

# 高齢者ケア政策と医療・介護市場② (2015年度介護保険法改正)

## 1. 2025年問題と介護

急速な高齢化が進む中、厚生労働省の報告では、介護保険給付は、2011（平成23）年度中の累計で、費用額8.9兆円に上り、「団塊の世代」が75歳以上になる2025年には19.8兆円と約2.2倍に膨れるとしている。

また、要介護・要支援認定者数は、2012（平成24）年4月末で533万人と、実施年度末2000（平成12）年4月の218万人から315万人、144%の増加をみせ、現実問題として深刻さが増している。

そのため、持続可能な医療介護制度の構築を目指し、「医療介護総合確保推進法」において医療と介護分野の包括的な改正が行われ、医療と介護の分担、地域内における役割の分担により、ち密さと効率化の両立が図られている。

今回は、同推進法により定められた、2015（平成27）年度介護保険法改正についてみていく。

の見直しの中では大幅な制度改革と介護報酬引き下げとなった。

特別養護老人ホーム（特養）を始めほぼ全ての基本報酬が減額される一方、在宅介護に関するサービスに対しては加算が手厚くなり、在宅介護、在宅復帰を促進する方向性が示されている。

また、マイナス改定となったとはいえ、人材不足がますます深刻化するものとみられるなか、人材確保面については配慮がなされている。

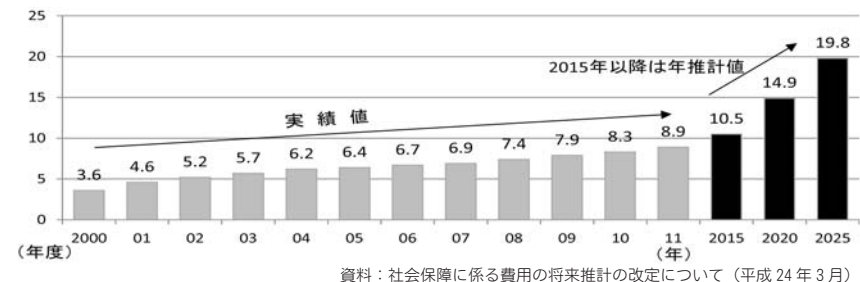
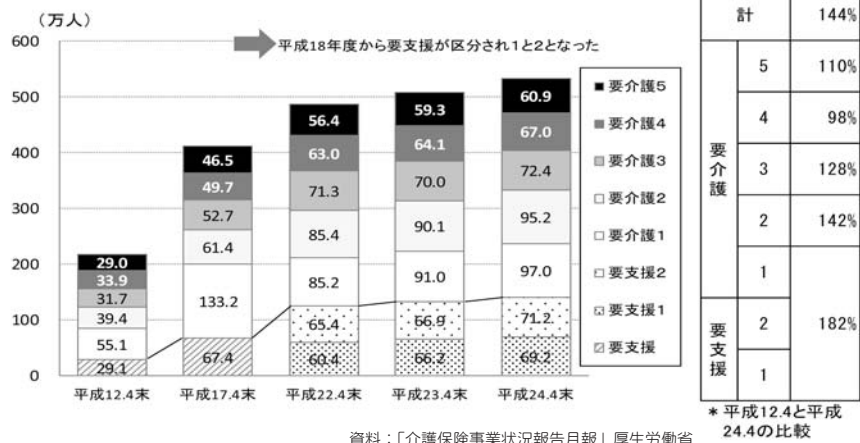
（1）地域包括ケアシステム構築と費用負担の公平化  
新しく打ち出された「医療介護総合確保推進法」の医療面については先月号でみてきたが、同法において、介護と連携した複合的な改正を行ったのは、「地域包括ケアシステム」を構築することで医療・介護給付を抑制し、持続可能な社会保障制度の確立を図ることで、いわゆる2025年問題を乗り切ろうとするためである。

## 2. 2015（平成27）年度介護保険法改正

2000年度にスタートした介護保険制度においては、報酬は経済動向などに応じて3年ごとに見直される。2015年度は改定の年にあたるが、全体では2.27%引き下げられ、06年度の2.4%減以来、9年ぶりのマイナス改定となった。

2014年度には消費税率アップという特殊事情に対応した改定として0.6%の増額改定が行われていたが、今回、制度全体

要介護度別介護者数の推移（各年4月末）



「医療介護総合確保推進法」における介護保険法の主な改正点と施行時期

施行期日	改正事項
①公布の日	●地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律（厚生労働大臣による総合確保方針の策定、基金による財政支援） ●介護保険法（総合確保方針に即した介護保険事業計画等の作成）
②平成27年4月1日	●介護保険法（地域支援事業の充実、予防給付の見直し、特養の機能重点化、低所得者の保険料軽減の強化、介護保険事業計画の見直し、サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用） （※なお、地域支援事業の充実のうち、在宅医療・介護連携の推進、生活支援サービスの充実・強化及び認知症施策の推進）は平成30年4月、予防給付の見直しは平成29年4月までにすべての市町村で実施）
③平成27年8月1日	●介護保険法（一定以上の所得のある利用者の自己負担の引上げ、補足給付の支給に資産等を勘案）
④平成28年4月1日までの間の政令で定める日	●介護保険法（地域密着型通所介護の創設）
⑤平成30年4月1日	●介護保険法（居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲）

資料：「介護保険制度の改正案について」（平成26年2月）厚生労働省老健局

地域包括ケアシステムは、在宅およびサービス付き高齢者向け住宅等での介護を前提とする制度といえ、高齢者が住み慣れた地域での生活継続ができるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防の充実を図るものである。

また、減額改定の中で、低所得者の保険料軽減については拡充され、一方、一定の所得や資産のある利用者の負担は引き上げられる。

（2）予防給付を市区町村に移行・多様化

「予防給付」は、訪問看護・介護やデイサービスにおける予防型メニュー、その他、筋力トレーニングや栄養改善、口腔ケアなどのサービスが提供され、寝たきりや認知症などで要介護状態になることの予防を図るものである。

介護保険制度における要支援の段階は、「要介護状態までにはいかないものの、家事や身の回りの支度などの日常生活に支援を必要とする状態」を指し、2005年の介護保険制度改正で要支援1と2に細分化され、これまで、要支援については全国一律の「予防給付」であった。

今回改定では、訪問介護・通所介護以外のサー

ビス（訪問看護・福祉用具等）については市区町村が実情に応じて取り組む「地域支援事業」に移行し、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるようにする。

そのため、市区町村の財政状態や首長の方針により、サービス内容や利用料に差が出る可能性があるが、NPOやボランティアにも頼めるようになるため、多様なサービスの提供が可能になり、リハビリテーション専門職等を活かした介護予防の機能強化や、住民運営の通いの場の充実、その他、高齢者の社会参加を通じた介護予防の推進等が活発化するものと考えられる。

また、従来の予防給付のうち、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、引き続き予防給付によるサービス提供が継続される。

（3）特養の新規入所者を要介護3以上に限定

特養（特別養護老人ホーム）の新規入所者を、原則「要介護3」以上に限定することとなった。

ただ、既入所者については、要介護1・2の状

態で入所している場合のみならず、制度改正後に要介護1・2に改善した場合でも継続入居が可能とする例外規定が設けられた。

また、制度改正後の要介護3以上の入居者が、その後要介護1・2に改善した場合や、要介護1・2ではあるが、認知症高齢者など、特養以外での生活が困難と認められる場合には特養への入居が認められる。

(4) 一定以上所得利用者の自己負担引き上げ

2005年の介護保険制度の創設以来、所得に関わらず利用者負担は1割のままで、また、高額介護サービス費の負担限度額も据え置かれてきた。

しかし、今回の改定では、65歳以上の被保険者のうち所得上位20%に相当する基準である、年収280万円以上（合計所得金額160万円以上）の所得がある第1号被保険者の利用者負担を2割とすることとしている。施行時期は、前年所得の確定時期等を踏まえ、2015年8月としている。

(\*第2号被保険者は対象としていない)

\*第2号被保険者とは、40～64歳で、特定疾病（初老期の認知症、脳梗塞、ガンの末期など16の病気）にかかっている人をいう。

また、介護の高額な自己負担額を補助する高額介護サービス費制度においては、介護保険では制度施行後変動はなかったが、今回改定される。

限度額について、一般世帯は引き続き1カ月37,200円に据え置くが、政令を改正し、医療保険の現役並み所得に相当する人がいる世帯（単身の場合、課税所得145万円以上・収入383万円以上）に限定して44,400円に引き上げられる。

(5) 低所得者の保険料軽減を拡充

～第1号保険料の多段階化・軽減強化～

今後の更なる高齢化に伴い、介護保険料負担を維持可能なものとするため、低所得者の保険料について軽減が拡充される。(2015年4月施行)

65歳以上の高齢者である第1号被保険者が負担する保険料については、所得水準に応じて6段階で設定されていたが、これを9段階によりきめ細やかにするとともに、低所得の段階については

高齢者の住まいについて

	①サービス付き高齢者向け住宅	②有料老人ホーム	③養護老人ホーム	④軽費老人ホーム	⑤認知症高齢者グループホーム
基本的性格	高齢者のための住居	高齢者のための住居	環境的、経済的に困窮した高齢者の入所施設	低所得高齢者のための住居	認知症高齢者のための共同生活住居
定義	高齢者向けの賃貸住宅、又有料老人ホーム、高齢者を入居させ、状況把握サービス、生活相談サービス等の福祉サービスを提供する住宅	老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供、洗濯、掃除等の家事、健康管理をする事業を行う施設	入居者を養護し、その者が自立した生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことを目的とする施設	無料又は低額な料金で、老人を入居させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設	入居者について、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うもの
介護保険法上の類型	なし (有料老人ホームの基準を満たす場合、特定施設入居者生活介護が可能)	特定施設入居者生活介護 ※外部サービスの活用も可			認知症対応型共同生活介護
医療提供体制	—	・協力医療機関 (参考：協力内容に医師の訪問による健康相談、健康診断が含まれない場合には別に嘱託医を確保)	・配置医 ・協力病院	・協力医療機関	・協力医療機関 ・特養、老健、病院等との連携及び支援体制の整備

出典：第45回介護保険部会資料（平成25年6月6日）抜粋

負担額を軽減し、軽減分は現行 50%の公費負担を拡大することにより賄われる。

(6) 低所得の施設利用者の「補足給付」の要件に資産などを追加

施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則であるが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減している。

しかし、福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であることから、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平として、預貯金額が単身で 1000 万円、夫婦世帯で 2000 万円超の場合は対象外となる。

預貯金額の確認方法としては、本人の自己申告を基本とするものの、補足給付申請時に同意を得ておくことで、必要に応じ金融機関に照会を可能としている。

(7) サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用

介護保険においては、住所地の市町村が保険者

となるのが原則だが、介護保険施設等の所在する市町村の財政に配慮するため、特例として、施設入所者は入所前の市町村の被保険者となる仕組み(住所地特例)を設けている。

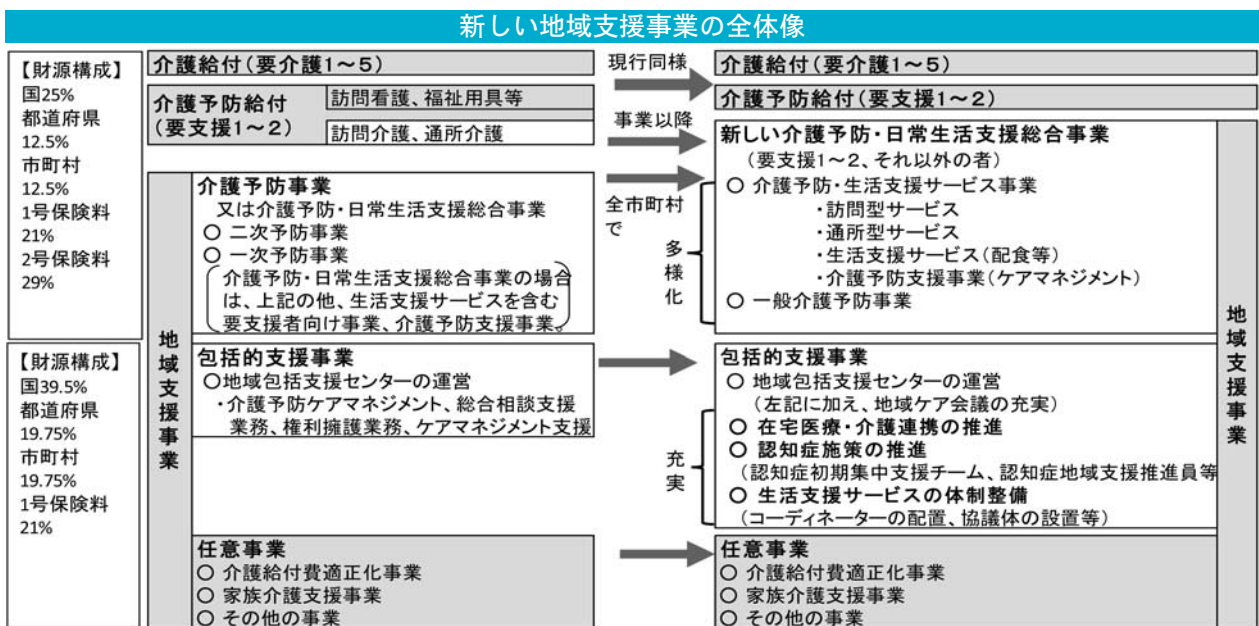
現在、サービス付き高齢者向け住宅は有料老人ホームに該当しても特例の対象外だが、所在市町村の負担を考慮し、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅についても、住所地特例の対象とする。

3. 地域包括ケアシステムの充実

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

通所介護について、現在、要支援者を対象とした予防給付と、要介護者を対象とした介護給付に分かれているが、今回の介護保険制度の改正では、新しい総合事業として「介護予防・日常生活支援総合事業」が規定された。

通所介護については、平成 27 年度～平成 29 年度の 3 年間をかけて、要支援者を対象とした予防給付を、「介護予防・日常生活支援総合事業」の



資料：「介護保険制度の改正案について（平成 26 年 2 月）」厚生労働省

「介護予防・生活支援サービス事業」に移行していくことになる。

### (2) サービス単価は市町村の決定に

訪問介護、通所介護にかかる予防給付などが、市町村に事業が移行され、サービスの単価を市町村が決めることとなる。

現在の予防給付、及び介護給付は国が全国一律の単価（いわゆる介護報酬）を設定しているが、市町村が単価設定を行うようになると、全国一律の単価ではなくなる。短期的には現在の予防給付と同等の単価を設定する市町村が多いと思われるが、市町村の財政事情によっては徐々に単価を引き下げていく可能性もある。

### (3) 小規模事業所は地域密着型サービスへ

今回の介護保険制度改正において、小規模型の通所介護事業所の位置づけが見直される。

これまで、通所介護事業所は規模の大小によらず、都道府県から指定を受けて事業を行うことになっているが、現在の検討案では、2016年4月から、小規模型の通所介護については市町村が指定する地域密着型サービスへ移行する予定である。

地域密着型サービスは、2006年4月の介護保

険制度改正により創設されたサービス体系である。地域密着することで、より親密・ち密なサービスを目指すもので、要介護状況の回避と要介護度の進行を抑える介護予防推進の考え方が取り入れられたものである。

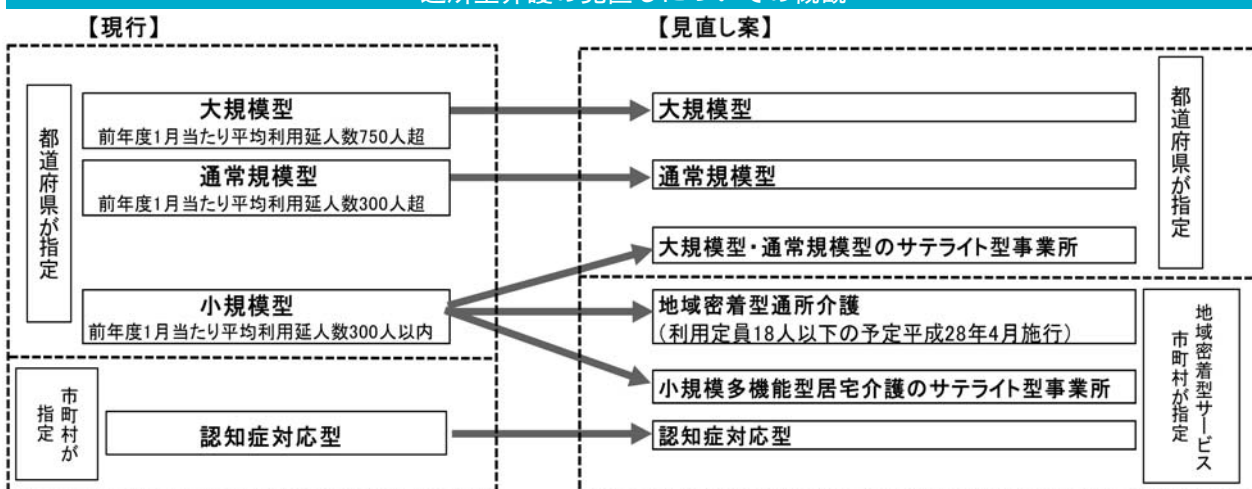
利用者側からすると、受けられるサービスに大きな違いはないとみられるが、事業者側からすると、地域密着型サービスでは市町村の公募がなければ新規開設ができないという違いがあるとされている。

これまで、都道府県の指定を受けてきた小規模型事業所は、「初期投資が少ない」「必要な専門職の人数が少ない」「介護報酬単価が高い」ことなどから増加傾向にあった。

しかし、今後、小規模型の通所介護が公募制となれば、事業者が通所介護事業所を開業しようとする場合、公募が必要でない通常規模型以上が主流となってくる可能性がある。

その場合、規模が大きくなることで、新規開設時に必要な初期投資額や運転資金の増加が見込まれるほか、専門職の確保等が課題となり、厳しい経営が求められることになる。

## 通所型介護の見直しについての概観



資料：第106回社会保障審議会介護給付費分科会資料（平成26年8月27日）

#### <サテライト型小規模多機能型居宅介護>

2012年度の改定において、新しく打ち出された事業形態として「サテライト型小規模多機能型居宅介護」がある。

一事業所が同じ日常生活圏内で出張所（サテライト型事業所）を運営できる制度で、人材の効率的な配置と有効活用の実現を目的としている。

このサテライト型事業所の要件としては、運営の本体となる事業所から車でおおむね20分以内の近距離に設置することや、通い・泊まり・訪問機能を備えることなどが挙げられた。登録定員は本体の25人までに対して18人まで、通いの定員は登録定員の半分から12人まで、泊まりの定員は通いの定員の3分の1から6人までとされる。

これまで通所介護の事業所は、都道府県の指定を受けてきたが、規模別に再編され、前年度の1月当たり利用延人数が300人以内（\*規模の区分については今後も議論が続く予定）の事業所については、地域密着型サービスとして市町村の指定に係るようになる。

ただ、大規模施設が持つ出張所的な施設については、これまで通り都道府県による指定である。

## 4. 介護の質と人材の確保

### （1）介護職員の処遇改善を考慮

介護職員は全産業平均や他の医療従事者に比べて賃金が低いため離職率が高く、介護職員の処遇改善は急務となっている。

そのため、人手不足が深刻な介護職員の待遇改善については、介護報酬全体ではマイナス改定となるなか、消費税率8%への引き上げによる増収分を使い、賃金アップに充てる「処遇改善加算」が拡充され、1人当たりの給与が月1万2000円引き上げられる。

厚生労働省の推計では、2025年には約250万人の介護職員が必要とされ、今後80万人程度増やすことを目指している。

同省の「26年度介護事業経営実態調査」によると、収入に対する利益の割合を示す収支差率は、有料老人ホームや高齢者サービス付住宅が12.2%、デイサービスが10.6%、特別養護老人ホームが8.7%と、一般の事業会社の売上高経常利益率に比して、介護事業者の収益率は高水準であるが、今後、介護報酬の減額、人件費の増大、また、先行きが不透明な市町村権限による地域密着型サービスの拡大、さらに、通所介護系事業が増加するとみられるなか、経営的には厳しさが増すものと思われる。

### （2）地域ケア会議の法制化

「地域包括ケア」実現のためには、地域の実情を把握し、医療・介護事業者、市民、行政等々が協働し、総合的に地域資源をどのように構築していくべきかを導き出す必要がある。そのための会議が、地域包括支援センター等が主催する「地域ケア会議」である。

これまでも地域支援事業の一環として行われてきたが、市区町村によっては、定期的には実施されない、あるいは、単なる検討会で終わるケースがあり、今回、介護保険法によって、努力義務ながら地域包括ケアの中に位置付けられた。

医療と介護、さらには地域・家庭の切れ目のないケアパスの構築、また、今後増加が予想される認知症への対応として、多くの市民参加も期待される「認知症施策推進5か年計画」の推進等々、「地域ケア会議」に期待される役割は大きい。

（次号へ続く）（山城 満）

【参考文献】：最終回にまとめて提示します。