

## 各論2 在宅医療の仕組み

### 介護保険制度の在宅の仕組み

石黒 秀喜

**目標** 介護保険制度の仕組みと地域包括ケアシステムの構築に向けた施策の方向性を理解する。

1. 介護保険制度の目的と創設の背景を理解できる。
2. 介護保険制度の構造を理解できる。
3. 高齢者の尊厳の保持と地域包括ケアシステム構築の意義を理解できる。
4. 地域包括ケアシステム構築のための地域支援事業等の概要を理解できる。

**Keyword** 介護保険法、要介護認定、ケアマネジメント、地域支援事業、医療介護総合確保推進法

#### 内容 <介護保険制度の理念と概要>

1. 介護保険制度創設の目的と背景
  - ・介護の社会化の必然性
  - ・自立支援と社会連帯
2. 介護保険制度の構造
  - ・要介護認定の仕組み
  - ・サービス利用の流れ
  - ・在宅生活を支援するサービス
  - ・サービス支給限度額
  - ・保険給付／利用者負担
3. 地域包括ケアシステムの構築に向けて
  - ・地域包括ケアシステムの定義
  - ・介護保険制度の地域支援事業
  - ・市町村介護保険事業計画
  - ・地域医療介護総合確保基金

#### 【引用情報】

- 平成27年8月版 介護保険制度の解説. 社会保険研究所, 2015.
- 地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会 編: 地域包括支援センター運営マニュアル. 一般財団法人長寿社会開発センター, 2015.
- 厚生労働省: 介護保険制度の概要.

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/gaiyo/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html)

## 1 1 介護保険制度の目的と創設の背景

### (1) 目的 (介護保険法第1条)

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

### (2) 創設の主な背景

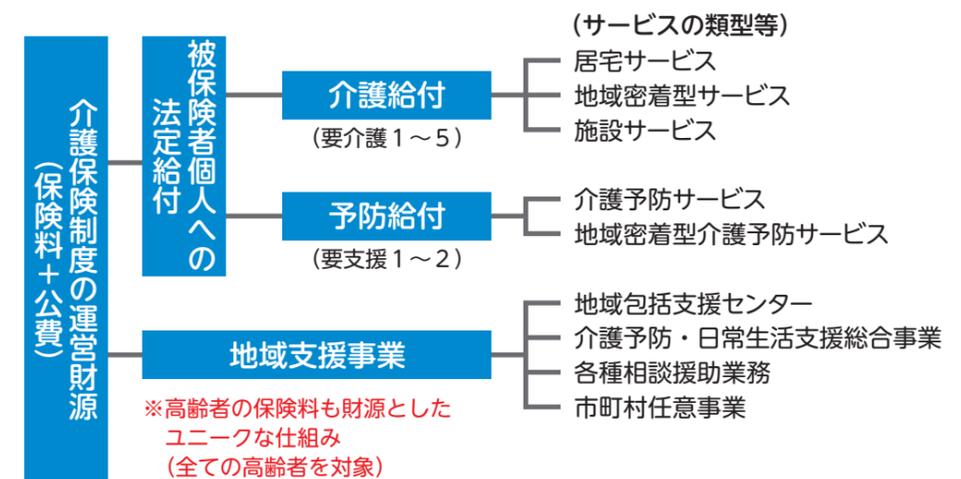
- ① 寿命の長寿化⇒虚弱・要介護高齢者の増加、要介護期間の長期化
- ② 家庭内介護力の弱体化⇒独居・老々世帯の増加、女性就労の一般化
- ③ 要介護者の尊厳の保持⇒国民の共同連帯の理念で、介護の社会化
- ④ 可能な限り要介護者の居宅生活継続⇒本人に対する自立支援+家族の介護負担の軽減
- ⑤ それまでの老人福祉法に基づく措置サービスの限界性、社会的入院患者の増加などに対する既存制度の抜本的な見直し

わが国の公衆衛生の向上、医療の高度化などによる人生90年代時代の到来は、一方では要介護高齢者の増加と要介護期間の長期化を招いた。並行して核家族化、女性の就労の一般化が進んできたことが介護の社会化の必要性を高めた。このような時代の変化が介護保険制度創設の大きな背景である。

現在も、家族の介護のために離職を余儀なくされる人は相当数いるので、政府は新三本の矢の一つとして介護離職ゼロの方針を打ち出している。

- 【ポイント】**
- 介護保険サービスの受給対象者は、「加齢に伴って要介護状態」にあると市町村（保険者）が認めた者。
  - サービスの理念は、「尊厳の保持」と「有する能力に応じ自立した日常生活」の支援。
  - 国民の共同連帯の理念に基づき、制度を創設 ⇒ 負担と給付の関係が明確になる「社会保険」方式を採用。

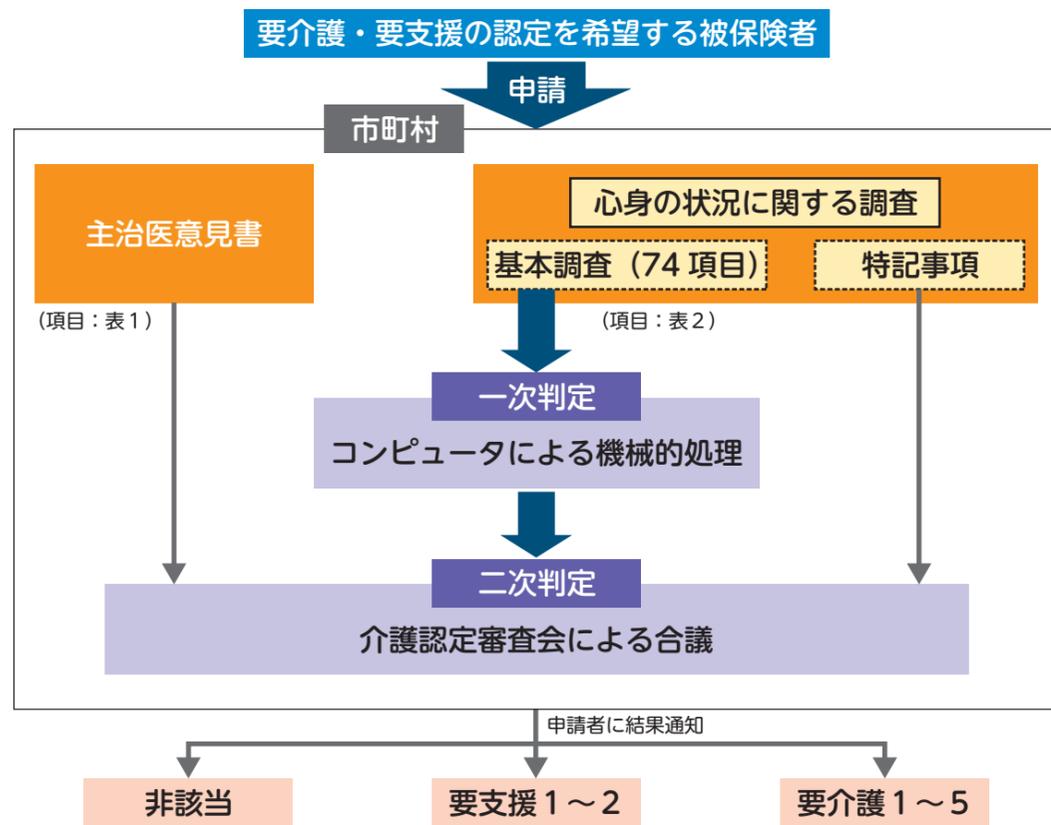
## 2 2 介護保険制度の構造



介護保険制度の運営財源は、40～64歳までの被保険者の保険料(28%)、65歳以上被保険者の保険料(22%)および国・都道府県・市町村の公費(50%)で賄われている。介護給付・予防給付のサービスを利用するためには、市町村の要介護認定を受けなければならない(次図参照)。また、サービス事業所・施設は、一定の基準を満たしているものとして、都道府県知事又は市町村長の指定を受けることが必要である。

- 【ポイント】**
- 保険料を支払う被保険者は40歳以上。
  - 保険給付を受けることができる被保険者は原則65歳以上。
  - ただし、加齢に起因して罹患する疾病が要介護の原因の場合は、40歳からサービス利用が可能。

### 3 要介護・要支援認定の流れ



前図に掲げた介護給付・予防給付を受けるためには、市町村に要介護認定の申請をする必要がある。申請を受け付けた市町村は、主治医に意見書(表1)の提出を依頼するとともに、申請した被保険者に対して詳細な心身の状況に関する調査(表2)を実施し、判定結果を申請者に通知する仕組みになっている。

### 4 (表1) 主治医意見書の項目

事項	主な内容
基本情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>申請者氏名等</li> <li>介護サービス計画作成等に利用されることの同意</li> <li>医師・医療機関名等</li> <li>最終診療 (年月日)</li> <li>意見書作成回数</li> <li>他科受診の有無</li> </ul>
1 傷病に関する意見	(1) 診断名 (年月頃) (2) 症状としての安定性 (3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過および投薬内容を含む治療内容
2 特別な医療	過去14日以内に受けた医療
処置内容	1. 点滴の管理 2. 中心栄養静脈 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. じょくそうの処置 12. カテーテル( Condomカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)
3 心身の状態に関する意見	(1) 日常生活の自立度 <ul style="list-style-type: none"> <li>障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)</li> <li>認知症高齢者の日常生活自立度</li> </ul> (2) 認知症の中核症状 <ul style="list-style-type: none"> <li>短期記憶</li> <li>日常の意思決定を行うための認知能力</li> <li>自分の意思の伝達能力</li> </ul> (3) 認知症の周辺症状 (4) 精神・神経症状の有無 専門医受診の有無 (5) 身体の状態
4 生活機能とサービスに関する意見	(1) 移動 (2) 栄養・食生活 (3) 現在あるか今後発生の可能性の高い状態と対処方針 (4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し (5) 医学的管理の必要性 (6) サービス提供時における医学的な観点からの留意事項 (7) 感染症の有無
5 その他の特記事項	

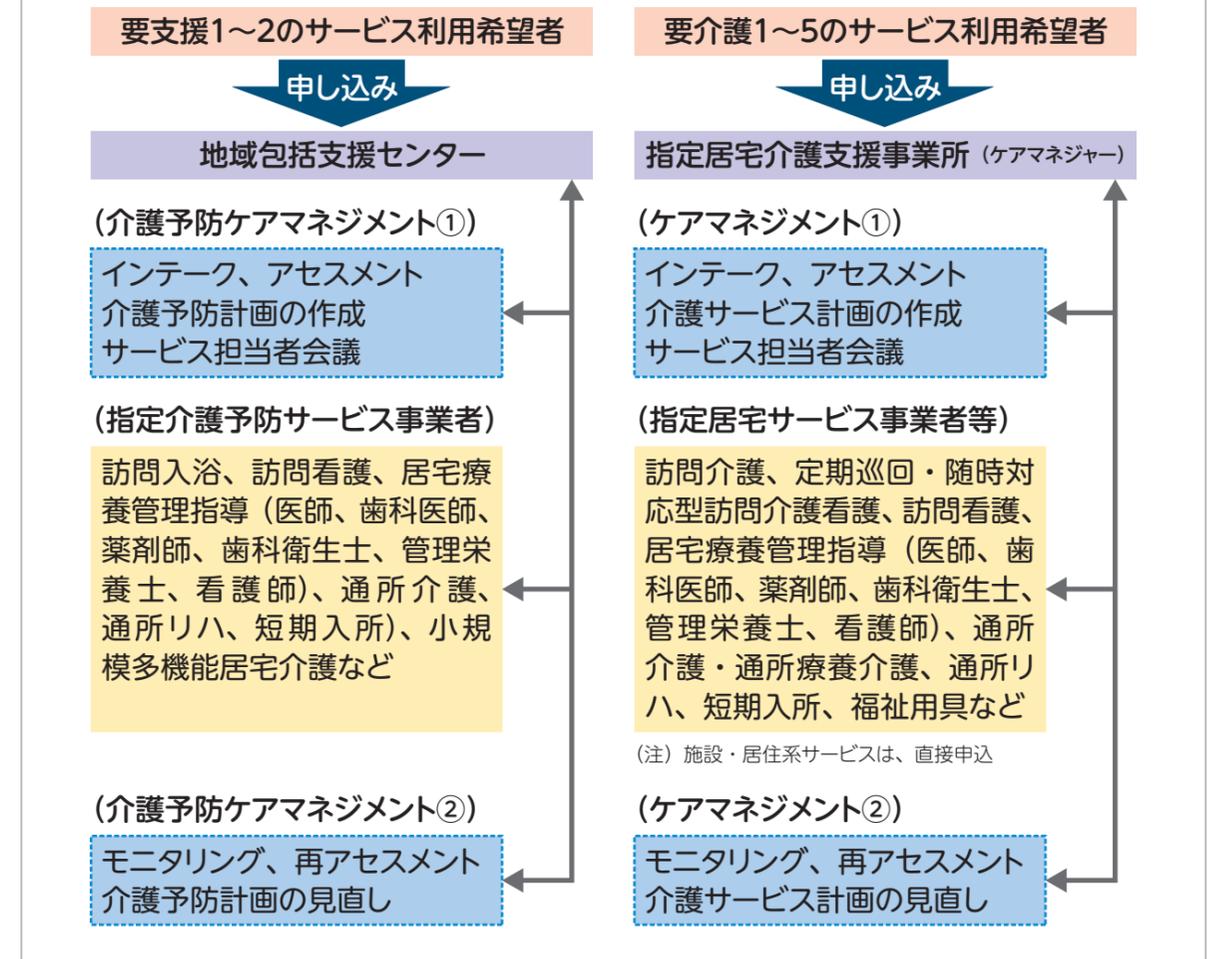
主治医意見書については、要介護認定申請書の添付書類として申請者が用意するものではなく、市町村の責任と負担のもとにおいて主治医に作成依頼する仕組みになっている。

5 (表2) 認定調査票の基本調査項目

領域	個別調査の項目 (細項目略)	領域	個別調査の項目 (細項目略)
1 身体機能・起居動作に関連する項目	①麻痺等の有無 ②拘縮の有無 ③寝返り ④起き上がり ⑤座位保持 ⑥両足での立位保持 ⑦歩行 ⑧立ち上がり ⑨片足での立位保持 ⑩洗身 ⑪つめ切り ⑫視力 ⑬聴力	4 精神・行動障害に関連する項目	①被害的になる ②作話をする ③感情が不安定になる ④昼夜逆転 ⑤しつこく同じ話をする ⑥大声を出す ⑦介護に抵抗する ⑧落ち着きがない ⑨一人で出たがり目が離せない ⑩いろいろなものを集めたり、無断でもってくる ⑪物や衣類を壊す ⑫ひどい物忘れ ⑬意味もなく独り言・独り笑いをする ⑭自分勝手に行動する ⑮話がまとまらず、会話にならない
2 生活機能に関する項目	①移乗 ②移動 ③えん下 ④食事摂取 ⑤排尿 ⑥排便 ⑦口腔清潔 ⑧洗顔 ⑨整髪 ⑩上衣の着脱 ⑪ズボン等の着脱 ⑫外出頻度	5 社会生活への適応に関する項目	①薬の内服 ②金銭の管理 ③日常の意思決定 ④集団への不適応 ⑤買い物 ⑥簡単な調理
3 認知機能に関する項目	①意思の伝達 ②毎日の日課を理解する ③生年月日や年齢を言う ④短期記憶 ⑤自分の名前を言う ⑥今の季節を理解する ⑦場所の理解 ⑧徘徊 ⑨外出して戻れない	6 特別な医療に関する項目	過去14日間に受けた特別な医療 (12項目: S4参照)
		7 日常生活自立度に関する項目	①障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) ②認知症高齢者の日常生活自立度
		8 特記事項	①身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項 ②生活機能に関する項目 ③認知機能に関する項目 ④精神・行動障害に関連する項目 ⑤社会生活への適応に関する項目 ⑥特別な医療に関する項目 ⑦日常生活自立度に関する項目

心身の状況に関する認定調査は、市町村の職員または市町村から委託を受けた者が自宅等を訪問して行う。調査項目は上記のとおりである。

6 4 サービス利用の流れ



要支援1~2の人の介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターまたはその委託を受けた者が本人・家族の依頼に基づき行う。要介護1以上の人のケアマネジメントは、都道府県の指定を受けた居宅介護支援事業所のケアマネジャーが本人・家族の依頼に基づき行うことになる。介護保険サービスの提供にあたっては、尊厳の保持を旨とした自立支援の視点が絶えず求められる。

【ポイント】 ●介護サービス利用にあたって、ケアマネジメント機能が法的に位置付けられていることが、介護保険制度の大きな特徴。

## 7 5 被保険者と保険給付の対象

被保険者（保険料を払う人）	第1号被保険者；65歳以上 第2号被保険者；40歳～64歳
給付対象被保険者	第1号被保険者 要介護（要支援）認定を受けた人（原因は問わない）
	第2号被保険者 加齢に伴い罹患することが多くなる下欄に掲げる疾病に起因するものに限定

①がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）  
 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（法第5条の2に規定する認知症をいう。）  
 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  
 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  
 ⑭閉塞性動脈硬化症  
 ⑮慢性閉塞性肺疾患  
 ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

介護保険法第1条に「加齢に伴って」と規定されており、保険給付の対象者は原則として65歳以上とされているが、上記の16疾病に起因して要介護（要支援）状態になったと認められた場合は、40歳から保険給付の対象となる。

## 8 6 介護保険サービスの種類（介護給付；要介護認定者の場合）

形態	サービス種類
マネジメント	居宅介護支援（ケアマネジメント）
居宅サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導（医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、看護師）</li> <li>・通所介護（通所療養介護含む）、通所リハビリテーション</li> <li>・短期入所生活介護、短期入所療養介護</li> <li>・福祉用具貸与、特定福祉用具販売</li> <li>・特定施設入所者生活介護（介護サービスを内在した有料老人ホーム等）</li> </ul>
地域密着型サービス（市町村が指定）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護</li> <li>・地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型通所介護</li> <li>・看護小規模多機能型居宅介護</li> <li>・認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</li> <li>・地域密着型特定施設入居者生活介護（29人以下の有料老人ホーム等）</li> <li>・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（29人以下の特養）</li> </ul>
介護保険施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）</li> <li>・介護老人保健施設</li> <li>・介護療養型医療施設（平成30年3月末廃止）</li> </ul>
その他	・住宅改修（手すり設置、段差解消、洋式便器への取替えなど）

要介護者は何らかの疾病に罹っているのが一般的であり、介護保険サービスには訪問看護や居宅療養管理指導のように医療そのもののサービスや医療との関わりが多いサービスが含まれている。そのため、介護保険法においても医療との連携への配慮規定を設けるなど、多職種協働をいかに円滑に行うかが課題となっている。

**【ポイント】** ●介護保険法第2条第2項の規定が重要。「保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない」

## 9 7 サービスの支給限度額（訪問系・通所系・短期入所・福祉用具）

要介護度ごとに給付上限額（区分支給限度基準額）が設定されている。

要介護度	支給限度額
要介護1	166,920単位
要介護2	196,160単位
要介護3	269,310単位
要介護4	308,060単位
要介護5	360,650単位

- ※1 居宅療養管理指導は医師の判断により行われるため、支給限度額の対象外となっている。
- ※2 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）など、居住の場で完結するサービスは、別に要介護度別の定額の介護報酬が設定されている。

（1単位＝地域の単価に算入して10円～11.40円）

医療保険には支給限度額の考え方はない。介護保険は生活支援の要素が強く、一定の歯止めが必要になるので、支給限度額を設定している。

## 10 8 保険給付割合／利用者負担

	一般利用者	一定以上の所得・資産保有者
介護費用	保険給付9割、利用者1割	保険給付8割、利用者2割
施設の食費、 室料・光熱費	所得に応じて負担の限度額を設定。 不足分を補給付	補給付はなく、全額利用者負担 になる。

※高額介護サービス費の負担上限額が所得区分ごとに設定されている。  
生活保護受給者／年金等80万円以下／市町村民税世帯非課税／課税世帯／現役並み

単身で年金収入280万円以上の利用者は利用者負担2割。預貯金1,000万円以上ある施設入所者は、食費、室料・光熱費は全額自己負担。

## 11 9 地域包括ケアシステムの構築に向けて

「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」（医療介護総合確保促進法）の関係規定

（目的）

第1条 この法律は、国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において**効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築**することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。

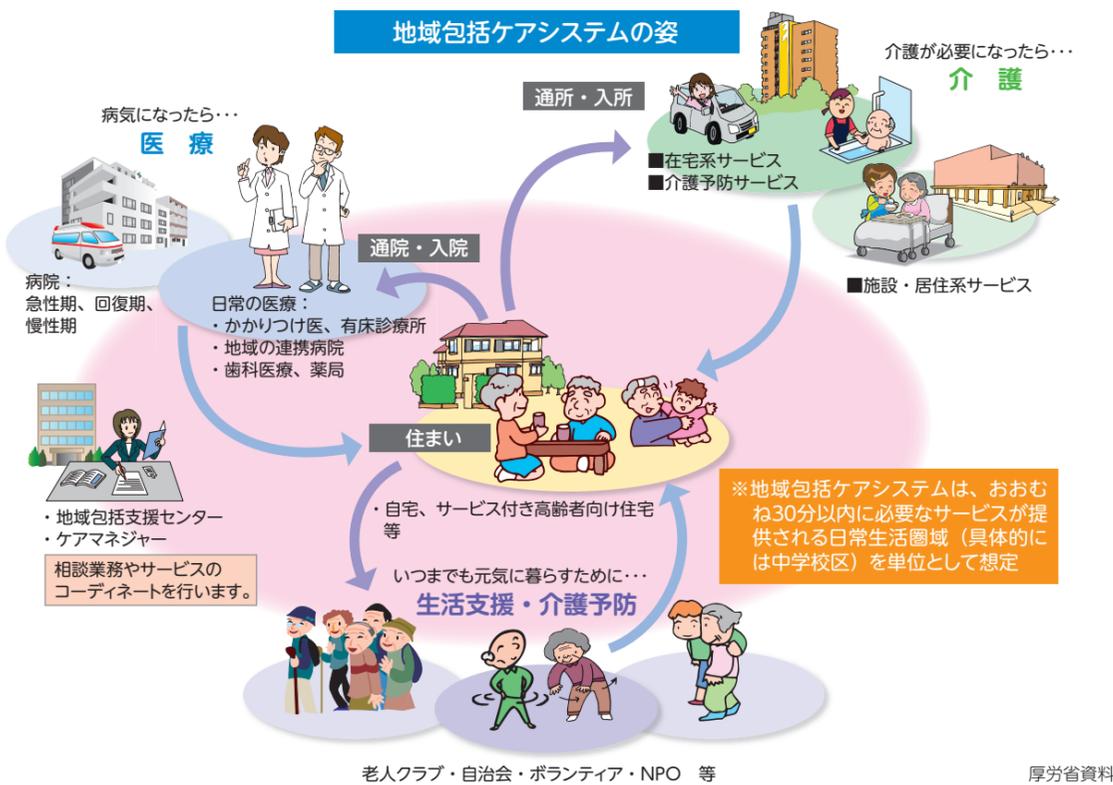
（定義）

第2条 この法律において「**地域包括ケアシステム**」とは、地域の実情に応じて、**高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう**

高齢者にとっての地域包括ケアシステムの構成要素は、加齢に伴って虚弱化していくことを予防する「介護予防」、急性疾患・慢性疾患の診断治療から終末期の医療ケアまでを担う「医療」、その過程で生活上の支援を担う介護給付に必要な「介護」、介護給付ではないがちょっとした手助けや権利擁護などの「日常生活支援」、そして、どのような状態になっても必要不可欠な「住まい」（生活の本拠）の5つであり、それらが住み慣れた地域において包括的に提供される体制の下で行われるケアを「地域包括ケア」という。

## 12 (参考図) 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



## 13 10 地域包括ケアの推進と介護保険制度の地域支援事業

- 市町村は次の事業を自ら実施するか、法人に委託してコーディネートする。

### ■地域包括支援センターの必須事業

- ①総合相談支援業務（総合相談窓口）
- ②権利擁護業務（虐待防止、成年後見制度、消費者被害防止対策など）
- ③ケアマネジメント支援業務（ケアマネジャーの支援など）
- ④介護予防ケアマネジメント業務（介護予防事業利用者の予防プランの作成）

### ⑤在宅医療・介護連携推進事業【⑤⑥⑦は平成26年法改正で追加】

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を促進

### ⑥認知症総合支援事業

認知症初期集中チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、認知症地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる体制の構築

### ⑦生活支援体制整備事業

単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加するなか、高齢者が地域とのつながりや生きがいを持ちながら暮らしていくため、多様な生活支援や介護予防・社会参加へのニーズを踏まえて、NPOや地域住民をはじめとした多様な主体と、地域の特性に応じた生活支援等サービスの体制整備

※上記事業の円滑・効果的な実施のため、地域ケア会議を法的に位置づけ

要介護状態になった高齢者にとって、医療保険や介護保険の法定給付のみでは、住み慣れた地域での生活を継続できるとは限らない。そのため、介護保険制度には、法定給付とは別に地域支援事業という仕組みが設けられている。

高齢者の総合相談への個別対応から専門職同士の連携の強化、住民主体による支え合い活動が活発な地域づくり、認知症の人や家族への地域ぐるみによる見守り・支援といった包括的な取組みの確立がなされなければ、少子多死社会を乗り切ることは困難である。

**【ポイント】** ●地域支援事業の財源には、65歳以上被保険者の保険料も充当されていることが大きな特徴。

●生活支援体制整備事業は、住民の支え合いによる暮らしがあたり前になるような地域づくりを目指すもの。

## 14 11 市町村介護保険事業計画（第6期：平成27～29年度）

介護保険法第117条の規定に基づき、市町村は、3年毎に介護保険制度の運営方針に関する計画を策定することが義務付けられている。

国が計画策定に当たっての指針を示している。そのポイントは次のとおり。

- (1) 要介護者等地域の実態把握（日常生活圏域ニーズ調査の実施）
- (2) 保険給付の実態把握と分析
- (3) 他の関連する計画との整合性調整  
（市町村総合計画、老人福祉計画、地域福祉計画、障害福祉計画、健康増進計画、高齢者居住安定確保計画、地域医療介護確保計画 等）
- (4) 各年度における介護サービス・予防サービス種類ごとの必要量の見込み
- (5) 各年度における地域支援事業の量の見込み  
（介護予防・日常生活支援総合事業、地域包括支援センターの運営、地域医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業）
- (6) 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項
- (7) 各年度におけるサービス、地域支援事業の見込量の確保のための方策、
- (8) 介護保険料の設定

市町村介護保険事業計画は、議会の承認を得て住民に公表され、その市町村の介護保険事業運営に係る日常業務の根拠となる性格を有している。地域包括ケアシステムの構築にあたって、この計画に具体的な方針が記載されることが出発点となる。

## 15 12 地域医療介護総合確保基金の活用 （「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」に基づく基金）

○医療介護確保総合促進法の目的である「効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築」のために都道府県、市町村は、以下の事項について計画を策定できる。

- ① 医療及び介護の総合的な確保に関する目標及び計画期間
- ② ①の目標を達成するために必要な次に掲げる事業に関する事項
  - イ 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
  - ロ 居宅等における医療の提供に関する事業
  - ハ 公的介護施設等の整備に関する事業
  - ニ 医療従事者の確保に関する事業
  - ホ 介護従事者の確保に関する事業
  - ヘ その他厚生労働省令で定める事業

○計画の実施を推進するため、都道府県に基金を設置。国はその2/3を負担するものとし、財源は消費税を充当。平成28年度予算（案）は下表のとおり。

（単位：億円）

	区分	国費	地方費	合計
平成28年度 予算（案）	医療分	602	301	904
	介護分	483	241	724
	合計	1,085	542	1,628

（平成27年度と同額）

国は、総合確保方針を定め、都道府県、市町村に提示する義務を負っている。上記の基金計画と介護保険事業計画とが相まって、地域包括ケアシステムの推進が図られようとしている。