

第三章 介護保険

第一節 制度の概要

制度の創設

社会の高齢化が進むに従い、加齢に伴って寝たきりや認知症になったとき誰が介護を担うのかという問題が、切実な不安とともに浮かび上がってきた。この不安を取り除き、すべての高齢者が住み慣れた地域や家庭で安心して自立した生活ができるようにすることは社会全体の課題でもある。この課題に応えるため、国は老人福祉法の改正（昭和四十八年）、老人保健法（昭和五十七年制定）、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン、平成元年策定）、さらに新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン、平成六年策定）などの諸施策を講じてきたが、これら高齢者に対する医療・福祉行政は、急増する需要に対し、サービスと財政の両面で次第に限界を示し始め、国も地方も大きな転換を迫られることとなった。

このような状況の打開を目指して構想されたのが介護保険制度である。この構想が初めて明らかにされたのは平成六（一九九四）年九月、当時の社会保障制度審議会によってであり、平成九年十二月に介護保険

法が成立、平成十二年四月一日から施行された。

この新制度成立の背景には、核家族化により要介護高齢者に対する家庭内介護力が低下したこと、介護期間の長期化により介護者の高齢化が進み「老老介護」が増加したこと、自宅で介護が困難な高齢者を介護目的で医療機関に長期入院させる「社会的入院」が増加したことによる医療費の増大などがあった。

また、介護保険法が成立するまで、高齢者介護は、老人福祉法と老人保健法の二つの異なる制度のもとで行われており、利用者がサービスの選択を自由に行えないという問題や、施設不足、地域や施設間でのサービスの格差等の問題も生じていた。

介護保険制度は、保健・医療・福祉の各分野に分割されていた介護対策を一元化することで、利用者が保健・医療・福祉等にまたがる複数のサービスを適宜組み合わせ選択し、総合的・効率的に利用できるようにしたもので、家族に依存しない介護というものを社会システム化した点で画期的といえる。

また、介護が必要になったとき「いつでも・どこでも・だれでも」が治療や介護等の総合的なサービスを安心して受けられるように、それにかかる負担（費用、家族介助、福祉施設利用料等）を社会全体で支えるため、給付と負担の関係が明確な社会保険方式に基礎を置いたシステムとして設計され、四十歳以上の国民すべてが被保険者（加入者）となって保険料を納め、介護が必要となったときに、介護認定を受けて介護サービスを受けることができる仕組みになっている。

制度の仕組み

介護保険の被保険者は恵庭市であり、市は介護保険を運営し、国や道は

財政面・事務面で市を支援する。

被保険者は、第一号被保険者（六十五歳以上）と、第二号被保険者（四十歳以上六十五歳未満の医療保険加入者）の二つに分けられ、第一号被保険者は、寝たきりや認知症などにより、食事・入浴・排泄など日常生活動作において常に介護が必要な状態（要介護状態）、また家事や身支度などの日常生活に支援が必要な状態（要支援状態）になった場合に介護サービスが受けられる。一方、第二号被保険者は、脳血管疾患や悪性関節リウマチ等の病気などが原因で要支援・要介護状態となった場合に介護サービスが受けられる。

いずれも、利用者は原則として介護費用の一角を自己負担し、それ以外九割の費用は半分を保険料、残り半分を公費（国が二五％、道と市が一・二・五％ずつ負担）で賄う仕組みである。

介護保険法に基づくサービスを受けるためには、あらかじめ介護の必要性や必要量についての認定（要介護認定）を受ける必要がある、申請をして認定されると、その介護の度合いに応じたサービスを利用することができる。介護保険導入時（平成十二年四月～十八年三月）の認定区分は、「要支援」及び「要介護1」「要介護5」までの六段階に区分された（平成十八年四月からは「要支援2」が新設された）。

第二節 制度の運用

介護保険事業計画の策定

介護保険法では、三年を一期（第二期計画までは五年を一期）とする介護保険の実施に関する計画を策定するよう規定しており、この法定計

画が「介護保険事業計画」である。三年を一サイクルとして見直しを行うのは、介護サービスの内容や、給付と負担の関係を時代状況に合った在り方に柔軟に修正していくためであり、介護保険事業計画においては、要介護者の人数やサービスの種類ごとの見込量など、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき保険料を設定し直す仕組みとなっている。なお、設定した保険料は一期三年の間、同額に維持される。

恵庭市は、介護保険の実施に向けて「介護保険事業計画」を新たに策定することになったが、市は平成五（一九九三）年九月に、高齢者の保健福祉政策全般に関するマスタープランとして「恵庭市老人保健福祉計画」（旧計画）を策定しており、これが平成十一年度で終期を迎え、さらに翌年度からは介護保険制度が施行されることを受けて、旧計画を「高齢者保健福祉計画」と名称も改めて新たに策定するとともに、その内容が「介護保険事業計画」を包含するものであるため、両計画を「恵庭市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」と一体のものとして策定することとした。

「恵庭市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」の策定に際しては、全庁的に協議を進める必要から、平成十（一九九八）年六月に、総務課、企画課、市民課、税務課、福祉事務所の関係職員からなる庁内プロジェクトチーム「介護保険推進協議会」を組織し、制度や組織体制、推進方法についての検討を重ねた。同年十一月には、各界の代表者一人による策定委員会と、策定委員会の円滑な運営を助けるため一四人の市職員からなる幹事会が設置された。策定委員会には、被保険者の意向を反映するために一般応募による市民二人が参加している。

平成十年七月、高齢者の実態と需要把握のため、在宅高齢者を対象に訪問皆悉調査を実施した。調査対象者は一万一六六六人（回答九六〇七

第三章 介護保険

第一節 制度の概要

制度の創設

社会の高齢化が進むに従い、加齢に伴って寝たきりや認知症になったとき誰が介護を担うのかという問題が、切実な不安とともに浮かび上がってきた。この不安を取り除き、すべての高齢者が住み慣れた地域や家庭で安心して自立した生活ができるようにすることは社会全体の課題でもある。この課題に因應するため、国は老人福祉法の改正（昭和四十八年）、老人保健法（昭和五十七年制定）、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン、平成元年策定）、さらに新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン、平成六年策定）などの諸施策を講じてきたが、これら高齢者に対する医療・福祉行政は、急増する需要に対し、サービスと財政の両面で次第に限界を示し始め、国も地方も大きな転換を迫られることとなった。

すべてが被保険者（加入者）となって保険料を納め、介護が必要となったときに、介護認定を受けて介護サービスを受けることができる仕組みになっている。

制度の仕組み

介護保険の保険者は恵庭市であり、市は介護保険を運営し、国や道は財政面・事務面で市を支援する。

被保険者は、第一号被保険者（六十五歳以上）と、第二号被保険者（四十歳以上六十五歳未満の医療保険加入者）の二つに分けられ、第一号被保険者は、寝たきりや認知症などにより、食事・入浴・排泄など日常の生活動作において常に介護が必要な状態（要介護状態）、また家事や身支度などの日常生活に支援が必要な状態（要支援状態）になった場合に介護サービスが受けられる。一方、第二号被保険者は、脳血管疾患や悪性関節リウマチ等の病気などが原因で要支援・要介護状態となった場合に介護サービスが受けられる。

いずれも、利用者は原則として介護費用の一割を自己負担し、それ以外の九割の費用は半分を保険料、残り半分を公費（国が二五％、道と市が一二・五％ずつ負担）で賄う仕組みである。

介護保険法に基づくサービスを受けるためには、あらかじめ介護の必要性や必要量についての認定（要介護認定）を受ける必要がある、申請をして認定されると、その介護の度合いに応じたサービスを利用することができる。介護保険導入時（平成十二年四月

このような状況の打開を目指して構想されたのが介護保険制度である。この構想が初めて明らかにされたのは平成六（一九九四）年九月、当時の社会保障制度審議会によってであり、平成九年十二月に介護保険法が成立、平成十二年四月一日から施行された。この新制度成立の背景には、核家族化により要介護高齢者に対する家庭内介護力が低下したこと、介護期間の長期化により介護者の高齢化が進み「老老介護」が増加したこと、自宅で介護が困難な高齢者を介護目的で医療機関に長期入院させる「社会的入院」が増加したことによる医療費の増大などがあった。

また、介護保険法が成立するまで、高齢者介護は、老人福祉法と老人保健法の二つの異なる制度のもとで行われており、利用者がサービスの選択を自由に行えないという問題や、施設不足、地域や施設間でのサービスの格差等の問題も生じていた。

介護保険制度は、保健・医療・福祉の各分野に分割されていた介護対策を一元化することで、利用者が保健・医療・福祉等にまたがる複数のサービスを適宜組み合わせ選択し、総合的・効率的に利用できるようにしたもので、家族に依存しない介護というもの和社会システム化した点で画期的といえる。

また、介護が必要になったとき「いつでも・どこでも・だれでも」が治療や介護等の総合的なサービスを安心して受けられるように、それにかかる負担（費用、家族介助、福祉施設利用料等）を社会全体で支えるため、給付と負担の関係が明確な社会保険方式に基礎を置いたシステムとして設計され、四十歳以上の国民す

（十八年三月）の認定区分は、「要支援」及び「要介護1」要介護5」までの六段階に区分された（平成十八年四月からは「要支援2」が新設された）。

第二節 制度の運用

介護保険事業計画の策定

介護保険法では、三年を一期（第二期計画までは五年を一期）とする介護保険の実施に関する計画を策定するよう規定しており、この法定計画が「介護保険事業計画」である。三年を一サイクルとして見直しを行うのは、介護サービスの内容や、給付と負担の関係などを時代状況に合った在り方に柔軟に修正していくためであり、介護保険事業計画においては、要介護者の人数やサービスの種類ごとの見込量など、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき保険料を設定し直す仕組みとなっている。なお、設定した保険料は一期三年の間、同額に維持される。

恵庭市は、介護保険の実施に向けて「介護保険事業計画」を新たに策定することになったが、市は平成五（一九九三）年九月に、高齢者の保健福祉政策全般に関するマスタープランとして「恵庭市老人保健福祉計画」（旧計画）を策定しており、これが平成十一年度で終期を迎え、さらに翌年度からは介護保険制度が施行されることを受けて、旧計画を「高齢者保健福祉計画」と名称も改

第三章 介護保険

第一節 制度の概要

制度の創設

社会の高齢化が進むに従い、加齢に伴って寝たきりや認知症になったとき誰が介護を担うのかという問題が、切実な不安とともに浮かび上がってきた。この不安を取り除き、すべての高齢者が住み慣れた地域や家庭で安心して自立した生活ができるようにすることは社会全体の課題でもある。この課題に因應するため、国は老人福祉法の改正（昭和四十八年）、老人保健法（昭和五十七年制定）、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン、平成元年策定）、さらに新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン、平成六年策定）などの諸施策を講じてきたが、これら高齢者に対する医療・福祉行政は、急増する需要に対し、サービスと財政の両面で次第に限界を示し始め、国も地方も大きな転換を迫られることとなった。

このような状況の打開を目指して構想されたのが介護保険制度

である。この構想が初めて明らかにされたのは平成六（一九九四）

年九月、当時の社会保障制度審議会によってであり、平成九年十

二月に介護保険法が成立、平成十二年四月一日から施行された。

この新制度成立の背景には、核家族化により要介護高齢者に対する家庭内介護力が低下したこと、介護期間の長期化により介護者の高齢化が進み「老老介護」が増加したこと、自宅で介護が困難な高齢者を介護目的で医療機関に長期入院させる「社会的入院」が増加したことによる医療費の増大などがあった。

また、介護保険法が成立するまで、高齢者介護は、老人福祉法と老人保健法の二つの異なる制度のもとで行われており、利用者がサービスの選択を自由に行えないという問題や、施設不足、地域や施設間でのサービスの格差等の問題も生じていた。

介護保険制度は、保健・医療・福祉の各分野に分割されていた介護対策を一元化することで、利用者が保健・医療・福祉等にまたがる複数のサービスを適宜組み合わせ選出し、総合的・効率的に利用できるようにしたもので、家族に依存しない介護というもの和社会システム化した点で画期的といえる。

また、介護が必要になったとき「いつでも・どこでも・だれでも」が治療や介護等の総合的なサービスを安心して受けられるように、それにかかる負担（費用、家族介助、福祉施設利用料等）を社会全体で支えるため、給付と負担の関係が明確な社会保険方式に基礎を置いたシステムとして設計され、四十歳以上の国民すべてが被保険者（加入者）となって保険料を納め、介護が必要と

なったときに、介護認定を受けて介護サービスを受けることができる仕組みになっている。

制度の仕組み

介護保険の保険者は恵庭市であり、市は介護保険を運営し、国や道は財政面・事務面で市を支援する。

被保険者は、第一号被保険者（六十五歳以上）と、第二号被保険者（四十歳以上六十五歳未満の医療保険加入者）の二つに分けられ、第一号被保険者は、寝たきりや認知症などにより、食事・入浴・排泄など日常生活動作において常に介護が必要な状態（要介護状態）、また家事や身支度などの日常生活に支援が必要な状態（要支援状態）になった場合に介護サービスが受けられる。一方、第二号被保険者は、脳血管疾患や悪性関節リウマチ等の病気などが原因で要支援・要介護状態となった場合に介護サービスが受けられる。

いずれも、利用者は原則として介護費用の一割を自己負担し、それ以外の九割の費用は半分を保険料、残り半分を公費（国が二五％、道と市が一二・五％ずつ負担）で賄う仕組みである。

介護保険法に基づくサービスを受けるためには、あらかじめ介護の必要性や必要量についての認定（要介護認定）を受ける必要がある、申請をして認定されると、その介護の度合いに応じたサービスを利用することができる。介護保険導入時（平成十二年四月（十八年三月）の認定区分は、「要支援」及び「要介護1」要介護5」までの六段階に区分された（平成十八年四月からは「要支

援2」が新設された）。

第二節 制度の運用

介護保険事業計画の策定

介護保険法では、三年を一期（第二期計画までは五年を一期）とする介護保険の実施に関する計画を策定するよう規定しており、この法定計画が「介護保険事業計画」である。三年を一サイクルとして見直しを行うのは、介護サービスの内容や、給付と負担の関係などを時代状況に合った在り方に柔軟に修正していくためであり、介護保険事業計画においては、要介護者の人数やサービスの種類ごとの見込量など、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき保険料を設定し直す仕組みとなっている。なお、設定した保険料は一期三年の間、同額に維持される。

恵庭市は、介護保険の実施に向けて「介護保険事業計画」を新たに策定することになったが、市は平成五（一九九三）年九月に、高齢者の保健福祉政策全般に関するマスタープランとして「恵庭市老人保健福祉計画」（旧計画）を策定しており、これが平成十一年度で終期を迎え、さらに翌年度からは介護保険制度が施行されることを受けて、旧計画を「高齢者保健福祉計画」と名称も改めて新たに策定するとともに、その内容が「介護保険事業計画」を包含するものであるため、両計画を「恵庭市高齢者保健福祉計

第三章 介護保険

第一節 制度の概要

1. 制度の創設

制度創設の背景

会の高齢化が進むに従い、加齢に伴って寝たきりや認知症になったとき誰が介護を担うのかという問題が、切実な不安とともに浮かび上がってきた。この不安を取り除き、すべての高齢者が住み慣れた地域や家庭で安心して自立した生活ができるようにすることは社会全体の課題でもある。この課題に因應するため、国は老人福祉法の改正（昭和四十八年）、老人保健法（昭和五十七年制定）、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン、平成元年策定）、さらに新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン、平成六年策定）などの諸施策を講じてきたが、これ

ら高齢者に対する医療・福祉行政は、急増する需要に対し、サービスと財政の両面で次第に限界を示し始め、国も地方も大きな転換を迫られることとなった。

このような状況の打開を目指して構想されたのが介護保険制度である。この構想が初めて明らかにされたのは平成六（一九九四）年九月、当時の社会保障制度審議会によってであり、平成九年十二月に介護保険法が成立、平成十二年四月一日から施行された。この新制度成立の背景には、核家族化により要介護高齢者に対する家庭内介護力が低下したこと、介護期間の長期化により介護者の高齢化が進み「老老介護」が増加したこと、自宅で介護が困難な高齢者を介護目的で医療機関に長期入院させる「社会的入院」が増加したことによる医療費の増大などがあった。

また、介護保険法が成立するまで、高齢者介護は、老人福祉法と老人保健法の二つの異なる制度のもとで行われており、利用者がサービスの選択を自由に行えないという問題や、施設不足、地域や施設間でのサービスの格差等の問題も生じていた。

介護保険制度は、保健・医療・福祉の各分野に分割されていた介護対策を一元化することで、利用者が保健・医療・福祉等にまたがる複数のサービスを適宜組み合わせ選出し、総合的・効率的に利用できるようにしたもので、家族に依存しない介護というもの和社会システム化した点で画期的といえる。

また、介護が必要になったとき「いつでも・どこでも・だれでも」が治療や介護等の総合的なサービスを安心して受けられるよ

うに、それにかかる負担（費用、家族介助、福祉施設利用料等）を社会全体で支えるため、給付と負担の関係が明確な社会保険方式に基礎を置いたシステムとして設計され、四十歳以上の国民すべてが被保険者（加入者）となって保険料を納め、介護が必要となったときに、介護認定を受けて介護サービスを受けることができる仕組みになっている。

制度の仕組み

介護保険の保険者は恵庭市であり、市は介護保険を運営し、国や道は財政面・事務面で市を支援する。

被保険者は、第一号被保険者（六十五歳以上）と、第二号被保険者（四十歳以上六十五歳未満の医療保険加入者）の二つに分けられ、第一号被保険者は、寝たきりや認知症などにより、食事・入浴・排泄など日常生活動作において常に介護が必要な状態（要介護状態）、また家事や身支度などの日常生活に支援が必要な状態（要支援状態）になった場合に介護サービスが受けられる。一方、第二号被保険者は、脳血管疾患や悪性関節リウマチ等の病気などが原因で要支援・要介護状態となった場合に介護サービスが受けられる。

いずれも、利用者は原則として介護費用の一割を自己負担し、それ以外の九割の費用は半分を保険料、残り半分を公費（国が二五％、道と市が一二・五％ずつ負担）で賄う仕組みである。介護保険法に基づくサービスを受けるためには、あらかじめ介

護の必要性や必要量についての認定（要介護認定）を受ける必要がある、申請をして認定されると、その介護の度合いに応じたサービスを利用することができる。介護保険導入時（平成十二年四月（十八年三月）の認定区分は、「要支援」及び「要介護1」要介護5」までの六段階に区分された（平成十八年四月からは「要支援2」が新設された）。

2. 事業計画

介護保険事業計画

介護保険法では、三年を一期（第二期計画までは五年を一期）とする介護保険の実施に関する計画を策定するよう規定しており、この法定計画が「介護保険事業計画」である。三年を一サイクルとして見直しを行うのは、介護サービスの内容や、給付と負担の関係などを時代状況に合った在り方に柔軟に修正していくためであり、介護保険事業計画においては、要介護者の人数やサービスの種類ごとの見込量など、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき保険料を設定し直す仕組みとなっている。なお、設定した保険料は一期三年の間、同額に維持される。

恵庭市は、介護保険の実施に向けて「介護保険事業計画」を新たに策定することになったが、市は平成五（一九九三）年九月に、高齢者の保健福祉政策全般に関するマスタープランとして「恵庭市老人保健福祉計画」（旧計画）を策定しており、これが平成十

第三章 介護保険

第一節 制度の概要

制度の創設

社会の高齢化が進むに従い、加齢に伴って寝たきりや認知症になったとき誰が介護を担うのかという問題が、切実な不安とともに浮かび上がってきた。この不安を取り除き、すべての高齢者が住み慣れた地域や家庭で安心して自立した生活ができるようにすることは社会全体の課題でもある。この課題に因應するため、国は老人福祉法の改正（昭和四十八年）、老人保健法（昭和五十七年制定）、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン、平成元年策定）、さらに新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン、平成六年策定）などの諸施策を講じてきたが、これら高齢者に対する医療・福祉行政は、急増する需要に対し、サービスと財政の両面で次第に限界を示し始め、

国も地方も大きな転換を迫られることとなった。

このような状況の打開を目指して構想されたのが介護保険制度である。この構想が初めて明らかにされたのは平成六（一九九四）年九月、当時の社会保障制度審議会によってであり、平成九年十二月に介護保険法が成立、平成十二年四月一日から施行された。

この新制度成立の背景には、核家族化により要介護高齢者に対する家庭内介護力が低下したこと、介護期間の長期化により介護者の高齢化が進み「老老介護」が増加したこと、自宅で介護が困難な高齢者を介護目的で医療機関に長期入院させる「社会的入院」が増加したことによる医療費の増大などがあった。

また、介護保険法が成立するまで、高齢者介護は、老人福祉法と老人保健法の二つの異なる制度のもとで行われており、利用者がサービスの選択を自由に行えないという問題や、施設不足、地域や施設間でのサービスの格差等の問題も生じていた。

介護保険制度は、保健・医療・福祉の各分野に分割されていた介護対策を一元化することで、利用者が保健・医療・福祉等にまたがる複数のサービスを適宜組み合わせ選り、総合的・効率的に利用できるようにしたもので、家族に依存しない介護というものを社会システム化した点で画期的といえる。

また、介護が必要になったとき「いつでも・どこでも・だれでも」が治療や介護等の総合的なサービスを安心して受けられ

るように、それにかかる負担（費用、家族介助、福祉施設利用料等）を社会全体で支えるため、給付と負担の関係が明確な社会保険方式に基礎を置いたシステムとして設計され、四十歳以上の国民すべてが被保険者（加入者）となって保険料を納め、介護が必要となったときに、介護認定を受けて介護サービスを受けることができる仕組みになっている。

制度の仕組み

介護保険の保険者は恵庭市であり、市は介護保険を運営し、国や道は財政面・事務面で市を支援する。

被保険者は、第一号被保険者（六十五歳以上）と、第二号被保険者（四十歳以上六十五歳未満の医療保険加入者）の二つに分けられ、第一号被保険者は、寝たきりや認知症などにより、食事・入浴・排泄など日常生活動作において常に介護が必要な状態（要介護状態）、また家事や身支度などの日常生活に支援が必要な状態（要支援状態）になった場合に介護サービスが受けられる。一方、第二号被保険者は、脳血管疾患や悪性関節リウマチ等の病気などが原因で要支援・要介護状態となった場合に介護サービスが受けられる。

いずれも、利用者は原則として介護費用の一割を自己負担し、それ以外の九割の費用は半分を保険料、残り半分を公費（国が二五％、道と市が一二・五％ずつ負担）で賄う仕組みである。

介護保険法に基づくサービスを受けるためには、あらかじめ介護の必要性や必要量についての認定（要介護認定）を受ける必要があり、申請をして認定されると、その介護の度合いに応じたサービスを利用することができる。介護保険導入時（平成十二年四月～十八年三月）の認定区分は、「要支援」及び「要介護1」要介護5」までの六段階に区分された（平成十八年四月からは「要支援2」が新設された）。

第二節 制度の運用

介護保険事業計画の策定

介護保険法では、三年を一期（第二期計画までは五年を一期）とする介護保険の実施に関する計画を策定するよう規定しており、この法定計画が「介護保険事業計画」である。三年を一サイクルとして見直しを行うのは、介護サービスの内容や、給付と負担の関係などを時代状況に合った在り方に柔軟に修正していくためであり、介護保険事業計画においては、要介護者の人数やサービスの種類ごとの見込量など、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき保険料を設定し直す仕組みとなっている。なお、設定した保険料は一期三年の間、同額に維持される。

恵庭市は、介護保険の実施に向けて「介護保険事業計画」を