

制度の持続可能性の確保

令和元年11月27日

厚生労働省老健局

検討の視点

- これまで、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）等を踏まえた以下の諸課題について検討。
 - (1) 被保険者範囲・受給者範囲
 - (2) 補足給付に関する給付の在り方
 - (3) 多床室の室料負担
 - (4) ケアマネジメントに関する給付の在り方
 - (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
 - (6) 高額介護サービス費
 - (7) 「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準
 - (8) 現金給付
- このうち、「(1) 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、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状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当と考えられる。
- また、「(8)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」に向けた取組や家族支援を進めることが重要と考えられる。

検討の視点

○ 以下の6つの検討事項について、年末のとりまとめに向けて更に検討を深める。

- ・補足給付に関する給付の在り方
- ・多床室の室料負担
- ・ケアマネジメントに関する給付の在り方
- ・軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方
- ・高額介護サービス費
- ・「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準

(※) このうち、「多床室の室料負担」、「高額介護サービス費」及び「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）については、医療保険制度との関係も踏まえて検討する必要がある。

○ なお、これまでの議論において、給付と負担に関してさまざまな意見が出されている。

【委員の意見】

- ・利用者負担について、負担能力のある人は一定負担を。将来的には利用者負担原則2割も検討を。
- ・負担能力に応じた負担を求めることを基本に制度の持続可能性を高めるべく、世代間・世代内の公平性を確保していくことが大切。
- ・介護保険制度は応能負担になりつつあり、低所得者対策の補足給付は制度を微調整しつつ恒久的な制度として堅持すべき。
- ・利用者負担について、低所得者への配慮、高所得者への説明が必要。
- ・補足給付について、在宅の人との比較、公平性の観点からは応能負担とすべきで見直しが必要。
- ・補足給付、高額介護サービス費、利用者負担の基準の見直しについて、改正の影響や負担能力を踏まえて慎重な判断が必要。
- ・負担能力に応じた見直しや資産勘案はやむを得ないとの声もある。利用控えなどの影響も考えた上で応能負担を考えるべき。
- ・低所得者の方が所得の中に占める負担の割合が大きい。応能負担で緩やかな累進負担とすべき。
- ・見直し項目はどれも利用者の負担増につながることを懸念。要介護認定者の負担能力は様々で、そこをしっかりと見ていくべき。

(1) 補足給付に関する給付の在り方①

現状

1. 補足給付に関する経緯

- 制度発足時の介護保険においては、介護保険三施設（特養、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、居住費・食費が給付に含まれていた。
 - 平成17年改正により、在宅の方との公平性等の観点から、これらのサービスの居住費・食費を給付の対象外とした（※）。併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）として、介護保険三施設について居住費・食費の負担軽減を行っている。
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、併せて同様の負担軽減を行っている。
 - （※） この際、通所介護及び通所リハビリテーションの食費についても、給付の対象外とした。
 - 食費・居住費のそれぞれについて、平均的な費用を勘案して定める基準費用額から、各所得段階に応じた負担限度額を差し引いた額を補足給付として支給することとしている。
 - 平成26年改正においては、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、以下の見直しを行ったところ。
 - 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。（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ことが多いが、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は、補足給付の対象外。（平成27年8月施行）
 - ③ 補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案。（平成28年8月施行）
 - 上記①の預貯金等勘案の基準額は、ユニット型の施設に入所した場合でも、預貯金500万円程度があれば年金額が低い者でも補足給付を受けながら10年居住することができることを考慮して設定している（※）。また、預貯金額等の適正な申告を促す観点から、偽りその他不正の行為によって補足給付を受けた者があるときには、不正受給額のほか、その額の最大2倍の加算金を徴収することができる旨の規定を整備。
- （※） 預貯金基準 = （特養ユニット型個室入居者の一月当たりの費用7.6万円 - 年金額月3万円） × 12ヶ月 × 10年 + 500万円 = 1,000万円

約500万円

(1) 補足給付に関する給付の在り方②

現状

2. 不動産の勘案

- 平成28年の介護保険部会意見では、「厚生労働省において調査研究事業を行ったが、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が明らかになった。このような状況を踏まえ、補足給付の不動産勘案に関しては、一定額以上の宅地を保有している場合に資産として活用することについて、引き続き検討を深めることとするのが適当である。検討に際しては、民間金融機関が実施するリバースモーゲージ等における知見の蓄積、成年後見制度の普及等の状況も踏まえる必要があるが、リバースモーゲージについて全国的な導入は難しいとしても導入できる地域から導入すべきではないか、どのような工夫をすればリバースモーゲージを導入できるかという観点から検討を進めるべきではないか、補足給付を介護保険制度の下で実施することの是非についても考えるべきではないかなどの意見があったことにも留意することが必要である。」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ことを検討する。」という内容が盛り込まれたところ。

(1) 補足給付に関する給付の在り方③

これまでの議論（委員からの主な意見）

- ・ 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、実務的な微調整は行っても堅持すべき。
- ・ 補足給付について、財源が介護保険財源でよいのか、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。
- ・ 介護給付費が大幅に伸びる中で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。補足給付の在り方についてもしっかりと議論を進めるべき。
- ・ 補足給付について、相対的に在宅の方の負担を上げていることにもなり、公平性の観点から、せめて食費は給付の対象から外すことを検討すべき。
- ・ 補足給付について、前回の制度改正によりどのような生活上の影響が出ているかを丁寧に見て検討することが必要。
- ・ 補足給付が支給される第三段階と支給されない第四段階で大きな差がある。第四段階の部分も見ながら検討することが必要。
- ・ 補足給付について、制度の持続可能性の観点から検討が必要であるが、長寿化する中で利用者の負担がいつまで続くか老後不安が増大しており、年金給付水準や貯蓄状況も踏まえた検討が必要。
- ・ 補足給付の見直しについて、介護サービス利用者の負担増となることを懸念。負担能力を踏まえた議論が必要。
- ・ 預貯金勘案の1,000万円の基準について、世帯構成や不動産所有などで事情も変わり、バッファの500万円については見直しの余地がある。
- ・ 預貯金勘案について、特養が終の棲家であることも踏まえて、考慮すべき資産額として現在の金額が妥当なのか検討の余地がある。
- ・ 不動産について、公平性の観点から勘案することが適当であるが、導入には課題も多く、引き続き研究が必要。
- ・ 不動産について、個人の最大の資産は不動産であり、中長期的には何らかの形で勘案が必要。亡くなったときに利用料金や保険料を回収する制度も考えられるのではないか。
- ・ 不動産の勘案について、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。

(1) 補足給付に関する給付の在り方④

論点

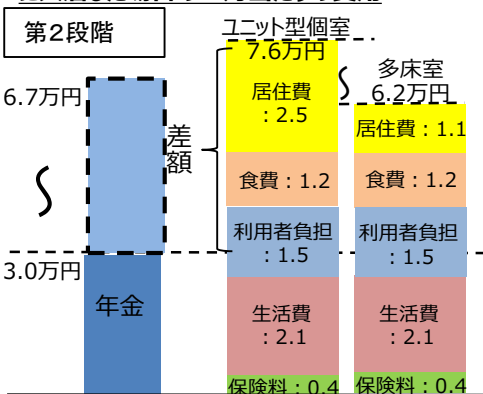
- 経過的かつ低所得者対策としての性格をもつ補足給付に対して、在宅サービス利用者や保険料を負担する方との公平性の観点から見直す点はあるか。
- 不動産の勘案については、資産を預貯金の形でもつ方との公平性の観点や、地域的な格差、民間金融機関の参入の困難性、認知症の方への対応等様々な実務上の課題等を踏まえ、引き続き慎重な対応が必要と考えるがどうか。

【預貯金勘案の考え方】

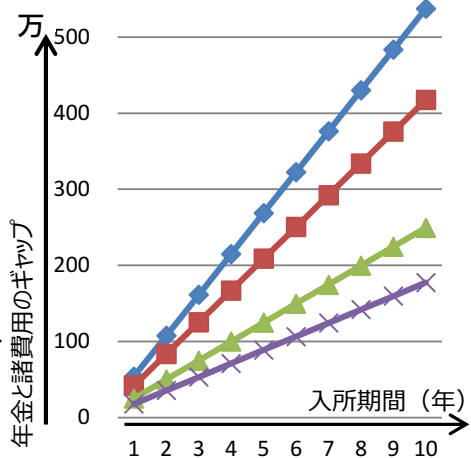
1. 国民年金の受給額（月額）の状況

平均 55,373円（3万円以上95.4%）
出典：平成28年度厚生年金保険・国民年金事業報告

2. 国民年金受給者がユニット型個室・多床室に入居した場合の一月当たりの費用



3. 「差額」を入所期間に応じて積み上げ



例：年金月額3万円として10年間入所すると500万円程度

出典：介護サービス施設・事業所調査（平成22年）より老健局にて作成

4. 特養入所者の退所年数、退所割合

退所までの年数	10年未満	11年未満	12年未満	13年未満	14年未満	15年未満	16年未満	17年未満	18年未満	19年未満	20年未満
H28 退所割合	94.6%	96.0%	97.1%	97.7%	98.2%	98.6%	98.9%	99.2%	99.4%	99.5%	99.6%

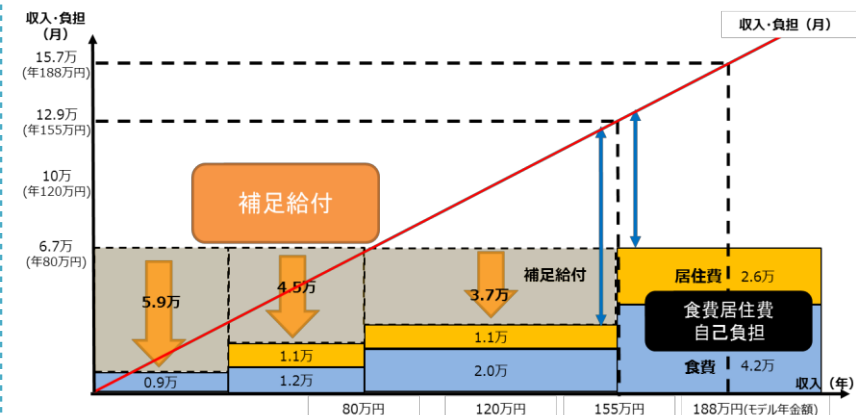
約500万円

出典：介護サービス施設・事業所調査（平成28年）より老健局にて作成

預貯金基準 $(7.6万円 - 3万円) \times 12ヶ月 \times 10年 + 500万円 = 1,000万円$

【食費・居住費等と年金収入等の関係】

【施設入所者の食費・居住費（自己負担と補足給付）特別養護老人ホーム・多床室の場合】



保険料段階	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
本人年金収入等	80万円以下	80万円超120万円以下	120万円超	本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がある）（第4、5段階） 本人が市町村民税課税（第6段階）
補足給付受給者数（特養・多床室）	約1.2万人	約6.5万人	約10.0万人	

※月単位で示したものの、ショートステイサービス（1日）については、この1日当たりの額となる
※その他、生活品費、介護保険料（軽減措置適用後）、利用者負担で補足給付利用段階別に、一月あたり第1段階3.7万円、第2段階3.7万円、第3段階4.8万円～4.9万円が必要となる。

(2) 多床室の室料負担①

現状

- 介護老人福祉施設、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。
その際、低所得者については、負担軽減を図る観点から、所得段階等に応じた負担限度額を設定し、限度額を超えた分については、補足給付として特定入所者介護サービス費を支給することとした。
- また、平成27年度からは介護老人福祉施設について、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、一定程度の所得を有する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した。（利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させないこととした。）
- 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転換を促しているところ。
- このような中、骨太方針2018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。

これまでの議論（委員からの主な意見）

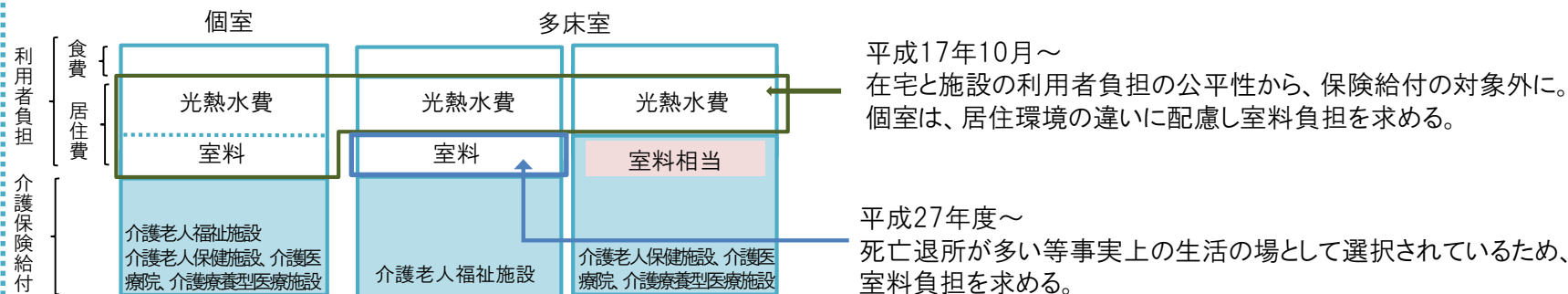
- ・ 施設の室料については個室も多床室も同様に扱うことが原則であり、在宅と施設の公平性の観点からも、保険給付の対象外とすることが適当。
- ・ 社会保険料の負担増により中小企業や現役世代の負担は限界に達しており、給付と負担の見直しに関する改革項目は確実に実施すべき。
- ・ 老健施設、介護医療院は生活の場としての機能だけではなく医療サービスや在宅支援も提供する施設。個室の設備は多床室とは異なっている。また、医療療養病床から介護医療院への移行推進にブレーキをかけることにもなる。多床室の入所者から室料負担を求めることは反対。
- ・ 多床室の室料負担の見直しについて、利用者の負担増となることを懸念。負担能力を踏まえた議論が必要。

(2) 多床室の室料負担②

論点

- 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、
 - ・ 在宅でサービスを受ける者との負担の公平性
 - ・ 介護老人福祉施設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、介護療養型医療施設、介護医療院は、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
 - ・ 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、介護医療院への転換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。

居住費負担に関する経緯



介護保険施設の概要

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設(令和5年度末まで)
概要	生活施設	リハビリ等を提供し、在宅復帰を旨指し在宅療養支援を行う施設	要介護者の長期療養・生活施設	長期療養を必要とする者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供する施設
設置根拠	老人福祉法 (老人福祉施設)	介護保険法 (介護老人保健施設)	介護保険法 (介護医療院)	介護保険法 (介護療養型医療施設) 医療法(病院・診療所)
面積 (1人当たり)	10.65㎡以上	8.0㎡以上 <small>介護療養型は大規模改修まで6.4㎡以上で可</small>	8.0㎡以上 <small>大規模改修まで6.4㎡以上で可</small>	6.4㎡以上

(3) ケアマネジメントに関する給付の在り方①

現状

- 居宅介護支援（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、居宅サービス計画（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。
居宅介護支援については、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時から10割給付のサービスと位置づけられてきた。
- 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年の介護保険部会意見において、利用者負担について言及がされ、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12月の介護保険部会意見においても引き続き両論併記（※）とされたうえで、「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。
（※） 利用者負担に賛成の立場から、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包含されていることとの均衡を図るべき等の意見が出された。一方、反対の立場から、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出された。
- 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。

(3) ケアマネジメントに関する給付の在り方②

これまでの議論（委員からの主な意見）

- ・ 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、給付と負担の見直しに関する改革項目は確実に実施すべき。
- ・ 能力のある人には負担していただくことも重要であり、ケアプランの利用者負担について見直しが必要。
- ・ 介護保険制度創設から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、一定の利用者負担導入を検討すべき。
- ・ 利用者負担の導入は、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前向きに検討すべき。
- ・ 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自己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、1割負担とすることが適当。

- ・ ケアマネジメントの給付の在り方について、利用者負担が増えることは容認できない。
- ・ 利用者負担の導入については、利用者や家族のい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。
- ・ 利用者負担については、入口での利用控えが危惧される中で、拙速な導入は反対。
- ・ ケアマネジメントの給付の在り方について、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繋げることも必要となる。現行給付を維持することが適当ではないか。

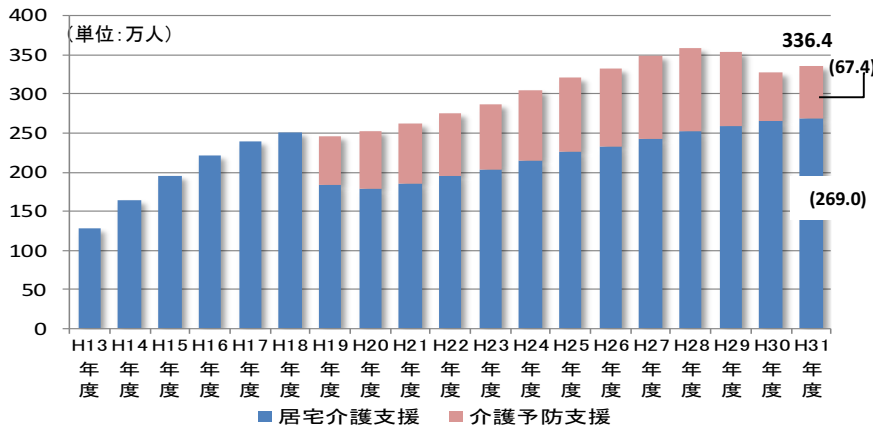
- ・ ケアマネジメントについて、セルフケアプランが増加した場合に質の確保が懸念される。質の高いケアマネジメントの実現等の観点から検討を進めるべき。
- ・ ケアプランの質を確保していく上では、セルフケアプランによるサービス提供について給付対象とするか否かも検討すべき。

(3) ケアマネジメントに関する給付の在り方③

論点

- 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、
 - ・ 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や、
 - ・ 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、
 - ・ 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。

◆ 居宅介護支援等の利用者数



◆ 前回の制度改正時の議論(参考)

- 賛成の立場**
- 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。家族・利用者へ専門的な業務であるケアマネジメントに対するコスト意識を持ってもらうために、一定の負担は必要。
 - 利用者の意向を反映すべきとの圧力については、ケアマネジャーの専門性を高めることや、ケアマネジメントの標準化などにより対応すべき。各種サービスには定率の利用者負担があるので、給付費の増加には直結しない。
 - 施設給付ではケアマネジメントサービスは包含されていることとの均衡を図るべき。
 - 低所得者への対応は、高額介護サービス費で対処すべき問題。利用者負担を導入すれば給付費の適正化につながる。利用者負担の問題は何度も議論されており、どこかの時点で踏み切って解決しなければならない問題である。
 - ※ また、仮に利用者負担が導入された場合は併せてセルフケアプランを廃止することも必要との意見や、利用者負担が導入されたとしてもセルフケアプランは作成に手間がかかるため増えないとの意見があった。

◆ 居宅介護支援の介護報酬イメージ(1月あたり)

【基本サービス費】		+	【代表的な加算】	
要支援	431単位		初回利用者	300単位
要介護1・2	1,057単位		入院時の病院等との連携	(入院後3日以内) 200単位
要介護3・4・5	1,373単位		(入院後7日以内) 100単位	

※ 介護支援専門員(常勤換算)1人当たり40件を超えた場合、超過部分のみに減減制を適用(60件を超えた場合、その超過部分は更に減減を行う。)

◆ 居宅介護支援・介護予防支援の介護サービス費用額(平成30年度:億円)

支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	合計
135	224	1,467	1,303	913	598	373	5,013

- 反対の立場**
- 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。
 - ケアマネジメントは浸透したかもしれないが、介護保険制度を初めて利用する人にとっては、ケアマネジャーのサポートがないとサービスの利用につながりにくい。ケアマネジメントが重要であることに変わりはない。利用者負担を導入すればサービスの利用抑制につながる危険性がある。
 - ケアマネジメントは過剰サービスを抑制する役割を担っているが、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。
 - 利用する側が受ける不利益について十分に議論をすることが重要。気兼ねなく相談できることを確保すべき。拙速な導入は危険である。

平成28年12月9日介護保険部会資料より抜粋

(4) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方①

現状

- 介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）については、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が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した事業。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、利用者一人当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」との記載がされている。

(4) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方②

これまでの議論（委員からの主な意見）

- ・ 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。軽度者への生活援助サービスといったことについてしっかりと議論を進めるべき。
- ・ 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、給付と負担の見直しに関する改革項目は確実に実施すべき。
- ・ 今後高齢化が更に進み介護費が急激に増えていく中で、介護保険料でどこまでの費用を認めるのかという議論も必要。
- ・ 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、軽度者への生活援助サービスについては地域支援事業へ移行していくことを考えるべき。

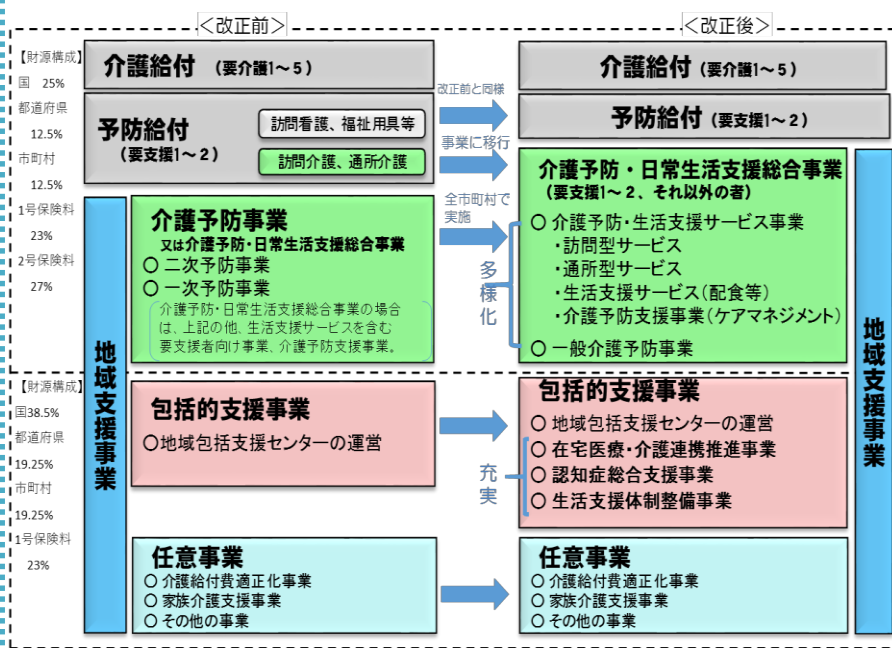
- ・ 要介護1・2の方の生活援助サービスの地域支援事業への移行は、将来的には検討が必要であるが、総合事業の住民主体のサービスが十分ではなく、地域ごとにばらつきもある中では、効果的・効率的な取組は期待できない。まずは現行の総合事業における多様なサービスの提供体制の構築等を最優先に検討すべき。
- ・ 軽度者への生活援助サービスの地域支援事業への移行は、総合事業の実施状況や市町村の意向を踏まえて慎重に検討すべき。総合事業の課題である実施主体の担い手不足が解消される見込みもない中では市町村も対応できず、現段階での判断は現実的でない。
- ・ 軽度者への生活援助について、介護離職ゼロの観点や利用者の生活実態を十分踏まえて慎重な検討が必要。
- ・ 軽度者への生活援助サービスに関する給付の在り方について、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、軽度者も重度者も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。
- ・ 軽度者への生活援助サービスに関する給付の見直しについて、介護サービス利用者の負担増となることを懸念。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。
- ・ 総合事業を使っている人が要介護になった場合に総合サービスを利用できるようにすることについての検討はあり得るが、切り替えることは乱暴すぎる。

(4) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方③

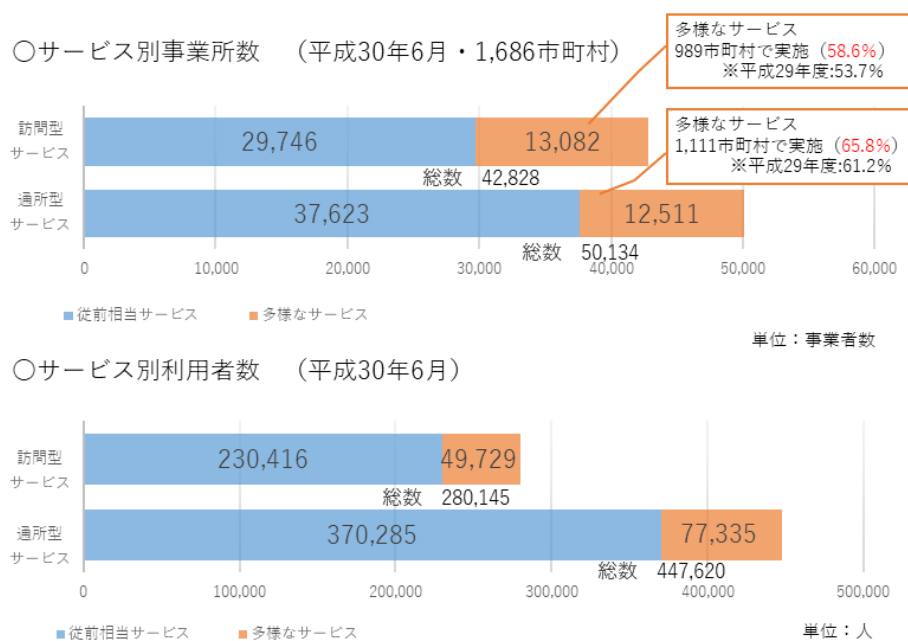
論点

- 軽度者に対する給付の在り方について、
 - ・ 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や、
 - ・ 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、
 - ・ 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。

【平成26年改正前後の総合事業の概要】



【総合事業のサービス別（訪問・通所）の実施状況】



【介護保険制度の見直しに関する意見 (平成28年12月9日 社会保障審議会介護保険部会) (抜粋)】

- 軽度者に対する訪問介護における生活援助やその他の給付の総合事業への移行に関しては、まずは介護予防訪問介護と介護予防通所介護の総合事業への移行や、「多様な主体」による「多様なサービス」の展開を着実に進め、事業の把握・検証を行った上で、その状況を踏まえて検討を行うことが適当である。
- この点に関しては、検証は遅滞なく行う必要があるとの意見や、2025年を見据えながら、検証を待つのではなく、その他の給付を含めた速やかな地域支援事業への移行や利用者負担の見直しなど何らかの対応をすべきとの意見があった一方で、多様な主体による多様なサービスの展開が順調に進んでおらず第6期介護保険事業計画期間中に検証を行うのは早過ぎるとの意見や、市町村における総合事業が充実するよう国や都道府県がサポートすべきとの意見、介護予防訪問介護等の地域支援事業への移行は大きな改革であり、多くの市町村が対応に苦慮しているため、検証できる状況にないとの意見があった。

(5) 高額介護サービス費①

現状

- 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している。
- 高額介護サービス費の所得段階及び上限額は、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）と設定していたところ。
- 平成29年改正においては、一般区分の負担上限額を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）とされたところ。また、長期利用者に配慮し、一割負担のみの世帯については、年間の負担額が現行の年間の最大負担額を超えることのないよう44万6,400円（37,200円×12ヶ月）の年間上限を設けた（3年間の時限措置）。
- 高額介護サービス費の現役並み所得相当の者は、平成29年の一般の基準見直し以前では、月平均52,701件、全高額介護サービス費利用件数に占める割合は約3%であった（※）。経過措置の年間上限については、2019年7月時点で約5万件申請されており、全高額介護サービス費利用件数に占める割合は約3%。
（※）平成29年の改正後は、現役並み所得相当と一般が同じ月額44,400円になったため、内訳を把握できなくなっている。
- 介護保険制度の高額介護サービス費の限度額は、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。医療保険制度における高額療養費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、多数回該当の上限額が、年収約383万～約770万円が44,400円、年収約770万～約1160万円が93,000円、年収約1,160万円以上が140,100円とされているところ。

これまでの議論（委員からの主な意見）

- ・ 医療保険とのバランスや現役世代との負担の公平性の観点から、医療保険と足並みをそろえる方向で検討すべき。
- ・ 医療と介護の高額合算制度がある中で、本当に生活に困る人がいないか、高額所得者も含めて多角的に検討することが必要。
- ・ 高額介護サービス費について、介護サービス利用者の負担増となることを懸念。負担能力を踏まえた議論が必要。
- ・ 年間上限についてはあくまで経過措置であり、特段の事情がない限り廃止する方向で検討すべき。

(5) 高額介護サービス費②

論点

- 医療保険における自己負担額の上限額を踏まえ、高額介護サービス費のあり方についてどのように考えるか。
- 年間上限の利用者数の実績を踏まえ、年間上限の時限措置についてどのように考えるか。

【医療保険制度とのバランス】

介護保険の自己負担限度額 (月額)	
現役並み所得相当 (年収約383万円以上)	44,400円
一般	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円
年金80万円以下等	15,000円

※ 介護サービス利用者のうち、現役並み所得相当の高額介護サービス費を受ける者の占める割合は約1%

出典：介護保険事業状況報告（平成29年度 年報）

医療保険の負担限度額（H30.8～） (70歳以上・月額・多数回該当)	
①年収約1,160万円以上	140,100円
②年収約770万～約1160万円	93,000円
③年収約383万～約770万円	44,400円
一般	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円
年金80万円以下等	15,000円

※ 医療保険制度における70歳以上の加入者のうち、現役並み所得相当が占める割合は約7.7%、このうち、
 ① 年収約1,160万円の占める割合は約17%
 ② 年収約770万～約1,160万円の占める割合は約14%
 ③ 年収383万～約770万円の占める割合は約69%

出典：各事業年報等を基に、保険局調査課において作成
 (※一定の仮定を置いた粗い推計（平成29年度加入者ベース）)

(6) 「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準①

現状

- 介護保険制度においては、制度創設以来、利用者負担割合を所得にかかわらず一律1割とし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、一割負担の原則を堅持しつつ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、「一定以上所得のある方」（第1号被保険者の上位二割相当）について負担割合を2割とした。（平成27年8月施行）

(※) 自己負担2割とする水準は、「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）」。

- 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、現役並みの所得を有する方の負担割合を2割から3割に引き上げた。（平成30年8月施行）

(※) 自己負担3割とする水準は、「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）」。

- 制度施行後の実績をみると、直近のデータ（令和元年3月サービス分）では、2割負担に該当するのは、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。
- 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。また、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、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。」旨の内容が盛り込まれている。

(6) 「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準②

これまでの議論（委員からの主な意見）

- ・ 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。
- ・ 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といったことについてしっかりと議論を進めるべき。
- ・ 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、給付と負担の見直しに関する改革項目は確実に実施すべき。
- ・ 能力のある人には負担していただくことも重要であり、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できないか検討が必要。
- ・ 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、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。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。
- ・ 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。
- ・ 利用者負担の見直しについて、介護サービス利用者の負担増となることを懸念。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。
- ・ 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というためであったとしても、生活、介護が立ち行かなくなるとは明らかであり認められない。

(6) 「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準③

論点

○ 制度の施行状況を踏まえ、こうした「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準について、どのように考えるか。

【2割負担・3割負担の水準及び1号被保険者の所得分布】

モデル年金(厚生年金)
年金収入等188万円

【2割負担】被保険者の上位20%
合計所得金額：160万円
年金収入等(1人世帯)：280万円

【3割負担】現役並み所得
合計所得金額：220万円
年金収入等(1人世帯)：340万円

年金収入+その他の 合計所得金額 (○円以上～○円未満)	180～ 190万	190～ 200万	200～ 210万	210～ 220万	220～ 230万	230～ 240万	240～ 250万	250～ 260万	260～ 270万	270～ 280万	280～ 290万	290～ 300万	300～ 310万	310～ 320万	320～ 330万	330～ 340万	340～ 350万	350～ 360万	360～ 370万	370万 ～
	60～ 70万	70～ 80万	80～ 90万	90～ 100万	100～ 110万	110～ 120万	120～ 130万	130～ 140万	140～ 150万	150～ 160万	160～ 170万	170～ 180万	180～ 190万	190～ 200万	200～ 210万	210～ 220万	220～ 230万	230～ 240万	240～ 250万	250万 ～
H31 被保険者数(千人)	386	433	503	608	669	642	667	680	627	602	527	476	422	385	327	309	270	254	216	3,384
割合の累計値 (上位○%)	35.3 %	34.2 %	33.0 %	31.5 %	29.8 %	27.9 %	26.1 %	24.2 %	22.2 %	20.4 %	18.7 %	17.2 %	15.9 %	14.7 %	13.6 %	12.6 %	11.8 %	11.0 %	10.3 %	9.6%

※年金収入の場合：合計所得金額＝年金収入額－公的年金等控除（120万円程度）

所得分布は平成31年4月1日現在（※介護保険計画課調べ。）

※年金収入+その他の合計所得金額は、給与所得等の額により変動しうる。

【サービス種別ごとの受給者に占める2割・3割負担対象者数の割合】

	平成30年3月サービス分		平成31年3月サービス分	
	2割負担対象者		2割負担対象者	3割負担対象者
全体	8.9%		4.9%	3.7%
在宅サービス受給者	10.1%		5.4%	4.4%
特養入所者	4.2%		2.5%	1.6%
老健入所者	6.1%		3.7%	2.4%
療養入所者	6.8%		3.7%	2.8%

出典：介護保険事業状況報告（平成30年5月、令和元年5月月報）