

項目	現状と課題	改革の方向性
⑤家族に対する支援策 (つづき)	が約 500 市町村により行われており、4,000 人が活動しているほか、市町村主体で、金品支給、家族介護教室、痴呆性高齢者のいる家族支援などが行われている。	
⑥劣悪な事業者を排除する仕組み	<p>介護保険制度は、多様な事業主体の参入を認め、利用者の選択のもと、市場を通じて購入される。ただし、公的介護サービスは人間の尊厳と人権、生命に関わるサービスであり、被保険者、事業主、国・自治体が財源を重層的に支える公的社会保障制度である。また、要介護高齢者が利用者であり、情報の非対称性、身体的精神的要因、サービス不足などでサービス提供者と対等な立場に立っておらず、劣悪なサービスも淘汰されないため、悪質な事業者は市場競争による淘汰を待つだけでは不十分である。</p> <p>なお、取消事例もあとを絶たず、発覚した不正請求総額も制度創設以降 4 年間で 25 億円にのぼる。</p>	<p>選択、契約から利用まで一貫して弱い立場におかれがちな介護サービス利用者が、劣悪なサービスの被害から守られるように、保険者の指導・監督権限の拡大による事後規制の強化や、指定取消後の再指定の要件の厳格化などをはかり、劣悪な事業者を速やかに市場から排除する仕組みを制度的に確立する。</p> <p>また、全ての事業者を対象とする指定更新制を導入する。</p>
⑦新しいゴールドプラン	<p>高齢者の保健福祉分野におけるサービスの基盤整備を進めるため、政府は、1988 年に「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」を策定、1994 年にこれを全面的に見直し、「新ゴールドプラン」として 1995 年から 1999 年までを計画期間として実施した。</p> <p>2000 年からは、それに次ぐゴールドプランとして「ゴールドプラン 21」をスタートさせ、特養などについては、目標値を上回る整備を達成している。</p>	<p>今後のサービス基盤整備に関して、新たなゴールドプラン策定の有無や策定期間等について明らかにする。</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
<p>3. 被保険者・利用者について</p> <p>(1) 被保険者の範囲</p>	<p>被保険者が40歳以上の者とされたのは、①高齢化に伴う介護ニーズは、40歳以上の中高年期でも生じる可能性がある、②40歳以降だと、老親の介護が必要になり、制度による社会的支援の利益を受ける可能性が高まる、③高齢期の介護問題から年齢が離れている20～30歳台から保険料徴収の理解を得る事が困難で、保険料未納問題につながる、という理由による。</p> <p>また、若年障害者が介護保険の適用から除外されたのは、①障害者施策は公の責任として公費で実施すべきとの関係者の意識が強い、②身体障害者以外の障害者施策が一元的に市町村で行われていない、③障害者の介護サービスの内容は高齢者に比べて多様で、これに対応したサービス類型を確立するには十分な検討が必要、④保険移行にあたっては障害者の介護サービスをはじめ現行施策との調整が必要、などの理由による。</p> <p>介護を社会全体で支えることを理念としながら、給付対象になるのは、高齢化に伴う要介護・要支援者であり、第2号被保険者(40～64歳)は保険料を納めているにもかかわらず、保険給付は高齢化に伴う15種類の特定疾病に限定され、保険料徴収と保険給付の関係がいびつな「高齢者介護保険」となっている。</p> <p>社会保険である以上、負担には受給権が伴うべきであり、負担と給付の関係について整合をはかる必要がある(40歳以上の障害者は保険料を支払いながら、第2号被保険者期間は介護給付を受けられないが、第1号被保険者(65歳以上)になれば、高齢化に伴う障害でなくても保険給付</p>	<p>介護とは、高齢者特有のニーズではなく、疾病や交通事故などによる後遺症でも必要となるものであり、本来は年齢や事由を問うものではない。</p> <p>支援費制度の実施により、障害者のサービス需要は高まり、年度末に税財源が不足する事態が発生するなど、従来税による障害者施策の実施が困難になっている。さらに、施設や精神病院など、家族や地域と隔絶した場での生活を余儀なくされている障害者も少なくない。</p> <p>障害者(児)の自立支援においても介護サービスが重要な役割を担うため、介護保険制度の見直しにあたっては、介護ニーズを社会全体で支え、あらゆる人の地域生活と社会参加を保障するという、社会連帯に基づいた改革でなければならない。これは、「負担と給付」の関係が「高齢者」に矮小化された介護保険制度を、真の社会保険制度に変革することをめざすものである。</p> <p>そのため、医療保険加入者およびその被扶養者は、すべて介護保険の被保険者とする。なお、医療保険に加入していない生活保護受給者も、国民健康保険に加入できるようにし、介護保険被保険者とする。</p> <p>被保険者および給付対象の範囲の障害者等</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
<p>(1) 被保険者の範囲 (つづき)</p>	<p>対象となる)。</p> <p>* 2003 年から、障害者サービスは、「措置制度」(利用に際して行政がサービスの利用者を特定し、サービス内容を決定する) から「支援費制度」に変わった。しかし、支援費制度導入直前に、ホームヘルプに「利用上限」を設ける検討がなされたことや、施行1年目から予算不足に陥るなど、国の姿勢と制度運営に対して、障害者団体の不信が根強い。</p> <p>支援費制度：利用者が市町村に「支援費」の支給申請し、市が支給を決定すれば、利用者が事業者と契約を締結してサービスを利用し、利用者負担と支援費(公費)でサービス費用を賄う。</p>	<p>への拡大にあたっては、障害者当事者の意向を十分に尊重する。また、給付体系の再編を行っても、各障害者に提供されるサービスが現行の施策・財政水準から低下しないようにするとともに、法施行までに、サービス体系のあり方・内容、人材育成、財政見通しや負担のあり方・水準などについての検討を行うため、十分な準備期間を設ける。</p> <p>また、国の責任で、十分な低所得者対策を行う。</p>
<p>(2) 負担のあり方 ① サービス利用料(1割負担)</p>	<p>すべての介護保険サービスは、利用者負担は1割で、残りの9割は介護保険からの保険給付である。新たに導入された制度であるケアマネジメントについては、定着をはかる観点から全額保険給付されており、利用者負担はない。</p> <p>財務省の諮問機関である財政制度等審議会は、2004年5月17日、「2004年度予算編成の基本的考え方」で、伸びが予想される社会保障費の抑制を最重要課題として、「介護保険利用者の自己負担を2～3割に引き上げ、コスト意識を喚起することが必要」とした(その他は、居住費徴収、負担軽減対象者の限定などに言及)。</p> <p>また、施設志向の是正と在宅重視の観点から、在宅サービスと施設サービスの負担割合に差をつけ、在宅に誘導す</p>	<p>給付抑制や財政的な観点から、利用者負担(1割)の割合を2～3割に引き上げるべきとする意見もあるが、これについては、制度の定着状況を踏まえつつ、年金・医療等を含めた社会保障制度全体の負担水準の中で慎重に対応すべきである。</p>

項 目	現状と課題	改革の方向性
<p>②施設入所者の居住費</p>	<p>べきという指摘もある。</p> <p>施設の居住費については、利用者がそれを負担する在宅の給付に対しそれらの負担のない施設（個室・ユニットケア型特養をのぞく）には割安感があり公平性に欠け、施設志向の一因にもなっているという指摘がある。</p> <p>入所者の所得階層を見ると、介護保険料第1・2段階の入所者は、老人保健施設や介護療養型医療施設では全体の20～30%であるが、特養の入所者では、介護保険施行前の入所者で95%以上、介護保険後の新規入所者でも約7割を占めている。</p> <p>2003年度から個室ユニットケアの特養に限り、居住費の徴収が認められているが、これを個室・ユニットケア以外にも拡大して居住費を徴収する場合、4～8人部屋が居住費を徴収するに十分な環境であるか、自宅が賃貸住宅で夫婦が住居を別にした場合、施設と自宅で2重の居住費が発生する、などの問題がある。</p> <p>[参考] 国は、2003年度から介護老人福祉施設の建設について、全室個室・ユニットケア化の原則を打ち出したが、2002年10月現在でも介護保険三施設の個室化の割合は1割程度で、約6～7割が4人室を利用している。</p> <p>* 居住費の算定基礎となる費用は、①建物および建物附属設備の取得費用、②器具および備品の取得費用、③修繕費、④光熱水費および燃料費、である。</p>	<p>在宅と施設の負担の均衡をはかる観点から、光熱水費を支払う居宅利用者との公平性を保つために、原則としてすべての施設入所者から居住費を徴収する。ただし、自宅と同等の負担を求める以上は、施設の居住・療養環境が自宅と同等でなければならず、徴収は、「個室・ユニットケア」に限定する。</p> <p>また、居住費が負担できないために必要な施設入所まで困難にならないように、十分な低所得者対策を行う。</p>
<p>③第2号被保険者の保険料</p>	<p>第2号被保険者の保険料は、医療保険者ごとに保険料が設定されており、全保険者（市町村）が策定した介護保険事業計画に定められた給付総額との関係によって自動的に決</p>	<p>第2号被保険者の保険料は、保険料率の法定上限を設けるとともに、第2号被保険者代表（医療保険者や労使代表）が、介護保険事</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
<p>③第2号被保険者の保険料(つづき)</p>	<p>まる。しかし、保険料のあり方や、その設定根拠となる介護給付費に対する関与がまったくできないという問題がある。</p> <p>介護保険制度が創設されることによって社会的入院が減り、医療費、保険料が下がるとされ、当初は医療保険料と介護保険料をあわせて上限率としていたが、法施行前にその見通しは崩れ、介護保険料を医療保険からはずしたため、被用者の第2号被保険者の介護保険料の上限は青天井となっている。</p>	<p>業計画策定およびサービス給付量に関する事業者の指定に関与することで、保険料決定過程への関与度合いを強め、無制限の保険料上昇に対するチェック機能を働かせる。</p> <p>また、保険料未納についても徴収を強化する。</p>
<p>④第1号被保険者の保険料</p>	<p>遺族年金・障害年金は特別徴収(年金から保険料天引き)の対象になっていないが、特別徴収者と同様の保険料額算定・納付が行われており、納付方法に違いがあるだけである。</p> <p>* なお、第1号被保険者の保険料設定については、①所得段階の設定が粗く、被保険者の負担能力を詳細に反映できておらず、とくに第2段階のなかでも所得の低い層の負担が過重である、②所得段階別ながら定額保険料は逆進性が強い、③税制上の矛盾や世帯概念を持ち込んでいるために不公平がある、などの指摘がある。</p>	<p>遺族・障害年金も特別徴収の対象にする。</p>
<p>4. 質の確保と人材育成・労働条件</p>	<p>今後の高齢化に伴って増加する要介護者を支えるのは介護労働者であり、対人サービスである介護サービスの質を左右するのもまた介護労働者であるため、待遇がよく、働きがいのある魅力的な職場づくりと、人材の質の向上は、一体のものとして重要であり、制度維持の観点からも不可欠な課題である。高齢者介護研究会報告では、適切な</p>	<p>介護職はおしなべて労働条件が悪く、その改善が課題である。また、現在でも質の向上が課題とされているが、痴呆ケアの標準化や、被保険者・給付対象範囲の障害者等への拡大などによって、介護業務は今後さらに高度化が見込まれることから、職種を問わず、</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
<p>4. 質の確保と人材育成・労働条件（つづき）</p>	<p>教育・研修体系と研修受講の機会確保、スキル向上の仕組み、従事者としての用件化などが必要であると指摘している。また、ユニットケアや痴呆ケアの標準化など、ケアのあり方や技術が急激に変化し続けているため、質向上のための定期的な現任研修などが課題となる。</p> <p>（ケアマネジャー） 制度スタートに備え、人員数を確保する必要から受験資格の裾野を広げた結果、これまで約 30 万人が実務研修受講試験に合格しているが、実際に実務に従事しているのは 6.7 万人程度となっている。医師や看護師など他職種と比較しても、ケアマネジャーはその業務量に比して待遇が低いことが実務に就く者の少ない要因との指摘もある。</p> <p>（ホームヘルパー） 訪問介護は介護福祉士とホームヘルパーにより提供されており、訪問介護員養成過程修了者はこれまでに約 200 万人に達するが、実働者は約 26 万人となっている。訪問介護員養成課程（1 級 230 時間、2 級 130 時間、3 級 50 時間。介護福祉士は 1650 時間）も、不十分であるとする意見が多い。また、登録型ヘルパーについては、「直行直帰」を基本とすることが多いため、チームとしてのケアが成立しにくく、情報共有や技術蓄積も困難であり、サービスの質やヘルパーの労働条件の向上の観点からも改善すべきであるという指摘が多い。</p>	<p>養成・現任研修制度のいっそうの充実が不可欠である。</p> <p>（ケアマネジャー） 質や社会的地位の向上の観点からも、将来的に国家資格とする。また、資格更新制を導入し、施策や研究の充実に伴う急速なケアの進歩・変化に対応できるようにする。</p> <p>（ホームヘルパー） 全国共通の教育・研修制度創設、ヘルパーの労働条件基準の設定などで、質の向上と労働条件の改善をはかる。教育研修制度は、国が基準を示し、それに基づいて都道府県が実施主体を指定することとする。 また、ヘルパーの中心的水準を、現在の 2 級ヘルパーから、介護福祉士に引き上げる。そのための質向上研修についても、国が積極的に行い、速やかな移行を促す。 登録型ヘルパーは「直行直帰」が多いため、チームとしてのケアが成立しにくく、情報共有や技術蓄積が困難になりがちであることが課題になっている。そのため、少なくとも</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
<p>4. 質の確保と人材育成 ・労働条件（つづき）</p>	<p>(施設職員) 医療関係職種をのぞけば、介護サービスの従事者には特段の資格要件や義務的研修は求められていないが、施設はより重度者を介護する傾向があり、今後それがますます強まると考えられることから、改善が必要である。 施設長の資格要件も、施設入所者の重度化に対応しうる要件ではなく、施設長の研修などのあり方が課題となっている。</p>	<p>も、同一利用者に複数のヘルパーがサービスを提供する場合、過去のサービス提供状況や利用者の状態を把握した上で、サービスを提供できる体制を整える。</p> <p>(施設職員) 介護職員の資格化をはかるとともに、施設長の資格要件も、質の向上や施設入所者の重度化に対応しうる要件に引き上げる。</p>
<p>5. 保険者・保険運営のあり方 (1) 保険者規模</p>	<p>保険者は、住民に身近な市町村を基本単位としたことで、サービスや保険料等について独自性のある制度運営が行われており、それによって高齢者福祉が充実した市町村が増えている。一方、小規模保険者では、認定率の高さ、1人当たりのサービス受給額の高さ、需給見通しの誤りなどによる保険料の高騰など、変動リスクを分散できない市町村も出ている。</p>	<p>保険者規模は、住民の生活圏域内で密接にサービスが提供できる市町村単位を維持する。ただし、認定率の低さ、需給見通しの誤りなど、変動リスクを分散し保険料の高騰を防ぐため、市町村住民の意思を尊重しつつ、広域化により一定規模を確保することも必要である。その場合、国による財政支援を拡充する。</p>
<p>(2) 保険者の権能・権限</p>	<p>保険者でありながら、事業者指定・取消処分、施設整備の許認可、立ち入り調査等に対して権限を持たず、都道府県・知事がこれを行っており（指定事業者の事業範囲は全国）、利用者と事業者の間に立って保険運営をコントロー</p>	<p>保険運営の責任を負う保険者を、事業所指定や施設整備の許認可等に関与させ、保険サービスの提供をコントロールできるようにすべきである。プロセスとしては、各都道府県</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
<p>(2) 保険者の権能・権限 (つづき)</p>	<p>ルする権限がない。 取消処分は介護保険事業に関する処分であり、事業実施自体を規制するものではなく、法人とその経営者に対する処分でもない（任意事業者には処分の効果は及ばない）。 第2号被保険者とその保険者である医療保険者も、保険給付および保険料のあり方の決定・運営に関与できないという問題が指摘される。 要介護認定についても、認定調査委託や申請代行により、認定結果に格差が生じている（6. 要介護認定のあり方参照）。 また、ケアマネジメントやサービス内容に対するチェックもほとんど行われていないという問題が指摘されている。</p>	<p>ごとで、都道府県、圏域内の全保険者、医療保険者や労使代表が参画して協議を行い、その結果を踏まえて都道府県知事が最終決定を行うこととする。また、指定・取り消しの要件に、労働関係法規の遵守と社会保険への加入を加える。 さらに、サービスの質や報酬請求において問題があると市町村が判断する場合は、市町村が事業所・施設に対する立ち入り調査を行う権限も付与するとともに、指定取り消しにも積極的に関与できるように見直す。</p>
<p>(3) 住所地特例</p>	<p>介護保険制度では、住所地の市町村の被保険者となるのが原則（住所地主義）であるが、1年以上にわたり施設に入所することが見込まれる者の住所は施設所在地にあるとされる。この場合も住所地主義を適用すると、施設所在地の保険者に介護費用の集中が起き、市町村間に財政上の不均衡が生じるため、入所前の住所地の保険者が保険者となる（住所地特例）。 住所地特例が適用されないグループホーム・特定施設等は急激に増加しており、とくに保険者から、これらを含む居住型サービス全般にも、住所地特例を拡大すべきという意見が出されている。</p>	<p>グループホームや特定施設などの居住型サービスがある保険者に利用者が集まることで、居住型サービス所在地の保険者への介護費用集中とそれによる保険料増加を防ぐために、住所地特例をすべての居住型サービスに適用する。</p>
<p>6. 要介護認定のあり方</p>	<p>認定調査は、市町村からケアマネジメント事業所や施設に委託ができるため、約7割が委託となっている。委託に</p>	<p>要介護認定を適正に運営するために、要介護認定の新規申請に限り、申請代行の範囲を</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
<p>6. 要介護認定のあり方 (つづき)</p>	<p>よる認定の方が、そうでない場合とくらべて平均介護度が 高い傾向にある。</p> <p>認定申請も、ケアマネ事業所や施設が代行でき、申請全 体の約8割が代行であり、被保険者の意思を踏まえ、その 依頼を前提とするにもかかわらず、事業所による「ニーズ の掘り起こし」を目的とした申請代行の事例が報告されて いる。</p> <p>事業者にとっては、軽度者は重度者と比較すると長期間 継続的にサービスを提供できるため、ケアマネジャーが申 請代行を行い、委託を受けて要介護認定を行い、利用者の 囲い込みを行う問題が指摘されているが、これに対する歯 止め策はない。</p> <p>2次判定を行う介護認定審査会は、審査・判定結果の通 知の際、①要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要 な療養に関する事項、②サービスの適切かつ有効な利用等 に関する留意事項、について意見を述べることができる (1999年局長通知)が、意見を付しているのは約0.3%に すぎない。また、判定の過程には、利用者の状態を詳細に 把握しているサービス提供者の意見が反映されないなど、 介護認定審査会のあり方が課題となっている。</p>	<p>公的機関に限定することで、事業者によるニ ーズの掘り起こしと利用者の囲い込みという 連鎖を防ぐ。</p> <p>認定審査会の運営の効率化をはかり、サー ビス内容について意見を付せるという規定が 十分機能するようにする。</p> <p>また、利用者に定期的に接し、最も状態を 詳細に把握しているサービス提供者の意見が、 認定の正確な更新に反映されるとともに、認 定審査会のサービス内容への意見付与の際の 判断材料となるように、提供者の意見書、ケ アプラン、サービス提供に関する計画書(訪 問介護計画書等)および提供結果の報告書な どを要介護認定の過程に加える。</p>
<p>7. 権利擁護</p>	<p>権利擁護に関する現行施策は、成年後見制度と地域福祉 権利擁護事業があるが、制度に対する認知度が高いとは言 えず、制度の周知徹底が大前提となる。両制度とも、利用 料に問題があり、十分な資力のない者は事実上利用できな いなどの問題が指摘されている。</p> <p>虐待については、とくに「元気痴呆」の要介護者が被害 を受けることが多いが、今後、痴呆性高齢者の増加が見込</p>	<p>地域福祉権利擁護事業の利用者負担は、日 常生活や福祉サービス利用支援などの業務内 容に相応しい水準に改める。</p> <p>高齢者虐待防止については、「高齢者虐待 防止法」制定も視野に入れながら、サービ ス提供者に対して、虐待を発見した場合の、市 町村、在宅介護支援センター、保健所、福祉</p>

項 目	現状と課題	改革の方向性
	まれており、権利擁護のしくみを早急に整備しなければならない。法律の面からも「高齢者虐待防止法」制定を求める意見がある。	事務所等への通報義務を課すなど、虐待防止に関する施策を早急を実施する。