

介護保険制度の見直しについて

介護保険制度の見直しについて

1. 介護保険部会の設置

介護保険制度については、法律の附則で、施行後5年を目途として制度の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等を行うこととされている。

このため、社会保障審議会に介護保険部会を設置し、介護保険制度に関する課題及びその対応方策等について議論が行われている。

2. 検討項目

- (1) 被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲
- (2) 保険給付の内容及び水準
- (3) 保険料及び納付金の負担の在り方
- (4) その他

(参考)

○介護保険法附則第2条（検討）

介護保険制度については、要介護者等に係る保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の状況、保険給付に要する費用の状況、国民負担の推移、社会経済の情勢等を勘案し、並びに障害者の福祉に係る施策、医療保険制度等との整合性及び市町村が行う介護保険事業の円滑な実施に配意し、被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲、保険給付の内容及び水準並びに保険料及び納付金（その納付に充てるため医療保険各法の規定により徴収する保険料（地方税法の規定により徴収する国民健康保険税を含む。）又は掛金を含む。）の負担の在り方を含め、この法律の施行後5年を目途としてその全般に関して検討が加えられ、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講ぜられるべきものとする。

介護保険部会の開催状況

(これまでの審議状況)

平成15年

- | | |
|-------------|----------------------------------|
| 3月19日 | 社会保障審議会において介護保険部会設置を了承 |
| 5月27日(第1回) | 介護保険部会の議事運営について |
| 7月7日(第2回) | 運営状況の検証の議論(保険給付、サービス利用の状況) |
| 7月28日(第3回) | 運営状況の検証の議論(市町村の保険財政、保険料の状況) |
| 9月12日(第4回) | 運営状況の検証の議論(保険給付、要介護認定の状況) |
| 10月27日(第5回) | これまでの議論の整理、今後の進め方について |
| 11月20日(第6回) | 保険者の在り方について
給付の在り方(痴呆性高齢者ケア等) |
| 12月22日(第7回) | 給付の在り方
(給付水準、軽度要介護者、在宅と施設等) |

平成16年

- | | |
|------------|--------------------------------|
| 1月26日(第8回) | 給付の在り方
(個別サービスの課題、給付体系の在り方) |
|------------|--------------------------------|

(今後の予定)

2月	サービスの質の確保 要介護認定
----	--------------------

3月	負担の在り方 保険料、財政調整等
----	---------------------

被保険者の範囲

(4月～6月)	議論の取りまとめを目指し審議)
---------	-----------------

※ 開催回数は、今後の審議の状況等により、柔軟に取り扱うものとする。

介護保険部会委員名簿

- 青井 禮子 日本医師会常任理事
市川 明壽 日本在宅介護協会専務理事
○ 上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会顧問
漆原 彰 全国老人保健施設協会会長・日本療養病床協会副会長
大村 敦志 東京大学法学部教授
小川 泰子 NPO 法人湘南ふくしネットワークオンブズマン理事
◎ 貝塚 啓明 中央大学法学部教授
喜多 洋三 全国市長会介護対策特別委員会委員長（大阪府守口市長）
木村 隆次 全国介護支援専門員連絡協議会会長
京極 高宣 日本社会事業大学学長
見坊 和雄 全国老人クラブ連合会副会長
潮谷 義子 熊本県知事
下村 健 健康保険組合連合会副会長
田近 栄治 一橋大学大学院教授・経済学研究科長
永島 光枝 呆け老人を抱える家族の会理事
中田 清 全国老人福祉施設協議会副会長
秦 洋一 日本医学ジャーナリスト協会副会長
花井 圭子 日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局次長
矢野 弘典 日本経済団体連合会専務理事
山崎 摩耶 日本看護協会常任理事
山本 文男 全国町村会会長（福岡県添田町長）

◎部会長 ○部会長代理

（敬称略、50音順）

（H16.1.26 現在）

(参考)

介護保険部会におけるこれまでの主な意見

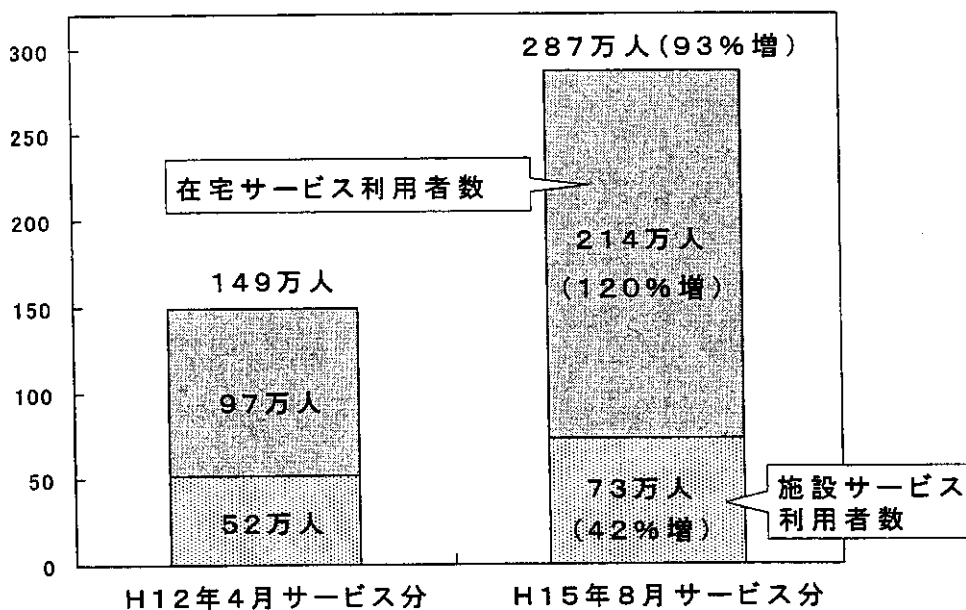
1. 制度見直し全般

- ・ 制度の持続可能性の追求が最も重要な課題である。
- ・ 被保険者の範囲、財源の負担割合など抜本的な見直しも視野に入れるべきである。

【第1号被保険者数と要介護認定者数の推移】

	2000年4月末	2003年10月末
第1号被保険者数	2,165万人	2,420万人(12%増)
要介護認定者数	218万人	371万人(70%増)

【利用者数の推移】



【介護保険の総費用及び給付費の推移】

	2000年度 (実績)	2001年度 (実績)	2002年度 (実績)	2003年度 (補正後)	2004年度 (予算案)
総費用	3.6兆円	4.6兆円	5.2兆円	5.7兆円	6.1兆円
給付費	3.2兆円	4.1兆円	4.7兆円	5.1兆円	5.5兆円

※2000年度は11ヶ月分。

※2003年度は補正後予算案ベース。2004年度は予算案ベース。

【第1号被保険者の介護保険料】

(2000年度～2002年度)	(2003年度～2005年度)
平均2,911円/月	平均3,293円/月(+13.1%)

※介護保険制度は3年ごとに保険料を見直すこととしており、各市町村において2003年度から3か年の保険料を設定。

【介護保険制度に対する評価】

平成15年9月11日 読売新聞朝刊

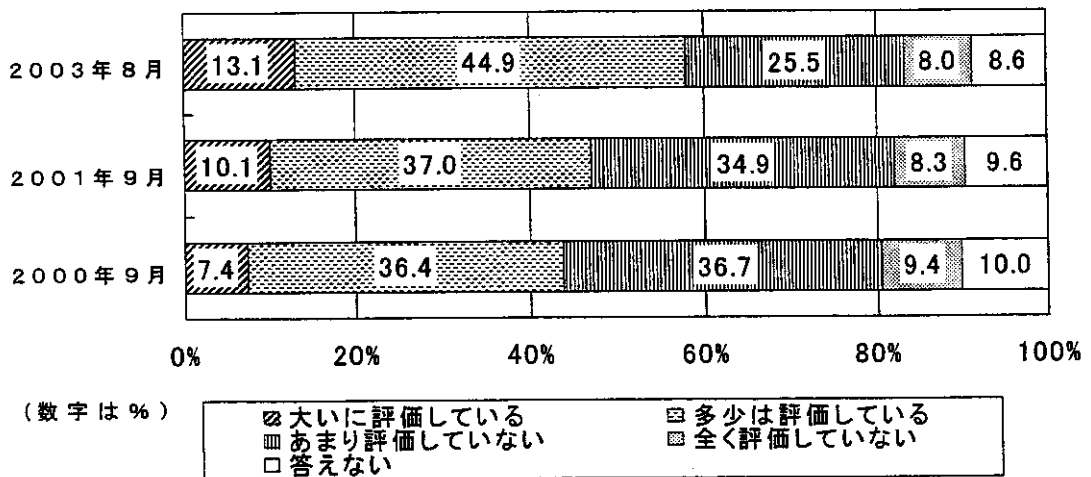
介護保険「評価」58% 徐々々に信頼高まる

2000年4月の導入から、制度の趣意や仕組みがまだなじみ半ばになる介護保険制度について、「評価している」が58%に上り、「評価していない」が31%を上回った。同様の調査は2000年9月、2001年9月に続いて3回。制度導入半年後の2000年調査では、「評価している」(46%)が「評価していない」(44%)を小さく上回っていたが、2001年にはほぼ評価している「が約8割に増え、今回さらに11%のアップとなった。

介護サービスの利用者が増え、制度の趣意や仕組みが徐々になじみ半ばになる。国民の認知度がアップし、ためと評価されている。介護保険制度は、高齢者を介護する家族の負担を軽減するために導入されたが、国民の間ではまだ「評価していない」が3割を占めている。

《「介護保険制度を評価しているか」との問いに対する回答》

(読売新聞世論調査 2003年9月11日朝刊)



2. 保険者の在り方

(1) 保険者の規模

- ・ 小さな市町村はリスク分散できず保険料の負担が高いケースがある。保険者の規模の拡大、広域化を進めていくことが必要である。
- ・ 介護保険により市町村の高齢者福祉はレベルアップした。住民の生活圏を考慮した地域保険という制度創設時の考え方を尊重すべきである。

(2) 保険者の機能・権限

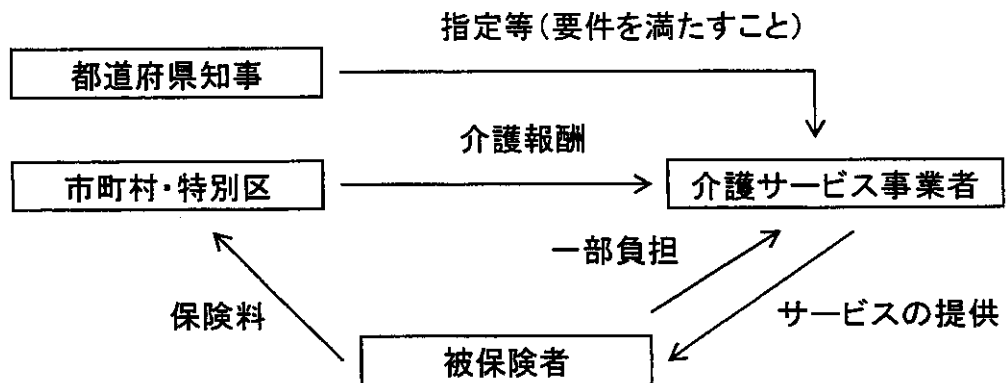
- ・ 保険者である市町村が、利用者と事業者の間に立ち、保険運営をコントロールする機能を十分持つことが重要である。
- ・ 都道府県の事務となっている事業者指定について、市町村の関与を強めることが必要である。
- ・ 市町村が、事業所の立入権限を担えるようにすべきである。

【介護保険の保険者運営を行う広域連合等の構成市町村】（平成15年4月1日現在）

	地域数	構成市町村		
		市	町	村
広域連合	39	26	213	92
一部事務組合	30	22	142	28
市町村相互財政事業	3	1	7	4
計	72	49 (7.0%)	362 (18.5%)	124 (22.5%)

(注) ()は全国の市及び特別区(700)、町(1961)、村(552)に対する割合。

【事業者指定の仕組み】



3. 被保険者の範囲

- ・ 被保険者の範囲の拡大は、実態をよく見極め、議論していくことが必要である。
- ・ 被保険者の範囲の拡大は、障害者サービスとの統合とセットで将来的には考えていかざるを得ない。

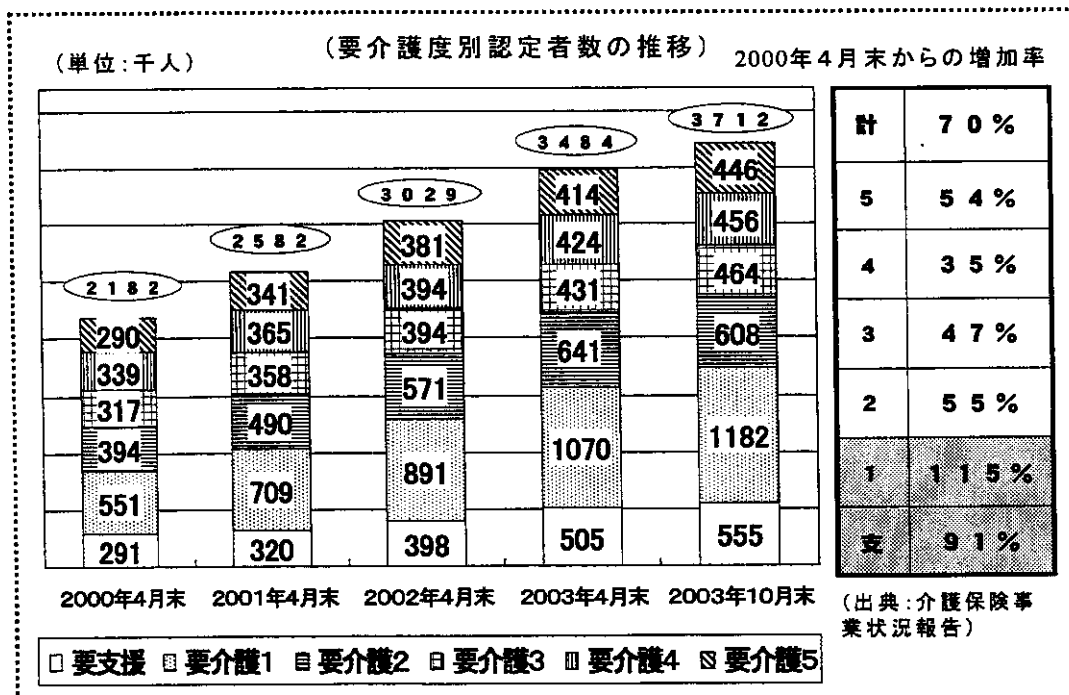
4. 保険給付の内容・水準

(1) 給付費の水準

- ・ 介護保険は、介護サービスの基本的部分をカバーする制度であり、給付を基本的な部分に絞るべきである。
- ・ 給付を安易に抑制することは、サービスの質を落とすことにもつながるので、避けるべきである。
- ・ 健康な老人を増やすことが、給付費の抑制につながる。介護予防の機能や高齢者を地域全体で支える仕組みづくりを考えるべきである。

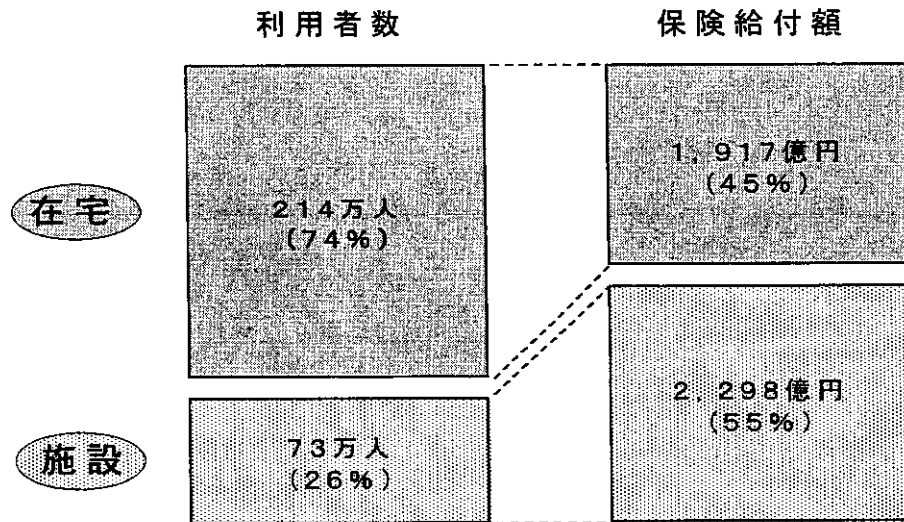
(2) 要支援、要介護1に対する給付の在り方

- ・ 要支援、要介護1・2が大変伸びており、財政に大きな影響がある。
- ・ 要支援の廃止を含めた認定区分の簡素化を行うべきである。
- ・ 要支援、要介護1・2の改善率が低いのは大きな問題である。適切な介護予防サービスを提供するようになれば、給付も軽減できる。

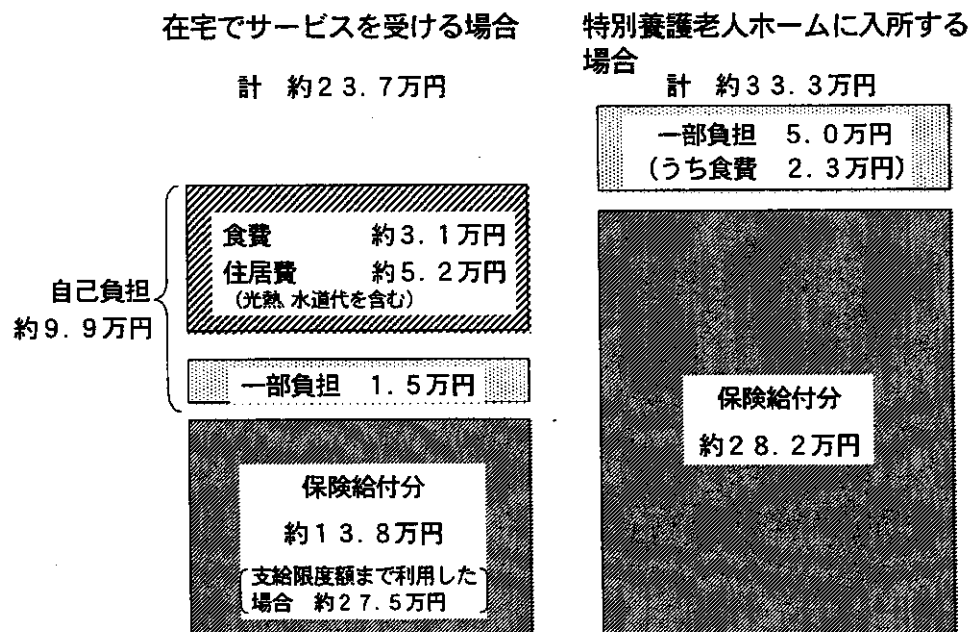


(3) 在宅と施設の在り方

- ・ 介護保険は、本来は在宅重視であるはずである。施設志向が強くなっているのは問題ではないか。
- ・ 在宅と施設との間に不公平感がある。ホテルコスト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である。
- ・ 食費やホテルコストを議論する際には、低所得者に配慮すべきである。



(出典：介護保険事業状況報告 2003年8月サービス分)



(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、308,000円(保険給付分275,400円、一部負担30,600円)である。

(4) サービス体系

- ・ 今後、痴呆性高齢者が増大することを考えると、介護保険のサービス体系も痴呆性高齢者ケアが中心になっていくものと考えられる。
- ・ 地域における小規模多機能サービスを介護保険に位置付けていくことが必要である。
- ・ 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である。
- ・ 在宅で介護を行っている家族に対する支援を充実すべきである。

【要介護認定者における痴呆性高齢者の推計】

(単位:万人)

		要介護(要支援)認定者	認定申請時の所在(再掲)				
			居宅	特別養護老人ホーム	老人保健施設	介護療養型医療施設	その他の施設
総	数	314	210	32	25	12	34
再掲	自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
	自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

※ 2002年9月末についての推計。

※ 「その他の施設」: 医療機関、グループホーム、ケアハウス等

※ 「自立度Ⅱ」: 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

※ 「自立度Ⅲ」: 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。

※ カッコ内は、運動能力の低下していない痴呆性高齢者の再掲

(5) 医療との連携

- ・ 介護予防、医療保険、介護保険の3つが連続してサービス提供できる仕組みに変えていくべきである。
- ・ 医療ニーズのある利用者への看護と介護の連携を検討すべきである。

5. サービスの質の確保

(1) ケアマネジメント

- ・ ケアマネジャーがケアプランの質を検証できる能力の向上が必要である。
- ・ ケアマネジャーの独立性・中立性が確保されるようにすべきである。

(2) 第三者評価・権利擁護

- ・ グループホームだけでなく、様々な介護サービスの第三者評価が必要である。
- ・ 高齢者虐待に対する防止・救済措置の在り方を検討すべきである。
- ・ 成年後見制度、地域福祉権利擁護事業なども検証する必要がある。

(3) 事業者の指導・監督

- ・ 不正請求事件を見ても、事業者の指導の強化が必要である。
- ・ 在宅サービスの質を高めるため、教育制度や研修の向上が必要である。

【指定取消処分等の状況】

○ 2000年4月～2003年12月の累計

- ・ 127件（33都道府県 121事業者 192事業所9施設）

○ 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	33	75
医療法人	3	3	4	6	16
特定非営利活動法人	—	3	3	5	10
社会福祉法人	—	4	5	5	14
個人・企業組合	1	1	2	2	6
合計	7	20	44	51	121

※ 2003年度は、12月までの実績

※ 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。

6. 要介護認定

- ・ 介護保険制度施行3年半を経て、要介護認定は定着し、おおむね高い評価を得ている。
- ・ 認定事務の簡素化、要介護認定の有効期間の拡大について検討すべきである。

7. 保険料・納付金の負担の在り方

(1) 保険料

- ・ 遺族年金、障害基礎年金を特別徴収の対象とすべきである。
- ・ 低所得者の定義を明確にし、低所得者対策を構築すべきである。

(2) 財政調整等

- ・ 調整交付金5%を現行の国庫負担25%から別枠にすべきである。
- ・ グループホーム及びケアハウス等に住所地特例を適用すべきである。

【介護保険制度の費用構造】

第1号保険料(18%)	年金からの特別徴収(約80%)	普通徴収(約20%)
第2号保険料(32%)	支払基金から交付	
公費(50%)	国(25%) 都道府県(12.5%) 市町村(12.5%)	

8. 他制度との関係等

- ・ 制度の持続可能性と、医療、年金、介護という社会保障の制度横断的な視点から、検討することが重要である。