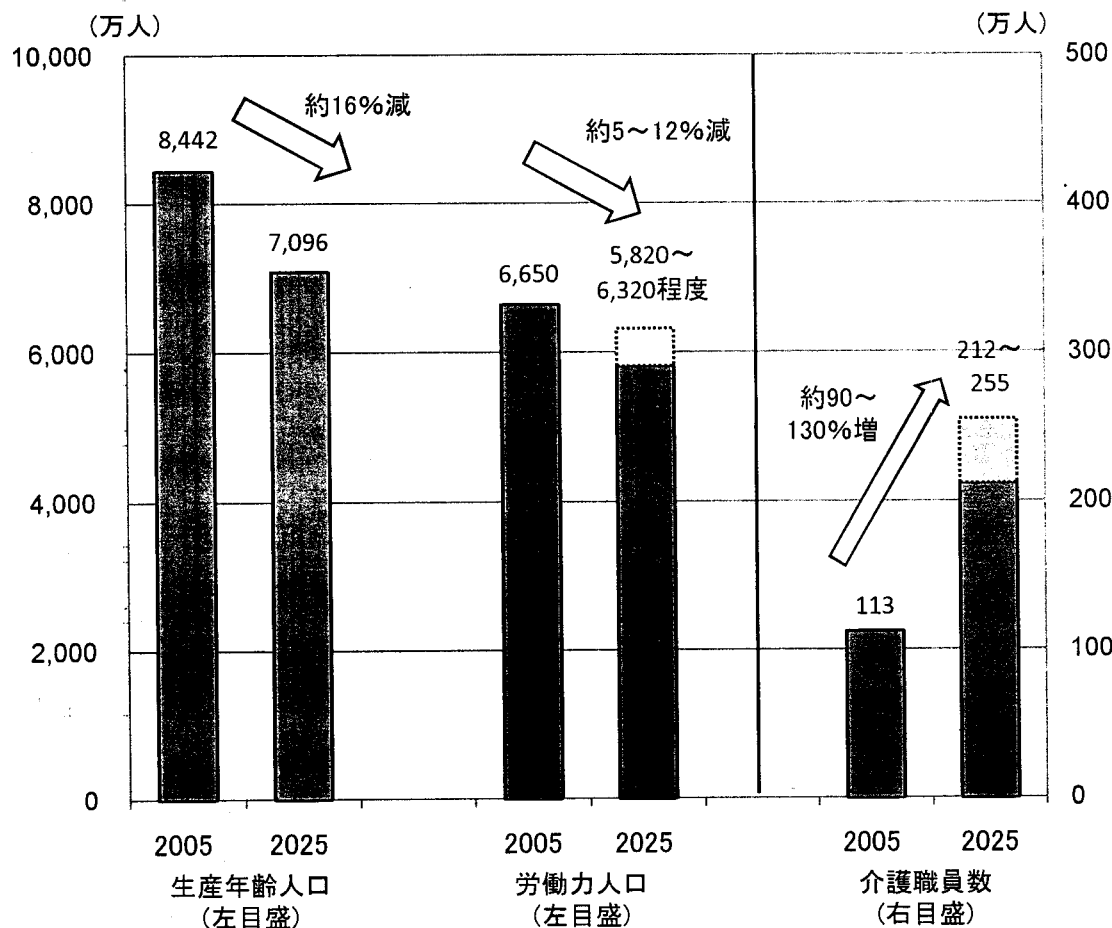
介護職員数(平成19年10月1日現在)								
			介護保険施設			居宅サービス等		
合計	常勤	非常勤	合計	常勤	非常勤	合計	常勤	非常勤
124.2万人	74.1万人	50.1万人	33.0万人	27.7万人	5.3万人	91.2万人	46.3万人	44.8万人
	59.7%	40.3%		84.0%	16.0%		50.8%	49.2%

【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

介護の担い手と介護職員の見通し

- 2005年から2025年にかけて、生産年齢(15~64歳)人口は約16%減少し、労働力人口も約5~12%程度減少すると見込まれる。一方、介護職員数は倍増すると見込まれる。
- この結果、労働力人口に占める介護職員の割合は、2005年から2025年にかけて倍以上になると見込まれる。

生産年齢人口、労働力人口、介護職員数の見通し(試算)



労働力人口に占める介護職員の割合

	2005年	2025年
介護職員数	112.5万人	212~255万人
労働力人口	6,650万人	5,820~6,320万人
割合	1.7%	3.4~4.4%

【出典】 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18(2006)年12月推計)」、雇用政策研究会「労働力人口の見通し(平成19年12月)」、社会保障国民会議「医療・介護費用のシミュレーション」、総務省「労働力調査」、「国勢調査」、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

注) 2025年の生産年齢人口は出生中位(死亡中位)推計の値。労働力人口は2017年から2030年の「労働市場への参加が進んだケース」と「進まないケース」が平均的に減少すると仮定して試算したもの。2025年の介護職員数は社会保障国民会議のAシナリオ、B2及びB3シナリオの値。

介護従事者の処遇改善

○ 有効求人倍率は改善の傾向

： 介護関係職種 1.24(平成22年3月時点) ← 介護関係職種 1.73(平成21年3月時点)

【参考：地域別有効求人倍率(平成22年3月時点)】

<高い地域上位5位> ①奈良:2.08 ②東京:1.98 ③徳島:1.70 ④千葉:1.68 ⑤岐阜:1.67

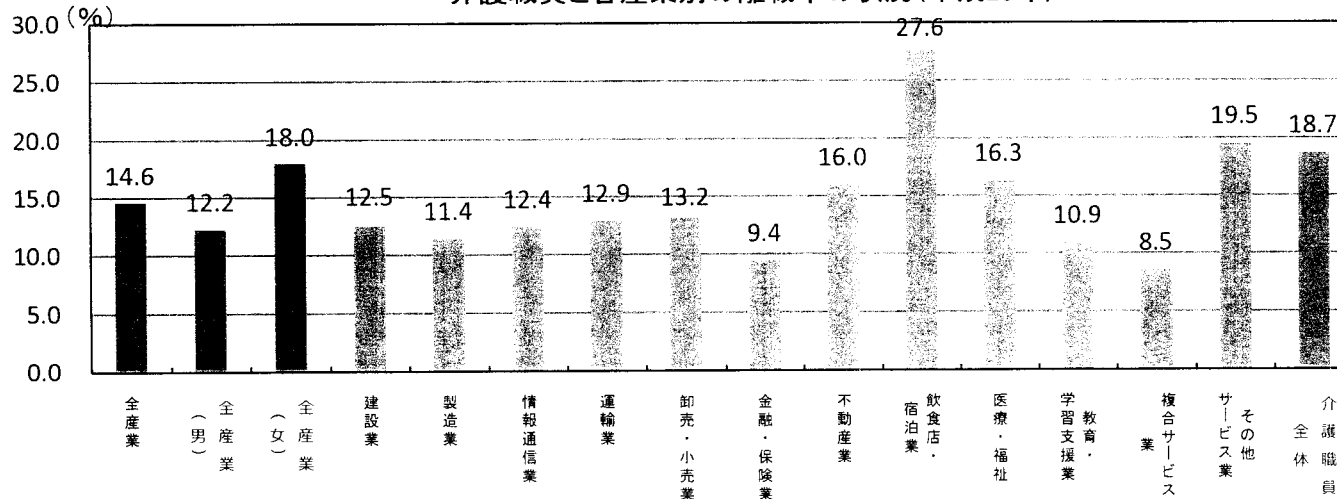
<低い地域上位5位> ①秋田:0.63 ②山形:0.67 ③鳥取:0.67 ④沖縄:0.67 ⑤宮城:0.70

○ 一般労働者の勤続年数及び平均賃金(平成20年賃金構造基本統計調査)

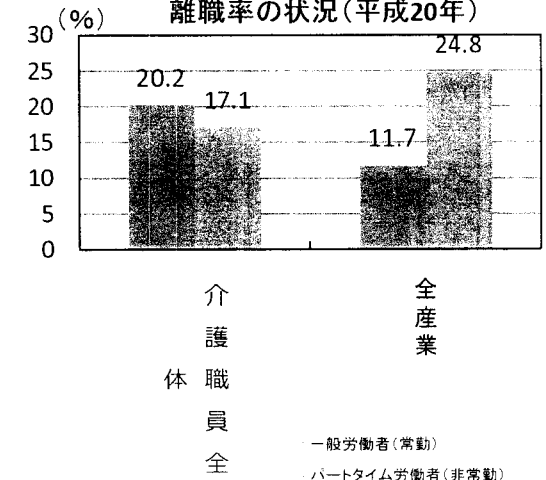
	男女計				男性					女性				
	平均年齢(歳)	勤続年数(年)	所定内賃金	きまって支給する現金給与額	構成比(%)	平均年齢(歳)	勤続年数(年)	所定内賃金	きまって支給する現金給与額	構成比(%)	平均年齢(歳)	勤続年数(年)	所定内賃金	きまって支給する現金給与額
産業計	40.9	11.6	299.1	328.8	67.9	41.7	13.1	333.7	369.3	32.1	39.1	8.6	226.1	243.1
ホームヘルパー	43.9	4.4	194.4	211.7	16.2	36.3	3.4	207.8	242.7	83.8	45.4	4.6	191.8	205.6
福祉施設介護員	35.8	5.2	203.4	215.8	31.4	32.7	5.1	217.2	231.7	68.6	37.2	5.3	197.0	208.6

○ 介護職員の離職率(平成20年介護労働実態調査)

介護職員と各産業別の離職率の状況(平成20年)



介護職員全体の勤務形態と離職率の状況(平成20年)



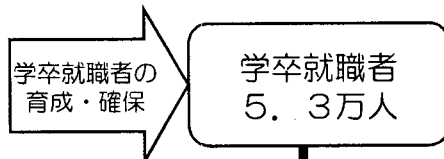
介護人材確保における問題点及び対策等について

＜介護業界が抱える問題点＞

○人手不足 ○賃金が安い ○離職率が高い ○労働環境が厳しい ○キャリアアップが図られない

○ 学卒就職者ルート

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| 【問題点】 | 【対策】 |
| ・就職率の低下
(養成校・一般校卒) | ・修学資金貸付の拡充による
参入促進 |
| ・進路指導の誘導低下 | → 介護福祉士資格取得のための
職業訓練の拡大 |
| ・定員割れ | ・教育機関等との連携強化 |

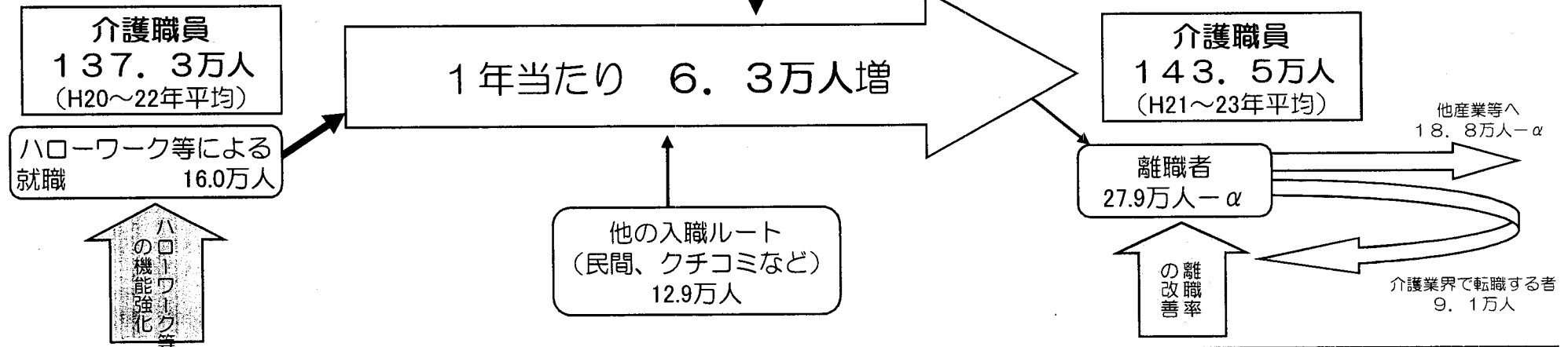


福祉・介護人材確保(平成20年度2次補正、21年度予算)

- 介護福祉士等修学資金貸付事業
- ヘルパー等職業訓練の拡充
- 雇入れ助成の拡充
- 職場体験事業
- 潜在的有資格者等養成支援事業

介護分野における経済危機対策(平成21年度補正予算)

- 介護拠点等の緊急整備
 - 現任介護職員等の研修支援
 - 地域相談体制の強化
 - 新規介護職員の養成
- ※経済危機対策により3年間に7万人の雇用創出を見込んでいる。



○ ハローワーク等ルート

- | | |
|------------------|------------------------------|
| 【問題点】 | 【対策】 |
| ・潜在的有資格者の存在 | ・ヘルパー等職業訓練の拡充 |
| ・慢性的な人手不足感 | → 雇入れへの助成 |
| ・需給のミスマッチの
存在 | ・需給調整機能の強化(福祉人材
コーナーの設置等) |

○ 離職者

- | | |
|--------------|---------------|
| 【問題点】 | 【対策】 |
| ・高離職・高採用の悪循環 | ・働きやすい職場環境づくり |
| ・処遇に対する不満 | → キャリアアップ対策 |
| ・将来展望が持てない | ・雇用管理の改善 |
| ・身体的・精神的負担 | |

下支え

○ 介護報酬改定(+3.0%)及び介護職員処遇改善交付金による人材確保・処遇改善

- ・負担の大きな業務への評価
- ・介護福祉士等の専門性への評価・介護従事者の定着促進
- ・人件費の地域差への対応 等

平成21年度介護報酬改定について

平成21年度介護報酬改定 (+3.0%改定)

1. 介護従事者の人材確保・処遇改善

負担の大きな
業務への評価

専門性への評価・
介護従事者の定着促進

人件費の地域
差への対応

訪問系
サービス

サービス提供責任者の
業務への評価

認知症患者や独居高齢者
へのケアマネ業務の評価

・研修実施等の評価

・有資格者割合の評価

地域毎の
人件費を踏まえた見直し等

通所系
サービス

個別ニーズに応じた
対応への評価

・有資格者割合の評価
・一定以上の勤続年数者
割合の評価

施設系
サービス

夜勤業務への評価

看護体制の評価

重度化・認知症対応の
ための評価

看取り業務への評価

・有資格者割合の評価

・一定以上の勤続年数者
割合の評価

・常勤者割合の評価

2. 医療との連携や認知症ケアの充実

(1) 医療と介護の機能分化・連携の推進

(2) 認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

3. 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証

(1) サービスの質を確保した上での効率的かつ適正なサービスの提供

(2) 平成18年度に新たに導入されたサービスの検証及び評価の見直し

処遇改善の取組への
総合支援策

雇用管理改善に取り組む事
業主への助成(※)

効率的な経営を行うための
経営モデルの作成・提示

介護報酬改定の影響の
事後的検証(※)

介護従事者の処遇改善に向
けた取組に関する情報公表
の推進

潜在的有資格者養成支援等
の介護人材確保策(※)

社会的評価を高めるための
広報・普及(※)

(※) 予算計上項目

介護職員処遇改善交付金

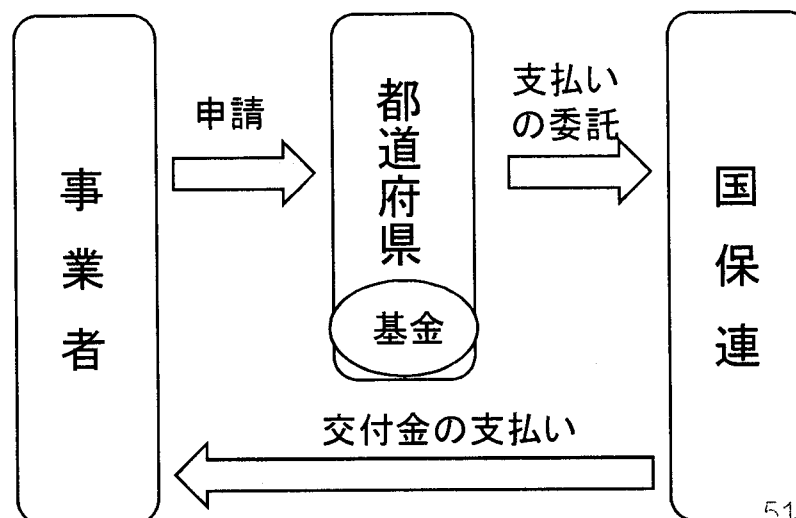
○介護職員(常勤換算)1人当たり月額平均1.5万円の賃金引上げに相当する額を介護職員の処遇改善に取り組む事業者へ交付

○21年10月サービス分から実施し、24年3月までの2.5年分を予算計上
(21年度第1次補正予算 事業規模:約3,975億円)

① 都道府県が基金を設置して実施する。
(支払いは国保連に委託)

② 財源 : 国費10/10

執行のイメージ



介護職員の処遇改善について

介護人材の不足

- ・ 賃金が低い
- ・ 重労働
- ・ キャリアパスが不十分で展望がない

離職率が高い

総合的な処遇改善・人材確保策

介護福祉士等修学資金貸付事業

〔介護福祉士養成施設等へ修学を希望する者に資金貸付〕

職業訓練

〔「働きながら資格をとる介護雇用プログラム」
・ 公共職業訓練、基金訓練 など〕

雇入れ・定着させた場合の助成金

〔介護基盤人材確保等助成金
介護未経験者確保等助成金〕

介護職員処遇改善交付金

- ・ 申請率の向上
- ・ キャリアパス要件の導入
- ・ 効果の検証

プラス3.0%介護報酬改定

〔負担の大きな業務に対して評価
・ 資格や勤続年数等キャリアアップ推進と早期離職防止の観点からの評価〕

介護労働者設備等整備モデル奨励金

〔移動用リフト等を導入し、雇用管理の改善を図った場合、当該経費の1/2助成〕

- ・ 介護分野に参入した労働者が定着するよう、魅力有る現場とするため、一層処遇改善・人材確保策を推進
- ・ 有効求人倍率の地域差を勘案しながら、施策を検討する

「介護サービス情報の公表」制度の趣旨・目的

介護保険サービスの利用・提供は「利用者」と「事業者」との契約

【利用者】 より適切な事業者を選択することが必要
→ 要介護高齢者等は事業者と対等な関係での情報入手に困難
(適切なサービス利用ができず心身機能低下のおそれ)

【事業者】 取組の努力が適切に評価され選択されることが必要
→ 事業者情報を公平・公正に公表する環境がない
(サービスの質の確保のための努力が報われない)

【介護サービス情報の公表制度】

- 契約の一方の当事者である事業者が、利用者の選択に資する情報を義務的に公表
 - ・ 利用者が適切な事業者を評価・選択することを支援
 - ・ 事業者の努力が適切に評価され選択されることを支援

介護保険における福祉用具のサービス

事業概要	福祉用具を指定事業者から貸与	入浴や排せつ等に用いる福祉用具(特定福祉用具)の購入(償還払い)。 (H18年より指定制度導入)
対象種目	<ul style="list-style-type: none"> ・車いす(付属品含む) ・特殊寝台(付属品含む) ・床ずれ防止用具 ・体位変換器 ・手すり ・スロープ ・歩行器 ・歩行補助つえ ・認知症老人徘徊感知機器 ・移動用リフト(つり具の部分を除く) 	<ul style="list-style-type: none"> ・腰掛便座 ・特殊尿器 ・入浴補助用具(入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室内すのこ) ・簡易浴槽 ・移動用リフトのつり具の部分
支給限度基準額	要支援、要介護度別の支給限度基準額の範囲内において、他のサービスと組み合わせ	10万円 ※要支援、要介護区分にかかわらず定額 ※同一支給限度額管理期間内 (4/1~3/31の1年間)は、用途及び機能が著しく異なる場合、並びに破損や要介護状態の変化等の特別の事情がある場合を除き、同一種目につき1回のみ支給
給付割合	サービス利用料の9割	購入費の9割
給付額	現に要した費用(実勢価格)	現に要した費用(実勢価格)

2010年5月31日

社会保障審議会介護保険部会

淑徳大学准教授

結城 康博

2012年にむけた再改正介護保険の論点メモ

介護保険制度が創設され10年が過ぎ、現在、高齢者の生活には欠かせないものとなっている。しかし、前回改正（2005年法改正）の影響をも含め、現場では多くの問題が生じている。これらの弊害を是正する意味で、下記に述べるような論点が重要と考える。

記

1. 要介護認定システムと給付上限額
2. 介護報酬体系（包括払い、出来高払い、加算、1点単価）
3. 財源問題と利用者自己負担（施設の居住費、補足給付、世帯や課税・非課税など）
4. 利用者を中心とした制度改正（事務手続きの繁雑さ）
5. 介護保険、老人福祉、保健、インフォーマルサービスの役割・機能
6. 介護予防について（地域支援事業含む）
7. 地域包括支援センターの役割・機能
8. ケアマネジメントのありかた（在宅及び施設を含む）
9. 保険者機能と法令遵守
10. マンパワー不足解消に向けた制度改正
11. 医療と介護の連携・整合性など
12. 各介護サービスについて（在宅系、施設系、地域密着型）