

## 医政メモQ&A

### 公的介護保険その後 —老健福祉審の論議から—

**Q 1：昨年夏以降の動きは？**

- 7年7月 老健福祉審中間報告
- 9月 3分科会(介護給付, 制度, 基盤装備) 設置
- 8年1月 第2次中間報告
- 4月 最終報告？

**Q 2：基本理念は？**

- 1) 高齢者介護に対する社会的支援
- 2) 高齢者自身による選択
- 3) 在宅介護の重視
- 4) 予防・リハビリテーションの充実
- 5) 総合的, 一体的, 効率的サービスの提供
- 6) 市民の幅広い参加と民間活力の利用

**Q 3：介護サービスの対象者は？**

- 1) 痴呆老人を含め, 要介護状態の高齢者
- 2) 虚弱老人
- 3) 初老期痴呆  
(若年障害者は障害者プランによる。)

**Q 4：給付内容・範囲は？**

- 1) 在宅サービス：ホームヘルプサービス, デイサービス, リハビリサービス(デイケア, 訪問リハビリを含む), ショートステイ, 訪問看護ステーション, 福祉用具サービス, 24時間対応型巡回サービス, 痴呆性老人向けのグループホームなど。  
(かかりつけ医による医学的管理も基本的に給付対象。しかし急性期医療の取り扱いには結論持ち越し。)
- 2) 施設サービス：特養老人ホーム, 老健施設, 療養型病床群等介護体制の整った医療施設。
- 3) その他施設の取り扱い。

- 一般病院：介護施設への転換をすすめるための転換助成の充実, 診療報酬上の措置, 療養型病院群の要件の緩和について検討。
- 養護老人ホーム：介護体制の充実強化を図り, 特養老人ホームへの全部又は一部転換や同ホームの併設を促進。
- 軽費老人ホーム, ケアハウス, 有料老人ホーム：居住者のうち要介護者には在宅サービスを提供。

**Q 5：事業主体は？**

当面, 現行の事業主体

**Q 6：ケアマネジメントシステムとは？**

保健・医療・福祉の専門家がチームとして活動する高齢者介護調整機関の仕組み。かかりつけ医がどう関わるかが重要。

**Q 7：要介護認定は？**

保険者の責任で, 第3者機関が行う。

**Q 8：ケアプランの作成は？**

本人または家族も参画して行う。在宅介護支援センター, 特養老人ホームなどサービス提供機関で, ケアマネージャーの訪問による高齢者のアセスメント等の資料をもとに策定する。ここがかかりつけ医の出番。典型的ケースについてのモデルは次の通り。

- a) 要介護高齢者に対するサービスモデル
- b) 痴呆性高齢者に対するサービスモデル
- c) 虚弱な高齢者に対するサービスモデル

**Q 9：家族介護への現金給付は？**

賛否両論あり, 法案提出までに結論。

Q10：介護サービス基盤の整備内容、水準は？

1) 段階的整備

平成(9～12) (12～17) (17～)

施設サービス整備率 100% 100% 100%

在宅サービス整備率 40% 50% 60%

2) 既存施設の転換促進

一般病院→療養型病床群

養護老人ホーム→特養老人ホーム

Q11：予防、リハビリテーションは？

市町村において今後老人保健事業を充実。

また、地域リハビリ体系の確立を目指す。

維持期リハビリテーションは介護給付の対象とする。

Q12：保険者は？

市町村、国、老人保健制度の利用の3方式の他に、都道府県、年金保険者、被用者OBの被用者医療保険方式についても検討中。一長一短あり法案提出までに結論。

Q13：受給者および負担は？

65歳以上＋初老期痴呆が受給。負担は20歳以上の所得能力のある成人。

Q14：保険料は？

定額制、定額制＋所得割のいずれか。年金からの特別徴収、地域格差についても検討。

事業主負担(?)。公費負担50%以上。

利用者負担：定率又は定額。

(医政部長 秋野公孝)

