

項目	現状と課題	改革の方向性
②生活圏域単位のサービス基盤	<p>厚生労働省は、生活圏域の中で多様なサービスを利用できる体制の整備が必要であり、現在の全国共通的・画一的なサービス以外にも、市町村が独自性を活かし、生活圏域において地域に密着したサービスを整備・展開できる方向性を重視すべきと提起している。</p>	<p>市町村が地域性などに配慮しつつ、よりきめ細かなサービス提供基盤を整備することは、サービスのいっそうの効果発揮を期待できるものであるが、市町村間でサービス基盤と利用の選択範囲にさらに格差が生じる可能性もあるため、十分検討する必要がある。</p> <p>詳細については、具体的な見直し案が示された後で、検討をおこなう。</p>
③痴呆ケアの標準化	<p>介護保険のサービスは、身体機能の障害に対するケアを重視したサービス体系を中心に実施してきた。しかし要介護認定データ集計から、要介護者の約半分、施設入所者の約8割が痴呆状態にあることが明らかになり、今後も痴呆性高齢者の増加が見込まれている。したがって、今後の高齢者介護は、「痴呆ケア」を介護サービスの標準とし、住み慣れた地域、なじみの人間関係、小規模な居住空間、家庭的雰囲気、という特性を備えたケアを提供することが中心的な課題となる。</p> <p>痴呆ケアの担い手の養成も課題で、現在は痴呆介護の研究・研修センターが全国に3か所設置され、研究・専門職員養成を行うほか、グループホームの管理者研修が義務づけられているが、研修を受ける者はまだ少なく、担い手の要請・研修が今後の課題である。</p>	<p>痴呆性高齢者は、転院などで生活の場が変わることによる悪影響（リロケーションダメージ）を受けやすく、環境変化への適応が困難なため、サービス提供は、生活の継続性が維持できる日常生活圏域を基本とする。また痴呆性高齢者へのケアは集団処遇は適さないといわれていることから、グループホームや「小規模・多機能サービス拠点」を中心にサービスを提供する。</p> <p>痴呆ケアを標準とする以上、すべての事業者・介護労働者に対して、痴呆に関する研修を徹底させることを定め、内容や方法を明らかにすべきである。</p> <p>さらに、介護保険の範囲外でも、地域で高齢者の情報を共有化するとともに、「はいかいSOSネットワーク」等の構築を推進し、痴呆性高齢者を地域全体で支える体制をつくる。</p>

項目	現状と課題	改革の方向性
④第三者評価	<p>グループホームでは外部評価が導入されているが、第三者評価をその他のサービスすべてに拡大する必要があるという指摘が多い。厚生労働省も第三者評価制度の調査研究を実施しており、制度導入を進める方針である。</p>	<p>介護サービスに対する第三者評価の義務化と結果公表を行うことを定めた「利用者による介護サービス（事業者）の適切な選択に資する情報開示の標準化について（中間報告）」は、基本的な制度の枠組みに問題はないが、対象をすべての介護保険サービスの全事業者に拡大すべきである。また、今後の検討課題としてあげられている、調査員の養成体制、調査実施主体への評価・指導、情報開示の標準化の方法などについては、詳細な内容が明らかになった段階で再検討を行う。</p>
⑤家族に対する支援策	<p>介護保険は介護の社会化をめざしてきたが、実際には家族介護を前提とした施策にとどまっていると指摘されている。</p> <p>連合総研の調査では、介護者の3人に1人が「要介護者に憎しみを感じる」、全体の2人に1人が「虐待をしたことがある」と回答した。家族の看護・介護を理由に離職した者も12.7万人と、制度導入時の11万人より増加している。</p> <p>介護に関する家族からの相談は、「心身疲労」、「介護方法」、「人間関係のトラブル」等が多い（国際長寿センター「介護支え合い相談」事業集計）。内閣府の「高齢者介護に関する世論調査」でも、「在宅家族介護者への支援の充実」（46.3%）、「介護問題の相談窓口・体制の整備」（36.9%）などに強い要望が見られるなど、家族介護者への支援が緊急の課題となっている。</p> <p>家族支援策のひとつとして、「介護相談員派遣等事業」</p>	<p>相談窓口・相談体制の整備や介護相談員派遣等事業を充実し、家族介護者への支援を強化する。</p> <p>家族介護者に対する現金給付は、①家族介護（特に女性）を固定する、②悪い状態が継続する方が現金を受けられ、かえって自立を阻害する、③介護を家族のみにゆだねることになり、介護が密室化し質も向上しないばかりでなく、虐待の放置にもつながる、④サービス整備の充実を阻害する、などの重大な問題点があり行うべきではない。</p>

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)	<p>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。</p>	
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、従来の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、家族や地域と隔離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
(1)被保険者の範囲 (つづき)	<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>
(2)負担のあり方 ①サービス利用料(1割負担)	<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>