

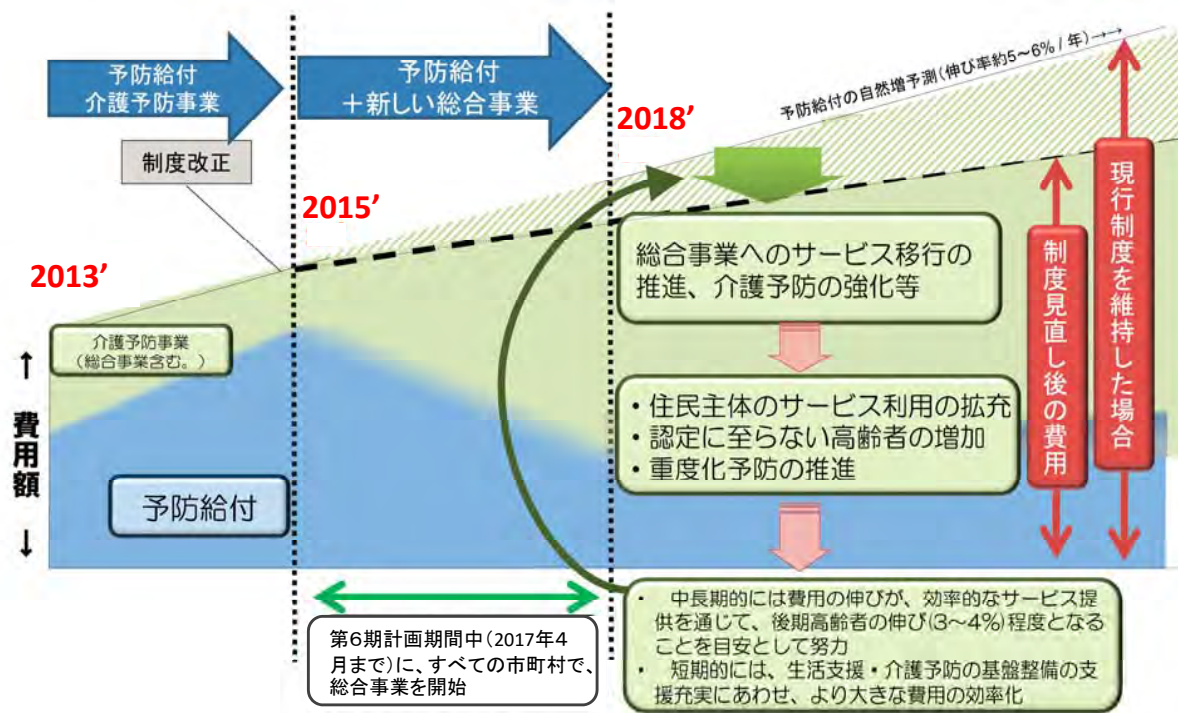
Ⅲ. 介護

介護保険給付の範囲の在り方(軽度者へのサービスの地域支援事業への移行)

給付の範囲

【総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化(イメージ)】

(厚生労働省作成資料)



【総合事業の報酬の在り方】

報酬については、地域における担い手の確保に関する見通しに配慮するとともに、利用者がそのニーズや状態、自己負担に応じて選択可能とする必要。

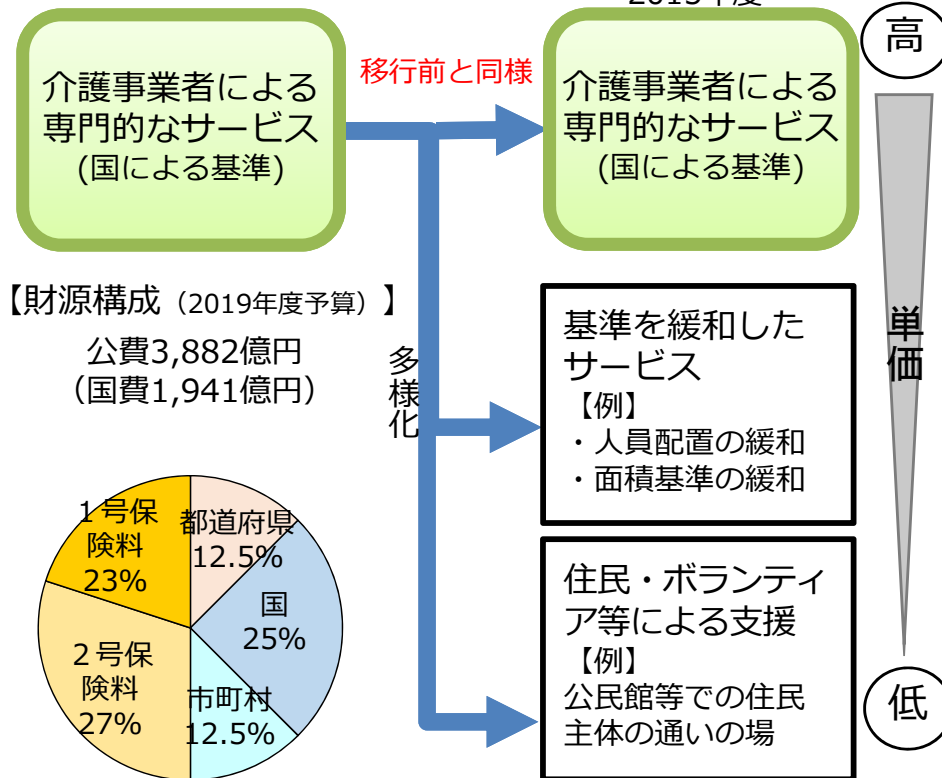
〔参考例：武蔵野市の訪問型サービス報酬〕

	訪問型サービス(基準緩和型)	介護予防訪問介護相当(総合事業移行前)
単位	訪問介護(有資格者) 250単位/回 訪問介護(研修修了者※) 200単位/回 ※ 武蔵野市認定ヘルパー 包括報酬から1回毎にし、無駄を削減	介護予防訪問介護費(I) 1,168単位/月 介護予防訪問介護費(II) 2,335単位/月 介護予防訪問介護費(III) 3,704単位/月
人員基準	管理者、訪問介護員等、サービス提供責任者	管理者、訪問介護員等、サービス提供責任者
対象者	生活援助のみ必要な高齢者で右記以外	身体介護や特別な対応が必要な高齢者

【総合事業への移行のイメージ】

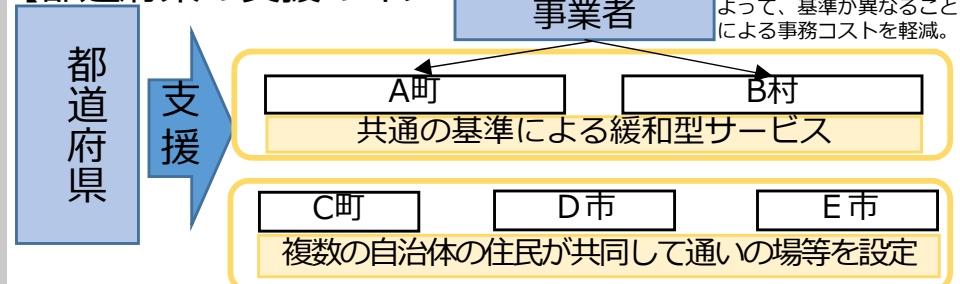
～2014年度まで

移行後
2015年度～



(注)総合事業の財源については、事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額を措置。

【都道府県の支援のイメージ】



保険者機能強化推進交付金の概要

提供体制

2019年度予算 200億円（2018年度 200億円）

- 高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するため、介護におけるインセンティブ改革を着実に実施
 - ・ 市町村・都道府県の**高齢者の自立支援や介護の重度化防止等の保険者の取組を推進するための財政的インセンティブ**として、2018年度予算に交付金を創設。介護予防や認知症総合支援に係る評価指標を盛り込み、これらの施策も推進。評価結果を公表し、**取組状況の「見える化」**を実施。
 - ・ 2019年度の評価に当たっては、アウトカム指標の配点比率を高めるなどの改善を通じて財政的インセンティブを強化。

概 要

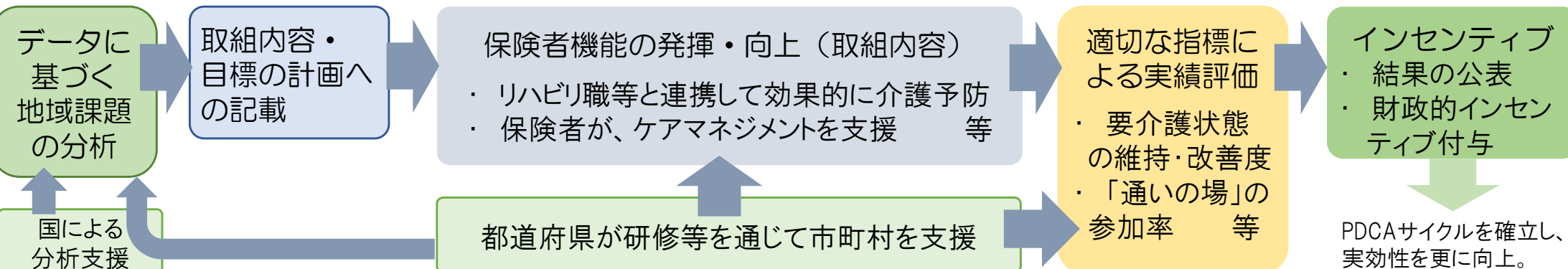
<市町村分> 190億円

- 1 実施主体：市町村（広域連合、一部事務組合を含む）
- 2 事業内容：自立支援・重度化防止等に向けた市町村の取組を支援

<都道府県分> 10億円

- 1 実施主体：都道府県
- 2 事業内容：自立支援・重度化防止等に向けた都道府県による市町村支援のための事業を支援

<参考1> 保険者機能の強化に向けた取組



<参考2> 市町村 評価指標 ※主な評価指標

① PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化

- ☑ 地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、地域の介護保険事業の特徴を把握しているか 等

② ケアマネジメントの質の向上

- ☑ 保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、ケアマネジャーに対して伝えているか 等

③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化

- ☑ 地域ケア会議において多職種が連携し、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか
- ☑ 地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か 等

④ 介護予防の推進

- ☑ 介護予防の場にリハビリ専門職が関与する仕組みを設けているか
- ☑ 介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者数はどの程度か 等

⑤ 介護給付適正化事業の推進

- ☑ ケアプラン点検をどの程度実施しているか
- ☑ 福祉用具や住宅改修の利用に際してリハビリ専門職等が関与する仕組みを設けているか 等

⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い（アウトカム指標）

- ☑ 要介護認定者の要介護認定の変化率はどの程度か

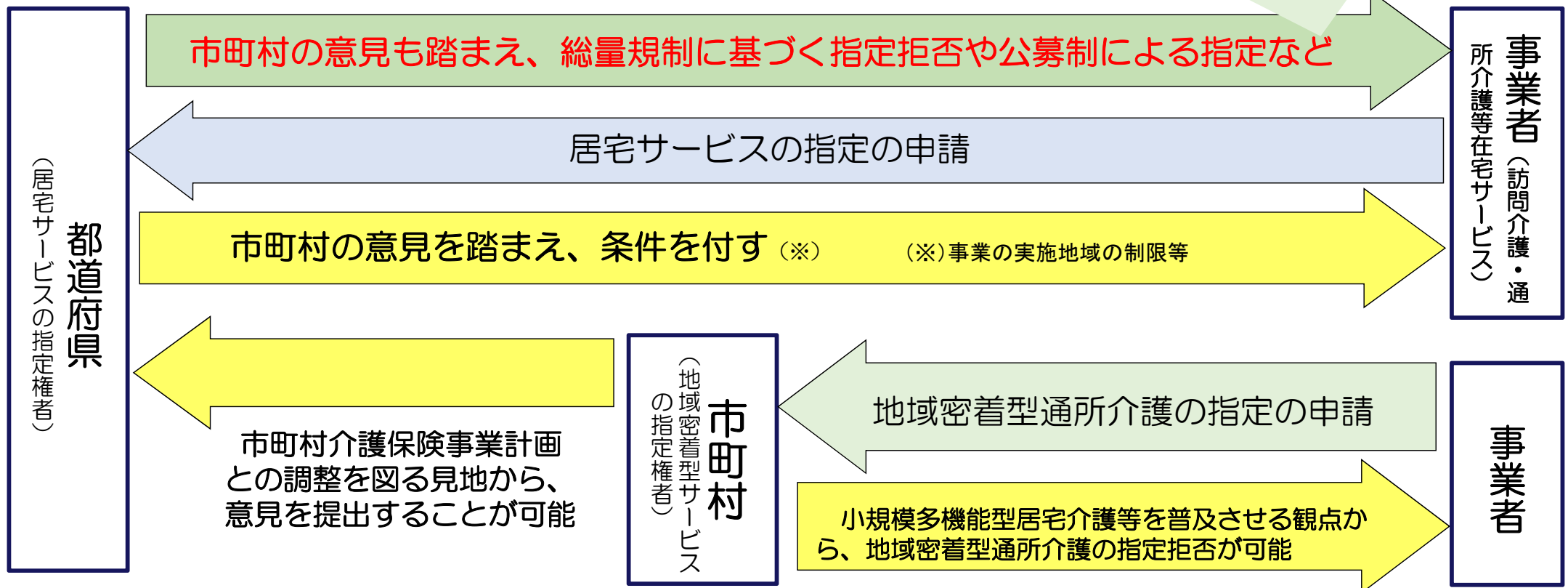
※ 都道府県指標については、管内の地域分析や課題の把握、市町村向けの研修の実施、リハビリ専門職等の派遣状況等を設定

- 2017年度制度改正において、在宅サービス事業者の指定にあたって、都道府県は市町村の意見を踏まえ、条件付与を行うなどの仕組みを創設しており、今後、この仕組みが円滑に施行されていく必要がある。
- その上で、訪問介護や通所介護の一人当たり給付費が、既に全国平均と比べて極めて高い水準となっている地域もあるが、こうした地域において、自治体がより積極的に地域のサービス供給量をコントロールするための方策として、都道府県が市町村の意見も踏まえ、在宅サービス事業者の指定にあたって、域内の市町村の計画上のサービス見込み量を超えるなどの場合に指定拒否を行える仕組み（「総量規制」）や、特定の地域において特定の事業者に限定して指定を行う仕組み（「公募制」）を導入するなど、自治体の在宅サービス事業者への関与の在り方を検討する必要。

【事業者の指定に当たっての都道府県・市町村の役割】

→ : 2017年度改正で追加した事項

- ・ 都道府県の関与を強めるための仕組みを検討すべき。



介護サービスの経営主体の大規模化等の施策について

提供体制

- 介護サービス等の事業を行う複数の法人が、人材育成・採用などの本部機能を統合・法人化することで、ケアの品質の底上げや研修・採用活動のコスト減を図るなどの取組も存在。
- 介護サービスの経営主体の大規模化については、①こうした介護サービス事業の人事や経営管理の統合・連携事業を自治体が目標を定めるなどして進めることのほか、②一定の経営規模を有する経営主体の経営状況を介護報酬などの施策の決定にあたって勘案することで経営主体自体の合併・再編を促す、といった施策が考えられる。また、③経営主体について一定の経営規模を有することや、小規模法人については人事や経営管理等の統合・連携事業への参加を指定・更新の要件とする、といったことも考えられる。

（参考）法人間の機能の統合・連携の例

＜社会福祉法人 リガーレ＞

○ 7つの社会福祉法人（※）が、本部機能を独立・法人化。

※ 所在地は、京都府が5法人、滋賀県が1法人、青森県が1法人

○ 統合した本部機能

① 介護サービスの質の標準化

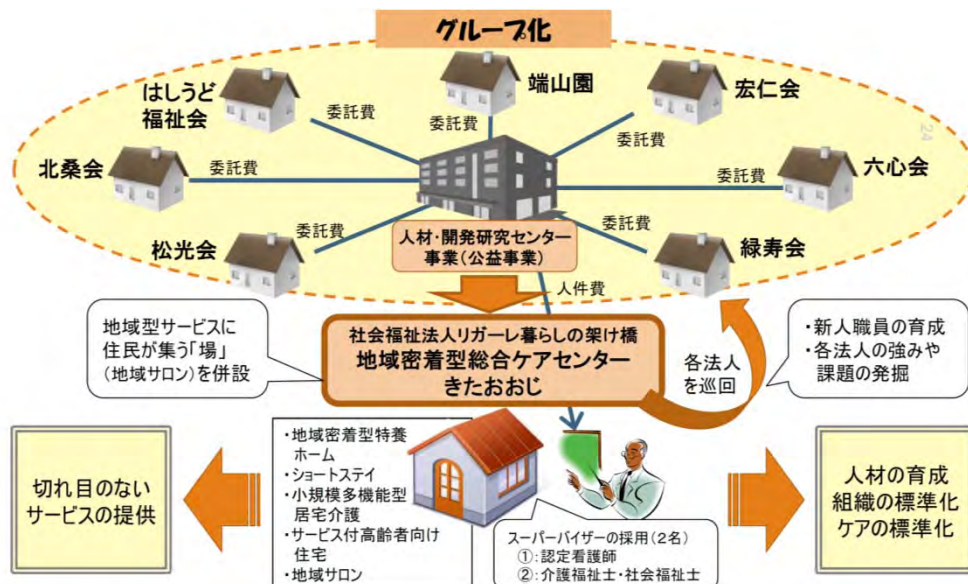
各法人への定期的な巡回訪問によるサービスの質の標準化

② 介護等人材の確保・育成

研修や採用活動の共同実施。将来的に法人間人事異動も検討

③ 経営管理機能の強化

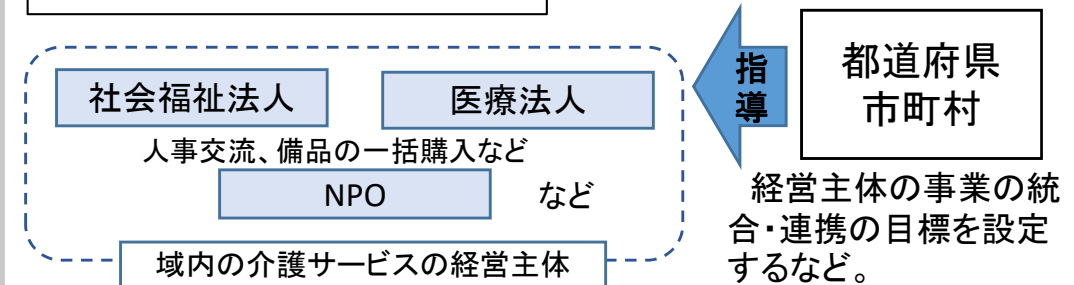
老朽化施設の改修や地域展開への経営戦略等の支援



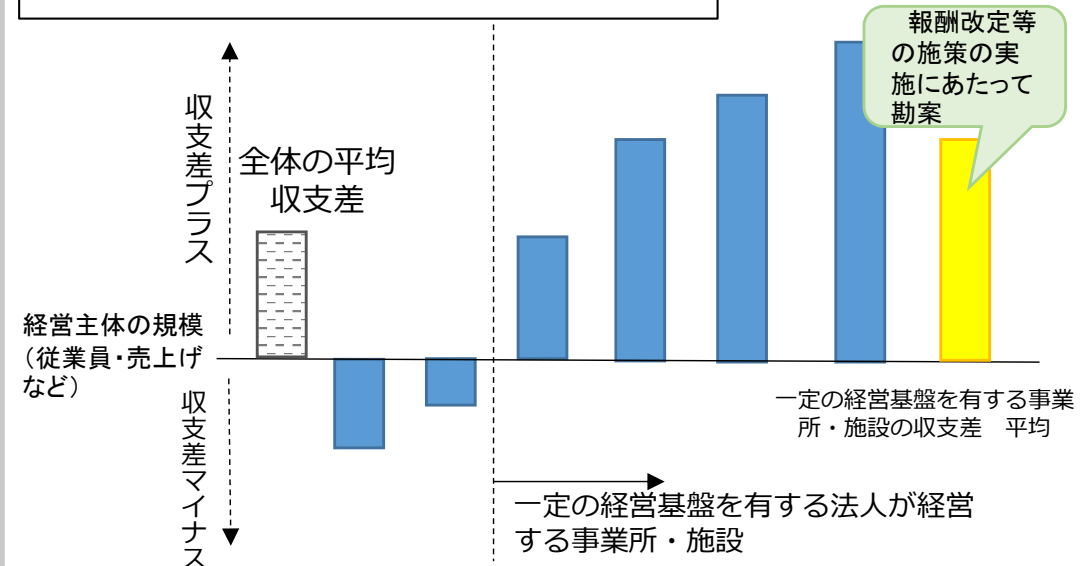
（出典）2016年度老健事業「地域包括ケアシステム構築に向けた効果的・効率的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」

【経営主体の大規模化に向けた施策イメージ】

例）経営主体の事業の統合・連携



例）介護サービス事業者の経営状況の勘案



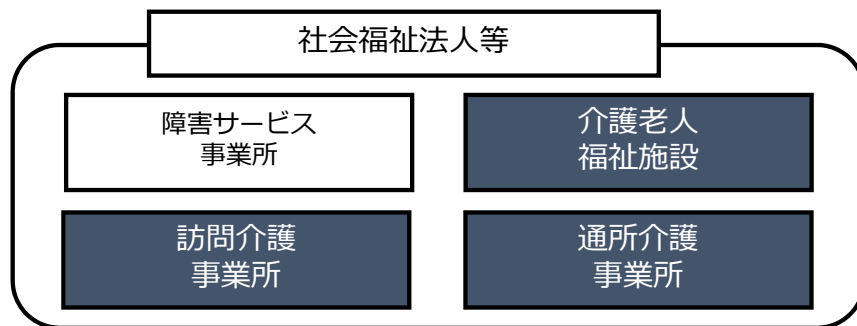
- 介護事業経営実態調査等については、厚生労働省において、介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得ることを目的に行われている統計調査の1つであり、その内容については高い信頼性が求められている。
- 次期介護報酬改定に向けては、改定をより適切なものとするべく、複数の事業所を有する多様な主体の経営状況等が適切に把握できるよう、調査手法・集計方法等を見直すとともに、例年、調査の有効回答率が低調であることを踏まえ、その向上を図ることにより、統計の精度を高めていく必要。

【介護事業経営実態調査対象】

調査対象	全ての介護保険サービス（介護保険施設、居宅サービス事業所、地域密着型サービス事業所）
調査の周期	3年周期（改定後3年目の5月）
調査の範囲	改定後2年目の1年分の収支状況
調査客体数	31,944事業所等、有効回答数15,062、有効回答率47.2%（2017年度調査）

※ 介護事業経営概況調査は、調査の周期は改定後2年目の5月、対象の範囲は改定前後の2年分の収支状況で、調査客体数は介護事業経営実態調査の概ね半分。

（参考）介護事業経営実態調査等の対象先のイメージ



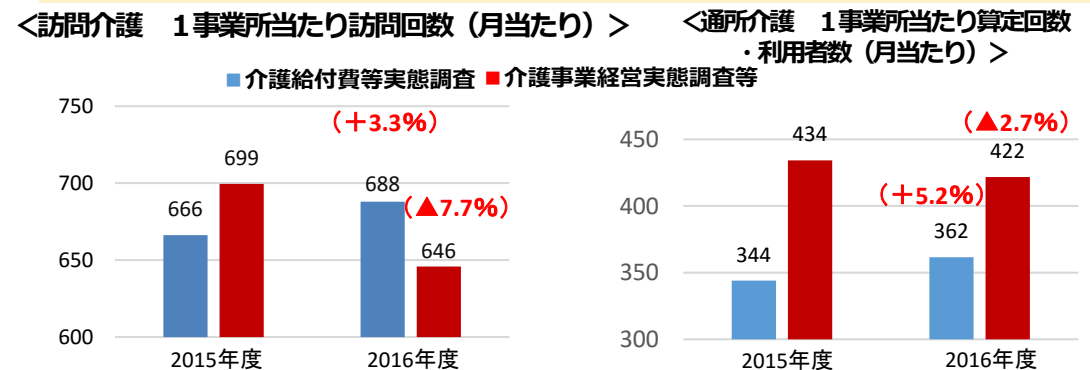
：介護事業経営実態調査等の対象事業所

（注1）調査対象には、社会福祉法人のほか、営利法人や医療法人傘下の介護サービス事業所・施設が含まれる。

（注2）（独）福祉医療機構の調査レポート（2018年1月）によると、2016年度社会福祉法人の主たる事業別構成では、介護保険事業は41%、保育事業が37%、障害福祉が12%となっている。

【介護給付費等実態調査との比較】

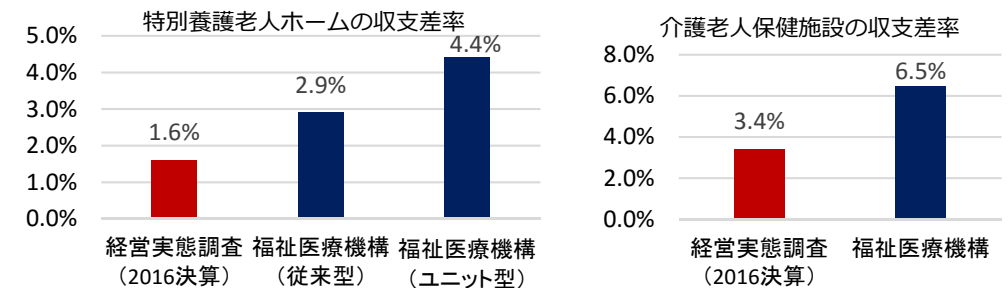
2016年度訪問・通所介護の1事業所当たりの算定回数等は、介護給付費等実態調査（マクロ統計）では増加している一方、介護事業経営実態調査等では減少しており、逆の動きとなっている。



（注）介護事業経営実態調査は、月当たり延べ訪問回数。給付費等実態調査は、基本サービス費の算定回数。

【経営分析参考指標との比較】

（独）福祉医療機構が公表している「経営分析参考指標」と比較すると、同統計において集計された法人の収支差率の方が、介護事業経営実態調査等におけるものと比べ、概ね収支差率が良く、統計間での差が大きい。



（出所）厚生労働省「2016年度 介護事業経営概況調査」、（独）福祉医療機構「経営分析参考指標」
（注）特養の計数は「経常収益対経常増減差額比率」を、老健施設は「経常利益対経常収益比率」。経営分析参考指標では、老健施設における併設短期入所も含めて集計するなど一定の集計上の差が存在する。

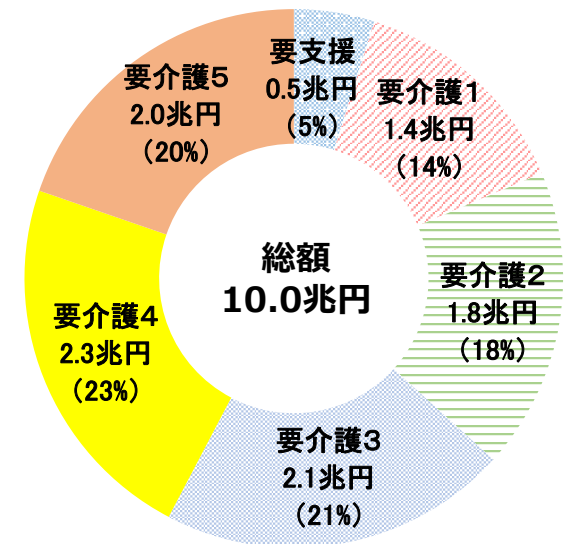
諸外国における介護制度との比較

負担の在り方

- 介護に社会保険制度を採用している主な国には、ドイツ、韓国があり、日本と比較すると、
 - ・ 給付対象（要介護区分）については、ドイツ、韓国ともに近年軽度にも拡大しているものの、引き続き簡素な仕組みを採用し、
 - ・ 利用者負担については、韓国では在宅給付は15%、施設給付は20%、ドイツでは保険給付は定額制（部分保険）で超過部分は全額自己負担であり、利用者負担が高くなっている。

	日本	ドイツ	韓国
保険者	市町村等 (全国で1,579)	介護金庫 (全国で124)	国民健康保険公団 (全国で1)
要介護区分	7段階 (要支援1・2、 要介護1～5)	5段階 (要介護1～5) ※1995年の制度導入時は3段階。2017年 から軽度も対象として5段階へ拡充。	5段階 (要介護1～4、 認知症特別等級) ※2008年の制度導入時は3段階。2014年 から最も軽度の要介護3を3と4に分け、 認知症特別等級を新設。
給付対象者	○65歳以上の要支援者・ 要介護者 ○40～64歳の加齢に伴う 特定疾病により要支援・ 要介護状態となった者	すべての年齢層の要介護者	○65歳以上の要介護者 ○65歳未満の老人性疾患に より要介護状態となった者
被保険者	○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)	公的医療保険の加入者 (年齢制限なし)	国民健康保険の加入者 (年齢制限なし)
利用者負担	原則1割	保険給付は定額制 (超過部分は自己負担)	在宅給付15% 施設給付20%
利用者負担 ／総費用※	7.6%	30.4%	17.8%

介護保険総費用の構成割合
(2016年度実績)



出所：厚生労働省「2016年度介護保険事業状況報告」

出所：増田雅暢編著「世界の介護保障〔第2版〕」2014、渡辺富久子「ドイツにおける介護保険法の改正－認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更－」2016、OECD “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care” 2011等に基づき作成

これまでの実績を合計すると、**月額57,000円**となる。

(自公政権+51,000円、民主党政権+6,000円)

2009年4月(麻生内閣)

2009年度介護報酬改定 +3%改定
(介護従事者の処遇改善に重点をおいた改定)

月額 + 9,000円
(実績)

2009年度補正予算(麻生内閣)

処遇改善交付金を措置(1.5万円相当)

月額 +15,000円
(実績)

2012年4月(野田内閣)

2012年度介護報酬改定
処遇改善交付金を処遇改善加算として
介護報酬に単純に組み込む

月額 + 6,000円
(実績)

2015年4月(安倍内閣)

2015年度介護報酬改定
処遇改善加算の拡充(1.2万円相当)

月額 +13,000円
(実績)

2017年4月(安倍内閣)

2017年度介護報酬改定(臨時)
ニッポン一億総活躍プラン等に基づき、
処遇改善加算を拡充(1万円相当)

月額 +14,000円
(実績)

施設・事業所における
処遇改善

※ 実績について、それぞれ調査客体等は異なる。

※ 「新しい経済政策パッケージ」(2017年12月8日閣議決定)に基づき、2019年10月から、勤続年数10年以上の介護福祉士について月額平均8万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠に、処遇改善を行うこととしている。