

各都道府県介護保険担当課 御中

# 介護保険最新情報

vol. 1

平成11年6月18日

厚生省介護保険制度実施推進本部

\* 管下市町村に速やかにFAX送信いただきますようよろしく願いいたします。

## 今回の内容

### 1 介護保険事前サービス調整対策 (p. 3～4)

昨日(6月17日)開催されました「市町村厚生行政交流研修事業」(厚生省主催)において、「介護保険事前サービス調整対策」ということで、別添1の資料を配布したところ、これが、本日の朝刊各紙で大きく報道されたところでもあります。

この資料の趣旨は、詳しくは以下のとおりであります。これは、介護保険制度自体を前倒して実施するとか、あるいは事前に介護保険と同じレベルのサービスを提供しなければならないということではなく、あくまでも、現行制度の枠組みを活用してお取り組みいただく性格のものでありますので、管下市町村に対し、周知徹底方よろしくお願い申し上げます。

この資料は、要介護認定が本年10月から開始され、その結果、現在福祉サービスを受けている方や特別養護老人ホームの入所待機者の方の要介護度が判明すること等により、介護保険施行に当たり大きな混乱が発生することを防止するために、例えば、

- ① 特養待機者などであって要介護度が高いにも関わらず、現にサービスをそれほど受けていない者については、現行制度の枠組みの中で、サービス確保の目途が立った段階で、要介護度に応じた適切な在宅サービスを提供すること
- ② 逆に、要介護認定の結果、現に在宅サービスを受けている者が自立と判定された場合は、その方が不安になることのないよう、例えば、メニュー事業(在宅高齢者保健福祉推進支援事業)等を本年度からでも活用して、必要に応じ本人の相談に乗り、サービス確保の目途が立った段階で必要な対応を行い、不安を解消すること
- ③ 同様に、現に特養入所者であって、「要支援」又は「自立」と判定された者についても、5年間の経過措置はあるとは言え、その方が不安になることのないよう、受け皿の相談に応じるなどして不安を解消すること等に取り組むことをお願い申し上げたものです。

各市町村ですでにこのような取組みを実施していたり、今後このような取組みを実施する中で、工夫した事例等がありましたら、是非、御紹介いただきますようよろしくお願いいたします。

## 2 介護保険制度の平成12年4月からの実施について (p. 5～6)

介護保険制度の平成12年4月からの実施に関して、最近、新聞報道等がなされている事項についての厚生省の考え方を別添2の通りとりまとめましたので、御活用いただくとともに、管下市町村に対し配布方よろしくお願ひ申し上げます。

## 3 介護サービス量の見込みのとりまとめ作業について (p. 7～17)

現在、各市町村の介護サービス量見込みのとりまとめについての作業をお願いしているところでありますが、

- ① 6月末までに、各都道府県から管下市町村の見込みを当方に提出していただくとともに、
- ② 未だ都道府県に未提出の市町村については、直ちに都道府県に提出していただく

よう重ねてよろしくお願ひいたします。

また、各都道府県・市町村においては、利用人数を見込む際に、特に療養型病床群の利用人数について御苦勞されていることかと思いますが、その際のポイントについて別添3のとおりまとめましたので、御活用いただきますようお願ひいたします。

## 介護保険事前サービス調整対策

### 1. 趣旨

- 平成12年4月からの介護保険制度の円滑施行の上で重要なポイントとなるのは、
- (1) 特養待機の重度在宅高齢者、
  - (2) 介護保険対象外とされた在宅高齢者、
  - (3) 特養入所者のうち、自立・要支援と認定された高齢者
- に対する対応である。

- ・ 特養待機者 ～ 重度にもかかわらず、特養に入所できないケース
- ・ 介護保険対象外者 ～ 従来は在宅サービスを利用していたにもかかわらず自立と認定された場合であって、一人暮らしなどの理由により、何らかの生活支援が必要なケース
- ・ 特養入所者 ～ 認定結果では「自立・支援」となったケース

- これらのケースについては、介護保険施行時に大きな混乱が生じることがないように最大限の努力を傾注する必要がある、その具体的な取り組みとして、平成11年10月から実施される要介護認定の結果を活用して、事前にサービスを調整していくことが重要である。

### 2. 対策の内容

- (1) 市町村においては、保健福祉部局内（基幹型在宅介護支援センターがあればセンター内）に「サービス調整連絡会議（仮称）」を設け、こうした対策に取り組むことが求められる。
- (2) 連絡会議のメンバーは、市町村担当者（必要に応じ都道府県担当者）、在宅介護支援センター、介護施設・在宅サービス機関やケアマネジャー代表などとする。
- (3) 連絡会議は、以下の業務を行う。
  - ア. 要介護認定の結果を踏まえ、上記のような問題となるおそれがあるケースをピックアップする。

イ. 対象ケースについて、暫定的なサービス計画を関係機関と調整の上で策定し、必要な対応を行う。

(7) 特養待機の重度在宅高齢者

- ・ 在宅サービスの重点投入を行うことを内容とするサービス計画を本人が選択したケアマネジャーが中心となって策定し、サービス確保の目処が立った時点で実際にサービスを提供。

(イ) 介護保険対象外の在宅サービス利用者

- ・ 介護サービスに代わる、介護予防・生活支援型のサービスの提供を内容とするサービス計画を在宅介護支援センターが中心となって策定し、サービス確保の目処が立った時点で実際にサービスを提供。

(ウ) 特養入所者のうち自立・要支援者

- ・ 特養のケアマネジャーが対象者の相談に乗り、不安を解消するとともに、もし可能なら受け皿施設や在宅への移行についても相談する。

ウ. 要介護認定の実施などに伴う不満、不安などの相談・情報提供を行う。

※本年10月までに体制を整備し、こうした介護保険事前サービス調整対策について、早急に取り組むことが重要。

# 介護保険制度は、平成12年4月から 予定どおり実施することが必要です

## 1. 施行の延期はできません

### ①要介護者とそのご家族は待てません。

○全国280万人の要介護者とそのご家族が、介護サービスを待ち望んでいます。昼も夜も、平日も休日もない介護のなかで、家族は崩壊の危機にあります。

※ 介護保険制度の導入に賛成の人の割合 67.4% (共同通信調査結果。平成11年6月)

### ②市町村は着々と準備を進めています。

- 議会の議決を経て、広域連合や一部事務組合の設置を進めています。
- 要介護認定のための審査会条例を6月議会に提案しています。
- 介護家族なども参加し、全市町村で介護保険事業計画を策定中です。
- 全市町村で、コンピュータによる事務処理システムが契約済みです。
- サービスの利用を支援する介護支援専門員も9万人が養成されました。

※ 広域連合や一部事務組合を設置する市町村 442市町村 (平成11年3月現在)

要介護認定を広域的に共同実施する市町村 2506市町村 (平成11年5月現在)

※ 事務処理システムの契約総額 約1000億円

※ 今年の7月には、介護支援専門員の第2回試験を全国一斉実施

### ③全国町村会、全国市長会も予定通り実施すべきという 意見です。

※ 全国町村会要望 (平成11年6月10日) 全国市長会決議 (平成11年6月9日)

### ④介護保険は、経済と雇用によい影響を与えます。

- 介護サービスは、毎年8万人 (平成11年度推計) の雇用を創出します。
- 介護関連ビジネスに対する経済界の期待が大きくなっています。
- 将来の介護費用のための貯蓄の必要性を減らし、消費を拡大します。

※ 介護サービスによる雇用創出 約8万人 全就労者数増加 (平成7~8年) の約3割

※ 介護保険で負担された保険料は、すべて介護サービスによる消費に当てられます。

## 2 保険料の徴収猶予や制度の部分実施は困難です

①保険料の徴収を猶予し、サービスだけを行うこととすると、新たに2兆円近い増税が必要となります。

○猶予期間が過ぎれば、サービス水準の引き上げもなしに、保険料負担を求めることはできません。

②制度を一斉に実施しないで、一部の市町村で部分実施すると、收拾できない混乱や不公平が起こります。

○現行の措置制度と介護保険の利用契約が混在すると、住んでいる市町村によって保険料負担や利用者負担の大きな不公平が生じます。

○保険料を払っているのに、保険サービスを利用できない第2号被保険者（40～64歳）が生じ、保険料の納付に理解が得られません。

## 3 税方式での実施は困難です

①税収の範囲内に収めるとすれば、十分なサービス提供ができなくなるおそれがあります。

○各市町村に対して費用を一律に割り当てる方式では、先進的な地域で持ち出しが生じます。

②税方式では、市町村が自らサービス水準や保険料額の決定ができません。

○結局、お仕着せ福祉・お任せ福祉になってしまいます。

③市町村で必要となる費用をそのまま交付するとすれば、給付と負担の関係が失われ、必要以上に給付が増加するおそれがあります。

○在宅サービスへのシフトが図られなかったり、寝たきり予防などのインセンティブが減少します。

④どのような方法を探るにせよ、税方式で必要な介護サービスを提供しようとする、頻繁な税率引き上げが必要です。

○第2号被保険者（40～64歳）の保険料負担分を消費税に振替えれば、事業主負担分も含め、最終消費者である国民の負担増になります。

療養型病床群のうち介護保険適用部分の  
利用者数、必要入所定員総数の見込み方について

市町村、都道府県において、療養型病床群のうち介護保険適用部分の利用者数、必要者入所定員総数の見込みを立てる場合のポイントを解説します。

— ポイント1 —

介護保険の施行当初において、施設入所者比率を調整できるのは療養型病床群だけ  
療養型病床群の介護保険適用部分の割合をどうするかがポイント

施設利用者数については、国が示した基本指針では、高齢者人口に対して、3.4%ですが、既に、これを超えているような場合どうしたらよいでしょうか。介護保険施設については、個別の施設ごとに必要者数を検討するのではなく、全体としてどの程度の割合の高齢者の入所が必要かを検討することが必要です。

しかし、施行当初は、次のような経過措置があることに注意が必要です。

- 施行の際に現存する特別養護老人ホームは介護保険の指定があったものとみなす。(介護保険法施行法第7条) また、施行日に、措置によって特別養護老人ホームに入所していた者(「旧措置入所者」という。)は、原則としてそのホームに入所している間は、要介護認定の結果が自立・要支援であったとしても要介護の認定を受けた被保険者とみなして、介護保険から給付が行われる。(介護保険法施行法第13条第3項)
- 施行の際に現存する老人保健施設は開設の許可を受けたものとみなす(介護保険法施行法第8条)

特別養護老人ホーム(ごく例外的に適用される措置による利用者を除く。)や、老人保健施設については、原則として、介護保険からしか給付が行われません。したがって、仮に、介護保険の適用対象にならなければ、施設経営も成り立たなくなるとの恐れがあるので、こうした経過措置が設けられています。

一方、療養型病床群については、介護保険と医療保険の両方からの給付がありうるので、一律に介護保険施設とみなすことにはなっていません。また、療養型病床群の入院患者で、要介護と認定されなかった者も、継続して入院する必要がある場合は、療養型病床群のうち医療保険適用部分に移れば直ちに退院する必要はないので、特別養護老人ホームのような経過措置は設けられていません。

以上述べたような経過措置が設けられていることから、平成12年度当初の施設入所者数については、特別養護老人ホームについては、現在の入所者すべてに、また、老人保健施設については、自立、要支援の者を除いた者について、介護保険が適用されることとなります。したがって、この2種類の施設の必要者数は、入所実態が把握できれば事実上決まることとなります。

以上から、施行当初の段階で、施設入所の比率が高い場合に現実的に調整できる部分は、事実上、療養型病床群に限られています。施設入所者の比率が高い場合の対応としては、療養型病床群のうち、介護保険適用部分と医療保険適用部分をどのように仕分けするかが、ポイントとなるのです。

#### 【参考】

平成11年4月20日の全国課長会議資料293ページの一覧表のうち、特養入所者のすべて、老人保健施設のうち自立・要支援を除いた部分は、施設サービス必要者となります。ポイントは、療養型病床群等の入所者のうち、どれだけを介護保険適用とするか、です。

#### —— ポイント2 ——

介護保険適用部分と医療保険適用部分とで、役割がどう違うのか？

この点については、4月26日の医療保険福祉審議会資料に、次のような厚生省としての考え方が示されています。 → 別紙参照

#### 【介護保険適用部分】

要介護と判定された65歳以上の高齢者、40歳から64歳までの特定疾病の患者のうち、密度の高い医学的管理及び治療を必要とする疾患の患者等、医療保険適用部分に入院することが適当な患者を除いた者

#### 【医療保険適用部分】

病状が安定した長期療養患者のうち

- ①合併症をもつ糖尿病患者、慢性呼吸器疾患、悪性腫瘍の末期患者、神経難病患者、透析を必要とする患者などで日常的に複雑な医療処置や検査など、密度の高い医学的管理及び治療を必要とする疾患の患者
- ②急性期後で、積極的なリハビリテーション等の密度の高い医学的管理を必要とする疾患の患者
- ③40歳未満の者、40歳から64歳までの特定疾病以外の患者（これらの方はそもそも制度上、介護保険から給付は受けられないことになっています。）

介護保険適用部分である介護療養型医療施設の人員配置基準では、看護職員が患者6人に対して1人の割合であり、また、リハビリテーションも維持期のリハビリを中心とする方向で検討されています。したがって、密度の高い医学的管理や治療、積極的なリハビリが必要な患者の療養の場としては、医療保険適用部分の方が適当と考えられます。（現在の診療報酬では、入院患者5人に対して1人の割合での看護職員の配置や、リハビリの専門医、OT・PTを何人も配置して行う総合リハビリテーション等の評価も行なわれます。）

既に、療養型病床群に入院している患者について言えば、こうした医療保険適用部分に入院することが適当な患者の場合には、要介護認定の申請を行う必要はなく、そのまま療養型病床群に入院することになるものと考えられます。（基本的には、要介護認定は申請主義ですので、利用者は、密度の高い医学的管理や治療等が必要な場合には、介護保険適用部分に移るメリットは少なく、要介護認定の申請が行なわれることも少ないと考えられます。）

### ポイント3

介護保険適用部分と医療保険適用部分とで、報酬上、どのような影響があるでしょうか？

現在、医療保険福祉審議会で議論されている最中ですので、確定的なことは言えませんが、仮に、医療保険適用部分は、現在の診療報酬に近いと仮定すれば、下の表のような対比になると考えられます。

（医療保険適用部分が現在の診療報酬に近い形だと仮定すれば）介護報酬の基本構造からすると、要介護度が重い方や長期に療養する方の場合は、介護保険適用部分の方が、適切に評価されると考えられます。

また、このほか、次のような観点からすれば、介護保険適用部分と合わせて、医療保険適用部分も、適切な割合でもっていた方が医療機関としても、柔軟な対応ができるようになるのではないかと考えられます。

- ①密度の高い医学的管理や治療等が必要な患者や介護保険が適用にならない長期療養患者のための病床の確保
- ②要介護認定の申請から認定までの間の入院にも、柔軟に対応できること
- ③医療保険適用部分には、要介護者についても、制度的な給付の制限がなく、柔軟な運営が可能であること

	介護保険適用部分	医療保険適用部分
要介護度による評価	要介護度別の報酬	要介護度による評価なし
逡減制	なくする方向で検討中 ただし、入院初期の加算は検討	現在、逡減制あり
看護・介護	看護 6 : 1 の評価 介護 他との施設との均衡等も考慮して検討中	現在、療養 1 群では看護 5 : 1 の評価あり 看護と介護を合わせて 2 : 1 まで評価
処置・手術等	日常的に行なわれる部分のみ評価	現在、複雑な処置・手術も評価
リハビリ	維持期のリハビリ	総合リハビリ等も評価
給付の出方	介護保険専用 厚生大臣が定めるものを除き医療保険からは給付しない	要介護者であっても、給付は可能

#### ポイント4

具体的な利用者数や必要入所定員総数を決めるにはどうしたらよいか？

具体的に、療養型病床群の利用者数の見込みや必要入所定員総数を定めるに当たっては、次のようなことが重要と考えられます。

#### 【市町村での、保険料との関係について議論】

市町村において、次のようないくつかの前提をおいて、保険料を試算し、計画作成委員会等に、保険料との関係を示して、「療養型病床群のうちどの程度まで介護保険で受け止められるのか？」、議論してもらうことが重要です。そうした議論に基づく利用者数を市町村から都道府県に上げる必要があります。

市町村に対する説明・指導が不十分なまま、市町村に利用者数の積み上げを求め、都道府県による調整は難しくなります。事前に十分、説明・指導を行った上で数字を上げてもらう必要があります。

#### 【参考】 いくつかの前提

- ①国が示している参酌標準（高齢者人口対比でおおむね3.4%、8:7:5）  
どおりとした場合
- ②現在の施設の種類ごとの入所者数とした場合
- ③都道府県医療計画に定める要介護者のための整備目標の範囲で、現在の当該市町村の入院の実態を勘案し、当該市町村に当てはめた介護療養型医療施設の入院人数とした場合
- ④現在の3種類の施設間の不均衡の是正を折り込んだ場合

#### 【医師会、病院団体等の関係者と十分に意見交換すること】

医師会、病院団体等の医療関係者も、療養型病床群のすべてが介護保険適用になると考えているわけではなく、適切な適用の仕分けが必要との認識では共通しています。

したがって、現在の施設入所の実態や保険料の試算等を示し、率直に意見交換を行い、理解を求める必要があります。

ポイント5

介護保険適用部分と医療保険適用部分の割合はどの程度にしたらよいか？

論理的に、確定した割合はありません。

関係の団体などで行なわれた介護保険施設としての指定の希望を調べた調査で見ると、7：3、6：4、5：5など、いろいろです。

また、この割合は、全国一律になるものではなく、療養型病床群や介護力強化病院が特に多い地域では、5：5にするなどの対応を検討する必要があります。

(この場合も、他の施設とのバランスを考慮し、将来、特別養護老人ホームや老人保健施設が整備されるのに応じて、また、在宅サービスの整備が進むのに応じて、追加して指定していくことが現実的と考えられます)。

4月の全国課長会議では、介護療養型医療施設については、原則として、平成12年度段階で、「医療計画の療養型病床群の整備目標の範囲」とするという方針が示されています。したがって、一つの目安としては、最大限、この医療計画の整備目標の範囲とすることを検討することが重要です。

なお、都道府県医療計画に定める療養型病床群の整備目標が他の介護保険施設と比較して著しく高い地域においては、改めて計画作成委員会等において、3施設の種類の均衡を勘案した定員を検討する必要があります。

※本来、医療計画の療養型病床群の整備目標は、療養型病床群全体の整備目標を定めることとされているが、介護保険法の施行に向け、当面の目標として、平成12年度当初の要介護者のための整備目標を定めたもの。  
したがって、介護保険事業支援計画の検討を進める過程で、必要に応じて見直しがありうるもの。

## ポイント6

療養型病床群の介護保険適用部分の指定は、具体的に、どのような事項を  
勘案して行なわれるのか？

この点については、既に医療保険福祉審議会に、指定についての国としての考  
え方が示されています。

### 【指定の手続】

個別の施設の指定に当たっては、申請があったものからバラバラと指定を行う  
のではなく、一定期間の申請について、まとめて指定を行うこととしています。

特に、施設の入所定員の増加が、保険料の水準に及ぼす影響の大きさ等に鑑み、  
事前に関係市町村に対して、保険料の水準に及ぼす影響等を示して、十分な意見  
調整を行うことが必要です。

### 【指定に当たっての勘案事項】

#### ①人員・設備基準等への適合性

介護保険事業支援計画に定められる老人保健福祉圏域ごとの施設の種類ごとの  
必要入所定員総数を超えるかどうか

#### ②市町村間、地域間の均衡

老人保健福祉圏域全体としては、必要入所定員総数の枠内でも、特定の町にの  
み施設が偏ることになれば、やはり、地元市町村の入所者が増加し、地元市町村  
の高齢者の保険料が相当高くなる可能性があります。したがって、同じ圏域でも  
各市町村ごとの介護療養型医療施設の必要人数に応じて、特定の市町村のみに偏  
らないよう、留意して指定を行う必要があります。

#### ③施設ごとの介護保険適用部分の均衡等

市町村間、地域間の均衡を考慮した上で、次に、同じ地域における施設の療養  
型病床群の病床数に占める介護保険適用部分の割合が著しく不均衡にならないよ  
うに配慮することが必要と考えます。

例えば、ある病院は、療養型病床群の60%が介護保険適用で、別の病院は、  
30%しか介護保険適用にならないということでは、不公平との議論を招く恐れ  
があるでしょう。

#### ④療養環境

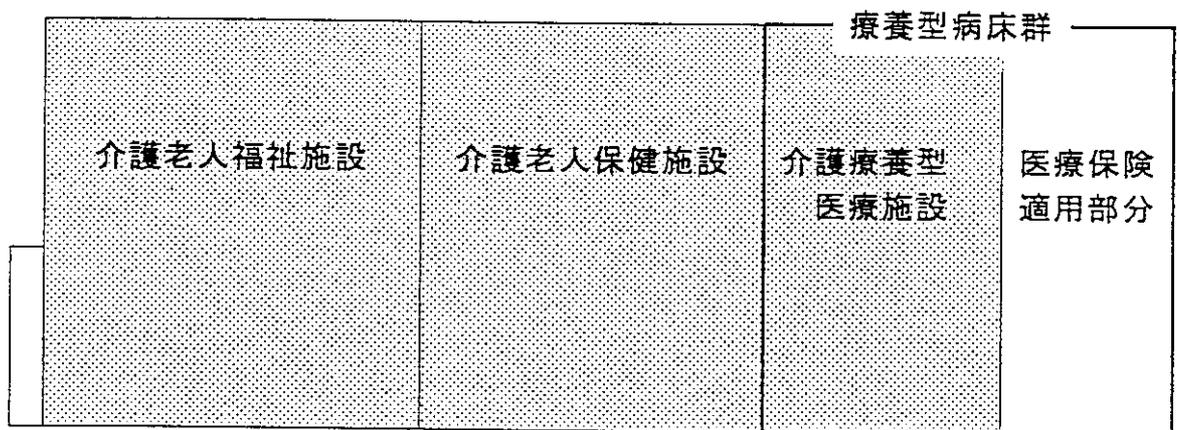
同一の期間に申請された施設の間で、市町村間、地域間の均衡、施設ごとの均衡等の他の条件に大きな差がない場合には、指定に当たって、次のような順序で療養環境の水準を考慮することが考えられます。

- ・完全型の療養型病床群又はこれに準ずる療養型病床群
- ・転換型の療養型病床群で食堂・浴室・機能訓練室等が整備されているもの
- ・転換型の療養型病床群
- ・介護力強化病院

しかし、この場合も、市町村間の均衡等を飛び越えて、いきなり、療養環境だけを考慮して、完全型だけを優先指定するというものではありません。例えば、地域に特別養護老人ホームも老人保健施設もなければ、転換型の療養型病床群でも、指定されることとなります。

なお、介護力強化病院については、指定の申請に添付された療養環境整備計画によって、平成14年度までに、完全型又はこれに準ずる療養型病床群に移行することが見込まれるものを指定することとしています。（この場合は、入院患者も、3年間だけ介護保険適用になり、3年後に医療保険に戻ることになり、混乱を招く恐れがあるからです。）

【介護保険施設と介護保険の適用部分】



↑老人福祉法による措置

※網掛けは、介護保険適用部分

医療保険適用と介護保険適用の療養型病床群の役割分担について (案)

	介護保険適用療養型病床群	医療保険適用療養型病床群*
主な対象と 考えられる者	要介護認定で要介護1～5と判定された者(65歳以上の高齢者、40～64歳の特定疾病の患者で、右欄の①、②に該当する者を除く。)	病状が安定した長期療養患者のうち、主な対象は以下のような患者と考えられる。 ① 合併症をもつ糖尿病患者や慢性呼吸器疾患、悪性腫瘍の末期患者、神経難病患者、人工透析を必要とする患者等で日常的に複雑な医療処置や検査など、密度の高い医学的管理及び治療を必要とする疾患の患者 ② 急性期後で、積極的なリハビリテーション等の密度の高い医学的管理を必要とする患者 ③ 40歳未満の長期療養患者及び40～64歳の特定疾病以外の長期療養患者
職員体制	看護職員の配置としては、入院患者6人に対して1人を基本に評価(療養2群)	看護職員の配置としては、現在、入院患者5人に対して1人を上限として評価(療養1群)
リハビリテーション	状態の比較的安定した患者を対象とする維持期のリハビリテーション	急性期後からの、機能回復を主眼とした積極的なリハビリテーションも評価 (総合リハビリテーション施設におけるリハビリテーション等)
処置や手術等	慢性期の患者が、介護と併せて、通常必要とするような簡易な処置等については、介護保険から給付。複雑な処置や手術等については、医療保険から給付。	上記の患者が、頻繁に必要とするような複雑な医療処置や手術

\*) 上記の医療保険適用療養型病床群の整理については、中医協における検討が必要。

介護療養型医療施設の指定のスケジュール（案）

