



## 介護保険制度の基本的 考え方と実施のための条 件整備

### 1 介護保険制度の基本的考え方

1 高齢化の進展等に伴い高齢者介護が大きな社会問題となっている状況を踏まえ、高齢者が自立した生活が送れるよう、老化に伴い介護が必要な者に対して社会的な支援を行う仕組みを確立する。

2 介護保険は、医療と福祉に関わる各主体が、それぞれの機能を発揮しつつ、重層的に支え合う制度とする。給付は、住民に最も身近な行政主体である市町村が国や都道府県の協力を得ながら実施する一方、安定的かつ効率的な制度運営を確保するため、市町村、国、都道府県、医療保険者などが、それぞれの役割に応じ費用を分担する仕組みとする。

事業主等が連帯して支え合うこととし、国及び地方公共団体による公費負担も適切に組み入れることとする。

6 介護保険の導入は、今後進められる社会保障制度全般にわたる再構築に先行して、その前提条件を整備するものであり、国民負担（租税・社会保険料負担）が過度にならないよう、利用者負担と適切な組み合わせを行った上で、効率的な介護サービスの提供や社会的入院の解消、施設間の利用者負担の適正化等を進めるものとする。この場合、将来にわたって保険財政が安定するよう、利用者負担と保険料負担のあり方について一定期間ごとに見直す弾力的な仕組みとする。

7 施行までの間に十分な準備期間を置くとともに、実施に当たっては、市町村等の不安の解消を図り、基盤整備の状況等を踏まえ段階的に施行する。さらに、施行後一定期間内に社会経済の動向や介護をめぐる状況の変化を踏まえ、制度を適切に見直す柔軟な仕組みとする。

2 介護保険制度の円滑な施行のための準備

1 介護保険制度の施行に当たっては、

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、施行に必要な事前準備として、要介護認定やケアプランの作成に係る準備

介護支援専門員（ケアマネジャー）の養成、保険料徴収システムの検討などを進め、円滑に実施できるように努める。

2 このため、できる限り早期に、適切なモデル地域を対象として要介護認定等の試行を行い、実施に当たつての実務上の課題や対応方策に関する調査研究結果を制度施行に反映させるものとする。

### 3 介護サービスの基盤整備

#### 1 基本的な考え方

○ 介護保険制度の円滑な実施のためには、それを支える介護施設や人材などといった介護サービス基盤の整備が極めて重要な課題となる。このため、地域の特性を踏まえつつ、全国的に見て均衡ある介護サービス基盤の整備を計画的に行う。

#### 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、介護力強化病院等の療養型病床群

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等を進める。療養型病床群のあり方を検討し、施設要件の見直しを行うなど転換促進の方策を強化する。また、保育所、学校等の既存公共施設で転用可能なものについて介護サービス提供施設への転用を推進するなど、特に都市部における介護サービス提供施設の整備を促進する。

○人材の養成・確保、質の向上など  
○ホームヘルパー、訪問看護婦等の在宅サービスや介護施設で介護にあたる人材の養成・確保については、魅力ある職場づくり、研修の充実、潜在的人材の活用、共同組織や民間機関による人材養成など幅広い観点から計画的な対応策を講ずることにより、サービスモデルで示されたサービス水準がでるだけ早く全国的に達成できるように努める。

○また、人材の質の向上や職種間の連携を図るため、サービスの質や業務の評価方法を確立するとともに、介護支援専門員の養成に努める。

さらに、ホームヘルパーなど介護サービスを担う人材や、介護にあたる家族、ボランティアなどに対して、通信

衛星など多様な手段を活用して、介護の知識・技術の普及、啓発に積極的に取り組む。

4 情報システムの整備と事務、サービスの共同化  
○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・整備を進め、情報の公開を図るとともに、福祉用具や住宅改修等について、情報提供の拡充や機能評価方法の確立を図る。

○市町村における要介護認定業務の共同化や介護サービス提供機関の共同設置・利用、ホームヘルパー、訪問看護婦などの人材の確保について、都道府県の協力を得て、事務や基盤整備の連携・協力を推進する。また、利用者の便宜を考慮し、被保険者証は健康手帳を活用するなど簡便な事務処理方法について検討する。

4 国及び都道府県、市町村による計画的な基盤整備  
○介護サービス基盤の計画的な整備を進めるため、国において全国的な整備目標などの基本指針を示す一方、都道府県及び市町村は、介護サービスの基盤整備に関する計画を策定するものと

する。こうした計画を通じ、人材の養成・確保、介護施設の整備、各サービス提供機関間のネットワークの確立、情報システムの確立を計画的に進める。

○特に、小規模市町村や都市部・へき地などの介護サービス不足地域については、サービス提供体制の広域化、基盤整備等に対し積極的な支援を行う。

### ・介護保障制度の骨格

1 事業主体（保険者）  
○事業主体（保険者）は、市町村及び特別区とし、国、都道府県、市町村及び医療保険者が、それぞれの役割に応じて重層的に支え合う制度とする。

2 事業主体に対する支援方策  
○保険運営の安定性、効率性を確保するため、保険運営の広域化、財政調整などの支援方策を講ずる。  
市町村における保険運営を支援するため、保険料基準の設定、財政調整、介護サービス提供機関の調整などを共同で行う「介護保険者連合会（仮称）」を都道府県ごとに設置するものとする。

険料の未納等による保険財政の不安定性について、その対策の全てを保険者の努力に負わせることのないよう、介護保険者連合会において必要な財政支援を行う仕組みを導入する。

国、都道府県、市町村は、介護保険者連合会が行う財政支援事業に対して共同して支援を行う。  
要介護認定については、市町村が行うほか、都道府県などへの委託や介護保険者連合会における実施ができるものとする。

後述の第2号被保険者の保険料を全国でプールし、市町村ごとの高齢化率の違いに伴う負担の格差を調整するよう、市町村に対して交付するとともに、保険者努力に期待できない事由に起因する保険料負担の格差を財政調整により是正する。

3 被保険者  
1 基本的な考え方（介護保険と障害者福祉の役割分担）  
○高齢者介護が大きな社会問題となっている状況を踏まえ、介護保険制度は、老化に伴う介護ニーズに適切に 대응することを目的とする。障害者福祉（公費）による介護サービスについては、障害

者プランに即して、引き続き充実を図るものとする。

## 2 介護保険における被保険者の範囲

○介護保険が対象とする老化に伴う介護ニーズは、高齢期のみならず中高年期においても生じ得ること、また、40歳以降以降になると一般に老親の介護が必要となり、家族という立場から介護保険による社会的支援という利益を受ける可能性が高まることから、40歳以上の者を被保険者とし、社会連帯によって介護費用を支え合うものとする。

## 3 被保険者の区分

○給付や負担面の違いなどを踏まえ、被保険者は、65歳以上の者（第1号被保険者）と40～64歳の者（第2号被保険者）に区分する。

介護保険においては、要介護リスクの高まる65歳以上の高齢者が自らの要介護リスクについて共同連帯により助け合うとともに、40～64歳の者は、自らの老化に伴う要介護リスクに備えるほか、社会的扶養の観点から費用を負担する。

負担の面では、高齢者は中心的な受給者であることから、その居住する地域で受けた介護サービスの水準に応じ

て保険料を負担することが考えられる。

これに対し、40～64歳の者は、全国共通のルールによって費用を負担する仕組みとする。

## 4 介護給付

### 1 受給者

○被保険者であって、老化に伴い介護が必要となった者を受給者とし、いわゆる虚弱老人も寝たきり予防等の観点から必要なサービスを提供する。

第1号被保険者の場合は、高齢者であることから、その原因を問わず要介護者は一般的に介護保険の対象となる。

第2号被保険者については、老化に伴う介護という観点から、具体的な対象範囲を定める（それ以外のケースは、障害者福祉施策による介護サービスの対象とする。）。

## 2 介護給付の受給手続 要介護認定

○被保険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、介護が必要な状態にあることの認定を受けるものとする。認定は、要介護認定機関が国の定めた公平かつ客観的な基準に従い、専門家の合議によって審査した結果に基づき保険者が決定する

ことにより行う。

○保険者は、要介護認定に当たって、要介護状態にならないための予防、要介護状態の軽減または悪化の防止等について必要な指導・助言を行うものとする。

○要介護認定については、効率的な事務処理や専門家の確保といった観点から、都道府県への委託や介護保険者連合会における実施等を進める。

○被保険者に判断能力がなく、身寄りもないような場合や緊急に保護が必要な場合については、行政の措置によって、サービス利用を確保するものとする。

○要介護認定等に関する不服申し立ての制度を設ける。

## ケアプランの作成

○要介護認定を受けた被保険者は、自らの意思に基づき、利用する介護サービスの種類や介護サービスの提供機関を選択することができる。

○被保険者は、自らの意思に基づき、ケアプラン（介護サービスの利用に関する計画）の作成をケアプラン作成機関に依頼できる。

○ケアプラン作成機関においては、専

門家が被保険者や家族の相談に応じ、

ケアプランを作成の上、実際のサービス利用につなぐ。

○ケアプラン作成機関は、市町村が設置するもののほか、在宅介護支援センター、訪問看護ステーションなどの在宅サービス機関、介護施設、医療機関であって一定の要件を満たすものが設置できる。

## 3 介護給付の内容 介護給付額

○要介護認定を受けた被保険者は、在宅サービスを利用する場合、要介護度ごとに認定された介護給付額の範囲内で、実際に利用した介護サービスについて給付を受けることができる。

○また、超過分を本人が負担することにより、介護給付額を超えて介護サービスを利用できる柔軟な仕組みとする。

○在宅サービスに関する介護給付額は、現実提供可能なサービス量に見合った水準とし、サービス基盤の整備の進捗状況等に応じて、段階的に望ましい水準の実現を目指すものとする。

○施設サービスについては、被保険者の要介護度や施設の人員配置状況等を踏まえ、必要とされる費用に基づき、

介護給付額を設定する。

#### 利用者負担

○介護サービスの利用者負担は、介護給付の対象となる費用の1割とする。

また、施設については、食費は利用者負担とし、日常生活費は給付対象外とする。ただし、負担額が著しくならないよう、低所得者に対する配慮も含め、医療保険の高額療養費と同様の仕組みを制度化する。

○利用者負担の水準については、介護費用や保険料負担の水準等を勘案して、一定期間ごとに、適正な国民負担等の観点からそのあり方を見直すものとする。

#### 対象となるサービス

○介護給付の対象となる介護サービスは、下記のとおりとする。

#### 【在宅サービス】

ア・ホームヘルプサービス

イ・デイサービス

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）

エ・ショートステイ

オ・訪問看護サービス

カ・福祉用具サービス

キ・痴呆性老人向けグループホーム

ク・住宅改修サービス

ケ・訪問入浴サービス

コ・医学的管理等サービス

サ・有料老人ホーム、ケアハウス等における介護サービス

シ・ケアマネジメントサービス

#### 【施設サービス】

ア・特別養護老人ホーム

イ・老人保健施設

ウ・療養型病床群、老人性痴呆疾患療養病棟その他の介護体制の整った施設

#### 設

○在宅サービスについては、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体制として、早期、夜間及び深夜の巡回サービスを普及する。

○市町村は、地域の非営利組織等が提供する在宅サービスであって、必要かつ適当と認められるものを介護の必要度に応じて設定された給付額の範囲内で給付対象とすることができる。（この場合、具体的実施方法として、利用券方式の活用などを検討する。）

○市町村は、地域の実情に応じて独自のサービスを付加給付とすることができ

きる。

4 介護サービス提供機関

○介護サービス提供機関は、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。

○介護サービス提供機関の事業主体は、施設サービスについては当面、現行の事業主体を基本としつつも、在宅サービスについては、利用者本位の効率的なサービス提供の観点から、民間事業者や住民参加の非営利組織などの多様な主体が参加し得ることとする。

#### 5 費用負担

1 費用負担の区分

○介護費用の負担区分は、次のとおりとする。

第1号及び第2号被保険者の負担

介護給付費総額の1/2

公費負担

介護給付費総額の1/2

○第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合については、両者の1人当たり負担額が同水準となるように設定する。

2 第1号被保険者の費用負担

○第1号被保険者の保険料は、低所得者に配慮して、所得段階別の定額保険

料とし、中期的（3年程度）な期間ごとに、介護保険者連合会が設定する都道府県、圏域または市町村単位の保険料基準を参考として定めることができる。

○保険料は市町村が徴収するものとし、老齢年金受給者のうち、一定の基準に該当する者については、年金からの特別徴収を行う。保険料の納付義務者は被保険者本人とし、世帯主及び配偶者を連帯納付義務者とする。

○保険料未納者については、給付率の引き下げ等の措置を講ずる。

3 第2号被保険者の費用負担

保険料の算定方法と医療保険者による一括納付

○第2号被保険者は、自らの介護リスクに備えるとともに、社会的扶養の考え方に基つき費用を負担する。第2号被保険者は就労や所得形態が多様であることから、確実かつ効率的な徴収を確保するため、各医療保険者が自らの保険に加入している第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付する方法を採用する。

○医療保険者が一括納付する金額は、国が介護保険法に基づき介護給付費総

額を基に定める第2号被保険者の1人当たり基準負担額に、各医療保険に加入している第2号被保険者数を乗じた金額とする。各医療保険者は、医療保険各法の定めるところにより、これに係る費用を介護保険料として医療保険料と一体的に徴収する。

○医療保険者が一括納付するため、被保険者から徴収する保険料の収納を確保するため、医療保険各法における未納対策を強化する。

介護保険者への交付（高齢化率の相違に係る調整）

○各医療保険者が一括納付した第2号被保険者の保険料は、全国レベルでプールし、市町村の高齢化率の違いによる第1号被保険者の保険料負担の格差が調整されるよう、介護保険者に対しその介護給付費実績のうち前述の第2号被保険者の負担割合に相当する額を、清算方式により交付する。

#### 4 財政調整

○保険者努力では対応することができない、以下の事由等に起因する第1号被保険者の保険料負担の格差を是正するため、公費により調整措置を講ずる。

要介護リスクの高い後期高齢者の加

入割合の相違

高齢者の負担能力の相違

災害時の保険料減免等特殊な場合

なお、介護施設の集中する特定市町村の負担の増大については、負担の均衡を図るため、現在国民健康保険で実施されている住所地特例措置を設ける。

#### 5 公費負担

○公費負担は、介護給付費の1/2とする。国及び地方団体は、介護保険者の給付費実績のうち、それぞれ1/4に相当する額を、清算方式により負担する。

○介護サービス基盤のより一層の整備を進めるために公費を投入する。

○医療保険者については、医療保険各法による国庫負担のほか、現行制度に比し負担が急増する医療保険者に対し、その財力等に応じて国費による助成を行う。

#### 6 施行

1 円滑な施行を目指し、必要な準備期間を置くため、平成11年4月から実施に移す。この場合、在宅サービスを先行実施し、社会的入院の解消を図りつつ、基盤整備の状況を潜まえ、施設サービスについては平成13年を目途に実施する。

（注）在宅及び施設の給付内容については一本の法律で規定し、施設サービスの実施時期は、別に定めるものとする。

2 施設サービスについては、介護の質の向上を図るため、介護保険施行前においても、ケアプラン作成の義務づけや介護体制の強化を図るとともに、老人医療を含めた施設間の利用者負担の格差是正を進めていくものとする。また、療養型病床群等については施行後一定の経過期間内において、確実な転換を図るものとする。

3 保険者は、要介護者を介護する家族を評価し、それを支援する観点から、保健福祉事業の一環として、自らの保険料財源により各種の家族支援事業（この場合も利用券の活用等が考えられる。）を行い得る。ただし、家族介護に対する現金支給は、原則として当面行わないものとする。

4 介護サービスの整備状況や介護費用の動向、社会保障をめぐる状況を踏まえ、施行一定期間後に、被保険者の年齢、他制度との整合性を含め、給付内容及び費用負担のあり方等全般的な見直しを行うものとする。

# 「介護保険制度試案」(平成8年5月15日付)

厚生省

## 参考資料

### I 被保険者の考え方について

#### 1. 介護保険と障害者福祉の関係

考え方

ア・介護の原因を問わず介護サービス全般を介護保険の対象とすると、介護保険の給付に相当する障害者福祉(公費)の介護サービスは、制度として廃止することとなる。

イ・障害者の介護サービスを含む保健福祉サービス全般については、障害者プランを策定し平成十年度を目標にその充実を図ることとしているところであり、現段階で介護サービスを廃止することは適当ではない。

ウ・したがって、介護保険は高齢者介護問題に対応するものとして、老化に伴う介護を対象を限定することとし、介護保険と障害者福祉との役割を区分することが適当である。

#### 2. 被保険者を40歳以上の者とすることについて

考え方

ア・介護保険が対象とする老化に伴う介護ニーズは、高齢期のみならず、40歳以上の中高年期においても生じ得ることから、介護保険制度でカバーすることが考えられる。

イ・また、40歳以降になると、一般的に老親の介護が必要となり、家族という立場から介護保険制度による社会的支援という利益を受ける可能性が高まることから、被保険者として介護費用の負担を支えることが適当と考えられる。

#### 3. 被保険者を第1種と第2種に区分することについて

考え方

給付や負担の面で次のような違いがあることから、被保険者を65歳以上の

者(第1種被保険者)と40~64歳の者

考え方

(第2種被保険者)に区分する。  
ア・介護保険においては、要介護でリスクの高まる65歳以上の高齢者が基本となる。40~64歳の者は、自らが要介護となるリスクが低く、しかも、対象となるケースが初老痴呆などに限定されている。

ア・市町村が第2種被保険者に対し、保険料を直接賦課・徴収することは、次のような問題点がある、  
ア就労や所得形態が、異なる被用者と自営業者に対し同一の基準で所得割を賦課することが適当かどうか。

イ・65歳以上の場合には、中心的な受給者であることから、その居住する地域で受けた介護サービスの水準に応じて市町村が保険料額を算定し、徴収することが適当である。

イ・市町村にとって新たな事務負担となり、収納率の面で問題はないか、  
ウ事業主負担を法制上位置づけることは困難ではないか。

これに対し、40~64歳の場合には、自らが受給者に該当する可能性は低く、むしろ社会的な扶養の観点に基づき費用を負担する要素が強いので、保険料算定は全国共通のルールに基づいて行うことが考えられる。

イ・これに対し、医療保険者が第2種被保険者の保険料を一括納付する方法は、次の点で、確実かつ効率的な徴収方法と考えられる、  
ア被用者は被用者保険、自営業者等は国保の算定方法に基づいた賦課となる。

#### 4. 第2種被保険者の保険料について

イ医療保険者が徴収し、一括して介護保険に納付するため、市町村にとって事務負担とならず、しかも、適切な収納率が確保される。

### II 保険運営の安定化のための方策

#### 1. 基本的考え方

を重視する観点から、住民に最も身近な行政主体である市町村を基本に置いた制度とする、

高齢者介護保険制度については、地方分権の推進・介護サービスの地域性  
ただし、安定的かつ効率的な制度運営を確保するため、給付費の1/2を

公費で支えるなど国・都道府県・市町村が財政面・実務面において重層的に支え合う制度とするほか、以下のような諸施策を講じることにより、市町村の保険運営の安定性の確保に努める。

## 2. 市町村保険運営の安定性確保のための取り組み

### 1 保険者事務の共同化の推進

○地域の実態に即した形での市町村保険者事務の広域化を進める。

○要介護認定については、効率的な事務処理や専門家の確保といった観点から要介護認定の事務の共同化等を進める。

### 2 保険者財政安定化のための対策

○各医療保険者が納付した分担金については全国レベルでプールされ、各市町村に対し、その介護給付費のうち第2種被保険者の負担割合が調整されるよう、各保険者に対し、市町村ごとの高齢化率（若年者と高齢者の構成割合）にかかわらず給付費の一定部分が等しく世代間連帯によって支えられる仕組みを導入する。

○市町村が第1種被保険者から徴収する保険料は、各市町村ごとのサービス水準の高低に応じて設定することを基本とするが、保険料算定ルール・水準

に関する客観的なガイドラインを設定する。

○保険者努力に期待できない、以下の事由等に起因する第1種被保険者の保険料負担の格差を是正するため、一定の調整措置を講ずる。

### 介護施設の集中度の相違

後期高齢者の加入割合の相違による保険給付の増高

災害時の保険料減免等特殊事情による保険料収納の低下

なお、介護施設の集中による特定市町村の負担増大については、負担の均衡を図るため、現在国民健康保険で実施されている住所地特例制度の導入を検討する。

○保険料未納を防止し、収納率を確保する観点から、未納者に対する給付の差し止め・給付率の引き下げといった措置を実施する。

○給付費の変動や保険料未納等による財政の不安定性を補完するための制度的な仕組みを導入する。

○高齢者保険料の徴収について、年金給付からの特別徴収（年金天引）を検討し、市町村の保険料徴収事務負担の軽減と収納率の確保を図る。

### 3 小規模市町村等に対する介護サービス基盤整備支援

○小規模市町村や介護サービス不足地域におけるサービス基盤の整備を支援する。

## 3 制度施行に当たつての措置

### 1 制度施行に当たつての措置

○高齢者介護保険制度の施行に当たっては、各市町村の実情に応じて、サービス基盤整備の進捗状況等に応じた段階的な実施を行うことができることとし、円滑な保険制度の導入を図る。

### 2 その他

## Ⅳ 民間事業者や住民参加型組織の活用、文教施設等の介護施設等への転用

### 1. 介護サービス基盤の基本的考え方

○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インフラストラクチャである。その際、必要な基盤整備を効率的に推進していく必要があることから、介護サービス基盤整備に

ついても、民間の活力の積極的な活用導入を図る。

○市町村は、地域の非営利組織等が提供する在宅サービスであって、必要かつ適当と認められるものを介護の必要度に応じて設定された給付額の範囲内で保険給付の対象とすることができる。また、市町村は、地域の実情に応じて独自のサービスを付加給付することができる。

○保育所・老人福祉センター・市町村保健センター等他の保健福祉施設や地域の公共施設との統合的整備、学校教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等を推進する。

○介護サービスの事業主体については、利用者本位の効率的なサービスを提供するという観点から、サービス内容の性格等に応じ、民間事業者を含めた多様な主体の参加が可能となるよう規制緩和する。

○在宅介護サービスの事業主体については、夜間巡回サービス等において既に民間事業者がサービスを担っていることを踏まえて、できる限り民間事業者の積極的な参入を図るとともに、訪問看護サービスやデイサービス、ショートステイについても、一定の水準を

### 2. シルバーサービスの健全育成及び振興

満たしているサービスについては、民間事業者も含めて積極的に評価していく。

### 3. 住民参加型組織の活用

○高齢者の自立・自助を基本としつつ、地域住民が、高齢者介護を支えていく共助の考え方が重要であり、こうした住民参加型の介護サービスを積極的に活用する。

○高齢者が住み慣れた地域や家庭で暮らし続けるためには、地域全体で高齢者の生活を支えていくことが必要であり、地域の実情に応じ、公的保健福祉サービスに加え、市民活動を推進することは、厚みのある支援体制を構築し、市民が互いに助け合う豊かな市民社会の構築に資するものとして積極的に評価していく必要がある。

○住民参加型の非営利組織が行う介護サービスを、積極的に介護保険に適用していく方向で検討中。

○また、地域のボランティアの活動も介護保険のサービスと併せて、ケアプランの中で位置付ける方向で検討中。

### 4. 文教施設等の介護施設等への転用

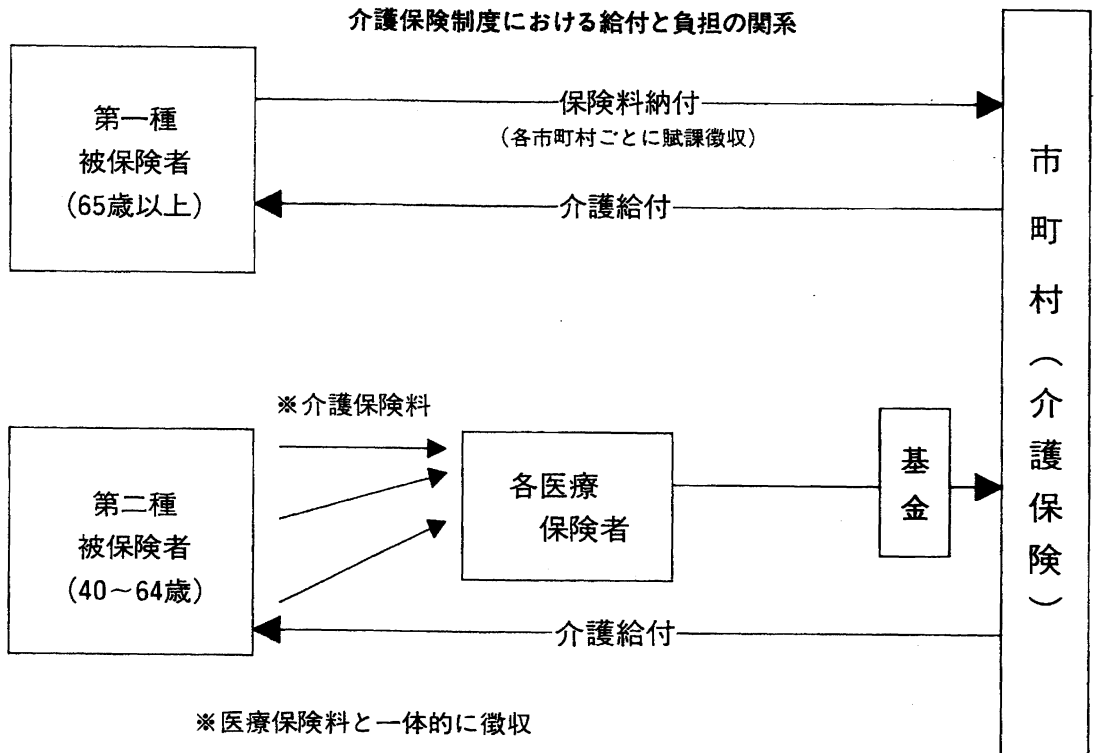
○高齢者福祉サービス（デイサービス

等）の充実が図られているところであるが、そのための施設の確保に際しては、既存の社会資源の有効利用が重要な課題となっている。そのため、廃校や余裕教室の有効活用方策として、デイサービスセンター等へ転用する際の財産処分について、その手続きの簡素化を図っているところである。

○文部省との連携により、余裕教室等のデイサービスセンター、これと併設する在宅介護支援センター、老人福祉センター、ホームヘルプステーション等への転用が簡便に行われる取扱いとなっている。

(注) 具体的な例としては、京都府宇治市における小倉小学校の余裕教室を活用したデイサービスセンター及び在宅介護支援センターへの転用の例などがある。

介護保険制度における給付と負担の関係



※医療保険料と一体的に徴収



# I

介護保険制度の基本的考え方と  
実施のための条件整備

## 介護保険制度修正試案（平成8年5月30日付） のポイント

厚生省

### 財政試算（粗い試算）

#### I. 平成7年度価格による試算

〔上段は在宅サービス費用、下段は在宅+施設サービス費用〕

	新ゴールドプラン に基づく費用額 (兆円)	介護保険制度における費用	
		介護費用額 (兆円)	被保険者 (40歳以上) 一人あたり 負担月額
平成11年度 (1999)	0.7	0.9	500円
	3.2	3.4	1,800円
平成12年度 (2000)	0.9	1.1	600円
	3.6	3.8	2,100円
平成17年度 (2005)	—	2.2	1,200円
	—	5.2	2,700円

#### II. 名目価格（伸び率3%）による試算

〔上段は在宅サービス費用、下段は在宅+施設サービス費用〕

	新ゴールドプラン に基づく費用額 (兆円)	介護保険制度における費用	
		介護費用額 (兆円)	被保険者 (40歳以上) 一人あたり 負担月額
平成11年度 (1999)	0.8	1.0	600円
	3.6	3.8	2,100円
平成12年度 (2000)	1.0	1.3	700円
	4.1	4.4	2,400円
平成17年度 (2005)	—	2.9	1,600円
	—	7.0	3,600円

(注)

- 介護費用額は65歳以上の高齢者に係る費用である。  
若年要介護者に係る介護費用は、平成7年度で在宅300億円、施設1000億円程度と見込まれる（在宅のみの場合、40歳以上一人あたり負担額（月額）20円）。
- 被保険者一人あたり負担額（月額）は、介護費用から利用者負担分を除いた介護給付額のうち1/2を公費負担した場合の試算である。

編集部注：この「参考資料」は平成8年5月15日に提出された「介護保険制度試案」に添付されたものです。

- 1 基本的考え方
  - 2 制度施行のための準備（モデル地域での試行）
  - 3 介護サービスの基盤整備
  - 4 計画的な基盤整備
- 療養型病床群等への転換を促進するとともに、保育所、学校等既存公共施設
- 国〓基本方針の策定、必要な財政支援  
地方〓基盤整備に関する計画の策定
- 設の転用を推進。  
2人材の養成・確保  
介護にあたる人材の養成・確保や質の向上を図る。

## Ⅲ 介護保険制度の骨格

### 1 事業主体（保険者）

客観的な認定基準に基づき、専門家の合議によって介護が必要な状態にあることを認定。

アマネジメントサービス）  
・施設サービス（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群等）

第2号被保険者の保険料を医療保険各法の定めるところにより徴収し、一括納付。

### 2 事業主体に対する支援方策

○保険料基準の設定、財政調整などを共同で行う「介護保険者連合会（仮称）」を都道府県ごとに設置する。

2 ケアプランの作成  
被保険者は自らの意思に基づき、ケアプランの作成機関に作成を依頼可能。ケアプランの作成機関は、市町村直営、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション等。

4 介護サービス提供機関  
・施設サービスについては、現行の事業主体を基本。  
在宅サービスについては、民間事業者や住民参加の非営利組織などの主体の参入を認め、競争によるサービスの質の向上、効率化を図る。

4 財政調整  
・後期高齢者の加入割合の相違、災害時の保険料減免等による保険料負担の格差を是正するため財政調整を行う。

○給付費の変動や保険料未納等による保険財政の不安定性について財政支援。

3 介護給付の内容  
介護給付額

5 費用負担  
1 介護費用の負担区分  
保険料負担 - 介護給付総額の1/2  
公費負担 - 介護給付総額の1/2  
2 第1号被保険者の費用負担  
○所得段階別の定額保険料とし、中期的（2年程度）な期間ごとに算定。

5 公費負担  
・介護給付費の1/2。  
・国と地方団体は、介護給付費のうち、それぞれ1/4に相当する額を負担。

○要介護認定は、市町村が行うほか、都道府県などへの委託や介護保険者連合会で実施。

○要介護度に応じた給付額の設定。  
○民間保険とのミックス、自己負担による上乗せも可能。  
利用者負担

○所得段階別の定額保険料とし、中期的（2年程度）な期間ごとに算定。  
○保険料は、介護保険者連合会が設定する都道府県、圏域又は市町村単位の保険料基準を参考に定めることができる。

6 施行  
・在宅サービスは平成11年4月から実施、施設サービスは平成12年を目途に実施。  
・家族介護の評価、支援のため、保健福祉事業の一環として、各種の家族支援事業を行い得る。現金支給は当面行わない。  
・施行一定期間後に、被保険者の範囲（年齢）を含め、給付内容及び費用負担のあり方等について見直し。

○第2号被保険者の保険料は、全国でプールし、高齢化率による負担格差を是正するよう交付。

・高額の療養費と同様の仕組みを制度化。  
対象となるサービス  
・在宅サービス（ホームヘルプサービス、デイサービス、リハビリテーションサービス、ショートステイ、訪問看護サービス、福祉用具サービス、痴呆性老人向けグループホーム、住宅改修サービス、訪問入浴サービス、医学的管理等サービス、有料老人ホーム、ケアハウス等における介護サービス、ケ

・医療保険者については、医療保険各法による国庫負担のほか、負担が急増する医療保険者に対し、国費による助成を行う。

### 3 被保険者

40歳以上の者、老化に伴う介護ニーズをカバリー、年齢により被保険者を2つに区分。

・介護給付額

・介護給付費の1/2。

・介護給付費の1/2。

第1号被保険者（65歳以上）  
原因を問わず要介護者をカバリー

第2号被保険者（40～64歳）  
初老期痴呆など老化に伴う介護ニーズをカバリー（それ以外は、障害者福祉サービスの対象）

3 第2号被保険者の費用負担  
・自らの介護リスク及び社会的扶養の観点から、費用負担。  
各医療保険者が、加入している

・介護給付費の1/2。

第2号被保険者（40～64歳）  
初老期痴呆など老化に伴う介護ニーズをカバリー（それ以外は、障害者福祉サービスの対象）

・介護給付費の1/2。

・介護給付費の1/2。

・介護給付費の1/2。

第2号被保険者（40～64歳）  
初老期痴呆など老化に伴う介護ニーズをカバリー（それ以外は、障害者福祉サービスの対象）

・介護給付費の1/2。

・介護給付費の1/2。

・介護給付費の1/2。

### 4 介護給付

#### 1 要介護認定

客観的な認定基準に基づき、専門家の合議によって介護が必要な状態にあることを認定。

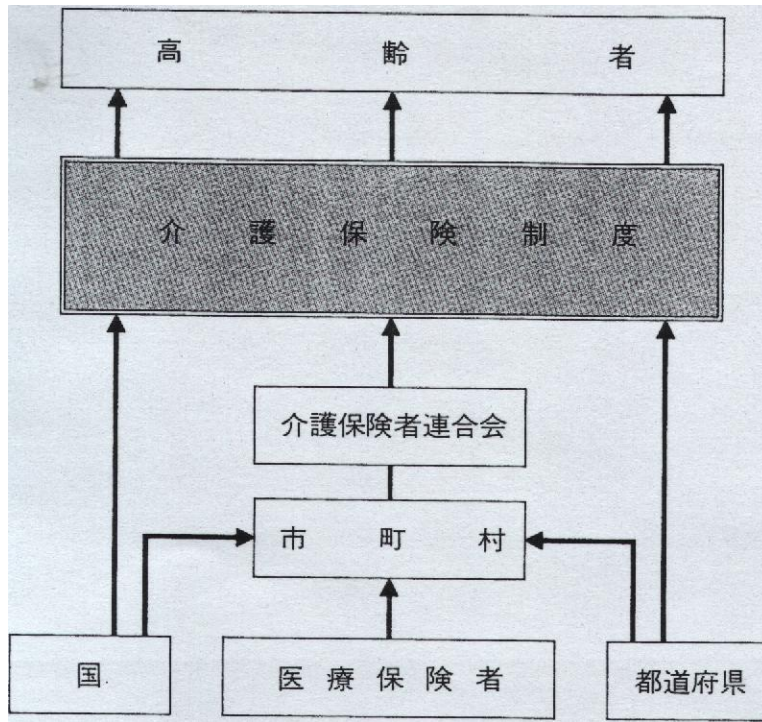
アマネジメントサービス）  
・施設サービス（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群等）

第2号被保険者の保険料を医療保険各法の定めるところにより徴収し、一括納付。

# 介護保険制度修正試案における 制度運営のポイント

厚生省

【基本的な考え方】 - 重層的で、柔構造のシステム -



	財政面	事務面(要介護認定)	基盤整備面	
市町村	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者保険料を徴収</li> <li>・「介護保険者連合会」による財政支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護認定機関の設置</li> <li>・「介護保険者連合会」による要介護認定の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村単位の基盤整備計画の策定</li> <li>・在宅、施設サービスの整備</li> </ul>	
都道府県		<ul style="list-style-type: none"> <li>・公費負担(50%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護認定の受託</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県単位の基盤整備計画の策定</li> <li>・人材の養成、確保</li> </ul>
国		<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護認定基準の策定</li> <li>・要介護認定の受託(社会保険事務所)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国的な整備目標、基本指針の策定</li> <li>・基盤整備の助成</li> </ul>	
医療保険	<ul style="list-style-type: none"> <li>・若年保険料を徴収し、一括納付</li> </ul>			

## 重層的なシステム

- 介護保険制度は、
- 1 給付は、地域の特色に応じ市町村が実施するが、
  - 2 財政・実務面は、市町村、国、都道府県、医療保険者などが重層的に支え合うシステムとする。

## 柔軟なシステム

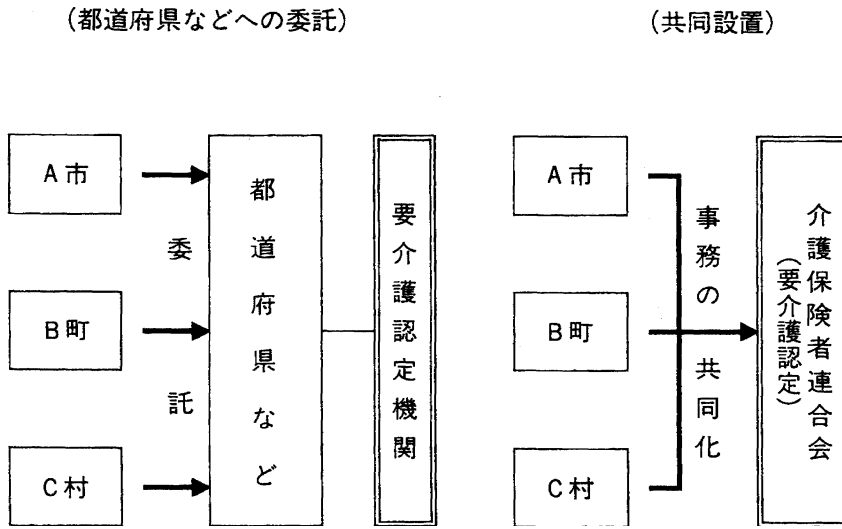
- 介護保険制度は、
- 1 多様性や地域性を重視した仕組みとするとともに、
  - 2 社会経済状況の動向等に伴い、制度を適切に見直すものとする。
- 〔多様性や地域性の重視〕
- ・介護サービスに、民間事業者、市民参加の非営利団体、地域住民の組織などが参加。
  - ・地域の実情に応じたサービス提供。
  - ・地域のサービス水準に即した負担。

## 〔制度の適切な見直し〕

- ・被保険者の年齢
- ・給付内容
- ・利用者負担の水準
- ・費用負担のあり方

# I 要介護認定の適切な実施

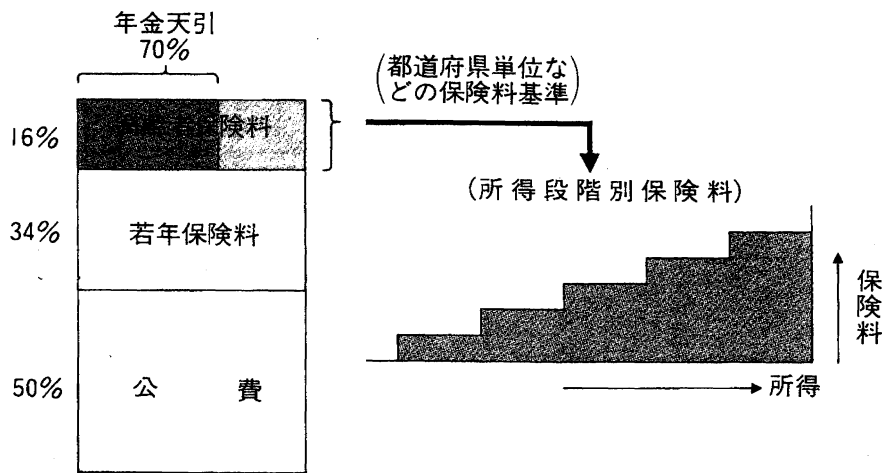
要介護認定については、都道府県などへの委託や介護保険者連合会における実施を推進する。



- (具体的な方策)
- 1 都道府県（福祉事務所）や国（社会保険事務所）などへの委託。
  - 2 介護保険者連合会における要介護認定の実施。

# II 保険料の確実な徴収

市町村が、保険料を確実に徴収できるような仕組みとするとともに、「所得段階別定額保険料」により低所得者に過重な負担とならないようにする。



◎こうした方策により、現行国保の収納率(94%)を上回る収納率が期待できる。

- (具体的な方策)
- 1 高齢者保険料の年金からの天引き（高齢者の70%はカバー）を制度当初から実施する。
  - 2 高年齢者保険料は低所得者に配慮して徴収する。
  - 3 高年齢者保険料は、介護保険者連合会が示す都道府県、圏域又は市町村単位の保険料基準を参考として定めることができる。
- 全体的に所得水準が低い市町村には財政措置。
- それ以外は、国保ルートを活用して徴収する。
- 40歳以上の制度となっても年金天引きのカバー率は変わらない。

### III 保険財政の安定化方策

介護保険の給付費が予定より増大した場合や保険料が未納となった場合について、財政安定化方策を講じ、市町村の一般会計繰入れに依存しないようにする。

(具体的な方策)

1 若年保険料及び公費は、精算交付とする。

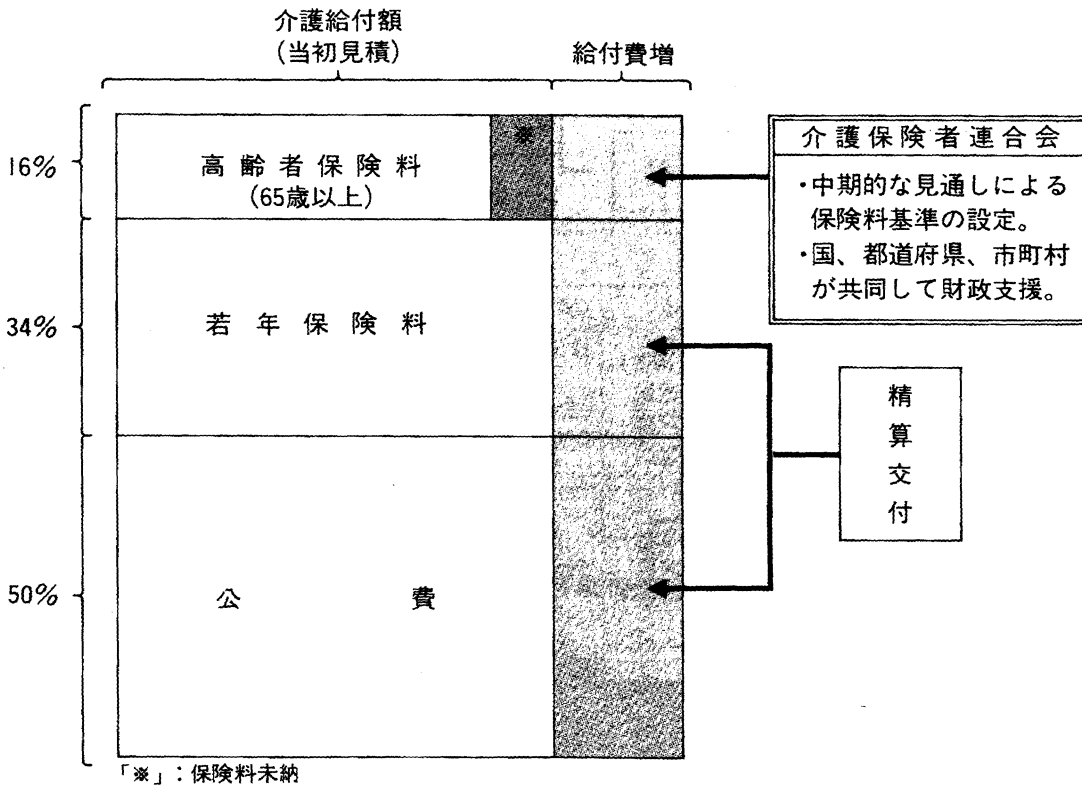
これにより、総給付費の80%強は確実に交付される。

2 高齢者保険料については、次のような財政安定化方策を講じる。

中期的(3年程度)な見通しに基づき保険料設定。

介護保険者内に準備金(仮称)を設け、直ちに赤字が生じないようにする。

国、都道府県、市町村が共同して財政支援。



### IV 介護サービス基盤の整備と円滑な施行

地域における介護サービス基盤の整備を進めるとともに、十分な準備期間を置き円滑な施行を図る。

具体的な方策

1 新ゴールドプランに基づく介護基盤の整備

・三大臣合意に基づき、新ゴールドプラン(総額9兆円)実施のための財源を確保。

2 小規模市町村やサービス不足地域への積極的な支援

・補助金の優先採択等。

3 十分な準備期間を置いた施行

・モデル地域での施行。

(参考) 介護保険制度試案の概要 -

1. 制度施行のための準備  
モデル地域での試行
2. 介護サービスの基盤整備
  - (1) 施設整備  
療養型病床群等への転換を促進するとともに、学校、保育所等既存公共施設の転用を促進。
  - (2) 人材の養成・確保  
介護にあたる人材の養成・確保や質の向上を図る。
3. 計画的な基盤整備
  - 国 = 基本指針の策定、必要な財政支援
  - 地方 = 基盤整備に関する計画の一策定

# 【参考】介護保険者連合会（仮称）について

趣旨

○安定的かつ効率的な介護保険運営を確保する観点から、市町村に対し必要な財政支援や事務負担の軽減を図るため、都道府県を単位として、介護保険者連合会を設置する。

連合会の行う業務

## 1 保険料基準の設定

都道府県、圏域または市町村単位の介護保険料算定に関する基準（保険料基準）を設定する。

## 2 市町村財政安定化の支援

給付費の変動や保険者努力に期待できない保険料の未納等による保険財政の不安定性について、必要な財政支援を行う。

国・都道府県・市町村（一般会計）

は、共同してこの事業を支援する。

## 3 要介護認定事務の実施

要介護認定事務を連合会が実施し、市町村の事務負担の軽減、要介護認定事務の効率化を図る。

## 4 人材確保事業等の実施

ホームヘルパーや訪問看護婦などの人材の養成確保のための事業を行う。

5 介護報酬の審査。支払その他の共同事業の実施

## 介護保険者連合会

