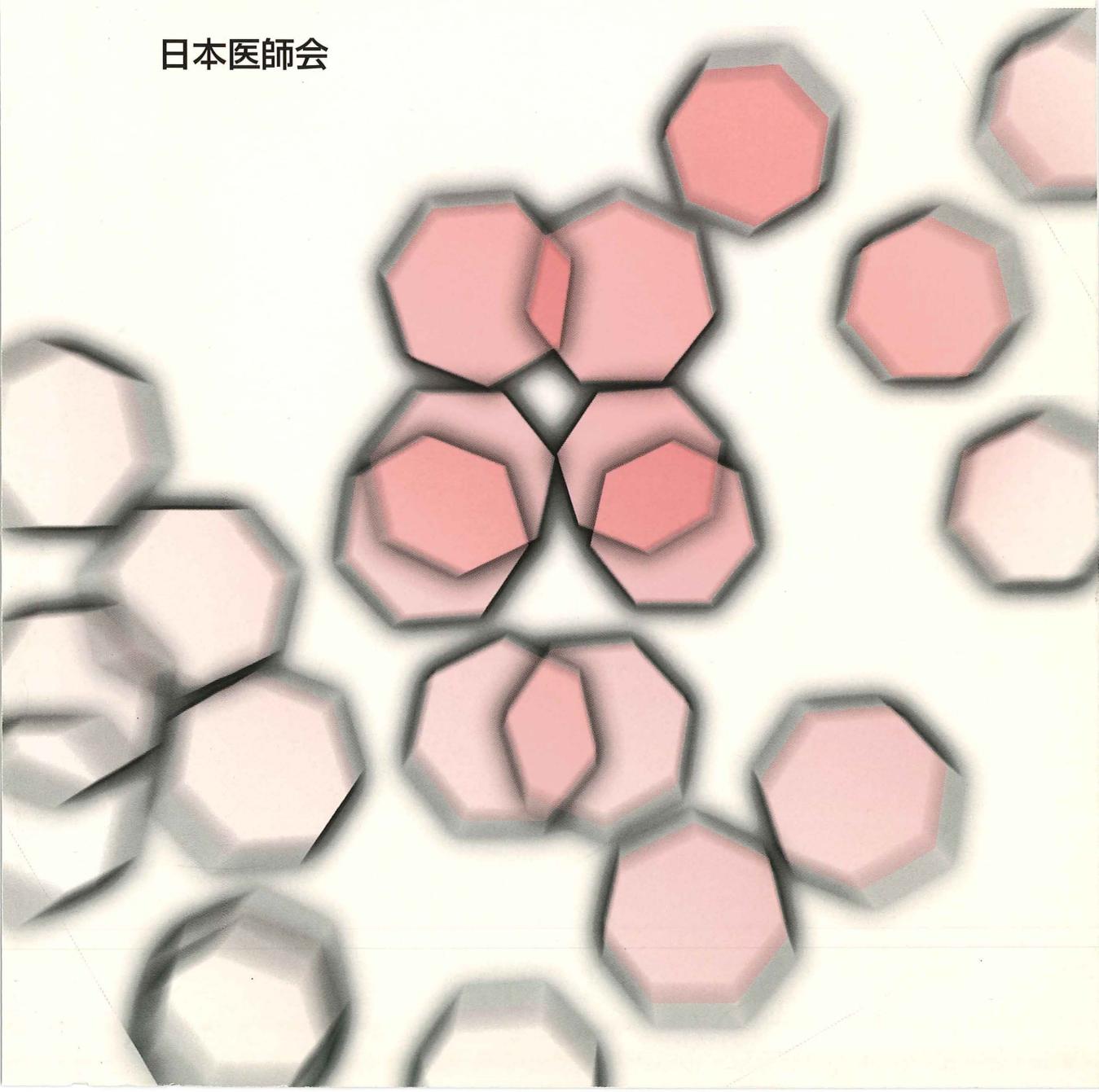


介護保険制度 Q&A

日本医師会



【禁忌】(次の患者には投与しないこと)
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能又は効果】

高脂血症、家族性高コレステロール血症

【用法及び用量】

通常、成人にはプラバスタチンナトリウムとして、1日10mgを1回または2回に分け経口投与する。なお、年齢・症状により適宜増減するが、重症の場合は1日20mgまで增量できる。

【使用上の注意】一括表

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

(1) 重篤な肝障害又はその既往歴のある患者[本剤は主に肝臓において代謝され、作用するので肝障害を悪化させるおそれがある。] (2) 重篤な腎障害又はその既往歴のある患者[横紋筋融解症の報告例の多くが腎機能障害を有する患者であり、また、横紋筋融解症に伴って急激な腎機能の悪化が認められている。] (3) フィブリート系薬剤(ペザフィブリート等)、免疫抑制剤(シクロスボリン等)、ニコチニ酸を投与中の患者[横紋筋融解症があらわれやすい。] (4) 高齢者

2. 重要な基本的注意

(1) 適用の前に十分な検査を実施し、高脂血症、家族性高コレステロール血症であることを確認した上で本剤の適用を考慮すること。本剤は高コレステロール血症が主な異常である高脂血症によく反応する。(2) あらかじめ高脂血症の基本である食事療法を行い、更に運動療法や高血圧・喫煙等の虚血性心疾患のリスクファクターの軽減等も十分考慮すること。(3) 投与中は血中脂質値を定期的に検査し、治療に対する反応が認められない場合には投与を中止すること。

3. 相互作用

併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
フィブリート系薬剤(ペザフィブリート等)	急激な腎機能悪化を伴う横紋筋融解症があらわれやすい[自覚症状(筋肉痛、脱力感)の発現、CPK上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇を認めた場合は直ちに投与を中止すること。]	重篤な腎障害のある患者
免疫抑制剤(シクロスボリン等)		
ニコチニ酸		

4. 副作用(本項には頻度が算出できない副作用報告を含む。)

総症例11,224例中329例(2.93%)に副作用(臨床検査値異常を含む)が認められた。その主なものは発疹(0.11%)、下痢(0.08%)、胃不快感(0.07%)等であった。[新医薬品等の使用の成績等に関する調査結果報告書(第6次)] (1) 重大な副作用 1) 横紋筋融解症(頻度不明)：筋肉痛、脱力感、CPK上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇を特徴とする横紋筋融解症があらわれ、これに伴って急性腎不全等の重篤な腎障害があらわれることがあるので、このような場合には直ちに投与を中止すること。2) 肝障害(頻度不明)：黄疸、著しいGOT・GPTの上昇等を伴う肝障害があらわれることがあるので、観察を十分に行い、このような場合は投与を中止し適切な処置を行うこと。3) ミオバシー(頻度不明)：ミオバシーがあらわれたとの報告がある。4) 末梢神経障害(頻度不明)：末梢神経障害があらわれたとの報告がある。5) 過敏症(頻度不明)：ループス様症候群、血管炎等の過敏症があらわれたとの報告がある。

● その他の使用上の注意は添付文書をご覧下さい。

本剤の適用にあたっては、あらかじめ高脂血症の基本である食事療法を行い、更に運動療法や高血圧・喫煙等の虚血性心疾患のリスクファクターの軽減等も十分考慮すること。



WOS) Shepherd J. et al. : N. Engl. J. Med. 333 (20) : 1301, 1995 CARE) Sacks F. M. et al. : N. Engl. J. Med. 335 (14) : 1001, 1996 LIPID) The LIPID Study Group: N. Engl. J. Med. 339 (19) : 1349, 1998 KAPS) Salonen R. et al. : Circulation 92 (7) : 1758, 1995 PMNS) The Pravastatin Multinational Study Group for Cardiac Risk Patients: Am. J. Cardiol. 72 (1) : 1031, 1993 PLAC-I) Pitt B. et al. : J. Am. Coll. Cardiol. 26 (5) : 1133, 1995 PLAC-II) Crouse J. R. III et al. : Am. J. Cardiol. 75 : 455, 1995 REGRESS) Jukema J. W. et al. : Circulation 91 (10) : 2528, 1995

エビデンスに基づく高脂血症治療

世界8試験、総症例数20,000例を超えるプラバスタチンのエビデンス



HMG-CoA還元酵素阻害剤
高脂血症治療剤
メバロチン[®]
錠・錠10・細粒・細粒1%

指定医薬品 一般名/プラバスタチンナトリウム [薬価基準収載]



おかげさまで、創業100周年。
資料請求先
三共株式会社
〒103-8426 東京都中央区日本橋本町3-5-1

介護保険制度の概要

図 1 介護保険制度の全体像

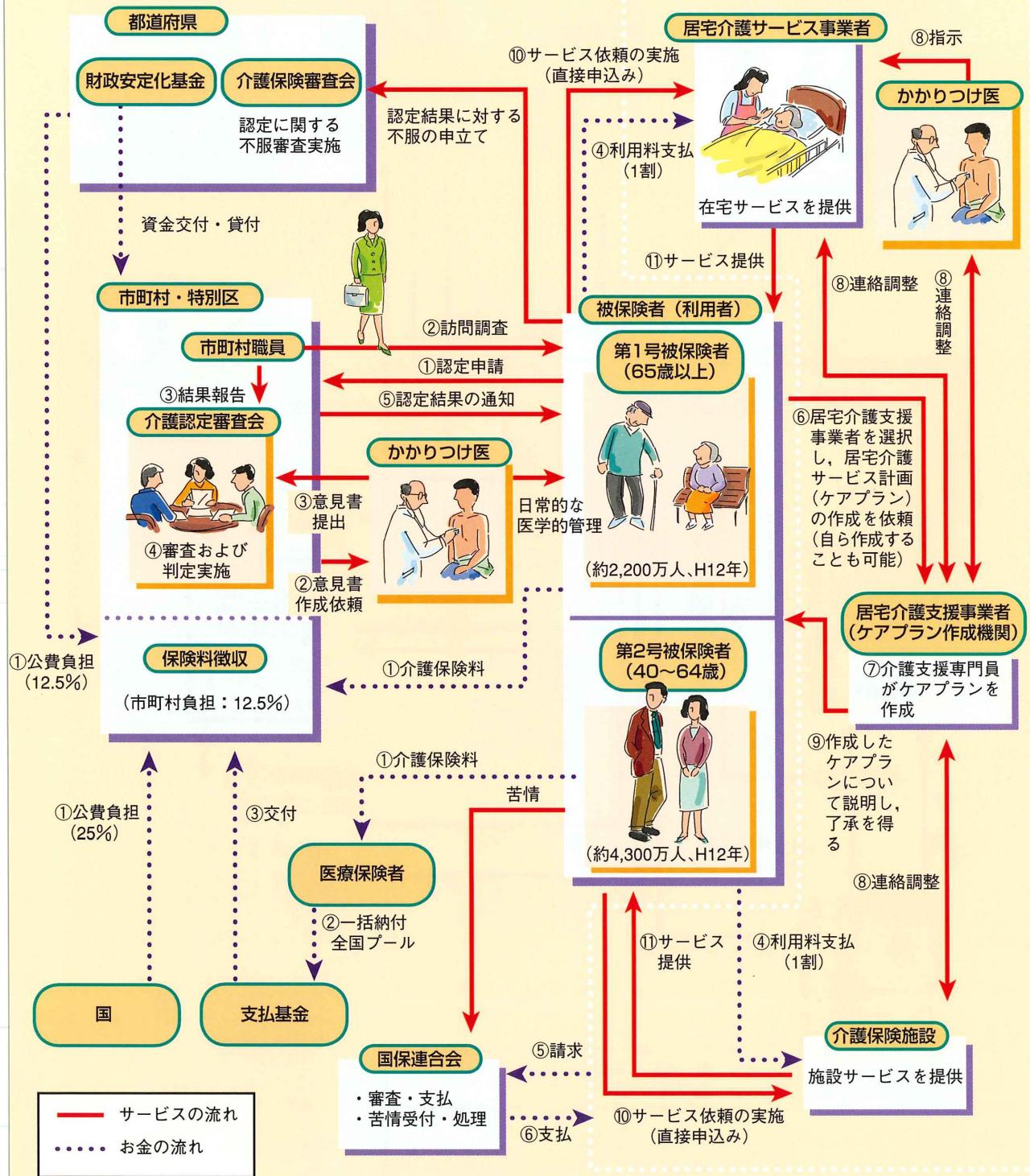


図2 要介護認定とサービスの利用方法

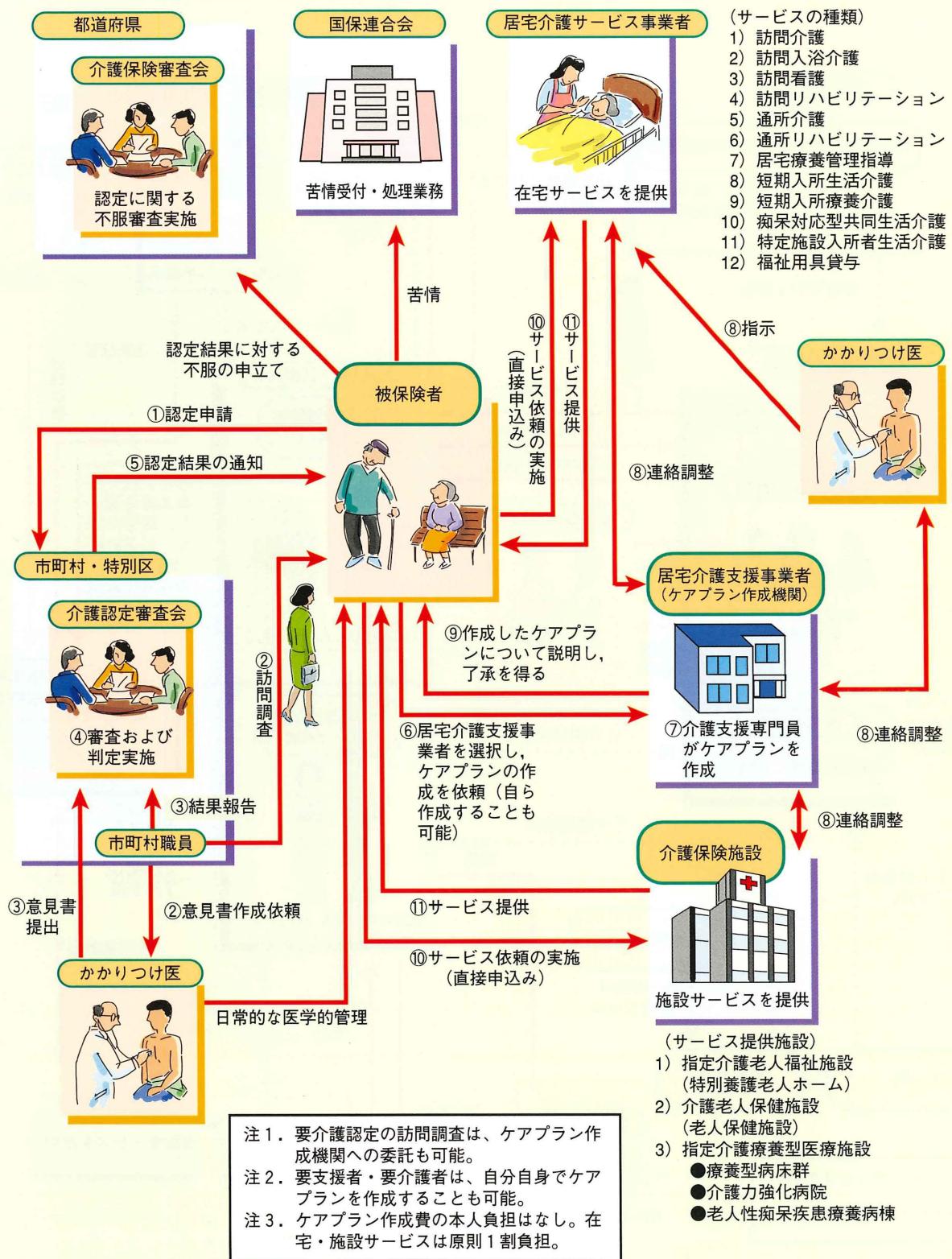
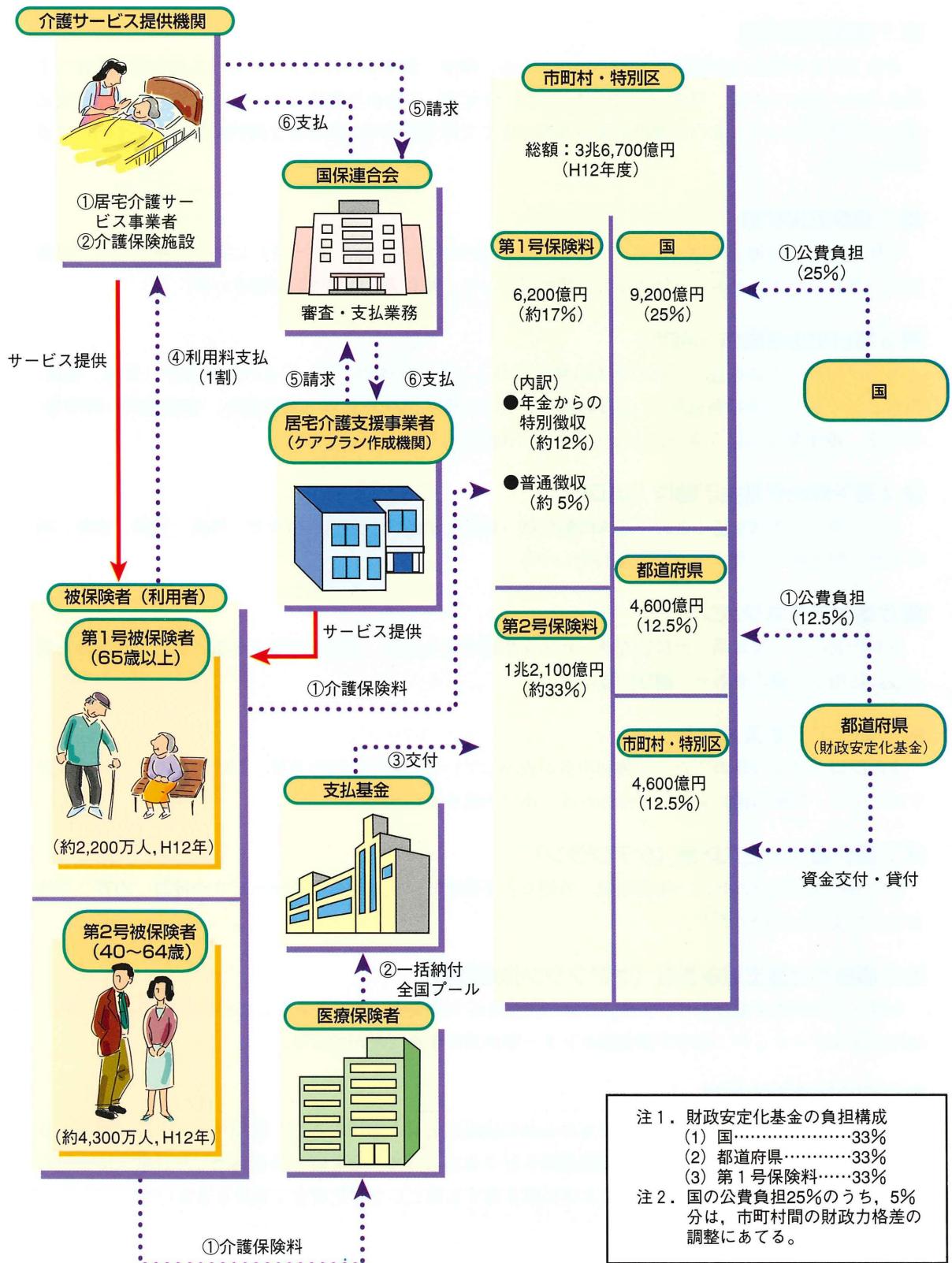


図3 お金の流れ



注1 財政安定化基金の負担構成

・財政安定化基金の負担構成
(1) 国……………33%

(1) 國 33%
 (2) 都道府縣 33%

(3) 第1号保険料.....33%

注2. 国の公費負担25%のうち、5%分は、市町村間の財政力格差の調整にあてる。

関連用語の解説

■ 1 ■要介護状態

身体上または精神上の障害があるために、入浴、排泄、食事等の日常生活における基本的な動作の全部または一部について、厚生省令で定める期間（6カ月）にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生省令で定める要介護状態区分のいずれかに該当するもの。

■ 2 ■要支援状態

身体上または精神上の障害があるために、厚生省令で定める期間（6カ月）にわたり継続して、日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であって、要介護状態以外の状態をいう。

■ 3 ■日常生活動作（ADL）

人間が毎日の生活を送るための基本的動作群のことで、具体的には、①身の回り動作（食事、更衣、整容、トイレ、入浴の各動作）、②移動動作、③その他生活関連動作（家事動作、交通機関の利用等）がある。通常ADLという場合、①と②をさす。Activities of daily livingの略。

■ 4 ■手段的日常生活動作（IADL）

人間が毎日の生活を送るための基本的動作群（日常生活動作；ADL）の中で、外出、買物、家計、服薬管理、料理等をいう。Instrumental ADLの略。

■ 5 ■ケアマネジメント

各利用者のニーズに沿った最適なサービスを提供できるよう、地域で利用できるさまざまな資源を最大限に活用して組み合わせ、調整すること。

■ 6 ■ケアアセスメント

事前評価、初期評価のこと。介護利用者が直面している問題や状況の本質、原因、経過、予測を理解するために、援助活動に先だって行われる一連の手続きをいう。

■ 7 ■介護サービス計画（ケアプラン）

要介護者等の心身の状況、生活環境、希望などを勘案し、利用する介護サービスの種類、内容、担当者などを定めた計画のこと。

■ 8 ■居宅介護支援事業者（ケアプラン作成機関）

介護支援専門員を配置して、ケアプランの作成を行う事業者。法人であることが原則。病院、診療所、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター等が兼務することができる。

■ 9 ■介護支援専門員

要介護者等からの相談に応じ、その方の心身の状況に応じた適切な在宅・施設サービスを利用できるよう、市町村や事業者、施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識および技術を有する者として厚生省令で定める者をいう。

まえがき

介護保険制度は現在、平成12年4月の制度施行に向けて行政・民間さまざまなレベルで準備が進められており、本年10月からは要介護認定の申請そして認定作業が開始されます。

ご承知のように、介護保険制度は、制度設計上、医師・医療機関および地域医師会の参加・協力がなければ運営できない仕組みになっております。医師等の役割としては、①かかりつけ医（主治医）意見書を提出する、②要介護認定という制度の要である介護認定審査会に参画して認定作業に従事する、③要介護認定者等に対するケアプラン作成過程で医療的部分についての指示・指導を行う、④介護保険において医療に関わる在宅・施設サービスを提供する、そして⑤介護保険制度全般に参画して高齢者のQOLの維持・向上に努める、ということが挙げられます。

地域医師会においてはかかりつけ医の紹介、意見書記入などの研修会、介護認定審査会における医師委員の確保、介護保険事業計画の策定作業への参画、介護支援専門員の養成など、制度施行に向けて準備が進められております。

日本医師会では、モデル事業を踏まえ地域医師会ならびに会員各位の協力を得て、要介護認定システムの構築をはじめ制度が円滑に運営されるよう尽力しております。

このような状況のなか、今後の審議状況によって多少変わる場合もありますが、平成11年3月段階における医療関係者に関係する介護保険の事項等を「Q & A」の形式でまとめました。ご活用いただければ幸いです。

平成11年3月

日本医師会介護保険担当理事

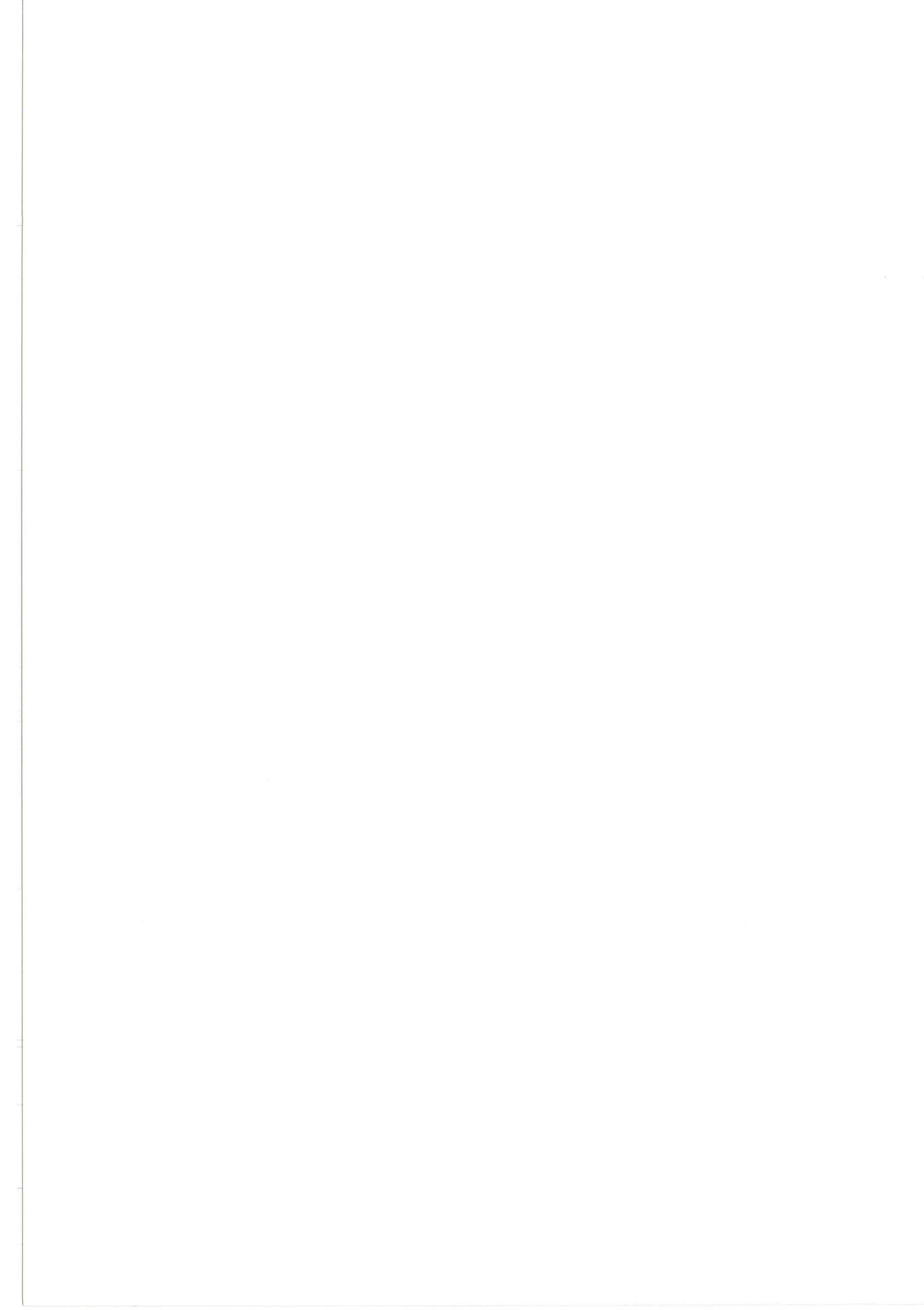
青 柳 俊

目 次

カラ一口絵：介護保険制度の概要

1	制度基盤整備について	1
1-①	整備状況	1
	介護保険施設／マンパワー（ヘルパー）／療養型病床群／有床診療所・介護力強化病院の転換	
1-②	事業計画	3
	基本指針／介護保険事業計画／介護保険事業支援計画	
2	保険財政について	6
2-①	利用者負担	6
	現行制度との比較／介護保険施設／支払い方法／1割負担	
2-②	介護報酬（総論）	7
	給付の種類／費用算定方法／居宅介護サービス計画費	
2-③	介護報酬（各論）	8
	居宅サービス：訪問介護／訪問看護／訪問リハ／訪問入浴／通所リハ／通所介護／短期入所療養介護（ショートステイ）／居宅療養管理指導 等	
	施設サービス：介護保険施設（指定介護療養型医療施設 等）	
3	保険給付について	16
3-①	保険者・被保険者	16
	運営主体／市町村／第1号被保険者／第2号被保険者	
3-②	給付内容	17
	居宅療養管理指導／施設入所者の経過措置／有料老人ホーム等の取り扱い	
3-③	サービス提供機関	19
	居宅介護支援事業者／居宅サービス事業者／介護保険施設／指定基準／病院・診療所の見做し規定	
3-④	既存制度との関係	23
	老人福祉・老人保健制度／医療保険との区分け／療養型病床群の区分け	
3-⑤	支給限度・給付制限	26
	居宅サービス／支給限度額の設定方法	

4 要介護認定について	28
4-① 認定手続きの流れ	28
要介護制度認定の流れ／「特別な医療」／訪問調査／訪問調査員／認定不服と介護保険審査会	
4-② 認定基準	30
一次判定基準／認定の有効期間	
4-③ かかりつけ医（主治医）意見書	31
記載事項／ケアプランへの活用／作成費用	
4-④ 介護認定審査会	33
業務内容／合議体／委員報酬	
5 介護支援専門員について	35
5-① 位置付け・業務内容	35
ケアプラン作成／居宅介護支援事業者／介護保険施設／医師の資格取得	
5-② 受講試験	36
試験範囲／免除項目	
6 ケアプラン作成について	38
6-① 作成の流れ	38
6-② ケアプラン作成者	39
7 経過措置について	41
7-① 介護保険施設の経過措置	41
施行日の入所者／特別養護老人ホーム入所者／老人保健施設入所者／適用除外施設／人員配置	
7-② その他の経過措置	43



1—① 整備状況

- Q 平成12年4月の介護保険法施行の際に介護保険施設となる①介護老人福祉施設、②介護老人保健施設、③介護療養型医療施設の整備状況はどうなっているのか。

A 厚生省の新ゴールドプラン進捗状況報告等によると、特別養護老人ホームでは目標数29万人分に対し、平成8年度時点では定員数24万9,017人、約86%の達成率、老人保健施設は、目標数28万人分に対し、平成10年12月現在で定員数19万7,855人分、約70%の達成率となっている。

介護療養型医療施設として期待される療養型病床群は、当初の目標数19万床に対し、平成11年1月時点では施設数3,257、約15万8,210の病床数となっている。今後、介護力強化病院および有床診療所の療養型病床群への転換を図ること等によって整備が進められることになる。

なお、法施行時点では入所・入院者が不利益を被らないように指定施設の経過措置が準備されている。

- Q 施設やヘルパー等のマンパワー不足が予想されるが、ニーズへの十分な対応は可能なのか。

A 施設の整備については、新ゴールドプランの推進を軸として、前回回答のような整備が進められている。他方、在宅サービスに係るヘルパー等については、当初より平成12年4月の介護保険施行時におけるマンパワー不足は想定されていた。しかし、平成11年度厚生省概算要求で、ホームヘルパーについて目標17万人を上回る17万8,500人分の予算が要求されるなど、基盤整備の努力がなされている。制度施行後も、在宅サービスと施設サービスのバランスある整備を行い、適切なサービス提供を行うことで、ニーズへの対応は可能になると考える。

- Q 療養型病床群について、介護保険適用の指定を受ける場合、どうすればよいのか。また、介護保険適用部分と医療保険適用部分の病床数（あるいは病棟数）の割合はどのような基準で誰が決めるのか。

A 療養型病床群については介護保険が適用される介護保険専用部分と医療保険が適用される医療保険専用部分とに区分され、病院・診療所は介護保険法の規定する療養型病床群の人員・設備基準を充たし、都道府県知事の指定を受けることで保険請求が可能となる。

介護保険適用病床と医療保険適用病床の割合は申請者が決定し、同一施設内での混在は可能である。指定は病棟単位が原則であるが、例外的に病室単位でも可能である。

また介護保険適用型療養型病床群として指定を受けたとしても、その後の状況により一般病床への変更は認められる。再申請等の手続きが必要になると想定され、再申請までの期間を6カ月程度とするか1年以上とするかは、今後検討される予定である。

Q 介護保険適用の療養型病床群に入院中の患者に急性期医療が必要になった場合、どのように対応するのか。

A 急性期医療が必要になった場合、原則医療保険適用の一般病床などに移って、医療保険の適用で治療を受けることになる。なお、一般病床への転棟・転床が困難な場合には、介護保険適用の療養型病床群にて必要な医療を受け、それは医療保険で対応できることになる。

Q 厚生省が目標として掲げる療養型病床群の整備目標19万床は介護保険適用病床についてのものか、あるいは医療保険適用病床も合わせた数値なのか。各都道府県での整備目標はどうなるのか。

A 療養型病床群の整備目標19万床は、当初整備目標とされたものであり、各都道府県の医療審議会を経た現在の介護保険適用の療養型病床群の整備目標は、約22万床となっている。具体的には、現行療養型病床群約15万床（平成10年12月末現在）からの転換、介護力強化病院からの転換、および介護保険適用の療養型病床群の新設により整備されることになる。

各都道府県の整備目標は、高齢者人口に一定数を乗じ、病床利用率で除して得た病床数、地域の要介護者数、在宅介護の状況および老人保健施設、特別養護老人ホームなどの関係施設の整備状況などを勘案して、適切な病床数を算定することになる。高齢者人口は平成12年の65歳以上推計人口、一定率とは全国ベースの数値である0.8%、病床利用率は全国ベースの数値である90%が目安となる。

また医療計画における必要病床数との関連では、介護保険適用の療養型病床群も医療提供施設であることからカウントされる。

Q 病床過剰地域の有床診療所の療養型病床群への転換は、医療計画における必要病床数との関係で認められないことはあるのか。

A 診療所の療養型病床群は、身近な場所で患者が療養生活を送ることができるという特質があり、要介護者の療養施設として重要であることから、病床過剰地域においても以下の要件を満たして特定病床と認められれば設置が認められる。

- ・平成10年3月31日までに転換した病床であること
- ・廊下幅を除いて完全型の設備基準を満たしていること

また、医療圏ごとの整備目標から、既存の療養型病床群および転換が見込まれる介護力強化病床の見込数を減じて得た数を基準として都道府県医療審議会の議を経て算定した数の範囲内であることが必要となる。

Q 介護力強化病院の療養型病床群への転換はいつまで認められるのか。

A 介護療養型医療施設のうち、療養型病床群は平成12年度までに19万床を整備することが目標となっており、現在の医療保険適用の療養型病床群からの転換とともに介護力強化病院からの転換も促進されている。

介護力強化病院の転換にかかるスケジュールは、平成11年度までは「完全型」または「転換型」の療養型病床群への転換が可能であるが、平成12年度以降は「完全型」へのみ転換が認められる。そして平成14年度以降は介護保険適用の療養型病床群への転換はできることになる。

なお、介護力強化病院は、経過措置によって平成14年度末までは介護療養型医療施設として認められる。

1—② 事業計画

Q 介護サービス給付が円滑になるためにどのような計画がとられるのか。

A 介護保険制度において円滑な保険給付を実施するため、まず国は基本的な指針「基本指針」を定め、この「基本指針」に基づいて、市町村・都道府県はそれぞれ介護保険事業計画、介護保険事業支援計画を作成する。

1. 国の基本指針

「基本指針」(厚生大臣告示)は、全国的に均衡のとれた介護サービスの供給を実現するため、介護保険制度の実施に関して次のような基本的な内容を示すものとなる。

- ①介護サービスを提供する体制を確保するための、市町村間および市町村と都道府県の連携協力、サービスを担う人材確保など、総合的な体制確立に

関する基本的事項

- ②市町村および都道府県が「事業計画」「事業支援計画」を作成するにあたっての方針、方法、定めるべき内容、時期、期間などに関する事項、および市町村の介護保険事業計画においてサービス需要量見込みを算定するにあたって考慮すべき事項
- ③その他、制度趣旨の普及啓発や指針の見直しなど、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するために必要な事項等

2. 市町村の定める介護保険事業計画

介護保険事業の実施主体である市町村は「市町村介護保険事業計画」を定める。この事業計画はサービス利用や保険料算定に影響することから、市町村のみでなく学識経験者、保健・医療・福祉関係者、被保険者代表などの参加による計画作成委員会を設置するなど、被保険者等や民間の意見を反映させるとともに、保健・医療・福祉に関わる民間団体の協力を得ながら作成されなければならない。また事業計画は、各市町村のニーズとサービス供給体制を踏まえ、かつ地域的条件、環境、地域作りの方向性を勘案して策定されるので、地域性のある独自のものとなる。具体的には以下の事項等を定める。

- ①各年度における保険給付の対象となる介護サービスの必要量（サービス種類ごと）の見込み
- ②事業者の確保方策、施設の整備計画など、見込まれるサービス必要量の確保の方策
- ③適切な介護サービス計画作成ができるよう、在宅サービス事業者間の情報連絡体制の確立、意思疎通を図るための協議会の設置など、事業者間の連携確保に関する事項等

なお、事業計画は、3年ごとに5年を1期として作成される。事業計画は市町村の提供するサービス量や保険料算定に大きく影響するため、定期的に計画に基づく実施状況を点検し、3年ごとに見直しがなされる。

3. 都道府県の定める介護保険事業支援計画

介護保険制度において広域的自治体の立場から市町村を支援するため、都道府県は「都道府県介護保険事業支援計画」を定める。事業支援計画は傘下の市町村が行う介護保険事業が適正かつ円滑になされるよう、都道府県が各市町村間の調整的役割を担うために作成されるものである。具体的には、以下の事項等を定める。

- ①都道府県が定める老人保健福祉圏域における各年度の介護保険施設の必要入所・入院定員総数、その他の保険給付の対象となる介護サービスの必要

量の見込み

- ②都道府県知事の施設指定許可があることから認められる老人保健福祉圏域ごとの介護保険施設の整備方針など、介護保険施設整備に関する事項
- ③介護サービス必要量に対応した必要な人材を養成し、資質を維持・向上させるなど、介護支援専門員その他の介護サービス従事者に関する事項等

2-① 利用者負担

Q 施設入院・入所者の利用者負担（給付の一部負担、食費）は介護保険制度の施行前後でどのように変わったのか。

A 介護保険施設（①介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設 ③介護療養型医療施設）の利用者負担は、現行制度での負担と比べて表1のように変化すると考えられる。

ただし、介護保険制度においては、要介護度に応じて施設介護サービス費が設定され、それに伴って利用者負担額も変化してくるため、個々のケースで具体的な額は異なってくることになる。

●表1 施設入院・入所者の利用者負担の変化（平成10年度価格）

	現行制度	介護保険制度
特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	平均 4.7万円	平均 5.1万円 (食事負担 2.3万円を含む)
老人保健施設 (介護老人保健施設)	平均 5.0万円 (平成9年現在)	平均 5.5万円 (食事負担 2.3万円を含む)
療養型病床群等 (介護療養型医療施設)	平均 6.2万円 (おむつ代 0.6万円を含む)	平均 6.7万円 (食事負担 2.3万円を含む)

※この他、日常生活費が利用者の負担となる。

Q 利用者負担（給付の一部負担、食費）の支払はどのような方法をとるのか。

A 居宅サービスを受けた場合、利用者は実際に給付を受けたサービスの1割について負担する。他方、施設サービスを受けた場合は保険給付の一部負担として1割、さらに食費、日常生活費を負担する。支払は居宅サービス事業者・介護保険施設に対して直接行う仕組みになっている。また、事業者・施設に対して利用の都度支払いをするのか、1カ月単位でまとめて支払うのかなど具体的な支払方法は現在検討されている。

Q 介護サービスに対応する利用者の1割負担は全国共通なのか。

A 確かに、介護保険制度における保険者は市町村であることから、各市町村において利用者負担を増減することができるとも考えられるが、利用者負担はサービスを利用する者と利用しない者との間の公平な負担を確保する趣旨で規

定されたものであることからすれば、介護給付に関して市町村単独で利用者負担を調整することはできないと考えられる。

2—② 介護報酬（総論）

Q 介護報酬はどのように定められるのか。

A 医療保険制度の「診療報酬」と同様、介護保険制度においても、サービス事業者や介護保険施設が介護サービスを提供した場合、サービスの対価として「介護報酬」（費用）を市町村に請求することになる。

介護報酬の額は、具体的には厚生大臣が定め、告示されるが、サービス事業者の事業所および介護保険施設の所在地などによって決められる介護サービスにかかる「平均的費用」およびサービス内容、要介護度を勘案して定められることになっている。

給付の種類と費用算定方法は表2のようにまとめられる。

●表2 給付の種類と費用算定方法

給付種類	費用算定方法
居宅介護サービス費 ①訪問介護 ②訪問看護 ③訪問リハビリテーション ④訪問入浴介護 ⑤居宅療養管理指導 ⑥福祉用具貸与 ⑦通所リハビリテーション ⑧通所介護 ⑨短期入所生活介護 ⑩短期入所療養介護 ⑪痴呆対応型共同生活介護 ⑫特定施設入所者生活介護	①～⑥ サービスの種類ごとにサービス内容、事業所の所在地などを勘案した平均的費用を考慮して設定 ⑦～⑫ サービスの種類ごとに要介護度、事業所の所在地などを勘案した平均的費用を考慮して設定
特例居宅介護サービス費	居宅介護サービス費算定基準をもとに設定
居宅介護福祉用具購入費	購入に実際に要した費用
居宅介護住宅改修費	改修に実際に要した費用
居宅介護サービス計画費	事業所の所在地などを勘案した平均的費用を考慮して設定
特例居宅介護サービス計画費	上記算定基準をもとに市町村が設定
施設介護サービス費 ①指定介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設 ③指定介護療養型医療施設	サービスの種類ごとに要介護度、施設所在地域などを勘案した平均的費用を考慮して設定 および食事に係る平均的費用を考慮して設定
特例施設介護サービス費	上記算定基準をもとに市町村が設定
高額介護サービス費	今後政令により設定

Q 居宅介護サービス計画費とはケアプラン作成費のみをいうのか、また施設におけるサービス計画費は介護報酬に含まれないのか。

A 居宅介護サービス計画費とは「居宅介護支援に要した費用」とされ、介護サービス計画作成のための直接の費用のみならず、居宅介護支援に関する「計画作成のための訪問調査にかかる費用」「介護サービス担当者会議(ケアカンファレンス)にかかる費用」「サービス提供事業者との連絡調整・情報交換にかかる費用」など一連の費用が含まれることになる。

施設サービス計画は、居宅サービスにおける介護サービス計画と異なり、要介護者のニーズに合ったサービスのコーディネートやサービス提供事業者間の連絡調整などの要素がなく、介護施設におけるサービスの一環として「施設介護サービス費」に含めて考えられる。

Q 介護努力によって患者の身体状況がよくなってきた場合、要介護度は軽くなると考えられるが、その介護努力に対する評価があるのか。

A 介護努力によって要介護度が改善した場合、介護報酬は介護度が低くなるのに伴って低額になるため、その改善努力を評価することが何らかの形で必要になるかと考える。

改善努力の評価の考え方としては、①要介護度が改善した場合でも次の要介護度判定までの一定期間は、改善前の要介護度による給付を行う、②有意に改善が見られる事業者・施設に対して、加算もしくは一定期間の報酬単価の引上げを行うなどが挙げられるが、実現可能か否かを含めて検討される予定である。

2—③ 介護報酬（各論）

Q 介護保険制度における各サービスの介護報酬については、どのように考えられているのか。

A 介護保険制度では、居宅サービス事業者等や介護保険施設が介護サービスを提供した場合、サービスの対価として介護報酬（費用）を保険者に請求することになる。介護報酬は、提供されるサービスの内容に応じた平均的な費用にサービス事業者および介護保険施設の所在地域や利用者の要介護度等を加味して設定される。各サービスの介護報酬額は、厚生大臣の告示事項であり、その設定について医療保険福祉審議会 介護給付費部会において、平成11年度中の告示に向け現在審議中である。

以下では、居宅サービスと施設サービスに分けて現時点での介護報酬設定の考え方を解説する。

1. 居宅サービス

居宅サービスについて、現在、案として提示されている介護報酬設定は、サービス内容の特徴や介護報酬設定の考え方の類似性などにより、概ね表3のパターンに分けて考えられている。

以下では、それぞれの特徴を踏まえた介護報酬設定の基本的な考え方の一例について具体的に示す。

(1) 訪問介護・訪問看護

訪問介護、訪問看護については、サービスの内容等に鑑み、要介護度ごとに評価するのではなく、実際に提供される行為等のサービス内容や時間数・日数等のサービス量、頻度を考慮し、①サービス行為を細分化して積み上げを行い評価する方法、②サービスに要する時間に着目して時間数単位・日数単位で設定する方法などが報酬設定の案として考えられている。

訪問介護について、②の「サービスに要する時間に着目して時間数単位・日数単位で設定する方法」を採った場合のイメージを図1に示す。

(2) 訪問リハビリテーション・訪問入浴介護

訪問リハビリテーション・訪問入浴介護については、要介護度に関わらず平均的な費用で設定する方法が案として考えられている。

訪問入浴介護について、介護報酬設定のイメージを図2に示す。

●表3 介護報酬設定のパターン

居宅サービス	介護報酬設定の基本的な考え方の一例
① 訪問介護 ② 訪問看護	実際に提供されるサービス内容や時間数等のサービス量・頻度を基に設定する
③ 訪問リハビリテーション ④ 訪問入浴介護	要介護度に関わらず、平均的な費用で一律に設定する
⑤ 通所リハビリテーション ⑥ 通所介護	要介護度を6段階ではなく3段階で捉え、要介護度ごとに設定する
⑦ 短期入所生活介護 ⑧ 短期入所療養介護	短期の施設利用というサービスの性格から、施設サービスとの均衡を図り設定する
⑨ 痴呆対応型共同生活介護 ⑩ 特定施設入所者生活介護	住居代替としての施設利用というサービスの性格から、施設サービスとの均衡を図り設定する
⑪ 居宅療養管理指導 ⑫ 福祉用具貸与	サービス内容から、独自の考え方で設定する

包括して評価する部分 (地域差を勘案)※ (サービス内容に応じた介護サービス経費+運営管理経費)				
+				
加算				
<ul style="list-style-type: none"> ・移動加算 ・早朝、夜間、休日加算 等 				

※包括部分の設定イメージ (サービス所要時間に着目して時間数単位で設定する方法)

		標準的な所要時間	サービスの一例	介護報酬
身体介護	巡回型	30分程度	基本+簡易な排泄介助	○○○円
	深夜巡回型	// (2人派遣)	基本+体位変換	
	滞在型 1	30分～1時間程度	基本+部分清拭	○○○円
	2	1～1.5時間程度	基本+調理+食事介助	○○○円
	3	1.5～2時間程度	基本+全身入浴介助	○○○円
家事援助	滞在型 1	1～1.5時間程度	基本+清掃 基本+買物+調理	○○○円
	2	1.5～2時間程度	基本+清掃 (困難な場合)	○○○円

●図1 訪問介護の介護報酬設定のイメージ

包括して評価する部分 (地域差を勘案)※ ——要介護度等に関係なく一律の評価——	
+	
加算	
<ul style="list-style-type: none"> ・移動加算 ・早朝、夜間、休日加算 等 	
※包括部分の設定イメージ (要介護度に関わらず平均的な費用で設定する方法)	
	要支援・要介護1～5
全身入浴 (シャワー浴を含む)	○○○円
(看護婦の同行しない場合) (部分浴の場合)	一定の額を減額した報酬額

●図2 訪問入浴介護の介護報酬設定のイメージ

(3) 通所リハビリテーション・通所介護

通所リハビリテーション・通所介護については、サービスの内容および提供の実態等に鑑み、要支援から要介護5までの6段階ではなく、①要介護度を3段階に分けて設定する方法や②要介護度を3段階に区分し、さらに施設・人員基準を加味して設定する方法などが案として考えられている。

通所リハビリテーションについて、②「要介護度を3段階に区分し、さらに施設・人員基準を加味して設定する方法」を探った場合のイメージを図3に示す。

(4) 短期入所生活介護・短期入所療養介護

短期入所生活介護については、特別養護老人ホーム・老人短期入所施設等、



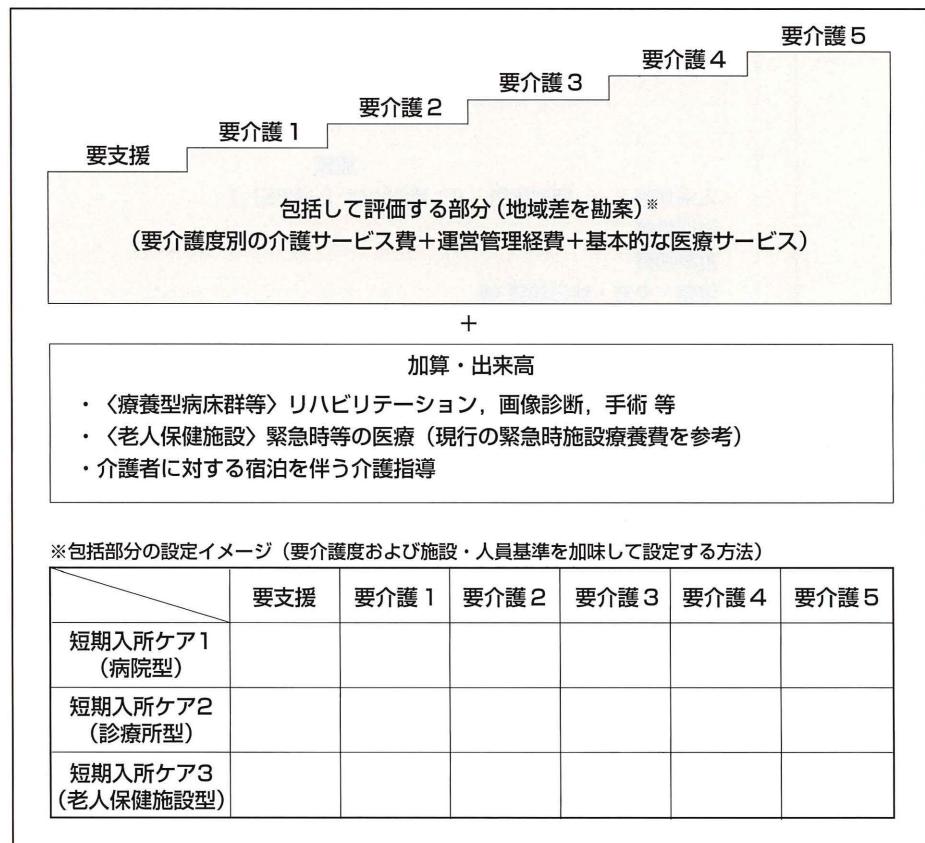
●図3 通所リハビリテーションの介護報酬設定のイメージ

短期入所療養介護については、介護老人保健施設・療養型病床群・診療所等を利用するものであることから、施設介護サービスの介護報酬設定との均衡を図る必要があり、「要介護度および施設・人員基準を加味して設定する方法」が案として考えられている。なお、療養型病床群で短期入所を行う際に、リハビリテーション、画像診断等の日常的な医療行為が行われた場合は出来高評価で介護報酬が支払われることになる。

短期入所療養介護について、介護報酬設定のイメージを図4に示す。

(5) 痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護

痴呆対応型共同生活介護ではグループホームに、特定施設入所者生活介護では有料老人ホーム・ケアハウス等の住居代替的な施設に、居住する形態でサービスを利用するので、施設介護サービスの介護報酬設定との均衡を図る必要があり、①要介護度ごとに設定する方法、②要介護度および施設・人員基準を加味して設定する方法などが案として考えられている。ただし、両サービスはあくまで居宅サービスに位置づけられることから、家賃相当分等は介護報酬には



●図4 短期入所療養介護の介護報酬設定のイメージ



●図5 痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護の介護報酬設定のイメージ

含まれないことになる。

痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護について、介護報酬設定のイメージを図5に示す。

(6) 居宅療養管理指導

居宅療養管理指導については、サービスの特性、提供形態等から個別に介護報酬を設定することが考えられている。

居宅療養管理指導とは、病院、診療所または薬局の医師、歯科医師、薬剤師等により行われる療養上の管理・指導をいい、そのうち、医師の行う居宅療養管理指導は、介護保険制度上、かかりつけ医が新たに担う「継続的医学的管理に基づく介護に関する情報提供」、「介護方法等に関する利用者・家族等への指

導・助言」の業務と位置づけられる。介護報酬はかかる業務に相当する額で設定され、従来の往診・訪問診療等については、医療保険から支払われることになる（「Q 医師による居宅療養管理指導はいかなる範囲に及ぶのか」17頁参照）。

（7）福祉用具貸与

福祉用具貸与については、福祉用具レンタルの適正な価格評価に加え、納品・設置・保管等の経費評価を加味して、①用具の種類別に標準額を設定する方法、②要介護度別に利用標準額を設定する方法などが案として考えられている。

2. 施設サービス

施設サービスでは、入院・入所の必要性や要介護者の意向等に基づいて利用



●図6 各介護保険施設の介護報酬設定のイメージ

する各介護保険施設（指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設）ごとに具体的な介護報酬額は異なるが、施設への入院・入所という共通する性質を有しており、3施設ともに、①施設の人員配置等に関わらず、要介護度ごとに設定する方法、②の要介護度および施設・人員基準を加味して設定する方法が案として考えられている。

各介護保険施設について、②の「要介護度に加え、施設・人員基準を加味して設定する方法」を探った場合のイメージを図6に示す。

3-① 保険者・被保険者

Q 介護保険制度で、保険者は「1市町村」でなければならないのか。また被保険者は、どういう人が対象になるのか。

A 介護保険法上の保険者は「市町村および特別区」である。保険者は保険料徴収（第1号保険料）、保険給付、要介護認定などの業務を行うが、複数の市町村が、安定・円滑な介護保険事業の運営のため、地方自治法に基づき「広域連合」または「一部事務組合」を設置し、保険運営を広域化することができる。

保険者の広域化は、財政規模の拡大による財政安定、近隣市町村での保険料格差が生じない、効率的に事務処理を行える、といったメリットがある。

また被保険者については、市町村区域内に住所を有する40歳以上の人があそ対象となる。被保険者は、年齢により第1号被保険者と第2号被保険者に区分され、①保険料の徴収、②保険給付を受ける要件などが異なる（表4）。

●表4 介護保険の被保険者

	資格要件(年齢)	保険料の算定・徴収	給付の要件(受給権者)
第1号被保険者	65歳以上	年金天引き（特別徴収） または普通徴収により市町村が徴収	要支援・要介護認定を受けること
第2号被保険者	40歳以上 65歳未満 の医療保険加入者	各医療保険者が医療保険料と併せて徴収（納付金として一括して市町村に納付）	加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾患（特定疾病）を原因とし、要支援・要介護認定を受けること

Q 第2号被保険者の特定疾病とはどのような基準で定められ、いかなる種類があるのか。

A 介護保険法において、特定疾病は「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定めるもの」と定義されている。第2号被保険者が特定疾病を原因とする身体上または精神上の障害によって、要支援・要介護状態となった場合に保険給付が行われる。

平成10年12月、特定疾病が政令で定められた（表5）。

なお、対象疾病等は定期的な見直しを行うことになっている。

●表5 特定疾病

1	初老期の痴呆（アルツハイマー病、脳血管性痴呆等）
2	脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等）
3	筋萎縮性側索硬化症
4	パーキンソン病
5	脊髄小脳変性症
6	シャイ・ドレーガー症候群
7	糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害
8	閉塞性動脈硬化症
9	慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息等）
10	両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
11	慢性関節リウマチ
12	後縦靭帯骨化症
13	脊柱管狭窄症
14	骨折を伴う骨粗鬆症
15	早老症（ウエルナー症候群等）

3—② 給付内容

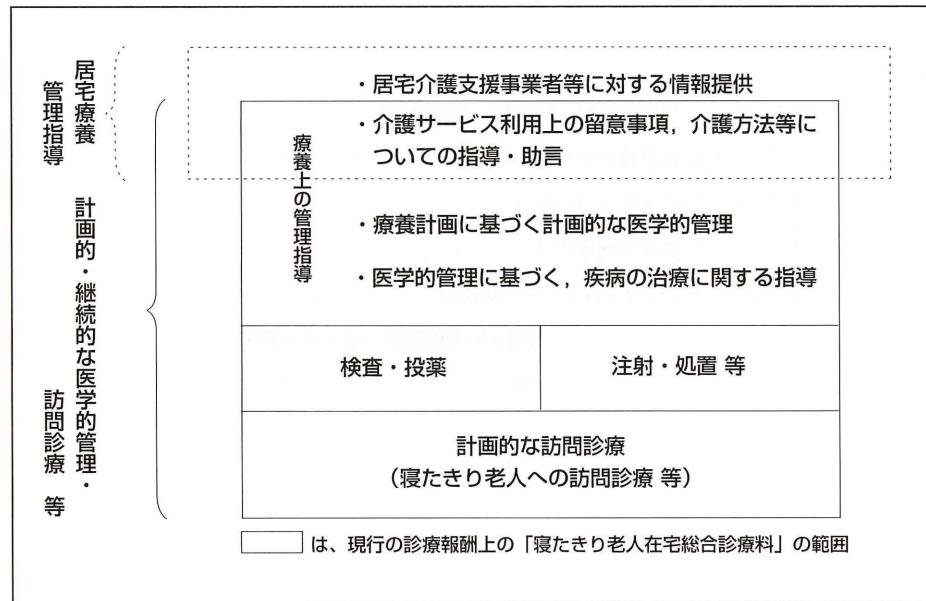
Q 医師による居宅療養管理指導はいかなる範囲に及ぶのか。

A 居宅サービスとして行われる医師による「居宅療養管理指導」とは、通院困難な要介護者等に対して、訪問して行う継続的な医学的管理に基づいてかかりつけ医が行う、

①居宅介護支援事業者に対する介護サービス計画の作成等に必要な情報提供、介護サービスを利用する上での留意事項

②介護方法等についての利用者および家族等に対する指導・助言をいう。

具体的な位置づけは、現行の診療報酬上の「寝たきり老人在宅総合診療料」の範囲との関係でいえば図7のようになる。なお、訪問診療、疾患の治療に関する具体的な指導管理、投薬、検査、処置等の個別の診療行為は医療保険から給付される。



●図7 医師による居宅療養管理指導の範囲

Q 制度施行前の療養型病床群や介護力強化病院の入院患者が、要介護認定により介護給付対象外になった場合、どのように扱われるのか。

A 介護保険施設には、①介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設 ③介護療養型医療施設（療養型病床群、介護力強化病院、老人性痴呆疾患療養病棟）がある。要介護認定において、これらの施設に既に入院・入所している者が自立ないし要支援の認定を受けた場合でも、介護老人福祉施設、介護老人保健施設については、制度上の経過措置*が設けられており、そのまま入所を継続することができる。

一方、介護療養型医療施設については、入院者にかかる経過措置はないが、自立ないし要支援の認定を受けた場合でも、医療の必要があれば医療保険適用の療養型病床群等で医療保険によるサービスが受けられる。

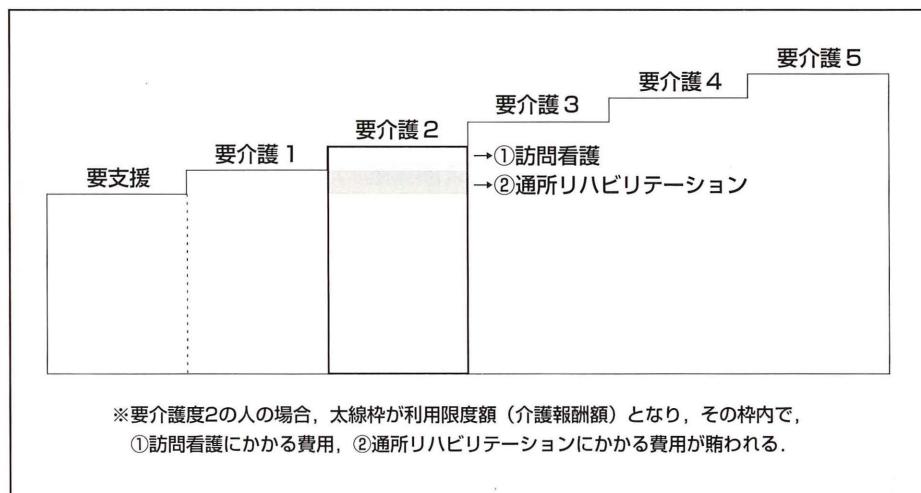
*介護老人福祉施設：要介護認定の結果、要介護者に該当しない場合であっても、施行日から5年間に限り施設介護サービス費が支給される（施行法13条）。

*介護老人保健施設：要介護認定の結果、要介護者に該当しない場合であっても、期間の限定なく、老人保健法に基づき医療費として給付される（施行法26条）。

- Q 有料老人ホーム等の特定施設入所者生活介護は居宅サービスの一つに位置づけられるが、入所者は訪問看護、通所リハビリテーションなど他の居宅サービスをすべて給付されるのか。

A 当該施設において提供される入浴、排せつ、食事などの介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話について「特定施設入所者生活介護」として介護保険給付がなされる。

特定施設入所者生活介護は、区分支給限度額の対象にならず、利用者の要介護度および事業所所在地等を勘案し、介護報酬額を設定するという案が検討されている。その介護報酬額が特定施設入所者の利用限度額となる。特定施設入所者に、その他の医療系居宅サービス(訪問看護、通所リハビリテーションなど)が必要になった場合、その費用は利用限度額の範囲内で賄われるようになると検討されている。このことは、「痴呆対応型共同生活介護」においても同様に考えられる(図8)。



●図8 「特定施設入所者生活介護」の介護報酬イメージ

3—③ サービス提供機関

- Q 介護保険法上のサービス提供機関はどのようなものがあるのか。

A 介護サービスを提供する機関は、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設に分類される。

居宅サービスでは、指定居宅サービス事業者の指定を受けるための要件（法人格、人員・設備・運営基準）のうち、法人格など一部を満たしていないような居宅サービス事業者であっても、多様な事業者の確保や地域の実情に即したサービスを提供できることを理由に、一定水準のサービスを提供できる事業者

は、市町村の判断で基準該当居宅サービス事業者として認められる。

また、居宅サービスの提供者たる事業者の絶対数が少ない場合、居宅サービスが不足することが予測され、居宅サービス事業者や基準該当居宅サービス事業者の確保が難しい離島などにおいては、「離島その他の地域におけるサービス」を提供する事業者として、必要な人員・設備基準を満たさない事業者によるサービスであっても、これらに相当すると認められるサービスは、保険者(市町村)の判断によりサービス事業者として認められる(表6)。

●表6 介護保険上のサービス提供機関

	事業者・施設	要件	サービスの種類
居宅	指定介護支援事業者	法人格必要 指定基準を完全に満たす	居宅介護支援 (ケアプラン作成)
	指定居宅サービス事業者	法人格必要 指定基準を完全に満たす	居宅サービス 12種類
施設	介護保険施設	指定基準を満たす	施設サービス

Q 居宅介護支援事業者・居宅サービス事業者・介護保険施設の指定基準(人員・設備)はどうなっているか。

A これらの事業者・施設として都道府県知事の指定を受けるには、一定の人員・設備・運営基準を満たすことが必要である。

施設の人員・設備基準については現在の準拠法である医療法・老人保健法・老人福祉法の基準が概ね踏襲されていることから、介護保険制度上の主な追加および変更点のみを表7(21頁)に示す。

Q 指定居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の運営基準はどうなっているのか。

これらの運営基準は、サービス内容、手続きの説明と同意、他の事業者等の連携、緊急時等の対応などのサービスの取扱いに関する基準、および事業所の運営規程、勤務体制の確保などサービスの取扱いに関する基準以外の基準で構成されている。

以下、指定居宅介護支援事業の主な点について示す。

- ・基本方針：事業者は、利用者の意志や立場に立って、サービスが特定の種類・事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立に行わなければならぬ。
- ・内容・手続きの説明と同意：指定居宅介護支援の提供の開始に際し、予め利

●表7 介護保険施設の人員・設備基準

		設置主体	人員基準	設備基準
居宅	指定居宅介護支援事業者 (ケアプラン作成機関)	法人格必要	介護支援専門員 1名以上 常勤 兼務可 利用者 50又はその端数を増す毎に 1名を標準	なし
	指定居宅サービス事業者	法人格必要 (但し、現在個人で認められている医療系サービスについては不要)	在宅サービスの種類毎に指定 (訪問看護について例示) 訪問看護ステーション 看護職員 管理者を含め常勤換算 で 2.5名以上、うち 1名は常勤 管理者 原則として専ら当該事業 に従事する常勤の保健婦又は看護 婦（居宅介護支援事業所、訪問介 護事業所など併設の場合はそれら の従事者を兼務可） 病院・診療所 訪問看護に従事す る保健婦、看護婦又は准看護婦を 配置	同左 保険医療機関、訪問介護事業所、訪問 入浴介護事業所など併設の場合には、 必要な広さの専用区画を有すること 事業を行うために必要な広さの専用区 画を有すること
施設	指定介護老人 福祉施設	都道府県、市 町村、社会福 祉法人	介護支援専門員 1名以上 常勤 兼務可 入所者 100又はその端数を増す毎 に 1名を標準 14年度末まで看護計画作成経験 のある生活相談員等でも可	居室：床面積入所者 1人当り 10.65m ² 以上 4人以下 その他は老人福祉法（改正案）上の基 準に同じ
	介護老人保健 施設	地方公共団体、 医療法人、社 会福祉法人、 その他厚生大 臣が定める者	介護支援専門員 1名以上 常勤 兼務可 入所者 100又はその端数を増す毎 に 1名を標準 14年度末まで看護介護計画等作成 経験のある看護婦等でも可	機能訓練室：入所定員1人当り 1m ² 以上（必要な器械・器具 を備えること） 食堂：入所定員1人当り 2m ² 以上 その他は老人保健法上の基準に同じ
	指定介護療養 型医療施設	国、地方公共 団体、医療法 人、公益法人、 学校法人、個人 等の非営利	療養型病床群（病院） 看護職員 入院患者 6：1 介護支援専門員 1名以上 常勤 兼務可 入院患者 100又はその端数を増 す毎に 1名を標準 14年度末までは介護計画作成等 経験ある看護婦等でも可 療養型病床群（診療所） 看護職員 入院患者 6：1 介護支援専門員 1名以上 非常勤可 兼務可 14年度末までは介護計画作成等 経験ある看護婦等でも可 介護力強化病院（14年度末迄） 療養型病床群を有する病院に同じ	浴室：病床転換によるものにつ いては、シャワー等の設備を 備えること 食堂：運営基準により離床して食 事をとるよう努力すること等 病床数、病床面積、廊下幅、機能訓練 室、談話室については医療法上の基準 に同じ 浴室：病床転換によるものにつ いては、シャワー等の設備を 備えること 食堂：運営基準により離床して食 事をとるよう努力すること等 病床数、病床面積、廊下幅、機能訓練 室、談話室については医療法上の基準 に同じ 医療法上の基準に同じ
			老人性痴呆疾患療養病棟 看護職員 入院患者 8：1 介護支援専門員 1名以上 常勤 兼務可 入院患者 100又はその端数を増 す毎に 1名を標準 14年度末までは介護計画作成等 経験ある看護婦等でも可	病床数：4床以下 病床転換によるものについては当該 病棟の改築等がなされるまでは、6 床以下でも可 食堂：1m ² 以上（患者1人につき） その他、医療法上の基準に同じ

用者・家族等へ運営規定の概要、サービスの選択に必要な事項を記した文書を交付して説明し、同意を得なければならない。

- ・医療（主治医）との連携：介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを希望している場合等においては、利用者の合意を得て主治医等の意見を求めなければならない。また居宅サービス計画に訪問看護等の医療サービスを位置づける場合には、その主治医等の指示がある場合にかぎり行う。医療以外の介護サービスは主治医の留意事項を尊重する。
 - ・秘密保持：介護支援専門員等は、正当な理由なく、業務上知り得た利用者・家族の秘密を漏らしてはならない。
 - ・利益収受の禁止等：介護支援専門員は居宅サービス計画の作成・変更に関し、利用者に特定のサービス事業者等によるサービス利用の指示等をしてはならない。
- また、事業者・従業員は居宅サービス計画の作成・変更について、利用者に對して特定の事業者等によるサービスを利用させる対償として当該事業者から金品等を受けてはならない。

Q 現在、医療系の居宅サービスを行っている病院・診療所なども居宅サービス事業者としての指定を受けなければならないのか。

A 居宅サービスの中には、居宅療養管理指導・訪問看護等の5種類の医療系サービスがある。

高齢者のサービス利用のスムーズな移行という観点から、現在、既に同様のサービス提供を行っている病院・診療所等の保険医療機関等、老人保健施設、療養型病床群等には見做し指定がある。具体的には表8のようにまとめられる。

●表8 居宅サービスにかかる見做し指定

施設	居宅サービス	居宅療養管理指導	訪問看護	訪問リハビリ	短期入所療養介護	通所リハビリ
介護療養型医療施設 (療養型病床群等)		○	○	○	○	※
その他 病院・診療所					※	※
介護老人保健施設		×	×	×	○	○

なお、※部分については、人員基準等を満たし、都道府県知事の指定を受ければサービスを行うことができる。

3—④ 既存制度との関係

Q 介護保険制度と「老人福祉」「老人保健」各制度との関係はどうなるのか。

A 介護保険制度は、これまでの老人福祉法によるサービスと老人保健法によるサービスの一体化を目指したものであり、現在の老人に提供されている医療・福祉サービスは介護保険制度として再編成される形で移行することになる。介護保険制度でのサービスが現行サービスのどれに相当するかは表9のとおりである。

●表9 介護保険と現行制度の関係

介護保険制度		現行制度		
給付サービス名		事業・サービス名	老人福祉制度	老人保健制度
居宅サービス	訪問介護	老人ホームヘルプサービス 24時間巡回型ホームヘルプ	○	
	訪問入浴介護	訪問入浴（日常生活支援事業）	○	
	訪問看護	老人訪問看護		○
	訪問リハビリテーション	老人訪問リハビリ指導管理		○
	通所介護	老人デイサービス	○	
	通所リハビリテーション	老人デイケア		○
	短期入所生活介護	ショートステイ ナイトケア	○	
	短期入所療養介護	老人保健施設等の短期入所		○
	居宅療養管理指導*	—	—	—
施設サービス	福祉用具貸与	日常生活用具給付事業（貸与）	○	
	痴呆対応型共同生活介護	痴呆性老人グループホーム	○	
	特定施設入所者生活介護	ケアハウス 有料老人ホーム	○	—
	指定介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム	○	
	介護老人保健施設	老人保健施設		○
	指定介護療養型施設	療養型病床群 介護力強化病院 老人性痴呆疾患療養病棟	(医療保険) ○ ○	

*居宅療養管理指導とは、居宅要介護者等について、病院、診療所または薬局の医師、歯科医師、薬剤師その他厚生省令で定める者により行われる療養上の管理および指導である。

その内、医師の行うものは、かかりつけ医が継続的な医学的管理に基づいて、居宅介護支援事業者に対してケアプラン作成上の必要な情報を提供したり、利用者その家族に対して介護サービス利用上の留意事項の指導・助言を行うことをいう。介護保険制度上、かかりつけ医に新たに求められるサービスとして位置づけられる。

Q 介護保険制度と医療保険制度との区分けはどうなるのか.

A 介護サービス受給対象者であっても、必要な医療の提供を受けることは妨げられないのが原則である。その場合、急性期医療などの必要な医療行為については、医療保険から給付されることが適当である。以下、具体的な介護保険と医療保険の区分けについて、施設サービスと居宅サービスに分けて説明する。

1. 施設サービス

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、指定介護療養型医療施設（療養型病床群等）の施設サービスについては、各々の施設の有する機能に応じて、日常的な医療サービスが提供されることになる。ただし、介護保険施設の入院・入所者も当然医療保険の被保険者であり、各施設において行われる介護サービス以外の急性期医療等の医療行為などは、医療保険から給付を受けることが原則である。

具体的な給付の区分けは、今後の医療保険福祉審議会での審議を経て決定されるが、現在の案としては表10のようにまとめられる。

●表10 介護保険と医療保険の区分け—施設サービス

	医療保険	介護保険
指定介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	<ul style="list-style-type: none">他医療機関からの往診や入院費等 <p>※具体的範囲は今後検討される</p>	<ul style="list-style-type: none">配置医師が行う健康管理や療養指導等 <p>※具体的範囲は今後検討される</p>
介護老人保健施設 (老人保健施設)	<ul style="list-style-type: none">対診にかかる医療行為老人保健施設の入所者に対して他医療機関が行った老人保健施設では通常行えない一定の処置（透析等）手術等	<ul style="list-style-type: none">医学的管理の下における機能訓練その他必要な医療行為入所者の病状が著しく変化した際に緊急その他やむを得ない事情により老人保健施設で行われる施設療養（緊急時施設療養費）
指定介護療養型医療施設 (療養型病床群等)	<ul style="list-style-type: none">療養型病床群等のうちの医療保険適用部分の入院患者の治療（40歳未満や40～64歳の特定疾病以外の者等の長期療養）介護保険適用部分における入院患者が急性増悪した場合で、転棟等ができない場合等に介護保険適用部分で行われた医療介護保険適用の療養型病床群等の入院患者に対する透析や人工呼吸器の装着など、頻度の少ない複雑な医療行為	<ul style="list-style-type: none">診療報酬における基本診療料、検査、投薬、注射、一部の処置介護保険適用の療養型病床群等の入院患者に対する指導管理、リハビリテーション、単純撮影、創傷処理等の長期療養に応する日常的な医療行為

2. 居宅サービス

居宅サービスにおいても，在宅要介護者等に対して提供される介護保険の給付対象のサービス以外の在宅医療や検査，投薬などの個別の医療行為については医療保険から給付することが原則と考えられる。

居宅サービス中の医療系サービスにおける給付の区分けは，施設サービスと同様に今後の医療保険福祉審議会での審議を経て決定されるが，現在の案として表11のようにまとめられる。

●表11 介護保険と医療保険の区分け—居宅サービス

	医療保険	介護保険
居宅療養管理指導	<ul style="list-style-type: none">・寝たきり老人在宅総合診療料診療計画による医学的管理疾病の治療の指導投薬・検査・訪問診療料・具体的疾患に関する指導管理料・検査・投薬・処置等	<ul style="list-style-type: none">通院困難な要介護者等について訪問して行われる継続的な医学的管理に基づく・ケアプラン作成機関等への情報提供・介護サービス利用上の留意事項，介護方法の相談指導
訪問看護	<ul style="list-style-type: none">・急性増悪時の訪問看護・神経難病，癌末期等に対する週4日以上の訪問看護・精神科訪問看護	<ul style="list-style-type: none">・要介護者等に対して週3回限度で行われる通常の訪問看護（左記の場合以外）
通所リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none">・要介護者等以外に対する通所リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none">・要介護者等に対する通所リハビリテーション
訪問リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none">・要介護者等以外に対する訪問リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none">・要介護者等に対する訪問リハビリテーション
短期入所療養介護	<ul style="list-style-type: none">・施設と同様	<ul style="list-style-type: none">・施設と同様

Q 介護保険適用の療養型病床群での保険給付に関して，医療保険と介護保険の関係はどう考えればよいのか。

A 介護保険適用の療養型病床群においては，介護の必要性に対応する医療サービスについて，介護保険による給付が原則となる。急性増悪時等の医療行為については，医療保険適用の病棟・病床へ転棟・転床した上で医療保険の給付を受けることを原則としつつ，緊急やむを得ない理由により介護保険適用病床で行った医療行為であっても，医療保険で給付が行われる予定である（表12）。

介護保険適用の療養型病床群での医療サービスにかかる保険給付は，包括的に評価され介護保険から給付される「診療報酬における基本診療料，検査，投薬，注射など」，出来高に応じて個別に評価され介護保険から給付される「長期療養に対応する日常的な医療行為」，同じく出来高に応じて個別に評価され

るが医療保険から給付される「頻度の少ない複雑な医療行為」に大別する案がでている。

●表 12 介護保険と医療保険の区分け—療養型病床群

介護保険		医療保険
包括評価部分	出来高評価部分	出来高評価部分
診療報酬における基本診療料、検査、投薬、注射、一部の処置	長期療養に対応する日常的な医療行為	頻度の少ない複雑な医療行為

Q 介護保険適用の療養型病床群等で行われる「長期療養に対応する日常的な医療行為」、「頻度の少ない複雑な医療行為」とは具体的にどのようなものが考えられるのか。

A 「長期療養に対応する日常的な医療行為」とは具体的には、薬剤指導管理料などの「指導管理等」、「リハビリテーション」、「精神科専門療法」、X線単純撮影などの「画像診断」などが挙げられる。他方、医療保険から給付が行われる「頻度が少ないような複雑な医療行為」には、核医学等の「画像診断」、「手術」の大部分、透析などの「処置」などが挙げられている（表 13）。

●表 13 療養型病床群における医療行為

給付	日常的な医療行為	頻度の少ない複雑な医療行為
	介護保険	医療保険
参考例	<ul style="list-style-type: none"> ・指導管理等 薬剤指導管理料、退院前訪問指導料等 ・リハビリテーション 理学療法、作業療法等 ・精神科専門療法 入院精神療法等 ・画像診断 X線単純撮影等 ・処置 腹腔穿刺、腰椎穿刺等 ・手術の一部 創傷処理、皮膚切開術等 	<ul style="list-style-type: none"> ○画像診断 造影撮影、核医学等 ○手術の大部分 悪性腫瘍に対する手術、骨折に伴う手術等 ○麻酔 手術に伴う麻酔等 ○処置 透析、人工呼吸器の装着、血漿交換療法 ○放射線治療

3—⑤ 支給限度・給付制限

Q 居宅サービスは制限なく受給することができるのか。

A 介護保険制度では、限られた介護サービスを公平に利用できるよう、居宅サービスについて、要介護度ごとに標準的に利用されるサービス例を設定し、

それらを基に支給限度基準額を設け、その範囲内で保険給付が行われる。

支給限度額の設定については、①相互の代替性の有無を勘案していくつかのサービス種類を1つの区分にまとめて設定される「区分支給限度額」、②区分支給限度額の範囲内でサービスの需要や基盤整備状況等に応じて設定される「種類支給限度額」、③支給限度額が設定されず介護報酬の上限額の問題として考えるものなどの考え方があるが、具体的な給付内容に対応する支給限度額設定の考え方については表14のようにまとめられる。

●表14 支給限度額の設定

給付		内容	限度額設定の考え方	
居宅介護サービス費	区分	訪問・通所系居宅サービス	「区分支給限度額」 各区分ごとに限度額を設定	「種類支給限度額」 各サービスごとに限度額を設定 (区分支給限度額範囲内)
		短期入所系居宅サービス	「種類支給限度額」 各サービスごとに限度額を設定 (区分支給限度額範囲内)	
	その他居宅サービス	居宅療養管理指導 痴呆対応型共同生活介護 特定施設入所者生活介護	報酬体系上の限度額設定あり	
	居宅介護福祉用具購入費	福祉用具の購入	期間ごとの限度額を設定	
	居宅介護住宅改修費	住宅の改修	改修の種類ごとの限度額を設定	
	居宅サービス計画費	居宅介護支援事業者による ケアプランの作成	報酬体系上の限度額設定あり	

※支給限度基準額の管理期間は、「訪問・通所系サービス」については、平成12年の制度施行時は「1カ月」としてスタートする。「短期入所系サービス」については認定の有効期間に対応して原則「6カ月」とされる。

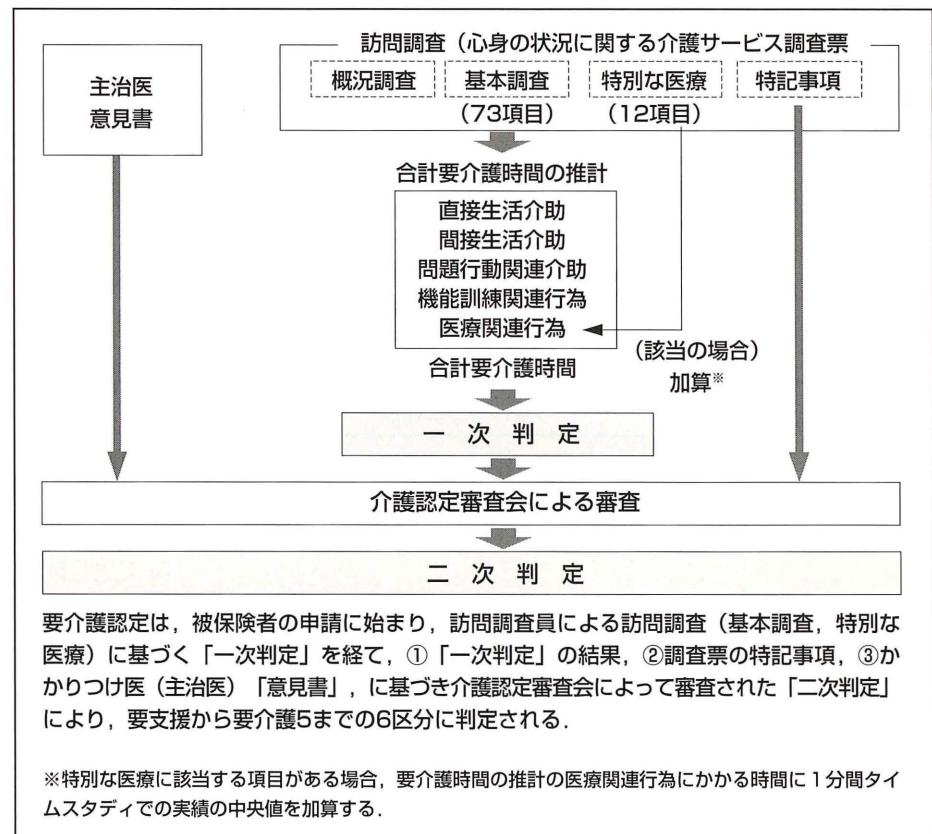
Q 支給限度額以上のサービスは受けられないのか。

A 自己の要介護度に対応する支給限度額内のサービスでは不十分な場合には、支給限度額を超えた追加的サービスを受けることができる。ただし、その場合には利用者の全額自己負担となる。

4—① 認定手続きの流れ

Q 要介護認定の流れはどのようにになっているのか。

A 市町村は、被保険者の申請に基づき、申請者が要介護状態にあるか否か、その程度はどれくらいかについて、全国一律の基準を用いて要介護認定を行う。要介護・要支援認定を受けることは介護保険給付の要件であり、また、要介護度は保険給付額の基準となることから、認定は慎重かつ適正に行われなければならない。認定の具体的な流れは、今後更なる検討が行われることになるが、「平成11年度 厚生省(案)」における要介護認定の流れの概要を示す(図9)。



●図9 平成11年度 厚生省(案)に基づく要介護認定の流れ

Q モデル事業における「特別な医療」とはどのような内容か.

A 平成10年度厚生省モデル事業から、介護にかかる医療の必要性に鑑み、要介護認定に際し、要医療度（医学的管理の有無）を考慮するとして、「特別な医療」の12項目が介護サービス調査票に組み入れられることとなった。「特別な医療」においては、医師・看護職員が行う表15のような診療補助行為を対象として調査することになる。

平成11年度厚生省（案）では、平成10年度モデル事業の結果を踏まえて、「特別な医療」に該当する項目があれば、一次判定における合計要介護時間の推計において、医療関連行為については1分間タイムスタディでの実績の中央値を加算して調整する案が示されている。12項目とは表15にあげられるものである。

●表15 「特別な医療」

処置内容	①点滴の管理 ②中心静脈栄養 ③透析 ④ストーマ（人工肛門）の処置 ⑤酸素療法 ⑥レスピレーター（人工呼吸器） ⑦気管切開の処置 ⑧疼痛の看護 ⑨経管栄養
特別な対応	⑩モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） ⑪褥瘡の処置
失禁への対応	⑫カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）

Q 要介護認定における訪問調査は、原則市町村職員によって行われるとされるが、調査員としての要件はあるのか.

A 訪問調査は、①市町村が実施する場合、②居宅介護支援事業者、介護保険施設が委託されて実施する場合、③①および②が分担して実施する場合に分けられる。調査員の要件としては、

①の場合：市町村職員であること

②の場合：居宅介護支援事業者、介護保険施設の介護支援専門員であることである。

調査に従事する市町村職員については、特に介護支援専門員の資格を要する等の調査員の要件にかかる規定はないが、調査結果に基づき一次判定がなされることや、調査を委託する場合には介護支援専門員に限定していることに照らせば、一定の専門知識を有すること、調査に関する研修を受けていること、などの要件を設けることが望ましいといえる。

Q 認定の更新手続きにおける訪問調査は、施設入院・入所者であっても、当該施設の介護支援専門員でなく、市町村職員が行うことになるのか.

A 一旦認定された要介護度は、一定の期間（原則6カ月）の効力を有し、介

護保険給付を継続して受けようとする場合、要介護度の更新認定を受けなければならぬ。更新認定においても、新規認定の場合と同様に、審査判定手続きが行われる。

施設入院・入所中の要介護者が更新認定をする場合も、訪問調査が必要となるが、新規認定の場合と同じく、原則として市町村職員によって行われる。

【Q】要介護認定に関する不服はどこに訴えればいいのか。

A 認定された自分の要介護度について不服がある場合、被保険者は都道府県に設置される「介護保険審査会」に対して審査請求を行うことができる。

介護保険審査会とは、保険者の行った行政処分に対する不服の申立の審理・裁決を行う第三者機関である。審理の対象となる行政処分は、大きく①保険給付に関する処分、②保険料その他の徴収金に関する処分に分けられ、要介護認定に関する処分は①保険給付に関する処分に含まれる。

①に含まれる要介護認定に係る不服審査については、客観的かつ専門的見地からの判断が必要であることから、第三者的立場にある公益代表委員のみからなる合議体で審理・裁決が行われ、その場合医師等の専門調査員が必要な診断・調査等を行うことができる」とされる。

4—② 認定基準

【Q】要介護認定の基準はどのように設定されるのか。

A 要介護認定は、訪問調査における「基本調査」（選択式の73項目）、「特別な医療」（選択式の12項目）を基に推計される合計要介護時間を、時間単位で表示される認定基準にあてはめ、要支援から要介護1ないし5の判定がなされる（一次判定）。さらに、介護認定審査会において、一次判定結果に訪問調査の「特記事項」（記述式）、かかりつけ医（主治医）意見書の内容を加味して、要介護度別の典型的な状態像等を参考に一次判定結果を修正するという流れで行われる。

この時間単位で表示される認定基準とは、①直接生活介助（入浴、食事等の介護など）、②間接生活介助（衣服の洗濯など）③問題行動関連介助（徘徊、不潔行動等に対する対応など）④機能訓練関連行為（歩行訓練の補助など）⑤医療関連行為（褥瘡の処置等の診療補助など）の各行為に必要と認められる1日あたりの時間として別途行われた調査（1分間タイムスタディ）に基づいて推計されたものである。平成11年度一次判定基準（厚生省案）は表16のとおりである。

●表16 一次判定基準(厚生省案)

区分	時間単位で表示される認定基準
要支援	要介護認定基準時間が 25 分未満 (② IADL および④機能訓練が 10 分以上)
要介護 1	要介護認定基準時間が 30 分以上 50 分未満
要介護 2	要介護認定基準時間が 50 分以上 70 分未満
要介護 3	要介護認定基準時間が 70 分以上 90 分未満
要介護 4	要介護認定基準時間が 90 分以上 110 分未満
要介護 5	要介護認定基準時間が 110 分以上

Q 一旦認定された「要介護度」は要介護者の状態が変われば変更されるのか。認定された「要介護度」の有効期間はどれくらいなのか。

A 介護・支援を必要とする高齢者等の状態は、良くなることもあれば悪くなることもあるから、高齢者等の身体状態を基に認定される要介護度も、不变のものでなく、状態の変化に応じて変更されることになる。認定された要介護者等の要介護度は、一定の期間（原則 6 カ月）に限り、効力を有すこととされ、その有効期間が切れる前までに、状態の変化の有無にかかわらず更新認定の申請を原則行うことになる。

また、有効期間内であっても、状態が変化し、重くなった時等には、必要な給付を受けるため、要介護度の変更を申請することができる。

4—③ かかりつけ医（主治医）意見書

Q 「意見書」には、いかなる内容が記載されるのか。

A かかりつけ医（主治医）の作成する「意見書」は、要介護認定に際して、訪問調査での介護サービス調査票によるコンピュータ判定結果（一次判定）の後に、医学的観点から、申請者の要介護度を正確かつ慎重に判定（介護認定審査会による二次判定）する際の主たる材料となる重要なものである。平成10年度厚生省モデル事業で使用された「意見書」の項目は以下のとおりである。

- ①診療の状況（最終診察日など）
- ②傷病に関する意見（診断名および発症年月日、投薬・治療内容など）
- ③特別な医療（過去14日間に受けた処置・対応など）
- ④心身の状態に関する意見（痴呆の有無、精神疾患の有無など）
- ⑤介護に関する意見（医学的管理の必要性、介護についての医学的留意事項など）
- ⑥その他特記すべき事項

なお、上記項目は、あくまでモデル事業で使用される「意見書」のものであ

り、制度本施行に向け、よりよい内容となるよう、現在、検討を行っている。

〔Q〕 要介護認定の申請者にかかりつけ医（主治医）がいない場合、「意見書」の作成はどうなるのか。

〔A〕 介護保険制度では、要介護認定申請者にかかりつけ医（主治医）がいない場合、保険者である市町村が、当該職員である医師や指定する医師に「意見書」の作成を依頼することになる。要介護認定における医療の重要性に鑑みれば、意見書を作成する医師の指定に際しては、地域医師会と市町村が十分連携を図っていくことが望ましいといえる。具体的には、地域医師会の紹介により、市町村が医師を指定するようなシステムが構築されれば、かかりつけ医がいない者であっても、正確かつ迅速な「意見書」作成が実現できると考える。

〔Q〕 要介護認定審査のために作成された「意見書」は、後のケアプラン作成においても使用することができるのか。

〔A〕 「意見書」は、要介護認定に際して必要不可欠な医学的情報が記載されている重要書類である。このような「意見書」の重要性に鑑みれば、

①要介護者等の同意があること

②要介護者等のプライバシー保護の規定が設けられること

等がクリアできれば、「意見書」は要介護認定審査における二次判定としての使用に止まらず、認定審査後のケアプラン作成においても、利用されてもよいと考える。

なお、利用の可否、流用できる具体的な内容、同意の取得時期、関係者の守秘義務の範囲等については、今後の検討課題である。

〔Q〕 「意見書」の作成費用は保険給付に含まれるのか。また作成料はどのくらいの額が設定されるのか。

〔A〕 かかりつけ医（主治医）の作成する「意見書」の作成費用は、居宅介護サービス費、施設介護サービス費、サービス計画作成費のような介護保険給付ではなく、「要介護認定に係る事務の処理に必要な費用」として給付される。

介護保険制度施行時において、意見書作成料は、保険者である市町村が個別に設定することになっている。具体的な額の設定については、「意見書」が「診断書」として位置づけられるのか、「情報提供書」として位置づけられるのかによって考え方方が異なってくる。さらに、額の設定方法についても①在宅患者と施設利用者、②初回作成と2回目以降等に分けて行う考え方がある。いずれにせよ、高齢者介護における医学的情報の重要性に鑑みれば、「意見書」は介護保険制度において必要不可欠な書類であることは言うまでもなく、かかる重要性

に相当する作成料が確保されなければならないと考える。

かかりつけ医（主治医）のいない申請者に対して、市町村の指定を受けた医師が「意見書」作成を目的として、申請者の自宅等に赴くことが考えられる。その場合の費用は、申請者に医療的行為が必要な場合には、訪問診療料などの名目で医療保険請求し、また、医療的行為が必要でない場合でも何らかの形で適切な報酬が確保されるよう検討されている。

4—④ 介護認定審査会

Q 介護認定審査会はどのような業務を行うのか。

A 介護認定審査会は、申請者が、要介護・要支援の状態にあるか否か、およびその程度についての審査判定を行う機関である。

介護認定審査会では、介護サービス調査票の「基本調査」および「特別な医療」の合計85項目のチェックをコンピュータ処理した①一次判定結果に、同調査票の②「特記事項」、かかりつけ医（主治医）の③「意見書」を併せて、それらの資料を基に合議により二次判定を行う。

Q 介護認定審査会は市町村に設置されるが、1市町村に複数の審査会（合議体）を設置することはできるのか。また逆に、複数の市町村が共同して審査会を設置することはできるのか。

A 介護認定審査会は市町村に設置されるが、予想される申請者数等に応じて、1審査会のなかに複数の合議体を設置することが可能である。

また、近接市町村等が、予測される申請者数や予算上の理由から、審査会を共同で設置することも可能である。審査会の共同設置は、介護保険事務に関する広域的な取組の一環として、広域連合または一部事務組合を設置する方法で行われる。広域化する事務には、「被保険者の資格管理に関する事務」「保険給付に関する事務」等があるが、その中でも「要介護・要支援認定に関する事務」を広域化・共同化する市町村が最も多く、協議中も含め、256地域1,074市町村において、要介護認定事務の共同化の検討が進められている状況である（平成10年10月現在、厚生省調べ）。共同化の形態としては、介護認定審査会の共同設置によるものが殆どを占めている。

Q 介護認定審査会委員の委員報酬はどれくらいの額が設定されるのか。

A 介護保険制度において、介護認定審査会は、原則市町村に設置されるので、審査会委員の委員報酬は、「要介護認定又は要支援認定に係る事務の処理に必要な費用」として、それぞれの市町村が規定する各種審議会等の委員謝金規

定に準拠して具体的な額が設定される。

委員報酬には、①実際に審査会に参加している出務部分、②認定審査にあたっての事前の審査・検討部分、③各委員の本来業務に係る費用弁償部分 等の要素が考えられるが、これらが適切に評価された上で、委員報酬は設定されなければならないと考える。

「意見書」の名称について

従来、モデル事業で使用されてきた「かかりつけ医意見書」は、制度施行においては「主治医意見書」になります。法文上、「…被保険者の主治の医師に対し、…障害の原因である疾病又は負傷の状況等につき意見を求めるものとする。…」(法第27条第6項)とあること、開業医のみならず勤務医も意見書を提出すること等によります。

介護支援専門員について

5—① 介護支援専門員の位置づけ・業務内容

Q 介護支援専門員は、法的にはどのような地位にあり、また具体的にいかなる業務を行うのか。

A 介護支援専門員は、名称独占や業務独占といった、罰則でそれ以外の者による名称の使用や業務の実施を制限する法定資格ではなく、介護保険法上、居宅介護支援事業者（ケアプラン作成機関）や介護保険施設としての保険給付の対象となる指定を受けるため、人員基準上、配置することとされている職員である。介護支援専門員は居宅サービス計画および施設サービス計画作成の際、医療に関するサービスに関しては主治医の指示に従うこととなっており、留意事項等を尊重しなければならないとされる。

介護支援専門員の業務としては、①委託された場合の訪問調査、②介護サー

●表17 介護支援専門員の業務

業務	居宅介護支援事業者	介護保険施設
訪問調査	○市町村から申請者の心身の状態に関する訪問調査を委託された場合、申請者に対して、訪問調査を行う。	
介護サービス計画の作成	<p>「居宅サービス計画の作成」</p> <p>○要介護者が在宅サービスを適切に利用することが出来るよう、要介護者の依頼を受けて、その心身の状況、その置かれている環境、要介護者本人および家族の希望等を勘案し、利用する在宅サービスの種類、内容、担当者等を定める。</p> <p>具体的には、介護支援専門員が作成した計画の原案を、サービスを提供する居宅サービス事業者の担当者を交えたケア会議に諮り、検討の上、要介護者本人の了解を得て決定する。</p> <p>○計画作成の際、医療サービスの部分については主治医の指示に従い、その他のサービスについては、主治医の留意事項等を尊重する。</p>	<p>「施設サービス計画の作成」</p> <p>○指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び指定介護療養型医療施設の介護保険施設において、各施設の特性を活かした適切な施設サービスが提供されるよう、サービス計画を作成する。</p> <p>具体的には、提供されるサービスの内容、これを担当する者等を定めるものであり、その施設に配置された介護支援専門員が調整役となって、他のスタッフと相談しながら作成される。</p> <p>○計画作成の際、医療サービスの部分については主治医の指示に従い、その他のサービスについては、主治医の留意事項等を尊重する。</p>
居宅サービス事業者との連絡調整等	<p>○居宅サービス計画に基づく在宅サービス等の提供が確保されるよう、居宅サービス事業者等との連絡調整を行う。</p> <p>○在宅の要介護者等が介護保険施設への入所を要する場合、介護保険施設の紹介等を行う。</p>	

ビス計画の作成、③事業者・施設との連絡調整、などが挙げられる。内容は表17のとおりである。

Q 医師は介護支援専門員の資格を取得する必要があるのか。

A 医師も介護支援専門員の資格を取得した上で、介護保険制度運営に携わっていくことが望ましいが、取得が絶対に必要ということはないと考える。資格取得の要否は、介護支援専門員が介護保険施設の人員基準であることに関連して、各々の医師の置かれた立場によって、次のように考えることができる。

すなわち、①緊急医療に従事するような医師や大病院の勤務医などの場合、資格取得の必然性は少ないといえるが、②介護保険施設としての指定を受けようとする病院の医師などの場合は、医師が介護支援専門員の資格を有していれば、資格を有する職員の退職等による労務面での不安定を回避することができる。

Q 介護保険制度施行後は、介護支援専門員の養成（試験・実務研修）は行われないのか。

A 介護支援専門員の養成は、平成12年の制度施行後も都道府県の業務として、継続的に行われることが予定されている。高齢社会の進行する中で、介護支援専門員の需要および業務は増大するものと予想される。高齢者介護の充実および制度の円滑な運営上、継続的な養成およびフォローアップ的な研修等が行われるべきと考える。

5—② 受講試験

Q 介護支援専門員の実務研修受講試験では、誰に、どの範囲で、何問の免除があるのか。

A 試験は「介護支援分野」および「保健医療福祉分野」について行われるが、医師等の法定資格取得者については、資格試験においてその知識が確認されているとの理由で、その専門にかかる事項の問題について解答が免除される。各法定資格取得者と免除分野および問題数については表18のようになる。

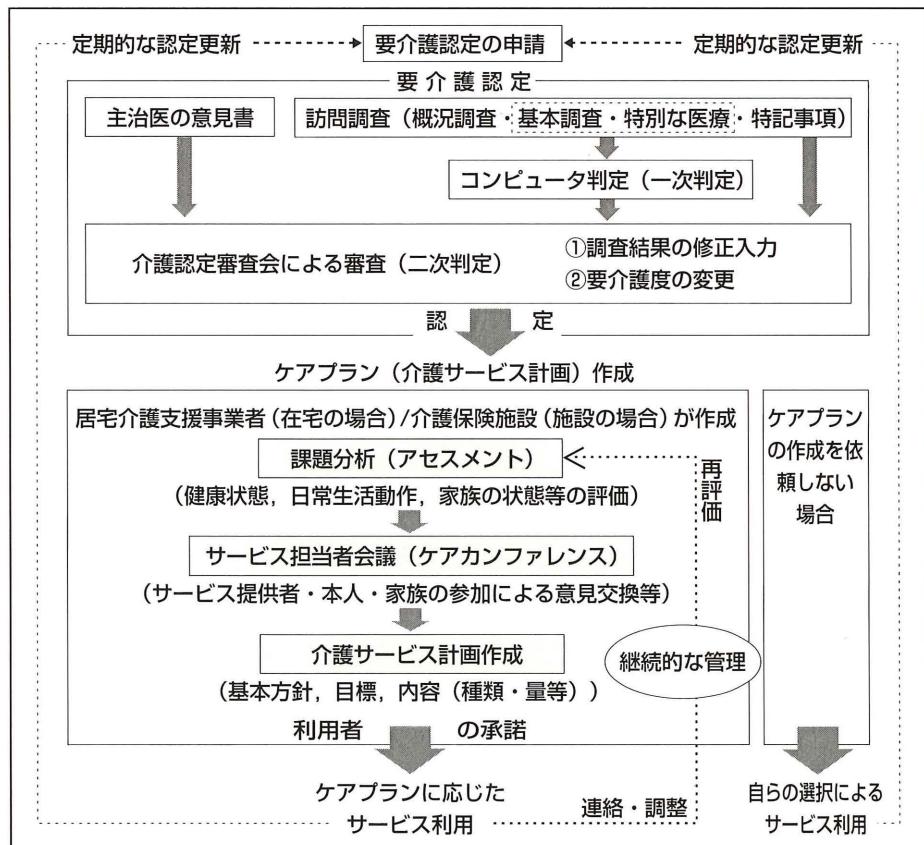
●表18 介護支援専門員実務研修受講資格試験の範囲

区 分		職種	医 師 歯科医師	薬剤師 保健婦(士) 准・看護婦(士) 理学療法士 作業療法士 等	社会福祉士 介護福祉士 精神保健福祉士
			養成期間	6年	4年以下
介護支援分野	○介護保険制度の基礎知識 ○要介護認定等の基礎知識 ○居宅・施設サービス計画の基礎知識 等	25問	受 驗	受 驗	受 驗
保健医療福祉分野	○保健医療サービスの知識 基 础	15問	免 除	免 除	受 驗
	総 合	5問	免 除	受 驗	受 驗
	○福祉サービスの知識 等	15問	受 驗	受 驗	免 除
合 計 解 答 数		60問	40問	45問	45問

6-① 作成の流れ

Q ケアプランはどのような流れで作成されるのか。

A 介護保険制度では、要支援・要介護者が必要な保健・医療および福祉サービスを適切に利用できるよう、要支援・要介護者の心身の状況や環境、本人や家族の希望等に基づき、利用するサービスの種類や内容を定めたケアプランが作成される。ケアプランは、居宅サービス利用のための「居宅サービス計画」と施設入院・入所者のための「施設サービス計画」の2種類がある。ケアプランは原則、居宅サービス利用の場合には居宅介護支援事業者が、施設サービス利用の場合には介護保険施設が作成する。また、要支援・要介護者本人が自らケアプランを作成することもできる。平成10年度モデル事業における要介護認定の流れに沿って考えれば、図10のようになる。



●図10 平成10年度厚生省モデル事業におけるケアプラン作成の流れ

6—② ケアプランの内容

Q ケアプランは介護支援専門員のみしか作成できないのか。

A 介護支援専門員は、居宅介護支援事業者及び各介護保険施設における人員基準上の要件であり、主な業務としてケアプランの作成が挙げられているが、介護支援専門員以外の者は、ケアプランを一切作成することができないというわけではない。しかし、居宅サービスにおいて、ケアプラン作成に対する介護保険報酬が支払われるのは居宅介護支援事業者である。

居宅サービスにおいては、介護支援専門員の作成した原案に、サービス提供を行う居宅サービス事業者の担当者、要介護者等本人およびその家族等を交えたケア会議（サービス担当者会議）で検討・修正を行い、最終的にケアプランが決定されることになる。施設サービスにおいては、介護支援専門員が調整役となり、施設の他のスタッフと相談しながら作成される。

特に、ケアプラン作成の際、医療系サービスの部分については主治医の指示に基づいて行うこと、それ以外のサービスについても、主治医の医学的観点からの留意事項を尊重することが原則とされ、その旨が居宅介護支援事業者および介護保険施設の運営基準に定められることになっている。

Q 要介護認定の申請後、要介護認定結果が出るまでの間は、要介護度が不明なため、ケアプランを作成することはできないのか。

A ケアプランは、要介護者等の要介護度に基づいて作成されることが基本であり、要介護認定結果が出るまでの間は、正式なケアプランを作成することができないことになる。しかし、要介護認定は申請時点に遡って効力を有することから、申請時点から適切かつ円滑な介護サービスを利用できるように暫定的な内容のケアプランを作成し、それに基づいてサービスを利用できることになっている。ただし、要介護認定後には、要介護度に基づいて正式なケアプランを作成し直さなければならない。

認定の結果、自立と判定された場合や想定したよりも要介護度が低く判定された場合には、暫定ケアプランの内容に基づき、支給限度額を上回るサービスが利用してしまっていることが考えられる。その場合、保険給付されないサービスにかかる費用については全額被保険者が負担することになる。

Q 介護保険施設は、施設サービスに関するケアプランしか作成できないのか。

A ケアプランは、原則として、①居宅サービスについては居宅介護支援事業者または要支援・要介護者本人が、また②施設サービスについては介護保険施設が作成することになる。

しかし、例えば、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が、退所者から居宅サービスに関するケアプランの作成を依頼された場合や、デイケアを行う老人保健施設が、その患者から居宅サービスに関するケアプランの作成を依頼された場合など、介護保険施設が居宅サービスに関するケアプランを作成することも当然考えられる。これらの場合、介護保険施設であっても居宅サービスに関するケアプランを作成することはでき、所定の人員基準を満たし、居宅介護支援事業者として都道府県知事の指定を受けていれば、その作成に係る報酬を得ることができる。

7—① 介護保険施設の経過措置

- Q 介護保険制度施行日（12年4月1日）の特別養護老人ホーム入所者の取扱いはどうなるか。また「旧措置入所者」は経過措置期間（5年間）が経過したら退所を強制されるのか。

A 老人福祉法に基づく特養入所の措置は、制度施行日に効力を失う。入所者の中には、要介護認定を受けて、施設サービスを利用できない「自立」または「要支援」と判定される場合が考えられる。そこで、特養入所者が、突然の退所を余儀なくされることのないよう、介護保険法施行法により、入所している特養と継続入所の契約をすれば、引き続き5年間入所が継続できる旨、経過措置が設けられている。

経過措置期間の終了時に、要介護者でない場合には、介護保険給付を受けることはできない。したがって、特別養護老人ホームからは退所を余儀なくされる。

特別養護老人ホームには、旧措置入所者がスムーズに在宅に移行できるよう、ケアハウスや高齢者生活福祉センター等の利用を含めた適切な退所計画を作成するなど、旧措置入所者への積極的な支援が求められる。

- Q 施行日に老人保健施設に入所している者の取扱いはどうなるのか。

A 老人保健施設は、制度施行日時点で、既に開設許可を受けている場合、介護老人保健施設の許可があったものとみなされる。（介護保険法施行法8条）

施行日時点で入所されている方は、給付額を決めるため認定を受けることになるが、その結果「自立」あるいは「要支援」と認定された場合であっても、引き続き利用できるよう経過措置が設けられている。この場合の費用は、介護保険で給付されるのではなく、従来どおり、老人保健法に基づく医療費として支給されることになる（同施行法26条）。

また、この経過的措置には指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）のような期限は設けられていない。

- Q 介護保険法施行法11条の「適用除外施設に関する経過措置」の対象となる施設は、身体障害者療護施設の他、どの施設が想定されるのか。

A 身体障害者福祉法に規定する身体障害者療護施設の入所者は、介護保険の被保険者（第1号被保険者、および第2号被保険者）としないとされる（介護

保険法施行法11条).

また、以下の①から③までの要件を満たすような施設の入所者についても、身体障害者療護施設の入所者と同様、被保険者としないことが適當と考えられる。

- ①40歳以上の者が一定程度入所している実態があること
- ②重度の障害者が入所することが想定されており、当該施設から必要な介護保険におけるサービスと同等以上介護サービスの提供が行われていること
- ③退所が困難であるケースが多いこと

具体的には、以下の施設が適用除外施設として、平成11年3月末に公布された省令に盛り込まれた（表19）。

●表19 「適用除外施設に関する経過措置」の対象となる施設

公布時期	省令事項	種類
平成11年3月	適用除外施設の範囲	<ul style="list-style-type: none">・重症心身障害児施設・児童福祉法の指定国立療養所等・心身障害者福祉法の福祉施設・ハンセン病療養所・救護施設

Q 介護保険施設の人員配置上の経過措置は設けられないのか。

A 介護保険施設の指定基準には、全ての施設に関して、人員配置基準として「介護支援専門員」が要件となっている。ただし、平成14年度末までの3年間に限り、各介護保険施設では、介護・看護ないし処遇計画を作成できる者を配置すれば足りるという経過措置が設けられている。各施設ごとの代替人員および要件について、表20にまとめる。

●表20 介護保険施設の人員配置上の経過措置

介護保険施設		経過期間中の代替人員	要件
指定介護老人福祉施設		生活相談員等	処遇計画等の作成に関し経験があること
介護老人保健施設		看護婦等または相談指導員	看護・介護計画等の作成に関し経験があること
指定介護 療養型 医療施設	療養型病床群	看護婦等	看護・介護計画等の作成に関し経験があること
	介護力強化病院		
	老人性痴呆疾患療養病棟		

7—② その他の経過措置

Q 介護保険制度が実施された場合、各市町村の体制によってサービス内容に格差が生じると考えられるが、どう対処するのか。

A 制度施行時においては、地域によってサービス提供の基盤整備状況が異なることが予想され、十分なサービス量を確保することが困難な場合には、経過的に区分支給限度基準額を下回る額を支給限度額として設定することができる。

この場合、保険料も支給限度額の引き下げに応じて減免されることになるので、サービス量と保険料のバランスは保たれるようになっている。

Q 保険料に関する経過措置規定はあるのか。

A 第1号被保険者（65歳以上）、第2号被保険者（40～64歳）の保険料の算定や徴収方法等については、特段の「経過措置規定」は設けられてはいない。

ただし、施行5年後（平成17年度）の制度の全体的見直しおよび3年後（平成15年度）の保険料設定に向け、

- ①第1号被保険者の5段階保険料の4、5段階目の区切りとされる所得額250万円
- ②第1号保険料特別徴収（年金からの天引徴収）の対象となる年金年額18万円
- ③全保険料に占める第1号被保険者と第2号被保険者の保険料負担割合（現行17：33）

等の検討が予定されている。

介護保険制度 Q & A

日本医師会雑誌 第121巻・第10号 平成11年5月15日 付録

平成11年5月15日発行

■発 行

日本医師会

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
電話 (03) 3946-2121

■制作協力

薬業時報社

■組 版

ビーコム

■印 刷

集美堂

Patient-Friendly

なによりも患者さんのために



SWは沢井製薬の
製品識別コードで、
安心と信頼のマークです。

患者さんのお薬代を大幅に軽減します

医療先進国の中では医薬品を効率的に使用するため、
世界に通用する画期的新薬と経済的なジェネリック医薬品が
多用されています。

例えば、数量的にアメリカでは40%、ドイツでは60%以上も
ジェネリック医薬品が占めています。

これが医薬品のグローバルスタンダードではないでしょうか。
しかし、日本では10%程度しか活用されていません。

沢井製薬は医療の質を落とすことなく、
患者さんの自己負担の軽減や国の医療費の節減に
微力ながら貢献したいと願っています。

いのち 医薬品は品質こそ生命です

かけがえのない人間の生命に深い関わりのある医薬品は、
安ければよいというものではありません。

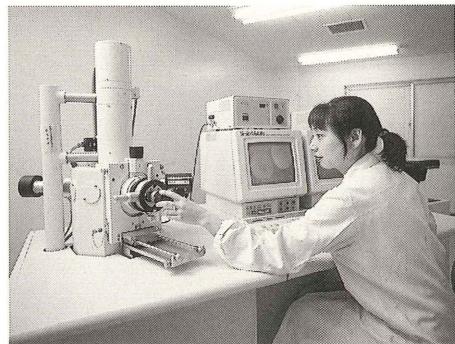
医薬品は品質が確保されてこそ本来の効き目を発揮します。

沢井製薬は、

1. 痛くない注射剤や苦くない錠剤など患者さんに優しい製剤工夫
2. 純度の高い原料の厳選
3. 最新鋭のハイクリーン工場による均質な製品の生産
4. 妥協を許さない厳しい品質管理

により高品質の製品を全国の医療機関に安定的に供給しています。

沢井製薬は、製品に関する医薬情報は品質の一部と考え、
副作用などの情報の充実にも努めています。



九州工場

創業 昭和4年4月1日 東京事務所 東京都中央区日本橋本町4丁目15-9
設立 昭和23年7月1日 TEL. (03)3639-8821
資本金 34億円 研究施設 大阪研究所、研究開発センター(大阪市)、
株式公開 平成27年9月13日(店頭登録) 製剤研究センター(大阪市)
従業員数 約500名 生産工場 大阪工場、三田工場(兵庫県)、九州工場(福岡県)
製造品目 抗生物質、抗がん剤、循環器用剤など 営業拠点 全国7支店、10営業所
医療用医薬品250品目及び一般用医薬品 販売代理店 西部沢井薬品(株)ほか国内260社、海外1社および広域卸
ご採用先 国立病院など全国約2,600病院(シェア約27%)、関係会社 メディサ新薬(株)、(株)アクティブワーク
約22,000医療・診療所(シェア約26%)、 提携会社 (生産・販売)明治製薬、資生堂、積水化学工業、
及び調剤薬局 日本シェーリング、扶桑薬品工業、吉富製薬、サントリーほか

<会社概要>

〔製品についてのお問い合わせ〕

時間外・休日は次の番号でお受けしております。

☎ 06-6928-7255

創業70周年
70
SINCE 1929

いのち
品質こそ生命

沢井製薬株式会社

〒535-0005 大阪市旭区赤川1丁目4-25 (資料請求先: 医薬情報部 TEL. 06-6921-7056/FAX. 06-6921-4168)
ホームページアドレス <http://www.alpha-web.ne.jp/sawai>



ツインパック方式の バイオニア

高カロリー輸液用糖・電解質・アミノ酸液
ピーエヌツイン®

●薬価基準収載

警告

ビタミンB1を併用せずに高カロリー輸液療法を施行すると重篤なアシドーシスが発現する事があるので、必ずビタミンB1を併用すること。ビタミンB1欠乏症と思われる重篤なアシドーシスが発現した場合には、直ちに100~400mgのビタミンB1製剤を急速静脈内投与すること。また、高カロリー輸液療法を施行中の患者では、基礎疾患及び合併症に起因するアシドーシスが発現する事があるので、症状があらわれた場合には高カロリー輸液療法を中断し、アルカリ化剤の投与等の処置を行うこと。

禁忌（次の患者には投与しないこと）

- (1) 高カリウム血症の患者
〔本剤の電解質組成により高カリウム血症を悪化させるおそれがある。〕
- (2) 高クロール血症の患者
〔本剤の電解質組成により高クロール血症を悪化させるおそれがある。〕
- (3) 高カリウム血症・乏尿、アジソン病、高窒素血症の患者
〔腎からのカリウム排泄障害のため症状を悪化させるおそれがある。〕
- (4) 高リノ血症、副甲状腺機能低下症の患者
〔本剤の電解質組成により高リノ血症を悪化させるおそれがある。〕
- (5) 高マグネシウム血症、甲状腺機能低下症の患者
〔本剤の電解質組成により高マグネシウム血症を悪化させるおそれがある。〕
- (6) 高カルシウム血症の患者
〔本剤の電解質組成により高カルシウム血症を悪化させるおそれがある。〕
- (7) 肝性昏睡又は肝性昏睡のおそれのある患者
〔アミノ酸インバランスを助長し、肝性昏睡を悪化又は誘発させるおそれがある。〕
- (8) 重篤な腎障害のある患者
〔窒素及び水負荷の増加により腎機能を悪化させるおそれがある。〕
- (9) アミノ酸代謝異常のある患者
〔アミノ酸インバランスを助長させるおそれがある。〕

★「効果・効果」、「用法・用量」、その他詳細は現品添付文書をご覧ください。

「使用上の注意」の改定には十分ご留意ください。

1998年6月作成

★資料は当社医療情報担当者にご請求ください。

Hoechst Marion Roussel

製造・販売：
ヘキスト・マリオン・ルセル株式会社
〒107-8465 東京都港区赤坂二丁目17番51号

Hoechst ■

ヘキスト・マリオン・ルセル
ヘキストグループの製薬会社です

PTW-JB52 (A①-1) 0598-DNP



イソロイシン、ロイシン、バリン
3つの分岐鎖アミノ酸からなる、
リーバクト顆粒。

分岐鎖アミノ酸製剤

リーバクト 顆粒

LIVACT Granules

●薬価基準収載

貯　　法：室温保存、遮光した気密容器
使用期限：外箱に表示

【禁忌（次の患者には投与しないこと）】

先天性分岐鎖アミノ酸代謝異常のある患者〔メープルシロップ尿症においては痙攣、呼吸障害等があらわれるおそれがある。〕

【効能又は効果】

食事摂取量が十分にもかかわらず低アルブミン血症を呈する非代償性肝硬変患者の低アルブミン血症の改善

【用法及び用量】

通常、成人に1回1包(4.74g)を1日3回食後経口投与する。

★効能・効果、用法・用量、使用上の注意等詳細は現品添付文書をご参照ください。「使用上の注意」等の改定には十分ご留意ください。

★資料はヘキスト・マリオン・ルセル(株)、医薬情報担当者にご請求ください。

1998年1月作成 LIV-JB5H (A①-1) 0198-DS

販売：

ヘキスト・マリオン・ルセル株式会社
〒107-8465 東京都港区赤坂二丁目17番51号

製造： **MJINOMOTO®**

味の素株式会社
東京都中央区京橋1の15の1