

中央社保協 「改正」介護保険へのたたかいと対応を学ぶ全国学習交流集会
2014.8.9 エルおおさか 6階大会議室館

改悪介護保険と 地域から どう立ち向かうか

大阪社保協 介護保険対策委員

日下部 雅喜

介護保険制度の目的・理念

要介護状態となっても

○尊厳が保持される

○自立した日常生活に必要な
サービスを給付

⇒ 「介護の社会化」

介護保険の現状

○介護保険料

40歳以上 約7300万人が支払う

○要介護・要支援認定者

569万8千人(65歳以上の17.8%)

○サービス利用者

471万4千人

(厚生労働省 介護保険事業状況報告書 2013年6月速報版)

介護保険の現状

○重い家族の介護負担

介護退職、介護心中・介護殺人

○介護費用の経済的負担

介護貧乏・介護破産

○特養ホーム待機者52万人 介護難民

○人材不足・確保困難 介護崩壊

まさに「介護の危機」
改革で求められているのはこれを解決すること！

お泊りデイでの事故・虐待も

宿泊中に転倒や誤飲などの事故が
2010年度以降少なくとも296件あり、
26人が死亡

男女10人雑魚寝（鳥取市）、仕切りのない8畳
間に6人宿泊（水戸市）、口に粘着テープ（東
京練馬区）

（政令市と県庁所在地、東京特別区の計74市区調査 読売新聞
2014年1月19日）

「路頭に迷う」膨大な認知症の人たち の悲惨な最後

認知症またはその疑いがあるって行方
不明になり、死亡確認された人

2012年の**1年間に359人**

(山林や河川、用水路のほか、空き家の庭や道路上などで発見)

見つからなかった人219人

合計578人

(毎日新聞が全国の警察本部などに取材して集計)

消費税増税とセットの「改革」

社会保障制度改革国民会議 報告書 平成25年8月6日

- 日本の社会保障は、「**自助を基本**としつつ、**自助の共同化としての共助**（＝社会保険制度）が自助を支え、自助・共助で対応できない場合に公的扶助等の**公助が補完**する仕組み」が基本。

短期改革（消費税増税期）

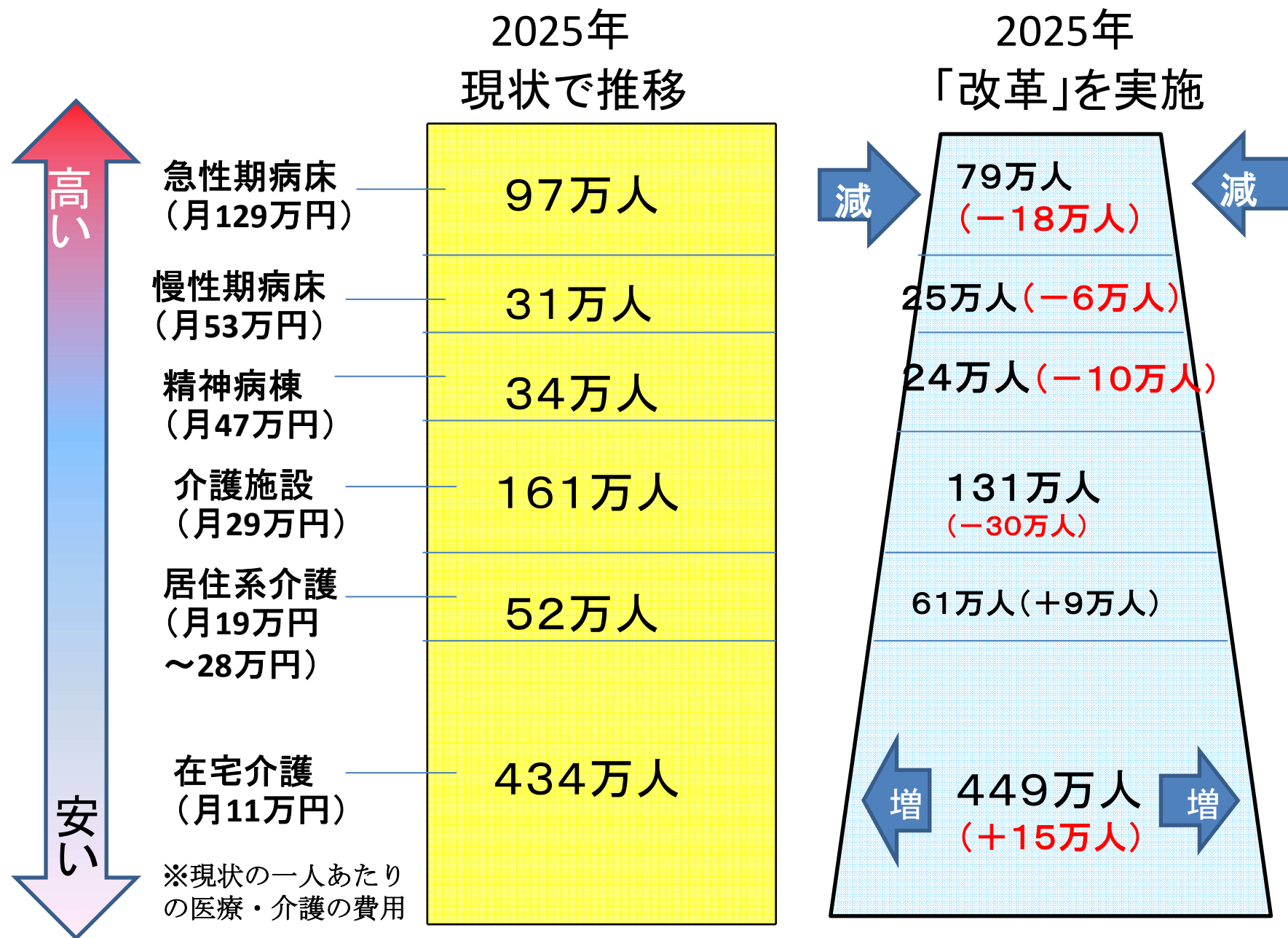
中長期改革（2025年を念頭に段階的に）

「一括法」で野党反対押し切り国会通過

「地域における医療及び
介護の総合的な確保を
推進するための関係法
律の整備等に関する法
律案」(6月18日 参議院本会議 可決成立)

病院から 地域・在宅へ

- 高齢化の進展により、疾病構造の変化を通じ、必要とされる医療の内容は、「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」に変わらざるを得ない。



政府の「医療・介護に係る長期推計(2011年6月)から作成

介護保険制度改悪の現局面

①法律は国会で6月18日可決、6月25日に公布

⇒大枠は「決定」された

②具体的内容を決める政令・省令・告示、通知等は、これから出される 7月28日全国担当課長会議

⇒詳細は、「案」の段階であり、今後決定される

③一部に実施の猶予期間、市町村で決めることも多い

⇒あなたの地域では ???

27年度報酬改定・第6期介護保険事業計画はこれから本格的検討

全体の概要

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律

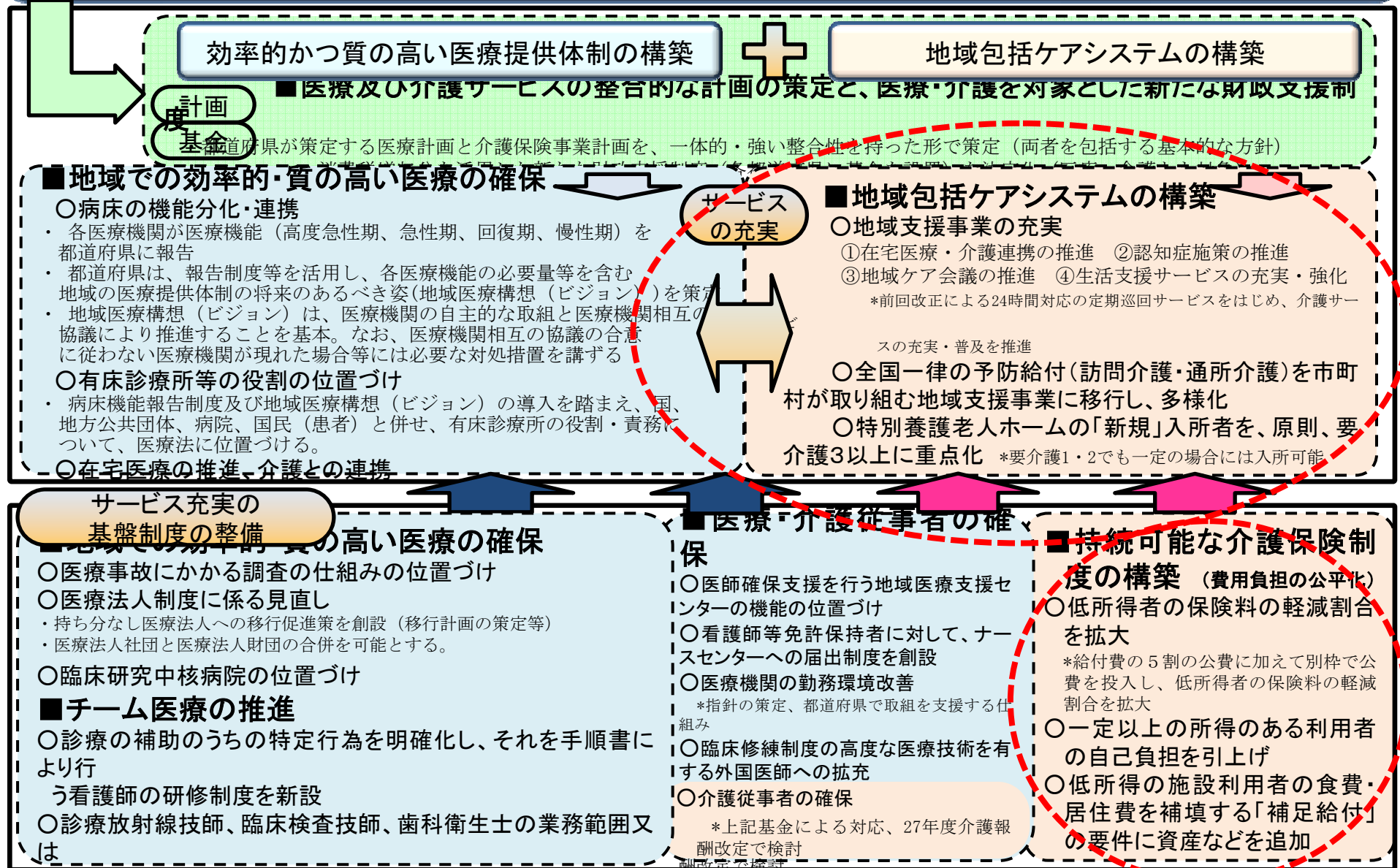
1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化(地域介護施設整備促進法等関係)
2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保(医療法関係)
 - ①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想(ビジョン)(地域の医療提供体制の将来のあるべき姿)を医療計画において策定
 - ②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け
3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化(介護保険法関係)
 - ①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行し、多様化 ※地域支援事業:介護保険財源で市町村が取り組む事業
 - ②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
 - ③低所得者の保険料軽減を拡充
 - ④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ(ただし、月額上限あり)
 - ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加
4. その他

主な施行期日について

施行期日	改正事項
①公布の日(平成26年6月25日)	○診療放射線技師法(業務実施体制の見直し) ○社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律(介護福祉士の資格取得方法の見直しの期日の変更)
②公布の日(平成26年6月25日)	○地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律(厚生労働大臣による総合確保方針の策定、基金による財政支援) ○医療法(総合確保方針に即した医療計画の作成) ○介護保険法(総合確保方針に即した介護保険事業計画等の作成)
③平成26年10月1日	○医療法(病床機能報告制度の創設、在宅医療の推進、病院・有床診療所等の役割、勤務環境改善、地域医療支援センターの機能の位置づけ、社団たる医療法人と財団たる医療法人の合併) ○外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律(臨床教授等の創設) ○良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律(持分なし医療法人への移行)
④平成27年4月1日	○医療法(地域医療構想の策定とその実現のために必要な措置、臨床研究中核病院) ○介護保険法(地域支援事業の充実、予防給付の見直し、特養の機能重点化、低所得者の保険料軽減の強化、介護保険事業計画の見直し、サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用) ※なお、地域支援事業の充実のうち、在宅医療・介護連携の推進、生活支援サービスの充実・強化及び認知症施策の推進は平成30年4月、予防給付の見直しは平成29年4月までにすべての市町村で実施 ○歯科衛生士法、診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律(業務範囲の拡大・業務実施体制の見直し) ○歯科技工士法(国が歯科技工士試験を実施)
⑤平成27年8月1日	○介護保険法(一定以上所得のある利用者の自己負担の引上げ、補足給付の支給に資産等を勘案)
⑥平成27年10月1日	○医療法(医療事故の調査に係る仕組み) ○看護師等の人材確保の促進に関する法律(看護師免許保持者等の届出制度) ○保健師助産師看護師法(看護師の特定行為の研修制度)
⑦平成28年4月1日までの間にあって政令で定める日	○介護保険法(地域密着型通所介護の創設)
⑧平成30年4月1日	○介護保険法(居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲)

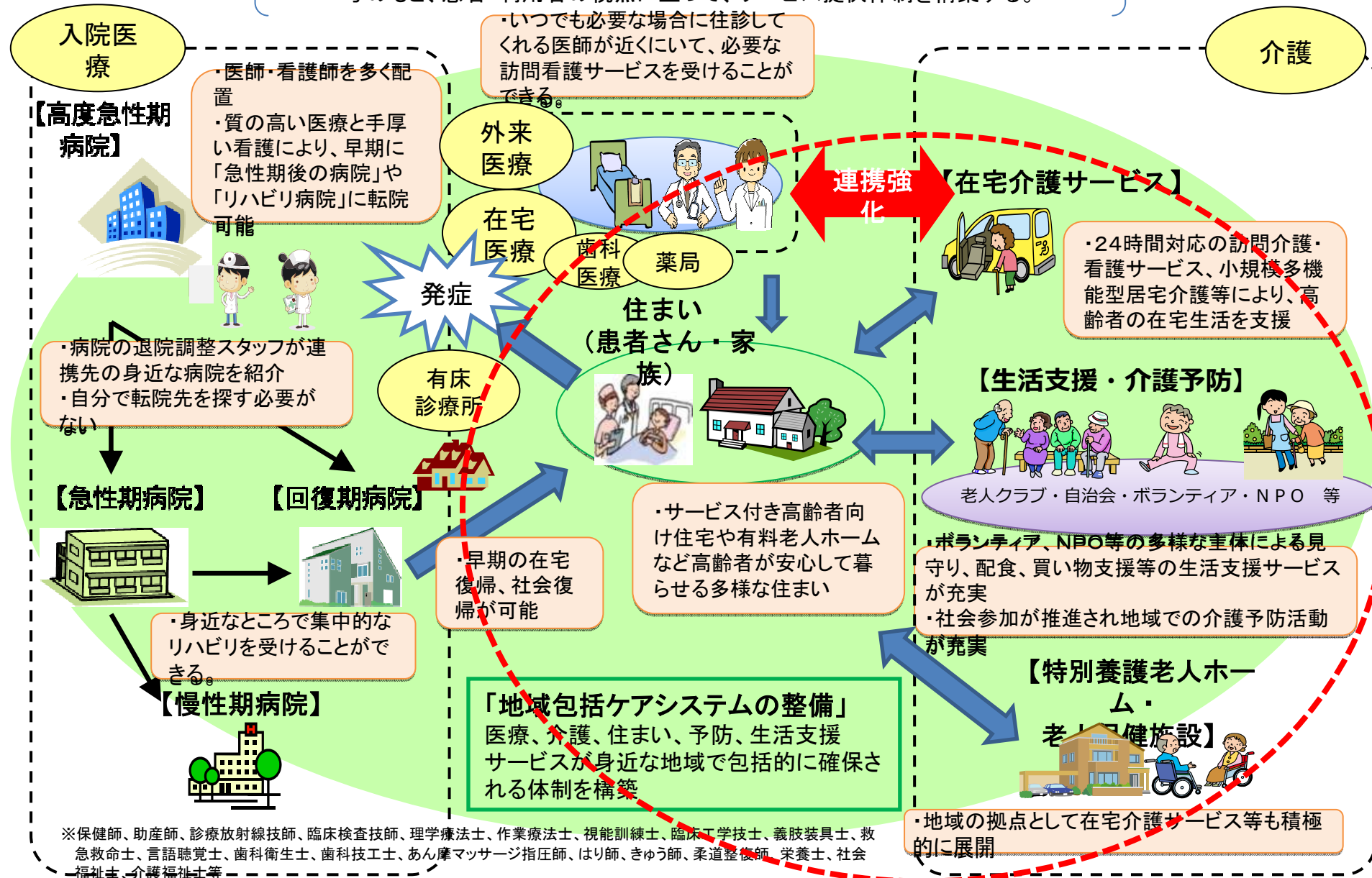
地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革

改革の目的： 今回の医療・介護の改革は、プログラム法の規定に基づき、**高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保**することで地域における適切な医療・介護サービスの提供体制を実現し、患者の早期の社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能とすること



医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職(※)の積極的な関与のもと、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築する。



①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

* 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進

重点化・効率化

介護職員処遇改善 27年度介護報酬改定で検討

①全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

- * 段階的に移行(～29年度)
- * 介護保険制度内でサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- * 見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定(既入所者は除く)

- * 要介護1・2でも一定の場合には入所可能

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を

拡大
* 保険料見直し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
* 軽減例：年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
* 軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

・2割負担とする所得水準を、65歳以上高齢者の所得上位20%とした場合、合計所得金額160万円（年金収入で、単身280万円以上、夫婦359万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。

・医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

・預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外

・世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外

・給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案

*不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

○ このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等

介護保険4大改悪 プラス1 具体的内容

介護保険4大改悪+1

- ①要支援1、2の訪問介護と通所介護を介護保険給付の対象から外し、地域支援事業へ
- ②特別養護老人ホームへの入所は原則「要介護3」以上に限る
- ③所得によって介護保険の利用料を2割に引き上げる
- ④低所得者でも預貯金等があれば施設の居住費・食費を補足給付しない

はじめて公費投入で低所得者保険料軽減

①要支援1、2の訪問介護と通所介護を介護保険給付の対象から外し、地域支援事業へ

154万人の要支援者

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
772,816	770,816	1,051,891	992,717	746,722	696,080	612,113	5,643,155
13.7%	13.7%	18.6%	17.6%	13.2%	12.3%	10.8%	100.0%

(厚生労働省 介護保険事業状況報告書 2013年4月速報版)

認定者の27.4%は要支援1、2

②特別養護老人
ホームへの入所
は「要介護3」以
上に限る

特別養護老人ホームの重点化

〔見直し案〕

- 原則、特養への新規入所者を要介護度3以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化【既入所者は除く】
- 他方で、軽度（要介護1・2）の要介護者について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、特例的に、入所を認める

【参考：要介護1・2であっても特養への入所が必要と考えられる場合（詳細については今後検討）】

- 知的障害・精神障害等も伴って、地域での安定した生活が続けることが困難
- 家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心の確保が不可欠
- 認知症高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要

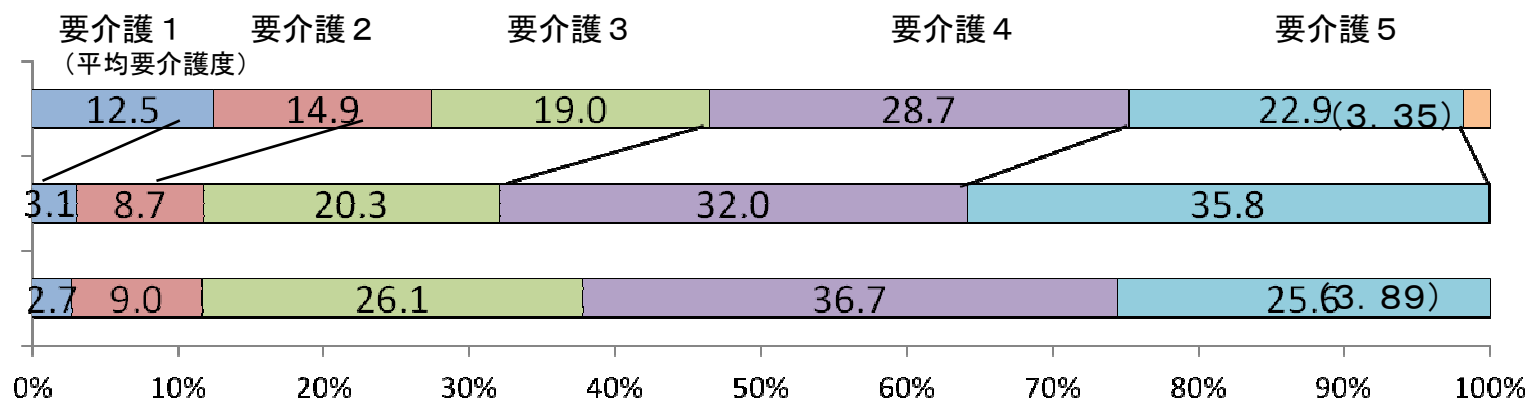
要介護度別の特養入所者の割合

《施設数：7,831施設 サービス受給者数：51.1万人（平成25年8月）》

【参考】

平成23年度における特養の新規入所者

※全体の約2年
人のうち要介護
1・2は約1.6万
人 平成23年



(単位:万人)

入所申込者の34%は要介護1・2

要介護 1～2	要介護3	要介護 4～5	計
17.8万人	12.6万 人	21.9万 人	52.4万人
34.1%	24.1%	41.8%	100%

厚生労働省2014年3月25日公表資料

※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。

特例入所の市町村の意見表明

○市町村の関与の具体的な方法については、市町村の事務負担にも配慮しつつ、施設の特例入所の判断に地域の状況を的確に反映できる仕組みとする。

〔手続きの案〕

- ①要介護1又は2の方が指定介護老人福祉施設への入所を申込むに当たっては、特例入所の要件に該当し、指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由を入所申込書に付記の上、申込むものとする。
- ②施設は、要介護1又は2の方からの入所申込みがあった場合には、入所検討委員会を開催する前に、**市町村にその状況を報告するものとする。**
- ③施設は、要介護1又は2の方からの入所申込みについて、入所検討委員会で特例入所の対象者として検討するに当たっては、**市町村(住所地特例の対象となる者である場合は施設所在市町村以外の保険者である市町村を含む)に意見を求めることができることとする。**
- ④市町村は、地域の居宅サービス等の提供体制の状況や、担当の介護支援専門員等からの居宅等における生活の困難度の聴取等も踏まえ、施設の特例入所判断の妥当性等について、施設側から意見を求められない場合も含め、**施設に対して意見を表明することができることとする。**
- ⑤施設は、**市町村からの意見があった場合は当該意見の内容も踏まえ、入所検討委員会において特例入所の必要性を判断する。**

参議院での付帯決議

2 軽度の要介護者に対して
は、**個々の事情を勘案し、**
必要に応じて特別養護老
人ホームへの**入所が認め**
られるよう、適切な措置を
講ずること。

③所得によって
介護保険の利用
料を2割に引き
上げる

2割負担の対象 厚生労働省案

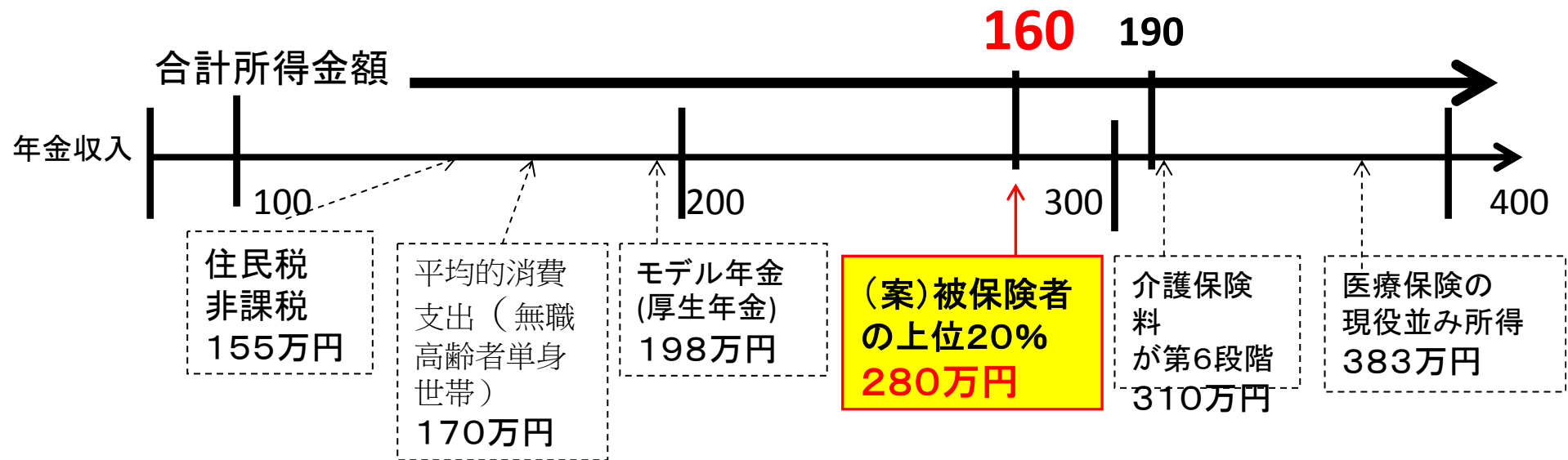
第1号被保険者全体の上位
20%に該当する**合計所得金額160
万円**（年金収入の場合280万円）以
上

実際に影響を受けるのは、**在宅
サービスの利用者のうち15%程度、
特養入所者の5%程度**と推計。

自己負担2割とする水準

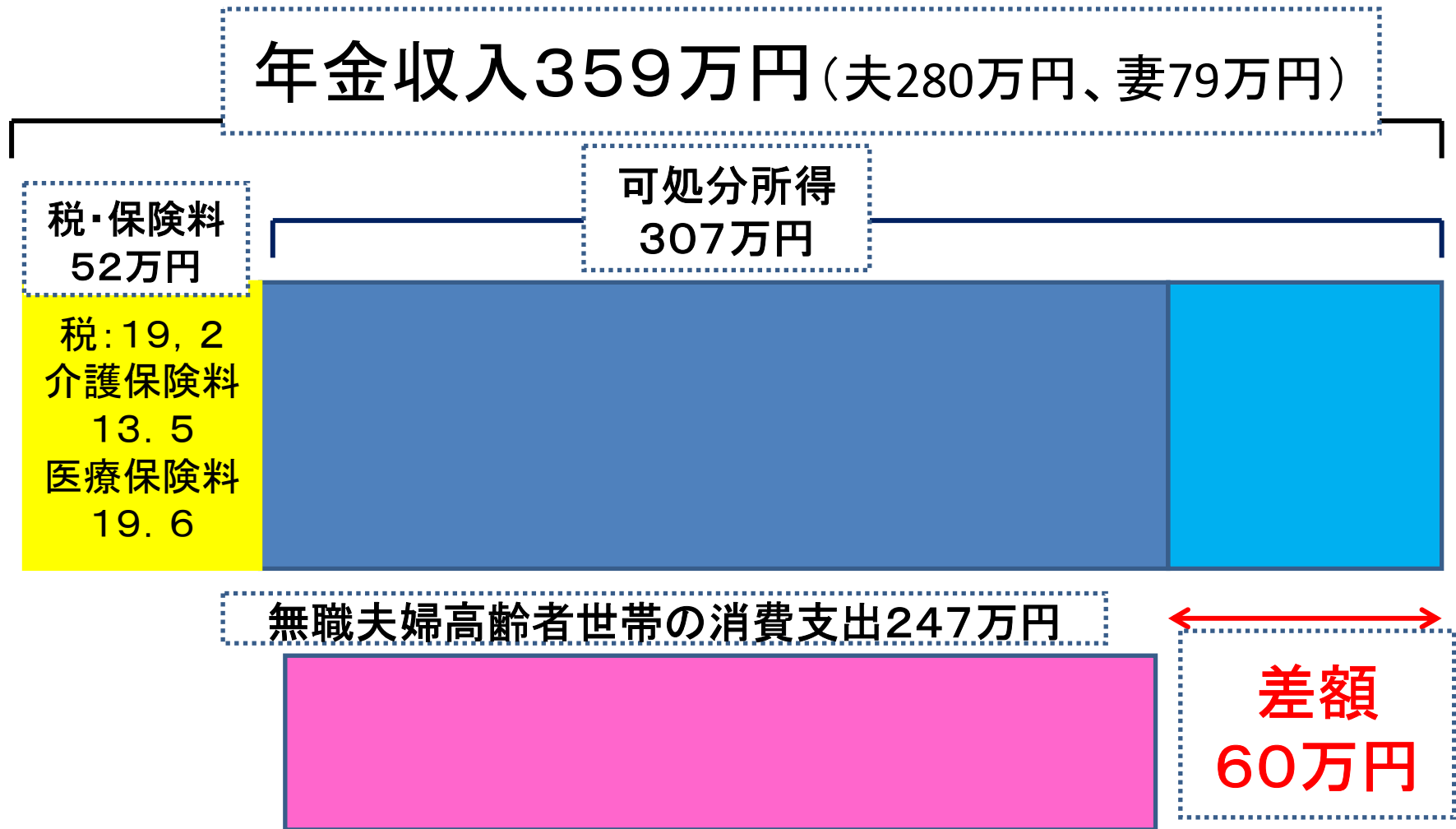
(単身で年金収入のみの場合)

※年金収入の場合: 合計所得金額 = 年金収入額 - 公的年金等控除 (基本的に120万円)



2013年12月20日社保審介護保険部会資料より

「2割負担可能」の理屈 年60万円余る？



(収入 240万円～349万円世帯の消費支出)

実際の統計資料では毎年50万円不足

収入 240万円～349万円世帯

平均消費支出247万円



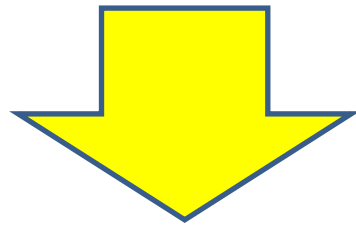
可処分所得(平均)
197万円

平均不足額
50万円

60万円余る⇒やりくりすれば可

【従来の説明】

- この可処分所得307万円から247万円を差し引き、約60万円というのが手元に残る部分だということになってくる



【変更後の説明】

消費支出を年間収入250万円～349万円の世帯の消費水準にやりくりしていただければ、モデル収入の可処分所得との差が約60万円となり……ご負担をお願いできる水準と考える」

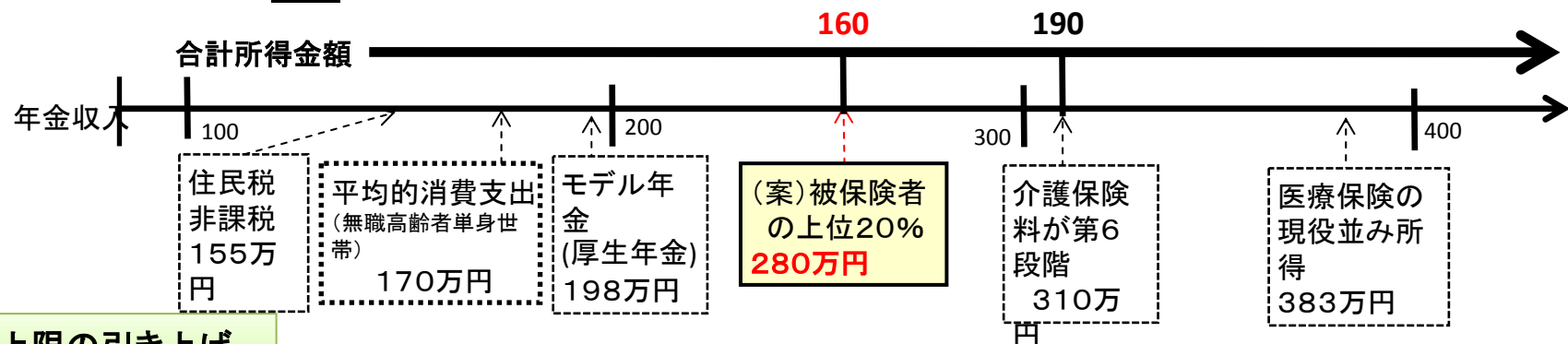
参議院での付帯決議

- 4 一定以上所得者の利用者負担割合の引上げに際し、**基準額を決定するに当たっては、所得に対して過大な負担とならないようにするとともに、必要なサービスの利用控えが起きないように十分配慮すること。**

一定以上所得者の利用者負担の見直し

負担割合の引き上げ

- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする。ただし、月額上限があるため、見直し対象者の負担が必ず2倍になるわけではない。
- 自己負担2割とする水準は、モデル年金や平均的消費支出の水準を上回り、かつ負担可能な水準として、被保険者の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上の者(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)を基本として政令で定める。
- 利用者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度と推計。
※年金収入の場合：合計所得金額＝年金収入額－公的年金等控除(基本的に120万円)



負担上限の引き上げ

自己負担限度額(高額介護サービス費)のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者のみ引上げ

〈現行〉		〈見直し案〉	
	自己負担限度額(月額)		
一般	37,200円(世帯)	現役並み所得相当	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)	一般	37,200円
年金収入80万円以下等	15,000円(個人)		

参考：医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額	
	自己負担限度額 (現行／世帯単位)
現役並み所得者	80,100＋医療費1% (多数該当：44,400円)
一般	44,400円
市町村民税非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円

一定以上所得者の収入と支出の状況について①

○ 一号被保険者の上位20%に該当する合計所得金額が160万円の方は、年金収入に換算すると280万円以上となる。

○ この基準に該当する場合、

① 平均的な年金額と比較しても約100万円収入が高い

※ 厚生年金の平均額: 182万円

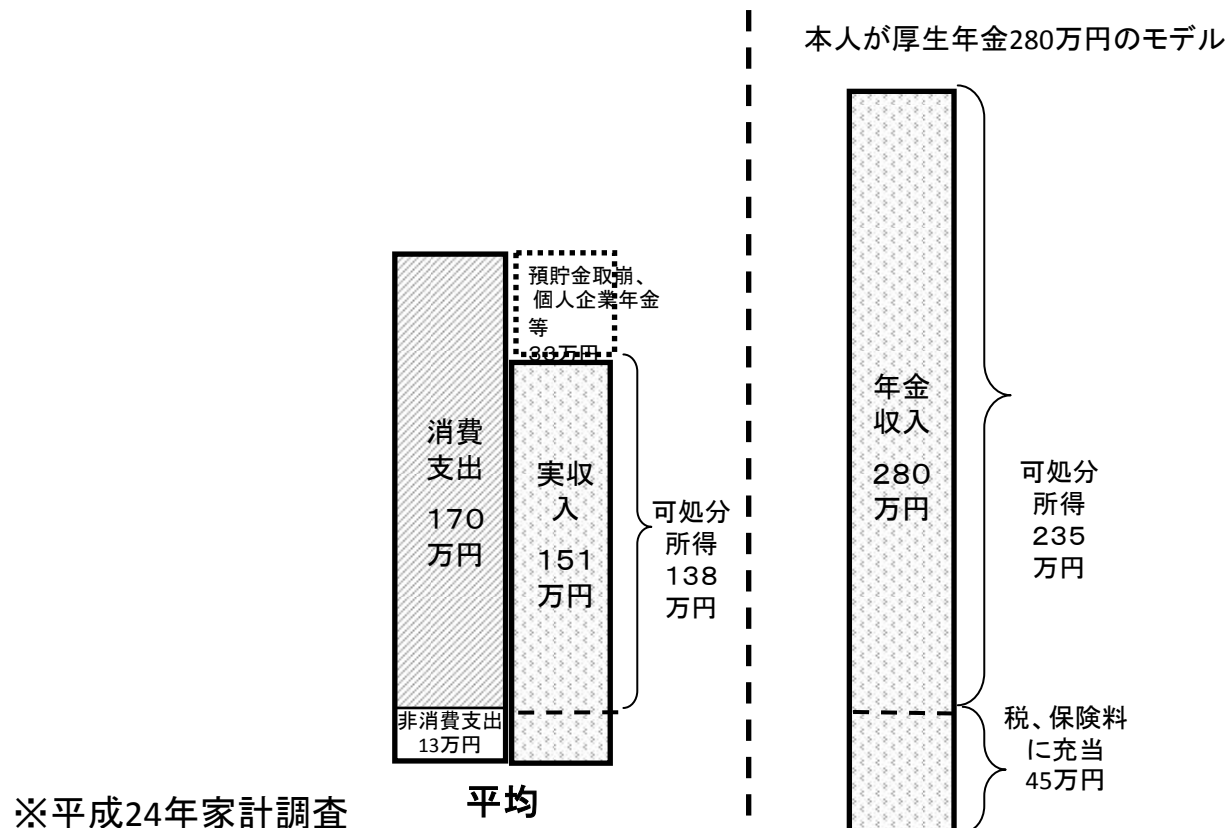
※ さらに、一般的には一定の預貯金等を保有すると考えられる

② また、高額介護サービス費により、負担の上昇額が限定される

※ 1割負担から2割負担となる場合、月最大+18,600円、年間最大+223,200円

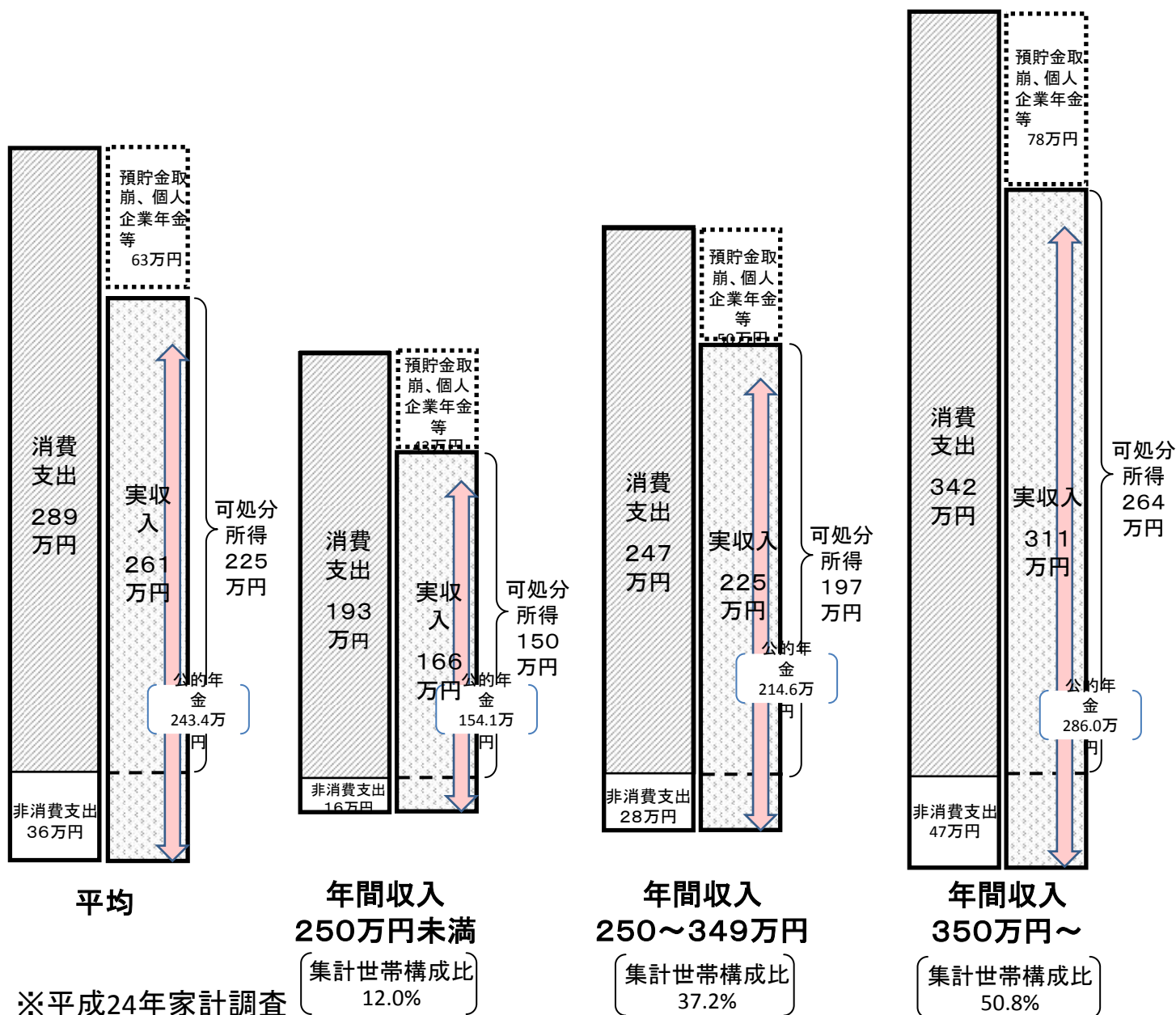
ことを踏まえれば、自己負担を2割としてもご負担いただくことが可能な水準と考える。

< 無職単身高齢者世帯(65歳以上)の一定以上所得者の場合 >

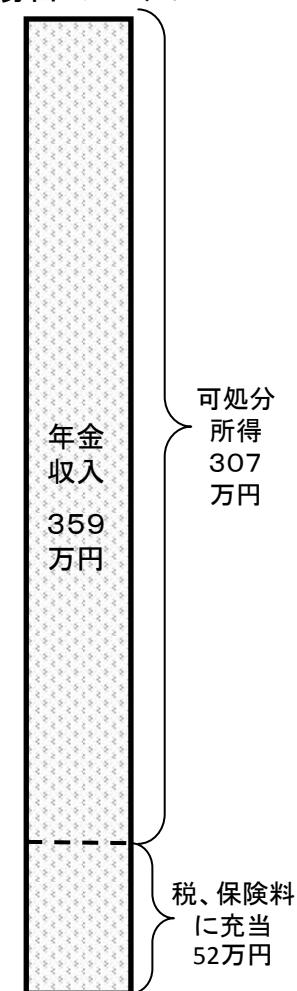


一定以上所得者の収入と支出の状況について②

＜無職夫婦高齢者世帯の一定以上所得者の場合＞



夫が厚生年金 280万円、妻が国民年金 79万円の
場合のモデル



「判定」及び「負担割合証」の交付

(判定方法)

- 判定に用いる所得は住民税で用いる**前年所得に係るデータ**であり、本改正の施行時期は、この前年所得の確定時期等を踏まえ、平成27年8月としている。
- 施行事務としては、①各受給者の所得情報に基づく判定事務と、②事業者等が各被保険者の負担割合を確認できるよう、利用者負担割合を証する書面を発行する事務の2つを行うことになる。※海外から転入した者等前年所得がない場合には、1割負担となる。

(負担割合証の発行)

- 利用者負担割合を示す証明書は、介護サービスを利用する際に事業者が負担割合の確認を確実に行うことができるようにするため、**1割負担の者も含め、認定者全員に交付することとする**。有効期間は、**当該年度の8月1日から翌年度の7月31日まで**とし、初年度は、平成26年の所得情報に基づき、平成27年8月1日から平成28年7月31日までの有効期間とする。

(裏面)

(表面)

注意事項	介護保険負担割合証																																																
1. この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。 2. 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。 3. 介護サービスに要した費用のうち、「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます。(居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありせん。) 4. 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちに、この証を市町村に返してください。 5. この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。 6. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">交付年月日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">被 保 険 者</td> <td style="text-align: center;">番 号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">住 所</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">氏 名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">生年月日</td> <td style="text-align: center;">明治・大正・昭和 年 月 日</td> <td style="text-align: center;">性別</td> <td style="text-align: center;">男・女</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">利用者負担の割合</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">発効期日</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">有効期限</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">保険者番号並びに保険者の名称及び印</td> <td colspan="3"> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	交付年月日 年 月 日				被 保 険 者	番 号			住 所			フリガナ			氏 名				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女	利用者負担の割合					発効期日		平成 年 月 日			有効期限		平成 年 月 日			保険者番号並びに保険者の名称及び印		<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>								
交付年月日 年 月 日																																																	
被 保 険 者	番 号																																																
	住 所																																																
	フリガナ																																																
	氏 名																																																
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女																																													
利用者負担の割合																																																	
発効期日		平成 年 月 日																																															
有効期限		平成 年 月 日																																															
保険者番号並びに保険者の名称及び印		<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>																																															

- 1 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
- 2 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。

④低所得者でも
預貯金等があれば施設の
居住費・
食費を補助しない

食費・部屋代負担が居場所困難に

種類	入居一時金等	食費・部屋代低 所得者補助
特別養護老人ホーム 老人保健施設 介護療養型医療施設	なし	有
認知症グループホーム	有	なし
有料老人ホーム	有	なし
サービス付き高齢者住宅	有	なし

低所得者の食費・部屋代軽減

利用者負担段階	対象	部屋代（ユニット型個室）	食費
第4段階	一般世帯	5万9100円	4万500円
第3段階	非課税世帯	3万9300円	1万9500円
第2段階	非課税世帯で年金収入＋合計所得が80万円以下	2万4600円	1万1700円
第1段階	生活保護等	2万4600円	9000円

（月 30日で計算）

「収入がなくても資産（貯金等）があれば、軽減しない」という改悪案

非課税でもこれだけ要件

預貯金等

一定額超の預貯金等(単身では1000万円超)がある場合は、対象外。→本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ(加算金)を設ける

配偶者の所得

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対象外

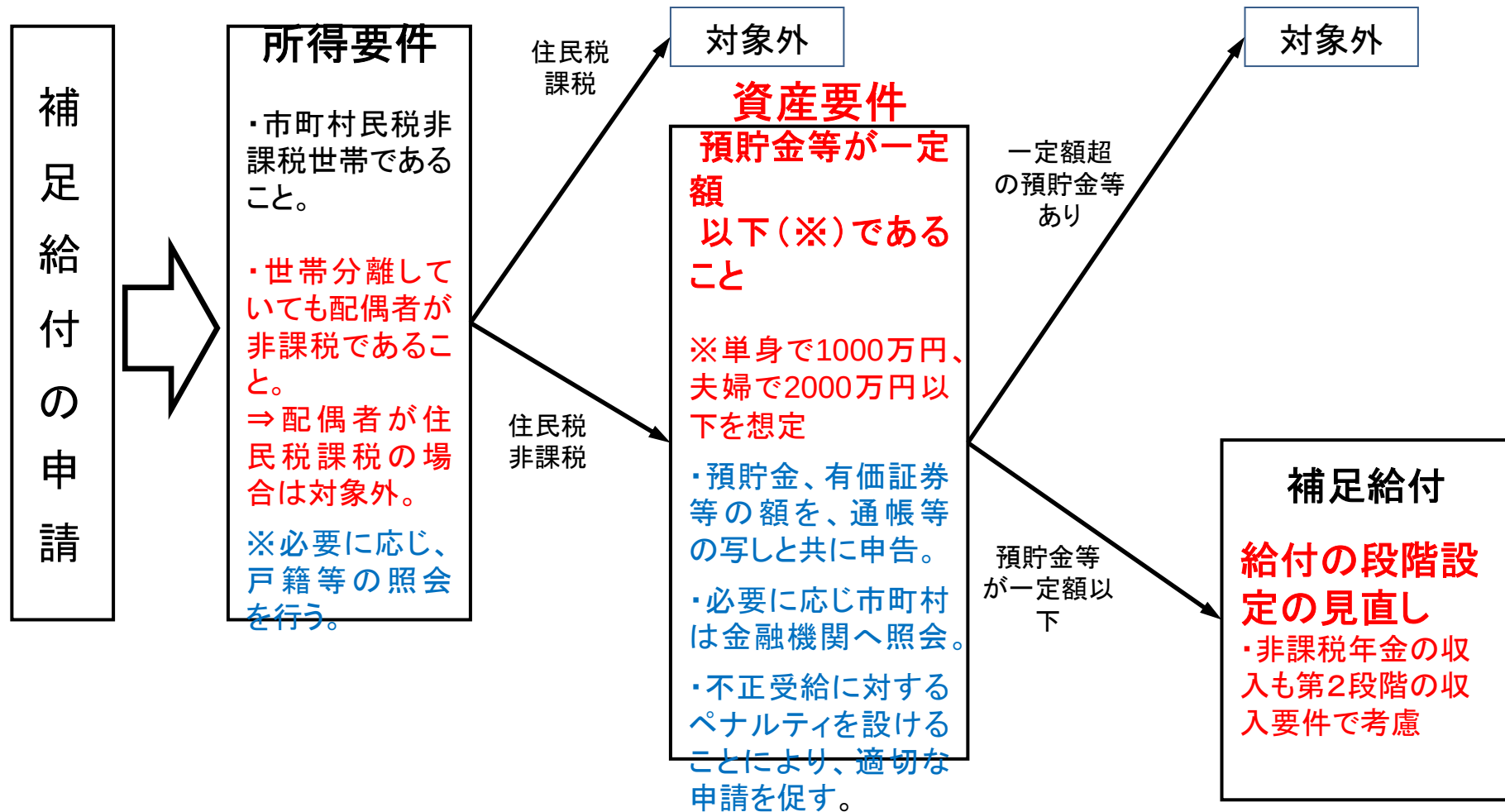
非課税年金収入

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)も勘案する

参議院の付帯決議

3 いわゆる補足給付に際し、
資産を勘案するに当たっ
ては、不正申告が行われ
ないよう、公平な運用の確
保に向け、適切な措置を
講ずること。

見直し後の補足給付の判定フロー



対象とする「預貯金等」の範囲

＜対象とする預貯金等の種類について＞

○ 預貯金、有価証券その他の現金を対象とする。

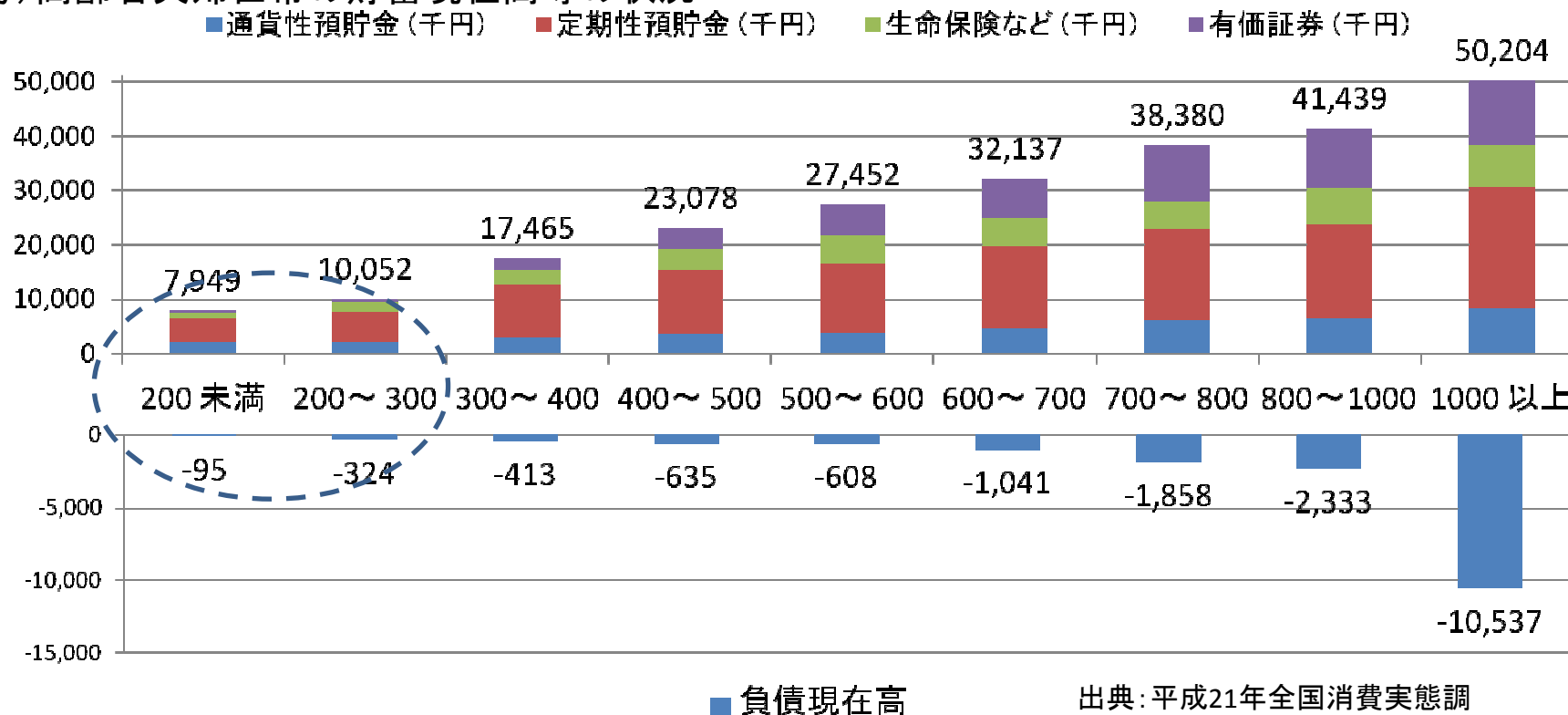
○ 負債がある場合には、確認書類を添えて申告の上、預貯金等の額と相殺する。

※ 低所得高齢者の金融資産の大部分は預貯金であり、負債がある者も少ないので、こうしたケースは比較的希であると考えられる。

＜対象外とする資産の種類について＞

○ 生命保険等を保有している場合があるが、保険事故に対する保障を目的とする資産は、対象としない。

(参考) 高齢者夫婦世帯の貯蓄現在高等の状況



出典:平成21年全国消費実態調査

預貯金等勘案関係の実務上の課題と対応の方向

金融機関に照会する法的根拠。

○**介護保険法第203条**により銀行等への報告を求めることができることとされている。**生活保護法の規定も同様の規定**となっている。

金融機関への照会の位置付け。

○適正な申告を促すための動機付けともなるもの。

○金融機関への照会に対する対応の確保

○**基本的にサンプル調査を想定**し、金融機関に重い負担をかけるものではないと考える。補足給付の申請書上あらかじめ**金融機関等への調査の同意を得る**こととして、金融機関の対応を得られやすくする。

預貯金等の確認の頻度等

○一度預貯金等を確認した場合、それを一定期間有効とし、**毎年の提出までは求めないことも可**とするなど、事務負担に配慮した仕組みとする。

有価証券の取り扱い

○証券会社を通じて有価証券を保有している場合には、評価額について証券会社の口座残高の写しにより確認は可能。

介護保険負担限度額認定申請書（案）

年 月 日

（申請先）

市（町村）長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号													
	®	性 別	男 ・ 女												
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日														
住 所	連絡先														
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	連絡先														
入所（院）年月日 （※）	昭 ・ 平 年 月 日（※）介護保険施設に入所（院）していない場合及び ショートステイを利用している場合は、記入不要です。														

配 偶 者 の 有 無	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」について は、記載不要です。											
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ													
	氏 名													
	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日												
	住 所	連絡先												
	本年1月1日 現在の住所 （現住所と 異なる場 合）													
課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税													

収 入 等 に 関 する 申 告	☐	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者												
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。												
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。												
預 貯 金 等 に 関 する 申 告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり												
	預貯金額		円	有価証券 （評価概算額）		円	その他 （現金・負債 を含む）		円	（ ）※ 円				

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (2) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (3) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

同 意 書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、照会することに同意します。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

+1 公費で

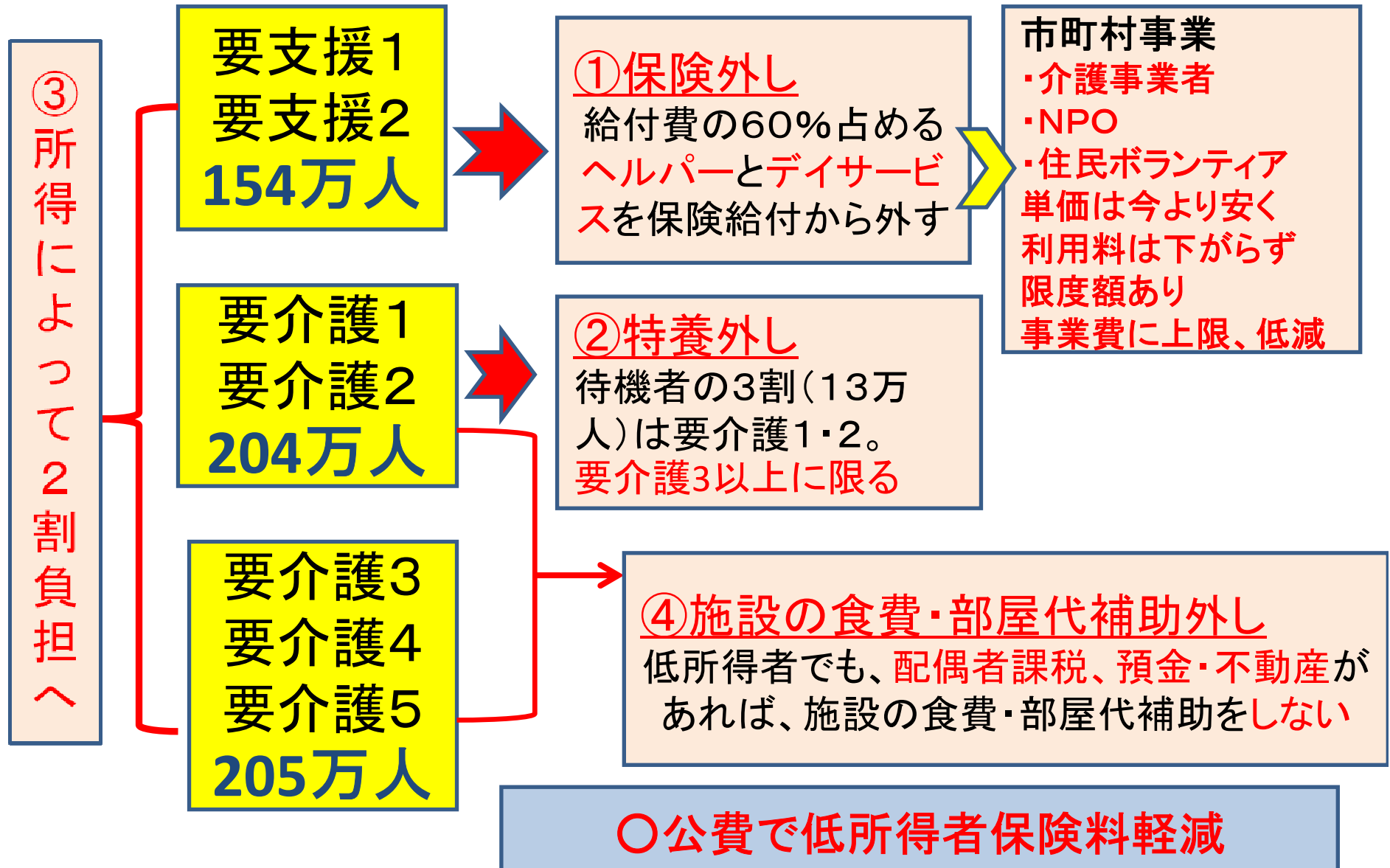
低所得者保険料

軽減

1号保険料の見直し

- 消費税が引き上げられた場合には、限られた公費財源を有効に活用するために、住民税非課税世帯の被保険者の**保険料軽減強化に公費を投入する仕組みを導入**し、現在の負担割合を更に引き下げることはどうか。
- 軽減の幅は現在の第1・2段階で現在の5割軽減から**7割軽減**とし、第3段階については2.5割軽減から比較的所得の低い者は**5割軽減**に、その他の者は**3割軽減**とすることが考えられるのではないか。

介護保険4大改悪+1



介護保険制度見 直しの 現場への影響

介護現場と自治体への影響

- ①負担増による利用抑制・生活破壊
- ②要支援者サービスの切捨て
- ③訪問介護と通所介護全体への改悪
- ④地域包括支援センターの役割と体制
- ⑤市町村による給付抑制競争

負担増 2倍の負担に

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
約7,700円 ↓ 約15,400円	約10,000円 ↓ 約20,000円	約14,000円 ↓ 約28,000円	約17,000円 ↓ 約34,000円	約21,000円 ↓ 約37,200円

さらに「現役並み所得」は高額介護サービス
ス 37200円→44400円へ引上げ

要支援者サービスの切り捨て

Aさん(84歳)一人暮らし、要支援2
週2回のヘルパー(介護予防訪問介護)
と週2回のデイサービス(介護予防通所介護)



介護保険はもう使えない

- 配食サービスで弁当？有償ボランティア訪問
- 公民館のボランティア教室？○ケアマネは？

閉じこもり、ゴミ屋敷、栄養不足、
無理な行動で転倒・骨折→要介護者へ

当初の厚生労働省の検討案

- ①要支援1, 2に対する**予防給付を廃止し**、地域支援事業に移行する。
- ②サービス内容や価格、利用者負担は**市町村の裁量**で決める
- ③ボランティアやNPOなども担い手にして**コスト削減**をはかる

要支援者の訪問介護、通所介護の移行

2013年11月14日
社保審介護保険部会資料より

予防給付によるサービス

- ・訪問介護
- ・通所介護

- ・訪問看護
 - ・訪問リハビリテーション
 - ・通所リハビリテーション
 - ・短期入所療養介護
 - ・居宅療養管理指導
 - ・特定施設入居者生活介護
 - ・短期入所生活介護
 - ・訪問入浴介護
 - ・認知症対応型共同生活介護
 - ・小規模多機能型居宅介護
 - ・認知症対応型通所介護
 - ・福祉用具貸与
 - ・福祉用具販売
 - ・住宅改修
- など

訪問介護、通所介護
について事業へ移行

従来通り
予防給付で行う

新しい総合事業によるサービス (介護予防・生活支援サービス事業)

- ・訪問型サービス
 - ・多様な担い手による生活支援
- ・通所型サービス
 - ・ミニデイなどの集いの場
 - ・運動、栄養、口腔ケア等の教室
- ・生活支援サービス(配食・見守り等)
 - 介護事業所による訪問型・通所型サービス

※多様な主体による多様なサービスの提供を推進
※総合事象のみ利用の場合は、基本チェックリスト
該当出利用可

「改正」法から読み解く

- ①要支援のヘルパー(訪問介護)、デイサービス(通所介護)は、条文から削除(法8条の2) **法的にはなくなる**
- ②介護予防日常生活支援総合事業に第1号事業(「訪問事業」「通所事業」、「生活支援事業」「介護予防支援事業」) **が新設** (法115条の45 第1項 第1号)

保険給付と事業のちがい

【介護保険給付】

○法定のサービス類型

(特養・訪問介護・通所介護等)

人員基準・運営基準あり、報酬・利用者負担法定

○被保険者の「権利性」(受給権)明確

【地域支援事業】

○事業内容については市町村の裁量

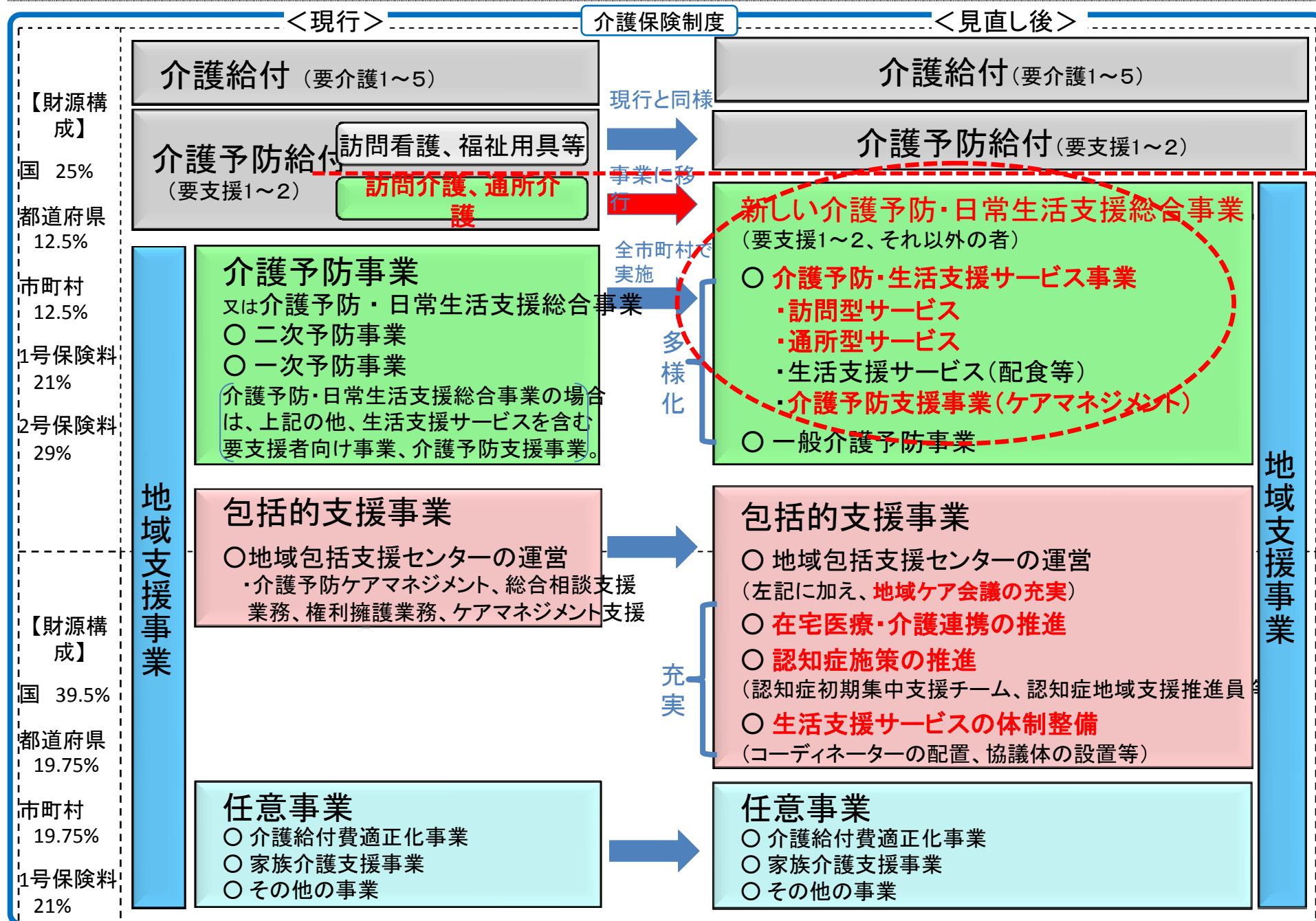
人員基準・運営基準なし、報酬・利用者負担も裁量

○被保険者の「権利性」(受給権)あいまい

自治体に問いかけるべきこと

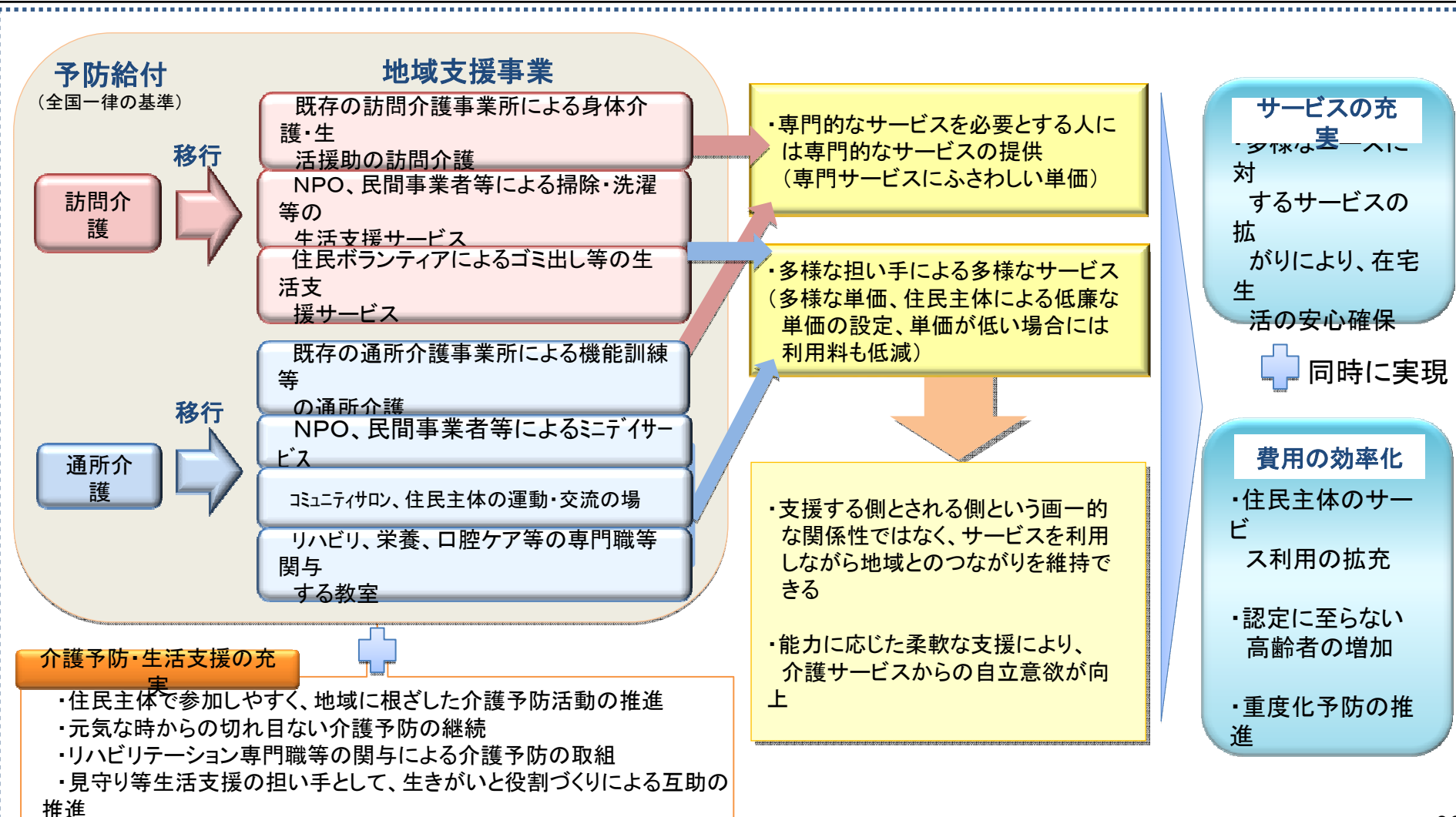
- ①現在の要支援サービスが**継続**できるか
- ②利用者の**サービス選択**が尊重されるか
- ③利用者の**負担**はどうなるか
- ④要介護**認定の申請権**が侵害されないか
- ⑤サービスに見合った**単価**が支給されるか
- ⑥必要な**総事業費**が確保されるか
- ⑦「多様な主体による多様なサービス」「地域での支え合い」を**自治体がどうするか**

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



総合事業と生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（29年度末まで）。財源構成は給付と同じ（国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料）。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



総合事業 (市町村の事業)

予防給付

(全国一律の基準)

訪問
介護

移行

既存の訪問介護事業所による身体介護・生活援助の訪問介護

NPO、民間事業者等による掃除・洗濯等の生活支援サービス

住民ボランティアによるゴミ出し等の生活支援サービス

既存の通所介護事業所による機能訓練等の通所介護

移行

通所
介護

NPO、民間事業者等によるミニデイサービス

コミュニティサロン、住民主体の運動・交流の場

リハビリ、栄養、口腔ケア等の専門職等関与する教室

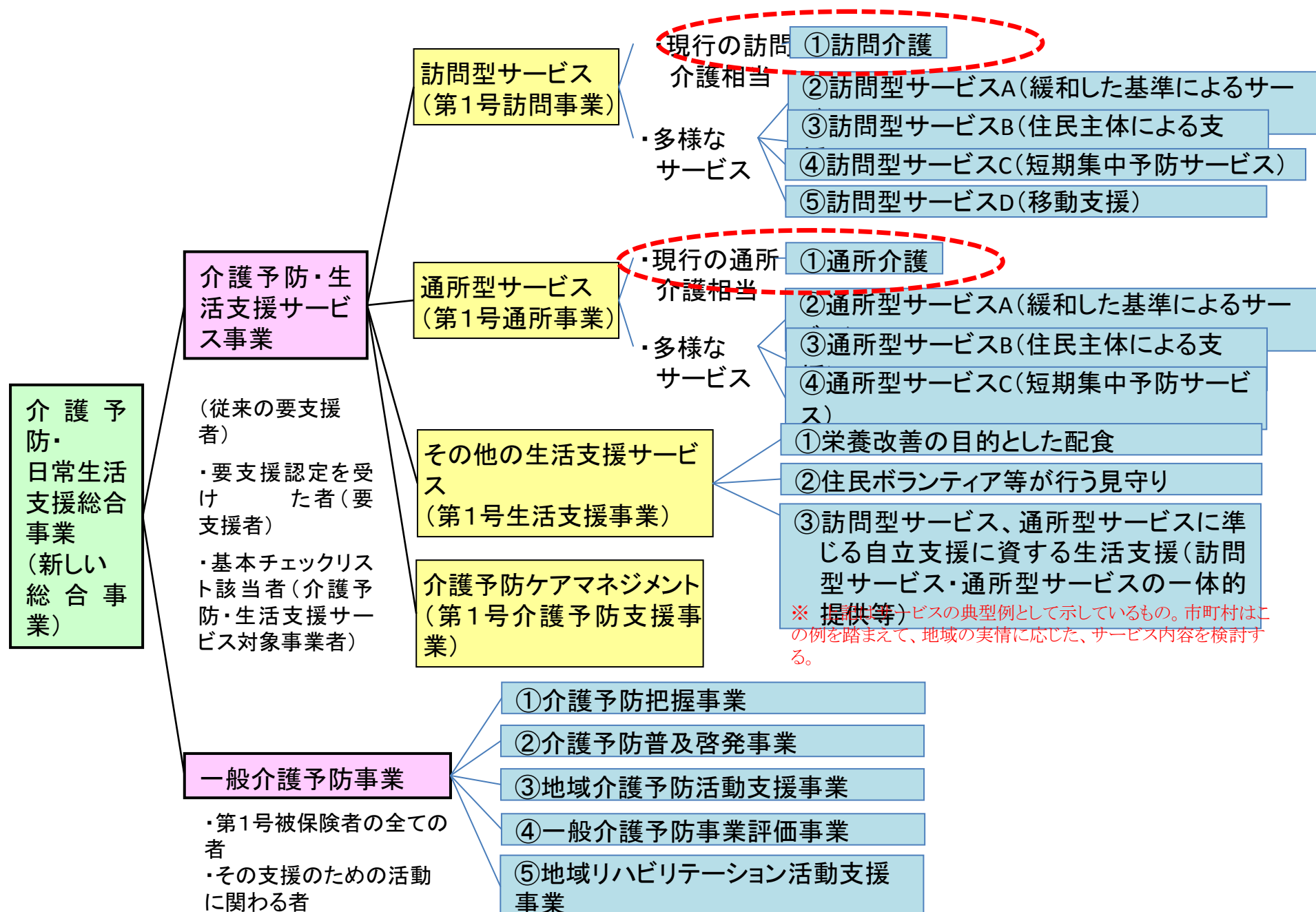
・専門的なサービスを必要とする人には専門的サービスの提供
(専門サービスにふさわしい単価)

・多様な担い手による多様なサービス(多様な単価、住民主体による低廉な単価の設定、単価が低い場合には利用料も低減)

・支援する側とされる側という画一的な関係性ではなく、サービスを利用しながら地域とのつながりを維持できる

・能力に応じた柔軟な支援により、介護サービスからの自立意欲が向上

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



第2 サービスの類型

○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す(別紙参照)。(P21～)

①訪問型サービス (P22～) ※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○ 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

②通所型サービス (P23～)※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

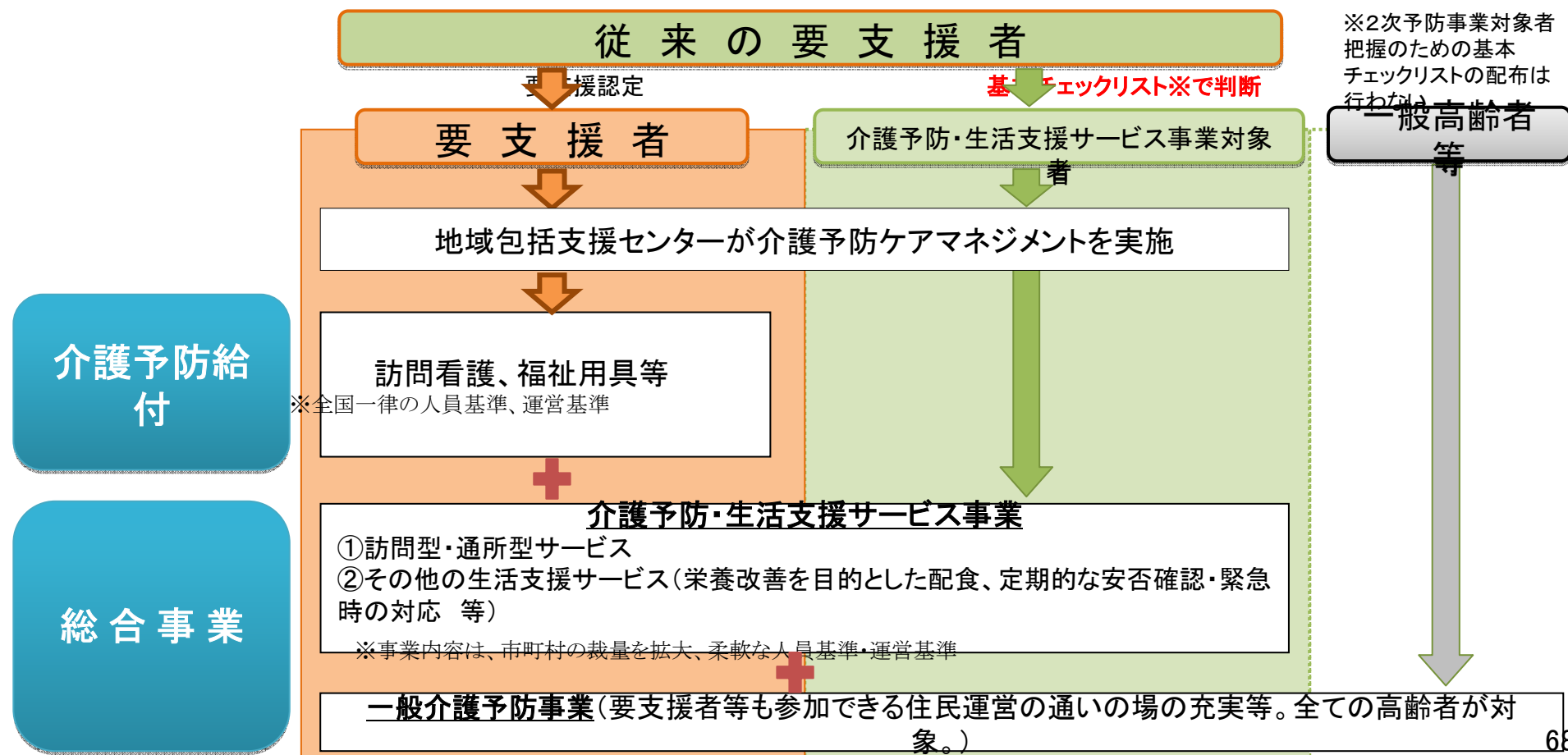
基準	現行の通所介護相当		多様なサービス	
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

③その他の生活支援サービス (P

- 24～)
- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

【参考】総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）のサービスと介護予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせる。
 - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に（基本チェックリストで判断）。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



第4 サービスの利用の流れ

周知 (P58～)

- 総合事業の目的、内容、サービスメニュー、手続方法等について十分に周知。その際、パンフレット等の使用などにより、被保険者やその家族などにわかりやすく説明。

① 相談 (P59～)

- 被保険者からの相談を受け、**窓口担当者より総合事業等を説明**(サービス事業は、目的や内容、手続き等を十分説明)。その際、**①事業のみ利用する場合は、基本チェックリストで迅速なサービス利用が可能であること、②事業対象者となった後も要介護認定等の申請が可能であることを説明。**
※**予防給付(訪問看護や福祉用具貸与等)**を希望している場合等は、**要介護認定等の申請につなぐ。**
※第2号被保険者は、**要介護認定等申請を行う。**



② 基本チェックリストの活用・実施 (P60～)

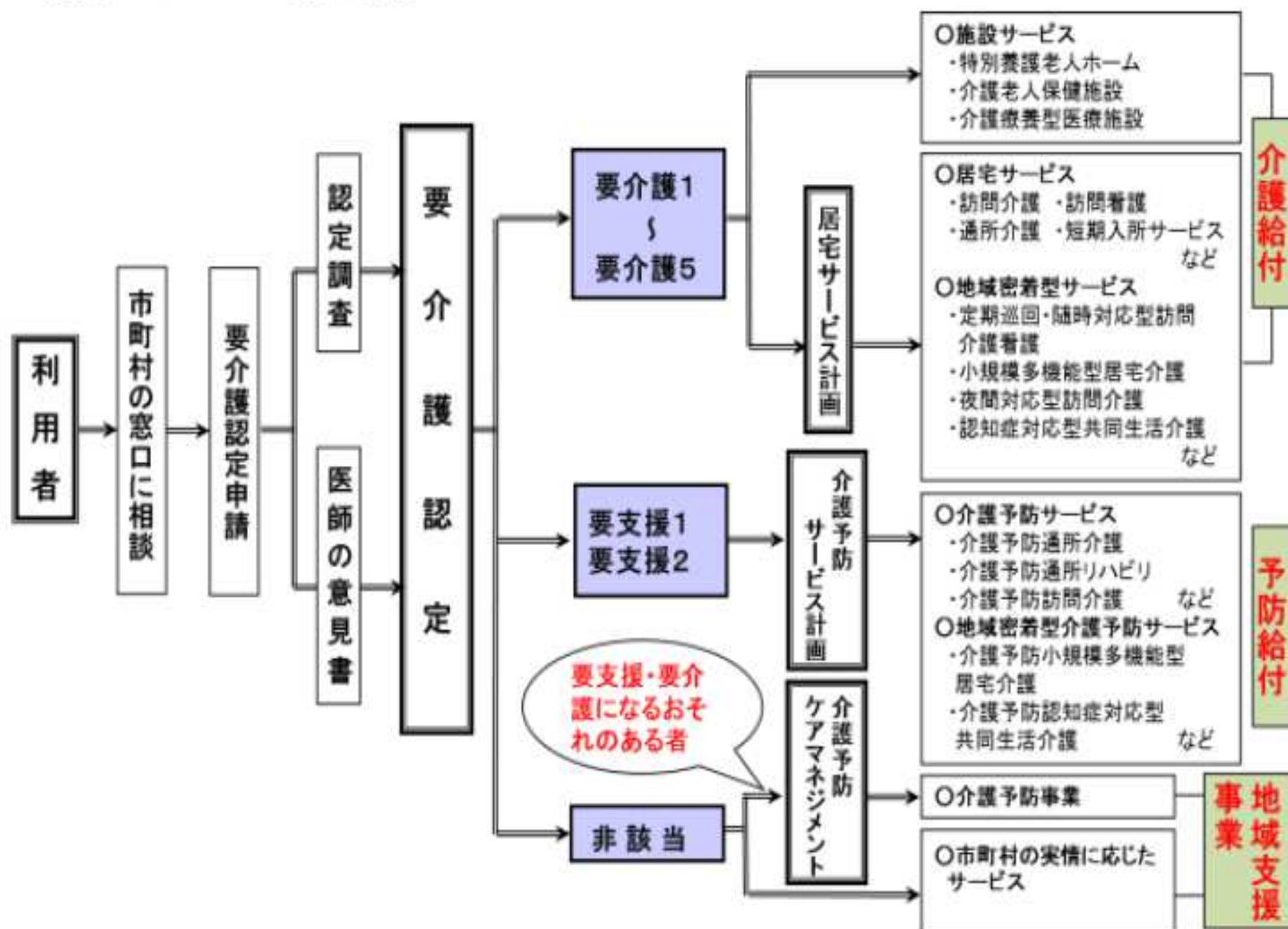
- **窓口で相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを活用・実施し、利用すべきサービスの区分(一般介護予防事業、サービス事業及び給付)の振り分けを実施。**



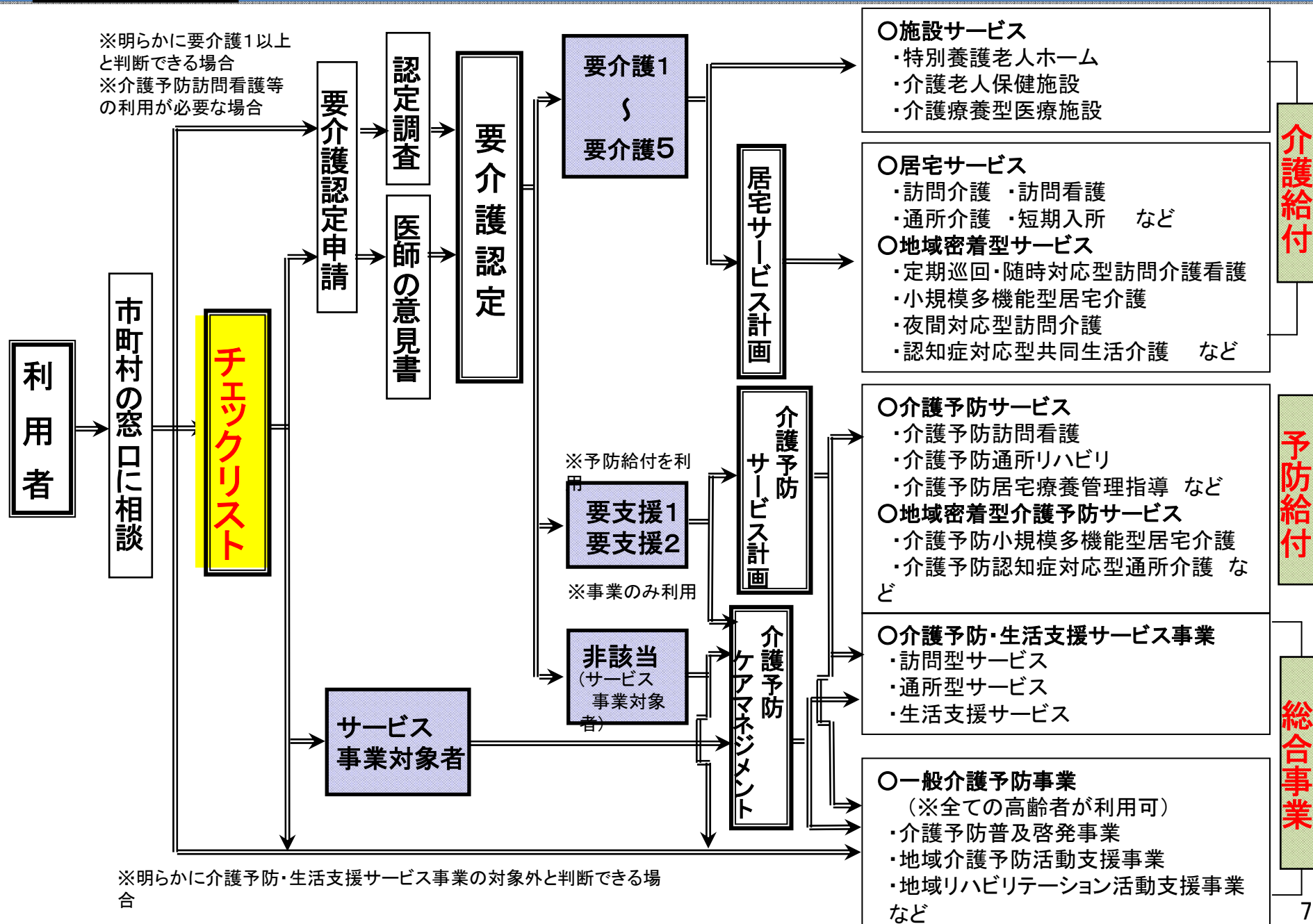
③ 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始 (P65～)

- 利用者に対して、介護予防・生活支援を目的に、その心身の状況等に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行う。
- **利用者が居住する地域包括支援センターが実施するが、居宅介護支援事業所への委託も可能。**
- 介護予防ケアマネジメントは、利用者の状態像・意向等を踏まえ、3パターンに分けて行う。
 - ① 原則的な介護予防ケアマネジメント
 - ② 簡略化した介護予防ケアマネジメント(サービス担当者会議やモニタリングを適宜省略)
 - ③ 初回のみ介護予防ケアマネジメント(アセスメントを行い、サービスの利用につなげるところまで)

<現行のサービス利用手続>



【参考】介護サービスの利用の手続き



基本チェックリスト(厚生労働省作成)

暮らしぶりその1

運動器関係

栄養・口腔機能等の関係

暮らしぶりその2

「こころ」

No	質問項目	回答		得点
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ	
		No. 1～5の合計		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がってますか	0. はい	1. いいえ	
8	15分間位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ	
		No. 6～10の合計		
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ	
12	身長(cm) 体重(kg) (*BMI 18.5未満なら該当) *BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1. はい	0. いいえ	
		No. 11～12の合計		
13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	
		No. 13～15の合計		
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ	
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ	
		No. 18～20の合計		
		No. 1～20までの合計		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ	
		No. 21～25の合計		

3点以上

2点以上

2点以上

10点以上

☆チェック方法

回答欄のはい、いいえの前にある数字(0または1)を得点欄に記入してください。

☆基本チェックリストの結果の見方

基本チェックリストの結果が、下記に該当する場合、市町村が提供する介護予防事業を利用できる可能性があります。お住まいの市町村や地域包括支援センターにご相談ください。

- 項目6～10の合計が3点以上
- 項目11～12の合計が2点
- 項目13～15の合計が2点以上
- 項目1～20の合計が10点以上

認定申請受付はどう変わる？①

3 基本チェックリストの活用・実施

(概要)

○地域包括支援センターや市町村窓口において、生活の困りごと等の相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを実施し、利用すべきサービスの区分（一般介護予防事業、サービス事業及び給付）の振り分けを行う。

基本チェックリストの質問項目及び基準については、改正前の二次予防事業対象者の把握として利用していたものと変わらないものとし、以下に掲げる＜事業対象者に該当する基準＞に該当する者について、地域包括支援センター等において介護予防ケアマネジメントを実施する。その際、対象者の基準については「閉じこもり」「認知機能の低下」「うつ病の可能性」を判断する項目についても活用する。

○実施に際しては、後述の「基本チェックリストの使い方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人等に記入してもらう。

○「表8 事業対象者に該当する基準」のある1つの基準のみに該当（例えば「口腔機能の低下」のみに該当）した場合でも、介護予防ケアマネジメントにおいてアセスメントを行い、該当した基準の項目に関係なく、自立支援に向けた課題の抽出、目標の設定等を行い、必要なサービスにつなげる

認定申請受付はどう変わる？②

○市町村窓口においては、必ずしも専門職でなくてもよい。

○基本チェックリストの活用・実施の際には、質問項目と併せ、利用者本人の状況やサービス利用の意向を聞き取った上で、**振り分けを判断する**。

○市町村窓口で基本チェックリストを実施した場合には、一般介護予防事業のみを利用する場合を除いて、**基本チェックリストの実施結果等を地域包括支援センターに送付**し、地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを開始する。

○基本チェックリストのチェック内容は、本人の状態に応じて変化するため、一般介護予防へ移行した後や、一定期間サービス事業の利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合は、再度基本チェックリストを行い、サービスの振り分けから行う。

○なお、基本チェックリストの活用・実施により、**要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、認定申請を受け付ける**。

○また、要介護認定等の申請とサービス事業の利用を並行して進める場合や、事業対象者として介護予防ケアマネジメントを行っている中で要介護認定等申請を行う場合もある。

認定申請受付はどう変わる？③

○介護予防ケアマネジメント活用・実施に当たって、市町村窓口で基本チェックリストを実施した場合は、地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを受けることを、利用者から市町村に対して届け出ることとし、**その届出があった場合に市町村は当該者を受給者台帳に登録し、被保険者証を発行する。**

また、地域包括支援センターで基本チェックリストを実施した場合は、利用者は市町村に対してセンターを通じて、地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを受けることを届け出ることとし、**その届出があった場合に市町村は当該者を受給者台帳に登録し、被保険者証を発行する。**

○被保険者証には、**事業対象者である旨、チェックリスト実施日、担当地域包括支援センター名を記載する。**

○また、セルフマネジメントの推進のため、本人の介護予防に関する情報が集約されたものとして、「**介護予防手帳（仮称）**」を作成し、**被保険者証への記載事項の代用**とすることも可能とする。

申請させないという「水際作戦」
をさせないために

窓口での区分けをさせないこと

私案

基本チェックリストは市町村窓口
では行わず、窓口での申請・認定申
請受け付けは現行通りとし、総合事
業サービス利用希望者は地域包括支
援センターへ案内する

【参考】総合事業への指定事業者制度の導入

- 給付から事業への移行により、多様な主体による多様なサービスが可能となり、市町村の事業の実施方法も多様となる。国が介護保険法に基づきガイドライン(指針)を定め、円滑な移行を支援。
- 市町村の総合事業の実施方法として、事業者への委託等のほか、予防給付と同様の指定事業者制を導入
 - ・指定事業者制により、事業者と市町村の間で毎年度委託契約を締結することが不要となり、事務負担を軽減
 - ・**施行時には、原則、都道府県が指定している予防給付の事業者(訪問介護・通所介護)を、市町村の総合事業の指定事業者とみなす経過措置**を講じ、事務負担を軽減するとともに、円滑な移行を図る
 - ・審査及び支払についても、現在の予防給付と同様に、国民健康保険団体連合会の活用を推進

＜介護予防給付の仕組み＞

- ・指定介護予防事業者
(都道府県が指定)
- ・介護報酬(全国一律)
- ・国保連に審査・支払いを委託

(必要な方への専門的なサービス提供等)

- ・ケアマネジメントを通じて、専門的なサービスを必要とする方に対しては、既存の介護事業者等も活用して、専門的なサービスを提供
- ・専門的なサービスの利用と併せて、市町村を中心とした支え合い
の体制づくりを進めることで、ボランティア、NPOなどの多様なサービスの提供を推進
- ・国としては、専門的なサービスについてふさわしい単価設定を行う

ことなど市町村の取組を支援

円滑な移行
(訪問介護・通所介護)

＜新しい総合事業の仕組み＞

①指定事業者による方法(給付の仕組みと同様)

- ・指定事業者(市町村が指定)
- ・**単価は市町村が独自に設定**
- ・国保連に審査・支払いの委託が可能

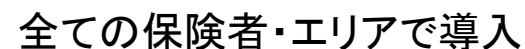
②その他の方法

- ・事業者への委託、事業者への補助、市町村による直接実施
- ・委託費等は市町村が独自に設定
(利用者1人あたりに要する費用が、国が定める上限単価を上回らないように設定)

(P128~)

- ※ 総合事業の実施を猶予する場合も、総合事業の実施猶予の趣旨を踏まえ、現在から着実に受け皿の整備を行うよう努めることが適当。

③ 既に給付によるサービスを利用している者は、初年度は予防給付とし、翌年度当初から予防給付と見做す。



○市町村における総合事業の開始時期と平成29年4月までの実施の猶予と条例の制定について

平成26年5月14日衆議院厚生労働委員会

田村大臣

これ(注:総合事業への移行)に関して申し上げます、それは早い方がいいのは当たり前でございまして、早くから総合事業に取り組んでいただきたいと思います

ただ、できないのに早くから、猶予期間を使わずにという話になると何が起こるかという、今の予防給付を提供いただいている事業者は、新しい総合事業の事業者にそのまま自動的になれるわけでありまして。でありますから、今のサービスだけになってしまう。

我々が望んでおるのは、今のサービスプラスアルファ多様なサービスをおつくりいただいて、いろいろなニーズにお応えいただきたいということでございますから、今と同じサービスがそのまま提供されるということは我々の望んでおる方向ではございませんので、それならば、やはり猶予をとっていただいて、条例等々でしっかりと多様なサービスというものを準備いただいて、それからスタートしていただく。

もしくは、併用しながらスタートしていただくという方法もあると思います。一定程度は今の事業をやりながら、新しいサービスをつかって、それをだんだんふやしていく。これから新しい総合事業に入ってこられる方々がどんどんふえてまいりますから、そのようなニーズにもお応えをいただくというような方法もあろうと思います。

いずれにいたしましても、これからどのような方向で移行していただくか、我々もきめ細かいいろいろな御相談には乗らせていただきたいと思います、このように考えております。

介護保険条例参考例(案)に関する Q&A

問： 介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)は、何を行うと総合事業を実施していることになるのか。

(答) 市町村において、総合事業を実施するための予算が確保されており、その予算を執行するための総合事業の実施要綱が定められ、事業の対象者が総合事業によるサービス(みなし指定によるサービスを含む。)を利用できる状態になっている場合には、総合事業を実施しているものとして差し支えない。なお、ガイドラインでも記載したとおり、以下のような段階的な措置を講ずることも可能である。

<実施例>

- ①エリアごとに予防給付を継続(【例】広域連合の市町村ごと)
- ②初年度は総合事業によるサービスの**利用を希望する者以外は予防給付を継続**
- ③既に給付によるサービスを利用している者は、初年度は予防給付を継続し、翌年度当初からすべての者を予防給付から総合事業に移行

※希望者から段階的に移行する場合であっても、**一度、総合事業によるサービスを利用した場合は、以降は、予防給付の訪問介護や通所介護を利用することはできない。**

現在のサービスは使えるか？

(必要な方への専門的なサービス提供等)

- 専門的なサービスを必要とする方に対しては、既存の介護事業者等も活用して、専門的なサービスを提供
 - 既にサービスを受けている方は、事業移行後も市町村のケアマネジメントに基づき、既存サービス相当のサービスを利用可能とする
 - 国としてガイドラインを定めること等を通じ、専門的なサービスにについてふさわしい単価設定を行うことなど市町村の取組を支援
- ※ 新しくサービスを受ける者には、市町村を中心とした支え合いの体制づくりを進めることで、ボランティア、NPOなどの多様なサービスの提供を推進

どういう人が今まで通りのサービスを
受けられるのか
厚生労働大臣答弁

質問)どのような状態の人が「専門的サービス」
を受けられるのか

田村厚生労働大臣答弁

「どういう人かといえば、日常生活に支障が生
じる認知症の人、自分の生活管理ができない
人、コミュニケーションなどの社会性が構築で
きない人、退院直後で集中的に支援が必要な
人」

大多数を専門ケアから排除？

認知症高齢者日常生活自立度

要支援1 自立度 I 35.2%

自立度 II 8%

要支援2 自立度 I 45.9%

自立度 II 7.7%

参議院での付帯決議

- 1 介護予防訪問介護及び介護予防通所介護の地域支援事業への移行に当たっては、専門職によるサービス提供が相応しい利用者に対して、**必要なサービスが担保されるガイドラインの策定を行った上で、利用者のサービス選択の意思を十分に尊重するとともに、地域間においてサービスの質や内容等に格差が生じないように、市町村及び特別区に対し財源の確保を含めた必要な支援を行うこと。**

総合事業の利用料

利用料については、地域で多様なサービスが提供されることから、そのサービスの内容に応じた利用料を市町村が設定する。従来の給付から移行するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、ガイドライン等に従い、市町村が設定する仕組みを検討。（利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組みとすることが必要。

総合事業への指定事業者制の導入等による円滑な移行

<介護予防給付の仕組み>

- ・指定介護予防事業者（都道府県が指定）
- ・介護報酬（全国一律）
- ・国保連に審査・支払いを委託

※被保険者に対する介護予防サービス費の支給を、指定事業者が被保険者に代わって受領する仕組み

円滑な移行
(訪問介護・通所介護)

改正法の施行時には、原則、都道府県が指定している予防給付の事業者（訪問介護・通所介護）を、**市町村の総合事業の指定事業者とみなす経過措置**

<新しい総合事業の仕組み>

①指定事業者による方法（給付の仕組みに**類似**）

- ・指定事業者（市町村が指定）
- ・**単価は市町村が独自に設定**
- ・国保連に審査・支払いの委託が可能

※被保険者に対する事業支給費の支給を、指定事業者が被保険者に代わって受領する仕組み

②その他の方法

- ・事業者への委託、事業者への補助、市町村による直接実施
- ・委託費等は市町村が独自に設定
（利用者1回当たりや1人当たりの単価による方法や、利用定員等に対して年間、月間等の委託費総額を取り決める方法など、様々な方法が可能）
- ・単価による方法の場合は、国保連に審査・支払いの委託が可能

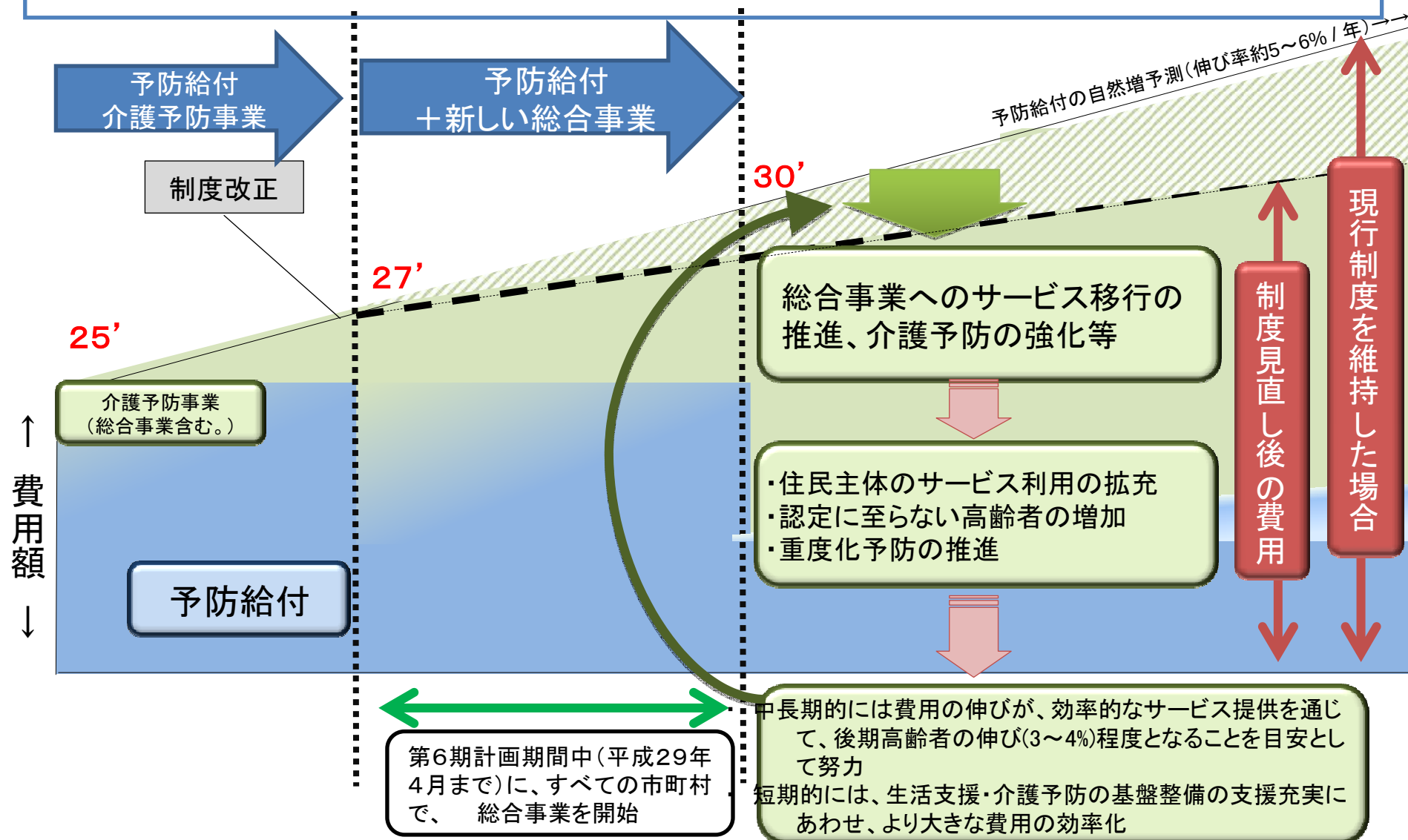
総合事業の事業費の単価

サービスの内容に応じた市町村による単価設定を可能とする。国が定める単価（現行の予防給付の訪問介護、通所介護の報酬相当）以下の単価を設定する。

※専門的なサービスについては、それにふさわしい単価を設定する。

総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化(イメージ)

- 総合事業への移行により住民主体の地域づくりを推進。住民主体のサービス利用を拡充し、効率的に事業実施。
- 機能が強化された新しい総合事業を利用することで、支援を必要とする高齢者が要支援認定を受けなくても地域で暮らせる社会を実現。
- リハ職等が積極的に関与しケアマネジメントを機能強化。重度化予防をこれまで以上に推進。



市町村による新しい地域づくりの推進(介護予防・生活支援の充実)

- 市町村が中心となってコーディネーターと連携しつつ、生活支援サービスの充実、介護予防の推進等を図ることにより、高齢者が利用可能な多様なサービスが地域で提供される。
- 高齢者の中には事業の担い手となる者も出現。これは介護予防にもつながる。
⇒ 高齢者を中心とした地域の支え合い(互助)が実現。

市町村が中心となって企画・立案

地域資源の開発

(例)

- ・ボランティアの発掘・養成・組織化

→ ボランティアは生活支援・介護予防の担い手として活動。高齢者の困り事の相談の対応等も実施。(コーディネーターとも連携)

- ・生活支援・介護予防の立ち上げ支援

介護予防・生活支援の充実

多様な通いの場

(例)

- ・サロン
- ・住民主体の交流の場
- ・コミュニティカフェ
- ・認知症カフェ
- ・ミニデイサービス
- ・体操教室
- ・運動・栄養・口腔ケア等の教室

研修を受けたボランティアが地区の集会所で介護予防教室を運営。

小規模多機能居宅介護に交流施設を併設。地域のサロンとして活用。子どもとの交流も実施。

多様な生活支援

(例)

- ・ゴミ出し
- ・洗濯物の取り入れ
- ・食器洗い
- ・配食
- ・見守り
- ・安否確認

研修を受けたボランティアが高齢者と一緒に洗濯物を取り入れる等生活行為の自立を支援。

地域活性化を推進するNPOが地域に配食サービスを展開。

交番、金融機関、コンビニ等幅広い関係機関が連携し、認知症の高齢者の見守り体制を構築。

連携・協力

コーディネーター

参加・活用
(担い手となる
高齢者も出現)

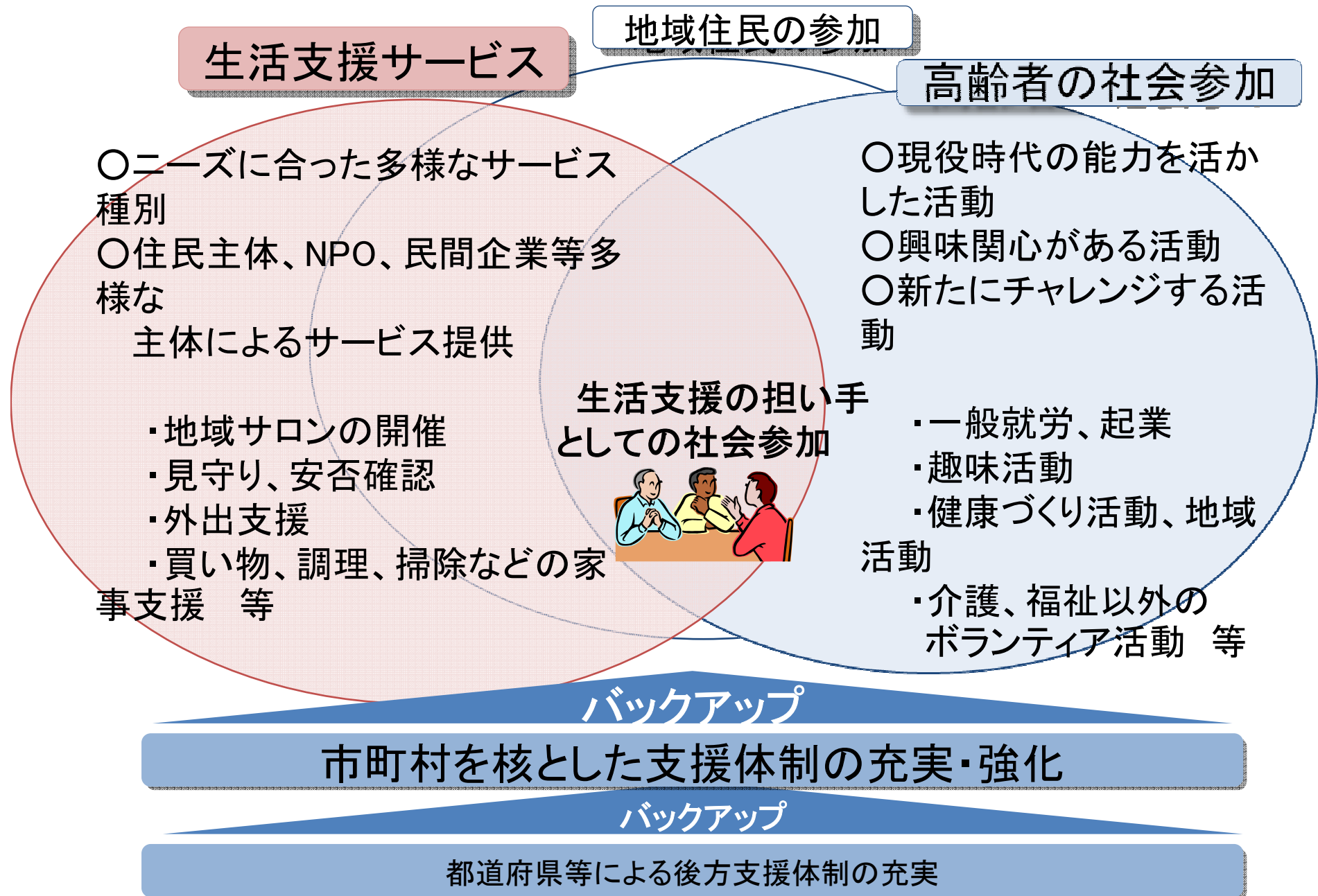
支援を要する高齢者

生活支援サービスの充実と 高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。

具体的には、生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援サービスコーディネーター」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける

生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加



市町村の対応（三重県社保協アンケート）

第6期3年間で予防給付を地域支援事業に置き換えることができますか？

○不可能 39%

○可能 17%

○判断不可 44%

- ・これまで提供されてきたサービスの質の担保が難しくなり、利用者の状態が悪化してしまう可能性は否定できない
- ・訪問介護サービスなどを利用されている方が利用できなくなった場合、どのように生活していけばよいのか等 地域支援事業では対応できないことがある

地域で今、やるべきこと

- ①要支援者に関する実態把握、事例
だれが見ても分かるように「見える化」
- ②アンケートと合わせて、改悪反対 要請書への事業所としての賛同をお願いし、共同を広げる
- ③自治体への要求・交渉の取り組み

自治体に認めさせること

- ①話し合いを通じて、要支援者の訪問介護・通所介護の利用実態を実例を通じて明らかにし、「多様なサービス」に一律に移行できないことを確認させる
- ②現行サービス水準を質・量とも切り下げないことを約束させる
- ③「多様な生活支援サービス」は自治体責任と住民参加で創出する

自治体への基本要件案

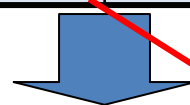
- ①現在の要支援サービスが継続を保障すること
- ②利用者のサービス選択権を保障すること
- ③利用者の負担を現行より軽減すること
- ④要介護認定の申請権を侵害しないこと
- ⑤サービスに見合った単価を保障すること
- ⑥必要な総事業費を確保すること
- ⑦「多様な主体による多様なサービス」「地域での支え合い」は自治体が責任を持ち、住民参加を得て整備すること。住民主体活動をサービス削減の手段としないこと

介護保険料軽減 への公費投入

公費負担削減分を保険料負担へ

介護保険以前の高齢者福祉制度(2000年3月まで)公費100%

国50%	都道府県 25%	市町村 25%
------	-------------	------------



介護保険制度(第5期)
保険料50%

公費50%

65歳～ 21%	40歳～64歳 29%	国 25% 国庫負担金 20% 調整交付金 5%	都道府県 12.5 %	市町村 12.5 %
-------------	----------------	--------------------------------------	-------------------	------------------

介護費用の約2割を全高齢者で負担

65歳以上(第1号被保険者)の介護保険料の決め方
(イメージ)

介護サービスの総額 × **21%**

65歳以上の人口(第1号被保険者数)

数値は3年平均で算出し3年ごとに見直す

第1期17% ⇒ 第5期 21%

上がり続ける介護保険料

第1期(2000～02年)

2,911円

2000年4月～9月 0円
2000年10月～01年9月
1455円

第2期(2003～05年)

3,293円

第3期(2006～08年)

4,090円

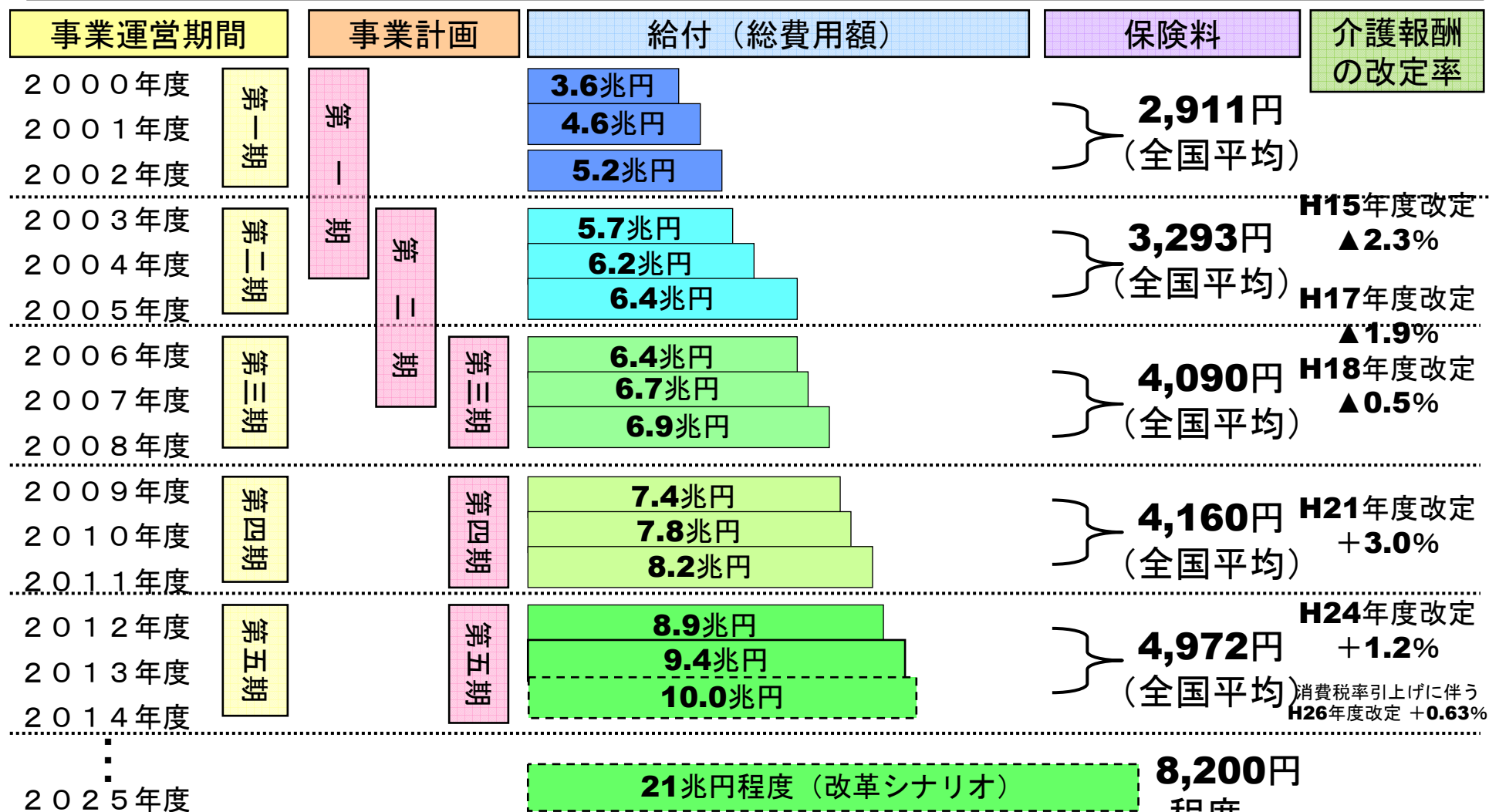
第4期(2009～11年)

4,160円

第5期(2012～14年) 4972円

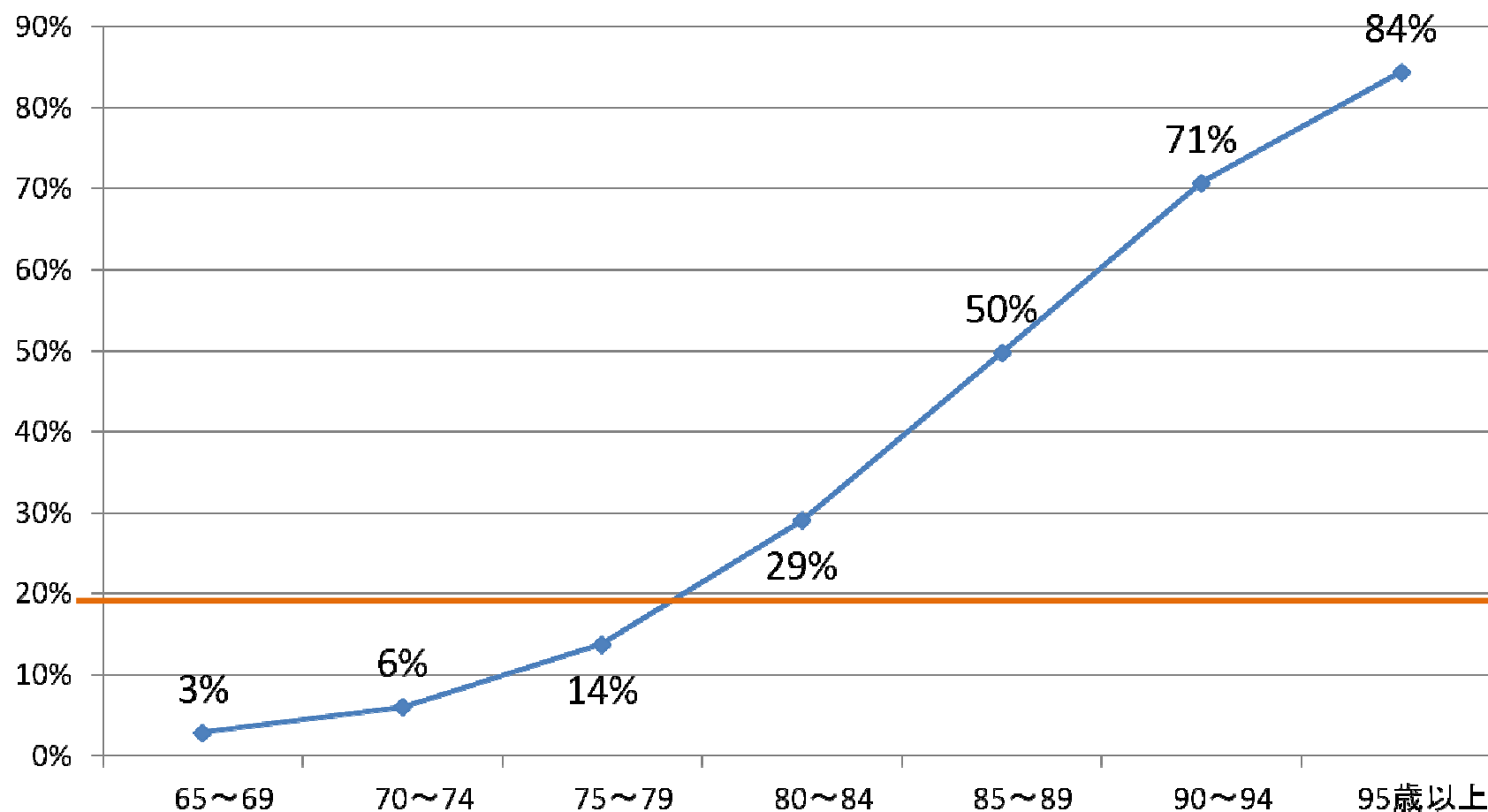
介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
 保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、2025年には保険料が現在の5000円程度から8200円程度に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。



※2011年度までは実績であり、2012～2013年は当初予算、2014年度は当初予算(案)である。
 ※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(平成24年3月)

年齢階層別の要介護認定率



出典: 社会保障人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査(平成24年11月審査分)

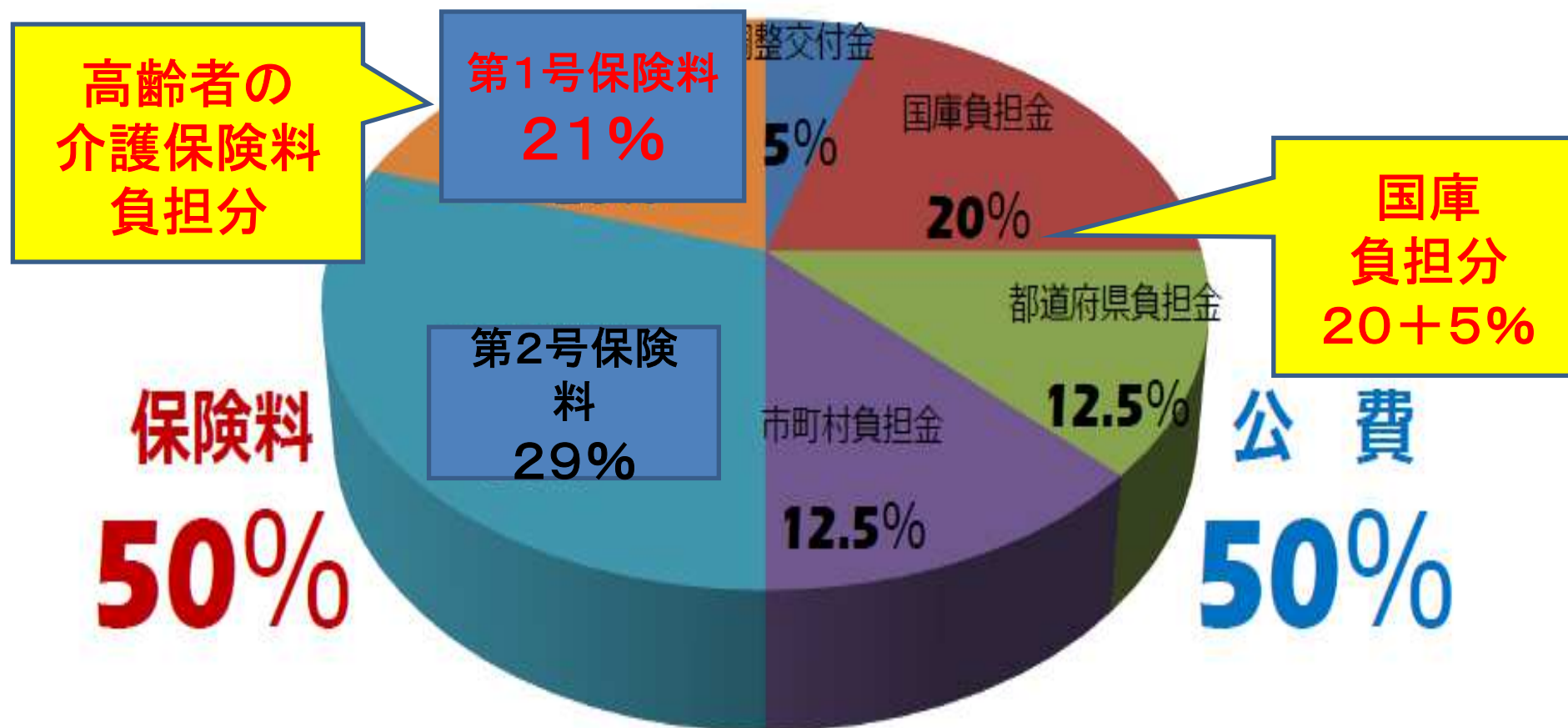
「給付と負担の連動」

その市町村の介護サービス利用が増える

⇒ 高齢者全員の介護保険料が比例して上がる

介護充実 ↔ 保険料

介護保険は財源的・制度的限界にきている



第6期から第1号22%、第2号28%に

①公費



増やさない

②保険料



もう限界

③給付

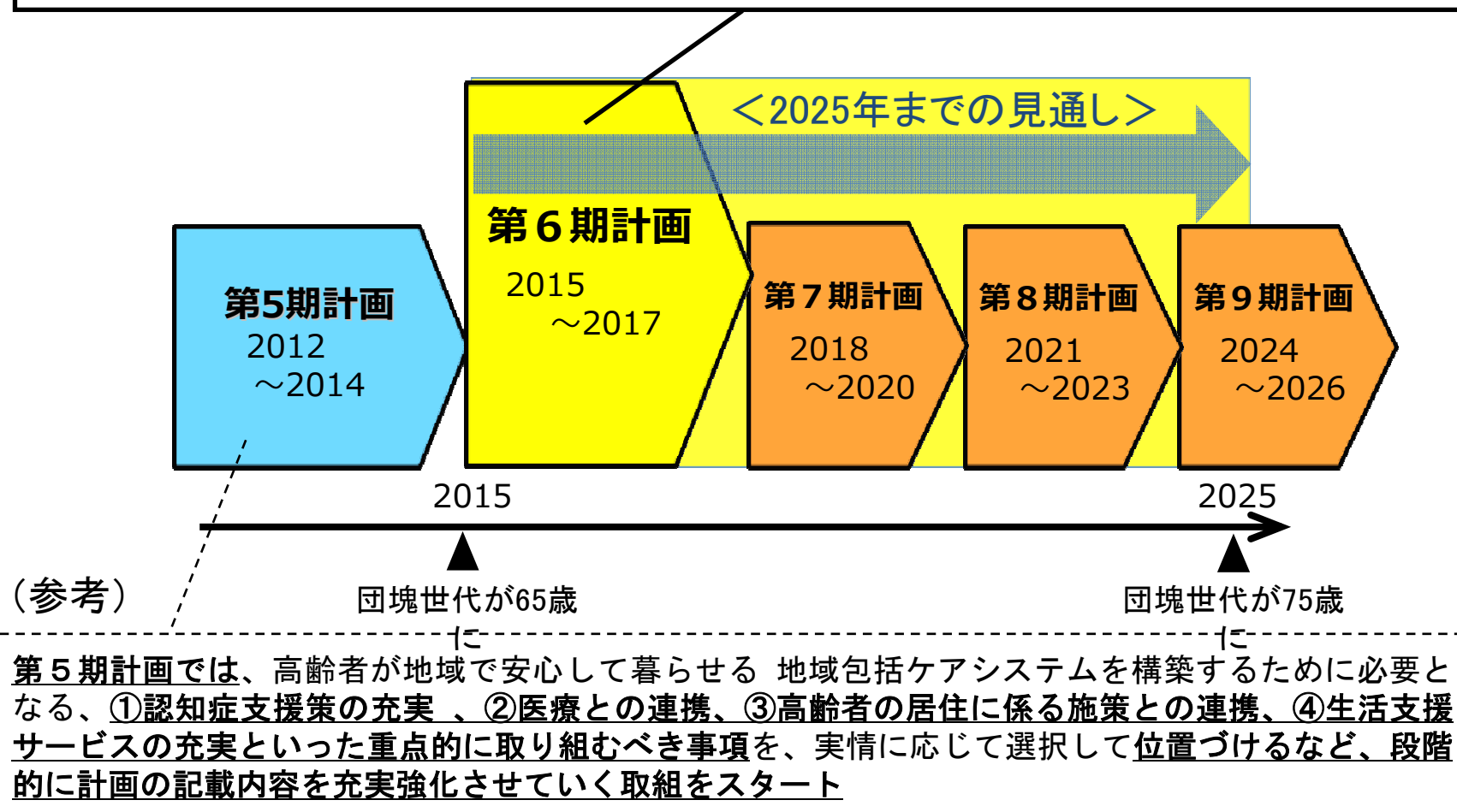


削減・負担増

介護保険制度の限界

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくもの。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。



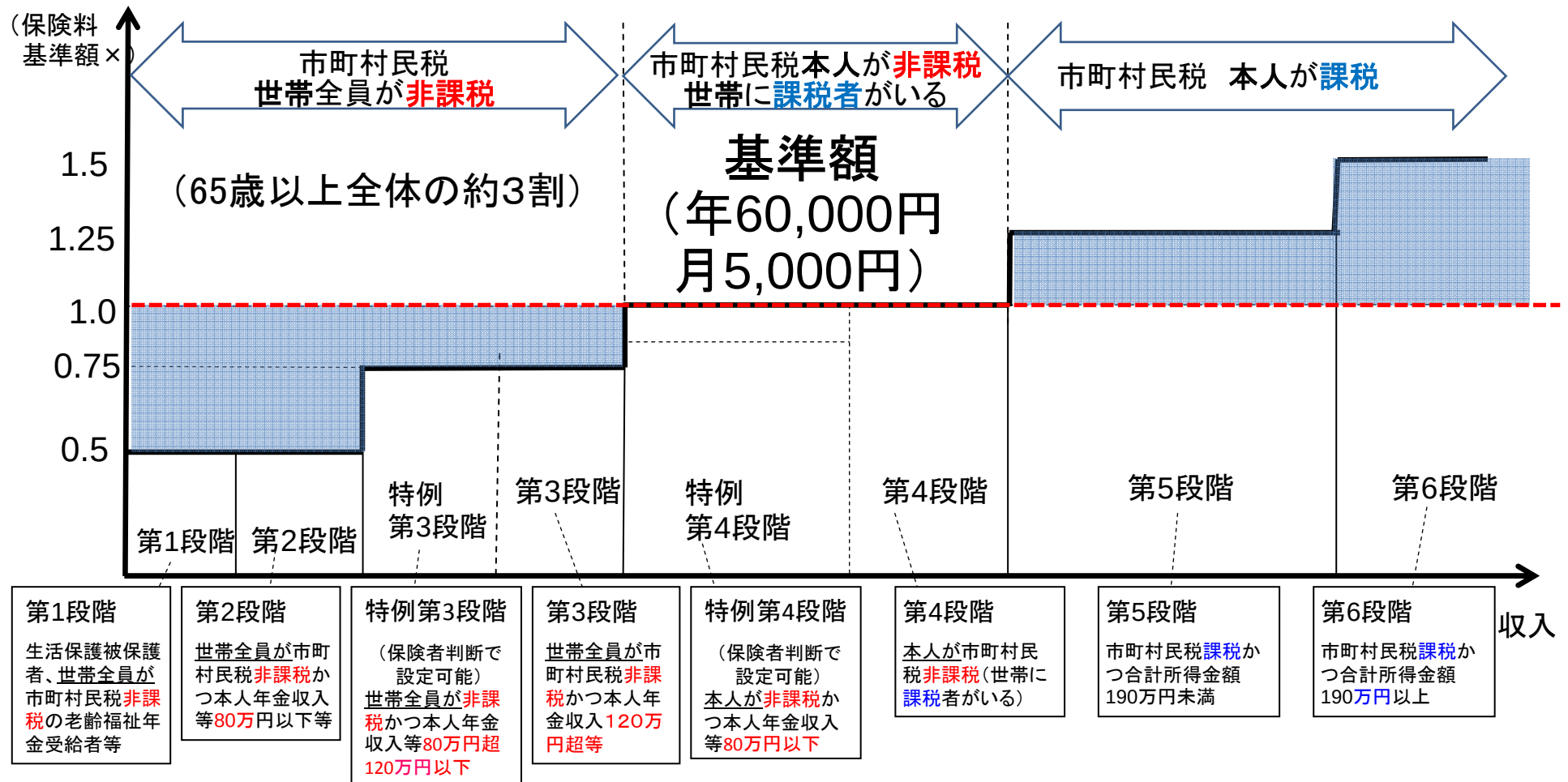
「改革」と介護保険料

- 破綻した介護保険の財源の
枠組みはそのまま維持
- 1300億円投入 低所得者
の軽減

介護保険の一号保険料の仕組み

例) 介護サービスの総額 × **21%**

65歳以上の人口(第1号被保険者数) = 年60,000円 (月5,000円)
⇒ **基準額**



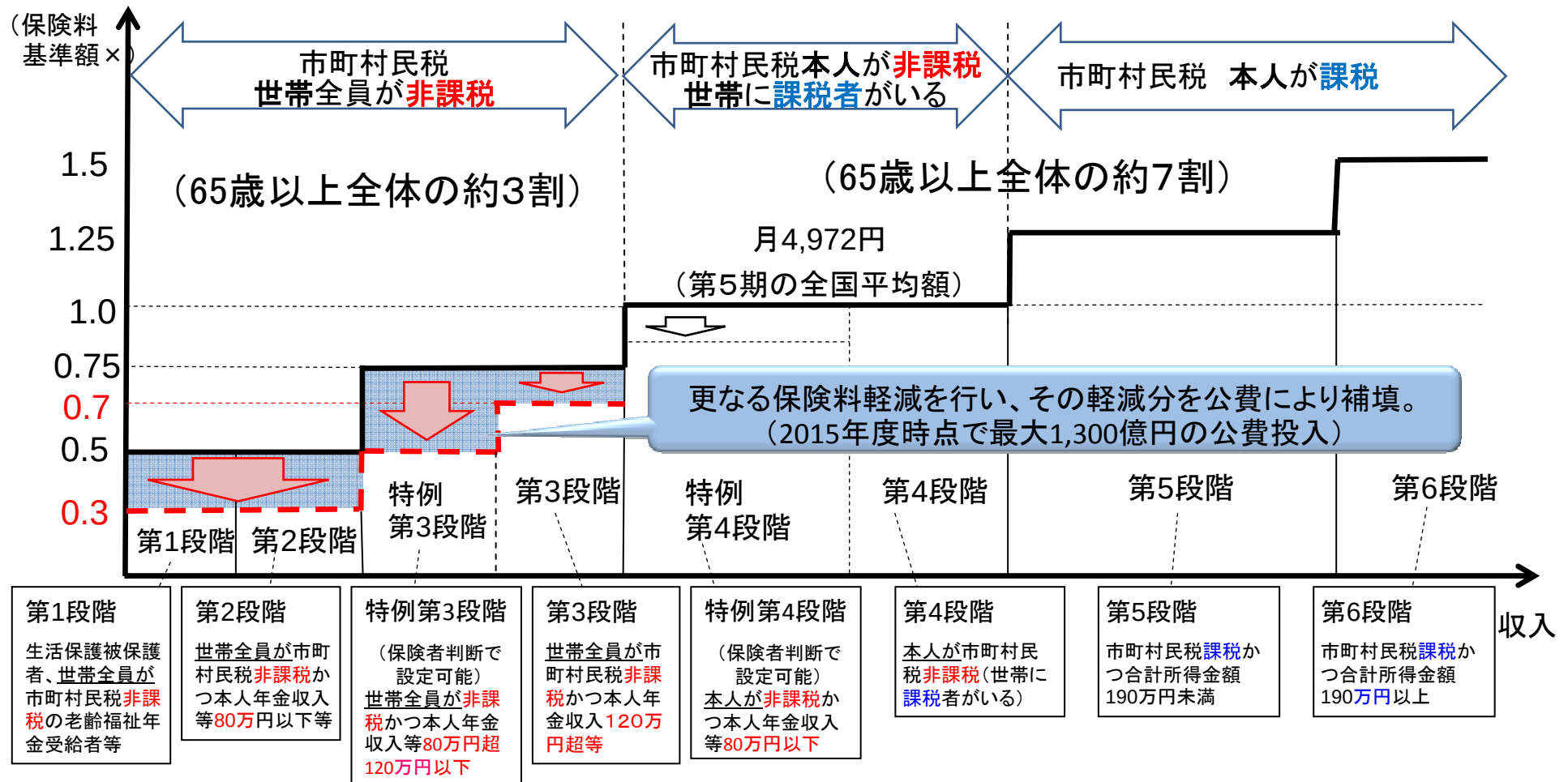
低所得者の一号保険料の軽減強化

〔見直し案〕

- 給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化。
(公費負担割合 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4)
- 平成27年度(第6期介護保険事業計画)から実施。

現行 27年度～

第1・第2段階	0.5	→	0.3
特例第3段階	0.75	→	0.5
第3段階	0.75	→	0.7



厚労省の「減免3原則」の破たん

③「保険料財源」(保険料減免に対する一般財源の繰入を行わないこと)

介護保険の費用は、高齢者の保険料が原則20%、市町村の一般財源が12.5%というように、それぞれ負担割合が決められている。このうち、高齢者の保険料は、高齢者の方にも助け合いに加わっていただくために、支払っていただいているものであり、それを減免し、その分を定められた負担割合を超えて他に転嫁することは、助け合いの精神を否定することになる。したがって、低所得者へ特に配慮する場合には、高齢者の保険料で負担すべきものと定められた枠の中で、被保険者の負担能力に応じた保険料額とすることにより、対応すべきである。

改正介護保険法

(市町村の特別会計への繰り入れ等)

介護保険法124条の2(新設)

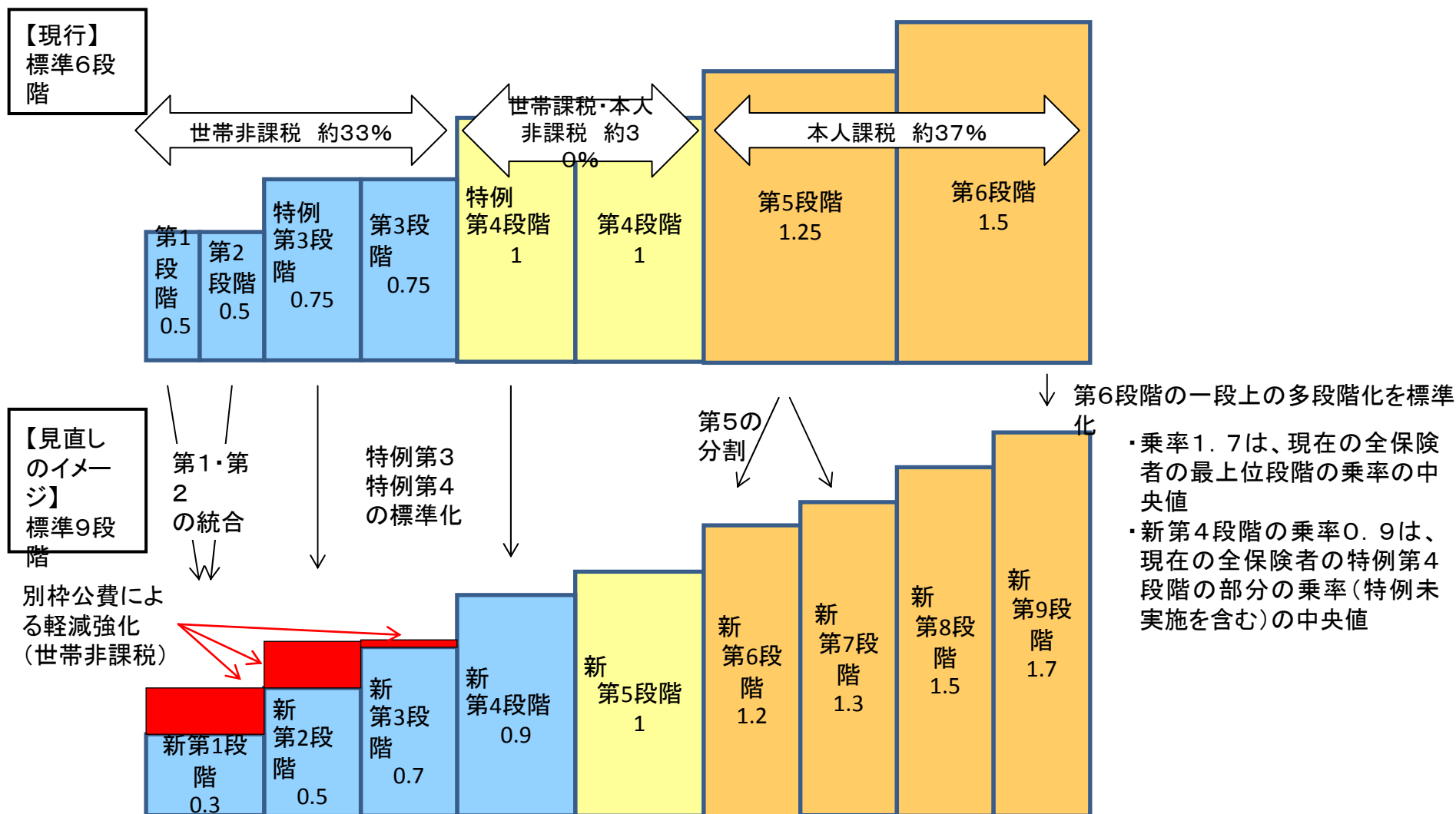
市町村は、政令で定めるところにより、一般会計から、所得の少ない者について条例の定めるところにより行う保険料の減額賦課に基づき第1号被保険者に係る保険料につき減額した額の総額を基礎として政令で定めるところにより算定した額を介護保険に関する特別会計に繰り入れなければならない。

2 国は、政令で定めるところにより、前項の規定による繰入金金の2分の1に相当する額を負担する。

3 都道府県は、政令で定めるところにより、第1項の規定による繰入金金の4分の1に相当する額を負担する

保険料の標準 6 段階から標準 9 段階への見直し

- 所得水準に応じてきめ細かな保険料設定を行うため、また、多くの自治体で特例第3・特例第4段階の設置や、本人課税所得層の多段階化をしている現状を踏まえ、標準の段階設定を、現行の6段階から9段階に見直す。
- なお、現在と同様、引き続き保険者の判断による弾力化を可能とする。
- 世帯非課税(第1～第3段階)については、新たに公費による軽減の仕組みを導入し、更なる負担軽減を図る。



介護保険の「財政規模」(2011年度)

全国 介護保険給付費 総額 約8.3兆円

内訳

国は 2.08兆円(25%)

市町村(1566保険者) 1.04兆円(12.5%)

65歳以上高齢者は 1.66兆円(20%)

2011年度政府予算 92.29兆円

介護への国庫負担は国家予算の2.25%

※自治体の例 堺市 一般会計予算 3429億円

介護保険特別会計 526億円

堺市負担分60億円 一般会計の2%弱

国、地方を通じて一般会計投入を

「保険料50%負担」を打ち破る

これが当面の戦略的課題

●国庫負担増要求

事業者・自治体も一致する国民的要求として

全国市長会要求、議会での意見書採択運動

●自治体での一般会計繰り入れ要求

第6期へ運動の中で必ず全国的運動へ

負担軽減、施策充実のための財源投入

保険料の低所得者軽減への要求

⇒ 私案

- ①新第1段階は 後期高齢者医療保険料並みに9割軽減に
- ②自治体独自の低所得者減免制度は継続・拡充を検討すべき
- ③軽減・減免の財源については、公費で負担する

2025年
介護保険が使える
か？

全ては今！