

## 介護保険料設定と家族介護に関する基礎的考察

### 介護保険制度開始直前の検討

大 坪 宏 至

#### はじめに

- ・保険料設定
- ・保険料格差
- 1. 地域間格差
- 2. 調整交付金
- ・同居家族介護の現金給付
- 1. 医療保険福祉審議会での検討
- 2. 政治絡みの動向

おわりに

#### はじめに

1999年10月から、要介護認定の申請受け付けが始まられ、その後、認定結果の通知、ケアプランの作成作業が進められつつある。さらに、2000年4月には介護サービスの提供が始まられるくなっている。そこで、本稿では介護保険のひとつの柱である保険料をテーマとして取り上げ、老人保健福祉部会での議論を踏まえながら、その仕組について明らかにしたい。また、保険料のうち、第1号被保険者の支払う保険料については、地域によって大きな差が生じる可能性があると思われるため、その地域間格差についての予測にも言及したい。さらに、保険料格差を是正するひとつの方法として、調整交付金の配分が考えられることから、この点についても触れておきたい。

本稿では保険料に焦点を当てるとともに、1999年10月に自民・自由・公明3党の表明した制度の抜本的見直しの中心課題のひとつであった同居家族介護も取り上げる。これについては、医療保険福祉部会においてこれまで議論がなされてきた。そこで、その検討過程を振り返りながら論点の整理をしてみたい。同時に、特別対策の決定に至った政治絡みの動向も追いかながら、若干の考察も加えたい。

介護保険制度の開始を目前にして、自治体や住民の多くは不安を抱えているといえよう。したがって、本稿で取り上げるテーマは、わが国における最重要課題のひとつとして位置付けることができよう。

## ・保険料設定

保険料の設定について、基本的な考え方方が明らかにされたのは、1998年9月14日に開かれた第15回老人保健福祉部会においてであった。そこで示された案の概要は次のようである<sup>1)</sup>。

まず、見込まれる給付費の約2分の1を公費で、約3分の1を第2号被保険者の保険料で<sup>2)</sup>、残りを第1号被保険者の保険料で賄うということ<sup>3)</sup>。さらに、第1号被保険者の保険料は、市町村の定める基準額に係数を乗じて算定し、所得に応じて5段階の設定となっている。係数は、所得の低い順に「0.5」、「0.75」、「1」、「1.25」、「1.5」となっており、第4段階と第5段階の境界となる所得額については、この時点では示されていない（表-1を参照。）。

基準額は各市町村の給付水準によって定められるため、給付水準の高低により基準額も変わってくることになる（図-1を参照。）。

表 - 1 所得段階別保険料の設定方法（案）

・被保険者の所得状況等により 5 段階に区分し、各段階ごとに定額の保険料率を設定

段階	対象者	保険料率の設定方法
第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税かつ老齢福祉年金受給者	基準額×0.5
第2段階	市長村民税世帯非課税	基準額×0.75
第3段階	市町村民税本人非課税	基準額×1
第4段階	市町村民税本人課税（所得額一定額・未満）	基準額×1.25
第5段階	市町村民税本人課税（所得額一定額・以上）	基準額×1.5

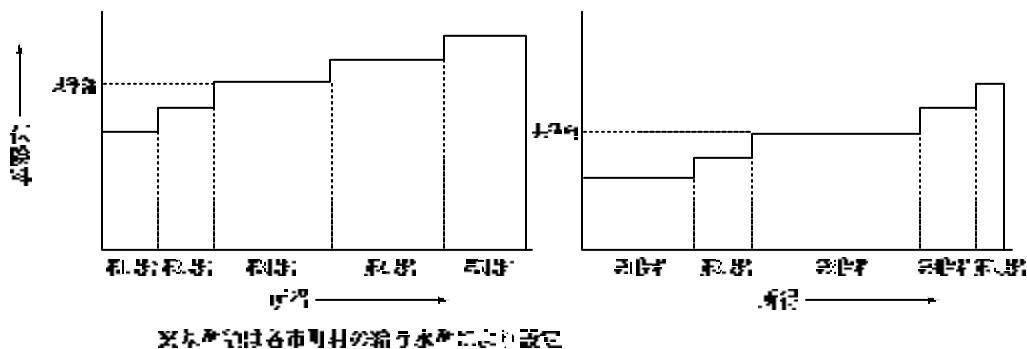
\*一定額の具体的な額については全国的な所得分布状況等を踏まえ、現在検討中

資料出所：『病院経営新事情』、産労総合研究所、No.177、1998年11月5日、30頁。

図 - 1

(新航行规则-航行)

(翁同龢等)集邮小册



資料出所：表 の1に同じ。

次に、第1号保険料の市町村格差について、調整交付金による調整<sup>4)</sup>、及び介護保険財政の広域化による対応を示した。

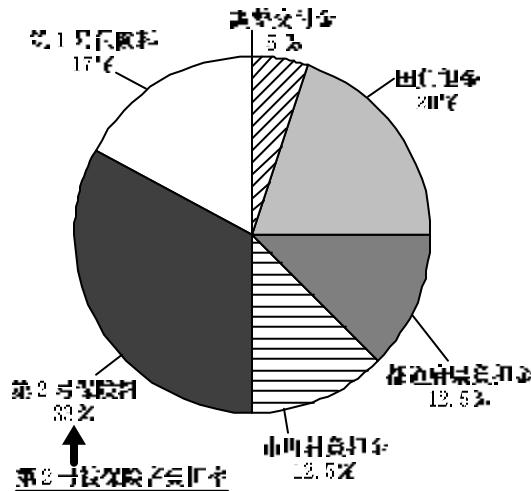
第3に、財政不足を補うため、各都道府県に「財政安定化基金」を設置し、資金の貸付、交付を行うとしている。

以上のような案が示された。こうした考え方に基づいて、その後の議論が行われ、1998年11月9日の第19回老人保健福祉部会では、次のような点が示された。

表 - 1 の第4段階と第5段階の境界となる所得額が明らかになった。第4段階では被保険者本人の合計所得金額が250万円未満、第5段階では250万円以上と示された。

第2号被保険者の介護保険における費用負担割合は33%とされた。調整交付金の割合が5%の標準的な市町村の場合には、第1号被保険者の費用負担割合は17%であることが明示された(図 - 2を参照。)。

図 - 2 介護保険における費用負担割合(給付費に対する割合)

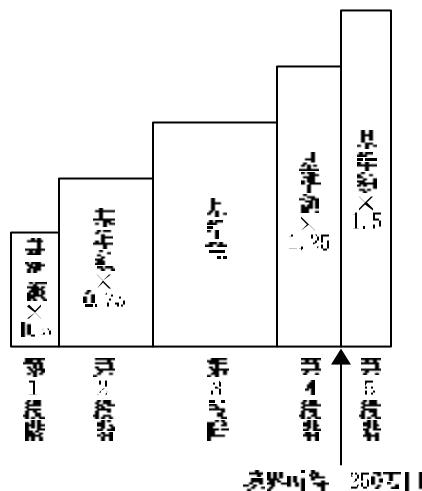


第20回老人保健福祉部会(1998年11月26日)では、2つの政令案が宮下創平厚相より諮問された<sup>5)</sup>。それらと附随して、「介護保険料に関する考え方」も示され、低所得者への対応も明らかにされた<sup>6)</sup>。これらの案は、老人保健福祉部会で審議されてきた内容を中心とした形でまとめられているが、新たに付け加えられている内容も含まれている。

例えば、第1号被保険者の保険料についてである。この保険料は、収入の違いに応じて格差が設けられていた。つまり、市町村の定める基準額に「0.5」を乗じて算定されるのが第1段階、「0.75」を乗じるのが第2段階、「1」を乗じるのが第3段階、「1.25」を乗じるのが第4段階、「1.5」を乗じるのが第5段階である。第4段階と第5段階の境界は、被保険者本人の合計所得金

額が年間250万円としていた。これがこれまで提示されてきた第1号被保険者の保険料算定の基準であった(図-3を参照。)

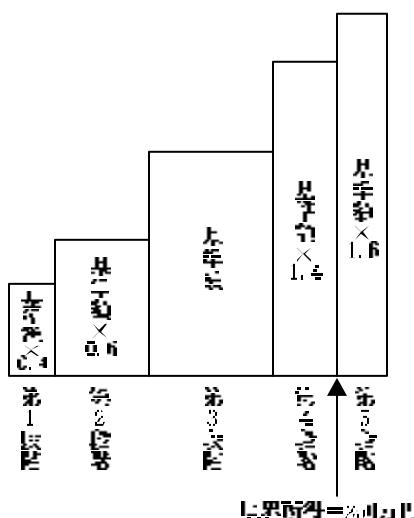
図-3 標準的な保険料の設定



資料出所:『日経ヘルスケア』、日経BP社、1999年1月、57頁。

ところが、案では市町村の状況に応じたより柔軟な対応を認めている<sup>7)</sup>。特別の必要があると認められる場合には、低所得者への配慮から第1段階の係数「0.5」よりさらに低く設定し、たとえば「0.4」とすることも可能としているのである。高所得者層に対しても、第5段階の係数「1.5」よりさらに高く設定し、例えば「1.6」とすることも可能としている(図-4を参照。)

図-4 基準額に乘じる割合の弾力化



資料出所:図-3と同じ。

保険料設定の弾力化として、5段階ではなく6段階にすることも可能としている。つまり、従来の第4段階と第5段階の間にもう1段階設けてもよいということである（図-5を参照。）。この場合には、第5段階と第6段階の境界所得を設定する必要が出てくる。

さらに、第4段階と第5段階の境界所得を当面は年間所得額250万円としていたが、この額を市町村が300万円と設定することも可能としている（図-6を参照。）。

図-5 「第6段階」の新設

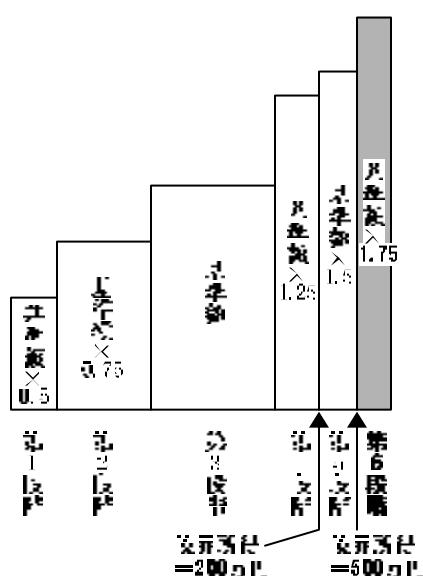
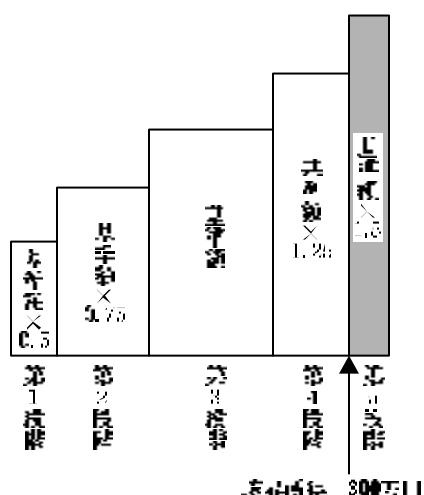


図-6 第4、第5段階の境界所得の弾力化



資料出所：図-3に同じ。

資料出所：図-3に同じ。

第20回老人保健福祉部会で提示された案では、特別徴収限度額の年金額にも言及されている。特別徴収限度額の年金額とは、年金からの天引きを実施する特別徴収を行わない年金額のことである。第19回老人保健福祉部会までは、この額が「36万円」となっていたが、案で示されたのは「18万円」と引き下げられている。厚生省は保険料の収納率向上を図ろうとしていると解釈できる<sup>8)</sup>。

諮問された案は第21回老人保健福祉部会（1998年12月2日）でも審議され、12月9日の同部会では付帯意見が盛り込まれて答申されている<sup>9)</sup>。

### ・保険料格差

#### 1. 地域間格差

第1号被保険者の支払う保険料は、地域によって大きな差が出ると推測される。この保険料格差がどの程度になるのか、各新聞社も調査を実施している。

例えば、日本経済新聞社では、1999年7月上旬に47都道府県等を対象に調査を行なっている<sup>10)</sup>。これによると、最も高かったのは北海道厚田村で6,233円。次いで高かったのは高知県吉川村で5,800円代となっている。両村とも施設に入所する高齢者が多いことがその原因となっている。逆に低かった地域は、岡山県で1,500円、山梨県で1,562円と、1,500円代の市町村がある。こうした低い額が試算される理由として、介護サービス基盤が整備されていないこと、また、介護を必要とする高齢者が少ないこと等が考えられる。日本経済新聞社が3月に実施した調査では、保険料格差は5.7倍であった。それに比べると、この調査では4倍強と格差が縮まってはいる(表-1を参照。)

表-1 介護保険の保険料(65歳以上1人当たり)

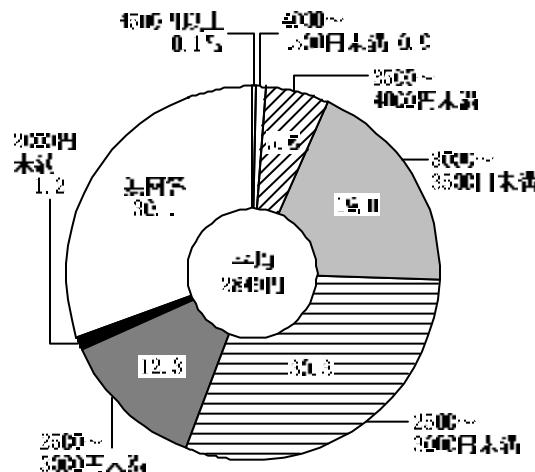
	最高	最低	平均
北海道	6233円	2500円強	3533円
青森	4100円台	2200円台	3076円
岩手	-	-	2949円
山形	3038円	1967円	2481円
栃木	2950円	1940円	2442円
群馬	3200円台	1900円台	2700円台
埼玉	3345円	1753円	-
東京	3900円	2600円	3100円
神奈川	3097円	2257円	-
山梨	2839円	1562円	2325円
新潟	約4000円	約2000円	約2800円
岐阜	3165円	1738円	2432円
滋賀	約3300円	約2000円	2500円から3000円
京都	3000円程度	2000円程度	2600円程度
大阪	3600円台	2600円台	3036円
鳥取	3300円程度	2500円程度	2900円程度
島根	3千数百円	2800円程度	3000円を少し上回る
岡山	約3500円	約1500円	約2800円
徳島	約5000円	約1800円	約3300円
香川	3500円	2300円	3100円
高知	5800円台	-	3900円
福岡	-	-	3300円程度
佐賀	-	-	3080円程度
熊本	4753円	2035円	-
大分	格差が1860円		3176円
宮崎	5000円程度	2000円程度	3500円程度

(注) 北海道は本社が独自に市町村に調査、岩手の平均値は2月段階で全県をひとつの地域とみなした場合、東京は多摩地域のみで東京都市民会調べ、鳥取は県内17市町村の数値、島根の最高、最低は金額を公表している市町村だけで比較、徳島は1月時点の試算、高知は県議会で公表した金額、熊本は3月時点の試算

資料出所:『日本経済新聞』1999年7月17日朝刊、3面。

その後、日本経済新聞社では同様の全国市町村調査を実施している<sup>11)</sup>。そこで得た各自治体の試算によれば、第1号保険者の平均保険料は月額2,849円となっている。最高は北海道妹背牛町で4,585円、最低は茨城県五霞町で1,600円となった。また、同じ都道府県内の自治体の間で格差が最大であったのは鹿児島県で2,120円。その格差は約2.2倍にもなっている。全国の保険料のバラツキを示したのが図 - 1である。

図 - 1 65歳以上の高齢者の1人当たり月額保険料(試算)



資料出所：『日本経済新聞』、1999年9月27日朝刊、31面。

朝日新聞社が1999年3月に行った調査では5倍以上の格差があり、最高は7,327円、最低は1,250円となっている。1999年7月26日、厚生省は第1号被保険者の保険料に関する中間集計を行った。それによれば、最高は6,204円、最低は1,409円となり、格差は4.4倍、全国平均は月額2,885円となっている。2,500円以上3,000円未満の市町村が最も多く、次いで2,000円以上2,500円未満、3,000円以上3,500円未満と続いている。分布状況については図 - 2を参照。

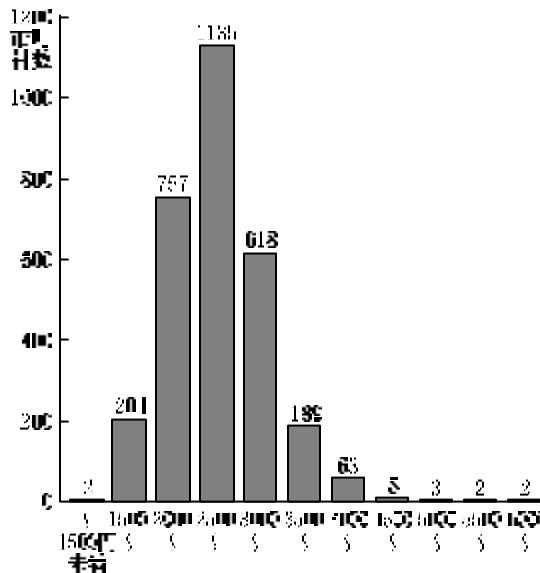
介護保険制度の開始以前の保険料は、推計である。したがって、各種割合の見積り数値をどう設定するかによって、保険料は高くなるし、低くなる。実際、厚生省は都道府県及び市町村に対して、保険料算出の細かい指導を行い、その結果、全体の9割の自治体が2,000円から4,000円の範囲に収められたともいえよう。

例えば、基盤整備率<sup>12)</sup>を下げるによって保険料も低く推計される。基盤整備率は次式によって求められる。

$$\text{利用希望率}^{13)} \times \text{供給率}^{14)} = \text{基盤整備率}$$

厚生省はこの基盤整備率を2000年度時点で、全国平均40%と推計している。基盤整備率を40%に

図 - 2 市町村ごとの保険料基準額の分布



資料出所：『朝日新聞』、1999年7月27日朝刊、1面。

するには、利用希望率が仮りに50%だとしたら、供給率は80%と見積ることになる。

しかし、実際に介護保険制度が開始され、保険料が支払われるようになると、利用希望率が上がる、または下がる可能性があり、供給率についても同様の可能性は十分考えられる。さらに、施設入所率<sup>15)</sup>や出現率<sup>16)</sup>についても、厚生省の推計通りになるとは限らないであろう。したがって、保険料の格差は確実に現れてくるといえる。その場合、特に考慮しなければならないことは、住民の納得できるサービス内容を提供することであり、保険料とサービス内容のバランスをいかにとるかが重要となってくる<sup>17)</sup>。隣接地域間で格差が大きくなる場合、住民の同意が得られるような意思決定がなされなければならなくなる。

## 2. 調整交付金

保険料格差を是正するひとつの方法として、調整交付金の配分が考えられる。調整交付金の配分に関する厚生省の方針が明らかにされたのは、1999年7月12日の第24回老人保健福祉部会においてであった<sup>18)</sup>。その概要は翌7月13日の新聞誌上でも報道されている<sup>19)</sup>。

厚生省の示した案によれば、第1号被保険者の保険料が地域によって異なる要因を、次のような3つに整理している。

給付に要する費用の違い

ア、要介護となる可能性の高い後期高齢者の加入割合

イ、要介護者1人当たりの給付費（給付水準）

第1号被保険者の所得段階の構成割合の違い

災害等により保険料の減免を行った場合等の特殊事情の存在

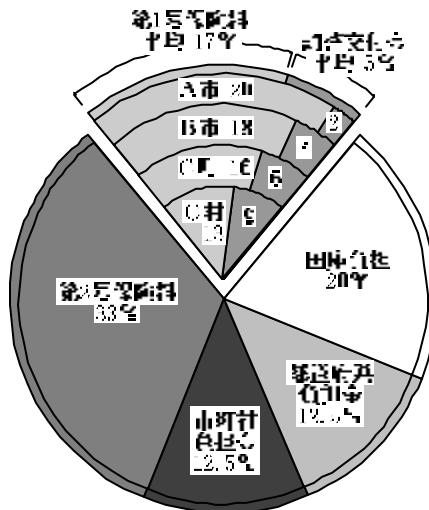
そこで、ア及びイの要因により保険料が割高になるのは、市町村の責任に帰すべきではないとして、格差の平準化を図るために調整交付金を配分するものとしている。この種の調整交付金を「普通調整金」としている。

の中には調整交付金による財政支援が適当なものもあり、イには、市町村の責任に帰すべきではないものもある。例えば、離島や山間部等地理的条件が不利な市町村もある。こうした地域にも調整交付金を配分するものとし、「特別調整交付金」として区分している。

普通調整金の配分がなされた後で、調整交付金に余裕があれば、つまり、余った場合にその残りを特別調整交付金として配分することになる。優先順位が高いのは普通調整金の方である。調整交付金には国庫負担分の25%のうちから5%を充当することになる。

こうした厚生省の考え方に対しては、国庫負担分とは別枠で充当すべきであるとか、普通調整金が余らない場合に特別調整交付金を全く配分できないことになる等、さらに検討すべき点が残されている（図-3を参照。）。

図-3 介護保険における費用負担割合



資料出所：『読売新聞』 1999年7月13日朝刊、1面。

## ・同居家族介護の現金給付

### 1. 医療保険福祉審議会での検討

同居家族の在宅介護については、当初、それを保険給付の対象とすべきかどうかという議論から始まっている。その場合、現物給付ではなく現金給付という形になる。ここでは、老人保健福祉部会、及び、老人保健福祉部会・介護給付費部会合同部会のそれぞれにおいて、どのような議論がなされてきたのか、その検討過程を振り返りながら整理してみたい。

1999年10月12日に第17回老人保健福祉部会が開かれ、同居家族の在宅介護を保険給付の対象にするかどうかの検討が行われた。そこでの論点を整理すると、次のようにある<sup>20)</sup>。

論点1 介護保険制度の理念に反しないかということ。

論点2 一般的の家族介護との区別をどうするかということ。

論点3 介護報酬の水準をどうするかということ。

論点4 地域の限定をどうするかということ。

まず、論点1について、同居家族の在宅介護を保険給付の対象にすることに対して消極的立場をとれば、次のような考え方が示される。

保険給付を認めるということは、家族介護者への現金給付を行うということになり、現金給付を当面は導入しないという介護保険制度の方針に矛盾するのではないか。

介護保険制度のひとつの目的として、事業者による介護サービスに保険給付を実施することで、家族がこれまで負ってきた介護負担を軽減するとともに、高齢者のクオリティ・オブ・ライフを向上させることができるとされる。しかし、同居家族の在宅介護を保険給付の対象にして、現金給付を認めるということは、こうした目的に反することになるのではないか。

他方、同居家族の在宅介護を保険給付の対象にすることに対して積極的立場をとれば、次のような考え方が示される。

保険給付はホームヘルパーに対する給与として支給され、介護サービスが実際に提供された場合に限って支給されることから、単なる現金給付とは異なった性格のものだといえるのではないか。

介護者が有資格のホームヘルパーであり、事業者の従業員である場合に限って、保険給付の対象とすれば、介護負担及び介護サービスの質についての問題はないのではないか。

次に、論点2について、消極的立場からは次のような指摘がなされる。

介護サービス計画を作成しない場合には、サービスの必要性について、家族による恣意性が介入する恐れがあるのではないか。

保険給付の対象としてのサービスと、家事援助といった一般の家族介護との区別が困難なので

はないか。

こうした指摘に対しては、積極的立場からは次のように主張される。

介護サービスの必要性は要介護認定によって判断され得るものであって、訪問介護を行う事業所の責任者の具体的指示に基づき、介護サービス計画に従うならば、問題はないのではないか。

身体介護をその主たる内容とすることという保険給付条件を設ければ、一般的な家族介護との区別も可能になるのではないか。

論点3については、訪問する際の交通費や時間が通常の場合よりもかかる等の理由から、通常の介護報酬よりも低い水準で設定するという案が考えられる。

論点4については、例えば、近隣で利用可能なサービスがない等、やむを得ない場合に限定する等、地域の限定の仕方による。

第17回老人保健福祉部会では、もちろん結論が出るまでには至らなかったが、賛成・反対両方の意見が出された<sup>21)</sup>。

その後、1999年6月2日に開かれた合同部会において再び審議されている<sup>22)</sup>。

そこでの議論は、第17回老人保健福祉部会での反対・賛成意見と、ほぼ同様の内容であった。例えば、反対的立場としては、家族の行う介護では24時間接しているため、他人のプロが行う介護のようにクールになれないといった意見や、家族介護は憎しみと虐待を生み、家庭が崩壊する危険性があるといった意見等である。他方、賛成的立場からは、ヘルパー3級の資格を有すること、一定の研修を行うこと、市町村がケアプランをチェックすること等の要件のもと、現金給付を認めるべきとする意見等が出されている。ここでの審議では、一定の要件をつけての容認という方向性での模索も示されたといえる。

1999年7月26日の第16回合同部会では、一定の要件をつけての容認という方向性が、より鮮明に示された。つまり、「同居家族に対する訪問介護の取扱いについて」(案)が示され、4つの要件のもと、市町村の判断によって同居家族に対する介護サービスの提供を認めるものとしている<sup>23)</sup>。4つの要件とは次のような。

当該訪問介護の提供を受ける者が、指定事業者による訪問介護だけでは十分な介護サービスの提供が期待できないと市町村が判断した地域に住居を有すること。

居宅介護支援事業者が作成する居宅サービス計画(ケアプラン)に従い、訪問介護事業所の責任者の具体的な指示に基づいて行われていること。

身体介護(入浴、排せつ、食事等の介護)をその主たる内容とすること。

訪問介護員等がその同居家族を介護する時間の全勤務時間に占める割合がおおむね2分の1を超えないこと。

要件としては以上の4つであるが、案では、市町村によるケアプランの写し等必要書類のチェックや、制度施行後、同居家族に対する訪問介護の取扱いを、医療保険福祉審議会で再度検討し直すことも明らかにされた。

審議では、第1の要件について、地域を限定しないで、市町村が認めればよいということは、全市町村で行われることになってしまい、歯止めがきかなくなってしまうとする意見や、離島、僻地に限って対応すべきであるとする意見等が出された。第2の要件については、これを満たしていないと判断するのはどこかという質問が出され、事務局は市町村であると答えている。第3の要件については、主たる介護が身体介護ということで、家事援助をすべてはずしているのではないという説明が、事務局によってなされた。第4の要件については、これによって家族介護の指定を受けようとする数の大幅な増加を抑えようとしているものと解される。ここでも積極的立場と消極的立場の意見が対立していた。

1999年8月23日の第17回合同部会では、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準<sup>24)</sup>の一部改正について、介護保険法<sup>25)</sup>及び介護保険法施行法<sup>26)</sup>に基づき、諮問されている<sup>27)</sup>。この諮問書でも、一定の要件を付して同居家族に対する訪問介護を認めている。審議では、同居家族について、同居ではなく「臨居」や「近居」の場合も該当するのかという質問が出されている。これに対しては、同居でなければ該当しないとの説明がなされている<sup>28)</sup>。

諮問書に対する答申書案が示されたのは、第18回合同部会(1999年9月20日)においてであった。示された案について、地域限定と期間限定の2つを強く要望する意見、地域限定は緩やかにすべきとの主張、期間限定の具体的年数も決めるべきとの意見等が出される一方、期間を最初から決めるべきではないとする意見等も出された。つまり、答申案の修正を求める意見と答申案通りで良いとする意見の両方が出され、若干の修正がなされ答申書が作成された<sup>29)</sup>。答申書では諮問書に対して、「賛成する」という表現ではなく、「基本的にはやむを得ないものと考える」という文言を用い、積極的に賛成するのではなく、反対意見も多いことへ配慮して、消極的姿勢を示していると解される。

医療保険福祉審議会での審議では、現金給付となる同居家族に対する訪問介護には反対意見も根強く、一定の期間に限って一定の要件を満たした場合にやむを得ず認めるということでまとまったといえよう。

## 2. 政治絡みの動向

同居家族に対する訪問介護に関して、医療保険福祉審議会での審議とは別に、自民・自由・公明3党の連立により、改めて見直すことになってしまった。具体的には、1999年10月6日、3党の政

策責任者が国会内で会談し、介護保険制度の抜本的見直しの意向を表明したことに始まる<sup>30)</sup>。

制度の抜本的見直しについては各方面からの反発も予想され、小渕首相はその後、見直しを否定するが<sup>31)</sup>、家族介護に対する現金給付を求める姿勢は強まっていく。

10月22日、3党の政策責任者は都内のホテルで丹羽雄哉厚相と会談し、家族介護への現金給付を実現するよう求めている<sup>32)</sup>。丹羽厚相はこの要求を拒否したが、その後も3党の要求は一層強まっていった<sup>33)</sup>。具体的に現金給付額についての考え方が示されたのは10月24日のことである。

自民党は10月24日、家族介護の給付額を月額2万円から3万円にする方針を固めた。自民党の方針では、保険給付の一環として実施した場合、介護保険法の改正が必要となるため、保険制度の枠外で税制、予算措置を講じる方向であった。具体的には、所得税を納付している世帯には所得税の税額控除、所得税を納付していない低所得の世帯には現金支給といった案が浮上していた<sup>34)</sup>。こうした案をもとに、翌10月25日には、3党が国会内で実務者会合を開き、保険制度とは別枠で現金支給を行うという方向が固まった<sup>35)</sup>。その後、3党による協議の結果、10月29日に介護保険制度の見直しに関する合意がまとめた。そこでは、家族介護の支援費用として国から市町村に補助金を支給し、その使途については複数の選択肢の組み合わせができるようにするという案が示された<sup>36)</sup>。

選択肢のひとつとして、現金給付する場合を「家族慰労金」としている<sup>37)</sup>。

10月29日の3党の合意を受けて、厚生省が中心となって作成したのが「特別対策」である<sup>38)</sup>。宮沢蔵相、丹羽厚相、青木官房長官が11月5日に最終調整し、小渕首相が最終決定した。

特別対策で明らかとなった家族介護支援対策に関する要旨は、次のようである。

市町村が介護保険法とは別に、家族介護の支援事業を行った場合には、国も助成する。

家族介護者のヘルパー資格取得を応援する。資格を取得した場合には、ヘルパーとしての対価を受けることができる。

ヘルパーとして働くことが困難で、介護保険法のサービスを利用しない場合、家族介護慰労金の支給事業を助成する<sup>39)</sup>。家族介護慰労金は、重度で低所得世帯の高齢者を介護する家族を慰労するため、年1回年額10万円までの金品を支給する。また、年額10万円程度までのおむつ等、介護用品の支給も助成する<sup>40)</sup>。さらに、家族介護者の交流事業等にも助成する。

以上の3点が要旨である。家族介護慰労金を受けるには3つの条件を満たさなければならないということになる。3つの条件とは、

1) 要介護認定で、要介護4(重度)、要介護5(最重度)と認定された高齢者を介護していること。

2) 世帯全員が住民税を免除されていること。

3) 介護保険による介護サービス給付を1年間利用していないこと。

以上、3条件である。

特別対策が示されたことにより、家族介護支援対策は大きく3つに整理することができる。

第1に、介護保険を利用する場合、専門家が作成する介護サービス計画に従い、身体介護を中心とし、家族介護の割合がホームヘルパーとしての勤務時間の半分を超えない等、前述した諸条件を満たすならば、現金給付をするということ。

第2に、介護保険を利用しない場合、家族介護慰労金を支給するということ<sup>41)</sup>。

第3に、紙おむつの支給等、現物給付をするということ。

こうした必要経費は赤字国債で賄う方針であり、特別対策を順次実行していくことになり、介護保険制度の見直しは、事実上、一応決着したことになった。

ところで、自治体の反応はというと、困惑しているというのが実情である。各自治体には既に介護手当等の名称で、寝たきりの高齢者や介護する家族に対して現金を支給する制度があり、手当の打ち切りもしくは減額といった見直しが始まっているため、家族介護慰労金との兼ね合いに悩むことになったからである。

自治体の介護手当等は1960年代後半から始まっている<sup>42)</sup>。現在、全国12政令指定都市のうち、大阪市と福岡市以外の10都市で行われており、名称と支給額が異なってはいるものの、各自治体の大きな負担になっていることは同じく指摘できよう<sup>43)</sup>。特に東京都の場合、1999年度の予算額は373億4,100万円にも達しており、深刻な財政危機にあることから、困惑は隠せない状況である<sup>44)</sup>。

### おわりに

介護保険制度がいよいよ始まるが、本稿では制度開始直前のこの時期に、介護保険料がどのように設定されるのか、これまでの検討を振り返りながら整理してみた。保険料格差についても触れたが、これは確実に現れてくるものであるといえる。その場合、保険料とサービス内容のバランスをいかにとるかが重要となってくるものと思われる。

同居家族介護の現金給付の問題については、医療保険福祉審議会でどのような議論がなされ、検討が進められてきたのかについてまとめてみた。それとは別に、新たに政治絡みの動向から、制度の見直し論議が浮上したことについても、特別対策が示されるに至った過程を整理してみた。

介護保険制度は現在、1999年10月から要介護認定の申請受け付け開始以後、認定結果の通知、ケアプランの作成作業が進められつつあり、今後、特別対策の順次実施の方向で進められていくことになる。具体的には、2000年4月から、介護サービスの提供が始まり、40~64歳の保険料徴収(加入する医療保険によって軽減策が適用される)が始まる<sup>45)</sup>。2000年10月からは65歳以上の保険料徴収が始まる<sup>46)</sup>。2005年3月にはホームヘルプサービス利用料軽減期間が終了する。その頃には、再

度本格的な制度の見直しをすることになる。

しかし、5年間一切見直しをしないというのではなく、適宜、住民を交えた制度の再検討がなされるべきである。介護の基盤整備が社会全体で進められるためにも、また、今回のような政治絡みの思いつきとも受け取られかねないその場凌ぎの政策を避けるためにも必要であると考える。

介護保険制度の実施主体は各自治体であり、その自治体が開始直前の現段階において、政府の特別対策も含めて、制度に対してどのような意識でいるのか、各意識調査結果をここで紹介しておくこととする。

日本経済新聞社の調査によれば<sup>47)</sup>、65歳以上の保険料徴収を半年間猶予し、その後1年間は半額に軽減すること、さらに、40～64歳の保険料について、財政事情が厳しい健保組合等に2年間の財政支援を行う等を柱とする、政府の姿勢に対して、「メリットが大きい」とした自治体は31.4%に過ぎず、64.6%の自治体は「デメリットが大きい」と不満を示している。デメリットの理由としては、「負担とサービス給付の関係が不明確になる」(82.5%)、「直前の見直しで住民が混乱する」(75.4%)、「40～64歳の負担軽減にばらつきが生じ、不公平感が高まる」(54.0%)等が挙げられている。また、自治体の準備作業への影響として、「コンピュータシステムの変更」(68.9%)が挙げられ、現場での混乱が窮える<sup>48)</sup>。

次に、朝日新聞社が行った「第2回介護保険アンケート」をみてみたい<sup>49)</sup>。この調査では、「介護保険サービス提供開始に向けて不安はありませんか」という質問に対して、87%の市町村が「不安がある」と答えている。どのような点に不安を感じているかというと、「介護保険制度の考え方や仕組みが住民に理解されていない」が62%と高くなっている。また、保険料の地域間格差について、「どの程度なら許容範囲か」との質問に対し、「2倍以内」(40%)、「全国一律にすべき」(29%)となっている。家族介護の現金給付については、「好ましくない」との回答が34%と最も高く、家族介護に対する現金給付を積極的に認めるとする割合は7%に止まっている<sup>50)</sup>。さらに、現在、介護手当等の名称で現金支給している市町村は約8割あり、そのうち、その制度を今後も存続するとしている割合は2割で、7割以上の自治体では家族介護慰労金との兼ね合いもあることから「検討中」としており、現場での困惑が明らかになっている<sup>51)</sup>。

最後に、毎日新聞社が行った世論調査の結果をみてみたい<sup>52)</sup>。この調査では、「介護保険制度の先行きに不安を感じますか、感じませんか」と尋ねている。その回答結果は、「非常に不安を感じる」が全体で35%（男性で34%、女性で36%）、「ある程度不安を感じる」が全体で53%（男性で52%、女性で54%）と、全体で88%が不安を感じていることになり、朝日新聞社の調査と同様の結果になっている。政府の示した特別対策については、「賛成」が全体で20%（男性、女性とも20%）、「反対」が全体で33%（男性で39%、女性で27%）と賛成を上回っている。その理由として

は、「つけを将来に回すものだから」を挙げた人が全体で66%（男性で64%、女性で69%）と最も多く、次いで「選挙目当てだから」が全体で55%（男性で59%、女性で50%）、「家族介護慰労金は家族を介護にしばりつけるから」が全体で21%（男性で17%、女性で27%と女性の方が高い割合になっている）、「制度の理念に反するから」が全体で20%（男性で21%、女性で20%）となっている<sup>53)</sup>。

こうした調査結果からも、多くの人が不安を抱きながら、介護保険制度が開始されることになり、こうした不安を解消するためにも、政府は選挙目当ての安易な政策ではなく、十分な議論・検討を継続して進めるべきであり、自治体も種々の工夫をし、住民も常時制度の運営を見つめていくことが必要である。

### 注

1 ) 1998年9月14日の第15回老人保健福祉部会では、「市町村の介護保険財政」について審議されている。その際、4つの柱からなる案が示された。詳細については以下を参照されたい。

『病院経営新事情』、産労総合研究所、No.177、1998年11月5日、30-31頁。

2 ) 被保険者は第1号と第2号の2つに分けられる。第2号被保険者とは、40歳以上64歳以下の被保険者をいう。例えば、サラリーマンの場合、雇い主が保険料の半分を負担し、自営業者の場合、国費が保険料の半分を負担することになる。

3 ) 第1号被保険者とは、65歳以上の被保険者のことである。第1号被保険者には、注2に示した措置が適用されないため、保険料の実質負担は倍増することになる。

4 ) 調整交付金に関しては、第15回老人保健福祉部会において、次のような算定式が示されている（注1に同じ。）

当該市町村において調整交付金が介護給付費等に占める割合（%）

$$= (22\% - \quad \%)$$

$$- 17\% \times \text{後期高齢者補正係数} \times \text{所得補正係数}$$

5 ) 2つの政令案とは、「介護保険法施行令案」と「介護保険の国庫負担金の算定等に関する政令案」である。後者については次の7項目の案が示された。

国、都道府県または市町村の介護給付費等に対する負担金の額。

介護給付費交付金の額。

財政安定化基金に関する事項。

市町村相互財政安定化事業。

介護給付費納付金。

その他。

施行期日（平成12年4月1日）

6 ) 『病院経営新事情』、産労総合研究所、No.181、1999年1月5日・20日合併号、63頁を参照されたい。

7 ) 「保険料の額が高くなる市町村においては、低所得者への配慮から、基準額の2分の1よりさらに低い保険料を、他方高所得者層に対しては、基準額の2分の3よりさらに高い割合の保険料を課することも可能と柔軟な対応を認めている。」（同上。）

8 ) この点に関しては、次のような説明もある。

「年額36万円であれば、特別徴収の対象となるのは第1号被保険者全体の約7割だが、18万円にすれば8割まで増える見込みだ。未納になる可能性の低い天引方式の割合を増やせば、収納率を上げられるとの判断である。」(『日経ヘルスケア』日経BP社、1999年1月、57頁。)

9 ) 答申原案が一部変更され、答申書ができるまでの審議経過については以下を参照されたい。

『病院経営新事情』前掲書、No.181、64-68頁。

なお、本稿では答申書を補注1として示した。

10) 1999年7月16日までに公表した26都道府県についての中間集計が、以下に公表されている。

『日本経済新聞』1999年7月17日朝刊、3面。

11) 全国の3,229市町村と東京23区を対象に、8月中旬から9月上旬(1999年)にかけて調査票を送付し、2,004市町村から回答を得ている。回収率は61%。調査概要については以下を参照されたい。

『日本経済新聞』1999年9月27日朝刊、30-31面。

12) 基盤整備率とは、要介護者全員が受けられる最大サービス量に対し、市町村がどの程度のサービス量を提供できるかを表す数値といえる。

13) 利用希望率とは、要介護者全員が保険で受けられる最大サービス量に対し、要介護者が実際に希望するサービス量の程度を示す数値といえよう。

14) 供給率とは、要介護者が実際に希望するサービス量に対し、市町村が提供できるサービスの割合を表す数値といえる。

15) 施設入所率とは、65歳以上人口に対する、施設に入所している高齢者の割合のことをいう。施設とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群の3つである。厚生省はこれら3施設の比率を「8対7対5」と見積り、施設入所率を3.4%と推計している。

16) 出現率とは、65歳以上人口に対する、要介護者の割合をいう。

17) 例えば、高知県吉川村(人口約2,000人)の保険料試算額は5,820円と高い。高い出現率が保険料を押し上げている訳だが施設もなく、ホームヘルパーは1人しかいない(1999年9月現在)。これでは住民の納得するバランスを保つことができない。また、積雪の多い山間部等、施設がないため保険料も低い地域では、ホームヘルパーの派遣も容易ではない。そうした地域では、保険料を低くして施設も建てないのか、施設を建てて保険料を高くするのか、住民を交えた選択をすることになろう。

『日本経済新聞』1999年9月24日朝刊、38面参照。

18) 第24回老人保健福祉部会で示された調整交付金の算定方法についての案は、以下を参照されたい。

『病院経営新事情』産労総合研究所、No.194、1999年8月5日・20日合併号、78-79頁。

19) 『読売新聞』1999年7月13日朝刊、1面。『朝日新聞』1999年7月13日朝刊、3面等。

20) 第17回老人保健福祉部会での議論の概要については、以下を参照されたい。

『病院経営新事情』産労総合研究所、No.179、1998年12月5日、30-32頁。

21) 例えば、密室化した家族介護は虐待の温床になるといった反対の立場からの意見、他方、民生委員が介護に関わることによって密室化は防げるといった賛成の立場からの意見等が出されたようである(同上参照。)

22) 第15回合同部会の審議の模様については、以下を参照されたい。

『病院経営新事情』産労総合研究所、No.192、1999年7月5日、10-11頁。

- 23) 第16回合同部会で示された案については以下を参照されたい。  
『病院経営新事情』 産労総合研究所、No.195、1999年9月5日、10-11頁。
- 24) 平成11年厚生省令第37号を参照。
- 25) 平成9年法律第123号、第8条、第74条第3項。
- 26) 平成9年法律第124号、第14条及び第15条。
- 27) 厚生省発老第77号。この諮詢問書の内容については、補注2を参照されたい。
- 28) 「臨居、近居は住居が異なっているのでだめ。ただし住民基本台帳による“同一世帯”という厳しい定義でなく、常識的に言うところの同居」としている。  
『病院経営新事情』 産労総合研究所、No.196、1999年9月20日、13頁。
- 29) 答申案を若干修正する形で答申書がまとめられた。答申書については補注3を参照されたい。
- 30) 10月6日の会談では、自民党の亀井静香政調会長が次のような発言をしている。  
「親を介護する子供が尊重される社会にすべきだ。制度を抜本的に見直したい。」  
これに対し、自由党の藤井裕久幹事長、公明党の坂口力政審会長も了承した。  
『日本経済新聞』 1999年10月7日、朝刊、2面を参照。
- 31) 10月15日、横浜市内で開かれた福祉関係者との懇談で、小渕首相は亀井氏の発言(注30の内容)を打ち消し、亀井氏自身も、同日、党本部で記者団に対し、柔軟な発言に一時的に転じている。  
『読売新聞』 1999年10月16日、朝刊、5面を参照。
- 32) 3党の要求に対して、丹羽厚相は拒否し、提案を取り下げるよう述べている。  
『読売新聞』 1999年10月23日、朝刊、2面を参照。
- 33) 例えば、亀井氏は10月24日、新潟県吉田町で行われた自民党国政報告会に出席し、家族介護に現金給付すべきだと強調しており、また、自由等の小沢一郎党首も同日、盛岡市で記者会見し、同様の主張をしている。  
『朝日新聞』 1999年10月25日、朝刊、3面、『読売新聞』 1999年10月25日、朝刊、2面を参照。
- 34) 『日本経済新聞』 1999年10月25日、朝刊、1面を参照。
- 35) 『日本経済新聞』 1999年10月26日、朝刊、1、3面を参照。
- 36) 『日本経済新聞』 1999年10月30日、朝刊、1面を参照。
- 37) 他の選択肢としては、おむつ等介護用品の現物給付、短期入所施設への高齢者の受け入れ、介護に当たる家族への指導・相談等が考えられた。
- 38) 特別対策に関する政府決定の骨子については、以下を参照されたい。  
『日本経済新聞』 1999年11月6日、朝刊、1、2、3、5面。  
『毎日新聞』 1999年11月6日、朝刊、1~3面。  
『読売新聞』 1999年11月6日、朝刊、1、3、4、38面。
- 39) 家族介護慰労金を支給するには、介護保険法のサービスを利用していないということを確認する必要がある。そのため、慰労金の支給は2001年4月以降から、2002年までの2年間の措置としている。厚生省によれば、対象数を約76,000人と推定している。
- 40) おむつ等の介護用品の支給は2000年度から実施する。
- 41) 家族介護慰労金の支給条件のひとつとして、要介護4もしくは5であることとされているが、この点に関して、大野由利子総括厚生政務次官は、1999年11月10日の衆院厚生委での介護保険制度に対する集中質疑

で、民主党の五島正規氏らの質問に対して、次のように答えている。

「要介護認定で重度の要介護4から5に相当する高齢者を介護する家族が基準だが、市町村が独自の判定方法を導入してもらって構わない。」(『毎日新聞』、1999年11月11日朝刊、3面。)

つまり、要介護認定の1次判定を利用してもいいし、それを利用しなくても市町村が「重度」と判断すれば、家族介護慰労金を支給しても構わないという考えを明らかにしている。

大野由利子総括厚生政務次官の答弁によると、市町村の弾力的な運用を認めるということになり、支給対象が広がることにもなりかねないといえよう。

42) 東京都では1972年に始まり、当時は月額3,000円であったが、その後引き上げられていった。

43) 各都市の手当の名称、支給額、1999年度予算額を次に示しておく。

札幌市では、介護手当の名称で、年額10万8,000円、1999年度予算額は7,200万円となっている。

仙台市では、介護手当の名称で、年額12万円、1999年度予算額は3億3,100万円となっている。

千葉市では、福祉手当の名称で、年額17万40円、1999年度予算額は1億7,800万円となっている。

横浜市では、援護金の名称で、年額14万円、1999年度予算額は9億100万円となっている。

川崎市では、援助手当の名称で、年額12万円、1999年度予算額は2億9,800万円となっている。

名古屋市では、介護手当の名称で、年額8万6,400円、1999年度予算額は8億8,100万円となっている。

京都市では、激励金の名称で、年額7万円、1999年度予算額は5億4,600万円となっている。

神戸市では、介護手当の名称で、年額12万円、1999年度予算額は6億3,400万円となっている。

広島市では、見舞金の名称で、年額15万円、1999年度予算額は2億5,100万円となっている。

北九州市では、見舞金の名称で、年額12万6,600円、1999年度予算額は1億9,000万円となっている。

東京都では、老人福祉手当の名称で、年額36万円から66万円、1999年度予算額は373億4,100万となっている。

44) 東京都の1999年度の老人福祉手当の対象者は約5万7千人であり、都高齢者施策推進室では同手当の段階的廃止の方向で検討を進めてきたが、折しも家族介護慰労金が浮上してきたため、都の方針が国によって否定された格好にもなってしまった。

東京都以外の政令指定都市の反応は、次のようになっている。

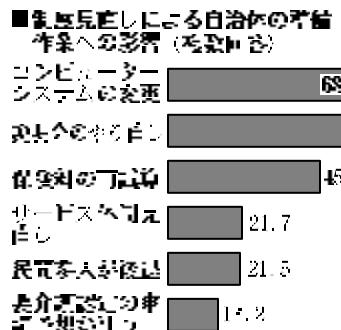
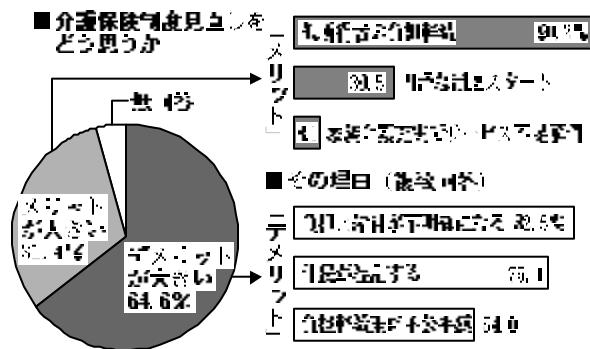
#### 政令指定都市の反応

	現行手当などの給付	慰労金支給についてどう対応するか	今回の制度見直しをどう思うか
札幌市	年10万8000円	未定。全額国費かどうかが問題	政策変更を市民に説明するのが難しい
仙台市	年12万円	未定だが、自民、公明は市長と党なので無視できない	「困惑」というレベルを超える
千葉市	年17万40円	未定。現行給付の存廃を検討中	現場の自治体を無視した判断
横浜市	年14万円	未定だが、現行給付との関係整理が必要	いい加減にして欲しい、というのが本音
川崎市	年12万円	未定。現行給付を継続の方向で、すり合わせが必要	コンピューターのシステム変更費用を国で手当して欲しい
名古屋市	年8万6400円	現行給付について、存廃を慎重に検討している。二つの制度を整理するのは難しい	急な進路変更是簡単ではない。制度への不信感が出るのが心配だ
京都市	年7万円	市としては現行給付を廃止するつもりはない。慰労金については今後検討する	唐突ではあるが、大きな影響はない

大阪市	なし	未定だが、基盤整備優先という従来の方針との整合性が問題	軌道修正するなら市町村の意見を聞いて欲しかった
神戸市	年12万円	現行給付を継続の予定で、それ以上は考えられない	負担と給付を明確にするという制度の原則が崩れかけている
広島市	年15万円	現行給付も含めて、慎重に検討する	要介護認定の結果が出始めている時期だけに、市民への説明など対応が難しい
北九州市	年12万6600円	現行給付は見直しの方向だったので極めてやりにくい	二階に上がって、はしごをはずされた気分。自治体の工夫はどうなるのか
福岡市	なし	未定だが、マイナス面が大きく、飛びつくわけにはいかない	時期が遅すぎる。市民に説明できない

資料出所：『読売新聞』、1999年11月7日朝刊、2面。

- 45) 40～64歳の保険料軽減期間は2年間であるため、2002年3月にはこの軽減は終了することになる。
- 46) 65歳以上の保険料は本来の保険料の半額に軽減され、2001年9月にはこの軽減期間が終了する。
- 47) 1999年11月5日の特別対策発表直後、東京23区を含む全国3,252市町村を対象に調査し、1,651の自治体から回答を得ている。回答率は50%。『日本経済新聞』、1999年11月20日朝刊、3面を参照されたい。
- 48) 日本経済新聞社の調査結果は、次のようになっている。



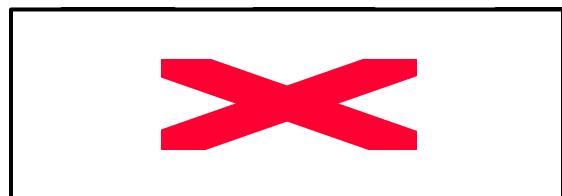
資料出所：同上。

- 49) 朝日新聞社では1999年10月末から11月中旬にかけて、全国3,252市町村（東京23区を含む）の市町村長と介護保険担当者にアンケート用紙を送り、2,303市町村から回答を得ている。回答率は71%。政令指定都市と東京23区の回答率は100%、人口30万人以上の市は98%、人口30万未満の市は88%、町村は66%と

なっている。なお、「第1回介護保険アンケート」は1999年2月から3月にかけて実施され、3月28日朝刊に掲載されている。

50) 家族介護に対する保険給付についての調査結果は次のようにある。

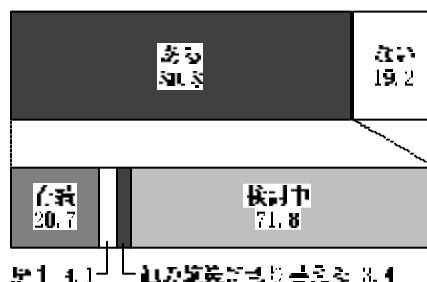
家族ヘルパーに対する保険給付（数字は%）



資料出所：『朝日新聞』、1999年11月24日朝刊、1面。

51) 現在行っている介護手当等の制度についての調査結果は、以下のようになっている。

「介護手当」といった制度はあるか、来年度以降も存続させるか（数字は%）



資料出所：同上、11面。

52) 毎日新聞社では、1999年12月3日から5日にかけて、全国の有権者2,700人を対象に、面接方式による全国世論調査を実施している。回収率は65%。

53) 每日新聞社の全国世論調査結果の詳細については、『毎日新聞』、1999年12月12日朝刊、1～2面を参照されたい。

(補注1)

## 平成10年12月9日答申書と答申案の比較

答申書	答申原案(変更となった部分)
<p>平成10年11月26日厚生省発老第108号をもって諮詢のあった介護保険施行令及び介護保険の国庫負担の算定等に関する政令(仮称)の制定については、概ねこれを了承する。</p> <p>なお、主な個別の事項に関する本部会の考え方、及び審議過程で出された主な意見は次の通りである。</p> <p>1 特定疾病について</p> <p>特定疾病については、医学の進歩等を踏まえ必要に応じ見直しを行うべきである。なお、第2号被保険者に対する介護保険の給付については、今後、特定疾病に起因する要介護状態等に限定しないことを検討すべきであるとの意見があった。</p> <p>2 介護認定審査会について</p> <p>介護認定審査会の合議体委員については、介護に理解のある保健・医療・福祉の学識経験者が任命されるよう留意すべきである。</p> <p>3 第1号保険料の算定に関する基準などについて</p> <p>(1) 市町村民税の課税状況等を勘案して所得段階別の保険料を設定することは課税状況に代わる適切な方法がないことや市町村における事務的負担等を考慮すればやむを得ないものと考えられるが、被保険者の負担能力をさらに公平に測るための方法について検討を進めることが必要である。</p> <p>なお、これに関連して、被保険者の負担能力について資産を評価すべきとの意見、資産を活用して納付する仕組を検討すべきとの意見があった。</p> <p>(2) 第2段階の区分として市町村民税世帯非課税の類型を設けることは、低所得者の負担能力に配慮する必要があること、当面他に適切な指標がないこと等を考慮すればやむを得ないものと考えられるが、制度実施後の世帯分離の状況や住民基本台帳の運用状況をみながら、今後引き続き検討を進めるべきである。</p> <p>なお、生活保護被保険者等を第1段階の区分に位置付けることについて、<u>生活保護被保護世帯とフローの所得がこれより厳しい世帯の生活実態に鑑みれば、適切ではないのではないかとの意見があつた。</u>(アンダーライン1)</p> <p>(3) 低所得者等の負担能力に配慮して、市町村が必要と考える場合に保険料の設定方法を弾力化できる取扱いとすることは適切であると考えられるが、その運用に当たっては、できる限り老人保健福祉圏域など近隣の市町村で取扱いが異なることのないよう配慮すべきである。</p> <p>(4) 保険料基準額の算定に際して予定収納率で割り戻す取扱いは、保険料の未納分を他の被保険者に転嫁する不公平な取扱いではないかとの意見があったが、収納の不足を補償する財政安定化基金の財源が、国と都道府県、市町村の第1号保険料により運営されるため他の市町村にも影響する結果となること等を考慮すればやむを得ないものと考えられる。ただし、予定収納率の設定等に当たっては、安易な滞納を助長することのないよう運用に留意すべきである。</p>	<p>なお、生活保護被保護者等を第1段階の区分に位置付けることについて、<u>生活保護被保護世帯とそれ以外の世帯の生活実態に鑑みれば、適切ではないのではないかとの意見があつた。</u></p>

(つづき)

答申書	答申原案(変更となった部分)
(5) 保険料滞納者に対する保険給付の減額措置については、安易な滞納を防止する観点から20年間にわたり徴収権消滅期間を管理すべきとの意見があった。当該期間を管理する事務的な負担を考慮すれば、10年間の管理とする方式はやむを得ないものと考えられるが、今後、その運用状況をみながら、期間の延長について検討すべきである。なお、第2号被保険者の保険料滞納についても、第1号被保険者となった後に保険給付の減額措置を講じることを検討すべきである。	(5) .....安易な滞納を防止する観点から20年間にわたり徴収権消滅期間を管理すべきとの意見があったが、当該期間を管理する事務的な負担を考慮すれば、10年間の管理とする方式はやむを得ないと考えられる。なお、 <u>第2号被保険者の保険料滞納についても、第1号被保険者となった後に保険給付の減額措置を講じることを検討すべきではないかとの意見があった。</u>
(アンダーライン2)	
(6) 各市町村に交付される調整交付金は、国の負担25%のうち5%を調整財源として交付される制度であるが、その財源を25%の外枠として必要額を確保すべきとの意見があった。	
(7) 施設の偏在により保険料が著しく高額となる場合があるため、在宅サービスとの均衡、施設整備のあり方等を含めて必要な対応を検討すべきである。	
4 第1号保険料の特別徴収について	
(1) 第1号保険料の特別徴収を行わない年金額を18万円未満の額と設定することについては、徴収事務の効率化を図る観点からさらにこの額を下げるべきであるという意見と、老後の所得保障としての年金の趣旨等に鑑み慎重な対応を求める意見とがあり、当面18万円未満の額とすることはやむを得ないものと考えられる。この額の設定については、制度実施後の保険料の徴収状況や高齢者の生活実態等を踏まえ、今後更に検討を加える必要がある。	なお、18万円未満の年金を受けている者であっても、本人の承諾があれば特別徴収の対象とできる制度を検討すべきとの意見、特別徴収の対象となる年金の種類の範囲について <u>公平性を確保する観点から全ての年金を対象とすることを検討するよう求める意見があつた。</u> (アンダーライン3)
(2) これに関連して、生活保護の被保護者からの第1号保険料の徴収についても、徴収事務の効率化を図る観点から、保護の実施機関から実質的に直接市町村に交付されるよう運用上、必要な措置を講ずる必要がある。	なお、18万円未満の年金を受けている者であっても、本人の承諾があれば特別徴収の対象とできる制度を検討すべきとの意見、特別徴収の対象となった年金の種類の範囲について、 <u>全ての年金を対象とすることを検討するよう求める意見があつた。</u>
5 介護保険審査会について	
介護保険審査会の公益代表委員については、公正な審査が行われるよう適正な委員構成に留意すべきである。	
6 財政安定化基金について	
都道府県に設置される財政安定化基金から資金を交付・貸付する場合に勘案する最低責任保険料徴収率の設定については、保険者の実情に即した無理のない基準を設定するよう配慮することが必要である。なお、財政安定化基金の財源については、貸付分が第1号保険料に上乗せされることに鑑み、国及び都道府県の負担とすべきであるとの意見があつた。(アンダーライン4)	なお、財政安定化基金の財源については、 <u>国及び都道府県の負担とするべきであるとの意見があつた。</u>

資料出所：『病院経営新事情』、産労総合研究所、1999年1月5日、20日合併号、65、67頁。

(補注2)

厚生省発老第77号

平成11年8月23日

医療保険福祉審議会

老人保健福祉部会長 井形 昭弘 殿

医療保険福祉審議会

介護給付費部会長 星野 進保 殿

厚生大臣 宮下創平

## 諮詢問書

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）の一部を別添要綱のとおり改正することについて、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条、第74条第3項並びに介護保険法施行法（平成9年法律第124号）第14条及び第15条の規定に基づき、貴会の意見を求める。

(別添)

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準の一部を改正する省令案要綱

## 1. 同居家族に対する訪問介護に係る部分の改正案

訪問介護に係る基準該当居宅サービスに関する基準のうち同居家族に対するサービス提供の禁止規定について、以下のとおり改正すること。

(1) 基準該当居宅サービスに該当する訪問介護の事業を行う者は、訪問介護員等に、その同居の家族である利用者に対する訪問介護の提供をさせてはならない。ただし、同居の家族である利用者に対する訪問介護が次のいずれにも該当する場合には、この限りでない。

一 当該訪問介護の提供を受ける者が、離島、山間のへき地その他の地域であって、指定訪問介護のみによつては必要な訪問介護の見込量を確保することが困難であると市町村が認める地域に住所を有する場合

二 当該訪問介護が、居宅介護支援事業者の作成する介護サービス計画に基づいて提供される場合

三 当該訪問介護が、当該基準該当訪問介護事業所のサービス提供責任者の行う具体的な指示に基づいて提供される場合

四 当該訪問介護が、入浴、排せつ、食事等の介護をその主たる内容とする場合

五 当該訪問介護を担当する訪問介護員等がその同居の家族である利用者に対する訪問介護に従事する時間の合計が、当該訪問介護員等が訪問介護に従事する時間の合計のおおむね2分の1に相当する時間を超えない場合

(2) 基準該当訪問介護事業者は、(1)のただし書の規定に基づき、訪問介護員等にその同居家族である利用者に対する基準該当訪問介護の提供をさせる場合において、利用者の意向や訪問介護計画の実施状況等からみて、当該基準該当訪問介護が適切に提供されていないと認めるときは、当該訪問介護委員等に対し適切な指導を行う等の必要な措置を講じなければならない。

## 2. 基準該当短期入所生活介護に係る部分の改正案

短期入所生活介護について、以下のとおり「基準該当居宅サービスに関する基準」を追加すること。

## (1) 従業者の員数

医師 1人以上（嘱託可）

生活相談員 1人以上

介護職員又は看護職員 利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上

栄養士

1人以上。ただし、他の社会福祉施設等との連携を図ることができる場合は、配置しなくても可

機能訓練指導員

日常生活上機能訓練を行う能力を有する者を1人以上（兼務可）

調理員、その他の従事者

当該基準該当短期入所事業所の実情に応じた適当数

(2) 利用定員等

20人未満とし、専用の居室を設けること

(2) 設備又は備品等

指定通所介護事業所又は社会福祉施設（以下「指定通所介護事業所等」という。）に併設しているものであること

居室、食堂、機能訓練室、浴室、便所、洗面所、静養室、面接室、介護職員室その他必要な設備を設けること。ただし、併設の指定通所介護事業所等の施設を利用することにより効率的運営が可能であり、当該基準該当短期入所生活介護の利用者及び当該指定通所介護等の利用者の処遇に支障がない場合には、居室を除き兼用可

居室

イ 居室床面積 利用者1人当たり10.65 m<sup>2</sup>以上

ロ 居室定員 4人以下

法施行の際現に老人福祉法の規定に基づく事業を行っている事業所については、これらの基準を適用しない。

法施行の際現に老人福祉法の規定に基づく事業に相当する事業を行っている事業所であって、基準該当短期入所生活介護の提供に支障がないと市町村が認めるものについては、これらの基準を適用しない。

ハ 日照、採光、換気等利用者の保健衛生、防災等に十分配慮すること

食堂及び機能訓練室

イ 食堂と機能訓練室を合計した面積が利用者1人当たり3 m<sup>2</sup>以上であること

法施行の際現に老人福祉法の規定に基づく事業を行っている事業所については、これらの基準を適用しない。

法施行の際現に老人福祉法の規定に基づく事業に相当する事業を行っている事業所であって、基準該当短期入所生活介護の提供に支障がないと市町村が認める者については、これらの基準を適用しない

ロ 食堂と機能訓練室は兼用可能

ただし、サービスを提供する際には所定の面積を占有可能であること

浴室

身体の不自由な方に適したもの

便所

身体の不自由な方に適したもの

## 洗面所

身体の不自由な方に適したもの

## その他

- 車いでの通行が可能な廊下幅であること
- 建築基準法及び消防法を遵守していること

## (4) 併設の指定通所介護事業所等との連携

基準該当短期入所生活介護は、常に併設の指定通所介護事業所等とのサービス提供に際しての連携体制を確保しておかなければならない。

## (5) その他

上記以外の事項については、指定短所入所生活介護の基準を準用する。

## 同居家族に対する訪問看護に係る基準(案)

指定訪問介護の運営基準	基準該当訪問介護の基準(案)
<p>○同居家族に対するサービス提供の禁止</p> <p>指定訪問介護事業者は、訪問介護員等に、その同居の家族である利用者に対する指定訪問介護の提供をさせてはならない。</p>	<p>○同居家族に対するサービス提供</p> <p>基準該当居宅サービスに該当する訪問介護の事業を行う者は、訪問介護員等に、その同居の家族である利用者に対する訪問介護の提供をさせてはならない。<u>ただし、同居の家族である利用者に対する訪問介護が次のいずれにも該当する場合には、この限りでない。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><u>一 当該訪問介護の提供を受ける者が、離島、山間のへき地その他の地域であって、指定訪問介護のみによっては必要な訪問介護の見込量を確保することが困難であると市町村が認める地域に住所を有する場合。</u></li> <li><u>二 当該訪問介護が、居宅介護支援事業者の作成する介護サービス計画に基づいて提供される場合。</u></li> <li><u>三 当該訪問介護が、当該基準該当訪問介護事業所のサービス提供責任者の行う具体的な指示に基づいて提供される場合。</u></li> <li><u>四 当該訪問介護が、入浴、排せつ、食事等の介護をその主たる内容とする場合。</u></li> <li><u>五 当該訪問介護を担当する訪問介護員等がその同居の家族である利用者に対する訪問介護に従事する時間の合計が、当該訪問介護員等が訪問介護に従事する時間の合計のおおむね2分の1に相当する時間を超えない場合。</u></li> </ul> <p>基準該当訪問介護事業者は、<u>のただし書の規定に基づき、訪問介護員等にその同居の家族である利用者に対する基準該当訪問介護の提供をせる場合において、利用者の意向や訪問介護計画の実施状況等からみて、当該基準該当訪問介護が適切に提供されていないと認めるときは、当該訪問介護員等に対し適切な指導を行う等必用な措置を講じなければならない。</u></p>

注 指定訪問介護事業者であっても、サービスを十分に確保することができない地域において、訪問介護員等に、その同居家族たる利用者に訪問介護を提供させる場合は、その限りにおいて規準該当訪問介護を行ふこととなり、基準該当訪問介護の基準の適用を受けることとなる。

(補注3)

平成11年9月20日

厚生大臣 宮下 創平 殿

医療保健福祉審議会

老人保健福祉部会長 井形 昭弘

医療保健福祉審議会

介護給付費部会長 星野 進保

## 答 申 書

平成11年8月23日厚生省発老第77号をもって諮問のあった、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）の一部改正については、基本的にはやむを得ないものと考える。

また、同居家族に対する訪問介護の取扱いについては、介護保険法施行後一定期間を経過した段階で、基準該当サービスとしての実施状況等を踏まえ、実施地域のあり方や勤務時間に関する要件等を含め、検討を加えるべきである。

なお、主な個別の事項に関する両部会の考え方、及び審議過程で出された主な意見等は次の通りであるので、その内容に応じ、適切な対応を図られたい。

### 1 同居家族に対する訪問介護に係る部分の改正案について

(1) 同居家族に対する訪問介護は、指定訪問介護事業者による訪問介護だけでは必要なサービス見込みを確保することが困難と市町村長が認めた地域において実施されるものであり、市町村はその運用に際して次に掲げる点に留意するとともに、当該地域における指定訪問介護の確保に引き続き努めるべきである。

市町村は、同居家族に対する訪問介護を行おうとする訪問介護員等が所属する訪問介護事業所から、居宅サービス計画の写し等、同居家族に対する訪問介護が認められるための要件が満たされていることを確認できる書類を届け出させ、これに基づき基準該当居宅サービスとしての実施を認めるものとすること。

市町村は、いったん認めた同居家族に対する訪問介護について、事後的に要件を満たしていないと認めるときは、保険給付を行わず、又は既に行った保険給付の返還を求めるものとすること。

市町村は、上記の要件に違反した訪問介護が行われている場合は正の指導のほか、当該同居家族に対して行われる居宅サービスとして、当該訪問介護員等による訪問介護のほか、他の居宅サービスが適切に組み合わされているかどうか等を点検し、状況に応じて必要な助言を当該同居家族及び訪問介護事業者に対して行うものとすること。

(2) 同居家族に対する訪問介護は、実質的に家族介護者への現金給付となるおそれがあることや、いわゆる密室の介護となるおそれがあることから、本来好ましいものではないが、少なくとも制度発足時は指定訪問介護事業者だけでは十分なサービスが確保できない離島や山間のへき地等があることも否定できないので、諮問案のような要件の下で、そのような地域に所在する市町村を具体的に特定して認めることとともに、法施行後一定の期間に限定すべきであるとの強い意見があった。

(3) 訪問介護員等が同居家族を訪問介護する時間が、当該訪問介護員等の勤務時間の概ね2分の1を超えない

ものとする要件は、現在行われている家族介護の実態から見て厳し過ぎるので、このような要件は設けるべきではないという意見があった一方、専門のサービス事業者として訪問介護を行う以上、また介護の密室化を防ぐ上でも、身内だけを相手にした場合も保険給付の対象とすることは適當ではないという意見があった。

## 2 基準該当短期入所生活介護に係る部分の改正案について

基準該当短期入所生活介護の実施に際しては、併設されている通所介護事業所等との密接な連携により、短期入所している要介護者等の心身の状況等に対応する十分な介護体制が、夜間を含め確保されるよう留意されるべきである。

注：アンダーライン部分が第18回合同部会の審議により答申案に、新たな修正として追加された。