

私は、川崎市役所健康福祉局高齢者事業推進課事業者指導係の**と申します。

私からは、介護保険制度に関する説明として、お手元にあります「平成29年度指定介護保険事業者新規セミナー“制度説明”」についてお話ししますが、初めに、この制度説明を行う目的をお伝えします。

介護保険制度は、法施行当初は5年を1期、その後に見直しされ3年を1期として法及び報酬等の見直しが行われています。

この3年ごとの見直しで、法令の条文についても追加、修正等行われていますが、基本となる考えは、制度当初から変わることはありません。

この研修では、皆さまがこれから管理者として業務に努めていただく際に少しでもお役に立てるよう、制度創設について理解を高めていただくことを目的としています。

それでは、本題の制度説明に入らせていただきます。

資料の1ページ下段又は前方のスクリーンをご覧ください。

介護保険制度は、医療保険、年金保険、労災保険、雇用保険に続き、5番目の社会保障制度として、平成12年に施行されました。

この施行により、高齢者介護を支える中心が、老人福祉制度及び老人医療制度から、介護保険へと変わっていくこととなりますが、何故、介護保険制度ができたのかは、資料の1ページ下段又は前方のスクリーンにありますとおり、人口の高齢化と介護リスクの一般化、家族形態の変化による介護基盤の弱体化、従来の福祉制度による対応の限界、財源の問題等の背景がありました。

それでは、1の人口高齢化の急速の発展とは、どのようなものであったかは、次の2ページ上段のグラフに示しています。

まず昭和50年のグラフを見ますと人口に占める65歳以上の高齢者の割合は7.9%となっています。7.9%というと低いと思われる方もいると思いますが、世界保健機構や国連の定義に当てはめると「高齢化社会」となり、既に40年前から我が国は高齢化を迎えていたことがわかります。

さらに、平成7年のグラフを見ますと65歳以上の高齢者の割合は14.6%となっており、世界保健機構や国連の定義に当てはめると「高

「高齢社会」となり、実に20年で「高齢化社会」から「高齢社会」へと変化したことがわかります。

高齢化となった要因は、生活水準の向上や医学の進歩によるところが大きく、喜ばしいところですが、「高齢化社会」から「高齢社会」に達するまでの所要年数は、先進諸国を見ても群を抜いており、比較的短いドイツでも40年を要しています。

このように、我が国では、他では例のないスピードで高齢化を迎えたことで、福祉制度がこの高齢化に対応できず、介護リスクは日本国民誰もが有するリスクへと変わっていきました。

次のページ下段又は前方のスクリーンをご覧ください。

これは、65歳以上の方がいる世帯について、昭和55年から平成12年まで世帯構成の変化をグラフ化したものです。

このグラフの変化でもわかるとおり、単身世帯や高齢者夫婦のみの世帯が増年々増大していることがわかります。

また、この時期の在宅介護の9割は同居の家族が担っており、性別では女性が85%を占めていました。

さらに、介護者の半数は60歳以上、そのうち25%は70歳以上に達しており、文字とおり老々介護の状況でした。

このような状況では、起きる、食べる、排泄する、清潔を保つ、刺激を受けるなどの基本的なケアを望むことが難しいばかりでなく、認知症の進行や褥瘡の発生、最悪の場合は、介護者の心身両面における負担の増大からくる虐待等を誘引する原因にもなり得ました。

次の3ページ上段又は前方のスクリーンをご覧ください。

人口高齢化、単身世帯及び高齢者夫婦のみの世帯の増大に対し、介護保険制度が始まる前は、老人福祉法に基づく老人福祉制度と、老人保健制度に基づく老人医療分野で高齢者の介護問題に対応してきましたが、それぞれ改善すべき多くの課題を抱えていました。

老人福祉分野では、措置制度に基づき訪問介護や福祉サービスの内容を決定し、法に基づく要件に該当すると判断した人を対象に訪問介護や特別養護老人ホーム等の介護サービスが提供されていました。この仕組みは、利用者のサービス利用の権利性が乏しく、利用に当たって市町村の所得調査やニーズ判定等を前提としているなど利用手続きが煩雑であること。利

用者がサービスの種類や提供機関を選択できないこと。福祉は低所得者が利用するというイメージから心理的抵抗感があること。応能負担の費用徴収制度により中高所得層の自己負担が大きいことなどから、一般に利用しづらい制度になっていました。

また、1989年に消費税が導入されたことを踏まえ、高齢者の在宅、福祉サービスの整備を推進するため、10年間で6兆円規模の予算を投入して高齢者介護基盤の整備が本格的に進められましたが、それでも量的には不十分な状況でした。

一方、老人医療分野では、1970年代ころから患者の多くが高齢者である老人病院と医療施設が急増していました。福祉サービスの基盤整備が遅れていた半面、医療機関の病床数が多いことや、医療機関の方が利用者負担が少ないこと。福祉施設入所よりも病院に入院の方が世間体が良いことなどから、多くの養介護高齢者は老人病院等に入院する傾向がありました。

次の3ページ下段又は前方のスクリーンをご覧ください

これは、従来の福祉制度と介護保険制度の違いを比較したものです。介護保険制度では、従来の福祉制度の問題点を解消するために、給付と負担の関係を明確にし、国民の理解を得られやすい社会保険方式の導入、従来の老人福祉と老人医療の縦割りの制度を再編し、利用者の選択により民間事業者も含めた多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる「利用者本位のサービス利用方式」に改めました。

また、契約方式を補完する役割として、ケースマネジメントが導入されました。このケースマネジメントについては4つの機能が挙げられています。1つ目は、サービス利用に際して、高齢者や家族の相談に応じ専門的な立場から助言すること。2つ目は、介護が必要な高齢者や家族のニーズを把握し、そのニーズや介護の必要度に応じ関係者が一緒になってケアの基本方針とケアの内容を定めたケアプランを作成すること。3つ目は、そのケアプランを踏まえ、実際のサービス利用につなげること。4つ目は、高齢者のニーズやサービス提供状況を把握しながら、適切なサービス利用を継続的に確保することが挙げられています。介護保険制度では、ケースマネジメントを行う機関についても利用者が選択する「選択制」を導入しており、これは、措置制度を廃止し、社会保険方式を導入するとの考えが

色濃く反映した結果と考えられます。

次の4ページ上段又は前方のスクリーンをご覧ください。

この数値は、高齢者介護・自立支援システム研究会報告書の資料から抜粋したものです。

この表では、高齢者介護の社会的コストを家族介護と公的成本に分けて示されております。特に1993年の社会的コストのうち、家族介護が6割を占め、金額に換算すると2兆円と推計されておりました。このように、公的成本より家族負担が多い現状は、もはや高齢者介護は社会的問題であるとの印象を受ける結果となりました。

資料4ページ下段又は前方のスクリーンをご覧ください。

介護保険制度の財源は、共同連帯の理念に基づき、公平に保険料を負担する社会保険方式を採用していますが、介護保険施行前の高齢者介護基盤の財源は、租税を財源としておりました。しかし、国の財政はバブル景気が崩壊した90年代後半からの長引く不況下で収入が減少し、国債収入への依存が高まるなど厳しい状況でした。このような状況では、増大が見込まれる介護費用を租税のみに依存することが難しくなり、保険財源という新たな仕組みが必要となりました。

なお、現状の介護保険財源は、第1号保険料、第2号保険料の他、国、都道府県、市町村の負担金及び調整交付金から成り立っていますが、制度議論時には、20歳以上の介護保険方式や介護給付事業として追加する老人保健制度方式等も議論されておりました。

以上が、介護保険制度が創設された主な背景の説明となります。

続きまして、介護保険制度の改正の歩みについて説明します。

資料5ページ又は前方のスクリーンをご覧ください。

介護保険制度は、保険料の他、都道府県及び市町村の事業計画が3年ごとに見直しを行われることから3年間でひとつの区切りとなって制度が運用されています。

初めに、資料上段の17年改正をご覧ください。

この改正では、予防重視システムへの変換、施設給付の見直し、市町村が指定する地域密着型サービスの創設、指定事業者の更新制の導入等の改

正、見直しが行われました。

改正の主な内容について簡単に説明します。

初めに、介護予防重視システムへの変換についてですが、具体的には、要介護1を要支援1と要支援2に再編し、これら要支援者に対する訪問介護等のサービスは生活機能の維持、向上の観点から提供方法を見直し、要支援者のケアプランの作成等は地域包括支援センターが行うこと、認定外の高齢者に対する介護予防を推進するため、地域支援事業を創設することなどの見直しが行われました。

次に、施設給付の見直しについてですが、これは、在宅と施設の利用者負担の公平性の観点から食費及び居住費を保険給付から外して、利用者からの自己負担を求め、低所得者に対しては負担限度額を定めて負担を軽減するとともに、基準費用額と負担限度額との差額を保険給付で補う仕組みの創設などの見直しが行われました。

次に、新たなサービス体系の確立についてですが、これは、認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加等を踏まえ、1人ひとりができる限り住み慣れた地域での生活を継続できるようにすること、自立支援の根底にあるのは「尊厳の保持」であるとの考えから、介護保険法の目的規定に「尊厳の保持」を明確に規定し、従来の痴呆という用語を認知症に改め、市町村が指定や指導監督権限を有する地域密着型サービスを創設するなどの見直しが行われました。

次に、サービスの質の確保、向上についてですが、これは、事業者による事業所の情報開示の義務付け、指定の欠格条項の見直し、更新制の導入、ケアマネジャーの資格更新制、研修の義務化、標準担当件数の引き下げなどの見直しが行われました。

次に、平成20年改正をご覧ください。

この改正では、法令遵守と業務管理体制の整備、事業者本部に対する立ち入り検査権、不正事業者の処分逃れ対策、廃止時におけるサービスの質の確保対策、返還金等に対する強制徴収権の付与等の改正、見直しが行われました。

この平成20年改正は、当時社会的問題となったコムスン問題を受けて、介護保険サービス事業者の不正を防止し、介護保険事業運営の適正化

を図る観点から行われました。

コムスン問題について少し触れますと、コムスン株式会社は、平成19年4月時点で、従業員が2万4千人、指定事業所2,081か所、利用者数は6万5千人、年間売り上げが639億円で、当時の介護業界では最大を誇っていましたが、平成18年12月ごろから東京都をはじめ複数の県による立ち入り検査等により指定基準違反や不正請求、虚偽申請等の不正行為が明らかになってきました。このような状況を受け厚生労働省は、不正行為を行ったコムスン全事業所の新規指定や指定更新を行わないよう都道府県に通知を出しましたが、それに対してコムスンは、同一資本グループ内の株式会社に事業譲渡を行うことで実質的な処分が及ばないよう対抗処置を講じました。しかし、これは脱法行為でとの批判を受け、最終的には、厚生労働省の譲渡凍結の行政指導を受け入れ、コムスンは介護事業から撤退、これまでコムスンが運営していた事業所は都道府県単位で他の民間事業者に移譲されました。

このような問題を受け、平成20年改正では、法令遵守を確保するため、介護保険事業者は法令遵守責任者の選任や法令順守マニュアルを整備し、その内容を厚生労働大臣、都道府県知事又は市町村長に届け出ることが義務化されました。

また、国、都道府県、市町村に対し、不正行為の組織的関与が疑われる場合の本部への立ち入り権限が付与され、先ほどのコムスン問題でもありました処分逃れに対抗できるようその対策として、廃止届を事後から事前に改め、指定・更新の欠格事由に、立ち入り検査中に廃止届を出した場合が追加されました。

さらに、利用者保護の観点から事業廃止時に係る事業者の義務が明確化され、これを行わない事業者に対しては勧告、命令等を行うことが明記されました。

次に、平成23年改正をご覧ください。

この改正では、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の新たなサービス類型の創設、保険料率の増加の抑制のための財政安定化基金の取崩し、介護福祉士等による喀痰吸引等の実施等が行われました。

もう少し詳しく説明しますと、地域包括ケアの推進として、日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画の策定、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進することでの医療と介護の連携の強化等を行うことが法に明記されました。

その他、この時の改正では、自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者として、都道府県知事に登録した事業者は、医師の指示に基づき、一定の研修等を受講したものに対して喀痰吸引をさせることができることなどの改正も行われました。

次に、平成26年改正をご覧ください。

平成26年改正では、地域包括ケアシステムの構築として、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、介護予防の充実を、費用負担の公平化として、低所得者に対する保険料軽減の拡充。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しなどが行われました。

もう少し詳しく説明しますと、介護、医療、生活支援、介護予防の充実としましては、在宅医療・介護連携、認知症施策及び地域ケア会議の推進や生活支援サービスの充実・強化を行うとし、重点化、効率化としては、介護予防の地域支援事業への移行、特別養護老人ホームの新規入所者を原則として要介護3以上にするなどが行われました。

また、費用負担の公平性としましては、一定以上の所得がある利用者の自己負担の引上げや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する見直しなどが行われました。

以上が、介護保険制度の改正の歩みについての説明になります。

続きまして、今後の介護保険を取り巻く状況について説明します。

資料6ページ又は前方のスクリーンをご覧ください。

このグラフは、65歳以上、75歳以上の高齢者人口の5年おきの推移となります。

このグラフでわかるように2025年をピークに65歳以上の高齢者は減少に入っていますが、75歳以上の人口はその後も増加しています。

これは、人口減少時代が到来したことを意味し、生産年齢の減少により

働き手が不足しているにもかかわらず75歳以上の高齢者人口が増加するなど、需要と供給にミスマッチが生じていることがわかります。対象者の増大と担い手の不足は、介護業界にとっては経営資源が不足することを意味し、今後は、少ない人員でより効果的、効率的なケアの方法が求められるものと考えます。

皆さまにおかれましては、将来迎える担い手不足に対応できるよう、現状の事業形態に対し常に課題認識を持っていただき、できる限りトレードオフではなく、すべて満たせるような業務の改善、改革に努めていただきますようお願いいたします。

なお、資料6御エージ下段には、参考としまして、高齢者世帯の推移も載せております。そちらについても後ほどご覧ください。

続きまして、平成30年度の改正に向けた検討について説明します。

資料7ページ又は前方のスクリーンをご覧ください。

先ほどの改定の歩みでもお話ししましたが、介護保険法等は3年ごとに見直しが行われます。

今回は、平成27年度に改正が行われましたので、その3年後に当たる来年度は、法令や報酬等の見直しが行われます。

この改正に先立ち、経済財政諮問会議等からは、軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行、生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和、社用具貸与については、価格を適正化するための仕組みについて実施することなどが提言されています。

これを踏まえ、介護報酬の改定に向けた各種団体へのヒアリングが既に行われており、そのヒアリングを踏まえた現状と課題、見直しに向けた論点が介護給付分科会で議論されています。既に幾つか資料や議事録が厚生労働省のホームページ内に掲載されております。報酬告示の改定は、事業所の収支に影響がある他、加算等の要件が見直された場合は、見直された要件を理解し、それに準じた運営をしていただく必要があります。

報酬に関する告示や留意事項は、来年1月頃に諮問、答申され一般に公表されると思いますが、1月や2月を待つと準備期間が僅かしかありませんので、その前に公表されている介護給付分科会の資料や議事録等から、一定程度の仮説をたて、できる範囲で準備等してください。

以上で、平成30年度の改正に向けた検討についての説明は終了となりますが、続いて、本日資料はありませんが、今年5月26日に可決された「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」について、少し触れさせてもらいます。

5月26日に可決された「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」では、介護保険法に関する事項として、13項目の見直しが行われています。

この13の事項のうち、皆様の業務に関連する内容としては、介護医療院の創設、利用者負担の見直し、共生型居宅サービス事業者等に係る特例、地域密着型通所介護に係る指定、有料老人ホームに係る指定の取消しや介護療養型医療施設の効力延長等があります。

少し詳しく説明しますと、介護医療院の創設とは、施設サービスに新たに介護医療院サービスが追加されます。

利用者負担の見直しとは、一定以上の所得を有する利用者負担については、その負担が3割へと変更されます。

共生型居宅サービス事業者等に係る特例とは、児童福祉法や障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の指定を受けている者から訪問介護や通所介護等の指定の申請があった場合においては別に定める基準を満たせば、指定を行うことができるよう見直されます。

地域密着型通所介護に係る指定については、その指定数が市町村介護計画において定める見込み量に達成しているときは指定をしないことができるよう見直されます。

有料老人ホームに係る指定の取消しは、有料老人ホームの設置者に対して事業の制限又は停止を命じた場合、地域密着型サービス事業者に係る指定を取り消し、又はその効力の一部を停止することができるよう見直されます。

介護療養型医療施設の効力延長等については、その効力が6年延長されます。

以上が、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」の概要となります。

なお、本日お配りしました資料は、厚生労働省等が発表している資料の抜粋となりますので、詳しくお知りになりたい場合は、厚生労働省等のホ

ームページをご覧ください。

それでは、「介護保険制度に関する説明」を終了します。御静聴ありがとうございました。