

各都道府県介護保険担当課 御中

←厚生労働省 介護制度改革本部

介護制度改革 INFORMATION

今回の内容

介護制度改革本部の設置について

計24枚 (本送信票除く)

vol. 1

平成16年1月8日

厚生労働省介護制度改革本部

【貴都道府県内市町村に速やかにFAX送信
いただきますようよろしくお願いいたします。】

都道府県・市町村担当課 御中

日頃より高齢者保健福祉行政の推進にご尽力いただき感謝いたします。
さて、介護保険制度の見直しにつきまして、このたび、制度横断的な
関連諸施策の総合的な調整を行うため、本日付けで「介護制度改革本部」
を省内に設置し、第1回会合を開催いたしました。

制度見直しにつきましては、都道府県・市町村のご意見を踏まえつつ、
検討を進めてまいりたいと考えますので、よろしく、ご理解とご協力をお
願いいたします。

介護保険最新情報につきましては、従来通り介護保険制度運営に関する
情報等を提供いたします。制度見直しに関する情報については、当本
部事務局から提供することといたしますので、ご承知おきください。(情
報伝達方法につきましては、最新情報と同様です)

平成16年1月8日

介護制度改革本部事務局：

厚生労働省老健局総務課

03-5253-1111 (代)

担当： 企画官 渡辺 由美子
(内線3911)

課長補佐 北波 孝
(内線3914)

介護制度改革本部（第1回）

平成16年1月8日（木）15時～16時
厚生労働省 省議室

議事次第

- 1 開会
- 2 事務次官挨拶
- 3 介護保険制度の見直し及び本部設置の趣旨について
- 4 主な検討項目について
- 5 閉会

【資料】

- 資料1 介護保険制度の見直しについて
- 資料1-2 介護保険部会におけるこれまでの議論の整理（略）
- 資料2 介護保険制度改革本部の設置について
- 資料3 主な検討項目について
- 資料4 社会保障審議会障害者部会における主な意見

介護保険制度の見直しについて

1. 介護保険法における見直し検討規定

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。

○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。

2. 社会保障審議会における検討

介護保険制度の見直しの検討に当たっては、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を行っている。

(介護保険部会の開催状況)

平成15年

- 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)

(今後の予定)

1月～3月 各論点に沿って引き続き順次検討

(4月～6月 議論の取りまとめを目指し審議)

3. 介護保険部会におけるこれまでの主な意見

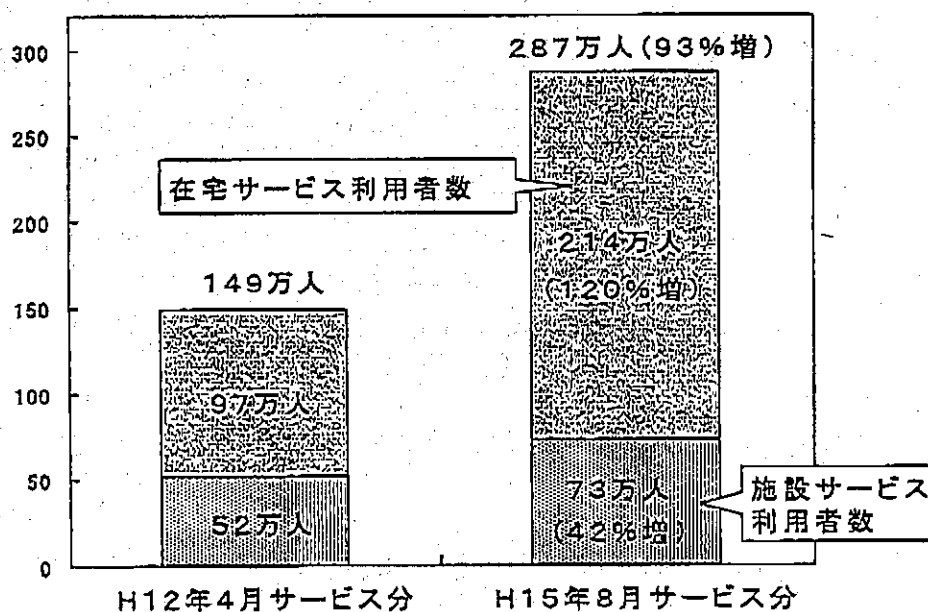
(1) 制度見直し全般

- ・ 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	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度
総費用	3.6兆円	4.6兆円	5.1兆円	5.4兆円	6.1兆円
給付費	3.2兆円	4.1兆円	4.5兆円	4.8兆円	5.5兆円

※2000年度は11ヶ月分。

※2002年度、2003年度は予算ベース。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カ年の保険料を設定。

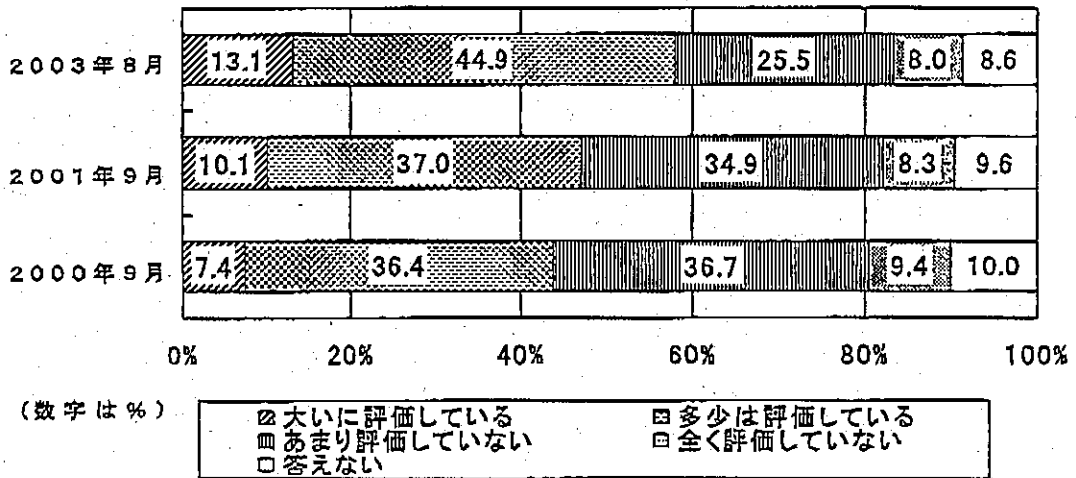
【介護保険制度に対する評価】

平成15年9月11日 読売新聞朝刊

介護保険制度は、高齢者の生活を支える上で重要な役割を果たしている。しかし、保険料の増加やサービス内容の充実が課題となっている。政府は、持続可能な介護保険制度の構築を目指している。

介護保険「評価」58% 信頼高まるに

《「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

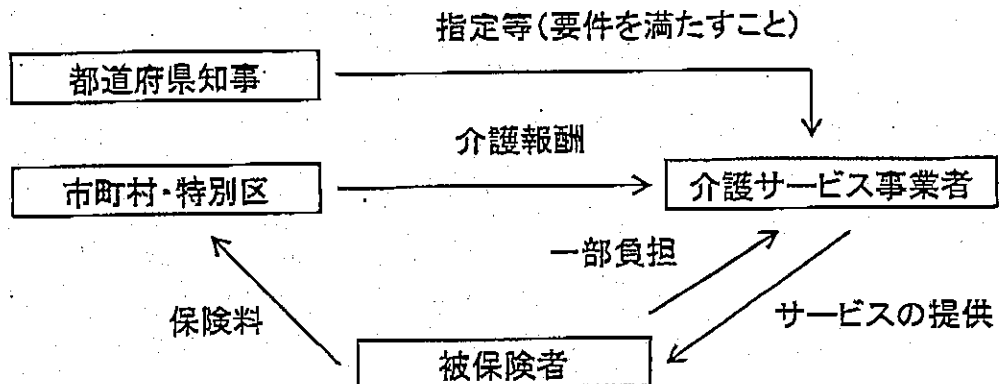
- ・ 保険者である市町村が、利用者と事業者の間に立ち、保険運営をコントロールする機能を十分持つことが重要である。
- ・ 都道府県の事務となっている事業者指定について、市町村の関与を強めることが必要である。
- ・ 市町村が、事業所の立入権限を担えるようにすべきである。

【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。

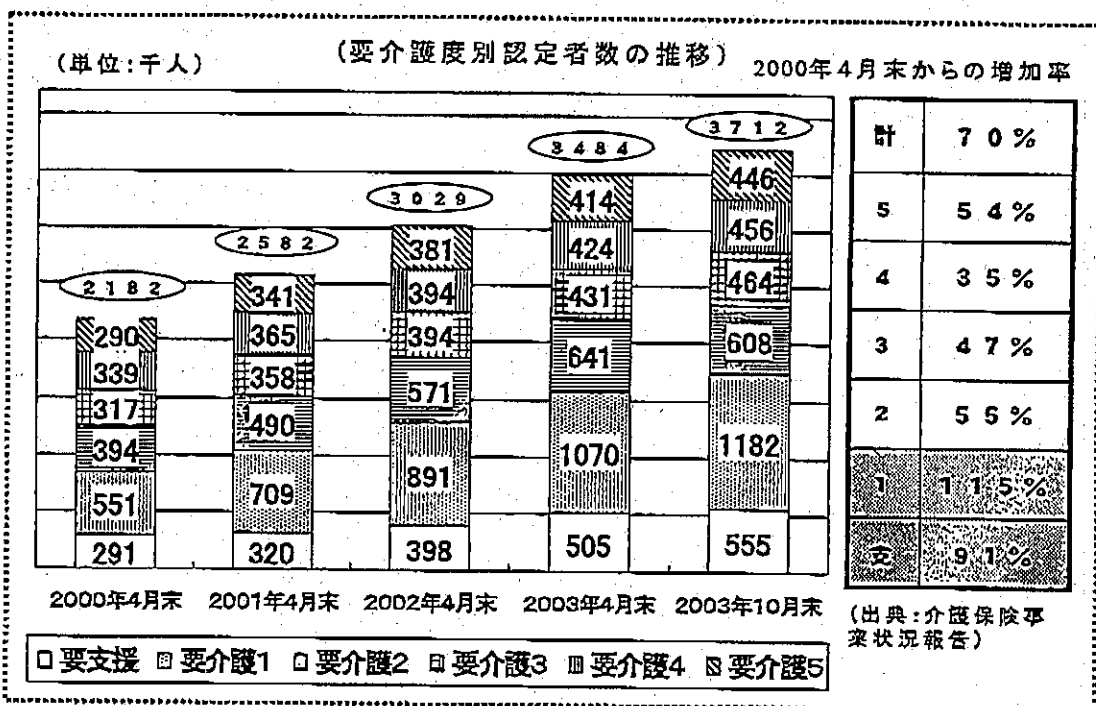
(4) 保険給付の内容・水準

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。

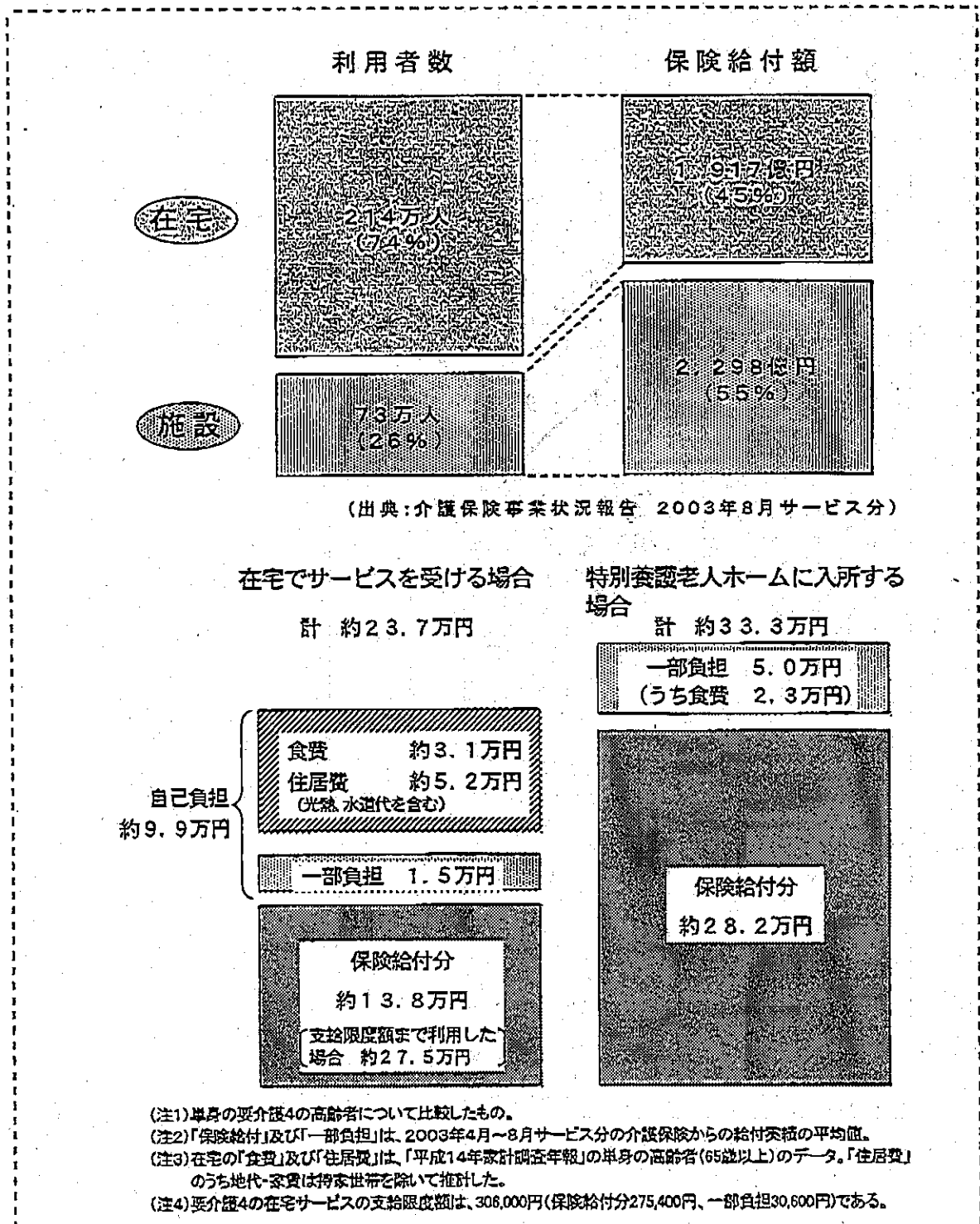
② 要支援、要介護1に対する給付の在り方

- ・ 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。



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%)

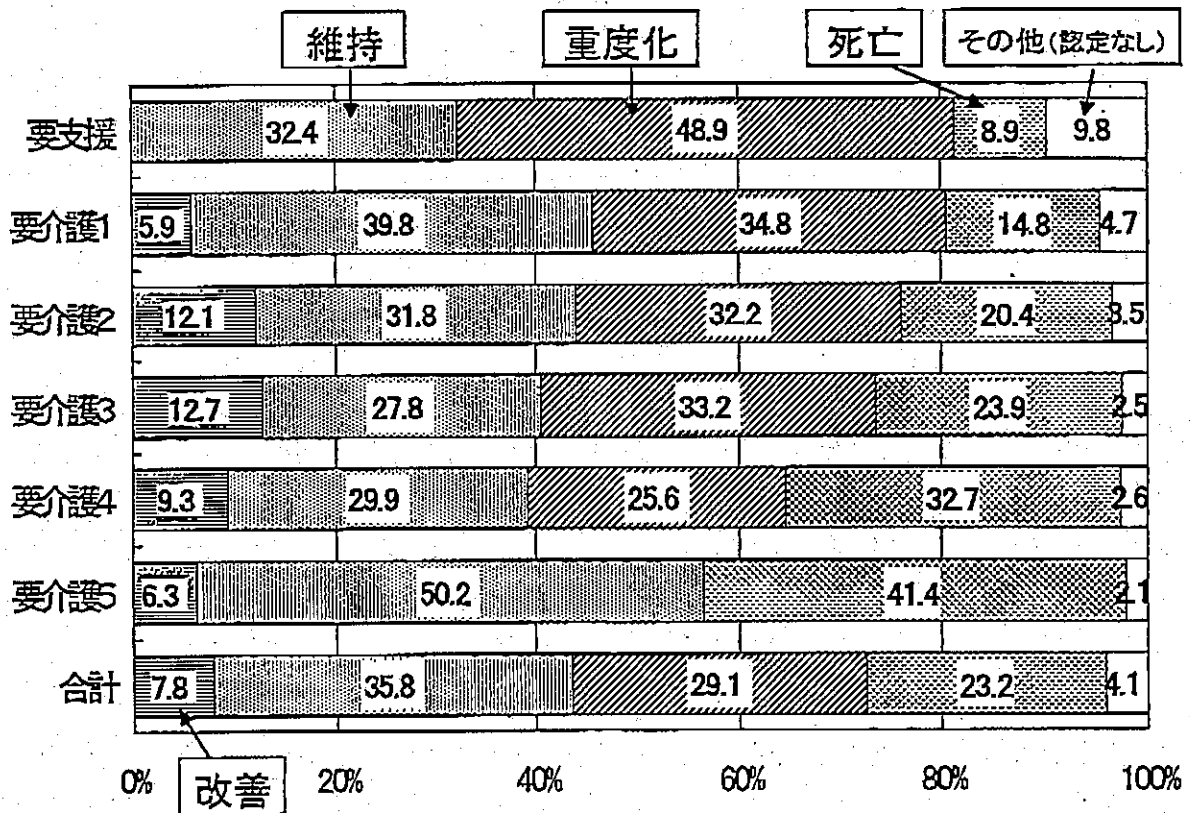
(8) 他制度との関係等

- ・ 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。

認定状況の変化

2002.10 2000.10	認定あり						認定なし	
	要支援 (439)	要介護1 (1,316)	要介護2 (1,010)	要介護3 (855)	要介護4 (957)	要介護5 (1,151)	小計 (2,150)	死亡 (再掲) (1,830)
要支援 (961)	32.4%	34.8%	8.4%	2.9%	1.7%	1.1%	18.7%	8.8%
要介護1 (1,967)	5.9%	39.8%	18.5%	8.4%	5.5%	2.4%	19.5%	14.8%
要介護2 (1,366)	0.5%	11.6%	31.8%	17.9%	10.2%	4.1%	23.9%	20.4%
要介護3 (1,157)	0.3%	2.6%	9.8%	27.8%	22.9%	10.3%	26.4%	23.9%
要介護4 (1,219)	0.1%	0.7%	1.4%	7.1%	29.9%	25.6%	35.3%	32.7%
要介護5 (1,208)	0.0%	0.1%	0.2%	0.8%	5.2%	50.2%	43.5%	41.4%
総計(7,878)	5.6%	16.7%	12.8%	10.9%	12.1%	14.6%	27.3%	23.2%

注1.()内はN数 注2.構成割合は、2000年10月時点の要介護度別認定者に対するもの。



日医総研 川越雅弘主任研究員の調査研究。
松江広域、出雲市、瑞穂町の被保険者について、2000年10月と2002年10月を比較。

サービス種類別の保険給付額(2003年9月サービス分)

サービス種類	保険給付額(億円)		構成割合
		対前年同月比	
在宅サービス計	1,967	22.2%	46.8%
訪問通所サービス(小計)	1,430	19.3%	34.1%
訪問介護	486	21.2%	11.6%
訪問入浴介護	43	10.4%	1.0%
訪問看護	91	4.9%	2.2%
訪問リハビリテーション	4	12.5%	0.1%
通所介護	448	24.2%	10.7%
通所リハビリテーション	249	10.4%	5.9%
福祉用具貸与	108	32.2%	2.6%
短期入所サービス(小計)	196	11.9%	4.7%
短期入所生活介護	151	10.9%	3.6%
短期入所療養介護(老健)	40	14.7%	0.9%
短期入所療養介護(病院等)	6	20.3%	0.1%
その他単品サービス(小計)	159	59.5%	3.8%
居宅療養管理指導	16	-2.7%	0.4%
痴呆対応型共同生活介護	99	87.1%	2.4%
特定施設入所者生活介護	44	44.4%	1.0%
居宅介護支援	182	33.4%	4.3%
施設介護サービス計	2,233	1.2%	53.2%
介護老人福祉施設	965	-0.6%	23.0%
介護老人保健施設	751	1.3%	17.9%
介護療養型医療施設	516	4.5%	12.3%
合計	4,200	10.0%	100.0%

(国民健康保険中央会調べ)

(注1) 各国保連の支払実績を集計したもの。

(注2) 福祉用具購入費、住宅改修費などの市町村が直接支払う分は除く。

(注3) それぞれ記載の単位未満で四捨五入しているため、計に一致しない場合がある。

介護サービス事業者の状況

	2000年10月末	2003年10月末	増加率
訪問介護	13,322	19,545	47%
訪問入浴介護	2,807	2,934	5%
訪問看護	59,960	64,204	7%
訪問リハビリテーション	45,993	51,002	11%
通所介護	8,187	13,003	59%
通所リハビリテーション	5,531	5,923	7%
短期入所生活介護	4,708	5,500	17%
短期入所療養介護	6,510	6,832	5%
痴呆対応型共同生活介護	705	3,897	453%
特定施設入所者生活介護	278	673	142%
居宅療養管理指導	133,189	143,694	8%
福祉用具貸与	4,581	7,470	63%
居宅介護支援事業	21,992	26,741	22%
介護老人福祉施設	4,479	5,093	14%
介護老人保健施設	2,686	3,025	13%
介護療養型医療施設	3,735	3,932	5%

○在宅サービスにおける営利法人の割合（2003年9月）

	指定件数	営利法人(再掲)	営利法人の割合
訪問介護	18,614	9,376	50%
訪問入浴介護	2,868	1,004	35%
訪問看護	63,892	727	2%
訪問リハビリテーション	50,661	99	0.4%
通所介護	12,415	2,409	19%
通所リハビリテーション	5,898	5	0.1%
短期入所生活介護	5,382	34	0.6%
短期入所療養介護	6,829	5	0.7%
痴呆対応型共同生活介護	3,575	1,511	42%
特定施設入所者生活介護	634	471	74%
居宅療養管理指導	143,280	14,053	21%
福祉用具貸与	7,229	6,484	90%
居宅介護支援事業	26,096	7,673	29%

(注)「訪問看護」、「訪問リハ」、「居宅療養管理指導」は、法人種別が把握できる事業所数に占める割合。

(出典：WAM-NET)

介護制度改革本部の設置について

1. 設置

介護保険法附則第2条に基づき平成17年に予定されている介護制度改革について、福祉、医療、年金など制度横断的な関連諸施策の総合的な調整を行うため、厚生労働省に介護制度改革本部（以下「改革本部」という。）を置く。

2. 本部の構成員

改革本部の構成員は、次のとおりとする。

本部長	厚生労働事務次官	本部長代理	厚生労働審議官
副本部長	老健局長		
本部長	大臣官房長、総括審議官、技術総括審議官、 医政局長、健康局長、社会・援護局長、保険局長、年金局長 政策統括官（社会保障担当） 高齢・障害者雇用対策部長、障害保健福祉部長、 大臣官房審議官（老健・健康担当）、社会保険庁運営部長 社会・援護局総務課長、障害保健福祉部企画課長、 老健局総務課長、参事官（社会保障担当） その他本部長が指名する者（関係課長：別紙）		

3. 幹事会の設置

改革本部内に、介護保険制度と障害保健福祉施策との関係に関する課題等を検討するために、幹事会を置く。

＜幹事会メンバー＞

老健局長、社会・援護局長、障害保健福祉部長、
社会・援護局総務課長、障害保健福祉部企画課長、
老健局総務課長、参事官（社会保障担当）

4. 事務局

事務局長	老健局総務課長
事務局次長	大臣官房総務課企画官（老健局併任）、 社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策官 障害保健福祉部精神保健福祉課精神保健企画官

○事務局の庶務は、社会・援護局総務課及び障害保健福祉部企画課の協力を得て老健局総務課において行う。

大臣官房総務課長

会計課長

厚生科学課長

医政局 総務課長

看護課長

健康局 総務課長

保険局 総務課長

医療課長

年金局 総務課長

高齢・障害者雇用対策部企画課長

障害保健福祉部障害福祉課長

精神保健福祉課長

社会保険庁運営部企画課長

老健局 介護保険課長

計画課長

振興課長

老人保健課長

介護保険指導室長

介護制度改革本部設置規程

平成16年1月8日
厚生労働大臣伺い定め

(設置)

第1条 介護制度改革の総合的な推進を図る観点から、制度横断的な関連施策の調整を行うため、厚生労働省に介護制度改革本部（以下「本部」という。）を設置する。

(組織)

第2条 本部は、本部長、本部長代理、副本部長及び本部員をもって構成する。

- 2 本部長は、事務次官をもって充てる。
- 3 本部長代理は、厚生労働審議官をもって充てる。
- 4 副本部長は、老健局長をもって充てる。
- 5 本部員は、別紙1の職務にある者をもって充てる。ただし、本部長が必要があると認めるときは、本部員を追加することができる。
- 6 本部長は、必要に応じ、本部に構成員以外の者の参加を求めることができる。

(幹事会)

第3条 本部に幹事会を置く。

- 2 幹事会に、幹事長及び幹事を置く。
- 3 幹事長は、老健局長をもって充てる。
- 4 幹事は、別紙2の職務にある者をもって充てる。

(事務局)

第4条 本部に事務局を置く。

- 2 事務局に、事務局長、事務局次長及び事務局員を置く。
- 3 事務局長は、老健局総務課長をもって充てる。
- 4 事務局次長は、大臣官房総務課企画官（老健局併任）、社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策官及び障害保健福祉部精神保健福祉課精神保健企画官をもって充てる。
- 5 事務局員は、本部長の指名する者をもって充てる。
- 6 事務局の庶務は、社会・援護局総務課及び障害保健福祉部企画課の協力を得て、老健局総務課において処理する。

(補則)

第5条 この規程に定めるもののほか、本部の運営に関し必要な事項は、本部長が別に定める。

附 則

この規程は、平成16年1月8日から施行する。

別紙 1

大臣官房長
総括審議官
技術総括審議官
医政局長
健康局長
高齢・障害者雇用対策部長
社会・援護局長
障害保健福祉部長
大臣官房審議官（老健・健康担当）
保険局長
年金局長
政策統括官（社会保障担当）
社会保険庁運営部長
社会・援護局総務課長
障害保健福祉部企画課長
老健局総務課長
参事官（社会保障担当）

別紙2

社会・援護局長

障害保健福祉部長

社会・援護局総務課長

障害保健福祉部企画課長

老健局総務課長

参事官（社会保障担当）

主な検討項目

- 介護保険と障害保健福祉施策の関係
- 介護保険と年金の関係
- 介護保険と医療の関係
- 介護予防と各種ヘルス事業との関係
- 介護事業計画と各種地域計画との関係

社会保障審議会障害者部会における主な意見

1. 障害者部会（第4回）における介護保険制度に係る主な意見

- ・ 介護保険との関係については、財源確保の問題を検討するなら避けて通れないのではないか。
- ・ 機が熟したのであれば、介護保険を導入するかどうかについて、今から正式に取り組んでいくべきではないか。
- ・ 介護保険をどう将来的に障害者に適用していくべきか、あるいは、適用していくとしたらどの部分を対象にしていくかというのは、障害種別ごとにバラバラに議論したのではなかなか先がみえてこない。
- ・ 介護保険統合問題と併せて、障害者施策や地域で暮らす社会参加の仕組みの現状と課題について、少し丁寧な議論をしていただきたい。
- ・ 介護保険に入るかどうかという二分法ではなくて、様々な可能性を考えるべき。

なお、社会・援護局長の下で開催されている「障害者（児）の地域生活支援の在り方に関する検討会」及び「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」においても、介護保険制度に関し次ページのような意見が出されている。

(参考)

「障害者（児）の地域生活支援の在り方に関する検討会」（第13回）及び「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」（第3回）における介護保険制度に係る主な意見

- ・ 国、地方自治体を問わず、財政状況が厳しい中で、既存の制度に立脚したままでは、見通しが立てられなくなっているため、親が生活している間に我が子（障害者）の人生の見通しが立てられないことから、そろそろ介護保険導入について議論すべき。
- ・ 財政論、介護保険を本音で話したい。ワーキングではなく、本会でやっていただきたい。
- ・ 税より介護保険が望ましいと思っているが、今の介護保険制度の枠内では、障害者が不安に思うのは当然であり、したがって、今の介護保険の枠にとらわれるのではなく、どういう制度設計が考えられるのか事務局から早く示すべき。
- ・ 行くべき財源のゆくえを想定し議論をすべき。支援費制度では現在でも不公平があるので、自分で自分の人生をデザインするという理念に立ち返って議論すべき。
また、介護保険は、多くの障害者にとっては、地域で暮らしていくための大きな支えになる。24時間の介護を必要としている人にとっては、36万円の介護保険ではサービスが足りないということになるが、それは、応用問題としてオープンに議論していけばよい。
- ・ 精神障害者の地域生活支援についても、介護保険を視野に入れた議論が必要。
- ・ 弱者である障害者のために税金を配分するのは当然であり、介護保険の話を持ち出すのはおかしい。
- ・ 知的障害者はお金がない人が多く、自己負担が重いので介護保険に行くのはやめて欲しい。

2. 障害者部会長メモ

障害者部会における上記の議論を踏まえ、京極部会長が次のとおり部会長メモを作成。

障害者部会における検討状況のまとめ（部会長メモ）

障害者部会は、支援費制度の施行に向けた議論や精神保健福祉法の規定により社会保障審議会の権限に属された事項を扱うため設置され、平成13年12月以降、現在まで4回の議論を行った。また、この間、2つの分会に分かれて専門的議論を行い、身体障害・知的障害分会は7回、精神障害分会は11回にわたり検討を重ねてきた。

これらの検討の成果は、平成15年4月からの支援費制度の施行、平成14年12月の報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」として結実したところである。その後の支援費制度の施行状況を見ると、障害者の利用実績が伸びており概ね円滑に施行されているものの、より安定的かつ効率的な制度運営に向けての諸課題も残されている。また、精神保健福祉施策については、医療が入院医療に偏り、福祉サービスの提供が不十分な状況にあり、上記報告書に示した改革の方向性に沿って、具体的な施策が推進されることを強く期待する。

今後は、「障害者基本計画」に示された「国民誰もが、社会の対等な構成員として社会活動に参加、参画し、社会の一員としてその責任を分担する共生社会の実現」という基本的な考え方の下、ライフステージ等に応じたサービス提供の在り方、ケアマネジメントの在り方、雇用施策等との連携、財源の在り方等、支援費制度や精神保健福祉施策など障害者施策の体系や制度について、法改正も含めた対応により具体的な施策が推進されるよう、介護保険部会でも議論されている介護保険制度との関係を含め、更に積極的に検討を進めていくべきである。