

社会保障審議会介護保険部会（第62回）議事次第

平成28年8月31日（水）

14：00～17：00

於 ベルサール九段 ホール

議 題

- 1 その他の課題②（被保険者範囲）
- 2 ニーズに応じたサービス内容の見直し
- 3 その他

【資料】

資料1 被保険者の範囲のあり方

資料2 ニーズに応じたサービス内容の見直し

資料2-1 ①自立支援・重度化予防を推進する観点からのリハビリテーション機能の強化

資料2-2 ②中重度者の在宅生活を支えるサービス機能の強化

資料2-3 ③安心して暮らすための環境の整備

資料2-4 ④「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現

資料3 ドイツの介護保険制度における介護手当（現金給付）

参考資料1 被保険者の範囲のあり方（参考資料）

参考資料2 ニーズに応じたサービス内容の見直し（参考資料）

参考資料2-1 ①自立支援・重度化予防を推進する観点からのリハビリテーション機能の強化

参考資料2-2 ②中重度者の在宅生活を支えるサービス機能の強化

参考資料2-3 ③安心して暮らすための環境の整備

参考資料2-4 ④「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現

被保険者の範囲のあり方

被保険者の範囲のあり方

現状・課題

1. 介護保険制度創設時における考え方

介護保険制度は創設当時、高齢者介護が大きな社会問題となっている状況を踏まえ、老化に伴う介護ニーズに適切に応えることを目的とした。

こうした考え方を踏まえ、介護保険の被保険者は、65歳以上の第1号被保険者と、40歳以上64歳以下の第2号被保険者からなる。

40歳以上64歳以下の者については、老化に伴う心身の変化によって生じる要介護状態等の発現率は、第1号被保険者と第2号被保険者では差があるものの、40歳以上になれば、老化を原因とする疾病による介護ニーズの発生の高くなるとともに、自らの親も介護を要する状態になる可能性が高くなることから介護保険制度により負担が軽減される等一定の受益があるため、社会的扶養や世代間連帯の考え方に立って、被保険者とされているところ。

また、財源構成における第1号保険料と第2号保険料の負担割合については、上記のとおり、40歳以上64歳以下の者は、65歳以上に比べて自らの要介護リスクは低いものの、介護保険制度により介護負担が軽減されることや、世代間連携の観点、介護給付には疾病や負傷に関するものが含まれており従来の老健制度で負担してきた部分も含まれること等を踏まえて、被保険者数に応じて按分されており、平成27～29年度は第1号保険料が22%、第2号保険料が28%となっている。

被保険者の範囲のあり方

現状・課題

給付としては、65歳以上は原因を問わず要介護・要支援状態であれば給付対象となるのに対し、40～64歳では、老化に伴う介護という観点から、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）による場合に限定している。（制度創設時には、障害福祉による介護サービスについては、障害者プランに即して引き続き充実を図ることとされた。）

2．被保険者の範囲に関するこれまでの議論

介護保険法の制定時には、介護保険法附則第2条において「（略）被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲、（略）を含め、この法律の施行後5年を目途としてその全般に関して検討が加えられ、その結果に基づき必要な見直し等の措置が講ぜられるべき」とされた。

これ以降、被保険者の範囲については、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「制度の普遍化」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。

平成16年に介護保険部会がとりまとめた「「被保険者・受給者の範囲」の拡大に関する意見」（平成16年12月10日介護保険部会）においては、介護保険制度の将来的な在り方としては、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していくことにより、制度の普遍化の方向を目指すべきであるという意見が多数であったとされた。

一方で、費用を負担する若者の納得感や、若年者が要介護状態になる確率は低く、しかもその原因が出生時からであることも多いため、こうした分野の取組は税を財源とする福祉によるべきとの点から、極めて慎重に対処するべきとの意見もあった。

被保険者の範囲のあり方

現状・課題

平成17年の介護保険法改正においては、改正法附則第2条において、「政府は、介護保険制度の被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲について、社会保障に関する制度全般についての一体的な見直しと併せて検討を行い、その結果に基づいて、平成21年度を目途として所要の措置を講ずるものとする。」とされた。

さらに、平成19年の「介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する中間報告」（平成19年5月21日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）においては、以下のとおり指摘された。

- ・ 「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」というのが、本有識者会議が到達した基本的考え方である。また、被保険者・受給者範囲を拡大する場合の考え方としては、現行の「高齢者の介護保険」の枠組みを維持するという考え方（A類型）と、「介護保険制度の普遍化」を図るという考え方（B類型）があるが、本有識者会議においては、後者の「介護保険制度の普遍化」の方向性を目指すべきとの意見が多数であった。
- ・ 一方、有識者調査の結果等をみると、障害者自立支援法や改正介護保険法の十分な定着を図る必要があること、介護保険給付の効率化を優先すべきであること、若年者の理解が得られず保険料徴収率が低下する可能性が高いこと、社会保障全体の給付・負担の動向を見極める必要があること等を理由として、将来的にはともかく、現時点においては被保険者・受給者範囲の拡大には慎重であるべきとの意見も依然として強い。また、当事者である障害者団体からも、被保険者・受給者範囲の拡大について、「介護保険制度の普遍化」の意味を含め、十分な理解が得られていない状況にある。
- ・ したがって、平成17年の改正介護保険法附則の規定も念頭に置いて、制度設計の具体化に向けた検討作業を継続しつつ、当面、介護保険の被保険者・受給者範囲拡大に関する国民的合意形成に向けた取組に努める必要がある。

被保険者の範囲のあり方

現状・課題

また、平成22年の介護保険部会意見とりまとめでは、「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、十分な議論を行い結論を得るべき」とされた。

平成22年1月の障害者自立支援法違憲訴訟団と国との基本合意において、「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、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。」とされている。

さらに、平成25年の介護保険部会意見とりまとめでは、「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、(略)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。」とされた。

なお、障害者施策との関係では、法律上介護保険が優先となっており、65歳以上の介護を要する者に対する支援は、障害者も含めてまず介護保険から支援が行われ、これを超えて必要な分(介護保険制度における支給限度額を超える部分や、介護保険には無いサービス)を障害者総合支援法で支援することとなる。

平成28年障害者総合支援法の改正により、65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合に、障害者の所得の状況や障害の程度等の事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減(償還)できる仕組みを設けたところ。

被保険者の範囲のあり方

現状・課題

3．現在の介護保険をとりまく状況

高齢化に伴い、介護費用の総額も制度創設時から約3倍の約10兆円（平成28年度予算ベース）になるとともに、保険料の全国平均は5,000円を超え、2025年度には8,000円を超えることが見込まれる状況にある。こうした中で、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。

制度創設時には40歳以上64歳以下の人口は約4370万人であったが、平成52年（2040年）には約3320万人となると推計され、同年には30歳以上64歳以下の人口で約4400万人となる。また、40歳以上人口に占める40歳以上64歳以下人口の割合は徐々に低下していくこととなり、平成26年度では56.5%であるが、平成32年（2020年）には53.6%、平成37年（2025年）には52.9%、平成47年（2035年）には49.6%となるが見込まれる。

なお、第1子を出産する年齢が高齢化しており、親が65歳以上となる年齢が、相対的に低下している。例えば、昭和35年（1960年）では第1子の出産年齢は25.4歳となっており、平成12年（2000年）の時点では、65.4歳の母親の第1子が40歳であったが、足下（平成26年）では30.6歳となっており、平成61年（2049年）の時点（35年後）では、65.6歳の母親の第1子が35歳となる。

被保険者の範囲のあり方

現状・課題

また、ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月2日閣議決定）において「子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる「地域共生社会」を実現する。このため、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの地域の公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる仕組みを構築する。」とされており、地域共生社会の実現に向けた取組を進めて行くことが重要となっている。

厚生労働省においても、「『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」を創設し、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、人口減少、家族・地域社会の変容などにより、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している。

なお、ドイツやオランダでは、全年齢を対象として介護サービスの保険給付を行っているところ。

被保険者の範囲のあり方

論点

介護保険制度創設時の考え方や、これまでの議論や、将来的な給付増と被保険者の減少の見込み、地域共生社会の実現の推進等を踏まえ、介護保険制度における被保険者の範囲について、どのように考えるか。

特に、「介護保険制度の普遍化」を目指すべきか、「高齢者の介護保険」を維持するべきかといった論点に対してどのように考えるか。

見直しに向けた検討を行う場合には、若者の納得感、関係者の合意形成について、どのように進めて行くべきか。

社会保障審議会 介護保険部会（第62回）	資料2 - 1
平成28年8月31日	

ニーズに応じたサービス内容の見直し
(①自立支援・重度化予防を推進する観点からの
リハビリテーション機能の強化)

①リハビリテーション機能の強化

現状・課題

- ① 居宅系サービスとして、現在、通所リハビリテーション、通所介護、認知症対応型通所介護等が実施されているところ。
- ② 医療保険のリハビリテーションを受けていた要介護被保険者が、介護保険のリハビリテーションサービスを受ける場合、移行先として通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションが想定されている。
- ③ リハビリテーションについては、これまで以下のことが指摘されているところ。

○ 平成6年12月 高齢者介護・自立支援システム研究会「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」心身の機能が低下したことによって万一介護を必要とするような状態になった場合には、できる限り早い段階から適切なリハビリテーションを提供する必要がある（リハビリテーション前置主義）。

従来の施設や病院等における医学的、機能回復的なリハビリテーションだけでなく、高齢者本人の意思によって地域社会の様々な活動に積極的に参加できるように、日常生活の中にリハビリテーションの要素を取り入れ、地域全体で高齢者を支える取り組みを推進していくことが求められる。

○ 平成22年11月30日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」

「リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。」

①リハビリテーション機能の強化

現状・課題

- ④ 平成27年度介護報酬改定に関する審議報告(平成27年1月9日社会保障審議会 介護給付費分科会)
- 「通所リハビリテーションや通所介護、認知症対応型通所介護などの居宅サービスについては、それらの共通の機能とともに、それぞれのサービスに特徴的な機能(例えばリハビリテーション、機能訓練、認知症ケアなど)の明確化等により、一体的・総合的な機能分類や評価体系となるよう引き続き検討する。また、その際には、現行の事業所単位でのサービス提供に加えて、例えば地域単位でのサービス提供の視点も含め、事業所間の連携の進め方やサービスの一体的・総合的な提供の在り方についても検討することが今後の課題である。」
- ⑤ 平成27年度に実施した「リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業」等によると、通所リハビリテーションと通所介護は、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の人員配置、利用者の基礎疾患や期待する改善目標、リハビリテーション・機能訓練による日常生活自立度や要介護度の変化などにおいて、両サービス間に差異があったが、一方で、利用者の要介護度やケアプランの目標設定、サービスの利用時間、リハビリテーション・機能訓練で実施されている訓練の内容等では、両サービスは類似していた。

①リハビリテーション機能の強化

現状・課題

- ⑥ リハビリテーション専門職と介護職が連携して訪問系のサービスの提供を行うことについては、事業所やヘルパー、介護支援専門員、利用者等から良好な評価が得られていた。(※1)

※1(平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)(6)リハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査研究事業)

また、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの導入により、通所リハビリテーションでは、リハビリテーション会議への医師、介護支援専門員の参加が促進され、ケアプラン・居宅サービス計画との連動や医師との情報共有、他の介護事業所との情報共有が促進された。しかし、通所リハビリテーションは単独で提供されることが多く、また介護支援専門員や介護サービス事業所、市町村、地区組織との連絡会議や勉強会、事例検討会の開催は、4割程度で実施されるにとどまっている。(※2)

※2(平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)(3)リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業)

①リハビリテーション機能の強化

論点

- ① 地域において、通所リハビリテーションと通所介護のそれぞれの特徴を踏まえ、利用者の状態に応じて適切なサービスを提供していくためには、各サービスがどのように役割分担と機能強化(例えば、リハビリテーション、機能訓練、認知症ケアなどの明確化や専門職の人員配置等)をしていくべきか。
- ② 平成27年度介護報酬改定において、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱが導入され、通所リハビリテーションでは多職種の連携や、ケアプラン・居宅サービス計画との連動、職種間、介護事業所間での情報共有が促進された。さらに職種間や介護事業所間の連携を促進するためにはどのような対応が必要か。

ニーズに応じたサービス内容の見直し
(②中重度者の在宅生活を支えるサービス
機能の強化)

②中重度者の在宅生活を支えるサービス機能の強化

現状・課題

(現状等) 【参考資料P. 1～4】

- 「日常生活を送るうえで介護が必要になった場合に、どこで介護を受けたいか」という質問では、男性では4割、女性では3割が「自宅」を希望している。また、「治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか」という質問では、「自宅」が半数を超えているという調査結果がある。
- 今後、認知症の高齢者や、世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみ世帯の増加が見込まれているなかで、これらのニーズに応じていくためには、中重度の要介護状態になっても、必要な時に身近なところで受けられる在宅サービスの充実を図っていく必要がある。
- 要介護者等の高齢者が安心して生活するためには、要介護度が高い人にも対応できるサービスが受けられる体制の整備が必要である。
- 体制の整備については、地域包括ケアシステムの構築に向けて定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護等の単身・重度の要介護者等に対応し得るサービスの普及がより重要であるが、十分に進んでいないのが現状。

②中重度者の在宅生活を支えるサービス機能の強化

現状・課題

(現状等) 【参考資料P. 5】

- また、退院の許可が出た75歳以上の入院患者の自宅療養の見通しについて、「自宅で療養できない」と回答した入院患者が約4割となっている。また、自宅療養を可能にする条件については、「入浴や食事などの介護が受けられるサービス」と回答した入院患者が約4割という調査結果がある。
- 上記の調査結果もあるため、介護サービスと生活を支えるために必要となる配食などの保険外サービスが一体となって提供されることが必要である。

②中重度者の在宅生活を支えるサービス機能の強化

現状・課題

(地域密着型サービスについて) 【参考資料P. 6～35】

- 平成18年度改正において、認知症や独居の高齢者であっても、身近な生活圏域で暮らし続けることができるよう、サービス利用が原則市町村の圏域内に限定される小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問介護等の地域密着型サービスを創設。
- 平成24年度改正において、単身・重度の要介護者などが、できる限り在宅生活を継続できるように、24時間の定期巡回・随時対応型訪問介護看護とがん末期等の看取り期・病状不安定期を支えることができる複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）を新たなサービス類型として追加。
また、平成24年度介護報酬改定において、地域の実情に応じた小規模多機能型居宅介護の普及を図る観点から、複数の事業所で人材を有効活用しながら、より利用者に身近な地域でサービス提供が可能となるようサテライト型事業所の仕組みを導入。
- 平成27年度介護報酬改定においては、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、利用者の生活全般に着目し、主治医や看護師等の多様な主体との意思疎通を図り、適切に連携するための体制構築に取り組むなどの積極的な体制整備について総合マネジメント体制強化加算を設けるなどの評価を新設。
また、小規模多機能型居宅介護については、在宅生活の継続を促進する観点から、登録定員をこれまでの25名から29名へと緩和を行った。

※ 登録定員の緩和に伴い、約3割の事業所が定員の変更を行っている。そのうち、上限である29名への登録定員の引上げが多くなっているとの調査結果がある。

②中重度者の在宅生活を支えるサービス機能の強化

論点

- 小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの地域密着型サービスの利用者数や事業所数を増やすなどの充実を図っていくためには、どのような方策が考えられるか。例えば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の普及に向けて、利用者・ケアマネジャーへの周知や行政の積極的な関与などを求める意見があることについて、どのように考えるか。
- 小規模多機能型居宅介護等の複合的な機能を担っているサービスについて、中重度者の在宅生活を支える観点から機能強化を図っていくためには、どのような方策が考えられるか。
- 介護サービスとともに生活を支えるために必要となる配食などの保険外サービスが一体となって提供されるためには、どのような方策が考えられるか。

社会保障審議会 介護保険部会(第62回)	資料2-3
平成28年8月31日	

ニーズに応じたサービス内容の見直し (③安心して暮らすための環境の整備)

③安心して暮らすための環境の整備

現状・課題

1. 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）について

- 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）は、要介護者に対して、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う生活施設。
 - ・ 施設数：9,498施設 サービス受給者数：約56.4万人（介護給付費等実態調査平成28年3月審査分）
 - ・ 入所申込者数：約52.4万人（うち、要介護3以上かつ在宅の方は約15.3万人）（平成26年3月集計）
- 入所者の方は、認知症の方が9割以上であり、平均要介護度は3.85など、重度化が進展しており、死亡退所も多い。また、低所得の方が多く入所している。
 - ・ 平均要介護度：3.85（平成26年度介護サービス施設・事業所調査）
 - ・ 所得段階別の入所者の所得状況：第1段階5%、第2段階57%、第3段階19%、第4段階17%（平成25年度介護サービス施設・事業所調査）
 - ・ 認知症日常生活自立度ランクⅡ以上：93.7%（平成25年度介護サービス施設・事業所調査）
 - ・ 平均在所期間：1405日（平成25年度介護サービス施設・事業所調査）
- 平成25年12月20日の「介護保険制度の見直しに関する意見」（社会保障審議会介護保険部会報告書）においては、「特養の重点化に伴い、今後、特養においては、医療ニーズの高い入所者への対応とともに、施設内での「看取り」対応が課題となる。看取り体制を一層強化していくため、特に夜間・緊急時の看護体制等、「終の棲家」の役割を担うための機能や体制等の医療提供の在り方について検討する必要がある。」と指摘された。
- 平成27年4月より、新規入所者を原則要介護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するとともに、平成27年介護報酬改定においては、介護福祉施設サービスにおける看取り介護の質を向上させるため、看取り介護加算の拡充等を行った。

③安心して暮らすための環境の整備

現状・課題

- 施設の運営にあたっては、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」において施設の運営に当たっての最低基準として、従うべき基準として従業者の員数や居室面積を定める一方、参酌すべき基準として居室の定員等を定めている。また、入所者の方のプライバシーを確保し、居宅に近い居住環境及び日常生活の中でケアを行うものについては、ユニット型として別に基準を定めている。
 - ・ 平成37年度のユニット化率（入所定員のうち、特別養護老人ホーム等のユニット型施設の定員が占める割合）：70%（平成27年3月策定の基本指針における、都道府県の努力目標）
 - ・ 現在のユニット化率：37.3%（平成26年度介護サービス施設・事業所調査）

2. 有料老人ホームについて

- 老人を入居させ、食事や介護等サービス（食事の提供、介護の提供、家事の供与、健康管理のいずれか）の事業を実施している施設は、老人福祉法において有料老人ホームに該当し、届出が義務付けられている。届出の規定は、高齢者が長年生活する住居としてサービス水準の確保等のために、必要に応じて行政が関与できる仕組みとして設けられている。
- 平成18年の老人福祉法改正において、有料老人ホームの定義が拡大（入居定員要件の廃止、サービス要件の追加）されるとともに、高齢化に伴うニーズの拡大、多様な事業者による事業参入等を背景に、有料老人ホームは増加しており、平成27年度には、施設数は10,627件、定員数は約42万人となっている。

特に近年は、届出規定が遵守されていない施設（未届の有料老人ホーム）の増加も課題となっており、国においては「有料老人ホームの設置運営標準指導指針」（ガイドライン）の見直しを行うなど、都道府県等と連携して届出促進に取り組んでいるが、対策強化が求められている。（参考：消費者基本計画工程表（平成28年7月19日消費者政策会議決定））

③安心して暮らすための環境の整備

現状・課題

- また、有料老人ホームの増加等に伴い、事業倒産等の場合に備えた入居者保護の充実も求められている。その対策として、平成18年の老人福祉法改正において、前払金を受領する場合には、前払金の保全措置を事業者に義務付けている。義務付けの対象は、改正法の施行日（平成18年4月1日）以降に届出された有料老人ホームであり、法改正前に届出された有料老人ホームは、建設費等の借入返済に充てている場合の経営への影響等を考慮し、対象外となっている。（有料老人ホームの設置運営標準指導指針(ガイドライン)で求めている。）
- 有料老人ホームが提供するサービスの多くは、事業者と入居者の契約によるところが大きいことから、その施設のサービス内容等について、できる限り多くの情報が開示されることが重要であり、事業者に対しては、入居希望者又は入居者への重要事項等の情報開示を義務付けている。なお、有料老人ホームの市場が拡大する中で、入居希望者は、数多くの施設の中から、ニーズに応じた施設を選択することとなる。（都道府県等においては、有料老人ホームの施設名等の一覧情報をホームページに掲載している。）

③安心して暮らすための環境の整備

論点

- 特別養護老人ホームについては、平成27年4月より、原則、新規入所者は要介護3以上の方となり、入所者の重度化が進展していく中で、今後、特別養護老人ホームにはどのような役割が期待されるか。
- 有料老人ホームについては、民間の創意工夫を活かした多様なサービス形態の施設が大幅に増加する中で、適正な事業運営や入居者保護の充実が求められており、前払金の保全措置の取扱いや、未届の有料老人ホーム等への対策強化をはじめ、今後、どのような実効性のある方策が求められるか。また、入居希望者が入居の判断に必要な施設の情報を容易に入手し、ニーズに応じた適切な施設が選択できるような環境整備に向けて、どのような方策が考えられるか。

ニーズに応じたサービス内容の見直し （④「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現）

④地域共生社会の実現

現状・課題

1. これまでの議論

（「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」の策定）【参考資料P1】

- 福祉ニーズが多様化・複雑化し、複合的な課題を有する場合や分野横断的な対応が必要な場合の相談・支援が課題となっている。また、高齢化の中で人口減少が進行し、地域の実情に応じた体制整備や人材確保が課題となっている。
- こうした中、厚生労働省は、平成27年9月に、誰もが支え合う地域の構築に向けた新しい福祉サービスを実現するため、「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」（以下「福祉ビジョン」という。）を公表した。
- 福祉ビジョンにおいては、
 - ・ 包括的な相談から見立て、支援調整の組み立て、必要な社会資源の開発を行う包括的な相談支援システムの構築
 - ・ 高齢、障害、児童等の福祉サービスを総合的に提供できる仕組みの推進により、様々なニーズに対応する新しい地域包括支援体制の確立を目指し、また、新しい支援体制を担う総合的な人材の育成・確保等を進めることとされた。

④地域共生社会の実現

現状・課題

(「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部の設置) 【参考資料P2・3】

- また、平成28年7月には、厚生労働大臣を本部長とする「『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」を設置し、「地域共生社会」の実現を今後の福祉改革を貫く基本コンセプトに位置づけ、検討を進めていくこととしている。
 - 第1回の実現本部では、
 - ◆ 地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、公的な福祉サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる「地域共生社会」を実現する必要があること
 - ◆ 具体的には、
 - ・ 地域づくりを地域住民が「我が事」として主体的に取り組む仕組みを作っていくとともに、市町村においては、地域づくりの取組の支援と、公的な福祉サービスへのつながりを含めた「丸ごと」の総合相談支援の体制整備を進めていく必要があること
 - ・ 公的福祉サービスも「丸ごと」へと転換していくため、サービスや専門人材の養成課程の改革を進めていく必要があること
- が示された。

(骨太方針・ニッポン一億総活躍プランにおける記載内容) 【参考資料P4~8】

- 「地域共生社会」の実現は、本年の骨太方針や一億総活躍プランにも位置付けられており、政府全体として取り組むべき課題となっている。

④地域共生社会の実現

現状・課題

2. 地域共生社会における地域力強化（住民主体による地域課題の解決力強化・体制づくり、市町村による包括的な相談支援体制の整備等）【参考資料P9～16】

- 介護保険制度においては、被保険者の保健医療の向上及び福祉の増進を図るため、地域包括支援センターにおいて、総合相談支援業務として各種相談・支援を行っている。また、高齢者の社会参加の推進及び生活支援体制の充実・強化を図るため、生活支援コーディネーターの配置等により、関係者間のネットワーク構築や、サービスの担い手や地域に不足するサービスの開発等に取り組んでいる。

(※) 生活支援コーディネーターの配置等については、平成28年4月時点で61.9%の保険者が実施（平成30年4月以降は全保険者で実施）。

- また、介護保険法においては、地域包括支援センターの設置者に対し、民生委員等の地域の関係者との連携に努めなければならない旨を規定しており、介護予防・日常生活支援総合事業に係る指針（告示）においても、共生社会の推進の基本的な考え方に関する規定を設けている。

- さらに、進んだ取組としては、地域包括支援センターが、高齢者だけでなく、障害者、子育て世帯等も対象として相談を受け付け（※）、課題整理の上、情報提供や相談対応を行うほか、社会福祉協議会等の適切な担当組織、専門機関等へつなぎ、支援に結びつけている例が見られる。

(※) 障害者、子育て世帯等を対象とする相談については、介護保険とは別の財源で対応。

- なお、厚生労働省社会・援護局において、平成28年度より、多機関の協働により世帯全体の複合化・複雑化した課題に対応することができる総合的な相談支援体制を構築する取組を、モデル事業として実施しており、さらに、平成29年度概算要求においては、小中学校区等の住民の身近な圏域で、住民が主体的に地域課題を把握し、解決を試みることができる体制を構築するモデル事業も盛り込んでいる。

④地域共生社会の実現

現状・課題

3. 公的な福祉サービスの「丸ごと」への転換について

（「丸ごと」への転換に資する取組）【参考資料P17～23】

- 公的な福祉サービスは、高齢者、障害者等の対象者ごとに、典型的と考えられるニーズに対して専門的なサービスを提供することで、福祉施策の充実・発展に寄与してきた。一方で、対象者ごとに「縦割り」となっている現在の制度については、利用者の便宜の観点や、サービスの提供に当たる人材の確保の観点などで課題がある。
 - この課題への対応として、厚生労働省においては、福祉ビジョンにより示した方針を踏まえ、福祉サービスを総合的に提供する上で現行制度において運用上可能な事項を整理した「地域の実情に合った総合的な福祉サービスの提供に向けたガイドライン」（平成28年3月）を発出している。
 - また、介護保険サービスと障害福祉サービスとでは、各制度に固有のサービスもあるが、デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイ等相互に相当するサービスもある。
このようなサービスに関して、障害福祉制度においては、障害福祉サービス事業所としての指定を受けていない事業所のサービスであっても、介護保険サービス事業所としての指定を受けていれば、市町村の判断により、障害福祉サービスとして給付を行うことができる「基準該当サービス」という仕組みがあり、例えば1つの事業所で介護保険サービスとしてのデイサービスと障害福祉サービスとしてのデイサービスを同時に提供しているケース（※）も見られる。
- （※）こうした取組については、
- ・ 多様な利用者が関わることで、高齢者のリハビリや障害者の自立・自己実現に良い効果を生む
 - ・ 利用可能な障害福祉サービス事業所が身近にない、あっても利用定員に空きがないなど、障害者が障害福祉サービスを利用することが困難な場合に、障害者の利便に資する
- といった声がある。

④地域共生社会の実現

現状・課題

（「丸ごと」への転換に向けた課題）【参考資料P24・25】

- 一方で、介護保険制度においては同様の仕組みが存在せず、障害福祉サービス事業所としての指定を受けているというだけでは保険給付の対象とすることができないため、必ずしも全ての障害福祉サービス事業所において介護保険サービスを同時に提供できる仕組みとはなっていない。

（※）介護保険制度においても「基準該当サービス」は存在するが、これは、指定の要件（人員、設備及び運営基準）の一部を満たさないことなどを理由に介護保険サービス事業所としての指定を受けていない事業所のうち、都道府県が条例で定める基準を満たすもののサービスについて、市町村の判断により、保険給付の対象とすることができる仕組みであり、障害福祉制度における「基準該当サービス」とは異なる。
- また、「基準該当サービス」は、市町村の判断に委ねられているため、地域によってその取扱いに差があるとの指摘がある。

④地域共生社会の実現

現状・課題

(高齢の障害者に係る課題) 【参考資料P26～29】

- 障害者が高齢になり介護保険の被保険者となった場合、障害福祉サービスに相当するサービスが介護保険サービスにあれば、介護保険サービスの利用が優先される(介護保険優先原則)(※)。
(※) 65歳以上の高齢者については、原則として、介護保険の被保険者となるが、障害者支援施設等(介護保険適用除外施設)に入所している者は介護保険の被保険者としなないこととされている。
- このため、その障害者がそれまで利用してきた障害福祉サービス事業所が、介護保険サービス事業所としての指定を併せて受けていなければ、その障害者は、それまでとは別の介護保険サービス事業所を利用しなければならない場合がある。
- この点については、社会保障審議会障害者部会報告書「障害者総合支援法施行3年後の見直しについて」(平成27年12月14日)においても指摘されており、障害福祉サービス事業所が介護保険サービス事業所になりやすくする等の見直しを行うべきであるとされている。

④地域共生社会の実現

論点

- 地域包括支援センターにおける総合相談支援や、生活支援コーディネーターの取組等について、地域共生社会の実現を目指す観点から、どのような対応が考えられるか。
- 高齢者、障害者等が、同一の事業所において介護保険サービス及び障害福祉サービスを利用しやすくすることについて、どのように考えるか。

ドイツの介護保険制度における 介護手当(現金給付)

ドイツの介護保険制度の概要

【人口と高齢化率】	ドイツ 【8,089万人:21.1%(2014年)】	日本 【1億2,711万人:26.7%(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	3段階 ※2017年1月から5段階へ変更予定(要介護1～5)	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

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=134.34円で円換算(2015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 (121,040円)	1,995ユーロ (268,008円)
要介護度4	728ユーロ (97,800円)	1,612ユーロ (216,556円)
要介護度3	545ユーロ (73,215円)	1,298ユーロ (174,373円)
要介護度2	316ユーロ (42,451円)	689ユーロ (92,560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
 $316\text{ユーロ} \times (100\% - 60\%) = 126.4\text{ユーロ}$

- 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。

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。

社会保障審議会 介護保険部会（第62回）	参考資料1
平成28年8月31日	

被保険者の範囲のあり方 （参考資料）

介護保険の被保険者

介護保険制度の被保険者は、65歳以上の者(第1号被保険者)、40～64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	3,202万人 (65～74歳:1,652万人 75歳以上:1,549万人) 1万人未満の端数は切り捨て	4,247万人
受給要件	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態 (寝たきり、認知症等で介護が必要な状態) ・要支援状態 (日常生活に支援が必要な状態) 	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	569万人(17.8%) (65～74歳: 72万人(4.4%) 75歳以上: 497万人(32.1%))	15万人(0.4%)
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25年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成25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25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"> 「<u>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、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>」 「<u>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、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>」 「<u>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、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。 <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"> 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> <p>11月 介護保険法案・閣議決定 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 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> <p>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> 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> <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> 保険移行に当たっては、<u>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> 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"> 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。 	

	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"> 介護保険制度の将来的な在り方としては、<u>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、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、<u>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。</u>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。 	
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)</p> <p>「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>	
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"> 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> 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> 被保険者範囲のあり方については、<u>これまで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。</u> 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、十分な議論を行い結論を得るべきである</u> 	<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"> 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。 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。
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"> 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。 	<p>障害者総合支援法で難病を追加</p>

今後の障害保健福祉施策について(中間的な取りまとめ)(平成16年7月13日)

5 今後の障害保健福祉施策に係る制度の在り方について

(1) 障害保健福祉施策全体の在り方

既に述べたように支援費制度をはじめとする障害保健福祉施策については、(1)幼児期や学齢期における発達支援及び家族支援、青壮年期における就労支援、日中活動支援や教育、高齢期における生涯教育や生活支援などのライフステージ等に応じたサービス提供、(2)障害の有無にかかわらず共に働き共に支え合う観点からの就労支援、(3)暮らしの基盤となる住まいの確保、(4)障害者の自己決定と適切なサービス利用を支援するケアマネジメント等の在り方、(5)サービスの計画的な整備と財源(配分)の在り方等、様々な観点から施策の在り方を見直す必要がある。

今後の障害保健福祉施策の基本的な取組の方向性を具体的に明らかにし、多くの課題に対して法律改正も含めて積極的に取り組むため、当部会においても引き続き議論を深める必要がある。

また、障害保健福祉施策の主な実施主体である市町村をとりまく状況をみたととき、住民に身近な地方自治体が自らの権限、責任、財源をもって行政を進められる体制を整備するという地方分権の大きな流れがある一方、それぞれの市町村においては福祉に限らず多くの困難な政策課題を抱えている。そして現行制度のもとでは、市町村に対する国の財政を含めた支援は十分とはいえない。このような中で、いかに市町村がその地域の特性に対応して主体的に障害保健福祉行政を進めていくことのできる施策体系や制度を整備するかが大変重要である。

さらに、介護保険制度については、来年にも介護保険制度の見直しが予定され、障害者施策との関係は制度創設当初から見直しの際に検討すべき課題となっている。

また、地域住民の視点からすると、誰しも障害の状態になりうるものであり、また、誰しも年老いていくものであることを考えると、障害種別、年齢、疾病等に関わりなく、同じ地域に住まう一人の住民として等しく安心して暮らせるように支え合うという地域福祉の考え方が重要になっている。

(2) 新たな障害保健福祉施策と介護保険との関係

上記のような状況の中で、今後、地域福祉の考え方に立って障害保健福祉施策を推進するため、支援費制度など現行制度について当面の制度改善を図りつつも、国民の共同連帯の考え方に基づいており、また、給付と負担のルールが明確である介護保険制度の仕組みを活用することは、現実的な選択肢の一つとして広く国民の間で議論されるべきである。

急増する独居高齢者や痴呆高齢者を地域で支えるため、介護保険も、サービス体系の在り方などについて議論がなされており、それは地域生活重視の障害福祉の流れとも一致する部分が多い。

この場合において、第12回障害者部会(平成16年6月4日)において三人の委員が示した考え方(「障害者福祉を確実・安定的に支えていくために～支援費制度と介護保険制度をめぐる論点の整理と対応の方向性～」)を踏まえて、介護保険制度によりすべての障害者サービスを担うのではなく、障害者が地域で安心して暮らすことができるよう、介護保険制度とそれ以外の障害者サービス等とを組み合わせ、総合的かつ弾力的な支援体制を整備する必要がある。

また、介護保険制度の仕組みを活用することについては、障害特性に配慮した仕組みとなるかどうか等について関係者から課題や懸念が示されており、これらについて十分検討しその内容を明らかにするとともに適切に対応することが必要である。

現時点においては、障害保健福祉施策の推進のために介護保険制度の仕組みを活用することについては、安定と発展のためには必然であるとして賛成する意見や課題を示しつつ選択肢の一つであることを認める意見のほか、判断する材料が十分ではないとの意見や公の責任として公費で実施すべきであるとして反対する意見もある。

今後、よりよい制度を検討していく中で、障害者、医療保険関係者をはじめ多くの関係者の意見を十分聴いて検討を進める必要があるとともに、障害保健福祉施策の実施者であり、介護保険制度の保険者でもある市町村と十分協議することが必要である。

いずれにしても、介護保険制度の仕組みを活用することを含め障害保健福祉施策をどうするかについては、今後、国民一人ひとりが「障害」の問題を、他人事としてではなく、自分に関係のある問題であるとの認識に立ち、広く議論が行われ、その理解と協力が得られることを期待したい。

「被保険者・受給者の範囲」の拡大に関する意見(平成16年12月10日社会保障審議会介護保険部会)

こうした現行制度に対し、介護保険制度の将来的な在り方としては、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していくことにより、制度の普遍化の方向を目指すべきであるという意見が多数であった。

普遍化の方向を目指すべきとする理由は、以下のとおりである。

そもそも介護ニーズは高齢者に特有のものではなく、年齢や原因に関係なく生じうるものである。そうした「介護ニーズの普遍性」を考えれば、65歳や40歳といった年齢で制度を区分する合理性や必然性は見出し難い。ドイツ、オランダ、イギリス、スウェーデン等の欧米諸国においても、社会保険方式と税方式の違いはあるものの、年齢や原因などによって介護制度を区分する仕組みとはなっていない。特に、ドイツとオランダについては、全年齢を対象として介護サービスの保険給付を行っている。

特に、40歳から64歳までの者については、保険料を支払っているにもかかわらず、原因により保険給付を受けられる場合が限定されている。また、64歳以下の者の中には、「制度の谷間」にあって、いずれの公的な介護サービスも受けられないというケースも存在している。制度を普遍化することにより、こうした問題の解決を図ることができる。

介護保険財政の面では、対象年齢の引下げは制度の支え手を拡大し、財政的な安定性を向上させる効果がある。介護保険財政については、短期的な対応は別としても、長期的には、制度の支え手を拡大し財政安定化の対策を講じることを真剣に検討すべきである。そうすることにより、制度の持続可能性を高め、今後高齢化が急速に進展する時期を乗り越えていくことが可能となるものと考えられる。(なお、こうした理由や考え方については、7月30日の「介護保険制度の見直しに関する意見」においても整理しており、別紙1に再掲。)

一方、被保険者・受給者の範囲の拡大については、極めて慎重に対処すべきであるという意見があった。

極めて慎重に対処すべきとする理由は、以下のとおりである。

家族による介護負担の軽減効果があるのは主に中高年層であることなどから、40歳以上の者から保険料負担を求める現行の制度については一定の納得感があるが、40歳未満の若年者にとっては、こうした面での納得感を得ることが難しい。また、若年者の介護保険料については、各医療保険の保険料に上乗せして徴収されることから、特に国民健康保険において保険料の未納や滞納が増えるおそれがある。

高齢者の場合と異なり、若年者が要介護状態になる確率は低く、しかもその原因が出生時からであることも多い。こうした分野の取組は、これまでどおり税を財源とする福祉施策において行われるべきであり、社会保険方式に切り換えることは、負担を安易に企業等へ転嫁するものである。また、支援費制度は、導入後間もない段階であり、制度の検証を行う前に介護保険に組み入れることについては時期尚早である。適正化・効率化など障害者福祉施策の改革を優先すべきである。

「制度の普遍化」の具体的内容について、十分な検討がなされていない。いずれにせよ、社会保障制度全般の一体的な見直しの中で、介護保険制度についても負担や給付の在り方等を検討し、結論を得るべきである。

「介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する中間報告」(平成19年5月21日 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)(抄)

3 「介護保険制度の普遍化」の意味

「介護保険制度の普遍化」という用語は、平成17年の介護保険法改正の議論の際の社会保障審議会介護保険部会から使われ始め、これまでの議論においてもしばしば用いられてきたが、その概念は必ずしも明確となっていない。(後述の〔補論〕参照。)本有識者会議では、「介護保険制度の普遍化」とは、次のようなことを意味するものと理解した。

すなわち、「介護保険制度の普遍化」とは、現行制度を、「介護を必要とするすべての人が、年齢や要介護となった理由、障害種別の如何等を問わず、公平に介護サービスを利用できるような制度(「普遍的な制度」)に発展させること」を意味するものと理解する。

これを、さらに、給付と負担のそれぞれの面に着目して、捉え直すと、

- [1] 「介護サービスの提供に要する費用は、原則として、すべての利用者が相応に負担した上で、全国民の社会連帯によって支え合う」という負担面の普遍化と、
- [2] 「介護サービスが必要となった場合には、いつでも、誰でも、どこでも、一定の質が確保されたサービスが受給できる」という給付面の普遍化とを、

介護保険制度という全国共通の社会保険システムを通じて、同時に実現しようとするのが「介護保険制度の普遍化」の意味するところと考える。

負担面の普遍化により、現行40歳以上の被保険者の年齢区分が引き下げられ、収入のあるすべての者が社会連帯の精神で保険料を負担することになる。ただし、その場合においても、低所得者層へ一定の配慮は必要である。

給付面の普遍化の結果として、若年障害者等の介護ニーズに対しても高齢者の介護ニーズと共通する部分については、介護保険が適用されることとなる。

もちろん、「介護保険制度を普遍化」するとしても、これまでどおり「上乘せ」「横出し」部分については障害者福祉制度から給付されるものであり、障害者福祉制度の全体を介護保険制度に「統合」するということにはならない。

以上、「介護保険制度の普遍化」の意味を明らかにしたが、「介護保険制度の普遍化」の理念に従って制度改正を行うとした場合の具体的時期や内容については、別途、十分な議論が必要である。

5 今後の進め方

「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」というのが、本有識者会議が到達した基本的考え方である。

また、被保険者・受給者範囲を拡大する場合の考え方としては、現行の「高齢者の介護保険」の枠組みを維持するという考え方(A類型)と、「介護保険制度の普遍化」を図るという考え方(B類型)があるが、本有識者会議においては、後者の「介護保険制度の普遍化」の方向性を目指すべきとの意見が多数であった。

一方、有識者調査の結果等をみると、障害者自立支援法や改正介護保険法の十分な定着を図る必要があること、介護保険給付の効率化を優先すべきであること、若年者の理解が得られず保険料徴収率が低下する可能性が高いこと、社会保障全体の給付・負担の動向を見極める必要があること等を理由として、将来的にはともかく、現時点においては被保険者・受給者範囲の拡大には慎重であるべきとの意見も依然として強い。また、当事者である障害者団体からも、被保険者・受給者範囲の拡大について、「介護保険制度の普遍化」の意味を含め、十分な理解が得られていない状況にある。

したがって、平成17年の改正介護保険法附則の規定も念頭に置いて制度設計の具体化に向けた検討作業を継続しつつ、当面、介護保険の被保険者・受給者範囲拡大に関する国民的合意形成に向けた取組に努める必要がある。

いずれにせよ、いわゆる「制度の谷間」を含む現行制度の問題点について実態の把握に努めるとともに、介護保険の給付と負担に関する将来見通しや「介護保険制度の普遍化」の意味等について分かり易い資料を作成すること、直接語りかけ説明する機会をできるだけ多く設定すること等に留意すべきである。

上記のような取組と併せて、年齢に関係のない長期継続的な相談・支援を可能とするとともに、サービスの選択肢を拡大しアクセスを改善するため、高齢者と障害者のサービスの相互利用や相談窓口の一本化について、その推進を図るための具体的な措置をできるだけ早い時期に講ずるべきである。

4 給付と負担のバランス

(被保険者範囲)

被保険者範囲については、今後被保険者の保険料負担が重くなる中で、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。

一方で、被保険者範囲の拡大は、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。

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。

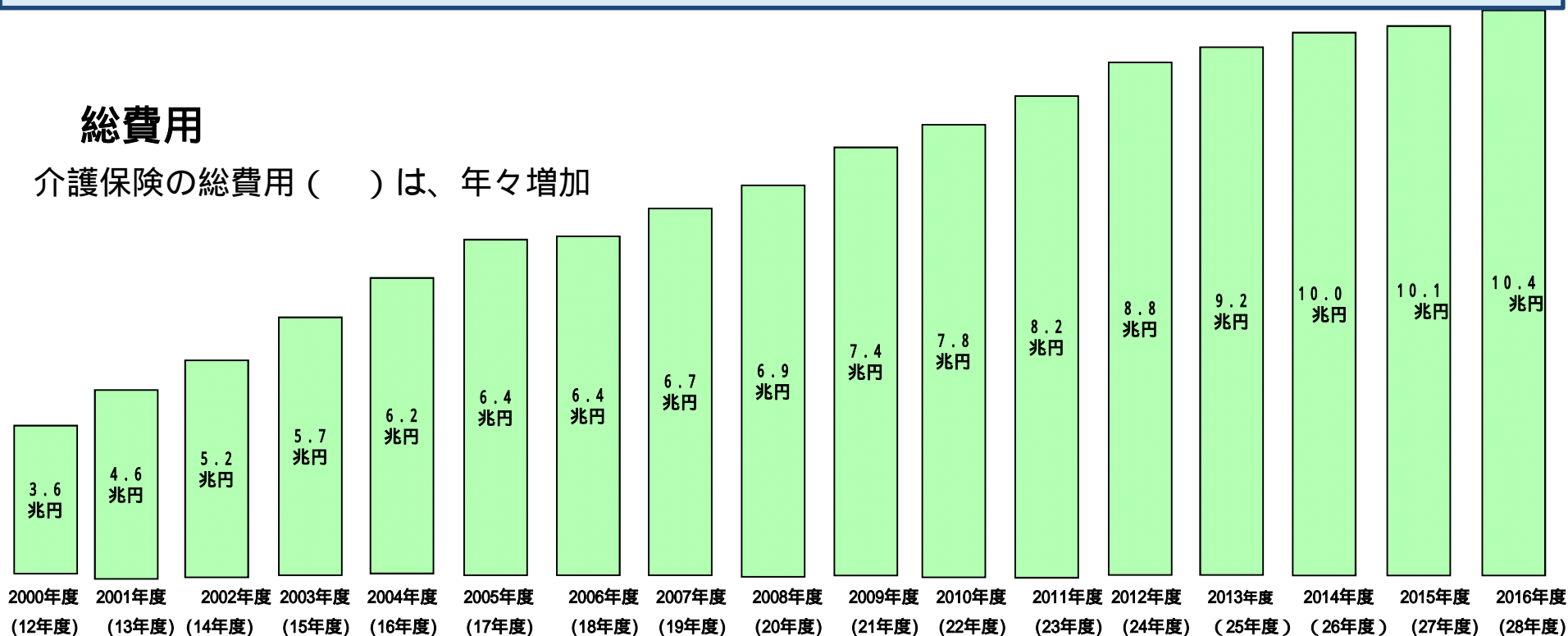
現在、障害者施策については、内閣府の「障がい者制度改革推進本部」において、議論が行われているところであり、今後は、介護保険制度の骨格を維持した上で、被保険者年齢を引き下げることにについて、十分な議論を行い結論を得るべきである。

なお、現行の第2号被保険者に対する給付に関し、特定疾病による条件の緩和を検討すべきとの意見があった。

介護費用と保険料の推移

総費用

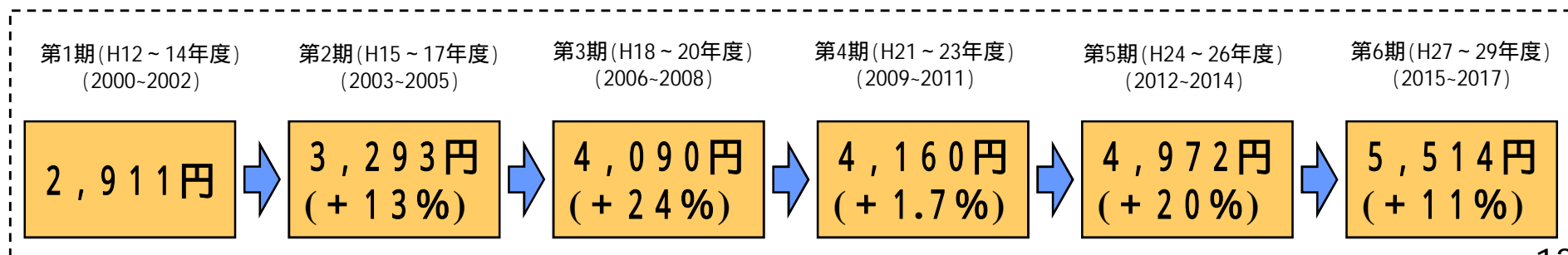
介護保険の総費用（ ）は、年々増加



(注) 2000～2013年度は実績、2014～2016年度は当初予算である。

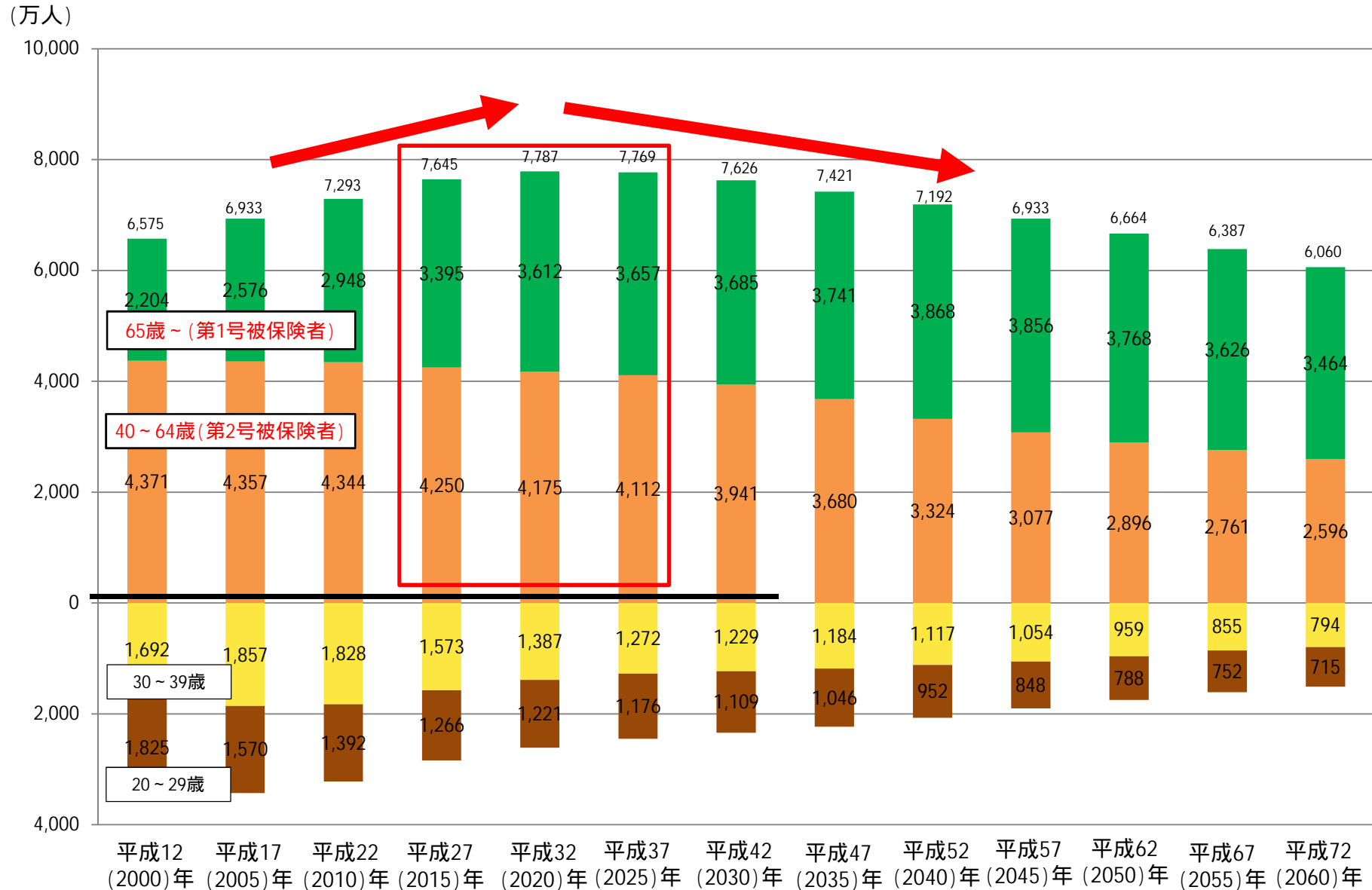
介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない(地方交付税により措置されている)。

65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕



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、2021年をピークに減少する。

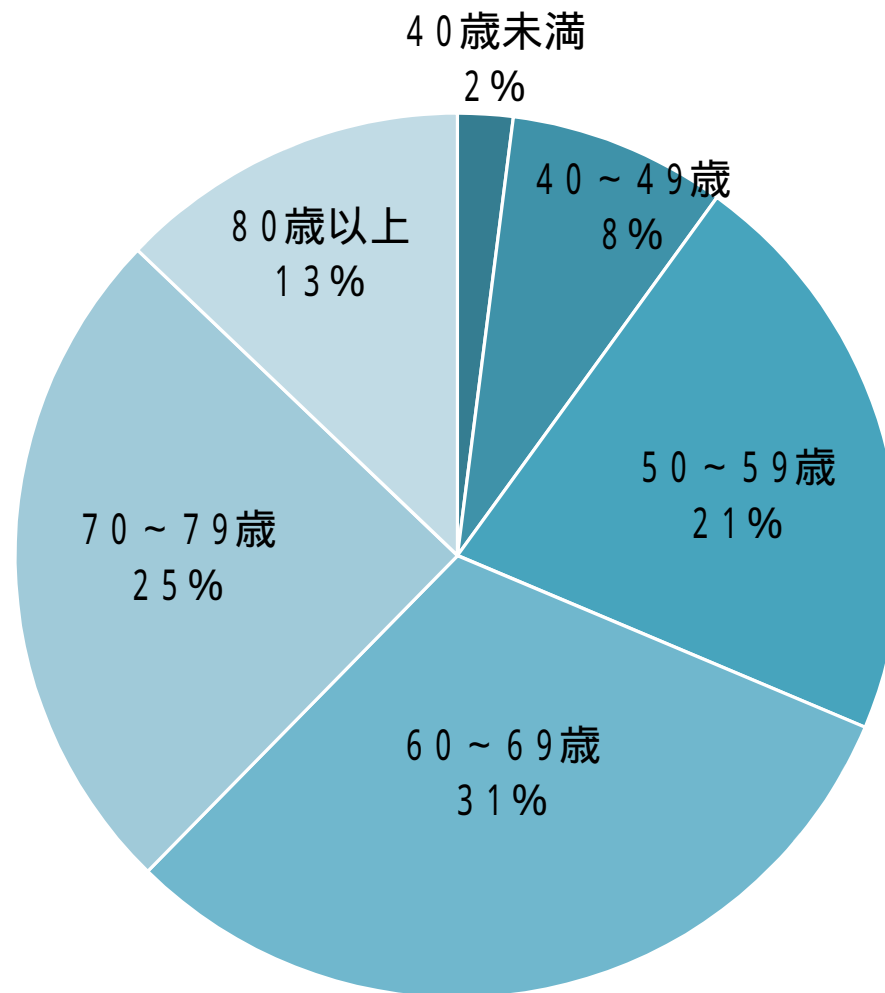


第1号保険料と第2号保険料の推移

		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	5,177円
	平成28年度		(9月まで)5,352円
			(10月以降)5,347円〔国保〕
			(")5,432円〔被用者保険〕
平成29年度			

主な介護者の年齢階級

同居の主な介護者の年齢構成では、40歳未満は2%となっている。



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、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。

「ニッポン一億総活躍プラン」(平成28年6月2日閣議決定)ロードマップ(抄)

介護離職
ゼロの実現

安心した生活(地域課題の解決力強化と医療・福祉人材の活用)

⑨ 地域共生社会の実現

【国民生活における課題】

高齢、障害、児童等の対象者ごとに充実させてきた福祉サービスについて、複合化するニーズへの対応を強化することが必要。

医療・福祉人材の確保に向けて、新たな資格者の養成のみならず、潜在有資格者の人材活用が必要。また、これにより、他の高付加価値産業における人材確保を同時に達成することが必要。

- ・有資格者のうち資格に係る専門分野で就業していない者の割合：
保育士 約6割(2015年度・推計)
介護福祉士 約4割(2013年度・推計)

【今後の対応の方向性】

支え手側と受け手側が常に固定しているのではなく、皆が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域社会の実現を目指す。あわせて、寄附文化を醸成し、NPOとの連携や民間資金の活用を図る。また、支援の対象者ごとに縦割りとなっている福祉サービスの相互利用等を進めるとともに、一人の人材が複数の専門資格を取得しやすいようにする。

【具体的な施策】

- ・地域包括支援センター、社会福祉協議会、地域に根ざした活動を行うNPOなどが中心となって、小中学校区等の住民に身近な圏域で、住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりを支援し、2020年～2025年を目途に全国展開を図る。その際、社会福祉法人の地域における公益的な活動との連携も図る。
- ・多様な活躍、就労の場づくりを推進するため、公共的な地域活動やソーシャルビジネスなどの環境整備を進める。
- ・共助の活動への多様な担い手の参画と活動の活発化のために、寄附文化の醸成に向けた取組を推進する。
- ・高齢者、障害者、児童等の福祉サービスについて、設置基準、人員配置基準の見直しや報酬体系の見直しを検討し、高齢者、障害者、児童等が相互に又は一体的に利用しやすくなるようにする。
- ・育児、介護、障害、貧困、さらには育児と介護に同時に直面する家庭など、世帯全体の複合化・複雑化した課題を受け止める、市町村における総合的な相談支援体制作りを進め、2020年～2025年を目途に全国展開を図る。
- ・医療、介護、福祉の専門資格について、複数資格に共通の基礎課程を設け、一人の人材が複数の資格を取得しやすいようにすることを検討する。
- ・医療、福祉の業務独占資格の業務範囲について、現場で効率的、効果的なサービス提供が進むよう、見直しを行う。

施策	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度以降	指標
地域課題の解決力の強化/福祉サービスの一体的提供/総合的な相談支援体制づくり	福祉サービスの一体的な提供について、運用上の対応が可能な事項のガイドラインを確保		設備・人員基準や報酬体系の見直しを検討	検討結果を踏まえた対応を実施									2020年～2025年を目途に：地域課題の解決力を強化する体制 全国展開 総合的な相談支援体制 全国展開
医療、介護、福祉の専門資格における共通の基礎課程の検討・業務独占資格の対象範囲の見直し	新たな時代に対応した福祉サービスの提供(ヨソニ) (平成27年9月17日・厚生労働省)		客資格の履修内容に関する研究	新たな共通の基礎課程の具体案について検討・結論			新たな共通の基礎課程の実施 ※共通の基礎課程が一部資格にとどまる場合には、資格の範囲の拡大について継続検討・順次実施						2021年度：新たな共通の基礎課程の実施
			介護福祉士と准看護師相互の単位認定について検討	資格所持による履修期間短縮について、資格ごとに検討・結論。可能な資格から履修期間短縮を実施			可能な資格から履修期間短縮を実施 ※共通の基礎課程創設後も、既取得者に適用						
			福祉系国家資格を有する者に対する保育士試験科目の一部免除について検討	単位認定拡大について、資格ごとに検討・結論。可能な資格から単位認定を実施			業務独占資格の業務範囲の見直しを継続的に検討・実施						

「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部について

第1回 「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部（平成28年7月15日） 資料1（抄）

「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部について

1. 趣旨

これまで我が国の公的な福祉サービスは、高齢者・障害者・子どもといった対象者ごとに、典型的と考えられるニーズに対して専門的なサービスを提供することで、福祉施策の充実・発展に寄与してきた。

しかしながら、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、人口減少、家族・地域社会の変容などにより、既存の縦割りのシステムには課題が生じている。

具体的には、制度が対象としない生活課題への対応や複合的な課題を抱える世帯への対応など、ニーズの多様化・複雑化に伴って対応が困難なケースが浮き彫りになっている。この点に関し、生活困窮者に対する包括的な支援を謳った生活困窮者支援法も、新たな縦割りの制度に陥っていないか、十分に検証が必要である。

また、今後は、地方圏・中山間地域を中心に高齢者人口も減少し、行政やサービス提供側の人材確保の面から、従来通りの縦割りでサービスをすべて用意するのは困難となってくることも予想される。

今般、一億総活躍社会づくりが進められる中、福祉分野においても、パラダイムを転換し、福祉は与えるもの、与えられるものといったように、「支え手側」と「受け手側」に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、公的な福祉サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる「地域共生社会」を実現する必要がある。

具体的には、「他人事」になりがちな地域づくりを地域住民が「我が事」として主体的に取り組んでいただく仕組みを作っていくとともに、市町村においては、地域づくりの取組の支援と、公的な福祉サービスへのつなぎを含めた「丸ごと」の総合相談支援の体制整備を進めていく必要がある。また、対象者ごとに整備された「縦割り」の公的福祉サービスも「丸ごと」へと転換していくため、サービスや専門人材の養成課程の改革を進めていく必要がある。

これらの具体策の検討を加速化するため、「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部」（以下「実現本部」という。）を設置する。「地域共生社会」の実現を今後の福祉改革を貫く基本コンセプトに位置づけ、まずは平成29年の介護保険法の法改正、30年度・33年度の介護・障害福祉の報酬改定、さらには30年度にも予定されている生活困窮者支援制度の見直しに向けて、部局横断的に幅広く検討を行う。 下線は事務局が付した

諸外国における介護と障害者施策について

	ドイツ	オランダ
基礎指標 (2015年)	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢化率: 21.24% ・平均寿命: 男78.7歳 女83.4歳 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢化率: 18.23% ・平均寿命: 男80.0歳 女83.6歳
被保険者	原則として医療保険の被保険者と同じ範囲であり、年齢による制限はない。被保険者である若年者が障害等で要介護状態になった場合には、当然に介護保険からの給付を受けることができる。	原則として年齢による制限はなく、全ての居住者、国内で労働所得のある者は強制的に加入することになっている。
保険者	介護金庫(医療保険者である疾病金庫が別に組織し、運営)	国(実際の業務は保険業務実行者に委任)
財源	保険料	保険料
その他の障害者 施策	医学的リハビリテーション、労働生活への参加のための給付等の統合扶助等による支援がある。	地方自治体が所轄の新青少年法によって、青少年の障害者に対するサービス全般がカバーされる。精神障害、知的障害を持った青少年の施設・施設外両方における治療、障害者のガイダンス、個人サービス、短期入所サービス、移送サービスが提供されるようになった。

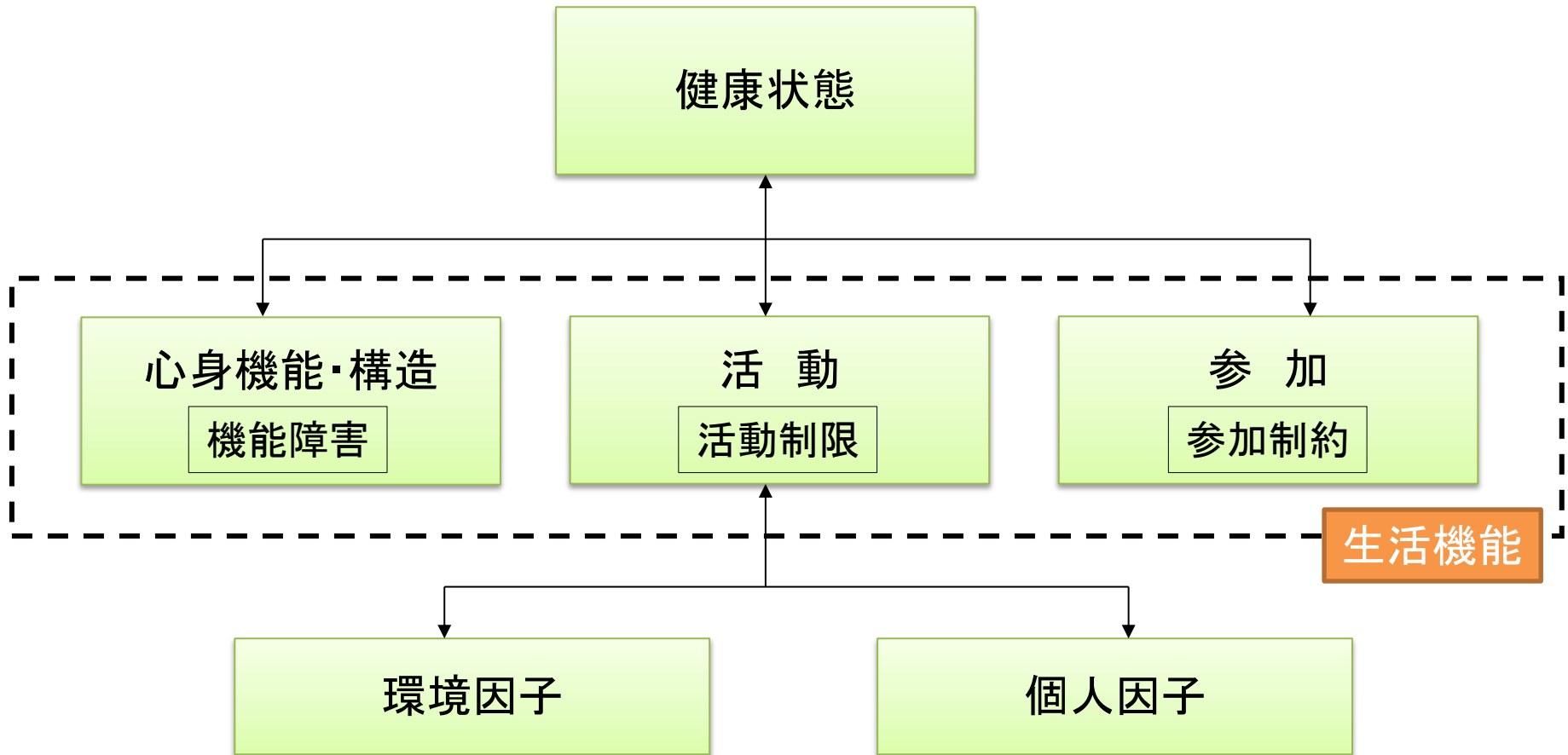
出典: 世界銀行オープンデータサイト
健康保険組合連合会社会保険研究グループ「健保連海外医療保障、2015年9月、厚生労働省「海外情勢報告2015」

ニーズに応じたサービス内容の見直し
(①自立支援・重度化予防を推進する観点からの
リハビリテーション機能の強化)

(参考資料)

	指定通所リハビリテーション	指定通所介護	認知症対応型通所介護
サービスを提供する施設	病院、診療所、介護老人保健施設	(一)	(一)
医師の配置	専任の常勤医師1以上	(一)	(一)
リハビリテーションを実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士及び機能訓練指導員の配置	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を単位ごとに利用者100人に一名以上 ※所要時間1～2時間の通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。	機能訓練指導員 1以上 【指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第93条第6項】 機能訓練指導員とは日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者。この「訓練を行う能力を有する者」とは、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者とする。	機能訓練指導員 1以上 【指定地域密着型サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第42条第1項第3号】
基本方針	【指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第110条】 要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指すし、 <u>理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うこと</u> により、利用者の心身機能の維持回復を図るものでなければならない。	【指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第92条】 要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指すし、 <u>必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うこと</u> により、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。	【指定地域密着型サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第41条】 要介護状態になった場合においても、その <u>認知症である</u> 利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指すし、 <u>必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うこと</u> により、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。
リハビリテーション計画書／通所介護計画書	通所リハビリテーション計画書 医師の診察内容及び運動機能検査等の結果を基に、指定通所リハビリテーションの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成する	通所介護計画 利用者の心身の状況希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載する	認知症対応型通所介護計画 利用者の心身の状況希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載する
認知症に関連した加算	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 若年性認知症利用者受入加算	認知症加算 若年性認知症利用者受入加算	

国際生活機能分類（ICF）



人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

①体の働きや精神の働きである「心身機能」

②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」

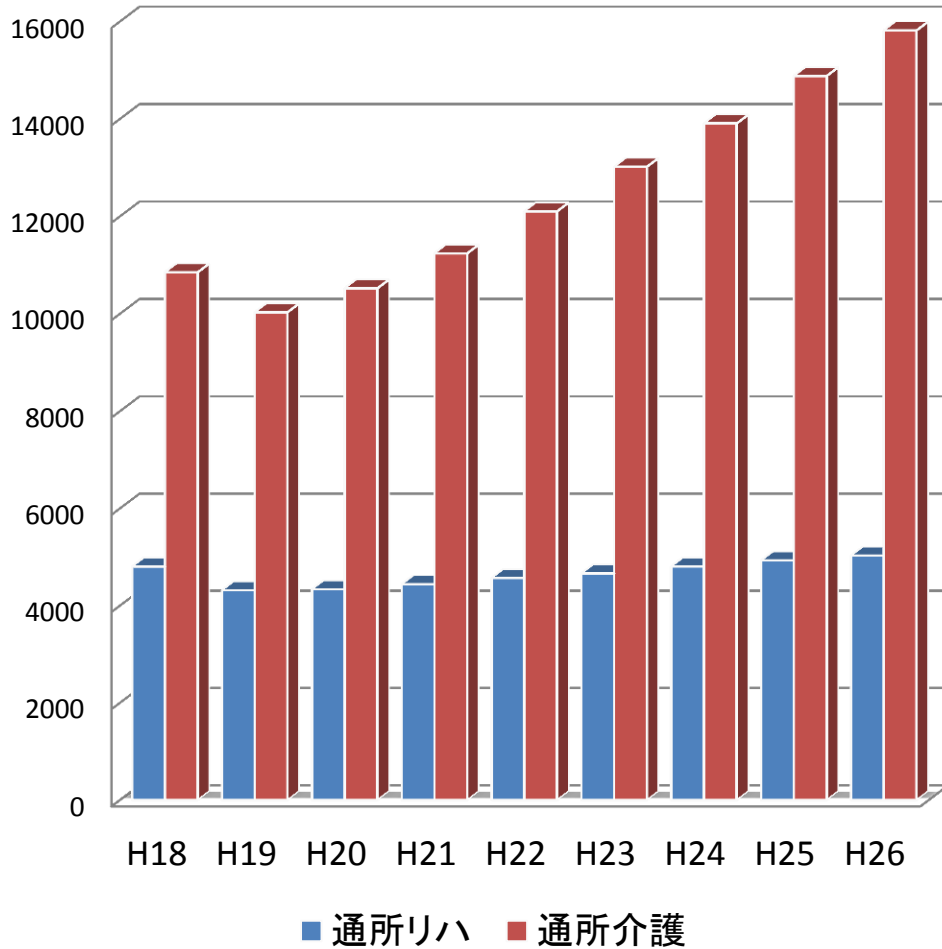
③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」

の3つの構成要素からなる

通所リハビリテーションと通所介護の受給者、費用額の推移

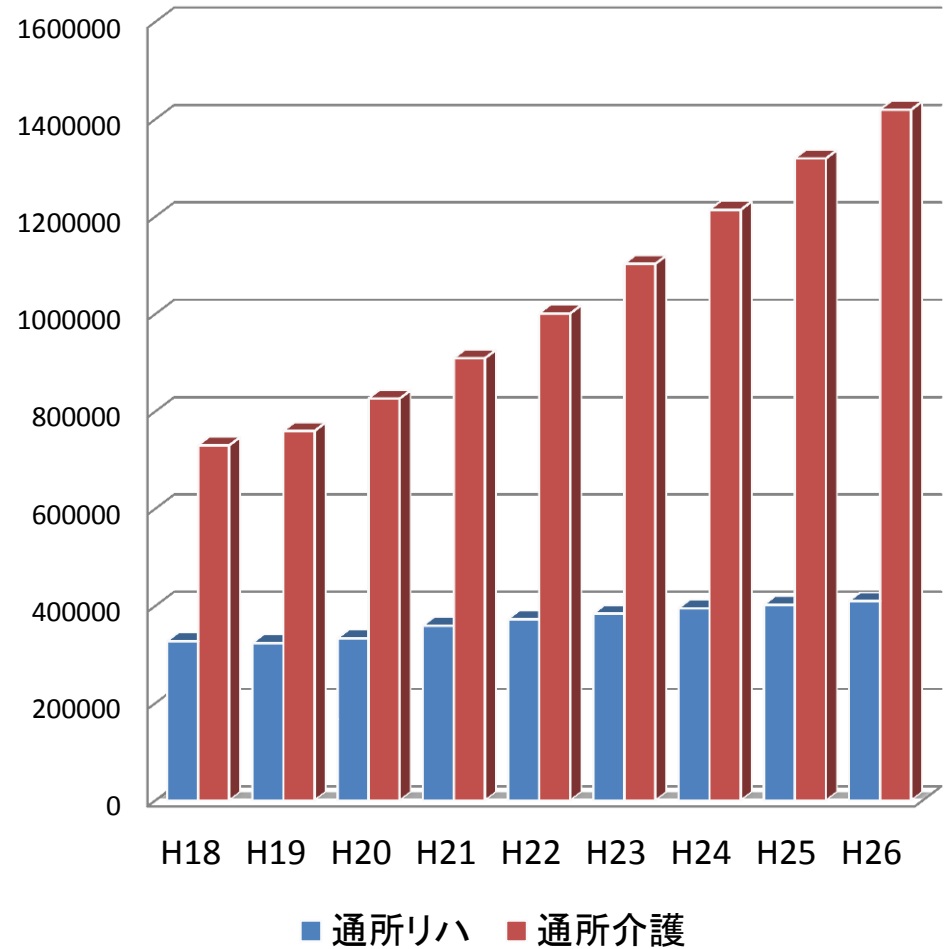
【通所リハビリテーションと通所介護との受給者】

(単位:千人)



【通所リハビリテーションと通所介護との費用額】

(単位:百万円)

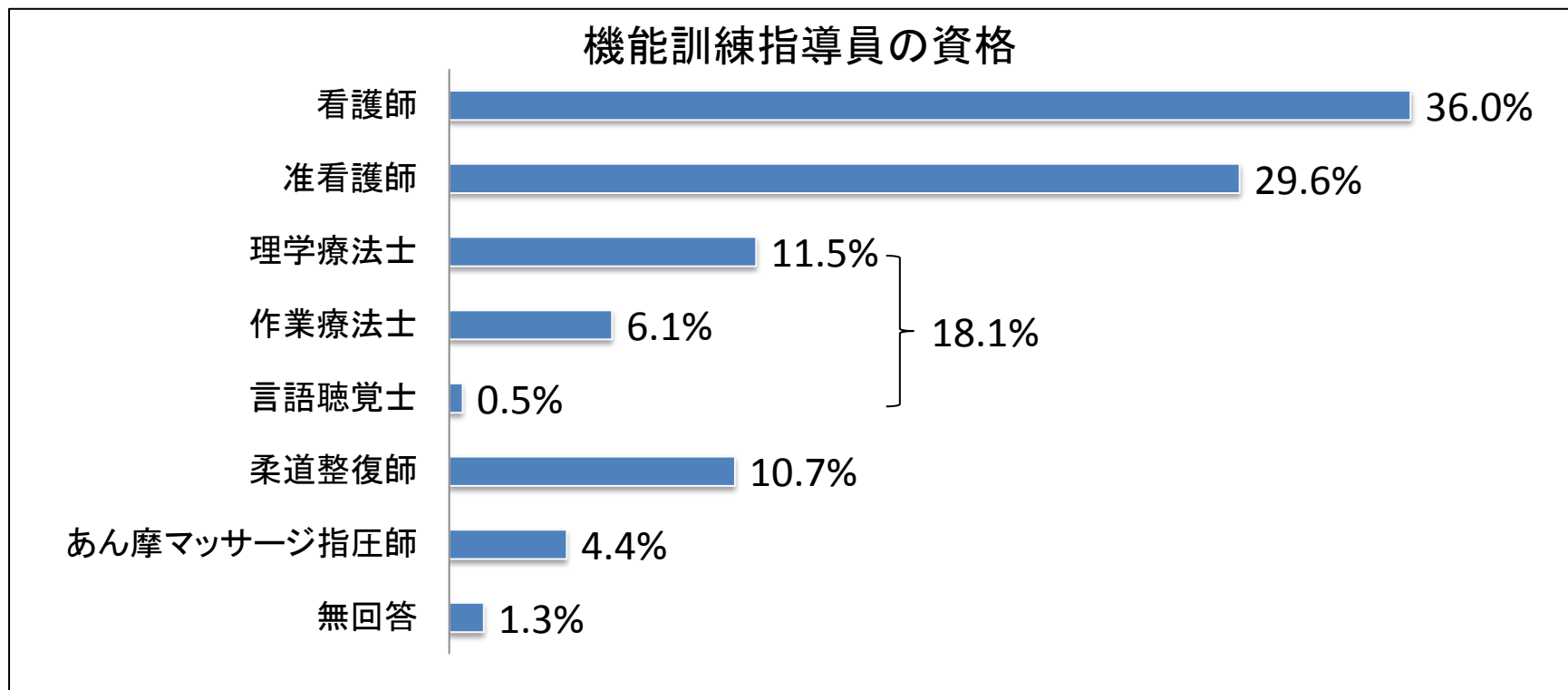


出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の配置

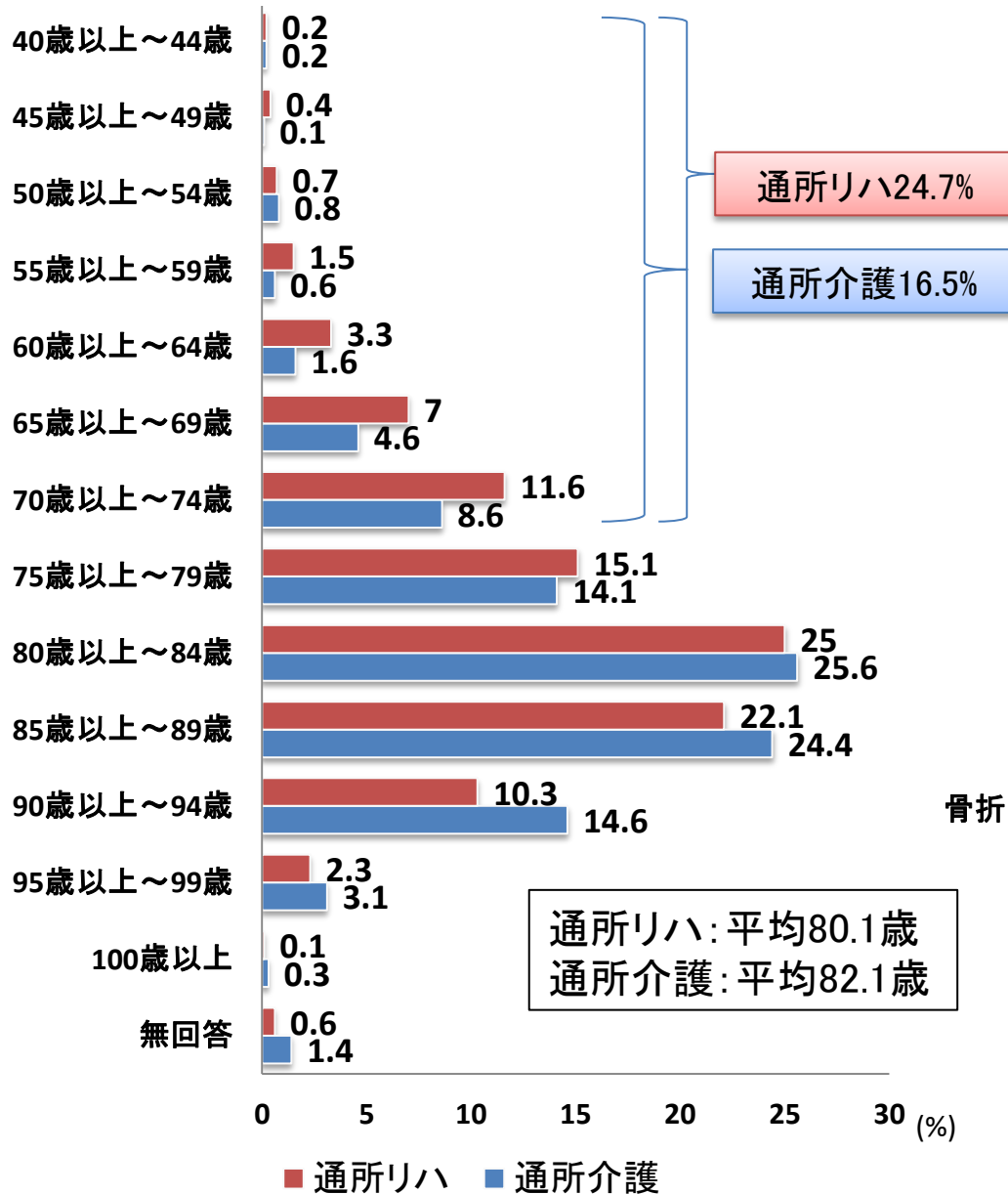
1事業所あたりの職員配置(常勤換算)(人)

	医師	看護職員	介護職員	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士(小計) または機能訓練指導員	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
通所リハ	0.7	1.6	7.2	2.7	1.7	0.9	0.2
通所介護	0.0	0.9	4.8	1.0	0.12	0.06	0.01

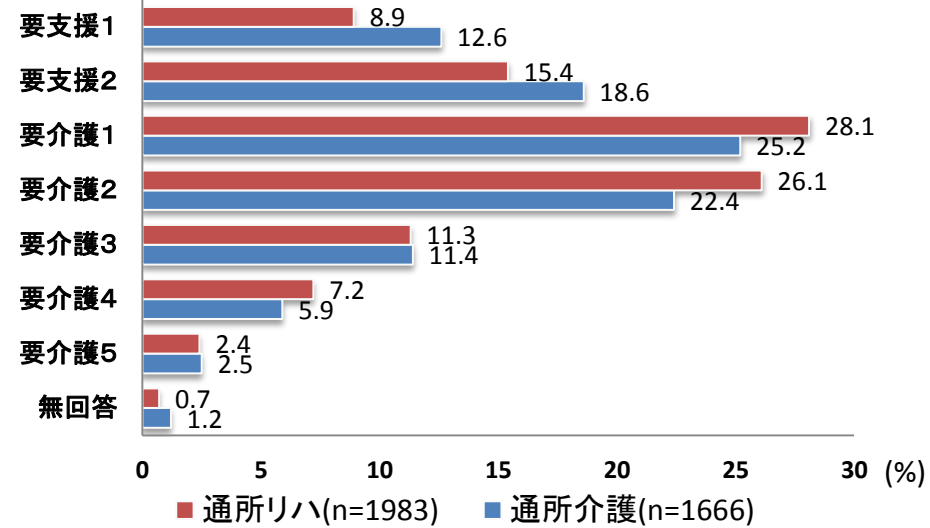


通所リハビリテーションと通所介護の利用者特性

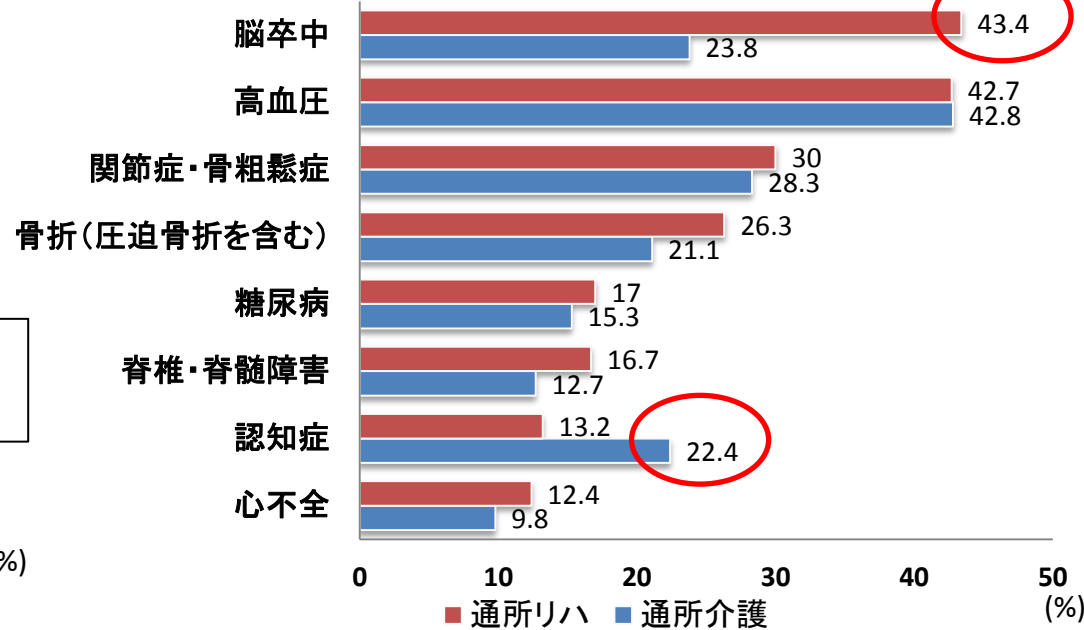
利用者の年齢構成



利用者の要介護度



利用者の傷病(複数回答)

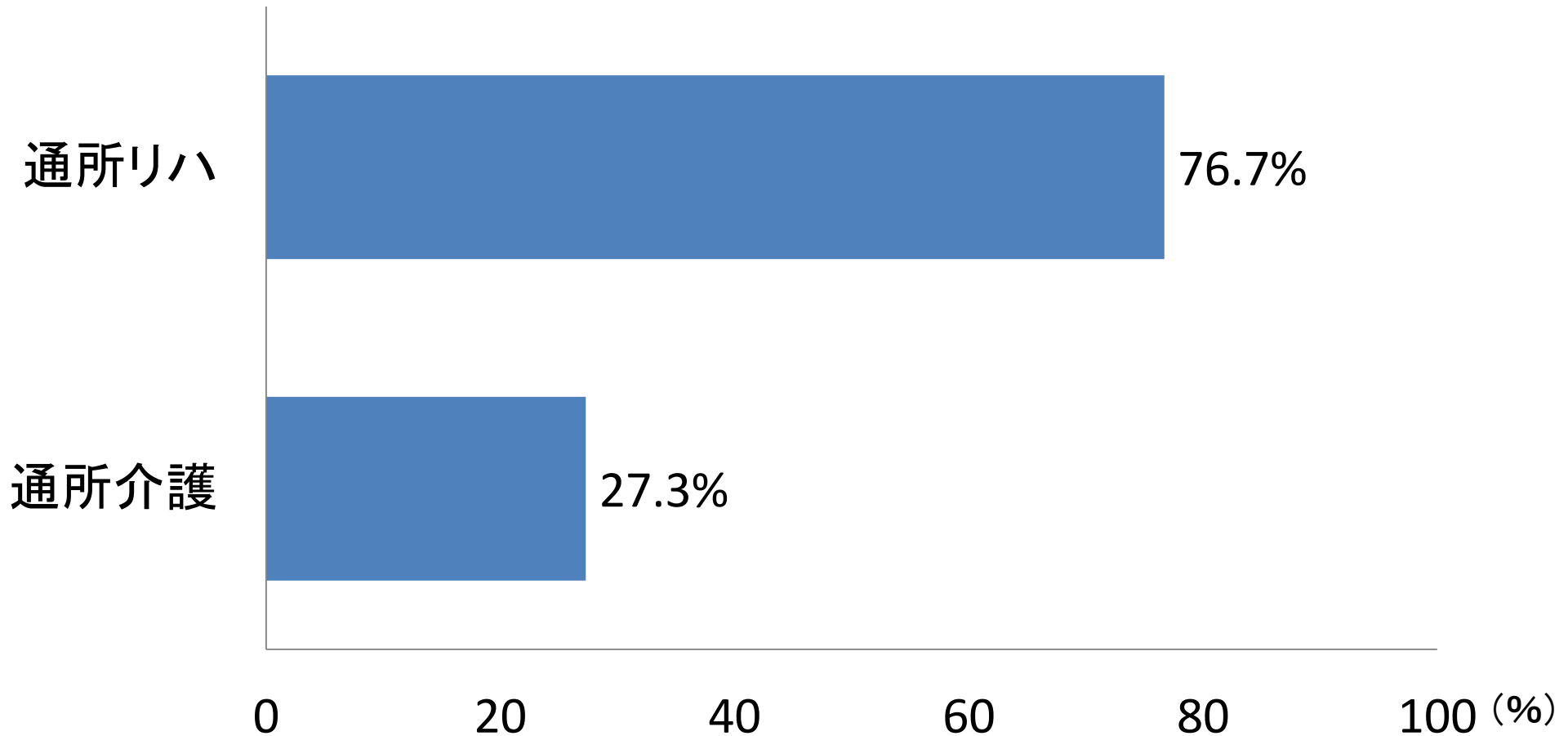


通所リハビリテーション、通所介護における最も優先順位の高い課題領域

	通所リハ	通所介護(個別機能訓練加算)		
		加算なし	加算Ⅰ	加算Ⅱ
機能回復	31.9%	48.6%	42.7%	33.3%
筋力向上	4.9%	13.2%	10.1%	9.9%
基本的動作	58.6%	30.0%	45.7%	48.4%
歩行・移動	49.5%	26.8%	38.0%	39.2%
応用的動作	4.8%	4.9%	2.7%	9.4%
社会適応	2.1%	1.9%	1.2%	1.6%
コミュニケーション	0.7%	2.7%	1.5%	0.9%
その他	0.9%	0.9%	0.0%	1.1%
無回答	1.1%	11.1%	6.2%	5.3%

【機能回復】呼吸機能・心肺の運動耐容能機能・循環機能・関節可動域・筋力向上・筋緊張緩和・筋持久力向上・運動機能・痛みの緩和・認知機能・意欲の向上・音声と発話の機能・聴覚機能・摂食嚥下機能・言語機能
 【基本的動作】姿勢の保持・起居・移乗動作・歩行・移動・階段昇降・公共交通機関利用
 【応用的動作】入浴・整容・排泄・更衣・食事・調理・洗濯・掃除・整理整頓・家の手入れ・買い物
 【社会適応】対人関係・余暇活動・仕事

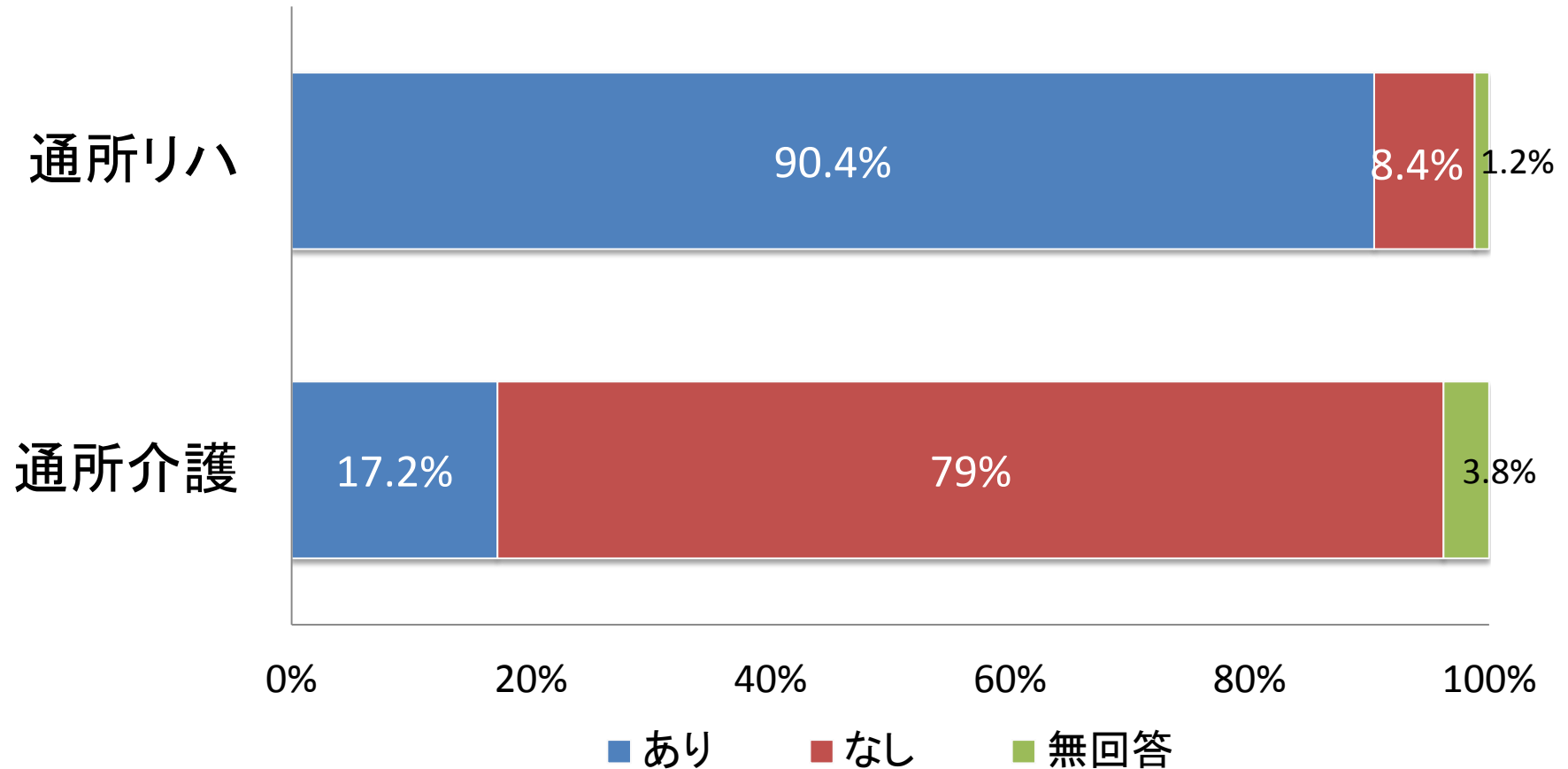
アセスメントにおけるADL評価指標の活用率



平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)(3)リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業報告書より

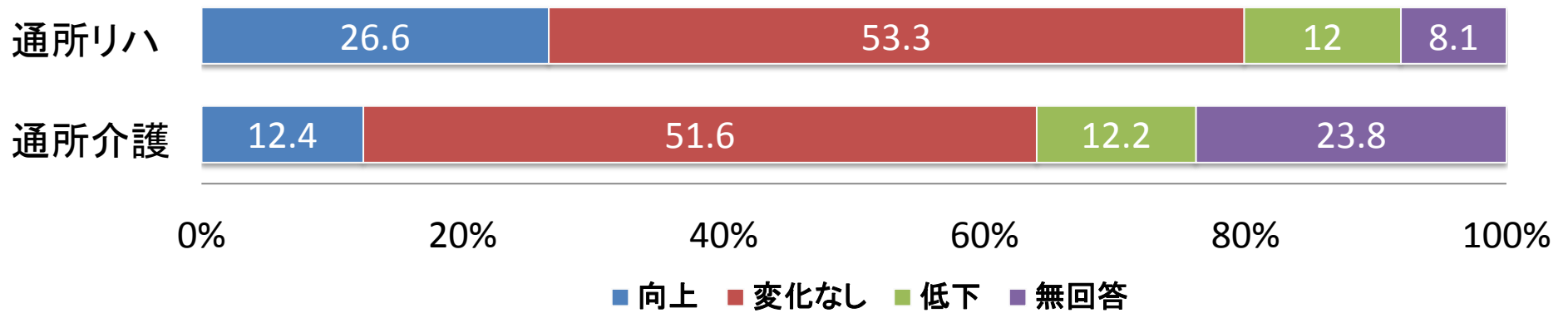
医師との連携状況

指示医または医師との連携の有無



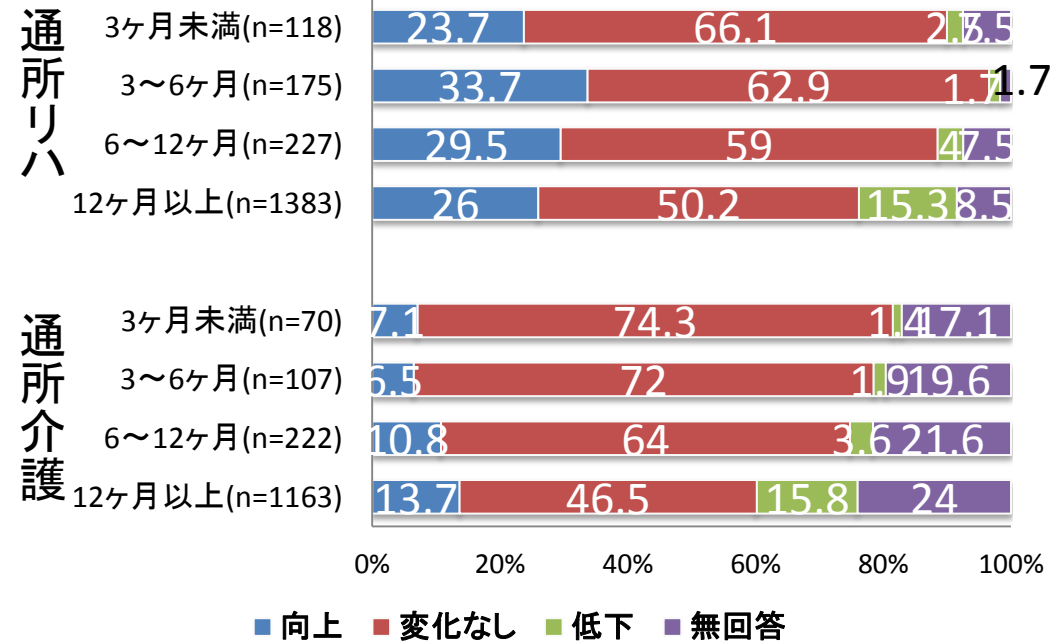
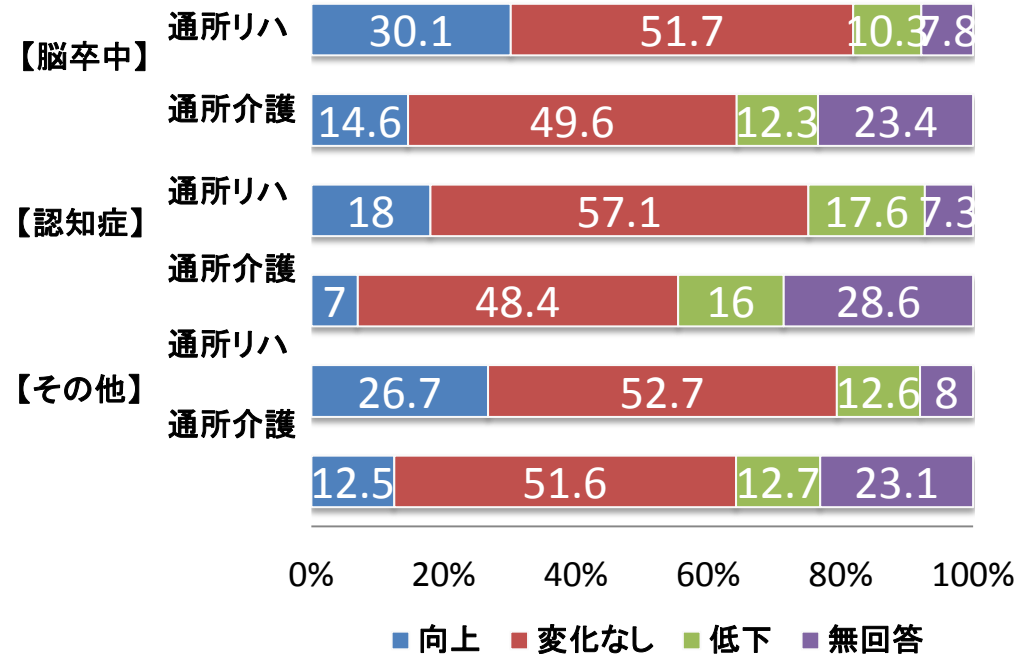
平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)(3)リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業報告書より

日常生活自立度の変化

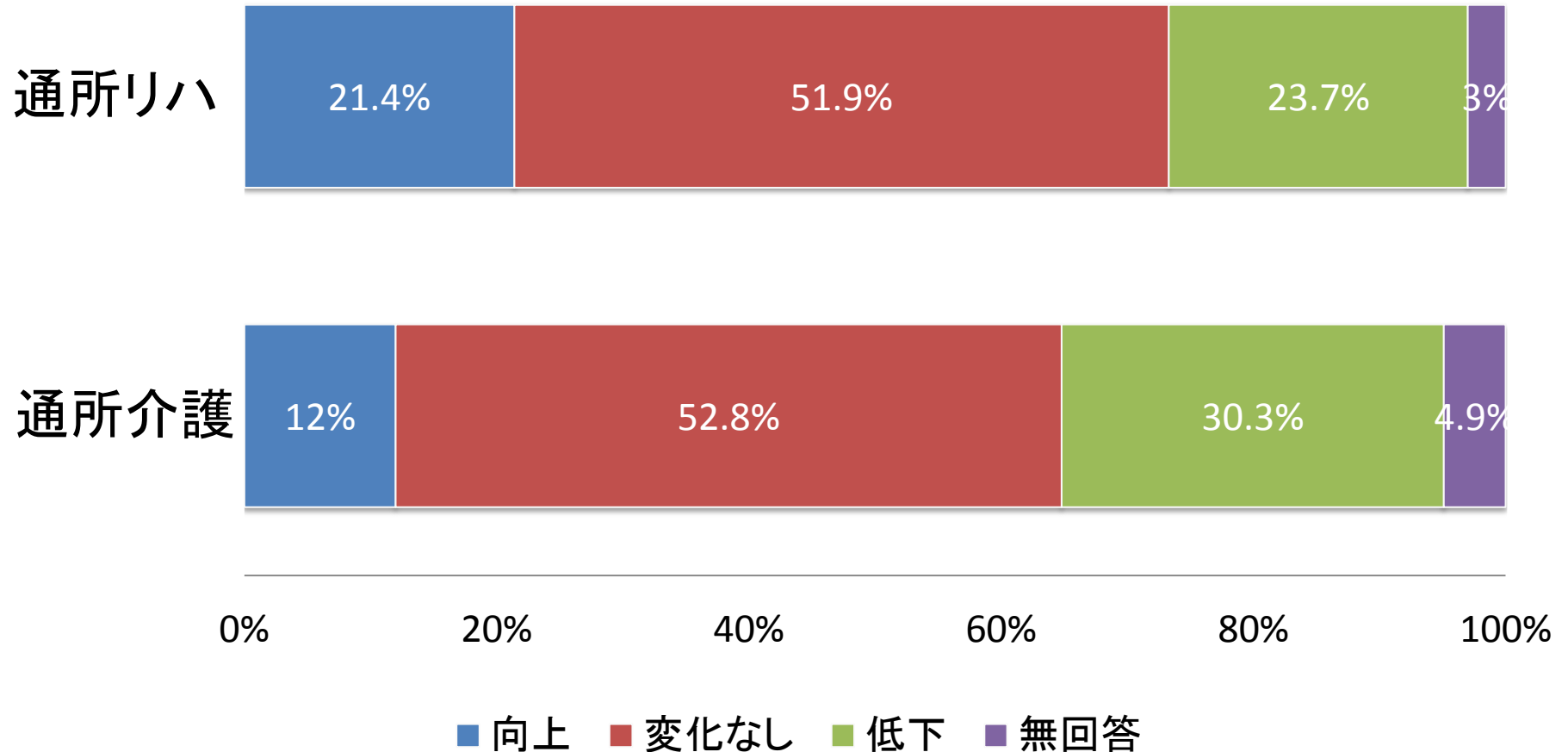


傷病別 日常生活自立度の変化

サービス利用期間別 日常生活自立度の変化



サービス開始時からの要介護度の変化



平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)(3)リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業報告書より

通所リハビリテーションと通所介護の比較

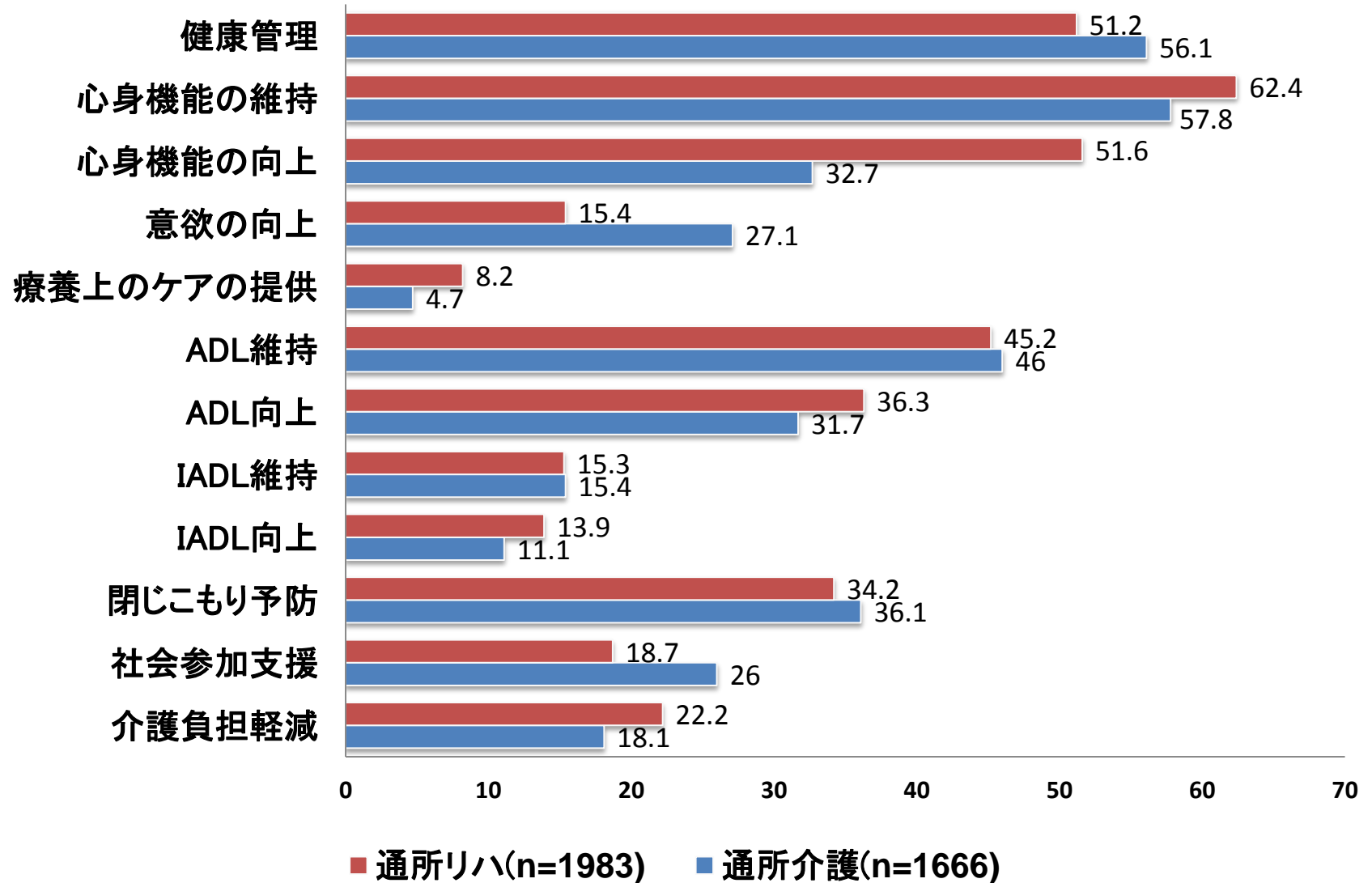
○ 通所リハビリテーションと通所介護の違いがわかりにくくなっているとの指摘がある。

		通所リハビリ	通所介護
利用者 属性	平均年齢	80.1歳	84.1歳
	認知症の有病率	23.2%	38.3%
	平均要介護度	2.3	2.3
	平均利用時間	49.6ヶ月	48.0ヶ月
	サービス提供時間(6~8時間)	85.0%	89.3%
個別リ ハビリ 等の提 供	個別リハビリ・個別機能訓練実施率	76.0%	61.7%
	PT・OT・STが実施した個別リハビリ (個別機能訓練)の割合	96.1%	12.3%
	1人当たり平均個別リハビリ(個別機 能訓練)時間	16.6分	22.4分

出典：平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「介護サービスの質の評価に関する利用実態等を踏まえた介護報酬モデルに関する調査研究事業」

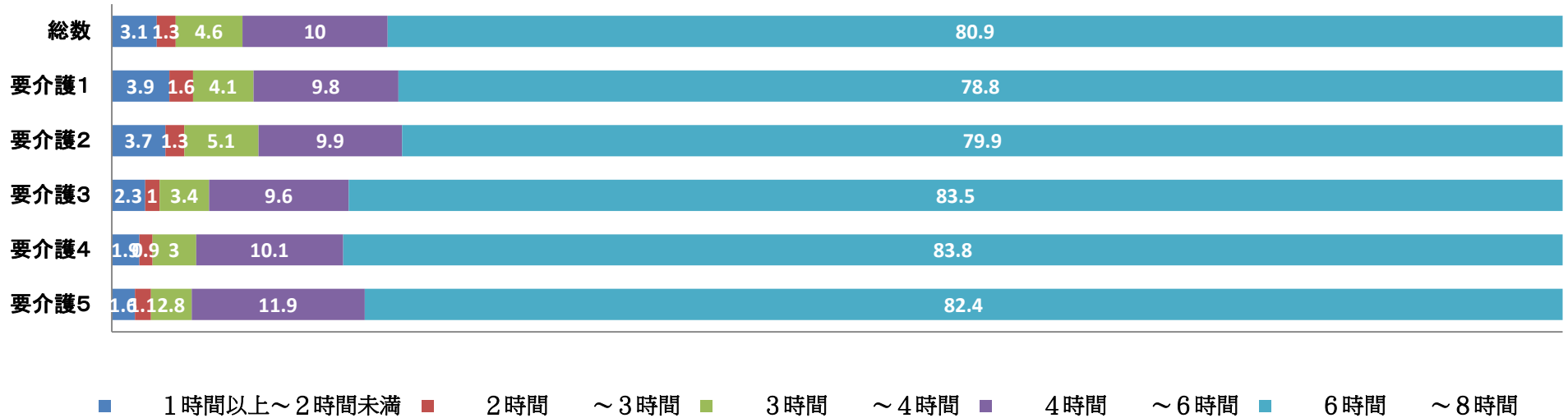
ケアプランの目標(複数回答)



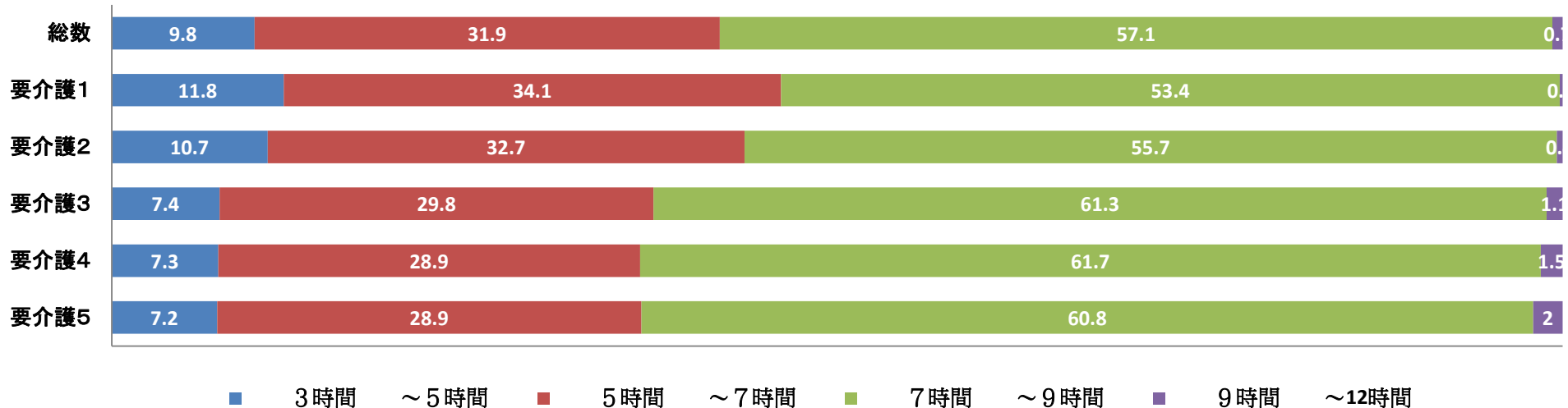
平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)(3)リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業報告書より

通所リハビリテーション・通所介護における実施時間別の回数

通所リハビリテーション

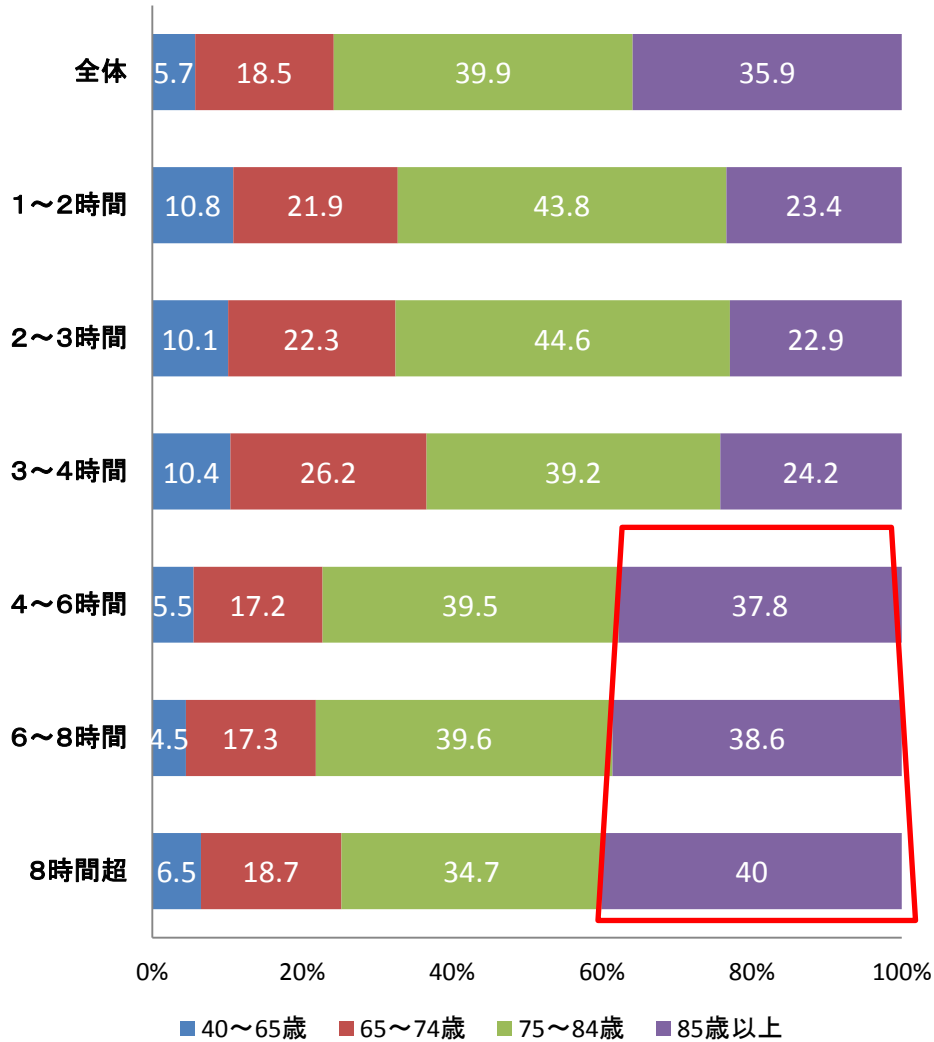


通所介護

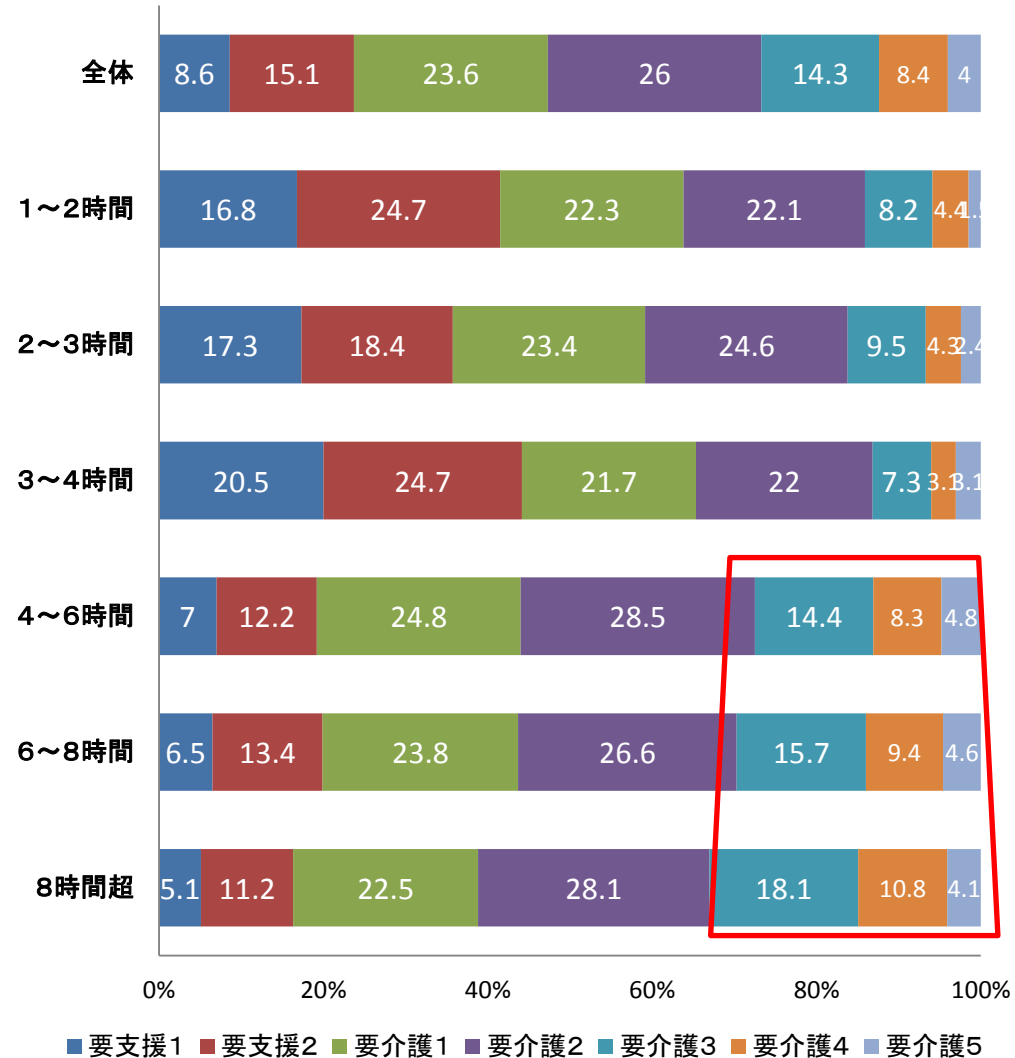


通所リハビリテーションの利用者内訳

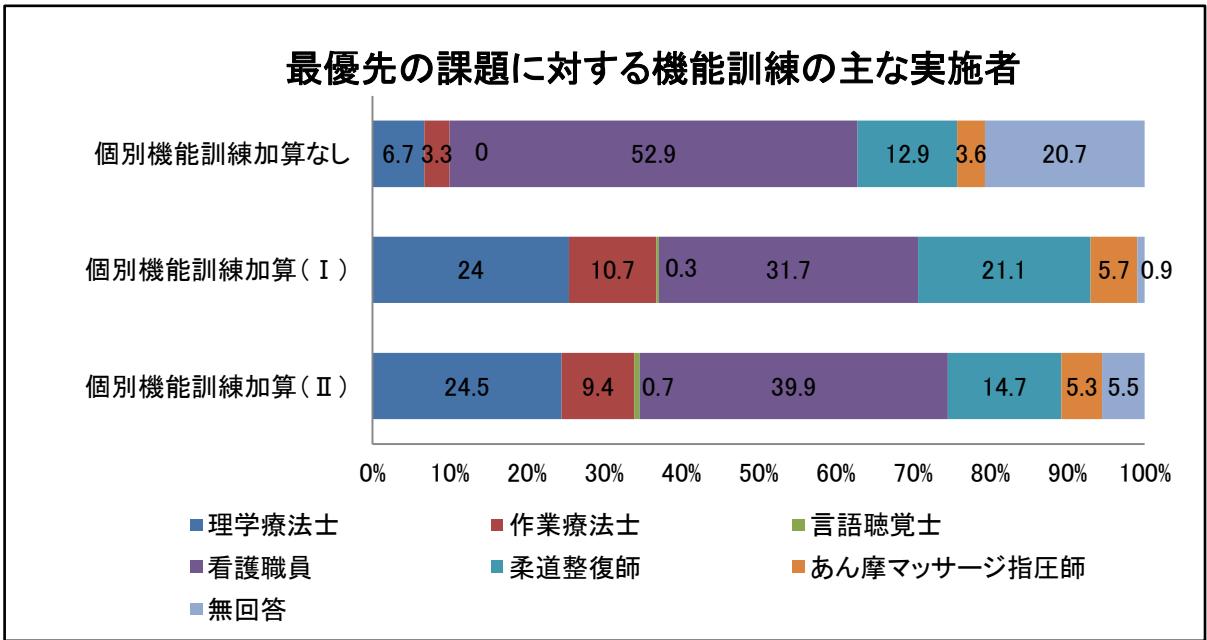
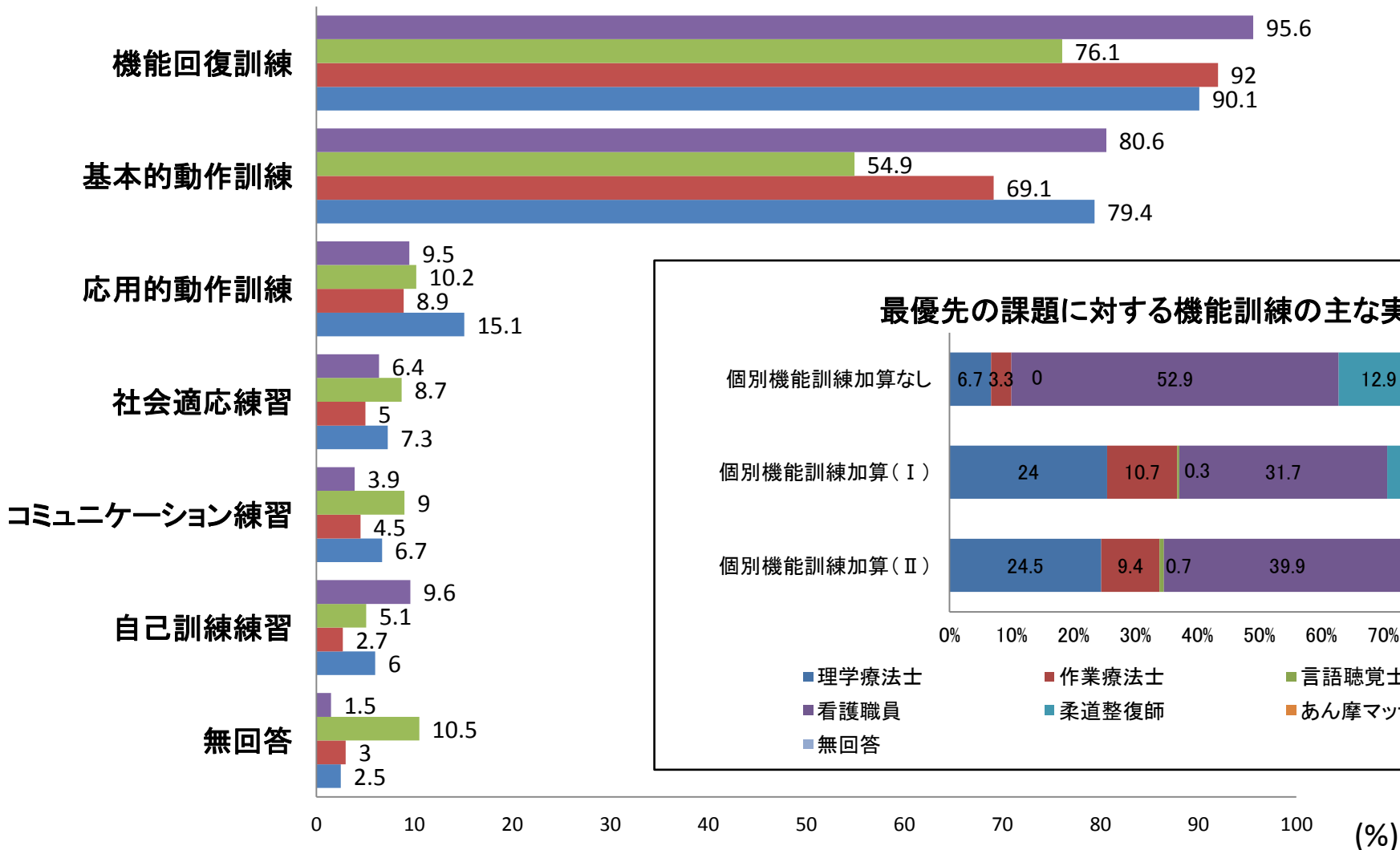
通所リハビリテーションの年齢別 利用者内訳



通所リハビリテーションの介護度別 利用者内訳



優先順位が高い課題に対して実施されている訓練内容(複数回答)

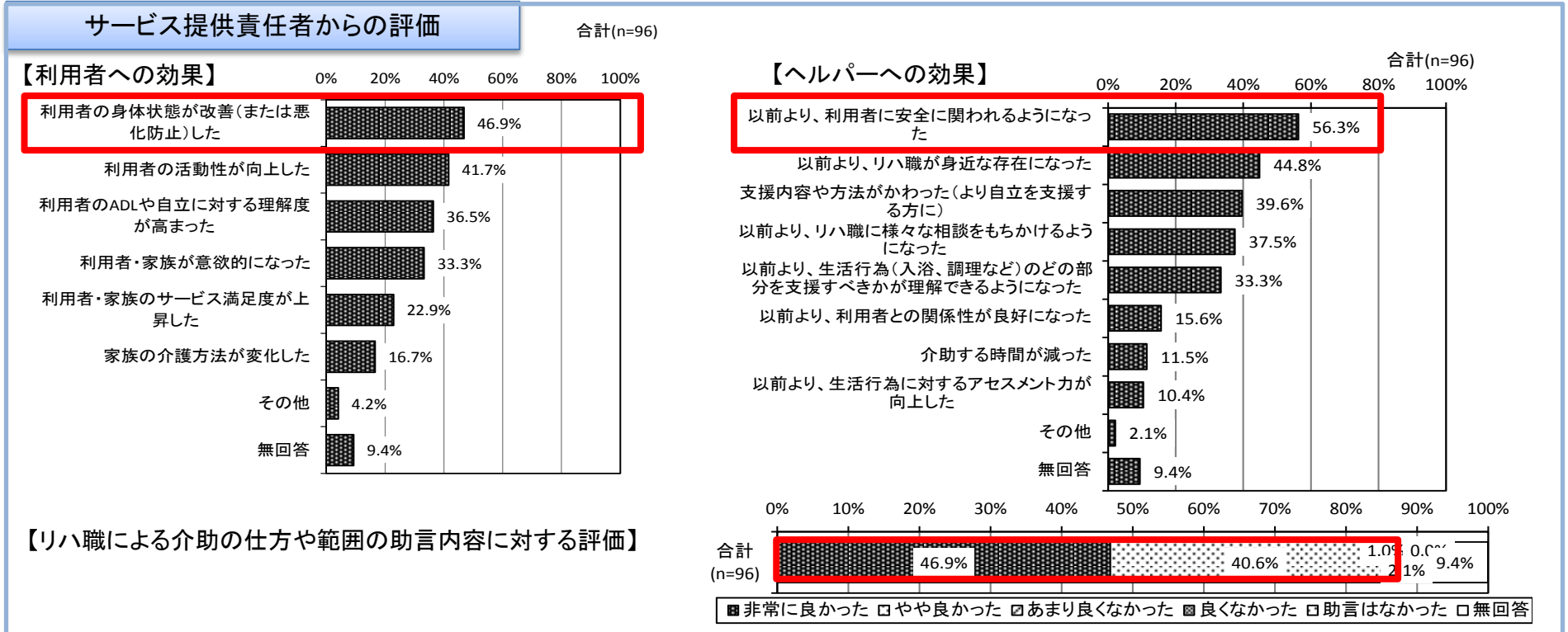


■ 通所リハ ■ 個別機能訓練加算なし ■ 個別機能訓練加算(Ⅰ) ■ 個別機能訓練加算(Ⅱ)

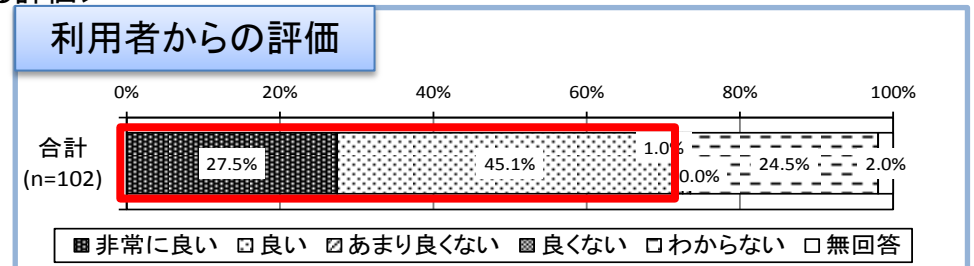
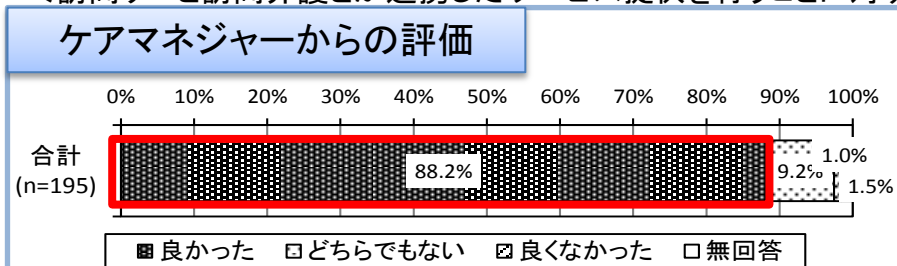
平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)(3)リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業報告書より

リハビリテーション専門職と介護職との連携状況(効果)

- サービス提供責任者から見た利用者への効果は、「利用者の身体状態が改善(または悪化防止)した」が46.9%、ヘルパーへの効果は「以前より利用者に安全に関われるようになった」が56.3%であった。
- 助言内容への評価も、「非常に良かった」「良かった」が合わせて87.7%であった。
- ケアマネジャーや利用者からの評価も「良かった」という回答が70%以上を占めた。



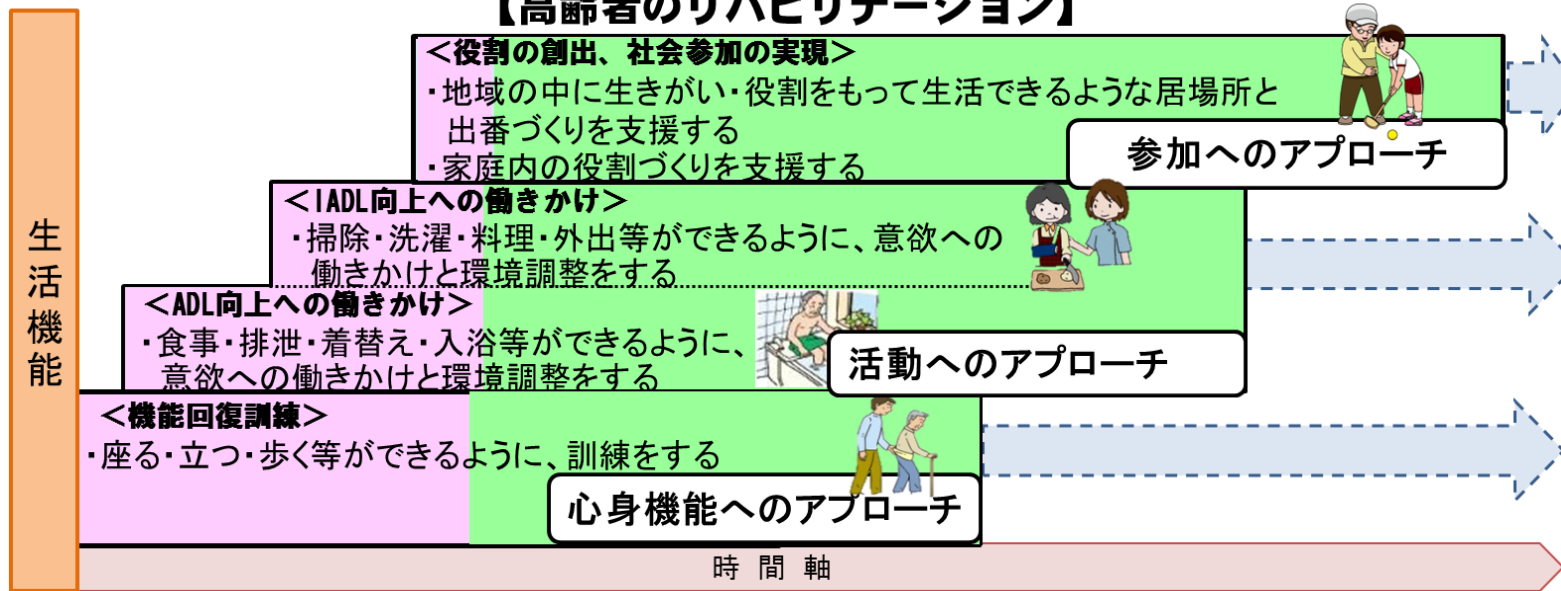
<訪問リハと訪問介護とが連携したサービス提供を行うことに対する評価>



活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

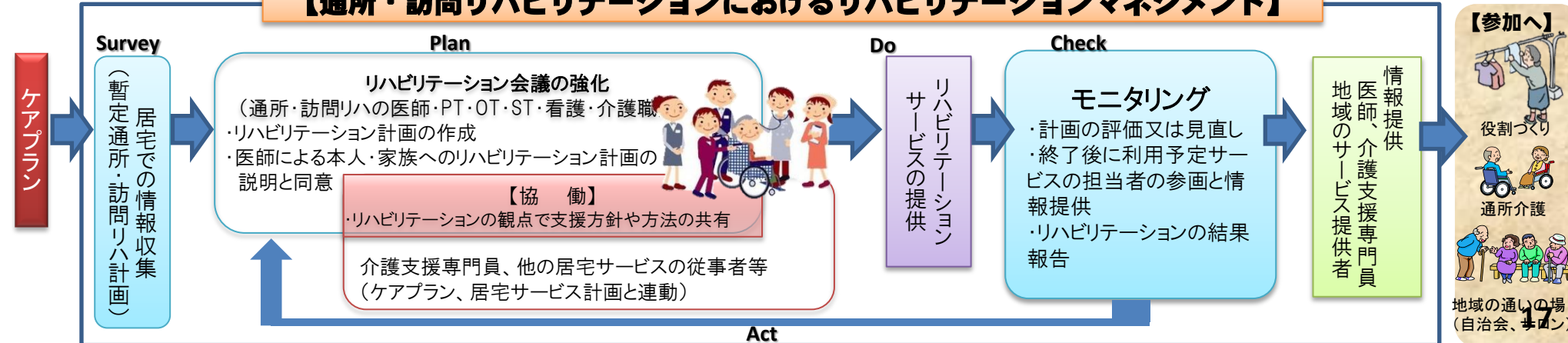
○ 「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進するため、そのような理念を明確化するとともに、「活動」と「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入や、このような質の高いリハビリテーションの着実な提供を促すためのリハビリテーションマネジメントの充実等を図る。

【高齢者のリハビリテーション】



○リハビリテーションの目的
リハビリテーションは、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、単なる機能回復訓練ではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

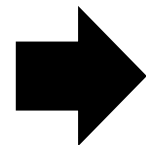
【通所・訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント】



リハビリテーションマネジメントの強化（通所リハビリテーション）

- リハビリテーション計画の策定や活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有の仕組みの充実を評価。

リハビリテーションマネジメント加算
230単位/月



リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)
230単位/月

訪問指導等加算
550単位/回(1月1回を限度)

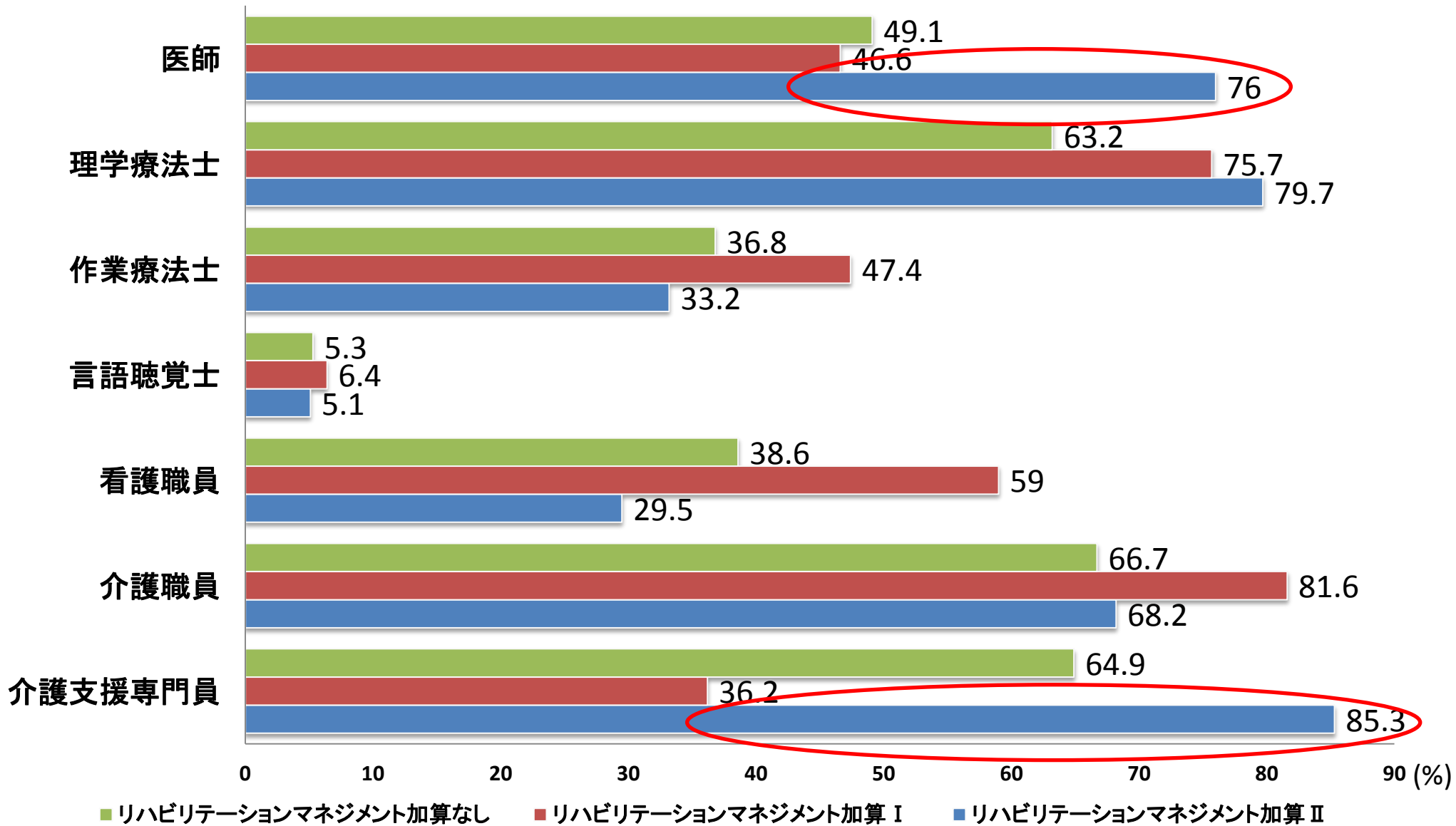


リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) (新設)
開始月から6月以内 1,020単位/月
開始月から6月超 700単位/月

算定要件

- ・ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定要件は、
 - ① リハビリテーション会議を開催し、目標やリハビリテーションの内容を、通所リハビリテーション事業所の職員の他、介護支援専門員、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者、その他関係者と共有すること。
 - ② 通所リハビリテーション計画は、医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ること。
 - ③ 開始月から6月以内の場合は1月に1回以上、6月を超えた場合は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、通所リハビリテーション計画を見直していること。
 - ④ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供をすること。
 - ⑤ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、家族若しくは指定訪問介護等の指定居宅サービスの従業者に対し、利用者の居宅で、介護の工夫及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
 - ⑥ ①から⑤のプロセスについて記録すること。

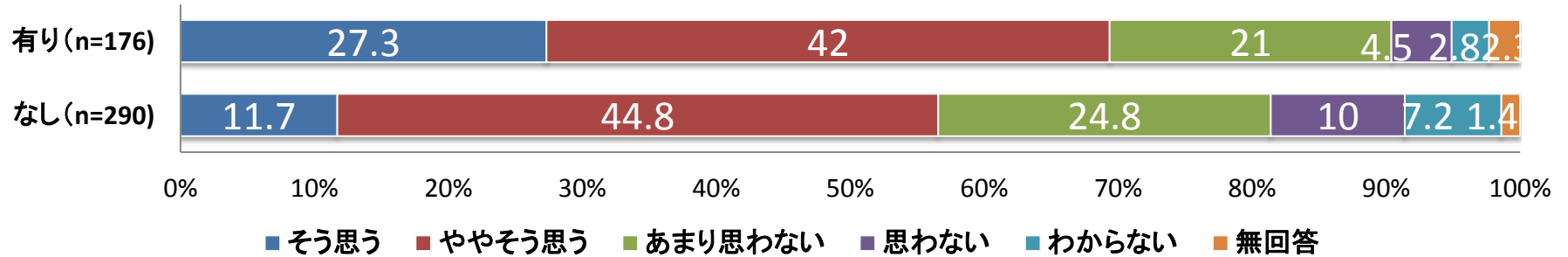
リハビリテーションマネジメント加算の有無別のリハビリテーション会議への参加職種



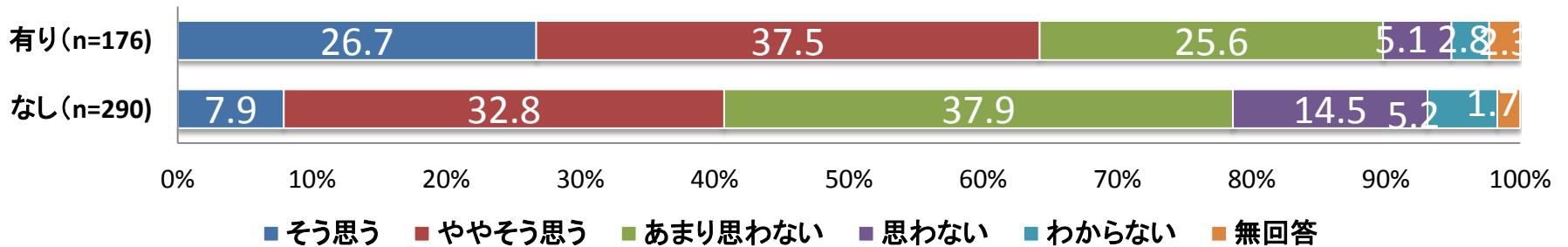
平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)(3)リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業報告書より

2015年4月以降の連携状況の変化（リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの有無別）

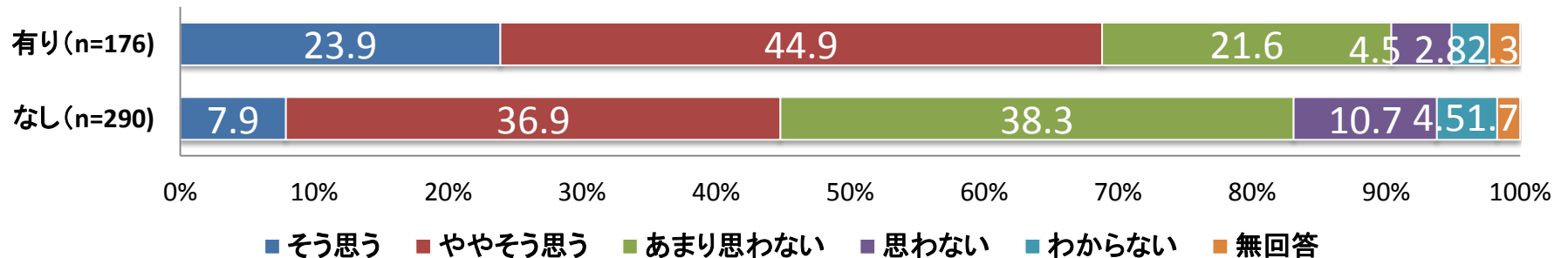
ケアプラン・居宅サービス計画と連動できるようになった



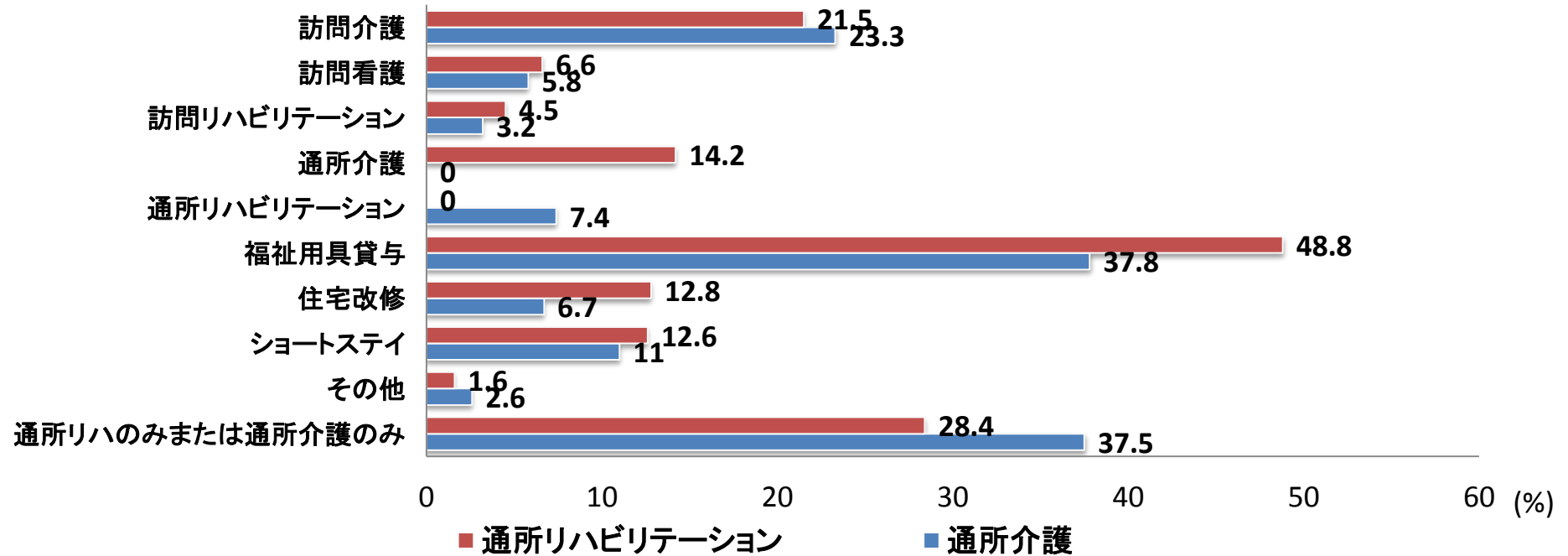
医師との情報共有が進んだ



他の介護事業所との情報共有が進んだ



サービス別にみた他に利用している介護保険サービス(複数回答)



【通所リハ】通所・訪問サービスの利用パターン

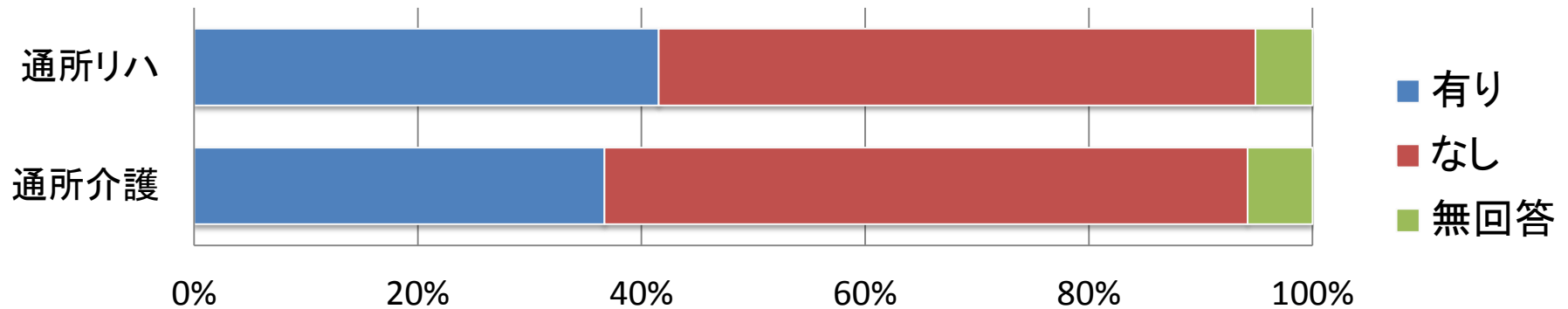
【通所介護】通所・訪問サービスの利用パターン

パターン	%
通所リハのみ	61.3%
通所リハ+訪問介護	15.9%
通所リハ+通所介護	10.3%
通所リハ+訪問リハ	2.5%
通所リハ+訪問看護	2.5%
通所リハ+訪問看護+訪問介護	2.2%
通所リハ+通所介護+訪問介護	2.2%

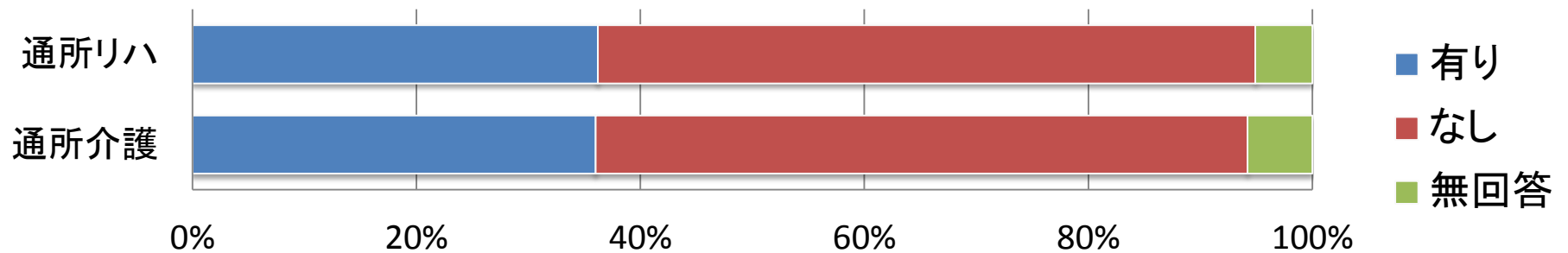
パターン	%
通所介護のみ	66.1%
通所介護+訪問介護	18.8%
通所介護+通所リハ	5.7%
通所介護+訪問看護	2.8%
通所介護+訪問リハ	1.4%
通所介護+通所リハ+訪問介護	1.1%

地域との交流活動の実施状況

介護支援専門員や介護サービス事業所、市町村、地区組織との 連絡会議の開催



介護支援専門員や介護サービス事業所、市町村、地区組織などを 対象とした勉強会、事例検討会の開催



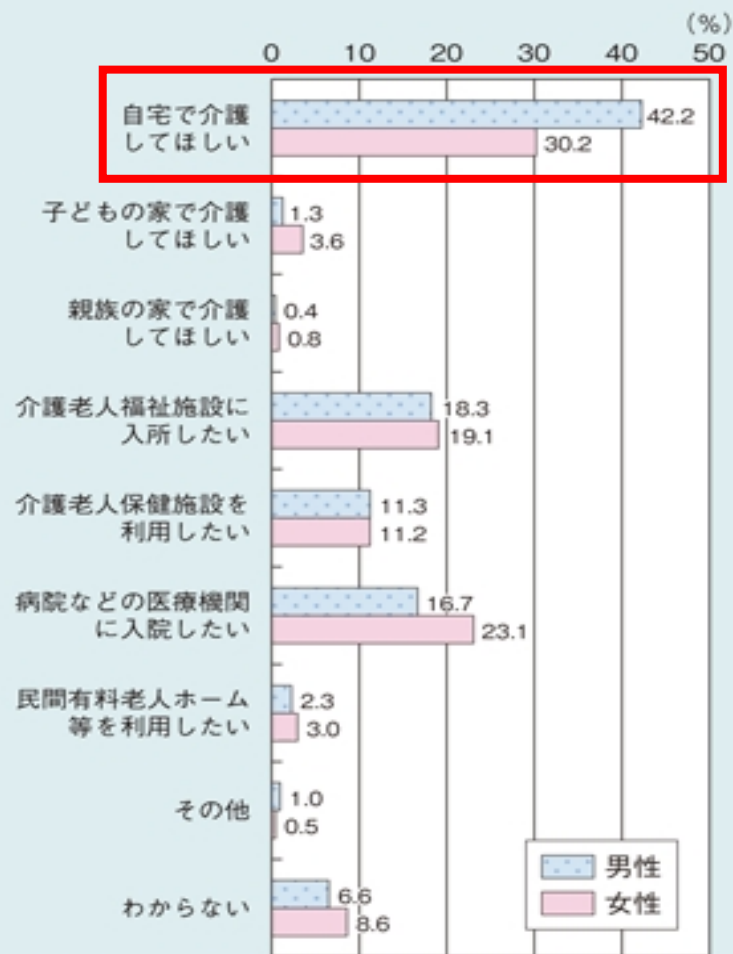
平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)(3)リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業報告書より

社会保障審議会 介護保険部会（第62回）	参考資料 2-2
平成28年8月31日	

ニーズに応じたサービス内容の見直し
（②中重度者の在宅生活を支える
サービス機能の強化）
（参考資料）

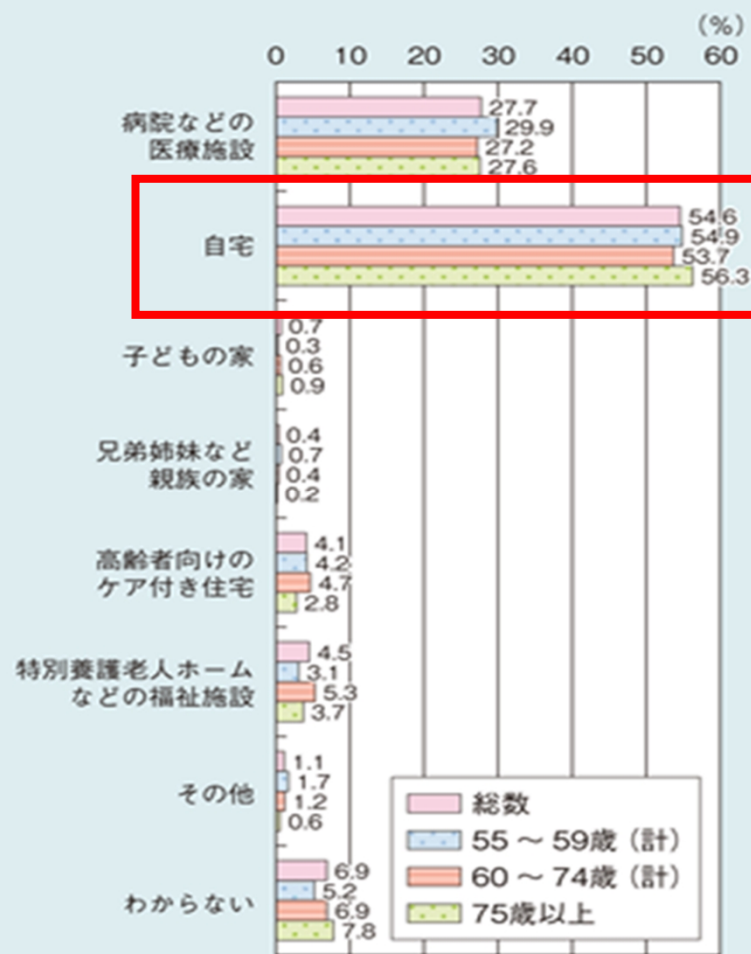
高齢者の希望

図1-2-3-18 介護を受けたい場所



資料：内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(平成24年)
 (注) 対象は、全国60歳以上の男女

図1-2-3-19 最期を迎えたい場所



資料：内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(平成24年)
 (注) 対象は、全国55歳以上の男女

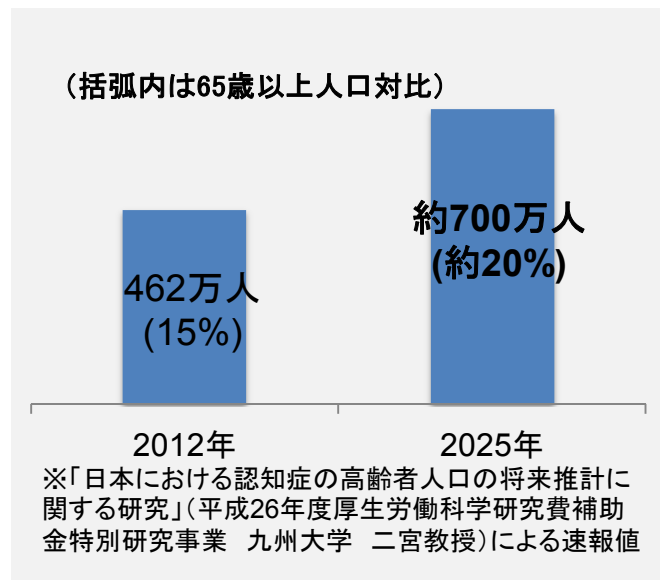
今後の介護保険を取り巻く状況

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

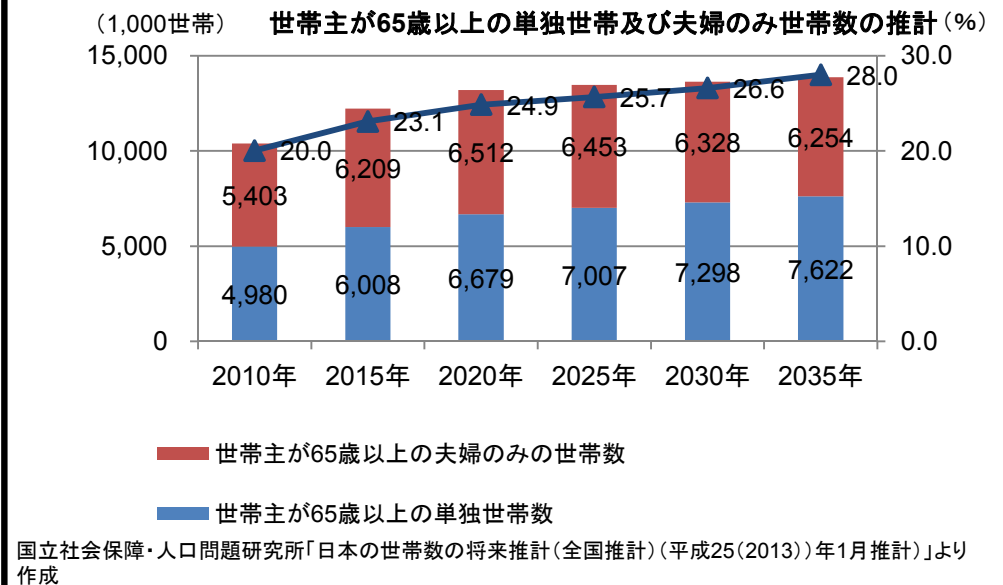
	2010年	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	2,948万人(23.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,419万人(11.1%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(平成25(2013))年1月推計」より作成

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

※都道府県名欄の()内の数字は倍率の順位

	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	~	東京都(11)	~	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	76.5万人 <10.6%>	71.7万人 <11.6%>	101.6万人 <11.1%>	81.7万人 <10.9%>	107.0万人 <12.1%>		147.3万人 <11.0%>		26.7万人 <16.2%>	18.8万人 <18.4%>	19.0万人 <17.0%>	1645.8万人 <13.0%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (1.54倍)	108.2万人 <18.1%> (1.51倍)	148.5万人 <16.5%> (1.46倍)	116.6万人 <15.9%> (1.43倍)	152.8万人 <18.2%> (1.43倍)		197.7万人 <15.0%> (1.34倍)		29.5万人 <19.4%> (1.10倍)	20.5万人 <23.0%> (1.09倍)	20.7万人 <20.6%> (1.09倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.32倍)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

介護サービスの種類

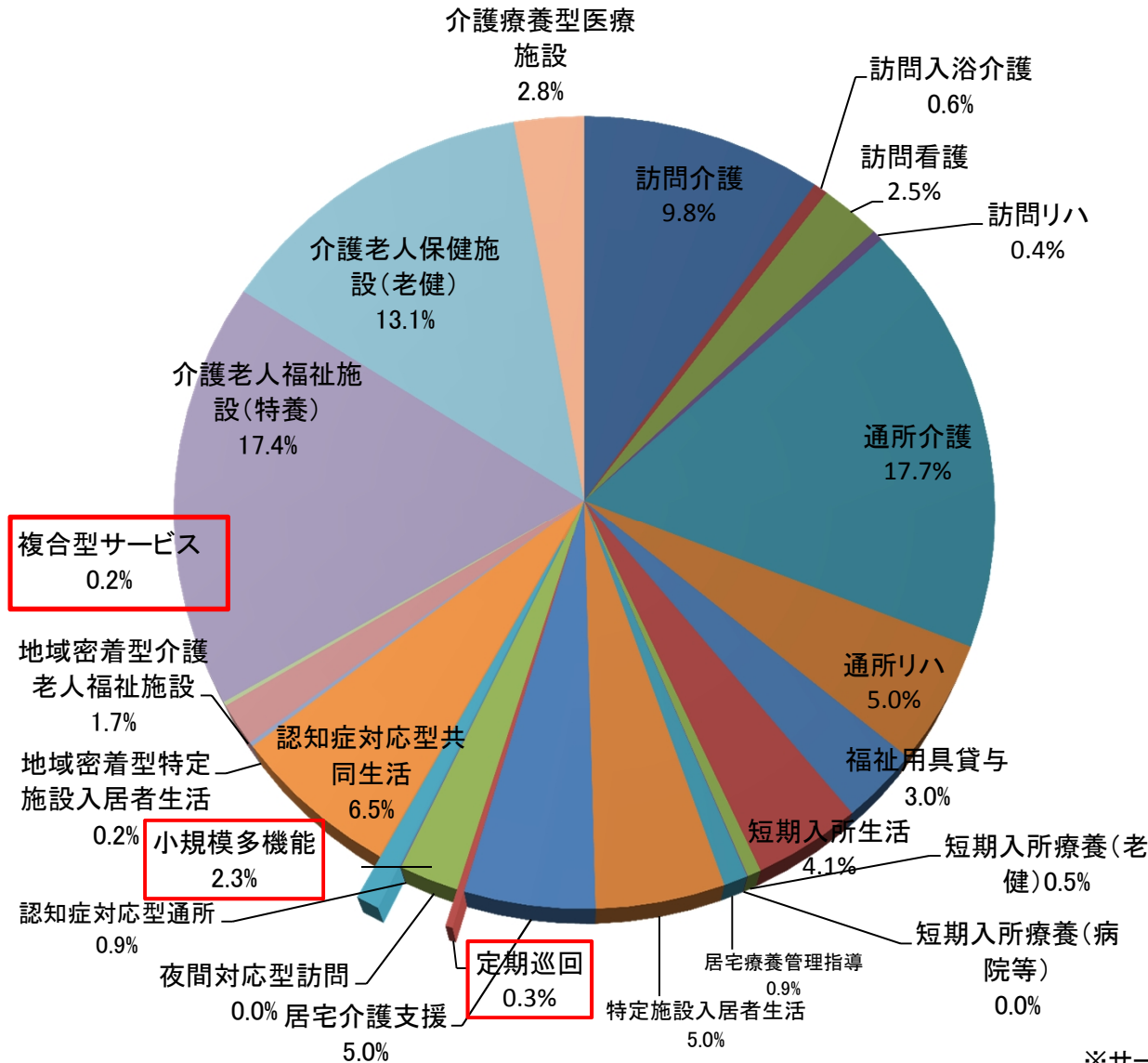
	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p>◎居宅介護サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護(ホームヘルプサービス) ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 <p>○特定施設入居者生活介護</p> <p>○福祉用具貸与</p> <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護(デイサービス) ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護(ショートステイ) ○短期入所療養介護 <p>◎居宅介護支援</p>	<p>◎地域密着型介護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)
予防給付を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 <p>○介護予防特定施設入居者生活介護</p> <p>○介護予防福祉用具貸与</p> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護(ショートステイ) ○介護予防短期入所療養介護 	<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム) <p>◎介護予防支援</p>

この他、居宅介護(介護予防)福祉用具購入、居宅介護(介護予防)住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。
また、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護については、平成29年4月までに介護予防・日常生活支援総合事業に移行される。

サービス種類別費用額と請求事業所数

サービス種類別費用額

(出典) 介護給付費実態調査 (平成28年4月審査分)



サービス種類別事業所数

(出典) 介護給付費実態調査 (平成28年4月審査分)

在宅	訪問介護	60,929
	訪問入浴介護	2,417
	訪問看護	17,707
	訪問リハビリテーション	6,460
	通所介護	79,422
	通所リハビリテーション	14,706
	福祉用具貸与	13,825
	短期入所生活介護	14,875
	短期入所療養介護	4,639
	居宅療養管理指導	40,806
	特定施設入居者生活介護	8,527
	計	264,313
	居宅介護支援・介護予防支援	44,175
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	633
	夜間対応型訪問介護	182
	認知症対応型通所介護	4,288
	小規模多機能型居宅介護	8,372
	認知症対応型共同生活介護	13,780
	地域密着型特定施設入居者生活介護	292
	地域密着型介護老人福祉施設サービス	1,949
複合型サービス	274	
計	29,805	
施設	介護老人福祉施設	7,558
	介護老人保健施設	4,201
	介護療養型医療施設	1,320
	計	13,079
合計	351,337	

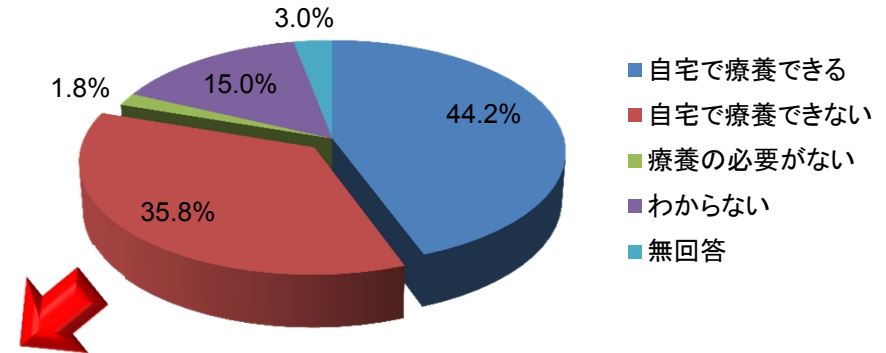
※事業者数は延べ数である。

※サービス種類別費用額、サービス種類別事業所数ともに
予防サービスを含む。

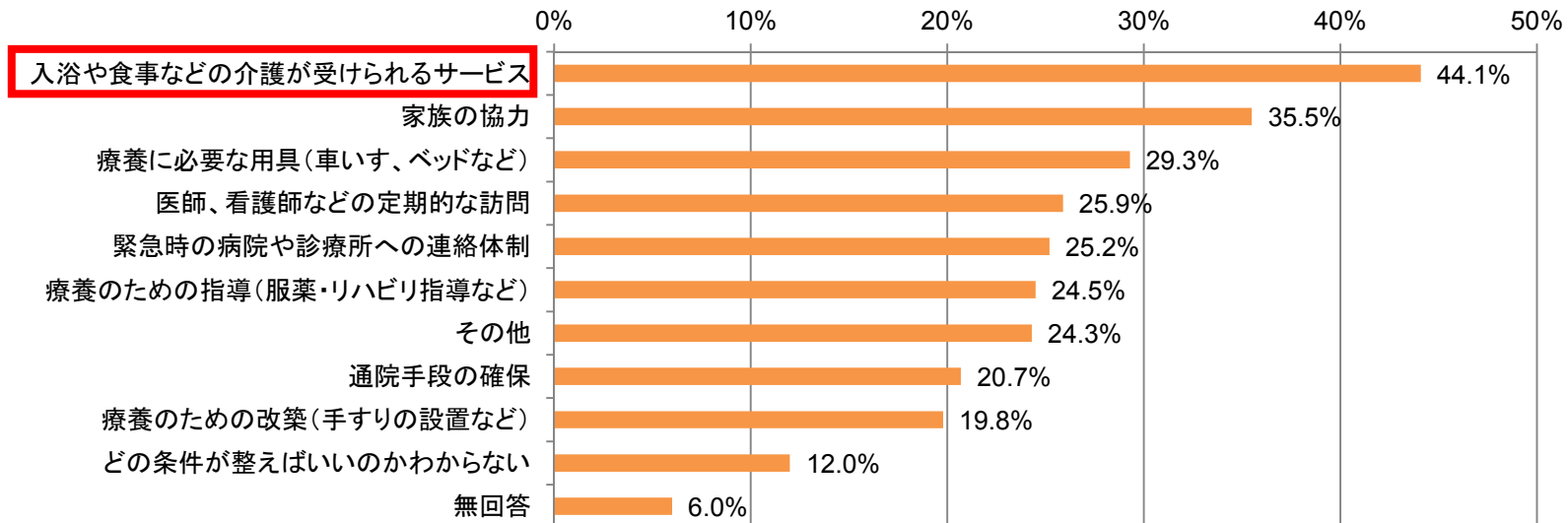
退院の許可が出た場合の75歳以上の入院患者の自宅療養の見通し

○退院の許可が出た場合の75歳以上の入院患者の自宅療養の見通しについて、「自宅で療養できない」と回答した入院患者は35.8%。
○自宅療養を可能にする条件について、「介護サービス」「家族の協力」を挙げた患者が多い。

■退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し (75歳以上の入院患者に対する質問)



■「自宅で療養できない」と回答した者について自宅療養を可能にする条件（複数回答）



【出典】平成26年受療行動調査

介護保険制度の見直しに関する意見（抜粋）

（平成16年7月30日社会保障審議会介護保険部会）

Ⅱ. 新たなサービス体系の確立

1. 地域密着型サービスの創設

（略）

（2）「地域密着型サービス」の内容

（「地域密着型サービス」の内容）

○こうした点を踏まえ、介護保険制度において、①従来の全国的に共通する「一般的なサービス」と並んで②サービス利用が主として市町村の圏域内にとどまるような「地域密着型サービス」を新たに制度化していくことが考えられる。

地域密着型サービスの具体例としては、後述するような「小規模多機能型」のサービスや「地域夜間対応型」のサービス、「地方専用型」のデイサービス「地域見守り型」のサービス、要介護者を対象とする「小規模の居住系サービス」や「小規模の入所系サービス」が挙げられる。

（略）

4. その他のサービスの見直し

①「小規模・多機能型」のサービスについて

（サービスの機能別類型化）

○ 現行の介護保険サービスは、「在宅」と「施設」という二元的なサービス類型となっているが、生活圏域の中での多機能にわたるサービスを提供していく観点から、それぞれのサービスの機能に着目し、「訪問系サービス」「通所系サービス」「短期滞在系サービス」「居住系サービス」「入所系サービス」等に再編していくことが考えられる。

（「小規模・多機能型」のサービス）

○ 「小規模・多機能型」のサービスとは、こうしたサービスの機能別類型化を踏まえ、小規模で、かつ「通い」「泊まり」「訪問」「居住」などの機能を利用者の視点に立って複合的に組み合わせ、利用者の状態の変化に応じて、継続的かつ包括的に提供する形態を総称するものである。

具体的には、多様な形態が考えられる。当初から小規模拠点に多機能にわたるサービスを備える形態もあれば、既存のものが機能を拡大する形態もある。例えば、小規模な通所系サービスが「通い」機能と併せ「泊まり」機能を持つ、あるいは、痴呆性高齢者グループホームが「居住」機能と併せ「通い」機能を持つ形態などである。いずれにせよ、「地域密着型サービス」の一つとして、地域の特性に応じた対応が求められる。

②「地域夜間対応型」や「地域見守り型」のサービスについて

○ 今後増加する高齢者の独居世帯や重度者を在宅で支えていくためには、「夜間や緊急時の対応」が重要な意味を持つてくる。その点で、現行の訪問系サービスは、夜間は「定時」対応の巡回形態が中心であり、日中でも訪問は一定の時間帯に限られているため、夜間・緊急時の対応には限界がある。夜間・緊急対応のためには、個々の事業者が個別に対応するような形態ではなく、一定の地域を単位とし、その地域内の要介護者全体のニーズに「面的」に対応ができるサービス提供体制が求められる。

介護保険制度の見直しに関する意見（抜粋）

（平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会）

Ⅲ. 介護保険制度の見直しについて

1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備（地域包括ケアシステムの構築）

（1）単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備

（24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設）

○現在の訪問介護は、受給者一人、一日あたりの平均訪問回数が0.6回（要介護5でも1.1回）訪問一回あたりのサービス提供時間は「30分以上」が7割を占めている。しかしながら、要介護度が高くなった場合、夜間、早朝の時間帯を含め、水分補給や排泄介助等の介護が複数回必要となる。

このようなニーズに答えるため、前回改正においては夜間対応型訪問介護事業が創設されたが、夜間みのサービス類型であることなどが支障となって普及が進んでおらず、現在の訪問介護サービスでは、このようなニーズに十分応えることができていない状況にある。

○また、特に、医療ニーズが高い介護者については、医療・看護サービスと介護サービスの連携不足などの問題から、緊急時の対応も含め、安心して在宅生活を送ることが困難な状況にあるとの指摘もある。

○単身・重度の要介護者などが、できる限り在宅生活を継続できるよう、訪問介護と訪問看護の連携の下で、適切なアセスメントとマネジメントに基づき、短時間の定期巡回訪問と通報システムによる随時の対応等を適宜・適切に組み合わせて提供する24時間対応の定期巡回・随時対応サービスを新たに創設すべきである。

一方、要介護度1を含めた様々な状態の要介護者に対応できるよう、既存のサービスの連携・組み合わせで対応すべきではないかとの意見があった。

○この24時間対応の定期巡回・随時対応サービスにより、看護と介護の一体的な提供が可能となることで、医療・看護ニーズの高い者や看取りといった対応も可能となることが期待される。なお、認知症を有する人については、その症状によっては、必ずしも有効なサービスとはいえないのではないかとの指摘があった。

（複合型のサービス）

○小規模多機能型サービスは、平成18年度に創設されて以来、日々状態が変化する認知症を有する人に対応して多様なサービスを柔軟に提供できるサービス類型として評価されている。

○一方で、その整備量は全国約2300カ所（2009年3月時点）であり、更なる整備を推進するためには、在宅サービスをより柔軟な形態で提供できる仕組みを設けるべきとの要望もある。特に、重度になるほど看護サービス等の医療サービスに対するニーズが高まっていることから、例えば小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせるなど複数のサービスを一体的に提供する複合型のサービスを導入していく必要がある。

2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～（抜粋）

（平成15年6月30日高齢者介護研究会（厚生労働省老健局長の私的研究会））

Ⅲ. 尊厳を支えるケアの確立への方策

2. 生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系

(1) 在宅で365日・24時間の安心を提供する：切れ目のない在宅サービスの提供
(小規模・多機能サービス拠点)

- この課題を解決するためには、在宅に365日・24時間の安心を届けることのできる新しい在宅介護の仕組みが必要である。本人（や家族）の状態の変化に応じて、様々な介護サービスが、切れ目なく、適時適切に在宅に届けられることが必要である。

すなわち、日中の通い、一時的な宿泊、緊急時や夜間の訪問サービス、さらには居住するといったサービスが、要介護高齢者（や家族）の必要に応じて提供されることが必要であり、さらに、これらのサービスの提供については本人の継続的な心身の状態の変化をよく把握している同じスタッフにより行われることが望ましい。

このためには、切れ目のないサービスを一体的・複合的に提供できる拠点（小規模・多機能サービス拠点）が必要となる。

※ このような「通う」「泊まる」「訪問を受ける」「住む」というサービスの形態は、現在でも「通所介護」「短期入所」「訪問介護」「グループホーム」等として介護保険のメニューとなっているが、このような複数のサービスを利用するとしても、それぞれ担当するスタッフは別々であり、利用者にとっては（特に認知症の場合）混乱をきたす。スタッフの側も、利用者の心身の状態の短期的な変化や、中長期にわたって軽度から徐々に重度化していく過程を把握することは難しい。

- さらに、こうした一連のサービスは、安心をいつも身近に感じられ、また、即時対応が可能となるよう、利用者の生活圏域（例えば中学校区あるいは小学校区ごと）の中で完結する形で提供されることが必要である。そのためには、小規模・多機能サービス拠点は、利用者の生活圏域ごとに整備されていることが必要になる。

※ 地域密着型の在宅サービスを実践する試みとして、宅老所と呼ばれる取組がある。宅老所には小規模・多機能サービスを実践しているものも多くあり、それらの中には、医療サービスなど地域の他のサービス資源を活用しながらターミナルケアまで実践しているところもある。

このような在宅での生活を支える小規模・多機能サービス拠点の発展可能性・地域のケアネットワークの中での位置付け等について、さらなる研究が必要である。

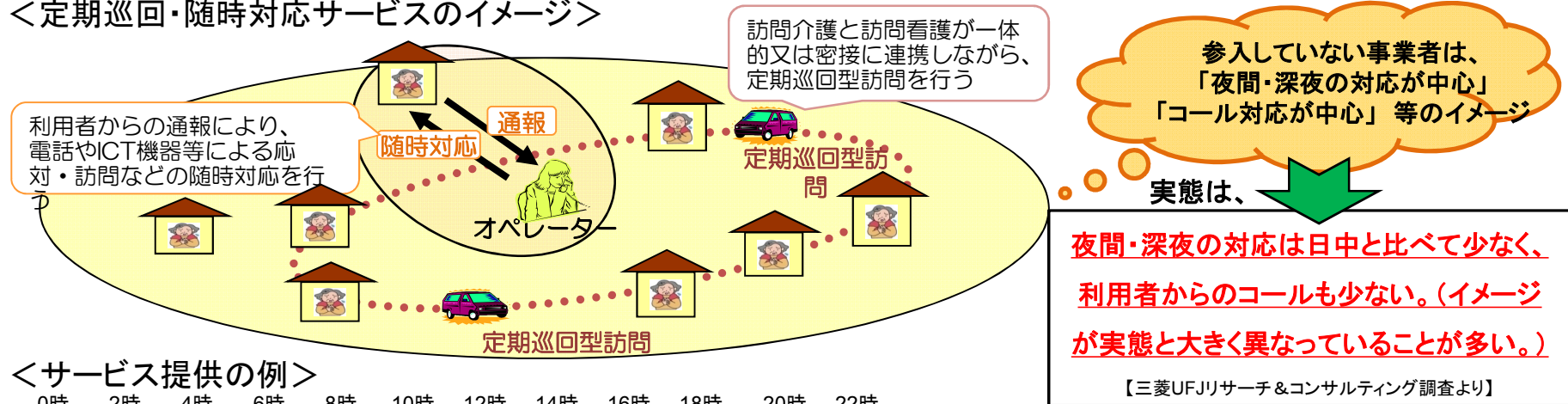
※ 高齢者の生活圏域で必要なサービスを完結させるという観点は非常に重要であり、後述する地域ケアの確立を考える上でも、地域の様々なサービス資源を高齢者の生活圏域を単位に整備し、結び付け、その中で（施設サービスまで視野に入れて）必要なサービスが切れ目なく提供できる体制を実現していくという視点が必要である。

市町村の策定する介護保険事業計画においても、単にサービスの数量的整備目標を掲げるだけでなく、「サービス圏域」という概念を導入し、それぞれの圏域単位で必要なサービスの提供が完結するようきめの細かい取組を進めることが望ましい。

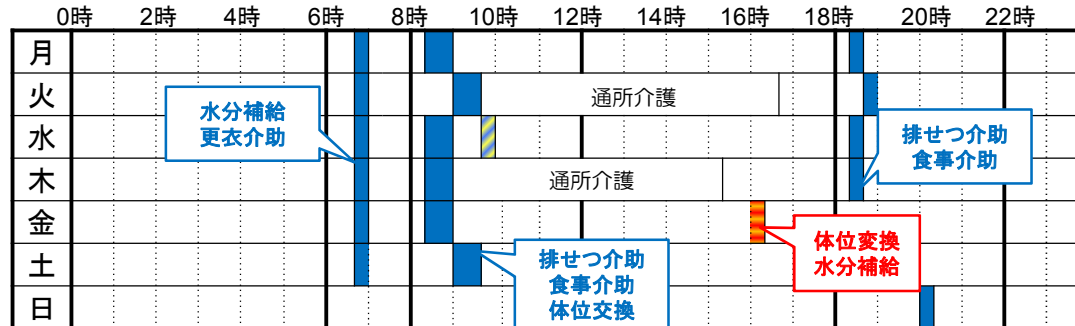
24時間の定期巡回・随時対応サービスについて

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、**重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足**していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して**医療と介護との連携が不足**しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「**定期巡回・随時対応型訪問介護看護**」を創設(平成24年4月)。

<定期巡回・随時対応サービスのイメージ>



<サービス提供の例>



- ・日中・夜間を通じてサービスを受けることが可能
- ・訪問介護と訪問看護を一体的に受けられることが可能
- ・定期的な訪問だけではなく、**必要ときに随時サービス**を受けることが可能

<参考>

1. 第6期介護保険事業計画での実施見込み

平成27年度	平成28年度	平成29年度
366保険者 (1.8万人/日)	482保険者 (2.5万人/日)	557保険者 (3.3万人/日)

2. 社会保障と税の一体改革での利用見込み

平成27年度	平成37年度
1万人/日	15万人/日

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の普及促進に向けて必要なこと

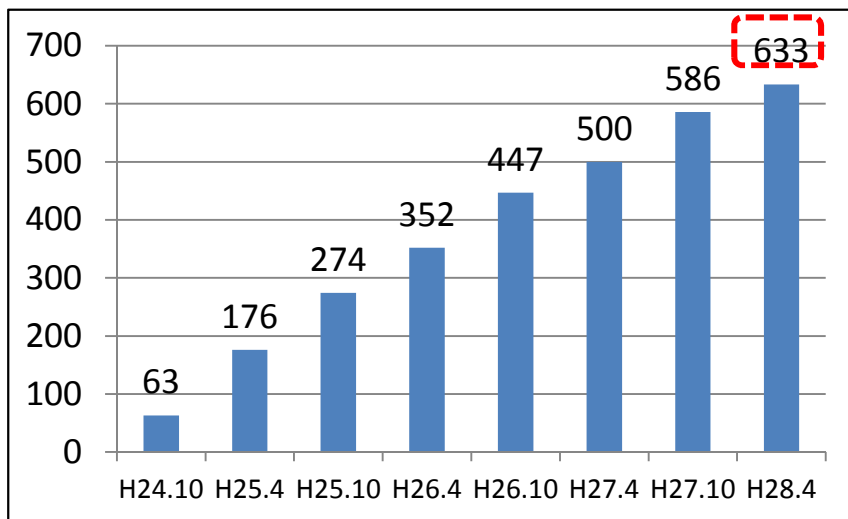
分類	内容	
サービスの周知・理解	地域・住民	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス開始から4年あまり経過しているが、まだまだ周知不足も感じられる。 ・定期巡回をしている事業所の集まりなど開催し意見交換などしながら事業所としての活動等どのように周知していくのか話し合う場があるとよい。 ・統一されたサービスパンフレットがあるとよい。 ・利用者の要望に全て応えると赤字になる。利用者のサービス理解が必要である。
	ケアマネジャーや医療機関の理解	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーへの更なる周知が必要である。 ・ケアマネジャーにサービス内容を正しく理解してもらいたい。 ・医療機関とのパイプ作りが必要である。
	行政の協力	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス普及のために行政に積極的に関わって欲しい。
体制確保	訪問看護との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・単位数が少ないため、連携する訪問看護事業所が少ない。 ・訪問看護事業所との連携が少ないため、利用者から見ると自由に訪問看護を選べないというデメリットがある。
	人材確保	<ul style="list-style-type: none"> ・優秀な人材を確保し、ニーズに応じていく体制を整備するために、丁寧な取り組みを行うことが必要である。
	要件緩和	<ul style="list-style-type: none"> ・体制の確保に伴う要件(オペレーター等)の緩和や兼務の拡大が必要である。
経営面	<ul style="list-style-type: none"> ・利益が上がらない。収入面の見直しが必要である。 ・地方では利用者が散らばっており採算がとれない。 	
サービスの簡略化	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの簡略化が必要である。 ・制度としてもっと利用しやすくするべき。 	

【出典】平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「定期巡回・随時対応型訪問介護看護の実態と効率的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」(平成28年3月。一般社団法人 24時間在宅ケア研究会)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者に対するアンケート調査(自由記載による回答)

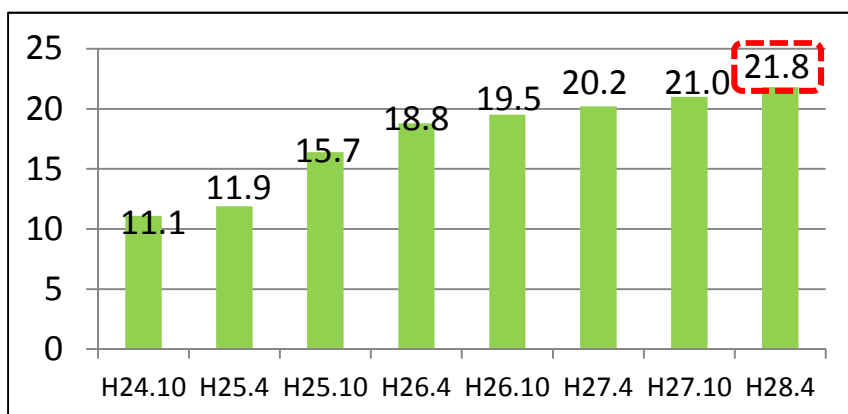
定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所数・利用者数等

- 請求事業所数は増加しており633事業所、1事業所あたりの平均利用者数は微増傾向で21.8人となっている。
- 利用者数は約13,800人で、利用者の約50%は要介護3以上の中重度者である。

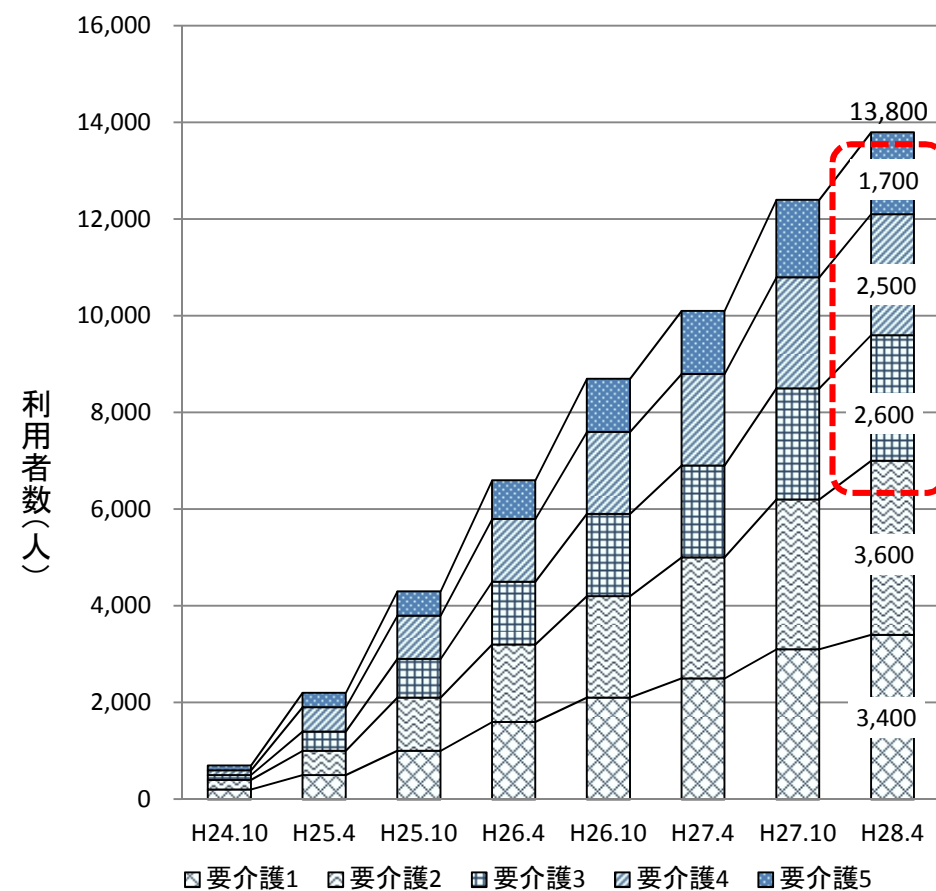
■ 事業所数の推移



■ 1事業所あたりの利用者数の推移



■ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護受給者数の推移(要介護度別)

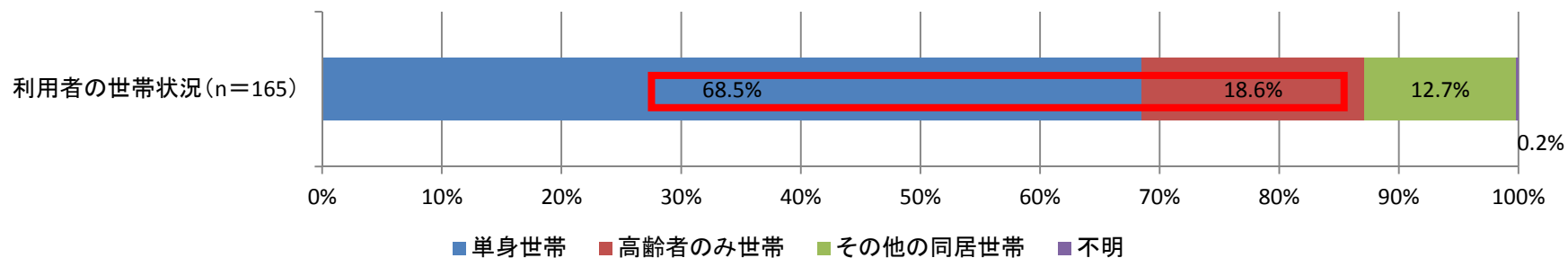


出典：介護給付費実態調査各月審査分

定期巡回・随時対応型訪問介護看護に関する調査結果（平成27年10月時点）

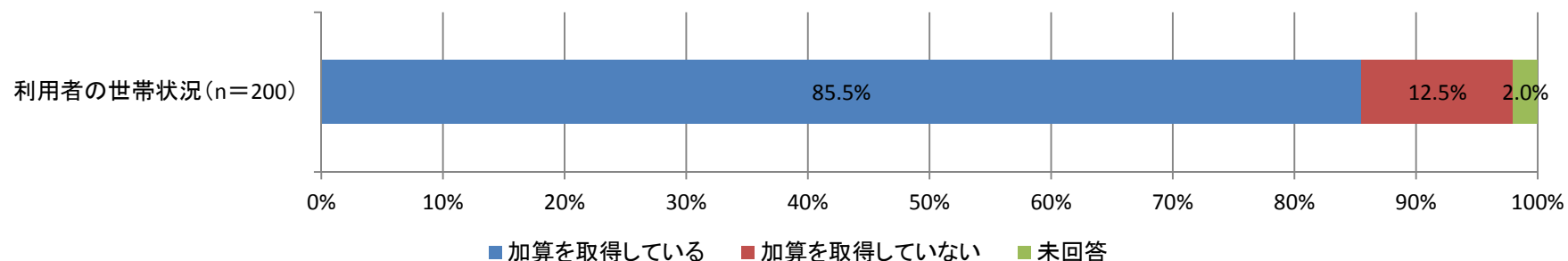
利用者の世帯状況をみると、単身世帯が68.5%と割合が高く、高齢者のみ世帯が18.6%となっている。合計すると高齢者のみの世帯が87.1%となっている。

利用者の世帯状況



総合マネジメント強化加算を取得している事業所数は85.5%である。

総合マネジメント体制強化加算の算定状況



【出典】平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「定期巡回・随時対応型訪問介護看護の実態と効率的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」（平成28年3月）一般社団法人 24時間在宅ケア研究会

老人ホームをあなたのご自宅に!

在宅[🏠]老人ホーム[®]

訪問介護・看護(医療連携)

老人ホーム同等の介護サービス※を、**要介護5の方まで対応。**
必要な方には医療連携もサポートします。
※介護保険サービス(定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス)利用



生活支援サービス

老人ホームと同等の家事支援サービスで
おひとり暮らしもサポートします。



要介護5でも**独居**でも
これなら、自宅に住める!



在宅[🏠]老人ホーム[®]

緊急時対応

老人ホームと同様に、緊急通報システム
で24時間365日、**緊急時にも対応**
いたします。



緊急通報装置

食事提供・支援

老人ホーム同様、状態に合わせた
お食事を**1日3食まで**提供可。必要
な方には、**食事介助**も行ないます。

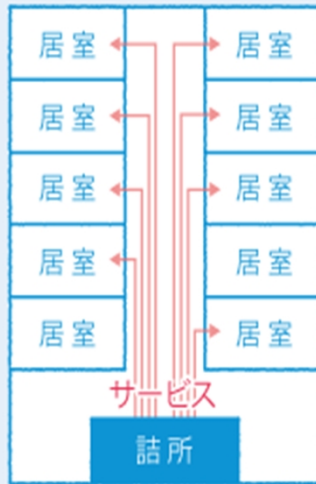
ソフト食・
治療食等も
OK



東京都内の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所での取組事例

【あなたのまちが、老人ホームに！】従来の老人ホームとの違いは、スタッフの移動時間だけ。

従来の老人ホーム

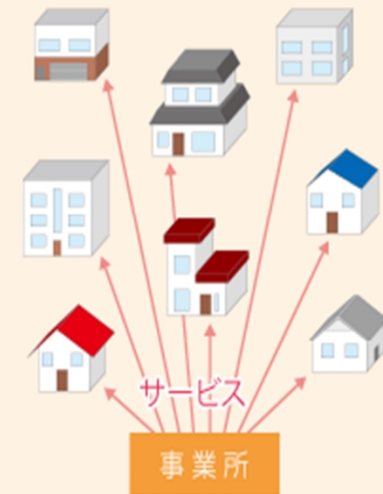


訪問移動時間 1分

スタッフが待機する詰所から
各居室へ向かいます。



在宅老人ホーム

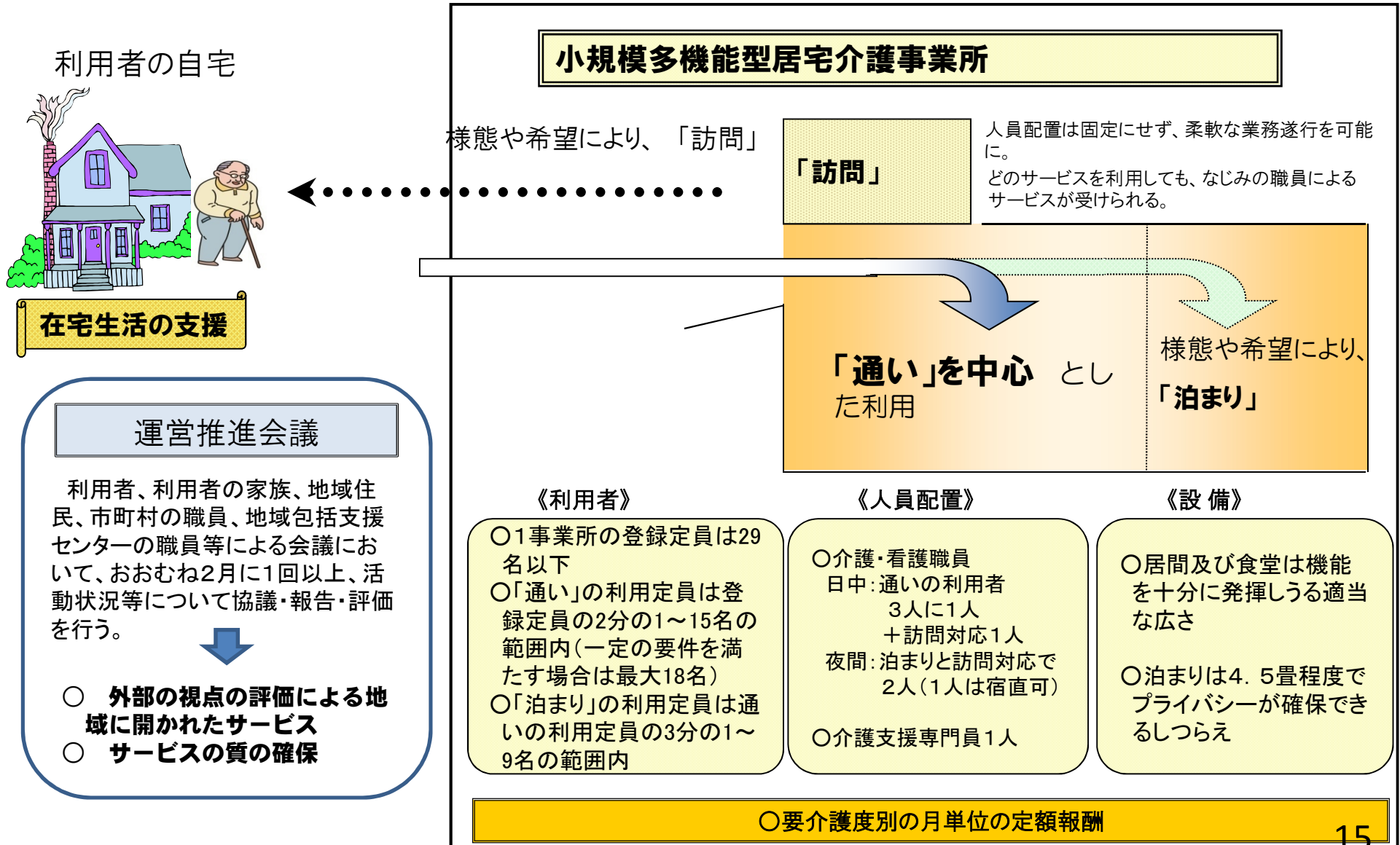


訪問移動時間 10分

スタッフが事業所から
各ご自宅へ訪問します。

小規模多機能型居宅介護の概要

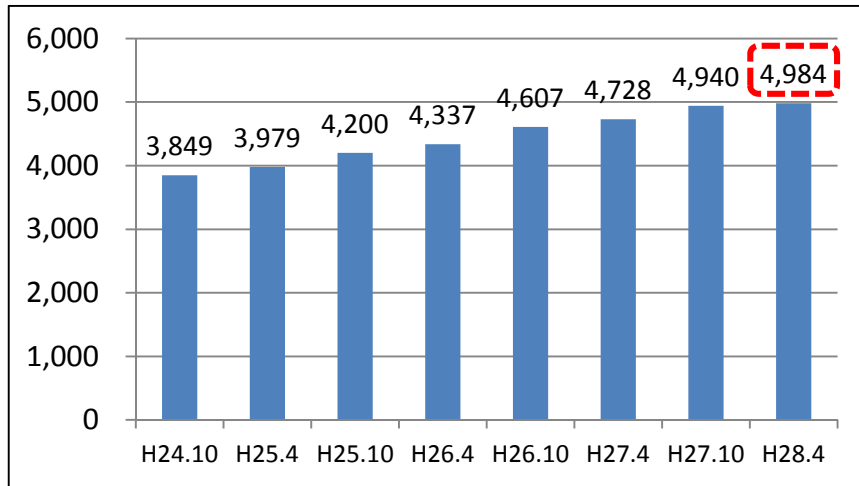
「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることで、サービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された（平成18年4月創設）。



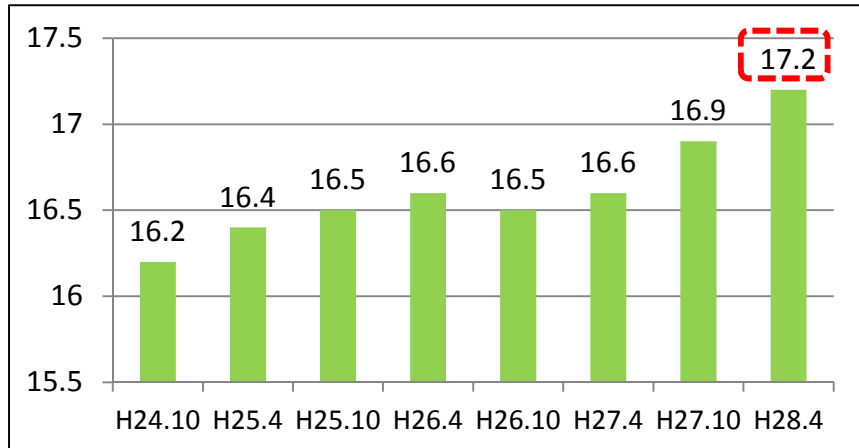
小規模多機能型居宅介護の事業所数・利用者数等

- 請求事業所数は増加しており4,984事業所、1事業所あたりの平均利用者数は横ばい傾向であったが、直近では微増しており17.2人となっている。
- 利用者数は約85,200人で、利用者の約45%が要介護3以上の中重度者である。

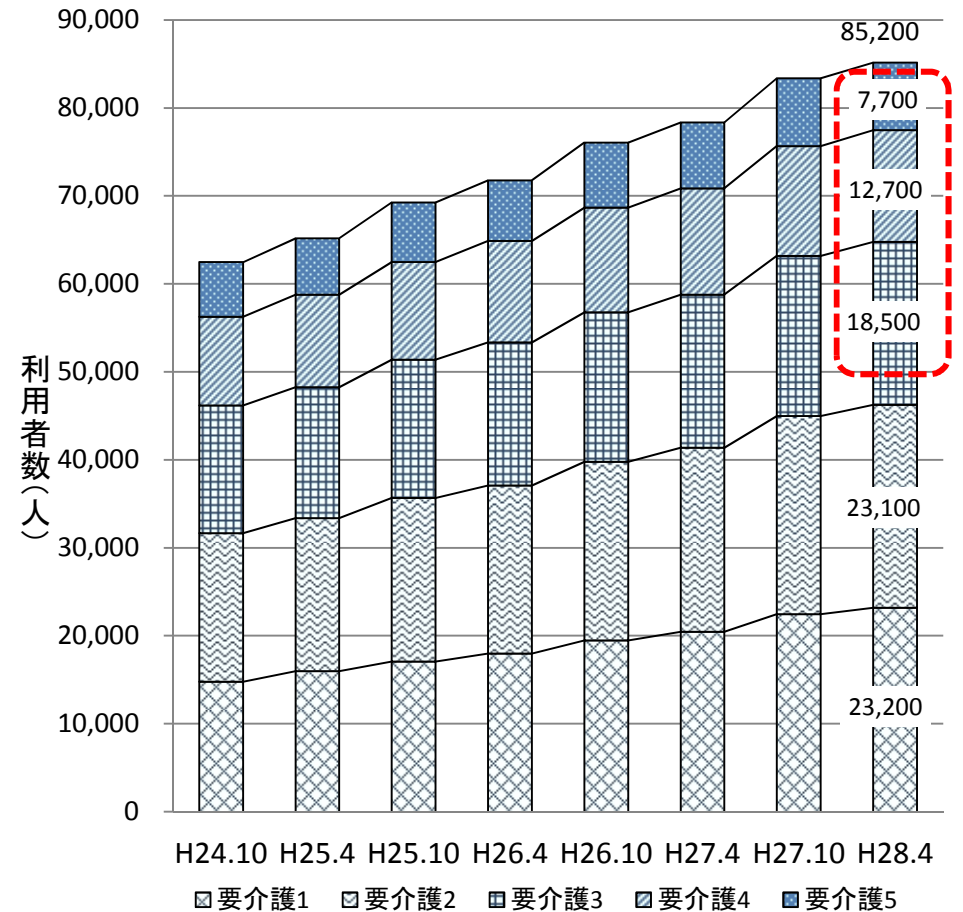
■ 事業所数の推移



■ 1事業所あたり利用者数の推移



■ 小規模多機能型居宅介護の受給者数（要介護度別）



出典：介護給付費実態調査各月審査分

小規模多機能型居宅介護に関する調査結果（平成27年度改正関係）

平成27年4月以降登録定員を変更した事業所は34.8%（529事業所）となった。変更後は最大定員の29名への変更がほとんどで、定員変更した事業所の変更前の平均登録定員は24.5人、変更後は28.1人だった。

登録定員の変更	該当数	割合	変更前平均値(人)	変更後平均値(人)
平成27年4月以降登録定員を変更した	529	34.8%	24.1	28.1
変更していない	993	65.2%		
合計	1,522	100.0%		

総合マネジメント体制強化加算^(※1)を取得している割合は79.8%（1,231事業所）だった。

総合マネジメント体制加算	事業所数	割合
加算を取得している	1,231	79.8%
加算を取得できるが取得していない	89	5.8%
加算を取得していない	222	14.4%
合計	1,542	100.0%

※1 日頃から主治医や看護師、他の従業者といった多様な主体との意思疎通等を図り、適切に連携するための体制構築に取り組む必要があり、より効果的・効率的に利用者を主体とした在宅における生活の継続を可能とする観点から、積極的な体制整備について、新たな加算として評価

訪問体制強化加算^(※2)を取得している割合は27.4%（406事業所）だった。

訪問体制強化加算	事業所数	割合
加算を取得している	406	27.4%
加算を取得できるが取得していない	99	6.7%
加算を取得していない	979	66.0%
合計	1,484	100.0%

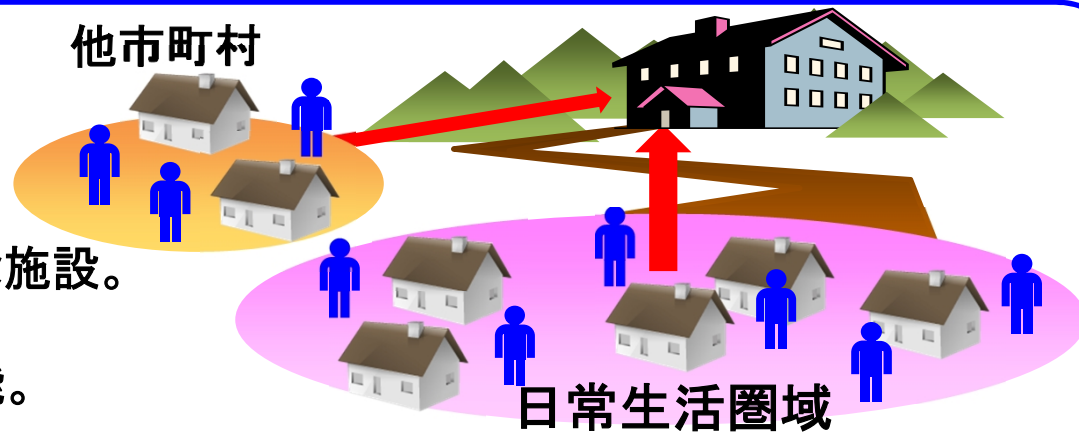
※2 在宅生活の継続を促進する観点から、訪問サービスを積極的に提供する体制の評価を行うため、訪問を担当する従業者を一定程度配置するとともに、1月あたり延べ訪問回数がある一定数以上の事業所については、新たな加算として評価

【出典】平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムにおける小規模多機能型居宅介護の今後のあり方に関する調査研究事業報告書」（平成28年3月）特定非営利活動法人 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

加賀市の整備方針の経過

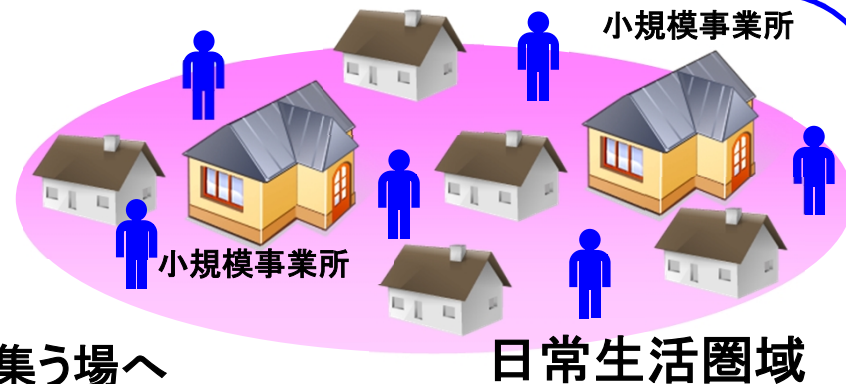
～第2期

- 自宅から離れた郊外の立地。
- 定員100人規模などの大規模な施設。
- 他市町村の被保険者も利用可能。



第3期～

- 生活圏域の中で事業所を整備。
(自宅の近くの住み慣れた地域で利用)
- 少人数単位の介護を行う小規模の事業所
- なじみの場所で、なじみの職員による24時間
365日の切れ目のないサービス
- 要介護者のみが集まる場でなく、地域住民も集う場へ



地域密着型サービスの計画的整備

※介護老人福祉施設(大規模特養)の地域分散化

※小規模多機能型居宅介護事業所の圏域単位整備(12箇所:圏域1~2箇所)H27年度現在

加賀市介護サービス基盤の整備及び運営指針

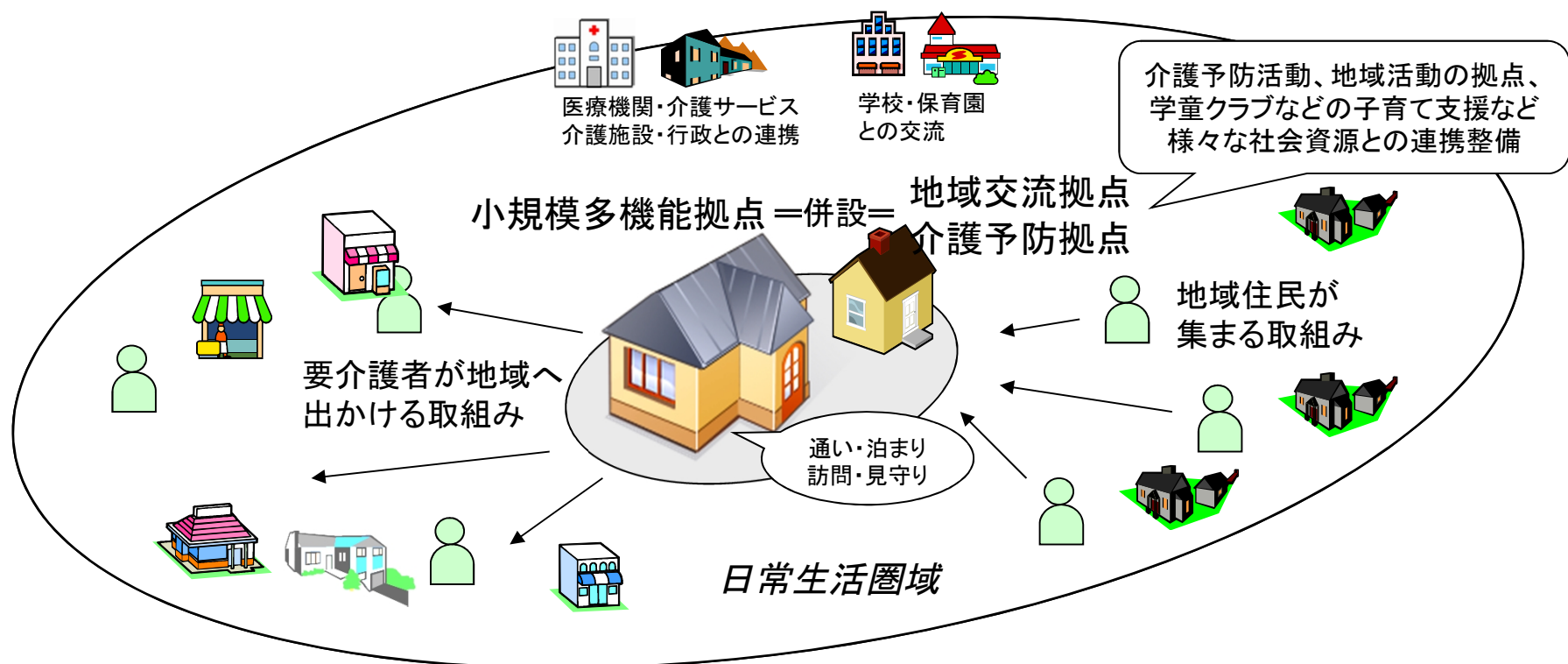
小規模多機能ホーム整備の主な項目

- 地域住民との交流が図りやすい街中の既存施設を改修すること（整備補助金の交付の条件）
- 高齢者にとっての生活の場として、暮らし続けることができる設計であること
- 日常的に地域との交流の場や機会を設けること
- キャラバンメイトの配置など自主的な地域住民向け認知症サポーター講座を開催すること
- 職員側の都合や業務優先ではなく、一人ひとりのペースを保ちながら暮らせるよう支援すること

地域密着型サービスの計画的整備

小規模多機能ホーム・地域交流拠点(介護予防拠点)

- 生活圏域の中で事業所を整備。(自宅の近くの住み慣れた地域で利用)
- 小規模多機能ホームと地域交流拠点(介護予防拠点)を併設整備
- 要介護者のみが集まる場でなく、共生型の様々な地域住民が集う場へ



行政と連携して共に『地域づくり』を進めるパートナー

介護保険法第2条第4項 (抜粋)

保険給付の内容及び水準は、被保険者が**要介護状態となった場合においても**、可能な限り、**その居宅において**、その有する能力に応じ**自立した日常生活を営む**ことができるように配慮されなければならない。



●H26.9サービス実績における在宅サービス利用者の支援(サービス利用)状況

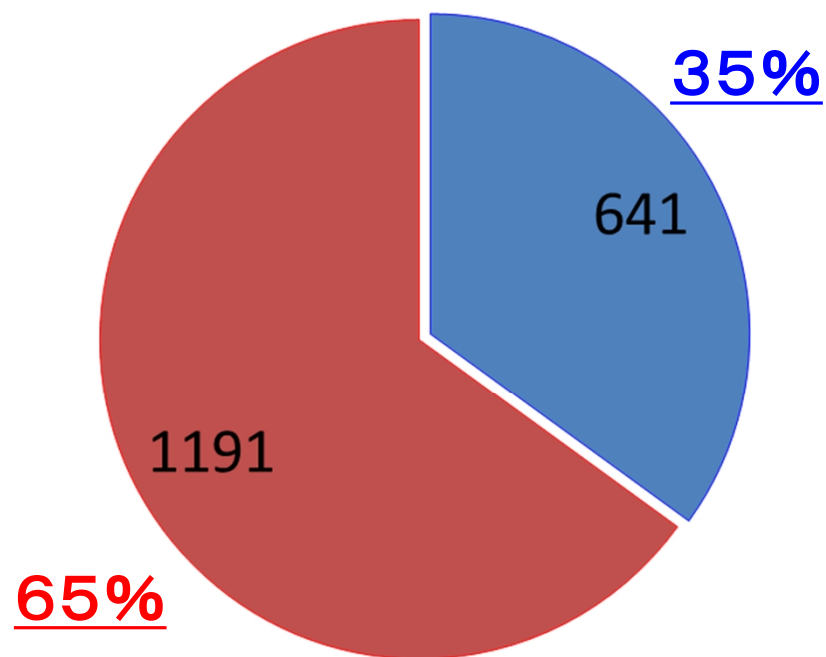
要介護度	在宅サービス利用者 (居宅介護支援)	小規模多機能利用者
要支援1	272	7
要支援2	516	13
要介護1	398	73
要介護2	353	64
要介護3	128	46
要介護4	105	19
要介護5	60	12
総計	1832	234
平均要介護度	1.54	2.10

認知症自立度		在宅サービス利用者 (居宅介護支援)	小規模多機能利用者
自立	0点	571	15
I	1点	379	22
II a	2点	203	25
II b	3点	459	84
III a	4点	178	79
III b	5点	18	5
IV	6点	23	4
M	7点	1	0
総計		1832	234
平均認知症自立度		1.70	2.94

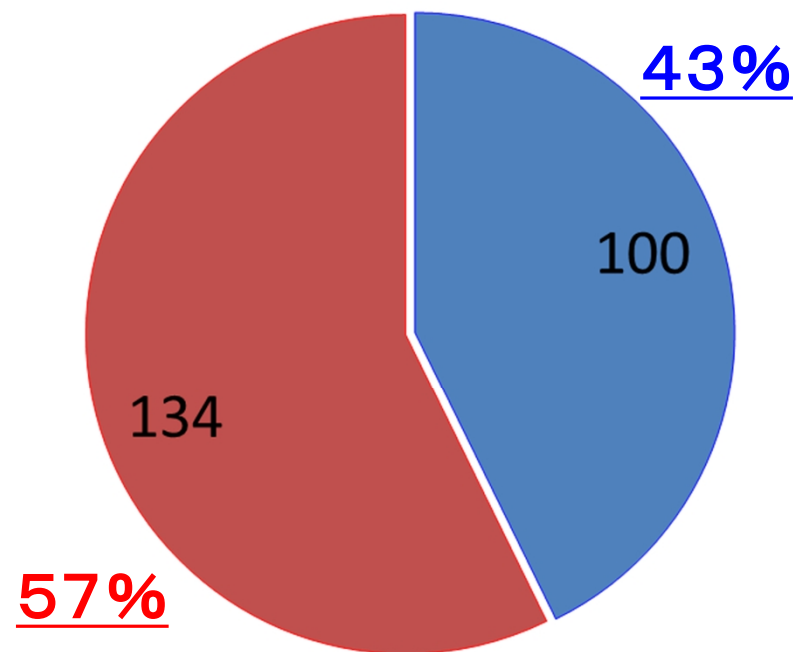
小規模多機能型居宅介護は他の在宅サービスと比較しても明らかに、より重度の介護・認知症の在宅利用者を支援

●独居高齢者に対するサービス提供状況について

在宅サービス利用者(1832人)



小規模多機能利用者(234人)



■ 独居

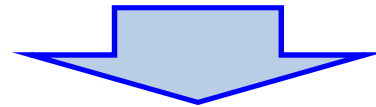
■ その他

H26.9サービス実績を基に、住民基本台帳より集計(施設入所者を除く)

小規模多機能型居宅介護は他の在宅サービスと比較して独居高齢者を支援している割合が高い

第6期以降の基盤整備方針

『加賀市総合計画』における7地域拠点と整合性をとり、日常生活圏域は7圏域とするが、**介護保険サービス等のハード面を中心とした基盤整備**については、**地域づくりに主眼を置き、圏域をさらに細分化した地区単位**で対応する。



地域密着型サービス事業所もさらに地域特性を活かした事業展開を図るために、**圏域単位**の整備を念頭に**地区単位**での事業展開による拠点の分散化を図る。

中重度の在宅要介護高齢者を支えるサービス基盤として**小規模多機能型居宅介護の整備**を進める。

加賀市の状況(H26.10.1)

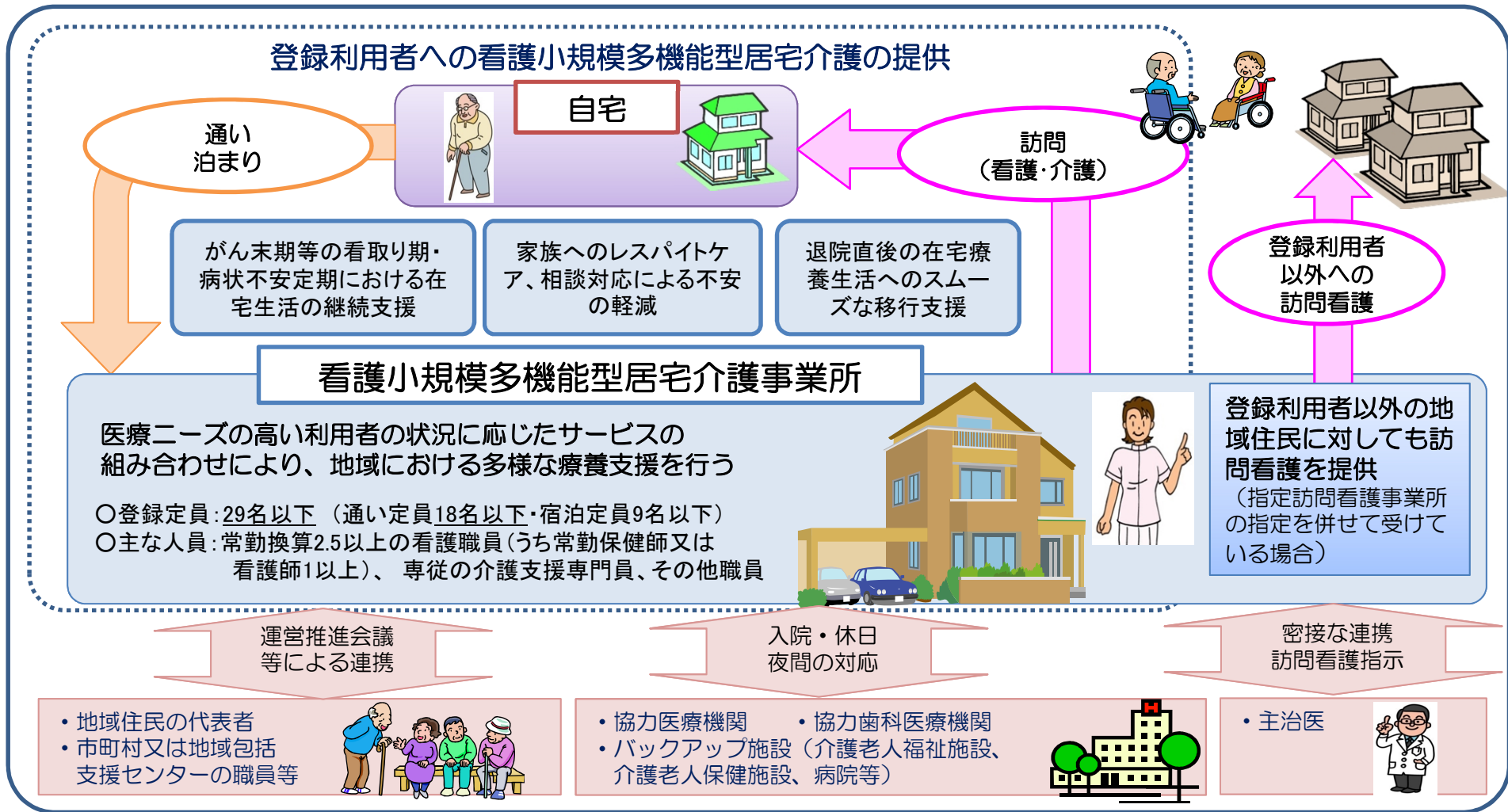
石川県加賀市作成資料⑦

第6期介護保険料	月額 5,900円 (第5期 5,550円)
日常生活圏域	7圏域
地域包括支援センター	1カ所(直営)

地域密着型サービス事業所整備状況(H27.10)

地域密着型介護老人福祉施設	4事業所 108人
認知症対応共同生活介護	12事業所 177人
小規模多機能型居宅介護	12事業所 284人
認知症対応型通所介護	4事業所 42人
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	1事業所

看護小規模多機能型居宅介護の概要

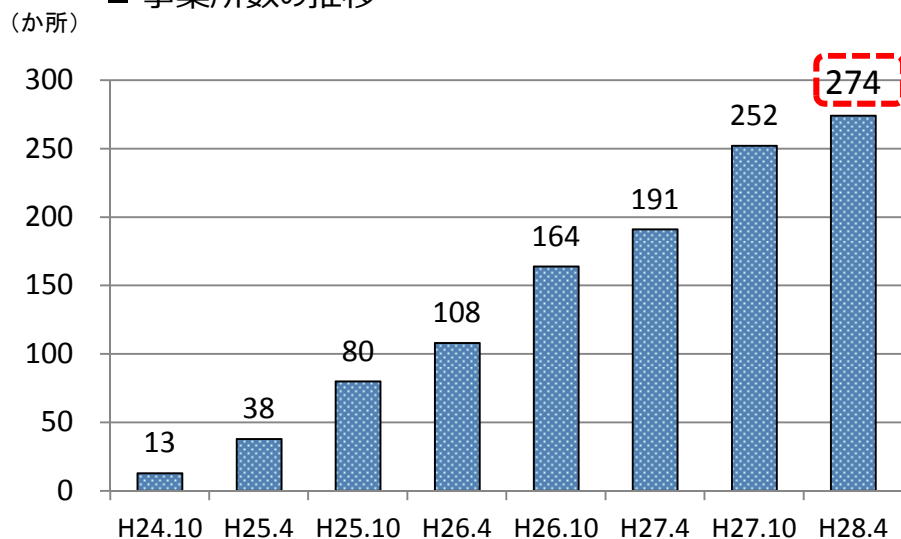


- 主治医と看護小規模多機能型居宅介護事業所の密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用することができる。
※ 医療ニーズへの対応が必要な利用者に対して、小規模多機能型居宅介護事業所では対応できなかったが、看護小規模多機能型居宅介護事業所では対応できる。
- 看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、「通い」、「泊まり」、「訪問(看護・介護)」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。

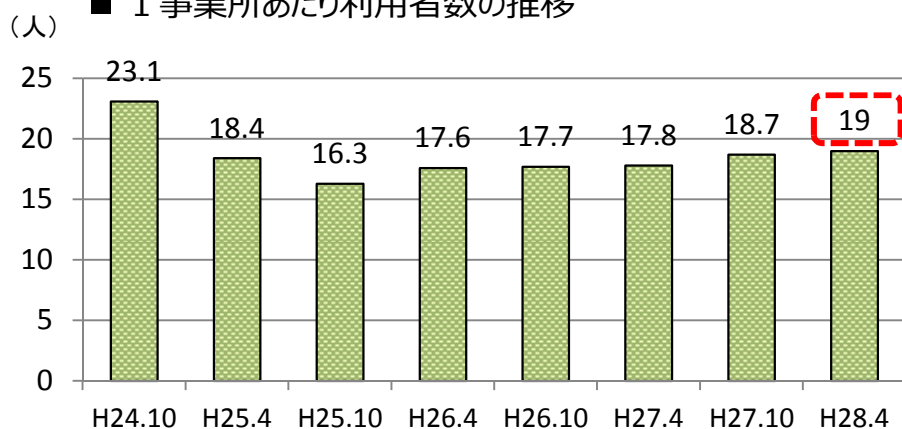
看護小規模多機能型居宅介護の請求事業所数・利用者数等

- 請求事業所数は増加しており274事業所、1事業所あたりの平均利用者数は横ばい傾向で19人となっている。
- 利用者数は約5,000人で、利用者の約60%は要介護3以上の中重度者である。

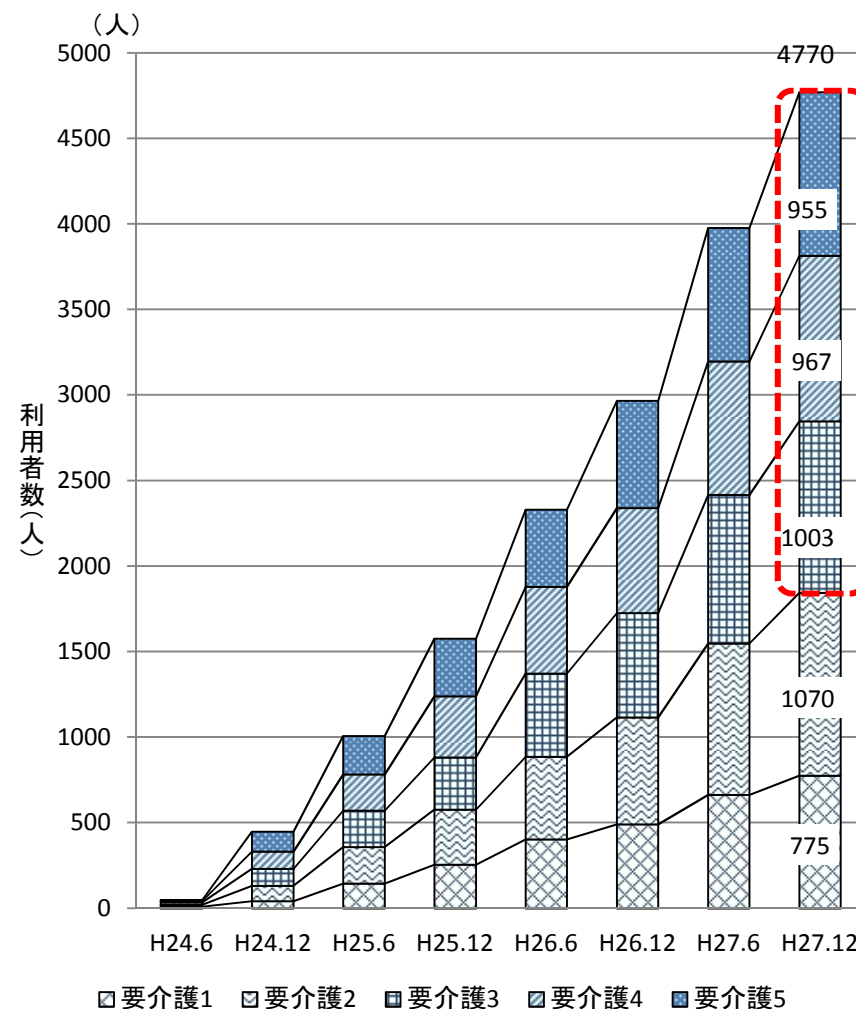
■ 事業所数の推移



■ 1事業所あたり利用者数の推移



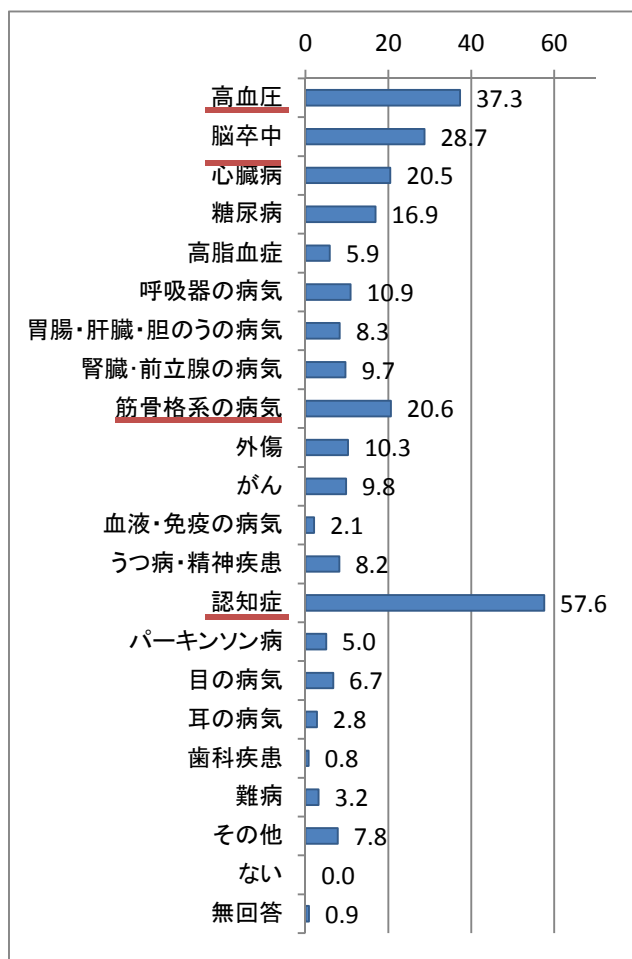
■ 看護小規模多機能型居宅介護の受給者数の推移（要介護別）



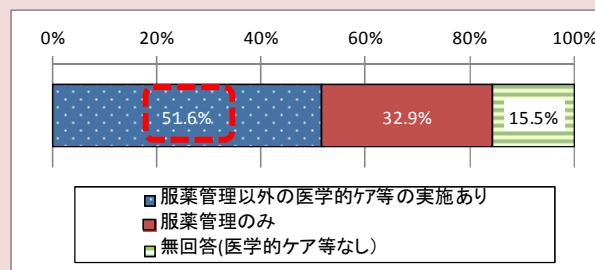
看護小規模多機能型居宅介護の利用者の医療ニーズの状況

- 傷病は、「認知症」(57.6%)が最も多く、次いで「高血圧」(37.3%)、「脳卒中」(28.7%)、「筋骨格系の病気」(20.6%)である。
- 病状が不安定もしくは悪化する可能性が高い利用者が29.1%である。
- 服薬管理以外の医学的ケア等の実施がある利用者は51.6%である。
 ※ 医学的ケア等の内容としては、「服薬管理」が73.9%で最も多く、次いで「リハビリテーション」が(18.4%)、「排便」が12.1%、「浣腸」が11.7%である。

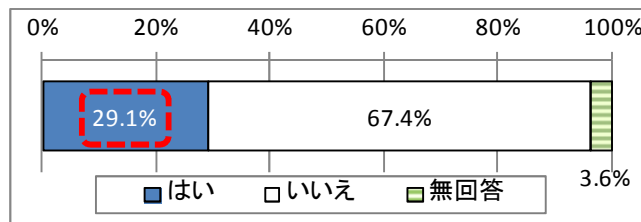
■ 傷病の状況（複数回答）



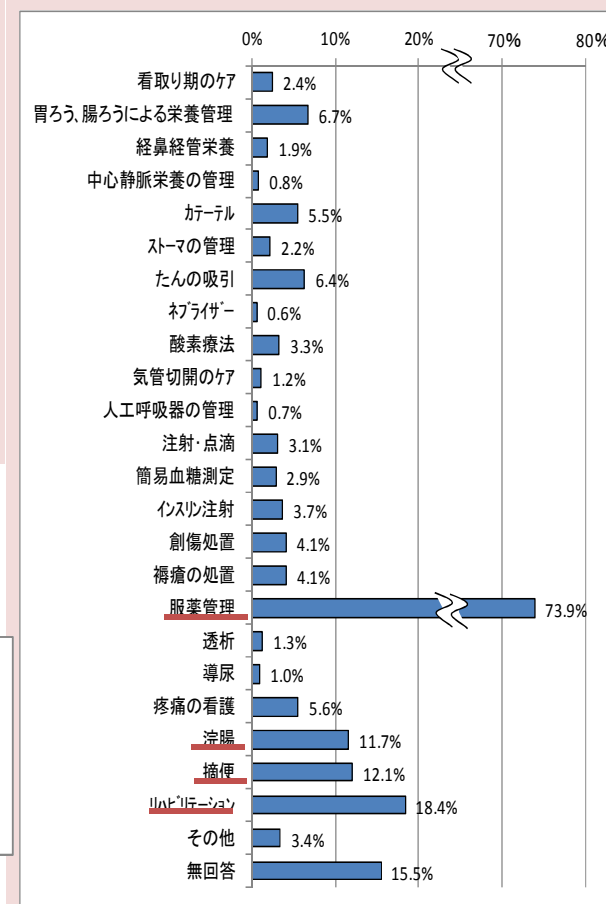
■ 医学的ケア等の実施状況



■ 病状は不安定もしくは悪化する可能性が高いか



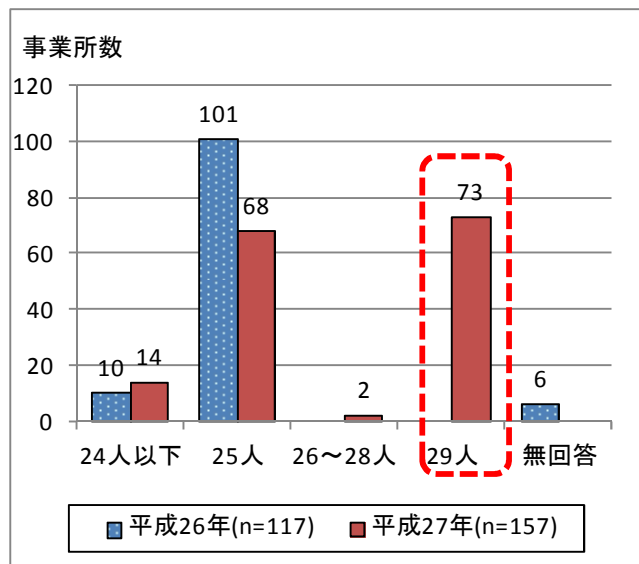
■ 医学的ケア等の詳細（複数回答）



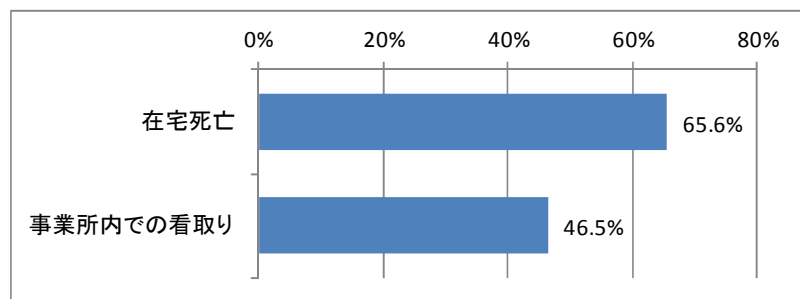
看護小規模多機能型居宅介護の現状

- 登録定員は、平成26年は登録上限であった「25人」が101事業所であったが、平成27年は上限が「29人」とされ、73事業所が29人としていた。
- 平成27年度の介護報酬改定で新設された訪問看護体制強化加算を算定している事業所は21.7%、減算は14.0%であった。(平成27年9月分)
- 在宅死亡による終了者がいた事業所が65.6%、事業所内での看取りがあった事業所が46.5%であった。

■ 登録定員数の変化

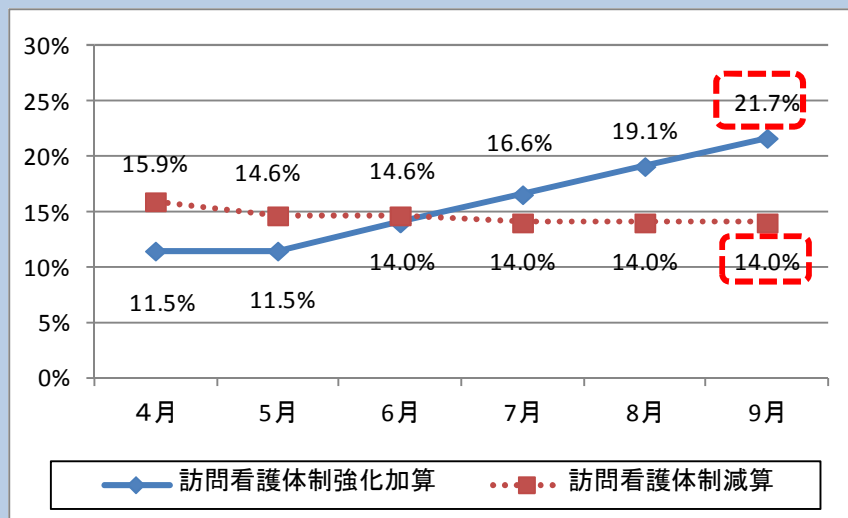


■ 1年間利用終了者のうち、在宅死亡者がいた事業所、事業所内看取りを行った事業所の割合 (n=157) (平成26年10月～平成27年9月)



■ 訪問看護体制強化加算・減算の算定状況

(平成27年4月分～9月分) (n=157)



加算・減算の要件:それぞれ以下の3項目に該当すること

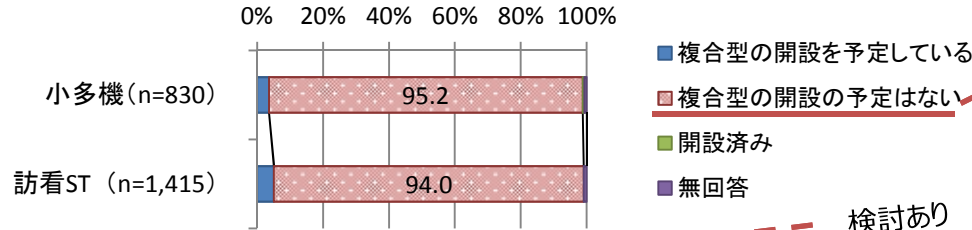
	訪問看護体制強化加算	訪問看護体制減算
主治医の指示の基づく看護サービスを提供した利用者数の割合	80%以上	30%未満
緊急時訪問看護加算を算定した利用者数の割合	50%以上	30%未満
特別管理加算を算定した利用者数の割合	20%以上	5%未満

※算定日が属する月の前3月間当たりの割合

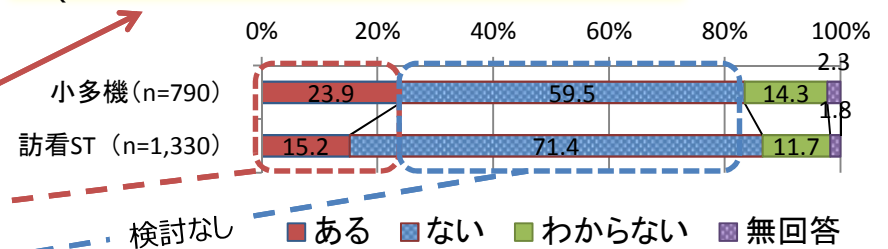
出典:平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究にかかる調査「看護小規模多機能型居宅介護サービス提供の在り方に関する調査研究事業」

小規模多機能居宅介護及び訪問看護ステーションにおける看護小規模多機能型居宅介護の参入意向

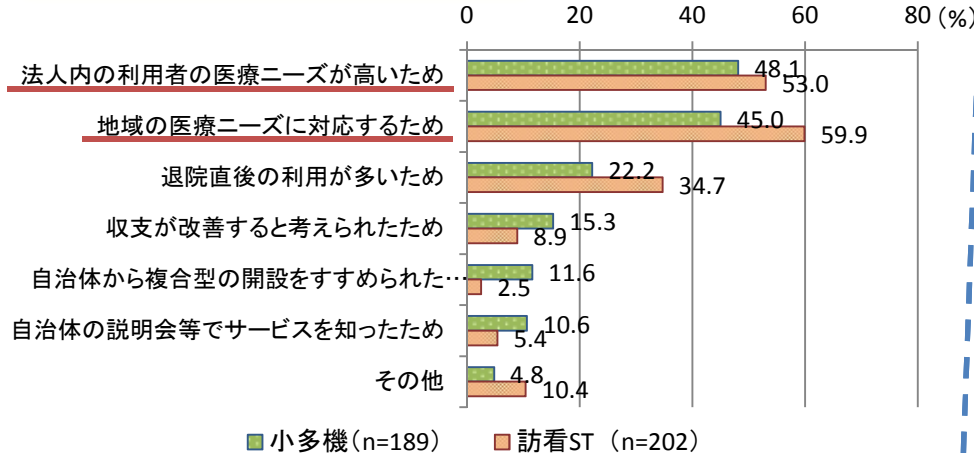
■ 複合型サービスの開設予定



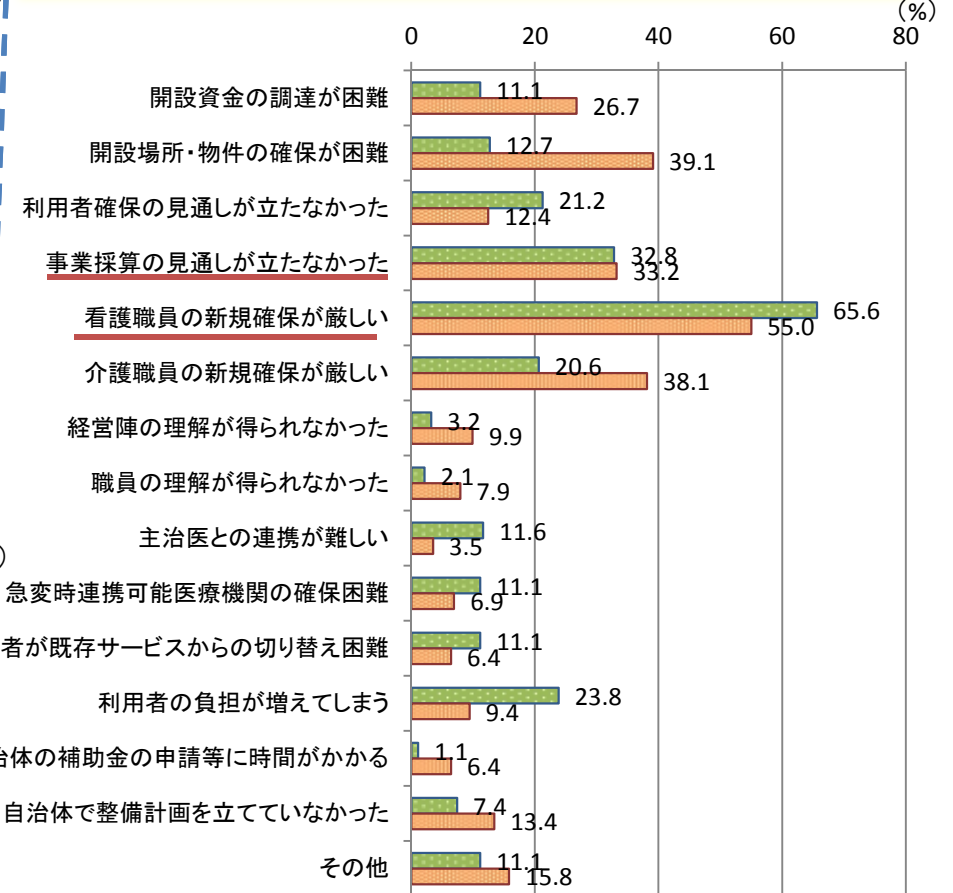
■ (予定なしの場合) 複合型サービスの検討有無



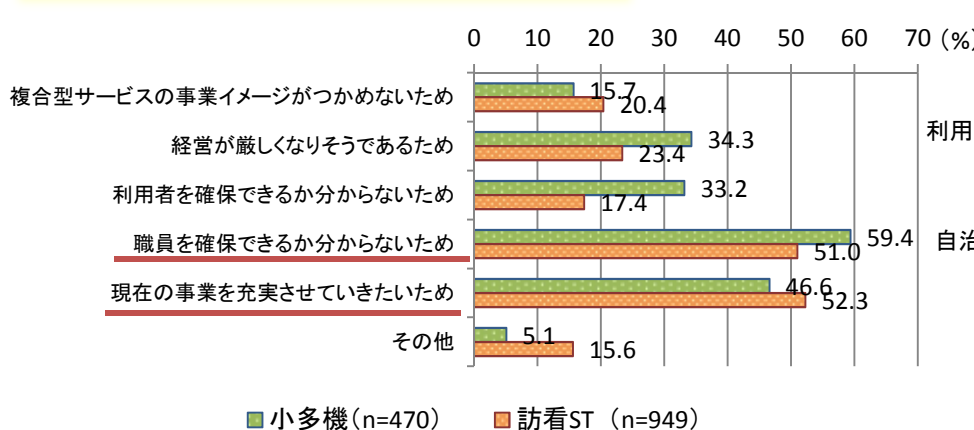
■ (検討ありの場合) 検討理由



■ (検討ありの場合) 検討の結果、開設しなかった理由 (複数回答)



■ (検討なしの場合) 検討したことがない理由



看護小規模多機能型居宅介護に関する自治体の取組等

	横浜市（神奈川県）	川崎市（神奈川県）	新宿区（東京都）
人口 人口密度	3,688,773人、 8,433.8人/k m ²	1,425,512人 9,989.6人/k m ²	326,309人 17,899.6人/k m ²
高齢化率	20.1%	16.8%	19.1%
日常生活圏域	148 圏域	49 圏域	10 圏域
指定看多機数※/ 第6期計画(H29)	132/180目標 (うち看多機:10/21)	6/12見込み	2/3見込み
指定小規模数※/ 第6期計画(H29)	※180は、指定小規模と指定看多機を合わせた目標	42/57見込み	4/7見込み
基本的な考え方	<ul style="list-style-type: none"> 医療ニーズの高い在宅療養者への対応を強化するという観点から整備目標を設定している。 看多機の新規整備も進めているが、まずは小規模を整備し、徐々に看多機を増やしていく(小規模からの転換など)ことを想定している。 小規模は日常生活圏域ごとに1か所以上(上限2~3か所)、看多機は1つの区(18区)に1か所以上(上限2か所)を基本として整備を進める。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院から退院された方などを地域で支えるためのサービスとして、将来に向けてその必要性を感じている。 訪問看護STから移行した単独運営のものと、GHを併設したものの大きく2つに分類される。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療のニーズが高まる中で、その必要性は感じるものの、地価も高く、整備は困難との想定のもと、第5期計画には記載しなかった。 現在、整備した2事業所については、核となる人材や土地・建物を確保できた事情などは例外的である。 今後の整備については、土地を確保できるか(適した公有地が出てくるか)否かに大きく左右される。
整備の促進に向けたポイント・課題	<ul style="list-style-type: none"> 看多機の整備については、建設の手引きを作成し、毎年の公募の際に更新している。 事業計画書の作成の際は、必ず介護事業指導課に相談することとしており、そのための事前相談シートを作成している。 建築基準法や福祉のまちづくり条例に適合するかどうかを、事業者が各担当部署に確認するためのチェックシートを作成している。 市から事業者連絡会に委託し、連絡会に登録していない事業者を含めた研修会を実施している。 今後、小規模から看多機への転換を動機付けできるような補助金を予算化したいと考えている。 平成24年度に、小規模多機能型居宅介護の事例を紹介するための冊子をつくったこともある。 	<ul style="list-style-type: none"> 公募する際、「開設後1年以内に、短期利用居宅介護(看多機又は小規模の空床利用)の体制を整える」場合は、15点を加算する。 要介護認定の新規の申請をされた方を対象に、認定のお知らせをする際に、小規模と看多機の空き状況を情報提供している(○:空きがあります。△:御相談ください。×:現在、登録(契約)は受け付けておりませんが、の3段階で表示)。HPでも同様の情報を掲載している。 	<ul style="list-style-type: none"> 第5期計画では、整備は難しいだろうという観点から、複合型サービス(当時)は目標整備数に載せていなかったが、運営したいとの相談があったことから、同計画に位置付けられていた小規模の1つであると判断して整備を進めた。 建築関係の確認事項は多岐にわたるため、チェックリストを用意し、応募をする事業者がそのチェックリストの内容に従って、各関係機関に相談することができるようになっている。 住民の認知度を高めるため、出前講座を実施しているが、要請があった場合に実施するというにとどまっている。

※ 指定事業所数は、ヒアリング調査時点(平成27年10月～平成28年1月)のもの。第6期計画(H29)の事業所数は、第6期介護保険事業計画に記載されている平成29年時点の総数である。

出典：平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究にかかる調査「看護小規模多機能型居宅介護サービス提供の在り方に関する調査研究事業」

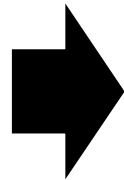
総合マネジメント体制強化加算の創設（平成27年4月）

概要

- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護等を提供する事業所は、利用者の生活全般に着目し、日頃から主治医や看護師、他の従業者といった多様な主体との意思疎通等を図り、適切に連携するための体制構築に取り組む必要があり、通常の居宅サービスとは異なる「特有のコスト」が存在する。当該コストは、現行もそれぞれの基本サービス費の中で手当されているが、より効果的・効率的に利用者を主体とした在宅における生活の継続を可能とする観点から、積極的な体制整備について、新たな加算として評価する。

点数の新旧

(なし)



(新規)

総合マネジメント体制強化加算 1000単位／月

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護・小規模多機能型居宅介護・
看護小規模多機能型居宅介護共通)

算定要件

- ・ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。(定期巡回・小規模多機能・看護多機能共通事項)
 - ① 個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員や看護職員等の多職種協働により、随時適切に評価されていること。
 - ② 個別サービス計画の見直しの際に、利用者又はその家族に対して、当該見直しの内容を説明し、記録していること。
- ・ この他、定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、「病院又は診療所等に対し、日常的に、情報提供等を行っている」ことなどを要件としている。

(※)本加算は、区分支給限度基準額の算定に含めない。

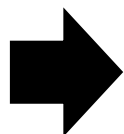
訪問体制強化加算の創設（平成27年4月）

概要

- ・ 在宅生活の継続を促進する観点から、訪問サービスを積極的に提供する体制の評価を行うため、訪問を担当する従業者を一定程度配置するとともに、1月あたり延べ訪問回数が一定数以上の事業所については、新たな加算として評価する。

点数の新旧

(なし)



(新規)

訪問体制強化加算 1,000単位/月

算定要件

- ・ 訪問を担当する常勤の従業者を2名以上配置していること。
- ・ 当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における1月あたり延べ訪問回数が200回以上であること。

(※1) 集合住宅(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)を併設する場合は、登録者のうち同一建物以外の利用者が5割以上を占める場合であって、同一建物以外の利用者に対して、上記の要件を満たす場合に算定対象とする。

(※2) 本加算は、区分支給限度基準額の算定に含めない。

(※3) 介護予防小規模多機能型居宅介護費における設定はしない。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の都道府県別事業所数・利用者数（平成27年4月時点、要介護のみ）

	事業所数(件)	利用者数(人)		事業所数(件)	利用者数(人)
北海道	57	1,745	滋賀県	3	18
青森県	0	0	京都府	9	478
岩手県	3	25	大阪府	36	871
宮城県	3	14	兵庫県	17	242
秋田県	3	31	奈良県	8	287
山形県	3	54	和歌山県	3	26
福島県	9	161	鳥取県	8	144
茨城県	4	36	島根県	1	6
栃木県	0	0	岡山県	5	108
群馬県	3	89	広島県	16	301
埼玉県	21	253	山口県	5	34
千葉県	20	416	徳島県	0	0
東京都	71	1,118	香川県	3	13
神奈川県	56	767	愛媛県	3	47
新潟県	9	219	高知県	3	45
富山県	6	103	福岡県	17	356
石川県	3	62	佐賀県	2	18
福井県	8	70	長崎県	9	199
山梨県	4	48	熊本県	8	124
長野県	4	49	大分県	4	126
岐阜県	6	58	宮崎県	2	14
静岡県	11	248	鹿児島県	9	176
愛知県	21	527	沖縄県	1	11
三重県	3	33	全国計	500	9,770

出典：事業所数（平成26年度 介護給付費等実態調査）、利用者数（平成27年4月 介護保険事業状況報告月報）

小規模多機能型居宅介護の都道府県別事業所数・利用者数（平成27年4月時点、要介護のみ）

	事業所数(件)	利用者数(人)		事業所数(件)	利用者数(人)
北海道	279	4,626	滋賀県	56	983
青森県	29	540	京都府	129	2,021
岩手県	70	1,211	大阪府	192	2,664
宮城県	51	868	兵庫県	204	3,360
秋田県	65	1,076	奈良県	37	524
山形県	97	1,807	和歌山県	44	741
福島県	96	1,566	鳥取県	51	827
茨城県	72	1,123	島根県	72	1,269
栃木県	88	1,448	岡山県	160	2,495
群馬県	100	1,709	広島県	199	3,310
埼玉県	102	1,506	山口県	75	1,237
千葉県	108	1,618	徳島県	31	502
東京都	161	2,635	香川県	43	726
神奈川県	255	3,978	愛媛県	109	1,635
新潟県	158	3,043	高知県	31	540
富山県	67	1,300	福岡県	246	3,425
石川県	73	1,215	佐賀県	42	621
福井県	76	1,128	長崎県	114	1,891
山梨県	22	343	熊本県	135	2,243
長野県	81	1,360	大分県	42	617
岐阜県	77	1,304	宮崎県	53	915
静岡県	128	2,061	鹿児島県	116	1,831
愛知県	169	2,464	沖縄県	69	1,061
三重県	54	872	全国計	4,728	76,239

出典：事業所数(平成26年度 介護給付費等実態調査)、利用者数(平成27年4月 介護保険事業状況報告月報)

看護小規模多機能型居宅介護の所在地別事業所数

老人保健課調べ(平成28年4月末日現在)

都道府県名	所在市町村名	事業所数	うち公募	都道府県名	所在市町村名	事業所数	うち公募	都道府県名	所在市町村名	事業所数	うち公募	都道府県名	所在市町村名	事業所数	うち公募
北海道	札幌市	18	0	千葉県	千葉市	1	1	岐阜県	高山市	1	0	広島県	広島市	3	0
	函館市	3	0		鴨川市	1	0		もとす広域連合	1	0		福山市	5	0
	北広島市	1	1		大網白里市	1	0		恵那市	1	1		尾道市	2	2
	千歳市	1	1		木更津市	1	1		美濃加茂市	1	1		東広島市	2	0
	紋別市	1	0		松戸市	1	1	富加町	1	0	防府市	1	1		
	小樽市	3	3		八千代市	1	0	静岡市	4	3	山陽小野田市	1	1		
	北見市	1	0		港区	1	0	富士宮市	1	0	徳島県	徳島市	1	0	
	釧路市	1	1		新宿区	2	0	富士市	2	2	阿南市	2	0		
青森県	青森市	1	1	北区	1	1	島田市	1	0	香川県	高松市	2	2		
	南部町	1	0	足立区	2	2	沼津市	1	1		土庄町	1	1		
岩手県	奥州市	1	1	墨田区	1	0	愛知県	名古屋市	4	0	愛媛県	松山市	3	0	
宮城県	仙台市	3	0	品川区	1	0		豊橋市	3	3		今治市	2	0	
	石巻市	1	0	文京区	1	1	豊川市	2	2	西条市	1	0			
富谷町	1	0	八王子市	1	1	三重県	四日市市	2	2	高知県	高知市	2	0		
湯沢市	1	1	青梅市	1	1	桑名市	1	1	北九州市		1	1			
秋田県	大曲仙北広域市町村圏組合	2	1	稲城市	1	0	滋賀県	大津市	1	1	福岡市	福岡市	2	2	
	本荘由利広域市町村圏組合	1	1	調布市	1	1	京都府	京都市	6	0	久留米市	7	3		
山形県	山形市	3	0	清瀬市	1	1	綾部市	1	0	行橋市	1	1			
	米沢市	1	0	東村山市	2	2	宇治市	1	1	小郡市	1	1			
福島県	福島市	2	0	町田市	1	1	大阪府	大阪市	5	0	福岡県介護保険広域連合	1	0		
	会津若松市	1	0	横浜市	12	5		大東市	1	1	春日市	1	0		
	白河市	1	0	川崎市	7	0		堺市	4	0	佐賀県	佐賀中部広域連合	1	1	
	田村市	1	0	平塚市	1	1		高槻市	1	1		唐津市	4	4	
いわき市	1	0	藤沢市	3	2	茨木市		2	1	長崎県	大村市	1	0		
水戸市	1	0	鎌倉市	1	1	富田林市		1	1		佐世保市	1	0		
つくば市	1	0	秦野市	1	0	交野市		1	1	島原地域広域市町村圏組合	1	1			
鉾田市	1	0	箱根町	1	1	豊中市		1	0	熊本県	熊本市	2	2		
神栖市	1	0	厚木市	1	0	八尾市		2	0		八代市	2	2		
栃木県	佐野市	1	1	座間市	1	1		藤井寺市	1	0	菊池市	1	1		
	足利市	1	1	新潟市	4	0	神戸市	4	0	大分県	大分市	3	3		
	益子町	1	0	長岡市	1	0	尼崎市	1	0		臼杵市	1	1		
高崎市	4	0	見附市	1	0	明石市	1	1	別府市		1	1			
群馬県	桐生市	1	0	富山市	1	1	伊丹市	1	1	佐伯市	1	1			
	館林市	1	0	珠洲市	1	0	加西市	1	1	杵築市	1	0			
	伊勢崎市	1	0	能美市	1	1	たつの市	4	4	宮崎県	宮崎市	2	1		
	川越市	1	0	金沢市	1	0	奈良県	奈良市	1		0	延岡市	2	0	
埼玉県	三郷市	2	2	小松市	1	0	和歌山県	和歌山市	2	1	鹿児島県	鹿児島市	2	2	
	ふじみ野市	1	1	福井市	2	0	鳥取県	米子市	4	1		宮古島市	1	0	
	大里広域	1	1	坂井地区広域連合	3	3	島根県	松江市	2	2	沖縄県	合計	293	※	
山梨県	越前市	1	0	浜田地区広域行政組合	1	1	岡山県	岡山市	1	0		鹿兒島市	2	2	
	甲府市	2	2	雲南広域連合	1	0		浅口市	1	0		玉野市	1	0	
長野県	北杜市	1	1	岡山県	岡山市	1		0	倉敷市	1		1			
	長野市	1	1		浅口市	1		0							
	上田市	1	0		倉敷市	1	1								
					玉野市	1	0								

※看多機が所在する市区町村による指定事業所数であり、請求事業所数とは異なる。

社会保障審議会 介護保険部会(第62回)	参考資料 2 - 3
平成28年8月31日	

ニーズに応じたサービス内容の見直し (安心して暮らすための環境の整備)

(参考資料)

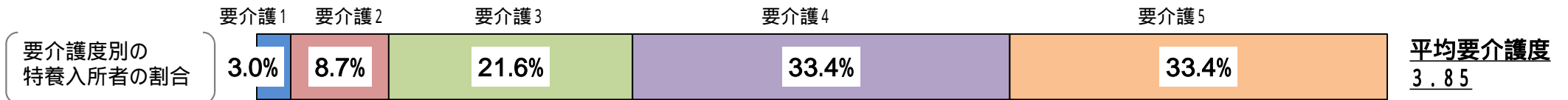
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）について

【根拠法：介護保険法第8条第22項、第27項、老人福祉法第20条の5】

要介護高齢者のための生活施設。
入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。
定員が29名以下のものは、地域密着型介護老人福祉施設（地域密着型特別養護老人ホーム）と呼ばれる。

施設数：9,498施設 サービス受給者数：56.4万人（平成28年3月審査分）

介護給付費実態調査



平成26年度介護サービス事業所調査

設置主体
地方公共団体
社会福祉法人 等

人員配置基準
医師：必要数
介護・看護職員：3:1 等

設備基準
居室定員：原則1人（参酌すべき基準）
居室面積：1人当たり10.65㎡ 等

多床室

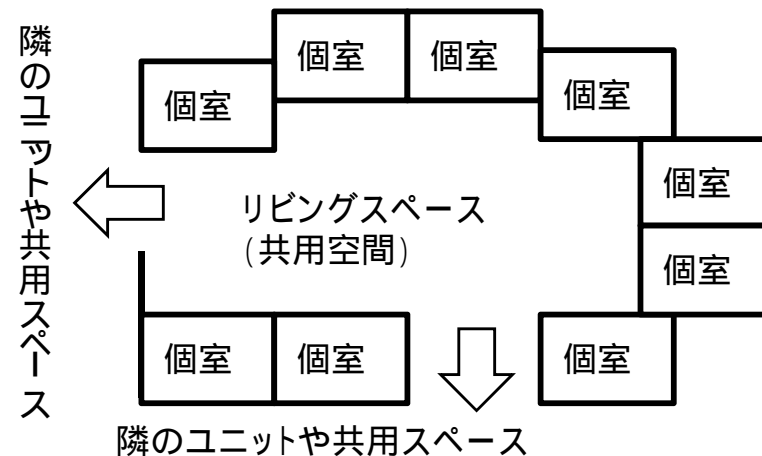
多床室（既設）の介護報酬：814単位（要介護5）
看護・介護職員1人当たり利用者数：平均2.2人（平成26年）



ユニット型個室

ユニット型個室の介護報酬：894単位（要介護5）
看護・介護職員1人当たり利用者数：平均1.7人（平成26年）

入居者一人ひとりの個性や生活リズムを尊重
リビングスペースなど、在宅に近い居住空間
なじみの人間関係（ユニットごとに職員を配置）



介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所申込者の状況（平成26年3月集計）

平成25年度において、

21年度の調査実施から4年が経過していること

団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、地域包括ケアシステムの構築に向けた介護基盤の整備のあり方の検討に資するものとなること

から、特別養護老人ホームの入所申込者の状況について調査を実施。

前回調査（平成21年度）と今回調査（平成25年度）を比較すると、特別養護老人ホームの入所申込者数は、52.4万人で、前回調査よりも10.2万人の増加であり、そのうち、在宅で、かつ、要介護3～5の入所申込者は、約15.3万人で、前回調査よりも約3.1万人の増加であった。

特養の入所申込者の状況（平成25年度）

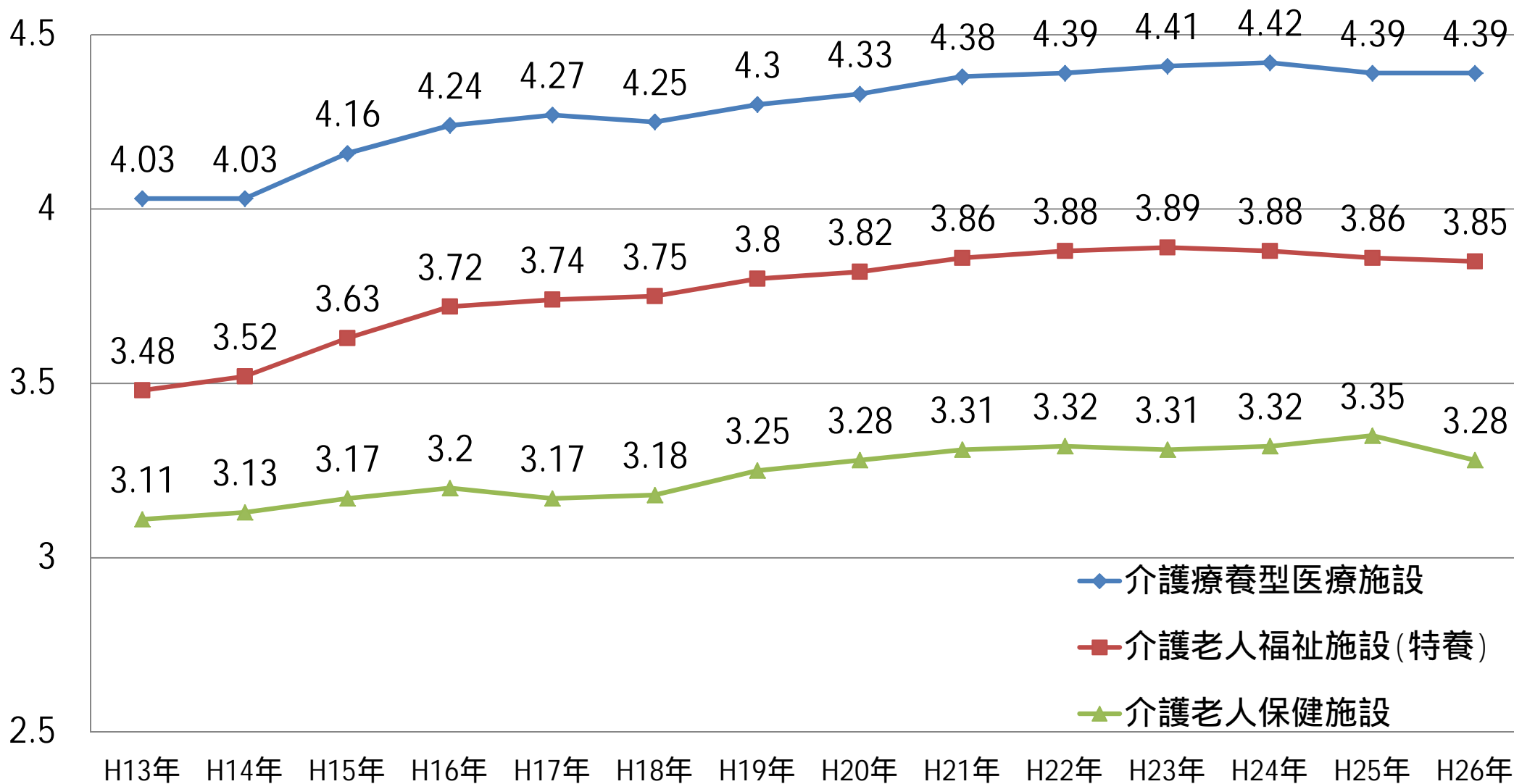
各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。

	要介護1～2	要介護3～5	計
全体	17.8 (34.1%)	34.5 (65.9%)	52.4 (100%)
うち在宅の方	10.7 (20.4%)	15.3 (29.2%)	26.0 (49.6%)
うち在宅でない方	7.1 (13.6%)	19.2 (36.7%)	26.4 (50.4%)

平成26年3月集計。調査時点は都道府県によって異なる。

介護保険3施設の平均要介護度

介護保険3施設の平均要介護度を見ると、介護保険制度創設時と比較し、要介護度の重度化が進んでいる。

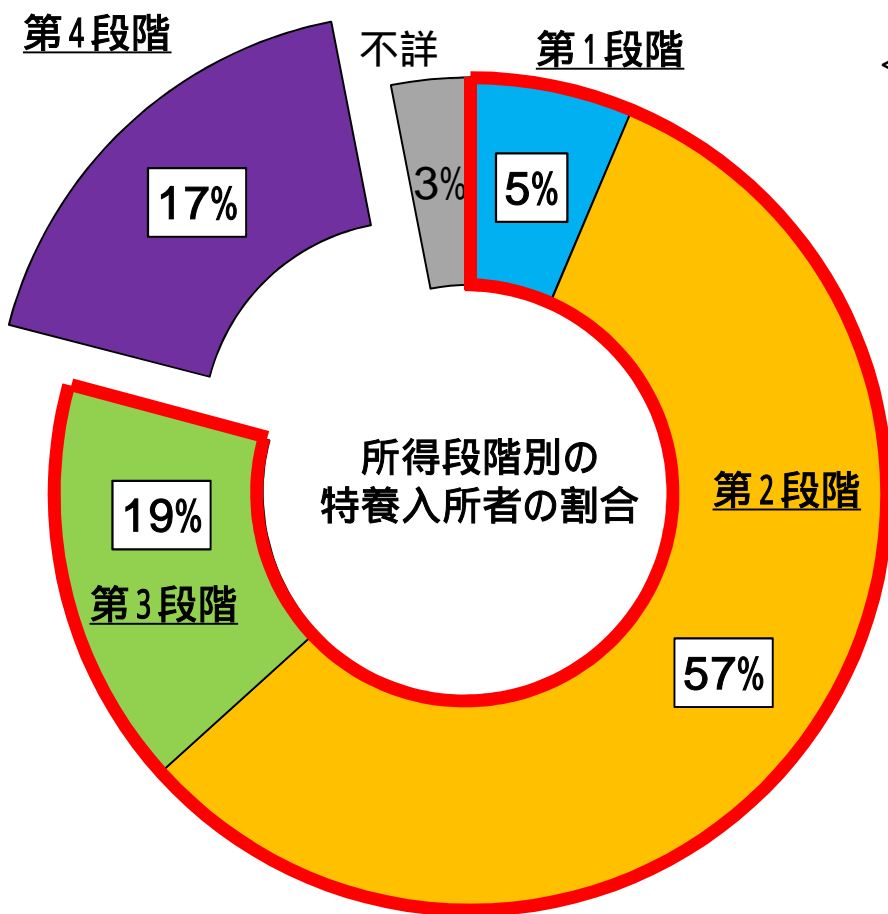


介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所者の所得状況

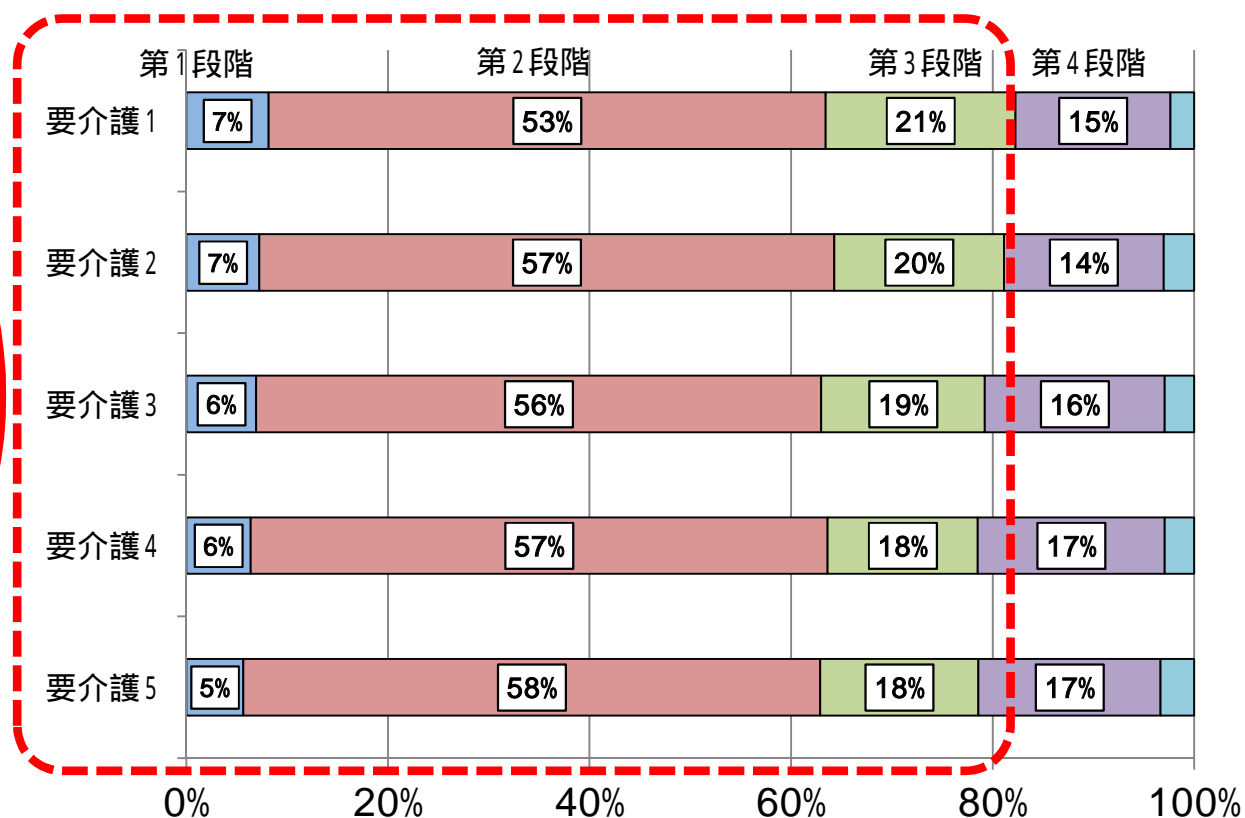
介護老人福祉施設の入所者のうち、低所得者（第1～3段階：市町村民税非課税世帯）は、全体の約80%を占めており、低所得の高齢者の入所が太宗を占めている状況。

（参考）所得段階別の第1号被保険者の割合（平成25年度介護保険事業状況報告）：第1～3段階：31.9%、第4～6段階：68.1%

各要介護度における所得段階別の割合には、重度者と軽度者とで大きな差異は見られない。



< 各要介護度における所得段階別の割合 >

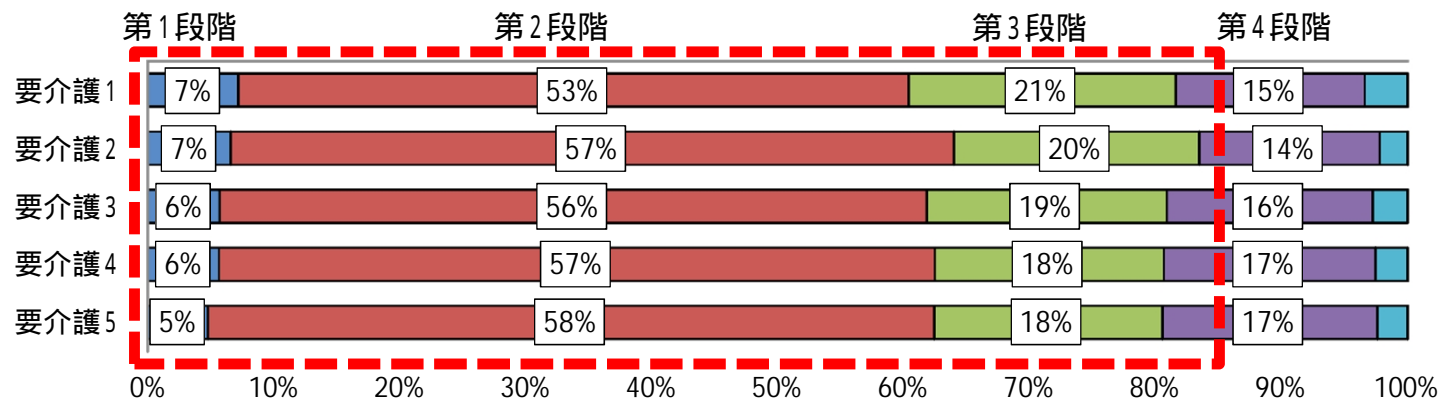


(参考) 介護保険3施設の入所者の所得状況の比較

介護保険3施設を比較すると、低所得者(第1～3段階:市町村民税非課税世帯)の割合が最も高いのは介護老人福祉施設となっている。

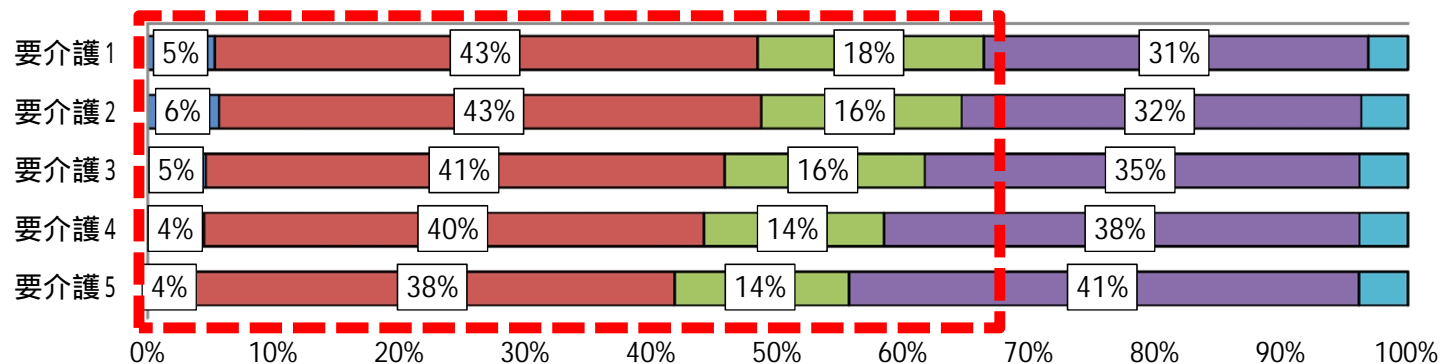
【介護老人福祉施設】

第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	不詳
5%	57%	19%	17%	3%



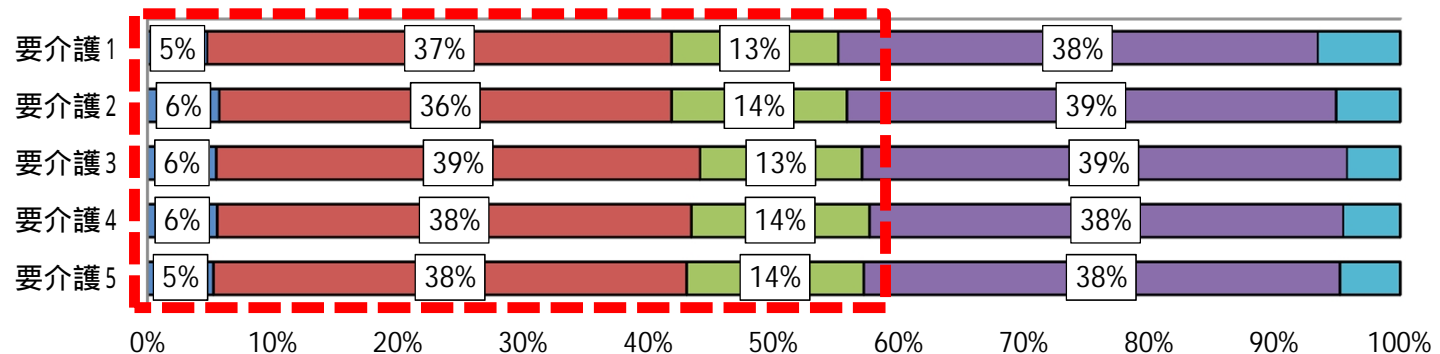
【介護老人保健施設】

第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	不詳
5%	41%	15%	36%	4%



【介護療養型医療施設】

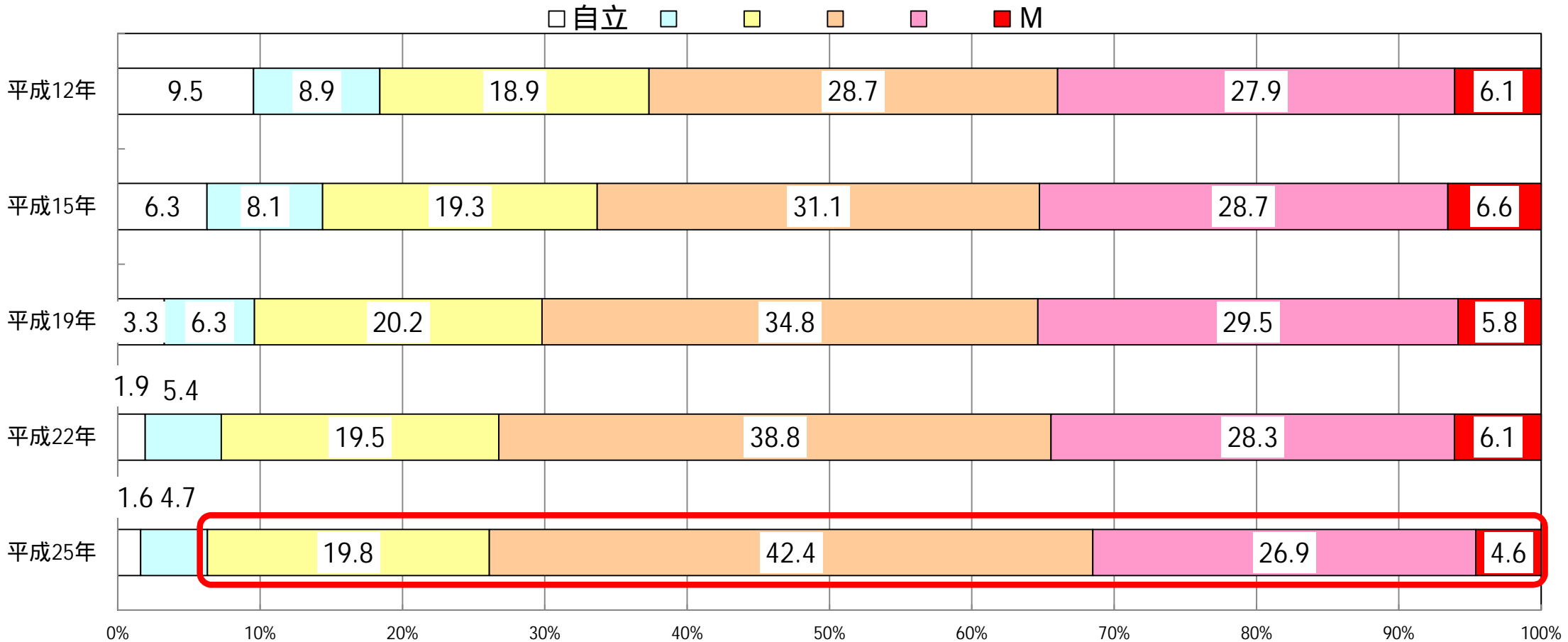
第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	不詳
5%	38%	14%	38%	5%



介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）における認知症高齢者の入所状況

介護老人福祉施設においては、年々認知症の重度化が進んでおり、平成25年度の「認知症高齢者の日常生活自立度」ランク 以上の入所者は約93.7%を占めている。

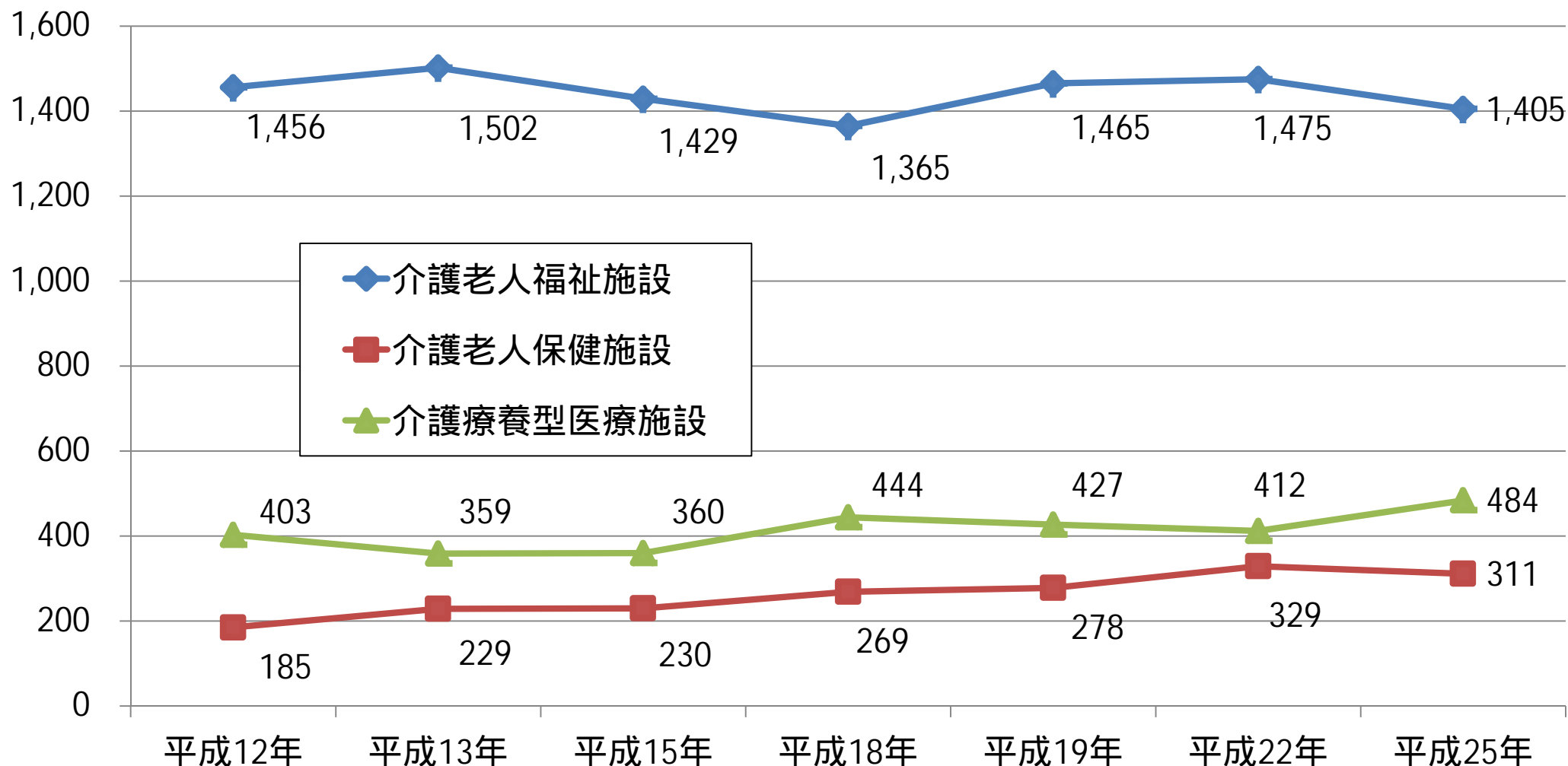
● 認知症日常生活自立度の推移（不詳を除く）



(出典：H25介護サービス施設・事業所調査)

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の平均在所・在院日数

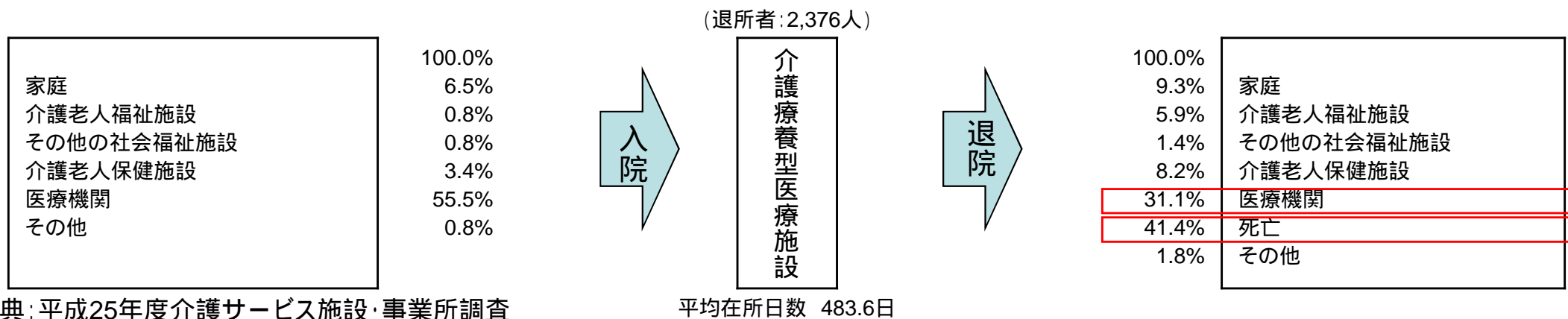
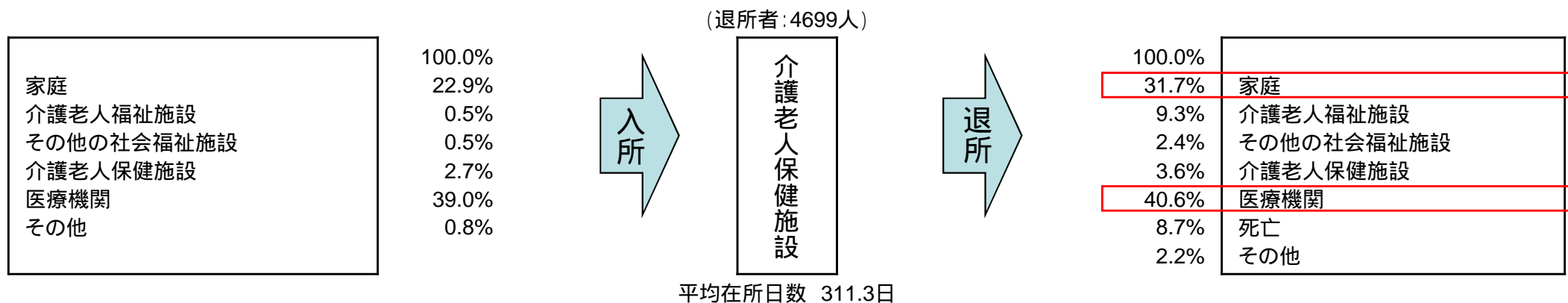
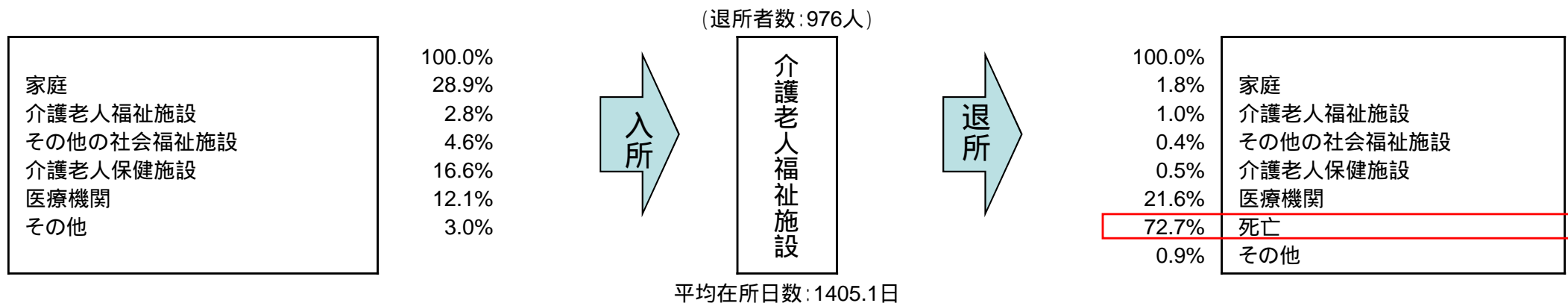
介護老人福祉施設の入所者の平均在所期間は、約4年となっており、他の介護保険施設と比べて長くなっている。



注) 平均在所日数の調査が行われた年度を記載。
出典: 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

介護保険3施設における入所者・退所者の状況

介護老人福祉施設の退所者の70%以上が死亡を理由として退所している。



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」（抄）
（平成25年12月20日）

特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）については、特養入所者に占める要介護3以上の割合は、年々上昇し、平成23年では約88%となっており、入所者の平均要介護度も年々上昇している。在宅で要介護4・5の特養の入所申込者は、平成21年の調査では約6.7万人となっており、重度の要介護者の入所ニーズにどのように応えていくかが大きな課題となっている。

（中略）

さらに、特養の重点化に伴い、今後、特養においては、医療ニーズの高い入所者への対応とともに、施設内での「看取り」対応が課題となる。看取り体制を一層強化していくため、特に夜間・緊急時の看護体制等、「終の棲家」の役割を担うための機能や体制等の医療提供の在り方について検討する必要がある。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の重点化（平成27年4月～）

平成27年4月より、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。【既入所者は継続して入所可能】

他方で、要介護1・2の方についても、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、市町村の適切な関与の下、特例的に、入所することが可能。

【重点化の根拠条文】

介護保険法（抄）（平成9年12月17日法律第123号）（平成26年6月25日一部改正、平成27年4月1日施行）

第8条（略）

21 この法律において「地域密着型介護老人福祉施設」とは、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム（略）であって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者（厚生労働省令で定める要介護状態区分に該当する状態である者その他居宅において日常生活を営むことが困難な者として厚生労働省令で定めるものに限る。以下この項及び第26項において同じ。）に対し、地域密着型施設サービス計画（略）に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいい、（以下略）。

介護老人福祉施設（定員が30名以上）については、第8条第26項に同様の規定がある。

②介護保険法施行規則（抄）（平成11年3月31日厚生省令第36号）（平成26年12月12日一部改正、平成27年4月1日施行）

（法第8条第21項の厚生労働省令で定める要介護状態区分）

第17条の9 法第8条第21項の厚生労働省令で定める要介護状態区分は、要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成11年厚生省令第58号。以下「認定省令」という。）第1条第1項第3号から第5号までに掲げる要介護状態区分とする。

（法第8条第21項の居宅において日常生活を営むことが困難な者として厚生労働省令で定めるもの）

第17条の10 法第8条第21項の居宅において日常生活を営むことが困難な者として厚生労働省令で定めるものは、認定省令第1条第1項第1号又は第2号に掲げる要介護状態区分に該当する者であって、その心身の状況、その置かれている環境その他の事情に照らして、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められるものをいう。

要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令第1条第1項は、第1号から順に要介護1～要介護5について規定。

指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について（イメージ）

要介護3～5の入所申込者については、従前通りの取扱いにより「入所判定対象者」を選定。

要介護1・2の方が入所を申し込むこと自体を妨げるものではないが、「入所判定対象者」となるためには、「居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由」が必要。その判断の際には、施設と保険者市町村との間での必要な情報共有等を実施。

その上で、「入所判定対象者」全体の中で、入所判定委員会において「介護の必要の程度」や「家族の状況」等を勘案して、最終的な入所者を決定。

施設への入所申し込み

入所判定対象者
リスト①
要介護3～5

入所判定対象者
リスト②
要介護1・2の特例入所対象者

従前通りの取扱い

心身の状況や置かれている環境等の事情に照らして、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められる必要。

入所判定委員会による合議

入所決定

「介護の必要の程度」や「家族の状況」等を勘案し、入所者を決定（従前と同様）

【考慮事項】

- ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること
- ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること
- ③ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること
- ④ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること

【市町村の適切な関与】

市町村の独自の取組を妨げるものではない。

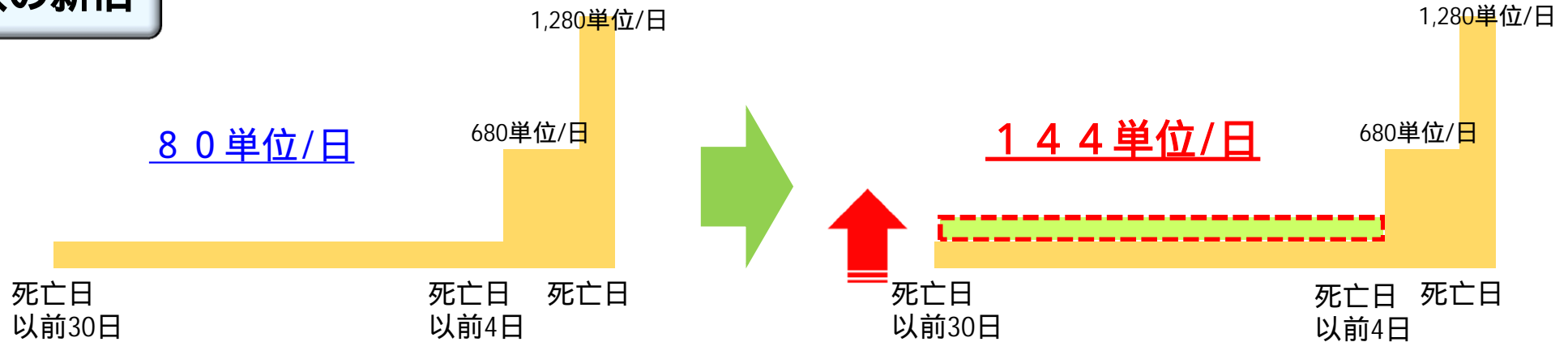
- ① 施設は、入所申込者に対して、その理由など必要な情報の記載を入所申込みに当たって求める。
- ② 施設は、保険者市町村に対して報告を行うとともに、当該入所申込者が特例入所対象者に該当するか否かを判断するに当たって適宜その意見を求める。
- ③ ②の求めを受けた場合、保険者市町村は、地域の居宅サービスや生活支援などの提供体制に関する状況や、担当の介護支援専門員からの居宅等における生活の困難度の聴取の内容なども踏まえ、施設に対して適宜意見を表明できる。
- ④ 施設は、入所の必要性の高さを判断するに当たっては、改めて保険者である市町村に意見を求めることが望ましい。

【平成27年度介護報酬改定】看取り介護加算の充実（介護老人福祉施設）

概要

- 入所者及びその家族等の意向を尊重しつつ、看取りに関する理解の促進を図り、介護福祉施設サービスにおける看取り介護の質を向上させるため、看取り介護の体制構築・強化をPDCAサイクルにより推進することを要件として、死亡日以前4日以上30日以下における手厚い看取り介護の実施を図る。

点数の新旧



算定要件

(施設基準)

- 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又は家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
- 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。

(利用者基準)

- 多職種が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、その内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者(その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。)であること。
- 看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、多職種の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者(その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。)であること。

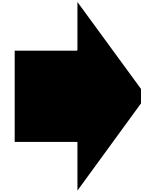
【平成27年度介護報酬改定】日常生活継続支援加算の見直し（介護老人福祉施設）

概要

- 平成27年度より介護老人福祉施設の新規入所者が原則として要介護3以上となること等を踏まえ、今後、更に、重度者等の積極的な受け入れを行うことを評価する観点から、重度者と認知症高齢者が「新規」入所者の一定割合以上を占める場合等に評価する形に見直す。

点数の新旧

1日当たり：23単位



1日当たり：
36単位(従来型)
46単位(ユニット型)

算定要件

- 介護福祉士の数が、常勤換算方法で入所者6に対して1以上。かつ、
- 以下のいずれかを満たす。

「新規」入所者のうち、要介護4・5の占める割合が70%以上

「新規」入所者のうち、認知症日常生活自立度 以上の占める割合が65%以上

たんの吸引等が必要な入所者の占める割合が15%以上

(注)「新規」入所者は「算定日の属する月の前六月間又は前十二月間における新規入所者」である。

介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業

1. 調査の目的

介護保険施設等の利用者等への医療提供の適切な在り方について、医療保険との関係にも留意しながら、適切な実態把握を踏まえた必要な見直しの検討が求められている。本調査では、これらの検討に資する介護保険施設の利用者等の医療ニーズ及び医療提供の状況、介護保険施設における看取り、ターミナルケア等についての実態把握を行った。

2. 調査方法

有効回答率は右表のとおり。

医療療養病床の抽出に使用した名簿は、入院基本料等の施設基準について、厚生(支)局へ届出されたものを利用した。

サービス名	母集団	発出数	回収数	有効回答率 (%)
介護老人福祉施設	7,328	2,000	798	39.5
介護老人保健施設	4,127	2,000	833	41.2
介護療養型医療施設	1,411	1,397	588	39.9
医療療養病床を有する医療機関	4,132	1,200	370	29.1

抽出方法は、介護老人福祉施設、介護老人保健施設は各2,000施設ずつ無作為抽出、医療療養病床を有する医療機関は1,200施設を無作為抽出、介護療養型医療施設は悉皆調査とした。自記式調査票(施設票、職員票、入所者票(各施設において全利用者の1/10無作為抽出、老人性認知症疾患療養病棟入院患者は全数)、看取り票(当該利用者全数))について郵送で配布・回収を行った。

以下、「医療療養病床を有する医療機関」は「医療療養病床」と略す。

3. 調査結果概要

介護老人福祉施設では、退所者に占める死亡退所者の割合が80%以上の施設が約5割であり、6か月間の死亡退所者がすべて施設内での死亡であった施設は約3割を占めた。介護老人保健施設では、死亡退所者の割合が20%未満の施設は約8割であり、死亡退所者がすべて施設内での死亡であった施設は9割近くを占めていた。

看取りの実施方針について、介護老人福祉施設、介護老人保健施設では約7割、介護療養型医療施設では約8割で「看取り期に入った入所者に対して看取りを行っている」との回答であった。また看取りを実施している場合、介護老人福祉施設、介護老人保健施設では8割以上が看取りの計画を立てていた。死亡者の主たる死因は、介護老人福祉施設・介護老人保健施設では「老衰」が約半数を占めていたが、介護療養型医療施設では「肺炎」「老衰」がそれぞれ約25%であった。

入院・入所者の要介護度をみると、介護療養型医療施設床で要介護4・5の者が約8～9割を占めており、他の施設類型に比べその割合が高かった。医療区分1の者の割合は、介護療養型医療施設では5割を超えたが、医療療養病床では約2割であった。

医療区分1で入院・入所が不要な者の内訳をみると、介護老人保健施設と医療療養病床では認知症高齢者の日常生活自立度が自立・の者の割合がそれぞれ17.2%、26.4%と、他の施設類型に比べて高かったが、その他の施設では大きな差異は認められず、認知症高齢者の日常生活自立度 a以上の者が90%以上を占めていた。また、介護療養型医療施設では要介護4・5の者が約8割を占めた。医療療養病床では医療区分1の入所者のうち、「自宅」が最も適切な生活・療養の場所である者の割合は23.6%であった。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の施設基準

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）より、人員・設備基準を中心に抜粋（下線あり...従うべき基準 下線なし...参酌すべき基準）。

人員基準

介護職員 又は看護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上 ・看護職員の数、入所者の数が <ul style="list-style-type: none"> (1)30人未満 常勤換算方法で1以上 (2)30～49人 常勤換算方法で2以上 (3)50～129人 常勤換算方法で3以上 ・介護職員のうち常時1人以上は常勤の者 ・看護職員のうち1人以上は常勤の者 ・<u>昼間：ユニットごとに常時1以上の介護職員又は看護職員</u> ・<u>夜間及び深夜：2ユニットごとに1以上の夜勤専門の介護職員又は看護職員</u>
医師	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
生活相談員	常勤の者で、入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上
栄養士 機能訓練指導員	1以上
介護支援専門員	専従・常勤の者で、1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準）
<u>ユニットリーダー</u>	<u>ユニットごとに、常勤の者を配置</u>

設備基準

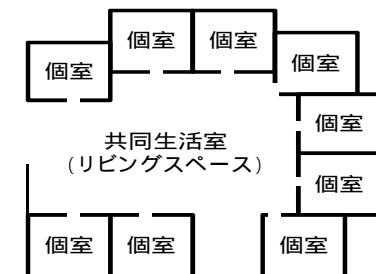
青字斜体はユニット型独自の基準

居室	<ul style="list-style-type: none"> ・原則定員1人 ・<u>1ユニットの定員はおおむね10人以下</u> ・<u>入所者1人当たりの床面積10.65㎡以上</u> ・ブザー又はこれに代わる設備
<u>共同生活室</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>いずれかのユニットに属すること</u> ・<u>床面積は、2㎡×ユニットの定員が標準</u>
洗面設備	<ul style="list-style-type: none"> ・居室ごとか、共同生活室ごとに適当数 ・要介護者が使用するのに適したもの
便所	<ul style="list-style-type: none"> ・居室ごとか、共同生活室ごとに適当数 ・ブザー又はこれに代わる設備とともに、要介護者が使用するのに適したもの
医務室	<ul style="list-style-type: none"> ・医療法上の診療所とすること ・入所者を診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設ける
廊下幅	<ul style="list-style-type: none"> ・原則1.8m以上 ・中廊下は2.7m以上
浴室	要介護者が入浴するのに適したもの
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること ・静養室は介護・看護職員室に近接 ・食堂及び機能訓練室の面積は3㎡×定員

（参考）その他の主な運営等に関する基準

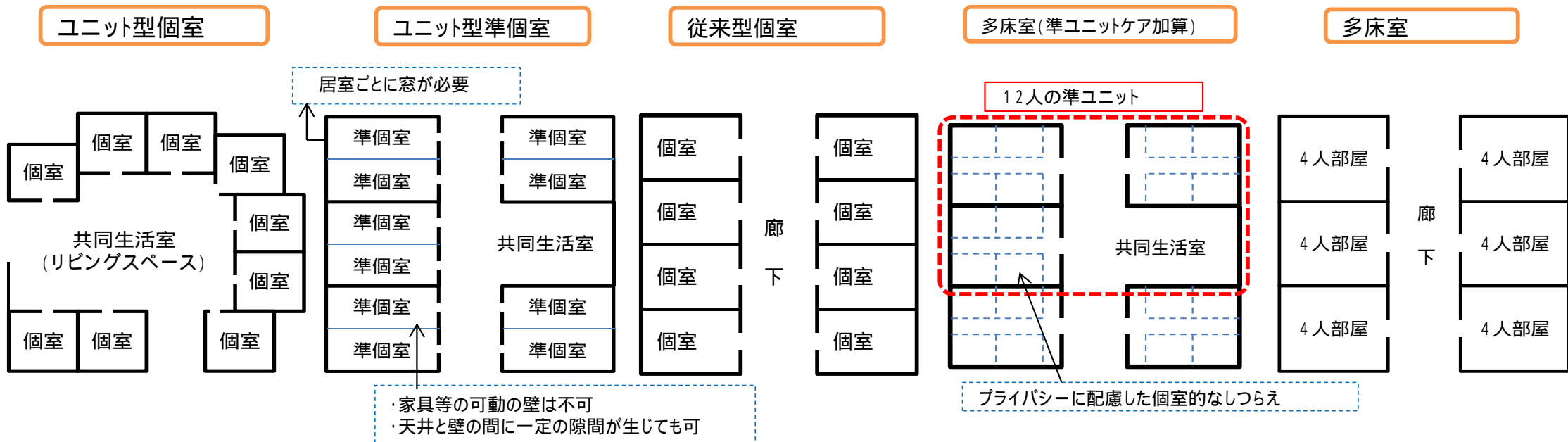
適切な介護サービスの提供	事故発生の防止・対応
衛生管理の実施	ケアマネへの利益供与の禁止
サービスの提供の記録	地域との連携
苦情処理・改善	虚偽広告の禁止
非常災害対策	定員の遵守
	など

【ユニット型の例】



この他、特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第46号）において、調理室を設けることとされている。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の居室類型



	ユニット型個室	ユニット型準個室	従来型個室	多床室(準ユニットケア加算)	多床室
基準省令上の分類	ユニット型介護老人福祉施設		介護老人福祉施設		
居室環境	個室 + 共同生活室	準個室 + 共同生活室	個室	プライバシーに配慮した個室的なしつらえ + 共同生活室	4人部屋
人員配置	3:1 + ユニットごとに1人以上の介護・看護職員を配置		3:1	3:1 + ユニットごとに1人以上の介護・看護職員を配置	3:1
介護報酬(要介護5)	894単位/日	894単位/日	814単位/日	814単位/日 + 準ユニットケア加算: 5単位/日	814単位/日
補足給付(第2段階)	6.4万円/月 (居住費・食費) 光熱水費を含む		5.2万円/月 (居住費・食費) 光熱水費を含む	4.4万円/月 (居住費・食費) 光熱水費を含む	4.4万円/月 (居住費・食費) 光熱水費を含む
利用者負担(第2段階)	5.2万円/月	4.2万円/月	4.0万円/月	3.8万円/月	3.8万円/月
入所者全体に占める割合 (H25.10)	約31.0%	約0.3%	約6.9%	約0.5%	約61.3%

ユニット型個室の整備の方針について

介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
(平成27年3月18日厚労告70号)

都道府県は、**平成37年度**の地域密着型介護老人福祉施設及び介護保険施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員(略)の合計数が占める割合については、50%以上(そのうち**地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員の合計数が占める割合については、70%以上**)とすることを目標として定めるよう努めるものとする。

< 介護老人福祉施設の個室ユニット化率(定員数)の推移 >

平成18年	14.8%
平成20年	21.2%
平成22年	25.4%
平成24年	32.3%
平成26年	37.3%

出典:厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

なお、居室については、基準上、個室が原則となっているが、「参酌すべき基準」となっており、地方自治体が十分参酌した結果としてであれば、地域の実情に応じて、条例において異なる内容を定めることができる。

平成18年老人福祉法改正における有料老人ホーム制度の見直し

平成17年度まで

【入居者保護】

都道府県は調査権を持ち、入居者の処遇に問題があるとき等は改善命令等の措置

(社)全国有料老人ホーム協会による入居者基金制度(加入任意。倒産時に500万円を保証)

【有料老人ホームの定義】

常時10人以上

「食事の提供」を行っていること

平成18年度より

【入居者保護の充実】

帳簿の作成及び保存の義務化

重要事項説明書の交付義務化

前払金の算定基礎の明示

倒産等の場合に備えた前払金保全措置の義務化(最大500万円)

ただし、平成18年度前に設置されている有料老人ホーム等は除く

都道府県の立入検査権付与

改善命令の際の情報公表

(標準指導指針の改正)

契約締結日から概ね90日以内の契約解除の場合
前払金を返還 平成24年法改正で義務化

【有料老人ホームの定義の見直し】

人数要件の廃止

提供サービス要件の見直し

食事の提供、 介護の提供、 洗濯、掃除等の家事、 健康管理
のいずれかのサービスを行う施設を対象

有料老人ホームにおける前払金の保全措置の状況

前払金の受領施設数および保全措置の状況(平成27年度)

	有料老人ホーム 施設数	前払金を受領して いる施設数		前払金を受領し ていない施設数
			うち、保全措置が講じら れていない施設数	
平成18年4月1日 以降に設置	8,738	老人福祉法の義務付け対象(H18改正)		
		1,284	77 (1,284のうち、6%)	7,454
平成18年3月31日 以前に設置	1,889	義務対象外(標準指導指針による努力規定)		
		861	505 (861のうち、59%)	1,028

<参考> 前払金の保全措置を講じていない法的義務違反の状況

	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
違反施設の割合	19.9%	17.2%	11.7%	9.3%	6.0%

違反施設に対しては、検査や改善命令など、改善に向けて重点的に指導を行うとともに、悪質な場合には罰則適用を視野に入れ、厳正な対応をとるよう、都道府県等に随時要請している。

(平成28年4月22日付厚生労働省老健局高齢者支援課長通知など)

有料老人ホームに関する消費者基本計画の位置づけ

消費者基本計画工程表（平成28年7月19日 消費者政策会議決定）

	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	KPI
高齢者向け住まいにおける消費者保護	老人福祉法に基づく「届出」を促進するための都道府県等の取組を推進し、規制を的確に運用する【厚生労働省】					未届施設に対する地方公共団体の指導状況(指導の実施率)
	前払金の在り方について、平成26年度までの実態把握等を踏まえて検討【厚生労働省】					
	前払金の保全措置の徹底、廃業等の実態把握と入居者保護の運用の徹底、入居者への情報提供の充実【厚生労働省、国土交通省】					
	(KPIの現状) 指導の実績率を現在集計中。 都道府県等に対して「有料老人ホームを対象とした指導状況等のフォローアップ調査」を実施しており、未届施設の数や、指導状況等について調査を実施しているところ。					

都道府県等における有料老人ホームの情報開示の取組(努力規定)

有料老人ホームの設置運営標準指導指針(関係部分抜粋)

2 指導上の留意点(関係部分抜粋)

情報開示、報告の徴収等

有料老人ホーム事業は、設置者と入居者の契約が基本となることから、できる限り多くの情報が開示されることが重要である。特に、高齢者の多くは有料老人ホームにおいて提供される介護サービスに対して大きな期待を寄せていることから、当該有料老人ホームにおいて提供される介護サービスの内容、費用負担等について、重要事項説明書等において明確にするよう指導するとともに、重要事項説明書の交付及び説明の徹底、体験入居制度の実施、財務諸表及び事業収支計画書の開示等について、設置者に対し十分な指導を行われたい。

また、必要に応じて、貸借対照表、損益計算書等の財務諸表の提出を求めること等により、経営状況の把握を行い、届出時の事業収支計画と財務諸表に乖離がある場合には対処方針等を報告させるなど、適切な措置を講ずるよう指導するとともに、重要事項説明書、入居契約書、管理規程、入居案内パンフレット等について、定期的に又は変更の都度、提出を求め、表示と実態が乖離することのないよう指導されたい。

さらに、各都道府県においても、各有料老人ホーム情報開示等一覧表を作成し、公開するとともに、重要事項説明書等についても公開するよう努められたい。

有料老人ホーム設置者等からの報告の徴収について(通知)(関係部分抜粋)

3 有料老人ホームに関する情報提供等

各都道府県、指定都市及び中核市(以下「都道府県等」という。)においては、有料老人ホームから提出を受けた重要事項説明書について、貴管下市町村、福祉事務所等に配布し、もって利用者に対する情報提供に努められたい。

なお、重要事項説明書は、利用者に対する情報提供に資するという目的から最小限必要と思われる事項について示したものであり、利用者からの要望等を踏まえて、各都道府県等において、さらに付加することは差し支えない。

また、標準指導指針の2(6)中「各都道府県等においても、各有料老人ホーム情報開示等一覧表を作成し、公開するとともに、重要事項説明書等についても公開するように努められたい。」については、各有料老人ホーム設置者から、届出時及び毎年7月1日現在の情報開示の状況について報告を求め、都道府県等において別添様式「有料老人ホーム情報開示等一覧表」により作成するものとし、貴管下市町村、福祉事務所等に配布し、公開することにより、利用者に対する情報提供に努められたい。

社会保障審議会 介護保険部会（第62回）	参考資料 2 - 4
平成28年 8月31日	

ニーズに応じたサービス内容の見直し
（ 「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現 ）
（ 参考資料 ）

～ 新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン～

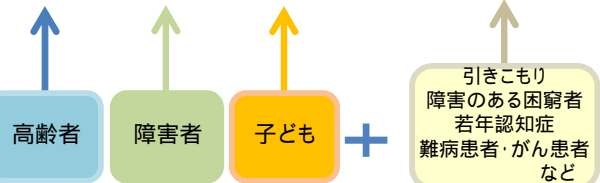
平成27年9月17日
新たな福祉サービスのシステム等のあり
方検討プロジェクトチーム・幹事会資料

4つの改革

新しい地域包括支援体制

〔包括的な相談支援システム〕

1 包括的な相談から見立て、
支援調整の組み立て + 資源開発



地域により
・ワンストップ型
・連携強化型 〕による対応

地域をフィールドに、
保健福祉と雇用や
農業、教育など
異分野とも連携

誰もがその
ニーズに
合った支援
を受けられ
る地域づくり

2 高齢、障害、児童等への総合的な支援の提供

多世代交流・多機能型の福祉拠点の整備推進

- ・運営ノウハウの共有
- ・規制緩和の検討 等

1を通じた総合的な支援の提供

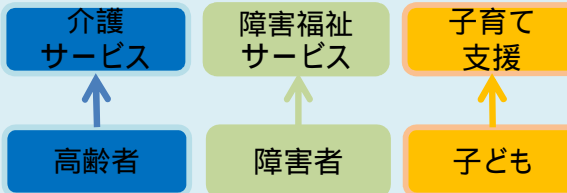
サービス提供の
ほか地域づくりの
拠点としても活用

背景・課題

福祉ニーズの多様化・複雑化

複合的な課題を有する場合や分野
横断的な対応等に課題

〔制度ごとのサービス提供〕



高齢化の中で人口減少が進行

地域の実情に応じた体制整備や
人材確保が課題

新しい支援体制を支える環境の整備

4 総合的な人材の育成・確保

1を可能とするコーディネート人材の育成
福祉分野横断的な研修の実施
人材の移動促進 等

3 効果的・効率的なサービス提供のための生産性向上

先進的な技術等を用いたサービス提供手法の効率化
業務の流れの見直しなど効率的なサービスの促進
人材の機能分化など良質で効果的なサービスの促進 等

地域住民の参画と協働により、誰もが支え合う共生社会の実現

「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部について

第1回 「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部（平成28年7月15日） 資料1（抄）

「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部について

1. 趣旨

これまで我が国の公的な福祉サービスは、高齢者・障害者・子どもといった対象者ごとに、典型的と考えられるニーズに対して専門的なサービスを提供することで、福祉施策の充実・発展に寄与してきた。

しかしながら、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、人口減少、家族・地域社会の変容などにより、既存の縦割りのシステムには課題が生じている。

具体的には、制度が対象としない生活課題への対応や複合的な課題を抱える世帯への対応など、ニーズの多様化・複雑化に伴って対応が困難なケースが浮き彫りになっている。この点に関し、生活困窮者に対する包括的な支援を謳った生活困窮者支援法も、新たな縦割りの制度に陥っていないか、十分に検証が必要である。

また、今後は、地方圏・中山間地域を中心に高齢者人口も減少し、行政やサービス提供側の人材確保の面から、従来通りの縦割りでサービスをすべて用意するのは困難となってくることも予想される。

今般、一億総活躍社会づくりが進められる中、福祉分野においても、パラダイムを転換し、福祉は与えるもの、与えられるものといったように、「支え手側」と「受け手側」に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、公的な福祉サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる「地域共生社会」を実現する必要がある。

具体的には、「他人事」になりがちな地域づくりを地域住民が「我が事」のこととして主体的に取り組んでいただく仕組みを作っていくとともに、市町村においては、地域づくりの取組の支援と、公的な福祉サービスへのつながりを含めた「丸ごと」の総合相談支援の体制整備を進めていく必要がある。また、対象者ごとに整備された「縦割り」の公的福祉サービスも「丸ごと」へと転換していくため、サービスや専門人材の養成課程の改革を進めていく必要がある。

これらの具体策の検討を加速化するため、「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部」（以下「実現本部」という。）を設置する。「地域共生社会」の実現を今後の福祉改革を貫く基本コンセプトに位置づけ、まずは平成29年の介護保険法の法改正、30年度・33年度の介護・障害福祉の報酬改定、さらには30年度にも予定されている生活困窮者支援制度の見直しに向けて、部局横断的に幅広く検討を行う。

下線は事務局が付した

「地域共生社会」実現の全体像イメージ(たたき台)

平成28年7月15日
第1回「我が事・丸ごと」
地域共生社会実現本部
資料

“我が事”

我が事・丸ごとの地域づくり

- ・住民主体による地域課題の解決力強化・体制づくり
- ・市町村による包括的な相談支援体制の整備
- ・地域づくりの総合化・包括化(地域支援事業の一体的実施と財源の確保)
- ・地域福祉計画の充実、各種計画の総合化・包括化
- 等

“丸ごと”

サービス・専門人材の丸ごと化

- ・公的福祉サービスの総合化・包括化(基準該当サービスの改善、共生型の報酬・基準の整備)
- ・専門人材のキャリアパスの複線化(医療・福祉資格に共通の基礎課程の創設、資格所持による履修期間の短縮、複数資格間の単位認定の拡大)
- 等

- ・地域共生社会の理念の共有化
- ・国、自治体、社会福祉法人、住民の責務と行動

経済財政運営と改革の基本方針2016（平成28年6月2日閣議決定）（抄）

第2章 成長と分配の好循環の実現

（6）障害者等の活躍支援、地域共生社会の実現

障害者、難病患者、がん患者等も、それぞれの希望や能力、障害や疾病の特性等に応じて最大限活躍できる社会を目指し、就労支援及び職場定着支援、治療と職業生活の両立支援、障害者の文化芸術活動の振興等を進め、社会参加や自立を促進していく。性的指向、性自認に関する正しい理解を促進するとともに、社会全体が多様性を受け入れる環境づくりを進める。

全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会を実現する。このため、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、あらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる仕組みを構築する。

下線は事務局が付した

ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月2日閣議決定）（抄）

4. 「介護離職ゼロ」に向けた取組の方向

（4）地域共生社会の実現

子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる「地域共生社会」を実現する。このため、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる仕組みを構築する。また、寄附文化を醸成し、NPOとの連携や民間資金の活用を図る。

□ 生涯健康で自立し、役割を持てる社会を、社会全体で実現する。

生涯にわたる健康づくり・予防対策の推進

保険者のリーダーシップの確立、データヘルスの全国展開

ICT・ビッグデータ活用、保険者機能の強化・連携等によりデータヘルスを強力に推進

医療関係者やデータ分析を行う民間企業との連携強化により保険者機能を支援

保険者インセンティブ改革

医療のICT化の推進(生涯を通じた医療データ蓄積に向け基盤整備・次世代医療ICTプラットフォーム構築)

高齢期の疾病予防・介護予防等の推進(フレイル等の総合対策、認知症施策の総合的な推進等)

□ 相互に支え合い、子ども・高齢者・障害者などの多様な活躍の場のある社会を、社会全体で実現する。

暮らしと生きがいをともに創る「地域共生社会」へのパラダイムシフト

「支え手」「受け手」に分かれた社会から、**ともに創る「地域共生社会」**へ

あらゆる住民が、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成。
福祉サービスと協働して子育てなどを支援。

「タテワリ」から**「まるごと」**へ

対象者ごとに整備されている福祉サービスの一体的な提供の推進。

【具体的な対応】

施設・人員基準や報酬体系の見直し、担い手の**資格や養成課程の見直し**を検討。

地域課題の把握や解決の支援体制(コーディネート機能など)を構築。

包括的な相談支援体制や地域における一体的なサービス提供を支援するための制度を創設。

目指すべき
将来像

子どもから高齢者に至る生涯を通じた予防により、平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速。
医療・介護の保険者がその機能及び体制を強化し、国、自治体、民間とともに生涯現役社会の実現に向けて機能を発揮

子ども・高齢者・障害者など全ての人々が、いつまでも、その人らしく家庭・職場・地域で活躍し、地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる社会の実現

暮らしと生きがいをともに創る「地域共生社会」

平成28年4月26日
一億総活躍国民会議
提出資料

【地域共生社会の好循環】

子ども

高齢者などと日常的に関わり合いながら暮らし、**健全な成長**に効果。

高齢者

子育て支援などで**役割を持つ**ことが、**予防**に効果。

障害者

活躍する場を持つことが、**自立・自己実現**に効果。

地域の実践例：「富山型デイサービス」（富山県）

- 介護保険の指定通所介護事業所を母体として、障害者総合支援の就労継続支援B型の事業を実施する。
- 高齢者だけでなく、障害者、子どもなど、多様な利用者が共に暮らし、支え合うことでお互いの暮らしが豊かになる。
- 子どもと関わることで、高齢者のリハビリや障害者の自立・自己実現に良い効果を生む。



施設を訪問した際に障害者の方からいただいたプレゼント



地域の実践例：「おじゃまる広場」など（三重県名張市）

- 名張市では、子ども・高齢者・障害者の誰もが活躍できる場を作り出し、好循環を生み出す仕組みを構築。
- 高齢者や障害者が、子育て支援にボランティアとして参画し活躍。子どもも高齢者や障害者に元気を与えて活躍。（「おじゃまる広場」、「子ども支援センター」など）
- このほか、「まちの保健室」は、介護・生活・子育てなどワンストップの相談窓口、地域づくりと地域福祉の総合的拠点として機能。



「つつじおじゃまる広場」の光景：高齢者がボランティアとして、子育て支援・親子の孤立防止に活躍

「子ども支援センターかがやき」では、高齢者や障害者が子育て家庭の支援で活躍



地域の実践例：「地域共生型拠点を活用した、あらゆる住民の担い手創出事業」（北海道石狩郡当別町）

共生型地域オープンサロン



- 障がい者の就労拠点（喫茶店）
- 高齢者の介護予防ボランティア
- 子どもたちの学び・遊ぶ場



障がい者就労

- 多様な障がい者就労の場
- 同時に、子どもたちの障がい者理解の場に



介護予防ボランティア

- 駄菓子屋で値札付けなどをしながら、子どもや障がい者と交流・見守り
- 高齢者に介護予防・生きがい創出



体験型学童保育

- 子どもたちによるお菓子作りやカフェ店員などの体験など

共生型地域福祉ターミナル



- 総合ボランティア拠点
- インフォーマルサービスのワンストップ拠点
- 地域の日常的な世代間交流スペース



特技を生かした社会貢献

- 高齢者と子どもが囲碁を通じて心を通わす
- 子どもも高齢者の生きがいを高めて活躍



子育て支援

- 育児支援を受けたい方と育児の手助けができる地域住民が会員組織を結成
- 地域互助で育児を支え合い



住民相互の生活支援

- 移動手段の確保など公的制度ではカバーできない分野で活躍するボランティア
- 独自の養成カリキュラムを設け、地域で支え合う仕組みづくり

共生型コミュニティー農園



- 障がい者の就労拠点（レストラン）
- 高齢者の就労拠点（農園）
- 男性団塊世代など多世代交流拠点



障がい者就労

- 個々の障がい者の得意分野に応じた就労の取組
- 飲食業の監修によるレストラン経営（企業参画型）



認知症高齢者の活躍

- 要介護の認知症高齢者が農業経験を発揮
- 地元農家による監修（農福連携）



団塊世代の活躍

- 団塊世代の高齢者が若い世代を巻き込んだイベントを企画し、リタイア後の人生活力に
- 畑やレストランを利用したパーティーで地域活力の向上

地域共生社会の実現

【国民生活における課題】

高齢、障害、児童等の対象者ごとに充実させてきた福祉サービスについて、複合化するニーズへの対応を強化することが必要。

医療・福祉人材の確保に向けて、新たな資格者の養成のみならず、潜在有資格者の人材活用が必要。また、これにより、他の高付加価値産業における人材確保を同時に達成することが必要。

- ・有資格者のうち資格に係る専門分野で就業していない者の割合：
 保育士 約6割（2015年度・推計）
 介護福祉士 約4割（2013年度・推計）

【今後の対応の方向性】

支え手側と受け手側が常に固定しているのではなく、皆が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域社会の実現を目指す。あわせて、寄附文化を醸成し、NPOとの連携や民間資金の活用を図る。また、支援の対象者ごとに縦割りとなっている福祉サービスの相互利用等を進めるとともに、一人の人材が複数の専門資格を取得しやすいようにする。

【具体的な施策】

- ・地域包括支援センター、社会福祉協議会、地域に根ざした活動を行うNPOなどが中心となって、小中学校区等の住民に身近な圏域で、住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりを支援し、2020年～2025年を目途に全国展開を図る。その際、社会福祉法人の地域における公益的な活動との連携も図る。
- ・多様な活躍、就労の場づくりを推進するため、公共的な地域活動やソーシャルビジネスなどの環境整備を進める。
- ・共助の活動への多様な担い手の参画と活動の活発化のために、寄附文化の醸成に向けた取組を推進する。
- ・高齢者、障害者、児童等の福祉サービスについて、設置基準、人員配置基準の見直しや報酬体系の見直しを検討し、高齢者、障害者、児童等が相互に又は一体的に利用しやすくなるようにする。
- ・育児、介護、障害、貧困、さらには育児と介護に同時に直面する家庭など、世帯全体の複合化・複雑化した課題を受け止める、市町村における総合的な相談支援体制作りを進め、2020年～2025年を目途に全国展開を図る。
- ・医療、介護、福祉の専門資格について、複数資格に共通の基礎課程を設け、一人の人材が複数の資格を取得しやすいようにすることを検討する。
- ・医療、福祉の業務独占資格の業務範囲について、現場で効率的、効果的なサービス提供が進むよう、見直しを行う。

施策	年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度以降	指標
地域課題の解決力の強化 / 福祉サービスの一体的提供 / 総合的な相談支援体制づくり	ガ 誰 も が 支 え 合 い 地 域 の 構 築 に 向 け た 福 祉 サ ー ビ ス の 実 現 新 た な 時 代 に 対 応 し た 福 祉 の 提 供 シ ス テ ム （平成27年9月17日・厚生労働省）	福祉サービスの一体的な提供について運用上の対応が可能な事項のガイドラインを整備	設備・人員基準や報酬体系の見直しを検討	検討結果を踏まえた対応を実施									2020年～2025年を目途に： 地域課題の解決力を強化する体制 全国展開 総合的な相談支援体制 全国展開	
		相談支援体制づくりと地域課題の解決力強化について、モデル事業等を数年間実施する中で制度化を検討	各地域における体制の確立・充実											
医療、介護、福祉の専門資格における共通の基礎課程の検討・業務独占資格の対象範囲の見直し		各資格の履修内容に関する研究	新たな共通の基礎課程の具体案について検討・結論	新たな共通の基礎課程の実施 共通の基礎課程が一部資格にとどまる場合には、資格の範囲の拡大について継続検討・順次実施										2021年度： 新たな共通の基礎課程の実施
		介護福祉士と准看護師相互の単位認定について検討	資格所持による履修期間短縮について、資格ごとに検討・結論。 可能な資格から履修期間短縮を実施	可能な資格から履修期間短縮を実施 共通の基礎課程創設後も、既取得者に適用										
		福祉系国家資格を有する者に対する保育士養成課程・保育士試験科目の一部免除について検討	単位認定拡大について、資格ごとに検討・結論。 可能な資格から単位認定を実施	業務独占資格の業務範囲の見直しを継続的に検討・実施										

地域包括支援センターについて

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設。（介護保険法第115条の46第1項）

総合相談支援業務

住民の各種相談を幅広く受け付けて、
制度横断的な支援を実施

多面的（制度横断的）支援の展開

行政機関、保健所、医療機関、
児童相談所など必要なサービスにつなぐ

介護サービス

ボランティア

ヘルスサービス

成年後見制度

地域権利擁護

民生委員

医療サービス

虐待防止

介護相談員

障害サービス相談

生活困窮者自立支援相談

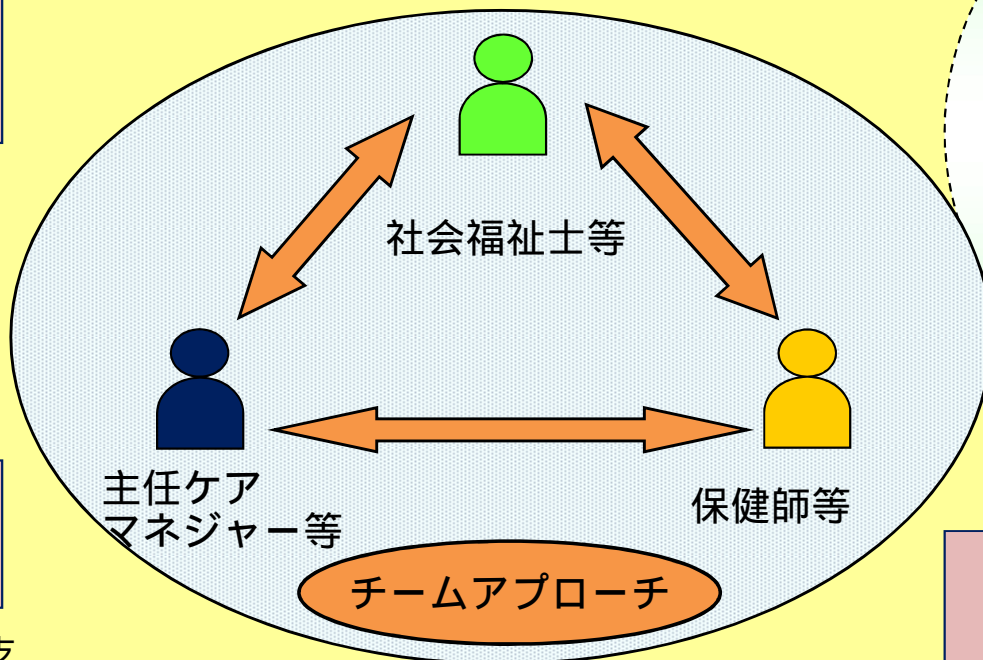
介護離職防止相談

権利擁護業務

・成年後見制度の活用促進、
高齢者虐待への対応など

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

- ・「地域ケア会議」等を通じた自立支援型ケアマネジメントの支援
- ・ケアマネジャーへの日常的個別指導・相談
- ・支援困難事例等への指導・助言



介護予防ケアマネジメント (第一号介護予防支援事業)

要支援・要介護状態になる可能性のある方に対する介護予防ケアプランの作成など
(総合事業または二次予防事業)

全国で4,685か所。
(ブランチ等を含め7,268か所)

平成27年4月末現在。全ての市町村に設置
→日常生活圏域への設置を推進

生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

(1) 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置 多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
地域に不足するサービスの創出 サービスの担い手の養成 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など	関係者間の情報共有 サービス提供主体間の連携の体制づくり など	地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の中学校区域があり、平成26年度は第1層、平成29年度までの間に第2層の充実を目指す。

第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心

第2層 中学校区域で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開

コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外



(2) 協議体の設置 多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

NPO

民間企業

協同組合

ボランティア

社会福祉法人

等

- これらの取組については、平成26年度予算においても先行的に取り組めるよう5億円を計上。
- コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要。

総合事業・包括的支援事業(社会保障充実分)の実施状況について

平成28年1月4日現在の集計結果

	介護予防・日常生活支援総合事業		生活支援体制整備事業		在宅医療・介護連携推進事業		認知症総合支援事業			
	保険者数	実施率 (累積)	保険者数	実施率 (累積)	保険者数	実施率 (累積)	認知症初期集中支援推進事業		認知症地域支援・ケア向上事業	
							保険者	実施率 (累積)	保険者	実施率 (累積)
平成27年度中	283	(17.9%)	744	(47.1%)	897	(56.8%)	302	(19.1%)	740	(46.9%)
平成28年度中	311	(37.6%)	346	(69.0%)	216	(70.5%)	323	(39.6%)	252	(62.8%)
うち 平成28年4月	222	(32.0%)	233	(61.9%)	171	(67.6%)	147	(28.4%)	154	(56.6%)
平成29年4月 (総合事業) 平成29年度以降 (総合事業以外)	953	(98.0%)	411	(95.1%)	378	(94.4%)	779	(88.9%)	485	(93.5%)
実施時期未定	32	-	78	-	88	-	175	-	102	-
合計	1,579		1,579		1,579		1,579		1,579	

介護保険法(平成9年法律第123号)(抄)

第115条の46 (略)

- 7 地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員法(昭和二十三年法律第百九十八号)に定める民生委員、被保険者の地域における自立した日常生活の支援又は要介護状態等となることの予防若しくは要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための事業を行う者その他の関係者との連携に努めなければならない。

介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針(平成27年厚生労働省告示第196号)(抄)

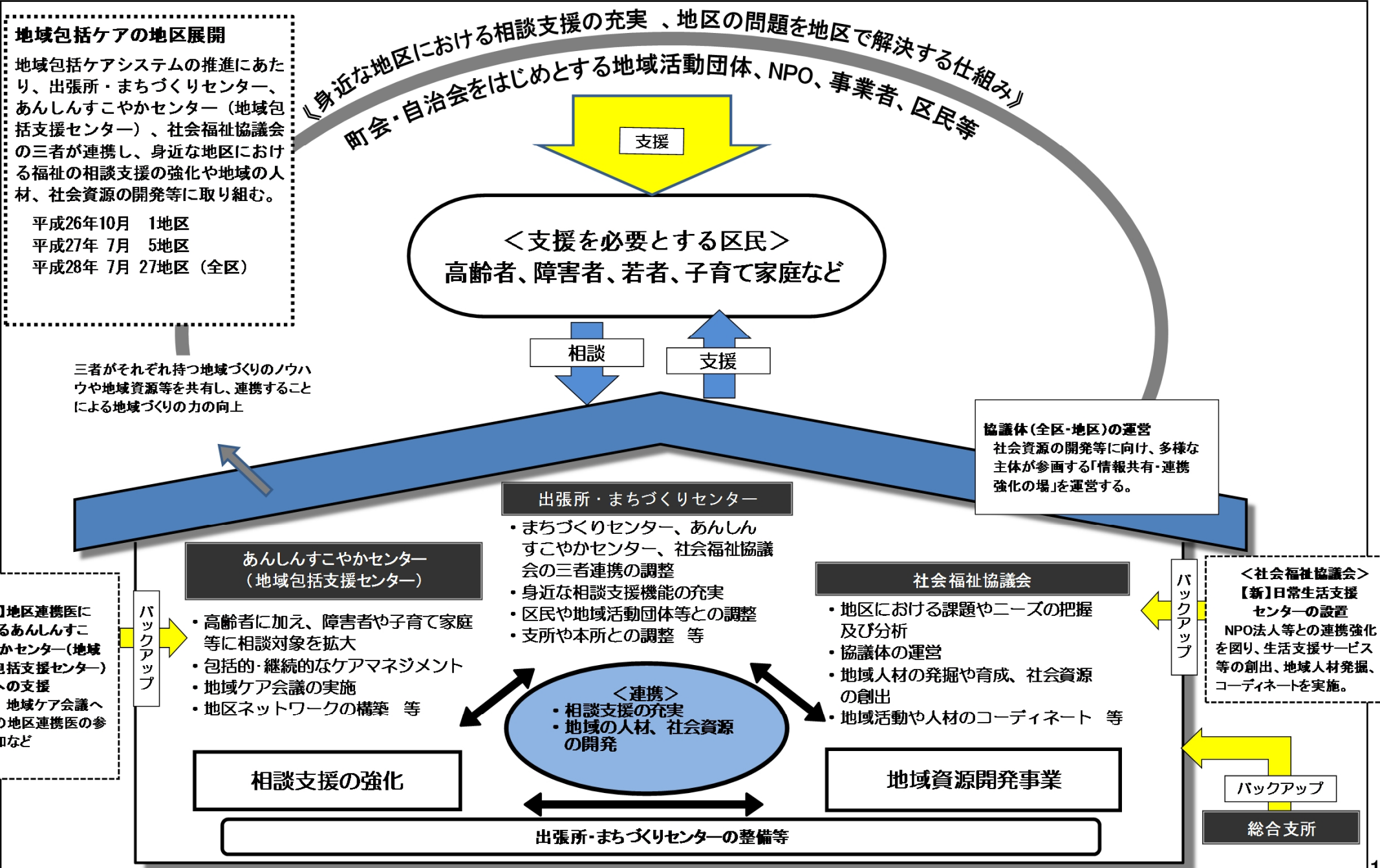
第1 総合事業の実施に関する総則的な事項

2 背景及び基本的な考え方

(6) 共生社会の推進

住民主体の支援等を実施するに当たっては、地域のニーズが要支援者等のみに限定されるものではなく、また、多様な人との関わりが高齢者の支援にも有効であることから、要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等がともに集える環境づくりを心がけることが重要である。

地域包括ケアの地区展開のイメージ図



「多機関の協働による包括的支援体制構築事業」のイメージ

参考

平成28年度予算額：500,000千円

福祉ニーズの多様化・複雑化を踏まえ、単独の相談機関では十分に対応できない、いわゆる「制度の狭間」の課題の解決を図る観点から、複合的な課題を抱える者等に対する包括的な支援システムを構築するとともに、高齢者などのボランティア等と協働し、地域に必要なとされる社会資源を創出する取組をモデル的に実施する。

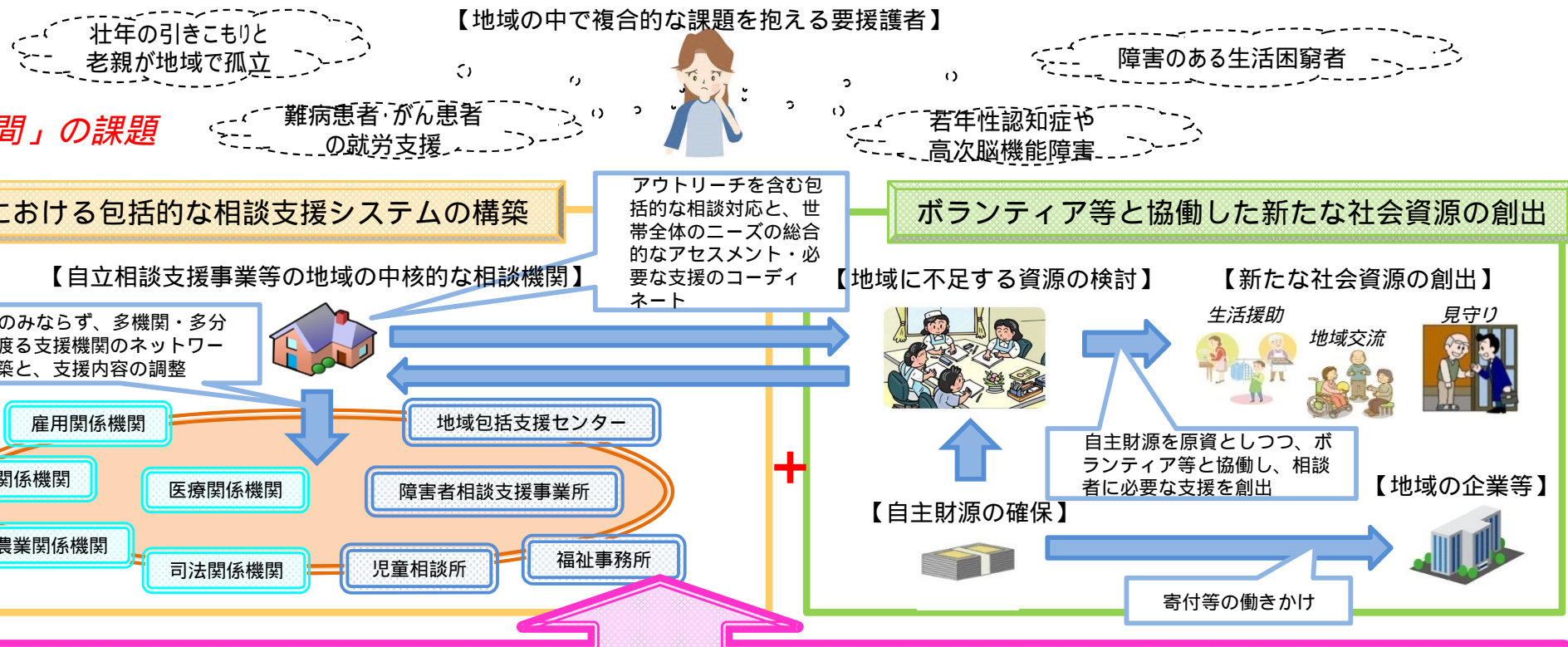
具体的には、市区町村が実施主体となって、地域の中核となる相談機関を中心に、以下の取組を行う。

相談者が複数の相談機関に行かなくても、複合的な悩みを総合的かつ円滑に相談できる体制を整備するとともに、

相談者本人が抱える課題のみならず、世帯全体が抱える課題を把握し、

多機関・多分野の関係者が話し合う会議を開催するなど、その抱える課題に応じた支援が包括的に提供されるよう必要な調整を行うほか、

地域に不足する社会資源の創出を図る。

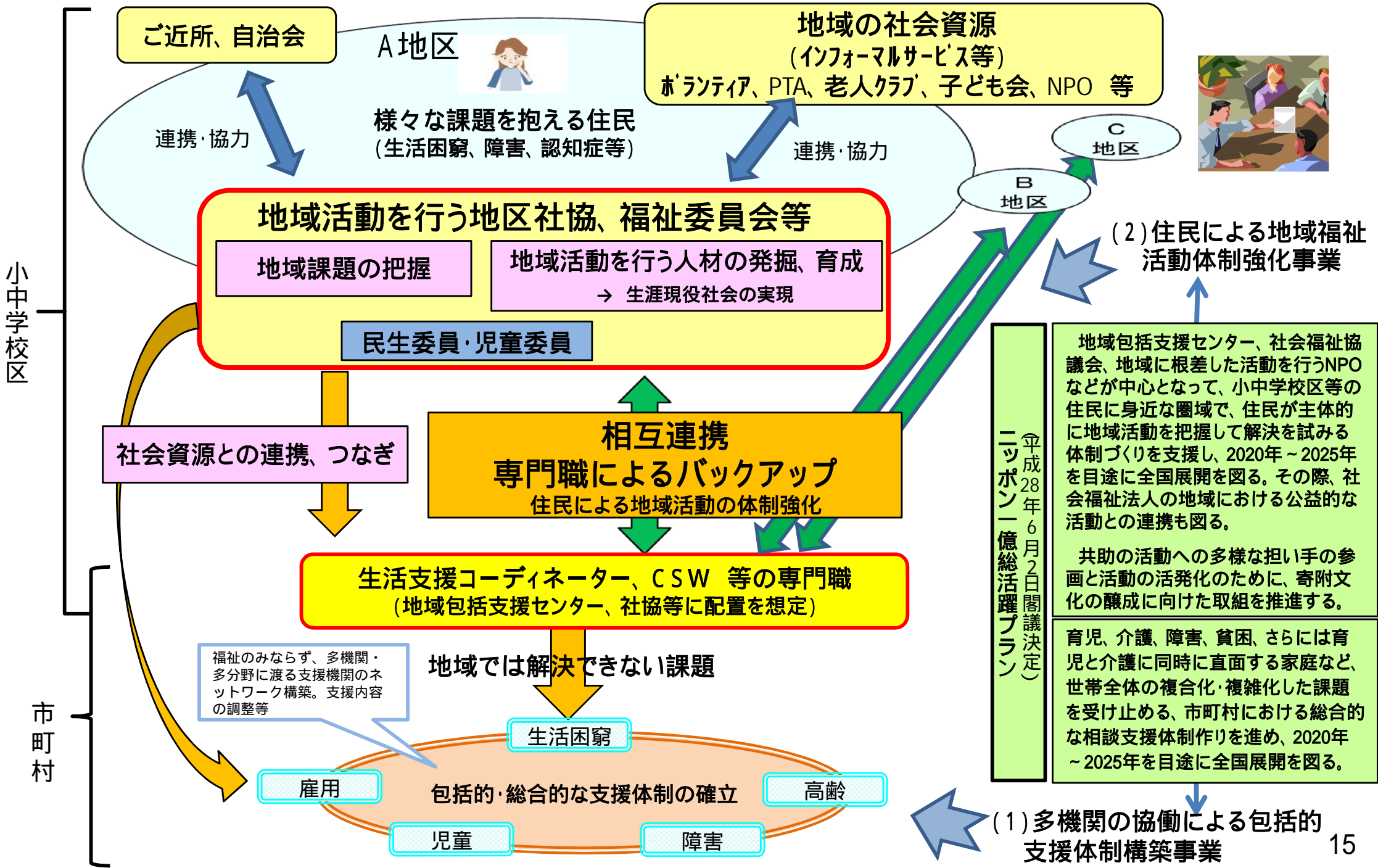


上記のモデル的取組を通じ、ノウハウ等を集積し、これらを横展開することを通じて、誰もが安心して身近な地域で暮らせるよう、全国各地で包括的な相談支援システムを構築していくことを目指す。

地域福祉活動体制強化事業（仮称）の創設

参考

平成29年度概算要求額：3,000,585千円



相互連携、専門職によるバックアップの内容(例)

参考

住民による地域活動の体制強化のため、専門職()によるバックアップ体制を構築。

生活支援コーディネーター、CSW等

【期待される効果】

- ・「支える、支えられる」という一方的な関係でなく、「相互に支え合う」地域を構築
- ・住民の参加を広げ、地域の支える力を強化
- ・地域課題の早期発見、住民にとって身近な対応や地域の実情に応じた新たな活動、サービスの創造が可能
- ・住民が主体的に運営する体制の構築
- ・地域と市町村との連携による重層的な支援の仕組みの構築



【具体的なバックアップの例】

地域課題の把握のための支援(助言)

- ・住民組織等との意見交換や座談会といった場の設定
- ・地域の社会資源の把握
- ・地域課題の効果的な把握方法等の助言



地域活動を行う人材の発掘、育成

- ・住民組織等と協働し、住民の地域活動への参加促進(住民、商店街、企業等へのボランティアの呼びかけ、広報等)
- ・住民が、不安や負担感を持つことなく意欲的に地域活動に参加できるための学習会や研修の実施(継続、スキルアップ)

社会資源との連携、つなぎ

- ・行政の施策や、社会資源についての助言
- ・行政との情報交換、意見交換の場の設定



地域活動のための様々な助言、情報提供

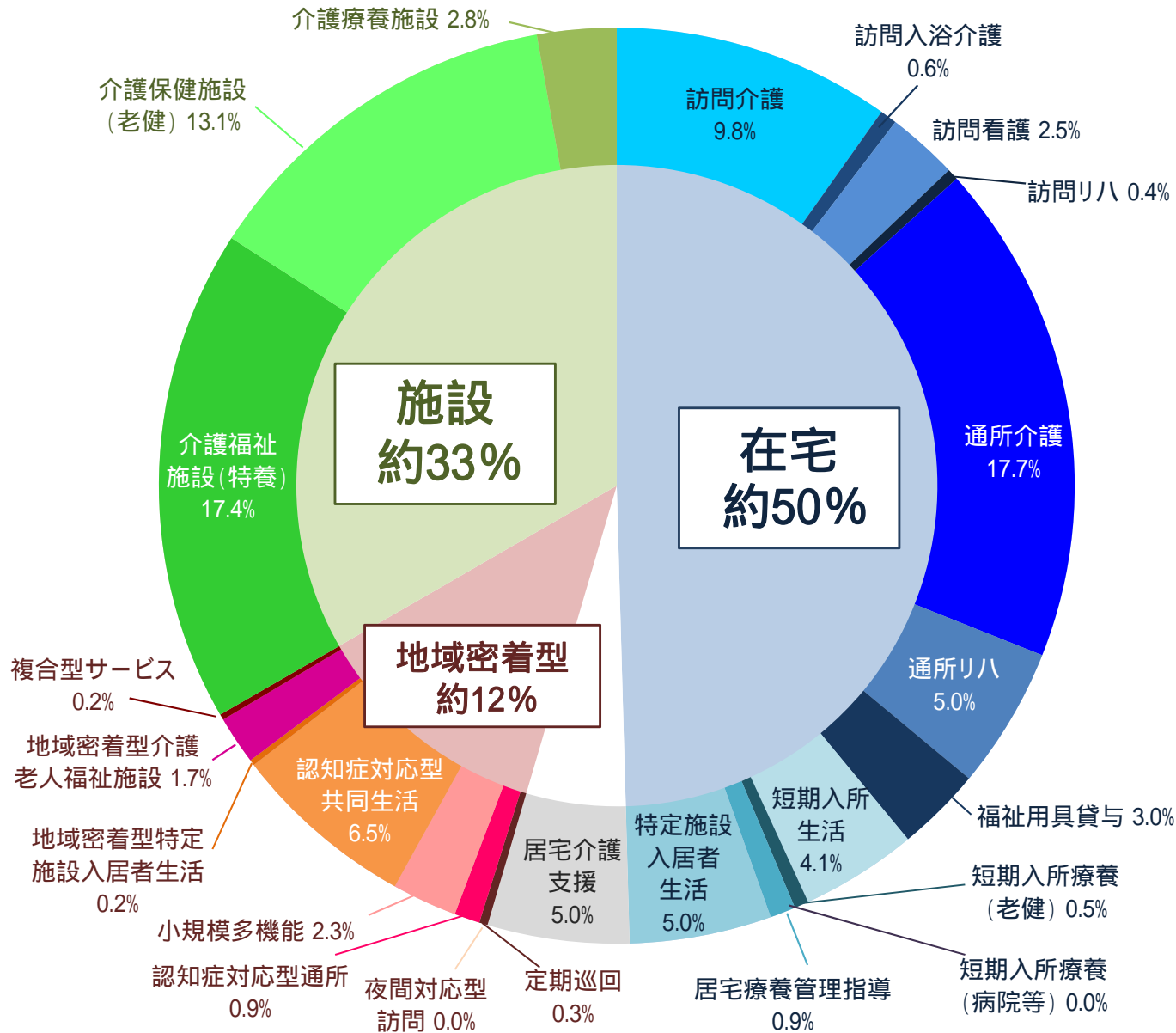
- ・活動拠点の場所の確保(公民館等公的施設、空家等の紹介)
- ・地域活動を行うための財源確保手段



リサイクルバザー、企業寄付、クラウドファンディング(不特定多数の者に対しインターネット等を通じて協力)やファンドレイジング(資金を個人、法人等から集める)手法の学習

介護保険サービス種類別費用額と請求事業所数

サービス種類別費用額



サービス種類別事業所数

訪問介護	60,929
訪問入浴介護	2,417
訪問看護	17,707
訪問リハビリテーション	6,460
通所介護	79,422
通所リハビリテーション	14,706
福祉用具貸与	13,825
短期入所生活介護	14,875
短期入所療養介護	4,639
居宅療養管理指導	40,806
特定施設入居者生活介護	8,527
計	264,313
居宅介護支援・介護予防支援	44,175
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	633
夜間対応型訪問介護	182
認知症対応型通所介護	4,288
小規模多機能型居宅介護	8,372
認知症対応型共同生活介護	13,780
地域密着型特定施設入居者生活介護	292
地域密着型介護老人福祉施設サービス	1,949
複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護)	309
計	29,805
介護老人福祉施設	7,558
介護老人保健施設	4,201
介護療養型医療施設	1,320
計	13,079
合計	351,372

事業者数は延べ数である。

障害福祉サービス等の体系 1

サービス名		利用者数	施設・事業所数
訪問系	居宅介護(ホームヘルプ) <small>者 児</small>	162,762	19,273
	重度訪問介護 <small>者</small>	10,289	7,002
	同行援護 <small>者 児</small>	23,960	6,070
	行動援護 <small>者 児</small>	9,255	1,521
	重度障害者等包括支援 <small>者 児</small>	30	9
日中活動系	短期入所(ショートステイ) <small>者 児</small>	45,833	4,199
	療養介護 <small>者</small>	19,822	245
	生活介護 <small>者</small>	269,335	9,351
施設系	施設入所支援 <small>者</small>	131,075	2,608
居住系	共同生活援助(グループホーム) <small>者</small>	102,748	7,008
訓練系・就労系	自立訓練(機能訓練) <small>者</small>	2,238	177
	自立訓練(生活訓練) <small>者</small>	11,916	1,181
	就労移行支援 <small>者</small>	31,324	3,120
	就労継続支援(A型=雇成型) <small>者</small>	58,852	3,205
	就労継続支援(B型) <small>者</small>	213,020	10,102

介護給付

訓練等給付

(注)1. 表中の「者」は「障害者」、「児」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。
 2. 利用者数及び施設・事業所数は平成28年4月サービス提供分の国保連データ。

障害福祉サービス等の体系 2

参考

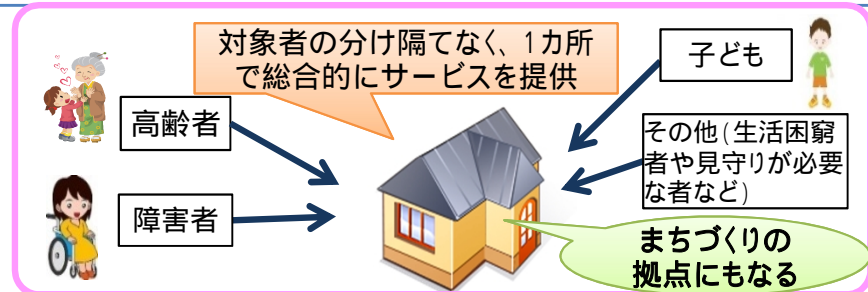
サービス名		利用者数	施設・事業所数
障害児通所系	児童発達支援 児	66,355	3,820
	医療型児童発達支援 児	2,154	97
	放課後等デイサービス 児	129,427	8,352
	保育所等訪問支援 児	1,755	344
障害児入所系	福祉型障害児入所施設 児	1,595	189
	医療型障害児入所施設 児	1,932	185
相談支援系	計画相談支援 者 児	124,113	6,953
	障害児相談支援 児	46,181	3,514
	地域移行支援 者	460	277
	地域定着支援 者	2,435	463
		その他の給付	

(注) 1. 表中の「者」は「障害者」、「児」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。
 2. 利用者数及び施設・事業所数は平成28年4月サービス提供分の国保連データ。

ポイント

兼務・共用の取扱いが明確でない人員・設備の取扱いについて、**現行制度で運用上対応可能な事項を明確化し、高齢者、障害者、児童等の福祉サービスの総合的な提供の阻害要因を解消。**

<総合的な福祉サービスの提供のイメージ>



明確化する事項

高齢者、障害者、児童等の福祉サービスを組み合わせ合わせて福祉サービスを総合的に提供する際の、以下の ~ の事項を明確化。

<福祉サービスを総合的に提供する際に利用が想定されるサービス(例)>

高齢者等	通所介護、小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護 等
障害者	生活介護、短期入所、機能訓練、就労継続支援(A型、B型)、放課後等デイサービス 等
児童	保育所、小規模保育事業、地域子育て支援拠点事業、放課後児童健全育成事業 等

兼務可能な人員

・管理者、代表者、医師、栄養士、調理員

共用可能な設備

【基準上規定がある設備】

・食堂、居間、機能訓練室、訓練・作業室、指導訓練室、浴室、医務室、静養室、事務室、相談室、調理室、洗面所、洗濯室、非常災害に際して必要な設備、便所 等

【基準上規定がない設備】

・玄関、廊下、階段、エレベータ、送迎バス

高齢者、障害者、児童等がそれぞれ利用する設備を区切る壁等の設置が不要なことも併せて明確化

基準該当障害福祉サービス等^(注)が活用可能であること

高齢者、障害者、児童等に対する福祉サービスの総合的な提供を実施する場合は、基準該当障害福祉サービスを実施することが可能であることを明確化。

(注) 基準該当障害福祉サービス等: 指定障害福祉サービスや指定通所支援としての基準は満たしていないが、介護保険事業所等の基準を満たす事業所であり、市町村が認めたものにおいては、当該事業者が障害者(児)を受け入れた場合、基準該当障害福祉サービス等として特例介護給付費等が支給。

基準該当生活介護・基準該当短期入所の概要

参考

	概要	主な基準
生活介護	<p>介護保険法による指定通所介護事業者等が、地域において生活介護が提供されていないこと等により生活介護を受けることが困難な障害者に対して指定通所介護等を提供するもの。</p>	<p>従業者：基準該当生活介護を受ける利用者数を含めて当該指定通所介護等の利用者数とした場合に、当該指定通所介護事業所等として必要とされる数以上 設備等：食堂及び機能訓練室の面積を上記利用者の合計数で除して得た面積が3㎡以上 その他：生活介護事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。</p>
	<p>介護保険法による指定小規模多機能型居宅介護事業者等が、地域において生活介護が提供されていないこと等により生活介護を受けることが困難な障害者に対して指定小規模多機能型居宅介護等のうち通いサービスを提供するもの。</p>	<p>従業者：基準該当生活介護、基準該当自立訓練(機能訓練)、基準該当自立訓練(生活訓練)、基準該当児童発達支援及び基準該当放課後等デイサービスを受ける障害者及び障害児の数を含めて当該指定小規模多機能型居宅介護等の通いサービスの利用者数とした場合に、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所等として必要とされる数以上 設備等：居間及び食堂は機能を十分に発揮しうる適当な広さを有すること その他：指定小規模多機能型居宅介護事業所等の登録定員は、指定小規模多機能型居宅介護事業所等の登録者数と基準該当生活介護、基準該当自立訓練(機能訓練)、基準該当自立訓練(生活訓練)、基準該当児童発達支援及び基準該当放課後等デイサービスとみなされる通いサービスを利用するための登録者数の合計数を1日当たりの上限とし、29人以下(通いサービスの利用定員は、登録定員の2分の1から15人までの範囲内)</p>
短期入所	<p>介護保険法による指定小規模多機能型居宅介護事業者等が、地域において短期入所が提供されていないこと等により短期入所を受けることが困難な障害者及び障害児に対して指定小規模多機能型居宅介護等のうち宿泊サービスを提供するもの。</p>	<p>設備等：個室以外の宿泊室を設ける場合は、個室以外の宿泊室の面積を宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じて得た数で除して得た面積が、概ね7.43㎡以上 その他：基準該当生活介護、基準該当自立訓練(機能訓練)、基準該当自立訓練(生活訓練)、基準該当児童発達支援及び基準該当放課後等デイサービスを利用するために当該指定小規模多機能型居宅介護事業所等に登録を受けた障害者及び障害児に対して宿泊サービスを提供するものであること。 宿泊サービスの利用定員は、指定小規模多機能型居宅介護等の宿泊サービス利用者とは基準該当短期入所利用者の合計が、登録定員の3分の1から9人までの範囲内であること。 短期入所事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。</p>

基準該当自立訓練(機能訓練・生活訓練)の概要

参考

	概要	主な基準
自立訓練 (機能訓練)	介護保険法による指定通所介護事業者等が、地域において自立訓練(機能訓練)が提供されていないこと等により自立訓練(機能訓練)を受けることが困難な障害者に対して指定通所介護等を提供するもの。	従業者: 基準該当自立訓練(機能訓練)を受ける利用者数を含めて当該指定通所介護等の利用者数とした場合に、当該指定通所介護事業所等として必要とされる数以上 設備等: 食堂及び機能訓練室の面積を上記利用者の合計数で除して得た面積が3㎡以上 その他: 自立訓練(機能訓練)事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。
	介護保険法による指定小規模多機能型居宅介護事業者等が、地域においてより自立訓練(機能訓練)が提供されていないこと等により自立訓練(機能訓練)を受けることが困難な障害者に対して指定小規模多機能型居宅介護等のうち通いサービスを提供するもの。	従業者: 基準該当自立訓練(機能訓練)、基準該当生活介護、基準該当自立訓練(生活訓練)、基準該当児童発達支援及び基準該当放課後等デイサービスを受ける障害者及び障害児の数を含めて当該指定小規模多機能型居宅介護等の通いサービスの利用者数とした場合に、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所等として必要とされる数以上 設備等: 居間及び食堂は機能を十分に発揮しうる適当な広さを有すること その他: 指定小規模多機能型居宅介護事業所等の登録定員は、指定小規模多機能型居宅介護事業所等の登録者数と基準該当自立訓練(機能訓練)、基準該当生活介護、基準該当自立訓練(生活訓練)、基準該当児童発達支援及び基準該当放課後等デイサービスとみなされる通いサービスを利用するための登録者数の合計数を1日当たりの上限とし、29人以下(通いサービスの利用定員は、登録定員の2分の1から15人までの範囲内)
自立訓練 (生活訓練)	介護保険法による指定通所介護事業者等が、地域において自立訓練(生活訓練)が提供されていないこと等により自立訓練(生活訓練)を受けることが困難な障害者に対して指定通所介護等を提供するもの。	従業者: 基準該当自立訓練(生活訓練)を受ける利用者数を含めて当該指定通所介護等の利用者数とした場合に、当該指定通所介護事業所等として必要とされる数以上 設備等: 食堂及び機能訓練室の面積を上記利用者の合計数で除して得た面積が3㎡以上 その他: 自立訓練(生活訓練)事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。
	介護保険法による指定小規模多機能型居宅介護事業者等が、地域においてより自立訓練(生活訓練)が提供されていないこと等により自立訓練(生活訓練)を受けることが困難な障害者に対して指定小規模多機能型居宅介護等のうち通いサービスを提供するもの。	従業者: 基準該当自立訓練(生活訓練)、基準該当生活介護、基準該当自立訓練(機能訓練)、基準該当児童発達支援及び基準該当放課後等デイサービスを受ける障害者及び障害児の数を含めて当該指定小規模多機能型居宅介護等の通いサービスの利用者数とした場合に、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所等として必要とされる数以上 設備等: 居間及び食堂は機能を十分に発揮しうる適当な広さを有すること その他: 指定小規模多機能型居宅介護事業所等の登録定員は、指定小規模多機能型居宅介護事業所等の登録者数と基準該当自立訓練(生活訓練)、基準該当生活介護、基準該当自立訓練(機能訓練)、基準該当児童発達支援及び基準該当放課後等デイサービスとみなされる通いサービスを利用するための登録者数の合計数を1日当たりの上限とし、29人以下(通いサービスの利用定員は、登録定員の2分の1から15人までの範囲内)

基準該当児童発達支援・基準該当放課後等デイサービスの概要

参考

	概要	主な基準
児童発達支援	介護保険法による指定通所介護事業者等が、地域において児童発達支援が提供されていないこと等により児童発達支援を受けることが困難な障害児に対して指定通所介護等を提供するもの。	<p>従業者: 基準該当児童発達支援を受ける障害児の数を含めて当該指定通所介護等の利用者数とした場合に、当該指定通所介護事業所等として必要とされる数以上</p> <p>設備等: 食堂及び機能訓練室の面積を上記利用者の合計数で除して得た面積が3㎡以上</p> <p>その他: 児童発達支援事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。</p>
	介護保険法による指定小規模多機能型居宅介護事業者等が、地域において児童発達支援が提供されていないこと等により児童発達支援を受けることが困難な障害児に対して指定小規模多機能型居宅介護等のうち通いサービスを提供するもの。	<p>従業者: 基準該当生活介護、基準該当自立訓練(機能訓練)、基準該当自立訓練(生活訓練)、基準該当児童発達支援及び基準該当放課後等デイサービスを受ける障害者及び障害児の数を含めて当該指定小規模多機能型居宅介護等の通いサービスの利用者数とした場合に、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所等として必要とされる数以上</p> <p>設備等: 居間及び食堂は機能を十分に発揮しうる適当な広さを有すること</p> <p>その他: 指定小規模多機能型居宅介護事業所等の登録定員は、指定小規模多機能型居宅介護事業所等の登録者数と基準該当生活介護、基準該当自立訓練(機能訓練)、基準該当自立訓練(生活訓練)、基準該当児童発達支援及び基準該当放課後等デイサービスとみなされる通いサービスを利用するための登録者数の合計数を1日当たりの上限とし、29人以下(通いサービスの利用定員は、登録定員の2分の1から15人までの範囲内)</p>
放課後等デイサービス	介護保険法による指定通所介護事業者等が、地域において放課後等デイサービスが提供されていないこと等により放課後等デイサービスを受けることが困難な障害児に対して指定通所介護等を提供するもの。	<p>従業者: 基準該当放課後等デイサービスを受ける障害児の数を含めて当該指定通所介護等の利用者数とした場合に、当該指定通所介護事業所等として必要とされる数以上</p> <p>設備等: 食堂及び機能訓練室の面積を上記利用者の合計数で除して得た面積が3㎡以上</p> <p>その他: 放課後等デイサービス事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。</p>
	介護保険法による指定小規模多機能型居宅介護事業者等が、地域において放課後等デイサービスが提供されていないこと等により放課後等デイサービスを受けることが困難な障害児に対して指定小規模多機能型居宅介護等のうち通いサービスを提供するもの。	<p>従業者: 基準該当生活介護、基準該当自立訓練(機能訓練)、基準該当自立訓練(生活訓練)、基準該当児童発達支援及び基準該当放課後等デイサービスを受ける障害者及び障害児の数を含めて当該指定小規模多機能型居宅介護等の通いサービスの利用者数とした場合に、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所等として必要とされる数以上</p> <p>設備等: 居間及び食堂は機能を十分に発揮しうる適当な広さを有すること</p> <p>その他: 指定小規模多機能型居宅介護事業所等の登録定員は、指定小規模多機能型居宅介護事業所等の登録者数と基準該当生活介護、基準該当自立訓練(機能訓練)、基準該当自立訓練(生活訓練)、基準該当児童発達支援及び基準該当放課後等デイサービスとみなされる通いサービスを利用するための登録者数の合計数を1日当たりの上限とし、29人以下(通いサービスの利用定員は、登録定員の2分の1から15人までの範囲内)</p>

基準該当サービス（介護保険制度）の概要

- 基準該当サービスとは、指定居宅サービスの要件（人員・設備・運営基準）の一部を満たしていない事業者のうち、厚生労働省令で定める一定の基準を満たすサービスをいう。
- 基準該当居宅サービスに係る介護報酬については、市町村が「必要があると認めるとき」に支給できるものとされ、その額については、厚生労働大臣が定める介護報酬の額を基準として市町村が額を定めることとなっている。

【例】指定短期入所生活介護と基準該当短期入所生活介護の比較（異なる部分のみ抜粋）

		指定短期入所生活介護	基準該当短期入所生活介護
従業者	医師	1人以上	不要（平成24年基準改定）
	生活相談員	常勤換算方法で利用者100人に1以上 1人は常勤（利用定員20人未満の併設事業所は除く）	1人以上
	介護職員 又は 看護職員	常勤換算方法で利用者3人に1以上 1人は常勤（利用者定員20人未満の併設事業所は除く）	常勤換算方法で利用者3人に1以上
	栄養士	1人以上（利用定員40名以下で他の施設の栄養士と連携可能な場合は不要）	1人以上（利用定員に関わらず、他の施設の栄養士と連携可能な場合は不要）
利用定員等	(1) 20人以上（特別養護老人ホームの空床を利用する場合は20人未満に出来る）	(2) 併設事業所は20人未満に出来る	利用定員は20人未満とする
設備等	廊下幅は1.8メートル以上（中廊下の幅は2.7メートル以上）	車椅子での円滑な移動が可能な廊下幅	
居室面積	1人当たり10.65㎡	1人当たり7.43㎡（平成24年基準改定）	

基準該当短期入所生活介護は指定通所介護事業所、指定認知症対応型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護又は社会福祉施設に併設しなければならない。

基準該当サービス（介護保険制度）の実施状況

実施保険者数		272 (17.2%)
内 訳 (重複あり)	居宅介護支援	64
	訪問介護	93
	同居家族に対するヘルパー派遣	8
	訪問入浴	46
	通所介護	73
	福祉用具貸与	27
	短期入所	137
	介護予防居宅介護支援	52
	介護予防訪問介護	68
	同居家族に対するヘルパー派遣	6
	介護予防訪問入浴	29
	介護予防通所介護	61
	介護予防福祉用具貸与	25
	介護予防短期入所	80

障害者総合支援法施行3年後の見直しについて(抄)

障害者総合支援法施行3年後の見直しについて(抄)

(社会保障審議会障害者部会 報告書) (平成27年12月14日)

各論点について

下線は事務局が付した

8. 高齢の障害者に対する支援の在り方について

(1) 現状・課題

(障害福祉制度と介護保険制度)

一方、これまで障害福祉制度を利用してきた障害者が介護保険サービスを利用するに当たって以下のような課題が指摘されている。

- ・ 介護保険サービスを利用する場合、これまで利用していた障害福祉サービス事業所とは別の事業所を利用することになる場合がある。
- ・ 障害福祉制度の利用者負担は、これまでの軽減措置によって介護保険制度の利用者負担上限と異なっていることから、介護保険サービスを利用する場合、介護保険制度の利用者負担が生じる。
- ・ 障害福祉サービスについて市町村において適当と認める支給量が、介護保険の区分支給限度基準額の制約等から介護保険サービスのみによって確保することができない場合は、障害福祉制度による上乗せ支給がなされる取扱いとされているが、自治体によっては、障害福祉サービスの上乗せが十分に行われず、介護保険サービスの利用に伴って支給量が減少する要因となっている。

(2) 今後の取組

(障害福祉制度と介護保険制度の連携)

障害福祉サービスを利用してきた障害者が、相当する介護保険サービスを利用する場合も、それまで当該障害者を支援し続けてきた障害福祉サービス事業所が引き続き支援を行うことができるよう、利用者や事業者にとって活用しやすい実効性のある制度となるよう留意しつつ、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行うべきである。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律（概要）

（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

趣旨

障害者が自らの望む地域生活を営むことができるよう、「生活」と「就労」に対する支援の一層の充実や高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直しを行うとともに、障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するための支援の拡充を図るほか、サービスの質の確保・向上を図るための環境整備等を行う。

概要

1. 障害者の望む地域生活の支援

- (1) 施設入所支援や共同生活援助を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスを新設する（自立生活援助）
- (2) 就業に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整等の支援を行うサービスを新設する（就労定着支援）
- (3) 重度訪問介護について、医療機関への入院時も一定の支援を可能とする
- (4) 65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合に、障害者の所得の状況や障害の程度等の事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減（償還）できる仕組みを設ける

2. 障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応

- (1) 重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問して発達支援を提供するサービスを新設する
- (2) 保育所等の障害児に発達支援を提供する保育所等訪問支援について、乳児院・児童養護施設の障害児に対象を拡大する
- (3) 医療的ケアを要する障害児が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとする
- (4) 障害児のサービスに係る提供体制の計画的な構築を推進するため、自治体において障害児福祉計画を策定するものとする

3. サービスの質の確保・向上に向けた環境整備

- (1) 補装具費について、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等に貸与の活用も可能とする
- (2) 都道府県がサービス事業所の事業内容等の情報を公表する制度を設けるとともに、自治体の事務の効率化を図るため、所要の規定を整備する

施行期日

平成30年4月1日（2.(3)については公布の日（平成28年6月3日））

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ことになっている。高齢障害者が介護保険サービスを利用する場合、障害福祉制度と介護保険制度の利用者負担上限が異なるために利用者負担(1割)が新たに生じることや、これまで利用していた障害福祉サービス事業所とは別の介護保険事業所を利用することになる場合があることといった課題が指摘されている。

このため、65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用していた一定の高齢障害者に対し、介護保険サービスの利用者負担が軽減されるよう障害福祉制度により利用者負担を軽減(償還)する仕組みを設け、障害福祉サービス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行い、介護保険サービスの円滑な利用を促進する。

具体的内容

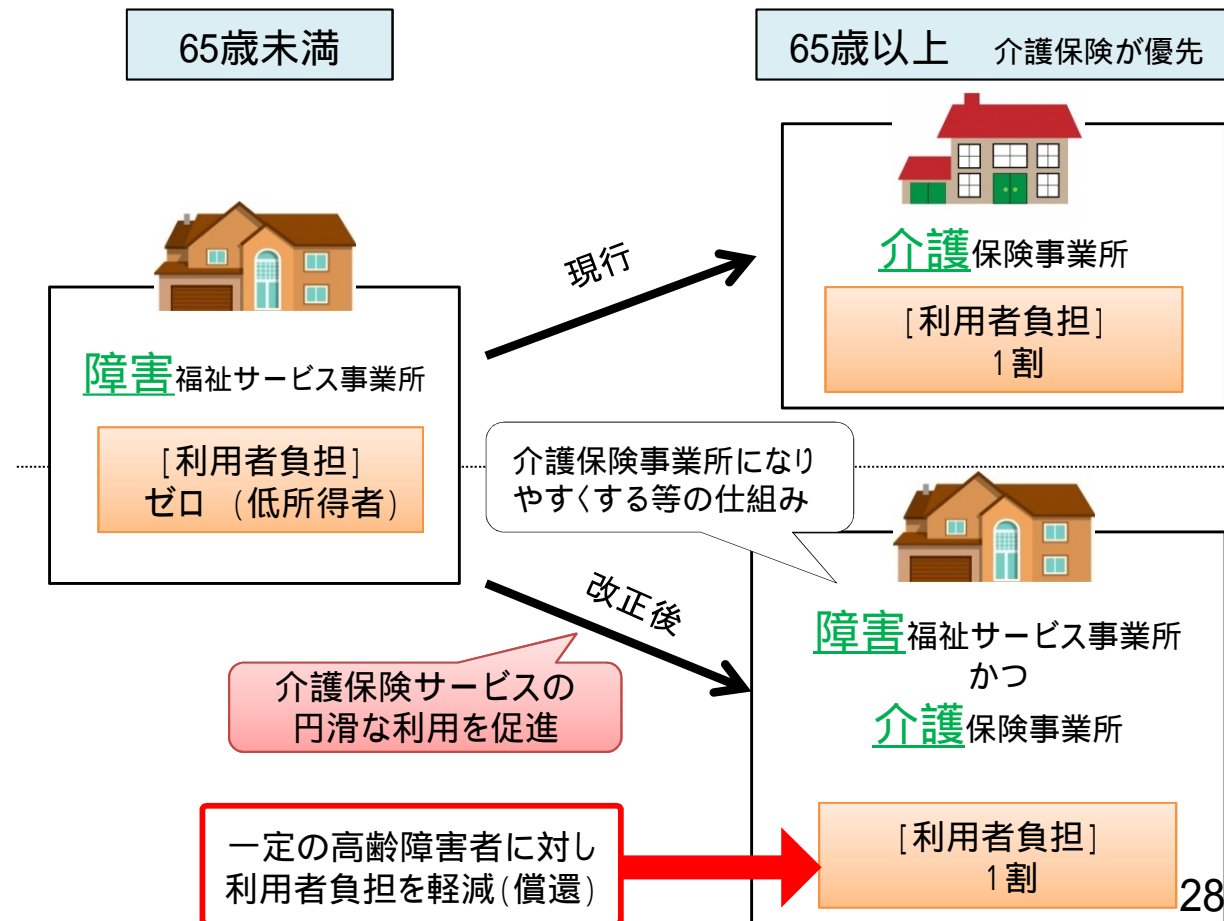
一定の高齢障害者に対し、一般高齢者との公平性を踏まえ、介護保険サービスの利用者負担を軽減(償還)できる仕組みを設ける。

【対象者】

- ・ 65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを受けていた障害者
- ・ 障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合
- ・ 一定程度以上の障害支援区分
- ・ 低所得者

(具体的な要件は、今後政令で定める。)

この他、障害福祉サービス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行い、介護保険サービスの円滑な利用を促進する。



障害者の高齢化について

障害者数全体は増加傾向にあり、また障害者の高齢化が進んでいる。

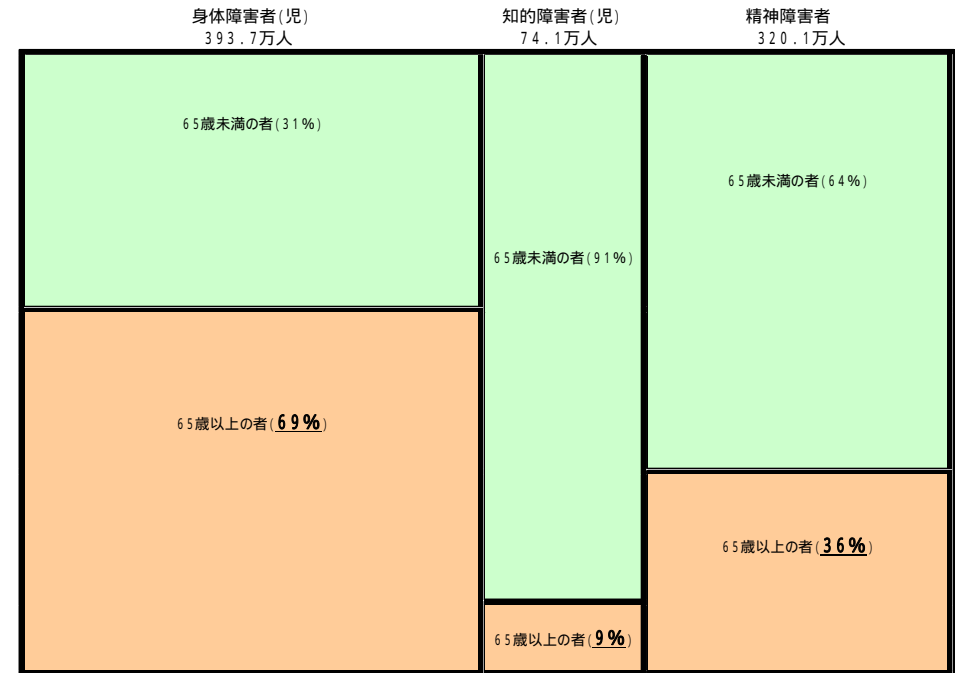
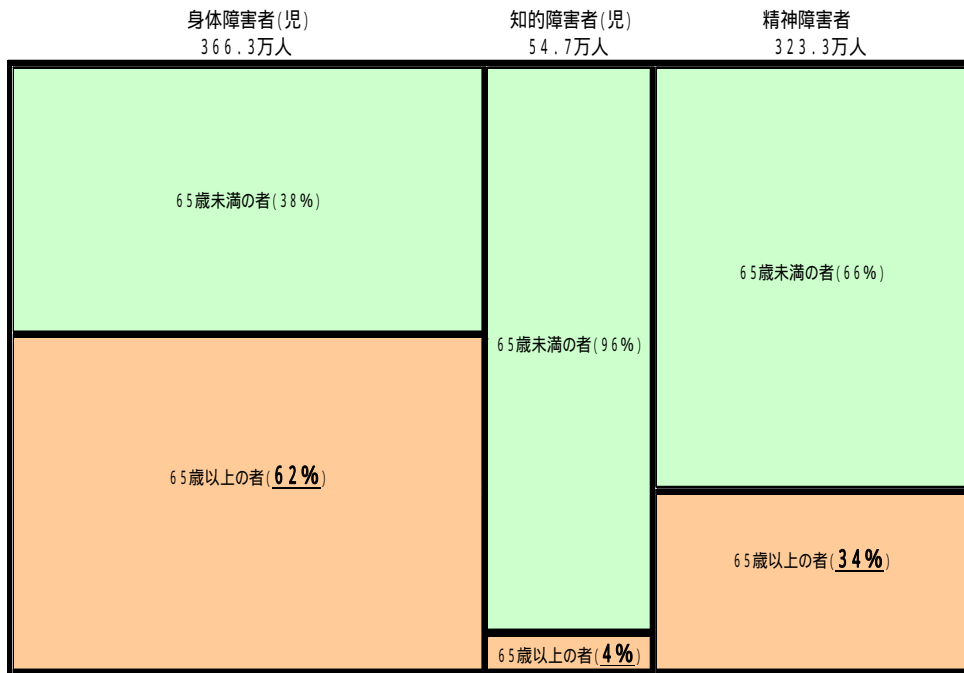
65歳以上の障害者の割合	46% → 50%	
うち身体障害者の割合	62% → 69%	(平成18年 → 平成21年(在宅)23年(施設))
うち知的障害者の割合	4% → 9%	(平成17年 → 平成23年)
うち精神障害者の割合	34% → 36%	(平成20年 → 平成23年)

障害者総数 744.2万人(人口の約5.8%)

うち65歳未満 54%
うち65歳以上 46%

障害者総数 787.9万人(人口の約6.2%)

うち65歳未満 50%
うち65歳以上 50%



身体障害者(児)数は平成18年の調査等、知的障害者(児)数は平成17年の調査等、精神障害者数は平成20年の調査等による推計。なお、身体障害者(児)には高齢者施設に入所している身体障害者は含まれていない。

身体障害者(児)数は平成23年(在宅)、平成21年(施設)の調査等、知的障害者(児)数は平成23年の調査、精神障害者数は平成23年の調査による推計。なお、身体障害者(児)には高齢者施設に入所している身体障害者は含まれていない。
平成23年の調査における身体障害者(児)数(在宅)及び知的障害者(児)数(在宅)は岩手県、宮城県、福島県、仙台市、盛岡市、郡山市、いわき市及び大阪市を除いた数値である。知的障害者(児)数(施設)は、宮城県、福島県の一部市町村を除いた数値である。
平成23年の調査における精神障害者数は宮城県の石巻医療圏及び気仙沼医療圏並びに福島県を除いた数値である。