

2015年05月11日

# MMSニュース

吉富薬品株式会社

No.125

「精神科医療情報総合サイトe-らぼーる <http://www.e-rapport.jp/>」を開設しています。

MMSニュースのバックナンバーも掲載しております。

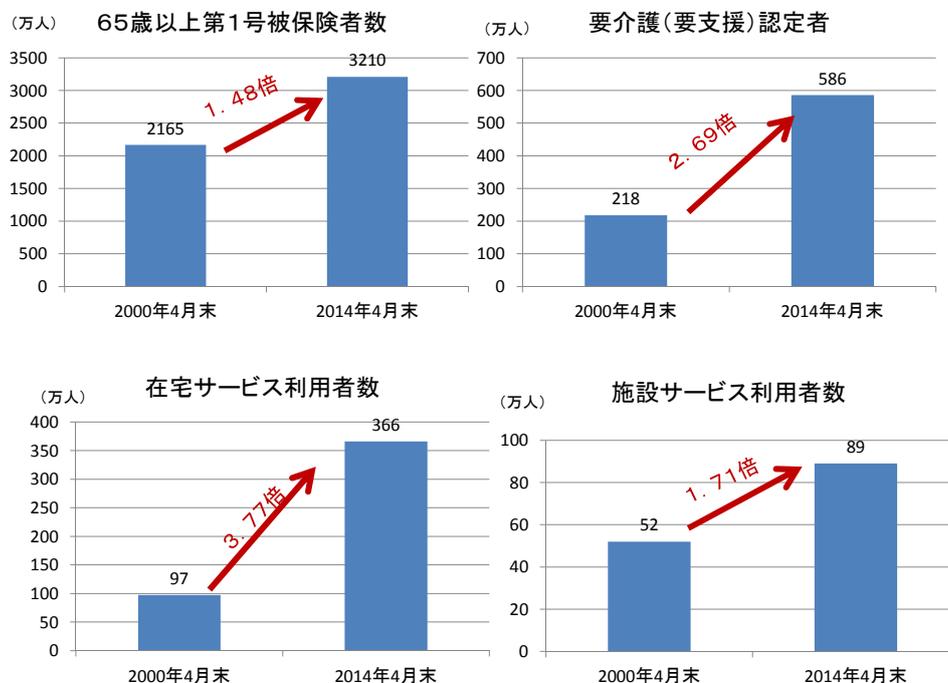
本文（表紙含め）：6枚

## ■「平成27年度介護保険制度の改正」 ～主な改正内容に関して～

### I. 平成27年度介護保険制度改正の概要

平成27年度介護保険制度改定は、団塊の世代が75才以上となる2025年（平成37年）に向けて、地域における医療・介護の総合的な確保が図られます。医療としては効率的かつ質の高い医療提供体制の構築、介護としては地域包括ケアシステムの構築が図られ、特に2025年に向け高齢者が増加し、認知症患者の増加が予想されることから、認知症対策が重点課題になります。

#### 1. 介護保険制度の現状



介護保険制度は、平成12年（2000年）4月より始まり、本年で15年目を迎えます。これまでの14年間で介護保険対象者が1.48倍、利用者も3.3倍に増加し、特に在宅系の

サービス利用者が 3.77 倍と大きな伸びを示しています。

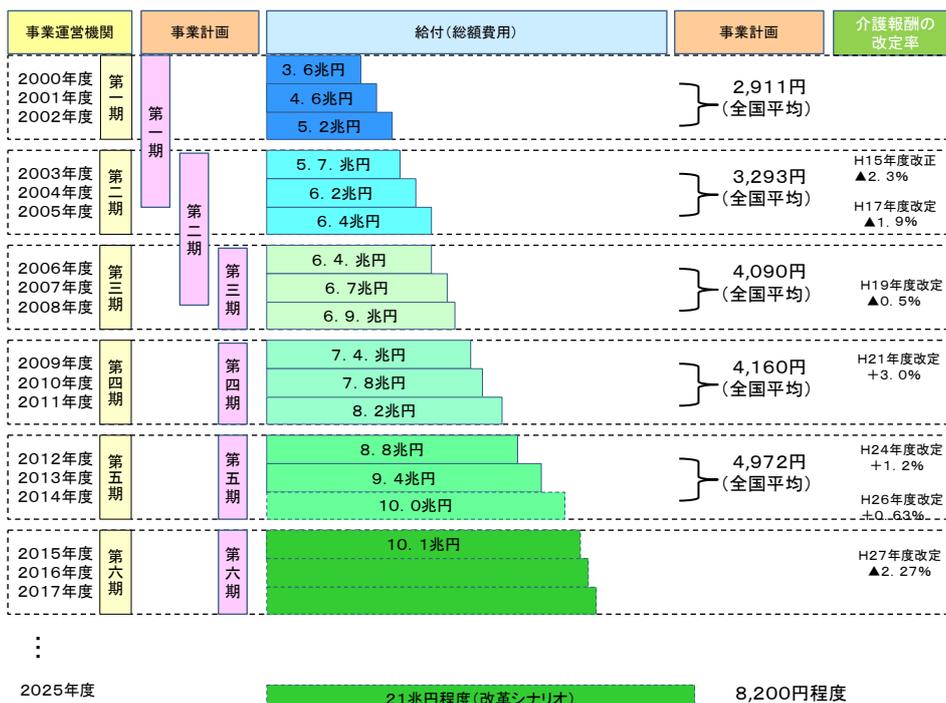
65 歳以上の高齢者数は、2025 年には 3,657 万人となり、2042 年にピークを迎えます。その中で認知症高齢者や単独世帯、夫婦のみの世帯が増加していくことが予想されています。

また、75 歳以上の人口は、団塊の世代が多い都市部で急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加します。各地域で高齢化の状況は異なるため、地域の特性に応じたサービスの提供が必要になります。

## 2. 介護保険制度の今後

要介護率が高くなる 75 歳以上の人口は、介護保険創設の 2000 年以降、急速に増加してきましたが、2025 年までの 10 年間も急速に増加します。しかし、2030 年頃から 75 歳以上の人口は急速には伸びなくなり、一方 85 歳以上の人口はその後 10 年程度は増加します。

また、高齢者を支える働く世代の介護保険料の負担は 2025 年に 1.8 倍、2050 年には 4 倍程度負担が増すことが予想されています。その中でどの様な施策を実行していくかが課題になります。



市町村は、3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行います。保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込み額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定されています。

高齢化の進展により、2025年には保険料が現在の5,000円程度から8,200円程度に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構造を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっています。

## Ⅱ. 介護保険制度の改正の主な内容について

平成 27 年度介護制度改正は、平成 26 年 6 月 25 日に公布された医療介護総合確保推進法による制度改正です。医療介護総合確保推進法の目的は、高度急性期から在宅医療介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保することで地域における適切な医療・介護サービスの提供体制を実現し、患者の早期の社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能にすることです。

### 1. 平成 27 年度介護保険制度改正の主な内容

平成 27 年度介護保険制度の大きな柱は、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、介護予防を充実する「地域包括ケアシステムの構築」と低所得者の保険料軽減を拡充することや、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す「費用負担の公平化」の 2 点です。

介護保険制度の改正の主な内容	
①地域包括ケアシステムの構築	②費用負担の公平化
サービスの充実	低所得者の保険料軽減を拡充
地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実 ①在宅医療・介護連携の推進 ②認知症施策の推進 ③地域ケア会議の推進 ④生活支援サービスの充実・強化	低所得者の保険料の軽減割合を拡大
重点化・効率化	重点化・効率化
①全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化 ②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則要介護3以上に重点化(既入所者は除く)	① 一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ ② 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

### (1) 地域包括ケアシステムの構築

#### i) 地域包括ケアシステムの構築の概要

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される継ぎ目のない連携体制の構築の実現を目指しています。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要になります。

また、人口が横ばいで 75 歳以上人口が急増する大都市部、75 歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差があります。そこで、地域包括ケアシステムでは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に

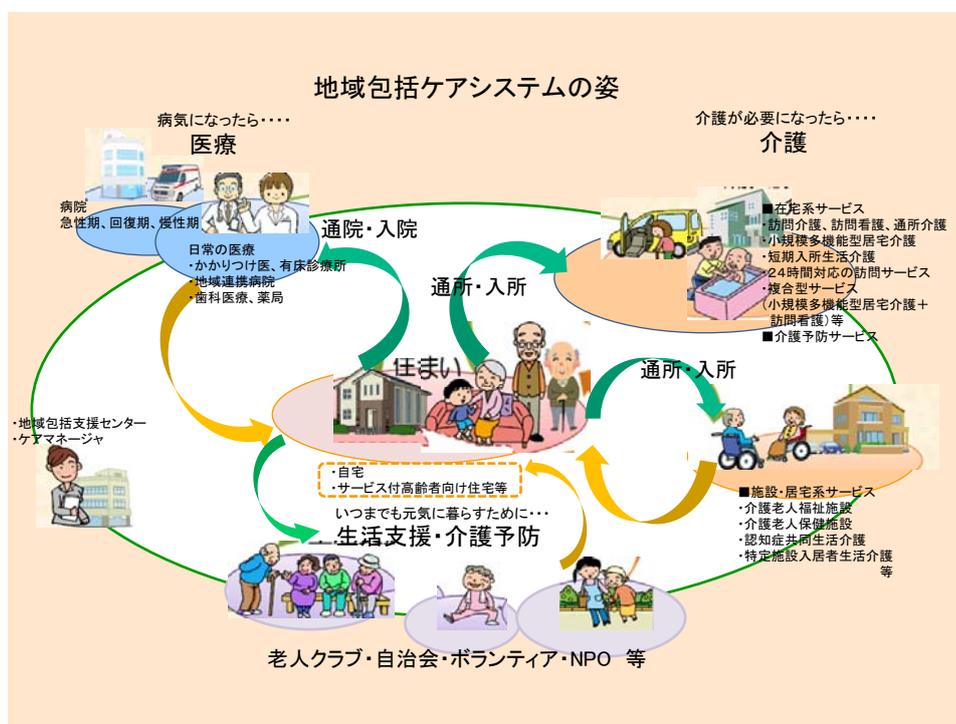
基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要になります。

市町村等における構築プロセスは、まず、地域の課題の把握や社会資源を発掘し、「量的・質的な分析」を実施します。次に、地域関係者による対応策を検討し、「事業化・施策化を協議」します。最後に「具体策の検討」をし、PDCAサイクルを回していきます。

## ii) 地域包括ケアシステム構築の実施項目

地域包括ケアシステム構築の実施項目は、「サービスの充実」や「重点化・効率化」を図ることです。

「サービスの充実」では、①在宅医療・介護連携の推進、②認知症施策の推進、③地域ケア会議の推進、④生活支援サービスの充実・強化の4点において地域支援事業の充実を図ります。



### ①在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるように、地域における医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要となります。このため、医療機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体化できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の関係機関の連携体制の構築を推進します。

### ②認知症施策の推進

認知症専門医による指導の下に早期診断、早期対応に向けて「認知症初期集中支援チーム」と「認知症地域支援推進員」の体制を地域包括支援センター等に整備します。

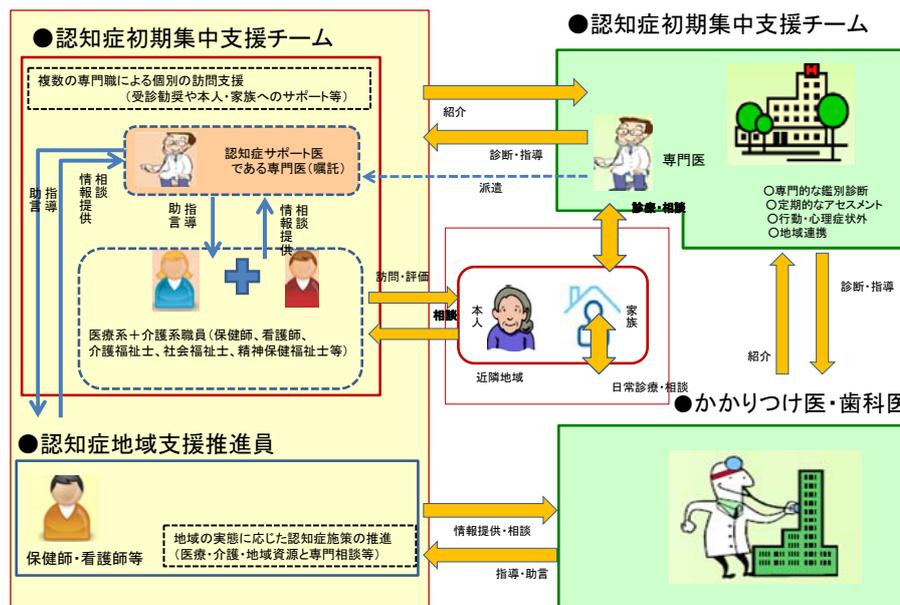
「認知症初期集中支援チーム」は、複数の専門職で認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問（アウトリーチ）し、認知症の専門医による鑑別診断等をふまえて、観察、

評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行います。

「認知症地域支援推進員」は、認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行います。

また、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）が示され、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、7つの柱を戦略として実行されます。7つの柱は、1）認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、2）認知症の容態に応じた適時・適切な医療介護の提供、3）若年性認知症施策の強化、4）認知症の人の介護者への支援、5）認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、6）認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の促進、7）認知症の人やその家族の視点の重視です。

## 認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について



### ③地域ケア会議の推進

地域ケア会議は、地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する会議です。

この会議は、平成27年度より介護保険法に規定されます。規定内容は、市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨、地域ケア会議を適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うことや地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定などです。

## ④生活支援サービスの充実・強化

単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加しています。今後は、ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要になります。また、高齢者の介護予防が求められていますが、社会参加や社会的役割を持つことで生きがいや介護予防につながると考えられています。

そこで、市町村が、多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを支援し強化を図ります。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置付けます。

「重点化・効率化」においては、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に平成 29 年を目途に段階的に移行し、介護事業者による既存のサービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスを提供できる様にしていきます。また、中重度者に対しての手厚い対応として、例えば特別養護老人ホームの新規入所者を原則要介護 3 以上に限定し重点化・効率化を図ります。

### (2)費用負担の公平化

介護保険の費用負担の公平化において、低所得者の保険料は、給付費の 5 割の公費に加えて、別枠で公費を投入し、保険料の軽減割合を拡充し、一定以上の所得のある利用者は、保険料の自己負担割合を 2 割に引き上げます。また、低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補給給付」の要件に資産などを追加し、所得や資産のある人の利用者負担を見直し、重点化効率化を図ります。

### (3)介護人材の確保

介護人材の確保		
取組の4つの視点	参入の促進	介護業界のイメージアップの推進、介護職員の専門性に対する社会的認知度のアップ、情報公表や適切なマッチングなど多様な人材が就労できるような裾野を広げる取り組み
	キャリアパスの確立	研修の受講支援や法人の枠を超えた人事交流の推進などのステップアップやキャリアパスの確立 等
	職場環境の整備・改善	介護職員の負担軽減のための介護ロボットの開発促進やICTを活用した情報連携の推進・業務の効率化などの職場環境の整備・改善 等
	処遇改善	介護報酬の改定を通じて、介護職員の更なる処遇改善を図るとともに、事業者による取組の促進策を検討 等

重要課題の介護人材の確保は、基金と消費税の財源として取組がなされます。

また、平成 27 年度介護報酬改正を通じて、介護職員の更なる処遇改善を図るとともに、事業者による取組の促進策を検討し、介護報酬として処遇改善加算が設けられます。

以上