

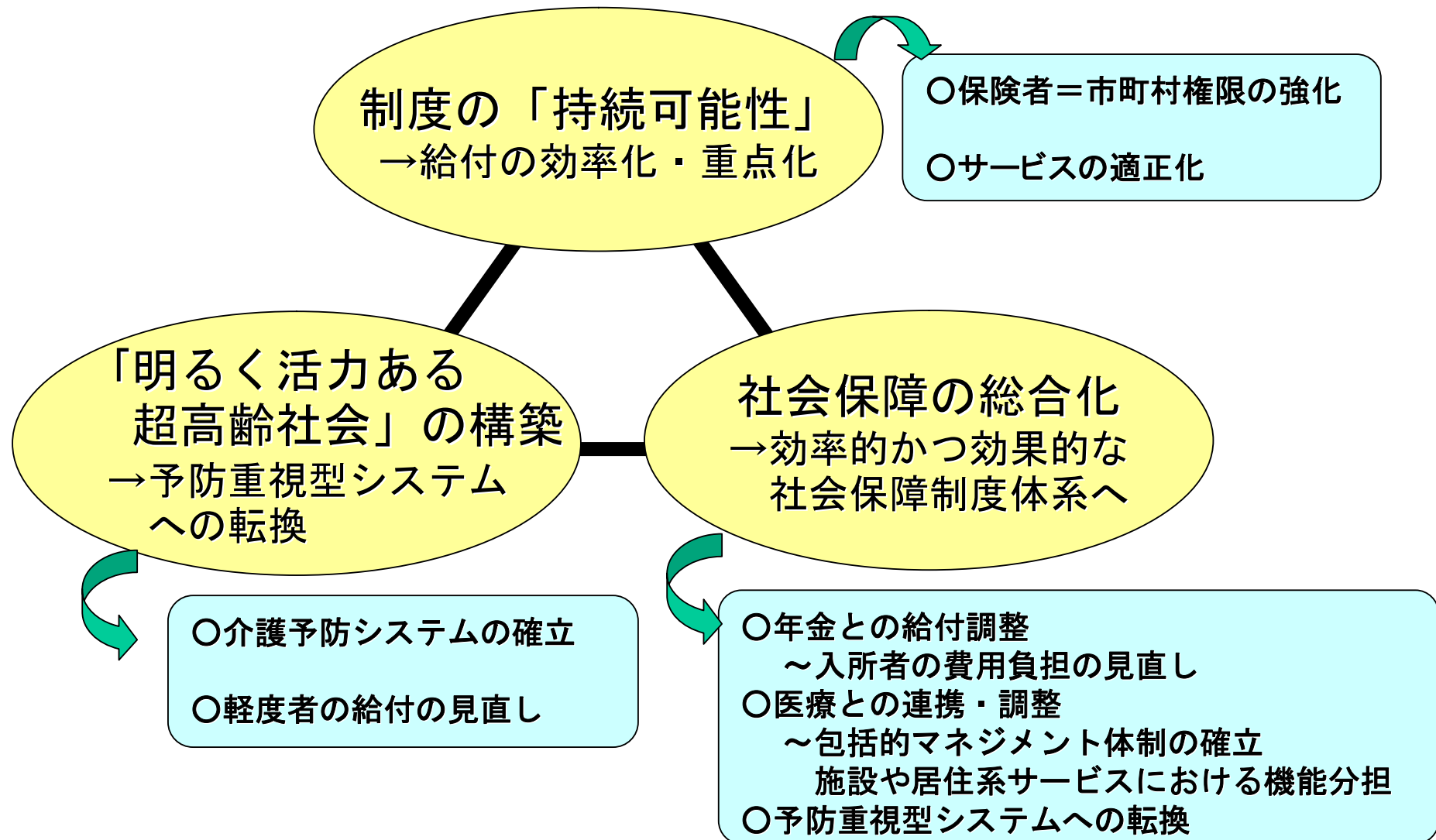
資料①

介護保険制度の見直しの概要

2005年5月12日

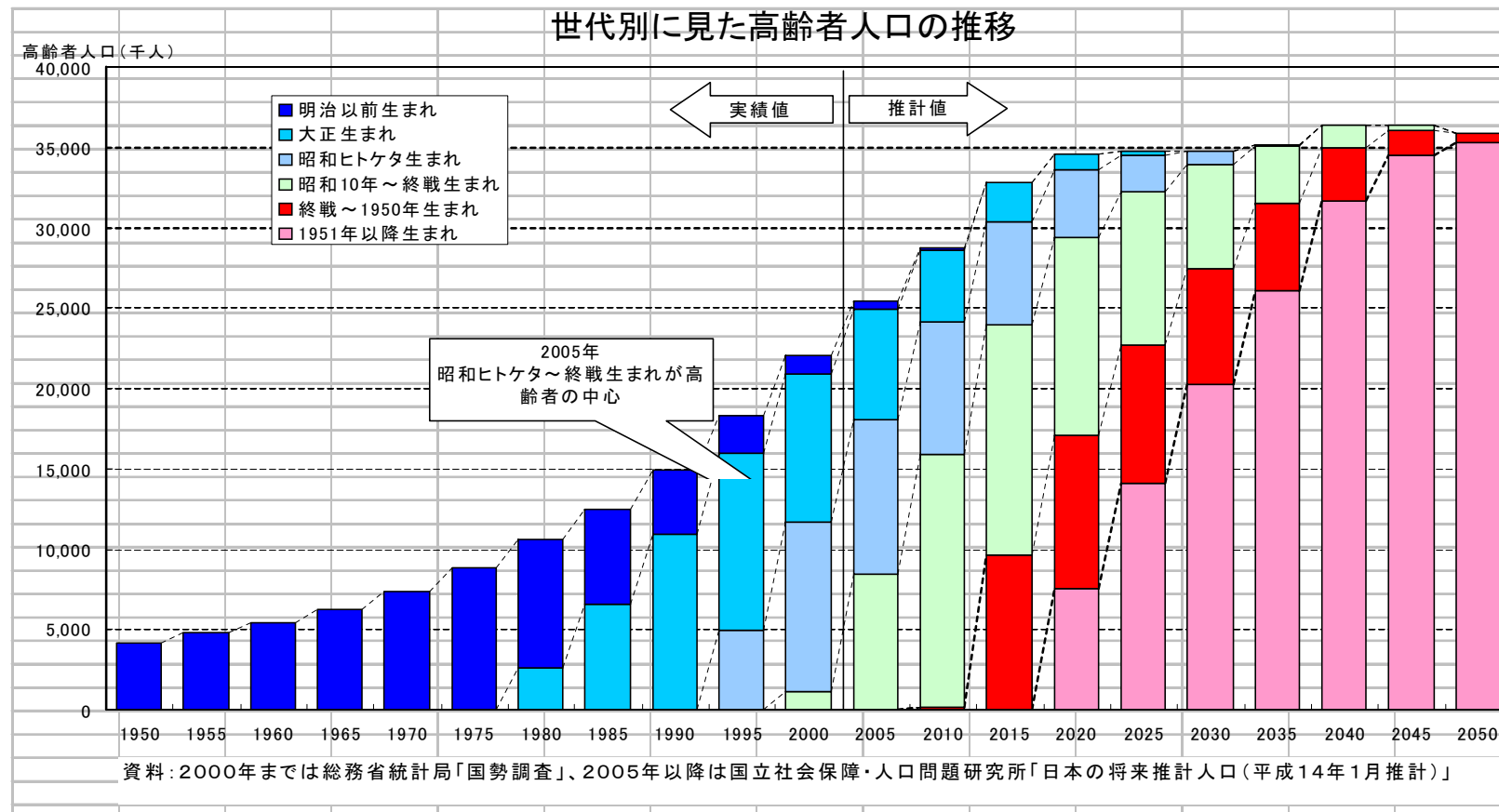
1 見直しの基本的方向

見直しの基本的視点



高齢者人口の将来推計

- ベビーブーム世代: 2015年の前期高齢者
2025年の後期高齢者
- 本格的な介護予防システムの整備に早急に取り組む必要



2015年の高齢者像

2015年は本格的な超高齢社会の「入り口」

○高齢者人口の「ピーク前夜」へ

→ 2015年には「ベビーブーム世代(第1次)」が前期高齢者(65～74歳)に到達し、その10年後(2025年)には高齢者人口がピーク(約3500万人)を迎える。

○認知症高齢者が「250万人」へ

→ 現在は認知症高齢者が約150万人と見込まれるが、今後急速に増加し2015年には250万人になると推計される。

○高齢者一人暮らし世帯が「570万世帯」へ

→ 2015年には、高齢世帯は約1,700万世帯に増加し、そのうち一人暮らし世帯は約570万世帯(約33%)に達する。

3つの政策目標

1 サービスの改革
—「量」から「質」へ—

2 在宅ケアの推進
—「在宅支援の強化」と「利用者負担の見直し」—

3 地方分権の推進
—市町村の「保険者機能」の強化—

10年後に向けて3つのサービスモデルの転換

1 介護予防の推進

—「介護」モデル⇒「介護＋**予防**」モデルへ

2 認知症ケアの推進

—「身体ケア」モデル

⇒「身体ケア＋**認知症ケア**」モデルへ

3 地域ケア体制の整備

—「家族同居」モデル

⇒「家族同居＋**独居**」モデルへ

介護保険制度改革の主な内容

〔 具体的内容 〕

予防重視型システムへの転換

新予防給付の創設、地域支援事業の創設

施設給付の見直し

居住費用・食費の見直し、低所得者等に対する配慮

新たなサービス体系の確立

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(有料老人ホームの見直し等)、医療と介護の連携の強化、地域介護・福祉空間整備等交付金の創設

サービスの質の確保・向上

情報開示の標準化、事業者規制の見直し、ケアマネジメントの見直し

負担の在り方・制度運営の見直し

第1号保険料の見直し、市町村の保険者機能の強化、要介護認定の見直し、介護サービスの適正化・効率化

被保険者・受給者の範囲

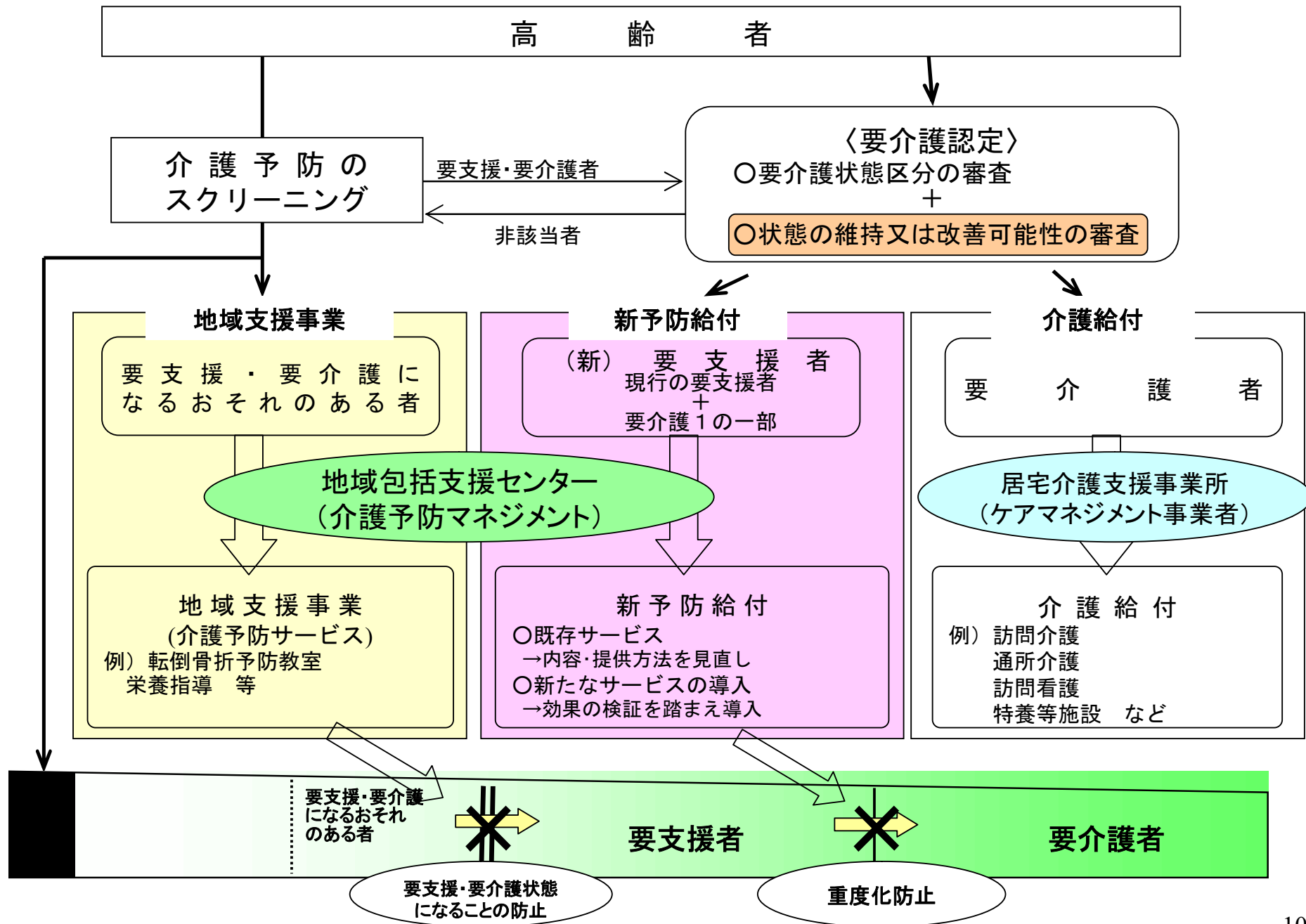
→社会保障制度の一体的見直しの中で検討・結論

※施行:平成18年4月(但し施設入所費用の見直しについては平成17年10月施行)

2 改正の概要

① 予防重視型システムへの転換

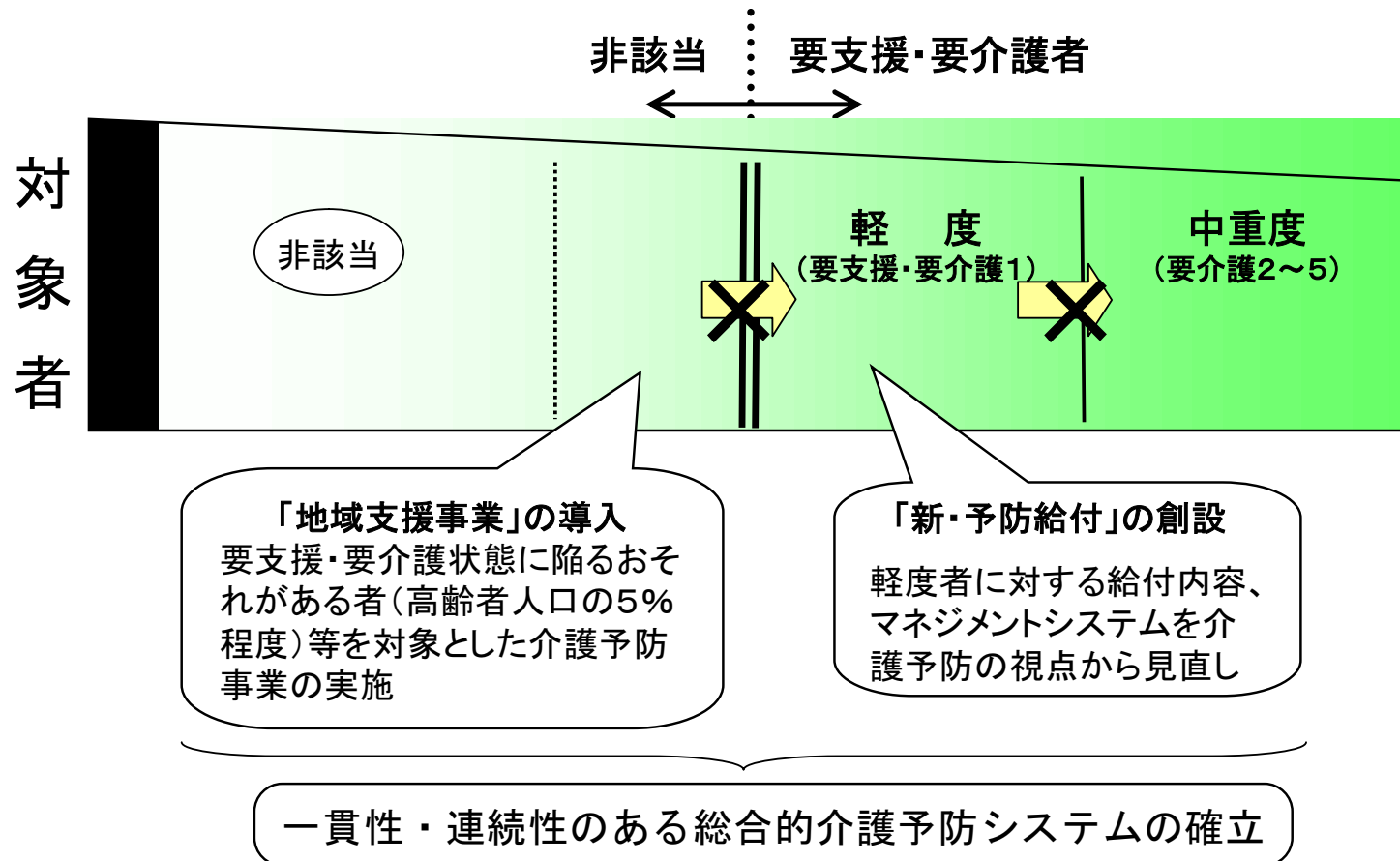
予防重視型システムへの転換（全体概要）



介護予防の推進

〈新たな介護予防システムの確立〉

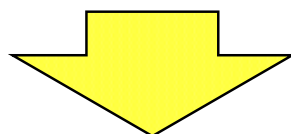
- 「地域支援事業」の創設
- 「新・予防給付」の創設
- 市町村が責任を持って実施



なぜ「介護予防」が重要なのか

介護予防とは、

- ① 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ(発生を予防する)こと
- ② 要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする(維持・改善を図る)こと。



その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した生活を送れるように支援すること。
即ち「**自立支援**」(=**介護保険の基本理念**)

「介護予防」は新しい概念ではない

：「介護予防」の考え方は、介護サービス提供の基本的考え方、国民（利用者）の責務として、介護保険法の中にすでに既に謳われている。

※その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う（法第1条）

※国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、-----常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、-----適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める（法第4条）。

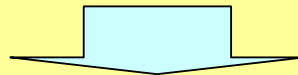
「要支援者」に対する保険給付として初めて「予防」を保険給付化（⇒「予防給付」）。

新予防給付の創設

軽度の要介護者（要支援、要介護１）の方々に対するサービスをより本人の自立支援に資するように改善する。

軽度者の特徴

1. 廃用症候群（骨関節疾患等を原因とし、徐々に生活機能が低下するタイプ）の方々が多い。
2. 早期から予防とリハビリテーションを行うことで生活機能の改善可能性が高い一方、「年だから仕方ない」と活動をしない、させないと生活機能の低下のリスクも高い。



改善可能性に向けた本人の意欲を高めることが重要

新予防給付対象者の選定手法について

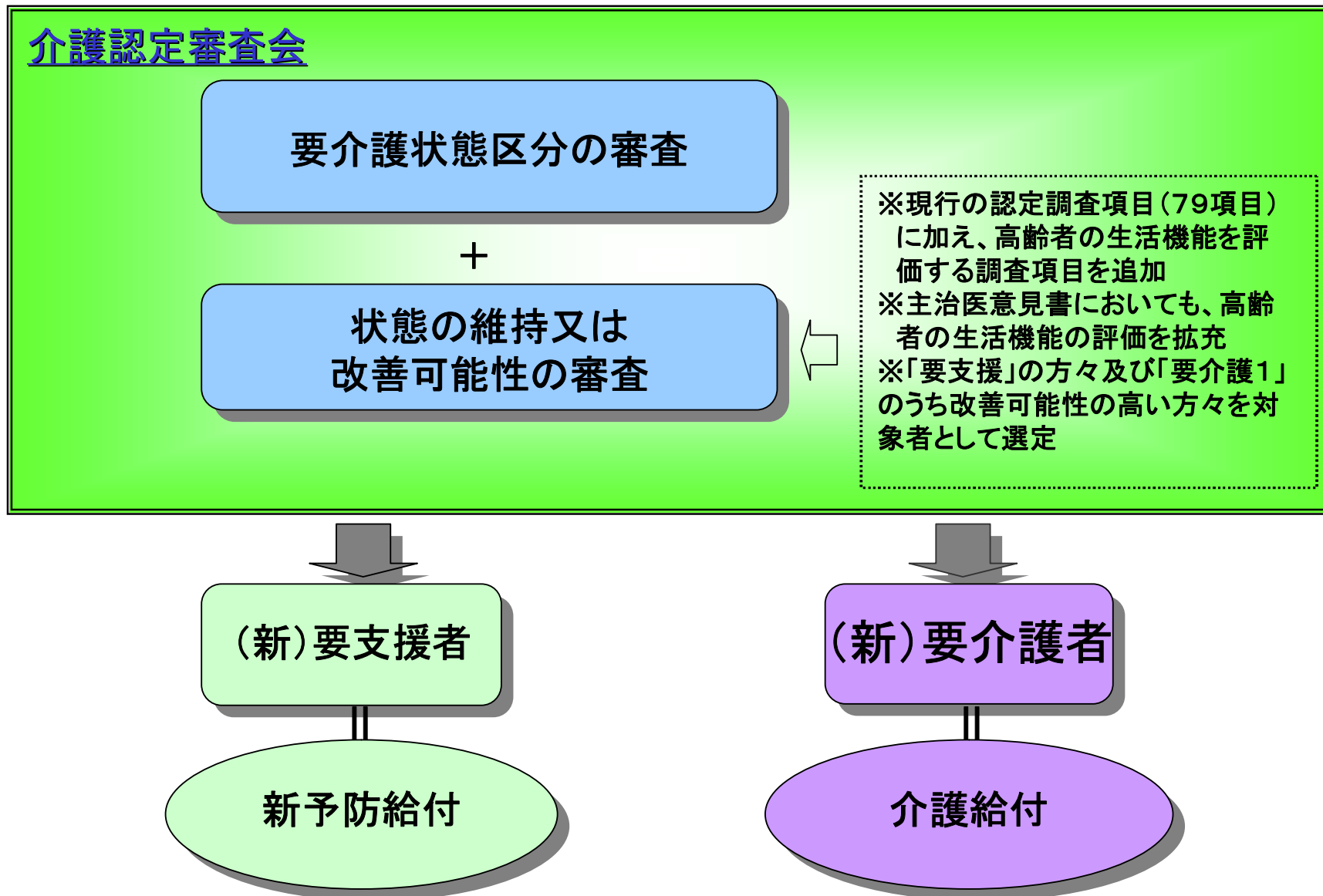
○新予防給付の対象者は、原則として、「**要支援**」又は「**要介護1**」の方々のうち、「新予防給付の適切な利用が見込まれない状態像」を有する方々を除いた方々とする。

○対象者は、現行と同様に、介護認定審査会において選定する。

◆新予防給付の適切な利用が見込まれない状態像

- ① 疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態
- ② 認知機能や思考・感情等の障害により、十分な説明を行ってもなお、新予防給付の利用に係る適切な理解が困難である状態
- ③ その他、心身の状態は安定しているが、新予防給付の利用が困難な身体の状態にある状態

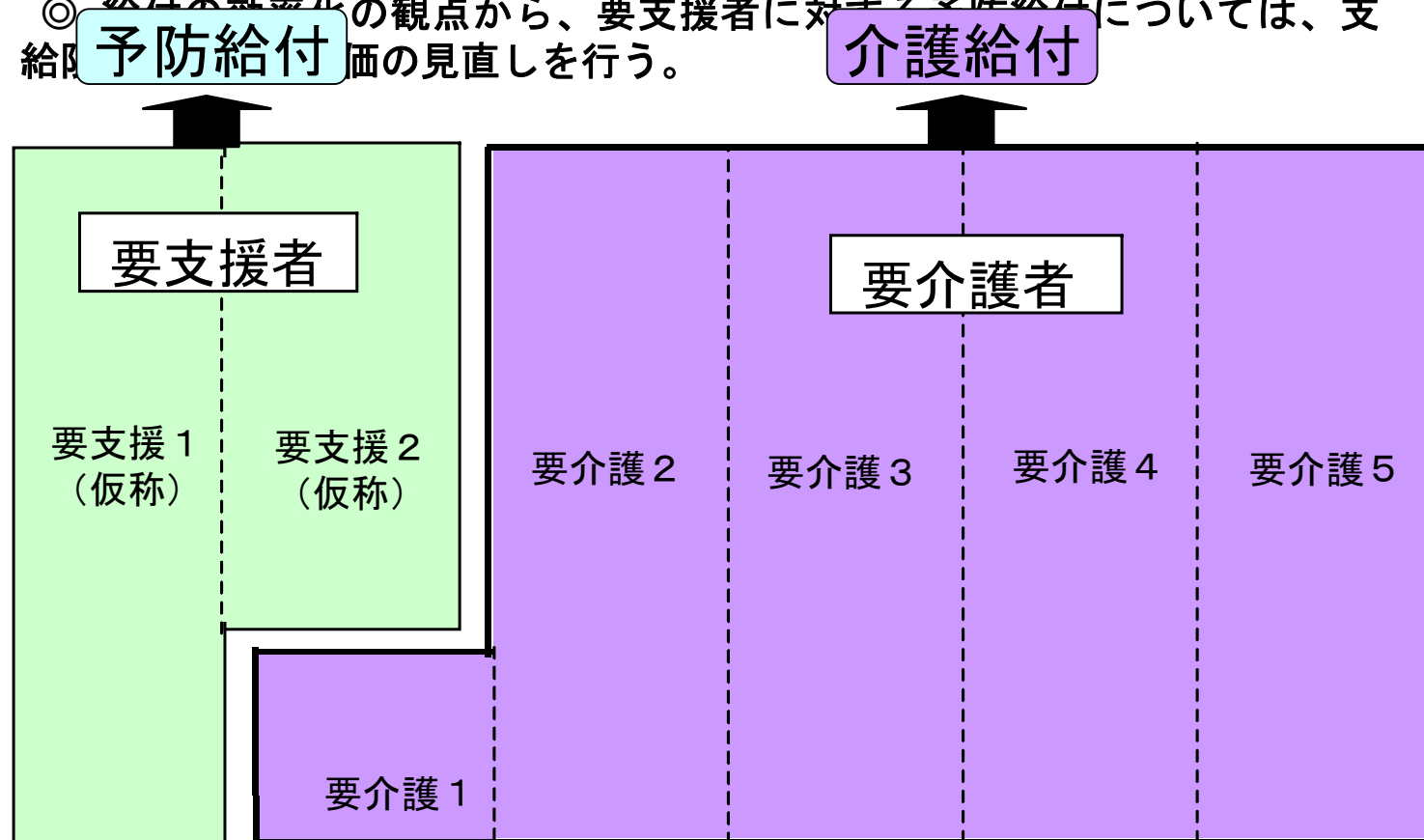
介護認定審査会における新予防給付対象者 選定のイメージ



保険給付と要介護状態区分のイメージ

◎ 要支援者は予防給付、要介護者は介護給付とする。

◎ 給付の効率化の観点から、要支援者に対する予防給付については、支給決定の段階で介護給付の見直しを行う。



現行区分： 要支援 要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5

サービス見直しの方向

1. 介護予防マネジメントの確立

本人の改善可能性をきちんと評価し、できることを増やしていく積極的なマネジメントの実現

2. 既存サービスの見直し

現行のサービスを再評価、見直し、軽度者の特性にあったより自立度を高めるサービスへと転換

3. 新規サービスの導入

介護予防効果が科学的に裏付けられた新たなサービスを導入

介護予防マネジメントの確立

- ケアマネジメントの基本理念、プロセスは、通常のケアマネジメントと基本的に変わりはない。
- 「改善可能性」をきちんと評価し、これを本人にきちんと説明することを通じて、「本人の意欲」を高め、システム参加に結びつけられるようマネジメントのプロセスを強化。

地域包括支援センター

アセスメント

できる可能性のあることをきちんと見付け出すことができるようアセスメントを充実

本人とチームによるプラン作成

自立に向けての目標を建て、自立支援に資するサービスを本人とチームで決める。

事後評価

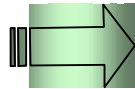
一定期間後にきちんと評価する。

既存サービスの再評価・見直し（１）

生活機能の維持・向上を積極的に目指す観点から、現行のサービスの内容や提供方法を見直し。

軽度者に多く利用される3大サービス

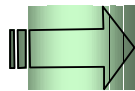
訪問介護



予防訪問介護

本人の生活機能の維持・向上の観点から現行のサービスを再編。単に生活機能を低下させるような「家事代行」については、期間、必要性、提供方法等を見直し。

通所介護
通所リハビリテーション



予防通所介護
予防通所リハビリテーション

新たに運動器の機能向上に関するサービスの導入も含め、個別プログラム（筋力向上プログラムなど）を重視したサービスに再編。筋力向上等の単体での利用も可能。

福祉用具貸与等

現行のガイドラインを徹底し、本人の生活機能の維持・向上の観点から現行のサービスを活用。

既存サービスの再評価・見直し（２）

医療系サービス

訪問看護
訪問リハビリテーション
居宅療養管理指導

生活機能の維持・向上を目的としたサービス提供。
居宅療養管理指導の中で栄養改善・口腔機能向上。

その他のサービス（短期入所・居住系サービス等）

ショートステイ
グループホーム 等

生活機能の維持・向上を目的としたサービス提供。

新たな介護予防サービスの開発

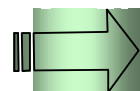
筋力向上等の新たな介護予防サービスのうち、科学的に有効であるものを導入。

新予防給付に導入するサービス

筋力向上

栄養改善

口腔機能向上



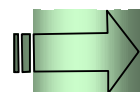
○既存サービスのプログラムの中で実施
又は
○単独でメニュー化

地域支援事業等で実施するサービス

痴呆予防

うつ予防

閉じこもり予防



○主として幅広い集団に対してサービスを実施することが有効であることから地域支援事業において実施。
○予防給付として可能かどうかについて、引き続き検討。

介護予防のメニュー

新予防給付のメニューには、デイサービスやホームヘルプサービスなどの従来からのサービスについても、内容の見直しを行い盛り込むとともに、筋力向上トレーニングなどの新しいサービスも新たに盛り込む予定。

①既存サービスの評価・検証

⇒生活機能の維持・向上を積極的に目指す観点から内容・提供方法を見直し

訪問介護(ホームヘルプ)
通所介護(デイサービス)

通所リハビリテーション
福祉用具貸与
訪問看護
ショートステイ
グループホーム等

⇒ 内容・提供方法を見直し

※単に生活機能を低下させるような家事代行型の訪問介護については、期間、必要性、提供方法等を見直し

②新たなサービスの導入

⇒効果が明らかなサービスについて市町村モデル事業を踏まえ取り入れ

筋力向上
栄養改善
口腔機能向上

⇒ ・新たにメニュー化
・既存サービスの中でも実施

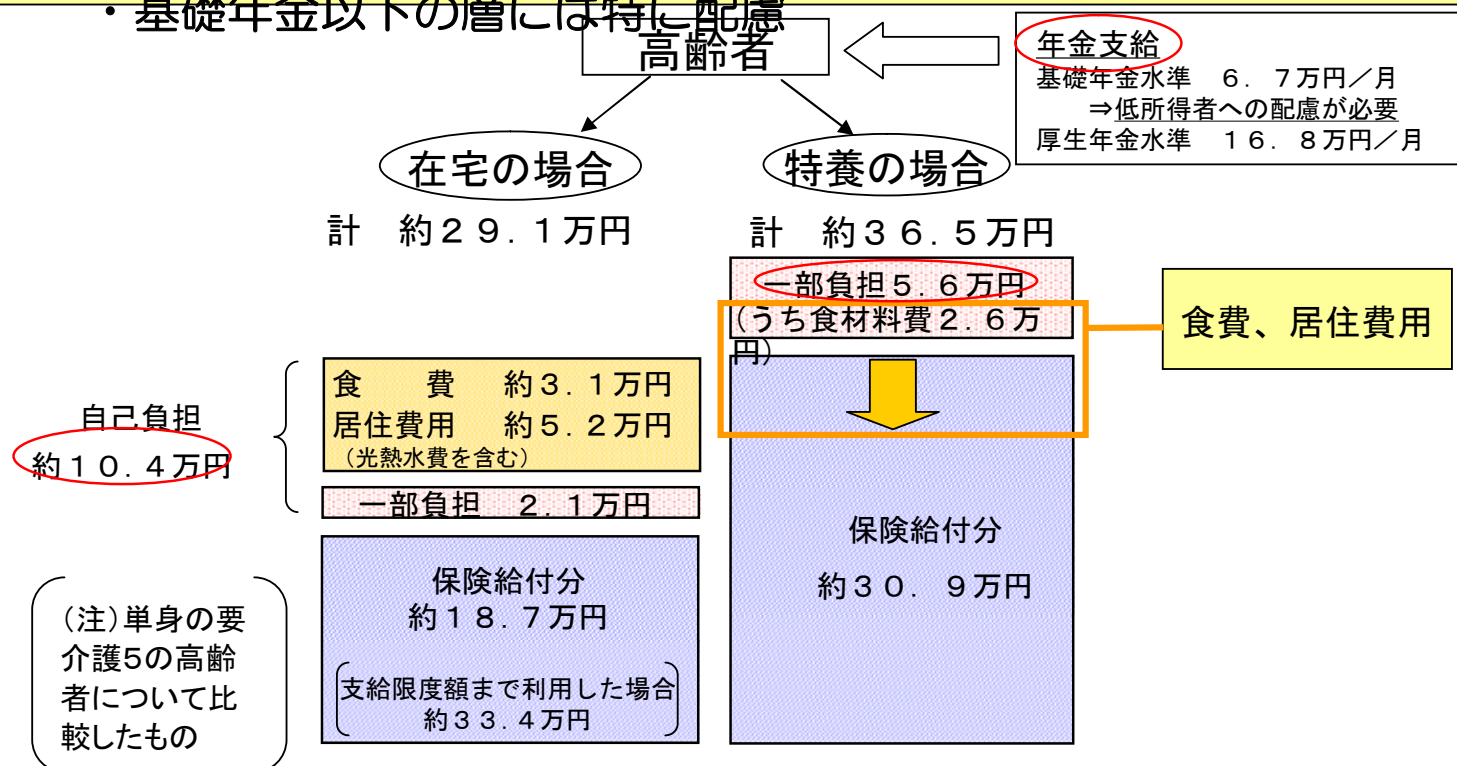
※認知症(痴呆)予防、うつ予防、閉じこもり予防を地域支援事業において実施

② 施設給付の見直し

施設給付の見直し

- 施設における食費、居住費用は在宅と同様、保険外（利用者負担）とする
 - 〈居住費用〉 個室：減価償却費＋光熱水費相当
多床室：光熱水費相当
 - 〈食費〉 食材料費＋調理コスト相当
- 低所得者対策
 - ・市町村民税非課税の世帯には、負担の軽減措置（介護保険制度で補足給付）

・基礎年金以下の層には特に配慮



介護保険と年金の調整

在宅と施設のバランス

居住費用の考え方

○個室：居住費用＝減価償却費＋光熱水費

○多床室：居住費用＝光熱水費

個室のモデル的な居住費用＝6万円(1人当たり月額)

(参考データ)

○ 介護事業経営実態調査(14年3月)における特別養護老人ホーム(個室)の平均的な光熱水費・減価償却費は約6万円

多床室のモデル的な居住費用＝1万円(1人当たり月額)

(参考データ)

○ 介護事業経営実態調査(14年3月)における特別養護老人ホーム(4人部屋)の平均的な光熱水費は約1万円

○ 家計調査(平成15年度)に基づく高齢者1人当たりの光熱水費は約1万円。

食費の考え方

- 現行の「基本食事サービス費」(1人月額約6.4万円)は廃止。
 - ～栄養管理については、施設サービス費の加算として評価。
 - ～利用者負担は、調理コスト相当及び材料コスト相当とする。

モデル的な食費負担＝4.8万円(1人当たり月額)

(参考データ)

- 介護事業経営実態調査(14年3月)における介護保険三施設の平均的な調理コスト・材料コストは約4.8万円
- 家計調査(平成15年度)に基づく高齢者1人当たりの食材料費は、約3万円

低所得者への配慮

○特定入所者介護サービス費の創設

① 対象者（省令事項）

介護保険3施設（ショートステイ含む）の利用者のうち、保険料段階が第1段階～新第3段階（※）に該当する者で申請のあった者等

（※） 新第3段階に該当する者の例：年金80万円超266万円以下の者

② 給付額（具体的水準は、告示事項）

施設における居住費・食費の平均的な費用を勘案して定める額
（基準費用額）

低所得者の所得の状況等を勘案して定める額
（負担限度額）

※ 施設において設定している居住費及び食費が基準費用額を下回る場合は、当該額と負担限度額の差額が給付額となる。

※ 施設が負担限度額を超えて、低所得者から負担を徴収した場合は、補足的給付の対象としない。

居住費用、食費の見直しに伴う利用者負担の変化

特別養護老人ホームの入所者における利用者負担の変化

(単位 万円／月)

〔 現 行 〕 ⇒ 〔 見 直 し 後 〕
保険外に

改正後の 保険料段階	利用者 負担計	1割 負担	居住費	食費		利用者 負担計	1割 負担	保険料に		
								居住費	食費	
第1段階 例)生活保護 受給者等	2.5 (4.5-5.5)	1.5	— (2.0-3.0)	1.0	⚡	2.5 (5.0)	1.5	0 (2.5)	1.0	利用者負担の 上限を設定
第2段階 例)年金80万 円以下の者	4.0 (7.0-8.0)	2.5	— (3.0-4.0)	1.5		3.7 (5.2)	1.5	1.0 (2.5)	1.2	
第3段階 例)年金80万 円超266万円 以下の者	4.0 (7.0-8.0)	2.5	— (3.0-4.0)	1.5		5.5 (9.5)	2.5	1.0 (5.0)	2.0	
第4段階- 例)年金266 万円超の 者	5.6 (9.7-10.7)	3.0 (3.1)	— (4.0-5.0)	2.6			利用者との施設 契約により設定			
						(参考)標準的なケース				
						8.7 (13.4)	2.9 (2.6)	1.0 (6.0)	4.8	

注1) 表中の () 内は、ユニット型の個室の場合

注2) 要介護5・甲地のケース

注3) 改正後の1割負担については現行の介護報酬を基に機械的に試算したものである。

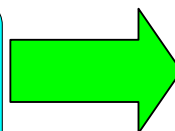
注4) 「例」には、収入が年金のみで他に課税されるべき収入がないケースを記載。

今回見直しにおける低所得者対策の充実

負担軽減措置の継続

- ① 介護保険制度創設前からの特別養護老人ホーム入所者の利用者負担の軽減

措置時代の負担額に据え置く激変緩和措置(平成17年3月末で期限切れ)

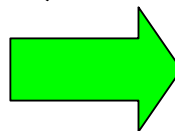


今回、更に5年間の軽減措置の延長を法定

保険料負担の軽減

- ② 世帯に住民税課税者がおらず、老齢基礎年金レベルの年金収入の方(新第2段階の方)の介護保険料の負担率の引き下げ

基準額 $\times$ 0.75



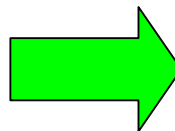
基準額 $\times$ 0.5まで引き下げ可

施設利用者負担の軽減

- ③ 施設に入っておられる②の人については

・食費の負担額

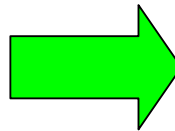
1.5万円/月



1.2万円/月

・利用者一割負担分の利用者負担限度額

2.5万円/月



1.5万円/月

③ 新たなサービス体系の確立

1 目的規定の見直し

介護保険法の目的規定に「尊厳
の保持」を明確に規定

2 痴呆の呼称変更

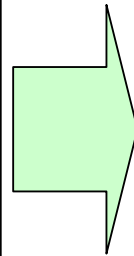
「痴呆」を「認知症」に呼称変更

(1)認知症高齢者ケアの基本

—「尊厳の保持」—

認知症高齢者の特性

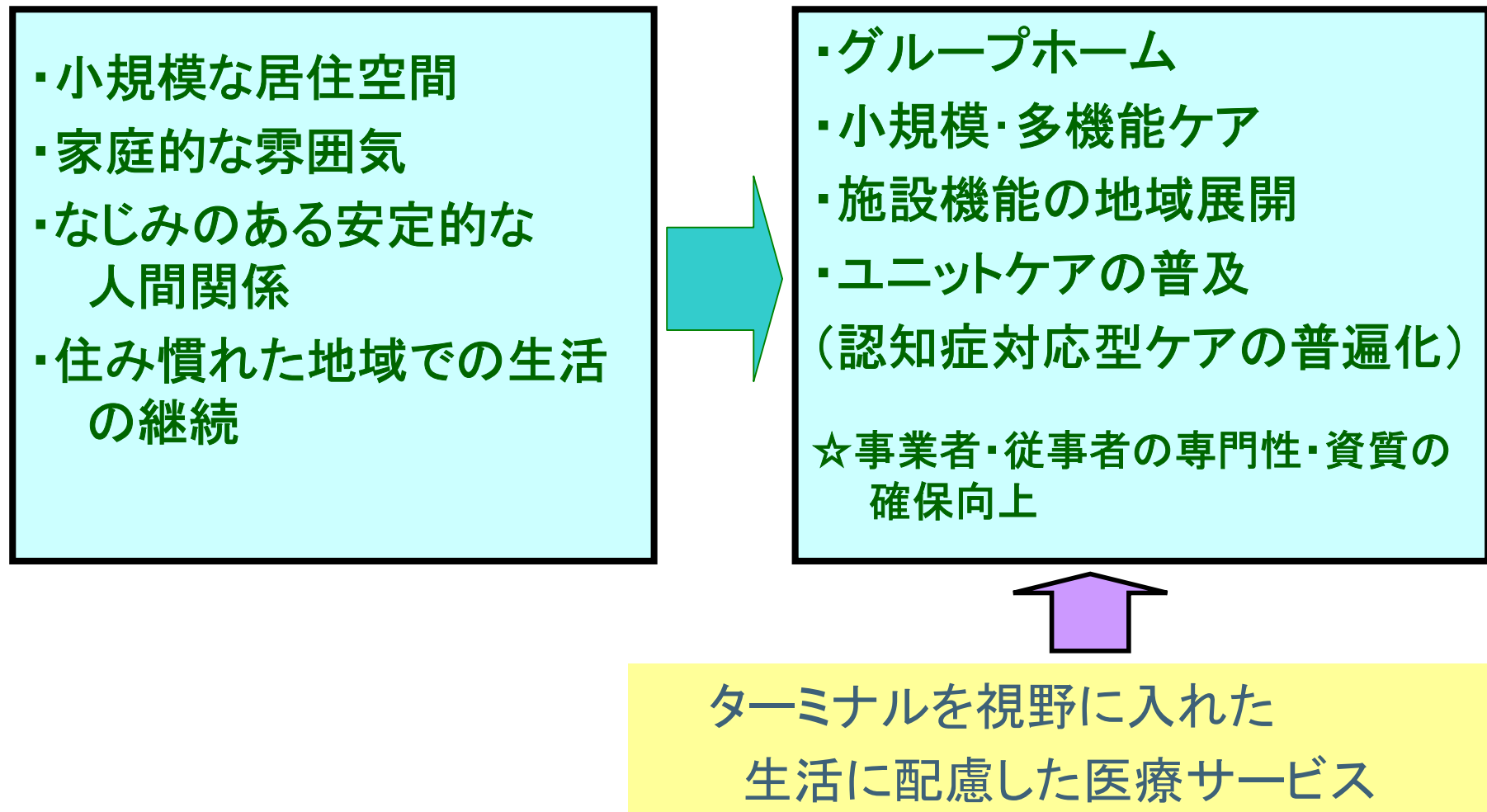
- ・記憶障害の進行と感情等の残存
- ・不安・焦燥感
⇒行動障害の引き金
- ・環境適応能力の低下
(環境変化に脆弱)



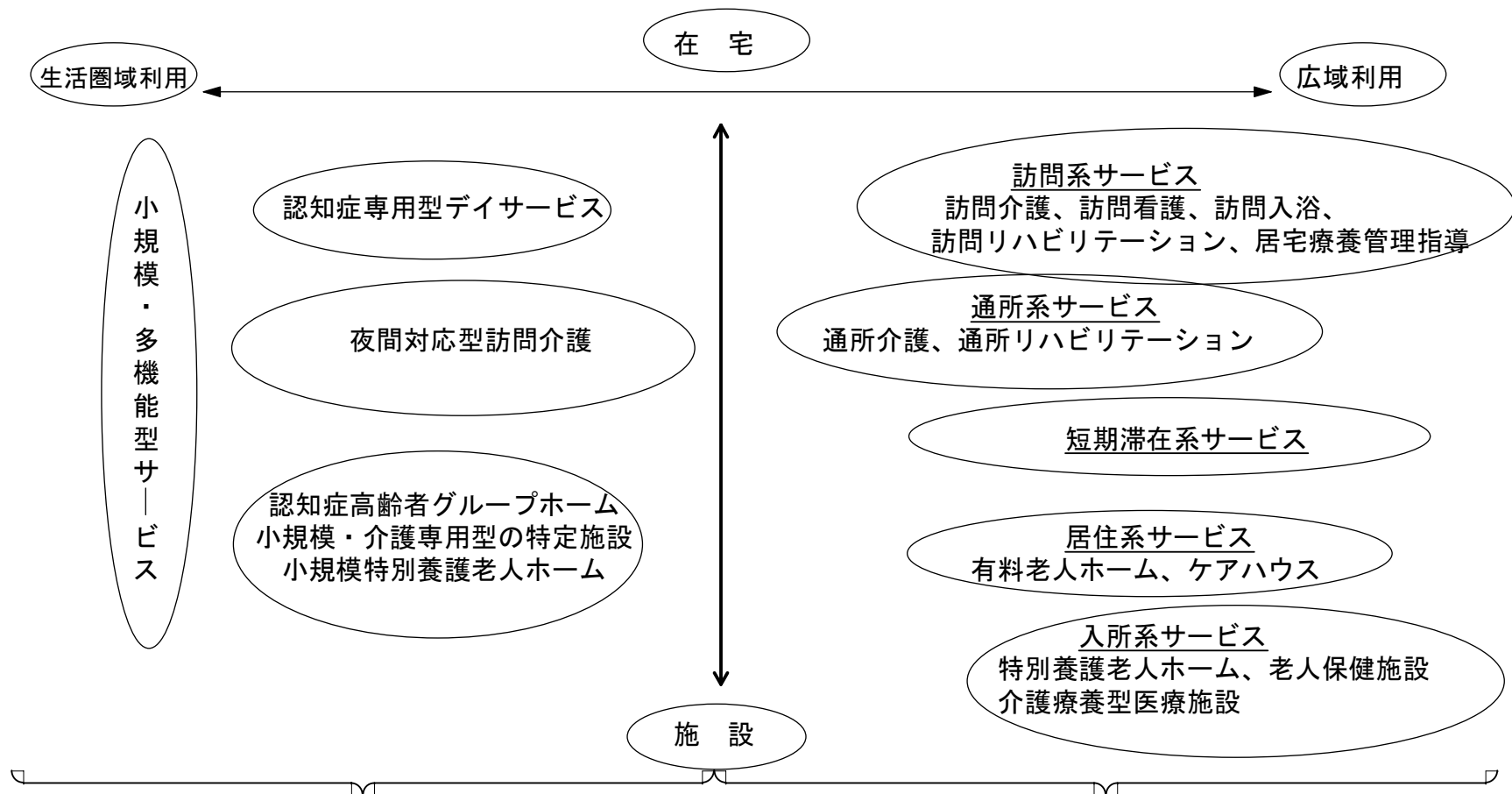
生活そのものを
ケアとして組み立てる

- ・環境の変化を避け、生活の継続性を尊重
- ・高齢者のペースでゆっくりと安心感を大事に
- ・心身の力を最大限に引き出して充実感のある暮らしを構築

(2) 日常の生活圏域を基本としたサービス体系



地域密着型サービスの創設



地域密着型のサービス

(事業者指定
・指導監督等)

市町村長

一般的なサービス

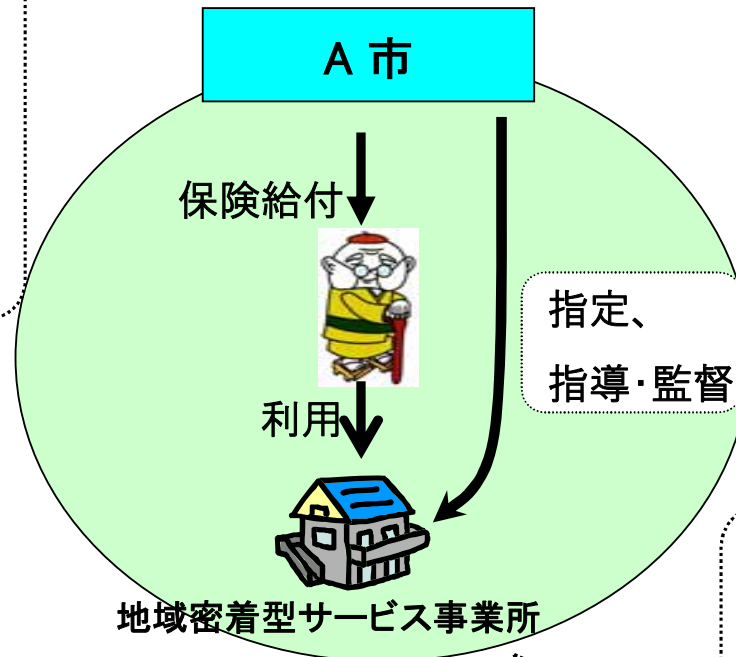
都道府県知事

地域密着型サービスの創設

要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるため、身近な市町村で提供されることが適当なサービス類型(＝地域密着型サービス)を創設する。

1: A市の住民のみが利用可能

- ・指定権限を市町村に移譲
- ・その市町村の住民のみがサービス利用可能



2: 地域単位で適正なサービス基盤整備

市町村(それをさらに細かく分けた圏域)単位で必要整備量を定めることで、

- ・サービス基盤の整備が遅れているところでは、計画的な整備が可能に。
- ・過剰な整備は抑制される。

3: 地域の実情に応じた指定基準、介護報酬の設定(※)

(※)国が定める報酬の水準が上限

地域密着型サービスに含まれるもの

- ① 小規模(定員29人以下)介護老人福祉施設
- ② 小規模(定員29人以下)で介護専用型の特定施設
- ③ 認知性高齢者グループホーム
- ④ 認知性対応型デイサービス
- ⑤ 小規模多機能型居宅介護
- ⑥ 夜間対応型訪問介護

4: 公平・公正透明な仕組み

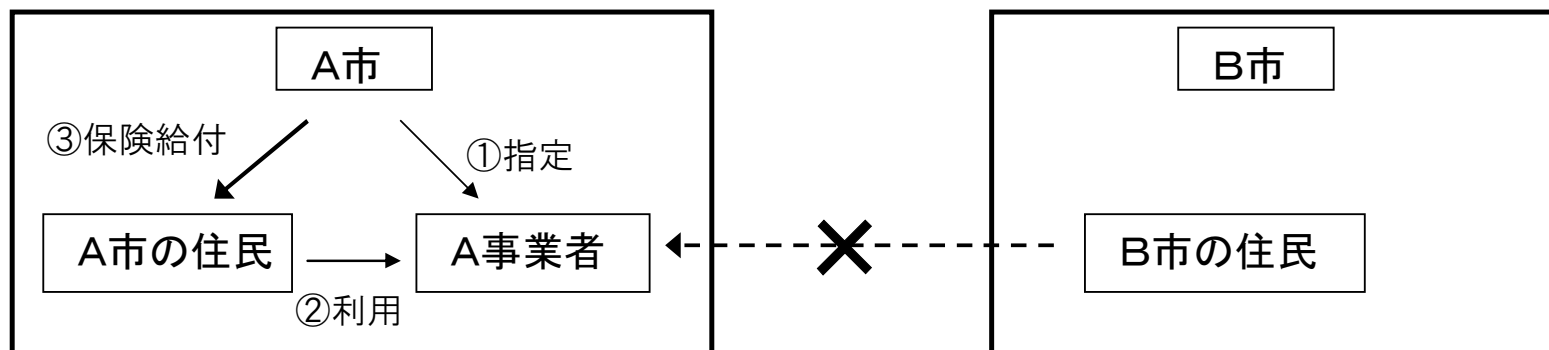
指定(拒否)、指定基準、報酬設定には、地域住民、高齢者、経営者、保健・医療・福祉関係者等が関与

地域密着型サービスの指定・指定拒否の具体的仕組み

1. 指定について

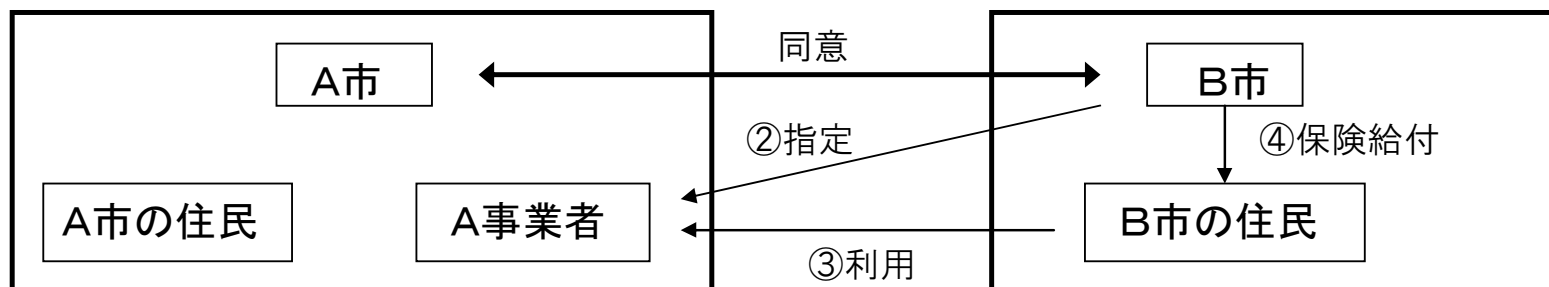
(1) 基本的な仕組み

地域密着型サービスの事業所のサービスを保険給付の対象として利用できるのは、当該保険者（A市）に属する被保険者（A市の住民）のみとする。他の保険者（B市）に属する被保険者（B市の住民）が利用しても、保険給付の対象とはしない。



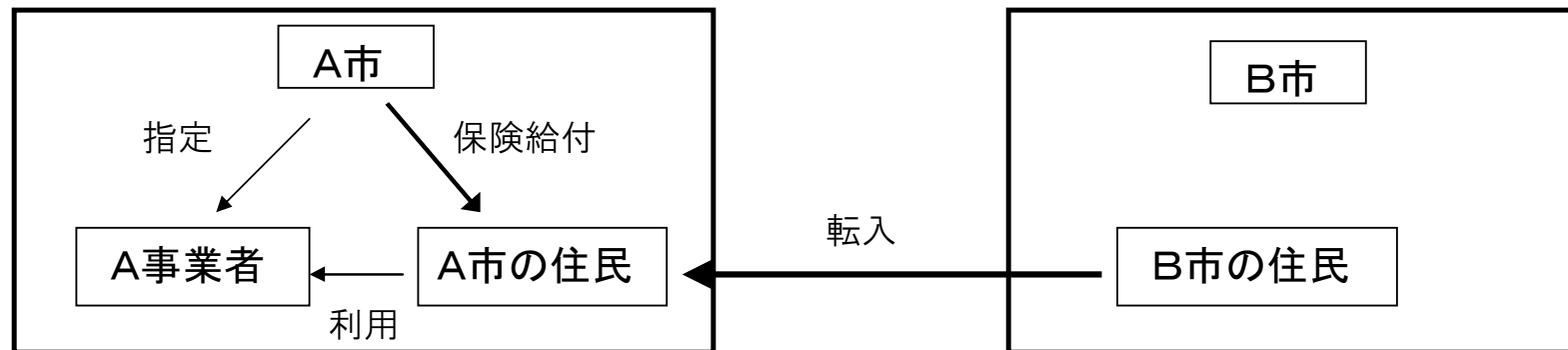
(2) 他市による指定

B市が、A市に所在する事業所を指定することはできるものとする。
ただし、A市におけるサービス利用に支障が生じないように、A市の同意がなければB市は指定できないものとする。



(3) 転入者の利用

B市がA市に所在する事業所を指定していない場合であっても、B市からA市へ住民票を移して転入し、A市のサービスを利用した者に対しては、A市から保険給付を行う。



※ 地域密着型サービスの指定に当たっては、必要な条件を付することができることとしている。これにより、A市は、A市の住民によるサービス利用に支障を来すことがないように、転入利用者による利用を一定程度に限定するための条件を付することも可能。

2. 指定拒否について

(1) 基本的な仕組み

市町村長は、地域密着型サービス（入所系又は居住系サービスに限る。）の指定申請があった場合において、指定することにより当該市町村の介護保険事業計画において定める当該市町村又は当該生活圏域における当該サービスの必要定員総数に既に達しているか、又は当該申請に係る事業者又は施設の指定によってこれを超えることになることを認めるときは、指定しないことができることとする。

(2) 指定拒否できる場合

ア. 市町村全体の必要利用定員総数を超える場合

<A市（必要総数120床）>

<a圏域（必要総数20床）> 現整備量＝25床	<b圏域（必要総数20床）> 現整備量＝25床
<c圏域（必要総数40床）> 現整備量＝45床	<d圏域（必要総数40床）> 現整備量＝20床 指定申請＝20床

○ 現時点での整備量は115床であり、d圏域に20床分の指定申請を認めると、市町村全体の必要利用定員総数を超過○
このような場合は、指定を行わないことができる。

イ. 一つの圏域で必要利用定員総数を超える場合

＜A市(必要総数120床)＞

＜a圏域(必要総数20床)＞ 現整備量＝ 0床	＜b圏域(必要総数20床)＞ 現整備量＝ 0床
＜c圏域(必要総数40床)＞ 現整備量＝20床	＜d圏域(必要総数40床)＞ 現整備量＝80床 指定申請＝20床

○ 現時点での整備量は100床であり、d圏域への20床を指定しても必要総数の範囲内で、保険財政上の支障は生じない。○ しかしながら、A市のサービスはすでにd圏域に著しく偏在し、さらに、d圏域に指定すれば、A市のお他圏域の住民は、生活圏域を離れたサービス利用を余儀なくされるため、指定を行わないことができる。

3. 地域密着型サービスへの都道府県の関わり

○ 設置の際の老人福祉法に基づく認可・届出については、地域密着型サービスであっても、都道府県が主体となる。

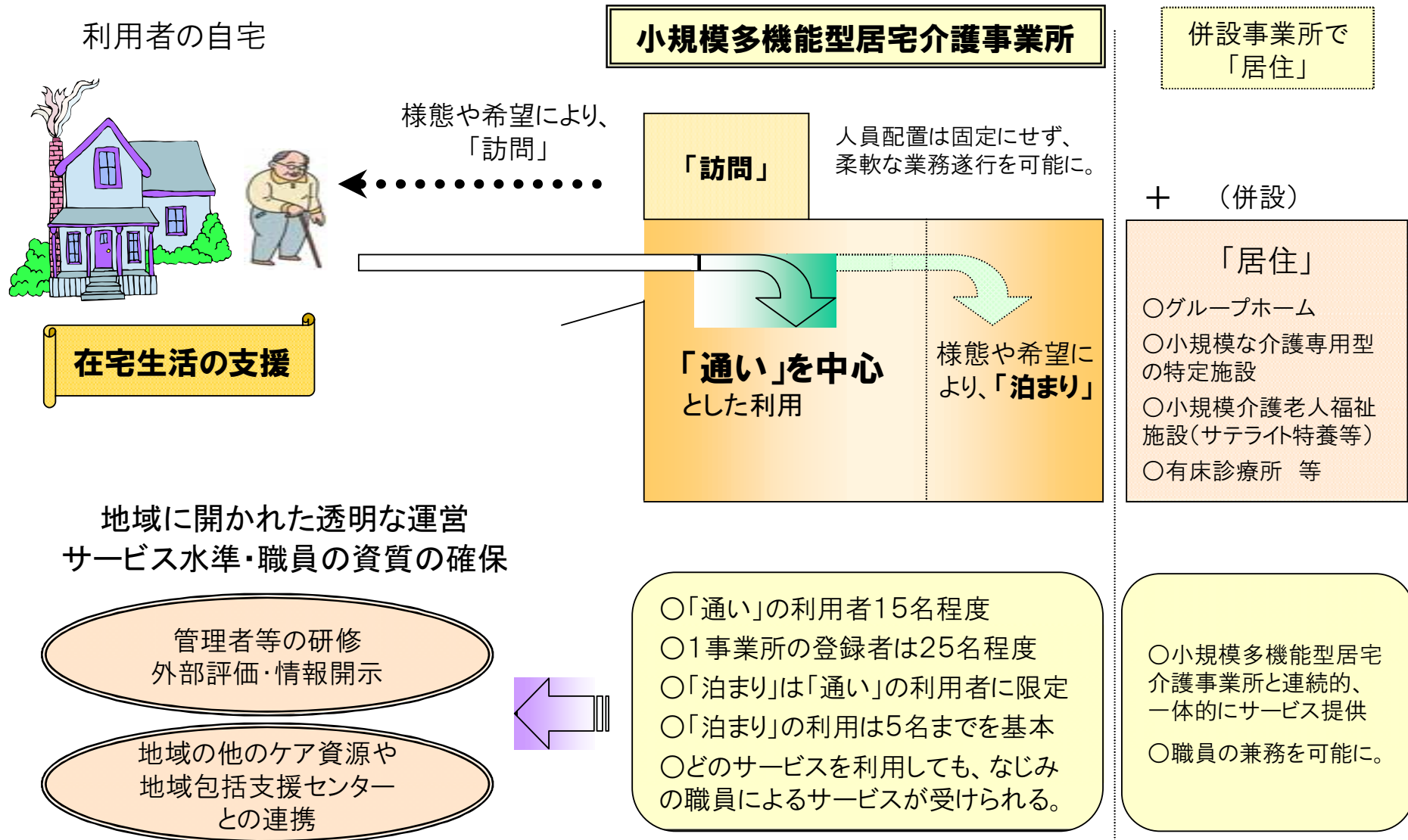
○ 都道府県の老人保健福祉圏域における大規模及び小規模特養の定員数の合計が、必要定員総数を上回る場合、都道府県は、小規模特養であっても、認可をしないことができる。

○ 都道府県の老人保健福祉圏域における大規模及び小規模の介護専用型特定施設の定員数の合計が、必要利用定員総数を上回る場合、都道府県は、小規模介護専用型特定施設の指定をしようとする市町村に、必要な助言又は勧告をすることが可能。

※ 都道府県は大規模介護専用型特定施設の指定をしないことができる。

小規模多機能型居宅介護(仮称)のイメージ

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」**を組み合わせることで、在宅での生活継続を支援する。

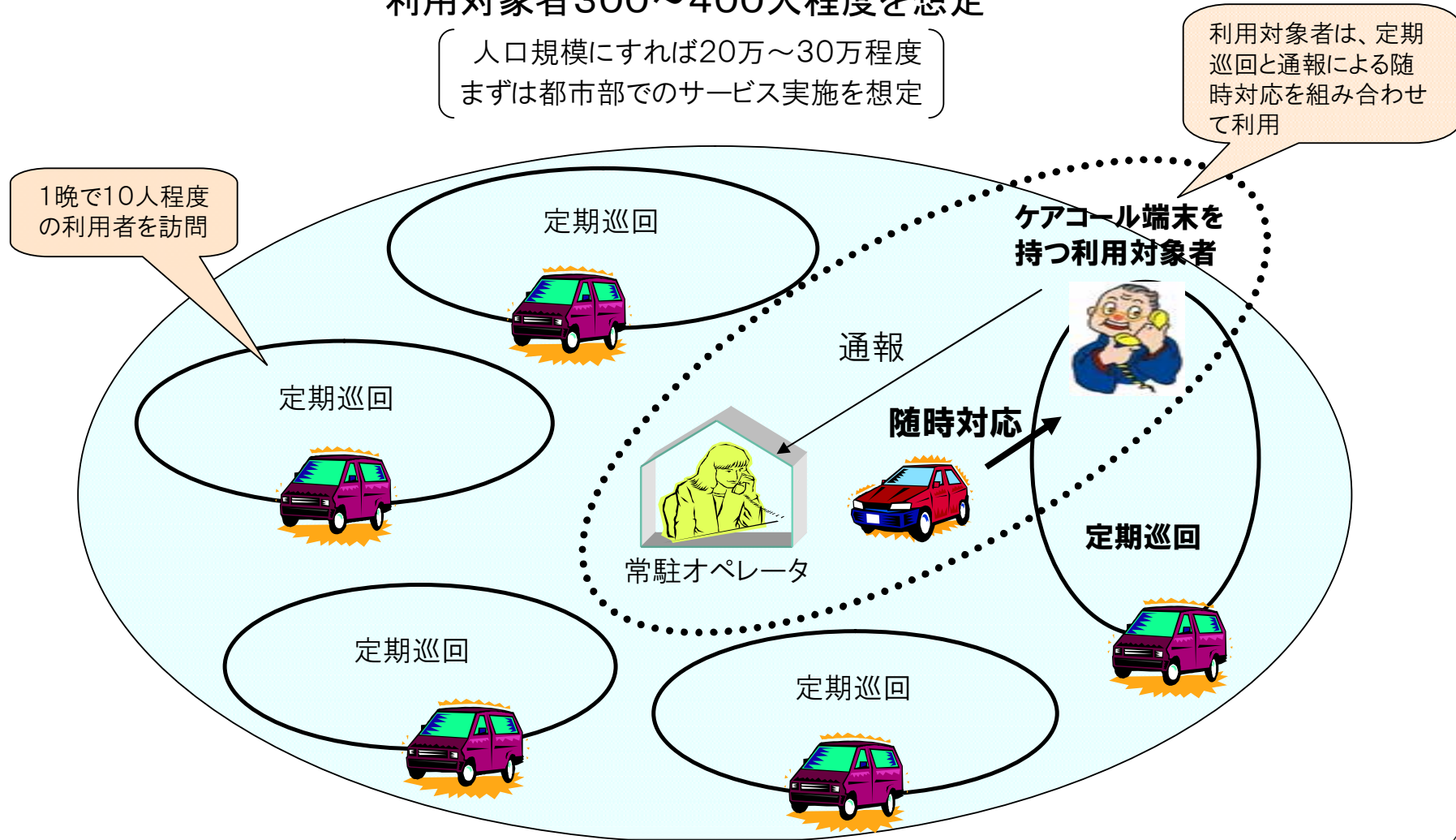


夜間対応型訪問介護(仮称)のイメージ

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「**夜間専用訪問介護類型**」を創設

利用対象者300~400人程度を想定

〔人口規模にすれば20万~30万程度
まずは都市部でのサービス実施を想定〕



新しい「住まい」のあり方

- 要介護状態になった時でも在宅での生活を継続できるようにするためには、ハード、ソフトの両面で安心できる「住まい」が必要。
- 高齢者が安心して住める「住まい」を用意し、自宅で介護を受けることが困難な高齢者に対して、住み替えという選択肢を用意することも重要な課題。

自宅での生活の継続が困難

- (要因)
- ・ 家屋の構造が要介護者の生活に適さない
 - ・ 一人暮らし等の理由から日常生活面での困難や不安がある

高齢者が安心して住める 「住まい」への住み替え

- (自宅、施設以外の新しい「住まい」)
- (要件)
- ・ バリアフリー、住まいにふさわしい居住水準
 - ・ 安心のための生活支援サービス
 - ・ 「早めの住み替え」、「要介護状態になってからの住み替え」各々の形態に対応した多様な介護サービス提供

居住系サービスの拡充 (介護サービス提供のあり方)

①特定施設の対象の拡大

※現行は有料老人ホームとケアハウスのみ

→左記の要件を満たす「住まい」にまで対象を拡大

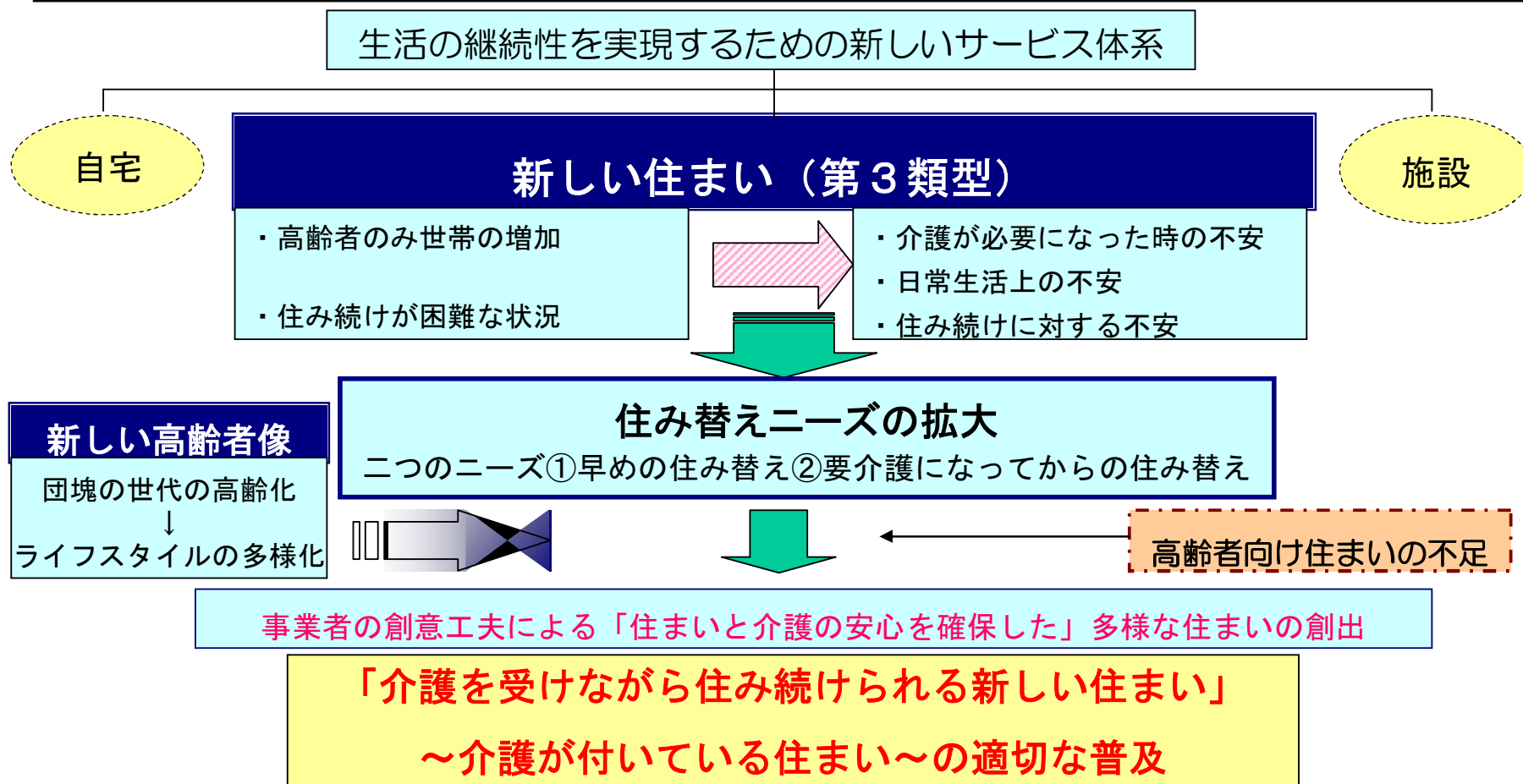
②介護サービス提供形態の多様化

※現行は特定施設の職員により介護サービスを提供

→外部の介護サービス事業者との提携によるサービス提供も可能とする

住み替えニーズの拡大と新しい住まいの創出

○特に、都市部の高齢者のみの世帯の急増を背景に、自宅での住みつづけが困難な状況や、ライフスタイル・価値観の多様化に伴う「住み替えニーズ」の増大が見込まれる。
○このようなニーズに応えるため、多様な選択肢の一つとして、介護が必要になった場合でも、本人が望む生活の継続が可能な、自宅でも施設でもない新しい住まいの創出が必要。



介護が付いている住まいの一般化

○特定施設の対象を、現行の有料老人ホームと軽費老人ホームに加え、高齢者向け優良賃貸住宅等の一定の要件を満たした「住まい」にまで拡大。

○このような「住まい」を特定施設の対象とする一方で、利用者保護の観点から、情報開示、登録・届出制度等により、行政が適切に関与することが必要。

現行の特定施設

有料老人ホーム

軽費老人ホーム
(ケアハウス)

+

特定施設の対象の拡大

<次の要件を満たす住まいにまで対象を拡大>

○住まい：

バリアフリー

住まいとしてふさわしい居住水準

住み続けの保障

○生活支援サービス：

365日24時間の安心を保障

○介護サービス：

「早めの住み替え」「要介護になってからの住み替え」それぞれの形態に対応した多様なサービス提供形態

行政の適切な 関与

◇ 情報開示の
ルール

◇ 登録・届出
制度等

④ サービスの質の確保・向上

介護サービスの情報開示の標準化

背景・趣旨目的

- ・介護保険サービスは利用者が選択・決定
- ・利用者はより良いサービス(事業者)を適切に選択

⇒ 介護サービス全体の質の向上

○ 利用者の適切な選択に必要な客観的な情報の提供が必要

「規制改革推進3ヵ年計画(再改定)」(平成15年3月28日)閣議決定
「高齢者介護研究会報告」(平成15年6月26日)においても同様の指摘

○ 介護保険の基本理念である「利用者本位」、「高齢者の自立支援」、「利用者による選択(自己決定)」を現実のサービス利用において保障するための制度的な枠組みについて検討。

介護サービスの質を確保するための 「事後規制ルール」の確立

現行指摘されている主な課題



参入規制の緩和・撤廃

《指定拒否の要件が不十分》

- ・ ある県で指定を取り消された事業者が別の県で指定申請してきた場合
 - ・ 過去に指定を取り消された事業者が別法人で指定申請してきた場合
- 都道府県が申請を拒否することが法律に明確化されていない。

《指定の効力に期限がない》

- ・ 現行制度は、いったん指定を受けたら、指定の効力に期限がない。質を確保するためには、定期的に基準の遵守状況を確認する仕組みが必要。
- ※ 保険医療機関には、指定の更新制がある。

《不正に対する弾力的な指導ができない》

- ・ 不正に対する強制力のある行政処分として、「指定取消」の手段しかない。
- 指定取消に至る前の実効性のある改善指導の手段が限られている。



悪質な事業者を制度から排除するための「事後規制ルール」の確立が必要。

ケアマネジメントの見直しの全体像

基本的な考え方：「ケアマネジメントの徹底」

→ ①包括的・継続的マネジメント ②ケアマネジメントの公正・中立 を確立

ケアマネジメントをめぐる課題

＜ケアマネジメントの現状＞

- ・併設事業所が9割を占める
- ・サービス担当者会議の開催が不徹底
- ・主治医との連携が不十分 等

- ・多職種連携・継続的マネジメントが不十分
- ・特定のサービスへの偏り、多い単品プラン
- ・不適正なケアプラン、指定取消がワースト2

＜現場のケアマネジャーが抱える悩み＞

- ・業務多忙、力量に不安、相談相手がいない
- ・支援困難ケースを抱えてしまう
- ・生活全般の相談・苦情への対応 等

ケアマネジメントの見直しの方向性

＜包括的・継続的マネジメントの強化— 地域包括支援センターの創設＞

- ・主治医との連携の強化
- ・在宅と施設、医療と介護の連携の強化
- ・支援困難事例への対応の強化 等

＜ケアマネジャーの資質・専門性の向上＞

- ・研修の義務化・体系化、主任ケアマネジャー（仮称）の創設
- ・ケアマネジャーの更新制、二重指定制の導入
- ・不正ケアマネジャーに対する罰則強化 等

＜独立性・中立性の確保＞

- ・担当件数の見直し
- ・ケアマネジメントプロセスに応じた報酬体系
- ・独立性の評価（マネジメントとサービスの分離）・基準/報酬の見直し 等

⑤ 負担の在り方・制度運営の見直し

保険料の在り方

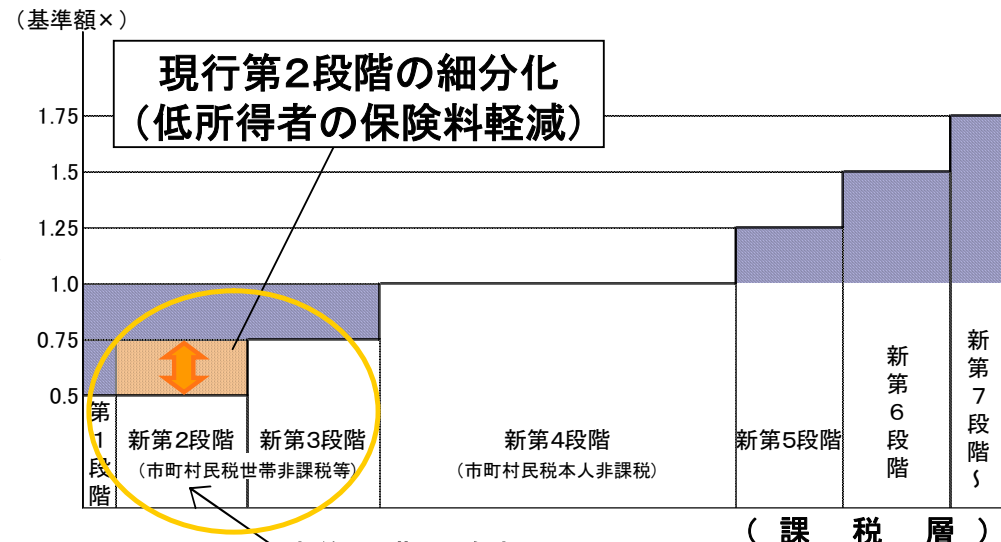
現行の方式を基本としつつ、被保険者の負担能力の適切な反映、利用者の利便性の向上、市町村の事務負担の軽減等の観点から、見直しを行う。

I. 設定方法の見直し

○ 新第2段階の創設

- ① 現行第2段階を細分化し、負担能力の低い層には、より低い保険料率を設定。

対象者：年金収入80万円／年以下であって年金以外に所得がない者



II. 徴収方法の見直し

(特別徴収の見直し)

- 特別徴収(年金からの天引き)の対象を遺族年金、障害年金に拡大する。
- 特別徴収の対象者の把握時期(現行年1回)を、複数回(年6回)とする。

(普通徴収の収納事務委託)

- 普通徴収による介護保険料の収納事務をコンビニエンスストア等の私人に委託することを可能とする。

(生活保護受給者の介護保険料の直接納付)

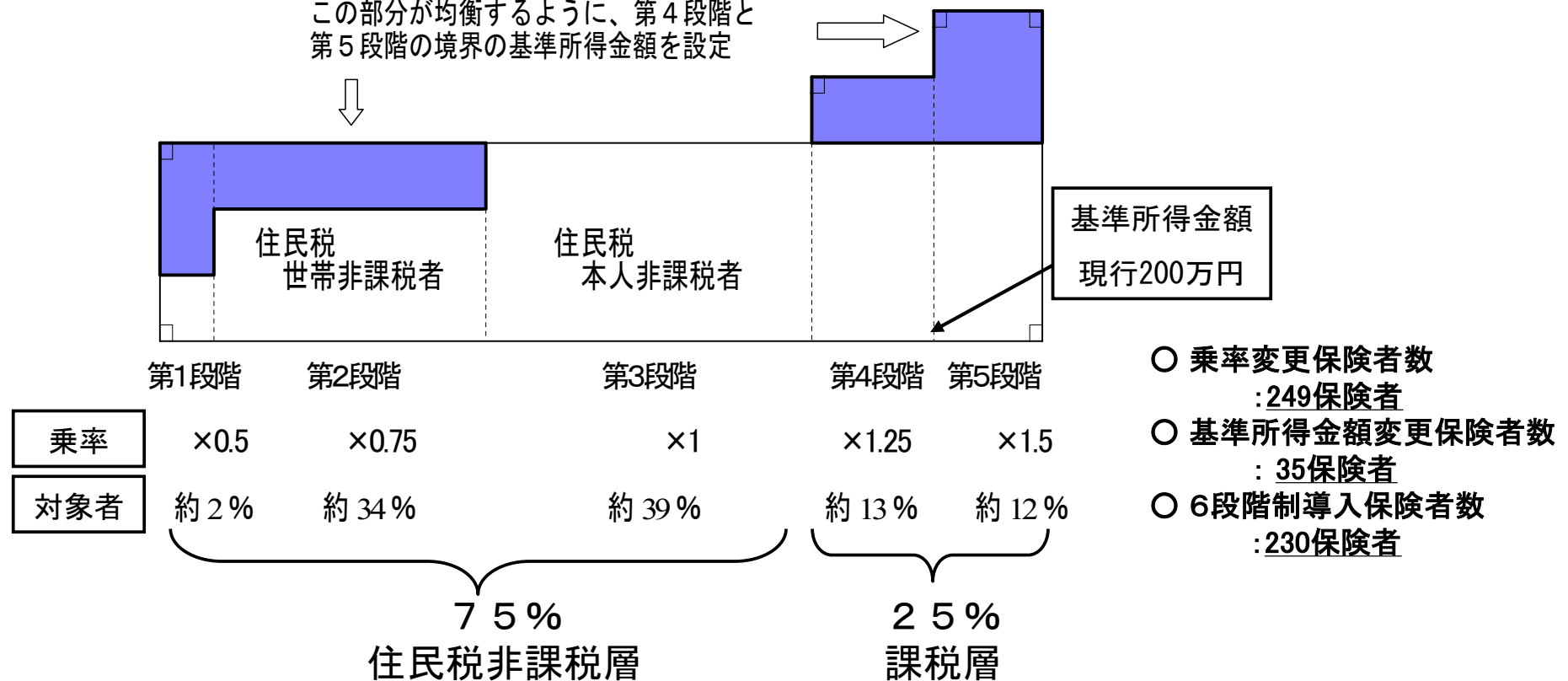
- 被保護者について、交付される保護費のうち介護保険料に相当する額を、保護の実施機関(福祉事務所等)が、被保護者に代わって直接保険者に支払うことを可能とする。

※課税層についても保険料設定をより弾力化

第1号保険料の設定方法の見直し

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6段階）

この部分が均衡するように、第4段階と第5段階の境界の基準所得金額を設定

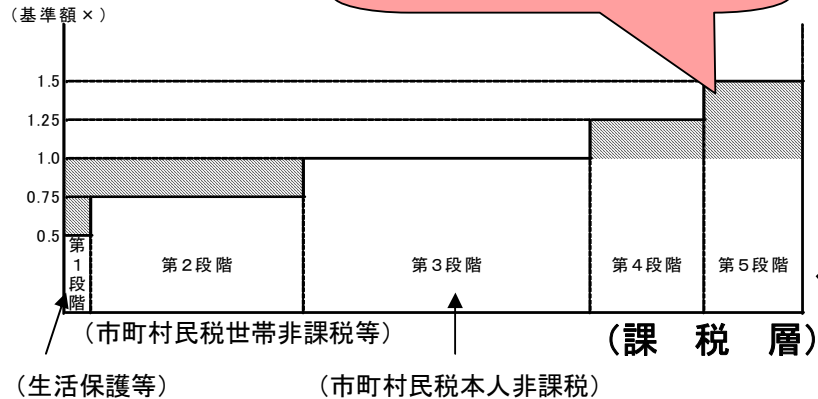


【制度見直しの方向性】

- ・ 現行第2段階の細分化（より負担能力の低い層への配慮）
- ・ より弾力的な保険料段階設定（課税層の多段階設定）

保険料段階の改正案イメージ

【現行制度】



◎課税層の保険料設定の弾力化

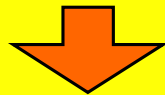
市町村が被保険者の所得状況に応じ、きめ細かな保険料段階を設定できるようにする。



具体的には、課税層について、市町村が条例により区分数、保険料率等について弾力的に設定できることとする方向。

◎現行第2段階の細分化

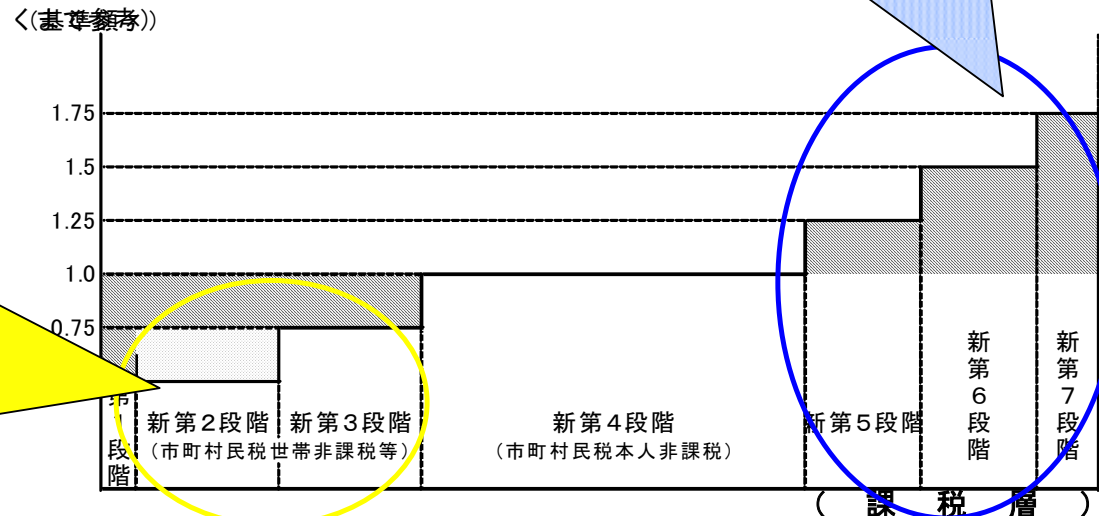
現行の保険料第2段階については、被保険者の負担能力に大きな開きがある。



現行第2段階を細分化し、負担能力の低い層には、より低い保険料率を設定する。

【改正案イメージ】

(各段階の分布はあ



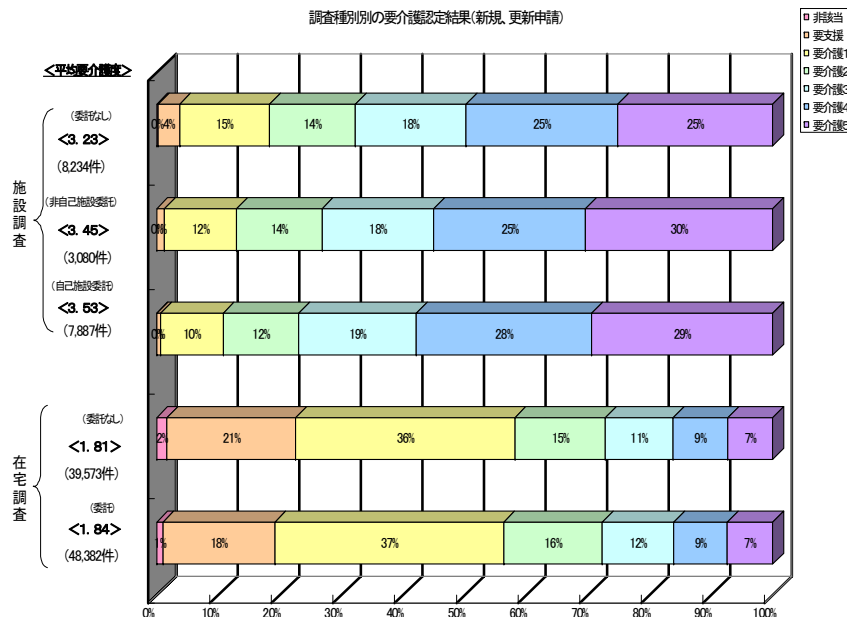
要介護認定の見直し

- 現行制度においては、市町村は指定居宅介護支援事業者や介護保険施設に、認定調査を委託することができることとなっており、新規申請の約5割、更新申請の約6割が委託となっている。
- 委託による調査は、認定調査員研修を終了した介護支援専門員等が行うこととなっている。
- 認定結果(平均要介護度)について、認定調査の委託を行った場合とそうでない場合を比較すると、施設の場合には、委託を行った方が平均要介護度が高くなる傾向が見られる。

【認定調査の委託率】

- ・ 新規申請・・・46%
- ・ 更新申請・・・59%

【調査種別毎の要介護認定結果(新規、更新申請)】



【見直しの方向性】

- ・ 委託調査の公平化・公正化
(新規認定者のケアマネ事業者や施設への委託の禁止等)
- ・ 代行申請の適正化
(代行申請の範囲の限定等)

保険者機能の強化等

保険者機能強化の観点から、市町村のサービス事業者に対する権限等の見直しを行うとともに、市町村事務等の事務負担の軽減と効率化を図る観点から、行政事務の外部委託について、守秘義務規定等の整備を行う。

I. 保険者による給付等のチェックの強化

①立ち入り権限の付与

市町村が、事業者に対する報告・帳簿書類の提出命令や事業者への立入検査ができることとする。

②指定取消要件に該当した事業者の通知

指定サービス事業者について、指定取消要件に該当している場合には、市町村から都道府県にその旨を通知することとする。

II. サービス面への関与

①地域密着型サービスの創設

市町村が事業者の指定、指導監督等を行う。

②都道府県の事業者指定に当たっての意見提出

都道府県は介護保険施設等の指定等を行う際には、市町村長の意見を求めるものとする。

III. 地方自治体の行政事務の外部委託に関する規定の整備

- ・ 認定調査など市町村が実施しなければならない介護保険関連事務の一部を、当該分野に精通し、公正な立場で事業実施できる民間法人に委託できるよう、当該法人の役職員の守秘義務等の規定を整備する。（「市町村事務受託法人」と呼称）