

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

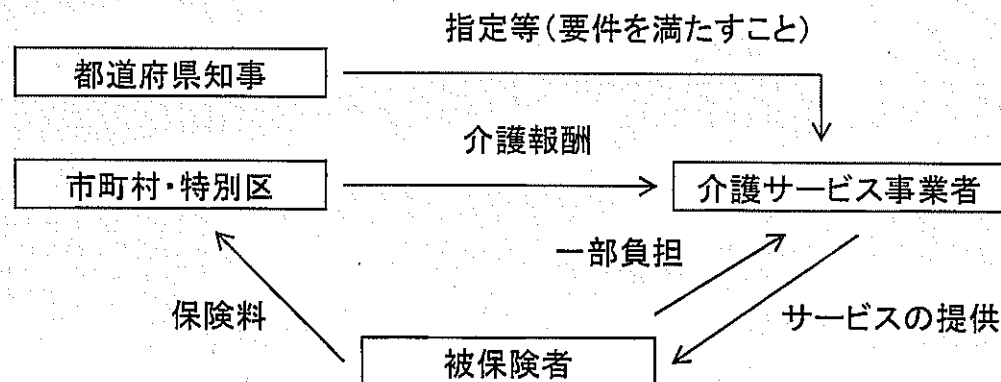
- ・ 保険者である市町村が、利用者と事業者の間に立ち、保険運営をコントロールする機能を十分持つことが重要である。
- ・ 都道府県の事務となっている事業者指定について、市町村の関与を強めることが必要である。
- ・ 市町村が、事業所の立入権限を担えるようにすべきである。

【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。

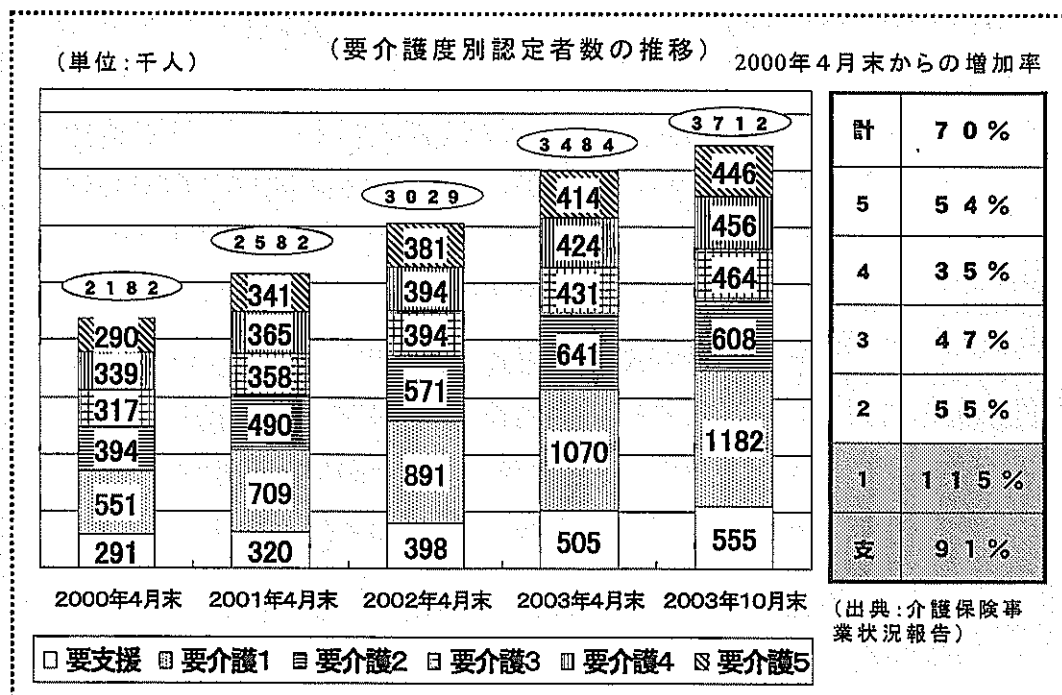
4. 保険給付の内容・水準

(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。

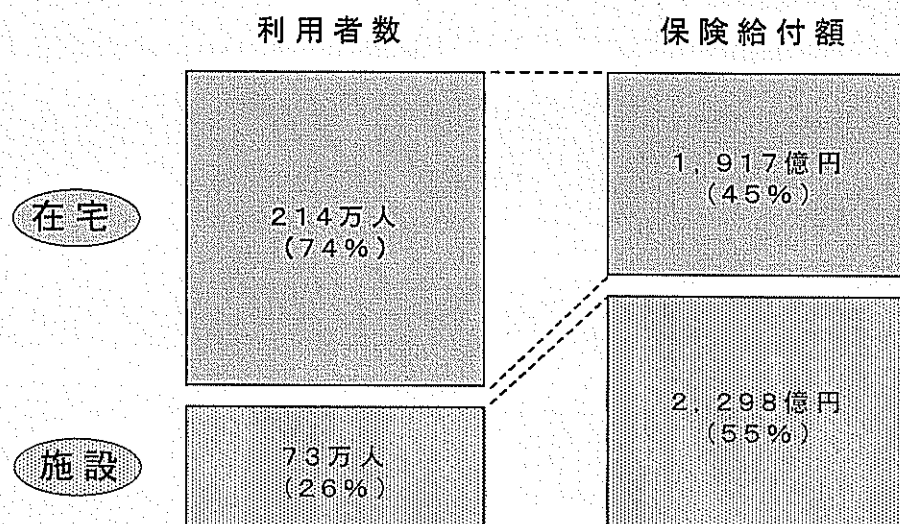
(2) 要支援、要介護1に対する給付の在り方

- ・ 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すれば、給付も軽減できる。

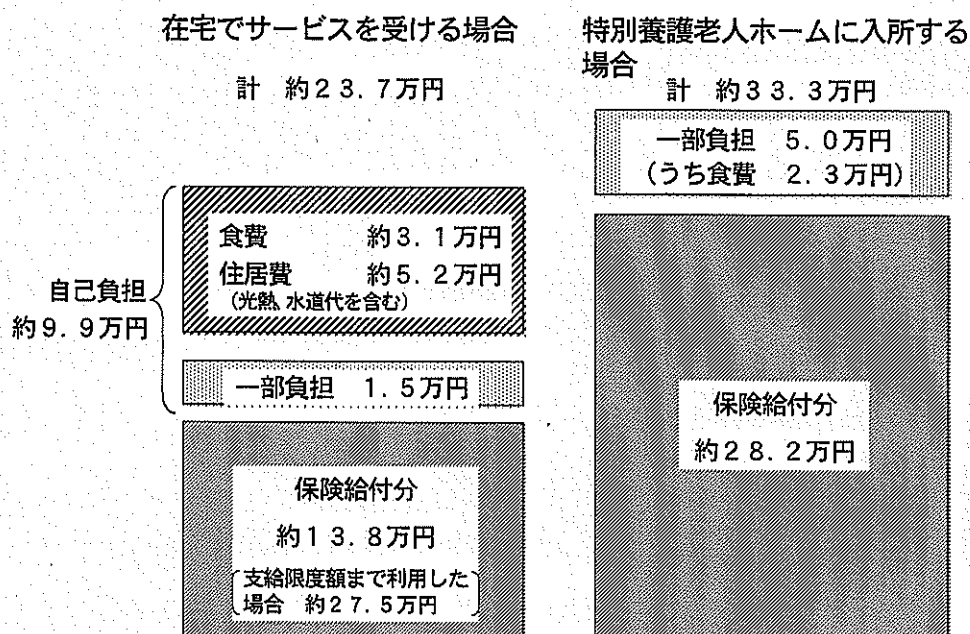


(3) 在宅と施設の在り方

- ・ 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、306,000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3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。