

岡山市総合事業の概要

令和元年10月1日
岡山市保健福祉局高齢福祉部
地域包括ケア推進課
介護保険課
事業者指導課

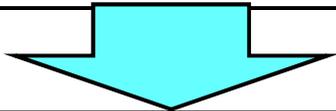
介護保険制度について

- 1. 介護保険制度導入の基本的な考え方
- 2. 保険者とは
- 3. 被保険者とは
- 4. 財源構成
- 5. 保険料の決め方
- 6. 介護保険事業計画
- 7. サービス利用の流れ
- 8. サービスの種類について
- 9. 利用料
- 10. 地域支援事業とは

1. 介護保険制度の導入の基本的な考え方 厚生労働省資料を一部改編

【背景】

- 高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。
- 従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界。



高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み(介護保険)を創設

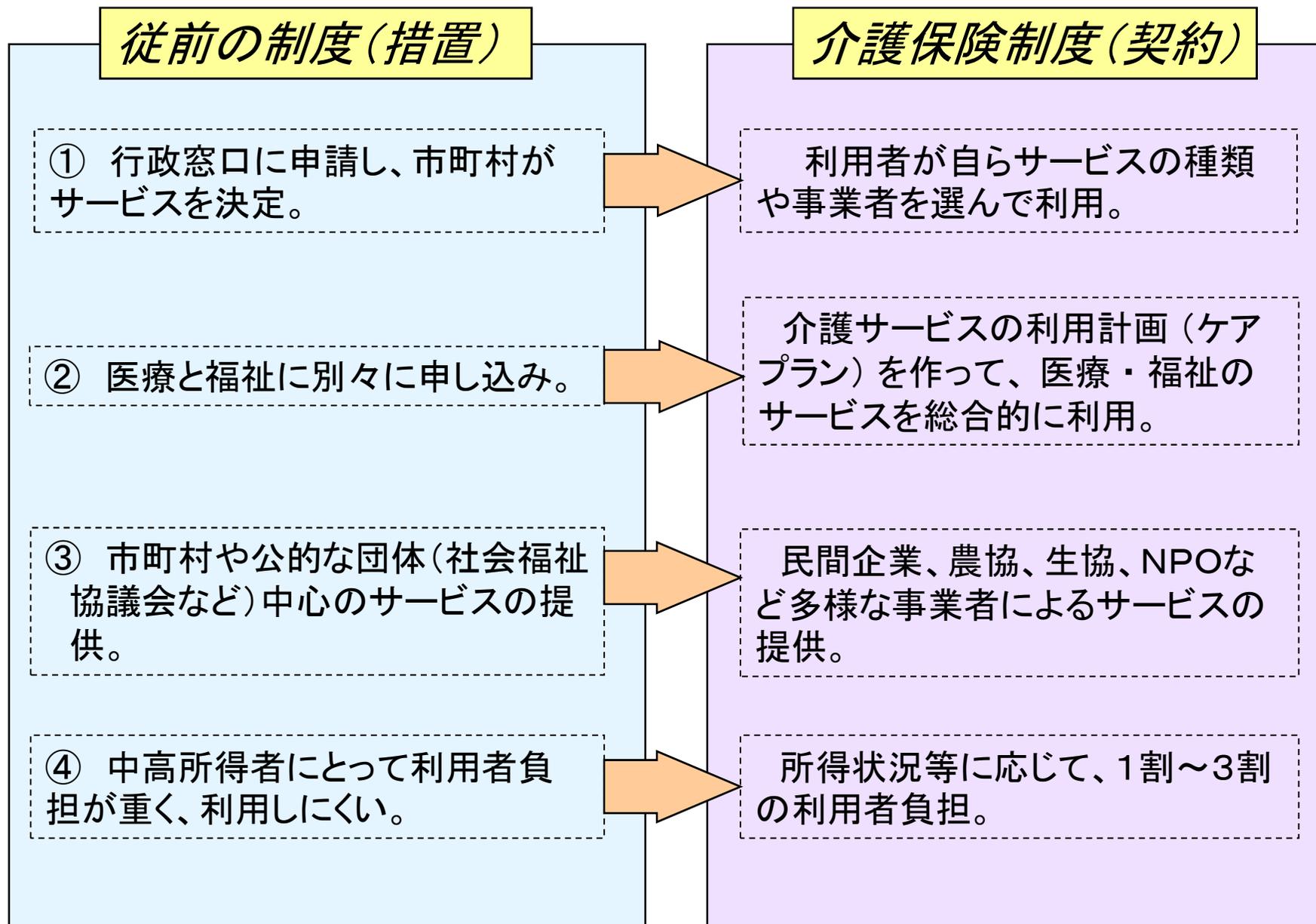
1997年 介護保険法成立、2000年 介護保険法施行

【基本的な考え方】

- **自立支援**・・・単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をすることを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。
- **利用者本位**・・・利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度。
- **社会保険方式**・・・給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用。

利用者から見た従前の制度と介護保険制度の違い

厚生労働省資料を一部改編



2. 保険者とは

- 介護保険制度を運営する主体(保険者)は市町村および特別区となっている。
- 法整備や制度の大枠は国が決め、都道府県は、事業の運営に必要な助言および適切な援助をすることが定められている。
- 医療保険者・年金保険者についても、事業実施に協力することが規定されている。

保険者である市町村を重層的に支える仕組みとなっている

【保険者の役割(主なもの)】

- **被保険者資格管理**・・・法律上、制度への加入が義務付けられている人を管理。
- **要介護・要支援認定**・・・被保険者が「要介護・要支援状態」となっているかどうかの判定を保険者が行うもの。
- **保険給付**・・・利用者負担を除いた介護サービスの利用に必要な費用を、保険者が保険給付として現物給付を行うもの。
- **保険料の決定**・・・3年ごとに立てられる介護保険事業計画の期間ごとに、保険給付等の利用見込みを考慮して被保険者が負担する保険料を決定する。

3. 被保険者とは

社会保険研究所：平成30年8月版 介護保険制度の解説をもとに作成

- 40歳以上の人、その市町村の介護保険の被保険者となる。
- 被保険者は、年齢により次の2種類に分けられ、給付(サービス)を受ける条件や保険料の算定・納付方法が異なっている。
 - 第1号被保険者／65歳以上の人
 - 第2号被保険者／40歳以上65歳未満の医療保険加入者

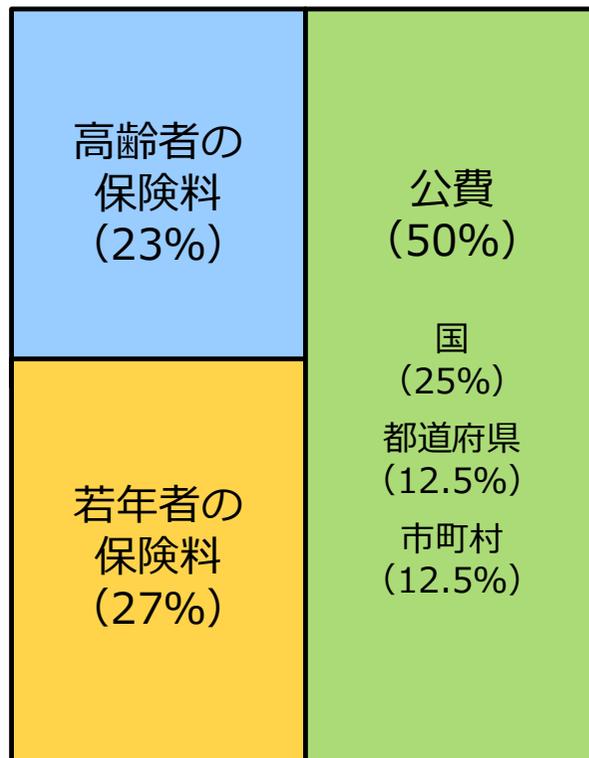
	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の人	40歳以上65歳未満の医療保険加入者
受給権者	● 要介護者 ● 要支援者	左のうち、初老期認知症、脳血管疾患等の老化に起因する疾病によるもの
保険料の徴収方法	市町村が徴収	医療保険者が医療保険として徴収
賦課方法	所得段階別定額保険料	● 健保：標準報酬月額・標準賞与額×介護保険料率(※事業主負担あり) ● 国保：所得割、均等割等に按分(※国庫負担あり)

4. 財源構成

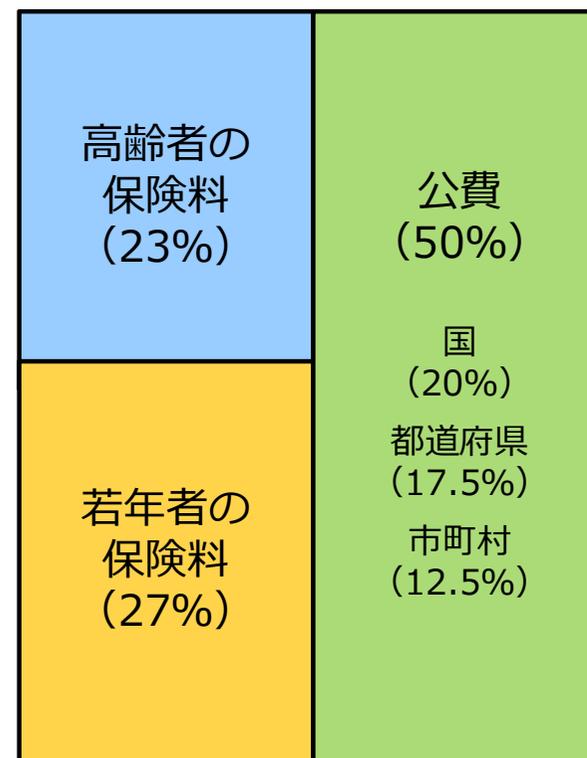
厚生労働省資料を一部改編

- 介護保険の費用負担割合は、法令によって定められている。在宅サービス等給付費・施設等給付費とも、公費と保険料の割合は、半々(50%ずつ)となっている。
- 保険料50%の内訳は、第7期介護事業計画期現在、第1号被保険者(高齢者)分が23%、第2号被保険者(40~64歳の若年者)分が27%となっている。
- 公費50%の内訳は、国が25%(施設等給付費20%)、都道府県12.5%(施設等給付費17.5%)、市町村が12.5%となっている。

【在宅サービス等給付費】



【施設等給付費】



5. 保険料の決め方

社会保険研究所：平成30年8月版 介護保険制度の解説をもとに作成

- 3年に1度つくられる介護保険事業計画期ごとに設定される。
- 第7期介護保険事業計画期現在、保険者の予算の23%を第1号被保険者の総数で割ることで、保険料基準額(年額)が決まることとなる。
- 保険料基準額は、前年の所得に応じて9段階に分かれ、被保険者個人に賦課される。

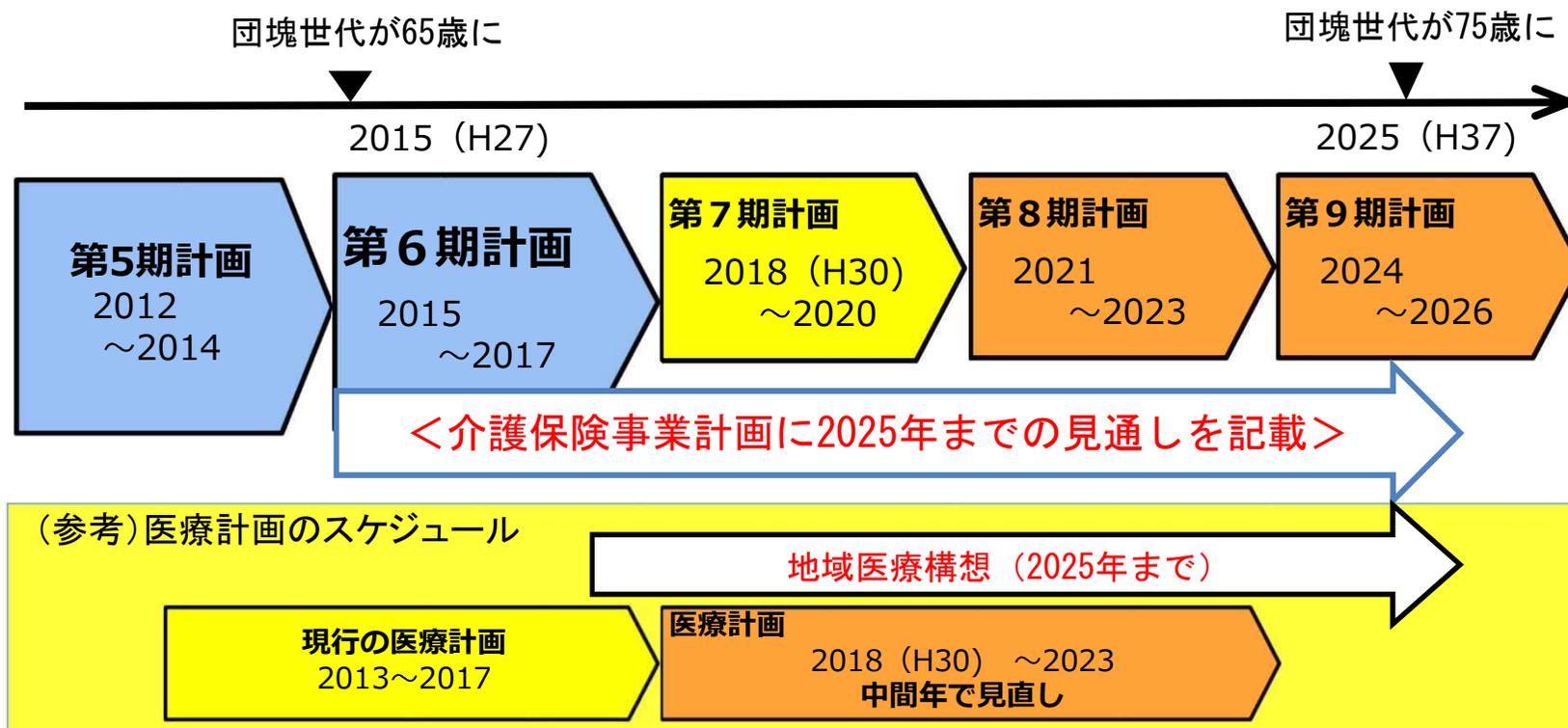
段階	対象	保険料率
第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税かつ老齢福祉年金受給者 ・市町村民税世帯非課税かつ本人年金収入等80万円以下	基準額×0.3
第2段階	市町村民税世帯非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下	基準額×0.5
第3段階	市町村民税世帯非課税かつ本人年金収入等120万円超	基準額×0.7
第4段階	本人が市町村民税非課税(世帯に課税者がいる)かつ本人年金収入等80万円以下	基準額×0.9
第5段階	本人が市町村民税非課税(世帯に課税者がいる)かつ本人年金収入等80万円超	基準額×1.0
第6段階	本人が市町村民税課税かつ合計所得金額120万円未満	基準額×1.2
第7段階	本人が市町村民税課税かつ合計所得金額120万円以上200万円未満	基準額×1.3
第8段階	本人が市町村民税課税かつ合計所得金額200万円以上300万円未満	基準額×1.5
第9段階	本人が市町村民税課税かつ合計所得金額300万円以上	基準額×1.7

※令和元年10月以降の保険料率を掲載

6. 介護保険事業計画

厚生労働省資料を一部改編

- 厚生労働省が定める基本指針に基づき、保険者としての介護保険の運営方針や基本理念を定める。
- 保険者は、在宅介護サービス等の需要量を算出する根拠となる「日常生活圏域」を定め、介護保険事業の運営に必要な額を決定し、それらをもとにして第1号保険料を決めることとなっている。
- 第7期計画からは、医療計画との整合性を保つことや、自立支援・重度化防止に向けた継続的な取組みが推進され、保険者機能の強化が図られることとなった。



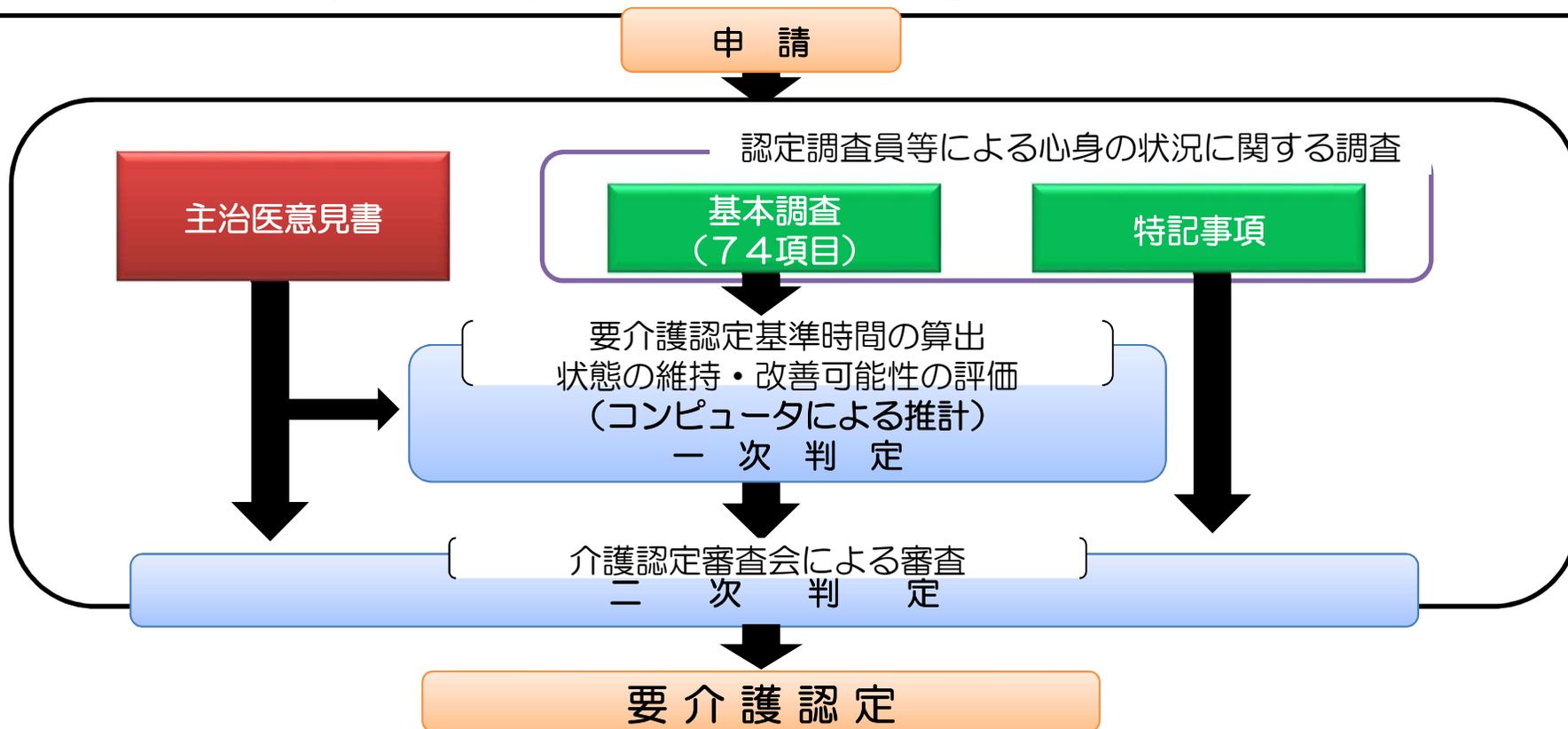
7. サービス利用の流れ

厚生労働省資料を一部改編

要介護認定の仕組み

○ 要介護認定(要支援認定を含む。)は、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組みであり、一次判定及び二次判定の結果に基づき、市町村が申請者について要介護認定を行う。

- ①一次判定・・・市町村の認定調査員による心身の状況調査(認定調査)及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。
- ②二次判定・・・保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。



認定後に介護サービスを利用するまでの流れ(要介護1～5)

要 介 護 認 定 の 通 知

要介護1～5

在宅サービスを利用したい

施設サービスを利用したい

居宅介護支援事業所に利用申込み

本人の状態やニーズに応じたサービスについて、利用者がケアマネジャーを介して間接的に申込みを行う。

介護保険施設に利用申込み

本人の状態やニーズに応じた施設に、利用者が直接申込みを行う。

ケアプランの作成

ケアプランの作成

サービス事業者と契約

施設と契約

介護保険の在宅サービスを利用

介護保険の施設サービスを利用

認定後に介護サービスを利用するまでの流れ(要支援1・2)

要支援認定の通知

要支援1・2

介護予防サービスを利用したい

地域包括支援センターに利用申込み

本人の状態やニーズに応じたサービスについて、利用者が地域包括支援センター職員を介して間接的に申込みを行う。

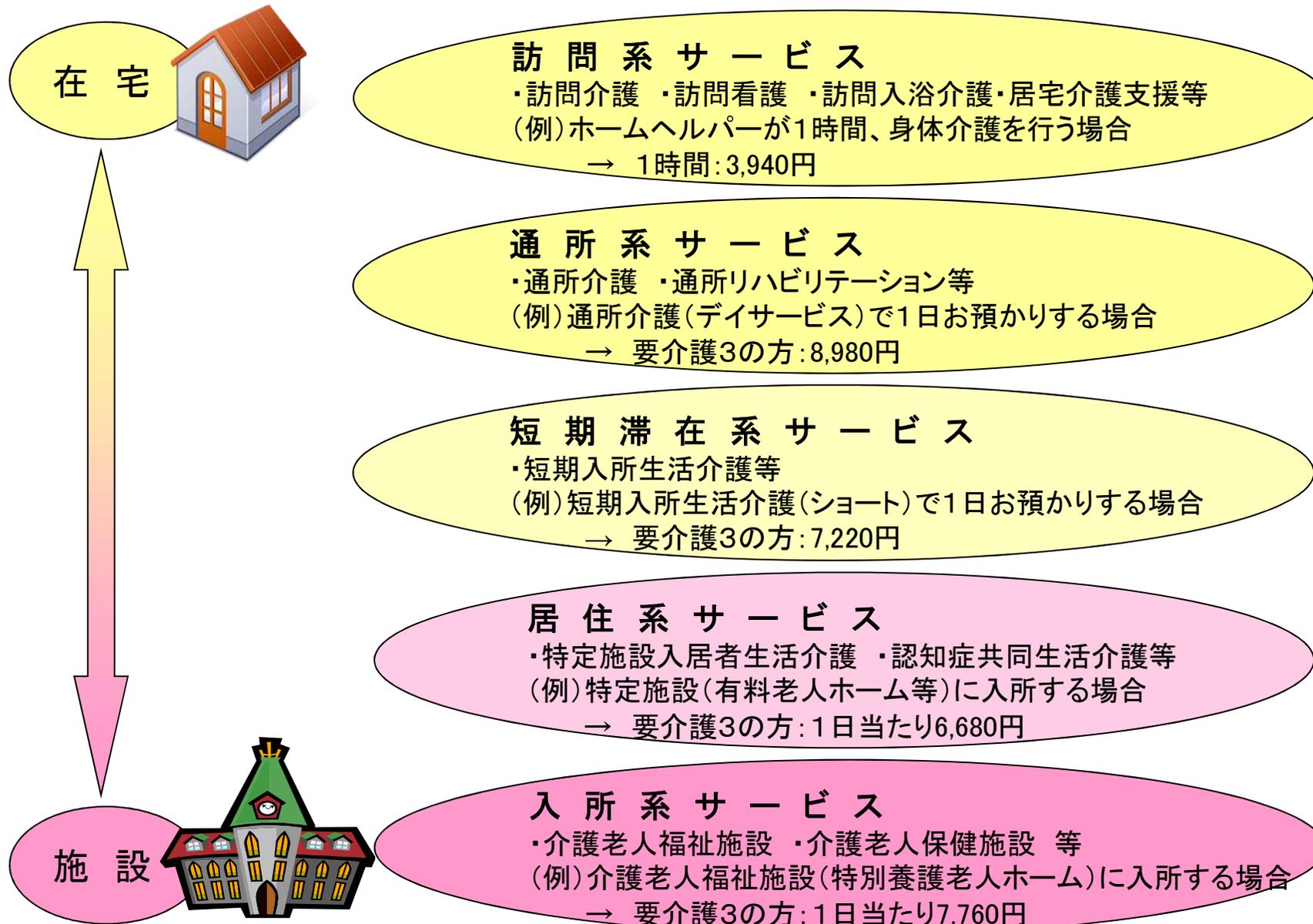
介護予防ケアプランの作成

サービス事業者と契約

介護保険の介護予防サービスを利用

8. サービスの種類について

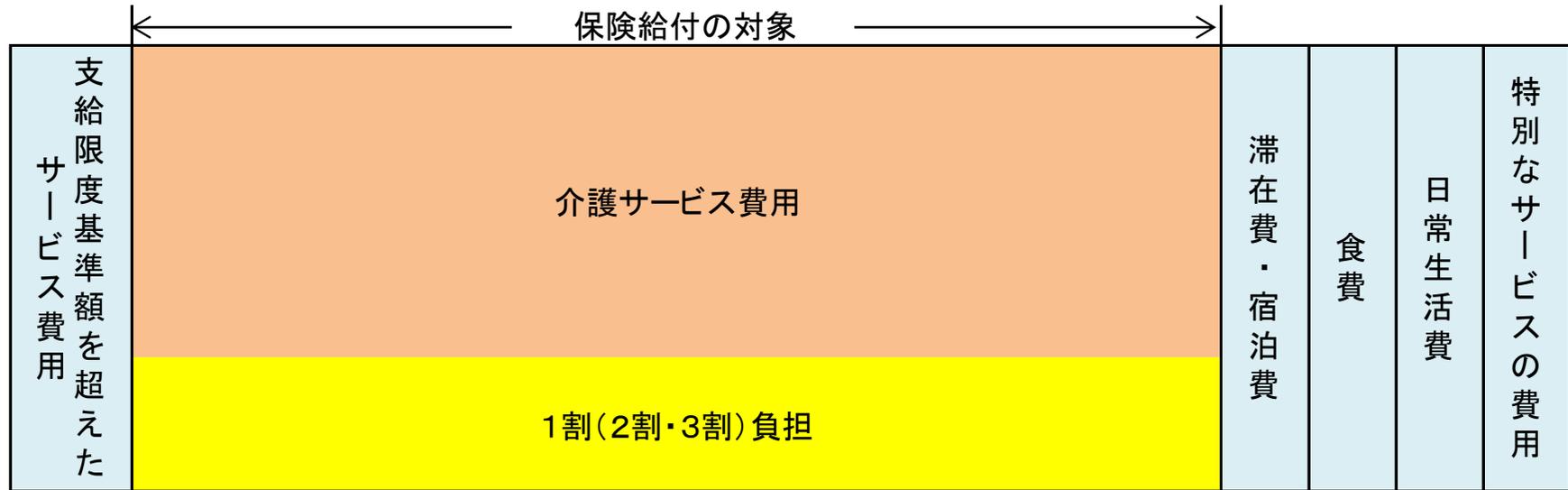
厚生労働省資料を一部改編



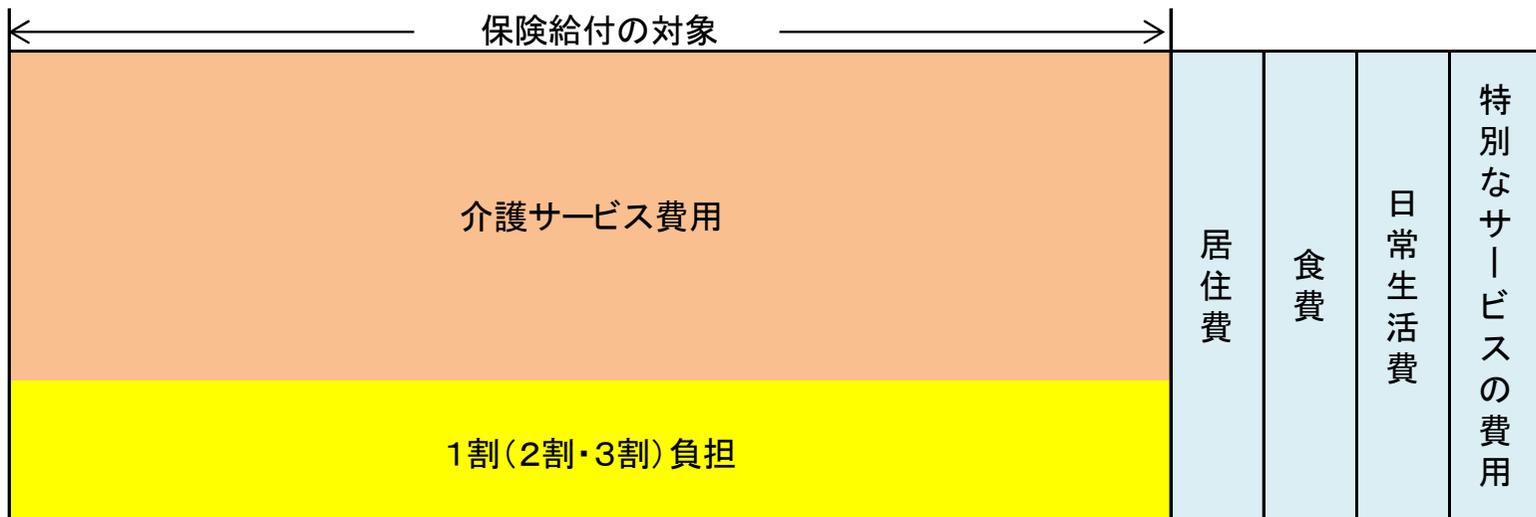
9. 利用料

社会保険研究所：平成30年8月版 介護保険制度の解説をもとに作成

【在宅サービス】



【施設サービス】



※保険給付の対象以外の水色部分は実費となる。

10. 地域支援事業とは

厚生労働省資料を一部改編

- 地域支援事業は、各市町村が実施する事業で、総合事業、包括的支援事業、任意事業の3つの事業から構成されている。
- 総合事業は、要支援者に訪問型サービスや通所型サービスを提供したり、高齢者を含めた地域住民に介護予防の取組みを普及啓発したりするもの。
- 包括的支援事業は、高齢者のよろず相談のための「地域包括支援センター」の設置運営や、在宅医療・介護連携の推進などを行うもの。
- 任意事業は、介護給付費適正化や家族介護支援などを行うもの。

地域支援事業

総合事業
[介護予防・日常生活
支援総合事業]

包括的支援事業

- ・地域包括支援センター運営費
- ・在宅医療・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
- ・地域ケア会議推進事業

任意事業

(介護給付費適正化事業、
家族介護支援事業等)

岡山市の総合事業について

- 1. 総合事業の必要性
- 2. 総合事業の概要
- 3. 生活支援訪問サービスの担い手になるには

1. 総合事業実施の必要性

今までの介護予防、生活支援のあり方では、今後の少子高齢社会に対応することが、困難になることが予想される。

1 担い手の減少

生産年齢人口の減少に伴い、介護ニーズを支える専門職の増加は、要介護認定者の増加に対応できるほどは期待できない。

2 生活支援ニーズの増加、介護人材のすそ野の拡大

単身高齢者、高齢者のみ世帯の増加により、高齢者人口の伸び率以上に、簡易な支援（掃除や買い物といった生活支援ニーズ）を求める層が増加することが予想される。
これらの生活支援ニーズに対して専門職のみで応じ続けることが可能なのか？

3 介護予防事業のあり方

二次予防事業（旧予防事業）の参加率は全国的に高齢者人口の0.8%にとどまる。

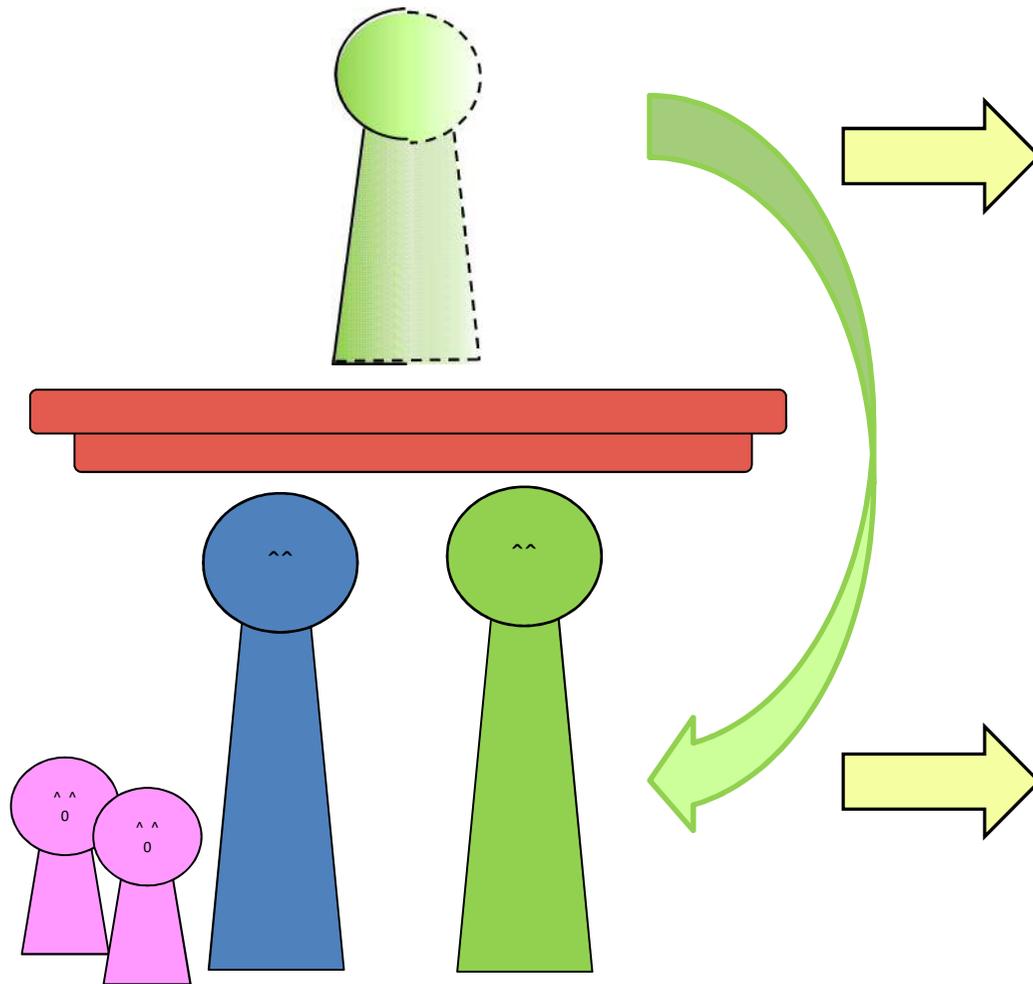
4 負担のあり方

介護保険の特性上、サービス量が増加することで保険料の額の上昇が見込まれる。
(岡山市 現在 6,160円 → 2025年 9,000円程度)



介護予防、生活支援のあり方を再検討（総合事業スタート）
することが必要になった！

(参考) ではどうしたら良いか? その対策は?



分子(支えられる側)を減らす

高齢になっても
健康で暮らせる人を増やし、
支援が必要な人を少なくする



介護予防・健康増進

分母(支える側)を増やす

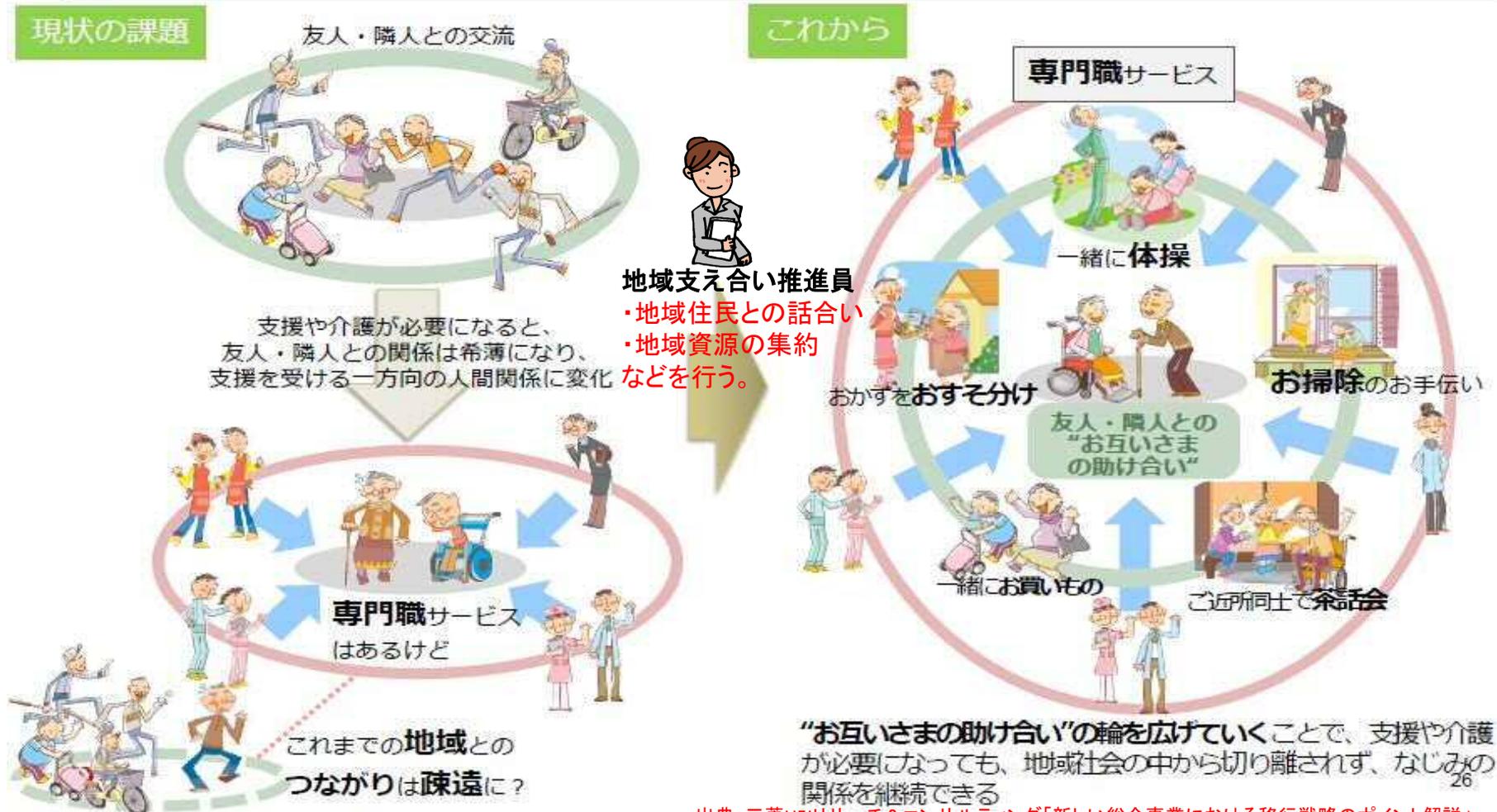
高齢でも元気に社会参加し、地
域を支える担い手となり、支援で
きる人を増やす



高齢者の社会参加の推進

目指す地域のイメージ

- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながると言われている。
- 「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」が、ご近所からボランティア、専門職まで、幅広いつなぎ役を担っていくことで、地域にお互いの助け合いの輪を広げていく。



2. 総合事業の概要 その1

1. 今までは介護保険法で要支援のデイサービス、ヘルパーの基準やサービス内容は全国一律となっていた。
2. 要支援者は、食事・入浴・排せつなどのADL(日常生活動作)が自立している人がほとんどであるが、調理や買い物などのIADL(手段的日常生活動作)が自立している割合が低下する傾向がある。
3. つまり、要支援者は、加齢に伴う心身機能の低下はあるものの、まだまだ、できることが多い人とも言え、要支援者個々の状態像に応じたサービスの創出こそが、自立支援や担い手不足解消のカギとなる。

2. 総合事業の概要 その2

4. 市町村が総合事業開始前から行っていた、介護予防事業は、参加や活動へのアプローチを促すものでもあるため、益々の充実が求められる。
5. 地域での介護予防事業は、市町村だけでなく、公正中立な立場で、活動の場と住民や専門職などをつなぐコーディネート機能を担う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」との両輪でつくっていくことが重要。
6. 高齢者を含めた地域住民の自助・互助の力を高め、介護サービス事業者等ともつながりをつくることで、重層的な地域となり、そのことは、すなわち、地域包括ケアシステムの構築の一助となる。

3. 生活支援訪問サービスの担い手になるには

「生活支援訪問サービス従事者研修」を受講する



介護サービス事業所又はシルバー人材センターに雇用等の申込みをする
岡山市 事業者指導課がホームページで公表している、指定事業所リストを参考に
希望する事業所に直接申込みをする



介護サービス事業所等での雇用契約成立



座学や実地による研修



高齢者宅を訪問し生活援助(家事代行)を生業として実施