

## 新介護保険制度のまとめ(2005年改正後)

(2006.10.25加筆)

(2006.5.17作成)

(2006.9.30音声読み上げ可)

---

(目次)

【1】戦後のわが国の高齢者福祉施策(介護保険制度の導入まで)

【2】介護保険制度の導入

【3】新介護保険制度のしくみ(2005年改正後)

---

【1】戦後のわが国の高齢者福祉施策(介護保険制度の導入まで)

### ①戦後間もない時期

ごく一部の低所得者を対象に、生活保護法(旧生活保護法:1946年,現行生活保護法:1950年)に基づいた  
養老施設などがある程度であった。

### ②1955(昭和30)年以降

高齢者を取り巻く環境が変化(高齢者の増加,産業構造の変化による高齢者の就業機会の減少,人口の都  
市集中に伴う家族制度の変化など)し,身体障害者の福祉制度などと同様に,高齢者の福祉の独立した制度  
が期待された。

### ③1963(昭和38)年

老人福祉法(1963年)が制定され,特別養護老人ホーム,老人家庭奉仕員の派遣などが規定されたが,特別  
養護老人ホームの実際の入所者の実態は,低所得者等が優先され,一般の人にとっては利用しにくかった。

### ④1970年代

・高齢者福祉分野では,寝たきり高齢者の数やその生活実態の深刻さが明らかにされ,「社会福祉施設緊急  
整備5カ年計画」(1970年)が策定されるなど,特別養護老人ホームを中心に,量的な整備が次第に図られ  
た。

・老人医療分野では,老人医療費の無料化(1973年)の影響により,老人医療費が著しく増大し,福祉施設な  
どに受け皿がないために病院へ入院するなどによるいわゆる「社会的入院」の問題が指摘された。

### ⑤1980年代

在宅福祉に力が入られるようになった(通所介護,短期入所生活介護が制度化されるなど)が,在宅介護  
の充実にとっての大きな節目は1989(平成元)年に策定された「高齢者保健福祉推進十カ年戦略(ゴールドブ  
ラン)」であった。

### ⑥1990(平成2)年

ゴールドプランにおいて,数値目標をもって,在宅福祉事業が積極的に進められるとともに,同計画を円滑に  
推進するため,「老人福祉法等の一部を改正する法律」(社会福祉関係八法の改正)が行われた。全市町村・  
都道府県が「老人保健福祉計画」を策定することが義務づけられた。これらにより,市町村において,在宅サ  
ービスと施設サービスが一元的かつ計画的に提供できるような体制が整えられた。さらに,全国の地方公共

団体で作成された老人保健福祉計画の内容を踏まえて、1994(平成6)年には、計画の内容を見直して一層の充実を図る「新・高齢者保健福祉推進十カ年戦略(新ゴールドプラン)」が策定された。

## 【2】介護保険制度の導入

- ① 1990年代に入り高齢者保健福祉の基盤整備が強化されたが、わが国における急速な高齢化の進展に伴い、寝たきりの高齢者などが急速に増加し、介護ニーズが急速に増大することが見込まれる一方で、核家族化の進展等による家族の介護機能が低下し、高齢期の介護が家族にとって身体的、精神的に大きな負担となってきた。これまでは、「措置」に基づくサービス(高齢者に対する介護サービスは、一部は老人福祉法に基づいて行政側がサービスの内容を決める)として提供され、一部は老人医療の中で担われてきた。
- ② しかし、従来の公費による措置制度では、その性格上、予算の制約の下で、行政機関によってサービスの利用対象者や内容が決められ、これ以上の介護サービスの飛躍的な拡充が期待し難かった。また、措置制度では、世帯収入に応じた利用者負担が求められることから、中高所得層にとって利用しにくい面があった。
- ③ 一方、老人医療においても、いわゆる社会的入院の問題を抱え、限られた資源が医療本来の機能のために有効に使われていないという課題を抱えていた。
- ④ 最初の提言として、1994年3月に「21世紀福祉ビジョン」(高齢社会福祉ビジョン懇談会)がまとめられ、誰もが介護を受けることができる新たな仕組みの構築の必要性を示した。また、1994年12月には「新たな高齢者介護の構築を目指して(報告書)」(有識者による高齢者介護・自立支援システム研究会)がまとめられ、ケアマネジメントの確立や、財源の調達のために社会保険の導入を提言した。
- ⑤ さらに、1995年の社会保障制度審議会の勧告や老人福祉審議会の提言があった。
- ① これらを踏まえ、高齢者の介護の問題を一部の限られた問題としてとらえるのではなく、高齢者を等しく社会の構成員としてとらえながら、国民皆で高齢者の介護の問題を支える仕組みとして、1997(平成9年12月に介護保険法が成立し、2000(平成12)年4から介護保険制度が施行され、要介護認定を受ければ、利用者がいつでも介護サービスを受けられるようになった。介護保険制度は、住民に最も身近な地方自治体である市町村が保険者となって運営や財政責任を担い、市町村ごとに給付と負担が連動する地方分権的な仕組みとなっており、各市町村が地域内の介護サービスの見込み量を積み上げた計画を自ら策定し、それぞれの市町村の介護サービスの見込み量に基づいて保険料を算出することとしている。また、保険給付の範囲を超える上乘せサービス(介護保険により受けられることができるサービスについて、サービスの給付は要介護度ごとに保険給付の支給限度基準額が設けられ、その範囲内で利用されたサービスについて給付が行われる仕組みとなっているが、市町村は条例によって支給限度基準額を上回る額を支給限度額として設定できる)、横出しサービス(条例によって給食サービス、移送サービス、理髪サービスなど保険給付の対象外のサービスを市町村独自の保険給付として実施することもできる)について地方自治体の選択による実施を認めているなど、地域の実情に応じたサービスを行うことができる制度となっている。さらに、介護保険法では、サービスの内容や水準は、要介護状態となった場合においても、可能な限り、在宅において、能力に応じ自立した生活ができるように配慮することとしており、制度発足当初から、自立支援や在宅重視の理念を掲げている。
- ⑦ 2005年には、「制度自体を5年ごとに見直す」という当初の定めに従って大幅な改定が行われた。同時に、実態としても、サービス利用者は2000年から2倍以上の伸びを示し、149万人から307万人となり、そのうち居宅

サービスは97万人から231万人となった(要支援・要介護1という軽度者が84万人から185万人で、要介護者全体の48%を占めていた)。なお、2000年4月から2004年4月にかけて、第1号被保険者は288万人増加(2,165→2,453万人)、要介護認定者は169万人(218→387万人)であった。また、保険給付は、200年度の57%増(2000年度:3兆3568億円、2003年度:5兆653億円)となり、そのうち居宅サービスの割合が大幅に上昇してきた(2000年度には在宅サービス33.9%・施設サービス66.1%が、2003年度は46.5%と53.5%となった)。

【3】新介護保険制度のしくみ(2005年改正後)

|             |  | 第1号被保険者  | 第2号被保険者 |
|-------------|--|--|---------|
| 2005年改正     | ポイント   | ① 予防重視型システムへの転換,<br>② 施設給付の見直し,<br>③ 新たなサービス体系の確立,<br>④ サービスの質の向上,<br>⑤ 負担のあり方・制度運営の見直し  |         |
|             | 施行   | 2005年10月:施設サービスおよび短期入所、通所介護の居住費と食費の全額自己負担化<br>2006年4月:上記以外の項目  |         |
|             | 基本点  | ①制度の「持続可能性」(給付の効率化・重点化によって保険者である市町村権限の強化とサービスの適正化を実施する), ②「明るく活力ある超高齢社会」の構築(予防重視型システムへの転換によって、介護予防システムの確立と軽度者の給付の見直しを実施する), ③社会保障の総合化(効率的かつ効果的な社会保障制度体系に向けて、年金との給付調整、医療との連携・調整、予防重視型システムへの転換を実施する) |         |
| 介護保険制度の設計思想 | ① 介護(老後の最大不安要因としての)を国民皆で支える仕組みの創設<br>② 社会保険方式により給付と負担の関係を明確した国民に理解されやすい仕組みの創設<br>③ 縦割り制度の再編し、利用者の選択により多様な主体から保健医療・福祉サービスを総合的に受けられる仕組みの創設<br>④ 介護を医療から切り離し、社会保障構造改革の皮切りになる制度の創設                                     |  |         |
| 目的のキーワード    | ・「尊厳を保持」「有する能力に応じ自立した日常生活を営む」「必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付」「国民の共同連帯の理念」「保険給付等に関して必要な事項を定め」「国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図る」・・・(介護保険法第1条)  |  |         |
| 理念のキーワード    | ・「要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止」「医療との連携に十分配慮する」「被保険者の選択に基づき」「サービスが多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供」「居宅において」「有する能力に応じ自立した日常生活を営む」・・・(介護保険法第2条)<br>・ 多様な事業者(在宅サービス) : 農協, 生協, NPO法人, 民間企業などである<br>・ 総合的かつ効率的に提供 : ケアマネジメントの手法が用いられる |  |         |
| 保険者         | ・原則として市町村(特別区)が保険者である(財政安定のために、広域連合が可能)。国, 都道府県, 医療保険者, 年金保険者が重層的に支え合う。<br>・住所地特例とは、介護保険施設に入所するために住所を施設所在地に移した場合、移転前の市町村を保   |  |         |

|            |  |   |
|------------|--|---|
|            | 険者とすることである。  |   |
| 加入         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・1号被保険者:65歳以上, 2号被保険者:40歳以上 65歳未満(本人の意思にかかわらず強制加入である)の2種類であり, いずれも日本国内に住所を有していること(住所地主義)が要件となっている。</li> <li>・一定の要件を満たしている在日外国人も被保険者となる。</li> <li>・当面, 介護保険の被保険者の適用除外を受ける者は, 身体障害者療護施設の入所者とその他特別の理由がある者で, 厚生労働省令で定める施設の入所者(ハンセン病療養所, 救護施設など6種類)である。</li> </ul> |   |
| 対象者        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・65歳以上の者</li> <li>・約2500万人</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・40歳以上 65歳未満の医療保険加入者</li> <li>・約4300万人</li> </ul>  |
| 受給権者       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護者</li> <li>・要支援者</li> </ul>   | <p>左のうち, 初老期における認知症, 脳血管障害等の老化に起因する疾病によるもの(16の特定疾病)。</p> <p>①がん(末期), ②関節リウマチ, ③筋萎縮性側索硬化症, ④後縦靭帯骨化症, ⑤骨折を伴う骨粗鬆症, ⑥初老期における認知症(アルツハイマー病、脳血管性認知症等), ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病, ⑧脊髄小脳変性症, ⑨脊柱管狭窄症, ⑩早老症, ⑪多系統萎縮症(シャイ・ドレーガー症候群等), ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症, ⑬脳血管疾患(脳出血、脳梗塞等), ⑭閉塞性動脈硬化症, ⑮慢性閉塞性肺疾患(肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎), ⑯両側の膝関節、または股関節に著し変形を伴う変形性関節症</p> <p>→改正:2006年4月から「①がん(末期)」を追加</p> |
| 保険料        | 市町村が徴収   | 医療保険者が医療保険料として徴収し, 納付金として一括納付   |
| 保険料賦課・徴収方法 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・所得段階別定額保険料(低所得者の負担軽減)</li> <li>・年金給付年額18万円以上は年金天引き(約8割が対象)の「特別徴収」, それ以外は市町村による「普通徴収」(約2割が対象)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・健保:標準報酬及び標準賞与×介護保険料率(事業主負担あり)</li> <li>・国保:所得割, 均等割等に按分(国庫負担あり)</li> </ul>  |
| 保険料負担      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村の給付費の見込み額などに応じて, 市町村ごとに異なり, 3年ごとに見直される</li> <li>・負担能力に応じた負担の観点から, 原則として市町村ごとの所得段階別定額保険料とし, 低所得者の負担軽減, 高所得者の所得に応じた負担とする。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者一人当たりの負担額は全国一律で定められ, その額から支払基金各医療保険者に課す金額を算出し, 各医療保険者はその金額を元に, 各被保険者の所得に応じた個別の保険料を算出する。</li> <li>・健康保険の場合は事業主が, 国保の場合は国が, 介護保険料の半額を負担する。</li> </ul>   |
| 財源         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・三位一体改革により, 介護保険制度の介護給付と予防給付に必要な費用は, 50%が保険料財源, 残</li> </ul>  |   |

|                 |  |                 |                 |
|-----------------|--|-----------------|-----------------|
|                 | <p>り 50%が公費負担である。公費負担のうち都道府県が指定する介護保険施設と特定施設に係る施設等給付費は、2006年4月から、国 20%、都道府県 17.5%、市町村 12.5%（従来は国 25%、都道府県・市町村は各 12.5%）である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なお、施設等給付費以外の公費負担の割合は、国 25%、都道府県 12.5%、市町村 12.5%である。</li> <li>・ 国費のうち 5%分は市町村間の財政力の格差のための調整交付金に充てられる。</li> <li>・ 第3期介護保険事業計画に基づく2006年度から2008年度(3年)までの介護保険料負担割合見込みは以下の通りである。</li> </ul>  |                 |                 |
|                 | <table border="1"> <tr> <td>第1号被保険者の保険料:19%</td> <td>第2号被保険者の保険料:31%</td> </tr> </table>   | 第1号被保険者の保険料:19% | 第2号被保険者の保険料:31% |
| 第1号被保険者の保険料:19% | 第2号被保険者の保険料:31%  |                 |                 |
| 地域包括支援センター      | <p>公正・中立な立場から、地域住民の保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援することを目的として、地域支援事業のうちの包括的支援事業、すなわち、</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 介護予防事業のマネジメント</li> <li>② 介護保険外のサービスを含む、高齢者や家族に対する総合的な相談・支援</li> <li>③ 被保険者に対する虐待の防止、早期発見等の権利擁護事業</li> <li>④ 支援困難ケースへの対応などケアマネジャーへの支援</li> </ol> <p>の4つの事業を地域において一体的に実施する役割を担う中核拠点として設置されるものである。地域包括支援センターの運営主体は、市町村、在宅介護支援センターの運営法人(社会福祉法人、医療法人等)、その他市町村が委託する法人(省令で要件等を定める)で、職員体制は保健師・経験のある看護師、主任ケアマネジャー、社会福祉士等である。また、地域包括支援センターの設置・運営に関しては、中立性の確保、人材確保支援等の観点から、「地域包括支援センター運営協議会」(市町村、地域のサービス事業者、関係団体等で構成)がかかわることとされている。そのため、在宅介護支援センター関連規定の整理(介護に関する相談支援事業等は介護保険法上で規定することとなるため、老人福祉法上の老人介護支援センター〔在宅介護支援センター〕関連規定)がなされている。</p> <p><b>→改正:2006年4月より新設</b></p>  |                 |                 |
| 保険給付            | <p>原則</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険は、被保険者が要介護状態および要支援状態になった場合に、「保険事故」として介護サービスを行う社会保険であるため、社会保険の受給要件を満たしているかどうかの認定(要介護認定、要支援認定)を受ける必要がある。</li> </ul> <p>手続き</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①本人・家族等による申請(申請先は市町村)</li> </ol> <p><b>→改正:2006年4月から、申請代行を行えるものの範囲が限定された(地域包括支援センターが代行申請の窓口に加わり、居宅介護支援事業所や介護保険施設による代行申請は省令によって制限された)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>②市町村による認定調査(原則として、市町村職員による被保険者の心身の状況に関する聞き取り調査、79項目の基本調査と特記事項)</li> </ol> <p><b>→改正:2006年4月から、初回認定の認定調査は、原則として市町村が行うこととなった</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>③介護認定審査会による審査判定</li> </ol> <p>申請を受けた市町村は、できる限り迅速(申請から30日以内)に認定を行う。</p> <p><b>→改正:2006年4月より、従来は、市町村の介護認定審査会では「要介護度ランクを審査する」だけだったが、「身体状況が維持または改善する可能性」も判定されることとなった</b></p> |                 |                 |

|           |   |
|-----------|---|
| 判定        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本調査の結果、必要に応じて主治医の意見書に基づいて 1 次判定(コンピューターによる分析)が行われる。</li> <li>・これをもとに、市町村の介護認定審査会(保健・医療・福祉の学識経験者による第三者機関)における審査判定(2 次判定)を実施する(主治医の意見書, 特記事項が用いられ, ①要介護状態区分等の審査, ②状態の維持または改善の可能性の審査を行う)。</li> <li>・その結果に基づき, 市町村が要介護認定, 要支援認定を行う。</li> </ul>   |
| 給付        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護・要支援等の認定を受けた場合は, 以降に利用した介護サービス等について給付が受けられる(申請日以前に緊急な場合などやむを得ず利用したサービスについても, 給付の対象となる)</li> </ul>  |
| 不服        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・2 次判定の結果に不服がある場合は, 都道府県の「介護保険審査会」に不服申し立てができる。</li> </ul>  |
| 更新        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護認定の有効期間は, 初回認定は 6 か月, 更新認定は原則 12 か月である。</li> <li>・有効期間内でも, 状態が重くなった場合などは, 要介護度の変更の認定を受けることができる。</li> </ul>   |
| 認定の区分     | <p>平成17年度まで<br/>要介護5<br/>要介護4<br/>要介護3<br/>要介護2<br/>要介護1<br/>要支援</p> <p>平成18年4月から<br/>要介護5<br/>要介護4<br/>要介護3<br/>要介護2<br/>要介護1<br/>要支援2<br/>要支援1</p> <p>居宅介護支援事業所</p> <p>地域包括支援センター</p> <p>要介護1～5と認定された方は<br/>在宅生活を支援するために、「介護サービス」を利用できます(従来通り)</p> <p>要支援1, 2と認定された方は<br/>身体機能の維持・改善のために「介護予防」サービスを利用できます(新規)</p> <p>非該当となった人は<br/>介護や支援が必要となるおそれのある人は、地域包括支援センターが行う「地域支援事業」を利用できます(新規)</p> <p>(市町村パンフレットより)</p> <p><b>→改正: 2006年4月から, 従来の要支援, 要介護の5区分が「7区分」に変更された。</b></p> |
| サービス利用の基本 | <p>①利用者によるサービスの選択</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険の基本は, 被保険者本人が, 自分で利用するサービスを選択, 決定することである。</li> <li>・手続きは, 利用者本人, その家族, 地域包括支援センターなどの代行により行うことができる。</li> </ul> <p>②居宅介護支援事業者によるケアプラン作成支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者自身の自己決定を支援するために, 都道府県知事の指定した居宅介護支援事業者(居宅介護サービス計画作成機関)等が, 介護サービスに関する情報提供を行う(指定が受けられなかった場合でも, 一定の基準に達していると市町村が判断した事業者なども行うことができる)。</li> </ul>  |

|              |  |
|--------------|--|
|              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者は、居宅介護支援事業者に対し、ケアプラン(居宅サービス計画)の作成を依頼することができ、事業者に所属する「介護支援専門員(ケアマネジャー)」が自宅を訪問し、利用者本人の希望や心身の状態のに基づき、利用するサービスを定めたケアプランを作成する。</li> <li>・その他、介護サービス事業者と連絡調整し、利用者のサービス利用を支援する。</li> </ul>   |
| ケアプラン策定の流れ   | ①利用者の把握(心身の状況など)→②解決すべき問題の特定→③サービス担当者会議(ケアカンファレンス)→④ケアプランの作成(ケアプランの利用者の承認を含む)→⑤ケアプランに基づくサービスの開始  |
| ケアマネジャーの資質向上 | <p>ケアマネジャーの資質と専門性の向上は、以下の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 研修の義務化(最初に実務に就いて一定期間を過ぎたら、演習を中心とした研修を実施し、スキルアップをはかり、定期的(5年)に専門知識・技術向上をはかるための研修を義務づける)</li> <li>② 二重指定制の導入(事業所に対し所属するケアマネジャーを届け出ることを義務づける。さらに、ケアマネジャーごとにケアプランの内容などをチェックできる仕組みを整える)</li> <li>③ 資格の更新制の導入(実務に従事するケアマネジャーに定期的(5年)に研修を義務づける。研修を終了しないと業務に従事できない。休業中の場合は研修を受講することで業務に復帰できる)</li> <li>③ 主任ケアマネジャーの創設(包括的・継続的マネジメントを担う人材として、地域包括支援センターに配置する。一定年数以上の実務経験と所定の研修の修了、能力評価によって資格を与える)</li> </ul> <p>→改正:2006年4月より、同制度の要役であるケアマネジャーの資質と専門性の向上が図られた</p>  |
| 保険給付         | <p>種別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①介護給付 <ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護者に対する給付</li> <li>・「在宅サービス費」(居宅介護サービス費・居宅介護福祉用具購入費・居宅介護住宅改修費など)</li> <li>・「施設サービス費」</li> </ul> </li> <li>②予防給付 <ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援者に対する給付</li> <li>・「在宅サービス費」(介護予防サービス費・介護予防福祉用具購入費・介護予防住宅改修費など)</li> </ul> </li> <li>③市町村特別給付 <ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村独自の給付</li> <li>・要介護者・要支援者が対象である。</li> <li>・「介護保険法」で定められている以外のサービスを、市町村の判断により条例に定め、保険給付の対象とする(サービス内容は、要介護状態の予防・軽減、悪化防止のためである必要がある)。</li> <li>・市町村特別給付の財源は、第1号被保険者の保険料でまかなわれる。</li> </ul> </li> </ul> |
|              | 給付方法   |

|         |     |   |
|---------|-----|---|
|         |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉用具購入費・住宅改修費・高額介護サービス費は、償還払いのみである(現金給費にはならない)。</li> <li>・法律上の規定は、原則として保険給付は償還払いであるが、利用者の負担等を考慮して、一定の要件を満たした場合には現物給付が認められている。</li> </ul>  |
| サービス提供者 |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「指定事業者」がサービスを行う。</li> <li>・「指定事業者」の指定を受けるためには、原則として法人格をもち、人員基準、設備・運営基準などの要件を満たす必要があるが、営利・非営利は問われない。</li> <li>①都道府県知事が指定する事業者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定居宅サービス事業者、指定介護予防サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設</li> </ul> </li> <li>②市町村長が指定する事業者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定地域密着型サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、指定介護予防支援事業者</li> </ul> </li> </ul>   |
| 介護給付の内容 | 非該当 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●目標 ⇒ 要介護状態、要支援状態になることの防止</li> <li>●アセスメント(課題分析)、サービス担当者会議、ケアプラン作成 ⇒ 地域包括支援センター</li> <li>●サービス ⇒ (1)地域支援事業 <ul style="list-style-type: none"> <li>①介護予防事業(第1号被保険者が対象)</li> <li>②包括的支援事業(a.介護予防ケアマネジメント事業、b.総合相談・支援事業、c.権利擁護事業、d.包括的・継続的マネジメント事業)</li> <li>③任意事業(a.介護給付費適正化事業、b.家族支援事業)</li> </ul> </li> </ul> <p>→改正:地域支援事業は、2006年4月より、新たに創設された事業で、従来実施されていた老人保険事業、介護予防・地域支え合い事業、在宅介護支援センター事業が再編成されて、介護保険上の事業となった。地域包括支援センターを中核機関として、虚弱高齢者が要支援、要介護状態への予防を推進し、地域での包括的・継続的なマネジメント機能を強化することを目的とする。市町村が実施主体で、介護保険料等を活用して行われる。また、地域包括支援センターは、市町村が設置し、包括的支援事業を実施する。社会福祉士、主任ケアマネジャー、保健師などが相談支援や包括的・継続的ケアマネジメント、介護予防マネジメント、各種制度にわたる多方面からの支援を行う</p> |
| 要支援1,2  | 要支援 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●目標 ⇒ 重度化の防止</li> <li>●アセスメント(課題分析)、サービス担当者会議、ケアプラン作成 ⇒ 地域包括支援センター</li> <li>●サービス ⇒ (2)新予防給付 <ul style="list-style-type: none"> <li>①介護予防サービス</li> <li>②地域密着型介護予防サービス</li> <li>③介護予防支援</li> </ul> </li> </ul> <p>→改正:2006年4月より、従来の「予防給付」の対象者・サービス内容・マネジメント体制が見直され、「新予防給付」に再編成された。従来よりも、「生活機能の維持・向上」を重視したサービスの提供を目的とする。</p> <p>→改正:2006年4月以降も要介護1~5の認定を受ければ、従来通り、居宅介護支援事業所のケアマネジャーなどがケアプランを作成することになるが、要支援1・2と認定された場合には、「地域包括支援センター」が行うことになった</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「新予防給付」の内容</li> </ul>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>(1)介護予防サービス費(「指定介護予防サービス」を受けた費用の9割の給付)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「指定介護予防サービス」(①介護予防訪問介護, ②介護予防訪問入浴介護, ③介護予防訪問看護, ④介護予防訪問リハビリテーション, ⑤介護予防居宅療養管理指導, ⑥介護予防通所介護, ⑦介護予防通所リハビリテーション, ⑧介護予防福祉用具貸与, ⑨介護予防短期入所生活介護, ⑩介護予防短期入所療養介護, ⑪介護予防特定施設入居者生活介護, ⑫介護福祉用具貸与, ⑬特定介護予防福祉用具販売)</li> </ul> <p>→改正:従来の訪問介護の中の家事援助(生活援助)を例にすれば、「利用者の安全確認をしつつ、一緒に手助けしながら調理をする」、「洗濯物を一緒にたたんだりすることで自立支援をうながす」(資料:厚生労働省)と変更され、「介護予防」「要介護状態にならないようにする」という視点が重視されることとなった</p> <p>→また、要介護状態にならないようにするため、身体の機能そのものを維持・向上させるという視点も強化された</p> <p>(2)地域密着型介護予防サービス費(「指定地域密着型介護予防サービス」を受けた費用の9割の給付)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「指定地域密着型介護予防サービス」(①介護予防認知症対応型通所介護, ②介護予防小規模多機能型居宅介護, ③介護予防認知症対応型共同生活介護)</li> </ul> <p>(3)その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・9割給付=①特定介護予防サービス費, ②特例地域密着型介護予防サービス費, ③介護予防福祉用具購入費, ④介護予防住宅改修費</li> <li>・全額給付=①介護予防サービス計画費, ②特例介護予防サービス計画費</li> <li>・その他=①高額介護予防サービス費, ②特定入所者介護予防サービス費, ③特例特定入所者介護予防サービス費(市町村ごとに規定)</li> </ul> |
| <p>要<br/>介<br/>護<br/>1<br/>~<br/>5</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>●目標:重度化の防止</li> <li>●アセスメント(課題分析), サービス担当者会議, ケアプラン作成 ⇒ 居宅介護支援事業所</li> <li>●サービス ⇒ (3)介護給付       <ul style="list-style-type: none"> <li>①居宅サービス</li> <li>②地域密着型サービス</li> <li>③施設サービス</li> <li>④居宅介護支援</li> </ul> </li> <li>●「介護給付」の内容       <ul style="list-style-type: none"> <li>(1)居宅介護サービス費(「指定居宅サービス」を受けた費用の9割の給付)           <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定居宅サービス(①訪問介護, ②訪問入浴介護, ③訪問看護, ④訪問リハビリテーション, ⑤居宅療養管理指導, ⑥通所介護, ⑦通所リハビリテーション, ⑧短期入所生活介護, ⑨短期入所療養介護, ⑩特定施設入所者生活介護, ⑪福祉用具貸与, ⑫特定福祉用具販売)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>→改正:2005年10月より、介護保険施設(特別養護老人ホーム, 介護老人保健施設, 介護療養型医療施設), 短期入所における居住費(部屋代・水道光熱費)と食費が全額利用者負担, 通所介護の食費が全額利用者負担と変更になった。介護保険の給付の対象から外れることになる費用は, ①介護保険施設(特別</p>  |

|     |   |
|-----|---|
|     | <p><b>養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設)の居住費、食費、②ショートステイ(短期入所生活介護、短期入所療養介護)の滞在費、食費、③デイサービス(通所介護)、デイケア(通所リハビリテーション)の食費である</b></p> <p>(2)地域密着型介護サービス費 (「指定地域密着型サービス」を受けた費用の9割の給付)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定地域密着型サービス(①夜間対応型訪問介護, ②認知症対応型通所介護, ③小規模多機能型居宅介護, ④認知症対応型共同生活介護, ⑤地域密着型特定施設入所者生活介護, ⑥地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)</li> </ul> <p>(3)その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・9割給付=①特定居宅介護サービス費, ②特定地域密着型介護サービス費, ③居宅介護福祉用具購入費, ④居宅介護住宅改修費, ⑤施設介護サービス費, ⑥特定施設介護サービス費</li> <li>・全額給付=①居宅介護サービス計画費, ②特定施設介護サービス費</li> <li>・その他=①高額介護サービス費, ②特定入所者介護サービス費, ③特例特定入所者介護サービス費(市町村ごとに規定)</li> </ul> <p>※介護保険では、「有料老人ホーム」「経費老人ホーム」は、居宅とみなし「居宅サービス」が提供される。</p> |
| 優先法 | <p>「介護保険」の給付内容は、老人福祉制度、老人保健、医療保険などと重なる部分が多いが、やむを得ない理由などで介護保険制度を利用できない場合などを除き、「介護保険法」からの給付が優先される。</p>  |

(【1】【2】は17年版厚生労働白書を参考<一部引用を含む>に、作成した)

以上