

## 6 その他の事項

## 6 その他の事項

### (1) 老人保健健康増進等事業について

本事業は、都道府県・市町村・公益法人等が行う高齢者の介護、介護予防、生活支援、老人保健及び健康増進等に関わる先駆的、試行的な事業等に対し助成を行い、もって老人保健福祉サービスの一層の充実や介護保険制度の基盤の安定化に資することを目的として、平成14年度予算（案）においては32億6,025万円を計上した。

本事業は、①先駆的・試行的な事業等で相当の効果が期待でき、その効果が施策等に反映できる具体性を持つ事業で、②他の補助金の対象でなく単年度事業のものを採択することとしている。

また、行政改革大綱（平成12年12月1日閣議決定）に基づく行政委託型公益法人等に対する国の関与のあり方について、「行政委託型公益法人等改革を具体化するための方針（平成13年7月23日）」により、「第三者分配型」、「補助金依存型」、「役員報酬」等についての基本的な方針が示された。これに沿って個別・具体的な事務・事業の見直しが行われ、昨年12月に「行政委託型公益法人改革の実施計画（補助金等関係）中間とりまとめ」が行われたところである。

本事業についても、公益法人等に交付される補助金の50%以上が外部に再補助・再委託する場合は採択しない等、必要な措置を講じるよう指示を受けたことから、補助事業の採択にあたって以下の見直しを図ることとしている。

#### ①再補助・再委託の割合が50%以上の事業は採択しない。

補助金の交付先である事業の実施主体において、補助金の交付目的である事業を実質的に行わず、第三者に再補助・再委託している割合が50%を超える事業は、当該事業の実施主体を経由する意義がないため採択しない。

②事業の実施主体に民間企業を加える。

先駆的、試行的事業を広く公募する観点から、新たに民間企業を加える。

③老人保健健康増進等評価委員会委員に外部有識者を加える。

補助事業採択の透明性の確保を図る観点から、老人保健健康増進等評価委員会委員に外部有識者を加える。

については、都道府県におかれては、保健、医療、福祉及び介護保険各担当の十分な連携をもとに上記の趣旨を踏まえた協議をお願いするとともに、管内市町村等に対し本事業の趣旨の周知をお願いする。

また、別添の実施要綱（案）に基づき、速やかに協議が行えるよう準備方をお願いいたしたい。なお、協議等の具体的な手続きは別途お示しすることとしている。

(別添)

平成14年度老人保健健康増進等事業実施要綱(案)

1 目的

本事業は、高齢者の介護、介護予防、生活支援、老人保健及び健康増進等に関わる先駆的、試行的な事業等に対し助成を行い、もって、老人保健福祉サービスの一層の充実や介護保険制度の基盤の安定化に資することを目的としている。

2 事業の実施主体

- (1) 都道府県又は市町村(特別区、一部事務組合及び広域連合を含む。)
- (2) 厚生労働省所管の公益法人等関係団体及び厚生労働大臣が特に必要と認めた団体

3 対象事業

次のいずれかに該当する先駆的、試行的事業で、他の補助制度による補助対象事業を除く。

- (1) 介護保険制度の推進・定着のための支援事業
- (2) 高齢者の自立支援及び元気高齢者づくりのための調査研究事業
- (3) その他高齢者の保健福祉の推進のための特別事業

4 具体的な対象事業例

平成14年度の具体的な対象事業は次に例示するとおりであるが、本事業の趣旨に沿ったものであれば、例示事業にとらわれず対象とする。

- (1) 介護保険制度の推進・定着のための支援事業
  - ア 介護保険制度の推進・定着のための広報支援事業
  - イ 利用者に対する適切な情報提供に関する事業
  - ウ 利用者保護の推進に関する事業
  - エ 効率的な事業運営のための情報化の推進に関する事業
  - オ 介護保険制度の推進・定着のための調査研究事業
  - カ 介護保険対象サービス評価事業
- (2) 高齢者の自立支援及び元気高齢者づくりのための調査研究等事業
  - ア 在宅サービスの推進に関する事業
    - (ア) 在宅介護を推進するための基盤整備に関する調査研究又は試行的事業
    - (イ) 在宅サービスと施設サービスの連携に関する試行的事業
    - (ウ) 在宅復帰のための促進事業
  - イ 痴呆性高齢者の支援対策に関する事業
    - (ア) 痴呆性高齢者の支援のための啓発普及事業
    - (イ) 痴呆性高齢者のための調査研究事業
    - (ウ) 相談体制の強化に関する試行的事業
  - ウ 高齢者の生きがいと健康づくりに関する事業
  - エ 高齢者の就業支援に資する事業
  - オ 地域生活支援体制の整備に関する事業
    - (ア) 在宅福祉の基礎となる居住環境整備等に資する事業
  - カ 福祉用具の研究開発又は普及促進に資する事業
  - キ 老人保健事業
    - (ア) 介護予防に関する事業
    - (イ) 疾病予防に関する事業
- (3) その他高齢者の保健福祉の推進のための特別事業

## (2) おむつ代に係る医療費控除の手続きの簡素化について

○おむつ代に係る医療費控除の取扱いについては、

「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」（昭和62年12月18日付け  
健政発第659号・健医発第1376号・社老第128号・保文発第851号国税庁長官  
宛て厚生省健康政策局長・保健医療局長・社会局長・保険局長連名照会）、  
及び同（昭和62年12月24日付け直所3-11 国税庁次長回答） → 別添（参考）  
により示されていたところであるが、この取扱いについて、平成14年度税制改正  
要望の結果、簡素化を図ることとされた。

○その概要については、別添（案）のとおりである。

なお、

①別添（案）については、現在調整中のものであり、正式には、国税庁に通知の  
形で照会し、回答を得た上で、通知によりお示しする予定である。

②また、本手続が認められるのは、平成14年に使用したおむつ代分（平成15  
年に確定申告する分）からであり、平成13年までに使用したおむつ代分  
（今年確定申告する分）は、従来どおりの手続による。

ので、御留意願いたい。

(案)

## おむつ代に係る医療費控除の手続の簡素化について

### (経緯)

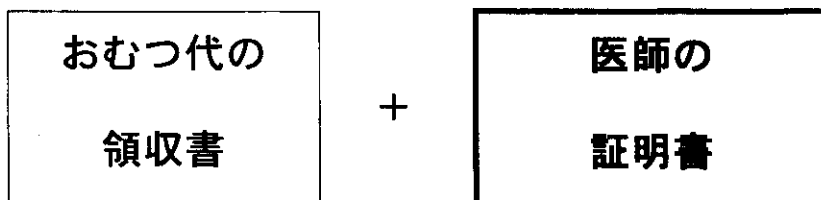
- 現在、おむつ代が医療費控除の対象として認められるためには、
  - ・ 寝たきり状態にあること
  - ・ 治療上おむつの使用が必要であることの、医師が発行した「おむつ使用証明書」が必要とされている。
  
- しかし、毎年、確定申告の際に医師が発行した証明書が必要となる手続について、簡素化すべきとの要望があり、以下により簡素化を図るもの。

### (簡素化の概要)

- 介護保険法に基づく要介護認定の申請をした者については、当該申請を受理した市町村が、その者の主治の医師に対して、その者の疾病、負傷の状況等について意見を求めることとされており、その「主治医意見書」において、
  - ・ 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）
  - ・ 尿失禁の発生可能性の有無について、記載することとされている。
  
- この「主治医意見書」を活用し、1年目の状態が継続していることを確認することにより、2年目以降、医師が発行した証明書に代えることができることとする。

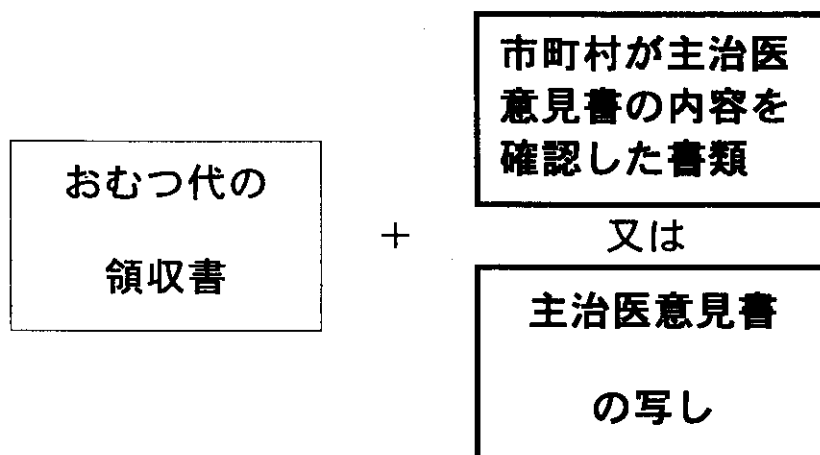
## <現行>

- ・ 毎年の確定申告の際に、以下の書類が必要。



## <改正後>

- ・ 2年目以降は、以下の書類の提示又は添付でも可とする。



※ 「主治医意見書」(おむつを使用した年に作成されたもの)の

- ・ 「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)」  
が「寝たきり度B又はC」(寝たきり)

であり、かつ

- ・ 「尿失禁の発生可能性」  
が「あり」

であれば可とする。

## (具体的な手続)

- おむつ代について医療費控除を受けるのが2年目以降である者については、医師が発行した「おむつ使用証明書」がなくとも、以下の手続により、おむつ代を医療費控除の対象として認める。

### ① a 市町村が「主治医意見書」の内容を確認した書類による場合

1. 本人が市町村に、主治医意見書のうち、おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項の確認を申出。
2. 市町村が、主治医意見書の以下の事項を記載した書類を発行。
  - ・ 主治医意見書の作成日
  - ・ 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）
  - ・ 尿失禁の発生可能性

(別紙1・・・様式例)

※ 2年目以降であり、おむつ代の医療費控除の証明に利用できるものである場合に発行。

※ この手続を行うかどうかは各市町村の任意の判断。なお、転記事項は上記の3点のみであり、主治医意見書の記載の転記について、事前に地元医師会等の包括的な了解を得ておくことにより、市町村及び主治医の事務負担の軽減を図ることが考えられる。



① b 「主治医意見書」の写しによる場合

1. 本人が主治医意見書の写しを請求。

2. 主治医意見書の写しを発行。

(別紙 2・・・主治医意見書の様式)

※ 主治医意見書の写しについては、要介護認定のために作成された主治医意見書の写しであることが分かるものであることが必要(原本の写しであることが記載されている等)。

※ おむつ代の医療費控除の証明に利用できないものである場合には、利用者にその旨を説明し、おむつ代の医療費控除の証明のための主治医意見書の写しの発行は行わない。

※ なお、現在、93%の市町村で、主治医意見書の情報開示が行われている。(85%の市町村では、情報開示に当たって、記載医師の同意を必要としている。)

② 確定申告の際に、以下の書類を提示又は添付する。

ア 上記①の a 又は b の書類

イ おむつ代の領収書

**(実施時期)**

○ 平成14年に使用したおむつ代分から。(平成15年に確定申告する分から。)

(別紙1)

平成 年 月 日

〇〇市(町村)長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明(2年目以降)に必要な事項について、確認願います。

住所

氏名

被保険者番号

---

平成 年 月 日

住所

氏名

様

〇〇市(町村)長

貴方からの申出に基づき、平成 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

1. 主治医意見書の作成日

平成 年 月 日

2. 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) (該当するものに○)

B 1 B 2 C 1 C 2

3. 尿失禁の発生可能性

あり

# 主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒	-
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)			
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。				
医師氏名 _____				
医療機関名 _____			電話 ( ) _____	
医療機関所在地 _____			FAX ( ) _____	
(1) 最終診察日	平成 年 月 日			
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

①おむつを使用した当該年に作成されたものであること。

## 1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日
1. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
2. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
3. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に变化のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

## 2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

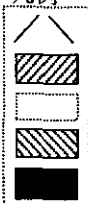
## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について
・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・痴呆性老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 理解および記憶
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> が必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられ <input type="checkbox"/> 伝えられない
・食事 <input type="checkbox"/> 自立ない <input type="checkbox"/> 全面介助
(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(有の場合) → <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )

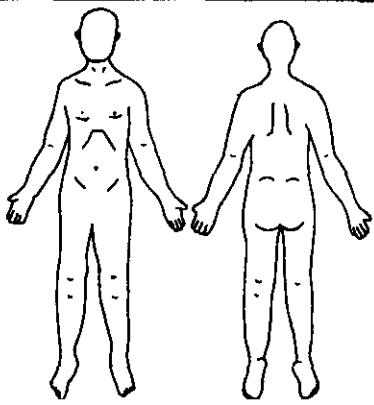
②「B1~C2」(寝たきり)であること。

(4) 精神・神経症状の有無  
有 (症状名 ) 無  
(有の場合) → 専門医受診の有無 有 ( ) 無

(5) 身体の状態  
利き腕 ( 右 左 ) 体重 =  kg 身長 =  cm

<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位: )	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	<b>凡例</b> 
<input type="checkbox"/> 麻痺	(部位: )	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位: )	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位: )	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> その他皮膚疾患	(部位: )	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	

関節の拘縮 ・ 肩関節 右 左 ・ 股関節 右 左  
・ 肘関節 右 左 ・ 膝関節 右 左  
失調・不随意運動・上肢 右 左 ・ 体幹 右 左  
・ 下肢 右 左



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針  
尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性  
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ( )  
→ 対処方針 ( )

(2) 医学的管理の必要性 **③「尿失禁の発生可能性」が「あり」であること。** 引いて下さい)  
訪問診療 訪問栄養食事指導  
訪問看護 訪問歯科衛生指導 その他 ( )  
訪問リハビリテーション 訪問薬剤管理指導  
通所リハビリテーション 訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス(入浴サービス、訪問介護等)における医学的観点からの留意事項  
・ 血圧について 特になし あり ( )  
・ 嚥下について 特になし あり ( )  
・ 摂食について 特になし あり ( )  
・ 移動について 特になし あり ( )  
・ その他 ( )

(4) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)  
有 ( ) 無 不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

おむつに係る費用の医療費控除の取扱  
いについて（昭和六十二年十二月十八  
日付健政発第六五九号、健医発第一三  
七六号、社老第一二八号及び保文発第  
八五一号照会に対する回答）

〔昭和六二・一二・二四 直所三一・一一〕

標題のことについては、貴見のとおりで差  
し支えありません。

おむつに係る費用の医療費控除の取扱  
いについて

〔昭和六二・一二・一八 健政発六五九  
・健医発一三七六・社老一二八・保文  
発八五一〕

いわゆる寝たきり老人は、疾病に対する抵  
抗力が弱く、病状が長期化、重篤化し、更に  
合併症を起こすが、然性が極めて高いため、  
一般の患者に比べ疾病の治療が非常に困難で  
ある。また、寝たきり老人でなくても、傷病  
により寝たきりとなった者についてもこれと  
同様であり、このような者の疾病の治療を行  
う上においては、おむつの使用が欠かせない  
現状にある。

このため、これらの者の治療を継続的行  
っている医師が、その治療上おむつを使用す  
ることが必要であることを認め、左記1の者  
を対象として左記2の証明書を発行した場合  
のそのおむつに係る費用（紙おむつの購入費  
用及び貸おむつの賃借料）は、医師の治療を  
受けるため直接必要な費用と認められ、医療  
費控除の対象となると解されるが、貴庁の見  
解を承りたく照会する。

なお、おむつに係る費用が医療費控除の対  
象として認められる場合は、当該証明書は昭  
和六十三年一月一日以後発行させることとす  
る。

1 対象者 記

医師の診療時において左記の条件のい  
ずれも満たす者

- ① 傷病によりおおむね六か月以上にわた  
り寝たきり状態にあると認められる者
  - ② 当該傷病について医師による治療を継  
続して行う必要がある、おむつの使用が  
必要と認められる者
- 2 証明書

- (1) 様式……別紙「おむつ使用証明書」
  - (2) 記載者……寝たきり状態の原因となつ  
た傷病について継続して治療を行って  
いる医療機関の医師
- イ 入院（所）中及び退院（所）時……  
入院（所）した医療機関の医師が記載  
する。
- ロ 在宅で治療中……継続して治療を行  
っている医療機関の医師が記載する。

おむつ使用証明書				
患者	住所			
	氏名	殿	性別	男・女
	生年月日	年 月 日生		
傷病名	によりおおむね6か月以上にわたり寝たきり状態にある又はあると認められる。			
治療状況	入院(所)中		在宅で治療中	
必要期間	始期 (イ) 年 月 日から 又は (ロ) 年1月1日から 終期 (イ) 年 月まで 又は (ロ) 同年末まで (※ (イ) 又は (ロ) のいずれかを○で囲んでください。)			
<p>上記の者は、頭書の傷病により、必要期間中の治療に際し、おむつの使用が必要であることを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>医師氏名 _____ 印</p> <p>(注) 1 証明書は、当該患者に対して頭書の傷病により、継続して治療を行っている医師が記載すること。</p> <p>(注) 2 「必要期間」とは、当該年において患者が上記の状態にあることが認められる期間とし、当該年の1月1日以前からおむつが必要であり、かつ、1年以上にわたってその必要性が認められる場合には、同欄の始期と終期のいずれにおいても(ロ)を○で囲むこと。なお、必要期間経過後において更に治療のためおむつが必要と認められることとなった場合は、改めて証明書を発行すること。</p>				

- ① この証明書は、おむつ代（紙おむつの購入料及び貸おむつの賃借料をいう。以下同じ。）について医療費控除を受けるために必要です。
- ② 医療費控除を受けるためには、この証明書とおむつ代の領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示することが必要です。
- ③ おむつ代の領収書は、患者の氏名及び成人用のおむつ代であることが明記されたものであることが必要です。

### (3) 介護保険に関する指導監督について

#### ア 都道府県等の実施体制について

##### (ア) 市町村（保険者）に対する指導体制について

介護保険制度の実施主体である市町村（保険者）に対する指導については、介護保険事業の適正かつ安定的な運営を図るため、法令等に基づく適正な事業運営の実施及び保険財政の健全化の推進に努めさせることが重要である。

平成13年度に国が各都道府県に対する技術的助言を行った結果、市町村（保険者）指導の実施方法等において以下の点が認められたので、平成14年度の指導方針及び指導計画を策定する上で十分考慮し、適切な指導を実施されたい。

- ① 市町村（保険者）に対する指導については、全ての市町村（保険者）に対し、原則年1回の実地指導をお願いしているところであるが、一部の都道府県において実地指導が不十分であることが認められたので、平成14年度の指導方針、指導計画の策定にあたっては、実地指導の実施回数について十分留意されたい。
- ② 指導を実施した結果について、法令等に規定されている事項が遵守されていない市町村（保険者）に対して、口頭での指導のみで是正改善報告を求める文書による指導が行われていない事例が見受けられたので、指導結果については、文書による指導を行い、是正改善報告を求められたい。
- ③ 福祉事務所等の機関に指導にかかる業務を委任している都道府県が見受けられるが、これらの都道府県においては、統一した方針のもとに指導が行われ、また、市町村（保険者）のそれぞれに対する指導に差異が生じないように研修会、連絡会議等を開催して一定の指導水準の確保を図るとともに、これら機関による指導の実施状況を的確に把握し、必要に応じ、本庁の介護保険担当課による十分な助言を行うこととされたい。

(イ) 介護保険施設等に対する指導体制について

平成12年4月の介護保険制度発足以降、介護保険施設等においては都道府県等の指導により概ね適切な介護サービスが行われているところである。

一方で、一部の介護保険施設等において運営基準等を遵守しない不適切な介護サービスの提供、架空又は水増しといった不正な介護給付費の請求、施設整備に絡む不正等極めて憂慮すべき不祥事が発生しているところであり、平成12年4月から14年1月末までの間に指定の取消し等を行った事業者は、全国で21事業者26事業所となっている。

平成13年度に国が各都道府県等に対する技術的助言を行った結果、介護保険施設等の指導・監査の実施体制等において以下の点が認められたので、平成14年度の指導及び監査の実施計画を策定する上で十分考慮するとともに、各都道府県等の実情に応じた適切な指導及び監査を実施されたい。

- ① 都道府県本庁等の指導監査組織体制が、指導要綱等に沿った指導監査が実施できる体制にあるとは言い難い状況が認められ、その結果、平成13年度の実施状況が極めて不十分である都道府県等が認められた。利用者に対する適切な介護サービスを確保する観点から、また、不祥事の未然防止及び利用者保護の観点から、指導要綱等に沿った定期的な指導を全ての介護保険施設等に対し年に1回は実施される体制を確保されたい。
- ② 介護老人保健施設の指導監査を実施する保健所政令市等において、指導監査要綱が策定されていない、又はその内容が一部不適切であることが認められた。指導及び監査は法令に基づき実施するが、法的根拠、指導の具体的な実施方法及び都道府県との連携等を明確にした指導監査要綱を定め適切に実施されたい。
- ③ 指導監査を実施した結果、法令等に規定されている事項が遵守されていない介