

社会保障審議会 介護保険部会（第80回）	参考資料 1
令和元年8月29日	

# 今後の検討事項

## <参考資料>

令和元年 8月29日  
厚生労働省老健局

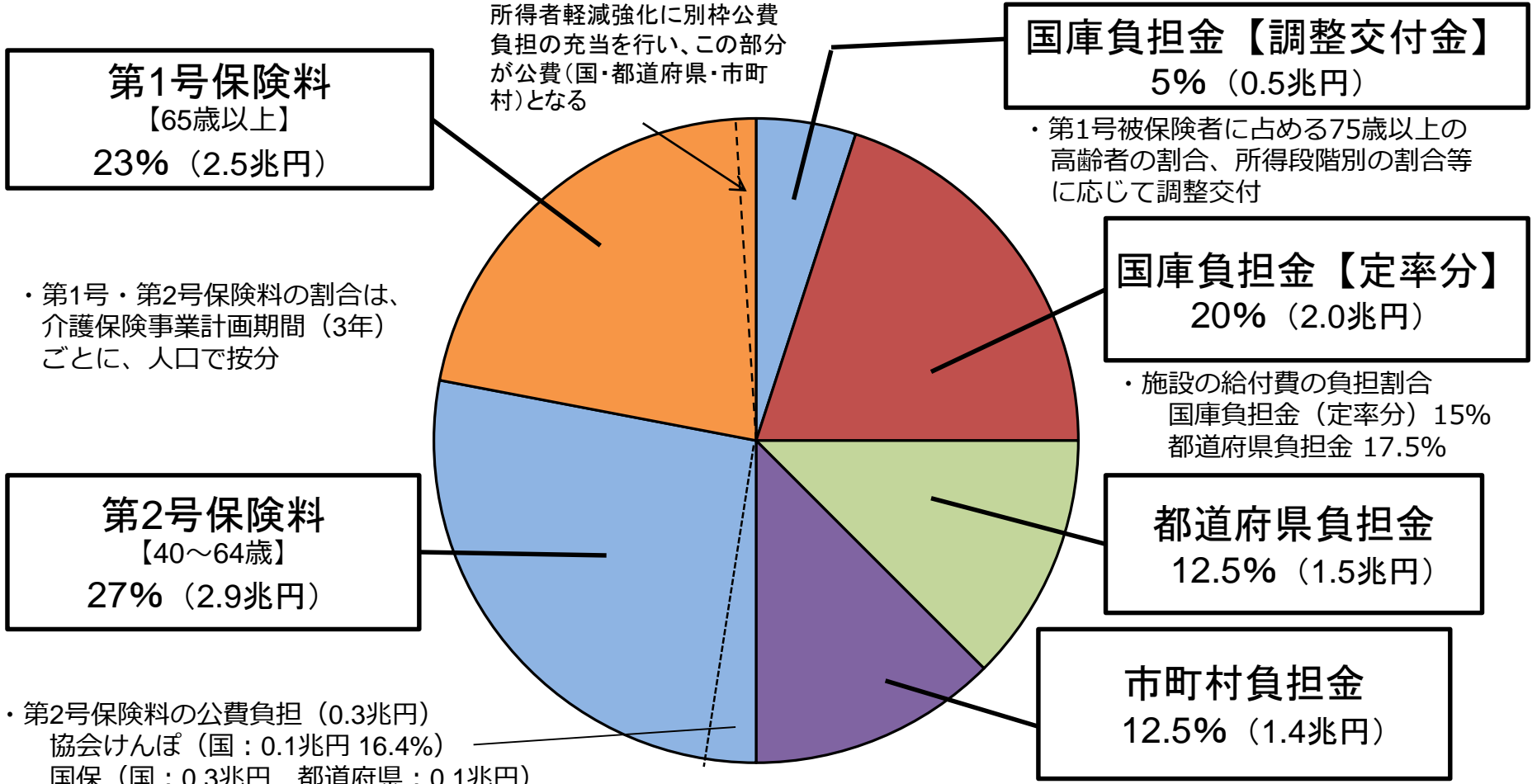
## ( 1 ) 被保険者・受給者範囲

# 介護保険の財源構成と規模

(令和元年度予算 介護給付費:10.8兆円 総費用ベース:11.7兆円)

**保険料 50%**

**公費 50%**



※数値は端数処理をしているため、合計が一致しない場合がある。

# 介護保険の被保険者

- 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者(第1号被保険者)、②40~64歳の医療保険加入者(第2号被保険者)となっている。
- 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40~64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
人数	3,440万人 (65~74歳:1,745万人 75歳以上:1,695万人) ※1万人未満の端数は切り捨て	4,200万人
受給要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護状態 (寝たきり、認知症等で介護が必要な状態)</li> <li>・要支援状態 (日常生活に支援が必要な状態)</li> </ul>	要介護、要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病(特定疾病)による場合に限定
要介護(要支援)認定者数と被保険者に占める割合	619万人(18.0%) 65~74歳: 75万人(4.3%) 75歳以上: 544万人(32.1%)	13万人(0.3%)
保険料負担	市町村が徴収 (原則、年金から天引き)	医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収

(注) 第1号被保険者及び要介護(要支援)認定者の数は、「平成28年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成28年度末現在の数である。  
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28年度内の月平均値である。

# 特定疾病

## 1. 特定疾病とは

特定疾病とは、心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病であって次のいずれの要件をも満たすものについて総合的に勘案し、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる疾病である。

1) 65歳以上の高齢者に多く発生しているが、40歳以上65歳未満の年齢層においても発生が認められる等、罹患率や有病率(類似の指標を含む。)等について加齢との関係が認められる疾病であって、その医学的概念を明確に定義できるもの。

2) 3~6ヶ月以上継続して要介護状態又は要支援状態となる割合が高いと考えられる疾病。

## 2. 特定疾病の範囲

介護保険法施行令第2条(平成10年政令第412号)(抄)

- 1 がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)
- 2 関節リウマチ
- 3 筋萎縮性側索硬化症
- 4 後縦靭帯骨化症
- 5 骨折を伴う骨粗鬆症
- 6 初老期における認知症
- 7 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 8 脊髄小脳変性症
- 9 脊柱管狭窄症
- 10 早老症
- 11 多系統萎縮症
- 12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 13 脳血管疾患
- 14 閉塞性動脈硬化症
- 15 慢性閉塞性肺疾患
- 16 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

# 被保険者の範囲に関するこれまでの議論

	介護	障害
平成8	<p>4月 老人保健福祉審議会 最終報告</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「高齢者介護問題が最大の課題となっていることから、65歳以上の高齢者を被保険者とし、保険料負担を求めることが適当である。この場合、<u>高齢者介護の社会化は家族にとっても大きな受益であることなどから、社会的扶養や世代間連帯の考え方に立って、若年者にも負担を求めることが考えられる</u>」</li> <li>「若年世代の要介護状態については、公費による障害者福祉施策で対応するが、<u>初老期痴呆などのような処遇上高齢者と同様の取扱いを行うことが適当なケースについては特例的に介護保険から給付すべきとの意見が有力であった</u>」</li> <li>「介護サービスの必要性は年齢を問わないことや負担についての若年者の理解を得る観点から、<u>若年者の介護サービスも社会保険化し、被保険者を20歳以上あるいは40歳以上とする意見</u>」もあったとしている。</li> </ul> <p>6月 老人保健福祉審議会 介護保険制度案大綱</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険が対象とする老化に伴う介護ニーズは、<u>高齢期のみならず中高年期においても生じ得ること、また、40歳以降になると一般に老親の介護が必要となり、家族という立場から介護保険による社会的支援という利益を受ける可能性が高まることから、40歳以上の者を被保険者とし、社会連帯によって介護費用を支え合うものとする。</u></li> </ul> <p>11月 介護保険法案・閣議決定</p> <p>法案に被保険者範囲も含む制度全般に関する検討規定を設ける。</p>	<p>6月 身体障害者福祉審議会 (意見具申) 障害者施策</p> <p>介護ニーズへの対応について介護保険制度に移行することについては、</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① <u>障害者施策が公の責任として公費で実施すべきとの関係者の認識が強い点</u></li> <li>② <u>身体障害者以外の障害者施策が一元的に市町村で行われていない点</u></li> <li>③ <u>障害者の介護サービスの内容は高齢者に比べて多様であり、これに対応したサービス類型を確立するには十分な検討が必要であること</u></li> <li>④ <u>保険移行に当たっては、障害者の介護サービスをはじめとして現行施策との調整が必要と思われる点</u></li> </ol> <p>等、<u>なお検討すべき点も少なくなく、また、これらの点についての関係者の認識も必ずしも一致していない。</u></p>
平成16	<p>7月 社会保障審議会介護保険部会 介護保険制度の見直しに関する意見</p> <p>12月 社会保障審議会介護保険部会 「被保険者・受給者の範囲」の拡大に関する意見</p>	7月 障害者部会中間報告
平成17	<p>2月 介護保険法等の一部を改正する法律案・閣議決定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法案に被保険者範囲について検討を行い、平成21年度を目途として所要の措置を講ずる旨の検討規定を設ける。</li> </ul>	

	介護	障害
平成18	<p>4月 2号被保険者の特定疾病に末期がんを追加</p> <p>5月 社会保障の在り方に関する懇談会(内閣官房)報告書</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険制度の将来的な在り方としては、介護ニーズの普遍性の観点や、サービス提供の効率性、財政基盤の安定性等の観点から、<u>年齢や原因を問わず、すべての介護ニーズに対応する「制度の普遍化」を目指すことが方向として考えられる。</u>他方で、これについては、若年層に負担を求めることについての納得感が得られるかどうか、保険料の滞納や未納が増加しないか、また、若年層の介護リスクを保険制度で支えることに理解が得られるかといった点にも留意する必要がある。このため、こうした個別の論点を精査し、プロセスと期限を明確化しつつ、関係者による更なる検討を進める必要がある。</li> </ul>	
平成19	<p>介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議(厚労省) 「介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する中間報告」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険制度の被保険者・受給者範囲については、今後の社会保障制度全体(介護保険制度を含む。)の動向を考慮しつつ、将来の拡大を視野に入れ、その見直しを検討していくべきである</li> </ul>	
平成22	<p>11月 社会保障審議会介護保険部会意見取りまとめ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>今後被保険者の保険料負担が重くなる中で、<u>被保険者年齢を引き下げ、一人当たり保険料の負担を軽減すべきではないかとの意見があった。</u></li> <li>一方で、被保険者範囲の拡大は、<u>若年者の理解を得ることが困難であり、慎重な検討が必要との意見もあった。</u></li> <li>被保険者範囲のあり方については、これまでも介護保険制度の骨格を維持した上で被保険者の年齢を引き下げる方法と、介護を必要とするすべての人にサービスを給付する制度の普遍化の観点から若年障害者に対する給付も統合して行う方法について検討が行われてきたところである。</li> <li>現在、障害者施策については、内閣府の「障がい者制度改革推進本部」において、議論が行われているところであり、<u>今後は、介護保険制度の骨格を維持した上で、被保険者年齢を引き下げることについて、十分な議論を行い結論を得るべきである</u></li> </ul>	<p>1月 障害者自立支援法違憲訴訟団と国との基本合意</p> <p>国(厚生労働省)は、「障がい者制度改革推進本部」の下に設置された「障がい者制度改革推進会議」や「部会」における新たな福祉制度の構築に当たっては、<u>現行の介護保険制度との統合を前提とはせず、上記に示した本訴訟における原告らから指摘された障害者自立支援法の問題点を踏まえ、(略)しっかり検討を行い、対応していく。</u></p>

	介護	障害
平成 23		<p>8月 障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会 提言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>障害者総合福祉法は、障害者が等しく基本的人権を享有する個人として、障害の種別と程度に関わりなく日常生活及び社会生活において障害者のニーズに基づく必要な支援を保障するものであり、介護保険法とはおのずと法の目的や性格を異にするものである。この違いを踏まえ、それぞれが別個の法体系として制度設計されるべきである。</li> <li>介護保険対象年齢になった後でも、従来から受けていた支援を原則として継続して受けることができるものとする。</li> </ul>
平成 25	<p>12月 社会保険審議会介護保険部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>制度改正の実施状況と効果を検証しつつ、引き続き、介護保険制度の持続可能性を確保すべく、給付の重点化・効率化に向けた制度見直しを不断に検討するほか、介護納付金の総報酬割、被保険者範囲の拡大(略)などについて検討を行っていく必要がある。</li> </ul>	障害者総合支援法で難病を追加
平成 28	<p>12月 社会保険審議会介護保険部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>被保険者範囲の拡大については、受益と負担の関係が希薄な若年世代の納得感を得られないのではないかと意見や、まずは給付の効率化や利用者負担のあり方を見直すことが先決であり、被保険者範囲の拡大については反対との意見、介護保険優先原則に関する改正障害者総合支援法の国会附帯決議に十分留意しながら検討すべきとの意見、障害者の介護は保険になじまないため、税財源により慎重に対応すべきとの意見があった。その一方で、将来的には介護保険制度の普遍化が望ましいとの意見や、制度の持続可能性の問題もあり、今から国民的な議論を巻き起こしていくことが必要であるとの意見もあり、<u>介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当である。</u></li> </ul>	



# 障害者総合支援法施行3年後の見直しについて

(社会保障審議会障害者部会 報告書概要／平成27年12月14日)

障害者総合支援法（H25.4施行）の附則で、施行後3年を目途として障害福祉サービスの在り方等について検討を加え、その結果に基づいて、所要の措置を講ずることとされている。これを受けて、社会保障審議会障害者部会で平成27年4月から計19回にわたり検討を行い、今後の取組についてとりまとめた。（今期通常国会に関係法律の改正案を提出予定）

## 1. 新たな地域生活の展開

### (1) 本人が望む地域生活の実現

- 障害者が安心して地域生活を営むことができるよう、地域生活支援拠点の整備を推進（医療との連携、緊急時対応等）。
- 知的障害者や精神障害者が安心して一人暮らしへの移行ができるよう、定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の理解力・生活力等を補う支援を提供するサービスを新たに位置付け。  
あわせて、グループホームについて、重度障害者に対応可能な体制を備えたサービスを位置付け。また、障害者の状態とニーズを踏まえて必要な者にサービスが行き渡るよう、利用対象者を見直すべきであり、その際には、現に入居している者に配慮するとともに、障害者の地域移行を進める上でグループホームが果たしてきた役割や障害者の状態・ニーズ・障害特性等を踏まえつつ詳細について検討する必要。
- 「意思決定支援ガイドライン(仮称)」の作成や普及させるための研修、「親亡き後」への備えも含め、成年後見制度の理解促進や適切な後見類型の選択につなげるための研修を実施。

### (2) 常時介護を必要とする者等への対応

- 入院中も医療機関で重度訪問介護により一定の支援を受けられるよう見直しを行うとともに、国庫負担基準について重度障害者が多い小規模な市町村に配慮した方策を講ずる。

### (3) 障害者の社会参加の促進

- 通勤・通学に関する訓練を就労移行支援や障害児通所支援により実施・評価するとともに、入院中の外出に伴う移動支援について、障害福祉サービスが利用可能である旨を明確化。
- 就労移行支援や就労継続支援について、一般就労に向けた支援や工賃等を踏まえた評価を行うとともに、就労定着に向けた支援が必要な障害者に対し、一定の期間、企業・家族との連絡調整等を集中的に提供するサービスを新たに位置付け。

## 2. 障害者のニーズに対するよりきめ細かな対応

### (1) 障害児に対する専門的で多様な支援

- 乳児院や児童養護施設に入所している障害児や外出が困難な重度の障害児に発達支援を提供できるよう必要な対応を行うとともに、医療的ケアが必要な障害児への支援を推進するため、障害児に関する制度の中で明確に位置付け。
- 放課後等デイサービス等について、質の向上と支援内容の適正化を図るとともに、障害児支援サービスを計画的に確保する取組として、自治体においてサービスの必要量の見込み等を計画に記載。

### (2) 高齢の障害者の円滑なサービス利用

- 障害者が介護保険サービスを利用する場合も、それまで支援してきた障害福祉サービス事業所が引き続き支援できるように、その事業所が介護保険事業所になりやすくする等の見直しを実施するなど、障害福祉制度と介護保険制度との連携を推進。
- 介護保険サービスを利用する高齢の障害者の利用者負担について、一般高齢者との公平性や介護保険制度の利用者負担の在り方にも関わることに留意しつつ、その在り方についてさらに検討。

### (3) 精神障害者の地域生活の支援

- 精神障害者の地域移行や地域定着の支援に向けて、市町村に関係者の協議の場を設置することを促進するとともに、ピアサポートを担う人材の育成等や、短期入所における医療との連携強化を実施。

### (4) 地域特性や利用者ニーズに応じた意思疎通支援

- 障害種別ごとの特性やニーズに配慮したきめ細かな対応や、地域の状況を踏まえた計画的な人材養成等を推進。

## 3. 質の高いサービスを持続的に利用できる環境整備

### (1) 利用者の意向を反映した支給決定の促進

- 主任相談支援専門員(仮称)の育成など、相談支援専門員や市町村職員の資質の向上等に向けた取組を実施。

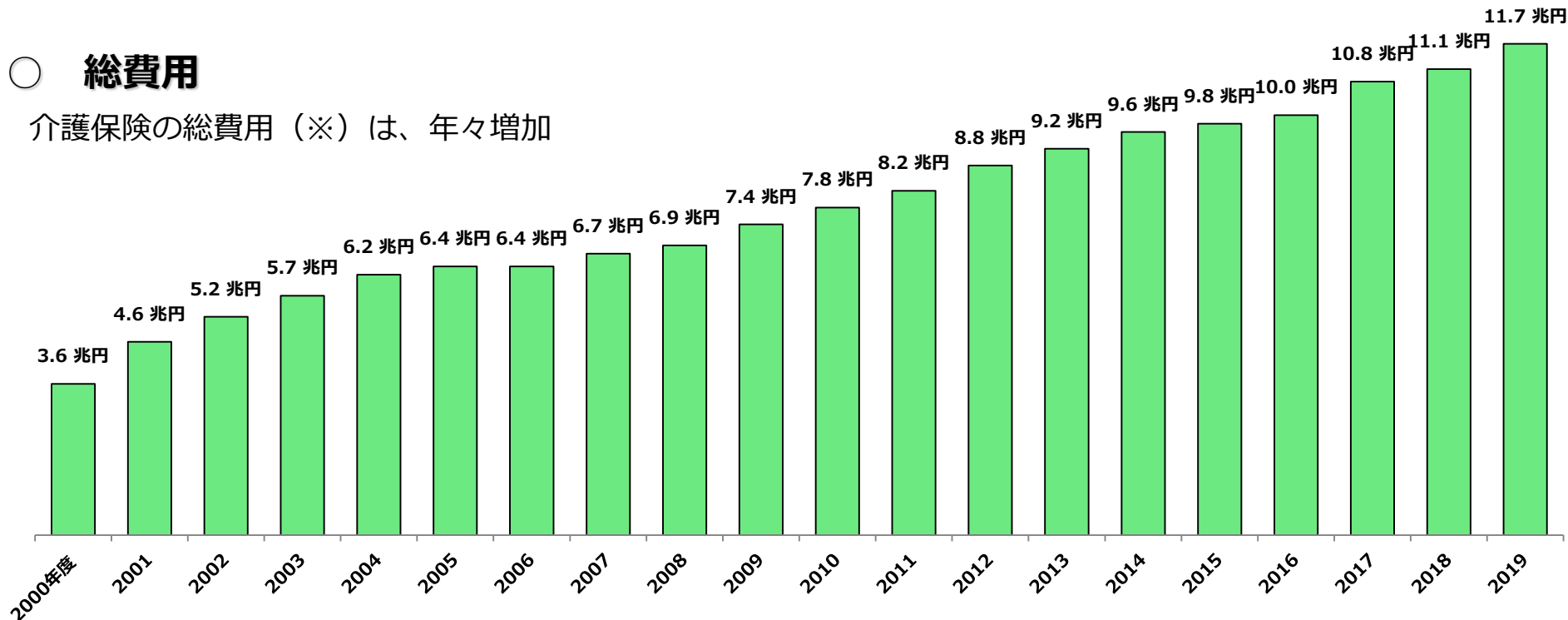
### (2) 持続可能で質の高いサービスの実現

- サービス事業所の情報公表、自治体の事業所等への指導事務の効率化や審査機能の強化等の取組を推進。
- 補装具について、成長に伴い短期間で取り替える必要のある障害児の場合など、個々の状態に応じて、貸与の活用も可能とする。
- サービス提供を可能な限り効率的なものとする事等により、財源を確保しつつ、制度を持続可能なものとしていくことが必要。

# 介護費用と保険料の推移

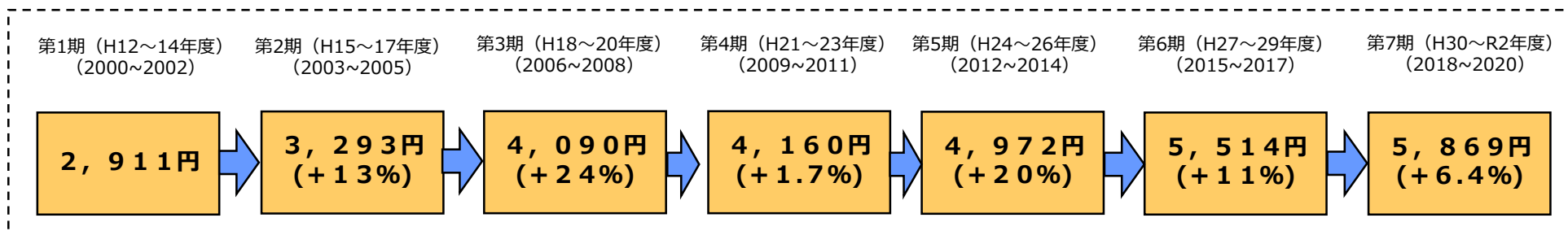
## ○ 総費用

介護保険の総費用（※）は、年々増加



(注) 2000～2016年度は実績、2017～2019年度は当初予算である。 ※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）〕



## 第1号保険料と第2号保険料の推移

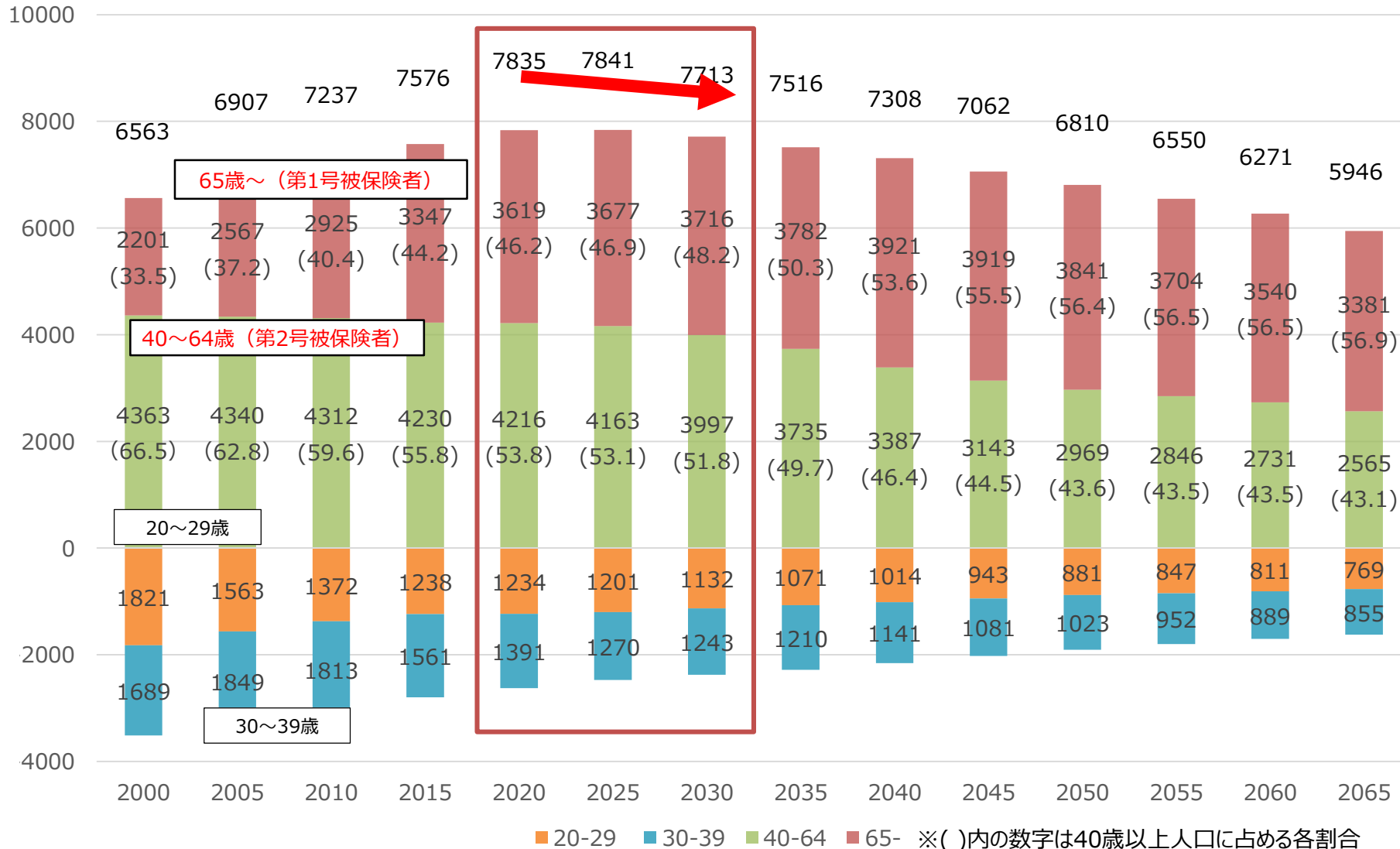
		第1号保険料(65歳～) の1人当たり月額 (基準額の全国平均)	第2号保険料(40歳～64歳) の1人当たり月額 (事業主負担分、公費分を含む)	
第1期	平成12年度	2,911円	2,075円	
	平成13年度		2,647円	
	平成14年度		3,008円	
第2期	平成15年度	3,293円	3,196円	
	平成16年度		3,474円	
	平成17年度		3,618円	
第3期	平成18年度	4,090円	3,595円	
	平成19年度		3,777円	
	平成20年度		3,944円	
第4期	平成21年度	4,160円	4,093円	
	平成22年度		4,289円	
	平成23年度		4,463円	
第5期	平成24年度	4,972円	4,622円	
	平成25年度		4,871円	
	平成26年度		5,125円	
第6期	平成27年度	5,514円	5,081円	
	平成28年度		9月まで	5,192円
			10月以降	5,190円〔国保〕
	平成29年度		5,249円〔被用者保険〕	
5,555円〔国保〕				
第7期	平成30年度	5,869円	5,642円〔被保険者保険〕	
			5,659円〔国保〕	
			5,723円〔被保険者保険〕	

(注)第2号保険料の1人当たり月額については、平成28年度までは確定額、平成29年度以降は予算における見込額

# 40歳以上人口の推移

- 保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2020年代初頭から減少に転じる見込み。

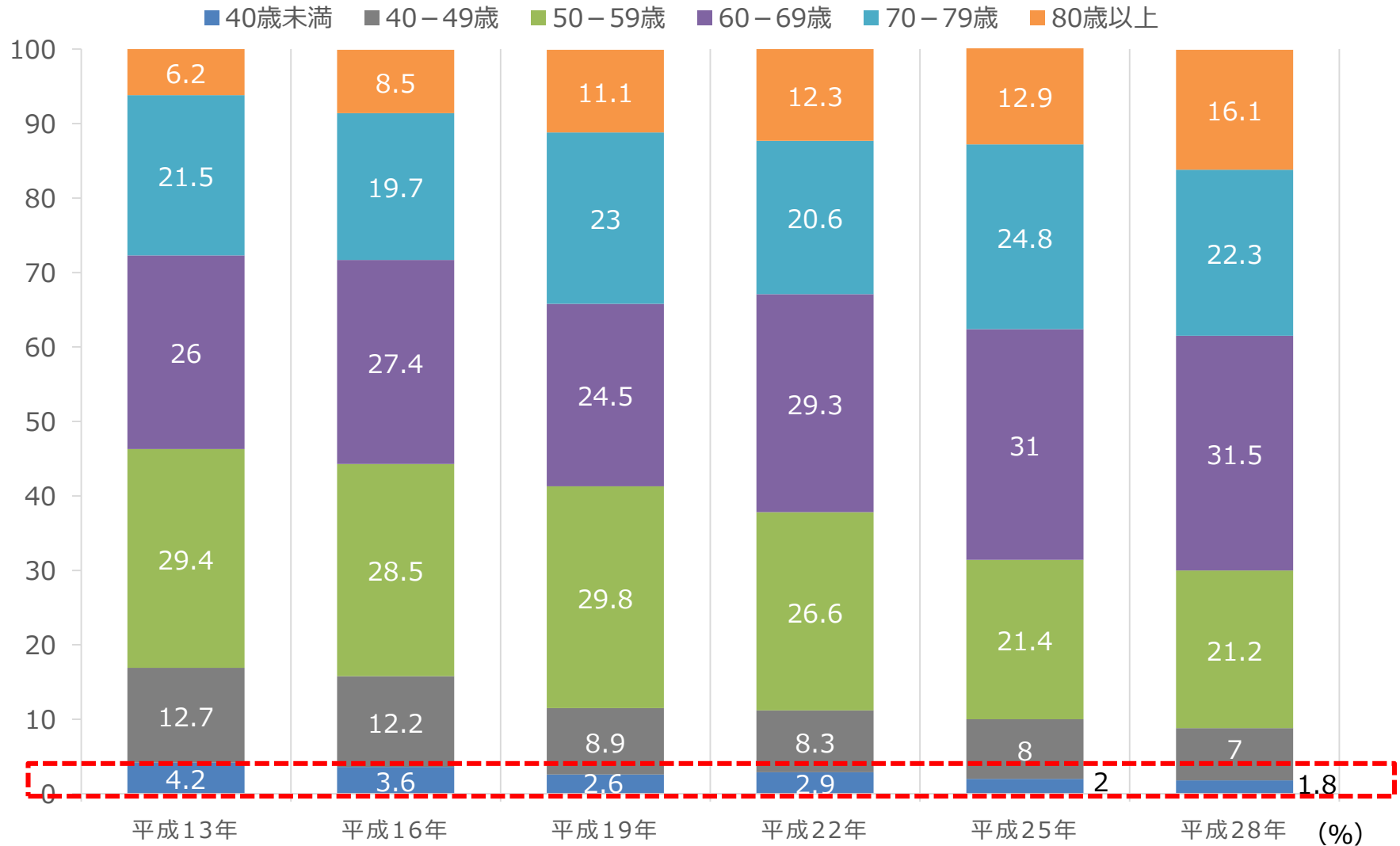
(万人)



出典：2015年以前は国勢調査、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（出生中位（死亡中位）推計）

# 同居の主な介護者の年齢構成

○ 同居の主な介護者の年齢構成では、40歳未満は縮小傾向にある。



出典：国民生活基礎調査（厚生労働省）  
 ※ 平成28年調査は熊本県を除いたものである

# 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（概要） （地域共生社会の実現に向けた取組の推進（新たに共生型サービスを位置付け））

## 見直し内容

- 高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置付ける。

### 現行

サービスを提供する場合、  
それぞれ指定基準を満たす必要がある

障害児者

高齢者



障害福祉サービス事業所等



介護保険事業所

### 【課題】

- 障害福祉サービスに相当するサービスが介護保険法にある場合は、介護保険サービスの利用が優先されるため、従来から障害福祉サービス事業所を利用していた障害者が高齢者となった場合に、馴染みの事業所を利用し続けられないことがある。
- 高齢化が進み人口が減少する中で、サービスの提供に当たる人材の確保が難しくなる。

### 改正後

障害児者

高齢者



障害福祉サービス事業所等



介護保険事業所

### 新たに共生型サービスを位置付け

新

障害児者

高齢者

共生型サービス事業所

障害福祉サービス事業所等

介護保険事業所

障害福祉サービス事業所等であれば、介護保険事業所の指定も受けやすくする特例を設ける。  
※逆も同じ

※対象サービスは、①ホームヘルプサービス、②デイサービス、③ショートステイ等を想定

## (2) 補足給付に関する給付の在り方



# 補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み

- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定
- 標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付

負担軽減の対象となる低所得者

利用者負担段階	主な対象者	
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	かつ、預貯金等が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円以下	
第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外	
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者	

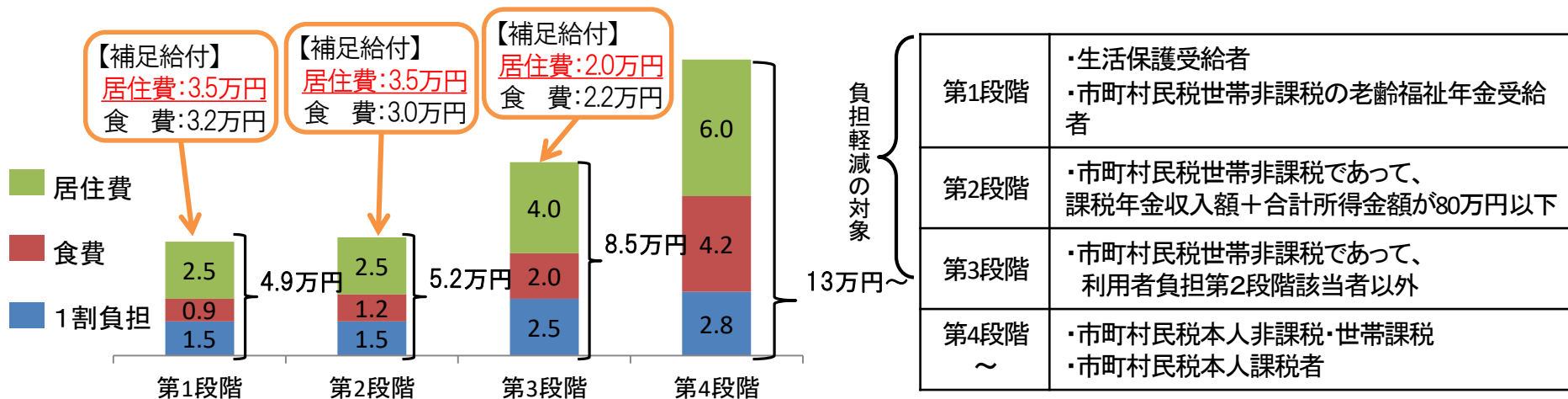
※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。

			基準費用額 (日額(月額))	負担限度額 (日額(月額))		
				第1段階	第2段階	第3段階
食費			1,380円 (4.2万円)	300円 (0.9万円)	390円 (1.2万円)	650円 (2.0万円)
居住費	多床室	特養等	840円 (2.5万円)	0円 (0万円)	370円 (1.1万円)	370円 (1.1万円)
		老健・療養等	370円 (1.1万円)	0円 (0万円)	370円 (1.1万円)	370円 (1.1万円)
	従来型 個室	特養等	1,150円 (3.5万円)	320円 (1.0万円)	420円 (1.3万円)	820円 (2.5万円)
		老健・療養等	1,640円 (5.0万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)
	ユニット型個室的多床室		1,640円 (5.0万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)
ユニット型個室		1,970円 (6.0万円)	820円 (2.5万円)	820円 (2.5万円)	1,310円 (4.0万円)	

# 平成26年改正における補足給付の見直し【平成27年8月施行(一部平成28年8月)】

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

## ＜現在の補足給付と施設利用者負担＞ ※ ユニット型個室の例



(※)認定者数:119万人、給付費:3292億円[平成28年度]

## ＜要件の見直し＞

### ①預貯金等

一定額超の預貯金等(単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超)がある場合には、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

### ②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、補足給付の対象外

### ③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

①、②:平成27年8月施行、③:平成28年8月施行

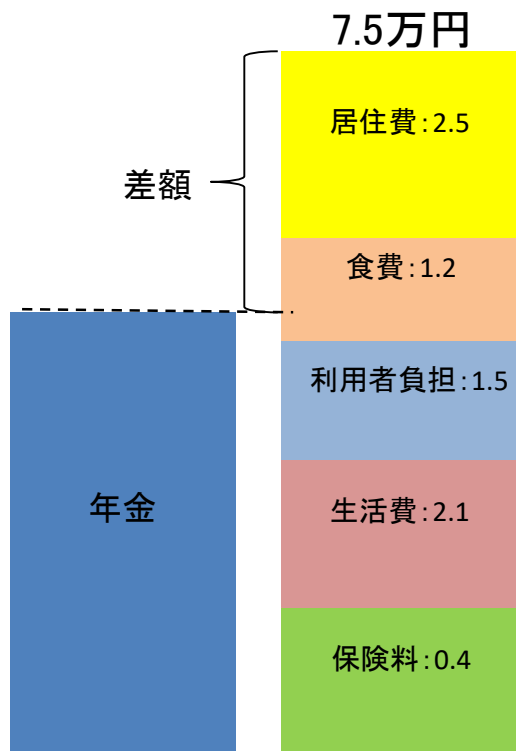
# 施設での生活にかかる費用等の目安（案）

第49回介護保険部会資料  
平成25年9月25日

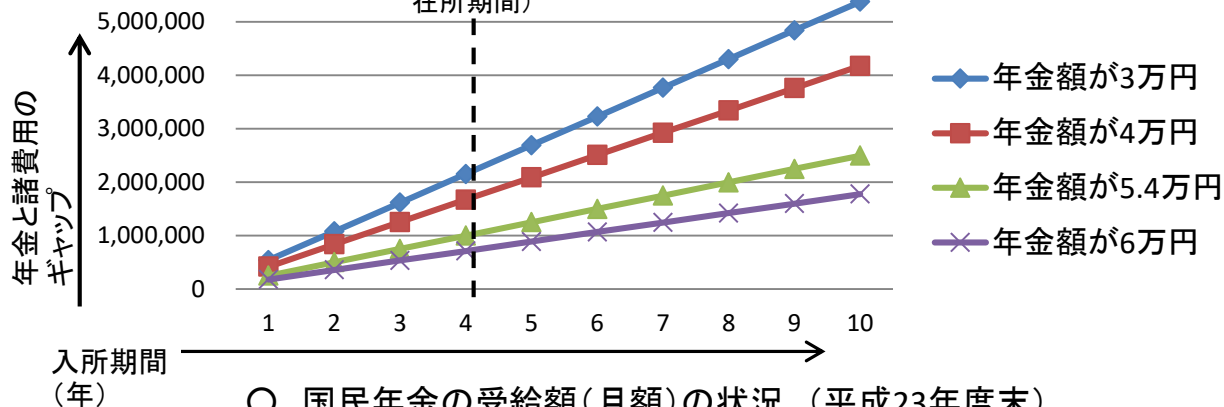
## ユニット型の施設に入所した場合

- 基準額を下回る場合には補足給付の対象となることから、年金収入が少なくても、ユニット型個室に入居して補足給付による負担軽減を受けつつ食費・居住費、利用者負担、その他の生活費、各種保険料を負担することができることを想定。
- 特養の場合には9割以上の入所者が10年以内に退所している。
- また、国民年金受給月額平均5.5万円。9割の者が月額3万円以上となっている。
- ユニット型の施設に入所した場合でも、預貯金500万円程度があれば年金額が低い者でも補足給付を受けながら10年居住することができる。

- 国民年金受給者がユニット型個室に入居した場合の一月当たりの費用



- 「差額」を入所期間に応じて積み上げ。  
(特養の平均在所期間)



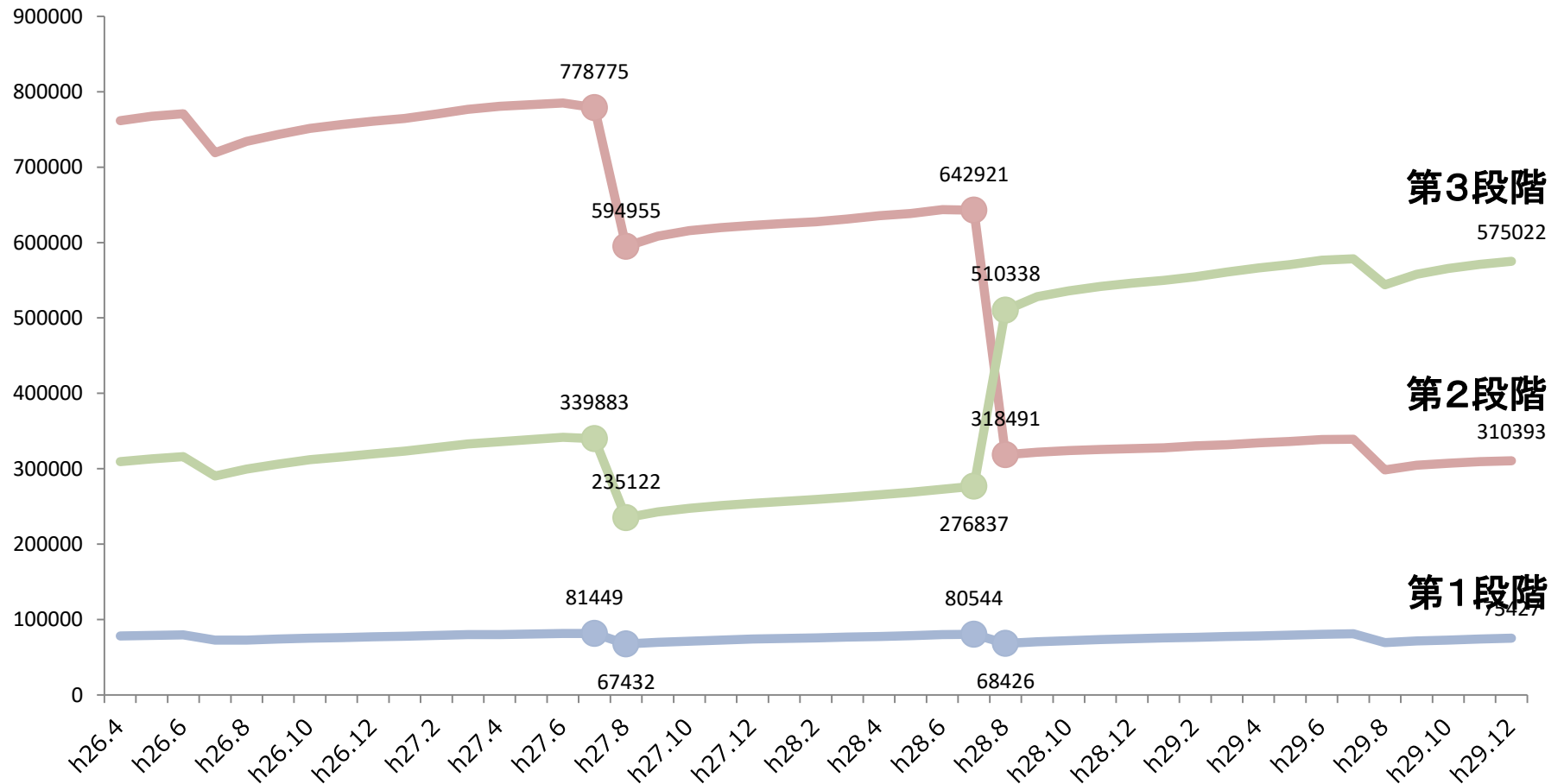
月額(万円)	人数	割合	累積割合
～ 1	116,884	0.4%	0.4%
1 ～ 2	351,978	1.3%	1.8%
2 ～ 3	1,111,636	4.2%	6.0%
3 ～ 4	3,515,140	13.3%	19.2%
4 ～ 5	3,715,496	14.0%	33.2%
5 ～ 6	5,085,167	19.2%	52.4%
6 ～ 7	11,174,592	42.2%	94.6%
7 ～	1,433,330	5.4%	100.0%

平均: 54,612円

出典: 平成23年度厚生年金  
保険・国民年金事業報告

## 補足給付の件数(食費・総数)

- 補足給付の支給要件の厳格化(配偶者勘案・預貯金勘案)を行った平成27年8月に件数が大きく下がっている。配偶者勘案と預貯金勘案の影響度合いについては不明。
- また、さらに支給要件の厳格化(非課税年金勘案)を行った平成28年8月に第2段階の件数が大きく下がるとともに、第3段階の件数が大きく上がっている。



# 補足給付の額の推移

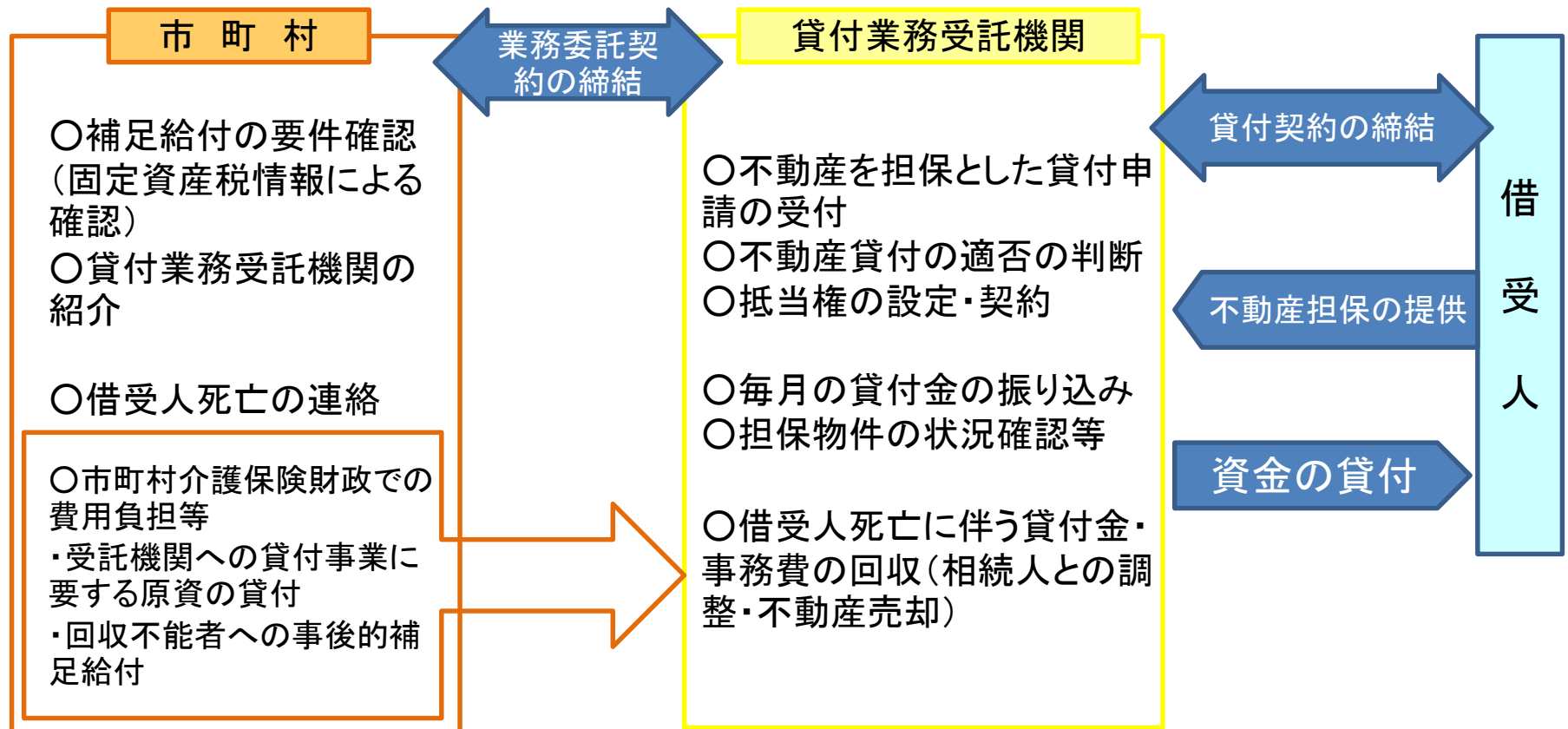
(百万円)

平成30年 4月サービス分	5月サービス分	6月サービス分	7月サービス分	8月サービス分	9月サービス分
25,988	27,138	26,314	27,280	26,631	26,621
10月サービス分	11月サービス分	12月サービス分	平成31年 1月サービス分	平成31年 2月サービス分	平成31年 3月サービス分
27,234	26,307	27,138	27,076	24,559	27,202

出典：介護保険事業状況報告（平成30年6月～令和元年5月月報）

## 不動産を担保とした貸付制度のイメージ（案）

- 実施に当たっては、市町村の事務負担を踏まえ可能な限り簡便な仕組みとし、外部への委託を可能とする方向で検討することとしてはどうか。
- 不動産貸付事業は流動性を確保できる一定の価値以上の不動産が存在する市町村において一定の価値以上の不動産を対象に実施し、最終的に不動産が処分できなかった場合の事後的な補足給付などを介護保険財政で負担する方向で検討することとしてはどうか。
- 具体化に向けて、制度の対象者や事務的なコストも含めた費用対効果の面や、委託先の確保にも留意して実施方法を検討するべきではないか。



## 不動産担保貸付の事業化について引き続き検討すべき課題

- 不動産担保貸付について関係者との調整を進めてきたところだが、現段階では事業化に向けて次のような課題が指摘されている。
- 現時点で全国的に委託先が確保できる状況にはなっておらず、事業化に向けたスキームの詳細や費用対効果について引き続き検討することが必要。

検討案	関係者(自治体・金融機関等)から指摘された課題(例)
○市町村保険者から外部への委託を可能とする。	○市町村の体制では貸付事業を直接実施することは困難であり、実施するには確実な委託先の確保が大前提となる。
○固定資産税評価額で2000万円以上の宅地を所有する者を補足給付の対象外とし、当該宅地を担保とした貸付を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>○宅地の価格には地域差があり、市町村単位とした場合、取扱件数が少なくなるケースも考えられ、民間ベースでは採算の確保が期待しづらい可能性がある。</li> <li>○貸付先については、貸付業務の委託先により判断が異なることがあり、標準的な実施方法を確立する必要がある。</li> <li>○金融機関等に委託する場合にはシステム整備が必須であり、また鑑定評価や貸付金の金利、事務コストなどがかかるほか、採算を成り立たせることが必要。</li> <li>○貸付額が少額な割には借受人に利子等の負担がかかり、また大がかりな仕掛けが必要となるので、費用対効果の観点からも検証するべき。</li> </ul>
○貸付原資を介護保険財政から貸付。また、担保割れにより回収不能となった場合には、事後的に補足給付を行い、介護保険財政により負担。	<ul style="list-style-type: none"> <li>○長期にわたる貸付では、長生きリスク、不動産価値下落リスク、金利上昇リスクがあるため、担保割れのリスクやそれに伴う費用の負担をどうするか整理する必要がある。</li> <li>○借受人が亡くなったあとの相続関係の対応がトラブルになりやすいので十全な整理が必要。</li> </ul>

不動産担保貸付事業については、その事業化に向けて、次のようなスキームの詳細や費用対効果などの課題について引き続き検討していくこととしている。

引き続き検討すべき主な課題	
1) 各地域での事業化	対象となる宅地不動産は地域ごとにばらつきがあることから、そのような状況の中で各地域での事業化を図る手立てを検討する必要がある。
2) 実務的課題	以下のような実務的な課題について、引き続き検討し、整理をしていく必要がある。
① 貸付の枠組み関係	貸付対象となる者の選定方法、不動産の鑑定・評価のあり方、貸付限度額の設定のあり方、相続人対策のあり方など
② 貸付開始後の管理の在り方	システム等業務処理方法、限度額割れした場合の対応、契約の変更・終了を要する場合の対応など
③ 本人死亡後の対応	本人死亡後の相続人への請求のあり方、居住不動産の処分方法、限度額割れとなった場合の対処方法など
④ 貸付業務に係る費用	必要な費用の調達方法、かかる経費の関係者での分担方法など
3) 費用対効果の検証	全体としての費用対効果を高める方法を検討する必要がある。



# 平成26年度老健事業(不動産を活用した補足給付の見直し等に関する調査研究)

- 補足給付の支給における不動産の勘案について、有識者で構成される研究会での議論を行い、実効性と実現可能性を兼ね備えた不動産担保型貸付制度のあり方を検討するとともに、実現のための課題や要件を整理。
- 高齢者が保有する不動産を活用して必要なフローを自ら確保できるようにする方策を検討するための基本的方向性は以下のとおり。
  - ① 民間機関の活用を前提とする。
  - ② 民間企業の参入を促すために、補足給付受給者だけでなく、「施設入所者全体＋特定施設等の居住系サービス利用者」に貸付の対象を拡大する。(補足給付対象者だけでは市場規模が小さい)
  - ③ 全国エリアをカバーする実行性のある仕組みの構築を検討する。
  - ④ 対象者の年齢は高く認知症である場合も多いことを踏まえ高齢者の特性に対応した仕組みの設計、契約能力の低下をカバーするための支援や担保が必要。

## 不動産を活用した補足給付の見直し等に関する研究会 委員名簿

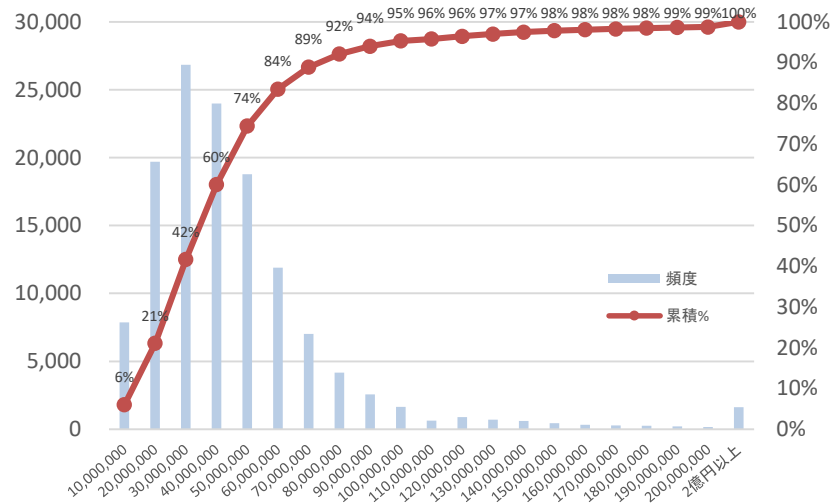
座長	駒村 康平	慶應大学 経済学部 教授
	石倉 米一	前橋市 福祉部 介護高齢課 課長
	酒井 健	独立行政法人住宅金融支援機構 業務企画部保証型・融資保険グループ長
	鈴木 裕之	(株)リクルート住まいカンパニー事業開発室事業開発部 事業開発グループ
	太矢 一彦	東洋大学 法学部 教授
	早川 仁	流山市 健康福祉部 介護支援課 課長
	廣原 英樹	横浜市 健康福祉局 高齢健康福祉部介護保険課 担当係長
	村岸 栄一	東京スター銀行 リテール企画グループグループリーダー
	山崎 福寿	日本大学 経済学部 教授

## 不動産取引の実態(都道府県)

○ 不動産取引の実態は地域によってかなり違いがある。

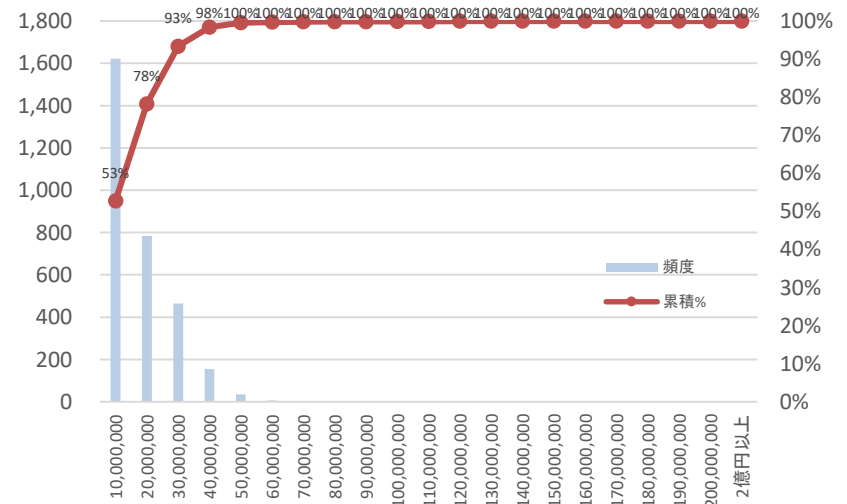
### 【東京都】

東京都内の不動産の価格分布の状況を見てみると、以下の図表の通り、約58%の取引は総額3,000万円以上となっている。



### 【秋田県】

一方、秋田県は、不動産取引のうち、総額3,000万円以上は約7%しか存在しない状況となっている。



※「不動産取引価格情報」(国土交通省)より作成。

※宅地、戸建住宅、マンションの取引データを、2014年から2018年末の5年間を対象期間として抽出し、分析を行ったもの。

### (3) 多床室の室料負担

# 補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み（再掲）

- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定
- 標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付

負担軽減の対象となる低所得者

利用者負担段階	主な対象者	
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活保護受給者</li> <li>・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である高齢福祉年金受給者</li> </ul>	かつ、預貯金等が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下
第2段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円以下</li> </ul>	
第3段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>・世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外</li> </ul>	
第4段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>・世帯に課税者がいる者</li> <li>・市町村民税本人課税者</li> </ul>	

※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。

			基準費用額 (日額(月額))	負担限度額 (日額(月額))		
				第1段階	第2段階	第3段階
食費			1,380円 (4.2万円)	300円 (0.9万円)	390円 (1.2万円)	650円 (2.0万円)
居住費	多床室	特養等	840円 (2.5万円)	0円 (0万円)	370円 (1.1万円)	370円 (1.1万円)
		老健・療養等	370円 (1.1万円)	0円 (0万円)	370円 (1.1万円)	370円 (1.1万円)
	従来型 個室	特養等	1,150円 (3.5万円)	320円 (1.0万円)	420円 (1.3万円)	820円 (2.5万円)
		老健・療養等	1,640円 (5.0万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)
	ユニット型個室的多床室		1,640円 (5.0万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)
ユニット型個室		1,970円 (6.0万円)	820円 (2.5万円)	820円 (2.5万円)	1,310円 (4.0万円)	

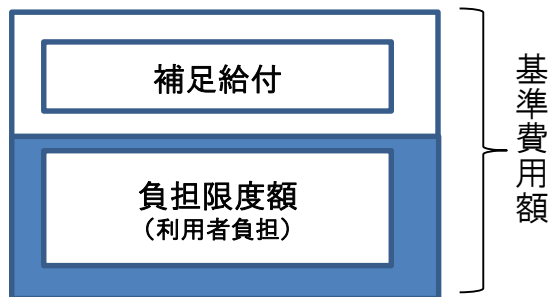
# (参考) 補足給付 (低所得者の食費・居住費の負担軽減) の仕組み

## 対象者

利用者負担段階	主な対象者		
負担軽減の対象となる低所得者	第1段階	・生活保護受給者 ・世帯(世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。)全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	かつ、預貯金等が単身で1,000万円(夫婦で2,000万円)以下
	第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額(※)+合計所得金額が80万円以下	
	第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外	
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		

※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。

## 制度のイメージ



基準額

⇒食費・居住費の提供に必要な額

補足給付

⇒基準費用額から負担限度額を除いた額

# 施設系サービスにおける食費・居住費の平均的な費用額の推移

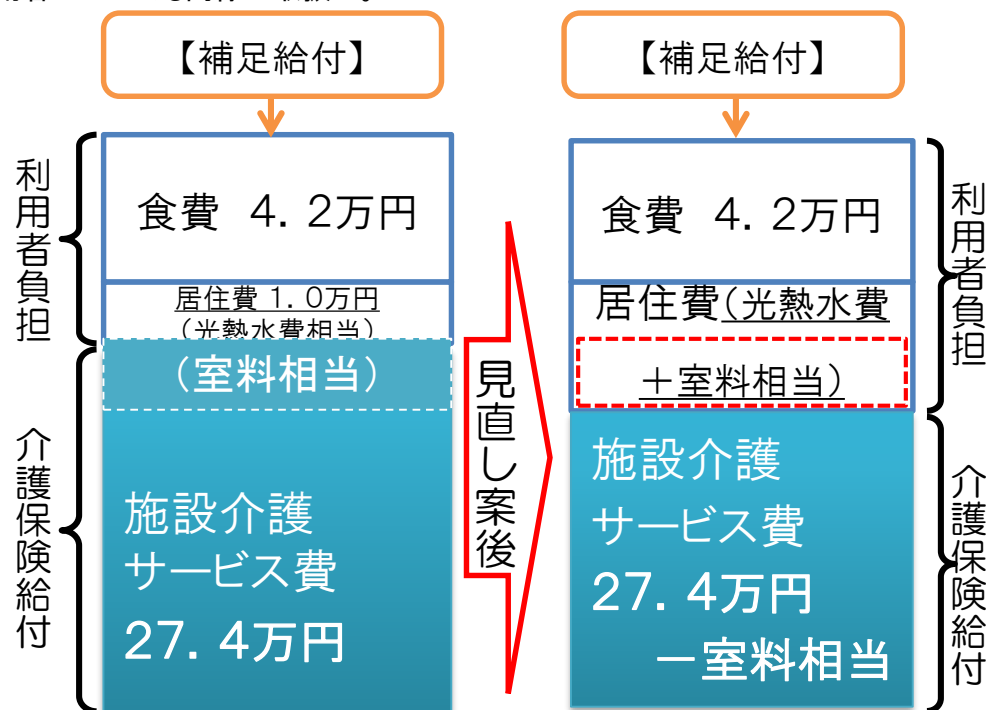
		【見直し後】 基準費用額 (月額)	【現行】 基準費用額 (月額)	平成29年度 介護事業経営実態調査 (①)		平成26年度 介護事業経営実態調査		平成20年度 介護事業経営実態調査		平成17年度 介護事業経営実態調査		平成16年 介護事業経営概況調査		
				(平成28年度収支)		(平成26年3月収支)		(平成20年3月収支)		(平成17年3月収支)		(平成16年9月収支)		
食費		42,317	41,952	合計	43,644	合計	41,183	合計	40,361	合計	40,270	合計	42,229	
				調理員等	26,089	調理員等	23,807	調理員等	24,193	調理員等	23,952	調理員等	25,339	
				材料費等	17,555	材料費等	17,376	材料費等	16,167	材料費等	16,319	材料費等	16,891	
居住費	多床室	特養 (国庫補助金等相当額を 勘案)	25,992	25,536	合計	43,217								
			(国庫補助金等相当額を 勘案)	(国庫補助金等相当額を 勘案)	減価償却費	32,748								
	老健 療養	11,461	11,248 (~26年度 9,728)	光熱水費	10,469	光熱水費	11,215	光熱水費	10,101	光熱水費	9,863	光熱水費	9,490	
				(H28家計調査)	(H25家計調査)	(H19家計調査)	(H17家計調査)	(H15家計調査)	(H16家計調査)	9,484				
	従来型個室	特養 (国庫補助金等相当額を 勘案)	35,598	34,960	合計	54,427	合計	54,097	合計	53,913	合計	61,787	合計	53,931
					減価償却費	36,524	減価償却費	31,022	減価償却費	34,955	減価償却費	43,871	減価償却費	37,688
		老健	50,707	49,856	光熱水費	17,903	光熱水費	23,075	光熱水費	18,958	光熱水費	17,916	光熱水費	16,243
					合計	43,959	合計	47,660	合計	57,172	合計	57,343	合計	60,509
		療養	50,707	49,856	減価償却費	27,452	減価償却費	26,206	減価償却費	40,742	減価償却費	43,247	減価償却費	44,428
					光熱水費	16,507	光熱水費	21,454	光熱水費	16,430	光熱水費	14,096	光熱水費	16,081
	合計	38,620	合計	35,127	合計	60,449	合計	64,938	合計	63,936				
	ユニット型個室的多床室	50,707	49,856	減価償却費	27,711	減価償却費	23,767	減価償却費	47,655	減価償却費	52,251	減価償却費	50,827	
			光熱水費	10,909	光熱水費	11,360	光熱水費	12,793	光熱水費	12,688	光熱水費	13,109		
ユニット型個室	ユニット型個室的多床室													
	60,982	59,888	合計	63,848	合計	64,642	合計	67,036	合計	62,477	合計	67,794		
			減価償却費	45,693	減価償却費	39,988	減価償却費	49,546	減価償却費	43,839	減価償却費	49,071		
		光熱水費	18,155	光熱水費	24,654	光熱水費	17,490	光熱水費	18,638	光熱水費	18,723			

- 注1 基準費用額の月額は、一月を30.4日とし、これに日額を掛け合わせて算出している。  
 注2 調理委託している場合の費用は、調理員等に含めている。  
 注3 減価償却費、光熱水費には食事サービス部門が含まれている。  
 注4 家計調査の数値は、高齢者世帯1月あたり光熱水費支出額を世帯人員で除した値である。  
 注5 27年度に多床室の基準費用額は見直しを行った。  
 注6 27年8月から特養の多床室の入所者から居住費(室料相当分)の負担を求めることとした。

論点8 「低所得者を支え得る多床室」との指摘もあることを踏まえ、一定の所得を有する者が介護老人福祉施設の多床室に入所する場合には、居住費負担の見直しを行ってはどうか。

## 対応案

- 「低所得者を支え得る多床室」との指摘もある中で、死亡退所も多い等事実上の生活の場として介護老人福祉施設は選択されていることから、一定程度の所得を有する在宅で生活する方との負担の均衡を図るため、一定の所得を有する介護老人福祉施設の多床室の入所者から居住費(室料)の負担を求めることとしてはどうか。(低所得者に配慮し、利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させない。)
- 見直し後の多床室の基本サービス費は、人員配置基準が同じである従来型個室を参考に設定してはどうか。
- 多床室のプライバシーに配慮した居住環境改善に向けた取組を進めることとする。  
※ 短期入所生活介護の利用者についても同様の取扱い。



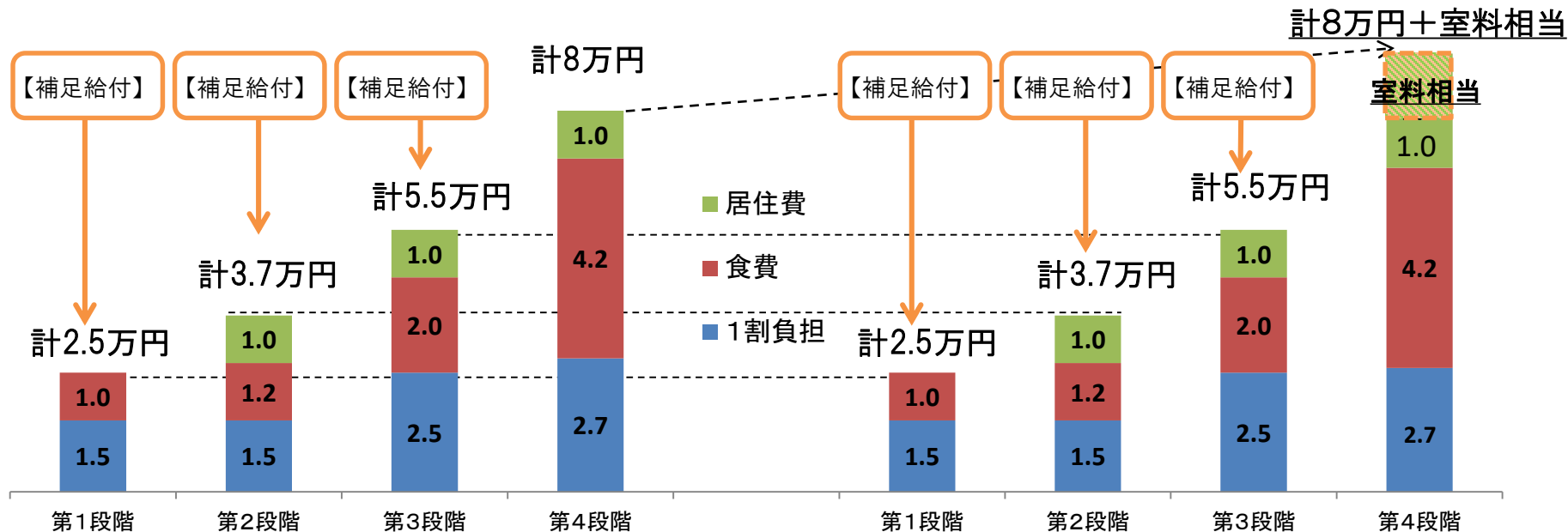
# (参考) 介護老人福祉施設の多床室の居住費について

平成26年10月29日  
第112回介護給付費分科会資料

○ 利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させないこととしてはどうか。

## <多床室の利用者負担(見直し前)>

## <多床室の利用者負担(見直し案後)>



※ 数値についてはいずれも現在の金額を記載。

○ 旧国民年金老齢年金(基礎のみ)の受給権者の年金額: 平均5.0万円

○ 老齢基礎年金等の受給権者の年金額: 平均5.5万円

[出典]「平成23年度厚生年金保険・国民年金事業の概況」

・第1段階: 生活保護受給者、老齢福祉年金受給者 等

・第2段階: 市町村民税世帯非課税、本人の年金収入80万円以下

・第3段階: 市町村民税世帯非課税、本人の年金収入80万円超

・第4段階: 市町村民税世帯課税(例えば、夫婦2人世帯で、本人の年金収入211万円超)

※第2及び第3段階の利用者負担額については、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度が適用されると、さらに低減される。

【参考】所得段階別の特養入所者(約52万人)の割合(平成22年介護サービス施設・事業所調査)





## (4) ケアマネジメントに関する給付の在り方

# 居宅介護支援・介護予防支援の概要・基準

## 1 居宅介護支援

### <定義> 【法第8条第24項】

- 居宅の要介護者が居宅サービス等の適切な利用ができるように、
  - ① 要介護者の心身の状況、置かれている環境、要介護者や家族の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成
  - ② 居宅サービス計画に基づくサービス提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整
  - ③ 介護保険施設等への入所が必要な場合における紹介 等を行うこと。

### <人員基準> 【居宅介護支援 運営基準第2条・第3条】

- 従業者：事業所ごとに常勤の介護支援専門員を1人以上配置（利用者35人：介護支援専門員1人を基準）
- 管理者：事業所ごとに常勤専従の主任介護支援専門員（※）を配置  
（※）平成33年3月までは、常勤専従の介護支援専門員の配置も可能とする経過措置あり。

## 2 介護予防支援

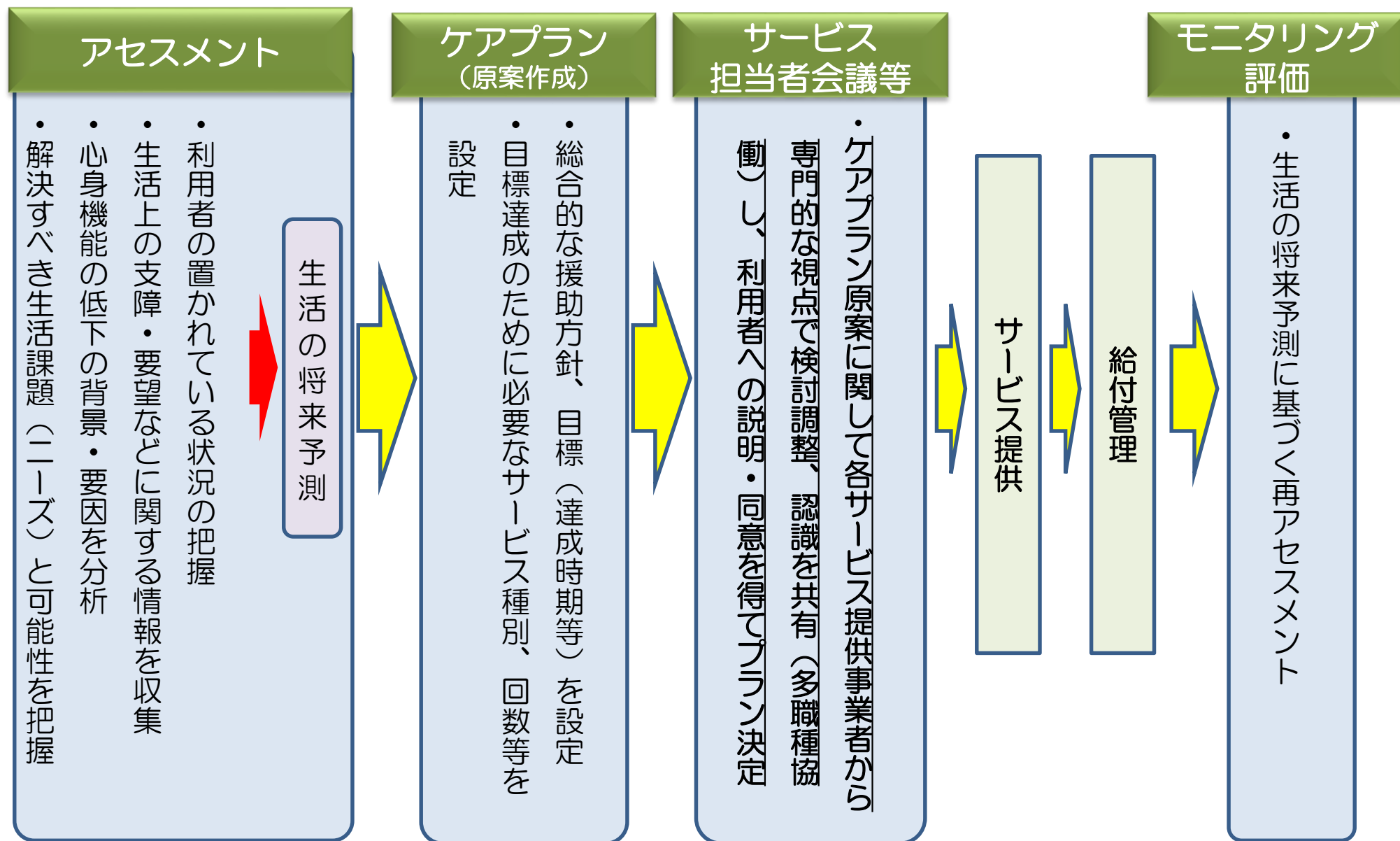
### <定義> 【法第8の2条第16項】

- 居宅の要支援者が介護予防サービス等の適切な利用ができるように、市町村が設置する地域包括支援センターが、
  - ① 要支援者の心身の状況、置かれている環境、要介護者や家族の希望等を勘案し、介護予防サービス計画を作成
  - ② 介護予防サービス計画に基づくサービス提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整 等を行うこと。

### <人員基準> 【介護予防支援 運営基準第2条・第3条】

- 従業者：事業所ごとに担当職員（※）を1人以上配置  
（※）①保健師、②介護支援専門員、③社会福祉士、④経験ある看護師、⑤高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事 のいずれかの要件を満たす者であって、介護予防支援業務に関する必要な知識及び能力を有する者。
- 管理者：事業所ごとに常勤専従の者を配置

# ケアマネジメントの流れ



# 居宅介護支援・介護予防支援の報酬のイメージ（1月あたり）

## 居宅介護支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）

利用者の要介護度や取扱件数に応じた基本サービス費

	要介護1・2	要介護3・4・5
居宅介護支援費Ⅰ	1,053単位/月	1,368単位/月
居宅介護支援費Ⅱ	527単位/月	684単位/月
居宅介護支援費Ⅲ	316単位/月	410単位/月

【報酬体系は逡減制】※1



※1 介護支援専門員（常勤換算）1人当たり40件を超えた場合、超過部分のみに逡減制（40件以上60件未満の部分は居宅介護支援費Ⅱ、60件以上の部分は居宅介護支援費Ⅲ）を適用

※2 取扱件数には介護予防支援受託者数を2分の1とした件数を含む

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

初回利用者へのケアマネジメントに対する評価（300単位）

入院時の病院等との連携

- ・入院後3日以内：200単位
- ・入院後7日以内：100単位

退院・退所時の病院等との連携

- ・退院・退所時カンファレンスへの参加あり（連携1回：600単位、連携2回：750単位、連携3回：900単位）
- ・退院・退所時カンファレンスへの参加なし（連携1回：450単位、連携2回：600単位）

利用者の状態の急変等に伴い利用者宅で行われるカンファレンスへの参加（200単位）

末期がん患者に対する頻回な居宅訪問や主治医・事業者との連携に対する評価（400単位）

ケアマネジメント等の質の高い事業所への評価（Ⅰ：500単位、Ⅱ：400単位、Ⅲ：300単位、Ⅳ：125単位）

小規模多機能型居宅介護事業所との連携（300単位）

看護小規模多機能型居宅介護事業所との連携（300単位）

サービス担当者会議や定期的な利用者の居宅訪問未実施、契約時の説明不足等（▲50%）

訪問介護等において特定の事業所を位置付ける割合が80%を超える場合（▲200単位）

## 介護予防支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）

介護予防支援費

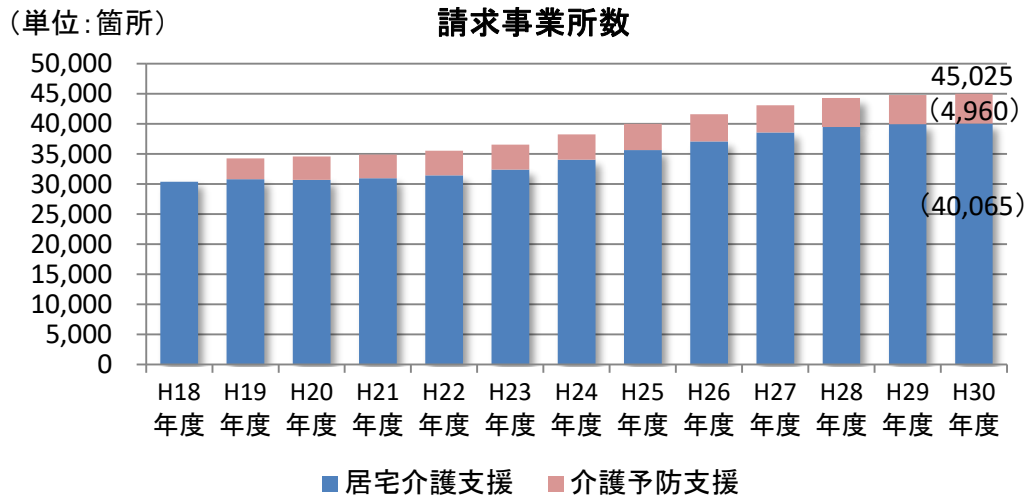
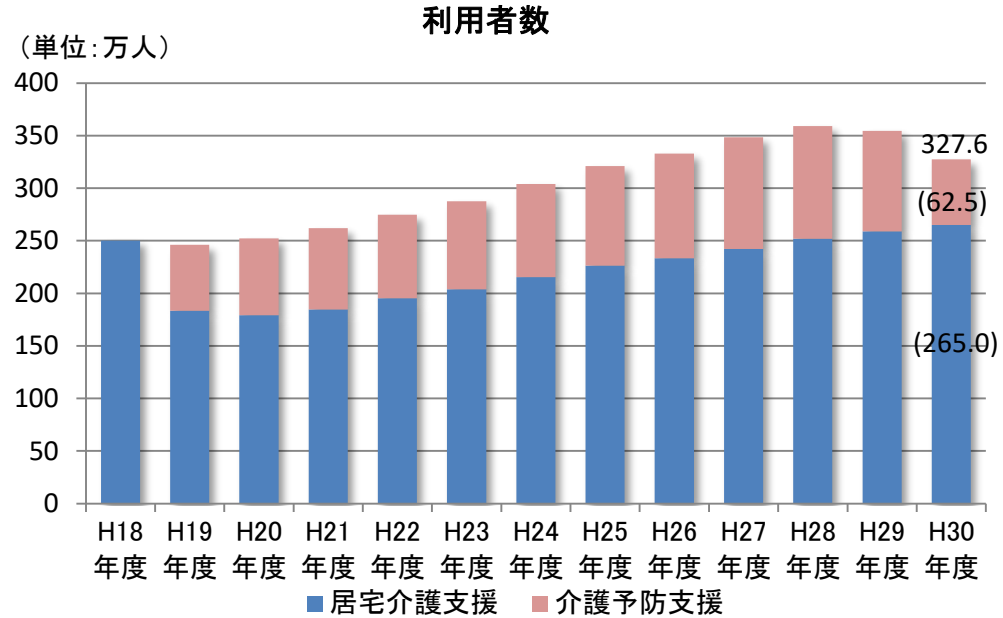
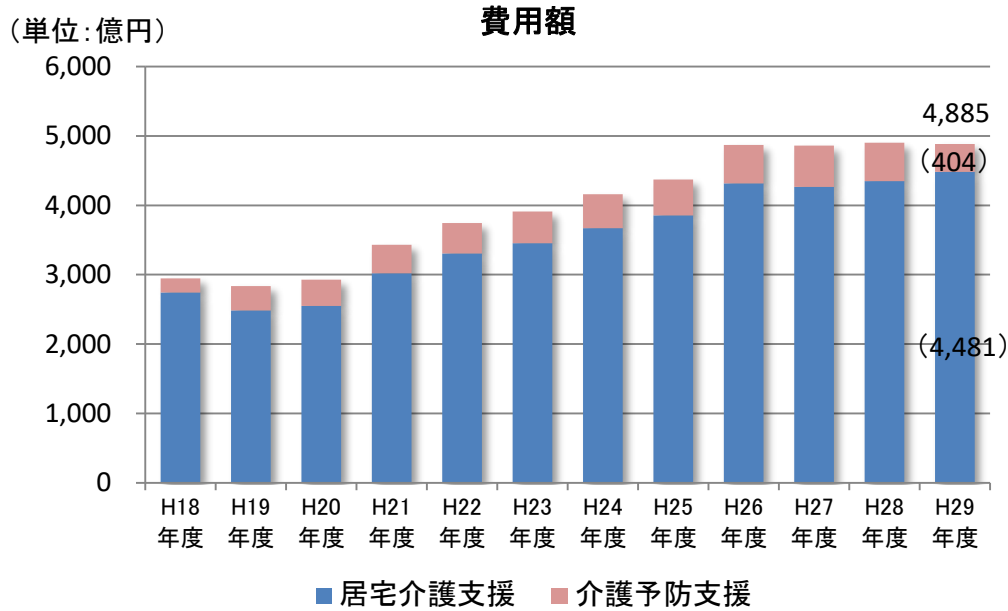
430単位/月

小規模多機能型居宅介護事業所との連携（300単位）

初回利用者へのケアマネジメントに対する評価（300単位）

# 居宅介護支援の事業所数・利用者数等

○居宅介護支援・介護予防支援の利用は、ここ数年は増加傾向にある。



居宅介護支援・介護予防支援の  
介護サービス費用額(平成29年度)

(上欄の単位: 億円)

要支援		要介護					合計
1	2	1	2	3	4	5	
164	240	1,408	1,253	881	576	363	4,885
3.4%	4.9%	28.8%	25.6%	18.0%	11.8%	7.4%	100%

【出典】平成29年度介護給付費実態調査

注1) 費用額の値は、介護給付費実態調査の5月審査(4月サービス)分から翌年の4月審査(3月サービス)分までの合計である。

注2) 利用者数、請求事業所数の値は、介護給付費実態調査(4月審査分)。

# ケアマネジメントの利用者負担に関する議論について

## ●老人保健福祉審議会「高齢者介護保険制度の創設について」（平成8年4月22日）（抄）

### 第2部 介護サービスのあり方

#### 2. 介護給付の対象となるサービス

##### (7) ケアマネジメントサービスについて

- 要介護高齢者に対しては、後述するように、多様な専門家からなるケアチームが個々の高齢者ごとに必要とされる適切な介護サービスの提供に関する計画（ケアプラン）を作成し、総合的・一体的なサービスの確保を図ることが重要である。こうしたケアマネジメントサービスは、介護給付の対象とし、本人が希望に基づいて有効に利用できるようにすることが適当である。これについては、高齢者がケアマネジメントサービスを積極的に利用できるよう、利用者負担について十分配慮する必要がある。

## ●社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成22年11月30日）（抄）

### Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

#### 2 サービスの質の確保・向上

##### (1) ケアマネジメントについて

###### (利用者負担の導入)

- 居宅におけるケアプランの作成等のケアマネジメントについては、現在、全て介護保険給付で賄われており、利用者負担が求められていない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に10割給付のサービスと位置づけたものである。
- 利用者負担の導入については、ケアマネジャーによるケアプランの作成等のサービスは介護保険制度の根幹であり、制度の基本を揺るがしかねないこと、必要なサービス利用の抑制により、重度化につながりかねないことなど、利用者や事業者への影響を危惧する強い反対意見があった。さらに、セルフケアプランが増加すれば、市町村の事務処理負担が増大することなどから、慎重に対応すべきであるとの指摘があった。
- 一方、制度創設から10年を経過し、ケアマネジメント制度がすでに普及・定着していると考えられること、小規模多機能サービスや施設サービスなどケアマネジメントが包含されているサービスでは利用者が必要な負担をしていること等も考慮し、居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスに利用者負担を導入することを検討すべきであるとの意見があった。これにより、利用者自身のケアプランの内容に対する関心を高め、自立支援型のケアマネジメントが推進されるのではないかとの考え方もある。なお、その際には、適切なサービスの利用を阻害しないよう配慮することが必要である。

# ケアマネジメントの利用者負担に係るこれまでの議論

## ●社会保障審議会介護保険部会

「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関するこれまでの議論の整理」（平成23年11月30日）（抄）

### Ⅱ 保険給付の重点化

（ケアマネジメント）

- 事務局より、自立支援に向けてケアマネジメントの機能強化を図る観点から、ケアマネジメントについて利用者負担を導入することの是非と制度的な対応の必要性についての問題提起があった。
- 利用者負担の導入については、これにより利用者のケアプランへの関心が高まりケアマネジャーと利用者のコミュニケーションが促進される、ケアマネジャーの専門性があれば、ケアプランの自己作成が増えることはなく、専門性と質向上の必要性についての理解を深めることが必要との立場から賛成する意見があった。
- 一方で、公平で自立支援に資するケアプランになるかどうか、利用者の要望を組むだけのプランが増えるのではないかとの懸念、所得の多寡にかかわらず、公正中立なケアマネジメントを受けられることが重要であること、ケアマネジメントが介護保険利用の入り口であり、利用者の代弁機能も担っていること、まずはケアマネジャーの資質向上を図るべきで現段階では時期尚早、などの立場から反対する意見があった。しかしながら、利用者負担の導入に反対する立場からのものも含めて、ケアマネジャーの資格の在り方、質の向上について早急に検討を行うべき、利用されているサービスが自立支援に資するものとなっているかどうか、ケアマネジメントの在り方も含めて検証すべきとの意見が表明されており、ケアマネジメントの機能強化に向けての制度的な対応の必要性については認識が共有されている。これらを踏まえ、当部会においては引き続き制度的な対応に向けて検討を進める。

## ●社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成25年12月20日）（抄）

<今後に向けて>

- 当部会では、主として当面の見直し項目を中心に議論を進めてきたが、制度改革の実施状況と効果を検証しつつ、引き続き、介護保険制度の持続可能性を確保すべく、給付の重点化・効率化に向けた制度見直しを不断に検討するほか、介護納付金の総報酬割、被保険者範囲の拡大、要介護認定制度の適切な運営、ケアマネジメントの利用者負担の導入、介護保険制度における公費と保険料の関係、保険給付と給付外サービスの組み合わせの在り方などについて検討を行っていく必要がある。

# ケアマネジメントの利用者負担に係るこれまでの議論

## ●社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成28年12月9日）（抄）

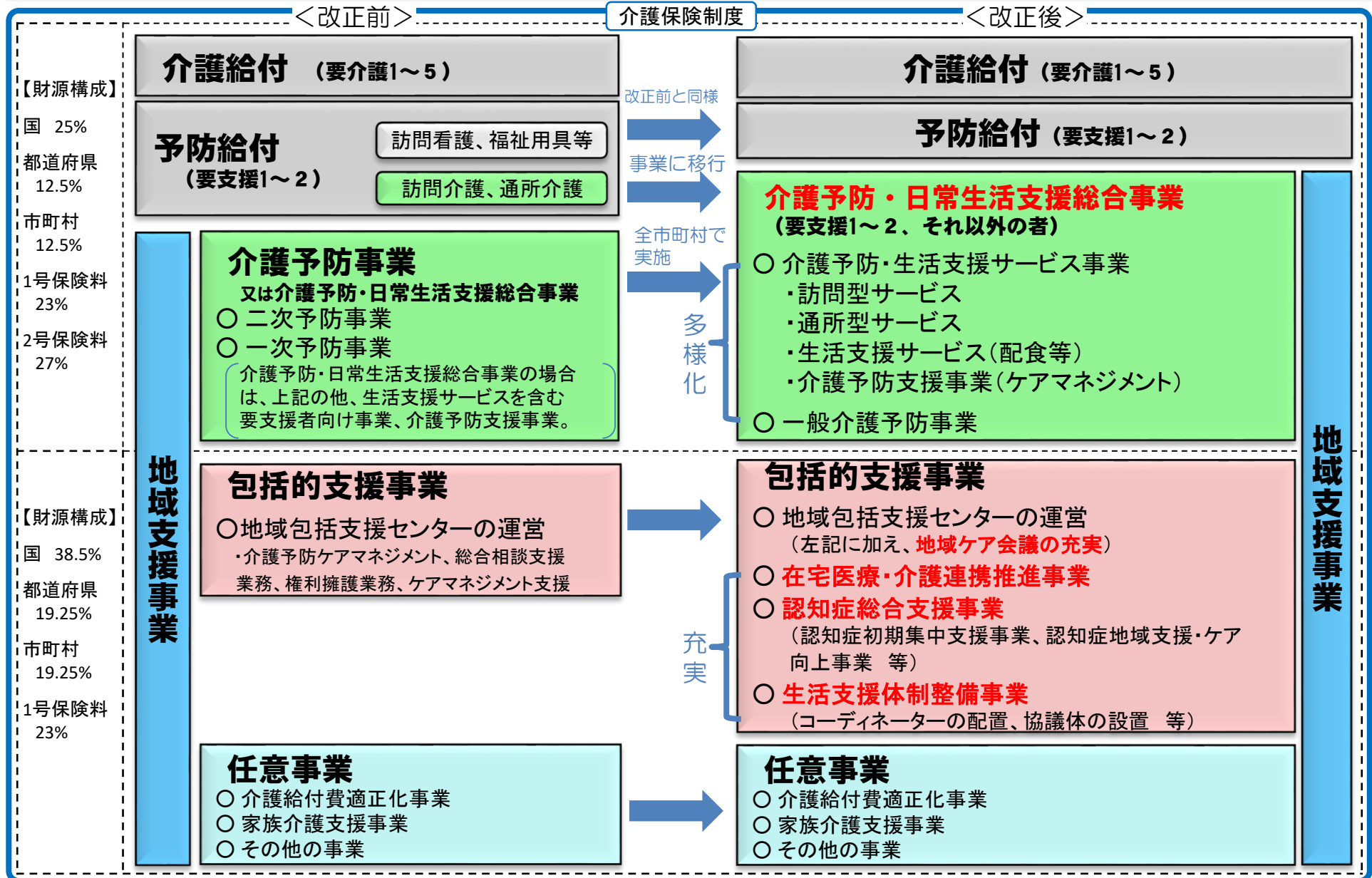
### 【ケアマネジメントに関する利用者負担】

- 現在、居宅介護支援や介護予防支援のいわゆるケアマネジメントサービスには利用者負担はない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に10割給付のサービスと位置づけたものである。
- ケアマネジメントに関する利用者負担については、利用者負担導入に反対の立場から、以下のような意見があった。
  - ・ あらゆる利用者が公平にケアマネジメントを活用し、自立した日常生活の実現に資する支援が受けられるよう、現行制度を堅持すべき。
  - ・ ケアマネジメントは浸透したかもしれないが、介護保険制度を初めて利用する人にとっては、ケアマネジャーのサポートがないとサービスの利用につながりにくいため、ケアマネジメントが重要であることに変わりはない。利用者負担を導入すればサービスの利用抑制につながる危険性がある。
  - ・ ケアマネジメントは過剰サービスを抑制する役割を担っているが、利用者負担を導入すると、利用者の意向を反映すべきとの圧力が高まり、給付費の増加につながる。
  - ・ 利用する側が受ける不利益について十分に議論をすることが重要。気兼ねなく相談できることを確保すべき。拙速な導入は危険である。
- その一方で、利用者負担導入に賛成の立場から、以下のように多くの意見が出されたところであり、ケアマネジメントの在り方とあわせて、引き続き検討を行うことが適当である。
  - ・ ケアマネジャーの専門性を評価する意味で利用者負担を求めるべき。
  - ・ 家族・利用者に専門的な業務であるケアマネジメントに対するコスト意識を持ってもらうために、一定の負担は必要。
  - ・ 低所得者への対応は、高額介護サービス費で対処すべき問題。
  - ・ 利用者の意向を反映すべきとの圧力については、ケアマネジャーの専門性を高めることや、ケアマネジメントの標準化などにより対応すべき。
  - ・ 各種サービスには定率の利用者負担があるので、給付費の増加には直結しない。
  - ・ 利用者負担を導入すれば給付費の適正化につながる。
  - ・ 施設給付ではケアマネジメントサービスは含まれていることとの均衡を図るべき。
  - ・ 利用者負担の問題は何度も議論されており、どこかの時点で踏み切って解決しなければならない問題である。
- また、仮に利用者負担が導入された場合は併せてセルフケアプランを廃止することも必要との意見や、利用者負担が導入されたとしてもセルフケアプランは作成に手間がかかるため増えないとの意見があった。



## (5) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

# 新しい地域支援事業の全体像(平成26年改正前後)



## 総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

### (1) 介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業)

- 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。
  - ① 要支援認定を受けた者
  - ② 基本チェックリスト該当者(事業対象者)

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

- ※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。
- ※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐためのもの。
- ※ 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

### (2) 一般介護予防事業

- 対象者は、第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者。

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

# 地域支援事業の概要

令和元年度予算 公費3,882億円、国費1,941億円

○ 地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者の社会参加・介護予防に向けた取組、配食・見守り等の生活支援体制の整備、在宅生活を支える医療と介護の連携及び認知症の方への支援の仕組み等を一体的に推進しながら、高齢者を地域で支えていく体制を構築するため、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 ※金額は積算上の公費（括弧書きは国費）

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業） 1,978億円（989億円）

### ① 介護予防・生活支援サービス事業

- ア 訪問型サービス
- イ 通所型サービス
- ウ その他の生活支援サービス（配食、見守り等）
- エ 介護予防ケアマネジメント

### ② 一般介護予防事業（旧介護予防事業を再編）

- ア 介護予防把握事業
- イ 介護予防普及啓発事業
- ウ 地域介護予防活動支援事業
- エ 一般介護予防事業評価事業
- オ 地域リハビリテーション活動支援事業

(2) 包括的支援事業・任意事業

1,905億円（952億円）

### ① 包括的支援事業

- ア 地域包括支援センターの運営
    - イ 介護予防ケアマネジメント業務
    - ii) 総合相談支援業務
    - iii) 権利擁護業務（虐待の防止、虐待の早期発見等）
    - iv) 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、地域のケアマネジャーのネットワークづくり 等

うちイ、社会保障充実分  
534億円（267億円）

### イ 社会保障の充実

- i) 認知症施策の推進
- ii) 在宅医療・介護連携の推進
- iii) 地域ケア会議の実施
- iv) 生活支援コーディネーターの配置

### ② 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、政令で定める事業費の上限の範囲内で、介護保険事業計画において地域支援事業の内容、事業費を定めることとされている。

### 【事業費の上限】

#### ① 介護予防・日常生活支援総合事業

- 事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額

#### ② 包括的支援事業・任意事業

- 「26年度の介護給付費の2%」×「高齢者数の伸び率」

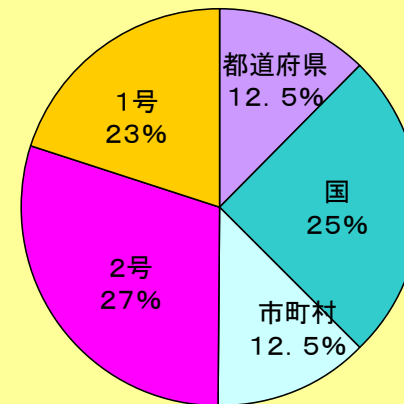
## ○地域支援事業の財源構成

（財源構成の割合は第7期以降の割合）

介護予防・日常生活支援総合事業

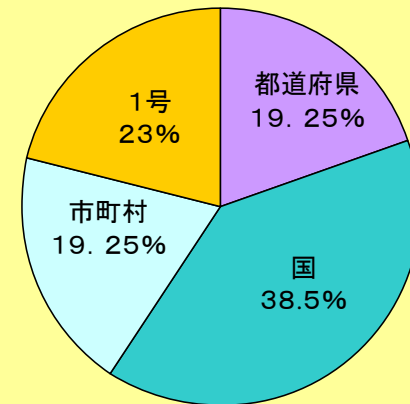
包括的支援事業・任意事業

【財源構成】



○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

【財源構成】



○ 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。

（国：都道府県：市町村＝2：1：1）

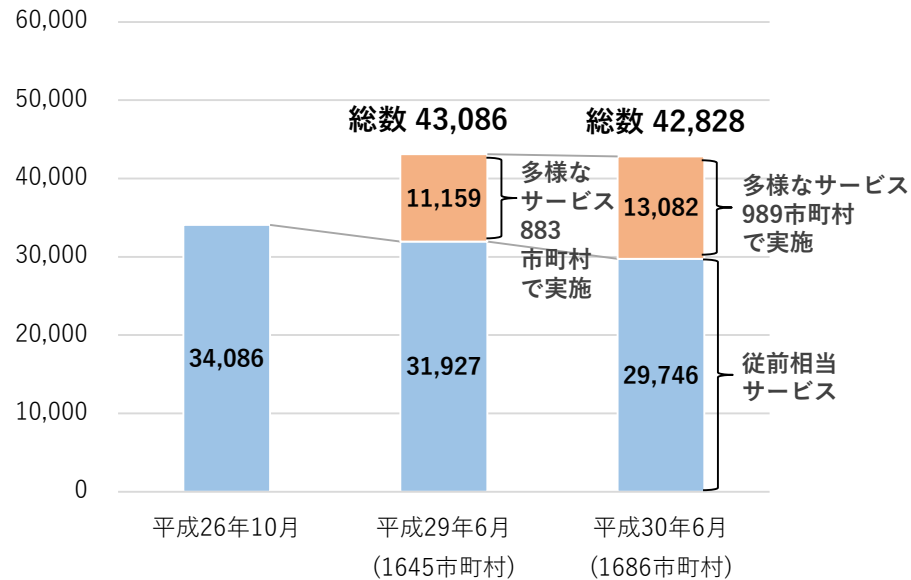
# 1. 総合事業の提供体制等

## (1) 総合事業のサービス別事業所数

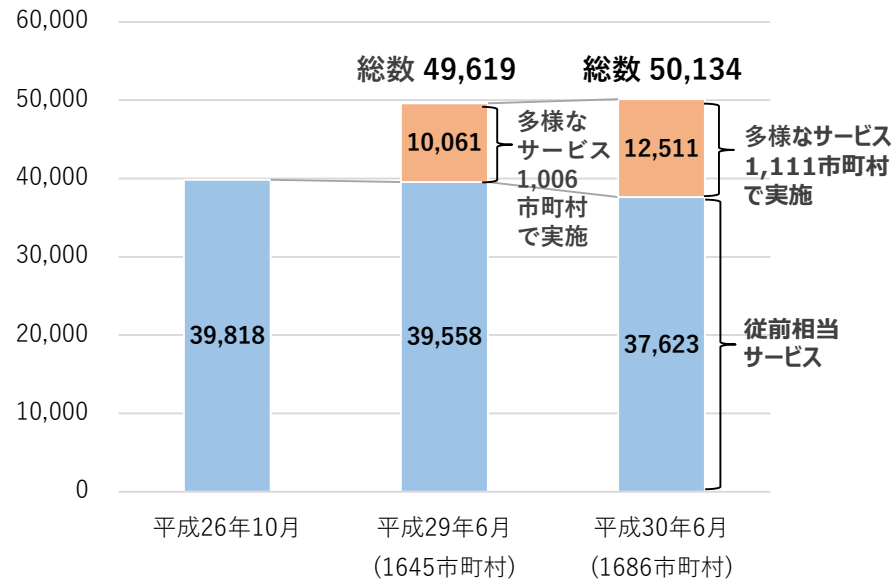
- 従前相当以外の多様なサービス（従来より基準を緩和したサービス、住民主体による支援等）を実施する事業所が訪問型サービスは約1.3万箇所、通所型サービスは約1.2万箇所にのぼっている。

(図1) サービス別事業所数の推移

### 訪問型サービス



### 通所型サービス



■ 従前相当以外の多様なサービス

■ 介護予防訪問介護（平成26年10月）・従前相当サービス（平成29年6月・平成30年6月）

■ 従前相当以外の多様なサービス

■ 介護予防通所介護（平成26年10月）・従前相当サービス（平成29年6月・平成30年6月）

- ※1 総合事業には上記の他、配食・見守り等のその他生活支援サービスを提供する事業所がある。また、総合事業に位置づけられていない通いの場等の取組みもある。
- ※2 平成29年6月の事業所数については、未回答であった97市町村の事業所は含まれていない。また、平成30年6月の事業所数については、未回答であった55市町村の事業所は含まれていない。
- ※3 事業所数については、平成26年度介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）における、平成26年10月の介護予防訪問介護・介護予防通所介護の事業所数と、平成29年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社N T Tデータ経営研究所）、平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社N T Tデータ経営研究所）における、平成29年6月および平成30年6月時点の従前相当サービス・多様なサービスの事業所数の合計を比較。
- ※4 回答主体である市町村から見て、他の市町村に所在する事業所については調査対象外としている。

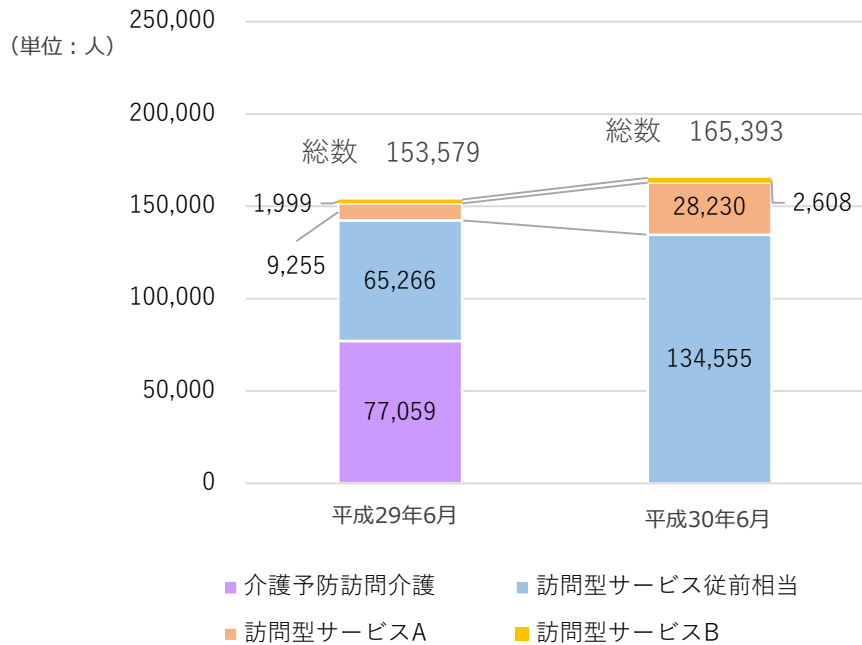
(出典) 平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」  
(株式会社N T Tデータ経営研究所)

## 2. 総合事業のサービスの利用状況等

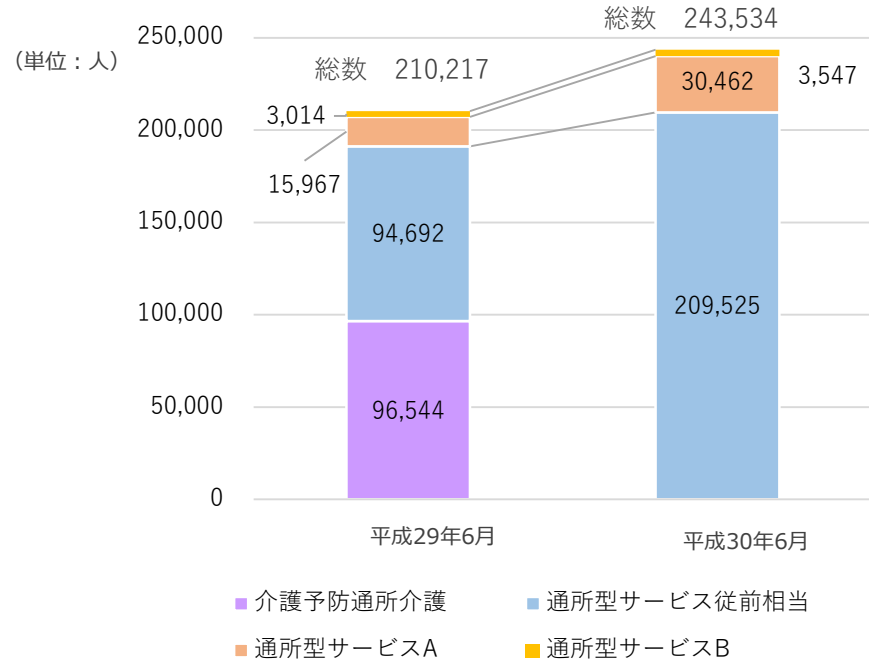
### (参考1) 利用者数の推移

- 平成29年6月、平成30年6月の両時点において利用者数を把握している市町村に限定して利用者数を比較すると、訪問型サービスでは約1.2万人、通所型サービスでは約3.3万人増加している。

訪問型サービス 市町村数 688



通所型サービス 市町村数 686



※1 算出方法  
平成29年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社N T Tデータ経営研究所）および、平成30年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社N T Tデータ経営研究所）において従前相当サービス、サービスA、サービスBの利用者数をすべて「把握している」と回答した市町村（訪問型：688市町村、通所型：686市町村）を対象に、以下の方法で利用人数の合計を比較している。

平成29年6月：介護保険事業状況報告（平成29年8月）における、平成29年6月の介護予防訪問介護、通所介護の利用者数＋平成29年度調査における平成29年6月の総合事業利用者数（訪問型・通所型の従前相当サービス、サービスA、サービスB）  
平成30年6月：平成30年度調査における平成30年6月の総合事業利用者数（訪問型・通所型の従前相当サービス、サービスA、サービスB）

※2 総合事業の実施時点で要支援認定の有効期間が残っている者については、要支援認定の有効期間が終了するまで（最長12ヶ月間）、介護予防訪問介護・介護予防通所介護を利用した。（平成30年3月末まで。）

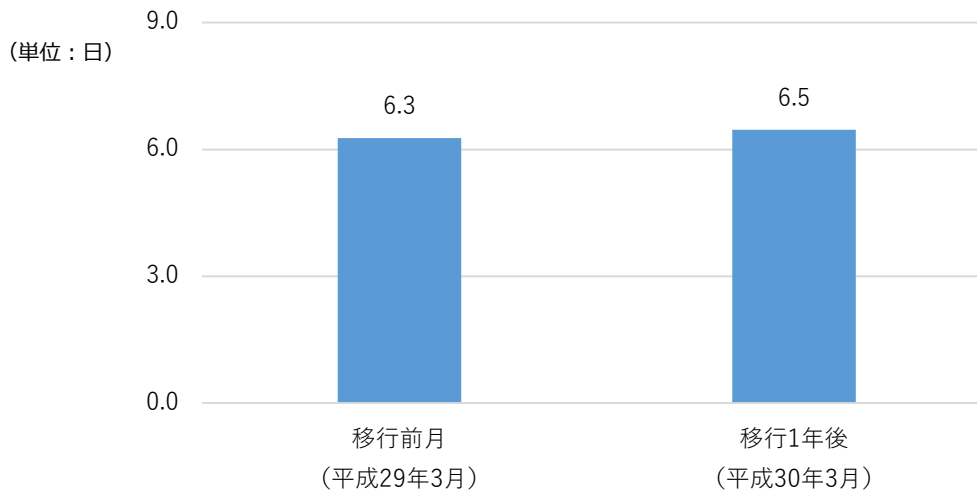
※3 平成29年6月時点、ならびに平成30年6月時点の総合事業の各サービスについては、一部重複があり得る。（従前相当サービスとサービスAの両方を利用しているケース等。）

## 2. 総合事業のサービスの利用状況等

### (2) 利用日数の推移

○ 平成29年4月に総合事業へ移行した市町村について、利用者のサービス利用日数の変化を確認したところ、大きな変化はなかった。

(図8) 多様なサービスの利用者の1ヶ月間における利用日数の変化



回答市町村 400市町村 (調査対象者 4,621人)

※1 平成29年4月から総合事業へ移行した市町村において、サービスの利用者に係る、平成29年3月における介護予防訪問介護・介護予防通所介護の利用日数と、平成30年3月におけるサービス利用日数（従前相当サービス、サービスA、サービスB、サービスC）を比較した。

※2 n数は回答のあった400市町村から抽出した調査対象者4,621人である。調査対象者は市町村ごとに30件を上限として単純無作為抽出を行った。

※3 調査対象者は、以下の①、②の赤枠に両方該当する者である。

#### ①サービスの利用

総合事業移行前 (平成29年3月時点)	総合事業移行後 (平成30年3月時点)
予防給付を利用していた	多様なサービスのみ利用している 従前相当と多様なサービスを利用している 従前相当サービスのみ利用している
予防給付を利用していなかった	多様なサービスのみ利用している 従前相当と多様なサービスを利用している 従前相当サービスのみ利用している

#### ②要支援等区分

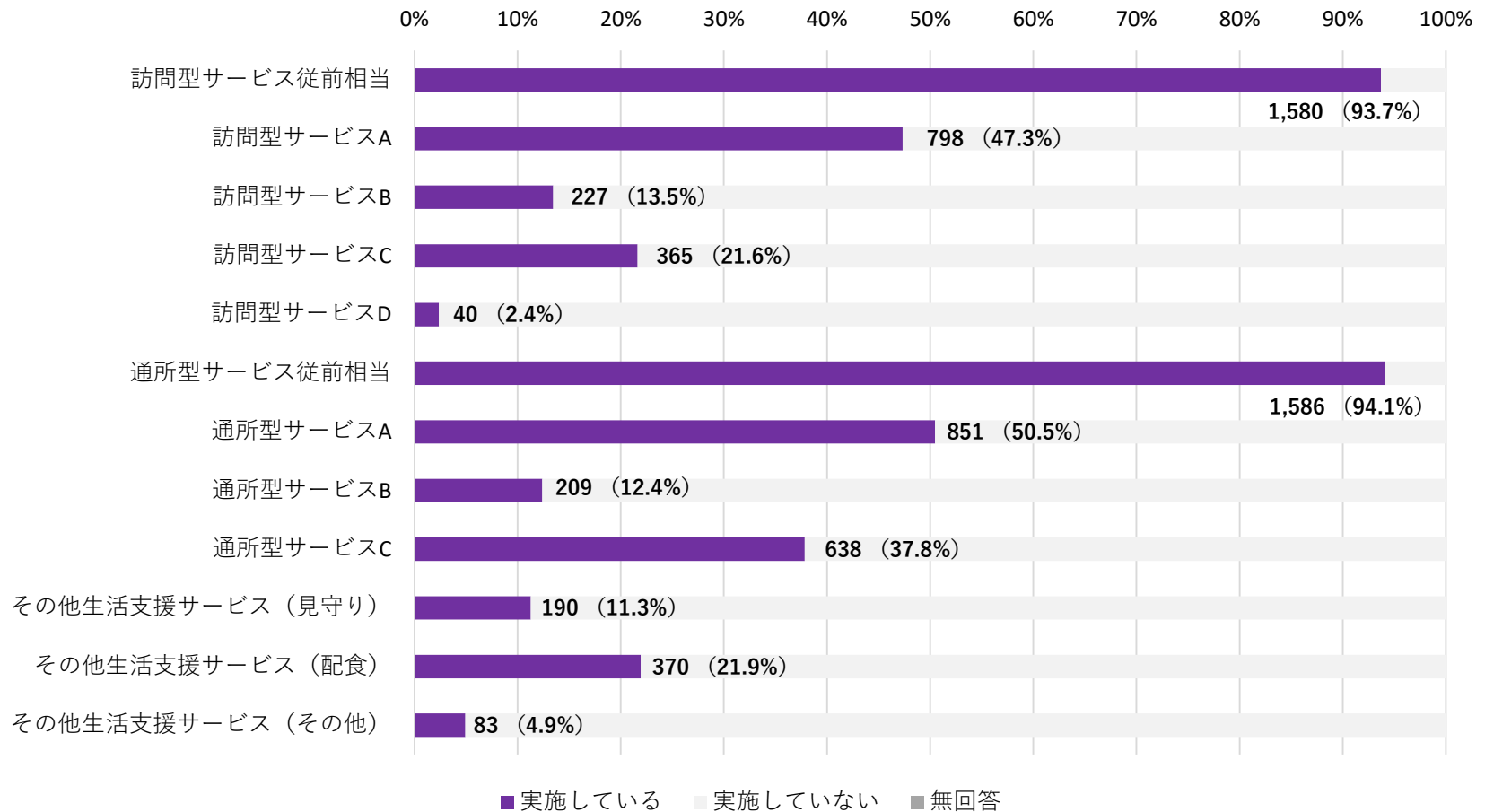
総合事業移行前 (平成29年3月時点)	総合事業移行後 (平成30年3月時点)
要支援2	要支援2 要支援1 チェックリスト該当
要支援1	要支援2 要支援1 チェックリスト該当

# 1. 総合事業の提供体制等

## (4) 市町村のサービス別実施状況と今後の方針

- 市町村のサービス別実施状況を見ると、従前相当サービス（訪問型・通所型）は9割以上が実施している。一方、サービスB、サービスD、配食を除く生活支援サービスについては、実施率が2割未満である。

(図5-1) サービス別実施状況 (複数回答) (n=1,686)



(出典) 平成30年度老人保健健康増進等補助金「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」  
(株式会社N T Tデータ経営研究所)



## (6) 高額介護サービス費

## ○ 高額介護（介護予防）サービス費

月々の介護サービス費の自己負担額が世帯合計（個人）で上限額を超えた場合に、その超えた分が払い戻されます。

所得段階	所得区分	上限額
第1段階	①生活保護の被保護者 ②15,000円への減額により生活保護の被保護者とならない場合 ③市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	①個人15,000円 ②世帯15,000円 ③世帯24,600円 個人15,000円
第2段階	○市町村民税世帯非課税で〔公的年金等収入金額+合計所得金額〕が80万円以下である場合	世帯24,600円 個人15,000円
第3段階	○市町村民税世帯非課税 ○24,600円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	世帯24,600円
第4段階	○第1～3段階に該当しない者	世帯44,400円※1

個人の高額介護（介護予防）サービス費の支給

(利用者負担世帯合算額－世帯の上限額)

×

個人の利用者負担合算額

利用者負担世帯合算額

高額介護サービス費の支給：保険給付の1割（または2割・3割）負担分の合計額が上限額を超えた場合、申請により超過分が払い戻される。

※1 1割負担者のみの世帯について、年間上限（446,400円）が設定される。（3年間の時限措置）

## 負担上限の引き上げ

- 世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、高額介護サービス費の「一般区分」の月額上限額を医療保険並みに引き上げる。【平成29年8月施行】
- 1割負担者のみの世帯については、年間上限額を設定(37,200円×12か月：446,400円) (3年間の時限措置)

	自己負担限度額（月額）
現役並み所得相当(※1)	44,400円
一般	<b>37,200円</b> ⇒ <b>44,400円</b> + <b>年間上限額の設定</b> ( <b>1割負担者のみの世帯</b> )
市町村民税世帯非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円

(参考) 医療保険の負担限度額 (70歳以上・月額・多数回該当) (現行)	
	44,400円
	44,400円
	24,600円
	15,000円

※1 世帯内に課税所得145万円以上の被保険者がいる場合であって、世帯年収520万円以上（単身世帯の場合は383万円以上）

【対象者数】

(単位：万人)

1割負担者に対する年間上限額の設定
1割負担者（年金収入280万円未満）のみの世帯については、 <u>過大な負担とならないよう、年間の負担総額が現行の負担最大額を超えない仕組みとする。</u> （3年間の時限措置） <b>年間上限額：446,400円（37,200円×12）</b>

※平成29年改正以降、医療保険の負担限度額については、現役並み所得相当の区分を3区分とする見直しが行われている（平成30年8月～）。

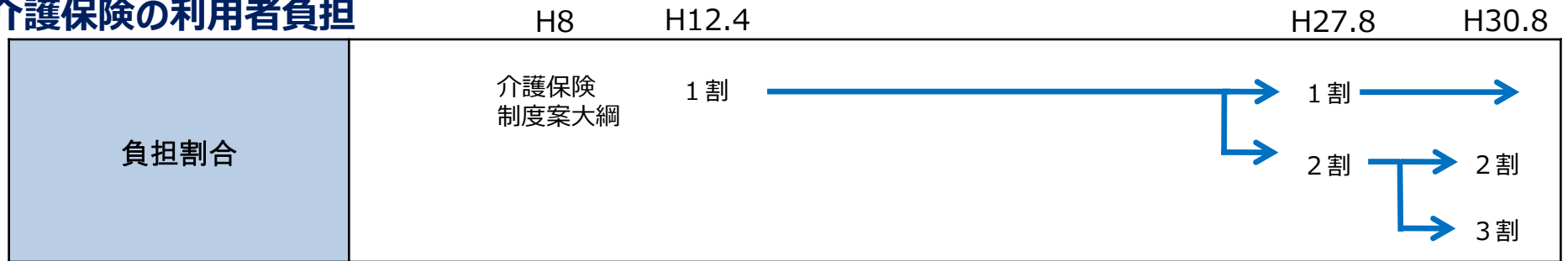
	在宅サービス	施設・居住系		合計
			特養	
受給者数	360	136	56	496
うち負担増 (対受給者数)	約10 (3%)	約8 (6%)	約2 (4%)	約18 (4%)

## (7) 「現役並み所得」、 「一定以上所得」 の判断基準

# 利用者負担割合の変遷

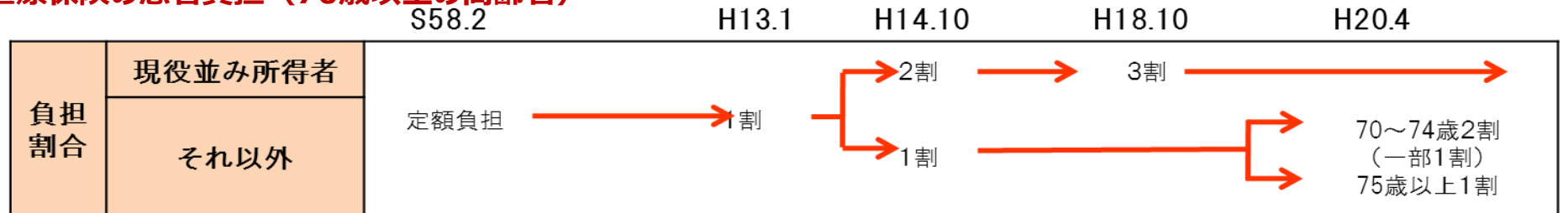
- 介護保険の利用者負担は、制度創設以来 1 割であったが、その後負担割合の見直しが行われている。
- 介護保険制度施行時にはまだ高齢者医療は定額負担制であり、その後定率負担が導入され、さらに負担割合の見直しが行われている。

## 介護保険の利用者負担

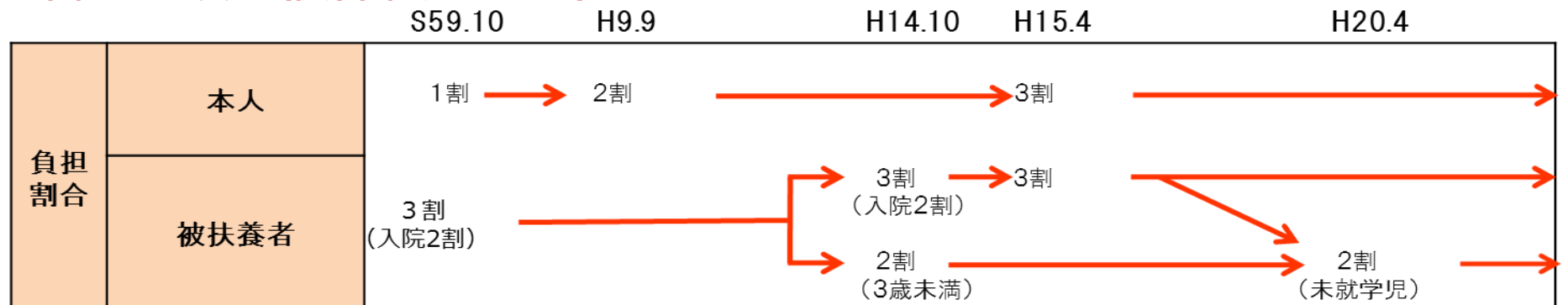


(参考)

## 医療保険の患者負担 (70歳以上の高齢者)



## 医療保険の患者負担 (健康保険、70歳未満)



# 平成26年改正における一定所得以上の利用者負担の見直し【平成27年8月施行】

## 負担割合の引き上げ

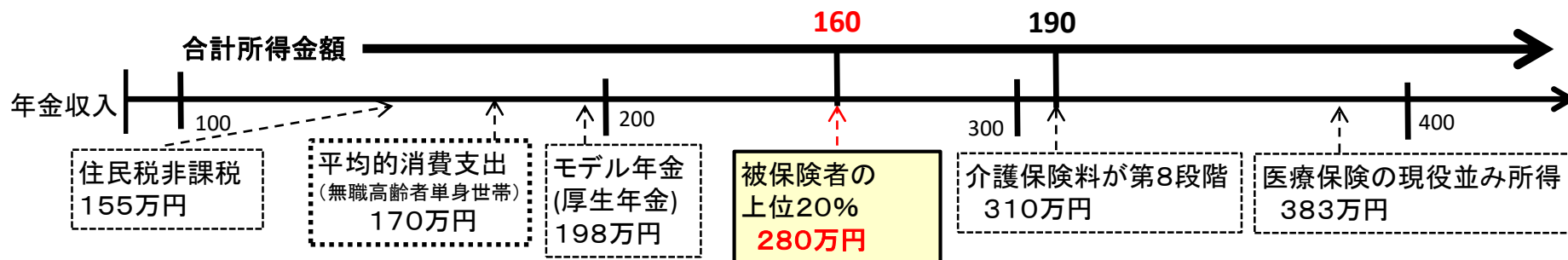
- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある**一定以上の所得の方の自己負担割合を2割**とする。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- 自己負担2割とする水準は、**合計所得金額**(※1) **160万円以上**(※2)の者(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)。
- ただし、合計所得金額が160万円以上であっても、実質的な所得が280万円に満たないケースや2人以上世帯における負担能力が低いケースを考慮し、**「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で280万円、2人以上世帯で346万円未満**(※3)の場合は、**1割負担に戻す**。

※1 合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額

※2 **被保険者の上位20%に該当する水準**。ただし、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。

※3  $280万円 + 5.5万円(国民年金の平均額) \times 12 \approx 346万円$

## 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)



# 平成29年改正における一定所得以上の利用者負担割合の見直し

## 負担割合の引き上げ

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。ただし、月額44,400円の負担の上限あり。【平成30年8月施行】

### 【利用者負担割合】

	負担割合
年金収入等 340万円以上 (※1)	2割 ⇒ 3割
年金収入等 280万円以上 (※2)	2割
年金収入等 280万円未満	1割

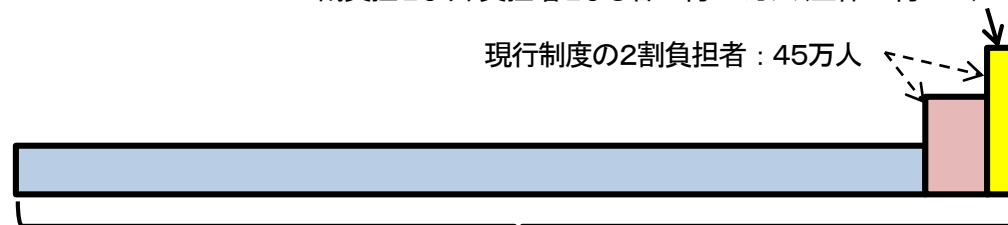
※1 「合計所得金額(給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額)220万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額340万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」⇒単身で年金収入のみの場合344万円以上に相当

※2 「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額280万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上)」⇒単身で年金収入のみの場合280万円以上に相当

### 【対象者数】

3割負担となり、負担増となる者：約12万人(全体の約3%)

現行制度の2割負担者：45万人



	在宅サービス	施設・居住系	特養	(単位:万人) 合計
受給者数(実績)	360	136	56	496

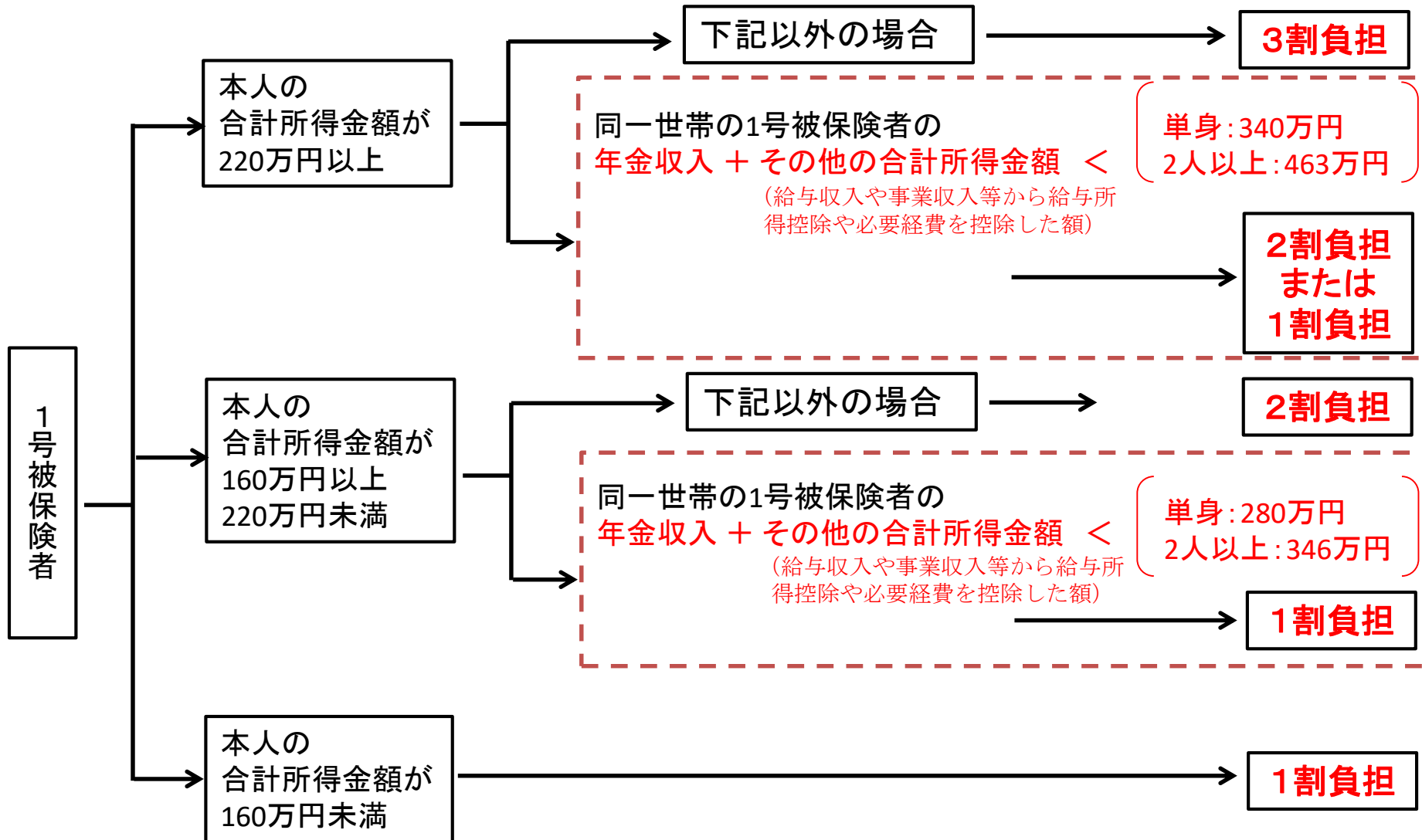
3割負担(推計)	約13	約4	約1	約16
うち負担増(対受給者数)	約11 (3%)	約1 (1%)	約0.0 (0.0%)	約12 (3%)

2割負担(実績)	35	10	2	45
1割負担(実績)	325	126	54	451

※介護保険事業状況報告(平成28年4月月報)

※特養入所者の一般的な費用額の2割相当分は、既に44,400円の上限に当たっているため、3割負担となっても、負担増となる方はほとんどいない。

# 介護保険の自己負担の判定基準



※第2号被保険者、市町村民税非課税者、生活保護受給者の場合、上記のフローにかかわらず、1割負担。



## 直近のサービス受給者の推移

### ○ サービス種別ごとの受給者に占める2割・3割負担対象者数の割合

	平成30年3月サービス分	平成31年3月サービス分	
	2割負担対象者	2割負担対象者	3割負担対象者
全体	8.9%	4.9%	3.7%
在宅サービス受給者	10.1%	5.4%	4.4%
特養入所者	4.2%	2.5%	1.6%
老健入所者	6.1%	3.7%	2.4%
療養入所者	6.8%	3.7%	2.8%

出典：介護保険事業状況報告（平成30年5月、令和元年5月月報）

# 介護保険における実質的な自己負担率

## ○ 実質的な自己負担率の推移

平成27年8月～2割負担  
の一部導入

年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
実質自己負担率	約7.7%	約7.7%	約7.6%	約7.5%	約7.2%	約7.2%	約7.2%	約7.2%	約7.2%	約7.5%	約7.6%	約7.5%

平成30年8月～3割負担  
の一部導入

年度	30年4月分	30年5月分	30年6月分	30年7月分	30年8月分	30年9月分	30年10月分	30年11月分	30年12月分	31年1月分	31年2月分	31年3月分	30年度平均
実質自己負担率	約7.3%	約7.7%	約7.7%	約7.8%	約8.0%	約7.9%	約7.9%	約7.8%	約7.9%	約7.9%	約7.5%	約8.0%	約7.8%

実質的な自己負担率＝利用者負担額／費用額

※ 利用者負担額＝費用額－給付費額

※ 平成18年度～平成28年度の数值は、介護保険事業状況報告年報の数值による。平成30年4月分～平成31年3月分は、介護保険事業状況報告月報の数值による。

※ 費用額は、保険給付費用額(利用者負担分を含む介護報酬の総額)に特定入居者介護(介護予防)サービス費用額(補足給付額)を加えたもの。(地域支援事業等に要する費用額を含まない。)

※ 給付費額は、保険給付額に高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費及び特定入居者介護(介護予防)サービス費用額(補足給付額)を加えたもの。(地域支援事業等に要する費用額を含まない。)ただし、高額介護サービス費の支給は数ヶ月遅れている可能性がある点に留意。

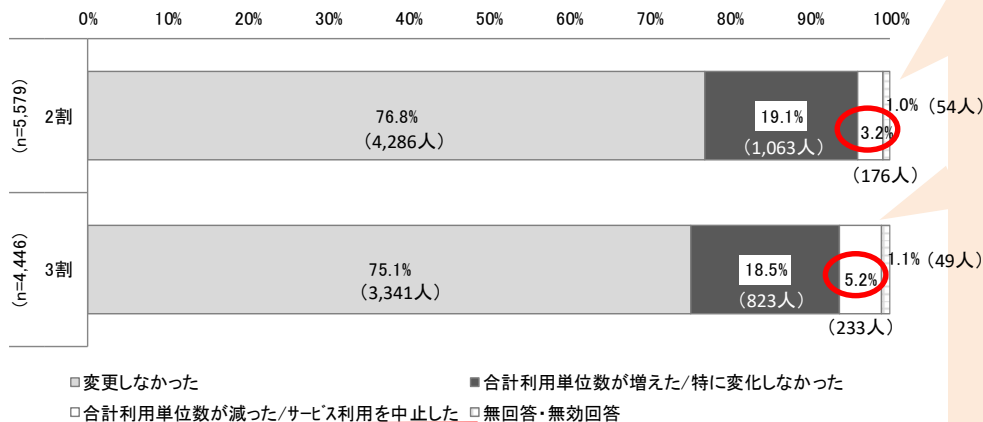


# 介護保険における3割負担の導入による影響に関する調査について

平成30年度  
老人保健健康増進等事業

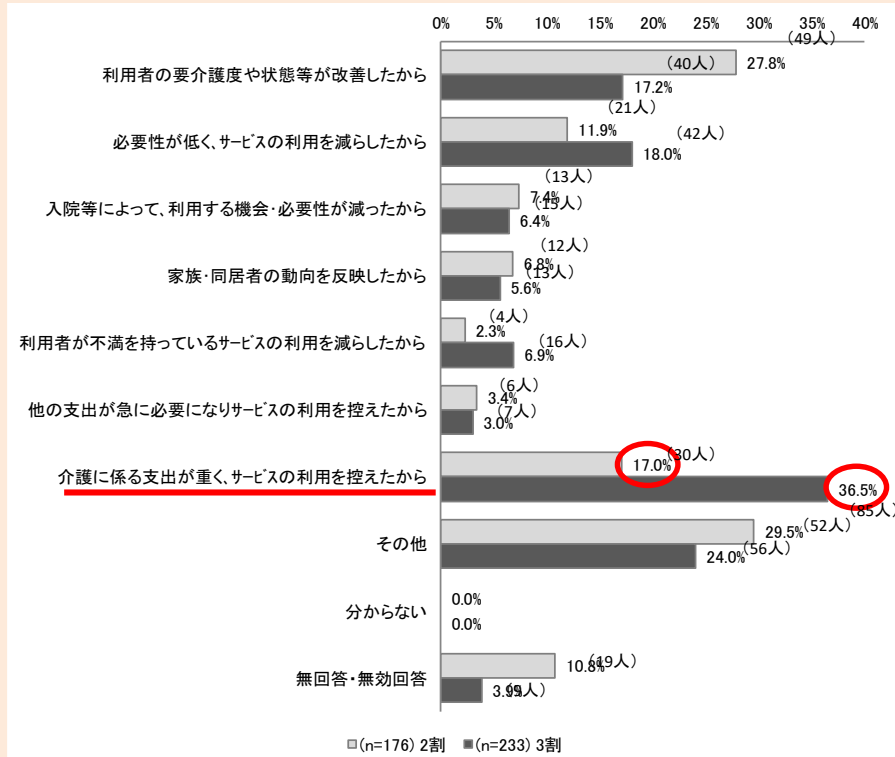
- 3割負担の導入後5ヶ月以内における週間サービス計画表の1週間当たりの利用単位数の合計値の変化について、
  - ・「変更しなかった」割合は、2割負担の利用者で76.8%、3割負担の利用者で75.1%であり、2割負担の利用者の方がやや高かった。
  - ・「変更した結果、合計利用単位数が増えた/特に変化しなかった」割合は、2割負担の利用者で19.1%、3割負担の利用者で18.5%であった。
  - ・「変更した結果、合計利用単位数が減った/サービス利用を中止した」割合は、2割負担の利用者で3.2%、3割負担の利用者で5.2%であり、3割負担の利用者の方がやや高かった。
- 合計利用単位数が減った者のうち、「介護に係る支出が重い」ことを理由に挙げた割合は、2割負担の利用者全体の0.5%、3割負担の利用者全体の1.9%であった。

### 週間サービス計画表の1週間当たりの利用単位数の合計値の変化



※ 対象となる利用者は、平成30年12月末時点で回答事業所の居宅介護支援(介護予防支援)サービスを利用している者とした。  
 ※ 平成30年12月末時点の利用者負担割合別に集計を行っている。  
 ※ 平成30年8月以降の新規利用者については集計から除いている。

### 利用単位数の合計値が減った/サービス利用を中止した理由



## ( 8 ) 現金給付

# 現金給付に関するこれまでの議論について

- 我が国では、介護保険制度創設時より、現金給付を介護保険給付として制度化するか否かについて議論を行ってきた。
- 制度創設時には、家族介護の固定化に対する懸念、サービスの普及を妨げることへの懸念、保険財政が拡大するおそれ、介護をする家族には、デイサービスやショートステイなどの在宅サービスの普及により介護の負担軽減を図ることが重要である、といった考え方により、現金給付の導入を行わないこととした。
- また、平成16年の介護保険部会の意見とりまとめにおいては、サービスの利用の拡大や国民意識の変化、財政面の懸念等から、現金給付に対する消極的な意見が強まっているとされた。

## ○「高齢者介護保険制度の創設について」(平成8年4月老人福祉審議会)(抜粋)

### <現金支給に消極的な意見>

- ア 現金の支給は、必ずしも適切な介護に結びつくものではない。家族介護が固定化され、特に女性が家族介護に拘束されるおそれがある。
- イ 現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。また、介護を家族だけに委ねると、身体的精神的負担が過重になり、介護の質も確保できないおそれがある。
- ウ 今国民が最も求めていることはサービスの充実である。現金支給の制度化によって、サービスの拡大が十分に図られなくなるおそれがある。
- エ 現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものである。財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。

### <現金支給に積極的な意見>

- ア 高齢者や家族の選択の重視、外部サービスを利用しているケースとの公平性等の観点に立って、一定の現金支給を検討すべきである。制度として現物給付しかないというのは制限的過ぎる。
- イ 現状は、家族による介護を望む高齢者も多く、また、家族が介護しているケースが大半であり、介護に伴う家計の支出が増大している実態もある。そうした現実は無視できない。
- ウ 介護保険制度の下で国民に負担を求める以上、現物給付を受けられないケースについては、保険料負担に対する見返りとして現金支給を行うべきである。保険料を徴収する立場からみても、現金支給の必要性がある。

## ○「介護保険制度の見直しに関する意見」(平成16年7月 社会保障審議会介護保険部会)(抜粋)

介護保険制度の施行後4年を経て、当初の予想以上にサービスの利用は拡大した。したがって、制度設計時に議論となった「利用者が現物サービスを受けられない場合の保険料負担の見返り」としての現金給付の意義は薄れてきていると考えられる。また、国民の意識も「家族だけに介護されたい」とする者の割合が大幅に減少するなど、現金給付をめぐる状況は制度創設時と比べ大きく変化してきている。さらに、現金給付を導入した場合には、介護費用はさらに大きく増大するおそれがあることから、財政的な面からも現金給付に対する消極的な意見が強まっている。

# 現金給付に関するこれまでの議論について

- また、平成29年の介護保険部会の意見とりまとめにおいては、現金給付には消極的な意見が多く、現時点で現金給付を導入することは適当でないとされた。
- 「介護保険制度の見直しに関する意見」(平成29年12月 社会保障審議会介護保険部会)(抜粋)
- ドイツでは、現金給付が家族を介護に縛り付けるという議論はなく、実際に家族を介護している人を評価する仕組みであり、現金給付は、市民社会にふさわしい制度であるとともに総介護サービス費の抑制に寄与しているとして、現金給付に賛成する意見があった。
- しかし、以下の通り、現金給付には消極的な意見が多く、現時点で現金給付を導入することは適当ではないと考えられる。
  - ・ 現金給付の導入は、家族介護の固定化につながり、「介護の社会化」という制度の理念や介護離職ゼロ・女性の活躍推進の方針に反しているため反対である。
  - ・ 現金給付の導入によって、現物給付が縮小すると、介護サービスの基盤が崩れ、仕事と介護の両立が阻害される恐れがある。むしろ現金給付以外の介護者を支援する仕組みが必要である。
  - ・ 現金給付の導入は新たな給付増につながることから、制度の持続可能性の確保の観点から反対である。不正受給の恐れもあり、給付の適正化を進める流れとも逆行する。

# ドイツの介護保険制度の概要

【人口と高齢化率】	ドイツ 【8,171万人:21.1%(2015年)】	日本 【1億2,671万人:27.7%(2015年)】
①制度のたて方	社会保険方式（医療保険制度活用型） 保険者:介護金庫	社会保険方式（独立型・地域保険型） 保険者:市区町村
②被保険者	公的医療保険の加入者（年齢制限なし）	○第1号被保険者(65歳以上) ○第2号被保険者(40～64歳の医療保険加入者)
③給付対象者	すべての年齢層の要介護状態となった者	○第1号被保険者は、原因を問わず要支援・要介護状態となった者 ○第2号被保険者は、加齢に伴う疾病により要支援・要介護状態となった者
④要介護区分	5段階	7段階(要支援1・2、要介護1～5)
⑤給付内容	○在宅介護 ○施設介護 ○介護手当(現金給付) ※医療系サービスはない	○居宅サービス ○施設サービス ○地域密着型サービス ※医療系サービスがある
⑥自己負担	定率負担なし(保険給付は定額制。それを超える部分は自己負担) ※施設介護の宿泊・食費は自己負担	10% (一定以上所得のある被保険者20%) ※施設サービス等の宿泊・食費は自己負担
⑦財源	保険料のみ(公費負担なし)	保険料 50% ・ 公費負担 50% ※費用のうち利用者負担分を除く

齊藤香里「ドイツの介護者支援」(2013年) (「海外社会保障研究 Autumn 2013 No. 134」国立社会保障・人口問題研究所)、藤本健太郎「ドイツの介護保障」(2014年) (増田雅暢編著「世界の介護保障【第2版】」法律文化社)、齊藤香里「ドイツにおける介護保障の動向」(2015年) (「健保連海外医療情報 No. 107 2015年9月」健康保険組合連合会 社会保障研究グループ)、厚生労働省「2015年 海外情勢報告」(2015年)、内閣府「平成28年版高齢社会白書」(2016年)、総務省統計局「世界の統計2019」(2019年)、世界銀行ホームページより老健局作成



# ドイツの介護保険制度における介護手当

- ドイツの介護保険では、在宅介護を優先的に支援する仕組み。
- 在宅介護の場合、要介護者本人が、現物給付に代えて介護手当(現金給付)を受給することができる。
- 現物給付と介護手当の組合せも可能(組み合わせの割合は自由に設定可)。

## 介護手当(現金給付)の支給月額

2017年1月～(新制度移行後)

(※1ユーロ=125.50円で円換算(2018年期中レート))

要介護度	介護手当 (現金給付) ※現物給付等を受けず 全額受給する場合の額	現物給付
要介護度5	901ユーロ (113,076円)	1,995ユーロ (250,373円)
要介護度4	728ユーロ (91,364円)	1,612ユーロ (202,306円)
要介護度3	545ユーロ (68,398円)	1,298ユーロ (162,899円)
要介護度2	316ユーロ (39,658円)	689ユーロ (86,470円)
要介護度1	—	—

- 現物給付と介護手当を組み合わせる際、受給額の調整が行われる。

例えば、要介護度2で現物給付の在宅介護689ユーロの60%(413.4ユーロ)を受ける場合、介護手当の受給額は  
 $316ユーロ \times (100\% - 60\%) = 126.4ユーロ$

- この他、在宅介護の場合の給付として、
  - ・近親者による代替介護(年6週まで)
  - ・近親者以外による代替介護(年6週まで)
  - ・介護用品(消耗品)、介護補助具、住環境改善措置
  - ・デイケア・ナイトケア、ショートステイ(年4週まで)
 があり、ショートステイ・代替介護受給中は介護手当の額等に係る調整が行われる。
- このほか、一定の要件を満たす介護者については、その社会保険料を負担する仕組みがある。
- 要介護度1については、介護用品(消耗品)等の給付あり。

齊藤香里「ドイツの介護者支援」(2013年) (「海外社会保障研究 Autumn 2013 No. 134」国立社会保障・人口問題研究所)、藤本健太郎「ドイツの介護保障」(2014年) (増田雅暢編著「世界の介護保障【第2版】」法律文化社)、齊藤香里「ドイツにおける介護保障の動向」(2015年) (「健保連海外医療情報 No. 107 2015年9月」健康保険組合連合会 社会保障研究グループ)、厚生労働省「2015年 海外情勢報告」(2015年)、渡辺富久子「ドイツにおける介護保険法の改正—認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更—」(2016年「外国の立法268(2016. 6) 国立国会図書館調査及び立法考査局」)より老健局作成。

- 「介護保険制度の見直しに関する意見」  
（平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会）
- 「経済財政運営と改革の基本方針2018」（平成30年6月15日閣議決定）
- 「新経済・財政再生計画改革工程表2018」  
（平成30年12月20日経済財政諮問会議決定）
- 「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）

# 平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論①

## ○介護保険制度の見直しに関する意見（平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会）（抜粋）

### I 地域包括ケアシステムの深化・推進

#### 1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

##### (5) 適切なケアマネジメントの推進等

###### 【ケアマネジメントに関する利用者負担】

- 現在、居宅介護支援や介護予防支援のいわゆるケアマネジメントサービスには利用者負担はない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に10割給付のサービスと位置づけたものである。
- ケアマネジメントに関する利用者負担については、利用者負担導入に反対の立場から、以下のような意見があった。
  - ・ あらゆる利用者が公平にケアマネジメントを活用し、自立した日常生活の実現に資する支援が受けられるよう、現行制度を堅持すべき。
  - ・ ケアマネジメントは浸透したかもしれないが、介護保険制度を初めて利用する人にとっては、ケアマネジャーのサポートがないとサービスの利用につながりにくいため、ケアマネジメントが重要であることに変わりはない。利用者負担を導入すればサービスの利用抑制につながる危険性がある。
  - ・ ケアマネジメントは過剰サービスを抑制する役割を担っているが、利用者負担を導入すると、利用者の意向を反映すべきとの圧力が高まり、給付費の増加につながる。
  - ・ 利用する側が受ける不利益について十分に議論をすることが重要。気兼ねなく相談できることを確保すべき。拙速な導入は危険である。
- その一方で、利用者負担導入に賛成の立場から、以下のように多くの意見が出されたところであり、ケアマネジメントの在り方とあわせて、引き続き検討を行うことが適当である。
  - ・ ケアマネジャーの専門性を評価する意味で利用者負担を求めるべき。
  - ・ 家族・利用者に専門的な業務であるケアマネジメントに対するコスト意識を持ってもらうために、一定の負担は必要。
  - ・ 低所得者への対応は、高額介護サービス費で対処すべき問題。
  - ・ 利用者の意向を反映すべきとの圧力については、ケアマネジャーの専門性を高めることや、ケアマネジメントの標準化などにより対応すべき。
  - ・ 各種サービスには定率の利用者負担があるので、給付費の増加には直結しない。
  - ・ 利用者負担を導入すれば給付費の適正化につながる。
  - ・ 施設給付ではケアマネジメントサービスは包含されていることとの均衡を図るべき。
  - ・ 利用者負担の問題は何度も議論されており、どこかの時点で踏み切って解決しなければならない問題である。
- また、仮に利用者負担が導入された場合は併せてセルフケアプランを廃止することも必要との意見や、利用者負担が導入されたとしてもセルフケアプランは作成に手間がかかるため増えないとの意見があった。

# 平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論②

## Ⅱ 介護保険制度の持続可能性の確保

### 1. 利用者負担のあり方

#### (1) 利用者負担割合・高額介護サービス費

- 介護保険制度の利用者負担割合については、制度創設以来、所得にかかわらず一律1割としていたところであるが、平成26年介護保険法改正において、一定以上所得のある方について負担割合を2割とされた。
- また、高額介護サービス費の負担上限額については、平成26年介護保険法改正において、特に所得が高い、高齢者医療制度における現役並み所得に相当する所得がある方については、37,200円（世帯）から医療保険の現役並み所得者の多数回該当と同じ水準である44,400円（世帯）とされた。
- 他方、医療保険制度の患者負担については、これまで累次の改正が行われており、70歳以上の方については、平成14年10月から現役並み所得者の負担割合を2割に引き上げ、平成18年10月からこれを3割としている。また、70～74歳の方について、平成26年4月2日以降に70歳の誕生日を迎える方の患者負担は2割とされている。  
70歳以上の高齢者の高額療養費の一般区分の負担上限額についても、平成14年10月に月額37,200円（世帯）から40,200円（世帯）とされ、さらに平成18年10月からは44,400円（世帯）とされている。
- 利用者の負担については、高齢化の進展に伴い、40～64歳の第2号被保険者及び65歳以上の第1号被保険者の保険料水準の上昇が見込まれる中で、世代間・世代内の公平性を確保しつつ、介護保険制度の持続可能性を高める観点から、検討しなければならない課題であり、その際、負担能力に応じた負担となるように見直しを行うという方向については、概ね意見の一致を見た。  
利用者負担の割合については、事務局から提示のあった現役並み所得者の利用者負担割合を3割とすることについて、賛同ないしは容認する意見が多く出された。また、高額介護サービス費の負担上限額についても、事務局から提示のあった一般区分の負担上限額を医療保険の高額療養費の一般区分の負担上限額並みに引き上げることについて、賛同ないしは容認する意見が多く出された。
- このほか利用者負担のあり方については、様々な意見が出された。まずは、利用者負担に積極的な立場から、
  - ・ 低所得者に配慮した上で原則2割負担にすべきである
  - ・ 2割負担となる者の範囲を拡大すべきである
  - ・ 自己負担の区分を細分化すべきである
  - ・ 仮に一律2割への引上げが難しい場合には、例えば1割2分負担や1割5分負担といった段階を設けることも検討すべきである。また、給付の重点化の観点から、生活援助サービスなどサービスメニューごとに負担率を設定する方法も考えられる
- ・ 現役並み所得者の範囲について、フローだけでなくストックも踏まえて設定すべきである。また、高齢者は現役より税制上の控除が優遇されていることを踏まえ、現役並み所得の範囲を拡大すべきである
- ・ 医療保険と介護保険の両方の負担を合算して、一定の負担額に抑える制度があることも踏まえて、検討することが適当である
- ・ 区分支給限度額を見直すべきである
- ・ 今回の見直しによる財政効果を明らかにした上で、保険料負担とのバランスを踏まえるべきなどの意見があった。

# 平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論③

## II 介護保険制度の持続可能性の確保

### 1. 利用者負担のあり方

#### (1) 利用者負担割合・高額介護サービス費（続き）

- その一方で、利用者負担の見直しに消極的な立場から、
  - ・ サービスの利用控えや家計への負担に配慮しつつ慎重に検討する必要がある
  - ・ 平成26年介護保険法改正における利用者負担の見直しで2割負担となった方には短期間での再度の利用者負担の引き上げとなってしまう。平成26年介護保険法改正の影響をよく検証することが必要である
  - ・ 能力に応じた負担となると3割負担にとどまらず、4割負担、5割負担となりかねない。受益に応じた負担であるべきであり、利用者負担に差をつけ過ぎるべきではない
  - ・ 介護サービスの利用が長期間になることや現時点で既に整合性が図られていないことなどを踏まえれば高額介護サービス費について医療保険制度と整合性を取る必要性はない
  - ・ 高額介護サービス費の負担上限額の引き上げは、モデル年金より収入が低い方も対象になってしまうので適当ではない
  - ・ 負担増となる方の人数は少ないとのことだが、個々人への影響を考えるべきなどの意見があった。
- このほか、
  - ・ 被保険者、特に利用者に負担増を納得していただくためにも、負担増を求める根拠を丁寧に説明することが必要である
  - ・ 高額介護サービス費制度や、医療保険と介護保険の負担を合算して一定の負担額に抑える制度については、広く周知が必要である
  - ・ 医療保険と介護保険の負担を合算して一定の負担額に抑える制度については、高額療養費制度と高額介護サービス費制度の見直しがそれぞれ検討されているところであり、これらの影響等を把握してから検討すべき
  - ・ 利用者負担の見直しはやむを得ないにしても、一定の経過期間を設けるのが適当
  - ・ 利用者負担のさらなる増加に対する国民の不安を払拭するために、給付の割合は70/100を維持すべきである
  - ・ 預貯金など資産に着目した利用者負担の拡大を検討すべきかどうかは、引き続き議論を重ねる必要があるとの意見があった。
- また、医療保険制度において、現役並み所得者の高額療養費の負担上限額の見直しが検討されていることに関連して、
  - ・ 医療保険と整合性を持った見直しをすべきである
  - ・ 利用者負担の見直しはやむを得ないにしても、一定の経過期間を設けるのが適当
  - ・ 医療と介護は異なるので、医療保険の見直しの内容をそのまま介護保険に持ち込むことは適当ではない
  - ・ 医療の検討結果を見てから検討すべきであるが、今回はその時間的な余裕がない
  - ・ 医療、介護、年金の各制度の見直しも含めた負担の生活への影響にも留意する必要があるなどの意見があった。
- ケアマネジメントに関する利用者負担についても様々な意見があり、ケアマネジメントの在り方とあわせて引き続き検討を行うことが適当である。（I 1. (5)の再掲）

# 平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論④

## Ⅱ 介護保険制度の持続可能性の確保

### 1. 利用者負担のあり方

#### (1) 利用者負担割合・高額介護サービス費（続き）

○ 要支援・要介護度に応じて、利用者負担に違いを設けることについても議論を行った。制度の持続可能性のためには重点化が必要である、給付の抑制を行わずに現役世代の負担の増加や次世代への先送りは避けるべきである、「あれば便利」程度のサービスは介護保険給付から除外すべきであるなどの理由からこれに肯定的な意見があった一方で、要介護度の程度にかかわらず必要なサービスを受けられるようにすることが大切である、状態改善への意欲を削ぐことになる、サービスの利用を控え要介護状態の重度化につながる恐れがある、「介護離職ゼロ」の政府方針に反しかねないなどの理由から、これに否定的な意見が多くあった。その他、一律に軽度者の利用者負担を引き上げるのではなく、エビデンスに基づく一定期間の利用や、一定の限度額までの利用は現行どおりの負担とするなどの柔軟な対応が必要であるとの意見や、種類支給限度基準額の見直しを行い、極端に頻回に生活援助を利用している者に負担を求めるべきとの意見もあった。また、軽度者の定義に関連して、要介護2以上は様々な状態の方が含まれるため、まずは要介護1までとすべきとの意見があった一方で、要介護度と利用者の状態、要介護度と支援の困難性は必ずしも一致しないなどの意見もあった。

#### (2) 補足給付

- 補足給付については、平成26年介護保険法改正において、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の確保の観点から、一定額超の預貯金等がある場合には、対象外にするなどの見直しを行った。これについては、その影響を引き続き検証すべきとの意見があった。
- この見直しに際して、補足給付の支給に関して不動産を勘案するか否かについても、検討を行ったところであるが、様々な課題があり、引き続き検討を続けていくこととされた。
- その後、厚生労働省において調査研究事業を行ったが、地域的な格差、民間金融機関の参入の困難性、認知症の方への対応等様々な実務上の課題が明らかになった。
- このような状況を踏まえ、補足給付の不動産勘案に関しては、一定額以上の宅地を保有している場合に資産として活用することについて、引き続き検討を深めることとするのが適当である。
- 検討に際しては、民間金融機関が実施するリバースモーゲージ等における知見の蓄積、成年後見制度の普及等の状況も踏まえる必要があるが、リバースモーゲージについて全国的な導入は難しいとしても導入できる地域から導入すべきではないか、どのような工夫をすればリバースモーゲージを導入できるかという観点から検討を進めるべきではないか、補足給付を介護保険制度の下で実施することの是非についても考えるべきではないかなどの意見があったことにも留意することが必要である。
- このほか、認知症対応型グループホームや小規模多機能型居宅介護などについても補足給付の対象とすることを検討するなど、低所得者への配慮措置も必要との意見があった。

# 平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論⑤

## Ⅱ 介護保険制度の持続可能性の確保

### 2. 給付のあり方

#### (1) 軽度者への支援のあり方

- 要支援・要介護度に応じた支援のあり方については、介護保険制度の創設時をはじめ制度改正時などにおいて議論されてきており、予防給付の創設や介護報酬改定など給付の見直しが行われてきた。
- 平成26年介護保険法改正では、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスの提供をできるよう、介護予防訪問介護と介護予防通所介護を地域支援事業（総合事業）に移行する見直しが行われた。
- この見直しは、平成27年4月から施行されているが、市町村は条例で定める場合、平成29年4月まで猶予可能とされており、平成28年4月までに実施した保険者は全体の1／3程度であった。  
また、平成27年4月に総合事業を開始した市町村の実施状況等を確認したところ、介護予防訪問介護と介護予防通所介護に相当するサービス以外の「多様なサービス」が出現していることが確認された一方で、介護サービス事業者や介護労働者以外の「多様な主体」による取組が十分に広まるまでに至っていない状況にあった。
- このような状況を踏まえ、軽度者に対する訪問介護における生活援助やその他の給付の地域支援事業（総合事業）への移行に関しては、まずは介護予防訪問介護と介護予防通所介護の総合事業への移行や、「多様な主体」による「多様なサービス」の展開を着実に進め、事業の把握・検証を行った上で、その状況を踏まえて検討を行うことが適当である。
- この点に関しては、検証は遅滞なく行う必要があるとの意見や、2025年を見据えながら、検証を待つのではなく、その他の給付を含めた速やかな地域支援事業への移行や利用者負担の見直しなど何らかの対応をすべきとの意見があった一方で、多様な主体による多様なサービスの展開が順調に進んでおらず第6期介護保険事業計画期間中に検証を行うのは早過ぎるとの意見や、市町村における総合事業が充実するよう国や都道府県がサポートすべきとの意見、介護予防訪問介護等の地域支援事業への移行は大きな改革であり、多くの市町村が対応に苦慮しているため、検証できる状況にないとの意見があった。
- また、介護サービスを提供する人材不足が喫緊の課題である中で、人材の専門性などに応じた人材の有効活用の観点から、訪問介護における生活援助について、要介護度に関わらず、生活援助を中心にサービス提供を行う場合の緩和された人員基準の設定等についても議論を行った。

# 平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論⑥

## Ⅱ 介護保険制度の持続可能性の確保

### 2. 給付のあり方

#### (1) 軽度者への支援のあり方（続き）

- この点については、体力的な都合等で身体介護は難しいが生活援助ならできるという介護人材も存在し、その人材の活用を図るべきとの意見や、生活援助の人員基準の緩和を行い、介護専門職と生活援助を中心に実施する人材の役割分担を図ることが重要であるとの意見、制度の持続可能性の確保という観点からの検討が必要であるとの意見があった一方で、生活援助の人員基準を緩和すれば、サービスの質の低下が懸念されることや、介護報酬の引き下げにより、介護人材の処遇が悪化し、人材確保がより困難になり、サービスの安定的な供給ができなくなる可能性があるとの意見や、地域によっては生活援助を中心にサービス提供を行う訪問介護事業者の退出につながり、サービスの利用が困難になることが懸念されるため、慎重に議論すべきとの意見もあり、平成30年度介護報酬改定の際に改めて検討を行うことが適当である。
- 要支援・要介護度に応じて、利用者負担に違いを設けることについても議論を行った。制度の持続可能性のためには重点化が必要である、給付の抑制を行わずに現役世代の負担の増加や次世代への先送りは避けるべきである、「あれば便利」程度のサービスは介護保険給付から除外すべきであるなどの理由からこれに肯定的な意見があった一方で、要介護度の程度にかかわらず必要なサービスを受けられるようにすることが大切である、状態改善への意欲を削ぐことになる、サービスの利用を控え要介護状態の重度化につながる恐れがある、「介護離職ゼロ」の政府方針に反しかねないなどの理由から、これに否定的な意見が多くあった。この他、一律に軽度者の利用者負担を引き上げるのではなく、エビデンスに基づく一定期間の利用や、一定の限度額までの利用は現行どおりの負担とするなどの柔軟な対応が必要であるとの意見や、種類支給限度基準額の見直しを行い、極端に頻回に生活援助を利用している者に負担を求めるべきとの意見もあった。また、軽度者の定義に関連して、要介護2以上は様々な状態の方が含まれるため、まずは要介護1までとすべきとの意見があった一方で、要介護度と利用者の状態、要介護度と支援の困難性は必ずしも一致しないなどの意見もあった。（Ⅱ 1 (1) の再掲）
- 以上の他に、介護保険で提供されるサービスは、利用者の自立支援や介護予防につながるものでなければならないことは当然であるが、その視点が弱いのではないかと、自立支援につながっていることを見える化して検証するなど、データに基づく議論が必要などの意見があった。
- このため、ケアマネジャー、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士等の多職種が集まり、個別事例を地域ケア会議で検討するなど、自立支援に資するケアマネジメント支援のために各種専門職が関与していく取り組みなどを推進していくことが適当である。  
なお、利用者本人の自立に向けた課題や意向等を関係者が共有しつつ、本人の自己決定に基づく支援を展開するためには、基本的には、本人や家族が地域ケア会議に参加し、情報共有を行うことが有効である。



# 平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論⑦

## Ⅱ その他の課題

### (2) 被保険者範囲

- 介護保険の被保険者の範囲は、制度創設当初から、65歳以上が第1号被保険者、40歳以上64歳以下の者が第2号被保険者とされている。
- この被保険者の範囲については、制度創設時も大きな議論となり、また、制度創設後も、「制度の普遍化」（要介護となった理由や年齢の如何に関わらず介護を必要とする全ての人にサービスの給付を行い、併せて保険料を負担する層を拡大すること）を目指すべきか、「高齢者の介護保険」を維持するかを中心に議論が行われてきた。  
本部会でも過去、度々議論を行ったが、その拡大について結論を得ることなく、現在に至っている。
- 一方で、制度創設当初と現在を比較してみると、
  - ・ 介護保険制度創設以来、介護保険の保険料負担者である40歳以上人口は増加してきたが、平成33年（2021年）をピークに減少していくことが見込まれている。
  - ・ 平成52年（2040年）には、30歳以上64歳以下人口が、制度創設時の40歳以上64歳以下人口と同程度なる。
  - ・ 40歳以上人口に占める40歳以上64歳以下人口の割合は低下しており、平成47年（2035年）には50%を下回ることが見込まれる。
  - ・ 第1子を出産する年齢が高齢化しており、制度創設時は65.4歳の母親の第1子が40歳であったが、平成61年（2049年）には、65.6歳の母親の第1子が35歳となる。
  - ・ 政府において、「地域共生社会」を実現するための取組が進められており、厚生労働省においても、介護保険法、障害者総合支援法、子ども・子育て支援新制度など、各制度の成熟化が進む一方で、既存の縦割りのシステムには課題が生じているといった視点を踏まえ今後検討を行っていくこととされている。などの変化もあり、今般の介護保険制度の見直し検討に際して、改めて被保険者範囲について議論を行った。
- 被保険者範囲の拡大については、受益と負担の関係が希薄な若年世代の納得感を得られないのではないかとの意見や、まずは給付の効率化や利用者負担のあり方を見直すことが先決であり、被保険者範囲の拡大については反対との意見、介護保険優先原則に関する改正障害者総合支援法の国会附帯決議に十分留意しながら検討すべきとの意見、障害者の介護は保険になじまないため、税財源により慎重に対応すべきとの意見があった。
- その一方で、将来的には介護保険制度の普遍化が望ましいとの意見や、制度の持続可能性の問題もあり、今から国民的な議論を巻き起こしていくことが必要であるとの意見もあり、介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当である。

# 平成29年介護保険法改正に向けた介護保険部会における議論⑧

## Ⅱ その他の課題

### (4) 現金給付

- 介護保険制度の見直し検討に関連して、委員の求めに応じて、事務局より、ドイツの介護保険制度における介護手当（現金給付）に関する資料が提示され、議論を行った。
  
- ドイツでは、現金給付が家族を介護に縛り付けるという議論はなく、実際に家族を介護している人を評価する仕組みであり、現金給付は、市民社会にふさわしい制度であるとともに総介護サービス費の抑制に寄与しているとして、現金給付に賛成する意見があった。
  
- しかし、以下の通り、現金給付には消極的な意見が多く、現時点で現金給付を導入することは適当ではないと考えられる。
  - ・ 現金給付の導入は、家族介護の固定化につながり、「介護の社会化」という制度の理念や介護離職ゼロ・女性の活躍推進の方針に反しているため反対である。
  - ・ 現金給付の導入によって、現物給付が縮小すると、介護サービスの基盤が崩れ、仕事と介護の両立が阻害される恐れがある。むしろ現金給付以外の介護者を支援する仕組みが必要である。
  - ・ 現金給付の導入は新たな給付増につながることから、制度の持続可能性の確保の観点から反対である。不正受給の恐れもあり、給付の適正化を進める流れとも逆行する。

「経済財政運営と改革の基本方針2018」(平成30年6月15日閣議決定)(抜粋)

## 第3章 「経済・財政一体改革」の推進

### 4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

#### (1) 社会保障

(負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、自助と共助の役割分担の再構築)

(略)

高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。

(略)

介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。

# 「新経済・財政再生計画改革工程表2018」における記載①

## ○「新経済・財政再生計画改革工程表2018」（平成30年12月20日）（抜粋）

### 2-4 給付と負担の見直し

高齢化や現役世代の急減という人口構造の変化の中でも、国民皆保険を持続可能な制度としていくため、勤労世代の高齢者医療への負担状況にも配慮しつつ、必要な保険給付をできるだけ効率的に提供しながら、自助、共助、公助の範囲についても見直しを図る。

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	<b>52 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討</b>  高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	高齢者医療制度について、マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。  在宅と施設の公平性の確保の観点等から、介護の補足給付の在り方について、その対象者の資産の実態調査等を行い、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる（再掲）。  <<厚生労働省>>	骨太2020	----->	—	—
	<b>57 介護のケアプラン作成に関する給付の在り方について検討</b>  介護のケアプラン作成について、給付の在り方を検討する。	介護のケアプラン作成に関する給付と負担の在り方について、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。  <<厚生労働省>>	----->		—	—

# 「新経済・財政再生計画改革工程表2018」における記載②

## ○「新経済・財政再生計画改革工程表2018」（平成30年12月20日）（抜粋）

	取組事項	実施年度			K P I	
		2019年度	2020年度	2021年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	<b>58 介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討</b>  多床室室料について、給付の在り方を検討する。	介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院等の多床室の室料負担等、施設サービスの報酬等の在り方について、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。  <厚生労働省>	→		—	—
	<b>59 介護の軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方について検討</b>  介護の軽度者への生活援助サービス等について、給付の在り方を検討する。	軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付について、地域支援事業への移行を含めた方策について、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。  <厚生労働省>	→		—	—
	<b>60 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討</b>  年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。	年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。  <厚生労働省>	骨太2020	→	—	—

## 「経済財政運営と改革の基本方針2019」(令和元年6月21日閣議決定)(抜粋)

### 第3章 経済再生と財政健全化の好循環

#### 2. 経済・財政一体改革の推進等

##### (2) 主要分野ごとの改革の取組

##### ① 社会保障

##### (基本的な考え方)

新経済・財政再生計画に基づき、基盤強化期間内から改革を順次実行に移し、団塊の世代が75歳以上に入り始める2022年までに社会保障制度の基盤強化を進め、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めにつなげる。このため、給付と負担の見直しも含めた改革工程表について、進捗を十分に検証しながら、改革を着実に推進する。

年金及び介護については、必要な法改正も視野に、2019年末までに結論を得る。医療等のその他の分野についても、基盤強化期間内から改革を順次実行に移せるよう、2020年度の「経済財政運営と改革の基本方針」(以下「骨太方針2020」という。)において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

なお、人生100年時代を迎え、少子高齢社会の中で、生き方、働き方の多様化に対応できる持続可能な社会保障制度へと改革していく必要がある。議論を進めるに当たっては、いわゆる「支える側」と「支えられる側」のリバランスという観点や、個人の自由で多様な選択を支え、特定の生き方や働き方が不利にならない「選択を支える社会保障」という考え方も含め、年齢等にとらわれない視点から検討を進めるとともに、自助・共助・公助の役割分担の在り方、負担能力や世代間・世代内のバランスを考慮した給付と負担の在り方等の観点を踏まえて行う。

あわせて、現役世代が減少していく中で高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据え、下記の予防・重症化予防・健康づくりの推進や医療・福祉サービス改革による生産性の向上に向けた取組について、具体的な目標とそれにつながる各施策のKPIを掲げ推進する。

また、国と地方が方向性を共有し、適切な役割分担の下で地域の実情を踏まえつつ具体的な取組を進める。

第2章1. (2)に掲げる取組及びこれらの取組を通じて、幅広い世代の視点を踏まえつつ、人生100年時代に対応した全世代型の社会保障制度を構築し、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持、そして次世代への継承を目指す。

(略)

##### (給付と負担の見直しに向けて)

社会保障の給付と負担の在り方の検討に当たっては、社会保障分野における上記の「基本的な考え方」を踏まえつつ、骨太方針2018及び改革工程表の内容に沿って、総合的な検討を進め、骨太方針2020において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。