

**第1章 介護保険財政**

**第1節／介護保険制度**—————6

- 1 介護保険制度創設の背景…6
- 2 介護保険制度創設前の旧制度の問題点…7
- 3 介護保険制度の基本的な目標…8
- 4 介護保険制度創設の経緯…11
- 5 施行後の実施状況…13
- 6 介護保険制度改正…15

**第2節／介護保険の財政構造**——18

- 1 公費負担についての論点…19
- 2 第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合…19

**第3節／公費負担**—————22

- 1 国庫負担金…22
- 2 調整交付金…23
- 3 都道府県負担、市町村負担…32

**第4節／財政安定化基金**—————33

- 1 計画期間3年度目の交付…33
- 2 計画期間1年度目から3年度目の貸付…35
- 3 保険料収納率が著しく低い場合等

…35

- 4 貸付金の返済…36
- 5 財政安定化基金拠出金…37
- 6 財政安定化基金の特例…37

**第5節／地域支援事業**—————38

- 1 事業内容…38
- 2 事業規模…40
- 3 財源構成…41
- 4 地域支援事業交付金…42

**第6節／保険者、被保険者**——43

- 1 保険者…43
- 2 被保険者…49

**第7節／保険給付**—————64

- 1 給付割合…64
- 2 審査・支払…72
- 3 介護報酬の請求に関する消滅時効…75
- 4 第三者行為による保険給付と損害賠償請求権…79
- 5 第三者求償等の事務に関する事務連絡…80

**第2章 第1号被保険者の保険料**

**第1節／第1号被保険者の保険料の設定**—————88

- 保険料の水準…88

**第2節／第1号被保険者の保険料の算定方法**—————89

- 1 保険料算定の流れ…89
- 2 中期財政運営…90
- 3 保険料収納必要額…91
- 4 予定保険料収納率…92
- 5 補正第1号被保険者数…93
- 6 基準額の算定方法…94
- 7 端数の取扱い…95

**第3節／介護保険事業（支援）計画**—————96

- 1 基本指針、都道府県支援計画、市町村事業計画…96
- 2 事業計画策定の流れ…98
- 3 市町村独自サービスの検討…103
- 4 その他のポイント…103
- 5 老人福祉計画の見直し…105

**第4節／9段階設定**—————106

- 制度施行時の定額保険料設定の考え方…114

**第5節／市町村民税**—————124

- 1 市町村民税とは…124
- 2 市町村民税非課税者…124
- 3 市町村民税非課税者の収入状況…128

- 4 保険料設定における市町村民税の非課税とは…132
- 5 市町村民税の課税状況の判断に当たっての留意点…132

**第6節／保険料設定の弾力化**—136

- 1 保険料設定の弾力化の概要…136
- 2 弾力化の方法…137
- 3 弾力化の必要性の判断等…140

**第7節／公費による低所得者の保険料軽減強化**—————144

- 1 制度の概要…144

- 2 2段階実施について…144
- 3 軽減割合について…145
- 4 保険料基準額との関係…145

**参考／保険料に関する特別対策**—150

- 1 制度施行時の特別対策…150
- 2 介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策…153
- 3 財政安定化基金取崩しによる保険料上昇緩和…155

**第3章 保険料の賦課・徴収**

**第1節／賦課期日、月割賦課**—158

- 1 賦課期日…158
- 2 月割賦課…159

**第2節／暫定賦課、遡及賦課**—162

- 1 暫定賦課（普通徴収の特例）…162
- 2 暫定賦課をした場合の不足額の徴収等…164
- 3 暫定賦課に係る保険料額の修正の申出…164
- 4 保険料の額の通知…165
- 5 遡及賦課…167

**第3節／特別徴収**—————172

- 1 特別徴収と普通徴収…172
- 2 特別徴収の意義…172
- 3 特別徴収に関する論点…174
- 4 特別徴収の対象となる場合…176
- 5 特別徴収の事務処理の流れ（年次処理の場合）…184
- 6 特別徴収の事務処理の流れ（月次処理の場合）…204

**第4節／普通徴収**—————209

- 1 普通徴収の対象となる場合…209
- 2 納付義務者…211
- 3 納期…212
- 4 普通徴収に係る事務の流れ（参考例）…214

**第5節／保険料の徴収猶予、減免**—————219

- 1 保険料の徴収猶予、減免の趣旨…219
- 2 徴収猶予…220
- 3 減免…221

**第6節／地方税法の準用**—————229

- 1 相続による納付義務の承継…229
- 2 繰上徴収…230
- 3 書類の送達、公示送達…230
- 4 徴収の囑託…231

**第7節／督促、滞納処分**—————232

- 1 督促、延滞金…232
- 2 滞納処分…233

**第8節／滞納者に対する保険給付の制限**—————235

- 1 滞納者に対する保険給付の制限の考え方…235
- 2 第1号被保険者に対する保険給付の制限…237
- 3 第2号被保険者に対する保険給付の制限…248

**第9節／時効**—————265

- 1 時効とは…265
- 2 介護保険における時効…266
- 3 消滅時効の起算日…266

4 徴収の督促による時効中断の効力  
…267

5 賦課権に係る期間制限…268

## 第4章 医療保険者の介護給付費・地域支援事業支援納付金と第2号被保険者の保険料

### 第1節 介護給付費・地域支援事業支援納付金—270

1 第2号被保険者による費用負担…  
270

2 納付金の性格…271

3 納付金額の算定…271

4 支払基金による納付金の徴収…  
277

5 支払基金による交付金の交付…  
278

6 その他…278

### 第2節 健康保険に加入する第2号被保険者の保険料—282

1 健康保険に加入する第2号被保険者の保険料額の概要…282

2 介護保険料率の算定について…  
284

3 特定被保険者制度…284

4 承認健康保険組合…285

### 第3節 国民健康保険に加入する第2号被保険者の保険料—289

1 国民健康保険における介護保険料額の算定について…289

2 賦課限度額…291

3 国民健康保険における滞納者対策の強化…291

●索引—293

## 凡例

次の法令については、それぞれ次の略語を用いた。

法……………介護保険法（平成9年12月17日法律第123号）

施行法………介護保険法施行法（平成9年12月17日法律第124号）

健保法………健康保険法（大正11年4月22日法律第70号）

国保法………国民健康保険法（昭和33年12月27日法律第192号）

令……………介護保険法施行令（平成10年12月24日政令第412号）

算定政令…介護保険の国庫負担金の算定等に関する政令（平成10年12月24日政令第413号）

規則……………介護保険法施行規則（平成11年3月31日厚生省令第36号）

算定省令…介護保険の医療保険者の納付金の算定等に関する省令（平成11年3月31日厚生省令第43号）

調交省令…介護保険の調整交付金の交付額の算定に関する省令（平成12年3月15日厚生省令第26号）

請求省令…介護給付費及び公費負担医療等に関する費用の請求等に関する省令（平成12年3月7日厚生省令第20号）

※略語の冒頭に「旧」と附してある場合は、経過措置等により改正後なお効力を有する旧法令であることを指している

# 第1章

## 介護保険財政

# 第1節

## 介護保険制度

族化の進行等による家族の介護機能の変化とあいまって、介護問題をより深刻化させる一因となっていた。

具体的には、在宅の寝たきり高齢者の48.7%は、3年以上寝たきりとの調査があり、介護者の54.4%が60歳以上となっていた。

こうして、介護問題は国民の老後生活における最大の不安要因となっていたのである。

### 1 介護保険制度創設の背景

介護保険法は、平成9年12月17日に公布され、平成12年4月1日から施行された。この制度は、我が国に誕生した新しい社会保険制度であり、その創設は、医療と福祉の再編成を含む大規模な改革であった。

介護保険制度の創設の背景には、様々なものがあるが、概略すれば、以下のとおり高齢化の進行の中で介護についての負担が家族にとって大きくなっていったことが挙げられる。

#### ① 高齢化の進行

我が国では、人口の高齢化に伴って、寝たきりや認知症などにより介護を必要とする者が急速に増加しており、当時からその増加が見込まれていた。すなわち、65歳以上の者の人口に占める割合は、2000年の17.4%から2025年には28.7%に、2050年には35.7%に（2012年の推計では、2012年の24.2%から2025年には30.3%に、2050年には38.8%に）上昇することが見込まれ、介護を必要とする高齢者は2000年の280万人から2025年には520万人に増加するとされていた。また、誰もが相当程度の確率で、いつか自らが介護を必要とする状態になり、又は介護を必要とする状態になった老親を持つ可能性があった。

#### ② 家族の介護負担の増大

介護期間の長期化や介護者の高齢化が進行しており、これらは、核家

### 2 介護保険制度創設前の旧制度の問題点

介護保険制度の創設前、高齢者介護は、既存の医療・福祉制度により、具体的には老人保健制度及び老人福祉制度により対応が図られていた。しかしながら、沿革的に医療は、疾病に対する急性期対応が中心だったものであり、一方福祉は、低所得者への対応が中心であったため、それぞれの制度の一部手直しでは、現在のような少子高齢化の中では、その機能を十分に発揮するには限界があった。具体的には、旧制度下においては、以下の問題が生じていた。

- ① 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たこと
- ② 公費を財源とする福祉制度においては選択がしにくいという制度的な制約があるほか、所得調査等があり利用に当たっての心理的抵抗感が伴っていたこと、一方、医療保険の枠組みの中では、介護を主たるニーズとする高齢者が治療を主たる機能とする病院に入院（いわゆる社会的入院）していることにより、高齢者に対する適切なケアの確保や医療資源の効率的な利用の面からの問題が生じていたこと
- ③ サービスの利用について、高齢者や家族の相談に応じ、その調整を担当する総合的な窓口や体制が不備であったこと
- ④ 高齢化の進行に伴い必要な介護サービスの増加が予想される中で、福祉分野の財源は基本的には一般会計により賄われていることもあり、要介護者に必要なサービス量を提供するに足る介護費用を十分に確保し続けていくことは困難であったこと

こうした問題を解決するためには、福祉と医療に分立していた高齢者介護に関する制度を再構築し、国民の共同連帯の理念に基づき国民皆で介護を支える新たな制度を創設することが求められたのである。

### 3 介護保険制度の基本的な目標

介護保険制度の創設に当たっては、以下の点を基本目標とすることとされ、これらは、いずれも制度の基本的な目標として配慮されている。したがって、これらは、他の制度と比較した場合の介護保険制度の大きな特徴であるといえる。

#### ①高齢者の自立支援

介護サービスは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、社会的に支援することが基本である。このため、法の第1条（目的規定）においては、要介護状態になってもその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう必要なサービスを行うことが規定されている。

また、介護保険は社会保険方式を採用しているから、これは、財政的にも自立支援の仕組みとして、高齢者自身の助け合いの仕組みを国民皆で支える制度であるといえる。

#### ②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希望していることから、在宅介護を重視する必要がある。このため、法第2条第4項では、在宅介護の重視が規定されている。もちろん、これを達成するためには、在宅サービスの基盤整備を進めていくことが重要である。

#### ③予防・リハビリテーションの充実

予防やリハビリテーションを充実し、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、介護保険制度においては、要介護状態となるおそれがある状態の者（要支援認定者）に対する予防給付を設けている。また、制度の枠外の措置として、各市町村においては、さまざまな介護予防施策を展開しており、国もこれを支援している。

#### ④総合的かつ効率的なサービスの提供

高齢者の個々のニーズや状態に即した介護サービスが適用されるよう、保健・医療・福祉にわたるサービスが総合的かつ効率的に提供されるサービス体系を確立することが重要である。介護保険制度において、このために重要な役割を担うのがケアマネジャー及びケアプランであり、これらを制度化した意義は大きい。

#### ⑤高齢者自身による選択

介護保険は、利用者本位の仕組みとしている。介護保険制度の創設前、いわゆる措置制度の下では、行政がサービス提供の可否や具体的なサービスを決定してきたが、介護保険制度においては、高齢者も保険料を負担しており、サービスの選択について当然の権利を有することが明確化された。

ケアマネジメントの仕組みは、利用者本位の仕組みとするために、高齢者自身の選択を基本として専門家がこれを支援するものである。

#### ⑥民間活力等の利用による多様なサービス提供の促進

介護保険においては、民間事業者や非営利組織などの参加が図られている。多様な介護サービスの提供を可能とすることにより、利用者の選択の実効性を担保するとともに、競争原理の導入によりサービスの質の向上・コストの効率化を図ることが可能となる。



## ⑦地域性の配慮

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で、地域の特性に配慮したサービス提供が図られる仕組みとすることが重要である。

介護保険制度における市町村事務はすべて自治事務であり、また、市町村は、法定給付以外にも独自の上乗せ・横出し給付を行うことができる。

一方、国は、全体の底上げを行うとともに、保険者の努力では解決し得ない部分についての格差が生じないよう支援する。

## ⑧市民の幅広い参加

高齢者の自立を基本としつつ、地域住民、ボランティアが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ることが重要である。

法上、市町村が市町村介護保険事業計画を策定するときは、あらかじめ被保険者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるものとされており、計画の策定委員会に市民が参画するなどの方法が採用されている。

### ■社会保険方式とされた理由について■

我が国においては、高齢化の進行の中で、高齢者の介護サービスを提供する仕組みとして、公費負担を組み入れた社会保険方式により制度が創設された。社会保険方式とする理由については、平成7年7月の老人保健福祉審議会の中間報告において、概略で以下のとおり述べられている。

- ① 社会保険方式は、個人の力だけでは対応できない事態に備えて、国民が互いに助け合う仕組みであり、我が国の社会保障制度の中核をなすものとして、医療や年金の分野において大きな成果をあげてきたこと。
- ② 社会保険方式は、いわゆる過剰利用・不当利用や保険料未納などの問題があるものの、ニーズに応じたサービスを普遍的に提供する方式として、公費方式に比べ、利用者によるサービスの選択の保障やサービス受給の権利性の確保という点で優れた制度であること。
- ③ 負担と給付の対応関係が明確であり、負担に対する国民の理解を得やすいこと。

補足すれば、我が国の社会システムは、自助努力を基調としつつ、共助や公助によって補完することが基本である。社会保険方式は、助け合いの考え方により、自らあらかじめ応分の拠出をしつつ保険事故に対処しようとするものであり、個人の自立を支援する仕組みとして優れた点を有する。

また、高齢化の進行に伴い、要介護状態となるリスクが一般的なものとなってきた状況の中では、介護サービスを利用しやすい仕組みとすることが求められる、こうした点からも、社会保険方式が勝るものである。

### 【公費方式と社会保険方式】

	公費方式	社会保険方式
考え方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 沿革的には、低所得者などを恩恵の精神により救済する仕組み</li> <li>・ 最低生活を保障するのになじむ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基本的に、個人の自立を尊重し、これを支援する仕組み</li> <li>・ 一定の水準のサービスを提供するのになじむ。</li> </ul>
枠組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一部の者に生じている障害について所得再分配機能により救済</li> <li>・ 租税を財源として、要介護状態のため日常生活に支障を来していることに対し、サービス又は現金を提供する仕組み</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護状態という普遍的なリスクを社会連帯（リスク分散）により救済</li> <li>・ 強制保険における保険料などを財源として、要介護状態（保険事故）に対し、サービス又は現金を給付する仕組み</li> </ul>
給付	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ (行政によるサービス決定)</li> <li>・ 行政庁によるサービス利用の優先順位付け</li> <li>・ 所得審査</li> <li>・ 応能負担（所得に応じた負担）</li> <li>・ 行政又は行政の委託を受けた者によるサービス提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ (利用者によるサービス選択)</li> <li>・ 保険者による要介護認定</li> <li>・ 利用者とサービス提供者との契約（利用者の選択）</li> <li>・ 要介護者に対する普遍的な給付</li> <li>・ 応益負担（利用に応じた負担）</li> </ul>
負担	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ (一般租税)</li> <li>・ 負担と受益の関係が希薄</li> <li>・ 受益者の拠出がなく、費用（受益者）が増加していく制度になじまない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ (保険料)</li> <li>・ 負担と受益の関係が明確</li> <li>・ 受益者も保険料負担をすることから、費用（受益者）が増加していく制度になじむ。</li> </ul>

## 4 介護保険制度創設の経緯

### (1) 制度創設に向けた検討の開始

我が国の社会保障制度は、およそ社会的な援助を必要とする事態をほぼ網羅的にカバーするに至っているが、少子高齢化の進行や経済の安定成長化など、制度を取り巻く環境は、各制度の創設当初から大きく変化している。中でも、高齢者介護については、総理府（当時）が平成5年に実施した世論調査では、9割近くの人が高齢期の生活に不安を感じているとするなど、国民の老後生活の最大の不安要因となっている状況がみられた。

こうした中で、国は既に平成元年から高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）に基づき、介護サービスの基盤整備を進めていたが、厚生大臣の懇談会である高齢社会福祉ビジョン懇談会が平成6年3月に取りまとめた「21世紀福祉ビジョン」においては、新ゴールドプランの策定などの介護基盤の緊急整備に加え、高齢者介護について「国民誰もが現実に必要なサービスを身近に手に入れることのできるようなシステム」の構築の必要性が指摘された。

これを受けて、高齢者介護・自立支援システム研究会が厚生省（当時）に発足し、平成6年12月に報告書をまとめた。ここでは、介護の基本理念として高齢者の自立支援を掲げ、社会保険方式に基礎を置いた「新介護システム」の創設を目指すことが提言されている。

平成7年2月からは、高齢者介護についての議論は、老人保健福祉審議会に検討の場を移し、一方、社会保障制度審議会は、同年7月に取りまとめた「社会保障体制の再構築（勧告）」の中で、介護サービスに要する財源は主として保険料に依存する公的介護保険を基盤にすべきことを勧告している。

老人保健福祉審議会では、平成7年7月、平成8年1月の2度にわたる中間的な報告の取りまとめを経て、平成8年4月には最終報告をまとめた。最終報告は、保険制度について意見が分かれているものも含め、論点ごとに議論を整理したものである。

## (2) 国会提出までの動き

この後、厚生省は、自由民主党、社会民主党、新党さきがけの与党福祉プロジェクトからの制度試案の作成指示を受けて具体的な試案を作成し、平成8年6月に介護保険制度案の大綱について老人保健福祉審議会に諮問・答申を行った。審議会の答申後、与党においても、関係者の意見を踏まえつつ、厚生省の作成した要綱案を基本として懸案事項についての解決を図りながら必要な法案作成作業を行い、その次の国会に法案を提出することを合意した。その後、9月には、市町村に対する財政面・事務面での支援の強化や平成12年度からの在宅・施設を同時実施

することなど（老人保健福祉審議会に諮問・答申された大綱案では、在宅サービスは平成11年度に、施設サービスは平成13年度を目途に実施することとされていた。なお、先行して介護保険制度を創設したドイツにおいては、在宅サービスが施設サービスに先行して実施されている。）介護保険法要綱案の修正事項についての合意がなされた。

## (3) 介護保険関連三法の成立

平成8年11月、第139回臨時国会に「介護保険関連三法案」が提出された。これらは、その国会では、成立を見ずに継続審議とされたが、平成9年6月には参議院で審議が開始され、更に継続審議を経て、遂に12月9日、可決成立され、同月17日に公布された。

その後、平成10年12月の介護保険法施行令の公布、平成11年3月の介護保険法施行規則の公布などを経て、また、各市町村においても、法施行の準備のための要介護認定が行われるとともに、施行直前には介護保険条例が定められ、平成12年4月に介護保険制度が施行された。

## 5 施行後の実施状況

### ① おおむね順調に実施

介護保険制度は、国民の約半数を被保険者とする巨大な仕組みであり、また、その創設は、保健・医療・福祉にわたる抜本改革であったが、市町村や事業者などの関係者の努力により、審査・支払において一部みられた若干の混乱以外は、大きな混乱もなくおおむね順調に実施されてきた。

※ これまで、税などを個人で支払うことが少なかった高齢者本人に保険料を賦課することは、大きな課題と考えられていたが、初年度（平成12年度）の高齢者の保険料の収納率（全国計）も、98.7%と高率であった。

### ② 制度創設の効果

また、介護保険の施行により、サービスの受給者及びサービスを提供

する事業者数が、特に在宅サービスにおいて、大幅に増加するなど、制度創設による効果が現れている。

実際に、租税財源による措置の仕組みから保険料財源による介護保険の仕組みに改めたことにより、介護サービスに安定的な資金が投入されたことは、サービスの普遍化に大いに貢献した。また、被保険者が保険料を支払っていることから、サービスに対する権利性が明確となった結果、介護の質の改善に日が当たり、制度施行と同時又はその後に、例えば、身体拘束ゼロ作戦の推進、認知症介護の充実、特別養護老人ホームにおける全室個室・ユニットケア化の推進など、この面における飛躍的な改善が可能となった。

さらには、地方分権の試金石といわれ、地域性に配慮された介護保険制度においては、市町村は、保険の運営主体であると同時に、サービス提供にも責任を有している。このような介護保険の創設は、市町村の事務・事業のあり方にも変化を与え、住民ニーズに密着した政策主体としての市町村を大いに育てているともいえる。

#### (参考1) 介護サービス受給者数の推移

	平成12年4月	平成15年4月	平成29年4月
居宅サービス	97万人	201万人(107%増)	381万人(293%増)
施設サービス	52万人	72万人(38%増)	93万人(79%増)

出典：介護保険事業状況報告（ ）内は対平成12年4月比

#### (参考2) 介護サービス事業者数の推移

	平成12年10月	平成15年10月	平成28年10月
訪問介護	13,138件	20,969件(60%増)	35,013件(167%増)
通所介護	8,198件	12,597件(54%増)	44,101件(438%増)

※ 平成28年10月の通所介護の事業者数は、利用定員が19人未満の地域密着型通所介護の事業者数も含めた数

出典：介護サービス施設・事業所調査（ ）内は対平成12年10月比

## 6 介護保険制度改正

### (1) 介護保険法の改正

介護保険法においては、附則第2条において、要介護者等に係る保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の状況、保険給付に要する費用の状況、国民負担の推移、社会経済の情勢等を勘案し、法律の施行後5年を目途としてその全般に関して検討が加えられた。その検討の結果に基づき、必要な見直し等の措置を講ずることとされており、社会保障審議会に介護保険部会が設置され、平成15年5月から平成16年2月まで介護保険制度の見直しに向けた検討が行われた。

この検討の結果を踏まえ、平成17年2月に「介護保険法等の一部を改正する法律案」を国会へ提出し、衆議院・参議院の審議を経て、同年6月に成立、公布され（「介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）」）、主に平成18年4月に施行された。

また、平成20年5月には、「介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律」が成立、公布され、介護サービス事業者の不正事案を受け、その再発を防止し、介護事業運営の適正化を図るため、法令遵守等の業務管理体制整備の義務付けや、事業者の本部等に対する立入検査権の創設、不正事業者による処分逃れ対策などの改正が平成21年5月から施行された。

さらに、平成22年5月から同年11月までの介護保険部会における議論を踏まえ、平成23年4月に「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」を国会に提出し、同年6月に成立、公布され、平成24年4月に施行されている。

加えて、平成25年8月に社会保障制度改革国民会議の報告書がとりまとめられるとともに、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」が国会に提出されたことを受け、同法第5条第2項に掲げられた検討項目を中心に、介護保険部会において議論が行われた。平成26年6月に成立・公布された「地域における医療及び介



護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」では、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実・見直しや利用者負担の引き上げ等の費用負担の見直しなどの介護保険法の改正が行われ、平成27年4月以降、順次施行された。

平成29年6月には、「地域包括ケアシステムを構築するための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立、公布され、地域包括ケアシステムの深化・推進、介護保険制度の持続可能性の確保に向けた改正が行われたところである。

## (2) 平成29年の介護保険制度改正の背景

平成12年に創設された介護保険制度について、サービス利用者は制度創設時の3倍を超え、500万人に達しており、サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきている。

その一方で、高齢化に伴い、介護費用の総額も制度創設時から約3倍の約10兆円になるとともに、65歳以上の人が支払う保険料の全国平均も、制度創設時は月額約3,000円を下回っていたものの、現在は5,000円を超えている。また、40歳から64歳以下の人が負担する保険料についても、制度創設時の月額約2,000円から、現在は5,000円を超えており、今後も介護費用の拡大に伴って増加することが見込まれている。

このように介護保険制度を取り巻く状況が大きく変化している中で、団塊の世代が75歳以上となる2025年や、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年も見据えつつ、高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減・悪化の防止といった制度の理念を堅持することが重要である。また、制度の持続可能性を確保するためには、給付の伸びの抑制を図るとともに、利用者負担の在り方、保険料負担の在り方について、世代内・世代間の公平等を踏まえた必要な見直しに取り組むことが必要である。

こうした背景に対応して、平成29年の介護保険法の改正においては、

地域包括ケアシステムの深化・推進と介護保険制度の持続可能性の確保の実現に向けた取組を進めることとしている。具体的には、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進、医療・介護の連携の推進、地域共生社会の実現に向けた取組の推進、2割負担者のうち特に所得の高い層への3割負担の導入、介護納付金への総報酬割の導入、などの改正が行われた。



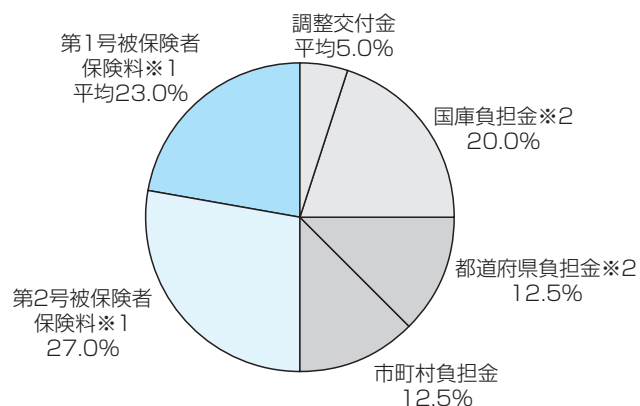
## 第2節

# 介護保険の財政構造

介護保険制度においては、給付と負担の関係を明確にし、かつ利用者の選択による利用を可能とするため、社会保険方式が採用された。

ただし、被保険者の保険料負担が過大なものにならないよう、一定の公費が投入されている。具体的には、公費で給付費の50%（国、都道府県、市町村がそれぞれ25%（20%下図※2）、12.5%（17.5%下図※2）、12.5%）を賄うこととしており、保険料負担は給付費の2分の1の水準

介護保険財政の構造



※1 平成12～14年度においては、第1号被保険者の保険料が平均17%、第2号被保険者の保険料が33%、平成15～17年度においては、それぞれ平均18%、32%、平成18～20年度においては、それぞれ平均19%、31%、平成21～23年度においては、それぞれ平均20%、30%、平成24～26年度においては、それぞれ平均21%、29%、平成27～29年度においては、それぞれ平均22%、28%

※2 平成18年度から都道府県指定の介護保険施設及び特定施設（特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護）の給付費については、国15%、都道府県17.5%、居宅給付費については国20%、都道府県12.5%

である。また、この部分は、更に第1号被保険者の保険料で給付費の平均23%が、第2号被保険者の保険料で27%が賄われている（図）。

## 1 公費負担についての論点

このように、社会保険方式を採用しつつ、費用の半分を公費で賄うこととした理由は、

- ① 介護サービスの提供に対しては、一定の公的責任があること
- ② 制度創設前の老人福祉制度においては基本的に公費によりサービスを提供していたほか、社会保険方式を基本とする老人保健制度においても介護色の強いサービスについては給付費の5割を公費で賄っていたこと
- ③ 仮に、給付に必要な費用をすべて保険料財源で賄うこととした場合、被保険者の保険料負担が過大なものとなることなどによるものである。

また、老人福祉制度が基本的に国、都道府県、市町村で2：1：1という負担割合であったことを勘案し、公費のうちのそれぞれの負担割合は2：1：1の比率とされたものである。

## 2 第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合

介護保険財政は、公費により給付費の5割が賄われるので、被保険者の保険料で賄う部分は、給付費の5割となっている。そして、保険料負担分については、第1号被保険者と第2号被保険者が公平に負担するという観点から、両者における1人当たりの保険料水準が等しくなるように振り分けられる。このため、給付費に対する割合は、平成12～14年度においてはそれぞれ17%と33%に、平成15～17年度においてはそれぞれ18%と32%に、平成18～20年度においてはそれぞれ19%と

31%に、平成21～23年度においてはそれぞれ20%と30%に、平成24～26年度においてはそれぞれ21%と29%に、平成27～29年度においてはそれぞれ22%と28%に、平成30～32年度においてはそれぞれ23%と27%に設定されている。

このように、全国における給付費に対する第2号被保険者の負担割合は、次式を基準として、3年ごとに政令で定めることとされている（法第125条第2項参照）。

$$\frac{\text{全国の第2号被保険者の見込み数}}{\text{全国の被保険者（第1号被保険者+第2号被保険者）の見込み数}} \times 1/2$$

ここで、2分の1を乗じるのは、公費が給付費の2分の1を賄うことから、保険料負担分は残りの2分の1であることによるものである。

平成30年度から平成32年度の計画期間における第1号被保険者と第2号被保険者の見込み数については、各被保険者数の実績値及び将来人口推計等を用いて、平成30年から平成32年の3年間の平均として、それぞれの被保険者数を算定したところ、100分の27という第2号被保険者負担率が示されている。

第2号被保険者の負担分は、医療保険者を通じて介護給付費納付金として社会保険診療報酬支払基金に支払われる。医療保険者ごとの介護給付費納付金の額は、そこに加入する第2号被保険者の人数に応じて振り分けられ、決定される。

なお、第1号被保険者の1人当たり平均保険料と第2号被保険者の1人当たり平均保険料は、このように等しくなるように定められているが、正確には、市町村特別給付に要する費用、財政安定化基金拠出金の納付に要する費用、前計画期間における財政安定化基金借入金の償還に要する費用、保健福祉事業に要する費用等は、第1号被保険者の保険料で賄うことから、第1号被保険者の保険料額は、この分だけ高くなる。また、第2号被保険者の負担分には被用者保険では事業主負担が、国民健康保険では公費負担が存在している。

なお、平成29年度の介護給付費納付金からは、被用者保険の場合であれば、医療保険者ごとの総報酬額が勘案され、額が決定することとされている。

#### ■第2号被保険者に第1号被保険者と同様の保険料を求める理由について■

第2号被保険者は、その介護リスクが低く、また給付が行われるのは特定疾病に起因する要介護状態に限られるにも関わらず、第1号被保険者と1人当たりの保険料額を同じものとされている理由は、以下のとおりである。

- ① 第1号被保険者に対する介護給付の中には、従来の老人保健制度を通じて医療保険者が負担してきた部分が含まれるなど、第2号被保険者自身も第1号被保険者に対する介護給付により医療保険料の負担者としての受益を有していること
- ② 第2号被保険者の対象年齢である40歳以降は、老親の介護が問題となる時期であり、介護保険により、その介護負担が軽減されるなど一定の受益があること
- ③ 現役世代の方が一般的に負担能力が高いこと

## 第3節

# 公費負担

### 1 国庫負担金（法第121条）

#### (1) 概要

国は、市町村に対し、介護給付及び予防給付に要する費用の額の20%（ただし、都道府県指定の介護保険施設及び特定施設に要する費用の額については15.0%）に相当する額を負担している。国庫負担金の対象となるのは、負担の公平の見地から、市町村の独自サービスを除いたいわゆる標準給付費（算定政令第6条第5項）である。具体的には、市町村特別給付や保健福祉事業といった横出し給付や、国の定める支給限度基準額を超える額を設定する上乘せ給付を含まない額が算定基礎となる（法第121条、算定政令第1条。なお、法上、「介護給付及び予防給付に要する費用」には、市町村特別給付や保健福祉事業に要する費用は含まれない）。こうした算定方法は、国庫負担金のみならず、調整交付金や都道府県負担金、市町村負担金においても、同様である。

#### (2) 執行

国庫負担金は、各市町村の介護保険事業運営の安定化を図ることを目的としており、国の交付要綱に基づき、各市町村の介護保険財政に不足等が生じないように、交付決定は年間2回（年度当初と年度末）に分けて行われ、実際の支払は、当初交付決定以降、毎月行われる。

また、各市町村は、当該年度の事業が完了したとき又は国の承認を得

て事業の中止もしくは廃止を行った時は、当該事業が完了（中止もしくは廃止を含む）した年度の翌年度の6月末日までに事業実績報告書を提出することとなっており、これにより国庫負担金の額が確定され、精算追加交付・返還が行われる。

### 2 調整交付金（法第122条）

国は、介護保険の財政の調整を行うため、標準給付費の5%を総額として、市町村に対して調整交付金を交付している。調整交付金の算定も、国庫負担金と同様、標準給付費を基礎として行われる（法第122条第2項）。

#### (1) 普通調整交付金

##### ① 概要

調整交付金は、普通調整交付金と特別調整交付金とに分けられる。このうち、普通調整交付金は、以下の市町村格差による介護保険の財政の不均衡を是正するために交付されるものである（算定政令第1条の2第1項、第2項）。

- ① 各市町村における第1号被保険者の総数に対する75歳以上の者の割合
- ② 各市町村における各所得段階別の第1号被保険者の分布状況

これらは、いずれも、各市町村において、保険料基準額に影響を及ぼす要因であるが、必ずしもその市町村の責に帰すべきものではないことから、普通調整交付金によって調整されることとされたものである。

なお、平成30年度からは、特に年齢が高い第1号被保険者の分布をきめ細かく反映させるため、普通調整交付金の年齢区分を①65歳～74歳、②75歳以上の2区分から、①65歳～74歳、②75歳～84歳、③85歳以上の3区分に見直すこととした。ただし、激変緩和措置として、平成30年度から平成32年度の間は、従来の2区分による方法と、見直し後の3区分の方法により算出された割合の平均を交付割合とすることと

## &lt;概念図&gt;

後期高齢者比率が低く、  
所得水準が高い市町村

後期高齢者比率・所得水準  
が全国平均である市町村

後期高齢者比率が高く、  
所得水準が低い市町村

第2号被保険者の 保険料 (27%)	第2号被保険者の 保険料 (27%)	第2号被保険者の 保険料 (27%)
第1号被保険者の 保険料 (26%)	第1号被保険者の 保険料 (23%)	第1号被保険者の 保険料 (18%)
調整交付金(2%)	調整交付金(5%)	調整交付金(10%)
国の定率負担 (20%)※	国の定率負担 (20%)※	国の定率負担 (20%)※
都道府県の定率負担 (12.5%)※	都道府県の定率負担 (12.5%)※	都道府県の定率負担 (12.5%)※
市町村の定率負担 (12.5%)	市町村の定率負担 (12.5%)	市町村の定率負担 (12.5%)

※ 都道府県指定の介護保険施設及び特定施設の給付費については、国15%、都道府県17.5%、居宅給付費については国20%、都道府県12.5%

している。

## ②調整事由の考え方

普通調整交付金の調整事由は、その根拠を明確にする観点から算定政令上で規定されているが、そもそもどのような調整事由を政令に規定すべきかについては、一つの議論となり得る。

ただし、極端な場合として、あらゆる地域格差を調整して全国一律の保険料設定とすることは考えられないかという問題提起がなされることがあるが、市町村ごとにサービス量が異なることを考えれば、むしろそれにもかかわらず保険料を一律にしてしまうことは公平ではないと考え

られている（P 114参照）。

また、保険料基準額が極めて高い市町村からすれば、調整交付金によってこれを何とか下げられないかという議論が生じるが、各市町村において介護保険財政に影響を与える要因はさまざまある中で、結果として保険料が高くなる市町村を救済する仕組みを設けることについては、それが各市町村の自助努力を妨げる要因となることに留意して慎重に考える必要がある。結論的には、調整事由は、市町村の責めに帰し得ないものであることが必要であり、現在のところ上記2つの事由が定められているものである。

## ③普通調整交付金の算定

$$\text{普通調整交付金の額（調交省令第2条）} \\ = \text{標準給付費額①} \times \text{交付割合②} \times \text{調整率③}$$

## ① 標準給付費（調整基準標準給付費額）

調整交付金の算定に際して用いられる標準給付費は、年度内に交付するため、基本的には前年度の12月から当該年度の11月までのサービスに係るものを基礎とする（調交省令第3条）。

## ② 交付割合（普通調整交付金交付割合）

市町村ごとに定められる後期高齢者加入割合補正係数（ $a$ ）と所得段階別加入割合補正係数（ $\beta$ ）を勘案した割合で、調交省令第4条において、以下の式が定められている（平成30年度～32年度の場合）。

$$\text{普通調整交付金交付割合} \\ = (0.55 - 0.27) - (0.5 - 0.27) \times a \times \beta \\ = 0.28 - 0.23 \times a \times \beta$$



【α）後期高齢者加入割合補正係数（調交省令第5条）】

【例】

後期高齢者加入割合が高いために、標準よりも要介護高齢者の発生率が1.2倍であるA市においては、調整が行われない場合、第1号被保険者の保険料率も1.2倍になってしまう。そこでA市の第1号被保険者の保険料率が全国的な後期高齢者加入割合の市町村と同じ水準になるよう、後期高齢者加入割合補正係数が10/12になるように設定する。

したがって、調整後のA市においては下記のような割合となる。

第1号被保険者の保険料割合	調整交付金割合
= 23% × 10/12 = 19.2%	= 28% - 19.2% = 8.8%

後期高齢者加入割合補正係数は、全国平均の後期高齢者加入割合と当該市町村の後期高齢者加入割合との格差による要介護・要支援者の発生率の相違を調整するものである。高齢者が多いこと自体は、サービス量が増える代わりに保険料収入も増えるので調整する必要はないが、後期高齢者が多い場合には一般的に要介護発生率が高くなることから、調整する必要があるとしたものである。

後期高齢者加入割合補正係数（α）

$$\alpha = \frac{\begin{array}{l} \text{全国における前期高齢者の割合} \times \text{全国における前期高齢者の要介護等発生率} \\ + \text{全国における85歳未満後期高齢者の割合} \times \text{全国における85歳未満後期高齢者の要介護等発生率} \\ + \text{全国における85歳以上後期高齢者の割合} \times \text{全国における85歳以上後期高齢者の要介護等発生率} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{当該市町村における前期高齢者の割合} \times \text{全国における前期高齢者の要介護等発生率} \\ + \text{当該市町村における85歳未満後期高齢者の割合} \times \text{全国における85歳未満後期高齢者の要介護等発生率} \\ + \text{当該市町村における85歳以上後期高齢者の割合} \times \text{全国における85歳以上後期高齢者の要介護等発生率} \end{array}}$$

※ 要介護等発生率は、要介護度別の発生状況等を勘案して補正したものを用いる。

全国平均値は、毎年度2月頃、国によって各市町村の数値を調査し決定した上で通知される。例えば、従来の2区分による方法で算出していた平成29年度においては、

- ① 全国平均の前期高齢者加入割合：50.67%
- ② 全国平均の後期高齢者加入割合：49.33%
- ③ 前期高齢者の要介護発生率：4.28%
- ④ 後期高齢者の要介護発生率：32.17%

であったことから、後期高齢者の補正係数は、以下のとおりである。

$$0.5067 \times 0.0428 + 0.4933 \times 0.3217 (= 0.1804)$$

当該市町村の前期加入割合 × 0.0428 + 当該市町村の後期加入割合 × 0.3217

【β）所得段階別加入割合補正係数（調交省令第6条）】

【例】

所得段階が低所得に属する者が多いB市においては、調整が行われない場合、保険料基準額が全国標準的な市町村よりも約3%高くなってしまふ。

そこで、B市の第1号被保険者の保険料率が全国的な所得段階別加入割合の市町村と同じ水準となるよう、所得段階別加入割合補正係数が100/103となるように設定する。したがって、調整後のB市においては下記のような割合となる。

第1号被保険者の保険料割合	調整交付金割合
= 23% × 100/103	= 28% - 22.3%
= 22.3%	= 5.7%

所得段階別加入割合補正係数は、全国平均の所得段階別加入割合と当該市町村の所得段階別加入割合との格差を調整するものである。

所得段階別加入割合補正係数（ $\beta$ ）

$$\begin{aligned} \beta = & 1 - \{ (\text{当該市町村の第1段階被保険者割合} - \text{全国平均の第1段階被保険者割合}) \times 0.5 \\ & + (\text{当該市町村の第2段階被保険者割合} - \text{全国平均の第2段階被保険者割合}) \times 0.25 \\ & + (\text{当該市町村の第3段階被保険者割合} - \text{全国平均の第3段階被保険者割合}) \times 0.25 \\ & + (\text{当該市町村の第4段階被保険者割合} - \text{全国平均の第4段階被保険者割合}) \times 0.1 \\ & - (\text{当該市町村の第6段階被保険者割合} - \text{全国平均の第6段階被保険者割合}) \times 0.2 \\ & - (\text{当該市町村の第7段階被保険者割合} - \text{全国平均の第7段階被保険者割合}) \times 0.3 \\ & - (\text{当該市町村の第8段階被保険者割合} - \text{全国平均の第8段階被保険者割合}) \times 0.5 \\ & - (\text{当該市町村の第9段階被保険者割合} - \text{全国平均の第9段階被保険者割合}) \times 0.7 \} \end{aligned}$$

\* 所得段階別加入割合補正係数は、多段階による保険料設定を行う市町村や各段階の負担割合を変更する市町村においても、調整交付金の額に影響を及ぼさないよう、標準的な9段階による保険料設定を前提として、同じ算定式により算定する。

全国平均値は、例えば平成29年度においては、第1段階18.4%、第2段階7.9%、第3段階7.5%、第4段階13.8%、第6段階13.4%、第7段階11.8%、第8段階6.9%、第9段階6.9%である。

## (2) 特別調整交付金

介護保険の財政の調整を行うために交付される調整交付金のうち、特別調整交付金は、災害その他特別の事情がある市町村に対し、交付されるものである（算定政令第1条の2第3項）。

すなわち、前年度の1月1日から当該年度の12月31日までの間に災害等により減免の措置を採った保険料の額が、保険料の賦課額の3/100に相当する額以上である場合と、同じく減免を行った利用者負担の額が利用者負担全体の3/100に相当する額以上である場合に、減免額の8/10以内の額が交付される仕組みとなっている（調交省令第7条）。

特別調整交付金の総額は、調整交付金の総額から各市町村に交付すべき普通調整交付金の合計額を控除した額であり、特別調整交付金に残余が生じた場合には、普通調整交付金として交付される。両者の和が調整交付金の総額となるよう、調整率を用いて調整される（算定政令第1条の2第4項・第5項、調交省令第2条、第8条）。

保険料減免については、市町村の減免措置の迅速適切な実施と各市町村間における取扱いの均衡を図るため、局長通知による特別調整交付金の算定基準が示されている（「災害による介護保険の保険料の減免に伴う特別調整交付金の算定基準について」平成12年12月4日老発第798号老人保健福祉局長通知）。

なお、利用者負担の減免については、法第50条及び第60条の規定に基づき、市町村が判断することとされている。

### 【特別調整交付金の算定基準（局長通知）の概要】

#### ① 交付対象とする保険料の減免措置

交付対象とする保険料の減免措置は、広範囲に発生した災害により、条例に基づき行われたものであり、かつ市町村民税について同一の事由によって条例に基づき減免の措置がとられている場合である。

これは、財政影響が無視できないような広範囲に発生した災害が対象になることを示すとともに、それが安易に行われることのないよう、条例に基づき、かつ市町村民税についても同一の事由について減免措置が講じられているものであることを示したものである。

なお、国民健康保険や市町村民税においても、類似の基準が示されており、それらにおいては、条例は、災害の都度定めることが必要であるとされている。実際、国民健康保険の保険料や市町村民税においても併せて減免を行う場合には、別途災害減免条例を設ける場合もあり、災害の程度に応じた減免という観点からは、それがふさわしい場合もあるが、各市町村が災害の混乱の中で議会を招集するのは困難な場合も考えられること、実際に既に一般的な減免条例を定めている自治体が多いことから、介護保険においては、災害の都度条例を定めることは不要とされている。

#### ② 交付額の算定の基礎となる保険料の減免基準

特別調整交付金の算定の基礎となる減免の基準は、以下のとおりである。広範囲に発生し、かつ定型的に要件が判断できる事由が設定されて

いる。

ア) 住宅が災害により損害を受けた場合（所得、損害度合いに応じて以下のとおり。）

	損害程度2/10～5/10未満	損害程度5/10～
基準所得金額未満のとき	1 / 2 軽減	免 除
基準所得金額以上のとき	1 / 4 軽減	1 / 2 軽減

※基準所得金額とは保険料の7段階と8段階を区分する所得金額である。

イ) 主たる生計維持者が災害により死亡

又は行方不明となった場合 免 除

ウ) 主たる生計維持者が障害者となった場合 9/10 軽減

エ) 主たる生計維持者が災害等による被害を受けた場合（平年の3/10以上の被害の場合。（事業所得以外の所得の合計額が400万円を超える者を除く。）所得に応じて以下のとおり。）

・ 基準所得金額未満のとき 免 除

・ 基準所得金額以上のとき 8/10 軽減

なお、住宅に損害を受けた場合、特別調整交付金の交付対象の損害程度の下限は2/10とされているが、これは、別途各市町村が発行する被災証明に基づき判断することを想定しているものである。

### (3) 総枠調整

国庫負担金は、各市町村に対し、実績に基づいて精算が行われ、給付費の20%が配られるのに対し、調整交付金は、交付金という名称に示されているとおり、おのおの市町村において給付費の5%となるよう精算調整が行われるものではない。

このように、調整交付金は年度内に交付するため、交付決定額は算定時における給付実績に基づく「確定額」であるが、全国における調整交付金の総額は、全国における給付費の5%とされており（法第122条第2項）、毎年度の調整交付金の算定に当たっては、翌年度の出納閉鎖後に各市町村から提出される給付実績に基づき、全国ベースでの「総枠調整」

が行われる。すなわち、毎年度交付される調整交付金の総額は、前年度（以前）分に不足額がある場合には対応する額が上乘せされ、逆に、超過額がある場合には対応額が控除されて配られることとされている（法第122条第3項）。総枠調整とは、各個別市町村において定められた割合が配分されるというものではなく、全国ベースの総額が5%分確保されることを示すものである。

#### ■調整交付金5%の外枠化について■

「どの市町村に対しても調整交付金が5%配分されるようにすべし」という市町村からの要望・議論がある。これは調整交付金の5%外枠化と呼ばれる。ただし、その議論は関係者間で若干収斂されていないところがあるので、以下、状況を整理する。

まず、調整交付金5%外枠化の論拠として、わがまの保険料を上げてまで他の市町村の面倒をみなければならぬのはなぜか、という考え方がある。

しかしながら、これは極端に言えば、調整交付金による調整作用をすべて廃止すべしということにほかならず、その場合には保険者の責に帰せない事由を調整するという調整交付金の趣旨をまったく放棄することになるので、困難である。

そこで調整交付金の調整機能を維持しつつも、最低水準を5%とすべし、という考え方がある。ただし、これは、すなわち国庫負担を20%から25%に引き上げた上でなお必要な調整交付金を交付することを意味するので、今後も給付費の伸びが予想され、それに伴って必然的に各財源が増大していく中で、国庫負担率のみを増加させるのは、ハードルが高いだろう。また、制度の根幹である保険料5割、公費5割の原則を崩し、国庫負担を引き上げれば、議論に収拾がつかなくなるという点においても、この議論は採用されにくいものであるということを理解しておかなければならない。



## 2 中期財政運営

### (1) 保険料は3年ごとに改定

第1号被保険者の保険料は、中期的に安定した財源確保を可能にするという観点から、介護保険法上、おおむね3年を通じ財政の均衡を保つことができるものでなければならぬとされ（法第129条第3項）、計画期間である3年間の支出及び収入状況等を勘案して保険料率を設定することとなっている。したがって、原則として3年間を通じて同一の保険料率となり、初年度に黒字額が生じた場合には介護給付費準備基金として積み立てて、次年度以降に備える仕組みとなっている。また、保険料率の算定の基礎となった給付費の見込みを上回る給付費の増加や、市町村が通常の努力を行ってもなお生じる保険料未納分について、定められた負担割合を超えた一般財源からの繰り入れをしないで済むように、会計上の不足額を財政安定化基金の貸付金及び交付金で補う仕組みとなっている。

### (2) 計画期間途中の改定

このように保険料率は原則として3年間同一であるが、実際の給付費額が当初の見込みを大きく上回る場合など、3年間同一の保険料率を用いることで財政運営上支障が生じると見込まれる場合等には、保険料率を変更することは可能である。なお、保険料は、市町村介護保険事業計画に定めるサービスの見込み量等に基づき算定するものであることから、計画期間中に保険料を変更する場合においては、事業計画を変更し、給付費の見込額を適切に見直すことが適当である。また、保険料率を変更する場合においても、年度途中における保険料率の変更は、基本的にできないものである。

なお、財政安定化基金への拠出金については、標準給付費及び地域支援事業費の見込額総額の一定割合（平成30～32年度は0.042%）を標準として都道府県が定めている（算定政令第12条第1項、算定省令第4条）

ところである。したがって、計画期間中に給付実績が見込みと異なる場合であっても、基本的に拠出金額に変更はないが、保険料率を変更する場合には、見込み自体を変えるものであるから、これに応じて拠出金額を増減させることとなる。

## 3 保険料収納必要額

保険料収納必要額とは、計画期間において、保険料として確保することが必要な額をいう。

具体的には、事業計画から算出される下記a)に掲げる介護保険事業に要する費用の額の見込みから、b)に掲げる介護保険事業のための収入額の見込みを控除して得た額を各年度について算出し、3年間の計画期間について合算することとされている（令第38条第3項）。

#### a) 介護保険事業に要する費用の額の見込み

以下の費用の見込額を合算した額

- ・介護給付及び予防給付に要する費用
- ・市町村特別給付に要する費用
- ・地域支援事業に要する費用
- ・保健福祉事業に要する費用
- ・財政安定化基金拠出金の納付に要する費用
- ・財政安定化基金の償還金に要する費用
- ・その他介護保険事業に要する費用（事務費関係費用を除く）

#### b) 介護保険事業のための収入額の見込み

以下の収入の見込額を合算した額

- ・国の負担金（標準給付費額（算定政令第6条第4項第1号）の20%）※
- ・都道府県の負担金（標準給付費額の12.5%）※
- ・市町村の負担金（標準給付費額の12.5%）
- ・国の調整交付金（総額は標準給付費額の5%）
- ・地域支援事業に対する、国の交付金及び都道府県の負担金（P41参照）
- ・介護給付費交付金（標準給付費額の27%）
- ・地域支援事業支援交付金（介護予防・日常生活支援総合事業費の27%）
- ・国・都道府県からの補助（法第127条、第128条）
- ・その他、介護保険事業に要する費用のための収入（事務費関係費用を除く）

※ 都道府県指定の介護保険施設及び特定施設の給付費については、国15%、都道府県17.5%



当される部分は、支払基金から交付金として交付される（法第160条第1項第2号、第3号）。当該交付金は、支払基金が年度ごとに医療保険者から徴収する納付金により賄われる。各医療保険者の概算納付金は、各医療保険者が第2号被保険者数に応じて負担（以下「加入者割」という。）することとされていたが、医療保険者ごとの財政力を考慮せず、各医療保険者の第2号被保険者数に応じた一律の負担を課していたため、財政力の弱い医療保険者の負担が相対的に重くなっていた。このため、平成29年度からは、医療保険者の実質的な負担能力に応じたものとする観点から、被用者保険等保険者（※）に係る介護納付金について、各被用者保険等保険者の総報酬額に応じた負担（以下「総報酬割」という。）とされている。

具体的には、国民健康保険の保険者（国民健康保険組合であって、被用者保険者である保険者を除く。）及び日雇特例被保険者の保険者としての全国健康保険協会と被用者保険等保険者との間では、加入者割により算定し、被用者保険等保険者においては、さらにその部分について総報酬割を行う、2段階の算定方式とされている。

※健康保険法の規定による保険者（日雇特例被保険者の保険者としての全国健康保険協会を含む。）、船員保険法（昭和14年法律第73号）の規定による保険者、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、日本私立学校振興・共済事業団及び健康保険法第3条第1項第8号の規定による承認を受けて同法の被保険者とならない者を組合員とする国民健康保険組合であって厚生労働大臣が定めるもの。

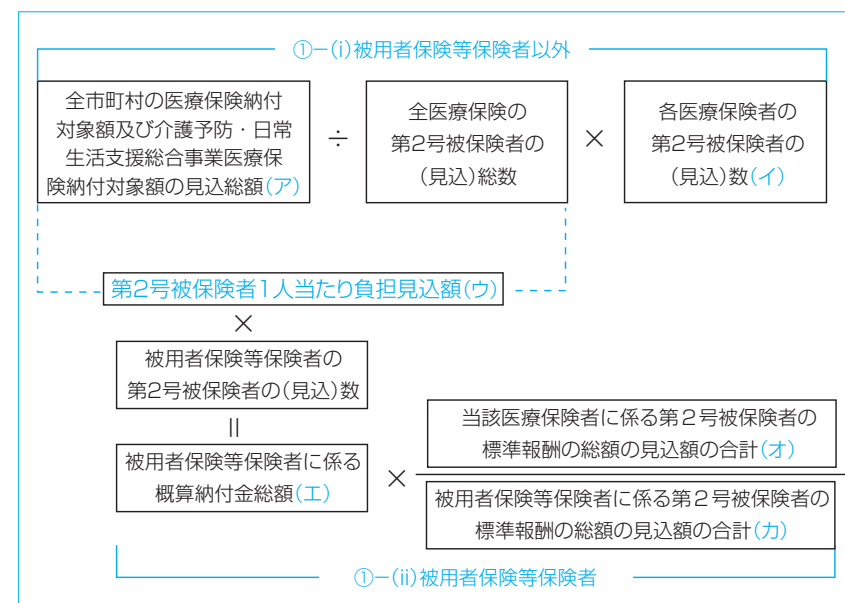
## (2) 年度ごとの納付金額（総報酬割）

年度ごとの納付金額は、当該年度の概算納付金額と前々年度分の精算金額（概算納付金額・確定納付金額の差額と調整金額）の合計で、概算納付から精算まで3年にわたる。こうした仕組みは、老人保健制度における医療費拠出金等の精算と同様である。

$$\begin{aligned} & \text{当該年度の納付金額} \\ & = \text{当該年度の概算納付金額 (①)} \\ & \quad + (\text{前々年度の確定納付金額 (②)} - \text{前々年度の概算納付金額}) \\ & \quad + \text{調整金額 (③)} \end{aligned}$$

### ①概算納付金額

〔各医療保険者の概算納付金の算定方法〕（法第152条）



概算納付金額は、確定した前々年度の数値から、算定省令に規定された方法により、具体的には厚生労働大臣が告示する全国値を用いて推計する。

#### ①-(i) 被用者保険等保険者以外の場合

(ア) 医療保険納付対象額及び介護予防・日常生活支援総合事業医療納付対象額の見込総額（算定省令第7条）

全市町村の医療保険納付対象額及び介護予防・日常生活支援総合事業医療納付対象額の見込総額

$$= (\text{標準給付費の総額} + \text{介護予防・日常生活支援総合事業費額} (*)) \text{の}$$

= (前々年度の全市町村の標準給付費総額 + 前々年度の介護予防・日常生活支援総合事業費額(\*)の総額)  
 × 前々年度の第2号被保険者負担率(平成30～32年度は27%) (算定省令第10条)

\*平成27年度から平成30年度においては介護予防等事業に要する費用の額を含む。

### ③調整金額 (法第151条、算定省令第6条)

調整金額は、2年後精算をする際に、その間に生じた利息を勘案するためのものである。すなわち、前々年度の概算納付金額が前々年度の確定納付金額を超える医療保険者(控除対象医療保険者)においては当該超過額に算定率を乗じた額を控除し、逆の場合(加算対象医療保険者)においては不足額に算定率を乗じて得た額を加算することとなる。

算定率は、以下の考え方により求められ、具体的には、年度ごとにあらかじめ厚生労働大臣が定める。平成30年度は、0.00109268となっている。

算定率 = 利息額 ÷ 精算差額  
 = 支払基金における利息額(支払利息と受取利息との差額を基礎として支払基金があらかじめ厚生労働大臣の承認を受けて算定する額(※)) ÷ すべての医療保険者における不足額の合計額と超過額の合計額との差額

※前々年度に支払基金の業務上生じた利息の額等を勘案することとされている。

## (3) 経過措置 (平成31年度まで)

### ①パート適用拡大に係る特例

平成28年10月より短時間労働者に被用者保険の適用が拡大され、被用者保険の加入者数の増加が見込まれることから、加入者数に応じて負担することとされている納付金の額が急増しないよう、被用者保険等保険者に係る介護納付金の算定方法に激変緩和措置が設けられている。

具体的には、納付金のうち、加入者数に応じて負担することとされて

いる部分については、第2号被保険者の(見込)数を算定するに当たって、標準報酬の低い者の人数については1/100を乗じて補正してカウントすることとされている。

### ②総報酬割導入に係る激変緩和措置

総報酬割を導入することにより、負担能力の高い健康保険組合等において負担が増加することとなるが、健康保険組合等の負担が過度に重くならないよう、総報酬割の対象は、平成29年度及び平成30年度は、被用者保険等保険者が負担する介護納付金の合計額の2分の1に相当する額とし、残りの2分の1に相当する額は、引き続き当該保険者の加入者数に応じて算定する。平成31年度は、被用者保険等保険者が負担する介護納付金の合計額の4分の3に相当する額を総報酬割の対象とし、残りの4分の1に相当する額は、引き続き当該保険者の加入者数に応じて算定する。平成32年度以降は、被用者保険等保険者の介護納付金について全面的に総報酬割を導入する。

※加入者数に応じて負担することとされている部分については、従前どおり以下の算定式で求めている。

概算納付金額

= 医療保険納付対象額及び介護予防・日常生活支援総合事業医療納付対象額の見込総額 ÷ 全医療保険の第2号被保険者の(見込)総数  
 × 各医療保険者の第2号被保険者の(見込)数

## 4 支払基金による納付金の徴収

支払基金は、年度ごとに医療保険者から納付金を徴収する(法第150条第1項)。納付金額の決定のため、支払基金は、各医療保険者に毎年度40歳以上65歳未満の医療保険加入者数等の報告を求めることができることとされており(法第163条)、医療保険者は、当該年度の各月末日における第2号被保険者数等を当該年度の翌年度の6月末までに報告しなければならないとされている(算定省令第14条)。こうして医療保険者か