福県医発第９４０号（保）
平成１６年　８月２７日

第625号 受付 16.8.31 小郡三井医師会

各　医　師　会　長　　殿

福　岡　県　医　師　会
会　長　竹　嶋　康　弘

社会保障審議会介護保険部会報告書の送付について

厚生労働省社会保障審議会介護保険部会において、介護保険制度見直しに向けた審議が行われておりましたが、これまでの議論を踏まえ、平成１６年７月３０日に取りまとめられた報告書が、日本医師会より別紙のとおり届きましたのでお送りいたします。

小郡三井医師会より　　**担当理事　蒲池　壽**

丸山泉

（介 24）
平成 16 年 8 月 10 日

都道府県医師会　介護保険担当理事　　殿

日本医師会　介護保険担当理事
野　中　　博

社会保障審議会介護保険部会報告書送付について

拝啓　時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は介護保険制度運営に関し、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、厚生労働省社会保障審議会 介護保険部会は、介護保険制度見直しに向け審議を行っておりましたが、これまでの議論を踏まえ、平成 16 年 7 月 30 日に報告書をとりまとめました。本会では、当該資料を入手致しましたので、ご送付申し上げます。

敬具

記

・厚生労働省社会保障審議会介護保険部会報告（概要）　　1 部
・厚生労働省社会保障審議会介護保険部会　報告書
「介護保険制度の見直しに関する意見」　（平成 16 年 7 月 30 日）　　1 部

社会保障審議会・介護保険部会報告
（概　要）

社会保障審議会・介護保険部会は、昨年５月以来１６回の会議を開催し、本年７月３０日に「介護保険制度見直しに関する意見」をとりまとめた。

第１　制度見直しの基本的な考え方

Ⅰ．見直しの基本的視点
１．３つの論点
２．見直しの基本的視点

Ⅱ．基本理念の徹底
１．全般的な施行状況
２．基本理念から見た課題

Ⅲ．新たな課題への対応
１．将来展望
２．新たな課題への対応

第２　制度見直しの具体的内容

Ⅰ．給付の効率化・重点化
１．総合的な介護予防システムの確立
２．施設給付の見直し
３．その他のサービスの見直し

Ⅱ．新たなサービス体系の確立
１．地域密着型サービスの創設
２．居住系サービスの体系的見直し
３．医療と介護の関係
４．その他のサービスの見直し

Ⅲ．サービスの質の確保・向上
１．ケアマネジメントの体系的見直し
２．地域包括支援センター（仮称）の整備
３．情報開示の徹底と事後規制ルールの確立
４．専門性を重視した人材育成と資質の確保
５．公正・効率的な要介護認定

Ⅳ．負担の在り方の見直し
１．１号保険料の在り方
２．２号保険料・納付金の在り方
３．財政調整

Ⅴ．制度運営の見直し
１．保険者機能の強化
２．事業計画の見直し
３．基盤整備の在り方

Ⅵ．見直しの進め方

第３　被保険者・受給者の範囲について
１．これまでの経緯
２．問題の所在
３．本部会における審議状況

第１　制度見直しの基本的考え方

Ⅰ．見直しの基本的視点

１．３つの論点

①　「基本理念」を踏まえた施行状況の検証
②　「将来展望」に基づく新たな課題への対応
③　「制度創設時からの課題」についての検討

２．見直しの基本的視点

（１）制度の「持続可能性」

介護保険制度は、国民の老後における介護の不安に応える社会システムとして定着している。制度の「持続可能性」を高める観点から、将来の急速な高齢化の進展を見据え、**『給付の効率化・重点化』**を思い切って進める必要がある。

（２）「明るく活力ある超高齢社会」の構築

「明るく活力ある超高齢社会」を築く観点から、要介護状態の予防・改善を重視した**『予防重視型システム』**への転換を図ることが重要である。また、経済活性化や雇用創出、地域再生の面で期待される役割は大きい。

（３）社会保障の総合化

「社会保障の総合化」の観点から、介護、年金、医療等の**『各制度間の機能分担』**を明確化し、相互の調整を進めることが求められる。これにより、制度の重複や空白を解消し、社会保障制度全体を効率的・効果的な体系へ見直していくことが必要である。

Ⅱ．基本理念の徹底 －施行状況の検証－

（1）サービス改革の推進－「量」から「質」へ－

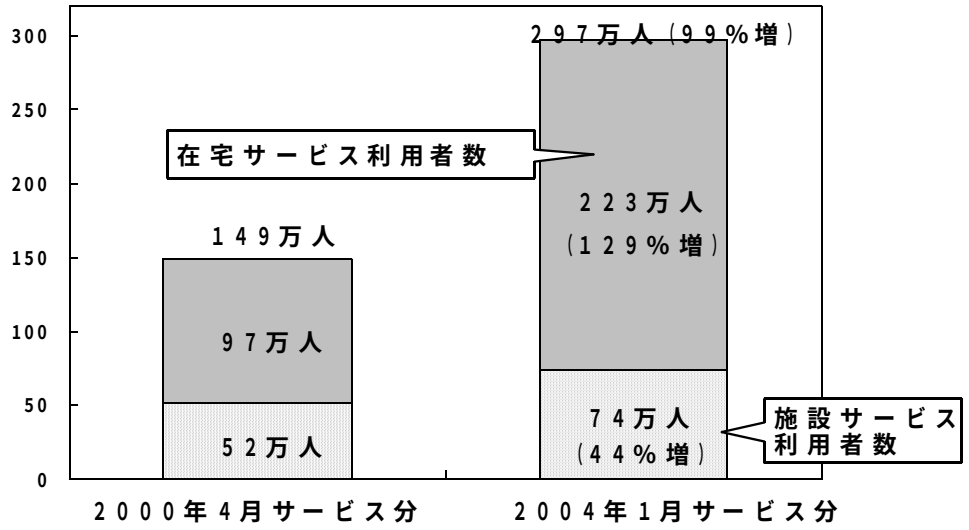
○　制度施行後サービス利用は急速に拡大し、在宅サービスの利用者は４年間で約２倍に増大している。こうした「量的な拡大」に伴い、**「サービスの質」**が今日大きな課題となっている。

○　このため、今後は、介護保険制度の成果を活かしつつ、良質なサービスが提供されるよう、適切な選択と競争が行われる方向を目指す必要がある。

＜具体的な課題＞

・利用者のための「情報開示」と「事後規制ルール」の確立
・ケアマネジメントの体系的見直し
・施設サービスの質の向上
・人材の資質向上

〈サービス利用者数の推移〉



〈指定取消等を受けた事業者数〉

○　２０００年４月～２００４年３月の累計
　・１４８件　（３５都道府県　１４２事業者　２３２事業所）

○　事業者の内訳の推移

	２０００年度	２００１年度	２００２年度	２００３年度	合計
株式会社等	３	９	３０	４７	８９
医療法人	３	３	４	７	１７
特定非営利活動法人	－	３	３	７	１２
社会福祉法人	－	４	５	７	１６
その他（個人・企業組合等）	１	１	２	４	８
合計	７	２０	４４	７２	１４２

※　複数年度で取消しを受けている事業者がいるため、合計において一致しない。

（2）在宅ケアの推進－「在宅支援の強化」と「利用者負担の見直し」－

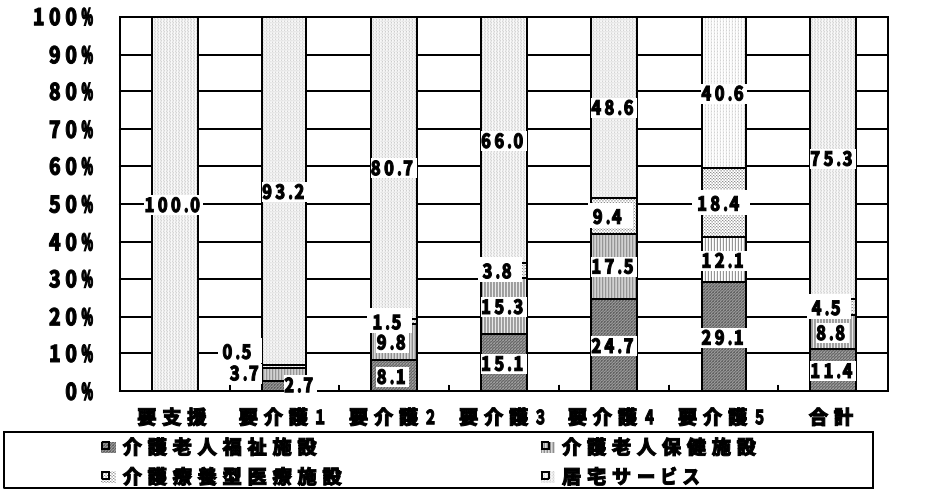
○　制度施行後、在宅サービスの利用は増大したが、在宅ケアの基盤は未だ十分とは言えず、特に、重度になるほど在宅生活の継続が困難な状況にある。また、**「施設志向」**も依然として強い。

○　在宅ケアを推進する観点から、**「在宅支援体制の強化」**を図るとともに、施設に比べ在宅の方が実質的に**「利用者負担」**が重い状況などを是正する必要がある。

＜具体的な課題＞

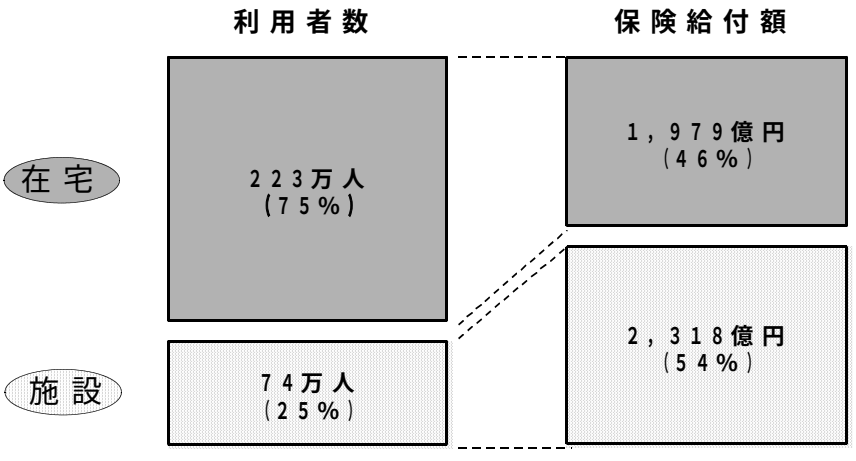
・在宅支援体制の強化（重度者への対応、介護と医療の連携等）
・在宅と施設の利用者負担の不均衡の是正
・施設入所者の対象者の重点化

〈要介護度別の在宅・施設サービス利用状況〉



（出典：介護給付費実態調査月報（２００４年３月審査分））

〈在宅・施設の利用者数・保険給付額〉



（出典：介護保険事業状況報告　２００４年１月サービス分）

（３）地方分権の推進－市町村の保険者機能の強化－

○　介護保険制度は、地方分権の観点から市町村を保険者として位置づけており、各市町村は制度の安定的運営に努めてきている。
　今後、市町村がより主体性を発揮することができるよう、サービスに対する関与をはじめ**「保険者としての機能」**を強化する必要がある。

＜具体的な課題＞

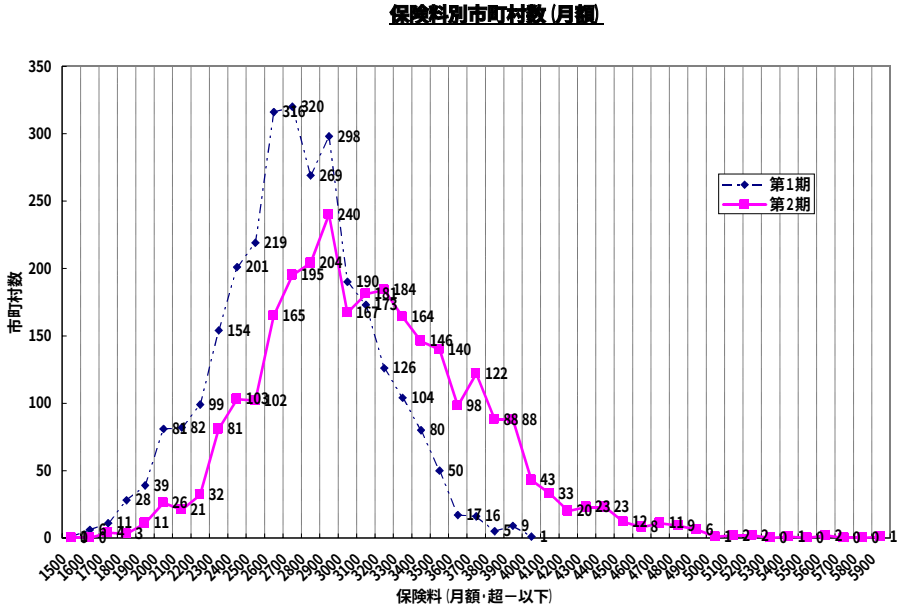
・サービスに対する市町村の関与の強化
・地域の独自性や創意工夫を活かしたサービスの導入
・保険料の設定、徴収方法の見直し
・保険者の事業支援、共同事業の推進

＜介護保険料の収納状況＞

保険料納付額　８，０２９億円（収納率９８．４％）
※収納率１００％の保険者：１５７保険者
うち特別徴収　６，５５８億円（特別徴収の割合　約８２％）
普通徴収　１，４７１億円（収納率：９１．９％）

＜保険料別市町村数（月額）＞

第１期（2000 ～ 2002 年度）　　第２期（2003 ～ 2005 年度）
平均２，９１１円／月　　→　平均３，２９３円／月（＋１３．１％）



Ⅲ．新たな課題への対応 －将来展望－

＜ 将来展望　－2015年の高齢者像－ ＞

（1）高齢者人口の増加

2015 年には「ベビーブーム世代」が高齢期（65 歳）に到達し、その 10 年後（2025 年）に高齢者人口はピーク（3500 万人）となる。これから我が国は、高齢化の「最後の急な上り坂」の時期を迎える。

（2）高齢者独居世帯の増加

2015 年には、「高齢者の独居世帯」は約 570 万世帯（高齢者世帯の１／３）に増加し、高齢者夫婦のみ世帯も約 610 万世帯となると見込まれている。特に、高齢独居世帯の増加は都市において著しい。

（3）痴呆性高齢者の増加

現在、約 150 万人である痴呆性高齢者が、2015 年には約 250 万人に増加すると予測されている。

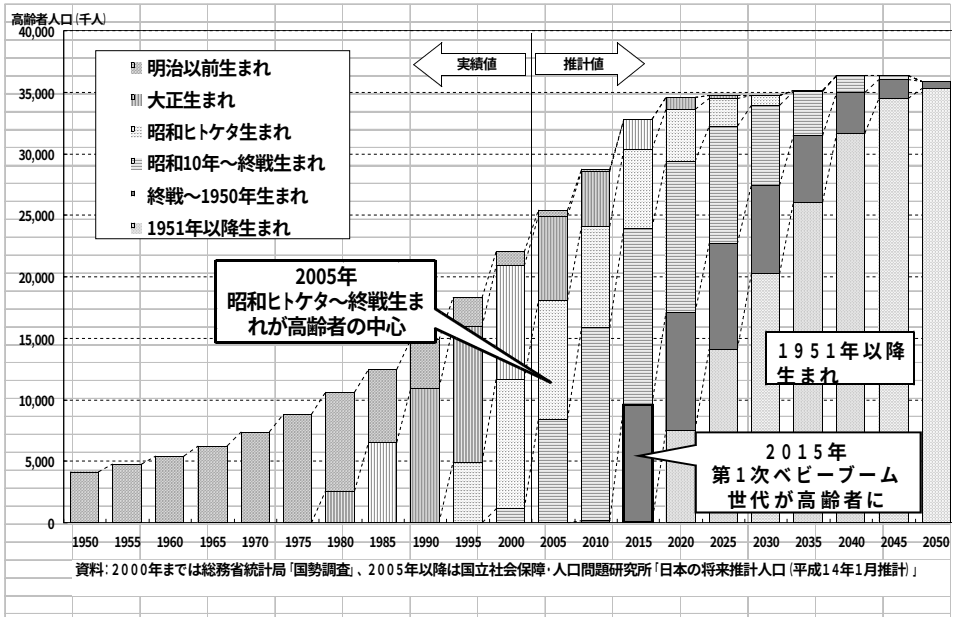
（1）介護予防の推進

「介護」モデル ⇒「介護＋予防」モデル

○　高齢者人口が増大する中にあって、介護保険制度の「持続可能性」を高め、「明るく活力ある超高齢社会」を築くためには、制度全体を**『予防重視型システム』**へ転換することが重要である。

○　このため、要介護状態になる前の段階から、要支援、要介護１程度までの高齢者に対して、統一的な体系の下で、効果的な介護予防サービスが提供される**「総合的な介護予防システム」**を確立する必要がある。

〈世代別高齢者数の将来推計〉



（2）痴呆ケアの推進

「身体ケア」モデル ⇒「身体ケア＋痴呆ケア」モデル

○　現行制度は、1990 年以降の「ゴールドプラン」の成果を踏まえたものであり、サービスの基本は身体障害を有する高齢者に対する「身体ケア」に置いている。今後は制度の軸足を**「痴呆ケア」**にも置くことが求められる。

○　このため、**「高齢者の尊厳の保持」**を基本に、環境変化の影響を受けやすい痴呆性高齢者の特性に配慮した小規模・多機能型サービスなどの**「地域密着型サービス」**の創設や、早期の診断・対応から始まる「継続的な地域支援体制」の整備、虐待防止のための「権利擁護システム」の充実等が望まれる。

〈痴呆性高齢者の将来推計〉　　単位：万人

将来推計	2002年	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
痴呆自立度II以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3%	6.7%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%	10.2%	10.7%	10.6%	10.4%
痴呆自立度III以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4%	3.6%	3.9%	4.1%	4.5%	5.1%	5.5%	5.8%	5.8%	5.7%

（3）地域ケア体制の整備

「家族同居」モデル ⇒「同居＋独居」モデル

○　高齢者独居世帯や夫婦のみ世帯が、介護が必要となっても、できる限り住み慣れた地域で人生を送ることが可能となるような**「地域ケア体制」**を整備していくことが求められる。

○　このため、「夜間・緊急時の対応」も視野に置いた「包括的・継続的なケア体制」と、地域における総合的なマネジメント体制の整備を進めるとともに、これを支える「地域基盤」を面的に整備する取組みが求められる。

〈高齢者の世帯形態の将来推計〉　　単位：世帯数（万世帯）

	2000 年	2005 年	2010 年	2015 年	2020 年	2025 年
単　独	３０３	３８６	４７１	５６６	６３５	６８０
夫婦のみ	３８５	４７０	５４２	６１４	６３１	６０９

第２　制度見直しの具体的内容（主なポイント）

Ⅰ．給付の効率化・重点化

１．総合的な介護予防システムの確立

（１）「予防重視型システム」への転換

○　現状における問題点を踏まえ、今後、制度全体を「予防重視型システム」へ転換していくことが必要である。

（現状における主な問題点）
・ 介護予防に関連する制度・事業は一貫性・連続性に欠け、内容が不十分。
・ 要支援、要介護１が増加し全体の５割近くに達しているが、これら軽度者に対するサービスが、利用者の状態の改善につながっていないとの指摘。

（２）「総合的な介護予防システム」の確立のための制度見直し

①　市町村を責任主体とする**「統一的な介護予防マネジメント」の確立。**

②　市町村の**老人保健事業や介護予防事業の基本的な見直し**。
※　介護保険制度に基づく事業に位置づけることも検討。

③　介護保険制度における**要支援、要介護１などの軽度者を対象とした「新・予防給付」の創設。**
※「新・予防給付」
・高齢者の状態像に合った「介護予防プラン」を策定。サービスについては、既存サービスを介護予防の視点から見直すとともに、筋力向上トレーニング（機械器具を使うものに限らない）、転倒骨折予防、低栄養改善、口腔ケア、閉じこもり予防等の新たなサービスの導入を検討。

（３）関連サービスの見直し

① 訪問介護
・現行区分（身体介護、生活援助）を行為別、機能別に再編する。「家事代行」型サービスについては、給付の対象、期間等について見直しを検討する（これに対して慎重に対応すべきとの意見があった。）。

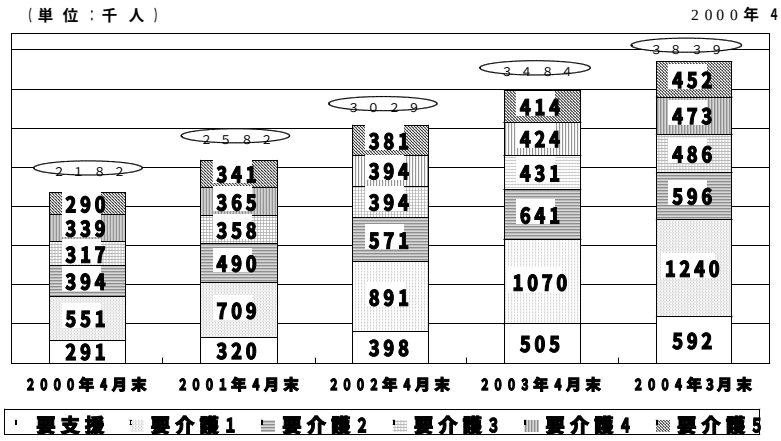
② 通所系サービス
・通所介護、通所リハビリテーションを一元化し、機能別に類型化して再編する。

③ 短期入所
・利用の実態（計画的利用、緊急的利用）を踏まえた見直し。

④ 福祉用具
・情報提供、提供プロセスの見直し（専門職の関与等）、福祉用具購入について事業者指定制度を導入。また、給付率の在り方について見直しを検討する。

〈要介護度別の認定者数の推移〉

（単位：千人）

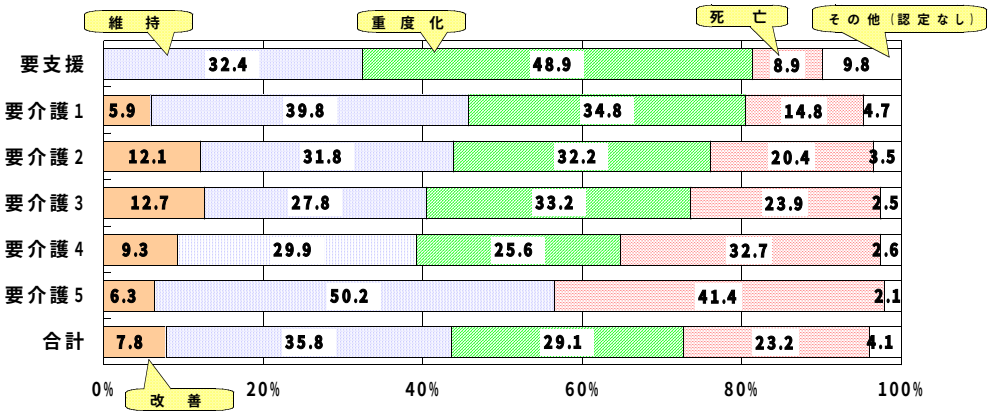


2000年4月末からの増加率

計	76%
5	56%
4	40%
3	53%
2	51%
1	125%
支	104%

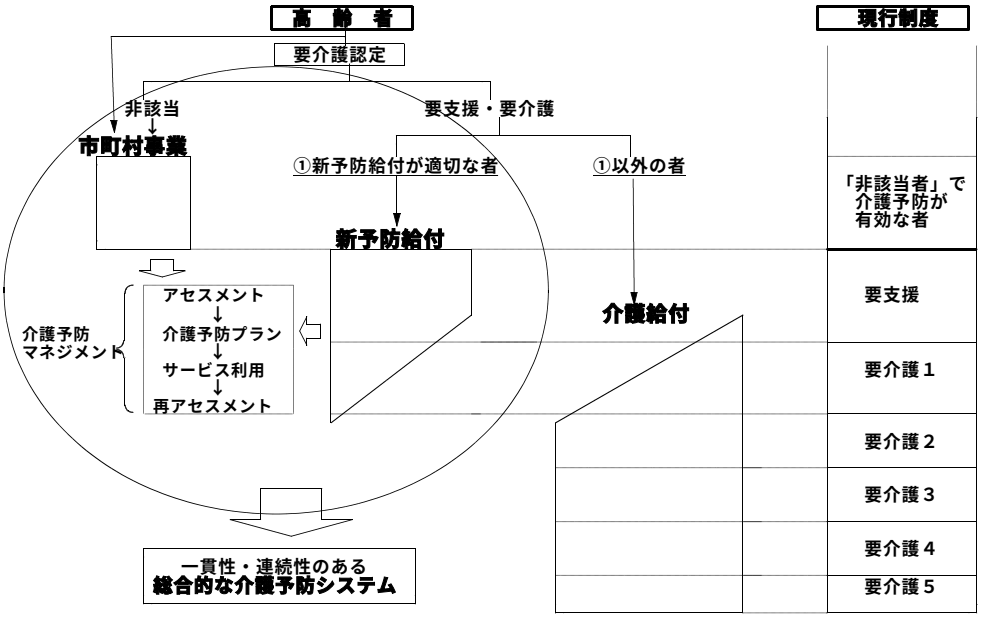
（出典：介護保険事業状況報告〔2004年3月分（1月サービス分）〕）

〈要介護者の２年間の状態変化〉



日医総研　川越雅弘主任研究員の調査研究。
松江広域、出雲市、瑞穂町の被保険者について、2000年10月と2002年10月を比較。

〈総合的な介護予防システムの確立〉



２．施設給付の見直し

（１）保険給付の範囲・水準の見直し

① 施設給付の「範囲・水準」の見直し

○　在宅と施設の「利用者負担の不均衡是正」や「年金給付との機能の調整」の観点から、施設給付を「介護」に要する費用に重点化し、現在給付の対象となっている**「居住費用や食費」について給付の範囲や水準の見直し**を検討する。

・ この場合、低所得者に対する配慮が必要となる（年金水準との関係や社会福祉法人による減免等を勘案して検討）。
・ また、上記と併せ、「通所系サービス」や「短期入所」における食費等の在り方も見直しを検討する。

② 給付率（利用者負担割合）の見直しについて

○ 給付率の引下げ（１割の利用者負担引上げ）も選択肢の一つとして排除されるべきでないが、施設より在宅の方が負担増となる可能性もあることなどから、**現時点では慎重に考えるべき。**
なお、一律ではなく、サービスの特性や市場形態等を踏まえた給付率の見直しを検討すべきとの意見も出された。

（２）施設サービスの在り方の見直し

① 施設利用の見直し

○ 施設利用についても、画一的な利用形態だけでなく、弾力的な形態を認めていくとともに、既存施設の機能を地域展開していく方向で見直すべきである。

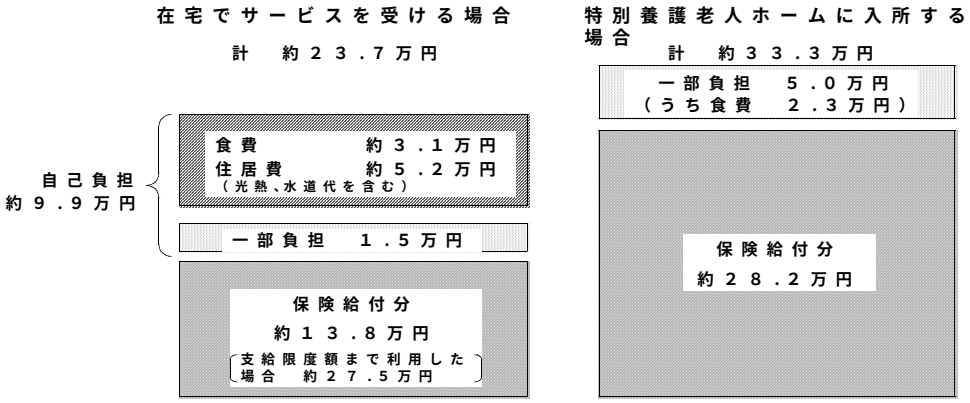
（例）・あらかじめ期間（例えば、２～３ヶ月ごとに）を決めて、計画的に施設利用と在宅サービス利用を交互に行う「計画的な定期利用形態」などの導入。
・特養の一部を地域のサテライトとして展開、老健施設の一部を在宅支援拠点として展開することなど。

○ また、施設入所者の重度化の実態も踏まえ、**対象者を重度者へ重点化**していくことを検討する必要がある。

② 施設サービスの在り方

○　施設サービスについて、**個室・ユニットケアをはじめとする「個別ケアの推進」、「在宅との連携強化」、「重度化への対応」**（医療との連携など）を進めていく必要がある。

〈在宅と施設の利用者負担の比較〉



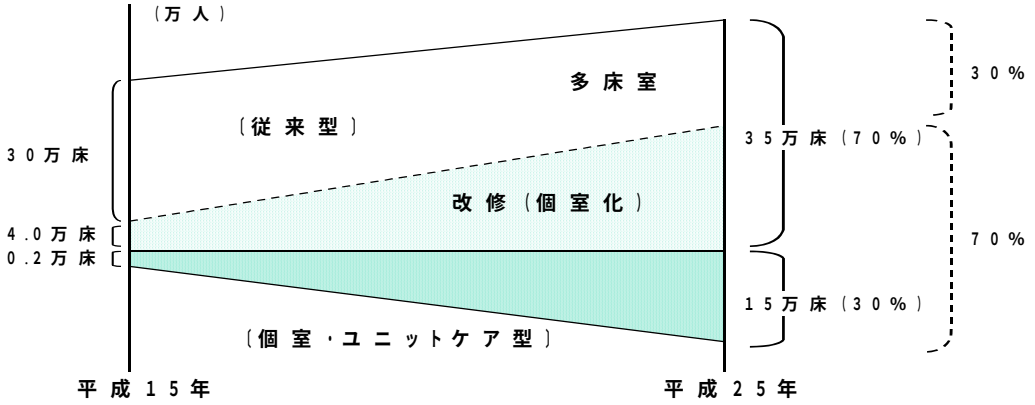
（注１）単身の要介護４の高齢者について比較したもの。
（注２）「保険給付」及び「一部負担」は、２００３年４月～８月サービス分の介護保険からの給付実績の平均値。
（注３）在宅の「食費」及び「住居費」は、「平成１４年家計調査年報」の単身の高齢者（65歳以上）のデータ。「住居費」のうち地代・家賃は持家世帯を除いて推計した。
（注４）要介護４の在宅サービスの支給限度額は、306,000円（保険給付分275,400円、一部負担30,600円）である。

	ドイツ	イギリス	フランス	スウェーデン	アメリカ
利用者負担	食費・居住費、給付限度額を超える部分は、自己負担が原則。 低所得者については、州の社会扶助（公費）が支給される。	施設入所については、一定以上の所得・資産を有する者は全額自己負担。低所得者については、サービスに要する費用の全部又は一部を地方自治体が負担。 在宅については地方自治体により異なる。	施設における食費・居住費用は自己負担が原則。 低所得者については社会扶助から支給。	施設における食費・居住費用は自己負担が原則。低所得者には家賃補助等を支給。	・メディケアでは一定期間しか給付されず期間経過後は全額自己負担。 自己負担できないと認められる場合はメディケイドで対応。

〈今後の施設整備の方向性〉

・　現状のペースで行くと、平成25年時点でも、個室・ユニットケア型の利用者は全体の３割にとどまる。（従来型の中の個室を含めても約４割。）
・　個室・ユニットへ改修することを支援するため、改修方法のマニュアルを作成、配布。

＜イメージ図＞



（注
1）ユニットケア型は、H15年度の新規着工分（約15200人分）が今後H24年度まで継続すると仮定。
（注2）従来型は、H15年度の新規着工分（約840人分）が今後H24年度まで継続すると仮定。

Ⅱ．新たなサービス体系の確立

１．地域密着型サービスの創設等

（１）地域密着型サービスの創設

○ 「痴呆ケア」や「地域ケア」を推進する観点から、地域の特性に応じ、多様で柔軟な形態のサービス提供が可能なサービス体系として、新たに**「地域密着型サービス」を創設する。**

①「一般的なサービス」
・全国的に共通する従来型のサービス

②「地域密着型サービス」
・利用が主として市町村の圏域内にとどまる、地域に密着したサービス
（例）小規模・多機能型サービス、地域夜間対応型サービス、地域見守り型サービス、小規模居住系サービスなど。痴呆性高齢者グループホームも位置づけることが考えられる。

○ 「地域密着型サービス」については、市町村長が**事業者の指定・指導監督**を行うこととし、**報酬設定**についても市町村の裁量を拡大する方向で検討する必要がある。

（２）関連サービスの整備

① 「小規模・多機能型」サービス
・身近な生活圏域で「通い」「泊まり」「訪問」「居住」などの機能を組み合わせ、継続的・包括的に提供する「小規模・多機能型」サービスの整備を進める。具体的には、既存サービスの機能拡大も含め、多様な形態を検討する。

② 「地域夜間対応型」や「地域見守り型」サービス
・今後増加する高齢独居世帯や重度者を地域で支えるため、「夜間対応型」や「見守り型」のサービスの導入を検討する。

③ 訪問看護
・医療ニーズの高い要介護者に対する在宅支援の観点から、訪問・通所の複合型サービスの検討や医療保険との給付調整のあり方について検討を進める。

④ 地域における「痴呆ケア支援体制」
・痴呆性高齢者の「早期発見・診断」を推進する観点から主治医に対する研修や支援体制の整備、痴呆ケアのマネジメント支援、家族に対する相談・支援体制の充実を図る。また、虐待防止や権利擁護のための支援体制を強化する。

２．居住系サービスの体系的見直し

○　「自宅」「施設」以外の多様な「住まい」の選択肢を確保する観点から、**介護保険制度の対象**を現行の「介護付き有料老人ホーム」や「ケアハウス」以外**に拡大する（「特定施設入所者生活介護」**の適用拡大）。また、サービス提供形態について、現行の「包括型」のほか「外部サービス利用型」も認めるなど多様化を図る。

○　上記の規制緩和と併せ、利用者保護や公正取引の観点から、契約内容等の情報開示の徹底を図るとともに、有料老人ホーム等に対する適切な規制の在り方について検討する。

３．医療と介護の関係

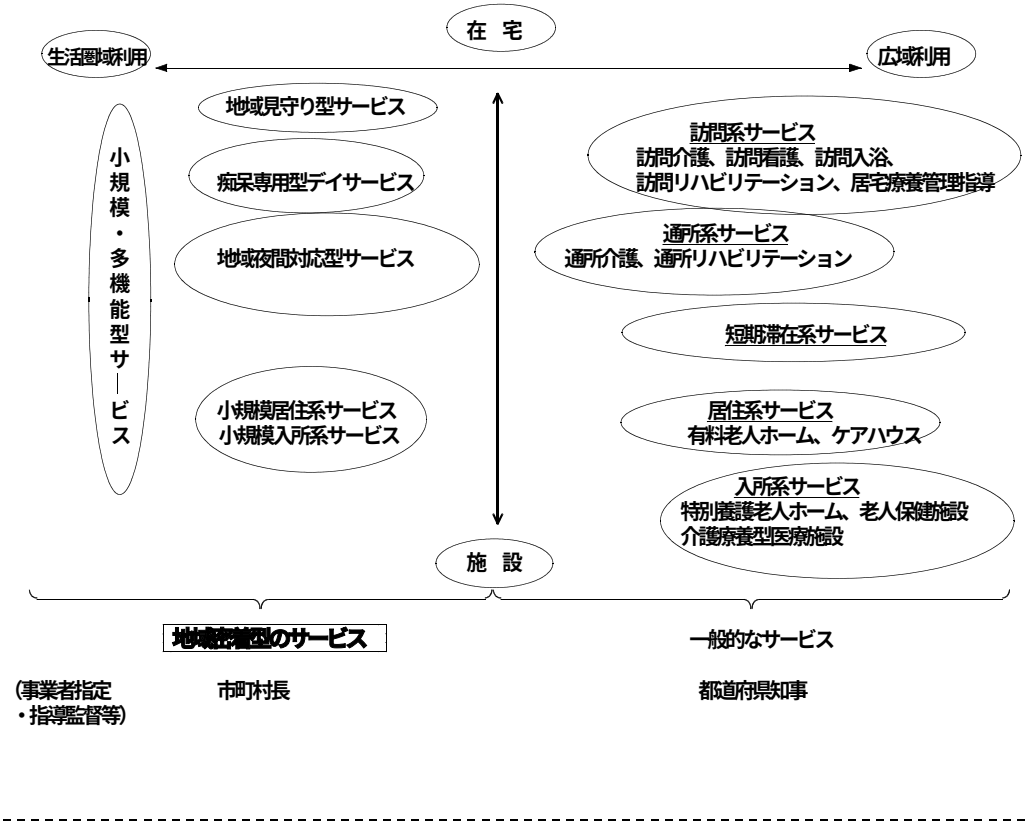
○　**「医療と介護の連携」**を進める観点から、以下のような点について、医療保険との関係を含め必要な見直しを行う。

①　地域における医療と介護を通じた包括的・継続的マネジメントの推進

②　医療ニーズの高い重度者に対応した医療型多機能サービス

③　介護施設やグループホームにおける医療、ターミナルケアへの対応

〈地域密着型サービスの創設〉



Ⅲ．サービスの質の確保・向上

１．ケアマネジメントの体系的見直し

○　ケアマネジメントについては、公平・公正の確保、包括的・継続的マネジメント強化の観点から以下の点について見直しを行う。

①　在宅と施設、医療と介護の連携の評価
②　ケアマネジャー１人当たりの標準担当件数の見直し
③　ケアマネジャーの独立性の重視

また、ケアマネジャーについて、専門性の確立と責任・権限の明確化の観点から、研修の強化や資格の「更新制の導入」を行う。

２．「地域包括支援センター（仮称）」の整備

○　地域における総合的なマネジメントを担う中核機関として、次のような基本的な機能を持つ「地域包括支援センター（仮称）」を整備する。

①「総合的な相談窓口機能」
②「介護予防マネジメント」
③「包括的・継続的マネジメント」

３．「情報開示」の徹底と「事後規制ルール」の確立

○　利用者によるサービス選択を実効あるものとするため、全ての事業者を対象として「情報開示の徹底」を図ることとし、そのための開示情報の標準化と第三者による確認の仕組みを導入する。

また、実効ある事後規制ルールを確立する観点から、事業者の「指定更新制」の導入や、欠格事由の見直しなどを行う。

４．専門性を重視した人材育成と資質の確保

○　介護に携わる職種について「専門性の確立」を重視する観点から資格要件や研修の見直しを行う。特に痴呆ケアについて研修等の強化を図る。

また、介護職員について、将来的には「介護福祉士」を基本とする方向で研修等の体系的な見直しを行うとともに、施設長・管理者について研修等の強化を図る。

Ⅳ．負担の在り方の見直し

１．1号保険料の在り方

○　第１号被保険者（65 歳以上の者）に対する保険料については、現行方式を基本としつつ、被保険者の負担能力をきめ細かく反映したものとなるよう、**「現行の第２段階」について、負担能力の低い層の保険料負担を軽減する**等の見直しを行う。

○　また、市町村の保険料徴収事務の効率化等の観点から、現在「老齢年金」のみを対象としている**保険料の特別徴収について、「遺族年金」や「障害年金」も対象に加える**こととする。

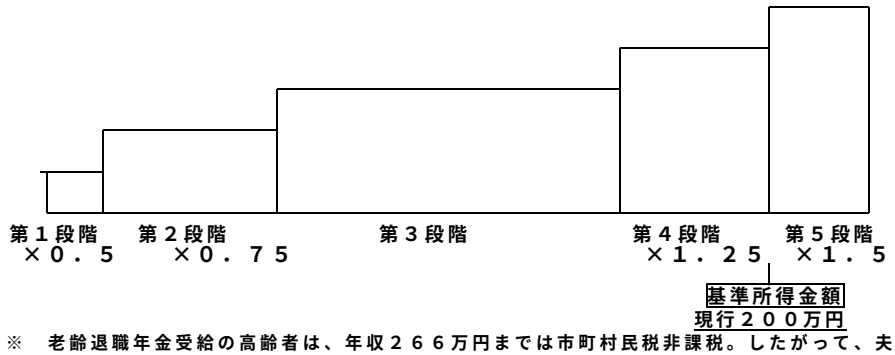
２．２号保険料の在り方

○　第２号被保険者（40 ～ 64 歳の者）に対する保険料は医療保険者が納付する仕組みとなっているが、今後第２号被保険者や医療保険者の代表が制度運営に関与していく方法を検討する必要がある。

〈介護保険料について〉

高齢者の保険料は、負担能力に応じた負担を求める観点から、原則として各市町村ごとの所得段階別の定額保険料としている。（５段階ないしは６段階）

段階	対象者	保険料	（参考）対象者見込数（第２期）	（第１期）
第１段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税かつ老齢福祉年金受給者	基準額 × 0.5	約 2%	約 2%
第２段階	市町村民税世帯非課税	基準額 × 0.75	約 34%	約 29%
第３段階	市町村民税本人非課税	基準額 ×１	約 39%	約 43%
第４段階	市町村民税本人課税（被保険者本人の合計所得金額が 200 万円未満）	基準額 × 1.25	約 13%	約 16%
第５段階	市町村民税本人課税（被保険者本人の合計所得金額が 200 万円以上）	基準額 × 1.5	約 12%	約 10%



※　老齢退職年金受給の高齢者は、年収２６６万円までは市町村民税非課税。したがって、夫婦それぞれの年金がこの額未満（計 532 万円）までは、市町村民税非課税となる。

※　第２段階～第５段階の該当者のうち、それぞれの段階の保険料を適用すると生活保護の被保護者となってしまう者については、被保護者とならないようより低い段階の保険料を適用する。

Ⅴ．制度運営の見直し

１．保険者機能の強化

○　市町村が**「保険者としての機能」**をより発揮できるようにするため、以下の点について見直しを行う。

①　被保険者に対する情報提供の充実
②　給付に関する保険者のチェック機能や政策評価機能の強化
③　市町村への「事業所の立ち入り権限」の付与
④　保険者の共同事業の実施、事務委託の整備

２．事業計画、基盤整備の在り方

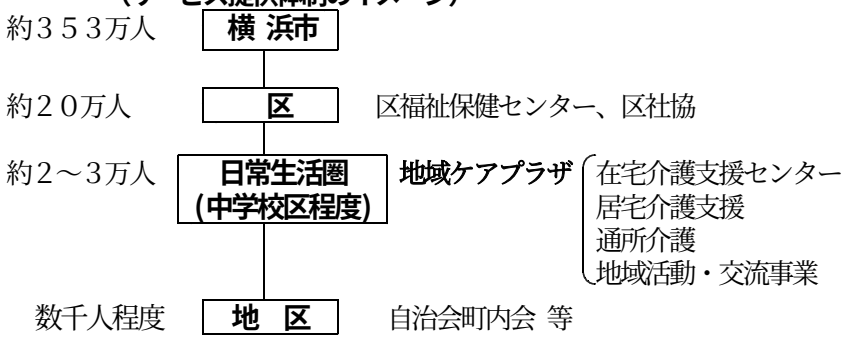
○　市町村の事業計画策定においては、①利用者の**「生活圏域」**単位に整備すべきサービスを定めるとともに、②介護サービス以外の施策に関する事項も盛り込む必要がある。

今後の基盤整備についても、従来のような個々の施設を対象とした「点」的な整備ではなく、「生活圏域」を単位とし、**地域の多様性を活かした「面」的な整備**を中心としていく必要がある。

〈横浜市における地域ケアの取組み〉

・保健・福祉サービスを身近な場所で総合的に提供する施設として「地域ケアプラザ」を中学校区程度の地域ごとに１ヶ所ずつ整備する計画（18行政区ごとに１ヶ所）。
・H16年１月現在、96ヶ所が運営。管理運営は社会福祉法人に委託。今後は、療法人等にも委託対象を拡大予定。

（サービス提供体制のイメージ）



Ⅵ．見直しの進め方

○　制度見直しに当たっては、①地域の基盤や実施体制の整備に一定の準備期間を要する項目と、②サービスの適正化や保険財政の健全化の観点からできる限り速やかに実施すべき項目に区別して、施行スケジュールを検討する必要がある。

第３　被保険者・受給者の範囲について

１．これまでの経緯

○　介護保険制度において**「被保険者・受給者の範囲」**をどうするかは、当初から大きな論点の一つであった。検討時から様々な議論が行われる中で、老人保健福祉審議会・最終報告では「65 歳以上の高齢者」とされた。

○　その後与党内の論議を経て、最終的には**「老化に伴う介護ニーズ」**に応えることを目的として、**「40歳以上の者」**とする現行制度がとりまとめられた。それと合わせて、法附則第２条で、この問題は施行後５年の見直し検討の課題の一つとして掲げられた。

２．問題の所在

○　今回問われているのは、**「被保険者・受給者の対象年齢を引き下げるべきかどうか」**という問題である。この問題は、介護保険制度のみならず、障害者施策の在り方などに大きな影響を及ぼす。

（１）介護保険制度との関わり

①　「被保険者の範囲」と「受給者の範囲」は厳密には異なる問題ではあるものの、「負担」と「受益」は連動するのが基本であるので、両者は実際上は**「表裏の関係」**　にある。

②　対象年齢の引き下げは、「老化に伴う介護ニーズ」への対応という制度の基本骨格の見直しにつながる。現行制度では、第２号被保険者の給付は「15 の特定疾病」に限られているが、40 歳未満への対象年齢の拡大は、こうした**「介護原因に関する制限」の見直し**に連動するものである。

③　財政面では、対象年齢の引き下げは「制度の支え手」の拡大を意味している。なお、若年者の保険料負担の趣旨としては、現在は「世代間扶養」が中心であるが、仮に若年障害者へ適用するとするならば、**「同世代間支援」**の面が強くなる。

（２）障害者施策との関わり

①　現行では、65 **歳以上の「高齢障害者」は、介護保険制度を優先して適用**した上で、介護保険制度でカバーしていないニーズは障害者施策からサービスを提供する仕組みとなっている。

　対象年齢の引下げは、基本的に同様な形で、64 歳以下の若年障害者について介護保険制度を適用することを意味している。

②　仮に介護保険制度を若年障害者に適用する場合には、障害者施策との関係では、障害者の特性に対応した介護サービスの内容やケアマネジメントの在り方、介護以外の就労支援等のサービス提供の在り方などが具体的な論点になってくる。

３．介護保険部会における審議状況

○　介護保険部会においては、積極的な考え方と慎重な考え方に分かれており、現時点では**「両論併記」**とした。

（１）積極的な考え方

①「介護ニーズの普遍性」の観点

○　介護を必要とするすべての人が、年齢や原因、障害種別等を問わず、公平に介護サービスを利用できる「普遍的な制度」への発展を目指すべき。諸外国の介護制度においても年齢や原因により区分する仕組みとはなっていない。

②「地域ケアの展開」の観点

○　介護保険制度が目指す「地域ケア」の方向は障害者福祉においても共通する基本理念。地域ケアにおいては、年齢や障害種別によってサービスが分断されるべきでない。

③「介護保険財政の安定化」の観点

○　制度の支え手を拡大し財政安定化の対策を講じることは制度の「持続可能性」を高めることにつながる。

④「障害者施策の推進」の観点

○　障害者に対するサービスを社会連帯を理念とする介護保険制度の対象とすることにより、障害者福祉を国民がより身近な問題として受け止める契機になる。また、地域や個人によるサービス利用の格差が縮小するものと考えられる。

（２）慎重な考え方

①「保険システムに馴染むのか疑問」との観点

○　若年者が障害者となる確率は低く、障害の原因が出生時やそれより前であることも多いことから、保険システムには基本的に馴染まないのではないか。

②「保険料負担の増大」の観点

○　若年者にとっては新たな負担が課されることになり、介護保険料や国民健康保険料の未納や滞納が増えるおそれがある。また、これまで税で賄われてきた福祉サービスを保険方式に切り替えることは、負担を安易に企業に転嫁するものである。

　障害者福祉サービスについて、支援費制度のように支給限度額などの仕組みがないままに介護保険制度に組み入れていくこととなれば介護保険にも大きな混乱を招くおそれがある。

③「現行サービス水準の低下不安」の観点

○　現に支援費サービスを利用している障害者にとって、介護保険制度の要介護認定や支給限度額の仕組みが適用されることにより、利用できるサービス量が減るおそれがある。

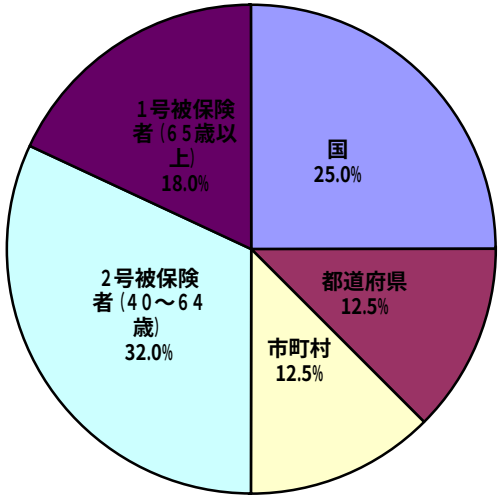
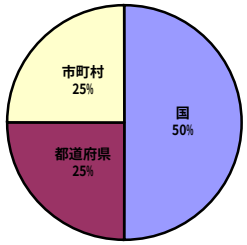
④「時期尚早である」との観点

○　支援費制度の導入からまだ１年余であり、まず、制度の効率化や給付の公平化等の改善策の検討が優先されるべきである。また、ケアマネジメント体制の確立等に時間を要することから、受け皿の準備が十分でない現状では時期尚早である。

（３）今後の進め方

○　当部会では**「被保険者・受給者の範囲」の問題について**現時点では一定の結論を得るには至らなかった。このため、この問題については、国民的な論議をさらに深める観点から、**今後、当部会において引き続き議論を進めていく**こととする。

高齢者介護・障害者福祉各制度の比較

	介護保険制度	支援費制度	精神障害者福祉施策
費用	６兆１２６７億円 （施設：３兆２４１２億円 在宅：２兆８８５５億円）	６９４６億円 （入所施設：４５０６億円 在　　宅：２４４０億円）	４３８億円
財源			○居宅生活支援事業（６０億円） （国：５０%、都道府県・市町村２５%） ○社会復帰施設運営費（３７８億円） （国・都道府県各５０%）
利用人数	３０９万人（１６年１月審査分）	３２万人（１５年４月分、一部重複あり）	３万人（１５年４月分、施設は定員ベース）
制度比較	・応益負担（高額介護サービス費制度による限度額あり） ・ケアマネジメントに基づくサービス提供 ・要介護認定により支給額の上限を設定	・応能負担 ・ケアマネジメントは制度化されていない ・支給量は基本的に各市町村の裁量	・ホームヘルプは応能負担、施設等は食費等の実費を負担 ・ケアマネジメントは制度化されていない ・ホームヘルプの支給量は、基本的に各市町村の裁量

※　費用は１６年度の予算ベース。介護保険制度の施設・在宅の内訳は、１６年度予算の総費用と１６年１月審査分のサービス利用状況を基に推計。支援費制度の通所施設は在宅に分類。

介護保険制度の見直しに関する意見

平成１６年７月３０日

社会保障審議会介護保険部会

目　次

はじめに

第１　制度見直しの基本的な考え方
- **Ⅰ．見直しの基本的視点** ---------- 1
  - １．３つの論点
  - ２．見直しの基本的視点
- **Ⅱ．基本理念の徹底** ---------- 5
  - １．全般的な施行状況
  - ２．基本理念から見た課題
- **Ⅲ．新たな課題への対応** ---------- 16
  - １．将来展望
  - ２．新たな課題への対応

第２　制度見直しの具体的内容
- **Ⅰ．給付の効率化・重点化** ---------- 28
  - １．総合的な介護予防システムの確立
  - ２．施設給付の見直し
  - ３．その他のサービスの見直し
- **Ⅱ．新たなサービス体系の確立** ---------- 42
  - １．地域密着型サービスの創設
  - ２．居住系サービスの体系的見直し
  - ３．医療と介護の関係
  - ４．その他のサービスの見直し
- **Ⅲ．サービスの質の確保・向上** ---------- 52
  - １．ケアマネジメントの体系的見直し
  - ２．地域包括支援センター（仮称）の整備
  - ３．情報開示の徹底と事後規制ルールの確立
  - ４．専門性を重視した人材育成と資質の確保
  - ５．公正・効率的な要介護認定
- **Ⅳ．負担の在り方の見直し** ---------- 57
  - １．１号保険料の在り方
  - ２．２号保険料・納付金の在り方
  - ３．財政調整
- **Ⅴ．制度運営の見直し** ---------- 59
  - １．保険者機能の強化
  - ２．事業計画の見直し
  - ３．基盤整備の在り方
- **Ⅵ．見直しの進め方** ---------- 63

第３　被保険者・受給者の範囲について ---------- 64
- １．これまでの経緯
- ２．問題の所在
- ３．本部会における審議状況

はじめに

○　本部会は、介護保険法附則第２条の規定を踏まえ、介護保険制度全般に関して検討を行うため、昨年５月以来１６回にわたって審議を行った。はじめに介護保険制度の施行後の状況を検証し、その成果と課題について検討を加えた後、給付、負担、制度運営の各テーマごとに審議を重ねてきた。

○　介護保険制度は、２０００年（平成１２年）４月の施行以来、４年４ヶ月を迎えている。この間介護サービスの利用者は、在宅・施設をあわせて約３００万人へと２倍以上に増加し、制度に対する国民の評価は年々高まる状況にある。

○　介護保険制度は、基本理念として高齢者の「自立支援」を掲げ、これを実現するために、①利用者本位のサービス改革、②在宅ケアの推進、③地方分権の推進を政策目標として掲げている。制度創設時の基本理念から見て、相当程度の成果はあがっているものの、今後さらに基本理念を徹底していくために取り組むべき課題も多い。

　また、今後我が国は高齢化が急速に進展し、高齢者をめぐる状況も大きく変化することが予測される。こうした将来展望を踏まえ、高齢者の「自立支援」と「尊厳の保持」を基本とし、制度の「持続可能性」を高めつつ、①介護予防の推進、②痴呆ケアの推進、③地域ケアへの展開という新たな課題に今から取り組んでいくことが求められる。

○　こうした「基本理念の徹底」と「新たな課題への対応」の観点から、介護保険制度の見直しに関する基本的な考え方及び具体的内容について、本部会としての意見をとりまとめたので、以下報告する。この報告を一つの契機として、国民の間で広範な議論が進められることを期待したい。

○　なお、制度創設時からの大きな課題の一つである「被保険者・受給者の範囲」の問題については、現時点では一定の結論を得るには至らなかった。このため、この問題については、国民的な論議をさらに深める観点から、今後、本部会において引き続き議論を進めていくこととする。

第１　制度見直しの基本的な考え方

Ⅰ．見直しの基本的視点

－ 本部会はどのような視点から、介護保険制度の見直しを検討したかー

１．３つの論点

○　介護保険法附則第２条においては、法施行後５年を目途として制度全般に関して検討を加え、その結果に基づき必要な見直しを行うこととされている。本部会は、この規定に基づき、以下の３つの論点を中心に、制度見直しの方向性について検討を行った。

①「基本理念」を踏まえた施行状況の検証

制度創設時の基本理念を踏まえ４年間の施行状況を検証した結果、どのような成果と課題が明らかになったか。

②「将来展望」に基づく新たな課題への対応

将来展望に基づき、今後取り組むべき新たな課題は何か。

③「制度創設時からの課題」についての検討

「被保険者・受給者の範囲」など、制度創設時からの課題についてどう考えるべきか。

２．見直しの基本的視点

○　これらの論点を検討するに際して、本部会が制度見直しの基本的視点としたのは、以下の３点である。

（１）制度の「持続可能性」

（「老後を支えるシステム」として定着）

○　介護保険制度は２０００年（平成１２年）４月から施行されたが、制度施行後４年の間に、我が国の高齢者をはじめ社会経済全般に受け入れられ、おおむね順調な発展を遂げてきている。

　その結果、短期間のうちに、国民の老後生活における介護の不安に応える「基礎的な社会システム」として定着するに至っている。

（「持続可能性」を高めることが基本課題）

○　その意味で、今日介護保険制度に求められる最も基本的な課題は、制度としての「持続可能性」をより高めることに尽きると言っても過言ではない。すなわち、介護保険制度は、現在だけでなく将来にわたって、我が国の高齢者やその家族が生涯の生活設計を行う上で重要な柱の一つとして安定的に存在し、機能し続けるものでなければならないのである。

（将来を見据え「思い切った見直し」を）

○　今後我が国は、高齢化が急速に進展する時期にさしかかる。それだけに、「持続可能性」の視点からは、現状の成果に満足することなく、将来を見据えた「思い切った見直し」を早めに行うことが重要となる。公平かつ効率的な制度運営を目指す観点から、「必要な人に適切な給付が行われ、真に役立っているのか」、「制度運営に無駄はないのか」といった点について、これまで以上に厳しい目で施行状況をチェックし、『給付の効率化・重点化』を大胆に進めていく必要がある。そして、こうした取組は、負担の公平・公正や納得性を高めることにもつながるものである。

（２）「明るく活力ある超高齢社会」の構築

（「介護予防」の重要性）

○　今後到来する超高齢社会は、暗く沈滞した社会であってはならない。「明るく活力ある超高齢社会」を実現するためには、まず、３，３００万人（平成２７年）に達する高齢者が、できる限り健康で活動的な生活を送ることが重要である。このため、介護保険制度についても、「介護予防」の視点から、高齢者の心身機能、活動、参加といった生活機能の低下を予防して、要介護状態に陥らない、あるいは状態が悪化しないようにすることを重視する『予防重視型システム』へと切り換えていくことが求められる。

（経済活性化と地域再生への貢献）

○　また、介護保険制度については、経済へ及ぼす効果も重視される。制度創設によって、老後における介護不安が軽減されたことは、高齢者層が消費を拡大する下支えとなっている。

さらに、企業にとって、「介護」は超高齢社会において大きな期待が寄せられる成長分野の一つである。介護保険制度は、介護分野における資金調達システムを形成し、多くの民間企業やＮＰＯの参入を促進した。これにより新たな市場の開拓や雇用創出に大きな貢献を果たし、例えば、雇用で見ると介護分野は１３５万人の規模に拡大している。今後とも経済の活性化や地域再生の面で期待される役割は大きい。

（３）社会保障の総合化

（「社会保障改革」としての意義）

○　介護保険制度は、最も新しい社会保障制度として、既存制度の枠組みを超えた新たな視点を制度設計に積極的に取り入れた。中でも、医療と福祉という別々の制度で提供されてきた介護サービスを再構築し、市町村による一元的な制度運営を実現した意義は大きい。また、要介護認定、ケアマネジメントなど公平・適正化を促す仕組みや保険事務の電子化による効率的かつ事後評価が可能なシステム、財政安定化基金などの新たな取組は、その後の各制度の改革に影響を与えた。

年金との関係では、老齢年金からの保険料徴収制度を導入し、医療保険との関係においても、高齢者自身が保険料負担や利用者負担を行う制度設計としたことや社会的入院の是正を目的として掲げたことなどの点で医療保険改革の先導役を果たした。

以上のようなことから、介護保険制度は社会保障改革の「フロントランナー」としての役割を果たしてきたと言える。

（「社会保障の総合化」の牽引役）

○　その意味で、今後介護保険制度に求められる重要な役割は、「社会保障の総合化」を引き続き牽引していくことである。

すなわち、社会保障制度に関して、介護、年金、医療等の各制度間の機能分担を明確化するとともに、相互の調整を進めることであり、これにより、制度の重複や空白を解消し、社会保障制度全体を効率的かつ効果的な体系へと見直していくことである。

○　介護保険制度は、当初から保険料について年金からの徴収や医療保険との一体徴収を行うなど、各制度と連携し運営コストをできる限り効率化するシステムを取り入れている。今後はさらに一歩踏み込んで、各制度との機能分担や調整を行うことが求められる。

年金との関係では、例えば、欧米諸国では介護施設入所者の居住費用や食費は、入所者の自己負担として年金で支払われることが前提となっているが、こうした施設入所・入院者に関する年金と介護保険の給付調整に取り組む必要がある。

また、医療保険や保健事業との関係では、相互の機能分担や連携を進めるとともに、我が国の保健医療システムを、疾病や生活機能の低下を予防し保険リスクとしてマネジメントする『予防重視型システム』へと転換していく役割を担うことが期待される。

（「地域」を基盤とした安心を与えるシステム）

○　さらに、国民一人一人の視点に立って、介護を含む様々なニーズに対応したサービスが、生活の場である「地域」において提供されるようにする必要がある。このため、生涯を通じて、包括的かつ継続的に安心を与えるシステムを確立し、支援を必要とする人のニーズを社会全体で支えるという「社会連帯」に基づいた改革を目指すことが重要である。

Ⅱ．基本理念の徹底－施行状況の検証－

－ ４年間の施行状況を検証した結果、どのような成果と課題が明らかになったか－

１．全般的な施行状況

（１）２０００年（平成１２年）４月　－制度のスタート－

（「現場の努力」に支えられ、円滑にスタート）

○　１９９４年（平成６年）からの制度検討に始まり、紆余曲折を経て介護保険法が国会で成立したのは１９９７年（平成９年）１２月であった。施行までの３年余りの間にも、１号保険料の半年間徴収猶予など制度をめぐり様々な動きがあったが、その間、市町村や介護サービス提供者をはじめ多くの関係者は、この新たな社会保険システムを円滑にスタートさせるために地道な努力を傾けた。２０００年（平成１２年）４月、不安に包まれながらも大きな混乱もなくこの制度がスタートできたのは、こうした現場の努力の積み重ねがあったからである。

○　１９９５年にスタートしたドイツ介護保険制度は、我が国に比べると簡易な制度であり、段階的施行であったにもかかわらず、６０万人の高齢者が要介護認定待ちとなるなど大きな混乱を招いたことを考えると、我が国における円滑なスタートは評価されるべきものである。

（２）第１期＝2000（平成12）年～2002（平成14）年　－制度の浸透－

（サービスの急速な拡大）

○　介護保険制度に対する最大の不安と懸念は、「保険あってサービスなし」という言葉に表されるように、高齢者のニーズに対応できるだけのサービスが円滑に整備できるかどうかであった。ところが、実際には、サービス基盤の整備のスピードは予想をはるかに上回るものであった。「ゴールドプラン（高齢者保健福祉十カ年戦略）」に基づき１０年かかって整備してきたホームヘルプサービスやデイサービス、ショートステイのいわゆる在宅三本柱は、施行後わずか３年で２～３倍にまで事業規模が拡大した。

○　また、規制緩和の流れの中で新規参入が相次ぎ、営利法人の事業者数は３年間余りで２倍以上に増加し、既存の事業者もサービス拡大に乗り出した。さらに、サービス不足が懸念された地域においても社会福祉法人やＮＰＯなどが地域に密着したサービスを展開していった。痴呆性高齢者グループホームという新たなサービスも急拡大し、介護保険施行前夜の平成１１年と比較すると、事業規模は５０倍の伸びを見せている。また、新たに導入されたケアマネジャーの養成は急速に進み、平成１５年度末までに合格者数は約３０万人に達した。

○　在宅サービス利用の急速な増加には、措置時代に既にサービスを利用していた人が利用量を増やした面もあるが、最も大きな要因となったのは、新たにサービスを利用し始める人が飛躍的に拡大したことであった。３年間余りで在宅サービス利用者は２００万人以上へと倍増し、現在も一ヶ月平均３万人増のペースで利用者の拡大が続いている。こうした結果、従来見られていた地域や個人による在宅サービス利用の格差は縮小し、一部にはサービスの地域偏在は残るものの、全体としてサービスの「均てん化・平準化」が進むこととなった。

（利用者やその家族が「制度の意義」を実感）

○　利用者の拡大に伴い、制度に対する認知度も高まった。その中で、利用者自身やその家族が「家族の介護負担が軽くなった」「サービスを選びやすくなった」等、制度創設による意義を感じるようになり、「介護の社会化」が進むとともに、制度に対する国民の評価も年々高まる状況にある。

　また、不安要因の一つであった「要介護認定」も、利用者や家族から概ね高い評価を得た。我が国独自の試みとして導入された要介護認定基準は、平成６年以来５年間、延べ１０万人の高齢者を対象とする国の大規模調査研究プロジェクトの成果に基づき作成されたものであった。現行の認定はその後の検証でも要介護状態をかなり正確に反映しており、懸案だった痴呆性高齢者に対する認定の問題も、平成１５年度の認定基準見直しにより精度の向上が図られた。

（地方分権の「試金石」）

○　介護保険制度は、住民に最も身近な自治体である市町村が保険者となって制度運営や財政責任を担い、市町村ごとに給付と負担が連動する地方分権的な仕組みとして設計された。このため、地方分権の「試金石」とまで言われた。

　そうした中で、首長自らが先頭に立って、制度の円滑な施行に向けて精力的な取組を進めた市町村が数多く見られた。

○　特に、市町村が住民の理解を得るために努力を傾けたのが、保険料の徴収であった。保険料の試算段階から積極的な情報公開を進め、サービスの在り方を含め住民の合意形成を図ったり、広域化により市町村間の保険料の均一化を目指すなど、各市町村は、「給付と負担が連動する」社会保険方式の円滑な導入に心を砕いた。

○　さらに、介護保険事業計画の策定を通じて、地方自治体における情報公開が進むとともに、地域住民が制度の企画・運営に積極的に参画する動きも現れた。元気な高齢者などがボランティアとして地域の手作りサービスに参加したり、利用者とサービス事業者の間を橋渡しする「介護相談員」となったりするなど、介護保険制度を契機に住民自らが地域社会を支えるネットワークづくりに取り組む例も多く見られた。

（３）第２期＝2003（平成15）年～現在 －制度の定着と見直しの検討－

（初めての保険料と介護報酬の改定）

○　サービス利用の拡大に伴い、介護費用も急速に増大した。このため、多くの市町村はいかにして増大する費用と負担をバランスさせるかを考慮しながら、２００３年（平成１５年）４月に制度創設後初めての保険料改定を迎えた。その結果、各市町村の１号保険料の全国平均は、費用の増加を反映して、月額２，９１１円から月額３，２９３円へと約１３％の上昇となった。

○　また、国においても初めての介護報酬改定が行われ、介護保険財政の状況や施行後の経営実態等を勘案し、全体としては２．３％のマイナス改定となった。その内容は、在宅重視、自立支援の尊重、サービスの質の向上などの観点から見直すもので、在宅サービスは平均０．１％のプラス改定であったのに対し、施設サービスは平均で 4．0％のマイナス改定となった。

（制度が定着するとともに、課題が明らかに）

○　第２期目に入ってもサービス利用は拡大を続け、２００４年度（平成１６年度）の介護費用は６兆円を超えることが見込まれている。制度として定着する時期を迎えているが、一方では後ほど述べるように、様々な課題が明らかになってきている。

　また、財政安定化基金からの貸付けを受けた保険者数は第１期の初年度と比較すると倍増しており、かつての老人医療費の伸びを凌ぐ勢いで介護費用が増大する中で、将来展望として「持続可能性」の視点からの懸念も高まっている。

２．基本理念から見た課題

○　介護保険制度の基本理念は**「自立支援」**、すなわち、高齢者が自らの意思に基づき、自らの有する能力を最大限活かして、自立した質の高い生活を送ることができるように支援することである。そして、この理念の実現のために、**①サービスの改革**、**②在宅ケアの推進**、**③地方分権の推進**を主な政策目標として掲げている。

こうした基本理念や政策目標に照らして現在の施行状況を見ると、相当程度の成果はあがっているものの、基本理念を徹底する観点から今後取り組むべき課題も多い。

（１）サービスの改革 －「量」から「質」へ－

（サービスの改革＝利用者本位の仕組みへ）

○　介護保険制度は、サービス面では「利用者本位」の仕組みへ改革することを中心的な政策目標に置いている。このため、行政がサービスの配分を行う「措置」制度は利用者が「契約」に基づきサービスを選択する仕組みに改められたが、これは、「措置」からの脱却により利用者にサービス利用に対する「権利意識」と「コスト意識」を芽生えさせ、質の高いサービスが選択されることを目指すものであった。

そして一方では、サービス供給の拡大を図るため、民間企業を含め多様な事業主体による介護サービス市場への参入が進められ、競争を通じてサービスが提供されることとなった。

（問われる「サービスの質」）

○ こうした改革の結果、サービスの利用量は急増したが、それに伴い「サービスの質」をめぐる問題が大きな課題となってきている。利用者から寄せられている苦情の多くもサービスの質や内容に関するものであり、「説明・情報の不足」や「従業者の態度」などの問題を指摘する声も強い。また、不正により指定取消しを受けた事業者も年々増加している。

諸外国においても、近年の介護制度改革においては「サービスの質」の確保・向上に重点を置いた改革が進められている。「介護」という人的サービスにおいて、「量」不足がある程度解消された後は「質」への要求が高まることは必然的な流れとも言える。

（求められる「情報開示」と「事後規制ルール」の確立）

○　介護保険制度は、「事前規制から事後規制へ」という『規制改革』の大きな流れの下で、様々な事業主体の参入を認め、利用者の適切な選択と事業者間の競争によりサービスの質を確保する仕組みを導入した。公的財源で支えられる市場における規制改革の「リーディングケース」として、市場の急速な拡大や雇用・地域経済への貢献等の点では大きな成果をあげたと言える。

○　しかし、「サービスの質」を担保する公正な市場ルールや実効ある事後規制システムという観点から見ると、必ずしも十分であるとは言い難い。この意味で、今後求められるのは、①利用者の選択を実効あるものにするための情報開示の徹底と、②劣悪なサービスを迅速に排除する実効ある事後規制ルールの確立である。

（体系的な見直しが必要な「ケアマネジメント」）

○　ケアマネジメントは、利用者にとって最適な「サービスパッケージ」を多職種協働・連携により総合的に「設計」し、提供するものである。「利用者本位」の仕組みを確立する上で重要な柱となるケアマネジメントが、公平・公正に機能することはサービスの質を確保する上でも不可欠である。

○　しかし、現状は「途半ば」と言わざるを得ない。ケアマネジャーに対する利用者の評価は概ね高いが、その業務の現状を見ると、サービス担当者会議など本来業務に十分な時間が投入できていない状況にある。また、ケアプランの内容も軽度者については、プランに組み込まれたサービスが必ずしも要介護状態の維持や改善につながっていないとの指摘がなされている。

○　こうした状況の背景としてケアマネジャーの「多忙」があげられるが、その要因としては、軽度者を中心とした利用増により、ケアマネジャー一人当たりの担当件数が多くなっていること、また、本来、市町村が積極的に関与すべき介護サービス以外の生活支援業務を含めた支援困難ケースをケアマネジャーが抱え込んでいることなどがある。

○　さらに、ケアマネジメント事業所の９割以上は他のサービス事業所や施設と併設されており、併設型の場合、自らのサービスをケアプランに位置付ける傾向があることから、公正・中立の観点から改善が必要であると指摘されている。

（施設における「質の向上」）

○　一方、施設についても、多くの場合、多床室における集団的なケアが中心であり、入所・入院者にとって在宅生活との落差が大きく、「サービスの質」の面で改善すべき点は多い。

施設の現場では、こうした現状を見直す動きが出てきていることから、今後とも「個室・ユニットケア」をはじめとする個別ケアの実現に向けて積極的に取り組んでいくことが重要である。また、施設入所・入院者の重度化が年々進んでいるが、身体拘束の問題などのほか、施設における医療の確保やターミナルケアへの対応、在宅復帰に向けたリハビリテーションの点で十分とは言い難い状況にあると指摘されている。

（人材の資質向上）

○　「サービスの質」を確保するためには、それに携わる人材の資質向上と雇用・労働環境の改善が不可欠である。これまでは「サービスの量」の確保が優先されてきたこともあり、ケアの専門性や雇用・労働環境などの点で取り組むべき課題は多い。

このため、今後増加する痴呆性高齢者へのケアを含め、人としての生き方全体を支援する専門性の高い人材を確保する観点から、介護福祉士など介護職員の資格・研修システムや雇用・労働環境の在り方、さらには施設長や管理者の在り方が問われている状況にある。

（「量」から「質」へ）

○　以上のような状況を踏まえ、今後の見直しに当たっては、介護保険制度によって実現されたサービスの多様性を尊重しつつ、情報開示の推進や実効ある事後規制ルールの確立、ケアマネジメントの体系的な見直し、施設ケアの質的向上や人材育成の在り方の見直しなどを進め、「サービスの質」に基づいた、適切な選択と競争が行われる方向を目指す必要がある。

（２）在宅ケアの推進 －「在宅支援の強化」と「利用者負担の見直し」－

（在宅サービス利用の現状）

○　介護保険制度は、高齢者が介護が必要な状態になってもできる限り在宅での生活が継続できるよう、「在宅ケア」を推進していくことを政策目標の一つとしている。このため、前述の規制改革は在宅分野を中心に進められ、在宅サービスの大幅な拡大と多様性の確保が図られてきた。その結果、在宅サービスの利用者数は２．３倍に増加し、費用額で見ても、制度創設時には、在宅と施設の割合は３：７であったものが、現在では５：５近くにまで増加している状況にある。

　このように在宅サービス利用は量的には急速に拡大しているが、一方で要介護度４や５といった重度者は半数以上が施設に入所・入院しているなど、現状の在宅サービス基盤は必ずしも十分とは言い難い。

（施設志向をどう考えるか）

○　施設志向にも依然として強いものがある。その実態を見ると、高齢者本人はできる限り在宅生活を継続することを希望しているが、実際には家族などの意向で入所・入院の申込みが行われている状況がある。なお、特別養護老人ホームへの入所希望者のうち、ケアの観点から早期に施設入所することが望ましいと考えられる者は、全体の２割程度に過ぎず、入所申込者の中には在宅生活の継続に対する不安から「予約的」な申込みをするケースも少なくないとの調査結果も報告されている。

（重度者の在宅サービスをめぐる課題）

○　施設志向の要因としては、まず、前述の在宅サービスに関する課題があげられる。在宅生活の継続を支える条件としては、夜間・緊急時を含む２４時間対応、医療との連携などが指摘されているが、特に、重度者は医療と介護のニーズを併せ持つ場合が多く、「医療と介護の連携」を強化する必要がある。医療との関係については、サービス面における連携や継続性の問題、医療保険と介護保険の役割分担の問題など、未だ十分に整理されていない課題が多く、報酬の在り方も含めた対応が求められている。

（在宅と施設の利用者負担の不均衡）

○　さらに、施設志向の要因として、在宅と施設の間の「利用者負担の不均衡」の問題が存在している。すなわち、現行では、在宅の場合、居住費用や食費は全額自己負担が原則であるが、施設の場合はこれらの費用は保険給付の対象となっていることから、全体としての利用者負担は在宅の方が重いという状況にある。

○　世論調査においても、在宅と施設の負担の均衡を図るために、施設に関する給付範囲を見直すことに６割が賛成しており、また、市町村が介護保険制度見直しに当たり優先して取り組むべきと考える課題の上位に、この問題があげられている。

国際的に見ても、欧米諸国では、施設入所者の居住費用や食費は自己負担が原則であり、我が国の介護保険制度においても、ケアハウスなどの特定施設や痴呆性高齢者グループホームでは、居住費用や食費は自己負担となっている。

（社会保障制度間の給付の重複）

○　なお、施設における保険給付の範囲については、「社会保障の総合化」の観点からも問題点が指摘されている。これは、居住費用や食費といった基礎的な生活費用は年金制度において保障されているにもかかわらず、施設入所・入院者については、介護保険制度でもこうした費用が給付の対象となっており、給付が重複しているというものである。

（多様な「住まい方」の選択肢の確保）

○　在宅と施設という問題については、自宅での生活が困難になった時の選択肢が、事実上施設しかないという現状を変えていくことも重要である。すなわち、「自宅」か「施設」か、といった二者択一的なサービス体系を改め、地域において、自宅以外の場所で、必要な介護や生活支援サービスを受けながら生活を継続できるよう、多様なケアと「住まい」の組み合わせの選択肢を用意していく必要がある。

（施設入所・入院の在り方）

○　在宅ケア推進の観点からは、施設への入所・入院は、本来、最後の選択肢として位置づけられる。現在でも、特別養護老人ホームへの入所においては、入所申込者の要介護度等を勘案し必要性が高いケースを優先する対応がとられているが、今後はこうした状況や入所・入院者の実態を踏まえ、施設入所・入院の対象者の重度者への重点化及び施設サービスの重度化への対応も検討課題として考えられる。

（在宅ケアの推進）

○　以上のような現状を踏まえ、今後の見直しに当たっては、在宅支援体制の強化とともに、在宅と施設の利用者負担の不均衡の是正や多様な住まい方の選択肢の確保とサービス提供形態の多様化等を通じ、「在宅ケアの推進」を一層図っていくことが必要である。

（３）地方分権の推進－市町村の「保険者機能」の強化－

（市町村を中心に）

○　介護保険制度は、住民に最も身近な基礎的自治体である市町村を保険者として位置づけるとともに、「市町村介護保険事業計画」を通じて計画行政を展開できるようにするなど、市町村を中心に置いた仕組みを導入した。制度はおおむね順調に実施されてきているが、これは、多くの市町村が介護保険制度を自らの制度と認識し、主体的な運営に努めてきたことによる。

（保険料水準の地域格差）

○　一方、施行後４年を経た現在も、市町村の保険料水準に地域格差が存在していることは事実である。市町村の保険料水準の格差は、利用者一人当たりが使うサービスの量、すなわち「一人当たりサービス利用額」と「要介護認定率」の２つの要因により決まる。特に、サービス利用額は、施設給付費との相関が極めて高く、施設の利用率が高い市町村ほど、保険料水準も高くなる傾向にある。

○　市町村は、それぞれの事業計画に盛り込まれたサービス見込み量をもとに保険料水準を３年ごとに定めている。しかし、サービスの供給量を決める事業者の指定・指導監督権限は都道府県知事に所属しているため、計画策定時に想定していなかったサービス供給増に対しては、保険者として十分関与できていない状況にある。

（保険者機能の強化－サービスへの関与－）

○　今後市町村が保険者としてより主体性を発揮した運営を行っていくためには、サービスの量や質について保険者としての関与を強めていくことが必要である。サービス体系についても、地域の独自性や創意工夫が生かせるような方向で見直しを進め、財政面だけでなくサービス面も含めた地方分権の徹底を図っていくことが重要となる。

　また、透明性の高い制度運営を行う観点から、例えば被保険者に対する「介護費通知」の普及などを図っていくことが考えられる。さらに、医療保険者や２号被保険者などの給付に対する関与の在り方についても負担に対する納得性を高める観点から検討していく必要がある。

（保険料の設定・徴収方法）

○　さらに、制度の安定的・効率的運営のために、保険料の設定や徴収方法についても必要な見直しを行っていくことが求められる。保険料徴収については、老齢年金からの特別徴収を実施していることなどから収納率は９８．４％に達しており、国税や地方税よりも高い徴収率を維持しているが、今後も更なる改善を図っていく必要がある。

Ⅲ．新たな課題への対応－将来展望－
－将来展望を踏まえ、今後取り組むべき新たな課題は何か－

１．将来展望 －「２０１５年の高齢者像」－

（１）将来を見据えた取組の重要性

（長期間かかるサービス体制の整備）

○　介護保険制度の見直しに当たっては、１０年後、さらには２０年後といった将来を見据えた取組が重要となる。これは、介護保険制度を支える基盤である「地域のサービス体制」は、短期間のうちに整備できる性格のものではないからである。高齢者のニーズに真に対応したサービス体制の整備には、地域の拠点づくりから始まり、それを支える人材の養成・確保、ネットワークの整備等が必要となるし、事業者にとっては安定的なビジネスモデルづくりも欠かせない。そして、何よりも利用者の間に制度が浸透し、制度が十分に活用されるようになるまでには時間を要する。

○　したがって、１０年後の時点で時代の要請に即したサービス体制を構築しようとするならば、今の時点から関係者挙げて取り組まなければならないこととなる。実際、２０００年にスタートした介護保険制度も、その基本となるサービス体制は、１９９０年から始まった「ゴールドプラン」の１０年間にわたる実績によるところが大きい。

（２）「２０１５年の高齢者像」

（これから１０年間は、高齢化の「最後の急な上り坂」）

○　それでは、１０年後の２０１５年の我が国の高齢者像とは、一体どのようなものであろうか。

まず、高齢化の進展状況を見ると、６５歳以上の高齢者割合（高齢化率）は、２００５年からの１０年間は３０％増というスピードで増加する。これは最も多くの人口を有する年齢層である「戦後のベビーブーム世代」が、２０１５年に高齢期を迎えるからである。

その後の伸びが１０％程度にとどまることから見ても、これからの１０年間は、我が国が高齢化の「最後の急な上り坂」を駆け上がっていかなければならない時期と位置づけることができる。そしてこれを登り切った２０２５年には、高齢者人口は３５００万人というピークを迎え、その後は安定的に推移することとなる。

（高齢者の独居世帯が５７０万世帯に）

○　今後１０年の間に、高齢者の世帯状況も大きく変化する。２０１５年には高齢者の独居世帯は約５７０万世帯に達し、高齢者夫婦のみ世帯も約６１０万世帯にまで増加すると見込まれている。２０００年時点と比べると、ともに倍増に近い。独居世帯の約７０％は女性であるが、一方では男性の独居世帯の伸びが高いことも特徴である。

（「都市の高齢化」が急ピッチで進む）

○　高齢化の状況を見ると地域差も大きい。高齢者の増加、特に独居世帯の増加は 大都市近郊で著しい。都市部では、現在、高齢化率が１４％～１６％と全国平均を下回っているが、今後１０年間にこれが１．５倍～１．６倍に高まるなど、急激な高齢化の波が押し寄せてくる。これに対し、既に高齢化率が２０％を超えている地域は、今後１０年間で１．２倍程度しか増加せず、ある程度安定することが見込まれている。

（高齢者の多数は厚生年金受給者に）

○　年金の受給状況を見ると、今後、基礎年金のみの受給者の割合は減少し、高齢者の多くは厚生年金受給者となる。これらの層は平均的に見れば、老後生活においても年金を中心とした安定的な収入が確保される一方、サラリーマンとして長年にわたる職住分離の生活を送ってきたことから地域との関わりが希薄であるという特色を有している。さらに、我が国の経済成長とともに消費と流行を牽引してきた、多様な価値観とニーズを有する層でもある。

（介護ニーズも変化する）

○　高齢者の介護に関するニーズも大きく変わることが見込まれる。内閣府の世論調査（平成１５年７月）を見ても、「望ましい在宅での介護形態」については「家族だけで介護されたい」とする回答は８年前の調査に比べて半減する一方、「ホームヘルパーなど外部の者の介護」に多くを期待する回答が４割近くまで大幅に増加しており、しかもその割合は現在の高齢者層より今後高齢期を迎える層の方が高くなっている。また、居住環境として介護施設においても個室での生活を望む声は一層高まるであろう。

（痴呆性高齢者は２５０万人に）

○　介護において深刻な問題となるのが、痴呆性高齢者の問題である。現在でも要介護認定者の２人に１人は、痴呆の影響が見られる高齢者であり、その数は約１５０万人にのぼっている。こうした痴呆性高齢者は、このまま推移すると２０１５年には約２５０万人にまで増加することが予測されている。その中で、現在約７０万人とされている重度の痴呆性高齢者は、２倍近くの約１４０万人にまで増加することが見込まれている。

（高齢者の権利擁護が重要な課題に）

○　また、近年高齢者に対する虐待が大きな問題となっているが、調査結果によれば、虐待を受けている高齢者の実に８割が痴呆の症状を呈している。さらに、痴呆性高齢者については消費者被害の問題も生じている。今後痴呆性高齢者が増加するのに伴い、こうした問題はますます深刻化するおそれがあり、社会全体において高齢者の権利をいかに擁護していくかが重要な課題となってくるものと考えられる。

２．新たな課題への対応

（１）基本となる「サービスモデル」の転換

（現行制度における「サービスモデル」）

○　現行の介護保険制度において基本となっているサービスモデルは、１９９０年代から形成されてきたものであった。すなわち、

① サービスの主眼を、高齢者が要介護状態に陥った以降のケアに置いた**「介護」モデル**、

②「寝たきり老人ゼロ作戦」に象徴されるように、脳卒中等により身体的障害を有する高齢者を主な対象とする**「身体ケア」モデル、**

③ そして、在宅介護においては、家族の同居をある程度想定した**「家族同居」モデル**である。

（求められる「サービスモデル」の転換）

○　これから１０年間に予想される我が国の変化は、介護保険制度に基本的な変革を求めるものである。制度の基本となるサービスモデルについても、

①**「介護」モデル**は**「介護＋予防」モデル**へ、

②**「身体ケア」モデル**は**「身体ケア＋痴呆ケア」モデル**へ、

③**「家族同居」モデル**は**「家族同居＋独居」モデル**へ

の転換が求められていると言える。こうしたサービスモデルの転換により、介護保険制度は、「持続可能性」の観点から将来の環境変化に対する対応能力を高め、２１世紀にふさわしい制度へ向けて新たな地平を切り拓くことが可能となる。

（２）介護予防の推進－「介護」モデルから「介護＋予防」モデルへ－

（２０１５年は、「介護予防」の真価が問われる）

○　高齢化の進展状況において介護保険制度の視点から注目すべきは、「後期高齢者（７５歳以上)」の動向である。なぜならば、要介護高齢者全体の実に８割が後期高齢者であり、要介護者割合（要介護認定者数／高齢者数）も前期高齢者が４％であるのに対して、後期高齢者は２６％にのぼるからである。

この後期高齢者数は、２０１５年時点では1，５００万人であり前期高齢者数を下回るが、その後の１０年間で３０％程度増加し、２０２５年には2，０００万人を超え、前期高齢者数と逆転する。一言で言えば、介護保険制度において高齢化の影響が最も深刻に現れるのは、２０１５年以降の時期である。

○　一方、前期高齢期やそれより早い年齢において有効な介護予防対策を講じれば、後期高齢期になっても要介護状態となることを相当程度防止できるものと考えられる。したがって、介護保険制度において、今後１０年間に実効ある介護予防システムを創り上げ、制度全体を『予防重視型システム』へと転換していくことは、これからの介護費用の増加を極力抑え、最も深刻な事態が予想される２０１５年以降の時期を乗り切る上で、不可欠な課題なのである。

（介護予防サービス体系の現状）

○　介護予防とは、単に「介護保険の対象者となることを防ぐ」ことではなく、「生活機能」の低下を防ぐことにより、健康で生き生きした生活や人生を創ることである。

現行制度において、介護予防に関連するサービスとしては、

①　老人保健法に基づき、市町村が４０歳以上の住民を対象として実施している「老人保健事業」における機能訓練等のサービス、

②　要介護認定で「非該当」となった者や要支援者などを対象に市町村が実施している「介護予防・地域支え合い事業」の中の介護予防サービス、

③　介護保険制度において、要支援者を対象とする「予防給付」や要介護者を対象とする「介護給付」として提供されているリハビリテーション等のサービス、

④　医療保険制度におけるリハビリテーションの一部、

などがあげられる。

（マネジメントシステムをめぐる課題）

○　これらのサービスについては、介護予防の視点から見て多くの課題が指摘されている。

まず、「マネジメントシステム」に関する課題である。現行の各制度・事業は統一的な体系とはなっておらず、対象者に空白や重複があるほか、サービスの整合性も確保されていない。そして、現在のマネジメントの内容やプロセスも、介護予防にふさわしいものとは言い難い。したがって、実効ある介護予防システムを実現するためには、何よりも「統一的なマネジメントシステム」の確立が重要な課題となる。

（サービス内容をめぐる課題）

○　また、介護保険制度等で提供されているサービスの内容についても課題が多い。

制度施行後、対象者が倍増している要支援や要介護１といった軽度者については、ケアプランの内容は大半がいわゆる単品プランであり、サービス内容も、生活援助（特に「家事代行」）型の訪問介護、通所介護、福祉用具貸与等の割合が高くなっている。

介護保険制度本来の在り方から見れば、軽度者に対するサービスは利用者の要介護度の維持や改善につながることが期待されるが、実態としては、軽度者の改善率は低く、予防効果を示していないのではないかとの指摘がなされている。

（介護予防サービスにおける基本的考え方）

○　介護予防サービスを効果あるものとするためには、個人一人一人から出発して、その人の生活機能向上にとって最良のものを提供するという「個別性重視」の視点に立ったサービスを提供する必要がある。特に軽度者については、早い段階から、個々人の状態像に応じた効果的な介護予防サービスを適切に提供し、生活機能の低下を防止することが重要である。

（「総合的な介護予防システム」の確立）

○　このような観点から、現行の制度・事業について、その在り方を基本的に見直し、「総合的な介護予防システム」の確立を目指すことが望まれる。

　このため、介護保険制度について、軽度者に対するサービス内容を見直すとともに、老人保健事業や介護予防・地域支え合い事業の再編成も視野に入れ、要介護状態になる前の段階から統一的な体系の下で効果的な介護予防サービスが提供されるような体制の整備を進めていくことが求められる。

（３）痴呆ケアの推進－「身体ケア」モデルから「身体ケア＋痴呆ケア」モデルへ－

（現行制度は「身体ケア」が基本）

○　我が国における高齢者サービスの本格的な整備は１９９０年（平成２年）からの「ゴールドプラン」に始まる。このプランでは柱の一つが「寝たきり老人ゼロ作戦」であったように、サービスの主な対象は身体的障害を有する高齢者であり、介護保険制度もそうした流れの中で制度設計が行われた。

一方、我が国で痴呆性高齢者の問題が本格的に取り上げられるようになったのは、介護保険制度が成案化された時期より後の１９９０年代後半からであった。このため、介護保険制度は、サービスメニューに痴呆性高齢者向けのグループホームを盛り込んではいるものの、その基本は「身体ケア」に置いている。

（「痴呆ケア」へも軸足を）

○　今回の見直しにおいては、今後１０年間で約２５０万人に増加する痴呆性高齢者に対応するため、介護保険制度の軸足を「身体ケア」だけでなく、「痴呆ケア」へも置くことが求められる。

国際的にも、痴呆性高齢者の増加に伴い、痴呆ケアの重要性が高まっている。１９８０年代から取り組んでいるスウェーデンなどの北欧諸国はもちろんのこと、我が国に先立ち介護保険制度を導入したドイツにおいても、当初は痴呆性高齢者に対応したサービスがなかったが、２００２年の改正で痴呆ケアへの対応が制度上位置づけられることとなった。

（痴呆ケアの基本とは）

○　それでは、「痴呆ケア」において基本となる考え方とは、どのようなものであろうか。

痴呆性高齢者は、記憶障害が進行することに伴う不安や焦燥感から徘徊などの行動障害に陥りやすく、また、環境変化に対する適応が難しいことから、環境要因によって症状が悪化しやすい特性を有している。さらに、家族等の痴呆に対する知識や理解が十分でない場合、発見や対応が遅れて症状の悪化を招いたり、受容の困難さから高齢者の虐待に至るようなこともある。

○　こうした特性を有する痴呆性高齢者に対しては、まず、本人の人格を尊重して、その人らしさを支えること、すなわち「尊厳の保持」が基本に置かれなければならない。そして、本人の不安や環境変化への対応の困難さに配慮し、なじみの人間関係や環境の下で、高齢者が自分自身のペースでゆったりと安心して過ごすことができるよう、個々人の生活そのものを組み立てていくケアが必要となる。

この点で「痴呆ケア」は、必要な時にスポット的に行うケアや、大規模な施設などでの集団的・画一的なケアとは、質的に異なるものである。さらに、人材についても、痴呆性高齢者の状態を的確に把握し、本人のみならず家族も支えることができるような、専門性の高い資質が求められる。

（地域における支援体制の重要性）

○　また、痴呆性高齢者については、早期の段階からの適切な診断とそれを踏まえた対応が重要であり、このため、本人のみならず家族への支援を含めた、地域における継続的かつ総合的な支援体制を確立する必要がある。さらに、痴呆性高齢者の虐待の防止や権利擁護のための地域体制を整備することも重要である。

この場合、主治医やケア担当者等の専門職はもちろんのこと、地域の住民についても、痴呆に関する正しい知識を有し、本人や家族を支える存在となることが望まれる。

（痴呆ケアに対応したサービス体系の構築）

○　こうした観点を踏まえ、介護保険制度におけるサービス体系について、「痴呆ケア」モデルに対応できるように基本的な見直しを進めていくことが求められる。

具体的には、痴呆性高齢者の多様なニーズに対応した「小規模でかつ多機能なサービス」が、小学校区や中学校区といった「生活圏域」の中で提供されるようにしていくことである。これは、環境変化の影響を受けやすい痴呆性高齢者の特性に配慮し、高齢者が身近な場所で切れ目のないサービスを継続的に利用できるようにすることを目指すものであり、痴呆ケア以外にも通じる考え方である。

（痴呆ケアへの重点的な資源投入）

○　一方、効率性の点から見ると、こうした小規模多機能型のサービスについては、大規模・画一的なサービス形態と比べ、個々のサービスごとに必要とされる資源投入が多くなることは避けられない。

したがって、今後介護保険制度においては、痴呆性高齢者の増加に伴い「痴呆ケア」に資源を重点的に投入していくことになり、それにかかる費用は大幅に増大していくものと考えられる。それだけに、限りある社会資源を適切に活用する観点から、前述のように、軽度者については、「介護予防」の観点からできる限り給付を効率化していくことが求められていると言えよう。

（４）地域ケアへの展開－「家族同居」モデルから「家族同居＋独居」モデルへ－

（「地域ケア」の重要性）

○　Aging in Place －「高齢期になっても、住み慣れた地域で人生を送る」これは、多くの人々に共通する願いである。

今日、高齢者が住み慣れた地域を離れざるを得なくなる大きな要因の一つが「介護」である。特に、これは独居世帯においては決定的な意味を持っている。したがって、超高齢社会では、たとえ独居の高齢者が介護が必要となっても、それまでの生活を継続できるような社会を実現することが大きな課題となる。

その鍵を握るのは「地域」の有り様である。高齢者の自立した生活を支えることができる「地域ケア」体制が存在するならば、生活の継続は可能となる。高齢者の独居世帯や夫婦のみ世帯が合わせて１，０００万世帯を超える時代を迎える中で、こうした地域ケアの重要性はますます高まるものと考えられる。

（在宅と施設の「二元論」を超えて）

○　ここで言う「地域ケア」は、これまでの「在宅ケア」と「施設ケア」の「二元論」を超える概念として位置づけられる。

現在においても、在宅ケアと施設ケアは急速に接近しつつあるが、その動きはさらに早まることが予想される。今後高齢者の独居世帯や重度者を支える観点からは、在宅ケアでは「夜間・緊急時の対応」を含めた３６５日・２４時間の安心を提供する体制整備が必要となるし、一方、施設ケアにおいては、「在宅に近い環境」の下での個別ケアの実現が求められる。将来の方向として、両者を統合した地域ケアへの展開を目指すべき時期を迎えていると言えよう。

（包括的なケアの提供）

○　こうした地域ケアにおける重要な柱として、次の３点があげられる。

第１点は、介護ニーズだけでなく、それ以外の様々な生活支援ニーズに対応した「包括的なケア」である。

高齢者の生活全体を支える観点から、まず、地域で生活を続けていく上で何らかの支援が必要になったときに、高齢者や家族が身近な場所で気軽に相談できる窓口が必要となる。そして、ケアの提供にあたっては、介護保険制度の介護サービスだけでなく、医療ニーズが必要となった時の医療サービスや様々な生活援助サービス、さらにはボランティアや地域住民などによるインフォーマルなサービスなどとも連携した対応が求められる。このように高齢者のニーズに幅広く対応した、包括的なケアの提供が目標となる。

（継続的なケア体制）

○　第２点は、包括的なケアを一貫性のある形で「継続的に提供する体制」である。

高齢者が住み慣れた地域で、最期までその人らしい生活を送るためには、要介護状態になる前からの日常的な健康管理や介護予防に始まり、介護が必要になった時には介護サービスが、そして最期にはターミナルケアが切れ目なく、一貫した体制の下で提供される必要がある。

このためには、利用者一人一人について地域で主治医やケアマネジャーをはじめ様々な職種や人材が連携しながら継続的にフォローアップする体制を確立することが求められる。

前述の「包括的なケア」を言わば『横軸』の視点とするならば、この「継続的なケア」は『縦軸』の視点と言える。こうした「包括的・継続的なケア」を支える総合的なマネジメント体制が、「地域ケア」には欠かせない。

（地域を支える基盤）

○　第３点は、「地域を支える基盤」である。

地域、すなわち「コミュニティ」を支える基盤には、福祉や医療関連の施設だけでなく、「住まい」や他の公共施設、交通網、さらには、こうした地域資源を繋ぐ人的なネットワークも含まれる。地域ケアにおいては、これらが有機的に連携し、地域に住む人々の生活を支えるものとして、機能することが重要となってくる。

したがって、基盤整備においても従来のような個々の施設に対する「点の整備」ではなく、身近な生活圏域において様々なサービス拠点が連携する「面の整備」が求められる。また、地域住民が公共サービスを含めた様々なサービスの担い手として参加し、コミュニティの再生や新たな公共空間の形成に積極的な役割を果たすことが期待される。

（普遍的なシステムとしての意義）

○　以上述べた「地域ケア」への展開は、介護予防や痴呆ケアの目指す方向であるばかりか、年齢や障害等の区別により分断されている様々なサービスを、利用者の視点に立って組み立て直すことにもつながるものである。すなわち、地域での生活を望み、何らかの支援を必要とする全ての人を支える「普遍的なシステム」の確立につながるものであると言える。

第２　制度見直しの具体的内容

○　第１では、介護保険制度見直しの「基本的な考え方」を述べてきたが、ここでは、それを踏まえ、制度見直しの具体的内容として、①給付の効率化・重点化、②新たなサービス体系の確立、③サービスの質の確保・向上、④負担の在り方の見直し、⑤制度運営の見直しの５つの観点から、検討すべき課題を取り上げることとする。

Ⅰ．給付の効率化・重点化

１．総合的な介護予防システムの確立

（１）基本的な考え方

（『予防重視型システム』への転換）

○　介護保険制度については、制度の「持続可能性」を高める観点から、将来を見据え思い切った「給付の効率化・重点化」を進めていく必要がある。そのためには、個々のサービスについて必要な見直しを行うだけでなく、制度全体を『予防重視型システム』へと構造的に転換していくことが重要である。

（ケアマネジメントの重要性）

○　介護保険制度の基本理念である「自立支援」の観点からすれば、介護サービスが利用者の要介護状態の改善や悪化防止を目標に提供されることはむしろ当然の前提である。介護保険制度創設と同時に導入されたケアマネジメントは、まさに、利用者一人一人の心身の状況や能力を適切に評価し、本人の自立支援の観点から必要な介護サービスを提供するための仕組みであり、現在の介護予防をめぐる課題の多くは、「マネジメント」が本来の機能・役割を十分に果たしていないことに起因している部分が大きいと考えられる。

　その意味で、「総合的な介護予防システム」の確立のためには、Ⅲで後述する「ケアマネジメントの体系的見直し・強化」が不可欠であり、両者が一体となって初めて真の意味での『予防重視型システム』への転換が実現されると言っても過言ではない。

（予防重視型システムへの視点）

○　『予防重視型システム』への転換を進める上では、要介護高齢者の状態像についての科学的・体系的な把握・理解が不可欠である。この点に関して、平成１６年１月に取りまとめられた「高齢者リハビリテーション研究会」（座長：上田敏（財）日本障害者リハビリテーション協会顧問）の報告書を踏まえつつ整理すると、以下のとおりである。

（対象となる高齢者の状態像ー３つのモデルー）

○　まず、介護予防・リハビリテーションにおいては、「高齢者の状態像」に応じたアプローチが重要である。高齢者の状態像としては、上記の報告書では、大きく次の３つがあげられている。

①「脳卒中モデル」：脳卒中や骨折等を原因疾患とし、急性に生活機能が低下するタイプ。要介護３以上の中重度者に多い。

②「廃用症候群モデル」：廃用症候群（生活の不活発さによって生じる心身機能の低下）や変形性骨関節症などのように徐々に生活機能が低下するタイプ。要支援、要介護１等の軽度者に多い。

③「痴呆モデル」：上記に属さない、痴呆などを原因疾患とする要介護者のタイプ。

（今後重要となる「廃用症候群モデル」）

○　上記のうち、これまで我が国で主要な対象となってきたのは「脳卒中モデル」であるが、今後は「廃用症候群モデル」の重要性が高まるものと考えられる。

実際、介護保険制度において著しく増加しているのは、要支援、要介護１などの軽度者であり、今や全体の５割近くを占めるに至っているが、こうした者の多くは「廃用症候群モデル」に該当する者である。これらの軽度者の原因疾患は筋骨格系の疾患をはじめとした慢性疾患が多く、下肢機能の低下や栄養状態の悪化による生活機能の低下、環境変化をきっかけとした閉じこもりや初期の痴呆・うつなど、要介護状態に至る過程や要介護状態の態様は様々である。

（「廃用症候群モデル」への対応）

○　こうした人々に対しては、要介護となった原因やそれまでの生活歴、本人を取り巻く環境要因の変化等を十分に踏まえ、本人の能力を適切に評価して、それをできる限り引き出すことが重要である。

この点で、これまでの医療や介護の現場での「過度の安静」の指導や「かわいそうだから何でもしてあげるのが良い介護である」といった考え方が、かえって本人の能力の実現を妨げ、いわゆる廃用症候群を引き起こしているとの指摘がある。例えば、歩行できるにもかかわらず、不適切な車いすの使用により、次第に歩行不能に陥る場合や、家事を行う能力があるにもかかわらず、家事代行型の訪問介護サービスを利用し続けることにより、能力が次第に低下し、家事不能に陥る場合もあると指摘されている。

（介護予防・リハビリテーションの基本的在り方）

○　こうした「廃用症候群モデル」に対する介護予防・リハビリテーションについては、

①　生活機能低下の危険性を早期に発見し、軽い段階から短期・集中的な対応を行うこと、

②　サービスの提供は必要な時に、比較的短期間に限定して、計画的に行うこと、

③　高齢者の個別性や個性を重視し、一人一人に応じた効果的なプログラムを用意すること

が、基本的な在り方として求められる。

（２）「総合的な介護予防システム」の全体像

（現状における課題）

○　一方、我が国の現状は、こうした基本的な在り方とは、かなり、かけ離れた状況にあると言わざるを得ない。

現行制度で高齢者に対し介護予防・リハビリテーションの観点から提供されているサービスとしては、市町村事業として実施されている「老人保健事業」や「介護予防・地域支え合い事業」のサービス、介護保険制度における「予防給付」や「介護給付」の一部、医療保険制度におけるリハビリテーションの一部など様々なものがある。

しかし、これらのサービスは、①制度・事業の一貫性や連続性に欠け、対象者に空白や重複があること、②サービス内容も統一性がなく、各職種間の連携も十分でないこと、③対象者のニーズ・状況に関する的確なアセスメントや、サービスの結果に対する適切な評価が行われていないことなど、多くの課題を抱えている。

（「総合的な介護予防システム」の在り方）

○　このため、前述の基本的な在り方を踏まえ、現行の制度・事業を再編成した「総合的な介護予防システム」の確立を目指すことが重要である。具体的には、要介護状態になる前の段階から要支援、要介護１程度までの高齢者について、統一的な体系の下で、効果的な介護予防サービスを提供するシステムを構築することであり、その観点から、①統一的な介護予防マネジメントの確立、②市町村事業の見直し、③新・予防給付の創設が求められる。（図１）

ドイツの介護保険制度では、介護給付の利用者は給付を受ける前に適切なリハビリテーションを受けることが義務づけられている（「リハビリテーション前置主義」）が、我が国においても、こうした介護予防システムを確立し、『予防重視型システム』への構造的な転換を図ることが望まれる。

（３）統一的な介護予防マネジメントの確立

（介護予防におけるマネジメントの重要性）

○　本章の冒頭でも述べたように、現在の介護予防をめぐる課題の多くは、「マネジメントシステムの在り方」に起因していると考えられる。

具体的には、①要介護状態になる前の段階からの市町村による介護予防事業と介護保険制度のサービスの両者を貫く統一的なマネジメントが欠如しているという『体系上の問題』があるとともに、さらに、②軽度者の多様な状態像を踏まえつつ、早期に対象者を発見し、明確な目標と期間を設定して短期・集中的にサービスを実施・評価し、仮に一定期間内に効果がなければサービス内容や提供主体の変更も求めるといった「予防重視型マネジメント」が十分に制度化されていないという『内容・プロセスに関する問題』がある。

○　したがって、総合的な介護予防システムを確立するためには、いわゆる「廃用症候群モデル」に該当する者が多く、その状態像も多様な軽度者の特性を踏まえ、「アセスメントの実施」や「介護予防プランの策定」に始まり、短期間に集中的なサービス実施を行った後の「再アセスメント」に至るまでの一連のプロセスを管理する『介護予防マネジメント』をいかに構築するかが極めて重要となる。

（介護予防マネジメントの責任主体）

○　こうした特性を有する介護予防マネジメントについては、

①　明確な目標設定を行い、短期間に集中的にサービス実施と評価を行うという点で、長期継続管理・多職種協働を重視する介護給付のマネジメントとは、内容がかなり異なること、

②　要支援や要介護状態になる前の段階からを対象としており、その意味で地域の高齢者全般を視野に入れる必要があり、また、新・予防給付に基づくサービス利用後、要介護認定で「非該当」となった場合のフォローアップは、後述の市町村事業で担うことになること、

③　市町村は、老人保健事業をはじめとする保健事業の実績や保健師などの専門的な人材を有していること、

などから考えると、その責任主体としては、市町村が最もふさわしいものと考えられる。

なお、この場合のケアマネジャーの関わりについては、さらに検討が必要であるとの意見があった。

（4）市町村事業の見直し

（事業の一元化）

○　介護予防の観点から見ると、前述したように、要支援や要介護状態になる前の段階から生活機能低下の危険性を早期に発見し、適切な介護予防サービスを提供することが重要である。

このため、現在、介護予防の観点から公費に基づく市町村事業として実施されている「老人保健事業」や「介護予防・地域支え合い事業」についてはこれまでの事業の評価に基づき、これを基本的に見直し、サービス内容を介護予防に効果的なものに切り換えるとともに、市町村が介護保険制度などと有機的な連携を保ちながら、積極的に事業展開することが可能となるようなものへと一元化していくことが必要である。

なお、その具体的な内容については、後述する介護保険制度の「新・予防給付」との整合性に留意することが望まれる。

（事業の位置づけ）

○　こうした市町村事業の位置づけについても、「総合的な介護予防システム」の観点から再検討することが望まれる。具体的には、これらの事業は高齢者のみならず６５歳未満の者も対象としており、介護保険制度の新・予防給付との一貫性や連続性を考慮して、介護保険制度内の事業として位置づけ直すことが考えられる。

これについては、介護保険財政に与える影響等を考慮する一方、介護予防が介護費用の増大を抑制する効果も踏まえ、介護保険制度を補完する事業として、総合的な検討が望まれる。

なお、市町村事業の位置づけについては、①介護予防効果に関する定量的な分析をさらに進める必要があること、②社会保険制度として実施すべき内容かどうかの吟味を行う必要があることから慎重な検討が必要であるとの意見があった。

（５）「新・予防給付」の創設

（「新・予防給付」の必要性）

○　介護保険制度におけるサービスについても、軽度者の状態の改善・悪化防止に必ずしもつながっていないとの指摘が強い。このため、現行の要支援者を対象とする「予防給付」と、要介護者を対象とする「介護給付」の一部を再編成し、対象者や給付内容を見直した「新・予防給付」を創設することについて検討が求められる。

この新・予防給付については、介護予防の観点から、①明確な目標と実施期間の設定、②個別性の重視、③多様なサービス内容、④民間サービスや地域資源の積極的活用、といった考え方を基本とし、以下のような制度設計とすることが考えられる。

（対象者と「スクリーニング」）

○　まず、新・予防給付の対象者は、現行の「要支援」及び「要介護１」に該当する者が基本となる。ただし、例えば「要介護１」に該当する場合であっても、痴呆の症状等により介護予防が適切とは考えられないケースがある一方で、「要介護２」であっても介護予防が有効とされるケースも考えられる。

したがって、高齢者について、介護予防の対象者としてふさわしいかどうかを適切にスクリーニングすることが重要である。そして、このスクリーニングについては、要介護認定手続と一体的に行うなど効率的な手法を検討することが望まれる。

（「アセスメント」と「予防給付プラン」の作成）

○　前述のように、新・予防給付の対象となる軽度者の状態像は多様であることから、効果的な予防給付を提供するためには、一人一人の心身の機能を含む生活機能を把握する「アセスメント」を行うとともに、そのアセスメント結果に基づき、状態像に合った個別の「予防給付プラン」を作成する必要がある。

予防給付プランにおいては、サービス実施後の評価ができるよう明確な目標と実施期間を設定することが重要であり、この場合、利用者自身が効果を実感できるような、分かりやすい目標設定とすることが望まれる。

（給付の内容）

○　新・予防給付のサービスは、個々人の状態像に応じ、多様な内容のものが提供される必要がある。具体的なサービス内容については、その成果が科学的に検証されたものでなければならないことは言うまでもない。このような観点から、既存のサービスについて、介護予防の視点を踏まえた見直しを行い、適切かつ必要なサービスについては、新・予防給付のサービスメニューに盛り込んでいくことが重要である。

さらに、介護予防に関する研究を進めつつ、新たなサービスについても導入を検討していく必要がある。前述のような軽度者の状態像を踏まえると、例えば、筋力向上トレーニング（機械器具を使うものに限らない）、転倒骨折予防、低栄養予防、口腔ケア、痴呆症状の進行や閉じこもりの予防、フットケアなどが考えられるが、いずれにしても、どのようなサービスメニューを盛り込むかについては、モデル事業の実施等を踏まえ、さらに具体化と類型化を図る必要がある。

（サービス提供主体）

○　多様なサービス内容を用意していくためには、サービス提供主体についても、公共的な主体のみならず、民間事業者や地域のボランタリーな組織等様々な地域の社会資源を有効に活用することが求められる。

　また、できる限り現場の創意工夫が活かされるよう、介護保険制度から支払われる報酬についても、例えば、月単位やプログラム単位の包括的な設定とするなど、柔軟性のある仕組みを検討する必要がある。

２．施設給付の見直し

（基本的な考え方）

○　給付の効率化・重点化の観点から、現行の介護保険給付の在り方についても見直しを検討していく必要がある。特に、年金と介護など、社会保障制度間の機能の明確化と調整、在宅と施設の利用者負担の公平性などの観点から、『施設給付の見直し』が重要な検討課題になるものと考えられる。

（１）保険給付の範囲・水準の見直し

（「施設給付の範囲」の見直し）

○　施設給付については、年金給付との機能の調整や、施設志向の一因となっている在宅と施設の間の「利用者負担の不均衡」是正の観点から、できる限り速やかに、その範囲の見直しを行う必要がある。

　具体的には、介護保険からの保険給付は「介護」に要する費用に重点化することとし、この観点から、現在保険給付の対象となっている施設入所・入院者の居住費用や食費については、その給付の範囲や水準について見直しを検討する必要がある。

○　上記の見直しに当たっては、低所得者に対する配慮が必要となるが、その対応方策については、年金水準との関係や現行の社会福祉法人による減免制度との関係等を勘案しつつ、総合的に検討する必要がある。

　また、居住費用については、後述するような施設における居住環境との関係についても考慮する必要がある。

　さらに、こうした施設入所・入院者に係る保険給付の見直しに合わせて、通所系サービスなど在宅サービスについても、食費の扱いなど給付の範囲や水準の見直しを検討する必要がある。

（「給付率（利用者負担割合）」の見直しについて）

○　給付の効率化・重点化の観点からは、現行の９割の給付率を引き下げる（すなわち、１割の利用者負担を引き上げる）べきであるとの意見も出されている。

こうした考え方も選択肢の一つとして排除されるべきではないが、施設入所・入院者については、現行でも高額介護サービス費の上限（一般世帯では一月当たり３７，２００円）に達している場合が多いことから、給付率を引き下げても保険給付の水準（利用者の自己負担）がほとんど変わらないことに留意する必要がある。

また、仮に在宅も含めて一律に給付率を引き下げるとすれば、在宅サービス利用者の方が負担増となり、かえって施設志向を加速する可能性もある。こうしたことから、現行の給付率を引き下げることについては、現時点では慎重に考える必要がある。

なお、給付率については、一律に変えるのではなく、サービス内容により給付率を変えるなどの見直しを検討すべきであるとの意見も出された。

（２）施設サービスの在り方の見直し

（施設利用の見直し）

○　施設利用の在り方についても、これまでのような画一的な利用だけでなく、弾力的かつ柔軟な利用形態を認めていく方向で見直しを進める必要がある。例えば、現行の特別養護老人ホームのような「期限を定めない長期継続型」の利用形態だけでなく、一貫したケアマネジメントの下で、あらかじめ期間を決めて計画的に施設利用と在宅サービス利用を行う「計画的な定期利用」などの新たな利用形態も検討することが望まれる。また、「長期継続型」の利用については、入所・入院者の重度化という実態も踏まえ、対象者の重度者への重点化についても検討する必要がある。

（施設機能の地域展開）

○　施設が有している様々な機能を地域に展開していくことも検討する必要がある。例えば、既存の特別養護老人ホームが、その一部を小規模な居住拠点として地域に展開してサテライトとして運営することや、老人保健施設が、施設本体と一体的に運営する形で、その一部をリハビリテーション機能を中心とし、福祉用具等の技術支援や医療上の不安などにも対応できる総合的な在宅支援拠点として地域へ展開することなどが考えられる。こうした地域展開を進めていくため、基準・報酬の見直しについても検討していく必要がある。

（施設サービスの在り方）

○　介護保険三施設の機能については、三施設それぞれの入退所（院）者の実態等を踏まえると、①日常生活を支援する機能、②在宅生活への復帰を支援する機能、③長期の療養を支援する機能、に大別される。

今後の施設サービスの方向性としては、これらの機能の一層の明確化を図りつつ、三施設共通の課題として、「個別ケアの推進」「在宅との連携強化」「重度化への対応」があげられる。

まず、「個別ケアの推進」の観点から、できる限り在宅に近い環境の下で生活できるよう、利用者一人一人の個性と生活のリズムを尊重した「個室・ユニットケア」の普及を図っていくことがあげられる。このため、ユニットケアを担う人材の育成を進めるとともに、既存施設の改修も含めた施設の居住環境の改善を重点的に進めていく必要がある。居住環境の改善という観点からは、介護療養型医療施設の施設基準に関する経過措置についても見直しを検討する必要がある。

○　また、「在宅との連携強化」や「個別ケアの推進」等の観点から、施設におけるケアマネジメントについても、その在り方を検討する必要があり、身体拘束廃止を含む入所者の権利擁護の問題についても、一層の取組が求められる。

さらに、入所・入院者の「重度化への対応」という観点から、ターミナルケアも含めた医療との連携強化を図っていくことが重要である。このため、施設で提供できる医療の範囲や入所・入院者との継続的な関わりという観点からの主治医の役割、外部の専門医療機関を利用する際の医療保険との給付調整の在り方などについても、見直しを検討していくことが必要である。

３.その他のサービスの見直し

①訪問介護について

○　現行の訪問介護については、個別ケアの推進、生活機能の向上等の観点から、「身体介護型」「生活援助型」という区分を行為別・機能別に再編し、基準・報酬の設定について機能に応じた見直しを検討する必要がある。

　また、利用者が自ら実施できるにもかかわらず、掃除、調理等を利用者に代わって実施する「家事代行」型については、自立支援の観点から、給付の対象、期間、方法について見直しを検討する必要がある。

　なお、生活援助の見直しに関しては慎重であるべきとの意見があった。

②通所系サービス（通所介護、通所リハビリテーション）について

○　現行の通所介護、通所リハビリテーションについては、通所系サービスとして一元化を図るとともに、例えば、「リハビリテーション中心型」、「痴呆対応型」、「日常生活活動中心型」など機能別に類型化し、基準・報酬の設定について機能に応じた見直しを行う必要がある。

　また、前述の施設給付の見直しとの関係から、通所系サービスに係る食費等の在り方についても見直しを検討する必要がある。

③訪問リハビリテーションについて

○　現行の訪問リハビリテーションについては、退院・退所直後や生活機能が低下した際に、後述の福祉用具使用の指導との組み合わせなども含め、計画的、集中的に実施するなど、その機能の明確化を図り、基準・報酬についても見直しを行う必要がある。

④短期入所について

○　現行の短期入所（ショートステイ）の利用は、あらかじめ一定の期間を定めて計画的に利用する形態と必要な時に緊急的に利用する形態があるが、実態としては前者が大半を占めている。したがって、前述の施設利用の見直しも踏まえ、短期入所に関する基準や報酬の在り方について実態に即した見直しが必要である。さらに、緊急的な利用についても、現行制度では必ずしも十分に対応できない面もあることから、必要な時に適切なサービス提供が行えるような基準・報酬の見直しが求められる。

　また、前述の施設給付の見直しとの関係から、短期入所に係る食費等の在り方についても見直しを検討する必要がある。

⑤福祉用具について

○　福祉用具は、利用者自身が日常生活の中で確実にこれを使いこなすことにより自立支援や尊厳の保持につながるものであるが、現状では、状態像に合わない福祉用具の提供などにより、本人の自立を妨げ、かえって状態の悪化につながっているケースも見られる。また、費用の伸びは著しく、品目によっては価格が高止まりしているものもある。

○　こうした状況を踏まえ、今後は、

①　利用者やケアマネジャーに対し、福祉用具の選定・利用に関する適切な情報提供を行う、

②　個別性重視の観点から、一定の場合には専門職が関与する仕組みとするなど提供プロセスについても見直しを行うとともに、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションと組み合わせた福祉用具の使用方法の指導についても検討する、

③　事業者の責任の明確化を図るとともに、福祉用具の購入については、事業者の指定制度を導入する、

方向で検討する必要がある。

　また、福祉用具については、支給対象の適正化や給付率の在り方についても検討する必要がある。

⑥住宅改修について

○　住宅改修も福祉用具と同様、新たに導入したサービスであるため、まだ認知度も低く、その意義や効果についての研究・研修も不十分であり、利用者の自立支援の観点から問題のある利用事例が多い。

　利用者の状態像に応じた適切な住宅改修が行われるよう、利用者が改修前に市町村への申請を行う「事前申請制度」を導入するとともに、質の向上を図る観点から理由書の記載内容についても見直しを行う必要がある。

Ⅱ．新たなサービス体系の確立

１．地域密着型サービスの創設

（１）地域の特性に応じたサービス

（新たな「サービスモデル」への対応）

○　介護サービスの面では、将来展望を踏まえ、「痴呆ケアモデル」や「独居モデル」にも対応できるよう、身近な生活圏域で高齢者の「生活の継続性」が確保されるようなサービス体制の整備を目指すことが今後の大きな課題となる。こうした新たな「サービスモデル」への対応という観点からは、個々のサービス内容の見直しだけでなく、「サービス体系」の在り方についても検討が必要となるものと考えられる。

（「サービス体系」の見直し）

○　その点では、現行制度では、在宅、施設合わせて１８種類に及ぶ介護サービスが規定されているが、これらは全国的に共通するサービスとして位置づけられていることから、基準や報酬が画一的で、その内容も必ずしも地域の特性に即したものとなっていないとの指摘がなされている。

したがって、地域の特性に応じて、多様で柔軟な形態のサービス提供が可能となるようなサービス体系の確立が求められる。

こうしたサービス体系の確立により、利用者にとっても身近な地域で、定型的・画一的なサービスだけでなく、地域特性に応じた多様なサービスを利用できるようになり、選択の幅が広がることとなる。

（２）「地域密着型サービス」の内容

（「地域密着型サービス」の内容）

○　こうした点を踏まえ、介護保険制度において、①従来の全国的に共通する「一般的なサービス」と並んで、②サービス利用が主として市町村の圏域内にとどまるような「地域密着型サービス」を新たに制度化していくことが考えられる。

地域密着型サービスの具体例としては、後述するような「小規模・多機能型」のサービスや「地域夜間対応型」のサービス、「痴呆専用型」のデイサービス、「地域見守り型」のサービス、要介護者を対象とする「小規模の居住系サービス」や「小規模の入所系サービス」があげられる。（図２）

○　そして、サービスに関する基準や報酬の設定にあたっては、基本的な趣旨を踏まえ、定型的でなく、地域の特性に十分配慮した対応を行うとともに、地域の独自性や創意工夫を活かした新たな取組を積極的に汲み上げていく姿勢が望まれる。

なお、地域密着型サービスの導入に当たっては、サービスの地域間格差を固定化することのないように、配慮する必要がある。

（３）「地域密着型サービス」に関する指導監督

（事業者の指定・指導監督）

○　現行制度では、都道府県知事が介護サービス事業者の指定・指導監督を行い、指定の効果は全国に及ぶ仕組みとなっている。

これに対し、「地域密着型サービス」については、市町村が主体的な対応をとることができるよう、市町村長が事業者の指定・指導監督を行うとともに、市町村が介護保険事業計画に定めたサービス整備量を超える場合には指定拒否できる権限を市町村長に与える方向で検討する必要がある。また、介護報酬の設定においても、保険者である市町村の裁量を拡大していくことが考えられる。なお、この制度を導入する場合には、公平・公正な指定等を行うための透明性の高いプロセスの確保や、事務体制等の観点から小規模町村について広域化を推進することなど、その実施の方法については十分な検討が必要である。

一方、このような取組に合わせて、今後は、大規模・広域型施設の設置は極力抑制する方向で取り組むとともに、大規模な通所系サービス等についても、その適正化を図る必要がある。

（４）痴呆性高齢者グループホームの取扱い

（痴呆性高齢者グループホームの位置付け）

○　現行制度では、痴呆性高齢者グループホームは都道府県知事が指定する扱いとなっているが、地域とのつながりを重視する観点から、「地域密着型サービス」の一つとして位置づけることも考えられる。これにより、市町村が直接、痴呆性高齢者グループホームの指定・指導監督を行い、市町村内における設置について主体的に関与することが可能となる。なお、この場合でも、前述の小規模町村における広域化の必要性等は同様である。

（「住所地特例」について）

○　痴呆性高齢者グループホームについては、いわゆる「住所地特例」の対象とすべきであるとの意見が強い。しかし、この「住所地特例」という措置は、住民でありながら介護保険制度上は別の市町村の被保険者として扱われるという極めて例外的な措置であり、前述のような形で市町村による関与が強化されるとするならば、「住所地特例」をあえて拡大する必要があるか、住所地特例の在り方も含め、慎重に検討する必要がある。

２．居住系サービスの体系的見直し

（居住系サービスの意義）

○　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には、自宅生活が困難となった時の選択肢として、「施設」以外の多様な「住まい」を整備していくことが重要となる。

　このため、有料老人ホームやケアハウスといった「居住系サービス」について、地域や入所者のニーズの多様化を踏まえ、以下のような体系的見直しを行うことが考えられる。

（「特定施設入所者生活介護」の対象拡大）

○　居住系サービスに対するニーズに対応するため、適切な介護サービスの継続的・安定的な提供が担保されていることを前提に、「特定施設入所者生活介護」の対象を現行の介護付き有料老人ホームやケアハウス等以外にも拡大することが考えられる。また、居住系サービスについては、痴呆性高齢者グループホームの制度的な位置づけや住所地特例の在り方も含め、体系的な整理を行うことが必要である。

（サービス提供形態の多様化）

○　入所者のニーズ等を踏まえ、居住系サービスにおける介護サービスや生活支援サービス提供形態について、現行のような「包括型」だけでなく、要介護状態になる前からの住み替えにも対応できるよう事業者間の連携による「外部サービス利用型」も認めるなど、その多様化を図っていくことが必要であり、こうした観点から基準・報酬設定の在り方についても検討する必要がある。

　なお、現行は介護保険の対象となっていない養護老人ホームについても、上記のような居住系サービスの見直しを踏まえつつ、介護保険制度との関係をどのように整理するかについて検討を進め、早急に結論を得ることが必要である。

（サービスの質の確保と利用者保護）

○　一方、こうした高齢者向けの住まいについては、入居一時金や表示の問題、介護サービス等の提供に関する契約の履行をめぐる問題も発生している。また、介護保険制度の創設により多様なサービス提供主体の参入が可能となったことから、無届の有料老人ホームやいわゆる「老人下宿」のような制度の隙間をついた劣悪なサービスも増加している。

　居住系サービスの見直しに当たっては、上記のような規制緩和と併せて、契約内容等についての情報開示の徹底を図るとともに、利用者保護、公正取引の観点から適切な規制の在り方についても検討する必要がある。このような観点から、現行の老人福祉法における「有料老人ホーム」に対する規制について、その定義も含めた見直しを行う必要がある。

３．医療と介護の関係

（医療と介護をめぐる課題）

○　介護保険制度においては、制度創設当初から、医療と介護との関係について種々の議論が行われてきた。これをめぐる課題としては、大別すると「サービスの間の連携」に関わるものと、医療保険制度と介護保険制度という「制度間の分担・調整」に関わるものがある。

（地域における医療と介護の包括的・継続的マネジメント）

○　要介護状態になる前からの介護予防や、医療ニーズの高い重度の要介護者の在宅ケアの推進といった方向性を踏まえると、地域における医療と介護の連携は、今後一層重要性を増してくる。このためには、まず、在宅、医療機関、施設といった場所の変化により医療と介護の連続性が失われることのないよう、地域における包括的継続的なマネジメント体制を確立していく必要がある。このような観点から、後述するケアマネジメントの見直しにおいても、主治医とケアマネジャーをはじめとする医療と介護の多職種連携をより一層評価していく必要がある。

（重度者に対応した医療型多機能サービス）

○　また、難病など医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ重度者への対応や、在宅におけるターミナルケアへの対応などの観点からは、訪問看護ステーションや地域に密着した医療機関を主体とし、訪問看護や居宅療養管理指導といった訪問系の医療サービスに家族等の介護負担の軽減（レスパイト）を兼ねた通所機能などを付加し、在宅療養をより一層支援していくことも一つの方向性として考えられる。

（施設や居住系サービスにおける医療と介護の機能分担）

○　さらに、介護施設や痴呆性高齢者グループホームなどにおける入所者の重度化への対応という観点から、医療保険制度と介護保険制度の分担の在り方についての検討が必要である。

実態としても、特別養護老人ホームや痴呆性高齢者グループホーム、特定施設などにおいて終末期を迎えるケースが生じており、こうした施設や居住系サービスにおけるターミナルケアの在り方は大きな課題となっている。ターミナルケアに限らず、日常的な健康管理や緊急時の対応も含め、こうした施設や居住系サービス利用者が、外部の専門医療機関や訪問看護等を利用する場合について、医療保険との関係も含めた基準・報酬の在り方を検討していくことが必要であろう。

また、在宅との連携という観点からは、看護と介護の連携、施設入所時や短期入所時などにおける主治医の継続的な関わりやこれとの関連で施設における嘱託医の在り方など利用者にとってより適切な医療サービスと介護サービスが提供される体制の在り方について検討が求められる。

４.その他のサービスの見直し

①「小規模・多機能型」のサービスについて

（サービスの機能別類型化）

○　現行の介護保険サービスは、「在宅」と「施設」という二元的なサービス類型となっているが、生活圏域の中での多機能にわたるサービスを提供していく観点から、それぞれのサービスの機能に着目し、「訪問系サービス」「通所系サービス」「短期滞在系サービス」「居住系サービス」「入所系サービス」等に再編していくことが考えられる。

（「小規模・多機能型」のサービス）

○　「小規模・多機能型」のサービスとは、こうしたサービスの機能別類型化を踏まえ、小規模で、かつ「通い」「泊まり」「訪問」「居住」などの機能を利用者の視点に立って複合的に組み合わせ、利用者の状態の変化に応じて、継続的かつ包括的に提供する形態を総称するものである。

具体的には、多様な形態が考えられる。当初から小規模拠点に多機能にわたるサービスを備える形態もあれば、既存のものが機能を拡大する形態もある。例えば、小規模な通所系サービスが「通い」機能と併せ「泊まり」機能を持つ、あるいは、痴呆性高齢者グループホームが「居住」機能と併せ「通い」機能を持つ形態などである。いずれにせよ、「地域密着型サービス」の一つとして、地域の特性に応じた対応が求められる。

②「地域夜間対応型」や「地域見守り型」のサービスについて

○　今後増加する高齢者の独居世帯や重度者を在宅で支えていくためには、「夜間や緊急時の対応」が重要な意味を持ってくる。その点で、現行の訪問系サービスは、夜間は「定時」対応の巡回形態が中心であり、日中でも訪問は一定の時間帯に限られているため、夜間・緊急時の対応には限界がある。夜間・緊急対応のためには、個々の事業者が個別に対応するような形態ではなく、一定の地域を単位とし、その地域内の要介護者全体のニーズに「面的」に対応ができるサービス提供体制が求められる。

スウェーデンなどでは、夜間の対応として、地域ごとに介護担当者が巡回し、高齢者からの通報があった場合には直ちに対応がとれる態勢がとられている。我が国においても、「地域密着型サービス」の一つとして、地域における「夜間対応型」や「見守り型」のサービスを導入することも考えられる。

③訪問看護について

（重度者の家族支援）

○　在宅ケアをめぐる課題の一つは、医療ニーズの高い難病などの要介護者の在宅療養の支援である。こうしたケースは、訪問系サービスだけでは限界があり、家族は常時の介護のため身体的にも精神的にも重い負担を負っている。一方、現行の通所系サービスでこうした医療面でのニーズに対応できるものは数少ない。

こうした状況の中で、訪問看護ステーションの現場で家族等のレスパイトのために、日中の一定時間要介護者を預かる取組が始まっており、家族支援に成果をあげている。このような機能を併せ持つ複合型のサービスについても、新たなサービス形態として検討を進めることが望まれる。

（訪問看護をめぐる給付調整の問題）

○　また、現行制度では、医療保険制度の訪問看護との併用は末期の悪性腫瘍や難病等の場合に限定されており、さらに、痴呆性高齢者グループホームなどでは介護保険制度から訪問看護サービスへの給付は行えないこととなっている。ターミナルケアを含む医療ニーズへの対応という観点から、訪問看護については、介護保険と医療保険の間、あるいは在宅サービスの間の給付調整の在り方に関して見直しを検討していく必要がある。

④地域における「痴呆ケア支援体制」と「権利擁護」について

（早期発見・診断と「主治医」の役割）

○　痴呆ケアにおいては、早期の段階からの適切な診断とこれを踏まえた対応が重要であり、その意味で「主治医」の果たす役割は大きい。痴呆に関する医学的知見の進歩には著しいものがあり、地域の主治医の多くが痴呆に関する新しい医学的知見を有し、適切な診断や対応を行うとともに、家族等に対して痴呆ケアに関する助言や情報提供を行う体制が確立されれば、在宅介護の大きな支えともなる。

こうした観点から、今後、痴呆に関する主治医研修の充実や地域の専門医による主治医の支援体制を整備していくことが求められる。

（痴呆ケアのマネジメント支援）

○　また、利用者本位の視点に立った痴呆ケアの普及を図るためには、サービス従事者や管理者に対する研修を充実することと併せて、痴呆性高齢者の特性に配慮したアセスメントやケアプラン作成のための支援ツールの開発などの取組を進めていくことも重要である。

（権利擁護への取組）

○　痴呆性高齢者の増加を踏まえ、虐待の防止や権利擁護のためのシステムを確立していくことも重要な課題である。後述の「地域包括支援センター（仮称）」も活用しつつ、地域の高齢者の実態把握や総合相談、さらには、高齢者虐待に関する関係機関のネットワーク化や、成年後見の利用支援、社会福祉協議会が実施している地域福祉権利擁護事業の在り方なども含めた地域における権利擁護のための支援体制を強化していく必要がある。

⑤家族支援と現金給付について

（家族支援の必要性）

○　新たなサービスモデルとしては、「家族同居モデル」だけでなく「独居モデル」にも対応できるサービス体制の整備が求められるが、一方では、痴呆ケアの最も困難なケースを現に家族等が介護していることから見ても、介護を行っている家族等に対する支援をどう考えるかは重要な検討課題である。

その点で、介護保険制度においては家族介護に対する「現金給付」の取扱いが制度創設時から大きな争点となってきた。

（現金給付をめぐる議論）

○　１９９６年（平成８年）の老人保健福祉審議会の最終報告においても、現金給付については、積極的な意見と消極的な意見が併記された。すなわち、現金給付に積極的な意見として、①公的介護と家族介護の選択を認めるべき、②現物サービスを受けられない場合には保険料負担に対する見返りが必要、③介護により休退職した場合の収入減を補填すべき、などの意見がある一方、

現金給付に消極的な意見として、①現金の支給により家族介護が固定化するおそれがある、②重い状態が継続する方が現金を受けられるため、高齢者の自立支援を阻害する、③介護が密室化するとともに、介護の質の確保ができない、④サービス基盤の充実を阻害する、などの意見があった。

○　その後、与党内における議論等を経て、最終的には「家族介護に対する現金支給は、原則として当面行わない」こととされた。しかし、その後もこの問題は、制度施行を控えた時期に改めて政治問題となるなど、常に論議の的となってきた。

（制度施行後の状況）

○　介護保険制度の施行後４年を経て、当初の予想以上にサービスの利用は拡大した。したがって、制度設計時に議論となった「利用者が現物サービスを受けられない場合の保険料負担の見返り」としての現金給付の意義は薄れてきていると考えられる。また、国民の意識も「家族だけに介護されたい」とする者の割合が大幅に減少するなど、現金給付をめぐる状況は制度創設時と比べ大きく変化してきている。

さらに、現金給付を導入した場合には、介護費用はさらに大きく増大するおそれがあることから、財政的な面からも現金給付に対する消極的な意見が強まっている。

（家族支援の在り方）

○　一方、介護サービスを利用していない場合だけでなく利用している場合でも、多くの家族は何らかの心理的な負担や孤立感を感じており、特に、痴呆性高齢者を介護している家族の場合にこの傾向が強い。これに対して、市町村が実施している家族支援事業の多くは、家族への金品や介護用品の支給などであり、こうした家族のニーズには必ずしも十分に対応できていないとの指摘がある。

こうした点も踏まえ、今後、家族に対する相談・支援体制の強化を図るとともに、地域における「見守りサービス」や前述の医療型多機能サービスなどの家族のレスパイトサービスの充実を図っていく必要がある。

Ⅲ．サービスの質の確保・向上

１．ケアマネジメントの体系的見直し

（ケアマネジメントの体系的見直し）

○　ケアマネジメントについては、今後の給付体系の見直しなどを踏まえつつ、公平・公正の確保及び包括的・継続的マネジメントの強化の観点から次のような体系的見直しを行っていくことが必要である。

①　要介護者に対する「介護給付のマネジメント」については、包括的・継続的なマネジメントを強化することが重要である。このような観点から報酬についても、在宅と施設、医療と介護の連携を評価する方向で見直しを行う必要がある。また、ケアマネジャー１人当たりの標準担当件数など基準の見直しを行うとともに、独立性を高める方向での報酬の見直しが求められる。

②　前述のように市町村を主体とした「介護予防マネジメント」の確立が必要であり、「新・予防給付」のマネジメントについてもこの一環として位置づけることが必要である。

③　介護給付、新・予防給付、介護以外の生活支援サービス、高齢者に対する情報提供、地域のマネジメント機関の支援といった、地域における総合的なマネジメントを実施・調整する機関として、後述する「地域包括支援センター（仮称）」の創設が求められる。

（ケアマネジャーの専門性の確立とケアマネジメント機関の見直し）

○　ケアマネジャーについては、まず、専門性の確立の観点から、一定の範囲内での現任研修を義務化するなど研修の強化を図るとともに、基準や報酬と連動した研修・資格の体系的見直しを行う必要がある。また、資格要件についても更新制を導入し、更新時の研修を義務づけるなどの見直しを検討する必要がある。

さらに、責任と権限の明確化の観点から、介護保険制度における事業所の指定とケアマネジャーの指定を独立して行い、それぞれの責任を明確化する「二重指定制度」を導入することや、不正行為に対する罰則を強化するなどの見直しを行う必要がある。

また、ケアマネジメント事業所についても、公正・中立の観点から基準等の見直しを行う必要がある。

２．地域包括支援センター（仮称）の整備

（「地域包括支援センター（仮称）」の創設）

○　前述の「総合的な介護予防システムの確立」や「ケアマネジメントの体系的な見直し」を踏まえ、地域における総合的なマネジメントを担う中核機関として、

①地域の高齢者の実態把握や、虐待への対応など権利擁護を含む「総合的な相談窓口機能」

②「新・予防給付」のマネジメントを含む「介護予防マネジメント」

③介護サービスのみならず、介護以外の様々な生活支援を含む「包括的・継続的なマネジメント」

という３つの基本機能を担う「地域包括支援センター（仮称）」を創設することを検討する必要がある。

この「地域包括支援センター（仮称）」については、市町村を基本としつつ、その対象とする圏域や具備すべき機能、配置の在り方等について検討する必要がある。この場合、地域における多種多様な資源を十分に活用できるよう、地域に開かれたものとすることが重要である。

（在宅介護支援センターについて）

○　こうした「地域包括支援センター（仮称）」機能を担う機関を検討する場合、現行の在宅介護支援センターの位置づけをどのように考えるかという問題が生じるが、現行の在宅介護支援センターの中には、その立地や力量の面でこうした役割を委ねるには十分でないところも存在する。

したがって、今後の在宅介護支援センターの再編や統廃合、居宅介護支援事業所との役割分担の明確化などを図りつつ、市町村を責任主体とし、「地域に開かれた」センターとして十分機能できるような運営主体の在り方について検討する必要がある。

３．情報開示の徹底と事後規制ルールの確立

（１）情報開示の徹底と開示情報の標準化

○　利用者によるサービスの選択を実効あるものとする観点から、全ての介護サービス事業所を対象として、当該事業所が現に行っている事柄（事実）を第三者が客観的に調査・確認し、その結果の全てを定期的に開示する仕組みの導入とそのための開示情報の標準化を進める必要がある。

○　この仕組みは、

①　全ての介護サービス事業所が、サービス種別ごとに予め標準的に作成された「事業所情報開示項目」に必要事項を記入し、これを定期的に開示する、

②　事業所情報開示項目は、事業所が記入した内容をそのまま開示する「基本情報項目」と、第三者である調査員による事実確認を経て開示される「調査情報項目」により構成する、

③　調査の実施主体は都道府県単位を基本とする、

ことを基本的枠組みとする必要がある。

○　具体的な開示項目の内容、実施体制、調査員等の人材養成の方法などについては、現在実施中のモデル事業等の結果を踏まえ、早急にその詳細を定める必要がある。

（２）事後規制ルールの確立

○　現行の介護サービス市場は、公的財源で支えられる他の分野と比較しても、大幅な規制緩和を行い多様な事業主体の参入を認めている一方、不正等に対する実効ある事後規制ルールの確立という点では、医療保険制度など、他制度と比較しても不十分な側面がある。

　このため、事業者の指定更新制の導入や、指定に当たっての欠格事由に指定取消履歴を追加するなどの見直しを行う必要がある。

４．専門性を重視した人材育成と資質の確保

（専門性の向上と研修の体系化）

○　介護サービスは「人が支えるサービス」であり、「サービスの質の確保・向上」のためには、介護サービスを支える人材の資質の向上が不可欠である。これまでは「量」の確保に重点が置かれてきた傾向にあるが、増加する痴呆性高齢者へのケアを含め、介護に携わる全ての職種において、今後は、「専門性の確立」を重視する必要があり、資格要件や研修の在り方についてもこうした方向に沿った見直しを行っていく必要がある。

特に、痴呆ケアについては、ケアマネジャーや介護職員はもとより、主治医や看護師などの医療職においても、今後、研修等を強化していくべき分野である。

○　介護職員については、まず、資格要件の観点からは、将来的には、任用資格は「介護福祉士」を基本とすべきであり、これを前提に、現任者の研修についても、実務経験に応じた段階的な技術向上が図れるよう、体系的な見直しを進めていく必要がある。

現在、施設職員については、既に４割程度が介護福祉士の資格を有しているが、さらに質の向上を図っていく必要がある。一方、ホームヘルパーについては、実働者数約２６万人のうち介護福祉士資格を有する者は１割程度であり、大半は２級ヘルパーである。２級ヘルパーは、事実上、介護職場における標準的な任用資格となっているが、介護福祉士の養成課程と比較すると２級ヘルパーは１３０時間であるのに対し、介護福祉士は１，６５０時間と大幅な開きがある。このため、当面は研修の強化等により２級ヘルパーの資質の向上を図ることを検討する必要がある。

さらに、介護職員のみならず、施設長や管理者についても、サービス提供や施設運営全般にわたる責任者であることに照らし、就任前の研修と修了試験、就任後の定期的な研修を義務づけるなど、その在り方について見直しが必要である。

（雇用管理の在り方）

○　質の高い人材の確保・養成のためには、適切な労働条件の確保が不可欠であるが、現行では、介護人材の処遇の水準は概して低い。また、在宅サービスの主たる担い手であるホームヘルパーの実働者数の８割は非常勤であり、登録型ヘルパーが多い。登録型ヘルパーの大半はいわゆる「直行直帰」型であるため、情報共有や技術蓄積が困難でチームとしてのケアが成り立ちにくいことなどが指摘されている。質の高い人材の養成・確保の観点からも雇用管理の在り方について、今後検討していく必要がある。

　さらに、介護従事者の健康管理や安全衛生について、雇用管理の観点からも今後検討していくことが望まれる。

５．公正・効率的な要介護認定

（認定調査委託、申請代行の適正化）

○　要介護認定の公平性・公正性を確保する観点から、現行では、新規申請件数の約５割、更新申請の約６割を占める認定調査の委託について、見直しを行う必要がある。具体的には、新規の認定調査については、市町村が行うという原則を堅持するとともに、委託する場合には、公平・公正の観点から、申請者が入所している施設への委託を認めないなど、委託先の範囲の制限を検討する必要がある。また、市町村における委託調査の適正化策の促進を図ることが重要である。

○　要介護認定の申請代行については、本人等の意思を未確認のまま代行する等の不正を行った場合に罰則を設けるなど、公正性の確保の観点から見直しを行う必要がある。

（介護認定審査会の在り方等の見直し）

○　介護認定審査会の在り方については、審査判定の効率化を図りつつ、適切なケアマネジメントが行われるよう、現在は十分に活用されていない審査判定対象者の療養に関する意見やサービス利用等に関する意見を付与する機能を強化していく必要がある。さらに、一次判定の精度向上を図りつつ、二次判定について例えば一部の事例については審査判定を簡略化するなど、その在り方を見直していくことも将来的な課題として検討していく必要がある。

Ⅳ．負担の在り方の見直し

○　負担の在り方は、大きく「利用者負担」と「保険料負担」の２つに関わるが、そのうち、前者についてはⅠの「給付の効率化・重点化」で取り上げたことから、ここでは、保険料負担の在り方を中心に述べることとする。

１．１号保険料の在り方

（１号保険料の設定方法の弾力化）

○　１号保険料の設定方法については、現行の所得段階別の定額保険料方式を基本としつつ、被保険者の負担能力をきめ細かく反映したものとなるよう、設定方法を見直していく必要がある。

具体的には、現行の第２段階の中でより負担能力の低い層の保険料負担をさらに軽減するとともに、被保険者の所得状況に応じ、よりきめ細かい保険料段階設定が可能な弾力的な仕組みとしていく必要がある。また、第２段階の見直しに伴い、前述の居住費用や食費の見直しに伴う低所得者対策の在り方も含め、介護保険制度における「低所得者」の範囲等についても整理が必要である。

なお、現行の「世帯概念」を用いた段階設定については、手続の簡素化、市町村の事務負担の軽減という観点にも留意しつつ、より公平な設定方法を検討する必要がある。

（１号保険料の徴収事務の改善）

○　１号保険料の徴収事務については、保険者である市町村の事務の効率化、被保険者の負担軽減の観点から、老齢年金のみを対象としている特別徴収について遺族年金や障害年金も対象に加えることや、生活保護費からの直接納付を可能とすることなど、事務の改善を図る必要がある。

２．２号保険料・納付金の在り方

（２号被保険者との関与の在り方）

○　現行の２号保険料は医療保険者ごとに設定され、また、医療保険者が納める納付金の水準は、介護給付費と２号被保険者数に基づき全国一律のルールで決まる仕組みとなっているが、現行では、２号被保険者や医療保険者が制度の運営に関与する仕組みはなく、保険料決定プロセスの適正さが十分に確保されていないと指摘されている。

このため、例えば、都道府県や市町村の計画策定プロセスへの参加や２号被保険者や医療保険者などで構成する運営協議会の設置など、給付の増大に連動して２号保険料が上昇することのないよう、２号被保険者や医療保険者などの代表が制度の運営に関与していく方法を検討していくことが必要である。

なお、２号被保険者の介護保険料については２０００年（平成１２年）の健康保険法等の一部改正により、法定上限の外枠としたところであるが、最近の社会保険料の状況等を踏まえ、各医療保険者の持続安定性の観点から保険料率の上限を法定するなどの方法を改めて検討していく必要があるとの意見があった。

３．財政調整

（調整交付金等の在り方）

○　現行の調整交付金による保険者間の財政調整は、後期高齢者割合や所得水準の格差を調整することにより、同じ給付水準であれば被保険者一人当たりの保険料負担も同水準となるよう調整を行っている。しかし、調整交付金の交付割合の高低が、結果としては各市町村の１号保険料水準に影響を与えているため、より被保険者の納得が得られるようその在り方を是正していくことが必要である。

Ⅴ.制度運営の見直し

１．保険者機能の強化

○　市町村が利用者と事業者の間に立って保険者としての機能をより発揮できるようにする観点から、保険者の機能・権限について次のような見直しを行う必要がある。

①保険者と被保険者の関係強化

○　被保険者に対し、制度の仕組みや運営状況等に関する適切な情報提供を行うことは保険者としての基本的な役割である。前述のように、今後、「予防重視型システム」への転換や「地域密着型サービス」の導入を行っていく中で、被保険者に対し、新たな制度やサービス内容の周知はもとより、介護予防に関する普及啓発やインフォーマルサービスも含めた地域資源に関する情報提供等を行っていくことが期待される。

②保険者による給付等のチェック機能の強化

○　給付やケアプランに関する保険者のチェック機能を強化するため、現行の国民健康保険団体連合会における給付適正化システム等について保険者にとってより適正化の効果が発揮できるよう改善を図っていくなど、情報の分析・提供や保険者における政策評価の支援体制を強化していく必要がある。

　また、介護給付費の支払い状況について、保険者から被保険者に対して通知を行うという「介護費通知」などの一層の普及を図っていくことも重要である。

　さらに、現行では、保険者は事業者に対し関係書類等の提出を求めることができるにとどまっているが、新たに事業所への立入権限を付与する必要がある。

③保険者のサービス供給への関与強化

○　前述のように利用が主として市町村の圏域内にとどまる「地域密着型サービス」については、市町村長が事業者の指定・指導監督を行うこととする。

また、「地域密着型サービス」以外のサービスについては都道府県知事が引き続き事業者の指定・指導監督を行うが、指定に当たっての市町村長の意見聴取を義務付けることとする。

○　給付体系の見直しや保険者機能の強化等に伴い、今後、保険者の事務量は増加していくこととなるため、円滑な制度運営の観点から、保険者が共同で事業実施ができるような仕組みを検討する必要がある。また、今後、市町村合併等が進む中で、地域の実情に応じたよりきめ細かい対応を図る観点から、保険者事務の一部を地域に根ざした自治組織等に委託することができるような仕組みについても検討する必要がある。

２．事業計画の見直し

（市町村計画の在り方）

○　現行では、各市町村は３年ごとに５年を１期とする介護保険事業計画を策定しているが、この計画はサービスの基盤整備計画であると同時に、各市町村の１号保険料の算定基礎となる計画でもある。

前述のようなサービス体系の再編に伴い、平成１８年度から始まる第３期の事業計画においては、次のような見直しを行う必要がある。

①「サービス圏域」の設定

○　市町村は、地域の実情に応じて利用者の日常生活圏域を勘案した「サービス圏域」を設定し、この圏域単位に整備すべきサービスの種類と量を定める。

②計画に盛り込むべき内容

○　市町村計画においては、介護サービスに関する事項のみならず、介護予防に関する事項や、前述の地域包括支援センターに関する事項も盛り込むものとする。このような観点から、現在、介護保険法、老人福祉法、老人保健法の各法に規定されている計画の内容を整理し、介護保険法に基づく「介護保険事業計画」として一元化する。また、地域福祉計画など関連計画との連携についても留意する必要がある。

（国の基本指針及び都道府県計画の在り方）

○　また、国の基本指針においては、市町村の事業計画や都道府県の支援計画の策定指針と併せ、介護予防や痴呆ケアなど、重点的に取り組むべき施策についての基本方向を示す必要がある。また、都道府県の支援計画においては、人材養成や研修体制に関すること、情報開示の標準化に関することなどを盛り込む必要がある。

３．基盤整備の在り方

（「点」から「面」へ）

○　地域ケアの推進の視点に立った「地域密着型サービス」の創設をはじめとするサービス体系の見直しと併せ、今後は、基盤整備の在り方についても「点」から「面」へと見直していく必要がある。

　これまでの整備は、ゴールドプランに代表されるように、量的な整備目標の充足が主たる目標であり、そのため、個々の施設を対象とした、「点」を中心とする画一的かつ縦割り的な整備手法が主であった。

（「生活圏域」単位と「多様な地域特性」の尊重）

○　日常生活圏域を中心とした「地域密着型サービス」の創設や、介護予防を含めた地域における包括的かつ継続的なサービス提供という方向性を踏まえ、今後の基盤整備は、①「日常生活圏域」を基本的な単位とし、②「多様な地域特性」を尊重しつつ、③当該地域における人的・物的資源を最大限活用し、④有機的連携をもったサービス提供が行われることを基本とする必要がある。このため、基盤整備の手法についても、その在り方について見直しを検討していく必要がある。

こうした「面」的な基盤整備を民間主体で進めるための枠組みとしては、現在、「民間事業者による老後の保健及び福祉のための総合的施設の整備の促進に関する法律」（いわゆるＷＡＣ法）があるが、必ずしも十分に機能していない。前述の市町村における事業計画の見直しも踏まえつつ、今後の基盤整備の基本方向を実現するための新たな枠組みを検討していくことも今後の課題として考えられる。

Ⅵ． 見直しの進め方

○　以上ⅠからⅤまで述べてきたように、今回の制度見直しにおいて検討すべき課題は広範多岐にわたっており、それぞれの項目によって、具体化へ向けて必要とされる準備期間や実行方法・プロセスも大きく異なってくる。例えば、大きく分けると、

①『地域において必要とされるサービス基盤や実施体制の整備に、一定の準備期間を要する項目』としては、「総合的な介護予防システムの確立」や「新たなサービス体系の確立」等があげられる。これらについては、地域の特性を踏まえ、段階的な実施も含めて、全体としては３～４年間程度の実施スケジュールを設定することが考えられる。

これに対して、

②『サービスの適正化や保険財政の健全化等の観点から、できる限り速やかに実施すべき項目』としては、「施設給付の見直し」や「サービスの質の確保・向上」、「保険料負担等の見直し」、「制度運営の見直し」等があげられる。

○　したがって、今後これらの改革を実行に移すにあたっては、制度の運営主体である市町村の実施体制やサービス基盤整備の進捗状況、介護保険財政の状況などを総合的に勘案し、円滑な実施が可能となるような、全体的な施行スケジュールを検討することが求められる。

第３　「被保険者・受給者の範囲」について

○　本部会は、報告書冒頭で整理しているとおり、法施行後５年を目途とした介護保険制度見直しの論点として、①「基本理念を踏まえた施行状況の検証」、②「将来展望に基づく新たな課題への対応」及び③「制度創設時からの課題についての検討」の３つを掲げ、これまで、主に、①及び②について述べてきた。

③の「制度創設時からの課題」も、そのいくつかについては既に対応すべき方向性を述べてきたが、ここでは、そうした課題の一つである「被保険者・受給者の範囲」について、論点を中心に整理することとする。

○　介護保険制度は、社会経済に広範な影響を与える制度であることから、１９９４年（平成６年）の制度設計の検討開始から２０００年（平成１２年）の施行までに、７年を要した。それでもなお、「走りながら考える」という言葉に象徴されるように、制度スタートの時点において、施行後引き続き検討すべきものとされた課題は少なくない。

「被保険者・受給者の範囲」の問題は、その中で最大の課題であると言える。

１．これまでの経緯

（１）介護保険制度をめぐる議論

（制度設計当初から大きな論点）

○　介護保険制度において「被保険者・受給者の範囲」をどうするかは、当初から大きな論点の一つであった。

１９９４年（平成６年）１２月の「高齢者介護・自立支援システム研究会報告書」では、「６５歳以上の高齢者を被保険者かつ受給者とすることが基本と考えられる」とした上で、高齢者以外の障害者については「介護サービスを取り出して社会保険の対象とすることが適当かどうか、慎重な検討が必要」との考え方が示された。

○　その後、６５歳以上とする意見や２０歳以上とする意見などをめぐり様々な議論が行われる中で、１９９６年（平成８）４月に出された老人保健福祉審議会・最終報告では、

①「６５歳以上の高齢者を被保険者とすることが適当である」とした上で、「２０歳以上の者を被保険者、受給者とすべき」との意見などがあったことも附記され、また、

②　６５歳未満の若年者を被保険者・受給者とすることについては、今後の検討課題として位置づけ、その前年に策定された「障害者プラン」に基づくサービス整備の進展状況等も見極めた対応を行うべきではないかとの指摘がなされた。

（施行５年後の検討課題に）

○　さらに、この問題は与党内でも大きな争点となり、論議が重ねられた。その結果、最終的には「老化に伴う介護ニーズに応えること」を目的として、被保険者・受給者を「４０歳以上の者」とする現行の枠組みがとりまとめられた。その理由としては、老化に伴う介護ニーズは高齢期のみならず中高年期にも生じ得ること、４０歳以降になると一般に老親の介護が必要となり、家族の立場から介護保険による社会的支援という利益を受ける可能性が高まることがあげられた。

そして、これと併せ、法施行後５年を目途として制度全般に関して検討を加え、必要な見直しを行うことを定めた介護保険法附則第２条において『被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲』が検討項目の一つとして具体的に掲げられることとなった。

（２）障害者施策をめぐる動向

（障害者施策における対応）

○　一方、障害者施策の観点からは、１９９６年（平成８年）６月の身体障害者福祉審議会の意見具申において、

①「介護に対するニーズは、年齢や障害の原因を問わず、すべての国民が・・(中略)・・共通して必要なものであり、地域における要介護者の支援体制は、高齢者・若年者にかかわることなく整備していく必要がある」とした上で、

② 「しかしながら、障害者施策のうち、介護ニーズへの対応について介護保険制度に移行すること」については、「なお検討すべき点も少なくなく、また、これらの点についての関係者の認識も必ずしも一致していない」ことから、さらに十分に議論を重ねていくべき課題であるとされた。

（介護保険制度の優先適用）

○　その後、介護保険法の制定にあわせ、身体障害者福祉法等の中に介護保険制度による給付と障害者福祉制度による給付との調整規定が設けられ、両者に共通するサービスについては、介護保険制度から給付されることとなった。これは、高齢障害者の介護サービスについては、介護サービスに関する一般制度である介護保険制度を優先して適用するという趣旨であった。

例えば、身体障害者約３５０万人のうち約６割（約２１０万人）が６５歳以上であるが、これらの高齢障害者の介護サービスは介護保険制度から給付され、重複するサービスは障害者福祉制度からは給付されない。その結果、高齢障害者の大半は介護保険制度のサービスを利用している状況にある。

○　ただし、介護保険制度にはない「ガイドヘルプ（外出支援）サービス」などの障害者福祉サービスを利用できるほか、全身性障害者については、介護保険制度の支給限度額を超えるサービス利用分について、引き続き障害者福祉制度から必要なサービスを提供できることとされている。

（支援費制度の導入）

○　障害者施策においては、２００３年（平成１５年）４月から支援費制度が導入された。

支援費制度は、身体障害者及び知的障害者に対するサービスについて、それまでの「措置」制度を改め、利用者とサービス提供者間の「契約」によることとし、その費用を市町村が支給する制度である。サービス利用を「契約方式」とする点において介護保険制度と理念を共通にするものであるが、制度的には、財源はすべて公費（税）としていること、要介護認定やケアマネジメントが制度化されていないこと、利用者負担は応能負担であることなどの違いがある。

○　この支援費制度の施行に伴い、障害者の在宅サービスは急増し、初年度（平成１５年度）の給付費は対前年度比で６割増となっている。こうした状況に対して、障害者の地域生活を支援する観点から評価する声がある一方で、財源不足をはじめ財政基盤をめぐる懸念が急速に高まっている。

（支援費サービスの利用者数）

○　ここで、支援費サービスの現状を見てみる。平成１３年の全国調査によると、身体障害者（児）は、総数で約３５０万人（平成１３年)、１８歳以上６５歳未満の者は約１２０万人である。また、知的障害者（児）は、総数で約４６万人（平成１２年調査)、１８歳以上６５歳未満の者は約２１万人である。そのうち、支援費制度によるサービスを利用している者は、在宅・施設を合わせて約３２万人（平成１５年４月分、一部利用者の重複計上を含む）となっている。

（利用者別にみたサービス利用状況）

○　全国１０７市町村からの報告(平成１６年１月サービス分)によると、１８歳以上６５歳未満の在宅の身体障害者のうち支援費サービスを利用している者は約６％（全国数で推計すると約７万人）であり、在宅サービス利用月額は平均１０．７万円である。その分布状況を見ると、５万円未満の層（４５．２％）や５～１０万円の層（２０．６％）が多数を占めている。３５万円を超える利用者は、全体の５．２％であるが、この層の利用者によって、費用総額の３１．９％が使用されており、利用状況のばらつきが大きい。

同報告で、１８歳以上６５歳未満の在宅の知的障害者の場合は、支援費サービスを利用している者は約５５％(全国数で推計すると約１０万人)、在宅サービスの利用月額は平均１４．６万円である。その分布状況を見ると、１５～２０万円の層（４３．３％）や１０～１５万円の層（２０．４％）が多数を占めている。３５万円を超える利用者は、全体の１．０％であり、この層の利用者によって、費用総額の３．２％が使用されている。

（地域格差が大きい「サービス基盤」と「サービス利用状況」）

○　市町村でのサービス基盤の整備状況（平成１５年４月）について見ると、身体障害者に対するホームヘルプサービスを提供した市町村は７３％、デイサービスでは３６％、ショートステイでは２７％である。知的障害者に対するサービスに関しては、ホームヘルプサービスでは４７％、デイサービスでは２６％、ショートステイでは４５％となっている。このようにサービスを未だに提供していない市町村が多数存在しており、全国的にみて普遍的にサービスが提供されている状況にはない。

また、人口当たりのホームヘルプサービスの利用者割合（平成１５年４月）を都道府県単位で算出し最大と最小を比較すると、身体障害者ホームヘルプサービスで５．５倍、知的障害者ホームヘルプサービスで２３．７倍となっており、サービス利用量の地域間格差も依然として大きい。

（精神障害者・障害児福祉サービスの課題、「制度の谷間」問題）

○　さらに、精神障害者は、介護保険制度のみならず、支援費制度の対象にもなっておらず、在宅サービスをはじめサービス基盤の整備は大幅に立ち遅れているのが実情である。

また、１８歳未満の障害児の場合も施設サービスは、支援費制度の対象とはなっていない。このように未だ制度的には、障害種別に基づく縦割りの取扱いが残っている状況がある。

加えて、６５歳未満の者の中には、要介護状態であるにもかかわらず、公的サービスを受けられないケースが存在する。例えば、高次脳機能障害や難病に伴う身体等の障害、成人期以降に発生した知能の障害を有する者については、障害福祉各法による「障害者」と認められず、福祉サービスの対象とならない場合がある。介護を必要とする理由や年齢の如何を問わず普遍的に介護サービスを提供する制度が存在しないことから、こうした「制度の谷間」の問題が生じている。

２．問題の所在

（１）介護保険制度との関わりにおける問題

（「対象年齢を引き下げるべきかどうか」が課題）

○　今回の制度見直しで問われている問題は、現行制度では４０歳以上の者とされている**「被保険者・受給者の対象年齢」**を引き下げるべきかどうかである。

この問題は、介護保険制度はもちろんのこと、障害者施策などの他の制度にも大きな影響を及ぼす。このため、それぞれの問題の所在と相互の関連性、さらには具体的な論点を十分に理解することが重要となる。

（「被保険者」と「受給者」は表裏の関係）

○　まず、「被保険者の問題」と「受給者の問題」の関連についてであるが、両者は厳密な意味では異なるものの、介護保険制度においては、被保険者としての「負担」と、受給者としての「給付」は連動することが基本となることから、実際上は表裏の関係にあると言える。

例えば、仮に被保険者の対象年齢を引き下げるとするならば、負担のみ新たに求め、給付を行わないようでは、国民の理解が得られないことは明らかである。したがって、受給者の対象年齢も同様に引き下げることが求められることとなる。

（「老化に伴う介護ニーズ」という基本骨格の見直し）

○　また、被保険者・受給者の対象年齢の引下げは、「老化に伴う介護ニーズ」への対応という、制度の基本骨格の見直しにもつながるものである。

現行制度では、「４０歳から６４歳の者」である第２号被保険者が給付を受けられるのは、「老化に伴う介護ニーズ」として１５の特定疾病により介護が必要となった場合に限られている。このため、交通事故や高次脳機能障害などに伴い介護が必要となった場合には、介護保険制度によるサービスを利用できない状況にある。

４０歳未満への対象年齢の拡大は、こうした「介護の原因に関する制限」を見直すことにも連動する性格のものであると言える。

（「制度の支え手」としての意味）

○　さらに、保険財政や負担の面では、被保険者の範囲は保険料を負担する「制度の支え手」の在り方に関わっている。その対象年齢を引き下げることは、支え手を拡大することになり、財政的な安定性という面ではプラスに作用することを意味している。

なお、保険料負担の趣旨という点では、現行の第１号保険料は「同世代支援」の面が強いものの、第２号保険料は、自らの老親をはじめとする高齢者世代を支える「世代間扶養」ということが中心となっており、仮に若年障害者へ適用するとするならば、「同世代間支援」の面が強くなってくると言えよう。

（２）障害者施策との関わりにおける問題

○　一方、障害者施策との関係で見た場合、被保険者・受給者の対象年齢の引下げの問題は、６４歳以下の障害者の福祉制度の在り方に関わる問題でもある。この問題を制度面から検討する場合、以下のような点が論点としてあげられる。

（介護保険制度と障害者施策の適用関係）

○　前述のように、６５歳以上の高齢障害者の場合、介護ニーズに関しては介護保険制度を優先して適用する仕組みが基本となっている。したがって、被保険者・受給者の対象年齢を引き下げるということは、制度論としては、６４歳以下の若年障害者の介護ニーズについては介護保険制度を適用することを意味している。

これは、両制度の基本的性格として、介護保険制度が「介護サービスに関する一般制度」であるのに対し、障害者福祉制度は介護ニーズに限らず、それ以外の就労支援等のニーズへの対応を含めた「広範なサービスを視野に入れた制度」であり、両者が重複する場合には前者がまず適用される関係となるからである。このことは、障害者施策と医療保険制度や年金制度との関係にも共通するものである。

（障害者のニーズへの対応）

○　ただし、上記のような適用関係になるとしても、介護保険制度の対象とならない障害者ニーズに対応する仕組みは当然に必要である。現に、高齢障害者においても、介護保険でカバーしていないニーズ（介護ニーズ及び介護以外のニーズ）に対しては障害者福祉制度からのサービス提供を行うという「両制度を組み合わせた仕組み」が実際に運用されている。

したがって、こうした仕組みを基本とすると、若年障害者が介護以外の就労支援、社会参加支援等のサービスを利用できるようにするための方策や、長時間の介護を必要とし介護保険制度の支給限度額内では十分対応できないような重度のケースに対する対応方策の在り方が具体的な論点となってくる。

（介護サービスの論点）

○　介護サービスの在り方に関しては、前述したとおり介護保険制度が今後目指す基本方向は、地域で高齢者が生活を継続できるような「地域ケア」であり、このことは障害者福祉サービスにも共通するものであると考えられる。住み慣れた地域での小規模多機能型のサービス提供を目指す基本方向において、両者の共通性はますます高まるものと考えられる。

○　その上で、障害者の特性に対応した介護サービスの内容やケアマネジメントの在り方などが具体的な論点となってくると考えられる。特にケアマネジメントについては、介護サービスと介護以外の就労支援等の障害者に必要なサービスをいかに地域で一体的に提供できるようにするのかといった点について、十分な検討が必要である。現時点では障害者のケアマネジメントは制度化されておらず、実績が必ずしも十分でないことから、早急な検討が望まれる。

また、例えば、障害者福祉サービスの中には、授産施設のように、介護と就労支援の双方のニーズに対応するサービスがあり、こうしたサービスが地域において十分に展開され活用されるよう、給付メニュー等についてきめ細かく検討する必要がある。

さらに、知的障害者や精神障害者等について、現行の要介護認定によって介護の必要性を適切にとらえることができるかどうか検証し、その結果を踏まえた検討を行う必要がある。

３．本部会における審議

○　本部会においては、以上述べたような基本的な認識に基づき、「被保険者・受給者の対象年齢を引き下げる」ことについて審議を行ったが、これについては、以下のとおり積極的な考え方と慎重な考え方が出された。

この問題は、国民負担に関わる重要事項であることから、制度の運営主体である市町村はもとより、国民各層の十分な理解と合意を得ながら議論を進めていくことが求められる。したがって、今後広く関心と議論を喚起する趣旨から、これまでの本部会において出された考え方・論点を以下のとおり紹介することとする。

（１）積極的な考え方

（「介護ニーズの普遍性」の観点から）

○　そもそも介護ニーズは高齢者に特有のものではなく、年齢や原因に関係なく生じうるものである。そうした「介護ニーズの普遍性」を考えれば、６５歳や４０歳といった年齢で制度を区分する合理性や必然性は見出し難い。

したがって、現行制度のように対象を「老化に伴う介護ニーズ」に限定する考え方を改め、介護を必要とするすべての人が、年齢や原因、障害種別の如何や障害者手帳の有無を問わず、公平に介護サービスを利用できるような「普遍的な制度」への発展を目指すべきである。

これにより、対象者の「制限」をなくし、全国民が連帯して全国民の介護問題を支える仕組みが実現され、国民の安心を支えるセーフティネットとしての役割を更に増すことになる。

○　ドイツ、オランダ、イギリス、スウェーデン等の欧米諸国においても、社会保険方式と税方式の違いはあるものの、年齢や原因などによって介護制度を区分する仕組みとはなっていない。ドイツとオランダについては、社会保険方式を採用しているが、どちらも、０歳児を含め、全年齢を対象として介護サービスの保険給付を行っている。こうしたことから見ても、「普遍的な制度」への発展は、社会保障システムとして当然の方向であると言える。

（「地域ケアの展開」の観点から）

○　介護保険制度が目指す方向は、前述したとおり、地域で高齢者が生活を継続できるような「地域ケア」である。住み慣れた地域での小規模・多機能型のサービス提供を目指すのならば、年齢や障害種別によって、サービスが分断されることはあってはならない。

　現状でも、様々な地域で制度の縦割りを超えた動きが拡がっている。例えば、高齢者デイサービス施設で知的障害者へのサービスが提供されているところでは、知的障害者が高齢者を自然に支える場面が出てきているなどの報告がなされている。こうした現場レベルの取組に応え、制度面でも年齢や障害種別を超えたサービスが「地域」において提供できるような仕組みに切り換えるべきである。

○　また、介護保険制度では、全国の市町村が３年おきに５年間を計画期間とする事業計画を策定し、サービス量の見込みやその確保策を定めることとなっている。こうした過程を通じて、障害者介護サービスに対する市町村の主体的な関与が強まり、実際のサービス供給を伴った「中身のある地域ケア」の進展が期待される。

（「介護保険財政の安定化」の観点から）

○　介護保険財政の面では、前述したように、被保険者の対象年齢の引下げは介護保険制度の支え手を拡大し、財政的な安定性を向上させる効果があると言える。

　介護保険財政については、短期的な対応は別としても、長期的には、制度の支え手を拡大し財政安定化の対策を講じることを真剣に検討すべきである。そうすることにより、制度の「持続可能性」を高め、今後高齢化が急速に進展する時期を乗り越えていくことが可能となるものと考えられる。

（「障害者施策の推進」の観点から）

○　一方、障害者施策との関係では、短期的には、支援費制度の下で予算不足が懸念される障害者福祉サービスについて、安定的な財源が確保され、将来的にもサービス基盤の計画的な整備が進むことが確保されることとなる。前述したとおり、介護保険制度の導入により、規制緩和の流れの中で事業者の新規参入が促進され、サービスの利用者や利用量が増え、地域や個人によるサービス利用の格差が縮小した。障害者の介護においても、こうした効果によって、地域におけるサービス利用環境が改善され、サービスの均てん化・平準化が進むと考えられる。

　さらに長期的には、障害者に対するサービスが、社会連帯を理念とする介護保険制度の対象となり、そのために国民が保険料を支払うようになることは、障害者福祉を国民がより身近な問題として受け止める契機になるものと期待される。

（２）慎重な考え方

（「保険システムに馴染むのか疑問」との観点から）

○　障害者施策は、公の責任として、全額公費（税）による実施を基本とすべきである。

　また、高齢者の場合と異なり、若年者が障害者となる確率は低く、しかも、障害の原因が出生時やそれより前であることも多い。このような観点から見て、４０歳未満の若年者まで被保険者・受給者の対象年齢を引き下げることは、介護保険制度という保険システムには基本的に馴染まないと考えられる。

○　現行の第２号被保険者範囲の設定は、家族による介護負担の軽減効果があるのは主に中高年層であるなどの点から、保険料負担を求めることについて一定の納得感があり、被保険者範囲の拡大については慎重であるべきと考える。

○　介護保険制度は市町村を保険者として給付と負担のバランスの上に地域ケアを目指すという考え方に基づいているが、若年の障害者等を制度の対象とすることは、こうした考え方に基づく介護保険制度に馴染まないと考えられる。

（「保険料負担の増大」の観点から）

○　若年者にとっては、新たな負担が課されることとなる。これにより、介護保険料や国民健康保険料の未納や滞納が増えるおそれもある。さらに、これまで税でまかなわれてきた福祉サービスを保険方式に切り換えることは、負担を安易に企業へ転嫁するものである。

　さらに、介護保険制度の安定的な運営を確保する観点からは、障害者福祉サービスについて、財政的な観点から適切な費用管理が可能となるのかどうか懸念がある。仮に支援費制度のように、支給限度額などの仕組みがないままに、介護保険制度へ組み入れていくこととなれば、介護保険本体にも大きな混乱を招くおそれがあると言わざるを得ない。

（「現行サービス水準の低下不安」の観点から）

○　現に支援費サービスを利用している障害者にとって、介護保険制度の要介護認定や支給限度額の仕組みが適用されることにより、利用できるサービス量が減るおそれがある。また、現行の支援費制度では応能負担だが、それが介護保険制度での応益負担に変わることにより、自己負担額が増加するおそれがある。

○　若年障害者は、社会経済活動をはじめ様々な経験を重ねるべきライフステージにあることから、高齢者と比べた場合、同じ介護サービスであっても、具体的なメニューの内容や利用者への接し方などが異なるべきである場合も多いと考えられる。こうした配慮が高齢者と同じ制度の下で担保できるのか疑問である。

（「時期尚早である」との観点から）

○　支援費制度の導入からまだ１年余であり、まず障害者の給付が増加した原因の分析など支援費制度の検証等を行い、これを踏まえた制度の効率化や給付の公平化等の改善策の検討が優先されるべきである。

　また、仮に障害者福祉サービスを介護保険制度に位置づけるとすれば、その具体的なサービス内容の整理や要介護認定の検証と必要な見直し、さらには障害者の特性を踏まえたケアマネジメント体制の確立等に時間を要することは必至である。高齢者の場合と比べ、障害者福祉サービスの基盤や人材確保など受け皿の準備が十分でないことから見ても、現状では時期尚早と考えられる。

（３）今後の検討の進め方について

○　以上のように、本部会では「被保険者・受給者の範囲」の問題について、現時点では、一定の結論を得るには至らなかった。

本部会における審議に関しては、「この問題については必ずしも十分な時間をかけて議論をしていない」、「今後の方向性を見極めるためには、より具体的な検討が必要である」等の意見が出された。この問題については、介護保険法附則において、検討が求められている事項でもあり、国民的な論議をさらに深める観点から、今後、本部会において引き続き議論を積み重ねていくこととする。

図１：総合的な介護予防システムの確立

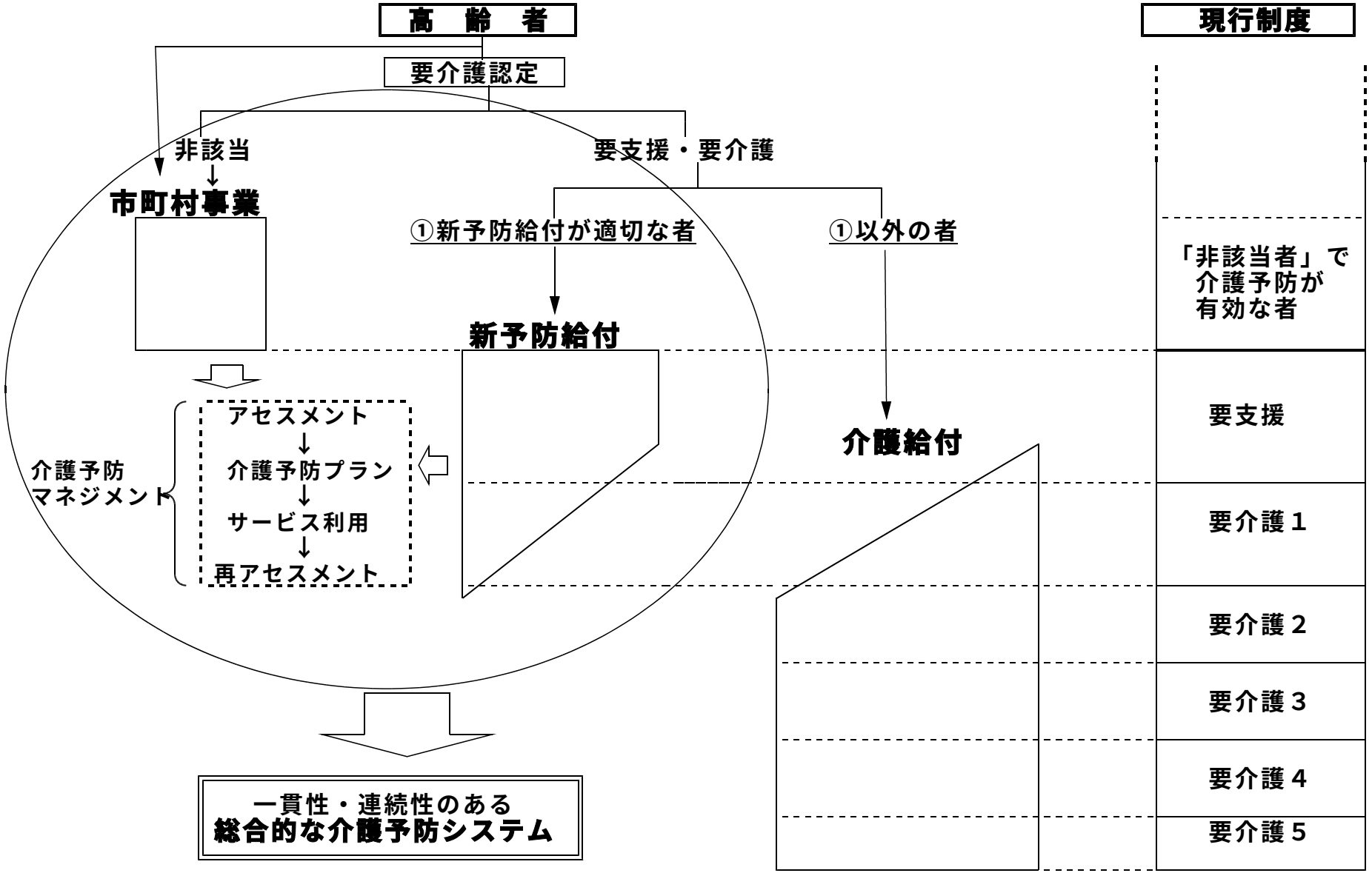
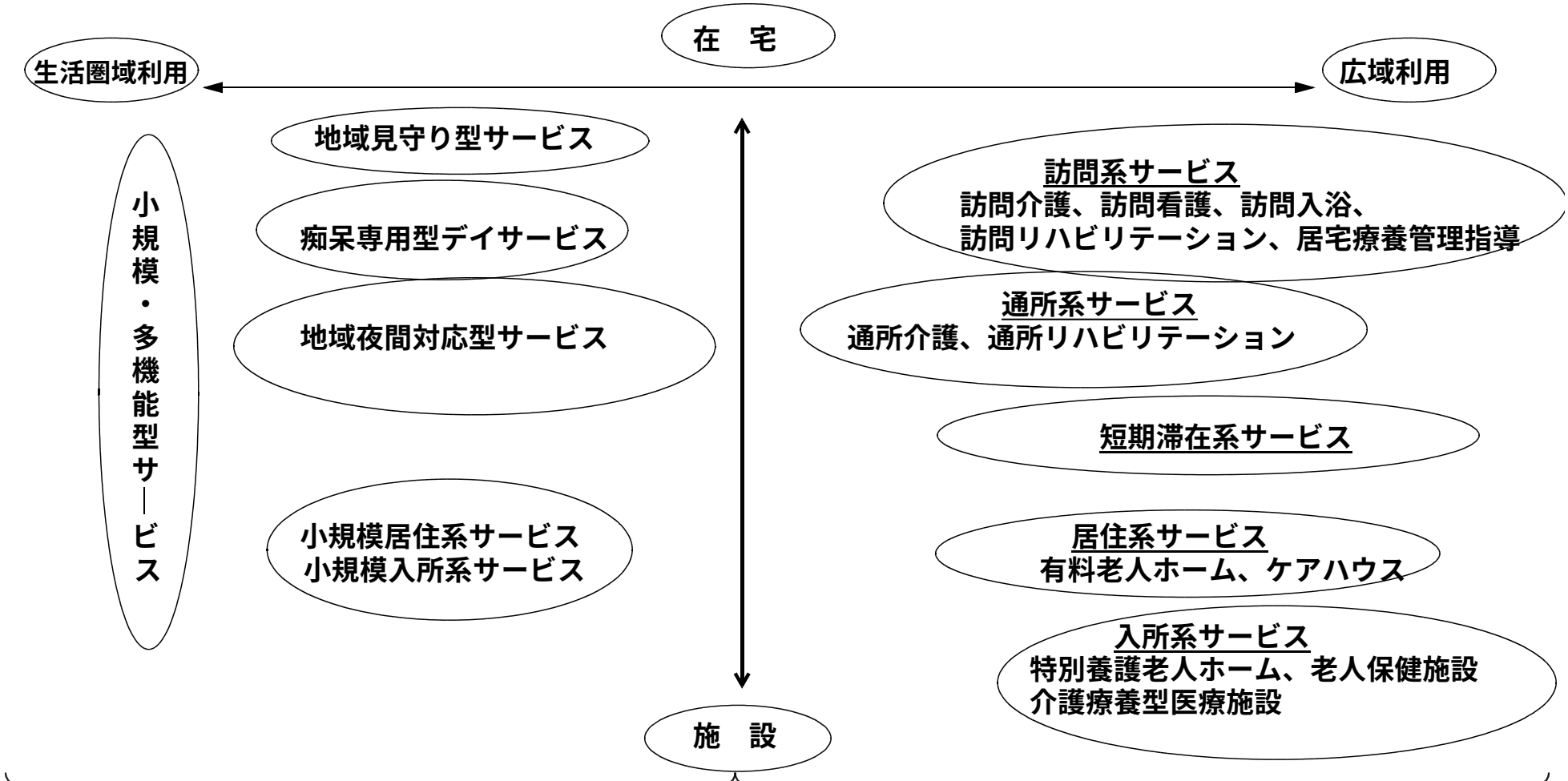
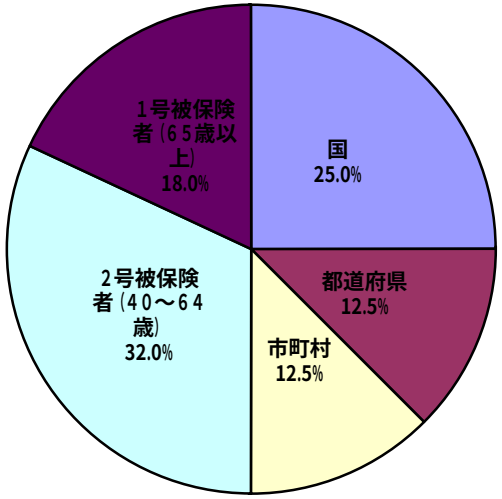
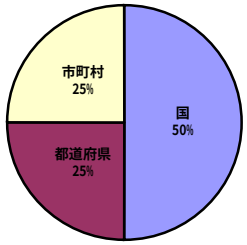


図２：地域密着型サービスの創設



高齢者介護・障害者福祉各制度の比較

	介護保険制度	支援費制度	精神障害者福祉施策
費用	６兆１２６７億円 （施設：３兆２４１２億円 在宅：２兆８８５５億円）	６９４６億円 （入所施設：４５０６億円 在　　宅：２４４０億円）	４３８億円
財源			○居宅生活支援事業（６０億円） （国：５０%、都道府県・市町村２５%） ○社会復帰施設運営費（３７８億円） （国・都道府県各５０%）
利用人数	３０９万人（１６年１月審査分）	３２万人（１５年４月分、一部重複あり）	３万人（１５年４月分、施設は定員ベース）
制度比較	・応益負担（高額介護サービス費制度による限度額あり） ・ケアマネジメントに基づくサービス提供 ・要介護認定により支給額の上限を設定	・応能負担 ・ケアマネジメントは制度化されていない ・支給量は基本的に各市町村の裁量	・ホームヘルプは応能負担、施設等は食費等の実費を負担 ・ケアマネジメントは制度化されていない ・ホームヘルプの支給量は、基本的に各市町村の裁量

※　費用は１６年度の予算ベース。介護保険制度の施設・在宅の内訳は、１６年度予算の総費用と１６年１月審査分のサービス利用状況を基に推計。支援費制度の通所施設は在宅に分類。