

『理学療法士・作業療法士のためのヘルスプロモーション 理論と実践』
■「14章 ヘルスプロモーション関連法規」情報更新リーフレット
(第1刷, 第2刷)

2022年2月15日(株)南江堂

・関連法規の改正に伴い、最新情報に基づいて内容を更新いたしました。

*今後、内容の修正、情報の更新等がありました際には、南江堂ホームページ
(<https://www.nankodo.co.jp>)に掲載いたします。

ヘルスプロモーション関連法規

学習の到達目標

1. 老人福祉法について説明できる。
2. 老人保健法について説明できる。
3. 介護保険法について説明できる。
4. その他の関連法規について説明できる。

高齢者のヘルスプロモーションとして重要な関連法規には、「老人福祉法」、「老人保健法」、「介護保険法」の3つが挙げられる。この章では、この3つの関連法規（特に介護保険法）を中心に学ぶ。こうした保健、医療、福祉の関連法規は、すべての人が円滑に生活を送ることを実現するために定められている。その意味で、ヘルスプロモーションとタイアップして、人間の健康に対して「包括的・社会的プロセス」としての役割を担っているといえる。関連法規の詳細は、各省庁ホームページなどを参考に読み進めていただきたい。

A 老人福祉法

老人福祉法は、1963年7月に制定され、老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持および生活の安定のために必要な措置を行い、老人の福祉を図ることを目的としている（第1条）。後述する老人保健法や介護保険法が適用されない場合は、この法律が利用される。この法律にもとづいて運用されるのは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、軽費老人ホーム（ケアハウス・都市型・A型・B型）、老人福祉センター（A型・特A型・B型）、老人介護支援センター、有料老人ホームである。

また、老人福祉法にもとづいて、**老人福祉計画**が立てられる。この老人福祉計画とは、市町村の場合、老人居宅生活支援事業および老人福祉施設による事業の供給体制の確保に関する計画を定めることを指す。都道府県の場合は、市町村老人福祉計画を達成するため、各市町村を通じて広域的な見地から、老人福祉事業の供給体制の確保に関する計画を定める。

市町村は老人福祉法（第11条）にもとづいて、①身体、精神、環境、経済的な理由などで、在宅での介護が困難な人を市区町村の施設に入所させる、②身体、精神的に障害があり、常時介護が必要にもかかわらず、在宅での介護が困難な人が**介護保険法**に規定する**地域密着型介護老人保健施設**又は**介護老人福祉施設**に入所できない場合に市区町村の特別養護老人ホームに入所させる、③介護する人がいないか、不適當な人が介護している場合に介護受託者に委託する、などの措置をとる。

老人福祉法にもとづいたサービスを提供する事業者は、事業内容によって届出先が変

わる。

1 地域密着型サービス

地域密着型サービスを開始する事業者については、介護保険法の規定により、区市町村への指定申請が必要となる。また、**老人居宅生活支援事業**を行う者は、事前に都道府県知事への届出（開始届）が必要となる（第14条）。

2 老人福祉施設、有料老人ホーム

老人福祉施設（老人デイサービスセンター、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームなど）や有料老人ホームを設置する場合は、事前に都道府県知事への届出（設置届）が必要となる（第15条）。

老人居宅生活支援事業とは、老人居宅介護等事業、老人デイサービス事業、老人短期入所事業、小規模多機能型居宅介護事業および認知症対応型老人共同生活援助事業（第5条の2）をいう。

次のサービスを開始する時は、所定の届出を行う必要がある。①夜間対応型訪問介護、②認知症対応型通所介護、③介護予防認知症対応型通所介護、④小規模多機能型居宅介護、⑤介護予防小規模多機能型居宅介護、⑥認知症対応型共同生活介護、⑦介護予防認知症対応型共同生活介護、⑧地域密着型特定施設入居者生活介護、⑨地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、がこれに当たる。

B 老人保健法

老人保健法は、老人福祉法による財政圧迫を打開するために、1982年8月に制定され、1983年に施行された。この法律は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練などの保健事業を総合的に実施し、国民保健の向上および老人福祉の増進を図ることを目的とする（第1条）。

その基本理念は、①国民は、自助と連帯の精神にもとづき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療に要する費用を公平に負担するものとする、②国民は、年齢、心身の状況などに応じ、職域または地域において、老後における健康の保持を図るための適切な保健サービスを受ける機会を与えられるものとする、である（第2条）。この基本理念を実現するために、「国」、「地方公共団体」、「保険者」の責務が必要となる（第3～5条）。保健事業の種類は、①健康手帳の交付、②健康教育、③健康相談、④健康診査、⑤医療（医療費の支給を含む）、⑥機能訓練、⑦訪問指導、⑧その他の老後における健康の保持のため必要な事業として政令で定める事業が挙げられる（第12条）。保健事業は市町村（特別区を含む）が中心となる。医療給付は、疾病または負傷に対して行われる。

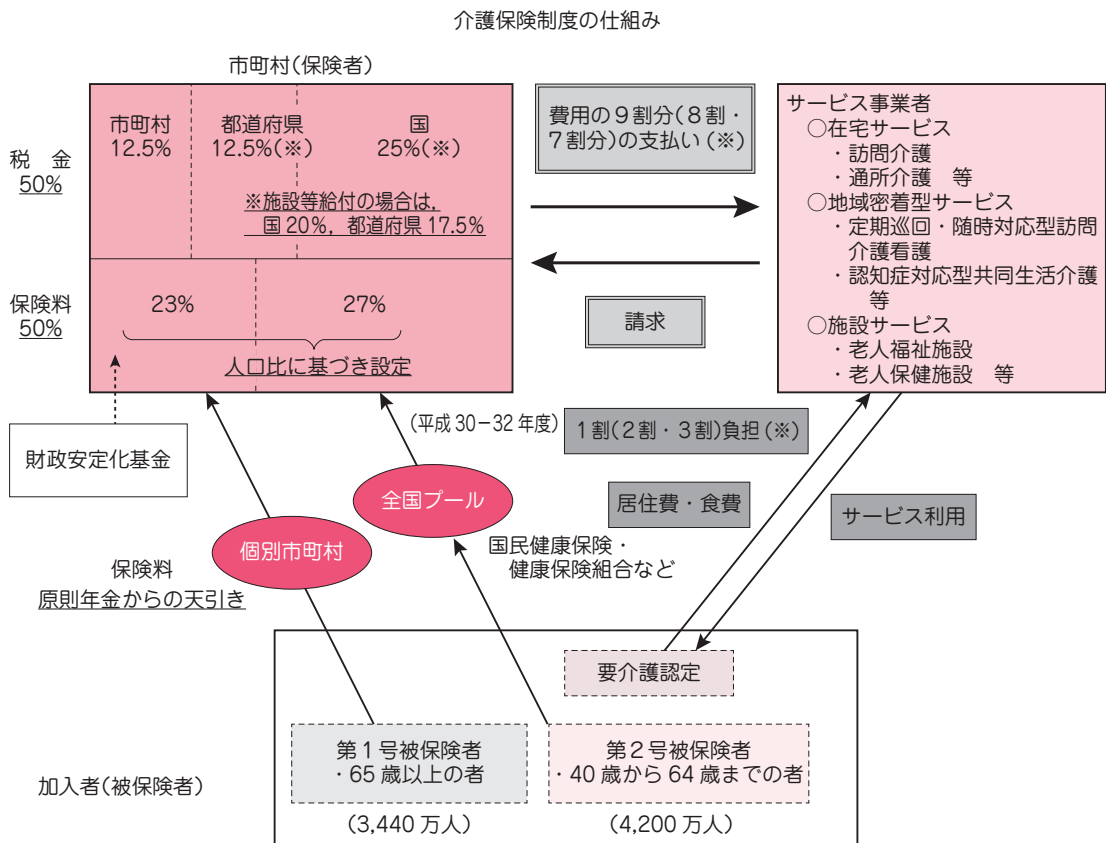
老人保健法は、**介護保険法**との整合性を図る目的で大幅に改訂され、市町村は40歳以上の人には医療など以外の保健事業を施行し、75歳以上または65歳以上75歳未満の障害者（日常生活に著明な制限がある人）に対して医療を施行することになった。

2008年4月1日から、75歳以上の高齢者医療は高齢者の医療の確保に関する法律が定

める**後期高齢者医療制度**へ移行した。また、保健事業は**健康増進法**へ移行するとともに、新たに40歳以上の者を対象としたメタボリック症候群に対応するため、市町村や国民健康保険組合などの各保険者が特定健診・特定保健指導を実施する制度となった。

C 介護保険法

介護保険法は、1997年12月に制定された。この法律によって利用者の選択により、保健・医療・福祉にわたる介護サービスを総合的に利用できる仕組みを構築した(図14-1)。この法律は、今まで市町村自らまたはその委託を受けたものに限られてきた、福祉サービスの質の向上と地域の実情に応じた介護サービス基盤の充実を図る法律である。また、介護保険法は今後増加が見込まれる介護費用を支え、介護を必要としている人が日常生活を送れるよう介護や支援サービスを、当人や家族の負担を減らして受ける社会



(注)第1号被保険者の数は、「平成28年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成28年度末現在の数である。

第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成28年度内の月平均値である。

(※)一定以上所得者については、費用の2割負担(平成27年8月施行)または3割負担(平成30年8月施行)。

図14-1 介護保険制度の仕組み

(厚生労働省老健局：公的介護保険制度の現状と今後の役割 平成30年度、<https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>)より引用)

概要

介護保険制度の体系図

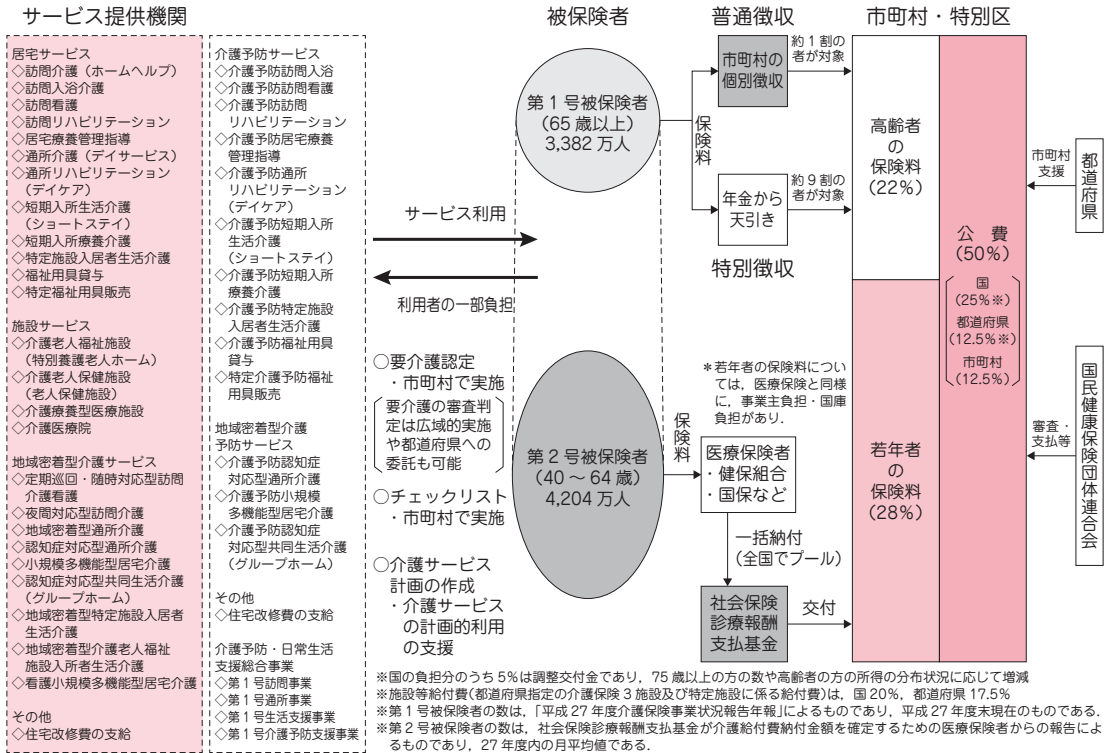


図 14-2 介護保険制度の体系図

（厚生労働省：平成30年版 厚生労働白書 資料編，p.227，2018より引用）

を作ろうとしている（図 14-2）。

介護保険法は、加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病などにより要介護状態となり、入浴、排泄、食事などの介護、機能訓練ならびに看護および療養上の管理その他の医療を要する人などに適用となる。対象となる人が尊厳を保持し、能力に応じ自立した日常生活を営めるように、必要な保健医療サービスおよび福祉サービスに関する給付を行う。介護保険制度にもとづき、保険給付などは必要な事項を定め、国民の保健医療の向上および福祉の増進を図ることを目的としている（第1条）。

介護保険は、被保険者の要介護・要支援状態に関し、必要な保険給付を行う。この保険給付は、**要介護状態**などの軽減または悪化の防止に役立てるとともに、医療との連携に十分配慮して行う必要がある。また、被保険者の心身の状況、その置かれている環境などに応じて、被保険者の選択にもとづき、適切な保健医療サービスおよび福祉サービスが、多様な事業者または施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して給付される。この保険給付の内容および水準は、被保険者が要介護状態となった場合も、居宅で、能力に応じた、自立した日常生活を可能な限り営むことができるように配慮されている。

2000（平成12）年に施行された介護保険法にもとづく介護保険制度は、施行より5年を迎えた2005（平成17）年改正以降、2008（平成20）年改正、2011（平成23）年改正、2014（平成26）年改正と、主に3年ごとに見直されてきた。（図 14-3）。

そして2017（平成29）年改正（2018（平成30）年4月等施行）にさらに改正された。

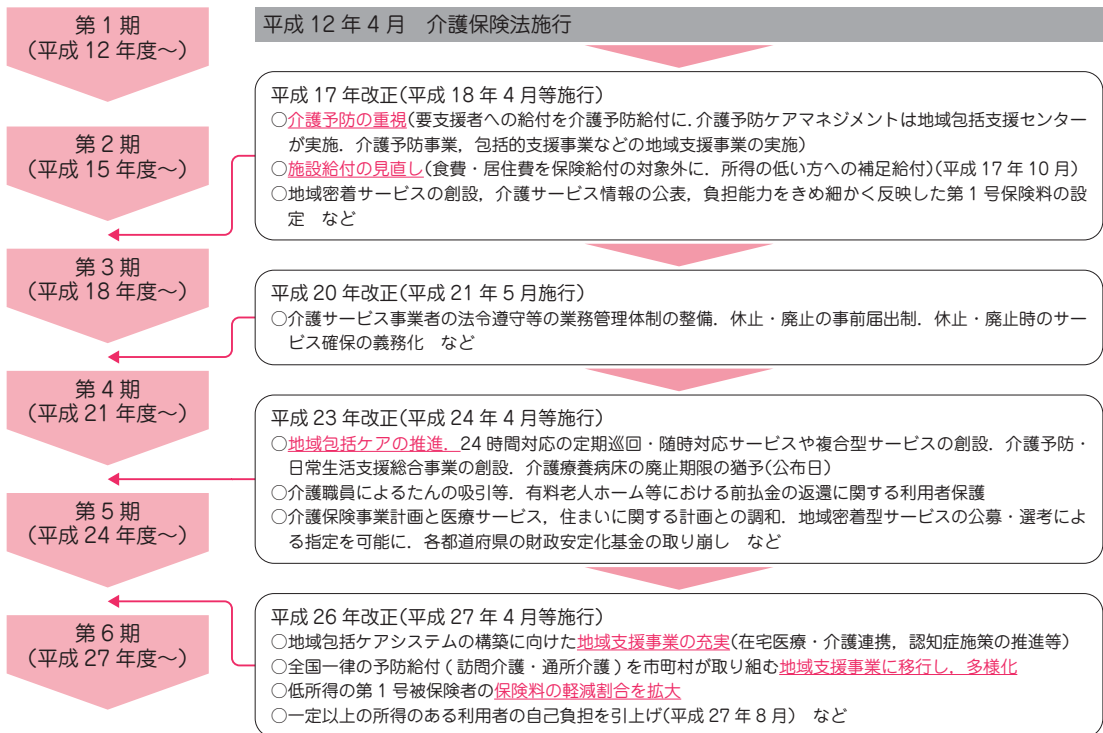


図 14-3 介護保険制度の改正の経緯

(厚生労働省老健局: 公的介護保険制度の現状と今後の役割 平成30年度, <<https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>> より引用)

表 14-1 「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」のポイント

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進
①自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組みの推進
②医療・介護の連携の推進等
③地域共生社会の実現に向けた取組みの推進等
2. 介護保険制度の持続可能性の確保
④2割負担者のうちとくに所得の高い層の負担割合を3割とする
⑤介護納付金への総報酬割の導入

(厚生労働省: 「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」のポイント, <<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/193-06.pdf>> より著者作成)

この改正は、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにすることを目的としている(表14-1)。

1 保 険 者

保険者は、市町村および特別区である。介護サービスの地域性や市町村の老人福祉、ならびに老人保健事業の実績を考慮し、また、高齢者に対するサービスの決定権限が市町村に一元化されているという地方分権の流れも踏まえて、国民に最も身近な行政単位である市町村および特別区を介護保険制度の保険者(運営主体)としている(第3条)。この市

町村を財政面、事務面から国、都道府県、医療保険者や、年金保険者が重層的に支援する制度となっている。

2 被保険者

被保険者はその区域内に住所がある65歳以上の**第1号被保険者**と、40歳以上65歳未満の**第2号被保険者**（医療保険加入者）に区分されている（第9条）（表14-2）。この被保険者は福祉・医療サービスを受けることができるが、第2号被保険者が介護保険を利用するためには、その障害が**特定疾病***によって生じたものに限る。障害者支援施設の入所者など、その他特別の理由があるものは、当分の間、介護保険の被保険者の適用から除

表14-2 被保険者の区分

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳以上65歳未満の医療保険加入者
受給権者	・要介護者（寝たきり・認知症等で介護が必要な状態） ・要支援者（日常生活に支援が必要な状態）	要介護・要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病（特定疾病）による場合に限定
保険料負担	市町村が徴収	医療保険者が医療保険料とともに徴収し、納付金として一括して納付
賦課・徴収方法	・所得段階別定額保険料（低所得者の負担軽減） ・年金が年額18万円以上の方は特別徴収（年金からのお支払い） それ以外の方は普通徴収	・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） ・国保：所得割、均等割等に按分（国庫負担あり）

（厚生労働省：平成30年版 厚生労働白書 資料編，p.228，2018より引用）

表14-3 要介護状態区分

要介護度	身体の状態（例）	利用
自立(非該当)	歩行や起き上がりなどの日常生活上の基本動作を自分で行うことができ、かつ、薬の内服、電話の利用などの手段的日常生活を行う能力もある状態。	介護予防事業（地域支援事業）
要支援1	要介護状態とは認められないが、社会的支援を要し、介護予防が必要と思われる状態。入浴などに一部介助が必要。	介護予防サービス（予防給付）
要支援2	生活の一部について、部分的介護を要し、介護予防が必要と思われる状態。立ち上がりや歩行が不安定。	
要介護1	生活の一部について、部分的介護を要し、疾病などにより心身の状態が不安定なため、介護予防サービスの適切な利用が見込まれない状態。立ち上がりや歩行が不安定。排泄、入浴などに一部介助が必要。	介護サービス（介護給付）
要介護2	軽度の介護を要する状態。起き上がりが自力では困難。排泄、入浴などで一部または全体の介助が必要。	
要介護3	中度の介護を要する状態。起き上がり、寝返りなど著しく能力が低下。排泄、入浴、更衣など全面的介助が必要。	
要介護4	重度の介護を要する状態。要介護3の状態に加え、更に動作能力が低下し、多くの行為で全面的介助が必要。	
要介護5	最重度の介護を要する状態。要介護4の状態より、更に動作能力が低下し、介護なしには日常生活ほほ行えない。	

用語解説

特定疾病

特定疾病とは、①末期がん、②筋萎縮性側索硬化症、③後縦靭帯骨化症、④骨折を伴う骨粗しょう症、⑤多系統萎縮症、⑥初老期における認知症、⑦脊髄小脳変性症、⑧脊柱管狭窄症、⑨早老症、⑩糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症、⑪脳血管疾患（外傷性を除く）、⑫進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病、⑬閉塞性動脈硬化症、⑭関節リウマチ、⑮慢性閉塞性肺疾患、⑯両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症である。

外される。また、介護保険施設や特定施設（有料老人ホームなど）、養護老人ホームへの入所によって施設の所在する場所に住所を変更したと認められる被保険者は、住所変更前の市町村が行う介護保険の被保険者とされる。これを住所地特例という（第13条）。これは、介護保険施設のある市町村の介護費用の財政負担が重くなることを避けるための措置である。

3 保険給付の内容と手続き

介護保険法では、被保険者の介護を必要とする度合いとして、最も軽度の要支援1から、最も重度の要介護5までの7段階の区分が設けられている（表14-3）。**要介護状態**とは、身体上または精神上の障害があるために、入浴、排泄、食事などの日常生活における基本的な動作について、継続して常時介護を要すると見込まれる状態である（第7条第1項）。また、**要介護者**とは、①要介護状態にある65歳以上の者、②要介護状態にある40歳以上65歳未満の者で、その要介護状態の原因である身体上または精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であり、政令で定める特定疾病によって生じたもの、と定義されている（第7条第3項）。

要支援状態とは、身体上もしくは精神上の障害があるために、入浴、排泄、食事などの日常生活における基本的な動作について、継続して常時介護を要する状態の軽減や悪化の

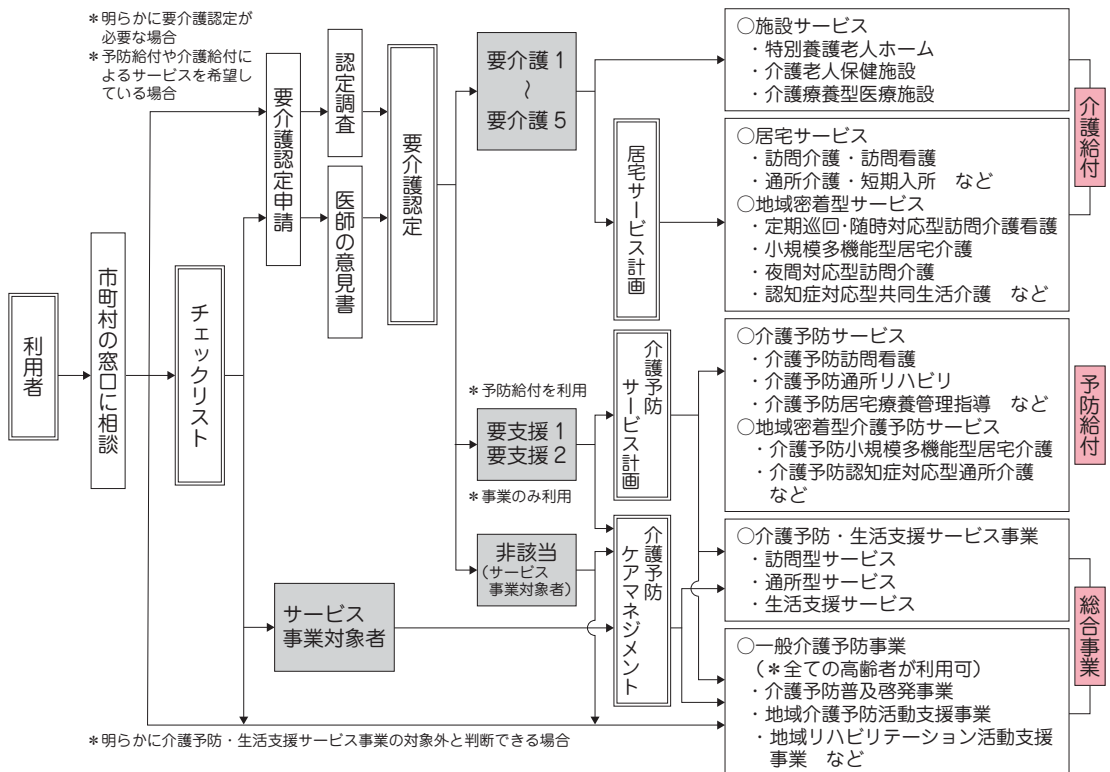


図 14-4 介護サービスの利用手続き

(厚生労働省老健局：公的介護保健制度の現状と今後の役割 平成30年度、<https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>) より引用)

表 14-4 介護保険制度による保険給付

	総合事業におけるサービス	予防給付におけるサービス	介護給付におけるサービス
都道府県が指定・監督を行うサービス	—	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防サービス <ul style="list-style-type: none"> 介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防福祉用具貸与 特定介護予防福祉用具販売 	<ul style="list-style-type: none"> 居宅サービス <ul style="list-style-type: none"> 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 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与 特定福祉用具販売 居宅介護支援 施設サービス <ul style="list-style-type: none"> 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院
市町村が指定・監督を行うサービス	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防・日常生活支援総合事業 <ul style="list-style-type: none"> 第1号訪問事業 第1号通所事業 第1号生活支援事業 第1号介護予防支援事業 	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防支援 地域密着型介護予防サービス <ul style="list-style-type: none"> 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 	<ul style="list-style-type: none"> 地域密着型サービス <ul style="list-style-type: none"> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 看護小規模多機能型居宅介護
その他	—	・住宅改修	・住宅改修

※「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」の一部施行に伴い、都道府県が指定・監督を行うサービスについて、指定都市・中核市に権限移譲されている。
 (厚生労働省：平成 30 年版 厚生労働白書 資料編, p.230, 2018 より引用)

防止に特に支援が必要と見込まれる状態、あるいは、継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態である（第 7 条第 2 項）。また、**要支援者**とは、①要支援状態にある 65 歳以上の者、②要支援状態にある 40 歳以上 65 歳未満の者であって、その要支援状態の原因である身体上または精神上的の障害が特定疾病によって生じたもの、をいう（第 7 条第 4 項）。

介護サービスを受けるには、まず、市町村に申請をする必要がある。申請後、①認定調査員による訪問審査があり、②本人の主治医に心身の状況についての意見書を作成してもらう。保健・医療・福祉に関する学識経験者で構成された介護認定審査会で①・②をもとに審査し、介護の必要性や程度について審査を行う。審査により、要介護状態区分を認定し、結果を通知する（図 14-4）。介護保険には、介護給付、予防給付および市町村特別給付がある。（表 14-4）また、介護保険制度による保険給付対象者は、詳細に決められている。介護保険制度では、**介護支援専門員**（ケアマネジャー）が要介護者および介護者に対し、アセスメントにもとづいたケアプランの作成などのケアマネジメント（介護支援サービス）に関する業務を行う。

D その他の関連法規

関連法規は年齢別にそれぞれ重なり合って構成される（図 14-5）。

1 医療保険制度

日本では**社会保険**（医療保険・介護保険・年金保険・労災保険・雇用保険）の1つである医療保険によって、医療制度が構築されている。1961年に国民皆保険制度が定められ、すべての疾病に対し医療保険が適用された。医療保険は**被用者保険**（健康保険・船員保険・共済保険など）と**国民健康保険**に分かれる（図 14-6）。2008年3月をもって老人保健制度は廃止され、4月以降は、75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、独立した後期高齢者医療制度が創設された。これにより、「老人医療事業の給付と負担」に関する問題点は解消された。あわせて65歳から74歳の前期高齢者については、被用者保険OBが退職後国民健康保険に加入し、保険者間で医療費の不均衡が生じていたため、これを調整する前期高齢者医療制度が創設された。

a 健康保険法

この法律は、1922年に制定され、1927年から実施された。労働者の業務外の事由による疾病、負傷や死亡または出産に関して保険給付を行い、国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的としている（第1条）。

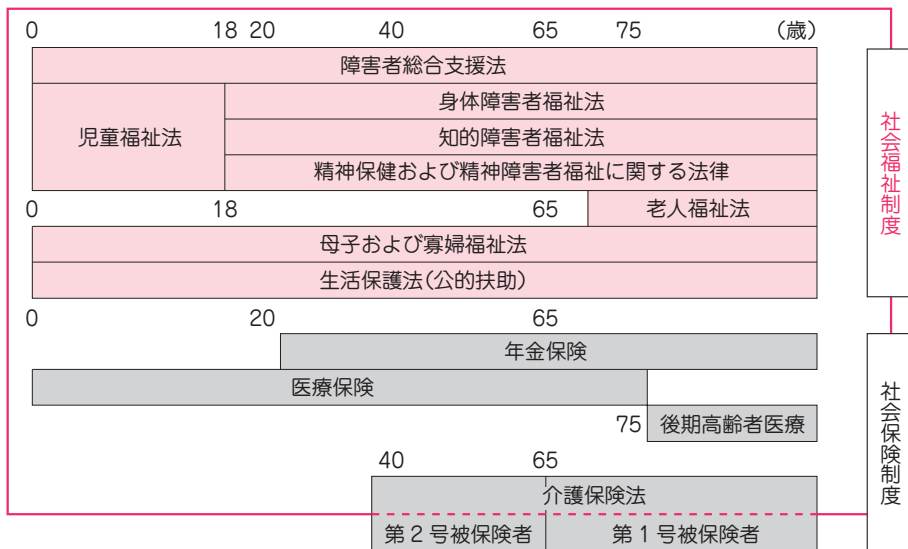


図 14-5 社会福祉制度と社会保険制度

日本の社会保障制度は、年齢別にそれぞれの対象者が適応となる社会福祉制度と社会保険制度が重なり合って構成されている。

(住居広土、狩谷明美：リハビリテーション概論，上好昭孝、田島文博（編），永井書店，改訂第3版，2014より許諾を得て転載）

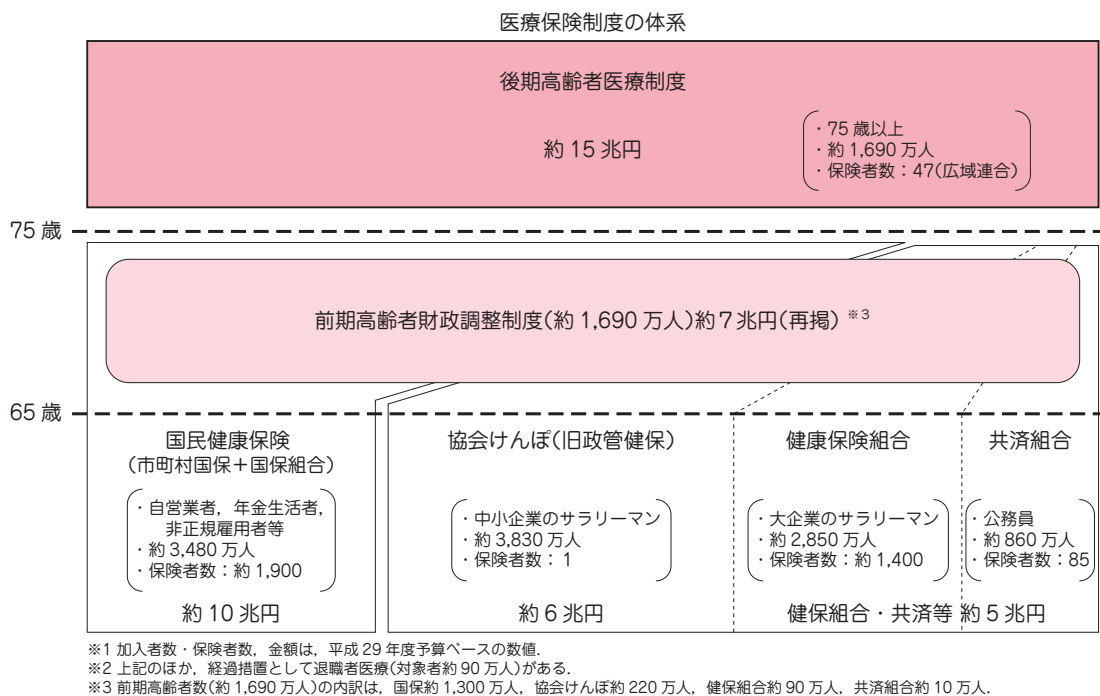


図 14-6 医療保険制度の体系 (平成 29 年度予算ベースによる)

(厚生労働省：我が国の医療保険について、〈<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000377686.pdf>〉より引用)

b 国民健康保険法

この法律は、1958 年 12 月に旧国民健康保険法（1938 年法律第 60 号）を全面改正して制定され、1959 年 1 月に施行された。国民健康保険事業の健全な運営を確保し、社会保障および国民保健の向上に寄与することを目的とする（第 1 条）。また、国民健康保険は、被保険者の疾病、負傷、出産または死亡に関して必要な保険給付を行うものとする（第 2 条）。この保険の保険者は、市町村、特別区または国民健康保険組合である。

2 公的年金保険

社会保障制度の一種で、主に国が運営する。厚生年金保険、国民年金がある。この中には老齢年金、遺族年金、障害年金が含まれている。障害者は診療を受けた時から 1 年 6 ヶ月を経過した時に重度の障害が残存している場合に、年金を受けることができる。厚生年金保険は、労働者の老齢、障害または死亡について保険給付を行い、労働者およびその遺族の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする。また、国民年金制度は、日本国憲法第 25 条第 2 項に規定する理念にもとづき、老齢、障害または死亡により国民生活の安定がそこなわれることを国民の共同連帯で防止し、健全な国民生活の維持および向上に寄与することを目的としている。

3 身体障害者福祉法

身体障害者福祉法とは、1949 年に制定された、身体障害者福祉の基本を定める法律である。この法律は、身体障害者（身体上の障害がある 18 歳以上の者であり、都道府県知

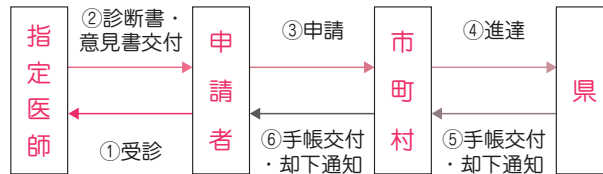


図 14-7 身体障害者手帳の交付（申請から交付までの流れ）

表 14-5 身体障害者手帳の対象となる障害

①視覚障害
②聴覚障害
③平衡機能障害
④音声・言語機能障害
⑤そしゃく機能障害
⑥肢体不自由
⑦心臓機能障害
⑧じん臓機能障害
⑨呼吸器機能障害
⑩ぼうこう又は直腸機能障害
⑪小腸機能障害
⑫ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害
⑬肝臓機能障害

事から身体障害者手帳の交付を受けたもの）の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、および必要に応じて保護し、身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする（第1条）。

身体障害者手帳の交付は、身体障害者更生相談所で診断書を作成するか、または福祉事務所身体障害者手帳申請用紙一式を受け取り、病院や診療所で身体障害者第15条の指定医に診断書作成を依頼する。ただし、診断は症状固定となった状況下で行われ、脳血管障害では治療による回復もあるため、少なくとも3ヵ月以上経過している必要があり、その他の疾患では概ね6ヵ月が障害固定の目安となる。

作成した書類は、福祉事務所へ提出し、身体障害者更生相談所で判定された後に都道府県知事が手帳を交付する（図14-7）。対象となる障害は身体障害者福祉法により決められており（表14-5）、**手帳の等級**は、障害の程度によって1級から7級までの区分がある。身体障害者に対する社会資源は、ほとんどが身体障害者福祉法にもとづき定められる。

4 支援費制度

この制度は、**ノーマライゼーション***の理念を生かすために2003年4月に誕生した制度である。障害者自らがサービスを選択し、障害者（利用者）と在宅事業者・施設が対等な立場に立ち契約を交わしてサービスを利用する。利用するまでの流れとしては、市町村

用語解説

ノーマライゼーション

障害がある人が地域社会の中で市民とともに生活を送ることを目指す概念。

が障害者からの申請にもとづいて、支援費の支給対象に該当するか判断を行い、市町村から支給決定を受けた障害者が自らサービスを選択し、サービス提供者と契約を結ぶ。サービスを受けた後は市町村がサービスに対して「支援費」を原則的に事業者支払い（代理受領）、利用者は事業者に対して、本人および扶養義務者の負担能力に応じた利用者負担額を直接支払うことになる。