

在宅医療・介護の連携や認知症施策等が積極的に推進されることとなった。また、費用負担の公平性の観点から、保険料の設定や自己負担の見直しも行われることとなった。なお、地域支援事業の充実のうち、在宅医療・介護連携の推進、生活支援サービスの充実・強化および認知症施策の推進は2018（平成30）年4月までに、予防給付の見直しは前年4月までに全市町村で実施されることとなっている。

（1）介護保険

a. 概要

介護保険は「介護保険法」に基づく制度であり、要介護状態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、必要なサービスを提供することを目的としている。被保険者は、第1号被保険者（65歳以上）および第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）に区別されている（図9-7）。

介護保険の給付は要介護状態または要支援状態と認定された場合に行われることとなっており、給付対象者は市町村に設置されている介護認定審査会で判定される。介護保険の給付対象となることができるのは、第1号被保険者および「介護保険法」で定める特定疾病（回復の見込みのないがん、筋萎縮性側索硬化症、初老期における認知症、脳血管疾患など）を有する第2号被保険者となっている。

介護認定審査会

申請者の要介護や要支援の状態を審査・判定する組織であり、市町村などに設置されている。保健、医療、福祉に関する学識経験者で構成されている。

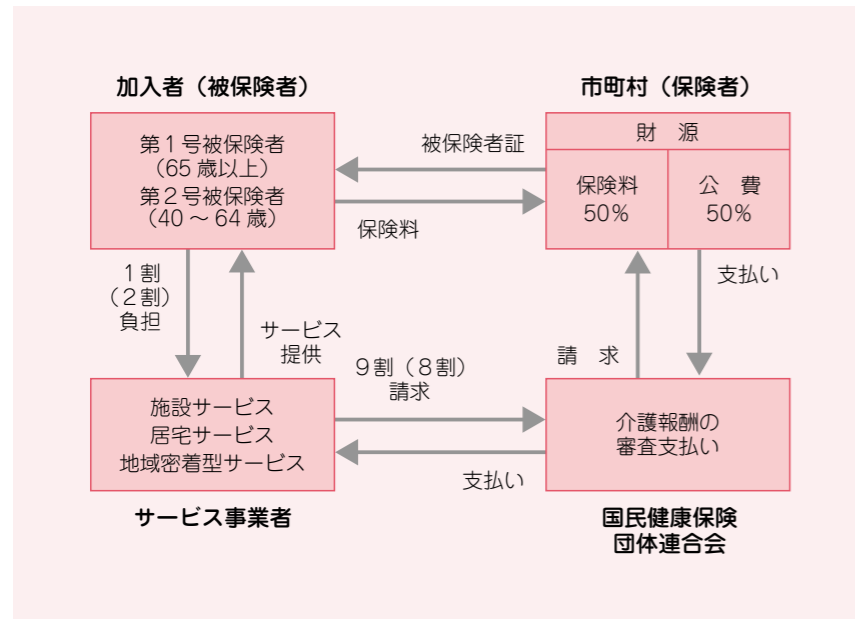


図 9-7 介護保険制度の仕組み

b. 保険者および保険料

介護保険の保険者は市町村（東京都の特別区を含む）であり、利用者負担を除いた介護保険に要する費用は、国、都道府県および市町村による公費負担50%、保険料負担50%とされている（図9-7）。保険料負担は、第1号被保険者と第2号被保険者の被保険者数の人数比率に基づき定めることになっている。第1号被保険者の保険料は、居住する市町村へ年金からの控除等により納入することになるが、保険料の額については市町村ごとに設定されている。また、第2号被保険者の保険料は、各医療保険の保険者が徴収し、介護給付費納付金として納入することになっている。健康保険の場合は、標準報酬月額に保険者が設定する介護保険料率を乗じて得た額となり、この額を事業主と被用者が折半し負担する。なお、全国健康保険協会の場合、2017（平成29）年4月からの介護保険料率は1.65%となっている。

c. 要介護・要支援の認定

介護や支援が必要と考えられる場合は、利用者本人または家族等が被保険者証を添えて市町村の窓口へ申請する。申請に基づき、訪問調査員が申請者本人の居宅へ訪問して、日常生活や心身の状況等を調査する。訪問調査の結果を用いて、コンピュータによる一次判定を行うが、直接生活介助等の各分野の介護に要する手間の程度に応じて、要支援1～要介護5の基準が定められている（表9-2）。その後、申請者の主治医等に対し、医学的な立場から、申請者の身体上または精神上の障害の原因である疾病または負傷の状況等についての意見書作成を市町村から依頼する。一次判定の結果および医師の意見書に基づき、介護認定審査会において、要介護・要支援の必要性や要介護の状態区分（1～5）、要支援の状態区分（1または2）を判定する。審査の結果、要介護や要支援に該当しない場合もある（図9-8）。なお、市町村に対する申請は、居宅介護支援事業者や介護保険施設によって代行できる。

d. 介護予防プラン・介護サービス計画

要支援と認定された場合は、介護予防サービスを受けるために、管轄の地域包括支援センターに介護予防プランの作成を依頼する。要介護と認定された場合は、介護サービスを受けるために、居宅介護支援事業者に所属する介護支援専門員（ケアマネジャー）に介護サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼す

表 9-2 要介護認定の一次判定で用いられる指標

分野	内容
直接生活介助	入浴、排泄、食事等の介護
間接生活介助	洗濯、掃除等の家事援助など
BPSD 関連行為	徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末など
機能訓練関連行為	歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練
医療関連行為	輸液の管理、褥瘡の処置等の診療の補助など

（厚生労働統計協会 編：国民の福祉と介護の動向 2017/2018、厚生労働統計協会、2017）

介護支援専門員

4章（p. 81）、9章（p. 163）参照。

BPSD

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
認知症の行動と心理症状。
暴言や暴力、抑うつ、不安、不眠、昼夜逆転、妄想、せん妄、徘徊、弄便、失禁など。