

特集

浮かび上がってきた制度改革の姿

介護保険制度は 15年度以降 どう変わるのか?

第54回社会保障審議会介護保険部会」で「介護保険制度の見直しに関する意見」が取りまとめられた。

この意見を踏まえて、今後、地域包括ケアシステムをめざしていくことになる。

また、今年4月の消費税増税に伴い、介護報酬改定が改定されることになった。

本特集のパート1では株式会社ウエルビーの青木正人代表取締役役に介護保険制度改革の

ポイントを解説していただくとともに、パート2では平成26年度介護報酬改定のポイントを解説、

パート3のインタビューでは梶田和平・介護保険事業等経営委員長に、今改定の議論を総括していただいた。

PART
1

介護保険

見直しのポイント



青木正人氏
株式会社ウエルビー
代表取締役

厚労省の提示した「介護保険制度の見直しに関する意見(案)」は、地域包括ケアシステムの構築と介護保険制度の持続可能性の確保の2つを基本的な考え方としており、「サービス提供体制の見直し」「費用負担の見直し」「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」の3つの視点から構成されている。主な内容については図のとおり。以下、5つのポイントに分けて解説していく。

Point 1 地域支援事業の見直し

介護予防効果の実証が不可欠

今回、訪問介護と通所介護の予防給付だけが地域支援事業に移行することになったが(表1)、いづれその他の予防サービスも移行することになる。もともと、現実問題として、介護予防サービスに十分に整備できる自治体は少ない。第6期介護保険計画内に予防給付の効果が検証されるので、効果が見込めないサービスは、次の改定で介護給付から外されることになる。加えて、国が同事業を推

進していくなかでICFを強調している点にも注意を払う必要がある。単なる運動器の機能向上ではなく、QOLの向上を意識した総合的な自立支援が求められており、そうした方向でサービスが再編されることを念頭に置くべきだ。

今回の見直しによって、サービスの利用を手控える動きも出てくるが、効果を実感していれば自費でも利用するはずだ。そのため、

介護保険見直しのポイント

図 制度改正の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

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

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

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

※介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及の推進
 ※介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

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

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

①特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定(既入所者は除く)

※要介護1・2でも一定の場合には入所可能

②費用負担の公平化

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

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大
 ※保険料見直し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
 ※軽減例：年金収入80万円以下 5割軽減→7割軽減に拡大
 ※軽減対象：市町村民税非課税世帯(65歳以上の約3割)

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引き上げ

・2割負担とする所得水準を、65歳以上高齢者の所得上位20%とした場合、合計所得金額160万円(年金収入で、単身280万円以上、夫婦359円以上)。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
 ・医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限37,200円から44,400円に引き上げ

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

・預貯金等が単身1,000万円超、夫婦2,000万円超の場合は対象外
 ・世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
 ・給付額の決定に当たり、非課税年金(遺族年金、障害年金)を収入として勘案
 ※不動産を勘案することは、引き続き検討課題

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



小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行について(表2)、国は増加するデイサービスの抑制を狙っている。したがって、今後デイサービスは、その役割や目的を明確にしていく必要がある。これは前述の地域支援事業と同様

サービスを包括的に捉える視点が重要

Point 2 小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行

介護サービス事業者には今後、自立支援の効果を示す必要があり、科学的データを示すことはもちろん、利用者にも効果を実感してもらったりすることが重要になる。効果指標はさまざまだが、ICFができれば、「社会参加」「活動」が

1つの指標となる。たとえば、「年に1回しか映画に行かなかったのが、毎月行くようになった」「対話の時間が長くなった」など、各事業者が工夫してわかりやすい指標をつくり、利用者にも効果を伝えていくことが求められる。

で、単にレスパイトの機能だけならNPO等に任せておけばよく、運動機能向上・維持や認知症に対応したプログラムや方向性を見出し、自らの使命を考えるにあたっては、利用者サイドに立って、どんな生活を提供するか、要介護状態を維持・向上させていくかを考えるのがポイント。たとえば、認知症の人が社会的な活動のレベルを落とさずに在宅で暮らせるためには、通所、訪問サービスにどうかかわっていくかという視点から、自事業所のあり方やサービスの内容を考えることである。地域包括ケアシステムの構築が進められる

表1 地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し

①見直しの背景・趣旨

生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加促進の必要性に応えるためには、地域支援事業の枠組みの中で介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し、サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取り組みを含めた多様な主体による柔軟な取り組みにより、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直すことが必要となる。そこで、要支援者と介護予防・生活支援サービス事業対象者（従来の二次予防事業対象者）が利用する訪問型・通所型サービス等の「介護予防・生活支援サービス事業」と、すべての高齢者が利用する体操教室等の普及啓発等を内容とする「一般介護予防事業」とした「新しい総合事業」を創設する。15年度から施行し、18年4月には全市町村で実施、同年度末にはすべて事業に移行する。

なお、事業移行後も、既にサービスを受けている者については必要に応じて既存サービス相当のサービスを利用可能とし、新しくサービスを受ける者については多様なサービスの利用となるが、必要に応じて既存サービス相当のサービスが利用可能となる。また、予防給付のうち、訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、多様な形態でのサービス提供の余地が少ないことから、市町村の事務負担も考慮して、引き続き予防給付によるサービス提供を継続する。

②「新しい総合事業」の内容

- ・利用手続は要支援認定を受けて地域包括支援センターによるケ

アマネジメントに基づきサービスを利用することとともに、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業の利用のみの場合は、基本チェックリスト該当で利用可能とする。

- ・事業費の単価については、サービスの内容に応じて市町村による単価設定が可能となる。訪問型・通所型サービスについては、現在の訪問介護、通所介護（予防給付）の報酬以下の単価を市町村が設定する仕組みとする。
- ・利用料については、地域で多様なサービスが提供されるため、そのサービスの内容に応じた利用料を市町村が設定する。ただし、既存サービスに相当するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みの下、市町村が設定する仕組みを検討する。利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組みとする。
- ・同事業については、市町村が事業者へ委託する方法に加え、あらかじめ事業者を認定等により特定し、当該市町村の一定のルールの下、事業者が事業を実施した場合、事後的に費用の支払いを行う仕組みを検討する。
- ・利用者個人の限度額管理を実施し、利用者が給付と事業を併用する場合には、給付と事業の総額で管理を行うことを可能とすることを検討する。
- ・市町村による事業の円滑な実施を推進するため、介護保険法に基づく指針で、事業で対応する際の留意点等をガイドラインとして示す。また、介護保険事業計画の中で要支援者へのサービス提供とその費用についての結果を3年度毎に検証することの法定化を検討する。

Point
3

特養の入所対象者の重度化

今後の給付抑制に備えた
事業展開を検討しておくべき

特養の新規入所者は原則として要介護3以上の重度者に限定することになったが、表3のとおり、要介護1・2の入所も認められることになったので大きな影響はないと思われる。ただし、これは今後介護保険の給付対象を絞っていくという国からのメッセージであり、その対応策は念頭に置くべきである。

一方、地方では高齢化のピークが過ぎ、施設入所者が減少していくなか、施設の資源をどう活用していくかが喫緊の課題となり、他のサービス展開も視野に入れる必要がある。介護は何も高齢者だけ

なか、利用者のことを包括的に捉えていかなければ必要とされるサービスの開発はできない。今後サービス自体は介護予防や認知症など目的に応じて細分化され、それをトータルでコーディネートする機能が求められる。利用者から見れば、ワンストップで

サービスが受けられ、自分の望む生活ができることが理想であり、それがまさに包括ケアである。地域の事業所間の連携等の水平的なコーディネートと同時に、看取りまでの時間軸での垂直的なコーディネートが今必要とされている。

でなく、障害者や児童もある。あるいは子育て施設の併設も考えられる。そうしたケアに対応できる力量も今後問われることになる。また、地方では国がコンパクトシティを推進しており、中心市街地への施設移転等も検討の余地がある。こうした社会や地域の動きを想定することで、先の事業展望は見えてくる。

介護保険制度が創設されて13年が経過。制度が成熟するに従い、事業者を整理統合する時期に来ている。特養の果たす役割も時代にに応じて自ずと変化していくことを理解しておくかなければならない。

表2 在宅サービスの見直し

今後、重度の要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症高齢者の増加といった状況を踏まえ、在宅の限界点を高めるために、訪問介護、通所介護、訪問看護等の普及を図る。加えて、医療ニーズのある一人暮らしの重度の要介護高齢者等に対応するために、定期巡回・随時対応サービスや複合型サービス、小規模多機能型居宅介護などの更なる普及促進を図っていく。

見直しの方向としては、▼個々の事業所単位だけでなく、広く事業所間で連携し事業運営できる仕組みの構築、▼地域で不足している看護職員等の人材を柔軟に配置できるような連携体制の構築、▼介護事業者が地域における生活支援サービスに積極的に取り組むことができる体制の構築、について検討する。なお、各サービスの見直しの中には、法改正のみならず、基準の見直しや介護報酬の改定で対応すべきものがあり、引き続き、社会保障審議会介護給付費分科会で議論を行っていく。

①通所介護

小規模の通所介護については、少人数で生活圏域に密着したサービスであることから、地域との連携や運営の透明性を確保するため、市町村が指定・監督する地域密着型サービスに位置づける。具体的には、人員基準等の要件緩和をした上で、通所介護(大規模型・通常規模型)事業所のサテライト事業所や小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所に位置づけることを検討する。施行時期については、16年4月までの間とし、条例制定時期は施行日から1年間の経過措置を設ける。

②居宅介護支援

保険者機能の強化という観点から、居宅介護支援事業者の指定権限を市町村に移譲する。施行時期については、18年4月とし、条例制定時期は施行日から1年間の経過措置を設ける。

表3 特別養護老人ホームの見直し

特養については、重度の要介護状態で、特養への入所を希望しながら、在宅での生活を余儀なくされている高齢者が数多く存在していること等を踏まえ、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べきであることから、特養への入所を要介護3以上に限定する。ただし、他方、要介護1・2の要介護者であっても、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、施設ごとに設置している入所検討委員会を経て、特例的に特養への入所を認める。

また、制度見直しに伴い、既入所者については、現在、要介護1・2の要介護状態で入所している場合のみならず、中重度の要介護状態であった者が、制度見直し後に、要介護1・2に改善した場合であっても、経過措置として施設サービスの給付対象として継続入所を可能とするとともに、制度見直し後、要介護3以上で新規に特養に入所した者が、入所後、要介護度が要介護1・2に改善した場合についても、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、特例的に継続入所を認める。その際、入所判定の公平性を確保するため、各市町村で判断基準に大きな差異が出ないように、国は指針等で具体的な要件を示すとともに、地域での在宅サービスの提供体制の構築を阻害するような要件設定とならないよう留意する。

さらに、特養の重点化に伴って、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。したがって、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あり方について検討する。

特養の重点化の一方で、地域包括ケアシステムの構築を推進していくために、特養の有する資源やノウハウを地域の中で有効活用が求められる。したがって、入所者だけでなく、在宅で暮らす重度の要介護者等に対しても、小規模多機能型居宅介護等の在宅サービスや生活支援サービス等の取り組みを促進させ、特養を地域のサービス拠点として活用できるよう検討する。

Point 4 市町村の役割と機能強化
地域に必要なサービスを行政に訴えていくべき

今回の制度改定の要となる地域包括ケアを構築するためには、地

域事情に合わせたケアの推進が必要になる。これを実践するには、

地域に密着した市町村が責任をもってマネジメントしていくことが望ましいことから、市町村にさまざまな権限が委譲され、役割と機能の強化が図られることになった。その一環として前述の地域支援事業の見直しがある。

そのほか、市町村がイニチアティブを発揮できるように、居宅介護支援事業所の指定権限が市町村に委譲され(表2)、市町村の地域ケア会議の実施が介護保険法に位置づけられた(表4)。今後、地域ケア会議においてケアプランの

表4 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し

①在宅医療・介護連携の推進

地域支援事業の包括的支援事業に在宅医療・介護連携の推進に係る事業を追加し、市町村が中心となって、国と都道府県の支援のもと、地域の医師会等と連携して、取り組む。2015年度から施行し、18年度には全市町村で実施。また、小規模市町村は共同実施を可能とする。

②認知症施策の推進

認知症施策の推進を地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、「認知症初期集中支援チーム」や「認知症地域支援推進員」を設置する。18年度には全市町村で実施し、小規模市町村は共同実施も可能とする。

③地域ケア会議の推進

市町村の地域支援事業の包括的支援事業の一環として、地域ケア会議の実施を介護保険法に位置づけるとともに、介護支援専門員の協力や守秘義務の取扱い等について制度的な枠組みを設け、一層の推進を図る。

④生活支援サービスの充実・強化

市町村が中心となって、NPO、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人等の生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化を図る。具体的には、高齢者等のサービスの担い手としての養成や生活支援サービス事業者間のネットワークの構築、地域のニーズと地域資源のマッチングなどを行うコーディネーターの配置や協議体の設置等について、地域支援事業の包括的支援事業に位置づけて取り組みを進める。

内容は吟味され、給付抑制につながるが、懸念されるのは、地域支援事業の見直しによる「新しい総合事業」の介護予防・生活支援サービス事業では、ケアマネジメントを受けずに基本チェックリスト該当で利

用可能となるので、適切なサービスが受けられなくなる恐れがあることだ。したがって、事業者は行政計画作成等に積極的にかかわり、地域に必要なサービス等を訴えていく必要がある。

Point 5 利用者の自己負担の引き上げと補足給付の見直し

利用者の信頼を得るため、負担増の意義をしっかりと説明すべき

一定以上所得者の利用者負担の2割引き上げについては、被保険者全体の上位20%で見直しが進められていく(表5)。平均利用額

で見ると、利用者負担は数千円〜1万5000円程度の増額であり、負担できない額ではないものの、心理的抵抗は大きく、サービス利用を手控える利用者も出てくると思われる。事業者にはぜひ利用者への説明に努めてもらいたい。今回の改定は十分に国会審議されておらず、国民にあまり周知されていない。利用者の信頼感を失わないためにも、事業者自らが制度改革の背景や意義を説明し、理解を得る必要がある。

補足給付については、今回の改定で本人と配偶者の貯蓄等の合計額が一定額を上回る場合には、対象外とすることになった。単身で1000万円超、夫婦世帯で2000万円超が該当する。また、世帯分離をしても配偶者の所得を勘案する仕組みとし、配偶者が住民

税課税者である場合は、補足給付の対象外となった(表6)。

この資産要件の影響は未知数だが、補足給付の対象者は確実に減るだろう。今回、不動産が資産要件から外れたが、次期改定では要件となる可能性は大きく、補足給付の対象者は今後縮小されていくのは確実。特養は費用の優位性が大きいことを認識し、今後、サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームとどう対抗していくかが大きな課題となる。



社会福祉法人の存在意義を 自ら事業ビジョンの提示を

厚労省は第6期以後の介護保険事業計画について、2025年に向けて、第5期計画で開始した地域包括ケアシステム構築のための取り組みを承継発展させるとともに、25年のサービス水準、給付費や保険料水準も推計して記載し、中長期的な視点も含めた施策の実施に取り組むとしている。また、介護保険事業支援計画について

は、医療計画と一体性・整合性を確保して策定し、地域において、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の確保が進められるようにしていくとの方針を示している。介護事業者に大きな影響が出てくるのは第7期介護保険事業計画以降だと思うが、前述のように、国は介護と医療の制度改革を同時

に進めており、改革のスピードは想定以上に速まっていくと思う。したがって、社会福祉法人は、第6期のうちから最悪のケース（介護保険給付の対象が要介護3以上など）を想定し、制度の中で生き残るのではなく、自らの事業の存在価値を考え事業展開していく必要がある。その方向性としては、新規サービスの開発と地域づくりの2つが軸となる。サービス開発については、特養は専門職が複数いるのが強みであり、それをどう活かしていくかが

表5 一定以上所得者の利用者負担の見直し

介護保険料について、保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、現役世代に過度な負担を求めずに、高齢者世代内において負担の公平化を図っていくために、第1号被保険者のうち、一定以上の所得者については2割の利用者負担とする。一定以上の所得の水準については、「第1号被保険者全体の上位20%に該当する合計所得金額160万円（年金収入の場合280万円）以上」の案が示されている。

また、高額介護サービス費の負担限度額については、2割負担となる者のうち、高齢者医療制度における現役並み所得に相当する所得がある者については、現行の3万7200円から医療保険の現役並み所得者の多数該当と同じ水準である4万4400円とする。

表6 補足給付の見直し（資産等の勘案）

預貯金等の資産を保有していたり、入所して世帯は分かれても配偶者に負担能力があるのに保険料を財源とした居住費等の補助が受けられることは、在宅生活者や保険料負担者との公平性の確保の観点から課題があるため、可能な限り是正していく。預貯金等については、本人と配偶者の貯蓄等の合計額が一定額を上回る場合には、補足給付の対象外とする。具体的な実施方法については、本人の自己申告を基本としつつ、補足給付の申請に際し金融機関への照会について同意を得ておき、必要に応じて介護保険法の規定を活用して金融機関への照会を行うこととともに、不正受給の際の加算金の規定を設けるなどして適切な申告を促す仕組みとする。預貯金等の基準については、単身で1000万円超、夫婦世帯で2000万円超とする。

その他、世帯分離をしても配偶者の所得を勘案する仕組みとし、配偶者が住民税課税者である場合は、補足給付の対象外とする。遺族年金や障害年金といった非課税年金についても、非課税年金も収入として勘案する。

カギとなる。OT、PT、歯科衛生士、ST等を非常勤を含めて組織化し、ICFの考えに則って、社会参加やQOL向上を図る取り組みを行い、独自のモデルを構築し、地域全体で展開していくことが考えられる。

地域づくりについては、高齢者が地域で暮らし続けられる仕組みづくりが挙げられる。たとえば地域で特養が司令塔の役目を担い、他事業者と連携して特養やデイサービス、病院の看護師が在宅でサービス提供できる柔軟なサービス体制の構築などが考えられる。そのために、法人自身が地域のコーディネーターとして先頭に立つ意思があるかが問われる。地域還元は社会福祉法人が本来果たすべき機能であり、そうしたビジョンを自ら提案していかなければならない。国に要求するのではなく、提案型の組織変革が求められている。

あおき まさと

●1978年神戸大学経営学部卒業。福祉専門学校・高齢者福祉施設等の設立から運営を手がけるなど福祉関連事業の理論と現場に精通。介護福祉ビジネスの経営・人事労務・教育分野等のコンサルティングならびに自治体の福祉施策等のコンサルティングを展開