

高齢者介護保険制度の創設について

平成 8 年 4 月 22 日
老人保健福祉審議会

はじめに - 国民の皆様へ訴える -

第 1 部 介護保険制度の基本的目標

第 2 部 介護サービスのあり方

第 3 部 介護保険制度のあり方

第 4 部 基盤整備等

おわりに

はじめに - 国民の皆様へ訴える -

わが国は、急速に、少子・高齢社会に突入しつつある。

高齢社会においては、すべての人が、老いに伴って不自由な老後の生活に直面するのではないかという不安を強く感じている。老いは避けられず、自分自身の身の始末が思うとおりにはできない悩み、老いの孤独、若者社会からの疎外感、若い時代に果たした家族や社会への貢献が評価されなくなるとの思い等が累積する社会を、幸福な社会とすることはできない。わが国はそうであってはならない。人間としての尊厳が大切にされる社会、高齢者の尊厳と幸せを大きな目標とする社会の実現が今こそ求められている。人はすべて親から生まれ、親の労苦によって育てられたことを想えば、高齢に達した親の平安な老後をとら、人生の最期まで人間としての尊厳を全うできる介護をしたいと願うのは、誰しも同じである。しかし現実には、高齢者の介護は、それを負担する家族に肉体的、精神的、経済的重圧となり、心で想う介護が全うできず、家族の崩壊や離職をはじめ、様々な家庭的悲劇の原因となる。家族愛に根ざし、社会的な連帯によって高齢者の介護を支える社会を創る時が来ている。

明るい高齢社会の新時代を創るため、高齢者自身の自助努力を基軸としつつ、すべての国民が社会的連帯の精神に基づき、個々の利害を離れてこの問題を考え、痛みを分かちあって必要な社会的負担を受け容れることを訴えたい。

当審議会は、高齢者介護における新制度創設の必要性とその可能性について、平成 7 年 2 月以来 30 回にわたって精力的に検討を重ねてきた。平成 7 年 7 月には、第 1 次中間報告において、高齢者介護制度を社会保険方式を基本として創設すべきであるという方向を明らかにした。その後、国民の多様な意見を審議に直接反映させるために地方公聴会を開催するとともに、わが国に先立って介護保険制度を導入したドイツ政府の責任者と意見交換をするなど、内外を通じて幅広く意見を聴くことに努めてきた。

平成8年1月には、介護サービスの具体的な内容、水準、利用手続及び介護サービス基盤の整備のあり方に関する第2次報告を公表し、広く国民の議論を求めたところである。

その後、当審議会は社会保険方式による高齢者介護制度について審議を続けてきたが、その具体的な組み立て方について多様な意見が提起された。

高齢者介護保険制度は、国民の理解と協力の下、若年世代を含む国民すべてが支えることによってはじめて成り立つ制度である。しかし現実には、その創設は、既存の医療保険制度や老人福祉制度をはじめとする社会保障制度全体のあり方、さらには、わが国の経済社会の構造とも深く関わってくるために、国民の意見は多様に分かれがちである。したがって、当審議会としては、この段階で意見が分かれているものも含め、これまでの審議の概要を明らかにし、国民の間に広範な関心と議論を喚起することにより、国民の十分な理解と合意を得ながら、わが国の実情にあった制度の創設と実施を進めていくことが極めて重要であると判断した。

このため、本報告では介護サービスのあり方等について第2次報告をさらに具体化したものを示すとともに、高齢者介護保険制度については、それぞれの問題点ごとにどのような議論がどのような背景や理由で行われたのかを分かりやすく整理することが必要と考え、あえて、下記のような形で取りまとめることとした。

当審議会としては、今後、この報告を契機として、高齢社会を明るく活力のある社会にするために国民の間で活発な議論が行われることを期待するとともに、厚生省において、それらを十分踏まえ、社会保障制度全体の将来展望の上に立って高齢者介護保険制度の具体的な試案を作成し、広く国民に問うことを強く要望する。当審議会においては、同試案について検討を加えた上で、厚生省案の諮問をまって、さらに高齢者介護保険制度に関する審議を深め、当審議会として答申を取りまとめることとしたい。

第1部 介護保険制度の基本的目標

1. わが国医療・福祉制度の総合的見直しの必要性

(1) 人が生まれ、育ち、生き、働き、老い、やがて人生を終える過程では、保健、予防、医療、看護、リハビリテーション、介護等が必要である。それらは、現在のわが国の制度では医療保険制度、老人保健制度、社会福祉制度、年金制度等の社会的な仕組みによって支えられている。多くの国において、はじめは、救貧立法や労働保護立法等の緊急性の高いものから出発したこれらの制度は、次第に一般的な医療保険制度に発展し、ついには年金制度を成立させるまでに至った。これは人間が社会的に互恵の思想をもって共生する叡知を持っている証左である。

(2) しかし、高齢社会の到来によって、現在の医療保険制度、老人保健制度、社会福祉制度では対処しきれない新しい問題が顕在化しつつある。病院は要介護状態に至った高齢者の入院の長期化、いわゆる「社会的入院」の問題を抱えている。老人保健制度において

は、老人医療費の増高により医療保険者の拠出金負担が限界に達しつつある。また、各種の在宅介護サービスと介護施設の充実は、新ゴールドプランの目標に向けて進捗しつつあるものの、中長期的には、従来の租税による制度のままでは財政の負担に耐え切れないことは明白になりつつある。

(3) 高齢者介護問題という、避けて通ることのできないわが国の新たな、大きな課題に立ち向かうためには、従来の医療・福祉制度のリエンジニアリング（発想と運営方法の転換）が必要である。その具体的な内容は、次のような点である。

(1) 行政措置による介護支援制度から、高齢者自身及び若年者が費用を負担する「社会保険」に転換すること。

(2) 在宅介護と施設介護、公的サービスと民間サービスの両面において、高齢者自らの意思に基づいて最適の選択ができる制度とすること。

(3) 高齢者の自立を支援し、その多様な生活を支える観点から高齢者のニーズや状態にふさわしい適切な介護サービスが、効率的に提供される制度とすること。

(4) これらのことを実現することによって、従来の医療保険、老人保健、社会福祉制度において次第に大きくなりつつある矛盾を解決すること。

(5) わが国経済基調の変化を踏まえ、国民の財政負担、医療保険や年金等の保険料負担を総合的に調整し、その膨張を極力抑制し、経済・財政とバランスのとれた安定的な社会保障制度の構築を目指すという基本的な考え方に沿って制度の仕組みを考えること。

2. 現行制度の問題点

高齢者介護については、これまで福祉及び医療制度において、それぞれ別々に介護サービスが提供されてきたが、こうした現状は、利用者本位のサービス提供や社会保障制度全体の効率性の観点から種々の問題を引き起こしている。

(1) 第一には、現在の仕組みでは、利用者である高齢者本人やその家族にとって、介護サービスが利用しにくいことである。

(1) 実態的には同じような介護を必要とする高齢者でありながら、福祉制度や医療保険（老人保健）制度など異なった制度の下で別々な対応がなされてきたため、利用者負担や利用手続等に不合理な格差や差異が生じている。

(2) 公費を財源とする福祉の措置制度は、高齢者介護サービスの保障に重要な役割を果たしてきたが、利用者自らによるサービス選択がしにくいという制度上の制約や、所得調査等がありサービス利用に心理的抵抗感が伴うといった問題が見られる。

一方、医療の枠組みの中では、実際には介護を主たるニーズとして長期に高齢者が入院しているという問題があるほか、高齢者に対するケアや生活環境などの面での対応に限界がある。

(2) 第二には、高齢者が利用できる介護サービスが量的にも質的にも不十分であることである。

介護サービスの整備が量的に不十分で、高齢者による利用は実際上大きな限界があり、

地域によっては施設の入所待機者も多数存在している。また、サービスの質の面においても、個々の高齢者に適切に応え、良質なサービスを受けられるような体制が整備されていない面がある。

(3) 第三には、高齢者介護に関する統一的な制度が存在していないため、社会保障制度全体として非効率となっていることである。

(1) 介護サービスが縦割りの制度の下で別々に提供されており、サービス相互の連携が十分でないため、個々の高齢者のニーズに見合ったサービスが総合的かつ効率的に提供されていない状況が見られる。

(2) 福祉制度においては、一律の基準によりややもすればサービスの内容が画一的に定められる面があるほか、市場メカニズムを通じたサービスの質の向上やコストの合理化をめぐる健全な競争が行われにくい実態がある。

(3) 一方、わが国では介護ニーズを社会的入院といった形で医療保険制度がカバーしてきた経緯があるが、そうした状況については、適切な処遇の確保や医療費の効率的な使用という観点からも、その解消が必要となっている。

(4) また、年金の充実等により老人の経済的水準は上がってはきたものの、介護に対する不安から年金等の収入が貯蓄に回り、老後の生活水準の向上に必ずしも結びついていない状況も指摘されている。

このような問題を解決するためには、高齢者介護が福祉と医療に分立している現行制度を再構築し、利用者本位の新たな制度を創設する必要がある。

3. 介護保険制度の基本的目標

介護保険制度は、このような基本的な考え方に基づき、高齢者自身の希望を尊重し、その人らしい、自立した質の高い生活が送れるよう、社会的に支援していくため、次のような点を基本目標とすることが適当である。

(1) 高齢者介護に対する社会的支援

介護サービスは、加齢に伴う障害等により自力で日常生活を送ることが困難な高齢者に対して提供されるものであり、高齢者の自立を支援し、その多様な生活を支える観点から、幅広いサービスを社会的に提供することを基本とする。

(2) 高齢者自身による選択

高齢者が利用しやすく、適切な介護サービスが円滑かつ容易に手に入れられるような利用者本位の仕組みとする。このため、高齢者自身がサービスを選択することを基本に、専門家が連携して身近な地域で高齢者及びその家族を支援する仕組み（ケアマネジメント）を確立する。

(3) 在宅介護の重視

高齢者の多くが、できる限り住み慣れた家庭や地域で老後生活を送ることを願っていることから在宅介護を重視し、一人暮らしや高齢者のみの世帯でも、できる限り在宅生活が可能になるよう 24 時間対応を視野に入れた支援体制の確立を目指す。また、特に重度の

要介護者については、今後とも施設介護が大きな役割を果たすことから、その量的な整備やサービスの質の向上を図る。

(4) 予防・リハビリテーションの充実

予防の考え方を重視し、高齢者ができる限り要介護状態にならないようにすることが重要である。

高齢者の日常生活における健康管理や健康づくりを進めるとともに、介護が必要な状態になっても、その悪化を防ぐため、市町村の老人保健事業など関連施策との連携を図りながら、予防やリハビリテーションの充実を目指す。

(5) 総合的、一体的、効率的なサービスの提供

介護が必要な高齢者に対し、個々のニーズや状態に即した介護サービスが適切かつ効果的に提供されるよう、多様なサービス提供主体による保健、医療、福祉にわたる介護の各サービスが総合的、一体的、効率的に提供されるサービス体系を確立する。

(6) 市民の幅広い参加と民間活力の活用

高齢社会においては、高齢者自身の自立・自助を基本としつつ、地域住民、ボランティアが、人間的なふれあいを大切にしながら、高齢者介護を支えていく共助の考え方が重要であり、こうした市民参加型の体制を組み入れたシステムを構築する。

また、民間事業者や市民参加の非営利組織などの参加により多様な介護サービスの提供を図る。

(7) 社会連帯による支え合い

長寿社会では、国民の誰もがかなりの確率で要介護となる可能性があり、しかも介護期間の長期化等によりその費用も高額にのぼる場合も多く、これを高齢者個人の自助努力にすべて負うことは一般的には困難である。こうした点を踏まえ、広く国民の理解と協力を得て、高齢者及び現役世代による社会全体の連帯で介護費用を支え合うことを基本とすべきである。

(8) 安定的かつ効率的な事業運営と地域性の配慮

今後、介護ニーズの増加に伴い、介護費用は増大することが予想されるが、経済基調の変化や社会保障費用の増大等を視野に入れ、将来にわたって必要な財源を安定的に確保するとともに、できる限り効率的な事業運営を行う必要がある。

また、国民にとって必要なサービスを全国を通じて確保する一方、地域ごとに介護ニーズやサービス水準が異なる状況を踏まえ、地域の特性を配慮したサービス提供が図られるシステムとすることが重要である。

第2部 介護サービスのあり方

1. 介護給付の対象者

介護保険制度における介護給付は、加齢に伴う障害や痴呆症状等により自力で日常生活

を送ることが困難で、介護が必要な状態（要介護状態）にある高齢者とするのが考えられる（受給者のあり方については、「第3部」を参照）。

また、いわゆる虚弱老人に対しても、寝たきりの予防や自立の支援につながるよう、必要なサービスを提供することが適当である。

2. 介護給付の対象となるサービス

介護給付の対象としては、次に掲げる在宅サービスと施設サービスが考えられる。

(1) 在宅サービス

介護給付の対象となる在宅サービスは、高齢者の生活全般を支える観点から、次のようなサービスとすることが考えられる。

(ア) ホームヘルプサービス

高齢者の家庭を訪問して身体介護・家事援助サービスを提供するもの

(イ) デイサービス

高齢者をデイサービスセンターまで送迎し、食事、入浴、日常動作訓練等のサービスを提供するもの

(ウ) リハビリテーションサービス（デイケア、訪問リハビリテーションを含む）

高齢者の心身機能の維持・回復のための機能訓練等を提供するもの

(エ) ショートステイ

高齢者をその介護者に代わって、短期間、施設で介護サービスを提供するもの

(オ) 訪問看護サービス

高齢者の家庭を看護婦が訪問し、看護サービスを提供するもの

(カ) 福祉用具サービス

高齢者の自立を支援するために車いすやギャッジベッドなどの福祉用具を貸与するもの

(キ) 痴呆性老人向けグループホーム

少人数の痴呆性老人が専属のスタッフによりケアを受けながら共同生活を送るもの

(ク) 住宅改修サービス

住居における段差の解消や手すりの設置など軽微な改修を行うもの

(ケ) 訪問入浴サービス

訪問入浴車により高齢者の家庭を訪問し、入浴サービスを行うもの

(コ) 医学的管理等サービス

医療の必要な高齢者の日常における医学的管理等を行うもの

(サ) 有料老人ホーム、ケアハウス等における介護サービス

有料老人ホーム、ケアハウス等の高齢者が集合して居住する場において提供される介護サービス

(シ) ケアマネジメントサービス

個々の高齢者の介護サービスに関する計画（ケアプラン）を作成し、実際のサービス利用につながるもの

(1)巡回サービスについて

障害を有する高齢者が、できる限り在宅生活が可能になるように 24 時間対応を視野に入れた支援体制の整備が重要であり、そのため、早朝、夜間及び深夜における巡回サービスの普及を図る必要がある。

これに関連して、深夜帯における巡回サービスについては、定期の巡回に加えて、必要な時にサービスを提供できるシステム（連絡があれば直ちに対応する、いわゆるオンコールによるサービス提供体制）を組み合わせることにより、高齢者の状況に即応した効率的なサービス提供を行うことが可能となる。

(2)痴呆性老人向けグループホームについて

痴呆性老人については、その状態に応じて、デイサービス、デイケア、グループホームなど在宅での支援を基本としたサービス提供を積極的に行っていくことが重要である。

痴呆性老人向けのグループホームは、痴呆性老人のケアにおける有効性のみならず、入所費用に比べたコストという面からも成果が認められているので、新制度において積極的に取り組むことが望まれる。

(3)いわゆる虚弱老人に対する家事援助サービスについて

いわゆる虚弱老人に対しても、その状態に対応してどのようなサービスがどの程度必要かを判定する明確な基準を設定した上で、寝たきりの予防や自立への支援につながるような形でのサービス提供を介護給付の対象とすべきである。

ただし、給付決定に際しては、(ア)高齢者や家族の生活状況、社会環境などを総合的に勘案した上で給付対象とすべきかどうかを判断するとともに、(イ)リハビリテーションサービスやデイサービスなどと組み合わせて、上記の目標が達成されるよう提供されることが重要である。

(4)住宅改修サービスについて

在宅介護を重視し、高齢者の自立を支援する観点から、福祉用具導入の際必要となる段差の解消や手すりの設置などの住宅改修を介護給付の対象とすることが考えられる。

ただし、個人資産の形成にもつながる面があることなどから、一定規模以上の改修については融資制度により対応することが考えられる。

(5)訪問入浴サービスについて

訪問入浴サービスについては、デイサービスやホームヘルプサービスの利用が困難な場合においては効果的なサービスであることから、介護給付の対象とすることが考えられる。

(6)医学的管理等サービスについて

日常生活において適切な医学的管理が必要とされる要介護高齢者については、かかりつけ医師による医学的な管理サービスを介護給付の対象とすることが考えられる。この場合、医療保険との関係では急性期医療は従来どおり医療保険から給付することが考えられる。

なお、医学的管理のみならず、介護サービスは医療と密接な関係にあるので、施設サービスを含め医療保険との役割分担について十分配慮する必要がある。

また、かかりつけ歯科医師による口腔管理や訪問歯科衛生指導、かかりつけ薬剤師による訪問薬剤管理指導については、上記の医学的な管理サービスの具体的な内容も踏まえ、その取扱いを検討する必要がある。

(7) ケアマネジメントサービスについて

要介護高齢者に対しては、後述するように、多様な専門家からなるケアチームが個々の高齢者ごとに必要とされる適切な介護サービスの提供に関する計画（ケアプラン）を作成し、総合的・一体的なサービスの確保を図ることが重要である。

こうしたケアマネジメントサービスは、介護給付の対象とし、本人が希望に基づいて有効に利用できるようにすることが適当である。これについては、高齢者がケアマネジメントサービスを積極的に利用できるよう、利用者負担について十分配慮する必要がある。

(2) 施設サービス

介護給付の対象となる施設サービスは、適切な介護サービスの提供を行うことができる体制を整えているものとして、(ア) 特別養護老人ホーム、(イ) 老人保健施設、(ウ) 療養型病床群及び老人性痴呆疾患療養病棟その他の介護体制の整った医療施設とすることが考えられる。

なお、施設においても入所者に対するケアプラン作成等が必要であり、その機能は施設サービスの内容に含まれる。

(1) 一般病院の長期入院患者について

介護保険制度の目的は、良質の介護サービスを確保し提供していくことであることから、一般病院の長期入院患者については、そのままの形で介護給付の対象とすることは適当ではない。このため、高齢の長期入院患者を多く抱えている病院については、その介護体制を充実し、介護施設への転換を進めることにより、入所者を給付の対象としていくことが適当である。

したがって、病院の全部又は一部の介護施設への転換を促進するための助成措置の充実や診療報酬上の措置、療養型病床群の要件見直し等について検討すべきである。

また、精神病院についても、介護体制を充実し、介護施設への転換を進める観点から、老人性痴呆疾患療養病棟の要件見直し、転換への助成措置や同病棟への診療報酬での措置等について検討すべきである。

(2) 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホーム入所者について

養護老人ホームについては、近年は介護を必要とする者が多く入所している実態があること等に鑑み、介護体制の充実強化を図り、特別養護老人ホームへの全部又は一部の転換や特別養護老人ホームの併設を促進する必要がある。なお、その際には、特別養護老人ホームの定員基準の見直しについても検討する必要がある。

軽費老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホームについては、高齢者が自ら費用を負担して選んだ特別の住居として考えられることから、居住者のうち要介護の人に対しては、介護保険制度から在宅サービスが提供されるようにすることが適当である。

なお、介護専用型の有料老人ホームを含め、有料老人ホームにおいて提供される在宅サービスについては、適切な質的水準及び内容が確実に担保されることを前提として介護保険制度の給付対象とし、民間サービスとしての特性や創意工夫が生かされるよう、その振興を図るべきである。

(3)介護施設のあり方と機能分担について

介護施設については、将来の方向としては、要介護高齢者の多様なニーズに応えるために各施設の機能と特性を活かしつつ、介護施設に関する制度体系の一元化を目指すことが適当である。ただし、現状では各施設によって事業主体等の取扱いが異なっていること等を踏まえ、一元化は漸進的な方法で進めていくことが適当であり、当面は、介護給付に関する事項（給付額、介護報酬の仕組み、利用者負担等）の共通化を進める必要がある。

介護施設については、(ア)重度の介護が必要な者に対する専門的介護、(イ)リハビリテーション機能、(ウ)入所者に対するケアプラン作成機能、(エ)退所・退院後の継続的な在宅介護の支援などの強化を目指すこととし、そのために必要な人員の配置基準や施設設備基準の改善が重要である。

3.介護給付額の設定とサービスの水準

(1)介護給付額の設定

要介護状態にあると認定された場合、高齢者は介護の必要度に応じて設定された介護給付額の範囲内で、自らの判断と選択により実際に利用した介護サービスについて保険給付を受けられることができることとするのが適当である。

また、超過分を本人が負担すれば、介護給付額の限度額を超えて介護サービスを利用することも可能である。

介護給付額は、要介護度ごとに必要とされる介護サービスの費用額に基づき、在宅サービスと施設サービスそれぞれに応じて設定することが考えられる（参考1「介護給付額の設定の考え方」）。

(1)在宅サービスについて

在宅サービスの介護給付額は、要介護高齢者の平均的な生活実態を踏まえ、地域差等を考慮しつつ要介護度ごとに想定される各サービスの費用額に基づき設定することが考えられる。

ただし、後述するように、介護保険制度の創設後直ちに本来望まれる水準のサービス提供を実現することは困難であるため、当初の低いサービス水準の段階においては、現実の水準に見合った給付額の設定を行うことが考えられる。

(2)施設サービスについて

施設サービスの介護給付額は、看護・介護職員などの費用や運営経費、減価償却費等を踏まえ、要介護度や人員配置の状況に応じて、1日当たり定額で設定することが考えられる。

具体的な介護給付額は、人員配置や検査・投薬等の状況、減価償却の扱いなどの相違が

ら介護施設の種類によって異なる。また、地域差などを考慮した措置を講じることが考えられる。

(2) サービスの水準

介護保険制度の下で、将来高齢者が利用できる介護サービスの水準については、新ゴールドプランを踏まえつつ、全国を通じて確保すべき新しい制度にふさわしい水準を目指すことが適当である。こうした観点から考えられる具体的なサービスモデル(参考2「要介護高齢者等に対するサービスモデル」)を示すこととした。

ここで示されたサービス水準の実現には、サービス基盤の一層の整備や財源確保等が必要とされることから、直ちにすべてが実現されるものではないことについて国民の十分な理解を得ることが重要である。

具体的には、各地域における基盤整備の進捗度や財政全体の状況等に応じて、段階的にレベルを引き上げていくこととし、介護保険制度に期待される本来のレベルに達するまでの間、介護給付額及び保険料額を提供されるサービスに見合った水準に設定するなり、近隣やボランティアの協力を推進するなどの方策を講ずるべきである。

これに対してサービスの水準については、全国を通じ、公的給付は基礎的なサービスとしナショナルミニマムとして保障していく水準に設定すべきであるとの意見があった。

4. 介護サービスの利用方法

(1) 基本的な考え方

高齢者が自らの意思に基づいて、利用するサービスを選択し、決定することを基本に、それを専門家が連携して身近な地域で支援する仕組みを確立する必要がある。これにより、専門知識が乏しい高齢者にも適切なサービス利用が確保されるとともに、各サービス提供機関の連携が促進されることが期待される。

なお、高齢者本人に判断の能力がなく、身寄りがないため、あるいは虐待等のために緊急に保護が必要な場合などにおいては、行政による措置を通じて、介護サービスの適切な利用が可能となるようにすることが重要である。

介護保険制度においては、要介護認定とケアプランの作成は区分して考えるべきである。要介護認定は、保険給付の適否の決定という性格を有するのに対し、ケアプランの作成は、高齢者や家族の相談に応じケアの方針やサービスの内容を作成して、サービス利用につなぐものである。

ただし、利用者の便宜や効率的な実務という観点から、例えば高齢者の状態把握などは一回で行えるようにするなど、できる限り両者が連携しうる仕組みを検討すべきである。また、介護給付の受給手続は、利用者の便宜を考慮し、簡便なものとすることが望ましく、円滑かつ迅速な事務処理方法として、ICカードの導入などについて検討することが適当である。

こうした考え方を踏まえた介護サービスの利用方法を具体的に示すと、参考3(「介護サービスの利用方法」)のとおりである。

(2) 要介護認定

(1) 要介護認定の性格

高齢者が介護保険の給付を受けようとする場合には、保険者に申請して、要介護状態にあることの認定（要介護認定）を受ける必要がある。要介護認定とは、保険者がその責任と権限に基づき、高齢者が「介護が必要な状態にあるかどうかを一定の基準により確認する行為」である。

(2) 要介護認定の手順

要介護認定は、(ア)本人又は家族からの要介護認定の申込み、(イ)要介護認定機関の事務担当者による訪問調査の実施、(ウ)要介護認定機関による要介護状況の審査と保険者による決定、(エ)要介護認定の見直し、といった手順で行われる。この場合、利用者の便宜を優先し、要介護認定はできる限り迅速に行われる仕組みとすべきである。

具体的には、緊急にサービス提供が必要なケースは、要介護認定前の時点でも、まず先にサービスが提供され、認定は事後に行われる必要がある。また、要介護認定の申込みに当たっては、身近のケアプラン作成機関（後述）が代行できるようにするなど利用者に配慮した対応が望まれる。

(3) 要介護認定基準

要介護認定基準は、専門的知見に基づいて、全国どこでも公平かつ客観的に認定を行うことができるように、国の責任において作成することが適当である。この場合、次のような点に留意する必要がある。

ア．要介護高齢者の心身の状況や、どの程度介護が必要かを的確に評価することができ、かつ、実務の現場における事務負担が過重とならないよう簡便なものとする必要がある。

イ．要介護認定は、高齢者をめぐる社会環境の状況によって左右されることなく、あくまでも高齢者の心身の状況に基づき客観的に行われることが重要である。

ウ．要介護状態に関しては、日常生活動作や痴呆状態に着目した基準だけでなく、医学的な観点からみてどの程度の医療の必要性をもって医療給付と介護給付を区分するかといった点について、客観的な基準づくりを行う必要がある。

要介護認定基準については、全国の19地域と50の関係機関を対象とした厚生省調査研究結果（参考4「要介護認定基準とケアプラン作成に関する調査研究結果の概要」）を踏まえた試案が作成されているが、さらに現場における検証も含めた広範な調査研究を進め、必要な見直しを行っていくことが重要である。

(4) 要介護認定機関

要介護認定は、保険者の責任において実施されるものであるが、個別の認定に当たっては専門的かつ公平な審査が必要とされることから、高齢者介護について学識経験を有する保健・医療・福祉の専門家によって構成される合議体の審議を経ることとすることが考えられる。効率のかつ公平な事務処理、人材の確保などの観点から、保険者が共同して要介護認定を行うことを可能とすることが考えられる。

こうした要介護認定機関においては、認定に必要な調査（訪問調査）や情報・資料等の収集、ケアプラン作成機関や介護支援担当者（ケアマネジャー）との連絡などを行うことができる機能を整備する。

要介護認定機関は、（ア）被保険者の申請に基づく要介護認定やその後の見直しを行うほか、（イ）ケアプラン作成機関や介護支援担当者に対する指導、助言を行うことが考えられる。

（３）ケアプラン作成

（１）ケアプラン作成の意義

高齢者の自立を支援し、適切なサービスを確保するため、介護サービスの担当者からなるチームが、本人や家族の相談に応じ、そのニーズを適切に把握した上で、ケアプランを作成し、実際のサービス利用につなぐものである。

ケアプランの作成は、本人の希望に基づくことを基本としており、どの作成機関に依頼するかも本人が選択することになる。したがって、ケアプラン作成は、介護保険制度の保険給付（ケアマネジメントサービス）として位置付けることが適当である。

（２）ケアプラン作成の手順

ケアプランの作成は、（ア）作成の依頼、（イ）高齢者の状態把握、（ウ）ケアプランの作成と本人の承諾、（エ）サービスの確保とケアプランの見直し、の手順で行われる。

なお、こうした業務は要介護認定と連携して行うなど、できる限り迅速かつ効率的に実施される仕組みとすることが重要である。

ケアプラン作成に際しては、本人または家族の参画も得ながら行われることが適当であり、できる限り高齢者の身近なところで行われることが望まれる。

また、ケアプランの作成に当たっては、高齢者や家族の生活全般を支援していく観点から、保険給付の対象となるサービスのみならず、市町村一般保健福祉サービスの利用、近隣やボランティアの協力なども視野に入れ、作成されることが望ましい。

施設利用予定者を含め施設におけるケアプランの作成に当たっては、常に在宅生活への復帰の可能性を念頭に置くとともに、退所後も在宅において引き続いて適切かつ継続的なケアが提供されるよう、入所から退所までに要する介護の方法、期間等をあらかじめ記載したいわゆる退所計画を作成することが適当である。

（３）ケアプラン作成機関

高齢者の依頼を受けてケアプランの作成を行う機関を、ケアプラン作成機関とすることが考えられる。

ケアプラン作成機関については、介護支援担当者を配置していることなどを要件として、保険者自身が設置・運営するもののほか、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、ヘルプステーションなどの在宅サービス機関、介護施設、診療所や病院などの医療機関が設置運営するものについて、申請に基づき幅広く認めていくことが適当である。

ケアプラン作成機関は、（ア）被保険者の依頼に基づくケアプランの作成、（イ）ケアプ

ランを踏まえた介護サービス提供機関との連絡調整などを業務とすることが考えられる。

介護支援担当者は、医師、歯科医師、薬剤師、保健婦、看護婦、OT、PT、社会福祉士、介護福祉士等の保健・医療・福祉の専門職のうち、一定の実務経験を有し、所要の研修を修了した者として考えられる。

5.介護サービス提供機関

介護保険制度において介護サービス提供機関となり得るのは、一定の要件を備え、良質な介護サービスを安定的に提供できる機関とすることが適当である。この場合、介護サービス提供機関の事業主体については、当面、施設サービスにおいては現行の事業主体とすることを基本としつつも、利用者本位の効率的なサービス提供という観点から、サービス内容の性格等に応じ、できる限り多様な主体の参加を求めていくことが重要である。

特に、ホームヘルプサービスや訪問看護サービスなどの在宅サービスについては、既に夜間巡回などにおいて民間事業者や住民参加の非営利組織が地域の中で重要な役割を果たしている状況にあり、介護保険制度においては、こうした多様な事業主体が参加し得るような仕組みとすることが必要である。こうしたことにより、民間活力を活用し、競争を通じてサービスの向上を図っていくことが期待される。

ただし、その場合にも、介護サービスの質や安定性を確保する観点から一定の要件を満たすことが重要である。

6.予防、リハビリテーションの充実

(1) 予防の重視

高齢者介護においては予防の考え方を重視し、高齢者ができる限り要介護状態にならないようにすることが重要である。このため、現在市町村において取り組まれている老人保健事業は、今後ともその充実を図ることが望まれる。特に、保健婦によって行われている健康教育等の保健活動は、予防、リハビリテーションに積極的に活用されることが期待される。

さらに、「新寝たきり老人ゼロ作戦」の積極的推進を図ることをはじめとして、高齢者に対する健康増進サービスの強化等に努めるべきである。

(2) リハビリテーションの充実

高齢者の心身の機能が低下し、介護が必要な状態となった場合には、その状態に応じ、適切なリハビリテーションが地域全体で提供されることが重要である。

このため、急性期等の医療的リハビリテーションと維持期リハビリテーションとの機能区分を明確にした上で、維持期リハビリテーションを介護給付の対象とすることとし、そのため既存施設におけるリハビリテーション機能の強化や訪問リハビリテーションの充実を図る必要がある。

こうした観点から、高齢者のニーズに応じたりハビリテーションを提供するため、「地域リハビリテーションセンター(仮称)」や訪問リハビリテーション提供機関を位置付けるなど、新たな地域リハビリテーション体制の確立を目指すべきである(参考5「リハビリテ

ーション体制の確立について」)。また、リハビリテーションを担う人材の養成・確保に努めることが重要である。

7. 家族介護に対する現金支給

介護保険制度の基本的な考え方は、高齢者の自立を支援し、その多様な生活を支えるため、介護サービスを社会的に提供することであり、その観点からみて、現物給付が基本となるべきである。

これに関連して、家族介護に対する現金支給を行うべきか否かについては、消極的な意見と積極的な意見があり、現段階においては、結論を得るに至っていない。さらに今後の広範な国民的議論が期待されるところである。

(1) 現金支給に消極的な意見

ア．現金の支給は、必ずしも適切な介護に結びつくものではない。家族介護が固定化され、特に女性が家族介護に拘束されるおそれがある。

イ．現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。また、介護を家族だけに委ねると、身体的精神的負担が過重になり、介護の質も確保できないおそれがある。

ウ．今国民が最も求めていることはサービスの充実である。現金支給の制度化によって、サービスの拡大が十分に図られなくなるおそれがある。

エ．現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものである。財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。

(2) 現金支給に積極的な意見

ア．高齢者や家族の選択の重視、外部サービスを利用しているケースとの公平性等の観点に立って、一定の現金支給を検討すべきである。制度として現物給付しかないというのは制限的過ぎる。

イ．現状は、家族による介護を望む高齢者も多く、また、家族が介護しているケースが大半であり、介護に伴う家計の支出が増大している実態もある。そうした現実は無視できない。

ウ．介護保険制度の下で国民に負担を求める以上、現物給付を受けられないケースについては、保険料負担に対する見返りとして現金支給を行うべきである。保険料を徴収する立場からみても、現金支給の必要性がある。

また、現金支給のあり方に関連して、次のような観点からの議論があった。

ア．家族介護に対する現金支給といっても、その位置付けや性格について、例えば、(ア) 本人や家族に対する感謝激励、(イ) 現物給付との公平性の確保、(ウ) 介護に伴う収入減の補填、(エ) 家族介護に対する労働としての評価など、いろいろな考え方があり得る。

イ．また、サービスが不足している状況を踏まえた過渡的な措置として、例えば家族への研修の義務付けなど要件を付すことにより、限定的な手当として位置付けるという方法も考えられる。仮に支給する場合には、被保険者である高齢者本人に支給することが基本

となる。

ウ．サービスが不足している現状においては、まずサービスの充実を最優先すべきである。現金支給は、高齢者が自らの希望に応じて実際にサービスを利用できるような環境になった時点で、高齢者の選択権の確保という観点からその導入を検討すべきである。

エ．現金支給はいったん始めると廃止しにくいということを踏まえ、仮に支給する場合でも期限を区切るなど、確実に廃止できるような仕組みとすべきである。

オ．現金そのものを支給するという方法のほか、利用券(バウチャー)方式を採るなど、その支給が実際に介護サービスに結びつく方式も検討すべきである。

第3部 介護保険制度のあり方

1. 介護保険制度の基本的なあり方

(1) 介護保険制度創設に当たり配慮すべき事項

介護保険制度を検討するに当たっては、第1部で述べた基本的な考え方を踏まえ、(1) 広く国民の理解と協力を得て、高齢者及び若年者による社会全体の連帯で必要な費用を支え合うものとする、(2) 将来にわたって必要な財源が確保され、安定的かつ効率的に運営することができるものであること、(3) 国民に必要なサービスを全国を通じて確保することに努める一方、地域ごとに介護ニーズや介護費源が異なる状況を踏まえ、地域の特性に配慮したサービス提供ができるものであること、(4) 実務上運営しやすく運営コストも低いことに配慮した制度とすることが重要である。

(2) 介護保険制度の位置付け

従来、高齢者介護の分野で国、都道府県、市町村がそれぞれ果たしてきた役割と責任を踏まえ、制度の円滑な運営を確保するという視点に立てば、介護保険制度は、公的責任を踏まえ、適切な公費負担を組み入れた社会保険制度とすることが適当である。

同時に、介護保険制度は、その具体的構成はどのようなものであれ、老若を問わず広く国民的連帯に基づく費用負担に支えられて国と都道府県、市町村がそれぞれの役割を担う制度となる。

(3) 介護保険制度の建て方

介護保険制度の建て方は、まず二つに大別される。第一は、介護保険制度は高齢者の介護ニーズの特性を踏まえ、保健・医療・福祉にわたる介護サービスを一体的に提供する必要がある、職域保険と地域保険の二本立てとなっている医療保険とは別体系とする方式(独立型)である。第二は、介護リスクと医療リスクとの近似性から、保険者・被保険者などを医療保険と一致させる方式(医療保険一体型)である。

第二の医療保険一体型は、被用者保険が職域を基本として成立していることから、地域の実情に応じた介護給付を行うためには、現行保険制度を前提とすれば老人保健制度と同様、医療保険者が拠出し市町村長が給付を行うという構成になる。

このような老人保健制度と同様の方式については、簡明でわかりやすく、事務効率性の高い制度として構築できるという意見があったが、他方、(1)老人保健制度においては、老人医療費の増高により医療保険者の拠出金負担が限界に達しつつあることから、同様の仕組みでは納得できないという意見や、(2)介護保険料を医療保険と同様の方法で設定すると、被用者保険の高齢被扶養者は保険料を直接には負担しないこととなることなどの問題を指摘する意見もあった。このようなことから、当審議会では、医療保険とは別体系とする方式（独立型）を中心に議論が進められた。

2. 保険者

保険者の重要な機能には二つある。第一は介護サービスの給付の決定や支払であり（給付主体）、第二は介護保険料の設定・徴収・管理である（財政主体）。給付主体については、介護サービスの地域性、老人福祉や老人保健事業の実績等から、国民に最も身近な行政単位である市町村とするという意見が多数であった。ただし、これについては一部に異論もあった。

一方、財政主体（保険料の設定・徴収・管理）については、独立型を採った場合には、市町村を基本とする方式、国とする方式などの意見があった。

これまでの行政の流れや地方分権の考え方から、基礎的自治体である市町村が介護保険制度における給付主体となるべきであり、そして、保険料の設定・徴収・管理は給付主体が合わせて行うことが望ましいことから、財政主体も市町村とするとの意見があった。この方式により、(1)地域ごとのサービス水準の違いやニーズの地域特性を反映し、(2)さらには、寝たきり予防などの市町村による努力の成果が反映した形での保険料設定が行いやすくなるという意見があった。これに関連し、市町村が財政主体となる場合であっても、保険運営の安定という観点から広域化を積極的に検討すべきであるとの意見があった。

これに対し、国が財政主体となるべきとの意見もあった。これは市町村保険者では、(1)赤字補填のため一般会計からの繰入れを余儀なくされている国民健康保険と同様の状況が生ずるおそれがあること、(2)市町村によっては事務処理体制やサービス提供体制が十分に整っていないこと、(3)要介護認定基準、給付内容、費用負担システムなどは国が定めるものであり、また、保険財政の安定性を踏まえれば、それらの責任上国が財政主体となるべきであるという考え方に基づくものである。

市町村を保険者とする場合、若年者が納付する負担分は、全国レベルでプールした上で、各市町村に対し、高齢化率の差異による介護費用負担の格差が全国的レベルで調整されるよう、当該市町村の給付費のうち若年者負担割合に相当する費用額を交付することが適当である。

このほか、後述する公費負担の一部により、保険者努力に期待することが困難な以下の事項に起因する保険料水準の格差を是正するため、一定の調整を行うことが考えられる。

(1)介護施設の集中度の相違（圏域内で施設が特定地域に集中している場合の給付費の増加）

(2)災害時の保険料減免等特殊な場合

(3)後述の応能保険料を導入した場合の高齢者の所得水準の相違

(4)リスクの高い後期高齢者の加入割合の相違

なお、施設が特定市町村に集中している場合の給付費の調整については、施設給付費は要介護認定を行った市町村の負担とする方法もある。

また、これらの措置にとどまらず、市町村が保険者となった場合には、保険単位が小さいことから給付の変動に対する財政の不安定性、保険料の未納等の問題に配慮して、保険財政が安定的に運営できるような仕組みを備えることが必要である。

3.被保険者及び受給者

被保険者については、受給者の範囲と一致させるという考え方を中心に議論がされた。この考え方に基づけば、高齢者介護に対する社会的支援体制の確立が最大の課題となっていることから、65歳以上の高齢者を被保険者とし、保険料負担を求めることが適当である。

この場合、高齢者にのみ負担を求めるならば高齢者の保険料負担の水準が高くなり過ぎるほか、高齢者介護の社会化は家族にとっても大きな受益であることから、社会的扶養や世代間連帯の考え方に立って、若年者にも負担を求めることが考えられる。

ただし、これについては、若年者も要介護状態になり得ることを考えると、給付のない負担を求めることについて若年者の理解が得られないのではないかと指摘もあった。

被保険者の範囲について上記のような考え方に立つ場合でも、初老期痴呆などのような、処遇上高齢者と同様の取扱いを行うことが適切であり、かつ、既存の障害者施策では適切な処遇を提供することが困難なケースについては、65歳未満の者でも、世代間連帯の観点から一定の負担をすることを踏まえ、特例的に介護保険制度から給付すべきであるとの意見が有力であった。

このような考え方に対し、本来、介護サービスの必要性は年齢を問わないものであることや、負担についての若年者の理解を得る観点からも、若年者の介護サービスについても社会保険化し、20歳以上のすべての者を被保険者として保険料負担を求め、給付も行うこととすべきであるとの意見があった。

また、この場合の被保険者となる若年者の範囲については、自らの老後や老親の介護が現実的問題と感じられるようになる40歳以上の若年者とすべきであるとの意見もあった。

65歳未満の若年者を被保険者＝受給者とするについては、若年要介護者に対する介護保障のあり方について、基本論を含めた議論を専門審議会等で尽くす必要があると考えられるほか、

(1)就労援助、社会参加などを含む障害者施策の総合性がそなわれるおそれがあるのではないかと考えられること

(2)現状では、障害者行政と高齢者行政とは異なった仕組みで行われており、実施体制の面での検討が必要となること

等から、今後の検討課題と位置付け、昨年末策定された障害者プランに基づくサービス

の計画的整備の進展状況等も見極めた対応を行うべきではないかとの指摘があった。

このほか、若年者の位置付けを明確にするという観点から、年金と同様、長期保険的な制度とし、若年者も被保険者とした上で、受給権の発生を65歳以上とするという考え方も示された。この場合、長期にわたる納付管理が不可欠となるので国が保険者となるのが自然であるが、給付主体（＝市町村）と分離してしまうという問題があるとの指摘があった。

また、制度が成熟化するまでの間の高齢者は、若年期の納付がなくても保険料を納付している以上、要介護状態になれば一定の給付をせざるを得なくなると考えられるが、そうなれば、バランス上、同じ保険料を納付している若年者も要介護状態になれば同様の給付をすることになるので、65歳以上の者にのみ受給権が発生するという構成が結局、困難になるという問題もあるのではないかという意見もあった。

4.介護保険料

市町村を保険者とする場合には、市町村の介護サービス水準に応じた保険料水準とすることが基本となるが、これに対し、国を保険者とし全国一律とすべきとの意見や、国が保険者の場合であっても地域ごとのサービス水準に応じた保険料を国が設定すべきとの意見もあった。

介護保険料の設定については、被保険者の所得形態が様々であることから、負担能力とは関係なく受益があることに基づき定額とする方式（応益保険料）を基本に、負担能力に応じて所得の一定割合とする方式（応能保険料）を加味することが考えられる。こうした考え方にに基づき、当面定額保険料とするが低所得者には軽減措置を講ずる案や、所得の状況に応じて所得段階別の定額保険料とする案、定額＋定率保険料とする案がある。

介護保険料は、一定年齢以上のすべての個人を被保険者とする保険であるので、介護保険料は個人負担が基本であり、事業主の負担は企業内福利厚生の一環として労使の話し合いに委ねるべきであるという意見と、被用者分の介護保険料については、事業主負担を法定すべきであるとの意見があった。

また、介護保険料の納付義務者は、被保険者本人とするが、徴収の確実性を期するため、世帯主及び配偶者を連帯納付義務者とするほか、老齢年金受給者については、保険者の事務負担を軽減するため、年金額が一定額以上の者は年金からの特別徴収を検討することが必要である。

さらに、介護保険料の未納対策として、未納がある場合の給付の差し止め規定を置くとともに、「要介護状態になったときにまとめて払えばよい」といったモラルハザードが生じることを防ぐため、過去に保険料未納の前歴がある場合に給付率の引き下げを行う仕組みを導入するなどの措置を検討する必要がある。

5.高齢者と若年者の負担

高齢者を被保険者とする場合、高齢者が介護保険料として負担する費用と若年者が世代間連帯の観点から負担する費用の割合をどのように設定するかが問題となる。これについ

ては、(1)各々の時点で高齢者・若年者を通じて1人当たりの平均的負担額を同水準とする考え方、(2)高齢者と若年者のそれぞれの負担総額が同じになるように設定する考え方、(3)人口構造が成熟する時点(2020年)においてそれらの額が同水準となるようにするという考え方がある。

また、これらに関連し、(2)の考え方を基本とするが、高齢者の負担能力を考慮し、高齢者1人当たり平均的負担額が若年者1人当たり平均的負担額の2倍となるまで公費で補填するという意見があったほか、(3)の考え方について、人口構造が成熟化するまでの間、高齢者1人当たりの平均的負担額が若年者1人当たりの平均的負担額と同じとなるよう、高齢者負担の一部を公費によって軽減するという考え方も示された。これらの場合においては、安易な公費依存が定着しないよう人口構造が成熟化する時点において確実に終了するように法律上規定することが必要である。

このほか、若年者1人当たりの平均的負担額について、例えば20～39歳と40～64歳というように年代別に差をつけるという意見もあった。

被保険者を高齢者とすれば、若年者は介護保険料という形ではなく世代間連帯もしくは社会的扶養の観点から高齢者介護費用の一部を負担することとなるが、その徴収方法としては、(1)医療保険者が徴収責任を負い、一括して納付する方式、(2)医療保険者が徴収を代行する方式、(3)年金保険者が徴収を代行する方式、(4)保険者(財政主体)が直接徴収する方式が考えられる。上記(1)から(4)のいずれの方式を採用にしても、この若年者の負担が確実に納付されることは介護保険制度を成り立たせる上で極めて重要であり、世代間扶養の理解を得るための啓発努力をする一方、若年者の負担の滞納に対する措置を含め、その確実な収納を確保する仕組みが必要である。

これらの方式のうち、(2)から(4)は、若年者個々人が納付義務を負うものであるが、次のように負担の公平性、徴収の効率性等の観点から困難な問題という指摘があった。

具体的には、(2)又は(3)の医療保険者や年金保険者による徴収代行、(4)の介護保険者による直接徴収のいずれの場合も、住民あるいは国民個々人に賦課されるものであるが、所得捕捉率に違いがあるといわれている状況を踏まえると公平な徴収が実質的に確保できないのではないかという意見があるほか、市町村保険者とした場合、市町村ごとに異なる保険料を医療保険者などが効率的に徴収できるかという問題がある。また、徴収代行の場合、十分な徴収が期待できなくなるおそれがある。

若年者の負担を確実かつ効率的に確保するための具体的方法としては、(1)の医療保険者とその加入している若年者の数に応じて、分担金として一括して納付する方法について議論がなされた。

ただし、医療保険者に負担を求めることについては、介護保険制度の給付が行われることにより医療給付費の負担が軽減される側面がある一方、老人医療費拠出金負担が医療保険財政に与えている影響に鑑み、老人保健制度の基本的見直しがない限り、介護保険制度の安定が確保できないのではないかという意見があった。

医療保険者の負担を求める場合、その指標となる若年者の範囲については、社会的扶養を担う一員として一般的に認められる20歳以上64歳までとするという考え方が有力であるが、老人保健制度と同様に全国民で支えるという観点から0歳以上64歳までとする考え方もある。また、各医療保険者は65歳未満の被保険者から医療保険料と一体的に徴収することが効率的であると考えられる。

その場合、介護費用に充てるために医療保険者が各被保険者から徴収する費用は、老人医療費拠出金と異なり医療保険料とは別に明示することとする方が、個々の若年者にとって介護費用の負担関係が明確になって好ましいという意見があった。

また、医療保険者が負担する費用を医療給付費と同様に扱うという意見と、医療給付費と同様には扱わないという意見があった。前者の場合、被用者保険においては、医療給付費と同様に事業主負担があり、国民健康保険においては、医療給付費に対するのと同様に国庫負担が行われることとなる。

これに対し、後者の意見の場合、事業主負担については、前述の介護保険料における取扱いと同様に、事業主が費用の一部を負担するとしても、それは企業内福利厚生の一環として労使の話し合いに委ねるべきであるとし、これとのバランス上、国民健康保険の負担分への国庫負担のあり方について疑問を呈する意見があった一方、被保険者分に関する事業主負担は法定すべきであり、その割合は7割とする意見や労使折半とする意見があった。

6. 公費負担

介護保険制度に対する公費負担は、社会全体で必要な費用を支え合うという制度の基本的あり方を踏まえ、また、従来の老人福祉制度や老人保健制度の公費負担状況も勘案して、介護給付費の1/2を基本とする意見が多数であった。

これに対し、公費負担について、従来の福祉制度の公費負担状況や新たに介護保険料の負担を求めることを考慮し、介護給付費の1/2ではなく、利用者負担分も含む総介護費用の1/2とすべきとの意見もあった。

公費負担のうち、国・都道府県・市町村の内訳は、現行の老人福祉制度や老人保健制度における国・都道府県・市町村の負担状況を総合的に勘案する必要があるが、その際、将来増大する介護需要に対処できる財源確保を図るとともに、地方の負担が過重とならない配慮をすべきとの意見があった。

また、介護保険制度の円滑な運営のため、次のような点に配慮することが考えられる。

(1) 介護保険料において低所得者軽減制度を設ける場合における公費による補填

(2) 介護サービス基盤のより一層の整備を進める観点から行う基盤整備に対する公費の投入

(3) 医療保険者に介護費用の負担を求める場合において現行制度に比し負担が急増する保険者に対する財政支援措置

7. 利用者負担

高齢者介護に関する現行の利用者負担は、福祉(措置)制度と医療保険制度との間でも、

また、在宅と施設の間でも不合理な格差が生じているので、この格差を是正するため、介護保険制度においては、受益に応じた負担として統一的なルールを設定することが適当である。

利用者負担の設定に当たっては、受益に応じた公平な負担という観点から、定率1割負担とすることが考えられる。これに対し、2割程度とする意見や8%とすべき意見もあった。この場合、低所得の高齢者については利用者負担の軽減を講ずるとともに、定率負担とした場合、負担額が高額となることがあるので、負担が著しく重くならないよう医療保険の高額療養費と同様の仕組みを制度化することが必要であるとの意見があった。また、施設介護については、在宅介護とのバランスや高齢者の自立が図られてきている状況からみて、食費等日常生活費は、利用者本人の負担とすることが考えられる。

これに対し、食費等日常生活費の範囲については、介護施設における実態を踏まえて具体的に検討すべきであるとの意見があった。

8.民間セクターの役割

介護保険制度における民間セクターの役割としては、前述のとおり、特に在宅サービスを中心として、民間の営利・非営利の事業主体が介護サービス提供機関となることが考えられる。

また、民間事業者が介護保険制度の介護給付として標準的に行われるサービスを超えるサービス（上乘せ 追加的サービス）又は介護給付として行われるサービスメニュー以外のサービス（横だし 追加的メニュー）を行うという役割もある。

公的介護保険制度創設に伴い、民間介護保険拡大のネックとなっていた要介護認定事務について、公的介護保険制度に基づき行われる要介護認定の結果を活用することが可能となるので、それを前提とした商品設計等により、今後民間介護保険の参入が容易になるものと考えられる。

第4部 基盤整備等

1.基盤整備

(1)基盤整備の考え方

高齢者のための介護サービス基盤は、高齢社会の重要な社会資本であり、地域の特性を踏まえた上で、全国的にみて均衡ある基盤の整備を図ることが重要である。したがって、実際に介護サービス基盤の整備を進めるに当たっては、サービスモデルで示されたサービス水準の実現に向けて、(1)介護保険制度導入までの間、(2)制度導入時から本格施行までの間、(3)本格施行以降といった段階ごとに、制度導入に伴うサービス利用の増加や新たな介護サービスに対するニーズの動向等を踏まえ、総合的かつ計画的な整備を進める必要がある（参考6「高齢者介護費用及び基盤整備量の将来推計」）。

その際、前述のとおり、介護保険制度の円滑な運営を確保するため、介護サービス基盤

のより一層の整備を進める観点から行う基盤整備に対し、公費の投入を行う等の配慮が必要である。

介護サービス基盤の整備については、国・都道府県・市町村がそれぞれの役割に応じた責任を担うべきである。特に施設の供給体制の確保等については、国及び都道府県が果たすべき役割は引き続き大きい。

(2) 施設整備の促進方策

介護サービス基盤の整備を進めるため、一般病院の療養型病床群への転換、養護老人ホームの特別養護老人ホームへの転換などを進める必要がある。その際、療養型病床群等については、施設要件の見直しや現行の転換促進方策の拡充等について検討がなされるべきである。学校、保育所等の既存公共施設の介護サービス提供施設への転用も考慮すべきである。

現在国庫補助負担金等の公費を中心とした施設整備が行われている老人福祉施設については、介護報酬との関係を整理する必要があるが、介護保険制度導入後も公費の助成が必要である。また、関連する現行税制についても、それを維持する方向で検討する必要がある。

(3) 人材の養成・確保、質の向上

ホームヘルパー、訪問看護婦等の在宅サービスを担う要員、介護施設で介護にあたる職員など人材の養成・確保については、処遇の改善等による魅力ある職場づくり、研修の充実、潜在的人材の活用など、幅広い観点から計画的な対応策を考え、サービスモデルで示されたサービス水準が達成できるような要員数の確保に努める必要がある。

また、人材の質の向上を図るため、ホームヘルパー等の研修のあり方や業務の評価方法等についてさらに工夫するとともに、介護支援担当者の養成システムの確立を急ぐ必要がある。さらに、介護にあたる家族やボランティア、いわゆる潜在看護職員などに対する介護の知識・技術の普及、啓発に積極的に取り組むことが望まれる。

このほか、民生委員などこれまで地域において高齢者の支援、見守り、連絡調整を担ってきた人材を高齢者介護においても引き続き活用するほか、広く地域において、それらの機能を担う人材のネットワーク化を推進することも必要である。

(4) 不服申立等

介護保険制度の適正な運用を確保するため、要介護認定や保険料賦課等に対する不服申立ての仕組み、介護サービス等に関するオンブズマン制度などを確立すべきである。

(5) その他

介護サービスを身近で利用しやすいものにしていくために、保健福祉に関する情報システムの統合・整備等を行うとともに、福祉用具について、情報提供の拡充や機能評価方法の確立を図ることが重要である。

さらに、介護サービスで使用される資材や消耗品等が円滑に供給され適切に処理されるような配慮も必要である。

2. 施行の時期と方法

介護保険制度の施行に当たっては、必要な準備期間を置き、国民に対し制度の全体的仕組みや運用の仕方に関する情報を分かりやすく提供して十分な理解を求めるとともに、保険者やサービス提供機関において要介護認定業務、ケアプランの作成など施行に必要な事前準備、介護支援担当者の養成、体制づくりを進め、できる限り円滑かつ早期に制度が実施できるよう努めるべきである。

より円滑な施行という観点から、在宅サービスを施設サービスに先行して実施するとか、各保険者ごとにサービス基盤の整備状況等に応じて段階的に施行するといった方法についても検討する必要がある。

3. 関連制度の取扱い

介護保険制度の創設は、既存の医療保険制度や老人福祉制度をはじめとする社会保障制度全体のあり方と深く関わるものであることから、社会保障制度の全般的な再構築・効率化という観点から、既存の社会保障制度についても、介護保険制度創設との関連で、そのあり方について総合的な見直しを行うことが求められる。

介護保険制度のあり方とも密接な関連を有する老人保健制度については、今後、老人医療費拠出金の算定方法だけでなく、老人医療費の適正化、老人医療費を賄う拠出金、公費及び患者負担のあり方など老人保健制度全体の論点について検討を加え、できるだけ早く結論を得る必要がある。

さらに、老人医療費を支える医療保険制度のあり方についても、今後、関係審議会において、検討がなされることを期待したい。

年金制度に関連しては、介護保険の給付が高齢者の自立した生活を支援することを目的に提供されるものであることから、要介護者に対する介護給付と年金給付との関係について、各々の機能・役割分担をどのように考えるかという観点からの検討が行われる必要がある。

また、介護保険制度が導入された場合における生活保護制度上の介護サービスの位置付け等についても検討される必要がある。

おわりに

当審議会における審議の概要及び意見は以上のとおりである。

厚生省においては、本報告の趣旨に十分配慮し、より多くの国民、関係者の理解が得られるよう、できるだけ早く高齢者介護保険制度の具体的な試案を作成し、国民的議論に供することに努められたい。当審議会としては、同試案について検討を加えた上で、厚生省案の諮問をまって、さらに高齢者介護保険制度に関する審議を深め、当審議会として答申を取りまとめることとしたい。