

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 介護保険制度の円滑な施行に向けての準備

第1節 介護保険制度の円滑な施行

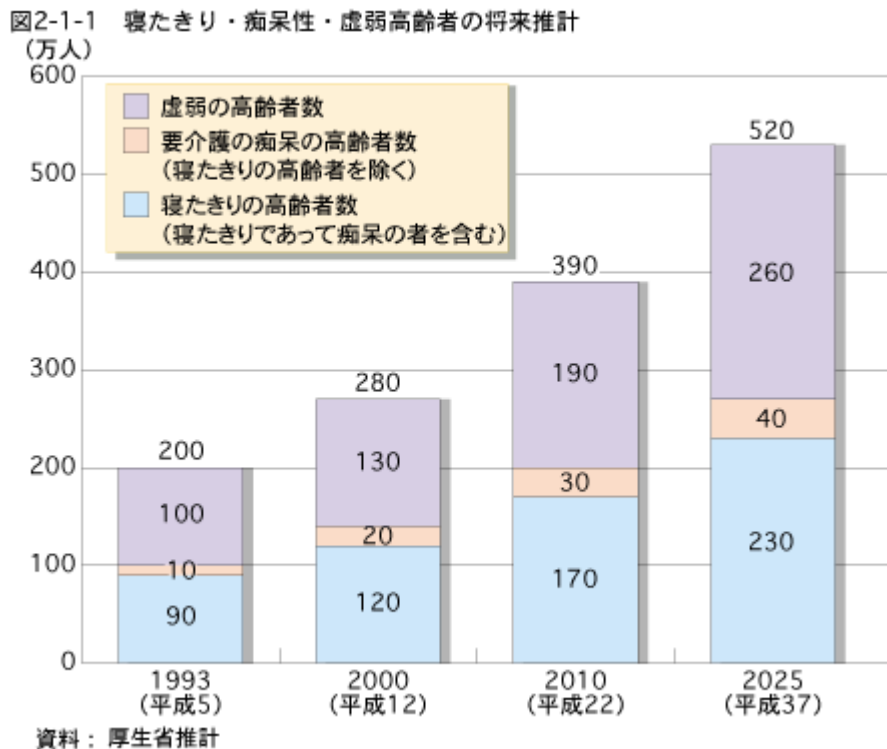
1 介護保険制度の概要

(1) 高齢者介護をめぐる状況

戦後、我が国は、生活環境の改善や医学の進歩などにより平均寿命が著しく伸び、1997（平成9）年には、男性77.19年、女性83.82年にまで伸長し、世界有数の長寿社会となった。

その一方で、高齢化の進展に伴い介護を必要とする寝たきりや痴呆の高齢者が急速に増えることが見込まれている。こうした中で、実際に家庭において介護をしている家族が身体的にも精神的にも大きな負担を負っており、家族はまさに「介護疲れ」の状態にある場合がしばしば見られ、家族間の人間関係そのものが損なわれるような状況が生じている。

図2-1-1 寝たきり・痴呆性・虚弱高齢者の将来推計



(2) 介護保険制度創設のねらい

介護保険制度は、このように高齢者介護の問題が深刻化してきた中で、高齢者が介護を必要とする状態になっても、自立した生活を送り、人生の最期まで人間としての尊厳を全うできるよう、高齢者介護を

社会的に支える仕組みとして創設されたものである。

この介護保険制度の創設により、

1)

給付と負担の関係がわかりやすい社会保険の仕組みとすることにより、増加する費用を社会全体の連帯によって、安定的に賄うことができるようにする

2)

高齢者介護サービスが福祉と医療に分かれており、利用手続きや利用者負担が異なるため、利用しにくくなっている現行制度を再編成し、必要なサービスを総合的・一体的に受けられる利用者本位の仕組みとする

ものである。

(3) 介護保険制度の概要

1) 保険者

国民に最も身近な行政単位である市町村を介護保険制度の保険者とした上で、国、都道府県、医療保険者等が市町村を重層的に支え合う制度としている。

2) 被保険者の範囲

被保険者は40歳以上の者とし、65歳以上の第1号被保険者と40歳以上65歳未満の医療保険加入者である第2号被保険者との二つに区分している。そのうち、第1号被保険者は、常に介護を必要とする状態（要介護状態）や、日常生活に支援が必要な状態（要支援状態）になった場合にサービスが受けられる。一方、第2号被保険者については、初老期の痴呆、脳血管疾患など老化が原因とされる病気（特定疾病として15の病気を指定）により要介護状態や要支援状態になった場合にサービスが受けられる。

3) 保険給付の手続・内容

介護保険の給付を受けるためには、寝たきりや痴呆などサービスが必要な状態かどうかの認定（要介護認定または要支援認定）を受けることが必要である。本人やその家族または依頼を受けた居宅介護支援事業者等が市町村の窓口申請を行い、申請を受けた市町村は、被保険者の心身の状況調査を行う。その結果とかかりつけ医の意見を基に市町村に設置される介護認定審査会において審査判定が行われ、その結果に基づき市町村が要介護認定または要支援認定を行う。

ここで、要介護認定を受けた者に対しては、在宅・施設両面にわたる多様なサービスを給付することとし、要支援認定を受けた者に対しては、要介護状態の発生の予防という観点から、在宅のサービス等を給付することとしている。

4) 利用者負担

利用者負担については、サービスを利用する者と利用しない者との間の公平性の確保等の観点から、基本的には介護サービス費用の1割の負担が設定されている。

また、施設入所者はこのほかに、食事の提供に係る費用のうち家計における平均的な食費の額と日常生活費を負担することになる。

なお、低所得者に対しては、高額介護サービス費（サービス利用時の利用者負担が高額になった場合に、利用者の一部負担額に限度額を設け負担を頭打ちにする）の支給による負担の上限や食事の標準負担額（食事の提供に係る費用のうち家計における平均的な食費の額）について低い額を設定し、配慮することとしている。

5) 保険料

第1号被保険者の保険料については、低所得者の負担を軽減するため市町村ごとに所得段階に応じた定額の保険料を設定することとしている。また、年額18万円以上の老齢基礎年金等を受けている者については、年金からの特別徴収（いわゆる天引き）が行われ、それ以外の者については市町村が個別に徴収する。

一方、第2号被保険者については、それぞれに加入する医療保険制度の算定基準に基づき保険料を設定し、一般の医療保険料に上乗せする形で一括して徴収することとなっている。

6) 財源構成

介護保険制度においては、給付に必要な費用を安定的に賄うために、半分を保険料、残りの半分を公費で賄うこととしている。公費のうち、国、都道府県、市町村の負担割合は、現行諸制度における負担のあり方を踏まえ、2:1:1（それぞれ総給付費の25%、12.5%、12.5%）としている。

また、国費の25%のうち5%分は、後期高齢者の加入割合の相違や高齢者の負担能力の相違等によって生じる市町村間の財政力の格差の調整のために充てることとしている。

図2-1-2 要介護認定とサービスの利用方法

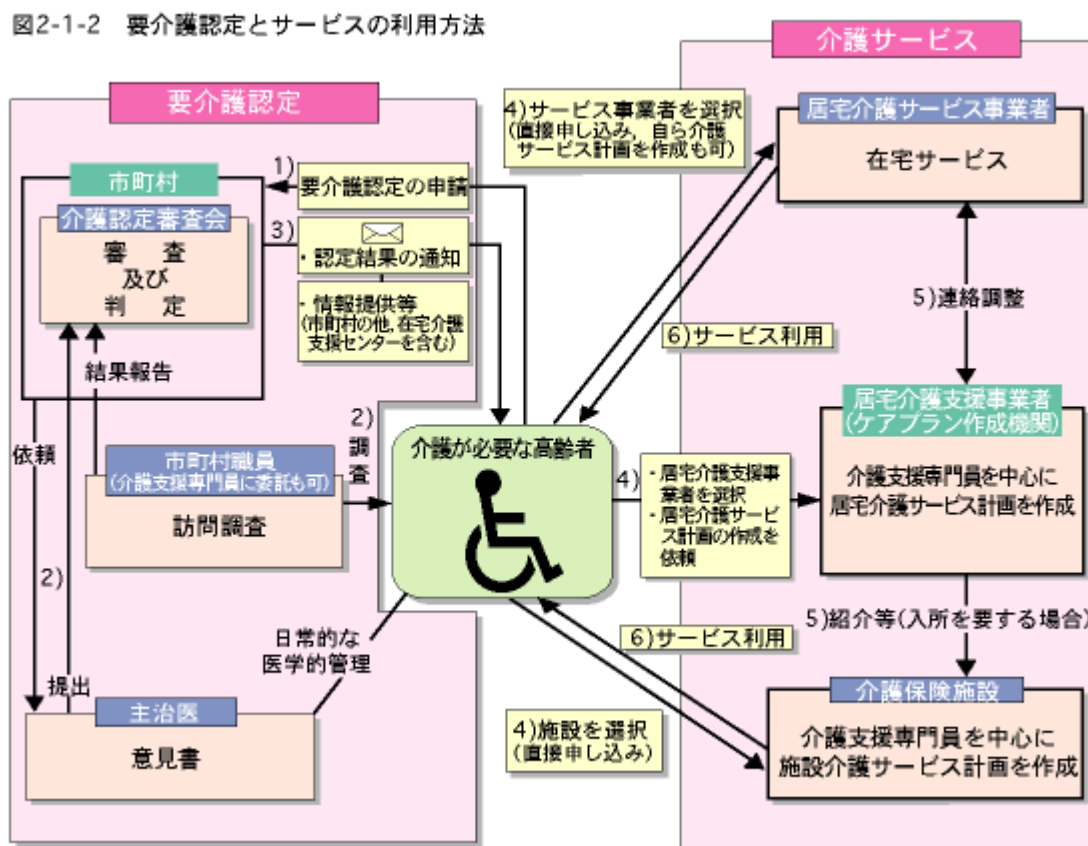
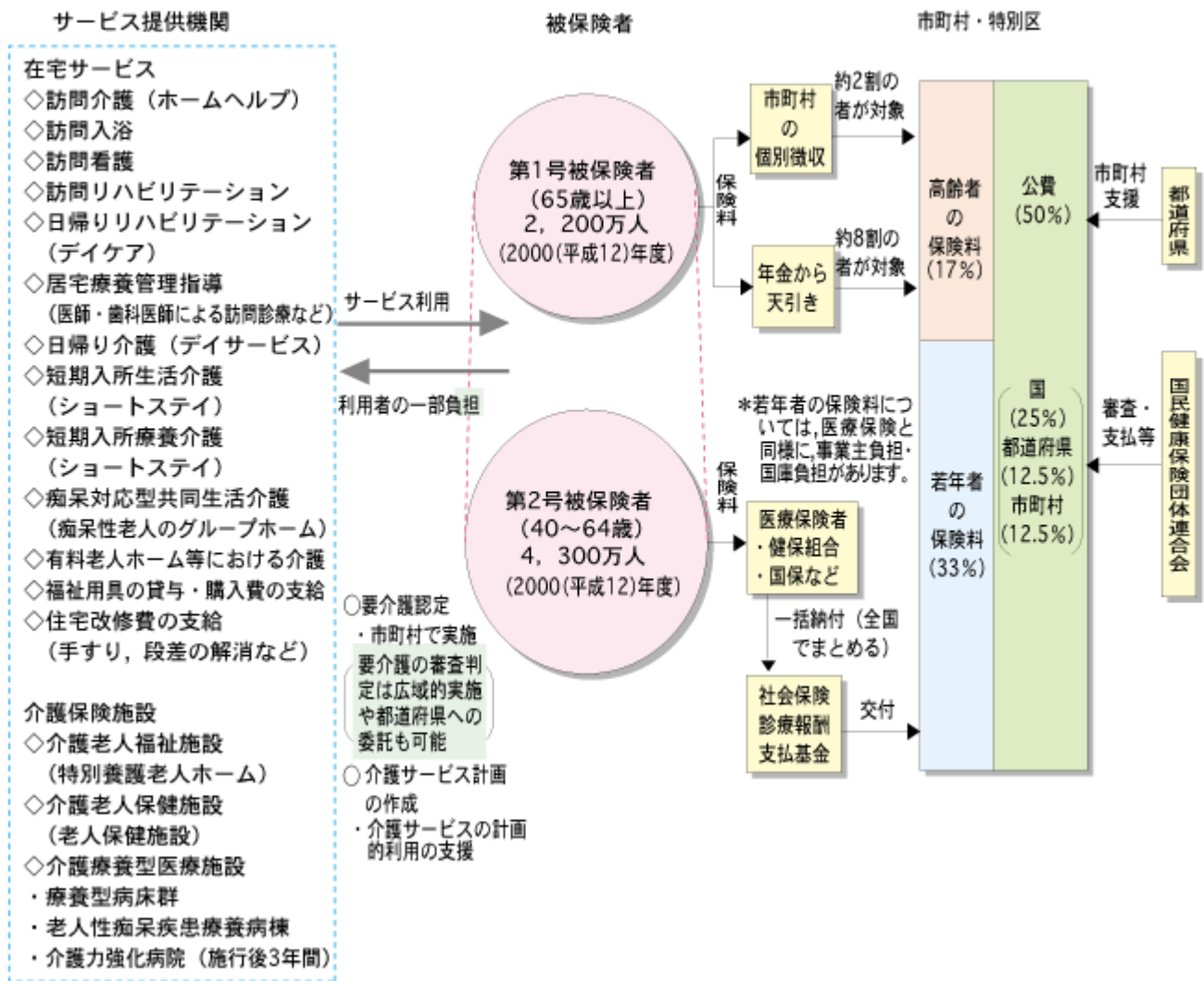


図2-1-3 介護保険制度の概要

図2-1-3 介護保険制度の概要



第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 介護保険制度の円滑な施行に向けての準備

第1節 介護保険制度の円滑な施行

2 介護保険制度の円滑な施行

介護保険制度は、2000年（平成12年）4月からの施行であるが、現在、制度を円滑に施行するために様々な観点から、国、都道府県、市町村が一丸となって準備作業に取り組んでいるところである。

(1) 介護サービス基盤体制の整備

介護サービスの供給体制の整備については、「保険あってサービスなし」とならないよう、需要に見合ったサービスを確保していくことが極めて重要である。

このため、当面は、新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）の目標が達成できるよう努力していくこととなるが、介護保険制度導入後は、各地方自治体が地域における要介護者等の実態を踏まえ、将来の介護サービスの必要量を見込んだ上で、介護保険事業計画を作成するとともに、国としても必要な支援に努めていくこととしている。

(2) 要介護認定の実施

介護保険からサービスを受けるためには、寝たきりや痴呆などサービスが必要な状態かどうかの認定（要介護認定または要支援認定）を受ける必要があるが、介護保険制度を安定的に運営していくためには、公平・公正で客観的な認定が行われなければならない。

このため、

1)

全国同じ基準で、コンピュータによる判定を原案として審査判定を実施すること

2)

調査方法のマニュアルをつくり、調査員の研修を実施すること

3)

介護認定審査会の審査判定のマニュアルをつくり、認定委員会委員の研修を実施すること

4)

全国の市町村で、ばらつきがでないよう情報を広く共有すること

としている。

また、1996（平成8）年度より要介護認定のための試行的事業を実施しており、1998（平成10）年度には全市町村を対象に試行的事業を行った。これらの事業結果を踏まえ、必要な見直しを行った上で要介護認定基準を公布した。

(3) 政省令等の制定

都道府県及び市町村における準備作業が円滑に進められるよう、1998(平成10)年12月には、介護保険法施行令及び介護保険の国庫負担金等の算定等に関する政令を制定するとともに、1999(平成11)年3月には、サービス事業者の指定基準等を定める省令・告示を制定した。

今後、2000(平成12)年度予算に関連する介護報酬の額等を定める告示等についても、都道府県及び市町村に対して適宜必要な情報を提供しながら、制定作業を進めていくこととしている。

(4) 市町村に対する財政面及び実施体制面からの支援

介護保険制度は、市町村を保険者とし、国、都道府県、医療保険者等が重層的に支え合う制度となっており、保険者である市町村に過大な事務負担や財政負担がかからないよう種々の支援を行っている。

まず、制度面からのものとしては、

- 1)
新規事務である要介護認定等に係る事務費の1/2相当を国が交付
- 2)
都道府県に財政安定化基金を置き(財源は、国、都道府県、第1号被保険者の保険料が1/3ずつ)、見通しを上回る給付費増や保険料収納率の低下に起因する財政不足を補うため、資金の交付及び貸付を実施
- 3)

都道府県は、複数の市町村による介護認定審査会の共同設置に対して市町村間の調整の支援を行うこととしている。

市町村の準備作業を円滑に実施するための財政面や実施体制面からの支援としては、1999(平成11)年度予算において、市町村における同年10月からの要介護認定事務を始めとする各種の準備経費として191億円、都道府県が行う要介護認定に係る調査員及び審査委員等の研修やその他の準備経費として5億円を計上している。

(5) 市町村及び都道府県における施行準備

市町村及び都道府県は、介護保険制度の施行に先立ち、国が示す基本指針に基づいてそれぞれ市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険支援計画を策定することとなる。

介護保険事業計画は、必要な介護サービスが受けられるように、市町村ごとに介護保険の対象となるサービスの目標を定めるものであり、都道府県は、市町村のサービスの目標が達成できるように、広域圏(当該都道府県が定める区域)ごとの施設の入所定員や介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を支援するために必要な事項などを定める介護保険事業支援計画を策定する。

さらに、市町村においては、市町村介護保険事業計画上のサービス量の見込みを基に、当該市町村の第1号被保険者の保険料水準を定めることになる。

(6) 広域的な取組みへの支援

介護保険に関する事務について広域的な取組みを行うことについては、

- 1)
要介護認定業務の広域化により、認定の客観性や公平性がより確保されるとともに、医師、看護婦

など審査会の委員の確保がしやすくなるなど、介護認定審査会の事務運営が効率的にできる
2)

サービス基盤整備の広域化により、均衡の取れたサービス基盤整備を進めることができる
3)

保険財政の基盤が安定するとともに、周辺市町村間での保険料の平準化が図られる

等の効果がある。

このため、国としても広域化に対する支援として、1999(平成11)年度予算において、広域連携のためのシステム経費として15億円を計上した。

(7) 介護支援専門員(ケアマネジャー)の養成

1998(平成10)年度における介護支援専門員(ケアマネジャー)の養成については、各都道府県で行われる実務研修に先立って行われた試験合格者約9万人が実務研修を受講したところであり、1999年度も7月25日に行われる試験を皮切りに養成が進められることとなっている。

表2-1-4 介護保険制度の施行準備日程

表2-1-4 介護保険制度の施行準備日程

	国	都道府県	市町村
1998 (平成10) 年度	III ○介護給付費部会(中間まとめ) ○主な政令の制定・公布	○介護支援専門員実務研修	○事務処理システム開発
	IV ○要介護認定等試行的事業の結果とりまとめ ○主な省令、告示等の制定・公布等(事業者・施設の人員、設備及び運営に関する基準の制定) ○在宅・施設サービス見込量等算出方法の提示		
1999 (平成11) 年度	I ○介護報酬実態調査実施 ○介護報酬基本骨格案 ○介護サービス基盤の見込み等とりまとめ	【都道府県における指定事務の準備体制整備】 ○事業者の指定申請 ○介護サービス基盤の見込み等とりまとめ	○介護サービス基盤の見込み等とりまとめ
	II ○介護保険関係予算等概算要求(8月)	○事業者・施設の指定開始	○指定事業者への訪問調査の委託契約
	III ○介護保険関係予算の編成	(要介護認定の状況等も踏まえつつ、各)事業者・施設において準備体制を整備	○要介護認定申請受付開始、要介護認定開始(訪問調査の開始)(10月) ○被保険者証交付
	IV ○介護報酬等の諮問答申 ○介護保険関係予算の成立	○介護保険事業支援計画策定 ○介護保険関係予算の確定	○介護保険事業計画策定 ○保険料率の決定 ○介護保険関係予算の確定

資料：厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室作成

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 介護保険制度の円滑な施行に向けての準備

第2節 介護保険制度の創設と介護サービスの供給体制の整備

1 新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）の進捗状

況

21世紀の超高齢社会の到来を目前にして、すべての国民が安心して老後を送ることができる社会を実現するためには、老後最大の不安である介護問題に関し、介護サービスが「いつでも・どこでも・誰にでも」提供されるようにすることが重要である。このため、厚生省では、現在、全国の地方自治体において策定された老人保健福祉計画の集大成である新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）を推進している。

新ゴールドプランにおいては、当面緊急に行うべき高齢者介護サービス基盤の整備目標を掲げるとともに、1)利用者本位・自立支援、2)普遍主義、3)総合的サービスの提供、4)地域主義を基本理念とし、各種サービスの整備の方向性を示す施策の基本的枠組みを提示している。2000（平成12）年4月からの介護保険制度の円滑な実施のためにも、新ゴールドプランに基づき、介護サービスの供給体制を着実に整備することが極めて重要な課題となっている。

新ゴールドプランの進捗状況をみると、全般的にはおおむね順調であるが、地域により、あるいはサービスの種類により、差が生じており、在宅サービスの供給体制の整備の遅れているところもみられる。また、高齢者の多くは、できる限り住み慣れた家庭や地域で生活を送ることを願っているが、在宅サービスの供給体制の整備が不十分なため、在宅において生活することが可能であるにもかかわらず特別養護老人ホームへ入所せざるを得ない人や、入所後に要介護状態が改善しても特別養護老人ホームから退所できない人がいるなど、施設サービスへの過大な需要が生じている面もあると考えられる。

一方、都市部においては、土地の価格が高いこと等から施設整備が遅れがちとなる場合もある。このため、都市部において施設を整備する場合、1)社会福祉法人が国または地方自治体以外の者から敷地の貸与を受けても差し支えないこととするとともに、2)高層化施設に対する国庫補助の基準となる面積の加算（補助基準面積の8%以内）、3)国庫補助の基準となる単価の割増加算（都市部以外の場合の単価の10%増）などの促進策を講じている。

表2-2-1 新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）の進捗状況

表2-2-1 新・高齢者保健福祉推進十か年戦略(新ゴールドプラン)の進捗状況

区分		年度	1995(平成7)年度予算 ()内は実績	1996(平成8)年度予算 ()内は実績	1997(平成9)年度予算 ()内は実績	1998(平成10)年度予算	1999(平成11)年度予算	新ゴールドプラン (1999(平成11)年)
在宅サービス	訪問介護員 (ホームヘルパー)		92,482人 (95,578人)	122,482人 (118,779人)	151,908人 (136,661人)	167,908人	178,500人	170,000人
	短期入所生活介護 (ショートステイ)		30,627人分 (33,034人分)	36,727人分 (38,619人分)	44,834人分 (43,566人分)	56,802人分	63,000人分	60,000人分
	日帰り介護(デイサービス) / 日帰りリハビリテーション(デイケア)		8,643か所 (6,401か所)	10,322か所 (7,922か所)	12,084か所 (9,616か所)	15,006か所	17,150か所	17,000か所
	在宅介護支援センター		3,472か所 (2,651か所)	4,672か所 (3,347か所)	6,172か所 (4,155か所)	8,564か所	10,000か所	10,000か所
	老人訪問看護事業所 (老人訪問看護ステーション)		1,500か所 (1,235か所)	2,300か所 (1,863か所)	3,200か所 (2,559か所)	4,100か所	5,000か所	5,000か所
施設サービス	特別養護老人ホーム		231,509人分 (233,560人分)	247,109人分 (249,017人分)	262,709人分 (262,961人分)	289,155人分	300,000人分	290,000人分
	老人保健施設		165,811人分 (120,298人分)	191,811人分 (147,243人分)	220,811人分 (180,855人分)	249,811人分	280,000人分	280,000人分
	介護利用型軽費老人ホーム (ケアハウス)		30,700人分 (16,893人分)	38,200人分 (23,326人分)	51,350人分 (29,529人分)	73,400人分	83,400人分	100,000人分
	高齢者生活福祉センター		240か所 (186か所)	280か所 (204か所)	320か所 (227か所)	570か所	600か所	400か所

- (注) 1. 訪問介護員(ホームヘルパー)については、障害者プランで、1996(平成8)年度において8,000人、1997(平成9)年度において7,500人、1998(平成10)年度において8,600人、1999(平成11)年度において8,700人(累計32,800人)の上乗せが行われている。
 2. 日帰りリハビリテーション(デイケア)の実績は、各年度の7月1日現在の数値。
 3. 1998(平成10)年度予算の数値は、3次補正後の数値。

図2-2-2 平成9年版老人保健福祉サービス利用状況地図(老人保健福祉マップ)－在宅福祉サービス利用状況と特別養護老人ホーム定員率－

図2-2-2 平成9年版老人保健福祉サービス利用状況地図(老人保健福祉マップ)
 -在宅福祉サービス利用状況と特別養護老人ホーム定員率-

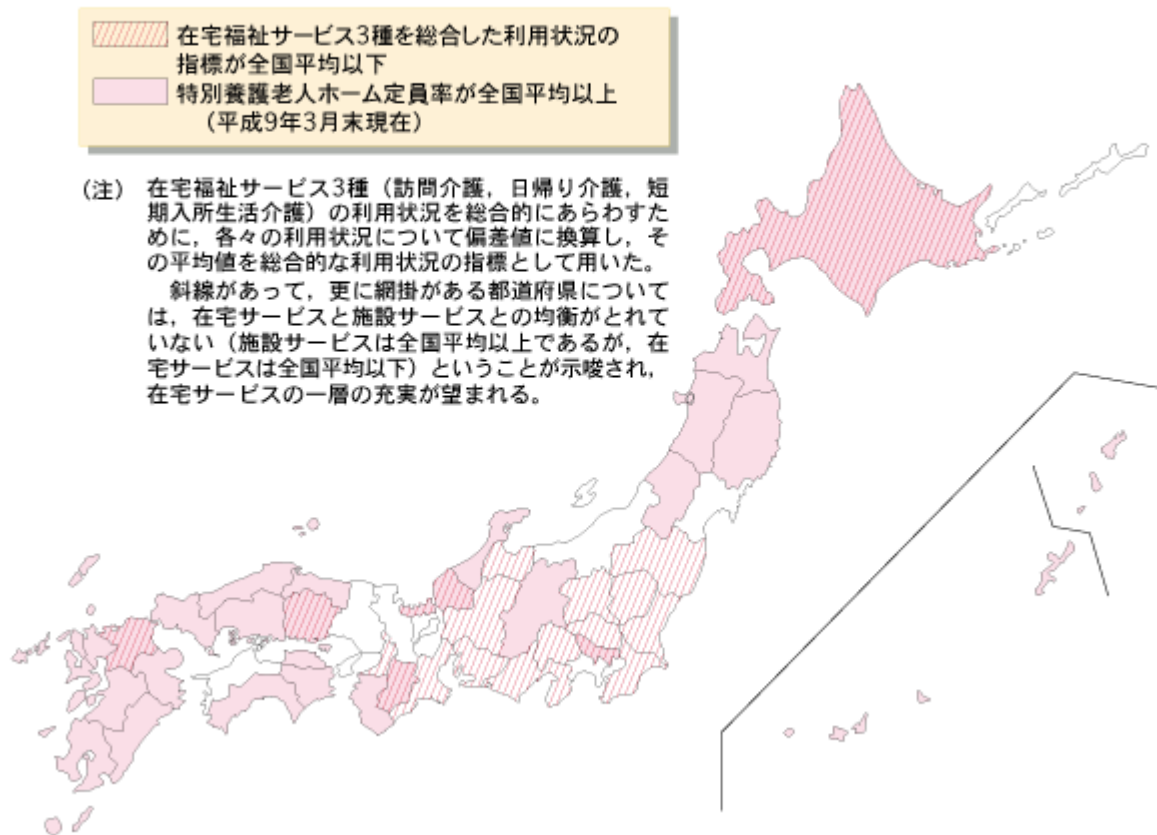


表2-2-3 在宅サービスの利用状況

表2-2-3 在宅サービスの利用状況

		1996(平成8)年度	1989(平成元)年度	対1989年度 (伸び率)	格差 (1996年度)	格差 (1989年度)
訪問介護 (ホームヘルプサービス) 利用状況	65歳以上人口 100人 当たり年間利用回数	119.4回	41.5回	77.9回 (187.7%)	150.3回	66.5回
日帰り介護 (デイサービス) 利用状況	65歳以上人口 100人 当たり年間利用日数	142.8日	15.8日	127.0日 (803.8%)	251.8日	36.5日
短期入所生活介護 (ショートステイ) 利用状況	65歳以上人口 100人 当たり年間利用日数	36.8日	6.1日	30.7日 (503.3%)	56.7日	14.0日

資料：平成9年版老人保健福祉サービス利用状況地図(老人保健福祉マップ)

- (注) 1. 日帰り介護(デイサービス)利用状況については、1996(平成8)年度は老人保健施設日帰りリハビリ(デイケア)の年間利用日数も含まれている。
 2. 格差については、利用状況における最高の都道府県と最低の都道府県の差である。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 介護保険制度の円滑な施行に向けての準備

第2節 介護保険制度の創設と介護サービスの供給体制の整備

2 新ゴールドプランの達成に向けた取組み

(1) 必要な予算の確保

以上のような新ゴールドプランの進捗状況も踏まえ、その目的達成に向け、毎年度、必要な予算の確保を図っている。1999（平成11）年度においても、介護利用型軽費老人ホーム（ケアハウス）を除く全項目に関し、新ゴールドプランの目標量を達成するために必要な予算を盛り込んだところである。特に、特別養護老人ホームや訪問介護員（ホームヘルパー）については、1999年度末における新ゴールドプランの目標値（それぞれ29万人分、17万人分）を上回る30万人分、17万8,500人分の確保に必要な予算を計上している。

(2) 地域の実情に応じた施策の展開

各地方自治体が地域の実情に応じて介護サービスに係る施策を展開できるよう、以下のような取組みを推進している。

1) 在宅サービスにおける多様な事業主体の参入

増大する介護サービス需要に的確に対応し、利用者の選択の機会を確保するためには、社会福祉法人のほか、民間企業、農業協同組合、消費生活協同組合、シルバー人材センター、住民参加型非営利組織など、多様な事業主体によって介護サービスが提供されることが重要である。特に、在宅サービスについては、介護保険制度下において、公民の主体の区別を問わず、原則として同じ条件を満たす事業者が参入できることになっており、そのためにも、今から、こうした方向に向けての取組みを進めることが求められる。

こうしたことから、従来より、訪問介護（ホームヘルプサービス）について、民間企業等を含めた多様な事業主体に対する市町村の委託の推進を図っていたが、1998（平成10）年2月には、日帰り介護（デイサービス）及び短期入所生活介護（ショートステイ）についても、民間企業等に対して委託ができるようにした。

また、1997（平成9）年度より、過疎地において民間企業や農協等を活用するに当たっての課題や問題点を把握するため、「過疎地域等在宅保健福祉サービス推進試行的事業」を実施するとともに、1998年度より、都市部における民間非営利組織等の活用に応じた課題や問題点を把握するため、「都市部等住民参加型在宅保健福祉サービス推進試行的事業」を実施している。

2) 既存施設の有効活用

介護サービスを効率的に提供するためには、既存の社会資源を有効に活用することも重要である。こうしたことから、公立学校の余裕教室などを老人日帰り介護施設（老人デイサービスセンター）等に転用する場合や、廃校となる学校の建物を活用して特別養護老人ホーム等の老人福祉施設を整備する場合に、財産処分の手続の簡素化が図られているほか、1997（平成9）年度より、公民館、公衆浴場等既存施設を活用して、日帰り介護（デイサービス）を弾力的に展開できるよう既存施設活用型日帰り介護（サ

テライト型デイサービス) 事業を実施している。

3) 在宅介護支援センターの再構築

在宅介護支援センターは、介護保険制度導入後も、地域において総合的な保健福祉サービスに関する相談援助業務を担っていくことが求められる。そこで、1998(平成10)年度から、市町村内のすべての在宅介護支援センターを包摂する連絡支援体制を形成することを条件に、特別養護老人ホーム等に併設する「標準型」に加え、大都市のビルの貸事務所等を利用する「単独型」及び市町村の保健・福祉センター等に併設して統括・支援業務を併せ行う「基幹型」を整備できることとするとともに、民間企業等に対して委託ができるようにした。

(3) 介護保険制度の導入を見据えた施策の展開

1) 痴呆性老人グループホーム

今後の高齢者保健福祉の大きな課題の一つに、痴呆性高齢者に係る介護の問題がある。その対策として、小規模な生活の場(8人程度の少人数を単位とした共同居住形態)において、痴呆性高齢者が、食事の支度・掃除・洗濯等を共同で行い、家庭的で落ち着いた雰囲気の中で精神的に安定した生活を送れるようにすることをねらいとする痴呆性老人グループホームに注目が集まっている。そのため、痴呆性老人グループホームの試行的事業に取り組んだところ、痴呆の進行が遅くなる、症状が安定するなどの効果がみられたことから、1997(平成9)年度から運営費に補助を行うとともに、1998(平成10)年度第3次補正予算において社会福祉法人等が行う施設整備への補助を創設した。また、既に痴呆性老人グループホームは、介護保険法において保険給付の対象サービスの一つとされたところであり、その積極的な普及を図っていく必要がある。

2) 高齢者生活福祉センターの地域限定の撤廃

高齢者生活福祉センターは、老人日帰り介護施設(老人デイサービスセンター)等に利用定員10名程度の居住部門を併せ整備した小規模多機能施設であり、高齢者に対する介護支援機能、居住機能及び交流機能を総合的に備えた施設である。これまで過疎地域や離島等に限定して整備を行ってきたが、利用者負担が比較的小さいことや、特別養護老人ホーム等に併設した場合にはこうした施設から退所した際の住まいとしても機能しうることなどから、1998年度第3次補正予算において、過疎地域等の限定を撤廃し、都市部を含めて全国で設置される高齢者生活福祉センターについて、施設整備費及び運営費を補助の対象とすることとした。

3) 高齢者の生活支援、生きがい対策等の推進

高齢者保健福祉施策の目指すところは、要介護状態の高齢者にとどまらず、すべての高齢者が生きがいをもって安心して暮らせるようにすることであり、介護保険制度下においても、高齢者が要介護状態になる前の保健予防活動や生きがい、健康づくり対策などの充実を図っていく必要がある。

このため、1999(平成11)年度には、介護保険の保険者となる市町村が、地域の実情に応じ、生きがい、健康づくりや保健予防施策の観点も含めた保健福祉施策を総合的に実施することができるよう、「在宅高齢者保健福祉推進支援事業」を創設することとしている。この事業は、市町村が、配食サービスや移送サービスといった高齢者の生活支援事業とあわせて、高齢者のスポーツ活動やボランティア活動等への支援といった生きがい対策や寝たきり予防対策を地域の実情に応じて選択し、実施する場合に、国と都道府県が補助を行うものである。

また、高齢者の就業意欲に応えるため、1999年度に、労働省と連携して「高齢者の生きがい促進のための就業支援事業」を実施することとしている。この事業は、老人クラブ会員の就業希望調査の結果を踏まえ、老人クラブ連合会とシルバー人材センター連合が共同で就業先の開拓や受け入れ体制の整備について検討することなどにより、生きがい促進のための臨時・短期的な就業を支援するものである。1999年度は、試行的に全国15か所程度で実施することを予定している。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 介護保険制度の円滑な施行に向けての準備

第2節 介護保険制度の創設と介護サービスの供給体制の整備

3 介護保険制度下での介護サービスの供給体制の整備

介護保険制度においては、各地方自治体が、要介護者等の実態を把握し、将来の介護サービスの必要量を見込んで、介護保険事業計画を作成することとされている。1999（平成11）年度中に、2000（平成12）年度から2004（平成16）年度までの5年間を計画期間とする第1期の計画が全国の地方自治体において作成される予定であり、この5年間の介護サービスの供給体制の整備はこれらの計画に基づいて進められることになる。これに対して、厚生省としても、積極的に必要な支援を行っていく予定である。
