

医療福祉審議会における最近の動向について

目 次

- | | | |
|---|-----------------------------|---|
| 1 | 高額介護サービス費等の支給要件について（案）..... | 1 |
| 2 | 調整交付金の算定方法について（案）..... | 6 |
| 3 | 同居家族に対する訪問介護の取扱いについて（案）... | 9 |

高額介護サービス費等の支給要件について（案）

介護保険法第51条及び第61条により、要介護又は要支援の被保険者が受けた居宅サービス又は施設サービスに係る利用者負担が著しく高額であるときは、高額介護サービス費又は高額居宅支援サービス費が支給されることとされており、その支給要件、支給額等は「居宅サービス又は施設サービスに必要な費用の負担の家計に与える影響を考慮して」政令で定めることとされている。

この高額介護サービス費等の支給要件等については、昨年8月24日及び10月26日に本部会においてご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開発を促進する観点から、できるだけ早期に方向を定める必要があり、今回改めてこの点につきご審議いただき、その内容を固める必要がある。

なお、具体的に上限額をいくりに設定するかについては、老人医療制度の改革も検討され、また、平成12年度予算に関係するほか、医療保険制度との整合性を図る必要もあることから、政令の諮問答申については後日正式に行うこととするが、その設定の考え方については今回ご審議いただき、内容を固める必要がある。

1. 高額介護サービス費及び高額居宅支援サービス費の対象となる「利用者負担」

- 高額介護サービス費及び高額居宅支援サービス費（以下「高額サービス費」という。）の支給の対象となる利用者負担は、次に掲げるものとする。
 - ① 居宅介護サービス費・居宅支援サービス費に係る利用者負担
 - ② 特例居宅介護サービス費・特例居宅支援サービス費に係る利用者負担
 - ③ 施設介護サービス費（食事の提供に要する費用を除く）に係る利用者負担
 - ④ 特例施設介護サービス費（食事の提供に要する費用を除く）に係る利用者負担

2. 高額サービス費の支給要件

- 高額サービス費は、健康保険制度等の高額療養費の支給要件や老人保健制度における一部負担金との整合性を図りつつ、長期にわたり継続してサービスが行われることが一般的に想定されるという介護の特性にかんがみ、以下の要件を満たす場合に支給するものとする。

(1) 所得に応じた利用者負担の上限の設定

○ 健康保険制度等の高額療養費や老人保健制度における一部負担金との均衡を考慮し、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）のある月の利用者負担の額の合計が、以下の所得区分ごとにそれぞれ定める利用者負担上限額（A円＞B円＞C円）を超える場合に、その超える額を高額サービス費として支給する。

イ. 低所得者等（下記ロ及びハ）以外 A円／月

ロ. 市町村民税世帯非課税者等 B円／月

- ①その属する世帯の世帯主及び世帯員の全てについて市町村民税が非課税又は免除されている者（市町村民税世帯非課税者）
- ②利用者負担上限額がB円まで減額されなければ生活保護受給者になってしまう者

ハ. 老齢福祉年金受給者等 C円／月

- ①市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者
- ②生活保護の被保護者
- ③利用者負担上限額がC円まで減額されなければ生活保護受給者になってしまう者

(2) 上限額の設定

○ 上限額は、原則として、健康保険制度等の高額療養費の多数該当（※1）時の自己負担上限額との均衡を考慮して設定する。

〔 現行制度では、 低所得者等以外 : 37,200円／月
市町村民税非課税等 : 24,600円／月 〕

○ なお、(1)イ（低所得者等以外）の者の上限額（A円／月）については、特例として、老人保健制度における入院時の一部負担金（現行制度では36,000円／月（※2））との均衡を考慮して設定する考え方もある。

また、(1)ハ（老齢福祉年金受給者等）の者の上限額（C円／月）については、老人保健制度における老齢福祉年金受給者（市町村民税非課税等に限る）の入院時の一部負担金（現行制度では、15,000円／月（※2））との均衡を考慮して設定する。

〔 ※1 多数該当：健康保険制度等の場合、自己負担上限額は、過去12ヶ月の間に3回以上高額療養費を受けている場合には軽減される。 〕

〔 ※2 平成12年度の1月（30日）当たりの入院時一部負担金の額 〕

(3) 世帯の利用者負担の上限の設定

- 健康保険制度等の高額療養費制度においては、一部負担金についていわゆる世帯合算が行われていることを踏まえ、同一世帯に要介護者等が複数いる場合であっても、(2)の上限額を当該世帯全体の利用者負担の上限額とする。(いわゆる世帯合算を行う。)
- 具体的には、介護保険法上は、高額サービス費は個々の要介護者等ごとに支給されることとなっているため、世帯としての利用者負担上限額(当該世帯が(1)のイ、ロ又はハ(②及び③に限る)のいずれに該当しているかによりA円、B円又はC円とする)を、個々の要介護者等の利用者負担の額に応じて按分して個々の要介護者等の利用者負担上限額を算定する。(具体例別添参照)

ただし、(1)ハ、①の老齢福祉年金受給者については、個人に着目して上限額を減額していることから、世帯としての利用者負担上限額はB円として算定し、B円を個々の要介護者の利用者負担の額に応じて按分して個々の要介護者の上限額を算定し、老齢福祉年金受給者については、当該上限額がC円を超える場合にはC円を自己負担上限額として設定することとする。(具体例別添参照)

(参考)

健康保険制度等における高額療養費等及び現行制度を前提とした場合の介護保険制度における高額介護サービス費等(案)

単位：月額

	低所得者等以外	低所得者等以外 多数該当時	市町村民税 非課税者等	市町村民税非課税者等 多数該当時	老齢福祉年金受給者 (市町村民税非課税者等)
健康保険	63,600円	37,200円	35,400円	24,600円	—————
国民健康保険	63,600円	37,200円	35,400円	24,600円	—————
老人保健(※1)	36,000円 ※2		35,400円		15,000円

	低所得者等以外	市町村民税世帯 非課税者等	老齢福祉年金 受給者等
介護保険制度(案)	A円 (37,200円)	B円 (24,600円)	C円 (15,000円)

※1 老人保健については高額療養費制度がないため、表中の額は平成12年度の1月(30日)当たりの入院時一部負担金の額

※2 老人保健における入院時一部負担金との均衡を考慮して、特例として、36,000円/月とする考え方もある。

(注) 「市町村民税非課税者等」の定義は、

- ・健康保険においては、「被保険者本人が市町村民税非課税又は免除」
- ・国民健康保険においては、「被保険者の属する世帯の世帯主及び国保被保険者である世帯員全員が市町村民税非課税又は免除」
- ・老人保健においては、「主たる生計維持者が市町村民税非課税又は免除」
- ・介護保険においては、「被保険者の属する世帯の世帯主及び世帯員全員が市町村民税非課税又は免除」

(別添)

世帯合算の具体例

(前提) 自己負担上限額を以下の額とする。

- イ. 低所得者等以外 A円 → 37,200円
- ロ. 市町村民税世帯非課税者等 B円 → 24,600円
- ハ. 老齢福祉年金受給者等 C円 → 15,000円

世帯の種別	要介護者等の構成	高額費前自己負担	世帯の自己負担上限	要介護者等ごとの負担上限	要介護者等ごとの最終的な高額サービス費
低所得者等以外	要介護者A 要介護者B	40,000円 10,000円	37,200円	$37,200 \times 40,000 / (40,000 + 10,000) = 29,760$ 円 $37,200 \times 10,000 / (40,000 + 10,000) = 7,440$ 円	40,000 - 29,760 = 10,240円 10,000 - 7,440 = 2,560円
市町村民税世帯非課税等	要介護者 要支援者	30,000円 6,000円	24,600円	$24,600 \times 30,000 / (30,000 + 6,000) = 20,500$ 円 $24,600 \times 6,000 / (30,000 + 6,000) = 4,100$ 円	30,000 - 20,500 = 9,500円 6,000 - 4,100 = 1,900円
市町村民税世帯非課税等 (Aは老齢給付)	要介護者A 要介護者B	30,000円 10,000円	24,600円	$24,600 \times 30,000 / (30,000 + 10,000) = 18,450 > 15,000 \rightarrow 15,000$ 円 $24,600 \times 10,000 / (30,000 + 10,000) = 6,150$ 円	30,000 - 15,000 = 15,000円 10,000 - 6,150 = 3,850円
市町村民税世帯非課税等 (Aは老齢給付)	要介護者A 要介護者B	20,000円 20,000円	24,600円	$24,600 \times 20,000 / (20,000 + 20,000) = 12,300 < 15,000 \rightarrow 12,300$ 円 $24,600 \times 20,000 / (20,000 + 20,000) = 12,300$ 円	20,000 - 12,300 = 7,700円 20,000 - 12,300 = 7,700円
生活保護受給世帯	要介護者 要支援者	14,000円 6,000円	15,000円	$15,000 \times 14,000 / (14,000 + 6,000) = 10,500$ 円 $15,000 \times 6,000 / (14,000 + 6,000) = 4,500$ 円	14,000 - 10,500 = 3,500円 6,000 - 4,500 = 1,500円

※ 生活保護受給者の自己負担は、原則として「介護扶助」の対象となる。

調整交付金の算定方法について（案）

1. 調整の考え方

- 第1号保険料率が市町村間で異なる要因としては、
 - ①給付に要する費用の違い
 - ア) 要介護となる可能性の高い後期高齢者の加入割合
 - イ) 要介護者1人当たりの給付費（給付水準）
 - ②第1号被保険者の所得段階別の構成割合の違い
 - ③災害等により保険料の減免を行った場合などの特殊事情の存在等が考えられる。

- このうち、①ア) 及び②については、これらの事由は全ての市町村について共通に生ずるものであり、かつ、市町村の責に帰すべきでない事項であることから、できる限りその格差を平準化する必要がある。
従って、この2つの事由による調整は普通調整交付金として位置付け、全市町村における市町村間格差を調整する仕組みとする。すなわち、同じ給付水準であればこれらの事由が異なっても基本的には同じ保険料となるように調整する。

- 一方、③のなかには、調整交付金により財政支援を行うことが適当なものもあるものと考えられる。
また、①イ) については、基本的には保険料率の違いに反映させることが適当と考えるが、必ずしもその水準の相違が市町村の責に帰すべきでないと考えられるものについては、一定程度その格差を調整することとしてはどうかという考え方もある。
これらの事由による調整は、後期高齢者加入割合及び所得段階別被保険者割合による調整を普通調整交付金としてできる限り完全な形で行い、残りの部分で、特別調整交付金としてその格差をできるだけ調整する仕組みとしてはどうか。

2. 普通調整交付金の算定方法

- 普通調整事由（後期高齢者加入割合及び所得段階別被保険者数割合）を平成10年9月に当部会においてお示ししたような考え方に基づいて調整するための算定式は以下のとおりである。

普通調整交付金＝当該市町村の標準給付費額 × 普通調整交付金の交付割合

・ 普通調整交付金の交付割合（％）
＝ 22％－（17％ × 後期高齢者補正係数 × 所得補正係数）

・ 後期高齢者補正係数

$$= (\text{全国の前期高齢者加入率} \times \text{全国の前期要介護発生率} + \text{全国の後期高齢者加入率} \times \text{全国の後期要介護発生率})$$

$$\div (\text{当該市町村の前期高齢者加入率} \times \text{全国の前期要介護発生率} + \text{当該市町村の後期高齢者加入率} \times \text{全国の後期要介護発生率})$$

・ 所得補正係数

$$= 1 - \{ 0.5 \times (\text{当該市町村の第1段階被保険者割合} - \text{全国の第1段階被保険者割合}) + 0.25 \times (\text{当該市町村の第2段階被保険者割合} - \text{全国の第2段階被保険者割合}) - 0.25 \times (\text{当該市町村の第4段階被保険者割合} - \text{全国の第4段階被保険者割合}) - 0.5 \times (\text{当該市町村の第5段階被保険者割合} - \text{全国の第5段階被保険者割合}) \}$$

（所得補正係数は、6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、5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。）

3. 特別調整交付金の交付事由等

- 普通調整交付金による調整でどの程度の残額が生ずるかについては、普通調整事由や給付費見込額がどのような状況となっているかにより異なってくるが、普通調整により残額が生ずる場合に特別調整を行うこととしてはどうか。

- 特別調整交付金の交付事由としては、特殊事情のうち、
 - ①すべての市町村に生ずるわけではないが、通常生じた場合には保険料率を上昇させることとなる要因であって、
 - ②当該事由による保険料率の上昇が当該市町村の責に帰せないものであるものといった要件に当てはまるものを対象とすることが考えられる。

- このような要件に当てはまるものとして、災害等が生じたことにより保険料減免や利用者負担割合の減免を行った場合を対象としてはどうか。

- また、給付水準に関わるものであっても、
 - ①当該事由による保険料率の上昇が当該市町村の責に帰せないものであるものであり、かつ、
 - ②介護保険制度の枠組みのなかでその格差を調整することが適当と考えられるものであるといった要件に当てはまる一定の事由については、一定程度、その格差を調整してはどうかという考え方があるが、これらの事由に当てはまる事由としてどのようなものが考えられるか。例えば、市町村が離島等に存在する場合を対象としてはどうか。

同居家族に対する訪問介護の取扱いについて（案）

1. 基本的考え方

訪問介護の運営基準上、同居家族に対して訪問介護を行うことは認められていないが、離島、僻地その他の地域においては、指定事業者による訪問介護だけでは十分な訪問介護サービスの提供が期待できない場合がある。したがって、こうした地域においては、基準該当居宅サービスとして、市町村（保険者）の判断により、当該市町村の区域内に限り、訪問介護事業者の訪問介護員等（介護福祉士及びホームヘルパー養成研修修了者をいう。以下同じ。）が自らの同居家族に対してサービスの提供を行うことを、一定の要件の下で認めるものとする。

2. 基準該当の要件

市町村が、基準該当居宅サービスとして、訪問介護員等が自らの同居家族に対しても訪問介護を行うことを認めることができるのは、当該訪問介護が次の要件を満たす場合とする。

- (1) 当該訪問介護の提供を受ける者が、指定事業者による訪問介護だけでは十分な訪問介護サービスの提供が期待できないと市町村が判断した地域に住所を有すること。
- (2) 居宅介護支援事業者が作成する居宅サービス計画に従い、訪問介護事業所の責任者の具体的な指示に基づいて行われること。
- (3) 入浴、排せつ、食事等の介護（身体介護）をその主たる内容とすること。
- (4) 訪問介護員等がその同居家族を介護する時間の全勤務時間に占める割合が、概ね2分の1を超えないこと。

3. 市町村による承認の手続及び指導

- (1) 市町村は、同居家族に対する訪問介護を行おうとする訪問介護員等が所属する訪問介護事業所から、居宅サービス計画の写し等、2.の要件が満たされていることを確認できる書類を届け出させ、これに基づき基準該当居宅サービスとしての実施を認めるものとする。
- (2) 市町村は、いったん承認した同居家族に対する訪問介護について、事後的に2.の要件を満たしていないと認めるときは、保険給付を行わず、又は既に行った保険給付の返還を求めるものとする。
- (3) 市町村は、上記の要件に違反した訪問介護が行われている場合の是正の指導のほか、当該同居家族に対して行われる居宅サービスとして、家族ヘルパ

一による訪問介護のほか、他の居宅サービスが適切に組み合わせられているかどうか等を点検し、状況に応じて必要な助言を当該同居家族及び訪問介護事業者に対して行うものとする。

4. その他

この同居家族に対する訪問介護の取扱いについては、制度施行後3年を目途に、その実施状況を踏まえ、再度、医療保険福祉審議会で検討するものとする。