

医療保険福祉審議会 老人保健福祉部会（第24回）の議事次第

日時：平成11年7月12日(月)14:00～16:00

場所：厚生省7階 特別第1会議室

- 1 開会
- 2 調整交付金の算定方法について
- 3 都道府県・市町村に関する事項に係る施行準備状況について
- 4 その他
- 5 閉会

## 医療保険福祉審議会 老人保健福祉部会第23回議事要旨

### 1 日時及び場所

平成11年5月19日(月) 16時00分から18時05分  
厚生省 特別第1会議室

### 2 出席委員

水野、青柳、加藤、蒲生、見坊、多田羅、中村、野中、堀江、村上、  
山口の各委員、永嶋、村川、今井、漆畑、高梨の各参考人

### 3 議題

- (1) 高額介護サービス費等の枠組みについて
- (2) やむを得ない事由による措置の概要について
- (3) 高齢者保健福祉事業のあり方に関する検討会の検討状況について
- (4) その他

(高井室長)

資料105「高額介護サービス費等の支給要件について(案)」について説明。

(山崎課長)

資料107「やむを得ない事由による措置の概要」について説明。

(水野部会長代理)

高額介護サービス費の関係については、すでに昨年8月24日、10月26日の2回にわたり、本部会でも審議いただいたところであるが、市町村における事務処理システムの開発のスケジュールなどとの関係上、その枠組みについて、本日、了承していただきたい。

(中村委員)

まず、本日の新聞にも載っているが、介護保険料について財政支援を行うというのはどういう内容の検討なのか、説明をいただきたい。

次に、特別養護老人ホームの医療費は別枠扱いとなるため、医療費の部分がこの高額介護サービス費の対象額には入らないと思うが、どのようになっているのか。介護老人保健施設や介護療養型医療施設と在宅の場合との間で、それぞれに高額介護サービス費の対象額を設けるべきではないか。

(堤審議官)

介護保険料の財政支援について、市町村等からいただくいろいろな要望を踏まえ、制度の円滑な実施に向けた検討をしている段階であり、具体的に固まったものはない。

(高井室長)

老人保健の一部負担も考慮して、高額介護サービス費を考えるべきではないかというご意見があるが、まず、老人保健では現在定額負担ということで負担が大きくなならない配慮がされていることや、老人保健の一部負担と介護保険の自己負担を合算するのは、市町村の事務処理上、大変であることを踏まえ、こうした案にさせていただいている。

老健、療養型と特養で差を設けるべきではないかということだが、高額介護サービス費の設定は、利用者負担が家計に与える影響を考慮して、上限額を設けるという趣旨からすると分ける必要はないのではないかと考えている。

(多田羅委員)

高額サービス費による負担上限の設定が37,200円という案と36,000円とする案がある。36,000円の方は、1日1,200円、30日で36,000円ということであるが、37,200円の方の根拠は何か。医療保険でやっているからそのままというのでは、主体的な判断に欠けるのではないか。

また、負担上限を設定する場合の3つの区分について、それぞれの対象者の割合はどの位か。

(高井室長)

介護保険法も健康保険法も、家計に与える影響を考慮して決めるというのが法律の考え方であり、原則としては医療保険の数字を持ってくることとした。一方、36,000円については、今の医療で受けておられる方が介護保険に移ってくる場合があるので、施行前後でできるだけ似たような負担とする考え方に立ち、特例的に老人医療の数字を持ってきた。

高額介護サービス費の対象者数の区分であるが、市町村民税世帯非課税の方が全体の2200万人の大体28%と推計しており、600万人程度。また、高齢福祉年金受給者等に該当する方が全体の2%なので、残り7割の方が、低所得者以外のところに該当している状況。

(多田羅委員)

37,200円の具体的な根拠はどうなっているのか。

(間杉課長)

高額療養費の多数該当制度は昭和59年に始まっており、例えば1年間入院しているようなケースの場合、1カ月目、2カ月目、3カ月目までは63,600円となるが、4カ月目からは37,200円となり、長期の療養の方には負担を軽減するという趣旨である。金額の設定に当たっては、当時のサラリーマンの平均賃金が1カ月分約20万円で、概ね年間通じて療養しても、サラリーマンの負担の2カ月分ぐらいならよいという考え方があった。また、低所得者に関しては3分の2程度の負担上限という考え方があった。これらの額が、その後の賃金の伸び等で変動し、現在に至っ

ている。

(多田羅委員)

勤労者の所得を基本にしたということだが、高齢者と勤労者では少し違うのではないか。そういう意味では、36,000円、また市町村民税非課税の場合は24,600円とするほうが妥当ではないか。

(高井室長)

統計を見ると、高齢者世帯の可処分所得というのもかなりの水準になっている。また、介護保険の場合、6か月間以上継続するというのが要介護認定の考え方であるので、医療保険の多数該当に近いのではないかと考えており、市町村民税非課税の場合は24,600円としている。

(堀江委員)

他制度との均衡で高額介護サービス上限額を決めたということだが、この上限額の設定で、メリットを受ける人たちがどのくらいいるのか。極めてわずかしかメリットを受けられないということになれば、法律で高額介護サービス費をつくった意味がどこにあるのか。

次に、低所得者等を対象にした上限額設定であるが、差額は誰が負担するのか、財政支援を明らかにする必要がある。

(高井室長)

高額介護サービス費の負担は介護保険でみるので、半分が公費、半分が保険料負担となる。

(高梨参考人)

介護療養型医療施設の場合は、すべて高額介護サービス費の対象になって、通常の1割負担にならないということか。

(神田次長)

療養型病床群に入院する場合の費用の試算は、食費と介護費用の部分を足し合わせると大体平均46万円ぐらいになるので、介護費用は、約40万円ということになる。この高額介護サービス費がないと、自己負担は平均4万円となるが、支払われる報酬額は要介護度に応じて決まるので、要介護度の低い場合は30数万円、高い場合は40数万円になる。介護費用が37万円を下回ることがあれば、当然、高額介護サービス費に該当しない。

(高梨参考人)

標準モデルでいえば、入院している方のすべてが高額介護サービス費の適用を受けることになるというのがおかしい。医療保険の高額療養費63,600円についても、その当時の政管における被保険者の標準報酬月額を参考にして定めたというのが出発点である。その当時の水準と、最近における政管の標準報酬の伸びとを比べた時に、この63,600円という水

準はバランスが崩れている。そういう医療保険のバランスが崩れたものを介護保険に持って来るのではなく、介護保険として適正なものを求めるように努力をすべきではないか。

(高井室長)

他に良い指標があれば、また検討の必要もあるが、なかなか見つけるのは難しい。医療保険制度において、ちょうど位置付けが同じ仕組みであるので、それを持ってきたということ。

(神田次長)

療養型病床群の一部負担部分については、平均であると40万円ぐらいであるが、要介護度に応じた傾斜がつくということになると、例えば要介護1とか要介護2で37万円を下回ることになれば、高額介護サービス費の適用はなくなる。

したがって、要介護度が低い方には、高額介護サービス費が支給されずに、要介護度が重い場合には高額介護サービス費が支給されるというようなことが考えられるので、全員が必ず高額介護サービス費の対象になるということにはならない。

(中村委員)

高額介護サービス費と言えば、かなり上乘サービスが伴った場合に支給されるものである。やはり、介護療養型医療施設の大部分の方に高額介護サービス費が支給されるというのでは、利用者が納得しない。負担上限については、各3つの施設体系の中で、それぞれ議論すべきである。

(堤審議官)

介護の費用が家計に与える影響と、医療の費用が家計に与える影響の違いがあるか。また、医療の中で、例えば、がん患者の費用と、風邪の費用とで違いがあるかと言えば、いずれもなかなか違いがあるとは言いつらい。医療保険の高額療養費の支給の制度においても同じような構造になっているので、どういう費用であれ、家計に対する影響は差がないということであれば、それは同じ扱いにせざるを得ないというところは是非ご理解をいただきたい。

(野中委員)

療養型病床群に入院すると46万円の費用を介護保険で持たなくてはならないのか。介護に要する費用は、最高でも35万円と限定された筈ではなかったのか。療養型病床群は、医療が大半ではないのか。社会的入院をなくしていこうということが最大の目的なら、療養型病床群等は減らしていくのが本意である。

療養型病床群で46万円の費用どうしても必要だということのなら、その費用を医療分野と介護分野でどれだけ持つのかということを確認する必要がある。

また、1割負担についても最高35,000円以上持つことはあり得な

い筈であり、同様に医療と介護との区分を明確にする必要がある。

(高井室長)

福祉と医療を含めて一体的な仕組みをつくることが介護保険の考えである。一方で、医療保険と介護保険の線引きもはっきりするようという指摘を受けているので、それは鋭意進めているところである。

(青柳委員)

まず、35万円という負担上限は在宅分野での金額であり、介護保険施設についての上限ではないことを確認しておきたい。

次に、医療と介護をどう区分するかという議論ではなくて、医療保険給付と介護保険給付をどう区分するかという議論ならば、成り立つのではないか。介護保険適用の療養型病床群が持っている福祉サービスの機能に、長期療養に必要な基本的な医療行為を加え、介護保険の給付対象にすることで整理をしつつある。

在宅で考えると、例えば要介護5の方で、35万円、介護保険から給付される。その方が、寝たきり老人という形で、在総診という医療保険上の給付を受けていると35万円プラス6万かかる。そうなると、それを合算すると41万円程度になる。そのようなことを踏まえた上で、議論をするべきである。

(野中委員)

療養型病床群に入院した人が高額介護サービス費を受けれるということになれば、少々の負担をしても、在宅で介護するよりいいという逆の論理が起きてくる可能性がある。その場合に、受け皿の施設ができるのか。保険者としては不安がある。在宅で家族や地域が支えるというのが、介護保険の基本ではなかったのか。

(高井室長)

在宅をサービスを伸ばそうというのは、御指摘の通り介護保険の大きな狙いである。その中で、施設サービスをどう位置づけにしていくか。これは市町村の介護保険事業計画、都道府県の介護保険事業支援計画の中でも位置づけて、どのぐらいのニーズがあるかを見込みを立てて計画を作成いただくこととしている。

(見坊委員)

少し話は変わるが、介護保険制度を契機として、従来の福祉制度の水準を低下させることがあってはならない。

経済界が、介護サービスにおける人材の確保ということで、3級ヘルパーの50時間の研修さえも、場合によってはもっと簡略にしたらどうか、介護福祉士、理学療法士、作業療法士の修業年限を見直し、どんどん雇用対策につないだらどうか、有料老人ホームにおける介護サービスを施設サービスとして認定したらどうかかを提言している。

マンパワーの問題が、介護基盤の一番重要な問題である。厚生省が前向

きに、従来一貫して追求してきた、社会福祉の基礎構造改革のまとめの中にも、この福祉の専門職の問題は明快に整理されているように思うが、それにもまた反するような動きがある。そのことについて厚生省としてどう考えているのか。

(山崎課長)

雇用対策は、介護の問題に限らず、産業全般において大きな議論として政府部内で検討されている。その一環で、経団連のほうで、新規雇用の創出という面で、介護事業について規制緩和という観点で提言したと聞いている。今から、政府全体で議論される問題であるが、ただ厚生省としては、介護サービスの質の確保という点は当然必要であり、一方で、介護のニーズに即した介護サービス量の確保、維持も重要だと思っている。いずれにしても、これは政府部内で、最終的にはどういう形にするかということを決定的に決めていくことであって、今は進行中という段階であると報告させていただきたい。

(野中委員)

保険者側からいうと、3級を確保するだけでも大変な事業である。町村では、都市部ほど民間企業の進出が期待できないので、自前で養成していかないといけない。まして、2級になると都道府県の社会福祉協議会等が協力をして講師の派遣等をしてもらわなかったら、市町村独自ではできない。町村では介護のできる3級の人すら確保が難しい現況を理解してほしい。

(見坊委員)

実態に即して経過措置なりを設けて対応し、将来的には年限を切って質の確保をお願いしたい。

(中村委員)

3級のホームヘルパーを全国一律で、認めていくべきではない。各県の需給関係を見ざるを得んが、認めるならちゃんと年限を切っていたいただきたい。

(村川参考人)

高額介護サービス費等の関係について、提案のあった医療保険制度との整合性、及び所得の少ない家計への影響ということを考慮した枠組みについては、賛成である。

また、先ほどのサービスの質、量をめぐるとの問題についてであるが、今回のこの介護保険制度への移行の中で、企業等が提供するサービスの質が低下するようでは重大な問題がある。新制度への信頼の問題、それからサービスの質を担保するといったような観点から考えると、経団連ペーパーにあるような、3級のカリキュラムすらも大幅に簡素化せよ、といったような主張というものが、見過ごされてよいというわけにもいかない。サービスの質を担保するというのも、費用と並行して議論を進めていただくこ

とが妥当ではなかろうか。

(水野部会長代理)

いろいろ意見があるかと思うが、高齢者保健福祉事業のあり方に関する検討会について、事務局から資料が提出されているので、説明をお願いしたい。

(西山課長)

資料108「高齢者保健事業の在り方に関する専門委員会報告に盛り込むべき論点(案)の概要」について説明。

(水野部会長代理)

検討会のメンバーでもある山口委員からも一言お願いしたい。

(山口委員)

まず、1点目として、今回のヘルスアセスメントについて、これは是非具体的に進めていただきたい。

次に、地域リハビリテーションの問題であるが、これを介護保険実施に焦点を定めながら、全国的に広がるような、具体的な方法論を、今のモデル事業を通して、是非考えていただきたい。これが全国に広がれば、予防、リハビリテーションの充実という基本目標、ひとつの大きな柱がかなり前進するのではないかと思っている。

3点目が、保健、医療、福祉の連携の問題であるが、これは非常に大事なことである。今からのヘルス事業というのは、やはり、医療、福祉を視野に入れたものでないといけない。国保のほうでも、保健、福祉の総合施設構想を数年前から進めているが、これらを含めて、是非、具体的にやっていただきたい。

いずれにしても、介護保険との整合性を図ること、寝たきりゼロ作戦を推進すること、こういう点を含めて、このレポートを作っただけでは有難いと思っている。

(村上委員)

老人の健康学、老人の健康とは何ぞやというものさしが、日本にはなさすぎると思うので、これを是非つくっていただきたい。

(高梨参考人)

山口委員から、ヘルスアセスメントが重要だということで、私もそのこと自体はそうだと思う。ただ、これは、すべての市町村国保が必ずヘルスアセスメントを実施しなければならないということになるのかどうか。それぞれの財政事情も苦しいところがあるので、それを法律で、全市民、40歳以上についてアセスメントを義務づけするというようなことは、なかなか難しいのではないかと思う。



(水野部会長代理)

本日はこれをもって閉会とする。