

介護保険部会におけるこれまでの議論の整理（案）

下線部は第5回部会（10月27日）での意見

論点	意見の内容
0. 制度見直し全般	<p>社会保障全体を見ると、給付と負担の関係では、介護保険は健全に進んでいるという印象を持つ。確かに市町村間の格差や保険料の上昇はあったが、全体として収まりは良い方である。しかし、このままで将来も維持できるかが課題である。</p> <p>介護保険制度を給付と負担のバランスが確保された持続可能な制度にするには、被保険者範囲の拡大や財源の負担割合も含め、抜本的な見直しも視野に入れるべき。</p> <p>負担と給付の両面からシミュレーションをして全般的に見直す必要があり、また、国がどのように財政負担をしていくのかも考える必要がある。</p> <p>これから3年間は、このままで大丈夫なのか、そうでないのかをよく考えるべき。それによって見直しの方向が変わってくる。</p> <p><u>持続可能な形でうまく運営していくという、制度の持続可能性の追求が最も重要。</u></p> <p><u>介護保険は高齢者の介護サービスの基本的な部分を保障する制度であり、それを超える部分は利用者の選択の下、自己負担でサービスを補うという制度の性格づけを確認しておく必要がある。</u></p>

I. 保険者の在り方

保険者の規模

小さな市町村は保険のリスク分散ができず保険料の負担が非常に高くなっている。現行の市町村単位の保険者の在り方を見直し、国・都道府県を含め保険者の在り方について検討すべき。

保険者の在り方を規模のみで議論するのは問題がある。住民に最も身近な団体である市町村が規模の大小を問わず責任を持っていたからこそ、介護保険はうまく機能し国民の評価も得ている。地方自治の発展にとっても大きな意味のある介護保険制度においては、市町村を保険者とした原則論を踏まえて議論することが必要。

都道府県単位を基本とした保険者の広域化を推進すべき。

保険者の広域化を進めていくことが必要。

広域連合の編成は、間接費用の削減などスケールメリットがあり、適正な規模であれば、それだけのメリットがある。

サービスの提供体制、住民の生活圏を考慮した地域保健の考え方でスタートした制度創設当初の考え方は尊重すべき。

運営主体については、都道府県・広域連合・国に移行すべきとの意見もあるが、その一方で、介護保険が始まったことで、それと連動しながら、市町村の高齢者福祉が全般的にレベルアップしたという認識が非常に高い。

保険者の規模は大きいほどよいかどうかは一概には言えない。

規模の問題は財政調整等の組み合わせで様々な答えが出てくるが、保険料負担の問題は広域化といった規模の問題だけでは解決しない。

市町村合併、広域連合化が進められている状況を見ると、保険者の適正な規模については議論すべき問題。

市町村によっては財政力のかなり弱いところがあり、第2期計画においても財政安定化基金からの借入れで問題が先送りにされているところがある。今後、幾つかの市町村は保険を維持できなくなる状態が考えられる中で、交付税等での財政支援はすべきではないが、対応策として、保険者の規模の拡大は不可避。

<p>保険者の規模 (つづき)</p>	<p><u>市町村は保険者にならないという選択肢があってよいのではないか。医療保険者も参入できるような新しい保険者の在り方を長期的には考えることが必要。</u></p> <p><u>保険者になるかどうかを自由化することについては、公的保険制度における継続性の重要性という観点から見て問題ではないか。</u></p>
<p>保険者の機能・権限</p>	<p>保険者として利用者と事業者の間に立ち、保険運営をコントロールする機能を確立することが重要。</p> <p>施行後3年が経過して保険料の格差が広がった。高齢者は今後どう費用負担が増加するのか不安を持っている。サービス提供者間の競争原理により質が上がり、価格は下がると期待していたが、実際はそうっていない。保険者が計画性をもって給付をコントロールする必要があるのではないか。</p> <p>事業者の指定権限の在り方など保険者の権限について検討すべき。</p> <p><u>都道府県事務である事業者指定について市町村の関与を強めることが必要。</u></p> <p>事業所の立入調査権など、保険者が都道府県と同程度の調査・指導権限が確保できるよう制度改正を行うべき。</p> <p>介護保険では、一般的に報酬請求がケアプランに適合していれば、そのまま支払われているのが現状であり、不正請求の事例は内部告発があって発覚したのがほとんどではないか。今後の見直しの中で、不正のチェックを制度的に担保できる方法を作れるかどうかは大きな問題と考える。</p> <p><u>保険者が給付をチェックする仕組みが必要。また、被保険者証のカード化ができるようにすべき。</u></p> <p><u>保険者が効率化を推進できるようなインセンティブやチェック機能が働く仕組みとするべきではないか。</u></p>

<p>II. 被保険者の範囲</p>	<p>障害者施策の議論と介護保険制度の見直しの議論とをリンクして行うべき。すぐにできるとは思わないが将来的には考えていかざるを得ない。</p> <p>被保険者の範囲の拡大については、給付対象の拡大とセットで議論するべき。</p> <p>附則2条の被保険者の範囲拡大は、今後の重要な問題。障害者を入れるかどうかを含め早急に検討に着手すべき。また、保険料を納める対象年齢をどうするかという問題は、実態をしっかりと見極め、本当に納めることができるかという観点も含めて、対象年齢の拡大を考えていくことが必要。</p> <p>第2号被保険者の対象年齢を現行の40歳から30歳とし、第1号被保険者の負担割合を軽減すべき。</p> <p><u>給付の在り方を見直さずに安易に被保険者範囲を広げるべきではない。年金、医療、介護とも現役世代から高齢世代への所得再配分の傾向が強まる中、一方で、高齢者は各種の税制優遇を受けており、若年・高齢世代間には資産格差もあることを考えるべき。</u></p> <p>生活保護を受給している第1号被保険者を介護保険の対象外とし、介護給付費を全額生活保護の介護扶助費から支給することとすべき。</p>
---------------------------	--

<p>III. 保険給付の内容・水準 (利用者負担を含む)</p>	
<p>給付費の水準</p>	<p>給付増は制度当初からある程度分かっていたことであるが、保険者である市町村が抱える問題点を整理し、対策を講じるべきである。このままでは、いわゆる第2の国保になるおそれがある。</p> <p>医療費は昔から西高東低だが、介護保険もその傾向が見てとれる。医療の需要が多いところが介護の需要も多いといえるのかどうか検証が必要。このままの伸びでいったら経済が良くなっても負担がついていけないのではないのか。どういうサービスが必要なのか議論が必要。</p> <p><u>介護保険の給付を基本的な部分に絞るとともに、利用者が追加的費用を支払うことで付加価値の高い保険外サービスを利用できる仕組みも必要。</u></p> <p>健康な老人を増やしていくことは、給付費増の抑制など介護保険の問題と連動している。介護予防の手法の検討や高齢者を地域全体で支えるため、保険・医療・福祉・生涯学習等も含めた仕組みづくりを考えるべき。</p>

<p>給付費の水準 (つづき)</p>	<p>給付の伸びを抑制するかどうかについては、自然増も念頭に置くべき。給付の増加は大変な問題であるが、適正化のために安易に抑制することはサービスの質を落とすおそれもある。訪問看護、リハビリテーションなど量的整備が必要なサービスもあり、安易な抑制は避けるべき。</p> <p>給付は保険料水準と密接に関わるものであり、給付の議論は財政負担の可能性を考えながら議論すべき。</p>
<p>要支援・要介護1に対する給付のあり方 (介護予防・リハビリテーションを含む)</p>	<p>要支援と要介護1・2が大変伸びており、これをどう考えていくかが大きな課題。</p> <p>要支援・要介護1が非常に増えている一方、1人当たりの給付費は下がっている。本当に必要な人が要支援になっているのが重要。</p> <p>市町村の担当者との勉強会の中でも、要支援者に対する介護サービスは本当に介護保険の中で対応しなければならないのかという疑問が出てきており、要支援者に対するサービスは、ボランティア、NPO等の繋がりも含めて、制度の枠内で考えるべきか枠外で考えるべきかを掘り下げて議論すべき。</p> <p>要支援の廃止を含めた認定区分の簡素化を行うべき。</p> <p>要支援を介護保険から外すということは時期尚早。要支援の取扱、介護予防の在り方を検証していくべき。</p> <p>要介護度の軽い人の利用が増えているが、保険外のサービスの環境整備を進めていくことにより、介護保険の入り口にいる人について、介護保険を使わないという関係を作ることが可能になるかもしれない。</p> <p>要支援には、予防給付としてリハビリテーションが行われているはずだが、データを見ると効果を示していないと言わざるを得ない。正しい方法論に立ってリハビリテーションを行うシステムを作れば改善するはずであり、介護給付も軽減できる。</p> <p>要支援・要介護1・2の問題を議論するときには、在宅介護支援センターや市町村の独自事業などの在り方を整理することが必要。</p> <p>リハビリテーション、介護予防のため、施設入所、居宅を問わず、いかに継続的にリハビリテーションが提供されるかという地域リハビリテーションの視点での提供体制の構築が必要。</p>

<p>要支援・要介護1に対する給付のあり方 (つづき)</p>	<p>要支援・要介護1の改善率が低いのは大きな問題である。</p> <p>予防給付については、要介護にならないようフォローするというにもかかわらず、現実には要支援者の48.9%が2年後には重度化しているデータを見ても、介護保険のサービスが本当によりよい形のサービスメニューとして提供されているかを検証する必要がある。</p> <p>介護保険で提供されるサービスは、要介護度の悪化防止が非常に重要であり、それを実現することが保険者の責任である。市町村が保険者としてどれだけサービスを給付し、その成果がどうであったか、どうしたら質を高められるかを議論すべき。</p> <p>介護保険のサービスは要介護状態の改善を目的とするものであり、要支援状態なのに車いすや移動リフトを提供することは、あってはならない。</p>
<p>在宅と施設のあり方</p>	<p>施設介護から在宅介護へという流れが生まれているのかどうか、検証する必要がある。</p> <p>払える高齢者と払えない高齢者とをきちんと線引きして、払える高齢者からは1割以上の負担を求めべきではないか。</p> <p><u>現在の仕組みで持続可能性を確保するためには、利用者負担をどのように引き上げていくかを考えるべき。ホテルコスト負担の問題については、かなりコンセンサスができてきたのではないか。</u></p> <p>在宅と施設との間に不公平感があり、施設にはいると相当お金が余るという現実がある。適切な負担を行うためには、基礎年金以上に年金をもらっている人が施設に入った場合などはホテルコストを払うべきではないか。ただし、低所得者には配慮すべき。</p> <p>ホテルコストの徴収に反対ではないが、あらゆる角度から精査して設定することが重要。</p> <p><u>ホテルコストは自己負担するなど利用者負担の見直しを行い、在宅との公平を図ることが必要。</u></p> <p>施設サービスを受ける人は要介護度が高いので費用がかかるのは当たり前である。施設サービスを受ける人は立場が弱い人なので、負担を増やすことは慎重に考えるべき。</p> <p>食費、ホテルコストの問題を議論するに際しては、低所得者の利用状況について精査することが必要。</p> <p><u>ホテルコストの問題は年金給付の水準と関連することに留意すべき。</u></p>

在宅と施設のあり方
(つづき)

在宅介護を推進するため、施設と在宅の給付と負担のバランスを是正すべき。また、家族介護の評価の在り方について検討すべき。

施設と在宅について、利用者負担額を含めた保険給付の均衡を図るべき。在宅で介護を行っている家族全てに現金給付を行えるよう支援対策を充実するべき。

現金給付を入れなかったからこそサービス利用が進んできたことを考えても、今回の見直しで家族介護に対する現金給付を行うべきではない。痴呆性高齢者を抱えて介護している家族などについては、現金給付でない形での支援の在り方を考えるべき。

介護に係る費用については、介護・生活・医療に係る費用として再構築し、それぞれ介護給付、自己負担、医療保険とすることはどうか。

低所得者の定義を明確にし、抜本的・総合的な低所得者対策を制度上構築すべき。

保険料・利用料の減免を国の負担で行う制度を創設すべき。

非課税法人である社会福祉法人の利用者負担軽減施策は機能していない。社会福祉法人に利用者負担軽減を義務づけるとともに、1%控除の仕組みを廃止し、市町村の助成を義務づけ、国は軽減の基準を示すべき。

特養に入居するのに居住費が問題になるが、大抵のお年寄りには、住宅を自分で持っているのだから、リバースモーゲージも含めて家屋、資産で払えるようにすることが必要。

利用料負担を利用者の死後に回収できる仕組みを採用できないか。

施設サービスの利用者を要介護度が重度のものに限るべき。

在宅と施設の給付の範囲と水準については、支給限度額も含めて検証すべき。

支給限度額の在り方について検討すべき。

限度額を超えてサービスを利用するときに、経済的なゆとりがあって必要なサービスを買っているのか、苦勞しながら自己負担で自宅で介護しているのか、検証が必要。

短期入所は短期間の施設利用という観点で整理する方が、利用者にとっても施設にとっても利用しやすいのではないか。

サービス体系
(痴呆ケアを含む)

在宅サービスについては、もっと多様性のあるサービスを考えていく必要がある。施設か在宅かの二者択一的な論議ではなく、例えば、通う・泊まる・訪問を受ける・住むを一体的に提供する小規模多機能ホームを介護保険に明確に位置付けていく工夫が必要。

施設志向が加速していることに鑑みても24時間365日ケア体制をきちんと議論すべき。

特定施設、グループホーム、そしてユニットケアは多くのニーズがあり、増やしていく必要があるが、そのときに今の仕組みがついていけるのかが大きな問題である。

グループホームは実質的に施設であるにもかかわらず住所地特例の対象外。指定も容易なので都市周辺部で急増しており、将来の保険料増加の大きな要因となる恐れがある。グループホームの急増を抑制するため、指定基準を厳しくするなどの対応を取るべき。

将来的には要介護者の7割以上が痴呆を持つということからも、痴呆のケアの研究開発は非常に重要。痴呆の療養病床が、療養病床としてひとくりにされているため、地域によっては痴呆の療養病床に転換しようとしても参入できないという問題がある。痴呆について専門的な在宅・施設サービスが必要。

痴呆対応のケアをスタンダードにしていくという方向であれば、現行の要介護の認定方法を根本から変えなくてはならないのではないか。

現在の痴呆ケアは介護する側・家族の側の視点が強い。痴呆性高齢者本人の感じ方まで取り入れたケアを考えなければならない。

痴呆については、介護予防・要支援程度のところで何らかの効果的支援が必要。

老人性痴呆疾患センターの機能やグループホームにおける重度の要介護者(4・5)のケアの在り方を議論する必要がある。

介護保険施設の機能の明確化、養護老人ホームの在り方について検討すべき。

施設類型について機能別に類型化し、再整理することが必要。

給付の対象とするものではないが、在宅復帰支援の観点から食事の提供、配食の在り方について検討すべき。

<p>サービス体系 (つづき)</p>	<p>移動サービスや配食サービスなど、いわゆる介護保険外のサービスがかなり求められている。</p> <p><u>要介護者の健康の維持にとって、食は重要であり、口腔管理を重視すべき。</u></p> <p><u>おむつ外しの活動がある中、人間の尊厳に関わるものとして、排せつケアを重視すべき。</u></p>
<p>医療等との連携</p>	<p>介護予防、医療保険、介護保険の3つが連続的に個人に対してサービス提供できるような仕組みに変えていくべき。</p> <p>施設でのターミナルケアを進めるため、医師が日頃から施設と連携し、緊急時には応援で対応することを義務付けるべき。</p> <p>高齢者を地域全体で支えるために保健・医療・福祉・生涯学習等を含めた地域資源を活用した仕組みづくりを考えるべき。</p> <p><u>要介護度の改善と医療系サービスの組み合わせの関連の検討が必要。医療ニーズのある利用者への看護と介護の連携、業務の在り方を検討すべき。</u></p> <p>構造設備面での経過措置の対象となっている療養型医療施設の病床の実態を検証することと合わせ、サービスの質の観点からその在り方について検討すべき。</p> <p><u>基準該当サービスに訪問看護を認めるなど訪問看護サービスの整備促進を図ること、グループホームへの訪問看護の提供を可能にすることが必要。また、訪問看護ステーションでの預かりケア（レスパイトケアなど）をモデル的に行うことはできないか。</u></p> <p><u>A L S 患者の痰の吸引が一部認められることとなったが、ホームヘルパーが行いうる医療行為の範囲について検討すべき。</u></p>

IV. サービスの質の確保

ケアマネジメント

ケアマネジャーが自分の作ったケアプランの質を検証できる能力を付与すること、第三者機関によってきちんと評価される仕組みが必要。

身近にいるホームヘルパーから見るとケアプランが合っていない実態も見られる。ケアプランにヘルパーの意見を盛り込むことやケア後の状況を書けるよう検討して欲しい。

在宅を継続できているケースはケアプランがしっかり立てられているが、今のケアプランでは突発的な事情の変化に対応できないとの指摘もあり、ケアプランの仕組みについての検証が必要。

ケアマネジャーの独立性・中立性が確保されるよう制度改正を行うべき。また、適正なケアプランが作成される体制を確立すべき。

ケアマネジャーの現状から言えることは、ケアマネジャーの力量不足や質の問題だけでなく、求められている仕事の量と質が限界に達していることにある。今回の報酬改定でも、独立した介護支援事業所の設立は非常に難しい。

報酬事務や事業者内報告に時間がとられ、会議の開催無しが23.4%というのは非常に問題。システムが機能していないと言ってよいのではないか。ケアマネジャーがその日暮らしに陥っていないか、50人というのが妥当かどうか、きちんと見ていくことが必要。

ケアマネジャーの質の問題は、施設・在宅ともに非常の多くの人数を必要としていることにある。施設には、介護計画・看護計画があることから、今後は、ケアマネジャーは在宅ケアに特化していくべき。

ケアマネジャーの受験資格の見直しが必要ではないか。

ケアマネジメントでは退院・退所計画が重要。

住宅改修・福祉用具の適正化のためにも、両方に詳しいケアマネジャーが必要。

<p>第3者評価・権利擁護</p>	<p>グループホームだけでなく、様々な介護サービスに対する第三者評価が必要。真剣に議論する必要がある。</p> <p>グループホーム以外にも、全国での施設サービス、在宅サービスに対する評価の取組について検証することが重要。</p> <p><u>第三者評価は行政主導ではなく市民を巻き込んだものであるべき。</u></p> <p><u>第三者評価は優れているところを評価していく視点が必要。</u></p> <p>成年後見人制度、地域権利擁護事業等の利用者の権利擁護も検証する必要がある。</p> <p><u>高齢者虐待に対する救済措置の在り方を検討すべき。</u></p> <p><u>要介護認定やケアマネジメントに関する苦情は、県の国保連だけでなく、保険者である市町村にも窓口を置くべき。</u></p>
<p>人材育成など</p>	<p>事業者は人員不足が問題。ヘルパーは登録型になってきており、教育が非常に難しい。労働環境、ヘルパーの質の向上について検討すべき。</p> <p>ホームヘルパーの現場は、事務作業量进行处理するために人を置かなければならない状況だが、これをこなすための財源がない状態である。</p> <p>ホームヘルパーは登録型が多く、労働条件が大変悪い。介護労働者の仕事が社会的に十分評価されていない。在宅サービスの質を高めるため、全国共通の教育制度や研修、労働条件の向上が必要。訪問介護を担う労働者の労働条件の基準をきちんと決めるべき。</p> <p><u>現在の運営基準は常勤換算方法をとっているが、非常勤ばかり増加する事態となっている。職員の勤務形態と資格について議論すべき。また、施設関係者の資格についても議論すべき。</u></p> <p><u>介護老人福祉施設において、入居者へのケアの充実と質向上のために看護職の人員配置基準の引き上げを検討すべき。</u></p>

<p>事業者の指導・監督等</p>	<p>悪徳業者対策については、本来、保険者である市町村が自らどういう取組をしているのかを被保険者にフィードバックすべき問題。</p> <p>事業者の指定権限の在り方など保険者の権限について検討すべき。(再掲)</p> <p>事業所の立入調査権など、保険者が都道府県と同程度の調査・指導権限が確保できるよう制度改正を行うべき。(再掲)</p> <p>高齢者が、勧められて要介護認定を受けると、要支援に認定されることは比較的難しくない。最近では要支援の利用限度額月6万円を狙って参入する事業者があり、悪徳商法というべきものも出てきている。貴重な介護保険の財源が不正に使われており、これが制度への信頼感を崩壊させる。これを放置してはならない。</p> <p>不正請求事件を見ても、介護サービス事業者の指定について何らかの対策が必要である。</p> <p>介護保険では、一般的に報酬請求がケアプランに適合していれば、そのまま支払われているのが現状であり、不正請求の事例は内部告発があって発覚したのがほとんどではないか。今後の見直しの中で、不正のチェックを制度的に担保できる方法を作れるかどうかは大きな問題と考える。(再掲)</p>
--------------------------	---

V. 要介護認定	
地域差	<p>各都道府県ごとの認定率に大きなばらつきがあるが、申請者の割合、サービスの基盤整備、認定審査会が関係しているのか、きちんと検証することが必要。</p> <p>要介護認定者が非常に増えているが、認定に至らないようなものでも事業者から言われて主治医の意見書を取りにくるケースもある。現状を前提に、増えていくということではなく、もう少し踏み込んで分析した上で、将来の要介護認定者の数を出していくべき。</p> <p>認定率の地域差は、1次判定よりも2次判定に課題があるのではないか。また、かかりつけ医の意見書も見直しが必要ではないか。1次判定認定ソフトの精度を高め一次判定に重みづけをして、2次判定は非常に難しいケースや特異なケースのみ行うようにすれば、認定に係る事務も軽減できるのではないか。</p>
認定の質	<p>認定調査員の質の向上が必要。第1次判定の機能を高めることが必要である。</p> <p>サービスの質については、要介護認定のプロセスから検証する必要がある。訪問調査からニーズアセスメントにつながっていないことなど一連のプロセスを再検証すべき。</p> <p>本人の意思を未確認のまま代行申請した場合等に罰則を設けるなど、代行申請が悪用されることのないよう規制を設けるべき。</p>
事務手続等	<p>認定審査会等の簡素化、要介護認定の有効期間の拡大について検討すべき。</p> <p>要介護認定の有効期間を大幅（無期限）に延長すべき。また、原則として1次判定を活用することとし、医師の意見書提出の弾力化、認定審査会は新規、変更申請の場合に限るなど、認定事務の大幅な簡素化を行うべき。</p> <p>認定審査会の効率化については、もう少し1次判定の精度を高め、初回の判定と更新時の判定で方法を変える、かかりつけ医意見書はポイントを押さえたものに絞るというように、重点化するところ、簡略化するところを分けて対応していくことが必要ではないか。</p>

<p>VI. 保険料・納付金の負担の在り方</p>	<p>財政検証は、将来の予測を念頭に置くべき。高齢者にとっては、保険料がどうなるかという問題は非常に切実である。このままでは市町村ごとの格差が更に広がるのではないかと心配している。</p> <p>給付費の合理化をしている医療保険者と介護納付金の関係、1号・2号被保険者の負担の将来の見通しの中で、バランスある給付と負担の将来像を描けないと制度が持続しない。</p> <p>これから3年間はこのままでも大丈夫なのか、そうでないのかについて考えるべき。それによって見直しの方法が変わってくる。(再掲)</p>
<p>保険料等</p>	<p>1号保険者と2号保険者の関係については、65歳以上の人口割合で配分するののも一つの方法だが、要介護者数に基づいて配分してはどうか。</p> <p>2001年の健保法改正の際、医療保険料とセットになっていた2号被保険者の保険料の上限率が外されたが、2号被保険者の保険料の上限の設定を検討課題とすべきである。</p> <p>税制の矛盾、世帯概念を持ち込んだ保険料の賦課方式を是正すべき。</p> <p>所得段階や被保険者世帯の実態に応じた保険料設定が可能となるよう見直しすべき。</p> <p>保険料の特別徴収は、全ての年金から徴収可能にすべき。</p> <p>遺族年金、障害基礎年金等すべての年金を特別徴収の対象とすべき。</p> <p>公平性の観点から考えた場合、遺族年金と障害者年金が普通徴収でいいのか疑問。本人の申請や同意を前提に特別徴収も考えていいのではないか。</p> <p>低所得者の定義を明確にし、抜本的・総合的な低所得者対策を制度上構築すべき。(再掲)</p> <p>保険料・利用料の減免を国の負担で行う制度を創設すべき。(再掲)</p> <p><u>広域連合内で給付・負担の不公平感があり、事務処理は一本で行うとしても保険料設定は広域連合内の区域ごとに差を付けることを可能とすべき。</u></p>

<p>国庫負担</p>	<p>給付費が増大するなか、現行制度で国は負担に耐えられないのではないか。</p> <p>費用をどのように国庫負担していくのかを考える必要がある。他の社会保障制度とも関連するが消費税の問題を取り上げて議論する必要がある。</p> <p>公費の負担の割合を増やしてもいいのではないか。</p>
<p>財政調整等</p>	<p>調整交付金を別枠にし、国の介護給付費負担金を25%定率とすべき。<u>単に財政調整という問題ではなく、国庫負担の在り方という観点からの議論が必要。</u></p> <p>財政力の弱い保険者の安定を図るため、調整交付金5%を現行の25%の枠外とすべき。調整交付の算定基準に「施設補正係数」を導入し、保険者間の財政力格差を是正すべき</p> <p>財政安定化基金の負担の在り方について是正すべき。</p> <p>財政安定化基金は、ランニングコストではなく貸付資金であり、別枠でやるのが筋。</p> <p>住所地特例の適用範囲を拡大すべき。</p> <p>痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）及び特定施設入所者生活介護（ケアハウス等）に住所地特例を適用すべき。</p> <p>保険者の超過負担となっている事務費交付金を是正すべき。</p>

VII. 他制度との関係等

制度の持続可能性と社会保障全般の制度横断的な視点から検討することが重要。負担と給付の両面から、医療、年金、介護について全体を常に見ながら介護の在り方を考えることが必要。

高齢者がどのようにして財政負担ができるのかを総体として論じていくことが大事。

高齢者医療制度の問題、国保の再編統合の問題、年金制度の問題など周辺の社会保障の状況が変化しているので、この点も含めた検証が必要。医療と介護の一体的提供については、医療系サービスの伸びは一桁であるのでこれをどう考えるか。

制度横断的な視点から、介護保険の施行によって社会的入院の是正がどういう状況になっているのかを検証する必要がある。

高齢者医療制度の創設がこれから議論されるが、介護保険との整合性をどうとるのか。

療養病床の実態は病院と同じであり、介護保険の対象から除外し医療保険の対象とすべき。

低所得者に対する住宅施策についても、関係省と連携して検討して欲しい。

高齢者・障害者の自立のため介護移送は重要。国が関係省で連携して積極的に取り組んで欲しい。

在宅介護支援センターの役割・位置付けを改めて見直し、整理すべき。