

日本における社会保障・社会福祉改革と介護保険制度

宮田 和明(日本福祉大学)

1. 社会保障・社会福祉改革の背景

日本の社会保障・社会福祉制度の基本的な枠組は、第二次大戦後の占領期に形成された。

高度成長が始まる1950年代半ばまでは、實質的には貧困対策が中心であった。1960年代に入って、医療保険制度の普及、国民年金制度の成立などによってようやく「国民皆保険、皆年金」と呼ばれる体制が作られた。しかし、國際的にみれば、當時の日本の社会保障の水準はまだ低位であった。

高度成長の進展によって国民生活は大きく變化し、生活の不安定化が進むのにもなつて、所得と医療の保障だけでは對應できない多様なニーズが廣がった。社会福祉施設の数が絶對的に不足しており、1970年代前半の「社会福祉施設整備緊急5ヵ年計画」などにもとづいて、社会福祉施設の整備が進められた。

1973年は、當時の政府によって「福祉元年」と呼ばれ、社会保障・社会福祉の整備・充實が期待されたが、同年秋の「第一次石油危機」以降、日本經濟は長期的な不況に陥り、低成長期を迎えた。低成長下で國の財政狀況が悪化したことにともない、社会保障・社会福祉は一轉して厳しい「見直し」の對象とされた。

日本の高齢化率（65歳以上人口の比率）は、1970年に7%を越え、1980年には9.1%となり、少子化の影響もあつて、高齢化が急速に進むことが予測された。

低成長が續き、「財政危機」の中で高齢化が進みはじめたことによって、社会保障・社会福祉の將來に對する不安が高まり、1970年代後半からは、21世紀社會に向けて社会保

障・社会福祉の制度改革が必要であるとする主張が政府や関係の審議会などから強く打ち出されるようになった。

社会福祉施設の不足は十分には解消されていなかったが、厳しい財政事情に加えて、従来の「施設收容主義」に対する批判も重なり、施設福祉から在宅福祉への重点の轉換が叫ばれるようになった。

1989年には「高齢者保健福祉推進10か年戦略」(略称、ゴールドプラン)が策定された。また、老人福祉法、身体障害者福祉法を中心とする福祉関係8法改正(1990年)によって、在宅福祉サービスと施設福祉サービスを積極的に推進する責任が市町村に課せられ、市町村は老人保健福祉計画を策定することを義務づけられた。

この段階での社会福祉改革は、高齢化社会に対応するために、「家庭と地域」を基盤とする日本独自の福祉社会(日本型福祉社会)の構築を基本課題に掲げ、①受益者負擔の強化、②在宅福祉の充實、③市町村の役割重視、④サービス供給体制の多様化、などを目標としていたが、社会福祉制度の基本的な枠組を大きく崩すまでには至らなかった。

これに対して、1990年代の後半から新たに展開されはじめた社会保障・社会福祉改革は、「社会保障体系の再構築」というスローガンが示すように、これまでの「改革」とは質的に異なる大きな轉換をもたらすものであると考えられる。

低成長下での財政状況の厳しさや国民医療費の増大が社会保障制度改革への大きな壓力となっているだけでなく、「社会保障関係の再構築」が唱えられる背景には、①少子化・高齢化の急速な進行、②家族の介護力の低下と介護問題の深刻化、③地域社会の相互扶助力の低下、④ボランティアへの依存の限界、⑤シルバーサービスの伸び悩みなど、「日本型福祉社会」構想にもとづく「高齢社会対策」の限界が明らかになったことがある。

2000年4月に發足した公的介護保険制度は、これまでの「改革」とは質的に異なる新しい社会保障・社会福祉改革の第一歩とされている。

2. 社会保障・社会福祉の理念の轉換

介護保険制度の導入を第一歩とする社会保障・社会福祉制度改革は、次のような点で、これまでの改革とは質的に違った内容のものとなっている。

第一に、介護保険制度は、これまで行政の責任において提供されてきた介護・福祉サービスを利用者とサービス提供者の私的契約にもとづく利用制度に變えようとするものである。

行政の責任による介護・福祉サービスの提供は、日本国憲法第25條の生存権保障の理念を具體化したものとされ、「措置制度」と呼ばれる仕組みで運営されてきた。

日本国憲法では、公の財産を「公の支配に属しない」（私的な）事業に支出することを禁じている（第89條）。そのため、「措置制度」のもとでは、公の責任において行う福祉の措置を公の監督下に置かれる「社会福祉法人」に委託し、その代償として措置委託費を支給するという方法が取られていた。

社会福祉法人は、措置委託費による経営の安定と引き換えに、反面では、公の日常的な監督と管理統制の下に置かれ、社会福祉事業の運営が主體性・積極性に欠けるという批判を受けてきた。

また、「措置制度」の下では、サービスの中身が公の責任で決定され、サービス利用者がサービスを自由に選ぶことができないという面が指摘されてきた。

高齢者福祉の分野で始まり、障害者福祉の分野でも導入が予定されている私的契約にもとづく利用制度は、サービス利用者とサービス提供者の對等な関係の下で、サービス利用者が自由にサービスを選択できるようにすることを目標に掲げている。

介護保険制度を評價するにあたって、サービス利用者による「自由な選擇」がどこまで實現できているかは、重要なポイントの一つである。

第二に、先にも述べたように、1990年代前半までの高齢社会対策は、家庭と地域を基盤にして「日本型福祉社会」を構築するという構想に基礎を置いたものであった。高齢者の介護についても、まず家族や地域社会が介護の擔い手となり、さまざまな介護福祉サービスを整備することによって家族や地域社会を支援する、という考え方に立つものであったといえよう。

年金などの所得保障の面についてみても、従來の制度は、家族を基礎單位として構成されていたが、1995年7月に出された社会保障制度審議會勸告「社会保障體制の再構築—安心して暮せる21世紀社会を目指して」の中では、制度の仕組みを家族單位から個人單位に變え、「個人の自立」を目標として社会保障制度を再構築するという提案がなされている。

第三に、措置制度の廢止とも関連して、社会保障・社会福祉の財政負擔をこれまでの公費（税金）中心から保険料中心に切り替えていく方向が打ち出されている。

合わせて、社会保障の「守備範圍」を限定し、社会保障・社会福祉の役割を競争から脱落した者のための「セーフティネット」（安全網）に限定しようという主張も強まっている。

介護保険制度は、1990年代前半までの制度改革と次のような点で異なり、新しい社会保障・社会福祉の理念にもとづく改革の最初の大きな一歩であるということが出来る。

① 施設福祉、在宅福祉の両面にわたる改革である。

1980年代までの改革は施設福祉と在宅福祉の二つの領域のそれぞれの枠の中での改革であったが、介護保険制度は在宅福祉だけでなく、施設福祉の領域を含む全面的な改革である。

② 保健・医療・福祉の各領域を横断的に變える改革である。

保健・医療・福祉は相互に深い関連を持つ分野であるにもかかわらず、これまで「縦割り」的に運営され、分野を越えた改革が行われることはほとんどなかった。介護保険制度は、保健・医療・福祉の全領域を貫く改革である。

3. 介護保険制度の概要

次に、介護保険制度の概要について述べる。

介護保険制度は社会保障の一種であるが、その財源の約半分は公費によっている。公費のうち、國がその2分の1を負擔し、都道府縣が4分の1、市町村が4分の1を負擔する。また、40歳以上のすべての國民が被保険者となって保険料を納める。65歳以上の被保険者（第1號被保険者）のうち、年金収入が月額1万5千円以上の者は年金から保険料が差し引かれる。それ以外の者については市町村が直接徴収することになっている。40歳から64歳までの被保険者（第2號被保険者）は、現在加入している医療保険の保険料に介護保険の保険料を上乗せして納める。

介護保険事業を運営する主體（＝保険者）は、原則として市町村である。いくつかの市町村が連合して保険者となることもできる。

65歳以上の者の保険料は、保険者ごとに定められるので、居住する市町村によって保険料の額は異なっている。保険料の月額は平均して2700～2800円程度である。

介護保険制度による介護サービスを利用できるのは、原則として65歳以上の要介護高齢者である（指定された特定の疾患については65歳未満でも利用できる）。

介護サービスを利用するためには、要介護高齢者（または家族）が市町村に申請して、介護の必要度（要介護度）の認定を受けねばならない。申請のあった者に對して訪問調査が行われ、所定の調査票にもとづいて、高齢者の心身の機能がチェックされる。その結果をもとに、コンピュータによる第一次判定が行われ、その後、介護認定審査會による第二次判定が行われる。第二次判定では、かかりつけの醫師の意見書や調査票の特記事項などを含めて個別に検討される。その結果は、申請者に通知される。

要介護度は「要支援」・「要介護1～5」に分かれ、「自立」と判定されたものは介護サービスを利用できない。

要介護度に應じて、サービス支給限度額（利用額の上限）が定められている。支給限度額の範囲内で、用意されているメニューの中から利用するサービスを選ぶことができる。利用者は、サービス利用額の1割を利用料として自己負担する。

どのようなサービスを、どのように組み合わせて利用するのがよいかを自分で判断することは難しいので、ほとんどの場合に介護支援専門員（ケアマネジャー）に相談し、ケアプランを立ててもらい、そのプランにもとづいて、都道府県が指定する事業者と契約を結び、サービスを利用することになる。

介護保険制度が発足する前と比べて、介護サービスの利用量は増えているとみられるが、個別にみるとサービスの量を減らした人もいる。支給限度額に対する利用割合は、平均して4割程度であり、限度一杯までサービスを利用している人はわずかである。

発足後まだ日が浅いので、介護保険制度の本格的な評価は今後の課題であるが、これまでに次のようないくつかの問題点が指摘されている。

① 要介護度の判定にかかわる問題点

全国一律の調査票とコンピュータによる第一次判定で、要介護高齢者の生活実態を十分に反映した認定ができるかどうか、判定の基準について疑問が出されている。とくに痴呆の高齢者については、要介護度が実態より低く判定される傾向があるといわれており、基準の改善が課題とされている。

② 費用負担の重さ

低所得層にとっては、これまでの制度に比べて費用負担が重くなっているのではないかと、そのことが利用率の低下を招いているのではないかと、という指摘がある。市町村が独自に保険料や利用料の減免措置を講じている例も少なくない。

③ サービスの量と質

利用者がサービスを自由に選択できるためには、サービスの供給が量的にも質的にも十分でなければならないが、現在では、サービスの基盤整備に大きな地域格差がある。そのために、サービスを利用したくても利用できない場合がある。また、提供されるサービスの内容が利用者の生活実態や希望に合わない場合もある。

④ 申請主義、契約制にともなう問題点

制度について十分知らなかったり、本人や家族が適切に対応できないために、サービスを受けられないでいる場合がある。痴呆などで本人の判断能力が十分でない場合には、新

設された地域福祉権利擁護事業などを利用できることになっているが、その普及は今後の課題である。

⑤ 営利企業の参入にともなう問題点

都道府県の指定を受けて指定事業者となれば、営利企業もサービスを提供できるようになったが、利潤追求を目的とするため、介護報酬の高いサービスに偏ったり、採算の合わない部分を抑制したり、削減したりする傾向も出ている。

介護保険制度自體の改善を進めるとともに、増加する要介護高齢者の生活をどのように支えていくかを引き続き考えていかねばならない。

일본 사회보장·사회복지개혁과 개호보험제도

발표 宮田 和明(日本福祉大學 교수)

통역 엄 기 욱(광주여대 교수)

1. 사회보장·사회복지개혁의 배경

일본 사회보장·사회복지제도의 기본적인 틀은 제2차 세계대전 후 연합군에 의한 점령기에 형성되었다. 고도성장이 시작된 1950년대 중반까지의 사회보장·사회복지제도는 실질적으로 빈곤대책이 중심이었다. 1960년대에 진입해서는 의료보험제도의 보급, 국민연금제도의 성립 등에 의해 「전국민의료보험, 전국민연금체제」가 갖추어지게 되었다. 그러나 국제적으로 살펴본 당시의 일본 사회보장 수준은 아직 낮은 단계에 있었다.

고도경제성장에 의한 국민생활은 크게 변화하여 생활상의 불안정이 확대됨에 따라 소득과 의료보장만으로는 대응할 수 없는 다양한 욕구가 증대되었다. 사회복지시설 수는 절대적으로 부족하여, 1970년대 전반에는 「사회복지시설정비 긴급 5개년 계획」 등을 기초로 사회복지시설의 확충이 이루어졌다.

정부는 1973년을 「복지원년」이라 칭하면서 사회보장·사회복지의 정비, 확충에 대한 의욕을 보였으나, 같은 해 가을 「제1차 석유파동」 이후 일본경제는 장기적인 불황에 들어가 저성장기를 맞이하였다. 저성장에서의 국가 재정상황 악화는 사회보장·사회복지에 대한 재평가를 불러오게 했다.

일본의 고령화율(65세 이상인구 비율)은 1970년에 7%를 넘었고, 1980년에는 9.1%가 되었으며 저출산화의 영향으로 고령화가 급속하게 진행될 것이 예측되었다.

저성장이 계속되는 재정위기 속에서 고령화는 진행되어 사회보장·사회복지의 장래에

대한 불안감이 높아졌으며, 1970년대 후반부터는 정부나 관계 심의회 등에서 21세기를 향한 사회보장·사회복지제도 개혁의 필요성이 강하게 주장되었다. 또한 사회복지시설은 여전히 부족한 편이었으나 심각한 재정사정과 기존의 시설수용주의에 대한 비판이 가세하여 시설복지로부터 재가복지에로 그 중점이 전환되도록 요구되었다.

1989년에는 「고령자보건복지추진 10개년 전략」(약칭: 골드 플랜)이 책정되었다. 또한 노인복지법, 신체장애자복지법 등 복지관계 8법 개정(1990년)에 의해 재가복지서비스와 시설복지서비스를 적극적으로 추진할 책임이 시정촌(市町村)에 부과되었으며, 이에 따라 시정촌은 노인보건복지계획을 수립하도록 의무화하였다.

이 단계에서의 사회복지개혁은 고령화사회에 대응하기 위해 「가정과 지역」을 기반으로 하는 일본 독자의 복지사회(일본형 복지사회)의 구축을 기본과제로 하여 ①수익자 부담의 강화, ②재가복지의 충실, ③시정촌의 역할 중시, ④서비스 공급체제의 다양화 등을 목표로 하였다. 따라서 사회복지제도의 기본적인 틀은 크게 바뀌지 않았다.

그러나 1990년대 후반부터 새롭게 전개되기 시작한 사회보장·사회복지개혁은 「사회보장체계의 재구축」이라는 슬로건에서도 알 수 있듯이 지금까지의 「개혁」과는 질적으로 다른 커다란 전환을 가져왔다.

이는 저성장에 따른 재정상황의 곤란이나 국민의료비의 증대가 사회보장제도 개혁에 대한 큰 압력이 되었으나, 이 이외에도 「사회보장 관계의 재구축」이 요구된 배경에는 ① 저출산화·고령화의 급속한 진행, ② 가족 개호력 저하와 개호문제의 심각화, ③ 지역사회 상호부조력의 저하, ④ 자원봉사 의존의 한계, ⑤ 실버서비스의 성장둔화 등 「일본형 복지사회」 구상에 기초한 「고령사회대책」이 한계에 이르렀음이 밝혀졌기 때문이다.

2000년 4월에 발족한 공적개호보험제도는 지금까지의 「개혁」과는 질적으로 다른 새로운 사회보장·사회복지개혁의 첫발을 내디딘 것이다.

2. 사회보장·사회복지 이념의 전환

개호보험제도 도입을 시작으로 한 사회보장·사회복지제도개혁은 지금까지의 개혁과는 질적으로 다른 내용을 가지고 있다. 그 내용을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 개호보험제도는 지금까지 행정책임에 의해 제공되어 온 개호·복지서비스를 이용자와 서비스 제공자의 사적계약을 기초로 한 이용제도로 바꾸고자 하는 것이다.

행정책임에 의한 개호·복지서비스 제공은 일본 헌법 제25조 생존권보장의 이념을 구체화시킨 것이며, 그 동안 「조치제도」라는 구조를 통해서 운영되어 왔다. 일본 헌법에서는 공적인 재산을 「공적인 지배에 속하지 않는」(사적인)사업에 지출하는 것을 금하고 있다(제89조). 따라서 「조치제도」에서는 공적인 책임에 의해 이루어지는 복지조치를 공적인 감독아래 두기 위해 「사회복지법인」을 만들었으며 여기에 그 사업을 위탁하는 대신 조치위탁비를 지급하는 방법이 모색되었다.

그러나 사회복지법인은 조치위탁비를 받게되어 운영의 안정을 확보한 반면, 공적기관의 일상적인 감독과 관리통제를 받게 되어 사회복지사업의 운영이 주체성·적극성이 결여되어 있다는 비판을 받아왔다. 또한 「조치제도」에서는 서비스 내용이 공공의 책임에 의해 결정되는 구조를 가지고 있어 서비스 이용자가 서비스를 자유롭게 선택할 수 없다는 지적도 받아왔다.

고령자복지분야에서 시작되어 장애인복지분야에서의 도입도 예정되어 있는 사적계약에 기초한 이용제도는 서비스 이용자와 서비스 제공자가 대등한 관계를 형성하고 서비스 이용자가 자유롭게 서비스를 선택할 수 있도록 하는 것을 목표로 하고 있다. 따라서 개호보험제도를 평가할 경우 서비스 이용자에 의한 「자유로운 선택」을 어느 정도까지 실현할 수 있는가 하는 점이 중요한 포인트가 될 것이다.

둘째, 앞에서 기술한 것과 같이 1990년대 전반까지의 고령사회대책은 가정과 지역을 기반으로 「일본형 복지사회」를 구축하는 것에 기초를 두고 있다. 고령자의 개호에 있어서도 먼저 가족이나 지역사회가 먼저 책임을 지고, 각종 개호복지서비스를 정비하여 가족이나 지역사회를 지원한다는 내용을 가지고 있었다.

연금 등과 같은 소득보장의 경우도 종래의 제도는 가족을 기초단위로 구성하고 있었으나, 1995년 7월에 발표된 사회보장제도심의회 권고 『사회보장체계의 재구축 — 안심하고 살아갈 수 있는 21세기 사회를 지향하며』에서는 제도의 구조를 가족단위에서 개인단위로 변경하여 「개인의 자립」을 목표로 사회보장제도를 재구축하여야 한다고 제안하고 있다.

셋째, 조치제도의 폐지와 관련해서 사회보장·사회복지의 재정부담을 지금까지의 공비(세금)중심에서 보험료중심으로 전환한다고 하는 점이다.

이와 더불어 사회보장의 「수비범위」를 한정하여 사회보장·사회복지의 역할을 경쟁에서 탈락한 자를 위한 안전망(Safety Net)에 한정하자고 하는 주장도 많아지고 있다.

개호보험제도는 1990년대 전반까지의 제도개혁과는 다음과 같은 점에서 차이가 있으며, 새로운 사회보장·사회복지 이념에 기초한 최초의 개혁조치라고 할 수 있다. 그 내

용을 살펴보면 다음과 같다.

① 시설복지와 재가복지 모두에 걸친 개혁이다.

1980년대까지는 시설복지와 재가복지를 각각의 영역 내에서 바꾸는 개혁이었으나, 개호보험제도는 재가복지만이 아닌 시설복지영역을 포함한 전면적인 개혁이다.

② 보건·의료·복지 각 영역을 횡단적으로 바꾸는 개혁이다.

보건·의료·복지는 상호 깊은 관련을 가지고 있는 분야임에도 불구하고 지금까지 「종단적」으로 운영되어 분야를 넘는 개혁은 거의 이루어지지 않았다. 개호보험제도는 보건·의료·복지의 전 영역을 관철하는 개혁이다.

3. 개호보험제도의 개요

다음에서는 개호보험제도의 개요에 대해서 기술하도록 하겠다.

일본의 개호보험제도는 사회보장의 일종이나, 그 재원의 약 절반은 공적비용에 의존하고 있다. 공적비용 중에는 국가가 1/2을 부담하고 도도부현(都道府縣)이 1/4, 시정촌(市町村)이 1/4을 부담한다. 또한 40세 이상 모든 국민이 피보험자가 되어 보험료를 납부한다. 65세 이상의 피보험자(제1호 피보험자) 중에 연금수입이 1만 5천엔(월액) 이상인 자는 연금으로부터 보험료가 원천 징수된다. 그 이외의 자는 시정촌이 직접 징수하도록 되어있다. 40세부터 64세까지의 피보험자(제2호 피보험자)는 현재 가입하고 있는 의료보험 보험료에 개호보험료를 합하여 납부한다.

개호보험사업을 운영하는 주체(=보험자)는 원칙적으로 시정촌이며, 몇 곳의 시정촌이 연합하여 보험자가 될 수도 있다.

65세 이상자의 보험료는 보험자마다 별도로 정할 수 있도록 되어 있어 거주하는 시정촌에 따라 보험료가 상이하다. 보험료의 월액은 평균하여 2700~2800엔 정도이다.

개호보험제도에 의한 개호서비스를 이용할 수 있는 것은 원칙적으로 65세 이상의 요개호고령자이다(지정된 특정 질환에 관해서는 65세 미만이라도 이용할 수 있다).

개호서비스를 이용하기 위해서는 요개호고령자(또는 가족)가 시정촌에 신청하여 개호필요도(요개호도)를 인정받아야 한다. 신청자에 대해서는 방문조사가 이루어지며 소정의 조사표에 의해 고령자의 심신기능에 대한 체크가 이루어진다. 그 결과를 근거로 컴퓨터에 의한 제1차 판정이 이루어지고, 이후에 개호인정심사회에 의한 제2차 판정이 이루어진다. 제2차 판정에서는 담당의사의 의견서나 조사표의 특기사항 등을 포함한 개별적인

검토가 이루어지고 그 결과는 신청자에게 통보된다.

요개호도는 「요지원」, 「요개호 1~5」로 분류되며, 「자립」이라고 판정된 자는 개호서비스를 이용할 수 없다.

요개호도에 따라서 서비스 지급한도액(이용액의 상한)이 정해진다. 지급한도액의 범위 내에서 준비되어 있는 메뉴로부터 이용할 서비스를 선택할 수 있다. 이용자는 서비스 이용액에 대한 10%의 본인부담금을 납부한다.

어떠한 서비스를 어떻게 편성하여 이용할 것인가 하는 것을 이용자가 판단하는 것이 어려우므로 대부분의 경우는 개호지원전문원(Care Manager)과 상담하여 개호계획(Care Plan) 수립에 관한 도움을 받게 되며, 이 계획에 의해 도도부현이 지정하는 사업자와 계약을 체결하여 서비스를 이용하게 된다.

개호보험제도가 발족하기 전과 비교하여 개호서비스 이용량은 증가한 것으로 나타나고 있으나, 개개인을 살펴보면 서비스 양이 오히려 줄어든 경우도 있다. 지급한도액에 대한 이용비율은 평균 40%정도이며, 한도액까지 서비스를 이용하고 있는 사람은 극히 드물다.

개호보험제도의 역사가 아직 짧기 때문에 제도에 대한 본격적인 평가는 향후 과제가 될 것이나 지금까지 나타난 몇 가지 문제점을 지적하면 다음과 같다.

① 요개호도(要介護度) 판정에 관한 문제점

전국 일률적인 조사표와 컴퓨터에 의한 제1차 판정에서 요개호고령자의 생활실태를 충분히 반영한 인정(認定)을 할 수 있는지 어떤지 판정기준에 관한 의문이 제기되고 있다. 특히 치매고령자의 경우는 요개호도가 실태보다 낮게 판정되는 경향이 있다고 보고되고 있어 기준의 개선이 요구되고 있다.

② 무거운 비용부담

저소득층의 경우는 지금까지의 제도와 비교해 본다면 비용부담이 증가하지 않았는가 하는 점과 이로 인한 이용을 저하가 나타나지 않았는가 하는 지적이 있다. 이에 따라 시정촌이 독자적으로 보험료나 이용료의 감면조치를 취하고 있는 경우도 적지 않은 실정이다.

③ 서비스의 양과 질

이용자가 서비스를 자유롭게 선택할 수 있도록 하기 위해서는 서비스 공급이 양적으로나 질적으로 충분하게 준비되어 있어야 한다. 현재는 지역에 따라 서비스 기반정비가 큰 격차를 보이고 있다. 이 때문에 서비스를 이용하고 싶어도 이용할 수 없는 경우가 있으며, 제공되는 서비스 내용이 이용자의 생활실태나 희망과는 맞지 않는 경우도 있다.

④ 신청주의, 계약제에 따른 문제점

제도에 대해서 충분하게 알지 못하거나 본인이나 가족이 적절하게 대응하지 못함으로 인해 서비스를 받지 못하는 경우가 있다. 치매 등으로 본인의 판단능력이 충분하지 못한 경우에는 신설된 「지역복지권리옹호사업」 등을 이용할 수 있도록 하고 있으나 이 사업의 보급은 향후 과제가 되고있다.

⑤ 영리기업의 참가에 따른 문제점

도도부현의 지정을 받아 지정사업자가 되면 영리기업도 서비스를 제공할 수 있도록 하고 있으나, 이윤추구를 목적으로 하기 때문에 개호보수(介護報酬)가 높은 서비스에 편중되거나 재산이 맞지 않는 부분을 억제하거나 삭감하는 경향이 나타나고 있다.

개호보험제도 자체의 개선을 도모하면서 증가하는 요개호고령자의 생활을 어떻게 지원할 것인가에 대한 연구를 지속할 필요가 있다.