

介護保険制度の 現状と課題

～20年を振り返り、将来を考える～

2019年12月10日

一橋大学政策フォーラム

ニッセイ基礎研究所 主任研究員

三原 岳

今日の内容 (1)

～自己紹介など～

- 1 : はじめに～自己紹介など～
- 2 : 介護保険制度の概要
- 3 : 介護保険制度の理念
- 4 : 介護保険制度の現状
- 5 : 最近の制度改正
- 6 : 新たなニーズへの対応
- 7 : おわりに

少しでも自己紹介

元々は新聞記者、別のシンクタンクを経て現職に。
ウェブサイトなどに情報発信。

ニッセイ基礎研究所 2019-09-06

基礎研 レポート

ケアプランの有料化で質は向上するのか

本質は報酬体系の見直し、独立性の強化

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 muhara@nli-research.co.jp

1—はじめに〜ケアプラン有料化で質は確保できるのか〜
2021年度に予定されている介護保険制度改正のうち、介護保険サービスを受ける際の前提となるケアプラン（介護サービス計画）の有料化が一つの焦点となっている。ケアプラン作成を含めたケアマネジメン

「映画を見れば社会保障が丸わかり！」記事一覧



2018.6.15
雇用と福祉を連携「ワークフェア」政策を考える新旧2つの映画

2018.6.1
メタボ健診の「笑えない」側面を明らかにするコメディ映画



2018.4.20
公的医療保険の原点が労働者保護であることが分かる映画『女、医者と』

2018.4.6
日本の「国民皆保険制度」の素晴らしさ分かる3本の映画

＜基礎研レポート＞

- ・ ケアプランの有料化で質は向上するのか（2019年9月）
- ・ 認知症大綱で何が変わるのか（2019年8月）
- ・ 介護保険制度が直面する「2つの不足」（2019年7月、全2回）
- ・ 社会保障関係法の「自立」を考える（2019年2月）
- ・ 「65歳の壁」はなぜ生まれるのか（2018年11月）
- ・ 2018年度介護報酬改定を読み解く（2018年5月）
- ・ 2018年度診療報酬改定を読み解く（2018年4月、2回）
- ・ 「合理的配慮」はどこまで浸透したか（2018年3月）
- ・ 地域医療構想を3つのキーワードで読み解く（2017年11月～12月、全4回）

- 早大政経卒。時事通信記者、東京財団研究員を経て、2017年10月から現在の職場に。
- 主な関心事は医療・介護政策、政策過程論。社会政策学会、日本財政学会、日本地方財政学会、自治体学会、全国マイケアプラン・ネットワーク会員。
- 『医薬経済』の連載（2015年6月～）、厚生労働科研費「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」（2017年度）、財政制度等審議会の講演（2018年10月）など。

講演の到達点

介護保険20年の歩みを振り返りつつ、制度改革の現状を考える。
さらに2021年度制度改革に向けて、地域づくりが論じられている点を指摘。

- 要介護認定など**介護保険制度の概要**を簡単に説明します。その上で、**制度創設時の理念**として、「**高齢者の自己決定**」が重視され、**契約の導入**など制度の基本的な部分に反映している点を説明します。
- しかし、**介護保険制度は給付増に直面**しており、**介護総費用や保険料の推移**などを概観します。さらに、**人手不足の深刻化**が意識されるようになってきた点にも触れます（「**財源不足**」「**人手不足**」という2つの不足）。
- その上で、**20年を迎える介護保険制度の歴史**を簡単に振り返り、近年の制度改革では、**介護予防の強化**が意識されている点を説明します。
- こうした中で、**在宅医療との連携や認知症ケアへの対応**など新しいニーズに対応しなければならない難しさを論じます。
- さらに**2020年の通常国会での法案提出**、**2021年度制度改革に向けた議論**では、高齢者が気軽に外出などを楽しめる「**通いの場**」を含め、**地域づくりが重視**されている点を御紹介し、**負担増や給付減に直結しない要素**が少ない点を論じます。



今日の内容 (2)

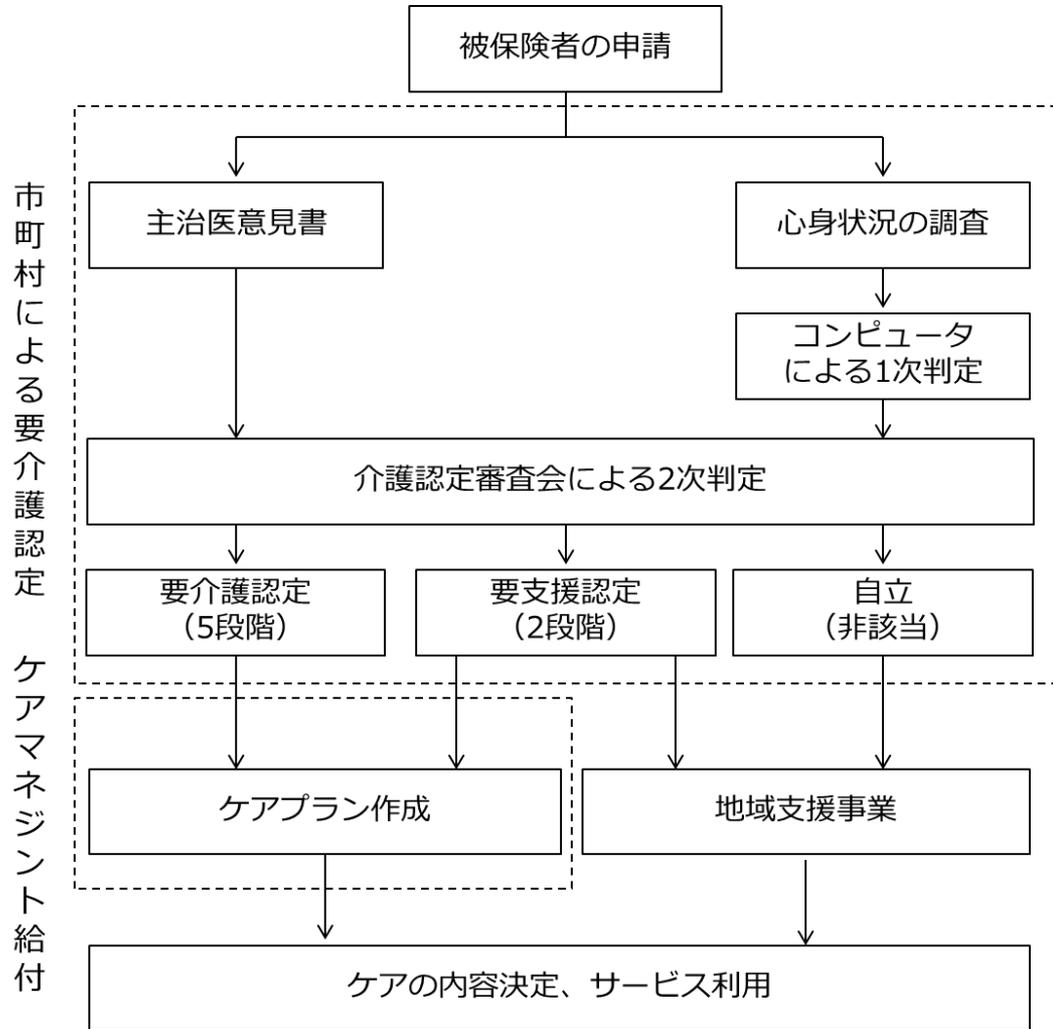
～介護保険制度の概要～

- 1 : はじめに～自己紹介など～
- 2 : 介護保険制度の概要
- 3 : 介護保険制度の理念
- 4 : 介護保険制度の現状
- 5 : 最近の制度改正
- 6 : 新たなニーズへの対応
- 7 : おわりに

介護保険の認定とサービス利用までの流れ

市町村による要介護認定の後、

ケアマネジメント給付を受けて、高齢者が自らサービスを選ぶ2段階の仕組み。



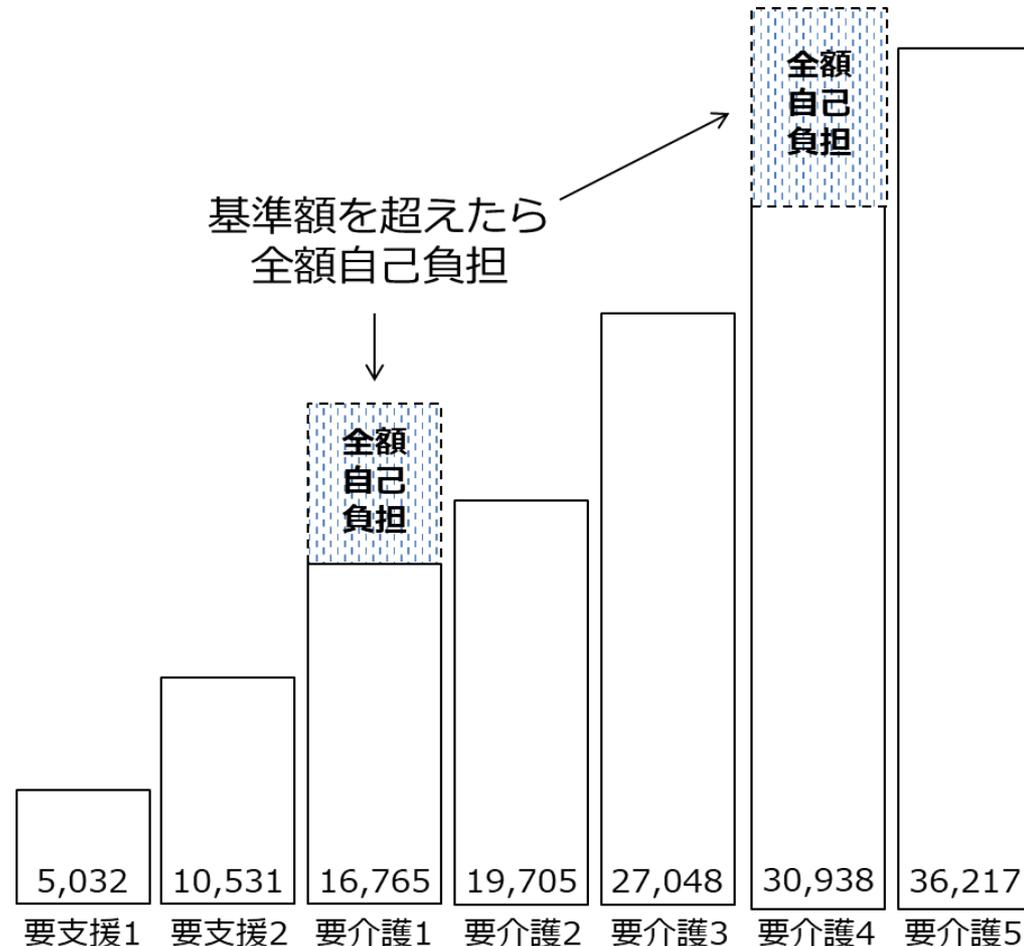
- 介護保険制度では、**市町村の要介護認定**を受けないと、介護サービスを受けられない。
- 要介護認定ではケアの手間暇を時間で換算し、コンピュータ判定に加えて、主治医意見書を加味して**計7つに区分**。
- さらに、**ケアプラン作成のプロセス**を経て、初めて介護サービスが受けられる。
- ケアプラン作成の**本人負担はゼロ**。100%が介護保険財源から出る。原則としてケアマネジャーが作成。

出典：厚生労働省資料を基に作成
注：一部を簡略化。

要介護・要支援による7区分

市町村による要介護認定を経て、重度or軽度を判断。
段階に応じて保険で使える上限が異なる。

- 高齢者の状態を評価する要介護認定を通じて要支援1～2、要介護1～5の計**7つ**に区分。
- 保険で使える上限を示す**区分支給限度基準額**は区分ごとに異なる。限度額の**範囲内**に限り90%（高所得者は70～80%）を支給。残りは自己負担となる。
- 高齢者は限度額の範囲内で、ケアマネジメントを通じて、**サービスを選択**する。
- 上限を超えても良いが、**全額自己負担**となる。



出典：厚生労働省資料を基に作成
注：区分支給限度基準額の単位数は2019年10月現在。

介護保険サービスの概要

介護保険サービスは要介護認定の区分に応じて、
要介護1～5の介護サービスと要支援1～2の予防サービスに区分できる。

種類	居宅 (在宅)	施設	地域 密着型	居宅介護支援 (ケアマネジメント)
介護サービス (要介護1～5)	○	○ ※注1	○	○
介護予防サービス (要支援1～2)	○ ※注2	×	△ ※注3	○ ※注4

出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：特別養護老人ホームの新規入居者は要介護3以上。

注2：通所介護、訪問介護だけの場合、介護予防・日常生活支援総合事業に移行。

注3：通所介護、小規模多機能居宅介護、認知症対応型共同生活介護がサービスの対象。

注4：名称は「介護予防支援」。

注5：一部を簡略化している。

- 制度改正を重ねる度、サービス体系は細分化、複雑化しているが、給付は**介護サービス、介護予防サービスの2種類**。
- ここでは**居宅（在宅）、施設、地域密着型、ケアマネジメント**に相当する**居宅介護支援（介護予防支援）の4つ**で整理。

今日の内容 (3)

～介護保険制度の理念～

- 1 : はじめに～自己紹介など～
- 2 : 介護保険制度の概要
- 3 : 介護保険制度の理念
- 4 : 介護保険制度の現状
- 5 : 最近の制度改正
- 6 : 新たなニーズへの対応
- 7 : おわりに

高齢者の自己決定をうたった報告書

介護保険創設に繋がる報告書では、市町村による措置ではなく、高齢者の「意思」に基づいて自己決定する必要性が強調された。

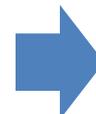
- 高齢者は社会的にも、経済的にも自立した存在であることが望まれる。社会の中心的担い手として行動し、発言し、自己決定してきた市民が、ある一定年齢を過ぎると、制度的には行政処分（注：措置）の対象とされ（中略）るのは成熟社会にふさわしい姿とは言えない。
- 社会環境の変化を踏まえ、介護が必要となった場合、高齢者が自らの意思に基づいて、利用するサービスや生活する環境を選択し、決定することを基本に据えたシステムを構築すべき。
- 高齢者の個別性が尊重される必要がある。高齢者は、長年にわたる生活習慣や環境の違いが年輪のように重なって、心身の状態に様々な影響を与えており、若い人に比べても個人差が大きい存在である。

なぜ要介護認定とケアプランの作成を分けたのか

要介護認定の段階で市町村がケアの中身まで決めてしまうと、自己決定の原則に反するという判断があった。

制度創設時の議論と経緯

- (注：従来の市町村による) 措置制度を廃止し社会保険方式を導入していく以上、行政がケアマネジメントを独占し、サービス内容を一方的に決定していく仕組みは採り得ない。
- 要介護認定は性格上、保険者が行うべき行為であるが、これによってサービス内容が一方的に決定されるのであれば、実質的に措置制度と変わらないこととなってしまうのではないか。
- (注：1995年5月18日の老人保健福祉審議会に提出した資料では) 社会保険方式においてケアマネジメントを導入することの意義として、社会保険の基本理念である本人の「選択権」が強調された。



＜制度の内容＞

- 介護保険法の条文で、保険給付が被保険者の選択に基づく旨を明記。
- 給付内容の決定に際して、要介護認定とケアマネジメントを分離し、要介護認定は市町村が機械的に判断する行政の行為、ケアマネジメントは「サービスの仲介」という位置付けになり、サービスの内容を決定する形に。
- それまでは市町村が一方的に支援内容を決定する措置だったが、被保険者が対等な関係性の下、ケアマネジャーや介護事業者と契約を結び、サービスを自ら選択する制度に。

対等な関係性を前提とした契約の仕組み

高齢者が対等な関係性の下、環境や状況に応じてサービスを自ら選択し、ケアマネジャーや事業者と契約を結ぶ考え方を採用。

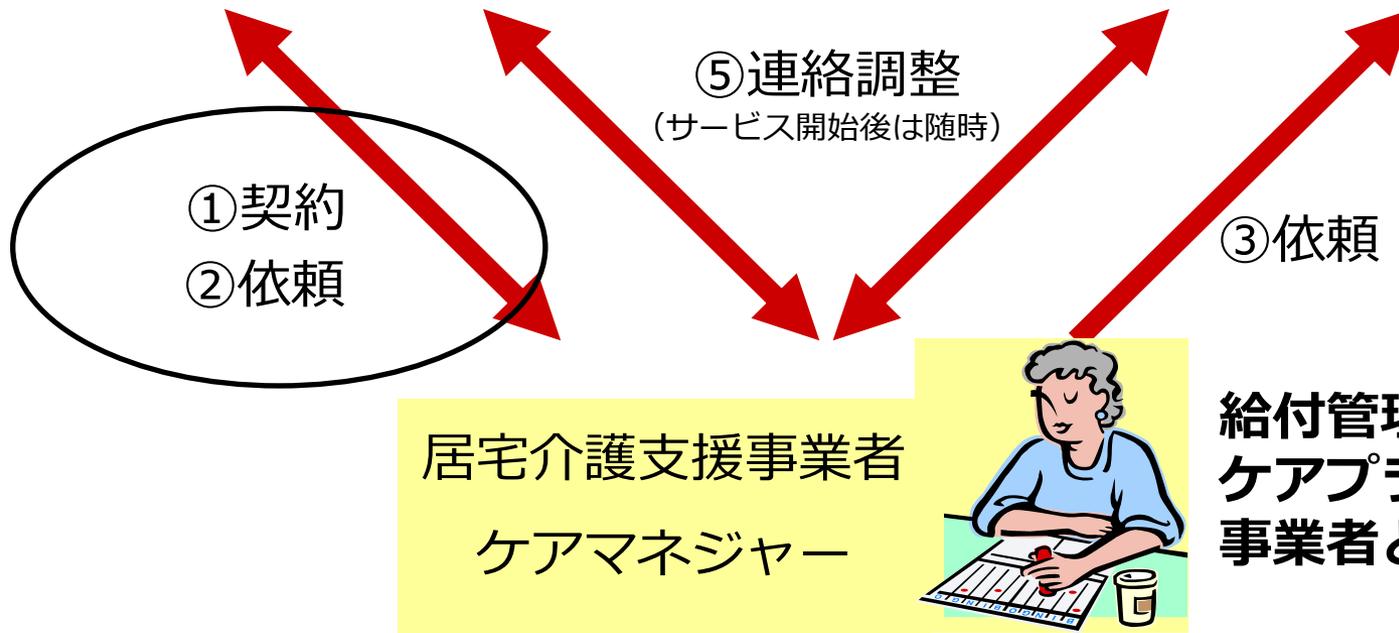
サービス選択 ケアマネ選択

利用者
本人・家族



サービスを提供

サービス事業者
訪問介護
デイサービスなど



居宅介護支援事業者
ケアマネジャー



給付管理業務
ケアプラン作成
事業者との調整

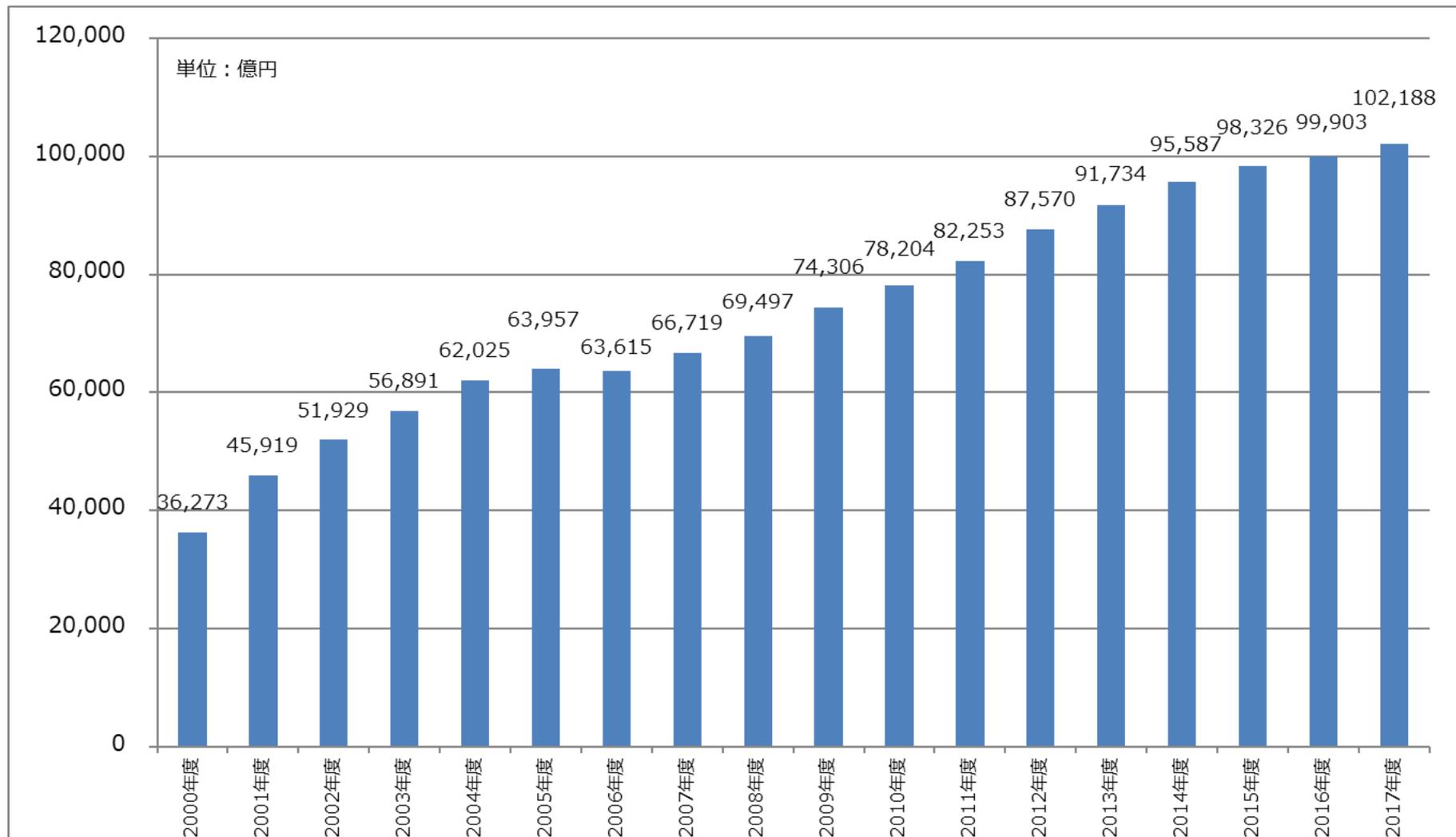
今日の内容 (4)

～介護保険制度の現状～

- 1 : はじめに～自己紹介など～
- 2 : 介護保険制度の概要
- 3 : 介護保険制度の理念
- 4 : 介護保険制度の現状
- 5 : 最近の制度改正
- 6 : 新たなニーズへの対応
- 7 : おわりに

介護保険総費用の増加

介護保険の費用はほぼ一貫して増加し続けており、自己負担を含む総費用は制度創設時の3倍近くの約10兆円に増加。

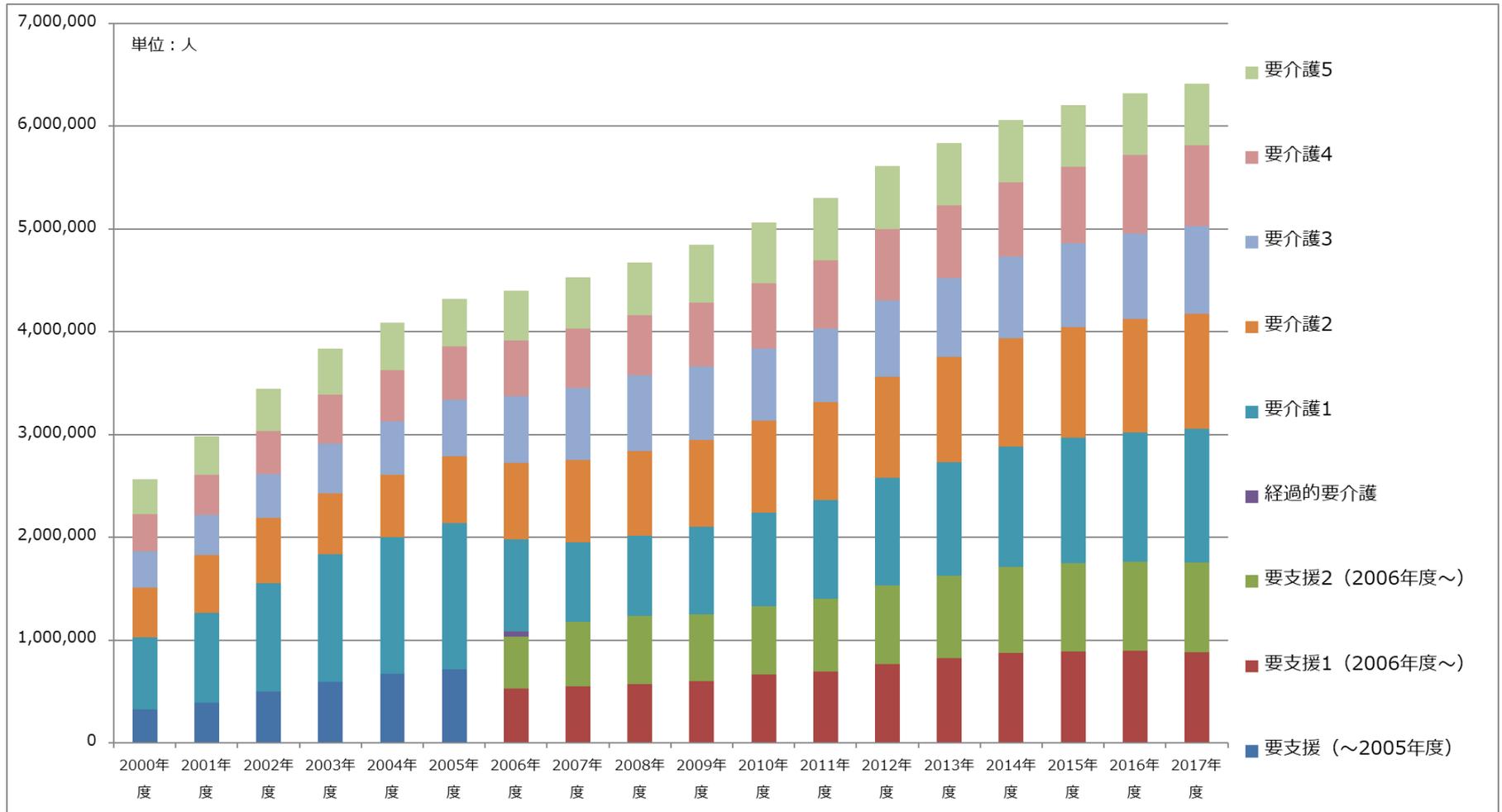


出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」を基に作成
注：自己負担を含む総費用の推移。

介護保険給付が増加している理由

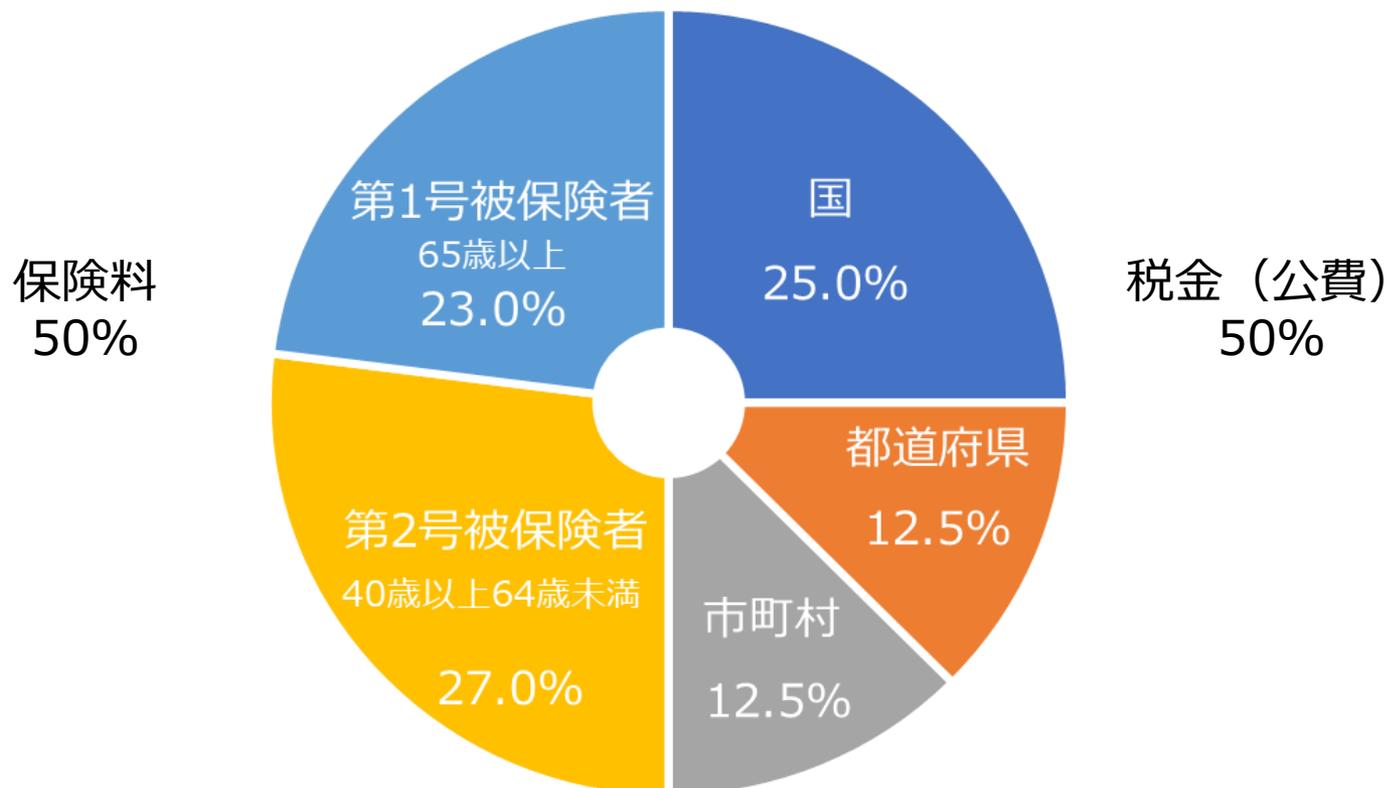
介護保険の総費用が増えている理由は、高齢者人口の増加を反映した要支援者、要介護者の伸び。

要介護者、要支援者の総数推移



介護保険の財源構成

介護保険は国、自治体の税金に加えて、
40歳以上の保険料で賄われており、財源構成がシンプル。



出典：厚生労働省資料を基に作成

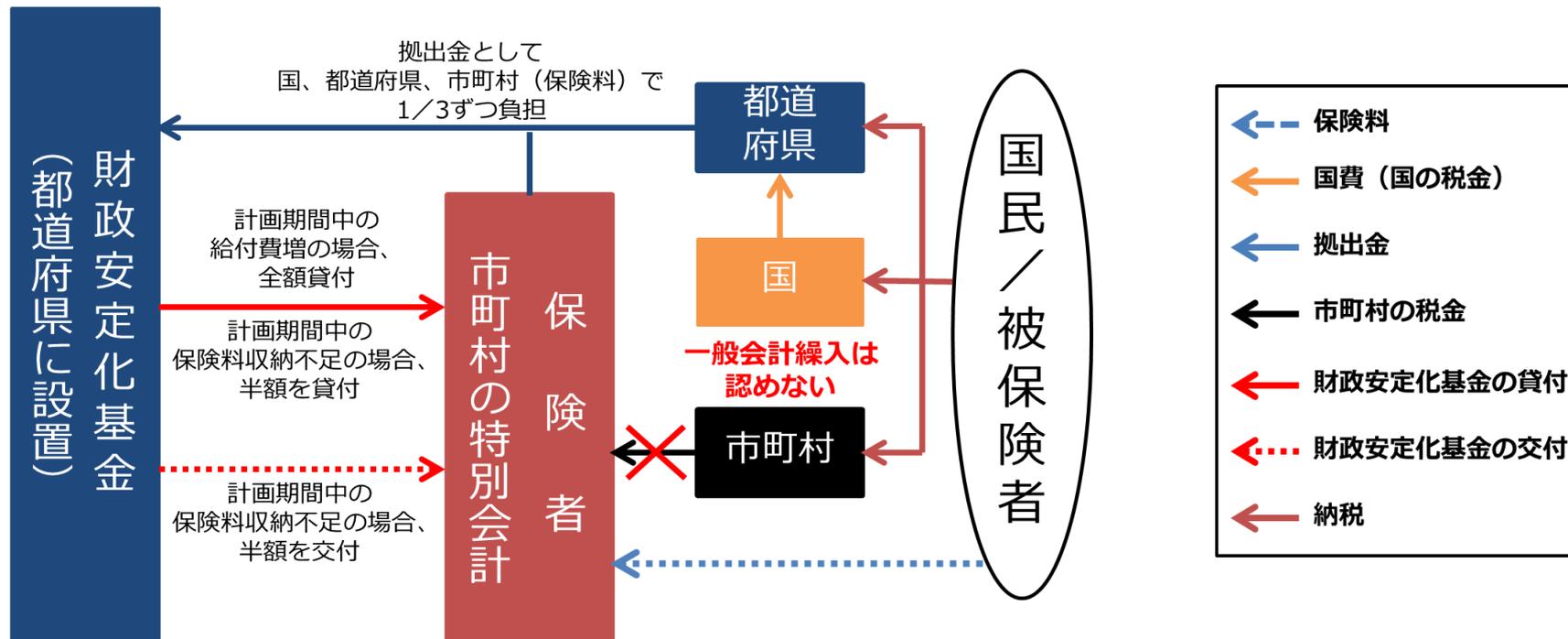
注1：居宅（在宅系）の数字。特別養護老人ホームなど施設系の負担割合は異なる。

注2：自己負担を除く。

注2：低所得高齢者の保険料減免として税金が投入されており、2019年度までに計1,400億円に拡大する。

介護保険の財政安定化基金（参考）

介護保険では負担と給付の関係を明確にするため、
損失を穴埋めする法定外繰入を禁止する代わりに財政安定化基金で対応。

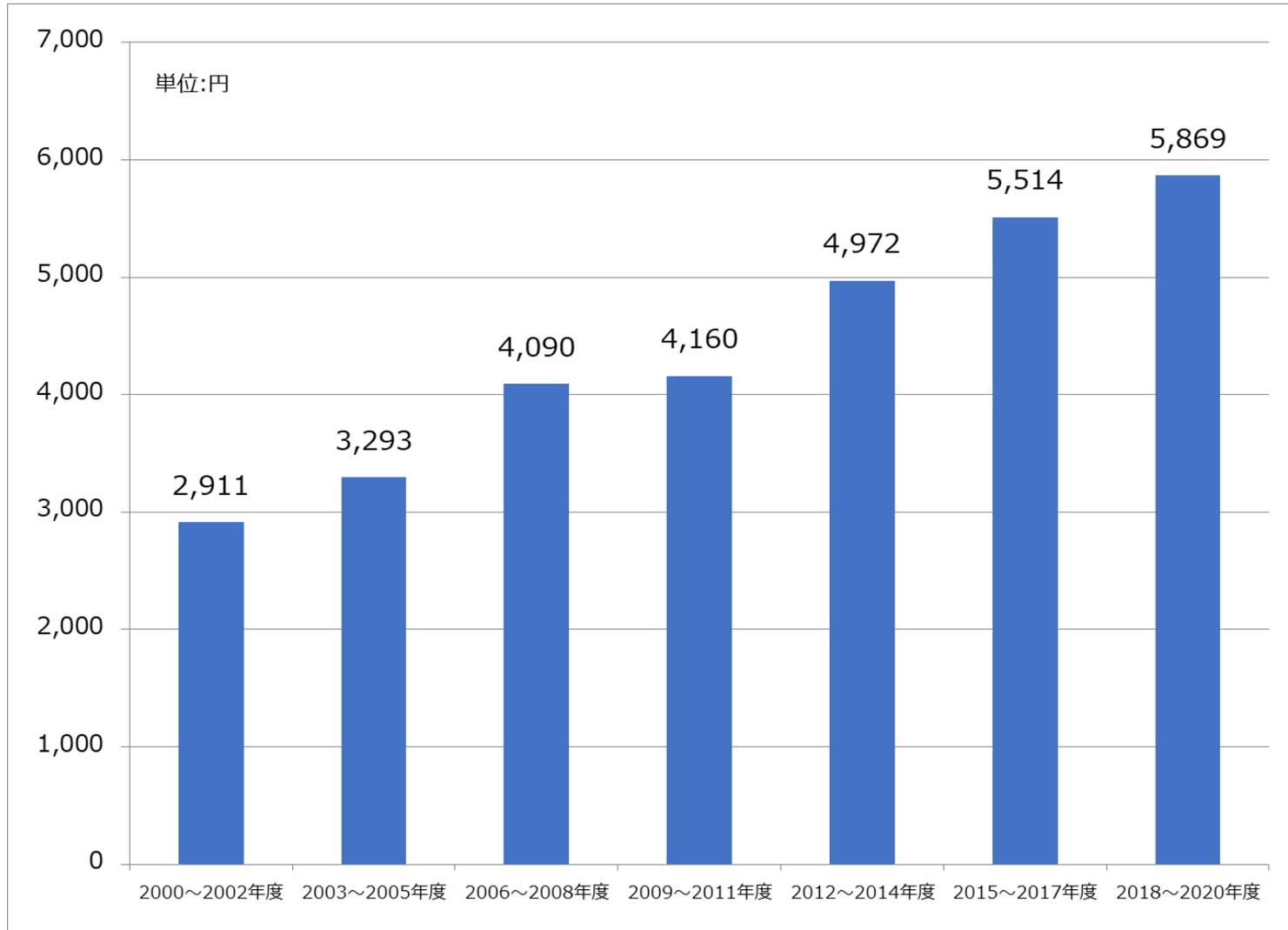


出典：厚生労働省資料を基に作成

- 国保では**財源不足が生まれる**と、市町村が追加的な**税金投入（法定外繰入）**で損失を補填しており、**負担と給付の関係が不明確**に。
- 2000年度の介護保険導入に際して、「**第2の国保**」になることを防ぐため、「**財政安定化基金**」を設置して**法定外繰入を制限**した。
- ➔ 介護保険では一定程度、負担と給付の「見える化」が実現

高齢者の介護保険料引き上げは限界

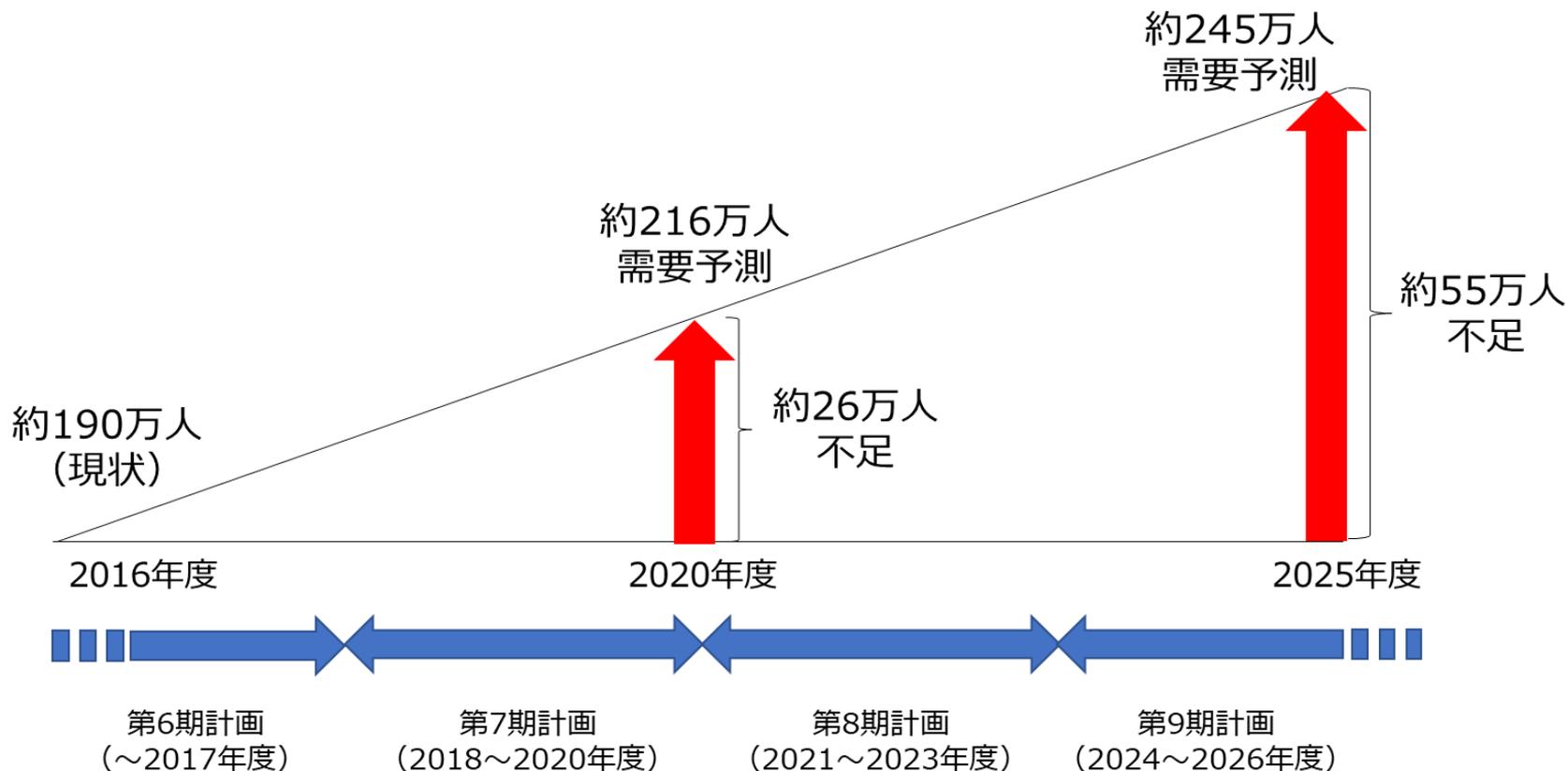
高齢者の基礎年金から天引きされる月額介護保険料は増加しており。
これ以上の大幅な引き上げは困難。



出典：厚生労働省資料を基に作成
注：基準保険料であり、実際の保険料は所得に応じて課される。

介護現場での人手不足の深刻化

2025年度には介護現場で働く人材が55万人不足すると見られており、生産年齢人口の減少が進む中、人材確保が問われている。



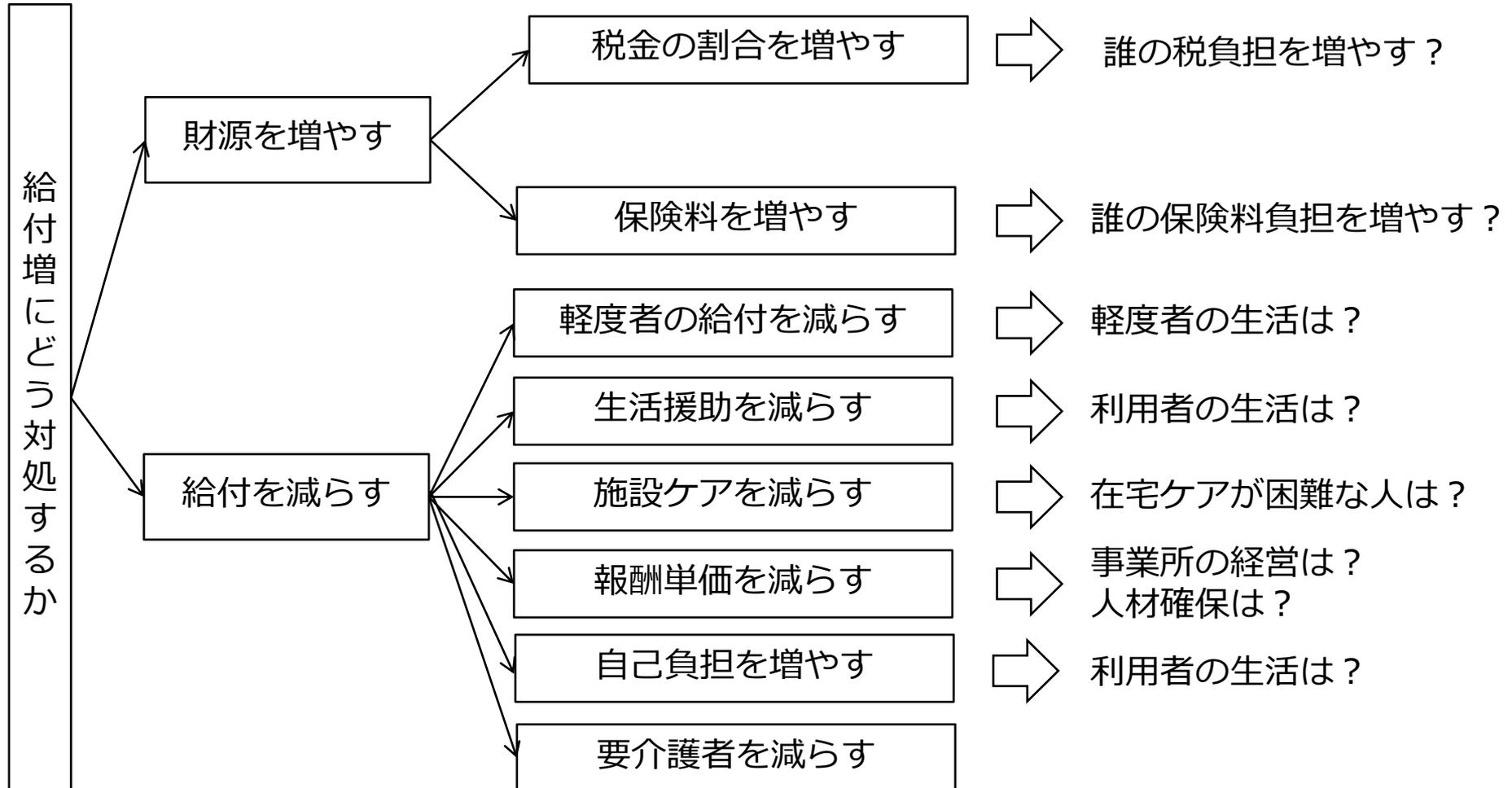
出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：2016年度、2020年度の需要は市町村の第7期保険事業計画に位置付けられたサービス見込量（総合事業を含む）などに基づく都道府県の推計値を集計。

注2：2016年度の約190万人は「介護サービス施設・事業所調査」の介護職員数に、制度改正前の介護予防訪問介護などに相当する従事者数（約6.6万人）を加えた数字。

給付増に対する選択肢

給付増に対する選択肢は①財源を増やす、②給付を減らす——の2つに大別できるが、国民や事業者の反発が避けられない。



今日の内容 (5)

～最近の制度改正～

- 1 : はじめに～自己紹介など～
- 2 : 介護保険制度の概要
- 3 : 介護保険制度の理念
- 4 : 介護保険制度の現状
- 5 : **最近の制度改正**
- 6 : 新たなニーズへの対応
- 7 : おわりに

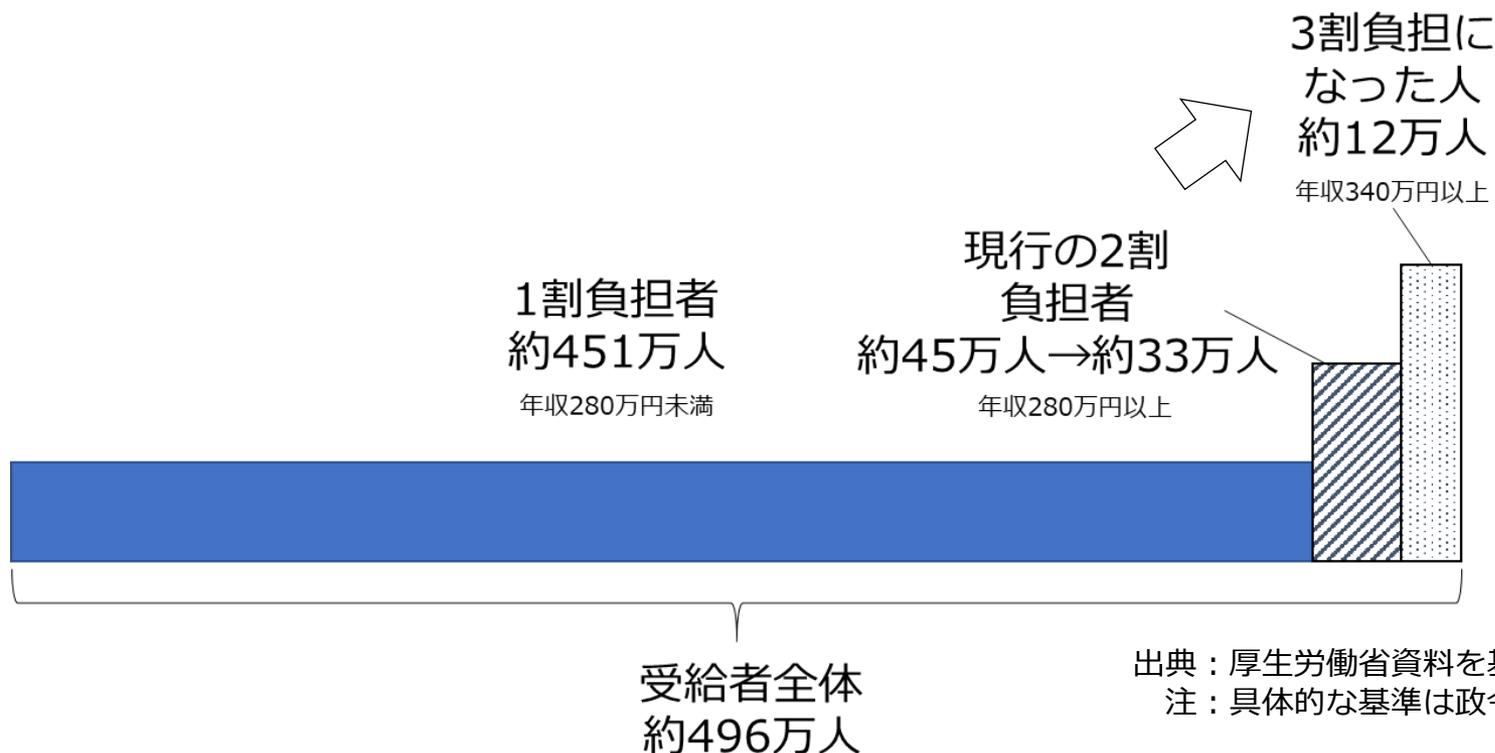
介護保険制度改革の経緯

給付増に対応した負担増などに取り組みつつ、新たな課題に対応する制度改革が実施されてきた。近年のテーマは介護予防強化。

年度	制度改革の主な内容	報酬改定率	報酬改定の主な内容
2003年度		▲2.3%	
2005年度		▲1.9%	2006年度改定の前倒し
2006年度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 地域支援事業の創設 ➤ 地域密着型サービスの創設 ➤ 要支援の細分化 ➤ 介護療養病床の廃止決定 ➤ 施設給付の見直し（食費など有料化） 	▲0.5%	
2009年度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 事業者の法令順守強化 ➤ 介護職員の処遇改善に向けた基金創設（補正予算） 	3.0%	
2012年度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 地域包括ケアの根拠規定追加 ➤ 介護職員処遇改善加算の創設 ➤ サービス付き高齢者住宅制度の創設 	1.2%	処遇改善は+2.0%、 その他は▲0.8%
2014年度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 第1号被保険者の低所得者対策強化 	0.63%	消費増税対応分
2015年度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の創設 ➤ 在宅医療・介護連携推進事業の制度化 ➤ 地域ケア会議の設置義務化 ➤ 自己負担引き上げ（2割負担導入） ➤ 特別養護老人ホーム入居者の限定 	▲2.27%	9年ぶりの引き下げ
2017年度		1.14%	処遇改善を前倒し実施
2018年度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 介護予防に力点を置く「自立支援介護」の強化 ➤ 介護医療院の創設 ➤ 自己負担引き上げ（3割負担導入） 	0.54%	医療との連携強化 自立支援介護の強化
2019年度		2.13%	消費増税対応分 処遇改善

自己負担割合の引き上げ

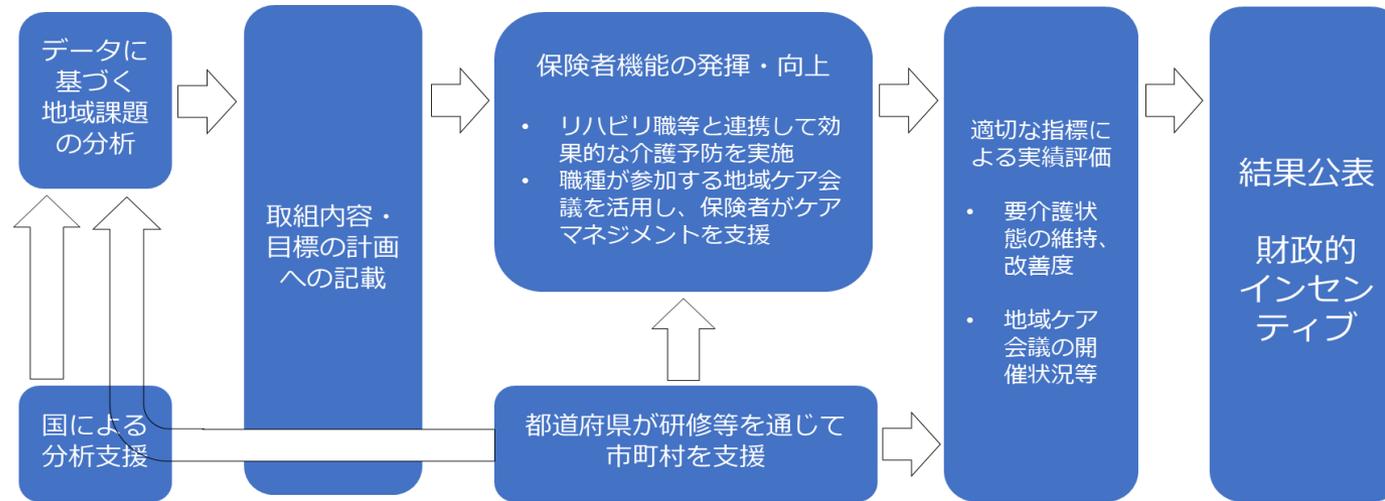
給付増に対応するため、現役並み所得の高齢者は負担増を実施。
2015年に2割、2018年に3割負担。



介護保険は**応益負担を重視**し、
所得に関係なく**1割負担**だったが、
2015年8月に2割負担を導入、
2018年8月から3割負担を導入

2018年度改正で重視された介護予防

介護予防の強化は以前から進められていたが、2018年度改正では「自立支援介護」という名目で介護予防が強化された。



出典：厚生労働省資料を基に作成

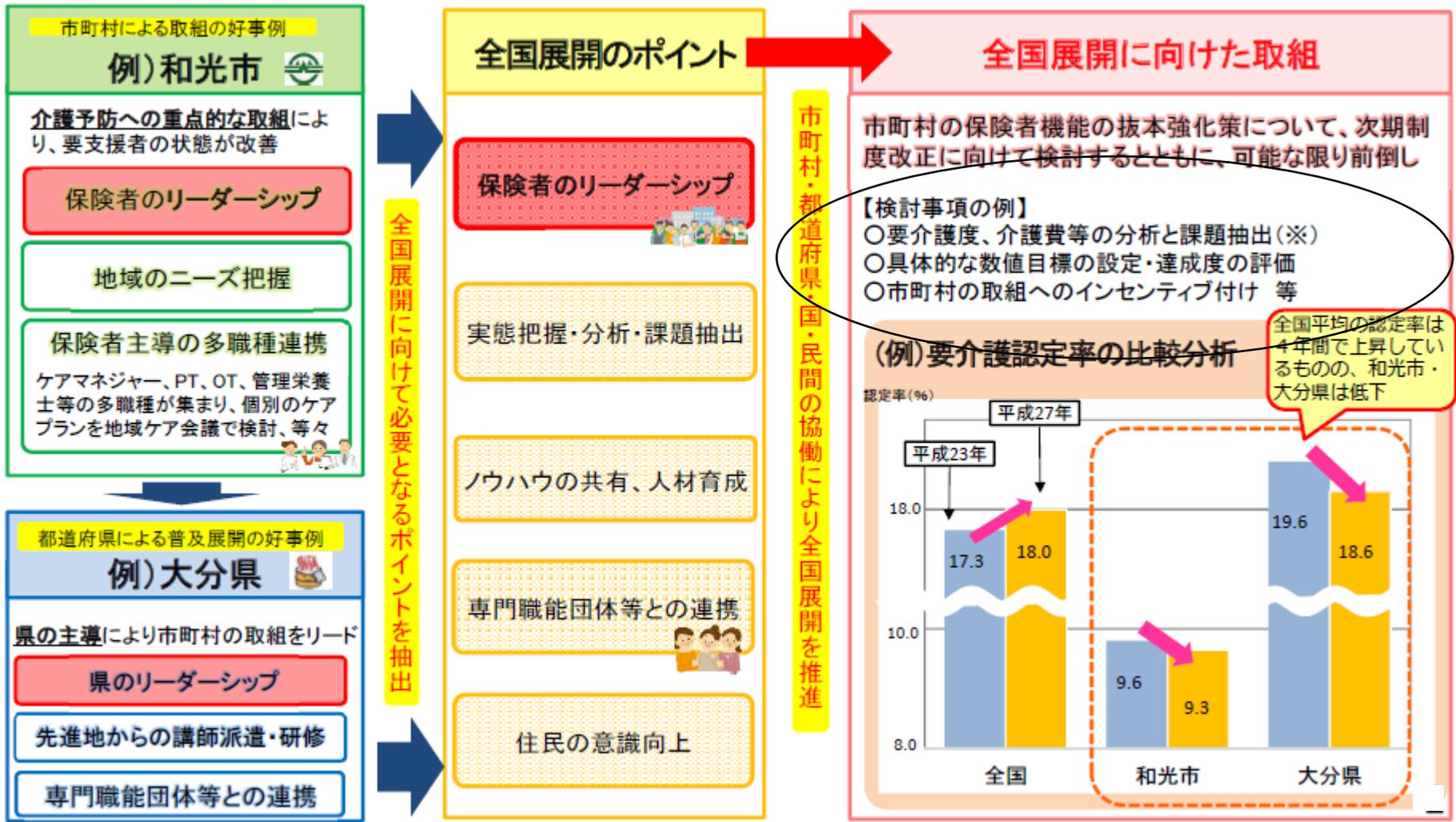
資料の文言

高齢化が進展する中で、地域包括ケアを推進するとともに、
制度の持続可能性を維持するためには、
保険者が地域の課題を分析してサービス提供体制等を構築することや、
高齢者になるべく要介護状態とならずに
自立した生活を送っていただくための取組を進めることが重要

➔保険者がこれらを強力に推進できるよう**保険者機能を強化**するとともに、
都道府県の保険者支援機能も強化

介護予防を中心とした保険者機能の強化

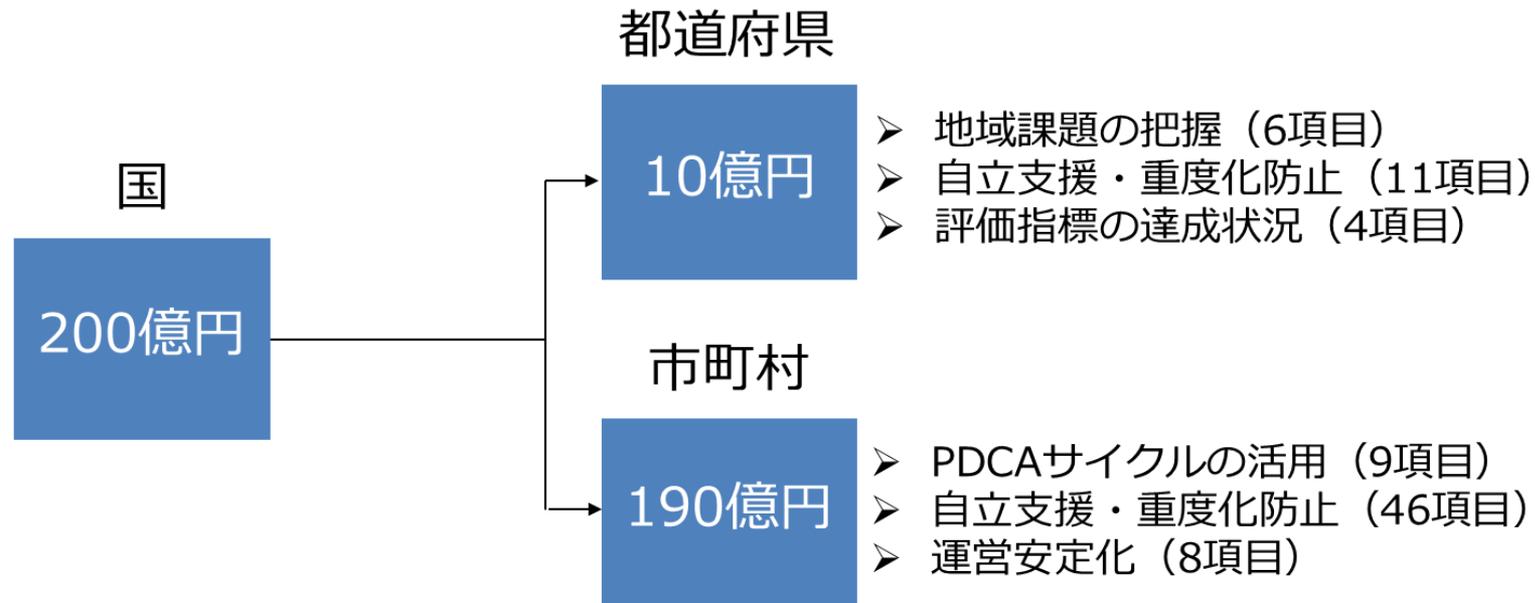
要介護認定率を下げた和光市、大分県の事例が参考ケースとなり、
全国展開するための制度改正が実行された。



出典：厚生労働省資料から抜粋

介護予防を支援する交付金創設

2018年度制度改正では「自立支援介護」に向けた動きを広げるための交付金を創設。通いの場の拡充に関して予算増の動きも。



出典：厚生労働省資料を基に作成
注：配分額や項目数は2019年度現在。

- 2018年度制度改正では、**要介護認定率の引き下げなどを評価する自治体を財政支援する制度として、200億円の交付金を創設。**
- 結局、2018年度に制度が作られた時点では、評価項目は要介護率の改善だけではなく、認知症ケアを含めた**自治体の介護政策全般を細かく採点する制度に。**
- 安倍晋三首相は今年3月、**「通いの場」の拡充に向けた交付金の予算増**に言及。
➔ 「通いの場」は少し後で述べます。

今日の内容 (6)

～新たなニーズへの対応～

1 : はじめに～自己紹介など～

2 : 介護保険制度の概要

3 : 介護保険制度の理念

4 : 介護保険制度の現状

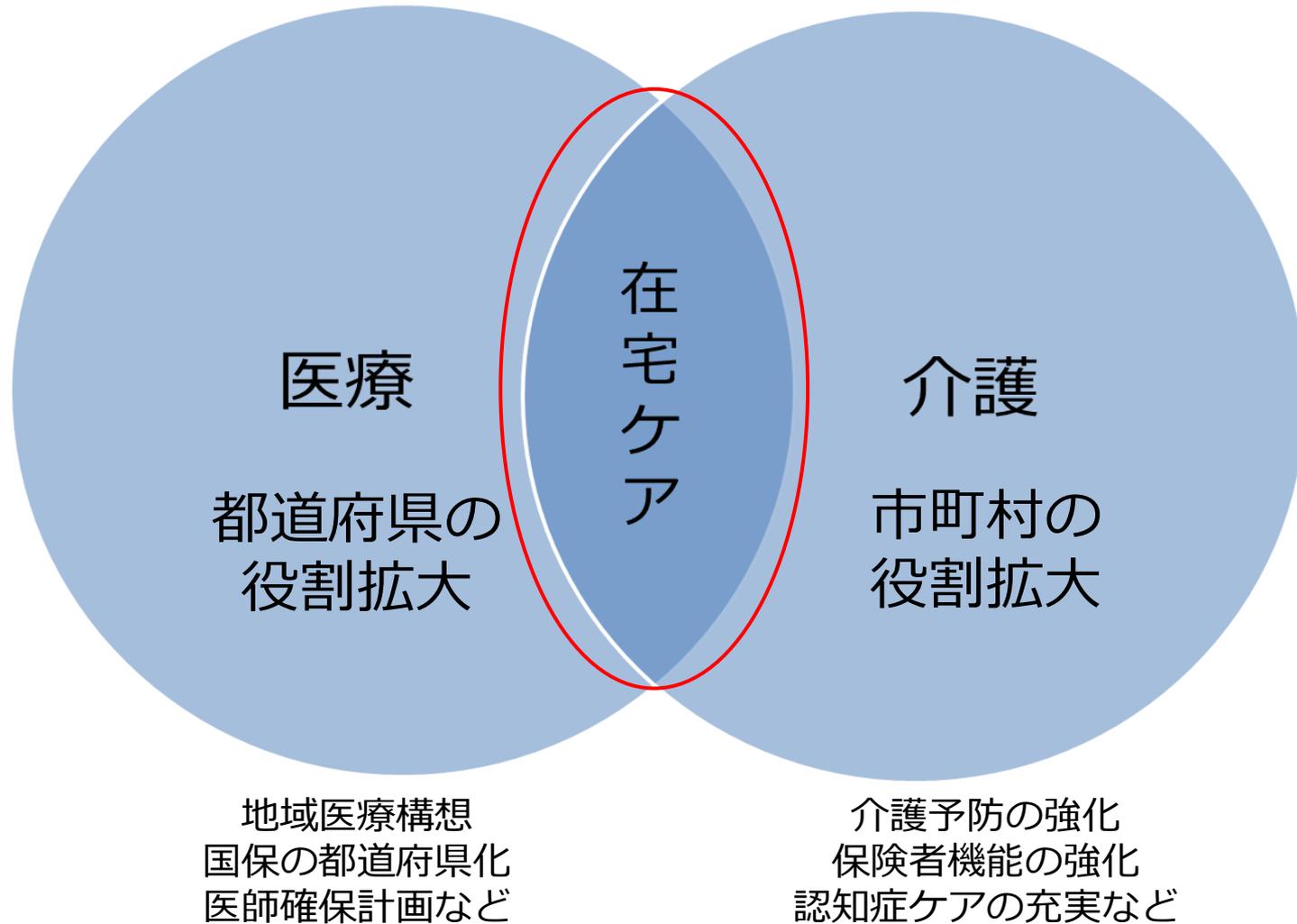
5 : 最近の制度改正

6 : **新たなニーズへの対応**

7 : おわりに

在宅ケアの充実には医療・介護連携が不可欠

在宅ケアは医療・介護の境目が曖昧であり、医療・介護連携が必要。
行政的には都道府県と市町村の連携が求められる。



在宅ケアの充実に向けた医療・介護連携

医療・介護連携の充実に向けて、介護保険財源を転用しつつ、「在宅医療・介護連携推進事業」を市町村に実施させている。

事業の内訳	事業の内容
地域の医療・介護資源の把握	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集。 ➤ これらの情報を整理し、リストやマップなど必要な媒体を選択して共有・活用。
在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討。
切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進。
医療・介護関係者の情報共有の支援	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 情報共有シート、地域連携パスなどの活用により、医療・介護関係者の情報共有支援。 ➤ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用。
在宅医療・介護連携に関する相談支援	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置などによる在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。
医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 地域の医療・介護関係者がグループワークなどを通じ、多職種連携の実際を習得。 ➤ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催。
地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 地域住民を対象にしたシンポジウムなどの開催。 ➤ パンフレット、チラシ、HPなどを活用した在宅医療・介護サービスに関する普及啓発。 ➤ 在宅での看取りについての講演会の開催。
在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村などが連携し、広域連携が必要な事項について検討。

出典：厚生労働省資料を基に作成

➤ 生活に密着した在宅ケアでは医療・介護の連携が不可欠であり、市町村レベルでの取り組みが重要に。厚生労働省は「在宅医療・介護連携推進事業」を創設し、全ての市町村に対し、**2018年4月までに8つの事業**に取り組むよう要請した。

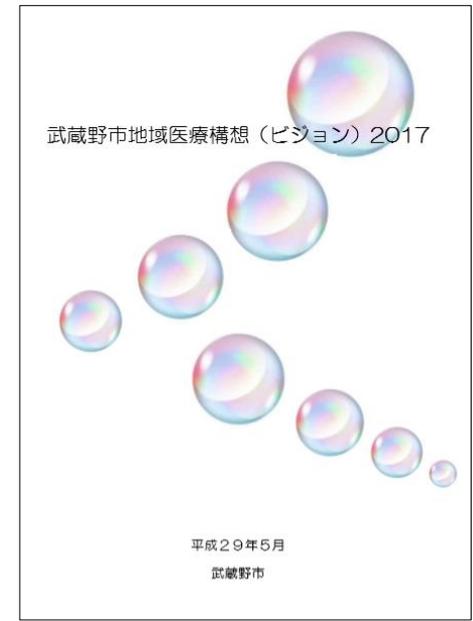
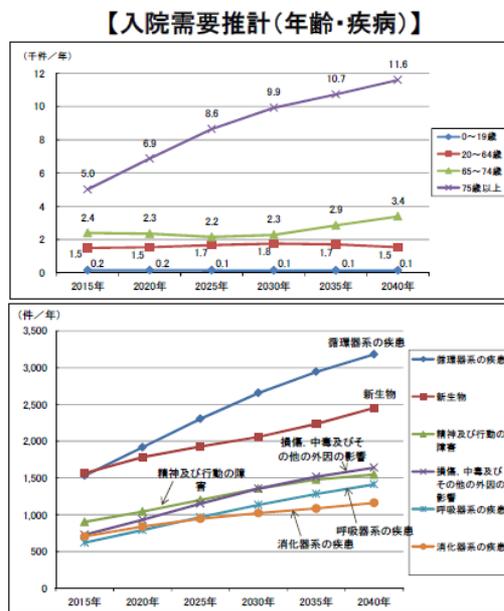
➔ 在宅医療を進める上では**介護との連携**が不可欠。行政的には**都道府県と市町村の連携**が必要に。

在宅ケアの充実に向けた医療・介護連携（参考）

一部の市町村には在宅医療を中心に医療行政を強化する動き。
東京都稲城市、同武蔵野市では「市版地域医療構想」を策定。

- 稲城市は2016年6月、**市版地域医療構想に当たる「医療計画」**を策定。
- ここでは国保と後期高齢者のレセプトを基に、**市民の受療行動**を把握するとともに、**将来の入院需要**を推計。
- 市民に医療・介護のニーズ、地区医師会に在宅医療の現状と課題などを聞く**アンケート**を実施。
- 地域包括支援センターごとに在宅医療・介護資源を地図に明示。
- 計画の別冊として、在宅医療や医療・介護連携など重視する医療政策を「**あるべき医療提供体制の実現に向けた取組**」として提示。

稲城市医療計画の入院需要推計 武蔵野市版地域医療構想の表紙



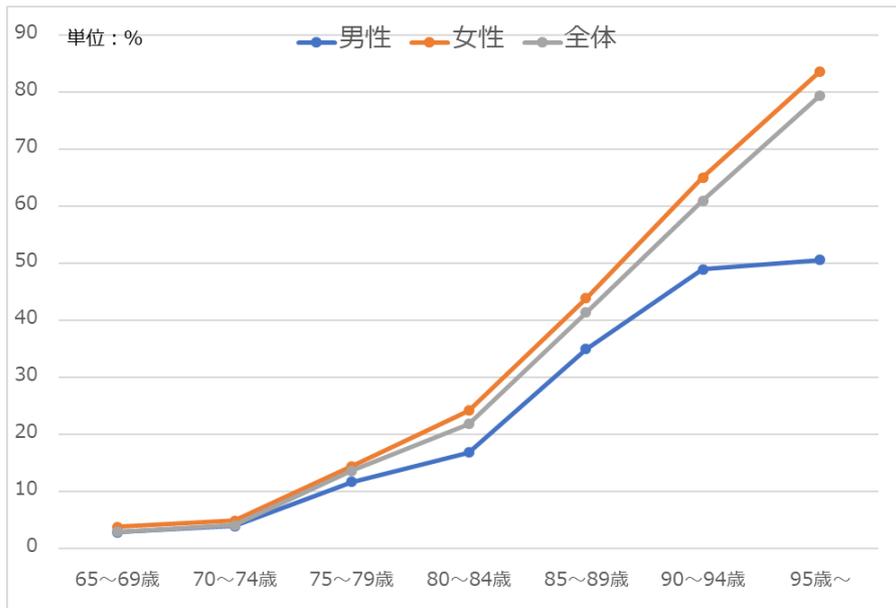
左出典：東京都稲城市「医療計画」から抜粋
右出典：東京都武蔵野市「地域医療構想(ビジョン)2017」から抜粋

- 武蔵野市も2017年5月、**市版地域医療構想を策定**し、2025年時点の病床機能推計や診療所を対象としたアンケート調査を実施するとともに、**病院機能の維持・充実、医療・介護連携や認知症ケア、看取りの充実、人材確保などの施策**を規定。

認知症ケアへの対応

「認知症ケア＝介護保険」ではないが、高齢化が進む中、介護保険サービスをどう充実させていくかが問われる。

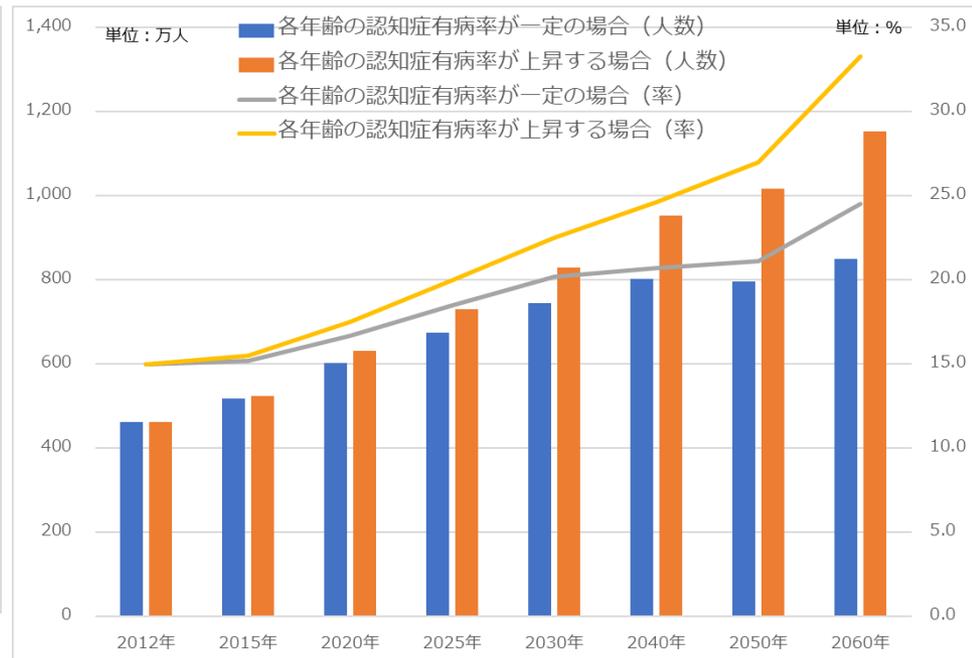
年齢階級別の認知症有病率



出典：厚生労働省資料を基に作成

注：元の資料は厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業（代表者：朝田隆）「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」総合研究報告書。

認知症有病者の予想



出典：内閣府編（2017）『高齢者白書』、元のデータは「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」

注：長期の縦断的な調査を実施している福岡県久山町の研究データを基に、2013年筑波大学発表の研究報告を当てはめて、2025年時点の有病者を推計。

- 今後、誰もが認知症になる社会を迎え、**政府は2019年6月に「認知症施策推進大綱」を策定**しており、介護保険サービスをどう充実させていくかが問われる。
- ただし、認知症の人が住みやすい社会の形成には**民間企業や市民団体などの参加が必要**であり、「**認知症ケア＝介護保険サービス**」とは言い切れないことに留意。

今日の内容 (7)

～おわりに～

1 : はじめに～自己紹介など～

2 : 介護保険制度の概要

3 : 介護保険制度の理念

4 : 介護保険制度の現状

5 : 最近の制度改正

6 : 新たなニーズへの対応

7 : おわりに

2021年度制度改革で想定される論点

厚生労働省は3年に一度の改正に向けて、5つの「検討事項」を整理。
負担増や給付減に直結する内容は少ない。

社会保障審議会介護保険部会で議論されている主な検討項目

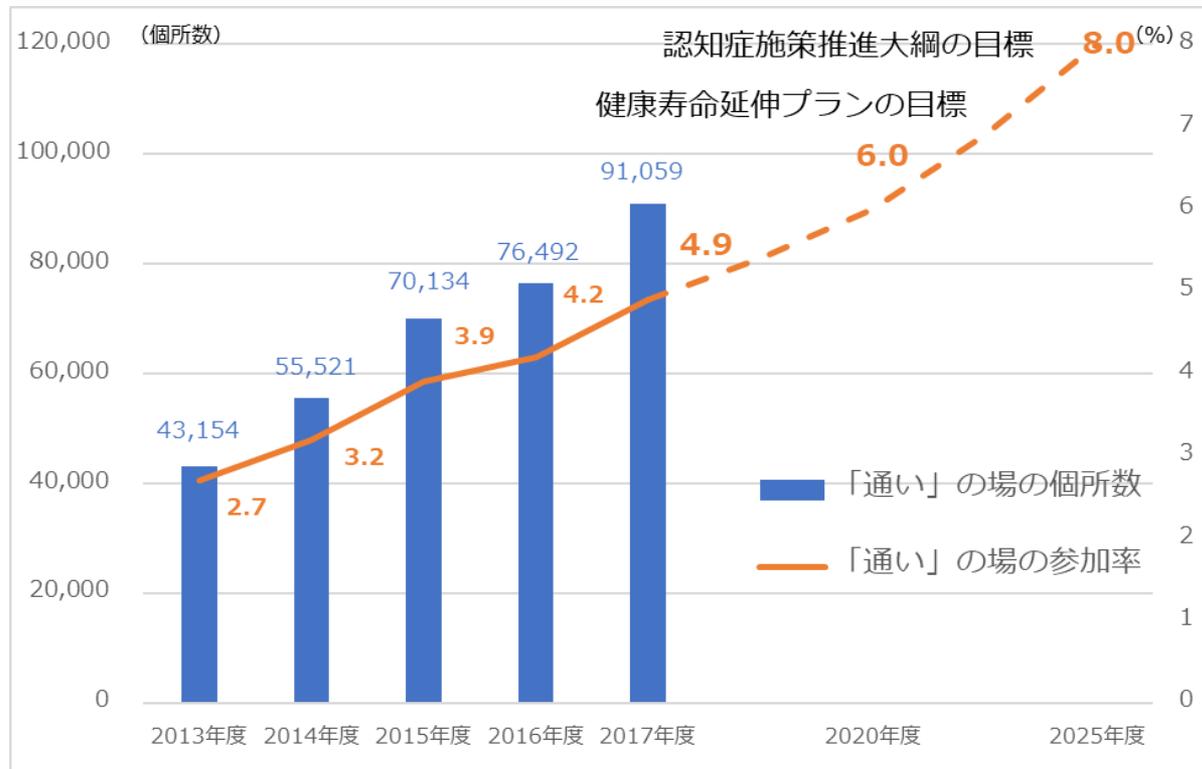
横断的な検討事項（主な見直し分野）	想定される主な施策
介護予防・健康づくりの推進	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健事業と介護予防事業の一体的な推進 ● 「通い」の場の整備・充実
保険者機能の強化	<ul style="list-style-type: none"> ● 「通い」の場の整備・充実 ● 高齢者の生活支援充実 ● 科学的介護の推進
地域包括ケアシステムの推進	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療の充実 ● 医療・介護連携の充実 ● 高齢者の生活支援充実 ● 介護離職に関する対策
認知症「共生」「予防」の推進	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症ケアの充実 ● 認知症予防の強化
持続可能な制度の再構築・介護現場の革新	<ul style="list-style-type: none"> ● 要介護1～2の「総合事業」移管 ● 第2号被保険者の納付開始年齢見直し ● 介護保険の自己負担見直し ● 介護職員の処遇改善 ● 介護ロボットやICTの活用 ● 外国人人材の拡大 ● 介護現場の魅力向上や情報発信 ● 介護現場の文書量半減 ● ケアプランの有料化

出典：厚生労働省資料を基に作成

- 3年に一度の2021年度制度改革に向けて、厚生労働省は5つの横断項目を中心に議論している。来年の通常国会での法改正に向けて、「通いの場」の充実、ケアプランの有料化などを審議。

「通いの場」の充実が焦点に

次期制度改正では高齢者が気軽に運動などを楽しめる
「通いの場」の充実が焦点になっている。



出典：厚生労働省資料を基に作成

- 2021年度に予定されている**次期介護保険制度改正**では、高齢者が気軽に運動などを楽しめる**「通いの場」の拡充**が重視されている。
- その際には**住民の主体性を重視**し、新しい総合事業（**介護予防・日常生活支援総合事業**）を含めた**地域支援事業の活用**を自治体に働き掛けており、今年3月には『**これからの地域づくり戦略**』を策定。

「通いの場」のイメージ

事業者が提供するデイサービスと異なり、住民主体など担い手が多様。運動や体操などを実施するが、デイサービスほど画一的ではない。

デイサービスと「通いの場」の違い（イメージ）



写真：都内のデイサービスで撮影

	デイサービス (通所介護)	通いの場
対象者	・ 原則として要介護認定を受けた高齢者	・ 原則として要介護認定を受けていない高齢者（要支援認定を受けた高齢者も含む）
制度的な位置付け	・ 介護保険の居宅（在宅）サービス	・ 市町村の事業（介護予防・日常生活支援総合事業を含む）
主な機能	・ 食事や入浴など日常生活支援 ・ 生活機能向上の身体機能訓練 ・ 家族の負担軽減 ・ 外出機会の確保による社会参加	・ 運動など身体機能訓練 ・ 外出機会の確保による社会参加
サービス内容	・ 国の基準に沿って提供	・ 市町村が設定、裁量性が高い
提供主体	・ 主に介護事業所	・ 住民を含めた多様な主体
財源	・ 介護保険	・ 介護保険の地域支援事業
報酬（利用料）基準	・ 国が一律に決定	・ 市町村に裁量権

出典：各種資料を基に作成

注1：一部説明を簡略化している。

注2：「通いの場」は多様であり、上記とは異なる形態もあり得る。

デイサービスにおける日程の一例

9時：送迎
 9時30分：到着。体温測定など
 10時45分：選択プログラム（外出など）
 12時：昼食&服薬後、休憩
 13時：転倒予防体操（機能訓練）
 14時：選択プログラム（外出など）
 15時：おやつの時間
 16時：好きな活動（アクティビティ）
 17時：自宅までお送り

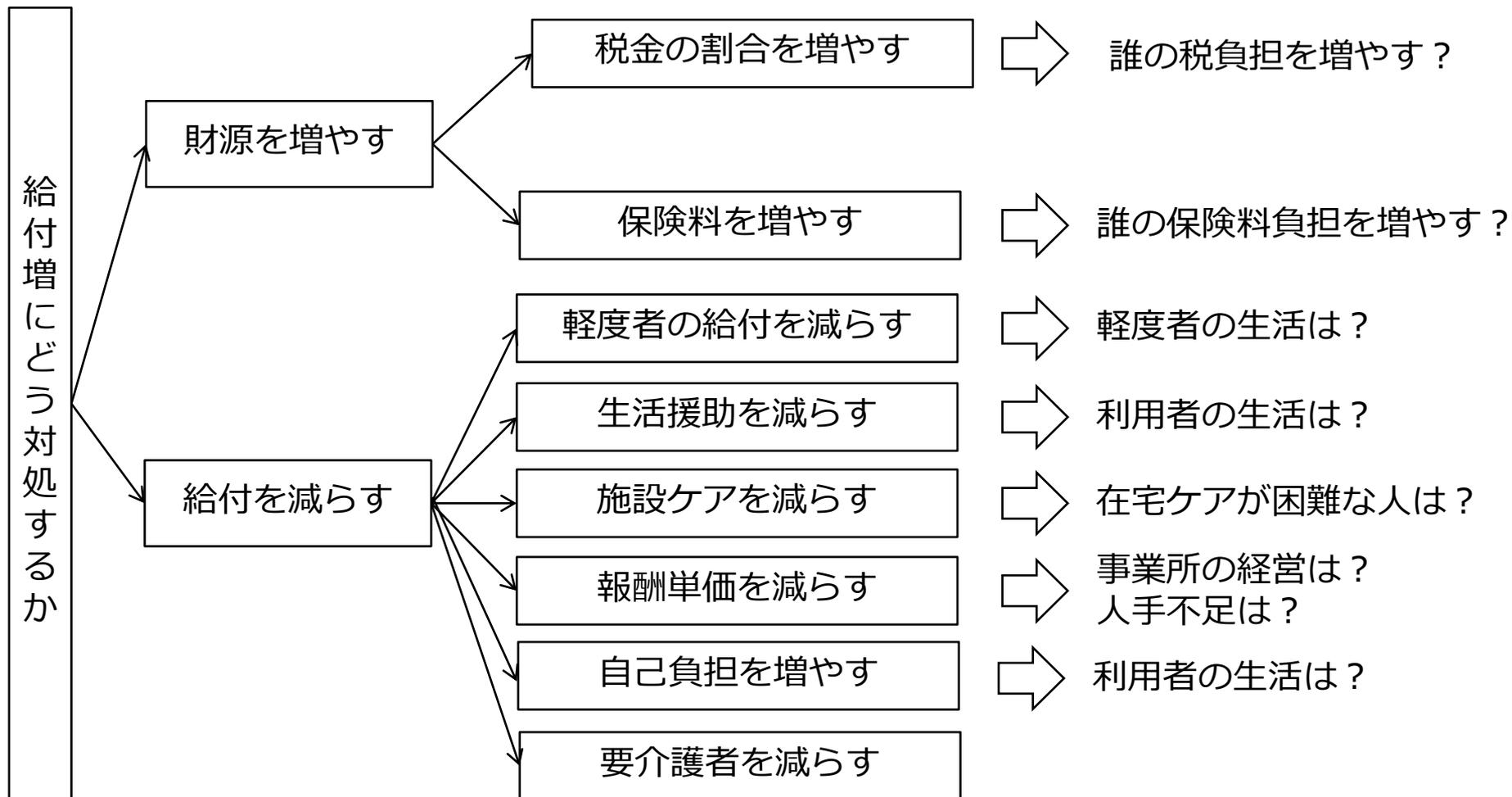
出典：各種資料を基に作成

➤ デイサービスと「通いの場」は**運動や体操の実施、社会参加機会の確保などで似ているが、国の基準に沿って時間などが定められているデイサービスと比べると、「通いの場」の方が多様。**

➔ 高齢者に「通いの場」に足を運んでもらうことで、介護予防を強化する目的があるが、どこまで有効か…

給付増に対する選択肢（再掲）

給付増に対する選択肢は①財源を増やす、②給付を減らす——の2つに大別され、利害得失を考慮しつつ、この選択肢の中から判断する必要がある。



御清聴を有り難うございました。

問い合わせは

mihara@nli-research.co.jp