

福岡県医発第1290号(保)

平成16年10月22日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 竹 嶋 康 弘



「全国介護保険担当課長会議資料」の送付について

厚生労働省が平成16年10月12日(火)に開催した標記会議の資料が、
日本医師会より別紙のとおり届きましたのでお送りいたします。

つきましては、会員各位への周知方よろしくお願いいたします。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



(介36)

平成16年10月14日

都道府県医師会
介護保険担当理事 殿

日本医師会 介護保険担当理事
野 中 博

「全国介護保険担当課長会議資料」の送付について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は介護保険制度運営に関し、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、厚生労働省により10月12日（火）に開催された「全国介護保険担当課長会議」の資料を下記のとおり送付いたしますので、ご査収願います。

本資料は、介護保険制度改正関係の主要事項に関する検討状況等として、新たなサービス体系の確立、第3期介護保険事業（支援）計画等、第1号保険料の見直し、住所地特例の見直し、被保険者・受給者の範囲について解説したものです。

つきましては、貴会傘下の郡市区医師会への情報提供をよろしくお願い申し上げます。

敬具

記

・ 全国介護保険担当課長会議資料（平 16.10.12 厚生労働省老健局） 一部

以上

全国介護保険担当課長会議資料

平成16年10月12日（火）

厚生労働省老健局

この資料中、介護保険制度改正に係る部分については、関係者の準備に資するため、現段階で考えられる事項を整理したものを含んでおり、今後、変更がありうる。

全国介護保険担当課長会議資料目次

I 介護保険制度改正関係

主要事項に関する検討状況等

1. 新たなサービス体系の確立

(1) 介護を受けながら住み続ける住まいのあり方について・・・ 1

(2) 特別養護老人ホームの地域展開（特区提案への対応）について
・・・ 19

2. 第3期介護保険事業（支援）計画等について・・・ 25

3. 第1号保険料の見直しについて・・・ 43

4. 住所地特例の見直しについて・・・ 59

5. 被保険者・受給者の範囲について・・・ 67

II 連絡事項

(総務課関連事項)

・「全国介護保険広域化推進会議 in おきなわ」シンポジウムについて
・・・ 87

(介護保険課関連事項)

・「介護保険サミット」について・・・ 88

(計画課関連事項)

・養護老人ホーム及び軽費老人ホームの将来像に関する研究会について
・・・ 99

(老人保健課関連事項)

・「老健事業の見直しに関する検討会」について・・・ 91

・老人保健事業の見直しに関する検討会 中間報告書骨子（案）・・・ 95

I 介護保険制度改正関係

1. 新たなサービス体系の確立

(1) 介護を受けながら住み続ける住まいの あり方について

1. 新たなサービス体系の確立

(1) 介護を受けながら住み続ける住まいのあり方について

「介護を受けながら住み続ける住まい」のあり方に関する研究会について

1 研究の目的

「2015年の高齢者介護」（平成15年6月）において提起された、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の課題の一つである「自宅、施設以外の多様な「住まい方」について、その具体的なあり方、現行制度の問題点、あるべき改革の方向性等について、学識経験者、地方自治体、有料老人ホームをはじめとする高齢者の住まいの関係者等からなる研究会を設置し、検討を行う。

2 研究実施主体

財団法人 高齢者住宅財団

3 委員名簿（順不同／敬称略）

委員長	堀田力	さわやか福祉財団理事長
	木間昭子	国民生活センター相談調査部調査室主席研究員
	園田真理子	明治大学理工学部建築学科助教授
	高橋紘士	立教大学コミュニティ福祉学部教授
	武田雅弘	特定施設事業者連絡協議会事務局次長
	田村明孝	(株)タムアップランニングアンドオペレーティング 代表取締役
	新美まり	品川区福祉高齢事業部長
	丸山英氣	中央大学法科大学院教授
	宮澤一裕	(社)全国有料老人ホーム協会理事長
	森田文明	神戸市保健福祉局高齢福祉部高齢福祉課長

4 開催経緯

第1回 6月10日(木) 地方公共団体における高齢者の住まいに関する取り組みについて

第2回 6月28日(月) 介護が付いている住まいに関する民間事業者の動向

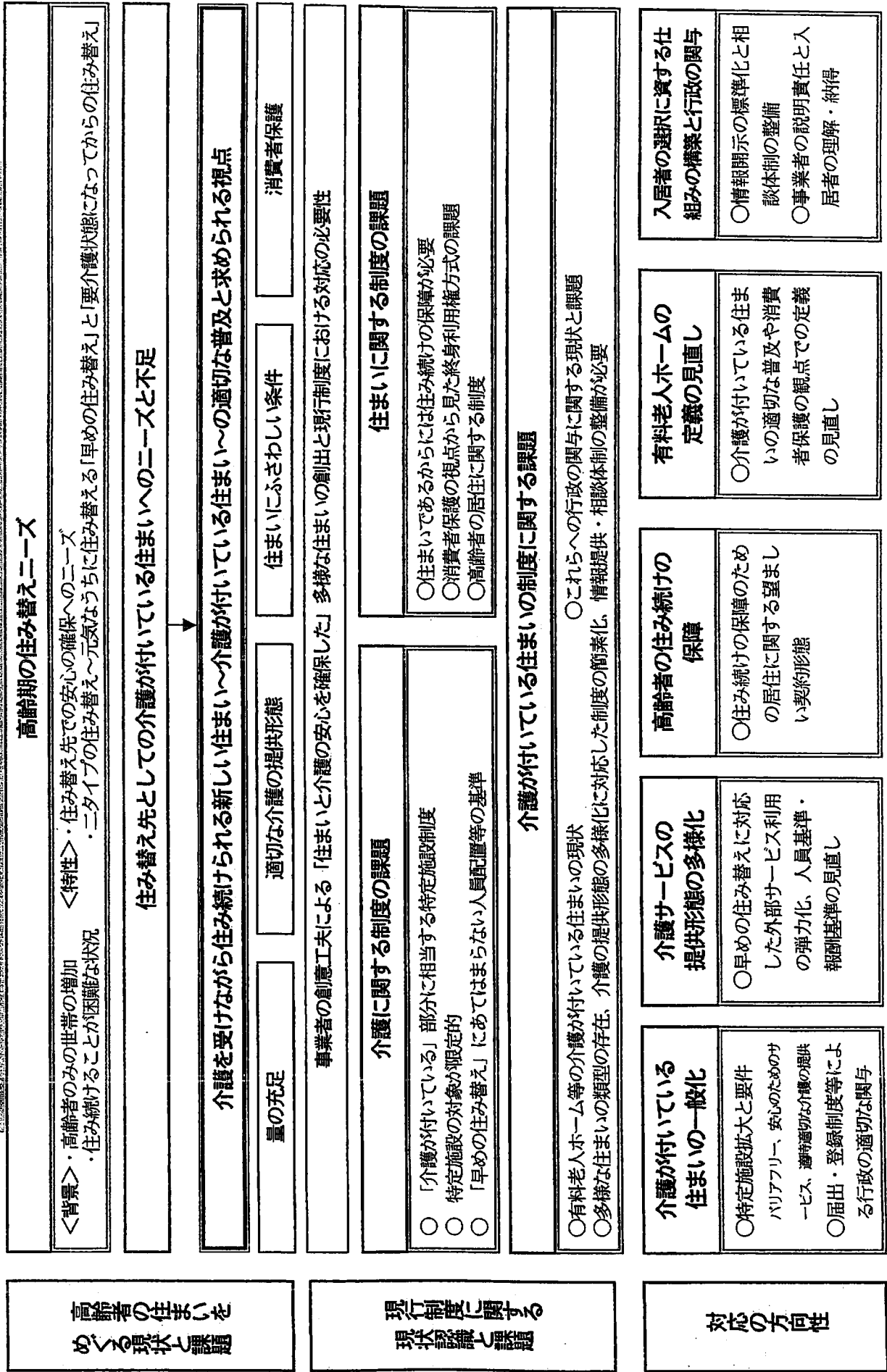
第3回 7月21日(水) 介護が付いている住まいについて～事業者の視点から～

第4回 8月6日(金) 介護が付いている住まいに関する課題～消費者の視点から～
高齢者の居住の安定について～居住に関する権利の観点から～

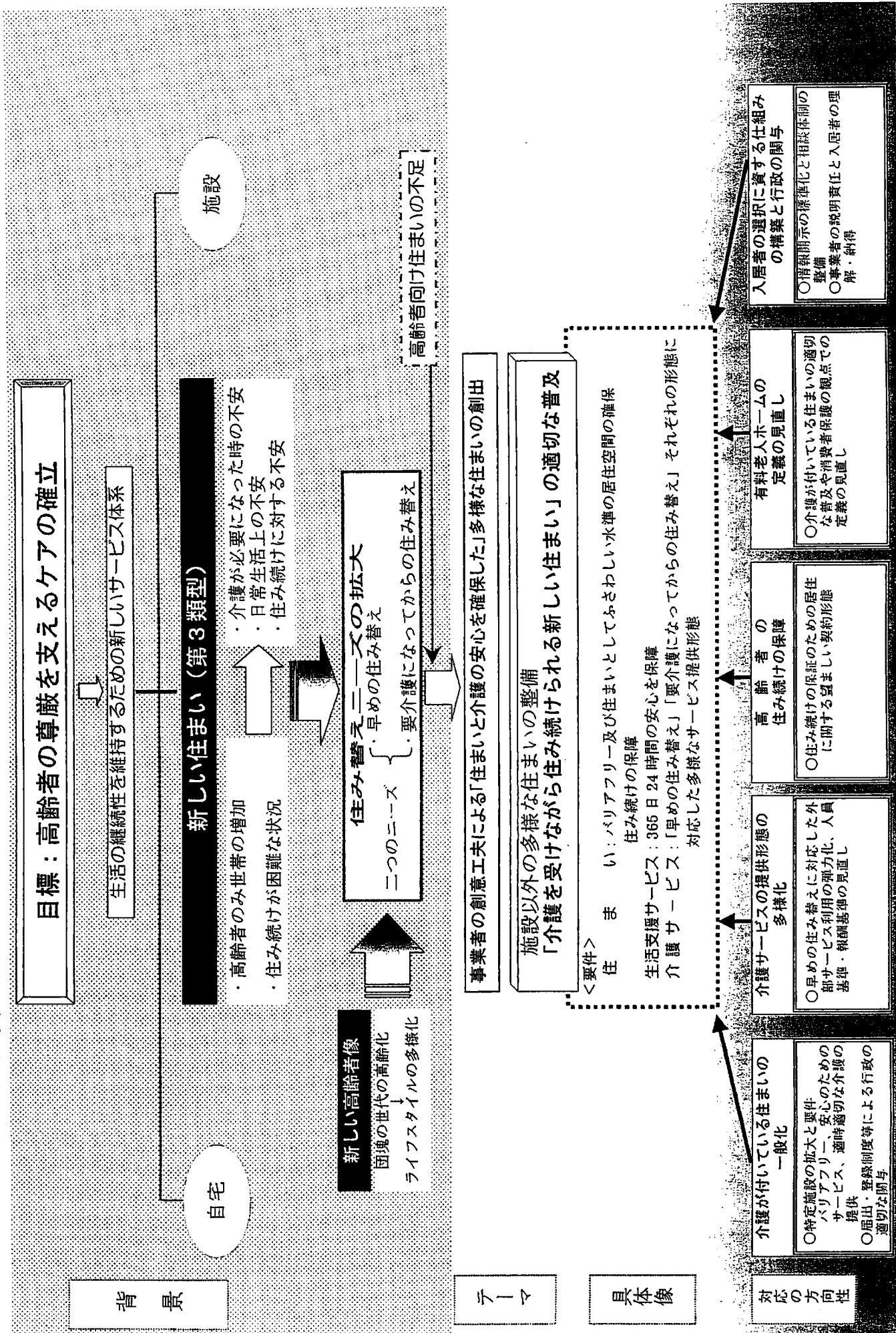
第5回 8月30日(月) 中間とりまとめの方向について

第6回 9月13日(月) 中間とりまとめについて

介護を受けながら住み続ける住まいのあり方について 報告書構成図



「介護を受けながら住み続ける住まい」のあり方のイメージ



「介護を受けながら住み続ける住まい」のあり方について

～介護が付いている住まいに対するニーズに応えるために～

(中間報告書概要)

I. はじめに

高齢期の住み替えニーズと対応の必要性

高齢期の住み替えニーズの増大が見込まれている。

「2015年の高齢者介護」においては、高齢期の住み替え先として安心して住める「住まい」を用意し、そこでいざというときに適時適切に介護サービスが提供されることが重要と指摘。

研究会における検討

本研究会では、住み替え先としての住まいや介護の提供方法のあり方について、現行制度の問題点、あるべき改革の方向性等について検討した。

高齢期の住み替え先については、多様な選択肢があることが望まれる。どのような住み方を望むかという高齢者本人の選択を尊重し、本人が望む生活の継続性が実現できるような制度の充実が重要である。

II. 高齢者の住まいをめぐる現状と課題

高齢期の住み替えニーズ

これから2015年にかけての10年は、我が国の高齢化の最後の急な上り坂である。高齢者のみ世帯の急増は、特に大都市近郊で著しく、これまでとは異なる多様なライフスタイルを有する高齢者の増大を意味する。

バリアフリー住宅の全住宅に占める割合は低く、住み続けることが困難な状況がある。

今後は、賃貸住宅に住み続け、ライフステージの変化に応じて住み替えたり、子育て後持ち家を売却等して住み替える者が増加すると思われる。

高齢期における住み替えは、次の二つに大別される。

- ①早めの住み替え：いわゆる「施設」ではなく「住宅」における生活スタイルを志向しながらも、要介護状態になった時の安心の確保を期待して行われるもの
- ②要介護状態になってからの住み替え：移り住んだ先で、365日24時間の安心と、適切な介護サービスを受けながら住み続けることを期待して行われるもの

双方に共通して求められるのは、「安心の保障」と「居住の保障」である。

まず一定の面積や設備を備えた「住まい」があり、そこに生活支援サービスや介護サービスが付くという発想で作られるものへの期待が高い。

住み替え先としての介護が付いている住まいへのニーズと不足

施設志向は少なからず存在するが、その理由は家族への配慮や介護不安等であり、施設入所は高齢者本人が希望してのものではないケースが多い。

介護保険制度施行以降、介護付有料老人ホームや痴呆性高齢者グループホームが急激に増加し、介護が付いている住まいへのニーズは強い。

我が国の高齢者向けの住まいの供給量は、諸外国に比べて極めて低い。

ケア付き住宅等として、不動産業界のみならず、様々な業種の事業者が、生活支援・介護サービス事業者との連携等により参入を図ってきている。

介護を受けながら住み続けられる新しい住まいの適切な普及と求められる視点

高齢者が集まって暮らし、バリアフリー、緊急通報装置等のハードウェアの機能と、安否確認等の安心のための生活支援サービスや、必要になれば介護が適時適切に提供されるソフトウェアの機能を備える「介護が付いている住まい」の普及が極めて重要。

量的な充足とともに、適切な介護の提供形態、住まいにふさわしい条件整備、消費者保護という視点での制度の検討が求められる。

Ⅲ. 現行制度に関する現状認識と課題

「介護」に関する制度の現状と課題

現行の介護保険制度の中で、「介護が付いている住まい」に相当するのは、特定施設と痴呆性高齢者グループホームである。

特定施設の対象は、現行制度では、有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）に限定されている。

特定施設入所者生活介護の介護サービスの提供形態・提供体制の基準や報酬体系については、特別養護老人ホームと近似している。介護保険制度施行後、「要介護専用型」ホームの割合が増加しているのは、特定施設制度の基準や報酬体系が「要介護状態になってからの住み替え」を想定した構造であることと関連していると考えられる。

早めの住み替えの場合は、入居開始当初は自立し、要介護者が散発的に発生する等のため、現行の特定施設制度をそのまま適用すると介護サービス提供に無理が生じるという指摘がある。

「住まい」に関する制度の現状と課題

高齢期の住み替え先での住み続けの保障は、重要な課題。

高優賃等の賃貸住宅は、一般的に「建物賃貸借契約」が締結され、借地借家法の適用により、倒産等の不測の事態が起きた場合でも、住み続けの権利を主張することが可能。

有料老人ホームの多くが採用している終身利用権方式は、民法上、無名契約または混合契約とされていて、住み続けの保障が不安定であり、一時金の充当先が不明確である場合が多いなどの問題点がある。

高齢者居住法に基づく終身建物賃貸借制度は、賃借人の死亡時に契約が終了し相続が発生せず、あわせて家賃を前払いで受け取る場合の保全措置が講じられるなど、入居者、事業者双方にとりメリットがある。

介護が付いている住まいの制度に関する制度の現状と課題

介護が付いている住まいである有料老人ホームは、入居者保護の観点から、都道府県への事前届出制の下で行政指導、改善命令等の措置が講じられる。

特定施設の指定を受けていない有料老人ホームや無届の施設、定義に当てはまらない高齢者向けの住まいの中にも、劣悪な環境下で質の低い介護サービスを提供する等の悪質な事業者が存在するという指摘がある。

有料老人ホームについては、届出をしなければ行政が関与できないというのが実態で、入居者保護や質の保障の観点からの対応が必要。

介護保険財政上の理由で有料老人ホームの開設を拒む一部の市町村の動きは、届出制度の趣旨から外れ、制度運用の透明性に欠けるという意見がある。

多様な住まいの類型が存在することは、選択肢が多様にある一方で、複雑で分かりにくいという見方もある。制度を簡素化するとともに、情報開示のルール化や、高齢者等の相談に応じる体制の整備が求められる。

IV. 対応の方向性

介護が付いている住まいの一般化

「介護が付いている住まい」の適切な普及を図るため、特定施設の対象を、高齢者向け優良賃貸住宅等の一定の要件を満たした「住まい」にまで拡大。

要件としては、バリアフリー等のハードの要件に加え、自立時には安心のためのサービスが提供され、将来要介護状態になった時には適時適切に介護サービスが提供されるなど、介護サービスの提供が何らかの形で保障されることが挙げられる。

住まいを特定施設の対象とする一方、情報開示、登録・届出制度等、行政が適切に関与することが必要。

介護が付いている住まいに対する介護サービスの提供形態の多様化

特定施設制度について、現行のルールに加え、早めの住み替えにも適切に対応した人員配置、報酬体系のルールを検討することが必要。

事業者自らによる介護サービス提供以外にも、一部又は全部のサービスについて、外部サービスと連携した介護サービスの提供形態を可能とし、人員配置等の基準の弾力化、積み上げ型の要介護度別定額制といった報酬体系の導入を検討する。

また、要介護状態になってからの住み替えの場合も、訪問看護等の医療系サービスの外部サービス利用を可能とすることも考えられる。

高齢者の住み続けの保障

高齢者の住み続けの保障という観点から、介護が付いている住まいへの終身建物賃貸借制度の適用について、普及策の検討が期待される。

有料老人ホームにおける一時金については、充当先を明確にし、内訳や償却のルール、返還金の支払いを担保するための措置の有無に関して情報の開示を徹底する。

前払い家賃に対する保全、一定期間の試し入居といった措置の有料老人ホームへの適用の手法や、一時金の償却のルールについても検討することが求められる。

有料老人ホームの定義の見直し

入居人数により入居者保護の必要性に相違はないこと、食事の提供方法が多様化してきていること、制度の隙間をつく悪質な事業者が存在することから、「介護が付いている住まい」の適切な普及を目的とした有料老人ホームの定義及び規制の見直しを行うことが考えられる。

有料老人ホームの届出の徹底や無届の事業者に対して必要な措置を講ずることや、透明性の高い届出制度の運用について検討することが必要。有料老人ホームの量的なコントロールは、介護保険事業計画に基づいた適切な形での誘導が求められる。

入居者の選択に資する仕組みの構築と行政の関与

利用者の自己決定による適切な選択に資する情報開示と、住み替えに関して適切なアドバイスを行う相談体制の整備が必要。

行政は、「住まい」や「介護」の市場の基本ルールを確立する役割があり、介護については、事後規制ルールの確立や苦情処理体制の充実等を図ることが求められている。

痴呆等の理由により、自己判断が困難なケースに対応するため、成年後見制度や権利擁護制度の更なる普及が望まれる。

事業者は適正な表示と各サービスの提供主体・責任主体の明確化を行い、住まいの選択に必要な情報を徹底的に公開・説明する。利用者はその内容を十分に理解・納得した上で、選択・入居することが必要。

V. おわりに

「介護を受けながら住み続けられる住まい」の具体像

「高齢者の尊厳を支えるケアの確立」を実現するための一つの方法として、「新しい住まい」の適切な普及がテーマとされた。

これらは、一定の水準を満たした住まいで、安心のサービスや介護が必要になった場合のサービスの保障が得られ、そこで生涯暮らすことができる「介護を受けながら住み続けられる新しい住まい」であることが求められる。

この具体像としては、次の要件を満たす。

住 ま い：バリアフリー、住まいとしてふさわしい水準の居住空間の確保、住み続けの保障

生活支援サービス：365日24時間の安心の保障

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

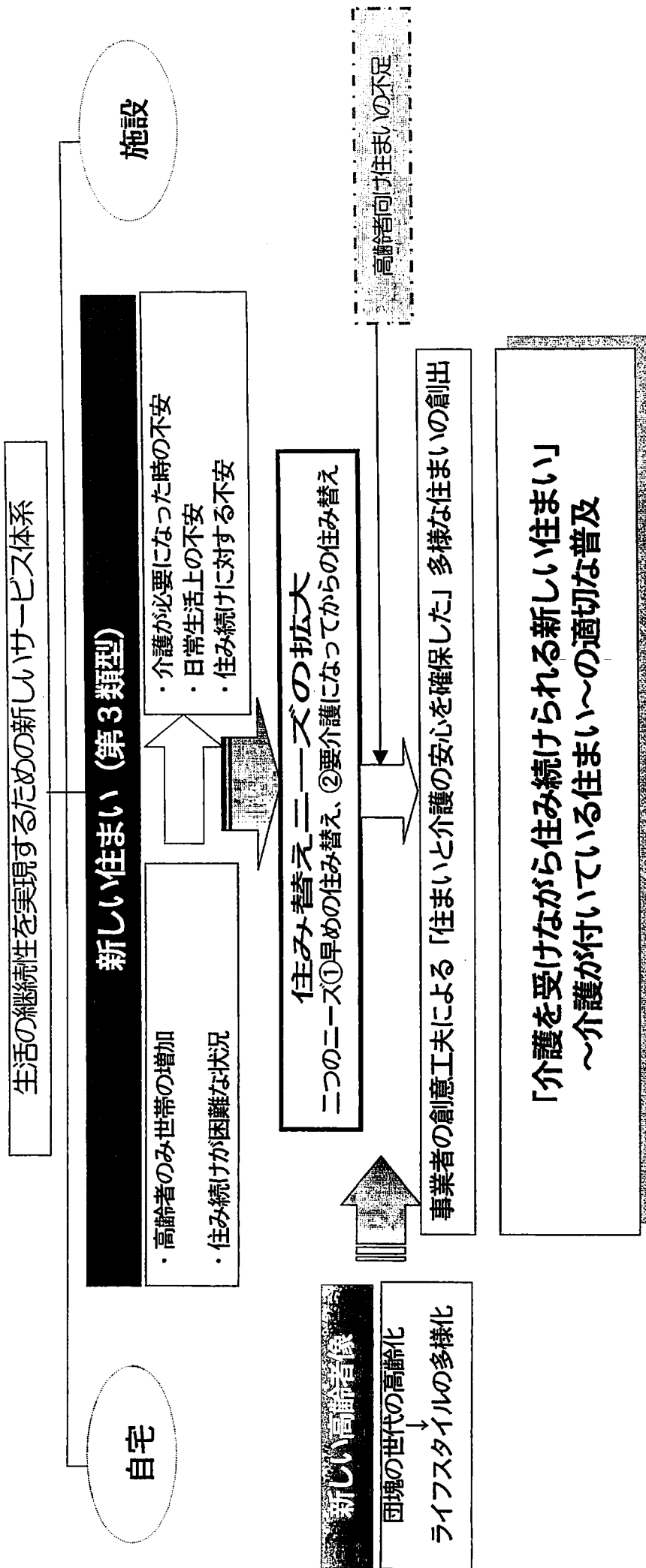
「介護を受けながら住み続けられる住まい」の実現のために

目指すものは、「居住と介護の安心」の保障であり、適切な普及を実現するために行政制度として対応すべき方向性を示した。

事業者により多様な住まいの創出がなされ、利用者にとって適切な形で供給されるような取り組みが進められることを期待する。

住み替えニーズの拡大と新しい「住まい」の創出

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



介護が付いている住まいの一般化

- 特定施設の対象を、現行の有料老人ホームと軽費老人ホームに加え、高齢者向け優良賃貸住宅等の一定の要件を満たした「住まい」にまで拡大。
- このような「住まい」を特定施設の対象とする一方で、利用者保護の観点から、情報開示、登録・届出制度等により、行政が適切に関与することが必要。

現行の特定施設

有料老人ホーム
軽費老人ホーム
(ケアハウス)

特定施設の対象の拡大

＜次の要件を満たす住まいにまで対象を拡大＞

住 ま い：バリアフリー

住まいとしてふさわしい水準の居住空間の確保

住み続けの保障

生活支援サービス：365 日 24 時間の安心を保障

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

行政の適切な関与

◇情報開示のルール

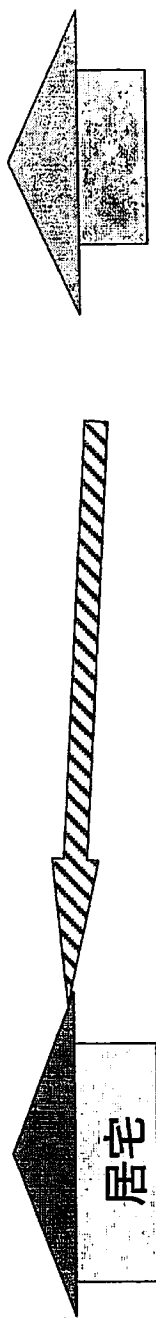
◇登録・届出制度等

介護が付いている住まいに対する介護サービス提供体制の多様化

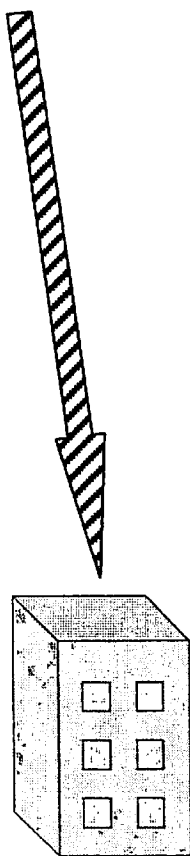
- 現行の特定施設の介護サービス提供形態・提供体制の基準や報酬体系は、特別養護老人ホームと近似しており、「要介護状態になってからの住み替え」を想定した構造であり、「早めの住み替え」のケースにあてはめにくいという指摘がある。
- このため、現行のルールに加え、早めの住み替えにも適切に対応した人員配置、報酬体系のルールを検討することが必要。

〈居住と介護サービスの関係〉

パターン1 (自宅)

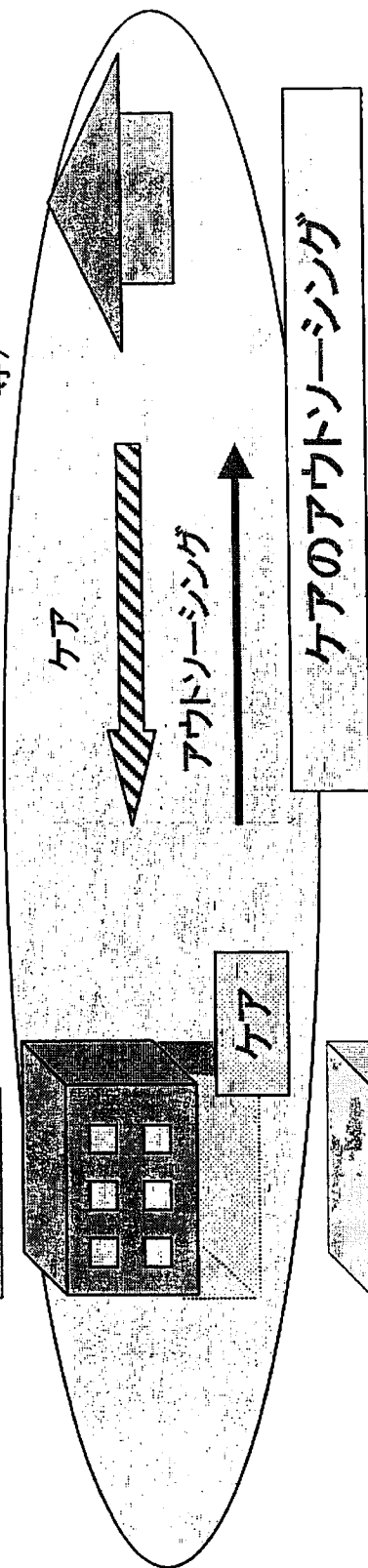


高齢者住宅
(自宅と同じ)



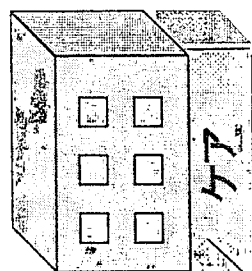
パターン2

特定施設の新しい
サービス提供形態



パターン3

現行の特定施設



ケアのアウトソーシング

高齢者住宅がケアを行う

高齢者の住み続けの保障

- 高齢期の住み替え先の保障は重要な課題であるが、有料老人ホームの多くで採用されている終身利用権方式は、事業者の倒産や事業譲渡の場合の、住み続けの保障に関して不安定とされており、一時金の充当先が不明確である場合が多いなどの問題が指摘されている。
- 高齢者居住法に基づく終身建物賃貸借制度は、高齢者等に対して終身にわたって住宅を賃貸する事業について、一年間の試し入居や家賃を前払いで受け取る場合の保全といった措置が用意されている。
- 介護が付いている住まいについて、終身建物賃貸借制度の適用について、普及策の検討が期待される。

終身利用権

- ＜終身利用権とは＞
- 入居の際に一時金を徴収し、終身にわたり居室及び共用施設の利用の権利と様々な生活支援サービスの提供を事業者が保障する有料老人ホームの実態にあわせて生み出された権利
- ＜終身利用権の課題＞
- 事業者が倒産した場合等、新しい事業者に対して住み続けの権利を主張することが困難とされている等、住み続けの保障に関して不安定。
 - 一時金の充当先（家賃相当額なのか、サービスに相当する額なのか）が不明確であることや、中途退去時等の返還債権についての保全措置が講じられているケースは少ない。

終身建物賃貸借制度

- ＜終身建物賃貸借制度とは＞
- 高齢者居住法に基づき、高齢者等に対して終身にわたって住宅を賃貸する事業で都道府県が認可したものについて適用される
- ＜制度の特徴＞
- 賃借人の死亡時に契約が終了し、相続が発生しない
 - 入居者の希望で一年間の試し入居が可能
 - 家賃を前払いで受け取る場合の返還債権の保全措置
- 入居者、事業者双方にとってメリットがある

介護が付いている住まいと

終身建物賃貸借制度

- ◇ 住むことに関する契約形態として望ましい
- ◇ 介護居室への住み替え等のケースでの対応方法の明確化等、普及策の検討

入居一時金の問題

- ◇ 充当先等の情報開示の徹底
- ◇ 保全措置等の有料老人ホームへの適用手法の検討

有料老人ホームの定義の見直し

- 介護が付いている住まいの一つである有料老人ホームについては、老人福祉法に基づき、都道府県への事前届出制の下での行政指導を行う制度。
- 介護が付いている住まいの適切な普及を目的とした定義及び規制の見直しを行うことが考えられる。

<現行の定義>

- 常時 10 人以上の老人を入所させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設であって、老人福祉施設でないもの。

<現行の規制>

- 都道府県への事前届出が義務。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。

<現状と課題>

- 入居者の保護の必要性に人数による相違はない
- 外食・配食産業の進展により、食事の提供の外部化が相当程度可能
- 届出しなかったり、あえて定義にあてはまらないよう食事を提供しない等の事業者が存在。都道府県への届出がなければ対象を把握することが困難で、その後のプロセスに進むことができない

対応の方向性

- ◇ 「介護が付いている住まい」の適切な普及を目的とした定義及び規制の見直し
- ◇ 無届の事業者に対する届出の徹底
- ◇ 無届の事業者に対する必要な措置

入居者の選択に資する仕組みの構築と行政の関与

- 高齢期の住み替え先の選定にあたっては、利用者の自己決定による適切な選択が行われる条件の整備が重要。
- 行政の関与については、利用者本位で選択が行われることが基本であることを前提とし、市場の基本ルールを確立することが必要。さらに、消費者保護や高齢者の尊厳の観点からの取組を進めることが重要。

事業者

- 事業者は、住まいや生活支援・介護サービス等に関する適正な表示を行う
- 各サービスの提供主体・責任主体が誰であるか、費用の内容を含め、住まいの選択に必要な情報を徹底的に公開・説明

利用者

- 介護が付いている住まいについても利用者本位で選択
- 事業者から公開・説明された情報の内容を十分に理解・納得した上で選択・入居

行政

- 特定施設入所者生活介護事業所に関する情報開示の項目・内容の標準化
- 高齢者の住まいに関する相談体制の整備
- 介護保険制度によるサービスの質の確保の観点からの事後規制ルールの確立等
- 成年後見制度や権利擁護制度のさらなる普及

ケア付き高齢者住宅の整備状況

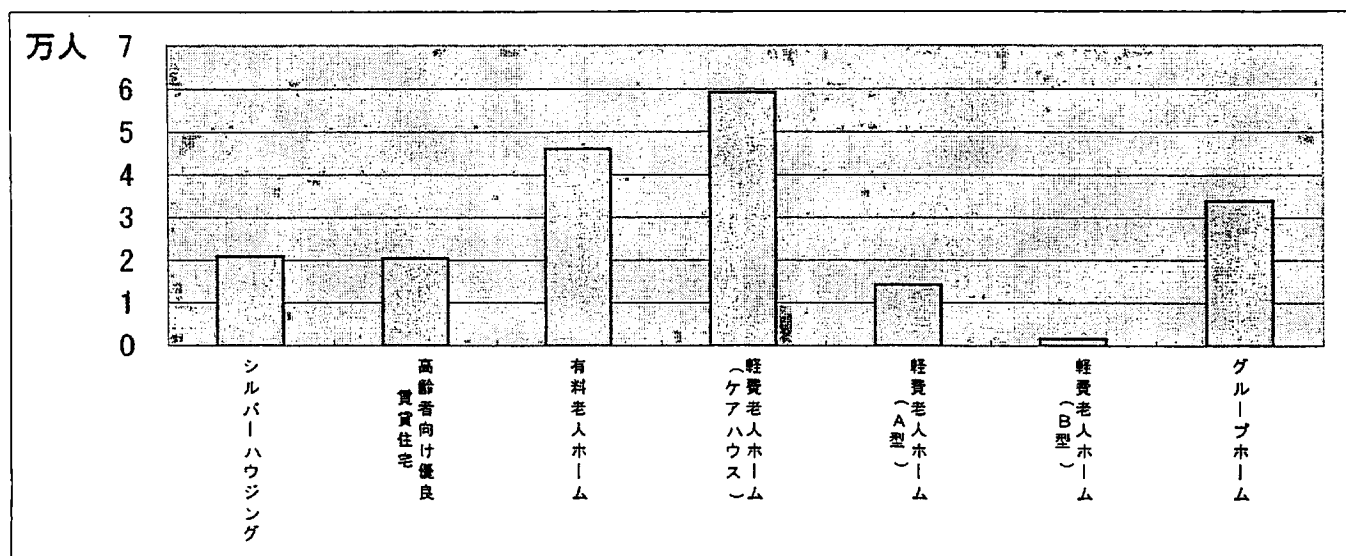
○平成14年度末現在における高齢者住宅の供給量は未だ約20万人分であり、65歳以上人口の0.8%に留まっており、諸外国と比べると低い水準にある。

各国の高齢者の居住状況(65歳以上人口に対する定員の比率)

国名	(年度)	介護施設	ケア付き高齢者住宅
英国	1984	(老人ホーム)3.0%	(リタイアメント・ハウジング)5.0%
スウェーデン	1990	(老人ホーム)3.0%	(サービス・ハウス)5.6%
デンマーク	1989	(老人ホーム(プライエム))5.0%	(サービス付き高齢者住宅・高齢者住宅)3.7%
米国	1992	(ナーシング・ホーム)5.0%	(リタイアメント・ハウジング)5.0%
日本	2002	(介護保険3施設)3.2%	0.8%

出典:「世界の高齢者住宅」園田眞理子氏(日本建築センター)より厚生労働省老健局振興課作成

日本における高齢者向けの住まいの定員数



○上記の住まいの定員数計 196,567人 / 65歳以上人口23,581千人(平成14年)

※シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅は、一戸あたり1.2人として試算
(戸数は国土交通省調べ:平成14年度末現在)

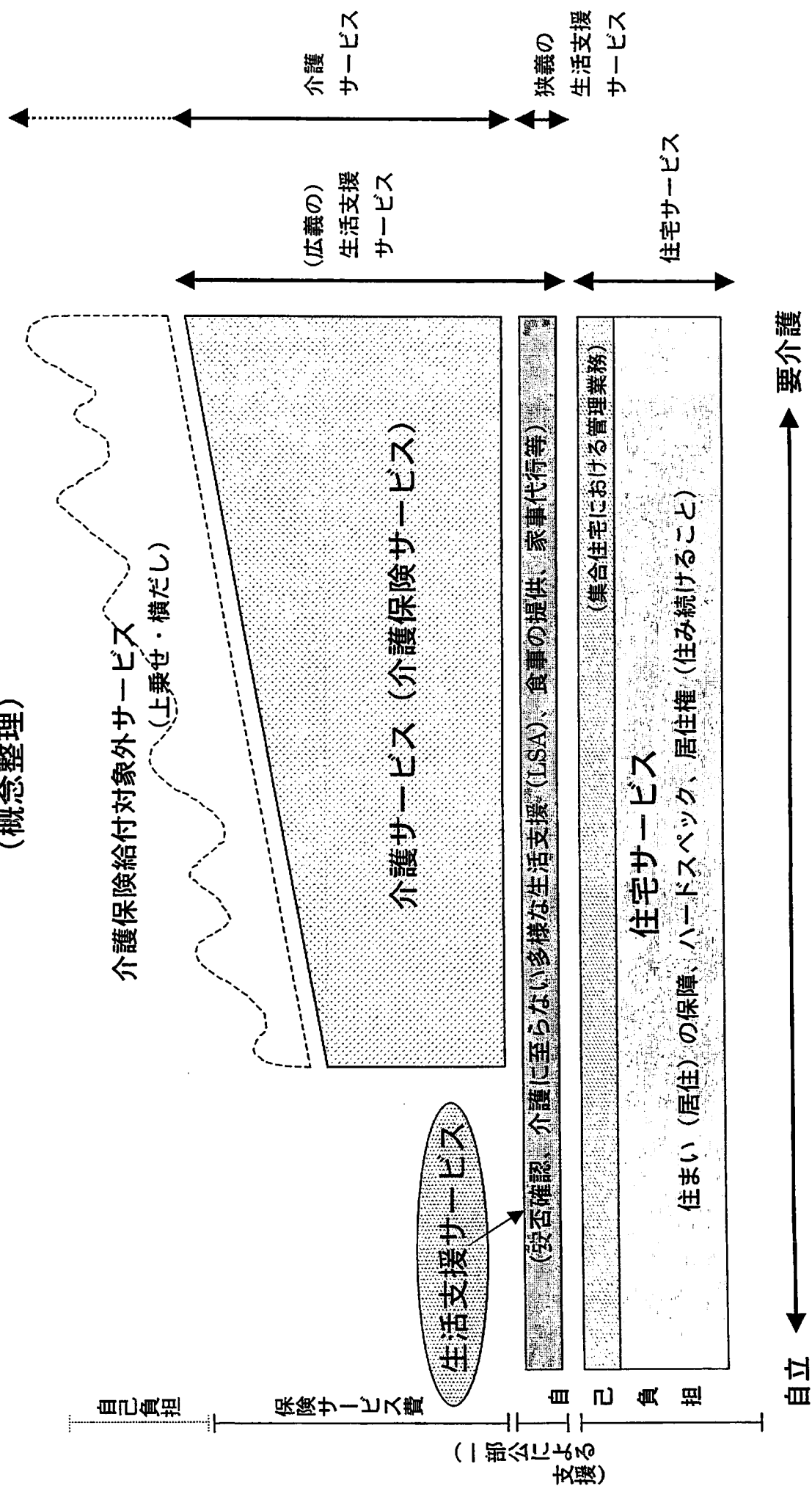
※有料老人ホームについては、厚生労働省振興課調べ(平成14年7月現在)

※軽費老人ホーム(ケアハウス・A型・B型)については、社会福祉行政業務報告による(平成14年度末現在)

※グループホームについては、平成14年厚生労働省老健局計画課調べを基に、1箇所あたり12人として試算
(箇所数はWAM NETによる:平成14年度末現在)

介護を受けながら住み続けることのできる住まいの機能について

(概念整理)



1. 新たなサービス体系の確立

(2) 特別養護老人ホームの地域展開 (特区提案への対応) について

1. 新たなサービス体系の確立

(2) 特別養護老人ホームの地域展開（特区提案への対応）について

(1) 特別養護老人ホームの地域展開に関する特区提案

本年6月に行われた構造改革特区の第5次募集に対し、東京都稲城市、新潟県長岡市その他の全国5自治体より、既存の特別養護老人ホームの定員の一部を「サテライト」として地域に展開するため、一定の規制緩和を行うべきとの提案が提出されたところ。

(2) 当該特区提案に関する考え方

社会保障審議会介護保険部会の報告においては、

「施設が有している様々な機能を地域に展開することも検討していく必要がある。

例えば、既存の特別養護老人ホームが、その一部を小規模な居住拠点として地域に展開してサテライトとして運営すること（中略）が考えられる。こうした地域展開を進めていくため、基準・報酬の見直しについても検討していく必要がある。」

とされている。

こうした指摘も踏まえ、今回の提案については、

- ① 小規模な施設として地域に展開するという意味で、住み慣れた地域で生活を継続するという今回の介護保険制度の見直しの考え方に合致すること、
- ② 定員の一部を外に出した母体の特別養護老人ホームには余裕が生じ、個室・ユニットケア型への改修が容易になること

から、積極的に推進することとしており、設備・人員基準等について次のような規制緩和を行う方向で検討を進めているので、お示しする。

(3) サテライト型居住施設に関する規制緩和案

① サテライト型居住施設の定義

「サテライト型居住施設」とは、既存の特別養護老人ホーム（以下「母体施設」という。）の定員の一部を地域に展開する目的をもって、母体施設との密接な連携を確保しつつ、母体施設とは別の場所で運営する個室・ユニットケア型の居住施設をいう。

（注）特養を含めた介護保険施設のサテライトとしての展開は、今回の「サテライト型居住施設」に限られるものではなく、引き続き検討していくこととしている。

② サテライト型居住施設の位置付け（法的整理）

- 1) サテライト型居住施設は、老人福祉法及び介護保険法上は、母体施設とは独立した1の特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）であり、独立した1の設置の認可（届出）又は指定の対象となる。
- 2) サテライト型居住施設の基準については、小規模生活単位型特別養護老人ホームの基準を基礎として、別紙に示す規制緩和を行うこととする。
- 3) サテライト型居住施設については、小規模生活単位型介護老人福祉施設の介護報酬を算定することとする。

(4) 今後のスケジュール

平成16年 12月	構造改革特区第5次提案に係る基本方針を閣議決定
平成17年 1月	特区認定申請 → 全国の自治体からの申請可能
2月	特区認定書交付

(別紙) サテライト型居住施設に関する規制緩和

【設備・人員要件について】

		小規模生活単位型の特養	サテライト型居住施設
立地規制		立地規制なし (山の中でも可)	○母体施設との連携に支障がなく、かつ、家族や地域住民との交流の機会が確保される地域の中に設置されなければならない
規 模	定員規制	最低定員20人	○最大でも2ユニット(数人規模でも可) ○居宅サービス事業所を併設する場合、当該事業所の利用定員の合計は最大20名程度
お母 ける 施設 調理	調理室	必置	○母体施設の設備の利用と運搬時の適切な衛生管理を条件に簡易な調理設備で足りることとする
	栄養士 調理員	必置	○母体施設の栄養士との連携を条件に、必置職員から除外
設 備 基 準	医務室	必置	○母体施設の設備の利用を条件に、入居者の健康管理を行うために必要な医薬品及び医療器具を備えること等で足りることとする
	廊下幅	中廊下1.8m 片廊下1.5m	○中廊下1.6m、片廊下1.2m(建築基準法による)
人 員 基 準	事務員等	必置	○母体施設の事務員等との連携を条件に、必置職員から除外
	介護職員	6(常勤要件なし)	○1(常勤)+5(常勤要件なし)
	看護職員	1(常勤)	○1(非常勤職員でも可)
	生活相談員	1(常勤)	○併設事業所等の生活相談員との兼務可能
	施設長 管理者	1(常勤)	○原則として母体施設の施設長又は管理者が兼務することとし、配置することは要しない。

【資産要件について】

サテライト型居住施設については、運営に必要となる建物について自己所有を行うことを要せず、貸与による運営を認める方向。

2. 第3期介護保険事業（支援）計画等について

2. 第3期介護保険事業（支援）計画等について

ア 介護保険事業計画におけるサービス量の見込み等の算出手順（参酌標準の基本的考え方）

今回示すものは、市町村の準備に資するため、現段階で考えられる事項について参酌標準に関する現時点での基本的考え方を整理したものであり、今後、地域密着型サービスなどについて検討していく中で、追加等がありうるものである。

1. 基本的な考え方

（1）第3期介護保険事業計画の位置付け

今回の介護保険制度見直しでは、2015年（平成27年）の高齢者介護の姿を念頭に置いている。

これを実現するためには、各地方自治体においても2015年の姿を描くことにより、長期的な視点に立ち、平成26年度（第5期介護保険事業計画の最終年度）の目標を立てたうえで、そこに至る中間段階の位置付けという性格を有するものとして第3期介護保険事業計画（以下、「第3期事業計画」という。）を作成する必要がある。

なお、現在の介護保険事業計画は、3年ごとに5年を1期として定めることとなっているが、保険料の財政均衡期間との整合性を考慮し、第3期事業計画以降は、3年を1期として定めるものとする。

1. 基本的な考え方

【今後の高齢者介護の基本的な方向性】

① 介護予防の推進

要介護状態になる前の段階から要支援や要介護1程度まで、継続的・効果的な介護予防サービス（地域支援事業（仮称）・新予防給付）を行い、生活機能の低下を予防

② 地域ケアの推進と施設サービスの見直し

- ・ 痴呆性高齢者が増大する中、住み慣れた地域での生活継続が重要
- ・ 施設の居住環境について個室・ユニットケアを進めるとともに、重度者への重点化を推進
- ・ 高齢者単身世帯の増加や都市の高齢化の進行に対応した、多様な「住まい」の普及の推進



- 2015年（平成27年）に向けてこの方向性を推進していくため、3期先の計画（～平成26年度）を見据えた目標を設定
- 各市町村は、この目標達成に向けた第3期介護保険事業計画（～平成20年度）を作成

2. 介護予防の推進

○地域支援事業（仮称）の実施

- 要支援・要介護状態に陥るおそれのある者（高齢者人口の5%程度）等を対象として地域支援事業（仮称）を実施

（※）地域支援事業（仮称）は、市町村の体制整備状況に応じて、平成18年度から順次開始

- 地域支援事業（仮称）を実施した高齢者のうちの20%について、要支援・要介護状態となることを防止

（※）地域支援事業（仮称）の実施が軌道に乗った平成20年度実施以降で20%

○新予防給付の実施

- 要支援・要介護1等の者を対象として、新予防給付を実施

- 新予防給付を受けた高齢者のうちの10%について、要介護2以上への移行を防止

（※）新予防給付の実施が軌道に乗った平成20年度実施以降で10%

【介護予防の実施による要介護者等のイメージ（全国推計）】（注）合計が含まない年度は、端数処理の関係

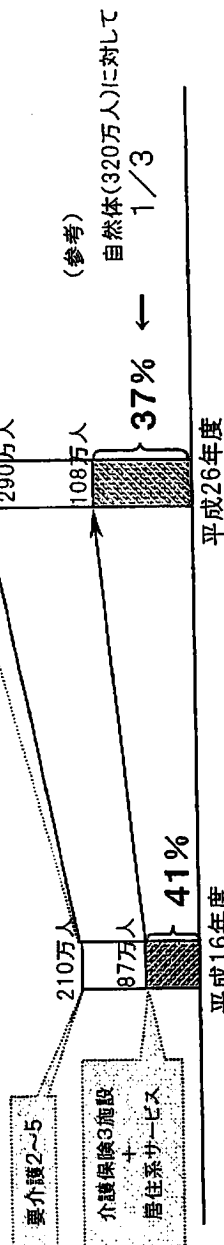
		平成16年度	平成20年度	平成23年度	平成26年度
要介護2～5	自然体	210万人	260万人	290万人	320万人
	予防効果	—	240万人	260万人	290万人（＝30万人）
要支援 要介護1	自然体	200万人	260万人	290万人	320万人
	予防効果	—	260万人	280万人	310万人（＝10万人）
地域支援事業 （仮称）の対象者	自然体	—	140万人	150万人	160万人
	予防効果	—	160万人	180万人	200万人（＝40万人）

○介護保険3施設及び介護専用の居住系サービスの適正な整備

(※)介護専用の居住系サービス: 痴呆性高齢者グループホーム・特定施設の一部(介護専用型の有料老人ホーム)を想定

平成16年度
要介護認定者数(要介護2～5)に対する施設・居住系サービス利用者の割合は41%

【これからの整備のイメージ(全国推計)】



平成26年度
37%以下
(平成16年度よりも1割引下げ)

○多様な「住まい」の普及の推進

- ・ 高齢者単身世帯の増加
- ・ 都市部の高齢化の急速な進行
- ・ 高齢期の住み替えに対するニーズ

多様な「住まい」の普及
→ 高齢者が安心して暮らせるよう、介護が付いている住まいを適切に普及

○介護保険3施設利用者の重度者への重点化

平成16年度
入所施設利用者全体に対する要介護4, 5の割合は59%

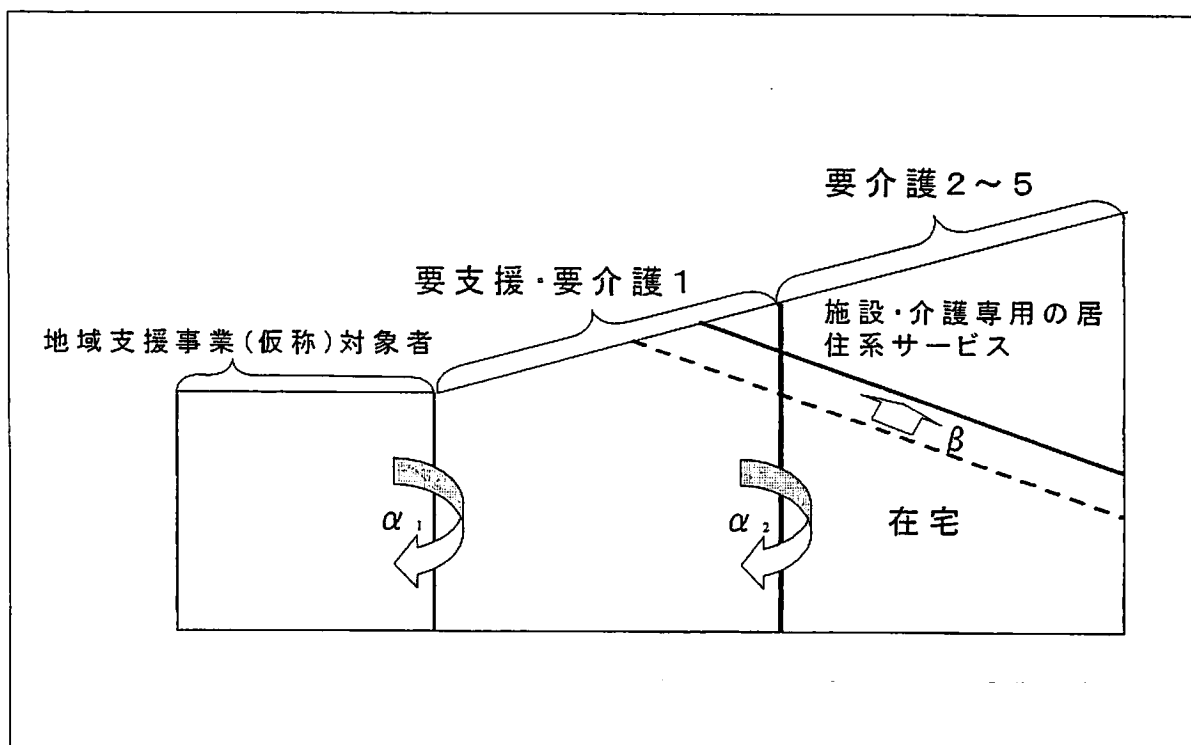
平成26年度
70%以上

○介護保険3施設の個室・ユニットケア化の推進

平成16年度
・ 3施設の個室割合は12%
・ 介護老人福祉施設(特養)の個室の割合は15%

平成26年度
・ 3施設の個室・ユニットケア割合 50%以上
・ 特養の個室・ユニットケア割合 70%以上

(参考) 平成26年度における目標



α_1 : 地域支援事業（仮称）実施（要支援・要介護防止効果）

α_2 : 新予防給付実施（要介護2以上への移行防止効果）

β : 施設・介護専用の居住系サービス入所割合の減少

2. 第3期事業計画におけるサービス見込量の設定

(1) 高齢者人口及び要介護度別・年齢階級別認定者数の将来推計の算出方法

- サービス見込量を設定するに当たっては、高齢者数及び要介護度別・年齢階級別認定者数の推計が必要不可欠である。第3期事業計画では、計画期間内の推計とともに、平成26年度における推計も必要になることから、その推計方法を参考として示す。
- 要介護認定者数を推計するに当たっては、まず高齢者人口及び要介護認定者数の自然体の将来推計を算出（以下の①）し、その数値に介護予防の実施を加味（以下の②）し、算出することとなる。

- なお、各地方自治体においては、今回示す方法を参考としつつも、各自治体の実情に応じた方法で推計されたい。

① 高齢者人口及び要介護認定者数の自然体の将来推計

ア 高齢者数の将来推計

高齢者人口については、平成26年度（第5期介護保険事業計画の最終年度）までの各年の将来人口を算出する必要がある。

そのため市町村においては、第2期介護保険事業計画作成に当たってお示した簡易計算ソフト（いわゆるワークシート）に含まれている、「市町村（保険者）人口推計ソフトウェア」を活用（※）、又は総合計画等により行っている人口推計を使用するなどして、適切な推計を行っていただきたい。

（※）「市町村（保険者）人口推計ソフトウェア」を活用することにより、推計された平成17年～22年の人口が直線で推移すると仮定し、そのまま平成26年まで推計することが可能であるが、推計の前提となっている基礎データ内容については、更新することも可能である。

<高齢者数の将来推計>

男	人 数
4 0 ～ 6 4 歳	①
6 5 ～ 6 9 歳	②
7 0 ～ 7 4 歳	③
7 5 ～ 7 9 歳	④
8 0 ～ 8 4 歳	⑤
8 5 歳 以 上	⑥
女	人 数
4 0 ～ 6 4 歳	⑦
6 5 ～ 6 9 歳	⑧
7 0 ～ 7 4 歳	⑨
7 5 ～ 7 9 歳	⑩
8 0 ～ 8 4 歳	⑪
8 5 歳 以 上	⑫

イ 要介護度別・性・年齢階級別認定率の推計

できるだけ最新の統計に基づいて、要介護度別・性・年齢階級別認定者数、及び、同時点における性・年齢階級別人口を整理し、要介護度別・性・年齢階級別認定者

数を同時点における性・年齢階級別人口で除して、要介護度別・性・年齢階級別認定率を作成する。

この要介護度別・性・年齢階級別認定率については、将来にわたり同じ率を用いることも可能であるが、最近の各市町村における動向を踏まえて、今後、認定率が上昇することを織り込むことも差し支えない。

<要介護度別・性・年齢階級別認定者等の実績データの整理>

男	人口	要介護認定者等（実績）						
	（実績）	計	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
40～64歳	A 人	a 人	a0 人	a1 人	a2 人	a3 人	a4 人	a5 人
65～69歳	B 人	b 人	b0 人	b1 人	b2 人	b3 人	b4 人	b5 人
70～74歳	C 人	c 人	c0 人	c1 人	c2 人	c3 人	c4 人	c5 人
75～79歳	・	・	・	・	・	・	・	・
80～84歳	・	・	・	・	・	・	・	・
85歳以上	・	・	・	・	・	・	・	・
女	人口	要介護認定者等（実績）						
	（実績）	計	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
40～64歳	D 人	d 人	d0 人	d1 人	d2 人	d3 人	d4 人	d5 人
65～69歳	E 人	e 人	e0 人	e1 人	e2 人	e3 人	e4 人	e5 人
70～74歳	F 人	f 人	f0 人	f1 人	f2 人	f3 人	f4 人	f5 人
75～79歳	・	・	・	・	・	・	・	・
80～84歳	・	・	・	・	・	・	・	・
85歳以上	・	・	・	・	・	・	・	・

<要介護度別・性・年齢階級別認定率の作成>

男	要介護度別・性・年齢階級別認定率						
	計	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
40～64歳	右の足しあげ	$\alpha 0 = a 0 \div A$	$\alpha 1 = a 1 \div A$	$\alpha 2 = a 2 \div A$	$\alpha 3 = a 3 \div A$	$\alpha 4 = a 4 \div A$	$\alpha 5 = a 5 \div A$
65～69歳	右の足しあげ	$\beta 0 = b 0 \div B$	$\beta 1 = b 1 \div B$	$\beta 2 = b 2 \div B$	$\beta 3 = b 3 \div B$	$\beta 4 = b 4 \div B$	$\beta 5 = b 5 \div B$
70～74歳	右の足しあげ	$\gamma 0 = c 0 \div C$	$\gamma 1 = c 1 \div C$	$\gamma 2 = c 2 \div C$	$\gamma 3 = c 3 \div C$	$\gamma 4 = c 4 \div C$	$\gamma 5 = c 5 \div C$
75～79歳	・	・	・	・	・	・	・

ウ 要介護度別・年齢階級別認定者数の自然体の将来推計

アで推計した性・年齢階級別人口に、イで計算した要介護度別・性・年齢階級別認定率を乗じて、要介護度別・年齢階級別認定者数の将来推計を行う。

＜算出方法の基本（自然体）＞

○年度の（男、女）性・年齢△歳・要介護度□の認定者数

= ○年度の（男、女）性・年齢△歳の推計人口

× ○年度の（男、女）性・年齢△歳・要介護度□の認定率

＜要介護度別・性・年齢階級別認定者数の自然体の将来推計＞

男	人口 (推計)	要介護認定者等（推計）						
		計	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
40～64歳	①人	右の足しあげ	①×α0人	①×α1人	①×α2人	①×α3人	①×α4人	①×α5人
65～69歳	②人	右の足しあげ	②×β0人	②×β1人	②×β2人	②×β3人	②×β4人	②×β5人
70～74歳	③人	右の足しあげ	③×γ0人	③×γ1人	③×γ2人	③×γ3人	③×γ4人	③×γ5人
75～79歳	・	・	・	・	・	・	・	・

↑

各自治体の○年度の推計人口

↑

各自治体の○年度の推計人口に、それぞれの認定率を乗じて、要介護度別・性・年齢階級別要介護認定者等の数を推計

②介護予防の実施を踏まえた認定者数の算出方法

次に、要介護度別・性・年齢階級別認定者数の自然体の将来推計を基に、介護予防の実施を加味した、認定者数を推計する。

ア 基本的考え方

（地域支援事業（仮称））

- ・ 要支援・要介護状態に陥るおそれのある者（高齢者人口の５％程度）等を対象として地域支援事業（仮称）を実施
 - ※ 地域支援事業（仮称）は、市町村の体制整備状況に応じて、平成１８年度から順次開始
- ・ 地域支援事業（仮称）を実施した高齢者のうちの２０％について、要支援・要介護状態となることを防止
 - ※ 地域支援事業（仮称）の実施が軌道に乗った平成２０年度実施以降で２０％

(新予防給付)

- ・ 要支援・要介護1等の者を対象として、新予防給付を実施
- ・ 新予防給付を受けた高齢者のうちの10%について、要介護2以上への移行を防止

※ 新予防給付の実施が軌道に乗った平成20年度実施以降で10%

イ 具体的な手順

(資料36ページ参照)

(2) サービス見込量算定について

ア 介護予防

(ア) 地域支援事業(仮称)の実施

- a 平成18年度においては、高齢者人口の a_{18} %の人数に対して実施
- b 平成19年度においては、高齢者人口の a_{19} %の人数に、前年度地域支援事業(仮称)を実施した高齢者数の12%に相当する人数を加えて得た人数に対して実施
- c 平成20年度においては、高齢者人口の5%の人数に、前年度地域支援事業(仮称)を実施した高齢者数の16%に相当する人数を加えて得た人数に対して実施

※ 平成18年度及び平成19年度の実施に係る高齢者人口に対する割合
(a_{18} 、 a_{19})

→ a_{18} の数値(5%~0%)に応じ、 a_{19} は5%の概ね8~9割程度の数値を設定

(イ) 新予防給付の実施

- a 平成18年度においては、自然体で推移した場合の要支援・要介護1の者に対して実施
- b 平成19年度においては、自然体で推移した場合の要支援・要介護1の者

から前年度地域支援事業（仮称）を実施した高齢者の１２％に相当する人数を減じ、前年度新予防給付を行った高齢者の６％に相当する人数に加えて得た人数に対して実施

- c 平成２０年度においては、自然体で推移した場合の要支援・要介護１の者から前年度地域支援事業（仮称）を実施した高齢者の１６％に相当する人数を減じ、前年度新予防給付を行った高齢者の８％に相当する人数に加えて得た人数に対して実施

イ 地域ケアの推進と施設サービスの見直し

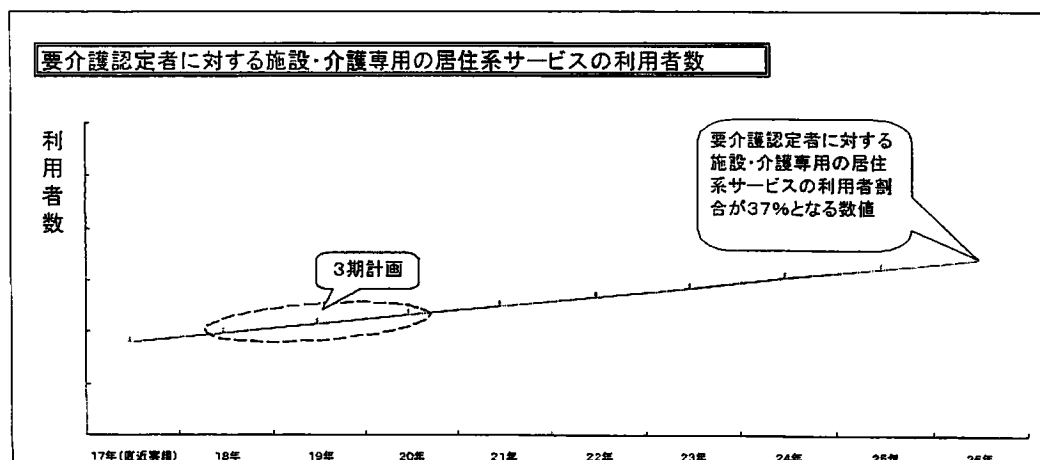
（ア）要介護認定者数に対する介護保険３施設及び介護専用の居住系サービス（※）の利用者数

要介護者認定者数（要介護２～５の者に限る。以下同じ。）に対する介護保険３施設及び介護専用の居住系サービスの利用者割合を平成２６年度において３７％以下とすることを目標としたうえで、第３期事業計画期間（平成１８～２０年度）においては、市町村における直近の利用者数から、平成２６年度の目標が達成されるよう、計画的に設定された数値を標準とし、地域の実情に応じて定める（「イメージ図」参照）。

（※）ここでいう「介護専用の居住系サービス」とは、痴呆性高齢者グループホーム及び特定施設入所者生活介護の一部（いわゆる介護専用型の有料老人ホームのように、介護保険３施設及び痴呆性高齢者グループホームと同視するような類型）をいう。

なお、特定施設については、現在見直しを行っているところであり、具体的な範囲については、その議論を踏まえつつ、今後設定していくこととなる。

【要介護認定者数に対する利用者数のイメージ】



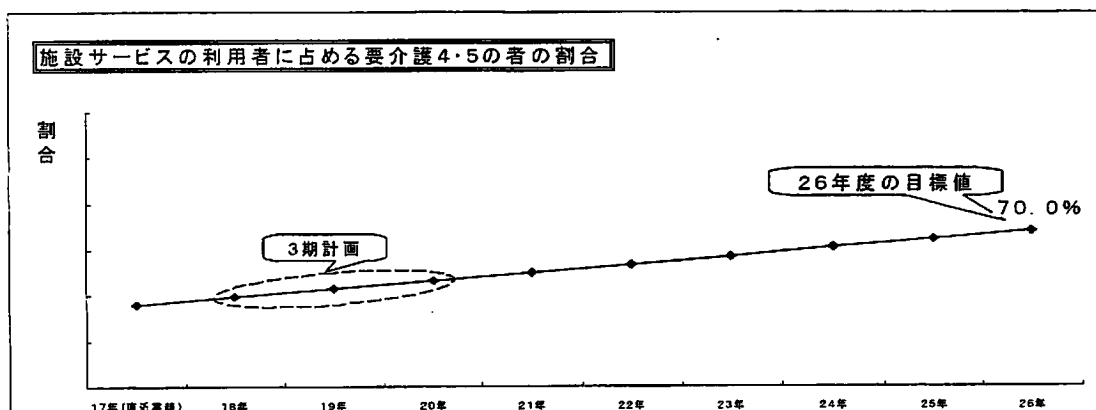
(イ) 多様な住まいの普及の推進

今後の高齢者単身世帯の増加、都市部の高齢化の急速な進行により、介護が必要になった場合の安心感の確保に対するニーズが増加するとともに多様化していくこととなる。これに対応するためには、介護付きの住まいのような多様な「住まい」の普及を図ることが重要であり、「介護を受けながら住み続ける住まいのあり方に関する研究会」の中間報告（資料3ページ参照）に示された方向性を踏まえつつ、特定施設の対象範囲の見直しを含めた所要の制度改正を行っていくこととしている。

(ウ) 介護保険3施設利用者の重度者への重点化

平成26年度においては、介護保険3施設を利用する者を要介護度2以上の者に限定するとともに、利用者数の全体に占める要介護4、5の割合を70%以上（軽度（要介護2・3）：重度（要介護4・5）＝30%：70%）とすることを目標としたうえで、第3期事業計画期間（平成18～20年度）においては、市町村における現在の利用者の状況から目標値が達成されるよう、計画的に設定された数値を標準として、地域の実情に応じて定める（「イメージ図」参照）。

【利用者の重度者への重点化のイメージ】



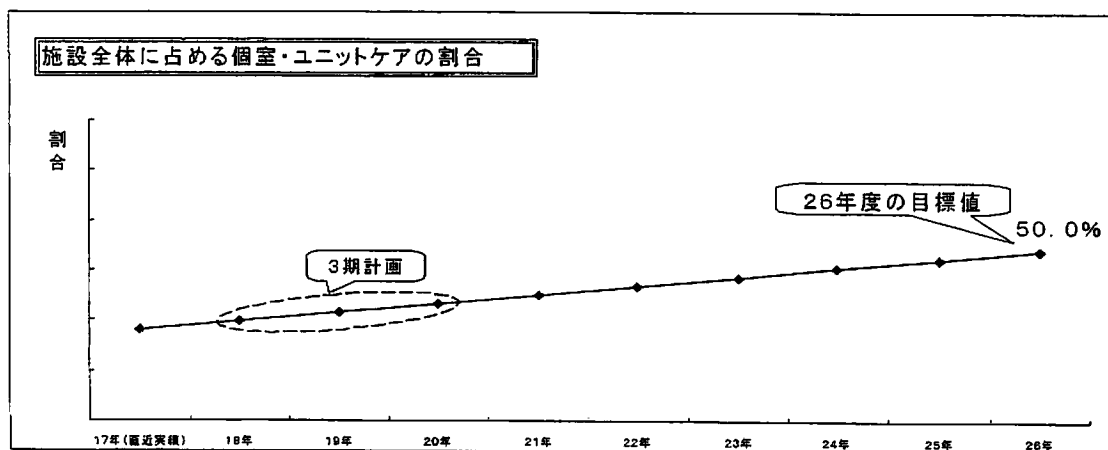
(エ) 介護保険3施設の個室・ユニットケア化（都道府県介護保険事業支援計画）

介護保険3施設については、「個別ケアの推進」を図るため、できる限り在宅に近い環境の下で生活できるよう、利用者一人一人の個性と生活のリズムを尊重する観点から、介護老人福祉施設の新設については、個室・ユニットケア型に限るとともに、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設の新設についても個室・ユニットケア型を基本とすることが必要である。また、介護保険3施設いずれについても既存施設の改修による個室・ユニットケア化を進めることが必要である。

このため、平成26年度において、個室・ユニットケアと多床室の割合が5対5（うち、介護老人福祉施設については、7対3）となることを目標としたうえで、第3期事業計画期間（平成18～20年度）においては、直近の現状から平成26年度の目標値となるよう、計画的に設定された数値を標準として、地域の実情に応じて定める（「イメージ図」参照）。

※ 改修による個室・ユニットケア化の具体的方策については、現在検討中であるので、追ってお示ししたい。

【施設の個室・ユニットケア化のイメージ】



ウ その他のサービスについて

その他のサービスについては、新予防給付や地域密着型サービス等の動向を踏まえつつ、引き続き検討していくこととしている。

介護予防の実施による認定者数の算定

	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
要介護2～5	C_{18}	$C_{19} - \beta_{18}$	$C_{20} - \beta_{19}$	$C_{21} - \beta_{20}$	$C_{22} - \beta_{21}$	$C_{23} - \beta_{22}$	$C_{24} - \beta_{23}$	$C_{25} - \beta_{24}$	$C_{26} - \beta_{25}$
要支援・要介護1	$B_{18} \times 1/10 \times 0.8 = \beta_{18}$ B_{18}	$B_{19} \times 1/10 \times 0.8 = \beta_{19}$ $B_{19} - \alpha_{18} + \beta_{18}$	$B_{20} \times 1/10 \times 0.8 = \beta_{20}$ $B_{20} - \alpha_{19} + \beta_{19}$	$B_{21} \times 1/10 \times 0.8 = \beta_{21}$ $B_{21} - \alpha_{20} + \beta_{20}$	$B_{22} \times 1/10 \times 0.8 = \beta_{22}$ $B_{22} - \alpha_{21} + \beta_{21}$	$B_{23} \times 1/10 \times 0.8 = \beta_{23}$ $B_{23} - \alpha_{22} + \beta_{22}$	$B_{24} \times 1/10 \times 0.8 = \beta_{24}$ $B_{24} - \alpha_{23} + \beta_{23}$	$B_{25} \times 1/10 \times 0.8 = \beta_{25}$ $B_{25} - \alpha_{24} + \beta_{24}$	$B_{26} \times 1/10 \times 0.8 = \beta_{26}$ $B_{26} - \alpha_{25} + \beta_{25}$
地域支援事業 (仮称)対象者	$A_{18} \times 1/5 \times 0.8 = \alpha_{18}$ A_{18} = 高齢者人口 $\times$ $\alpha_{18}\%$	$A_{19} \times 1/5 \times 0.8 = \alpha_{19}$ $A_{19} + \alpha_{18}$ A_{19} = 高齢者人口 $\times$ $\alpha_{19}\%$	$A_{20} \times 1/5 \times 0.8 = \alpha_{20}$ $A_{20} + \alpha_{19}$ A_{20} = 高齢者人口 $\times$ $\alpha_{20}\%$	$A_{21} \times 1/5 \times 0.8 = \alpha_{21}$ $A_{21} + \alpha_{20}$ A_{21} = 高齢者人口 $\times$ $\alpha_{21}\%$	$A_{22} \times 1/5 \times 0.8 = \alpha_{22}$ $A_{22} + \alpha_{21}$ A_{22} = 高齢者人口 $\times$ $\alpha_{22}\%$	$A_{23} \times 1/5 \times 0.8 = \alpha_{23}$ $A_{23} + \alpha_{22}$ A_{23} = 高齢者人口 $\times$ $\alpha_{23}\%$	$A_{24} \times 1/5 \times 0.8 = \alpha_{24}$ $A_{24} + \alpha_{23}$ A_{24} = 高齢者人口 $\times$ $\alpha_{24}\%$	$A_{25} \times 1/5 \times 0.8 = \alpha_{25}$ $A_{25} + \alpha_{24}$ A_{25} = 高齢者人口 $\times$ $\alpha_{25}\%$	$A_{26} \times 1/5 \times 0.8 = \alpha_{26}$ $A_{26} + \alpha_{25}$ A_{26} = 高齢者人口 $\times$ $\alpha_{26}\%$

(注1) 上記における各記号はそれぞれ以下を示す。
 A_o : ○年度における高齢者人口に一定の割合を乗じて導いた地域支援事業(仮称)の対象者数
 B_o, C_o : ○年度における各要介護等区分の自然体の数字
 α_o : ○年度における地域支援事業(仮称)の対象とする者の割合
 α_o : ○年度における高齢者人口のうち地域支援事業(仮称)の実施により虚弱高齢者に止まった者の数
 β_o : ○年度における新予防給付の実施により要支援又は要介護1に止まった者の数

(注2) 地域支援事業(仮称)の対象者は、各年度の高齢者人口に原則5%を乗じた数に、 α の数を加えた数とする。
 なお、平成18年度及び平成19年度においては、地域支援事業(仮称)の開始直後であることを踏まえ、高齢者人口に乘ずる割合を5%以下とすることも可能とするが、平成19年度の実施割合は、平成18年度の実施割合(0～5%)に応じ、5%の概ね8～9割程度の数値を設定するものとする。

イ 医療計画見直しとの連携について

厚生労働省では、現在、医療計画に関する見直しに関する検討を行っているところである。その検討においては、疾病ごとに国が定める指標に従い、都道府県において、地域の実情を踏まえた具体的な数値目標を設定した医療計画を作成し、地域における入院治療から在宅医療に至るまで、住民の視点にたった医療提供体制を整備することを目指した計画とすることが議論されているところである。

各都道府県におかれては、こうした医療計画の見直しの検討状況を踏まえつつ、医療計画作成担当部局との連携をとりながら、介護保険施設における環境改善等について、退院後の自宅療養や生活基盤を支えるという観点を十分踏まえた計画を作成することが求められるので、留意いただきたい。

3. 第1号保険料の見直しについて

第1号保険料設定の見直しについて

この資料は、関係者の準備に資するため、現段階で考えられる事項を整理したものであり、今後の検討状況により、変更が生じる可能性があることに
ご留意いただきたい。

第1号保険料が原則5段階の定額方式とされているのは、負担能力に応じた保険料を設定するに当たり、市町村にできる限り事務負担が発生しないよう要請されたこと等によるものである。そのため、第1号被保険者の保険料は、被保険者本人の市町村民税課税状況及び所得の状況並びに被保険者の属する世帯の課税状況を活用することとされている。

1. 保険料第2段階の見直し

(1) 問題の所在

現行の第2段階には、年金受給額が年額260万円強の者から生活保護基準に満たない収入の者まで含まれているため、所得水準の低い者にとっては負担が重いという意見が多く、制度上負担軽減策を検討する。

(2) 見直しの方向

現行第2段階における低所得者層への配慮から、第2段階の細分化を行い、より負担能力の低い層の保険料負担をさらに軽減する。

市町村民税世帯非課税である現行第2段階の者を、負担能力により更に細分化する基準の検討に当たっては、これらの者に所得申請等の新たな
手続負担が生じ、あわせて市町村の事務負担が増大することのないよう留意が必要である。

市町村の住民への説明のしやすさ、事務負担等を踏まえると、引き続

き市町村民税の情報をうい、出来る限り市町村民税と類似の算定方法を用いることを基本とする。

(3) 細分化の方法等

(細分化の基準)

地方税法上の合計所得金額の算定方法を独自に変更(案)

現行第2段階の区分上、公的年金にかかる合計所得金額の算定方法を介護保険独自に変更し、その上で地方税法上の合計所得金額0円で区分する。

具体的には、地方税法上の合計所得金額について、介護保険料の算定上、年金雑所得の算定に係る公的年金等控除の額をより引き下げて合計所得金額を算定することとし、所得額を把握できる範囲を広げる。再算定後の合計所得金額が0円であるか否かを基準とする。

(細分化の水準)

社会保障の総合化の観点から、

基礎年金の年間受給額(6.7万円×12ヶ月≒80万円)水準

を細分化の目安とする。

(公的年金等控除の最低保障額を80万円に設定。)

※ 実際に細分化するにあたっては、現在の4段階と5段階を区切る基準額のように、国が設定する基準額を参考とし、各市町村が条例により動かすことを可能とする。

(考え方)

- ・ 税の世界では、全ての世代の負担能力を勘案する必要があり、高齢者についての基礎的な生活費を支給する公的年金による所得の性質に鑑み、大幅な控除がなされているが、介護保険料の賦課にあたっては高齢者ど

うしの負担能力の比較を行う必要があり、公的年金等の控除について独自の算定方法を採用することは、合理性がある。

- ・ 公的年金等控除額に着目し独自の算定方法を定めることについては、老人医療における高額医療費対象者の範囲を定める方法として、既に採用されている手法である。
- ・ 税情報を活用しつつ、実質的に高齢者の主たる生活の原資となっている年金受給額を基準として、第2段階を細分化することが可能。
- ・ 課税対象年金のみで区分する方式等に比べ、課税対象年金額以外の所得がある者についても捕捉をすることができる。

(4) 細分化する段階数および料率

- ・ 段階数 … 現行第2段階を、介護保険独自の公的年金等控除で算出した合計所得額0円で2つに区分し、市町村の判断による更なる細分化は認めない。
- ・ 保険料率 … 標準料率は第1段階（基準額×0.5）同様とする。

保険料率について、現行制度と同様、国として示す標準料率を参考とし、市町村が条例により独自に定めることを可能とする。

2. 課税層区分の見直し

(1) 現行制度

現行の保険料段階は原則5段階とされているが、市町村は、特別の必要がある場合には、市町村民税課税者（第4段階、第5段階）の区分を増やして3段階とし、全体で6段階の保険料率を設定することが可能とされている。

6段階方式は、比較的所得の高い者が多い市町村に適しているが、そ

れ以外の市町村においても、第4段階と第5段階の基準所得金額の変更と併用することにより、低所得者への軽減効果を高めることが可能である。

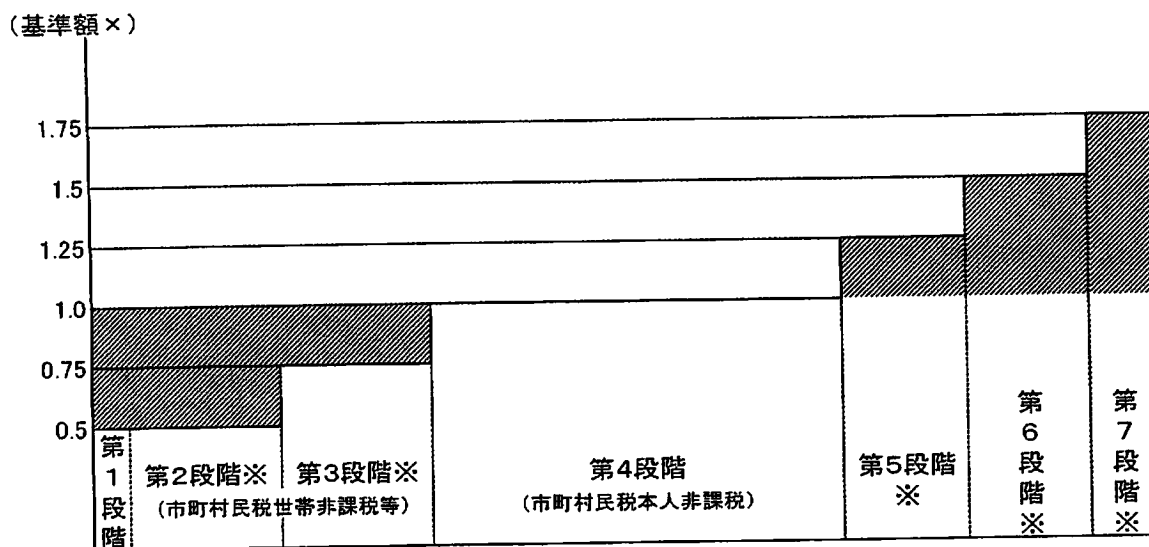
(2) 見直しの方向

課税層の区分において、国としての基準（2区分ないし3区分のモデル）を示すが、より細かな分割や、その際の基準所得金額の設定および保険料率の変更については、条例規定により市町村の柔軟な対応を可能とする。

（定率制について）

景気動向による保険料収納額の変動、年度途中の徴収方法の変更、高額所得者に過度の負担を強いる可能性などの理由により、定率制の導入は行わない。

○ 改正案イメージ（各段階の分布はあくまで参考）



※ 第2・3段階については、

- 現行の第4・5段階の区分に用いている「基準所得金額」と同様の概念を用い、国が適切な割合に区分できるよう、基準額を設定（市町村による独自設定も認める）。

※ 第5段階以上については、調整交付金の設定上、国が基準を設けるが、より細かな区分も認める。

第1号保険料の徴収方法の見直しについて

この資料は、関係者の準備に資するため、現段階で考えられる事項を整理したものであり、今後の検討状況により、変更が生じる可能性があることにご留意いただきたい。

特別徴収について

第1号被保険者の保険料の特別徴収については、制度施行後4年が経過する中で、制度の安定的な運営に大きく貢献しているといえる。その一方で、被保険者の利便性等の観点から、制度の改善について、様々な指摘や要望がなされている。

介護保険制度施行後5年の見直しに合わせ、特別徴収の更なる改善を図る。

1. 対象範囲の拡大について

現行制度上、特別徴収の対象とされているのは、老齢退職年金及びそれに相当する年金とされているが、現行の対象年金に加え、遺族年金・障害年金を特別徴収対象とすることを検討する。

遺族・障害年金が特別徴収対象とされた場合、4月1日の時点で特別徴収対象者として捕捉され、10月の年金定期支払より特別徴収が開始されることとなる。

2. 捕捉回数の複数化について

(1) 現行制度

現在、年金保険者は、特別徴収か否かを毎年4月1日現在における年金の受給状態で判断し、市町村へ通知を行うこととさ

れており（※）、その年の10月から翌年の8月までのサイクルで特別徴収が行われている。

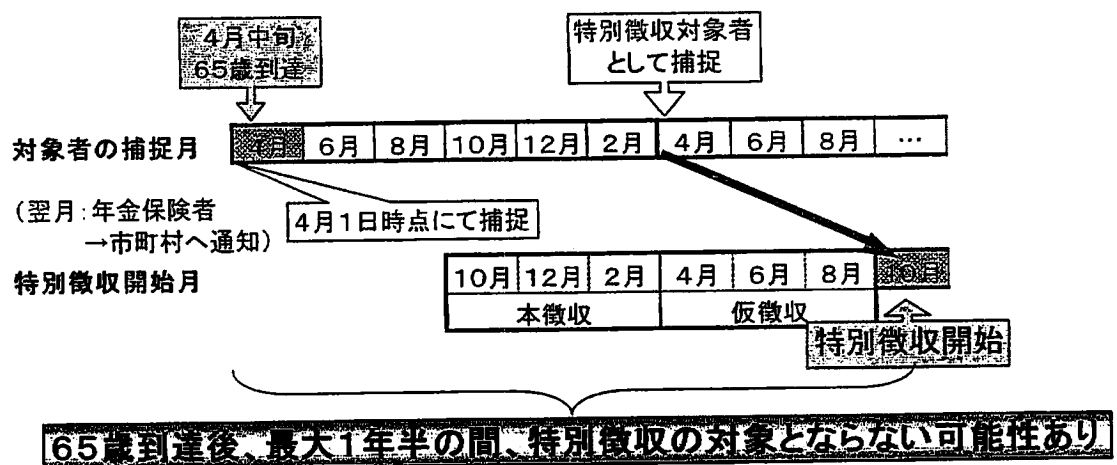
つまり、特別徴収対象者が否かの捕捉は、年1回のみとされている。

※現行の仕組み

- ① 年金保険者から4月1日時点の状況で特別徴収の対象となりうる者を抽出し市町村に通知
- ② ①の通知に基づき、市町村から特別徴収する旨及び額を7月31日までに年金保健者及び特別徴収の対象被保険者に通知
- ③ ②の通知に基づき、年金保険者は10月（15日）分の年金から特別徴収を行う

例えば、ある年の4月中旬に65歳に到達した場合、当該者が特別徴収対象者であることの捕捉は、翌年の4月1日まで行われないため、結果的にその後10月まで約1年半も特別徴収されないこととなる。

（現行：見直し前）



(2) 見直しの方向

年1回のみ、特別徴収対象として年金保険者から市町村へ通知が行われる現行の仕組みを改善し、特別徴収の新しい対象者

を捕捉できるタイミングを年複数回設ける。

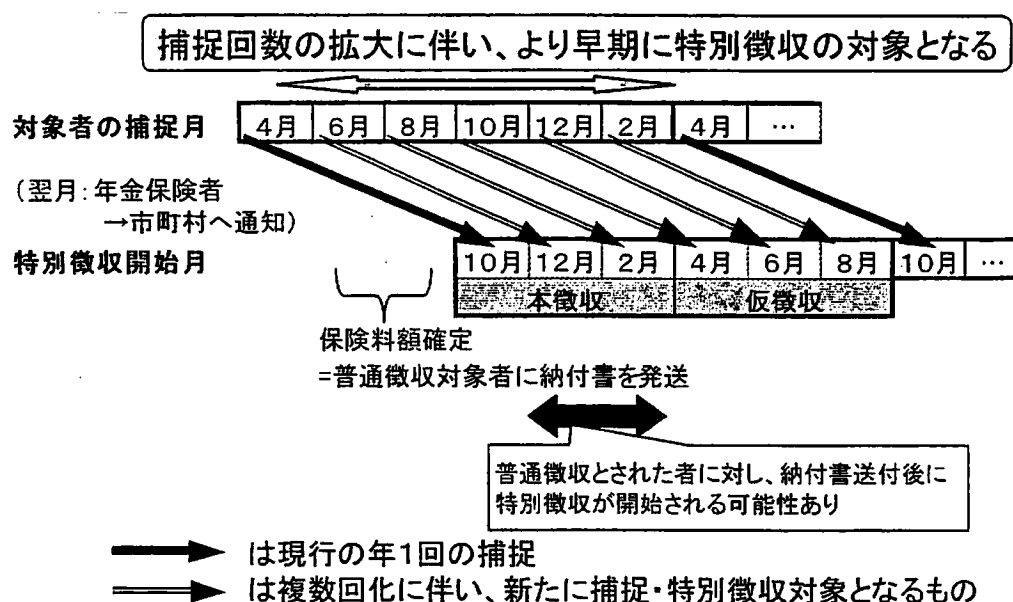
これにあわせて、仮徴収・本徴収のあり方も見直すことが必要となる。

(3) 具体的な見直しの内容

(捕捉回数)

現在年1回の対象者捕捉を複数回とする場合、最大で年金の受給月に合わせ年6回まで増やすことが考えられる。

(見直し後：捕捉を年6回(最大)とした場合のイメージ図)



(4・6・8月からの特別徴収の開始)

10月捕捉(翌年度4月特別徴収開始)、12月捕捉(翌年度6月特別徴収開始)、2月捕捉(翌年度8月特別徴収開始)については、新たに捕捉を行うことを予定している。

(12月・2月からの特別徴収の開始)

6月捕捉(12月特別徴収開始)、8月捕捉(2月特別徴収

開始)については、既に当該年度分の保険料額が確定し、普通徴収納付書が既に発送されていることが考えられ、普通徴収と特別徴収の二重徴収に伴い還付事務が大量に発生する可能性があることから、捕捉を行うかどうか検討中である。

※ この点については、保険者の事務負担や、捕捉後の特別徴収開始のスケジュールを考慮して、実務的に検討を行い、今後考え方を提示する。

(捕捉対象者)

- ・ 65歳到達後、新たに年金の裁定が行われた者
- ・ 住所変更を行った特別徴収対象者（年額18万円以上）

4月1日における特別徴収対象者の通知（現行の通知）を複数回化し、全ての特別徴収対象者を毎回通知することは、市町村の事務負担が膨大となるおそれがある。そのため、今回の見直しにより新規に行うこととなる年金保険者からの通知においては、4月の捕捉以降、新たに特別徴収の対象者となった者の情報のみを通知することとする。

(本徴収と仮徴収)

捕捉回数の拡大に伴い、現行では4月捕捉→10月特別徴収開始とされているスケジュールを見直し、10月以外の年金支払月からも特別徴収が開始されることとなる。

そのため、現行では前年度本徴収の対象とされていた者が仮徴収の対象者であったものが、今般の見直しにより、前年度本徴収の対象とされていなかった者についても、仮徴収が行われることとなる。

(仮徴収から対象となる者の徴収額)

仮徴収（4月・6月・8月）から特別徴収が開始される者、すなわち当該年度の保険料額が確定していない間に特別徴収対象となる者については、年金から特別徴収を行う額について、前年度中の保険料段階等を参考に、仮徴収額の基準を設けることとする。

3. 仮徴収の見直し

(1) 現状

個々の第1号被保険者の保険料額が確定するのは、6月以降であることから、保険財源の確保と保険料額の平準化を行うため、前年度から継続して特別徴収を受けている者については、当該年度の初日から9月30日までの間、仮徴収が行われることとされている。

現行法上、仮徴収の額は、4月の徴収額が前年度の2月の本徴収額と同額とされ、6月、8月についても、基本的には4月の額と同額であるが、4月の額の範囲内で引き下げることは可能となっている。

しかしながら、第1号被保険者の保険料は、3年ごとに改定するものであり、次期事業運営期間において、保険料が引き上がる市町村においては、現行どおりの事務処理では、10月からの本徴収額が著しく引き上がるという問題がある。

(2) 改善案

仮徴収額の引き上げを可能とするよう見直しを行う。各年金支払い月における仮徴収額は、具体的には、

○ 4月（仮徴収）

前年2月と同額（新しい保険料が議決されるのが前年度の2、3月の市町村議会であるため、それに基づく仮徴収額の指示が間に合わない）

○ 6・8月（仮徴収）

新保険料と旧保険料との格差に基づいて、当該年度において、6月以降の特別徴収額が均等になるように調整することができ

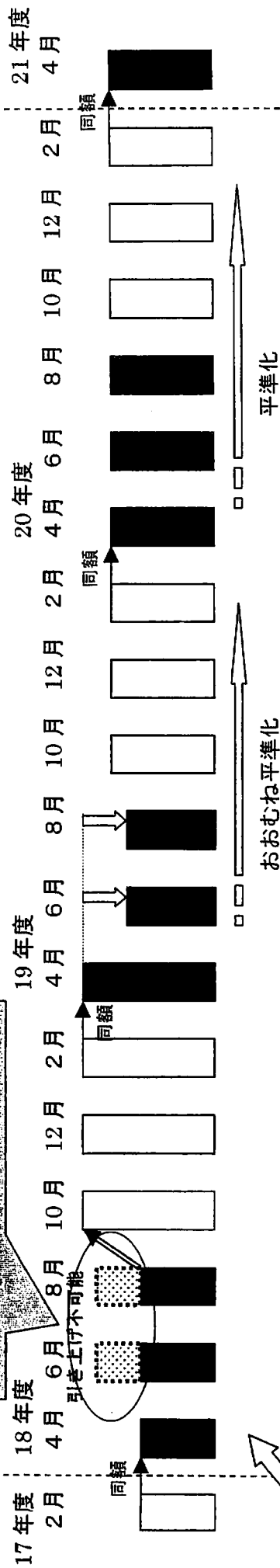
るように配慮する。

具体的には、保険料基準額が条例上引き上げられた場合に、当該基準額と各被保険者の前年度の保険料段階を基に、4月仮徴収額（前年度2月と同額）を踏まえ、この2回分の仮徴収額を決定できるとすることが考えられる。

（具体的なパターンの案は、次頁参照）

【現行制度】

年度 月 6月 8月

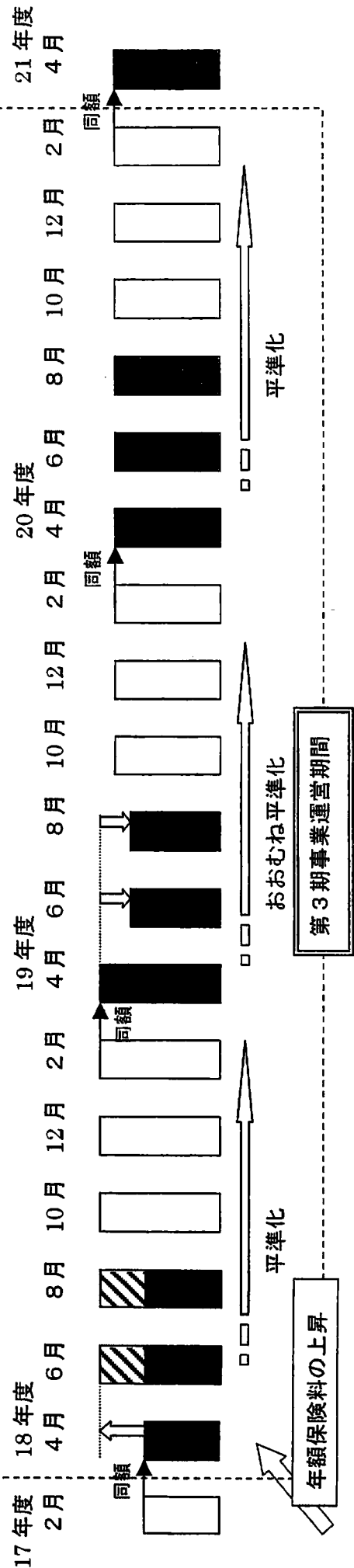


第3期專業運營期間

年額保険料の上昇

【改正】(仮徴収額の増額変更を可能とする)した場合は

(パターン1) 年額から4月徴収額を控除した額を5で割った額を6・8月の仮徴収、10月からの本徴収で徴収



第3期事業運営期間

年額保険料の上昇

17年度 2月

18年度 4月 6月 8月 10月 12月 2月

19年度 4月 6月 8月 10月 12月 2月

20年度 4月 6月 8月 10月 12月 2月

21年度 4月

同額

同額

同額

同額

同額

標準化

標準化

年額保険料の上昇

第3期事業運営期間

普通徴収について

第1号保険料の普通徴収について、被保険者の理解、保険者の努力により収納率が約92%と高い水準を示している。特別徴収制度とあわせ、介護保険の第1号保険料の収納率は、98%を超える水準を維持しており、社会保険制度の中でも、極めて高い数値となっている。

普通徴収についても、被保険者の利便性の向上、保険者の事務負担軽減の観点から、収納の私人委託を可能とするよう見直しを行う。

収納の私人委託について

(1) 現行制度

地方自治法第243条により、普通地方公共団体は、法律又はこれに基づく政令に特別の定めがある場合を除くほか、公金の徴収若しくは収納又は支出の権限を私人に委託させることができないこととされているが、地方自治法施行令及び個別法の規定により、地方税、国民健康保険料などの徴収の私人委託が可能とされているところである。

介護保険法上、収納の私人委託を認める規定がないことから、現行制度上は介護保険料の普通徴収の収納を私人に委託することは認められていない。

(2) 見直しの方向性

市町村からの要望を踏まえ、今回の見直しの中で、介護保険料の収納の私人委託を可能とするよう法改正を行うことを検討する。

具体的には、普通徴収を委託を行う市町村が、自らの判断に基づき、コンビニエンスストア等の私人と委託契約を締結することにより、普通徴収対象被保険者は金融機関のみではなく、コンビニエンスストア等により介護保険料を納めることが可能となる。

4. 住所地特例の見直しについて

住所地特例の見直しについて

この資料は、関係者の準備に資するため、現段階で考えられる事項を整理したものであり、今後の検討状況により、変更が生じる可能性があることにご留意いただきたい。

1. 現行制度の考え方

対象施設＝介護保険3施設

(指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設)

介護保険制度においては、各人はその住所地の市町村の被保険者となり、それぞれの地域のサービス水準に見合った当該市町村の保険料を負担するのが原則である。

しかしながら、介護保険3施設については、他市町村から施設所在市町村へ転入して施設サービスを利用する者が相当数あり、施設の所在する市町村の財政への配慮等の観点から、特例として、入所者は入所前の市町村の被保険者となり、入所前に住所のあった市町村が保険給付を行う仕組みとなっている。(旧措置制度において、措置元の市町村が費用負担を行っていた仕組みに由来するもの。)(法第13条)

2. 介護保険適用施設・サービスについての見直し

(1) 地域密着型サービスへの適用

平成16年9月14日全国介護保険担当課長会議資料にて示したとおり、地域密着型サービスは、以下の基本的仕組みを特色とするものである。

- ・ 保険者たる市町村がサービス事業者の指定権限を有する
- ・ 市町村は介護保険事業計画において、生活圈域ごと及び市町村ごとに、一定のサービスにつき「必要利用者定員総数」を設定し、それを超えた場合には、指定をしないことができる
- ・ 市町村は、一定の範囲内で指定基準及び報酬の変更を行うことができる

地域密着型サービスは、身近な地域での利用を前提とし、保険者が自市町村内のサービス量をコントロールする手段を持つことから、他市町村に給付費を負担させることは適当ではない。

よって、地域密着型サービスの対象サービスについては、住所地特例の適用を行わない方向で検討している。



痴呆性高齢者グループホーム、小規模指定介護老人福祉施設、小規模の特定施設入所者生活介護対象施設（有料老人ホーム等）は住所地特例の対象としない方向で検討している。

（２）一般的なサービス（地域密着型サービス以外）への適用

① 現行の対象施設（介護保険３施設）の取扱い

介護保険３施設については、地域密着型サービスとなる小規模指定介護老人福祉施設を除き、引き続き住所地特例の対象とする方向で検討している。

② 大規模な特定施設入所者生活介護対象施設（有料老人ホーム等）の取扱い

現行の住所地特例については、他市町村から施設所在市町村へ転入して施設サービスを利用する者が相当数あり、施設の所在する市町村の財政への配慮等の観点から実施しているものである。

上記の考え方の延長から、住所地特例の適用を検討すべきサービスとしては、大規模な特定施設入所者生活介護対象施設（大規模有料老人ホーム等）が考えられる。

特に、有料老人ホームは数百人定員規模の大型のものも存在するため、所在市町村への給付費影響は大きいと考えられる。

ただし、現行の有料老人ホーム等は、要介護者のみではなく、要介護状態になる前の者が早めの住み替えのために転居利用する場合もある。

こうした介護サービスを利用せず、施設所在市町村への財政影響のない者についてまで住所地特例を適用する必要性は乏しいことから、

大規模有料老人ホーム等への住所地特例の適用については、要介護者、非該当者の双方が入居できる「介護混合型」ではなく、要介護者のみが入居できる「介護専用型」に限って住所地特例の適用を認める方向で検討している。

※ 老人福祉法に定める特定施設の類型の見直しに伴い、変更の可能性がありうる。



大規模有料老人ホーム等については、介護専用型に限って住所地特例の適用を認める方向で検討している。

3. 介護保険が適用されていない施設の見直し

(適用範囲の拡大)

以下の２種類の施設については、介護保険施設以上に地域的偏在が大きく、加えて、施設入所者の高齢化、要介護化が進んでおり、これらの施設から介護保険施設へ入所するケースが増えている状況にある。

(1) 適用除外施設

介護保険の適用除外施設への入所者が、要介護状態となって介護保険施設に入所する場合、退所の瞬間に適用除外施設の所在市町村の被保険者となるため、その後の介護費用を住所地特例により適用除外施設の所在市町村が負担することとなっている。

しかし、こうした施設の所在市町村が退所者について、退所後の介護給付まで行うこととされていることは、適切な費用負担の観点から問題がある。



適用除外施設を退所し、介護保険施設に入所した場合は、適用除外施設入所前の市町村が保険給付を行うこととする方向で検討している。

【適用除外施設】(施行法第11条)

- | | |
|--------------------------------|------------|
| ○ 身体障害者療護施設 | ○ ハンセン病療養所 |
| ○ 重症心身障害児施設 | ○ 救護施設 |
| ○ 指定国立療養所等の重症心身障害児(者)病棟等 | ○ 労災特別介護施設 |
| ○ 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法に規定する福祉施設 | |

※ 被保険者範囲の拡大の検討に伴い、適用除外施設の範囲が変更される可能性がある。

(2) その他の入所施設（養護老人ホーム等）

その他の入所施設（養護老人ホーム等）への入所者についても、要介護状態となって介護保険施設に入所した場合、それまでは措置市町村等が費用を負担していたにもかかわらず、当該施設から介護保険施設入所後の介護費用に関しては、住所地特例により当該施設所在市町村の負担となっている。

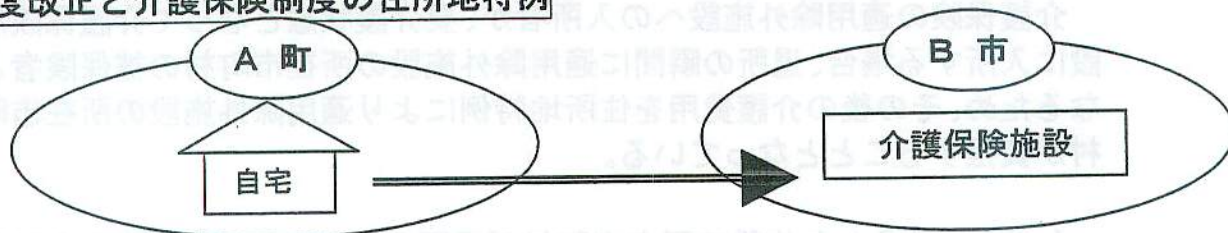
しかし、こうした施設の所在市町村が退所者について、退所後の介護給付まで行うこととされているのは、適切な費用負担の観点から問題がある。



その他の入所施設（養護老人ホーム等）を退所し、介護保険施設に入所した場合には、これらの施設入所前の（措置元の）市町村が保険給付を行う方向で検討している。

※ (1)(2)とも市町村の事務負担（施設入所前の市町村の把握の可否）を踏まえ、今後具体的な案を提示する。

制度改正と介護保険制度の住所地特例



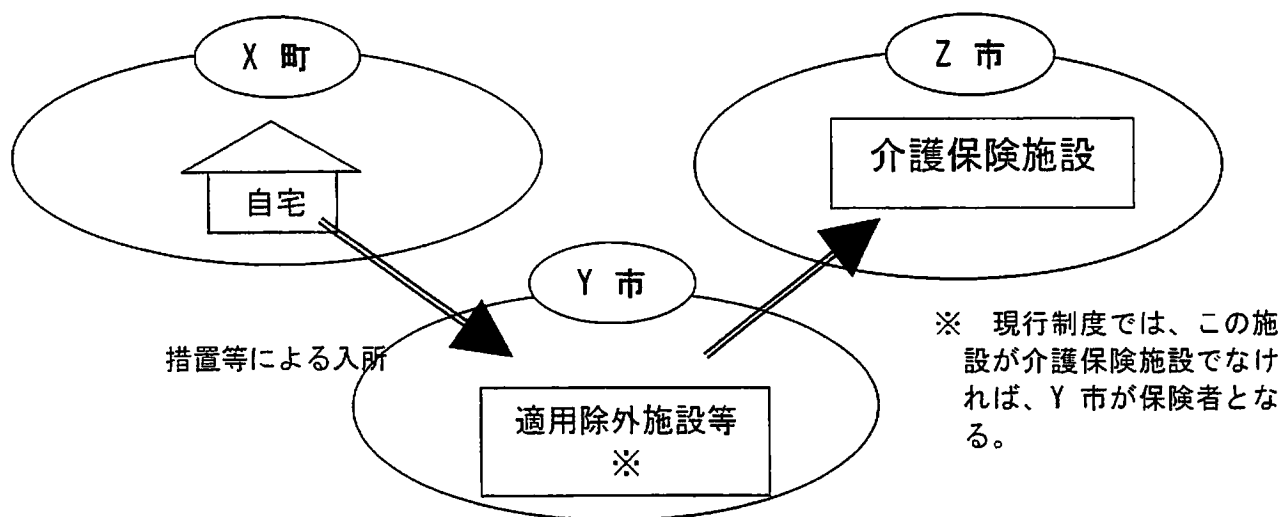
住所地特例とは

- ・ 住所、住民税、行政サービス . . . B市
- ・ 介護保険の保険者 . . . A町

従来対象となる「施設」は介護保険3施設のみであったが、

今般の制度改正でこれに大規模有料老人ホーム等（「介護専用型」に限る）を加え、小規模指定介護老人福祉施設を除く。

これによりこれらの施設入所者の保険者は B市→A町 となる。



Y 市の適用除外施設、その他の入所対象施設（養護老人ホーム等）（※）から Z 市の介護保険施設に入所した場合は、

- ・ 住所、住民税、行政サービス . . . Z 市
- ・ 介護保険の保険者 . . . Y 市
- ・ （最後に自宅のあった市町村） . . . X 町

となっていたが、今般の制度改革で適用除外施設、その他の入所対象施設（養護老人ホーム等）については入所前に自宅のあった X 町 が保険者となる。

5. 被保険者・受給者の範囲について

5. 「被保険者・受給者の範囲」について

○介護保険部会での検討状況等

被保険者・受給者の対象年齢を引き下げるべきかについては、7月30日の介護保険部会の報告書においては、積極的な考え方、慎重な考え方の両論が併記され、国民的な議論をさらに深める観点から、今後も継続して議論することとされたところである。

9月21日に、同部会での検討が再開され、「被保険者及び受給者の範囲の拡大に関する問題の所在」について議論が行われた。(次ページ以降の資料を参照)

今後、介護保険部会においては、次に、10月29日に「給付と負担のあり方」について審議を行い、11月中を目途に取りまとめを行う予定としている。

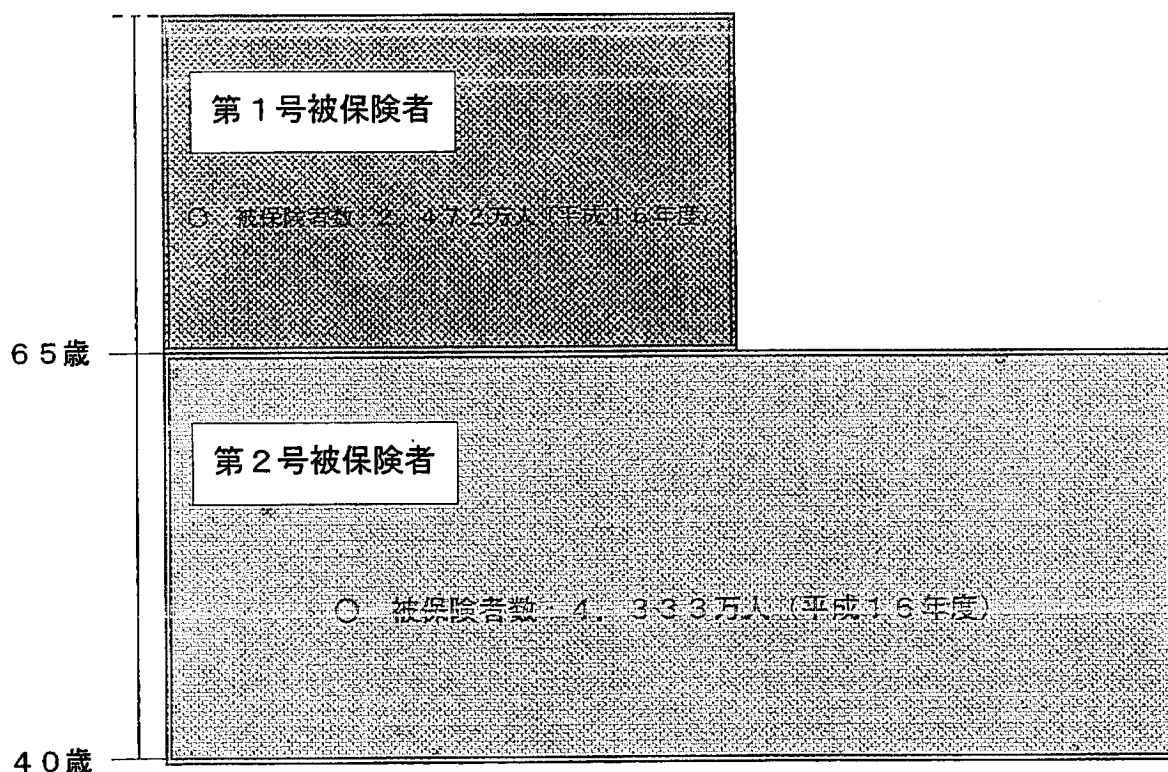
被保険者及び受給者の範囲拡大に関する問題の所在

1. 現状

(被保険者)

- 「被保険者」は、介護保険制度における保険料の負担者であり、制度のいわば「支え手」である。
- 現行制度では、40歳以上の者を被保険者とし、具体的には、

- ① 65歳以上の者
→ 「第1号被保険者」(2,472万人)
 - ② 40歳から64歳までの医療保険加入者
→ 「第2号被保険者」(4,333万人)
- 計 6,805万人となっている。



※ 「被保険者数」については、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」の中位推計における平成16年の推計人口による。

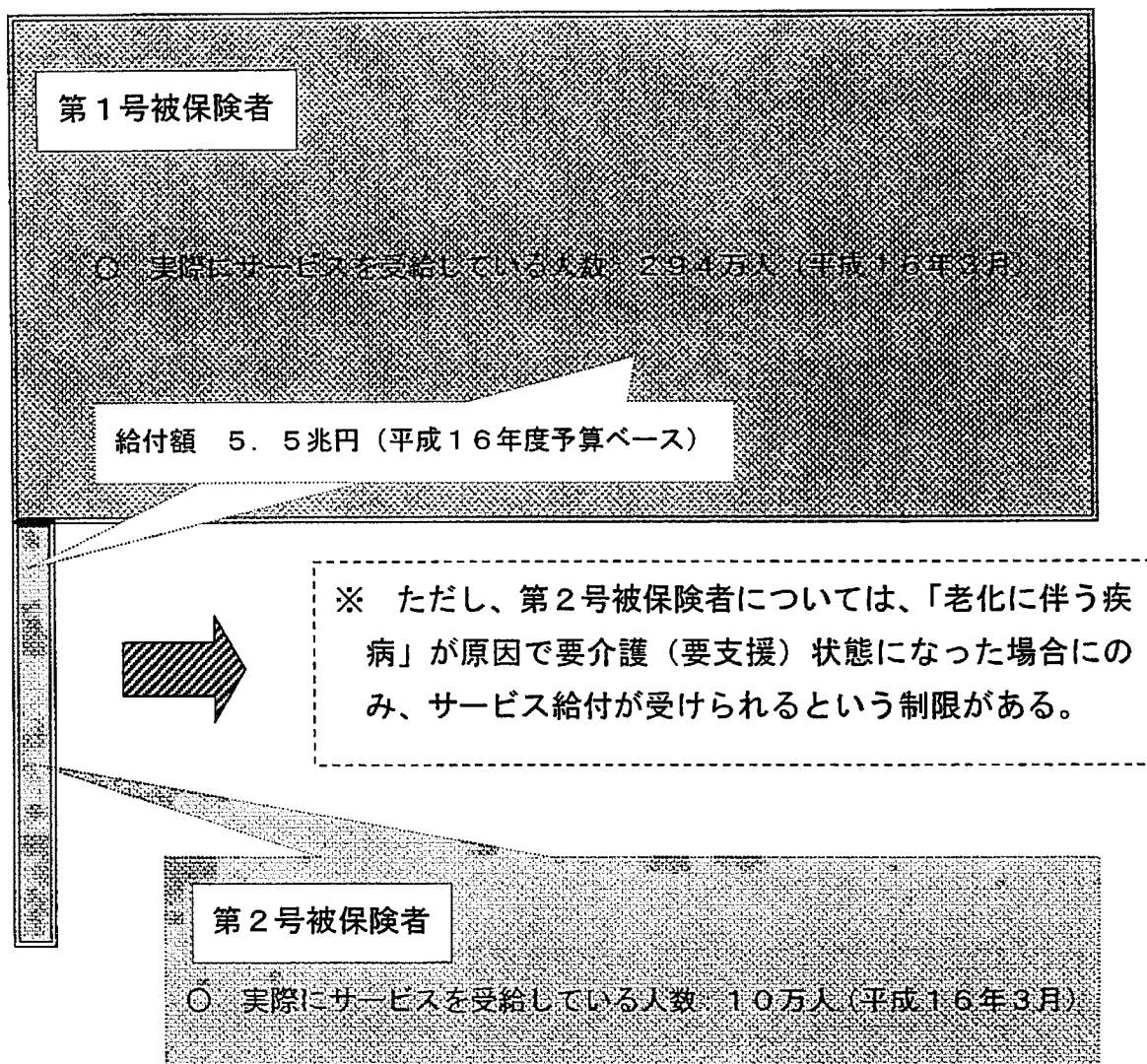
(受給者)

○ 「受給者」は、要介護（要支援）状態であること等一定の要件を満たす場合に、介護保険制度に基づくサービスの給付を受ける者であり、現行制度では、「被保険者」の範囲と一致している。

○ 実際にサービスを受給している者の人数は、

- ・ 第1号被保険者のうち、294万人
- ・ 第2号被保険者のうち、10万人

計 303万人となっている。



※ 「実際にサービスを受給している人数」については、介護保険事業状況報告（暫定）による。

(現行制度における被保険者・受給者の範囲)

	範 囲	サービス受給要件
第1号被保険者	65歳以上の者	要介護（要支援）状態
第2号被保険者	40歳から64歳までの 医療保険加入者	要介護（要支援）状態であって、老化に伴う疾病に起因するもの

※ 「老化に伴う疾病」＝15の疾病

筋萎縮性側索硬化症／後縦靱帯骨化症骨折を伴う骨粗鬆症／シャイ・ドレーガー症候群／初老期における痴呆／脊髄小脳変性症／脊柱管狭窄症／早老症／糖尿病性神経障害／糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症／脳血管疾患／パーキンソン病／閉塞性動脈硬化症／慢性関節リウマチ／慢性閉塞性肺疾患／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

(制度創設時の範囲設定の考え方)

○ 被保険者

- ① 介護保険制度は、老化に伴う介護ニーズに応えることを目的とすること。
- ② 老化に伴う介護ニーズは高齢期のみならず中高年期にも生じ得ること。
- ③ 40歳以降になると一般に老親の介護が必要となり、家族の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。

○ 受給者

- ① 第1号被保険者については、高齢者であることから、その原因を問わず要介護（要支援）は一般的に対象とする。
- ② 第2号被保険者については、老化に伴う介護という観点から具体的な対象範囲を定める。

 こうした結果、年齢や介護原因によるサービス給付の制限が生じることとなった。

(法施行後5年を目途として検討すべき課題の一つ)

- 制度創設当初から、「被保険者・受給者の範囲」は大きな論点の一つであり、様々な議論を経て、現行の枠組みが取りまとめられた。これと併せ、介護保険法附則第2条において、「被保険者・受給者の範囲」については、施行後5年を目途として検討すべき課題の一つとされた。

2. 被保険者・受給者の範囲を拡大した場合のイメージ

(被保険者)

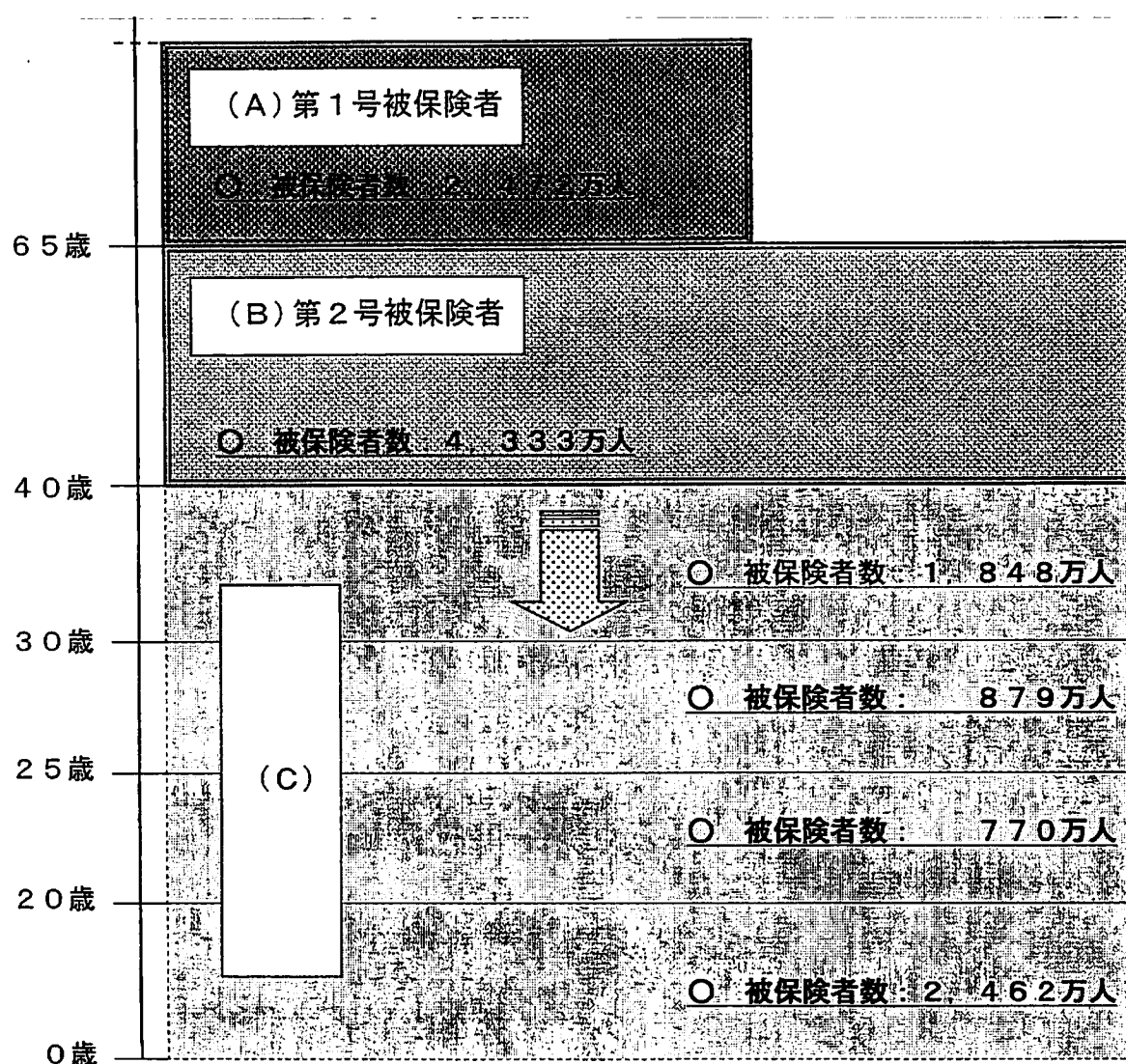
○ 現状

(A) 第1号被保険者 + (B) 第2号被保険者 = 6,805万人

○ 被保険者の範囲の拡大後

- ・仮に 0歳以上とすれば、 $(A) + (B) + (C) = 12,764$ 万人 (88%増)
- ・仮に20歳以上とすれば、 $(A) + (B) + (C) = 10,302$ 万人 (51%増)
- ・仮に25歳以上とすれば、 $(A) + (B) + (C) = 9,532$ 万人 (40%増)
- ・仮に30歳以上とすれば、 $(A) + (B) + (C) = 8,653$ 万人 (27%増)

※ ただし、特に若い層については、保険料負担の在り方について配慮が必要と考えられる。



※ 「被保険者数」については、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」の中位推計における平成16年の推計人口による。

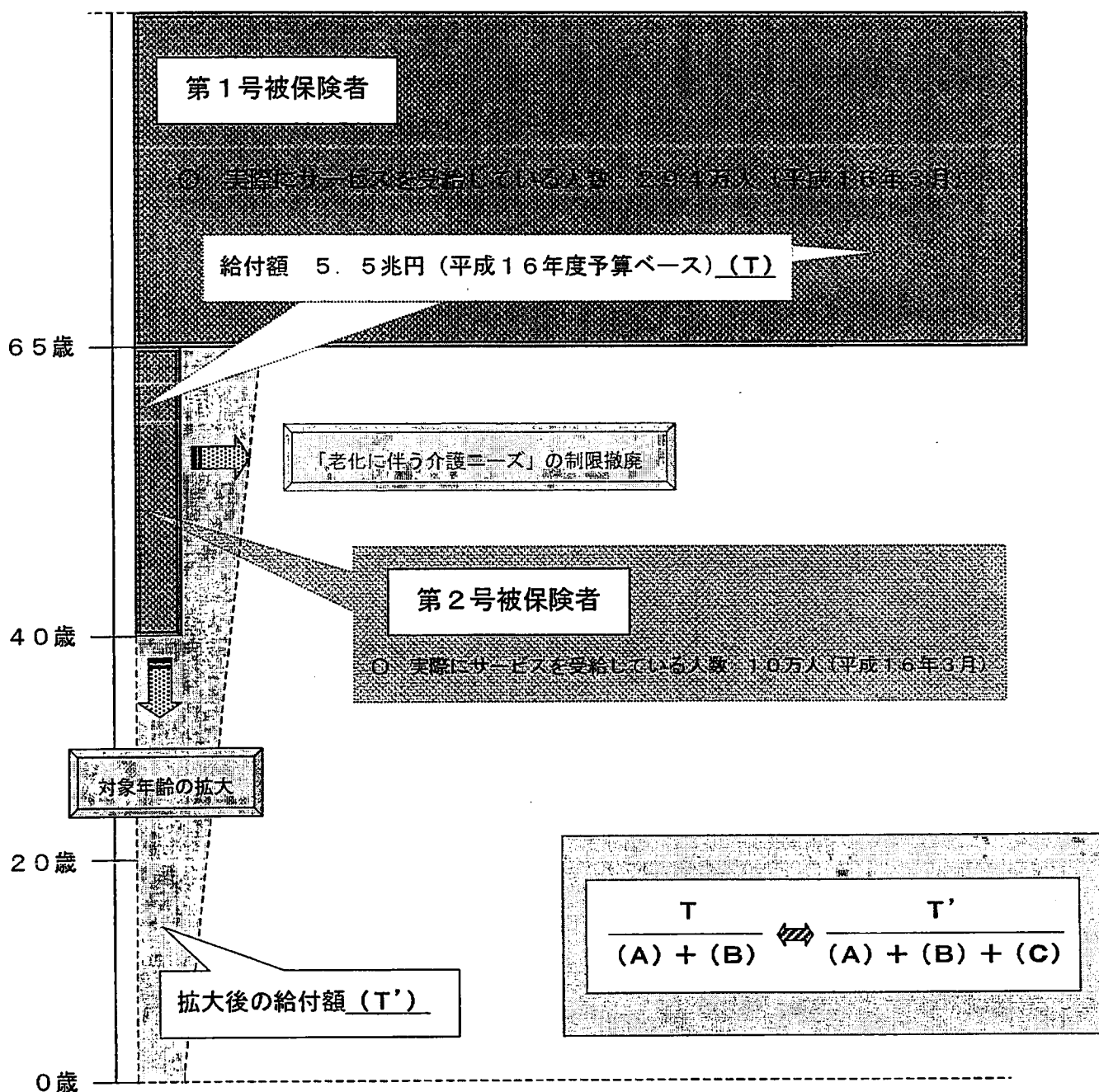
(受給者)

○ 現状

- ・実際にサービスを受給している人数：303万人（平成16年3月）
- ・保険給付額：5.5兆円（平成16年度予算ベース）（T）

○ 受給者の範囲の拡大後

- ・303万人に、若年の実際のサービス受給者数が加わる。
- ・5.5兆円に、若年の実際のサービス受給者への給付額が加わる。（T'）

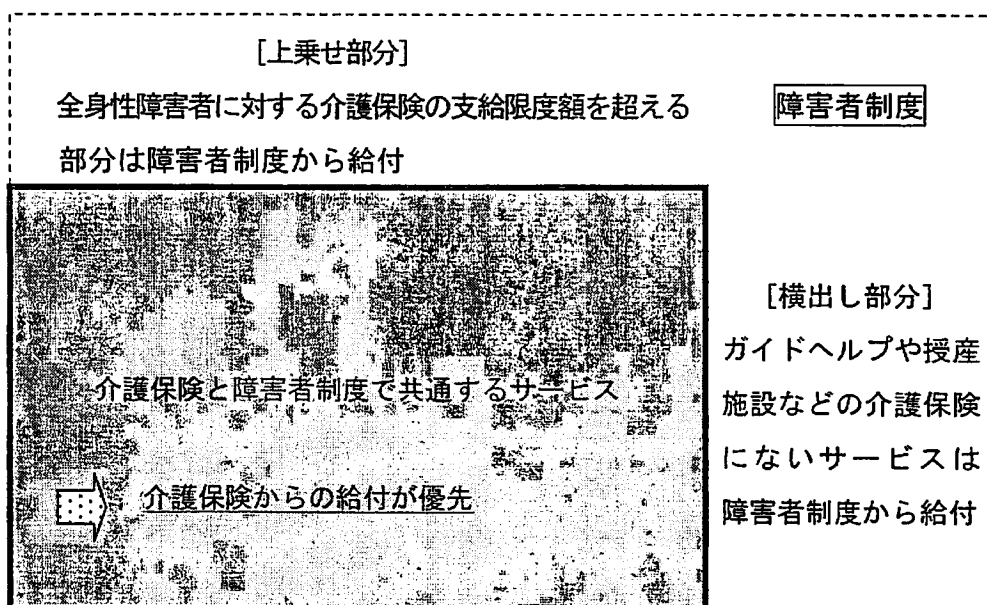


※ 「実際にサービスを受給している人数」については、介護保険事業状況報告（暫定）による。

3. 障害者制度との関係

- 現在、65歳以上の障害者については、すでに介護保険制度の対象となっている。
- この場合、制度の適用関係については、
 - ① まず介護保険制度が優先適用され、
 - ② 障害者制度は、必要に応じ、
 - i) 横出し（ガイドヘルプや授産施設などの介護保険にないサービス）、
 - ii) 上乗せ（全身性障害者に対する介護保険の支給限度額を超えるサービス）、の給付を行うこととなっている。

[65歳以上における介護保険制度と障害者制度との関係]



- こうした65歳以上における両制度の関係を前提にすれば、介護保険制度と障害者制度の関係をどう考えるかは、受給者の範囲を拡大することにより、介護保険制度を優先適用する範囲を65歳未満にも広げるかどうかという問題。

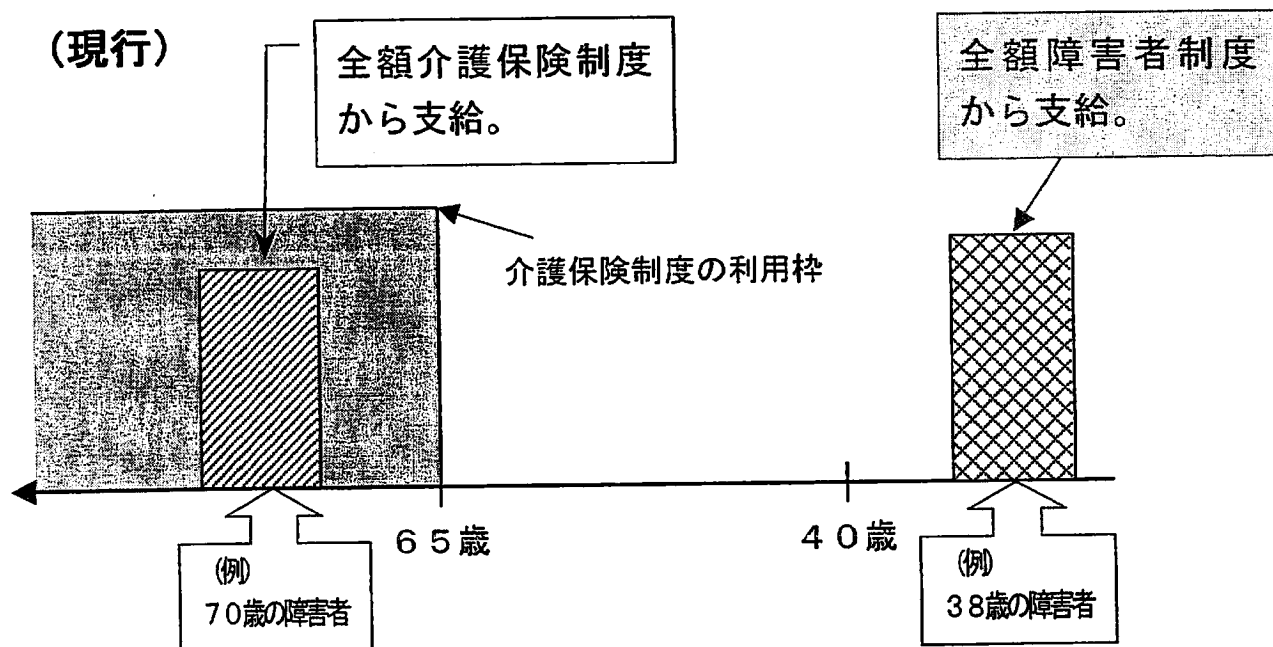
「障害者制度との統合」という表現は、「横出し」や「上乗せ」給付の部分まで介護保険制度の中に組み入れるかの印象を与え、誤解を招きやすい

(介護保険・優先適用のイメージ)

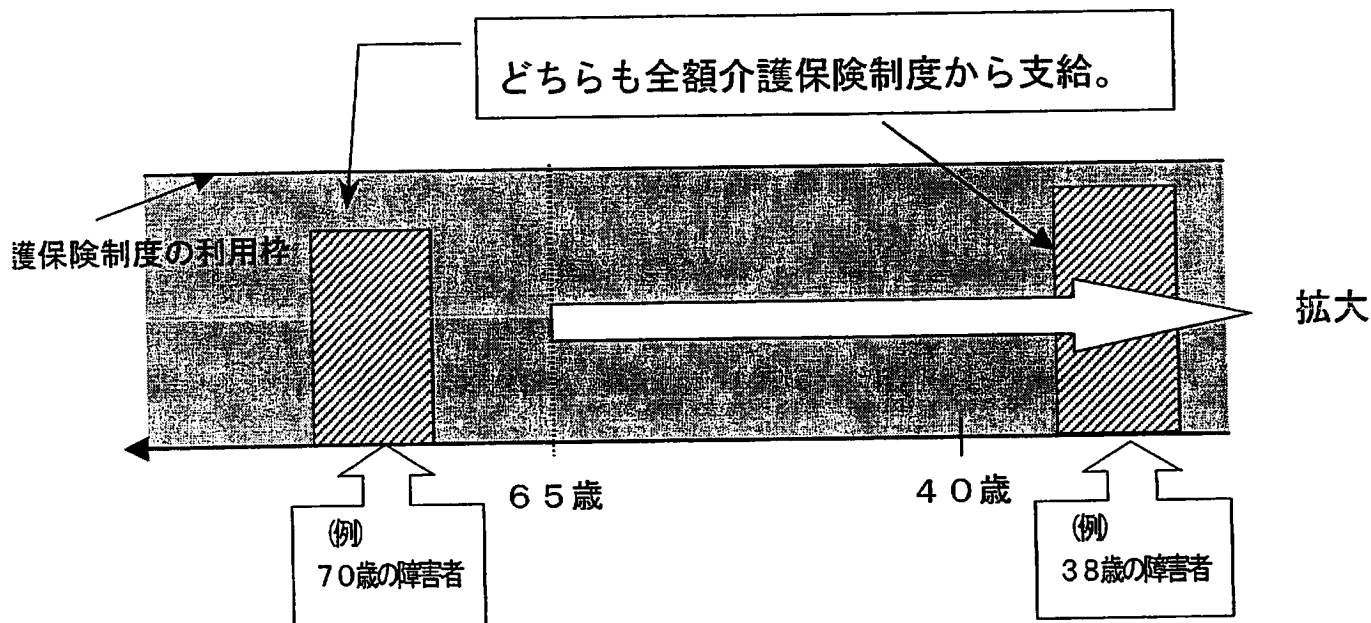
タイプⅠ：

障害者のサービス利用量や種類が介護保険制度の枠内に収まっている場合

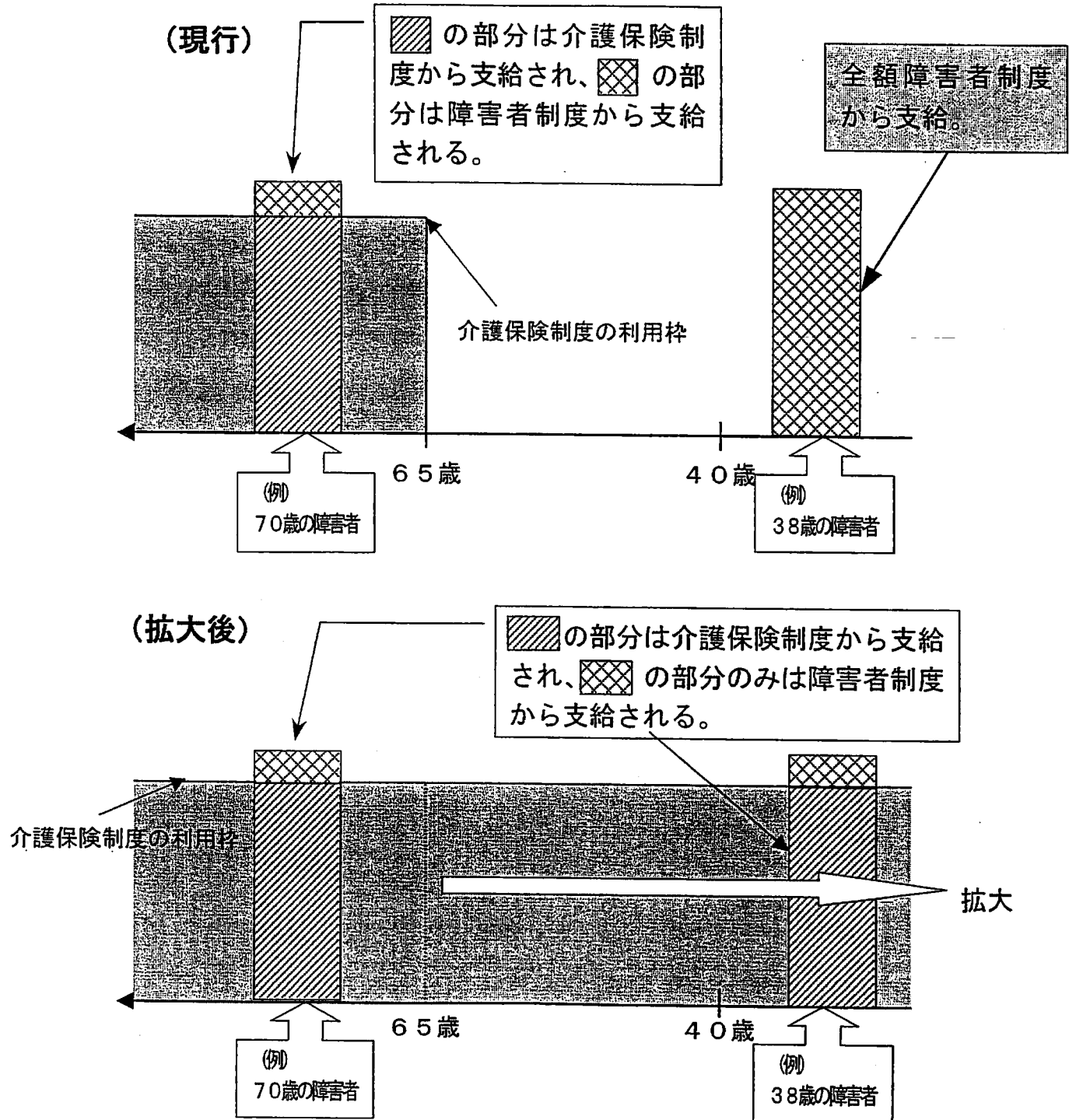
(現行)



(拡大後)



タイプⅡ
障害者のサービス利用量や種類が介護保険制度の枠内に収まらない場合



(身体障害者ホームヘルプの例)

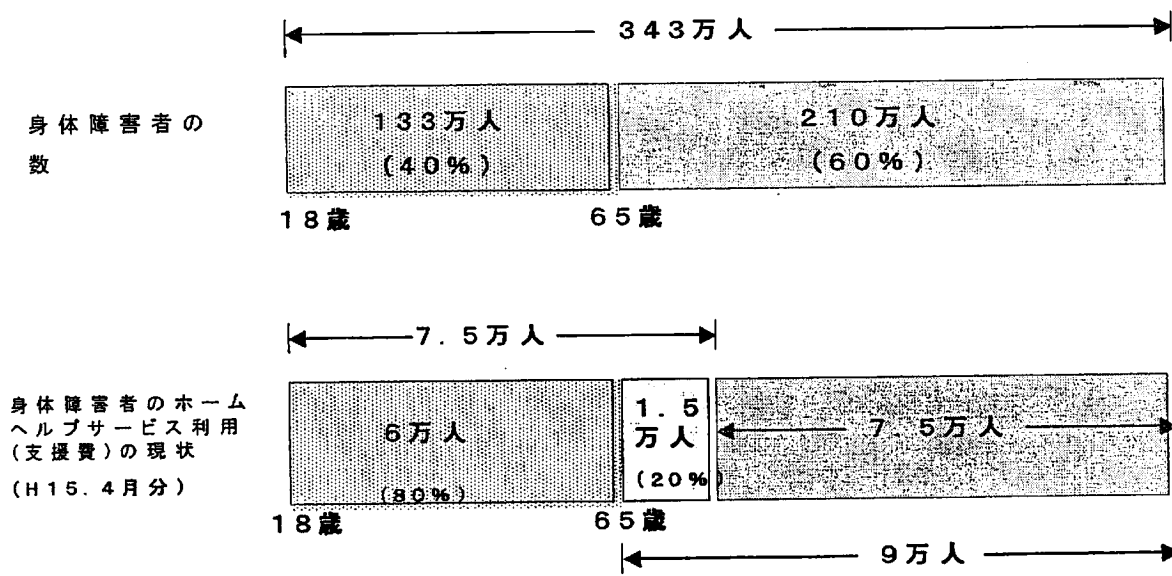
○ 障害者制度における身体障害者のホームヘルプサービスの利用状況をみると、

- ・ 18歳から64歳までの利用者が6万人(8割)であるのに対し、
- ・ 65歳以上の利用者は、1.5万人(2割)にとどまっている。

一方、身体障害者数に占める高齢者(65歳以上)の割合は6割であり、18～64歳のホームヘルプサービスの利用率と同様の利用率を前提とすれば、65歳以上では9万人の利用者がいることになる。

○ この推計値9万人と実数1.5万人の差7.5万人については、介護保険制度に基づくホームヘルプサービスを利用し(優先適用)、障害者制度を利用していないケースが多く含まれているのではないかと考えられる。

○ こうしたことから、65歳以上の障害者については、實際上、タイプIのケースが多くを占めていると推測される。



(注1) 身体障害者(児)数：平成13年身体障害児実態調査・身体障害者実態調査

(注2) ホームヘルプサービス利用状況

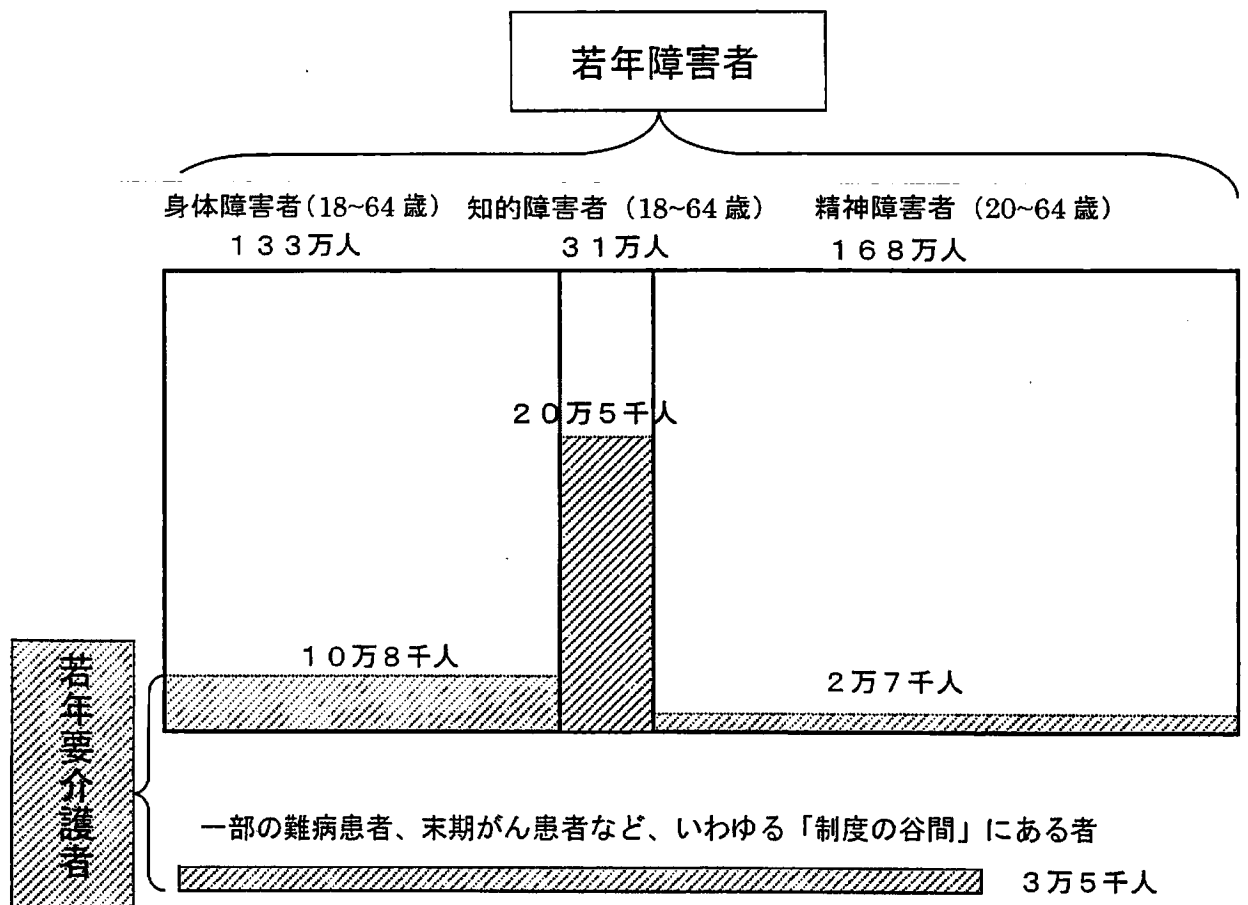
利用者総数：平成15年4月支給決定者数 75,223人(障害保健福祉部調べ)
年齢階級別内訳、介護保険との併用率

：障害保健福祉部が93市町村を対象に実施した「居宅生活支援サービス利用状況調査」を基に、老健局において推計。

4. 若年「障害者」と若年「要介護者」の関係

- 若年「障害者」の数に比べ、若年「要介護者」の数は少ない。
- 介護保険の受給者の範囲の拡大により、新たに保険給付の対象となるのは、若年「障害者」ではなく、若年「要介護者」である。

65歳未満の若年障害者と若年要介護者の関係



※ 若年障害者の数については、平成13年身体障害児・者実態調査、平成12年知的障害児(者)基礎調査、平成14年患者調査等による推計。

※ 身体障害者及び知的障害者の若年要介護者については、支援費制度の利用者数(平成15年度)、精神障害者の若年要介護者については、精神障害者福祉制度の利用者数(平成15年度)を記載。精神障害者については、精神科デイケア等の利用者の中にも若年要介護者が含まれていると考えられるが、人数は不明。

※ 要介護者の難病患者、末期がん患者などについては、20~64歳の在宅の人数(特定疾病の者は20~39歳)であり、一部障害者手帳所持者も含む。(老健局推計)

「制度の谷間」として想定されるケース

- 介護が必要であるにもかかわらず、対象年齢に達していないため介護保険制度の対象とならず、かつ障害者に該当しないため障害者制度の対象にもならない、いわゆる「制度の谷間」にあると想定される主な例として、難病患者、末期がん患者、高次脳機能障害などがある。
- こうしたケースのうち、40歳から64歳までの者については、介護保険料を払っているにもかかわらず、給付が受けられないという状況にある。

〔難病等の患者〕 約1.6万人（※）

- ・ 現行の第2号被保険者（特定疾病）の利用状況から推測すると、訪問介護、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具（金額ベースの順）などを中心とする利用が予想される。

〔末期がん患者〕 約2千人（※）

- ・ 想定される利用例としては、福祉用具（ベッド等）のほか、訪問介護、訪問入浴などが予想される。（別紙・利用状況の例参照）
- ・ ターミナルの状態にあるため、介護を要する状態が6ヶ月以上継続すると見込まれないようなケースについては、解釈や取扱いの変更を検討することが必要。

〔高次脳機能障害〕 約1.7万人（※）

- ・ 頭部外傷等による脳の損傷の後遺症としての記憶障害や社会的行動障害など。
- ・ 通所リハビリテーションなどの利用が想定されるが、一般的には就労訓練や相談等のニーズが高いと考えられる。

（※）難病等の患者の数は、特定疾患患者療養生活実態調査等より推計。末期がん患者の数は、自宅で死亡する患者数（平成14年人口動態調査より推計）。高次脳機能障害の数は、広島県高次脳機能障害実態調査、名古屋市総合リハビリテーションセンター調査等より推計した在宅の要介護者数。

末期がん患者の介護サービス利用状況 (宮城県下のある医療機関の例)

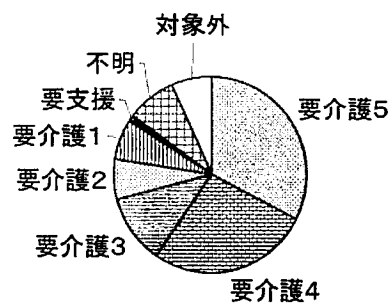
○女性50名、男性41名、平均年齢76歳

○在宅支援期間：平均48日

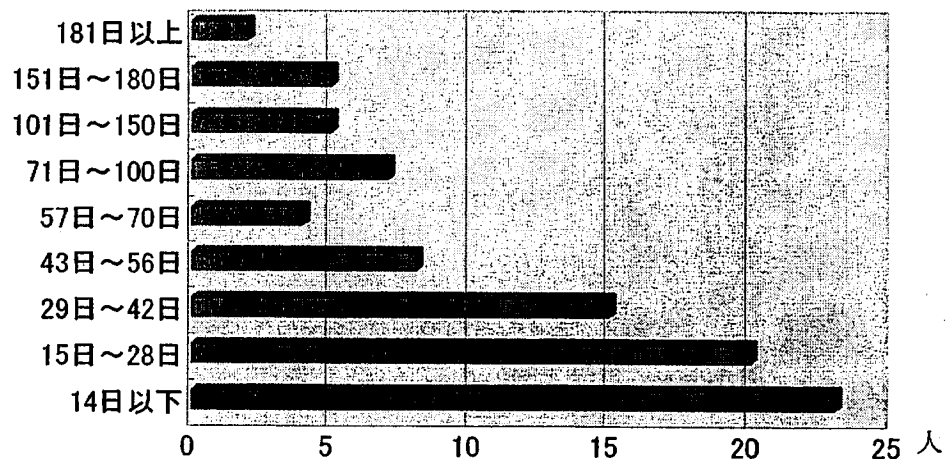
○介護保険サービス利用

福祉用具レンタル	88%
訪問介護	49%
訪問入浴	42%
訪問リハビリ	16%
住宅改修	7%

要介護度



支援日数



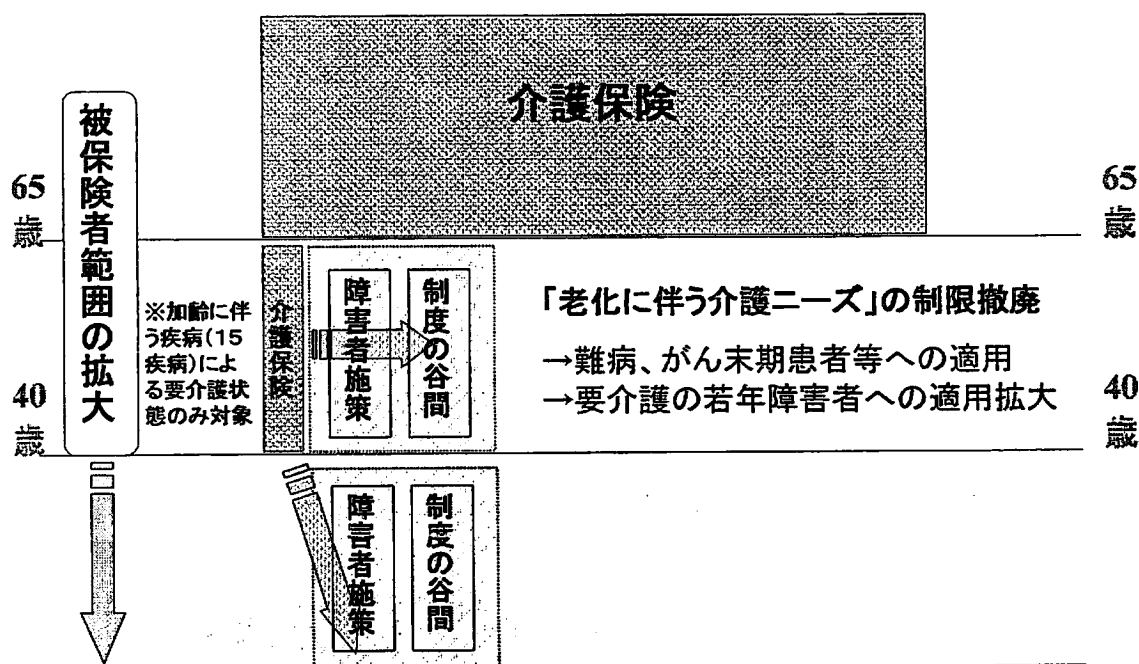
5. 被保険者・受給者の範囲拡大の意義

- 介護保険制度の被保険者・受給者範囲の拡大の意義として、大きく次の2点が考えられる。
 - (1) 介護保険制度の普遍化・我が国の介護システムの一元化
 - (2) 年齢や障害種別を超えたサービス利用や地域ケアの推進

(1) 介護保険制度の普遍化・我が国の介護システムの一元化

- 被保険者・受給者範囲の拡大により、「老化に伴う介護ニーズ」という制限が撤廃され、介護保険制度が介護を必要とする理由や年齢の如何を問わず介護サービスを提供する普遍的な制度へ発展（介護保険制度の普遍化）。
- また、我が国の介護システムという観点から見ると、介護保険制度、支援費制度、精神障害者福祉制度など、年齢や障害種別に基づく縦割りの制度が分立している状況が再編され、基本的部分において介護保険制度による一元的なシステムが構築される（介護システムの一元化）。

[介護保険制度の普遍化のイメージ]

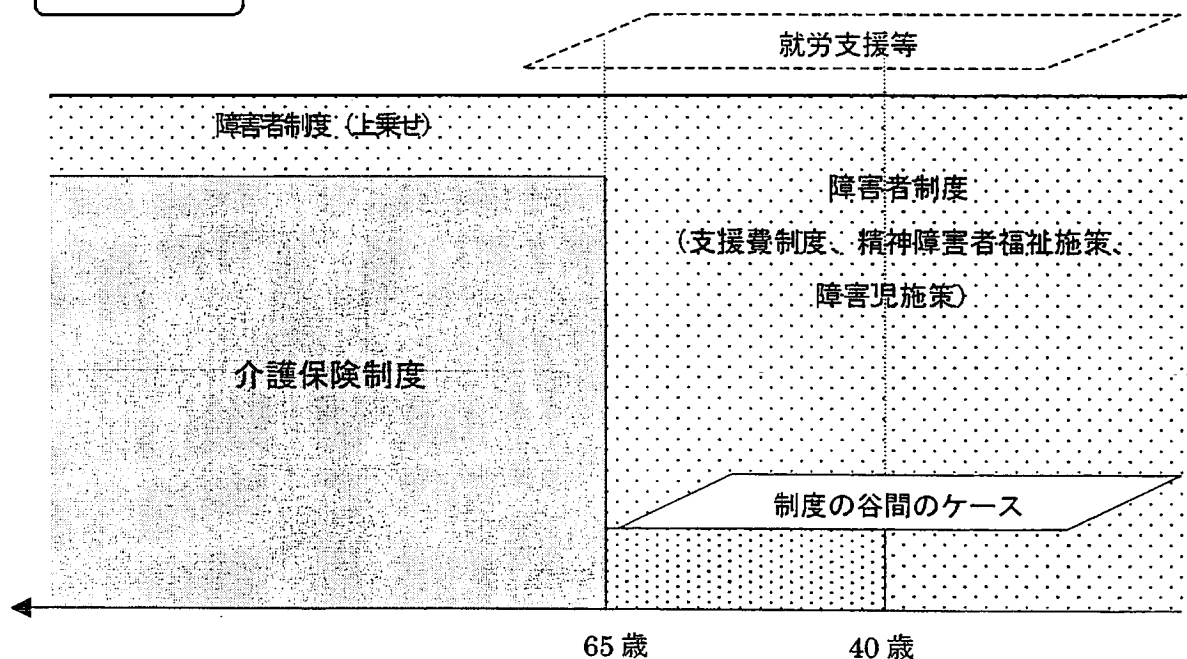


(注) 範囲を拡大する場合においても、介護保険でカバーされない障害者の特性に応じた上乗せ・横出しサービスについては、障害者制度での対応を必要とする。

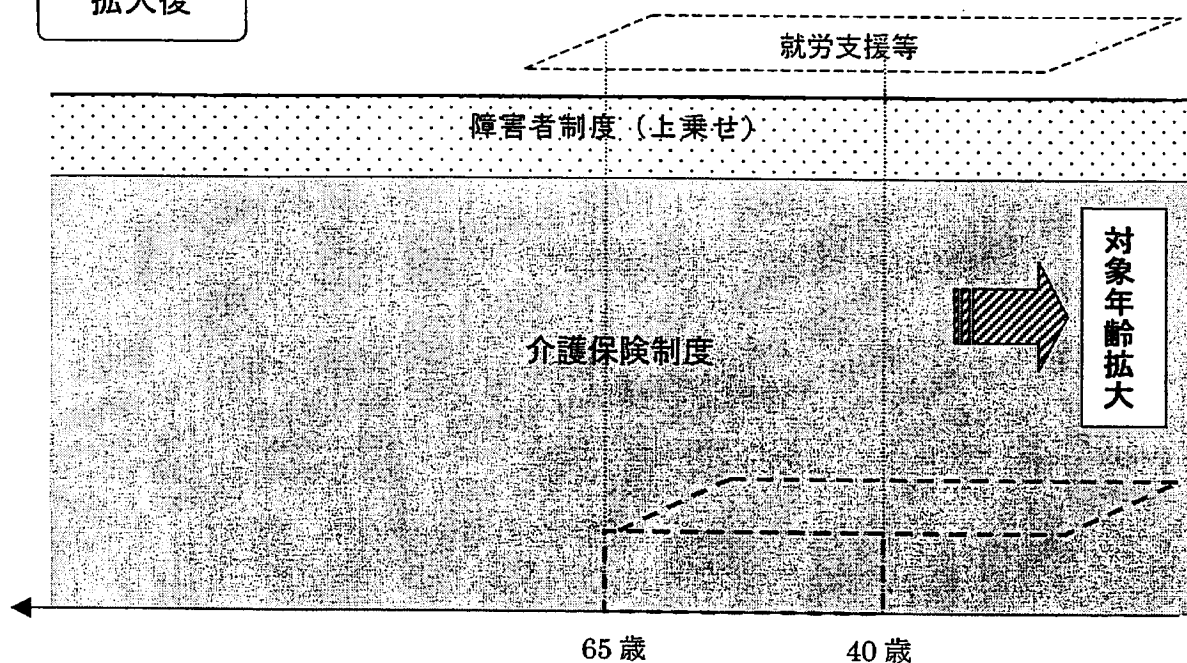
<介護システム一元化のイメージ>

(注) 下図は、介護保険制度と障害者制度の適用関係を示すものであり、サービスの量や対象者の人数などの規模を示すものではない

現 状



拡大後



(2) サービスの相互化・共通化と地域ケアの推進

- 今後、高齢者や障害者が住み慣れた地域で生活を継続できる「地域ケア」を推進し、地域密着型サービスを生活圏域単位で展開することにより、年齢や障害等の区分による制度の縦割りは意味を失っていく。
- 介護保険制度の被保険者・受給者範囲の拡大は、こうした方向性に合致するものであると考えられる。

[課題]

- ・ 年齢や障害種別による介護サービス基盤の整備
- ・ 利用に際しても縦割りの障壁

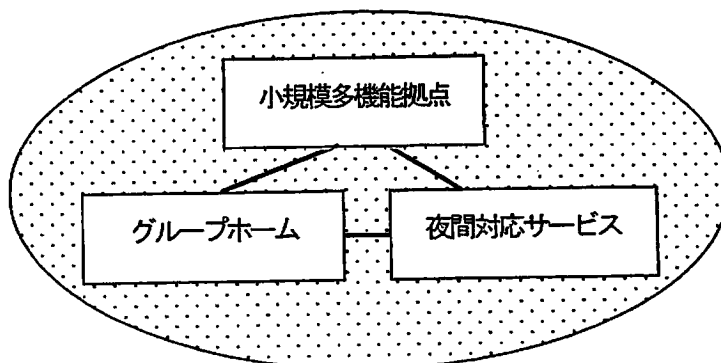
[今後の方向性]

- ・ 住み慣れた地域で生活を継続できる「地域ケア」の推進
- ・ 生活圏域単位で地域密着型サービスの展開
→ サービス面に関しても相互化・共通化の方向



介護保険制度の被保険者・受給者範囲の拡大と方向性が合致

<生活圏域単位の地域密着サービス提供体制（イメージ）>



II 連絡事項

「全国介護保険広域化推進会議 in おきなわ」シンポジウムについて

○開催日

平成16年11月19日（金）

○主催

沖縄県介護保険広域連合

○共催

豊見城市、本部町、金武町、与那城町、勝連町、嘉手納町、北谷町、東風平町、佐敷町、与那原町、南風原町、久米島町、国頭村、大宜味村、東村、今帰仁村、恩納村、宜野座村、伊江村、読谷村、北中城村、中城村、具志頭村、玉城村、知念村、大里村、渡嘉敷村、座間味村、粟国村、渡名喜村、南大東村、北大東村、伊平屋村、伊是名村

○後援（予定）

厚生労働省、総務省、沖縄県、沖縄県町村会

○会場

読谷村文化センター 鳳ホール

○テーマ

「人づくり・地域づくりを通して介護を考える」
～ユイマールで人も、地域も、行政も～

○プログラム（予定）

9:30～ 開会

10:00～10:45 基調講演 （厚生労働省老健局介護保険課長 藤木 則夫）

11:00～11:45 特別講演 （北島 角子）

12:30～13:10 特別講演 （ジョニー宜野湾）

13:20～16:30 パネルディスカッション

コーディネーター	NHK解説員	小宮 英美
パネリスト	厚生労働省老健局介護保険課長	藤木 則夫
	鹿児島県日置広域連合長	宮路 高光
	上智大学教授	栃本 一三郎
	沖縄県立看護大学助教授	大湾 明美

16:30 閉会

○問い合わせ先

沖縄県介護保険広域連合事務局

TEL 098-921-7801

「介護保険サミット」について

1. 趣 旨

- ・ 法施行後5年を目途とした制度見直しに関し、7月30日に社会保障審議会介護保険部会の意見が取りまとめられたことを受け、その内容等について、介護保険事業を運営している市町村長（保険者）に対し、厚生労働省より説明するとともに、今後の具体的な検討に向けて、全国ブロック毎に市町村長から直接忌憚のない意見を伺う。

2. 開催日時及び開催場所

- (1) 介護保険サミット東京会議 平成16年10月12日（火）13:30～15:30
「厚生労働省講堂（低層棟2階）」〔東京都千代田区霞ヶ関1-2-2〕
- (2) 介護保険サミット松山会議 平成16年10月13日（水）13:30～15:30
「愛媛県勤労会館（6階 鳳凰の間）」〔愛媛県松山市宮田町132〕
- (3) 介護保険サミット大阪会議 平成16年10月14日（木）13:30～15:30
「ナンバプレイス（難波御堂筋ビル7階）」〔大阪府中央区難波4-2-1〕
- (4) 介護保険サミット福岡会議 平成16年10月15日（金）13:30～15:30
「FFBホール（福岡ファッションビル 8階Aホール）」
〔福岡県福岡市博多区博多駅前2-10-19〕
- (5) 介護保険サミット名古屋会議 平成16年10月19日（火）13:30～15:30
「全日空ホテルズホテルグランドコート名古屋（7階・ザ・グランドコート）」
〔愛知県名古屋市中区金山町1-1-1〕
- (6) 介護保険サミット広島会議 平成16年10月20日（水）13:30～15:30
「広島厚生年金会館（3階 銀河の間）」〔広島県広島市中区加古町3-3〕
- (7) 介護保険サミット仙台会議 平成16年10月25日（月）13:30～15:30
「仙台卸商センター産業見本市会館（サンフェスタ 4階レセプションホール）」
〔宮城県仙台市若林区卸町2-15-2〕
- (8) 介護保険サミット札幌会議 平成16年10月26日（火）13:30～15:30
「北海道厚生年金会館（3階 瑞雪の間）」〔北海道札幌市中央区北1条西12丁目〕

3. 介護保険サミットの議事等

- (1) 介護保険サミットは、御出席市町村長と厚生労働省老健局幹部が同じテーブルに着いて、13時30分から15時30分までの2時間程度の予定で開催することとしていること。（議論の推移等によっては、若干の時間延長が若干の延長が考えられます）
- (2) 議事の進行については、介護保険制度の見直しを中心とした行政説明を30分から40分程度行い、その後、幾つかのテーマごとに意見交換を1時間30分程度行う予定であること。

4. その他

- ・ 介護保険サミットは、公開としており、会議資料並びに意見交換の概要については、独立行政法人福祉医療機構が運営している『WAM NET』の「介護保険の広場」において掲載することとしたこと。

○ 問い合わせ先

- ・ 厚生労働省老健局介護保険課 担当：総務係長 川島
TEL 03-(5253)-1111（内線 2265）、夜 間 03-(3595)-2890
FAX 03-(3503)-2890

養護老人ホーム及び軽費老人ホームの将来像に関する研究会について

本研究会では、本年2月9日以降、養護老人ホーム及び軽費老人ホームの将来像について検討してきたが、去る10月5日の第5回会合ではその報告書（案）について審議が行われた。本研究会は、今月末を目途に報告書を取りまとめる予定としているが、5日の報告書（案）で示されている方向性は次のようなものである。

1 養護老人ホームの将来像

（1）入所者の介護ニーズには、介護保険制度により対応することとし、各施設は次のいずれかの途を選択。

- ① 外部介護サービス利用型措置施設への転換
- ② 介護サービス内包型契約施設（ケアハウス）への転換
- ③ 二部門を有する施設への転換

一部分を「外部介護サービス利用型措置施設」に転換し、残りの部分を「介護サービス内包型契約施設」とする。

（2）また、外部介護サービス利用型措置施設へと転換する施設は、「ソーシャルワーク強化型」として機能強化を図ることが必要。

2 盲養護老人ホームの将来像

（1）入所者の介護ニーズには、介護保険制度により対応することとし、一般の養護老人ホームの場合と同様の三つの途のいずれかを選択。

（2）視覚障害のある高齢者の「最後の拠り所」として役割を果たしていく必要があり、専門職員の加配が必要。

3 軽費老人ホームの将来像

今後とも「特定施設入所者生活介護」の指定を受けるケアハウスのニーズは高まっていくものと予想。今後は三類型を統合することとし、新設はケアハウスのみに限るべき。

○ 第5回会合 10月 5日(火)

- ・ 養護老人ホーム及び軽費老人ホームの将来像研究会・報告書(案)について

養護老人ホーム及び軽費老人ホームの将来像に関する研究会 委員

(五十音順、敬称略)

赤羽 卓朗	岩手県保健福祉部保健福祉企画室長
一乗 玲子	全国老人福祉施設協議会 施設推進委員会軽費老人ホーム分科会長
今田 寛睦	社会保険診療報酬支払基金常任顧問
◎北場 勉	日本社会事業大学社会福祉学部教授
栃本 一三郎	上智大学文学部教授
西井 秀爾郎	全国老人福祉施設協議会 施設推進委員会養護老人ホーム分科会長
福永 卓	山口市経済部観光課課長補佐 (前山口市健康福祉部高齢障害課主幹)
本間 昭雄	全国盲老人福祉施設連絡協議会会長
皆川 鞆一	静岡英和学院大学人間社会学部教授
森田 文明	神戸市保健福祉局高齢福祉部高齢福祉課長
山中 拓治	全国軽費老人ホーム協議会会長

◎は座長

「老人保健事業の見直しに関する検討会」について

1. 目的

老人保健法に基づく医療等以外の保健事業（老人保健事業）第4次計画の最終年度に当たり、次年度以降の老人保健事業の在り方について総合的に検討する。

2. 検討事項

- これまでの老人保健事業の総合的評価
- 今後の老人保健事業全体のあり方
- 個別の事業のあり方（基本健康診査など）
- その他

3. 検討会の位置付け

- 老健局長が主催する検討会
- 会議は公開を原則

4. 検討会メンバー 別紙

5. スケジュール

- 平成16年7月から開催し、6回程度検討
- 平成16年10月を目途に中間取りまとめ

「老人保健事業の見直しに関する検討会」

(敬称略、五十音順)

氏 名	所 属
石井みどり	社団法人日本歯科医師会常務理事
漆崎 育子	社団法人日本看護協会常任理事
大川 弥生	国立長寿医療センター生活機能賦活研究部長
高橋 紘士	立教大学コミュニティ福祉学部教授
○ 辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター指導課長
土屋 隆	社団法人日本医師会常任理事
津村智恵子	大阪府立看護大学看護学部教授
中村 好一	自治医科大学教授
信友 浩一	九州大学大学院教授
長谷川敏彦	国立保健医療科学院政策科学部長
藤野 圭司	日本臨床整形外科医会副理事長
本間 昭	東京都老人総合研究所痴呆介入研究グループ参事
吉池 信男	独立行政法人国立健康・栄養研究所研究企画評価主幹

※ ○印 : 座長

「老人保健事業の見直しに関する検討会」検討項目

1. これまでの老人保健事業の総合的評価

- ・ 評価すべき点、改善すべき点は何か。
- ・ ①健康手帳の交付、②健康教育、③健康相談、④健康診査、⑤機能訓練、⑥訪問指導の6項目の個々の事業をどのように評価するか。

2. 今後の老人保健事業全体のあり方

- ・ 今後の老人保健事業の方向性はどうあるべきか。
- ・ 重点的に取り組むべき事業は何か。
- ・ 事業の計画・評価は誰がどのように行うのか。
- ・ 国、都道府県、市町村の役割は何か。
- ・ 関連する他の制度との関係はどうあるべきか。
(健診事業や介護予防など)

3. 今後の個別の事業のあり方(基本健康診査など)

- ・ 健診などの対象者の範囲はどうあるべきか(年齢群)。
- ・ 対象者の特性(年齢など)に応じた必要な健診項目は何か。
- ・ 健診などの体制(受診者への案内など)、方法(健診機関など)はどうあるべきか。
- ・ 受診率向上をするための方策は何か。
- ・ 健診などの受診者のフォローアップ体制はどうあるべきか。
- ・ 健診事業における国の役割は何か。

「老人保健事業の見直しに関する検討会」スケジュール

第1回検討会（7月16日）

- 検討課題提示
- これまでの老人保健事業に関する総合評価

第2回検討会（7月27日）

- 今後の老人保健事業のあり方
 - ・健康診査（生活習慣病）
 - ・健康手帳・健康相談・健康教育・訪問指導
 - ・栄養など

第3回検討会（8月23日）

- 今後の老人保健事業のあり方
 - ・生活機能低下及び機能訓練（痴呆含む）
 - ・歯周病対策など
 - ・老人保健事業の運営
 - ・その他

第4回検討会（9月13日）

- 関係者ヒアリング
- 総合討論

第5回検討会（9月27日）

- 骨子案の作成及び検討

第6回検討会（10月中旬）

- 中間とりまとめ

老人保健事業の見直しに関する検討会

中間報告書骨子（案）

1 はじめに

- 老人保健法に基づく医療等以外の保健事業（以下「本事業」という。）については、昭和57年度以来、4次に及ぶ計画に基づき、20年余りの長期にわたり各種の事業を展開してきた。
- この間、人口の急速な高齢化や欧米型のライフスタイルの進展を背景として、生活習慣病や要介護状態等になる者の増加が深刻な社会問題となるに至っており、本事業においても、こうした社会環境に対応した適切な役割を担っていくことが求められてきている。
- また、今年度は、平成12年度を初年度とする保健事業第4次計画の最終年度という大きな節目の年にあたり、21世紀の前半に迎える超高齢社会を目前に、介護保険制度の見直しについても検討が進められている。
- こうした状況を踏まえ、これまでの本事業の総括的な評価を行うとともに、平成17年度以降の新たな事業の在り方について専門的見地から総合的に検討を行うため、老健局長の私的検討会として本検討会が設置された。

- 本検討会では、平成16年7月以降、○回にわたり、これまでの本事業に関する総合評価、今後の本事業の在り方、関係者からのヒアリングも踏まえ討議を行い、その結果を以下のとおり取りまとめた。

2 現状と課題

2-1 本事業が果たしてきた役割

- 本事業は、国民の疾病の予防、治療、リハビリテーション等の一連のサービスを総合的かつ体系的に提供するために、昭和57年度からこれまで4次にわたる計画に基づき実施されてきた。国、都道府県、市町村が地域保健活動に関する計画を定め、その計画に基づき、全国的な事業実施を推進する取組は、本事業が初めてのことであった。
- また、受診率の向上等を目標に掲げて計画的に展開されてきており、これにより、我が国の公衆衛生活動の飛躍的な拡大とともに、保健関係職種の定着や技術の向上など、体制基盤の質的・量的な充実が図られることとなった。
- さらに、健康診査が「住民健診」として身近なものとなってきたように、本事業は、計画に基づき個人や特定の集団及び地域など様々な対象に対して実施され、地域に着実に定着するとともに、医療保険者等の行う保健事業など、他の事業のモデル的な役割を担ってきた。

- 地域におけるリハビリテーション活動を行う「機能訓練」や、対象者の自宅に出向き保健指導を行う「訪問指導」が、それぞれ制度化されたことは、地域保健活動の活性化等に資するとともに、高齢者に対するサービス提供の一つとして先駆的な取組となった。

2-2 本事業の有する課題

2-2-1 若年期における生活習慣病対策の必要性

- 高齢化の進展とともに疾病構造が変化し、長い間の生活習慣の積み重ねによって発症することが多く、発症すると長期の加療を要することが多いがん、心臓病、脳卒中といった生活習慣病が主要な死因となっており、本事業の制定当初においては、これらの疾病による死亡が増加し始める壮年期からの健康づくりと予防、早期発見、早期治療を図ることが重要となっていた。こうした当時の課題を踏まえ、本事業は、疾病の予防・健康づくりから病後の機能訓練に至る総合的な保健医療サービスを市町村を主体として、壮年期にある40歳以上の者を対象に実施することとなったものである。
- しかしながら、近年においては、これまで主として壮年期からの問題と認識されていた生活習慣病が、少年期や青年期においても肥満や高血圧等が増加しているということを受け、より若い世代から適切な生活習慣を身につけるための施策等が重要になってきている。

2-2-2 対象者の的確な把握

- 本事業は、他の制度・事業から保健サービスが提供された者については、事業の対象としていない。現状では、他の制度・事業実施者が、市町村ごとにそのサービス受給者名を通知する仕組み等がなく、本事業の実施主体である市町村が事業の対象者を正確に把握することが困難となっている。
- また、生涯を通じた健康づくりという観点から、本事業をはじめ、母子保健、学校保健、職域保健等の各種事業があるが、各制度縦割りによる実施がなされ、必ずしも相互の連携が十分に図られてこなかったため、真に保健サービスを必要とする者がこれらの制度の対象から漏れる場合があるという問題を有している。

2-2-3 健康診査の受診率の向上

- 本事業においては、健康診査の対象者や未受診者の的確な把握が困難であるため、効果的な受診勧奨が実施されず、国民の健康診査の受診の機会の確保が十分に図られていない。
- 国民においても、健康診査の受診はその責務であるとの認識が必ずしも十分に浸透しているとは言えず、例えば、本事業における基本健康診査の受診率は42.6%（平成14年度）であり、年々増加してきているものの、依然として対象者の半数も満たしていない。

- また、健康診査の受診率の算定方法が市町村によって異なっており、全国的に統一がなされていない。したがって、受診率を市町村間で比較する際には正確さを欠くことや、受診率が低いことに対して市町村の危機感が乏しい一因となっている。

2-2-4 個人に対するフォローアップ等の徹底

- 健康診査において異常等が指摘され、精密検査や治療等が必要であるとされた者等が、こうした指示に従っているかを確認することが必ずしも確実に行われていないために、健康診査の効果が十分に生かされていないなど、対象者一人ひとりに対する個別的な対応が不足している。

2-2-5 高齢者に適した事業実施

- 本事業においては、個人のライフステージにかかわらず一律に生活習慣病予防対策を中心に事業（サービス）が実施されてきており、特に介護予防の観点からの高齢者に対する取組が必ずしも十分ではなかった。例えば若年者や壮年期の者に対しては、生活習慣病のリスク軽減の観点から肥満や高脂血症に対する情報提供や生活習慣改善のための支援が行われているが、既に生活習慣が確立している高齢者に対しては、生活機能低下予防や、食事を通じたQOL（生活の質）の向上といった観点からの取組が重要である。

2-2-6 適切な事業評価の実施

- 本事業においては、事業（サービス）の種類とその提供の程度により、どのような効果が得られているのか等についての評価や、各種の事業（サービス）が適切に実施されるための精度管理が必ずしも十分に行われているとは言えない。

2-2-7 適切な事業実施に係る手法の確立

- 本事業においては、疾病発症等の確率が高いハイリスク群に対する「ハイリスク・アプローチ」と、地域住民に幅広く対応する「ポピュレーション・アプローチ」のそれぞれのメリット、デメリットを踏まえ、これらを適切に組み合わせた効果的な事業実施が必ずしも図られていない。

3 本事業を取りまく状況

3-1 健康増進法の制定

- 平成15年5月に健康増進法が施行され、国民の責務として、生涯にわたり、自らの健康状態を自覚し、健康の増進に努める旨の規定が定められるとともに、保険者、市町村等の健康増進事業実施者においては、国民の健康の増進のための事業を積極的に推進するよう努める旨の規定が定められた。同法に基づき定められた「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」、「健

健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」においては、いわゆるヘルスプロモーションの理念に基づき、個人のライフステージ、性差等に応じた健康増進の取組の推進、本事業や医療保険者等による各種保健事業の連携の推進等が求められている。

- これらを踏まえ、本事業の位置付けについて再確認するとともに、上記の基本的な指針等との整合性に配慮した取組が求められている。

3-2 がん検診の見直しに関する検討会

- 市町村において実施されているがん検診については、本検討会に先立ち、平成15年12月に老健局長の私的検討会である「がん検診の見直しに関する検討会」を設置し、個々のがん検診ごとの検討が進められている。
- 同検討会においては、まずは、死亡率減少効果の観点から実施方法、対象年齢等に特に問題が指摘されている「乳がん検診」及び「子宮がん検診」について、専門的見地から検討が行われ、本年3月に中間報告が取りまとめられた。
- 中間報告においては、乳がん検診におけるマンモグラフィの原則実施や対象年齢の拡大等についての提言がなされたところであり、これらを踏まえ、本年4月にがん検診の進め方に関して国の基本的な考え方を示す「がん検診指針」が改正された。

3－3 健康フロンティア戦略の策定

- 本年５月、与党幹事長・政調会長会議から、「生活習慣病対策の推進」と「介護予防の推進」の２つのアプローチにより「健康寿命」を伸ばすことを基本目標に据えた「健康フロンティア戦略」が策定され、平成１７年度予算編成における重点政策とするよう政府に対して要請がなされた。これを受け、同年６月には、「経済財政運営と構造改革に関する基本方針２００４（いわゆる「骨太の方針２００４」）」が閣議決定され、「健康フロンティア戦略」に盛り込まれた施策の達成を図るため、関係各省が連携して重点的に政策を展開することとされたところである。
- この戦略においては、平成１７年から平成２６年までの１０年間を実施期間として、国民各層を対象に、①「働き盛りの健康安心プラン」、②「女性のがん緊急対策」、③「介護予防１０ヶ年戦略」、④「健康寿命を伸ばす科学技術の振興」の４つの政策の柱に基づく対策を重点的に実施することとされており、本事業においても、健康フロンティア戦略の関連施策として、重点的な取組が求められている。

3－4 介護保険制度の見直し

- 社会保障審議会介護保険部会は、本年７月、介護保険法施行後５年目の制度見直しに向けた「介護保険制度の見直しに関する意見」を取りまとめた。

- この報告書では、介護保険制度を予防重視型システムへと構造的に転換すべきであるとし、現在、市町村事業として実施されている「老人保健事業」や「介護予防・地域支え合い事業」についても、サービス内容を介護予防に効果的なものに切り換えるとともに、介護保険制度と有機的な連携を保ちながら事業展開が可能となるようなものへと一元化すべきであるとの指摘がなされている。

3－5 いわゆる「三位一体の改革」の動向

- 平成15年6月に閣議決定された「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2003（いわゆる「骨太の方針2003」）において、「官から民へ」、「国から地方へ」の考え方の下、地方の権限と責任を大幅に拡大し、国と地方の明確な役割分担に基づいた自主・自立の地域社会からなる地方分権型の新しい行政システムの構築のため、事務事業及び国庫補助負担事業の在り方の抜本的な見直し（いわゆる「三位一体の改革」）を行うこととされたところであり、国庫補助負担金については、本年度から平成18年度までの期間において、概ね4兆円程度を目途に廃止、縮減等の改革を行うこととされたところである。
- 本年8月には、平成17年度及び平成18年度における国庫補助負担金廃止の具体案として、地方六団体により「国庫補助負担金等に関する改革案」が取りまとめられ、この中で、本事業に係る国庫負担金を含め、3兆円規模の国庫補助負担金廃止の具体案が提示されたところであり、政府においては、地方との協議も行いつつ、本年11月下旬を目途に改革の全体像の取りまとめを行うこととされている。

4 見直しの基本的方向性

4-1 見直しに際しての基本的考え方

- 利用者である国民を主体として、全ての国民に対して、最新の知見に基づく生活習慣病予防対策と介護予防（生活機能低下予防）対策について、個人のライフステージごとに適切な事業（サービス）が提供される必要があり、本事業は、その中核的役割を担うべきである。
- 生活習慣病予防の観点からは、生活習慣が確立する前のライフステージにある若年者の時点からの対策が必要である。
- また、介護予防（生活機能低下予防）対策の観点からは、いわば生活習慣病を予防して「健康な65歳」を作ることであったこれまでの本事業の目的に加えて、今後は、「健康な85歳」を目指していくことが必要である。このため、生活習慣病予防対策に加えて、高齢者に対する介護予防（生活機能低下予防）に向けた取組をより一層強化していくことが重要であり、多様な事業（サービス）の開発が必要である。
- その際、介護保険制度との有機的連携を図るため、介護保険制度において検討されている新予防給付との連続性の確保や介護予防・地域支え合い事業との一体的な事業展開を図っていくべきである。また、利用者一人ひとりの状況に応じたきめ細かな事業（サービス）の利用を進めるため、介護予防対策については、介護保険制度において実施されているケアマネジメントの概念を導入す

る必要がある。

- 生活習慣病予防対策及び介護予防（生活機能低下予防）対策のいずれにおいても、国民自らの努力を支える環境の整備に重点を置くヘルスプロモーションの考え方に基づいた事業展開が重要である。その際には、利用者が積極的・継続的に事業（サービス）を利用することができるよう利用者が楽しめる内容とするよう留意すべきである。
- また、保健医療福祉に関する事業（サービス）としての枠組みにとどまらず、地域住民主体の事業（サービス）としての定着を目指すことによって、健康や生きがいを通じた地域づくりやまちづくりが進められることから、本事業の活性化が期待されている。
- 上記の考え方を具現化するにあたり、現行の老人保健法に基づく制度を改める必要があるものと現行制度内における見直しを図るべきものに分けて対応すべきであり、特に以下の点については、他の制度・事業との連携・役割分担について、他の制度・事業の改正も視野に入れた制度的な検討が必要である。
- ① 生活習慣病予防を目的として、主として65歳未満の者が利用する事業（サービス）については、老人保健事業、保険者による保健事業、職域保健等の各事業（サービス）により別々に実施され、相互の連携が十分でない現状にある。この点については、市町村と保険者それぞれの責務のあり方や連携方策を含め、老人保健法の枠を越えた制度横断的な取組が必要である。

- ② 介護予防（生活機能低下予防）を目的として、主として65歳以上の者が利用する事業（サービス）については、「介護予防・地域支え合い事業」や介護保険における新予防給付との有機的な連携が図られるよう、その制度的位置付けについて、各事業（サービス）の実施主体・実施手法・財源等も考慮に入れた見直しを行う必要がある。
- ③ 40歳未満の者の生活習慣病予防対策については、40歳以上を対象とする現行老人保健法では対応が困難である。今後はこれらの者に対して事業（サービス）を受ける機会を確保する新たな枠組みの整備が必要である。

4-2 国民の責務と権利

- いかなる時代であっても、生涯健やかで心豊かに生活できることは、国民一人ひとりの願いである。
- こうした生活を国民一人ひとりが実現するためには、まずは、国民自らが若年期から高齢期に至るまで、生涯にわたり健康状態に留意し、自覚することが必要であることはもとより、特に若年期にあっては、家庭において適切な生活習慣の定着や豊かな人間性の形成・家族関係づくりによる心身の健全育成を図る必要がある。
- また、こうした個人や家庭における努力を身近な地域や職域、社会全体においても一貫して支えていくことが重要であり、国はもとより、都道府県、市町村など、保健事業に携わる者すべてが十分にこのことを理解し、各種の事業（サービス）を展開する必要がある。

4－3 行政の役割

- 国民が有する上記の責務と権利を踏まえ、行政は全ての国民に対して事業（サービス）を利用する機会を提供するなど、所要の環境の整備に努める必要がある。
- また、いわゆる「三位一体の改革」において提案されている本事業に関する税源委譲についても、国民が各種の事業（サービス）を利用できる権利・機会を等しく確保する観点から、引き続き国の責任の下で実施する必要がある。

4－3－1 国の役割

- これからの本事業における国の主な役割としては、以下の事項が挙げられる。
 - ① 国民を取り巻く健康状況等を的確に把握するとともに、老人保健事業や保険者による保健事業、また職域保健等の各事業等の様々な制度・事業を視野に入れて、国民の健康づくりに向けた総合的な戦略の企画立案を行う。
 - ② 最新の科学的知見を精査し、各種事業の実施方法・精度管理・事業評価手法等に関する指針を策定する。
 - ③ 健康の保持・増進に関する国民の意識や知識を高めるため、様々な媒体を通じた全国的な普及啓発活動を進める。
 - ④ 人材の養成や資質の向上等サービス提供に必要な基盤整備に努める。

4－3－2 都道府県の役割

- これからの本事業において都道府県が果たすべき主な役割として、以下の事項が期待される。
 - ① 国の示す指針を参考に、また、地域特性を生かしながら、市町村における事業実施が、円滑かつ適切に行われるよう支援する。
 - ② 広域的な立場から、サービス提供機関間の調整や管内市町村の取組に係る情報収集・提供、市町村職員の人材育成等の支援を行う。
 - ③ 事業（サービス）の質の確保・向上に関する取組を行う。

4－3－3 市町村の役割

- 地域住民に最も身近な地方自治体である市町村は、生活習慣病予防及び介護予防（生活機能低下予防）を目的とする各種事業（サービス）を提供するとともに、介護予防については、適切な事業（サービス）の利用が図られるようにケアマネジメントを実施する。
- 介護予防（生活機能低下予防）を視野に入れつつ、本事業が円滑に実施できるよう、計画立案・実施・評価に至るまでの一連のマネジメントの実務を担う。
- 上記の役割を効果的・効率的に果たすため、地域のニーズ等を踏まえた事業実施に関する計画（以下「事業計画」という。）を策定する。

4－4 事業展開の在り方

4－4－1 事業計画

- 具体的な事業（サービス）内容については、全国一律のものに限らず、地域の課題等に応じた柔軟な事業（サービス）も提供されるよう努める。
- 対象者のライフステージに応じた事業を実施するため、以下のようなライフステージに応じた目標を設定する必要がある。
 - ・ 20歳～39歳：人生の「折り返し」時までには、健康な生活習慣の確立を目指す
 - ・ 40歳～64歳：健康な65歳を目指して、健康な生活習慣の維持を図る。
 - ・ 65歳以上：引き続き、前期高齢期での健康な生活習慣の維持を図るとともに、健康な85歳を目指して、生活機能の維持・向上に対する取組を強化する。
- 計画立案に当たっては、個々のサービスにかかる人的・財政的資源の投入量とそれによる利用者の健康アウトカム指標の改善度を評価できる仕組みを盛り込む必要がある。また、指標の設定に当たっては、比較可能な指標（地域間の比較、時間軸での比較）等、客観的に評価が可能であり、地域住民にとっても分かりやすい指標を設定すべきである。
- 本事業内の各種事業、医療保険者等による保健事業、職域保健等の他の制度に基づく各種事業等がそれぞれの役割分担を明確にしながら有機的に連携し、

地域住民が一貫したサービスを総合的に利用できる計画の策定が重要であり、各地域において情報交換を行い相互の連携を強化する等の取組を今後より一層進めていくべきである。

- 事業計画には、課題の把握・計画立案・実施・評価を体系的に実施できるような事業のマネジメントの仕組みを組み込むことが必要である。
- 市町村の人的・財政的資源等を考慮し、健康診査に限らず各種の事業（サービス）の実施について、民間も含めて多様な事業者へ委託することも積極的に検討すべきである。なお、委託先の事業者の選定にあたっては、精度管理を含めて、事業が適切に実施できる体制や能力を具備していることが不可欠である。

4-4-2 事業実施

- 事業実施に当たっては、事業（サービス）を利用する地域住民の利便性に最大限の配慮がなされるべきである。併せて、利用を促すため、多様なメディアを通じた事業の周知に努めるべきである。
- 保健事業を実施することによる要介護者数の減少、健康寿命の延伸等の健康アウトカム指標上の改善効果を明らかにすることにより、利用者にとってのメリットを示していく必要がある。

- 対象者に対しては、本事業の目的や有用性に関する情報のみならず、地域住民の視点に立った地域の保健医療福祉の社会資源に関する情報など、幅広い情報を分かりやすく提供することが必要である。
- 事業実施に際しては、ボランティア団体やNPO等の地域組織との連携を図ることが重要である。

4-4-3 事業評価

- 事業評価に当たっては、計画において設定した健康アウトカム指標について評価することはもちろんであるが、事業（サービス）が効果的・効率的に提供されたかどうか等のプロセス評価も行われる必要がある。
- 事業評価を適切に行うため、個人情報の保護に留意しつつ、個人の健康に関するデータの活用についても検討し、例えば、健康診査の受診者の過去のデータ等についても継続管理できるような体制を検討すべきである。これにより、個々人の健康状況の推移が把握できるようになることのみならず、事業全体の経年的評価が可能となる。

4-5 生活習慣病予防

- 生活習慣病予防対策については、40歳以前からの取組が重要であり、若年者からの体系的な取組と働き盛りの層に対して重点化した取組が行われるべきである。

- また、「ハイリスク・アプローチ」と「ポピュレーション・アプローチ」のもたらす効果を勘案し、それらの具体的な実施方法について検討を行うべきである。

4－6 介護予防（生活機能低下予防）

- 介護予防（生活機能低下予防）対策においては、どのように暮らしていきたいかという高齢者本人の希望を生かして、その希望の達成を支援する事業（サービス）を提供できるようにする必要がある。
- 高齢者の態様（脳卒中モデル、廃用症候群モデル、痴呆モデル）に応じた取組を行うための具体的な事業（サービス）の設定と定期的な評価の実施方法について検討すべきである。
- 生活機能が低下したときには、早期に発見し、速やかに集中的な対応（水際作戦）ができるような体制を検討する必要がある。

5 取組の具体的方向性

- 本事業は、①健康手帳の交付、②健康教育、③健康相談、④健康診査、⑤機能訓練、⑥訪問指導の6種類の事業（サービス）により構成され、主として、健康教育、健康相談は一次予防、健康診査は二次予防、機能訓練、訪問指導は三次予防のための事業として行われてきた。

- 事業（サービス）の分類としては、上記の老人保健 6 事業によってほぼ網羅されていると考えられるが、それらの名称については、利用者本位という観点から、分かりやすいものに改めるべきである。
- 生活習慣病予防対策及び介護予防（生活機能低下予防）対策の観点から、老人保健 6 事業が連携して有効に推進されることが重要である。

5－1 老人保健 6 事業

5－1－1 健康手帳

- 利用者一人ひとりの生活機能の履歴を把握するために、生活機能の評価にかかる項目の追加を検討すべきである。
- 個人の健康診査データ等が可能な限り、生涯を通じて継続的に管理できるような工夫を行うべきである。

5－1－2 健康教育

- 利用者のライフステージに応じた健康教育の内容や手法について検討していくべきである。

5－1－3 健康相談

- 画一的ではなく、一人ひとりのニーズに応じて対応できる相談体制を構築すべきである。
- 生活機能向上・低下予防のための相談体制を整備すべきである。

5－1－4 健康診査

- 対象者のライフステージに応じた健康診査を進めるために、年齢別リスクを明確化し、そのリスクに対応する健康診査項目等について整理すべきである。
- 高齢者に対しては、健康診査の項目を見直し、低栄養状態、運動器、口腔機能など生活機能低下予防につながる健康診査についても実施する必要がある。
- 健康診査を受診できない虚弱な高齢者等への支援についても検討すべきである。
- 健康診査の結果に対する判定基準の標準化を検討するとともに、判定結果を受け取った利用者にとって結果が理解しやすい基準・表現とすべきである。
- 健康診査の実施後のフォローアップ(生活習慣病の危険因子が重複している者等に対する健康診査後の保健指導や医療機関受診の結果の把握など)体制についてより強化すべきである。

- 健康診査の場において、高齢者（特に後期高齢者）を対象として活用できる生活機能低下等についての簡易な評価方法を開発するとともに、それに基づいて適切な情報提供や生活機能低下予防のための支援が実施できるようにすべきである。

5－1－5 機能訓練

- 身体機能の回復に併せ、できるだけ早期に生活機能の向上が図れるような事業（サービス）が提供されるべきである。

5－1－6 訪問指導

- 優先的に指導を行うべき者（処遇困難事例など）に対する訪問指導を強化し、サービス利用中断者・終了者への見守り訪問、フォローアップ訪問を実施していくべきである。
- 関係機関・関係団体、民生委員等と協力した取組の推進を図るべきである。

5-2 介護予防（生活機能低下予防）対策の観点から重点化すべき取組

5-2-1 生活機能向上への対策

- 生活機能低下のパターンなどから対象者を分類し、対象者に応じたサービスを提供するために、市町村に生活機能に関する相談窓口を設置し、対象者一人ひとりのニーズにふさわしい対応を検討すべきである。
- 生活機能低下をもたらす廃用症候群の状態にある利用者に対しては、身体機能のみならず痴呆やうつ状態の存在の可能性についても考慮していくべきである。
- 生活機能低下の原因を明確にし、様々なサービスを組み合わせて、利用者に最適な事業（サービス）を提供できるようにする必要がある。

5-2-2 痴呆及びうつ対策

- 軽度痴呆及びうつ状態にある地域住民を早期発見し速やかに対応するためには、家族、かかりつけ医のみならず、地域住民全体の理解や協力が重要であり、行政、医療・福祉関係者の連携のもと、地域における支援体制を整備することが必要である。
- 痴呆及びうつ状態の予防のための知識の普及を強力に推進すべきである。

- 軽度痴呆及びうつ状態にある地域住民を早期発見するために、専門家でなくとも取り扱いが簡便なスクリーニング方法の開発及び普及を進めるべきである。

5-2-3 口腔機能低下予防への対策

- 生活機能低下の早期発見・早期対応の一環として、口腔機能の維持・向上に向けた事業（サービス）の提供体制を整備していくことが必要である。また、その実施にあたっては、栄養改善の事業（サービス）との組み合わせ等を検討すべきである。
- その介護予防効果上の重要性について、介護に関する専門家のみならず地域住民に対して幅広く知識の普及啓発を充実すべきである。

5-2-4 栄養改善への対策

- 高齢者（特に後期高齢者）の栄養改善については、食事の楽しみといったQOL（生活の質）の向上の観点からのアプローチも含め、栄養状態の改善につながるよう多角的なアプローチを考慮すべきである。
- 高齢者の低栄養状態を早期発見し、早期介入ができるスクリーニング指標を明確にするなど、包括的な栄養アセスメント手法を開発していくことが必要である。

- 低栄養状態を予防する事業（サービス）は、専門職のみならず、地域住民の参画や社会資源を活用した具体的な事業（サービス）内容や提供体制を検討するべきである。

5-2-5 運動器の機能向上への対策

- 骨粗鬆症や転倒等による骨折、関節疾患、高齢による衰弱などによる要介護状態を予防するため、運動器の機能向上をめざした事業（サービス）の導入を図るべきである。

5-2-6 閉じこもり予防への対策

- 閉じこもりがちな高齢者に対しては、外出の機会の提供を通じて積極的な社会参加を行うことが重要であり、地域において多様な行事・活動が企画・実施されるべきである。
- その際、地域の歴史的・文化的特徴を生かすなど、より多くの利用者が参加意欲を持てるよう留意すべきである。

5-3 その他

- これからの本事業の実施に係る具体的な方法について、引き続き検討を行うことが必要である。
- 高齢者の介護予防（生活機能低下予防）の効果について、研究等を実施し、科学的根拠を集積していくことが必要である。

6 おわりに