

第 2 回 策 定 委 員 会 資 料 (R2.1.29)

資料（議題（1）関係）

「第 8 期計画へ向けた国の検討状況について」（厚生労働省資料）

「経済財政運営と改革の基本方針2019」における記載

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

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 経済・財政一体改革の推進等

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(基本的な考え方)

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

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

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

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

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

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

(略)

(給付と負担の見直しに向けて)

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

「新経済・財政再生計画改革工程表2018」における記載①

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

2-4 給付と負担の見直し

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

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

「新経済・財政再生計画改革工程表2018」における記載②

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

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

介護保険制度の見直しに関する意見（概要）

○はじめに ○地域共生社会の実現

- ・2040年には介護サービス需要が更に増加・多様化。現役世代（担い手）の減少も顕著に
- ・高齢者を支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得る
⇒2025年、その先の2040年、そして、地域共生社会の実現に向けて、介護保険制度の見直しが必要

I 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）

1. 一般介護予防事業等の推進

○住民主体の通いの場の取組を一層推進

- ・通いの場の類型化
- ・ポイント付与や有償ボランティアの推進等による参加促進
- ・地域支援事業の他の事業とも連携した効果的な実施
- ・医療等専門職の効果的・効率的な関与
- ・関連データも活用したPDCAサイクルに沿った取組の推進
- ・通いの場に参加しない高齢者への対応

3. ケアマネジメント

○介護支援専門員（ケアマネジャー）がその役割を効果的に果たしながら質の高いケアマネジメントを実現できる環境を整備

- ・多分野の専門職の知見に基づくケアマネジメント（地域ケア会議の活用）
- ・インフォーマルサービスも盛り込まれたケアプランの作成推進
- ・公正中立なケアマネジメントの確保、ケアマネジメントの質の向上
- ・質の高いケアマネジャーの安定的な確保、ケアマネジャーが力を発揮できる環境の整備、求められる役割の明確化

2. 総合事業

○より効果的に推進し、地域のつながり機能を強化

- ・事業の対象者の弾力化（要介護認定を受けた者）
- ・国がサービス価格の上限を定める仕組みの弾力化
- ・総合事業の担い手を確保するための取組の推進（有償ボランティアに係る謝金の支出、ポイント制度の創設）
- ・保険者機能強化推進交付金の活用等による市町村の取組、都道府県の市町村支援の促進
- ・就労的活動等を通じた地域とのつながり強化等のための環境整備

4. 地域包括支援センター

○増加するニーズに対応すべく、機能や体制を強化

- ・センターの運営への保険者（市町村）の適切な関与
- ・センターと既存の社会資源との連携による地域の相談支援機能の強化
- ・介護予防ケアマネジメント業務の外部委託を行いやすい環境の整備
- ・保険者機能強化推進交付金の活用等によるセンター体制強化の推進

II 保険者機能の強化（地域保険としての地域のつながり機能・マネジメント機能の強化）

1. PDCAプロセスの推進

○保険者機能強化推進交付金の評価を活用しながら、実施状況を検証・取組内容を改善

- ・国や都道府県による市町村へのきめ細かな支援
- ・対応策の好事例の見える化・横展開

3. 調整交付金

○後期高齢者の加入割合の違いに係る調整を精緻化

- ・要介護認定率により重み付けを行う方法から、介護給付費により重み付けを行う方法に見直し（見直しによる調整の範囲内で個々の保険者に一定の取組を求める）

2. 保険者機能強化推進交付金

○介護予防や高齢者の活躍促進等を一層推進するため、抜本的に強化

- ・予算額の増額、安定的な財源の確保
- ・評価指標の見直し（成果指標の拡大、配分基準のメリハリ強化、判断基準の明確化）
- ・都道府県の市町村支援へのインセンティブ強化
- ・取組の達成状況の見える化の推進

4. データ利活用の推進

○介護関連のデータ（要介護認定情報、介護保険レセプト情報、VISIT、CHASE）の利活用のための環境を整備

- ・介護関連のデータの一体的活用、NDB等との連結解析を進めるための制度面・システム面での環境整備の推進
- ・基本チェックリストなど介護予防に係る情報の活用
- ・国や都道府県による市町村支援
- ・事業所の理解を得た上でのデータ収集によるデータ活用^④
- ・データ収集項目の充実の検討
- ・医療保険の個人単位被保険者番号の活用

Ⅲ 地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護の提供・整備）

1. 介護サービス基盤、高齢者向け住まい

【今後の介護サービス基盤の整備】

○地域の実情に応じた介護サービス基盤整備

- ・高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に見据えた計画的な整備
- ・特養、老健、介護医療院、認知症高齢者グループホーム、訪問介護等のそれぞれの役割・機能を果たしつつ、連携を強化しながらの整備
- ・都市部・地方部など地域特性を踏まえた整備
- ・高齢者向け住まい（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅）の整備状況等も踏まえた整備
- ・「介護離職ゼロ」の実現に向けた施設整備・在宅支援サービスの充実、介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）も含めた基盤整備促進

【高齢者向け住まいの在り方】

○有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の質を確保するため、行政による現状把握と関与を強化

- ・都道府県から市町村への有料老人ホームに関する情報の通知
- ・未届けの有料老人ホームへの対応、介護サービス利用の適正化
- ・事業者に係る情報公表の取組の充実
- ・「外部の目」を入れる取組の推進（介護相談員等の活用）

【高齢者の住まいと生活の一体的支援の在り方】

- ・自宅と介護施設の中間的な住まい方の普及
- ・生活困窮者施策とも連携した住まいと生活の支援の一体的な実施

2. 医療・介護の連携

【総論】

- ・地域医療構想等と整合した介護サービス基盤整備
- ・中重度の医療ニーズや看取りに対応する在宅サービスの充実
- ・リハビリテーションの適時適切な提供
- ・老健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の推進

【介護医療院】

○介護医療院への円滑な移行の促進

- ・早期の意思決定支援、手続きの簡素化等移行等支援策の充実
- ・医療療養病床からの移行等、介護医療院のサービス量を適切に見込むための方策を実施

【在宅医療・介護連携推進事業】

○地域の実情に応じた取組の充実のための事業体系の見直し

- ・認知症施策や看取りの取組を踏まえた見直し
- ・切れ目のない在宅医療・介護の実現に関する目標の設定
- ・一部項目の選択的実施や地域独自の項目の実施
- ・都道府県による市町村支援
（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）
- ・PDCAサイクルに沿った取組の推進
（指標の検討、地域包括ケア「見える化」システムの活用等）

Ⅳ 認知症施策の総合的な推進

【総論】

○認知症施策推進大綱に沿った施策の推進

- ・介護保険事業計画に基づく取組の推進（介護保険法上の計画記載事項に認知症施策の総合的推進を位置付け）
- ・他の施策との連携（他の計画との調和・連携）
- ・「共生」「予防」の取組の推進（介護保険法上に大綱の考え方・施策を位置付け。「認知症」の規定の見直し）

- ・認知症サポーターの養成、本人発信支援等の普及啓発の推進
- ・地域で認知症サポーター等が活躍できる仕組みづくり
（チームオレンジ）
- ・認知症予防に資する可能性のある活動の推進
- ・予防に関するエビデンスの収集・分析
- ・早期発見・早期対応に向けた体制の質の向上、連携強化
- ・認知症カフェ、家族教室、ピア活動等の介護者（家族）支援の推進

V 持続可能な制度の構築・介護現場の革新

1. 介護人材の確保・介護現場の革新

- 【総論】○新規人材の確保・離職の防止の双方の観点からの総合的な人材確保対策の推進
○人材確保・生産性向上の取組を地域の実情に応じてきめ細かく対応していく体制整備、介護保険事業（支援）計画に基づく取組の推進

- ・介護職員の更なる処遇改善の着実な実施
- ・若者、潜在介護福祉士、元気高齢者等の多様な人材の参入・活躍の促進
- ・働きやすい環境の整備・介護の魅力向上・発信・外国人材の受入環境整備
- ・介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の取組の推進
- ・経営の大規模化・協働化、事業所の連携による共同購入、人材確保・育成、事務処理の共同化

- ・文書量削減
「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」の中間とりまとめ（令和元年12月4日）に沿って、指定申請、報酬請求、指導監査の文書等に関して、①簡素化、②標準化、③ICT等の活用等の取組を推進。
（※）介護保険法令とあわせて老人福祉法令に基づく手続き等にも整合的に対応
（※）専門委員会においてフォローアップを実施し取組を徹底

2. 給付と負担

(1) 被保険者範囲・受給者範囲

介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討

(2) 補足給付に関する給付の在り方

負担能力に応じた負担とする観点から、施設入所者に対する補足給付、ショートステイの補足給付及び補足給付の支給要件となる預貯金等の基準の精緻化を図る

(3) 多床室の室料負担

介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の機能や医療保険制度との関係も踏まえつつ、負担の公平性の関係から引き続き検討

(4) ケアマネジメントに関する給付の在り方

利用者やケアマネジメントに与える影響を踏まえながら、自立支援に資する質の高いケアマネジメントの実現や他のサービスとの均衡等幅広い観点から引き続き検討

(5) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

総合事業の実施状況や介護保険の運営主体である市町村の意向、利用者への影響等を踏まえながら、引き続き検討

(6) 高額介護サービス費

負担上限額を医療保険の高額療養費制度の負担上限額に合わせる

(7) 「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準

利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討

(8) 現金給付

現時点で導入することは適当ではなく、「介護離職ゼロ」の実現に向けた取組や介護者（介護）支援を推進

その他の課題

1. 要介護認定制度

- ・更新認定の二次判定で直前の要介護度と同じ要介護度と判定された者について、有効期間の上限を36か月から48か月に延長
- ・認定調査を指定市町村事務受託法人に委託して実施する場合において、ケアマネジャー以外の専門的知識を有する者も実施可能とする

2. 住所地特例

- ・住所地特例の対象施設と同一市町村にある認知症高齢者グループホームを住所地特例の対象とすることについて、保険者の意見や地域密着型サービスの趣旨を踏まえて引き続き検討

〇おわりに

- ・今回の制度見直しは、2025年に向けた地域包括ケアシステムの推進や介護人材不足等に対応するとともに、2040年を見据え、地域共生社会の実現を目指し、制度の持続可能性を確保しながら、自立支援・重度化防止や日常生活支援等の役割・機能を果たし続けられるよう制度の整備や取組の強化を図るもの
- ・関連法案の国会提出、社会保障審議会介護給付費分科会での議論など必要な対応が講じられることを求める

介護保険制度の見直しに関する意見（抜粋）

令和元年12月27日
社会保障審議会介護保険部会

給付と負担

【現状・基本的な視点】

- 介護保険制度は、その創設から19年が経ち、サービス利用者は制度創設時の3倍を超え、介護サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきている。一方、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11.7兆円（令和元年度予算ベース）になるとともに、第1号保険料の全国平均は6,000円弱となり、2040年度には9,000円程度に達することが見込まれる状況にある。また、第2号保険料についても、2018年度の保険料率は1.5%超であるが、2040年には2.6%程度に増加することが見込まれる状況にある。

 - こうした状況の中で、要介護状態等の軽減・悪化の防止に資するよう、必要な保険給付等を行うと同時に、給付と負担のバランスを図りつつ、保険料、公費及び利用者負担の適切な組み合わせにより、制度の持続可能性を高めていくことが重要である。

 - 介護保険料の伸びの抑制に向けて、給付と負担に関して、平成29年の介護保険法改正時の社会保障審議会介護保険部会における議論や、「新経済・財政再生計画改革工程表2018」（平成30年12月20日経済財政諮問会議決定。以下「改革工程表2018」という。）等を踏まえた諸課題について検討を行った。
- （1）被保険者範囲・受給者範囲**
- 介護保険制度は、老化に伴う介護ニーズに適切に応えることを目的とし、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。

 - 制度創設以降、被保険者範囲・受給者範囲については、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、あわ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28年の「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。以下「平成28年介護保険部会意見」という。）では、被保険者範囲の拡大について、「引き続き検討を行うことが適当である」とされた。

- 被保険者範囲・受給者範囲について、今後の人口構成の変化、介護保険制度創設時の考え方や、これまでの議論の経緯を踏まえ、どのように考えるか、議論を行った。
- 被保険者範囲・受給者範囲については、介護保険制度創設時の考え方は現時点においても合理性があり、基本的には現行の仕組みを維持すべきとの意見、第2号被保険者の対象年齢を引き下げることについては若年層は子育て等に係る負担があること、受益と負担の関係性が希薄であることから反対との意見、第1号被保険者の年齢を引き上げることについては他の制度との整合性を踏まえて慎重に検討することが必要との意見、被保険者範囲・受給者範囲の拡大の議論の前に給付や利用者負担の在り方について適切に見直すことが先決との意見があった。
- その一方で、将来的には、被保険者範囲を40歳未満の方にも拡大し介護の普遍化を図っていくべきとの意見、60歳代後半の方の就業率や要介護認定率も勘案し第1号被保険者の年齢を引き上げる議論も必要との意見、65歳以上の就業者の増加や40歳以上の生産年齢人口の減少を踏まえ、中長期的な見通しを踏まえて方向性を決めていくことが必要との意見もあり、介護保険を取り巻く介護保険を踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当である。

(2) 補足給付に関する給付の在り方

- 制度発足時の介護保険においては、介護保険三施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）及び短期入所生活・療養介護（ショートステイ）について、食費・居住費が給付に含まれていた。
平成17年の介護保険法改正により、在宅の方との公平性等の観点から、これらのサービスの食費・居住費が給付の対象外とされた。あわせて、これらの施設に低所得者が多く入所している実態を考慮して、住民税非課税世帯である介護保険三施設の入所者については、世帯の課税状況や本人の年金収入及び所得を勘案して、特定入所者介護サービス費（いわゆる補足給付）を給付することとされ、食費・居住費の負担軽減が行われている。また、在宅サービスであるショートステイについても、サービス形態が施設入所に類似していることに鑑み、同様の負担軽減が行われている。
- 平成26年の介護保険法改正では、こうした経過的かつ低所得者対策としての性格をもつ補足給付について、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の確保の観点から、①一定額超の預貯金等（単身1000万円超、夫婦世帯2000万円超）がある場合には対象外とする（平成27年8月施行）、②施設入所に際して世帯分離が行われる場合に、配偶者の所得は世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合には対象外とする（平成27年8月施行）、③補足給付の支給段階の判定にあたり非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案する（平成

28年8月施行)見直しが行われた。

- 平成28年介護保険部会意見では、補足給付を行うにあたっての不動産の勘案に関して、地域的な格差、民間機関の参入の困難性、認知症の方への対応等様々な実務上の課題が明らかになったことを踏まえ、「引き続き検討を深めることとするのが適当」とされた。
- このような中、改革工程表2018において、「高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めるとを検討する」という内容が盛り込まれている。
- 経過的かつ低所得者対策としての性格をもつ補足給付について、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の観点から見直す点はあるか、また、不動産の勘案について、資産を預貯金の形でもつ方との公平性の観点や、地域的な格差、民間金融機関の参入の困難性、認知症の方への対応等様々な実務上の課題等を踏まえ、どのように考えるか、議論を行った。
- 補足給付については、能力に応じた負担とする観点から、制度の精緻化を図ることが必要であり、具体的には、以下の見直しを行うことについて、概ね意見の一致を見た。
 - ① 施設入所者に対する補足給付について、第3段階を保険料の所得段階と合わせて本人年金収入等80万円超120万円以下の段階(以下「第3段階①」という。)と同120万円超の段階(以下「第3段階②」という。)の2つの段階に区分するとともに、第3段階②について、補足給付第4段階との本人支出額の差額(介護保険三施設平均)の概ね2分の1の額を本人の負担限度額に上乗せする。
 - ② ショートステイの補足給付について、①と同様に第3段階を2つの段階に区分し、第3段階②について①の金額を踏まえた本人の負担限度額への上乗せを行うとともに、食費が給付外となっているデイサービスとの均衡等の観点から、第3段階①及び第2段階についても、負担能力に配慮しながら、本人の負担限度額への上乗せを行う。各所得段階の負担限度額への上乗せ額については、各所得段階の見直し後の負担限度額の段差(増加額)がほぼ均等(300円から400円)となるように調整の上設定する。
 - ③ 補足給付の支給要件となる預貯金等の基準について、所得段階に応じて設定することとし、第2段階、第3段階①、第3段階②の3つの所得段階それぞれに基準を設定する。同基準については、介護保険三施設いずれの場合も約98の入所者が15年以内に退所していることを踏まえ、介護保険三施設の本人支出額の平均と年金収入を比較し、補足給付を受けながら本人の年金収入で15年間入所することができる水準(ただし、いずれの所得段階でもユニット型個室に10年間入所することができる水準)とする。なお、第2号被保険者は、

若年性認知症等により長期入所が考えられるため、現行の基準（1,000万円以下）を維持する。また、夫婦世帯における配偶者の上乘せ分は、現行の基準（1,000万円を維持する。）

- 見直しにあたっては、あわせて、社会福祉法人利用者負担減免制度の活用等を促進することが重要である。その際、同制度の実施状況に地域差があること等に留意が必要である。

- 見直しを行う際には、負担が増える方に丁寧に説明を行い、理解を得ることが重要である。国や自治体においては、介護サービス利用者に説明を行うこととなる事業者の負担も踏まえ、丁寧に相談を受ける体制を整えるとともに、見直しの趣旨や内容について丁寧に周知広報を行うことが必要である。また、見直し後は、利用者にとって、生活の視点を踏まえ過度な負担となっていないか検証を行うことが必要である。なお、預貯金等の基準の見直しにあたっては、利用者にとって過度な負担とならないよう配慮することが必要との意見があった。

- 補足給付の支給にあたって不動産を勘案することについては、個人の最大の資産は不動産であり、公平性の観点から勘案することが適当であるが導入には課題も多いなどの意見があり、実務上の課題を踏まえながら、引き続き検討を行うことが適当である。なお、リバースモーゲージは親世代から引き継いできた不動産を自分の代で処分することには抵抗感があることも考えられ、慎重な検討が必要との意見があった。

- なお、補足給付の見直しについては、見直しに 慎重な立場から以下の意見もあった。
 - ・ 介護サービス利用者の負担増となることを懸念 。負担能力を踏まえた議論が必要。食費の給付を見直すことについて、食事は生きる上で重要であり、また、預貯金勘案の基準を見直すことについて、配偶者の扶養など世帯の状況は様々であり、慎重な検討が必要。

- このほか、制度の在り方に関して、補足給付は経過的・低所得者対策とされるが、恒久的な介護保険制度の一部として、預貯金勘案の見直し等実務的な微調整は行っても堅持すべきとの意見、生活保護の施策等も踏まえながら財源の在り方についても検討が必要との意見があった。

（3）多床室の室料負担

- 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等における居住費については、平成17年10月より、在宅と施設の利用者負担の公平性の観点から、保険給付の対象外とし、居住環境の違いに応じ、個室は光熱水費及び室料、多床室は光熱水費を負担することとされた。

- 平成 27 年度からは、特別養護老人ホームの多床室について、死亡退所も多い等事実上の生活の場として選択されていることから、在宅で生活する者との負担の均衡を図るため、一定の所得を有する入所者から、居住費（室料）の負担を求めることとされた。
- 平成 30 年度に、介護療養型医療施設の経過措置期限が令和 5 年度末まで延長されるとともに、介護医療院が創設されたが、その居住費の取扱いについては、介護老人保健施設、介護療養型医療施設と同様とされた。なお、経過措置期限を踏まえ、介護療養型医療施設から介護医療院への移行促進が図られている。

- このような中、「経済財政運営と改革の基本方針 2018」（平成 30 年 6 月 15 日閣議決定。以下「骨太方針 2018」という。）や改革工程表 2018 において、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院等の多床室室料について、給付の在り方を検討する旨の内容が盛り込まれている。

- 介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の多床室の室料負担の在り方について、①在宅でサービスを受ける者との負担の公平性、②特別養護老人ホームの多床室については、死亡退所が多い等事実上の生活の場として選択されていることを踏まえ室料負担を求めることとした一方、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設は、医療を提供するという他の機能も有するといった施設機能の違い、③介護療養型医療施設の経過措置期限を令和 5 年度末とし、介護医療院への移行を促していることとの整合等を踏まえ、どのように考えるか、議論を行った。

- 多床室の室料負担の見直し（介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の多床室の室料を保険給付の対象外とすること）について、見直しに慎重な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 介護老人保健施設や介護医療院は生活の場としての機能だけではなく医療サービスや在宅支援も提供する施設。個室の設備は多床室とは異なっている。また、医療療養病床から介護医療院への移行推進にブレーキをかけることにもなる。
 - ・ 見直しにより、利用者の負担増となることを懸念。負担能力を踏まえた議論が必要。

- 一方で、見直しに積極的な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 社会保険料の負担増により中小企業や現役世代の負担は限界に達しており、制度の持続可能性を確保するため、見直しを確実に実施すべき。見直しを行わない場合には、その要因と対応策を検討するなど、見直しに向けた道筋を示すべき。
 - ・ 施設の室料については個室も多床室も同様に扱うことが原則であり、在宅と施設の公平性の観点からも、見直しを行うことが適当。

- 多床室の室料負担については、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の機能や医療保険制度との関係も踏まえつつ、負担の公平性の関係から引き続き検討を行うことが適当である。

(4) ケアマネジメントに関する給付の在り方

- ケアマネジメントは、居宅介護支援事業者が居宅の要介護者に対して、ケアプランの作成やサービス事業者との連絡調整等を行うものであり、高齢者自身によるサービスの選択、サービスの総合的・効率的な提供等、重要な役割を果たしている。ケアマネジメントについては、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるように、制度創設時から10割給付のサービスと位置付けられてきた。
- ケアマネジメントに関する給付の在り方については、これまでも議論されてきており、制度創設10年となる平成22年の「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）において、利用者負担について言及され、利用者負担導入に関する賛成・反対の両方の意見が付され、平成23年の社会保障・税一体改革の検討の中で、介護分野の議論の整理がとりまとめられた際にも、賛成・反対の両論併記とされている。また、平成28年介護保険部会意見においても、利用者負担に賛成の立場からの、ケアマネジャーの専門性を評価する意味で利用者負担を求めるべき、施設給付ではケアマネジメントサービスは含まれていることとの均衡を図るべき等の意見、反対の立場からの、あらゆる利用者が公平にケアマネジメントを活用し自立した日常生活の実現に資する支援が受けられるよう、現行制度を堅持すべき、利用者負担を導入すると利用者の意向を反映すべきとの圧力が高まり、給付費の増加につながる等の意見が両論併記された上で、「ケアマネジメントに関する利用者負担についても様々な意見があり、ケアマネジメントの在り方とあわせて引き続き検討を行うことが適当である」とされた。
- 今後、高齢者の地域における暮らしを支え続ける観点から、ケアマネジャーについては、介護給付サービスの調整にとどまらず、かかりつけ医をはじめとする医療との連携や、地域におけるインフォーマルサービス等の多様な資源の活用等の観点において、中心的な役割を果たすことが期待されている。その一方で、ケアマネジャーの処遇の相対的な低さや業務負担の大きさも指摘されている。
- このような中、骨太方針2018や改革工程表2018において、介護のケアプラン作成について、給付の在り方を検討する旨の内容が盛り込まれている。
- ケアマネジメントに関する給付の在り方について、介護保険部会等におけるこれまでの議論も踏まえつつ、①医療との連携やインフォーマルサービス等の活用など、ケアマネジメントが担う役割の変化、②ケアマネジャーの処遇改善や事務負担の軽減等により、その力を十分に発揮できる環境を整備し、自立支援・重度

化防止の実現に向けた質の高いケアマネジメントを実現していく観点、③ケアマネジメントと他のサービスとの均衡や相違点、給付の見直しが利用者やケアマネジメントに与える影響を踏まえ、どのように考えるか、議論を行った。

- ケアマネジメントに関する給付の見直し（利用者負担を導入すること）について、見直しに慎重な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 利用者負担が増えることは容認できない。有料だからとサービス利用をやめしてしまう人が出ないように、今後も10割給付を維持していくべき。
 - ・ 入口での利用控えが危惧される中で、拙速な利用者負担の導入は反対。
 - ・ 介護保険制度においてはケアマネジメントにより自立支援の調整が図られてきており、今後単身世帯の増加や年金水準の低下も懸念される中では、相談支援でインフォーマルサービスにつなげることも必要となる。ケアマネジャーは保険者の代理人、市町村の代わりを担う立場とも言え、利用者負担を求めることになじむのか疑問。現行給付を維持することが適当。
 - ・ 利用者や家族の言いなりにならないか、セルフケアプランが増加し自立につながらないケアプランとならないかなどの課題を踏まえた上で、質の高いケアマネジメントの実現等の観点から慎重に検討すべき。今が適切な時期か否か冷静に見極める必要がある。また、障害者総合支援法における計画相談支援との整合性に鑑み、利用者負担の導入は慎重に検討すべき。

- 一方で、見直しに積極的な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 社会保険料の負担増により中小企業や現役世代の負担は限界に達しており、制度の持続可能性を確保するため、見直しを確実に実施すべき。見直しを行わない場合には、その要因と対応策を検討するなど、見直しに向けた道筋を示すべき。
 - ・ 能力のある人には負担していただくことも重要であり、見直しが必要。ケアマネジャーの処遇改善を図るのであれば財源を確保するために利用者負担を導入すべき。
 - ・ 介護保険制度創設から約20年が経ち、サービス利用も定着する中で、他のサービスでは利用者負担があることを踏まえ、見直しを実施すべき。
 - ・ 現役世代の理解、利用者本位のケアプラン作成、質の高いケアマネジメントの観点から、利用機会の確保の点には留意しつつ、見直しを実施すべき。

- このほか、ケアプランについて、ケアマネジャーが保険者に代わって考えるものということであれば利用者負担は不要であるが、介護サービスの一部ということであれば利用者負担を求めることが適当との意見、ケアマネジャーが保険者の代理人であれば市町村がケアマネジャーの質の評価を行っていく必要があるとの意見、ケアプランの質を確保していく上では、セルフケアプランによるサービス提供について給付対象とするか否かも検討すべきとの意見もあった。

- ケアマネジメントに関する給付の在り方については、利用者やケアマネジメントに与える影響を踏まえながら、自立支援に資する質の高いケアマネジメントの実現や他のサービスとの均衡等幅広い観点から引き続き検討を行うことが適当である。

(5) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

- 総合事業は、既存の介護サービス事業者に加えて、NPO や民間企業等の多様な主体が介護予防や日常生活支援のサービスを総合的に実施できるようにすることで、市町村が地域の実情に応じたサービス提供を行えるようにすることを目的として、平成 26 年の介護保険法改正で創設された事業である。この改正により、要支援 1・2 の者の訪問介護と通所介護が、個別給付から総合事業へと移行された。
- 総合事業の実施状況については、サービス利用量について、給付から総合事業へ移行した前後で約 4 千人を抽出した調査では、利用者一人あたりの利用日数について移行前後において大きな変化はみられなかった。一方、サービス別事業所数を見ると、制度改正前の介護予防サービスと同じ基準で提供されるサービスの割合が大きく、市町村の実施状況を見ても、住民主体のサービスなどの多様なサービスが実施されている市町村数は 6～7 割にとどまっている。
- このような中、骨太方針 2018 において、「介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する」ことが記載され、また、改革工程表 2018 においては、「軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付について、地域支援事業への移行を含めた方策について、関係審議会等において第 8 期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる」ことが記載されている。
- 軽度者に対する給付の在り方について、①要支援者よりも介護の必要性の高い要介護者について、その状態像を踏まえた適切なサービス提供を確保する観点、②総合事業の実施状況や、介護保険の運営主体である市町村の意向、③今後の高齢化の進展や現役世代の減少を踏まえたサービス提供の必要性の観点等、幅広い観点から、どのように考えるか、議論を行った。
- 軽度者に対する給付の見直し（軽度者の生活援助サービス等の地域支援事業への移行）について、見直しに慎重な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 見直しは、将来的には検討が必要であるが、総合事業の住民主体のサービスが十分ではなく、地域ごとにばらつきもある中では、効果的・効率的・安定的な取組は期待できない。まずは現行の総合事業における多様なサービスの提供

体制の構築等を最優先に検討すべき。

- ・ 見直しは、総合事業の実施状況や市町村の意向を踏まえて慎重に検討すべき。総合事業の課題である実施主体の担い手不足が解消される見込みもない中では市町村も対応できず、現段階での判断は現実的でない。
 - ・ 要介護1・2の方は認知症の方も多く、それに対する自治体の対応体制も不十分である。受入体制と効果的な対応策が整備されるまでは、見直しは時期尚早。
 - ・ 介護離職ゼロの観点や利用者の生活実態を十分踏まえて慎重な検討が必要。
 - ・ 訪問介護における生活援助サービスは身体介護とあわせて一体的に提供されることで有用性が発揮され、利用者の生活を支えており、要介護度にかかわらず同量のサービスを受けている。切り離した場合には状態が悪化して給付増につながる懸念もあり、慎重に検討すべき。
 - ・ 介護サービス利用者の負担増となることを懸念。要介護1・2の方は軽度者ではなく、認知症の方もおり、重度化防止のためには専門職の介護が必要。施設に入れられない、低所得で高齢者向け住まいに入れられないなど様々な理由で生活援助サービスを必要としている方がいることに留意が必要。たとえ総合事業が充実したとしても、要介護認定を受けた人の給付の権利を奪うことは反対。
- 一方で、見直しに積極的な立場から、以下の意見があった。
- ・ 社会保険料の負担増により中小企業や現役世代の負担は限界に達しており、制度の持続可能性を確保するため、見直しを確実に実施すべき。見直しを行わない場合には、その要因と対応策を検討するなど、見直しに向けた道筋を示すべき。
 - ・ 人材や財源に限りがある中で、専門的サービスを必要とする重度の方に重点化することが必要であり、見直しを実施すべき。
 - ・ 大きなリスクは保険制度で、小さなリスクは自己負担で、という考え方に基づき、給付と負担にメリハリを付けることが必要。軽度者への生活援助サービスについてもその観点から考えるべき。
 - ・ 軽度者に対する給付の見直しの観点からも、総合事業の実施体制の構築に向けた更なる取組を具体的に明らかにした上で、早期に実施すべき。
- このほか、介護が必要になる主な理由は認知症であり、要介護1・2で介護の負担が軽いということは決してない。要介護1・2の人を軽度者と称するのは誤解を与えかねないとの意見があった。
- 軽度者の生活援助サービス等に関する給付の在り方については、総合事業の実施状況や介護保険の運営主体である市町村の意向、利用者への影響等を踏まえながら、引き続き検討を行うことが適当である。

(6) 高額介護サービス費

- 介護保険制度においては、所得の段階に応じて利用者負担額に一定の上限を設け、これを超えた場合には、超えた額が高額介護サービス費として利用者に償還されることとなっており、過大な負担とならない仕組みとされている。
- 高額介護サービス費の所得段階及び自己負担上限額は、制度創設時には、生活保護受給者等について 15,000 円(個人)、住民税非課税世帯の者について 24,600 円(世帯)、これ以外の者について 37,200 円(世帯)と設定されていた。
- 平成 29 年の制度改正においては、一般区分の自己負担上限額について、37,200 円(世帯)から医療保険の一般区分の多数回該当と同じ水準である 44,400 円(世帯)に見直されるとともに、長期利用者に配慮し、1割負担のみの世帯については、年間の負担額が見直し前の年間の最大負担額を超えることのないよう 446,400 円(37,200 円×12 か月)の年間上限が3年間の時限措置として設けられた。
- 介護保険制度の高額介護サービス費の自己負担上限額は、制度創設時から医療保険の高額療養費制度を踏まえて設定されている。医療保険の高額療養費制度についてはこれまで累次の改正が行われており、70 歳以上の方については、平成 30 年 8 月からは、現役並み所得区分が細分化され、多数回該当の負担上限額が、年収約 383 万円～約 770 万円が 44,400 円、年収約 770 万円～約 1,160 万円が 93,000 円、年収約 1,160 万円以上が 140,100 円とされている。
- 平成 29 年の制度改正で設けられた年間上限の該当件数は、平成 30 年 9 月から令和元年 8 月の支出決定分で累計約 5.2 万件となっており、高額介護サービス費全体の件数の約 3%となっている。
- なお、医療保険と介護保険における 1 年間の自己負担の合算額が高額となり、限度額を超える場合に、被保険者に、その超えた金額を支給し、自己負担を軽減する高額医療・高額介護合算制度もある。
- 高額介護サービス費について、医療保険の高額療養費制度における負担上限額を踏まえ、その在り方についてどのように考えるか、平成 29 年の制度改正で設けられた年間上限について、利用者数を踏まえ、どのように考えるか、議論を行った。
- 高額介護サービス費については、自己負担上限額を医療保険の高額療養費制度における負担上限額に合わせ、年収 770 万円以上の者と年収約 1,160 万円以上の者について、世帯の上限額を現行の 44,400 円からそれぞれ 93,000 円、140,100 円とする見直しを行うことについて、概ね意見の一致を見た。また、平成 29 年の制度改正で設けられた年間上限については、利用の実績を踏まえ、当初の予定通り令和 2 年度までの措置とすることについて、概ね意見の一致を見た。

○ 見直しを行う際には、負担が増える方に丁寧に説明を行い、理解を得ることが重要である。国や自治体においては、介護サービス利用者には説明を行うこととなる事業者の負担も踏まえ、丁寧に相談を受ける体制を整えるとともに、見直しの趣旨や内容について丁寧に周知広報を行うことが必要である。

○ なお、高額介護サービス費の見直しについては、介護サービス利用者の負担増となることが懸念され、扶養家族がいるケースもあり、見直し後の影響について調査を行うとともに、負担能力を踏まえた議論が必要との意見もあった。

(7) 「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準

○ 介護保険制度においては、制度創設以来、利用者負担割合は所得にかかわらず一律1割とされていたところであるが、平成26年の介護保険法改正において、1割負担の原則を堅持しながら、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、高齢者世代内において負担の公平化を図っていくため、介護保険制度独自の仕組みとして、「第1号被保険者の所得の上位2割相当」について「一定以上所得のある方」（「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入＋その他合計所得金額280万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上）」）として負担割合が2割とされた（平成27年8月施行）。

○ また、平成29年の介護保険法改正において、介護保険制度の持続可能性を高めるため、世代内・世代間の負担の公平や負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険制度の考え方を参考にして、「現役並みの所得を有する方」（「合計所得金額220万円以上」かつ「年金収入＋その他合計所得金額340万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上）」）について、負担割合が2割から3割に引き上げられた（平成30年8月施行）。

○ 2割負担に該当するのは、平成30年度末で、在宅サービス利用者のうちの5.4%、特別養護老人ホーム入所者のうちの2.5%、介護老人保健施設入所者のうちの3.7%となっている。また、3割負担に該当するのは、在宅サービス利用者のうちの4.4%、特別養護老人ホーム入所者のうちの1.6%、介護老人保健施設入所者のうちの2.4%となっている。なお、3割負担について、サービス毎の受給者数をみると、平成30年8月の施行前後において、対前年同月比の傾向に顕著な差は見られない。

○ このような中、改革工程表2018において、「年金受給者の就労が増加する中、（略）医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討」とされている。

- 「現役並み所得」の判断基準（利用者負担割合を3割とする所得等基準）、「一定以上所得」の判断基準（利用者負担割合を2割とする所得等基準）について、制度の施行状況を踏まえ、どのように考えるか、議論を行った。

- 「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準の見直しについて、見直しに慎重な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 見直しについて、介護サービス利用者の負担増となることを懸念。医療を利用するケースや扶養家族がいるケースもあり、負担能力を踏まえた議論が必要。また、利用者負担を原則2割負担とすることは、制度の持続可能性の確保のためであったとしても、生活、介護が立ち行かなくなることは明らかであり認められない。
 - ・ これまでの2割、3割負担の導入は高齢世帯に大きな影響を与えており、「一定以上所得」の判断基準の見直しについては利用者の生活実態も踏まえて慎重に検討すべき。
 - ・ 早期に専門的な介護サービスを受けることは重度化を防止し社会全体にとってプラスとなる。利用者負担について、入口の規制を強化することは反対。
 - ・ 介護は医療と異なり長期にサービスを受けるケースが多く、自己負担割合の変更は高齢世帯への影響が大きい。原則2割負担ということについては生活への影響を踏まえて慎重に検討すべき。
 - ・ 利用者負担を原則2割負担とすることについては、まずは業務効率化やICTの導入、補足給付の見直しなど、今できる工夫を行った上で見直しを行うべき。

- 一方で、見直しに積極的な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 社会保険料の負担増により中小企業や現役世代の負担は限界に達しており、制度の持続可能性を確保するため、見直しは確実に実施すべき。見直しを行わない場合には、その要因と対応策を検討するなど、見直しに向けた道筋を示すべき。利用者負担の原則2割化についても今後に向けて方向性を示していくべき。
 - ・ 保険料の極めて大幅な伸びを少しでも抑制していくためには、少なくとも現状それほど多くない2割負担の対象範囲を拡大することが必要。将来的には利用者負担の原則2割化といったことも議論していくことが必要。
 - ・ 負担する能力のある人は負担するべきであり、見直しを推し進めるべき。
 - ・ 制度の持続可能性を担保していくためには、給付と負担のバランスがしっかりと確保されることが必要。現役並み所得の基準の見直しについてしっかりと議論を進めるべき。
 - ・ 能力のある人には負担していただくことも重要であり、負担能力に応じて広く薄く負担をお願いする観点からも、2割負担の対象について拡大が必要。
 - ・ 65歳で3割負担、70歳で2割負担である医療とのバランスも考えて、被保険者全て原則1割負担でよいかも検討すべきではないか。

- このほか、利用者負担においては低所得者への配慮を行うとともに、高所得者については保険料、利用者負担ともに高いことについて懇切丁寧な説明の下、理解を得るべきとの意見があった。また、所得だけでなく資産も捕捉し勘案していくという観点も必要ではないかとの意見、保険料の設定方法も踏まえて、自己負担割合についても1割未満とする設定が考えられるのではないかとの意見もあった。
- 「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準については、利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当である。

(8) 現金給付

- 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。制度創設時においては、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）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。
- 平成28年介護保険部会意見では、現金給付について、「介護の社会化」という制度の理念や介護離職ゼロ・女性の活躍推進の方針に反している、仕事と介護の両立が阻害される恐れがある、新たな給付増につながるなど、消極的な意見が多く、現時点で現金給付を導入することは適当ではないとされた。
- 現金給付について、介護保険創設時の議論、その後の議論の経緯等を踏まえ、どのように考えるか、議論を行った。
- 現金給付については、介護者の介護負担そのものが軽減されるわけではなく、介護離職が増加する可能性もあり、慎重に検討していくことが必要との意見があり、現時点で導入することは適当ではなく、「介護離職ゼロ」の実現に向けた取組や介護者（家族）支援を進めることが重要である。

(9) その他

- 給付と負担の見直しについて、以下の意見もあった。
 - ・ 補足給付と高額介護サービス費のみを見直すだけでは、制度の持続可能性が

確保されたとは言い難く、踏み込み不足と言わざるを得ない。

- ・ 利用者の負担を引き上げるとは、慎重であるべき。配偶者や扶養家族に与える経済的な影響も勘案すべき。また、負担を引き上げた場合には、設定した条件が妥当であったか丁寧な検証を行うことが必要である。
- ・ 給付と負担の見直しの議論においては、サービス利用者の視点とあわせて、保険料を負担する現役世代に対して説明責任を果たすという視点を持つことも必要。

【その他の課題】

1. 要介護認定制度

- 要介護認定（要支援認定を含む）を受けている高齢者は、平成 12 年度以降増加傾向にあり、平成 31 年 4 月時点で 659 万人となっている。近年の年間の認定件数も増加傾向にあり、申請から認定までの平均期間が長期化する中で、平成 30 年 4 月からは、更新認定有効期間を 24 か月から 36 か月に拡大するとともに、一定の要件を満たした者について介護認定審査会における審査を簡素化する見直しを実施された。
- 要介護認定の申請から認定までの平均期間が 38.5 日（平成 30 年度）と全国的に依然として長くなっている中で、保険者の要介護認定制度に関する業務の簡素化等について、議論を行った。
- また、認定調査について、指定市町村事務受託法人に委託して実施する場合の認定調査員の要件（ケアマネジャーに限定）の緩和について、「平成 30 年の地方からの提案等に関する対応方針」（平成 30 年 12 月 25 日閣議決定）において「その影響等を考慮しつつ検討し、2019 年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる」とされていることも踏まえて、議論を行った。
- 認定調査の遅れは利用者にも事業者にも影響を与えるものであり、コンピュータ判定に関する分析等により、認定業務の簡素化を図ることが重要である。また、認定調査の均てん化を更に進めるとともに、ICT や介護関連のデータの活用を検討することも重要である。
- 平成 30 年度の有効期間拡大後の有効期間の設定状況や、更新認定後の要介護度の変化状況等を踏まえ、平成 30 年度に更新認定の有効期間を拡大した際の考え方を参考に、更新認定の二次判定において直前の要介護度と同じ要介護度と判定さ

れた者については、有効期間の上限を 36 か月から 48 か月に延長することを可能とすることが必要である。なお、状態が重度化・軽度化した場合の区分変更申請については、認定者や介護者に対して周知を徹底し、適切に行われるようにすることも重要である。

- 認定調査員の要件について、認定調査を指定市町村事務受託法人に委託して実施する場合において、ケアマネジャー以外の保健、医療、福祉に関する専門的な知識を有している者も実施できることとすることが適当である。その際には、資格や経験の要件等を適切に設定するなど、認定調査員の質の確保に留意する必要がある。

2. 住所地特例住所地特例

- 介護保険においては、地域保険の考え方から、住所地の市町村が保険者となるのが原則である。しかし、その原則のみだと介護保険施設等の所在する市町村に給付費の負担が偏ってしまうことから、介護保険施設等に入所する場合には、住所を変更しても、変更前の市町村が引き続き保険者となる仕組み（住所地特例）が設けられている。
- 平成 30 年の地方分権改革に関する提案募集において、住所地特例の対象外とされている施設のうち、住所地特例の対象施設と同一市町村にある認知症高齢者グループホームを住所地特例の対象とすることが提案された。「平成 30 年の地方からの提案等に関する対応方針」において、「住所地特例の適用や区域外指定の活用による対応について地方公共団体の意見を踏まえて検討し、2021 年度からの第 8 期介護保険事業計画の策定に向けて結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる」とされていることや、骨太方針 2019 において、「住所地特例制度の適用実態を把握するとともに、高齢者の移住促進の観点も踏まえ、必要な措置を検討する」とされていることなども踏まえつつ、住所地特例制度の在り方について、議論を行った。
- 住所地特例の対象施設と同一市町村にある認知症高齢者グループホームを住所地特例の対象とすることについては、地域密着型サービスは住民のためのサービスであること、現行でも市町村間の協議で他の市町村でのサービス利用が可能であること、また、制度が複雑になることも踏まえ、現時点においては現行制度を維持することとし、保険者の意見や地域密着型サービスの趣旨を踏まえて引き続き検討することが適当である。
- 一方で、調整交付金について、後期高齢者の加入割合の違いに係る調整につい

て、調整の精緻化を図る見直しを行い、高齢化に対する調整機能を強化することが適当である。この見直しは、住所地特例に関する地方からの提案や、骨太方針2019における記載への対応にも資するものといえる。

- なお、住所地特例の対象施設に入所する者が認知症高齢者グループホームに移ると住所地特例がはずれてしまうことについては問題であり、検討が必要との意見、認知症高齢者グループホームは利用を希望する方も多く、住所地特例の対象とすることについて検討が必要との意見もあった。また、今後の人口減少を鑑みれば、基盤整備やサービスの提供について、自治体間で広域的に連携していくことも重要との意見もあった。